子ども医療全国ネットシンポ

2023年12月2日

医療費完全無償化の意義と必要性

佛教大学社会福祉学部

ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス客員研究員

武内一

今日の私の話

- こども家庭庁の「こどもまんなか」
- 今の日本の現状をデータからみる
- 医療経済学からみた子どもの医療費無償化
- 子どもの権利からみた子ども医療費の無償化

今日の私の話

- こども家庭庁の「こどもまんなか」
- 今の日本の現状をデータからみる
- 医療経済学からみた子どもの医療費無償化
- 子どもの権利からみた子ども医療費の無償化

こども家庭庁のHPから

こどもまんなか
こども家庭庁

こども未来戦略方針案

- 児童手当の所得制限撤廃、支給期間を高校卒業まで延長。0歳から3歳未満を一律1万5,000円、3歳から高校生まで一律1万円、第3子以降は一律3万円の給付（2024年度中に実現）
- 「出産・子育て
- 出産費用（正
- 保護者の就労
  創設（2023年
- 男性の育児休
  業の給付率を現
  年度実施）
- 3兆円台半ばの予算を少子化対策へ→「子ども1人あたりの家族関係支出を**スウェーデン並み**にする

現行制度

- 3歳未満　：　月額1万5千円
- 3歳以上小学校修了前（第1子、第2子）　：　月額1万円
- 3歳以上小学校修了前（第3子以降）　：　月額1万5千円
- 中学生　：　月額1万円

（比較的所得が多い特例給付は5,000円、高額所得世帯は0円）

今日の私の話

- こども家庭庁の「こどもまんなか」
- 今の日本の現状をデータからみる
- 医療経済学からみた子どもの医療費無償化
- 子どもの権利からみた子ども医療費の無償化

表1. 3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
経済環境	子どもの相対的貧困（%）	14 [2018]	9.3 [2018]	13 [2018]	政府統計
	子育て世帯の相対的所得ギャップ（%）	60 [2013]	46 [2013]	40 [2013]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
	社会移転による子ども貧困削減割合（%）	18 [2014]	55 [2014]	54 [2014]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
家族関係への公的支出	支出全体 (% of GDP)	1.6 [2017]	3.4 [2017]	3.2 [2017]	OECD統計
	現金給付 (% of GDP)	0.7 [2017]	1.2 [2017]	2.1 [2017]	OECD統計
	サービス及び現物給付 (% of GDP)	0.9 [2017]	2.2 [2017]	1.1 [2017]	OECD統計

表1. 3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
経済環境	子どもの相対的貧困（%）	14 [2018]	9.3 [2018]	13 [2018]	政府統計
	子育て世帯の相対的所得ギャップ （%）	60 [2013]	46 [2013]	40 [2013]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
	社会移転による子ども貧困削減割合（%）	18 [2014]	55 [2014]	54 [2014]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
家族関係への公的支出	支出全体 (% of GDP)	1.6 [2017]	3.4 [2017]	3.2 [2017]	OECD統計
	現金給付 (% of GDP)	0.7 [2017]	1.2 [2017]	2.1 [2017]	OECD統計
	サービス及び現物給付 (% of GDP)	0.9 [2017]	2.2 [2017]	1.1 [2017]	OECD統計

表1. 3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
経済環境	子どもの相対的貧困（%）	14 [2018]	9.3 [2018]	13 [2018]	政府統計
	子育て世帯の相対的所得ギャップ（%）	60 [2013]	46 [2013]	40 [2013]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
	社会移転による子ども貧困削減割合（%）	**18 [2014]**	**55 [2014]**	**54 [2014]**	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
家族関係への公的支出	支出全体（% of GDP）	1.6 [2017]	3.4 [2017]	3.2 [2017]	OECD統計
	現金給付（% of GDP）	0.7 [2017]	1.2 [2017]	2.1 [2017]	OECD統計
	サービス及び現物給付（% of GDP）	0.9 [2017]	2.2 [2017]	1.1 [2017]	OECD統計

表1. 3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
経済環境	子どもの相対的貧困（%）	14 [2018]	9.3 [2018]	13 [2018]	政府統計
	子育て世帯の相対的所得ギャップ（%）	60 [2013]	46 [2013]	40 [2013]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
	社会移転による子ども貧困削減割合（%）	18 [2014]	55 [2014]	54 [2014]	ユニセフ ﾚﾎﾟｰﾄｶｰﾄﾞ
家族関係への公的支出	支出全体（% of GDP）	1.6 [2017]	3.4 [2017]	3.2 [2017]	OECD統計
	現金給付（% of GDP）	0.7 [2017]	1.2 [2017]	2.1 [2017]	OECD統計
	サービス及び現物給付（% of GDP）	0.9 [2017]	2.2 [2017]	1.1 [2017]	OECD統計

表2.　3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
教育の展開	**教育関係支出（対GDP比%）**	**3.2 [2017]**	**7.6 [2017]**	**5.4 [2017]**	世界銀行 ｵｰﾌﾟﾝﾃﾞｰﾀ
ジェンダー間不平等	男女間賃金格差（%）	24 [2019]	7.6 [2019]	16 [2019]	OECD統計
就労	女性就労率（%）	70 [2018]	76 [2018]	71 [2018]	OECD統計
	母親就労率（%）	71 [2018]	86 [2018]	73 [2018]	OECD統計
	シングルマザー就労率（%）	82 [2016]	80 [2016]	64 [2016]	OECD統計 日本：政府統計

表2.　3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
教育の展開	教育関係支出 （対GDP比%）	3.2 [2017]	7.6 [2017]	5.4 [2017]	世界銀行 ｵｰﾌﾟﾝﾃﾞｰﾀ
ジェンダー間不平等	**男女間賃金格差 （%）**	**24 [2019]**	**7.6 [2019]**	**16 [2019]**	OECD統計
就労	女性就労率 （%）	70 [2018]	76 [2018]	71 [2018]	OECD統計
	母親就労率 （%）	71 [2018]	86 [2018]	73 [2018]	OECD統計
	シングルマザー就労率 （%）	82 [2016]	80 [2016]	64 [2016]	OECD統計 日本：政府統計

表. 3か国の比較

著者作成

指標	変数	国名			出典
		日本	スウェーデン	イギリス	
教育の展開	教育関係支出 (対GDP比%)	3.2 [2017]	7.6 [2017]	5.4 [2017]	世界銀行 ｵｰﾌﾟﾝﾃﾞｰﾀ
ジェンダー間 不平等	男女間賃金格差 (%)	24 [2019]	7.6 [2019]	16 [2019]	OECD統計
就労	女性就労率 (%)	70 [2018]	76 [2018]	71 [2018]	OECD統計
	母親就労率 (%)	71 [2018]	86 [2018]	73 [2018]	OECD統計
	シングルマザー就労率 (%)	82 [2016]	80 [2016]	64 [2016]	OECD統計 日本:政府統計

今日の私の話

- こども家庭庁の「こどもまんなか」
- 今の日本の現状をデータからみる
- 医療経済学からみた子どもの医療費無償化
- 子どもの権利からみた子ども医療費の無償化

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

2023年9月17日

こどもにとってより良い医療の在り方等

厚生労働省　保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

こども医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置の廃止

1．現行制度

○　国民健康保険の減額調整措置は、自治体が行う医療費助成により患者の自己負担が減額される場合、国民健康保険財政に与える影響や限られた財源の公平な配分等の観点から、負担軽減に伴い増加した医療費分の公費負担を減額調整している。

○　未就学児までを対象とする医療費助成については、すべての市町村において、何らかの助成が実施されていた実態を踏まえ平成30年度以降、減額調整措置の対象外としている。

2．こども未来戦略方針（令和５年６月13日閣議決定）

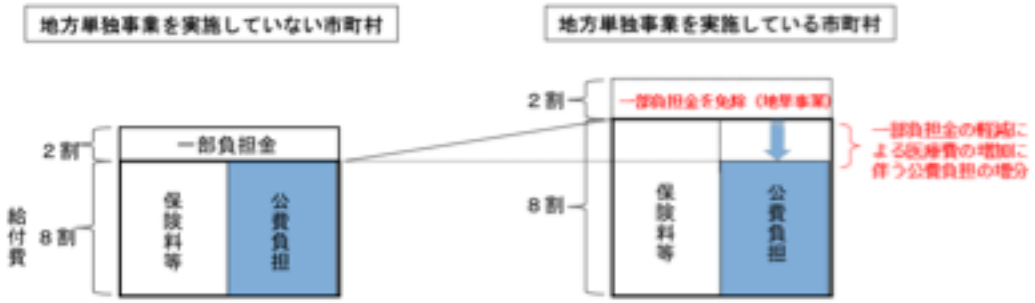
（３）医療費等の負担軽減　～地方自治体の取組への支援～

○　おおむね全ての地方自治体において実施されている**こども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する**。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

3．対応方針（イメージ）

○　小学生まではほぼ100%、中学生までも96%以上の市町村が何らかの医療費助成を実施。また、高校生（18歳未満）までは、人口比で、約９割のこどもが医療費助成の対象となっている。こうした全国の自治体における医療費助成の取組状況等を踏まえ、**市町村の助成内容（自己負担や所得制限の有無等）を問わず、18歳未満までのこどもの医療費助成に係る減額調整措置を廃止**することとする。（省令事項）

＜減額調整措置のイメージ＞



※　償還払いの場合は波及効果が生じないため、減額調整は行っていない。

（参考）医療費助成の実施状況（令和４年度国民健康保険課調査）

対象	外来	入院
小学生	1,720（98.8%）	1,741（100.0%）
中学生	1,674（96.2%）	1,723（99.0%）
高校生	967（55.5%）	1,046（60.1%）
こども全体（高校生以下）	90.1%（人口比）	

こどもにとってより良い医療を実現するための方策（案）（概略）

1．保険者へのインセンティブ導入

○　こどもの医療の適正化等に資する取組やこどもの医療費（外来）について、保険者インセンティブにおいて、必要な指標等の設定を検討する。

2．抗菌薬の適正使用など医療の適正化の取組

○　次期医療費適正化計画（2024年度から開始）における新たな目標として「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の適正化を位置づけ、都道府県が地域の医療保険者、医療関係者等と協力して取り組む。

○　小児抗菌薬の適正な使用等、診療報酬上、必要な対応を検討する。

3．こども医療費助成の影響に係る分析

○　令和６年度の厚生労働科学研究において、こどもの医療費助成による受診行動の変容や医療費の増減、抗菌薬処方への影響、診療報酬制度が受診行動や医療費等に与える影響等の検証・分析を実施予定。令和５年度においては、こどもの医療費無償化の影響に関する実証研究（東京大学飯塚教授・重岡教授の論文）に関して、その他の既存論文の調査、また直近の医療費実績等に照らしたデータ分析による検証等を保険局にて実施。

Is Zero a Special Price? Evidence from Child Healthcare*

Toshiaki Iizuka†
The University of Tokyo

Hitoshi Shigeoka‡
Simon Fraser University
and NBER

First version: November 29, 2018
This version: September 24, 2020

Abstract

Do consumers react differently to zero prices? We test the presence of a zero-price effect in child healthcare and find that a zero price is indeed special and it boosts demand discontinuously. A zero price affects resource allocations by encouraging healthier children to use more services and exacerbates behavioral hazard by increasing inappropriate use of antibiotics. A copayment, as small as 2USD per visit, alleviates these problems without increasing financial and health risks. However, a zero price may be used to boost demand for highly cost-effective treatments. Strategically choosing zero and non-zero prices is a key to improving welfare.

American economic journal 2022, Vol.14 (4), p.381-410

無料というのは特別な価格を意味しますか？
子どものヘルスケアからのエビデンス（根拠となる事実）

著者：飯塚 敏晃（東大教授　医療・介護の実証分析が専門）
重岡仁（東大教授　医療経済学、労働経済学が専門）

要約

消費者は無償化に対して異なる反応を示しますか? 私たちは小児医療における無償化の効果がみられるかを分析し、無償化は確かに特別であり、ゼロとなった時点で不連続的に需要を押し上げることを確認できた。無償化の場合、より健康な子どもたちがより多くのサービスを利用するよう奨励することになり、そのことが医療資源配分に影響を与え、抗菌薬の不適切な使用を増やすことにつながる医療行為の増大が起こっていた。

1 回の来院につきわずか ２アメリカドル（300円程度）の自己負担額で、経済的および健康上のリスクを増大させることなく、これらの問題を軽減できる。ただし、費用対効果の高い治療に対する需要を高めるためには、無償化を用いることは可能かもしれない。

無償化とそれ以外を戦略的に選択することは、福祉を改善する鍵となる。

4つの事実

- 自己負担がなくなると月に１回以上受診する割合が4.8%、不連続的に増加した。
- 自己負担は「健康な」子どもの受診を抑制することができる。
- 自己負担は軽症例への不必要な抗菌薬を18.3%減少させた
- 自己負担がなくても思春期の医療費は不変（減

政府はこの結果を
重視した政策を
考えているらしい

この論文の結論
子ども医療費に少額の自己負担（１回あたり300円程度）を求める政策の費用対効果が高い

4つの事実への私の見解１

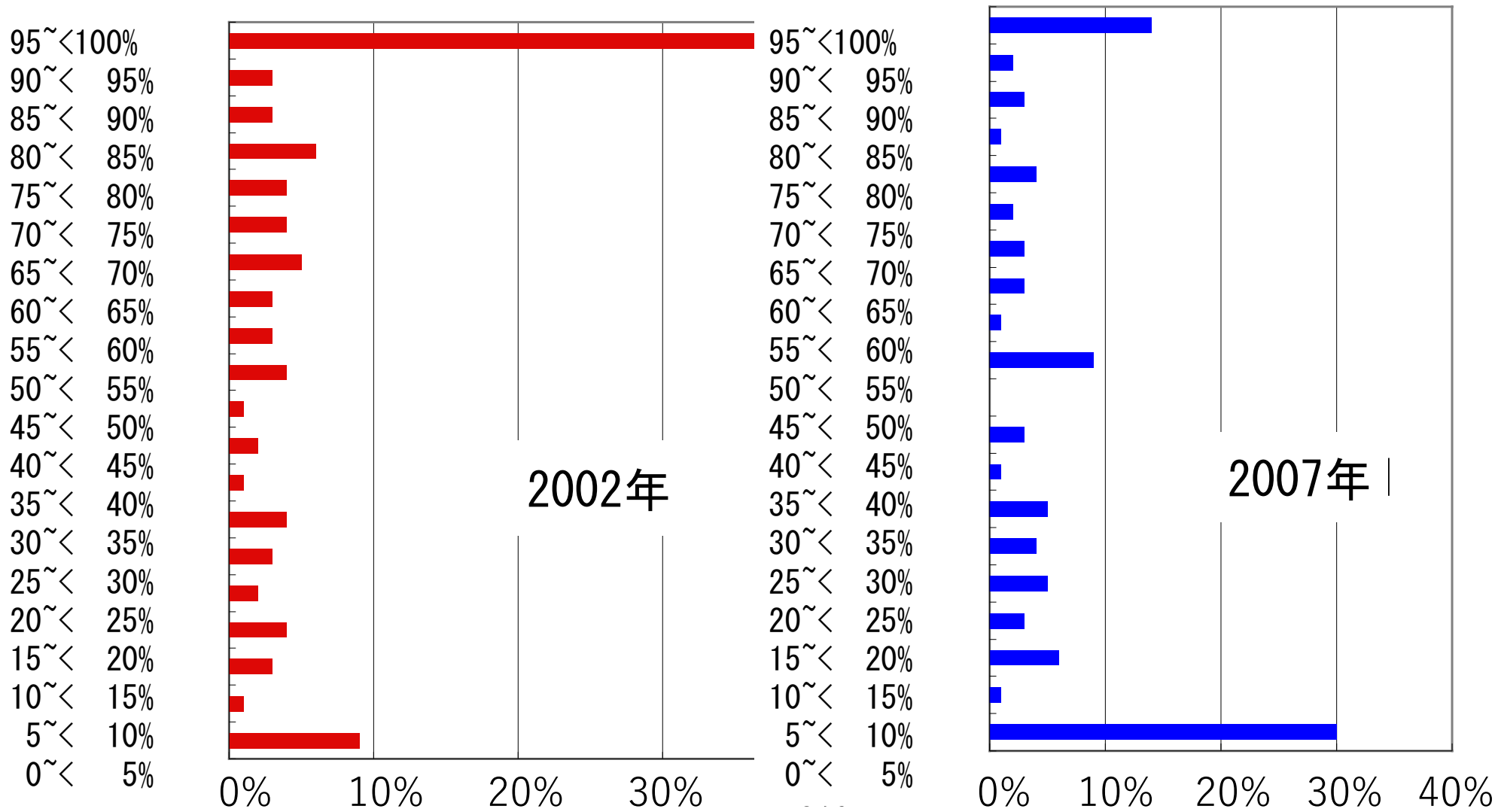
- 自己負担がなくなりたとえ5%未満でも受診しやすくなったのは、プラス効果だとみるべき。カゼで受診した機会に、ワクチン接種の確認、成長発達の評価、子育て相談への対応などが可能。
- 過去に継続的に受診がある場合は「病気」の子どもで、単発的受診は「健康」な子どもと定義し、自己負担があると「健康」な子どもが一月間に複数回受診する割合＝不要な受診が減らせられるので、有効な方法だとしている。
- 継続的医療が必要な子どもの受診が、自己負担の有無で変わっていない点にホッとする一方で、「健康」な子どもをこのように定義するのは、医療の現場感覚からすると大変奇妙。例え数か月受診していない元気だった子どもが、最初はカゼのような症状で受診していてあとで白血病と診断がつく、当たり前にあり得る例。保険診療の費用分析だけで、健康な子どもかどうかはわからない。

4つの事実への私の見解２

•抗菌薬の過剰な使用を患者負担の有無で論じるのは言いがかり。診療報酬上の病名を「肺炎」などの細菌感染から「喘息」「インフルエンザ」などの明らかに細菌感染ではない病名まで３段階に分けて、最も細菌感染らしい病名の場合と一番細菌感染らしくない病名とを比較したら、自己負担がある方が細菌感染らしくない病名に対して抗菌薬使用が2割近く少ないので、自己負担を取るべきだと考察している。

•私たちのグループが抗菌薬適正使用のためのガイドラインを作成し、2006年学会誌上で公開した結果、発熱した子どもへの抗菌薬の使用は大幅に減り、今はもっと減っている。「喘息」などに不必要な抗菌薬を出すのは、医療側あるいは保険請求を審査する側の問題。

•最後の自己負担の有無と思春期の医療費の関係だが、これはメガスタディーが故にみえにくくなっている可能性がある。経済的に脆弱な家族のみを抽出して5年10年後をみると、医療にかかる頻度やコストの減少がみられる可能性がある。



図．抗菌薬処方率の変化
（37.5℃以上の発熱患者）

Kato and Goto *Health Economics Review* (2017) 7:28
DOI 10.1186/s13561-017-0165-3

RESEARCH **Open Access**

Effect of reducing cost sharing for outpatient care on children's inpatient services in Japan

Hirotaka Kato[1*] and Rei Goto[2]

Abstract

Background: Assessing the impact of cost sharing on healthcare utilization is a critical issue in health economics and health policy. It may affect the utilization of different services, but is yet to be well understood.

Objective: This paper investigates the effects of reducing cost sharing for outpatient services on hospital admissions by exploring a subsidy policy for children's outpatient services in Japan.

Methods: Data were extracted from the Japanese Diagnosis Procedure Combination database for 2012 and 2013. A total of 366,566 inpatients from 1390 municipalities were identified. The impact of expanding outpatient care subsidy on the volume of inpatient care for 1390 Japanese municipalities was investigated using the generalized linear model with fixed effects.

Results: A decrease in cost sharing for outpatient care has no significant effect on overall hospital admissions, although this effect varies by region. The subsidy reduces the number of overall admissions in low-income areas, but increases it in high-income areas. In addition, the results for admissions by type show that admissions for diagnosis increase particularly in high-income areas, but emergency admissions and ambulatory-care-sensitive-condition admissions decrease in low-income areas.

Conclusions: These results suggest that outpatient and inpatient services are substitutes in low-income areas but complements in high-income ones. Although the subsidy for children's healthcare would increase medical costs, it would not improve the health status in high-income areas. Nevertheless, it could lead to some health improvements in low-income areas and, to some extent, offset costs by reducing admissions in these regions.

Keywords: Heath insurance, Cost sharing, Childcare, Inpatient care, Outpatient care

JEL codes: I12, I18, J13

外来医療費負担削減による
小児入院患者への影響

著者：加藤弘陸（横浜市大講師　医療経済学、政策評価が専門）
後藤励（慶應大学教授　健康マネジメントが専門、医師）

要約

目的:この論文は、日本の小児外来サービスに対する補助金政策を調査することで、外来サービスの費用負担削減が入院に及ぼす影響を調査した。
方法: 2012年と2013年のデータから、約1,400の自治体から合計約36.7万人の入院患者を、自治体の入院医療費用に対する外来医療助成の拡大の影響について、分析した。
結果:外来診療の費用負担の減少は、地域によって異なるが、入院全体に大きな影響はなかった。補助金により、低所得地域では全体の入院数が減少し、高所得地域では増加していた。入院形態別の結果を見ると、特に高所得地域では診断入院が増加していたが、低所得地域では緊急入院や外来療養入院が減少していた。
結論:これらの結果は、外来および入院サービスが低所得地域では減少し、高所得地域では増加することが示唆された。この補助制度は、低所得地域の健康改善につながり、これらの地域での入院者数を減らすことでコストをある程度相殺できる可能性がある。

今日の私の話

- こども家庭庁の「こどもまんなか」
- 今の日本の現状をデータからみる
- 医療経済学からみた子どもの医療費無償化
- 子どもの権利からみた子ども医療費の無償化

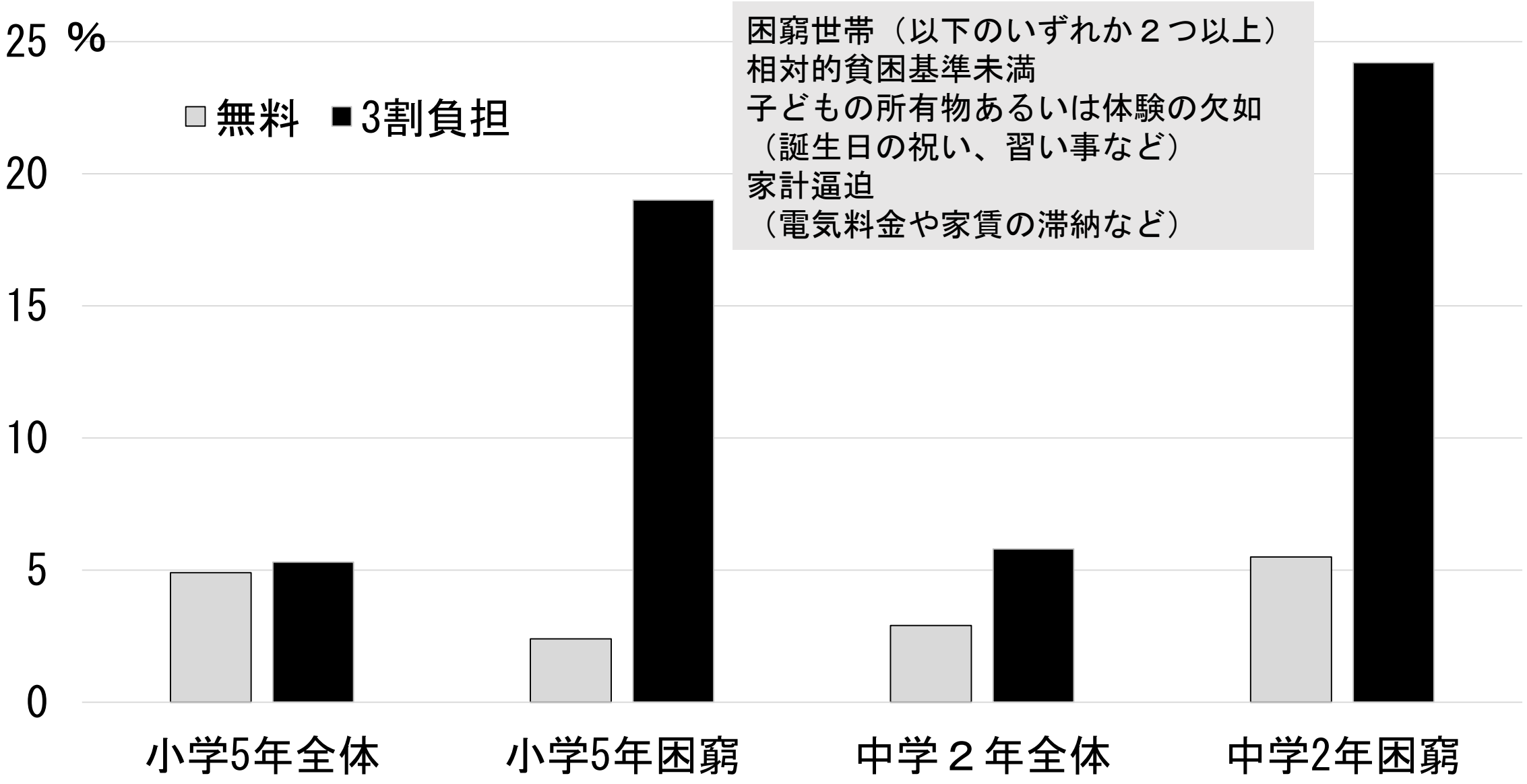
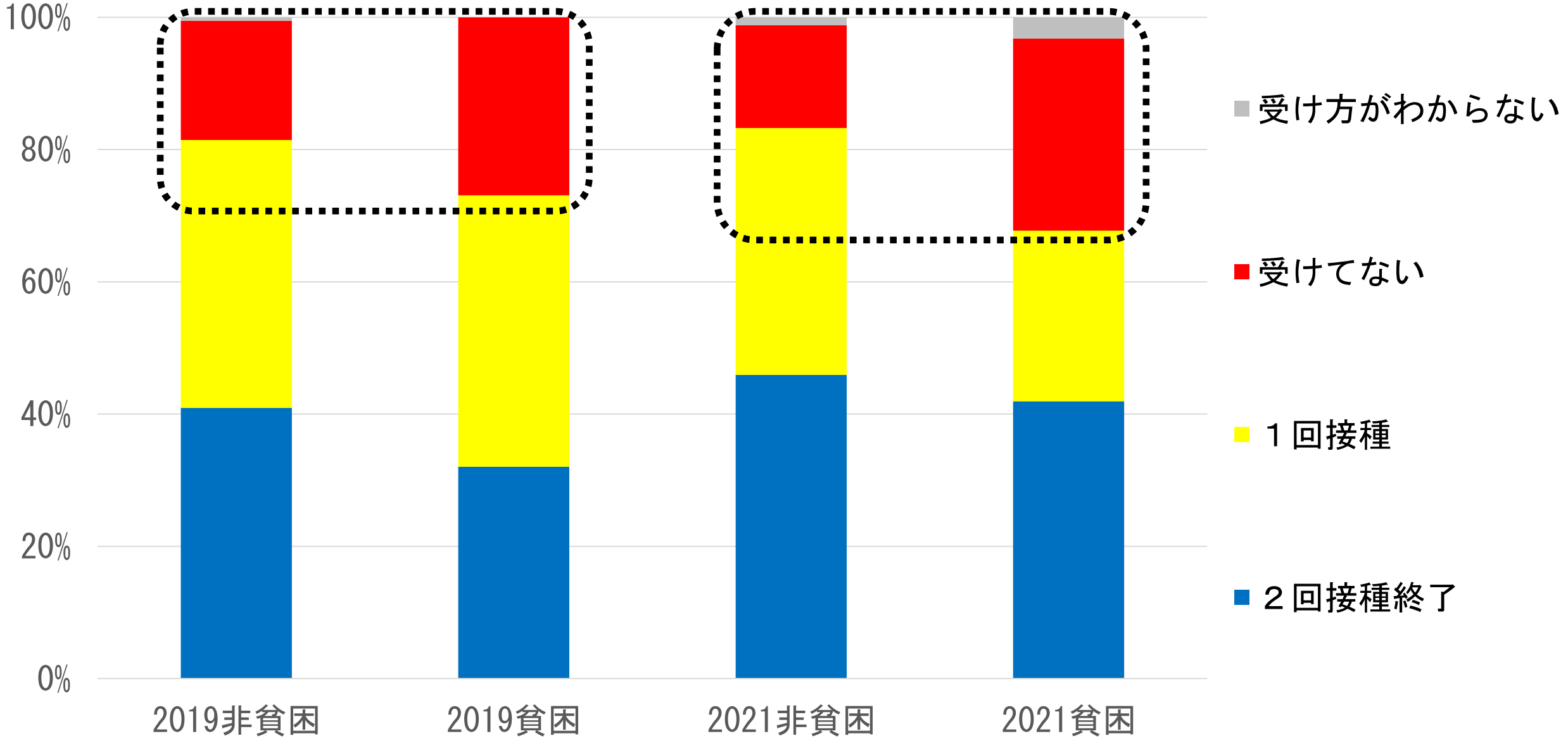


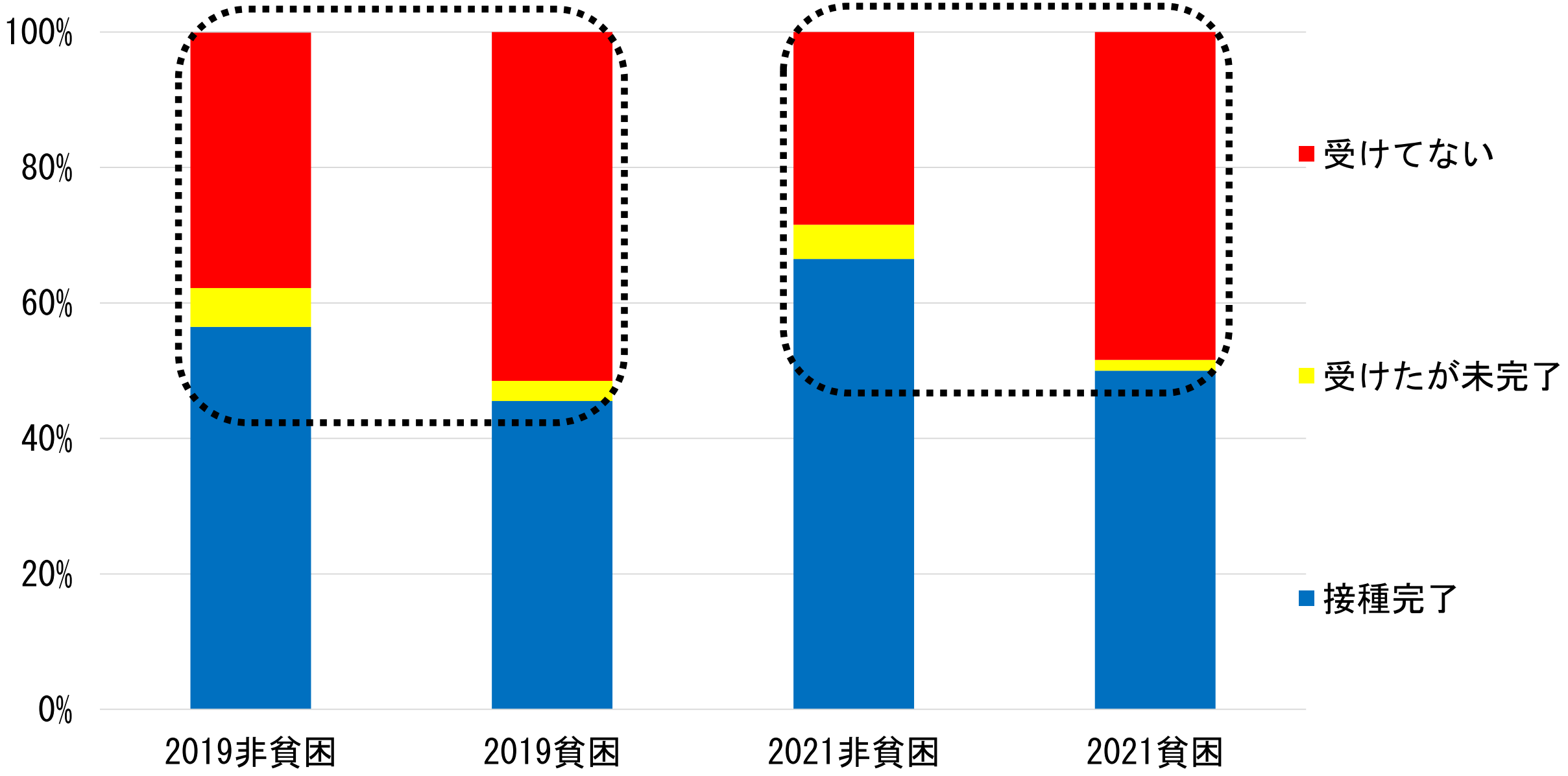
図　制度別受診抑制の割合

医療と社会 2021.Vol.31. No 2　阿部彩ほか
子どもの医療費助成制度の受診抑制に対する影響

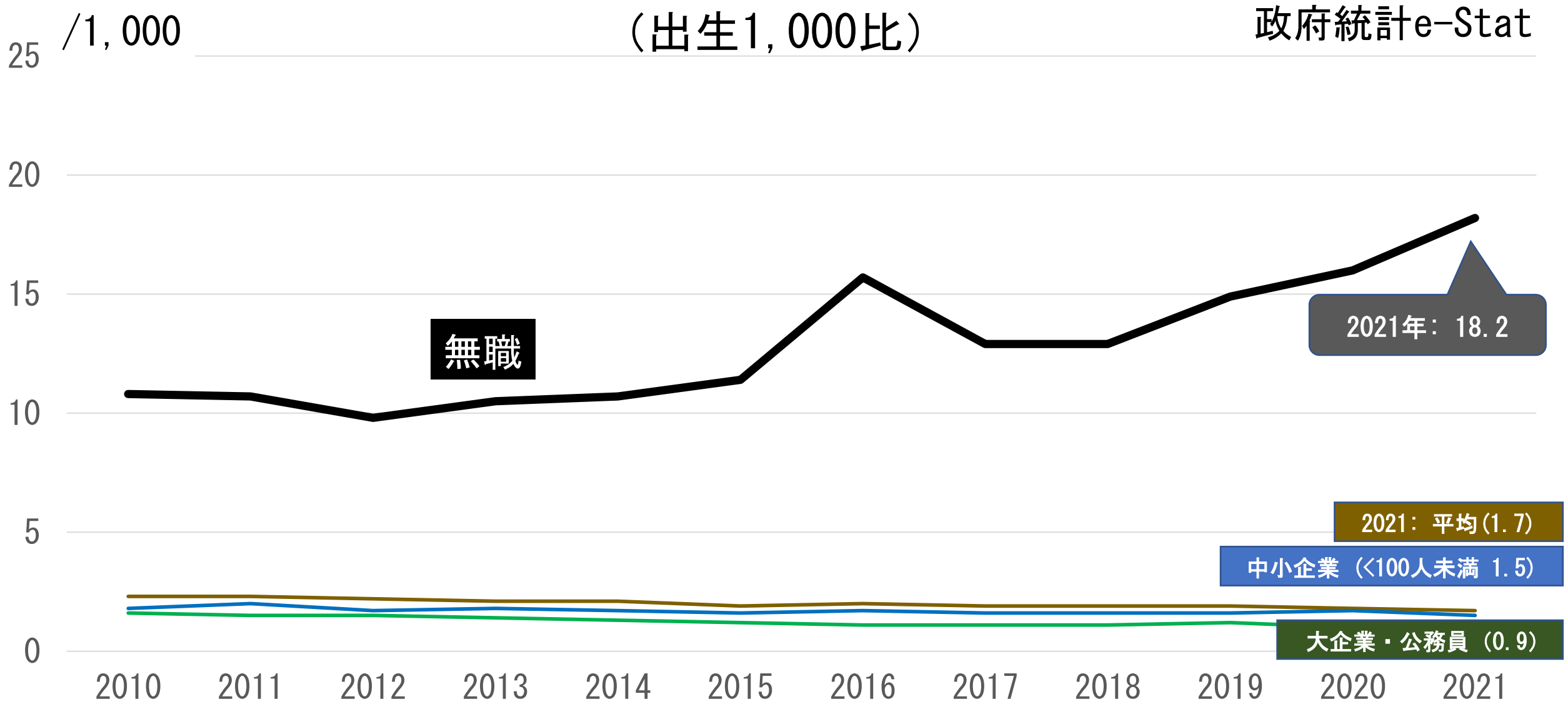
3歳から就学前のムンプス予防接種（2019年855世帯、2021年449世帯）



学童のインフルエンザ予防接種（2019年1075世帯、2021年695世帯）



世帯の就労形態別でみた乳児死亡率（日本）



自殺の死亡順位（15-19歳）

出生10万対比 厚生労働省資料

15-19歳	1位	2位	3位
1980	不慮の事故	自殺(7.3)	悪性新生物
1990	不慮の事故	悪性新生物	自殺(3.8)
2000	不慮の事故	自殺(6.4)	悪性新生物
2010	自殺(7.5)	不慮の事故	悪性新生物
2017	自殺(7.8)	不慮の事故	悪性新生物
2018	自殺(8.7)	不慮の事故	悪性新生物
2019	自殺(9.9)	不慮の事故	悪性新生物
2020	自殺(11.4)	不慮の事故	悪性新生物
2021	自殺(11.5)	不慮の事故	悪性新生物
2022	自殺(12.2)	不慮の事故	悪性新生物

自殺の死亡順位（10-14歳）

出生10万対比 厚生労働省資料

10-14歳	1位	2位	3位
1980	悪性新生物	不慮の事故	心疾患
1990	不慮の事故	悪性新生物	心疾患
2000	不慮の事故	悪性新生物	自殺（1.1）
2010	不慮の事故	悪性新生物	自殺（1.1）
2017	自殺（1.9）	悪性新生物	不慮の事故
2018	悪性新生物	自殺（1.9）	不慮の事故
2019	悪性新生物	自殺（1.7）	不慮の事故
2020	自殺(2.3)	悪性新生物	不慮の事故
2021	自殺(2.4)	悪性新生物	不慮の事故
2022	自殺(2.3)	悪性新生物	不慮の事故

キーワード

- **国連子どもの権利条約**

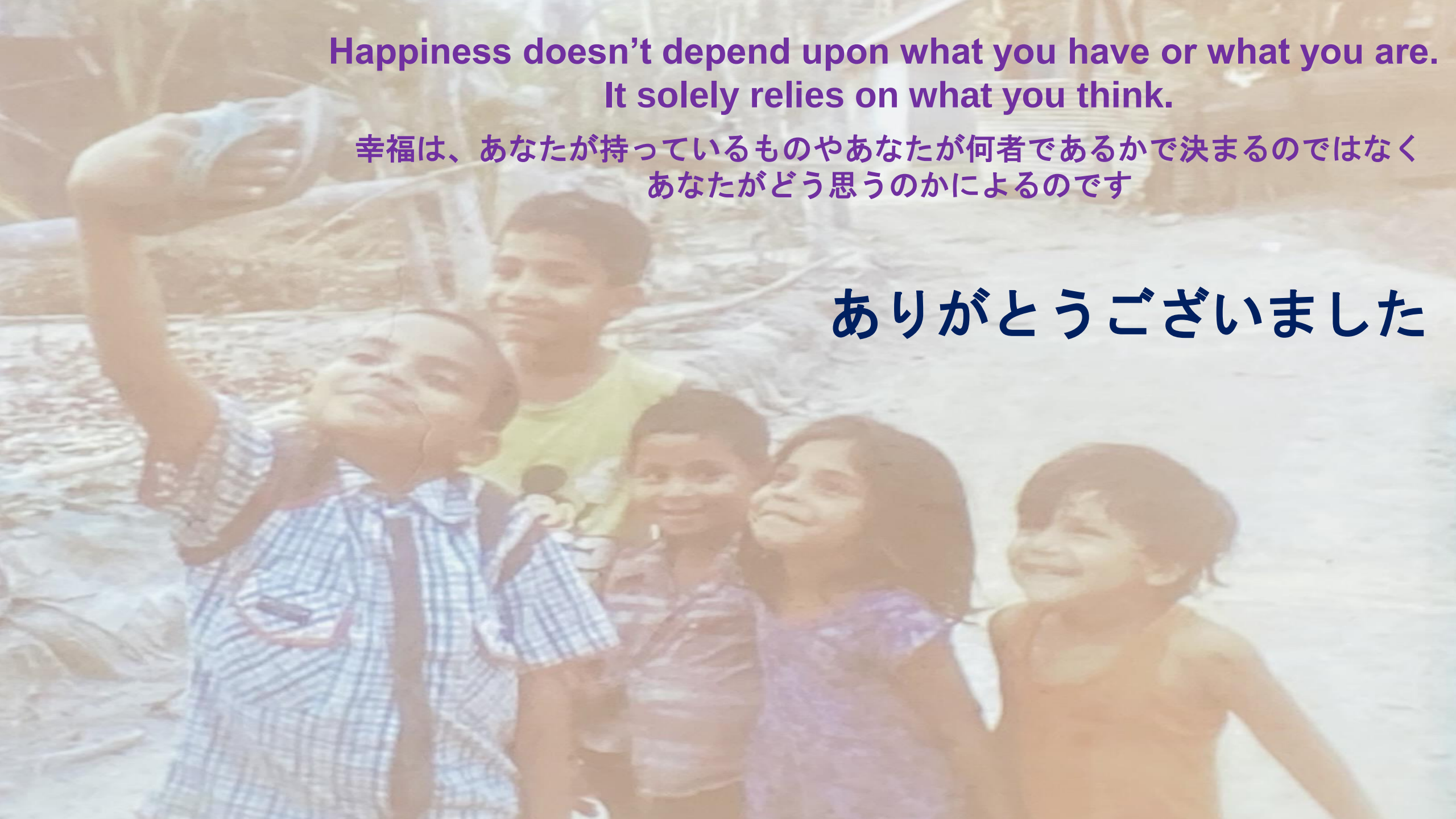
  6条（生きる権利・育つ権利）

  24条（健康・医療への権利）

- **公平性**（Equity）、**権利**（Rights）、**社会正義**（Social Justice）

まとめ

- 子どもの貧困は日本のような比較的高所得の国においても現実に存在し、子どもたちの健康とwell-beingに大きな影響を与えている
- **子どもの貧困のレベルは高所得の国の事情によって大きく異なっている – それらは政策決定による**
- 子どもの貧困を減らすには社会政策が不可欠だが、子どもに関わる医療関係者、福祉や保育、教育に関わるすべての関係者には、重要な役割を果たす責任がある



Happiness doesn’t depend upon what you have or what you are.
It solely relies on what you think.

幸福は、あなたが持っているものやあなたが何者であるかで決まるのではなく
あなたがどう思うのかによるのです

ありがとうございました