



Title	子どもの医療費助成と受診抑制
Author(s)	陳, 勝
Citation	子ども発達臨床研究, 19, 33-43
Issue Date	2024-03-25
DOI	10.14943/rcccd.19.33
Doc URL	<a href="http://hdl.handle.net/2115/91768">http://hdl.handle.net/2115/91768</a>
Type	bulletin (article)
File Information	012-1882-1707-19.pdf



[Instructions for use](#)

# 子どもの医療費助成と受診抑制

陳 勝\*

## Children's Medical Expenses Subsidy and Its Effect on Health Care Seeking Behavior

Sheng CHEN

### 1. はじめに

本稿の目的は、北海道で継続的に実施された一連の「子どもの生活実態調査」のデータを用いて、市町村ごとによる子どもの医療費助成制度が子どもの受診抑制（通院）に与える影響を検討することである。

子どもの医療費への助成は、医療保険制度の窓口負担分の一部ないし全額を基礎自治体が助成する制度である。この制度の発端は、乳幼児は医療にかかる頻度が多く、これが重い家計負担になっていることに対して助成による負担軽減を求める動きからだった（小谷 2014、安藤 2017）。最初はいくつかの自治体で始まったが、今は全ての都道府県で実施されている。もともとは就学前児童を対象にしたものであり、自治体ごとに乳幼児医療費に対する公費負担や乳幼児等医療給付事業などと呼ばれてきた。ただ、近年では助成対象を高校生までに拡充している自治体も多くあり<sup>1)</sup>、子どもの医療費助成と通称されている。この制度は一般補助金（地方交付税）を含む市町村財源により単独で実施しているため（安藤 2017）、助成程度は市町村ごとに異なっており、子どもの医療サービスへのアクセスには格差が生じてしまう懸

念がある。

これに対して、日本ではこれまでに子どもの医療費助成から受診抑制への影響や助成制度の効果を検討するいくつかの先行研究がある（澤野 2013:32-33）。澤野（2013）はこれらの研究をレビューし、地方自治体による子ども医療費助成は、乳幼児の外来医療サービス需要を増加させる効果が確認されるが、小学生については明確ではないと考察している。これ以外には、①地方自治体の入院件数を特定することで通院医療費助成の拡大は医療費を増加させるが、低所得者層の健康状態を改善し入院を減らすことでコストを相殺可能と考察した Kato & Goto (2017)、②自然実験を通して北海道の乳幼児医療費助成制度の改正が低所得の子どもの健康に与える影響は限定的であると検証した Takaku (2017) などの研究がある。これらの研究は各自のデータ分析を精緻にする一方、子どもの世帯経済状況・世帯タイプ・親の就労状況や市町村間の格差などの影響についての検討には余地が残っていると指摘されている（阿部・梶原・川口 2021）。そこで、阿部・梶原・川口（2021）は3つの都県の子どもの生活に関する調査を統合したデータを用いて、医療サービスの自己負担（助成程度）を4つに分類し、市区町村

\*尚絅大学短期大学部・助教 | 北海道大学大学院教育学研究院・専門研究員

による子どもの医療費助成制度が、子どもの医療サービスの受診抑制に与える影響を推計した。結果は、経済的に困難な家庭では受診抑制が見られており(小学5年生)、自己負担が高い自治体は自己負担なしの方より受診抑制率が高く、特に経済的に困難な家庭ではその傾向が強いと考察した(中学2年生)。そして、定額負担(部分助成)には一貫性が見られなかった。また、親の就労状態や生活状況を考慮し、生活困難度が受診抑制と関連していることが明らかになった。

これに対して、次節で紹介するように、これまでに北海道では継続的に「子どもの生活実態」についての大規模調査が行われてきた。これらの調査データを用いて、上記の阿部・梶原・川口(2021)が指摘した子どもの世帯の諸状況と市町村間の医療費助成格差を考慮し、医療費助成程度が異なる市町村・学年での子どもの受診抑制状況が確認できるだけでなく、継続調査から同じ地域・学年の助成制度が変更した前後の受診抑制状況についても検討できる。それで、子どもの医療費助成から受診抑制への影響や効果を端的かつストレートに確認できる。

そのため、以下の第2節では、主に本稿全体を検討するために、データ分析にあたっての、北海道の子どもの医療費助成の分類とそれによる市町村ごとのグループ分けについて説明する。第3節では、第2回調査(次節を参照)の保護者回答による「過去1年間に、お子さんを受診させた方がよいと思ったが、実際には受診させなかったことがあるか」の経験の有無を分析し、子どもの世帯の諸状況と医療費助成程度を照らし合わせながら、子どもの受診抑制の全体像についての基本確認を行う。第4節は、助成制度に新たな変更があった第2回調査を第1回調査と比較し、子どもの医療費助成制度がもたらす受診抑制への影響や効果を検討する。第5節は、全体をまとめて本論文の検討から得られた示唆を提示する。

## 2. データ分析の説明

本稿では、主に「第2回北海道子どもの生活実態調査」(2021)、「令和3年度札幌市子どもの生活実態調査」(2021)、「子どもの生活実態調査」(2016)の調査データを用いて分析する(以下、前2者の調査を合わせて第2回調査、残りの後者は第1回調査とする)。3つの調査のいずれも北海道大学教育学研究院(附属機関を含む)が北海道または札幌市と共同で実施したものであり、調査設計や方法などは基本的に同一である。これらの一連の調査の詳細については、本特集号の序章(松本)を参照されたい。本節の以下では、本稿のデータ分析にあたって、使用する調査項目・変数について説明しておきたい。

まずは、受診抑制についてである。上述した第2回調査と第1回調査のどちらでも親に対して、「親自身の受診抑制」と「子どもの受診をさせなかった」について設問しているが、本稿で検討するのは「子どもの受診をさせなかった」である。本稿では主に「子どもの受診をさせなかった」ことを子どもの医療費助成程度と関連させて、両者の関係性を検証したいため、主に説明されている変数は以下の第2回調査・第1回調査の保護者用調査票の設問【過去1年間に、お子さん(きょうだいを含む)を病院や歯医者で受診させた方がよいと思ったが、実際には受診させなかったことがありますか】に対して、選択肢【1 あった 2 なかった】から「1 あった」と答えた変数であり、本稿ではこれを「受診抑制」と称する。また、ここでの「1 あった」という回答の比率を表す際に「受診抑制率」という用語を使用している。なお、本稿で検討している対象は主に小中高生(小学校2年生・小学校5年生、中学校2年生、高校2年生)であり、乳幼児(2歳児、5歳児)を対象にしない<sup>2)</sup>。

次は、子どもの医療費助成についてである。主に北海道の各自治体の通院への助成内容を基に、以下の「全額助成」「部分助成」「助成なし」の3つに分類した。

- (1) 全額助成：受診するには受診者側が負担なし、全て市町村が助成する。
- (2) 部分助成：主に2つのパターンがある。1つは初診の時にのみ、医科は580円、歯科は510円の金額を受診者側が負担する。残りは、市町村助成する。もう1つは、受診費用の自己負担の3割（通常の医療保険の利用）うちの1割は受診者側が負担し、残りの2割は、市町村助成する。本稿の分析
- 上、この2つとも部分助成と見なす。
- (3) 助成なし：通常の医療保険の利用で、3割負担である。
- したがって、以下の表1では上記の「全額助成」「部分助成」「助成なし」という助成別によって、第2回調査が実施した時点の調査地域の北海道の14市町村を分類している。

表1 助成別による市町村分類 (2021年度)

	子どもの医療費助成状況 (通院)		
	小学校	中学校	高校
北 斗 市	全額助成	全額助成	全額助成
蘭 越 町	全額助成	全額助成	全額助成
清 水 町	全額助成	全額助成	全額助成
幕 別 町	全額助成	全額助成	助成なし
稚 内 市	部分助成 (初診時一部自己負担)	部分助成 (初診時一部自己負担)	部分助成 (初診時一部自己負担)
旭 川 市	部分助成 (自己負担1割、非課税世帯全額助成)	部分助成 (自己負担1割、非課税世帯全額助成)	助成なし
網 走 市	部分助成 (自己負担1割)	部分助成 (自己負担1割)	助成なし
札 幌 市	部分助成 (初診時一部自己負担)	助成なし	助成なし
岩 内 町	部分助成 (自己負担1割、非課税世帯初診時一部自己負担)	助成なし	助成なし
登 別 市	助成なし (非課税世帯自己負担1割)	助成なし (非課税世帯自己負担1割)	助成なし
滝 川 市	助成なし (非課税世帯初診時一部自己負担)	助成なし	助成なし
釧 路 市	助成なし	助成なし	助成なし
三 笠 市	助成なし	助成なし	助成なし
浦 河 町	助成なし	助成なし	助成なし

注：1. 北海道庁から頂いた資料を基に、各市町村のホームページ上の関連情報を参照し、担当部署に電話で確認したうえで著者作成。

2. 登別市と滝川市は、非課税世帯のみに対する部分助成があるが、当該地域・学年の全体に対する助成制度がないため、分類上に「助成なし」としている。なお、調査設問には住民税課税世帯であるかどうかの項目は設けていないため、本稿の分析にあたって非課税世帯の抽出はできていない。

3. 三笠市と浦河町では、商品券や買い物ポイント付与などの援助があるが、直接の助成ではなく事後申請であるため、本稿の分析上に「助成なし」と扱っている<sup>3)</sup>。

4. 北斗市、蘭越町、清水町、幕別町は所得制限なし、ほかは児童手当に準拠する。

また、分析上ほかに用いられている変数には、学年(小学校2年生、小学校5年生、中学校2年生、高校2年生)、所得階層(5区分)、世帯類型(ひとり親世帯、ふたり親世帯)、受診抑制の理由(①お金がなかった、②保険証がなかった、③仕事で連れていく時間がなかった、④他の子どもの世話で連れていく時間がなかった、⑤自分の健康状況が悪く連れて行けなかった、⑥病院が遠いため、⑦子どもが嫌がった、⑧様子をみていたら回復した、⑨感染予防のため受診を控えた、⑩その他)<sup>4)</sup>、などがある。なお、保護者用調査票からの一部の自由記述も引用している。

### 3. 受診抑制の全体像

本節では、主に助成別と学年別、所得階層別、世帯類型とのクロスから受診抑制の状況を検討し、第2回調査の時点の受診抑制の全体像について、基本的な確認を行う。

まず、助成別と学年別から見た受診抑制について見てみる。表2の通りに、小中学校のどの学年でも助成の程度(全額助成、部分助成、助成なし)の次第に受診抑制率が増加していく結果が示されている。また、同じ助成程度で、乳幼児を含む学年が高くなるほど(2歳児、5歳児、小2、小5、中2)受診抑制率が高くなっていく傾向である。ただし、高校2年生ではこれらの特徴と合致するような結果が見られていない。

表2 助成別と学年別の受診抑制率

(単位: 受診抑制数 / 各カテゴリーの母数、%)

	小2	小5	中2	高2
全額助成	58/527	85/545	62/443	46/206
	11.0	15.6	14.0	22.3
部分助成	271/1,861	299/1,908	82/482	13/95
	14.6	15.7	17.0	13.7
助成なし	115/748	140/780	359/1,937	331/2,073
	15.4	17.9	18.5	16.0
合計	444/3,136	524/3,233	503/2,862	390/2,374
	14.2	16.2	17.6	16.4

注: 2歳児合計受診抑制率 13.6%(283/2,081)

5歳児合計受診抑制率 13.8%(395/2,867)

次に、上記の助成別と学年に所得階層を加えて、受診抑制の状況を見てみる。表3に結果を示す。小学校(小2と小5の統合)の上位所得階層以外の各所得層と中学校(中2)の全ての階層は、基本的に助成程度(全額助成、部分助成、助成なし)が低いほど、受診抑制率が高くなっている。そして、小中学校の同一学年では所得階層が低くなるほど、受診抑制率が高くなっている。これらの結果をさらに直感的に見えるように、図1と図2では所得階層別と助成別の受診抑制率の傾向を示している。そのうち、小学校(小2と小5の統合)の上位所得層だけ、助成程度の違いによる受診行動には特徴があるような影響を受けたことが見られていない。なお、高校2年生では、「助成なし」に対して、所得階層が低くなるほど受診抑制率が高くなっている。これ以外に、高校2年生では特に有意な特徴が見られていない。

表3 所得階層から見る受診抑制率

(単位: 受診抑制数 / 各カテゴリーの母数、%)

	小2・小5(統合)			中2			高2		
	全額助成	部分助成	助成なし	全額助成	部分助成	助成なし	全額助成	部分助成	助成なし
低所得層Ⅰ	34/191	112/473	69/268	15/58	23/77	80/270	15/49	3/17	69/312
	17.8	23.7	25.7	25.9	29.9	29.6	30.6	17.6	22.1
低所得層Ⅱ	30/198	95/562	58/289	18/80	16/72	81/289	9/49	2/9	60/285
	15.2	16.9	20.1	22.5	22.2	28.0	18.4	22.2	21.1
中間所得層Ⅰ	26/188	88/604	54/273	9/64	14/78	56/300	11/26	0/14	41/269
	13.8	14.6	19.8	14.1	17.9	18.7	42.3	0.0	15.2
中間所得層Ⅱ	26/252	107/936	46/385	14/126	17/139	77/510	6/40	3/23	67/519
	10.3	11.4	11.9	11.1	12.2	15.1	15.0	13.0	12.9
上位所得層	15/153	107/821	15/178	5/80	6/76	38/356	4/21	4/21	52/439
	9.8	13.0	8.4	6.3	7.9	10.7	19.0	19.0	11.8

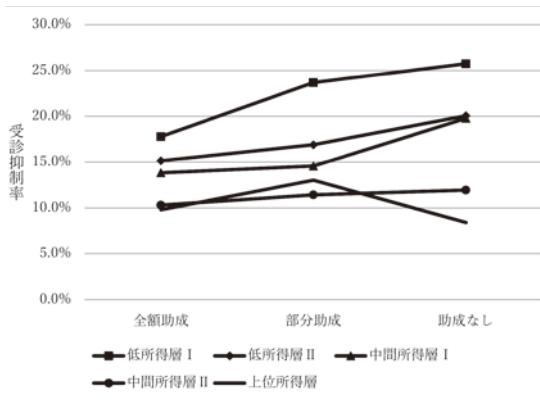


図1 所得階層別と助成別の受診抑制率 (小学校2年生・5年生)

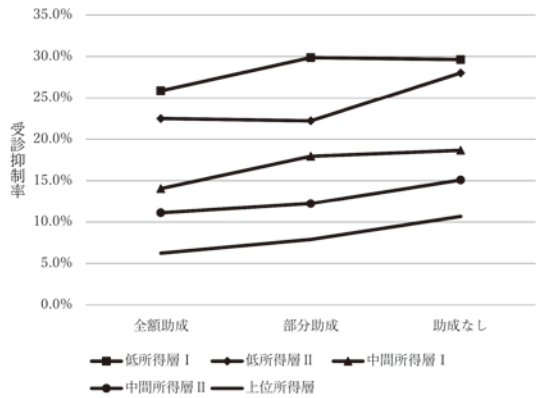


図2 所得階層別と助成別の受診抑制率 (中学2年生)

続いて、上記の検討で用いられた所得階層を世帯類型に変えて、助成別と学年とクロスし、受診抑制の状況を見てみる。以下の表4はその結果を示している。明らかに分かったのは、全体的には

(高2の全額助成・部分助成を除く)ひとり親世帯はふたり親世帯より受診抑制率が高い状況である。

表4 世帯類型から見る受診抑制率

(単位：受診抑制数 / 各カテゴリーの母数、%)

助成程度	世帯類型	小2	小5	中2	高2
全額助成	ひとり親世帯	10/66	18/84	13/57	11/54
		15.2	21.4	22.8	20.4
	ふたり親世帯	47/452	65/450	46/366	34/143
		10.4	14.4	12.6	23.8
部分助成	ひとり親世帯	39/173	62/249	30/96	2/20
		22.5	24.9	31.3	10.0
	ふたり親世帯	228/1,666	231/1,620	51/378	11/73
		13.7	14.3	13.5	15.1
助成なし	ひとり親世帯	23/87	25/119	74/316	77/369
		26.4	21.0	23.4	20.9
	ふたり親世帯	91/649	115/648	276/1,575	250/1,661
		14.0	17.7	17.5	15.1

注：ひとり親世帯とふたり親世帯には祖父母と同居する場合も含む。

最後は、受診抑制の理由について確認する。本特集号の第1章(関)では乳幼児を含む所得階層別で受診抑制の理由を説明したので、ここでは小中高校全体とそのうちの比較的立場が弱い母子家庭世帯の受診抑制の理由と比較しながら検討してみる。表5はその結果である。

全体の受診抑制の理由に関して、その割合は①仕事で連れていく時間がなかった(41.2%)、②感染予防のため受診を控えた(37.7%)、③様子

をみていたら回復した(27.3%)、④お金がなかった(15.8%)の順となっている。これに対して、母子家庭(祖父母と同居する場合は含まず、母と子だけを指す)の受診抑制の理由の割合は①仕事で連れていく時間がなかった(56.9%)、②感染予防のため受診を控えた(22.5%)、③お金がなかった(21.2%)、④子どもが嫌がった(17.6%)との順になっている。これを全体の受診抑制の理由と比べて、母子世帯では「お金がなかった」は

第4位から第3位になり、5.4%が高くなっている。また、第1位の「仕事で連れていく時間がなかった」のも全体より15.7%が高い状況である。従って、第2回調査を実施した時期の“コロナ”という特殊な要因と関連する「感染予防」を除い

て、母子家庭では、仕事で連れていく時間がないことと経済的困難が子どもの受診抑制に影響を与えており、全体と比べて厳しい状況にあると見られている<sup>5)</sup>。

表5 受診抑制理由(複数回答)

(単位: 回答数、%)

	お金がなかった	保険証がなかった	仕事で連れていく時間がなかった	他の子どもの世話で連れていく時間がなかった	自分の健康状況が悪く連れて行けなかった	病院が遠かった	子どもが嫌がった	様子をみていたら回復した	感染予防のため受診を控えた	その他	無回答
全体	294	23	766	126	85	57	283	508	701	144	23
(N=1,861)	15.8	1.2	41.2	6.8	4.6	3.1	15.2	27.3	37.7	7.7	1.2
母子世帯	65	6	174	14	27	15	54	52	69	19	7
(N=306)	21.2	2.0	56.9	4.6	8.8	4.9	17.6	17.0	22.5	6.2	2.3

注: 1. 全体では、各理由の回答数とそれの受診抑制があった回答数(1861)に占める割合を示している。

2. 母子世帯では、各理由の回答数とそれの受診抑制があった回答数(306)に占める割合を示している。なお、ここでの母子世帯には祖父母と同居する場合を含まない。

#### 4. 継続調査から見た助成制度の影響

第2節で紹介したように、本稿で使用する一連の「子どもの生活実態調査」は、その実施主体、調査規模、対象地域、対象年齢・学年、調査方法、調査内容が基本的に同一である。そのため、本稿で検討する子どもの医療費助成と受診抑制は、一つの研究論文で検討することが可能である。本節

では、第2回調査を第1回調査と比較し、約5年間の間隔があいた前後2回の調査の間に助成制度に新たにあった変更を意識し、子どもの医療費助成制度からの受診抑制への影響を検討する。

まず、表6は第1回調査と第2回調査と比較する形で学年別の受診抑制率をまとめたものである。学年別に見ても、全体的に見ても第1回調査より第2回調査の方では受診抑制率が低くなっている。

表6 第1回調査と第2回調査の全体の受診抑制率

(単位: 受診抑制数/各カテゴリーの母数、%)

	小2	小5	中2	高2	合計
第1回調査	600/3,390	613/3,169	538/2,769	486/2,752	2,237/12,080
	17.7	19.3	19.4	17.7	18.5
第2回調査	444/3,136	524/3,233	503/2,862	390/2,378	1,861/11,605
	14.2	16.2	17.6	16.4	16.0

続いて、表7は上記の表6に地域という変数を加えてまとめたものである。この表を通して、第1回調査から第2回調査までの医療費助成制度

(通院)の市町村ごとの変更点とそれに伴う受診抑制率の増減を具体的に検討したい。

表7 市町村別に見た第1回調査と第2回調査の受診抑制率

(単位：受診抑制数 / 各カテゴリーの母数、%)

	小2			小5			中2			高2		
	第1回調査	第2回調査	増減	第1回調査	第2回調査	増減	第1回調査	第2回調査	増減	第1回調査	第2回調査	増減
北斗市	58/383	33/251	-2.0	53/357	40/238	2.0	76/457	31/157	3.1	38/163	35/143	1.2
	15.1	13.1		14.8	16.8		16.6	19.7		23.3	24.5	
蘭越町	1/20	5/35	9.3	6/30	6/32	-1.2	3/15	6/33	-1.8	1/16	2/10	13.8
	5.0	14.3		20.0	18.8		20.0	18.2		6.3	20.0	
十勝 (清水+幕別)	33/243	20/241	-5.3	31/270	39/275	2.7	60/297	25/253	-10.3	17/99	19/106	0.7
	13.6	8.3		11.5	14.2		20.2	9.9		17.2	17.9	
稚内市	33/178	29/190	-3.2	23/171	18/184	-3.7	35/197	27/178	-2.6	21/104	13/95	-6.5
	18.5	15.3		13.5	9.8		17.8	15.2		20.2	13.7	
旭川市	36/189	31/170	-0.8	29/156	2/1711	-6.3	13/78	20/113	1.0	20/112	11/91	-5.8
	19.0	18.2		18.6	12.3		16.7	17.7		17.9	12.1	
網走市	31/251	27/194	1.5	43/240	36/217	-1.3	37/216	35/191	1.2	53/319	24/186	-3.7
	12.4	13.9		17.9	16.6		17.1	18.3		16.6	12.9	
札幌市	219/1,129	175/1,249	-5.4	220/989	214/1,263	-5.3	144/621	215/1,133	-4.2	150/900	195/1,108	0.9
	19.4	14.0		22.2	16.9		23.2	19.0		16.7	17.6	
岩内町	19/69	9/58	-12.0	14/54	10/73	-12.2	17/67	4/67	-19.4	10/68	9/48	4.1
	27.5	15.5		25.9	13.7		25.4	6.0		14.7	18.8	
登別市	66/317	30/238	-8.2	77/307	38/249	-9.8	56/262	45/225	-1.4	25/124	22/113	-0.7
	20.8	12.6		25.1	15.3		21.4	20.0		20.2	19.5	
滝川市	44/229	38/231	-2.7	49/241	38/206	-1.9	44/239	44/253	-1.0	91/553	39/313	-4.0
	19.2	16.5		20.3	18.4		18.4	17.4		16.5	12.5	
釧路市	40/215	27/200	-5.1	46/194	38/215	-6.0	33/197	33/174	2.2	35/169	4/56	-13.6
	18.6	13.5		23.7	17.7		16.8	19.0		20.7	7.1	
三笠市	4/36	7/29	13.0	8/52	7/35	4.6	6/34	5/25	2.4	6/32	10/31	13.6
	11.1	24.1		15.4	20.0		17.6	20.0		18.8	32.3	
浦河町	16/131	13/50	13.8	14/108	19/75	12.3	14/89	13/60	6.0	19/93	7/74	-10.9
	12.2	26.0		13.0	25.3		15.7	21.7		20.4	9.5	

注：1. 清水町（高2）は、第1回調査の「助成なし」から第2回調査の「全額助成」に変更したが、第1回調査では、清水町と幕別町は分別せずに一緒に十勝に集計したため、第2回調査で単独で集計した清水町（全額助成）と比較することができず、検討から除いた。また、上記の表では清水町と幕別町も第1回調査と合わせて、十勝に統合する形で表にまとめている。  
 2. 太い黒い線で囲んでいるのは、第2回調査の時に、第1回調査より助成制度が新たにできた地域・学年である。  
 3. 稚内市（高2）と札幌市（小5）は、第2回調査を行った前年度（2020年度）は助成がない。ただし、第2回調査が行った時期は2021年の10月～11月であり、助成制度ができた年度の半分以上の時期を占めているため、分析上は設問の「過去1年に受診抑制の有無」の検討対象としている。

まず、第1回調査から第2回調査までの変更点について確認する。表7の太い黒い線で囲んでいるところは、第2回調査の時に、医療費助成が新たにできた（変更があった）地域・学年の受診抑制のデータである。具体的には、①稚内市（高2）では、第1回調査時の「助成なし」から第2回調査時には「初診時一部自己負担」に変更となった。伴って、受診抑制は20.2%から13.7%に減少した。②札幌市（小2、小5）では、第1回調査時の「助成なし」から第2回調査時には「初診時一部自己

負担」に変更となった。伴って、受診抑制は19.4%から14.0%（小2）と22.2%から16.9%（小5）になり、どちらも減少した。③登別市（小2、小5、中2）では、第1回調査時の「助成なし」から第2回調査時の「非課税世帯自己負担1割」に変更となった。伴って、それぞれの受診抑制は20.8%から12.6%（小2）に、25.1%から15.3%（小5）に、21.4%から20.0%（中2）になり、いずれも減少した。④滝川市（小2、小5）では、第1回調査時の「助成なし」から第2回調査時に



は「非課税世帯初診時一部自己負担」に変更となった。伴って、受診抑制は19.2%から16.5%（小2）と20.3%から18.4%（小5）になり、どちらも減少した。⑤一方、旭川市（中2）では、第1回調査時の「助成なし」から第2回調査時には「自己負担1割、非課税世帯全額助成」に変更となった。助成制度が新たにできたが、受診抑制は逆に16.7%から17.7%に上昇した<sup>6)</sup>。

以上のように、第1回調査と比べて、全体的にも（表6）、市町村別にも（表7）、第2回調査の受診抑制率は減少した傾向である。ただ、母数が小さい市町村が多いことを考えると、受診抑制率の増減にどれほど統計上の意味があるかは分からず、これだけでは医療費助成制度が受診抑制に対する積極的な効果があると言うには十分ではない。第1回調査と比較し、第2回調査の「助成制度が新たにできた地域・学年」と「変更がない地域・学年」の受診抑制が全体的に緩和された程度をさらに確認する必要がある。以下は、その詳細である。

表8は、第2回調査と第1回調査との受診抑制が緩和された程度を比較した結果である。表8の右側の第2回調査では、第1回調査より新たに助成ができた（変更があった）自治体・学年（十勝除く）の受診抑制があった数の合計を新たに助成ができた自治体の全体回答者（受診抑制があった・なかった・無回答の全体）で割った結果が示されており、15.8%である。これに対して、助成制度に変化がない自治体・学年の受診抑制があった数の合計を助成制度に変化がない自治体の全体回答者（受診抑制があった・なかった・無回答の全体）で割った結果は16.9%となっている。一方、表8の左側の第1回調査は、その右側の第2回調査と同様な自治体・学年（十勝除く）で分けて集計した結果であり、20.9%と17.7%となっている。よって、第2回調査の際に助成制度が新たにできた地域・学年の受診抑制は第1回調査より5.1%程度が改善されていることに対して、変更がない地域・学年の受診抑制は改善された程度はわずか0.8%に止まっている。

表8 助成制度による受診抑制の緩和

(単位：人数、%)

受診抑制 助成制度	第1回調査			第2回調査			増減
	あった	合計	受診抑制率	あった	合計	受診抑制率	
変更があった	765	3,656	20.9	611	3,869	15.8	-5.1
変更がなかった	1,331	7,515	17.7	1,157	6,861	16.9	-0.8

注：1. [合計]では、受診抑制が「あった」・「なかった」・「無回答」の合計人数の示しである。

2. 十勝（清水町、幕別町）は、表7の注1で説明した通り、集計から除いている。

従って、第2回調査は第1回調査より、そもそも全体的な受診抑制率が低いとの要素があっても、前後2回の調査のあいだに助成制度が新たにできた地域・学年での受診抑制率と変更がない地域・学年との比較から見たように、前者の受診抑制が緩和された程度はより高いため、助成制度が受診抑制を緩和する影響を持つという結果が得られたと言えるだろう。

## 5. おわりに

本稿は、2016年から2021年の間に北海道で継続的に実施した一連の「子どもの生活実態調査」のデータを用いて、子どもの医療費助成の受診抑制に対する影響を検討した。

具体的には、まず、調査対象地域の14市町村を子どもの通院に対する医療費助成程度によって、全額助成、部分助成（1割自己負担、または

初診時一部自己負担)、助成なしの3つに分けて、学年、所得階層、世帯類型などの各側面から調査地域の子どもの受診抑制の全体象について、基本的な確認を行った。結果は、①学年別で見れば、小中学校では、どの学年でも助成の程度が充実するほど受診抑制率が低くなり、同じ助成程度においては学年が高くなるほど受診抑制率が高くなる傾向である。②所得階層別で見れば、小学校の上位所得階層以外の各所得層と中学校の全ての階層は、基本的に助成の程度が充実するほど受診抑制率が低くなり、同一学年では所得階層が低いほど、受診抑制率が高くなっている。③経済的に弱い立場にあるひとり親世帯はふたり親世帯と比べて、受診抑制率は明らかに高いことが分かる。ただ、ここでの3点の特徴は主に小学校2年生・小学校5年生・中学校2年生に集中しており、高校2年生では特に有意な特徴が見られていない。続いて、④受診抑制の理由に関しては、「感染予防」を除く、小中高全体では「仕事で連れていく時間がなかった」「様子をみていたら回復した」が主な理由に対して、最も経済的弱い立場にある母子家庭では「仕事で連れていく時間がなかった」「お金がなかった」が主な理由となっている。

次に、今回の2021年に実施した第2回調査を2016年に実施した第1回調査と比較し、その間に助成制度の変更を意識したうえで、子どもの医療費助成制度から受診抑制への影響をさらに検討した。結果は、⑤全体から見ると、第1回調査より第2回調査の受診抑制率は比較的に低い結果である。⑥前後2回の調査の比較で、助成制度が新たにできた地域・学年での受診抑制は変更がない地域・学年での受診抑制より、緩和された程度は高いことが分かった。よって、子どもの医療費助成制度による受診抑制の緩和効果があると更に確認できた。

上述した6点の結果から、子どもの医療費助成制度は小中学生の受診抑制に対する有意な影響があり、特に貧困世帯の子どもにとって、助成制度が充実するほど受診抑制が緩和されていく効果があると推察する。これは、子どもの医療費助成

制度を積極的に評価すべき点であると考えている。一方、子どもの受診行動（子どもを受診させる親の行動）は、市町村の各自が行っている助成の対象や程度の違いによって左右されており、医療サービスの獲得に格差が生じてしまうことが示されている。これは、今後子どもの医療費助成制度を普及していくうえで、解決すべき問題であると考えている<sup>7)</sup>。

なお、本稿は市町村ごとに子どもの医療費助成制度にバラつきがある状況で、子どもの受診抑制の実態と医療費助成制度の影響や効果について確認しようとしてきた。データの分析は、簡単なクロス集計にとどまっている。そのなかには、特に受診抑制の理由や助成制度がもたらす高校生の受診抑制への影響については、更なる精緻な実証検討が必要である。とはいえ、子どもの医療費助成が拡充されていくなかで、本稿の検討がこの政策を推進していくための参考資料になればと考えている。

## 注

- 1) 子ども家庭庁の調査により、令和5年4月1日時点において、都道府県では、通院が就学前まで、入院が15歳年度末まで(中学生まで)が最も多く、市区町村では、通院、入院ともに18歳年度末(高校生まで)が最も多かった。
- 2) 本稿で使用する一連の調査では乳幼児に対する調査地域は31の市町村に渡り、全て何等かの助成が行われており、助成程度は全額助成か部分助成の2つに分けられる。また、住民税課税世帯であるかどうかについての設問も設けている。一方、小中高生は14の市町村しかない、助成制度は全額助成・部分助成・助成なしの3つに分ける必要がある。住民税課税世帯であるかどうかについての設問も設けていない。そのため、「乳幼児」を本稿で検討する小中高生の14市町村とそれを3つの助成程度に分けたことと合わせて検討するより、別稿でより全面的に詳細な検討をしたい。
- 3) 三笠市は、市独自事業として、高校生までの子どもに係る事業費自己負担分を市内商品券で助成している。浦河町は、子育て家庭医療費支援事業があり、高校生までの子どもに係る医療費自己負担額を行政ポイントとして

地域共通ポイントカードに付与する。どちらも受診後に、役所の窓口に行って改めて申請手続きを行う必要がある。特に後者のポイント付与に対して、調査回答者は自由記述では次のようにコメントしている：医療費はかかるが、後で役場に行けば…ポイントを付けてもらえるが、そのポイントは主に行くお店では使えず…不便です。十分に医療施設へ行きたくても、現金が発生するため、後でポイントに付与されても意味がありません。[小学5年生・中学2年生の保護者]

- 4) 第1回調査では選択肢の⑧と⑨が設けられていなかった。
- 5) 本稿で紹介した第1回調査のデータを用いて受診抑制の理由について分析を行ったのは関(2022)がある。
- 6) 登別市(小2、小5、中2)、滝川市(小2、小5)では新たにできた助成制度の対象者は非課税世帯だけである。旭川市(中2)では非課税世帯に関する助成変更もある。ただ、第2回調査の小2、小5、中2、高2に対する調査票(保護者)では、住民税課税世帯であるか・でないかについての設問は設けていないため(第1回調査は設けていた)、変更があった助成制度の対象者(非課税世帯)のみについての比較はできない。ただ、非課税世帯と近い低所得層Ⅰに限定して見た時に(付表1)、受診抑制率が減少した傾向が見られている(登別市中2を除く)。ただし、それぞれの母集団が小さいので、統計上意味があるかは断言できない。

付表1 低所得層Ⅰの受診抑制

(単位：受診抑制数/各カテゴリーの母数、%)

	小2		小5		中2	
	第1回調査	第2回調査	第1回調査	第2回調査	第1回調査	第2回調査
旭川市					4/6	7/23
					66.7	30.4
登別市	11/26	5/38	7/20	7/27	11/32	12/30
	42.3	13.2	35.0	25.9	34.4	40.0
滝川市	11/27	12/50	9/29	12/47		
	40.7	24.0	31.0	25.5		

- 7) この点は、本稿の冒頭で紹介したように従来の先行研究に指摘されてきたものの、本稿では大規模な調査データを用いて問題の詳細を確認できた。そして、数字のデータだけではなく、こうした医療費助成制度が異なる問題への不満や助成の対象と程度を拡充してほしいという当事者の意見が、保護者調査票の自由記述では多くみられた。以下は、その内容の一部である(第2回調査から)。
- ・子どもにはたくさんお金がかかるので、子ども手当や病院での医療費が安くなると助かります。[小学5年生・中学2年生の保護者]
  - ・自分たちの住んでいる市だけ子どもの医療費が1割負

担なのをやめてほしい。高校卒業するまでに無料にしてほしい。[小学2年生の保護者]

- ・小中だけでなく、高校や医療費(小中高)を無償化してほしい。[小学5年生・中学2年生の保護者]
- ・子どもの医療費助成を行うのであれば、全ての子どもを対象に行ってほしい。市町村別で、子どもの格差が出るのはおかしいと思う。[小学2年生の保護者]
- ・各市町村で医療費控除がバラバラ。私達の市は子供に医療費がかかるため、病院へ行くことを躊躇うことがありました。[小学5年生・中学2年生の保護者]
- ・現住所が一緒だと医療費は無料だが、転校した市では、保険証の住所で無料になるという事で、今は3割負担で通院しています。どちらにも利用できないのは残念でした。[小学5年生・中学2年生の保護者]
- ・自治体によって、子どもの医療費支援が違う。通院、入院等、乳児期の検査内容の違い。以前、住んでいた場所では行っていた検査が、引越した所では行っていないと言われた。必要だから行っていた検査も、自治体によって、お金がないからしないというのは疑問に思いました。[高校2年生の保護者]

## 文 献

- 阿部彩・梶原豪人・川口遼(2021)「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号, p.303-318.
- 安藤道人(2017)「自治体の財政力が地方単独事業費、子どもの医療費助成、就学援助に与える影響：Double-LASSO 回帰による分析」『社会保障研究』第1巻第4号, p.813-833.
- Kato, H. and Goto, R. (2017) Effect of reducing cost sharing for outpatient care on children's inpatient services in Japan, *Health Economic Review*, 7:28.
- 子ども家庭庁令和4年度・5年度「こどもに係る医療費の援助についての調査」URL「<https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/kodomoiryouthityousa-r4r5/>」, 最終アクセス日：2024年1月14日.
- 澤野孝一朗(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」『オイコノミカ』第50巻第1号, p.11-38.
- 小谷功(2014)「子ども医療費助成制度をめぐる法的構造と政策に関する一考察」『創造都市研究』第10巻第1号, p.39-56.
- 関あゆみ(2022)「第6章 子どもの貧困と健康」松本伊智

朗編著『子どもと家族の貧困：学際的調査から見えてきたこと』法律文化社, p.101-123.  
Takaku, R. (2017) The effect of patient cost Sharing on health care utilization among low-income children, *Hitotsubashi Journal of Economics*, 58, p.69-88.

## 付 記

本研究は JSPS 科研費 JP 21H04404 の助成を受けたものである。

