

「日医標準レセプトソフト」

平成 2 1 年 1 月診療報酬改定対応
(7 5 歳到達月の自己負担限度額の特例等)

第二版

2016 年 12 月 26 日
日本医師会 ORCA 管理機構

■改版履歴

初版 2008 年 12 月 24 日

第二版 2016 年 12 月 26 日

6 頁 「9. 留意事項」について 2012 年 12 月 25 日パッチ提供により「954 特例非該当」
の入力による対応の説明追加

■ 75歳到達月の自己負担限度額の特例

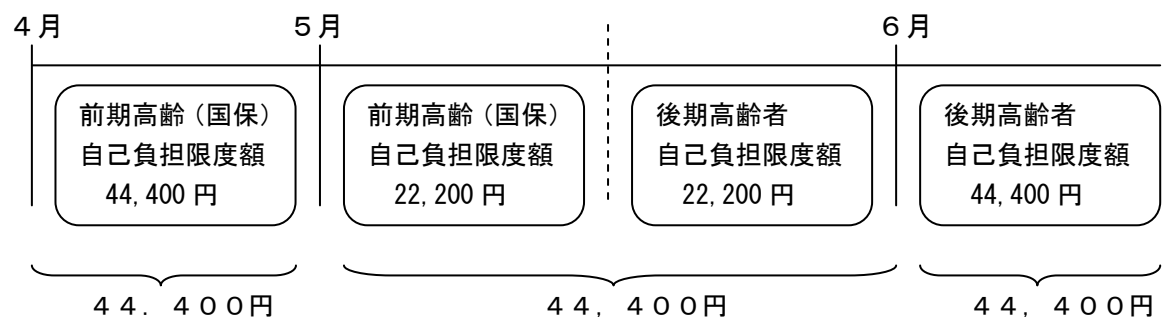
1. 制度の概要

月の途中で75歳の誕生日を迎えて長寿医療制度（後期高齢者医療制度）に加入した場合、高額療養費の自己負担限度額が、それまで加入していた医療保険制度と長寿医療制度においてそれぞれ自己負担限度額を支払うこととなり、自己負担限度額が2倍となる問題がありました。

今回の改定により75歳に到達した月において、医療保険制度と長寿医療制度の自己負担限度額をそれぞれ本来額の2分の1に設定することとなります。

* 前期高齢者（国保）→ 後期高齢者の保険変更具体例（自己負担限度額区分が一般の場合）

75歳年齢到達日



従前は国保、後期高齢者ともに限度額 44,400 円であった為、5月の自己負担限度額は 88,800 円。

以降、今回の改定に係るレセプト特記事項及びレセプト摘要欄への自動記載について解説を掲載しておりますが、今回のパッチプログラム提供範囲は患者の窓口負担対応までとしています。レセプト記載の対応については平成21年1月中旬以降に改めてパッチプログラムを提供する予定としています。

2. 対象期間

平成21年1月1日より適用

3. 特例対象者

月途中（1日以外）で75歳に到達する方で現物給付対象となる方、又は、その被扶養者で現物給付対象となる方

4. 特例対象外となる方

- 1) 1日に75歳となる患者
- 2) 2月29日生まれの患者（3月1日より後期高齢者の資格を有する為）
- 2) 障害認定により75歳到達月以前に後期高齢者となっている患者（※1）
- 3) 公費単独の患者

（※1）一部負担金を記載する場合、又は特記事項に“長”と記載する場合は、レセプト摘要欄に“（障害）”と自動記載します。

但し、各都道府県のローカルルールにより上記条件以外で“（障害）”と記載が必要となる場合は診療行為画面よりコメントコード“820000143”を入力してください。

5. 自己負担限度額について

注) 上位所得者の全国公費併用時は、一般区分を適用

高齢者（70歳以上）の自己負担限度額

	【特例対象月以外】		【特例対象月】	
	外来	入院	外来	入院
上位 (現役並み所得者)	44,400 円	80,100 円＋ (医療費-267,000) × 1% 【44,400 円】	22,200 円	40,050 円＋ (医療費-133,500) × 1% 【22,200 円】
一般	12,000 円	44,400 円	6,000 円	22,200 円
低所得Ⅱ	8,000 円	24,600 円	4,000 円	12,300 円
低所得Ⅰ		15,000 円		7,500 円
マル長	10,000 円	10,000 円	5,000 円	5,000 円

【 】は4回目以降

70歳未満の自己負担限度額

	【特例対象月以外】	【特例対象月】
	入外共通	入外共通
上位 (現役並み所得者)	150,000 円＋ (医療費-500,000) × 1% 【83,400 円】	75,000 円＋ (医療費-250,000) × 1% 【41,700 円】
一般	80,100 円＋ (医療費-267,000) × 1% 【44,400 円】	40,050 円＋ (医療費-133,500) × 1% 【22,200 円】
低所得	35,400 円 【24,600 円】	17,700 円 【12,300 円】
マル長	10,000 円	5,000 円
マル長2	20,000 円	10,000 円

【 】は4回目以降

【高齢者（70歳以上）】

- ・ 本人（前期高齢者→後期高齢者）の保険変更
- ・ 被扶養者（前期高齢者→前期高齢者）の保険変更
 - 外来：在総診算定時、限度額2分の1適用
(在総診の算定に関わらず全国公費併用時は、公費分について公費給付限度額2分の1適用)
 - 入院：限度額2分の1適用
(全国公費併用時は、公費分について公費給付限度額2分の1適用)

【70歳未満】

- ・ 被扶養者（70歳未満→70歳未満）の保険変更
 - 外来：限度額適用認定者かつ在総診算定時は、限度額2分の1適用
(上記条件で全国公費併用時は、公費分について公費給付限度額2分の1適用)
 - 入院：限度額適用認定者は、限度額2分の1適用
(上記条件で全国公費併用時は、公費分について公費給付限度額2分の1適用)

【マル長（長期高額療養費）併用時】

マル長限度額 2 分の 1 適用

6. 75 歳到達月の特例対象者判定及びレセプト記載

<本人の場合>

年齢を判断し、対象者となる場合は特例計算を行います。

<被扶養者の場合>

扶養者が 75 歳に到達することにより後期高齢者の被保険者となった場合、その被扶養者についても該当月は特例計算の対象となります。

これについてはシステムによる自動判定ができない為、以下の方法により該当患者の設定及び判定を行うこととします。

- (1) 患者登録画面の公費情報に“969” <75 歳到達月の特例>を登録します。
(マスタ更新機能により平成 21 年 1 月 1 日より有効となるマスタを提供します)
- (2) 適用期間については、開始日に**保険切替日（※注 1）**、を入力してください。
終了日については月末日が自動的にセットされます。

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間	確認年月日
	967 高額（一般）		H20. 4. 1 ~ 9999999	H20.12.17
	969 75 歳特例		H21. 1.15 ~ H21. 1.31	H20.12.17

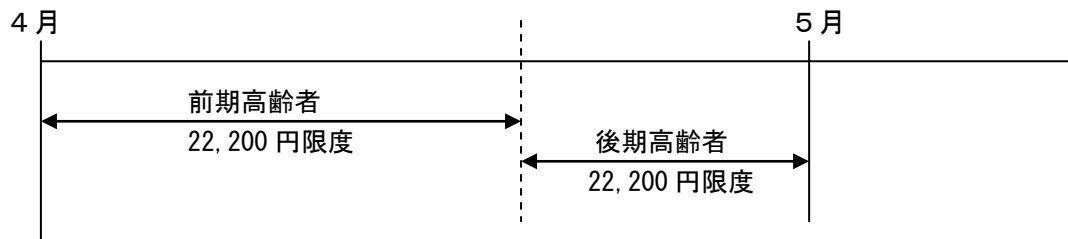
- (3) 上記（1）で入力した情報は保険組み合わせには含めません。
- (4) この公費情報の登録がある月を判定し、対象者となる場合は特例計算を行います。
※公費情報に“969”登録時点で、既に計算済みの会計がある場合は”969”登録後に対象の会計について再計算を行なってください。
- (5) 対象者は、レセプトの特記事項欄に“21 高半”と自動記載します。
- (6) マスタ更新機能により点数マスタに“099990121” <特記事項 21 高半>を提供しますから、診療行為入力画面からの入力による特記事項記載も可能としています。

※注 1 「保険切替日」とは扶養者（又は世帯主）が 75 歳に到達したことに伴い被扶養者本人の保険が変更となった日付。

7. 保険変更前後の考え方

(1) 「前期高齢者 → 後期高齢者」の保険変更

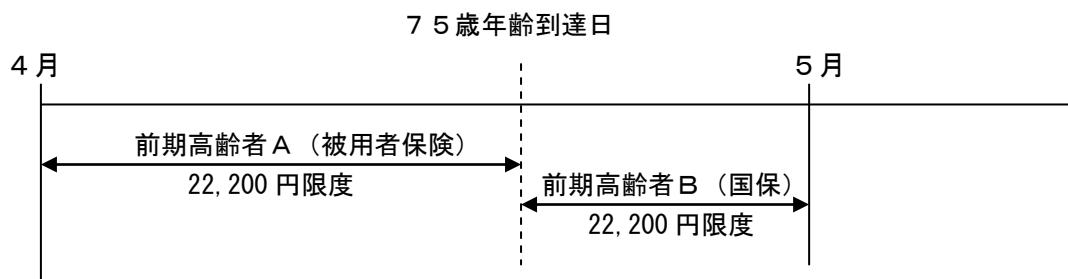
75歳到達月の特例対象者は、前期高齢者、後期高齢者とも限度額2分の1まで
75歳年齢到達日



(2) 「前期高齢者→前期高齢者」の保険変更

75歳到達月の特例対象者は、前期高齢者A、Bとも限度額2分の1まで

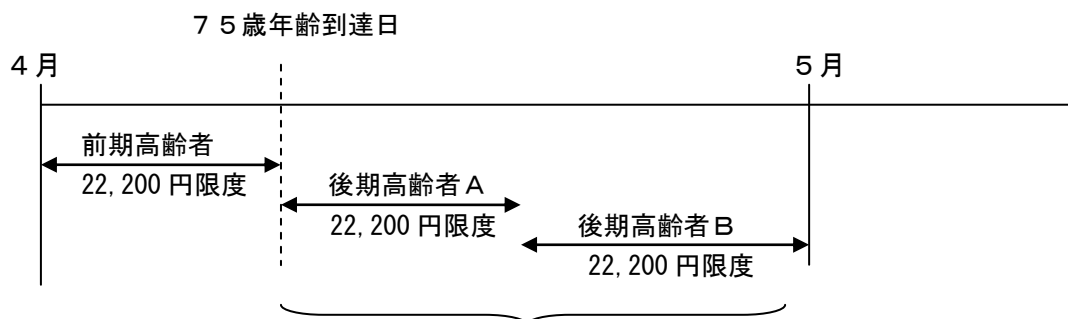
(例) 被用者保険の本人が後期高齢者となり、被扶養者が被用者保険から国民健康保険に切り替わった場合等



(3) 「後期高齢者→後期高齢者」の保険変更

75歳到達月の特例対象者は、前期高齢者：限度額2分の1まで、
後期高齢者A：限度額2分の1まで

後期高齢者B：限度額2分の1－後期高齢者A負担額まで



後期高齢者Aで15,000円の負担があった場合は、
後期高齢者Bの負担限度額は7,200円となります

8. 現物給付による負担計算方法

- (1) 保険変更前後それぞれで「5. 自己負担限度額について」に記載された限度額を適用します。
- (2) 保険変更前又は変更後のみの診療であっても「5. 自己負担限度額について」に記載された限度額を適用します。
- (3) 公費の医療券に記載されている患者負担上限額は保険変更前後で2分の1としません。
※窓口負担は公費給付限度額の2分の1で頭打ちとなります。
- (4) 全国公費併用時は月全体で患者負担上限額に達するまで計算を行います。保険変更前後で公費負担限度額を適用し計算を行います。
 - ＜但し＞自立支援医療等の薬局等一部負担額について、月全体で患者負担上限額に達するまでの計算では考慮可能であるが、保険変更前後の公費負担限度額を適用した計算では累計で金額を管理している為考慮できない。
 - 自医分のみを考慮した計算を行う事とする。
- (5) マル長併用時は月全体で患者負担上限額に達するまで計算を行います。保険変更前後でマル長の限度額を適用し計算を行います。

9. 留意事項

以下のパターンについては今回の提供プログラムで対応困難であった為、現在ペンディング事項としています。

(2016 年 12 月 26 日追記)

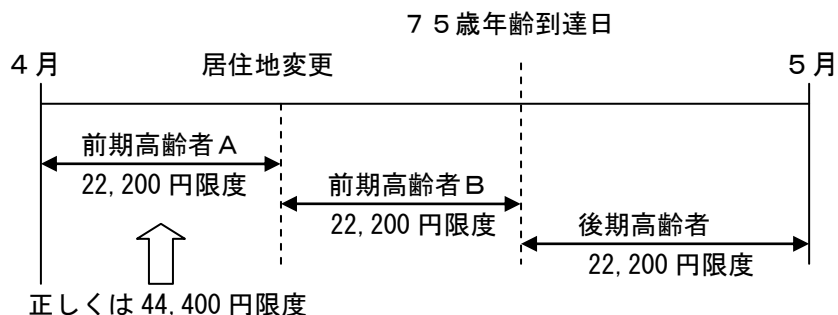
2012 年 12 月 25 日に「954 特例非該当」のマスタ提供及びパッチ提供により、「9. 留意事項」の対応を行いました。

- (1) 患者登録画面の公費情報に“9 5 4”＜特例非該当＞を登録します。
- (2) 適用期間については、特例対象の計算を行わない期間を入力してください。

負担者番号	公費の種類	受給者番号	適用期間
	954 特例非該当		H28. 12. 1 ~ H28. 12. 10

- (1) 75歳到達月で、その月の誕生日前に居住地変更等による保険変更がある場合で、居住地変更前分（以下、例の前期高齢者Aが該当）は特例の対象外となるが、本人の場合75歳となる年齢より自動計算を行なう為に前期高齢者Aについても2分の1限度額による計算となってしまいます。

例. 前期高齢者Aと前期高齢者Bは別保険者



(前期高齢者Aの期間に“9 5 4”＜特例非該当＞を入力してください。)

- (2) 75歳到達月で、その月の誕生日前に障害認定により後期高齢者となる場合は
特例対象外となるが、その判定ができない為、特例対象による計算となってしまいます。
(75到達月と障害認定による後期高齢者の開始月が同一の場合は該当月1日から月末の期間に“954” <特例非該当>を入力してください。
75到達月の前月以前に障害認定により後期高齢者となっている場合は“954” <特例非該当>の入力は不要です。)
- (3) 75歳到達月で、その月の誕生日前に死亡された場合は
特例対象外となるが、その判定ができない為、特例対象による計算となってしまいます。
(到達月の1日から最終受診日の期間に“954” <特例非該当>を入力してください。)
- (4) 75歳到達月で、その月の誕生日前が社保+生活保護で誕生日以降が生保単独となる場合は
特例対象外となるが、その判定ができない為、特例対象による計算となってしまいます。
(到達月の1日から「社保+生活保護」が終了となる期間に“954” <特例非該当>を入力してください。)

その他の改定事項

■現役並み所得者の判定基準の見直し

- (1) 高齢者一般経過措置(3割負担で自己負担限度額は一般扱い)終了
- <システムの対応>
保険番号マスタ“978” <一般(経過措置)>の有効期間を平成20年12月31日までとします。(マスタ更新機能による提供を行います)
点数マスタ“099990115” <特記事項15 経過>の有効期間を平成20年12月31日までとします。(マスタ更新機能による提供を行います)
プログラム内の計算等対象期間・・・平成20年12月31日までとします。
- <窓口での対応>
患者登録画面の公費情報にて“978” <一般(経過措置)>の有効期間を平成20年12月31日までとし、対象患者の保険情報について新たな保険証を基に登録を行ってください。

■70歳代前半の特例措置の見直し

- (1) 前期高齢者特例措置(1割据え置き)延長
- <システムの対応>
点数マスタ“099990120” <特記事項20 二割>の有効期間を平成22年3月31日までとします。(マスタ更新機能による提供を行います)
プログラム内の計算等対象期間・・・平成22年3月31日までとします。
- <窓口での対応>
特に必要ありません。