

「児童保健制度」の創設を提案する
—子育て支援の一環として児童の「医療格差」の解消を—

《ポイント》

・本年4月、保険料（税）の滞納によって保険適用から外れている国保被保険者のうち、中学生以下の児童については保険証が交付されることになった。これにより、児童は全員が3割（小学校就学前は2割）の自己負担で医療を受けることが保障されることになった。

・今回の対応は、保険料（税）納付の能力のない児童について、受診機会の格差が是正されたという点で評価できよう。もっとも、児童の医療格差問題の解決に向けて、なお多くの課題が残っている。

(1) 医療コストの地域格差

現在、「乳幼児医療費助成制度」のもとで自己負担分に対する助成が全国的に展開されているが、対象年齢や金額、所得制限の有無等、その内容は市区町村によって様々である。このため、児童が住む場所によって実際に負担しなければならない医療コストに大きな格差が生じている。

(2) 世代間格差

子供はいわば国民の「共有財産」であることを考えると、現在の児童に対する医療面での支援は、とりわけ高齢者と比較して内容、規模ともに十分とは言い難い。

現在高齢者が医療において様々な優遇を受けている理由としては、①経済的弱者である、②罹病率が高い、等が指摘されている。これらを児童との対比でみると、①については、義務的経費を除くベースでは高齢者よりむしろ子育て世帯のほうが経済的に苦しい。

②については、確かに高齢者は若人に比べて病気に罹りやすいが、児童のなかでも乳幼児については相対的に罹病率が高い。加えて、高齢者が慢性疾患中心であるのに対して、児童は急性疾患の割合が大きく、適切な治療を受けない場合には心身に大きなダメージが残る可能性が高い。

このようにみると、引退世代と将来世代の間の医療負担の格差を是正することは喫緊の課題といえよう。

・そこで、「児童保健制度」の創設を提案したい。具体的には、児童は引き続き現在の保険制度に加入する一方、給付は児童保健制度から受ける。財源は公費と一般制度からの拠出金であり、自己負担はゼロとする。ちなみに、公費と拠出金の割合を各々5割とする場合、必要な追加源泉は3,600億円、保険料率は0.1%ポイントにとどまる。同時に、効率的な医療体制の構築に向けて、IT化や地域医療機関の連携強化を通じた患者情報の共有化等、総合的な見直しが求められよう。

1. はじめに

格差社会への関心が高まるなか、児童の医療格差について2009年4月にひとつの改善策が講じられた。すなわち、国民健康法の一部改正が行われ、被保険者資格証明書（以下、資格書）交付世帯に属する中学生以下の児童に対して、有効期間が6カ月と通常より短い被保険者証（以下、保険証）が交付されることになった。

そもそも国保法では、保険者である市町村に対して、災害等の特別な事情がないにもかかわらず1年以上保険料（税）を滞納している世帯主から保険証の返還と、その代わりに資格書の交付を義務付けている（注1）。ちなみに、2008年6月1日時点での滞納世帯数は453万で、市町村国保加入世帯の20.9%と2割を超え、そのうち資格書が交付された世帯は34万（同1.6%）であった。

資格書が交付されると、当該世帯に属するすべての被保険者は、医療機関を受診した際に医療費の全額を一旦窓口で支払い、後日、保険給付分（医療費の7割）の償還を受けることになる（注2）。このため、これまではたとえゼロ歳児であっても、世帯主が保険料を滞納している場合には10割の自己負担が課されていた。それが今回の措置により、**中学生以下の児童については納付世帯、滞納世帯に関係なく全員が3割（小学校就業前は2割）の自己負担で医療を受けることが保障されることになったわけである。**

（注1）国民健康保険法第9条第3項、同条6項。

（注2）さらに、納付期限から一定期間経過しても保険料（税）の滞納が続く場合には、保険給付の全部または一部を差し止めることができるとされている。

2. 背景

市町村国保は世帯単位を原則としており、年齢によって被保険者の資格に特例を認めるケースはこれまでなかった。今回異例ともいえる見直しが行われた背景には、**保険料（税）の納付責任は世帯主であり、責任のない児童に対して差別的な取扱いを課するのは児童福祉の観点から問題があるとの指摘が相次いだためである（注3）。**厚生労働省ではこうした指摘に対し、児童に医療を受ける必要が生じ、医療費の支払いが困難である旨の申し出があった場合には短期の保険証を交付するよう都道府県等に通知を出すことで対応してきた（注4）。緊急の場合に適用を限定したのは、納付世帯との公平性や滞納世帯の増加懸念に配慮したためである。しかし、①資格書交付世帯に属する中学生以下の児童は2008年9月15日時点で32,903人と同年代の国保加入者の0.9%を占め、特に中学生では1.5%に達すること、②資格書交付世帯の受診率は一般被保険者に比べて格段に低く、病気に罹っても医療を受けることができない状態にあること、等により、特別な事情に関係なく短期保険証を交付するという国保法の一部改正案が議員立法として提案され、与野党の全会一致で可決された。

ちなみに、全国保険医団体連合会の調査によると、資格書交付世帯の受診率（100人当たり年間レセプト件数）は回答のあった39都道府県平均で52分の1、最も格差の大きい山梨県では345分の1であった（注5）。

(注3) 児童福祉法第2条では、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」とされている。

(注4) 「被保険者資格証明書の交付に際しての留意点」、2008年10月30日。

(注5) 「国保資格証明書を交付された被保険者の受診率（2006年度）の調査結果について」全国保険医連合会、2008年2月18日。

3. 評価

今回の対応は、諸事情に関係なく児童の受診機会の格差が是正されたという意味で評価できよう。もっとも、**実際の負担となる医療コストや子育て支援の観点から考えると、内容的に不十分との感**は否めない。

(1) 医療コストの地域間格差

まず、医療コストに地域間格差が残ることである。

現在、子育て支援の観点から児童への医療費助成を実施・拡充する自治体が増えている。乳幼児医療費助成制度である。なお、小中学生を対象に義務教育就学児医療費助成制度を別途設けるケースもある。

同制度は、都道府県及び政令指令都市の事業として全国で展開されており、市区町村が実施主体となっている。もっとも、対象年齢や金額、所得制限の有無等、助成の内容は都道府県・政令市によって異なることに加えて、実施主体である市区町村が独自に上乘せしているケースもあり、**住む場所によって自己負担に大きな格差が生じている。**

例えば、対象年齢についてみると、2歳未満までとする県が外来については47都道府県と18政令市中で5県、入院については1県である一方、中学卒業まで対象を広げるところも外来で1都、入院で4都県と6政令市ある（2009年2月時点）。また、中学生以下を対象とする同じ東京都内でも、23区では入院時食事療養標準負担額を除くいわゆる診療部分の自己負担の全額が所得制限なしで助成されるのに対し、多摩地区の26市では小学校就学前の児童に対しては診療部分の自己負担全額が対象になるものの、小中学生に対しては自己負担の3分の1の助成に留まる。また、所得制限についても、中学生まで制限なしで助成する市がある一方、1歳児から設ける市も存在する。

(2) 世代間格差

次に、高齢者との間の世代間格差である。

そもそも日本では出産・育児に伴う給付や児童手当等、家族関係社会支出の水準が諸外国に比べて低いことが示す通り、子育てを家庭の問題として捉える傾向が根強い（注6）。もっとも、児童は将来の日本を背負っていく貴重な、いわば国民の「共有財産」であることを考えると、**社会全体で子育てを支える視点が必要**ではなかろうか。医療の負担についても例外ではない。すなわち、現在の児童に対する医療面での支援は、とりわけ高齢者と比較して内容、規模ともに十分とは判断しがたいと思われる。

日本では1973年の老人医療無料化以降、段階的な見直しがあったもの基本的には医療保障において高齢者を優遇してきた。現在でも、高齢者の自己負担は1割に抑えられていることに加えて、給付費の9割は公費と若人からの支援金でカバーされており、社会全体で支える仕組みとなっている（注7）。

このように高齢者に特別な対応がなされている理由として、①高齢者は経済的弱者である、②若人に比べて罹病率が高い、③戦後復興を支えてきたことへの評価、等が指摘されている。

これらの理由を児童との対比でみていくと、まず①については、平均レベルでみる限り現在では当てはまらない。すなわち、年収から住居費と教育費等の義務的経費を除いた1人当たりの金額を年齢階級別にみると、一般的に子育て期に相当する49歳以下の2人以上世帯では女子単身世帯を下回っており、むしろ子育て世帯の方が経済的に苦しいことが分かる（注8）。

次に、②の罹患率について、人口10万人当たり患者数（受療率）を年齢階級別でみると、70歳以上は17,398と全体6,696の2.6倍に達している（厚生労働省「平成17年患者調査」）。高齢者には本来介護でカバーされるべき患者が含まれていることを考えると多少割り引いてみる必要はあるが、高齢者が若人に比べて病気に罹りやすいことは確かといえよう。もっとも、若人内でも受療率には大きな開きがあり、15～19歳の2,042に対してゼロ歳は7,315、1～4歳は6,679と3倍以上の水準となっており、児童でもとくに乳幼児については罹患率は高くなっている。さらに、罹患の内容をみると、むしろ児童の方がデリケートな対応が求められるケースが多い。すなわち、高齢者は循環器系や悪性新生物、筋骨格系・結合組織の疾患等、慢性的な疾患が中心であるのに対し、児童の場合は感染症や中毒症等の急性疾患の割合が大きく、適切な治療を受けない場合には将来的に心身に大きなダメージが残る可能性が高い。

さらに、③の戦後復興への評価については、長寿医療制度の適用開始年齢である75歳に現在該当する高齢者が、高度成長末期（1955年）のときの年齢が21歳であることを考えると、これから新たに長寿医療制度に加入する者について戦後復興期の立役者だったことへの評価をそのまま当てはめる必要性が十分あるとは言い難い。

このようにみると、高齢者への政策的配慮は必要ではあるが、子供、あるいは子育て世帯に比べて高齢者世帯優遇する根拠は乏しいと思われる。むしろ、今後財政的な制約が強まることを考えると、将来世代にこそ手厚い配慮がなされるべきである。

（注6）家族関係社会支出の対GDP比は0.75%と、欧州諸国の2～3%に比べて極めて低い（2003年）。

（注7）ただし、一定以上所得者の自己負担は3割。

（注8）義務的経費とは、具体的には家賃地代、土地家屋借入金返済および教育費。

4. 「児童保健制度」の創設を

少子化に歯止めがかからないなか、子育て支援の充実が求められている。児童の医療についても地方自治体に一任するのではなく国のイニシアティブのもとで整備・拡充が図られるべきである。

そこで、中学生以下を対象とする「児童保健制度」を創設し、児童医療を無料化することを提案したい。具体的には、老人保健制度のもとで老人医療の無料化が達成されたケースと同じスキームを適用する。すなわち、児童は引き続き世帯主と同じ国保や協会けんぽ、健保組合等の一般制度に加入する一方、給付については一般制度と別組織の児童保健制度から受ける。給付財源は、公費と一般制度からの拠出金である。給付率は10割、すなわち自己負担はゼロとする。児童の医療コストを社会全体で支えることにより、児童の医療格差が完全に解消されるとともに、心身とも健やかに育つ環境整備を通じて将来

社会の底上げが期待される。

ここで、この提案が実現した場合の 2008 年度における公費と保険料への影響を試算してみた。ケースは、給付費を全額公費でカバーするケースと、公費と拠出金で折半するケースの 2 つである。まず、全額公費でカバーする場合、新たに必要となる税収は 6,100 億円となる。一方、公費と拠出金で半分ずつカバーする場合、3,600 億円の追加税収と 0.1%ポイントの保険料率の引き上げが必要になる(注 9)。政府は先の経済危機対策のなかで、子育て・教育支援として 3,652 億円を計上している(注 10)。規模的には後者のケースと同じである。子育て応援特別手当の拡充等、対象が児童の一部に限られる対策とは違って、**児童保健制度の場合はすべての児童が便益を受けることになる**。さらに、**将来的にみても、健全な心身の育成を通じて生産性の向上に資することが期待される**。**費用対効果の観点からも、従来のバラマキ対策に比べてメリットが大きいと判断できるのではなかろうか**。

なお、児童医療を無料化した場合、必要がないにもかかわらず医療機関を受診する、いわゆるモラルハザードの誘発が懸念される。同時に過去の病歴チェックや患者情報の共有を可能とする IT 化の推進や地域医療機関の連携強化等、効率的な医療供給体制の構築に向けた総合的な見直しが必要不可欠といえよう。適切な受診行動を促す方策として、かかりつけ医での初診や紹介による病院受診を義務付けることも一案であるが、とくに乳幼児で救急医療へのニーズが高いことを考えると、このようなアクセスの制限は医療本来の意義を減じることになりかねない。**#8000**をはじめとする救急時対応の徹底等も併せて行うことが求められよう(注 11)。

最後に、海外ではドイツで 18 歳未満、スウェーデンでは基本的に 20 歳未満の自己負担が免除される等、海外では児童の医療を国全体で支えるシステムが整備されている(注 12)。本稿では対象を義務教育と同じ中学生以下としているが、対象年齢の範囲を含め、児童医療のあり方について社会的議論が活発化することを期待したい。

(注 9) なお、一般制度間での拠出金の配分は、高校生以上 64 歳以下の加入者数で按分すると仮定している。

(注 10) 具体的には、子育て応援特別手当の拡充(1,254 億円)、安心こども基金の拡充(1,500 億円)、高校の授業料減免・奨学金の緊急支援(486 億円)。

(注 11) **#8000**とは、小児救急電話相談のこと。休日・夜間での子供の急病時に全国同一の短縮番号(**#8000**)をプッシュすると、小児科医師・看護師から適切な対処方法や受診する病院等のアドバイスを受けることができる。

(注 12) スウェーデンでは、正確には年齢制限はランスティング(州に相当)により異なる。なお、ドイツにおける一般の自己負担は、外来が 10 ユーロ/四半期(家庭医プログラム参加者は 20 ユーロ/年)、入院が 10 ユーロ/日(28 日限度)。一方、スウェーデンでは一般の自己負担はランスティング毎に設定されており、診療所では 100~140 クローナ/回、病院専門医 120~250 クローナ/回、入院では上限 80 クローナ/日。

以上

◆『日本総研 政策観測』は、政策 이슈 に研究員独自の視点で切り込むレポートです。本資料に関

するご照会は、下記あてお願いいたします。

調査部 ビジネス戦略研究センター 飛田 (Tel : 03-3288-4663)