



知っておきたい！ 健保のコト

VOL.42

マイナ保険証の普及に向けて

マイナンバーカードを健康保険証（マイナ保険証）として利用するオンライン資格確認システムは2021年10月から本格運用されていますが、運用を開始している医療機関・薬局は全体の約26%（22年7月末時点）です。政府はマイナ保険証の利用環境を整えるため、23年4月から医療機関・薬局にオンライン資格確認システム導入の原則義務化を決定しました。

4月には、マイナ保険証を利用できる医療機関・薬局の拡大を図るため診療報酬の改定を行いました。その影響でマイナ保険証利用時の初診や再診の窓口負担が引き上げに。これに対し、デジタル化で業務の効率化が図られるのに患者負担が重くなることへの疑問やマイナンバーカードの普及・活用を目指す政府方針に逆行するのではという指摘がありました。これを受け政府は、10月から診療報酬の取り扱いの見直しを決定しました。

具体的には医療機関・薬局において、患者がマイナ保険証を提示し、マイナ保険証を活用したシステムで自身の薬剤情報・健診情報の活用に同意した場合の初診時の窓口負担を引き下げました（再診の追加負担は廃止）。

健保連は、患者負担の見直しについては、国民・患者の意見をよく聞き、さらに安全でより良い医療が受けられる環境整備が図られるよう、課題があれば速やかに対応を検討することが必要だと考えています。多くの国民・患者が恩恵を実感できるためにも、来年3月までに対象医療機関・薬局全てがシステムを実装・運用開始することが必須です。

★ Special Issue

自身や家族の健康のために がん検診で早期発見・早期治療を

「コロナ禍でも、がんは待ってられません。」

これは日本対がん協会主催の本年度「がん征圧月間」のポスターのコピーです。同協会は毎年9月をがん征圧月間として、がん検診の普及と活動を行っています。同様に10月は国が主体の「がん検診受診率50%達成に向けた集中キャンペーン月間」や同趣旨の「がん対策推進企業アクション」があります。

わが国のがん検診は、諸外国に比べ受診率が低く、特に女性では検診項目にも異なりますが30〜40%台で、政府の第3期がん対策推進基本計画の目標値である検診受診率50%以上とは大きな開きがあります。そのため、「経済政策の方向性に関する中間整理案」（2018年）

の主要項目にがんの早期発見の推進を掲げ、検診受診率の向上に向けた取り組みの検討を挙げています。

がんは年齢や性別により発症リスクが異なりますが、日本人が一生のうちにがんと診断さ

れる確率は男性65・0%、女性50・2%で約2

人に1人、がんで死亡する確率は男性26・7%（約4人に1人）、女性17・9%（約6人に1人）。がんは既に日常的な病気といえるでしょう。

世論調査（16年）でがん検診未受診の理由を聞くと、「受ける時間がないから」「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」「心配なきはいつでも医療機関を受診できるから」が上位を占めました。が、改めてみると検診を避けるための言い訳のようにもみえます。昭和の頃は、がんは助からない病気と恐れられていましたが、医療技術の進歩により今では早期発見・早期治療で完治できる場合が多く、多くのがんで5年生存率も伸びています。

コロナ禍の中であっても、医療機関や健診機関では、予約制や人数調整などによる「密」の回避、検温や消毒なども徹底され、感染防止対策をしっかりと行っています。是非、ご自身やご家族の健康のためにもがん検診を受けましょう。

すこやか特集

健保法制定100周年を迎えて

医療保険制度の変遷と今後の課題

今年健康保険法（1922年4月22日公布）が制定されて100周年という節目の年に当たります。

特に61年の国民皆保険の実現以降、

社会情勢などの変化や少子高齢化の進展などにより、時代の要請に応じて幾多の改正が行われました。

増大する高齢者医療費に対応するため、新たな法律の制定や制度の創設も行われました。

一方、2年以上も続く今回のコロナ禍を通じて明らかになった課題も多く、その解決に向けた対応も含めて、健康保険組合の果たす役割もさらに重要性が増しています。この節目の年に改めて医療保険制度の大きな改正の流れを再確認するとともに、当面の課題などについて解説します。

国民皆保険実現以降の 主要な改正

国民皆保険の実現以降、高齢者の経済的な負担を軽減するため、一部の市町村では独自に老人医療費の無料化が行われていたが、1969年に東京都が在住の70歳以上の高齢者の窓口負担を無料にしたことで、全国的な広がりとなりました。政府も73年に老人福祉法の一部を改正し、原則70歳以上の自己負担を公費負担とすることで、老人医療費の無料化が実現しました。

結果として老人医療費の無料化は、社会的入院の増加、病院のサロン化などを招き、その医療費は80年には73年以前の4倍以上

に膨れ上がり、高齢者が多く加入している国民健康保険（以下、国保）の財政悪化の原因となりました。

この問題を解決するため、83年に創設されたのが老人保健制度です。同制度の主な内容は、①今まで窓口負担が無料だった老人にも一部負担を求めること、②窓口負担を除く老人医療費を国・地方公共団体の公費、各医療保険者の拠出金により賄うこと、③疾病予防や健康づくりを含む老人保健医療対策を推進すること――の3つです。後に老人医療費への負担割合等が変更され、健保組合に重い負担が課せられ、これが組合運営の大きな支障となつていきます。

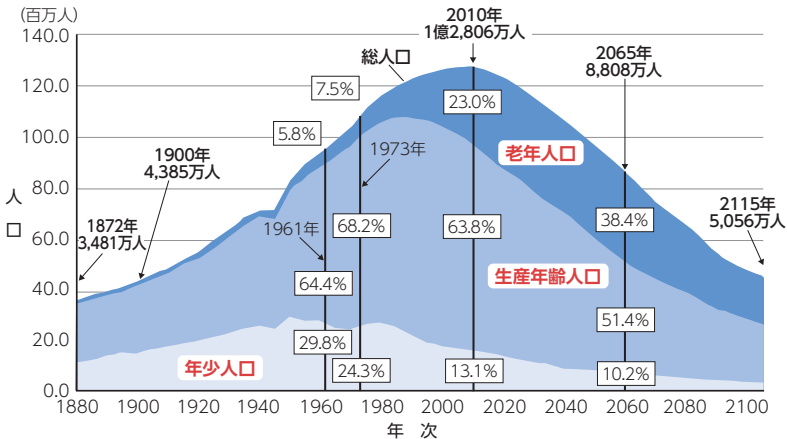
84年には被用者保険本人の定率1割負担の導入と退職者医療制度の創設が行われま



▲健保法制定100周年を記念したイメージポスター



〈日本の人口の推移（年齢3区分）1872～2115年〉



出典：「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計（2017年推計）」

背景にわが国の 人口構成の変化が影響

し——が行われました。②については、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度の創設と前期高齢者（65～74歳）の医療費の保険者間の不均衡を調整する仕組みの創設です。

これらの制度改正の背景にあるのが、わが国の人口構成の急激な変化です。戦後、国民皆保険の実現、健康状態や食生活の改善等もあり、平均寿命は飛躍的に伸び、現在は男女とも世界トップクラスです。その一方で深刻なのは出生数の減少です。団塊の世代（1947～49年生まれ）や団塊ジュニア世代（71～74年生まれ）の時には出生数が一時的に増えましたが、その後は減少に転じ、その結果わが国の人口も2010年の1億2806万人を頂点に減り続けています（図参照）。

出生数の減少は、高齢者を支える現役世代の減少を招き、同世代の保険料の過重な負担につながっています。政府も不妊治療の保険適用の拡大等少子化に着目した対策を打ち出していますが、残念ながら目に見える

限られた時間に向けて 今必要なこと

効果が出ていないのが現状です。引き続き少子化対策は必要ですが、医療保険制度を維持するための対策は待たなしの状況です。

わが国は団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年問題」が迫り、高齢化の進展と現役世代の減少という歴史的な難局に直面しています。一方、今回のコロナ禍で、従来の医療提供体制の基盤があまりにも脆弱であることも目の当たりにしました。当たり前だと思われていた「安全・安心で必要な時に必要な医療にアクセス」することができなかつたからです。また、患者のニーズや利便性を高めるための医療情報のデジタル化が大変遅れていることも浮き彫りになりました。

今回の教訓も踏まえ、健保組合・健保連は、まず国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進とかかりつけ医制度の構築が必要だと考えています。また、医療費の適正化およびサービスの効率化、質の向上のために医療DXも推し進めなければなりません。これらの施策は、政府の「骨太の方針2022（6月閣議決定）」に盛り込まれ、ようやく実現に向けて緒に就いたばかりです。

健保法制定100周年を迎え、次の100年に制度をつなげるためには、限られた財源を有効に用いるために医療の重点化・効率化を図ることや、現役世代に過度に依存する現行の制度を見直し、全世代で公平に支えあう制度への転換が喫緊の課題です。健保組合・健保連はこれらの課題に取り組んでいくとともに、加入者への健康教育・広報によるヘルスリテラシー向上等に努め、健康寿命の延伸を目指していきます。



▲「人生100年時代」に向け、健保組合はこれからの100年も皆様の健康と安心を守る存在であり続ける—という思いを込めて作成した健保法制定100周年のロゴマーク



「いつも心は寄り添って」
NPO法人パオッ
「離れて暮らす親のケアを考える会」
理事長 太田差恵子

vol. 127

離れて暮らす親のケア

特養の負担額が 想定より高い！

親が身の回りのことを自分でできなくなると、施設入居について考え始める人が多いと思います。要介護3以上だと、特別養護老人ホーム(特養)も選択肢となります。

Tさん(男性50代)の母親は要介護4で、実家で独居。1人でトイレに行けなくなり、最近、本人から「特養に入ろうと思う」と言い始めたそうです。

特養などの介護保険施設に入るとき、住民税非課税世帯だと、食費と居住費が軽減されます。Tさんの母親の場合、年収は80万円以下なので、通常1日1445円の食費は390円に、通常1日2006円の居住費は820円(ユニット型個室)となり、合わせると月7万円近く減額されるはずでした。

ところが、役所に相談に行くと、年金額が少なくても、一定額以上の資産があると減額されないことが判明。母親の口座には父親の残した800万円ほどが入っています。残高が650万円より少なくなるまでは、軽減されず通常の支払いになるとのことでした。

実は、Tさんは、「同居できないから、せめて」との気持ちで、母親にかかる介護費用を負担してきました。「母親のお金で払ってれば、今頃、母の通帳残高は650万円以下になっていたはず。要らないことをした」とうなだれます。

特養の負担軽減は、在宅で暮らす高齢者との公平性、増大する社会保障費の観点などにより縮小の方向に進んでいます。資産要件がさらに厳しくなることもあるでしょう。思わぬ影響を避けるためにも、普段から、本人のために使う費用は本人のお金で賄う方が良いと思います。

ほっとひと息、 こころにビタミン

精神科医 大野裕

vol. 55

オンラインの長所、短所

コロナ禍が始まった頃のことです。オンラインで米国の医師と話したとき、こんなことができるようになったのだと、お互いに興奮したのを思い出します。それまでは毎年のように行き来していたのですが、コロナ禍でそれができなくなってお互いに寂しい思いをしていました。

それが、オンラインを使うとその場にいるかのように話ができることに驚き、喜びました。ピンチはチャンスといわれますが、コロナ禍というピンチに直面したときにオンラインという新しいコミュニケーションが発達したことに、私たち人間が持つ力を感じたものです。

しかし、その一方で、オンラインの不自由さを感じる場面も出てきました。オンラインは若干の遅れがあるために時間的余裕を持って反応する必要があります。それ以上に問題だと私が感じているのが、オンラインの空気感の無さです。そのために、言葉がそのままの勢いで相手にぶつかってしまうことが少なくありません。

対面の交流では、言葉以外に、その場の雰囲気やお互いの態度など、目に見えない情報がたくさんあつてこころの緩衝材の役割を果たしています。これはメールやSNSでも同じで、特に怒りや不満などのネガティブな

Vol.67

COML 患者の悩み相談室

私の相談

治療の手立てがない？！ セカンドオピニオンを求めたい

私(48歳・男性)は2年前に職場の検診で便潜血が指摘され、大きな病院で大腸内視鏡検査を受けました。その結果、大腸がんと診断されて手術を受けたのですが、その直後に肺に転移していることが分かり、ステージIVの状態だと言われました。

その後、抗がん剤治療を受けてきたのですが、どの抗がん剤も効果がなく、先日、担当医から「これ以上治療方法はない」と言われてしまったのです。

私には高校2年生と中学1年生の息子がいて、まだ死ぬわけにはいきません。何とか治療を受けて可能な限り働き、子どもたちが大学を卒業して社会人になるまではがんばりたいと思っています。そのためには、たとえ根治の可能性が低くても、治療方法を模索したいと思っています。

そこで、担当医に「自分なりに調べて、治療の手立てがなくなったがん患者に対応している医療機関があると知りました。セカンドオピニオンを求めたいので、紹介状を書いてもらえませんか」と希望したところ、「セカンドオピニオンは治療方法がある人が求めるもので、治療の手立てがない患者には無駄です」と言って書いてくれないのです。担当医がそのような判断をすると、セカンドオピニオンを求めることは許されないのでしょうか。



回答

回答者
山口育子(COML)

担当医が「ほかに治療の手立てはない」と判断しているからといって、「ほかの医師も同じ見解を確認したい」、「何か治療方法があるなら試したい」と思う患者の気持ちを阻止する権利はもちろんありません。むしろ、治療の手立てがないと言われたからこそ、別の医師の意見を求めたいと考えるのは、当然の心理だと思います。

相談者によると、セカンドオピニオンのための紹介状を書かないのはその担当医の見解とのことでした。そこで「別の医師の意見も聞いてみる権利を認めてもらいたい」と再度医師に伝え、それでもダメなら看護師に院内で紹介状を書いてくれるか、あるいはその担当医に書くように忠告してくれる医師はいないかなど相談してみてもどうかとお伝えしました。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML(コムル)

「賢い患者になりましょう」を合言葉に、患者中心の開かれた医療の実現を目指す市民グループ

詳しくはCOMLホームページへ ▶ <https://www.coml.gr.jp/>

電話医療相談 TEL 03-3830-0644

〈月・水・金 10:00～17:00 / 土 10:00～13:00〉ただし、月曜日が祝日の場合は翌火曜日に振り替え

Hello!

健康
マメ知識

特定健診・特定保健指導とは

特定健康診査(特定健診)・特定保健指導は2008年度から始まり、医療保険者(健保組合、国民健康保険等)にその実施と結果を国へ報告することが義務付けられています。

特定健診はメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目し、糖尿病など生活習慣病の発症予防が目的です。その検査項目は事業主健診や人間ドックなどの検査項目にも含まれており、該当項目のデータを入手することで、健保組合は特定健診を実施したことになります。

特定保健指導は特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善により予防効果が期待できる人に対して、保健師等が3カ月以上サポートする仕組みです。リスクの程度により動機付け支援と積極的支援があります。

上記の結果は、匿名化されたデータで国に報告されます。