全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び
後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局総務課老人医療企画室説明資料》

平成１９年２月１９日

＜　目　　次　＞

１．被扶養者の保険料軽減について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

２．現役並み所得者の判定対象者の範囲について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４

３．後期高齢者に対する健診・保健指導について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

４．定率公費負担の計算方法について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０

５．調整交付金の概要について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３

６．高額医療費の負担に対する支援及び特別高額医療費共同事業について・・・・・１５

７．財政安定化基金の概要について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８

８．前期財政調整・後期高齢者支援金の仕組みについて・・・・・・・・・・・・・・２５

９．平成１８年度補正予算及び平成１９年度予算関係について・・・・・・・・・・・３６

＜参考１＞

○広域連合の設立準備状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５６

○長崎県後期高齢者医療広域連合広域計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５７

＜参考２＞

○老人医療費の状況について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６０

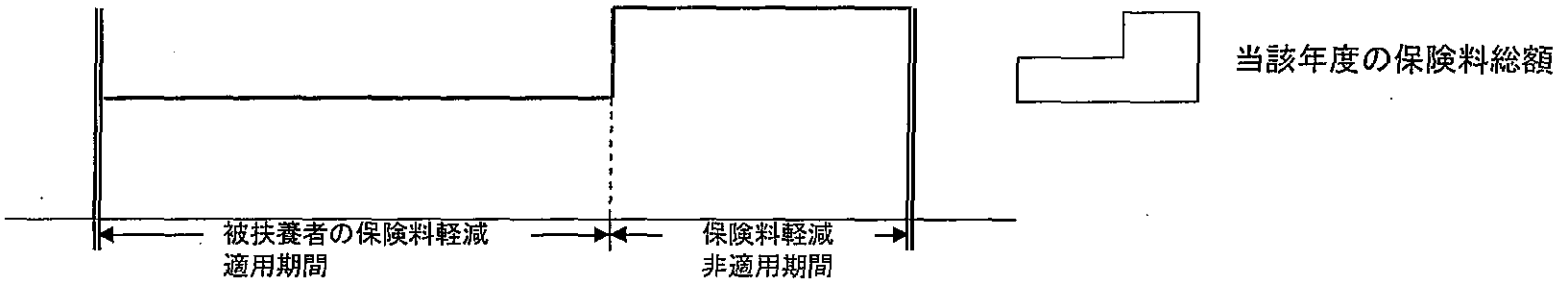
被扶養者の保険料軽減について

被扶養者の保険料軽減について（案）

後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した者であって、当該資格取得日の前日において被用者保険の被扶養者であった者については、資格取得日の属する月以後2年間、被保険者均等割額に10分の5を乗じた額を減額する。

年度途中に被扶養者の保険料軽減の適用が終了する場合の、保険料賦課額のイメージ

（例）被扶養者の保険料軽減適用期間終了後に低所得者の保険料軽減の適用を受けない場合



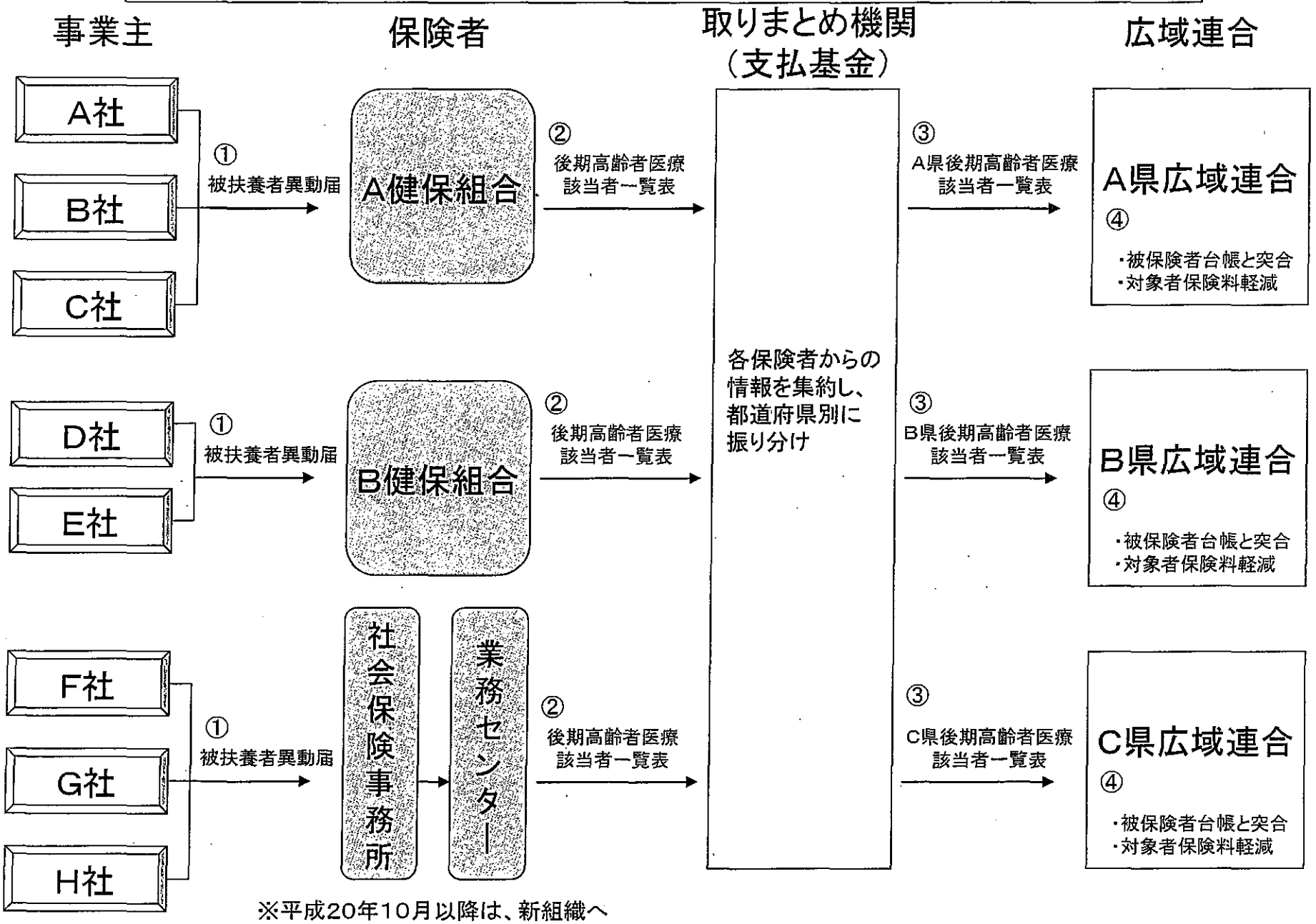
※ 被扶養者であったことの確認は、被用者保険の保険者から広域連合が得る情報により行う。（被扶養者リストの流れ参照）

※ 通常の保険料の賦課をした後に、資格取得日の前日において被用者保険の被扶養者であったことがわかった場合は、資格取得月に遡及して再度減額賦課を行うこととなる。

※ 低所得者の7割、5割保険料軽減適用対象者が被扶養者の保険料軽減対象者である場合は、低所得者に係る保険料軽減が優先されることとなる。

※ 資格取得後2年を経過する月までの間に他の広域連合の区域内に住所を有するに至った場合は、被扶養者の保険料軽減の権利の残存期間相当分は、新たな広域連合へ引き継がれる。

被扶養者リストの流れ



※平成20年10月以降は、新組織へ

被扶養者リストの流れ（解説）

①事業主は、資格喪失に該当した被扶養者の被扶養者異動届を、随時保険者へ送付する。（現行同様）

②各保険者は、後期高齢者医療の被保険者となったことにより提出された被扶養者異動届に記載された被扶養者情報※1を、一覧表（原則、電子媒体）として作成した上で取りまとめ機関（支払基金）へ送付する。
（月次：前月11日～今月10日受付情報を15日に送付）

③取りまとめ機関（支払基金）は、保険者より得た被扶養者情報を集約し、都道府県別に振り分けて各広域連合へ送付する。（月次：15日受付情報を20日に広域連合へ送付）

④広域連合は、取りまとめ機関（支払基金）から送付された情報を被保険者管理台帳（履歴）と突合して、被扶養者であった者を特定し、当該者の保険料額を減額する。（月次：月末までに賦課を行い、市町村へ賦課情報を送付）

＊括弧内は参考スケジュール

※1　保険者の広域連合へ通知する「被扶養者情報」は以下の通り。
- 氏名情報（漢字氏名・カナ氏名）
- 生年月日
- 性別
- 住所情報（都道府県コード）
- 被扶養者資格喪失年月日
- 保険者の名称（政管は事務所名）

※2　④により該当者の特定ができなかった場合には、広域連合は、保険者への個別の照会や、本人からの申し出の機会を設けること（納入通知書送付の際に申し出の勧奨を行う等）により、確認に努める。

※3　取りまとめ機関（支払基金）は、広域連合からの委託により上記の情報集約・提供業務を行い、その業務経費については、広域連合からの手数料により賄う。

現役並み所得者の判定対象者の範囲について

現役並み所得者の判定の対象となる者の範囲について

1．現行制度

○　現在、７０歳以上の高齢者の患者負担については、原則１割、現役並みの所得を有する者は３割としているが、この「現役並み所得者」に該当するか否かについては、７０歳以上の者の所得又は報酬並びに収入によって判定することとしており、具体的には、各制度において、以下の取扱いとしている。

①　老人保健制度

同一の世帯に属する老人医療受給対象者及び７０～７４歳の各保険の加入者について、所得及び収入により判定している。

②　健康保険等の被用者保険制度

７０歳以上の被保険者（６５～６９歳の老人医療受給対象者である被保険者を含む。）及びその被扶養者（７０歳以上の者又は６５～６９歳の老人医療受給対象者）について、報酬及び収入により判定している。

③　国民健康保険制度

同一の世帯に属する７０歳以上の被保険者（６５～６９歳の老人医療受給対象者である被保険者を含む。）について、所得及び収入により判定している。

2．改正（案）

○　平成２０年４月の後期高齢者医療制度の創設により、健康保険制度等の被用者保険制度及び国民健康保険制度の被保険者から、７５歳以上の者及び６５～７４歳の一定以上の障害を有する者が除外され、新たに後期高齢者医療制度の被保険者の資格を有することとなる。また、高齢者の患者負担について、７０歳～７４歳は、原則２割、７５歳以上は原則１割となり、７５歳を境に負担割合が異なることとなる。

○　このように、

①　保険者の共同事業である老人保健制度とは異なり、後期高齢者医療制度は独立した医療制度であること

②　７０～７４歳と７５歳以上の高齢者の患者負担が異なること

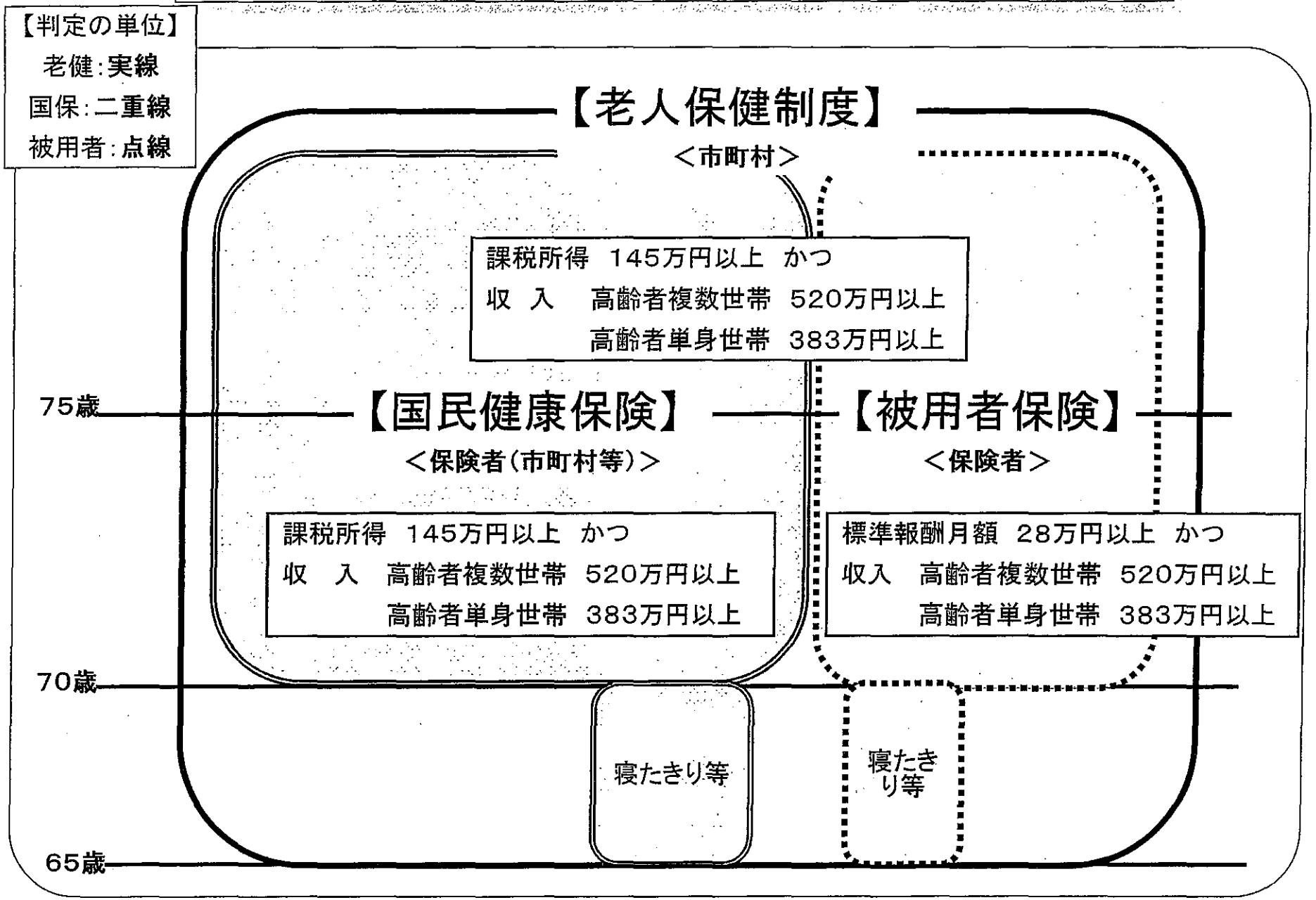
により、後期高齢者医療制度については、現行の老人保健制度のように７０歳以上の高齢者の患者負担を一つの集団として所得判定を行う合理性に乏しいことから、同一の世帯に属する被保険者のみを対象として、所得及び収入によって、現役並み所得者に該当するか否かの判定を行うこととする。

（注）

・　これに伴い、所得判定を行う高齢者の範囲が老人保健制度の判定の範囲から変更され、新たに所得判定を行ったとすると、所得区分が変更になる者が出てくることも想定されるが、平成２０年４月１日の制度施行時は、税制改正に伴い平成１８年８月から行っている経過措置を含め、平成２０年３月３１日までになされた判定を引き継ぐこととする経過措置を置くこととする。

○　なお、健康保険等の被用者保険制度及び国民健康保険制度においては、老人医療受給対象者であった被保険者が、後期高齢者医療制度の被保険者となるため、平成２０年４月以降は、７０～７４歳の被保険者のみの所得又は報酬並びに収入によって、判定することとなる。

現役並み所得者の判定について（現行）



現役並み所得者の判定について（新制度）

【判定の単位】
後期：実線
国保：二重線
被用者：点線

【後期高齢者医療制度】

＜後期高齢者医療広域連合＞

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

75歳

【国民健康保険】

＜保険者（市町村等）＞

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

【被用者保険】

＜保険者＞

標準報酬月額　28万円以上　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

たきり寝等

70歳

65歳

後期高齢者に対する健診・保健指導について

後期高齢者に対する健診・保健指導について（案）

１．基本的な考え方について

○７５歳以上の者（後期高齢者）については、必要な場合には、７５歳となる前までに、特定保健指導が行われてきていると考えられる。

○後期高齢者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が、７５歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、生活習慣の改善が困難な場合も多く、ＱＯＬの確保が重要なってきている。

○また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、ＱＯＬを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってきていると考えられる。

○その一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

２．健康診査について

○後期高齢者についても、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

○７５歳未満の者に対する健診項目は、糖尿病等の生活習慣病に着目したものであるため、後期高齢者に健診項目については、基本的には、７５歳未満と同様の項目とする。

○ただし、積極的な減量等を一律に行わないのであれば、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。

○また、心電図等の医師の判断により実施する項目については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な検査を実施する。

○後期高齢者に対する健康診査の主な目的が、生活習慣病を早期に発見して、必要に応じて、医療につなげていくことであるならば、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医を受診している者については、必ずしも、健康診査を実施する必要はないと考えられる。

３．保健指導について

○後期高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、ＱＯＬの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多いため、４０～７４歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

４．地域支援事業との関係について

○市町村においては、受診者の負担を軽減するため、後期高齢者に対する健康診査と地域支援事業における生活機能評価を共同で実施することが望ましい。

○同様の観点から、前期高齢者に対する特定健康診査についても地域支援事業における生活機能評価と共同で実施することが望ましい。

（今後のスケジュール）

２月１９日　「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」

２月２８日　「保険者による健診、保健指導の実施方法の円滑な実施方策に関する検討会」への報告

（今後の検討課題）

○　市町村への事務委託及びその範囲

○　支払い代行、健診結果の点検等の委託

○　地域支援事業との円滑な共同実施の方法

○　健康増進法に基づく健康相談、指導の機会の確保のあり方

○　健診データの取り扱い

○　その他

定率公費負担の計算方法について

後期高齢者医療財政の概要

医療給付費等総額：１０．３兆円

（注）額は、平成20年度推計値。

財政安定化基金

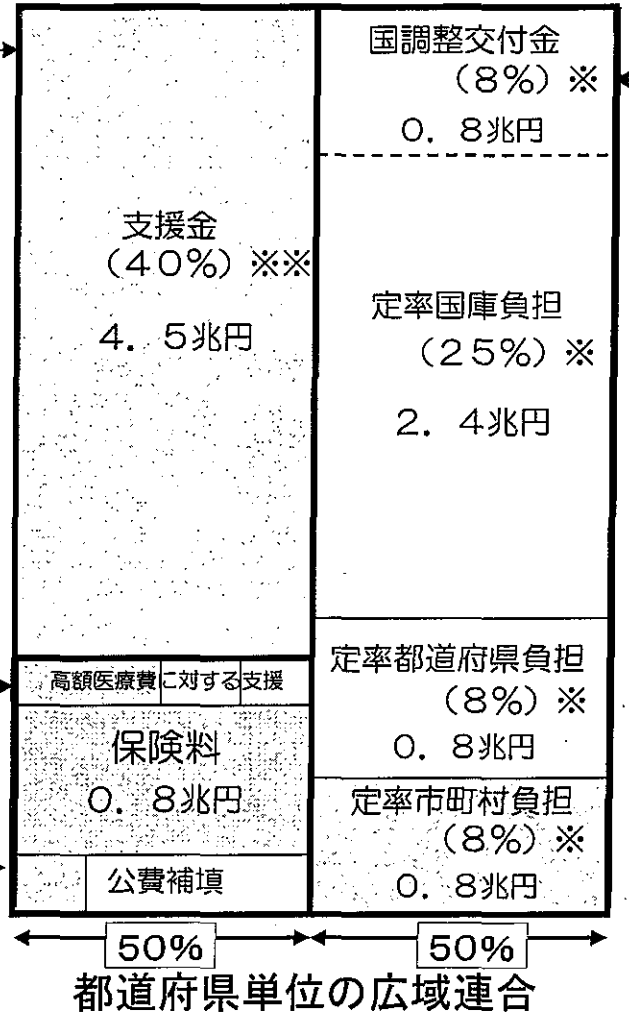
○保険料未納リスク、給付増リスク等による後期高齢者医療広域連合の財政影響に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が１／３ずつ拠出して、都道府県に設置。
事業規模：２，０００億円程度

高額医療費に対する支援

○高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクの緩和を図るため、国及び都道府県は後期高齢者医療広域連合に対して１／４ずつ負担。
・事業規模：１，０００億円程度

保険基盤安定制度

○低所得者等の保険料軽減分を公費で補填。
事業規模：１，７００億円程度
（市町村１／４、都道府県３／４）



都道府県単位の広域連合

調整交付金（国）

○普通調整交付金
広域連合間の財政力の不均衡を調整するために交付。
○特別調整交付金
災害その他特別の事情を考慮して交付。

※　現役並み所得者については、公費負担（５０％）がなされないため、実際の割合は５０％と異なる。
※※　国保及び政管健保の後期高齢者支援金には、別途各々５０％、１６．４％の公費負担がある。

定率公費負担の計算方法について（案）

１　国の負担（法第９３条第１項）

各広域連合につき、当該年度における次のアからイを控除した額の３／１２に相当する額を負担する。

ア　「負担対象額」＝「被保険者に係る療養の給付等に要した費用の額」－「特定費用の額」

（参　考）

・「療養の給付等に要した費用の額」は次の①、②の合計額

①「療養の給付に要した費用の額」　－　「一部負担金に相当する額」

②入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費、高額介護合算療養費の合計額

・「特定費用の額」は、被保険者のうち現役並み所得に該当する者の「療養の給付等に要する費用の額」

イ　次の①～④の合計額

① 給付事由が第三者の行為によって生じた場合の第三者による損害賠償金

② 不正の行為により給付を受けた者からの徴収金及び延滞金

③ 不正の行為により給付に要する費用の支払を受けた保険医療機関等からの返還金及び加算金

④ その他療養の給付等に要する費用のための収入額

２　都道府県の負担（法第９６条第１項）

当該年度における１のアの額から１のイを控除した額の１／１２に相当する額を負担する。

３　市町村の負担（法第９８条）

各市町村につき当該年度における被保険者（①当該市町村に住所を有する者のうち、他の広域連合の住所地特例の対象者以外の者、②当該市町村に住所を有しない者であって、当該広域連合の住所地特例の対象者である者）に係る１のアの額から１のイを控除した額の１／１２に相当する額を負担する。

後期高齢者医療の住所地特例と市町村定率負担の取扱いについて

1　後期高齢者医療制度における住所地特例

○国保では、入院等のため病院等に住所を移した際、市町村をまたぐ移動をした者については、その前市町村の国保被保険者とする住所地特例があり、老人医療受給対象者については、この国保の被保険者資格がある市町村が医療を行うこととしている。

○後期高齢者医療制度では、広域連合をまたぐ住所の移動があった場合には、前住所地の広域連合の被保険者とする住所地特例を設ける。市町村をまたぐ移動があっても広域連合を越えない場合には、現行の国保・老人医療と異なり、住所地特例は適用されない。

2　住所地特例者に係る市町村の定率負担について

前住所地の市町村は、前住所地の市町村が加入する広域連合に対して、1／12の定率負担を行う。

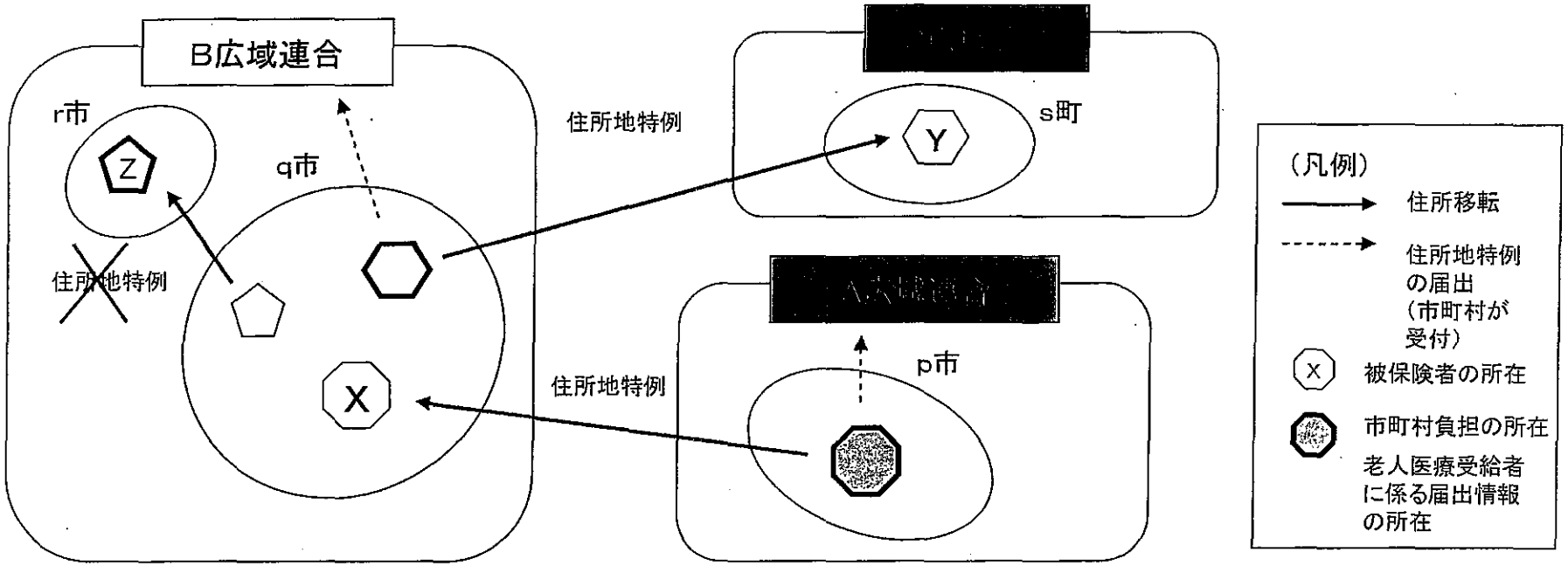
3　老人医療受給者に係る住所地特例の取扱いと市町村の定率負担

老人医療受給者に係る住所地特例の届出は、後期高齢者医療における広域連合間の住所地特例の届出とみなされる。

→　住所地特例については、前市町村が、　　（市町村定率負担の取扱い）

①現市町村が加入する広域連合と異なる広域連合にある場合、引き継がれる。（X，Y）　→前住所地の市町村が負担

②現市町村と同一の広域連合の区域内にある場合、引き継がれない。（Z）　→現住所地の市町村が負担



調整交付金の概要について

調整交付金の概要（案）

1　高齢者の医療の確保に関する法律により定められているもの

（１）国は、後期高齢者医療広域連合（以下、広域連合）間の財政を調整するため、広域連合に対して調整交付金を交付する。

（２）調整交付金の総額は、負担対象額の見込額の１／１２
（現役並み所得者以外の療養の給付等に要する費用の額）

2　調整交付金の種類及び目的

調整交付金は、「普通調整交付金」及び「特別調整交付金」とする。
（１）普通調整交付金は、広域連合間における被保険者に係る所得の格差による財政の不均衡を是正することを目的として交付する。
（２）特別調整交付金は、災害その他特別な事情がある広域連合に対して交付する。
（項目は算定省令）

3　普通調整交付金と特別調整交付金の割合

調整交付金総額【負担対象額の１／１２（8.3%）】のうち、
普通調整交付金４／５、特別調整交付金１／５とする。

4　普通調整交付金と特別調整交付金の調整方法

普通調整交付金の総額が、各広域連合に対して交付すべき合計額を超えるときは、その超過額は特別調整交付金の総額に加算し、普通調整交付金の総額が、各広域連合に交付すべき額の合計額に満たないときは、その不足額は、特別調整交付金の総額を減額する。

5　普通調整交付金の算定式（算定省令）

調整対象需要額（給付費等のうち保険料で賄うべき費用）から、
調整対象収入額（保険者が財政力に応じて保険料として徴収すべき費用）
を控除した額とする。

普通調整交付金　＝　調整対象需要額　－　調整対象収入額

○調整対象需要額

【負担対象額×（1/12＋1/10）＋特定費用の額×1/10】×調整係数

現役並み所得者以外の給付費　　現役並み所得者の給付費

○調整対象収入額

【給付費×5％＋給付費×5％×所得係数】×調整係数

応益保険料　　応能保険料

・調整係数　$\frac{\text{負担対象額}\times(1/12+1/10)+\text{特定費用の額}\times 1/10-\text{特調総額}-\text{高額公費負担}}{\text{負担対象額}\times(1/12+1/10)+\text{特定費用の額}\times 1/10}$ ×補正係数

・補正係数　調整交付金総額を負担対象額の１／１２に調整する係数

・所得係数　各広域連合１人当たり所得／全国平均１人当たり所得

6　特別調整交付金の交付内容

①災害等による保険料の減免額がある場合
②災害等により一部負担金の減免額がある場合
③流行病・災害原因疾病に係る額が多額である場合
④地域的特殊疾病に係る額が多額である場合
⑤原爆被爆者に係る医療費が多額である場合
⑥原爆対象被爆者に係る医療費が多額である場合
⑦療養担当手当に係る額がある場合
⑧結核・精神の疾病に係る額が多額である場合
⑨その他の特別事情がある場合

高額医療費の負担に対する支援及び
特別高額医療費共同事業について

後期高齢者医療制度における高額医療費の負担に対する支援（案）

○　制度の概要

高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクを緩和するため、一定額以上の高額な医療に対して、公費による支援を行う。

○　高額な医療費の基準

国保と同様、レセプト１件当たり８０万円を超える医療費とする。

○　支援対象期間等について

・　医療給付費負担金の手続きと同じとする。
・　対象期間は、３月診療分（２０年度においては４月診療分）から２月診療分とする。
・　交付申請時期等については、２０年４月中旬迄に交付申請を受け、２０年度の交付決定を予算の範囲内で４月中に行う。

なお、初年度の支援額の試算方法等については医療給付費の試算と合わせて別途通知する。

・　交付は、６月、１０月及び翌年２月の３回とする。
・　翌年の６月に実績報告を受け、市町村の補正予算成立に合わせて１２月に前年度の精算を行うこととする。

○　高額医療費の国庫負担額

＜計算式＞

８０万円超の部分の総医療費×（（負担対象額／療養の給付等に要する費用の額×１／１２）＋　１／１０）／４

（注）この総医療費は、療養の給付に要した費用の額、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費の支給についての療養につき算定した費用の額又は移送費の支給に要した費用の額（当該療養につき、他の法令の規定による給付を受けられる場合は、その給付の額を控除した額）。

後期高齢者医療制度における特別高額医療費共同事業について（案）

１　目的

広域連合における著しい高額な医療費の発生による財政影響を緩和するため、広域連合は発生した高額医療費を共同で負担することにより発生リスクの分散を図るとともに、発生した広域連合の財政負担の軽減を行うことを目的とする。（法１１７条）

２　事業内容

① 事業対象（算定政令で規定）

共同事業の対象レセプトは国保中央会による特別審査されたレセプト１件当たり４００万円超のレセプトとし、当該レセプトの２００万円超の部分について財政調整する。

② 事業の財源

各広域連合からの拠出金を財源として実施する。

③ 広域連合の拠出金額

（計算式等）

・　共同事業実施に必要とする当該年度の拠出金総額は、国保中央会において、前々年度の特別高額医療費の実績に前々年度及びその直前の２箇年度の当該医療費の伸びを勘案して算出した額とする。

・　各広域連合の拠出金額＝特別高額医療費拠出金総額×（当該広域連合の前々年度及びその直前の２箇年度の特別高額医療費の合計額／全広域連合の前々年度及びその直前の２箇年度の特別高額医療費の合計額）

（注）２０年度施行の後期高齢者医療においては、当面上記のデータが無いため特別審査された７５歳以上のレセプトデータの前々年度及びその直前の２箇年度の実績に基づいて試算することとする。

④ 共同事業実施に伴う事務経費（算定政令で規定）

実施機関である国保中央会における事務経費については、広域連合が事務費拠出金を負担することとする。