

1 後期高齢者医療事業の概要

(1) 後期高齢者医療制度について

老人医療費を中心に国民医療費が増大するなか、国民皆保険を維持し医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていくため、それまでの老人保健制度にかわって、高齢社会に対応し、かつ高齢者世代と現役世代の負担が明確化され、公平でわかりやすい独立した医療保険制度として後期高齢者医療制度が、平成20年4月に創設されました。

なお、後期高齢者の医療にかかる費用は、医療機関等での被保険者自身が支払う窓口負担金を除き、約5割を税金（国，都道府県，市町村）で、約4割を若い世代の方が加入する医療保険からの支援金で、約1割を高齢者の方の保険料でまかなわれ、国民みんなで支えあうしくみとなっています。

また、この制度は、道内すべての市町村が加入する北海道後期高齢者医療広域連合が運営主体となり、各市町村は、保険料徴収や窓口業務を行っております。

《参考》これまでの国の歩み

昭和48年 老人医療費の無料化（70歳～）

昭和58年 老人保健法の制定（老人保健制度の施行）

平成14年 老人保健制度の対象を段階的に引き上げ（70→75歳）

平成18年 健康保険法等の一部を改正する法律が成立し、老人保健法が高齢者の医療の確保に関する法律に改められる。

平成20年 後期高齢者医療制度が施行

(2) 当市の被保険者数の推移（各年度末）

平成23年度 39,102人

平成24年度 40,013人

平成25年度 40,411人

平成26年度 40,932人

平成27年度 41,728人

2 後期高齢者医療制度の主な内容

(1) 対象者

- 75歳以上の方（75歳の誕生日から加入，手続きは必要ありません。）
- 65～74歳で一定の障がいのある方（任意加入，申請手続きが必要です。）
「一定の障がいのある方」とは…
 - ・国民年金などの障害年金1，2級を受給している方
 - ・精神障害者保健福祉手帳1，2級に該当する方
 - ・身体障害者手帳1～3級と4級の一部に該当する方
 - ・療育手帳A（重度）判定に該当する方

(2) 受けられる給付

医療機関等では一部負担金を支払い，医療の給付を受けることができます。
主な給付は，保険内の入院・通院・薬剤・訪問看護等の費用

※入院したときの食事代や保険が適用されない差額ベッド代など保険診療外経費は対象外

また，コルセットなどの補装具を購入した場合，料金をいったん全額お支払いいただきますが，申請により一部負担金を除いた分が支給されます。

(3) 一部負担金

医療機関等で支払う一部負担金（窓口負担）は，医療費の原則1割です。
ただし，現役並み所得者の方は，3割となります。

この割合は，前年の所得を基に判定し，8月から翌年7月までの間適用されます。
なお，同じ月に同一の医療機関等に支払う一部負担金は，自己負担限度額までとなっています（調剤薬局を除く。）。

※現役並み所得者とは

本人または同一世帯の被保険者の方の住民税の課税所得が145万円以上の方。

ただし，下記の要件(1)と(2)のどちらにも該当する場合は1割負担となります。

(1)昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がいる世帯

(2)同じ世帯の被保険者の「所得金額－基礎控除額（33万円）」の合計が210万円以下

なお，次の場合，市の窓口申請し，認定されると1割負担となります。

◆同一世帯に被保険者が1人のみの場合

- ・被保険者本人の収入の額が383万円未満のとき，または同一世帯にいる70～74歳の方と被保険者本人との収入の合計額が520万円未満のとき

◆同一世帯に被保険者が2人以上いる場合

- ・被保険者の収入の合計額が520万円未満のとき

(4) 高額療養費支給制度と自己負担限度額

1か月に支払った一部負担金が限度額を超えた場合、超えた分が後から高額療養費として支給されます。

○複数の医療機関等を受診した場合、支払った一部負担金の合計額が限度額を超えたとき

○入院を含む世帯の自己負担額の合計が世帯の限度額を超えたとき

(同じ世帯に後期高齢者医療制度で医療を受ける方が複数いる場合は、合算になります。)

高額療養費の支給対象となる方には、北海道後期高齢者医療広域連合から「高額療養費支給申請書」が送付されます。

申請は、初回のみでそれ以降に発生した高額療養費は、自動的に支給されます。

※ 領収書の提出の必要はありません。

※ 申請書が届いてから2年以内に申請しなければ時効となります。

表1 <自己負担限度額および標準負担額等>

所得区分	自己負担限度額		標準負担額 ※1		
	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯および個人)	一般病床 食費 (1食当たり)	療養病床 食費 (1食当たり)	居住費 (1日当たり)
現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% ※2 (44,400円) ※3	360円 (260円) ※4	460円	320円
一般	12,000円	44,400円			
低所得者	区分Ⅱ	8,000円	210円 (160円) ※5	210円	
	区分Ⅰ			130円	
	区分Ⅰ (老齢福祉年金受給者)	15,000円	100円	100円	

※1 入院したときには医療費の自己負担額のほかに、食費などの自己負担(標準負担額)がかかります。

なお、療養病床で入院医療の必要性が高い方(難病等)は、一般病床と同額の食費のみの負担となります。

※2 医療費の総額が267,000円を超えた場合は、超えた額の1%が加算されます。

※3 ()内は、過去1年間に4回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の自己負担限度額です。

※4 ()内の260円は、都道府県発行の指定難病の医療受給者証をお持ちの方の標準負担額です。

※5 ()内の160円は、入院91日目以降の標準負担額です。

(5) 低所得者への軽減措置

住民税非課税世帯の方の自己負担額や食費が低くなる制度があります(表1参照)。

医療機関等の窓口で支払う自己負担限度額や標準負担額について、区分Ⅰ、Ⅱの適用を受けるためには、あらかじめ「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて医療機関等の窓口で提示する必要があります。

表2 <低所得区分と認定要件>

区分	認定要件
区分Ⅱ	本人および同一世帯の方全員が住民税非課税の方
区分Ⅰ	①本人および同一世帯の方全員が住民税非課税で、かつ、本人および同一世帯の方全員の所得額が一定の基準額以下であること ※一定の基準額：総所得金額・山林所得額等がすべて0円 ②本人および同一世帯の方全員が住民税非課税で、本人が老齢福祉年金受給者