

介護保険計画課

1 介護保険制度改正における保険者機能に関する事項等について

(1) 改正の概要

- 高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえ、各市町村において、地域の実情に応じて、具体的な取組を進めることが極めて重要である。
- 高齢者の自立支援や重度化防止の取組を推進するためには、P D C Aサイクルを活用して市町村の保険者機能及び都道府県の保険者支援の機能を強化していくことが重要であり、先般成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）において、以下のとおり、必要となる仕組みを創設することとした。
 - ① 介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
 - ② 介護保険事業（支援）計画に自立支援・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
 - ③ 都道府県による市町村支援の規定の整備
 - ④ 介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての評価、公表及び報告
 - ⑤ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

(2) データ分析の実施

- 各市町村・都道府県において、今後の高齢化の進展状況、要介護認定率や介護費用、介護サービスの状況は様々であり、地域の課題を的確に把握した上で、実情に応じた介護保険事業（支援）計画を策定していくことが重要である。
- また、各市町村・都道府県が様々なデータを分析することにより、地域の状況を多角的に把握することを支援するため、地域包括ケア「見える化」システムを構築し、年齢調整を行うなど、他の市町村と比較できる形で、要介護認定の状況や給付費の状況、在宅サービスや施設サービスの割合等を提供している。
- これを踏まえ、本法律においても、
 - ① 厚生労働大臣は、介護保険事業（支援）計画の作成、実施及び評価並びに国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、介護給付等に要する費用の額に関する年齢別・要介護認定別の状況等の情報について調査及び分析を行い、その結果を公表すること
 - ② 市町村は、厚生労働大臣に対し、①に必要な情報を提供しなければならないこととする
 - ③ 市町村・都道府県は、①により公表された結果その他の介護保険事業の実施の状況に関する情報を分析した上で、分析の結果等を勘案して、介護保険事業（支援）

計画を作成するよう努めるものとする

④ 都道府県は、③の市町村の分析を支援するよう努めることを新たに規定した。

- 各市町村、都道府県においては、介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、より一層、地域包括ケア「見える化」システムを活用すること等により地域の実情を分析するとともに、都道府県においては、市町村の分析を支援するよう努めていただきたい。

(3)介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載

- 介護保険の理念である高齢者の自立支援・重度化防止に向けた各市町村・都道府県の取組を推進するためには、上記の実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成することが重要である。

- そのため、本法律において、

- ① 介護保険事業計画の必須記載事項として、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策（以下「自立支援等施策」という。）及びその目標に関する事項
- ② 介護保険事業支援計画の必須記載事項として、市町村による自立支援等施策への支援に関し都道府県が取り組むべき施策及びその目標に関する事項を新たに規定した。

- 各市町村、都道府県においては、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）も参照しつつ、地域の実情に応じた、多様な取組を検討し、取組及び目標を定めることが重要である。

(4) 都道府県による市町村支援の規定の整備

- 保険者である市町村の人員体制やノウハウの蓄積等の状況は地域によって様々であり、都道府県が積極的かつ丁寧支援していくことが必要である。

- そのため、本法律において、都道府県内の市町村による自立支援等施策に係る取組を支援する事業を行うよう努めるものと新たに規定した。

- 具体的な事業については、今後省令で定めることとしているが、

- ① 市町村職員に対する研修の実施、
- ② 医療職等の派遣に関する関係団体と調整等を規定することを想定している。

- 各都道府県においては、基本指針も踏まえ、地域の実情に応じて、市町村のニーズも把握しつつ、多様な支援策を検討し、実施することが重要である。

(5) 計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告

- PDCAの一環として、市町村や都道府県においては、介護保険事業（支援）計画の達成状況等について、自ら実績評価を行い、新たな取組につなげていくことが重要である。
- そのため、本法律において、
 - ① 市町村は、自立支援等施策の実施状況及びその目標の達成状況に関する調査及び分析を行い、介護保険事業計画の実績に関する評価を行うこととし、その評価の結果を公表するよう努めるとともに、都道府県知事に報告すること
 - ② 都道府県は、市町村による自立支援等施策への支援に関し都道府県が取り組むべき施策の実施状況及びその目標の達成状況に関する調査及び分析を行い、介護保険事業支援計画の実績に関する評価を行うこととし、その評価の結果を公表するよう努めるとともに、管内市町村の評価の結果とともに厚生労働大臣に報告することを新たに規定した。

(6) 財政的インセンティブの付与の規定の整備

- 市町村の保険者機能を強化する一環として、保険者の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定した上で、市町村等に対する財政的インセンティブの付与を予定している。
- これは、市町村が行う自立支援や重度化防止等の取組を推進することを目的としており、これにより、各市町村、都道府県が積極的に地域課題を分析して、その実情に応じた取組を進めるとともに、その進捗状況について、客観的な指標により把握できるといったことが期待される。
- そのため、本法律において、
 - ① 市町村による自立支援等施策の取組を支援するため、市町村に対し、予算の範囲内において、交付金を交付すること
 - ② 都道府県による市町村の自立支援等施策の実施状況及び目標の達成状況に関する分析の支援及び市町村の自立支援等施策の支援のための事業に係る取組を支援するため、都道府県に対し、予算の範囲内において、交付金を交付することを新たに規定した。
- なお、財政的インセンティブの付与に当たっては、保険者の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定することとしているが、指標の設定に当たっては、
 - ① 適正なサービス利用の阻害につながらないことが前提であるとともに、

- ② 各保険者における高齢化率や地域資源の違い等も踏まえ、
- ③ アウトカム指標とプロセス指標を組み合わせて、公平な指標とすることが重要である。

- 市町村に対する財政的インセンティブの具体的な指標については、例えば以下のものなど、保険者の自立支援・重度化防止にむけた取組を後押しするようなものになるよう検討することとしているが、その詳細については、追ってお示しすることとする。

【アウトカム指標】

- ・ 要介護状態等の維持・改善の度合いなどの保険者の取り組みの成果を反映する指標（要介護認定率の高低を直接用いない）

【プロセス指標】

- ・ 地域包括ケア「見える化」システムの活用状況も含む地域分析の実施状況
- ・ ケアマネジメントや地域ケア会議等に関する保険者の基本方針についての、地域包括支援センターや事業所などとの共有状況
- ・ 通いの場への参加状況
- ・ 地域ケア会議の実施状況

- 都道府県に対する財政的インセンティブについては、都道府県の役割は保険者である市町村への支援であることに鑑み、
 - ① プロセス指標は、保険者への支援の取組状況を評価する内容とすることを予定している。
 - ② また、既存の都道府県向けの補助事業についても、一部整理を行う可能性があるのご承知おきいただきたい。

2 第7期介護保険事業（支援）計画の策定に向けて

（1）基本指針の見直し

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）は、先般、社会保障審議会介護保険部会において新旧案をご議論いただいたところである。

今後、法令審査やパブリックコメントを経て確定するが、都道府県及び市町村は、この新旧案をもとに第7期介護保険事業（支援）計画（以下、「第7期計画」という。）の策定作業を進めていただきたい（参考資料1、2、3）。

（2）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

要介護状態にない高齢者の心身状況や社会参加状況を把握し、地域診断に資するデータを採取する調査として、平成28年9月に介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査票や手引き等を紹介して、実施をお願いしたところである。これを踏まえ、多くの市町村では本調査を実施していると伺っている。また、本調査結果を「見える化」システムに登録し、一部のデータをグラフで閲覧するための地域診断支援情報送信ソフトについては、その操作に必要なアカウント情報を平成29年5月に配布し、一部の自治体では早速、「見える化」システムに登録いただいているところである。

「見える化」システムに登録した本調査結果（E指標）に関する他の地方自治体との比較については、調査対象とした高齢者の状態等（調査対象母集団）が異なる可能性があることから単純に比較することに適さないため、他の地方自治体とグラフを並べる機能は搭載していない。ただし、他の地方自治体であっても閲覧可能なので適宜ご活用いただきたい（閲覧手順については、参考資料4）。

また、「見える化」システムに登録されたデータを集計して、参照可能な平均値等を算出し、本年8月末目処に「見える化」システム上に掲載することを予定している。また、掲載した平均値等は、随時、更新していくことを予定している。

各地方自治体においては、調査結果をより多角的に分析し、特徴を把握する上で、この平均値等は参考になると考えられるため、ご活用いただきたい。

これら調査結果や他の地方自治体との比較等については、各地域の一般介護予防事業等の総合事業の効果測定や評価の実施、介護サービスの利用の見込みへの影響測定、地域支援事業に要する費用見込等を行う際の参考としていただきたい。

(3) 在宅介護実態調査

市町村が「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就労の継続」に有効な介護サービスのあり方を検討し、介護離職の観点も含めたサービス提供体制を検討するに資する在宅介護実態調査については、平成 28 年 9 月に調査票や手引き等を紹介して、実施をお願いしたところである。また、調査結果の活用等の手引きについては、平成 29 年 3 月、厚生労働省ホームページで公開しているところである。

一方で、地方自治体の規模が小さいこと、分析に十分必要なサンプル数を確保することが困難だった地方自治体や調査自体を実施できなかった地方自治体があると伺っている。このため、平成 29 年度老人保健健康増進等事業による補助事業として、調査結果を全国規模で集計・分析し、人口規模別など地域特性に分類した傾向や単独では行えない詳細な分析結果を公表し、9 月中に地方自治体に対して情報提供することを予定している。

については、本調査研究の趣旨をご理解の上、調査や在宅介護実態調査のデータ提供へのご協力等をお願いするとともに、これら調査結果を活用し、介護離職防止の観点も踏まえたサービス提供体制の構築に向けて検討されたい。

(4) 「見える化」システム等を活用した地域分析

「見える化」システム等を活用し、基本的な給付分析の手順や計画作成へ活かす方法等を記した手引きを作成し、都道府県を經由して全市町村に配布するとともに、厚生労働省のホームページに掲載する予定である。各市町村におかれては、データに基づく課題分析を実施する際に、また都道府県におかれては、市町村を支援する際に活用していただきたい。

(5) 都道府県によるアドバイザー派遣事業について

先般の法改正により、市町村の保険者機能の強化を図るために、都道府県による市町村支援が法律上に位置付けられたところであるが、これに先立って平成 28 年度より、専門的な知識を有する有識者等を市町村に一定の期間派遣し、給付費分析を含めた適切な計画作成等に関するアドバイスを行うアドバイザー派遣事業を予算化している。平成 29 年度においては、平成 29 年 5 月に実施した所要額調べに基づき、24 都道府県に対し内示したところである。本事業実施のための所要額について、適宜、追加協議に応じたいと考えているので、積極的に活用いた

だくとともに、本事業を活用せずとも法改正の趣旨を踏まえ、都道府県は市町村に対し、給付費分析を含めた適切な計画作成等に関するアドバイスを個別具体的に行っていただきたい。

(6) 「見える化」システムにおける「将来推計機能」

ア 今後のリリース

平成 29 年 7 月 27 日に予定している 4.0 次リリースでは、法改正への対応のほか、小規模保険者向けに認定者数、サービス利用者数において、要介護度を包括的に推計する自然体推計ロジックの追加、都道府県への推計データ提出機能、情報提供機能等を実装した確定版推計ツールを示す予定である（参考資料 5）。

また、平成 29 年 11 月下旬を予定している 4.5 次リリースでは、都道府県における推計データ比較機能の拡充や必要利用（入所）定員総数の登録機能等の実装を行う予定である（参考資料 6）。

イ 将来推計機能について

(ア) いわゆる自然体推計や施策反映、長期推計について

第 6 期計画作成において、介護保険事業計画用ワークシートが担ってきた機能は、第 7 期計画からは「見える化」システムの「将来推計機能」（以下、「将来推計機能」という。）に搭載され、随時更新される介護保険事業状況報告等の直近データを活用できるようになった。このため、自然体推計にかかる作業量は大きく軽減され、各種調査等により地域の課題等を把握することや、これをサービス量に加味して見込むことにより多くの時間が費やせるようになったところである。

なお、これら自然体推計を通して、異常値の発生を防止する観点等から留意すべき点について、4.0 次リリース時に整理し、提示させていただく予定である。

また、第 6 期と同様に、2025 年（平成 37 年）度の介護サービスの見込量や給付費、保険料の水準等の将来推計を行っていただく。

なお、介護医療院への転換が見込まれる介護療養型医療施設については、第 7 期期間の自然体推計における利用者数は 3 か年とも平成 29 年度利用者数と同数と設定するとともに、施策反映として、現に利用している者の数及

びそれらの者の介護給付対象サービスの利用に関する意向並びに事業者の介護保険施設等への転換予定等を勘案した上で、第7期計画期間において、その利用者の数が段階的に減少するように量の見込みを定めること。なお、介護医療院に係る介護報酬等は今後、社会保障審議会介護給付費分科会において議論されるため、将来推計機能上は、介護療養型医療施設と同じ額を仮置きしている。

また、2025年の長期推計においては、両サービスを合わせた「介護医療院（介護療養型医療施設含む）」として推計いただく。

(イ) 人口推計シートの配布について

将来推計機能において将来の第1号被保険者数を設定する参考値として搭載されている将来推計人口データは、平成22年国勢調査に基づく将来推計人口データを使用している。第7期計画におけるサービス見込量の推計に当たり少しでも新しいデータを活用したいとの保険者からの要望があった。このため、将来推計機能とは別に、平成27年国勢調査データをもとに将来推計人口データを作成し、4.0次リリースと同時期に配布を予定しているの
で、各地方自治体においてはご活用頂きたい。

(ウ) 報告様式エクセルファイルについて

第7期計画作成から、将来推計機能を活用してサービス見込量等の推計を行うことになるが、一部の保険者においては、通信環境等により、「見える化」システムそのものが利用できないところがあると伺っている。

このため、「見える化」システムが利用できない保険者においては、「自然体推計の計算過程確認シート（注）」及び「報告様式エクセルファイル」を別途配布することを予定している。

「見える化」システムが利用できない保険者は、自然体推計の計算過程確認シートを利用してサービス見込量等を推計するとともに、都道府県に対しては、報告様式エクセルファイルを使用してメール等でサービス見込量等を提出すること。なお、提出を受けた都道府県においては、保険者に代わって「見える化」システムに登録し、国へ提出してもらうことを予定しているの
でご協力をお願いします。

（注）自然体推計の計算過程を確認・理解することを目的とした「自然体推計の計算過程確認シート」というエクセルファイル。平成29年3月末の3次リリースで機能搭載。「見える化」システムを利用できる保険者は、「見える化」システムからダウン

ロードして適宜活用されたい。

(エ) サービス見込量の全国集計について

① サービス見込量集計

サービス見込量の全国集計は、平成 29 年 9 月末、12 月末、平成 30 年 3 月末の 3 回、実施することを予定している。

国は、保険者が「見える化」システムを使用して都道府県へ提出したサービス見込量の推計結果を確認することが可能なため、都道府県による個別の提出行為は必要ない。

また、保険者から都道府県への提出については、「見える化」システム内にサービス見込量の推計結果を入力し、提出ボタンを押すことで、国及び都道府県による確認が可能なため、個別の提出行為は必要ない。

なお、「見える化」システムを使用できない保険者は「報告様式エクセルファイル」（「計算過程確認シート」は不要）を都道府県へメール等で提出すること。

② 必要利用（入所）定員総数の集計

必要利用（入所）定員総数の全国集計は、4.0 次リリース時に配布するエクセルファイル「必要利用（入所）定員総数見込み調査票」にて集計を行う。集計は、平成 29 年 12 月末、平成 30 年 3 月末の 2 回、実施することを予定している。

国は、都道府県が「必要利用（入所）定員総数見込み調査票（都道府県シート）」に介護老人福祉施設等の必要利用（入所）定員総数を入力し、「見える化」システムに登録（アップロード）することで、推計結果を確認することが可能なため、個別の提出行為は必要ない。

また、保険者は「必要利用（入所）定員総数見込み調査票（市町村シート）」に地域密着型介護老人福祉施設等の必要利用（入所）定員総数を入力し、「見える化」システムに登録（アップロード）することで、推計機能を国及び都道府県が確認することが可能なため、個別の提出行為は必要ない。

なお、「見える化」システムを使用できない保険者は「必要利用（入所）定員総数見込み調査票（市町村シート）」を都道府県へメール等で提出すること。

③ 介護離職防止の観点も踏まえたサービス見込量の集計

平成 30 年 3 月末のサービス見込量の集計においては、第 7 期計画のサービス見込量への介護離職防止の観点の反映状況等を調査する予定なので、その際にご協力いただきたい。

(オ) 保険料算定に必要な諸係数について

各保険者において第 7 期保険料を算定するに当たって必要となる諸係数については、以下のとおりとする。

① 第 2 号被保険者負担率（介護保険の国庫負担金の負担等に関する政令（平成 10 年政令第 413 号）第 5 条）

平成 30 年度から 32 年度までの第 2 号被保険者負担率 27%

※ 第 1 号被保険者の負担率は 23%

② 財政安定化基金拠出率（介護保険の医療保険者の納付金の算定等に関する省令（平成 11 年厚生省令第 43 号。以下「納付金省令」という。）第 4 条）

平成 30 年度から 32 年度までの財政安定化基金拠出率 100,000 分の 42
ただし、財政安定化基金積立残額を勘案し、各都道府県が設定する拠出率については、「0」となることを想定している。

③ 保険料の収納下限率（納付金省令第 1 条の 2）

保険料の収納下限率については、これまでと同様に、被保険者の規模に応じて以下のとおりとする。

- ・ 第 1 号被保険者数が 1 千人未満 94%
- ・ 第 1 号被保険者数が 1 千人以上 1 万人未満 93%
- ・ 第 1 号被保険者数が 1 万人以上 92%

※ 計画期間における第 1 号保険料の収納率（注）が上記収納下限率を下回る場合、下回った分の保険料収納不足額については、最終年度の財政安定化基金からの交付・貸付事業の対象とはならないことから、第 6 期計画期間において財政安定化基金から既に貸付を受けている市町村、又は今後受ける可能性のある市町村にあっては、特に留意されたい。

（注）計画期間の初年度の 4 月 1 日から最終年度の 1 1 月 3 0 日までの保険料納期に納付すべきものとして賦課された保険料の調査決定済額のうち、最終年度の 1 1 月 3 0 日現在において収納された額の割合

④ 基準所得金額（介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 1 43 条、第 143 条の 2、第 143 条の 3）

第7期の第1号介護保険料における基準所得金額については、現在、各保険者に第1号被保険者の所得分布の調査を依頼しており（平成29年6月23日付事務連絡）、その調査結果を踏まえて別途お示しする。

⑤ 後期高齢者加入割合補正係数及び所得段階別加入割合補正係数に係る数値（介護保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令（平成12年厚生省令第26号）第5条及び第6条）

後期高齢者加入割合補正係数及び所得段階別加入割合補正係数については、各保険者における認定者数の推計値と第1号被保険者の所得分布の調査の結果を踏まえて別途お示しする。なお、後期高齢者加入割合補正係数については、制度の見直しを予定していることにご留意いただきたい。

※ 現時点で把握しているデータを基に算出した諸係数については、「3(5)調整交付金の見直し」の参考資料でお示ししているのので、参照されたい。

(7) 国への報告と地方厚生局によるヒアリングについて

サービス見込量や保険料について、都道府県に対するヒアリングを国（地方厚生局）が10月下旬に実施する予定である。都道府県におかれては、これに先立ち、下記のような視点で保険者に対しヒアリングを実施していただきたい。なお、サービス見込量等の全国集計に合わせて、9月下旬時点の情報をもとにヒアリングいただくことが好ましい。

1. 現状の把握と分析

(1) 人口の把握・推計

- 高齢者等の人口動向を分析し、将来の人口を推計しているか。

(2) 各種調査等の実施

- 在宅介護実態調査を活用し課題分析し、在宅生活の継続等に有効なサービス等を把握しているか。
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を活用し課題分析し、総合事業の進捗や介護予防事業の効果を把握する際の参考としているか。
- 事業者の意向やサービス提供能力を調査等で把握しているか。
- 高齢者やサービス利用者、家族等の介護者意向やニーズを調査等で把握しているか。

(3) 様々な手段による現状把握

- 地域包括ケア「見える化」システムを活用して①認定率、②受給率及び③一人当たりの給付費を分析し、課題を把握しているか。
- 地域ケア会議等の個別事例検討等により抽出した地域の課題等を把握しているか。
- 地域包括支援センター等と意見交換して課題分析し、地域のニーズ等を把握しているか。
- 協議体や医師、看護師、ケアマネジャーや地域支援コーディネーター等の地域の医療・介護専門職と意見交換して課題分析し、地域のニーズ等を把握しているか。

2. 計画の作成プロセス

(1) 計画作成委員会

- 関係部局との協議、連携は的確に行われているか。
- 計画作成委員会の構成メンバーに、利用者や利用者の家族、費用負担者、公募の被保険者等が含まれているか。
- 計画作成委員会等での議論は形骸化していないか。
- 計画作成委員会等で、サービス提供体制の構築方針等の取組及び目標設定が議論されているか。

(2) 様々な観点を踏まえた施策反映

- 要介護者の在宅生活の継続、介護者の就労継続等の観点を踏まえて施策反映し、サービス量を見込んでいるか。
- 協議の場での議論や療養病床からの転換意向の調査結果等、地域医療構想の観点を踏まえて施策反映し、サービス量を見込んでいるか。
- 今まで地域に存在しなかったサービス（例えば定期巡回・随時対応型訪問介護看護等）の必要性を踏まえて、サービス量を見込んでいるか。
- その他、どのような観点を踏まえて施策反映しているのか。

3. 計画への記載（予定）事項

- (1) 介護保険の保険者としての基本理念・方針は定められているか。地域共生社会の実現に向けた取組、2025年を見据えた対応方針、第7期の位置づけが検討されているか。
- (2) 地域の実情に応じた取組と、その目標は、どのように設定しようとしているか。また、設定した目標については、どのように分析・評価を行い公表していくのか。

- (3) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス、特定施設などの各種介護サービスについて、ニーズを反映した的確なサービス量の見込量の確保のための方針を定めているか。
- (4) サービス見込量に応じた人材は推計されているか。また、地域の特性を踏まえた人材の確保や資質の向上にどのように取り組んでいるのか。
- (5) 地域包括支援センターの機能強化、地域ケア会議の推進に向けた取組、ケアマネジャーの資質向上に向けた取組は、検討されているか。家族介護支援について、地域包括支援センターの土日祝日開所や電話等による相談体制の拡充など、具体的な取組を定めているか。
- (6) 地域ケア会議について、「個別課題の解決」「地域包括支援ネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり、資源開発」「政策の形成」の5つの機能が発揮されるよう、個別課題の検討から政策の形成までの取組の全体像の検討が行われているか。

4. 地域包括ケアシステムの構築

(1) 介護サービスの確保に向けた取組

- 在宅生活の限界点をどのように高めていくかについて検討しているか。
(そのための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスや訪問看護等の充実方針、事業者・ケアマネジャー等への働きかけなど)
- 上記サービスの確保に向けた整備方策などを検討しているか。

(2) 在宅医療・介護の連携

- 在宅医療・介護の連携の充実の方向性を地域の医療・介護関係者と検討しているか。
- 在宅医療・介護の連携を充実させるために何にどのように取り組んで行くか。

(3) 認知症施策の推進

- 認知症高齢者を地域で支えるために必要な早期診断等を行う医療機関、介護サービスや生活支援サービス等の体制をどう整えていくか。

(4) 生活支援・介護予防サービスの充実

- 生活支援コーディネーター・協議体の活動を通じた、地域の課題や資源の把握、ネットワーク構築、サービスの創出等について、具体的な方策を検討しているか。

(5) 高齢者の居住安定に係る施策との連携

- 高齢者の住まいの安定的な確保の観点から、都道府県とも連携しながら、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホームや軽費老人ホームの活用、空き家を活用した低所得高齢者向けの住まい対策を検討しているか。
- 施設・居住系サービスの整備について、特養等への入所を必要とする者の状況等を踏まえたものとなっているか。

5. 保険料の算定について

- (1) 第7期の介護保険料については、2025年の保険料水準を踏まえ保険者の取り組む施策を適切に反映したものとなっているか。
- (2) 第6期期間中に財政安定化基金より借入れを受けている（又は本年度に借入れが見込まれる）保険者については、第7期の保険料算定に際して、当該借入金の償還分についても適切に見込まれているか。
- (3) 介護給付費準備基金の取崩し額や保険料予定収納率等について、適切に設定しているか。

3 介護保険制度改正における費用負担に関する事項等について

(1) 現役並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し【平成30年8月施行】

(基本的な考え方)

- 介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、現役並みの所得を有する者の負担割合を2割から3割に引き上げる。
- 3割負担の対象となる者については、
 - ・ 2割負担者よりも一層範囲を限定した特に所得の高い層とし、
 - ・ 高額介護（予防）サービス費上限額が月額44,400円であるため、サービスを多く利用している者を中心に、一律に負担が1.5倍になるわけではない。

(具体的な基準)

- 3割負担の具体的な基準は、医療保険における「現役並み所得者」の基準である「課税所得145万円」を、介護保険の負担割合の基準で既に用いられている指標に換算し、以下の①②の両方を満たしている場合とする。

【基準①】 合計所得金額 220万円以上

【基準②】 年金収入＋その他の合計所得金額 340万円以上（※）

※世帯内に2人以上の第1号被保険者がいる場合は463万円以上

※ 「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入にかかる雑所得を除いた額。

(対象となる者)

- 3割負担となるのは、2割負担の判定と同様に、基準以上の所得を有する第1号被保険者の個人単位で判定している。原則、同一世帯の他の世帯員の収入の状況は勘案しないが上記基準②のとおり、年金収入＋その他の合計所得金額については、世帯の第1号被保険者の分を合算して算定する。
- また、2割負担の基準と同様に以下の者は所得にかかわらず3割負担とはならず、引き続き一律に1割負担とする。
 - ・ 第2号被保険者
 - ・ 市区町村民税非課税者
 - ・ 生活保護受給者

(判定の流れ)

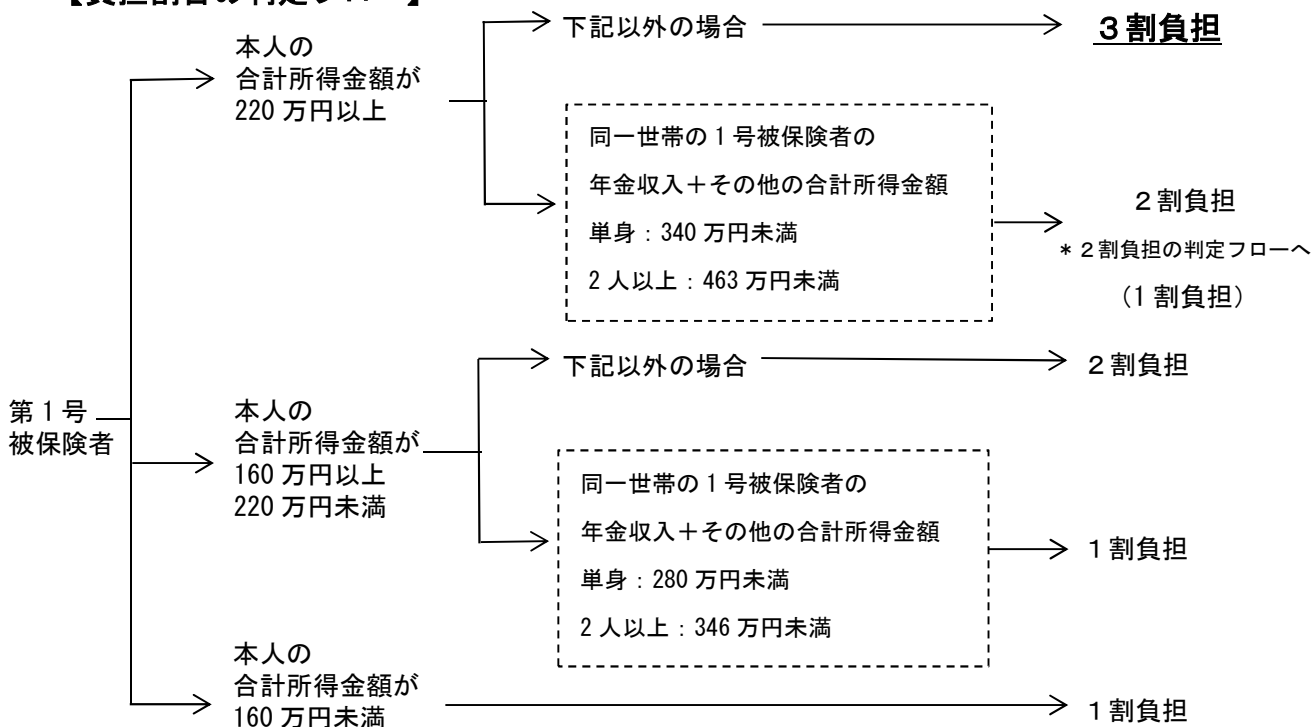
- 上述のとおり、合計所得金額220万円の判定は、第1号被保険者個人の合計所得金額によって行うため、本人の合計所得金額が220万円に満たない場合は、3割負担にはならない。
- 次に、本人の合計所得金額が220万円以上である場合、本人と世帯内の他の第1号被保険者の「年金収入＋その他の合計所得金額」を合算した額が463万円（世帯内に他の第1号被保険者がいない場合340万円）未満か否かを判定し、これを上回

る場合には本人は3割負担となる。この場合も、世帯内の他の第1号被保険者については、その者の合計所得金額が220万円に満たない場合には3割負担にはならない。

(負担割合証の記載等)

- 3割負担の対象者については、負担割合証の負担割合の記載欄に3割と記載する予定である。
- その他具体的な運用については、現行の2割負担における取扱いに合わせて行うものとするを予定しているが、それについては追ってお示しすることとする。

【負担割合の判定フロー】



※ 第2号被保険者、市区町村民税非課税者、生活保護受給者は上記に関わらず1割負担。

(保険料滞納者への給付制限)

- 保険料を滞納し、その徴収権の時効が消滅した期間がある方については、その期間に応じて負担割合を3割としている。
- 現役並み所得を有する者の負担割合を3割とすることに伴い、この保険給付の減額措置が果たすべき未収納対策としての役割が維持されるよう、これらの者に対する給付制限として、4割負担とすることとしている。
- 給付減額の対象となり、4割負担となる者の被保険者証への記載方法等、具体的な運用については追ってお示しすることとする。

(2) 介護納付金における総報酬割の導入【平成 29 年 7 月施行】

- 第 2 号被保険者（40 歳～64 歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第 2 号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を第 2 号被保険者である加入者数に応じた負担とされてきたところ、医療保険者の負担能力に応じた負担とする観点から、これを被用者保険等保険者（※）間では総報酬額に応じた負担（以下「総報酬割」という。）とする。

※ 全国健康保険協会（船員保険を含む。）、健康保険組合、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、国民健康保険組合（全国土木建築国民健康保険組合に限る。）

（注）平成 29 年度及び平成 30 年度は被用者保険等保険者に係る介護納付金の 2 分の 1 について総報酬割を導入し、平成 31 年度は被用者保険等保険者に係る介護納付金の 4 分の 3 について総報酬割を導入し、平成 32 年度以降は被用者保険等保険者に係る介護納付金について全面的に総報酬割を導入する。

(3) 介護保険適用除外施設における住所地特例の見直し【平成 30 年 4 月施行】

- 介護保険においては、地域保険の考え方から、住民票のある市町村が保険者となるのが原則であるが、この原則のみであると、介護保険施設等の所在する市町村の給付費の負担が過度に重くなり、施設等の整備が円滑に進まないおそれがあることから、その特例として、被保険者が入所により介護保険施設等の所在する市町村に住所を変更した場合でも、変更前の市町村が引き続き保険者となる仕組み（住所地特例）を設けている。
- また、障害者支援施設や救護施設等（以下「適用除外施設」という。）に入所・入院している者については、当該施設で介護保険施設と同等若しくはそれ以上の水準の介護サービスが提供している等の理由から、介護保険の被保険者としないこととされている。（介護保険法施行法第 11 条、介護保険法施行規則第 170 条）
- 障害福祉制度や生活保護制度においては、障害者支援施設や救護施設に入所することにより居住地を変更した場合、変更前の市町村等がその入所に係る費用を負担する仕組みがある。
- 現行の介護保険制度では、他市町村から介護保険の適用除外施設に入所した者がその後退所して、介護保険施設等に移った場合、適用除外施設が所在する市町村が保険者となるため、従来費用負担をしていた市町村等ではなく、適用除外施設の所在市町村が介護給付費を負担することとなっている。
- 適用除外施設から退所して、介護保険施設等に入所した者について、適用除外施設

の所在する市町村の介護給付費が過度に重くならないよう、以下の①から③に着目して、見直しの対象とする必要性が高い適用除外施設の類型に限り保険者の定め方を見直す。

- ① 既に障害者福祉制度や生活保護制度における居住地特例等で適用除外施設入所前の自治体が支援する仕組みがあり、その入所に係る費用等は、適用除外施設入所前の自治体が負担している。
- ② 当該施設からの退所者のうち、介護保険施設等に移る者の割合が高い又は、今後そうなることが予想される。
- ③ 自治体や施設から具体的な見直しの要望が出ている。

○ 上記を踏まえ、見直しの対象とする施設（以下「特定適用除外施設」という。）は以下のとおりとする。

- ① 障害者総合支援法に規定する指定障害者支援施設（支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて入所している身体障害者、知的障害者及び精神障害者に係るものに限る。）
- ② 障害者支援施設（生活介護を行うものであって、身体障害者福祉法の規定により入所している身体障害者又は知的障害者福祉法の規定により入所している知的障害者に係るものに限る。）
- ③ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設国立のぞみの園
- ④ 生活保護法に規定する救護施設

○ 特定適用除外施設から退所して、介護保険施設等に入所等をした者の保険者は以下のとおりとする。

<上記の①から③までの施設について>

- ・ これらの施設に入所する前の居住地である市町村を保険者とする。

<上記の④の施設について>

- ・ 以下のとおり保険者を定めることとする。

	生活保護時			救護施設の所在地 ※見直し前の住所地特例による保険者	介護保険施設等の所在地	見直し後の住所地特例による保険者
	居住地	保護の実施者	保護の費用の負担者			
ケース①	A 県 a 市	A 県 a 市	A 県 a 市	B 県 b 市	C 県 c 市	A 県 a 市
ケース②	A 県 d 村	A 県 (※)	A 県 (※)	B 県 b 市	C 県 c 市	A 県 d 村
ケース③	不明 or 無し	A 県 a 市	A 県	B 県 b 市	C 県 c 市	A 県 a 市

ケース①：要保護者の居住地が市又は特別区である場合

ケース②：要保護者の居住地が町村である場合

ケース③：要保護者の居住地が不明又は明らかでなく、A 県 a 市で保護された場合

(※) 福祉事務所を設置していない町村の場合。

- また、複数の特定適用除外施設に継続して入所していた者については、介護保険施設等に入所する直前の特定適用除外施設への入所に係る支給決定等を行った市町村が保険者としてすることとする。
- なお、介護保険適用除外施設の中でも上記以外の施設（ハンセン病療養所など）は、今般の見直しの対象外となっていることに留意すること。
- また、見直しは、平成30年4月以降に特定適用除外施設から介護保険施設等に入所等を行った者から適用されるものであり、平成30年4月よりも前に特定適用除外施設から介護保険施設等に継続して入所等をし、引き続き当該介護保険施設等に入所等をしている者について保険者が変更されることはない。

（４）高額介護（予防）サービス等の見直し【平成29年8月施行】

①見直し全体の概要

- 利用者負担割合の見直しと同様に、介護保険制度の持続可能性を高めるため、世代内・世代間の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、高額介護（予防）サービス費について、ア及びイの見直しを行う。
 - ア 第4段階の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げる。
 - イ 世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者を含む）が1割負担の世帯については、新たに、自己負担額の年間（前年の8月1日から7月31日までの間）の合計額に対して446,400円（37,200円×12ヶ月）の負担上限額を設定する。（3年間の時限措置。平成29年8月1日からの1年間分の自己負担額から。）

②月額上限の引上げについて

（現行の第5段階（現役並み所得のある世帯）の取扱いについて）

- 現在、世帯内に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合には、当該世帯の月額上限が44,400円（第5段階）となるが、本人の申請に基づき、同一世帯内にいる第1号被保険者の収入の合計が520万円（世帯内の第1号被保険者が本人1人のみ場合は383万円）に満たない場合には月額上限を37,200円（第4段階）とすることとしている。
- 今般の見直しにより、現行の第4段階と第5段階の月額上限が同額の44,400円となる。そのため、現行の課税所得145万円以上か否かを判定した上で、第4段階・第5段階の変更の対象となり得る世帯に基準収入額適用申請書を送付し、申請を受付け、段階の振り分けを行うという一連の対応は原則不要となる。
- ただし、後述のとおり、年間上限の支給に当たり、現行の第5段階に該当する世帯を対象外とすることとしており、基準収入額の判定が引き続き一部必要になることに留意すること。

（公費負担医療受給者の月額上限について）

- 公費負担医療受給者の公費の対象となる医療系サービスに係る月額上限は、所得にかかわらず 37,200 円としているが、これについても第 4 段階の月額上限と同様に 44,400 円に引き上げることとする。
- ただし、公費負担医療受給者の公費の対象となる医療系サービスに係る月額上限の計算は、国保連合会の審査支払システムに組み込まれており、国保連合会において計算の上、自動的に事業者を支払われる仕組みとなっている。
各保険者としては、国保連合会における計算後、公費の対象となる医療系サービスに係るなお残る負担額と福祉系サービスに係る自己負担額の合計額について、他の被保険者と同様に、第 1 段階～第 4 段階の負担限度額を判定することとなるため各被保険者が公費負担医療受給者であるか否かについては、必ずしも把握しておく必要はない。

③年間の自己負担額の上限額について

【具体的な仕組み】

（計算期間等について）

- 自己負担額の年間の計算期間については、高額医療合算介護（予防）サービス費制度との整合性を踏まえ、前年の 8 月 1 日～7 月 31 日までとし、支給方法は、原則被保険者からの申請に基づく償還払いの仕組みとする。

（各制度の適用順序）

- 年間上限の設定に関し、各制度の適用順序は次のとおりとする。
 - ア 月単位の高額介護（予防）サービス費を計算
 - イ 年間上限の高額介護（予防）サービス費の計算
 - ウ 高額医療合算介護（予防）サービス費を計算

（支給額について）

- 同一世帯内の年間（12 ヶ月）の自己負担額の合計額が 446,400 円を超える場合、その超える額の支給を行うこととする。支給に当たっては、世帯単位で支給額を計算したうえで、世帯内の被保険者個人の年間の利用者負担額に応じて按分し、被保険者個人単位で支給する。
なお、按分した際に、端数が生じる場合については、高額医療合算介護（予防）サービス費の計算と同様に、計算の結果、最も支給額が低くなる被保険者に端数を寄せた形で支給することし、それ以外の被保険者に係る端数については、一律に切り捨てることとする。

（基準日及び支給対象者について）

- 7 月 31 日を基準日とし、基準日時点の負担能力に着目し、当該基準日において、第 4 段階である世帯であって、世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者も含む。）が 1 割負担者の世帯に対して、年間上限の高額介護（予防）サービス費の支給を行う。
- したがって、基準日（7 月 31 日）時点において、世帯内の被保険者（利用者ではない被保険者も含む。）に 2 割負担者がいる世帯及び現行の第 5 段階（現役並み所得のあ

る世帯)については、年間上限の支給対象外となる。

(支給対象者に関する留意事項)

- 上記のとおり、年間の自己負担額の上限の適用の対象となる世帯とは、介護サービスの利用者であるか否かを問わず、1割負担者のみの世帯を指すものである。したがって、65歳以上であっても要介護認定を受けておらず、負担割合証を有していないため、自らの負担割合を把握していない被保険者もいることから、負担割合の基準について適切に周知を行う。
- なお、負担割合については、月途中で世帯構成の変更があった場合、翌月から当該変更を加味して負担割合の判定が行われる場合がある。そのため、7月中に世帯構成の変更があった場合には、8月から負担割合が変更されることがあるが、年間上限の支給対象者については、基準日時点の負担能力に着目しており、基準日時点で1割負担者のみの世帯であっても、2割負担の基準を満たしている者がいれば、年間上限の支給は行わない。
- 基準日において、第3段階以下の世帯であっても、計算期間中に第4段階の期間がある場合などは、例外的に年間の自己負担額の上限度(446,400円)を超える場合がある。こうした場合に、より負担能力の低い世帯に年間上限の対象としないことはバランスを欠くことから、基準日において、第3段階以下の世帯に対しても、年間上限の対象とする。

(基準収入額の判定について)

- 基準日(7月31日)において現行の第5段階に該当する世帯については、既に月額の上限度が44,400円とされていることから、年間上限の支給を行わないこととする。そのため、世帯内の全ての被保険者(利用者ではない被保険者も含む。)が1割負担者であって、課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる世帯についてのみ基準収入額の判定を行うこととする。
- 具体的には、基準日に年間の自己負担額の合計額が446,400円を超えており、世帯内の全ての被保険者(利用者ではない被保険者も含む。)が1割負担者の世帯であって、課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる世帯に、基準収入額適用申請書を送り、申請を一定期間受け付け、世帯内の第1号被保険者の収入額の合計が520万円(世帯内の第1号被保険者が1人のみ場合は383万円)を下回る場合に限り、年間の自己負担額の上限度の仕組みを適用する。
そのため、現行の第5段階に係る基準収入額の判定の事務と比較して基準収入額適用申請書を送付する対象者は大幅に減少することが見込まれる。

(支給申請の省略について)

- 年間の自己負担額の合計額の上限度に係る高額介護(予防)サービス費の支給については、被保険者の利便性を考慮し、原則として、月ごとの高額介護(予防)サービス費について支給実績のある被保険者に対しては、改めての申請は不要とする取扱いとする。
- ただし、月ごとの高額介護(予防)サービス費の支給実績のない者が年間の自己負担額の合計額の上限度に係る高額介護(予防)サービス費の支給対象となる場合は、

支給申請を受ける必要がある。

【計算期間途中に保険者異動があった場合について】

(基本的な取扱い)

- 計算期間途中に保険者を異動した者がいる世帯については、基準日時点の保険者(基準日保険者)における自己負担額に加えて、異動前保険者における自己負担額を通算する。
- 計算期間中に保険者異動があった被保険者については、年間の負担額を基準日保険者が把握することができないことから、被保険者が自己負担額証明書(参考資料7の例を参照)を添付の上、基準日保険者に支給申請を行う必要がある。
- 自己負担額証明書については、被保険者又はその家族等による申請に基づき異動前保険者が交付することとする。

(保険者間の費用負担について)

- 保険者異動があった場合は、事務負担等を考慮し、年間の自己負担額の合計額の上限に係る高額介護(予防)サービス費について、基準日保険者が原則、全額支給することとし、支給額の費用負担について、異動前と異動後の保険者間で按分などは行わない。
- ただし、基準日保険者における自己負担額以上に年間の高額介護(予防)サービス費の支給が行われることとなる場合には、基準日保険者は、基準日保険者における自己負担額分まで高額介護(予防)サービス費を支給することとし、なお残る支給額は、異動前保険者が支給することとする(複数の異動前保険者がある場合には、各保険者における自己負担額に応じて按分する)。
- 異動前保険者における支給が発生する場合は、基準日保険者が異動前保険者の支給額の計算を行い、当該支給額を異動前保険者に通知する。異動前保険者は、その情報を元に支給を行う。

(端数処理について)

- 市区町村間で支給額を按分した際に、端数が生じる場合については、計算の結果、最も支給額が低くなる被保険者に端数を寄せた形で支給することとし、それ以外の被保険者に係る端数については、一律に切り捨てることとする。

【保険者異動があった場合の具体例】

基準日（7月31日）

例1（基準日保険者で全て支給する場合）

A市	B市
40万円	10万円

- ・ A市の自己負担額40万円 ・ B市（基準日保険者）の自己負担額10万円
- 年間上限の支給額：500,000円－446,400円＝53,600円

⇒ B市の支給額：53,600円

⇒ A市の支給額：なし

基準日（7月31日）

例2（基準日保険者と異動前保険者で支給する場合（按分なし））

A市	B市
46万円	4万円

- ・ A市の自己負担額は46万円 ・ B市（基準日保険者）の自己負担額は4万円
- 年間上限の支給額：500,000円－446,400円＝53,600円

⇒ B市の支給額：40,000円

⇒ A市の支給額：13,600円（53,600－40,000）

基準日（7月31日）

例3（基準日保険者と異動前保険者で支給する場合（按分あり））

A市	B市	C市
39万円	7万円	2万円

- ・ A市の自己負担額は39万円 ・ B市の自己負担額は7万円
- ・ C市（基準日保険者）の自己負担額は2万円
- 年間上限の支給額：480,000円－446,400円＝33,600円

⇒ C市の支給額：20,000円

⇒ B市の支給額：2,070円

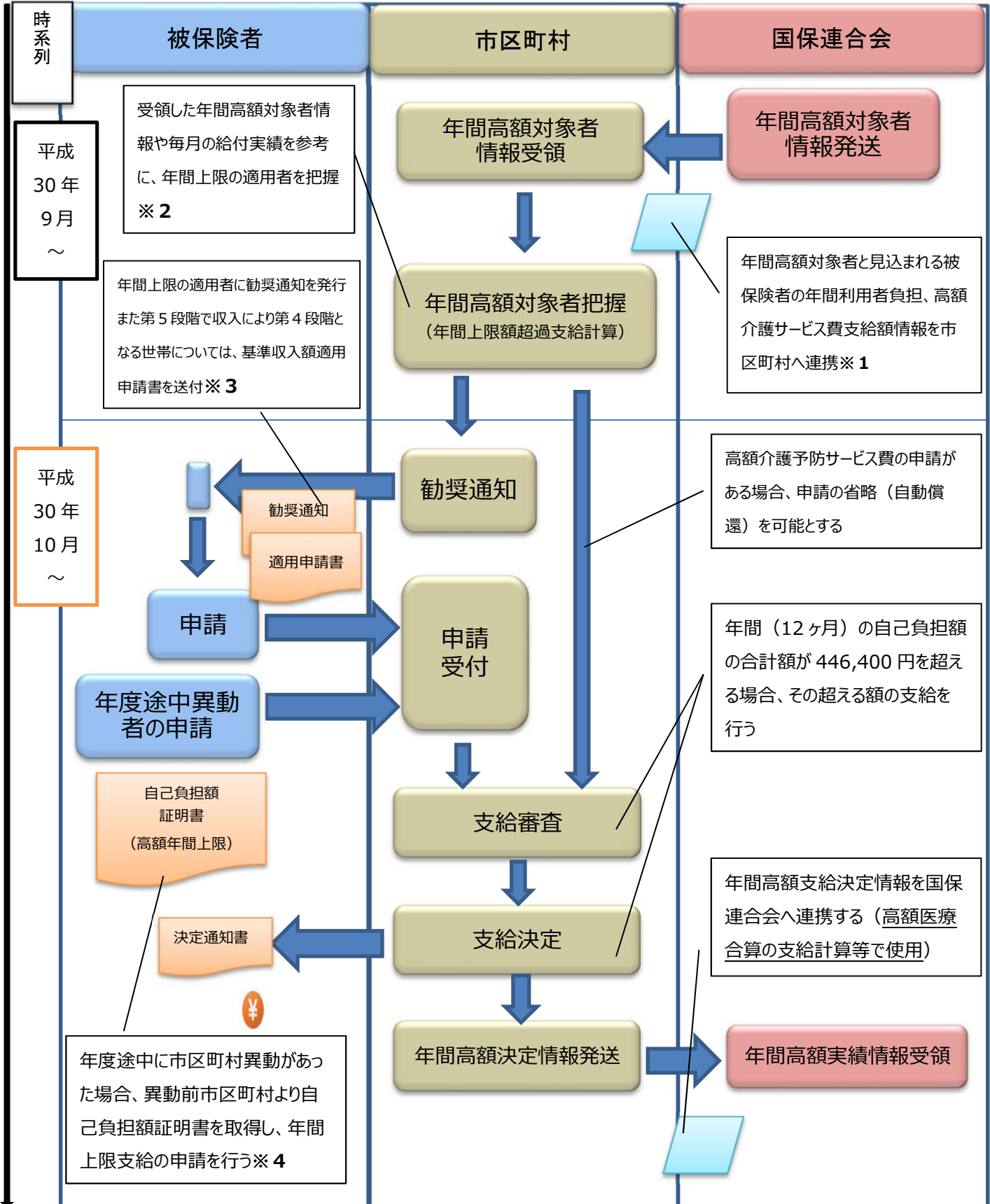
※ $13,600 (33,600 - 20,000) \times 70,000 / 460,000 = 2,069.5 \dots \rightarrow 2,070 \text{円 (切上)}$

⇒ A市の支給額：11,530円

※ $13,600 (33,600 - 20,000) \times 390,000 / 460,000 = 11,530.4 \dots \rightarrow 11,530 \text{円 (切捨)}$

高額介護（予防）サービス費 年間上限支給の流れ①

※国保連に委託し、年間上限支給額が基準日市区町村における自己負担額を超えない場合を想定



○留意事項

(※1) 国保連合会に高額介護（予防）サービス費の運用を委託している保険者は、年間高額対象者と見込まれる被保険者の年間利用者負担額、高額介護サービス費支給額情報を国保連合会から取得する。

(注) 具体的な抽出対象等については、今後の整理、検討により確定する予定

(※2) 各保険者において、年間上限の支給対象となる者を抽出する。

※ 世帯の年間の利用者負担の合計額が446,400円以上を超える世帯の中で、以下の条件を満たす者を抽出する。

- ・ 基準日（7月31日）時点で改めて判定を行い、第4段階である世帯であって、世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者も含む）が1割負担者の世帯
- ・ 基準日時点で改めて判定を行い、第3段階以下となる世帯

(注) 基準日時点で改めて判定を行った結果、世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者も含む）が1割負担者の世帯であっても、現行の第5段階（世帯内に課税所得145万円以上の第1号被保険者がおり、世帯内の第1号被保険者の収入額の合計が520万円（単身の場合は383万円）以上）に該当する場合は除く。

(※3) 高額介護サービス費（年間上限）・基準収入額適用申請の勧奨通知を送付する。

○ 高額介護（予防）サービス費（年間上限）の申請勧奨通知は、過去に高額介護（予防）サービス費の申請が行われていない（申請の省略が不可）場合に送付する。

(注) 年度途中で保険者異動あった被保険者については、異動前後の各保険者の年間の世帯の利用者負担額の合計額を事前に把握することは困難であるため、勧奨通知発行は、行わないこととして差支えない。

○ 基準収入額適用申請書は、

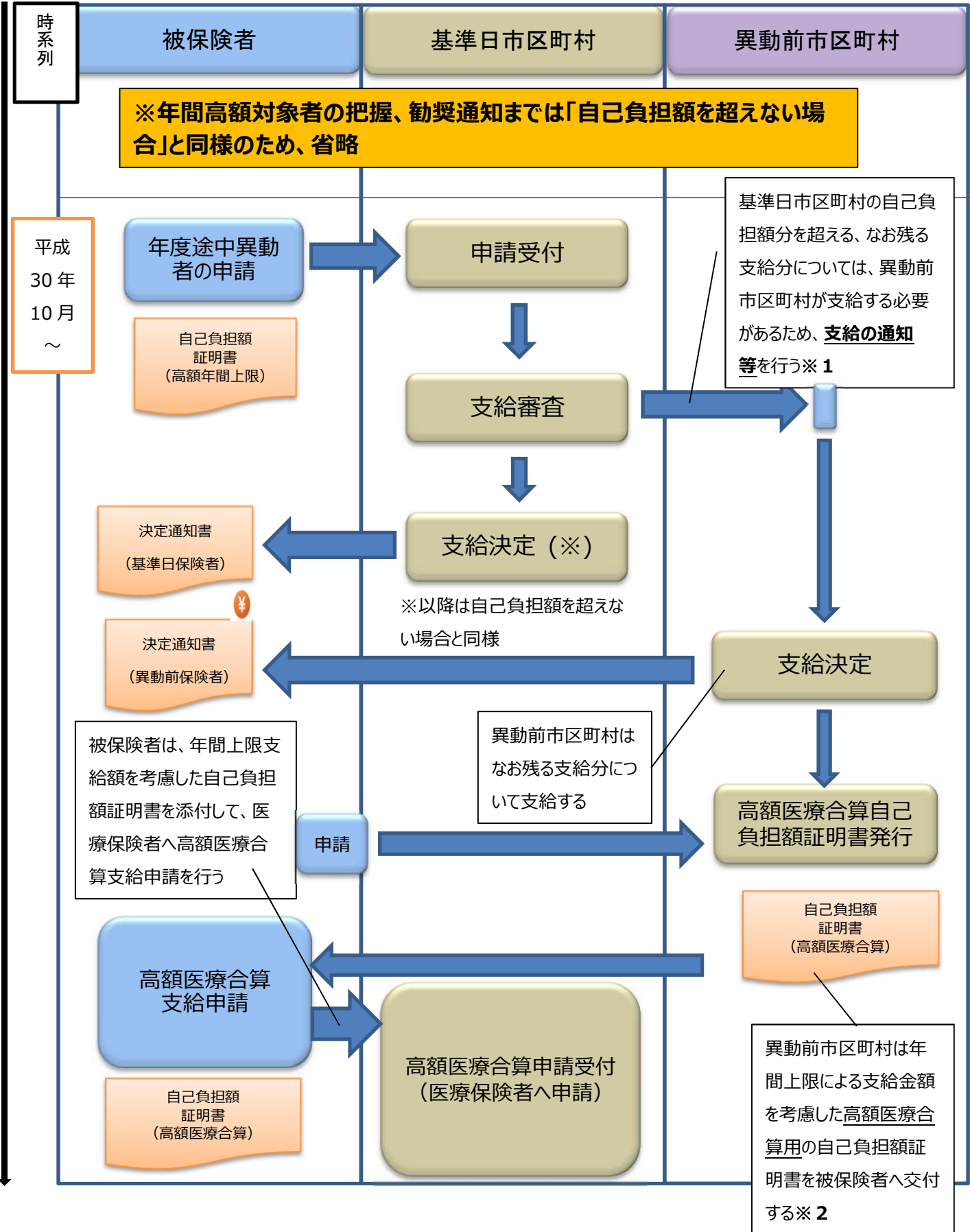
- ・ 世帯内に課税所得145万円を超える第1号被保険者がおり、
- ・ 世帯内の全ての第1号被保険者の「年金収入＋その他の合計所得金額」が520万円（単身世帯の場合は383万円）未満で、世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者を含む）1割負担者の場合

に送付することを想定している。

(※4) 年度途中で保険者異動が行われた被保険者については、異動前市町村より自己負担額証明書の交付を受け、当該証明書を添付した上で基準日市区町村へ申請を行う。

高額介護（予防）サービス費 年間上限支給の流れ②

※年間上限支給額が基準日市区町村における自己負担額を超える場合を想定



○留意事項

(※1) 基準日保険者が異動前保険者の支給額を算出し、異動前保険者に対し支給額の通知等を行う。

異動前保険者が複数存在する場合、異動前保険者の自己負担額に応じて按分を行い、支給の依頼等を行う（事務作業としては、少数のケースと見込まれることから、市区町村の手作業を想定している。）

(※2) 異動前市区町村は、高額医療合算介護（予防）サービス費における自己負担額証明書について、高額介護（予防）サービス費の年間上限支給額を考慮した自己負担額証明書を発行（発行済の場合は再発行）する。

【被保険者が計算期間中に死亡した場合の取扱い】

- 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、死亡日を基準日として、死亡した日までの世帯の負担額を対象として精算することとする。
- また、死亡者の年間の自己負担額に係る高額介護（予防）サービス費を精算する場合でも、基準額は446,400円とする。
- 計算期間中に死亡した場合は、原則申請を省略することはできず、家族等が基準日保険者に申請を行うものとする。
- 死亡者と同一世帯の被保険者については、高額医療合算介護（予防）サービス費の計算と同様に、7月31日（基準日）の後に改めて、年間の負担上限額に係る高額介護（予防）サービス費の支給の計算を行うこととなる。その場合、死亡者の分の自己負担額は含まずに、計算を行うこととする。

【高額医療合算介護（予防）サービス費への影響について】

- 高額医療合算介護（予防）サービス費の支給計算に当たっては、年間上限の支給額を支給してなお残る自己負担額を支給の対象とする。
- 高額医療合算介護（予防）サービス費の支給時期については、年間上限の支給額を加味することにより、1、2ヶ月程度遅れることを想定している。

【高額介護（予防）サービス費相当事業の取扱いについて】

- 上述のとおり平成29年8月より、高額介護（予防）サービス費の基準が以下のとおり見直される。
 - ア 第4段階の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げる。
 - イ 世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者を含む）が1割負担の世帯に

については、新たに、自己負担額の年間（前年の8月1日から7月31日までの間）の合計額に対して446,400円（37,200円×12ヶ月）の負担上限額を設定する。（3年間の時限措置）

- これに伴い、高額介護予防サービス相当事業における自己負担限度額もア及びイと同様の取扱いとなるので、留意すること。

（5）調整交付金の見直し

- 現行の調整交付金は、「第1号被保険者に占める後期高齢者の加入割合の違い」及び「第1号被保険者の所得段階（1～9段階）別加入割合の差」といった、保険者の責めによらない要因により生じる第1号保険料の水準格差を全国ベースで平準化するために交付されるものである。
- 今後、2025年にかけて全国的に75歳以上人口が急増し、第1号被保険者に占める後期高齢者の割合も全国的に高くなると予測されており、後期高齢者加入割合のばらつきは縮小傾向となることが見込まれる。
- そのため、調整交付金における年齢区分について、現行の①65～74歳、②75歳以上の2区分から、①65～74歳、②75～84歳、③85歳以上の3区分に細分化することにより、特に年齢が高い高齢者が多い市町村に対して更に重点的に配分することとしている。
- 一方で、調整交付金の交付基準の年齢区分を2区分から3区分に見直すことにより、自治体の調整交付金の割合に一定の影響があるため激変緩和措置を講じることとしている。
- 具体的には、参考資料10のとおり、完全に3区分とするのは平成33年度以降とするが、第7期計画期間（平成30年度～平成32年度）においては、各年度において2区分と3区分を2分の1ずつ組み合わせることとする。

（6）第7期介護保険料算定に当たっての留意事項について

（介護給付費準備基金の取り崩しについて）

- 介護保険制度において、計画期間内に必要となる保険料については各計画期間における保険料で賄うことを原則としていることから、計画期間の終了時の介護給付費準備基金の剰余額は次期計画期間に歳入として繰り入れ、保険料上昇抑制に充てることが一つの考え方である。言うまでもなく、介護給付費準備基金の適正な水準は保険者が決定するものであるが、各保険者におかれては上記の考え方にに基づき、その適正な

取崩しを含め、検討いただきたい。

- なお、計画期間中に保険料収入が不足する事態となった場合には、財政安定化基金からの貸付及び交付を活用することができることとなっているが、計画期間を見通して適切に給付費等を見込んだ上で、それに応じた保険料を適切に設定することが前提であり、計画期間の初年度より財政安定化基金からの借入れを行うことを予定することは本来想定しているものではなく、不適切であるため、十分に御留意いただきたい。

(単独減免に対する考え方について)

- 平成 27 年 4 月から低所得者の保険料軽減を第 1 段階の方を対象に実施(完全実施の時期については、今後の予算編成過程において検討)しており、当該措置に係る費用を特別会計に繰り入れているところであるが、これは、国・都道府県・市町村がそれぞれ介護保険法第 124 条の 2 に基づき、政令で定めるところにより負担を行っているものである。
- このため、こうした制度化された仕組み以外の保険料の減免(いわゆる単独減免)について、被保険者間の公平性の確保や、健全な介護保険財政の運営と財政規律の保持の観点から、従前から申し上げているとおり、
 - ・ 保険料の全額免除
 - ・ 収入のみに着目した一律減免
 - ・ 保険料減免分に対する一般財源の投入を行うことは適当ではないため、第 7 期を迎えるにあたっても、引き続きこのいわゆる 3 原則の遵守に関し、各保険者において適切に対応していただきたい。

(保険料算定に必要な諸係数について)

- 2「第 7 期介護保険事業(支援)計画の策定に向けて」の(6)イ(オ)を参照いただきたい