

子どもの医療費助成の検証¹

慶應義塾大学
土居丈朗研究会
医療介護②
青貝明音
石井諒太
稲見優奈
小田峻大
樫山美佳
館鼻舞

2020年 11月

¹ 本稿は、2020年12月19日、20日に開催されるISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2020」のために作成したものである。本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。なお、本稿の執筆にあたっては、土居丈朗教授(慶應義塾大学)をはじめ、多くの方々から有益かつ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して、感謝の意を表したい。

要約

本稿では子どもの医療費助成制度について取り上げる。我が国では国が提供する医療保険制度に加え、全ての自治体で子どもの医療費助成が行われており、近年、各都道府県・市町村で子どもの医療費助成制度の拡充が進んでいる。対象となる子どもの年齢基準や医療費の範囲、所得制限や一部負担の有無など、その内容は自治体により様々である。医療費助成制度の拡充により、子どもの医療費に対する保護者の負担が大幅に軽減されることで、子どもの受診行動への影響が指摘されている。受診にかかる金額的心理的コストの低下による受診行動の拡大が制度における拡充の及ぼす大きな影響の一つだろう。制度拡充と子どもの健康増進や出産機会の増加との間に直接的な関係は確認されておらず、健康増進や少子化対策を目的とするのであれば、子どもの病気予防や検診制度の拡充、待機児童の解消や妊産婦への補助といった施策を検討する必要がある。

我々は子どもの医療費助成制度に対し、制度の観点と医療の観点からアプローチを行った。制度側の現状として、子どもの医療助成制度は各都道府県・各自治体によって運営されている。従って、市町村の助成制度拡充は各自治体の財政規模に大きく影響され、財政規模の小さな自治体では制度の拡充は財政面で大きな負担となっている。さらに、各自治体が都道府県の助成に上乗せして助成を拡大した場合には、国が国庫補助金の減額措置を行う制度となっており、各自治体の財政の圧迫や子どもの健康増進を目的とする助成制度の拡大を阻む要因となっている。それに加えて医療の観点から見ると、医療提供側にも課題は残る。助成制度の拡充による金銭的或いは心理的負担の低下により、患者が過剰受診をする可能性が考えられる。また、医療提供側にとっても過剰提供を減らすインセンティブがないために、制度の拡充により医療サービスを過剰に提供してしまうことが懸念される。

以上を踏まえて、別所（2011）をはじめとする先行研究をもとに、医療費助成やその他の要因が医療費に与える影響を適切に評価することを目指す。医療需要者の立場から制度を分析したものは、先行研究で確認することができたが、医療提供者側から助成制度の拡充にアプローチした研究は少ない。加えて現行制度の現物給付方式や償還払い方式が、本来の医療費助成の目的に則しているかは不明瞭である。そこで、本稿では、子どもの医療受診行動について、以下の2点を中心に、定量的に分析する。

1. 医療提供者側と患者側の双方からの分析
2. 現金給付による効果の検証

分析の結果、医療費助成制度の効果として、低所得者層の入院行動に影響を与えていることが分かった。この結果は、助成制度は全ての年代、所得者層に等しく効果を与えるものではなく、特定の層にのみ影響を与えるものであるように示唆していると言えよう。これは、各自治体が助成対象年齢を引き上げていること自体を否定する結果ではないが、より効果的な方法で各年齢層にアプローチしていくことが望ましいと考えられる。

以上を踏まえて、政策提言を行う。現行制度の現物給付制度は、消費者の享受した医療行為に対する対価を、金銭を介さず直接的に補助するものであるが、この制度は医療に用途を限定するものである。したがって、現物給付制度が本来の政策目的である子育て支援や少子化対策・子どもの健康増進等に効果的であるか明瞭でないことが問題であると言える。そこで我々は、現物給付制度から、受給者の使い道が限定されることのない現金を直

接給付する現金給付方式への変更を提言する。国家が現金そのものを給付し、それぞれの子育て世帯のニーズに合わせて有効に活用してもらうことで、子育て支援をはじめとする福祉政策を充実させることが狙いである。さらに、過剰受診を減らすことに繋がるなどのポジティブな効果を生み出せると考えている。

目次

要約	2
第1章 現状・問題意識	5
第1節 はじめに	
第2節 制度の概要	
第3節 助成の実際	
第4節 問題の所在	
第2章 先行研究及び本稿の位置づけ	11
第3章 分析	14
第1節 分析手法	
第2節 変数	
第3節 分析結果	
第4節 分析結果の考察	
第4章 現金給付に関する分析	22
第1節 現金給付とは	
第2節 現金給付と受診行動の関連性	
第3節 等価変分分析	
第5章 政策提言	27
参考文献・データ出典	29

・第1章 現状・問題意識

第1節 はじめに

医療保健分野において、日本は世界的に見ても先進的なシステムを築き、それを運用し維持してきた歴史を持つ。その代表とも言える国民皆保険制度は、1960年代に達成されて以降現在に至るまで維持されている。これに加えて医師や医療施設等の提供体制も、国家の主導のもと綿密に、かつ頑健に築かれてきた。

国家として政策の舵取りが行われる一方で、市区町村が一貫してその規模と権限を拡大し続けてきたことも見逃せない。対人の公共サービスの供給のあり方に強いインパクトを持つ市区町村は、中央政府による委託対象から自ら計画し実行する主体へと変貌を遂げていった。実際、この事実は、社会の成熟化とともに多様化した人々の欲求に対する自然な応答と言ってよい。市区町村が提供するサービスは様々だが、その中でも社会保障、特に医療や介護のサービスに関しては、ほかの国にも類を見ないほど大きな役割を担っている。

乳幼児医療費助成制度は、その一つであると同時にその先駆でもある。1961年に岩手県和賀郡沢内村で設立された取り組みを起源とする本制度は、もともとは当時高かった乳幼児死亡率の漸減を目指したものであったが、時代とともにその役割は変容することとなる。幾度もの細かな制度の変更を経て、現在では子育て世帯への支援策の一つとして解釈されている。本稿はこうした長い歴史を持つ乳幼児医療費助成制度について、近年の制度動向を踏まえた分析を行うとともに、制度に関する再検討を促すような問題提起を行うことを目的とする。

第2節 制度の概要

我が国の子どもは、公的医療保険制度において被保険者の被扶養者の立場にあり、医療給付に関する自己負担率は義務教育就学前まで2割、就学後3割と定められている。乳幼児医療費助成制度とは、子どもの健康及び福祉を増進し、子育て世帯の経済的負担を軽減することを目的として、子どもにかかる医療費の自己負担分を都道府県及び市区町村が助成する制度のことである。都道府県単位で設定される助成制度に加え、各市町村が独自にそれを拡充することができる。本助成は2020年現在、全ての都道府県で実施されているため、全国全ての子どもがなんらかの助成を受けることができる。

本制度は、所得制限の内容や助成対象者、助成方法²等によって特徴付けられるが、本稿では助成対象者に焦点を当てることとする。具体的には助成対象年齢の上限を助成の程度とみなし、議論を進めることとする。なお上限年齢について、外来（通院）と入院で異なった適用がなされている場合が少なくないため、以下では外来（通院）と入院それぞれに

² 一般に医療給付方法は、現物給付と償還払いとに大別される。ただ、自治体によって規定は様々であり、場合に応じて2つを使い分けている都道府県あるいは市区町村が少なくない。なお、後に提言する現金給付策はここでの償還払いとは区別して扱う。

ついて分析・議論を行う。

第3節 助成の実際

今回は簡単のため、都道府県単位での助成について紹介し、これを分析することとする。本稿で依拠するデータは、「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」（厚生労働省子ども家庭局母子保健課）から得た年度別のものである。我々が分析対象とする平成22,30年度について、助成対象者の概略を下の表1にまとめた。なお、この2時点間で制度が拡充されているものを太字としている。また本章下の図1,2は、助成対象年齢の引き上げ状況を図示したものであり、濃青色で塗られている都道府県では2時点間で対象年齢が引き上げられている一方で、淡青色で塗られている都道府県では引き上げられていない。

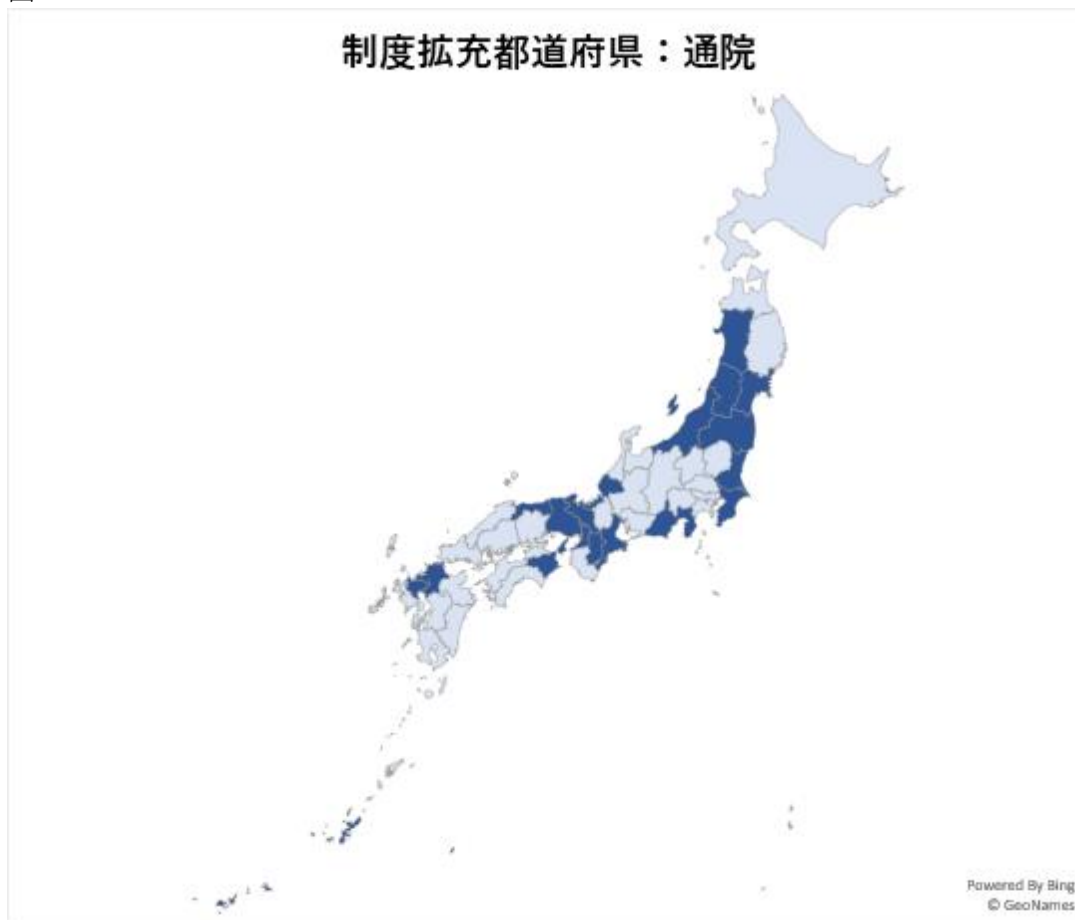
特筆すべき点として、就学前を上限に設定している都道府県が多いことと、通院と入院とで上限年齢が異なる都道府県が多いことが挙げられる。後者について、その全ての場合について入院の上限年齢がより高く設定されている。これについて別所(2012)は、一般的に入院が通院に比べて医療費がかさむという点で「効率的な所得再分配」を意図した設定だと指摘する。この指摘からも所得再分配が本制度の志向する目的の一つであることが窺えよう。

表1

都道府県	対象年齢（平成22年度）		対象年齢（平成30年度）	
	通院	入院	通院	入院
北海道	就学前	12歳年度末	就学前	12歳年度末
青森	就学前	就学前	就学前	就学前
岩手	就学前	就学前	就学前	12歳年度末
宮城	3歳未満	就学前	就学前	就学前
秋田	就学前	就学前	15歳年度末	15歳年度末
山形	就学前	12歳年度末	9歳年度末	15歳年度末
福島	就学前	就学前	18歳年度末	18歳年度末
茨城	就学前	就学前	12歳年度末	15歳年度末
栃木	12歳年度末	12歳年度末	12歳年度末	12歳年度末
群馬	15歳年度末	15歳年度末	15歳年度末	15歳年度末
埼玉	就学前	就学前	就学前	就学前
千葉	就学前	就学前	9歳年度末	15歳年度末
東京	15歳年度末	15歳年度末	15歳年度末	15歳年度末
神奈川	就学前	15歳年度末	就学前	15歳年度末
新潟	3歳未満	12歳年度末	12歳年度末	12歳年度末
富山	4歳未満	就学前	4歳未満	就学前
石川	4歳未満	就学前	4歳未満	就学前
福井	3歳未満	3歳未満	9歳年度末	9歳年度末
山梨	5歳未満	就学前	5歳未満	就学前
長野	就学前	9歳年度末	就学前	15歳年度末

岐阜	就学前	就学前	就学前	就学前
静岡	就学前	就学前	15 歳年度末	15 歳年度末
愛知	就学前	15 歳年度末	就学前	15 歳年度末
三重	就学前	就学前	12 歳年度末	12 歳年度末
滋賀	就学前	就学前	就学前	就学前
京都	就学前	12 歳年度末	15 歳年度末	15 歳年度末
大阪	3 歳未満	就学前	就学前	就学前
兵庫	9 歳年度末	15 歳年度末	15 歳年度末	15 歳年度末
奈良	就学前	就学前	15 歳年度末	15 歳年度末
和歌山	就学前	就学前	就学前	就学前
鳥取	就学前	就学前	18 歳年度末	18 歳年度末
島根	就学前	就学前	就学前	就学前
岡山	就学前	就学前	就学前	12 歳年度末
広島	就学前	就学前	就学前	就学前
山口	就学前	就学前	就学前	就学前
徳島	9 歳年度末	9 歳年度末	15 歳年度末	15 歳年度末
香川	6 歳未満	6 歳未満	就学前	就学前
愛媛	就学前	就学前	就学前	就学前
高知	就学前	就学前	就学前	就学前
福岡	就学前	就学前	12 歳年度末	12 歳年度末
佐賀	3 歳未満	就学前	就学前	就学前
長崎	就学前	就学前	就学前	就学前
熊本	4 歳未満	4 歳未満	4 歳未満	4 歳未満
大分	就学前	就学前	就学前	15 歳年度末
宮崎	就学前	就学前	就学前	就学前
鹿児島	就学前	就学前	就学前	就学前
沖縄	4 歳未満	就学前	就学前	15 歳年度末

図 1



平成 22・30 年度「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」（厚生労働省子ども家庭局母子保健課）よりエクセルにて筆者作成

図 2



平成 22・30 年度「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」（厚生労働省子ども家庭局母子保健課）よりエクセルにて筆者作成

第 4 節 問題の所在

さて、前述したように本制度は長い歴史を持ち、幾度もの制度変更を通してその役割や内容は変容してきた。注目すべきは近年、その歴史の中で制度変更が盛んに行われているという事実である。変更とは具体的には制度の拡充を指し、より具体的には助成対象年齢の引き上げを指す。実際、8 年間の制度動向を示した表 1 から、多くの自治体が助成対象年齢を引き上げていることは明らかである。それに加えて、平成 22 年度では助成程度の最小が 3 歳未満、最大が 15 歳未満であったのに対し、平成 30 年度では最小が 4 歳未満、最大が 18 歳未満と、助成対象年齢の幅が広がっているという事実も認められる。これらは、近年制度が大きく見直されていることの証左の一つと言えるだろう。

しかし同時に、自治体の財政的な状況、あるいは政治的な状況によって制度が変更され、拡充されているのだとすれば、その変更または拡充が、本来制度が果たすべき目的と合致

するものであるかについて、十分に精査する必要があるだろう。本来、制度の運営主体を国家でなく自治体に委ねるメリットとは、人々の生活に最も近い行政の最小単位として、それぞれの人々が営む途切れることのない生活の流れの中で生まれた問題意識にいち早く、かつ綿密に応答できるということである。例えば財政的な余裕や自治体間で加熱する人口獲得競争を理由に、乳幼児医療費に対する助成を拡充することは、上述した本来のメリットと合致しない。あるいは、首長の政治的なキャンペーンや自治体のブランディングを理由に助成を拡充することも同様に、決して完全に正しいプロセスとは言えない。

こうしたプロセスについての議論に加えて、制度拡充が乳幼児の過剰な受診行動を促しているとする指摘もある。制度拡充により受診に対する金銭的心理的コストが低下し、消費者にとって本来不必要な受診行動の拡大が懸念されるという指摘である。そのほかに、医療提供者側にも制度拡充により受診者の金銭的心理的コストの低下や医療提供機会の増大により過剰な医療提供を行っているという指摘もある。ただ現状、医師が医療サービスの提供を抑える、あるいは減らすようなインセンティブは存在しないため、国または自治体が医療サービスの供給量を適正化することは困難であろう。

現状の制度に関する意思決定が、どういった背景あるいは経緯のもとで行われたかについて全てを知ることはできないが、むしろできないからこそ、近年大きく拡充された本制度について客観的な分析を付し、その代替となり得る制度を比較考慮することには大きな意義があると考えられる。

こうした背景から本稿では、乳幼児医療費助成制度にかんして、定量的な分析の枠組みを与えることでこれを議論の土台とし、新たな制度のあり方を検討する起点としたいと考えている。具体的には、各自治体の制度拡充が子どもの受診行動あるいは医療サービスの供給量に与える影響について分析を行った上で、現金を各世帯に直接付与する現金給付方式を代替案として提示・提言する。現在の乳幼児医療費助成制度を、ある種医療行為に関するバウチャーであると捉えるならば、代替案である現金給付方式は用途を限定しないバウチャーであると言える。子育て支援や子どもの予防医療促進、健康増進という観点において、現金を直接付与することは、病院での医療行為に用途を限定するよりも効果的な支援策だと言える。

・第2章 先行研究及び本稿の位置付け

日本において、医療費助成制度について定量的に研究された論文は少ない。別所（2012）は、そのギャップを埋めるために個票データを用い、分析したものであるが、2012 年度以降、データを用いて分析した論文の数は大きく増えていない点が現状である。

本稿では主に、西川（2010）、別所（2012）、澤野（2013）、村松（2018）の4つの先行研究を参考としている。これらの研究を用いた意図としては、以下の3点が挙げられる。

1. 医療費助成に関する分析がどの程度行われているのかを理解する
2. どのような手法で、助成制度の是非に関して分析されているのかを把握する
3. 未だに具体的な研究が行われていない分野を探し出す

以下、上記の4つの先行研究の概要に触れ、本稿がどのような点で従来の研究と異なる分析をしていくべきかについて明確にしていきたい。

西川（2010）では、乳幼児医療費助成制度について、制度の基礎的事項を説明したのち、東京都23区及び山梨県下の自治体を例に、乳幼児医療費助成制度の自治体間における関係性について考察している。

基礎的事項には、制度の概要・歴史、制度適用時の所得制限や自己負担金の有無についての自治体ごとによる変化などが含まれている。その中で、西川（2010）が懸念している点は、以下の3点に集約できる。第1に、市町村区の財政状況の差異が、受給者にとっての制度の福祉的充実度として発現してしまうことを示した。理由としては、本制度は都道府県の決定対象年齢を基準としており、市町村区は都道府県のそれに従う形となる点を挙げることができる。第2に、現物給付か償還払いの選択が困難なことを示した。つまり、受給者の利便性を考えると現物給付が望ましいが、医療費抑制を目的とすると償還払い形式のほうが望ましいといえる。第3に、所得制限か自己負担のどちらを採用すべきかが困難なことを示した。具体的には、再分配政策の公平性を追求する観点からは所得制限による制度適用がふさわしいが、医療需要抑制の観点からは長瀬効果を利用して自己負担を導入するべきであると述べている。

次に、自治体間における西川（2010）の考察について触れる。西川（2010）は、各自治体の制度拡充の歴史を制度「選択」の歴史とした上で、各自治体の制度選択に空間的あるいはその他の関係性があるのかどうか検討した。結果は次の3点に集約できる。第1に、都道府県単位の制度選択がその後の市町村単位での制度選択に明らかな影響を与えていることが判った。第2に、各自治体間の制度選択には明示的な空間的関係性が発見されなかった。第3に、各自治体の選挙時期あるいは首長変更時期と、制度変更との間には関係性が見出されなかった。本稿のこうした結果は、公共料金の制度選択において自治体間で競争が生まれるとする理論的立場に疑問を呈するものであり、乳幼児医療費助成に関する今後の政策検討に資する結果の1つと言える。

西川（2010）においては、著者が懸念する点を示しているものの、具体的なデータをもとに分析は行われていないので、今後現物給付や現金給付の是非について考察していくことが望まれよう。

別所（2012）は個票データを用い、日本における助成制度が子どもの保健や福祉の充実、医療サービス消費、健康状態に与える効果を検討している。結論として、医療費助成が未

就学児の医療サービスや健康状態に与える効果は限定的であることが示されている。具体的には、医療費助成の影響は小学生には通院確率に正の効果を与えるものの、医療費助成の影響は未就学児、小学生の男子、低所得者世帯では検出されないことが分かった。

具体的な分析手法として、国民生活基礎調査のデータを用いて、通院の有無と健康状態を表す被説明変数を作成している。説明変数の準備にあたっては、助成ダミーというものを作成している。都道府県のみならず、市区町村も独自事業として医療費助成を行っているのだが、それぞれの子ども(世帯)がどの市区町村に居住しているかの情報は利用可能ではない。また、助成には月あたりの限度額や定額負担が規定されていることもあるが、それらの対象になるかどうかデータからは判断できない。そこで、各都道府県・各年齢において、医療費助成の対象となっている際の子どもの割合から、当該都道府県・年齢の子どもは助成の対象となっているかどうかを判断するダミー変数を二種類用意している。またその作成に用いた、各都道府県・各年齢において、医療費助成の対象となっているとき子どもの割合も連続変数として、助成ダミーに組み込んだ。

ダミー変数を用いた定量的な分析は、今回は別所以外に見つからなかった。本稿でも、利用可能な都道府県ごとのデータを用い、ダミー変数も作成しながら分析を進めていく。

澤野(2013)は先行研究を基に子どもの医療費助成について考察しているが、定量的な分析はなされていない。著者は主に3つの結論をまとめている。第1に子どもの医療サービスは子どもの病気の特徴、生産と消費の同時性、意思決定者と需要者の違いの3点に分けて考えることができる。この特徴から価格の上昇、地域の小児科医の減少、機会費用を引き上げるような就労構造の変化は全て家計の効用を引き下げる。第2に子どもの医療費助成は東京都の対象年齢引き上げを契機に近年では対象が中学生の入院・外来まで拡大されている。第3に子ども医療費の無料化の実施が子どもの医療サービス需要を増加させる効果について、0~6歳はそれが確認されるが、7~12歳については明確ではない。

澤野のように、医療需要者の立場から、医療費の無料化がどの程度効果があるかについて検証した研究は複数見られる。しかし、医療供給者の立場から具体的に分析した研究は少ないことが事実である。医療の過剰受診が問題視される中で、どのような制度が過剰受診を招いており、医療提供者はどのような場合に過剰な医療を施すのかについて具体的に考えていく必要があるだろう。

村松(2018)は本稿が参考とした先行研究の中では最新のものであるが、これも定量的な分析は欠けており、現状の分析が論文の大半を占めている。現状の分析については、本稿でも前章で触れているので割愛する。著者の論文で注目すべき点は、2点ある。

第1に、財源に乏しい市区町村が都道府県の助成に独自に上乗せした分は、地方交付税として国が補填しているものの、助成に伴う国保補助金の減額調整が行われている点に着目したい。未就学児に関する減額調整は廃止されたものの、どのように財源を確保し、市区町村間の差異をなくすべきかについては検討の余地があるだろう。第2に、助成制度による子どもの健康維持・健康増進の効果についてはまだ十分な検証が行われていないという点に触れる。子どもの健康維持や健康増進を図るために、果たして医療費助成制度が適切なかどうかについては考察の余地があるだろう。助成ではなく、子どもの健康に関する相談窓口を設けるなどの別の手段もあるのではないかと考えられる。

医療費助成に関する先行研究では、医療費助成制度の効果を定量的に分析したものは少ない。そして、どの研究も医療需要者側の立場で書かれたものが主流であった。したがって、医療誘発需要の問題にも本稿は分析前に考察した。また、助成制度の発展に伴い、過剰提供が指摘されてきたが、2008年から2018年の間でどの程度過剰受診が進行してきた

のかを定量的に分析していきたい。

上述した医療誘発需要について、我々は追加で先行研究を3点抽出した。

泉田、中西、漆(1998)についてまずその内容に触れる。社会的な問題となっている医療費の増加を説明する有力な議論の一つに医師誘発需要仮説があり、これは政策的含意を持つ。しかし日本においては実証的な検討が十分でないことをうけ、この論文ではその検証を目的としている。具体的な分析としては、健康指標を調整したうえで医師、人口比率が医療サービス需要、支出に与える影響を推定しており、人口当たり医師数が1%増加すると、入院サービス量は1.4%、外来サービス量は1.0%増大する(老人医療のみを分析対象)という結果が出た。このように推定された医療サービスの需要増加は医師の裁量による需要増加を示している。したがって医師誘発需要の程度を明確化できたといえよう。

安達(1998)は医療密度が医療需要にどのように影響を与えるかを分析している。医師数増加による医療需要の増加が医師誘発需要によるものか、患者の利便性向上によるものかを識別するために、医療需要を受診率と診療密度に分解し推定する二段階モデルを用いている。そして、結論として、医師密度の上昇は医療費の上昇をまねくこと、外来に関しては医師密度の上昇が受診率と診療密度の両方を上昇させる、つまり医療費の上昇は患者の自律的な需要のみならず医師誘発需要にもよるという二つがある。また、医師数抑制や出来高払い制から定額払い制へ移行することなどを提言している。

山田(2002)は1997年度の国民健康保険の支払業務データからエピソードデータを作成し、医師誘発需要仮説を実証的に分析している。具体的には12か月分の北海道、千葉県、長野県、福岡県の国民健康保険の支払い業務データの個票をもとにしたエピソードデータを用い、人口あたりの医療機関数を所与として患者が受診するかを決定する第一段階と、医師が治療費または受診日数を決定する第二段階に分離して分析した結論として第一段階、第二段階ともに医療機関人口比率が増加すると受診率や治療費、受診日数が増加することが導かれた。

しかし以上の誘発需要に関する先行研究を踏まえると、現在の助成制度の制度設計上、医師に医療提供を抑制するインセンティブは存在せず、医師による誘発需要が起こっていることは明らかである。したがって、今回の分析では新たに医師誘発需要に関する分析は行わないこととした。

繰り返しにはなるが、本稿では患者の医療需要側、即ち受診行動について定量的に分析することを目的としている。

・第3章 受診行動に関する分析

第1節 分析手法

ここでは乳幼児医療費助成制度について、その効果を分析する。各都道府県による医療費助成制度の拡充が、助成対象者の受診行動に与える効果を考察していく。

これらの分析を行うにあたり、被説明変数については、通院の場合は5-9歳, 10-14歳時点における都道府県別1人あたり医療件数、入院の場合は5-9歳, 10-14歳時点における都道府県別1人あたり医療日数を使用した。説明変数については、以下の図に記載している通りである。なお、制度変更は時間経過を伴うため、今回は便宜上2カ年³(2010, 2018年)のデータを取り上げ、各々について時系列ダミー変数と制度拡充ダミー変数を設けることで効果検証を行うこととする。式は下記の通りである。

$$Y = \alpha + \beta D1 + \gamma D2 + \delta D1 * D2 + \varepsilon X_{ii} \dots$$

(なお、Yは被説明変数, D1は時系列ダミー、D2は制度拡充ダミー、Xは説明変数とする)

上記のような線形の推計モデルを考え、Rを用いて推定する。分析対象は2010年の時点で助成がなされていない都道府県をとし、2018年時点までに助成が拡大された地域、未拡充の地域の2グループに分け、差の差分分析を行った。

低所得・高所得の分析においても同様な分析を行った。

なお、レセプトデータの入手は困難であり、個人の受診行動を家族構成や世帯所得に紐づけたデータを取得できなかったため、今回の分析では各都道府県の平均データを用いて分析を行った。

第2節 変数

被説明変数・説明変数の一覧は以下の通り。医療受診に影響を与える可能性があり、かつ地域ごとに差のある変数を説明変数に組み込んだ。

変数	記号	選定理由
被説明変数		
1人あたり医療費(入院、通院)	Y	一人当たりの医療日数・件数の変化を検証するため
説明変数		

³ 今回は、各都道府県の制度変更が決して頻繁なものではないとの判断から、10年間における制度変更について効果検証を行うこととした。

人口 100 人あたり生活保護被保護世帯数	X1	医療費助成とは異なる助成制度の影響を測るため
8 月の平均気温(100°C)	X2	夏季特有の病気の影響を測るため
0-14 歳 1000 人対小児科医数(人)	X3	医療提供側からの影響を測るため
1 人あたり県民所得 (1000 万円)	X4	所得と医療受診との関係を測るため
0-4 歳 100 人当たり幼稚園・保育園数	X5	幼稚園・保育園の拡充と受診行動の関係を測るため
未成年 1 人当たり子どもの教育費(1000 円)	X6	教育への支出と医療費との関係を測るため
麻疹ワクチン接種率 2 期/100	X7	親の乳幼児医療対策への意識の影響を測るため
乳幼児死亡率(年齢別、単位は年齢による)	X8	乳幼児の健康状態との関係を測るため
ダミー変数		
時系列ダミー変数	D1	時系列の変化を測定するため
制度拡充ダミー変数 (入院、通院)	D2	助成制度が通院・入院等の医療受診・提供に与える影響を測るため

各変数についての、基本統計量は以下の通りである。なお、2010 年の時点で助成がなされていない都道府県を分析対象にしている。また、2010 年と 2018 年の二カ年のデータを扱っているので、対象の都道府県の数にはデータサイズの半分となっている。通院と入院、年齢区分について 5-9 歳と 10-14 歳、さらに高所得と低所得に分けて分析を行うが、簡略化のため全分類ごとの掲載は被説明変数に限っている。説明変数 X については通院・入院のいずれかが 2010 年時点で助成されていない 42 都道府県について扱っている。

記号	変数	サイズ	平均	標準偏差	最小値	最大値
Y	1 人あたり医療費(5-9 歳,入院外,件数)	44	0.90	0.24	0.56	1.52
	1 人あたり医療費(10-14 歳,入院外,件数)		0.68	0.17	0.43	1.09
	1 人あたり医療費(5-9 歳,入院,日数)	34	0.05	0.02	0.02	0.09
	1 人あたり医療費(10-14 歳,入院,日数)		0.07	0.02	0.03	0.12

	低所得	1人あたり医療費(5-9歳,入院外,件数)	40	0.90	0.18	0.49	1.33
		1人あたり医療費(10-14歳,入院外,件数)		0.68	0.12	0.40	0.94
		1人あたり医療費(5-9歳,入院,日数)	36	0.06	0.02	0.01	0.11
		1人あたり医療費(10-14歳,入院,日数)		0.08	0.02	0.04	0.14
X1	人口100人あたり生活保護被保護世帯数		84	0.53	0.26	0.13	1.47
X2	8月の平均気温(100°C)			0.28	0.02	0.21	0.31
X3	0-14歳1000人対小児科医数(人)			1.03	0.20	0.63	1.81
X4	1人あたり県民所得(1000万円)			0.27	0.03	0.20	0.37
X5	0-4歳100人当たり幼稚園・保育園数			0.81	0.24	0.26	1.46
X6	未成年1人当たり子どもの教育費(1000円)			0.83	0.15	0.55	1.25
X7	麻疹ワクチン接種率2期/100			0.94	0.02	0.88	0.97
X8	乳幼児死亡率(5-9歳,100人当たり)			0.81	0.37	0.00	1.71
	乳幼児死亡率(10-14歳,100人当たり)		0.85	0.37	0.00	1.77	

第3節 分析結果

以下分析の結果について考察をする。分析に関しては、5-9歳の通院・入院、10-14歳の通院・入院の4パターンを行った。また、受診行動に県民所得が有意に反応しているケースが見受けられたため、更に分析対象を低所得・高所得のグループに分け、所得別に制度拡大の効果を分析した。以下結果についてそれぞれ触れる。

a. 5-9歳 通院

D1:D2は助成制度拡大の影響がどのようなものだったかを示す項である。助成制度拡大を行った都道府県と未拡大の都道府県間において子どもの健康状態に目立った差異が

ないことを考慮すると、D1:D2 の係数が有意で正の値を示す場合、助成制度拡大による過剰受診が起こっている可能性が指摘できる。今回は係数が全体、低所得、高所得の 3 つの項目で有意でなく、助成拡大の影響は観察できなかった。一方で、生活保護世帯の係数は有意であり、正の値であった。生活保護受給者は国民健康保険制度や後期高齢者医療制度の適用除外となり、医療費は原則として医療扶助で賄われている。よって、ここから 2 つの可能性を指摘できるだろう。1 点目に生活保護世帯には受診が必要な健康状態の子どもが相対的に多い可能性だ。2 点目に医療扶助による医療費無料は受診行動に影響を与えている可能性である。医療費無料によって生活保護世帯の受診行動が拡大しているのであれば、その事実は助成拡大による受診行動の拡大や医師の過剰提供の可能性を示唆している結果であるといえるだろう。

	全体	低所得	高所得
時系列ダミー	-0.15621 (-0.0585)	-0.23903 (-0.0697)	-0.008816 (0.4359)
制度拡充ダミー	-0.06106 (0.3232)	-0.02323 (0.7818)	0.010008 (0.2460)
生活保護世帯数	0.21953 * (-0.0258)	0.22731 (-0.0862)	0.022305 (0.1426)
8月の平均気温	1.51253 (-0.3427)	0.23510 (0.8958)	0.025774 (0.9529)
小児科医数(0-14歳)	-0.23836 (0.1289)	-0.18268 (0.3803)	0.01474 (0.5305)
県民所得	-0.27435 (0.7628)	0.67861 (0.7825)	-0.303087 (-0.0714)
幼稚園保育園の数(0-4歳)	-0.36886 (0.0539)	-0.11998 (0.6281)	-0.036205 (-0.2192)
子供の教育費(未成年)	-0.28527 (0.3542)	-0.19 (0.6209)	0.049595 (0.3038)
麻疹ワクチン接種率	-1.16336 (0.4430)	0.07966 (0.9683)	0.034474 (0.8874)
乳幼児死亡率	0.01613 (0.7949)	-0.02350 (0.7473)	0.005862 (0.5419)
D1:D2	-0.0251 (0.7691)	-0.02609 (0.8263)	-0.009358 (0.3776)
⁶ F-statistic	8.085 on 11 and 72 DF	4.585 on 11 and 28 DF	3.435 on 11 and 22 DF
p-value	5.45E-09	0.00054	0.006633
Adjusted R-squared	0.4843	0.5028	0.448

b. 10-14 通院

5-9 歳の通院と同様、D1:D2 の係数について考察する。有意ではないが、上述の結果とは異なり、低所得グループと高所得グループの係数の正負を比較した際、低所得者層では助成制度拡大による受診行動の増加が結果として得られた。従って、医療助成制度の拡大は低所得者層の受診行動の拡大に影響を与えたと考えられる。高所得者層に関しては、負の係数であった点を踏まえると受診行動の増加は観察されなかった。生活保護世帯数が多いほど正に有意な傾向は、上述の結果と同じであるため、説明は省略する。また、今回は幼稚園保育園の数が負で有意な値を示した。この結果より幼稚園や保育園の数が多ほど、子

どもに対しての医療ケアが他の都道府県と比較して相対的に大きい可能性が指摘できる。

	全体	低所得	高所得
時系列ダミー	-0.05443 (-0.2976)	-0.10152 (-0.258)	0.05168 (-0.5807)
制度拡充ダミー	-0.03473 (-0.4473)	-0.06111 (-0.331)	0.01105 (-0.8804)
生活保護世帯数	0.13286 * (-0.0346)	0.14017 (-0.119)	0.12853 (-0.2466)
8月の平均気温	1.58506 (-0.1564)	0.54563 (-0.651)	2.33538 (-0.4687)
小児科医数(0-14歳)	-0.15407 (-0.1571)	-0.05506 (-0.707)	-0.27757 (-0.1503)
県民所得	-0.46653 (-0.4132)	-0.18754 (-0.912)	-1.55084 (-0.203)
幼稚園保育園の数(0-4歳)	-0.2119 (-0.0799)	-0.04734 (-0.78)	-0.35177 (-0.0859)
子どもの教育費(未成年)	0.18336 (-0.3677)	-0.18038 (-0.491)	0.59812 (-0.1004)
麻疹ワクチン接種率	-0.72983 (-0.4809)	0.22216 (-0.871)	-2.56479 (-0.1296)
乳幼児死亡率	0.03874 (-0.3357)	0.06194 (-0.274)	0.0564 (-0.4432)
D1:D2	0.00987 (-0.877)	0.03663 (-0.68)	-0.03911 (-0.69)
⁶ F-statistic	4.951 on 11 and 76 DF	3.184 on 11 and 28 DF	2.745 on 11 and 36 DF
p-value	9.42E-06	0.006488	0.01093
Adjusted R-squared:	0.3331	0.3812	0.29

c. 5-9 入院

ここから、入院に関する分析結果について述べる。生活保護世帯数や県民所得が受診行動に影響を与えている傾向は通院の際と同じだが、有意性を考慮するとより顕著に反応している。D1:D2 の制度拡充による受診行動の変化に関しては、低所得者層で有意に正の値をとっており、やはり所得別で制度拡充の影響が異なることを指摘できよう。

泉田、中西、漆(1998)で示されたように、入院費は医師による誘発需要による側面も強い。よって、D1:D2 の効果は受診行動の変化ではなく医療提供側の過剰医療提供を示唆している可能性がこの分析でも指摘できる。

	全体	低所得	高所得
時系列ダミー	-0.018394 * (0.0104)	-0.38689** (-0.00265)	0.008816 (-0.4359)
制度拡充ダミー	-0.006546 -0.2115	-0.01832 * (-0.01333)	0.010008 (-0.246)
生活保護世帯数	0.022219 * (0.0118)	0.030734 * (0.01739)	0.022305 (-0.1426)
8月の平均気温	-0.135567 (-0.4209)	-0.191978 (-0.3146)	0.025774 (-0.9529)
小児科医数(0-14歳)	0.001312 (-0.9287)	0.002598 (-0.8941)	0.01474 (-0.5305)
県民所得	-0.188285 * (-0.0186)	0.159129 (-0.4903)	-0.303087 (0.0714)
幼稚園保育園の数(0-4歳)	-0.02314 (-0.1739)	-0.018617 (-0.414)	-0.036205 (-0.2192)
子どもの教育費 (未成年)	0.012606 (-0.6504)	-0.004722 (-0.88939)	0.049595 (-0.3038)
麻疹ワクチン接種率	-0.190833 (-0.202)	-0.408852 * (0.03618)	0.034474 (-0.8874)
乳幼児死亡率	0.003518 (-0.5328)	0.003652 (-0.61533)	0.005862 (-0.5419)
D1:D2	0.0061 (-0.4166)	0.020284 (0.06445)	-0.009358 (-0.3776)
F-statistic	10.03 on 11 and 58 DF	8.212 on 11 and 24 DF	3.435 on 11 and 22 DF
p-value	6.71E-10	9.51E-06	0.006633
Adjusted R-squared:	0.5901	0.6939	0.448

d. 10-14 入院

D1:D2 の係数より、助成拡大の影響はみられないが、5-9 歳同様に通院に比べ、生活保護世帯数、県民所得ともに顕著に反応している。繰り返しにはなるものの、生活保護世帯数に健康状態に問題を抱える児童が相対的に多い可能性に加え、生活保護世帯は原則医療費が全て支給されることより、受診行動の変化や医療提供行動の拡大の影響が示唆されていると考える。

	全体	低所得	高所得
時系列ダミー	-0.029991 *** (0.000915)	-0.032959 . (0.0661)	-0.033505 * (-0.0114)
制度拡充ダミー	-0.008057 (0.253414)	-0.021726 * (-0.0389)	0.010756 (0.3109)
生活保護世帯数	0.024087 * (0.027555)	0.040962 * (-0.0283)	0.003992 (0.7994)
8月の平均気温	-0.039625 (0.858703)	0.114257 (0.6836)	-0.281956 (0.5547)
小児科医数(0-14歳)	0.023389 (0.224844)	0.048277 (0.1011)	0.042921 (0.1194)
県民所得	-0.350653 *** (0.000407)	-0.104778 (0.7560)	-0.29713 . (-0.0949)
幼稚園保育園の数(0-4歳)	0.041333 * (-0.04859)	0.031514 (0.3661)	0.03087 (0.2484)
子供の教育費(未成年)	-0.068870 . (0.054449)	-0.103724 . (0.0506)	-0.022028 (0.6620)
麻疹ワクチン接種率	0.056834 (0.775632)	0.213342 (0.4396)	-0.211045 (0.4650)
乳幼児死亡率	-0.004053 (0.557866)	0.011483 (0.3069)	-0.0061 (0.5180)
D1:D2	1.07E-02 (-0.27177)	0.004907 (0.7346)	0.015012 (0.2306)
6 F-statistic	7.199 on 11 and 62 DF	4.216 on 11 and 24 DF	3.987 on 11 and 26 DF
p-value	9.91E-08	0.001559	0.001816
Adjusted R-squared	0.483	0.5026	0.473

第4節 分析結果の考察

以上の分析を踏まえると、医療制度拡充の効果は所得者の属性によって異なることが分かった。具体的には、低所得者層と高所得者層の間で、制度拡充された場合における受診行動に差があった。特に、低所得者層であるほど助成拡大による受診行動の影響が大きかった。また、年齢にかかわらず生活保護世帯数が増えるほど受診件数や受診日数は増加していた。生活保護受給者の子どもに健康状態に問題を抱える児童が相対的に多い可能性に加え、生活保護世帯は原則医療費が全て支給されることより、受診行動や医療提供行動の拡大の影響が示唆されていると考える。

さらに、通院行動と比較すると、入院行動に助成制度拡充による影響がみられた。制度拡充・未拡充の地域間において子どもの健康状態に大きな差異は生じていないことを考慮すると、受診側が過剰診療を受けている可能性や医療提供側が過剰提供を行なっている可能性が指摘できる。

重ねて、現在の医療費助成制度はその効果を特定の層や特定の受診行動に強く限定するものであると結論づけられる。この制度設計を見直すためにも、本稿では、用途が定められていない現金給付を行うことを提言し、家計の効用を上昇させるとともに、過剰診療・過剰提供を抑止し、適切な受診行動を助長させることを目的とする。

尚、分析の冒頭でも述べたように今回の論文は都道府県別データを用いたものであり、市区町村別のデータに加えて、個人のパネルデータは使用できなかった。今回の分析結果で有意な値を得ることが少なかった原因として、使用データの少なさが挙げられる。今後、今回と同じような分析について見直しを図る場合、オープンデータや各世帯に紐づいたデータを扱えるようになることが望ましい。

・第4章 現金給付に関する分析

第1節 現金給付とは

この章では現金給付に関する分析を行う。はじめに、現在の現金給付について触れていく。

まず、現行制度の子育て世帯への現金給付制度（児童手当）について述べる。現行制度では、3歳未満の児童に対しては一人当たり一律月額15000円、3歳以上小学校修了前の児童に対しては一人当たり一律月額10000円（第3子以降は15000円）、中学生の児童に対しては一人当たり一律月額10000円の給付が行われている。また、この給付には所得制限限度額が扶養親族等の数に応じて設けられている。

しかしながら、現金給付の児童手当の導入は1970年代初頭に行われ、比較的实施が遅いといえる。この理由としては、1. 社会的な意識 2. 企業体系 3. 政府の関心度の低さ、以上の3点があげられる。まず、戦後の日本において子育ては家族の責任であるという意識が根強く、不必要な公的介入はすべきではないと考えられていた。また、企業の賃金体系の中では家族に対する手当が各々実施されている場合が多かった。そして、高度経済成長期においては何よりも経済成長が優先されており、政策における児童手当の優先順位や政府の関心度が低かったことが考えられる。加えて、高度経済成長期においては少子化への問題意識が低かったことが考えられる。以上のような社会的背景から、児童手当の導入が遅くなったのではないかと推測される。

このように比較的遅い時期に導入された現金給付だが、これから児童手当の基礎となっている日本の児童手当法について触れていく。児童手当法制定の目的として、以下の2点が挙げられている。1. 有子家庭に対する経済的安定をもたらすこと 2. 子どもの健全な発達とウェルビーイングをもたらすことである。しかしながら、経済的安定や健全な発達に対して、具体的には明記されていないため、これらの目的は解釈の幅が広い。その結果、児童手当の目的が不明瞭になってしまっているため、結果として社会における児童手当の位置付けを明確にすることができていないと言える。このことが、現在の児童手当を巡る問題の遠因となっている。

児童手当の目標が不明瞭であるからこそ、数々の切り口からの批判が起こっている。批判内容としては、単なる現金のバラマキである、本当に子どものために使われるかが不明、消費ではなく貯蓄に回るとは言えないか、サービス給付を優先すべきである、本当に子どものために使われるか不明、貯蓄に回るといふ批判、が挙げられる。これらの批判がおこる背景としては、先ほども述べたように子どもへの施策の優先順位が低いということが挙げられる。「手当」か「保育」かという二者択一の政治の流れがあることで、総合的な施策が必要にも関わらず片方だけに自己規制するという奇妙な状況が生まれている。実際に、手当の実施で子どもの数が増えるとは言い切れないため、少子化対策の効果を正確に測ることはできない。また、現金給付を行う他にも、所得制限を設けなかった場合、高額所得者に対しても給付を行うことになってしまうため、貧困対策であるとは言えないという声や、現金給付が貯蓄に回ってしまった場合子どもに対する消費を刺激する経済政策とは言えないのではないかと声も多い。

このように、社会保障制度全体における子ども手当の位置付けは複雑になっている。現金給付を行う場合は、以上の観点も踏まえた制度設計が求められることになる。

第2節 現金給付と受診行動の関連性

現金給付に関する効果を分析で示す前に、理論的にも現金給付が過剰受診を抑制することから望ましいとされていることに触れる。具体的には、2点の参考文献を紹介する。

まず、現金給付が過剰受診を誘発しないことを説明する前に、伊鹿倉（2020）では、無条件現金給付の一例として、ベーシック・インカムを上げていることに触れる。ベーシック・インカムは、政府が無条件に最低限の生活を保障するための給付を行う制度であり、この特徴としては、安定的に供給するもの、現金給付であること、全ての国民を対象とするものという3点が挙げられる。我々が今回提言する現金給付は、低所得者層向けという条件は課すものの、安定的に供給することや現金給付であることから、ベーシック・インカムとしての側面もあると言えると考えられ、最低限の医療受診を保障することに繋がるだろう。

次に現金給付がもたらす受診行動との関連性について、宇南山（2020）を用いて説明する。経済学において現金給付の効果を考察する際には、家計が将来の経済状況を考慮して消費を決定するというライフサイクル理論を用いるのが一般的であると指摘している。その前提は消費が予期される生産所得に応じて一定になるように決定され、この理論は日本で比較的成り立っていることが確認されている。したがって、予期せぬショックによって収入の大幅な低下がみられた際にも、これは一時的な所得に対するショックにすぎず、短期的な所得の減少は、国民にとって深刻な被害ではあるが、生涯年収に占める割合としては少ないので、消費行動は変化しないといえる。

したがって、以上のショックを逆に一時的な所得の増加に置き換えたにしろ、同様の現象が生じると推定できる。つまり、子ども一人当たりにつき定額の現物給付がなされたところで、生涯所得には影響しないため、世帯の消費行動に影響はないことがいえる。つまり、現金給付による一時的な所得の増加が、他の消費行動にはもちろん、医療機関でのさらなる受診行動には繋がらないということを示唆することができる。

以上のことから、現金給付を行ったとしても、過剰受診が行われる可能性は少ないといえるだろう。

第3節 等価変分分析

a. はじめに

ここからは、実際に現金給付を行なった場合の効用について、分析を用いて評価していく。

以下では、「消費税の軽減税率適用による効率と公平のトレードオフ」（内閣府経済社会総合研究所『経済分析』176号、2005年）（村澤知宏・湯田道生・岩本康志）を参考に定式化を行うこととする。左の論文では、課税前と課税後の価格体系をモデルとして設定したうえで等価変分分析を行なっていたため、我々はこれに倣い、医療費拡充前の価格と、医療費拡充後の価格の体系をモデルとして設定し、等価変分分析を行う。

等価変分(Equivalent Variation)とは、「価格体系が変化前の p_0 から変化後の p_1 へと移動した時に、課税後の効用 V_1 を保つための補償所得を、課税前の価格体系 p_0 で評価し

たもの」(村澤, 2005)と定義され、EVとも略される。今回は、乳幼児医療費助成制度の文脈から分析を行うため、 p_0 は「制度拡充以前の1人あたり医療費」、 p_1 は「制度拡充以後の1人あたり医療費」と、それぞれ定めることができる。

以下、具体的な分析の過程を記述する。

b. 分析の実際

分析上簡素化し、以下のようにモデルをおく。

効用関数(コブ・ダグラス型)を、

$$U = A (x_0)^\beta (X_1)^{(1-\beta)}$$

U: 効用

A: 定数

x_0 : 医療の消費量、 X_1 : 医療以外の消費量(合成財)

β : 限界消費性向で、 $0 < \beta < 1$

とおき、

予算制約式を

$$p_0 x_0 + p_1 X_1 = y$$

y : (可処分)所得、 p_0 : 医療の価格、 p_1 : 合成財の価格

とおく。

まずはじめに、ラグランジュ未定乗数法を用いて効用最大化問題を解く。

$L = A x_0^\beta X_1^{(1-\beta)} - \lambda (p_0 x_0 + p_1 X_1 - y)$ とおくと、

$$\partial L / \partial x_0 = A \beta x_0^{(\beta-1)} X_1^{(1-\beta)} - \lambda p_0 = 0 \dots \textcircled{1}$$

$$\partial L / \partial X_1 = A (1-\beta) x_0^\beta X_1^{-(\beta)} - \lambda p_1 = 0 \dots \textcircled{2}$$

$$\partial L / \partial \lambda = -p_0 x_0 - p_1 X_1 + y = 0 \dots \textcircled{3}$$

①式と②式を連立し λ を消去すると、

$$\{ p_0 x_0 \} / \{ p_1 X_1 \} = \{ \beta / (1-\beta) \} \dots \textcircled{4}$$

これに③を代入すると、

$$x_0 = \beta y / p_0 \dots \textcircled{5}$$

$$X_1 = (1 - \beta) y / p_1 \cdots \textcircled{6}$$

以上より、需要関数が導出される。

⑤と⑥を効用関数に代入すると、

$$U(p_0, p_1, y) = Ay [\beta / p_0]^\beta [(1 - \beta) / p_1]^{(1 - \beta)} \cdots \textcircled{7}$$

より、間接効用関数が導出される。

続いて⑦を y について解き、これを E と置くと

$$E(p_0, p_1, U) = U/A (p_0/\beta)^\beta (p_1/(1 - \beta))^{(1 - \beta)}$$

以上より、支出関数が導出された。

ここで、 a : 2018 年、 b : 2010 年
として添字を定義する。

すると、

$$U^a = U(p_0^a, p_1^a, y)$$

であり、等価変分は以下の式で表される。

$$EV = E(p_0^b, p_1^b, U^a) - E(p_0^b, p_1^b, U^b)$$

計算にあたり、

$$p_0 = (\text{全世代の医療費負担額}) / (\text{全世代の医療供給量})$$

$$p_1^a = p_1^b$$

とした。

p_c : 子どもの医療費、 p_{nc} : 子ども以外の医療費

q_c : 子どもへの医療供給量、 q_{nc} : 子ども以外への医療供給量

とし、助成を受けた子ども以外は負担なし、それ以外は 3 割自己負担として計算すると以下を得る。ただし、簡単のため供給量の経年変化は無いものと仮定する。

$$\begin{aligned} p_0^a &= (0 \times p_c q_c + 0.3 \times p_{nc} q_{nc}) / (q_c + q_{nc}) \\ p_0^b &= (0.3 \times p_c q_c + 0.3 \times p_{nc} q_{nc}) / (q_c + q_{nc}) \\ p_0^b / p_0^a &= (p_c q_c + p_{nc} q_{nc}) / p_{nc} q_{nc} \end{aligned}$$

c. 用いた変数

定式化に用いた変数各々について、その説明を以下に付す。

β について、 $\beta = (\text{限界消費性向}) = (\text{支出全体に占める医療支出の割合})$ とする。総務省統計局による「1世帯当たり1か月間の収入と支出」（2人以上の世帯かつ勤労者世帯）（2018年度）の統計から「可処分所得」および「保健医療に関する支出」を抽出し、後者を前者で除する形で β を導出する。

y について、これを「1人当たり年間可処分所得」と定義する。上と同じ統計から「可処分所得」（1ヶ月あたり）および「平均世帯人数」を抽出し、「可処分所得」に12を乗じて年間可処分所得へと換算した上で、これを「平均世帯人数」で除することで、 y を導出する。

p_c q_c について、これを「制度が拡充された地域における、0-9歳の1人あたり年間医療費」と定義する。まず、厚生労働省の「医療給付実態調査」（2018年度）から、0-9歳の、金額ベースの医療費データを抽出し、これを用いる。次に制度が拡充された地域について、第3章第2節の制度拡充ダミーD2が通院・入院共に1である14府県を、該当する地域と定める。

p_{nc} q_{nc} について、これを「制度が拡充された地域における、10歳以上の1人あたり年間医療費」と定義する。まず、厚生労働省の「医療給付実態調査」（2018年度）から、10歳以上の、金額ベースの医療費データを抽出し、これを用いる。次に制度が拡充された地域については、上と同様に該当地域を定める。

d. 結果と考察

上で示したデータを用いて等価変分を算出した。

$$EV = E(p_0^b, p_1^b, U^a) - E(p_0^b, p_1^b, U^b) = 8408.863301$$

この値が意味していることは、医療費助成が拡大した2018年の効用水準を達成するために、2010年において当時の価格体系で1人あたり8408円があれば十分だということを意味する。

以上の分析の結果から、現金給付を行うことは有効であると言える。

・第5章 政策提言

以上の分析を踏まえ、我々は5歳以上の子どもの医療費助成として現行の現物給付を現金給付へと変更することを最終的に提言したい。具体的には、現在多くの自治体がか用いている現物給付制度から、受給者の使い道が限定されることのない、現金を直接給する現金給付方式への変更を我々は提唱するということである。ここでの提言先としては、現在の地方自治体ごとの医療費助成制度の複雑性や定着度を鑑みる限り、現行制度体制を変更無く引継ぐという意味で、各地方自治体に設定することが現実的ではある。しかし、国民を平等に支援する上では、やはり国家政策として行うことが望ましく、自治体ごとの助成内容の差異を是正する目的達成も兼ねて、子どもの医療費助成を全国一律に設定できる未来が来ることを我々は期待している。

なお、今回我々の政策提言では0-4歳を対象とした制度変更は行わなかった。その理由としてはH22の時点で0-4歳はほぼ全ての都道府県で平等な助成がなされていることに加え、0-4歳の医療アクセスの容易性は子どもの医療無料化の当初の目的である乳幼児死亡率の低下や子どもの健康維持に必要な不可欠であるためだ。また、年齢が幼いほど病気の変化は激しく、医療への即時性が必要とされることがあげられる。

以上の前提を踏まえて、現金給付を行った際の利点を我々は最終的に3点結論付ける。以下ではそれぞれの利点について順に詳しく説明する。

まず1点目として、第4章の分析結果の通り、現物給付の場合と現金給付の場合を比較した際、現金給付の場合に、より高い効用が見込まれることがいえる。医療提供という

一見受診者にとって実用的であるかのように思われるソリューションは、金銭を介さず自治体が住民に直接的に援助を行えるという意味でかなり合理的であるだろう。しかし、現金給付として、医療を受診するための資金としての手持ちの現金が増加することで、受診者にとってはむしろ満足度の高いものであるという結果が導き出せた。社会保障政策としての医療費助成の最大の目的は、受給者がより快適に健康な日々を過ごせることを公的に支えることなのではないか。したがって、本分析が示した現金給付のさらなる高い効用は国民の生活の質を向上させるという意味でも、彼ら自身の心持の充足という意味でも、現物給付より推奨されるべきである。

また2点目に、現金給付の場合、現物給付のように使用目的が医療に限られていないため、低所得層の子育て世帯にとってはより多くの選択肢への使用が可能であることが挙げられる。具体的に子育て世帯においては、子どもの教育費、生活用品購入費、習い事の月謝など、医療費以外の出費が多く、経済的負担が比較的大きい。その経済的負担の大きさが低所得世帯の家計を圧迫するあまり、子どもの数の増加を抑制する力が働き、現代日本の出生率は1.36(2019年、厚生労働省調べ)と、1.88のフランス(2018年、WorldBank)を始めとした先進諸国と比較しても低い数値となっている。そこで、子どもを抱える世帯に一定の現金給付を行うことで所得を実質的に増加させ、家計の実費負担を減少させることは子どもの数を増加させる力を内包する。従って結果的に、現状の数々の政策に加えたさらなる少子化対策にも繋がると考えられる。実際、現代の女性が従事する仕事は低賃金であることが多く、経済的な不安定さから出生数が減り続けるという状況が生じている。特に低所得の若年層は自らの経済環境や将来の所得などに対して不安視しており、それを前提とした政策形成が必要と考えられている中、現金給付を政策として行うことは国が積極的に子育て世帯の生活を援助しようという姿勢の表れとなり、少子化対策推進へ向けての切符となるのではないだろうか。日本の現代社会問題である少子化が抑制されることで、将来

的に労働人口が増加し、ひいては日本財政の収支状況が改善されることも見込まれるであろう。

最後に、3点目としては、現金の定額支給が過剰受診の抑制に繋がることが挙げられる。この根拠としては、第4章第2節記載の内容がいえよう。現在のような現物としての医療支給は、医療受診の心理的、物理的なハードルを下げることにより、患者の過剰受診を誘発していることがいえる。したがって、その現物給付を現金給付に変更することで、過剰な医療費助成が行われている場合と比較し、不必要な受診は減少すると考えられる。医療提供者側の自らの経済的利益追求のための医療過剰提供については、これを抑制するインセンティブの誘発が比較的困難であるため、以上のような受診者側にアプローチする方法によってのみ過剰受診は抑制されるのである。加えて様々な医療問題の解決も図れる。具体的には子どもの医療受診が無料であるがゆえに、一部の患者は過度に受診し、それに便乗して過剰な検査・投薬をしている医療者が存在することや、無料だからと軽症でも夜間・休日を問わずに受診する「コンビニ受診」などがあげられる。このような現代日本の医療界でも生じている様々な社会問題が、現金給付によって解決されると考える。

以上の数々の利点を考慮すると、今回の提言としての「医療費助成を現金給付に転換する」ことは、十分に正当化されるといえよう。

また、ここでの政策提言は、特定の所得層にターゲットしないことを前提として、上述のように利点を洗い出してきた。しかし分析結果においても触れられていた通り、低所得の子育て世帯にターゲットすることによって見込まれる全体的な社会保障効果は大きく、特定の低所得世帯のみにアプローチする政策の有効性も指摘できるといえよう。

したがって繰り返すにはなるが、我々は子どもの医療費助成にまつわる政策変更として、現行の医療費助成の現物給付を現金給付に変更することを提言する。我々としては、今回の現金給付の政策提言が実際に採用されることで、子どもの医療受診の一層の充実による子どもの健康状態の改善、ひいては少子化の抑制が実現され、日本社会のさらなる繁栄を願って止まない。

・参考文献・データ出典

- ・ 安達太郎（1998）「日本の医師誘発需要--2段階モデルによる分析」『季刊社会保障研究』第50巻第3号
- ・ 泉田信行, 中西悟志, 漆博雄（1998）「医師誘発需要仮説の実証分析--支出関数アプローチによる老人医療費の分析」『季刊社会保障研究』第33巻第4号
- ・ 山田武（2002）「国民健康保険支払い業務データを利用した医師誘発需要仮説の検討（特集 医療経済学における情報利用の拡大について）」『季刊社会保障研究』第38巻第1号
- ・ 村澤知宏, 湯田道生, 岩本康志（2005）「消費税の軽減税率による効率と公平のトレードオフ」『経済分析』第176号
- ・ 西川雅史（2010）「乳幼児医療費助成制度の一考察 上下」『青山経済論集』第62巻第4号
- ・ 別所俊一郎（2011）「子どもの医療費助成・通院・健康」『季刊社会保障研究』第47巻第4号
- ・ 澤野考一朗（2013）「子どもの医療サービスと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」『オイノミカ』第50巻第1号
- ・ 足立泰美, 斎藤仁（2016）「乳幼児医療費助成制度におけるヤードスティック競争」『季刊社会保障研究』第51巻第3・4号
- ・ 村松容子（2018）『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』ニッセイ基礎研究所
- ・ 伊鹿倉正司（2020）「望ましい現金給付策とは」『世界経済評論 IMPACT』第1694号
- ・ 宇南山卓（2020）「現金給付の意義：ライフサイクル理論に基づく考察」『独立行政法人経済産業研究所 特別コラム』
- ・ 厚生労働省「医療費の動向調査」
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/iryoudoukou.html>) 2020/10/26 データ取得
- ・ 厚生労働省「社会福祉施設調査」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/23-22.html>) 2020/10/26 データ取得
- ・ 厚生労働省「人口動態調査」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>) 2020/10/26 データ取得
- ・ 厚生労働省「被保護者調査」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hihogosya/m2018/12.html>) 2020/10/26 データ取得
- ・ 厚生労働省「第二期麻しん風しんワクチン接種率全国集計結果（都道府県別）」
(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou21/hashika.html>) 2020/10/26 データ取得
- ・ 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」
(https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000213116_00001.html) 2020/10/26 データ取得
- ・ 内閣府「国民経済計算」

- (<https://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/menu.html>) 2020/10/26 データ取得
- 文部科学省「地方教育費調査」
(https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/index05.htm) 2020/10/26 データ取得
 - 文部科学省「学校基本調査」
(https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm) 2020/10/26
データ取得
 - 総務省統計局(2018)「1世帯当たり1か月間の収入と支出」(2人以上の世帯かつ勤労者世帯) (<https://www.stat.go.jp/data/kakei/2.html>) 2020/11/9 データ取得
 - 日本総研(2020)「出生数急減の背景と今後の少子化対策」Research Focus
(<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=37016>) 2020/11/09 最終閲覧