

平成20年4月から

後期高齢者医療制度がはじまります。

《新しい制度のポイント》

POINT
75歳以上の方、一人ひとりに被保険者証を交付します。

これまでは、ほとんどが、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ができます。
→詳しくは、「被保険者」のページ

POINT
保険料負担を公平にします。

これまでは、国民健康保険や健康保険といった加入する制度によって、保険料を負担する人と負担しない人がいました。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ご負担いただくことになりました。

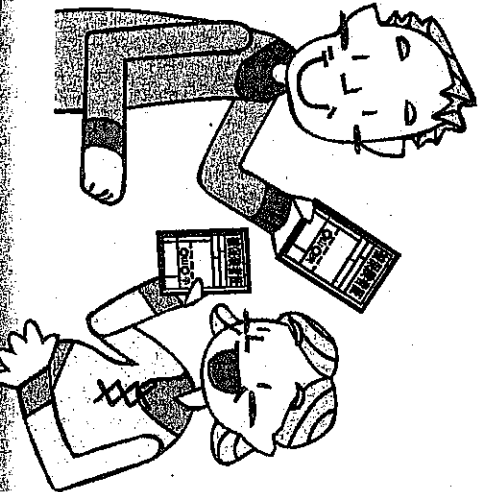
これまでは、加入する制度により、また、同じ国民健康保険でも市町村によって、所得が同じでも保険料に高低がありました。新しい制度では、原則として、都道府県内で、同じ所得であれば同じ保険料になります。
→詳しくは、「仕組み①」と「保険料」のページ

POINT
医療保険と介護保険のサービスを両方利用して自己負担が重い方々の負担を軽減します。

POINT
後期高齢者医療広域連合という新しい運営主体が、都道府県や市区町村と連絡をとりあつて、高齢者の方々のサービス向上に努めます。

後期高齢者医療広域連合が運営主体として、保険料をお支払いいただいた高齢者の方々に、対し、医療の給付、医療費の通知、保健事業などのサービスを行います。また、高齢者の方々の保険料が高くなりすぎないように、都道府県単位で医療費の適正化に努めます。
各種届出の受付や被保険者証の引き渡しなどの窓口業務は市区町村が行いますので、高齢者の方々の利便は引き続き確保されます。

POINT
高齢者の方々にふさわしい医療を目指します。
新しい制度でも、74歳までの方々と変わらず、必要な医療を受けることができます。
特に、高齢者の方々は、年を取るにつれ、複数の病気があったり、治療が長期にわたる傾向があり、このような方々にふさわしい医療が受けられるよう、制度設計を行っています。具体的には、患者・家族の方々に安心・納得いただけるよう、高齢者の暮らしに配慮した治療が行われるような仕組みを導入するとともに、在宅医療の充実や介護サービスとの連携強化など、高齢者の生活を支える医療を目指しています。





後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療の事務を行うために、都道府県ごとに区域内の全ての市区町村が加入して設立された地方公共団体です。平成18年度中に全ての都道府県で設立が完了しています。

後期高齢者医療制度の仕組み

【運営主体：全市町村が加入する広域連合】

公費(約5割)

〔国：都道府県：市町村＝4：1：1〕

後期高齢者支援金(若年者の保険料)
約4割

高齢者の保険料
1割

患者負担

医療保険者
健保組合、国保など

←一括納付

社会保険診療
報酬支払基金

〈交付〉

口座振替・
銀行振込等

年金から
天引き

後期高齢者の
心身の特性に
応じた医療
サービス

各医療保険(健保、国保等)の被保険者
(0～74歳)

被保険者

《被保険者》

- ① 75歳以上の方(75歳の誕生日から資格取得)
- ② 65～74歳で一定の障害の状態にあることにつき広域連合の認定を受けた方(認定日から資格取得)

○ これらの方々は、現在加入中の国民健康保険又は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、一人ひとりに後期高齢者医療被保険者証をお渡ししますので、医療を受ける際は必ずこれを提示してください。

《保険料》

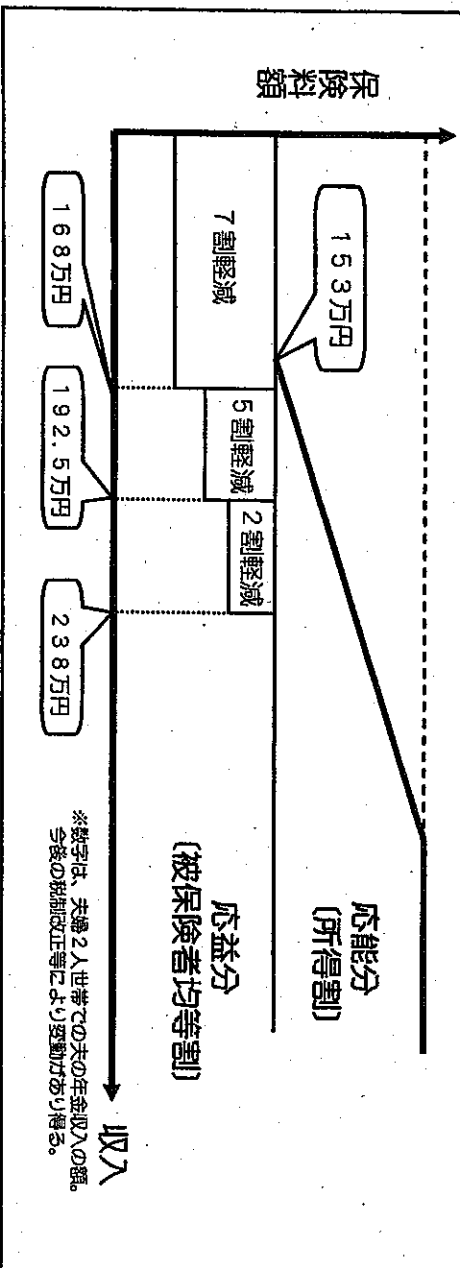
- 負担していただく保険料は、全体としては従来と同程度となるよう、かかった医療給付費の1割を皆で負担することになります。
- 保険料は広域連合ごとと条例で定められ、広域連合の域内は、原則、均一の保険料率が設定されます。
- 保険料は被保険者一人ひとりに課せられ、1人当たりの保険料額は、その方の所得に応じて負担いただく部分（所得割）と、被保険者の皆様に等しくご負担いただく部分（被保険者均等割額）との合計額となります。
- ・ 低所得世帯に属する方については、被保険者均等割が軽減（7割、5割、2割）されます。
- ・ 保険料はどんなに所得の高い方でも年50万円が上限となります。
- ・ 後期高齢者医療制度に加入する直前に被用者保険の被扶養者であった方については、新たに保険料負担が課せられることから、制度加入時から2年間は被保険者均等割を5割軽減し（所得割は課されません）、激変緩和を図ります。

1人当たり保険料額の算定式

$$1人当たり保険料額 = 被保険者均等割額 ※ + 1人当たり所得割額$$

被保険者本人の基礎控除後の総所得金額等(旧ただし書所得) × 所得割率 ※

※被保険者均等割額及び所得割率(保険料率)は、2年ごとに、各広域連合で、都道府県内では同じ率で設定されます。



- 保険料の納付方法
 保険料は原則として年金から徴収されます。ただし、年金額が年額18万円未満の方や介護保険料と後期高齢者医療保険料を合わせた額が年金額の2分の1を超える方については、年金からの徴収は行われず、納付書や口座振替等により、市区町村に対し個別に納付していただくこととなります。

《医療の給付》

- 後期高齢者に対する医療給付の種類は、新たに設けられる高額医療・高額介護合算制度以外は、現行の老人保健及び国保において支給されているものと基本的には同じです。



後期高齢者の新たな診療報酬体系の検討

後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築することとされていることから、そのための検討を行っています。

▶《患者負担》▶

① 医療機関を受診した際、かかった費用の1割（現役並み所得者の方は3割）を医療機関の窓口で支払っていただきます。
 窓口負担は、月ごとの上限額が設けられます。また、入院の場合、同一の医療機関の窓口で支払っていただけ負担額は月ごとの上限額までとなります。
 これらは、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、同一世帯の被保険者の所得と収入により判定します。
 ・課税所得145万円以上、かつ
 ・収入 高齢者複数世帯 520万円以上、高齢者単身世帯 383万円以上

② 高額医療・高額介護合算制度を新たに設けます。
 同一世帯の被保険者において、医療保険の患者負担と介護保険の自己負担の両方が発生している場合は、これらを含ませた額について年額での上限額を設け、負担を軽減します。

(月ごとの負担の上限額)

	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	入院(個人ごと)
① 現役並み所得者 (課税所得145万円以上)	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 (④以外の方)	8,000円	24,600円
④ ③のうち、年金受給額80万円以下等の方		15,000円

(年ごとの負担の上限額)

高額医療・高額介護合算制度における自己負担限度額	上限額
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	31万円
④ ③のうち、年金受給額80万円以下等の方	19万円

(注) ()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に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。

③ 医療機関に入院された方については、療養病床以外の場合は、食費に関する負担として、1食ごとに標準負担額療養病床の場合は、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、標準負担額を負担していただきます。これらは現行の老人保健制度と同じです。

食費・居住費の標準負担額	
区 分	標準負担額
① 一般の方	(食費) 1食につき460円 (注) (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 ②のうち、年金受給額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 ②のうち、高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

(注)栄養管理師又は栄養士により栄養管理が行われているなどの要件を満たす保険医療機関の場合。それ以外の場合は420円となる。

▶《各種手続きや制度についての問合せ先》▶

- 後期高齢者医療制度は、各都道府県の広域連合と市区町村とが連携して事務を行います。基本的な役割分担は以下のとおりです。
- 広域連合：被保険者証等の交付、保険料の決定、医療の給付
- 市区町村：各種届出の受付や被保険者証等の引き渡し等の窓口業務、保険料の徴収
- 詳しくは、各都道府県の広域連合又は市区町村の窓口にお問い合わせください。

(参考例 2)

※現時点のバリエーションコメント案を前提に作成したものであり、今後、内容の変更があり得る。

平成20年4月から、後期高齢者医療制度がはじまります。

～後期高齢者医療制度に関するQ&A～

〈Q1〉後期高齢者医療制度はなぜ必要なのでしょう？

- 老人医療費は11.1兆円(平成18年度推計)で、国民医療費の約3分の1を占めており、高齢化の進展に伴い、今後も増大するとの見通しになっています。
- 75歳以上の後期高齢者は、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、入院による受療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つつ、増大する後期高齢者の医療費を安定的に賄うため、持続可能な制度を構築することが喫緊の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、老人医療費が増大する中で、この制度については次のような問題点が指摘されました。
 - ① 後期高齢者は、国民健康保険又は被用者保険に加入し、それぞれの保険料を支払いつつ、給付は市町村から受ける仕組みであること
 - 保険料の決定主体(医療保険者)と給付主体(市町村)が別であり、財政運営の責任が明確でない。
 - ② 市町村は、国民健康保険や被用者保険の保険料からの拠出金と公費とを財源として運営する仕組みであること
 - 拠出金の中で現役世代と高齢者の保険料は区分されておらず、両者の費用負担関係が明確でない。
- このため、現役世代と高齢者世代の負担を明確にし、公平で分かりやすい制度とするため、75歳以上の方を対象に、独立した医療制度を創設することとなりました。
 - ・ 具体的には、
 - ・ 医療の給付に要する費用は、高齢者一人ひとりに負担していただく保険料が1割、現役世代の保険料(74歳までの医療保険制度)からの支援金約4割、公費約5割

- ・ 都道府県の区域ごとにすべての市町村が加入する広域連合が運営主体（保険者）となり、保険料の決定と給付を行うことにより、財政責任を明確化するとともに、広域化による安定的な保険財政の運営を図ります。

- さらに、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、新たな診療報酬体系を構築することとされていることから、そのための検討を行っています。

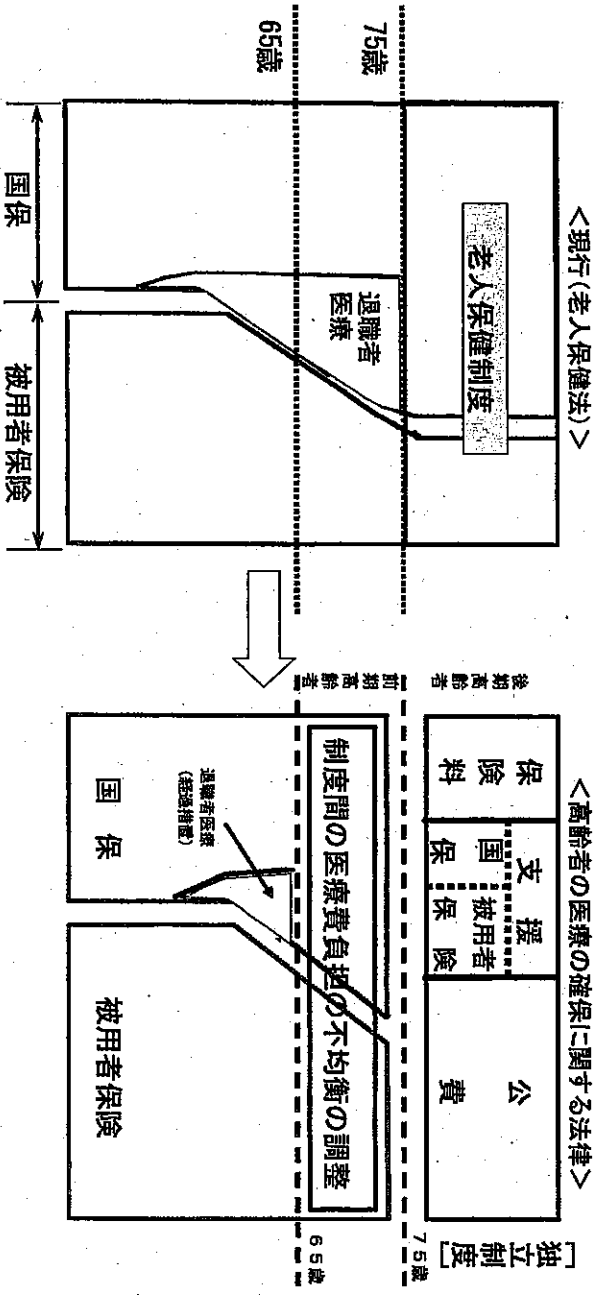
〈Q2〉 現行の老人保健制度と何が違うのでしょうか？

- 現在、75歳以上の方の医療費は、老人保健制度によって賄われています。現行の老人保健制度と平成20年4月からの後期高齢者医療制度とを比較すると下記のとおりです。

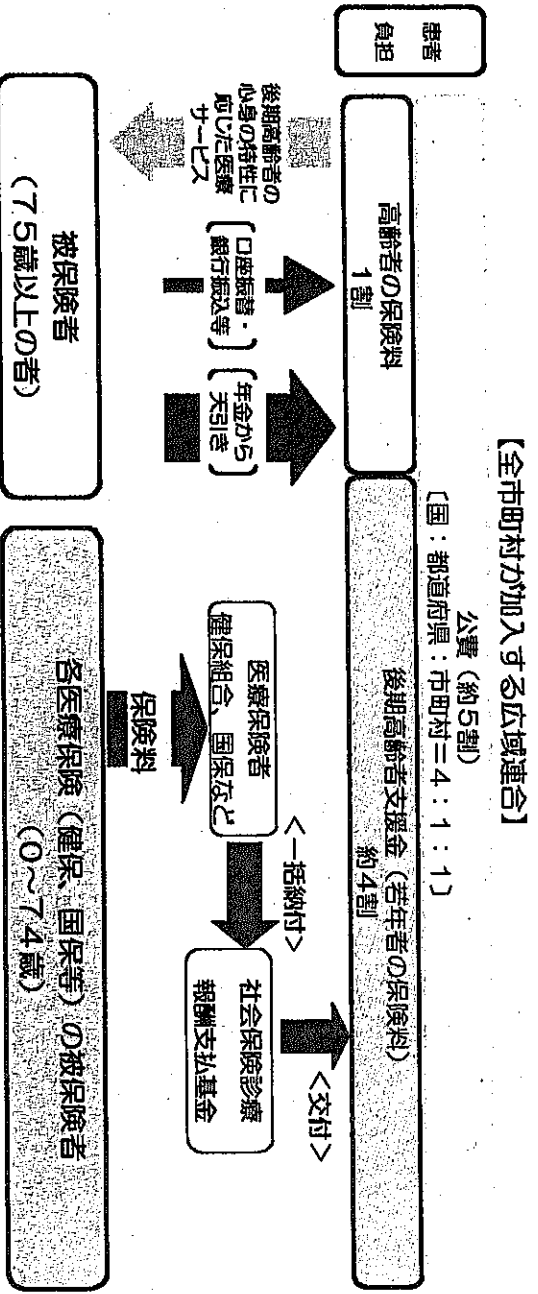
	老人保健制度	後期高齢者医療制度
75歳以上の方が加入する医療保険制度	○国民健康保険又は被用者保険に加入	○国民健康保険又は被用者保険から脱退し、後期高齢者医療制度に加入
運営主体及び財源	○市町村が、国民健康保険又は被用者保険の保険料（約5割）及び公費（約5割）を財源として、医療の給付を行う。	○都道府県の区域ごとにすべての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合が運営主体となり、保険料の決定や医療の給付を行う。
保険料	○高齢者が現役世代かを問わず、それぞれが加入する医療保険に保険料を支払う。 ・ 国民健康保険では、世帯主が世帯に属する被保険者の国保保険料を各保険者（市町村国保、国保組合）に支払う。 ・ 被用者保険では、被保険者本人が各保険者（社会保険事務	○被保険者である高齢者一人ひとりが後期高齢者医療保険料を負担。 ・ 広域連合が決定した保険料額を、最寄りの市町村に支払う（年金から自動的に市町村に支払われる仕組みを導入する）。

	<p>所、健保組合、共済組合等に支払う。</p>	
<p>医療の給付</p>	<p>○医療機関で医療を受ける際には、国民健康保険又は被用者が発行する老人医療受給者証の2枚が必要。</p> <p>○患者負担は、1割（現役並み所得者は3割）で、世帯内で毎月の患者負担を自己負担限度額にとどめる高額療養費制度がある。</p>	<p>○医療機関で医療を受ける際には、広域連合が発行する後期高齢者医療の被保険者証1枚で医療を受けることができる。被保険者証の引き渡し（窓口での手渡し又は郵送）は市町村が行う。</p> <p>○患者負担は、これまでと同様、1割（現役並み所得者は3割）で、世帯内で毎月の患者負担を自己負担限度額にとどめる高額療養費制度を設ける。</p> <p>さらに、これに加え、新たに、患者負担と介護保険の自己負担との合算額について年間の上限額を設け、負担を軽減する（高額医療・高額介護合算制度）。</p> <p>○住所を移転したときなどの届出の窓口は、これまでと同様、市町村。</p>
<p>各種届出の窓口</p>	<p>○住所を移転したときなどの届出の窓口は市町村。</p>	<p>○住所を移転したときなどの届出の窓口は、これまでと同様、市町村。</p>

(図1) 新たな高齢者医療制度の創設 (現行→新制度)



(図2) 後期高齢者医療制度の運営の仕組み



〈Q3〉後期高齢者医療制度ではどのような人が被保険者となるのでしょうか？

- 後期高齢者医療の被保険者となるのは、以下の方々です。
 - ① 75歳以上の方 (75歳の誕生日から資格取得)
 - ② 65~74歳で一定の障害の状態にあることにつき広域連合の認定を受けた方 (認定日から資格取得)
- 現在、老人医療受給対象者の方は、20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。
 - ※ 現在、老人保健制度において市町村の障害認定を受けている方についても、20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、制度施行に当たり、認定の取消を請求することもできます。
- 被保険者一人ひとりに、広域連合から「後期高齢者医療被保険者証」が発行されます。医療機関で受診される際には、必ずこれを提示してください。

〈Q4-1〉後期高齢者医療の保険料はどのようなのでしょうか？

- 保険料は、被保険者一人ひとりに課せられます。広域連合が年度ごとに保険料額を決定し、その保険料の徴収は、市町村が当該市町

村が決めた支払期ごとに行います。ただし、年金から自動的に保険料が支払われる仕組みを導入します。

- 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。
- ・ 所得割は、被保険者ご本人の所得（基礎控除後の総所得金額）に、被保険者共通の率（所得割率）を掛けた額となります。

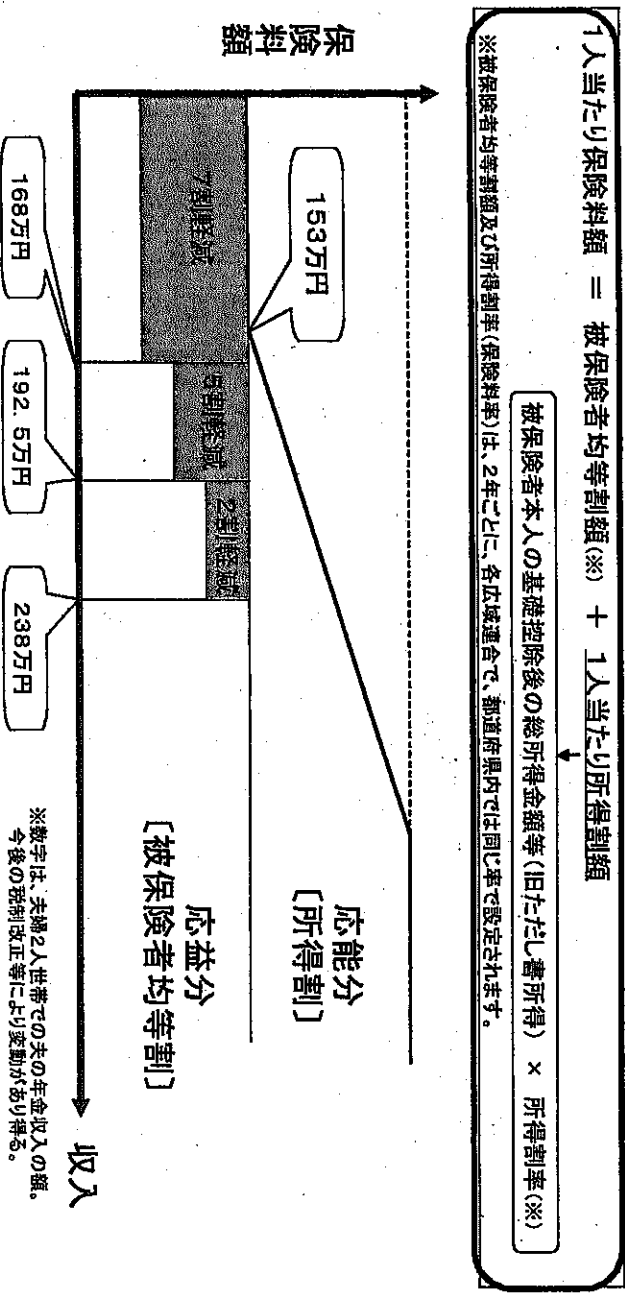
※ 年金収入のみの被保険者の場合、収入額が153万円以下の場合には、所得割が課せられません。

・ 被保険者均等割は、被保険者全員共通に、定額で課されます。ただし、所得の低い方などについては、被保険者均等割が軽減されます。

- この被保険者共通の所得割率と被保険者均等割額を、「保険料率」と言います。保険料率は、広域連合内では、原則、同じ率（均一保険料率）になります。また、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、広域連合の費用と収入の額を見込んだ上で、設定されます。
- ※ 無医地区や1人当たり医療費が相対的に低い市町村など一定の要件に該当するものとして広域連合が条例で定めることにより、地域によって、均一保険料率よりも低い保険料率が適用される場合があります。

- 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。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な考え方のもと、年額50万円に設定されます。

(図3) 後期高齢者医療保険料の概要



〈Q4-2〉保険料の軽減措置について教えてください。

○ 所得の低い方や、これまで保険料負担がなく新制度発足により新たに負担が発生する被用者保険の被扶養者の方については、保険料額が軽減されます。

① 低所得世帯に属する被保険者については、被保険者均等割額が軽減されます。軽減される割合は、世帯の所得に応じて、7割、5割、2割の3種類となります。

② 後期高齢者医療制度に加入する直前に、被用者保険の被扶養者であった方については、新たに本人に保険料負担が課せられることから、激変緩和を図るため、制度加入時から2年間、被保険者均等割額のみを課すこととし、その額を5割軽減します。(所得割は課されません。)

〈Q4-3〉保険料の納付方法について教えてください。

○ 広域連合で保険料額が決定されますと、被保険者一人ひとりに、広域連合から保険料額決定通知が、市町村から保険料納付通知が、広域連合又は市町村から一括して送られてきます。

○ 保険料の納付方法については、年金から自動的に保険料が支払われる仕組みを導入します。

ただし、

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保険料を合わせた額が、年金額の2分の1を超える方

については、年金からの徴収は行われず、納付書や口座振替等により、市町村に対し、個別に納付していただくこととなります。

○ 平成20年4月1日現在で75歳以上の方であって、年金からの徴収の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徴収が開始されます。

(注) 後期高齢者医療制度に加入する直前に被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間は保険料額が減額されることとなります(〈Q4-2〉参照)。制度施行時(平成20年4月)においては、4月支給分の年金からの徴収額は低所得世帯に属する被保険者に対する軽減分以外は反映されないので、8月又は10月の徴収額から4月以降の減額分もあわせて徴収額が調整されることとなりますので、ご注意ください。

〈Q5-1〉 医療を受けた際の患者負担はどのようになるのでしょうか？

- 後期高齢者医療の被保険者が医療機関で受診した際、かかった費用の1割（現役並み所得者の方は3割）を医療機関の窓口でお支払いいただきます。
- 窓口負担には月ごとの上限額が設けられます。また、入院の場合、同一の医療機関の窓口で支払っていただけ負担額は、月ごとの上限額までとなります。
- これらは、現行の老人保健制度と同じです。

（表1）患者負担の自己負担限度額（月額）

	自己負担限度額	
	外来（個人ごと）	
現役並み所得者 （課税所得145万円以上）	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
— 一般	12,000円	44,400円
	II	24,600円
	I (年金収入80万円以下等)	15,000円
低所得者 (住民税非課税)	8,000円	15,000円

（注）「1%」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ヶ月に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4回目以降の自己負担限度額。

〈Q5-2〉 現役並み所得者の判定はどのように行われるのでしょうか？

- 3割負担となる現役並み所得者に該当するかどうかについては、現行の老人保健制度では、75歳以上の方（注）だけでなく、同一世帯の国保又は被用者保険に加入する70歳以上の方の所得と収入をもとに判定していますが、新たな後期高齢者医療制度では、同一世帯の75歳以上の方（注）のみの所得と収入により判定します。

（注） 65～74歳で一定の障害の状態にあることにつき市町村（老人保健制度）又は広域連合（後期高齢者医療制度）の認定を受けた方も含みます。

- この判定単位の変更により、これまで1割負担だったのが新たに3割負担と判定さ

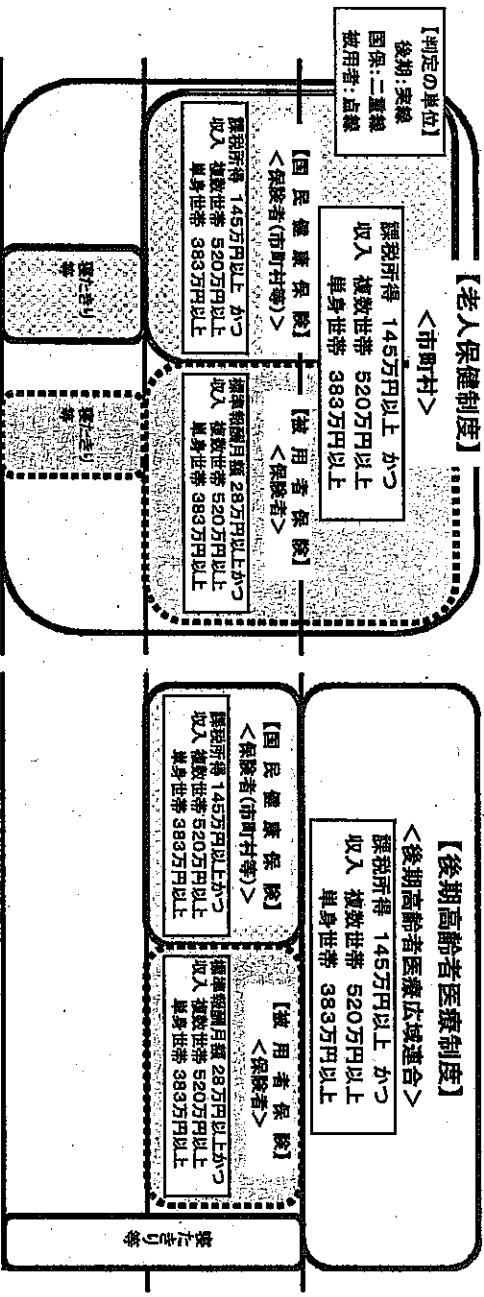
れる方(※)については、激変緩和のため、平成20年8月から最大2年間、月ごと
の上限額について、「現役並み所得者」よりも低い「一般」の額が適用されます。

※ 課税所得145万円以上、かつ、年収383万円以上の後期高齢者医療の被保険者であって、
同一世帯に属する70～74歳の方も含めた年収が520万円未満である方

役並み所得者の判定基準の見直し

【現 行】

【改 正 後】



＜Q5-3＞ 入院する場合の食費・居住費の負担はどのようになるのでしょうか？

- 療養病床以外に入院された方については、食費に関する負担として、1食ごとに、標準負担額を負担していただきます。
- 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、標準負担額を負担していただきます。

(表2) 食費及び居住費の標準負担額

区 分	負担額
① 一般の方	(食費)1食につき460円(注) (居住費)1日につき320円
② 市町村住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 ②のうち、年金受給額80万円以下の方 (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 ②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

注) 栄養管理師又は栄養士により栄養管理が行われているなどの一定の要件を満たす保険医療機関の場合。それ以外の場合は420円となる。

○ これらは、現行の老人保健制度と同じです。

〈Q5-4〉患者負担と介護保健の自己負担の合算額について年間の自己負担限度を設定する高額医療・高額介護合算制度とは、どのような制度なのでしょうか？

○ 同一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サービスの利用者負担の両方の自己負担がある場合に、これらの合算額について新たに年間での上限額を設け、負担を軽減します。

○ 上限額を超える額については、被保険者から市町村窓口への申請に基づき、医療保険と介護保険から、それぞれの自己負担額に応じて、支給されます。(医療保険からは高額介護合算療養費が支給されます。)

(表3) 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)

現役並み所得者		後期高齢者医療制度 + 介護保険	
一 般		67万円	
		56万円	
低所得者	Ⅱ	31万円	
	I	19万円	

〈Q6〉 後期高齢者医療制度により、どのような給付が受けられるのでしょうか？

- 広域連合から被保険者に対して支給される医療給付の種類は、次のとおりです。
- ・療養の給付（病気やけがの治療を受けたとき）
 - ・入院時食事療養費の支給（入院したときの食費）
 - ・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）
 - ・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）
 - ・療養費の支給（やむを得ず全額自己負担したとき）
 - ・訪問看護療養費の支給（訪問看護サービスを受けたとき）
 - ・特別療養費の支給（資格証明書（※）を受けている人が病気やけがの治療を受けたとき）
 - ・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）
 - ・高額療養費の支給（1か月の患者負担が高額になったとき）
 - ・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計額が高額になったとき）
- これらは、新たに設けられる高額介護合算療養費を除き、現行の老人保健制度及び国保で支給されているものと基本的に同じです。

※資格証明書について

被保険者が保険料を滞納し、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、国保と同様、被保険者証の代わりに、広域連合から資格証明書が交付されます。

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、後に広域連合から窓口負担額を除いた額（保険給付相当額）が償還されることとなります。