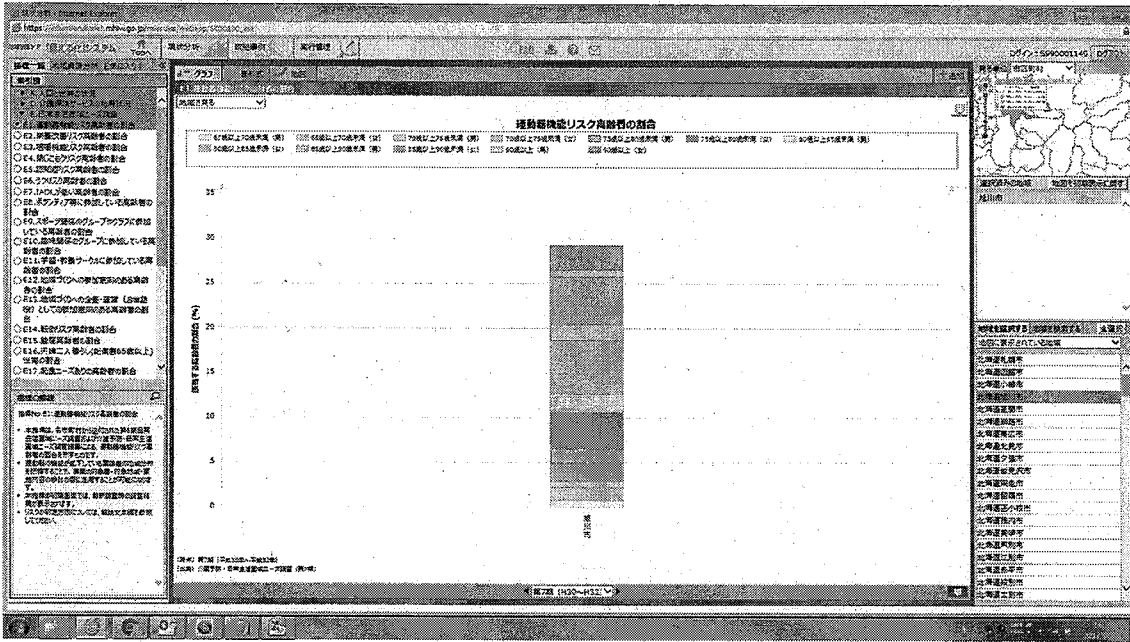


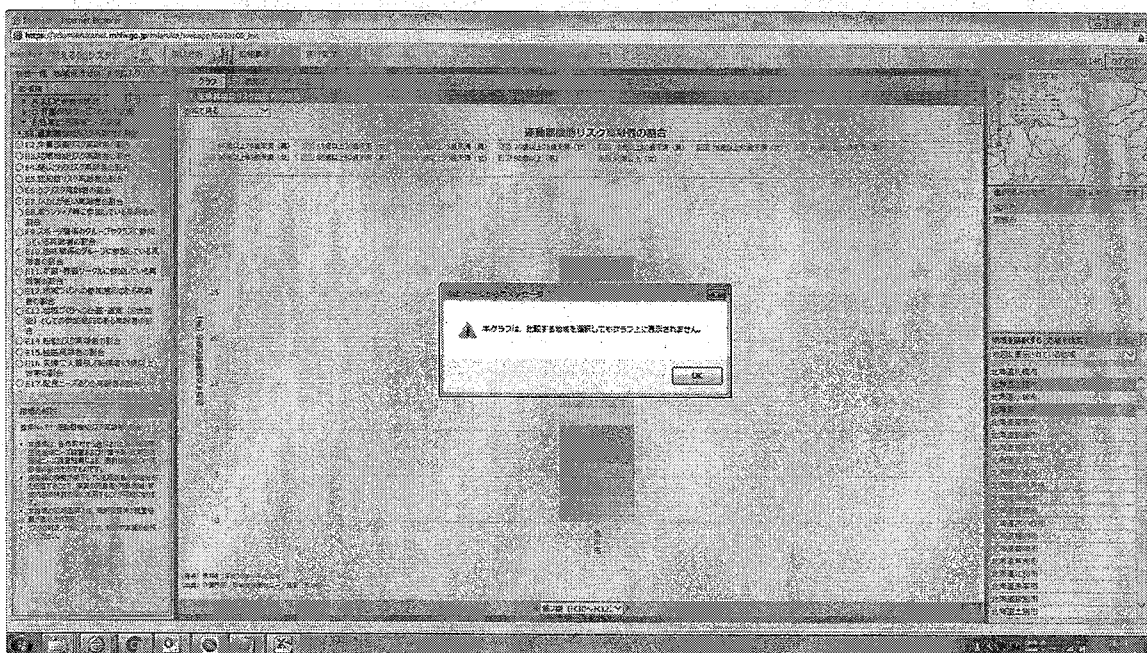
●地域包括ケア「見える化」システムにニーズ調査データを登録した自治体がログインした場合

①見る単位を「市区町村」にし、E指標を選択することで結果が閲覧可能。(下記画面は旭川市のE1を選択した場合)

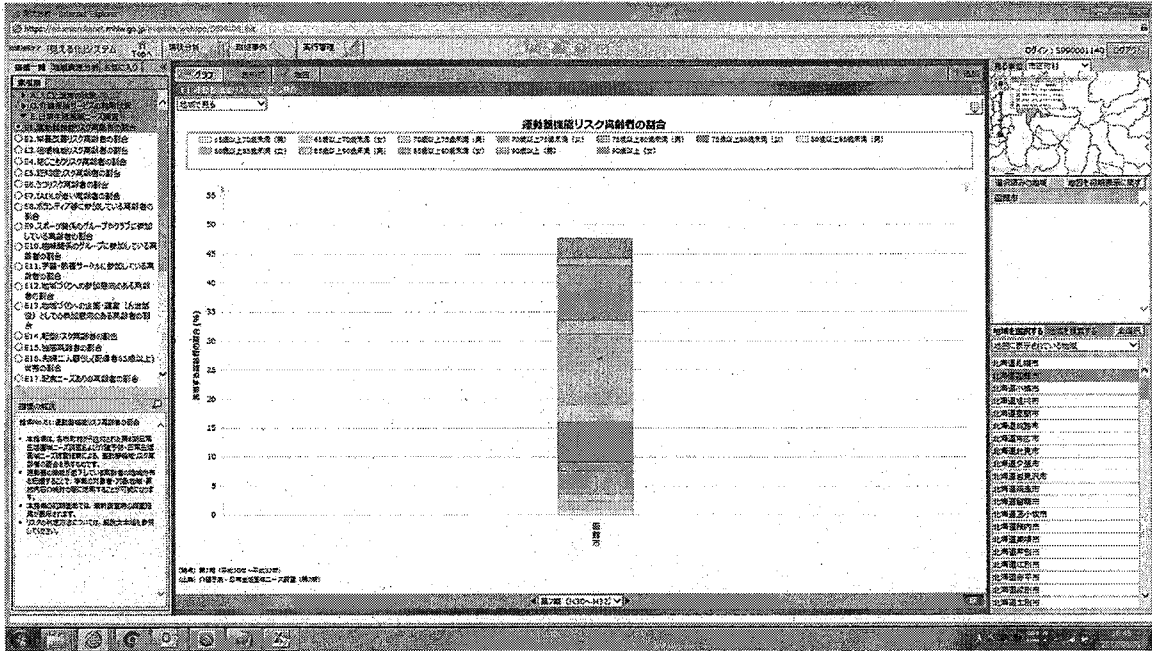


②他の市区町村を見たい場合は、右下のリストから地域を選択。(画面は函館市を追加で選択した場合)

③E指標にグラフ上で比較をする機能はないため、エラーのメッセージが表示される。



④OKを押した後、「選択済み地域」で黄色に色がついている基準地域(下記画面だと旭川市)をクリックし選択状態を解除すると、基準地域がもう1つの市区町村(下記画面だと函館市)のデータが表示され閲覧が可能。



※選択した市区町村がニーズ調査データを登録していない場合は、「データがない」旨のメッセージが出ます。

地域包括ケア「見える化」システム4.0次リリースについて

参考資料5

○ 将来推計機能の更なる機能拡充を行った確定版推計ツールをお示しする予定。

No.	機能概要	機能分類	実現機能概要
1	将来推計機能	推計結果データの都道府県提出機能	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者の操作により、都道府県が推計データを確認できるようにする。 ・推計データには「ステータス情報」が付与され、保険者からの提出操作以降の参照・編集権限がステータスによって管理される。 ・都道府県が推計データに対して実行した操作は、保険者側でもステータス情報として相互に参照できるようにする。 ・都道府県は管内保険者から提出された推計データを保険者同士と比較可能な表やグラフ形式で表示・参照できるようにする。
2		小規模保険者向け推計機能	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模保険者向けの自然体推計ロジックを追加する。(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) ・通常の自然体推計ロジックか、小規模保険者向けの自然体推計ロジックのどちらを使用するかは保険者が決定できる。
3		情報提供機能	上記の推計ロジックの判断の参考資料として、「推計人口と第1号被保険者数との比較結果」「利用者数の伸びの動向」「推計パターン毎の乖離状況」をExcelシートによりダウンロードできるようにする。
4		制度改正への対応	今国会で成立した改正介護保険法の内容を踏まえ、新たな施設類型として「介護医療院」の追加、普通調整交付金の算定方法の見直し等の推計ロジック等に影響する点について対応を行う。

○ 4.0次リリースにおいてお示しした確定版推計ツールの更なる機能拡充を行う予定。

No.	機能概要	機能分類	実現機能概要
1	将来推計機能	推計結果データの比較機能の拡充（都道府県向け機能）	<ul style="list-style-type: none"> 管内保険者が提出した推計データのうち、都道府県が表形式やグラフ形式で比較可能なデータの拡充を行う。 (各サービス見込み量の伸び率、第1号被保険者1人あたり給付月額、保険料基準額等) 保険者別に加えて、老人福祉圏域や二次医療圏域別でも推計データを比較可能とする。
2		推計結果データのダウンロード機能（都道府県向け機能）	都道府県において独自にデータの加工・集計・分析を行うことを可能にするため、保険者の推計データや基本情報（人口密度、高齢化率等）を横並びに表示したExcelファイルをダウンロードできるようにする。
3		必要入所（利用）定員見込み調査票の登録機能	<ul style="list-style-type: none"> 保険者、都道府県が記入した必要入所（利用）定員見込み調査票ファイルをシステムにアップロード可能とする。 都道府県は保険者がアップロードした調査票データの参照、Excelファイル形式でのダウンロードを可能とする。
4		制度改正への対応	普通調整交付金の算定方法見直しに係る激変緩和措置に対し、推計ロジックの対応を行う。

(別添様式2)

参考資料7

〒999-9999
 ○○県○○市○○町1-2-3
 介護 太郎 様

○○市介護保険 高額介護（予防）サービス費（年間上限）
 自己負担額証明書（保険給付）

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	証明対象年度
保険者番号		被保険者番号	
対象となる計算期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
サービス提供年月	自己負担額	摘要	
平成 年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
平成 年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
計			
平成 年 月 日			
〒			
(所在地)			
○○市長			印

【注意事項】

- ・この証明書は、高額医療合算介護（予防）サービス費に使用する証明書ではありません。
- ・給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、合算することができません。
- ・この証明書は、転出先の市区町村にご提出ください。

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

〒
 ○○県○○市×××
 介護保険課
 電話番号 999-999-9999

事務連絡
平成29年5月19日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

高額介護（予防）サービス費の見直しにおける運用について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

平成29年8月1日より予定されている高額介護（予防）サービス費の見直しについては、「高額介護（予防）サービス費の見直し等について」（平成28年12月28日付厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡）において、その概要をお示したところですが、具体的な運用については、下記のとおりとしますので、ご了知の上、管内保険者への周知に特段のご配慮をお願いいたします。また、見直し内容の被保険者・介護事業所への周知に資するため、別添のとおりリーフレットを作成しましたので、ご活用ください。

なお、具体的な運用の詳細等については、追ってお示しする予定です。

記

第1 見直し全体の概要

高額介護（予防）サービス費については、平成29年8月1日から①及び②の見直しが行われる。

- ① 第4段階の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げる（平成29年8月施行）
- ② 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。）また、支給方法は、原則、被保険者の申請に基づく償還払いとする。

なお、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こと。

第2 月額上限の引上げについて

1 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。

2 現行の第5段階（現役並み所得のある世帯）の見直し後の取扱いについて

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人のみの場合には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うえで、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。但し、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。（第3の3を参照）

第3 年間の自己負担額の上限額について

1 年間の自己負担額の上限額の仕組みの概要

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、被保険者からの申請に基づき支給するものとする。

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。

- ① 月単位の高額介護（予防）サービス費を計算
- ② 年間上限の高額介護（予防）サービス費の計算
- ③ 高額医療合算介護（予防）サービス費を計算

2 基本的な支給要件の考え方について

毎年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（12ヶ月）の自己負担額の合計額が446,400円を超える場合は、その超える額の支給を行うこととする。

なお、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額（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。

また、基準日において、世帯内の被保険者（利用者ではない被保険者も含む。）のうち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、年間上限の対象外とする。

3 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段階に該当する者については、年間の自己負担額の上限額の仕組みを適用しないこととする。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円を超えている可能性があり、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額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。

4 計算期間途中で保険者異動があった場合について

計算期間途中で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方針であるが、保険者間の費用負担の持ち方など具体的な運用の詳細等については追ってお示しする。

5 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額に係る高額介護（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額に係る高額介護（予防）サービス費の支給対象となる場合などは申請を求めることとする。

6 計算期間の途中で被保険者が死亡した場合について

被保険者が年度途中で死亡した場合には、死亡日を基準日とみなして、年間の自己負担額の上限額の仕組みを適用することとする。ただし、その場合も上限額の446,400円を変更しない。

7 その他の留意事項

- ・ 給付減額を受けている者に係る給付減額期間中の自己負担額については、年間の自己負担額の計算の対象としない。
- ・ 介護保険事業状況報告については、平成29年10月月報より、現行第5段階の件数等についても第4段階の件数等と合計して報告し、年間の自己負担額の上限の仕組みについては、平成30年度月報より新たな項目を設けて報告する。
- ・ 上記の内容のほか、さらなる具体的な運用等については追ってお示しすることとする。

平成29年
8月から

月々の負担の上限 (高額介護サービス費の基準)が 変わります

Q 高額介護サービス費とは？

A 介護サービスを利用する場合にお支払いいただく利用者負担には月々の負担の上限額が設定されています。1ヵ月に支払った利用者負担の合計が負担の上限を超えたときは、超えた分が払い戻される制度です。

対象となる方	平成29年7月までの負担の上限(月額)	平成29年8月からの負担の上限(月額)
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方	44,400円(世帯)	44,400円(世帯)*
世帯のどなたかが市区町村民税を課税されている方	37,200円(世帯)	44,400円(世帯)〈見直し〉 ※ 同じ世帯の全ての65歳以上の方(サービスを利用していない方を含む。)の利用者負担割合が1割の世帯に年間上限額(446,400円)を設定
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600円(世帯)	24,600円(世帯)
前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が年間80万円以下の方等	24,600円(世帯) 15,000円(個人)	24,600円(世帯) 15,000円(個人)*
生活保護を受給している方等	15,000円(個人)	15,000円(個人)

* 「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

Q どんな改正が行われるの？

A 高齢化が進み介護費用や保険料が増大する中、サービスを利用している方と利用していない方の公平や、負担能力に応じた負担をお願いする観点から、世帯のどなたかが市区町村民税を課税されている方の負担の上限が37,200円(月額)から44,400円(月額)に引き上げられます。

ただし、介護サービスを長期に利用している方に配慮し、同じ世帯の全ての65歳以上の方(サービスを利用していない方を含む。)の利用者負担割合が1割の世帯は、年間446,400円(37,200円×12ヶ月)の上限が設けられ、年間を通しての負担額が増えないようにされます。(3年間の時限措置)

該当するか
チェックしよう

Step1 同じ世帯のどなたかが市区町村民税を課税されているか。
 ・ いる場合 37,200円(月額) → 44,400円(月額)
 ※ 現役並み所得者世帯は従来から 44,400円





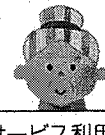

Step2へ

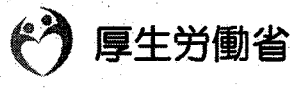
Step2 ①と②の両方に該当するか。(※8月から翌年7月までを一つのサイクルとし、翌年の7月31日時点で判定)
 ・ 該当する場合 → 年間の上限 446,400円(37,200×12ヶ月)を適用【新設】
 ① 同じ世帯の全ての65歳以上の方(サービスを利用していない方を含む。)の利用者負担割合が1割
 ② 世帯が現役並み所得者世帯※に該当しない
 ※ 同じ世帯に65歳以上で課税所得145万円以上の方がおり、同じ世帯の65歳以上の方の収入の合計が520万円以上(単身の場合は383万円以上)である場合。

利用者負担割合の基準

- 1割負担となる方は、下記の2割負担となる方以外の方です。
 - 2割負担となる方は、次の①から④の全てに該当する方です。
 - 65歳以上の方
 - 市区町村民税を課税されている方
 - ご本人の合計所得金額(※1)が160万円以上の方(年金収入のみの場合、年収280万円以上)
 - 同じ世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額」(※2)が1人で280万円以上の方、65歳以上の方が2人以上の世帯で346万円以上の方
- ※1 「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額です。
 ※2 「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から、年金の雑所得を除いた所得金額をいいます。
- ご自身の負担割合については、負担割合証を確認するか、お住まいの市区町村にお問い合わせください。

〈高額介護サービス費の見直し後の適用例〉

<p>A 世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されている 2割負担 <p>※現役並み所得相当の方ではない場合</p>  <p>サービス利用者</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されていない 1割負担 	<table border="1"> <tr> <td>平成 29年</td> <td>7月</td> <td>8月</td> </tr> <tr> <td>月々の上限</td> <td>37,200円</td> <td>44,400円</td> </tr> <tr> <td>年間の上限</td> <td>なし</td> <td>なし</td> </tr> </table>	平成 29年	7月	8月	月々の上限	37,200円	44,400円	年間の上限	なし	なし
	平成 29年	7月	8月								
	月々の上限	37,200円	44,400円								
年間の上限	なし	なし									
<p>B 世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されている 1割負担  <p>サービス利用者</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されていない 1割負担 	<table border="1"> <tr> <td>月々の上限</td> <td>37,200円</td> <td>44,400円</td> </tr> <tr> <td>年間の上限</td> <td>なし</td> <td>446,400円(新設)</td> </tr> </table>	月々の上限	37,200円	44,400円	年間の上限	なし	446,400円(新設)			
	月々の上限	37,200円	44,400円								
	年間の上限	なし	446,400円(新設)								
<p>C 世帯</p> <ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されていない 1割負担  <p>サービス利用者</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市区町村民税が課税されている 1割負担  <p>45歳・息子 ※40歳～64歳は1割負担</p>	<table border="1"> <tr> <td>月々の上限</td> <td>37,200円</td> <td>44,400円</td> </tr> <tr> <td>年間の上限</td> <td>なし</td> <td>446,400円(新設)</td> </tr> </table>	月々の上限	37,200円	44,400円	年間の上限	なし	446,400円(新設)			
	月々の上限	37,200円	44,400円								
	年間の上限	なし	446,400円(新設)								



事 務 連 絡
平成29年6月26日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

介護給付費財政調整交付金の第7期計画期間における激変緩和措置等について

介護保険制度の円滑な推進について、御尽力いただき厚く御礼申し上げます。

平成29年3月10日に開催されました全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において、介護給付費財政調整交付金の年齢区分を、現行の2区分（65～74歳、75歳以上）から3区分（65～74歳、75～84歳、85歳以上）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、その際には、現行の介護給付費財政調整交付金の交付割合からの激変緩和措置を講じる予定であることを御報告しました。

この度、第7期計画期間における激変緩和措置について、下記のとおり講じることとしましたので、内容を御了知の上、貴管内市町村において適切な取扱いがなされるよう御配慮をお願いいたします。

また、第7期計画期間における介護給付費財政調整交付金の交付割合の推計式についても併せてお示ししますので、第7期計画期間における保険料の見込みを算出する際の参考としてください。その際、第7期計画期間における第2号被保険者負担率については、27%（第6期計画期間は28%）とすることとしています。

なお、全国平均の要介護認定率等の諸係数は、現時点で把握している介護保険事業状況報告等のデータを用いて算出をしておりますが、実際の交付の際に用いられる係数と異なることに御留意ください。

また、諸係数について、さらに最新の数値に時点更新したものを本年11月に公表予定の地域包括ケア「見える化」システムの保険料推計ツールに反映させることとしており、公表の際には改めて御連絡をする予定です。

本通知の内容については、関係法令の改正が前提となり、具体的な法令改正の内容等については、追ってお知らせする予定であることを申し添えます。

記

第一 第7期計画期間における交付割合の算定式及び算定方法について

(交付割合算定式)

$$\begin{aligned} \text{交付割合} &= (55\% - \text{第2号被保険者負担率}) \\ &\quad - \{ (50\% - \text{第2号被保険者負担率}) \\ &\quad \times \text{所得段階別加入割合補正係数} \times \text{後期高齢者加入割合補正係数} \} \end{aligned}$$

※ 第7期計画期間における第2号被保険者負担率は27%となる予定

上記、介護給付費財政調整交付金の算定式のうち、後期高齢者加入割合補正係数について、現行の2区分(65～74歳、75歳以上)の算定式と、3区分(65～74歳、75～84歳、85歳以上)に細分化した算定式の2つの算定式により算出されたそれぞれの係数の合計を2で除して得た数値を第7期計画における後期高齢者加入者割合補正係数とする(平成30年度から平成32年度まで適用)。

①-1 年齢区分が2区分の後期高齢者加入割合補正係数の算定式(現行)

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者加入割合補正係数} &= \text{全国平均の前期高齢者割合} \times \text{全国平均の前期高齢者の要介護発生率} \\ &\quad + \text{全国平均の後期高齢者割合} \times \text{全国平均の後期高齢者の要介護発生率} \\ &\quad - \text{当該保険者の前期高齢者割合} \times \text{全国平均の前期高齢者の要介護発生率} \\ &\quad + \text{当該保険者の後期高齢者割合} \times \text{全国平均の後期高齢者の要介護発生率} \end{aligned}$$

①-2 年齢区分を3区分に細分化した後期高齢者加入割合補正係数の算定式

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者加入割合補正係数} &= \text{全国平均の前期高齢者割合} \times \text{全国平均の前期高齢者の要介護発生率} \\ &\quad + \text{全国平均の75～84歳後期高齢者割合} \times \text{全国平均の75～84歳の要介護発生率} \\ &\quad + \text{全国平均の85歳以上後期高齢者割合} \times \text{全国平均の85歳以上の要介護発生率} \\ &\quad - \text{当該保険者の前期高齢者割合} \times \text{全国平均の前期高齢者の要介護発生率} \\ &\quad + \text{当該保険者の75～84歳後期高齢者割合} \times \text{全国平均の75～84歳の要介護発生率} \\ &\quad + \text{当該保険者の85歳以上後期高齢者割合} \times \text{全国平均の85歳以上の要介護発生率} \end{aligned}$$

第7期計画における後期高齢者加入割合補正係数の算定式

$$\{ (\text{①-1}) + (\text{①-2}) \} \div 2$$

② 所得段階別加入割合補正係数 (※第6期計画期間から変更無し)

所得段階別加入割合補正係数＝

$$1 - \{ 0.5 \times (\text{当該市町村の第1段階被保険者割合} - \text{全国平均の第1段階被保険者割合}) \\ + 0.25 \times (\text{当該市町村の第2段階被保険者割合} - \text{全国平均の第2段階被保険者割合}) \\ + 0.25 \times (\text{当該市町村の第3段階被保険者割合} - \text{全国平均の第3段階被保険者割合}) \\ + 0.1 \times (\text{当該市町村の第4段階被保険者割合} - \text{全国平均の第4段階被保険者割合}) \\ - 0.2 \times (\text{当該市町村の第6段階被保険者割合} - \text{全国平均の第6段階被保険者割合}) \\ - 0.3 \times (\text{当該市町村の第7段階被保険者割合} - \text{全国平均の第7段階被保険者割合}) \\ - 0.5 \times (\text{当該市町村の第8段階被保険者割合} - \text{全国平均の第8段階被保険者割合}) \\ - 0.7 \times (\text{当該市町村の第9段階被保険者割合} - \text{全国平均の第9段階被保険者割合}) \}$$

第二 第7期計画期間における諸係数の推計式

第一の第7期計画期間における介護給付費財政調整交付金の算定式について、現時点で把握している、全国平均の要介護認定率等のデータを仮置きした場合の、諸係数の推計式は以下のとおりとなる。

①-1 年齢区分が2区分の後期高齢者加入割合補正係数の算定式

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者加入割合補正係数} &= \frac{51.84 \times 4.36 + 48.16 \times 32.95}{\text{当該保険者の前期高齢者割合} \times 4.36 + \text{当該保険者の後期高齢者割合} \times 32.95} \end{aligned}$$

①-2 年齢区分を3区分に細分化した後期高齢者加入割合補正係数の算定式

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者加入割合補正係数} &= \frac{51.84 \times 4.36 + 33.54 \times 20.54 + 14.63 \times 61.43}{\text{当該保険者の前期高齢者割合} \times 4.36 + \text{当該保険者の75～84歳後期高齢者割合} \times 20.54 + \text{当該保険者の85歳以上後期高齢者割合} \times 61.43} \end{aligned}$$

第7期計画における後期高齢者加入割合補正係数の算定式

$$\dots \{ \text{①-1} + \text{①-2} \} \div 2$$

② 所得段階別補正係数 (※第6期計画期間から変更無し)

所得段階別補正係数＝

$$\begin{aligned} &1 - \{ 0.5 \times (\text{当該市町村の第1段階被保険者割合} - 18.7) \\ &+ 0.25 \times (\text{当該市町村の第2段階被保険者割合} - 7.7) \\ &+ 0.25 \times (\text{当該市町村の第3段階被保険者割合} - 7.3) \\ &+ 0.1 \times (\text{当該市町村の第4段階被保険者割合} - 14.6) \\ &- 0.2 \times (\text{当該市町村の第6段階被保険者割合} - 13.1) \\ &- 0.3 \times (\text{当該市町村の第7段階被保険者割合} - 11.7) \\ &- 0.5 \times (\text{当該市町村の第8段階被保険者割合} - 6.9) \\ &- 0.7 \times (\text{当該市町村の第9段階被保険者割合} - 6.9) \} \end{aligned}$$

【出典】

- ・ 前期高齢者、後期高齢者、85歳以上後期高齢者それぞれの被保険者数は、総務省IP「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」より平成28年1月1日現在の人数から算出。
- ・ 前期高齢者、後期高齢者、85歳以上後期高齢者それぞれの認定者数は、平成27年度事業状況報告年報（暫定）より平成28年3月31日現在の人数から算出。
- ・ 保険料の所得段階別被保険者数は、平成28年度の介護給付費財政調整交付金の交付の際に用いた人数から算出。

【照会先】

厚生労働省 老健局

介護保険計画課 財政第二係 佐藤

TEL 03-5253-1111(内線2263)

03-3595-2890(ダイヤルイン)

メール satou-takahiro@mhlw.go.jp

(案)

老介発××××第×号
平成29年×月××日

各都道府県介護保険担当部（局）長 殿

厚生労働省老健局介護保険計画課長

介護給付適正化の計画策定に関する指針について

介護給付適正化については、平成20年度からこれまで三期にわたり、各都道府県において、「介護給付適正化計画」を策定し、都道府県と保険者が一体となり、その推進に取り組んでいただいたところである。

今般、「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）により、介護保険法（平成9年法律第123号）の一部が改正され、同法第117条第2項第3号及び第4号の規定により市町村介護保険事業計画においては、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に関する事項及びその目標を定めるものとされ、同法第118条第2項第2号及び第3号の規定により都道府県介護保険事業支援計画においては、介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされたところである。

については、市町村介護保険事業計画のうち介護給付等に要する費用の適正化に関する部分（以下「市町村介護給付適正化計画」という。）及び都道府県介護保険事業支援計画のうち介護給付等に要する費用の適正化に関する部分（以下「都道府県介護給付適正化計画」という。）（以下、「市町村介護給付適正化計画」及び「都道府県介護給付適正化計画」をあわせて「第4期介護給付適正化計画」という。）の策定に資するよう、後日制定する予定の厚生労働省告示「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。）に加え、「介護給付適正化

計画」に関する指針」を別紙のとおり定めたので、貴管内市町村に周知を図るとともに、これらの指針の趣旨を踏まえ、各保険者において介護給付の適正化への取組が不断に、かつ、着実に推進されるよう、介護給付適正化の計画の策定を進め、関係者一体となった実効ある取組の実現に向け、ご協力をお願いします。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言にあたるものである。

「介護給付適正化計画」に関する指針

第一 第4期介護給付適正化計画の基本的考え方

1. ねらい

(1) 基本的な考え方

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するものである。

介護給付の適正化のために保険者が行う適正化事業は、高齢者等が、可能な限り、住み慣れた地域で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にするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、保険者が本来発揮すべき保険者機能の一環として自ら積極的に取り組むべきものであり、各保険者において自らの課題認識の下に取組を進めていくことが重要である。

(2) 適正化事業の推進

一方で、保険者の体制等にも差があり、また保険者単独では効率的・効果的に実施することが難しい取組もあることから、適正化事業については、都道府県が介護保険事業の健全かつ円滑な事業運営を図るために必要な助言・援助を行うべき立場にあることを踏まえ、これまで三期にわたり、各都道府県において介護給付適正化計画を策定し、都道府県と保険者が一体となって適正化に向けた戦略的な取組を推進し、全国的な展開を図ってきた。

平成29年には、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）により、介護保険法（平成9年法律第123号）の一部が改正され、市町村介護保険事業計画には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に関する事項及びその目標を定めるものとされ、都道府県介護保険事業支援計画には、介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされたところである。

このように、市町村介護保険事業計画に介護給付等に要する費用の適正化に関する事項を、都道府県介護保険事業支援計画に介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関する事項を定めるものとして新たに法律上に位置づけられたことから、これまで以上に人員体制を確保するなどし、今後、いわゆる団塊世代すべてが75歳以上となる2025年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向けて、地域実情にあわせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、必要な給付を適切に提供するための適正化事業をさらに推進していくことが必要である。

このため、引き続き「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」の主要5事業を柱としつつ、第3期適正化計画の検証結果等も踏まえ、より具体性・実効性のある構成・内容に見直しを行うことにより、介護給付の適正化を一層推進する必要がある。

2. 第4期の取組の基本的な方向

第3期までの取組状況を踏まえ、第4期は次の基本的方向をもって取組を進めるべきである。

(1) 保険者の主体的取組の推進

介護給付の適正化のために行う適正化事業の実施主体は保険者であり、保険者が本来発揮すべき保険者機能の一環として自ら主体的・積極的に取り組むべきものである。

主体的な取組による創意工夫こそ、事業が効果を上げる近道であることから、適正化事業の推進に当たっては、保険者が被保険者・住民に対して責任を果たすという観点などを入れながら、保険者機能を高めるべく、目標と計画性をもって、重点や手段・方法を工夫しながら取組を進める。

(2) 都道府県・保険者・国保連の連携

適正化事業の実施主体は保険者であるが、適正化事業の推進に当たっては、広域的視点から保険者を支援する都道府県、国保連介護給付適正化システム（以下「適正化システム」という。）などにより適正化事業の取組を支える都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）と密接かつ一体的な関係にあることから、相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、それぞれの特長を活かしながら、

必要な協力を行い、一体的に取り組むことができるよう十分に連携を図る。

(3) 保険者における実施阻害要因への対応

適正化事業の実施が低調な保険者からは、介護給付の適正化の実施の必要性や重要性を認識しつつも、人員や予算の制約などにより着手できないという意見が多い。これらは実施が低調な一つの理由ではあるが、その背景にある様々な実施の阻害要因を分析・把握し、それぞれに応じた方策を講じながら取り組んでいく。

(4) 事業内容の把握と改善

適正化事業の推進に当たっては、事業を実施すること自体が目的ではなく、事業を行った結果、介護給付の適正化に着実につなげることが必要である。そのためには、単に実施率の向上を図るだけでなく、実施している事業の具体的な実施状況や実施内容にも着目し、評価を行いながら、各事業の内容の改善に取り組んでいく。

3. 市町村介護保険事業計画との関係

介護保険法第117条第2項第3号及び第4号の規定により、市町村介護保険事業計画において、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に関する事項及びその目標を定めるものとされている。

このため、市町村介護給付適正化計画は、基本指針及び本指針を踏まえ第7期介護保険事業計画（以下「第7期事業計画」という。）において、定めるものとする。

なお、市町村介護給付適正化計画は、第7期事業計画とは別に定めても差し支えないが、この場合、第7期事業計画と整合の図られたものとする。

4. 都道府県介護保険事業支援計画との関係

介護保険法第118条第2項第2号及び第3号の規定により、都道府県介護保険事業支援計画において、介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされている。

このため、都道府県介護給付適正化計画は、基本指針及び本指針を踏まえ、第7期介護保険事業支援計画（以下「第7期事業支援計画」とい

う。)において、定めるものとする。

なお、都道府県介護給付適正化計画は、第7期事業支援計画とは別に定めても差し支えないが、この場合、第7期事業支援計画と整合の図られたものとする。

5. 計画期間

市町村介護給付適正化計画及び都道府県介護給付適正化計画は、それぞれ、第7期事業計画及び第7期事業支援計画に定める事項とされたことから、平成30年度から平成32年度までの期間とする。

第二 保険者による適正化事業の推進

(1) 市町村介護給付適正化計画の実施目標

(保険者における実施目標の設定)

保険者において適正化事業を推進するに当たり、各保険者は第4期において実施する具体的な事業の内容及びその実施方法とその目標を実施目標として定めることとする。その際、保険者は主体的かつ可能な限り具体的に設定するとともに、都道府県介護給付適正化計画において各保険者に対して標準的に期待する第4期の目標等を勘案して設定する。

また、適正化事業の取組の更なる促進を図る観点から、保険者は実施する適正化事業ごとに平成30年度から平成32年度までの毎年度ごとの目標を設定することとし、都道府県に報告し、必要に応じて調整を行う。

(留意点)

保険者において適正化事業の目標を設定するに当たっては、事業を実施すること自体を目的化するのではなく、介護給付の適正化へつなげることを常に留意しながらそれぞれの事業を実施する基本的考え方を整理し、実施方法や事業実施の効果・目標を具体的に検討する。その際には、単に実施したか否かのプロセス（過程）だけではなく、アウトプット（結果）、アウトカム（効果）も評価することができるようにすることも重要である。

(2) 第4期において取り組むべき事業

保険者は、第3期に引き続き、以下の主要5事業等を着実に実施することとし、それぞれの趣旨・実施方法等を踏まえ、より具体性・実効性のある構成・内容に見直しながら取り組むこととする。

① 主要5事業の取扱

1) 要介護認定の適正化

(事業の趣旨)

本事業は、要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について市町村職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図るために行う。

(実施方法)

指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査の結果について、保険者による点検等を実施する。

その際には、要介護認定調査の平準化を図るために、認定調査を保険者が直営で行っている場合も含めて、適切に認定調査が行われるよう実態を把握することが望ましい。

(要介護認定の適正化に向けた取組)

一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域差及び保険者内の合議体間の差等について分析を行い、また、認定調査項目別の選択状況について、全国の保険者と比較した分析等を行い、要介護認定調査の平準化に向けた取組を実施する。

2) ケアプランの点検

(事業の趣旨)

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確認するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。

(実施方法)

基本となる事項を介護支援専門員とともに確認検証しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すと同時に「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指して、①保険者によるチェックシート等を活用したケアプランの内容確認、②明らかになった改善すべき事項の介護支援専門員への伝達、③自己点検シートによる介護支援専門員による自己チェック及び保険者による評価、を行うとともに、④介護支援専門

員への講習会の開催などを一体的に実施する。

その際には、過誤申立だけでなく、ケアプランの改善状況を把握することにより、ケアプランの点検を実施したことによる効果を把握することが望ましい。

また、継続的にケアプランの質の向上を図るとともに点検割合についても増加することが望ましいことから、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」の積極的活用を進めるとともに、点検に携わる職員のケアマネジメントに関する都道府県が主催する研修会等への参加を促し、点検内容を充実する。

さらに、毎月漫然と同様のケアプランを作成している介護支援専門員や居宅介護支援事業所が存在する場合もあることから、適正化システムの活用等により地域の個々の介護支援専門員のケアプラン作成傾向を分析し、受給者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかという観点から対象事業所を絞り込んで点検することを検討する。

加えて、近年増加が顕著なサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプランの点検等も実施されることが望ましい。

なお、ケアプラン点検の手法については、保険者がケアプランの点検を実施するだけでなく、地域の介護支援専門員同士、あるいは主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体によるケアプランの点検の機会を保険者として設けることや、職能団体に点検を委託することも有効である。

3) 住宅改修等の点検

i. 住宅改修の点検

(事業の趣旨)

保険者が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施行状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除する。

(実施方法)

保険者への居宅介護住宅改修費の申請を受け、改修工事を施工する前に受給者宅の実態確認又は工事見積書の点検を行うとともに、施工後に訪問して又は竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検する。

施工前の点検の際には、改修費が高額と考えられるもの、改

修規模が大きく複雑であるもの、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケース等に特に留意しながら、必要に応じ、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職種等の協力を得て、点検を推進する。

また、住宅改修の点検の結果を把握するとともに、住宅改修の点検を実施したことによる効果を把握することが望ましい。

さらに、住宅改修の点検を委託する場合には、住宅供給公社等の点検担当者が専門的な視点により点検しているかの実態を確認するため、点検担当者の職種（建築士（技師）等の有資格者等）を把握することが適当である。

ii. 福祉用具購入・貸与調査

（事業の趣旨）

保険者が福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行って、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進める。

（実施方法）

保険者が福祉用具利用者等に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を確認する。

その際には、適正化システムにおいて各福祉用具の貸与品目の単位数が把握できるため、同一商品で利用者ごとに単位数が大きく異なるケース等に特に留意しながら、これを積極的に活用する。

また、福祉用具購入・貸与調査の結果を把握することにより、福祉用具購入・貸与調査を実施したことによる効果の実態を把握することが望ましい。点検を委託する場合には、点検担当者の職種（介護支援専門員等の有資格者等）及び人数の実態を把握することが望ましい。

4) 縦覧点検・医療情報との突合

（事業の趣旨）

i. 縦覧点検

受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見し

て適切な処置を行う。

ii. 医療情報との突合

医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図る。

(実施方法)

縦覧点検及び医療情報との突合は費用対効果が最も期待できることから、本事業を未実施の保険者においては優先的に実施するとともに、効率的な実施を図るため、国保連への委託や保険者の活用頻度の高い帳票を対象とした点検を行う。

すでに縦覧点検及び医療情報との突合を実施している保険者においては、国保連への委託等により、実施月数の拡大を図る。

* 縦覧点検、医療情報との突合については、保険者から国保連に対して、事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを委託することが可能。

* 縦覧点検において有効性が高い帳票

- ・重複請求縦覧チェック一覧表
- ・算定期間回数制限チェック一覧表
- ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表

5) 介護給付費通知

(事業の趣旨)

保険者から受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果をあげる。

(実施方法)

保険者は、サービスに要する費用を受給者に通知する際、①通知の範囲を効果の期待できる対象者・対象サービスにしぼりこむ工夫、②サービスを見直す節目となる認定の更新・変更の時期など受給者の理解を求めやすい適切な送付時期の工夫、③説明文書やQ & Aの同封、自己点検リストの同封、居宅介護支援事業所の介護支援専門員による説明など受け取った受給者が通知内容を理解できるようにするための工夫、④ケアプランや提供されている

サービスが受給者の状況に照らして妥当か評価するための工夫、
⑤事業者や事業者団体への周知など事業者の協力と理解を求めるための工夫を行い、単に通知を送付するだけでなく、効果が上がる実施方法を検討する。

② 積極的な実施が望まれる取組

①の主要5事業以外に、国保連の適正化システムによって出力される給付実績の活用として提供されたデータを積極的に分析・評価することが期待される。

(事業の趣旨)

国保連で実施する審査支払いの結果から得られる給付実績を活用して、不適切な給付や事業者を発見し、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図る。

(実施方法)

国保連の適正化システムにおいて被保険者や事業者ごとの給付の実績を通して把握できる範囲で、各種指標の偏りを基に不適切な可能性のある事業者等を抽出する。給付実績は、小規模保険者においても実施し易いよう、確認が必要と思われる事項には赤色表示、注意すべき事項には黄色表示等、強調表示等の工夫した仕組みが取り入れられていることから、これを活用して抽出された事業者等への確認を集中的に行い、過誤調整や事業者等への指導を実施する。

この他、国保連では保険者の依頼に応じて統一的な抽出条件を設定することにより、①認定調査状況と利用サービスが不一致となっている被保険者情報の出力、②支給限度額の一定割合を超える事業者の情報の出力が可能であり、さらに、これらの情報を複数の分析指標と全国・都道府県・圏域の平均との比較により視覚的に把握できるよう加工して提供できるので、積極的に活用する。

* 給付実績の活用において活用頻度が高い5帳票

- ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表
- ・福祉用具貸与費一覧表
- ・支給限度額一定割合超一覧表
- ・中山間地域等提供加算等算定受給者一覧表
- ・適正化等による申立件数・効果額

③ 事業の優先度

保険者は、適正化事業の具体的な目標の策定に当たっては、地

域の状況を十分に踏まえた上で、効果的と思われる取組を優先して実施目標（具体的な事業の内容及び実施方法等）として設定するものとする。

その際には、地域ごとの懸案事項について情報収集し、分析・評価することによって、課題を明確に整理し、地域の実情に基づいて保険者が主体的に課題の解決に向けた実施目標を設定・実行するとともに、保険者として何故その事業を優先的に実施することにしたのか住民に説明できるようにすることが求められる。

また、事業年度終了時点で目標達成状況等の結果を公表することにより、更なる目標達成水準の向上を図る。

本来は保険者においてすべての事業を実施することが望ましいが、すべての事業を均等に拡充して実施していくことが難しい場合は、今期は費用の適正化の観点から、即効的な効果が最も見込まれる「縦覧点検・医療情報との突合」、平成30年度に居宅介護支援事業者の指定権限が保険者に委譲されることを念頭に置きつつ、介護保険制度の要である介護支援専門員を支援する「ケアプランの点検」及び介護給付の適正化を進める上で効果的と考える適正化事業の三事業を優先的に実施し、その具体的な実施方法について検討する。

また、確実に成果が見込まれる事業を中心に、点検の実施率、月数、回数等を増やすべく、より工夫を凝らした内容を検討する。

(3) 事業の推進方策

① 指導監督との連携

1) 指導監督との情報共有

指導監督事務においては、苦情・告発等により提供された情報等に基づき、対象となる個々の事業者に対する指導や不正請求等に対する監査を実施することになるが、合わせて、積極的に適正化システムの情報を活用し、保険者における効率的な指導監督体制の更なる充実を図る。

その際に、指導監督事務において対象となった事業者及び適正化事業において抽出された事業者の情報については、保険者内において相互に情報共有を図る。

2) 苦情・告発・通報情報の適切な把握及び分析

介護給付費通知を受け取った受給者等からの苦情も含めて、保険者、都道府県又は国保連に寄せられた事業者に関する不適切な

サービス提供、介護報酬不正請求等の苦情・告発・通報情報等の適切な把握及び分析を行い、事業者に対する指導監督を実施する。

- 3) 不当請求あるいは誤請求の多い事業者等への重点的な指導
国保連の審査において、返戻及び減額等の請求が多い事業者に対して、保険者による重点的な指導監督を実施する。

また、適正化システムにおいて出力されたデータの状況分析等を実施し、重点的な指導監督を実施する。

- 4) 受給者等から提供された情報の活用

適正化事業を進める中で、受給者等から寄せられた架空請求、過剰請求等の不正請求等の情報に基づき、都道府県と合同又は保険者自ら監査を実施する。

② 国保連の積極的な活用

(適正化システムの研修)

適正化事業の推進に当たっては、国保連の活用が必要不可欠である。このため、都道府県の支援を受けつつ、国保連と積極的な連携を図り、適正化システムを活用するための研修などに積極的に参加する。

(保険者からの委託業務)

国保連に委託できる業務としては、主として縦覧点検、医療情報との突合、介護給付費通知が見込まれるが、これらの業務の国保連への委託は、費用対効果を高めるとともに、保険者の事務負担の軽減につながる。国保連においては、保険者への具体的な実地支援などを進める準備があることから、委託を実施していない業務があれば委託を検討し、既に委託している業務については、月数、回数等の増加について調整する。

その際、保険者ごとに国保連への委託内容が異なることから、類似の委託を行っている他の保険者における国保連への委託に向けた調整方法等も参考にして、委託に向けた調整を進める。

③ 適正化の推進に役立つツールの活用

(地域包括ケア「見える化」システム)

国が提供する地域包括ケア「見える化」システムは、全国平均、都道府県平均、他保険者等との比較や時系列比較を行い、保険者自身が自己分析を行うことで、重点的に取り組むべき分野等が指標データにより明確になることから、この指標データを活用して適正化

事業の実施目標を設定することを検討するべきである。

(適正化システム)

国保連の適正化システムについては、適正化に特化したシステムとして活用次第で非常に効果的に用いることができることから、保険者としては、優先度が高く、また、活用しやすい帳票から順次活用すべきである。

なお、出力されるデータの中には、頻繁に確認を要する事業者等が出力される可能性があるため、このような場合には、定期的な確認を行い、事業者等のサービス内容等について点検することが有効である。

また、単に事業者の不正請求等を発見し、是正するだけでなく、事業者の実情を理解するという意味でも出力されるデータの活用は重要である。

(地域ケア会議)

地域ケア会議は、介護支援専門員が抱える支援困難なケース等について、地域包括支援センターが中心となって医療・介護の多職種が協働してケアマネジメント支援を行っていることから、地域における自立支援に向けた適正なケアプランの作成の推進が期待できる。

また、適正化事業により実施されるケアプラン点検の結果を分析する中で浮かび上がった地域課題について地域ケア会議で議論し、政策立案につなげていく等の連携も考えられる。

(4) 計画的取組の推進

① 都道府県介護給付適正化計画との連携

保険者においては、都道府県介護給付適正化計画において示された都道府県全体の現状や課題認識を共有する。

また、具体的な事業実施の目標設定に当たっては、都道府県介護給付適正化計画に掲げられた目標との連携を意識しつつ、都道府県の行う支援措置を積極的に活用する。

② 体制の整備

適正化事業については、本来、保険者とその保険者機能を発揮する一環として自発的に取り組むべきものであり、また、第一の1(1)の基本的な考え方に掲げた介護給付の適正化の目的を踏まえれば、各保険者が適正化事業に取り組むことは保険者として果たすべき基

本的な役割の一つである。

従って、保険者としては適正化事業を推進する上で、十分な職員体制を整えるとともに、適正化事業を進める上で必要な予算を確保することが必要である。

その際には、地域支援事業交付金や後記第三の(2)②で示される都道府県による保険者への支援も積極的に活用することを検討する。

③ 事業の効果の把握とPDCAサイクルの展開

各保険者は適正化事業の内容を具体的に把握する実施状況調査結果及び見える化システム等を基に、保険者及び全国の保険者の適正化事業の実施状況及び取組状況等を把握・分析し、各地域において適正化事業の一層の推進を図るための基礎データとする。

この基礎データに基づき適正化事業の実施目標を策定し、適正化事業を実施し、事業実施後に検証するとともに、この検証結果に基づき適正化事業の評価・見直しを行うことなどにより、保険者の適正化事業においてPDCAサイクルを取り入れることとする。

これにより、保険者が策定した目標とその目標の達成状況を確認する。

※ 適正化事業へのPDCAサイクルの導入については、目標設定、目標に向けた取組の実行、実施結果の検証・評価に基づく課題等の洗い出し、課題の解決に向けた取組は連環するものであることから、今期の保険者の適正化事業へのPDCAサイクルの導入については、まずはPDCAを意識した実施目標の設定を導入することを推奨する。

④ 受給者の理解の促進

介護給付の適正化は、受給者にとって真に必要なサービスを事業者から適切に提供されるようにすることをねらいとするものであることから、保険者は適正化事業を通じ、介護給付の適正化を進める目的について、受給者はもとより、受給者を支える家族や介護者等も含めて理解を深めるように努める。

⑤ 事業者等との目的の共有と協働

介護給付の適正化は、むしろ受給者に対して真に必要な過不足のないサービスを実施することを通じて、事業者への受給者や地域からの信頼を高め、ひいては継続的な活動の基盤を強化し、事業

者自身の健全な発展を推進するものでもあることから、保険者は、様々な機会を通じて事業者と適正化事業の目的を共有し、その実現に向けて協働して取り組むよう事業者や事業者団体に対して働きかけることが必要である。その際には、事業者に従事する専門職にも目的の共有を働きかけていくことも重要である。

(5) 市町村介護給付適正化計画の記載事項

前述のとおり、改正後の介護保険法では、第7期事業計画において、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に関する事項及びその目標を定めることとされているが、市町村介護給付適正化計画においては、より具体的に次の①～③に掲げる事項について提示することが望ましい。

① 第3期の検証

都道府県による第3期適正化計画の策定に当たって、都道府県との間で共有した課題、設定した目標、目標達成のための施策について、最終年度の前年度又は直近の情報等に基づき評価を行う。

② 現状と課題

市町村介護給付適正化計画の策定に当たっては、各保険者において、現状と課題を把握することが重要である。このため、適正化事業の実施体制、認定者数やサービスの利用状況、適正化事業のこれまでの実施状況、事業者の状況、取り巻く環境などについて、現状把握と分析を行い課題を整理する。

③ 今期の取組方針と目標

現状と課題を踏まえ、第4期計画期間中において実施する具体的な事業の内容及びその実施方法とその目標を実施目標として定める。

第三 都道府県による適正化事業の推進

(1) 都道府県介護給付適正化計画策定の基本的考え方

① 計画の目的

前記第一の1(1)の基本的な目的に沿った都道府県介護給付適正化計画の目的を定めることとする。

② PDCAサイクルの展開

都道府県介護給付適正化計画を実効性の高いものとしていくた

めには、関係者との議論を通じた合意形成を図りながら、データを十分に活用して現状と課題を把握し、介護保険制度の理念を念頭に置きつつ、必要な方策や支援を検討して目標を立て、着実に計画を実行し、適切な指標を用いて施策の達成状況を進捗評価し、計画や実施状況を不断に見直すというPDCAサイクルを有効に機能させることが必要不可欠である。

次のような手順を参考にして実施することが望ましい。

- 1) 前期計画の検証
- 2) 現状の把握、課題の抽出を踏まえた計画の策定
- 3) 計画を踏まえた事業の実施
- 4) 課題ごとの進捗状況の評価
- 5) 計画の修正・発展、実施方法の改善
- 6) 公表、保険者へのフィードバック

③ 計画作成に向けた取組

都道府県介護給付適正化計画の策定に当たって計画の検討、立案、推進について関係者間の意思疎通を十分に図ることは必要不可欠であり、適正化事業の推進に向けた重要な過程である。

このため、都道府県介護給付適正化計画の策定に当たっては、次のような過程を経ることが望ましい。

- 1) 管下の保険者等の状況、取り巻く環境などについて現状把握と分析を行い、地域としての課題を整理する。
- 2) 保険者との意見交換を行った上で相互に意識を共有した内容の都道府県介護給付適正化計画を策定する。
- 3) 適正化システムを運用する国保連は適正化事業を進める上で、重要な役割を果たすことから、都道府県介護給付適正化計画の策定に当たっても、あらかじめ意見交換を行った上で相互に意識を共有する。
- 4) 都道府県による進捗管理と保険者からの適切な報告の推進により、単に実施結果だけに着目するのではなく、実施の過程も重要視することで都道府県と保険者の相互の信頼関係が構築できるよう、都道府県と保険者が一体的に取り組む。
- 5) 都道府県においては、前記の各事項が円滑かつ確実に実施できる体制を整備・確保するよう努める。

④ 都道府県・保険者・国保連の連携

都道府県は、適正化事業の推進に当たって保険者が必要とする支援について把握するとともに、国保連が提供可能な協力内容を把握し、両者の間に立って積極的に調整を行い、一体的に取り組むことができるよう十分な連携を図る。

(2) 都道府県介護給付適正化計画の記載事項

前述のとおり、改正後の介護保険法では、第7期事業支援計画において、介護給付等に要する費用の適正化に関する取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるとされているが、都道府県介護給付適正化計画においては、より具体的に次の①～③に掲げる事項について提示することが望ましい。

① 適正化事業の推進

1) 第3期の検証

第3期適正化計画の策定に当たって抽出した課題、設定した目標、目標達成のための施策について最終年度の前年度又は直近の情報等に基づき評価を行う。

2) 現状と課題

都道府県介護給付適正化計画の策定に当たっては、まずは各都道府県における現状と課題を把握することが重要である。

保険者ごとに事情が異なることから、個別に実態を聞きながら、認識を共有し、保険者自ら課題認識を持つことができるような環境を整える。

このため、管下の保険者の実施体制、認定者数やサービスの利用状況、適正化事業のこれまでの実施状況、事業者の状況、取り巻く環境などについて現状把握と分析を行い、最終的には都道府県の課題として整理する。

なお、現状と課題を把握する過程においては、単にデータなどの数値だけで判断するのではなく、保険者との意見交換を行った上で、相互に意識を共有することに留意する。

さらに、適正化事業の推進に当たって重要な役割を担う国保連ともあらかじめ意見交換を行い、関係者が相互に意識を共有することも重要である。

3) 第4期の取組方針と目標

都道府県と保険者の間において相互に現状と課題を共有した上

で、都道府県介護給付適正化計画期間中において都道府県として必要と考える適正化事業の取組のテーマや基本的な取組の考え方、保険者に対し重点的に取り組むことを望む事項、保険者の事業実施において求める水準など具体的な取組の考え方を示す。

また、地域の実情や保険者の自主性・主体性などに配慮しつつも、成果を上げるためには目標がなければ、実現に向けた推進力は生まれにくいことから、前記の考え方等を踏まえつつ、都道府県介護給付適正化計画における目標を設定するとともに、各年度終了時点における達成目標も示す。

その際には、単に保険者の取組の合算ではなく、都道府県としてどのように保険者の支援、保険者との協働を行っていくかという観点から検討する。

4) 都道府県内の進捗状況の管理

都道府県は、効果の低い取組の漫然とした継続を避け、保険者の実施状況や現状を把握しながら、適正化事業の進捗管理を行う。このため、保険者に対し、都道府県として期待する事業の具体的な実施方法、具体的な効果の把握方法等を提示する。

5) 公表・保険者へのフィードバック

サービスを受ける住民が、適正化事業の取組を理解し、適正なサービスを受けるためには、計画の評価や客観性・透明性を高めることが必要であることから、住民に対してわかりやすく公表する手法（ホームページ、広報誌等）について提示する。

なお、計画の評価については、保険者にフィードバックして情報共有を図る。

② 保険者への支援方針

1) 保険者の規模等状況に応じた適正化の支援

保険者の適正化事業への支援に当たっては、保険者が行う事業の具体的な手法・手順、実績に着目した上で、実施が低調な保険者の背景にある様々な実施の阻害要因を把握・分析し、保険者が主体的に取り組むために必要な対応方を講じていくことを基本とした方針を提示することが望ましい。

i. 都道府県内の保険者の取組状況の把握・分析

適正化事業の取組が良好な保険者、取組が低調な保険者がど

のような状況であるか、都道府県内の各々の保険者の地域特性、規模、実施体制などを詳細に把握・分析する。

ii. 分析結果を踏まえた保険者への支援・指導

取組が低調な保険者を明らかにし、低調となっている原因の調査・分析結果を踏まえ、個別に指導・助言や国保連への委託の推進の調整、働きかけなど具体的かつ有効な対策について助言を行う。

また、保険者自身の主体的取組を前提として保険者への必要な支援等を実施する。

小規模保険者や適正化事業の取組が低調な保険者に対しては、ケアプラン点検を実施するための主任介護支援専門員、住宅改修の調査を行う建築技師、福祉用具に係る専門相談員などが所属する団体との連携を図り、人的支援を重点的に実施することが望ましい。

2) 都道府県内ブロック会議・研修会等の実施方針

国が開催する介護給付適正化ブロック研修会（以下「ブロック別研修会」という。）において提供される全国における保険者の適正化事業の取組の好事例や都道府県が収集した都道府県内保険者の適正化事業の取組の好事例などについて都道府県内ブロック会議や研修会を通じて紹介することは、適正化事業の取組に当たってのきっかけや気づきとなることが期待される。

このため、都道府県は管内の保険者に対し、積極的に情報を提供し、相互に情報の共有化を図ることに留意しながら、次のような会議・研修会等の実施方針を提示することが望ましい。

i. 都道府県内ブロック会議

保険者の担当者の対応能力を高め、適正化事業への理解を深めるため、初任者向け、担当者のスキルアップ、好事例の共有、関係する仕組みの理解・伝達など、対象者や目的に応じて、保険者と協力し合って都道府県内ブロック会議や研修会を開催することが望まれる。

こうした会議等の開催には、知識の習得の他、保険者間のネットワークづくりにも寄与する効果も期待できる。

ii. ブロック別研修会の伝達研修

国が開催するブロック別研修会の受講内容を踏まえ、都道府県内において国保連の協力を得ながら、保険者と協力し合って

伝達研修を開催する。

その際、都道府県内の身近な適正化事業の取組の好事例を収集し、当該保険者の担当者を講師とした実体験に基づく意見交換を行うなどの研修形態は、地域特性に即した他の保険者の共感を得られやすく有益な研修になることが期待できる。

iii. 適正化システムの実践的研修

適正化システムを実際に操作する内容を含む実践的研修プログラムは、適正化システムへの知識や理解が深まり、有効に活用するきっかけとなることが期待できるため、国保連との協力による研修実施について検討し、推進する。

3) 国保連との連携強化の方針

適正化事業を効率的・効果的に実施するためには国保連と連携を強化することは有効である。

国保連への適正化事業の委託は、保険者の事務負担を軽減し、他の事業への注力を可能とすることから、都道府県は保険者が必要とする協力事項、国保連が提供可能な協力事項について現状認識を共有した上で、国保連と意見交換、調整を図りながら、その連携の方針について提示することが望ましい。

また、国保連への委託を進めるに当たって、国保連の受託体制が整備されていないため委託が進まない場合もあることから、状況に応じて受託の阻害要因となっている問題の解消に向けて、都道府県から国保連に積極的に働きかけ等の対応方針を提示することが望ましい。

③ 都道府県が行う適正化事業

都道府県は、事業者の指定権者であることから、指導監督体制の充実等の方針、事業者に対する指導・啓発の推進方針等について提示することが望ましい。

1) 指導監督体制の充実

適正化事業と指導監督についてはアプローチは異なるものの、不正請求・不適切なサービス提供を是正するという目的では共通する部分があることから、相互に情報共有し、積極的に連携を図るとともに、都道府県の指導監督体制の充実を図る。

2) 事業者に対する指導・啓発

事業者等に対して、制度内容等を説明するとともに、介護報酬を適切に請求するための指導を行う。

また、指導監査の一環として行われる事業者等への集団指導などの機会を活用して、介護給付の適正化に向けた指導、啓発を図る。

3) 苦情・通報情報等の把握、分析及び共有

保険者が実施している介護給付費通知を受け取った受給者等からの苦情、事業者職員等からの通報情報及び国保連が対応している苦情処理の内容を吟味することは、不正請求・不適切なサービス提供の発見につながる有効な一手法と考えられる。これらの情報の的確な把握・分析を保険者が行い、関係各所との情報交換の場を設けることにより情報の共有を図り、必要と認めた場合には都道府県は保険者と連携してこれらの情報に基づく指導・監査を実施する。

第四 国による適正化事業への支援

① 全国の保険者の取組状況の把握と分析

全国の保険者を対象とした実施状況調査を実施し、取組が低調な保険者について、その原因を調査・分析し、管内に抱える都道府県に対して具体的な対応案を提供するなど、調査結果を効果的に活用しながら適正化事業の推進を図る。

② 都道府県に対する支援・助言

ブロック別研修会や都道府県・保険者への訪問調査において、適正化事業の円滑な実施に向けた技術的助言を行う。

また、適正化事業の取組が低調な都道府県に対しては、現状や課題を把握し、都道府県と協力して対応策を検討する等、必要な支援、助言を行う。

なお、適正化事業の実施に当たっては、都道府県とともに地域支援事業交付金の効果的な活用方法を検討し、保険者へ積極的な活用を働きかける。

③ ブロック別研修会の実施

全国を6ブロックに区分し、都道府県と国保連を対象とした適正化事業の研修会を国民健康保険中央会（以下「国保中央会」とい

う。)と共同して継続的に開催する。

研修会においては、適正化事業の好事例の紹介、実機を使用した適正化システムの操作・活用方法の実践、小グループ単位での意見交換等、実効性のある研修を実施し、適正化事業への取組意識を高める。

また、都道府県と国保連が合同参加することにより、取組意識の共有や連携強化へ繋げていく。

④ 訪問調査と参考事例の配布等

実施状況調査の結果、適正化事業の取組が良好又は低調な都道府県・保険者への訪問調査を実施し、意見交換や資料収集を行う。また、国保連に対する委託状況のアンケート調査により、取組が良好な国保連への訪問調査を実施し、意見交換や資料収集を行う。

都道府県、保険者、国保連それぞれから収集した情報や資料の整理、分析、評価を行い、好事例については「介護給付適正化事例集」としてとりまとめ、都道府県・保険者へ継続的に情報提供し、その充実を図っていく。

また、適正化システムについては、操作・活用方法の研修会を実施するとともに、参加者の意見を聴取し、特に小規模保険者の利用が促進されるよう操作マニュアルを難易度に応じた使いやすい内容に改善する。

⑤ 国保中央会との連携

都道府県、保険者、国保連が一体となって適正化事業を推進していくため、国保連のとりまとめが可能である国保中央会と緊密な連携を図る。

当面は、保険者から国保連への委託を進めるに当たって、縦覧点検や医療情報との突合がすべての国保連において受託可能となるよう、国保中央会と連携し、各国保連の体制の整備に向けた助言や協力を行う。

また、都道府県や保険者からの要請に応じて、国保連職員が適正化システムの研修等を柔軟に行えるよう、国保中央会と協力して各国保連職員を対象とした研修を実施する。

このほか、国保連から意見収集、状況把握を行いつつ、保険者や都道府県への支援につながる事業を国保連が進めるよう国保中央会と連携しながら推進する。

第五 都道府県介護給付適正化計画の事務手続き

各都道府県においては、第7期事業支援計画とは別に都道府県介護給付適正化計画を策定した場合は、これを平成30年3月末までに厚生労働省に提出いただくようお願いする。

No.	質 問	回 答	担当課
計 1	【利用者負担関係】 今回の介護保険法の改正によって多くの人の利用者負担が増えるのですか。	1. 今回の改正で負担が増えるのは、現在利用者負担が2割となっている方のうち、特に所得の高い現役並みの所得がある方に限られ、負担増となるのは、約12万人です。これは、介護保険を利用している方全体（約500万人）のうちの約3%程度です。 2. また、このような特に所得の高い層についても、利用者負担の月額上限（月額44,400円）があることから、負担が必ずしも1.5倍になるわけではありません。 3. 今回の改正は、制度の持続可能性を高め、必要なサービスを提供できるようにするために、特に負担能力が高い方々には応分の負担をお願いするものですので、ご理解をいただきたいと思います。	老健局 介護保 険計画 課
計 2	【利用者負担関係】 3割負担の対象となる「現役並の所得のある人」とは、年収いくら以上の人ですか。	1. 単身の場合には、年収340万円以上の方だけが、3割負担となりえます。 2. より具体的に言えば、単身の場合、 ① 合計所得金額220万円以上 ② 年金収入+その他の合計所得金額340万円以上の 両方の基準を満たした場合、3割負担の対象とします。 このため、収入の種類によって、対象となる年収は異なりますが、例えば、 ① 年金収入のみの場合、年収344万円 ② モデル年金の年金収入と給与収入の組み合わせの場合、年収432万円 ③ モデル年金の年金収入と不動産収入（必要経費を2割と仮定）の場合、年収378万円 以上の方が該当します。詳しくは、お住まいの市町村にご確認ください。 3. なお、世帯内に他に65歳以上の方がいる場合は、ご自身の合計所得金額が220万円以上で、かつその世帯の65歳以上の方の収入の合計が少なくとも年収463万円以上でなければ、3割負担となることはありません。	老健局 介護保 険計画 課