

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

《保険局保険課説明資料》

平成20年 2月 6日

高額医療・高額介護合算制度について

1. 支給事務のスケジュール..... 1
2. 支給事務手続の流れ..... 2
3. 算定基準額（限度額）..... 3
4. 合算の範囲..... 4

（参考配付）

高額医療・高額介護合算制度に関するQ & A

平成20年2月6日（水）

厚生労働省保険局・老健局

1. 高額医療・高額介護合算制度における支給事務のスケジュール

平成20年

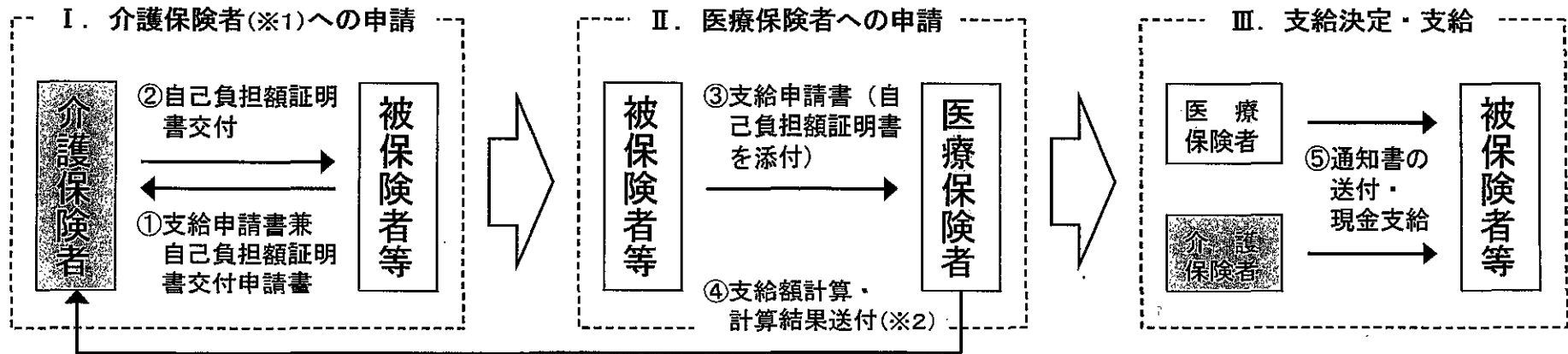
- 2月中旬～ 政省令（案）及び制度周知用パンフレット案を順次情報提供
- 3月中旬 政省令公布
- 4月1日 施行（施行通知、取扱通知及びQ & A改訂版を順次送付）
- 8月 被保険者証等の更新を機会に、被保険者等への制度内容等の周知

平成21年

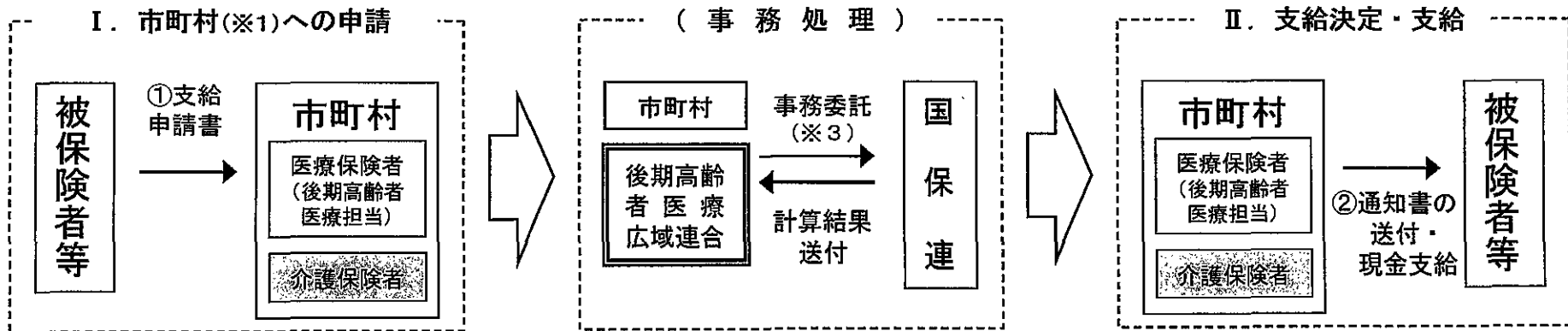
- 7月31日 初年度の計算期間終了（翌日以後申請受付開始）
- 9月下旬～ （7月分のレセプト審査支払終了）
介護保険者（※）は自己負担額証明書を申請者に交付。申請者は当該証明書を支給申請書に添付の上医療保険者に申請〔審査支払機関に計算事務等を委託する場合は省略可能〕
- 10月～
 - ① 医療保険者は支給額の計算結果を介護保険者に送付〔審査支払機関に計算事務等を委託する場合は省略可能〕
 - ② 医療保険者と介護保険者より支給決定通知書の送付と現金の支給開始

（※） 計算期間（8月1日（初年度は4月1日）～翌年7月31日）の途中に被保険者が加入する医療保険（E x . 組合管掌健康保険→市町村国民健康保険）に変更があった場合の変更前の医療保険者についても同様。

2. 高額医療・高額介護合算制度における支給事務手続の流れ



(参考) 同一市町村の国保(広域連合)・介護に加入する世帯に係る事務処理を国保連に委託する場合



- (※1) 計算期間の途中に被保険者が加入する医療保険・介護保険に変更があった場合は、変更前の医療保険者・介護保険者に対し、同様の申請(図①)が必要。
- (※2) 計算期間の末日以後1年の間に、医療保険者から「④計算結果送付」がない場合には、介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。
- (※3) 医療保険者は計算事務を、介護保険者は介護保険分の自己負担額データ作成事務を委託することが考えられる。

3. 高額医療・高額介護合算制度の算定基準額（限度額）

- 年額56万円を基本とし、現行の高額療養費制度の限度額（年齢・所得区分ごとに設定）を踏まえてきめ細かく設定。
- 初年度の平成20年度については、計算期間の途中の4月1日から制度が施行されることから、当該期間を同日から平成21年7月31日までとする（12→16ヶ月間）とともに、自己負担限度額については、通常額の4/3倍の額とする。
- ただし、（16ヶ月で算出した支給額）＜（12ヶ月で算出した支給額）となる場合には、通常額により支給額を算出する。

		後期高齢者 医療制度 +介護保険	被用者保険又は 国民健康保険+ 介護保険 (70~74歳の者 がいる世帯)(※2)	被用者保険又は 国民健康保険+ 介護保険 (70歳未満の者 がいる世帯)(※3)	初年度の 経過措置	後期高齢者 医療制度 +介護保険	被用者保険又は 国民健康保険+ 介護保険 (70~74歳の者 がいる世帯)(※2)	被用者保険又は 国民健康保険+ 介護保険 (70歳未満の者 がいる世帯)(※3)
現役並み 所得者 (上位所得者)		67万円 (一般:56万円の 約1.2倍)(※1)	67万円 (一般:62万円の 約1.09倍)	126万円 (一般:67万円の 約1.88倍)			89万円 (67万円の4/3倍)	89万円 (67万円の4/3倍)
一般		56万円	62万円 (基準:56万円の 約1.10倍) → 56万円(※4)	67万円 (基準:56万円の 約1.20倍)		75万円 (56万円の4/3倍)	83万円 (62万円の4/3倍) → 75万円(※4)	89万円 (67万円の4/3倍)
低所得者	Ⅱ	31万円 (一般:56万円の 約0.55倍)	31万円 (一般:62万円の 約0.50倍)	34万円 (一般:67万円の 約0.51倍)		41万円 (31万円の4/3倍)	41万円 (31万円の4/3倍)	45万円 (34万円の4/3倍)
	Ⅰ	19万円(※5) (一般:56万円の 約0.34倍)	19万円(※5) (一般:62万円の 約0.31倍)			25万円(※5) (19万円の4/3倍)	25万円(※5) (19万円の4/3倍)	

(※1) $1.20 = 639,900 \div 532,800 =$ (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額(年単位))
 \div (高額療養費制度における一般の自己負担限度額(年単位))

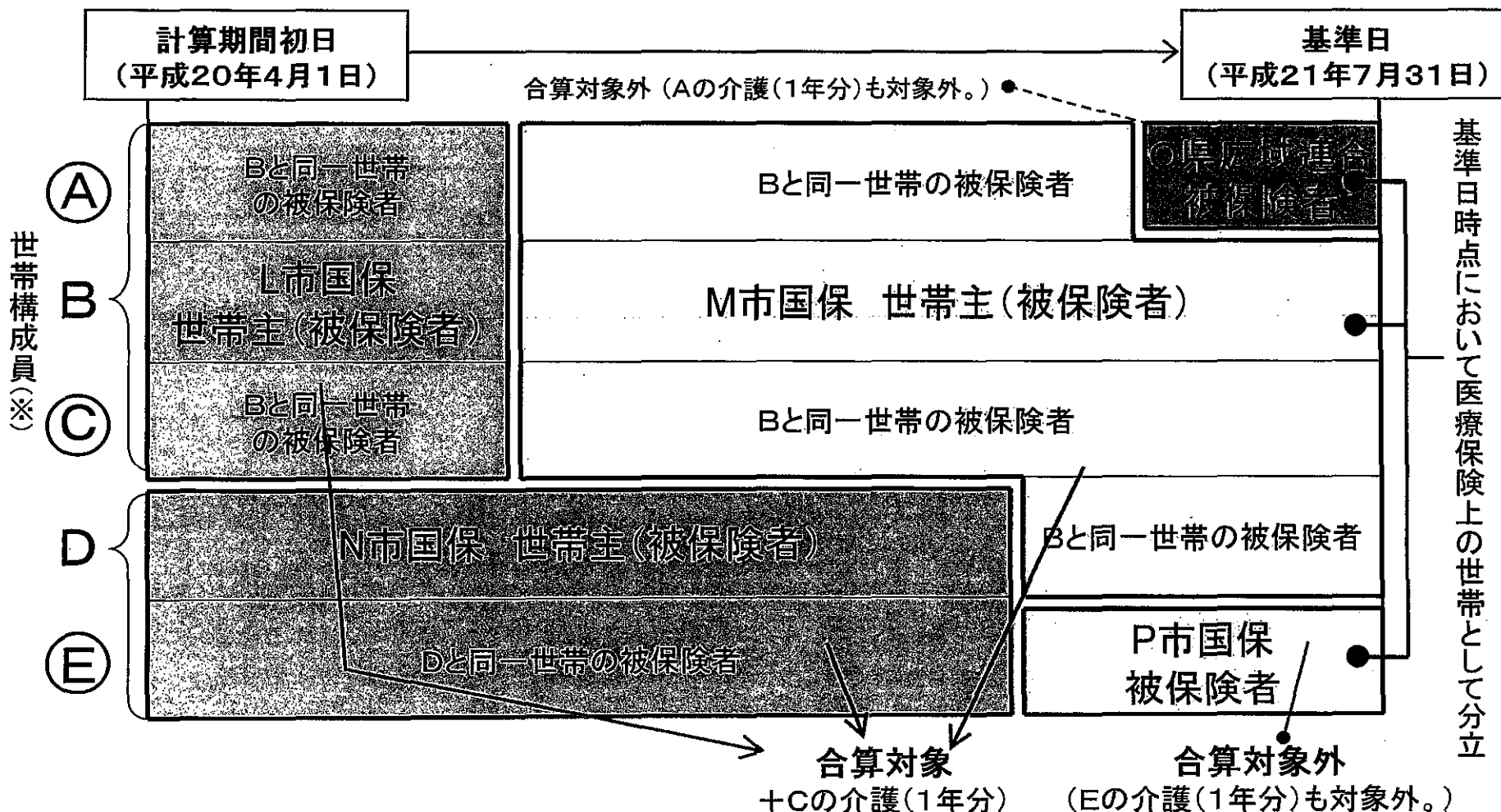
(※2・3) 対象となる世帯に、70歳~74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳~74歳の者に係る自己負担の合算額に(※2)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に(※3)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※4) 70歳から74歳の患者負担の見直し(1割→2割)の凍結の趣旨をふまえ、高額療養費の限度額の見直しについても凍結することに伴い、当該見直し後の高額療養費の限度額を基にした合算制度の限度額についても変更するものとする。

(※5) 低所得者Ⅰで介護サービス利用者が複数いる世帯の場合、合算制度の限度額が高額介護サービス費制度の限度額(年間約30万円)を下回る事態が生じることから、この場合には、両制度の整合性を確保するため、医療保険者が原則どおり低所得Ⅰの限度額により医療保険分の支給額を計算した後、介護保険者が低所得Ⅱの限度額(31万or41万)により介護保険分の支給額を計算する。

4. 高額医療・高額介護合算制度における合算の範囲（イメージ）

計算期間の途中において複数の世帯の合流・分立が生じた場合は、当該合流・分立前に世帯主以外の世帯員について生じた負担は、世帯主が属する世帯に帰属するものとする。



(※) 世帯員A～Eのうち、○囲いの者 (A、C及びE) は介護受給者。基準日時点において、住民基本台帳上A～Dは同居、Eは別居。

高額医療・高額介護合算 制度に関する Q & A

平成20年2月6日
厚生労働省保険局保険課

※今後、逐次、加除修正を行う予定

(問1) 70歳未満の者と70歳以上の者(後期高齢者医療制度の被保険者を除く。)が混在する世帯においてはどのような計算を行うのか。

(答)

高額療養費の計算方法と同様に、まず、

- i) 70歳～74歳の者に係る自己負担を合算した額に、「被用者保険又は国民健康保険+介護保険(70歳～74歳の者がいる世帯)」の区分の算定基準額(限度額)を適用して支給額①(次ページの(例)参照)を算出(※)し、
- ii) 当該自己負担を合算した額から上記の支給額①を控除して算出する70歳～74歳の者に係るなお残る自己負担額と、70歳未満の者に係る自己負担を合算した額とを合算した額に、「被用者保険又は国民健康保険+介護保険(70歳未満の者がいる世帯)」の区分の限度額を適用して支給額②を算出し、

この支給額①と支給額②の合計額が総支給額となる。

なお、各保険者ごとの費用負担額の按分は、上記i) ii)の計算の段階において、それぞれ用いた自己負担を合算した額における各保険者ごとの負担額の割合に応じて計算する。

(※) 70歳～74歳の医療又は介護の自己負担額が0の場合は支給されない。

(問2) 費用負担額を各保険者に按分する際の端数処理はどうするのか。

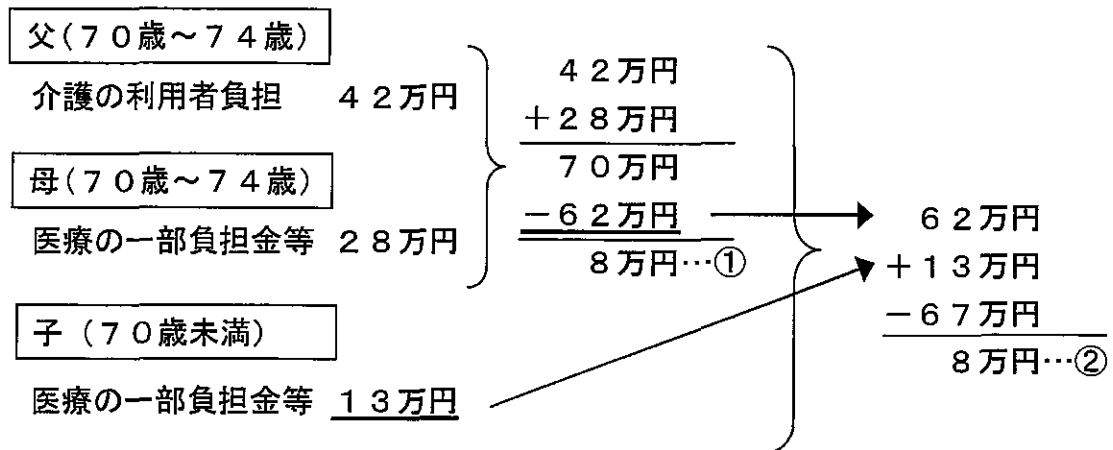
(答)

各保険者の費用負担額は、総支給額を各保険者ごとの負担額の割合に応じた按分により算出することとなるが、その際の端数処理を四捨五入により行うと、関係する保険者が3者以上となる場合に、総支給額と各保険者の費用負担額の合計額とに誤差が生じる場合がある。

このことから、各保険者のうち、費用負担額が最も少額となる保険者以外の保険者の1円未満の端数は切り捨て、この切り捨てた額を費用負担額が最も少額となる保険者の費用負担額に足し上げることにより、総支給額と各保険者の費用負担額の合計額とが一致するよう調整することとする。

なお、現行の老人保健制度における高額医療費等の支給額計算においても、個人ごとの支給額を算出する際の按分により生じた端数については、支給額が最も少額となる者以外の者の1円未満の端数は切り捨て、この切り捨てた額を支給額が最も少額となる者の支給額に足しあげることにより、個人ごとの支給額の合計額が当該世帯の支給総額と一致するよう調整しているところである。

(例) 父母がともに70歳～74歳で、子が70歳未満の世帯の場合（所得区分は一般とし、世帯の構成員はすべて同じ医療保険制度に加入しており、計算期間に被保険者が属する保険者の変更がない場合とする。）



(①において)

$$\text{医療保険者の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{28}{42+28} = 32,000\text{円}$$

$$\text{介護保険者の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{42}{42+28} = 48,000\text{円}$$

(②において)

$$\text{医療保険者の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{[(28-3.2)+13]}{62+13} = 40,320\text{円}$$

$$\text{介護保険者の支給額} = 8\text{万円} \times \frac{42-4.8}{62+13} = 39,680\text{円}$$

(合計支給額 (①+②))

$$\text{医療保険者の支給額} = 32,000\text{円} + 40,320\text{円} = 72,320\text{円}$$

$$\text{介護保険者の支給額} = 48,000\text{円} + 39,680\text{円} = 87,680\text{円}$$

(問3) 計算期間の途中において、死亡などにより公的医療保険の加入者でなくなった世帯員がいる場合において、当該者がそれまでに負担した費用の取扱いについてはどうなるのか。

(答)

死亡者については、死亡した時点までの世帯の負担額を合算対象として、当該死亡者に係る支給額を計算する。海外移住等についても同様に、資格喪失日の前日時点までの負担額をもとに計算する。(同一の計算期間内に再び公的医療保険の加入者となる場合を除く。)

例① 3人で構成する後期高齢者医療世帯のうちの1人が死亡し、残りの2人が計算期間の末日まで同一世帯に属する場合

→ 死亡した者(以下「死亡者」とする)に対する支給額は、その死亡した日を基準日として、その時点において当該世帯に属する被保険者がそれまでに負担した額を合算して算出する。

残りの2人に対する支給額は、計算期間の末日において、両者の自己負担額のみを合算して算出する(死亡者の負担した額は合算しない。)

例② 3人で構成する後期高齢者医療世帯のうちの1人が死亡し、残りの2人が計算期間の末日時点で別々の世帯に属する場合

→ 死亡者に対する支給額の計算については、例①と同様となる。残りの2人が計算期間の末日時点で別の世帯に属する場合の各人に係る支給額については、それぞれ、計算期間の末日において、各人が属する世帯の被保険者の自己負担額を合算して算出する(死亡者の負担した額は合算しない。)

例③ 3人で構成する被用者保険世帯のうちの被保険者が死亡し、残りの被扶養者2人が国民健康保険に加入した上で、計算期間の末日時点で別々の世帯に属する場合

→ 被保険者に対する支給額の計算については、その死亡した日を基準日として、その時点において当該被保険者がそれまでに負担した額を合算して算出する。

被保険者の被扶養者であった2人が計算期間の末日時点で別の世帯に属する場合の各人に係る支給額については、それぞれ、計算期間の末日において、各人が属する世帯の被保険者の自己負担額を合算して算出する(死亡した被保険者の負担した額は合算しない。)

(問4) 合算対象となる療養の範囲如何。柔整、はり・きゅう・あんま、治療用装具、海外療養費等は含まれるのか。

(答)

高額療養費と同様、食事療養及び生活療養以外の療養が対象となる。

柔整、はり・きゅう・あんま、治療用装具、海外療養費等については、高額療養費の計算において合算対象となるものは全て、高額介護合算療養費の計算においても合算対象となるので含まれる。

(問5) 昨年8月6日の会議の資料において、計算期間の末日以降1年間に基準日に加入する医療保険者から計算結果の送付がない場合には、介護保険者等は、申請者に連絡をとることにより、申請は取り下げられたものとみなすことができるとあるが、

- ① あくまで、申請の取り下げを意味するだけで、再申請を妨げるものではないのか。
- ② 計算期間の末日以降1年間とする根拠は何か。
- ③ 申請が取り下げられたものとみなした後に、基準日に加入する医療保険者からの計算結果の送付があった場合にはどのように取り扱うのか。

(答)

- ① 貴見のとおり。
- ② 計算期間が1年間とされていることから、支給事務についても同一サイクルで行われることを踏まえたものである。
- ③ 申請者への連絡を取る際に、基準日に加入する医療保険者への支給申請の有無を確認し、このような事態が生じないようご留意いただきたい。仮にこのような事態が生じた場合は、申請の取り下げがなく、当初の申請日に申請があったものとして取り扱われたい。

(問6) 付加給付の支給額も、高額療養費の支給額と同様に、一部負担金等世帯合算額から控除されるという考え方で良いか。

(答)

貴見のとおり。

(問7) 健保組合は、被保険者等の介護保険の自己負担額の情報を持入手又は管理する必要があるのか。

(答)

被保険者が介護保険者より交付される自己負担額証明書を、基準日に加入する医療保険者に対する支給申請書に添付することとするので、健保組合として入手又は管理する必要はない。

(問 8) 計算期間の途中において、被保険者が特例退職被保険者や任意継続被保険者となった場合、同一保険者として一連の処理をしても良いのか。

(答)

貴見のとおり。

なお、同一の計算期間において、被保険者の資格期間が断続している場合についても同様である。

(問 9) 70歳～74歳の患者負担の見直し(1割→2割)が平成20年4月から平成21年3月までの1年間凍結されることを踏まえ、平成20年4月以後の高額療養費制度の限度額の見直しも凍結されるとのことだが、合算制度の限度額の変更はあるのか。

(答)

高額療養費制度における70歳～74歳の一般所得の者の限度額は、75歳以上の一般所得の者の限度額と同額に据え置かれることから、合算制度においても、70歳～74歳の一般所得の者の限度額は、75歳以上の一般所得の者の限度額と同額に変更するものとする。

(問 10) 合算制度の限度額は、高額療養費や高額介護(予防)サービス費のそれぞれの限度額の12ヶ月分を上回るものとなっているが、70歳～74歳の低所得者Ⅰの世帯で介護(予防)サービスの利用者が複数いる場合については、合算制度の限度額が高額介護(予防)サービス費の限度額の12ヶ月分を下回る逆転が生じているが、このような場合の取扱い如何。

(答)

この場合においては、まず、基準日に被保険者が加入する医療保険者が原則どおり低所得Ⅰの限度額(19万円)を適用して医療保険者分の支給額を計算した後、介護保険者が低所得者Ⅱの限度額(31万円)を適用して介護保険者分の支給額を再度計算することにより、高額介護(予防)サービス費制度と合算制度との整合性を確保することとする。

(問 11) 基準日に被保険者が加入する医療保険者が作成し、他の保険者に送付する支給額の計算書については、様式を統一できないか。各保険者がバラバラの様式を用いては、混乱が生じる。

(答)

通知において統一の様式を定める予定である。