

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*

澤 野 孝一朗**

要 旨

この論文の目的は、子どもの医療サービスとその特徴に関する研究をまとめ、地方自治体が独自に行う子ども医療費の無料化について、現状、課題およびその評価を明らかにすることである。本稿の分析から明らかになった点は、次の3点である。(1)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という医療サービスが持つ局地性、親と子という意味決定者と需要者の相違が特徴としてあり、この特徴を織り込んだモデル分析から価格(窓口負担)の上昇、地域の小児科医数の減少、機会費用を引き上げるような就労構造の変化はすべて家計の経済厚生を引き下げる。(2)地方自治体による子ども医療費の無料化は、家計の子育てコストを引き下げることを実行に実施されている。その対象は、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・外来まで拡大されるようになっている。(3)子ども医療費の無料化の実施は、子どもの医療サービス需要を増加させる効果が予想される。これまで行われた実証研究の結果から、乳幼児(0歳から6歳)の外来医療サービスはその効果が確認されるが、小学生(7歳から12歳)については明確ではない。またその効果は、非常に小さい規模である。

キーワード：子ども、医療サービス、窓口負担、小児科医数、母親の就労、無料化

JEL 分類：D12, I18

* 本論文は、日本経済学会・2011年度春季大会(熊本学園大学)、生活経済学会・第27回大会(名城大学)、医療経済学会・第6回研究大会(法政大学)、日本財政学会・第68回大会(成城大学)、日本経済学会・2012年度春季大会(北海道大学)、学習院公共経済学セミナー(学習院大学)での報告に基づくものである。本稿の作成にあたり、井伊雅子(一橋大学)、泉田信行(国立社会保障・人口問題研究所)、井深陽子(一橋大学)、西村周三(国立社会保障・人口問題研究所)、八田達夫(学習院大学)、福重元嗣(大阪大学)の各氏、学会セミナーの参加者より有益なコメントを頂いた。本研究はJSPS科研費24530259の助成を受けたものです。ここに記して感謝いたします。なお本稿中の誤りについては、すべて筆者の責にあります。

** 名古屋市立大学大学院 経済学研究科

〒467-8501 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字山の畑1

Tel: 052-872-5754, Fax: 052-871-9429,

Email: sawano@econ.nagoya-cu.ac.jp

1. はじめに

近年、日本では小児科を開設する医療機関が減少の一途をたどっている。平成 19 (2007) 年の厚生労働省「医療施設調査」・小児科を標ぼうする施設数では、一般病院がピークだった 1990 年の 4,119 施設から 2007 年には 3,015 施設に、一般診療所が同じくピークだった 1987 年の 28,233 施設から 2005 年には 25,318 施設と大幅な減少となっている。この減少に呼応して、子どもを持つ親や家庭が子どもの医療に大きな不安と不満を持つようになった。

この子育て世代の不安と不満は、読売新聞医療情報部 (2002)、河北新報社編集局編 (2003)、日本経済新聞社編 (2003)、山城 (2003) として代表されるように、強い社会的関心を集めた。その最中、地方自治体は独自の単独事業として子ども医療費への助成を拡充するようになる。この子ども医療費への助成は、一般には乳幼児医療費に対する公費負担と呼ばれ、もともとは就学前児童 (0 歳から 6 歳) を対象にしたものである。東京都は、2007 年、この対象者を小中学生 (7 歳から 15 歳) まで拡大した。この東京都の対象者年齢の引き上げは、全国の地方自治体に波及し、近年では多くの自治体で中学生までを対象者とするようになった。

乳幼児医療費に対する公費負担は、医療保険制度で規定される自己負担の大半を公費で負担し、低額の定額自己負担を新たに設定するものである。この助成方法は、医療保険給付の仕組みを活用したものであり、現物給付方式と呼ばれる。この方式による子ども医療費への助成は、医療機関等で支払う窓口自己負担額が極めて低額になるため、通例では子ども医療費の無料化と呼ばれることが多い。このように現代日本では、非常に関心が高い子どもの医療とその無料化であるが、これまでその経済学的研究は十分に行われてこなかった。本稿では、子どもの医療サービスとその特徴に関する研究をまとめ、地方自治体が独自に行う子ども医療費の無料化について、現状、課題およびその評価を明らかにすることを目的としている。

本稿の主要な結論は、次の 3 点である。(1) 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という医療サービスが持つ局地性、親と子という意味決定者と需要者の相違が特徴としてあり、この特徴を織り込んだモデル分析から価格 (窓口負担) の上昇、地域の小児科医数の減少、機会費用を引き上げるような就労構造の変化はすべて家計の経済厚生を引き下げる。

(2) 地方自治体による子ども医療費の無料化は、家計の子育てコストを引き下げることが目的に実施されている。その対象は、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・外来まで拡大されるようになっている。

(3) 子ども医療費の無料化の実施は、子どもの医療サービス需要を増加させる効果が予想される。これまで行われた実証研究の結果から、乳幼児 (0 歳から 6 歳) の外来医療サービスはその効果が確認されるが、小学生 (7 歳から 12 歳) については明確ではない。またその効果は、非常に小さい規模である。

本稿の構成は、次のとおりである。2節は子どもの医療サービス、その現状と課題を報告する。3節は、2節で議論された特徴をモデルで表現し、その特徴が持つ意味を分析する。4節は分析結果を踏まえた上で、その政策的・制度的要因について議論する。5節以降は、地方自治体による子ども医療費への助成に関する報告であり、5節では公費負担の現状、6節では家計から見た助成、7節はその効果に関する議論である。最後8節は、本稿の結論の要約と今後の課題について述べている。

2. 子どもの医療サービス、その現状および問題

2.1 受療率および診療諸率

図1は、縦軸に受療率（人口10万人対）、横軸に年齢階級（0歳から24歳まで）を取り、1999年と2008年の受療率をグラフにしたものである。上のパネルは入院について、下のパネルは外来についてのものである。入院受療率は、1999年から2008年にかけて全般的に低下する傾向がある。外来受療率は、0歳は低下した一方、5歳から10歳にかけては上昇している¹⁾。

表1は、年齢階級別の診療諸率である。パネルAが0～4歳（乳幼児）、パネルBが5～9歳（低学年の小学生）、パネルCが10～14歳（高学年の小学生と中学生）である。入院は、医療費・受診率・日数とも加齢とともに減少する。平均的に入院日数（1件・月間）は7日間から10日間、医療費は30～40万円である。外来も傾向は入院と同じである。平均的に外来日数（1件・月間）は1～2日、医療費7～8千円である。歯科は、医療費・受診率の2つが5～9歳（低学年の小学生）が最も高い。平均的に歯科日数（1件・月間）は1～2日、医療費7～9千円である²⁾。

1) 田中（2004）は、子どもの受療とその特徴について報告している（1999年）。入院は、(1)受療率は、全体の1,170と比較して非常に低い。(2)平均在院日数は、5～9歳が10.2日、10～14歳が14.2日であり、総数の39.3日と比較すると、非常に短い日数である。(3)疾病は、5～9歳が呼吸器系・神経系・損傷中毒・先天性奇形が多く、10～14歳が神経系・呼吸器系・損傷中毒が多い。

外来は、(4)受療率は、5～9歳が3,838、10～14歳が2,250であり、全体の5,396と比較して非常に低い。(5)初診・再来の回数から、小児が何らかの病気で受診した場合、多くは3回以内の受診である。(6)疾病は、5～9歳が呼吸器系・消化器系・感染症・損傷中毒が多く、10～14歳が呼吸器系・消化器系・皮膚疾患・眼・損傷中毒が多い。

2) 田中（2004）は、厚生労働省『国民医療費』を用いた推計（1999年）から、(1)0～14歳の1人あたり入院医療費（年間）は25,543円、1件あたり入院医療費は337,493円、1日あたり入院医療費は29,080円、(2)0～14歳の1人あたり外来医療費（年間）は58,423円、1人あたり外来日数（年間）は14.3日、1回あたり外来医療費は4,088円と報告している。

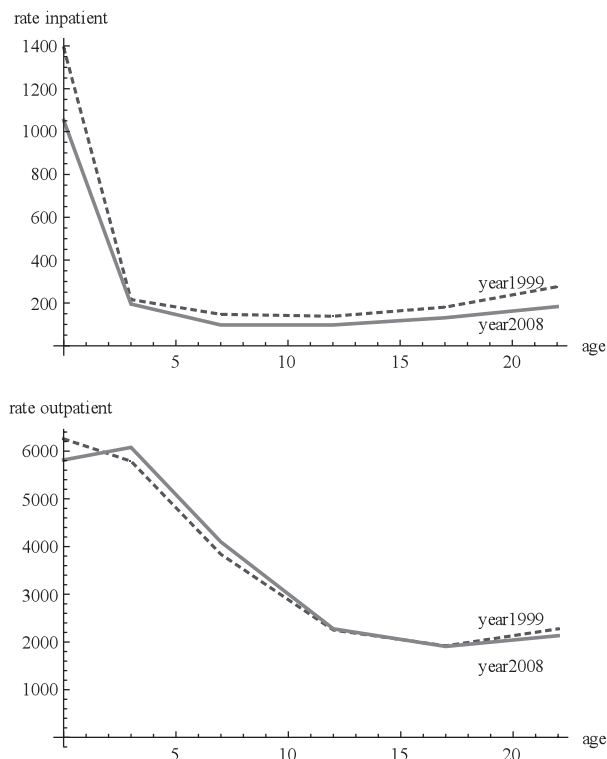


図1 受療率（人口10万人対）

出所）厚生労働省『患者調査』より筆者作成

2.2 子どもと医療サービス

子どもの医療サービスは、「子ども」、「医療サービス」、「意思決定（受診決定）」という要素が持つ特徴から影響を受けている³⁾。坂田（1995）は、「乳幼児の病気の特徴について」として、次なる特徴をあげている（p. 107）。

- ① 乳幼児は抵抗力が弱く病気にかかりやすい。
- ② 病気にかかると症状の変化が急激で悪化しやすい。
- ③ 回復力は旺盛で治りやすい。
- ④ 年齢・季節により、かかりやすい病気がある。
- ⑤ 伝染病の病気が多い。
- ⑥ 身体の病気だけではなく、心の状態によりおきる病気もある（自閉症、登校拒否、チック症など）。

3) 児童福祉法では児童とは満18歳に満たない者で、「乳児」は満1歳に満たない者、「幼児」は満1歳から小学校就学の始期に達するまでの者、「少年」は小学校就学の始期から満18歳に達するまでの者である。

表 1 診療諸率（年齢階級別・2009年度）

A. 0～4歳

	入院	外来	歯科
1人当たり医療費	63,248～72,947	85,006～95,452	6,526～7,328
受診率	18.23～21.96	933.22～1,044.45	77.78～84.73
1件当たり医療費	328,860～348,318	8,945～9,206	7,899～9,393
1件当たり日数	6.75～7.16	1.69～1.71	1.43～1.61

B. 5～9歳

	入院	外来	歯科
1人当たり医療費	13,703～16,177	47,319～53,958	16,417～17,565
受診率	3.97～4.60	631.90～745.86	196.63～216.83
1件当たり医療費	329,530～357,358	7,234～7,488	7,715～8,706
1件当たり日数	7.30～8.48	1.52～1.54	1.58～1.74

C. 10～14歳

	入院	外来	歯科
1人当たり医療費	11,833～15,426	36,633～42,142	8,951～9,458
受診率	2.80～3.45	436.49～526.64	102.07～122.82
1件当たり医療費	419,486～447,264	8,002～8,393	7,701～8,769
1件当たり日数	9.86～11.51	1.44～1.45	1.50～1.65

注1) 単位は、1人当たり医療費と1件当たり医療費は円、1件当たり日数は日である。受診率は100人当たりである。

出所) 厚生労働省保険局『医療給付実態調査報告』より筆者作成

森口・西村（1976）は、子どもに限らず、医療サービスの一般的特徴について、次のように整理している。

- ① 無形，貯蔵できない（生産と消費の同時性，効率的な大量生産方式が行えない）
- ② サービスの質や情報にばらつきが大きい（単純な均一化・標準化が難しい）
- ③ 運搬できない（局地性，市場は地理的に制約される）
- ④ いつでも必要ときにその供給が受けられるという保障が重要（人口の地理的配置との関係に意味がある）
- ⑤ 投入（医療サービスやその他の財・サービス）と成果（健康の回復や増進）の間には「不確かさ」がある（医療の不確実性）

子どもの病気は，変動が大きい。加えて医療はサービスとしての生産と消費の同時性，サービスの質や情報のばらつき，局地性および供給保障，そして医療の不確実性がある。さらに子どもの様子を観察し，医療サービスを需要するか否かを決定するのは，子ども自身ではなく親，

特に母親である（需要者と意思決定者の相違）。これらの特徴から、これまで「母親は最初の主治医」と言われ、子どもの医療サービスとその需要は、親が果たす役割が大きく、また重要であることが理解されている。

2.3 子ども医療の現状および問題

近年、子ども医療について多くの問題が指摘され、その現状が報告されている。取材をベースにしたリポートでは、読売新聞医療情報部（2002）、河北新報社編集局編（2003）、日本経済新聞社編（2003）、山城（2003）が代表的である。需要面の問題は、都市部では保護者による安易な受診（いわゆるコンビニ受診）、地方部では小児科の閉鎖に伴う受診難である。供給面の問題は、小児科医の減少と小児科で働く一部の医師への過重負担、不採算性と診療報酬設定の問題である。

下開（2004）は、埼玉県岩槻市、羽生市、鴻巣市、毛呂山町の住民基本台帳から抽出した6歳未満の乳幼児を持つ保護者を調査対象として、子どもの救急医療に対する不安とその要因を調査した。調査時期は、2003年10月～11月である。主要な結果は、割合が高い順に、小児科医が診察するとは限らない（70.9%）、かかりつけの医師ではない（67.7%）、待ち時間が長い（65.2%）、良い治療が受けられるかどうか心配（57.9%）、自分で救急度の判断ができない（51.9%）であった（カッコ内は割合）。

解析結果から、不安度の高さを決める要因として、(1)家族のサポートが得られにくい核家族や父親の通勤時間の長い保護者、(2)かかりつけ医療機関がない（または少ない）、かかりつけ医が夜間・休日の診察を受け付けない（または受け付けているかどうか不明）、(3)急病時に相談できる薬局や薬剤師がいない、(4)過去に子どもの急病時に診察を断られた経験がある場合、(5)6歳未満人口千人当たり小児科医師数が少ない、を報告している。

3. 子どもの医療サービス需要

3.1 モデル

いま両親の効用関数が $u = u(h, z)$ として与えられているとする。ここで h は子どもの健康を表しており、 z はその他のすべての財である。子どもの健康の生産関数は、受診回数 q とその他の様々な変数 y が投入要素である。この生産関数は $h = h(q, y)$ である。いま生産関数を親の効用関数に代入すると、新たな効用関数は以下のとおりである。

$$U = U(q, z) \quad (1)$$

ここで外生的要因である y は簡潔な表記にするため、関数の背後に圧縮している。

両親は、予算制約のもとで効用を最大にする。この制約の構造は、次のとおりである。 p は1回あたり医療費、 α は医療保険制度の法定自己負担率である。 αp は、1回あたり自己負担額である。

医療サービスの需要は、医療機関まで往復し、そのサービスを受けるのに時間を要する。このため移動費用と時間的機会費用の2つのコストが追加的にかかる。ある地域を考え、その地域内の小児科医数を n とする。 $d(n)$ は、当該地域に住む人々の平均的な移動距離（単位：km）である。その地域内の小児科医数が多ければ多いほど、平均的な移動距離は減少する ($d' < 0$)。1 km あたり移動費用を c とすると、1回あたり移動費用は $cd(n)$ である（澤野，2001.）。

医療サービスの需要に要する時間は、移動時間と待ち時間（診察時間を含む）の2つである。1回あたり移動時間（往復）を t_1 とする。いま 1 km あたり移動時間を e とすると、1回あたり移動時間は $t_1 = ed(n)$ である。1回あたり待ち時間 t_2 は、混雑の関数である。ここで地域の小児医数が多ければ多いほど、平均的な待ち時間は短くなるとする。このとき $t_2 = t_2(n)$ 、 $t_2' < 0$ である。1時間の機会費用は、母親の時間あたり賃金率 w で評価する。ここでこの機会費用に影響を与える女性労働等の特性を i として明示的に表記し、その賃金率を $w = w(i)$ 、 $w' > 0$ とする。これより医療サービス需要の時間的機会費用は、 $w(i)[ed(n) + t_2(n)]$ である。

この3つの価格と費用を用いて、受診1回あたり実質価格 p_m を定義することができる。

$$p_m = p_m(\alpha, p, n, e, i) \equiv p_m(\alpha, n, i) \quad (2)$$

(2) 式の右辺では、本稿で議論する政策的・制度的な変数のみの表記としている。ここで (2) 式より、政策的・制度的な変数の変化が実質価格 p_m に与える影響をまとめることができる。第1は、法定自己負担率 α の変化についてであり、これが政策的に引き上げられる場合、1回あたり自己負担額が増加することで、実質価格が上昇する。

第2は地域の小児科医数 n の変化であり、これの減少は次なる2つの効果を通じて、実質価格を上昇させる。第1の効果は、直接的な金銭的負担の増加であり、1回あたり移動費用の増加を通じて影響を与えるものである。第2の効果は、医療サービスの需要に要する時間の増加を通じて、それを上昇させる効果である。そして後者の効果は、平均的な移動時間が延びる効果と医療機関内での待ち時間が延びる効果の2つから構成されている。

第3の効果は、母親および女性の機会費用に影響を与える特性に関するものである。いまずすべての女性が同質的な労働サービスを提供し、その対価として賃金を受け取っているとする。このとき時間的機会費用は、すべての人において同一の賃金率となる。一方、女性の就労率に大きなばらつきがあり、かつ多種多様な労働サービスを提供し、その対価を受け取っているとする。この場合の時間的機会費用は、留保賃金率を最低として、その才能・技能、およびそれを取り巻く労働環境に応じて、ある種のプレミアムが付加される。いまそのバラエティを労働特性として集約する。このときその特性要素の増加は、医療サービスの需要に要する時間的機

会費用の増加を通じて、実質価格を上昇させる。

いまその他のすべての財 z の価格は基準財で 1, S をすべての所得（利用可能時間を金銭評価したものも含む）を合計したものとする。このときこの両親が直面している予算制約は、以下のとおりである。

$$S = z + p_m(\alpha, n, i)q \quad (3)$$

ここで両親の労働時間は外生的に決まっている（もしくは先決されている）とし、時間の変化は余暇時間内の時間配分で調整されるとしている。両親は、(3) 式の制約の下で、(1) 式の効用が最大になるような財の消費量を選択する。このとき需要関数は、 $q = q(p_m, S)$ および $z = z(p_m, S)$ である。

3.2 実質価格の変化

ここで子どもの医療サービス需要である $q = q(p_m, S)$ に注目する。通常の比較静学より、実質価格 p_m の上昇は、 q を変化させないか、もしくは減少させる。実質価格 p_m は、法定自己負担率 α , 地域の小児科医数 n , 労働特性 i の関数である。先の議論から、法定自己負担率 α と労働特性 i の増加は q を減少させる方向に、地域の小児科医数 n の減少は q を減少させる方向に影響を与える。

この変化の程度は、子どもの医療サービス需要の価格弾力性の規模で判断することができる。

いまこの弾力性を E とすると、需要の価格弾力性は $E = \frac{\partial \ln q}{\partial \ln p_m} = \frac{p_m}{q} \frac{dq}{dp_m}$ である。子どもの医療サービス需要は、まったく価格と関係を持たない場合には、 $dq/dp_m = 0$ であるので、 $E = 0$ である（完全非弾力ケース）。ある程度の需要反応がある場合には、 $dq/dp_m < 0$ であり、 E はマイナスの値を取る。

実質価格の個別構成要因である法定自己負担率 α , 地域の小児科医数 n , 労働環境の特性 i それぞれについても同様に価格弾力性を求めることができる。これらの弾力性はすべて、その他の条件を一定として、弾力性 E にそれぞれ一定倍率をかけたものである。この倍率は、各要因が実質価格に与える変分の割合、もしくは反応度を示している。各要因の反応度は異なっているので、それぞれの価格弾力性は異なるものとなる。

表 2 は、子どもの医療サービス需要に関する研究をまとめたものである。分析は外来医療サービス（Visit）について行われており、表中の Money は通常の窓口負担に関する価格弾力性、Time cost は時間的機会費用に関する価格弾力性、Income は所得弾力性を示している。通常の価格弾力性（絶対値）は、Inman (1974) は 0.10, Goldman and Grossman (1978) が 0.03～0.06, Colle and Grossman (1978) が 0.11 である。RAND 実験の報告である Manning, et al. (1987) では、18 歳以下の子どもの低い自己負担率の保険を提供することが、成人と同じ外来

表2 子どもの医療サービス需要に関する研究

研究名	データ				分析方法		弾力性規模		
	調査名	調査年	対象	地域	被説明変数	推定方法	Money	Time cost	Income
Inman (1974)	NAS Children Survey	1970年10月～1971年4月	6ヶ月～12歳	Washington, D. C.,	ENT disease (ear, nose and throat), Sick(0) or Not Sick(1)	logit	Working Mother Sample		
							-0.092, -0.076	-0.119	0.205
							Nonworking Mother Sample		
							-0.037, 0.00	-0.208, -0.237	0.151, 0.161
Goldman and Grossman (1978)	The Mindlin-Densen (MD) Study	1965～1966年(21 months)	Infant and preschool children	The Bronx, New York City-Mott Haven and Westchester	Annual number of pediatric office visit to physicians	Two stage least squares	Visit		
							-0.032	-0.103	1.318
							Quality		
Colle and Grossman (1978)	The NORC Sample	1971年1～12月	1～5歳 (preschool)	National sample (the United State)	Ambulatory use of physician services	Dichotomous logit	-0.085	0.026	0.162
							Visit		
							-0.106	0.124	0.379
							Quality		
							-0.039	0.003	0.033

出所) 筆者作成

医療サービスの需要反応があったことを報告している。RAND 実験における平均的な医療サービス需要の価格弾力性は絶対値で0.20程度であるので、子どもについてもその規模以下となる。

移動費用は、Goldman and Grossman (1978) が分析を行っており、移動費用と移動時間を機会費用評価した合計額に関する価格弾力性（絶対値）が0.062～0.071と報告している（表2には未記載）。時間的機会費用に関する価格弾力性（絶対値）は、説明できていない結果を除き、表2から0.103～0.238となる。このように子どもの外来医療サービス需要の価格弾力性は1以下の規模となっており、価格非弾力的である。加えて価格を構成する要因ごとにその規模が異なっており、大きい順に並べると時間的機会費用、移動費用、価格（窓口負担）となっている。

子どもの入院については、Manning, et al. (1987) が18歳以下の子どもに関して、外来はその給付率に関して若干の需要反応があったものの、入院についてはその反応が観察されなかったことを報告している。これより子どもの入院医療サービス需要の価格弾力性は0と異ならず、資源配分上の歪み、すなわち厚生損失はほとんど発生していないとしている。

3.3 経済厚生

最後に経済厚生について考える。求められた需要関数を(1)式の効用関数に代入すること

で、間接効用関数を導出することができる。いま間接効用を V とすると、このとき以下のとおりである。

$$V = u(q(p_m, S), z(p_m, S)) = V(p_m, S) \quad (4)$$

実質価格 p_m が間接効用 V に与える効果を考える。ロワの恒等式より、 $\partial V / \partial p_m < 0$ が成立する。すなわちどのような要因にしても、実質価格 p_m の上昇は必ず家計の効用を低下させる。子どもの医療サービス需要 q が完全に価格非弾力的である場合には、予算制約式が満たされるようにその他のすべての財 z が十分に減少する形で選択が変更される。多少、弾力的である場合には、子どもの医療サービスとその他の財が適宜に選択され、その消費水準の決定が行われる。

以上をまとめると、次のとおりである。(1)法定自己負担率 α と労働特性 i の増加、地域の小児科医数 n の減少は、子どもの医療サービス需要 q を減少させる方向に影響を与える。(2)実質価格 p_m の変化が子どもの医療サービス需要に与える影響は、需要の価格弾力性 E で表現される。実質価格の個別構成要因の変化が与える影響規模は、それぞれの要因で異なり、先行研究の結果から、その規模は時間的機会費用、移動費用、価格（窓口負担）の順に大きい。(3)法定自己負担率 α 、地域の小児科医数 n 、労働特性 i 等のどのような要因であれ、実質価格 p_m を上昇させるような変化は、必ず家計の効用を低下させる。

4. 日本の子どもの医療サービス需要とその政策的・制度的要因

4.1 価格（窓口負担）

日本は国民皆保険制度であるので、医療保険の自己負担率は法定されている。表3は、その推移をまとめたものである。18歳（高校生）以下の子どもに限定すると、ほぼ大半は家族（扶養者・世帯員）である。3歳未満は2002年から入院・外来とも20%、それ以外はすべて30%である。近年では、地方自治体が独自に実施する子ども医療費への助成（無料化）がある。これは自己負担率を引き下げる効果を持つものである。この制度とその効果については、後に分けて議論する。

4.2 移動費用および医療機関へのアクセス

小児科・小児科医の減少は、子どもの外来医療サービス需要を減少させる方向に影響を与え、かつ家計の効用を低下させる要因であった。厚生労働省大臣官房統計情報部（2011）では、小児科および産婦人科・産科の年次推移を報告しており、(a)診療科名（主たる）が「8 小児科」の従事者は15,870人、2008年の15,236人と比べて増加傾向、(b)診療科名（主たる）が「20 産

表3 医療保険制度における法定自己負担率の推移

A. 入院

制度	主たる特性	本人（被保険者・世帯主）			家族（被扶養者・世帯員）		
		1984	1997	2003	1984	1997	2003
組合	労働者（大企業）	10	20	30	20	20	30*
政管	労働者（中小企業）	10	20	30	20	20	30*
国保	農業・自営業・無職者	30	30	30	30	30	30*

B. 外来

制度	主たる特性	本人（被保険者・世帯主）			家族（被扶養者・世帯員）		
		1984	1997	2003	1984	1997	2003
組合	労働者（大企業）	10	20	30	30	30	30*
政管	労働者（中小企業）	10	20	30	30	30	30*
国保	農業・自営業・無職者	30	30	30	30	30	30*

注1）データ出所は、厚生労働省編『厚生労働白書（各年版）』、健康保険組合連合会編『健康保険組合事業年報（各年度版）』に収録される資料編で、自己負担率の単位は％である。

注2）上記表は、老人保健制度（および後期高齢者医療制度）の適用を受けない被保険者・被扶養者に関するものである。

注3）健康保険制度の法定自己負担率に関する主たる改正は、(a) 1984年改正（昭和59年10月1日）、(b) 1997年改正（平成9年9月1日）、(c) 2003年改正（平成15年4月1日）の3改正である（カッコ内は施行日）。

注4）2002年には、3歳未満の被扶養者は、入院・外来とも20％に引き下げられている（平成14年10月1日施行）。

注5）パネルBの2003年の自己負担率における「*」は、3歳未満の被扶養者を除いていることを示す。

出所）筆者作成

婦人科」の従事者は10,227人、2008年の10,012人と比べてゆるやかに減少、(c)「21 産科」の従事者は425人と平成6年以降横ばい傾向となっているとしている⁴⁾。

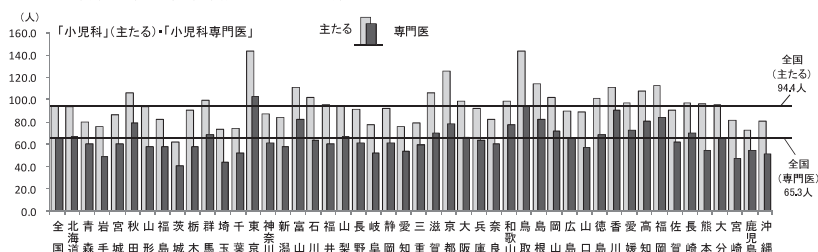
図2は、小児科医および産婦人科・産科医の都道府県分布を示したものである。パネルAが小児科医（15歳未満人口10万対）、パネルBが産婦人科・産科医（15～49歳女子人口10万対）である。出所は、厚生労働省大臣官房統計情報部（2011）・図7および図8である。この図から、小児科医および産婦人科・産科医について地域的偏在が大きいことがわかる。

日本小児科学会（2005）は、病院小児科医の現状について報告し、その課題を述べている。表4は、その概要をまとめたものである。本稿に関係する部分を抜粋すると、以下のとおりである。

- ① 専門医療を提供したいという意向にも関わらず二次医療・専門医療の比率は低い。
- ② 国は小児一次救急を市町村の責任で体制整備するよう規定しているがその開設時間に制

4）医師・歯科医師・薬剤師調査における「主たる診療科」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

A. 小児科医（15歳未満人口10万対）



B. 産婦人科・産科医（15～49歳女子人口10万対）

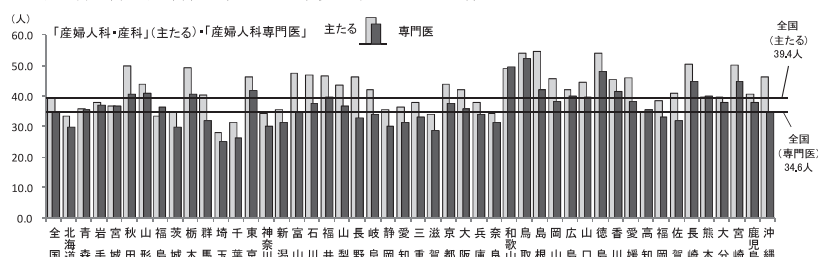


図2 小児科医および産婦人科・産科医の都道府県分布

出所）厚生労働省大臣官房統計情報部（2011），図8

限が大きく，深夜はほとんど実施できていない。

- ③ 夜間休日診療所の診療時間外になると患者は一般病院で小児科当直が置かれている病院に向かい，小児科医は本来院内当直程度の定員でほぼ連日の時間外診療を余儀なくされている。

病院小児科医の現状から，特に小児科については地域の医師数（もしくは診療科）という数量のみの観点では不十分であり，開業時間（特に深夜，土休日）との関係を考慮する必要があることが指摘されている⁵⁾。

以上をまとめると，(1)小児科医数は増加傾向にあるが，産婦人科・産科医数は減少する傾向にある，(2)小児科医および産婦人科・産科医は地位的偏在が著しい，(3)特に小児科については診療科数のみならず，医療機関の開業時間が重要な要因である。

4.3 時間的機会費用：女性労働者の増加，その就業率について

女性および母親の時間的機会費用の増加は，少なくとも子どもの外来医療サービス需要を減少させる方向に影響を与えるものであった⁶⁾。この増加をもたらす要因の一つとして，就労す

5) 江原（2008a）は，社会医療診療行為調査（平成14年から18年）を用いて，各年6月期の受診回数を解析した。対象は乳幼児加算，乳幼児時間外等加算が算定される6歳未満であり，6歳未満の総受診の約10%は時間外・休日・深夜であることを報告している。

表4 病院小児科医の現状

1.	15歳未満の子どもの一日の小児科外来受診数は、病院89,300人、診療所207,600人であった。これは人口100万人に換算すると一日受診数は病院735人、診療所2,167人に相当する。
2.	医療機関は、一般病院数8,200余のうち小児科は3,528、診療所については91,500のうち小児科は26,788である。
3.	医師数は、小児科を主たる標榜科とする医師数は14,156、うち病院勤務小児科医が実質で6,500名余と推計できるので、診療所に働く小児科医はその差である7,600名余と推定される。これらをまとめると、人口100万人あたりでは27病院小児科、200余診療所となり、小児科医数は病院勤務医50名余、診療所に60名余と推定できる。
4.	見方を変えると、わが国ではひとつの病院小児科が人口約37,000人、子ども人口にすると5000人余を担当している。診療所については施設当たり人口で5000人、子ども人口で700人の担当となる。小児科当たりの一日平均外来受診数は診療所が10.4、病院が26.7である。
5.	病院調査によると、小児科患者のうちprimary careのみを必要とする患者の占める割合が80%以上という病院が51.3%と半数を占める。業務量の68%がプライマリケアに配分され、専門医療を提供したいという意向にも関わらず二次医療・専門医療の比率は低い。
6.	小児救急は国民のニーズが特に高い業務である。国は小児一次救急を市町村の責任で体制整備するよう規定しているがその開設時間に制限が大きく、深夜はほとんど実施できていないというところに重大な欠陥がある。
7.	夜間休日診療所の診療時間外になると患者は一般病院で小児科当直が置かれている病院に向かい、小児科医は本来院内当直程度の定員でほぼ連日の時間外診療を余儀なくされている。73.7%の病院小児科が夜間休日の時間外診療を実施している。
8.	小児科勤務医の労働条件は悪化しており、時間外診療をしている小児科医（N=3628人）の月超過労働時間合計は平均86.7時間で、時間外診療をしていない小児科の医師（N=650）の同合計平均の58.2時間を48%上回っている。
9.	病院小児科の勤務医師は、長い労働時間にみられるように過重な業務に迫られている。病院小児科の平均医師数が2.3人であることに過剰業務の原因があると考えられ、一人小児科医が27%、2人が22%である。
10.	小児科の診療経費が嵩むため、一般病院では小児科を赤字部門と位置づけているので、少しでも高い診療報酬を求める病院経営の圧力もあって、小児科としても時間外診療を維持せざるを得ないという状況がある。そして何よりも小児科医自身、子どもの急病で不安を膨らませている保護者と子どもの期待に応えなければならないという職業的使命感があり、結果的に病院小児科はきわめて不十分な体制のまま休日夜間時間外診療を続けているのである。

出所) 日本小児科学会 (2005)

る女性の増加とその多様化がある。総務省「労働力調査」では、女性労働者の増加、特に若い年齢階級における増加が報告されている。厚生労働省雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課（2011）では、「働く女性の状況」において配偶関係別就業率が掲載されている。そこでは有配偶女性ではこの10年間で25歳から34歳の就業率が大きく上昇し、未婚女性では35歳から49

6) 医療サービスの時間的機会費用に関する研究は、タイムコスト研究とも呼ばれる。このテーマの端緒はBecker (1965) であり、それを医療サービス需要分析に応用したのがActon (1975) である。実証的な分析としてはPhelps and Newhouse (1974), Rossiter and Wilensky (1984), Cauley (1987) がある。分析対象を特定したものとして、Holtmann (1972) は入院日数について、Coffey (1983) は女性について分析を行っている。日本では、田中・西村 (1984)、小椋 (1990)、知野 (1994) が先駆的研究である。

子どもの医療サービス需要については、先述のInman (1974), Goldman and Grossman (1978), Colle and Grossman (1978) である。日本では、妹尾 (2007)、山田 (2008)、別所 (2011) において、母親やその就業状態が子どもの医療サービス需要に影響を与えていることが示されている

歳の就業率の上昇幅が大きいことが報告されている。

近年では男性の育児参加も増える傾向にあり、単純に女性の労働参加の増加のみが、子どもの外来医療サービス需要に影響を与えるわけではない。他方、仮に男性の育児参加が非常に低い水準で滞っており、育児は専ら女性（母親）が担っている現状があるとするならば、その増加と多様性の拡大は時間的機会費用を引き上げる一要因となっている。

5. 地方自治体による乳幼児等医療費に対する公費負担

5.1 実施状況

地方自治体が単独で行う乳幼児等医療費に対する公費負担の実施状況については、内閣府による調査と厚生労働省による調査の2つがある。内閣府は2005年3月の現況について独自に調査を実施し、その概要を内閣府政策統括官（共生社会政策担当）編（2005c）（および『平成17年版 少子化社会白書』）として報告している。調査対象は都道府県の単独事業についてであり、市町村が要綱によって実施している都道府県基準への上乗せの実施状況を把握することができない特徴がある（p. 83）。調査項目は、実施率、事業費、助成割合（「自己負担分を全額助成」か「自己負担分の一部を助成」、入院・外来の別）、助成方法（「現物給付」、「償還払い」、「現物給付と償還払いの併用」か、入院・外来の別）である⁷⁾。

厚生労働省は2009年より調査を開始し、表5はその概要をまとめている。2011年までの結果を見ることができ、その特徴として(1)対象年齢が拡大しており、大半は15歳未満年度末（中

表5 乳幼児等医療費に対する公費負担事業の実施状況

	A. 入院			B. 通院		
年	2009	2010	2011	2009	2010	2011
実施市区町村数計（うち）	1,800	1,750	1,747	1,800	1,750	1,747
就学前	721	543	345	980	824	622
12歳年度末	393	415	364	197	212	212
15歳年度末	516	696	902	345	492	655
18歳年度末	1	17	41	2	17	39

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」結果（各年版）より筆者作成

7) 江原（2008b）は、内閣府調査の調査票より独自に再集計を行い、自己負担分（3歳未満2割、3歳以上3割）を窓口で支払う必要のある0～4歳児人口を推計した。集計では、現物給付を除いた償還払いの乳幼児医療費助成対象者や助成なしの人口を合計して算出しており、結果は当該年齢層の21.7%（全国平均）であると報告している。

学生まで)、一部では18歳未満年度末(高校生まで)行われている、(2)入院は事業を実施している市町村の半数以上が中学生まで、通院は40%弱が中学生までである。

2005年の内閣府調査では、事業を実施しているのは1,647市町村であった。2009年からの厚生労働省調査と合わせて比較すると、次のことがわかる。入院は、2005年当時、6歳未満もしくは小学校就学時まで(就学前)1,314、小学生まで(12歳年度末)34、中学生以上も対象としていたのが50であったが、近年ではどの市町村でも中学生までが主流になりつつある。外来は、2005年当時、6歳未満もしくは小学校就学時まで(就学前)940、小学生まで(12歳年度末)30、中学生以上も対象としていたのが21であったが、近年は中学生までと急速に拡大している。

5.2 東京都のケース

表6は、東京都の子ども医療費助成制度の概要をまとめたものである。表のパネルAは、「都制度」の推移についてであり、パネルBは「マル子」と呼ばれる小中学生を対象とした医療費助成制度(義務教育就学児医療費助成制度)についてである。

東京都の子ども医療費に対する助成は、乳幼児医療費に対するものから始まり、この助成は交付される都医療証の記号から「マル乳」と略称される。制度は、1994年1月に法制化された。2007年10月、その対象年齢が小中学生まで拡大され、「マル子」として義務教育就学児医療費助成制度が法制化された。助成は、当初、各種医療保険の自己負担分の10%であったが、2009年10月には一部定額負担を除いた自己負担分まで拡大された。給付の方法は、現物給付方式(都内医療機関のみ)である。

東京都内市区町村は、それぞれの判断で、残余の一部負担を助成することができる。給付の方式は、東京都と同様に現物給付方式(都内医療機関のみ)である。このため東京都のケースでは、対象者である児童を養育している者が都内のどの市区町村に住んでいるかによって、対象者である児童に適用される自己負担率が変わることになる。

5.3 制度に関するコメントや評論

東京都の子ども医療費に対する公費負担およびその助成対象の拡大(小中学生まで)は、制度のあり方を含め、他地域の地方自治体や多くの関係者に大きな波紋をもたらした⁸⁾。表7は、東京都のケースを中心に、地方自治体による子ども医療費の無料化をめぐるコメントや評論を

8) 西川(2010, 2011)は、地方自治体における乳幼児医療費助成制度に関する考察を行った研究である。

東京都23区と山梨県の事業実施状況が報告され、乳幼児等医療費に対する公費負担(子ども医療費の無料化)は近隣自治体に波及しやすい性質を持つ政策であることが明らかにされている。

表6 東京都の子ども医療費助成制度

A. 「都制度」の推移

年	乳幼児医療費 (マル乳)	義務教育就学児医療費 (マル子)
1994	(制度創設) 対象：東京都内の3歳未満児 助成内容：各種医療保険の自己負担分 開始日：1月1日	—
1998	対象：4歳・5歳・6歳(就学前)まで順次拡大 助成内容：各種医療保険の自己負担分 開始日：10月1日	
2007	(従前どおり)	(制度創設) 対象：東京都内の6歳(小学生)から15歳(中学生) 助成内容：各種医療保険の自己負担分の10% 開始日：10月1日
2009		対象：東京都内の6歳(小学生)から15歳(中学生) 助成内容：各種医療保険の自己負担分 開始日：10月1日

B. 義務教育就学児医療費助成制度(マル子)

制度開始	2007(平成19)年10月1日
対象者	義務教育就学期にある児童(6歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)を養育している方
対象除外	1 国民健康保険や健康保険など各種医療保険に加入していない児童 2 生活保護を受けている児童 3 施設等に措置により入所している児童
助成範囲	(入院) 都は、国民健康保険や健康保険の自己負担額を助成(入院時食事療養標準負担額は除く)。区市町村は、その入院時食事療養標準負担額を助成している場合もあり (通院) 都は、国民健康保険や健康保険の自己負担額から一部負担金(通院1回につき200円(上限額))を控除した額を助成。区市町村は、その残余の一部負担金を助成
助成方法	(都内医療機関の場合) 保険を扱う医療機関で保険証とマル子医療証を提示して受診 (都外医療機関、その他の場合) 都外や当制度による診療を取り扱わない医療機関で診療を受ける場合や、都外国民健康保険加入者は、医療保険の自己負担分を医療機関の窓口で支払い、その領収書をもって、お住まいの区市町村の義務教育就学児医療費助成担当課に医療助成費を申請
手続き方法	区市役所・町村役場に申請し、マル子医療証を交付

注1) 資料出所は、東京都保健福祉局ホームページ(<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp>)「医療助成」、東京23区ホームページである(2010年3月2日アクセス)。

注2) 助成範囲の詳細については、東京都保健福祉局保健政策部(医療助成課子ども医療担当)「義務教育就学児医療費助成制度の改正について」を参照している。

出所) 筆者作成

表7 地方自治体による子ども医療費の無料化をめぐるコメントや評論

資料番号	記述	出所
[1]	(東京都の子ども医療費の無料化の実施について)「都内二十三区の多くが中学三年生までの医療費の窓口負担を無料にしたのは、税収増を背景にした大盤振る舞いだ。小児医療はただでさえ人手不足なのに、1970年代の老人医療の無料化と同様に必要以上の受診を招いている。その分、健康保険組合などが負担する七割分の医療費も増大し、保険財政を圧迫している。子育て支援は重要だが、子供の窓口負担は一割、せめて0、五割にするのが道理だ。」(井伊雅子氏 (一橋大学))	日本経済新聞、2007年8月20日、朝刊。
[2]	「二十四時間夜間でも休日でも軽い症状で医療にかかる「コンビニ的な医療」。要求と批判しめない住民。「自分の都合しか考えない社会」が医療崩壊の大きな要因であり、医療崩壊は地域社会全体の問題なのである。最近多くの自治体に広がりつつある小児医療費の無料化はこうした医療崩壊を助長する政策ともいえる。」(井伊雅子 (一橋大学) 氏)	日本経済新聞、2008年3月2日、朝刊。
[3]	「小中学生の医療費を無料にしたり敬老祝い金を支給したりするのは、総務省すら「やりすぎ」と見ている。もちろん、財源に余裕があるなら問題ない。だが、地方交付税などで国に財源保障を求め、国が増税して手当でするとしたらどうか。消費税の増税幅を圧縮できるのであれば、住民が「なくてもいい」と考える事業は少なくないはずだ。」(記事「時流地流」)	日本経済新聞、2011年10月3日、朝刊。
[4]	「所得が高い東京の子供の医療費負担を格別到低くし、東京への集中を一層促す形になる制度はどんなものか。こういう実態にあるのは、東京に本社が集中する大企業からの多額の法人関係の地方税が入るからであろう。しかも、千代田区や港区などに入った税のかなりの部分が他の地域に配分されるという「都内の地方交付税」によって、他にも利益が均霑する。」(津田廣喜 (早稲田大学) 氏)	日本経済新聞、2011年12月20日、夕刊。
[5]	(福島県が政府に要望していた18歳以下の県民の医療費無料化に関して)「復興相は「現在の医療保険制度は、(国民に)一定の負担をお願いするのが基本だ。その中に別途国費を入れて医療費を無料化することについては慎重にならざるを得ない」と説明した。」(記事)	日本経済新聞、2012年1月28日、夕刊。
[6]	「医療費の補助対象を広げれば、必要がないのに医療機関で診療を受ける問題が起こる可能性もある。想定より受診が増えれば、市町村の財政をさらに圧迫する可能性もある。」(記事)	日本経済新聞、2012年6月25日、夕刊。
[7]	「日本の医療機関での子どもへのコンピューター断層撮影(CT)など様々な検査の実施や、精神疾患やアレルギー疾患に対する大量の薬物処方を知り、海外の医療関係者は一様に驚く。多くの自治体が小児医療の無料化を進めていることが拍車をかける。だが、無料化の対象となる自己負担分(3割)以外は保険料や税金(多くは公債)で賄われている。結果的に子どもに借金を負わせる構造であり、適切な少子化政策とは言えない。」(井伊雅子 (一橋大学) 氏)	日本経済新聞、2012年8月1日、朝刊。

出所) 筆者作成

まとめたものである。一般に(公費を用いて)子どもの医療サービスに関する自己負担率を引き下げることは、特定の財・サービスの提供を媒介させて行う補助金の給付となる。この方法は財・サービスの選択を変化させる歪みの問題があり、表7のコメントや評論でもそれが「必要のない受診」や「コンビニ受診」として指摘されている⁹⁾。

東京都は、財政的な富裕団体であるが故に、その対象年齢を拡大できたのであって、それ以

9) それに加え資料[7]では、消費者(医療サービス需要者)が極めて低い価格(自己負担率)に直面していることが、消費者および生産者(医療サービス供給者)にコスト意識を欠如させ、資源の浪費につながることを指摘されている。

外の地方自治体がその事業を拡大実施するのは財政的に厳しいという指摘も多い。財政的な担保を求められている政府には、制度そのものに対する否定的な意見も多い。このように一般的に地方自治体の子育て支援策として拡大している子ども医療費に対する公費負担であるが、否定的な見解も少なくない。

6. 家計から見た子ども医療費とその助成

6.1 子育てコスト

こども未来財団（2003）では、野村総合研究所にて手配したモニターのうち、末子に小学校就学前の子どもを持つ母親を対象として、インターネットアンケートを行った。調査時期は、2002年10月である。そこで得られた基礎資料を基に「子育て費用」を推計している。表8のパネルAは、保健・医療費の結果について抜粋したものである。対象年齢は0歳から6歳の就学前児童であり、推計されたのは保健・医療機関等窓口での支払額とそこまでの交通費、薬局・薬店等で購入された医薬品類である。このうち窓口での支払額は、全年齢を平均すると、年間・1人あたり18,109円となる。

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）編（2005b）では、厚生労働省大臣官房統計情報部編『国民医療費（1997年度、2002年度）』を用いて、年齢階級別に医療費（公費負担・保険給付）と医療費（患者負担）を推計している。表8のパネルBは、その結果を要約したものである。年齢区分は、およそ就学前児童（0歳から5歳）、小学生（6歳から11歳）、中学生（12歳から14歳）、高校生（15歳から17歳）である。金額は、調査年度に関わらず、子どもの年齢区分が上がるごとに、低下してゆく傾向がある。特に小学生以上では、年間・1人あたり10,000円か

表8 子育てコスト（単位：円/人・年）

A. こども未来財団（2003）調査

保健・医療費	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳
保健・医療機関等窓口での支払額	17,181	14,919	12,699	12,504	31,886	19,071	18,505
保健・医療機関等までの交通費	14,232	2,909	2,705	2,074	2,213	5,615	3,073
薬局・薬店等で購入した医薬品類	7,417	6,333	4,224	3,156	4,096	5,384	5,094

B. 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2005b）調査

医療費（自己負担）	0～5歳	6～11歳	12～14歳	15～17歳
1997年度	17,788	10,065	8,016	9,496
2002年度	25,402	14,450	11,615	9,944

出所）筆者作成

ら 15,000 円の範囲内にある。

6.2 その助成に対するニーズ

地方自治体による子ども医療費の公費負担とは、直接的には家計が負担する子ども医療費（窓口負担もしくは患者負担）を地方自治体が肩代わりして負担する制度である。その主たる狙いは、その家計負担の軽減にある。

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2005a）では、子どものいる女性を対象に、各種施策の要望等について調査した。調査期間は、2005 年 2 月から 3 月である。この調査結果では、(1)重要な少子化対策として「経済的支援措置（保育・教育費への補助、医療費補助、児童手当など）」を選んだ人が 69.9%、(2)そのうち具体的に望ましいものを聞いたところ「乳幼児（例えば 6 歳未満）の医療費の無料化」を選んだ人が 45.8%であった¹⁰⁾。

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2009）は、2005 年に実施された調査（以下、平成 16 年調査度という）に引き続いて行われたものである。調査結果では、平成 16 年調査度と同じく少子化対策として重要であると考ええるものとして「経済的支援措置」を選んだ人が 72.3%であり、特に多いという傾向は同じである。特に子ども医療に関係する点で指摘されていることは、次の 3 点である。

(1)「妊娠・出産の支援体制、周産期医療体制の充実」が平成 16 年度調査では 10.4%であったのに対し、今回調査では 20.9%と倍増している。(2)年齢が低くなるほど「妊娠・出産の支援体制、周産期医療体制の充実」、「子どものための建築物、交通機関などにおけるバリアフリーの推進」は多くなっている一方、「仕事と育児の両立の推進に取り組む事業所への支援」は少ない傾向となっている。(3)末子の就学状況別にみると、末子の学年層が低い者では「小児医療体制整備など子どもの健康支援」が多い傾向となっている。

子ども医療費の公費負担については、内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2009）の調査では、選択肢が平成 16 年度調査の「乳幼児の医療費の無料化」から「乳幼児の医療費の軽減」に変更されている。厳密な比較は行えないが、平成 16 年度調査では 45.8%であったものが、今回調査（平成 20 年度調査）では 26.6%まで低下している。この 2 つの調査の傾向から、子ども医療に対する施策ニーズが、経済的な家計負担の軽減から施設整備とその充実にシフトしていることがわかる。

10) 本調査結果の特徴として、次の 2 点が挙げられている。(1)年齢別にみると「乳幼児の医療費の無料化」は年齢の低い層ほど多い（表 5-3-1）、(2)末子の就学状況別にみると「乳幼児の医療費の無料化」は、就学前の乳幼児の親（50.7%）でやや多い（表 5-3-1）。

6.3 財政負担

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2005c）は、全国の地方自治体にアンケートを行い、乳幼児医療費助成の実施状況をまとめたものである。実施状況は、都道府県はすべて実施、市町村は97.5%（1,647/1,690件）の市町村が実施している。表9は、その事業費の総額（平成16年度当初予算）の概況をまとめたものである。都道府県では平均13億5,626万1千円、市町村では平均9,631万2千円である。

東京都は、都内23区の特別区と市町村が事業の実施主体であり、費用は都と特別区と市町村が折半して負担している。東京都『補助金一覧』（予算ベース）では、「乳幼児医療費助成事業補助」が補助率は1/2とされ、金額は36億59百万円（2008年度）、35億80百万円（2009年度）、37億39百万円（2010年度）である。補助率を考えると、概算で事業費は年間約70～75億円程度となっている¹¹⁾。

総務省自治財政局調整課（2011）では、社会保障・税一体改革成案に記載された「社会保障給付の全体像及び費用推計の総合的な整理」の基礎資料とするため、平成22年度決算における社会保障関係の地方単独事業（国庫からの補助を受けずに地方公共団体が単独で実施する事業）を調査した。総額は6.2兆円であり、このうち乳幼児医療費助成（義務教育就学前分）は2,101億円（都道府県分が682億円、市町村分1,419億円）であった。なおこの調査では、義務教育就学後分の乳幼児医療費助成は除外事業として調査されていない。

表10は、「国と地方の協議の場」において、国と地方自治体の間で交わされた乳幼児医療費助成に関する議論を抜粋したものである。都道府県や市町村側からの意見として、現在は地方

表9 乳幼児医療費助成の事業費

(千円)

	回答数	総額	都道府県負担	市町村負担
都道府県	43	1,356,261		
全市町村	1,474	96,312	31,762	64,550
政令指定都市	10	2,355,538	531,877	1,823,661
東京23区	17	933,137	303,448	629,689
中核市	28	663,150	215,372	447,779
その他市	429	152,943	55,214	97,730
町村	987	18,558	6,688	11,870

出所）内閣府政策統括官（共生社会政策担当）（2005c）、図表Ⅲ-100

11) 東京都は、一般的に対象が就学前である乳幼児医療費助成を小中学生まで拡大して行っている。2003年の就学前児童数（0～5歳）は586,122人、小中学生数（6～15歳）は945,826人である。2009年の0～5歳は594,272人、6～15歳は981,635人であり、対象者は増加傾向にある。

表10 「国と地方の協議の場」における乳幼児医療費助成の議論

発言者	協議内容	頁
山田全国知事会会長	まず視点の問題として、国民から見れば、国も地方もない、社会保障をこれから良くするから増税を、又は社会保障の財源がこれだけかかるから負担を、というときに、国民は、実は、予防は地方がやって、医療は国がやっているとか、乳がんの健診は補助事業で、大腸がん、胃がんは地方単独事業だなどということは分からない。乳幼児医療費助成が社会保障ではないだろうというお父さん、お母さんは1人もいない。	p. 7
	地方単独事業というのは地方が勝手にやっているものではない、例えば、国の社会保障の水準が現実から遊離しているための超過負担、医療と予防のように国と地方が補い合って1つの政策を成しているもの、子ども医療、乳幼児医療のように既に国民にとっては標準的かつ一般的になっている社会保障などがほとんど。	p. 7～8
藤原全国町村会会長	特に地方単独事業部分については、国の事業を相当いろいろな面で補完し、地域の実情に合わせ、実効性を上げている。そういう点では、うまく国と地方がセットになって、地域の社会保障、医療、福祉等を担っているが、今回の状況等を見ると、全く地方無視のような、全く地方の財源を見込めないような改革になっている。地方単独事業等を適正に評価していただき、役割に応じた地方財源を改革案に載せていただければと思っている。	p. 10
	案文を見ると、地方単独事業は課税自主権の拡大で賄えという意味のことが書いてあるが、全くの地方無視であり、単独事業に支出するのが難しくなる。	p. 10
山田全国知事会会長	地方単独事業はよく分からないというお話だが、よく分からないで社会保障の全体像を決めていいのか。今回のものを見ても、なぜ障害者の方は置き去りにされているのか、なぜ子ども・子育てのところ子ども医療問題は一切書かないのか、なぜ医療・介護において大切な予防の健診や子宮頸がんのワクチンの問題について一切触れられていないのか、意図的に地方単独事業が全部排除されている。	p. 12
	国保の問題なども、地方にもっと頑張れと言うが、細川大臣を目の前にして恐縮だが、我々は子ども医療費をたくさん頑張って出すと、国保の補助金は減額される。それで一般会計から国保料を引き下げようとするために、一般会計から繰入れをしていると、そういうのは邪道だからやめろという通達を頂く。地方をがんじがらめに縛っているのは誰かというのがまず1点。そこは忌憚のない意見交換をさせていただくことが必要。そうしたことが分科会を通じて行われれば、必ず良い方向に行く。	p. 14
森全国市長会会長	子ども医療費助成も、最初から子ども手当と絡んで、地方が医療費をやっているから子ども手当はこの程度でいいという議論をしたら、国も得だった。そこができていないのが悔しくてしょうがない。	p. 15

出所) 内閣官房 (2011)

単独事業として行っている乳幼児医療費助成であるが、国の事業を補完しているものであって、その支出を社会保障と考えず、結果としてそれを財源に含めないことに強い異論があることがわかる。

以上をまとめると、家計が子育てコストとして保健・医療費として負担しているのは、年間・1人あたり10,000円から20,000円の範囲内にあり、その公費による負担軽減への要望は強い。ただし近年では、子ども医療の施設整備とその充実に関する要望が高まってきている。乳幼児医療費助成の事業費は、平成22年度決算において2,101億円であった。ただしこの数字には、地方が単独で行っている義務教育就学後分は含まれていない。都道府県や市町村側からの意見として、その事業費の財源保障を求める声は強い。

7. 子ども医療費への助成，その効果に関する評価

7.1 乳幼児（0歳から6歳）に関する研究

表11は，子ども医療費への助成，その効果に関する研究を一覧にしたものである。これらの研究を子どもの年齢区分ごとに特徴を要約すると，次のとおりである。0歳から3歳については，患者調査・受療率を用いた研究である多田（2005）と，国保・3歳未満1人あたり医療費を用いた研究である岩本（2010）の2つがあり，主たる結論は制度間格差（対象年齢・助成方法（現物給付））はその外来医療サービス需要を増加させるというものであった。

就学前児童である3歳から6歳の子どもについては，別所（2011）と高久（2012）の研究がある。別所（2011）は，2007年の「国民生活基礎調査」を用いて分析を行い，対象年齢の格差は外来受診確率を引き上げる要因になっていることを示した。高久（2012）は，北海道のある市のレセプトデータを用いた分析を行い，対象年齢の引き上げは通院確率，通院日数，通院1件当たり医療費を引き上げることを報告している。なお歯科と調剤は，その影響を受けていないとしている¹²⁾。

7.2 小学生（7歳から12歳）に関する研究

小学生である7歳から12歳の子どもについては，別所（2011）とNishi, Noguchi, Izumida, Takada（2011）の研究がある。別所（2011）では，先と同じデータと方法を用いて分析し，一部，その効果は観察されるものの，総体的には小学校低学年までは医療費助成のもつ金銭的な影響を限定的であり，もともと価格弾力性が小さいのかもしれないとしている。Nishi, Noguchi, Izumida, Takada（2011）は，福島県三春町のレセプトデータを用いた分析を行い，就学前・就学後の自己負担率格差は，入院医療サービスの利用には影響を与えていないが，外来医療サービスの利用には影響を与えていることを報告している。

12) これに関連して，子ども医療費への助成と受療行動に関する意識を調査したものとして下関（2009）がある。調査対象地域は埼玉県X市，調査の対象は，調査協力の承諾が得られた保育園（公設公営2園，公設民営2園），幼稚園（私立2園），児童センター・児童館の幼児サークル（計4サークル）に通う6歳未満の子をもつ保護者である。主たる結果は，次のとおりである。(1)「医療費が無料でも気軽に利用しない」保護者は56.0%である。(2)「医療費が無料でも気軽に利用しない」割合は，子どもが第3子以降の場合，子どもに持病がない場合，核家族の場合に高かった。(3)「症状が軽くても，できるだけ早めに診てもらう」「医療費が無料のため気軽に利用する」と回答した保護者は，「病気が軽いうちは，できるだけ自宅で様子を見る」「医療費が無料でも気軽に利用しない」と回答した保護者に比べて，過去1年間の医療機関の平均利用回数は多かった。

表11 子ども医療費への助成，その効果に関する研究

研究名	データ	分析方法	主要な結果
多田 (2005)	データ 患者調査・受療率（人口 10万人対） 調査年 1996, 1999, 2002（平成 8, 11, 14）年 対象 0歳から4歳 地域 都道府県別	分析対象 都道府県別・乳幼児医療費助成制度の 対象年齢の格差 現物給付ダミー 被説明変数 受療率（0歳から4歳，外来） 推定方法 OLS	(1) 乳幼児医療費助成制度の対象年齢は，受療率に プラスの影響を与えており，対象年齢を1歳引き上 げると161人受療率を引き上げる。 (2) 現物給付制度（の採用）は，受療率にプラスの 影響を与えており，その採用は397人受療率を引き 上げる。
岩本 (2010)	データ 国保・3歳未満の1人当 たり医療費 調査年 2003～2005年 対象 1歳，2歳，3歳未満 地域 47都道府県	分析対象 都道府県別・助成方法の格差 （支払ダミー：償還払いの場合1，それ 以外（現物給付）の場合0をとるダミー 変数） 被説明変数 3歳未満の1人当たり医療費 推定方法 パネルデータ分析	(1) 子ども医療費の助成制度に関して，償還払い方 式は，現物給付方式よりも7～8.6%だけ医療費が少 ない。 (2) 現物給付の乳幼児医療制度がとられると，医療 サービス消費が最低で7%増加する。 (3) 助成事業による給付増加分は国保が94億円，そ の他の保険者が286億円
別所 (2011)	データ 国民生活基礎調査 調査年 2007（平成19）年 対象 3歳から6歳 7歳から12歳 地域 全国（地域コード：都道 府県） 備考 病院や診療所等に入院 している子どもを含ま ない	分析対象 都道府県別・助成の対象となる上限年 齢の格差（助成ダミーⅠ [*] ・助成ダミー Ⅱ ^{**} ） 被説明変数 ここ数日の自覚症状の有無を問う質問 の更問として「最も気になる症状に対 してなんらかの治療をしていますか」 について，「病院・診療所に通っている」 場合は1，それ以外は0 「現在，傷病で病院や診療所，あんま・ はり・きゅう・柔道整復師（施術所） に通っていますか」について，「通っ ている」場合には1，それ以外は0 推定方法 線形確率モデル	3歳から6歳 (1) 自覚症状があるときの通院選択について，係数 推定値がゼロと統計有意に異なるケースは少ない。 (2) 現在の通院状況について，助成の実施は3.3% ポイントから13.8%ポイント引き上げる。 7歳から12歳 (3) 自覚症状があるときの通院選択について，助成 の実施は1.2%ポイントから5.2%ポイント引き上げ る。 (4) 現在の通院状況について，助成の実施は4.6% ポイントから9.4%ポイント引き上げる。 (5) 「現在の健康状態がよい」，「過去1か月の間に 健康上の問題で床についたり，普段の活動ができな かったことはない」について，係数推定値は統計的 に有意にゼロと異なるない。（7歳以上のみ分析）
Nishi, Noguchi, Izumida, Takada (2011)	データ 国保・レセプト 調査年 2008年5月～2008年8 月 対象 6歳（就学年齢） 地域 三春町（福島県） 備考 歯科・調剤を含まない	分析対象 就学前（自己負担率0%）と就学後（6 歳・小学校入学，自己負担率20%）格 差 被説明変数（それぞれ外来・入院） 受診確率：受診があった場合には1， それ以外は0 1件あたり医療費 推定方法 Logit, OLS	(1) 子ども医療費への助成の実施は，入院医療サー ビスの利用，およびその医療費には影響を与えてい ない。 (2) その助成の実施は，外来医療サービスの利用， およびその医療費には影響を与えている。 (3) 子ども医療費の助成制度は，医師行動を変化さ せ，医療費を増加させている（care seeking be- havior）。
高久 (2012)	データ 国保・レセプト 調査年 A：2006年～2010年 B：2002年～2008年 対象 3歳から6歳 地域 Y市（北海道）	分析対象 乳幼児医療費助成制度の対象年齢の引 き上げ（外来，3歳から6歳（就学前） まで） 被説明変数（外来） 通院確率，通院日数，通院1件あたり 医療費 推定方法 OLS（difference in difference in dif- ference）	(1) 二人親家庭の乳幼児の医療費価格弾力性は -0.24～-0.29 (2) 推計される公的保険と自治体の負担はそれぞ れ，3歳から6歳の子ども一人あたり年間8400円， 9400円 (3) 歯科と調剤では制度改正の効果は確認できな い。 (4) 受診一日あたり点数は医師の側に裁量のある変 数であることから，自己負担率の改定は受診行動だ けではなく，医師の行動も変容させる。

注1）別所（2011）の分析方法については，次のとおりである。^{*}が付いている「助成ダミーⅠ」は，各都道府県・各年齢において，すべての子どもが医療費助成の対象となっているとき，当該各都道府県・各年齢の子どもは助成の対象となっているとみなすものである。^{**}が付いている「助成ダミーⅡ」は，各都道府県・各年齢において，50%の子どもが医療費助成の対象となっているとき，当該各都道府県・各年齢の子どもは助成の対象となっているとみなすものである。

出所）筆者作成

7.3 時間外診療の特別料金（選定療養）徴収の効果に関する研究

近年、医療費自己負担に関するもう一つの議論として、保険外負担の特別料金（選定療養）の徴収がある。現在、その実施を届け出て、実際に徴収している医療機関は少ないが、その効果についていくつかの報告がある¹³⁾。

市立島田市民病院（2008）では、2008 年、志太榛原地域救急医療体制協議会（公立 4 病院）と共同して、時間外診療の加算徴収を始め、効果を報告した。そこでは「緊急性や重篤性のない軽症患者は全額自己負担、時間外救急外来の直接来院者は激減し、他方、救急車搬送数は変わりませんでしたので、救急外来からの入院率は上昇しました。」とされている。

江原（2009b）は、200 床以上の国公立病院を対象に、保険外負担の徴収前後における時間外受診数の変化について検討を行った。データは、時間外診療の選定療養を届け出ている 200 床以上の国公立病院（12 施設）の保険外負担の徴収前 2 年間および徴収後 1 年間における各月期の時間外受診数（外来・入院）である。結果は、外来の受診は有意に減少し、入院では有意な現象は認められなかったとしている。

小児科に関しては、吉田哲也・中津忠則・渡邊力・川人雅美・杉本真弓・七條光市・梅本多嘉子・東田栄子（2010）の研究がある。分析対象は徳島赤十字病院小児科であり、2008 年から選定療養（時間外診療）による自己負担徴収を開始した。その結果、当院の小児科時間外受診患者数は前年度の 44.9%と大きく減少、小児科時間外入院患者数は前年度の 104.0%と減少していなかった。これより重症患者の受診抑制には殆どなっていないが、小児救急医療現場の軽症者の受診抑制にはかなりの効果があるとされている¹⁴⁾。

以上をまとめると、子ども医療費への助成（もしくは特別料金の徴収）は、子どもの外来医療サービスの需要に影響を与えることがわかる。ただしその規模や効果については、定量的なものは確定しておらず、小学生については非常に小さい可能性がある。

13) 江原（2009a）は、各地の地方厚生局に対して、時間外診療の選定療養を届け出た施設名のリストと保険外負担額に関する開示請求を行い、その実施状況を調査した。2008（平成 20）年現在、全国 229 施設、うち 200 床以上病院が 39 施設であることが報告されている。

14) 成人を対象としたものであるが、特別料金の徴収と救急外来の利用に関する意識を調査したものとして下関（2010）がある。調査対象は研究所生活調査モニターで、全国の 20 歳から 79 歳の男女を対象としている。調査時期は 2009 年 9 月である。主たる結果は、次のとおりである。(1) 救急外来を利用する際に診療費以外に特別料金を支払う必要がある場合、救急外来の利用を控えると回答した人は約半数であった。(2) 同居家族に乳幼児や 65 歳以上または病気がちな人がいる場合では、それらの家族が救急外来を利用する際に診療費以外に特別料金を支払う必要があったとして、利用を控えると回答した割合は 4 割未満と低い傾向にあった。

8. 結論

この論文の目的は、子どもの医療サービスとその特徴に関する研究をまとめ、地方自治体が独自に行う子ども医療費の無料化について、現状、課題およびその評価を明らかにすることであった。本稿の分析から明らかになった点は、次の3点である。(1)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という医療サービスが持つ局地性、親と子という意思決定者と需要者の相違が特徴としてあり、この特徴を織り込んだモデル分析から価格（窓口負担）の上昇、地域の小児科医数の減少、機会費用を引き上げるような就労構造の変化はすべて家計の経済厚生を引き下げる。(2)地方自治体による子ども医療費の無料化は、家計の子育てコストを引き下げることが目的に実施されている。その対象は、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・外来まで拡大されるようになっている。(3)子ども医療費の無料化の実施は、子どもの医療サービス需要を増加させる効果が予想される。これまで行われた実証研究の結果から、乳幼児（0歳から6歳）の外来医療サービスはその効果が確認されるが、小学生（7歳から12歳）については明確ではない。またその効果は、非常に小さい規模である。

最後は、今後に残された課題についてである。地方自治体が独自に行う子ども医療費の無料化は、地方自治体の財源を用いて実施されているものである。その金額は、義務教育就学後分を含まないので2,101億円である。この財政支出が、平均的にいくら家計に配分されているのかは明らかではない。子ども医療費の無料化は、子どもの医療サービスという財・サービスの提供を通じて支給される補助金（現物給付）であり、通常、一般的な現金給付よりも効率が劣る。このため平均的な金額（受益額）が明らかになれば、それを現金給付に切り替えることで家計の厚生を引き上げることができる可能性がある。

また子どもの医療サービスは、単に価格（窓口負担）のみに依存しておらず、地域の小児科医数や機会費用を引き上げるような就労構造（特に母親）にも依存している。このため子ども医療費の無料化に充当されている同額の資金を、小児科を開設する医療機関や働く人の病児ケア等に振り替えることで、家計の厚生をより改善できる場合がある。近年、子どもを抱える家計の施策ニーズは、経済的な家計負担の軽減から施設整備とその充実にシフトしている。子育てを支援し、家計の厚生を改善するという観点から、最も効果の高い施策に資金を投入するという視点も重要である。

参考文献

- Acton, J. P., (1975) Non monetary Factors in the Demand for Medical Services: Some Empirical Evidence, *Journal of Political Economy*, Vol. 83, No. 3, pp. 595-614.
- Becker, G. S., (1965) A theory of the allocation of time, *The Economic Journal*, Vol. 99, No. 25, pp. 493-517.
- Cauley, S. D., (1987) The Time Price of Medical Care, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 69, No. 1, pp. 59-66.
- Coffey, R. M., (1983) The effect of time price on the Demand for Medical Care Services, *Journal of Human Resources*, Vol. 18, No. 3, pp. 407-424.
- Colle, A. D. and M. Grossman., (1978) Determinants of Pediatric Care Utilization, *Journal of Human Resources*, Vol. 13, pp. 115-158.
- Goldman, F. and M. Grossman., (1978) The Demand for Pediatric Care: An Hedonic Approach, *Journal of Political Economy*, Vol. 86, No. 2, pp. 259-280.
- Grossman, M., (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, Vol. 80, No. 2, pp. 224-255.
- Holtmann, A. G., (1972) Prices, Time, and Technology in the Medical Care Market, *Journal of Human Resources*, Vol. 7, No. 2, pp. 179-190.
- Inman, R. P., (1976) The Family Provision of Children's Health: An Economic Analysis, in R. N. Rosett ed., *The Role of Health Insurance in the Health Care Sector*, Neal Watson Academic publications, pp. 215-259.
- Manning, W. G. et al., (1987) Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, Vol. 88, No. 2, pp. 131-136.
- Nishi, A., Noguchi, H., Izumida, N. and S. Takada., (2011) Free Care versus cost sharing for child health in Japan: Complexity approach for Theory of Care-Seeking Behavior, mimeograph.
- Phelps, C. E. and J. P. Newhouse., (1974) Coinsurance, the Price of Time, and the Demand for Medical Services, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 56, pp. 334-342.
- Rossiter, L. F. and G. R. Wilensky., (1984) Identification of Physician-Induced Demand, *Journal of Human Resources*, Vol. 19, No. 2, pp. 231-244.
- 岩本千晴 (2010) 「自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性」, 『公共選択の研究』, 第 54 号, pp. 41-54.
- 江原朗 (2008a) 「時間外, 休日, 深夜の受診比率の推移—6 歳未満の総受診の約 10% は時間外・休日・深夜である—」, 『小児科臨床』, 第 61 巻第 4 号, pp. 873-877.
- 江原朗 (2008b) 「健康保険の自己負担分を窓口で支払う 0~4 歳児の割合について」, 『日本医師会雑誌』, 第 137 巻第 7 号, pp. 1492-1495.
- 江原朗 (2009a) 「時間外受診における保険外負担(選定療養)徴収について: 都道府県, 病床規模, 徴収開始時期別の解析」, 『日本医師会雑誌』, 第 138 巻第 6 号, pp. 1160-1162.
- 江原朗 (2009b) 「選定療養導入による時間外受診への影響について—200 床以上の国公立病院における検討—」, 『日本臨床救急医学会雑誌 (JJSEM)』, 第 12 号, pp. 516-519.
- 小椋正立 (1990) 「第 8 章 医療需要の価格弾力性に関する予備的考察」, 金森久雄・伊部英男編『高齢化社会の経済学』, 東京大学出版会, pp. 189-220.
- 河北新報社編集局編 (2003) 『小児科砂漠』日本評論社.
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課 (2011) 「平成 22 年版 働く女性の実情」厚生労働省.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2011) 「平成 22 年 (2010 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」厚生労働省.
- こども未来財団 (2003) 「子育てコストに関する調査研究 (平成 15 年 3 月)」財団法人こども未来財団.
- 坂田堯 (1995) 『乳幼児保育指針』日本小児医事出版社.

- 澤野孝一朗 (2001)「外来医療サービスにおける医療供給の役割」、『大阪大学経済学』, 第 50 巻第 4 号, pp. 26-40.
- 下開千春 (2004)「子どもの救急医療に対する不安とその要因—乳幼児を持つ保護者に対する調査—」, Life Design REPORT (第一生命経済研究所) 2004.7.
- 下開千春 (2009)「乳幼児をもつ保護者の医療機関の利用意識」, Life Design REPORT (第一生命経済研究所) 2009.3-4.
- 下開千春 (2010)「救急外来・搬送の受益者負担—生活者の意識と受療行動への影響—」, Life Design REPORT (第一生命経済研究所) 2010.10.
- 市立島田市民病院 (2008)「救急医療の崩壊を防ぐために」, 『ちょうしんき』, 第 30 号, pp. 2-3.
- 妹尾渉 (2007)「子どもの受療行動の決定要因分析」, 世代間問題研究プロジェクト・ディスカッション・ペーパー No. 314, 一橋大学.
- 総務省自治財政局調整課 (2011)「社会保障関係の地方単独事業に関する調査結果 (平成 23 年 11 月 10 日)」総務省.
- 高久玲音 (2012)「乳幼児医療費助成制度における真の財政負担主—自然実験を利用した数量的評価—」, mimeograph.
- 多田道之 (2005)「乳幼児医療費助成制度の小児救急医療への影響に関する研究」, 政策研究大学院大学 Policy Proposal.
- 田中滋・西村万里子 (1984)「人的資本理論に基づく医療需要の経済分析」, 『季刊社会保障研究』, 第 20 巻第 1 号, pp. 67-80.
- 田中哲郎 (2004)『小児救急医療の現状と展望』診断と治療社.
- 知野哲郎 (1994)「タイムコストと受療行動—わが国における医療機関選択の考察」, 『医療と社会』, 第 4 巻第 1 号, pp. 1-25.
- 内閣官房 (2011)「国と地方の協議の場 (平成 23 年度第 1 回)における協議の概要に関する報告書」内閣官房.
- 内閣府 (2005)『平成 17 年版 少子化社会白書』内閣府.
- 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2005a)「平成 16 年度 少子化社会対策に関する子育て女性の意識調査結果」内閣府.
- 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2005b)「社会全体の子育て費用に関する調査研究報告書」内閣府.
- 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2005c)「地方自治体の独自子育て支援施策の実施状況調査報告書」内閣府.
- 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2009)「平成 20 年度 少子化社会対策に関する子育て女性の意識調査結果」内閣府.
- 日本経済新聞社編 (2003)『医療再生—ドキュメント「危機」の現場—』日本経済新聞社.
- 日本小児科学会 (2005)「病院小児医の将来需要について」厚生労働省「医師の需給に関する検討会 (第 3 回資料・資料 1)」.
- 西川雅史 (2010)「乳幼児医療費助成制度の一考察 (上)—都道府県における所得制限と自己負担—」, 『青山経済論集』, 第 62 巻第 3 号, pp. 195-214.
- 西川雅史 (2011)「乳幼児医療費助成制度の一考察 (下)—市町村の制度選択—」, 『青山経済論集』, 第 62 巻第 4 号, pp. 87-111.
- 西村周三 (1997)『医療と福祉の経済システム』ちくま新書.
- 別所俊一郎 (2011)「医療費助成・通院・健康」, IPSS Discussion Paper Series No. 2010-J02, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 森口親司・西村周三 (1976)「5 医療サービス」, 熊谷尚夫編著『日本の産業組織Ⅲ』, 中央公論社, pp. 237-290.
- 山城紀子 (2003)『人を不幸にしない医療—患者・家族・医療者—』岩波書店.
- 山田武 (2008)「出生順位と乳幼児の医療費の関係について」, 世代間問題研究プロジェクト・ディスカッション・ペーパー No. 357, 一橋大学.
- 吉田哲也・中津忠則・渡邊力・川人雅美・杉本真弓・七條光市・梅本多嘉子・東田栄子 (2010)「時間外診療における選定療養徴収の小児救急医療への影響」, 『日本小児科学会雑誌』, 第 114 巻第 1 号, pp. 91-94.
- 読売新聞医療情報部 (2002)『こどもの医療が危ない』中公新書ラクレ.

(2013 年 4 月 8 日受領)

Determinants of Pediatric Care Utilization : A Survey

Koichiro Sawano

Abstract

The aim of this survey is to discuss the results of economic research on pediatric care utilization. Our main conclusions are as follows: First, primary determinants are copayment, number of physician (pediatric care specialist) and parents' opportunity cost. Second a rapid pervasion of its free care is observed. Finally the magnitude of its price response is very small.