

事務連絡
平成19年11月9日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中

厚生労働省保険局保険課
企画法令第一係

厚生労働省保険局国民健康保険課
企画法令係

「70～74歳の患者自己負担の見直しの凍結に係る対応について（案）」
等の送付について

平素より国民健康保険制度の運営に御尽力賜り深く御礼申し上げます。

さて、先般9月25日の連立政権合意を踏まえ、70～74歳の患者自己負担の1割から2割への引き上げについては一年間凍結すること等が、10月30日の与党のプロジェクトチームにおいて別添1のとおり取りまとめられたところです。

また、具体的な制度内容については、今後予算編成過程で検討することとなりますが、与党のプロジェクトチームの取りまとめ内容に基づく現時点のたたき台として、別添2のとおりの方法が考えられますのであらかじめ情報提供させていただきますので貴管内保険者等への周知等、特段の御配慮をお願いいたします。

なお、本件に対する御質問等につきましては、各都道府県の国民健康保険主管課から、Eメール又はFAXにて以下の連絡先まで御連絡いただきますよう、よろしくお願いいたします。

（添付資料）

- 別添1 高齢者医療の負担のあり方について
- 別添2 70～74歳の患者負担の見直しの凍結に係る対応について（案）
- 参考 70～74歳の患者負担の見直しを凍結した場合の主体別事務手続（案）

（照会先）

厚生労働省保険局国民健康保険課
企画法令係

TEL：（03）5253-1111

（内線）3258

FAX：（03）3504-1210

Mail：sumizono-taichi@mhlw.go.jp

高齢者医療の負担のあり方について

平成19年10月30日
与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム

今後、高齢化に伴い医療費の一層の増大が見込まれる中、国民皆保険制度を将来にわたり持続可能なものとするため、負担能力を勘案しつつ、現役世代と高齢者でともに支え合う高齢者医療制度が設けられることとなった。

今般の連立政権合意において、構造改革路線の継続と、セーフティネットの整備、負担増・格差の緩和など国民生活に重きを置いた方向の政策が必要との認識に立って、高齢者医療制度の負担のあり方について早急に検討することとされた。

これを受け、具体的な措置を検討するため、本プロジェクトチームにおいて精力的に議論を重ねた結果、本制度を円滑に施行するため、高齢者の置かれている状況に配慮し、激変緩和を図りつつ進めるべきとの結論を得た。

こうした考え方の下、平成20年度において講ずる措置につき、次のとおりとりまとめた。なお、政府においては、上記趣旨につき広く国民に周知を図るよう努めるべきである。

- 1 70歳から74歳の医療費自己負担増(1割→2割)を、平成20年4月から平成21年3月までの1年間凍結する。保険給付は8割とし、この措置に係る財源については国が負担する。
- 2 後期高齢者医療制度で新たに保険料を負担することとなる者(被用者保険の被扶養者)の保険料負担については、制度加入時から2年間の軽減措置を講ずることとしているが、さらに、平成20年4月から9月までの6ヶ月間これを凍結し、10月から平成21年3月までの6ヶ月間9割軽減する。この措置に係る財源については国が負担する。
- 3 以上の予算措置については、1及び2に対応するための保険者・地方自治体のシステム改修経費等の取扱いや概算要求基準との関係を含め、予算編成過程で検討し、適切に対処する。

なお、平成21年4月以降の高齢者医療制度については、世代間・世代内の公平、制度の持続可能性の確保や財政健全化との整合性の観点も踏まえつつ、給付と負担のあり方も含めて、本プロジェクトチームで引き続き検討する。

70～74歳の患者負担の見直しの凍結に係る対応について（案）

1. 医療保険優先の公費負担医療を創設

○ 予算措置により、新たな公費負担医療（以下「指定公費負担医療」という。）を創設する。対象者及び給付内容等は、要綱（通知）において定める。

- ① 対象者：70～74歳の被保険者又は被扶養者であって、現役並み所得者でない者
- ② 給付内容：対象者が受けた療養（他の公費負担医療の対象となる療養を除く。）に係る医療費の1割相当の額（※1）を支給。ただし、医療費の2割相当の額が次の限度額を超える場合は、限度額から医療費の1割相当の額を控除した額を支給

（※1）この額が次の限度額を超えた場合は、高額療養費が支給されることから指定公費負担医療は支給しない（保険単独の療養となる。）。

	所得区分	限度額
入院等	一般所得	44,400円
	低所得Ⅱ 市町村民税非課税世帯	24,600円
	低所得Ⅰ 年金収入80万円以下等	15,000円
外来	（一律一般所得とみなす（※2））	12,000円

（※2）低所得者を判別する「限度額適用・標準負担額減額認定証」は入院時しか出ないため、患者の所得区分の判別が困難なため。

2. 指定公費負担医療を特定給付対象療養に位置付け

○ 健康保険法施行令（以下「健保令」という。）第41条及び国民健康保険法施行令（以下「国保令」という。）第29条の2に規定する「特定給付対象療養（＝法定の公費負担医療等）」を指定する大臣告示（※3）に指定公費負担医療を追加し、特定給付対象療養に位置付ける。

* これにより、指定公費負担医療を受ける者を対象とする高額療養費の支給根拠等を設けることが可能となるとともに、指定公費負担医療を受給してもなお残る患者負担（医療費の1割相当の額）を世帯合算することが可能となる（3.6.参照）。

（※3）原爆一般疾病医療費以外の法定の公費負担医療の定めは省令に、予算措置による公費負担医療の定めはこの省令により大臣告示に、それぞれ委任されている。

3. 指定公費負担医療を受けた場合の高額療養費の支給根拠・限度額を規定

- 健保令及び国保令の原始附則を一部改正し、
 - ① 支給根拠〔：指定公費負担医療に係る一部負担金（医療費の2割相当）の額が次の限度額を超えた場合に支給することとする。〕を規定する。
 - ② 低所得区分の限度額を設けるために、本則の特定給付対象療養に係る限度額（※4）とは別に、指定公費負担医療に係る次の限度額を規定する。

（※4）現行の特定給付対象療養に係る限度額（健保令第42条第4項・国保令第29条の3第4項）は、所得区分を一般所得とみなした額しか設けられていない。

	所得区分	限度額
入院等	一般所得	44,400円
	低所得Ⅱ 市町村民税非課税世帯	24,600円
	低所得Ⅰ 年金収入80万円以下等	15,000円
外来	（一律一般所得とみなす）	12,000円

* なお、医療費の1割相当の額が限度額を超えた場合は、指定公費負担医療が支給されない保険単独の療養となる（前頁（※1））ことから、高齢受給者が受けた保険単独の療養に係る限度額（健保令第42条第2項及び第3項・国保令第29条の3第3項及び第4項）を以下のとおり読替えた額に基づき、高額療養費が支給される。

	所得区分	限度額（H20.4～）	読替後の限度額
入院等	一般所得	62,100円	44,400円
	低所得Ⅱ	24,600円	24,600円
	低所得Ⅰ	15,000円	15,000円
外来	一般所得	24,600円	12,000円
	低所得	8,000円	8,000円

4. 指定公費負担医療（入院療養に限る。）を受けた場合の高額療養費の現物

給付化を規定

- 健保令及び国保令の原始附則を一部改正し、入院療養（指定公費負担医療を受けた場合に限る。）に係る高額療養費の現物給付規定〔：一部負担金の支払いが行われなかったときは、一部負担金から次の限度額を控除した額の限度において、国が対象者に代わり、保険医療機関等に支払うこと

とする。当該支払がされれば、対象者に高額療養費の支給があったものとみなす。] を設ける。

	所得区分	限度額
入 院	一般所得	44,400円
	低所得Ⅱ 市町村民税非課税世帯	24,600円
	低所得Ⅰ 年金収入80万円以下等	15,000円

* なお、医療費の1割相当の額が限度額を超えた場合は、指定公費負担医療が支給されない保険単独の入院療養となることから、高齢受給者が受けた保険単独の入院療養に係る高額療養費の現物給付規定の限度額（健保令第43条第1項第二号・国保令第29条の4第1項第二号）を以下のとおり読替えた額に基づき、高額療養費が支給される。

	所得区分	限度額（H20.4～）	読替後の限度額
入 院	一般所得	62,100円	44,400円
	低所得Ⅱ	24,600円	24,600円
	低所得Ⅰ	15,000円	15,000円

5. 指定公費負担医療・保険単独の療養（外来療養に限る。）を受けた場合の

高額療養費の現物給付化を規定

○ 健保令及び国保令の原始附則を一部改正し、窓口負担1割の状態を作るために、外来療養（保険単独の療養を受けた場合を含む。）に係る高額療養費の現物給付規定〔：一部負担金の支払いが行われなかったときは、一部負担金から次の限度額を控除した額の限度において、国が対象者に代わり、保険医療機関等に支払うこととする。当該支払がされれば、対象者に高額療養費の支給があったものとみなす。] を設ける。

	所得区分	指定公費負担医療に係る限度額 （医療費12万円以下）	保険単独の療養に係る限度額 （医療費12万円超）
外 来	（一律一般所得とみなす）	12,000円	医療費の1割相当額

6. 補足：低所得者が外来療養に係る高額療養費の現物給付を受けた場合に

なお残る高額療養費の支給根拠

i) 指定公費負担医療を受けた場合（医療費12万円以下）

一部負担金（医療費の2割相当）の額から、① 現物給付された高額療養費の額＋② 支給された公費の額を控除した額（医療費の1割相当）を、なお残る患者負担として世帯合算（※5）し、8,000円を超えた額を現行の規定（健保令第41条第3項及び第42条第3項第三号・国保令第29条の2第3項及び第29条の3第4項第三号）により償還払いとする。

（※5）世帯合算：高額療養費制度は、世帯に属する個々人が次の①・②を合算した額（世帯単位の患者負担）が算定基準額を超える場合には高額療養費が支給される。

- ① 療養の給付を受けた場合の一部負担金の額
- ② 特定給付対象療養に係る公費の支給を受けた場合になお残る患者負担の額

ii) 保険単独の療養を受けた場合（医療費12万円超）

一部負担金（医療費の2割相当）の額から、現物給付された高額療養費の額（医療費の1割相当額）を控除した額をなお残る高額療養費（※6）とし、8,000円を超えた額を現行の規定（健保令第41条第3項及び第42条第3項第三号・国保令第29条の2第3項及び第29条の3第4項第三号）により償還払いとする。

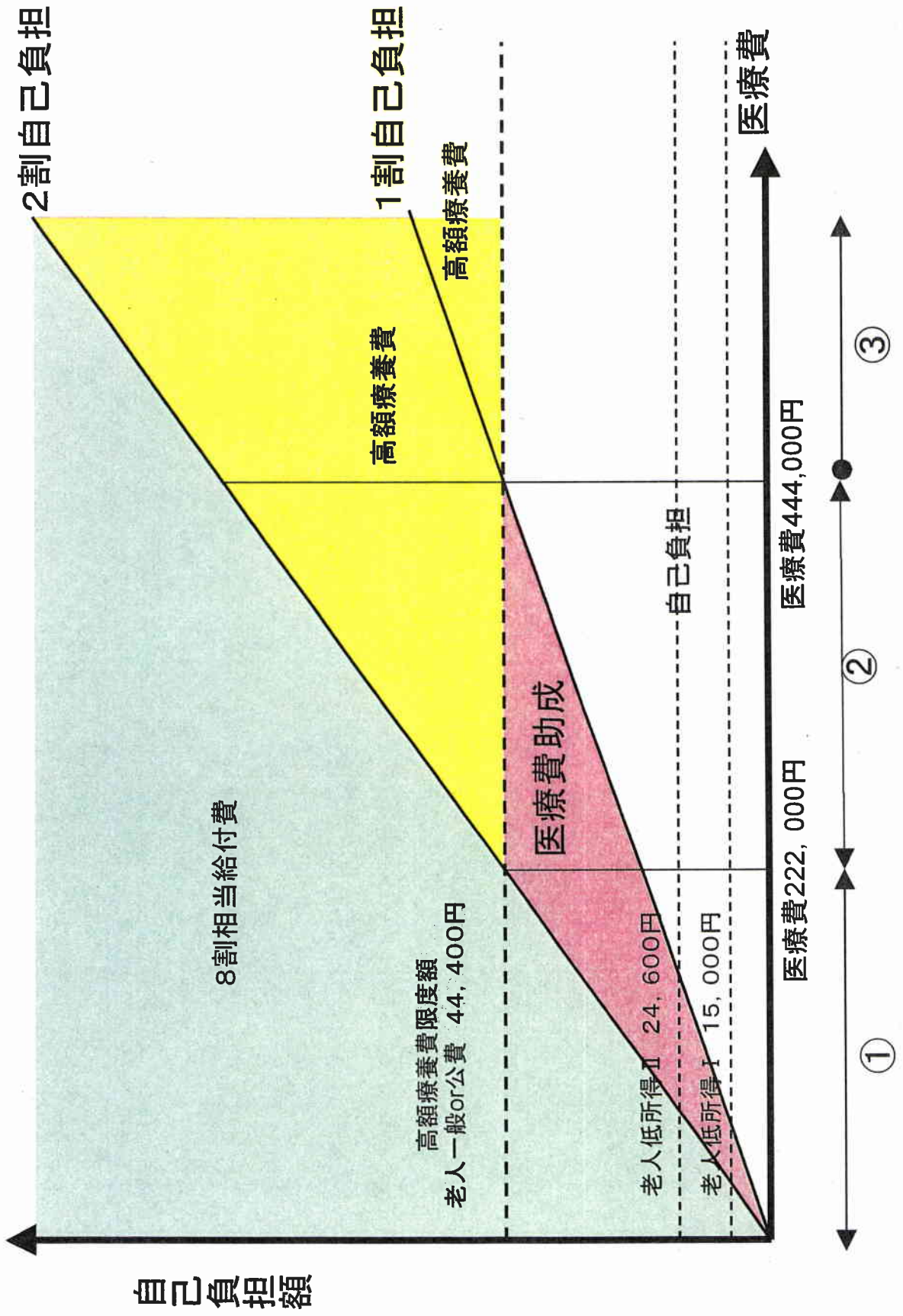
（※6）高額療養費は、「医療費の1割相当額」まで現物給付された額の限度において「高額療養費の支給があったものとみな」されることによる。

70歳～74歳の患者負担の見直しを凍結した場合の主体別事務手続(案)

- 予算措置により、医療費の1割相当の額を支給する新たな公費負担医療を創設。
- 患者と保険者においては、従前の手続きと同様。
- 医療機関からの請求について、医療費の額に応じ、請求先を仕分ける。

	外来療養	入院療養等
患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費の1割を自己負担 ○ 1割の自己負担が12,000円(低所得者は8,000円)を超える場合は、事後的に保険者に高額療養費を請求 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費の1割を自己負担 ○ 高額療養費が支給される場合は、限度額までの負担でよい
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ①法定の負担割合である医療費の2割相当の額が12,000円を超えない場合 → 医療費の8割を保険者に、1割を国に請求 ②法定の負担割合である医療費の2割相当の額が12,000円を超え、1割が12,000円を超えない場合 → 医療費の8割と高額療養費を保険者に、12,000円と1割の差額を国に請求 ③医療費の1割が12,000円を超える場合 → 医療費の8割と1割相当額の高額療養費を保険者に請求 	<ul style="list-style-type: none"> ①法定の負担割合である医療費の2割相当の額が所得に応じた限度額を超えない場合 → 医療費の8割を保険者に、1割を国に請求 ②法定の負担割合である医療費の2割相当の額が限度額を超え、1割が限度額を超えない場合 → 医療費の8割と高額療養費を保険者に、限度額と1割の差額を国に請求 ③医療費の1割が限度額を超える場合 → 医療費の8割と高額療養費を保険者に請求
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1割の患者負担について申請を受理し、12,000円(低所得者は8,000円)を超える額を償還払い 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費の2割相当の額が限度額を超える場合に高額療養費を現物給付

70歳～74歳の患者負担の見直しを凍結した場合(案)【入院療養等】



70歳～74歳の患者負担の見直しを凍結した場合【外来療養】

