

### III-3 後期高齢者医療と負担・アクセスの公平性

武田 公子

はじめに

後期高齢者医療制度導入から 10 年が過ぎた。医療リスクの高い高齢者のみを集めた医療保険制度がリスク分散を旨とする保険原理にそもそも適合しないことや、保険料という応益的負担が高齢者の経済的負担能力に合致しないことなどの点で、制度導入前からこの制度には批判的見方が多かった。同制度導入前には、高齢者医療方式を独立させる現制度の他に、現役時代に加入していた保険が引き続き高齢者医療をそれぞれに担いつつ、保険者間の負担調整を行う方式（年齢リスク構造調整方式）や、被用者保険加入者の退職後から高齢期まで被用者保険全体で担う方式（突き抜け方式）、全ての医療保険制度を一元化する方式（一本化方式）等も検討されていた<sup>1</sup>。しかし制度導入後は、こうした抜本的な制度改革に向けた議論は影を潜めているように思われる。ただし、後期高齢者医療の持続可能性を疑問視し、年齢リスク構造調整様式の優位性を主張する飛田（2018）の研究や、長寿化や健康増進による費用抑制効果を検証しつつ、公費負担が増加することで利用者や保険者のコスト意識を希薄化させる可能性について警鐘を鳴らす田近他（2014）等の研究もある。

その一方で、医療制度をめぐる近年の研究の多くは、2018 年度から実施された国民健康保険の都道府県単位化に向けられていた。ただし、そのなかで同時に後期高齢者医療に言及するものは管見の限り見いだせない。後期高齢者医療は当初から都道府県単位の広域連合を保険者として導入され、所得水準や医療費の地域差を内包しつつ実施されてきたのであり、国民健康保険の都道府県単位化は、後期高齢者医療のこの 10 年間に学ぶべきところが大きいのではないかと筆者は考える。

本稿は、広域化された国民健康保険制度に対して、後期高齢者医療制度の経験が何を示唆するのかを、改めて考えてみることを目的としている。保険の広域化は、理論的にはリスクをより大きな母数の間に分散させることで保険原理が働きやすくなるかに見える。しかしその一方で、医療や介護をめぐる資源が地域間に均等に配置されているとは言えず、被保険者は医療・介護資源に公平なアクセスを保障されていると言い難い現状がある。つまり、リスクは必ずしも分散されていないのではないかという問いである。保険の広域化が抱えるこのような矛盾を、後期高齢者医療制度がどのように解決したのか、あるいは解決されていないのかを検証してみることは、国民健康保険の今後を占うことにもなる。

#### 1. 後期高齢者医療の保険料

##### (1) 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度は都道府県単位に置かれる広域連合を保険者とする。保険給付費等に対する財政負担の制度設計は、被保険者の保険料が概ね 1 割、国保や協会けんぽ、組合健保等の他保険からの負担金を原資とする支払基金からの支援金が 4 割、残りの 5 割を国・都道府県・市町村が 4 : 1 : 1 で負担するものとされている。

ただし実際の費用負担比率はこの通りではない（図 1 参照）。まず保険料については、被保険者の負担能力を勘案した保険料の軽減措置があるため、実際には 8%未滿で推移している。後

<sup>1</sup> 厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」2001 年 3 月。

図1 後期高齢者医療制度の歳入構成

	保険料	市町村 負担	国庫負担 (定率分)	その他国 庫負担	都道府県 負担	後期高齢者支援金	
16	7.7	9.9	24.3	9.2	8.2	40.5	
15	7.4	9.8	24.5	9.1	8.1	40.8	
14	7.6	9.8	24.6	9.0	8.1	40.5	
13	7.6	9.7	24.2	8.4	8.2	41.0	
12	7.6	9.9	23.8	8.7	8.3	41.3	
11	7.3	9.9	23.4	8.7	8.3	42.0	
10	7.5	9.8	23.3	8.6	8.3	42.1	
09	7.7	9.6	23.4	8.4	7.9	42.2	
08	8.3	9.8	23.2	8.5	7.8	41.9	

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

資料:『後期高齢者医療事業報告』より作成。

期高齢者医療に関する政令の本則では、低所得者の均等割を7割、5割、2割軽減することが定められている<sup>2</sup>。だが、制度導入初年度からここに特例が加わり、7割軽減対象者をさらに8.5割軽減・9割軽減としている。また、被用者保険の元被扶養者の均等割も9割軽減、所得割賦課せずとされていたが、17年度より7割軽減、18年度より5割軽減となっている。これらの特例軽減は今後縮小に向かう方向で検討されている。

なおこれらの本則軽減分は、元被扶養者分は別として、市町村：都道府県が1：3で負担することとなっているため、その分市町村の負担比率は、想定の8.3%（公費分50%の6分の1）より高くなっている。これに対して都道府県負担分は相対的に低くなっているが、これは国庫負担に財政調整交付金が加わっているためと考えられる。都道府県単位化前の国民健康保険においては、市町村間の負担調整の仕組み（高額医療費共同事業や保険基盤安定制度）が設けられており、都道府県単位化に伴いこれらの仕組みは国・都道府県間調整の中に吸収されたのであるが、後期高齢者医療においては当初より市町村間の負担調整の仕組みはない。

また、国保を含む他の医療保険からの移転である後期高齢者支援金は、当初42%近くを占めていたが、現役世代の負担過重への懸念から抑制を図ってきている状況が窺われ、それに代わり国庫負担の比率が高くなってきている。

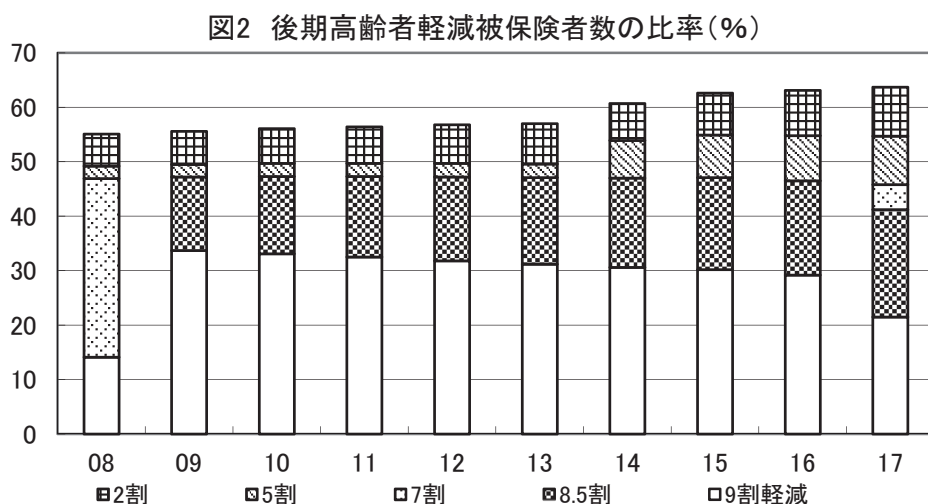
## (2)保険料と被保険者の負担能力

後期高齢者の保険料については、制度発足時より被保険者の負担能力との兼ね合いが問題視されてきた。2017年度の『後期高齢者医療被保険者実態調査』によれば、56.2%が「所得なし」（基礎控除・公的年金控除後所得のため、実収入は必ずしもゼロとは限らない）であり、31.7%が年金を主とする「雑所得」を収入源としている。それ以外の所得種別では、財産所得5.3%、給与所得3.7%、事業所得1.5%、農業・山林所得1.0%となっている。「所得なし」の被保険者

<sup>2</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律施行令」（2007年政令第318号）第18条第4項第3号および第6号。

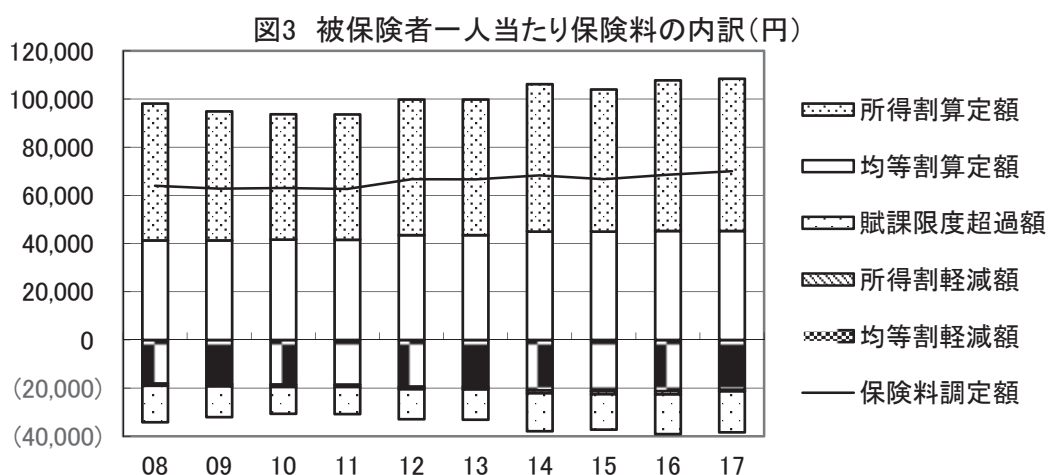
の比率は、制度発足時の 52.2%から徐々に増加傾向を示しており、「雑所得」や「給与所得」を主な所得とする被保険者は減少傾向を示している。

このような被保険者の所得状況に鑑みて、保険料負担の軽減は不可避である。図 2 に示すように、軽減対象者が全被保険者に占める割合は上昇し続けており、概ね 65%の被保険者が保険料軽減の対象となっている。08 年度には法定軽減に加えて 9 割軽減がすでに導入されており、



資料:『後期高齢者医療被保険者実態調査』より作成。

翌年度からさらに 8.5 割軽減が導入されている。なお、17 年度には 9 割軽減が急減しているが、これは元被扶養者の均等割が 17 年度より 9 割軽減から 7 割軽減に改正されたためである。また、7 割軽減の対象が基礎控除額（33 万円）を超えない世帯という判断基準であることは、制度導入以降変更されていないが、5 割・2 割軽減の判定基準はこの間引き上げられてきており、このことが軽減対象被保険者数の増加の背景にあるといえる。



資料:『後期高齢者医療被保険者実態調査』より作成。

また図 3 は、均等割・所得割それぞれの算定額・軽減額、および賦課限度額超過分の関係を示したものである。被保険者世帯数やその所得状況からまず単純に算出されるのが算定額であり、ここから保険料軽減分や賦課上限超過分を控除したものが調定額となる。まず、算定額で

みると、均等割と所得割の比率がおおよそ 4:6 であり、例えば国保において所得割の比率が 7 割近いが、後期高齢者医療においては均等割の比重が相対的に高いといえる。均等割とは被保険者の所得に関わらず一律に賦課されるものであり、この比重が高いということは負担が逆進的であるということの意味する。とりわけ所得水準が必ずしも高くない高齢者世帯においてはこの均等割の負担可能性が問われることになり、その結果として軽減分が大きくならざるをえないといえる。図に示されるように、均等割は算定額に対して約 45%が軽減されているのであり、そもそもこの均等割という保険料設定の妥当性が問われるところである。

他方、所得割については軽減分がごく僅かにとどまる。均等割 2 割・5 割軽減者と 7 割軽減者の大半は所得割が賦課されていないため、所得割の軽減対象は主として元被扶養者と考えられるが、被扶養者の所得がそもそも所得割賦課対象に達しないことが多いという実態を示しているものと考えられる。その一方で、賦課限度額超過分については、年度によって増減はあるものの、近年は増加傾向を示していることが窺われる。一方における軽減対象者の増加、他方での賦課上限超過額の増加という事実は、高齢者における所得水準の二極化を意味している。因みに高齢者世帯における「現役並み所得者」は 08 年度には 8.2%を占めていたが、この比率は年々減少傾向にあり、17 年度には 6.7%となっている。少数の高齢者は高所得、多数の高齢者は低所得水準にあり、両者の格差は拡大してきているということが窺われる。

## 2. 医療へのアクセスと負担の公平性をめぐって

### (1)不均一保険料の終了と負担の変化

後期高齢者医療の保険料は、広域連合が定める域内均一の均等割額および所得割保険料率に基づいて賦課徴収される。ただし、無医地区あるいはそれに類した医療の確保が著しく困難な地域で、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合、広域連合の条例によって当該地区に不均一の賦課が可能である<sup>3</sup>。この「恒久措置」による不均一賦課が認められているのは、2016 年度では 2 自治体の 8 地区（いずれも兵庫県内）にとどまっている。

その一方、08 年度の制度導入から 6 年間の経過措置として、後期高齢者医療制度施行前 3 年間の一人当たり老人医療給付費実績が広域連合区域全体の 20%以上低い自治体については、広域連合の条例で不均一保険料を設定できるものとされた。均一保険料との差額については、公費（国 1/2、都道府県 1/2）で負担するものであった。08 年度には全国で 99 の自治体又は自治体の一部についてこの不均一保険料が設定されていた。石川県内では珠洲市のみがこの不均一保険料を認められ、表 1 に示すように均等割および所得割において県内他自治体より低い保険料が賦課されていた。

表1 石川県後期高齢者医療の保険料

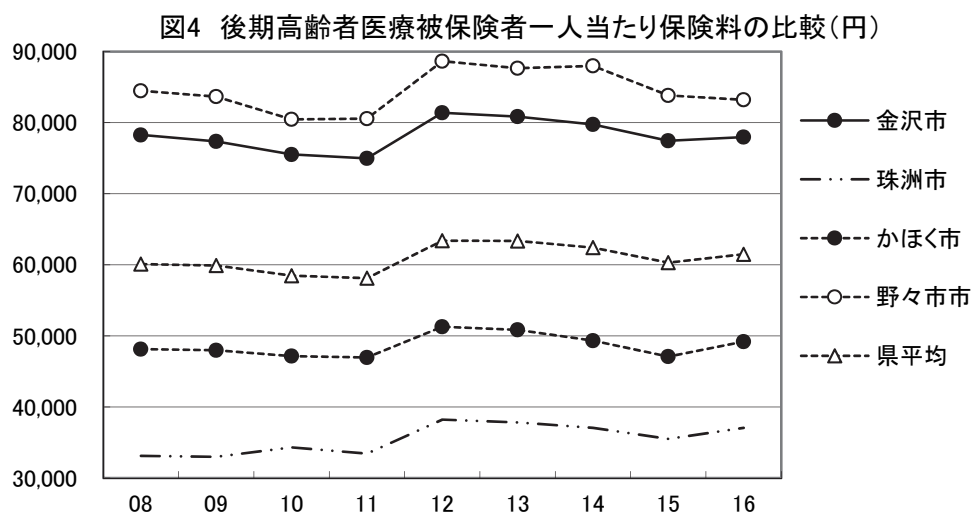
	均一賦課		不均一賦課	
	所得割料率 (%)	均等割額 (千円)	所得割料率 (%)	均等割額 (千円)
2008	8.26	45,240	7.29	39,960
2009	8.26	45,240	7.29	39,960
2010	8.26	45,240	7.61	41,760
2011	8.26	45,240	7.61	41,760
2012	9.33	47,520	8.97	45,720
2013	9.33	47,520	8.97	45,720
2014	9.33	47,520		
2015	9.33	47,520		
2016	9.33	47,520		

\* 均一賦課保険料率は2019年度分まで据え置き。

<sup>3</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律」（1983 年法律第 80 号、最終改正 2017 年法律第 52 号）第 104 条第 2 項。因みに、杉浦（2014）では介護保険において保険者が域内に不均一保険料を賦課する事例を取り上げている。

後期高齢者医療では、2年ごとに保険料の見直しがなされるが、県内均一保険料は2012年度に大幅な引き上げがなされた後、2019年度分まで均等割・所得割とも据え置かれている。これに対して、珠洲市では2年ごとに保険料率が引き上げられ、2014年には均一保険料に移行している。

これに伴って被保険者の負担はどのように変化したのかを示したのが図4である。ここでは石川県内19市町のうち、後期高齢者医療被保険者一人当たり保険料について、最も高い水準にある野々市市、最も低い珠洲市、およびその中間の水準の二自治体を適宜選択し、県平均のデータとともに示している。



資料：地方財政状況調査表DBより作成。

前述のように、県内均一の保険料率は2012年に大幅に引き上げられた。その結果、いずれの自治体でも一人当たりの保険料負担は大きく増加しているが、しかしその増加の度合は様ではない。この相違は、同時に行われた保険料軽減基準の変更による軽減対象者の増加の状況や、被保険者の所得状況に関する地域間の相違に規定される。

珠洲市についてみると、2010年、2012年の引き上げ時には一旦負担額が増加を見せており、10年度には他自治体で負担減が見られるのに対して、珠洲市では負担増が現れている。しかし2014年度の均一保険料への移行時には、珠洲市被保険者の負担にはあまり変化がなく、むしろ13～15年度にかけて他自治体と同様に一人当たり負担の減少が見られる。このことから、保険料率の変更が被保険者の実質的な負担に影響を及ぼすことは確かではあるが、それ以外の要因——被保険者の所得状況の変化ないし保険料軽減の基準如何——に左右されるところが大きいと考えられる。

## (2) 保険料軽減と自治体負担

前述のように、被保険者の負担能力を勘案して、保険料には軽減措置がなされている。本則による軽減（7割、5割、2割軽減）に関しては、市町村と都道府県が1:3の割合で負担し、特例として7割負担軽減者を対象に実施されている9割、8.5割軽減分については国庫負担がなされている。

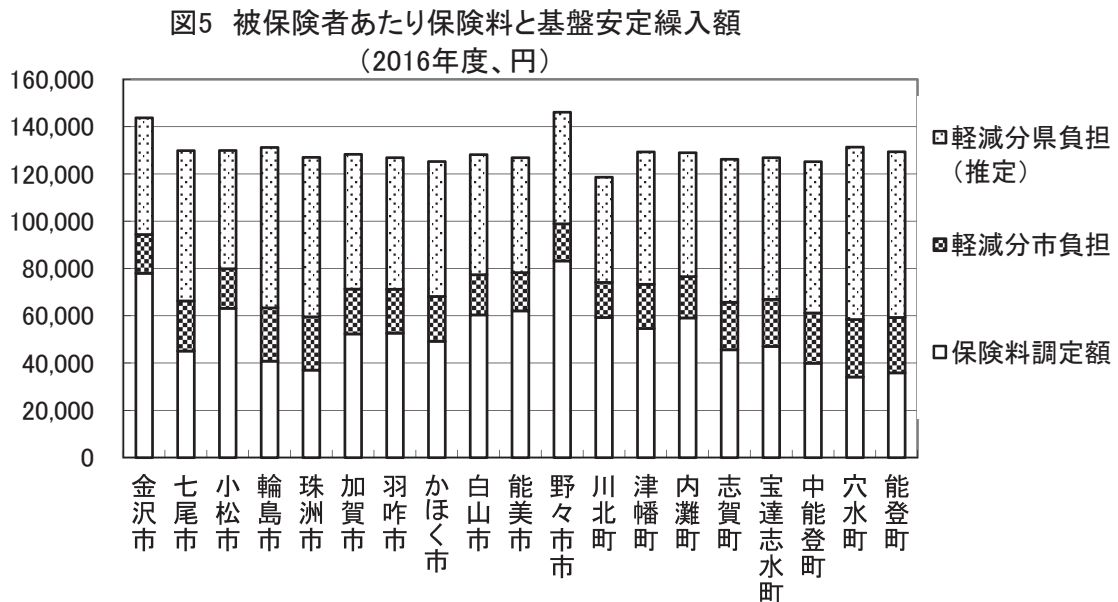
ところで後期高齢者医療事業特別会計は、市町村と都道府県レベルの広域連合双方に設けられている。市町村の特別会計は、被保険者から保険料を徴収し、本則軽減分の4分の1と、広



域連合への事務費負担分等をあわせて、広域連合に納付金を移転する。市町村はこのほかに給付費等所要総額の8%相当の療養給付費負担金も支出するが、これは市町村特別会計を經由せず、一般会計から直接広域連合に移転されている。広域連合の特別会計では、これら市町村からの支出金（保険料徴収分を含む）と国からの各種支出金、他の医療保険からの拠出で構成される支払基金からの支援金、そして都道府県支出金を財源とし、被保険者への給付業務を行うのである。

このような移転関係を踏まえて、保険料と自治体の負担関係について考えてみよう。

図5は、この本則軽減分に対する市町村・都道府県の負担と保険料との関係を示したものである。2016年度には県内には均一保険料率が適用されているため、自治体による一人当たりの保険料水準の相違は、主として負担軽減分の多寡に規定されていると考えてよいだろう。市町村からの保険基盤安定繰入金は本則軽減分の4分の1であるから、その3倍の金額を県からの保険基盤安定繰入金分として図に「推定」として積み上げてみた。その結果を見ると、この図では軽減の特例分に関する国庫負担は示されていないものの、軽減前の一人当たり保険料は、金沢市と野々市市の突出を例外として、県内市町で概ね同程度であることがわかる。



資料：地方財政状況調査表DBより作成。

このことは、次のような意味を持つといえるだろう。第一に、算定上の保険料は、均等割部分が4割近くを占めることや、賦課上限額の設定があることによって、地域間の所得格差が反映されにくくなっているということである。逆に言えばこのことは、算定上の保険料が応能的でなく応益的ないし負担分任的な性格を強く持つことの表れともいえよう。第二に、保険料調定額については地域間でかなりの差がある。石川県内でも一人当たりの保険料調定額が最大の野々市市と最小の穴出町とでは2倍以上の開きがある。そしてこの開きは、負担軽減の対象となる被保険者の多寡に規定されるところが大きいと推測される。そして第三に、軽減対象となる被保険者が多いほど、市町の保険基盤安定繰入金の負担が大きくなるということである。この点について少し詳しく見ておきたい。

市町村負担分に対しては、交付税を通じた財源保障として、基準財政需要額算定における高齢者保健福祉費のうち、75歳以上人口を測定単位とする部分が対応する。その単位費用の積算

内容として含まれているのは、後期高齢者医療給付費負担金（定率負担）、同事業費補助金、保険基盤安定事業負担金（保険料軽減に対する市町村の負担分）、および広域連合の事務費に対する経費分担、市町村における後期高齢者医療事業の所要経費（保険料徴収業務等）である<sup>4</sup>。従って、保険料軽減に対する市町村負担は確かに単位費用の計算に入っている。ただし、後期高齢者医療分の基準財政需要額はこの単位費用に 75 歳以上人口（測定単位）、補正係数を掛け合わせて算出されるのであるが、この場合の補正係数は 75 歳以上人口急増補正のみとなっている<sup>5</sup>。つまり、保険料軽減分に対する交付税措置はあくまでも 75 歳以上人口に則して配分されているのであり、保険料軽減者の多寡には配慮されていないといえる。従って前述のような、軽減者の多い自治体における自治体負担は実質的に一般財源の持ち出しとなる懸念がある。

### 3. 医療費水準の地域差と医療へのアクセス条件

#### (1)医療費の地域差

ところで、後期高齢者医療制度導入時から 6 年間の暫定措置として設けられていた不均一保険料は、一人当たり老人医療給付費実績の 3 年間平均が広域連合区域全体の 20%以上低い自治体において認められていた。均一保険料に移行した現在にあって、この医療費の地域差はどうなっているのだろうか。

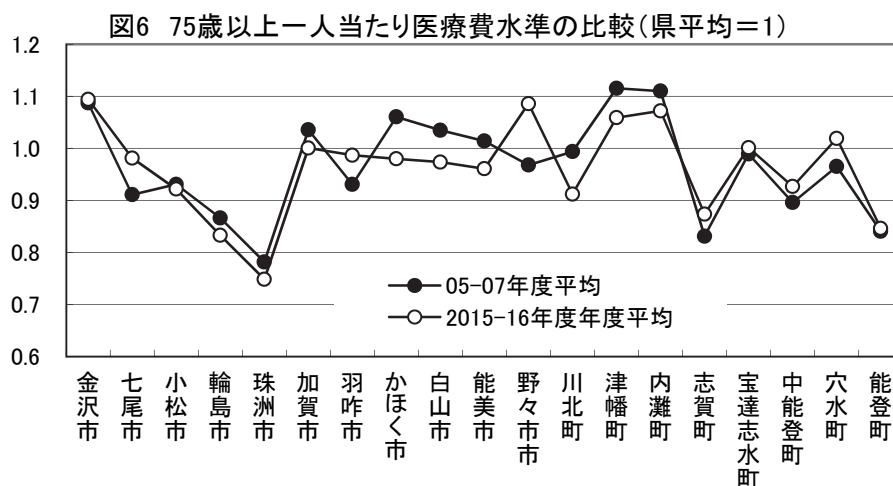


図6はこの不均一保険料の条件に着目して、老人保健医療・後期高齢者医療の両制度の下での医療費の地域差を示したものである。老人保健医療制度のデータは、地方財政状況調査データベースより、老人保健医療特別会計における医療給付費（05～07年度平均）を07年10月1日現在の各市町75歳以上人口で除した。後期高齢者医療における医療費は、厚生労働省が「医療費の地域差分析」<sup>6</sup>として公開している市町村単位データ（15～16年度平均）を用いたが、これは給付費ではなくレセプトをベースとする医療費（診療報酬額）である。一人当たりの医療

<sup>4</sup> 地方交付税制度研究会編『平成28年度地方交付税制度解説（単位費用篇）』地方財務協会、2016年、203ページ。

<sup>5</sup> 地方交付税制度研究会編『平成28年度地方交付税制度解説（補正係数・基準財政収入額篇）』地方財務協会、2016年、284ページ。

<sup>6</sup> 厚生労働省「医療の地域差分析」サイト。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryohoken/database/iryomap/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/database/iryomap/index.html)

費として両者を単純比較できないため、県内平均を 1 とした指数で表した。

これを見ると、珠洲市における医療費水準は県平均の 8 割に達しておらず、老人保健医療の下での低医療費は現在も同様ないしさらに低下している状況が窺える。後期高齢者医療制度下で暫定的な不均一保険料の条件となった、広域連合圏内平均から 2 割以上の乖離という状況は、何ら解消されていないといえる。同様に輪島市、志賀町、能登町といずれも能登地域の自治体においては医療費が相対的に低位であり、県平均の 8.5 割前後の水準にある。2 割以上の乖離ではないが、均一保険料の下で等しく医療を受ける権利が保障されているかどうかという点では疑問が残る。

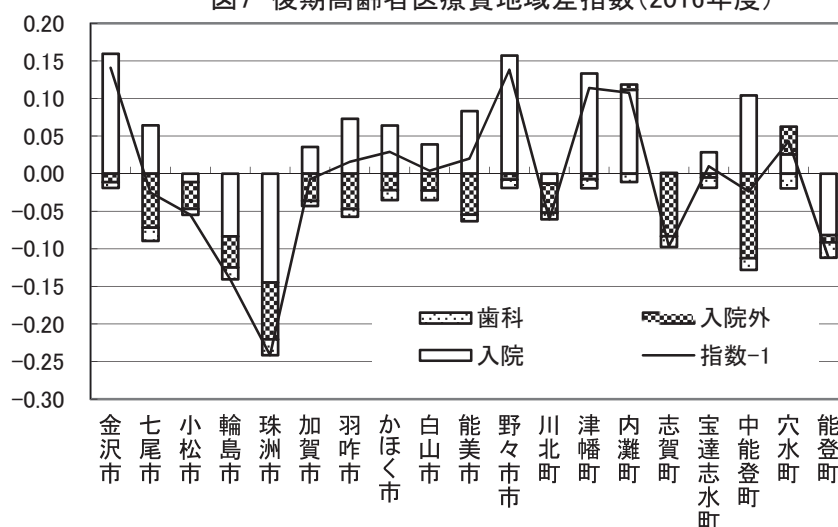
他方で金沢市、津幡町、内灘町は変わらず高水準であるが、後二者は医療費の低下がみられる。金沢市、内灘町には大学病院等の高度医療機関が立地しており、津幡町は両自治体に隣接している。このことが何らかの影響を及ぼしているものと考えられるが、このことは次項で検討しよう。かほく市、白山市、能美市も同様に医療費水準の低下がみられる。逆に野々市市ではこの 10 年で医療費水準が極端に上昇している。同市は人口増加地域で 2011 年に単独市制移行していることから、人口構成上の要因が作用している可能性がある。

## (2)医療費の地域差の要因

医療費の地域差に関しては、国保の都道府県単位化というトピックスとともに多くの研究が蓄積されてきている。保険税水準を規定するもう一つの要素として、地域によって異なる医療費の状況がある。高齢者の比率が高いほど一人当たり医療費は大きくなるということは自明のことではあるが、今村他（2015）によれば、病床数、保健事業実施状況、社会経済状況、ソーシャルキャピタル等の諸要因とも関連性がみられるとのことである。自治体が健診、疾病予防や健康増進といった保健事業に取り組むことや、地域コミュニティにおける人的交流や見守りの存在が医療費抑制に資するということは、市町村が国保の保険者であることのメリットとして一般的に語られてきた。他方で、自由開業制による医療供給体制というゲートキーパーを欠いた医療供給システムがそもそも日本の医療供給の特徴であること、医療費の水準は診療報酬に規定され、医療技術の進歩や新薬開発によって上昇せざるをえないことも指摘されている（高橋 2015）。逆にいえば、医療へのアクセスの相違が医療費の地域間格差につながっている側面も否定できない。近年公立病院の再編が進み、特に人口減少地域にあっては病院の統廃合や病床削減によって医療へのアクセスが困難になっている実態がある。こうした地域で医療費が低くなっているという事実も直視すべきことと思われる。



図7 後期高齢者医療費地域差指数(2016年度)



＜資料＞「医療費の地域差分析」より作成。

図7は、前出の「医療費の地域差分析」のデータを用いて、県内自治体の一人当たり医療費の要因を分解してみたものである。ここでいう医療費指数とは、後期高齢者一人当たりの医療費について年齢構成を勘案して補正し、その全国平均を1とした指数であり、図で示す「指数-1」は全国平均を上回るか下回るかを示している。因みに都道府県単位の比較でいえば、石川県の2016年度ベースの医療費地域差指数（後期高齢者医療、年齢調整後）は、1.037と全国17位となっており、特に入院医療費については1.150（全国12位）と高い水準になっている。県内自治体では、医療費指数の低い珠洲市、輪島市、能登町の場合は主に入院医療費が低水準であり、他方で金沢市、野々市市、津幡町、内灘町等の医療費指数が高い自治体にあつては入院医療費がその大きな規定要因であることがわかる。また、入院外医療費（外来等）については、県内自治体のほとんどが全国平均を下回っていることがわかる。

### (3)医療機関の立地状況

前述のように、自治体間の医療費水準の相違は、特に入院医療費に大きく規定されている。また、県内自治体は概して入院外医療費が低水準であるものの、これも自治体によって差があることがわかる。そこで以下では、病院や診療所等の医療機関の立地について、地域間の相違を見ていきたい。

表2は、県内自治体における医療機関の立地状況を表したものである。人口規模が異なるため単純には比較できないが、金沢市や七尾市のように病床数の大きい病院が多数集積しているところと、能登地域のように自治体内に病院が一か所（その全ては公立病院）しかない自治体との格差が大きいことがわかる。能登北部地域では診療所の数も少なく、公立病院が一次医療の役割をも兼ねている状況がある（武田 2013）。前出図7と照らし合わせてみると、輪島市、珠洲市、能登町において入院医療費が低位であることとまさに符合するといえる。その一方で、金沢市、野々市市、内灘町には大規模病床をもつ病院があり、診療所数も多い。このことが入院医療費を中心とする医療費水準の高さと符合していることが窺われる。なお、川北町・中能登町では町内に入院施設がほとんどなく、医療費も相対的に低位な水準にある。ただし、川北町は能美市や白山市といった隣接市の病院へのアクセスが比較的容易であること、中能登町も羽咋市や七尾市の隣接する市の病院へのアクセスが可能であることに留意が必要である。

### Ⅲ 地域福祉・コミュニティグループの調査・研究活動とその成果

表 2 医療機関の地域分布

	病院施設数	病院病床数	うち精神病床	うち療養病床	一般診療所数	歯科診療所数	一般診療所病床数
金沢市	44	9680	2187	2350	408	221	453
七尾市	7	1488	257	185	41	31	88
小松市	12	1293	313	123	72	44	115
輪島市	1	199	-	49	24	13	4
珠洲市	1	195	-	32	10	6	-
加賀市	6	1256	299	334	49	25	38
羽咋市	1	174	-	-	19	14	18
かほく市	3	639	400	239	21	9	-
白山市	4	539	30	53	67	33	45
能美市	3	514	-	215	28	12	6
野々市市	3	529	268	201	49	24	89
川北町	-	-	-	-	4	3	15
津幡町	2	139	-	79	23	10	-
内灘町	2	915	36	80	15	9	-
志賀町	2	152	-	92	9	8	19
宝達志水町	1	100	-	40	5	3	-
中能登町	-	-	-	-	7	6	-
穴水町	1	100	-	-	11	4	-
能登町	2	300	-	180	10	6	-

資料：2016 年度『医療施設調査』より作成。

表 3 二次医療圏別の一般病床入院患者の住所地分布（％）

→施設所在地 ↓患者住所地	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
総数	100.0	17.6	63.4	13.9	5.2
南加賀	100.0	80.7	19.3	0.0	0.0
石川中央	100.0	1.6	98.0	0.4	0.0
能登中部	100.0	0.2	23.5	76.2	0.0
能登北部	100.0	0.3	22.1	17.2	60.4

南加賀：小松市、加賀市、能美市、川北町

石川中央：金沢市、白山市、かほく市、野々市市、津幡町、内灘町

能登中部：七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町

能登北部：輪島市、珠洲市、穴水町、能登町

資料：『石川県医療計画』2018 年 2 月。

このような医療機関の偏在は、表 3 にみられるような入院先の地域差をもたらしている。病院が集積する石川中央圏の居住者は 98% が地元の病院に入院することができるが、能登北部圏の居住者が地元の病院に入院する比率は 60% にとどまり、石川中央・能登中部圏の病院に患者が流出する状況を生んでいる。これは病床数という量的な問題だけではなく、高度医療を担う病院がそもそも能登北部圏に立地していないという事情によってもたらされている。こうした状況をみると、医療資源へのアクセスは地理的にみて公平であるとは言い難いといえよう。

おわりに

以上の分析から明らかになったことをまとめてみよう。

第一に、後期高齢者医療は社会保険という体裁を採りながら、被保険者の低所得を背景に 6 割以上の被保険者が保険料の軽減を受けており、保険原理が貫徹しているとはおおよそ言い難い状況にあるということである。

第二に、そしてこの保険料軽減者数は、所得水準に規定されて地域間にばらつきが大きく、また軽減対象者が多い地域ほど、自治体の財政的負担が大きくなる構造を持っているということである。

第三に、均一の保険料負担の下で保障されるべき医療資源へのアクセスの公平性については、医療機関の地域的偏在のゆえに十分に実現されていないということである。その結果として医療費水準は地域によって大きく異なっており、医療機関へのアクセスの不利性が医療費を低水準にとどめるという皮肉な結果をもたらしている。

そして第四に、こうした医療へのアクセスの不公平性を補うべくして設定された不均一保険料のしくみは、後期高齢者医療制度導入から 6 年をもって終了しており、同一の保険料率を適用されつつも医療サービスを受ける権利は公平に保障されていないという状況が再びもたらされているということである。

以上の問題は、都道府県単位化された国民健康保険制度に対しても全く同じように表れるはずである。当面は市町村によって異なる保険料率が容認される一方、都道府県によってはすでに保険料率の均一化に向けて走り出しているところもある。医療保障が不均一であるという実態と、均一の保険料負担という矛盾を、保険の広域化は内包せざるを得ないといえる。

#### 【参考文献】

今村晴彦/印南一路/古城 隆雄(2015):「都道府県別国民健康保険医療費の増加率に関するパネルデータ分析」『季刊社会保障研究』51(1)、99-114 頁。

岩本康志・鈴木亘・両角良子・湯田道生 (2016):『健康政策の経済分析——レセプトデータによる評価と提言』東京大学出版会。

杉浦真一郎 (2014):「介護保険料の不均一賦課制と市町村の連携——広域連合の比較から——」『人文地理』第 66 巻第 2 号、1-19 頁。

高橋紘士(2015):「医療と介護—国民健康保険と介護保険」『都市問題』106、83-88 頁。

武田公子 (2013):「石川県内の公立病院—奥能登 4 病院を中心に—」『いのちと暮らし』第 41 号、36-44 頁。

武田公子 (2017):「国民健康保険の都道府県単位化をめぐって—石川県内の自治体を事例に—」『金沢大学経済論集』第 37 巻第 2 号、5-31 頁。 <http://hdl.handle.net/2297/47942>

武田公子 (2019):「医療・介護保険の財政分析」佐無田光編『地域包括ケアとエリアマネジメ

ント』ミネルヴァ書房（刊行予定）、第9章。

田近栄治・菊池潤（2014）：「高齢化と医療・介護費——日本版レッド・ヘリング仮説の検証——」『フィナンシャル・レビュー』第117号、52-77頁。

飛田英子（2018）：「後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性——負担能力の持続可能性を中心に——」『JRI レビュー』Vol.4, No.55、37-57頁。