資料1-2

第84回　社会保障審議会医療保険部会
（H26.11.7）資料

・特定健康保険組合について
・任意継続被保険者制度について

平成26年11月7日

厚生労働省保険局

特定健康保険組合について

特定健康保険組合について

○　健康保険組合のうち一定の要件を満たすものは、厚生労働大臣の認可を受けて、健康保険組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことができる「特定健康保険組合」となることができる。

○　特定健康保険組合制度は、昭和59年度に退職者医療制度が創設されたことに併せて創設された。

※　現在、65歳未満の特例退職被保険者に係る医療費等は、被用者保険等保険者が負担する退職者給付拠出金によって賄われている。また、65歳以上75歳未満の特例退職被保険者は、前期財政調整の対象とされている。

＜特定健保組合の特徴＞

①　特例退職被保険者（特定健保の被保険者）は、現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を引き続き受けることができる。

②　特例退職被保険者の保険料（※）は、全額自己負担。
※　ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均と標準賞与額の平均の12分の１を合算した額の２分の１の範囲内で組合が規約で定める。

③　健保組合にとっては、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対し、退職後、保険給付の必要性が増える時期に還元することができる。（企業にとっても、永年企業に貢献したＯＢに対し、報いることができる。）

④　現役時代から退職後にかけて、保険給付と保健事業を行うため、効果的な医療費適正化ができる。

設立の要件	・特例退職被保険者が将来にわたり相当数見込まれること。 ・特例退職被保険者及びその被扶養者に対する健康保険事業の実施が将来にわたり当該健康保険組合の事業運営に支障をおよぼさないこと。 ・保険給付及び保険料等の徴収を適切かつ確実に行うことができる　等
加入の要件	・当該健保組合における被保険者期間が退職日まで20年以上、または40歳以降10年以上ある者 ・老齢年金の受給資格がある者

特定健康保険組合数･加入者数の推移

○　特定健康保険組合の組合数は、制度創設以降上昇傾向にあったが、平成９年から減少傾向で推移しており、平成24年度末時点で61組合となっている。

○　特定健康保険組合の加入者数（特例退職被保険者とその被扶養者）は上昇傾向にあったが、近年は横ばいで推移しており、平成24年度末時点で約52万人である。

○　特定健康保険組合において、70歳以上が加入者数に占める割合は10年前と比べて４倍以上になっており、平成24年度末時点で約24%である。

（出所）厚生労働省保険局保険課

（出所）健康保険組合事業年報（平成15年度～平成19年度）
健康保険・船員保険事業年報（平成20年度～平成24年度）

１人当たり標準報酬月額と1人当たり医療給付費の比較

○　特例退職被保険者の標準報酬月額は組合の標準報酬月額の平均の２分の１の範囲内で規約で定めることとなっており、その平均額は約26万２千円となっている。これは健保組合の全被保険者の標準報酬月額の平均額よりも約３割低い。
○　他方、特例退職被保険者の１人当たり医療給付費は、健康保険組合の全加入者の医療給付費の平均額に比べ約３倍弱となっている。

＜特例退職被保険者と健康保険組合全被保険者の標準報酬月額＞

	特例退職被保険者	健康保険組合の全被保険者
標準報酬月額 （平成24年度）	２６１，９８０円	３６３，８７９円

＜特例退職被保険者と健康保険組合全加入者の１人当たり医療給付費＞

	特例退職被保険者 （被扶養者を含む）	健康保険組合の全加入者
１人当たり医療給付費 （平成24年度）	３１．６万円	１１．２万円

（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成24年度）

特定健康保険組合に関する論点

○　国民健康保険の退職者医療制度は、平成27年度以降新たな被保険者等が加入せず、制度が廃止される。特例退職被保険者制度は引き続き存続するが、平成27年度以降新たに加入する特例退職被保険者は退職者給付拠出金の算定対象とならない。このため、今後特定健康保険組合の医療費負担が重くなることが考えられる。

○　こうした状況を踏まえ、以下の点をどう考えるか。

①　特例退職被保険者の標準報酬月額の算定方法について

・　特例退職被保険者の保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で規約で定めることとなっており、特例退職被保険者に係る保険料収入はその他の加入者平均より小さい。（なお、事業主負担はない。）

　他方、特例退職被保険者の1人当たり医療給付費は、全加入者の医療給付費と比べ、約3倍弱高い。

・　特例退職被保険者の標準報酬月額の算定方法に関し、保険者の裁量を拡大する方向で見直すことについて、どう考えるか。

②　特例退職被保険者の新規加入について

・　特定健康保険組合は、大臣認可の取消を求めることができるが、その場合、特例退職被保険者に関する移行措置が存在しない。また、新規取得を制限しつつ、特定健康保険組合を存続させることはできない。希望する特定健康保険組合が特例退職被保険者の新規取得を制限できるような道をひらくことについて、どう考えるか。

（参考資料）

〔参考〕

特定健康保険組合（計61組合）

1	出光興産健康保険組合	22	大和ハウス工業健康保険組合	43	野村證券健康保険組合
2	オムロン健康保険組合	23	中央ラジオ・テレビ健康保険組合	44	パイオニア健康保険組合
3	関電工健康保険組合	24	テレビ朝日健康保険組合	45	パナソニック健康保険組合
4	外国運輸金融健康保険組合	25	電通健康保険組合	46	博報堂健康保険組合
5	キリンビール健康保険組合	26	トーエーネック健康保険組合	47	阪急阪神健康保険組合
6	キヤノン健康保険組合	27	東京ガス健康保険組合	48	日立健康保険組合
7	きんでん健康保険組合	28	東京放送健康保険組合	49	富士通健康保険組合
8	慶応義塾健康保険組合	29	東京薬業健康保険組合	50	富士フィルムグループ健康保険組合
9	ＫＤＤＩ健康保険組合	30	東芝健康保険組合	51	ホンダ健康保険組合
10	国際・政策銀健康保険組合	31	長野県農業協同組合健康保険組合	52	三菱東京ＵＦＪ銀行健康保険組合
11	三洋電機連合健康保険組合	32	日揮健康保険組合	53	三菱ＵＦＪ証券グループ健康保険組合
12	ジブラルタ健康保険組合	33	SMBC日興証券グループ健康保険組合	54	三菱電機健康保険組合
13	出版健康保険組合	34	ニコン健康保険組合	55	みずほ健康保険組合
14	シャープ健康保険組合	35	日本アイ・ビー・エム健康保険組合	56	民間放送健康保険組合
15	住友商事健康保険組合	36	日本銀行健康保険組合	57	明治安田生命健康保険組合
16	住友生命健康保険組合	37	日本経済新聞社健康保険組合	58	明電舎健康保険組合
17	セキスイ健康保険組合	38	日本航空健康保険組合	59	ルネサス健康保険組合
18	全日本空輸健康保険組合	39	日本生命健康保険組合	60	労働者健康福祉機構健康保険組合
19	ソニー健康保険組合	40	日本中央競馬会健康保険組合	61	早稲田大学健康保険組合
20	第一生命健康保険組合	41	日本ユニシス健康保険組合		
21	大和証券グループ健康保険組合	42	農林中央金庫健康保険組合		

任意継続被保険者制度について

任意継続被保険者制度の概要

（1） 趣旨

解雇等によりその資格を喪失した被保険者が、さらに他の事業主に雇用されること等により強制被保険者になるまでの期間、暫定的に健康保険の被保険者となる途を開き、その生活を保護するもの。

（2） 加入資格

・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと

※ 共済組合については、１年以上組合員であったことが必要

（3） 資格喪失

・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき
・死亡したとき
・保険料を納付期日までに納付しなかったとき
・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき

（4） 保険料

・全額被保険者負担（事業主負担なし）
・従前の標準報酬月額又は全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担

任意継続被保険者数の推移

○　平成21年度から平成24年度までにかけて、任意継続被保険者（被扶養者を含む）の数は減少傾向にあり、平成24年度は約118万人となっている。

＜協会けんぽ＞

＜健保組合＞

※1　協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く。
※2　数字は単年度平均。

（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成20年度～平成24年度）

任意継続被保険者の年齢構成　（協会けんぽ）

○　協会けんぽの任意継続被保険者の年齢構成をみると、60歳以上の者が全体の７割以上を占めている。

＜平成26年３月時点の任意継続被保険者の年齢構成＞

年齢（歳）	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～74
任意継続被保険者数（人）	74	10,081	24,742	26,911	28,913	199,184	30,904

（出所）全国健康保険協会（協会けんぽ）の調査に基づき作成。

任意継続被保険者の平均加入期間の推移（協会けんぽ）

○　任意継続被保険者の加入期間は近年ほぼ横ばいであり、平均加入期間は約1.2年となっている。
○　加入期間の内訳をみると、最も多いのは２年の者であり、約38.5%。次に多いのは６ヶ月以下の者であり、約33.4%。
○　健康保険等の資格取得による資格喪失者の加入期間についてみると、６か月以下である者が最も多く、73.3%であり、加入期間が12か月以下である者を加えると、約90%。

（参考）加入要件
被保険者資格を喪失した日までに２か月以上の被保険者期間があり、資格喪失日から20日以内に被保険者が保険者に申し出た場合、最大で２年間、継続して当該保険者の被保険者となることができる。

※　任意継続被保険者の資格喪失日が属する年度で集計（平成26年７月末時点）
（出所）全国健康保険協会（協会けんぽ）の調査に基づき作成。

任意継続被保険者に係る平均標準報酬月額と一般被保険者の平均標準報酬月額の比較

○　任意継続被保険者１人当たり平均標準報酬月額は近年ほぼ横ばいであり、全被保険者（※）に比べ約２割低い。

※　任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

（参考）任意継続被保険者に係る保険料の算定方法
任意継続被保険者の保険料は、被保険者資格を喪失したときの標準報酬月額と当該任意継続被保険者が属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均を丈比べして、いずれか少ない額を当該任意継続被保険者の標準報酬月額とみなして計算している。

※　協会けんぽの平成20年度の任意継続被保険者１人当たり平均標準報酬月額は平成20年10月～平成21年３月の平均値。
（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成20年度～平成24年度）

任意継続被保険者制度の変遷

大正15年 （健保法制定）	資格喪失の前１年内に180日以上、又は資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者。加入期間は180日間。
昭和４年改正	「資格喪失の前１年以内に180日以上」を削り、資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者に改正。
昭和17年改正	資格喪失の前２か月以上被保険者であった者に改正。
昭和32年改正	資格喪失の日の前日まで継続して２か月以上被保険者であった者に改正。
昭和38年改正	加入期間を１年間に延長。
昭和51年改正	加入期間を２年間に延長。
昭和59年改正	55歳以降60歳前に任意継続被保険者になった者については、加入期間を60歳に達するまでに延長。
平成14年改正	給付率が7割に統一されたことに伴い、55歳以上で任意継続被保険者になった者の特例を廃止。加入期間を２年間に統一。

任意継続被保険者制度に係る論点

１．任意継続被保険者の適用期間について

○　現在の平均加入期間は1.2年であり、加入期間別の内訳をみると、２年加入する方と6か月以内の方が多い。
　そのうち、健康保険等の資格取得により任意継続被保険者資格を喪失する方の多くは、１年間の加入となっている。

○　任意継続被保険者の適用期間は、昭和51年改正以来最大２年となっているが、これを見直す必要があるか。

２．任意継続被保険者の標準報酬月額の算定方法について

○　任意継続被保険者の平均標準報酬月額は、一般被保険者の平均標準報酬月額と比べて約2割低い。
　一方、任意継続被保険者は、本人負担分と事業主負担分の両方を負担している。

○　任意継続被保険者の標準報酬月額の算定方法は、資格喪失時の標準報酬月額と保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均を丈比べして、いずれか少ない額とされているが、これを見直す必要があるか。

患者申出療養（仮称）の枠組みについて（案）

1　患者の申出から医療の実施までの流れについて

（1）患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合

① 患者からの申出

○　患者は、かかりつけ医等の協力も得ながら（※）、臨床研究中核病院又は患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院に申出を行う。特定機能病院が申出を受けた場合、当該特定機能病院は臨床研究中核病院に共同研究の実施を提案するものとする。

（※）患者は、患者申出療養（仮称）としての医療を受けることについてかかりつけ医等と相談を行うことができる。かかりつけ医等は、患者からの相談に応じ、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出するための支援を行う。

○　臨床研究中核病院及び患者申出療養（仮称）を実施しようとする特定機能病院は上述の窓口機能として、患者の申出に対応するための専門部署を設けるものとする。

○　臨床研究中核病院又は患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院が患者からの申出に対応できない場合には、対応可能な医療機関に紹介する。

② 臨床研究中核病院からの申請

○　臨床研究中核病院は、患者から申出を受け、患者申出療養（仮称）としての実施が可能であると判断した場合には、実施計画及び安全性・有効性等のエビデンス並びに患者からの申出であることを示す書類（※）を添付の上、国に申請する。

（※）臨床研究中核病院がエビデンスを用いて患者に対して十分説明し、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出しているものであることの確認を含む。

○　患者が、患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院に申出を行った場合は、臨床研究中核病院は当該特定機能病院を共同研究医療機関として申請することができる。

③ 国における安全性・有効性等の審査

○　国は、臨床研究中核病院からの申請を受けて、患者申出療養（仮称）に関する会議において安全性・有効性及び実施計画の妥当性を確認する。

○　国は、申請から原則６週間で当該医療の実施の可否を判断する。持ち回りによる審議を行う場合には、審議に参加した者の意見を明確に記録する等、会議の開催と同等の透明性を確保することとする。医学的判断が分かれる場合等、６週間で判断できない場合は、全体会議を開催して審議する。

○　保険収載を目指すことを前提としていることから、明らかに疾病又は負傷の治療とはいえないものを除き、一定の安全性・有効性が確認されたものについて、患者申出療養（仮称）の対象とする。

④　医療の実施

○　申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院で実施する。ただし、申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院以外の患者に身近な医療機関であっても協力医療機関（※）となることができ、その場合は、当該医療機関を協力医療機関として最初から申請することで、当該医療機関でも受診できるようにする。

（※）協力医療機関とは、臨床研究中核病院と連携して、患者申出療養（仮称）を実施する医療機関をいう。

○　対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は、国が速やかにホームページで公開する。

○　定期的（少なくとも１年に１回）のほか、必要に応じ、実績等について臨床研究中核病院から国への報告を求める。

（２）患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合

①　患者からの申出

○　患者は、かかりつけ医等の協力も得ながら（※）、臨床研究中核病院等のほか、患者に身近な医療機関（かかりつけ医等も含む）に申出を行う。

（※）患者は、患者申出療養（仮称）としての医療を受けることについてかかりつけ医等と相談を行うことができる。その際、かかりつけ医等は、患者からの相談に応じ、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出するための支援を行う。

○　患者に身近な医療機関が患者からの申出に対応できない場合には、対応可能な医療機関に紹介する。

②　患者に身近な医療機関からの申請

○　患者に身近な医療機関が申出を受けた場合には、患者からの申出であることを示す書類（※）を添付の上、当該医療を実施している臨床研究中核病院に申請を行う。

（※）患者に身近な医療機関がエビデンスを用いて患者に対して十分説明し、患者が有効性・安全性について理解・納得した上で申出しているものであることの確認を含む。

③　臨床研究中核病院における実施体制の審査

○　臨床研究中核病院は、医療の内容に応じて設定された実施可能な医療機関の考え方（※）を参考に、患者に身近な医療機関における実施体制を個別に審査する。

（※）例えば、合併症の発現可能性や、薬剤量調節の難易度などのリスクを踏まえて示すものとする。

○　臨床研究中核病院は、申請から原則２週間で当該医療の実施の可否を判断する。

○　臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出を行うこととする。

④　医療の実施

○　臨床研究中核病院の承認により、協力医療機関を随時追加する。厚生労働省は、臨床研究中核病院に対し、協力医療機関をできるだけ拡大するよう要請する。

○　実施計画対象外の患者からの申出は、臨床研究中核病院で安全性、倫理性等の検討を行った上で国に申請し、国は患者申出療養（仮称）に関する会議を開催して個別に判断する。

２　患者申出療養（仮称）の対象となる医療のイメージについて

（１）先進医療の実施計画（適格基準）対象外の患者に対する療養

高齢者、病期の進んだ患者、合併症を有する患者等

（２）先進医療として実施されていない療養

一部の国内未承認・海外承認医薬品等の使用、実施計画が作成されていない技術等

（３）現在行われている治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用

治験の枠組み内での柔軟な運用（日本版コンパッショネートユース）では対応できない患者

３　具体的な運用として、引き続き検討を要するものについて

（１）患者申出療養（仮称）におけるインフォームド・コンセントの内容・手続等

（２）臨床研究中核病院及び特定機能病院の申出や相談の応需体制等

（３）実施可能な医療機関の考え方

（４）患者申出療養（仮称）に関する会議の具体的な進め方等

（５）薬害、副作用等発生時の対処方法等

（６）実施計画対象外の患者からの申出に係る国の審査の在り方

（７）報告、情報公開の在り方

４　今後のスケジュール

○　11 月５日　中医協総会
患者申出療養（仮称）における制度の枠組みについて議論

○　11 月７日　社会保障審議会医療保険部会
患者申出療養（仮称）における制度の枠組みについて議論

○　その後、次期通常国会に関連法案を提出。制度の具体的な運用については、引き続き中医協において検討を行う。

以上

患者申出療養（仮称）

〈患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合〉

かかりつけ医等と相談

患者からの申出

● 臨床研究中核病院又は患者申出療養（仮称）についての窓口機能を有する特定機能病院に申出

●かかりつけ医等と適宜連携
●最初から協力医療機関としての申請も可能

窓口機能を有する特定機能病院

↓ 共同研究の実施を提案

臨床研究中核病院

※患者相談の窓口機能を有する

原則６週間

患者申出療養（仮称）の申請

● 実施計画、及び安全性・有効性等のエビデンス並びに患者申出起点を示す書類を添付して申請
● 臨床研究中核病院は、特定機能病院やそれ以外の身近な医療機関を、協力医療機関として申請が可能

患者申出療養（仮称）に関する会議による審議

● 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
● 持ち回りによる審議を行う場合は、意見を明確に記録するなど透明性を確保
● 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養（仮称）の実施

● 申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養（仮称）が開始

○ 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する。
○ 定期的（少なくとも1年に1回）のほか、必要に応じ、実績等について臨床研究中核病院から国への報告を求める。

〈患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合（共同研究の申請）〉

かかりつけ医等と相談

患者からの申出

● 身近な医療機関に申出

身近な医療機関

（かかりつけ医等も含む）

● 患者の申出を受け、前例を取り扱った臨床研究中核病院に申請

原則２週間

患者申出療養（仮称）の申請

前例を取り扱った臨床研究中核病院

● 医療の内容に応じて、実施可能な医療機関の考え方を国で示す
（例えば合併症の発現可能性や薬剤量調節の難度などの、リスクを踏まえて示す）
● 臨床研究中核病院はその考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査

身近な医療機関で患者申出療養（仮称）の実施

● 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

○ 実施計画対象外の患者からの申出は、臨床研究中核病院で安全性、倫理性等の検討を行った上で国に申請し、国は患者申出療養（仮称）に関する会議を開催して個別に判断する。

患者申出療養（仮称）の対象となる医療のイメージ

現在評価療養の対象となっている医療

治験の枠組みで新たに評価療養の対象とする医療

患者申出療養（仮称）が新たに対象とする医療

対象外

先進医療・治験の対象にならず、安全性・有効性も確認されない医療

対象を拡大

○先進医療の対象にならないが、一定の安全性・有効性が確認された医療

① 先進医療の実施計画（適格基準）対象外の患者に対する療養
（高齢者や、病期の進んだ患者、合併症を有する患者等）

② 先進医療として実施されていない療養
（一部の国内未承認・海外承認医薬品等の使用や、実施計画作成が進まなかった技術等）

現在も対象

先進医療Ａ

○　先進医療会議が審査した実施計画の対象の患者に対する医療
※国の基準に適合した医療機関が届出（認められた療養は告示に規定）

先進医療Ｂ

○　先進医療会議が審査した実施計画の対象の患者に対する医療
※国が個別に認めた医療機関が届出（認められた療養は告示に規定）

治験等

薬事法承認後保険収載前

保険収載

※医薬品・医療機器に係るプロセス

現在も対象

第Ⅰ相（健康な人を対象に実施）

第Ⅱ相

第Ⅲ相

薬事申請

長期継続投与治験（治験を中止することにより不利益を生じる場合等）

薬事承認

治験

対象を拡大

○現行の治験の対象とならないもの

治験の枠組み内での柔軟な運用による対応（日本版コンパッショネートユース）

第81回から第84回までの検討項目

	検　討　項　目
第81回 （10月６日）	○高齢者医療・被用者保険について ・協会けんぽの財政状況（現状） ・健保組合の財政状況（現状） ・高齢者医療制度の現状と被用者保険者の課題 ・後期高齢者支援金の全面総報酬割 ・被用者保険者の個々の自助努力では解決が難しい課題への対応 ・短時間労働者の適用拡大に係る課題 ・協会けんぽの財政対策 ○現金給付等の見直しについて（海外療養費・傷病手当金・出産手当金） ・海外療養費 ・傷病手当金・出産手当金
第82回 （10月15日）	○療養の範囲の適正化・負担の公平の確保 ・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方 ・入院時食事療養費・生活療養費 ・後期高齢者の保険料軽減特例 ・高齢者の自己負担 ・標準報酬月額の上限引上げ ・国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額 ・健康保険・船員保険の保険料率の上下限引上げ ○医療費適正化 ・医療費適正化計画 ・個人・保険者に対するインセンティブ ①個人に対する健康・予防インセンティブの付与 ②後期高齢者支援金の加算・減算制度 ・保険者による医療費適正化の取組
第83回 （10月29日）	○国民健康保険について （１）市町村国保について ・国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策 ・国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方 ①財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み ②分賦金の勘案要素 ③資格管理 ④保険給付、保健事業 （２）国民健康保険組合について
第84回 （11月7日）	○特定健康保険組合について ○任意継続被保険者制度について ○後期高齢者の保健事業等について ○患者申出療養（仮称）について

全国健康保険協会（協会けんぽ）の収支見通しについて

～協会けんぽの財政に関する財務省試算
（財政制度等審議会財政制度分科会（平成26年10月8日）資料）について～

平成26年11月７日

全国健康保険協会
協会けんぽ

協会けんぽの賃金上昇率について

- 協会けんぽの賃金上昇率の実績は、低成長ケースの2分の1に相当する平成21年財政検証における経済低位の賃金上昇率の2分の1を下回る水準で推移している。

（注） 1．低成長ケースは、内閣府の「中長期の経済財政に関する試算（平成26年1月20日）」の参考ケースに準拠する経済前提であり、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し（平成26年財政検証結果）」（平成26年6月）における低成長（ケースF～ケースH）にも用いられているものである。
2．協会けんぽは、標準報酬月額（3月から2月の平均）の伸びであり、25年度以前は実績、26～27年度は見込みである。

協会けんぽの財政収支の将来見通し（現状維持；協会けんぽ試算）

- 現在の財政特例措置を前提に、現在の平均保険料率10%を据え置いた場合、賃金上昇率を0%で一定と仮定すると、28年度には単年度収支が再び赤字に転落し、29年度には準備金残高が法定準備金を下回る見通し。また、賃金上昇率を低成長ケースの2分の1と仮定した場合も、28年度以降は赤字に転落する見通し。

賃金上昇率０％で一定の場合（国庫補助率16.4%、１／３総報酬割。平成26年７月試算）

賃金上昇率を低成長ケースの２分の１にした場合（国庫補助率16.4%、１／３総報酬割。平成26年７月試算）

財務省試算

財政制度等審議会財政制度分科会（平成26年10月8日）資料より抜粋

協会けんぽの財政状況とリーマンショック後の危機対応③（財務省試算）

○ 財務省において、協会けんぽの試算を土台に、以下のように前提を見直し、粗い推計を実施すると、数年後には準備金残高が法定準備金の2倍となる結果が得られた。

前提事項	財務省試算	（参考）協会けんぽ試算
保険料率	10%据置き	同左
賃金上昇率	27年度～30年度 ⇒低成長ケース×1	27年度　＋0.1% 28年度～30年度　低成長ケース×0.5
改革要因	医療保険制度改革（後期高齢者支援金の全面総報酬割、標準報酬月額の見直し）の影響を一定の前提で反映	医療保険制度の影響を織り込まず
国庫補助率	リーマンショック前の水準へ段階的引下げ （27年度：15.3%、28年度：14.2%、29年度以降：13%）	16.4%で据置き

○ 以上を踏まえると、協会けんぽに対する国庫補助率について、リーマンショック後の財政特例措置を開始する前の水準（13%）に段階的に戻すことを早急に開始する必要があるのではないか。

財務省試算の前提に準じた、協会けんぽ試算

- 財務省試算に準じ、国庫補助率を13%へ段階的引下げ（27年度：15.3%、28年度：14.2%、29年度以降：13%）、更に27年度から後期高齢者支援金の全額総報酬割を導入し、現在の平均保険料率10%を据え置いた場合、賃金上昇率を0%で一定と仮定すると、30年度には▲7,700億円の累積赤字となり、また、賃金上昇率を低成長ケースの2分の1と仮定した場合も、30年度には▲2,100億円の累積赤字となる見通し。

賃金上昇率０％で一定の場合（国庫補助率を段階的に13%、27年度から全額総報酬割。）

賃金上昇率を低成長ケースの２分の１にした場合（国庫補助率を段階的に13%、27年度から全額総報酬割。 ）

財務省試算の問題点

①　中小・小規模企業の実態に合わない経済前提

- 協会けんぽの賃金上昇率の実績は、中小・小規模企業が適用事業所の大半を占めていること等により、「低成長ケースの２分の１」相当を下回る水準で推移している。
- しかし、財務省試算ではさらに高い「低成長ケースの賃金上昇率」そのものを前提としており、中小・小規模企業の実態とあまりにかい離している。

②　国庫補助率１３％は財政力格差を助長

- 近年の協会けんぽの財政の改善は、保険料率の大幅な引上げによるものであるが、財政の赤字構造は依然として解消しておらず、他の被用者保険との財政力の格差を解消するために国庫補助率20%を求めているところ。
- これに逆行した国庫補助率の引下げはありえないのではないか。

③　「リーマンショック前に戻す」は「バブル経済に戻す」と同義

- 協会けんぽに対する国庫補助率の原則は健保法本則上「16.4%から20%の範囲で政令で定める率」であり、財務省が主張する国庫補助率13%はバブル経済時代の平成4年に特例として例外的に設定されたもの。
- 政管健保・協会けんぽは、13%の国庫補助率の下で2回累積赤字に転落している。また、平成15年度の総報酬制導入以降、健保組合等との財政力の格差が顕在化し、保険料率格差を解消できていない。

④　国庫補助引下げは中小・小規模企業への負担の転嫁

- 協会けんぽの準備金が増加してきた主な要因は、累積赤字を解消するための保険料率の大幅な引上げによるものであり、収入の低い中小・小規模企業の事業主、そこで働く従業員に負担の限界（保険料率10%）まで保険料を支払っていただいた努力のたまもの。
- 準備金残高を根拠に国庫補助率を引き下げることは、事業主・加入者のこれまでの努力を国庫が召し上げ、中小・小規模企業の事業主・加入者にさらなる負担を転嫁することに等しいのではないか。

⑤　国会の附帯決議の無視

- 平成25年の健康保険法等の一部を改正する法律案の附帯決議において、政府は、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則（16.4%～20%）を踏まえて検討し、必要な措置を講ずることとされ、厚生労働大臣もその趣旨を十分尊重する所存である旨発言している。
- 今回の財務省の提案は、この附帯決議を無視するもの。

（参考）協会けんぽの国庫補助率に関する附帯決議等

協会けんぽの国庫補助率についての附帯決議

（平成25年5月23日参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。

右決議する。

協会けんぽの国庫補助率についての検討規定

（健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年5月24日成立））

附　則

（検討）

第二条

政府は、第一条の規定による改正後の健康保険法附則第五条及び第五条の三（国庫補助率に係る部分に限る。）の規定について、全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十六年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。