

# 介 護 保 險 課 関 係

## 1. 第4期介護保険料の設定について

### (1) 介護従事者処遇改善臨時特例交付金の執行について

先般、「介護従事者処遇改善臨時特例交付金」を盛り込んだ第2次補正予算が成立したところであるが、当該交付金の執行については、先般の交付金の所要額調べ等種々御協力いただいているところである。今後、今年度中に交付決定を行う予定であるため、管内市町村において、円滑に実施できるよう格段のご配慮をお願いする。

### (2) 第4期介護保険料についての被保険者への周知

第4期の介護保険料については、政府・与党による「生活対策」に基づき、平成21年度の介護報酬改定（プラス3.0%）等により介護従事者の処遇改善を図ることとしつつ、それに伴う介護保険料の急激な上昇を抑制することとされたところである。

この措置を踏まえた第4期の介護保険料の取扱いについては、これまでに全国担当者会議等を通じて示してきているところであるが、平成21年度及び平成22年度の介護保険料については、介護報酬改定に伴う保険料の上昇が抑制されているという今般の措置の趣旨や内容を、被保険者に十分周知されるよう改めてお願いする。

### (3) 第4期介護保険料確定額調査

第4期の介護保険料については、各保険者において条例が成立して確定することとなるが、これにより確定した保険料についての調査依頼の発出を3月上旬に予定している。

この調査については、主として以下の事項について調査を行う予定であり、御協力を宜しくお願いする。

なお、本調査の結果についてはとりまとめの上公表する。

#### 【主な調査内容】

- ・介護保険条例に規定された保険料基準額（第4期の各年度の額）
- ・介護保険条例に規定された保険料基準額の平均額
- ・介護従事者処遇改善臨時特例交付金をないものとした場合の保険料基準額（原則通り計画期間単位で算出した保険料基準額）
- ・保険料段階設定数
- ・保険料第4段階の一部軽減実施の有無
- ・保険料基準額に乗じる各段階の乗率
- ・市町村民税課税層の所得区分金額

## 2. 介護給付の適正化について

### (1) 介護給付の適正化の意義等について

#### ア「介護給付適正化」の意義

- 「介護給付の適正化」を図ることにより、利用者に対する適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

#### イ 介護給付適正化の推進について

- 各都道府県においては、平成19年度に策定した「介護給付適正化計画」に基づき、その推進に努力されているところである。計画期間内においては、下表の国が示した実施目標も踏まえ、管内市町村において、これらの取組が推進されるよう格段のご配慮をお願いする。

	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度
適正化事業	100%	100%	100%	100%
要介護認定の適正化 ※認定調査状況チェック	70%	85%	95%	100%
ケアマネジメント等の適切化 ※ケアプランの点検	60%	85%	95%	100%
※住宅改修等の点検	70%	85%	95%	100%
サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化 ※「医療情報との突合」・「縦覧点検」	60%	85%	95%	100%
※介護給付費通知	60%	85%	95%	100%

(注) ※の5事業を主要適正化事業という。

### (2) 介護給付適正化推進経費について

- 各都道府県が策定した「介護給付適正化計画」に基づき、都道府県と保険者が一体となって戦略的に介護給付適正化事業に取り組んでいくことを促進する観点から、介護給付適正化推進事業を実施してきたところ。平成21年度においても、「介護給付適正化計画」の分析・評価等による情報提供及び都道府県が実施する保険者支援業務を推進するための経費として約6千万円を予算措置し、各都道府県に交付する予定としている。
- 事業内容としては、介護給付適正化事業の実施状況及び介護給付費の推移の分析、介護給付適正化評価委員会の設置、介護給付適正化担当者会議の開催、管内保険者に対する適正化事業の指導並びに都道府県の実情に応じたマ

ニユアル等の作成などを予定しているところ。なお、平成21年度においては、介護給付適正化事業を推進するための研修会の開催を新規事業内容として予定している。

- 実施要綱等については、本年4月以降にお示しする予定としている。

### (3) 国保連介護給付適正化システムの改修等について

- 平成20年度における国保連介護給付適正化システムの改修については、下記の改修等を行い、機能の拡充・強化を図っているところ。

#### ※ 主な改修内容

- ・ 確認対象項目の強調表示  
各帳票において、基準値を超えた数字等、確認すべきポイントを明確化
- ・ 福祉用具貸与価格の適正化  
福祉用具の製品ごと等の価格の分布状況の把握

- 国保連介護給付適正化システムの改修内容の詳細及び運用方法については、本年3月中に国保中央会が予定している各都道府県国保連合会及び都道府県等の担当者を対象とした研修等においてお示しする。
- 平成21年度以降においても、都道府県及び保険者の要望を踏まえながら、国保連介護給付適正化システムの機能の拡充・強化について検討を行っていく予定であるが、各都道府県におかれても、管内の保険者において、国保連介護給付適正化システムから提供される情報を介護給付適正化事業に有効に活用していただくよう、周知徹底願いたい。
- 「介護保険事業等に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成20年9月 総務省）においては、市町村が介護給付適正化事業の効果を把握し、積極的に実施するためには、当該市町村が所在する都道府県において各市町村の介護給付適正化事業による過誤調整（過誤申立）の平均件数等を明らかにすることが一つの方策となると考えられるとされているところ。本システムにより、介護給付適正化事業による過誤申立の市町村平均件数等を把握することが可能であることから、都道府県においては、必要に応じて、こうした情報を管内各市町村に対して提供するなど、本システムの有効な活用を図られたい。

介 護 保 險 課 資 料

## 1. 高額医療合算介護（予防）サービス費に関するQ&A

高額医療合算介護（予防）  
サービス費に関する  
Q & A

平成21年2月19日  
厚生労働省老健局介護保険課

# 高額医療合算介護（予防）サービス費に関するQ & A

## 目次

- 1 高額医療・高額介護合算制度の基本的事項・・・・・・・・・・ 1
- 2 高額医療合算介護（予防）サービス費の介護保険者による再計算について・・・・・・・・・・ 5
- 3 端数計算の方法について・・・・・・・・・・ 11
- 4 精算対象者に対する事務の取扱いについて・・・・・・・・・・ 14
- 5 介護保険者の自己負担額証明書の交付等について・・・・・・・・ 16
- 6 高額医療合算介護（予防）サービス費の支給手続について・ 22
- 7 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24



## 1 高額医療・高額介護合算制度の基本的事項

(問1) 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給の具体的な手続如何。

(答)

高額医療合算介護(予防)サービス費は、医療及び介護の利用者負担の合計が著しく高額となる者について、その負担を軽減するため、一定の上限額を超える部分について支給するものである。

その具体的な手続は、

- ① 被保険者が基準日(7月31日)に加入する介護保険者に高額医療合算介護(予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付に係る申請を8月1日以降に行う。(計算期間中に他の介護保険者に加入したことがあり、その間に介護サービスを利用していれば、当該他の介護保険者にも同様に申請。)
- ② それぞれの介護保険者は、9月下旬以降の7月サービス分の審査支払終了後(高額介護(予防)サービス費の支給がある場合には、同支給後)に、自己負担額証明書に各月の自己負担額を記載した上、①の申請を行った被保険者に交付する。
- ③ 被保険者は当該自己負担額証明書を支給申請書に添付し、基準日に加入する医療保険者に申請する。
- ④ 介護保険者は、10月以降に、当該医療保険者から高額医療合算介護(予防)サービス費の支給額の計算データを受領する。(※)高額医療合算介護(予防)サービス費がない場合は0円という形の計算データを受領することとなる。

※ 一部の被保険者(問6の場合)の高額医療合算介護(予防)サービス費については介護保険者にて支給額を計算

- ⑤ 介護保険者は、①の申請を行った被保険者に対して支給決定通知書を送付する。0円という形の計算データを受領した場合は、不支給決定通知書を送付することとなる。
- ⑥ 高額医療合算介護(予防)サービス費を支給する。

となる。

(問2) 国保窓口又は長寿医療窓口に高額介護合算療養費の申請をすれば介護窓口に申請しなくてもよいいわゆるワンストップサービスを行う場合の具体的な手続如何。

(答)

申請者の申請に係る負担を軽減するため、基準日時点で加入する医療保険が国民健康保険又は長寿医療制度である者については、基本的に国民健康保

険又は長寿医療制度の窓口申請する手続きのみでその後の手続き等をなくす、いわゆるワンストップサービスの運用をしていただきたい。ただし、住所変更等により、計算期間において基準日時点で加入する医療又は介護の保険者と異なる他の医療又は介護の保険者に加入していた期間を有する場合については、当該他の保険者に対しても申請手続きを行い、当該他の保険者から交付された自己負担額証明書を添付して基準日に加入する医療保険者に申請手続きを行う必要がある。

国保連に委託している場合のワンストップサービスの具体的な手続きは、

- ① 被保険者が基準日（7月31日）に加入する国民健康保険又は長寿医療（以下この間において「国保等」という。）の窓口で高額療養費等の支給及び自己負担額証明書の交付に係る申請を8月1日以降に行う。
  - ② 国保等の医療保険者から送付された申請書をもとに、国保連は医療保険者及び介護保険者ごとそれぞれの自己負担額を記載し、それを各保険者に対してデータを送付する。
  - ③ 各保険者は内容が正しいかどうか確認し、修正があれば修正を行い、国保連に伝達する。
  - ④ 国保連において計算結果連絡票を作成し、各保険者に対して送付する。
  - ⑤ 介護保険者は、被保険者に対して支給決定通知書を送付する。0円という形の計算結果連絡票を受領した場合は、不支給決定通知書を送付する。
  - ⑥ 高額医療合算介護（予防）サービス費を支給する。
- となる。

（問3）計算期間中に世帯構成や所得の変動等で負担限度額が変更になった場合の高額医療合算介護（予防）サービス費の支給はどうか。

（答）

高額医療合算介護（予防）サービス費は、基準日に加入する医療保険の世帯の状況をもとに算定することとなるため、計算期間中に世帯構成や所得の変動等で負担限度額が変更になったとしても、直接その影響を受けることはない。

しかし、被保険者に対し、高額介護（予防）サービス費を支給している場合で、高額介護（予防）サービス費の負担限度額が変更になる場合は、高額介護（予防）サービス費の支給分を除いた自己負担額が変動することに留意されたい。

（問4）高額医療合算介護（予防）サービス費制度と高額介護（予防）サービス費制度の関係如何。

（答）

- 1 両制度は相互に独立した制度であり、一方の支給の有無が他方の支給の前提となることはない。例えば高額介護（予防）サービス費が支給されていないことをもって直ちに高額医療合算介護（予防）サービス費が支給されないということにはならない。
- 2 ただし、高額介護（予防）サービス費が支給される場合には、これが支給されてなお残る自己負担額と医療の一部負担金等を合算して、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給を計算することとなる。具体的には次ページの例のとおり。
- 3 なお、自己負担額証明書には、なお残る自己負担額を記載することとなる。

(例) 一般世帯において毎月の自己負担額が変わらない場合

父(75歳以上)

介護の利用者負担

毎月4万円

(高額介護サービス費が2800円支給される

ため、なお残る負担額は3.72万円。)

→ 自己負担は毎月3.72万円で計算

$3.72 \times 12 = 44.64$ 万円

(計算期間中)

母(75歳以上)

医療の一部負担金等 15.36万円

(計算期間中)

44.64	万円
+ 25.36	万円
60	万円
- 56	万円
4	万円…(※)

医療保険者で計算

(※において)【医療保険者の計算】

介護保険者(父)の支給額 = 4万円  $\times \frac{44.64}{44.64 + 15.36} = 29,760$ 円

医療保険者(母)の支給額 = 4万円  $\times \frac{15.36}{44.64 + 15.36} = 10,240$ 円

## 2 高額医療合算介護（予防）サービス費の介護保険者による再計算について

（問5）介護保険者は、被保険者等の医療保険の自己負担額の情報を持独自に入手又は管理する必要があるのか。また、高額医療合算介護サービス費等の支給額について介護保険者が計算する必要があるのか。

（答）

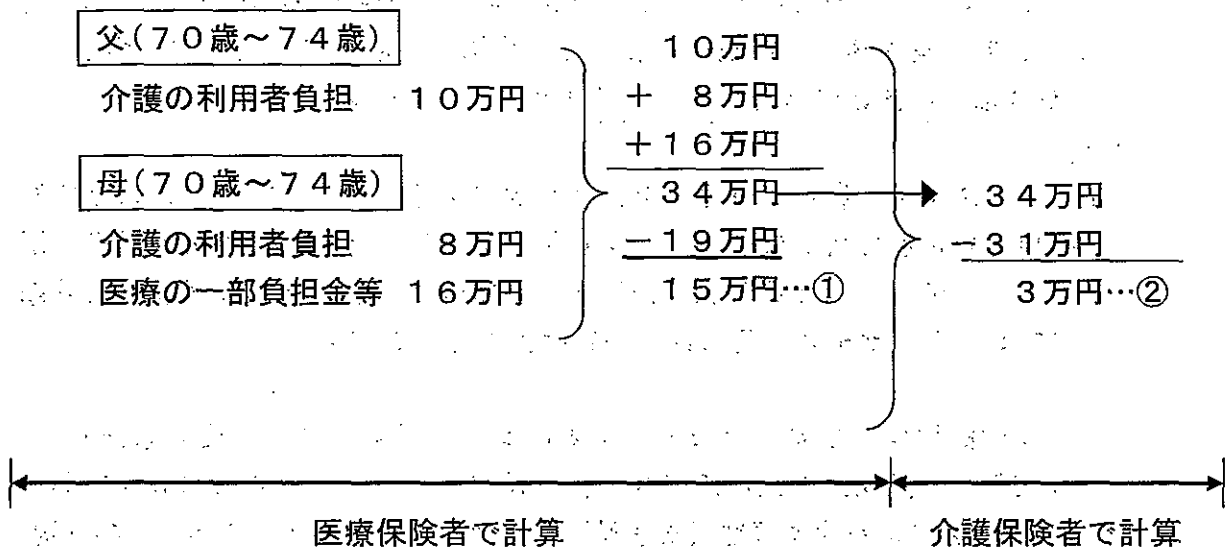
高額医療合算介護サービス費等の支給額の計算は、申請者が基準日に加入する医療保険者において行われ、その計算結果は介護保険者に送付されるので、基本的に介護保険者が支給額を計算する必要はない。ただし、次の問6の場合は介護保険者が再計算することとなる。

（問6）70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護（予防）サービスの利用者が複数いる場合の取扱い如何。

（答）

この場合においては、まず、基準日に被保険者が加入する医療保険者が原則どおり低所得Ⅰの限度額（19万円）を適用して医療保険者分の支給額を計算した後、当該医療保険者が被保険者等の介護保険、医療保険それぞれの自己負担額等を介護保険者に通知する。その後、介護保険者は低所得者Ⅱの限度額（31万円）を適用して介護保険者分の支給額を再度計算する。具体的には、次ページの例のように行う。

(例) 低所得者I世帯で介護保険を利用している者が複数いる場合



(①において)【医療保険者の計算】

$$\text{医療保険者の支給額} = 15\text{万円} \times \frac{16}{10+8+16} = 70,588\text{円}$$

(②において)【介護保険者の計算】

$$\text{父の支給額} = 3\text{万円} \times \frac{10}{10+8+16} = 8,823\text{円}$$

$$\text{母の支給額} = 3\text{万円} \times \frac{8}{10+8+16} = 7,058\text{円}$$

(問7) 70歳未満の者と70歳以上の者(長寿医療制度の被保険者を除く。)が混在する低所得者Ⅰの世帯において、介護(予防)サービスの利用者が70歳以上に複数いる場合についてはどのような計算を行うのが。

(答)

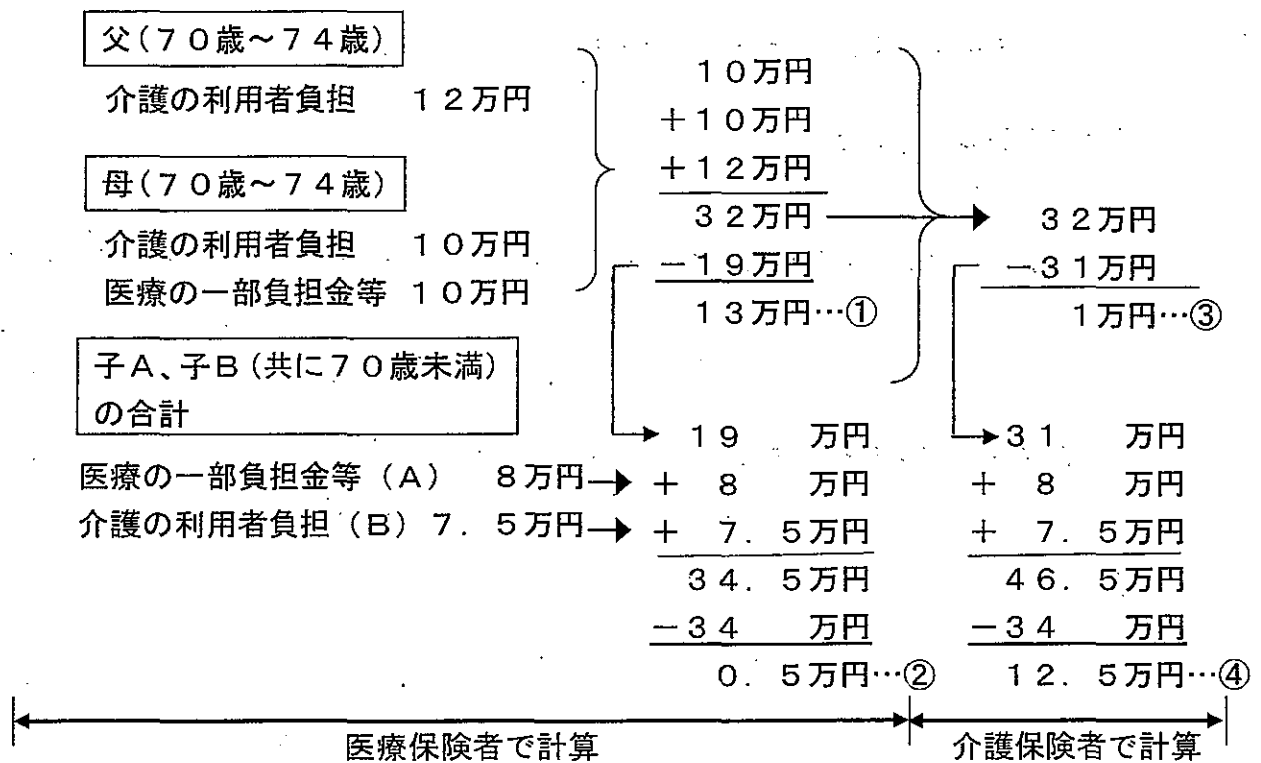
1. 70歳未満の者と70歳以上の者が混在する場合、まず70歳以上の者の自己負担額の合算額に対し、70歳以上の者の世帯の負担上限額を適用する。その後なお残る自己負担額と70歳未満の者の自己負担額の合算額に対し、70歳未満の者の世帯の負担上限額を適用する。

2. 具体的には、まず70歳～74歳の者に係る自己負担を合算した額に、「被用者保険又は国民健康保険+介護保険(70歳～74歳の者がいる世帯)」の区分の算定基準額(限度額)を適用して支給額①(次ページの(例)参照)を算出する。次に、当該自己負担を合算した額から上記の支給額①を控除して算出する70歳～74歳の者に係るなお残る自己負担額と、70歳未満の者に係る自己負担を合算した額とを合算した額に、「被用者保険又は国民健康保険+介護保険(70歳未満の者がいる世帯)」の区分の限度額を適用して支給額②(次ページの(例)参照)を算出する。

3. 上記1、2については医療保険者が計算し、計算結果が介護保険者に送付される。ただし、当該事案は70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護(予防)サービスの利用者が複数いる場合に該当するので、介護保険者側で70歳以上の者へ的高額医療合算介護(予防)サービス費の支給について再計算する必要があり、低所得者Ⅱの限度額(31万円)を適用して介護保険者の支給額③(次ページの(例)参照)を算出する。

さらに、子供が介護を受けている場合については、子供の分の高額医療合算介護(予防)サービス費を考える必要があるが、具体的には次ページの例を参照されたい。

(例) 低所得者I世帯で介護保険を利用している者が複数いる場合(父が世帯主)



【医療保険者の計算】

(①において)

$$\text{医療保険者の支給額} = 13\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = \underline{40,625\text{円}}$$

$$\text{介護保険(父)の支給額} = 13\text{万円} \times \frac{12}{12+10+10} = 48,750\text{円}$$

$$\text{介護保険(母)の支給額} = 13\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = 40,625\text{円}$$

(②において)

$$\text{医療保険者の支給額} = 0.5\text{万円} \times \frac{\{10-4.0625\}+8}{19+8+7.5} = \underline{2,019\text{円}}$$

$$\text{介護保険(父)の支給額} = 0.5\text{万円} \times \frac{12-4.875}{19+8+7.5} = 1,032\text{円}$$

$$\text{介護保険(母)の支給額} = 0.5\text{万円} \times \frac{10-4.0625}{19+8+7.5} = 863\text{円}$$



$$\text{介護保険（子）の支給額} = 0.5\text{万円} \times \frac{7.5}{19+8+7.5} = 1,086 \text{円}$$

→ この結果が介護保険者に送付される。

【介護保険者の再計算】

(③において)

$$\text{介護保険（父）の支給額} = 1\text{万円} \times \frac{12}{12+10+10} = \underline{3,750\text{円}}$$

$$\text{介護保険（母）の支給額} = 1\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = \underline{3,125\text{円}}$$

$$\text{医療保険の支給額（仮定）} = 1\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = 3,125\text{円}$$

(④において)

$$\text{介護保険（父）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{12-0.375}{31+8+7.5} = \underline{31,250\text{円}}$$

$$\text{介護保険（母）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{10-0.3125}{31+8+7.5} = \underline{26,041\text{円}}$$

$$\text{介護保険（子）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{7.5}{31+8+7.5} = \underline{20,162\text{円}}$$

$$\text{医療保険の支給額（仮定）} = 12.5\text{万円} \times \frac{(10-0.3125)+8}{31+8+7.5} = 47,547\text{円}$$

※ 下線部は実際に支給される額

よって合計は、

$$\text{医療保険者の支給額} = 40,625 + 2,019 = 42,644\text{円}$$

$$\text{介護保険者の支給額} = 84,328\text{円}$$

$$\left[ \begin{array}{l} \text{うち、父の支給額} = 3,750 + 31,250 = 35,000\text{円} \\ \text{母の支給額} = 3,125 + 26,041 = 29,166\text{円} \\ \text{子の支給額} = 20,162\text{円} \end{array} \right]$$

(問8) 70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護(予防)サービスの利用者が複数いる場合、その利用者負担限度額が合算制度の限度額(31万円)を下回っていれば高額医療合算介護(予防)サービス費は支給しないのか。また、その場合でも70歳未満の者と合算した場合、合算制度の限度額(34万円)を超えれば高額医療合算介護(予防)サービス費は支給するという理解でよいか。

(答)

貴見の通り。なお、その計算方法は、問7と同様(支給額③の部分は零として再計算する。)

(問9) 介護保険者が再計算を行った場合、介護保険者から医療保険者へ計算結果データに対する回答が必要か。

(答)

介護保険者が再計算した計算結果について、医療保険者にフィードバックすることは想定していない。

### 3 端数計算の方法について

(問10) 費用負担額の按分の際の端数処理はどのようにするのか。

(答)

端数処理を四捨五入により行くと、関係する医療保険の被保険者（国民健康保険の場合は世帯主をいう。以下同じ。）又は介護保険の被保険者（以下「合算対象被保険者（※）」という。）が3者以上となる場合に、総支給額と各合算対象被保険者の支給額の合計に誤差が生じる場合がある。

このことから、各合算対象被保険者のうち、支給額が最も少額となる者以外の合算対象被保険者の1円未満の端数は切り捨て、この切り捨てた額を支給額が最も少額となる合算対象被保険者の額に足し上げることにより、総支給額と各合算対象被保険者の支給額の合計額とが一致するよう調整することとする。具体例は次ページの通り。

※ 医療保険の被保険者と介護保険の被保険者が同一であるときについても、別々の合算対象被保険者として考える。

(例) 端数計算の例 (国民健康保険に加入する一般世帯の場合)

父 (世帯主。65～69歳)	医療の一部負担金等 : 20万円	} <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>20万円</td></tr> <tr><td>+20万円</td></tr> <tr><td>+20万円</td></tr> <tr><td>+15万円</td></tr> <tr><td style="border-top: 1px solid black;">75万円</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">-67万円</td></tr> <tr><td>8万円</td></tr> </table>	20万円	+20万円	+20万円	+15万円	75万円	-67万円	8万円
20万円									
+20万円									
+20万円									
+15万円									
75万円									
-67万円									
8万円									
	介護の利用者負担 : 20万円								
母 (65歳～69歳)	医療の一部負担金等 : 20万円								
	介護の利用者負担 : 15万円								
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>									
医療保険者で計算									

(※において) 【医療保険者の計算】

$$\text{国保の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{20+20}{20+20+20+15} = 42,666\text{円}$$

(42,666.666…となるが切り捨て)

$$\text{介護保険 (父) の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{20}{20+20+20+15} = 21,333\text{円}$$

(21,333.333…となるが切り捨て)

$$\text{介護保険 (母) の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{15}{20+20+20+15} = 16,001\text{円}$$

※ 本来 16000円となるが、最も支給額が少額の者であるため、端数(1円)を足した額(16001円)となる。

(問11) 費用負担額が最も少額となる合算対象被保険者が複数いる場合についてはどうに計算するのか。

(答)

支給額が最も少額となる合算対象被保険者が複数いる場合の端数を上乘せする順位は、当該被保険者に対して支給を行う保険者の事務負担等に考慮し、以下の順位(1>2>3>4)で行う。

- 1 介護保険の被保険者・医療保険の被保険者で競合した場合  
介護保険の被保険者に端数を上乘せする。
- 2 医療保険者A(基準日に加入する保険者でない)の被保険者・医療保険者B(基準日に加入する保険者)の被保険者で競合した場合  
医療保険者Aに端数を上乘せする。
- 3 医療保険者C(基準日に加入する被保険者でない)の被保険者・医療保険者D(基準日に加入する保険者でない)の被保険者で競合した場合  
端数を上乘せする順位は以下の順位とする。  
長寿医療 > 国民健康保険 > 被用者保険
- 4 同一保険者(介護保険又は長寿医療制度の場合のみ)内の被保険者間で競合した場合  
被保険者番号が小さい者に端数を上乘せする。

(問12)

低所得者I該当で介護サービス利用者が複数いる世帯の場合、介護保険者で再計算を行う際、医療保険者の限度額とは異なる限度額を適用することとなり、医療保険者・介護保険者で共通の端数処理を行うことができないと考えられるが如何。

(答)

異なる限度額を適用することから、医療保険者、介護保険者それぞれにおいて端数処理を行えばよく、共通の端数処理はする必要がない。

#### 4 精算対象者に対する事務の取扱いについて

(問13) 計算期間の途中において、死亡などにより公的医療保険の加入者でなくなった世帯員（以下「精算対象者」という。）がいる場合において、当該者がそれまでに負担した費用の取扱いについてはどうなるのか。

(答)

精算対象者としては、死亡した者、海外移住者、生活保護の受給を開始した者などが考えられる。死亡者については、死亡した時点までの世帯の負担額を合算対象として、当該死亡者に係る支給額を基準日に加入する医療保険者が計算する。海外移住者又は生活保護の受給等により被保険者でなくなった者についても同様に、資格喪失日の前日時点までの世帯の負担額をもとに計算する。このとき、精算対象者の基準日は資格喪失日の前日（死亡した日、海外移住した日、生活保護の受給を開始した日）となる。

ただし、海外移住者又は生活保護受給者は、同一の計算期間内に再び公的医療保険の加入者となる場合については、7月31日を基準日として計算する。

その具体的な手続は、死亡者とその他の精算対象者で異なり、それぞれ以下の通りである。なお、ワンストップサービスに係る具体的な手続は問2に準じる。

##### 【死亡者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

- ① 死亡者の家族等（以下「精算申請人」という。）は、基準日（死亡日）に加入する介護保険者及び計算期間（前年8月1日～基準日）中に属したことのある介護保険者に自己負担額証明書の申請を行う。このとき、同じ医療保険加入者世帯に属する者（以下「合算対象者」という。）についても自己負担額証明書の交付に係る申請を行う。
- ② 介護保険者は、およそ基準日の2ヶ月後以降に、死亡者の自己負担額証明書に当該基準日までの各月の自己負担額をそれぞれ記載した上、精算申請人に交付する。このとき合算対象者の分の自己負担額証明書も当該基準日までの自己負担額を記載し、交付することとなる。
- ③ 精算申請人は、当該自己負担額証明書（合算対象者の分を含む。）を支給申請書に添付し、死亡者が基準日（死亡日）に加入する医療保険者に申請する。
- ④ 介護保険者は、当該医療保険者から高額医療合算介護（予防）サービス費の支給額の計算データを受領する。高額医療合算介護（予防）サービス費がない場合は0円という形の計算データを受領することとなる。
- ⑤ 介護保険者は、申請書に記載された住所に支給決定通知書を送付する。0円という形の計算データを受領した場合は、不支給決定通知書を送付することとなる。

⑥ 高額医療合算介護（予防）サービス費を支給する。

【死亡者の合算対象者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

死亡者の合算対象者については、7月31日（基準日）の後に改めて自己負担額証明書の交付に係る申請及び支給申請を行うこととなる。そのとき合算対象となるのは、合算対象者のみの自己負担額であり、死亡者分の自己負担額は含まない。

【死亡者以外の精算対象者及びその合算対象者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

死亡者以外の精算対象者である海外移住者又は生活保護受給者等は、7月31日までに再び公的医療保険の加入者となる場合がある。そのため、自己負担額証明書の交付に係る申請は基準日（資格喪失日の前日）以後に受け付けることは可能であるが、運用上、7月31日以降に通常の手順で自己負担額証明書を交付することとする。

その場合、仮に7月31日までに再び公的医療保険の加入者となった場合は問1と同様であり、ならなかった場合は死亡者のケースと同様である。合算対象者の取扱いも問1及び死亡者のケースにそれぞれ準じる。

（問14）死亡者の支給額計算において、資格喪失日の前日（死亡日）を基準日として計算するとされているが、合算対象者について自己負担額証明書に記載する自己負担額は、基準日の属する月において、基準日以前の自己負担額に限定されるのか。例えば、同一世帯に被保険者A・Bの二人がいて、Aが9月10日に死亡・Bが9月中医療入院していた場合、Aの支給額を計算する際にBの自己負担額は9月10日までと9月11日以降に分けないといけないのか。

（答）

この場合、月途中で生存者の自己負担額を分けて把握することは困難であるため、運用上、精算対象者が死亡した月については、合算対象者の自己負担分の月額を合算対象とする取り扱いとすることとする。よって、本事例においてBの自己負担額を分ける必要はない。

（問15）死亡者の支給額計算において、限度額を月割する必要はないか。

（答）

一年間の自己負担額について限度額が設定されているため、月割する必要はない。

## 5 介護保険者の自己負担額証明書の交付等について

(問16) 自己負担額証明書の申請時に領収書の添付が必須か。1年分の領収書を利用者本人が保管し、それを保険者が確認するのは困難と考えられるが如何。

(答)

自己負担額証明書の申請時に領収書の添付は必要ない。介護保険者は、国保連からのデータ等をもとに、各月の自己負担額を算出することとなる。

(問17) 介護保険の被保険者本人以外の者が、介護保険者への支給申請及び自己負担額証明書の交付に係る申請を行う際には、委任状等は必要となるのか。

(答)

基本的に本人以外の者による申請には委任状等が必要である。ただし、支給後の振込先が被保険者本人名義の口座である場合など受給者と当該申請に係る被保険者の同一性が確保されていると認められる場合には、委任状を求めない取り扱いとすることが可能である。

(問18) 自己負担額証明書に記載する自己負担額は高額介護（予防）サービス費による支給額を除いた自己負担額か。その場合、申請がされていない等の理由で、実際に支給していない高額介護（予防）サービス費もそこに含めて考えてよいか。

(答)

- 1 自己負担額証明書に記載する計算期間内の各月の自己負担額は、高額介護（予防）サービス費が支給される場合には当該支給額を控除した自己負担額であり、高額介護（予防）サービス費についての実際の申請や支給の有無を問わない。（介護保険法施行令第22条の3第2項第1号、第3号）
- 2 なお、高額介護（予防）サービス費の支給の申請については、高額医療合算介護（予防）サービス費の自己負担額証明書の申請の際に勧奨するなど適切な対応をとることが必要である。

(問19) 自己負担額証明書に記載する自己負担額は社会福祉法人による利用料の軽減措置後の自己負担額か。

(答)



貴見の通り。高額介護サービス費の支給と同様の取扱いである。

(問20) 自己負担額証明書の「自己負担額」について、市町村が単独事業として自己負担額の軽減を行っている場合、当該軽減後の自己負担額を表記するのか。

(答)

高額医療・高額介護合算制度は、支給事務が同一の保険者及び同一の保険制度間で完結しないため、全国統一的に事務を取り扱う必要があることから、軽減前の自己負担額を記載することとする。

(問21) 月の途中に転出又は転入している場合、自己負担額証明書の自己負担は転出先の市町村又は転入する前の市町村の自己負担も含めて記入するのか。

(答)

計算期間内に市町村の転出・転入を行い、介護保険者が計算期間内において異なることとなった場合、被保険者は転出前の保険者及び転出後の保険者それぞれに自己負担額証明書の交付に係る申請を行うこととなる。よって各保険者がそれぞれ当該保険者において被保険者が負担した自己負担額を記載することとなる。

(問22) 精算対象者についての自己負担額証明書の記載方法如何。

(答)

死亡者については、8月1日（初年度は4月1日）から基準日（死亡日）までの自己負担額を記載する。また、死亡者の合算対象者については基準日が属する月までの自己負担額を記載する。

死亡者以外の精算対象者及びその合算対象者については、自己負担額証明書の交付を7月31日以降に行う場合以外は、通常の手続き又は死亡者についての手続きに準じた取扱いとなる。

(問23) 高額医療合算介護（予防）サービス費は給付制限の対象となるが、その取扱い如何。

(答)

- 1 給付額減額期間中の自己負担額については、介護保険法第69条第4項の規定の趣旨に鑑み、高額医療合算介護（予防）サービス費の算定の際、合算の対象としない。

2 すなわち、介護保険者は、自己負担額証明書に各月ごとに自己負担額を記載する際に、給付額減額期間中の自己負担額については零と記載し、当該月の摘要欄に給付額減額と記載することとする。また、計算期間途中で給付額減額期間が終了した場合はその終了の翌月から自己負担額を記載することとし、自己負担額証明書を交付する。

3 なお、被保険者が高額医療合算介護（予防）サービス費の自己負担額証明書を申請する際、給付額減額期間については自己負担額が零とされることを十分に周知されたい。

(問24) 計算期間途中、1年6ヶ月以上の滞納による「保険給付の一時差止」が行われている場合の自己負担額証明書の記載方法如何。

(答)

自己負担額証明書に記載する額については、9割の保険給付において保険料が控除されているか否かを問わず、1割負担分をそのまま記載することとなる。

(問25) 自己負担額証明書中70歳から74歳までの者の自己負担額を記載する欄（「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄）があるが、

- ① 月途中で70歳の誕生日を迎えた場合
- ② 月途中で75歳の誕生日を迎えた場合

は、当該月の自己負担額についてどのように記載すればよいか。

(答)

- ① 介護保険法施行令第22条の3第3項の規定により、誕生日の属する月の翌月以後に受けた介護サービスに係る自己負担額を、「うち70歳～74歳の者に係る自己負担額」欄に記載することとなる。
- ② 75歳以上の者と75歳未満の者についていずれの限度額を適用するかは、基準日現在で75歳に達しているか否かで判断するため、通常の欄に自己負担額を記載すれば足る。

(問26) 介護保険の給付情報が国保連から届くのは審査等を経て2ヶ月後となる。そうすると利用者の計算期間中（前年8月～7月）の自己負担を保険者が完全に把握できるのは計算期間終了後の9月中旬以降となるが、自己負担額証明書の交付はそれ以降でよいか。

(答)

貴見のとおり。自己負担額証明書の交付に係る申請は基準日以降行われる

が、自己負担額証明書の交付は、7月分の自己負担額を把握してそれを自己負担額証明書に記載の上、行うこととなる。なお、計算期間中で被保険者が転出したとき等7月分の自己負担額を記載する必要がないときなどは、各月の自己負担額がわかり次第交付することができる。

(問27) 自己負担額証明書の交付は計算期間内でも可能か。また、いつまで交付することが可能か。

(答)

自己負担額証明書は、基本的に計算期間内における自己負担額を記載して交付するものなので原則として7月31日以後に交付することとなる。しかし、計算期間中に死亡したことなどにより医療保険加入者でなくなった場合は、その日の前日を基準日とみなして当該者について精算することとなるので、当該者及びその者の合算対象者について自己負担額証明書を交付することとなる。

また、自己負担額証明書は、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給が時効消滅によりできなくなるまでは交付することが可能である。

(問28) 介護保険法施行規則第83条の4の4第3項に、計算期間の末日以降2年間に基準日に加入する医療保険者から計算結果の送付がない場合には、介護保険者等は、申請者に確認することにより、申請は取り下げられたものとみなすことができるとあるが、

- ① あくまで、申請の取り下げを意味するだけで、再申請を妨げるものではないのか。
- ② 計算期間の末日以降2年間とする根拠は何か。
- ③ 申請が取り下げられたものとみなした後に、基準日に加入する医療保険者からの計算結果の送付があった場合にはどのように取り扱うのか。

(答)

- ① 貴見のとおり。
- ② 高額医療合算介護（予防）サービス費の消滅時効期間が2年間であることと概ね平仄をとったものである。
- ③ 申請者に確認する際、基準日に加入する医療保険者への支給申請の有無を確認し、このような事態が生じないようご留意いただきたい。仮にこのような事態が生じた場合は、申請の取り下げがなく、当初の申請日に申請があったものとして取り扱われたい。

(問29) 自己負担額証明書の交付にかかる証明手数料は各自治体の規定に

基づき徴収することになるのか。それとも国が定めるのか。

(答)

自己負担額証明書の交付は、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給事務に必要なものであるため、その負担を申請者に帰し、証明手数料を徴収することは適当でない。

(問30) 自己負担額証明書を交付した後に、過誤、所得更正等により自己負担額に変更が生じた場合、修正後の証明書を被保険者に交付する必要があるのか。また、既に高額医療合算介護（予防）サービス費を支給していた場合の返還金等の取扱い如何。

(答)

- 1 自己負担額証明書を交付する前に、過誤、所得更正等により自己負担額に変更があった場合は、修正後の自己負担額を証明書に記載することとなる。
- 2 自己負担額証明書交付後に、過誤、所得更正等により、自己負担額に変更が生じた場合、修正後の自己負担額を記載した証明書を申請者に交付し直す必要がある。その際、次の手順を参考にされたい。
  - ① 基準日の医療保険者に対し、申請者の自己負担額の修正があったことを連絡するとともに、当該申請者から支給申請が既になされているかどうかを確認する。
  - ② 申請者が支給申請手続をしていないことがわかった場合は、自己負担額証明書を申請者に再交付し、送付するとともに、当該証明書の修正があったことを伝え、当該修正後の証明書を基準日の医療保険者への申請の際、提出するよう連絡すること。
  - ③ 申請者が支給申請手続を既にしていた場合は、基準日の医療保険者に修正した自己負担額証明書を送付し再度計算を依頼すること。また同時に、申請者に対し自己負担額証明書を送付し、修正があった旨及びその理由を申し添えること。
- 3 既に高額医療合算介護（予防）サービス費を支給している場合は、自己負担額が変更になった場合、当該介護保険者の高額医療合算介護（予防）サービス費の額が変更になるだけでなく、その他の介護保険者や医療保険者の高額医療合算介護（予防）サービス費及び高額介護合算療養費の額もまた変更となる。よって基本的には2であげた①及び③の手続きをとることが考えられるが、特に申請者に対し、修正の理由等を連絡し、さらに高額医療合算介護（予防）サービス費の加減が生じることを十分に伝えることが必要である。その後、医療保険者等が再計算を行い、各保険者ごとに

申請者に対し、高額医療合算介護（予防）サービス費等の支給又はその返還を求めていくこととなる。

(問3 1) 自己負担額証明書の交付に消滅時効は存在するのか。存在するとすれば、その起算点はどの時点となるか。

(答)

自己負担額証明書の交付自体は権利義務を伴うものではないため、消滅時効には服さない。しかし、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給については消滅時効に服するため、当該支給を受ける権利が時効により消滅したときは、当該支給に係る自己負担額証明書は交付する必要がない。

(問3 2) 高額医療・高額介護合算制度の経過措置により、初年度については、計算期間は平成20年4月1日から平成21年7月31日まで（16ヵ月）とされている。一方、平成20年8月以降に負担が集中している場合など、（16ヵ月で算出した支給額）＜（12ヵ月（平成20年8月1日～平成21年7月31日）で算出した支給額）となる場合には、通常の方法により算出した額を支給額とするとされている。この場合において、介護保険者側では、16ヵ月か12ヵ月かどちらの支給額が高くなるかの計算は不可能であるが自己負担額証明書の交付について、どのように対応すればよいか。

(答)

介護保険者は、16ヵ月分の自己負担額証明書を交付すればよい。医療保険者側で12ヵ月と16ヵ月の支給額を比較し、決定する。

## 6 高額医療合算介護（予防）サービス費の支給手続について

（問33）計算期間内に転出、転入した場合、被保険者が転出入前後両方の介護保険者に自己負担額証明書の交付に係る申請を行うと考えられるが、その場合、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給の事務手続はどのようなになるか。

（答）

申請者は両方の介護保険者からそれぞれ自己負担額証明書を受け取り、基準日の医療保険者に対する支給申請に添付する。当該医療保険者はそれぞれの介護保険者が負担する高額医療合算介護（予防）サービス費の額を計算し、各介護保険者に支給額を通知する。各介護保険者は、当該支給額をそれぞれ支給する。

（問34）高額医療合算介護サービス費と高額医療合算介護予防サービス費は区分けして支給する必要があるのか。

（答）

運用上、支給決定通知書で区分けして支給する必要はない。ただし、給付管理上は自己負担のサービス内容（ある月において居宅サービス等と介護予防サービス等がともにある場合は、当該月に受けたサービスは全て居宅サービス等とする。）で按分して区分けすることとする。

（問35）高額医療合算介護（予防）サービス費は保険給付であるため、消滅時効期間は2年間か。また、その起算点はどの時点となるか。

（答）

貴見のとおり。高額医療合算介護（予防）サービス費は保険給付であるため、介護保険法第200条第1項により、消滅時効期間は2年間である。

その起算点は、被保険者が高額医療合算介護（予防）サービス費の請求権を行使しうる基準日の翌日と解される。

（問36）高額医療合算介護（予防）サービス費も高額介護サービス費同様個別の勧奨を行うのか。

（答）

高額医療合算介護（予防）サービス費は、基準日の医療保険者が、同一医療保険世帯内における医療及び介護の自己負担額を全て把握して当該支給額の計算を行う仕組みとしており、個々の介護保険者、医療保険者が個別の勧

奨を行うことは困難であるため、それを行うことは想定していない。

## 7 その他

(問37) 70歳～74歳の患者負担の見直し(1割→2割)が平成20年4月から平成21年3月までの1年間凍結されることを踏まえ、平成20年4月以後の高額療養費制度の限度額の見直しも凍結されるとのことだが、合算制度の限度額の変更はあるのか。

(答)

高額療養費制度における70歳～74歳の一般所得の者の限度額は、75歳以上の一般所得の者の限度額と同額に据え置かれることから、合算制度においても、70歳～74歳の一般所得の者の限度額は、75歳以上の一般所得の者の限度額と同額(56万円)に変更するものとする。なお、高額療養費制度におけるこの措置は平成22年度まで延長されているため、合算制度においては、初年度の計算期間だけでなく次年度の計算期間においても同様の限度額とする。

(問38) 高額医療合算介護(予防)サービス費に係る医療費控除の取扱い如何。

(答)

基準日が属する年の医療費控除分(1月1日から12月31日までの対象となる自己負担額の合算)から高額医療合算介護(予防)サービス費の支給額を控除することとなる。



**2. 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る  
利用者負担額軽減制度事業実施要綱改正案**

○「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」(平成12年5月1日老発第474号)(抄)  
【新旧対照表】

改正案	現行
<p>低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について</p> <p>(別添2) 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱</p> <p>1 目的 (略)</p> <p>2 実施主体 (略)</p> <p>3 実施方法 (略)</p> <p>4 留意事項 (1) (略) (2) <u>介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費との適用関係については、本事業に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に着目して支給を行うものとする。</u> その際、<u>高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係については、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設及び小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者のサービス費に係る利用者負担について、高額介護サービス費の見直しにより、本事業に基づく軽減を上回る軽減がなされることになることから、事業主体の負担に鑑み、当該部分について本事業の軽減の対象としないこととして差し支えない。</u> また、介護保険制度における特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費との適用関係については、特定入所者介護サービ</p>	<p>低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について</p> <p>(別添2) 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱</p> <p>1 目的 (略)</p> <p>2 実施主体 (略)</p> <p>3 実施方法 (略)</p> <p>4 留意事項 (1) (略) (2) <u>介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係については、本事業に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に着目して高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費の支給を行うものとする。</u> その際、<u>指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設及小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者のサービス費に係る利用者負担については、高額介護サービス費の見直しにより、本事業に基づく軽減を上回る軽減がなされることになることから、事業主体の負担に鑑み、当該部分について本事業の軽減の対象としないこととして差し支えない。</u> また、介護保険制度における特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費との適用関係については、特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費の支給後の利用者負担額につい</p>

ス費及び特定入所者介護予防サービス費の支給後の利用者負担額について、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

(3)~(4) (略)

5 (削除)

て、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

(3)~(4) (略)

5 税制改正に伴う特例措置

(1) 目的

平成17年度税制改正（高齢者の非課税限度額の廃止）の影響により、これまで市町村民税世帯非課税者であった者のうち一定の年金収入等をする者は利用者負担第4段階に上昇することとなる。こうした者のうち、利用者負担段階が2段階以上上昇する者については、補足給付や高額介護サービス費について上昇を1段階に留める措置を講ずることとしているが、利用者負担段階が1段階上昇する者（利用者負担段階が第3段階から第4段階に上昇する者）であっても、年金収入等の低い者が個室の介護保険施設に入居している場合等には、利用料が相当程度上昇することにより、負担が困難になる場合もあると考えられる。このため、これらの者について経過措置として本事業に基づく軽減の対象とすることにより、利用者負担の急激な増加を抑えることとする。

(2) 実施方法等

本経過措置による軽減の実施については、3(2)中「食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額」とあるのは「食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額（当該額が補足給付の対象費用であって、補足給付における基準費用額を上回る場合は、基準費用額）」と、3(3)中「市町村民税世帯非課税」とあるのは、「介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則第8条第3項に規定する特定被保険者（同条第1項及び第2項に該当する者を除く。）」と、3(3)①中「150万円」とあるのは、「190万円」と、3(5)中「1/4（高齢福祉年金受給者は1/2）」とあるのは、「1/8」と読み替えて行うものとする。

(3) 実施期間

平成18年7月1日から平成20年6月30日までとする。

5 平成21年4月の介護報酬改定に伴う特例措置

(1) 目的

平成21年4月の介護報酬改定（以下「報酬改定」という。）は、介護従事者の処遇を改善することを目的としているが、この報酬改定に伴い、利用料も上昇することとなる。このため、本事業に基づく対象者について経過措置として、3(5)の軽減の程度を拡大することにより、利用者負担の急激な増加を抑えることとする。

(2) 実施方法等

① 本経過措置の対象

3(2)中法に基づく訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に係る利用者負担額とする。

② 軽減の程度

3(5)中「1/4」とあるのは、「28%」と、「1/2」とあるのは、「53%」と読み替えることとする。

(3) 実施期間

平成21年4月1日から平成23年3月31日までとする。

「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」（平成12年5月1日老発第474号）（抄）

（別添2）

社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱（案）【改正後全文】

1 目的

低所得で生計が困難である者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を軽減することにより、介護保険サービスの利用促進を図ることを目的とするものである。

2 実施主体

市町村

3 実施方法

(1) 利用者負担の軽減を行おうとする社会福祉法人等は、当該法人が介護保険サービスを提供する事業所及び施設の所在地の都道府県知事及び保険者たる市町村の長に対してその旨の申出を行う。

(2) 軽減の対象となる費用は、法に基づく訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に係る利用者負担額並びに食費、居住費（滞在費）及び宿泊費に係る利用者負担額とする。

特に指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設においては、平成17年10月より食費及び居住費について介護保険の給付の対象外とされたことを踏まえ、食費及び居住費に係る利用者負担を含めて軽減を行うものとする。

(3) 軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税であって、次の要件の全てを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難な者として市町村が認めた者とする。

① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。

② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。

③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

(4) 市町村は、原則として、利用者の申請に基づき対象者であるか決定した上で、確認証を交付するものとし、申出を行った社会福祉法人等は、確認証を提示した利用者については、確認証の内容に基づき利用料の軽減を行う。

なお、生活保護受給者及び旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者については、軽減制度の対象としないが、旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者であってもユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象とする。

(5) 軽減の程度は、利用者負担の1/4（老齢福祉年金受給者は1/2）を原則とし、免除は行わない。申請者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案して、市町村が個別に決定し、確認証に記載するものとする。

(6) 市町村による助成措置の対象は、社会福祉法人等が利用者負担を軽減した総額（助成措置のある市町村を保険者とする利用者負担に係るものに限る。）のうち、当該法人の本来受領すべき利用者負担収入（軽減対象となるものに限る。）に対する一定割合（おおむね1%）を超えた部分とし、当該法人の収支状況等を踏まえ、その1/2を基本としてそれ以下の範囲内で行うことができるものとする。

なお、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設に係る利用者負担を軽減する社会福祉法人等については、軽減総額のうち、当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が10%を超える部分について、全額を助成措置の対象とするものとする。

なお、この助成額の算定については、事業所（施設）を単位として行うこととする。

#### 4 留意事項

(1) 別添1の事業との適用関係については、まず、これらの措置の適用を行い、その後、必要に応じて、本事業に基づく社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度の適用を行うものとする。

(2) 介護保険制度における高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費並びに高額医療合算介護サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費との適用関係については、本事業に基づく軽減制度の適用をまず行い、軽減制度適用後の利用者負担額に着目して支給を行うものとする。

その際、高額介護サービス費及び高額介護予防サービス費との適用関係については、指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設及び小規模多機能型居宅介護を利用する利用者負担第2段階の者のサービス費に係る利用者負担について、高額介護サービス費の見直しにより、本事業に基づく軽減を上回る軽減がなされることになることから、事業主体の負担に鑑み、

当該部分について本事業の軽減の対象としないこととして差し支えない。

また、介護保険制度における特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費との適用関係については、特定入所者介護サービス費及び特定入所者介護予防サービス費の支給後の利用者負担額について、本事業に基づく軽減制度の適用を行うものとする。

- (3) 事業主体については、この取扱いが、あくまで事業主体に負担を求めるものであることから、市町村又は社会福祉法人が実施することが基本であるが、市町村内に介護保険サービスを提供する社会福祉法人が存在していない地域等においては、当該市町村の判断により、社会福祉事業を営む他の事業主体においても利用者負担の軽減を行い得るものとする。なお、その場合には、都道府県と協議するものとする。
- (4) 平成17年10月より居住費・食費については介護保険の給付の対象外とされたことから、低所得者に対する十分な配慮が不可欠となっている。したがって、本事業は、すべての市町村において実施することが必要となるものであり、市町村は、指定地域密着型介護老人福祉施設及び指定介護老人福祉施設について、全ての社会福祉法人がこの事業に基づく軽減制度を実施するよう働きかけるものとする。

## 5 平成21年4月の介護報酬改定に伴う特例措置

### (1) 目的

平成21年4月の介護報酬改定（以下「報酬改定」という。）は、介護従事者の処遇を改善することを目的としているが、この報酬改定に伴い、利用料も上昇することとなる。このため、本事業に基づく対象者について経過措置として、3(5)の軽減の程度を拡大することにより、利用者負担の急激な増加を抑えることとする。

### (2) 実施方法等

#### ① 本経過措置の対象

3(2)中法に基づく訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に係る利用者負担額とする。

#### ② 軽減の程度

3(5)中「1/4」とあるのは、「28%」と、「1/2」とあるのは、「53%」と読み替えることとする。

### (3) 実施期間

平成21年4月1日から平成23年3月31日までとする。

### 3. 調整交付金の適正な交付について

会計検査院による平成19年度決算検査報告において、介護給付費財政調整交付金が過大に交付されている事例が指摘された。

介護給付費財政調整交付金については、誠に遺憾ではあるが、制度創設からこれまでの間、例年指摘を受けているところである。

なお、指摘事項の大半は、調整基準標準給付費を算定するにあたり、介護給付費等の数値を誤って計上するなどのケアレスミスによるものであるが、一部には算定対象月以外の月分を計上するなど制度の理解が不十分であると考えられるものも見受けられる。

これらの誤りは、算定にあたり改めて関係法令や交付要綱等を十分に確認するとともに、申請の際にまとめて数値の検証を行うのではなく、毎月の数値について経過した月ごとに順次検証を行うなどの事前準備を行っておくこと、前年度数値との比較を行うなどの検証を行うことにより回避することができるものと考えられる。

については、管内市区町村に対し、適正な交付が確保されるよう更なる周知徹底を図るとともに、交付申請及び実績報告時における書類審査の厳格な実施をお願いしたい。



#### 4. 介護保険事業状況報告システムの改修について

- 介護保険における各保険者の事業の実施業況については、介護保険法第197条の2に基づき全国の状況を把握し、制度運営のための基礎資料としている。
- 具体的には、介護保険事業状況報告システムを活用し、保険者ごとの事業状況を都道府県を通じ厚生労働省へ毎月報告いただいているところである。
- これまで、このシステムは厚生労働行政総合情報システム（以下「WISH」という。）を利用して運用されてきた。しかし、「電子政府構築計画」（平成15年7月17日、各府省情報化統括責任者連絡会議決定）に基づき策定された「厚生労働行政総合情報システムの業務・システム最適化計画」により平成22年度を目途にWISHの電子メール機能が廃止され、総務省自治行政局の総合行政ネット（以下「LGWAN」という。）経由での運用に切り替わることとなっている。
- このLGWANへの切り替えや今後の使用環境（新しいOS等）への対応、集計機能の強化等を図るため介護保険事業状況報告システムを改修していただく必要があることから、平成21年度予算（案）においてシステムの改修に必要な予算を確保したところである。

##### 【介護保険事業費補助金】

##### ○介護保険事業状況報告システム改修事業

- |   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| { | (項) 介護保険制度運営推進費 | } |
|   | (目) 介護保険事業費補助金  |   |

< 目 的 > 各都道府県における介護保険事業状況報告システムの改修を行い、介護保険事業の実施状況に係るデータの円滑な収集、報告等を行える環境を整備することを目的とする。

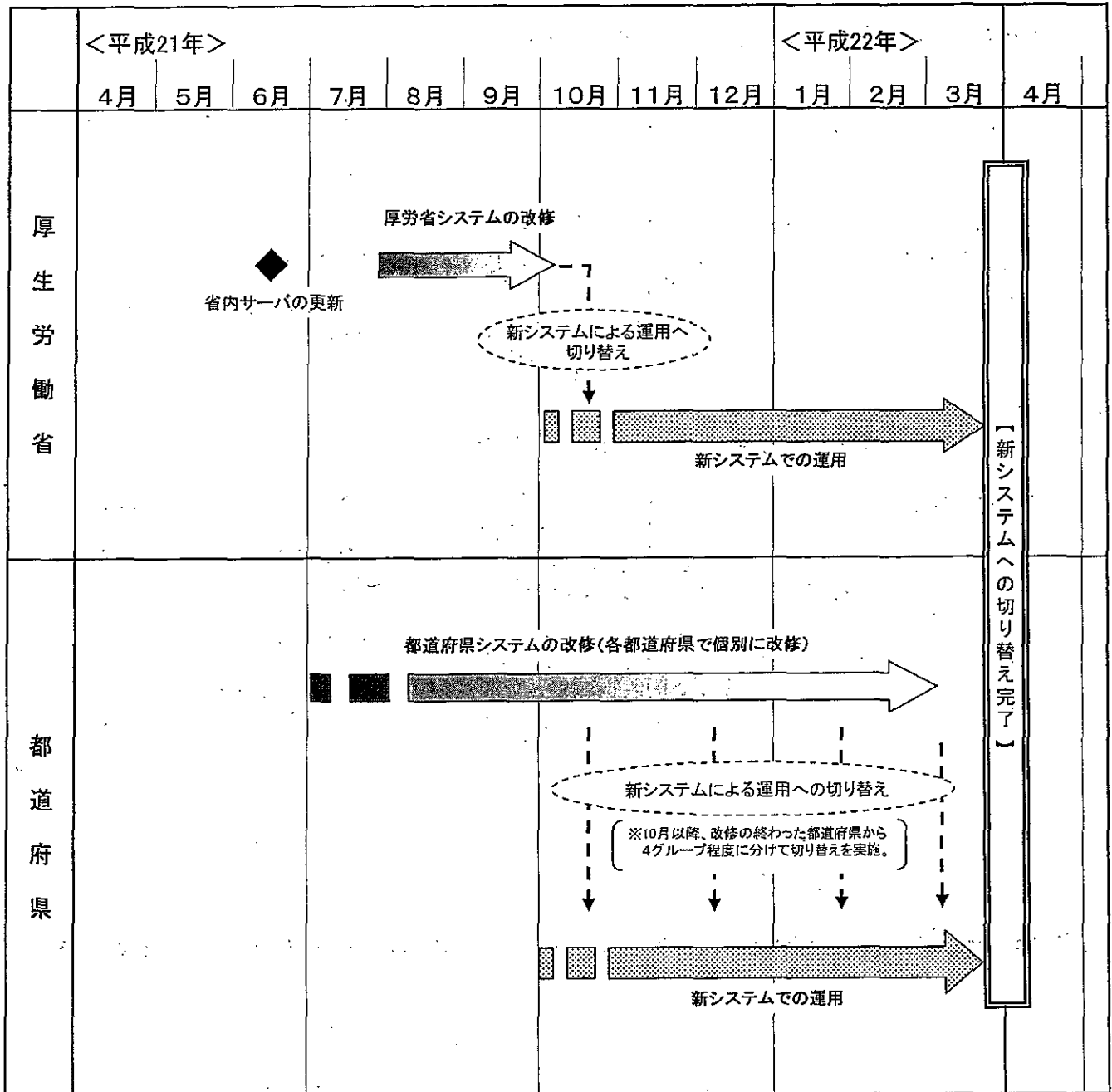
< 実施主体 > 都道府県

< 負担割合 > 国1/2, 都道府県1/2

< 予 算 額 > 58,800千円（国庫補助ベース）

- 追って、この実施要綱及びシステム改修に係る仕様書をお示しすることとしている。

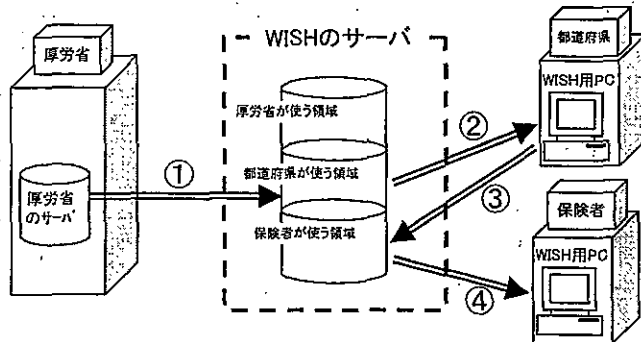
### 介護保険事業状況報告システムの改修スケジュール(案)



## 現行システムの運用と22'以降のシステムの運用(イメージ図)

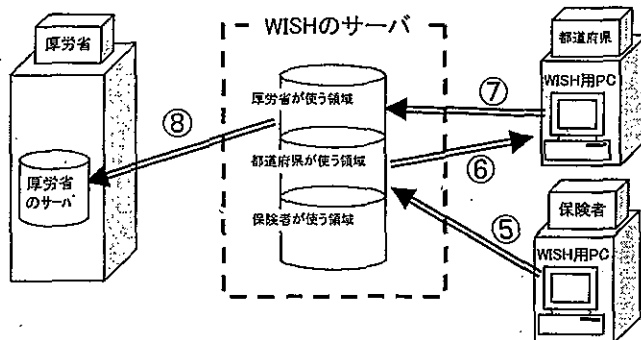
**【現行】** ※全てWISHのサーバ上でデータ(メール)のやりとりが行われている。

◇厚労省→都道府県→保険者へ様式等のデータを配信する場合



- ①厚労省→都道府県へメールを送付
- ②都道府県がサーバからメールを取り出す。
- ③都道府県→保険者へメールを送付
- ④保険者がサーバからメールを取り出す

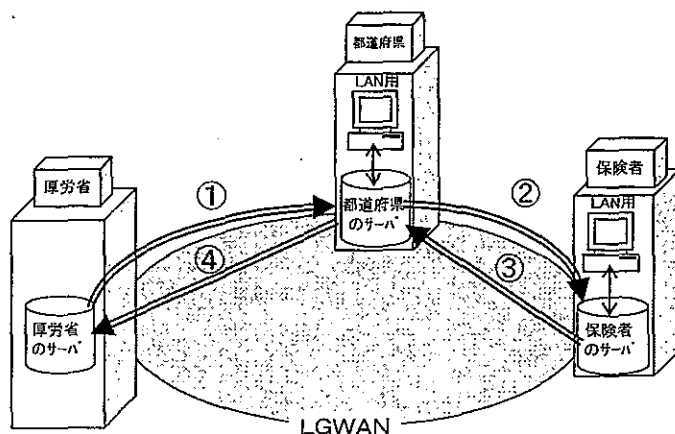
◇厚労省→都道府県→保険者へデータを報告する場合



- ⑤保険者→都道府県へメールを送付
- ⑥都道府県がサーバからメールを取り出す。
- ⑦都道府県→厚労省へメールを送付
- ⑧厚労省がサーバからメールを取り出す



**【22年度以降】** ※厚労省、県、保険者のサーバを利用してデータ(メール)の送受信を行う。



<厚労省がデータを配信する流れ>

- ①厚労省→都道府県へメールを送付
- ②都道府県→保険者へメールを送付

<保険者が報告する流れ>

- ③保険者→都道府県へメールを送付
- ④都道府県→厚労省へメールを送付

## 厚生労働行政総合情報システムの業務・システム最適化計画（概要）

### 業務・システムの概要

厚生労働行政総合情報システム（以下「WISH」という。）は、厚生労働行政の推進に資するため、各部局が別々に構築しようとしていたオンラインシステムを集約し、安全性・信頼性の高い効率的な基盤を整備することを目的としたシステムである。

WISHは厚生労働省本省と施設等関係機関間に整備した専用のネットワーク回線、共用システム・共通基盤機能及びWISHを利用している個別システムのサーバ群から構成されている。

### 最適化の実施内容

#### 【業務施策・システム施策】

#### (1) ネットワーク構成の見直し

- ・ 「厚生労働省ネットワーク（共通システム）最適化計画」に基づき整備される統合ネットワークへ平成20年度までに統合
- ・ L G W A Nの利用拡大を図り、WISHのネットワーク回線の提供を段階的に終了

#### (2) 運用管理業務の見直し

- ・ 個別システムのサーバ群は、他の業務・システム最適化の実施により統合されるものを除き、データセンターに平成22年度までに集約
- ・ 発信者番号認証及びデータ集配信機能は、順次廃止

#### (3) 共用システムの見直し

- ・ 保健医療福祉GISデータベースシステム及び緊急情報発信システムは、厚生労働省ホームページを活用して、平成19年度までに廃止
- ・ 電子メール・電子掲示板機能等は平成22年度を目途に廃止

#### 【安全性・信頼性施策】

- ・ データセンターで扱う情報の機密性の確保等、セキュリティ対策を実施

#### 【調達施策】

- ・ 競争入札を実施し、公平性、透明性の確保に努める
- ・ 安定的かつ信頼性の高いサービスを維持するため、サービスレベル契約（SLA）を導入

### 最適化に係る効果

上記取り組みにより、最適化完了後、運用管理業務の統合に伴う費用の増加が見込まれるものの、ネットワーク機能の見直し等により、全体で年間約5.1億円（試算値）の経費削減、年間延べ190日（試算値）の業務処理時間の短縮が見込まれる。

## 5. 各都道府県国民健康保険団体連合会が実施する苦情処理業務について

- 都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）は、介護保険法第176条のもとで介護保険制度における苦情処理機関として明確に位置付けられている。さらに「運営基準」においては、国保連合会の事業者に対する指導及び助言の権限がうたわれるとともに、指導・助言を受けた改善内容の国保連合会への報告義務が盛り込まれている。
- 国保連合会に寄せられたサービス利用者、従事者等からの苦情及び通報情報等は、介護給付適正化事業においても重要な情報となり得るため、各都道府県におかれては、国保連合会が実施している苦情処理業務について財政面も含めた適切な支援及び協力を行っていただくとともに（国保連合会が実施している苦情処理業務に係る費用については、三位一体改革に伴い、平成15年度より一般財源化され、各都道府県に対して所要の財源が措置されているところ）、国保連合会と情報の共有化を図り、苦情及び通報情報等の的確な把握及び分析を行い、それらの情報を介護給付適正化事業に活用していただきたい。

### 介護保険法

第176条 連合会は、国民健康保険法の規定による業務のほか、次に掲げる業務を行う。

（中略）

- 二 指定居宅サービス、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定施設サービス等、指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス及び指定介護予防支援の質の向上に関する調査並びに指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者に対する必要な指導及び助言

（後略）

### 指定居宅サービス等の人員の基準、設備及び運営に関する基準

第36条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

（中略）

- 5 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176条第1項第2号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 6 指定訪問介護事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。