

はじめに

福祉医療費助成制度は、医療に関するセーフティーネットとして、大阪府と各市町村が共同事業としてこれまで取り組んできた。

この制度は、昭和47年の老人医療費助成制度の創設以来、障がい者医療、母子家庭医療（現ひとり親家庭）、乳幼児医療と順次実施してきたが、急速な少子高齢化が進展する中、平成14年から15年にかけて、国においては保険間で異なっていた給付率を7割に統一するなどの医療保険制度改革が行われ、本制度を取り巻く環境も大きく変化した。

このため、平成16年11月には、福祉医療費助成制度を従来どおり維持していくことは困難との考えから、より必要度の高い方への支援に重点化を図るほか、受益と負担の観点から、無理のない範囲で利用者から一定のご負担をいただくなど、制度の再構築を行った。また、平成18年7月からは、対象者の“安心”を確保するため、月額2,500円の自己負担上限額を設定し、現在に至っている。

しかしながら、近年、大阪府、市町村を通じて危機的な財政状況が続く中、とりわけ大阪府においては、平成20年度から「減債基金からの借り入れをしない」、「借換債の増発をしない」ことを前提に、「収入の範囲内で予算を組む」ことを徹底するとともに、将来にわたって自律的、安定的な行財政運営を行うことを目的に本年6月に財政再建プログラム案を策定し、抜本的な財政構造改革に着手した。

同プログラム案の策定に先立ち、市長会及び町村長会は大阪府に対して、セーフティーネットに係る見直しには十分な協議期間をとることや、府と市町村の協議の場を設けることなどの要望を行い、本制度について同プログラム案においては、「市町村とともに現制度の実態を検証のうえ、1割負担化や所得制限の見直しを基本として、21年度の実施を目的に市町村等と協議・調整を進める。」こととなった。

このため、本年7月に、現下の府・市町村通じての財政状況を踏まえつつ、福祉医療費助成制度を将来に向け持続可能な制度とする観点から、府と市町村が共同して制度の実態について検証し、可能な負担のあり方について対応等を研究することを目的に本研究会を設置した。9月には、仮に1割負担を導入した場合の影響や現行制度の実態についての調査・検証の結果を中間的にとりまとめるなど、延べ3回にわたり研究会を開催した。

今回の報告書は、以上の経過に基づき、研究会のメンバーである市長会や町村長会から選出された事務レベルの担当者と大阪府の担当者による議論のほか、ブロック別説明会などでの意見交換等を経て、いくつかの考え得る選択肢をとりまとめたものである。

今後、本研究会委員を務めた私たち事務レベルでの議論の到達点を踏まえ、大阪府内部、及び各首長で構成される市長会及び町村長会での協議や、大阪府と市長会・町村長会との協議において判断をいただきたいと考えている。そのための選択肢の提案と課題の整理が今回の「報告書」の役割であると考えている。

平成20年11月

福祉医療費助成制度に関する研究会

I 福祉医療費助成制度に関する研究会について

I 福祉医療費助成制度に関する研究会について

1 研究会設置の背景

(1) 福祉医療費助成制度の概要

福祉医療費助成制度は、医療費の一部を助成することにより、高齢者、障がい者、ひとり親家庭及び乳幼児を持つ家庭の経済的負担を軽減し、医療を受けやすい環境をつくり、健康の保持及び福祉の増進を図ることを目的に大阪府と各市町村の共同事業として実施してきた。

昭和 47 年の老人医療費助成制度創設に始まり、同 49 年に障がい者医療費助成、同 55 年に母子家庭医療費助成を開始した。平成 5 年には、乳幼児医療費助成について入院のみを対象に補助事業を開始し、その後、同 13 年に、通院にも助成を拡充したところである。

制度の拡充を図る一方で、老人医療費助成について、平成 12 年 8 月に高齢障がい者等を除いて患者負担（老人保健制度なみの一部自己負担）を導入するなどの数次にわたる見直しを行った後、平成 16 年 11 月に福祉医療費助成制度全般にわたる再構築を行い、現在に至っている。（制度の概要<P5～P6>参照）

(2) 平成 16 年 11 月の制度再構築

近年の急速な少子高齢化の進展によって、健康・福祉・医療など、幅広い分野にわたって、社会の仕組みを再構築することが求められる中、国においては、平成 14 年から 15 年にかけて被用者保険と国民健康保険で異なっていた保険給付率を一律 7 割に統一する、あるいは、患者が支払う自己負担限度額等を見直すなどの医療制度改革を実施し、福祉医療費助成制度は多額の財政負担が生じるなどの影響を受けることとなった。また、右肩上がりの経済が終焉し、長期にわたる税収の低迷などから、大阪府・市町村を通じて厳しい財政運営が続いていた。

こうした状況の中、福祉医療費助成制度を従来どおり維持していくことは困難なため、平成 16 年 11 月に、世代間負担の公平性や受益と負担の適正化の観点から、より医療の必要度の高い方への重点化を図るとともに、全制度の対象者に無理のない範囲で一定の負担をお願いすることにより制度の再構築を行った。

（再構築の内容<P5～P6>参照）

平成 16 年 11 月の制度再構築と「福祉医療費助成制度」の概要

〔H16. 11再構築のポイントの内容〕 ～持続可能な制度に向けて～

(1) 老人 医療 費 助 成	【再構築のポイント】	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 世代間負担の公平性 ● 対象者の重点化(高齢障がい者等へ) ● 無理のない範囲での一定の負担 	
	I 一部負担金等 一部助成 (65歳以上)	I 高齢障がい者等 <ul style="list-style-type: none"> ● 所得制限の変更(高齢障がい者) (本人所得 1,000 万円⇒462. 1 万円)(収入ベース645. 1万円) <障害基礎年金準用> ● 一部自己負担の導入
II 医療費本体 助成 (65歳～69歳)	II 市町村民税非課税世帯 <ul style="list-style-type: none"> ● 対象から外す (5年間の経過措置を適用:S14. 10. 31 以前生れの方が対象) 	
(2) 身体及び知的 障がい者医療	【再構築のポイント】	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者の重点化 ● 無理のない範囲での一定の負担 ● 所得制限の変更 (本人所得 1,000 万円⇒462. 1 万円)(収入ベース645. 1万円) <障害基礎年金準用> ● 一部自己負担の導入 	
(3) ひとり親家庭 医療	【再構築のポイント】	
	<ul style="list-style-type: none"> ● ひとり親家庭の自立支援 ● 無理のない範囲での一定の負担 ● ・18 歳に到達した年度末日までの子と母の入通院へ拡充 (15 歳未満⇒18 歳未満) ● ・同上の子と父の入通院の拡充 ● ・同上の両親のいない子の入通院の拡充 ● 一部自己負担の導入 	
(4) 乳幼児医療	【再構築のポイント】	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 子育て支援 ● 無理のない範囲での一定の負担 ● 通院対象年齢の拡充 (2歳未満⇒3歳未満) ● 一部自己負担の導入 	

〔再構築後の制度〕

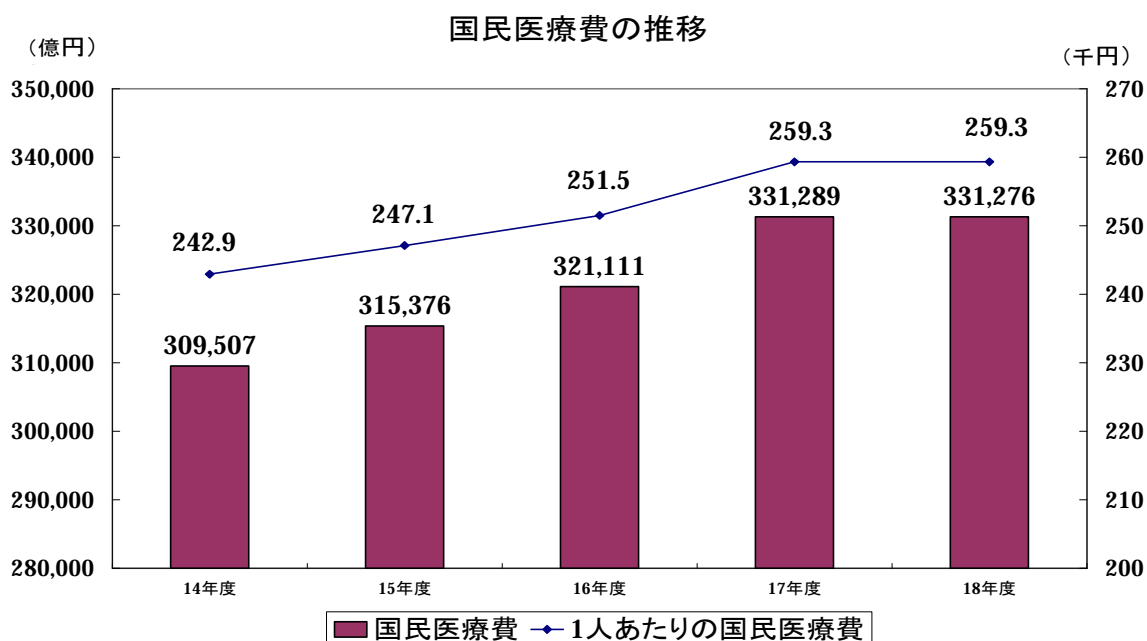
(1) 老人医療費助成	I 一部負担金等 一部助成 (65歳以上)	<p>① 対象者及び所得制限</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「障がい者医療」「ひとり親家庭医療」の対象要件を充たす高齢者 (所得制限は、上記 2 医療に同じ) ・ 特定疾患対象者、感染症の予防等の法律に基づく結核に係る医療を受けている者、 障害者自立支援法に基づく精神通院医療を受けている者 (所得制限 本人所得259万円以下(2人世帯)) <p>② 一部自己負担額</p> <p>1医療機関あたり入・通院各 500 円/日 (月 2 日限度、負担限度額 2,500 円/月)</p>
	II 医療費本体 助成 (65歳~69歳)	<p>II 本体助成(経過措置中:H21年10月末終了)</p> <p>① 対象者及び所得制限</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村民税非課税世帯 (S14. 10. 31 以前生れの者のみ、70 歳誕生日の月末まで対象) <p>② 一部自己負担</p> <p>老人保健制度の一部負担金 (原則 1 割)</p>
(2) 身体及び知的障がい者医療	<p>① 対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1~2級の身体障がい者手帳所持者(児) ・ 重度の知的障がい者(児) ・ 中度の知的障がい者で身体障がい者手帳所持者(児) <p>② 所得制限</p> <p>本人所得462万円1千円以下(単身)(収入ベース645万1千円) ※ 障害基礎年金(全部支給停止)の所得制限を準用</p> <p>③ 一部自己負担額</p> <p>1医療機関あたり入・通院各 500 円/日 (月 2 日限度、負担限度額 2,500 円/月)</p>	
(3) ひとり親家庭医療	<p>① 対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 18歳に到達した年度末日までの子とその親の入院・通院 ・ 「父子家庭」、「両親のいない子と養育者」 <p>② 所得制限</p> <p>2人世帯 230万円未満(収入ベース365万円) ※ 児童扶養手当(一部支給)の所得制限を準用</p> <p>③ 一部自己負担額</p> <p>1医療機関あたり入・通院各 500 円/日 (月 2 日限度、負担限度額 2,500 円/月)</p>	
(4) 乳幼児医療	<p>① 対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 0~6歳の就学前児童 ⇒ 入院および入院時食事療養費 ・ 0~2歳児 ⇒ 通院 <p>② 所得制限</p> <p>4人世帯 646万円未満(収入ベース860万円) ※ 児童手当(特例給付)の所得制限を準用</p> <p>③ 一部自己負担額</p> <p>1医療機関あたり入・通院各 500 円/日 (月 2 日限度、負担限度額 2,500 円/月)</p>	

(3) 福祉医療費助成制度を取り巻く環境の変化 ～増加する対象者数・ひとりあたりの医療費、 大阪府及び市町村を通じた危機的な財政状況～

福祉医療費助成制度については、平成16年11月の制度再構築以降も平成21年10月までの経過措置である老人医療費本体助成分を除くと、対象者数、助成額ともに増加傾向にある。(対象者数の伸び3.0%(H17～19)、助成額の伸び7.3%(同))

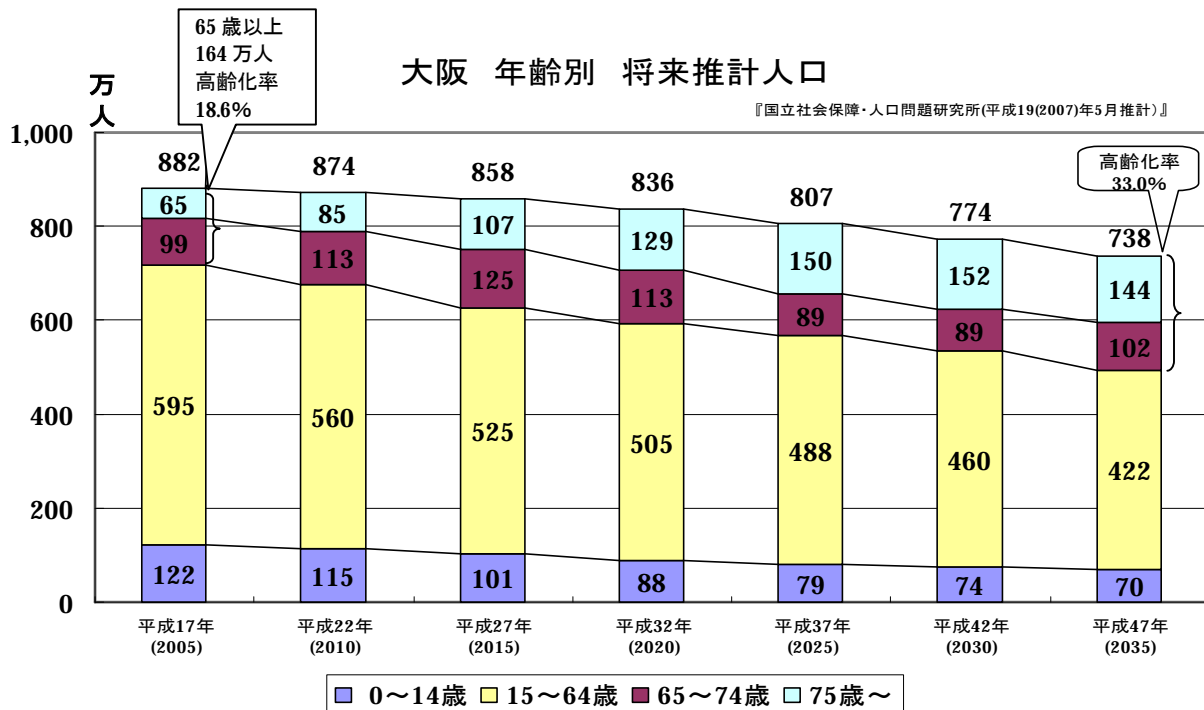
それらの伸びの背景には、対象者の高齢化の進展や医療の高度化等による医療費の増加などの要因があるものと考えられる。(実態等調査の内容<P16>参照)

国民医療費及び1人あたりの国民医療費をみると、平成14年度から17年度にかけて、伸び続けている。18年度においては、国民医療費は33兆1276億円、1人あたりの国民医療費は25万9300円と前年度と比べ横ばい状態にあるが、これは平成18年度に診療報酬の大幅なマイナス改定があったためと考えられる。



また、大阪の高齢化の状況は、平成17年で65歳以上の方が約164万人、人口に対する65歳以上の割合(高齢化率)は約18.6%であり、15歳以上64歳以下の現役世代3.6人で高齢者1人を支えている状況にある。

約30年後の平成47年には、高齢者が、約246万人、高齢化率は33.0%となり、現役世代1.7人で高齢者1人を支えるものと予想されている。



一方、大阪府においては、危機的な財政状況が続く中、平成20年度から「減債基金からの借入れをしない」、「借換債の増発をしない」ことを前提に、財政非常事態宣言を発し、「収入の範囲内で予算を組む」ことを徹底し、また、すべての事務事業をゼロベースで見直すことなどにより、将来にわたって自律的、安定的に行財政運営が行えるよう、平成20年6月に財政再建プログラム案をとりまとめ、財政構造改革に着手することとした。

また、市町村においても、政令市を除く平成19年度決算で、実質収支の黒字額が前年度の約61億3700万円から約34億6700万円へと縮小するほか、経常収支比率が前年度の96.0%（全国平均90.3%）から98.3%に悪化するなど、財政の硬直化が進行しており、厳しい財政状況が続いている。さらに、地方公共団体財政健全化法の制定により、平成20年度決算から連結決算を行い、健全化判断比率の公表が必要となるなど、これまで以上に財政健全化への取り組みが必要となっている。

このような状況の中で、対象者にとって重要な役割を果たしている本制度を今後とも医療のセーフティーネットとして、将来にわたって継続していくため、大阪府財政再建プログラム案を踏まえつつ、大阪府と市町村がともに対応方策を検討することとした。

2 福祉医療費助成制度に関する研究会の設置

大阪府財政再建プログラム案の策定に先立ち、本年5月、市長会及び町村長会から大阪府に対して、セーフティーネットの見直しには十分な協議期間をとることや、府と市町村の協議の場を設けることなどの要望を行った。その要望も踏まえ、同案において、福祉医療費助成制度は、将来的にも持続可能な制度とする観点から、患者1割自己負担や所得制限の見直しを基本に、市町村とともに現行制度の実態検証を行った上で見直し内容を検討し、平成21年度実施を目途に協議・調整を進めることとなった。

そこで、本年7月、可能な負担のあり方についての対応等を研究するため、市長会や町村長会から選出された事務レベルの担当者と大阪府の担当者が参画して、「福祉医療費助成制度に関する研究会」を設置したものである。

研究会の検討事項や開催状況は以下のとおりである。

【研究会検討事項】

- ・ 受益と負担の観点から見た現行制度の実態検証及びそれを踏まえた対応方策について
- ・ 府財政再建プログラム案で基本とされた案について

【開催状況】

(研究会)

- ・ 第1回 平成20年7月28日
議事 「福祉医療費助成制度に関する研究会の設置について」ほか
- ・ 第2回 平成20年9月10日
議事 「福祉医療費助成制度にかかる実態等調査について(案)」ほか
- ・ 第3回 平成20年11月27日
議事 「報告書(案)～福祉医療費助成制度のあり方検討論点整理～とりまとめについて」ほか

(ブロック別会議)

研究会事務局からブロック別に第2回研究会資料「福祉医療費助成制度にかかる実態等調査について」の説明を全市町村に行った。

- ・ 北摂ブロック 平成20年10月20日
- ・ 河北ブロック 平成20年10月21日
- ・ 中部ブロック 平成20年10月21日
- ・ 泉州ブロック 平成20年10月24日

Ⅱ 実態等調査について

Ⅱ 実態等調査について

制度の実態等の検証を行うため、仮に1割の自己負担を導入した場合の影響や現行制度の実態について、各市町村における調査結果や事業実績に基づき、調査・分析を行った。

1 調査概要

【実施調査】

① 各種事業実績調査

- ・ 各市町村から報告される事業実績データを基に、年度別の対象者数・助成額の推移等を調査

② 大阪府改革プロジェクトチーム（「以下、PTと表記」）案を実施した場合の市町村に対する影響調べ

〔対象〕

- ・ 府内全市町村（悉皆調査）

〔内容〕

- ・ 1割負担（2500円上限）を導入した場合の市町村窓口で受け付ける償還手続きの増加件数などの影響

③ 4医療別、所得階層別・入通院別の実態調査

〔対象〕

- ・ 「福祉医療費助成制度に関する研究会」の参画市町を中心とする13市町（抽出調査）

〔内容〕

- ・ 所得階層別の対象者数、件数、日数、総医療費、助成額、自己負担額

【実施時期】

平成20年7～8月

2 調査結果

(1) 仮に1割の自己負担（月額2500円上限）を導入した場合の影響見込

① 現行制度における対象者、市町村への影響

償還件数が約120倍に増加見込（現行約1.3万件⇒約160万件）

対象者は、医療機関窓口で支払う現金確保（現行500円⇒数千円超）のほか、市役所等へ償還申請に出向かなければならない回数が飛躍的に増加するなど、負担が増大する。

一方、市町村も償還件数増加に対応するための負担（システム整備費、事務コスト等）が増大する。

	2,500円超過償還	2,500円超過償還(PT)		増高見込件数
			増加率	
老人（一負）	3,265件	502,074件	153.8倍	498,809件
障がい	4,992件	292,596件	58.6倍	287,604件
ひとり親	2,224件	216,218件	97.2倍	213,994件
乳幼児	2,409件	585,288件	243.0倍	582,879件
合計	12,890件	1,596,176件	123.8倍	1,583,286件

※ 老人（一負）とは、老人医療費（一部負担金相当額等一部助成）のことで65歳以上の高齢障がい者等が対象であり、一部自己負担は他制度と同じ（1医療機関500円/日（月2日限度））

現行どおり、すべて市町村で窓口対応を行った場合の経費として、自己負担変更対応システム改修費用等としての初期コストが約3億円、窓口対応にかかる人件費等としての維持管理コストが約44億円、が必要と見込まれる。

② 対象者や市町村への影響に対する対応策

ア カード積算方式について

償還手続きを発生させないカード積算方式は、府内の医療機関等（22,000 機関）全てで端末機の管理、入力作業等が必要になるとともに、システム整備費用として莫大な経費が必要となる。

医療証を IC カード化のうえ、自己負担情報を保持できる機能を持たせる。府内の医療機関等にカード・リーダーライター機能を備えた端末機を設置し、医療証カードをスリットすることにより、医療機関は患者の自己負担額を把握する。対象者の自己負担累計が月額 2,500 円を超える場合、医療機関は窓口でさらなる自己負担を求めないこととする方式。

【メリット】

- ・ 医療機関窓口で患者自己負担額を月額 2,500 円で止めることができ、償還払いそのものが発生しない。

【課題】

- ・ 2 万 2 千の医療機関等の全てで端末機の管理、入力作業等が必要。
- ・ システムの保守管理（トラブル処理等）を行う本部体制が新たに必要。
- ・ 医療機関窓口においても制度説明等の対応が必要。
- ・ 他府県で受診した場合は対応できない（従来どおり、市町村窓口での償還手続きが必要）。
- ・ システム整備費用として莫大な経費が必要。

※ なお、国においては、レセプトオンライン化や社会保障カードの導入を検討しており、その動向を見据え、現物給付の効率的な方式として今後検討していくことも必要。

イ 自動償還方式について

自動償還方式は、対象者や市町村の償還手続きの負担を減らすことができるなど、一定のメリットはあるが、対象者は窓口で1割自己負担が必要であり、加えて市町村も多額の経費（初期コスト約12億円、維持管理コスト約15億円）が必要となる。

府内医療機関が提出するレセプト情報に基づき、審査支払機関は対象者（患者）単位に集計した支払情報を電子データとして市町村に送付。

市町村は、そのデータをもとに対象者からの申請によらず、月額2,500円を超える償還額を対象者の金融口座に振り込む方式。

【メリット】

- ・ 市町村窓口に対する対象者の償還申請手続きを省略することができるとともに、市町村における事務負担を軽減することができる。

【課題】

- ・ 市町村は、システム整備及び運用費用や振込み手数料、登録口座管理や支払通知等、新たな事務にかかる人件費など、多額の経費負担が発生する（対象者は、約56万人にものぼり、その全ての方に口座登録が必要）。
- ・ 医療機関窓口での1割自己負担による対象者の現金の確保に対する不安は依然残る。
- ・ 診療報酬請求の遅れや過誤請求等により、償還額と患者の自己負担認識額との間にずれが生じ、無用のトラブルの発生が懸念される。
- ・ 他府県受診分など、審査支払機関で支払情報を把握できない分については、当該方式で対応できないため、償還申請手続（事務）は完全には無くならない。
- ・ 審査支払機関もシステム改修が必要。

【必要経費】

- ・ システム改修費や啓発・広報費の初期コストとして約12億円。
 - ・ システム保守、振込み手数料、問い合わせ対応人件費等の維持管理コストとして約15億円。
- が必要と見込まれる。

③ 助成額の減少見込について

府・市町村それぞれに約 18～22 億円/年の減少が見込まれる。

【算出の考え方】

次の 2 パターンで算出を行った。

- 特例市以上の規模を有する数市において、独自の算出方式(※)により報告された減少見込額をベースに、該当市の現行助成額から減少率を算出し、その平均値を全市町村の平成 19 年度実績見込額に乗じて算出した場合 ⇒ 約 18 億円

〔※ 例えば、半年や 1 月の期間における対象者ごとの助成情報等を個別に積み上げるにより、具体の減少見込の算出を行った。〕

- 府として一定の算出方式(※)を設定した上で、市町村から調査したデータ等を基に算出した場合⇒ 約 22 億円

〔※ 全市町村において、対象者ごとの助成情報等を個別に算出することが不可能なため、平成 19 年 11 月時点（1 月分）のデータを基に自己負担額が 2,500 円を超える場合と超えない場合に按分した上で、下記のような算出を行った。〕

<算出方式>

(入院)

現行制度（月 2 回、1,000 円）における自己負担総額（約 1.4 億円/年）に月あたりの個人の自己負担額（月額 1,000 円）と上限額 2,500 円との差 1.5 倍を乗じた額を減少見込額として算出 ⇒ 約 2 億円

(通院) 約 20 億円

各制度ごとに 1 割負担導入後の自己負担見込額（月額）について、2,500 円を超える対象者と 2,500 円を超えない対象者に区分した上で

<2,500 円を超える対象者>

入院と同様に現行制度における自己負担総額（年額）に月あたりの個人の自己負担額の平均と上限額 2,500 円との差（倍数）を乗じた額を減少見込額として各制度ごとに算出し、積み上げ ⇒ 約 11 億円

<2,500 円を超えない対象者>

現行制度における自己負担総額（年額）に月あたりの個人の自己負担額の平均と 1 割負担導入後の自己負担見込額（月額の平均）との差（倍数）を乗じた額を減少見込額として各制度ごとに算出し、積み上げ ⇒ 約 9 億円

(計 約 20 億円)

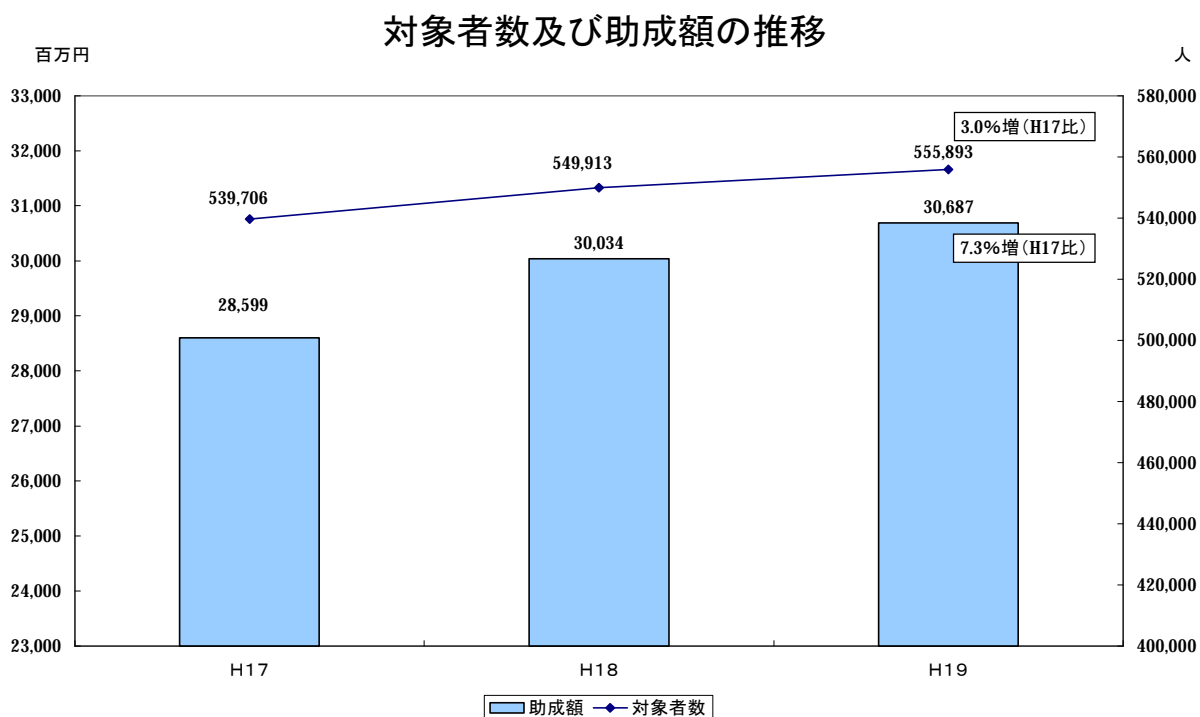
(2) 実態調査の概要について

① 福祉医療費助成制度の対象者数及び助成額の推移

助成額は対象者の高齢化と医療の高度化等により増加の傾向にある。

対象者数は、4 医療費助成制度合計（老人<本体助成：経過措置者分>を除く）で平成 17 年の約 54 万人から平成 19 年の約 56 万人へと 3.0%伸びている。とりわけ高齢化を反映して、老人医療費助成（高齢障がい者等）の増加が著しく、逆に乳幼児は少子化を反映して微減となっている。

また、助成額は平成 17 年の約 286 億円から平成 19 年の 307 億円へと 7.3%伸びている。



※ 助成額においては老人医療費助成（本体助成：経過措置者分）を除く
助成額は大阪府補助金を含む市町村の総助成額（医療費ベース）
数値は実績額（H19 は実績見込額）

② 現行制度の一部自己負担額決定等における参考数値の推移

通院の場合の参考とした対象者の1医療機関あたりの受診日数は、平成13年度実績値は2.77日であったが、平成19年度実績見込値は2.95日であった。また、1日あたりの自己負担額は、平成13年度実績値は593円であったが、平成19年度実績見込値は608円であった。

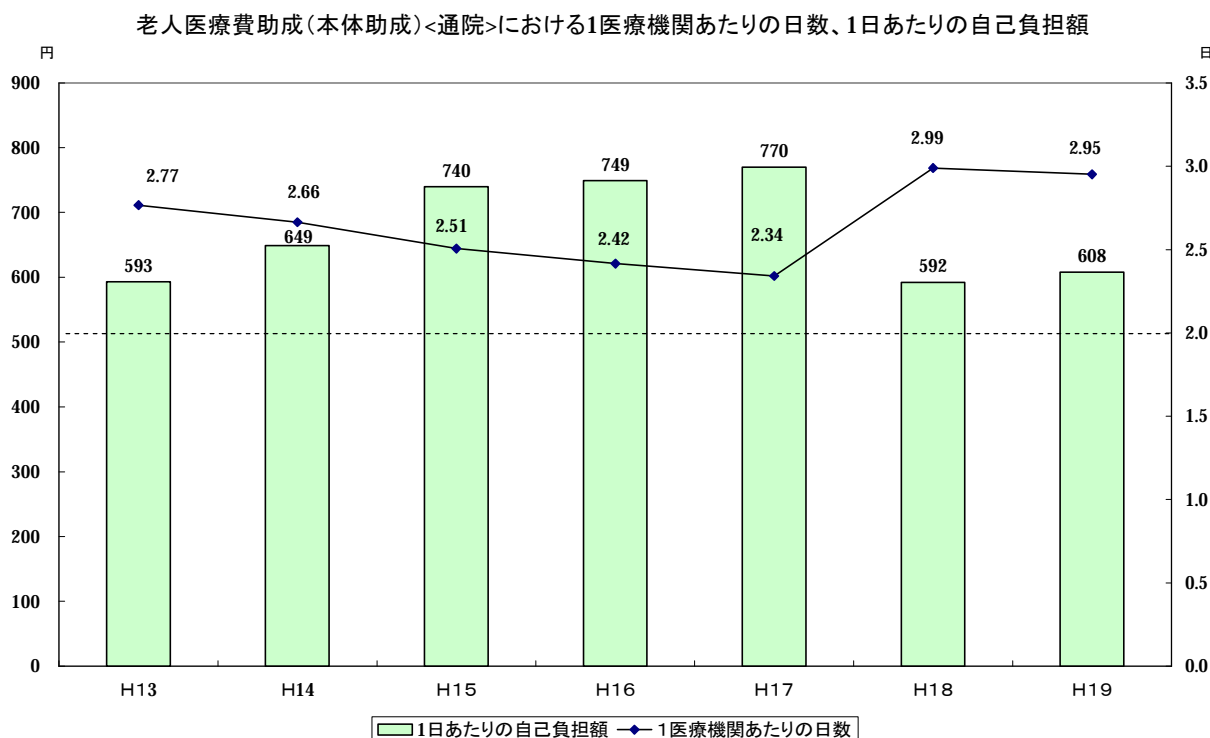
1医療機関あたりの受診日数は、平成18年度は2.99日、平成19年度では2.95日となっている。平成13年度より既に現行の2日を上回ってはいたが、近年はさらに伸び、ほぼ3日となっている。

自己負担額が増加すると、日数が減少する傾向にある。平成18年度は診療報酬の大幅なマイナス改定により医療費が減少し、1日あたりの自己負担額も減少したものと考えられる。

(参考)

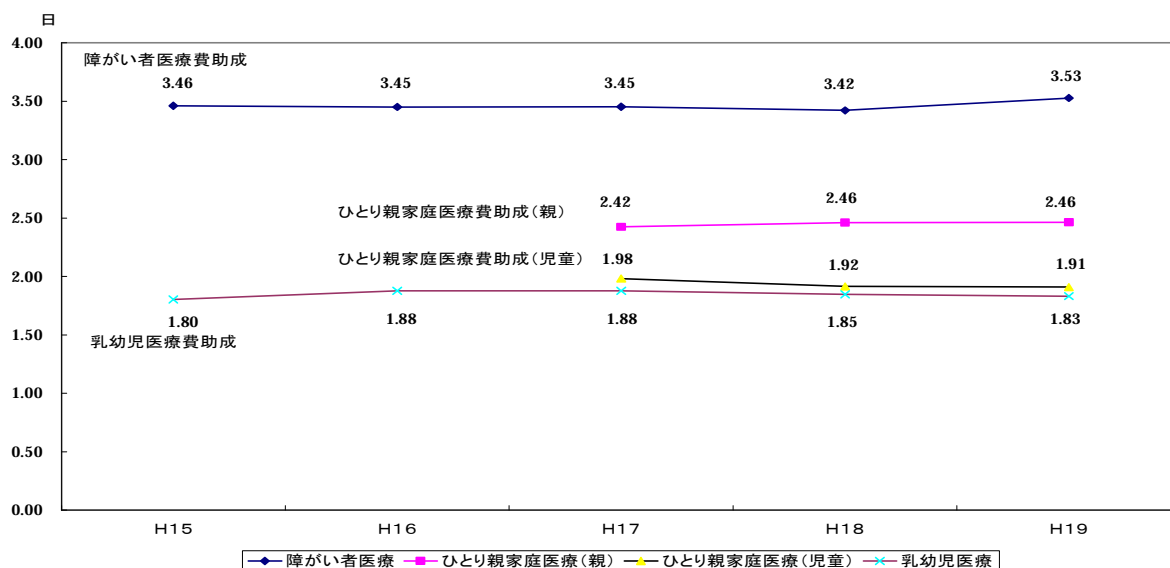
現行制度における自己負担の考え方(1医療機関500円/日、月2日限度(H16.11~)) :
 当時、老人医療費助成対象者で市町村民税非課税世帯の方(65~69歳の本来3割負担の対象者)も、制度上、老人保健法対象者(当時70歳以上)と同様に1割負担されていたことから、その利用実績とこれに伴う自己負担を「無理のない範囲」の負担として設定したもの

(1日あたりの自己負担593円⇒500円、1医療機関あたりの日数2.77日⇒2日(H13実績))



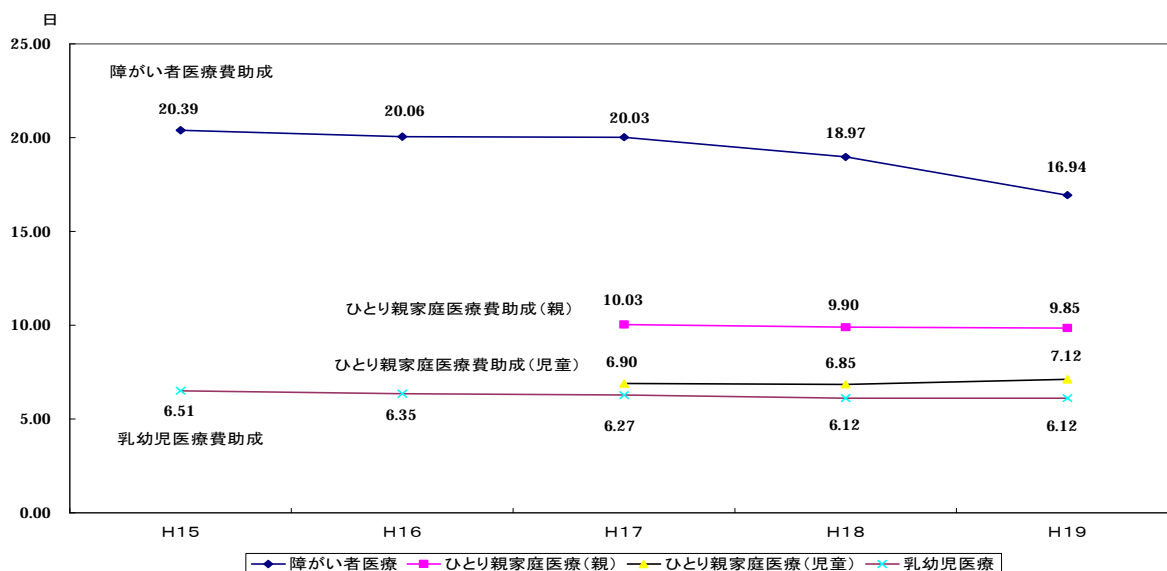
※ 1医療機関あたりの日数：1医療機関につき1月に受診する日数
 1日あたりの自己負担額：1日に負担した平均自己負担額

制度ごとの1医療機関あたりのひと月あたり受診日数の推移（通院）



- ・ 1 医療機関あたりの日数：障がい者の受診回数は約 3.4～3.5 日台と 3 日以上を受診実績がある。他の制度は、2 日前後で推移し、大きな変化はない。

制度ごとの1医療機関あたりのひと月あたり受診日数の推移（入院）



- ・ 1 医療機関あたりの日数：障がい者医療費助成では約 20 日から約 17 日へと日数が短くなっている。ひとり親家庭医療費助成（親）では約 10 日、児童では約 7 日、乳幼児医療費助成では約 6 日で、ほぼ一定している。

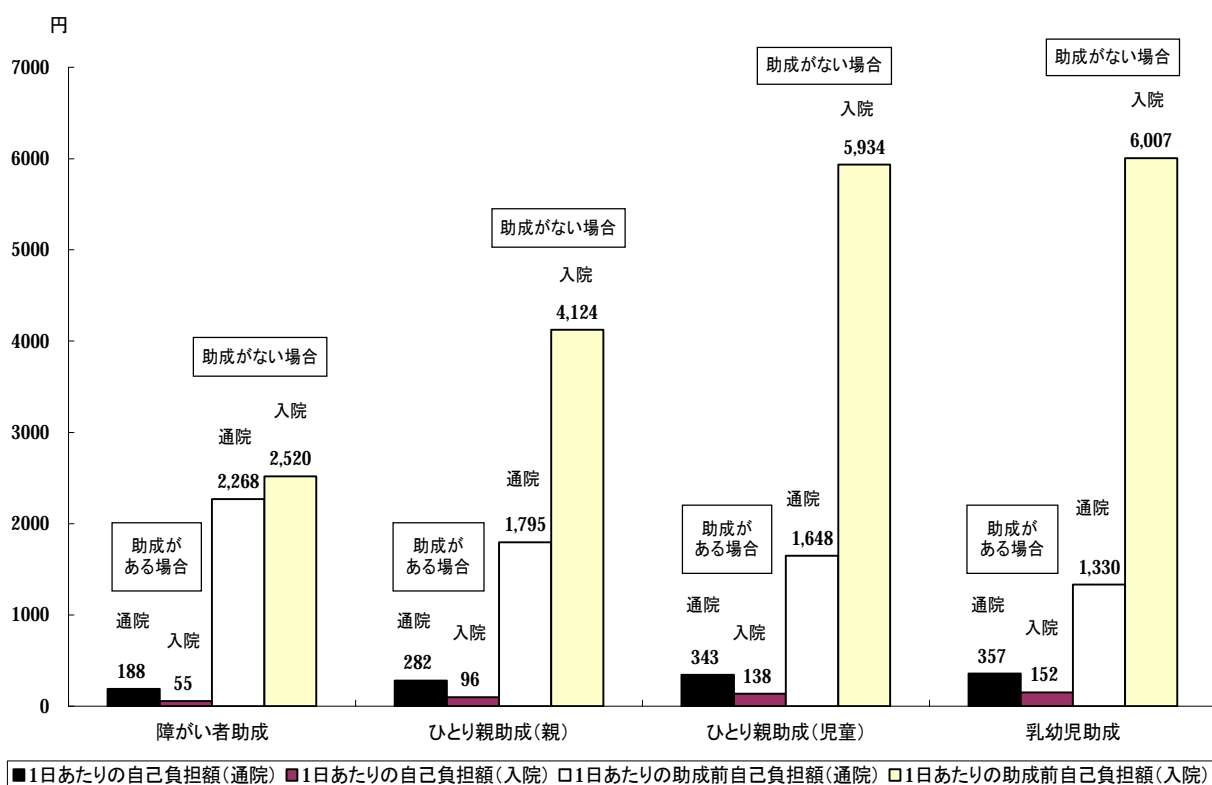
③ 助成制度による入通院別の実績比較（1日あたりの入通院別自己負担額）

通院に比べ入院に係る所要医療費は通常高くなるが、助成後の自己負担額は入院が少額になっている。

各制度とも同様の傾向であるが、例えば、乳幼児医療費助成でみた場合、1日あたりの自己負担額を助成制度の有無で比較すると、平成19年度では入院が6,007円で、通院1,330円に比べ高額であるが、助成後の場合、入院が152円、通院が357円と入院が少額になっている。

これは、入院の場合は基本的に1医療機関に限定され、自己負担額が1,000円（500円×2日）となり、実質的な上限額が1,000円となっていることによるものと考えられる。

各制度における入通院別の実績比較（1日あたりの入通院別自己負担額）【H19年度】



④ 対象者の所得制限を仮にPT案に基づいた場合（通院）の対象者の減少見込
（H19年11月の実績から）

老人医療費助成(高齢障がい者等)・所得350万円超過は全体の0.6% (約600人)	(助成額の減少見込は約0.2億円)
障がい者医療費助成・・・・・・・・・・所得350万円超過は全体の1.5% (約1,000人)	(同 約0.8億円)
乳幼児医療費助成・・・・・・・・・・所得550万円超過は全体の4.0% (約8,000人)	(同 約1.3億円)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 助成額の減少見込合計 約2億3千万円 (府・市町村それぞれ) </div>	
[仮に、他の制度と同様に所得350万円超とした場合] 所得350万円超過は全体の33.0%	

※ 障がい者医療費助成の所得制限額

<現行> 障害基礎年金準拠 約460万円 (収入ベース約650万円) (単身)

⇒ <PT案> 特別障害者手当準拠 約360万円 (収入ベース520万円) (単身)

乳幼児医療費助成の所得制限額

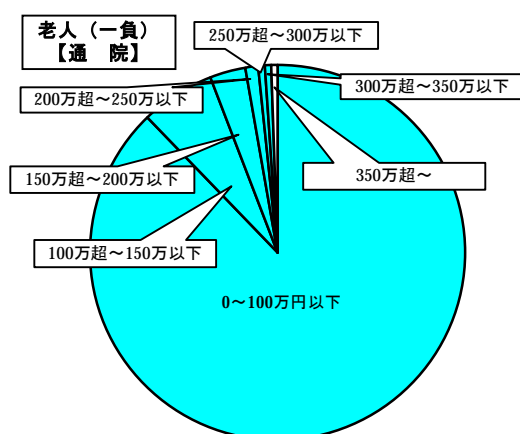
<現行> 児童手当(特例給付)準拠 約650万円 (収入ベース約860万円) (4人世帯)

⇒ <PT案> 児童手当準拠 約570万円 (収入ベース約780万円) (4人世帯)

老人医療費助成(高齢障がい者等)及び障がい者医療費助成においては、150万円以下の低所得者層が全体の90%以上を占めている。

一方、乳幼児医療費助成においては、150万円以下の低所得者層は全体の約20%となっており、対象者は各所得階層に万遍なく分布している。(通院の場合)

○老人医療費助成（一負）



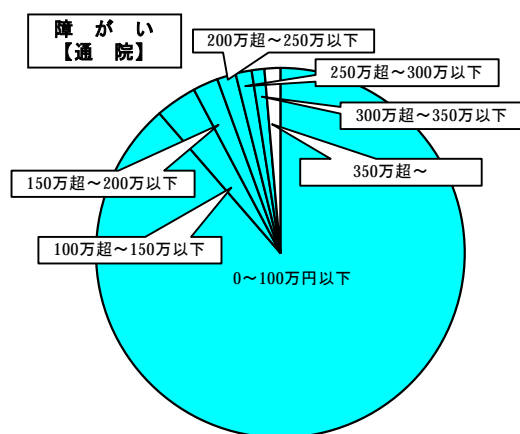
○19年度11月 老人（一負）【通院】

所得階層	割合(%)	累計(%)
0～100万円以下	87.9	87.9
100万円超～150万円以下	6.3	94.2
150万円超～200万円以下	3.0	97.2
200万円超～250万円以下	1.2	98.4
250万円超～300万円以下	0.6	99.0
300万円超～350万円以下	0.4	99.4
350万円超～	0.6	100.0

※各項目で小数点第2位四捨五入

- ・ 150万円以下の低所得層は全体の94.2%を占める。
- ・ 350万円超過（障がい者の所得制限をPT案をベースとした場合）は全体の0.6%を占める。

○障がい者医療費助成



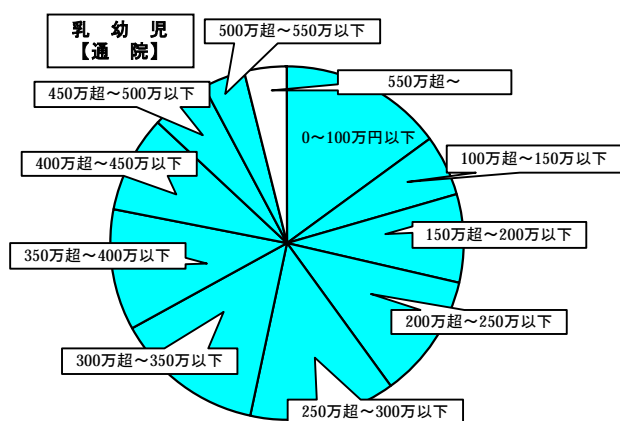
○19年度11月 障がい【通院】

所得階層	割合(%)	累計(%)
0～100万円以下	88.8	88.8
100万円超～150万円以下	3.4	92.2
150万円超～200万円以下	2.4	94.6
200万円超～250万円以下	1.6	96.2
250万円超～300万円以下	1.3	97.5
300万円超～350万円以下	1.1	98.5
350万円超～	1.5	100.0

※各項目で小数点第2位四捨五入

- ・ 150万円以下の低所得層は全体の92.2%を占める。
- ・ 350万円超過（障がい者の所得制限をPT案をベースとした場合）は全体の1.5%を占める。

○乳幼児医療費助成



○19年度11月 乳幼児【通院】

所得階層	割合(%)	累計(%)
0～100万円以下	14.9	14.9
100万超～150万以下	5.7	20.6
150万超～200万以下	8.0	28.6
200万超～250万以下	11.5	40.1
250万超～300万以下	13.3	53.4
300万超～350万以下	13.6	67.0
350万超～400万以下	11.0	78.0
400万超～450万以下	8.9	86.8
450万超～500万以下	5.3	92.2
500万超～550万以下	3.9	96.0
550万超～	4.0	100.0

※各項目で小数点第2位四捨五入

- ・ 150万円以下の低所得層は全体の20.6%を占める。
- ・ 350万円超過（仮にPT案の障がい者の所得制限をベースとした場合）は全体の33.0%を占める。
- ・ うち、550万円超過（PT案をベースとした場合）は4.0%。

Ⅲ 対応方策について ～いくつかの考え得る選択肢と課題等～

Ⅲ 対応方策について ～いくつかの考え得る選択肢と課題等～

本研究会では、7月から8月にかけて実施した市町村実態調査等をもとに、1割自己負担の導入や所得制限の見直しに加え、現行制度の実態を踏まえた上で、制度の枠組みの中での可能な対応方策について、幅広く検討を行うこととした。

1割負担の導入については、18～22億円の減少額が大阪府、市町村それぞれに見込まれるが、償還件数が現行の約120倍となり、この対応のために必要となる市町村の維持コスト（約44億円）が、減少額を大きく上回るなど、対象者や市町村に過大な負担が生じる。

また、対象者や市町村における負担の軽減策となる「カード積算方式」や「自動償還方式」についても、それぞれメリットはあるものの課題も多く、研究会メンバーからは、「全市町村に財政効果があるとは思えない。」「小規模な市町村では財政効果がマイナスになる可能性もある。」「対象者が医療機関窓口で1割自己負担を求められる点は変わらない。（自動償還方式）」など、その導入を疑問視する意見が多く聞かれた。

一方、現行制度の枠組みの中での対応方策として、

- ・ 実態等調査を踏まえて

日数や単価

入院通院の負担バランスの調整

など、幾つかの視点から対応方策について議論を交した。

また、救急医療機関における休日・時間外での診療については、時間外等における救急医療体制の確保のため、診療報酬の加算が行われているが、現行制度では、時間内診療と同じ500円での受診が可能となっていることから、救急医療機関における休日・時間外での診療について、自己負担のあり方を検討すべきとの意見も出された。

これらの意見等を踏まえ、以下、対応方策について提案することとする。

1 1割自己負担の導入について（PT案）

（1）基本的な視点

1割自己負担については、社会保険制度では平成12年に介護保険制度、13年には老人保健制度（現長寿医療制度）において導入され、平成18年には公費負担制度である障害者自立支援制度に導入された。また、医療保険制度における患者の自己負担は3割が原則であり、その観点からは、2,500円の負担上限を維持した上で1割自己負担を福祉医療費助成制度に導入しても、引き続き、一定セーフティーネットとしての役割を果たしているとの見方がある。

このような観点から、1割自己負担の導入についても対応方策の1つとして検討した。

ただし、その導入にあたっては、調査結果にあるように、対象者をはじめ、市町村や医療機関等において過大な負担があることから、その点も含めて効果を検討する必要がある。

なお、国が平成23年度を目途にレセプトオンライン化や社会保障カードの導入を検討しており、その動向も注視していくべきである。

（2）対応方策

① 市町村の現行体制において1割負担が導入された場合

対象者は、医療機関窓口で自己負担として医療費の1割を支払う。

自己負担累計が月額2,500円を超えた場合、対象者は市町村窓口において償還手続きを行う。

【対象者及び市町村における影響】

- ・ 対象者は医療機関窓口で1割の自己負担金を支払うため、相当の現金を用意する必要があり、金銭的、精神的負担を伴う。（500円⇒数千円超）
- ・ 対象者や市町村にとっては、償還手続き負担が激増する。（約120倍）
- ・ 市町村においては、激増する償還事務に対応するため、窓口での人員体制を強化するなどの必要が生じ、多額の経費が必要となる。

【減少・必要経費見込額】

- ・ 減少見込額は府・市町村それぞれ18～22億円が見込まれるが、一方で市町村において必要経費は維持コストで約44億円を要し、減少見込額を上回る。

（実態等調査の内容<P12、P15>参照）

② カード積算方式

医療証をICカード化のうえ、自己負担情報を保持できる機能を持たせる。

府内の医療機関等にカード・リーダーライター機能を備えた端末機を設置し、医療証カードをスリットすることにより、医療機関は患者の自己負担額を把握することができ、対象者の自己負担累計が月額 2,500 円を超える場合、窓口でさらなる自己負担を求めないこととする方式。

【対象者及び市町村等における影響】

- ・ 2万2千の医療機関等の全てで端末機の管理や入力作業等が必要となる。
- ・ 他府県で受診した場合は対応できないので、その場合には対象者や市町村にとって、従来どおりの償還手続きが残ることとなる。

【減少・必要経費見込額等】

- ・ 減少見込額は府・市町村それぞれ 18~22 億円が見込まれる。
- ・ システムの保守管理を行う本部体制が新たに必要となる。
- ・ システム整備費として莫大な経費が必要となる。

※ なお、国が平成 23 年度に「社会保障カード」の導入を予定しており、その導入検討を見守ることが妥当である。

(実態等調査の内容<P13、P15>参照)

③ 自動償還方式

府内医療機関が提出するレセプト情報に基づき、審査支払機関は対象者（患者）単位に集計した支払情報を電子データとして市町村に送付する。

市町村は、そのデータをもとに、対象者からの申請によらず、月額 2,500 円を超える償還額を対象者の金融口座に振り込む方式。

【対象者及び市町村における影響】

- ・ 対象者は医療機関窓口で 1 割の自己負担金を支払うため、相当の現金を用意する必要があり、金銭的、精神的負担の軽減は図れない。
- ・ 市町村においては、システムの整備や振込み手数料など、新たな負担が発生する。
- ・ 医療機関の診療報酬請求の遅れや過誤請求等により、振り込み額について対象者が思っている償還額と相違する場合があります、無用のトラブルが発生する可能性が高い。
- ・ 審査支払機関は各都道府県単位となっており、他府県で受診した場合は対応できないので、対象者や市町村にとっては、従来どおり償還手続きは残ることとなる。

【減少・必要経費見込額等】

- ・ 18～22 億円の全額を減少額と見込める大阪府とは異なり、市町村は、登録口座の管理や問い合わせ対応など、維持コストが約 15 億円必要であり、実質的な効果額は 3～7 億円となる。
- ・ 町村等小規模な自治体においては、減少見込額が少ないにもかかわらず、新たな業務（口座管理や問合せ対応など）の負担が大きい。

（実態等調査の内容<P14、15>参照）

2 所得制限について（PT案）

（1）基本的な視点

福祉医療費助成制度は、医療に関するセーフティネットとして、重要な役割を果たしているが、住民の税負担により運営されている単独事業であるため、制度の対象となる方の範囲として、府民全体の理解が得られるような所得制限の水準について検討した。

なお、障がい者医療費助成（高齢障がい者含む）と乳幼児医療費助成では、乳幼児医療費助成は市町村が先行して実施していたなど、制度の成り立ちや子育て支援などの目的に相違がある。

（2）対応方策

① 老人医療費助成（高齢障がい者等）・障がい者医療費助成

ア 「障害基礎年金」準拠 収入約 650 万円（所得約 460 万円） ⇒ 「特別障害者手当」準拠 収入約 520 万円（所得約 360 万円）

【考え方】

- ・ 現行は障がい基礎年金の所得制限（収入約 650 万円）に準拠している。
- ・ 実態調査結果では、収入 250 万円以下の低所得者層が 90%以上となっている。
- ・ 支援を必要とするほとんどの方はカバーできることから、現行の基準に次いで所得制限額の低い特別障害者手当（収入約 520 万円）準拠に変更する案。

【減少見込額】

- ・ 老人医療費助成（高齢障がい者等）0.2 億円（0.6%<約 600 人>が対象外となる）
- ・ 障がい者医療費助成 0.8 億円（1.5%<約 1,000 人>が対象外となる）

【留意点】

- ・ 対象が重度の障がい者に限定されている。また、対象外となる方は少数である。

（参考）

* 他府県での準拠事例は 9 団体（平成 20 年 10 月現在）。

（北海道、宮城県（20 歳未満は特別児童扶養手当）、東京等、長野県、静岡県、京都府、兵庫県、島根県、福岡県）

- * 障害基礎年金:国民年金に加入されている人が病気やけが等により障がい者となったときに支給される年金。また、20才未満で病気やけが等により障がい者になった方は、所得制限以下であれば、20才以降年金が支給される
- * 特別障害者手当:身体又は精神に著しい重複の障がいをもつる方に対して支給される手当

(実態等調査の内容<P20、P21>参照)

② 乳幼児医療費助成

ア 「児童手当（特例給付）」準拠 収入約 860 万円（所得約 650 万円） ⇒ 「児童手当」準拠 収入約 780 万円（所得約 570 万円）
--

【考え方】

- ・ 現行は児童手当（特例給付）の所得制限（収入約 860 万円）に準拠している。
- ・ 現在は、26 市町村が子育て支援の観点から所得制限を設けていない。
- ・ 現行基準では約 9 割の子育て家庭の方が対象となっており、現行の基準に次いで所得制限額の低い児童手当（収入約 780 万円）準拠に変更する案。

【減少見込額】

1.3 億円（4.0%<約 8,000 人>が対象外となる）

【留意点】

- ・ 仮に見直しを実施した場合に、所得制限を設けていない市町村は、府の所得制限変更で整合させないと追加負担が発生する。

(参考)

- * 他府県での準拠事例は 10 団体（平成 20 年 10 月現在）。
（山形県、東京都、石川県、静岡県、奈良県、岡山県、広島県、高知県、福岡県、宮崎県）
- * 児童手当：12 歳到達後の最初の 3 月 31 日までの間にある児童（小学校修了前の児童）を養育している方に支給される手当
なお、児童手当（特例給付）とは、サラリーマン等（厚生年金等に加入している人）について、支給されるもの（児童手当と同額）で、児童手当の所得制限より基準額が高い

(実態等調査の内容<P20、P22>参照)

3 実態等調査を踏まえての対応方策について

(1) 基本的な視点

平成 16 年度再構築時に参考とした数値が現在どう変化しているのか、その実績の変化に基づいた場合や現在の利用状況を踏まえ、利用実態に則して適宜制度を見直していくという観点から検討した。

(2) 対応方策

① 日数

ア 500 円/日 (月 2 日) ⇒ 500 円/日 (月 3 日)

【考え方】

- ・平成 16 年再構築時に定額負担 (1 医療機関 500 円/日) を初めて導入した際に月 2 日と設定したが、その考え方は、当時、老人医療費助成対象者で市町村民税非課税世帯の方 (65 才～69 才の本来 3 割負担の対象者) も、制度上、老人保健法対象者 (当時 70 才以上) と同様に 1 割負担されていたことから、その利用実績とこれに伴う自己負担を「無理のない範囲」の負担として設定したもの。
- ・その利用実績について、平成 13 年度で平均通院日数が 2.77 日であったことから、これを参考に 2 日と設定したものであるが、今回調査の結果、この平均通院日数は 2.95 日 (H19) となっていることから、現行の 1 医療機関月 2 日限度を月 3 日とする案。

(実態等調査の内容<P17>参照)

【減少見込額】

5.4 億円 (通院 4.8 億円、入院 0.6 億円)

【留意点】

- ・障がい者は月平均受診日数が 3 日を超えており (受診日数 障がい者 : 3.53、ひとり親 : 2.46、乳幼児 : 1.83)、主として障がい者の負担が増加する恐れがある。
(実態等調査の内容<P18>参照)
- ・日数増に伴い、償還件数が増加する (約 2 倍)。
対象者や市町村の負担は増加する。

(参考)

* 現行の1日あたりの償還件数

約 1.2 件 (市町村平均 : 1.3 万件 ÷ 43 市町村 ÷ 245 日 (年間開庁日数))

* 償還件数約2倍の考え方

- ・ 平成18年に上限2500円を設定した際の基礎資料(福祉医療複数医療機関受診実態調査)では、調査期間(平成16年11月~17年2月)に受診した全対象者のうち、2500円を超えて支払った対象者の割合は2.5%であった。
- ・ 今回、仮に月2回から3回へと負担いただく日数を増加させた場合の2500円を超える割合を求めるにあたって、平成17年は実態調査を行ったが、今回はそれが不可能なため仮定計算を行った。
- ・ その考え方は、現行の自己負担は1医療機関500円、2日であれば、1000円であり、その上限が2500円となっているが、それを3日、500円で1500円とした場合には、1000円を1500円で割り戻した率を2500円に乗じて仮の上限額を算出し、約1700円(2500円×1000円/1500円)とした。
- ・ そこで、前回、平成17年の複数医療機関受診実態調査データから1700円を超える対象者のうち、月に3日以上受診されている対象者の割合を調べると5.1%であったため、2.5%に対して約2倍としたもの。

② 単 価

ア 500 円/日（月 2 日）⇒ 600 円/日（月 2 日）

【考え方】

- ・ 考え方の基本は、①のアと同様。
- ・ 平成 16 年再構築当時、老人医療費助成対象者の市町村民税非課税世帯の方の 1 日あたりの平均自己負担額が 593 円（H13）であったことから、これを参考に 500 円に設定したものであるが、今回調査の結果、この平均自己負担額は 608 円（H19）となっていることから、現行の 1 医療機関負担額を 600 円/日とする案。

【減少見込額】

4.6 億円（通院 4.3 億円、入院 0.3 億円）

【留意点】

- ・ 単価増に伴い、償還件数が増加する（約 2 倍）。
対象者や市町村の負担は増加する。

（実態等調査の内容<P17>参照）

（参考）

* 償還件数約 2 倍の考え方

- ・ 平成 18 年に上限 2500 円を設定した際の基礎資料（福祉医療複数医療機関受診実態調査）では、調査期間（平成 16 年 11 月～17 年 2 月）に受診した全対象者のうち、2500 円を超えて支払った対象者の割合は 2.5%であった。
- ・ 今回、仮に 500 円/日から 600 円/日へと負担いただく自己負担額を増加させた場合の 2500 円を超える割合を求めるにあたって、平成 17 年は実態調査を行ったが、今回はそれが不可能なため仮定計算を行った。
- ・ その考え方は、現行の自己負担は 1 医療機関 500 円、2 日であれば、1000 円であり、その上限が 2500 円となっているが、それを 600 円、2 日で 1200 円とした場合には、1000 円を 1200 円で割り戻した率を 2500 円に乗じて仮の上限額を算出し、約 2100 円（2500 円×1000 円/1200 円）とした。
- ・ そこで、前回、平成 17 年の複数医療機関受診実態調査データから 2100 円を超える対象者の割合を調べると 5.1%であったため、2.5%に対して約 2 倍としたもの。

イ 500 円/日（月 2 日）⇒ 800 円/日（月 2 日）

【考え方】

- ・ この案は、アと異なり、現行のすべての対象者に 1 割負担を導入した場合のひとり 1 日あたりの平均自己負担相当額を試算し、これを基に定額負担とする案。
- ・ 設定単価は、1 割自己負担相当額の全制度対象者の 1 日あたりの平均が 880 円であることから 800 円と設定する。（※）
- ・ 定額化により、1 割負担（定率負担）導入に比べ償還件数を大幅に少なくできるとともに、対象者が医療機関窓口で支払う現金確保の不安や負担感が軽減できる。

【減少見込額】

13.8 億円（通院 13.0 億円、入院 0.8 億円）

【留意点】

- ・ 単価増に伴い、償還件数が増加する（約 5 倍）。
対象者や市町村の負担は増加する。

※ 対象者（老人（一負）を除く）の、19 年度における通院にかかる助成対象総医療費の 1 割相当額（自己負担相当額）を、総助成日数で除した値。

$$\begin{aligned} & 99 \text{ 億 } 5756 \text{ 万 } 5 \text{ 千円} \div 1138 \text{ 万 } 1 \text{ 千日} \quad \doteq \quad 880 \text{ 円/日} \\ & \text{（助成対象総医療費} \quad \quad \text{（総助成日数）} \\ & \text{の 1 割(9.1\%)相当額) <注>} \end{aligned}$$

<注>医療保険制度上の自己負担上限額（高額療養費等）の影響を考慮し、自己負担率 9.1%（制度上 1 割負担である旧老人保健対象者の通院医療にかかる一部負担率（H18）を参考）として算出したもの。

* 償還件数約5倍の考え方

- ・平成18年に上限2500円を設定した際の基礎資料（福祉医療複数医療機関受診実態調査）では、調査期間（平成16年11月～17年2月）に受診した全対象者のうち、2500円を超えて支払った対象者の割合は2.5%であった。
- ・今回、仮に500円/日から800円/日へと負担いただく自己負担額を増加させた場合の2500円を超える割合を求めるにあたって、平成17年は実態調査を行ったが、今回はそれが不可能なため仮定計算を行った。
- ・その考え方は、現行の自己負担は1医療機関500円、2日であれば、1000円であり、その上限が2500円となっているが、それを800円、2日で1600円とした場合には、1000円を1600円で割り戻した率を2500円に乗じて仮の上限額を算出し、約1600円（ $2500円 \times 1000円 / 1600円$ ）とした。
- ・そこで、前回、平成17年の複数医療機関受診実態調査データから1600円を超える対象者の割合を調べると12.9%であったため、2.5%に対して約5倍としたもの。

③ 入院・通院の負担のバランス調整

ア 500 円/日（月 2 日）⇒ 入院のみ 2500 円/入院（ひと月）

【考え方】

- ・ 入院日数の実態及び通院との負担のバランスから設定
- ・ 入院は、通院に比べ通常は高額な医療費を要するが、ほとんどの場合が 1 医療機関での入院に限定されるため、現行制度上の自己負担額は実質 1000 円（500 円/日・月 2 日限度）となっている。
- ・ このため、入院の自己負担率は通院に比べ小さくなり、通院利用者とのアンバランスが生じている。
- ・ この案は実態調査結果から、医療保険制度上の自己負担（3 割～1 割）が、入院の場合、1 日あたり概ね 2520 円（障がい者）～6007 円（乳幼児）であることから、現行のセーフティーネットとしての上限額である 2500 円以内を自己負担額とする案。

【減少見込額】

2.1 億円

（実態等調査の内容<P19>参照）

イ 500 円/日（月 2 日）⇒ 入院のみ 500 円/日（月 5 日）

【考え方】

- ・ 考え方の基本は、アと同様。
- ・ 入院の場合は 3 日以上となることが多いため、日数単位での加算という現行の考え方を残しつつ、最大 5 日まで拡大し、上限 2500 円までとする案。

【減少見込額】

2.1 億円

【留意点】

- ・ ②のように、単価を変更する場合、上限額（2500 円）を入院のみ変更するという考え方も生じるが、大阪府の財政再建プログラム案では月あたりの上限額 2500 円を維持することとなっている。

（例えば、単価を 800 円とすると、4000 円となる。（800 円×5 日））

（実態等調査の内容<P19>参照）

4 救急医療機関における休日・時間外診療時の加算について

(1) 基本的な視点

救急医療機関における休日・時間外での診療については、時間外等における救急医療体制の確保の観点から、医療機関で診療報酬の加算が行われているが、福祉医療費助成制度では、時間内診療と同じ500円での受診が可能となっている。

救急医療機関における休日・時間外での診療について、本制度対象者についても診療報酬の取り扱いと整合を図りつつ、応分負担の観点から、自己負担のあり方について検討した。

(2) 対応方策

ア 救急医療機関における休日・時間外診療を受診した場合
⇒ 500円/日を加算

【考え方】

- ・ 現行の診療報酬制度では、時間外等における救急医療体制の確保のため、救急医療機関に診療報酬の加算が行われているが、現行制度においては、対象者が時間内診療と同じく、500円の自己負担で受診が可能である。
- ・ 診療報酬の取り扱いと整合を図りつつ、応分負担の観点から、休日・時間外に受診した場合、1日あたりの自己負担額として500円を加算する案。
- ・ 救急夜間診療の適正利用の促進効果も期待される。
- ・ 単価設定については、救急医療機関における時間外診療の初診料加算額が690円であり、500円とする。深夜（約1400円）、休日（約750円）の場合の加算額はさらに高額であるが、制度の安定的運営の観点から500円とする。

【減少見込額】

0.5億円

5 各対応方策における減少・必要経費見込額一覧

1割自己負担の導入

※ 府・市町村同額

見直し方策	※減少見込額 (億円)	必要経費 (億円)
① 市町村の現行体制において1割負担が導入された場合	18~22	初期コスト 3 維持コスト 44
② カード積算方式		莫大なコスト
③ 自動償還方式		初期コスト 12 維持コスト 15

所得制限

①老人医療費助成(高齢障がい者等)・障がい者医療費助成

ア	<高齢障がい者> 障害基礎年金 ⇒特別障害者手当 収入約650万円(所得約460万円)⇒約520万円(所得約360万円) (全体の0.6%が対象外となる見込み)	0.2	不要
	<障がい者> 障害基礎年金 ⇒特別障害者手当 収入約650万円(所得約460万円)⇒約520万円(所得約360万円) (全体の1.5%が対象外となる見込み)	0.8	不要

②乳幼児医療費助成

ア	児童手当(特例給付) ⇒児童手当 収入約860万円(所得約650万円)⇒約780万円(所得約570万円) (全体の4.0%が対象外となる見込み)	1.3	不要
---	--	-----	----

実態等調査を踏まえての対応方策

①日数			
ア	500円/日(月2日) ⇒ 500円/日(月3日)	5.4 (通院4.8、入院 0.6)	-
②単価			
ア	500円/日(月2日) ⇒ 600円/日(月2日)	4.6 (通院4.3、入院 0.3)	-
イ	500円/日(月2日) ⇒ 800円/日(月2日)	13.8 (通院13.0、入院0.8)	-
③入院・通院の負担のバランス調整			
ア	500円/日(月2日) ⇒入院 2500円/入院(ひと月)	入院 2.1	-
イ	500円/日(月2日) ⇒入院 500円/日(月5日)	入院 2.1	-

救急医療機関における休日・時間外診療時の加算

ア	救急医療機関における休日・時間外診療を受診した場合 ⇒ 500円/日を加算	0.5	-
---	--	-----	---

【減少見込額算出の考え方】

(1) 1割自己負担の導入

- ・ II-2-(1)-③助成額の減少見込について (P15) 参照

(2) 所得制限

- ・ 現行助成額に対象外となる対象者の割合を乗じた額を減少見込額として算出

(3) 実態等調査を踏まえた見直し

① 日数

ア 500円/日 (月3日)

- ・ 受診件数に500円を乗じた額に3日/月以上受診される方の割合を乗じた額

② 単価

ア 600円/日 (月2日)

- ・ 現行制度における自己負担総額に自己負担額(600円/日)と現行制度(500円/日)との差0.2倍を乗じた額を減少見込額として算出

イ 800円/日 (月2日)

- ・ 現行制度における自己負担総額に自己負担額(800円/日)と現行制度(500円/日)との差0.6倍を乗じた額を減少見込額として算出

③ 入院・通院の負担のバランス調整

- ・ 現行制度(月2回、1,000円)における自己負担総額に月あたりの個人の自己負担額(月額1,000円)と上限額2,500円との差1.5倍を乗じた額を減少見込額として算出

(4) 救急医療機関における休日・時間外診療時の加算

- ・ ある地域における休日・時間外診療における患者数(件数)を府内全体に対する人口割合(地域人口/府内全人口)で除したものを府内全体における休日・時間外診療にかかる件数として、その件数に500円を乗じた額を減少見込額として算出

おわりに

はじめにも述べたが、本研究会では福祉医療費助成制度のあり方について、大阪府及び各市町村において政策判断をいただくためのいくつかの選択肢をとりまとめた。

大阪府・市町村の財政状況が非常に厳しい中、仮に対象者に新たなご負担をお願いせざるを得ないとしても、もとよりそれは極力負担感の少ない範囲に設定することが望ましい。また、大阪府・市町村ともに人員削減はじめ、行政改革に取り組んでいる最中であることを考えると、市町村においても過度な事務負担を生じない見直しとすることが、結果的に将来にわたって制度を安定的に維持していく上で重要であると考え。

実態等調査結果を踏まえた対応方策の検討では、意見の分かれた点もあった。例えば、「現状維持」もひとつの選択肢とすべきとの意見もあったが、当研究会は、可能な負担のあり方について対応等を研究することを目的としているため、あえて「現状維持」を対応方策として含めることは差し控えた。

また、乳幼児医療費助成制度については、子育て支援の一環として市町村が先行して実施してきた経過から、対象年齢の上乗せや所得制限の撤廃が多くの市町村で独自に実施されており、他の制度と一律に議論することはそぐわないとの意見があった。しかし、今回のあり方検討は、可能な負担のあり方について検討を行うというものであったため、全制度（対象者）共通の視点で乳幼児医療費助成のあり方についても研究を行った。

なお、本研究会でお示したような対応方策を今後実施することとなった場合は、その実施時期について、対象者等への周知期間、障がい者医療及びひとり親家庭医療の医療証の更新が11月であること等を考慮すると、前回の制度再構築（平成16年11月）と同時期である平成21年11月実施が適当と考える。また、仮に何らかの制度見直しを実施することとなった場合も、大阪府医師会、歯科医師会、薬剤師会をはじめ、医療機関のご理解、ご協力をいただくことが極めて重要であることを申し添える。