

事務中級 第9分野 医療保険・介護保険・その他の収入

解説	(医療保険と公費負担医療)医療保険は、職場を同じにする人達や、地域の住民同士が普段から保険料を出し合い、病気や怪我をしたときには出来るだけ軽い負担で医療を受けられるように工夫された制度です。
	(保険の種類)医療保険は、大きく分けて、職場に勤める人を対象とする健康保険など(被用者保険と総称)と、自営業者などの地域住民を対象とする国民健康保険があり、ともに数多くの運営主体(保険者)があります。日本国内に住むすべての人は原則として、これらの保険者が運営する保険のいずれかに加入します(国民皆保険)。個人の意思で脱会することは出来ません(強制加入)。そして、必要に応じて医療を受けられる(保険給付)ことになっています。
	(老人医療)次に該当する人については、市町村が行う老人保険制度による医療の給付(老人医療)をうけます。(1)75歳以上の人 (2)65歳以上の寝たきりの人で、市町村の認定を受けた人。老人保健は、老人保険制度の中心をなすもので、それに要する費用は、国・都道府県・市町村と医療保険の保険者が共同で拠出しています。
	(公費負担医療)医療保健制度のほかに、国の医療保険制度のもう一つの柱として公費負担制度があります。これは、公衆衛生の向上を図る見地から、あるいは経済的弱者の救済という社会福祉的な面からさだめられたもので、様々の種類があります。
	(診療報酬請求の流れ)保健医療を行った医療機関は、点数表や薬価基準に基づいて計算した診療報酬を保険者から受け取ることになりますが、この診療報酬の請求は保険者に直接行うわけではありません。請求者(医療機関)と支払側(保険者)との間に第三者的な審査支払機関が設けられており、診療報酬の請求はこの機関に対して行うことになっています。審査支払機関には2種類あります。社会保険を担当する社会保険診療報酬支払基金(略して「支払基金」「基金」と国民健康保険を担当する国民健康保険団体連合会(略して「国保連合会」「国保連」)で、それぞれ都道府県ごとに設置されています。報酬単位は月毎で審査支払機関に請求します。請求書に提出は翌月10日までです。その後、必要な審査を経て、翌々月に診療報酬が支払われます。
	(診療報酬請求権の時効)保険医療機関の保険者に対する診療報酬請求権は、その保健医療期間が国又は地方公共団体(都道府県・市町村等)が設立したものである場合には、5年間(会計法または地方自治法の規定)、その他の保険医療機関の場合は、民法の規定により3年間これを行使しないと消滅します。なお、時効の起算日は診療月の翌月1日(社保)、翌々月1日(国保)となります。 (保険医療機関に対する指導・監査)保険医療機関は公共的な性格をもつのもで、その内容・取扱い、診療報酬の請求については公のルールが定められています。したがって、保健医療の質的向上と適正化を図り、制度の円滑な運営を担保するために、医療担当者に対する行政庁などの適切な指導と監査は必要不可欠なものとされています。この見地から、保険利用機関および保険医は、厚生労働大臣(原則的には社会保険事務局長に委任)の指導を受けることになっています。指導の結果によっては、さらに監査が行われる場合があります。監査の結果、診療内容や診療報酬の請求上に事故が確認された場合は、保険医療機関の指定取消・保険医の登録抹消を含む行政上の措置や、経済上の措置(返還金の支払)が行われることになっています。
	介護保険の運営方法は社会保険方式である。保険事故が発生した場合、つまり介護を必要とする状態(要介護状態、要支援状態)となった場合に保険給付が行われる。 介護保険の運営主体(保険者)は市町村及び東京23区である。

解説

介護保険の加入者(被保険者)には第1号被保険者と第2号被保険者がある。第1号被保険者とは65歳以上の方をいう。第2号被保険者とは、40歳以上65歳未満の方で、医療保険加入者の方をいう。
運営主体である市町村は、利用希望者に対して保険給付の対象かどうか審査を行う。この審査、認定までの一連のプロセスを要介護認定という。
要介護認定のプロセス
要介護認定の結果、要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5の6段階に区分される。認定結果に不服がある場合、都道府県の介護保険審査会に申し立てができる。要介護認定は6ヶ月から2年の範囲で更新される。
要介護状態、要支援状態となって、介護保険サービスを利用した場合、原則としてかかった費用の1割を負担する。
要介護認定を受けて要介護あるいは要支援と認定されると、介護サービス計画を作成する。介護保険のサービスはこの介護サービス計画に基づいて提供される。介護サービス計画は居宅介護支援事業所に依頼するか自分で作成する。居宅サービスを利用する場合、要介護度に応じた利用限度額(区分支給限度基準額)があるので、注意が必要である。支給限度基準額を超えてサービスを利用する場合は、超えた部分の費用は全額利用者負担となる。
区分支給限度基準額
要支援 6,150単位 要介護1 16,580単位 要介護2 19,480単位 要介護3 26,750単位 要介護4 30,600単位 要介護5 35,830単位
介護保険で受けられるサービスには、居宅サービスと施設サービスがある。居宅サービスには、訪問系サービス(訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護など)、通所系サービス(通所介護、通所リハビリテーション)、短期入所系サービス(短期入所療養介護など)、生活支援系サービス(痴呆対応型共同生活介護など)、福祉用具貸与、居宅介護支援(介護支援専門員による介護サービス計画の作成)があり、施設サービスには、介護老人福祉施設(入浴、排泄、食事等の援助、相談及び援助、社会生活上の便宜の提供、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話)、介護老人保険施設(看護、医学的管理のもとでの介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話)、介護療養型医療施設(長期にわたる療養を必要とする要介護者に対する療養上の管理、看護、医学的管理下での介護、その他の世話および機能訓練、その他の必要な医療提供)がある。要支援者は、施設サービス及び痴呆対応型共同生活介護は利用できない。
国保連では介護報酬請求の審査や支払い事務のほかに、サービス事業者に対する調査、指導、助言、苦情処理等を行っているが、市町村への相談でも解決しない場合は、国保連に苦情申し立てを行うことができる。
精神障害者が本来入院中で無ければ、家族が行っているであろう行為を、病院が行う様々な代行業務がある。これらは、入院中の治療とは直接関係のない、日常生活の利便として必要な、経済的活動(日曜生活品の購入、預貯金の管理、入院費の支払など様々な行為)となる。しかし、これらは医療行為ではないために、保険給付の対象外であり、日常生活に必要な「サービス」や「物」に要する費用を、入院患者様から徴収する項目を医療外代行業務という。
医療外代行業務の徴収にあたっては、次の点に留意すること。
1.保険医療機関においては、医療外代行料徴収の料金設定は実費とすること。

2.保険医療機関の見やすい場所に当該実費に係る内容及び金額に関する事項を掲示すること。
3.医療外代行業務徴収にあたっては、本人及びご家族に十分な説明を行うこと。 4.曖昧な名目での費用徴収は出来ないこと。 5.個別の名目を明記した、領収書を発行すること。

問題	医療保険はどのような種類があるか？
解答	職場に勤める人を対象とする健康保険など(被用者保険と総称)と、 自営業者などの地域住民を対象とする国民健康保険
問題	医療保険における国民皆保険と強制加入について説明せよ
解答	日本国内に住むすべての人は原則として、これらの保険者が運営する保険のいずれかに加入します(国民皆保険)。個人の意思で脱会することは出来ません(強制加入)。
問題	公費負担医療とは、どのような制度化のべよ
解答	国の医療保険制度のもう一つの柱として公費負担制度、 公衆衛生の向上を図る見地から、あるいは 経済的弱者の救済という社会福祉的がある。
問題	診療報酬制度における請求権の時効は何年か？
解答	3年
問題	保険医療機関に対する指導・監査は厚生労働大臣が誰に委任して実施しているか？
解答	社会保険事務局長
例題	介護保険の運営主体(保険者)と加入者(被保険者)について答えなさい。
解答	運営主体は市町村及び東京23区 加入者は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満で医療保険加入者の第2号被保険者
例題	要介護認定の結果に不服がある場合にとるべき方法について答えなさい。
解答	都道府県の介護保険審査会に申し立てを行う。
例題	介護サービスを利用した場合、利用者の負担はいくらか、例外はあるのか。
解答	原則としてかかった費用の1割を負担する。居宅サービスを利用する場合、要介護度に応じた利用限度額を超えて利用した場合は、超えた部分の費用は全額利用者負担となる。
例題	居宅サービスの種類を6つ答えなさい。
解答	訪問系サービス 通所系サービス 短期入所系サービス 生活支援系サービス 福祉用具貸与 居宅介護支援
例題	施設サービスの介護老人保険施設の内容を説明しなさい。
解答	看護、医学的管理のもとでの介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話
問題	医療外代行業務とはどのようなことか
解答	入院中の治療とは直接関係のない、日常生活の利便として必要な、経済的活動(日曜生活品の購入、預貯金の管理、入院費の支払など様々な行為)。
問題	医療外代行業務徴収にあたって留意する点とはなにか
解答	1.保険医療機関においては、医療外代行料徴収の料金設定は実費とすること。 2.保険医療機関の見やすい場所に当該実費に係る内容及び金額に関する事項を掲示すること。 3.医療外代行業務徴収にあたっては、本人及びご家族に十分な説明を行うこと。 4.曖昧な名目での費用徴収は出来ないこと。 5.個別の名目を明記した、領収書を発行すること。