

# 基礎研 レポート

## 子どもの医療費助成の拡充 ～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の議論が必要

保険研究部 准主任研究員 村松 容子  
e-mail: yoko@nli-research.co.jp

### 1—乳幼児医療費助成制度とは

日本の医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から、原則として費用の一部を自己負担することになっている。現在、就学前の子どもが医療機関にかかった時の自己負担（窓口負担）は2割で、小学校入学以降の3割より低く設定されている。2割負担は、2002年10月以降、3歳未満の乳幼児のみに適用されていたが、2008年4月以降は就学前の子どもにも拡大された<sup>1</sup>。

さらに、現在、すべての都道府県や市区町村に、乳幼児医療費助成制度（子どもにかかる医療費の自己負担分を助成する制度）があるため、実質無料か、かなりの低額で医療機関を受診することができる。

乳幼児医療費助成制度は、診療を受けられずに亡くなる子どもを救うために1960年代にはじまり、1990年代半ばには全都道府県に広まった<sup>2</sup>。市区町村が実施主体となる地方単独事業で、都道府県が持つ助成制度を、市区町村が政策や財政力に応じて拡充しているため、同じ都道府県でも市区町村によって助成内容は異なる。

子どもの保健・福祉を充実し、子育て世帯の経済的負担を軽減するこの制度は、自治体にとって若い世帯を呼び込むための政策の1つであり、全国で助成拡充競争が過熱している。

### 2—乳幼児医療費助成制度は拡充傾向

#### 1 | 市区町村が都道府県の助成に独自に上乗せ

2017年4月時点の助成対象年齢を都道府県別にみると、通院、入院ともに「就学前まで」が最も多く、それぞれ25県（53%）、20県（43%）だった。一方、市区町村別にみると、通院、入院ともに「15歳年度末まで（中学生まで）」が最も多く、全体で1,741の自治体に対し、それぞれ1,023（59%）、

<sup>1</sup> 就学後の子どもは、成人と同じ3割負担である。2002年10月までは、就学前の子どもも配偶者と同じ負担割合だった。

<sup>2</sup> 別所俊一郎「子どもの医療費助成・通院・健康」季刊 社会保障研究 2012年3月、Vol.47 No.4による。最初に制度を導入したのは、1961年の岩手県沢内村（現・西和賀村）とのこと。

1,131 (65%) だった。都道府県の助成を市区町村が拡充している。通院と入院を比較すると、入院の方が手厚い地域が多い。

20 歳年度末以上は 4 市区町村あり、2017 年時点の最長は 22 歳年度末までだった。また、助成対象年齢を子どもの人数が多いほど引き上げている市区町村もある。

続いて、所得制限の有無と自己負担の有無を都道府県別にみると、29 (62%) の都道府県で所得制限を行っており、37 (79%) の都道府県で何等かの自己負担を設けていた。一方、市区町村別にみると、所得制限を行っているのは 278 (16%) に留まり、1,463 (84%) の市区町村が所得制限をしていない。また、自己負担を設けているのは 672 (39%) で、1,069 (61%) が自己負担を設けていなかった。944 (54%) の市区町村が、所得制限も自己負担もなかった。

図表 1 都道府県・市区町村における助成（2017 年 4 月時点）

【助成対象年齢】

	通院		入院	
	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村
就学前未満	4 (9%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)
就学前	25 (53%)	111 (6%)	20 (43%)	12 (1%)
9 歳年度末	4 (9%)	10 (1%)	2 (4%)	2 (0%)
12 歳年度末	4 (9%)	119 (7%)	6 (13%)	81 (5%)
15 歳年度末	8 (17%)	1,023 (59%)	16 (34%)	1,131 (65%)
15 歳年度末超	2 (4%)	478 (27%)	2 (4%)	515 (30%)
計	47	1,741	47	1,741

【所得制限・自己負担の有無】

	所得制限		自己負担	
	都道府県	市区町村	都道府県	市区町村
なし	17 (36%)	1,463 (84%)	9 (19%)	1,069 (61%)
あり	29 (62%)	278 (16%)	37 (79%)	672 (39%)
計	46	1,741	46	1,741

(注 1) ・新潟県は交付金のため、対象年齢・所得制限・一部自己負担に関する規定はない。  
 ・交付金の規模は 9 歳年度末までに相当するため、助成対象年齢では、9 歳年度末にカウントした。  
 (注 2) 占有率が最も高いセルに網掛け

(資料) 厚生労働省「平成 29 年度乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」より筆者作成

## 2 | 財源が確保できなくても拡充傾向

2009 年からの都道府県における助成対象年齢、所得制限や自己負担の条件の推移をみると、通院の対象年齢は、2009 年当時は 12 都道府県が就学前未満、32 都道府県が就学前までだったのに対し、2017 年には就学前未満が 4 都道府県、就学前が 25 都道府県と減少しており、代わって 12 歳年度末以上を対象とする都道府県が増加した<sup>3</sup> (図表 2 (1) 左)。入院も通院と同様に対象を拡大している (図表 2 (2) 左)。自己負担の有無をみると、所得制限を設けない都道府県が増加しており、所得制限なしも、2009 年には 14 都道府県だったのに対し、2017 年では 17 都道府県と増加している (図表 3 (3) (4) 左)。

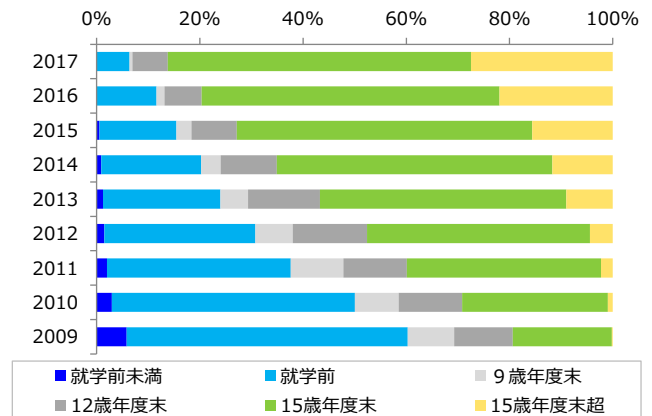
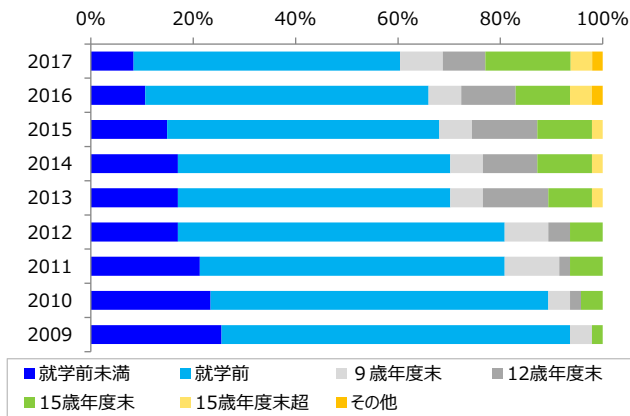
<sup>3</sup> 厚生労働省サイトでは、対象年齢については 2009 年以降、自己負担や所得制限の有無については 2012 年以降の助成対象と助成内容を公表している。

図表2 乳幼児医療費助成制度 対象者上限年齢の推移

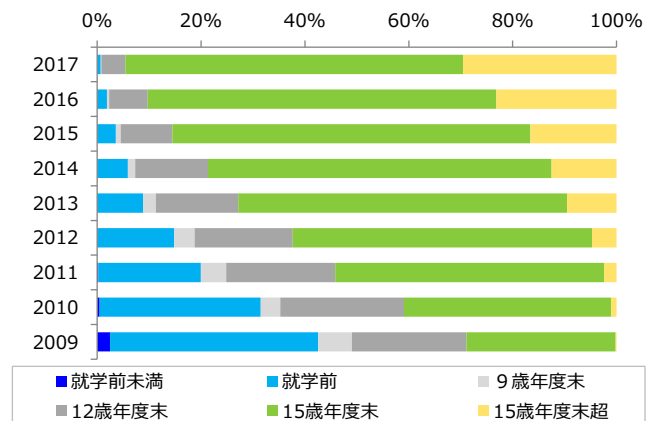
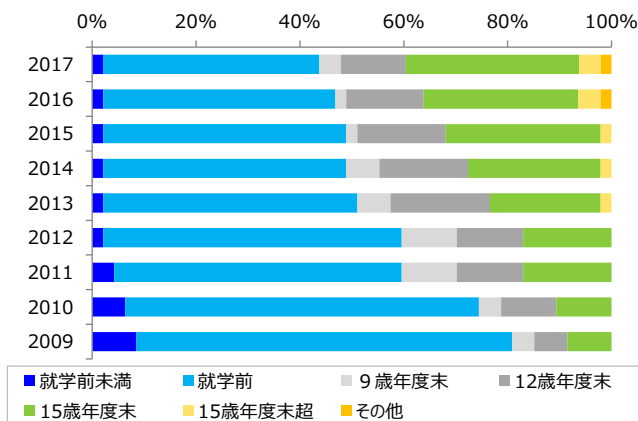
【都道府県】

【市町村】

(1) 対象上限年齢（通院）



(2) 対象年齢（入院）



(資料) 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」(各年)

こういった傾向は、都道府県と比べて市区町村で顕著で、15歳年度末以上を対象とする市区町村は、2009年当時は通院が19%、入院が29%だったのに対し、2017年には通院が86%、入院が95%にまで増加している(図表2(1)(2)右)。所得制限や自己負担の有無でも助成は広がっており、所得制限なしの市区町村は2012年に77%だったのに対し、2017年は84%、自己負担なしは2012年に55%だったのに対し、2017年は61%となっている(図表3(3)(4)右)。

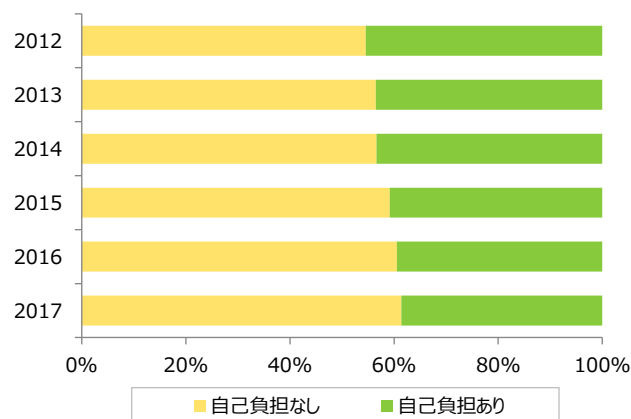
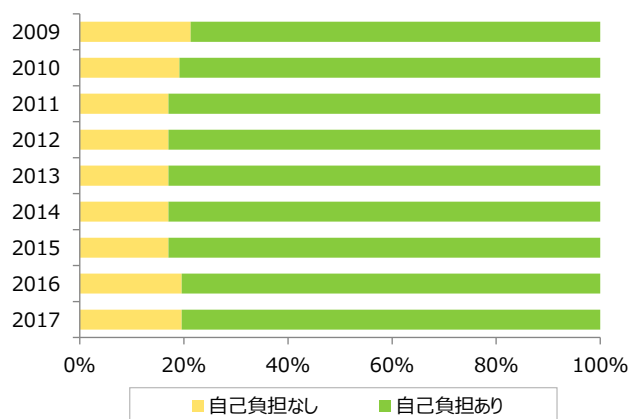
都道府県が定めている範囲の自己負担分は、都道府県と市区町村が折半で負担し、市区町村による上乗せ分は市区町村が負担している。最終的に各自治体の財源不足分は地方交付税として国が補填するため、財源の見通しがなくても、助成は拡充できる。

図表3 乳幼児医療費助成制度 自己負担有無・所得制限の有無の推移

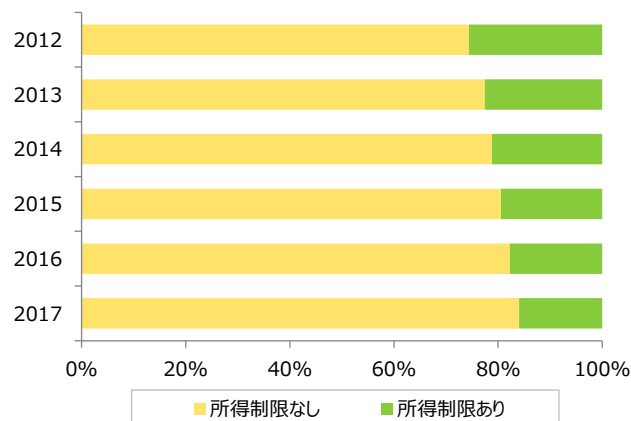
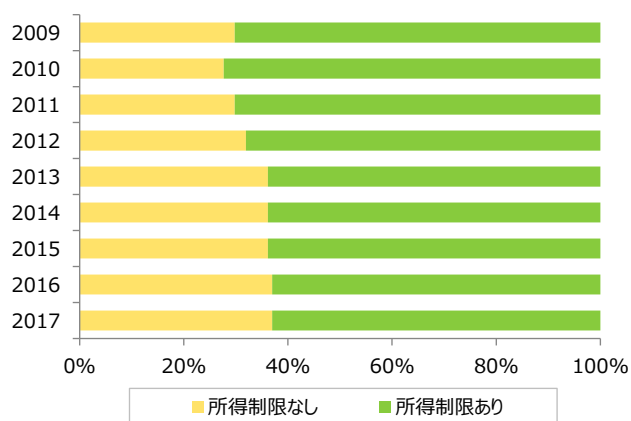
【都道府県】

【市町村】

(3) 自己負担有無



(4) 所得制限有無



(資料) 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」(各年)

3—この4月から、助成にともなう国保補助金の減額措置を見直し

1 | 国保補助金の減額調整

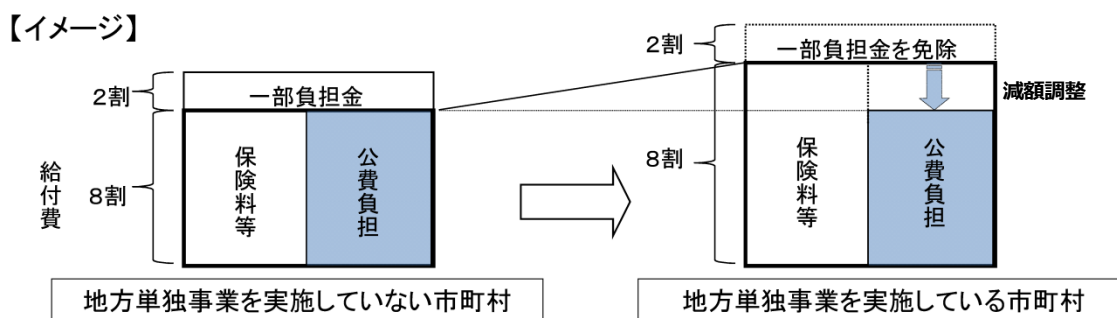
一般に、自己負担が軽減されると、受診頻度が上がり、医療費が高くなることが知られている<sup>4</sup>。医療費の自己負担の2割は自治体が負担しているが、自己負担分以外の残りの8割は公的医療保険が負担する。自己負担が軽くなったことにより、過剰に受診するようであれば、小児科医を中心とする医師の負担が高まるだけでなく、医療費高騰の一因となりうる。厚生労働省では、自己負担が軽くなった場合の受診行動に関する過去の経験から、全国で子どもの医療費を無償化した場合、数千億円規模の波及増加があると試算している<sup>5</sup>。

<sup>4</sup> たとえば、日本では、1973年からの10年間、70歳以上の高齢者の自己負担がなかった時代がある。この時、1973年から1975年の間に外来受療が1.8倍にまで増加し、病院がサロン化した等と言われた。自己負担が変わったことによって、受診頻度が変わることが観測された例は、この他にも多い。

<sup>5</sup> 厚生労働省「第4回子どもの医療制度の在り方等に関する検討会(2016年2月)」資料によると、過去の自己負担軽減による受診増加に関する経験則(長瀬効果)を考慮して、最近助成制度が拡充された市町村の医療費変化から試算した結果、2012年度時点で、中学生まで無償化した場合の医療費増加分は7100億円(うち、無償化による医療費波及増加分が2400

乳幼児（子ども）以外にも高齢者や障がい者、一人親家庭にも助成制度はある。こういった地方単独事業によって、自己負担を法定割合より軽減する場合の医療費の波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、公平な負担の観点から、1984年以降2018年3月まで、助成の程度に応じて国保の公費負担が減額調整されていた（図表4）。波及増加は、窓口で2割の自己負担を支払わないで済む現物給付方式が多いと考えられているため、現物給付でも自己負担がある場合は、自己負担にあわせて減額調整率が緩和され、助成分の償還を、後日受けとる償還払い方式では、減額調整はされなかった。

図表4 地方単独事業に係る市町村国保の公費負担の調整のイメージ



（資料）厚生労働省「市町村国保の公費負担の調整について」2016年2月等に筆者追記

## 2 | 未就学児に対する助成については、2018年4月に減額調整を廃止

この減額調整措置は、市区町村にとって助成拡充の歯止めとなっていたため、自治体からは医療費助成の「ペナルティ」や「罰則」等と言われ、子育て世帯の支援や少子化対策の流れに反するといった意見が多かった。一方、子どもの医療費助成については、市区町村間で競争するような政策ではなく、全国一律の制度として、どこに居住していても同様に受けられるべきとの意見も多かった。

2015年に厚生労働省に「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」が設置され、乳幼児医療費助成制度と公費負担についても議論された。この検討会では、必要以上の助成拡充に対して慎重論が出ていたが、2016年6月閣議決定された「一億総活躍プラン」内で、全ての市区町村で未就学児は何等かの助成を受けていることを考慮し、引き続き子どもにも自己負担2割を求めつつ、2018年4月以降は未就学児までを対象とする医療費助成については、国保補助金の減額調整措置を行わないこととなった。

見直しにより新たに生じた財源については、各自治体において、更なる医療費助成の拡充ではなく、他の少子化対策の拡充に充てることとされた。

## 4——子どもや子育て世帯への支援に賛同する意見が多いが、課題は多い

「経済的理由で、必要な子どもの受療を躊躇しないように、また、子育て世帯を支援するために、子どもの医療費を助成する」という主旨に反対する意見は少ない。

億円、患者負担減少分が4700億円）とされた。

しかし、限りある財源と医療資源を適切に利用するためには、目的と照らし合わせて、この助成制度の対象と程度、および助成による小児科医の負担や医療費の増加が適切なものが議論されるべきだろう。

前出の「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」では、厚生労働省による受療動向に関する統計から、助成で自己負担が小さくなることによる過剰な受診は統計に表れるほど増えてはいないとされたが<sup>6</sup>、一部で、過剰と思われる受療があるとの意見もあった。また、助成が受けられない年代の重度の疾病を抱えた若者もいる中で、子どもだけを助成するので良いのか<sup>7</sup>、いったん拡充した助成を縮小するのは難しいと考えられることから、今後も助成を継続できるのか、親の不安解消のための相談窓口等といったサポート<sup>8</sup>や貧困対策を充実すべきではないか等、課題は多い。

さらに言えば、同研究会では、この助成制度による子どもの健康への効果については、検証をすべきとの意見が出たにとどまり、十分な確認がなされておらず、子育て世帯の呼び込みには成功している例があるようだが、子どもの健康維持・増進に対する効果の有無はよくわかっていない。

乳幼児医療費助成制度による子どもの健康への影響に関する調査報告はあまり多くはない。高久(2016)<sup>9</sup>では、未就学児、就学児とも、医療費助成を受けても入院する確率は下がらないこと、未就学児については限定的に有訴確率が低下すること、就学児については、検討したすべての健康指標に関して、健康水準を改善しないことを明らかとし、医療費の助成拡大による健康の改善効果は限定的なことを示唆している。また、加藤ら(2016)<sup>10</sup>では、高所得地域では入院件数を有意に増加させる一方で、低所得地域では助成対象の引き上げによって、インフルエンザなど外来で治療可能な疾患による入院が減少したことを明らかとし、所得レベルに応じた助成が必要であることを示唆している。

## 5——子どもの健康維持・増進が目的か。子育て世帯への経済的支援が目的か。

この助成は、少子化対策の一環としての子育て世帯への経済的支援だと言われることがあるが、医療費が無料であることを理由に、子どもを産む人は少ないと思われる。また、子どもの健康維持・増進効果は十分に確認されていない。それにもかかわらず、近隣自治体と子育て世帯を奪い合っているのが現状だ。このまま近隣自治体との競争が続けば、財政基盤の弱い自治体から助成規模を減らすことになる<sup>11</sup>。

<sup>6</sup> 厚生労働省「患者調査」で外来・入院受療が横ばいで推移していること、「社会医療診療行為別統計」で、休日・夜間等受診が横ばいで推移して統計に表れるほど過剰受診が増えてはいないとされた。ただし、他の年代では受療は減少している。

<sup>7</sup> たとえば、15歳以上30～40歳前後のがん患者は、AYA世代と呼ばれ、小児がんでも成人のがんでもなく、受診できる医療機関が少なかったり受けられる公的支援が少ないケースが問題となることがある。

<sup>8</sup> 親の心配しすぎによる受診増加は、必ずしも悪いとは言えない。しかし、相談窓口で解消できるものも多いと考えられている。かかりつけ医を持つことや小児救急電話相談事業（#8000）など電話による医療相談窓口、子どもの病気に関する講座などによる助言やサポートによって、受診を適正化できた自治体がある。

<sup>9</sup> 高久玲音「乳幼児医療費助成制度が子どもの健康へ与える影響に関する研究について」2016年1月、医療経済研究機構プレスリリース

<sup>10</sup> 加藤弘陸他 “The effect of reducing cost-sharing for children on utilization of inpatient services: Evidence from Japan”、2016年、第11回医療経済学会

<sup>11</sup> 持続的な助成を行うために、制度を見直す自治体もある。兵庫県三田市では、税収の減少にともない、中学生以下の医療費を無償としていたが、今後、患者の一部負担や所得制限の導入を決めた。

子どもの健康増進を目的とするならば、妊産婦への補助や、子どもに向けた食事面、運動面での教育や補助を行った方が効果があるかもしれないし、子育て世帯の取り込みを目的とするならば、待機児童の解消や妊産婦への助成も考えられる。まずは、この助成による子どもの健康への効果を確認し、この制度が子どもの健康の維持・増進に効果的であることが確認できるのであれば、自治体に任せるのではなく、国全体で一律に整えることが必要だろう。

子どもの場合は、高齢者と比べて、そもそも受療を必要とするケースが少ないため、医療費総額への影響も相対的に小さい。しかし、一般に、収入が低い世帯の子どもは、相対的に健康状態が悪い傾向があるうえ、子ども時代の健康状態は、成人してからの健康にも大きな影響を及ぼすことが知られている<sup>12</sup>。また、高齢者は、ほとんどが身体に不調があり、一様に受診しているのに対し、子どもは疾患をかかえた一部の子どもに受診が偏る傾向がある等の特徴がある<sup>13</sup>。そのため、子どもの健康は、政策として守っていく必要がある。

一方、子ども時代の受診習慣は、成人してからも続くとも考えられるため、成人期以降の疾病の早期発見・治療や適切な受診のためにも、自分の健康状態を把握し、必要に応じて医療機関を受診するスキルは子ども時代に身につけておくことが重要となる。

だからこそ、医療費総額への影響が小さいとは言え、子どもの適切な受診は大きな検討課題であり、社会保障費が逼迫する中、助成の対象や程度については、制度の目的・効果を明らかにし、国が関与したうえで本当に必要な世帯への助成が行えるよう慎重に議論を進めるべきではないだろうか。

---

<sup>12</sup> 阿部彩「子どもの貧困」岩波新書

<sup>13</sup> 例えば、村松容子「レセプトデータを用いた受診状況と医療費の分析」2013年、第29回生活経済学会