

19章 介護保険・後期高齢者医療制度

(1) 介護保険 身 知 精 難

対
象
者

- 介護保険は65歳以上の方（「第1号被保険者」と言います。）と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者（「第2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、次の状態に該当し、保険者（市町村）から要介護または要支援と認定された方です。
 - ・ 第1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方、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方又は、常時の介護までは必要ないものの家事や身じたくなどの日常生活に支援が必要な方。
 - ・ 第2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方。

【特定疾病の種類】

- ① がん（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 後縦靱帯骨化症
- 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

対象者	○ 次に該当している方は、65歳以上の方や40歳以上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。 介護保険法施行令第11条第1項に規定する厚生労働省令で定めるもの等として、介護保険法施行規則第170条の ■ 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 ■ 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。）
-----	--

《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	○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導	地域密着型サービス	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○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 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） ○地域密着型通所介護
		通所	○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション（デイケア）		
		短期入所	○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護		
			○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売 ○福祉用具貸与		
予防給付（要支援者向け）	施設サービス		○住宅改修 ○居宅介護支援（ケアプランの作成）	地域密着型サービス	
		施設サービス	○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ○介護老人保健施設 ○介護医療院		
		訪問	○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導		
		通所	○介護予防通所リハビリテーション		
予防給付（要支援者向け）	短期入所	短期入所	○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護	地域密着型サービス	○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 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
			○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売 ○介護予防福祉用具貸与		
予防給付（要支援者向け）	短期入所	短期入所	○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護	地域密着型サービス	○介護予防住宅改修 ○介護予防支援（ケアプランの作成）

障がい者施策との関係	○ 障がい者についても、65歳以上の方及び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。（190ページの記載内容に該当している方を除く） ○ 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、介護予防・日常生活支援総合事業等（認定不要のサービスあり）を利用することができます。 ○ 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介護予防・日常生活支援総合事業等を優先して受けることとなります。 ○ 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。 ○ 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。
利用手続き	○ 介護保険サービスの利用は、まず市町村の窓口申請し、要介護又は要支援の認定を受けることが必要です。 ○ 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2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。） ○ 要介護・要支援の認定がされると、ケアマネジャー（介護支援専門員）が作成（自己作成も可）するケアプラン（介護サービス計画）に基づき、介護保険サービスを利用できます。要支援の方については、地域包括支援センターまたは市町村の指定を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが介護予防サービス計画を作成します。本人やご家族の希望をケアマネジャーに伝える等、十分な相談の上で計画が作成されることが重要です。 *要介護等認定の申請後、すぐに介護サービスの利用が必要な場合は、暫定ケアプランによることができます。 *施設入所者については、施設のケアマネジャーがケアプランを作

</

*1「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。

【介護保険施設等における食費、居住費（滞在費）の自己負担】

次の費用が自己負担（保険給付の対象外）となります。

- 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）
- 通所介護等（デイサービス等）の場合…食費

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（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。

利用者 負担 段階	対 象 者	居住費(滞在費)の負担限度額(1日)				食費の負担限度額 (1日)	
		ユニット型 個室	ユニット型 個室の多 床室	従来型 個室	多床室	施設 入所者	ショート ステイ 利用者
第1段階	・世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等を受給されている方	820円 令和5年 8月から 880円	490円 令和5年 8月から 550円	490円 (320円) 令和5年 8月から 550円 (380円)	0円	300円	300円
第2段階	・世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方	820円 令和5年 8月から 880円	490円 令和5年 8月から 550円	490円 (420円) 令和5年 8月から 550円 (480円)	370円 令和5年 8月から 430円	390円	600円
第3段階①	世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方	1,310円 令和5年 8月から 1,370円	1,310円 令和5年 8月から 1,370円	1,310円 (820円) 令和5年 8月から 1,370円 (880円)	370円 令和5年 8月から 430円	650円	1,000円
第3段階②	世帯の全員が市町村民税を課税されていない方で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円超の方	1,310円 令和5年 8月から 1,370円	1,310円 令和5年 8月から 1,370円	1,310円 (820円) 令和5年 8月から 1,370円 (880円)	370円 令和5年 8月から 430円	1,360円	1,300円
第4段階	・上記以外の方	負担限度額なし					
(参考)基準費用額		2,006円 令和5年 8月から 2,066円	1,668円 令和5年 8月から 1,728円	1,668円 (1,171円) 令和5年 8月から 1,728円 (1,231円)	377円 (855円) 令和5年 8月から 437円 (915円) ※	1,445円	

()は介護老人福祉施設、短期入所生活介護(介護予防含む)及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※令和7年8月以降、「その他型」及び「療養型」介護老人保健施設の多床室並びに「Ⅱ型」の介護医療院の多床室を利用する場合は基準費用額(多床室の居住費部分)が437円から697円になります。

費用負担	○ 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方は、訪問介護及び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方。 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歳までの方。 ○ 高額障がい福祉サービス等給付費（高齢障がい者の介護保険サービス利用者負担軽減） 平成30年度より、以下の要件を満たす方は、介護保険の自己負担について、高額障がい福祉サービス等給付費により償還されます。 ・ 介護保険サービスに相当する障がい福祉サービス（居宅介護、生活介護等）に係る支給決定を65歳に達する前に5年間引き続き受けていた方 ・ 障がい福祉サービスに相当する介護保険サービス（訪問介護、通所介護等）を利用する方 ・ 障がい支援区分2以上であった方 ・ 市町村民税非課税者又は生活保護世帯の方 ・ 65歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていない方
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（高額障がい福祉サービス等給付費を含む）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 ③ 知 精

内容	○ 後期高齢者医療制度は、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として、平成20年4月1日から始まりしました。 ○ 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」（「広域連合」といいます。）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。
対象者	・ 75歳以上の方 ・ 65歳から74歳の方で、申請により、一定の障がい（※）があると、広域連合に認定された方 （※）認定を受けられる障がいの程度 * 国民年金法等における障がい年金：1・2級 * 身体障がい者手帳：1・2・3級及び4級の一部 * 精神障がい者保健福祉手帳：1・2級 * 療育手帳：A （注） 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） 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。お住まいの市町村担当窓口にご相談ください。 ※撤回届の提出により、障がい年金受給資格等や障がい者手帳等が無効になることはありません。 ③ 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、認定後、認定された障がいに該当しなくなった場合は、後期高齢者医療制度の資格喪失の届出が必要です。お住まいの市町村担当窓口にご相談ください。 ④ 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福祉施設・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） ⑤ 被用者保険（国民健康保険以外）に加入されていた方又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、その方の扶養家族で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、事前に参加される国民健康保険等の担当窓口（お住いの市町村等）に、手続方法（必要書類等）についてご確認の上、必要な手続きを行ってください。					
費用負担	○ 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。 <table><tr><td>保険料 (年額)</td><td>=</td><td>被保険者均等割額 1人当たり57,172円</td><td>+</td><td>所得割額 所得金額×11.75% (注1)</td></tr></table> ※ 保険料の賦課限度額（上限）は、80万円（注2）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お住いの市町村の後期高齢者医療制度担当窓口までお問合せください。 (注1) 令和6年度保険料において、令和5年の基礎控除後の総所得金額等が58万円以下の被保険者は、10.94%となります。 (注2) 令和6年度保険料において、生年月日が昭和24年3月31日以前又は障がい認定により資格取得した被保険者については、73万円となります。 ○ 医療機関の窓口での自己負担割合は、一般の方は1割、一定以上所得のある方は2割、現役並み所得の方は3割です。 ※ 一定以上所得のある方の判定基準 下記の「現役並み所得の方」に該当する世帯以外で、「地方税法上の各種所得控除後の所得（「課税標準額」といいます。）」が28万円以上ある被保険者がいる世帯で、その世帯に被保険者が1人だけの場合は、「年金収入＋その他の合計所得金額（事業収入や給与収入等から必要経費や給与所得控除等を差し引いた後の金額）」が200万円以上ある場合、その被保険者は、原則として一定以上所得のある方となり、また、その世帯に被保険者が2人以上いる場合は、その世帯の被保険者の「年金収入＋その他	保険料 (年額)	=	被保険者均等割額 1人当たり57,172円	+	所得割額 所得金額×11.75% (注1)
保険料 (年額)	=	被保険者均等割額 1人当たり57,172円	+	所得割額 所得金額×11.75% (注1)		

の合計所得金額」が合計320万円以上ある場合、原則として、その世帯の全ての被保険者が一定以上所得のある方となります。

※ 現役並み所得の方の判定基準：

「地方税法上の各種所得控除後の所得(課税標準額)」が145万円以上ある被保険者及びその方と同じ世帯に属する被保険者は、原則としてその世帯の全ての被保険者が現役並み所得の方となります。

- 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額が高額療養費として払い戻されます（入院の場合の自己負担限度額は、世帯単位の限度額となります）。

【1ヶ月の自己負担限度額（高額療養費）】

所得区分		外来受診(個人単位)	外来受診(個人単位) + 入院(世帯単位)
現役並み所得の方	課税所得690万円以上	252,600円+ (医療費の総額-842,000円) × 1% ※1 <140,100円>	
	課税所得380万円以上690万円未満	167,400円+ (医療費の総額-558,000円) × 1% ※1 <93,000円>	
	課税所得145万円以上380万円未満	80,100円+ (医療費の総額-267,000円) × 1% ※1 <44,400円>	
一定以上所得のある方		6,000円+ (外来個人の総医療費-30,000) × 0.1又は18,000円のいずれか低い方 ※2 年間上限額144,000円	57,600円 ※1 <44,000>
一般の方		18,000円 ※2 年間上限額144,000円	57,600円 ※1 <44,400円>
うち、非課税世帯の方	低所得Ⅱ	8,000円	24,600円
	低所得Ⅰ	8,000円	15,000円

※1 < > 内の金額は、過去12ヵ月間に3回以上高額療養費の支給があった場合の4回目以降の限度額

※2 年間上限額は、8月から翌年7月までの累計額に対して適用

	【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 所得の方	課税所得690万円以上	212万円
		課税所得380万円以上690万円未満	141万円
		課税所得145万円以上380万円未満	67万円
	一定以上所得のある方		56万円
	一般の方		56万円
	うち、 非課税 世帯の方	低所得Ⅱ	31万円
		低所得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円となる被保険者（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			

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（徴収に関するものを除く）等について 資格管理課（電話）06-4790-2028 ・高額療養費、健康診査、医療費通知等について 給付課（電話）06-4790-2031 ・予算、広報、議会等について 総務企画課（電話）06-4790-2029
	又はお住いの市町村後期高齢者医療制度担当窓口（資料編16ページ） ※保険料の徴収に関することは、お住いの市町村へお問い合わせください