

## 特定健康保険組合制度に関する調査研究（概要）

### I 特定健康保険組合制度の概要

わが国の社会保障制度は、昭和 50 年ごろまで続いた高度経済成長を背景に、主として国庫財源による給付改善がおこなわれた。なかでも、昭和 48 年には、健康保険の被扶養者への給付率 7 割への引き上げ、老人医療費の自己負担無料化が実施された。

しかし、この年に起きたオイルショックを契機に、わが国の経済は安定成長期に移行し、国庫に依存する形で拡充されてきた社会保障制度は大幅な政策転換を迫られることとなった。なかでも医療制度関連分野においては、上述の老人医療費の無料化を実施したこと等により、老人医療費への公費負担が急増していた。

医療制度関連の見直しとしては、まず公費負担による老人医療費の無料化を廃止し、医療保険各制度からの拠出金を主な財源とする老人保健制度が創設（昭和 58 年）された。また翌昭和 59 年には、被用者保険から国民健康保険への財源移転である退職者医療制度が創設された。この退職者医療制度における一方的な財源移転に対抗し、健康保険組合の設立目的の一つでもある自主運営の道を、被用者保険 O B に対しても開くために打ち出されたものが「特定健康保険組合制度」である。

健康保険組合は、特定健康保険組合として厚生労働大臣の認可を受けた場合は、当該健康保険組合の組合員である被保険者だった者（特例退職被保険者という）を対象として退職者医療給付を実施することができる。また、健康保険組合は、上述退職者医療制度に対してその財源となる「退職者給付拠出金」を納めることとなっているが、特定健康保険組合は、当該健康保険組合の特例退職被保険者およびその被扶養者（以下本文中、特例退職被保険者等とする）に対する医療給付を行い、特例退職被保険者からは保険料の徴収を行うこととなるので、その範囲で退職者給付拠出金の額が調整されることになる。

※特定健康保険組合の「対象者」、「給付」、「保険料」等については下表を参照

対象者	当該健康保険組合における組合員期間が 20 年以上、または 40 歳以降の組合員期間が 10 年以上である者及びその被扶養者 ※原則として退職被保険者の被保険者要件に準ずる ※特例退職被保険者の過去の経歴、居住地域、その他健康保険組合の事務処理上の特例退職被保険者となることができるものに範囲を制限することはできない (以下特例退職被保険者及びその被扶養者とする)
給付	・ 3 歳以上～70 歳未満 7 割      ・ 70 歳以上 9 割 ・ 3 歳未満 8 割                      ・ 70 歳以上現役並み所得者 7 割 ※特定健康保険組合の実状に応じて、特例退職被保険者以外の被保険者及び被扶養者に準じた付加給付、一部負担金の還元を受けることができる。ただし、傷病手当金は支給されない
保健事業	特例退職被保険者以外の被保険者及びその被扶養者に対するのと同程度、またはこれを超える水準とする
保険料	一般被保険者の平均標準報酬月額に平均標準賞与額の 1/2 を合算した額の 2/1 の範囲内で、規約で定める額とし、当該額に当該組合の保険料率を乗じた額とする

## Ⅱ 新たな高齢者医療制度と特定健康保険組合

平成 20 年 4 月より、原則 75 歳以上の後期高齢者を対象とした一般医療制度とは独立した後期高齢者医療制度が創設されるが、同時に前期高齢者の制度間の遍在による医療給付費負担の不均衡を調整することを目的とした前期高齢者医療制度が創設されることとなる。

新たな高齢者医療制度が特定健康保険組合へ及ぼす主な影響は以下の通りである。

### ①退職者給付拠出金

現行制度では、特例退職被保険者等に係る医療給付費および老人医療費拠出金額分は特定健康保険組合が拠出する退職者給付拠出金の額を上限としてこれから控除される。

新制度では、現行制度と同様に、退職者医療制度が存続している間は特例退職被保険者等を健康保険組合として抱えることによる退職者医療制度への「二重払い」は生じない。

ただし、退職者医療制度が完全に廃止された後に退職被保険者等にかかる医療給付費負担は一切発生しないが、これに対して、特定健康保険組合では、当該健康保険組合に加入している特例退職被保険者等の医療給付費等を負担し続けることになる。

### ②前期高齢者調整金

前期高齢者医療制度では、各医療保険者における前期高齢者加入率が全国平均を上回る場合には前期高齢者交付金が交付され、全国平均を下回る場合には納付金を拠出することになる。つまり、現行の老人保健制度と同様に全国平均の加入率とした場合の前期高齢者の医療給付費等を負担するしくみとなる。ただし、高齢者の医療給付の実施主体は老人保健制度では市町村であったが、新制度では、それぞれの医療保険者となる。

特例退職被保険者等として 65～74 歳の前期高齢者が特定健康保険組合に加入し続ければ、特定健康保険組合は前期高齢者の加入率が高くなり、高くなった分だけ納付金の負担が減ることになる。ただし、一方で前期高齢者を多く抱えることによって、当該健康保険組合の前期高齢者にかかる法定給付費は増加することとなる。

### ③後期高齢者支援金

後期高齢者にかかる支援金については、全年齢（0～74 歳）の加入者に応じて負担することとなっている。このため、特定健康保険組合は、特例退職被保険者等を抱えることにより通常の場合よりも加入者が多いので、後期高齢者支援金の額も必然的に増加することになる。なお、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金は、前期高齢者調整金のしくみのなかで、前期高齢者の医療給付費に加算され調整される。

### ④保険料収入

特定健康保険組合は一般健康保険組合と異なり、特例退職被保険者分の保険料収入がある。ただし、65 歳未満の特例退職被保険者分の保険料収入については、退職者給付拠出金において、特例退職被保険者等の医療給付分は退職者給付拠出金か

ら控除される一方で、拠出金額に加算されることとなっている。また、医療給付分の控除に関しては、特例退職被保険者等の実績額が用いられるのに対し、保険料相当額に関しては、特例退職被保険者の居住する市町村の退職被保険者等に係る保険料実績額の平均が用いられるため、各特定健康保険組合の保険料設定如何によっては、実績とかなりの乖離が出てしまう場合がある。

また、本報告書本編においては新制度における新たな負担金である後期高齢者支援金、病床転換支援金、前期高齢者交付金・納付金等の健康保険組合の負担についての影響をシミュレーションしているが、これは健康保険組合の財政に影響を与える一部の要因のみに着目したものであることに留意する必要がある。

### Ⅲ 特定健康保険組合制度に対する運営者の視点[運営現場からの報告]

全特定健康保険組合を対象に、「特定健保制度のあり方に関するアンケート」を実施するとともに、東京・大阪で、3回にわたる意見交換会を開催し、運営現場の意見を集約した。

アンケートでは「特定健康保険組合制度の存続・廃止」について検討したところ、ある特定健康保険組合が44%あり、そのうち80%が結論を出せないでいる状況を示している。また、意見交換会における特定健康保険組合制度への積極的評価においては「医療費適正化」「高齢時の健康維持」については、7割の健康保険組合が支持している。

### Ⅳ 新制度における特定健康保険組合の意義

今回の医療制度改革（主に平成18～20年施行関係）では、特定健康保険組合制度については新制度の枠組みのなかで、退職者医療制度が廃止された後の扱いを含め、その位置づけ等、法的に明確にされていないといった大きな問題が残されている。特定健康保険組合制度は、退職者医療制度の対象となる健康保険組合OBを、老人保健制度（新制度にあつては後期高齢者医療制度）の医療給付を受けるまでの間、健康保険組合に継続加入する制度であり、被用者保険の医療給付および保健事業等を現役時代から、75歳に達するまで一貫して行う点で大きな特徴をもつ。その意味で、特定健康保険組合の問題は、医療費適正化に向けての疾病予防事業を「保険者への特定健診・保健指導の義務化」といった形で制度化し、また、保険者機能の強化策の一環として政府管掌健康保険の運営を都道府県単位に再編していく改革の流れの中で改めて議論の方向性が整理される必要があり、その制度のあり方は、全医療保険者に共通の課題である保険者のマネジメント能力をどこに求めるかといった問題、さらにいえば根幹は医療保険制度の体系問題に関わってくる。

検証すべき新制度の全体像が不確定な現在、詳細な言及は後の研究事業に譲らざるを得ないが、少なくとも、年金制度、介護保険制度とともに、社会保障制度の一

体改革の一翼に位置づけられた今回の医療制度改革が何を指すものであるかを十分に考察し、この分析の中で特定健康保険組合のあり方なり、制度的な意義は検討されるべきであろう。

なお、本報告書本編においては、様々な分野からの視点に基づき、特定健康保険組合制度との関連を考察し、その結果を整理しているので参考にしていきたい。

## V 今後の特定健康保険組合制度のあり方および方向性について

特定健康保険組合制度(の意義)は第一義的には「現役時代からの一貫した健康づくり」により被保険者等の生活の質向上に寄与することにある。生活の質や健康の質をどのように把握するかという意味で厳密なエビデンスはないが、その効果は、他制度との医療費データ比較(報告書本編参照)からも推察されている。また、特例退職被保険者が間接的ではあるが、在籍した企業との接点を保つことによって、「メンタル面での健康向上」に対しても重要な役割を果たしているとの指摘もある。

前述したように、被保険者等(加入者)のエージェント(代理人)として「現役時代からの一貫した健康づくり」に対するマネジメントを遂行することは、特定健康保険組合の保険者としての本来の役目であり、さらに特定健康保険組合において特例退職被保険者等のレセプト分析に基づく医療費データを活用することによって、保険者機能を従来以上に強化することが医療政策上も求められている。保健事業実施の戦略的な蓄積や退職被保険者等を含めての継続的な医療費適正化への取組みが、特定健康保険組合の重要性を一層高めることになるはずである。

ただ、特定健康保険組合制度を存続させるために問題がないわけではない。特定健康保険組合を医療保険制度のなかにどのように位置づけるかといった法的な体系の整備ができていないこと、制度を運営して行く上での財政的なインセンティブが弱いことなどが指摘されている。具体的には、前期高齢者の医療給付費負担、前期高齢者に関する財政調整と特例退職者自身の保険料との関係である。この間の調整結果が特定健康保険組合制度にとって大幅な負担増になるようでは制度の存続は困難である。しかし、逆に大きな余剰が出るというのでは国民健康保険はもとより他の被用者保険グループからの理解も得られない。したがって、収支が概ね中立的であり、現役世代も含めた医療給付費の抑制努力が反映されるしくみ、言い替えれば、「現役時代からの一貫した健康づくり」の成果がエビデンスに基づいて評価され、その果実が特定健康保険組合に確実に還元できる制度とすることが求められている。いわゆる団塊の世代が高齢域に達し、「急速な高齢化」という荒波が向う20年間は続くなかで、別建ての後期高齢者医療制度の創設はやむをえない選択といえる。しかし、医療費の管理・抑制、これに疾病予防という施策が加わってくると、年齢区分は、その区分の仕方によって医療保険制度の運営にも大きな影響を及ぼす。レセプトの電子情報化が進み、家族を含めての健診・保健指導データの管理が要求されようとしている現在、「退職後から74歳まで」をカバーする特定健康保険組合制度

の機能は改めて検証されなくてはなるまい。政府が進めようとしている「保険者機能の強化」と「特定健康保険組合制度」は、それほど近い立場にあるのである。