

社会保障審議会 第25回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所：平成17年7月11日（月） 午後4時から6時
全社協・灘尾ホール
- 2 出席委員：浅野（代理：加藤参考人）、井形、池田、石井、井部、漆原、大森、沖藤、喜多、木下、木村、見坊、田中（滋）、田中（雅）、対馬、永島、野中、花井、村川、矢田（代理：山田参考人）、矢野、横山（代理：福間参考人）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。

（野中委員）

前日も質問したが、現場で契約も含めて居住費とか食費という部分が本当に利用者や家族に理解できるかが疑問である。この制度改革は制度持続可能性というが、実際には利用者が疑問を持ってはいけないし、この制度改革は現場がただ単に契約書とかで変えて済むのではなくて、国が国民に向かって説明しなければ、現実には現場の職員と契約者の大きな争いになってしまうと思う。本当にやむなく施設を利用しなければならない人たちの尊厳を守ることになるのか、強く憤りを感じる。

契約が結べないとか理解できないことになったら、追い出すとか退所ということまで契約書の中に入れるのか。施設だけでなく国民にどのように周知して理解をしていくのか、厚生労働省がどういう説明をするのか、そのことに対して現在考えていることを聞きたい。

（三浦老人保健課長）

今回の制度改革に伴う利用者に対する負担の問題については資料の6ページ「実施に当たっての周知等」という観点から、厚生労働省としても保険者とともに現場における利用者への周知あるいは円滑な実施のための支援を行っていくとしている。

この制度改革によって食費・居住費が給付外になることについて丁寧な説明を行う必要があるので、わかりやすい資料を作成し、説明が円滑に進むように努めたい。

（野中委員）

現在でも居住費とか食費を取っているグループホームでもやはり払えないということで退所が相次いでいるという新聞報告もあるが、お金が払えないから退所ということが簡単に言えるのか。また退所後についてどう保障していくのか。

（三浦老人保健課長）

まず制度論として、介護保険施設の指定基準に提供拒否の禁止として、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならないという規定があり、例えば要介護度とか所得の多寡を

理由にサービスの提供を拒否することを基本的には禁止するという規定の趣旨であるが、その上で、運営基準、運営規定の概要など、重要事項についてあらかじめ文書を公布し、説明を行い、利用者の同意を得るということが原則になっている。

委員指摘の支払いが困難な場合の見極めがまず必要であると思うが、正当な理由なく滞納している場合は、退所もやむを得ないと考えられる。その場合も利用者あるいは家族と十分な話し合いを持つなど、慎重な対応が必要であり、それが提供拒否の禁止の趣旨を生かしたものと考えている。

(野中委員)

医療が必要で退所できないという方々がいるが、在宅できちんと対応できる体制になっているかという点が重要だと思う。やむなく医療依存度が高い方に対する在宅でのサービスあるいは金額が確保できるのか、利用者に対して非常に不適切な環境で生活することになると思う。

居住費と食費の話がなぜ10月なのか、そこが腑に落ちない、むしろ環境整備の方が元だと思うが。

(三浦老人保健課長)

退所後も円滑なサービスの利用継続が図られるように努めていくことが大原則だと思っている。そういう意味では、施設には継続性の努力をお願いしたいし、合わせて国としても在宅サービスでの支援体制の充実を図っていく必要があると考えている。

(矢野委員)

1ページの「制度改正の趣旨」に書かれている制度の持続可能性とか給付と負担の公平性という観点は最も重要なポイントであり、この考え方に全面的に賛成する。しかし、各論を読むとその趣旨が必ずしも徹底していない。

まず、7ページの「第4段階以上の世帯に関する特例」ということで、資産の調査をどのように行うのかということは方法論として片方にあるが、申告制によって区分けをしていく場合、申告漏れあるいは誤りがあった場合には、遡及して補足給付相当分を返納する仕組みなどを設ける必要があるのではないかと。

次に、12ページのガイドラインについてであるが、施設の利用者に対し、利用者負担について十分な説明を行うためのガイドラインというものは必要だと思っている。同時に、利用者や家族がそのガイドラインを理解して、かつ介護事業者を適切に選択できるようにするためには、できるだけ早くインターネット上での情報公開によって比較可能になるような環境整備が必要なのではないかと。

(藤木介護保険課長)

7ページの夫婦2人暮らしの方の例で4段階で特養等に入った場合の対応については、フローの収入以外に資産要件をきちんと見るということとしており、金融資産や、住んでいる以外に持ち家があるのかという不動産関係の要件も確認した上で適用するというようにしており、保険者へも指導をしていきたい。

(池田委員)

12 ページの利用者負担のガイドラインで、こうしたガイドラインをつくるのは確かに必要だし、インターネット上で比較ができるような体制がつくられるということも極めて重要だと思う。

ただ、「居住費・食費の利用者負担のガイドラインに盛り込む事項について」が参考として出ているが、実質の負担はそれだけではなく、例えばテレビが1日300円から始まって、非常に細かい積上げをして6万あるいは10万という実質上の負担を徴収しているところがかかり見受けられる。そういった負担に利用者が納得をしていないケースが非常に多いので、ガイドラインの範囲を施設利用に関する負担全般まで広げられないか。

もう一つ、ガイドラインを利用者が理解できるかということで、認知症の場合はそれがままならない場合がある。地域包括支援センターの権利擁護というのも必須事項になったのだから、その中にガイドラインと利用者の関係をチェックする機能を考えることが必要ではないか。

(香取振興課長)

まず現行の指定基準上、保険外のサービスについての費用徴収については規定があり、保険給付の対象になっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の徴収は認められないということで、個別にその内容を明らかにして取ることを求めている、その他の日常生活に要する費用といったものについては利用者、家族の選択と同意を取ることを義務付けている。

費用も、実費の相当額の範囲内ということで、その内容及び金額については重要事項として説明をし、施設内に掲示をすることを求めており、違反した場合は、保険外のサービスではあるが、指定基準違反という取扱いになる。

もう一つは、今回居住費と食費が保険の外へ出るということで、この部分についてはガイドラインその他を定め適正手続きを求めるが、その内容は18年4月施行予定の情報の公表制度の中で、それぞれの施設が事業者との間でどういう内容の契約を結ぶか、あるいはどういう負担を求めるかということについては、施設自身が開示をすることを義務付けるという規定をすることになる。

(池田委員)

問題は現在、基準に違反している事例があるが全く事態は変わっていないということだ。診療報酬の問題が大きな原因だとは思いますが、都心ではとても今の診療報酬ではやっていけないから、保険外の費用を取るのは当たり前という意識が医療系施設の中にあると思う。

そういう事態は、情報開示というものが動き始めると変わるものなのか。

(香取振興課長)

基本的には入所、入院者と施設との関係できちんと情報開示、説明をするということになる。公表ということは、広く一般に対してどういう費用を取っているかということをも特定多数に対して開示をすることなので、外部の方がそれを見て、実際に利用した方との

関係で事実と反していれば、そのこと自体が虚偽の開示をしたことになるので、その部分
は開示制度を導入することによって改善が期待できると考えている。

(木下委員)

契約について、前回現在の利用者と施設の契約が9月30日で切れるという話だったが、
施設側が十分に説明してもそれ以降の契約ができない場合は施設の説明が悪いという対応
なのか、施設利用を拒む理由になるのか。

(香取振興課長)

現在の入所者は例えば施設の入所契約ということで、それは介護保険の給付を受けると
いう一種の介護保険法に基づく公法上の契約として行われている。それに対して、サービ
スの提供と自己負担の支払いという相互関係が発生する。

法律改正の効果については、介護保険の提供範囲が変わるということで、保険外に出る
居住部分と食費部分については、現在提供している介護保険の契約のいわば権利義務関係
から外へ出るということになるので、食費と居住費については別途、利用契約が締結され
ないと継続の関係が発生しないということになる。その契約を結ばないということになれ
ば、そのサービスは契約が成立しないので、提供する義務が事業者側には発生しないこと
になる。

保険外の部分の契約が成立しないからサービスを提供しない問題は先ほど野中委員の質
問と同じで、そのこと自体が本体の介護保険の給付を提供することを拒否する正当な理由
になるかどうかという判断になる。その上で、それを承知であえて払わないということに
なれば、それは事実上契約の継続はできないことになると考えているが、現実問題として
は最終的に個別のケース・バイ・ケースの判断ということにならざるを得ないと思う。

(沖藤委員)

11ページの注6の、高齢者夫婦2人暮らしで1人がユニットケアに入った場合の「資産
が一定額以下となる場合」とは大体どのぐらいか。

(渡辺企画官)

7ページの「第4段階以上の世帯に関する特例」にあり、金融資産等が450万以下、そ
れから残された配偶者のフローの収入が80万円以下ということになる。

(喜多委員)

制度の持続可能性、または負担の公平性という意味で、今回改正をすることは当然と思
っている。

7ページの低所得者対策についてはもう少し制度として明確にしていく必要があると思
う。先ほど野中委員のPRも必要との発言は、一番大事なことだと思う。もっと国民、市
町村民の皆が肌で感じられるような説明を国は果たしてほしいと思う。パンフレットや、
いろいろなマスメディアを使って十分に改正した内容を説明する責任が国にあると思う。

(田中(雅)委員)

12 ページのガイドラインに盛り込むべき事項について、訪問介護を始めとする 10 の介護サービス事業の情報項目について検討されているというのはこの度、公表されたが、通所系のサービスや、介護療養型医療施設等における検討はどうなっているのか。また、これまで検討されていないサービス事業についても同じように来年の 4 月から情報の公表が始まるのか。

(香取振興課長)

今回問題になる特別養護老人ホーム、介護福祉施設と老健施設については、15・16 年度で具体的基準についての検討事業を行い、これは 18 年 4 月から施行予定となっている。

それから、療養型については今年度具体的指針の策定を、18 年度にモデル事業を行い、施行は 19 年度ということになっており、基本的には 19・20 年度で全対象サービスについて開示のスキームに乗せることができると考えている。

(田中(滋)委員)

居住費と食費を保険給付から外すということは、公定価格から市場価格に移行することだと思う。市場価格は福祉の世界では今までなかったが、市場は公正、フェアでもあり得るし、アンフェアでも不平等でもあり得る。アンフェアだとかえって悪化することもある。

在宅との公平性のために保険給付から外す以上、その制度が公平でなければならない。例えば、市場価格というが、食材料費と調理費用の地域差は現行介護報酬にある地域差より多少大きい程度で済むが、居住費の地域差は大変大きくなり得る。先ほど池田委員の発言で都心の医療機関が成り立たない理由はコストよりも地代のせいで、地代は原価には反映しない。その市場価格との関係性について、質問を 3 つさせてもらうこととする。

1 番目は、低所得の方から利用額負担上限額以上の居住費・食費を徴収した場合、補足給付がなくなるのか。それとも、補足給付がその分だけ減額されるのか。

2 番目は、自由料金になる以上、保険料負担の第 4 段階以上の方の場合には標準的な負担よりも超えることが幾らでもあり得る。そのときに、同じ施設の中の低所得者に給付される補足給付に影響しないと私は理解しているが、それでよいのか。

3 番目は市場価格、自由料金である以上、逆に標準的な負担以下、あるいは低所得者利用者負担上限額以下の設定でも構わないのか。この 3 つで、市場価格との関係をどう理解しているかを確認しておきたい。

(藤木介護保険課長)

7 ページの補足給付の図の食費の方で説明すると、第 1 段階、第 2 段階、第 3 段階の低所得の方については、第 1 段階の利用者負担は 1 万円、第 2 段階は 1 万 2,000 円、第 3 段階は 2 万円と書いているが、これ以上の額を利用者から取った場合は補足給付は行わない、と法律上なっている。これは、利用者の負担上限額を設定した趣旨を生かすという観点から、法律上整理しているものである。

それから、4 段階以上の方は自由契約なので、例えば基準額は 4 万 2,000 円と書いているが、施設と利用者の契約で幾ら取るかが決まるわけである。仮にその施設で 4 段階以上

の方から5万円とか6万円取っているとしても、補足給付のラインは4万2,000円となり、それと利用者負担との差額を埋める形で補足給付を行うということになる。

仮に、第2段階で1万2,000円とあるが、1万円しか徴収しなかった場合は4万2,000円と1万円の差額を補足給付するのかというと、そうではなく、1万2,000円との差額を補足給付として出すという考え方になっている。

(矢野委員)

前回のこの会議でも言ったように、多床室について、1人当たりの床面積が少ないといった居住環境の違いを考慮し、減価償却費相当分を負担しなくてもよいという建て付けでは、持続可能性や公平性という観点からすると一貫性がないと思う。個室と異なり複数人で分担し合うことができるので、1人当たりの負担分は当然少なく済むということになるので、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。

年金給付との二重給付の是正が徹底されないとか、利用者負担の不均衡が解消されないといったことになり、今回の改正は一步進んでいるにしてもそこに十分な一貫性がないし、徹底さに欠けているのではないか。

20ページの「厚生労働省としての考え方」には、多床室について、「光熱水費相当」を「居住費」として設定したものであり、国会審議の中でもその旨説明してきていると書かれているが、事務当局の意見としてそう述べていたのであり、介護の議論をしてきたこの部会での話ではないし、それで意見が一致しているとは思っていない。

それから、政策判断ということではいろいろやっつけようということだが、定員ベースで9割程度を占めている多床室において、光熱水費相当分のみ自己負担化するという判断自体が、結果として個人の尊厳を尊重しようとするユニットケアの推進の方向性に逆行しているのではないか。

ここまでは意見だが、次に、これに関係して2点ほど確認したいと思う。

1つ目は、今後、介護保険施設を整備するに当たって、原則としてユニット型個室しか認めないという方向であるのかどうか。

2つ目は、来年3月までに是正される多床室におけるケアというのは、ユニット型個室におけるケアよりも低い評価と考えるとよいのかどうか。

それから、20・21ページの経過措置についてである。これは改正の趣旨から言えば、本来、不要であり、激変緩和措置の観点で一定の経過措置を設けるということであれば、要らないと言いつつも必要なことであろうと思う。その場合、従来型個室の居住費水準、これは月5万円ということのようだが、これに基づいて減額幅を検討すべきではないか。

(川尻計画課長)

まず施設整備の関係の質問について、現在施設整備費の助成については交付金化し、都道府県等の裁量性を認める形に変わっているが、その対象とする特別養護老人ホームについては、ユニット型を基本としていくということ考えている。

ただ、交付金ということで裁量性があるため、絶対に個室ユニットでなければいけないという縛りはかけていないものである。

(三浦老人保健課長)

ユニットケアや多床室などにおけるケアの評価については、資料の20ページの「厚生労働省としての考え方」の枠の2番目にあるように、今回の見直しでは10月施行に伴う改定として居住費の保険負担外化の作業を行っているものであり、それぞれの類型ごとのケアの評価については今回は行っていません。したがって、そのバランスを含めて来年4月の改定に向けての議論の中で行っていくことと考えています。

(見坊委員)

資料の21ページに従来型個室の経過措置が出ているが、まずここにある従来型個室の報酬適用に係る経過措置の①で、既入所者について対象者の範囲を、従来型個室の既入所者のうち今年9月30日時点で過去1か月間にわたり特別な室料を徴収していない者と書いてあるが、これはどの程度の方が、また過去1か月間にわたってということの意味を確認したい。

もう一つは、従来型個室の新規入所者の場合、感染症や治療上の必要など、ここに個室への入所期間が30日以内と書いてあるが、施設側の事情によって入所が必要な場合であって、なおかつ入所期間が30日以内と限定しているのはどういう事由なのか。

(三浦老人保健課長)

まず、従来型個室での経過措置に関連して、既入所者の占める割合について、基本的には特別養護老人ホームにおいては個室に入所して特別な室料を払っている方はほとんどいない状況である。

介護療養型医療施設の場合、55%程度が特別な室料を払っている方、それから老人保健施設においては75%程度が特別な室料を払っている方であり、残りの部分が経過措置の対象になってくるということとなる。

それから、新規入所者の30日以内ということについては、基本的に30日の範囲の中で入所が継続できるかどうかということ判断し、それを超えて特別な治療等が必要ということになるのであれば、それに対応した機能を持つ医療施設等に転院してもらうということが必要なのではないかということから、30日という限定を置いているということである。

(見坊委員)

まず既入所者の問題については、これ全体を読むと多床室と同額の報酬を適用することが大半に適用されるのであって、ここに書いてある対象者の範囲は例外的にこれを除いた人は皆、大体多床室と同額保障を適用すると読めるが、是非そういうふうな実施上はお願いしたい。

個々の施設、特に既存型の個室の問題というものについてはいろいろな意見が出ており、もともと老人福祉法で老人ホームを整備した経過では、社会福祉法人が経営をする。社会福祉法人というのはかなり公共的な性格を持って運営をする経営主体として戦後つくられたもので、そこはかなり補助金を投入して施設整備をしてきた。大体多床室が原則で、個室というものは原則とは認めないという指導もあったのであり、今日の介護保険の施設の考え方、特にユニット型というものは非常に違う。

そういう経過を踏まえて、個々の施設における利用の仕方、施設長の運営の仕方というもの相当尊重する必要があると思っている。多床室と個室というふうに厳格に分けるのは問題があるということをお前回指摘して、今回の経過措置でもいろいろと配慮してもらっているが、この点については施設あるいは市町村の裁量といったものを十分に尊重することをお願いしたい。

また、従来型の個室の新規入所者についていろいろと制限をしているが、これは余り制限し過ぎない方がいいと思う。特に他害行為がある人の他害行為というのは、かなり同居者に対して被害を与えるということであろうと思うが、実際には夜更かしの方、あるいは早起きの方、認知症の方、頻繁にトイレに行く人など、周りの生活のテンポと合わない人をどうするかというのが、多分老人ホームの苦心のしどころだと思われる。

そうした点で、従来型の個室というものは非常に問題であり、是非、多床室とほぼ同じような考え方で実施してもらいたい。そしてまた、施設長その他の判断、裁量、行政の判断もあるだろうが、弾力的な運用をお願いしたいと思っている。

今回の介護保険法の改正については、国会審議段階からいろいろと解説されてきたので、一般の高齢者も危惧している。特に、利用者負担額は大体5万円ということが一人歩きをしている。

しかし、実際には実施上いろいろな配慮をするということで、低所得者対策ももっとはっきりさせるという方向でいっているのだから、この辺のPR、解説を厚生労働省はよほど丁寧にしてもらいたい。そして、一人歩きしている非常にショッキングな5万円という数字はある程度十分実態がわかるように説明をお願いしたい。

(永島委員)

21ページの従来型個室の新規入所者の経過措置について、これは特養施設入所の8割の方が認知症の症状を持っているということを見ると、著しい精神症状というのは認知症と同じことと考えていいのではないかと。

在宅でどうして施設入所を申し込まなくてはならなかったかという一つの例として、割合穏やかな人で、ショートステイを繰り返しているうちに1日中テーブルをたたいて介護者を呼び続ける。そういうことで施設に入居せざるを得なくなったという現状があって、そういう方たちは施設にたくさんいるということ、是非とも理解してほしいと思う。

それから、本人はもちろん家族も、その理解がどの程度できるのか。成年後見とまではいなくても、説明の後ろ盾になるような人が必要なのではないかと。

それと、どうして10月実施なのかということがよく分からない。今から説明をしているいろいろな資料が出て、10月に自己負担がこうなるという納得がいく時間があるのか。例えば同じ地域でのAの特養とBの特養と払う費用が異なるというようなことが今、利用者に理解ができるのか。もしそれが払えなければ、契約できないから退所してもらおうというのは、過酷な在宅介護に帰らざるを得ないことになるのではないかと心配がある。

それから、7ページの第4段階以上の世帯に関する特例で450万の資産とあるが、単純に計算すると、第3段階で60万円の費用を年間に払うとすると7年しかもたない。このあたりはどう考えているのか、ここの議論が非常にわかりにくくて困っているし、一般の人もそうだと思う。

(川尻計画課長)

資料2の1ページに、介護保険3施設の居室類型の表があり、介護老人福祉施設においてユニット型の個室は1万9,000人分、従来型個室は約4万2,000室とあるが、このうち、従来型個室で特別な居室料を払っている方というのはごく例外的で、そういう意味で言えば、現在の従来型個室入所者は10月1日以降に急に、多床室ではない取扱いになるということではない。

それから、認知症の方も含めて新規入所者の入所期間30日以内については、この30日以内の特例をまず適用して、30日経過後も問題行動が収まらずに多床室では対応しにくい
ため施設の事情で個室に移る場合には多床室並びとすることができる。

それ以外の場合でも、21ページの従来型個室の新規入所者の②のところ、例えば特養の場合10.65平米を満たさないものは多床室扱いにできるということで、相当従来型個室については経過措置を設けるところである。

それから、介護老人福祉施設の従来型個室の報酬水準の設定については、見坊委員からの御指摘のとおり国庫補助金等が入っており、そういうことを勘案しながら居住費の5万円をどうするかということを考えていくこととしている。具体的に居住費あるいは食費をどう設定していくかということは、利用者との間でそれぞれの施設が設定する形となっているところである。

(漆原委員)

まず施設というと介護老人福祉施設、特別養護老人ホームの議論に偏りがちで、今の低所得者の対策を受けられない人たちが他の施設にはもっと含まれているし、認知症の高齢者でも、個室でしかいられないような高齢者でも、他の施設の利用者の方が多い。特に在宅ケアを支援するという点では、他の施設の方が多いということも理解してもらいたい。

現在のユニット型個室あるいは従来型個室について言えば、個室の利用者の居住費は自己負担ということになるわけであるが、これらの人たちについて言えば、既に入所者の選択によって特別な室料、あるいは特別な療養の場の提供ということで、自己負担の個室料が発生しているのが一般的である。この個室料の取扱いについては、民間の施設であるならばおおむね減価償却費というものを基準にして事業の継続性、再生産、あるいは安定性というものを計算して経営をしているわけである。

今回は居住費を給付費から外すという議論であるが、老人保健施設について言えば、在宅復帰を達成する施設ということで、その入所期間は短く、そして入退所が頻回ということになる。個室利用ということになるならば、その稼働率がどうしても低下する。その辺のところを是非考えてほしい。

老健施設の個室の利用者について言えば5万円の従来型個室の導入ということになるが、それを今年の10月から、それも決して自分から望んで入っているわけではない施設でいきなり5万円の負担は、余りにも利用者にとっても急激過ぎるという感じがしている。

また、ユニット型個室というのは実際には老健施設にはこれまで基準上も制度上も存在をしていないもので、これを10月からユニット型個室の費用を取るということは、余りにも唐突ではないか。段階的な導入とか、介護報酬上の評価とか、そういったものをきっち

りしていただいた上で導入してほしい。

1つだけ、今回の施設利用者の居住費について理解できない点があるので質問したい。光熱水費に関しては特に理解ができるが、減価償却費相当というものが給付費から減るといことがどうしても理解ができない、そのところをもう一度教えてほしい。

先ほどの説明では、居住環境に応じて、あるいは政策判断で決めたということだが、家族あるいは利用者には、理解してもらえないだろう。30万円で入所していた人が個室に入ったら25万円しか給付が受けられなくて、多床室だったら29万円受けられる、これが本当に平等なのか。どういうふうに説明したらいいのか。

(池田委員)

厚生労働省は、どうしてパブリシティがこんなに下手なのか。先ほどから、何か5万、6万円の負担が上がるというイメージがつきまわっているが、そんなに上がることはなく、例えば、第1段階の人であれば基本的に変わらず、むしろ多床室の人は負担は減るし、国民年金グループの年収80万円以下の人は今より下がる、つまり、負担は今より減ることになる。

問題は、厚生年金グループの年収80万円を超える人たちであり、多床室で約1万5,000円、ユニットで約2万円増えるということで、現実にこれからどれだけ増えるのかということを確認にした方がわかりやすいと思う。あと、社会福祉法人の減免措置とか、さまざまな措置がきめ細かくなされているわけであり、それを説明すれば、入所者は大方合意すると思う。言い換えれば、それをやっていないから、あたかも入所者が5万、6万もこれから払わなければいけないというイメージになってしまい議論が混乱している。10月施行ということが迫っているし、安心できる体制はかなりつくっているわけなので、あとはきめ細かいパブリシティをすすめてほしい。

(渡辺企画官)

今、指摘があったとおり、例えば資料9ページに、これは特別養護老人ホームの例だが、第1段階についてはトータル負担は変わらない。特別養護老人ホームの場合、第3段階までの方が今は8割近くなので、これから周知を図っていくときには、もう少し具体的に、今はどういう方がいて、そういう方はどういう負担が変わっていくのかという、個人ベースに落とした形での丁寧な説明をしていくことが必要だと思っている。

全体として見ても、個人ベースで見ればもう少し理解、安心してもらえらると思うので、そういった点に十分配慮しながらこれからも数値等について気を配ってまいりたい。

(福間参考人)

16ページの、特別養護老人ホームの従来型個室について報酬水準の設定に当たっては国庫補助金相当額を勘案するという点については評価をしていきたいと思う。ユニット型も共用部分については国庫補助金相当額が入っている。

それで、ここで設定されている6万、5万というのは報酬から除く額とが合わなくなってくるので、そのことをきちんとしないと、本来の介護給付の中でサービスの対価として行う額が居住費で除き過ぎることになるので、十分にここは検討してほしい。

(井形分科会長代理)

やはり負担が増強するときにはその代わりこういうことをするということをはっきりPRすべきだと思う。そういう意味では、栄養問題が悪いというデータが出ていて、介護予防の重要な柱になっているわけだから、自己負担化したと同時に、栄養問題は解決するというPRを是非してほしい。

(木下委員)

栄養管理体制加算と栄養マネジメントというふうに当面分けてあるのは制度導入についてはいいと思うが、栄養マネジメントについてはかなりのスタッフと労力が要るので、それを勘案して十分機能が発揮できるような報酬体系というものが必要だと思う。

(木村委員)

26 ページの「栄養ケア・マネジメントに対する評価」はあくまでも施設に入るわけだが、施設の中での多職種協働、要するに施設の中に配置されている人員だけでやった場合に評価されるのか。それとも栄養ケア計画とあるが、口腔ケア、摂食、嚥下リハ、服薬指導など、これらに関わる職種の人たちが仮に外から関わった場合には、この後、18年4月に向けての検討の中でまた議論をして、その辺の連携も含めて評価して考えていくのか。

それから、もう一つ関連でショートステイについて、ショートの利用者というのは居宅にいて何らかの問題等があって利用するので、その中での栄養のマネジメント等の情報提供や、居宅ケアプランを立てているケアマネジャーとの連携を、この後、18年4月の報酬改定のところで更に検討してもらいたい。

(三浦老人保健課長)

栄養ケア・マネジメントは施設給付についての評価ということなので、そこに参画される方は基本的に何らかの形でその施設に所属している形が必要であると考えている。

(木村委員)

例えば、特別養護老人ホームには薬剤師の配置はないが、服薬指導等のときに関連して地域の薬局から頼まれて入っていった場合の評価などをどうするかということを具体的に説明してほしい。

(三浦老人保健課長)

今回は栄養改善に関するということなので、ご質問の内容については4月改定に関するものと思うので、その際にまた検討をお願いしたい。

(井部委員)

経口摂取への移行に関する評価について、経管により食事を摂取する利用者を経口摂取に移行するためということで、とても重要なことだが、これは簡単ではなく、そしゃく筋の運動障害、あるいは舌の運動障害のアプローチ等の運動訓練をして初めて口から食べる

ということになるわけで、非常に人の手を必要とする。

それから、うまくいかないと誤嚥を起こして誤嚥性肺炎を誘発することにもなり得る。そういう点から、経口摂取の移行に対する評価において、どのくらい体制が整っているかということ判断をしなければいけないので、その点を十分に考慮してほしい。

(沖藤委員)

介護3施設の中にこんなに低栄養状態の人たちがいたのかということに大変驚いた。確かに我が家においても調理はするわけで調理コストがかかるから、施設に入っても調理コストをとる考え方はある程度合理的な考えと思うが、栄養ケア・マネジメントをするようにするから調理コスト等をとるという流れに、家族等は了承できるのだろうか。施設に入ったことによって低栄養にさせられてきた過去はないのか、その責任は一体だれが取るのか、基本的な理解が浅いため、調理コストを取るということで入所者の責任みたいな考え方に私などはなっていってしまう。

その辺で、例えば栄養ケア・マネジメントを一生懸命しても、調理員が経口摂取しやすいような形で本当に調理してくれるのか。その確認はどうしたらいいのか。漠然としていてわかりにくいので、わかるように説明してもらいたい。

(三浦老人保健課長)

資料の28ページに、「栄養ケア・マネジメント」の手順」が示されているが、食事の内容や形状、あるいは栄養のバランスを含めて栄養ケア計画を立てていく。その際に、多職種協働として、調理の関係者も含めて協働で体制を組んでいくこととなるので、栄養ケア計画の実施という点では調理員の協力は不可欠となる。

(石井委員)

今の低栄養に関して、データがないから示せないが、在宅の場合の方が低栄養の問題は大きい、潜在しているだけである。むしろ3施設でも低栄養の問題はあるが、それでも管理されているからまだあそこまでできているということはきちんとっておきたい。通所に来て初めてやっとまともに食事ができるという方がかなり多いという実態を知っておいてほしい。

(矢野委員)

常勤の管理栄養士や栄養士を配置するというのと、その働きというものを重複して評価するというのは、本当はおかしいと思う。よい働きを評価して、それについて給付をするというのが筋ではないか。これは介護報酬全体について言えることだと思っている。

そうすると、必ずしも常勤である必要はなく、経験豊富な管理栄養士を非常勤で活用することによって栄養ケア・マネジメントができるという仕組みもあり、また、栄養ケア・マネジメント自体を外部委託するというのも可能だと思う。そういうふうに、内容を評価していったらいいのではないか。

(花井委員)

「療養食に対する評価」のところで、前回までに経管栄養のための濃厚流動食を加算から除くという文言があったかと思うが、これは療養食に対する評価ということでそこで読み込んでしまうのかという質問と、それから29ページの②の2行目の「特別食」という言葉は、多分「療養食」のことかと思うが、確認をお願いしたい。

(渡辺企画官)

まず、経管栄養のための濃厚流動食を除くということは、今回は明記してないが、方針としては変わっていない。

それから、名称を「療養食」と変えたのは、「特別食」というのは従来基本食事サービス費というものがあって、その中の加算としてであったが、今回は基本食事サービス費がそもそもなくなって、施設サービス費の加算としてもう一度この栄養関係の再構成をするというので、名称も含め全体を見直すものである。また、29ページの②の2行目の「特別食」というのは直し忘れのため「療養食」に修正願います。

(石井委員)

矢野委員の意見で、管理栄養士あるいは栄養士の非常勤ということだが、施設で栄養ケアを考えたときにはほとんど不可能だと思う。3食すべてを、一人ずつすべてアセスメントして栄養ケア計画を立てていき、またこれまで介護スタッフがやっていたことをきちんと栄養スタッフも関わっていくということなので、常勤でないといけないだろう。

さきの非常勤というのは施設にいない職種が非常勤であっても関わることによって栄養ケア・マネジメントを実施していく、ということなら理解できるが、少なくとも最低限1名以上は常勤が必要だと、実態を知った上で言っておきたい。

○大森分科会長より閉会の宣言