

2. 高額医療合算介護（介護予防）サービス費について

平成20年4月より、医療及び介護の利用者の負担を軽減する措置として、新たに高額医療・高額介護合算制度が施行されるが、これは、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）における世帯内で、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療及び介護両制度における自己負担額が著しく高額となった場合に、一定の上限額を超える部分について、この制度による給付を行うものである。

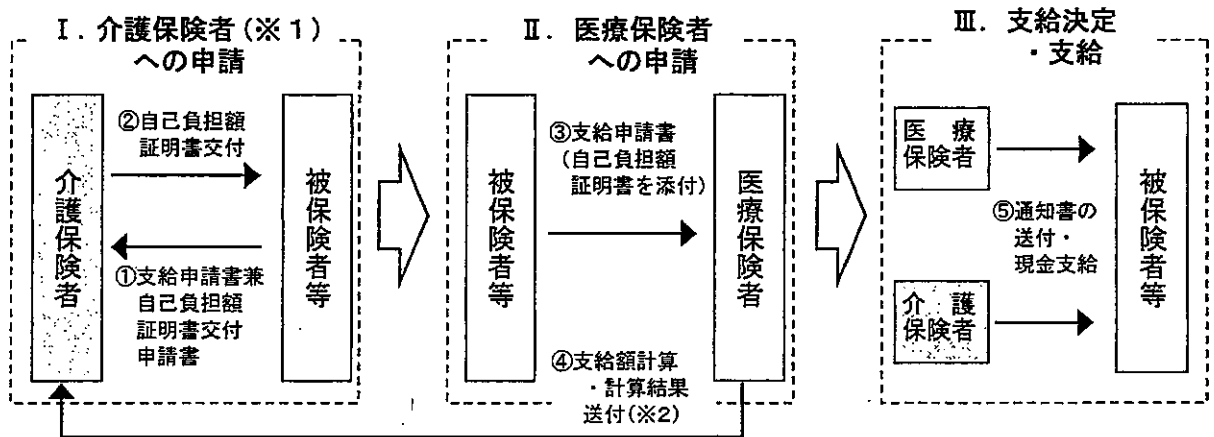
当該給付については、医療保険者及び介護保険者の双方が利用者の自己負担額の比率に応じて費用を負担しあうこととしているが、この按分によって医療保険者から支給されるものが高額介護合算療養費であり、介護保険者から支給されるものが高額医療合算介護（介護予防）サービス費である。

なお、高額介護（介護予防）サービス費については、現行制度からの変更点はなく、高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給が、高額介護（介護予防）サービス費の支給に影響を及ぼすことはない。

(1) 高額医療・高額介護合算制度における支給事務のスケジュール

【平成20年】	
3月 中旬	政令・省令の公布
4月 1日	施行（施行通知、取扱に係る事務連絡を順次発送）
【平成21年】	
7月31日	初年度の計算期間終了
8月 1日	支給兼自己負担額証明書交付申請の受付開始
9月 下旬～	（7月分の審査支払い終了） 介護保険者から自己負担額証明書を申請者に交付 （申請者は、当該証明書を支給申請書に添付し、医療保険者に申請することとなる。）
10月～	①医療保険者からの支給額計算結果データの受領 ※データ受領後、一部被保険者につき、介護保険者にて支給額計算 ②支給（不支給）決定通知書の送付 ③高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給

(2) 高額医療・高額介護合算制度における支給事務手続の流れ

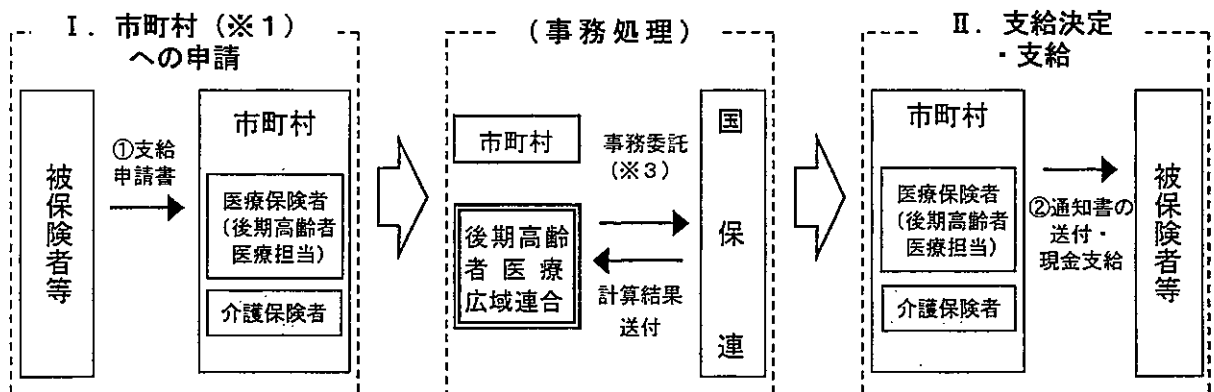


※1 計算期間の途中に被保険者が加入する医療保険・介護保険に変更があった場合は、変更前の医療保険者・介護保険者に対し、同様の申請(図の①)が必要。

※2 計算期間の末日以後1年の間に、医療保険者から「④計算結果送付」がない場合は、介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。

(参考)

同一市町村の国保(広域連合)・介護に加入する世帯に係る事務処理を国保連に委託する場合



※3 医療保険者は計算事務を、介護保険者は介護保険分の自己負担額データ作成事務を委託することが考えられる。

(3) 高額医療・高額介護合算制度の算定基準額（限度額）

①基本的な算定基準額

- ・ 年額56万円を基本とし、現行の医療保険における高額療養費制度の限度額（年齢及び所得区分ごとに設定）を踏まえて細かく設定。
- ・ 初年度の平成20年度については、計算期間の途中である4月1日から制度が施行されることから、当該期間を同日から平成21年7月31日までとする（12→16ヶ月間）とともに、算定基準額（自己負担限度額）については、通常の4/3倍の額とする。
- ・ ただし、計算期間を16ヶ月とし、4/3倍の額とした算定基準額により算出した支給額よりも、計算期間を通常通り12ヶ月とし、通常の算定基準額で算出した支給額の方が大きくなる場合（平成20年8月以降に負担が集中する場合など）には、通常の方法により算出した額を支給額とする。

	後期高齢者医療制度 +介護保険	被用者保険又は 国民健康保険 +介護保険 (70~74歳の 者がいる世帯) (※2)	被用者保険又は 国民健康保険 +介護保険 (70歳未満の 者がいる世帯) (※3)		後期高齢者医療制度 +介護保険	被用者保険又は 国民健康保険 +介護保険 (70~74歳の 者がいる世帯) (※2)	被用者保険又は 国民健康保険 +介護保険 (70歳未満の 者がいる世帯) (※3)
現役並 所得者 (上位所得者)	67万円 (一般:56万円 の約1.2倍) (※1)	67万円 (一般:62万円 の約1.09倍)	126万円 (一般:67万円 の約1.88倍)	初年度の経過措置	89万円 (67万円の4/3 倍)	89万円 (67万円の4/3 倍)	168万円 (126万円の4/3 倍)
一般	56万円	62万円 (基準:56万円 の約1.10倍) →58万円 (※4)	67万円 (基準:56万円 の約1.20倍)		75万円 (56万円 の4/3倍)	83万円 (62万円 の4/3倍) →77万円 (※4)	89万円 (67万円 の4/3倍)
低所得者	Ⅱ 31万円 (一般:56万円 の約0.55倍)	31万円 (一般:62万円 の約0.50倍)	34万円 (一般:67万円 の約0.51倍)	41万円 (31万円 の4/3倍)	41万円 (31万円 の4/3倍)	45万円 (34万円 の4/3倍)	
	Ⅰ 19万円 (一般:56万円 の約0.34倍)	19万円 (一般:62万円 の約0.31倍)		25万円 (19万円 の4/3倍)	25万円 (19万円 の4/3倍)		

※1 $1.20 = 639,900 \div 532,800$

= (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額 (年単位))

÷ (高額療養費制度における一般の自己負担限度額 (年単位))

※2・3 対象となる世帯に70歳~74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳~74歳の者に係る自己負担額の合算額に(※2)の区分の算定基準額が適用された後、②なお残る負担額と70歳未満の者に係る自己負担額の合算額とを合算した額に(※3)の区分の算定基準額が適用される。

※4 70歳から74歳の患者負担の見直し(1割→2割)の凍結の趣旨を踏まえ、高額療養費の限度額の見直しについても凍結することに伴い、当該見直し後の高額療養費の限度額を基にした合算制度の限度額についても変更するものとする。

②特定の場Ⓐの算定基準額と計算事務

- ①のとおり、高額医療・高額介護合算制度の基本的な算定基準額は、現行の医療保険における高額療養費制度の限度額を踏まえて設定されており、高額療養費や高額介護（介護予防）サービス費それぞれの限度額の12ヶ月分を上回るものとなっている。
- したがって、70歳以上の低所得者Ⅰ区分の世帯で介護（介護予防）サービスの利用者が複数いる世帯については、介護保険者から見た高額医療・高額介護合算制度の算定基準額（高額医療合算介護（介護予防）サービス費の負担限度額）を高額介護（介護予防）サービス費の限度額の設定と同様の構造となるよう、以下のとおり設定する。（※）

高額介護（介護予防）サービス費の負担限度額			介護保険者から見た合算制度の算定基準額（高額医療合算介護（介護予防）サービス費の負担限度額）		
	負担限度額 （月額）	負担限度額 （12ヶ月）		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国民健康保険 ＋介護保険 （70～74歳の者がいる世帯）
市町村民 税世帯非 課税	24,600円	295,200円	低所得者 Ⅱ	310,000円	310,000円
市町村民 税世帯非 課税で年 金収入 80万円 以下の 者等	15,000円 （個人）	180,000円 （個人）	低所得者 Ⅰ	190,000円 （個人）	190,000円 （個人）
	24,600円 （世帯）	295,200円 （世帯）		<u>310,000円</u> （世帯）	<u>310,000円</u> （世帯）

※ 例えば、高額介護サービス費の限度額まで介護サービスを利用している世帯で、利用者が複数いる場合、介護サービスのみ利用であれば年間の自己負担額が約30万円となるのに対し、この世帯が医療サービスを利用したときに①の算定基準額をそのまま適用すると、負担限度額が19万円となり、約10万円が過剰に支給されることになってしまう。

- ・ この介護保険者から見た合算制度の算定基準額の設定は、高額介護（介護予防）サービス費の限度額を踏まえた設定であるため、医療保険者から見たときの高額医療・高額介護合算制度の算定基準額は、①の原則とおりである。
- ・ したがって、医療保険者においては、原則通りの算定基準額で支給額の計算がなされ、この特定の場合（70歳以上の低所得者Ⅰ区分の世帯で介護（介護予防）サービスの利用者が複数いる場合）、については、介護保険者で別途設定された算定基準額で支給計算を行う。
- ・ 具体的には、まず、医療保険者において原則のとおり低所得者Ⅰの算定基準額（19万円）を適用して医療保険者分の支給額を計算した後、介護保険者において、医療保険者からの高額介護合算療養費支給前の負担額に、低所得者Ⅱの算定基準額（31万円）を適用して介護保険者からの高額医療合算介護（介護予防）サービス費）の支給額を計算する。