

# 児童医療費助成の社会的影響 : 政令指定都市及び東京都の加算を考える

著者名(日)	和泉 徹彦
雑誌名	嘉悦大学研究論集
巻	56
号	2
ページ	21-37
発行年	2014-03-20
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1269/00000313/">http://id.nii.ac.jp/1269/00000313/</a>

# 研究論文

## 児童医療費助成の社会的影響

～ 政令指定都市及び東京都の加算を考える ～

### Social Impact on Medical Support in Childhood Case of Major Japanese Cities

和 泉 徹 彦

Tetsuhiko IZUMI

#### <要 約>

日本では、乳幼児だけではなく、義務教育就学児まで無料医療を提供している地方自治体がいくつかある。医療費の負担方法について、世界的には二つの方法がある。一つは医療保険制度による負担であり、もう一つは税方式によるものである。日本は医療保険制度による医療費負担の国と考えられているが、実際には国民医療費の4割近くは税によって負担されている。原則として患者は0～30%の自己負担を求められ、その自己負担割合は児童がどこに住んでいるかによって決定されている。

本稿は、日本の児童医療費助成の社会的影響について3つの視点から取り上げる。本研究の目的は、費用対効果及び公平性の観点から児童医療費助成が有用な経済政策となりうるかどうかを精査することにある。最初の観点は医療費助成の水準が地域的にどのように偏在しているかを確認することである。二つ目は医療費助成と受療率・診療点数との関係を確認する。かかりつけ医のようなゲートキーパーのいない無料医療は、医療資源の無駄遣いを起こすと考えられている。政令指定都市と東京都における児童医療費助成は、他の都市に比べて加算や対象年齢の違いが大きく、この問題を検討するのに適している。三つ目は、子どもの貧困問題との関係である。OECD（2008）が取上げたように、日本の子どものいる世帯の14.2%が相対的貧困水準にある。所得再分配政策の失敗により高齢者世代に過剰な再分配が行われており、結果的に子どものいる世帯を相対的貧困へと追いやっている。

#### <キーワード>

医療、不平等、児童、乳児、幼児、就学児、Early Childhood, Poverty

#### 1 はじめに

現行の公的医療保険制度では、小学校入学前までの子どもを対象とした診療について医療機関の窓口で支払う自己負担割合は原則として2割、小学校入学以後は3割となっている。

しかしながら、住んでいる地域によって自己負担なしの無料医療を受けられたり、原則通り3割負担になったりすることもある。4才以上6歳未満の子どもが、宮城県内の市町村による独自助成がない地域に住んでいる場合、2割自己負担となる。一方、東京都内に住む未就学児は自己負担なしで、小中学生も通院1回あたり200円を支払えばよい。全国市町村別の中でも医療費助成の対象年齢が最も広い地方自治体としては、北海道南富良野町がある。南富良野町「すこやか子ども医療費助成制度」<sup>1)</sup>では、22歳年度末までの乳幼児・小学生・中学生・高校生・大学生・各種専門学校生が助成対象となっており、所得制限・自己負担のいずれも無い。

国と地方の財政赤字が問題になるなかで、社会保障関係費の伸びの抑制は優先課題である。国民医療費は近年毎年1兆円を超える伸びを記録しており、40兆円に達しようとしている。日本は公的医療保険制度によって医療費を負担していると考えられている。後期高齢者医療制度のように保険料と税によって成り立っている仕組みもあり、国民医療費の約4割は税を財源としている。医療費の負担方法について、世界的には二つの方法がある。一つは医療保険制度による負担であり、もう一つは税方式によるものである。イギリスの国民保健制度(NHS)は税方式を代表する仕組みであるが、国民医療費を国家予算によって縛るため、風邪くらいの症状では医者にかかることのできない、手術や検査の待ち時間が長くなることが問題化している。大量の無保険者を生み出していたアメリカでは、オバマ大統領の主導権発揮によって「オバマケア」と称される、全国民に医療保険加入を義務づけ、保険会社に加入引き受け義務を課した制度が成立し、医療保険制度による医療費負担の国に仲間入りした。

日本では、健康保険証さえ持参すれば、どの医療機関でも診療を受けることができるフリーアクセスになっている。医療圏に応じた医療機関の役割分担を鑑みて、かかりつけ医制度を導入すべきだという意見もあるが、現状からの変更は困難である。医療費の伸びの抑制に自己負担割合の引き上げが議論されるのは、自己負担割合と医療費には「長瀬効果」と呼ばれる関係が見られるからである。全額自己負担に比べて、無料医療では約5倍の医療需要が発生する。3割負担と比べては1.5倍である。

1970年代以降、老人や子どもの医療費無料化を制度化した際、医療資源の無駄遣いや医療費の増大を招いた。現行の児童医療助成制度は、国の補助金によらない、地方自治体による単独事業である。かつてのように、乳幼児死亡率の改善に役立たせたり、少子化対策としての意味合いが強かったりするわけではない。政府が再び無料医療に向かうことは財政制約上、考えにくい選択肢である。それではなぜ地方自治体は逆行するのだろうか。

本稿では、日本の児童医療費助成の社会的影響について3つの視点から取り上げる。本研究の目的は、費用対効果及び公平性の観点から児童医療費助成が有用な経済政策となりうるかどうかを精査することにある。最初の観点は医療費助成の水準が地域的にどのように偏在しているかを確認することである。二つ目は医療費助成と受療率・診療点数との関係を確認する。三つ目は、子どもの貧困問題との関係である。

## 2 政令指定都市制度について

政令指定都市とは、地方自治法第 252 条の 19 第 1 項の規定により、政令で指定される人口 50 万人以上の市であり、2013 年現在 20 都市が指定されている。政令指定都市は、都道府県の区域に包括される普通地方公共団体たる市であるが、現行制度上その組織、権能等について一般の市とは異なる取扱いをされており、(1) 事務配分、(2) 関与、(3) 行政組織、(4) 財政の各面において他の一般市とは異なる特例が定められている。一般的な理解では、都道府県の行政権を大幅に委譲されている。

図表 1 政令指定都市一覧

都 市	人口 (人)	移行年月日
大 阪 市	2,665,314	昭和 31 年 9 月 1 日
名 古 屋 市	2,263,894	昭和 31 年 9 月 1 日
京 都 市	1,474,015	昭和 31 年 9 月 1 日
横 浜 市	3,688,773	昭和 31 年 9 月 1 日
神 戸 市	1,544,200	昭和 31 年 9 月 1 日
北 九 州 市	976,846	昭和 38 年 4 月 1 日
札 幌 市	1,913,545	昭和 47 年 4 月 1 日
川 崎 市	1,425,512	昭和 47 年 4 月 1 日
福 岡 市	1,463,743	昭和 47 年 4 月 1 日
広 島 市	1,173,843	昭和 55 年 4 月 1 日
仙 台 市	1,045,986	平成 元年 4 月 1 日
千 葉 市	961,749	平成 4 年 4 月 1 日
さいたま市	1,222,434	平成 15 年 4 月 1 日
静 岡 市	716,197	平成 17 年 4 月 1 日
堺 市	841,966	平成 18 年 4 月 1 日
新 潟 市	811,901	平成 19 年 4 月 1 日
浜 松 市	800,866	平成 19 年 4 月 1 日
岡 山 市	709,584	平成 21 年 4 月 1 日
相 模 原 市	717,544	平成 22 年 4 月 1 日
熊 本 市	734,474	平成 24 年 4 月 1 日

出所；総務省資料

神奈川県下に 3 つの政令指定都市があり、神奈川県 of 行政的な役割はほぼ残りの市町村に対するものとなっている。政令指定都市に最近加わったのは熊本市である。

図表 2 乳幼児等医療費に対する援助（都道府県）集計

対象年齢	通院	入院
実施都道府県数計	47	47
3歳未満	3	0
4歳未満	4	1
5歳未満	1	0
就学前	30	27
9歳年度末	4	5
12歳年度末	2	6
15歳年度末	3	8
所得制限		
所得制限なし	15	
所得制限あり	32	
一部自己負担		
自己負担なし	8	
自己負担あり	39	

出所；厚生労働省調べ（2012年4月1日現在）

図表 2 に示されるように、47 都道府県のすべてが乳幼児に対する何らかの医療費助成制度を持っている。対象年齢を就学前と設定する自治体が多い。東京都などは中学卒業までを助成対象としている。

対象年齢、所得制限の有無、一時負担の有無などにより、様々な制度が並立している。また、現物給付で窓口支払いが必要の無い方式や窓口での支払いを立て替えて後日給付される償還払い方式などもある。

図表3 乳幼児等医療費に対する援助（都道府県別）

都道府県	対象年齢		所得制限		一部負担
	通院（歳未満）	入院（歳未満）	通院	入院	
北海道	就学前	12歳年度末	有	有	有
青森県	就学前	就学前	有	有	有
岩手県	就学前	就学前	有	有	有
宮城県	3	就学前	有	有	無
秋田県	就学前	就学前	有	有	有
山形県	就学前	12歳年度末	有	有	有
福島県	就学前	就学前	有	有	有
茨城県	9歳年度末	9歳年度末	有	有	有
栃木県	12歳年度末	12歳年度末	無	無	有
群馬県	15歳年度末	15歳年度末	無	無	無
埼玉県	就学前	就学前	有	有	有
千葉県	9歳年度末	9歳年度末	有	有	有
東京都	15歳年度末	15歳年度末	有	有	有
神奈川県	就学前	15歳年度末	有	有	有
新潟県 ※	3	12歳年度末	有	無	有
富山県	4	就学前	有	有	有
石川県	4	就学前	有	有	有
福井県	9歳年度末	9歳年度末	無	無	有
山梨県	5	就学前	無	無	無
長野県	就学前	9歳年度末	無	無	有
岐阜県	就学前	就学前	無	無	無
静岡県	就学前	15歳年度末	有	有	有
愛知県	就学前	15歳年度末	無	無	無
三重県	就学前	就学前	有	有	無
滋賀県	就学前	就学前	有	有	有
京都府	就学前	12歳年度末	無	無	有
大阪府	3	就学前	有	有	有
兵庫県	12歳年度末	15歳年度末	有	有	有
奈良県	就学前	就学前	有	有	有
和歌山県	就学前	就学前	有	有	無
鳥取県	15歳年度末	15歳年度末	無	無	有
島根県	就学前	就学前	無	無	有
岡山県	就学前	12歳年度末	有	有	有
広島県	就学前	就学前	有	有	有
山口県	就学前	就学前	有	有	有
徳島県	9歳年度末	9歳年度末	有	有	有
香川県	就学前	就学前	有	有	無
愛媛県	就学前	就学前	有	無	有
高知県	就学前	就学前	有	有	有
福岡県	就学前	就学前	有	有	有
佐賀県	就学前	就学前	無	無	有
長崎県	就学前	就学前	無	無	有
熊本県 ※	4	4	有	有	有
大分県	就学前	15歳年度末	無	無	有
宮崎県	就学前	就学前	有	無	有
鹿児島県	就学前	就学前	有	有	有
沖縄県	4	就学前	有	有	有

※ 多子世帯については別途対象年齢を拡大している。

出所；厚生労働省調べ（2012年4月1日現在）

政令指定都市は 50 万人以上の人口を有する大都市である。財政力の観点でも一般市に比べて豊かであることが多い。道府県の設定する水準よりも加算した児童医療費助成制度をすべての政令指定都市が持っている。これからも人口が増え続ける都市ばかりとは限らず、千葉市のようにすでに人口減少が始まっている政令指定都市もある。

図表 4 乳幼児等医療費に対する援助（政令指定都市及び東京都）

	対象年齢		所得制限	一部負担
	通院	入院		
大 阪 市	就学前	15 歳年度末	有	有
名 古 屋 市	15 歳年度末	15 歳年度末	無	無
京 都 市	就学前	12 歳年度末	無	有
横 浜 市	就学前	15 歳年度末	有	無
神 戸 市	12 歳年度末	15 歳年度末	有	有
北 九 州 市	就学前	15 歳年度末	有	有
札 幌 市	就学前	15 歳年度末	有	有
川 崎 市	就学前	15 歳年度末	有	無
福 岡 市	就学前	12 歳年度末	無	無
広 島 市	就学前	就学前	有	有
仙 台 市	9 歳年度末	15 歳年度末	有	有
千 葉 市	9 歳年度末	15 歳年度末	無	有
さいたま市	15 歳年度末	15 歳年度末	無	無
静 岡 市	15 歳年度末	15 歳年度末	無	有
堺 市	15 歳年度末	15 歳年度末	無	有
新 潟 市	9 歳年度末	15 歳年度末	無	有
浜 松 市	15 歳年度末	15 歳年度末	無	有
岡 山 市	就学前	15 歳年度末	無	無
相 模 原 市	9 歳年度末	15 歳年度末	有	無
熊 本 市	9 歳年度末	9 歳年度末	無	有
東 京 都	15 歳年度末	15 歳年度末	無	有

出所；厚生労働省調べ（2013年4月1日現在）に筆者加筆

政令指定都市にあっても、広島市のように通院・入院とも対象年齢が就学前かつ所得制限・一部負担のいずれもあるケース、さいたま市のように対象年齢が中学卒業までで所得制限も一部負担も無いケースなどがある。多子減免などいくつかの条件が組み合わされるケースもある。

### 3 財政政策の観点での先行研究

田中(2009)は、育児支援施策を巡る自治体の政策決定の戦略的依存関係の実態について、都道府県別のクロスセクションデータをもとに検証している。助成要件に世帯の所得状況が加味されるなど所得再分配的な色彩が強い乳幼児医療費助成については、当該地域の財政状況や世帯の経済状況との関連性が求められる一方、自治体間の戦略的な相互依存関係が認められないとしている。つまり隣の自治体が医療費助成を拡充したからといって、すぐに追随するような動きは見られないという意味である。

西川(2010)は、都道府県は市町村による乳幼児に対する医療費助成制度をベスト・プラクティスとして追認し、これを支援する形で展開してきたと見る。所得再分配を考えれば所得制限付きの制度は当然ながら、自己負担を課すかどうかは地方自治体の財政力に依存する兆候がある。財政的に豊かな自治体のみでサービスが拡充されてしまうことを危惧している。

別所(2012)は、「国民生活基礎調査」の個票データを用いて、都道府県別医療費助成制度の差異と健康状態等との関係を分析している。しかし筆者は、同制度における対象年齢上限の引き上げと健康状態の改善との間に統計的に有意な関係は見られなかったとしている。データの制約上、都道府県助成水準に加算された市町村独自の助成については十分な検討ができていない。

Newhouse(1977)は、マクロ医療費分析のさきがけとも言える古典である。一人当たり所得が伸びると一人当たり医療費も伸びる関係を指摘した。Getzen(1992)も同じく、高齢化の進行が医療費の伸びを先導しているように見えるが、実際には同時に一人当たり所得も変化しており、高齢化は見せかけの相関に過ぎないとしている。さらにGetzen(2000)は、医療サービスが必需財なのか奢侈財なのかを議論し、医療保険を通じた需要保障があれば、個人にとっての必需財かつ国家にとっての奢侈財になり得ることを示した。権丈(2005)は、Newhouse及びGetzenの貢献により所得の伸びこそが医療費を増やすことを指摘し、さらには一人当たり医療費が大きいため必ずしも健康指標が良いわけではないことを示した。

### 4 子どもの貧困と健康に関する先行研究

Gruber et al(2013)は、タイ王国における医療費助成制度、いわゆる「30パーツ医療保障政策」が与えた社会的影響について分析している。30パーツ医療保障政策とは、2001年から始まった通院1回につき30パーツ支払えば良いとする医療費助成制度である。当時のタクシン首相が貧困対策のために導入したもので、財源問題はともかくも所期の目的は達成したと評価されている。分析によれば、貧困対策としての効果に加えて、乳児死亡率の改善が見られたという。特に都市部よりも貧困な地域の改善がめざましく、医療費助成制度が乳児死亡率の改善に役立つことが示されている。なお2006年から登録された市民は、無料化医療を受けられるようになった。しかしながら、国家の財政事情により、公立病院の赤字が

補填されず、予算が逼迫する状況になっている。再び 30 パーツの自己負担を復活させようという動きもある。

Carlson et al (2002) は、アメリカの貧困家庭の子どもが Women, Infants and Children (WIC) プログラムに参加し、食糧配給と健診を受けることを通じて健康状態が改善することを示した研究である。いわば現物給付による健康改善プログラムであり、貧困家庭の子どもが医療を必要とする以前の段階で予防的に健康を維持することができる可能性を指摘した。このような取り組みを単純に日本に適用することは難しいが、児童を含む生活保護世帯への介入であったり、子育て世帯への保健指導を通じた疾病予防の取り組みへの示唆を与えてくれたりするだろう。

Currie and Gruber (1996) は、1984 年と 1992 年を比較して低所得世帯の子どもにメディケイドが適用拡大されたことによって 2 倍の子どもたちが医療サービスを受けられるようになったことを指摘する。その結果、子どもの死亡率が大幅に低下したことも報告している。

Currie (2009) は、親の社会的経済的地位が子どもの健康に影響を及ぼすことを指摘する。経済学で「人的資本」と言った場合、一般的にどのような教育を受けたかを意味する。教育の程度が将来稼得の違いをよく説明するからである。子どもの健康も同様に将来稼得に大きな影響を与える。健康が悪化すれば学校に行けなかったり、十分な学習ができなかったりする。つまりは、子どもの健康を維持することが健全な育成に不可欠であり、容易に医療にアクセスできるよう保障してやることも条件の一つとなる。

## 5 患者調査における受療率と医療費助成制度の相関分析

厚生労働省「患者調査（平成 23 年）」<sup>2)</sup>における、受療率（人口 10 万人対）〔下巻第 16 表 受療率（人口 10 万対）、入院-外来・施設の種類×性・年齢階級×都道府県別〕を用いて、児童医療費助成制度との相関分析を行った。

分析の目的は、医療費助成と受療率との間には相関があつて、助成が手厚ければ受療率は高まるだろうという仮説を検証することにある。独立変数として、外来受療率（総数）IT または入院受療率（総数）HT、政令指定都市ダミーDC、就学前ダミーPS を設定し、従属変数には外来受療率（0～4 歳 I0、5～14 歳 I5）、入院受療率（0～4 歳 H0、5～14 歳 H5）の 4 つを入れ換える重回帰モデルを設定する。

$$I0 = x * IT + y * DC + z * PS + c \quad \dots \text{式(1)}$$

$$I5 = x * IT + y * DC + z * PS + c \quad \dots \text{式(2)}$$

$$H0 = x * HT + y * DC + z * PS + c \quad \dots \text{式(3)}$$

$$H5 = x * HT + y * DC + z * PS + c \quad \dots \text{式(4)}$$

政令指定都市ダミーDC は政令指定都市を 1 つ以上含む道府県に加えて東京都を示すダミー変数、就学前ダミーPS は児童医療費助成制度において外来通院の助成対象年齢が就学前になっている道府県を示すダミー変数である。なお、患者調査のデータ制約として政令指定都市別のデータは利用できないため、都道府県別データを使用した。外来受療率は病院外来、一般診療所外来と歯科外来を合計したもの、入院受療率は病院と一般診療所を合計したものである。また、受療率の年齢階級については 0～4 歳及び 5～14 歳の区分となっており、児童医療費助成の対象年齢と少しずれているが、前者を就学前児童、後者は小中学生の児童と見なしている。

図表 5 外来受療率（0～4 歳、5～14 歳）の相関分析

外来受療率(0～4歳)

回帰統計	
重相関 R	0.65
重決定 R <sup>2</sup>	0.42
補正 R <sup>2</sup>	0.38
標準誤差	1293.82
観測数	46

t境界値

5%	1%
2.01	2.69

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	50706290.65	16902096.88	10.09708708	3.91609E-05
残差	42	70306224.31	1673957.722		
合計	45	121012515			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	-2442.51	1949.91	-1.25	0.22	-6377.59	1492.58
政令市ダミー	-809.44	434.91	-1.86	0.07	-1687.13	68.26
就学前ダミー	230.99	483.49	0.48	0.64	-744.74	1206.72
総数	1.70	0.33	5.14	0.00	1.03	2.37

外来受療率(5～14歳)

回帰統計	
重相関 R	0.51
重決定 R <sup>2</sup>	0.26
補正 R <sup>2</sup>	0.21
標準誤差	512.76
観測数	46

t境界値

5%	1%
2.01	2.69

分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	3852244.995	1284081.665	4.883947017	0.005299871
残差	42	11042591.11	262918.836		
合計	45	14894836.11			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	1086.69	772.78	1.41	0.17	-472.83	2646.22
政令市ダミー	126.23	172.36	0.73	0.47	-221.61	474.07
就学前ダミー	-254.57	191.62	-1.33	0.19	-641.26	132.13
総数	0.48	0.13	3.62	0.00	0.21	0.74

図表 5 の通り、外来受療率（0～4 歳、5～14 歳）のいずれも政令指定都市ダミー及び就学前ダミーは統計的に有意では無く、外来受療率（総数）のみが有意な結果となった。重決定係数 R<sup>2</sup> : 0.42 は高いと言えないが、外来受療率（5～14 歳）と比べれば高い値となった。全年齢を含む外来受療率（総数）が有意となった理由としては、4 歳以下の乳幼児が自ら受療

の意思決定を行うはずも無く、大人の意思決定に委ねられているため、外来受療率（総数）と正相関することになったと考える。

外来受療率（5～14歳）については、重決定係数  $R^2: 0.26$  と低い値になった。小中学生も受療する意思決定の多くを大人に委ねていると考えられ、外来受療率（総数）と正相関するのも当然と考える。統計的に有意にはならなかったが、就学前ダミーが負の係数になっているのは興味深い。これは、就学前ダミーが 0、つまり義務教育就学児まで医療費助成の対象になっている都道府県では、対象年齢の受療率が高くなっている傾向を読み取ることができる。

$$I0 = 0.70 * IT - 809.44 * DC + 230.99 * PS - 2442.51 \quad \dots\dots\dots \text{式(1)}$$

$$I5 = 0.48 * IT - 254.57 * DC + 126.23 * PS + 1086.69 \quad \dots\dots\dots \text{式(2)}$$

図表 6 入院受療率（0～4歳、5～14歳）の相関分析

入院受療率（0～4歳）

回帰統計		t境界値	
重相関 R	0.65	5%	1%
重決定 R2	0.42	2.01	2.69
補正 R2	0.38		
標準誤差	48.14		
観測数	46		

  

分散分析表					
	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	70491.88722	23497.29574	10.14102691	3.77338E-05
残差	42	97316.22148	2317.052892		
合計	45	167808.1087			

  

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	223.54	28.01	7.98	0.00	167.02	280.06
政令市ダミー	2.70	16.56	0.16	0.87	-30.71	36.11
就学前ダミー	12.49	18.49	0.68	0.50	-24.83	49.80
総数	0.10	0.02	5.07	0.00	0.06	0.15

入院受療率（5～14歳）

回帰統計		t境界値	
重相関 R	0.24	5%	1%
重決定 R2	0.06	2.01	2.69
補正 R2	-0.01		
標準誤差	24.11		
観測数	46		

  

分散分析表					
	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	1533.42675	511.14225	0.878977994	0.459692619
残差	42	24423.79064	581.5188248		
合計	45	25957.21739			

  

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	85.14	14.03	6.07	0.00	56.83	113.46
政令市ダミー	-2.83	8.29	-0.34	0.73	-19.57	13.91
就学前ダミー	6.63	9.26	0.72	0.48	-12.06	25.33
総数	0.01	0.01	1.13	0.27	-0.01	0.03

図表 6 の通り、入院受療率（0～4 歳、5～14 歳）のいずれも政令指定都市ダミー及び就学前ダミーは統計的に有意では無く、入院受療率（総数）が有意な結果となった。重決定係数  $R^2$  : 0.42 は高いとは言えないが、入院受療率（5～14 歳）と比べれば高い値となった。入院させるかどうかの判断に、子どもの親が関与できる余地は少ないように考えられるが、外来受療率の高さがそのまま入院受療率の高さに反映するならば、全年齢を含む入院受療率（総数）と正相関すると考えられる。ただし、係数はきわめて小さい。

入院受療率（5～14 歳）については、統計的に有意な独立変数は存在せず、重決定係数  $R^2$  : 0.06 という値からも、重回帰モデルとして式(4)'は成立しないものとする。

$$H0 = 0.10 * HT + 2.70 * DC + 12.49 * PS + 223.54 \quad \dots\dots\dots \text{式(3)'}$$

$$H5 = 0.01 * HT - 2.83 * DC + 6.63 * PS + 85.14 \quad \dots\dots\dots \text{式(4)'}$$

## 6 医療給付実態調査における診療点数と医療費助成制度の相関分析

厚生労働省「医療給付実態調査（平成 23 年）」<sup>3)</sup>における、[第 7 表-1 都道府県別、診療種類別、年齢階級別、件数、日数（回数）、点数（金額）]にある市町村国保の診療件数及び診療点数から計算した平均診療点数を用いて、児童医療費助成制度との相関分析を行った。当該調査のデータは市町村国保のみであり、一般的なサラリーマン世帯が加入する組合健康保険、協会けんぽ、共済などは含まれないことに注意が必要である。また、診療点数の年齢階級についても 0～4 歳及び 5～14 歳の区分となっており、児童医療費助成の対象年齢と少しずれているが、前者を就学前児童、後者は小中学生の児童と見なしている。

分析の目的は、医療費助成と診療点数との間には相関があつて、助成が手厚ければ診療点数が高くなるだろうという仮説を検証することにある。一人当たりの医療費地域格差を説明するのに医師誘発需要が理由とされることがある。自己負担なしの患者に対して、医師が診療報酬を高く請求したとしても患者の懐には影響が無いため、審査支払機関の目を逃れる程度には上乗せしている可能性を考慮している。独立変数として、平均診療点数（総数） $MT = \text{診療点数} / \text{診療件数}$ 、政令指定都市ダミー  $DC$ 、就学前ダミー  $PS$  を設定し、従属変数には平均診療点数（0～4 歳  $M0$ 、5～14 歳  $M5$ ）の 2 つを入れ換える重回帰モデルを設定する。

政令指定都市ダミー  $DC$  は政令指定都市を 1 つ以上含む道府県に加えて東京都を示すダミー変数、就学前ダミー  $PS$  は児童医療費助成制度において外来通院の助成対象年齢が就学前になっている道府県を示すダミー変数である。なお、医療給付実態調査のデータ制約として政令指定都市別のデータは利用できないため、都道府県別データを使用した。

$$M0 = x * MT + y * DC + z * PS + c \quad \dots\dots\dots \text{式(5)}$$

$$M5 = x * MT + y * DC + z * PS + c \quad \dots\dots\dots \text{式(6)}$$

図表 7 診療点数（0～4歳、5～14歳）の相関分析

## 診療点数(0～4歳)

回帰統計	
重相関 R	0.49
重決定 R <sup>2</sup>	0.24
補正 R <sup>2</sup>	0.19
標準誤差	784.34
観測数	47

## t境界値

5%	1%
2.01	2.69

## 分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	8461076.26	2820358.75	4.58	0.01
残差	43	26453031.28	615186.77		
合計	46	34914107.54			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	8182.33	1343.79	6.09	0.00	5472.31	10892.34
政令市ダミー	338.63	271.28	1.25	0.22	-208.46	885.73
就学前ダミー	-353.44	291.35	-1.21	0.23	-941.00	234.12
総数	0.21	0.06	3.55	0.00	0.09	0.33

## 診療点数(5～14歳)

回帰統計	
重相関 R	0.76
重決定 R <sup>2</sup>	0.57
補正 R <sup>2</sup>	0.54
標準誤差	432.83
観測数	47

## t境界値

5%	1%
2.01	2.69

## 分散分析表

	自由度	変動	分散	観測された分散比	有意 F
回帰	3	10841098.17	3613699.39	19.29	0.00
残差	43	8055748.66	187342.99		
合計	46	18896846.82			

	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%
切片	4156.25	741.56	5.60	0.00	2660.75	5651.75
政令市ダミー	354.12	149.71	2.37	0.02	52.21	656.04
就学前ダミー	-196.14	160.78	-1.22	0.23	-520.38	128.11
総数	0.25	0.03	7.55	0.00	0.18	0.32

図表 7 の通り、診療点数（0～4歳）についての回帰分析は、重決定係数  $R^2$  : 0.24 とそれほど高い値では無い。統計的に有意な独立変数は診療点数（総数）であり、有意では無い政令指定都市ダミー及び就学前ダミーは負の係数となっている。ここでは、医師誘発需要が発生しているかを確かめることはできない。大人の診療点数も高ければ、子どもの診療点数も高いというような正相関を読みとることも一つの見方であるが、政令指定都市ダミー及び就学前ダミーが正相関で有意であれば、この仮説を補強したことになっただろう。

診療点数（5～14歳）について、重決定係数  $R^2$  : 0.57 と比較的高い値を示している。また、診療点数（総数）及び政令指定都市ダミーが統計的に有意になっており、政令指定都市を含

む都道府県では診療点数（5～14歳）と正相関している。これは義務教育就学児を医療費助成の対象に含める自治体において、医師誘発需要が発生していることを裏付ける結果である。

$$M0 = 0.2 * MT + 338.63 * DC - 353.44 * PS + 8182.33 \dots\dots\dots \text{式(5)}$$

$$M5 = 0.25 * MT + 354.12 * DC - 196.14 * PS + 4156.25 \dots\dots\dots \text{式(6)}$$

### 7 先進国における子どもの健康

Currie (2001) が展開する医療経済学における子どもの健康とは何か？という問いかけは、この分野の到達点であり、中間地点でもある。彼女が、Blau (1996) の変形として示す、A simple economic model of the demand for child health inputs は、次のように表される。

$$\sum_{t=1}^y E_t \left( \frac{1}{1+\delta} \right)^t U_t + B(A_{t+1})$$

$$U_t = U(Q_t, C_t, L_t; X_t, u_1, \varepsilon_{1t})$$

$\delta$  : discount rate、 $B$  : bequest function、 $A$  : donates assets、 $Q$  : stock of child health、 $C$  : consumption of other goods、 $L$  : leisure、 $X$  : vector of exogenous taste shifters、 $u_1$  : vector of permanent individual specific taste shifters、 $\varepsilon$  : shock to preferences

子どもの健康を考えるときに、まず胎児の段階では母親に対する妊娠中のケアと教育が重要になる。さらに小さなことだが、カロリーと栄養に注意を払った食事も子どもの健康に影響を与える。発展途上国の子どもに比べて、先進国の子どもたちは容易に医療サービスにアクセスできるため、子どもの健康に影響を与える因子について忘れがちだ。医療サービス市場や医療保険市場には情報の非対称性と外部性が存在している。また、事故や暴力による被害も先進国では若者や子どもの主要な死因となっている。アメリカの医療では、特に低所得世帯の子どもたちにメディケイドが拡大された効果は大きい。が、まだまだ救急搬送の問題、長い待ち時間、言語・文化的問題、他の子どもたちへの保育サービスが無いなど、親たちにとっての困難は残っている。

子どもの健康は、学校に通って、労働市場に参加して将来稼げるようになることと大きく結びついている。貧しい母親から生まれた子どもが健康不安であったり、病気がちであったりすることが報告されている。子ども時分から健康であることは、大人に成長したときによりよい健康につながり、さらには高い教育の成果を手に入れることにもなる。しかしながら、親が子どもの健康について適切な知識を持たず、無関心であったなら、予防接種を子どもに受けさせず、または適切な治療を受けさせずに健康を害してしまうことになる。医者は親よりもどう対処すべきかわかっているはずなのに、メディケイドのような公的医療を使う患者はハイリスクだとして忌避する傾向にある。

医療における外部性とは、感染症の問題を含んでいる。医療が受けられないことで、感染症を広げてしまうかもしれない。低体重での出生、妊娠中の喫煙・薬物中毒は子どもに障害をもたらし、結果として学校での教育を受けることに支障を来してしまう。結果として、特殊学級の費用を増やすという意味での外部不経済を発生させることになる。

子どもの健康を考える上で、統計データが足りていない。乳児死亡率だけに注目するのではなく、子どもの健康のあらゆる側面についての統計データこそが新しい事実を明らかにしてくれる。先行研究や本稿においても、データの制約によって十分な分析ができなかった部分がある。個人情報保護の濫用とまで言うのは過ぎることだが、匿名化された個票データですらプライバシーと言い立てる声があるが故に、本当の事実を解明できないもどかしさがある。

## 8 日本における子どもの貧困

2008年、OECDは子どもの貧困について勧告を出した<sup>4)</sup>。日本も等価可処分所得の中央値の50%に相当する貧困線以下の子どもがいる世帯が14%あるということで、OECD平均よりも高いことが示された。特にひとり親世帯の相対的貧困率が高く、仕事を持つひとり親の相対的貧困率はOECD諸国の中で最悪の58%であった。離別した母親が子どもの父親から定期的に養育費を受け取っていないことが問題との考えもあるが、経済的な問題や家庭内暴力などの問題が離別の原因であった場合には養育費を請求することは容易ではない。また、ひとり親となった母親が仕事をしているにも関わらず、貧困線以下の生活を強いられる理由には、子育てのためにフルタイムでの就業が難しい状況がある。

国際援助の対象となるような生きるか死ぬかの危険にさらされる絶対的貧困に対して、相対的貧困はどれだけ豊かな国でも生まれるものである。しかし、格差を是正しなければ相対的貧困率を下げることはできない。現代の貧困は、地方や都市といったあらゆる地域に点在する形で埋め込まれ、一部特定の集落のみが貧困救済の対象となるようなものではない。

阿部(2008)は、統計データを用いながら、客観的に日本の社会保障制度の逆進性に関する指摘を行っている。高齢者世代への過剰なまでの年金給付・医療費補助によって、子育て世帯における再分配所得は減少しているというものである。本来、市場の失敗によって公共部門の介入が期待されるとき、所得再分配機能が発揮されて、高所得者から低所得者へ所得が移転されるはずである。しかし、日本の社会保障制度は高齢者への給付に偏った結果として逆進性すら持つようになってしまった。

日本に限らず、所得の不平等度を表すジニ係数を年代別に見ると、高齢者世代の所得格差が最も大きく、所得再分配は現役世代から高齢者世代に所得移転するように実施される。ところが、日本の高齢者は無年金で生活保護を受ける所得水準の人と現役時代は高所得であったために比較的高額の年金受給額を確保し貯蓄も十分に行えている人とが混在しており、単純に現役世代から高齢者世代に所得移転したのでは逆進性を生んでしまう。例えば、医療費負担についても70歳以上の高齢者の自己負担は1割となっており、本則の自己負担2割に

引き上げることがようやく決まった。この差額は現役世代が社会保険料及び税で負担している。

ひとり親世帯の相対的貧困を解消するためには、給付付き児童税額控除が望ましいと阿部（2008）は主張する。配偶者控除・扶養控除を削減して、給付付き児童税額控除（税額を控除しきれない世帯には給付）を実現すれば、改革により増税になる世帯は 32.3%、減税（還付含む）になる世帯は 21.5%である。2008 年、民主党が政権交代を行うと、児童手当から子ども手当の実施を約束する。子ども手当の増額には、年少扶養控除の廃止によって捻出された財源が充てられることになった。専業主婦世帯の負担を増やす配偶者控除の廃止や縮小は見送られた。さらに民主党政権末期には、自民党・公明党との 3 党合意によって子ども手当は減額された新児童手当になった。このとき、子ども手当増額の財源となった年少扶養控除の復活は無く、結果的に子育て世帯狙い撃ちの増税が行われることになった。再び社会保障制度による逆進性が復活したことになる。

平成 25 年度税制改正で相続税の基礎控除見直し、孫世代への教育資金贈与税非課税などが行われたが、資産を保有している一族のみの影響に留まっている。資産保有の不平等がもたらす子どもの貧困を看過することはできない。社会保障制度改革国民会議で伊藤元重委員が提案した「死亡消費税」といった仕組みの検討が社会保障の逆進性緩和に必要である。

## 9 まとめ

本稿で議論してきた児童医療費助成制度は、受療率を引き上げたり、診療点数を上乗せしたりといった効果を直接的には確認できなかった。これは地方単独事業であるため、市町村別の医療費助成制度を網羅的に把握することが難しいだけでなく、患者調査や医療給付実態調査の地域区分が都道府県までしか細分化できないことが分析を難しくしている。そもそも、児童医療費助成制度には受療率や診療点数に影響を与える効果が無いとも考えられる。1960 年代から高齢者医療費無償化と並んで児童医療費助成制度は地方自治体の福祉充実の看板になってきた。当時、自己負担費用を気にして子どもの受診をためらうような親にとって、無料医療や低額自己負担は社会的影響も大きかった。現在のような世界最低水準の乳児死亡率ではなかった数字の改善も進んだ効果はあった。

少子化対策として、児童医療費助成制度が挙げられることもあるが、各種調査結果を見ても子育て世帯あるいは子育て予備軍の世代が気にしているのは教育費の負担であり、医療費の負担ではない。財政的に豊かな地方自治体だけが対象年齢を拡大して児童医療費助成制度を拡充していくのは、決して望ましい姿ではない。子どもの貧困問題に見られるように、現役世代から高齢者世代への一方的な所得再分配によって逆進性を生じさせるのではなく、年齢や世代に関係なく高所得者から低所得者への所得再分配の仕組みを整備すること、社会保障関係給付を受け取って死亡時に資産が超過するならば社会に還元するような課税の仕組みを整備することが望ましい。

2013 年 8 月に答申された、社会保障制度改革国民会議の報告書<sup>5)</sup>は「給付も負担も全世

代で」とうたっている。年金制度の改革、高齢者医療の見直しなど、様々な提案がなされるなかで、全世代で給付と負担を分かち合うという方向性が合意されるなら、社会保障の逆進性も解消できるだろう。この方向性を具体的な制度に肉付けしていくために継続的な議論が欠かせない。地方自治体によるばらばらの児童医療費助成制度についても、子どもの貧困の解消が必要な世帯のための所得保障制度として見直すべき時期に来ていると考える。

## 注

- 1) 南富良野町保健福祉課  
<http://town.minamifurano.hokkaido.jp/gyouseijyouhou/hokenhukusi/hokenfukusiichiran/medical%20care.htm> [2013/9/30]
- 2) 厚生労働省「患者調査」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> [2013/8/5]  
 宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。
- 3) 厚生労働省「医療給付実態調査」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/iryokyufu.html> [2013/8/5]
- 4) OECD Family Database: Child Poverty [2012/10/27]
- 5) 社会保障制度改革国民会議報告書  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> [2013/8/30]

## 参考文献

- [1] 阿部彩 (2008) 『子どもの貧困—日本の不公平を考える』岩波新書
- [2] 権丈善一 (2005) 『再分配政策の政治経済学 I 第2版』慶應義塾大学出版会
- [3] 田中宏樹 (2009) 「育児支援施策をめぐる自治体間財政競争」『公共選択の研究』52号, pp.25-36
- [4] 西川雅史 (2010) 「乳幼児医療費助成制度の一考察 (上)」『青山経済論集』第62巻第3号, pp.196-214
- [5] 西川雅史 (2011) 「乳幼児医療費助成制度の一考察 (下)」『青山経済論集』第62巻第4号, pp.87-111
- [6] 別所俊一郎 (2012) 「子どもの医療費助成・通院・健康」『季刊社会保障研究』vol.47, No.4, pp.413-429
- [7] Carlson, A. and Senauer, B. (2002) The Impact of the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children on Child Health, *American Journal of Agricultural Economics*, Volume 85, Issue 2, pp.479-491
- [8] Currie, J. (2001) Chapter 19 Child health in developed countries (in: Culyer, A.J. and J.P. Newhouse ed. *Handbook of Health Economics*) Volume 1, Part B, 2000, Pages 1053-1090
- [9] Currie, J. (2009) Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development, *Journal of Economic Literature*, Vol.47, No.1, pp.87-122
- [10] Currie, J. and J. Gruber (1996) Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 111, No. 2 (May, 1996), pp.431-466
- [11] Getzen, TE (1992) Population aging and the growth of health expenditures, *Journal of Gerontology*, 47(3), pp.98-104

- [12] Getzen, TE (2000) Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures, *Journal of Health Economics*, 19(2), pp.259-70
- [13] Gruber, J., Hendren, N. and Townsend, RM. (2013) The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand, *American Economic Journal: Applied Economics*, Forthcoming
- [14] Newhouse, JP (1977) Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey, *Journal of Human Resources*, Vol.12, No.1, pp.67-79

(平成 25 年 10 月 21 日受付、平成 25 年 12 月 4 日再受付)