

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

地域やライフステージを考慮した歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に関する研究

我が国における介護保険制度に関する調査

研究分担者 福泉 隆喜 九州歯科大学 総合教育学分野 准教授
研究協力者 日高 勝美 九州歯科大学 口腔保健学科 教授
研究協力者 山口 摂崇 九州歯科大学 学生
研究協力者 永井 佑弥 九州歯科大学 学生
研究協力者 日野 聖慧 九州歯科大学 学生

研究要旨

歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた歯科保健医療制度の国際比較を行うためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、介護保険の制度概要を調査することを目的とした。

厚生労働白書、各種審議会資料、成書、その他の文献を調査することにより、介護保険制度の制度概要、保険給付のための事前手続き、保険給付と介護報酬、費用負担の仕組み、口腔関連介護サービス、今後の課題について精査した。

介護保険制度を維持し、将来にわたって持続可能なものとしていくためには、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

A．研究目的

国際的な視点から我が国の歯科保健医療施策を客観的に評価し、歯科疾患を取り巻く社会環境の変遷、歯科保健の現状等を分析し、歯および口腔の健康づくりの支援体制の構築に向けた具体的な提示を行うためには、まず我が国における制度概要を把握する必要がある。

このため、我が国の歯科保健医療施策のうち、初年度の平成 23 年度に先行して調査した公的医療保険制度に続き、平成 25 年度においては介護保険の制度概要を調査することを目的と

した。

B．研究方法

厚生労働白書、各種審議会資料、成書、その他の文献を調査することにより、我が国における社会保険制度のひとつである介護保険の制度概要をとりまとめた。具体的には、介護保険制度の制度概要、保険給付のための事前手続き、保険給付と介護報酬、費用負担の仕組み、口腔関連介護サービス、今後の課題について精査した。

(倫理面への配慮)

本研究では、我が国において、すでに官公庁などで公表されている既存のデータを収集して分析を行うので、倫理上の問題はない。

C. 研究結果

1. 制度概要

1) 社会保険の特徴と介護保険制度

我が国の介護保険は、保険的手法により社会保障を行う社会保険のひとつである。社会保険には、次の3つの特徴がある。第1は、法的に加入が義務付けられており、加入保険の選択はできない「強制加入」という点である。第2は、保険料の徴収や保険給付について、「国が直接又は間接に管理又は監督を行う」という点である。第3は、民間保険と異なり、「保険料は所得に応じて自動的に決まる」という点である。

介護保険は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う制度である。我が国の場合は、原則として「現物給付」の方式が採用されており、介護にかかった費用は後から保険者が介護事業者に支払う仕組みとなっている。なお、例外的に、住宅改修費(原則としてひとり生涯あたり20万円まで)及び福祉用具購入費(ひとり年間10万円まで)については、「現金給付(償還払い)される取扱いである。

2) 保険者と被保険者

介護保険制度の保険者は、介護サービスの地域性、地域の実情に応じたきめ細かい対応が必

要とされることなどから、国民に最も身近な行政単位である市町村(特別区を含む)とされている。そのうえで、後述するように、介護保険財政の安定化と事務負担の軽減等をはかるため、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が市町村を重層的に支え合うこととされている。

一方、介護保険の被保険者は40歳以上の者とされている。このうち、65歳以上の者を第1号被保険者とし、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者として区分している。平成23年度末現在で、第1号被保険者は2,978万人、第2号被保険者は4,299万人である。

2. 保険給付のための事前手続き

介護保険による保険給付については、第1号被保険者と第2号被保険者とで相違がある。すなわち、第1号被保険者においては、要介護状態又は要支援状態と判断された場合に保険給付の対象となるのに対し、第2号被保険者においては、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる特定疾病に起因する要介護状態又は要支援状態に限って保険給付の対象となる。要介護状態又は要支援状態にあるかどうかの判断は、利用者本人からの申請に基づき、認定調査等を経て、介護認定審査会の認定による。具体的な要介護認定と介護サービスの利用手続きの流れは、下記のとおりである。

1) 要介護認定

介護保険による保険給付を希望する利用者は、市町村の窓口にて要介護認定申請を行う。申請を受けた市町村は、認定調査員等による心身の状況等に関する調査を行う。この調査は、74項目の基本調査と特記事項によって構成され

ている。この認定調査に基づくコンピュータプログラムにより、まず1次判定が行われる。このコンピュータプログラムによる1次判定は、高齢者に対してどれくらいの介護サービスが必要かを示す指標として5つの分野ごとに計算される要介護認定等基準時間の長さによって示されるものである。なお、この基準時間は実際のケア時間を示すものではなく、介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示している。

次いで、保健・医療・福祉の学識経験者で構成される介護認定審査会において、必要に応じて、1次判定の修正を行う。その後、主治医意見書、認定調査の際の特記事項の情報をふまえ、2次判定が行われる。2次判定で示される認定区分は、非該当、要支援1～2、要介護1～5の8区分である。このうち、非該当となった者は、保険給付の対象とならず、市町村が実施する地域支援事業を利用することとなる。

要介護認定の有効期間は、原則として6ヶ月である。ただし、介護認定審査会の意見に基づき3～5ヶ月間とすることができる。平成23年4月から、区分変更認定や更新認定における要介護から要支援または要支援から要介護に変更となった場合、市町村が介護認定審査会の意見に基づき特に必要と認める場合は、3～12ヶ月の範囲内で定めることができるようになった。さらに、平成24年4月からは、新規の要介護認定や要支援認定の有効期間についても、同様に12ヶ月まで延長された。

更新の場合は、原則として12ヶ月であるが、介護認定審査会の意見に基づき3～11ヶ月の範囲で短縮することや、要介護から要介護への更新であれば上限24ヶ月まで延長できるとされている。

2) 介護サービス計画

要支援又は要介護認定を受けると、介護サービスの給付を受けることができる。この際、利用者が自ら必要とするサービスを選択することとなるが、介護保険サービスは多岐にわたるため、利用者の自己決定を支援するため、市町村、居宅介護支援事業者などが幅広く介護サービスに関する情報の提供を行っている。例えば、居宅サービスの場合、利用者が居宅介護支援事業者に依頼して、本人の心身の状況や希望などを助案して介護サービス事業者などとの連絡調整を行ってもらい、利用する居宅サービスの種類や内容を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成してもらうことができる。もちろん、利用者自らが直接サービスの利用計画を作成して、居宅サービスを受けることも可能である。なお、施設サービスの場合は、施設の介護支援専門員により、施設サービス計画(ケアプラン)が作成されることとなっている。

前述のとおり、介護保険サービスは多岐にわたるが、要支援者と要介護者とで大きく異なる点は、要支援者においては、要介護状態の発生の予防という観点から、訪問及び通所サービスを中心とする居宅サービスに重点が置かれ、施設サービスが設定されていないことである。

3 . 保険給付と介護報酬

1) 介護報酬とは

介護報酬とは、事業者が利用者(要介護者または要支援者)に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われるサービス費用のことである。この介護報酬は、サービスごとに設定されており、各サービスの基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて、加算又は減算される仕組みがとられ

ている。

2) 介護給付費単位数表

介護報酬は、厚生労働大臣が社会保障審議会介護給付費分科会の意見を聞いて定める介護給付費単位数表に基づいて給付されることとなっている。この際、保険者から事業者に直接支払いが行われるのは、単位数表の9割の費用であって、残りの1割は利用者負担として、利用者が直接事業者を支払うこととされている。

介護給付費単位数表は、指定居宅サービスに要する費用の額を算定するための指定居宅サービス介護給付費単位数表、指定居宅介護支援に要する費用の額を算定するための指定居宅介護支援介護給付費単位数表、指定施設サービスなどに要する費用の額を算定するための指定施設サービス等介護給付費単位数表によって構成されている。

3) 介護報酬改定

介護報酬の改定は、原則として3年に1回の頻度で行われる。介護保険制度開始後、初回の介護報酬改定となった平成15年度改定では2.3%、2回目の平成18年度改定では0.5%と、いずれもマイナス改定であった。3回目の平成21年度改定で、はじめてプラス改定となり、+3.0%となった。その内訳は、在宅分1.7%、施設分1.3%であった。

直近の4回目の平成24年度改定では、引き続きプラス改定で+1.2%となった。その内訳は、在宅分1.0%、施設分0.2%であった。この平成24年度改定では、平成23年6月の介護保険法の改正を踏まえ、地域包括ケアシステム基盤強化や、医療と介護の役割分担、連携強化等の観点から改定が行われた。主な改定内容は、次のとおりである。介護職員の処遇改善については、

平成27年3月末までの時限的措置として、介護職員処遇改善加算が創設された。介護職員の人員費の地域差を是正するための地域区分については、国家公務員の地域手当に準じ、従来の5区分から7区分に見直すと共に、適用地域や上乘せ割合について見直しが行われた。医療と介護の連携については、医療機関と訪問看護ステーションが共同で退院支援する場合の評価(退院時共同指導加算)の新設等が行われた。また、訪問介護の身体介護の時間区分について、新たに20分未満の時間区分が新設された。

4. 費用負担の仕組み

1) 介護保険制度の財源構成

介護給付に必要な費用は、サービス利用時の利益者負担を除く給付費の50%が公費により負担される。その内訳は、施設等給付費(都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る費用)は、国が全体の20%、都道府県が17.5%、市町村が12.5%とされている。一方、居宅給付費(施設等給付費以外の給付費)は、国が全体の25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%とされている。

公費による部分を除いた50パーセントの費用は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者の保険料により負担される。第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3年間の計画期間ごとに全国ベースの人口比率で定められる。平成24~26年度における内訳は、第1号保険料21%、第2号保険料29%である。

なお、人口比率に基づく按分の結果として、全国の被保険者一人当たりの保険料額は、第1号と第2号で同一水準となる。国費の5%分は、市町村間の財政力の格差の調整のために充て

られることとなっており、具体的には、(ア)要介護度の危険性の高い後期高齢者の加入割合の相違、(イ)高齢者の負担能力(所得水準)の相違、(ウ)災害時の保険料減免など特殊な場合といった事由について調整が行われる。

市町村に対する財政面の支援としては、都道府県に財政安定化基金が置かれ(財源は、国、都道府県、市町村が3分の1ずつ)、見直しを上回る給付費の増加や通常の徴収努力を行っても尚生じる保険料の未納による保険財政の赤字を一時的に補填するための資金の貸与又は交付が行われている。

なお、地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業及び介護予防事業に対する公費及び保険料負担割合は、居宅給付費の場合と同様であるが、その他の地域支援事業(包括的支援事業・任意事業)には第2号保険料からは拠出しないこととされている。

2)保険料

(1)第1号被保険者(65歳以上の者)

市町村ごとに介護サービスの給付総額などに応じた定額保険料が設定される。保険料の水準は、市町村介護保険事業計画の3年度を単位とした計画期間ごとに、サービス費用見込額等に基づき、財政の均衡を保つことができるよう設定される。

第1号被保険者の保険料は、応能負担の観点から、所得段階別の保険料を設定し、低所得者への負担を軽減する一方、高所得者の負担は所得に応じたものとしている。

保険料段階は原則として6段階であるが、市町村は特別な必要性がある場合に、第5・6段階の区分を増やして7段階以上の保険料率を設定できる。

保険料の徴収に当たっては、一定額以上の老

齢年金等受給者(平成18年4月から遺族年金・障害年金まで対象を拡大)については、年金からの徴収が行われ、それ以外のものについては、市町村が個別に徴収する(普通徴収)。年金からの特別徴収の対象者は年額18万円以上の者であり、全体の約85%と推計されている。なお、平成17年10月から、普通徴収による介護保険料の収納事務をコンビニエンスストアなどに委託することが可能となっている。

(2)第2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)

医療保険者は、被保険者1人当たり全国均一の額に各医療保険制度に加入している第2号被保険者の数を乗じた額を介護納付金として社会保険診療保険支払基金に納付することとされており、基金は集められた納付金を各市町村に一定割合で交付する。

医療保険者は、この納付金が納められるよう、それぞれの医療保険制度の算定方法に基づき第2号被保険者の保険料を設定し、一般の医療保険料に上乘せする形で一括して徴収している。

(3)保険料の推移

平成25年度における介護保険の給付費の見込みは、8兆7499億円である。高齢化の進行による要介護者の増加や住民の介護ニーズの増加から、全国的に介護給付費が増加する傾向にある。

これに伴い、第1号被保険者1人当たりの月額保険料の全国平均は、第1期(12~14年度)2911円、第2期(15~17年度)3293円、第3期(18~20年度)4090円、第4期(21~23年度)4160円と上昇してきた。また、平成24年4月から第5期介護保健事業運営期間が開始さ

れたことに伴い、介護保険料の改定が行われ、第5期（24～26年度）の保険料は4927円と、第4期に比べ19.5%増となっている。

5. 口腔関連介護サービス

介護保険制度における口腔関連介護サービスは、通所サービス、居宅サービス、施設サービスに設定されているが、それぞれの利用者の属性に応じて、提供されるサービスの内容、サービス担当者等は異なる。

1) 通所サービス

通所サービスとしては、通所介護と通所リハビリテーションにおいて、口腔機能向上加算が設定されている。同サービスの対象者は、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者である。提供されるサービス内容は、当該利用者の口腔機能の向上を目的とし、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施である。サービス担当者は、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護職員、言語聴覚士とされている。

2) 居宅サービス

居宅サービスとしては、居宅療養管理指導費が設定されている。歯科関係では、歯科医師が行う場合及び歯科衛生士等が行う場合に給付される。提供されるサービス内容は、歯科医師が行う場合にあつては、当該利用者を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービスの策定に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言とされている。また、歯科衛生士が行

う場合にあつては、通院又は通所が困難な在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問して行う実地指導とされている。

3) 施設サービス

施設サービスとしては、介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）入所者等に対して、口腔機能維持管理体制加算及び口腔機能維持管理加算が設定されている。

口腔機能維持管理体制加算は、口腔機能維持管理に係る施設の取組を評価したものである。同加算においては、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合であつて、当該施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合にあつては、入所者等の全員に対して加算を算定する体制加算となっている。

これに対し、口腔機能維持管理加算は、介護保険施設の口腔ケアに対する取組を一層充実させる観点から、平成24年度介護報酬改定で新設されたものである。同加算においては、前述の口腔機能維持管理体制加算を算定する施設であつて、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者等に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合にあつては、当該入所者等ごとに算定する取扱いとなっている。

これらのサービスを利用した者の数については、介護給付費実態調査の結果から算定実績が分かる。同調査の平成25年12月審査分におい

て、口腔機能維持管理体制加算を算定した利用者は432,400人（施設サービス受給者全体の47.8%）、口腔機能維持管理加算を算定した利用者は47,900人（施設サービス受給者全体の5.3%）となっている。

D．考察

我が国においては、高齢者数の増加と介護保険制度の定着に伴い、要介護（要支援）認定者数及び受給者数が増加している。これに伴い、自己負担分を含めた介護保険の総費用は、平成12年度に3.6兆円であったものが、平成24年度においては8.9兆円に達し、制度開始時から12年で約2.5倍に急増している。このため、第1号被保険者の保険料の全国平均（月額・加重平均）も制度開始時と比較して、現在の第5期では約70%増となっている。

近年の、急速な少子高齢化、経済の安定成長への移行などの社会環境の変化を踏まえ、我が国の介護保険制度を将来にわたって持続可能なものとしていくためには、様々な課題があると考えられる。

このようななか、平成25年12月20日に社会保障審議会介護保険部会において「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられた。このなかで、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行して多様化することや、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く、要介護1及び要介護2でも一定の場合には入所可能）ことなど、重点化や効率化を図る様々な見直しが示されている。

今後、給付と負担のバランスという観点も含めた、将来の社会保障の在り方に関する国民的な議論が期待される。

E．結論

社会保障制度の一分野である介護保険は、高齢者の生活を支える重要な基盤となっているが、高齢化の進展、雇用や経済情勢の変動、国民意識の多様化などにより介護保険を取り巻く環境は大きく変化している。このような状況のなか、介護保険制度については、給付と負担のバランスを前提とした見直しの必要性が指摘されている。

F．研究発表

1．論文発表

- 1) 山口摂崇、日高勝美、角館直樹、花谷智哉、中原孝洋、福泉隆喜、西原達次．歯科症状有訴率と各種統計調査値の相関に関する検討．日本歯科医療管理学会雑誌 48(1)：56-63，2013
- 2) 日高勝美、山口摂崇、福泉隆喜．歯科関連企業における歯科衛生士の勤務状況に関する調査．日本歯科医療管理学会雑誌 48(2)：147-154，2013．
- 3) 神田 拓、矢野加奈子、杉戸博記、福泉隆喜、日高勝美．歯科衛生士における医療安全に関するアンケート調査．日本歯科医療管理学会雑誌 48(3)：229-237，2013．

2．学会発表

- 1) 福泉隆喜、山口摂崇、花谷智哉、唐木純一、角館直樹、日高勝美、西原達次：在宅高齢者の咀嚼能力と身体機能の関連．第73回九州歯科学会総会、北九州、ポスターセッション：2013．
- 2) 福泉隆喜、花谷智哉、角館直樹、唐木純一、中原孝洋、西原達次：高齢労働者支援のための先進事例調査．第73回九州歯科学会総会、北九州、ポスターセッション：2013．

G．知的財産権の出願・登録状況 なし