

# 介護保険課資料

## 1. 高額医療合算介護（予防）サービス費に関するQ & A

高額医療合算介護（予防）  
サービス費に関する  
Q & A

平成21年2月19日  
厚生労働省老健局介護保険課

# 高額医療合算介護（予防）サービス費に関するQ & A

## 目次

- 1 高額医療・高額介護合算制度の基本的事項・・・・・・・・・・ 1
- 2 高額医療合算介護（予防）サービス費の介護保険者による再計算について・・・・・・・・・・ 5
- 3 端数計算の方法について・・・・・・・・・・ 11
- 4 精算対象者に対する事務の取扱いについて・・・・・・・・・・ 14
- 5 介護保険者の自己負担額証明書の交付等について・・・・・・・・ 16
- 6 高額医療合算介護（予防）サービス費の支給手続について・ 22
- 7 その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

## 1 高額医療・高額介護合算制度の基本的事項

(問1) 高額医療合算介護(予防)サービス費の支給の具体的な手続如何。

(答)

高額医療合算介護(予防)サービス費は、医療及び介護の利用者負担の合計が著しく高額となる者について、その負担を軽減するため、一定の上限額を超える部分について支給するものである。

その具体的な手続は、

- ① 被保険者が基準日(7月31日)に加入する介護保険者に高額医療合算介護(予防)サービス費の支給及び自己負担額証明書の交付に係る申請を8月1日以降に行う。(計算期間中に他の介護保険者に加入したことがあり、その間に介護サービスを利用していれば、当該他の介護保険者にも同様に申請。)
  - ② それぞれの介護保険者は、9月下旬以降の7月サービス分の審査支払終了後(高額介護(予防)サービス費の支給がある場合には、同支給後)に、自己負担額証明書に各月の自己負担額を記載した上、①の申請を行った被保険者に交付する。
  - ③ 被保険者は当該自己負担額証明書を支給申請書に添付し、基準日に加入する医療保険者に申請する。
  - ④ 介護保険者は、10月以降に、当該医療保険者から高額医療合算介護(予防)サービス費の支給額の計算データを受領する。(※)高額医療合算介護(予防)サービス費がない場合は0円という形の計算データを受領することとなる。
- ※ 一部の被保険者(問6の場合)の高額医療合算介護(予防)サービス費については介護保険者にて支給額を計算
- ⑤ 介護保険者は、①の申請を行った被保険者に対して支給決定通知書を送付する。0円という形の計算データを受領した場合は、不支給決定通知書を送付することとなる。
  - ⑥ 高額医療合算介護(予防)サービス費を支給する。

となる。

(問2) 国保窓口又は長寿医療窓口に高額介護合算療養費の申請をすれば介護窓口に申請しなくてもよいいわゆるワンストップサービスを行う場合の具体的な手続如何。

(答)

申請者の申請に係る負担を軽減するため、基準日時点で加入する医療保険が国民健康保険又は長寿医療制度である者については、基本的に国民健康保

険又は長寿医療制度の窓口申請する手続のみでその後の手続等をなくす、いわゆるワンストップサービスの運用をしていただきたい。ただし、住所変更等により、計算期間において基準日時点で加入する医療又は介護の保険者と異なる他の医療又は介護の保険者に加入していた期間を有する場合には、当該他の保険者に対しても申請手続を行い、当該他の保険者から交付された自己負担額証明書を添付して基準日に加入する医療保険者に申請手続を行う必要がある。

国保連に委託している場合のワンストップサービスの具体的な手続は、

- ① 被保険者が基準日（7月31日）に加入する国民健康保険又は長寿医療（以下この問において「国保等」という。）の窓口で高額療養費等の支給及び自己負担額証明書の交付に係る申請を8月1日以降に行う。
  - ② 国保等の医療保険者から送付された申請書をもとに、国保連は医療保険者及び介護保険者ごとそれぞれの自己負担額を記載し、それを各保険者に対してデータを送付する。
  - ③ 各保険者は内容が正しいかどうか確認し、修正があれば修正を行い、国保連に伝達する。
  - ④ 国保連において計算結果連絡票を作成し、各保険者に対して送付する。
  - ⑤ 介護保険者は、被保険者に対して支給決定通知書を送付する。0円という形の計算結果連絡票を受領した場合は、不支給決定通知書を送付する。
  - ⑥ 高額医療合算介護（予防）サービス費を支給する。
- となる。

（問3）計算期間中に世帯構成や所得の変動等で負担限度額が変更になった場合の高額医療合算介護（予防）サービス費の支給はどうか。

（答）

高額医療合算介護（予防）サービス費は、基準日に加入する医療保険の世帯の状況をもとに算定することとなるため、計算期間中に世帯構成や所得の変動等で負担限度額が変更になったとしても、直接その影響を受けることはない。

しかし、被保険者に対し、高額介護（予防）サービス費を支給している場合で、高額介護（予防）サービス費の負担限度額が変更になる場合は、高額介護（予防）サービス費の支給分を除いた自己負担額が変動することに留意されたい。

（問4）高額医療合算介護（予防）サービス費制度と高額介護（予防）サービス費制度の関係如何。

（答）

- 1 両制度は相互に独立した制度であり、一方の支給の有無が他方の支給の前提となることはない。例えば高額介護（予防）サービス費が支給されていないことをもって直ちに高額医療合算介護（予防）サービス費が支給されないということにはならない。
- 2 ただし、高額介護（予防）サービス費が支給される場合には、これが支給されてなお残る自己負担額と医療の一部負担金等を合算して、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給を計算することとなる。具体的には次ページの例のとおり。
- 3 なお、自己負担額証明書には、なお残る自己負担額を記載することとなる。

(例) 一般世帯において毎月の自己負担額が変わらない場合

父 (75歳以上)							
介護の利用者負担							
毎月4万円							
(高額介護サービス費が2800円支給されるため、なお残る負担額は3.72万円。)							
→ 自己負担は毎月3.72万円で計算							
3.72 × 12 = 44.64万円					44.64万円		
			(計算期間中)		+ 25.36万円		
					<hr/>		
					60万円		
					<hr/>		
					- 56万円		
					<hr/>		
					4万円…(※)		
母 (75歳以上)							
医療の一部負担金等 15.36万円							
(計算期間中)							

(※において) 【医療保険者の計算】

$$\text{介護保険者(父)の支給額} = 4\text{万円} \times \frac{44.64}{44.64 + 15.36} = 29,760\text{円}$$

$$\text{医療保険者(母)の支給額} = 4\text{万円} \times \frac{15.36}{44.64 + 15.36} = 10,240\text{円}$$



## 2 高額医療合算介護（予防）サービス費の介護保険者による再計算について

（問5）介護保険者は、被保険者等の医療保険の自己負担額の情報を独自に入手又は管理する必要があるのか。また、高額医療合算介護サービス費等の支給額について介護保険者が計算する必要があるのか。

（答）

高額医療合算介護サービス費等の支給額の計算は、申請者が基準日に加入する医療保険者において行われ、その計算結果は介護保険者に送付されるので、基本的に介護保険者が支給額を計算する必要はない。ただし、次の問6の場合は介護保険者が再計算することとなる。

（問6）70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護（予防）サービスの利用者が複数いる場合の取扱い如何。

（答）

この場合においては、まず、基準日に被保険者が加入する医療保険者が原則どおり低所得Ⅰの限度額（19万円）を適用して医療保険者分の支給額を計算した後、当該医療保険者が被保険者等の介護保険、医療保険それぞれの自己負担額等を介護保険者に通知する。その後、介護保険者は低所得者Ⅱの限度額（31万円）を適用して介護保険者分の支給額を再度計算する。具体的には、次ページの例のように行う。



(問7) 70歳未満の者と70歳以上の者(長寿医療制度の被保険者を除く。)が混在する低所得者Ⅰの世帯において、介護(予防)サービスの利用者が70歳以上に複数いる場合についてはどのような計算を行うのか。

(答)

- 1 70歳未満の者と70歳以上の者が混在する場合、まず70歳以上の者の自己負担額の合算額に対し、70歳以上の者の世帯の負担上限額を適用する。その後なお残る自己負担額と70歳未満の者の自己負担額の合算額に対し、70歳未満の者の世帯の負担上限額を適用する。
- 2 具体的には、まず70歳～74歳の者に係る自己負担を合算した額に、「被用者保険又は国民健康保険+介護保険(70歳～74歳の者がいる世帯)」の区分の算定基準額(限度額)を適用して支給額①(次ページの(例)参照)を算出する。次に、当該自己負担を合算した額から上記の支給額①を控除して算出する70歳～74歳の者に係るなお残る自己負担額と、70歳未満の者に係る自己負担を合算した額とを合算した額に、「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)」の区分の限度額を適用して支給額②(次ページの(例)参照)を算出する。
- 3 上記1、2については医療保険者が計算し、計算結果が介護保険者に送付される。ただし、当該事案は70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護(予防)サービスの利用者が複数いる場合に該当するので、介護保険者側で70歳以上の者へ的高額医療合算介護(予防)サービス費の支給について再計算する必要があり、低所得者Ⅱの限度額(31万円)を適用して介護保険者の支給額③(次ページの(例)参照)を算出する。

さらに、子供が介護を受けている場合については、子供の分の高額医療合算介護(予防)サービス費を考える必要があるが、具体的には次ページの例を参照されたい。



$$\text{介護保険（子）の支給額} = 0.5\text{万円} \times \frac{7.5}{19+8+7.5} = 1,086 \text{円}$$

→ この結果が介護保険者に送付される。

【介護保険者の再計算】

(③において)

$$\text{介護保険（父）の支給額} = 1\text{万円} \times \frac{12}{12+10+10} = \underline{3,750\text{円}}$$

$$\text{介護保険（母）の支給額} = 1\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = \underline{3,125\text{円}}$$

$$\text{医療保険の支給額（仮定）} = 1\text{万円} \times \frac{10}{12+10+10} = 3,125\text{円}$$

(④において)

$$\text{介護保険（父）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{12-0.375}{31+8+7.5} = \underline{31,250\text{円}}$$

$$\text{介護保険（母）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{10-0.3125}{31+8+7.5} = \underline{26,041\text{円}}$$

$$\text{介護保険（子）の支給額} = 12.5\text{万円} \times \frac{7.5}{31+8+7.5} = \underline{20,162\text{円}}$$

$$\text{医療保険の支給額（仮定）} = 12.5\text{万円} \times \frac{(10-0.3125)+8}{31+8+7.5} = 47,547\text{円}$$

※ 下線部は実際に支給される額

よって合計は、

$$\text{医療保険者の支給額} = 40,625 + 2,019 = 42,644\text{円}$$

$$\text{介護保険者の支給額} = 84,328\text{円}$$

$$\left[ \begin{array}{l} \text{うち、父の支給額} = 3,750 + 31,250 = 35,000\text{円} \\ \text{母の支給額} = 3,125 + 26,041 = 29,166\text{円} \\ \text{子の支給額} = 20,162\text{円} \end{array} \right]$$

(問8) 70歳以上の低所得者Ⅰの世帯で介護(予防)サービスの利用者が複数いる場合、その利用者負担限度額が合算制度の限度額(31万円)を下回っていれば高額医療合算介護(予防)サービス費は支給しないのか。また、その場合でも70歳未満の者と合算した場合、合算制度の限度額(34万円)を超えれば高額医療合算介護(予防)サービス費は支給するという理解でよいか。

(答)

貴見の通り。なお、その計算方法は、問7と同様(支給額③の部分は零として再計算する。)

(問9) 介護保険者が再計算を行った場合、介護保険者から医療保険者へ計算結果データに対する回答が必要か。

(答)

介護保険者が再計算した計算結果について、医療保険者にフィードバックすることは想定していない。

### 3 端数計算の方法について

(問10) 費用負担額の按分の際の端数処理はどうするのか。

(答)

端数処理を四捨五入により行くと、関係する医療保険の被保険者（国民健康保険の場合は世帯主をいう。以下同じ。）又は介護保険の被保険者（以下「合算対象被保険者（※）」という。）が3者以上となる場合に、総支給額と各合算対象被保険者の支給額の合計に誤差が生じる場合がある。

このことから、各合算対象被保険者のうち、支給額が最も少額となる者以外の合算対象被保険者の1円未満の端数は切り捨て、この切り捨てた額を支給額が最も少額となる合算対象被保険者の額に足し上げることにより、総支給額と各合算対象被保険者の支給額の合計額とが一致するよう調整することとする。具体例は次ページの通り。

※ 医療保険の被保険者と介護保険の被保険者が同一であるときについても、別々の合算対象被保険者として考える。

(例) 端数計算の例 (国民健康保険に加入する一般世帯の場合)

父 (世帯主。65～69歳)		
医療の一部負担金等 : 20万円	}	20万円
介護の利用者負担 : 20万円		+ 20万円
		+ 20万円
		+ 15万円
母 (65歳～69歳)		75万円
医療の一部負担金等 : 20万円		- 67万円
介護の利用者負担 : 15万円		8万円
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> 医療保険者で計算		

(※において) 【医療保険者の計算】

$$\text{国保の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{20+20}{20+20+20+15} = 42,666\text{円}$$

(42,666.666...となるが切り捨て)

$$\text{介護保険 (父) の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{20}{20+20+20+15} = 21,333\text{円}$$

(21,333.333...となるが切り捨て)

$$\text{介護保険 (母) の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{15}{20+20+20+15} = 16,001\text{円}$$

※ 本来 16000円となるが、最も支給額が少額の者であるため、端数 (1円) を足した額 (16001円) となる。



(問 1 1) 費用負担額が最も少額となる合算対象被保険者が複数いる場合についてはどうのように計算するのか。

(答)

支給額が最も少額となる合算対象被保険者が複数いる場合の端数を上乗せする順位は、当該被保険者に対して支給を行う保険者の事務負担等に考慮し、以下の順位（1 > 2 > 3 > 4）で行う。

- 1 介護保険の被保険者・医療保険の被保険者で競合した場合  
介護保険の被保険者に端数を上乗せする。
- 2 医療保険者 A（基準日に加入する保険者でない）の被保険者・医療保険者 B（基準日に加入する保険者）の被保険者で競合した場合  
医療保険者 A に端数を上乗せする。
- 3 医療保険者 C（基準日に加入する被保険者でない）の被保険者・医療保険者 D（基準日に加入する保険者でない。）の被保険者で競合した場合  
端数を上乗せする順位は以下の順位とする。  
長寿医療 > 国民健康保険 > 被用者保険
- 4 同一保険者（介護保険又は長寿医療制度の場合のみ）内の被保険者間で競合した場合  
被保険者番号が小さい者に端数を上乗せする。

(問 1 2)

低所得者 I 該当で介護サービス利用者が複数いる世帯の場合、介護保険者で再計算を行う際、医療保険者の限度額とは異なる限度額を適用することとなっており、医療保険者・介護保険者で共通の端数処理を行うことができないと考えられるが如何。

(答)

異なる限度額を適用することから、医療保険者、介護保険者それぞれにおいて端数処理を行えばよく、共通の端数処理はする必要がない。

#### 4 精算対象者に対する事務の取扱いについて

(問 1 3) 計算期間の途中において、死亡などにより公的医療保険の加入者でなくなった世帯員（以下「精算対象者」という。）がいる場合において、当該者がそれまでに負担した費用の取扱いについてはどうなるのか。

(答)

精算対象者としては、死亡した者、海外移住者、生活保護の受給を開始した者などが考えられる。死亡者については、死亡した時点までの世帯の負担額を合算対象として、当該死亡者に係る支給額を基準日に加入する医療保険者が計算する。海外移住者又は生活保護の受給等により被保険者でなくなった者についても同様に、資格喪失日の前日時点までの世帯の負担額をもとに計算する。このとき、精算対象者の基準日は資格喪失日の前日（死亡した日、海外移住した日、生活保護の受給を開始した日）となる。

ただし、海外移住者又は生活保護受給者は、同一の計算期間内に再び公的医療保険の加入者となる場合については、7月31日を基準日として計算する。

その具体的な手続は、死亡者とその他の精算対象者で異なり、それぞれ以下の通りである。なお、ワンストップサービスに係る具体的な手続は問2に準じる。

##### 【死亡者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

- ① 死亡者の家族等（以下「精算申請人」という。）は、基準日（死亡日）に加入する介護保険者及び計算期間（前年8月1日～基準日）中に属したことのある介護保険者に自己負担額証明書の申請を行う。このとき、同じ医療保険加入者世帯に属する者（以下「合算対象者」という。）についても自己負担額証明書の交付に係る申請を行う。
- ② 介護保険者は、およそ基準日の2ヶ月後以降に、死亡者の自己負担額証明書に当該基準日までの各月の自己負担額をそれぞれ記載した上、精算申請人に交付する。このとき合算対象者の分の自己負担額証明書も当該基準日までの自己負担額を記載し、交付することとなる。
- ③ 精算申請人は、当該自己負担額証明書（合算対象者の分を含む。）を支給申請書に添付し、死亡者が基準日（死亡日）に加入する医療保険者に申請する。
- ④ 介護保険者は、当該医療保険者から高額医療合算介護（予防）サービス費の支給額の計算データを受領する。高額医療合算介護（予防）サービス費がない場合は0円という形の計算データを受領することとなる。
- ⑤ 介護保険者は、申請書に記載された住所に支給決定通知書を送付する。0円という形の計算データを受領した場合は、不支給決定通知書を送付することとなる。

⑥ 高額医療合算介護（予防）サービス費を支給する。

【死亡者の合算対象者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

死亡者の合算対象者については、7月31日（基準日）の後に改めて自己負担額証明書の交付に係る申請及び支給申請を行うこととなる。そのとき合算対象となるのは、合算対象者のみの自己負担額であり、死亡者分の自己負担額は含まない。

【死亡者以外の精算対象者及びその合算対象者に対する高額医療合算介護（予防）サービス費の支給】

死亡者以外の精算対象者である海外移住者又は生活保護受給者等は、7月31日までに再び公的医療保険の加入者となる場合がある。そのため、自己負担額証明書の交付に係る申請は基準日（資格喪失日の前日）以後に受け付けることは可能であるが、運用上、7月31日以降に通常の手順で自己負担額証明書を交付することとする。

その場合、仮に7月31日までに再び公的医療保険の加入者となった場合は問1と同様であり、ならなかった場合は死亡者のケースと同様である。合算対象者の取扱いも問1及び死亡者のケースにそれぞれ準じる。

（問14）死亡者の支給額計算において、資格喪失日の前日（死亡日）を基準日として計算するとされているが、合算対象者について自己負担額証明書に記載する自己負担額は、基準日の属する月において、基準日以前の自己負担額に限定されるのか。例えば、同一世帯に被保険者A・Bの二人がいて、Aが9月10日に死亡・Bが9月中医療入院していた場合、Aの支給額を計算する際にBの自己負担額は9月10日までと9月11日以降に分けないといけないのか。

（答）

この場合、月途中で生存者の自己負担額を分けて把握することは困難であるため、運用上、精算対象者が死亡した月については、合算対象者の自己負担分の月額を合算対象とする取り扱いとすることとする。よって、本事例においてBの自己負担額を分ける必要はない。

（問15）死亡者の支給額計算において、限度額を月割する必要はないか。

（答）

一年間の自己負担額について限度額が設定されているため、月割する必要はない。

## 5 介護保険者の自己負担額証明書の交付等について

(問16) 自己負担額証明書の申請時に領収書の添付が必須か。1年分の領収書を利用者本人が保管し、それを保険者が確認するのは困難と考えられるが如何。

(答)

自己負担額証明書の申請時に領収書の添付は必要ない。介護保険者は、国保連からのデータ等をもとに、各月の自己負担額を算出することとなる。

(問17) 介護保険の被保険者本人以外の者が、介護保険者への支給申請及び自己負担額証明書の交付に係る申請を行う際には、委任状等は必要となるのか。

(答)

基本的に本人以外の者による申請には委任状等が必要である。ただし、支給後の振込先が被保険者本人名義の口座である場合など受給者と当該申請に係る被保険者の同一性が確保されていると認められる場合には、委任状を求めない取り扱いとすることが可能である。

(問18) 自己負担額証明書に記載する自己負担額は高額介護（予防）サービス費による支給額を除いた自己負担額か。その場合、申請がされていない等の理由で、実際に支給していない高額介護（予防）サービス費もそこに含めて考えてよいか。

(答)

- 1 自己負担額証明書に記載する計算期間内の各月の自己負担額は、高額介護（予防）サービス費が支給される場合には当該支給額を控除した自己負担額であり、高額介護（予防）サービス費についての実際の申請や支給の有無を問わない。（介護保険法施行令第22条の3第2項第1号、第3号）
- 2 なお、高額介護（予防）サービス費の支給の申請については、高額医療合算介護（予防）サービス費の自己負担額証明書の申請の際に勧奨するなど適切な対応をとることが必要である。

(問19) 自己負担額証明書に記載する自己負担額は社会福祉法人による利用料の軽減措置後の自己負担額か。

(答)

貴見の通り。高額介護サービス費の支給と同様の取扱いである。

(問20) 自己負担額証明書の「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、当該軽減後の自己負担額を表記するのか。

(答)

高額医療・高額介護合算制度は、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、全国統一的に事務を取り扱う必要があることから、軽減前の自己負担額を記載することとする。

(問21) 月の途中で転出又は転入している場合、自己負担額証明書の自己負担は転出先の市町村又は転入する前の市町村の自己負担も含めて記入するのか。

(答)

計算期間内に市町村の転出・転入を行い、介護保険者が計算期間内において異なることとなった場合、被保険者は転出前の保険者及び転出後の保険者それぞれに自己負担額証明書の交付に係る申請を行うこととなる。よって各保険者がそれぞれ当該保険者において被保険者が負担した自己負担額を記載することとなる。

(問22) 精算対象者についての自己負担額証明書の記載方法如何。

(答)

死亡者については、8月1日（初年度は4月1日）から基準日（死亡日）までの自己負担額を記載する。また、死亡者の合算対象者については基準日が属する月までの自己負担額を記載する。

死亡者以外の精算対象者及びその合算対象者については、自己負担額証明書の交付を7月31日以降に行う場合以外は、通常の手続き又は死亡者についての手続きに準じた取扱いとなる。

(問23) 高額医療合算介護（予防）サービス費は給付制限の対象となるが、その取扱い如何。

(答)

1 給付額減額期間中の自己負担額については、介護保険法第69条第4項の規定の趣旨に鑑み、高額医療合算介護（予防）サービス費の算定の際、合算の対象としない。