

# 子どもの医療費 所得制限なし・完全窓口無料化が なぜ必要なのか

---

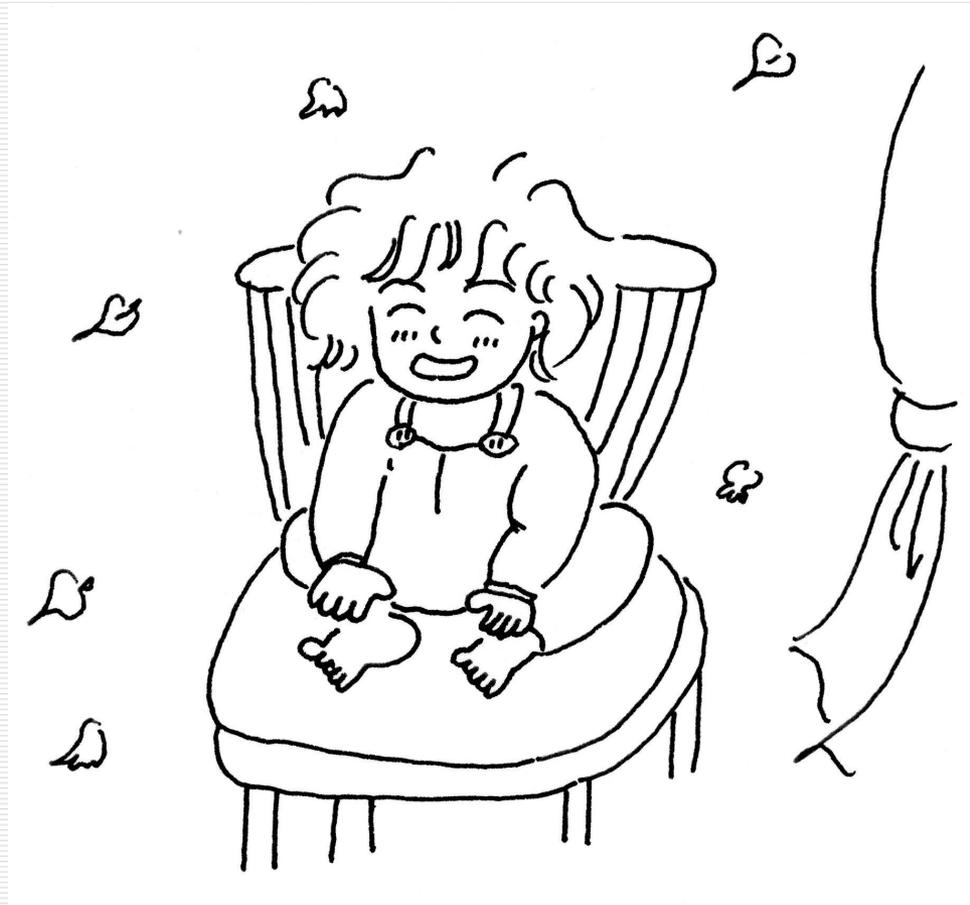
福祉医療給付制度の  
改善をすすめる会

2019/5/26

健和会病院小児科 和田 浩

# 1、子ども医療費窓口無料化 の到達点

---



# 長野県は何が変わったか

---

- 償還払い→現物給付
  - 所得制限なし
  - 負担額1レセプト500円
  - 入院は中学卒業まで。外来は県の制度は就学前までだが、全自治体が中学卒業以上の助成をしており、ペナルティの半額を県が負担
  
  - これは全国的にみるとどうか？
-

# ①償還払いから現物給付へ

---

- 2018年度から就学前までのペナルティ廃止
  - これに伴って  
2018年度から福井・長野・北海道・鹿児島・沖縄  
2019年度から三重・奈良  
が現物給付化
  - 県として償還払いのみは埼玉のみ。しかし埼玉は市町村レベルですべて現物給付なので、実質的に現物給付のない県はなくなった。
-

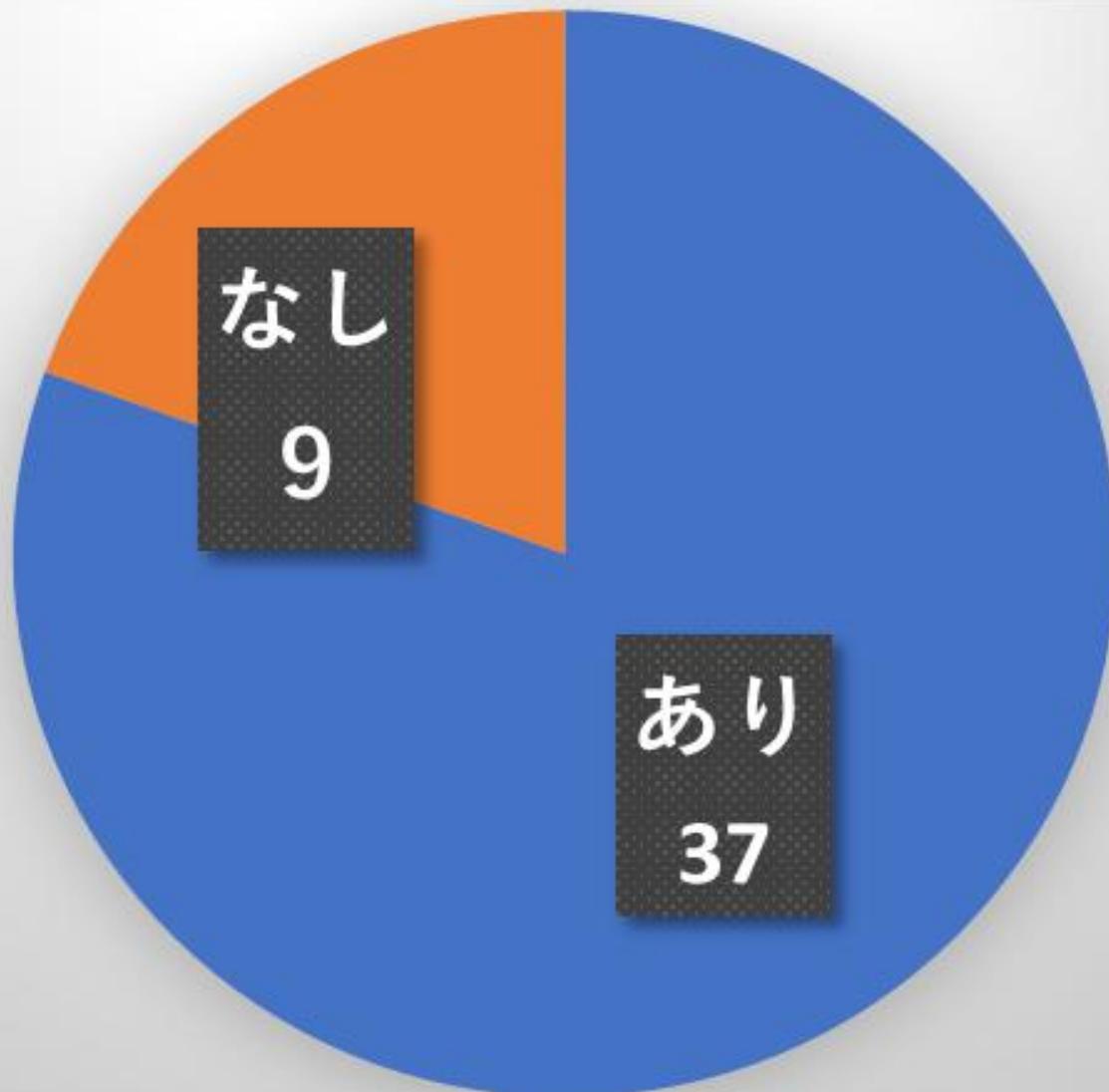
## ②所得制限

(都道府県2017年4月)



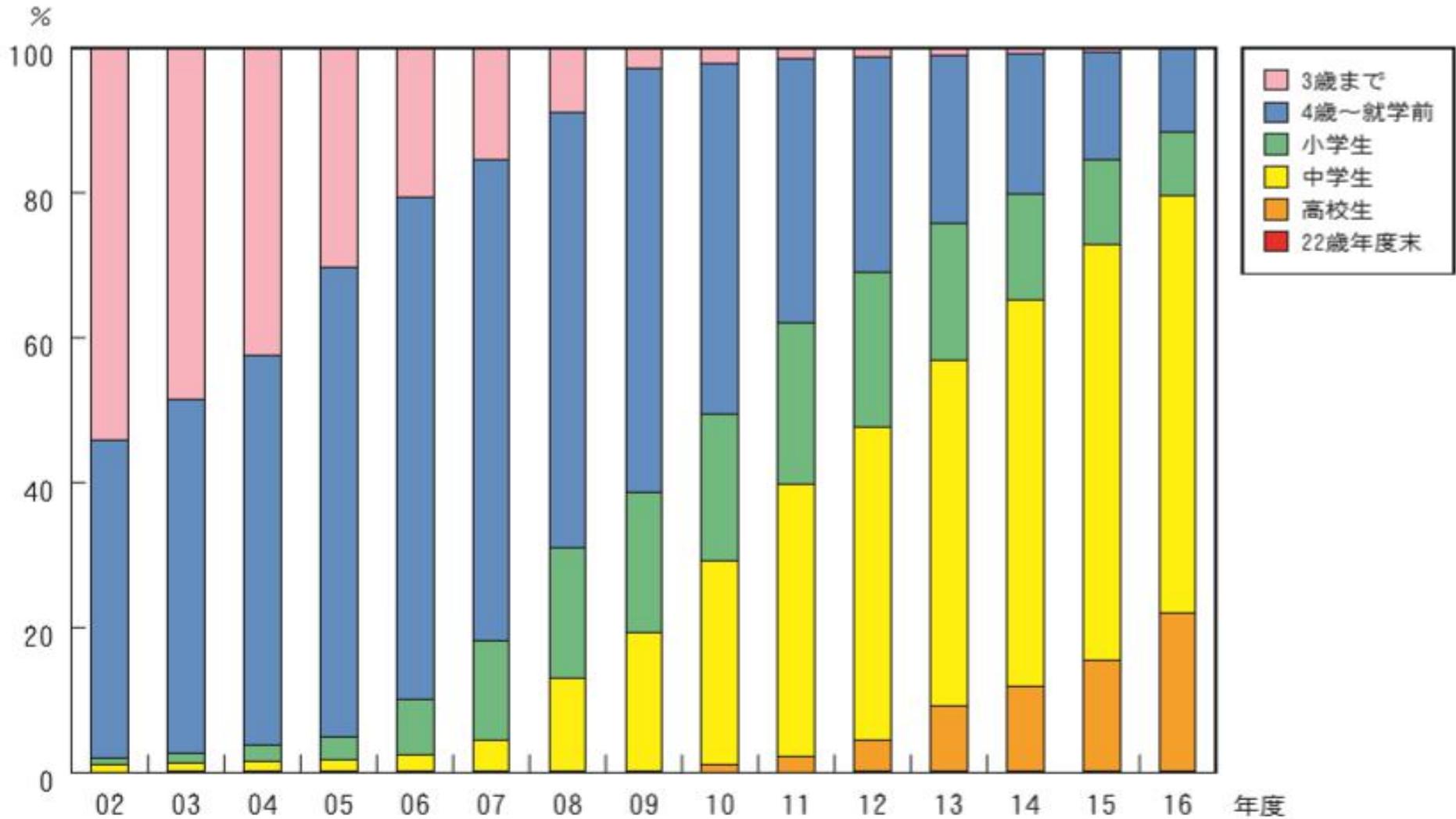
# ③一部自己負担

(都道府県2017年4月)



# 子ども医療費助成(通院)対象年齢の自治体比率

(本田孝也) [https://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206\\_kdm\\_jusin.pdf](https://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206_kdm_jusin.pdf)



# ④対象年齢

(都道府県2017年4月)

	入院外	入院
4歳未満	3	1
5歳未満	1	
就学前まで	25	20
小学3年まで	3	1
小学校卒業まで	4	6
中学校卒業まで	8	16
18歳年度末まで	2	2

# 長野県は全国的にみてどうか

---

□ 中学卒業まで現物給付

□ 所得制限なし

この点はすぐれている。

→では高校生以上はどうか？

→所得制限なしがなぜ重要なのか？

□ 自己負担額1レセプト500円

他と比べて大きく遅れているわけではないが...

→どう考えるか？

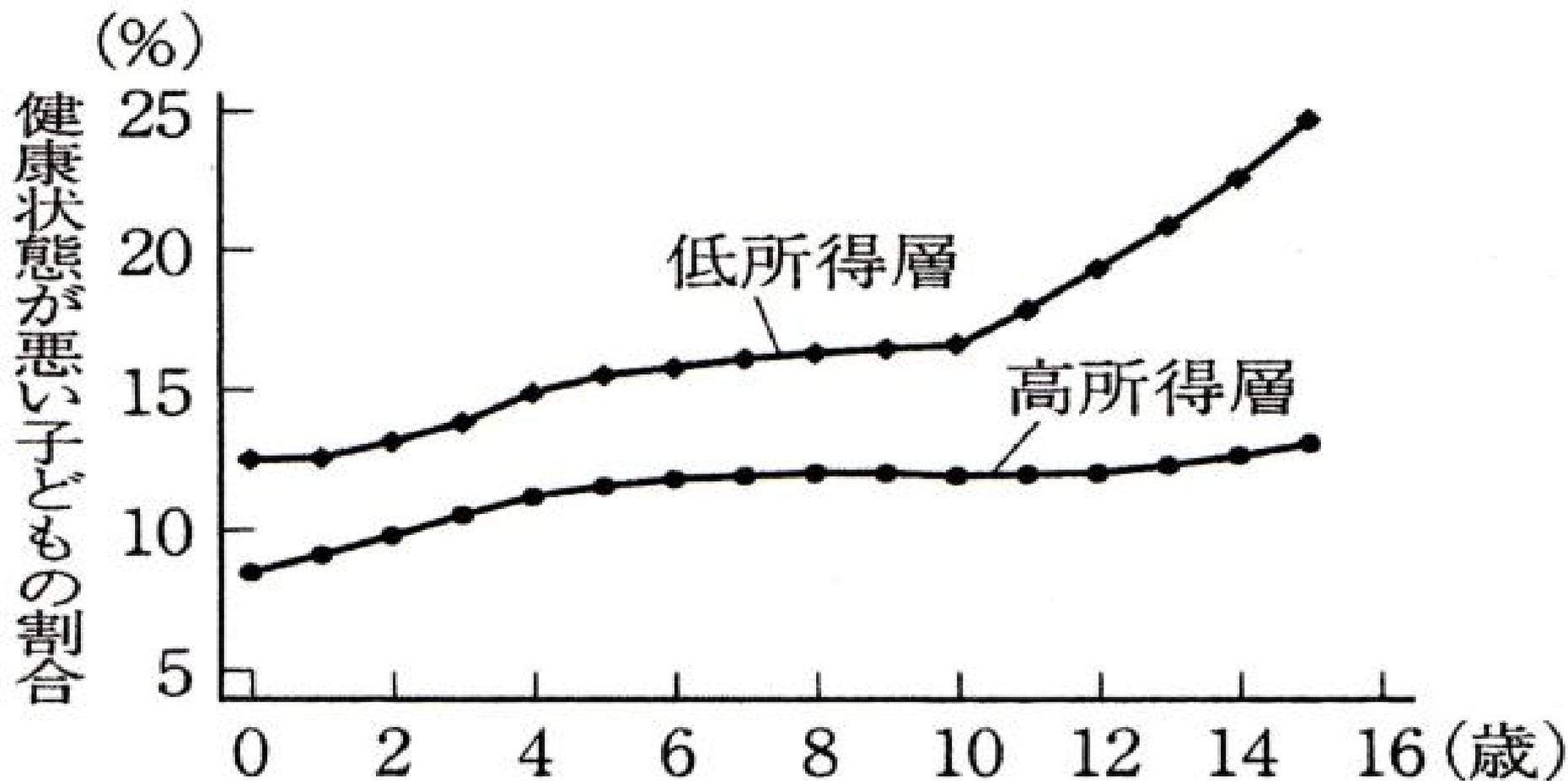
---

## 2、何才まで無料化するべきか

---



# 貧困層の10才台は不健康である



出所：Currie and Stabile (2003)

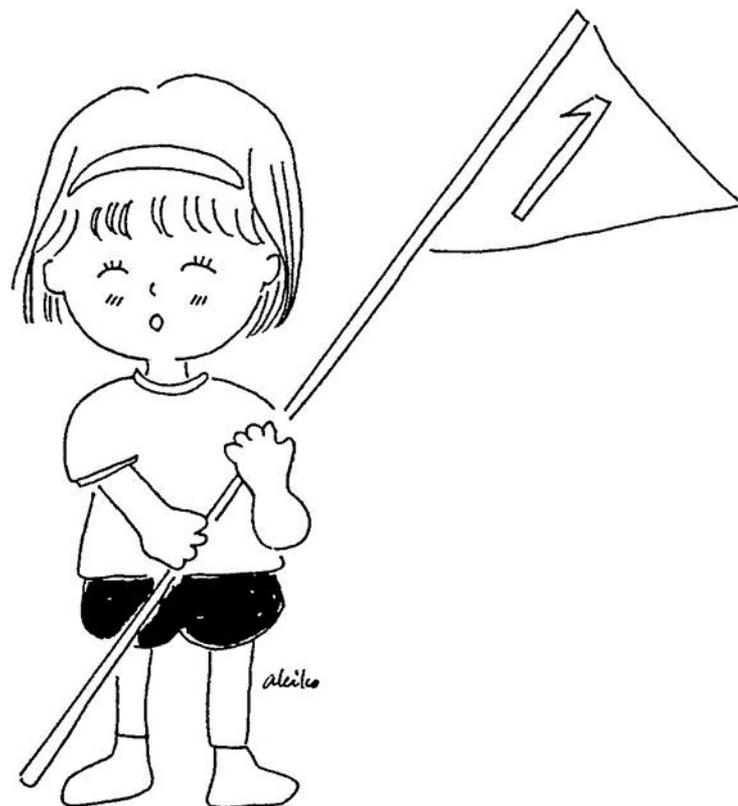
図 1-3 カナダの子どもの健康格差

- 
- 貧困層では10才代に不健康な子どもが増える。
  - 東京での調査：困窮層で「受診が必要だと思ったが自己負担金が払えなくて受診しなかった」  
小学5年0%、中学2年3.2%、16-7才18.8%
  - 医療分野の貧困対策では、10才代が医療にかかりやすくすることが、特に重要。
  - 高校生、さらには20才・それ以上へと対象は広げるべき。
-

---

3、500円くらい  
払えないことは  
ないのか？

---



# 「私だってわかっているのよ」

---

- 保育士「今日も咳がひどかったんです。お医者さんで診てもらってください」
  - 母「わかりました」
  - 母(主任保育士に)「私だって、受診しないといけないのは分かってる。でも、今財布に千円しかないの。これでは連れていけないのよ」
-

# A村の保健師さん

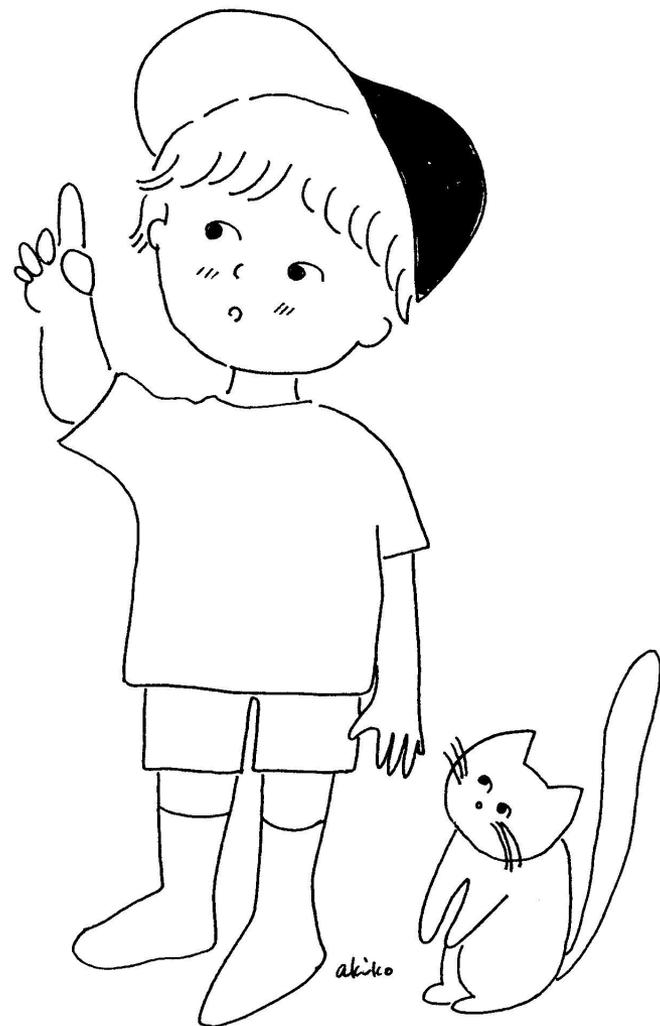
---

- 「なかなか子どもを歯科に連れて行ってくれなかったお母さんが、窓口完全無料になったら連れて行ってくれたんです」

---

4、500円払えない  
家庭は  
どんな家庭か

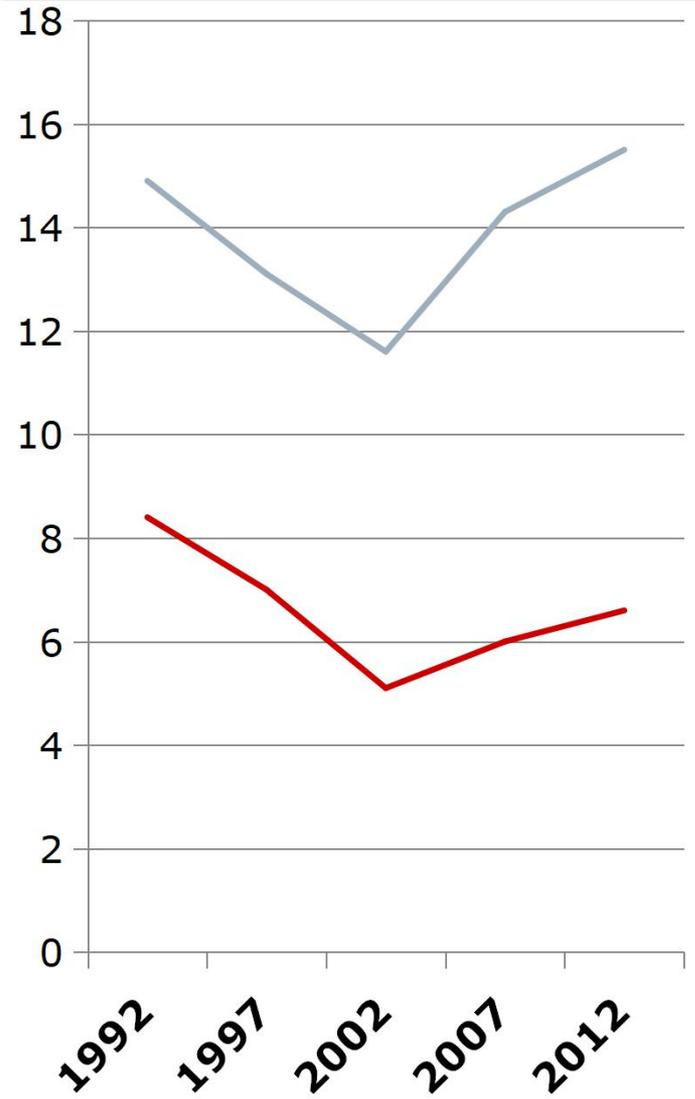
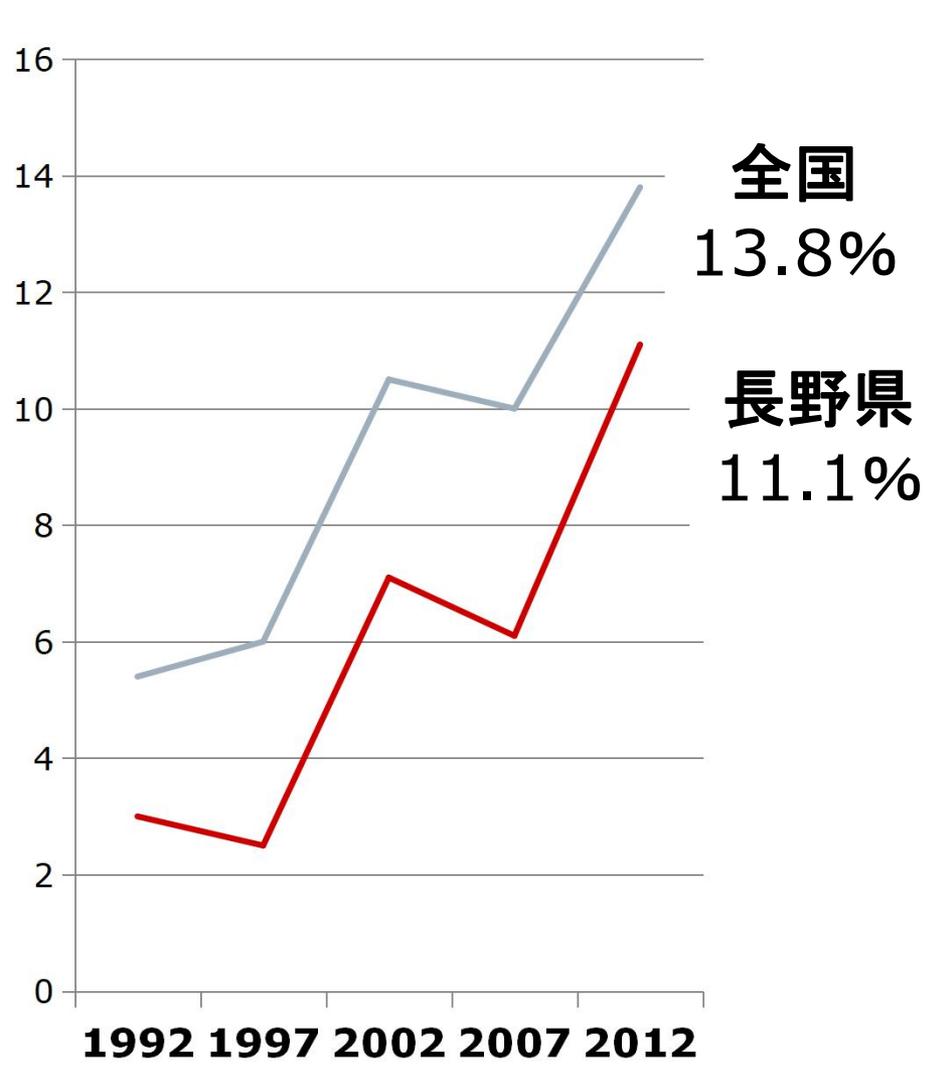
---



# 全国と長野県の比較 (戸室健作:山形大学研究年報2016. 3)

## 子どもの貧困率

## 生活保護捕捉率



# 長野県の生活保護捕捉率は 6.6%、全国46位

---

- 長野県では1割の子どもは生活保護レベル以下の収入で、生活保護を受けずにいる。
  - 「500円を払えない最貧困層」は決して少なくない。
  - そういう長野県では窓口完全無料は特に必要。
-

# 長野県的生活保護捕捉率はなぜ低いのか

---

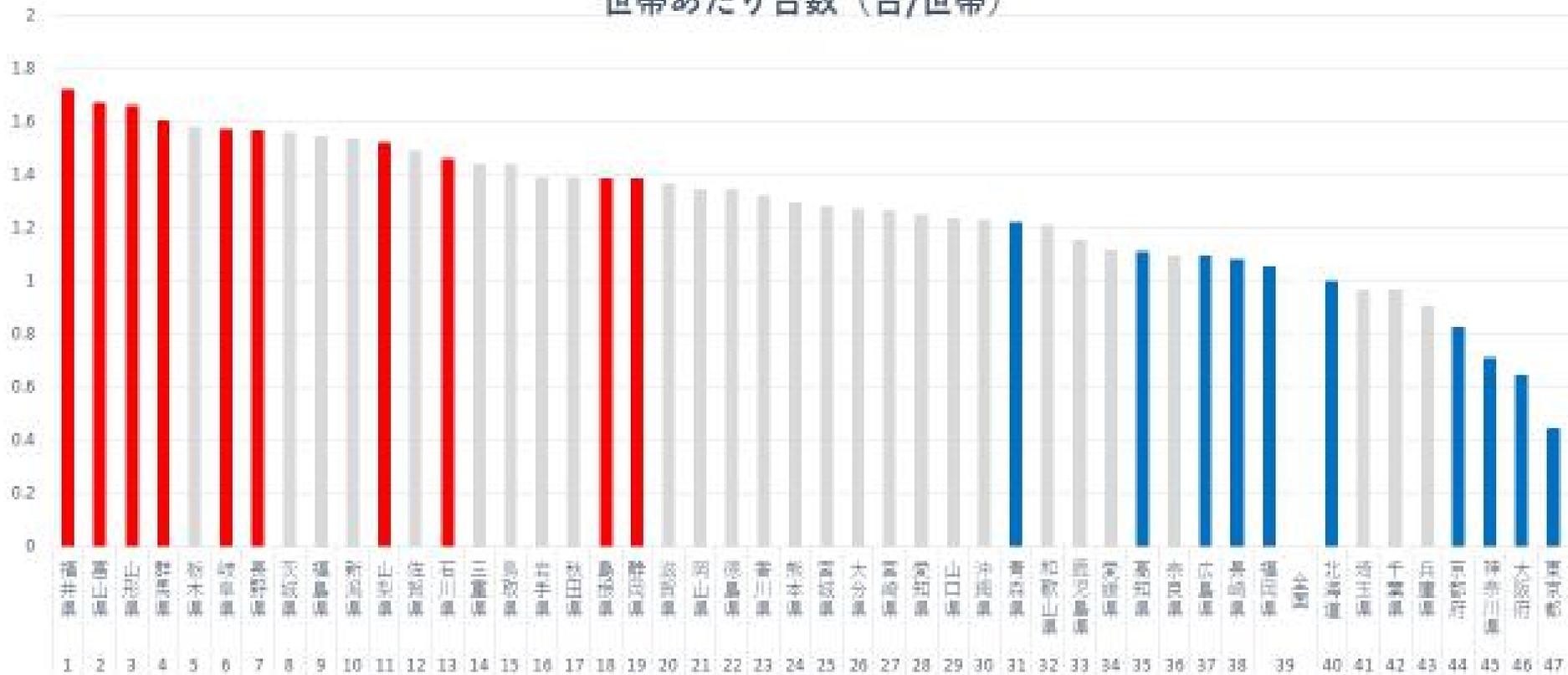
- 「生活保護を利用しにくくさせている二大障壁は預貯金の保有と自動車の保有」  
(「生活保護法から生活保障法へ」明石書店)
  - 長野県では？
  - 中高年では、土地・家屋などの問題？
  - 子育て世代では車の問題？
-

■ 捕捉率下位10県

■ 捕捉率上位10県

台/世帯

### 世帯あたり台数（台/世帯）



# 車保有を認めさせる運動を

---

- 生活保護問題対策全国会議の提言「処分価値の低い自動車の保有利用を認める」
  - 長野県自動車保有世帯率94.9%で全国1位
  - この運動をだれががんばるのか？
-

---

5、子育て世帯の  
負担額が減った  
わけではない

---



# Fさん：子ども5人（3才～中学1年）の医療費

年次	受診 件数	窓口支 払い	自己負 担	1件当 たり 窓口支 払い額	1人当 たり年 間自己 負担額	償還率
2012	54	51390	27000	951.7	5400	47.5%
2013	71	57420	35500	808.7	7100	38.2%
2014	59	56500	29500	957.6	5900	47.8%

# 「窓口無料化」という言葉

---

- 「窓口無料化実現」と、新聞も政党・団体も言ったので、本当に無料化したと思った人も多い？
  - 本当は「現物給付化実現」
  - 「現物給付」は言葉としてわかりにくく、スローガンとしては「窓口無料化」でいいのだが。
  - 運動の課題として考えていく必要。
-

---

6、コンビニ受診は  
増えるのか？

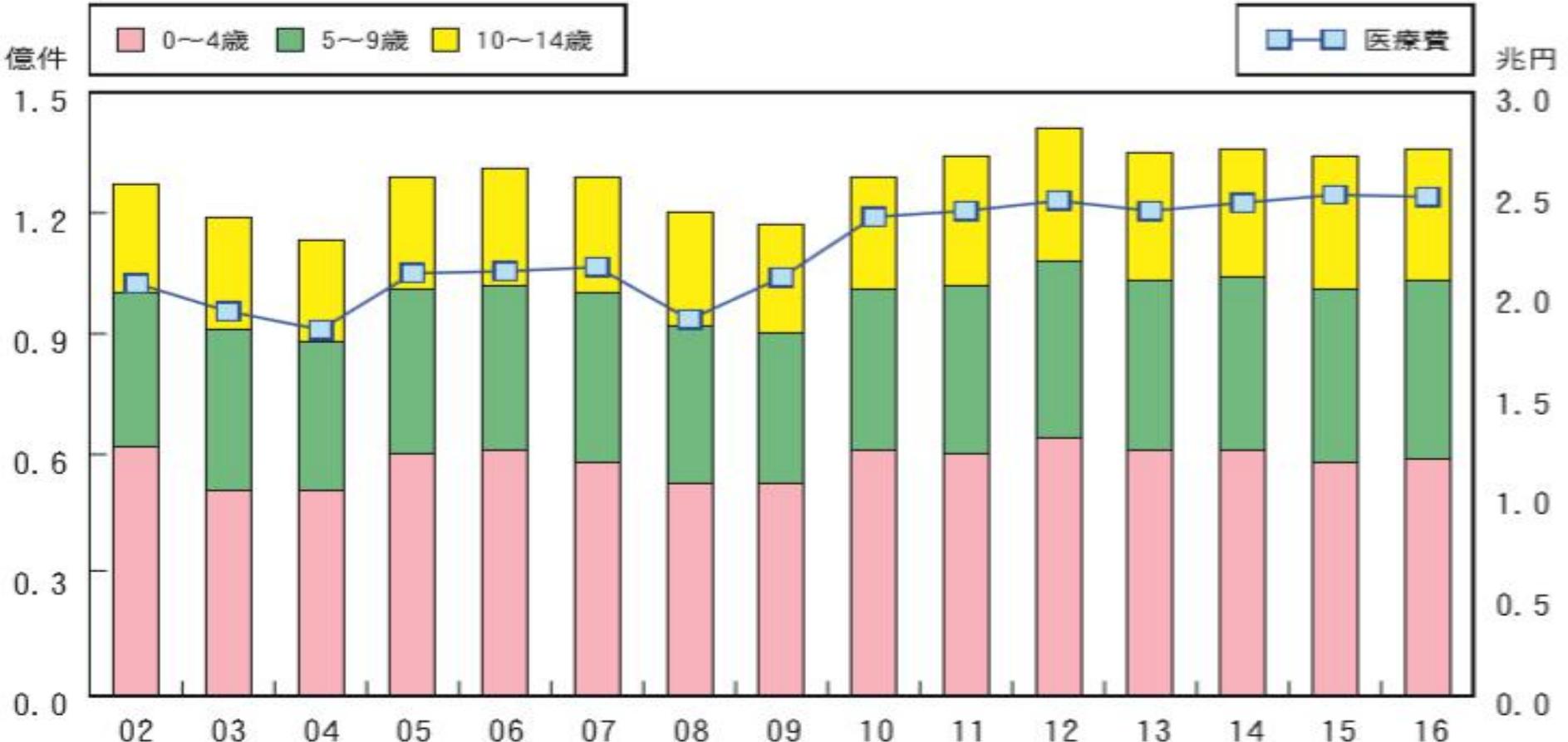
医療費が国や  
自治体の財政を  
危うくするのか？

---



# 子どもの外来レセプト件数と医療費（入院＋入院外）

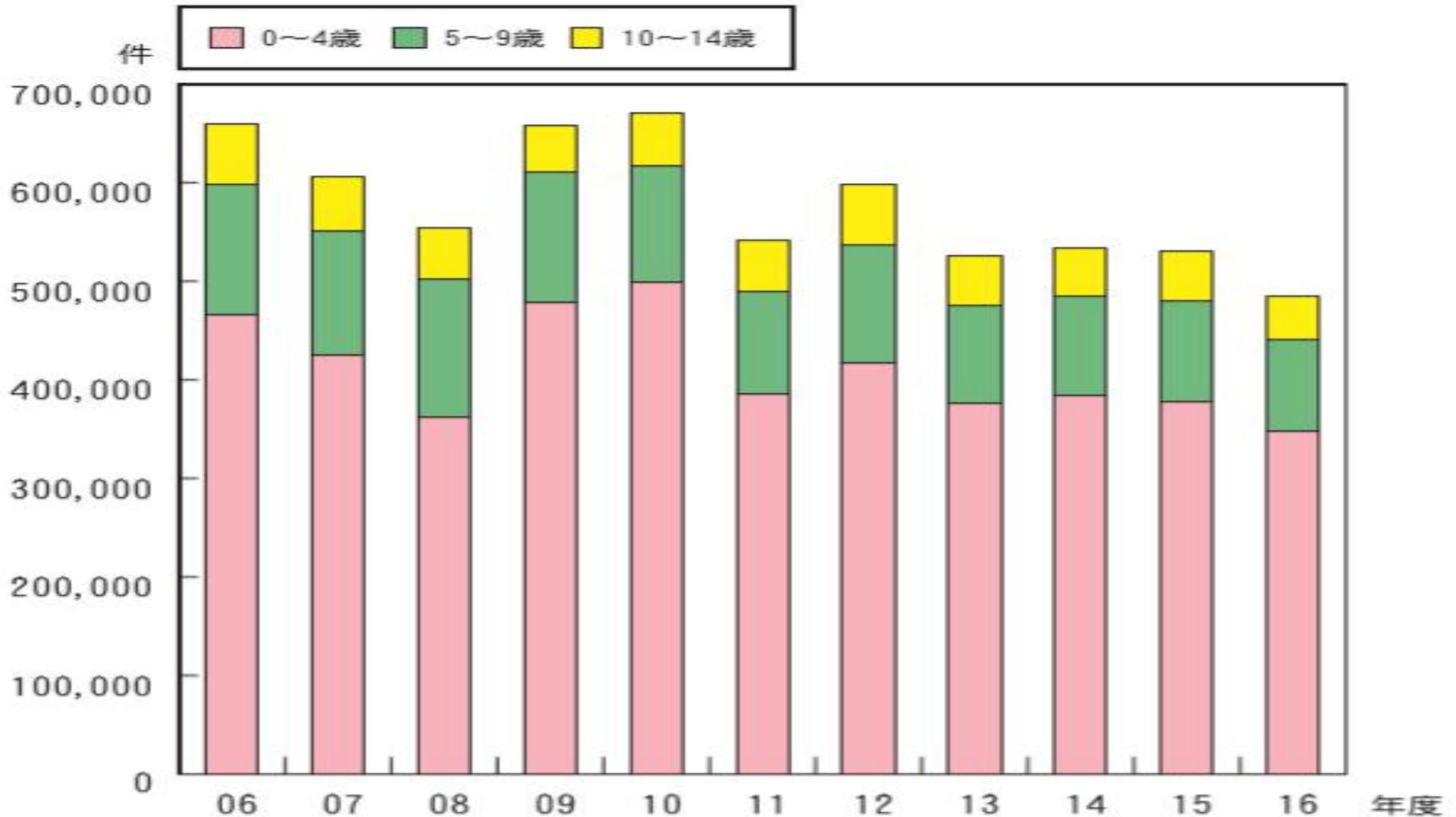
(本田孝也) [hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206\\_kdm\\_jusin.pdf](http://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206_kdm_jusin.pdf)



	2002年	2015年
0～14才人口	1810万人	1589万人
助成対象人口	651万人	1425万人
外来レセプト件数	1.27億	1.33億
受診率(人口千人当たりレセプト数)	7020件	8400件
子どもの医療費	2.05兆円	2.49兆円
全年齢総医療費	30.2兆円	41.2兆円

# 子どもの時間外受診件数

(本田孝也) [hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206\\_kdm\\_jusin.pdf](http://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/171206_kdm_jusin.pdf)



# 本田孝也医師の見解

(保団連情報通信部長)

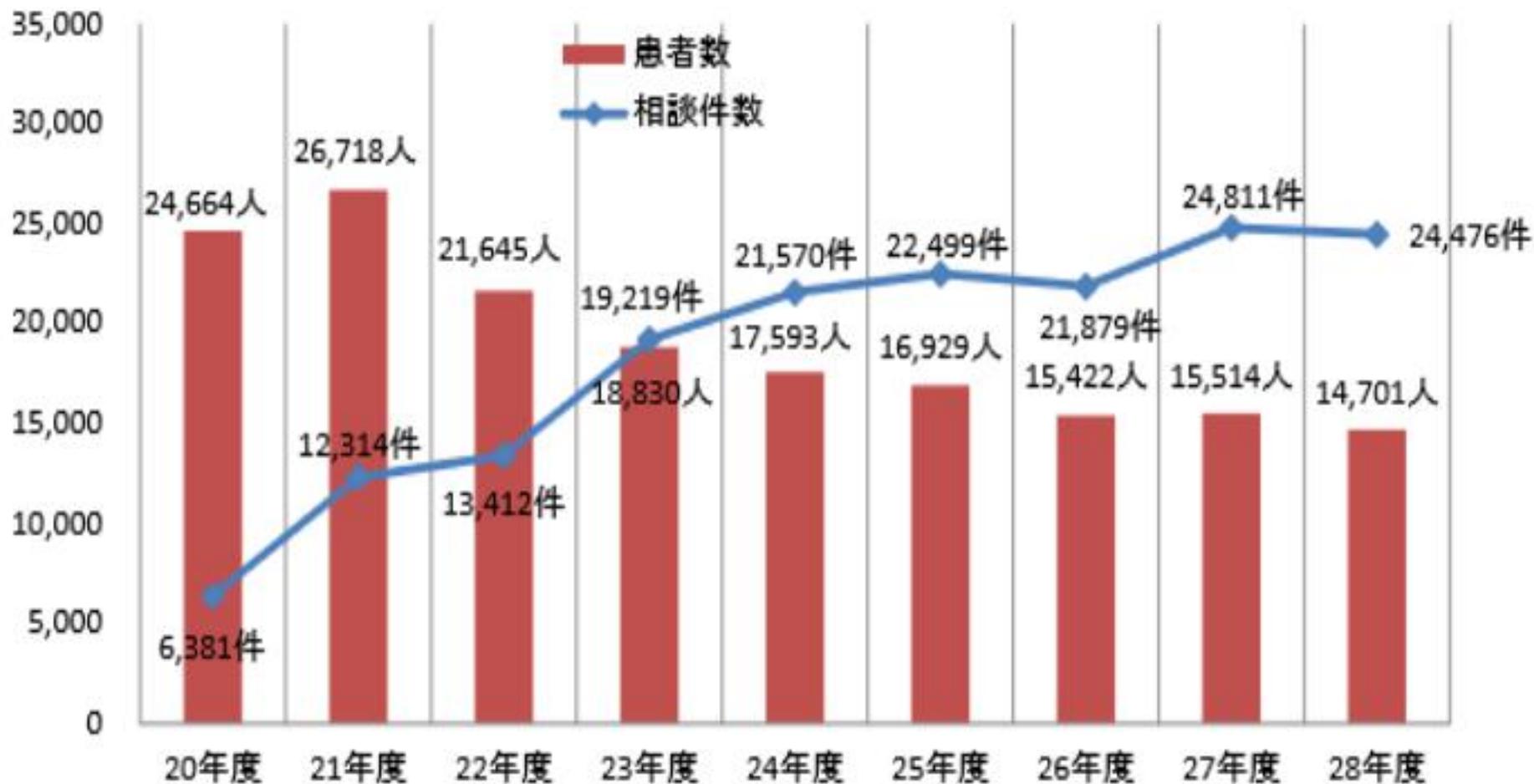
---

- 「助成制度の拡大によって必要な受診が確保されたために疾病の重症化が防止され、時間外受診が減少した結果であると考えられる」

(子ども医療費助成制度の推移と患者の受診動向の分析 2017年12月6日)

---

# 群馬県小児救急医療支援事業 取扱患者数と電話相談件数



# 「兵庫県三田市助成縮小にカジ」

日経新聞2019年4月13日

---

- 所得制限なし中3までの完全無料から、非課税世帯などを除き小中学生一部有料化
    - 小学生：件数で10%・金額で23%減
    - 中学生：件数で15%・金額で23%減
  - 「無料だからとモラルハザード的な受診があったのでは」(森哲男市長)
  - 「問題が起きたという話は聞こえてこない」(市幹部)
-

# モラルハザード的な受診？

---

- 小中学生はそもそも病院に行きたがらない。
  - ささいな症状で頻回に受診する親子は、必ず何か困難を抱えている。
  - それはSOSであり、ていねいな対応が必要。
  - 医療機関だけが社会との関わりという場合も。
  - そういう親子は声を上げられない。
-

# 子ども医療費の無料化拡大、是か非か？

2018年2月21日朝日新聞

## 矢嶋茂裕医師（岐阜市・小児科開業医）

- 軽症でも時間外に受診する「コンビニ受診」を生む
- 自己負担がないために unnecessary な医療が行われる
- むしろ予防に費用をかけるべき
- 給食費無料化なら財政負担は見通せるが、医療費無料化では利用が増え予算が膨張する
- 自治体間の宣伝合戦になっている面がある
- 就学前までは全国一律に無料化してもよい
- コスト意識を高めるために償還払いがよい

# 無料のために

## 不必要な医療が行われる？

---

矢嶋医師のあげた例；

- 自宅でできる鼻づまりの対処、
- 薬局で買えるハンドクリームのような薬
- 念のためのCT検査、
- 安易な超音波、
- 高額な成長ホルモン治療

確かに不必要なものもある。しかし経済的でハードルでそれを減らすというのは筋違い。

---

# 窓口負担が貧困層を 医療から遠ざける

---

- 子どもの病気の多くは風邪などでありたいいてい自然に治る。しかし中には重症なものもある。
  - 軽症であっても親は不安。
  - 非貧困層は負担があっても受診する。
  - 経済的ハードルでの受診抑制は、貧困層だけを医療から遠ざける。
  - 喘息や発達障害のように根気強く通院することが必要なものも中断させてしまう。
-

---

# 7、所得制限なしが なぜ重要か

---



# ①子どもの権利である

---

- 必要な医療・教育・保育を受けるのは、その子どもの固有の権利。親の収入によって格差がおこるのは本来おかしい話。
  - 昨年「第4回貧困と子どもの健康研究会」でのアネリ・イヴァルソン教授（スウェーデン）の講演「すべての子どもによきスタートを」
  - スウェーデンでは大学教育まで無償。医療も無償。
-

# 「社会を診ることに関心を」

## スウェーデンの専門家講演

「子どもを診ることは社会を診ること。もっと医療と社会の境界線に関心を払ってほしい」。日本の小児科医にそう呼び掛けるのは、スウェーデンのウメオ大のアネリ・イバルソン教授だ。小児医療や疫学の専門家として長年、貧困や健康などの問題に取り組んでおり、来日して



スウェーデンのウメオ大のアネリ・イバルソン教授。「日本の子どもは貧困率は、とても理解できない高さです」と話す(名古屋市)

名古屋市での「貧困と子どもの健康研究会」で講演した。

日本で貧困問題に目を向ける小児科医は増えつつあるが、スウェーデン社会の感覚で見ると、物足りなく映るといふ。

「裕福な家庭で育ち、恵まれた環境で働いていて、日本社会に貧困の問題があると想像もできない医師は、まだ多いようだ」と指摘する。

研究会では、貧困や健康を左右する社会的な要因について、参加者と意見交換した。

「社会で医師の発言力は小さくない。椅子に座って患者を待つだけでなく、地域に出て困窮する親子を支える役割を担ってほしい」

## ②恥をかかずに利用できる

---

- 「貧困は恥・自己責任」という意識は強い。貧困対策を考える上で「恥」意識への配慮は重要。
  - 「〇〇さんの家は払わなくてもいいのね」と見られることがとても恥ずかしいと感じる。
-

# ③ 中間層も納得のいく制度

---

- 中間層から「自分たちは多くの税金を納めているのに、受診時にまた負担をしなくてはならないのはおかしい」といった不満が出る。
  - 中間層も納得のいく制度である必要がある。
-

# 窓口無料だけで

## 解決するわけではない

- ダブルワーク・トリプルワークで、そもそも子どものために使う時間がない。
- 非正規労働者病院に行っていたらその日の収入がなくなる。
- 派遣労働者。「今度休んだらクビ！」と言われる。
- 貧困→時間にも気持ちにも余裕がない→いつもイライラ・自己肯定感低い→「健康的な生活をしよう」という気持ち自体が持てない。
- 貧困層の子どもの健康に関しては問題山積。しかし、前提条件として「窓口無料」は必要

# 障害者の医療費窓口無料化

---

- 「子どもの貧困」の陰で、障害者やその家族の困難はかえって注目されなくなっている？
  - 障害者を抱えていることで就労できない・就労しても正規になれない場合が多い。
  - 障害者は当然医療ニーズが高く、いくつもの医療機関にかかることが普通。
  - しかし、障害者の貧困も見えにくい。
  - 障害者の医療費窓口完全無料化も喫緊の課題。
-

# まとめ：私たちの運動の課題

---

- 国に対し小学生以上もペナルティ廃止
  - 県の制度として外来の医療費助成
  - 完全窓口無料に
  - 所得制限なしを維持
  - 市町村独自に完全窓口無料に
  - 障害者の窓口無料化
-

# お知らせ

---

- 「子どもの貧困と医療を考えるメーリングリスト」で情報交換を行っています。
  - 「第5回貧困と子どもの健康シンポジウム」  
11月24日(日)東京・順天堂大学で開催。
  - 興味のある方は和田あてメールを下さい。  
[zan07102@nifty.com](mailto:zan07102@nifty.com)
-

# シリーズ 子どもの貧困⑤

和田浩

医療現場で子どもの貧困に  
どう気づきどう支援するか  
～医療面からの  
ソーシャルワーク～

明石書店2500円

