

# 19章 介護保険・後期高齢者医療制度

## (1) 介護保険 ③ ④ ⑤ ⑥

- 介護保険は65歳以上の人（「第一号被保険者」と言います。）と、40歳から65歳未満の医療保険加入者（「第二号被保険者」と言います。）が加入します。
- 介護保険の介護給付・予防給付を受けられるのは、次の状態の人で保険者（市町村・広域連合）から要介護または要支援と認定された人です。
  - ・ 第一号被保険者で、寝たきりや認知症などで常に介護が必要な人や、常に介護が必要な状態の軽減・悪化予防のために支援が必要な人や、常時の介護までは必要ないものの家事や身したくなどの日常生活に支援が必要な人。
  - ・ 第二号被保険者で、老化が原因とされる病気（特定疾病）で介護や日常生活に支援が必要になった人。

対  
象  
者

### 【特定疾病の種類】

- ①がん末期（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

- 次に該当している方は、65歳以上の人や40歳から65歳未満の医療保険加入者であっても当分の間、介護保険の被保険者にはなりません。  
なお、必要な介護サービスは、従来どおり入所施設で提供されます。

■ 介護保険法施行規則第170条第1項に該当している方  
障害者総合支援法の規定により支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて同法に規定する指定障がい者支援施設に入所している身体障がい者の方、または身体障害者福祉法の規定により障害者総合支援法に規定する障がい者支援施設（生活介護を行うものに限る。）に入所している身体障がい者の方

- 介護保険法施行規則第170条第2項に該当している方  
次に掲げる施設に入所又は入院している方
1. 児童福祉法に定める医療型障がい児入所施設
  2. 児童福祉法に定める厚生労働大臣が指定する医療機関（当該指定に係る治療等を行う病床に限る。）
  3. 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設
  4. 国立及び国立以外のハンセン病療養所
  5. 生活保護法に定める救護施設
  6. 労災特別介護施設（労働者災害補償保険法に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設で同法に基づく年金たる保険給付を受給しており、かつ、居宅において介護を受けることが困難な者を入所させ、当該者に対し必要な介護を提供するものに限る。）
  7. 障がい者支援施設（知的障害者福祉法の規定により入所している知的障がい者に係るものに限る。）
  8. 指定障がい者支援施設（障害者総合支援法の規定による支給決定（生活介護及び施設入所支援に係るものに限る。）を受けて入所している知的障がい者及び精神障がい者に係るものに限る。）
  9. 障害者総合支援法第29条第1項の指定障がい福祉サービス事業者であって、障害者総合支援法施行規則第2条の3に規定する施設（同法第5条第6項に規定する療養介護を行う場合に限る。）

対  
象  
者

《サービスの種類》

介護給付（要介護者向け）	居宅サービス	訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> </ul>	地域密着型サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> <li>○地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）</li> <li>○地域密着型通所介護</li> </ul>
		通所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○通所介護（デイサービス）</li> <li>○通所リハビリテーション</li> </ul>		
		短期入所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○短期入所療養介護</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定福祉用具販売</li> <li>○福祉用具貸与</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○住宅改修</li> <li>○居宅介護支援（ケアプランの作成）</li> </ul>					
予防給付（要支援者向け）	施設サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> </ul>			
		訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）※</li> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> </ul>	地域密着型サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</li> </ul>
		通所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防通所介護（デイサービス）※</li> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> </ul>		
		短期入所	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住宅改修</li> <li>○介護予防支援（ケアプランの作成）</li> </ul>				

※平成29年4月から新しい介護予防・日常生活支援総合事業に移行しました。

障がい者施策との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障がい者についても、65歳以上の人及び40歳以上65歳未満の医療保険加入者は、原則として介護保険の被保険者となります。</li> <li>○ 介護保険の被保険者である65歳以上の障がい者が要介護状態又は要支援状態となった場合には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができます。また、一定の条件を満たした場合には、地域支援事業を利用することができます。</li> <li>○ サービス内容や機能から、障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受けることとなります。</li> <li>○ サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものがない障がい福祉サービス固有のものとして認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障がい福祉サービスに係る介護給付費等を支給します。</li> <li>○ 申請に係る障がい福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができない、障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難、などの場合は、障がい福祉サービスに係る介護給付費等を支給することが可能です。</li> </ul>
利用手続き	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険のサービスを利用しようとする人は、まず市町村の窓口にて申請し、要介護又は要支援の認定を受けることが必要です。</li> <li>○ 市町村の窓口への申請には、「要介護（要支援）認定申請書」の提出と「介護保険被保険者証（保険証）」の提示が必要です。（第二号被保険者で被保険者証（保険証）の交付を受けていない場合は、要介護（要支援）認定申請書及び医療保険被保険者証の提示が必要です。）</li> <li>○ 介護が必要と認定されれば、居宅介護支援事業者に頼んで介護サービス計画（ケアプラン）を作成します（介護サービス計画は自分で作ることもできます。）。介護保険施設に入所する場合は、当該施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護サービス計画を作成します。要支援と認定された場合には、地域包括支援センターにおいて介護予防サービス計画を作成します。        なお、これらの計画に従って実際にサービスを利用することになりますので、本人や家族の希望を交えながら、居宅介護支援事業者等と十分に相談したうえで介護（予防）サービス計画を作成す</li> </ul>

	<p>ることが重要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 要介護認定の有効期間は、新規認定の場合、原則として6か月です。更新認定の場合は原則として12か月です。継続してサービスを利用するときは更新の申請をすることが必要です。</li> <li>○ 地域支援事業の新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村で手続きが異なりますので、お住まいの市町村にお尋ねください。</li> </ul>
費用負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者の全員が保険料を負担します。        第一号被保険者の保険料は、市町村によって異なります。また、所得の状況に応じて、保険料の段階設定がされており、軽減や割り増しが行われます。（※ただし、市町村等において段階（基準額に対する割合）を独自に設定することができます。）        第二号被保険者の保険料は、加入している医療保険の保険料と併せて徴収されます。        保険料を滞納すると、サービス利用時に費用をいったん全額支払わなければならないったり、利用者負担が3割に引き上げられることがあります。</li> <li>○ サービスを利用したときは、サービスにかかる費用（食費、居住費等を除く）の1割（所得の状況に応じて2割の人もあり）を負担してください。        この利用者負担が著しく高額にならないよう、所得の状況に応じて月々の負担限度額が所得段階別に設けられています。</li> </ul> <p><b>【月々の利用者負担限度額の設定】</b></p> <p>介護保険サービスと各医療保険（国民健康保険、被用者保険、後期高齢者医療制度）の両方に自己負担がある世帯で、1年間（毎年8月～翌年7月末）の自己負担額の世帯内の合算額が高額になるときは、申請により、介護保険からは高額医療合算介護（介護予防）サービス費として、各医療保険からは高額介護合算療養費として、自己負担限度額を超える額をそれぞれの自己負担額の比率に応じて按分した額が支給されます。</p> <p><b>【介護保険施設等における食費、居住費（滞在費）の自己負担】</b>        次の費用が自己負担（保険給付の対象外）となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険施設等（ショートステイを含む）の場合…食費及び居住費（滞在費）</li> <li>・通所介護等（デイサービス等）の場合…食費</li> </ul>

利用者負担額は、基本的に介護保険施設等と利用者の契約により定められます。

低所得の方（※）に対する配慮として、居住費（滞在費）や食費の負担について上限額が設けられています。

※ 対象者は、介護保険施設等に入所等をされている方で、一定の所得等要件（世帯全員が市町村民税非課税）に該当し、市町村等（保険者）に申請を行い、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方です。

※ 配偶者が課税所得者の方、預貯金が一定以上ある方等は認定できませんので、詳しくはお住まいの市町村にお尋ねください。

【月々の利用者負担額の設定】

区分	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）
世帯内のどなたかが市町村民税を課税されている方	37,200円（世帯）*1
世帯の全員が市町村民税を課税されていない方	24,600円（世帯）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・老齢福祉年金を受給している方</li> <li>・前年の合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が年間80万円以下の方等</li> </ul>	24,600円（世帯） 15,000円（個人）*2
生活保護を受給している方等	15,000円（個人）

\*1 平成29年8月以降、負担の上限額が37,200円（世帯）から44,400円（世帯）に変更されます。なお、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割の世帯は年間上限額（446,400円）が設定されます。

\*2 「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。

○ 障がい者ホームヘルプサービス利用者負担の軽減

障害者総合支援法によるホームヘルプサービスの利用において境界層該当として定率負担額が0円となっている障がい者で、平成18年4月1日以降に次のいずれかに該当することとなった人は、訪問介護・介護予防訪問介護・夜間対応型訪問介護の利用者負担の割合が0%（全額免除）に軽減されます。

詳しくは市町村の窓口にお問い合わせください。

ア 65歳到達以前1年間に障がい者施策のホームヘルプサービスを利用した人で、65歳に到達したことで介護保険の対象者となった人。

イ 特定疾病により要介護・要支援の状態となった40歳から64歳までの人。

費用負担

窓口

市町村の介護保険担当課（資料編12ページ）

なお、障がい者施策については市町村の障がい者施策担当課へお問い合わせください。

## (2) 後期高齢者医療制度 (身) (知) (精)

内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 急速な高齢化の進展に対応するため、国の医療制度改革の一環として、従来の老人保健制度にかわり、75歳以上（65歳以上で一定の障がいがあると認定された方を含む。）の方を対象とする新たな医療制度（後期高齢者医療制度）が、平成20年4月1日から始まりました。</li> <li>○ 都道府県の区域ごとに全ての市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」が制度の運営を行います。保険料の納付や各種の届出はお住まいの市町村が窓口となります。</li> </ul>
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 75歳以上の方</li> <li>・ 65歳から74歳の方で、申請により広域連合が一定の障がいがあると認められた方</li> </ul> <p>認定を受けられる障がいの程度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 国民年金法等における障がい年金：1・2級</li> <li>* 身体障がい者手帳：1・2・3級及び4級の一部</li> <li>* 精神障がい者保健福祉手帳：1・2級</li> <li>* 療育手帳：A</li> </ul> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 生活保護受給者は、後期高齢者医療制度の被保険者にはなりません。（適用除外）</li> <li>② 一定の障がいがあると認定された65歳から74歳の方については、認定後も75歳になるまでは、後期高齢者医療制度の障がい認定の申請を将来に向かって撤回することが可能です。ただし、撤回届の提出が必要ですので、お住まいの市町村担当窓口にご相談ください。 ※撤回届により、障がい者手帳等や障がい年金受給資格等が無効になることはありません。</li> <li>③ 被保険者が他の都道府県に住所を移したときは、原則として、転入先の都道府県広域連合の被保険者となります。ただし、福祉施設入所や長期入院等により他の都道府県の施設・病院等に住所を移した場合は、引き続き前住所地の広域連合の被保険者となります。（住所地特例）</li> <li>④ 被用者保険に加入していた被保険者本人またはその被扶養者が後期高齢者医療制度の被保険者となる場合は、勤務先等を通じ資格喪失等の届出を行ってください。 また、その扶養家族で75歳未満の方は国民健康保険等に別途加入することになりますので、市町村等の担当窓口で必要な手続きを行ってください。手続きには、印鑑（認印）と、加入されていた保険の資格喪失証明書等が必要です。</li> </ol>

- 被保険者の全員が保険料を負担します。  
 保険料は、被保険者全員が等しく負担する「被保険者均等割額」と所得に応じて負担する「所得割額」で構成され、被保険者一人ひとりに賦課されます。

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           保険料 (年額)         </div>	=	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           被保険者均等割額 1人当たり51,649円         </div>	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           所得割額 所得金額×10.41%         </div>
--	---	---	---	--

- ※ 保険料の賦課限度額（上限）は57万円です。
- ※ 所得の低い方は、保険料の軽減措置が適用されます。詳細は、大阪府後期高齢者医療広域連合又は市町村の後期高齢者医療制度担当窓口までお問合せ下さい。

- 医療機関での自己負担は、一般の方は1割、現役並み所得の方は3割です。

- ※ 現役並み所得の判定：「地方税法上の各種所得控除後の所得(課税標準額)」が145万円以上ある後期高齢者医療制度の被保険者及びこの方と同じ世帯に属する被保険者は、原則として全て現役並み所得となります。

- 1ヶ月の医療費が高額になったときは、所得区分に応じて自己負担限度額を超えた分が高額療養費として払い戻されます(入院の自己負担は、世帯単位の限度額となります)。

費用負担

【1ヶ月の自己負担限度額（高額療養費）】

所得区分	外来(個人単位)	外来(個人単位) + 入院(世帯単位)
現役並み所得者	57,600円	80,100円+1%(注) <44,400円>
一般	14,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 <44,400円>
低所得	8,000円	24,600円
		15,000円

注) 「+1%」は医療費が267,000円を超えた場合、超過額の1%を追加負担

- ※ 低所得Ⅱ、Ⅰについては下記の高額介護合算療養費の説明を参照して下さい。

◇ 内の金額は、過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額

- ※ 平成30年8月から制度改正あり



- 後期高齢者医療制度と介護保険の両方に自己負担がある世帯で、1年間（毎年8月～翌年7月末）の自己負担額の合算額が高額になるときは、市町村への申請により、高額介護合算療養費として自己負担限度額を超える額が支給されます。

【1年間の自己負担限度額（高額介護合算療養費）】

所得区分		「後期高齢者医療制度＋介護保険」 の自己負担限度額(年額)
現役並み所得者		67万円
一般		56万円
低所得	Ⅱ	31万円
	Ⅰ	19万円

※ 低所得Ⅱ：住民税非課税世帯に属する被保険者

※ 低所得Ⅰ：・住民税非課税世帯のうち、すべての世帯員の各所得が0円となる方（ただし、公的年金等控除額は80万円として計算）  
・住民税非課税世帯に属する老齢福祉年金を受給している被保険者

※ 平成30年8月から制度改正あり

窓口

大阪府後期高齢者医療広域連合

ホームページ <http://www.kouikirengo-osaka.jp/>

・被保険者証、保険料などに関すること（電話）06-4790-2028

・医療給付、健康診査などに関すること（電話）06-4790-2031

・事務局庶務、広報広聴などに関すること（電話）06-4790-2029

または居住地の市町村後期高齢者医療担当課（資料編16ページ）