

事 務 連 絡
平成 30 年 8 月 3 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。

高額介護（予防）サービス費の年間の自己負担額の上限の仕組みについては、「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」（平成 29 年 5 月 19 日付厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡）、平成 29 年 7 月 3 日開催の全国介護保険担当課長会議及び平成 30 年 3 月 6 日開催の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議等において、その運用をお示ししてきているところです。今般、高額介護（予防）サービス費の年間上限の支給事務が実施されることを踏まえ、この運用について改めてまとめるとともに、計算例の提示等をいたしますので、その内容についてご了知の上、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。

記

第 1 高額介護（予防）サービス費の年間の自己負担額の上限の仕組みの概要

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 具体的な高額介護（予防）サービス費の年間の自己負担額の上限の仕組み

1 計算期間及び月単位の高額介護（予防）サービス費等との適用順序について

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、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
- ④ 高額障害福祉サービス等給付費等の支給事務
(高額障害福祉サービス等給付費等の支給事務の併給調整も含む。)

2 支給要件について

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度額（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平成29年8月以前の第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。

この点、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。

3 基準収入額の判定について

基準日（7月31日）において平成29年8月以前の第5段階（現役並み所得のある世帯）に該当する者については、年間の自己負担額の上限度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人のみの場合は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、平成29年8月以前の第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 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、月単位の高額介護（予防）サービス費の計算と同様に、最も自己負担額が低い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。

5 計算期間途中で保険者異動があった場合について

(1) 基本的な取扱い

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（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。

(2) 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を行わない。

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。

(3) 端数処理について

市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、被保険者の負担額の合計が最も低い市町村に端数を寄せた形で支給することとし、それ以外の市町村に係る端数については、一律に切り捨てることとする。

これらの具体的な例については、別紙1の「保険者異動があった場合の具体例」を参照されたい。

6 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。

7 計算期間の途中で被保険者が死亡した場合について

計算期間中の途中で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。

8 給付減額措置について

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。

9 高額医療合算介護（予防）サービス費等への影響について

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、平成30年12月より国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）で仮算定処理を行うことを想定している。

また、これに伴い、高額障害福祉サービス等給付費等の支給事務（高額障害福祉サービス等給付費等の支給事務の併給調整も含む。）の年次分処理の連携を開始する時期を平成31年2月開始と想定している。

※ 平成29年7月3日全国介護保険担当課長会議において「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。」としているほか、平成30年3月6日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料において「各保険者において年間の高額介護サービス費の支給決定がなされ、最終的な自己負担額が確定次第仮算定を行っていただくことになる。支給決定までに要する時間は保険者によって多少異なると思われるため、実際の仮算定は、関係機関と協議の上、算定を開始されたい。」としていたが、これは修正させていただきたい。

10 マイナンバー制度における対応について

マイナンバーを活用した情報連携に関して、データ標準レイアウトの高額医療合算介護（予防）サービス費の自己負担額に関する項目については、平成31年7月に改版が実施されるまでの間、データ標準レイアウトの項目定義を読み替え、高額介護サービス費の年間上限の支給がある場合、その額を控除した後の額とする取扱いとする。

※ 具体的には、特定個人情報「4介護保険法による保険給付の支給、地域支援事業の実施若しくは保険料の徴収に関する情報」における情報提供側情報の「高額医療合算介護サービス費（自己負担額合計）」の項目に対し、高額介護サービス費の年間上限の支給がある場合、その額を控除した後の額とする。

11 高額介護（予防）サービス費相当事業の取扱いについて

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上記の1から10と同様の取扱いとなるので、留意すること。（ただし、給付額減額措置については、総合事業において実施していない市町村が多いものと見込まれ、この場合における相当事業に係る自己負担は通常の自己負担額を計算の対象に含める。）

12 支給事務の流れ、Q&A及び計算例について

上記のほか、支給事務の流れについては別紙2、Q&Aについては別紙3、計算例については、別紙4にお示しするので、適宜参照されたい

13 国保連合会の活用について

国保連合会で保有している給付実績等データを基に、これまで高額介護（予防）サービス費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の事務処理が委託可能となっており、今般の年間の高額介護（予防）サービス費の支給事務においても国保連合会に支給対象者の帳票出力等の事務を委託できる。なお、要介護認定を受けていない者に係る情報は国保連合会では保有していないため、年間の高額介護サービス費の支給事務の対象者となる1割負担者のみの世帯の抽出に当たっての帳票の活用については国保連合会と調整のうえ行うことに留意すること。

※ 国保連合会事務処理に係るマイナンバー活用については、これまで高額医療合算介護（予防）サービス費の仮算定で行うこととしていたが、国民健康保険の資格情報が個人単位化する議論があるため、当面の間見送る。

第3 高額介護サービス費の周知について

本年8月より、現役並みの所得を有する者の介護保険の利用者負担割合を2割から3割とすることとしており、高額介護（予防）サービス費の受給対象者が増加すると考えられること等から、改めて各保険者において、高額介護サービス費の申請勧奨等の取組を着実に実施していただくことが重要である。

基準日（7月31日）

（別紙1）保険者異動があった場合の具体例

（平成29年7月3日開催の全国介護保険担当課長会議資料の再掲）

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

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

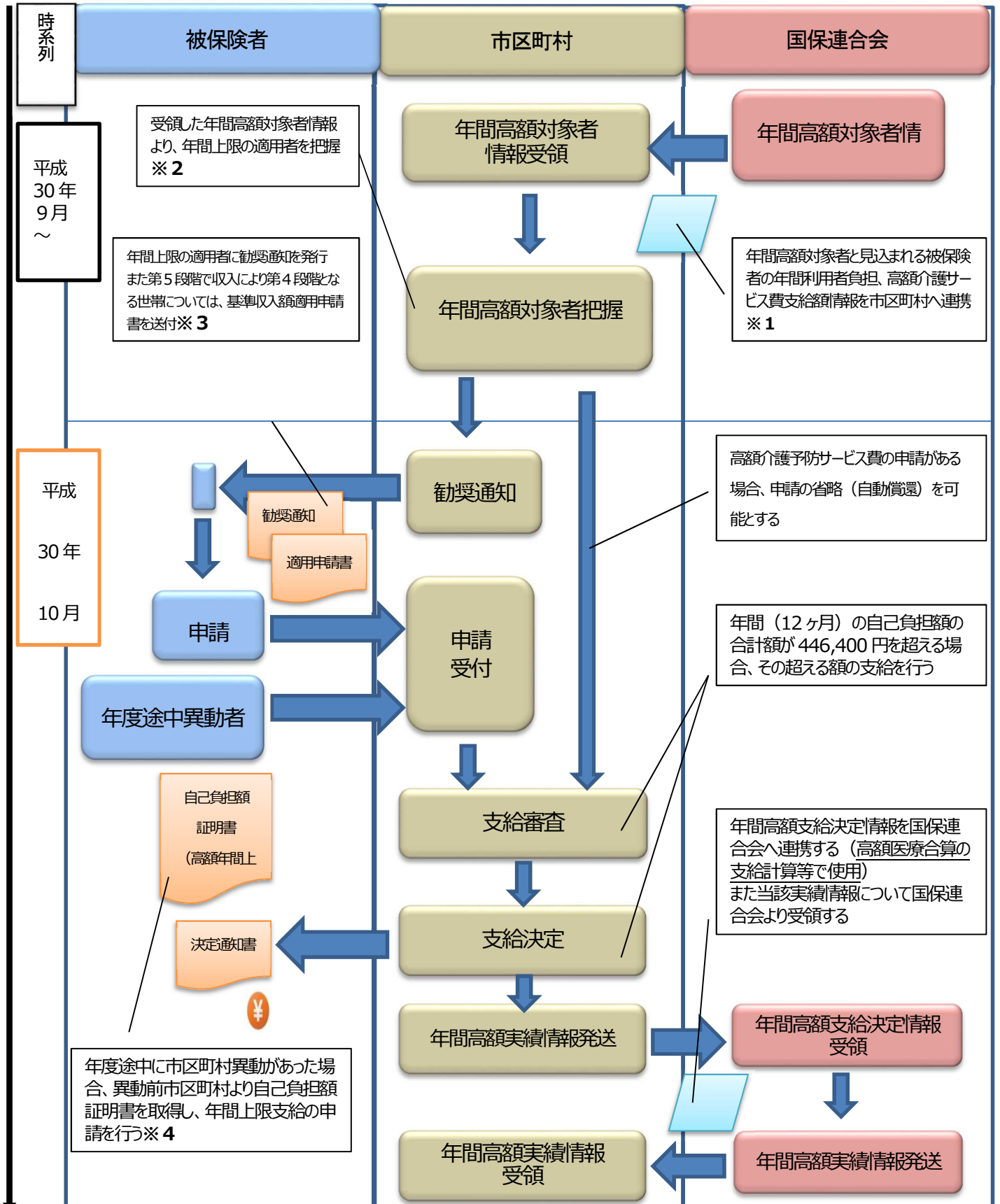
⇒A市の支給額：11,530円

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

(別紙2) 支給事務の流れ (平成 29 年 7 月 3 日開催の全国介護保険担当課長会議資料)

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、

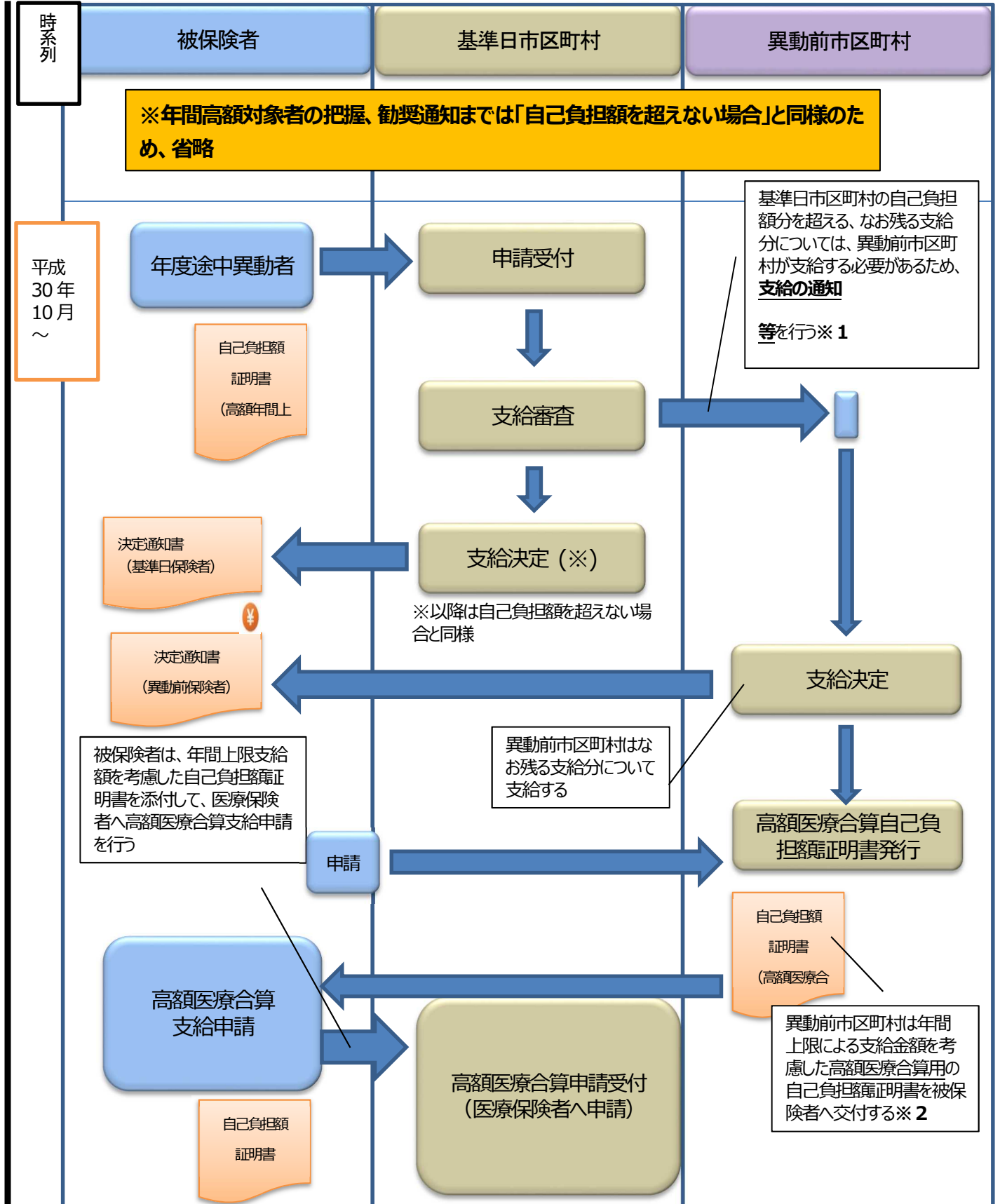
- ・ 世帯内に課税所得145万円を超える第1号被保険者がおり、
- ・ 世帯内の全ての第1号被保険者の「年金収入+その他の合計所得金額」が520万円（単身世帯の場合は383万円）未満で、世帯内の全ての被保険者（利用者ではない被保険者を含む）1割負担者の場合

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。

(別紙3) 高額介護サービス費 (年間上限) についてのQ&A

(平成30年3月6日開催の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料より追記)

(支給対象者)

問 基準日時点の負担能力に着目し支給対象者を決定するとされているが、負担割合だけでなく課税所得等も加味するのか。

例えば7月途中から第5段階の者(現役並み所得者)が転入した場合、年間の高額介護サービス費の支給対象となるか。

(答) 課税所得等についても基準日をもって判定する必要がある。

そのため、この例の場合、基準日時点で現役並み所得者がいるため、年間の高額介護サービス費の支給対象とはならない。

(支給対象者・基準収入額適用申請書)

問 「基準収入額適用申請書」は従来の様式のまま変更ないか。

(答) 従来の様式を使用して差し支えない。

(支給対象者・生活保護世帯)

問 複数の生活保護受給者がいる世帯についても同一世帯として判定して問題無いか。

(答) お見込みのとおり。

(支給額について)

問 年間の高額介護サービス費について、複数人世帯の按分計算方法はどうか。

(答) 各月の高額介護サービス費と同様、世帯単位で支給額を算定後、各利用者の年間の負担額に応じて按分する。

(支給額について)

問 保険者異動があった場合の高額医療合算介護サービス費については、月ごとの自己負担額に応じて、異動前・異動後それぞれの保険者からその支給が行われているところ。高額医療合算介護サービス費の算定に当たって必要となる各月の自己負担額について、年間の高額介護サービス費による支給額は、どのように反映されるのか。按分する場合、按分方法はどのようになるのか。

(答) 年間の高額介護サービス費の支給後の各月の自己負担額の計算は、各月の自己負担額から、年間の高額介護サービス費の支給額を各月の自己負担額に応じて按分して得た額を控除することによりそれぞれ算出する。

ただし、基準日の保険者からのみ、年間の高額介護サービス費の支給が行われる場合は、当該支給額について、基準日の保険者に属していた月ごとの自己負担額に応じて按分し、按分して得た額を、基準日の保険者に属していた月ごとの自己負担額から控除するものとする。

支給額の按分に当たり、1円未満の端数が生じる場合は、当該端数を切り捨て、支給額が最も低い額となる月に、切り捨てた端数を全て上乗せする。

※ 最も低い額となる月が複数月存在する場合、そのうち最も過去である月に端数を上乗せする。

(保険者異動・計算結果連絡票) 追加分

問 年間高額介護サービス費の計算結果連絡票について、前住地の市町村での支給額がない場合でも送付する必要があるか。

(答) 送付する。

(保険者異動・自己負担額証明書)

問 年間の高額介護サービス費の支給対象者において保険者異動があった場合、前保険者に対して自己負担額証明書を求めるため、被保険者による申請が必要か。またその際の様式はあるか。

(答) 自己負担額証明書の発行においても申請書を必要とする。

その際、年間の高額介護サービス費の申請書も兼ねることとし、同申請書の中に支給を行う際の口座情報等を記載する様式が望ましい。様式例については別添のとおりであるが、保険者において利用しやすいよう変更して差し支えない。また併せて、計算結果連絡票の様式例もお示しするので、ご活用いただきたい。

(保険者異動・市町村単独事業との関係) 追加分

問 高額医療合算介護サービス費の計算では、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、対象とする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、当該軽減前の額とすることとされている。今回新たに設けられた、高額介護サービス費の年間高額による計算では、対象とする自己負担額において、市町村単独の軽減が行われている場合の取扱いはどうなるのか。

(答) 高額医療合算介護（予防）サービス費制度と同様、軽減前の自己負担額とする。

(勸奨通知)

問 平成29年7月3日課長会議資料（以下「7月課長会議資料」という。）において、「年度途中で保険者異動があった被保険者については、…勸奨通知発行は行わないこととして差し支えない」とあるが、異動前の利用者負担額によっては年間上限の支給対象となりうる被保険者に、自己負担額証明書の発行申請を異動前保険者へ行うよう個別に勸奨しなくても差し支えないと考えてよいか。

(答) お見込みのとおり。

保険者異動が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、勸奨通知を行わなくても差し支えない。

なお、保険者異動があった被保険者であっても、年間の高額介護サービス費の支給対象になることが明らかな場合には、各自治体の判断において、御指摘のように被保険者に対して自己負担額証明書の発行申請を行うよう勸奨していただくことは可能である。

(申請書の省略について)

問 年間の高額介護の支給に際して、改めて被保険者から申請書を取り直す必要があるか。また、取り直す必要がある場合、様式等はあるのか。

(答) 既に各月の高額介護サービス費の支給申請書の提出がなされている場合、改めて年間の高額介護サービス費のために支給申請書を取得する必要はない。

また、各月の高額介護サービス費の申請書を提出していない被保険者で、年間の高額介護サービス費のみ支給対象となる場合には、申請書を取得する必要はあるが、当該申請書は既存の高額介護サービス費の申請書を用いて差し支えない。

(申請書の省略について)

問 年間の高額介護サービス費の支給について、既に各月の高額介護サービス費の支給実績のある被保険者に対して改めての申請は不要とする取扱いが示されているが、自己負担上限額に該当していない等の理由により申請されているが各月の高額介護サービス費の支給実績がない場合も不要としてよいか。

また、年間の高額介護サービス費の申請がされ、後に各月の高額介護サービス費が発生した場合も各月の高額介護サービス費について申請書を不要として良いか。

(答) そのような運用で差し支えない。

(申請書の省略について) 追加分

問 年間高額介護サービス費の支給申請を省略できるのは、7月31日時点で資格喪失しておらず、各月の高額介護サービス費の支給申請が行われている場合か。第2号被保険者が生保受給開始により資格喪失した場合等、申請を省略できないケースがあるのではないか。

(答) 運用に支障がない範囲でご判断いただいて差し支えない。

(死亡者について) 追加分

問 死亡した場合の基準日は、「死亡日」でよいか。

(答) 基準日は、「死亡日」とする。

※ 平成30年3月6日全国介護保険担当課長会議資料介護保険計画課の資料では、「死亡日の前日」と記載していたが訂正させていただきたい。

(死亡者について)

問 複数世帯において一方が死亡し、単身世帯となった場合の基準日と計算方法はどうか。

(答) 基準日は被保険者ごとに考慮されるため、例えば二人世帯において一方が死亡し、単身世帯となった場合、死亡者については当該死亡日の前日が基準日となる一方、それ以外の者については7月31日時点を経済基準日とする。

この場合、死亡した被保険者については、当該基準日時点で世帯の自己負担額を計算し、上限額を超過しているか否かを判断し、死亡した被保険者に係る支給額のみ支給を行い、他の世帯員については支給を行わない。一方、他の世帯員については、7月31日時点で、単身世帯として計算することとし、当該者のみの前年8月1日から7月31日までの負担額について合計し、年間上限の支給の判定を行う。

(国外移住及び適用除外施設への入所した者について) 追加分

問 被保険者が計算期間中に死亡した場合と同様に、「国外移住」「適用除外施設への入所」により資格喪失した場合も、資格喪失日の前日を基準日として、資格喪失日の前日までの世帯の負担額を対象として、申請があった場合に精算するの

か。

(答) 精算を行う。国外移住や適用除外施設への入所により資格喪失した場合であっても申請があった場合には精算が必要となる。この場合基準日は、資格喪失日の前日とする。

(給付減額) 追加分

問 高額介護（予防）サービス費では、保険料を滞納し給付額減額になった被保険者については支給を行わないとされている。年間高額介護（予防）サービス費においても同様の考えか。

(答) 高額医療合算介護（予防）サービス費制度と同様に、給付額減額期間中の月の「自己負担額」を0円として年間自己負担額の合計額を算出して負担上限額（446,400円）を超えているか判定する。

(給付減額) 追加分

問 基準日時点で給付額減額になっている被保険者について支給を行わないとしてよいか。

(答) 高額医療合算介護（予防）サービス費制度と同様に、給付額減額期間中の月の「自己負担額」を0円として年間自己負担額の合計額を算出して負担上限額（446,400円）を超えているか判定する。
このため、基準日時点で給付額減額となっている者についても、支給の対象となる。

(給付減額) 追加分

問 年間上限の自己負担額証明書様式例に「給付制限期間中は自己負担額が0として計算される」と記載されておりますが、給付額減額期間中の月の「自己負担額」欄と「摘要」欄の記載は以下の何れとなるか。

(答) 「自己負担額」欄には零を記載し、「摘要」欄には「給付額減額」と記載する。
(高額医療合算介護（予防）サービス費制度と同様)

(高額医療合算介護サービス費)

問 7月課長会議資料P81に「30年度高額合算の仮算定期間が例年より1、2か月程度遅れることを想定している」と記載があるが、実際の仮算定期間はいつになるのか。

(答)

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、年間の高額介護サービス費の支給額を加味することにより、平成30年12月より連合会で仮算定処理を行うことを想定している。

※ 平成29年7月3日全国介護保険担当課長会議において「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。」としているほか、平成30年3月6日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料において「各保険者において年間の高額介護サービス費の支給決定がなされ、最終的な自己負担額が確定次第仮算定を行っていただくことになる。支給決定までに要する時間は保険者によって多少異なると思われるため、実際の仮算定は、関係機関と協議の上、算定を開始されたい。」としていたが、これは修正させていただきたい。

(総合事業)

問 総合事業における高額介護サービス費相当事業について、年間の上限額は設定されるか。

(答) 年間の高額介護サービス費と同様に、高額介護サービス費相当事業における自己負担限度額も同様の取扱いとなる。

(時効)

問 年間高額介護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のか。総合事業の高額介護サービス費相当事業部分は5年としてよいのか。

(答) お見込みのとおり。年間の高額介護サービス費は保険給付であるため、消滅時効期間は2年間であり、相当事業については5年である。

また、起算点については、被保険者が年間の高額介護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。

(補足給付の特例減額措置との関係)

問 課税世帯に対する補足給付の特例減額措置の要件の一つである利用者負担についての算定の際に、各月の高額介護サービス費の支給額の見込み額を控除することとされるが、年間の高額介護サービス費の扱いはどうするのか。

(答) 年間の高額介護サービス費についても介護保険法施行規則第83条の5第4号に規定する「高額介護サービス費」に含まれる。よって、申請時点において、基準日時点で年間の高額介護サービス費の支給対象に該当すると判断される場合には、当該支給額も考慮して特例減額措置を判断する必要がある。

(別紙4) 高額介護サービス費 (年間上限) の計算例

事例1 2人世帯の被保険者が、同一保険者で計算期間中継続して介護サービスを利用した場合

ポイント

- ・支給額を世帯員それぞれの利用額に応じて案分する
- ・支給額計算において端数が生じる場合には、最も負担額が小さい者の支給額に他の者の端数を上乘せする。

被保険者A	¥421,000
被保険者B	¥280,000

<年額自己負担額>

被保険者A 421,000 円

被保険者B 280,000 円

合計 701,000 円

<支給額>

世帯支給額 701,000 - 446,400 = 254,600 円

被保険者A $254,600 \div 700,000 \times 421,000 = \underline{152,905.3 \text{ 円}} \Rightarrow 152,905 \text{ 円}$

被保険者B $254,600 \div 700,000 \times 280,000 = \underline{101,694.7 \text{ 円}} \Rightarrow 101,695 \text{ 円}$

事例2 2人世帯の被保険者の一方が第2号被保険者であり、計算期間途中で65歳到達し、第1号被保険者となった場合 (同一保険者で計算期間中継続して介護サービスを利用)

ポイント

- ・第2号被保険者の自己負担額についても計算に含める。

被保険者A	¥420,000	
被保険者B	2号 ¥40,000	1号 ¥100,000

<年額自己負担額>

被保険者A 420,000円

被保険者B 140,000円 (第1号被保険者時自己負担額: 100,000円)
(第2号被保険者時自己負担額: 40,000円)

合計 560,000円

<支給額>

世帯支給額 $560,000 - 446,400 = 113,600$ 円

被保険者A $113,600 \div 560,000 \times 420,000 = \underline{85,200}$ 円

被保険者B $113,600 \div 560,000 \times 140,000 = \underline{28,400}$ 円

事例3 保険者の異動があり、支給額が基準日保険者における自己負担額より小さい場合 (X市⇒Y市とそれぞれ異動。Y市が基準日保険者)

ポイント

- ・支給額が基準日保険者における自己負担額以内である場合には、基準日保険者のみが支給を行う。(前保険者と案分しない)

被保険者A	X市 ¥400,000	Y市 ¥100,000
-------	-------------	-------------

<年額自己負担額>

被保険者A 500,000円 (X市: 400,000円)
(Y市: 100,000円)

合計 500,000円

<支給額>

被保険者Aへの支給額合計 $500,000 - 446,400 = 53,600$ 円

うちX市からの支給額 0円 (Y市で満額支給されているため)

うちY市からの支給額 53,600円

(Y市における自己負担額100,000円>被保険者Aへの支給額53,600円)

事例4 保険者の異動があり、支給額が基準日保険者における自己負担額より大きい場合（X市⇒Y市⇒Z市⇒W市とそれぞれ異動。W市が基準日保険者）

ポイント

- ・ 基準日保険者の自己負担額以上に被保険者への支給がある場合には、基準日保険者は基準日保険者における自己負担額を上限として支給。
- ・ 基準日保険者による支給後、なお残る支給額は、異動前保険者が支給する。
- ・ 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。
- ・ 複数の異動前保険者による按分にて端数が生じる場合には、最も支給額が小さい保険者の支給額に端数を上乘せする。（最も支給額が小さい保険者が複数存在する場合は、異動前の保険者に上乘せする。）

被保険者A	X市 ¥390,000	Y市 ¥40,000	Z市 ¥40,000	W市 ¥20,000
-------	-------------	------------	------------	------------

<年額自己負担額>

被保険者A 490,000円（X市：390,000円）
 （Y市：40,000円）
 （Z市：40,000円）
 （W市：20,000円）

合計 490,000円

<支給額>

被保険者Aへの支給額の合計 490,000 - 446,400 = 43,600円

うちX市からの支給額 $(43,600 - 20,000) \times (390,000 \div 470,000) = \underline{19,582円}$

うちY市からの支給額 $(43,600 - 20,000) \times (40,000 \div 470,000) = \underline{2,010円}$

うちZ市からの支給額 $(43,600 - 20,000) \times (40,000 \div 470,000) = \underline{2,008円}$

うちW市からの支給額 20,000円（W市における自己負担額までW市は支給）

Y市に
端数上乘せ

事例5 世帯が分離した場合（被保険者Cが世帯分離した場合）

ポイント

- ・ 基準日時点の世帯で計算する。
- ・ 基準日時点の世帯の世帯員の前世帯での自己負担額は、基準日時点の世帯の自己負担額に含める。

被保険者A	P世帯 ¥320,000	
被保険者B	P世帯 ¥100,000	
被保険者C	P世帯 ¥200,000	Q世帯 ¥250,000

<年額自己負担額>

被保険者A 320,000円

被保険者B 100,000円

被保険者C 450,000円

合計 870,000円

(P世帯での自己負担額：420,000円)

(Q世帯での自己負担額：200,000 + 250,000=450,000円)

<支給額>

P世帯支給額 420,000 - 446,400 ⇒ 0円

Q世帯支給額 450,000 - 446,400 = 3,600円

事例6 世帯員の一人が死亡した場合

ポイント

- ・世帯員が一人でも死亡により資格を喪失した場合、死亡日が基準日となる。
- ・死亡日を基準日とした場合、死亡した者に対する支給額のみ支給する。
- ・死亡者以外の世帯員については、7月31日の基準日をもって計算、支給する。
このとき、死亡した者以外のすべての自己負担額を計算に含める。

被保険者A	¥220,000	死亡
被保険者B	¥280,000	¥130,000
被保険者C	¥100,000	¥60,000

<年額自己負担額>

被保険者A (死亡) 220,000円

被保険者B 410,000円 (A死亡時まで280,000円)
(A死亡後130,000円)

被保険者C 160,000円 (A死亡時まで100,000円)
(A死亡後60,000円)

合計 790,000円 (A死亡時まで600,000円)
(A死亡後60,000円)

<支給額>

- ① A死亡時点の世帯の自己負担額合計が年間の自己負担上限額を超えていないか判定を行う。

世帯への支給額合計 $600,000 - 446,400 = 153,600$ 円

被保険者Aへの支給額 $153,600 \div 600,000 \times 220,000 = \underline{56,320}$ 円

⇒この時点で被保険者B、Cについては支給しない。

- ② 7月31日時点の世帯の自己負担額合計が年間の自己負担上限額を超えていないか判定を行う。

世帯への支給額 $(410,000 + 160,000) - 446,400 = 123,600$ 円

被保険者Bへの支給額 $123,600 \div 570,000 \times 410,000 = \underline{8,8905}$ 円

被保険者Cへの支給額 $123,600 \div 570,000 \times 160,000 = \underline{34,695}$ 円

⇒死亡した被保険者Aについては勘案しない。

事例7 世帯員の一人が給付額減額措置を受けた期間がある場合

ポイント

- ・給付額減額期間中の自己負担はゼロと取り扱う。
- ・基準日が給付額減額期間であっても支給対象となる。

被保険者A	¥200,000 うち給付額減額適用期間の自己負担額120,000円
被保険者B	¥370,000

<年額自己負担額>

被保険者A 200,000 円 (うち 120,000 円は給付額減額期間中の自己負担額)

被保険者B 370,000 円

合計 570,000 円

<支給額>

世帯への支給額合計 $(570,000 - 120,000) - 446,400 = 3,600$ 円

うち被保険者Aへの支給額 $3,600 \div 450,000 \times 80,000 = \underline{640}$ 円

うち被保険者Bへの支給額 $3,600 \div 450,000 \times 370,000 = \underline{2,960}$ 円

事例8 同一世帯内に介護保険と総合事業のどちらも利用している被保険者がおり、介

護給付と総合事業ともに支給がある場合。

ポイント

- ・介護給付と総合事業のそれぞれに支給がある場合、まず、介護給付分についてのみ自己負担額を合計し、高額介護サービス費（年間上限）の支給額を計算する。
- ・その上で、なお残る自己負担額に総合事業の自己負担額を加えて総合事業の支給額を計算する。

《介護の負担額》

被保険者A	¥220,000
被保険者B	¥280,000

《総合事業の負担額》

被保険者B	¥100,000
-------	----------

<年額自己負担額>

被保険者A	220,000 円
被保険者B	280,000 円（介護給付における自己負担額） 100,000 円（総合事業における自己負担額）
合計	500,000 円（介護給付における自己負担額） 100,000 円（総合事業における自己負担額）

<支給額>

（介護給付分 高額介護サービス費として支給）

世帯への支給額合計	$500,000 - 446,400 = 53,600$ 円
うち被保険者Aへの支給額	$53,600 \div 500,000 \times 220,000 = \underline{23,584}$ 円
うち被保険者Bへの支給額	$53,600 \div 500,000 \times 280,000 = \underline{30,016}$ 円

（総合事業分 総合事業費として支給）

被保険者B	$(446,400 + 100,000) - 446,400 = \underline{100,000}$ 円
-------	---