

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護保険計画課

介護保険最新情報

今回の内容

利用者負担割合の見直しに係る周知用リーフレットの
送付について
計3枚（本紙を除く）

Vol.658

平成30年6月8日

厚生労働省老健局介護保険計画課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 2164）
FAX：03-3503-2167

事 務 連 絡
平成 30 年 6 月 8 日

各都道府県介護保険担当課（室） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

利用者負担割合の見直しに係る周知用リーフレットの送付について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、平成 30 年 8 月より、現役並みの所得を有する者の介護保険の利用者負担割合を 2 割から 3 割とすることとしていますが、本年 3 月 6 日開催の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議において追ってリーフレットをお示しすることとしていました。

この点につき、別添のとおり周知用リーフレットを作成いたしましたので、各自治体におかれましては、関係団体、関係機関や介護サービス事業者に情報提供いただくとともに、介護保険サービス利用者等に対して周知をお願いいたします。

なお、今回送付したリーフレットは、厚生労働省のホームページ (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/) に掲載しておりますので、関係団体等への情報提供にご活用ください。



平成30年8月から 現役並みの所得のある方は、 介護サービスを利用した時の 負担割合が3割になります

介護サービスを利用する場合には、費用の一定割合を利用者の方にご負担いただくことが必要です。

この利用者負担割合について、これまでは1割又は一定以上の所得のある方は2割とじていましたが、平成30年8月から65歳以上の方（第1号被保険者）であって、現役並みの所得^{※1}のある方には費用の3割をご負担いただくこととなります。

Q どうして見直しを行ったのですか。

A 介護保険制度を今後も持続可能なものとし、世代内・世代間の負担の公平、負担能力に応じた負担を求める観点から、負担能力のある方についてはご負担をお願いするため、見直しを行うこととしたものです。

Q 3割負担になるのはどういう人ですか？

A 65歳以上の方で、合計所得金額^{※2}が220万円以上の方です。

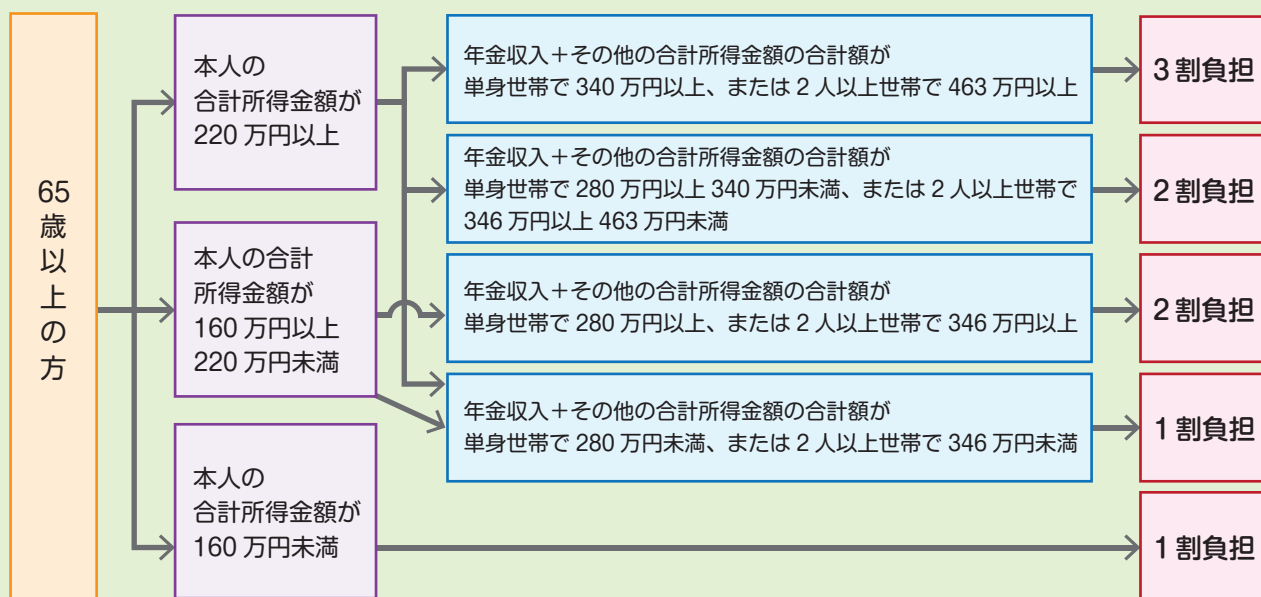
ただし、合計所得金額^{※2}が220万円以上であっても、世帯の65歳以上の方の「年金収入とその他の合計所得金額^{※3}」の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で463万円未満の場合は2割負担又は1割負担になります。

※1 高齢者医療においては、若年世代と同程度の所得がある方について、窓口負担を3割としています。介護保険についてもこの所得区分を踏まえて基準を設定しています。

※2 「合計所得金額」とは、収入から公的年金等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等の控除をする前の所得金額をいいます。また、長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額で計算されます。

※3 「その他の合計所得金額」とは、※2の合計所得金額から、年金の雑所得を除いた所得金額をいいます。

利用者負担の判定の流れ



※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記にかかわらず1割負担

Q いつから3割になるのですか？

A 平成30年8月1日以降に介護サービスをご利用されたときからです。

Q 2割負担から3割負担になった人は、全員月々の負担が1.5倍になるのですか？

A 月々の利用者負担額には上限があり、上限を超えて支払った分は高額介護サービス費が支給されますので、全ての方の負担が1.5倍になるわけではありません。

Q 1割負担の基準は変わるのですか？

A 今般の見直しは、現役並みの所得のある方の負担割合を3割とするものですので、1割負担の基準は変わりません。

Q どうやって自分の負担割合を知ることができるのですか？

A 要介護・要支援認定を受けた方は、毎年6～7月頃に、どの負担割合の方も、市区町村から負担割合が記された証(負担割合証)が交付されます。ご自身の負担割合証の「利用者負担の割合」の欄(右図)をご確認ください。

この負担割合証を介護保険被保険者証と一緒に保管し、介護サービスを利用するときは、必ず2枚一緒にサービス事業者や施設にご提出ください。

| 介護保険負担割合証 | |
|-------------------|----------------------------------|
| 交付年月日 年 月 日 | |
| 被 保 険 者 | 番 号 |
| | 住 所 |
| | フリガナ |
| | 氏 名 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女 |
| 利用者負担の割合 | 適用期間 |
| 割 | 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 |
| 割 | 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | |

※負担割合証はイメージです。