

## 社会保障と地方自治体（「乳幼児等医療費助成制度」の是非を検討する）

### 研究の目的

今回、社会保障政策における地方自治体（以下自治体という）の役割を考えるにあたって、具体的な政策として「乳幼児等医療費助成制度」を選ぶこととした。このテーマを選んだ理由は大きく 2 つある。まず第一に、国や自治体による歳出削減路線に逆行するように、乳幼児等医療費助成制度は全国的に年々拡充されている。同制度はいわゆる「子どもの医療費無料化」として知られるものである。医療費の効率化といえば高齢者の医療費や医療扶助が注目を集めているが、同助成制度の是非についてはあまり活発に議論が行われていない。しかし、1970 年頃に導入された「老人医療費の無料化」が 1980 年代には財政上の理由で廃止されたように、同制度が国及び自治体財政に与えるインパクトは大きいのではないだろうか。そこで、本稿では可能な限り財政への影響を把握することを試み、その是非を議論するための材料を提供したいと考える。加えて、医療政策に関するデータの制約はかねてから指摘されているが、どのようなデータが今後必要となってくるのかを具体的に提示する。

第二に、同助成制度は地方単独事業であり、地方単独事業の一つを分析することで地方分権を進める中での課題点を具体的に把握できるのではないかと考える。とりわけ、住民の生命や健康にかかわる社会保障分野において、自治体がどのような判断を行っており、現状に問題点があるとすればどのように改善すべきなのかを検討する。

### 第 1 部 「乳幼児等医療費助成制度」の概要

#### 1. 制度の概要

乳幼児等医療費助成制度とは、乳幼児や小・中・高校生らの医療費の患者負担分を自治体が助成することで、患者の経済的負担をゼロにする、又は軽減する制度である。いわゆる自治体による「子どもの医療費無料化」として知られる制度である。

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が医療機関の窓口で支払う自己負担率は 2 割、小学校入学後は 3 割となっている。乳幼児等医療費助成制度は、患者の自己負担部分を自治体の公費でカバーするものである。

同制度は、国の制度ではなく、それぞれの自治体の判断で実施される地方単独事業である。そのため、自治体によって制度の内容が異なる。すなわち、同じ医療サービスを受けても、住んでいる地域によって、助成を受けられる条件、患者の自己負担額や支払方式などが異なるということである。助成方法の違いは、①通院・入院での区別、②所得制限の有無、③一部自己負担の有無、④支給方式（現物給付／償還払い）などが挙げられる。

平成24年度時点において全ての都道府県及び市町村が何らかの形で実施している。実施主体は市町村である。市町村が都道府県の基準でそのまま実施している場合と、市町村が上乘せして助成内容を充実させている場合とがある。

助成対象となる年齢上限は 0 歳から高校卒業程度までの間で、各自治体が定めている。医療扶助などの他の助成を受けられる者は対象外である。これは国による助成や自治体による他の助成が優先的に適

用されるという意味であり、患者側に不利になることはない。また、保険証を持たない子どもへの対応は自治体によって異なる。完全に対象外とするところもあれば、保険料を支払うべき健康保険組合から療養費<sup>1</sup>を認められた場合には助成を認めるところもある。

次に、助成内容は、「入院、通院、歯科及び調剤等にかかった健康保険適用分の医療費」が一般的である。入院時の食事負担は健康保険のカバー範囲ではあるが、同助成の対象外とする自治体も多い。

助成の受給方法は、原則的に現物給付方式がとられており、その場合には医療機関の窓口で健康保険証と医療証を提示すれば支払いは不要である<sup>2</sup>。一方、償還払い方式がとられている場合には、窓口で一旦自己負担分を支払い、後日区役所に申請して払い戻しを受けることとなる。ただし、償還払いを採用する自治体の場合でも、自動給付方式（あらかじめ申請した口座に自動的に助成額が振り込まれる）としているところが多い。

## 2. 制度の変遷

制度の変遷については、以下の表に整理した。

1961年 ↓	岩手県和賀郡沢内村での実施が始まりとされる。 【村内の乳児死亡率】 (1957年)69.6人/千人 ⇒ (1962年) 0人/千人
1960年代	岩手県(1964年)・青森県(1965)・福島県(1967)で、国民健康保険加入者のみを対象とした県費による助成を導入。
1972～1974年 ※1973年「福祉元年」	42道県が相次いで市区町村が行う乳幼児の医療費助成事業に対して県費による助成を開始。
1993～1994年 ※1994年「エンゼルプラン」	新たに5都府県が助成を開始。
2005年	内閣府「少子化社会対策に関する子育て女性の意識調査」（後述）
2000年代中頃～	財政力のある都市部を中心に、医療費助成の対象年齢引き上げ、所得制限や一部自己負担を撤廃し始める。

## 3. 想定されている政策効果と実証研究

### (1) Positive Effects

#### ① 育児の経済的負担軽減

第一に、育児の経済的負担を軽減する効果があげられる。

内閣府(2005)の「少子化社会対策に関する子育て女性の意識調査」では、子どものいる20～49歳の女性を対象に、少子化対策として重要であると考えているものを尋ねている。その結果、「医療費補助などを含む経済的支援措置」が69.9%で最多であった。さらに、少子化対策として具体的な経済的支援措置が重要であると考える人に、具体的に望ましいものを尋ねたところ、「保育料または幼稚園費の軽減」に次いで、「乳幼児の医療費の無料化」は2位に上がっている。調査結果に基づけば、医療費助成制度

<sup>1</sup> 療養費とは、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができずに自費で受診した場合に支給される費用である。

<sup>2</sup> 現物給付方式を原則とする自治体においても、入院時の食事負担額については償還払い方式をとる場合が多い。

は子育て世代の要望に応えるものであるといえる。

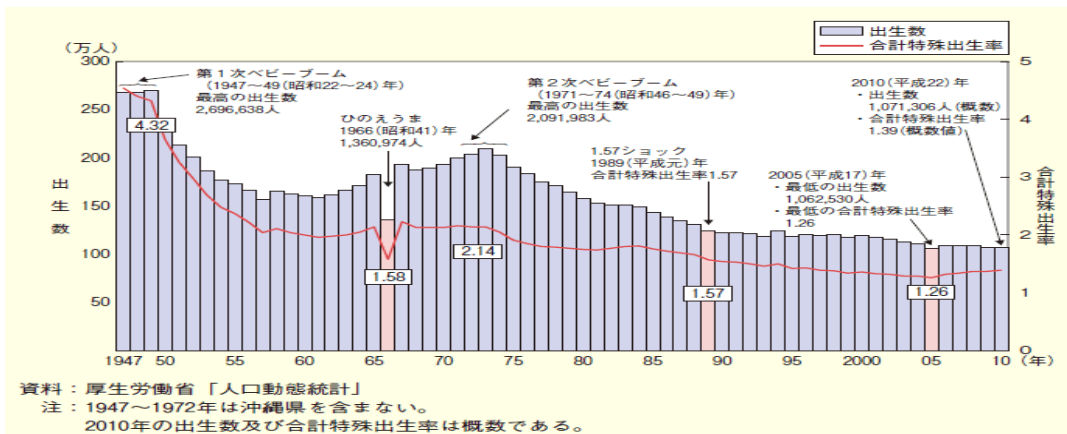
平成 22 年度の一人当たり国民医療費を年齢別に見てみると、0～4 歳では 23 万 2800 円、5～9 歳では 12 万 2100 円、10～14 歳では 84100 円、15～19 歳では 68700 円である<sup>3</sup>。乳幼児等医療費助成制度が公的健康保険の自己負担部分につき全額助成する場合、概算では、年間で 0～4 歳児 1 人につき平均 46560 円、5 歳児～小学校入学前は平均 24420 円、小学入学後～9 歳児は平均 36630 円、10～14 歳児は平均 25230 円、15～19 歳児は平均 20610 円、子育て世帯の経済的負担が軽減されることとなる。

## ②少子化対策

第二に、少子化対策、すなわち出生率の上昇という効果が考えられる。いくつかの自治体は同制度の目的の一つとして掲げている。また、後述の内閣府の調査(2005)においても、「医療費の無料化」は少子化対策として捉えられている。

しかし、下図で示すように、ほとんどの県が制度を導入した 1970 年代から最近まで出生率は減少傾向が続いていることから、目に見える効果は出ていないといえる。

【出生数及び合計特殊出生率の年次推移】



また、「子どもの医療費無料化」に賛する立場の増田(2008)でさえ、個別の政策と出生率の回復との間に有意の関係があると認められるものはほとんどないと述べている。

## ③子どもの健康保持

第三に、医療サービスへのアクセス向上を通じた子どもの健康保持という効果があげられる。多くの自治体が同制度の目的として「子どもの健康保持・増進」を掲げている。

まず乳児死亡率の低下に関しては、一定の相関がある可能性はありうるといえる。その根拠としては、全国で最初に実施した岩手県和賀郡沢内村で乳幼児死亡率が劇的に改善したことが挙げられる。また、1960～70 年代に「乳幼児死亡率の減少」を主たる目的として 42 道県で導入され、改善されてきたことも挙げられよう。

しかし現時点では、乳幼児死亡率の低下を除き、同制度による子どもの健康へのプラスの影響は明らかではない。別所(2012)は同制度と子どもの健康との関係性を分析した希少な研究である。

<sup>3</sup>厚生労働省「平成 22 年度国民医療費の概況」。

別所(2012)では「国民生活基礎調査」の個表データを用いて、3歳から12歳までの子どもを対象に、都道府県別医療費助成制度（対象年齢の上限）の差異と健康状態<sup>4</sup>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結論付けている。

## (2) Negative Effects

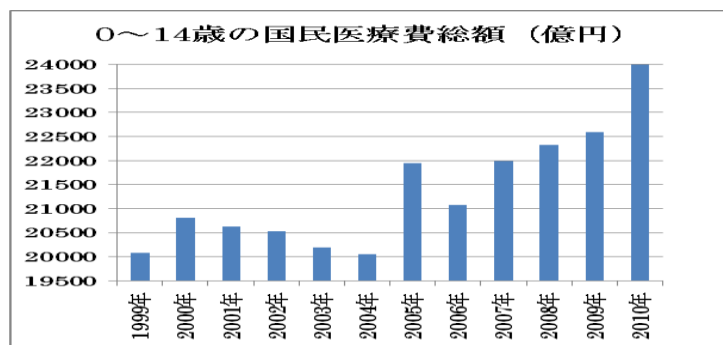
### ①医療費の増大による財政圧迫

ネガティブな効果として最もよく指摘されるのが、医療費が増加し、医療保険制度や国、自治体の財政を圧迫するというものである。

医療経済学では、「2種類のモラルハザード」が発生することで、医療サービスの需要が増加し、医療費が増加するという理論が考えられている。2種類のモラルハザードとは、医療保険や助成制度によって患者の自己負担を軽減すると、患者側は①病気を予防する注意や努力を怠りがちになる（事前的モラルハザード）、②ちょっとした病気でも医療サービスを受けようとする（事後的モラルハザード）、というものである。

理論を確認した上で、制度の拡充と国民医療費<sup>5</sup>の推移のデータを並べて確認してみよう。当然ながら、国民医療費は自治体の助成制度だけではなく、診療報酬改定、医療保険制度の改正、感染症の流行など様々な要因に影響を受ける。単純に制度の拡充と国民医療費を並べるだけでは関係性を明らかにすることはできないが、大きな流れをつかむことはできるかもしれない。

まず、0～14歳にかかる国民医療費総額の変遷を確認しよう。2005年頃から急激に上昇している。子どもの医療費は明らかに上昇傾向にあるといえよう。



子どもの国民医療費をさらに細かく分類し確認する。まず、助成制度は通院時と入院時で内容が異なるため、「通院（入院外）」と「入院」に分けて確認する。また、子どもの年齢を「0～4歳」「5～9歳」「10～14歳」に分ける。年齢区分はそれ以上に細分化したものは公表されていない。

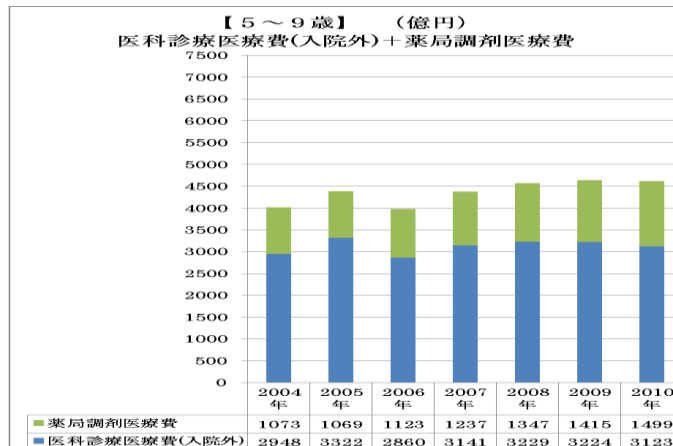
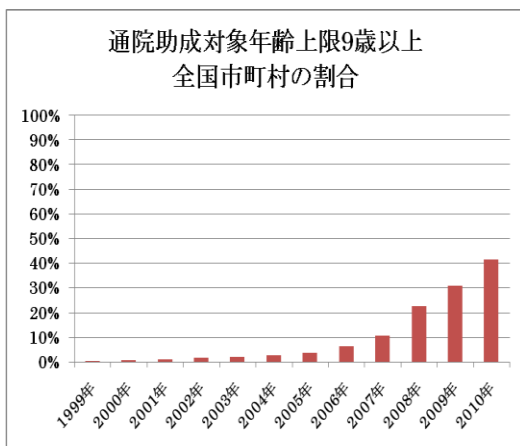
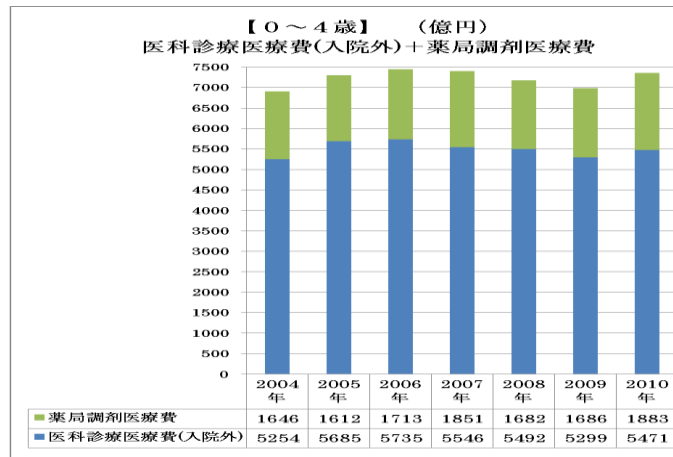
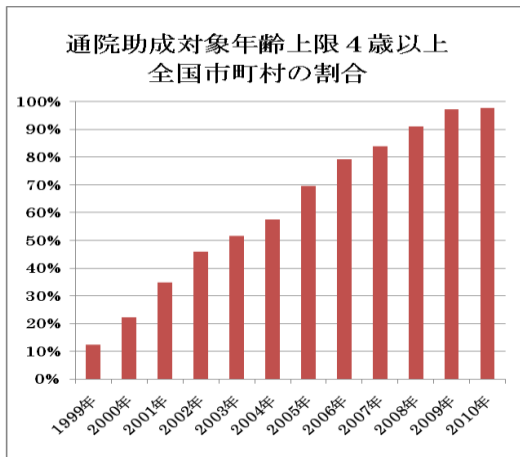
<sup>4</sup> 健康状態の指標として用いられた「国民生活基礎調査」の質問項目は、「過去1か月の間に健康上の問題で床についたり、普段の活動ができなかったことはない」、及び「現在の健康状態がよい（5段階の主観的健康評価）」である。

<sup>5</sup> 国民医療費とは、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る疾病の費用を推計したものである。診療費、薬剤調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費などが含まれる。国民医療費の中には、乳幼児等医療費制度がカバーしない部分も含まれている。

(i) 通院時の医療費

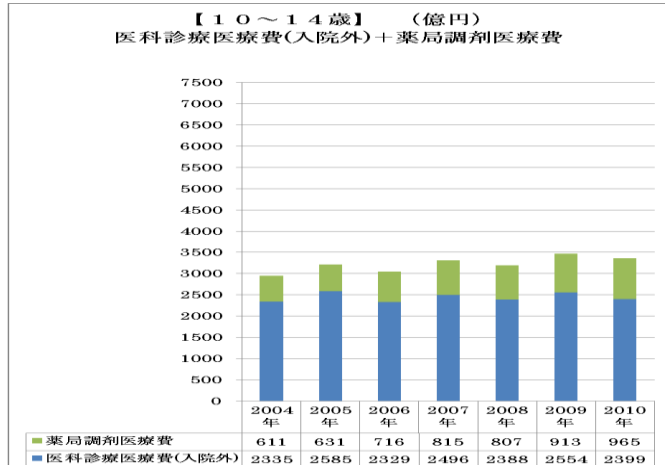
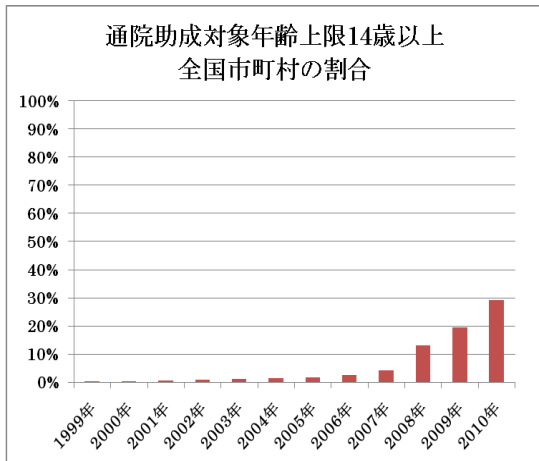
通院時の医療費には、医科診療医療費（入院外）と薬局調剤医療費を足したものを指標として用いることとした。というのも、これらの数字を別々に見ると解釈を誤る恐れがあるからである。薬局調剤医療費は、5～9歳・10～14歳においては右肩上がりに増加している。しかし、このことから直ちに薬剤費が増加傾向にあるとはいえない。結論から言えば、このような数字の動きは近年の医薬分業化を反映したものと考えられている。医療機関から患者に薬を提供するルートには、①医療機関が自ら薬を患者に出す場合、あるいは、②医薬分業とって医療機関が処方箋を書いた上で調剤薬局がそれに従って薬を出す場合の2つがある<sup>6</sup>。このうち、国民医療費における薬剤調剤医療費とは②を指すものである。医薬分業のメリットの一つとして「病院の薬剤師は外来調剤業務が軽減されることで、本来の業務である入院患者に対する業務に専念できる<sup>7</sup>」ことが挙げられる。つまり、「薬局調剤医療費」には原則として入院時の薬剤費等は含まれず、外来時の薬剤費等を表すといえる。一方の入院時の薬剤費等は、基本的には「医科診療医療費（入院）」に含まれる。

0～4歳の通院時医療費には、助成制度の普及の効果は目に見える形では現れていない。2004年から2010年の間、助成制度は全国で着実に普及しているが、医科診療医療費（入院外）・薬局調剤医療費はどの年齢層においても不規則に変動している。

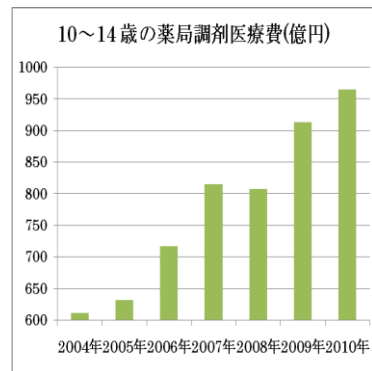
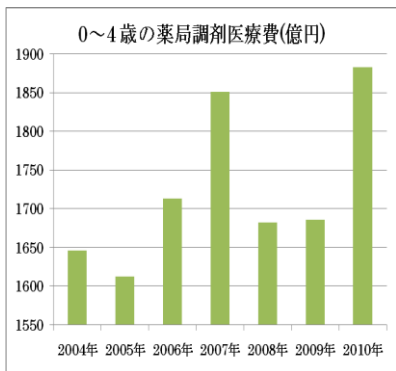
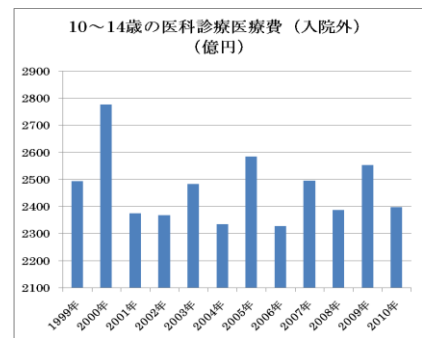
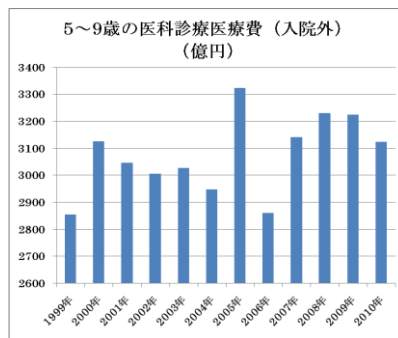
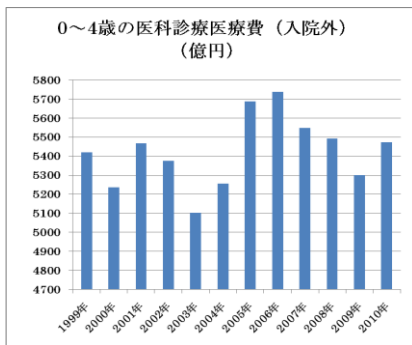


<sup>6</sup> 日本総研(2012)『国民医療費』における薬剤費統計の不在を改めよ」P.2-P.3.

<sup>7</sup> 製薬協 HP より.



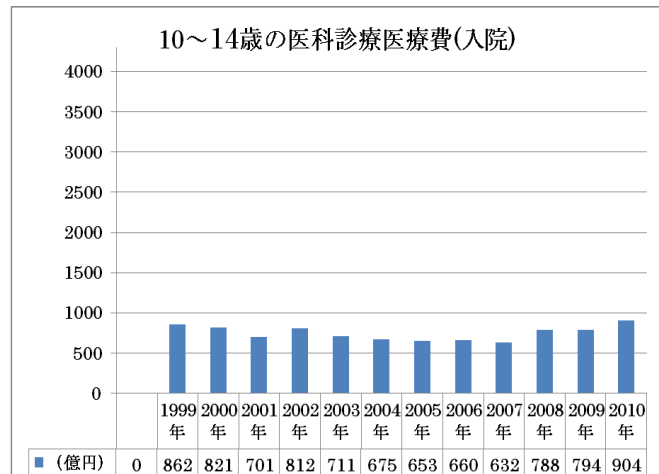
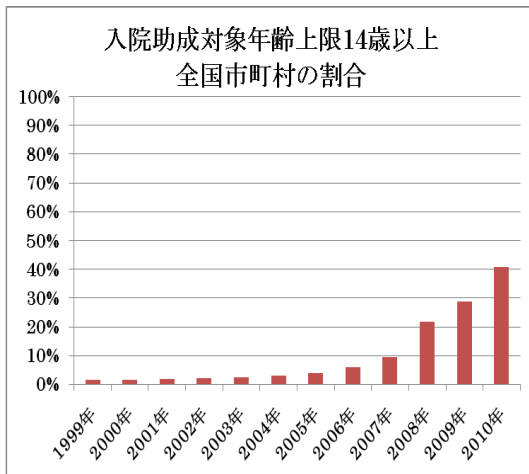
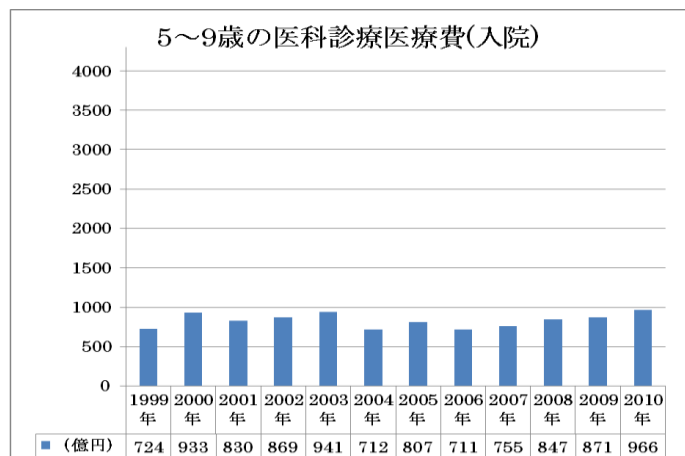
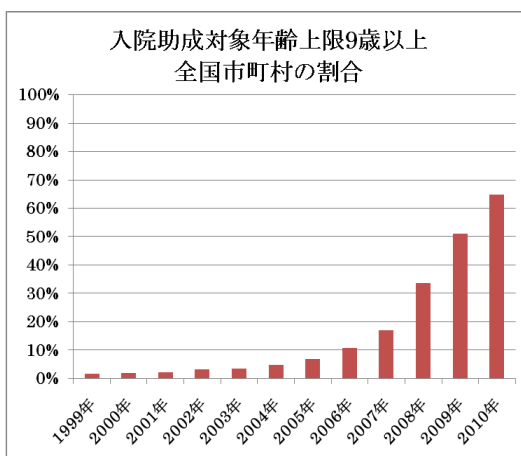
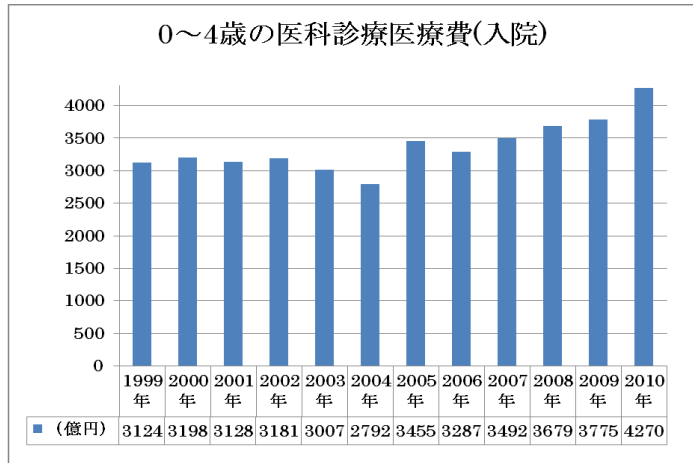
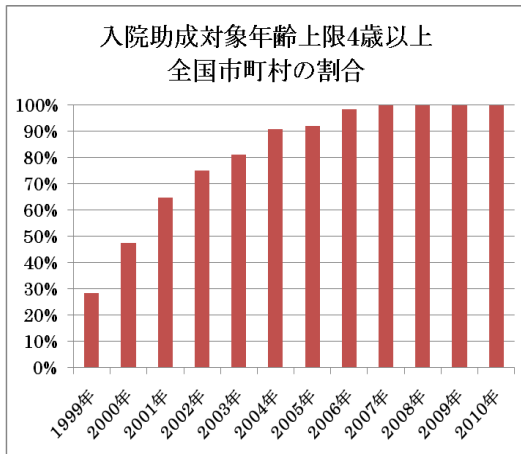
(参考) 医科診療医療費 (入院外)、薬局調剤医療費



(ii) 入院時の医療費

入院時の医療費については、年齢ごとに異なった変動が見られる。まず、0～4歳の医科診療医療費(入院)には、助成制度の普及の効果は目に見える形では現れていない。1999年から2004年にかけて4歳児以下に対する制度は急速に普及しているが、その期間中医療費はそれほど伸びていない。

しかし、5～9歳の医科診療医療費(入院)は、9歳以下の子どもに対する助成が広がり始めた2007年頃から伸びている。また、10～14歳の医科診療医療費(入院)も、9歳以下の子どもに対する助成が広がり始めた2008年以降伸びている。これらの年齢層については、制度の普及が進んだ時期に医療費も増加していることが確認できる。通院時医療費よりも、入院時医療費への影響が大きい可能性があるといえよう。



(iii) 先行研究

関連する先行研究として、乳幼児医療費助成制度に伴う医療費増加効果を実証分析した岩本(2010)を紹介する。被説明変数には、2002～2005年度までの「都道府県別3歳未満の医療費」を用いて回帰分析を行っている。説明変数には、対象年齢<sup>8</sup>、所得制限の実施、一部自己負担の実施、現金給付支払方式の実

<sup>8</sup>対象年齢上限の説明変数は、具体的に「1才未満対象」「2才未満対象」「3才未満対象」としている。



施などを用いている。

分析結果は、現物給付化は医療費に有意な影響を持っているが、「対象年齢」「所得制限」「一部自己負担」では有意な影響は見られなかった。具体的には、助成の支払方式を現物給付化すると医療費が7～8.6%上昇すると算出された。

同分析で対象年齢の引き上げによる有意な結果が得られなかったことに関し、筆者は以下のような可能性を指摘している。第一に、2002年度の時点ですでに多くの自治体が3歳児までの助成を開始しており、制度の前後を計測するサンプルが不十分であったこと、第二に、市町村が都道府県の事業に上乘せして拡充している場合、その市町村の変更はデータに反映されていないことを挙げている。すなわち、同分析の結果を根拠に、対象年齢の引き上げによる医療費増加の影響が小さいとはいえないと推測している。

筆者は当該研究において公表データの不足ゆえに様々な制約があり、市町村レベルでのデータ分析を行うことが今後の研究の課題であると述べている。

## ②自治体の助成事業予算増大による財政圧迫

乳幼児等医療費助成制度は都道府県及び市町村による地方単独事業であるが、実施主体は市町村である。市町村の支払った助成金の給付額に対して、都道府県は、都道府県の制定範囲内の助成につき通常50%を補助する。予算規模については次章で具体例を示すが、1事業としての規模は相当大きく、年々増加傾向にある。平成24年度第180回国会答弁によれば、当該予算は普通交付税の基準財政需要額には参入されていない。同助成制度は規模が大きい上、効率化の余地が少ない。自治体財政の硬直化への影響力は小さくないといえるだろう。

①の「医療費の増大による財政圧迫」は、あくまでもモラルハザードの助長作用によって医療費を増加させる可能性があるという性質であった。これに対し、自治体予算の増加は仮にモラルハザードが生じなかったとしても、公的医療保険上の患者負担分につきダイレクトに発生する性質であることを区別しなければならない。このような意味においても、自治体予算への影響は非常に重要な論点であるといえる。

## ③「コンビニ受診」助長に伴う小児科医不足

有識者やマスコミの一部が、同助成制度により安易な小児科受診を助長し、小児科の医療人材不足を加速させるのではないかと警鐘を鳴らしている。例えば、医療経済学者である鈴木(2010)は、「児童の医療のために良かれと思ってやっていることが、結果的に、小児科医離れを生んで、児童の医療環境を悪化させている」と強く主張する。しかし、このような影響に関する定量的研究は数少ないのが現状である。

貴重な研究成果として、同助成制度と小児患者数の関係性を分析した多田(2005)を紹介する。まず、小児医療需要を示す指標として非説明変数に、平成8、11、14年の「都道府県別医療機関受療率(0歳から4歳まで)」を用いて回帰分析を行っている。同助成制度に関する説明変数としては、対象年齢上限<sup>9</sup>、現物給付支払方式の実施などを用いている。その他の説明変数として、「経済的、地域社会的要因」「医

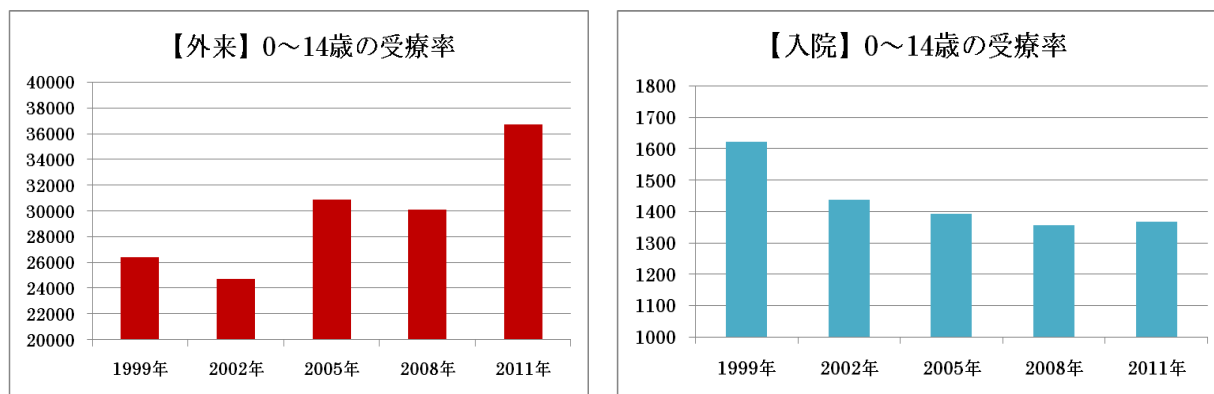
<sup>9</sup>対象年齢上限の説明変数は、具体的に「1才未満対象」「2才未満対象」「3才未満対象」「4才未満対象」「5才未満対象」としている。



療アクセス」「母親の属性」などを加えている。

結果は、乳幼児医療費助成制度の対象年齢拡大及び現物給付化が0歳から4歳までの受療率にプラスの影響を与えることが示された。具体的には、同助成制度の対象年齢を1歳引き上げると推定値で161人受療率を引き上げる結果となった。また、現物給付化すると、推定値で397人受療率を引き上げる結果となった。

参考として、前掲の厚生労働省「患者調査」における受療率<sup>10</sup>の変遷を紹介する。同助成制度の実施状況に関するデータは1999年以降のものが入手可能であるため、1999年以降を以下に示す。外来患者数は不規則ではあるものの概ね増加傾向、入院患者数は減少傾向のように見受けられる。



#### ④患者負担に関する自治体間格差

どの自治体の住民かによって、医療サービスの患者負担の程度が異なるのは不公平だという批判もしばしば聞かれる。東京や名古屋といった財政的に豊かな都市部では助成制度が充実しており、それ以外の自治体の住民はそうした助成を受けられず不公平感を持つといわれることもある。医療サービスの自己負担に関しては、国が全国一律に定めるべきであるという意見も根強い。

自治体間の制度内容のばらつきを把握するための資料としては、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課作成の「乳幼児医療費に対する公費負担事業実施事業」<sup>11</sup>を参照されたい。

実際に、財政力の高い自治体ほど助成制度を充実させ、財政力の低い自治体ほど充実させていないのであろうか。制度設計と自治体の財政状況の関係性を分析した研究として、西川(2010)<sup>12</sup>を紹介する。支払方式との関係については、西川の手法に依拠して筆者が作成したものである。表を分析すると、財政力が高い自治体ほど、自己負担が軽減される、現物給付する傾向にあるといえる。財政力指数と所得制限との間には明瞭な関係を見出すことはできない。

<sup>10</sup> データ元は、厚生労働省「患者調査」。3年に1度実施される調査であり、10月中旬の指定日(1日間)に受診した患者数(サンプル)をもとに全国の推計数を算出する。

受療率 =  $\frac{\text{「患者調査」調査日当日に受診した患者の全国推計数}}{\text{人口(10万対)} \times \text{年少人口率}}$

<sup>11</sup> 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「乳幼児等医療費に対する公費負担事業実施状況(平成23年4月1日現在)」<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001vgq2-att/2r9852000001vgrj.pdf>.

<sup>12</sup> 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, P.210.

※所得制限と社会・財政的状況の関係性

	所得制限方式のタイプ		
	無し	有り (条件)	有り
該当する都道府県数	14	6	27
財政力指数(2009)	0.436	0.359	0.501
実収入：一世帯当/1か月(2010)	517	511	546
乳児死亡率：出生数千当たり(2009)	2.529	2.733	2.593

NOTE：西川(2010)より引用.

※自己負担分と社会・財政的状況の関係性

	自己負担分のタイプ		
	無し	有り (条件)	有り
該当する都道府県数	9	15	23
財政力指数(2009)	0.500	0.492	0.431
実収入：一世帯当/1か月(2010)	536	523	538
乳児死亡率：出生数千当たり(2009)	2.700	2.727	2.461

NOTE：西川(2010)より引用.

※支払い方式と社会・財政的状況の関係性

	支払方式のタイプ	
	現物給付方式	償還払い方式
該当する都道府県数	44	3
財政力指数(2009)	0.523	0.407
実収入：一世帯当/1か月(2010)	517.3	526.8
乳児死亡率：出生数千当たり(2009)	2.4	2.8

NOTE：西川(2010)の記述及び「統計でみる都道府県の姿」より、筆者新規作成

### (3) 小括

想定されている政策効果を再度表に整理した。

#### 【Positive Effects】

①育児の経済的負担軽減	大	子育て女性からの要望が多く、子一人当たり助成額も大きい
②少子化対策	小	助成制度が普及しても、出生率は減少傾向が続いている
③子どもの健康保持	小?	乳児死亡率には有効?他の項目は先行研究で有意でない結果

#### 【Negative Effects】

①医療費の増大	小?	子どもの国民医療費総額は増加傾向の一途 【通院】医療費は不規則な変動、効果は不明 【入院】助成普及時期に医療費増のように見える
②自治体の助成事業予算増大	大	助成普及と同時に着実に増大、予算全体に占める規模大
③患者数増大	小?	データ元「患者調査」自体の信頼性低め、通院患者は増加傾向、入院患者は減少傾向か
④患者負担に関する自治体間格差	両面あり	全体として助成水準は底上げされてきている一方、助成水準の高さと自治体財政力の高さに正の相関あり

現在のところ、これら多くのものがデータを示して明確な根拠が示されているとは言い難い状況である。同制度の実施主体が市町村であるから、クロスセクション分析を実施するためには市町村別のデータが必要である。データによっては各市町村あるいは各県が独自に把握しているものもありそうだが、それらのデータを体系的に収集し公表する責任のある組織が存在しない。そのような組織の欠如が同制度に関する議論を抽象的なレベルにとどめてきたといえよう。

## 第2部 愛知県内における「乳幼児等医療費助成制度」の実施状況

より具体的に分析・検討していくために、愛知県内の県及び市町村の実施状況を例にとって分析する。

### 1. 愛知県の乳幼児等医療費助成制度の変遷

まず、ベースとなる県の制度を見ていこう。変遷は以下の通りである。

1973年4月	0歳児を対象に助成開始（所得制限なし）
1994年4月	対象年齢を2歳児に拡大
2000年12月	一部負担金を導入
2001年1月	一部負担金を撤回
2002年10月	対象年齢を3歳児に拡大
2008年4月	対象年齢を、通院で義務教育就学前、入院で中学卒業まで（小中学生は償還払い）に拡大
2013年現在	<ul style="list-style-type: none"> <li>●対象年齢 通院：義務教育就学前までの児童（全国都道府県の中で、平均的水準<sup>13</sup>） 入院：中学校卒業までの児童（全国都道府県の中で、高水準<sup>14</sup>）</li> <li>●所得制限：無し（全国都道府県の中で、少数派）<sup>15</sup></li> <li>●自己負担：無し（全国都道府県の中で、少数派）<sup>16</sup></li> <li>●支払方式：原則、現物給付方式（全国都道府県の中で、主流）<sup>17</sup></li> </ul>

### 2. 市町村の実施状況と全国水準との比較

愛知県内の市町村において、同助成制度の内容は近年急速に拡充されてきている。

対象年齢については、2008年頃までは「義務教育就業前まで」が主流であったが、2008年4月に県が対象年齢を拡大して以後、急速に「中学校卒業まで」の割合が伸びていった。

対象年齢が「中学校卒業」以上の自治体数の割合		
	通院	入院
2006年4月時点	1.6%	1.6%
2008年4月時点	29.5%	98.4%
2010年4月時点	47.4%	100%
2012年9月時点	90.7%	100%

所得制限の有無については、名古屋市が2000年12月から2008年1月まで設けていたが、それ以外の市町村は設けていない。自己負担の有無については、2012年度では豊橋市・一宮市・豊川市・犬山市・

<sup>13</sup> 脚注8～11は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べによる。2011年4月時点で、通院時の対象年齢を「就学前」に定めているのは28県で最も多い。次いで、「9歳年度末」が5県、「3歳未満」及び「4才未満」が4県と続いている。

<sup>14</sup> 2011年4月時点で、入院時の対象年齢を「15歳年度末」としているのは8県であり、都道府県基準としては最高水準である。

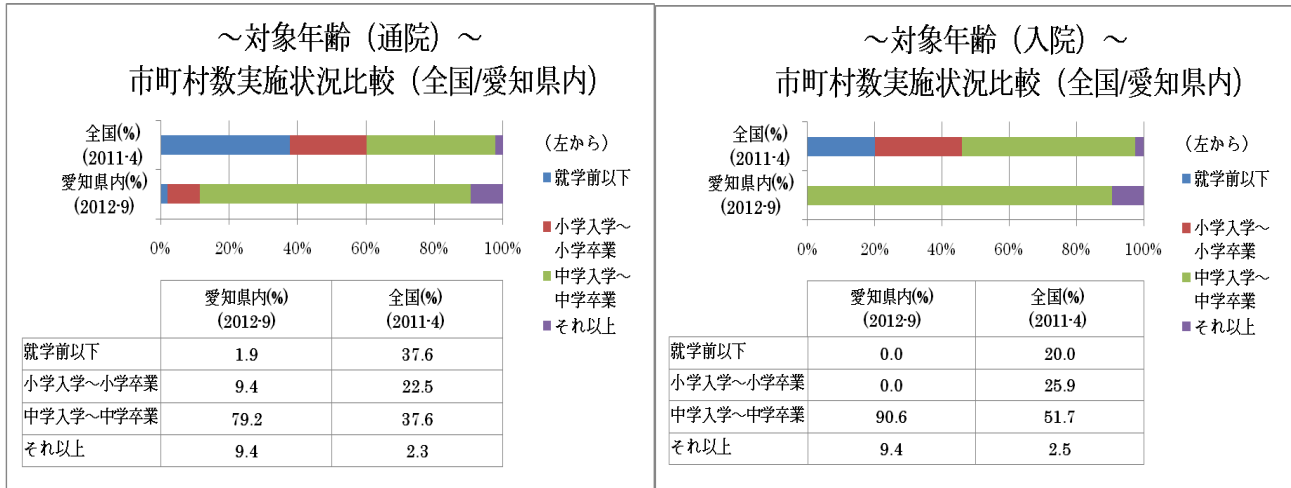
<sup>15</sup> 2011年4月時点で、所得制限を設けているのは33県、設けていないのは14県である。

<sup>16</sup> 2011年4月時点で、自己負担を設けているのは39県、設けていないのは8県である。

<sup>17</sup> 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べには、支払方式の種類に関するデータがない。西川(2010)によれば、償還払い方式をとっている都道府県は、長野県・奈良県・鹿児島県の3県しかない（2012年度について確認済み）。

常滑市・江南市・北名古屋市・南知多市が設けている。

愛知県内と全国の市町村における実施状況を比較してみよう。医療費の助成を受けられる上限年齢について、通院時と入院時の助成とに分けている。以下の図に示した通り、愛知県内の市町村は全国の水準よりも高いといえる。



### 3. 財政規模

#### (1) 医療費・患者数

市町村における年齢別医療費は公表されておらず、都道府県別の年齢別医療費のみ公表されている。しかし、上述の先行研究においても指摘されているように、公表データは限定的であり定量的研究を制約しているといえよう。

厚生労働省「制度別診療種類別都道府県別医療費」は、医療保険適用ケースにおける「未就学者」の医療費を2008年4月から2012年7月について月単位で公表している。しかし、愛知県内の全市町村で2008年4月時点で通院・入院時ともに就学前以上の子どもを助成対象としている。制度拡充と医療費の関係性をみることができないため、今回は割愛する。

また、患者数（「受療率など」）に関しては、自治体別・年齢別のデータは現時点では公表されていない。

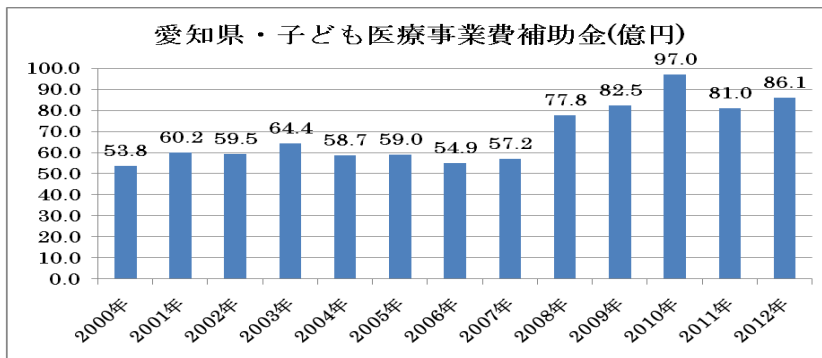
#### (2) 助成事業の予算規模

愛知県の「子ども医療費事業」の予算を見れば、県内全体における同助成事業の予算規模を大まかにつかむことができるだろう。愛知県は、市町村の支払った助成金の給付額に対して、県の制定範囲内の助成につき通常50%を補助する。2012年度の当初予算では86億850万円であり、一般会計の0.4%を占める規模である<sup>18</sup>。

愛知県は、2002年10月・2008年4月に制度拡充を実施しており、その前後に注目して確認して欲し

<sup>18</sup> 愛知県「平成24年度当初予算」より。一般会計予算総額は約2兆2546億円である。

い。2008年に急激に増加しているのがわかる。



市町村の予算規模については、参考程度であるがいくつか例を挙げておく。一事業としての予算規模は相当大きいといえるだろう。一般会計において1%を超える予算規模を有する事業は少数であり、社会保障関連の法定受託事務や大規模公共事業などに限られている<sup>19</sup>。

■ 政令指定都市（名古屋市）

名古屋市の概要：人口約 227 万人(2012)、財政力指数(2011) 1.01、高齢化率(2010) 21.2 %

制度内容：通院・入院ともに中学卒業までを対象。いずれも所得制限及び一部負担金なし、現金給付。

2012 年度一般会計予算総額 1 兆 287 億 7700 万円

子ども医療費の助成 102億1533万6000円（予算総額の約0.99%）

■ 一般市（豊川市）

豊川市の概要：人口約 18 万 1300 万人(2012)、財政力指数(2011) 0.91、高齢化率(2010) 21.1%

制度内容：通院・入院ともに中学卒業までを対象。中学生は、通院時の一部負担金の 1/2 で、通院・入院時いずれも償還払い。

2012 年度一般会計予算総額 578 億円

子ども医療費の助成 8億504万円（予算総額の約1.39%）

■ 町村の例（南知多町）

南知多町の概要：人口約 20000 人(2012)、財政力指数(2011) 0.56、高齢化率(2010) 29.6%

制度内容：通院は 18 歳年度末までを対象とし、中学生以上は 1.5 割の一部負担金あり、助成部分は償還払い。入院は 18 歳年度末までを対象とし、中学生以上は償還払い。

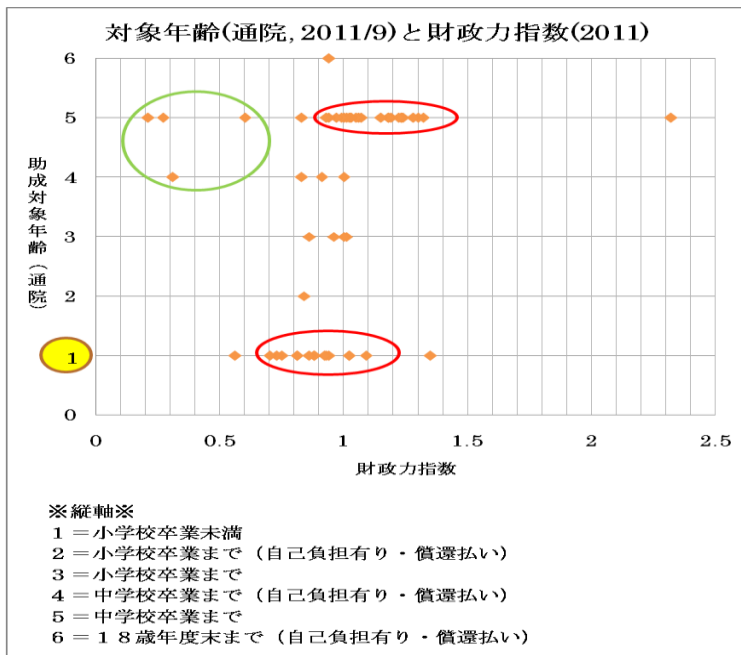
2012 年度一般会計予算総額 65 億 9000 万円

子ども医療費の助成 5940 万円（予算総額の約 0.90%）

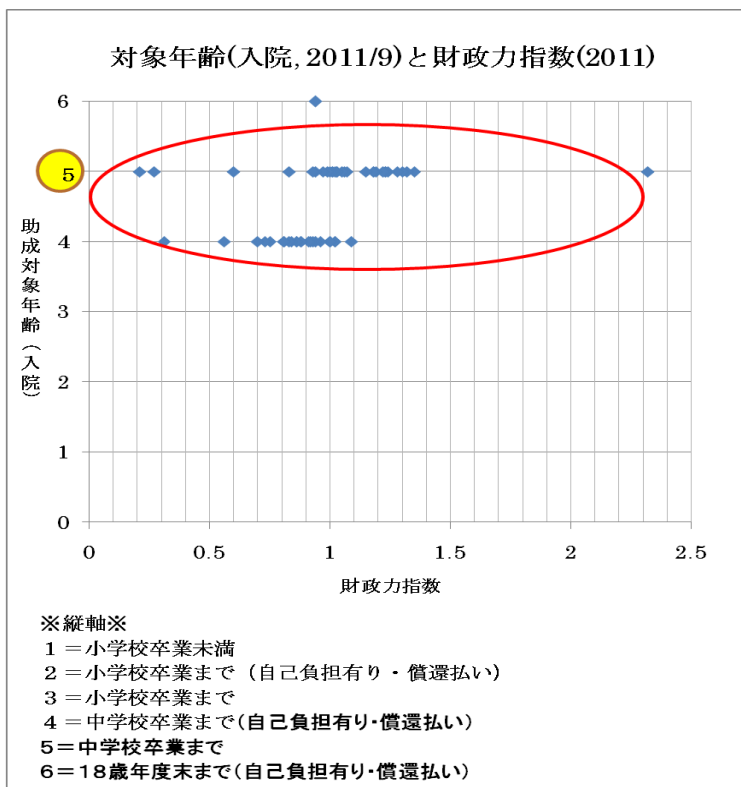
<sup>19</sup> 授業中に増田先生や自治体職員の方々に「1 事業で一般会計総額の 1%という予算規模は大きいかどうか」を伺ったところ、「相当大きい」との回答を頂いた。

### (3) 財政力と助成内容

縦軸に制度内容（助成対象年齢）を、横軸に財政力指数をとって散布図に表した。



- 通院の場合、愛知県基準は「義務教育就業前まで」(縦軸 1 に含まれる).
- 2011 年度時点では、二極化が生じている。愛知県基準に近い (縦軸 1), または全国的にも高水準といえる「中学校卒業まで」(縦軸 5) に集中.
- 「小学校卒業未満」の市町村の中で、財政力指数 1 未満は 75%.
- 「中学校卒業まで」の市町村では、財政力指数 1 以上は約 70%.
- 財政力指数が低い市町村 (0.6 以下) でも、「中学校卒業まで」としている所も複数存在する.



- 入院の場合、愛知県基準は「中学校卒業まで」(縦軸 5).
- 全ての市町村が中学校卒業以上を対象としているが、自己負担有りや償還払い方式としている所もあり、全体の約 40%.
- 「中学校卒業まで (自己負担有り・償還払い)」(縦軸 4) の自治体の中で、財政力指数 1 未満は 75%.
- 一方、「中学校卒業まで」(縦軸 5) の自治体の中で、財政力指数 1 以上は 73%.

以上の結果を分析すると、県基準に倣う自治体と、県基準に上乗せして全国的にも高水準を定める自治体とに分かれるといえるだろう。また、財政力の低い自治体にも高水準の助成を実施するケースも複数みられ、その数は 2012 年度には更に増加している。愛知県内全体の底上げ現象とともに、他の自治体よりも拡充させて差をつけようとする競争が激化しているようである。



#### (4) 小括

まず、愛知県内の自治体別医療費・患者数の公表データが不十分であり、同制度との関係性を分析することができなかった。公表データの欠如に関しては、複数の先行研究においても指摘されている。

次に、自治体の助成事業の予算については、県・市町村ともに増加傾向であることを確認した。愛知県では一般会計の約 0.4%、市町村では約 1.0%ほどを占めており、一事業としての予算規模は相当大きいといえる。

そして、各自治体の助成水準（助成対象年齢）と財政力指数の関係性を分析したところ、概ね正の相関が見られた。しかし、財政力指数が低いにもかかわらず、高い助成水準を定めている自治体もいくつか存在した。

以上のことから、同制度が各自治体に与える財政的影響は大きく、しかも年々増大してきているといえよう。自治体間の政策競争が激化してきており、財政力指数の低い自治体の中にも高水準の助成を実施しているところがあるようである。同制度の予算に関しては国からの補助金が一切受け取れないため、そのような自治体では他の政策分野の予算を切り詰めて、同制度に予算を工面していると推測される。

### 4. 制度拡充の時期に関する分析

これまで述べてきたように、乳幼児等医療費制度は全国的に拡充され続ける傾向にある。また、公的医療保険及び各自治体の財政を一定程度圧迫していることも確認してきた。

その上で、なぜ同助成制度が拡充されるのか、どのような時期に拡充されるのかについてさらに深めてみたい。医療費助成という政策は有権者に対する授益的政策であり、政治的目的としての意味を持ちうることも一面として否定できるものではない。先行研究の中にも、政治的要因が制度の改変に与える影響を分析したものが存在する（西川, 2011）。先行研究の手法を参考に、愛知県内の実施状況を整理し、分析を試みる。

#### (1) 先行研究

まず、西川(2011)の研究内容を紹介する。対象は東京都特別区 23 区である。

第一に、東京都と特別区 23 区の制度の変遷を表に整理している。西川によれば、東京都が「乳幼児等医療費助成制度」を設立した 1993 年、中学卒業まで対象拡大した 2007 年の前後に、23 区における制度の発足・改正が目立つ。東京都が制度のベンチマークを提供し、23 区がこれに呼応する形で制度を見直している姿が読み取れる。その一方で、制度の細かな改正については各区でばらばらの対応をとっているとしている。

第二に、特別区 23 区における選挙と制度拡充の時期を整理している。

西川は以下のような前提を置いている。自治体において、制度の設立や変更を行う際には、首長が最終的な決定権を有する。細かく分けると、①首長自身がある問題にもともと関心が高ければ、任期中に関連する制度をより良いものにしようと努める、または②選挙前の公約などで意思表示していれば、当選後それを実現しようと努める、あるいは③就任時には当該課題に関心がなかったとしても、再選のために政治的アピールとして制度を変更しようとするかもしれない。

考察対象を 1998 年から 2007 年までの期間とする。「選挙年（選挙があった年）」「選挙後 1 年目」「選挙後 2 年目」「選挙前年」と区分した上で、23 区について集計する。選挙間隔が 4 年でないケースは除

外する<sup>20</sup>。また、東京都が当該助成制度を拡充した年度と、それ以外の年度に区分した集計も行った。東京都が制度を拡充した際に、これよりも対象範囲が狭い制度を有する区は、東京都の制度に追随するのが一般的であるが、それは主体的な意思決定とは見なしにくいからである。

結果は以下の表に示した。東京都の制度拡充年以外に当該制度を改正した頻度 ((c)/(d)) を見ると、選挙前年において改正頻度が最も高い。その一方で、選挙後 2 年目において改正頻度が最も低い。

	改正回数			(d)該当年数	改正頻度		
	(a)改正回数 の合計	(b)うち東京都 の改正した年 のもの	(c) うち東京都 の改正した年で はないもの		(a)/(d)	(b)/(d)	(c)/(d)
選挙年	31	14	17	119	0.26	0.12	0.14
選挙後 1 年目	28	12	16	105	0.27	0.11	0.15
選挙後 2 年目	27	19	8	109	0.25	0.17	0.07
選挙前年	33	13	20	112	0.29	0.12	0.18

NOTE: 西川(2011).

西川は結論として、「統計的な有意性を検証できる訳ではないが、1 つの可能性として、選挙直前にアドバルーンを上げたいと考える首長が、少なくとも選挙 2 年目という目立たない時期に制度変更を行わないという意思決定がデータに反映されているのではないか」と述べている。

## (2) 愛知県内市町村を対象とした試行

先行研究を参考に、愛知県内の実施状況について政治的な観点から整理・分析を試みる。今回私が着目したのは、制度拡充の①年度、②頻度、③首長選挙の時期という 3 点である。

以下で使用する愛知県市町村データは、愛知県保険医協会が各市町村から入手し公表しているものである。2006 年 4 月～2012 年 9 月のデータが利用可能である。考察対象は愛知県内 53 の市町村である。なお、原則として 2006 年から現在までの間に名称の変更がない市町村は同一のデータとして扱う。みよし市・長久手市は、市制施行により名称変更があったが、同一のデータとして扱う<sup>21</sup>。データ数を確保するためである。一方、合併経緯の把握や取扱いが困難であるため、あま市は対象から除外する。

### ①市町村における制度拡充の年度

集計結果は、2006 年度から 2012 年度の対象期間中、2008 年度の回数が突出して多く、対象市町村 53 のうち 50 が制度を拡充している。2006 年以降、県による改正は 2008 年 4 月の 1 度のみであり、その時期に市町村による制度拡充も集中していることがわかる。

以上の結果は、先行研究と同様の結果を得た。一般的に、県の制度拡充は市町村に非常に大きな影響を与えるといえるだろう。市町村における具体的な制度拡充内容は、県の基準よりも高い水準に引き上げるものであるが、その程度は様々である。

<sup>20</sup> 特別区区長の任期は 4 年（地方自治法第 283 条）。

<sup>21</sup> \*みよし市…2010 年,市制施行により三好町からみよし市となった。

\*長久手市…2012 年,市制施行により長久手町から長久手市となった。

\*あま市…2010 年,七宝町、美和町、甚目寺町の 3 町が合併し、あま市となった。

## ②市町村における制度拡充の頻度

2006年4月から2012年9月までの間に、それぞれの市町村が何回制度改正を実施したかをカウントした。集計の結果、改正3回が16市町村で最も多かった。次いで改正2回が15市町村、改正4回が11市町村、改正1回が10市町村、改正6回が1市であった。

結果の考察であるが、7年間で3回以上制度変更を行った自治体が全体の過半数を占める。各市町村が客観的に望ましい制度内容を判断しているというよりは、他の市町村の動向や政治的タイミングに合わせて制度を変更しているのではないか。授業内でお話があったように、一気に引き上げるのではなく少しずつ拡充することにより、首長が政治的切札として何度も使おうとする意図もあるかもしれない。

## ③制度拡充と市町村長選挙

集計方法は、西川(2011)を倣っており、以下の通りである。考察対象の期間は2006年4月から2012年9月までである。「選挙年(選挙が実施された時から1年間)」「選挙後1年目」「選挙後2年目」「選挙前年」と区分する。選挙間隔が4年でないケースは除外する。また、県が制度を拡充した2008年度は前述の4区分の分類は行わず、除外した。県の制度に追随するのは市町村の首長による主体的な意思決定とは見なしにくいと考えられるためである。

集計結果は、西川(2011)よりもシンプルな形で表すこととした。

選挙年	後1年目	後2年目	選挙前年
46	24	34	36

選挙年において改正頻度が最も高く、選挙後1年目において改正頻度が最も低い結果が出た。

結果の考察であるが、制度の拡充時期が首長選挙との関係で一定の時期に集中するという傾向は、先行研究と同様の結果であった。一方、具体的な時期については先行研究とは異なる結果を得た。

したがって、首長が戦略的に制度拡充の時期を決定すると考えるのは自然であるものの、その時期をいつにするかは地域事情や情勢、首長個人の考え等が反映され、一般的な傾向を見出しにくいのではないか。

### (3) 小括

愛知県内の自治体における制度拡充の時期などを整理・分析した結果を整理する。

まず、愛知県が制度拡充を行った2008年に、ほとんど全ての市町村が制度を拡充していた。東京都特別区を対象とした先行研究と同様の結果であった。

次に、7年間で3回以上制度拡充を行った市町村が過半数以上であった。多くの市町村が同制度を漸進的に、頻繁に拡充していることがわかった。

そして、選挙の時期との関係性を分析したが、選挙のあった年に制度拡充が行われることが最も多く、選挙後1年目が最も少ないことがわかった。一方、先行研究では選挙前年において最も多く、選挙後2年目において最も少なかった。先行研究と異なる結果を得たが、それぞれの地域において首長選挙との関係で一定の年に制度拡充が集中するといえる。したがって、それぞれの首長が状況に応じて戦略的に制度拡充の時期を決定しているものと考えられる。

以上のことから、同制度の拡充時期は様々な政治的要因に影響を受けているといえるだろう。

## 結論

本研究を通じて、乳幼児等医療費助成制度の想定される政策効果の多くについて、データによる明確な根拠が示されていないことを痛感した。私はこの点が最大の課題であると考えようになり、調査を続けてきた。しかし、調べれば調べるほど、基礎データの未公表や収集不足が深刻であるとわかった。同助成制度の是非を議論するためには、体系的なデータの集積及び公表が急務である。厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課は任意に都道府県別実施状況を収集・公表しているが、政策分析のためには不十分である。今後は、全国各地で広く実施されている地方単独事業について体系的なデータ集積・公表を行う組織やシステムを自治体サイドで形成すべきである。

同助成制度の政策分析にあたって具体的に必要と考えられるデータを以下に挙げる。

まず、データの実施主体は市区町村であるから、やはりデータの単位は市区町村でなければ正確な状況把握はできない。その上で、とくに求められるデータは年齢を細かく区分した医療費及び患者数であろう。理想的には、「1歳児」「2歳児」「3歳児」「4歳児」…といった1歳ごとのデータが最も使い勝手が良いが、少なくとも「義務教育就学前」「小学生」「中学生」「高校生程度」といった制度区分に合わせたデータが欲しいところである。さらに、公立診療所及び病院、協力を得られる民間医療機関の電子カルテを用いれば、患者の属性・受診の時間帯・疾病の種類といった観点からも分析が可能となるだろう。

また財政面に関しては、これまでモラルハザード助長による医療費増加が議論にのぼることが多かったが、医療費よりも自治体予算への影響をより問題視すべきであるとわかった。1990年終わり頃から、同助成制度は全国的に年々拡充され続けてきている。現在では、多くの市町村で一般会計の1%程度を占めるほどの規模を持つようになっている。少なくとも、自治体財政の硬直化を加速させる要因の一つとして認識すべきである。

地方単独事業である同助成制度は、地方分権の象徴ともいえるものである。本来、地方単独事業には各地域の特性を反映し、創意工夫を凝らしたものが期待される。しかし、同助成制度には本質的に効率化や工夫をなす余地が小さい。また、同助成制度の改正時期や頻度に鑑みると、市区町村は各々が客観的に望ましいと判断した基準で実施するというよりは、県基準や周辺地域の動向に合わせている理由で実施しているように見える。政策効果が曖昧であるにもかかわらず全国的に頻繁に実施されてきたことから、同制度は政治色が強い政策の一つというべきである。政治的な要因によって合理的な政策判断がなされていない恐れもありうる。

今こそ、同助成制度が子どもの医療アクセス改善や健康保持に最善の方法なのかどうか再検討すべきである。医療サービスの窓口負担が無料であったとしても、子どもを受診させない、あるいはさせることが難しい親が存在することは容易に推測できる。例えば、保険料を滞納する親、我が子に対してネグレクトを行う親、仕事を休めない親などである。子どもの医療へのアクセス平等を実現するためには、そうした根深い問題に粘り強く向き合い、解決への道筋を模索するほかないのではないかと考える。私見では、医療アクセス改善のターゲットを絞り、予算などを集中的に投入する方が良いのではないかと考える。

いずれにせよ、自治体財政の現状に鑑みれば、乳幼児等医療費助成制度のあり方を再検討せざるを得ない時が近い内に必ず来るだろう。感情的な議論にならず住民の理解を得て制度の見直しを行うためには、体系的なデータ収集及び公表、それを用いた政策分析を進展させていかなければならない。

#### 【参考文献】

- 阿部彩(2008)『子どもの貧困—日本の不公平を考える』岩波新書.
- 岩本千晴(2010)「自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性—乳幼児医療費助成制度を中心に」『公共選択の研究』54, p.41-54.
- 井伊雅子・大日康史(2002)『医療サービス需要の経済分析』日本経済新聞社.
- 江原朗・棚橋祐典・柴田睦郎(2002)「乳幼児の医療費無料化費用を推計する」『社会保険旬報』№2126(2002.2.21), P.13-15.
- 佐々木亮(2007)『エクセルで政策評価：すごくよくわかる実践的統計分析マニュアル』多賀出版.
- 週刊社会保障(2007)「東京都23区は中学生まで無料化へ—小児医療費無料化の是非を考える—」№2435(2007.6.11), P.36-41.
- 週刊東洋経済(2010)「医療費助成—自治体によって大きな差“見えない医療費”問題も」2010年6月12日号、P.60-62, 東洋経済新報社.
- 鈴木亘(2010)『財政危機と社会保障』講談社現代新書.
- 多田道之(2005)「乳幼児医療費助成制度の小児救急医療への影響に関する研究」(政策大学院大学POLICY PROPOSAL).
- 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, P.196-214.
- 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, P.87-111.
- 日本社会保障法学会(2012)『ナショナルミニマムの再構築』法律文化社.
- 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, №4, P.413-429.
- 増田雅暢(2008)『これでいいのか少子化対策—政策過程からみる今後の課題—』ミネルヴァ書房.

#### 【参考URL】(2013年2月12日確認)

- 愛知県「愛知県内市町村の財政比較分析表」
- 愛知県「市町村選挙情報」<http://www.pref.aichi.jp/0000040775.html>.
- 愛知県保険医協会「より良い医療制度をめざす活動 5. 子どもの医療」  
<http://aichi-hkn.jp/system/child.html>.
- 学習院大学教授・鈴木亘のブログ「こども医療費無料化と小児科勤務医不足」  
<http://blogs.yahoo.co.jp/kqsmr859/23796477.html>.
- 厚生労働省「患者調査」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>.
- 厚生労働省「国民医療費」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>
- 厚生労働省「制度別診療種類別都道府県別医療費」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken03/05.html>.
- 厚生労働省「乳幼児等医療費に対する公費負担事業実施状況」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001vgq2-att/2r9852000001vgrj.pdf>.
- 厚生労働省「平成24年我が国の人口動態(平成22年までの動向)」,  
<https://doc-08-2o-docviewer.googleusercontent.com/viewer/securedownload/h1apsjudutibjhqdo8fbljvdqtu5b4al/qu9ec24v634de1gp9n3tpjehu92lne7m/1351776600000/dXJs/AGZ5hqF1TKrWP1rr7frPIDrY9Zj/aHR0cDovL3d3dy5taGx3LmdvLmpwL3RvdWtlaS9saXN0L2RSLzgxLTFhMi5wZGY=?a=gp&filename=81-1a2.pdf&chan=Eg>.
- 厚生労働省「平成24年版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/>.
- 全国保険医団体連合会「乳幼児医療費助成制度 市町村制度の状況・変遷(対象年齢等)」  
<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/060328youji-seido.pdf>

製薬協[http://www.jpma.or.jp/medicine/med\\_qa/info\\_qa55/q31.html](http://www.jpma.or.jp/medicine/med_qa/info_qa55/q31.html).  
世田谷区「世田谷区子ども医療費助成制度のご案内」  
[www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/103/134/527/d00009031.../9031\\_2.pdf](http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/103/134/527/d00009031.../9031_2.pdf)  
総務省「統計でみる都道府県の姿」<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5a.htm>  
総務省「統計でみる市区町村のすがた 2012」<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5b.htm>.  
中日新聞「任期半年、国政復帰に意欲にじむ 河村名古屋市長インタビュー」(2012年10月26日)  
<http://www.chunichi.co.jp/article/aichi/2012/1026/CK2012102602000030.html>.  
東京都福祉保健局「乳幼児医療助成制度(マル乳)」<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/marunyu.html>  
「義務教育就学児医療費の助成(マル子)」<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/maruko.html>.  
東郷町「18歳まで子ども医療費を無料化します」  
<http://www.town.aichi-togo.lg.jp/jinji/koho/chousei/machinogaiyou/chouchou/kodomoiriyohi.html>.  
内閣府「少子化社会対策に関する子育て女性の意識調査」[Fshoushi%2Fcyousa%2Fm\\_pdf%2Fgaiyo.pdf](http://www.fshoushi%2Fcyousa%2Fm_pdf%2Fgaiyo.pdf).  
名古屋市「平成24年度名古屋市一般会計予算に関する説明書」  
[http://www.city.nagoya.jp/zaisei/cmsfiles/contents/0000033/33080/ippansetu\\_merged.pdf](http://www.city.nagoya.jp/zaisei/cmsfiles/contents/0000033/33080/ippansetu_merged.pdf).  
日本総研(2012)『『国民医療費』における薬剤費統計の不在を改めよ』,  
<http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/policy/pdf/6290.pdf>.  
南知多町「広報みなみちた」№846, 平成24年4月1日号,  
<http://www.town.minamichita.lg.jp/main/kikaku/kouhou/pdf/koho240401.pdf>.  
総務省 人口推計(平成24年8月確定値、平成25年1月概算値)(平成25年1月21日公表)  
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm>