

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。

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）

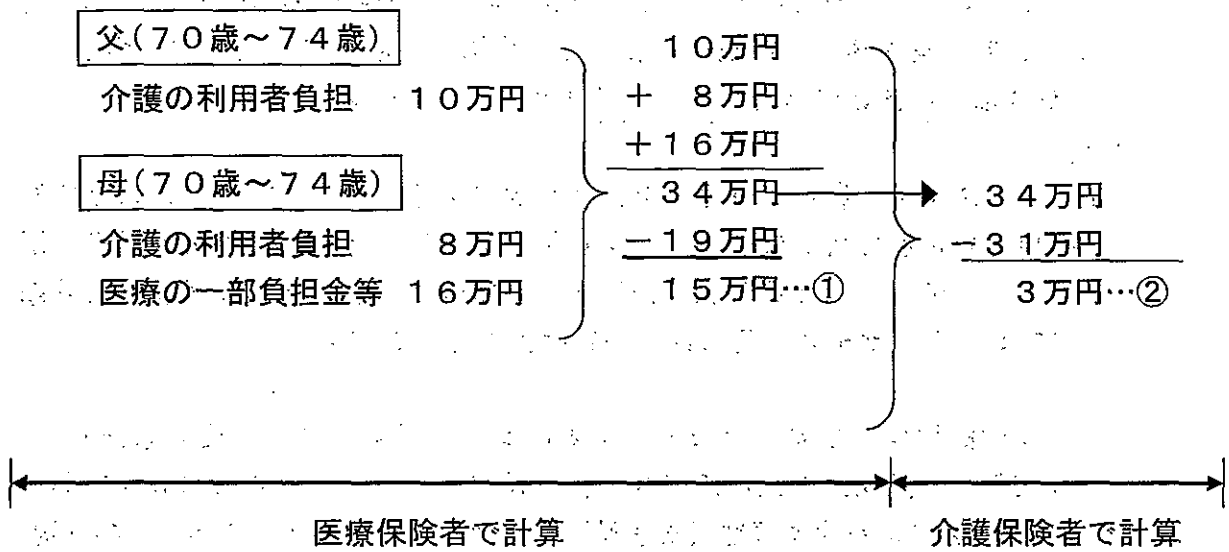
高額医療合算介護サービス費等の支給額の計算は、申請者が基準日に加入する医療保険者において行われ、その計算結果は介護保険者に送付されるので、基本的に介護保険者が支給額を計算する必要はない。ただし、次の問6の場合は介護保険者が再計算することとなる。

（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)

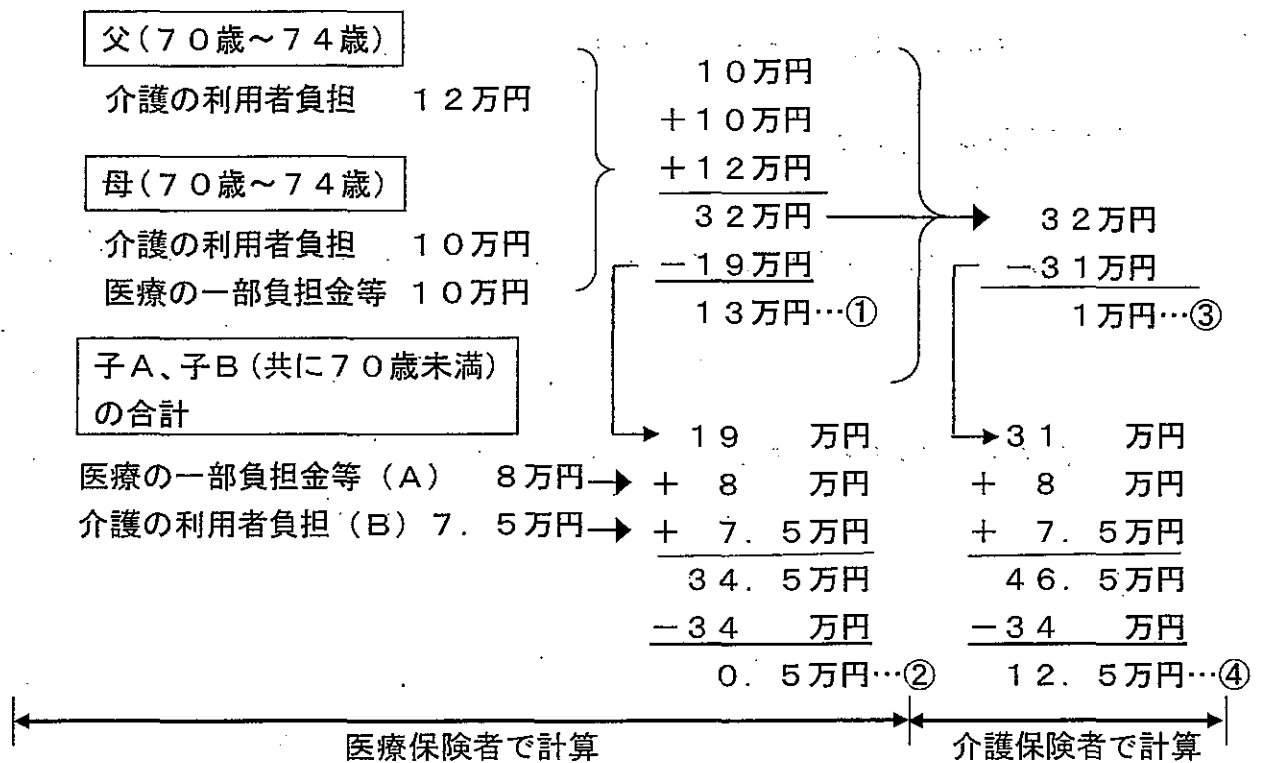
1. 70歳未満の者と70歳以上の者が混在する場合、まず70歳以上の者の自己負担額の合算額に対し、70歳以上の者の世帯の負担上限額を適用する。その後なお残る自己負担額と70歳未満の者の自己負担額の合算額に対し、70歳未満の者の世帯の負担上限額を適用する。

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歳以上の者への高額医療合算介護(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うするのか。

(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	}	20万円
	介護の利用者負担 : 20万円		+20万円
母 (65歳～69歳)	医療の一部負担金等 : 20万円		+20万円
	介護の利用者負担 : 15万円		+15万円
			<u>75万円</u>
			<u>-67万円</u>
			8万円

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。