

1. 乳幼児医療費助成制度の仕組み

日本の医療保険制度は国民全員が公的医療保険で保障を受けることができる国民皆保険制度となっており、社会保険方式を基本としつつも国庫や地方自治体の公費も併せて投入することで制度が維持されている [1]。被保険者の負担率は年齢によって異なり、基本は3割負担であるが、義務教育就学前の乳幼児の医療費負担は2割、70歳以上の高齢者は所得水準に応じて負担が軽減される仕組みとなっている [1]。

しかし、現在全ての自治体において、子育て世帯の経済的負担の軽減を通じた少子化対策の一環として、医療費の負担を自治体が減免する乳幼児医療費助成制度を適用している [2]。この乳幼児医療費助成制度の内容は自治体ごとに定められるため、入院と通院の医療費区分ごとの対象年齢範囲、自己負担の有無、所得制限の有無、および給付方法（現物給付か償還払い）は自治体ごとに様々である [2]。

乳幼児医療費助成制度は、都道府県の定める制度を基礎として、市区町村が実施主体として行うものであり、都道府県の制定範囲内であれば、市区町村は給付額の5割の補助を都道府県から受けることができる [3]。一方、市区町村は都道府県の定める制度の制定範囲と異なる独自の基準を設定することが可能であるが、その場合は超過分の費用については市区町村が全額を負担する仕組みである [3]。

さらに、2018年度以前までは、自治体独自の判断による医療費助成に伴う医療費の波及増分については、国庫負担を減額する措置が講じられてきた。これに対し、多くの自治体から、こうした国による減額措置は、国の少子化対策の方向性に反するものであるという意見が多くの自治体から寄せられたことから厚生労働省の「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」 [4]などを通じて有識者を交えた議論が行われ、2018年度から減免措置は一部廃止されることとなった [5]。

2. 各自治体の乳幼児医療費助成制度の実施状況

前項では、乳幼児医療費助成制度の仕組みを概観した。本項では、地方単独事業として各自治体が定める対象範囲等が拡大傾向にあると言われている乳幼児医療費助成制度がどのような形で広がって来たのかといった時間的な推移、および現在の実施状況を確認する。

厚生労働省が行った最新の乳幼児医療費助成制度の各自治体における実施状況の調査（令和2年度 乳幼児等に係る医療費の援助についての調査）によれば、全ての都道府県および市区町村が乳幼児等に係る医療費の援助を実施しており、都道府県では、通院、入院ともに助成対象を就学前までの児童とする都道府県が最も多く、市区町村では、通院、入院ともに15歳年度末（中学生まで）を対象とする市区町村が最も多く約50%程度を占め、次いで18歳年度末とする市区町村が多かった（通院が42%、入院が45%） [2]。所得制限の有無に関しては、通院・入院ともに、都道府県のうち約40%が所得制限を設けておらず、市区町村で所得制限を設けていない自治体は86%

以上にのぼる [2]。自己負担の有無に関しては、都道府県の2割程度が自己負担を課しておらず（通院：21.3%、入院：25.5%）、6割超の市区町村（通院：64.6%、入院69.6%）が自己負担を課していなかった [2]。

過去9カ年の乳幼児医療費助成の対象の拡大の推移をみると、都道府県単位での急激な助成対象の拡大は、入院に係る年齢の引き上げ（15歳年度末まで）が緩やかに進んできた一方で、市区町村をみると、15歳年度末までの子供を助成対象として含む市区町村の割合と18歳年度末までの子供を対象として含む市区町村の割合が急速に増加してきたことがわかる（図1参照）。また、所得制限の撤廃、完全無償化も都道府県にくらべると市区町村単位での拡大が比較的大きいことがわかる（図1参照）。

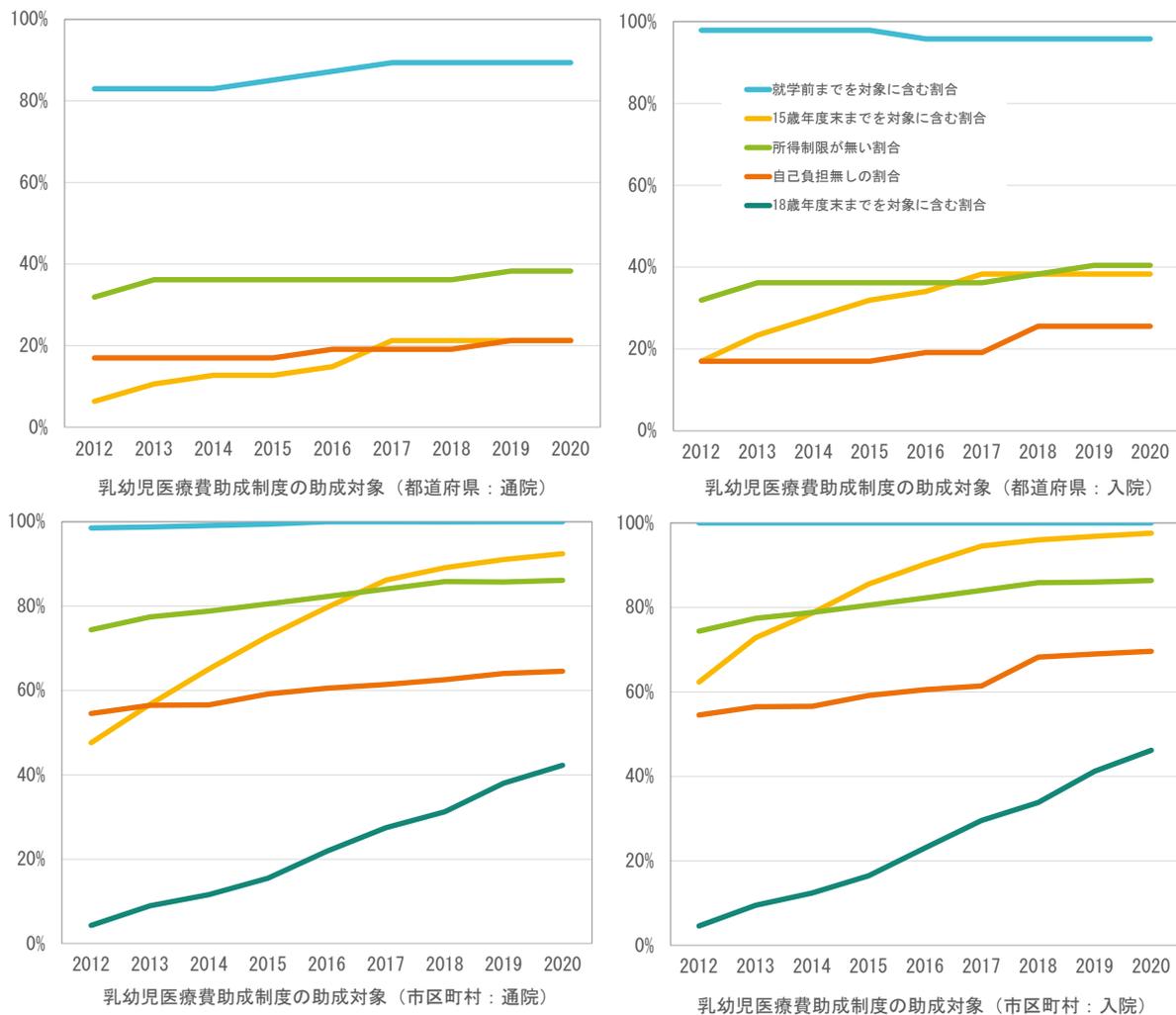


図1. 乳幼児医療費助成制度の助成対象の変化
出所) 厚生労働省「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」よりレポート執筆者が作成

3. 政策をめぐる論点の整理（記述的視点から）

前項では、昨今の乳幼児医療費助成制度の拡大の経過と現在の実施状況を確認した。本項では、乳幼児医療費助成制度を推進する立場にある自治体や医師の主張や、慎重な進め方を求める意見などを体系的にロジックモデルとしてまとめることで、様々な立場からの意見を俯瞰するとともに、政策が目標とするアウトカムへの因果プロセスを批判的に検討する。そのために、まず乳幼児医療費助成制度をめぐる内閣府や厚生労働省を中心とする行政機関の文書、および当該政策に対する論文や評論記事に基づき、図2に乳幼児医療費助成制度のロジックモデルを整理した。

乳幼児医療費助成制度が実施されることで、行政が助成する分だけ子育てに要する経済的負担は軽減されるというアウトプットがもたらされる。このアウトプットから派生するアウトカムは、推進派がメリットとして掲げる政策目標と慎重派がデメリットとして掲げる課題に大別される。前者は図2中最右のA「出生率の向上」とB「子供の健康状態の改善・病気の予防」であり、後者はC「国/都道府県/市区町村の財政の悪化」とD「小児科医の不足」である。

下表に賛成派と慎重派の意見をロジックモデルと対応させる形で整理する。

表1. 乳幼児医療費助成制度をめぐる賛成派・慎重派の意見

最終的なアウトカム	賛成派	慎重派
A「出生率の向上」	(1)-1→(1)-2→(1)-3 ・多くの自治体は、乳幼児医療費助成制度は、内閣府が掲げる少子化対策や、安倍政権時代に掲げられた「ニッポン一億総活躍プラン」における希望出生率1.8に向けた子育ての経済的支援の取り組みに沿うものとして位置付け、その必要性や妥当性を論じている [6] [7]	(1)-1→(1)-2→(1)-3 ・子育て費用のうち医療費負担が軽減されるからといって子供を産もうと思う人は少ない [8] ・少子化の抑止に対する効果は限定的 [9]
B「子供の健康状態の改善・病気の予防」	(2)-1→(2)-2 (3)-1→(3)-3 ・乳幼児医療費助成制度は世帯の経済状態に関わらず子供の医療サービスへのアクセスを確保する社会保障としての機能が重視されるべき [6] ・社会保障機能として捉えるならば、国が一律の補助基準を定めるべきでは [6]	(2)-1→(2)-2 (3)-1→(3)-3 ・医療負担が減れば外来が増えることは市場の原理から明らか [6] [9] ・そうした外来が増えることによる子供の健康状態への効果は世帯の経済状況によって異なるなどが想定される [9] [10] [11] ・異質性を考慮しつつ、子供の健康改善への効果を検討するべき [9] [10]
C「国・都道府県・市区町村の財政の悪化」	(3)-1→(3)-2→(3)-4 (4)-1→(4)-2 ・社会保障としての機能および少子化対策としての位置づけより、国の挙げた取り組みが必要（国庫負担の減額調整措置の廃止の要望など） [12]	(3)-1→(3)-2→(3)-4 ・診療時間外にも関わらず軽い症状で外来を訪れるコンビニ受診や不必要な治療や処方を増やしてしまう懸念がある [13] ・医療サービスの価格弾力性、特に無償に伴う需要の増大に留意した負担額の設定が必要 [14] (4)-1→(4)-2 (→(3)-1→(3)-2→(3)-4) ・自治体間で子育て世代の確保をめぐって助成拡大競争が生じている [3] [6]
D「小児科医の不足」	(3)-1→(3)-5→(3)-6 ・乳幼児医療費助成制度とは別の取り組みとして地域の保健師等により行われている保護者への啓発活動や小児救急電話相談事業（#8000）などによって小児科医への負担は軽減できる [6]	(3)-1→(3)-5→(3)-6 ・医療のむやみな無料化はただでさえ人手不足の地域の小児医療負担を増やす [13]

注) 表中の青字と赤字は図2のロジックモデルの中での対応する因果プロセスを示す。青字は賛成派（慎重派）がその因果プロセスが生じているという前提で主張をしていることを示しており、赤字は賛成派（慎重派）がその因果プロセスに懐疑的、または言及していない場合を示す。

出所) 本レポート執筆者が参考文献をもとに作成

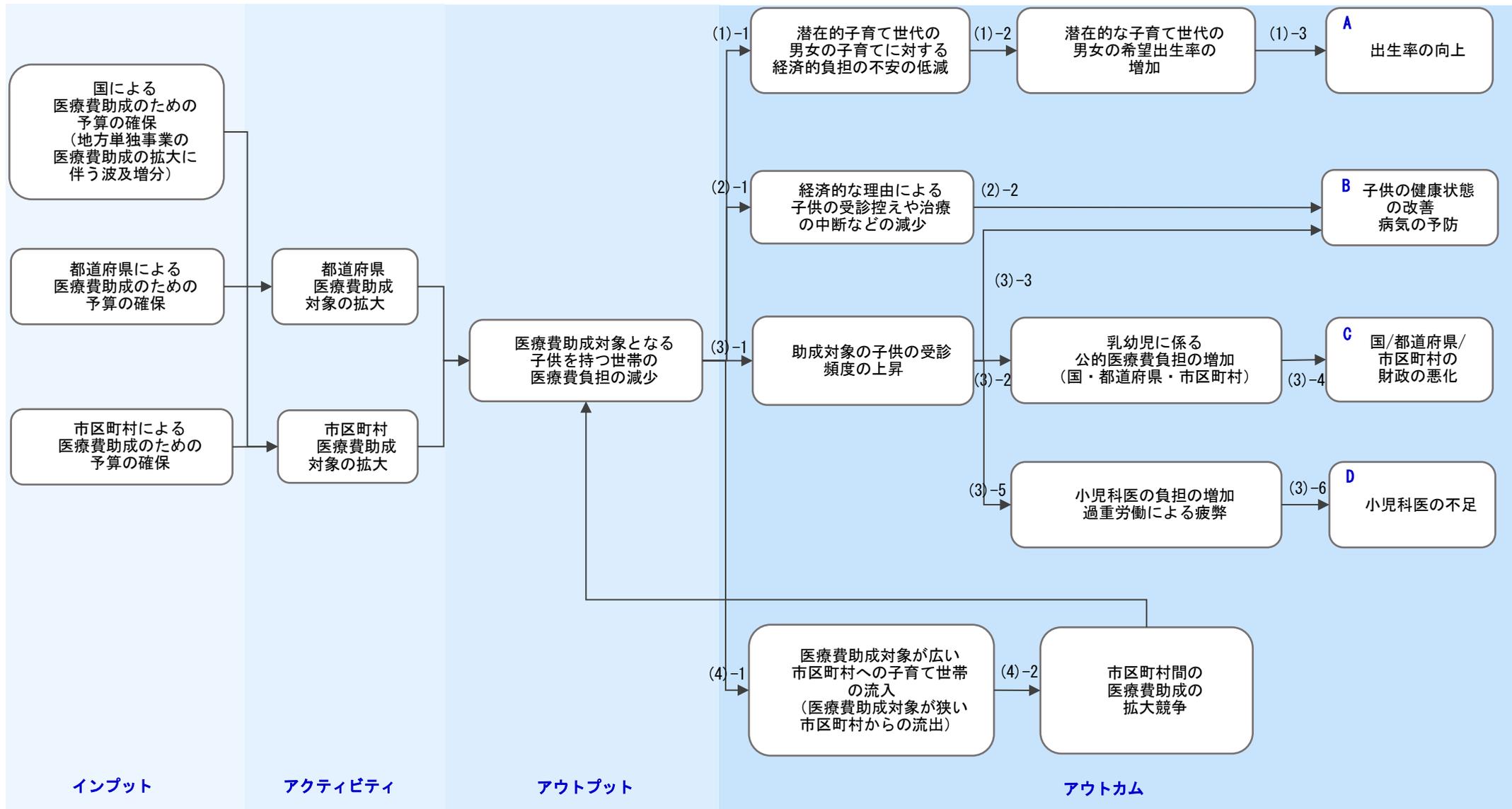


図2. 乳幼児医療費助成制度のロジックモデル
出所) 参考資料をもとに本レポート執筆者が作成

以降では、これらの最終的なアウトカムA～Dとアウトプットの因果プロセス（図2中の矢印(1)～(4)）それぞれに対して、定性的・定量的な観点から批判的な検討を加える。

(1) 子育てに係る経済的不安の軽減を通じた出生率の向上

まず、図2中の(1)-1~3に示すような政策効果を裏付ける問題構造が実際に生じているのかを定性的な観点から検討する。内閣府が企画した少子化社会に関する国際意識調査の報告書 [15]によれば、日本の男女の欲しいと思う子供の数を2人とする割合が男女ともに高いものの、そうした希望の子供数に達していない30代男女が「これ以上子供を増やさない・増やせない」と回答する割合が同調査の対象となった他国（フランス、ドイツ、スウェーデン）に比べると高い傾向にある（図3参照）。「増やさない・増やせない」とする理由としては、子育てや教育の費用の高さを挙げる回答が最も高く、約半数を占めていた（図4左参照）。また、過去（2010・2015年）の回答と比較すると、子育て・教育費用の高さ、育児の心理的・肉体的負担を、子供を増やさない理由として挙げる人の割合が増加傾向にあった（図4右参照）。本調査は層別二段無作為抽出による1,300程度の標本抽出を行っており、標本数はそれほど多くないものの、日本全国を代表する標本であると考えて良い。この結果をみると、少なくとも同調査の比較対象となった他国と比較すると、子育ての経済的な負担が現実問題として子供を持つことを躊躇させる大きな理由であり、経済的なものを含めた「子育ての負担感」が30代男女の間で大きな障害として感じられるようになっているものと思われる。

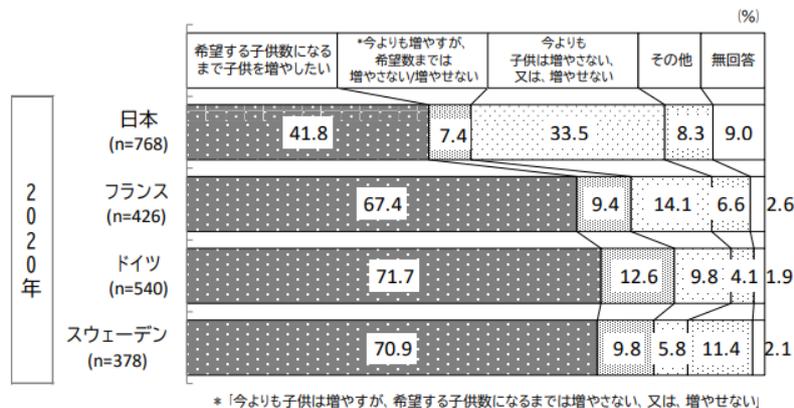


図3. 「さらに子供を増やしたいか」に対する回答
 (希望する子供の人数が実際の子供の人数より多い人が対象)
 出所) 令和2年度少子化社会に関する国際意識調査報告書

しかし、子育て費用のうち医療費が低減されることで子育ての経済的負担がどの程度減るのかを考えると、教育費といった他の子育て費用と比較して大きいといえるのだろうか。すなわち、図2(1)-1~3のうち、(1)-1~2の段階の因果プロセスが生じているのか、という点である。厚生労働省の資料 [16]によれば、平成18年時点の0~4歳児の子供の一人当たりの公費負担を含む医療費は年間20万円、5~9歳の子供は年間9万円であり、当時のこの年代の子供の患者負担率が3割であったことから、患者負担は0~4歳の子供は年間6万円、5~9歳の子供は2.7万円ほどであったと推測され、これらを一か月あたりに換算すると月間2,250円~5,000円ほどとなる。世帯所得によっても異なるものの、保育園の月額利用料が数万円程度であること（平成30年の東京都の調査 [17]によると東京都の保育サービスの月額利用料金の平均は約31,365円）や、幼稚園における学内外の

教育費用総額が各々月間約18,637円（公立）、約43,993円（私立）である [18]ことを考慮すると、月額2,250～5,000円の医療費自己負担は、こうした未就学児の保育利用料金や教育費用と比べると相対的に小さいものと思われる。少子化社会に関する国際意識調査の報告書 [15]のなかでも子育て費用のなかで経済的負担の大きなものを質問項目としており、その回答で最も多いものは教育や学習塾等の習い事の費用であり、医療費を子育て費用のうち大きな負担として感じている人々の割合は少ない（図5参照）。

	2020年 (%)				日本 (%)		
	日本 (n=314)	フランス (n=100)	ドイツ (n=121)	スウェーデン (n=59)	2020年 (n=191)	2015年 (n=78)	2010年 (n=170)
子育てや教育にお金がかかりすぎるから	51.6	27.0	21.5	11.9	55.5	50.0	41.2
保育サービスが整っていないから	13.1	3.0	10.7	-	15.2	15.4	7.1
雇用が安定しないから	14.0	12.0	24.0	-	11.5	9.0	13.5
働きながら子育てができる職場環境がないから	17.5	10.0	11.6	-	20.4	21.8	22.4
自分の昇進・昇格に差し支えるから	1.6	5.0	6.6	1.7	2.1	2.6	2.4
家が狭いから	6.4	7.0	18.2	8.5	8.9	7.7	11.8
子供がのびのび育つ社会環境でないから	11.1	6.0	12.4	5.1	9.9	10.3	9.4
自分や夫婦の生活を大切にしたいから	5.4	9.0	7.4	3.4	2.1	3.8	5.9
自分又は配偶者・パートナーが高年齢で、産むのが嫌だから	23.2	22.0	13.2	22.0	31.9	32.1	32.4
これ以上、自分又は配偶者・パートナーが育児の心理的、肉体的負担に耐えられないから	19.4	5.0	8.3	10.2	26.2	14.1	12.4
妊娠・出産のときの身体的・精神的な苦痛が嫌だから	7.6	3.0	6.6	5.1	8.9	3.8	4.1
健康上の理由から	12.4	8.0	20.7	15.3	12.6	16.7	15.9
欲しいけれども妊娠しないから	13.4	15.0	4.1	16.9	13.1	14.1	9.4
配偶者・パートナーの家事・育児への協力が得られないから	7.0	3.0	5.8	3.4	9.4	5.1	7.1
配偶者・パートナーが望まないから	9.2	10.0	19.0	27.1	13.1	2.6	8.2
その他	10.2	8.0	13.2	30.5	8.9	2.6	1.8
特になし	6.4	15.0	5.8	1.7	3.7	3.8	3.5
無回答	0.6	1.0	-	3.4	0.5	-	-

図4. 「子供を増やしたくない理由」に対する回答
 (左：2020年4か国比較 (希望する子供の人数が実際の子供の人数より多い人が対象))
 (右：日本の2010・2015・2020年比較 (右：子供のいる人を対象))
 出所) 令和2年度少子化社会に関する国際意識調査報告書

	2020年 [%]				日本 [%]		
	日本 (n=752)	フランス (n=500)	ドイツ (n=448)	スウェーデン (n=519)	2020年 (n=752)	2015年 (n=448)	2010年 (n=747)
保育にかかる費用(保育所・幼稚園、 保育ママや学童保育を含む)	39.0	32.8	38.4	19.1	39.0	40.4	32.1
学校教育費	36.8	22.2	31.9	0.6	36.8	34.6	22.8
学習塾など学校以外の教育費	59.2	14.6	24.3	2.5	59.2	49.3	36.5
学習塾以外の習い事費用	42.8	48.0	14.3	39.7	42.8	30.1	19.9
通信費(携帯電話の費用など)	19.8	16.2	17.6	16.6	19.8	10.3	8.8
食費	30.5	39.6	33.9	19.8	30.5	24.1	18.5
衣服費	27.3	53.6	60.3	35.3	27.3	15.8	20.5
住宅費	13.4	15.0	23.0	7.9	13.4	10.5	7.0
医療費	10.8	11.6	13.6	0.8	10.8	13.8	12.7
レジャー、レクリエーション費	17.7	42.6	48.4	31.2	17.7	12.7	12.3
その他	1.3	0.2	0.7	3.9	1.3	-	0.1
特になし	4.5	5.0	13.8	25.6	4.5	4.2	9.8
無回答	0.4	-	0.2	1.9	0.4	0.7	1.2

図5. 「子育てにかかる経済的な負担として大きなものは何か」に対する回答
(子供が1人以上の人が対象)
出所) 令和2年度少子化社会に関する国際意識調査報告書

図2(1)-1~2の段階の因果プロセスが生じているかを検証した論文は見当たらないものの、こうした全体の子育て費用全体からみた平均的な医療費負担の相対的な小ささを考慮すると、医療費が軽減、無償化されることによって子育ての経済的負担の不安感がどの程度減るかは疑問が残る。

以上の検討を踏まえると、乳幼児医療費助成制度に伴う医療費負担の軽減によって、子育ての経済的負担に関する不安感が軽減され、なおかつ、それが子供を持つ、持たない、の意思決定に大きく影響を受けるとするアウトカムA「出生率の向上」につながる図2中(1)-1~3の因果プロセスが日本国民全体で生じている可能性は低く、他の教育費用といったより大きな経済的負担要素の影響がより大きな障害となっていると想定されるため、こうした因果プロセスは、生じていたとしても限定的であろうと思われる。

(2) 受診控えや治療の中断の減少による子供の健康状態の改善

まず、図2中の(2)に示す因果プロセスを裏付ける問題構造が実際に我が国でどの程度生じているのかを定性的な観点から確認する。多くの都道府県では、子供の貧困対策や子育て支援策の検討を行うため、子供と子育て世帯の生活実態を把握する調査を独自に行っている。例えば、2018年に長野県が行った調査によれば、県内の困窮家庭の36.4%が子供の受診を控えたと回答しており、その割合は全体の割合(15.8%)の倍以上であり、受診させなかった理由の20.7%が経済的な理由であった [19]。他の都道府県でも同様に困窮家庭において経済的な理由による受診控えがあることが確認されている [20] [21]。これらの調査結果は各県のケーススタディであり、これらの結果から日本全国の様子が網羅的に把握できるものではないものの、経済的に困窮している家庭の子供の方が本来受けるべき治療を受ける機会を逸している現状があると思われる。

次に、図2中の(2)に示す因果プロセスを実証的に検証した論文を参照し、定量的な観点からの検討を加える。Kato (2017) [10]では、全国のDPC (Diagnosis Procedure Combination) データ¹を用いて乳幼児医療費助成制度の拡大のタイミングが自治体間で異なることを利用したDifference in difference (以下、DID) のデザインで、より深刻な健康状態の悪化と関係する入院が当該助成制度の導入によって減少するかを検討しており、その効果の違いを地域ごとの所得水準別に分析している。受診しなかったにも関わらず受診できなかった、という現象は直接的に観察することが難しいため、この研究では、レセプトデータなどの実際の通院・入院の記録の分析を通じて間接的に受診抑制の解消を示唆する結果が得られたかを論じている。その結果、乳幼児医療費助成制度の拡大は、低所得地域では深刻な健康状態の悪化と関係するタイプの入院（緊急入院、外来ケア可能病態での入院）を減少させていた一方、高所得地域では健康状態の悪化と関係があまり無い（予防的な措置に位置付けられる）入院（予定入院・検査入院）が増加していた。具体的には、乳幼児医療費助成制度の対象年齢が12歳から15歳に拡大されることによって、低所得地域において、緊急入院は6.2%、外来ケア可能病態での入院は12.7%減少すると推定され、本研究で低所得地域に分類された自治体全体で2012-2013年度間での緊急入院の総数が31,408件、外来ケア可能病態での入院の総数が11,107件であることを考慮すると、単純計算で当該地域の緊急入院を年間約1,900件、外来ケア可能病態での入院は年間約1,400件減少させる効果があるということになる。一方、高所得地域においては、緊急性のない入院数が3.1%、年間約4,500件増加する推定となる。低所得地域と高所得地域の人口比率が約1:6であることを考慮すると²、低所得地域で期待される緊急入院や外来ケア可能病態での人口あたりの入院件数の減少は、高所得地域での人口あたりの緊急性のない入院数の増分よりも大きいといえる。

Kato (2017)の結果をみる際に留意すべき点は大きく2点である。まず、DPCデータが取得できる病院は日本国内の全ての病院のうち比較的規模の大きな病院を対象としているため、この研究で深刻な健康状態の関連するものとして主眼におく急性期医療（緊急入院など）のデータを用いているため、医療費負担の軽減に伴うDPCデータ取得の対象病院と対象外病院で患者の流入出（患者がより規模の大きな病院まで足を延ばすことのハードルが低くなるなど）が生じている可能性も考慮する必要がある。次に、DIDのデザインを採用することに伴い、乳幼児医療費助成制度の導入タイミングの異なる自治体同士で乳幼児医療費助成制度の導入が無かった場合においても時間を通じた入院件数の変化に大きく違いが無いことを確認する必要がある。1点目については、そもそも小児科入院はそもそも比較的規模の大きな病院が中心であることからセレクションバイアスの程度は小さいと思われる [10]。2点目については、Kato (2017) で確認作業は行われていないものの、乳幼児医療費助成制度の政策評価研究の多くがDIDを採用しており、2点目の懸念をクリアしている³ことから、Kato (2017)の推定結果におけるバイアスの懸念も少ないと思われ、乳

¹ 厚生労働省大臣が指定する医療機関から厚生労働省に提出される患者の診療情報データ

² 本論文中で用いられたデータに含まれる1,390自治体のうち低所得・高所得地域それぞれにいくつの自治体が含まれるのかは明らかでないが、両者の人口比率は約1:6と記載されている。

³ Iizuka & Shigeoka (2020)では、用いているデータ（アウトカム）が異なるものの、乳幼児医療費助成制度の徐大拡大タイミングが異なる自治体間でアウトカムの時間的変化のトレンドが大きく異なることをイベントスタディで確認している。

幼児医療費助成制度によって低所得世帯の子供の健康状態を改善している、すなわち、図2中の(2)-1~2の因果プロセスの存在を支持する信頼性がある程度高いものであると思われる。

次に、阿部・梶原・川口(2021)の研究を参照する。阿部ほか(2021)では、都道府県が行った子供と子育て世帯の生活実態を把握する調査の保護者回答「医療機関で受診させた方が良かったが、実際には受診させなかった」経験をアウトカム変数として用いることで、直接的に受診控えの経験に対する乳幼児医療費助成制度の効果の検証を試みている。小学校5年生と中学2年生を対象として、東京、長野、広島それぞれの調査年度(単年度)における市区町村別の乳幼児医療費助成制度の負担割合の違いを利用してロジスティック回帰で受診抑制の回答の発生リスクの違いを分析している。その結果、親の就労形態や就労時間、健康状態、世帯タイプなどを制御したうえでも、医療費負担割合と受診抑制の確率は強く関連しており、困窮世帯におけるこの関連性はその他の世帯よりもこの関連性が強いことが明らかとなった[11]。具体的には、全てのサンプルにおける推定で自己負担3割や償還払い(定額負担)は無料の場合と比較して受診抑制が生じるオッズ比は約2倍であったのに対し、困窮層サンプルに絞った推定では、各々約8倍、約11倍と非常に高いオッズ比であった。

阿部ほか(2021)の研究結果は直接的な受診抑制行動の自己申告を捉えた分析ではあるものの、あくまで示されている関係性は相関関係であることに留意する必要がある。すなわち、乳幼児医療費助成制度の違いと受診抑制行動の両方に関係する所得水準や病院へのアクセシビリティなどの地域的な特性やデータで把握できない個人の属性が制御されておらず、この相関関係がどの程度因果プロセスを支持するものかは不確かである。その点を留意しつつも、阿部ほか(2021)で見られた困窮世帯における医療費負担割合と受診抑制行動の間での強い相関は、医療費負担の軽減が経済的な理由による受診抑制行動を低減させている可能性を支持するものである。

以上の二つの参考論文の結果より、図2中の(2)-1~2の因果プロセスは実際に生じていると考えられて良いと思われ、経済的に困窮する家庭にとって医療費負担の軽減によってより外来受診のハードルが低くなるという現象は生じている可能性が高い。

(3) 受診頻度の上昇に伴う子供の健康改善、行政の財政の悪化、および小児科医の不足

ここでは、図2中(3)-1から派生する3つのアウトカムB「子供の健康状態の改善・病気の予防」((3)-1→(3)-3)、C「国・都道府県・市区町村の財政の悪化」((3)-1→(3)-2→(3)-4)、D「小児科医の不足」((3)-1→(3)-5→(3)-6)につながる各々の因果プロセスが実際に生じているかについて批判的な検討を加える。

上記の3つのプロセスの検討に入る前に、共通の第一段階の因果プロセスである図2中の(3)-1、すなわち、医療費助成制度に伴って子供の受診頻度が上昇するのか、するとすればどの程度なのかを以下に示す関連する論文の結果を参照しながら定量的な観点から検討する。

Takaku(2017)では、北海道で2004年10月に通常の窓口負担率3割を1割とする医療費助成対象が3歳までから未就学年齢までに拡大され、かつ低所得世帯の負担を無償化するという制度改正において、低所得世帯(無償)を介入群、低所得世帯以外の世帯(1割負担)をコントロール群として個人(世帯)固定効果を入れたDIDの枠組みにより、1割の負担の有無による低所得世帯の受診行動の変化を分析している。その結果、3割から1割負担となるそれ以上の所得世帯と比較すると、

低所得世帯は負担率が3割から無償化されることで月一回以上外来受診する確率が11%高く、月あたりの受診日数が0.49日多いことが示された [22]。

Takaku (2017) の結果をみるときに留意すべき点としては、コントロール群である低所得世帯以外の世帯（1割負担）の実際の外来受診の行動変化が、無償化された低所得世帯がもし仮に1割負担であったときに想定される価格に応じた外来受診の需要変化と同様だといえるかである。(2)の議論でみたように、仮に低所得世帯に経済的な理由による受診抑制がある時、医療サービスの価格変化に対する外来需要の変化は低所得世帯の方が大きい可能性がある。このとき、Takaku (2017) の推定値は過大に推定されている可能性がある。

こうした医療サービス需要の価格弾力性に関する研究として、Iizuka & Shigeoka (2020)がある。その研究結果をみると、医療サービスの無償化は、ゼロより大きい連続的な価格変化による需要変化よりはるかに大きい需要変化をもたらす [23]ことが示されている。具体的には、無償の状態から極微小価格の増加は一か月間で外来受診する確率を4.8%（1割負担による需要変化の約半分の増分）も増加させた [23]。こうした価格帯の違いによる医療サービス需要の変化が一様ではない可能性も、Takaku (2017) の研究結果を解釈する際には留意すべき点といえる。

Iizuka & Shigeoka (2020)の研究では、複数の都道府県内の自治体間で乳幼児医療費助成制度の拡大のタイミングが異なることを利用したDIDの枠組みをベースとした分析を行っている。負担割合のレベルごとに推定した医療サービス需要の価格弾力性をもとに、価格がゼロ（無償）付近で需要曲線が断続的であるかを検証することで医療の無償化による医療需要の増加を定量的に示している。自治体間の乳幼児医療費助成制度の拡大のタイミングの違いを利用していることから、この研究結果をみる際の留意点は、Takaku (2017) と同様に自治体間で助成制度導入が仮に無かった時の医療サービス需要の時間的な変化が自治体間で大きく異ならないといえるかどうか、加えて、自治体ごとの乳幼児医療費助成制度の拡大と全く同じ自治体・時間の単位で医療サービス需要に変化を与える要因が無いか、という2点である。Iizuka & Shigeoka (2020)では、これらの懸念点について、検討を行っており、これらの懸念は推定結果に大きな影響を与えないことを確認している。

以上の関連する二つの論文の研究結果より、乳幼児医療費助成制度による医療費負担の軽減は、外来受診を増やし、特に無償化することによる需要増大の効果は少額の負担軽減による需要増大の効果と比べても大きいと考えられる。

本項では、図2中の(3)-1の因果プロセスの妥当性は高いことを確認した。以降a)~c)において、外来受診の需要の増加によって増えた外来受診によってアウトカムB~Cにつながる因果プロセスを検討する。

a) B「子供の健康状態の改善・病気の予防」 ((3)-1→(3)-3)

(2)で参照したKato(2017)によれば、乳幼児医療費助成制度に伴い、低所得地域においては、より深刻な健康状態の悪化と関連の高い緊急入院などが減少した一方、高所得地域では、そうした減少はみられず、逆に健康維持や予防的な入院が増加する [10]という結果がみられた。(結果の解釈の留意点は(2)の通りなのでここでは割愛する)

しかし、1995～2010年間の乳幼児医療費助成制度の拡充と同期間の国民生活基礎調査⁴を用いたTakaku (2016)によれば、乳幼児医療費助成制度による自覚症状の有無や主観的健康といった健康指標を改善する効果は限定的であるとされている [24]。Kato (2017)の結果も踏まえ、Takaku(2016)の結果を解釈する際に留意すべき点は以下の2点である。

まず、Takaku (2016)は、都道府県を単位として、国民生活基礎調査のサンプルが居住する都道府県ごとに調査年ごとの医療費助成の対象となる確率が従属変数として用いられており、自治体単位で実際の医療費助成の拡充を従属変数としているKato (2017)とはこの点が大きく異なる点である。このように、助成対象となる推定確率を用いていることで、実際の助成制度の適用有無のバリエーションが十分に推定に反映されていない可能性が考えられる。

また、Takaku (2016)では、入院は調査上分類されておらず、全体の平均的な効果がみられない、という点はKato(2017)と同様であるが、入院の種別、例えば、緊急入院といったより深刻な病状に関わる種類の入院についての効果は分からない。そのため、Takaku(2016)の研究からは、主観的健康ではない観察可能な病状に係るアウトカム（より健康状態と関連のある種類の入院、など）への効果は十分に検討しきれていないといえる。

以上より、図2中の(3)-1→(3)-3は乳幼児医療費助成の対象となる年齢層の子供全体に均質に生じているとは考えがたく、こうした健康改善の効果は(2)で検討したような経済的に困難を抱えている世帯の子供の医療アクセスを改善する、という経路を主として生じていると思われる。

b) C「国・都道府県・市区町村の財政の悪化」 ((3)-1→(3)-2→(3)-4)

乳幼児医療費助成制度による医療費需要の増減の有無に依らず、元々患者負担があったものを自治体が負担することによって、自治体の財政支出が増加することは構造的に明らかである。さらに、本項の冒頭で検討した(3)-1「乳幼児医療費助成制度の対象の子供の受診頻度の上昇」が実際に生じていることを考慮すると、前述の構造的な増加に加え、医療費助成制度に伴う波及的な財政支出の増分も生じているであろうことが考えられる。

では、そうした地方自治体の財政支出の増分はどの程度で、財政全体に対してどの程度の割合を占めるのだろうか。この点についていくつかのケーススタディを参照しながら定性的な観点から検討する。

まず、厚生労働省で行われた子供の医療費制度の在り方等に関する検討会のうち、地方自治体・有識者からのヒアリングが行われた第3回の資料から、地方自治体における乳幼児医療費助成制度に係る財政支出の資料を参照する。栃木県の資料によれば、平成27年度の一般会計当初予算において、県の予算総額（8,111億円）のうち、保健福祉部予算はその20%（1,618億円）を占めており、乳幼児医療費助成制度に係る予算は25.3億円（全体予算の0.3%、保健福祉部予算の1.6%程度）である [25]。乳幼児医療費助成制度における県の助成総額の実績の経時的な変化をみると、助成対象の拡大に伴い助成総額は増加しており、小学3年生から小学6年生までの引き上げを除いて、これまで対象年齢を引き上げた年度ごとに数億円単位で増加してきたことが

⁴ 厚生労働省が実施する調査。保険、医療、福祉、年金、所得等の国民生活の基礎的事項を調査し、厚生労働行政の企画及び運営に必要な基礎資料を得るとともに、各種調査の調査客体を抽出するための親標本を設定することを目的としている [35].

わかる（図6参照）。ただし、平成18～26年の間は約20億円前後の横ばいで推移している（図6参照）。一人あたりの助成回数や助成額の推移を見ると、助成対象の拡大に伴い、一人あたりの助成回数と助成額は緩やかに増加してきたものの、近年は助成拡大前の水準近くまで引き下げられつつあることがわかる（図7参照）。

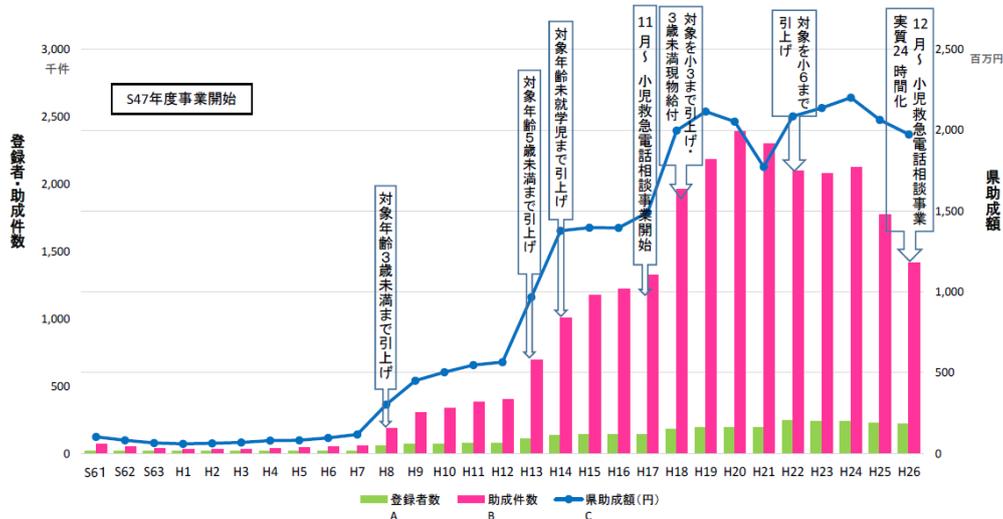


図6. 栃木県の子ども医療費の助成状況
出所) 第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料1-1より抜粋
(栃木県保健福祉部子ども政策課調べ)

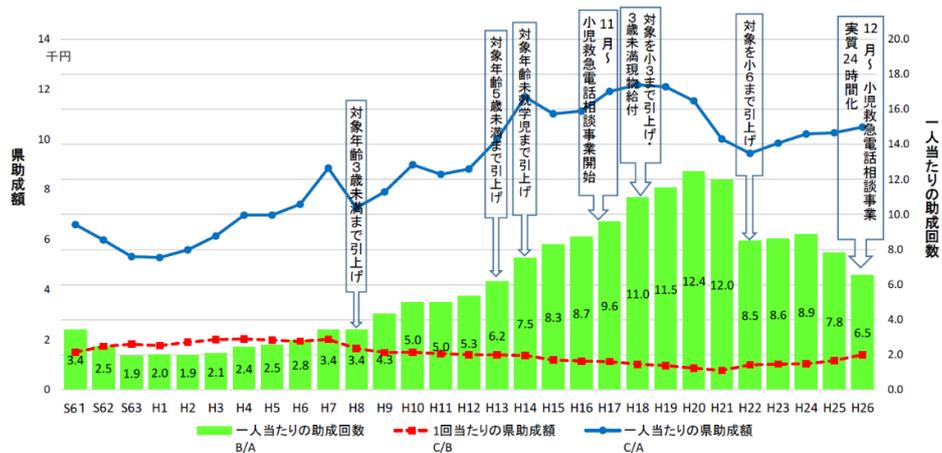


図7. 栃木県の一人あたりの子ども医療費の助成状況
出所) 第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料1-1より抜粋
(栃木県保健福祉部子ども政策課調べ)

次に、同検討会の三鷹市のケースをみると、2013～2018年の間で受診件数と対象児童数は増え続け、助成総額（東京都の補助分も含む）は3.5億円程度から助成対象の拡大に伴い近年は数億円ずつ増加し5.5億円程度になっている（図8上参照）。一人あたりで見ると、緩やかながら受診件数と助成額は増加傾向にあるように見える（図8下参照）。

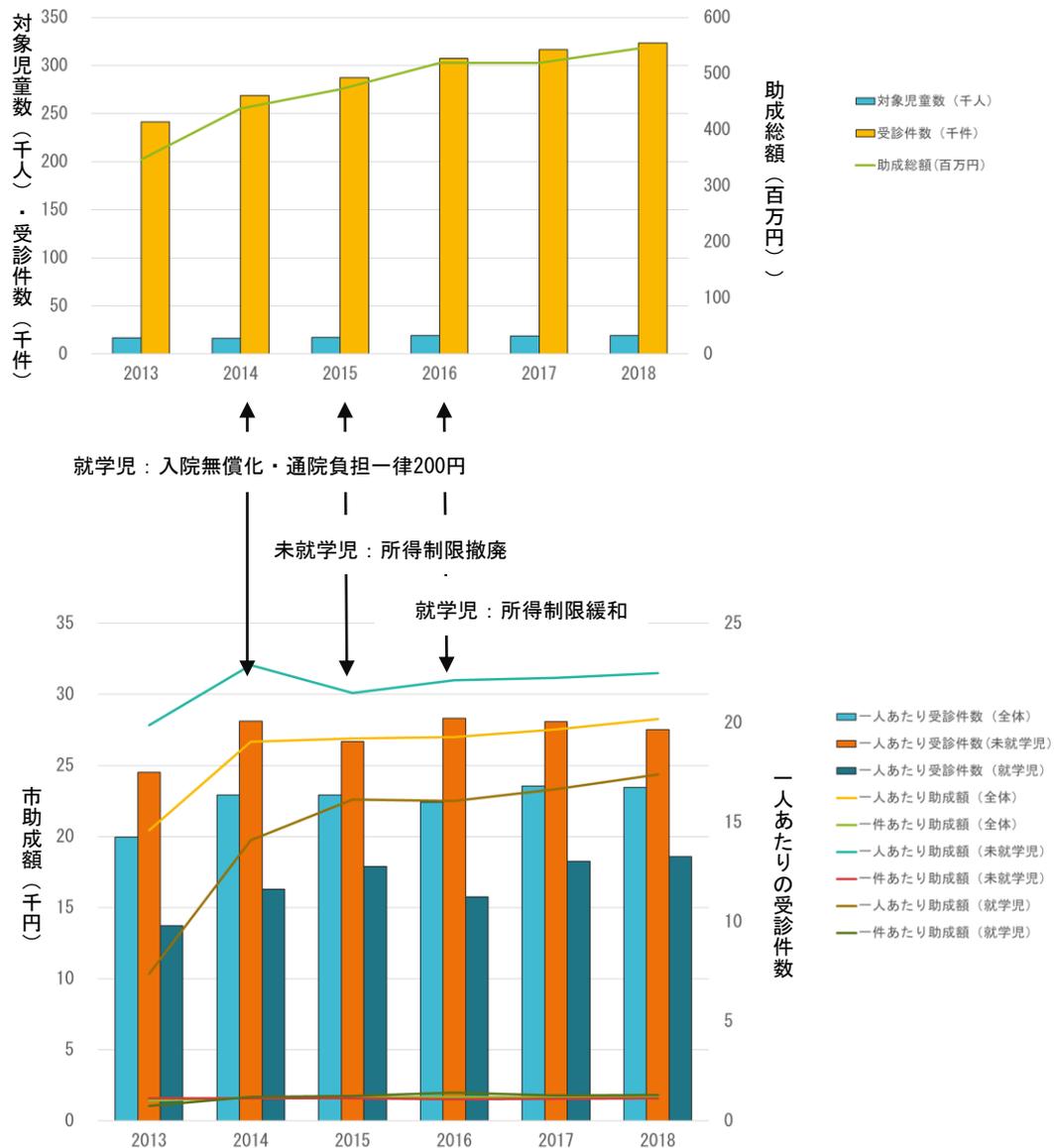


図8. 東京都三鷹市のこども医療費の助成状況
(上：三鷹市の全体の助成状況)

(下：三鷹市の一人あたりの助成状況)

出所) 第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料2 [26] P. 10
「三鷹市子ども医療費助成 件数・助成額の推移」よりレポート執筆者が作成

栃木県の乳幼児医療費補助に係る財政支出のデータをみる限り、県の財政支出全体における乳幼児医療費助成費に係る支出は大きいとは言えないものの、全国の市区町村の児童福祉費地方単独事業を項目別でみると乳幼児医療費助成費の事業費が保育所事業に次ぐという調査結果[27]もある。そのため、図2中(3)-2→(3)-4の因果プロセスの他の財政圧迫要因と比較した相対的な大きさは自明でも無いものの、児童福祉という分野に特定した中での影響は一定程度あると言えよう。

以上のケーススタディから、乳幼児医療費助成制度による地方自治体の財政支出が全体の財政支出のうちどの程度なのか、および、乳幼児医療費助成制度が拡大してきた昨今の経時的な助成額実績の推移を確認した。しかし、小児の医療費の経時的推移は、経時的な小児人口の推移

(流入出)などの他の要因に影響されうるため、図2中の(3)-1→(3)-2に示す乳幼児医療費助成制度によって引き起こされた財政支出の増分を捉えているとは言い難い。

加えて、図2中の(3)-1の「乳幼児医療費助成制度の対象の子供の受診頻度の上昇」も含めた医療費の波及的な増加分が本来医学的に必要な受診や処置だけとは限らない。すなわち、「過剰(コンビニ)受診」や「無駄な医療費」の増大も懸念されるという論点も重要である。後述の4.政策の合理性の検討(規範的視点から)で詳しく検討するが、こうした超過需要を招く構造として、医療機関と患者との間の情報の非対称性によるモラルハザードの問題が生じていると考えられ、一般的にこうしたモラルハザードは社会的な厚生を損失を生むと想定されるからである。「過剰」や「無駄」の定義を明確に定義することは困難であるが、その医療サービスを消費せずとも心身の健康を保つことができるもの、という概念は直観的に当てはまると思われる。

そこで、こうしたケーススタディでは検討できなかった因果プロセスの実証的な分析、および、超過需要の有無、という観点からの分析を行った論文を参照する。Miyawaki & Kobayashi (2019)は、2013～2017年の医療保険の診療報酬明細のデータを用いて、他の論文と同様に自治体間の乳幼児医療費助成制度の拡大のタイミングの違いを利用したDIDのフレームワークでその医療費用や医療サービス利用量への影響を分析した。その結果、乳幼児医療費助成制度に伴う処方薬の無償化によって処方薬に係る費用は増加しており、この増加はもともと健康状態が良い子供達の間でのみ観察(2割の増加)され、元々の健康状態があまり良くない子供の間ではそうした処方薬の支出の増加は見られなかった [28]。この分析結果は、処方薬が無償化することで、必ずしも健康改善や維持の観点から必要性の高くない処方が増えている可能性を示唆していると考えられる。

Miyawaki & Kobayashi (2019)は、これまで参照した論文の多くと同様にDIDのフレームワークを基本とした分析をしているため、基本的な留意点はKato (2017)などで挙げた点と同様であるため詳細は割愛するものの、医療費の経時的な変化のプレトレンドの同一性や自治体間での乳幼児医療費助成制度の拡大タイミングによる異質性の影響を考慮した追加的な検討も行っていることから、分析結果の妥当性は高いと思われる。

また、医療費増加への影響を考える時、(2)と(3)aで参照したKato (2017)の研究で得られた結果のうち、高所得地域においてのみ、予防的な種類の入院(検査入院など)が増加した [10] ことにも留意すべきである。こうした予防的な処置の増加が「過剰」か「無駄」という議論は、その予防的な処置の長期的な健康アウトカムへの影響が分からない限り自明ではない。しかし、医療費のうち、こういった種類の費用が増加しているのかを把握しておくことは、その増加を許容すべきか否かといった議論(4.政策の合理性の検討(規範的視点から)を参照)重要である。

以上のケーススタディと関連する論文を検討した結果、乳幼児医療費助成制度の拡大に伴い、自治体の助成負担額は増加してきており、全体支出に占める割合はそれほどではないものの、児童福祉関連費のうちの比較的大きな割合を占めていた。また、医療費負担の低下によって生じる外来受診の頻度の上昇、予防的な検査入院や、処方薬の変化に伴い、外来受診、検査入院、処方薬に係る費用が増加していることが確認され、特にこうした医療サービスの消費量の増加はもともと比較的健康状態が良い子供や所得の高い地域で観察されることが確認された。

c) D「小児科医の不足」((3)-1→(3)-5→(3)-6)

本項の冒頭で検討した図2中の(3)-1の「乳幼児医療費助成制度の対象の子供の受診頻度の上昇」が実際に生じていることを考慮すると、外来患者の増加に伴い小児科医の負担の増加は不可避的に生じると考えられ、図2中の(3)-5の因果プロセスが生じている可能性はあると思われる。しかし、これまで参照してきた図2中の(3)-1の因果プロセスに係る実証論文などを含め、乳幼児医療費助成制度に伴う小児科医の労働時間といった労働負担への影響を検証した調査や論文を見つけることはできなかった。そこで、本項では、小児科医の数の推移や労働時間の統計情報を確認することを通じて、小児科診療の実態を把握し、乳幼児医療費助成制度に伴う小児科医への負担、ひいては小児科医の確保（数）への影響について考察する。

小児科診療の特徴として、時間外、休日、深夜の受診が多いことが挙げられる [29]。そのため、時間外診療への対応のために睡眠時間を十分に取れないなどの労働負担が大きいことが問題視されてきた [29]。そこで、これまでは地域医療の一環として保健師や医師を通じた保護者への適切な医療機関への受診の仕方に関する啓発活動や、外来受診する前の相談窓口として小児救急電話相談事業（#8000）が全国的に行われてきた [6]。こうした取り組みによって医師の負担の軽減に役立っているという見解 [6] [30]がある。しかし、相談件数は年々増加している [30]ものの、時間外診療の件数の推移については明らかではない⁵。

次に、小児科医数の推移をみると、総数は継続的に増加傾向にあるが、29歳以下の層の医師数は低下傾向にある（図9参照）。こうした若い世代の小児科医師の減少傾向が今後も続く場合、将来的に小児科医師数が減少傾向に転じる可能性もある。しかし、この若年層の医師数の低下と乳幼児医療費助成制度の拡大に伴う小児科医の労働環境の変化の関連性は明らかではない。

以上より、乳幼児医療費助成制度に伴う医療サービス需要の増加によって小児科医の外来負担は増えていると思われるものの、小児科医の過重労働の主要因と思われる時間外、休日、深夜の受診がどの程度増えているのか、他の時間外受診抑止の施策（#8000など）によってどの程度それが抑止できているのか、についても明らかではない。さらに、若手の小児科医の数が減少傾向にあることが確認できたものの、当該医療費助成制度との関連性も確認できなかった。

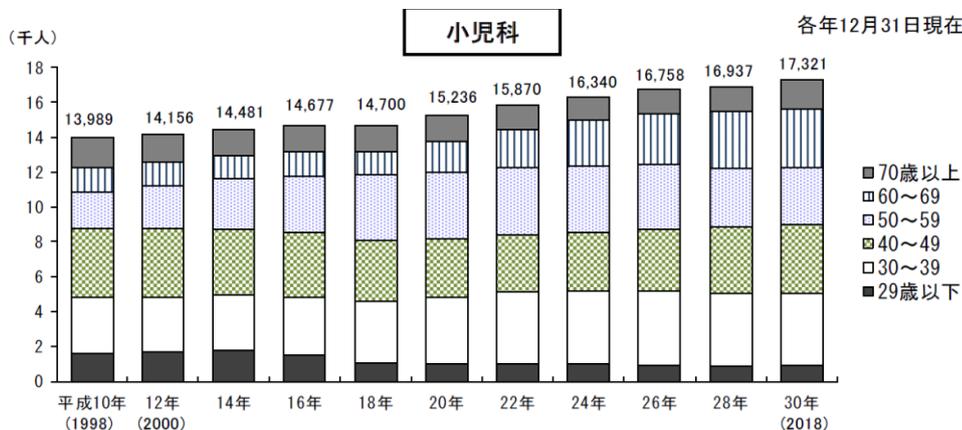


図9. 小児科医師数の年次推移
出所) 平成30 (2018) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況 図4
主たる診療科別医師数の年次推移より抜粋

⁵ 平成18～26年の間では時間外、休日、深夜の診療件数はほぼ横ばいで推移している [40]ものの、直近のデータについては明らかではない。

(4) 医療費助成拡大に伴う子育て世代の流入出と自治体間の助成拡大競争

ここでは、図2中(4)-1～2の因果プロセスが実際に生じているのかを、関連する実証論文を参照し定量的な観点から検討する。

まず、図2中の(4)-1「医療費助成対象の広い市区町村への子育て世帯の流入」は実際に生じているのだろうか。乳幼児医療費助成制度単独の効果をみたものではないものの、富田(2021)では、乳幼児医療費助成制度の財源となる地方自治体の児童福祉費の単独事業費の水準が子どもの人口移動に与える影響を分析している。その結果、東京圏においては、独自の子育て政策(に伴う児童福祉費の単独事業費水準の上昇)が子どもの流入を誘発していることが示唆された[27]。ただし、この推定においては子育て政策とは異なる親世代の移動の影響を取り除く、という理由で子育て世代の中心といえる30～49歳の人口移動率を制御している点に留意する必要がある。子どもが単独で居住地を移動することは一般的に現実的でないことから、この子育て世代の人口移動率を制御することで、実際の子育て世帯の人口移動に対する影響を過小に推定している可能性があるためである。この点に留意するとしても、この研究結果からは、乳幼児医療費助成制度を含めた自治体の各種子育て支援関連の単独事業が子育て世代の人口の流入出に影響を及ぼしており、図2中の(4)-1の因果プロセスは実際に生じており、特に東京圏内ではその影響は大きいと思われる。

次に、図2中の(4)-2の「市区町村間の医療費助成の拡大競争」は生じているのだろうか。足立・斎藤(2016)の研究では、市区町村の通院と入院の助成対象年齢の引き上げの決定において、類似する周辺の市区町村の政策(助成対象の年齢の引き上げ)によるスピルオーバー効果(水平的な外部性)がある[3]ことが示唆されている。また、先に参照した富田(2021)では、児童福祉費の単独事業費の水準について、足立・斎藤(2016)と同様の推定手法で市区町村間の競争が生じているかを分析しており、特に県内の近隣市町村の事業費水準に大きな影響を受けている[27]ことを示唆する結果が得られている。

ただし、足立・斎藤(2016)と富田(2021)の研究では、各自治体の乳幼児医療政策の水準と同様の重みづけをした地域特性変数を、各自治体の乳幼児医療費政策水準の操作変数として用いているが、この操作変数が周辺自治体の乳幼児医療費助成制度の水準以外を通じて、着目する自治体の助成政策水準に影響を与えない、という分析上必須となる条件の妥当性には疑問が残る。そのため、これらの研究結果からは、類似する近接自治体同士は同程度の乳幼児医療費助成の対象水準を選びやすい、ということを示しているという理解にとどめておくべきと思われる。

以上の検討より、乳幼児医療費助成制度に伴う子育て世帯の流入出は特に東京圏で顕著に生じていると思われるが、全国的に乳幼児医療費助成制度の対象拡大の傾向があるなかで、実際に市区町村間で近隣自治体の助成水準の外部効果(近隣自治体の助成制度の水準が原因となって、ある自治体の助成制度の水準が変わる効果)は明確に存在するとは言い切れないと考えられた。

(1)~(4)を通じて、図2に示す乳幼児医療費助成制度によって生じるアウトカムとアウトプットとの間での因果プロセスが実際に生じているのかを、定性的、定量的な視点から検討した。以下に検討結果の要点をまとめる。

- 乳幼児医療費助成制度を通じて出生率を向上させる効果は生じていたとしても限定的なものであると思われる。
- 乳幼児医療費助成制度は、経済的に困窮する世帯の受診控えを解消（3割負担や定額償還と比較して無償の場合は受診抑制のオッズ比が1/8、1/11倍 [11]）し、さらに、それを通じてそうした困窮世帯の子供の健康アウトカムの改善に貢献している（緊急入院6.2%減、外来ケア可能病態での入院は12.7%減 [10]）と考えられる。
- 医療費負担の軽減によって全体の平均的な外来受診の頻度が上がり（3割負担に比べて無償化されると月1回以上外来受診する確率は11%上昇、月あたりの受診日数は0.49日増加）、特に無償化による医療サービスの需要の増加は、少額の負担の軽減による需要の増加と比較してかなり大きい（1割負担による外来需要の変化の約半分にあたる4.8%外来受診する確率が増加）と考えられる [23]。
- 医療費負担の軽減に伴う医療機関への受診回数の増加は、所得が比較的高い世帯やもともと健康状態が良い子供については、負担軽減後の健康状態の改善に明確な効果は見られない。
- 乳幼児医療費助成制度の事業費は近年の助成対象の拡大、および、負担軽減に伴う医療需要の増加によって増加している。その増加分のうち、健康状態が悪いことに対する対処以外の医療費（無償化による比較的健康状態が良い子供に対する外来時の処方薬費用の2割程度の増加 [28]や、対象年齢引き上げに伴う高所得世帯の子供の予防的な検査入院の3.1%増加 [10]など）の増加が当該医療費助成制度によって引き起こされている可能性がある。
- 乳幼児医療費助成制度に伴う小児科医の労働負担の増加の程度は不明であるものの、外来受診頻度の増加による労働負担の増分は生じていると考えられる。ただし、昨今の若手の小児科医の不足との関連性は不明であった。

以上の検討結果を踏まえながら、次項では、図2中のアウトカムと乳幼児医療費助成制度の政策的な妥当性や助成制度の在り方について議論する。

4. 政策の合理性の検討（規範的視点から）

前項における検討結果から、乳幼児医療費助成制度を地方単独事業として助成対象を拡大してきた地方自治体の多くが少子化対策の文脈に位置付けているものの、実際には少子化対策として出生率向上に資する効果は限定的であろうと思われた。とはいえ、こうした地方自治体の主張の多くは、2018年に一部廃止された国保の減免措置の廃止を求める当時の議論のなかで見られたものであり、国の掲げる少子化対策との整合性に裏打ちされた主張をするという地方自治体の戦略的な意図が強いものに思われる。国保の減免措置の廃止に係る文脈の中では地方自治体の主張の前面には出ていないものの、地方自治体は、乳幼児医療費助成制度をある種のナショナルミニマムとして医療サービスへのアクセスを保障する制度としての機能として捉えている [26]。このことから、乳幼児医療費助成制度を通じて経済的理由による受診抑制を減らすことで子供の健康維持・改善を目的とする点については、地方自治体の間でも暗黙の了解があると考えて良いと思われる。

上記を前提として、乳幼児医療費助成制度の中心的な政策目標として図2中のアウトカムB「子供の健康状態の改善・病気の予防」を据えたうえで、前項の検討結果を踏まえて以下の論点について規範的な視点から議論する。

(1) 政策目標に向けた政策的な介入の必要性の検討

- ・制度の費用負担の非対称的な構造がどう正当化されうるか
- ・制度費用と波及的医療費増分がどう正当化されるか

(2) 制度の対象範囲の検討

- ・制度を社会保障制度的な機能を優先したとき、年齢や所得制限をどう定めるべきか

(3) 医療費の抑制の必要性の検討

- ・制度の費用負担の非対称な構造を考慮しながら波及的な医療需要の増分を公費負担とすることは正当化されうるか
- ・波及的な医療費増分を軽減する制度設計

(4) 国と自治体の負担のあり方の検討

- ・制度を社会保障制度的な機能と捉えたとき、制度の主体が国か自治体どちらであるべきか

(1) 政策目標にむけた政策的な介入の必要性の検討

前項3.の検討結果より、乳幼児医療費助成制度によって所得水準の低い世帯の子供の受診控えの解消を通じて、そうした子供達の健康状態が改善されていることが示唆されている。さらに、そうした健康状態の改善は主に経済的に恵まれない世帯の子供がより医療サービスにアクセスしやすくなることを通じて生じている一方、経済的に恵まれない世帯以外の子供の健康状態の改善への効果は不明瞭であった。

このことを踏まえると、子供、特に経済的に恵まれない世帯の子供の健康改善に資する制度である乳幼児医療費助成制度が、当該助成制度から直接的に恩恵を受ける子供を持つ人だけではなく、直接的な恩恵を受けない人（子供を持たない選択をした人、子育てをしていない世代の人）

の費用負担で成り立っていることになる。当該制度を政策として行うことで、こうした当該制度の裨益の有無に関わらず住民に費用負担を求める構造はどう正当化されるのか、なぜ必要だといえるのかを議論する。

まず、乳幼児医療費助成制度の必要性の論拠として挙げられるのは、「子供を持つ」ということが市場経済を通さない形で社会に裨益する外部性を持つ故に自由経済のいは過小供給となりうる、という観点である。子供は、将来の労働力として社会全体に労働生産を通じて貢献することに加えて、子育て世帯が子育てに要する各種財（子供用品等）やサービス（習い事や学習塾など）の消費を拡大することを通じた経済活動の活性化や、地域の活性化といった形でも地域社会に貢献する。こうした社会全体に及ぼす便益があるにも関わらず、子育て費用は子供を持つ選択をした一部の個人が負担することになる。その結果、個人の得る便益よりも費用が割高となり、社会全体の望ましい水準と比較して過小供給（少子化）に陥る。こうした外部効果を個人に内部化する試みとして、児童手当などの現金給付政策などの少子化対策は位置付けられ、乳幼児医療費助成制度も同様の論理でその制度の必要性が認められると考えられる。

しかし、制度の必要性が認められるとしても、次に論点となるのは、どの程度の財政支出までが、本当に行政の助成として妥当であるか、という点である。まず考えられる視点としては、当該助成制度に伴って増加する財政支出が政策によって得られる効果、すなわち子供（特に経済的に恵まれない世帯の子供）の健康改善効果に見合うのか、という費用対効果的な観点である。まず、考えられる方法としては、費用と便益を比較可能な形で金銭換算することでそれらを比較することが考えられる。しかし、前項3.で参照した乳幼児医療費助成制度の子供の健康改善効果を実証的に検証した論文も含め、こうした子供の健康改善効果を金銭換算した試みは見当たらないため、本レポートでこの観点から具体的な結論を出すことは難しい。

ただし、前項3.の検討も踏まえて留意すべきは、当該制度に必要な財政支出には、医療サービス需要の増分も含まれるという点である。さらに、こうした医療サービスの需要増分のうち、必ずしもその医療財・サービスの消費が無くとも健康状態が悪化しない、もしくは悪化した健康状態への対処のための消費ではない（予防的な）処置の増加が顕著に認められ、そうした増加は所得の比較的多い世帯層、健康状態がもともと良い子供の間で認められる点にも留意する必要がある。なぜなら、こうした医療費助成に伴う波及的な財政支出の増分による子供の健康の改善や維持、病気の予防という政策目標に対する効果は無い可能性が高い、もしくは、予防的な処置の長期的な健康効果があったとしても明らかになっていないためである。そのため、費用対効果という観点からこの医療費負担の波及的な財政支出の増分とその増分に伴う政策効果を考えたとき、その費用対効果は低いと思われる。

しかし、費用対効果の観点からみても様々な捉え方がある。上述の当該助成制度に伴う波及増分だけを切り取れば費用対効果は低くとも、波及増分を含めた当該制度に要する費用とそれに伴う一部の経済的に恵まれない世帯の子供の健康改善効果が総じてバランスが取れていればよし、とするという意見もあろう。直接的な費用対効果の検討は難しいものの、具体的には、前項3.で参照した論文でみられたように、乳幼児医療費助成制度に伴って、全体として月1回の外来受診頻度が1割程度増加し、高所得地域における予防的な入院件数が3.1%増え、健康状態が比較的良好な子供の処方薬費用が2割程度増えたとしても、困窮世帯の子供の受診抑制のリスクが1/8

～1/11に抑えられ、低所得地域において緊急性の高い入院や外来ケア可能病態での入院が6.2%、12.7%増えるならば政策としてやるべきだ、という意見もあると思われる。経済的に恵まれない世帯の子供の医療アクセスを向上させ、彼らの健康を改善するために、こうした波及的な医療負担の増加を許容するべきか、は費用対効果という観点からの検討には限界があると思われる。

では、乳幼児医療費助成制度が政策として果たすべき機能は何か、という観点から改めて、当該制度の政策的介入の必要性があるのかと検討したい。当該制度は、政策目標とする「子供の健康状態の改善・病気の予防」を達成するため、経済状況に関わらず全ての子供に対して医療を受ける権利を保障しようとするものであり、最低限の医療アクセスを保障するナショナルミニマムとしての機能を果たすものと考えられる。一定年齢までの子供は経済的に自立することは不可能であり、保護者の経済能力に依存せざるを得ないという立場、および子供が社会において外部性を持つある種の「財」であることから、国がこうした社会保障機能を提供することは正当化されうると考える。さらに、乳幼児医療費助成制度の子供の健康改善効果が、受診控えなどの経済的な理由による医療サービスアクセスへの障壁による本来あるべき医療サービス消費を保障することを主たる因果プロセスを通じて得られていると思われる（前項3.参照）ことから、こうした社会保障制度としての機能を重視する観点は実際の政策効果を考慮しても妥当なものと考えられる。こうした観点からは、乳幼児医療費助成制度が経済的に恵まれない世帯の子供の受診抑制のリスクを大幅に軽減し、彼らの健康状態を改善する効果がある限り制度の存在意義があるという考え方もあろう。さらに、こうした社会保障制度としての機能を重視した観点に立つと、乳幼児医療費助成制度の対象をどう定めるべきか、という論点についていくつか考え方の指針が得られる。次項(2)では、乳幼児医療費助成制度の対象範囲について検討を加える。

ここまでの議論をまとめると、乳幼児医療費助成制度は子供が外部効果を持つという性質から、そうした外部効果を内部化する仕組みとして乳幼児医療費助成制度の必要性は認められる。ただし、費用対効果、という観点から一概に結論を出すことは困難であるものの、助成制度に伴う波及的な医療サービス需要の増分に限りみるとその費用対効果は高いとは言えない。一方で、当該制度を置かれた家庭の経済状況に関わらず子供の医療アクセスを保障する制度とするとき、その機能が担保されている限り費用対効果に依らず制度は正当化されうると考えられる。

(2) 制度の対象範囲の検討

乳幼児医療費助成制度を子供の医療アクセスを保障する社会保障制度として捉えるとき、乳幼児医療費助成制度の対象範囲はどう定めるべきだろうか。前々項2.でみた通り、乳幼児医療費助成制度の対象は子供の年齢と世帯の所得制限によって定められている。ナショナルミニマムとしての医療アクセスを保障するため、というのであれば、経済的に余裕のある世帯に対する子供の医療費の助成は必要ないという意見もあるかもしれない。こうした高所得者世帯を子育ての経済的支援策の対象外とする考え方が適用された最近の事例として、2022年10月以降は世帯主の年収が1200万円以上の世帯には児童手当の支給を廃止する法改正が参院本会議で可決した [31]事例を参照したい。この高所得者世帯で廃止された児童手当に係る財源は保育所の受け皿の整備にあてることとされている [31]。こうした措置は、子育て世帯のうち、所得が高い世帯に対して、社会全体の全ての子供を育てていく費用の負担をより多めに負担をしてもらう、という形、すなわ

ち、ある種の所得移転政策であると捉えることができる。乳幼児医療費助成制度で同様に世帯の所得制限を課す論理には、児童手当の例と同様に所得移転的な考え方を背景にするものになるだろう。子供が社会に外部効果をもたらすということからも、こうした所得移転によって高所得者世帯に社会の子育て費用を多く負担してもらおう考え方は妥当な政策といえると考えられる。

しかし、こうした所得制限の課し方については公平性の観点から、議論の余地がある。具体的には、こうした所得制限は世帯主、もしくは、両親のうち所得の高い方の親の年収を基準としており、世帯で合算されていないケースが多い⁶ [31]という点である。例えば、各親の年収が900万円、世帯年収としては1800万円の世帯と片親のみが働いており1300万円の年収の世帯では、世帯年収としては前者の世帯よりも低い後者の世帯のみが所得制限の対象となり、公平性の観点からは疑問が残る状態である。経済状況の良い人たちに社会全体の子育て費用の負担を増やしてもらおう、という趣旨からすれば、生活費を同一とする世帯合算の年収を基準としない理由は見当たらないように思われる。

次に、乳幼児医療費助成制度が対象とすべき子供の年齢層はどうあるべきかを検討する。子供は自身の生活費を両親などの保護者に依存せざるを得ないという性質から、その保護者の経済状況によってナショナルミニマムとしての医療アクセスが保障されない状況無くすために行政が乳幼児医療費助成制度という社会保障制度を通じて介入する必要性が生じているといえる。そのため、乳幼児医療費助成制度が対象とするべきは、そうした保護者に経済的に扶養される状況にある全ての子供、といえるのではないか。一般的に自立した経済活動を営めるようになるのは早くて中学卒業後、多くは高校卒業後であると予想される。前々項2.でみた通り、現在ほぼすべての市区町村では中学生まで（15歳年度末まで）を助成対象に含めており、高校生まで（18歳年度末まで）を対象とする市区町村も半数程度までに上っている現状は、こうした考え方と整合的であるように思われる。

以上の議論をまとめると、子供は自身で独立した経済活動を通じた生計維持ができずに保護者に依存して生活せざるを得ないという性質を考慮したうえで、乳幼児医療費助成制度をそうした子供の医療アクセスを保障する制度とすると、世帯全体の所得制限を課すことで所得移転の機能を持たせつつ、自立した経済活動を開始する前の年齢の子供を対象とする制度であるべきだと考えられる。

(3) 医療費の抑制の必要性の検討

前項3.では、乳幼児医療費助成制度に伴った構造的な（もともと保護者の負担分が行政負担に移る）財政支出の増分に加えて、負担額の減少に伴う医療サービス需要の波及的増分も併せた形で行政の医療費負担が増加することを確認した。こうして行政の医療費の増大を懸念する意見は多くみられるが、なぜ医療費を抑制するべきなのだろうか。我が国の医療費の負担構造をみると、社会保険方式に伴う被保険者の支払う保険料(H30: 49.4%)に加え、国庫と地方が拠出する公費(H30: 38.1%)、および患者負担(H30: 11.8%)で成り立っている [32]。乳幼児医療費助成制度

⁶ 厚生労働省の「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」では、所得制限の詳細は記載が無かったものの、レポート執筆者が乳幼児医療費助成制度に所得制限を課している自治体のウェブページを複数確認したところ、世帯のうち最も所得の高い親の所得を基準としている自治体が多かった。

は、この患者負担を減らし、公費による負担を増やすものである。

そもそも、医療という健康に生きる権利を保障するサービスの利用に係る費用をより多く行政が負担することで国民の幸福度は上がりそうなものだが、現実問題として限られた財源を様々な行政サービスや政策実施に振り分けていかなければならない。また、結局は財源確保のために国民の負担も結果的に増えることを考慮すると、どこまでの公費負担の増分を許容すべきか、という判断が求められる。ここでは、行政側からみた負担増分の許容上限という形ではなく、負担を担う国民の視点から、こういった類の負担の増分であれば納得できるか、という観点から検討する。

そこで、前項3.で確認した図2中(3)-1~2の因果プロセスを通じた医療費の波及的な増加分のうち、こういった医療費増分が含まれているのかを振り返る。前項3.では、こうした乳幼児医療費助成制度に伴う波及的な増加分には、必ずしも健康改善や維持の観点から必要性の高いとはいえない処方薬の増加や、健康状態の良い子供達の間での予防的な入院などが増えていることを確認した。さらに、(1)で言及した通り、乳幼児医療費助成制度は、直接恩恵を受ける子育て世帯が医療費負担の軽減を受ける一方、その財政支出の増分は直接的な恩恵を受けない人も含めた全ての人が負担する、という裨益者と負担を担う人が非対称となる構造を持っている。

こうした点を考慮すると、負担者からすれば、本来社会保障制度として機能する政策効果（経済的に恵まれない世帯の子供達の受診抑制の解消を通じた健康改善）があったとしても、上述のような「過剰」とも考えられる医療サービス需要の負担を強いられることは受け入れがたいと考える人がいるかもしれない。乳幼児医療費助成制度を社会保障制度の一環として捉え、経済状況に依らない子供の医療アクセスの保障を第一義の機能として考えるのであれば、こうした波及的な医療サービス需要の増分はその政策機能と合致するものとは言い難く、それに伴う公費負担を国民に課す正当性も低いと思われる。

では、こうした波及的な医療サービス需要の増分を回避するような制度設計は可能だろうか。前項3.でみた通り、こうした波及的な医療サービス需要はより所得の高い世帯層で生じていることから、(1)で助成対象の議論でも言及したように助成対象に世帯単位で所得制限を設けることが考えられる。さらに、前項3.で参照したIizuka & Shigeoka (2020)の研究結果で見られたように、無償化による医療サービス需要増大の効果は少額の負担軽減による需要増大に比べて大きいことを考慮すると、一律に無償化するのではなく、一部の自治体が行っているような数百円程度の少額の定額負担を課す制度を基本とすることも、波及的な医療サービス需要の抑制に効果があるものと思われる。前々項2.でみた通り、市区町村単位でみると自己負担を全く課さない自治体は全体の6割以上を占めていることから、こうした少額負担の導入による現状からの波及的な医療需要の増分の抑止効果は一定程度期待されるものと考えられる。

以上の議論をまとめると、乳幼児医療費助成制度の裨益者と負担者が非対称となる構造と、その第一義の機能を経済状況に依らない子供の医療アクセスの保障としたとき、必ずしも健康改善や維持の観点から必要性の高いと言えない医療サービス需要の増分を公費負担とする正当性は低く、そうした波及増分を抑止する制度設計が必要となると考えられる。具体例として、助成対象の世帯単位の所得制限や無償化ではなく少額の定額負担制度を採用することが考えられる。

(4) 国と自治体の負担のあり方の検討

最後に、乳幼児医療費助成制度の費用負担の在り方について検討する。初項1.でみた通り、乳幼児医療費助成制度は地方単独事業として行われており、2018年に一部廃止されたものの、乳幼児医療費助成制度に伴う医療費の波及増分については、限られた公費の公平な配分という観点から、実施の判断を行った地方自治体が負担すべきという考え方に基づいて、国庫負担の減免措置が講じられてきた。前々項2.でみた通り、市区町村における助成対象は都道府県の助成対象を超えた拡大傾向が続いており、乳幼児医療費のうち、国、都道府県、市区町村のなかで都道府県以上に市区町村の負担が増大してきていると思われる。

(1) で議論した通り、乳幼児医療費助成制度を経済状況に依らない子供医療サービスを保障する制度とするとしたとき、その適切な助成対象の年齢範囲は、現在の市区町村の多くが適用している水準（経済的に自立することが困難な年齢まで）であろうと考えられた。こうした経済的に自立することが困難な年齢は、地域の事情や特徴によって大きく異なるとは考え難い。そのため、現在地方単独事業として市区町村が必要性を判断しているとされているが、この観点からは乳幼児医療費助成制度の対象範囲の判断は必ずしも市区町村である必要性は無い。むしろ、現状のように当該医療助成制度の助成対象年齢が居住する市区町村で異なっている状況は公平性の観点から望ましいとは言えないそのため、全国一律で助成対象を定める、すなわち国としての判断とする方が適切だと考えられる。

現在の市区町村の助成対象の違いは各市区町村の財政力の差によって生じている部分がある[27]ことを考慮すると、全国一律の助成対象を国が定めたとしても、費用負担を現状の通り市区町村に求めると、財政運営上実質的に全国一律の基準に準拠できない自治体が出てくる可能性がある。こうした自治体間の財政力の格差を考慮すると、費用負担のあり方も国の国庫負担によってこうした自治体間の格差をなくす補填をしていくことが適切だと考える。ただし、現在都道府県と市区町村が負担している分の助成分を全て国庫負担とすることは現実的ではないことから、あくまで自治体間での格差を是正するため、財政力が一定基準以下の自治体に対して国庫による補填を行うことで自治体間での制度の均質性を担保するという形が適切であると考えられる。

また、乳幼児医療費助成制度を全国一律の基準で決める利点としては、(2)で検討したような医療費助成に伴う必ずしも必要性の高いとは言いきれない医療サービス需要の増加を抑制する制度設計を定められるということも挙げられる。前項3.では市区町村間でこうした助成拡大の競争が生じているかは定かではないものの、東京圏では乳幼児医療費助成制度を含めた自治体単独の子育て関連事業が子供の流入出数に影響を与えていることを確認した。この点を考慮しても、助成対象の判断主体を地方自治体に委ねることで、より財政力があるところが子供を集めやすい、ひいては、それが（現在は競争の事実が明らかでないものの）助成対象の拡大競争を助長し、さらに自治体間の格差を拡大する可能性がある。そうした格差が助長されれば、人的資本が高くどこでも働き口が選べる人たちが、居住地を移動する経済的余裕のある人たちが、より助成制度の恩恵を受けやすい自治体に移動でき、そうではない人たちとの格差がさらに広がってしまう、ということも考えられる。

以上の議論をまとめると、居住地に関わらず経済状況に依らずに子供が医療サービスにアクセスできる環境を保障するよう、国が判断主体となって乳幼児医療費助成制度の助成対象の基準は

全国一律で定めることが望ましいと考えられる。現実的な費用負担の移行の仕方として、自治体間の財政力の格差を考慮して財、国の定めた基準での助成が財政上困難であると認められる自治体に対しては国庫による補填を行う費用負担の在り方が考えられる。さらに、国で一律の助成対象基準と患者負担額を定めることで、医療費の波及増分を抑制し、自治体間の格差、ひいては国民の間での格差を防ぐような制度設計が必要であると考えられる。

5. 結論

前々項3.では乳幼児医療費助成制度のロジックモデルを参照しながら、当該制度によって生じると主張されている様々なアウトカムの因果プロセスが実際に生じているのかを定性的・定量的に検討するとともに、前項4.では、3.の検討結果を踏まえながら、当該制度の政策としての必要性を起点に、助成対象の定め方や費用負担のあり方について規範的な視点から検討を加えた。本項では、これらの検討結果を取り纏める。

少子化対策の文脈のなかでも語られる乳幼児医療費助成制度であるが、地方自治体の当該政策に関連する文書の記載を読み解いていくと、当該制度の実施主体である地方自治体も、乳幼児医療費助成制度をある種のナショナルミニマムとして、経済状況によらず子供の医療サービスへのアクセスを保障する制度としての機能を重視していることが分かる。実際の政策効果をみても、少子化対策としての政策効果は非常に限定的であった一方、実質な政策効果としては経済的に困窮する世帯の子供の受診抑制を解消することを通じた子供の健康改善効果が認められていることから、そうした社会保障制度としての位置づけが妥当と考えられる。

そうした社会保障としての機能を前提とすると、乳幼児医療費助成制度の助成対象は全国一律で定めることで居住する自治体の財政力による格差、ひいては居住地による国民の間での格差をなくすことが望ましいと考えられる。助成対象は、公平性の観点から、世帯全体を単位とした所得制限を課すことで、所得移転の機能を持たせつつ、自立した経済活動を開始する前の年齢の子供を対象とするのが妥当と思われる。

ただし、医療費の負担の減免は、必ずしも必要性が高いとは言い難い医療サービスの需要も増加させることから、そうした波及的増分を抑制する制度設計、例えば、所得制限や一律の少額の自己負担を求め、むやみに無償化しない、といった仕組みを全国一律で定めることも、当該制度に伴う国民の負担の妥当性の観点から重要であろうと考えられる。

6. 文献目録

- [1] 厚生労働省, “医療保険,” [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html. [アクセス日: 20 01 2022].
- [2] 子ども家庭局母子保健課 厚生労働省, “令和2年度「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」について,” 07 09 2021. [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20913.html. [アクセス日: 20 01 2022].
- [3] 足立泰美・斎藤仁, “乳幼児医療費助成制度におけるヤードスティック競争,” *社会保障研究* 第 51 巻, 第 3-4, 2016.
- [4] 厚生労働省, “子どもの医療制度の在り方等に関する検討会,” 28 3 2016. [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_293586.html. [アクセス日: 20 01 2022].
- [5] 公明党, “子ども医療費助成 未就学児分の”罰則”廃止,” 12 01 2018. [オンライン]. Available: https://www.komei.or.jp/news/detail/20180112_26927. [アクセス日: 20 01 2022].
- [6] 厚生労働省, “子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 議論の取りまとめ,” 28 03 2016. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000117936.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [7] 厚生労働省, “子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方について,” 18 11 2016. [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000143272.pdf. [アクセス日: 20 01 2022].
- [8] 村松容子 (ニッセイ基礎研究所 保険研究部), “子どもの医療費助成の拡大~子育て世帯への経済的支援に賛同するも、目的と効果について議論が必要,” ニッセイ基礎研究所, 25 12 2018. [オンライン]. Available: <https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=60417?pno=2&site=nli>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [9] 後藤励, “子ども医療費助成は本当に効果があるのか,” 05 04 2019. [オンライン]. Available: <https://premium.toyokeizai.net/articles/-/20309>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [10] G. R. Kato H, “Effect of reducing cost sharing for outpatient care on children's inpatient services in Japan,” *Health economics review*, 第 7 巻, 第 1, pp. 1-10, 2017.
- [11] 阿部彩・梶原豪人・川口遼, “子どもの医療費助成制度の受診抑制に対する影響-大規模自治体データを用いた実証研究,” *医療と社会*, 第 31 巻, 第 2, pp. 303-318, 2021.
- [12] 厚生労働省, “第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会,” 27 01 2016. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000110410.html>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [13] 澤野 孝一朗, “子どもの医療サービスに地方自治体による子ども医療費の無料化に関する研究サーベイ,” *オイコノミカ*, 第 50 巻, 第 1, pp. 11-38, 2013.
- [14] 重岡仁, “無駄な医療費を増やす「無償化」の思わぬ悪影響,” *東洋経済Plus*, 08 10 2021. [オンライン]. Available: <https://premium.toyokeizai.net/articles/-/28431>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [15] 内閣府 子ども・子育て本部, “令和2年度 少子か社会に関する国際意識調査報告書【全体版】 (PDF形式),” 03 2021. [オンライン]. Available: https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/r02/kokusai/pdf_index.html. [アクセス日: 20 01 2022].
- [16] 厚生労働省, “医療保険に関する基礎資料 年齢階級別1人当たり医療費,” [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/nenrei_h18.pdf. [アクセス日: 25 02 2022].
- [17] 東京都福祉保健局, “東京都保育ニーズ実態調査結果報告書,” 1 2018. [オンライン]. Available: https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2018/01/26/documents/19_00.pdf. [アクセス日: 25 02 2022].
- [18] 文部科学省, “結果の概要-平成30年度子供の学習費調査 2.調査結果の概要,” 18 12 2019. [オンライン]. Available: https://www.mext.go.jp/content/20191212-mxt_chousa01-000003123_03.pdf. [アクセス日: 25 02 2022].
- [19] 長野県県民文化部, “長野県子どもと子育て家庭の生活実態調査結果報告書,” 21 06 2019.

- [オ ン ラ イ ン]. Available: <https://www.pref.nagano.lg.jp/jisedai/kyoiku/kodomo/shisaku/documents/honpen.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [20] 首都大学東京 子ども・若者貧困研究センター, “第5部 子供の健康と自己肯定感,” 03 2017. [オ ン ラ イ ン]. Available: <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/joho/soshiki/syoushi/syoushi/oshirase/kodomos eikatsujittaityousakekka.files/07dai5bukodomonokenkou.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [21] 公立大学法人 大阪府立大学, “大阪府子ども,” 03 2017. [オンライン]. Available: <https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/28281/00000000/01jittaityosahoukokousyo.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [22] R. Takaku, “THE EFFECT OF PATIENT COST SHARING ON HEALTH CARE UTILIZATION AMONG LOW-INCOME CHILDREN,” *Hitotsubashi Journal of Economics*, 第 巻58, 第 1, pp. 69-88, 2017.
- [23] T. & S. H. Iizuka, “Is Zero a Special Price? Evidence from Child Healthcare,” *American Economic Journal: Applied Economics*, Forthcoming.
- [24] R. Takaku, “Effects of reduced cost-sharing on children's health: evidence from Japan,” *Social Science & Medicine*, 第 巻151, pp. 46-55, 2016.
- [25] 栃木県保健福祉部保健医療監, “第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料1-1,” 27 1 2016. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000110405.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [26] 全国市長会：東京都三鷹市, “第3回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料2 「子どもの医療費助成等を実施している市町村への国保の国庫負担金の減額調整措置の廃止について」,” 27 01 2016. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000110407.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [27] 富田 絢子, “地方独自の子育て政策における市町村間競争と効果,” *財務経済理論論文集*, pp. 433-465, 2020.
- [28] A. & K. Y. Miyawaki, “Effect of a medical subsidy on health service utilization among schoolchildren: A community-based natural experiment in Japan,” *Health Policy*, 第 巻123, 第 4, pp. 353-359, 2019.
- [29] 江原 朗, “第2回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料1「小児科の受診状況 小児科医の配置・勤務実態」,” 30 10 2015. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000102855.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [30] 公益社団法人日本小児科医会, “令和2年度 #8000情報収集分析事業 分析結果の概要,” 3 2021. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000774112.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [31] 日本経済新聞, “高所得者の児童手当、22年10月廃止 年収1200万以上 改正児童手当法が成立,” 21 5 2021. [オンライン]. Available: <https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUA218JP0R20C21A5000000/>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [32] 厚生労働省, “我が国の医療保健について,” [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu/iryuu/iryuu/01/index.html. [アクセス日: 20 1 2022].
- [33] 厚生労働省, “子どもの医療の費用負担の状況,” 02 09 2015. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096264.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [34] 厚生労働省, “第2回子供の医療制度の在り方等に関する検討会,” 30 10 2015. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000102859.html>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [35] 厚生労働省, “国民生活基礎調査,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html#anchor02>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [36] 厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室, “平成30（2018）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況,” 19 12 2018. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/gaikyo.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [37] 足立泰美・斎藤仁, “乳幼児医療費助成制度におけるヤードスティック競争,” *季刊社会保障* 件空, 第 巻51, 第 3・4, pp. 369-380, 2016.
- [38] 厚生労働省 子ども家庭母子保健課, “令和元年度「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」について,” 4 9 2020. [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13333.html. [アクセス日: 20 1 2022].

- [39] 厚生労働省, “子どもの医療の費用負担の状況,” 02 09 2015. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096264.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].
- [40] 厚生労働省, “第1回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会 資料3「小児医療に関するデータ」,” 02 09 2015. [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096261.pdf>. [アクセス日: 20 01 2022].