

FP知識  
シリーズ

プランニング必須の知識を学ぶ

# 医療・介護編

追補版

平成28年5月制作

## ◆平成28年4月制度改正対応版

この冊子は平成27年5月29日発刊の本誌テキスト『FP知識シリーズ／医療・介護編』の内容を補完するものです。最新データに更新されたページは、本誌の該当ページに貼りこんで使用できるよう、裏面は白地になっております。ミシン目で切り離してご使用ください。

FPS

セールス手帖社保険FPS研究所

# 目次

## 最新データ更新ページ

本誌該当ページ	更新内容	ページ
P16：(2)①の6行目～、標準報酬月額等級表	平成28年4月から標準報酬月額等級区分の改訂が行われ、48～50級の3区分が新設されたため、その内容を追加。あわせて参考情報を割愛	1
P17：(3)②の5～7行目	標準報酬月額の定時決定で短時間労働者を適用する場合、標準報酬月額の計算対象から除外する支払基礎日数の条件が「11日未満」となる旨の記載を追加	3
P18：5～11行目	全国健康保険協会の保険料率改訂に伴う数値変更	5
P19：(6)の2行目、同4～8行目	平成28年4月から標準賞与額の年間総額の上限が573万円に引き上げられたため、該当箇所を修正。全国健康保険協会の保険料率改訂に伴う数値変更	7
P22：2行目、下から2行目	療養の給付に含まれないものに平成28年度創設の患者申出療養を追加。健康保険における「現役並み所得者」の考え方を正確に表現するため「課税所得」の記載を削除。それに伴いP22～23の本文が移動	9
P23：1～5行目		11
P25：4行目、入院時食事療養費標準負担額の表	入院時食事療養費の一食あたりの標準負担額が「一般」の場合、260円から360円に引き上げられたため、該当箇所を修正	13
P27：1～15行目	保険外併用療養費についての説明文に平成28年度創設の患者申出療養を追加し、あわせて全体を改稿	15
P36：12行目～	傷病手当金の支給金額計算方法変更に伴う記載変更。補足・参考情報の割愛	17
P42：9行目	出産手当金の支給金額計算方法が変更されたことに伴う記載変更	19
P43：下から2行目	傷病手当金および出産手当金の支給金額計算方法が変更され、従来の「標準報酬日額の3分の2」ではなくなったため、該当箇所の表現を修正	21
P50：5～16行目	全国健康保険協会と健康保険組合における一般保険料率の範囲変更および同協会都道府県単位保険料率の年度改定に伴う記載変更	23
P58：6行目	標準賞与額の年間総額の上限が573万円に引き上げられたため該当箇所を修正	25
P59：(12)の2行目	傷病手当金の支給金額計算方法が変更されたことに伴う記載変更	27
P60：(14)の3行目	出産手当金の支給金額計算方法が変更されたことに伴う記載変更	29
P67：(5)の1行目	保険外併用療養費についての説明文に平成28年度創設の患者申出療養を追加	31
P74：表の下	平成29年1月1日から同33年12月31日の期間、医療費控除の特例として導入されるスイッチOTC医薬品控除についての説明を追加	33
P75：12～13行目	男女の平均寿命を平成26年簡易生命表の数値に更新	35
P82：下から3行目～	地域支援事業についての説明文を改稿	37
P83：図表、①の末尾の※印	介護予防・日常生活支援総合事業を導入する市区町村において介護サービスの利用手続きが変更されるため図表を改訂。介護サービス利用料に「一定以上の所得のある者」の保険給付割合・自己負担割合が変更されたため語尾を変更	39
P84：冒頭、表内の3行目、同8行目、同24行目		41
P86：16行目	P83の本文末尾4行がP84冒頭に移動。要支援者の在宅サービスのうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護に（平成29年度まで）の期限を追加。要介護者の地域密着型サービスのうち従来の「複合型サービス」が「看護小規模多機能型居宅介護」に名称変更。さらに「地域密着型通所介護」を追加	43
P87：全体	地域支援事業についての説明文を、平成29年度までに導入が進められている介護予防・日常生活支援総合事業の内容に改訂。あわせて参考情報を一部割愛	45
P90：③の5行目、最下段の※印	高額介護サービス費の支給例外として例示した「福祉用具購入、住宅改修の1割負担分」に「または2割」を追加。高額介護サービス費の1カ月あたりの負担限度額で「現役並み所得者」の世帯に44,400円の限度額が設定されたため語尾を変更	47
P100～102：全体	「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が平成27年5月に成立した旨の記述に変更するほか、全体の記述を平成28年4月現在の内容に更新。同法施行で導入される紹介状なしの特定機能病院・大病院受診時の定額負担の徴収額を補足	49
P101：③(ii)の5行目		53
P104：④の末尾、⑤の4行目	平成28年8月から非課税年金も収入として勘案し補足給付対象者を判定することになるため語尾を変更。平成27年8月から高額介護サービス費における「現役並み所得者」の自己負担限度額が44,400円に引き上げられているため語尾を変更	55
P106：表	協会けんぽの都道府県単位保険料率を平成28年度の新しい料率に改訂	57

- 本書の全部または一部の複製・複製転載および電子データへの変換・ネットワーク上への入力等は、著作権法上の例外を除いて、禁止します。利用されたい場合は、事前に小社あてにご連絡ください。
- 小社調査データの使用については、小社への使用許諾が必要ですので、あらかじめお問い合わせください。その他の各種調査データの内容・使用等の確認は、それぞれの出典元に直接お問い合わせください。
- 落丁・乱丁本はお取り替えいたします。

## 《 参考 》

会社の給与規程により賞与を年4回以上支給することが定められている場合、あるいは給与規程になくても1年間に4回以上賞与が支給された場合、その賞与は報酬の対象となります。

賞与、期末手当、決算手当など、名称は異なっても同一性質とみなされるものは、合わせて支給回数がカウントされます。例えば、夏、冬の賞与と半期ごとの期末手当が支給される場合は、合わせて4回の支給となりますから、報酬の対象になります。

## (2) 保険料（標準報酬月額）

## ①標準報酬月額

月々の給与にかかる保険料は、給与そのものの額ではなく、報酬の一定範囲ごとに設定されている標準報酬月額に保険料率を掛けて求めます。被保険者が受ける給与は、月給、週給、日給、歩合給など、さまざまですが、すべて月給に換算します。

標準報酬月額とは給与額を一定のルールで区分したものです。具体的には1等級5万8,000円から50等級139万円までの50段階に分かれています。

## ■標準報酬月額等級

標準報酬月額		報酬月額		標準報酬月額		報酬月額	
等級	月額(円)	円以上	円未満	等級	月額(円)	円以上	円未満
1	58,000	~	63,000	26	380,000	370,000	~ 395,000
2	68,000	63,000	~ 73,000	27	410,000	395,000	~ 425,000
3	78,000	73,000	~ 83,000	28	440,000	425,000	~ 455,000
4	88,000	83,000	~ 93,000	29	470,000	455,000	~ 485,000
5	98,000	93,000	~ 101,000	30	500,000	485,000	~ 515,000
6	104,000	101,000	~ 107,000	31	530,000	515,000	~ 545,000
7	110,000	107,000	~ 114,000	32	560,000	545,000	~ 575,000
8	118,000	114,000	~ 122,000	33	590,000	575,000	~ 605,000
9	126,000	122,000	~ 130,000	34	620,000	605,000	~ 635,000
10	134,000	130,000	~ 138,000	35	650,000	635,000	~ 665,000
11	142,000	138,000	~ 146,000	36	680,000	665,000	~ 695,000
12	150,000	146,000	~ 155,000	37	710,000	695,000	~ 730,000
13	160,000	155,000	~ 165,000	38	750,000	730,000	~ 770,000
14	170,000	165,000	~ 175,000	39	790,000	770,000	~ 810,000
15	180,000	175,000	~ 185,000	40	830,000	810,000	~ 855,000
16	190,000	185,000	~ 195,000	41	880,000	855,000	~ 905,000
17	200,000	195,000	~ 210,000	42	930,000	905,000	~ 955,000
18	220,000	210,000	~ 230,000	43	980,000	955,000	~ 1,005,000
19	240,000	230,000	~ 250,000	44	1,030,000	1,005,000	~ 1,055,000
20	260,000	250,000	~ 270,000	45	1,090,000	1,055,000	~ 1,115,000
21	280,000	270,000	~ 290,000	46	1,150,000	1,115,000	~ 1,175,000
22	300,000	290,000	~ 310,000	47	1,210,000	1,175,000	~ 1,235,000
23	320,000	310,000	~ 330,000	48	1,270,000	1,235,000	~ 1,295,000
24	340,000	330,000	~ 350,000	49	1,330,000	1,295,000	~ 1,355,000
25	360,000	350,000	~ 370,000	50	1,390,000	1,355,000	~

標準報酬月額は保険料を計算するときだけでなく、傷病手当金・出産手当金を計算するときにも使われます。

### (3) 標準報酬月額決め方

#### ① 資格取得時決定

入社時に資格取得届を提出するときの標準報酬月額です。固定給の他にも残業手当の変動給の見込み額や、通勤手当などの非課税部分も含んで計算します。

#### ② 定時決定

入社2年目以降は、毎年4・5・6月に支払われた賃金の平均を基に計算します。事業主は、計算した賃金の毎年7月1日現在使用している被保険者の報酬月額を、7月10日までに算定基礎届として保険者に提出します。保険者によって決定された標準報酬月額が、9月から翌年の8月まで適用されます。なお、支払基礎日数が17日未満（※平成28年10月から短時間労働者を適用対象とするにあたっては11日未満が追加予定）の月については、標準報酬月額の計算から除くことになっています。

ただし、次の事項に該当する人の定時決定は行われません。

- ・ 6月1日から7月1日の間に被保険者となった人
- ・ 7月から9月までのいずれかの月に随時改定または、育児休業等を終了した際の改定が行われる人

なお、平成23年度より過去1年間の月平均報酬額と、4～6月に算定された標準報酬月額との間に2等級以上の差が生じる場合は、前年7月から6月の月平均報酬月額を定時決定の際の標準報酬月額とすることができるようになっています。

#### ③ 随時改定

昇給などによって固定的賃金が変わった場合に、その変わった後3カ月の平均が、従来の標準報酬月額の等級と比べて2等級以上の上下があった場合は、その翌月から新しい標準報酬月額が適用されます。

#### ④ 産前産後休業を終了した際の改定

産前産後休業終了日に産前産後休業に係る子を養育している被保険者が職場復帰し報酬が変わった場合には、随時改定に該当しなくても1等級以上の変動があれば復帰後3カ月間の報酬月額の平均によって標準報酬月額が改定されます。

#### ⑤ 育児休業等を終了した際の改定

育児休業等の終了日に3歳未満の子を養育している被保険者が職場復帰し報酬が変わった場合には、随時改定に該当しなくても1等級以上の変動があれば復帰後3カ月間の報酬月額の平均によって標準報酬月額が改定されます。

#### 《 参考 》

標準報酬月額は上記5つの方法によって定められますが、その原則的な方法で算定することが困難な場合や実際の額とかけ離れてしまう場合は、保険者が報酬月額を算定する方法があります。これを『保険者算定』といいます。

〈例〉・病気欠勤のため、4・5・6月の3カ月間にまったく報酬を受けない場合



- ・さかのぼり昇給があり、4・5・6月の3カ月間に差額支給があった場合
- ・4・5・6月の3カ月間に低額の休職給を受けたとき
- ・育児休業中で報酬を受けていないとき など

保険料は標準報酬月額に保険料率を掛けて算出します。

加入する保険が全国健康保険協会の東京都の場合、保険料率が1,000分の99.6（介護保険第2号被保険者に該当する人は介護保険料率1,000分の15.8が加わり1,000分の115.4）であるため、標準報酬月額20万円の場合、保険料は19,920円（介護保険第2号被保険者に該当する人は23,080円）ということになります（P.106参照）。

これを会社と従業員が折半するので、それぞれの負担は9,960円ずつ（介護保険第2号被保険者に該当する人は11,540円）となります。

### 《Q & A》

**Q1** 従業員に6カ月単位で購入した定期券を支給した場合はどのようにしたらいいのでしょうか？

**A** ■定期券を購入して支給した場合は、その額をそれぞれの月数で割って、1カ月当たりの額を算出し、報酬に含めます。

**Q2** 4月に定期昇給がありますが、昇給分については5月に差額を含めて支給しました。この場合、定時決定の算定基礎届は必要でしょうか？

**A** ■この場合、算定基礎届は必要ありません。月額変更届の対象となります。定期昇給は4月ですが、5月に差額支給が行われていますので、固定的賃金に変動があった月を5月として以後3カ月間（5・6・7月）が計算の基礎となり、8月から標準報酬月額が変更されます。したがって、随時改定の対象になり、定時決定の算定基礎届の必要はありません。

**Q3** 7月1日に退職した人の算定基礎届は必要でしょうか？

**A** ■算定基礎届は、7月1日現在の被保険者が対象となります。したがって、7月1日以降に退職した人（7月1日に退職した人の資格喪失日は7月2日）についても、算定基礎届は必要となります。

#### (4) 任意継続被保険者の標準報酬月額決め方

任意継続被保険者の標準報酬月額については、次のいずれか少ない額を標準報酬月額とします。

- ①その任意継続被保険者が退職したときの標準報酬月額
- ②前年（1月から3月までの標準報酬月額は前々年）の9月30日のその加入していた保険者の標準報酬月額を平均した額

#### (5) 特例退職被保険者の標準報酬月額決め方

特例退職被保険者の標準報酬月額については、一定の範囲内でその特定健康保険組合の規約で定めた額とします。

#### (6) 標準賞与額決め方

賞与の1,000円未満の端数を切り捨てた額を標準賞与額とします。その年間賞与総額が573万円を超えるときは、**573万円**とします。標準賞与額についても標準報酬月額と同様に都道府県単位の保険料率を掛けて算出します。

加入する保険が全国健康保険協会の東京都の場合、保険料率が1,000分の99.6（介護保険第2号被保険者に該当する人は1,000分の115.4）なので、標準賞与額が100万円の場合、保険料は99,600円（介護保険第2号被保険者に該当する人は115,400円）となります。これを会社と従業員が折半するので、それぞれの負担分は49,800円（介護保険第2号被保険者に該当する人は57,700円）となります。

なお、年間賞与総額の起算日は4月1日からで、翌年3月31日までとなります。

## 4 届出等

適用事業所の事業主等は、以下の届出が義務付けられています。

### (1) 事業主が行う届出・報告等

届出事項	提出期限	提出先
報酬月額算定基礎届	7月10日まで	保険者
報酬月額変更届	速やかに	保険者
被保険者賞与支払届	5日以内	保険者
代理人選任または解任の届	あらかじめ	保険者
被保険者資格取得届	5日以内	保険者
被保険者資格喪失届	5日以内	保険者
被保険者が少年院、監獄等に入院、拘禁または留置されたときの届出	5日以内	保険者
事業主、事業主の氏名または住所及び事業所の名称または所在地の変更の届出	5日以内	保険者
被保険者氏名変更	遅滞なく	保険者
新規適用届	5日以内	保険者
適用事業所全喪届	5日以内	保険者

療養の給付には、入院した際の食事療養、生活療養や保険外併用療養費の評価療養、選定療養、患者申出療養（P.27参照）は含まれません。また、介護保険法に規定する指定介護療養施設サービスを行う療養病床等に入院している人に対しては、介護保険が優先して保険給付される場合は、健康保険の療養の給付はされません。

### (i) 療養の給付の受け方

- ・健康保険を扱っている病院・診療所に『被保険者証』を提出します。
- ・一部負担金を支払い、診察・治療・薬の支給・入院などの治療を、治るまで受けることができます。また、医師の処方せんをもらった場合は、保険薬局で薬剤の調剤をしてもらうことができます。

### (ii) 一部負担金

被保険者が病気やけがをしたときは、被保険者証を保険医療機関に提出することにより、必要な治療などを受けることができます。

この場合には、医療機関の窓口において診療費の3割（年齢に応じて1割・2割のケースあり）に相当する一部負担金（入院時の食事に要する費用を除く）を支払うこととなります（10円未満は四捨五入）。

\* 窓口で支払う一部負担金の支払いが多額となった場合、本人の申請による高額療養費が支給されるまでの間、当座の支払いに充てるための資金を貸し付ける制度が設けられています。全国健康保険協会の場合は、高額療養費の支給見込み額の8割相当額が無利子で貸し付けられます。この貸付申し込みの窓口は、全国健康保険協会各支部となっています。

この窓口で支払う一部負担金は被保険者も被扶養者も下記の区分で負担する一部負担金の割合が異なります。

被保険者・被扶養者の区分	窓口での一部負担金
就学前児童	かかった医療費の2割
一般の被保険者・被扶養者	かかった医療費の3割
70歳以上の一般の被保険者・被扶養者	かかった医療費の2割（※1）
70歳以上の現役並み所得者（※2）・被扶養者	かかった医療費の3割

\* 75歳以上の人は後期高齢者医療制度に加入するため、上記の表には当てはまりません。

※1：70歳以上75歳未満の場合、平成26年4月1日までに70歳の誕生日を迎えた人は1割負担になります。

※2：現役並み所得者とは、標準報酬月額が28万円以上である場合のことです。被保険者およびその被扶養者の収入の額が520万円（被扶養者がいない場合

は383万円)に満たないものは申請により適用となりません。また、その被扶養者が後期高齢者医療制度の被保険者となることに伴い、収入が変わらないにもかかわらず、現役並み所得者と判定される場合、被保険者であった者との年収の合計が520万円未満の場合は、申請により1割負担となります。

### (iii) 療養の給付を行う病院、診療所、薬局

健康保険では、厚生労働大臣の指定を受けた病院や診療所が、療養の給付を行う仕組みになっています。このような病院、診療所を保険医療機関といいます。

被保険者が病気やけがをしたとき、被保険者証があればどの病院にでもかかれるというのではなく、この保険医療機関にかからなければ、健康保険の診療を受けることはできません。

薬局の場合も、健康保険で薬を受け取ることができるのは、厚生労働大臣から指定を受けた薬局に限られ、これを保険薬局といいます。

この他にも、健康保険でかけられる医療機関としては、保険者が指定する病院など、例えば、健康保険組合の直営病院があります。

これらは、指定した保険者または、直営する健康保険組合に所属する被保険者と被扶養者に限って療養の給付を受けることができます。また健康保険組合は規約で、一部負担金(窓口分)を減額したり、支払わなくてもよいという定めをすることもできます。

### 《 参考 》

医師の手当てを必要とする異常分娩の場合、保険医療機関において手当てを受けたときには、療養の給付として保険の対象となりますが、正常分娩の場合においては医師の手当てを受けても療養の給付の対象外とされ、手当てにかかった費用は自費として被保険者が負担しなければなりません。

### 《Q & A》

**Q**

今年は、会社の健康診断を受けそびれてしまいました。もし個人で受けるとしたら、被保険者証を提示して、保険で健康診断を受けられますか？

**A**

健康診断や人間ドックのために病院にかかった場合、健康保険は使えませんので、費用の全額を自分で払うことになります。健康保険は、病気やけがで治療などが必要なときに使うものなのです。



する月の翌月以降にある被保険者のこと。

食事療養費	－	標準負担額	＝	入院時食事療養費
-------	---	-------	---	----------

入院時食事療養費は、療養費となっていますが、保険者が被保険者に代わって医療機関にその費用を直接支払うこととなっており、患者は標準負担額（1食あたり360円）だけを支払うことになります。

標準負担額は、平均的な家計の食費を勘案して、厚生労働大臣が定めることとなっています。また、市町村民税非課税世帯と標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の要保護者となる世帯（以下、「低所得者世帯」）の人、および市町村民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない人（70歳以上の高齢受給者に限る）については、別な扱いとなります。

一般	1食 360円
市町村民税非課税世帯の人	1食 210円
市町村民税非課税世帯の人で91日目以降の入院患者	1食 160円
市町村民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の高齢受給者	1食 100円

また、標準負担額など食事療養費に要した自己負担額については、高額療養費の対象から除外されることとなっています。

標準負担額の軽減措置を受ける場合は『健康保険標準負担額減額申請書』（70歳以上の場合は『健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書』）に被保険者証と低所得の証明書を添付して、保険者に提出します。

申請が認められると『標準負担額減額認定証』（70歳以上の場合は『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』）が交付されますから、被保険者証と標準負担額減額認定証を医療機関の窓口へ提出することで標準負担額の軽減措置が受けられます。

低所得の証明は、低所得者世帯（市町村民税の非課税世帯）の人については、住所地の市区役所または町村役場等で証明を受けた市町村民税の非課税証明、所得が一定基準に満たない場合は非課税証明に給与や年金の源泉徴収票、生活保護法の要保護者については福祉事務所長が行う標準負担額認定該当の証明となります。

#### ☆入院時生活療養費（給付の種類－④）

特定長期入院被保険者の生活療養（食事療養ならびに温度、照明および給水に関する適切な療養環境の形成である療養をいう）に要した費用について、保険給付として入院時生活療養費の給付を受けられます。

入院時生活療養費の額は、生活療養に要する平均的な費用の額を勘案して算定した額から、平均的な家計における食費および光熱水費の状況等を勘案して厚生労働大臣が定める生活療養標準負担額（所得の状況（※1）、病状の程度、治療の内容（※2）その他の状況をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に軽減して定める額）を控除した額となっています。

保険外併用療養費の対象となる医療サービスは、病室の快適さなど患者が選択する「選定療養」と、将来、保険治療に導入するかどうか検討するための「評価療養」と「患者申出療養」に区分されます。

■「選定療養」（保険導入を前提としないもの）の一例

- ・いわゆる差額ベッドで、個人の希望により個室などに入院する場合の特別室の提供
- ・紹介制の大病院などで紹介状なしに受診したときや、予約診療・診療時間外の診療をした場合 ほか

■「評価療養」（保険導入のための評価を行うもの）の一例

- ・大学病院などで、新薬や新しい治療法による治療を受けた場合の先進医療（通常の診療、検査、入院などの医療費は保険対象）
- ・有効性や安全性等は確認されていても、社会保険では未だ適用となっていない医療品や医療機器について、先行して使用した場合 ほか

■「患者申出療養」（保険導入のための評価を行うもの）

- ・従来の「評価療養」とは別に、新たな保険外併用療養の仕組みとして創設されたもの（平成28年度より）。未承認薬などを迅速に保険外併用療養として使用したいという困難な病気と闘う患者の思いに応える、患者からの申出を起点とする新たな仕組み。将来的な保険適用につなげるためのデータ・科学的根拠を集積することを目的としている

医療機関等が保険外併用療養費の対象となる医療を行う場合は、あらかじめ患者に対して、その内容と費用に関して説明を行い、その同意を文書により受けなければなりません。

☆療養費（給付の種類－⑥）

健康保険では、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示して診療を受ける『現物給付』が原則となっていますが、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど特別な場合には、その費用について、療養費が支給されます。

現物給付…療養の給付
現金給付…療養費

療養費が受けられるときは

(a) 保険診療を受けるのが困難なとき

〈例えば〉

- ・事業主が資格取得届の手続き中で被保険者証が未交付のため、保険診療が受

傷病手当金は、被保険者が病気やけがのために働くことができず、連続して3日以上勤めを休んでいるときに、4日目から1年6カ月の範囲内で支給されます。

ただし、休んだ期間について事業主から傷病手当金の額より多い報酬額の支給を受けた場合には、傷病手当金は支給されません。

### (i) 支給の要件

傷病手当金は被保険者（任意継続被保険者を除きます）が次の要件をすべて満たした場合に支給されます。

- ・療養のためであること
- ・労務に服することができないこと
- ・継続した3日間の待期間を満たしていること

### (ii) 支給される金額

支給額は、病気やけがで休んだ期間、1日につき「支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間」の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額です。また、入社1年未満の場合は「直近の継続した各月の標準報酬月額の平均の30分の1」または「支給開始前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均の30分の1」のいずれか少ない額の3分の2に相当する額となります。

なお、働くことができない期間について、下記に該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されることとなります。

- ・事業主から報酬の支給を受けた場合
- ・同一の傷病により障害厚生年金を受けている場合（同一の傷病による国民年金の障害基礎年金を受けるときは、その合計額）
- ・退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金または退職共済年金などを受けている場合（複数の老齢給付を受けるときは、その合計額）
- ・出産手当金が支給された場合

\* 支給日額が傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はありません。

\* 支給日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給することとなります。

### (iii) 待期間について

傷病手当金は、病気やけがで休んだ期間のうち、最初の連続した3日を除き4日目から支給されます。この最初の3日間を待期間といいます。

れる場合は、出産手当金は支給されません。

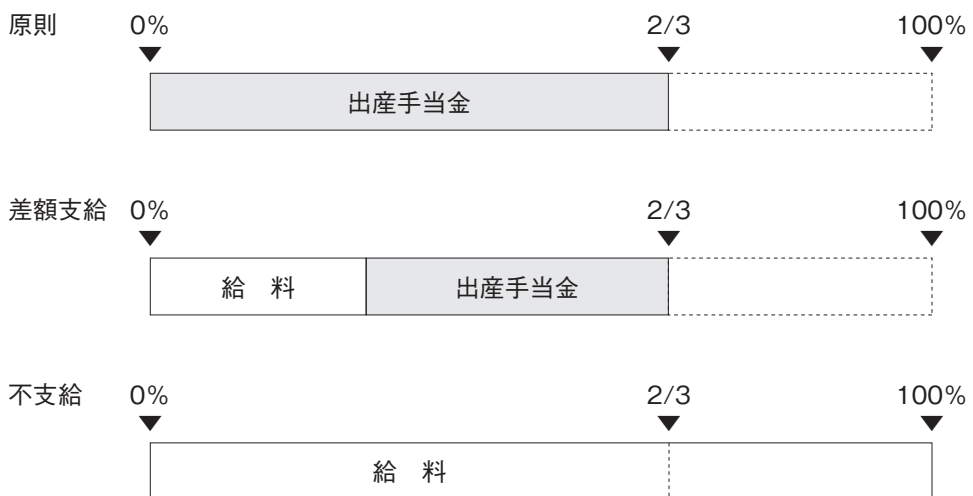
### (ii) 出産が予定より遅れた場合

予定日より遅れて出産した場合は、支給期間が出産予定日以前42日（双子以上の場合は98日）から出産日後56日の範囲内となっていますので、実際に出産した日までの期間も支給されることになります。

例えば、実際の出産が予定より4日遅れたという場合は、その4日分についても出産手当金が支給されます。

### (iii) 支給される金額

出産手当金は、1日につき「支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間」の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額です。また、入社1年未満の場合は「直近の継続した各月の標準報酬月額の平均の30分の1」または「支給開始前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均の30分の1」のいずれか少ない額の3分の2に相当する額となります。会社を休んだ期間について、事業主から報酬を受けられる場合は、その報酬の額を差し引いた額が出産手当金として支給されます。



### ☆家族出産育児一時金（給付の種類－⑯）

被扶養者が出産したときは、1児ごとに42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関において出産したときは40.4万円）が、家族出産育児一時金として被保険者に支給されます。配偶者以外であっても、被扶養者であれば支給の対象となります。

被保険者に支給されるものですから、被保険者が死亡した後の出産、被保険者が会社をやめた後の出産については、家族出産育児一時金は支給されません。

## ◆亡くなったときの保険給付

### ☆埋葬料（給付の種類－⑰）

被保険者が亡くなったときは、埋葬を行う人に埋葬料または埋葬費が支給されます。埋葬にかかった費用には、霊柩代、霊柩車代、火葬料、僧侶への謝礼、祭壇一式料などが含まれますが、葬式の際の飲食代、香典返しなどの費用は含まれません。

#### （i）埋葬料

被保険者が死亡したときは、埋葬を行った家族（被保険者に生計を維持されていた人であれば、被扶養者でなくても構いません）に一律5万円の埋葬料が支給されます。

#### （ii）埋葬費

死亡した被保険者に家族がいないときは、埋葬を行った人に、5万円の範囲内で埋葬にかかった費用が埋葬費として支給されます。

### ☆家族埋葬料（給付の種類－⑱）

被扶養者が亡くなったときは、被保険者に対し家族埋葬料として5万円が支給されます。

家族埋葬料を支給するのは、被扶養者の死亡に限るので、死産児については、支給されません。

## （5）資格喪失後の保険給付

健康保険の保険給付は、被保険者に対して行われるのが原則ですが、退職などにより被保険者でなくなった（資格喪失）後においても、一定の条件のもとに次の保険給付が行われます。

- ・ 傷病手当金または出産手当金の継続給付
- ・ 資格喪失後の死亡に関する給付
- ・ 資格喪失後の出産育児一時金の給付

### ☆傷病手当金または出産手当金の継続給付

資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上被保険者であった人は、資格を喪失した際に現に受けていた傷病手当金または出産手当金を、そのまま引き続き受けることができます。

\* 傷病手当金は、病気やけがで休み始めて3日間の待期間が終わった4日目から支給されます。被保険者が休み始めて3日目に退職したときには、支給が始まっていないので「現に受けていた」状態ではないとみなされ、傷病手当金は支給されません。

\* また、それとは逆に、実際には受けていなくても「受けられる状態」であれば支給されます。「受けられる状態」とは、退職の際、傷病手当金または出産手当金の要件を満たしていたものの、その日について給与が傷病手当金または出産手当金の日額以上あることにより支給が停止されている場合のことです。



### ①保険料の額

保険料は、被保険者である期間の各月について徴収されます。保険料の額は、被保険者の標準報酬月額および標準賞与額に保険料率（一般保険料率+介護保険料率）を掛けた額となります。

全国健康保険協会の一般保険料率は、1,000分の30から1,000分の130の範囲内において都道府県ごとに協会が決定します。平成28年4月現在、都道府県単位保険料率で最も高いのは佐賀県の10.33%、最も低いのは新潟県9.79%で、全国平均では10.0%（詳細はP.106の表を参照）となっています（介護保険料については、全国一律の1.58%が加わります）。

なお、任意継続被保険者についても一般の被保険者同様、標準報酬月額に保険料率を掛けた額が保険料の額となりますが、任意継続被保険者の標準報酬月額は、被保険者でなくなったとき（退職したとき）のその人の標準報酬月額と、その任意継続被保険者の所属する保険者（全国健康保険協会）に加入している全被保険者の前年度の9月30日現在の平均標準報酬月額とを比較して、いずれか低い方の額となります。

健康保険組合の一般保険料率は、1,000分の30から1,000分の130までの範囲内で、厚生労働大臣の認可を受けて健康保険組合ごとに決定することができます。

### ②保険料の負担

保険料は、事業主と被保険者が折半で負担します。ただし、健康保険組合の場合は、規約で決めて事業主の負担割合を増すことができます。

なお、任意継続被保険者の保険料は、全額本人負担です。

### ③保険料の納付手続と納付期日

事業主は、事業主負担分と被保険者負担分をあわせた保険料を保険者に納付する義務があります。この場合、被保険者の負担する分については、事業主は被保険者に支払う賃金から前月分の保険料を控除することができます。被保険者の負担する保険料を賃金から控除したときは、それを被保険者に知らせなければなりません。

保険料の納付期限は、翌月の末日です。保険料の納付は口座振替のほか、送付されてくる納入告知書により金融機関等で納めます。

なお、任意継続被保険者の保険料の納付期限は、初めて納付する場合は保険者の指定する日とされ、それ以降の月分は、その月の10日ですが、半年分または1年分を前納することもできます。

### ④育児休業期間中の保険料免除

「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に規定する育児休業等をしている被保険者を使用する事業主が保険者に申し出ることにより、その育児休業等を取得している被保険者負担分およびその事業主負担分の保険料が免除となります。

## (8) 賞与が支払われたとき

健康保険・厚生年金保険とも賞与が支払われたときは、被保険者賞与支払届が必要となります。この届出は、保険料の額の基礎となる標準賞与額を決めるものです。

標準賞与額とは、各被保険者への1回ごとの賞与等支給額の1,000円未満を切り捨てたものです。また、標準賞与額には上限が設けられており、健康保険では年間573万円、厚生年金では150万円となっています。

届出名	健康保険・厚生年金保険 被保険者賞与支払届
届出者	事業主
添付書類	健康保険・厚生年金保険 被保険者賞与支払届総括表
提出期限	5日以内
その他の留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年間に4回以上支払われる賞与は、標準報酬月額算定の対象となりますので、この届出は不要となります。</li> <li>・届書は、年金事務所などにおいて全被保険者の氏名・生年月日などが記され、事前に事業所に送付されます。</li> </ul>

## (9) 被保険者証を紛失（き損）してしまったとき

被保険者証再交付申請書の提出により被保険者証の交付が受けられます。

被保険者証を失くしたり、誤ってき損してしまったりしたときには、被保険者証再交付申請書を提出することにより被保険者証の交付が受けられます。

申請書名	健康保険被保険者証再交付申請書
申請者	被保険者（事業主経由）
添付書類	該当する人の健康保険被保険者証（滅失の場合は除く）
提出期限	速やかに
その他の留意点	申請書名の被保険者証再交付理由（滅失・き損・その他）を○で囲みます。

## (10) 急病などで立て替え払いをしたとき

旅行先などで急病やけがのため、保険証を持たずにやむを得ず病院等で診察を受け、立て替え払いをしたときは、申請により療養費が支給されます。

健康保険で診療を受ける場合は、病院等の窓口で被保険者証を提出することが原則ですが、被保険者証を持っていなかったときなど、やむを得ず自費で診療を受けた場合、保険診療の料金を基準として計算した額から自己負担額を差し引いた額が、申請により療養費として払い戻されます。

申請書名	健康保険被保険者・家族療養費支給申請書
申請者	被保険者
添付書類	領収（診療）明細書
提出期限	速やかに
その他の留意点	保険診療の対象とならない診療を受けた場合は支給されません。

### （11）医療費が高額になったとき

病院などで診療を受け、1カ月の自己負担額（食事療養にかかる標準負担額を除く）が高額となった場合、一定の金額を超えた場合は、それを超えた分が申請により高額療養費として払い戻されます（入院の場合は医療機関で処理します）。

申請書名	健康保険被保険者・被扶養者・世帯合算高額療養費支給申請書
申請者	被保険者
添付書類	低所得の場合は非課税証明書
提出期限	速やかに
その他の留意点	外来および多数該当の場合の高額療養費は、申請から支給を受けるまで2～3カ月程度かかりますので、「高額医療費貸付金貸付申請書」を全国健康保険協会各支部等に申請することによって高額医療費貸付制度を利用することができます。

### （12）病気やけがで仕事に就けなかったとき

病気やけがの療養のため仕事に就けず給与の支払いがないときは、請求により休んだ日1日につき原則として「支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間」の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額（入社1年未満の場合は「直近の継続した各月の標準報酬月額の平均の30分の1」または「支給開始前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均の30分の1」のいずれか少ない額の3分の2に相当する額）が、傷病手当金として1年6カ月の範囲内で支給されます。

申請書名	健康保険傷病手当金支給申請書
申請者	被保険者
添付書類	第1回申請の場合は「賃金台帳」および「出勤簿」等の写し
提出期限	速やかに
その他の留意点	最初の3日間は待期間とされていますので、休み始めて4日目から支給されることになります。なお、休んでいる期間中傷病手当金の額より少ない給与を受けているときは、その差額が支給されます。

### （13）被保険者または被扶養者が出産したとき

被保険者あるいは被扶養者が出産をしたときは、請求により1児ごとに42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関において出産したときは40.4万円）の出産育児一時金または家族出産育児一時金が支給されます。

## ●直接支払制度を利用せず出産した場合

申請書名	健康保険被保険者・家族出産育児一時金支給申請書
申請者	被保険者
添付書類	医師・助産師・市区町村の証明
提出期限	速やかに
その他の留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠4カ月（85日）以降の出産であれば、死産、流産、人工妊娠中絶であっても支給されます。</li> <li>・出産にかかる当座の費用に充てるため「出産費貸付金貸付申込書」を全国健康保険協会各支部等に申請することによって、出産費貸付制度を利用することができます。</li> </ul>

## ●直接支払制度を利用し出産後に差額分を請求する場合

申請書名	健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書
申請者	被保険者
添付書類	差額申請書として提出する場合：なし 内払金支払依頼書として提出する場合：医師・助産師・市区町村の証明
提出期限	速やかに
その他の留意点	直接支払制度による医療機関等への一時金の支払いがすでにされている場合には「差額申請書」に○をし、一時金の支払いがされていない場合には「内払金支払依頼書」に○をして提出します。

## (14) 被保険者が出産したとき

被保険者が出産のため仕事を休み給料の支払いを受けないときは、出産の日（出産予定日より遅れたときは出産予定日）以前42日（双子以上の妊娠のときは98日）から出産日後56日までの間、欠勤1日につき「支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間」の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する額（入社1年未満の場合は「直近の継続した各月の標準報酬月額の平均の30分の1」または「支給開始前年度の9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均の30分の1」のいずれか少ない額の3分の2に相当する額）が、請求により出産手当金として支給されます。

申請書名	健康保険出産手当金支給申請書
申請者	被保険者
添付書類	支給申請期間にかかる「賃金台帳」および「出勤簿」の写し
提出期限	速やかに
その他の留意点	出産手当金は、母体保護を目的としていますので、仕事に就ける状態でも実際に就いていなければ支給されます。なお、出産手当金の額より少ない給与を受けているときは、その差額が支給されます。

### (3) 入院時食事療養費

被保険者（特定長期入院被保険者（※）を除く）が病気やけがで保険医療機関に入院したときは、療養の給付とあわせて食事の給付を受けられます。標準負担額、給付の方法等は健康保険とほぼ同じです。

一般の人以外は『国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』が必要です。

※特定長期入院被保険者：療養病床への入院およびその療養に伴う世話その他の看護に係る療養を受ける際に、65歳に達する日の属する月の翌月以降にある被保険者のこと。

### (4) 入院時生活療養費

特定長期入院被保険者の生活療養（食事療養ならびに温度、照明および給水に関する適切な療養環境の形成である療養をいう）に要した費用について、保険給付として入院時生活療養費の給付を受けられます。標準負担額、給付の方法等は健康保険とほぼ同じです。

### (5) 保険外併用療養費

被保険者が自己の選定する医療機関等で評価療養または選定療養および患者申出療養を受けたときは保険外併用療養費の給付を受けられます。給付の方法等は健康保険とほぼ同じです。

### (6) 療養費

健康保険と同様に、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示して診療を受ける『現物給付』が原則となっていますが、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど特別な場合には、その費用について療養費が支給されます。給付の方法等は、以下を除き、健康保険とほぼ同じです。

健康保険との相違点は、被保険者資格証明書の交付を受けている間、療養費は支給されず、特別療養費を支給することです。



## ①医療費控除の対象となるもの

● 医師、歯科医師による診療または治療費
● 治療、療養に必要な医薬品の購入費
● 入院や通院時の電車、バス代
● 入院時に必要な食事代
● 不妊治療や人工授精費用・出産費用（ただし、出産育児一時金がある場合は差額のみ対象）
● 海外旅行先で支払った医療費
● 介護費用の自己負担分等（P.92参照）

## ②条件によっては医療費控除の対象になるもの

● 成人のおむつ代
● 患者の世話をする家政婦代
● 差額ベッド代
● マッサージ、はり、お灸（きゅう）
● 歯列の矯正費用
● 入院や通院時のタクシー代

## ③医療費控除の対象外

● 自家用車で通院する場合のガソリン代
● 健康診断、通常の人間ドック費用
● 栄養ドリンク代
● カイロプラクティック費用
● 予防接種費用
● 診断書作成代
● 眼鏡・コンタクトレンズ代

## ■医療費控除の特例【平成29年1月1日～平成33年12月31日】

セルフメディケーション（自主服薬）推進のため、健康維持や病気予防として、「一定の取り組みを行う個人」が、「一定のスイッチOTC医薬品\*」を購入した場合に、1万2,000円を超えた部分（上限8万8,000円）について医療費控除の特例が受けられます。ただし、通常の医療費控除との併用はできません。

＜一定の取り組み＞ 以下のどれかで医師の関与があるものに限ります。

・特定健康診査 ・予防接種 ・定期健康診断 ・健康診査 ・がん検診

※スイッチOTC医薬品：これまで医師の処方箋（せん）が必要だった医療用の医薬品を、街の薬局で処方箋なしで買えるようになった薬。OTCとは「Over The Counter」の略。

# 介護保険

## 1 介護保険制度の概要・目的

### (1) 介護保険

2000年（平成12年）4月にスタートした介護保険法は「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練ならびに看護および療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的とする」とされています。

介護保険を学習する上で大切なキーワードは、「加齢に伴って…」です。

いろいろな理由で介護が必要な状態になりますが、介護保険で対象となるのは原則として「加齢に伴って…」介護が必要な状態になったときです。

平成26年簡易生命表によると、日本の男性の平均寿命は80.50歳、女性の平均寿命は86.83歳と世界有数の長寿国です。介護を必要とする高齢者が増えている現在の日本では、介護期間は長期化、症状は重度化し、介護する家族も高齢化する「老老介護」の時代に入りました。

これら的高齢者を介護する家族のほとんどが女性でした。しかし近年は仕事を持つ女性が過半数を占め、核家族化も進み家庭の女性だけでは介護を支えきれなくなりました。

また男性の場合も、妻の介護を夫がするケースが増えてきましたが、夫婦間の介護でも「老老介護」になり、介護を家族が支えきれず、介護問題は社会問題にもなっています。そこで介護問題を解消し、社会全体で支えていくためのシステムとして「介護保険制度」が創設されました。

介護保険のサービスを利用するには、市区町村（市町村や特別区）から**要介護・要支援**の状態であると**認定**されなければなりません。

### (2) 要介護状態・要介護者

#### ① 要介護状態

「要介護」状態とは、「身体上または精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的動作の全部または一部について、6カ月にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって要介護状態区分（P.80参照）のいずれかに該当するもの」をいいます。

## 《 参考 》

「介護認定審査会資料」とは、コンピューターで推測された一次判定結果と認定調査項目などが記入されている申請者の資料です。

介護認定審査会では、「自立」「要支援」「要介護」の3つの判定結果を出します。

「自立」と判定された場合、介護保険の受給対象になりません。「要支援」「要介護」であれば、介護サービスを受けることができます。要介護度別にみた身体状況はP.80の表のとおりです。

この介護認定審査会の判定結果に基づいて、市区町村が認定を行います。

## 《Q &amp; A》

**Q** 介護保険の話の中で「ケアマネジャー」という人がよく出てきますが、どんな資格で、具体的に何をやる人なのでしょう？

**A** ■ 「ケアマネジャー」とは、「介護支援専門員」ともいい、サービスを利用する人の立場で事業者との連絡、調整をして、適切なケアプランを立てることなどが主な仕事です。ケアプラン作成などの重要な役割を担う、介護保険の導入によってできた専門職です。

「ケアマネジャー」は、保健・医療・福祉の分野で5年以上の経験がある下記専門職の人が「介護支援専門員実務研修受講試験」を受けて都道府県で資格を得ます。有効期限は5年とされ、更新には研修が必要とされます。

## 「ケアマネジャー」になれる専門職

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師、管理栄養士、栄養士、義肢装具士、言語聴覚士、歯科衛生士、視能訓練士、柔道整復師、精神保健福祉士など

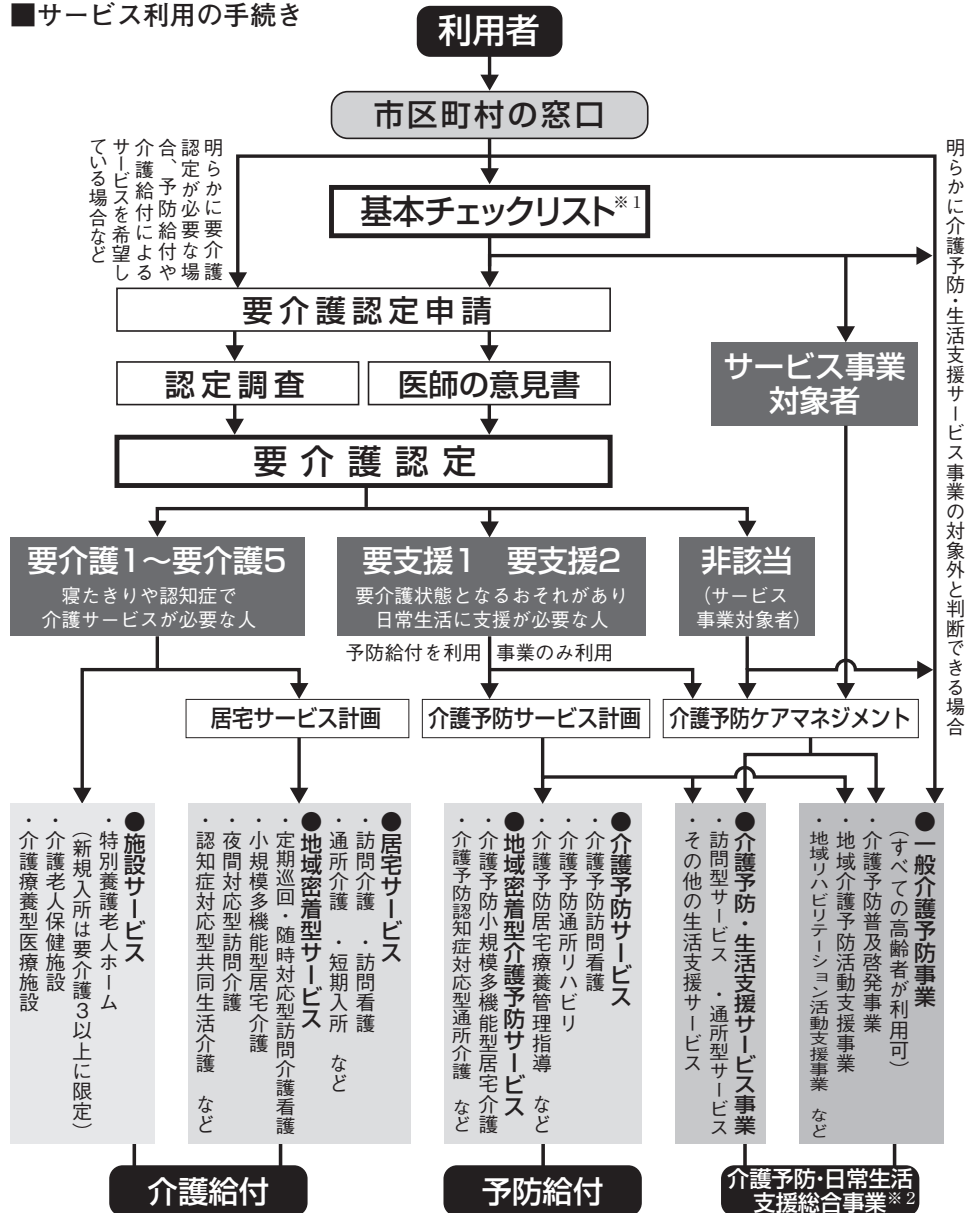
## 5 介護給付と予防給付の種類

## (1) 介護給付と予防給付

介護保険制度により受けられるサービス（保険給付）は「介護給付」と「予防給付」の2つの給付です。

そのほか「地域支援事業」というサービスがありますが、これは被保険者が要介護（要支援）状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合でも、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、市区町村が実施する事業です。

■ サービス利用の手続き



※1：基本チェックリストとは、運動機能や栄養摂取状況等を把握するためのチェックシートのもので、一定の基準に該当する場合、訪問・通所等の介護予防・生活支援サービス事業が利用できます。

※2：介護予防・日常生活支援総合事業（＝総合事業）とは、地域の実情に応じ、ボランティアやNPO等の多様な主体による多様なサービスを充実することで地域の支え合いの体制づくりを推進する事業であり、要支援者等に対する効果的・効率的な支援体制の確立を目指すものです。総合事業は介護保険制度改正により平成27年4月より開始されていますが、サービスの充実等に一定の時間が必要なことから、市区町村が条例で定める場合は事業の開始を平成29年4月まで猶予することが可能です。

なお、上記フロー図は総合事業を実施している市区町村の場合の介護保険利用の流れを示したものです。総合事業の開始時期は市区町村ごとに異なります。

① 介護給付

保険給付で介護サービスを受けた場合、原則サービス利用料の9割<sup>\*</sup>が保険で給付され、残りの1割<sup>\*</sup>を本人が負担します。ただし、介護サービス計画（ケアプラン）を作成する費用は全額が保険給付され自己負担はありません。

なお、施設サービスで介護保険施設に入所している場合、食事代や部屋代については本人負担となります。これは日常生活でもかかる費用なので公平性を考えてのことです。また、これによって自己負担が高額になる場合のために「高額介護サービス費」制度もあります。

※平成27年8月より、一定以上の所得のある者の保険給付割合は8割、自己負担割合は2割になっています。

## ②予防給付

認定区分「要支援1」「要支援2」と判定された人は予防給付の対象となります。予防給付は要支援の方に、生活機能の維持・向上を積極的に目指す観点から提供される在宅での介護予防を重視するサービスです。

## ■介護保険の給付の種類

対象者	要介護者（介護給付）	要支援者（予防給付）
給付等の種類	在宅サービス	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護</li> <li>・訪問看護</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・訪問入浴介護</li> <li>・居宅療養管理指導</li> <li>・通所介護</li> <li>・通所リハビリテーション</li> <li>・短期入所生活介護</li> <li>・短期入所療養介護</li> <li>・特定施設入居者生活介護</li> <li>・福祉用具貸与と購入</li> <li>・住宅改修</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防訪問介護(平成29年度まで)</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>・介護予防訪問入浴介護</li> <li>・介護予防居宅療養管理指導</li> <li>・介護予防通所介護(平成29年度まで)</li> <li>・介護予防通所リハビリテーション</li> <li>・介護予防短期入所生活介護</li> <li>・介護予防短期入所療養介護</li> <li>・介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>・介護予防福祉用具貸与と購入</li> <li>・介護予防住宅改修</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</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</li> <li>・地域密着型通所介護</li> </ul>	<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</li> </ul>
	施設サービス（※）	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護福祉施設サービス</li> <li>・介護保健施設サービス</li> <li>・介護療養施設サービス</li> </ul>	—
その他		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高額介護サービス費</li> <li>・高額医療合算介護サービス費</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高額居宅支援サービス費</li> <li>・高額医療合算介護予防サービス費</li> </ul>	

※施設サービスの利用料のうち食費と居住費は利用者の負担となりますが、所得に応じた減免制度があります。



## ②地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、要介護状態となっても（認知症や一人住まいであっても）、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように支援するサービスで、市区町村が主体となって行われるため、まずその市区町村の住民が利用可能となる制度です。

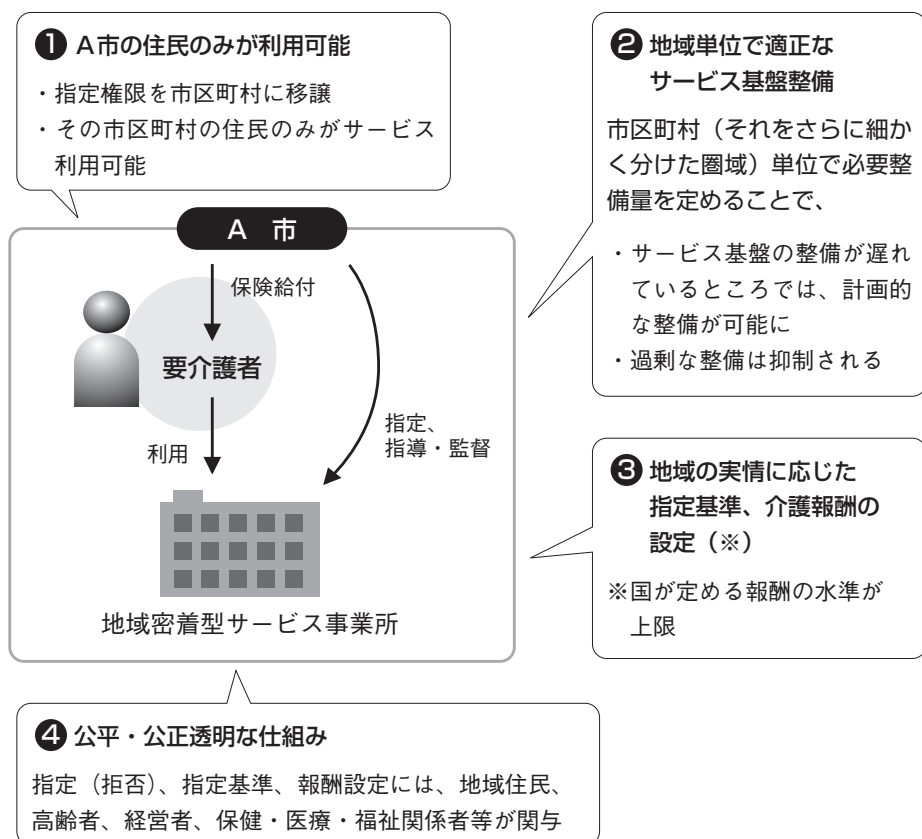
市区町村が地域単位で適正なサービス基盤整備の計画を定め、地域の実情に応じた指定基準や介護報酬を設定します。

地域密着型サービスは下記のとおりです。

- ・ 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
  - ・ 地域密着型通所介護
- (※)

上記のうち(※)印の3つは要介護者・要支援者ともに受けられるサービスですが、それ以外については要介護者のみが受けられるサービスとなっています。

### ■地域密着型サービスの仕組み



### ③介護予防・日常生活支援総合事業（＝総合事業）

介護予防・日常生活支援総合事業（＝総合事業）は、多様な主体が多様なサービスを提供し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を目指す市区町村中心の事業で、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」により構成されています。

※多様なサービスの提供等に準備期間を要することから、事業の実施には平成29年度までの猶予期間が設けられています。

#### (i) 介護予防・生活支援サービス事業

要支援者に相当する人を対象とする事業で、訪問型・通所型サービス、その他の生活支援サービス（栄養改善を目的とした配食等）などがあります。

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

#### (ii) 一般介護予防事業

要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実等、すべての高齢者を対象とした事業で、以下のものがあります。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

#### 《 参考 》地域包括支援センター

総合事業（介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業）のサービスと介護予防サービス（要支援者のみ）を組み合わせる等、介護予防ケアマネジメントの役割を担う中核機関です。

## 《 計算例 》

訪問介護の「身体介護」を1回20分以上30分未満（この場合245単位）で1カ月に8回「6級地」で利用した場合

245（身体介護：20分以上30分未満の単位数）×8回＝1,960
1,960×10.42（6級地の地域単価）＝20,423円（小数点以下切捨て）
保険給付：20,423円×0.9（9割負担）＝18,380円
利用者負担：20,423円×0.1（1割負担）＝2,043円

\* 身体介護とは、食事、入浴、衣類着脱、排泄の介護、医療機関への通院や診察の付き添いなどのこと。

\* 住んでいる地域（市区町村）によって利用者負担は違ってきますので、注意が必要です。

## ②「ケアプラン」とはなにか？

在宅で介護サービスを受けたいとき、どんなサービスを選ぶか、適しているサービスは何か、サービスの組み合わせ方などのプランを立てます。これを「ケアプラン」（介護サービスの計画書）といいます。これは、本人や家族が作成しても、また専門家が作成しても構いません。ただし、要介護認定を受けた後、利用者はこのケアプランを誰に作成してもらうのかを保険者（市区町村）に報告しなければなりません。

ケアプランの作成費用は、介護保険から全額支給されます。このケアプランの作成の専門家が「介護支援専門員（ケアマネジャー）」です。専門家に依頼すれば、ケアプランの作成だけでなく、計画に基づくサービスなどの提供が確保できるように指定サービス事業者などとの連絡調整を行うほか、便宜の提供、介護保険施設への入所が必要な場合の施設の紹介なども可能です。

## ③利用者の負担が高額になったとき（高額介護サービス費）

多くの介護サービスが必要になった場合には、利用者負担が高額になってしまいます。

介護保険では、在宅サービス・地域密着型サービスまたは施設サービスでの利用者負担が著しく高額になる場合には、「高額介護サービス費」が支給されます。ただし、福祉用具購入、住宅改修の1割または2割の負担分や、食費・居住費の負担限度額は含まれません。高額介護サービス費の支給要件や支給額などは以下のとおりです。

## ■介護保険における高額介護サービス費

対象となる人	1カ月あたり限度額
一般（低所得者等以外）	37,200円*
市町村民税世帯非課税者等	24,600円
市町村民税世帯非課税者で ・合計所得金額＋課税年金収入額＝年間80万円以内 ・老齢福祉年金受給者	15,000円
生活保護受給者等	15,000円

\*平成27年8月から現役並み所得者については44,400円となっています。

# 医療保険制度・介護保険制度の 課題と改正動向

## 1 医療保険制度の現状と課題

### (1) 医療を取り巻く現状

日本は世界有数の長寿国であり、保健医療水準も非常に高いものがあります。原則として全ての国民が何らかの公的医療保険制度でカバーされ、誰もが安心して医療を受けることができます。

しかし、地域住民が加入する国民健康保険においては、後期高齢者医療制度を除いた他の医療保険制度に比べ、①低所得の加入者が多い、②年齢構成が高いことなどにより医療費水準が高い、③所得に占める保険料が重い、といった構造的な課題を抱え、財政事情は非常に厳しいものがあります。

健康保険等の最終的な受け皿でもある国民健康保険の健全な存続なくしては国民皆保険を堅持することはできず、その立て直しが急務の課題となっています。

そこで、国民健康保険の財政上の構造的な問題解決とともに、医療保険制度全般についての改革の議論がなされ、平成27年5月に「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が成立しました。

### (2) 医療保険制度改革の主な内容

#### ①国民健康保険の安定化

財政基盤の脆弱な国民健康保険<sup>せいじょく</sup>に対し、保険者支援制度の拡充や公費を投入することなどにより基盤強化を図り、平成30年度からは都道府県を財政運営の責任主体とし、制度面の安定化を図る予定です。

事業運営面においては、都道府県が国民健康保険の運営方針を定め、市区町村ごとの分賦金<sup>ぶんぷきん</sup>※1や標準保険料率などを決定します。一方、地域住民と密着している市区町村は、保険料徴収・資格管理・保険給付の決定、保健事業などの事業を引き続き担っていきます。

財政運営面では、都道府県が医療費の見込みを立て、市区町村ごとの医療費水準および所得水準を反映し、分賦金の額等を決定します。保険給付に要する費用は、都道府県から市区町村に対して支払われます。

財政運営の主体は都道府県に移管するものの、市区町村についても一定の役割を分担しながら連帯して国民健康保険を運営していくことになります。

※1：医療給付費等の見込みに見合う保険料の収納必要額で、市区町村が県などに納める額のことです。

## ②後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

後期高齢者医療制度は「高齢者の保険料が1割、若年者の負担が4割、公費が5割」の財源構成となっています。この若年者の負担は後期高齢者支援金と呼ばれ、費用負担は各医療保険制度の人数割を基本としていますが、総額の3分の1については総報酬割となっていました。

この総報酬割の部分は平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げられ、平成29年度からは全面総報酬割となります。

これにより、後期高齢者医療制度を負担能力に応じて支え合うこととなりますが、加入者の報酬が高い健康保険組合などでは負担が大きくなることが予想されるため、財政的に厳しい被用者保険者への支援などが検討されることとなります。

## ③負担の公平化

### (i) 入院時食事療養費などの見直し

入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平性などを図る観点から、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求めます。具体的には、従来1食あたり260円であった入院時の食事代の自己負担額が、平成28年度には1食360円へ、平成30年度からは1食460円へと段階的に引き上げられます（低所得者や難病患者などの負担額は据え置き）。

入院時食事療養費は高額療養費<sup>※2</sup>の対象にもならないため、入院患者の実質的な負担が重くなることとなります。

※2：高額療養費は平成27年1月より上位の所得区分の自己負担限度額が引き上げられています。

### (ii) 紹介状なしで大病院を受診する場合などの定額負担の導入

従来から、大病院とかかりつけ医の機能分担の推進を図るため、紹介状なしに200床以上の病院を受診した場合には、初診に係る特別の料金を徴収することができることとされています。

今回それに加え、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院および500床以上の病院を受診する患者には、選定療養として相応の定額負担〔初診料5,000円（歯科は3,000円）、再診2,500円（歯科は1,500円）〕が徴収されることになりました。

これにより、大病院とかかりつけ医の役割の一層の棲み分けが進められていくこととなります。

### (iii) 標準報酬月額の上限額の見直しなど

健康保険の標準報酬月額は、従来47等級に分かれており、上限は121万円となっていました。これが平成28年度から3等級追加され、上限額が139万円に引き上げられました。標準賞与額についても上限が年間540万円から573万円となりました。

また、国民健康保険料（税）の賦課限度額についても段階的に引き上げられます。



これにより、上位の所得を有する現役世代の負担はより大きなものになっていくことになります。

#### (iv) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

後期高齢者医療保険制度が発足した際、それまで家族の被扶養者となって保険料負担がなかった人も負担を求められるなどの激変を緩和するため、保険料の軽減特例が行われ、現在に至るまで運用されていました。しかし、該当者の中には十分に負担に耐えうるだけの所得を有している者もいることなどから、本来水準の保険料に戻すことが予定されています。

これにより、負担能力を有する高齢者については制度を支える者としての応分の負担が求められるようになります。

#### ④患者申出療養の創設

先進医療など一部の例外を除き、混合診療は原則禁止されていますが、平成28年度から患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして患者申出療養が創設されました。

これにより、病気と闘う患者の選択肢が増えることになり、国内未承認薬などの使用が保険外併用療養で実現できることとなります。

上記の内容は「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年5月成立）」に基づくものです。詳細については実施機関等の報道でご確認下さい。

基準を超えた場合に2割負担とされています。

※合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除などの控除をする前の金額のことです。

#### ④補足給付（特定入所者介護サービス費）の見直し【平成27年8月から実施】

発足当時の介護保険では、介護保険三施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）およびショートステイにおいては、居住費・食費が介護保険サービスの給付に含まれていました。これを2005年（平成17年）10月より給付の対象外としましたが、低所得者が多く入所している実態を考慮し、住民税非課税世帯である入所者については、申請に基づいた上で、世帯の課税状況や本人の年金収入および所得を勘案して補足給付（＝特定入所者介護サービス費）として居住費・食費の給付を行っていました。

しかし、預貯金などの資産があっても補足給付を受けることができるため、在宅で暮らす人との公平性の観点から見直しが行われることになったものです。基準としては、単身で1,000万円超、夫婦世帯で2,000万円超の預貯金などを有している場合は補足給付の対象外で、配偶者に住民税が課税される場合についても同様に対象外となります。

なお、補足給付の支給割合を判定する際の年金収入には、非課税年金（遺族年金・障害年金）は収入の対象とはされていませんでした。これを、平成28年8月からは収入として勘案した上で、補足給付対象者か否かを判定することになります。

#### ⑤高額介護サービス費の見直し【平成27年8月から実施】

高額介護サービス費とは、同一月内に利用したサービスの1割（または2割）の自己負担の合計額が高額になった場合、一定以上の負担を免除する軽減措置のことですが、見直し前の自己負担の限度額は37,200円でした。この限度額の基準が、現役並み所得に区分される者について44,400円に引き上げられています。

【平成27年7月まで】		【平成27年8月からの変更点】	
利用者負担段階区分	限度額	利用者負担区分	限度額
一般	37,200円	現役並み所得者	44,400円
住民税非課税世帯	24,600円	一般	37,200円
・公的年金等の収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下 ・老齢福祉年金の受給者	15,000円 (個人)		
生活保護の受給者など	15,000円 (個人)		

※「現役並み所得者」とは課税所得が145万円以上で、収入の額が520万円（単身者の場合383万円）以上の人。

#### ⑥高額医療・高額介護合算療養費制度の限度額の見直し【平成27年8月から実施】

介護保険サービス費と医療費の1年間の自己負担（それぞれのサービスの限度額適用後の自己負担）が一定の基準額を超えたときに、超えた分が支給される仕

## 〈参考〉協会けんぽ保険料率表（平成28年度）

### 都道府県単位保険料率

北海道	10.15%	滋賀県	9.99%
青森県	9.97%	京都府	10.00%
岩手県	9.93%	大阪府	10.07%
宮城県	9.96%	兵庫県	10.07%
秋田県	10.11%	奈良県	9.97%
山形県	10.00%	和歌山県	10.00%
福島県	9.90%	鳥取県	9.96%
茨城県	9.92%	島根県	10.09%
栃木県	9.94%	岡山県	10.10%
群馬県	9.94%	広島県	10.04%
埼玉県	9.91%	山口県	10.13%
千葉県	9.93%	徳島県	10.18%
東京都	9.96%	香川県	10.15%
神奈川県	9.97%	愛媛県	10.03%
新潟県	9.79%	高知県	10.10%
富山県	9.83%	福岡県	10.10%
石川県	9.99%	佐賀県	10.33%
福井県	9.93%	長崎県	10.12%
山梨県	10.00%	熊本県	10.10%
長野県	9.88%	大分県	10.04%
岐阜県	9.93%	宮崎県	9.95%
静岡県	9.89%	鹿児島県	10.06%
愛知県	9.97%	沖縄県	9.87%
三重県	9.93%		

40歳から64歳までの方（介護保険第2号被保険者）は、これに全国一律の介護保険料率1.58%が加わります。

全国平均保険料率	10.0%
----------	-------

## 第5章

医療保険制度・介護保険制度の  
課題と改正動向