制度説明資料

平成 20 年 4 月から

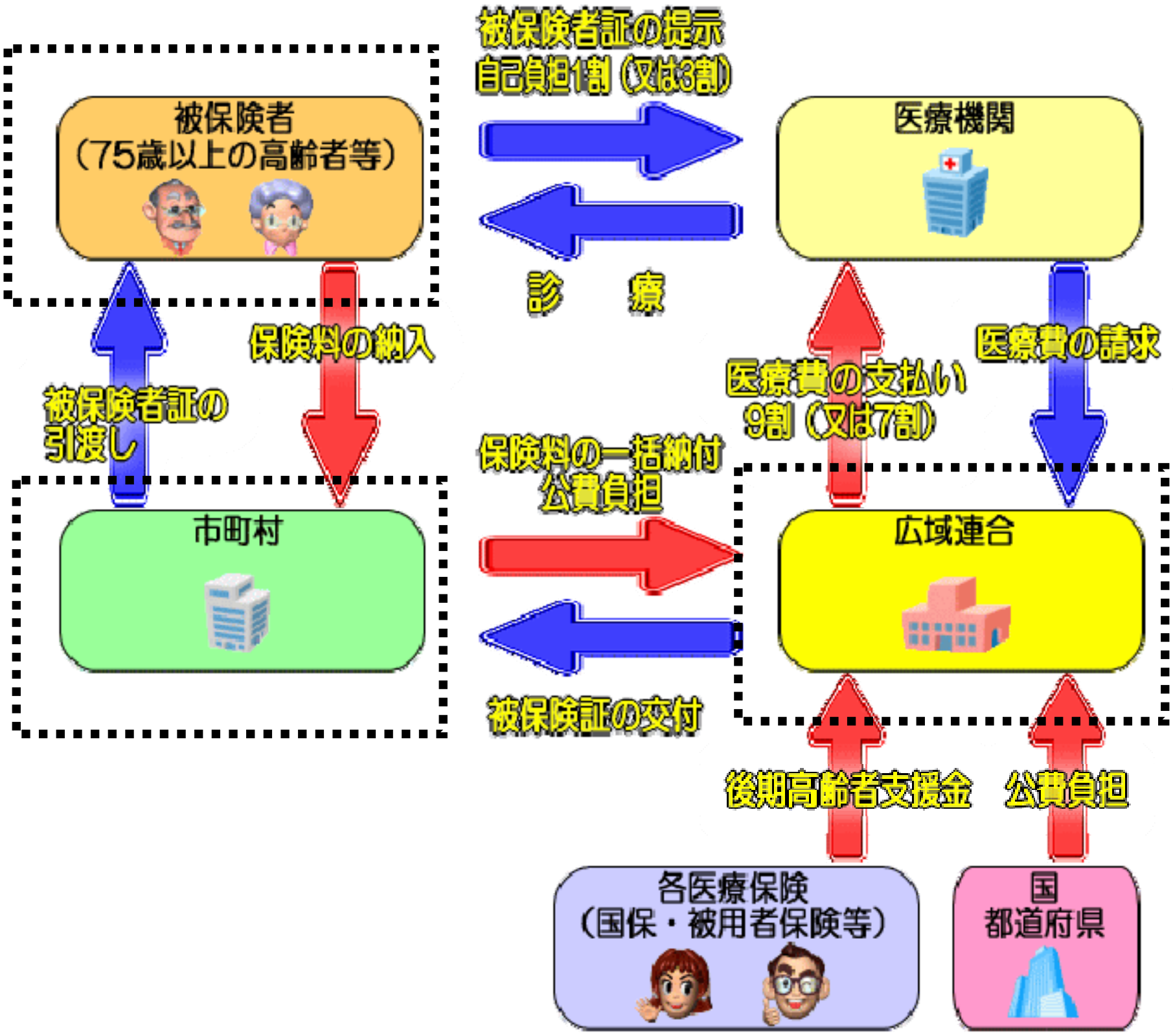
後期高齢者医療制度がはじまります

（注） この資料は、現段階で国から示された情報に基づいて作成したものです。制度の細目を定める政省令がまだ制定されておりませんので、今後、この内容に変更があり得ることを、あらかじめご承知おきください。

新しい制度のしくみ

新しい制度は、国民皆保険を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、国の医療制度改革の一つの柱としてつくられたものです。

→ 詳しくはＱ＆Ａの「Ｑ１」参照



新しい制度のポイント

ポイント１

75歳以上の皆さん一人ひとりに、新しい「被保険者証」を交付します

　これまでは、例えば、札幌などでは一世帯に一枚の被保険者証でしたが、新しい制度では、一人ひとりが被保険者となり、自分の被保険者証を持つことになります。

　なお、病院で診療を受ける場合には、被保険者証のほかに、市町村から交付されていた老人医療受給者証をあわせて提示することになっていましたが、来年４月からは、新しく交付される被保険者証だけを提示すればよくなります。新しい被保険者証は、来年３月下旬に、対象となる皆さんにおくばりします。

→　詳しくはＱ＆Ａの「Ｑ２」参照

ポイント2

高齢者の皆さんにふさわしい医療を目指します。新しい制度でも74歳までの方と変わらず、必要な医療を受けることができます

　特に、高齢者の皆さんは、年をとるにつれ、複数の病気にかかったり、治療が長期になる傾向があります。このような高齢者の皆さんにふさわしい医療が受けられるよう、現在、国において制度のあり方を考えています。

　なお、病院で診療を受ける場合に、窓口で支払っていただく自己負担分（一部負担金）は、１割（現役並み所得者の方は３割）で、今と変更はありません。

　また、来年４月からは、医療保険でかかった自己負担分と介護保険でかかった自己負担分の合計が著しく高額になる場合に、その世帯の負担を軽減する制度（高額介護合算療養費制度）が新設されることになっています。

→　詳しくはＱ＆Ａの「Ｑ３」～「Ｑ６」参照

ポイント3

新しい制度の対象となる皆さんには、公平に保険料の負担をお願いします。この保険料は、原則として、都道府県単位で決められ、同じ所得であれば同じ額の保険料になります

これまでは、国民健康保険や健康保険といった加入している制度によって、保険料を負担される方と負担されない方がいましたが、新しい制度では、高齢者の方々は、皆、負担能力に応じて公平に保険料を負担していただく仕組みに変わります。

北海道の場合、対象となる方の８５％程度の皆さんは、国民健康保険に加入されておりますので、これらの方々は、来年４月から今お支払いいただいている国民健康保険料の代わりに、新しい制度での保険料を負担していただくことになります。なお、このほかの健康保険の被扶養者になっている方々は、新たに保険料を負担していただくことになりますが、これまでの経過も考え、新しい制度の対象者になってから２年間、保険料を軽減することにしています。

また、これまでは、加入する医療の制度により、さらに、同じ国民健康保険でも市町村ごとに、所得が同じでも保険料の額に高低の差がありました。新しい制度では、原則として、都道府県単位で同じ算定方法により保険料が定められ、都道府県内では、同じ所得であれば同じ額の保険料となります。

→　詳しくはＱ＆Ａの「Ｑ７」参照

ポイント4

新しい制度は、「後期高齢者医療広域連合」という新しい団体が、皆さんのお住まいの市町村と連携して運営していきます

この団体は、各都道府県に一つずつ設立されています。北海道では今年の３月１日に設立しました。この団体は、北海道のすべての市町村（１８０市町村）が加入しており、市町村と同じく地方公共団体です。

新しい制度は、この後期高齢者医療広域連合が運営の主体となって、対象となる高齢者の方々に対して、医療の給付や医療費の通知などのサービスを行います。

また、各種届出の受付や被保険者証の引渡しなどの仕事は、お住まいの市町村が行うことにしています。

新しい制度についての主なＱ＆Ａ

Ｑ１　後期高齢者医療制度はどうして必要なのでしょうか？

○　高齢者の医療費は、平成１８年度の推計で１１．２兆円です。これは国民医療費の約３分の１を占めており、高齢化の急速な進展により、今後も増大するという見通しが示されています。

　また、７５歳以上の後期高齢者の方々は、生理的機能や日常生活動作能力の低下による症状が増加するとともに、生活習慣病を原因とする疾患を中心に、入院が増加するという特性があり、こうした心身の特性等にふさわしい医療を提供することが求められています。

○　こうした中、後期高齢者の皆さんが将来にわたり安心して医療を受けられるようにするためには、国民皆保険を堅持しながら、増大する後期高齢者の医療費を安定して賄い、持続可能な制度として構築することが、国の大きな課題となっています。

　現在、後期高齢者の医療費は、昭和５８年に発足した「老人保健制度」によって賄われていますが、高齢者医療費が増大する中で、この制度については、保険料の決定者（各医療保険者）と医療給付者（市町村）が別々になっており、財政運営の責任が明確になっていない、現役世代と高齢者世代の負担が明確になっていないなどの問題点が指摘されてきました。

○　そこで、これらの現役・高齢者の世代間の負担を明確にし、都道府県単位で新たに設立される広域連合が制度運営を担うことで、その財政責任を明確にするとともに、市町村単位から都道府県単位へと制度を広域化することで、安定的で持続可能な保険財政の運営を図るため、後期高齢者の皆さんを対象とする独立した医療制度をつくることにしたものです。

　なお、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するために、国では、新たな診療報酬体系を構築することとしており、現在その検討が進められています。

Q2　後期高齢者医療制度の被保険者は？

○　広域連合が運営する後期高齢者医療の被保険者は、その広域連合の区域（都道府県の区域）にお住まいになっている方で、次の皆さんです。ただし、生活保護を受給されている方は、被保険者とはしないことになっています。

①　７５歳以上の方（７５歳の誕生日から資格を取得します）

②　６５歳から７４歳までの方で、一定の障害の状態にあることについて広域連合の認定を受けた方（認定日から資格を取得します。）

○　現在、老人医療の受給対象となっている方は、来年４月以降はそのまま後期高齢者医療の被保険者となります。なお、現在の老人保健制度の下で、市町村の障害認定を受けている６５歳から７４歳までの方についても、来年４月以降はそのまま後期高齢者医療の被保険者になります。ただ、制度施行に当たって、その認定の取消しを求めることもできます。

○　これらの皆さんは、現在加入されている国民健康保険や健康保険などの被用者保険から脱退し、新たな制度に移行することになります。加入するときは、一人ひとりに新しい保険者証を、お住まいの市町村からおくばりしますので医療を受ける際は、必ずこれを提示してください。

Q3　医療を受けたときの患者負担はどうなるのでしょうか？

○　後期高齢者医療の被保険者の方が医療機関で受診した際、かかった費用の１割（現役並み所得者は３割※）を医療機関の窓口でお支払いいただきます。

窓口の負担には、月単位での限度額が設けられます。なお、入院された場合、同一の医療機関の窓口で支払っていただく負担額は、月単位の上限額までとなります。以上のことは、現行の老人保健制度と同じです。

※　３割負担となる現役並み所得者に該当するかどうかは、同一世帯の後期高齢者医療の被保険者の方のみの所得と収入で判定されます。具体的には、その被保険者の方の課税所得が145万円以上で、かつ、その世帯の被保険者の方の総収入が、①複数の被保険者がいる世帯の場合は520万円以上、②被保険者がお一人だけの世帯の場合は383万円以上のときは、３割負担となります。

なお、現行の老人保健制度では、７５歳以上の方だけでなく、同一世帯の国保や被用者保険に加入している７０歳以上の方の所得と収入で判定しておりますので、上記のとおり判定の単位が変更になることにご注意ください。なお、この判定単位の変更により、１割負担が３割負担に変わる方（課税所得が145万円以上、年収が383万円以上の被保険者で、その世帯に属する７０歳～７４歳の方の収入と合わせた総収入が520万円未満となる場合）については、激変緩和のため、来年８月から最大２年間、月単位の限度額は下記表の一般の区分が適用されます（ただし、医療機関受診の際の窓口負担は３割です。）。

月単位の自己負担限度額表

区　　分	自己負担限度額	
	外来（個人ごと）	左記以外
①　現役並み所得者	４４，４００円	８０，１００円＋1% （４４，４００円）
②　一　　般	１２，０００円	４４，４００円
③　市町村民税非課税の世帯に属する方で④以外の方	８，０００円	２４，６００円
④　市町村民税非課税の世帯に属する方で、年金受給額が80万円以下等の方		１５，０００円

（注）　・　「１%」とは、一定の限度額を超えた医療費の１%。

・（　　）内の金額は、多数該当（過去12か月に３回以上高額療養費の支給を受け、４回目の支給に該当）の場合の自己負担限度額です。

Q4　入院の場合の食費・居住費の負担はどうなるのでしょうか？

○　医療機関に入院された方については、次のようになります。これらは、現行の老人保健制度と同様です。

①　療養病床以外に入院された方は、食費に関する負担として、１食ごとに次の表の標準負担額を負担していただきます。

区　　分	食事療養標準負担額
① 一般の方	１食につき　　260円
② 市町村民税非課税の世帯に属する方等（③以外の方）	１食につき　　210円※
③ 市町村民税非課税の世帯に属する方等のうち、年金受給額が80万円以下の方及び老齢福祉年金を受給している方	１食につき　　100円

※　②に該当する方で、過去１年の入院日数が９０日を超える場合は、１食につき１６０円となります。なお、この入院日数には、老人医療の受給対象者であった期間に係る入院日数を含みます。

②　療養病床に入院された方については、食費及び居住費に関する負担として、食費については１食ごとに、居住費については１日ごとに、次の表の標準負担額を負担していただきます。

区　　分	生活療養標準負担額
① 一般の方	（食　　費）　１食につき460円※ （居住費）　１日につき320円
② 市町村民税非課税の世帯に属する方等（③・④以外の方）	（食　　費）　１食につき210円 （居住費）　１日につき320円
③ 市町村民税非課税の世帯に属する方等のうち、年金受給額が80万円以下等の方（④以外の方）	（食　　費）　１食につき130円 （居住費）　１日につき320円
④　市町村民税非課税の世帯に属する方等のうち、老齢福祉年金を受給している方	（食　　費）　１食につき100円 （居住費）　１日につき　0円

※　上記①の場合の460円は、管理栄養士又は栄養士により栄養管理が行われているなど一定の要件を満たす保険医療機関の場合の額です。それ以外の場合は420円となります。

※　なお、上表は、入院医療の必要性の高い方以外の方に係るものです。

Q5　新たに設けられる高額医療・高額介護合算制度というのは、どのような制度なのでしょうか？

○　これは、同一の世帯の後期高齢者医療の被保険者において、医療保険の患者負担と介護保険サービスの利用者負担の両方の自己負担がある場合において、これらの合算額について新たに年単位での限度額を設け、その負担を軽減するものです。

○　限度額は次の表のとおりです。なお、これを受けるためには、後期高齢者医療の被保険者の方から市町村の窓口に申請していただくことになります。

高額医療・高額介護合算制度における自己負担限度額（年額）

区　　分	合算した場合の限度額年額
① 現役並み所得者	６７万円
② 一　　般	５６万円
③ 市町村民税非課税の世帯に属する方で、④以外の方	３１万円
④ 市町村民税非課税の世帯に属する方で、年金受給総額が80万円以下等の方	１９万円

※　年額は、８月１日～翌年７月３１日までの１２月間で計算します。なお、平成２０年度に限り、平成２０年４月１日～翌年７月３１日までの１６月間で計算することもできることとし、その場合の限度額は、いずれも上記の額の３分の４倍となります。これにより、①は８９万円、②は７５万円、③は４１万円、④は２５万円となります。

Q6　後期高齢者医療制度において受けることができる給付にはどのようなものがあるのでしょうか？

○　後期高齢者医療制度において被保険者の皆さんに支給される医療給付の種類は、次のとおりです。

①　療養の給付（病気やけがの治療を受けたとき）
②　入院時食事療養費の支給（入院したときの食費）
③　入院時生活療養費の支給（療養病床に入院したときの食費・居住費）
④　保険外併用療養費の支給（利用者の選定による特別の病室の提供などを受けたとき）
⑤　療養費の支給（やむを得ない理由で全額を自己負担したとき）
⑥　訪問看護療養費の支給（訪問看護サービスを受けたとき）
⑦　特別療養費の支給（資格証明書※を受けている方が病気やけがの治療を受けたとき）
⑧　移送費の支給（緊急の入院や転院で移送が必要になったとき）
⑨　高額療養費の支給（１か月の患者負担が限度額を超え、高額になったとき）
⑩　高額介護合算療養費の支給（１年間の患者負担と介護保険の自己負担の合算額が限度額を超え、高額になったとき）

○　以上の給付は、新たに設けられる⑩の高額介護合算療養費を除き、現行の老人保健制度や国民健康保険で支給されているものと基本的には同じです。

※　資格証明書について

被保険者の方が保険料を滞納し、１年を経過した後、災害等により保険料を支払えない特別の事情があると認められる場合を除き、国民健康保険と同じく、被保険者証の代わりに広域連合から交付されるものです。この場合は、医療機関の窓口でいったん、かかった医療費の全額を支払っていただき、後に広域連合から自己負担分（一部負担）を除いた額（保険給付相当額）が償還されることになります。

なお、これまで、老人医療の受給対象となっていた方は、この資格証明書の交付対象とはなっておりませんでしたが、後期高齢者医療制度においては、国民健康保険と同様、交付対象となります。ただし、特別な事情がある方については資格証明書を交付しないことになっていますので、保険料の納付についてお困りの場合は、市町村の窓口にご相談ください。

Q7　後期高齢者医療制度で支払う保険料はどのようになるのでしょうか？

○　後期高齢者医療制度での被保険者の皆さんの医療等に係る費用に充てるため、被保険者の皆さんには、公平に保険料を支払っていただきます。この保険料は、市町村の国民健康保険が世帯単位で課せられているのと違い、被保険者の方一人ひとりに課せられます。

保険料として収入する必要がある総額は、医療機関の窓口での一部負担分を除く医療等に要する費用の１割分が原則となっています※。

※　窓口での一部負担分を除く医療等に要する費用は、その半分を公費で負担（国・都道府県・市町村が４：１：１の割合で負担）し、４割を市町村の国民健康保険など各医療保険者からの支援金（若年者の保険料）で賄い、残りの１割分が後期高齢者の皆さんからの保険料で賄います。

○　保険料の年額は、広域連合の議会で議決された条例において定める保険料率に基づき、広域連合が決定します。一人ひとりの保険料額は、その方の所得に応じて負担していただく「所得割」と、被保険者の方全員に等しく負担していただく「被保険者均等割」の合計額となります※。

※　市町村の国民健康保険の場合は、「所得割」や「被保険者均等割」のほかに、世帯ごとに等しく負担していただく「世帯割」もあります。また、道内の多くの市町村では、これに加えて所有する資産（固定資産税の賦課額）に応じて負担していただく「資産割」を設けています。

○　保険料率（所得割率、被保険者均等割額）は、広域連合議会で議決された条例で定めます。この率は、広域連合内では、原則として同じ率になります※。

※　一人当たり高齢者医療費が相当程度低い市町村や医療の確保が著しく困難な地域については、広域連合の条例で定めるところにより、一定の低い率になる場合もあります。

○　保険料率は、広域連合の安定した財政運営を確保するため、２年単位で広域連合の医療等に係る費用と他の収入の額を見込むとともに、被保険者数や被保険者の皆さんの所得に関する情報を広域連合で把握したうえで設定されます。

また、一人ひとりの保険料額には、上限額（賦課限度額）が設けられます。この上限額は、所得の高い方には応分の負担をお願いし、中間的な所得層の方の負担ができるだけ抑えられるようにするという考え方のもと、国では年額５０万円に設定する予定であり、これを基本として、広域連合の条例で定められます。

○　所得の低い世帯に属する被保険者の方については、市町村の国民健康保険と同様、世帯の所得水準に応じて、保険料の被保険者均等割額を７割、５割、２割軽減することになっています。

　また、後期高齢者医療制度に加入する直前に、健康保険等の被扶養者であった方については、これまで保険料の負担がなかったことを考慮して、激変緩和のため、制度加入時から２年間、所得割を課さず、被保険者均等割額を５割軽減して保険料を算出します。

○　このほか、災害等により重大な損害を受けたときやその他の特別な事情により生活が著しく困窮し、保険料を納めることが困難な方については、広域連合に申請していただくことにより、保険料が減免となる場合があります。

○　広域連合において保険料の年額が決定されると、これを基礎として、各市町村が保険料の支払期を定めて、皆さんに保険料を納付していただきます。この保険料の納付方法として、介護保険料と同様、年金から自動的に保険料が支払われる仕組みが導入されます。

　ただし、次に掲げる方については、後期高齢者医療の保険料を年金から支払うことにはせず、市町村の発行する納入通知書や口座振替などにより、銀行などで納めていただくことになります※。

①　年金額が年額１８万円未満の方

②　介護保険料と後期高齢者医療の保険料を合わせた額が、支給される年金額の２分の１を超えることとなる方

※　平成２０年４月１日現在で７５歳以上の方であって、年金から支払っていただく対象となる方については、平成２０年４月支給分の年金から支払っていただくことになります。