

令和5年（行ウ）第81号、令和5年（行ウ）第162号、

令和5年（行ウ）第372号

オンライン資格確認義務不存在確認等請求事件

原告 須田昭夫ほか

被告 国（所管行政庁 厚生労働省）

準備書面（2）

2024（令和6）年2月16日

東京地方裁判所民事第51部2D係 御中

原告訴訟代理人

弁護士 喜田村 洋 一

同 二 関 辰 郎

同 牧 田 潤 一 朗

同 小 野 高 広

目 次

本準備書面の要旨.....	- 1 -
第1 オンライン資格確認に関する事項を委任する健康保険法の規定はないこと.....	- 2 -
1 健康保険法70条1項が包括的な委任規定ではないこと.....	- 2 -
2 「厚生労働省令で定めるところにより」という文言は委任の根拠にならない.....	- 2 -
第2 改正後療養担当規則が健康保険法の委任の範囲を逸脱すること.....	- 6 -
1 はじめに.....	- 6 -
(1) 重要な視点の欠落.....	- 6 -
(2) 2013年最判が前提とする事情に相当する事情が本件にも妥当すること.....	- 8 -
(3) 本件基準が妥当する.....	- 10 -
2 ①授権規定の文理.....	- 11 -
(1) 委任する授権の趣旨が明確に読み取れることはない.....	- 11 -
(2) 児童福祉法、生活保護法及び感染症予防法.....	- 11 -
(3) 高齢者医療確保法.....	- 12 -
(4) 改正前の健康保険法の条文及び覚醒剤取締法.....	- 13 -
3 ②授権規定が下位法令に委任した趣旨.....	- 14 -
(1) 健康保険法70条1項が規則に委任した趣旨.....	- 14 -
(2) 被告は委任の趣旨を履き違えている.....	- 15 -
(3) 被告の主張する専門性は立法府の不関与を正当化できるものではない.....	- 16 -
4 ③授権法の趣旨、目的及び仕組みとの整合性.....	- 17 -
(1) はじめに.....	- 17 -
(2) 原則義務化の議論について.....	- 18 -
(3) 法はオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法としていないこと.....	- 20 -
(4) 法の趣旨・目的に反する事態が現に生じていること.....	- 23 -
(5) 被告主張は場当たりの国会の議論を軽視している.....	- 24 -
(6) 資格確認ができないという重大なトラブルが多発していること.....	- 25 -
5 ④委任命令によって制限される権利ないし法益の性質等.....	- 29 -
(1) 本件の制約対象となっている権利の重要性.....	- 29 -
(2) オンライン資格確認の義務化が原告らの権利に重大な制約を課すこと.....	- 29 -
6 小括.....	- 32 -
第3 オンライン資格確認の義務化が原告の憲法上の権利を侵害すること.....	- 33 -
1 オンライン資格確認の義務化が原告らの権利に重大な制限を課すこと.....	- 33 -
2 個別指導の手続の公正性が担保されていないこと.....	- 33 -
第4 結語.....	- 34 -
別紙	- 35 -

本準備書面の要旨

本準備書面は、昨年11月30日付けの被告準備書面（2）（以下「被告準備書面（2）」という。）に対する反論である。

資格確認に関する健康保険法の委任はないという争点との関連で、被告は「定めるところにより」という委任の文言に特別の意味を見出そうとする。しかし、健康保険法における実際の用例に照らし、そのような解釈は認められない（後記第1）。

改正後療養担当規則が健康保険法の委任の範囲を逸脱するという争点との関連で、原告・被告とも4つの要素に着目した議論を行っているが、被告は、最高裁平成25（2013）年1月11日第二小法廷判決（民集67巻1号1頁。以下「2013年最判」という。）が指摘した重要な視点を欠いている。その重要な視点も踏まえながら、4つの要素についての原告の主張を述べる（後記第2、1）。委任規定の文理について、被告は、他の法律等を挙げた主張を行っているが、被告が挙げる法令等はいずれも本件訴訟で問題になっている委任規定とは状況が異なる。殊に、被告が挙げる高齢者医療確保法によれば、被告の主張とは逆に、資格確認が「療養の給付の担当」に含まれないことが明確になる（同2）。授權規定が下位法令に委任した趣旨について、被告は委任の趣旨を履き違えている。被告主張のように、授權規定が委任した際に求められる専門性と性質の異なる「専門性」を根拠として、同授權規定の委任の範囲に含まれているとすることはできない（同3）。授權法の趣旨・目的等としては、立法府は、オンライン資格確認（後述のとおり紙の保険証によるオンライン資格確認の仕組みもあるが、これを含まない。本書面では特に断らない限りマイナンバーカードに格納された情報によるオンライン資格確認を意味する。）の普及を目指してはいるものの、その手段としては保険医療機関等の任意の選択によることを前提としているのであって、義務化、とりわけ規則による義務化は立法府の考えに反する（同4）。

そして、オンライン資格確認の義務化は原告の憲法上の権利を侵害する（後記第3）。

第1 オンライン資格確認に関する事項を委任する健康保険法の規定はないこと

(被告準備書面(2)第3(6頁以下)に対する反論)

1 健康保険法70条1項が包括的な委任規定ではないこと

被告は、被告準備書面(2)においても、健康保険法70条1項の委任事項について、「診察や薬剤の支給といった療養のために提供される医療行為そのものの範囲(療担規則1条)のみならず、患者の受給資格の確認等、保険給付である療養の給付を担当するに当たって必要となる一連の行為や必要な体制の整備も当然に含まれる」と主張し、その理由として、「健康保険法70条1項は、『厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない』として、保険医療機関等が療養の給付を担当するにあたって遵守すべき責務を厚生労働省令に包括的に授権しており、その授権の範囲は療養の給付の細目に限定されていない」としている(被告準備書面(2)7頁～9頁)。

しかし、原告準備書面(1)1頁以下でも述べたとおり、一連の事項について実施することが必要になるからといって、医療行為以外の事項についても70条1項により包括的に委任がされていると解することはできない。このことは、原告準備書面(1)2頁～5頁で詳細に述べたとおり、健康保険法が、法70条1項以外にも、療養の給付に関して政令ないし省令へ委任する規定を複数置いていることから明らかである。

2 「厚生労働省令で定めるところにより」という文言は委任の根拠にならない

被告は、健康保険法70条1項において「厚生労働省令の定めるところにより」という文言が用いられていることを理由に、保険医療機関等が療養の給付を担当するにあたって遵守すべき責務を厚生労働省令に包括的に授権されていると主張する(被告準備書面(2)8頁～9頁)。

しかし、「厚生労働省令で定めるところにより」という文言は、法律上の授権規定において一般的に用いられるものにすぎず、この文言を理由に、健康保険法70条1項を包括的な授権規定と解釈することはできない。

文献においても、「行政立法のうち、国民の権利義務にかかわるものを法規命

令といいます。法規命令のうち、国民の権利を制限し、義務を課す内容を形作るようなものは、法律の委任がないと定めることはできません。普通、こうした法規命令は、『政令に定めるところにより』などとする法律の規定を受けて定められます」とされており（甲20）、健康保険法70条1項の「厚生労働省令で定めるところにより」という文言は、授權規定において一般的に用いられる文言とされている。

実際に、健康保険法は、同70条1項以外にも、「・・・で定めるところにより」という文言を用いた授權規定を多数置いている¹が、各規定における委任の範囲は、「定めるところにより」という文言によって決まるのではなく、この文言の後にどのような用語が使われているかによって定まる。たとえば、次のような例がある。

限定的な例

「定めるところにより」という表現の後ろに「額」や「数」のように、特定の意味しか持たない用語が用いられている場合がある。

そのような例として、健康保険法3条1項9号ロは、「厚生労働省令で定めるところにより、... 算定した額」と規定する。同様に同法65条4項2号は、「厚生労働大臣が定めるところにより算定した数」と規定する。

このような場合には、厚生労働省令や厚生労働大臣が定められるのは、それぞれ「額」や「数（の算定方法）」に限られる²。

¹ 本準備書面作成時点で e-Gov 法令検索の健康保険法において「定めるところにより」というワードを入力して検索をかけると、96 件の条文がヒットした（e-Gov は附則を抄録にする場合があるなど、条文の全文を掲載しているわけではない。）。

² 実際に、健康保険法3条1項9号ロを受けた健康保険法施行規則23条の5は「法第3条第1項第9号ロの額は、次に掲げるものとする」として「額」だけを規定し、同法65条4項2号を受けた「健康保険法第65条第4項第2号に規定する厚生労働大臣の定める病床の数の算定方法（平成10年7月厚生省告示第211号）」は、「数（の算定方法）」だけを規定している。

必要な事項に広げた事例

他方、「定められるところにより」という表現の後ろに、定める必要がある事項を広く委任命令で定められるよう、明示的に言及している場合がある。

そのような例として、健康保険法51条の2は、「厚生労働大臣は、協会に対し、厚生労働省令で定めるところにより、被保険者の資格に関する事項、標準報酬に関する事項その他協会の業務の実施に関して必要な情報の提供を行うものとする」と規定する（傍点は原告代理人）。この場合、厚生労働大臣は、「被保険者の資格に関する事項」、「標準報酬に関する事項」のほか、「その他協会の業務の実施に関して必要な情報」を定め、これを提供することができることになる。

さらに、同法197条1項は、「保険者... は、厚生労働省令で定めるところにより、被保険者を使用する事業主に、第48条に規定する事項以外の事項に関し報告をさせ、又は文書を提示させ、その他この法律の施行に必要な事務を行わせることができる」と規定する（傍点は原告代理人）。この場合、厚生労働省令は、保険者が、被保険者を使用する事業主に行わせることができる事務として、「48条に規定する事項」だけではなく、「その他この法律の施行に必要な事務」を定め、これを行わせることができることになる。

このように、「〇〇で定める〔ところにより〕」（「〇〇」には、政令、厚生労働省令、厚生労働大臣などが入る。）という文言は授權規定における一般的な文言にすぎず、委任される範囲の広狭は、その後に使われる用語の広狭によって定まる。

この点、健康保険法70条1項は、「厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない」という表現を用いており、上述した「必要な事項に広げた事例」とは条文の規定ぶりが明らかに異なる³。「厚生労働省令で

³ 原告準備書面（1）5頁等で述べたとおり、健康保険法76条6項は、「前各項に定めるもののほか、保険医療機関又は保険薬局の療養の給付に関する費用の請求に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める」（同法76条6項）と規定しており、関連性・必要性がある事項であれば抽象的に広く委任していると解される文言を用いている。ちなみに、健康保険法76条6項は、「厚生労働省令で定めるところにより」

定めるところにより」の後ろにある記載は「療養の給付」だけであり、上述した「額」や「数」のような限定的な用語が用いられている。

被告は、「保険医療機関等が行う療養の給付は、単に被保険者たる患者に対して診療や薬剤を支給することのみで実施できるものではなく、患者の受給資格の確認や一部負担金の受領等、診察や薬剤の支給を保険給付として行うために必要となる一連の事項についても併せて実施することが当然に求められるのであって、療養の給付についてほかに複数の委任規定が存在し、その授権に基づき省令等が規定されていたとしても、健康保険法70条1項により保健医療機関等が療養の給付を担当するに当たって必要となる一連の行為や必要な体制の整備にあたって遵守すべき事項を含めて委任されていることが否定される理由とはならない」と主張する（被告準備書面（2）9頁）。

被告は、「定めるところにより」という文言が使われていることを前提としながら、「必要だから」の一点張りで、健康保険法上の委任規定の欠落を乗り越えようとしている。

しかし、上述の例が示すとおり、「定めるところにより」という文言が使われていることから、直ちに「必要な事項は厚生労働省令などの下位法令で定めることができる」ことにはならない。さらに、訴状及び原告準備書面（1）ですでに指摘したとおり、健康保険法では、「被保険者の資格確認に関する事項」は給付を受けるための「方法」（健康保険法63条3項）に位置づけており、それについては、保険医療機関側の義務ではなく被保険者の義務として委任する規定を別途（健康保険法施行規則53条）置いているのである。

また、診察や薬剤の支給を保険給付として行うために付随的に一連の事項が必要になるとしても、そのように事実行為として一連の事項が必要になるということと、それらの事項を規則によって規制する必要があるかは別問題である。たと

という文言は用いておらず、このことから、「定めるところにより」という表現に特段の意味を込めようとする被告指摘が支持しえないことが明らかである。

例えば、保険医療機関等が審査支払機関に診療報酬を請求するにあたっては、必要な情報の提供等が求められるから、特段の規則によるルールが定められていなくても、患者の資格確認などは保険医療機関等によって自ずと適切に行われることが期待できる。つまり、一連の事項が実際の行為として必要になるとしても、そのことに関連して規則による義務化まで必要になるとは考えられない場合もある。資格確認はまさにそのような場合に該当するのである。

とりわけ、後記第3、4（3）で述べるとおり、マイナ保険証の普及率は低く、マイナ保険証によらない資格確認によって実際の運用は長年されてきており、かつ今後もなされるから、オンライン資格確認を規則によって義務づける必要性は認められない。

さらに、診察や薬剤の支給を保険給付として行うために、付随的に一連の事項が必要となることは、当然ながら健康保険法の立法時にも認識されていたことである。したがって、仮にそれら必要となる一連の事項について併せて規則によってルール化することが必要と立法者が考えたとすれば、健康保険法の立法時に、上述した「必要な事項に広げた事例」に含まれるような文言を同法70条1項について用いていたはずである。しかし、実際にはそうになっていない。立法府が「委任しない」と定めた事項について、行政府が「委任できる」として省令（規則）を制定することはできないのである。

以上検討したとおり、一連の事項が実際には必要となる、ということだけを根拠とする被告主張が認められる余地はない。

第2 改正後療養担当規則が健康保険法の委任の範囲を逸脱すること

（被告準備書面（2）第4（10頁以下）に対する反論）

1 はじめに

（1）重要な視点の欠落

改正療養担当規則3条2項及び4項が、健康保険法の委任の範囲内にあるか否かという争点に関し、原告及び被告は、共通して、2013年最判の最高裁判例解説で示された委任の範囲に係る判断枠組み、すなわち、4つの考慮要素

を踏まえた主張を行っている。この点で原告と被告の主張は噛み合っているが、被告の主張は、この4つの考慮要素の元となった2013年最判が指摘した重要な視点を欠いている点で問題がある。

すなわち、2013年最判は、次のように指摘している（傍点は原告代理人）。

「これらの事情の下で、厚生労働大臣が制定した郵便等販売を規制する新施行規則の規定が、これを定める根拠となる新薬事法の趣旨に適合するもの（行政手続法38条1項）であり、その委任の範囲を逸脱したものではないというためには、立法過程における議論をもしんしゃくした上で、新薬事法36条の5及び36条の6を始めとする新薬事法中の諸規定を見て、そこから、郵便等販売を規制する内容の省令の制定を委任する授権の趣旨が、上記規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることを要するものというべきである。」（民集67巻1号12頁）

そのうえで、2013年最判は、薬事法の諸規定を検討し、さらには、検討部会での議論、検討部会報告書、国会での審議等を見ても、「新薬事法の授権の趣旨が、第一類医薬品及び第二类医薬品に係る郵便等販売を一律に禁止する旨の省令の制定までも委任するものとして、上記規制の範囲が程度等に応じて明確であると解するのは困難であるというべきである。」（民集67巻1号13頁）として、判決要旨を導いたのである。

この引用箇所冒頭にある「これらの事情」に相当する事情は本件にも存する。そのことについては項を改めて次の（2）で述べるが、この2013年最判の指摘を踏まえるならば、本件において厚生労働省の定めた規則（療養担当規則）が健康保険法の委任の範囲内にあるというためには、「健康保険法の規定を見て、そこから、資格確認を保険医療機関等に義務付ける内容の省令の制定を委任する授権の趣旨が、規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れるこ

とを要する」のである。

このことを原告はすでに原告準備書面（１）で指摘したが（原告準備書面（１）８、９及び２０頁）、被告はこの点には何ら触れていない。

（２）２０１３年最判が前提とする事情に相当する事情が本件にも妥当すること

２０１３年最判は、一部の医薬品の郵便等販売を禁止した省令（薬事法施行規則）が薬事法の委任の範囲を逸脱するとして無効とされた事案である。２０１３年最判は、本準備書面第１で引用した「これらの事情」として、次のように述べていた（前記第３、１（１）での２０１３年最判引用箇所直前部分）。

「新薬事法成立の前後を通じてインターネットを通じた郵便等販売に対する需要は現実に相当程度存在していた上、郵便等販売を広範に制限することに反対する意見は一般の消費者のみならず専門家・有識者等の間にも少なからず見られ、また、政府部内においてすら、一般用医薬品の販売又は授与の方法として安全面で郵便等販売が対面販売より劣るとの知見は確立されておらず、薬剤師が配置されていない事実直接起因する一般用医薬品の副作用等による事故も報告されていないとの認識を前提に、消費者の利便性の見地からも、一般用医薬品の販売又は授与の方法を店舗における対面によるものに限定すべき理由には乏しいとの趣旨の見解が根強く存在していたものといえる。しかも、憲法２２条１項による保障は、狭義における職業選択の自由のみならず職業活動の自由の保障をも包含しているものと解されるところ（最高裁昭和４３年（行ツ）第１２０号同５０年４月３０日大法廷判決・民集２９巻４号５７２頁参照）、旧薬事法の下では違法とされていなかった郵便等販売に対する新たな規制は、郵便等販売をその事業の柱としてきた者の職業活動の自由を相当程度制約するものであることが明らかである。」

２０１３年最判が指摘した事情の要点を抽出すると、次のように整理するこ

とができる。

- ① 省令による規制対象となる行為の需要が現実に相当程度存在したこと
- ② 規制に反対する意見が根強く存在したこと
- ③ 規制によって制約される権利の重要性と制約の程度が相当程度に及ぶこと

これら①②及び③の事情は本件にも当てはまる。すなわち、これまでも原告が主張してきたとおり、

- ①' 一般的な紙の保険証の必要性・利便性が高いために、保険医療機関及び患者側の双方に、その利用により資格確認を行う需要が圧倒的に多く存在し⁴、その反面としてオンライン資格確認を保険医療機関に一律に義務付けることが必要な状況にはなく、
- ②' 患者がオンライン資格確認を求めた場合にその求めに応じること及び必要な体制を整備することを義務づける規制に反対する意見が根強く存在し、
- ③' 規制によって制約される権利は重要で、制約の程度が相当程度に及ぶ

⁴ なお、2023年6月9日、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律」（令和5年法律48号）が成立したことにより、健康保険証は2024年12月2日に廃止されることになった。しかし、その結果資格確認の方法がオンライン資格確認に限定されることになったわけではなく、いわゆる「資格確認書」への切り替えの方法も残されている。加えて、経過措置として、保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず、職権で資格確認書を交付できるとの規定（同法附則15条1項（健康保険法改正に伴う経過措置）、発行済みの健康保険証を1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす規定（同法附則16条（国民健康保険法改正に伴う経過措置）、18条（高齢者の医療の確保に関する法律改正に伴う経過措置））などの規定も設けられた。こういった仕組みが入れられたのは、一般的な紙の保険証の必要性・利便性が高いためその存続を求める声が各界に非常に多く存在し、そういった声を立法府も無視しえないと考えたことが関係していると考えられる。

からである。なお、①’について若干補足すると、本件では、郵便等販売を禁止した2013年最判の事案とは異なり、一般的な紙の保険証による資格確認を省令によって禁止するのではなく、保険証による資格確認に加えてオンライン資格確認もできる体制整備を義務付けるものである。そのような違いはあるものの、患者側及び保険医療機関側のいずれについても従来の紙の保険証による資格確認の需要がきわめて多く、紙の保険証を前提とする制度で何ら問題なく保険医療機関の運営がなされてきているにもかかわらず、本件では、規則によって、ほとんど需要がなく、保険医療機関にとって導入の負担の重いオンライン資格確認を義務付けるものであり、紙の保険証に対する需要を無視ないし軽視している点では共通する。

(3) 本件基準が妥当する

以上のとおり、2013年最判が前提とする事情に相当する事情は本件にも妥当する。殊に、国民皆保険制度を採用している状況で、紙の保険証の利用が現実に圧倒的に多く、その存続を求める声もきわめて強く、その反面としてオンライン資格確認に対する需要は認められない現状は重く受け止めるべきであり、2013年最判の場合に規制対象となる行為の需要が現実に「相当程度存在した」場合以上に、規制は慎重であるべきである。それゆえ、2013年最判が指摘した「法律の規定から、一定の行為を規制する内容の省令の制定を委任する授権の趣旨が、上記規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることを要する」という基準（以下「本件基準」という。）は本件にも妥当する。本件基準を本件事案に即して言い換えるならば、改正療養担当規則3条2項及び4項が健康保険法の委任の範囲内にあるというためには、「健康保険法から、資格確認を保険医療機関等に義務付ける内容の省令の制定を委任する授権の趣旨が、規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることを要する」ことになる。

4つの要素に沿った検討は、最終的には、本件基準が満たされているかどうか

かを判断するためのものである。

2 ①授権規定の文理

(1) 委任する授権の趣旨が明確に読み取れることはない

原告が繰り返し述べるとおり、健康保険法70条1項が省令（療養担当規則）に委任しているのは「療養の給付」である。

この「療養の給付」は、健康保険法63条1項で具体的に説明されており、同項各号の5つに限定されている。そこで示されているように「療養の給付」とは、もっぱら診察等の医療サービスを指すものであり、「給付」ではなく、給付を受けるための「方法」（健康保険法63条3項）に位置づけられる「被保険者の資格確認に関する事項」を含まないことは文理上明らかである。

したがって、健康保険法の規定から、資格確認を保険医療機関等に義務付ける内容の省令の制定を委任する授権の趣旨が、規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることはない。

(2) 児童福祉法、生活保護法及び感染症予防法

被告は、児童福祉法、生活保護法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症予防法」という）、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という）、覚醒剤取締法などを挙げて、「健康保険法70条1項と同様の文言ないし規定ぶりで、上記方法・手続きを遵守すべき義務に関する規定を委任することが一般的に行われているのであって、同項についても文理上、療養の給付の範囲のみならず、療養の給付を担当するに当たって遵守することが必要な方法・手続についても委任しているものと解すべきである」と主張する（被告準備書面（2）14頁）⁵。

⁵ 被告は、他の法律とともに高齢者医療確保法に言及しつつ、他の法律の場合と異なり、高齢者医療確保法の場合には具体的条文を準備書面（2）で引用していない（被告準備書面（2）12頁）。これは、被告が高齢者医療確保法も含めて「健康保険法70条1項と同様の文言ないし規定ぶりで、上記方法・手続きを遵守すべき義務に関

しかし、これらの法律のうち、児童福祉法、生活保護法及び感染症予防法については、健康保険法63条3項のような療養の給付を受けるための「方法」に関する規定が存在しない。そのため、被告の指摘する各授權規定（児童福祉法21条、生活保護法50条1項及び感染症予防法38条3項）は、健康保険法70条1項と異なり、「医療」の給付を受けるための方法についても下位法令に委任する趣旨を含むという解釈をとりやすい状況があると考えられる。

加えて、これら他の法令にかかわる省令での規制について、本件基準が適用されるべきであるのか否かも、委任の範囲内か否かを判断するにあたり大いに影響する。これら他の法令は本件訴訟の対象外であるためここでは立ち入らないが、児童福祉法、生活保護法及び感染症予防法の被告が指摘する条文及び規則によって課される義務について、本件基準が適用されるのか否かを個別に検討する必要がある。仮にその点が健康保険法70条1項の場合と異なるのであれば、「法律の規定から、一定の行為を規制する内容の省令の制定を委任する授權の趣旨が、上記規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることを要する」と直ちには言えなくなり、各法令が、医療を担当するにあたって必要となる事項についても広く下位法令に委任する趣旨を含むという解釈をとりやすくなる。

(3) 高齢者医療確保法

被告の指摘する高齢者医療確保法65条及び同71条1項は、それぞれ「療養の給付の取扱い及び担当に関する基準に従い、後期高齢者医療の療養の給付を取り扱い、又は担当しなければならない。」(65条)、「療養の給付の取扱い及び担当に関する基準」(71条1項)と規定しており(傍点は原告代理人)、「療養の給付の担当」だけでなく、「療養の給付の取扱い」という文言、すな

する規定を委任することが一般的に行われている」と主張しているものの、実際には、高齢者医療確保法の条文の文言は、健康保険法70条1項の文言ないし規定ぶりとは大いに異なるためである。そのため、被告は、引用していないのではなく、引用できないのである。この点については次項で説明する。

わち、関連する事項に広く及びうる文言を含んでいる。したがって、「療養の担当」だけを委任の対象とする健康保険法70条1項とは文理が全く異なる。

実際、高齢者医療確保法65条及び71条1項を受けて策定された「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」（昭和58年1月20日 厚生省告示第14号）は、

第一章 保険医療機関による療養の給付等の取扱い(第1条—第11条の3)

第二章 保険医による療養の給付等の担当(第12条—第23条の2)

第三章 保険薬局による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の取扱い並びに保険薬剤師による療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養の担当(第24条—第33条)

という章立てになっている（傍点は原告代理人）。そして、被告が主張するとおり「受給資格の確認等」について規定しているのは、同基準の3条である。この章立てからわかるように、同基準の第二章は「療養の給付等の担当」について規定し、第一章は「療養の給付等の取扱い」について規定している。つまり、厚生労働省が定めた告示において「受給資格の確認」は、「療養の給付等の取扱い」に位置づけられており、「療養の給付等の担当」には位置づけられていない。

健康保険法70条1項は「療養の給付（の）担当」しか規定しておらず、「療養の給付の取扱い」という用語を使っていない。同条文による委任が、その対象として資格確認を含んでいないことは、高齢者医療確保法との比較において明らかである。

(4) 改正前の健康保険法の条文及び覚醒剤取締法

被告は、2019年改正前の健康保険法及び同施行規則の条文、あるいは覚醒剤取締法及び同施行規則の条文にそれぞれ言及し、授權規定に「定めるところにより」という文言が使われている場合に、その委任を受けた規則において、

授權規定の委任文言では言及のない、付随的に必要な手続が規定されている例があると述べる。

しかし、これらのいずれの規定でも、授權規定における義務の名宛人及び対応する下位法令における義務の名宛人は同一で、前者においてはいずれも「療養の給付を受けようとする者」であり、後者においては、いずれも覚醒剤製造業者である。

これに対し、改正後の健康保険法（現行法）の場合には、資格確認の義務づけに関する授權規定の義務の名宛人は「療養の給付を受けようとする者」であるのに対し（健康保険法63条3項）、対応する下位法令における義務の名宛人は保健医療機関等であり（療養担当規則3条1項、4項）、異なっている。したがって、これらの状況の異なる例を根拠として、本件訴訟で問題となっている委任について、被告主張を補強することになるわけではない⁶。

3 ②授權規定が下位法令に委任した趣旨

(1) 健康保険法70条1項が規則に委任した趣旨

本件訴訟で問題になっている授權規定である健康保険法70条1項が厚生労働省令に委任しているのは、あくまでも「療養の給付の担当」についてである。原告準備書面（1）9頁～10頁等で述べたとおり、診察等の療養の給付（健康保険法63条1項各号）は、いずれも医師等の資格を要する行為であり、医学的知見等の専門技術を踏まえたルール化が必要である。そのために、療養の給付に該当する事項について、細目のルール化を厚生労働大臣に委任したと解される。

⁶ ここで被告が指摘する健康保険法施行規則及び覚醒剤取締役法施行規則の規定が、それぞれ該当する授權規定の委任の範囲にあると言えるか否かは、4つの要素に即して判断されるべきことであるが、本訴訟の審理対象から外れるため、ここではその点には立ち入らない。

(2) 被告は委任の趣旨を履き違えている

被告は、「(2) 患者の受給資格の確認については専門技術的な観点からの検討が必要であること」という項目を設け、「どのような方法で受給資格の確認を行うことが健康保険法の理念に照らし適切であるか」を判断するには厚生労働大臣の専門技術的観点からの検討が必要不可欠であると主張する（被告準備書面（2）14～15頁）。

しかし、本件訴訟で問題となっている授權規定は健康保険法70条1項であって、ここでの検討対象は同条項の委任の趣旨である。この点、前記（1）で述べたとおり、委任対象が医学的知見等の専門技術を要する事項であるために厚生労働大臣にルール化が委ねられていると考えられる。

しかしながら、被告が縷々述べる専門性⁷は、療養の担当についてルール化する際に必要となる専門性とは性質の異なる専門性である。たとえば、2022年療養担当規則の改正にあたり、被告は、「マイナンバーカードの普及状況やオンライン資格確認の導入状況、導入に際して個々の医療機関において必要となる準備の内容やその負担、社会全体や医療制度のデジタル化の進展状況や、国民の意識、高齢化の進展状況、個々の医療機関におけるデジタル化の実情や地域医療への影響、将来の施策との関係等を総合的に踏まえてオンライン資格確認をどのような内容で具体化し、どのような方法で医療機関に導入するか、その時期や対象範囲を含め、いかなる規定を定めることが健康保険法の目的・基本的理念等に照らし妥当であるか」（被告準備書面（2）15頁）といった種々の要素をあげたうえで、受給資格確認の方法を定めるにあたり、厚生労働大臣の専門技術的観点からの検討がなされたと強調する。

しかし、ここで被告が挙げる要素は、いずれも授權規定である健康保険法70条1項の委任の趣旨である医学的知見といった専門技術とは一切かかわりが

⁷ なお、被告があげる各種要素について、実際に専門技術が必要かという点はここではいったん措き、その点については次項で検討する。

ない⁸。むしろ被告は、資格確認のあり方を決めるにあたって必要な専門技術は、医学的知見等にかかわる専門技術とは性質が異なることを自ら力説しているにすぎない。

もし、授権規定の文理に含まれず、しかも、授権規定の想定するものとは異なっているとしても、なんらかの専門技術が必要でありさえすれば、授権規定の委任の範囲内にあるという結論になるとすれば、授権規定の文理、あるいは、授権規定の委任の趣旨がどのようなものであっても、委任命令の制定が広く許容されることになる。しかし、ほとんど無限定の広範囲な委任命令の制定を許容することになるそのような考え方は、法律による行政の原理、あるいは行政に対する民主的統制を著しく形骸化させるもので、およそとりえない。

(3) 被告の主張する専門性は立法府の不関与を正当化できるものではない

被告は、「(健康保険法の) 基本的理念を踏まえつつ、各保険医療機関等における医療の提供内容及びそれに伴って発生する事務等についての実情等並びにそれらの事項についての社会情勢等の変化に照らし、どのような方法で受給資格の確認を行うことが健康保険法の理念に照らし適切であるかを判断するに当たっては、各保険医療機関等における医療の提供内容及びそれに伴って発生する事務等の実情や利用可能なインフラの技術的内容等を踏まえた厚生労働大臣の専門技術的観点からの検討が必要不可欠である」としたうえで、今回の療養担当規則の改正についても、前述のとおり、「マイナンバーカードの普及状況やオンライン資格確認の導入状況、導入に際して個々の医療機関において必要となる準備の内容やその負担、社会全体や医療制度のデジタル化の進展状況や、国民の意識、高齢化の進展状況、個々の医療機関におけるデジタル化の実情や地域医療への影響、将来の施策との関係等」を総合的に踏まえて、厚生労働大

⁸ 原告準備書面(1) 9頁～10頁等で述べたとおり、資格確認は、療養の給付を受けるための「方法」に過ぎず、医師等の資格を要しない事務的な行為であって、医学的知見等の専門技術性に基づいた検討を行う必要はない。

臣の専門技術的な裁量により検討され、実行されたもの」と主張する（被告準備書面（２）１４頁～１５頁）。

しかしながら、被告が挙げる考慮要素のうち、「マイナンバーカードの普及状況」、「オンライン資格確認の導入状況」、「導入に際して個々の医療機関において必要となる準備の内容やその負担」、「社会全体や医療制度のデジタル化の進展状況」、「高齢化の進展状況」、及び「個々の医療機関におけるデジタル化の実情や地域医療への影響」は、いずれも基本的に事実調査の問題であって、データとして収集可能である。「国民の意識」や「将来の施策との関係」などを踏まえて新たな義務を創出することは、保険医療機関等や患者に多大な影響を与えるから、国権の代表機関である国会が本来行うべきことである。厚生労働省としては、上述したデータを立法事実として国会に提出し、新たな義務を創出するか否かにつき、民主的判断を仰ぐべきである。

さらに、文理としても、委任の趣旨としても、授權規定から明確に読み取れることのできない事項であるオンライン資格確認に関連して、規則によって新たな義務を設けることが許容されるべきではない。

4 ③授權法の趣旨、目的及び仕組みとの整合性

(1) はじめに

被告は、この要素との関連で、「健康保険法６３条３項の趣旨はオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法とする規定であること」（被告準備書面（２）１６頁見出し「ア」）という主張を軸として、規則によってオンライン資格確認を義務化することは健康保険法の委任の趣旨に合致すると主張する。

しかし、そもそも健康保険法６３条３項がオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法としているとする被告の主張自体が誤りである（後記（３））。その点を措き、同条項がオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法していると仮定したとしても、保険医療機関等に対し、オンライン資格確認を規則によって義務付けることが健康保険法の趣旨に合致するかは別論である。実際、関連する健康保険法改正時の国会審議をみても、政府がオンライン資格確認の

普及を望んでいたことは窺えるものの、あくまでも保険医療機関がオンライン資格確認の仕組みを任意に採用することが前提になっていたことがわかる。規則による義務化はそのような立法府での議論に反するものである（後記（2））。

また、保険医療機関の廃業という法の趣旨・目的に反する深刻な事態が現に生じている（後記（4））。被告は、国会での議論を持ち出しておきつつ、自己に都合の悪い内容を指摘されるや国会の議論は関係がないかのような態度をとっている（後記（5））。さらに、被告は、トラブル事例の発生について、保団連のアンケート結果を軽視するが、妥当ではない（後記（6））。

（2）原則義務化の議論について

健康保険法63条3項はオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法としているとする被告の主張自体誤りであるが、その点は（3）で後述する。

同条項がオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法としていると仮定したとしても、保険医療機関等に対し、オンライン資格確認を規則によって義務づけることが健康保険法の趣旨に合致するかは別論であり、むしろ被告が言及する2019年（令和元年）健康保険法改正時の国会審議をみると、政府がオンライン資格確認の普及を望んでいたことは窺えるものの、あくまでも保険医療機関が任意に採用することを期待して普及を促そうとしていたことがわかる。したがって規則によるオンライン資格確認の義務化は、任意での普及を前提としていた立法府の立場に反するものである。

すなわち、上記国会の国会審議録⁹をみると、衆議院ないし参議院の厚生労働委員会において、政府参考人（厚生労働省保険局長〔当時〕、後に厚生労働省事務次官）は、「この法案で創設いたします医療情報化支援基金というものを活用いたしまして、できる限り多くの医療機関でこのオンライン資格確認が

⁹ 第198回国会（2019年）医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案の国会審議。その審議録の抜粋を本準備書面末尾に別紙として添付した。本文中の「別紙」の後の数字は別紙に記載した番号を意味する。

利用できるような、そういう努力についても併せてしていきたいというふうに考えている」(別紙 2、発言番号 034)、「この基金をできるだけ有効に活用して少しでも多くの医療機関にこれを導入できるようにしたいというふうに考えている」(同発言番号 114)と発言している。参議院厚生労働委員会のマイナンバーの普及を進めたいと考えている委員からの「更に普及させていくために、マイナンバー、これ一本化を考えてはどうかというふうに思うんですが、これについてはいかがですか。」という質問に対しても、政府参考人は、「一本化とおっしゃるのは、要は保険証をもう原則これにしてしまうということをして指しているものというふうにちょっと理解をしました。(中略)医療情報化支援基金というものを使ってできるだけ多くの医療機関でこれの読み取りをしてうまくシステムにつながるような、その整備をやっていくんだということを申し上げておりますけれども、まずこれをしっかりとやっていくということが言わば先でありまして」と発言し(別紙 2、発言番号 115, 116)、いわゆるマイナ保険証を原則にすることを否定したうえで、保険医療機関において任意の採用を促す旨答弁している。

衆議院厚生労働委員会の委員が、「そもそもオンライン資格確認の導入は、保険医療機関の任意の選択なわけですよ。全体をどうしてもやらなきゃいけないということを言っていない」(別紙 3、発言番号 357)、「統一化するつもりはない、つもりはないと言うと、そうだとはいにくいかもしれないけれども、統一化ではないということだと思います。」(同発言番号 359)と発言しており、答弁に立った政府参考人は、これを否定していない。オンライン資格を推進したいと考えている委員も、「問題は、保険医療機関は任意でオンライン資格、このシステムを今回選択するということになりますと、任意ですから、やらなくてもいいところもあるわけで、ここはどういう戦略で、もちろん基金も積んで、三百億の基金を使いながら進めるということなんだろうが、どのぐらいの期間でどのぐらい整備が進むのか、皮算用をお示しいただきたいと思います。」と発言し、保険医療機関がオンライン資格確認を導入するか否かは任意で判断できることを前提にした質問をしている(別紙 4、発言番号 016)。

これに対して政府参考人も、「私どもとしては、そういう点¹⁰をしっかりと周知していくということをするとともに、今回の法案によって創設する医療情報化支援基金というものを活用しながら、できる限り多くの医療機関や薬局で導入が進むように取り組んでいきたいというふうに思っています。」と答弁し（同発言番号 017）、やはり任意であることを前提にしている。

このように、健康保険法 6 3 条 3 項が改正された際の国会の審議では、オンライン資格確認の導入は、保険医療機関の任意の選択であるということが共通認識であった。

また、「オンライン資格確認の導入及び原則義務化の経緯」¹¹を述べる被告の主張でも、立法府の議論として紹介されているのは、本準備書面でも触れた 2019 年（令和元年）健康保険法の法案審議の状況だけである。その他の経緯として被告があげるのは、閣議決定のほか自民党政務調査会、中央社会保険医療協議会の策定した文書などだけであって、立法府とは関係がない。

以上のとおり、立法府の議論としては、オンライン資格確認の導入は、保険医療機関の任意の選択であるということが前提となっていたのである。つまり、オンライン資格確認を保険医療機関等に義務付けることを法律によって行うことすら想定していなかったのであり、ましてや規則によって義務付けることなど到底念頭に置かれていなかった。

このように、健康保険法改正に関する立法時の議論まで遡った場合でも、オンライン資格確認を保険医療機関等に義務付ける内容の省令の制定を委任する授權の趣旨が、明確に読み取れるということもない。

（3）法はオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法としていないこと

被告は、「健康保険法 6 3 条 3 項は、資格確認の方法としてオンライン資格

¹⁰ 原告代理人注・オンライン資格確認の医療機関や薬局にとってのメリットを指す。

¹¹ 被告準備書面（1）第 4（同準備書面 19 頁以下）

確認のみを明示的に規定して位置づけ、厚生労働大臣の裁量により、これを資格確認の方法から除外するごと等はできないこととする一方、『その他厚生労働省令で定める方法』については、厚生労働大臣の裁量により定められるものである」などと述べて、「健康保険法 6 3 条 3 項の規定の仕方からすれば、同法がオンライン資格確認を原則的な資格確認の方法として位置づけていることは明らかである」と主張する。

しかし、原告準備書面（1） 1 4 頁で述べたとおり、健康保険法 6 3 条 3 項は、「その他」の前にある「電子資格確認」と、「その他」の後にある「厚生労働省令で定める方法」（被保険者証による資格確認等）を並列関係に置いており、オンライン資格確認を原則的な資格確認の方法とは規定していない。

さらに、健康保険法 6 3 条 3 項が改正された国会の審議については前記（2）でも触れたが、その国会の議論では、政府参考委員が、「健康保険証でも医療機関にかかれるということについては変わりません。」（別紙 1、発言番号 36）、「おっしゃいますとおり、オンライン資格確認の導入後もこれまでどおり保険証でも受診はできます。」（別紙 2、発言番号 034）、「いずれにしても、従来の保険証でもかかれるということについては併せてこれは現場では説明していかなければいけない」（別紙 2、発言番号 116）、「先生おっしゃるとおり、保険証でもかかれるというふうにしております」（別紙 3、発言番号 358）と答弁し、従来の健康保険証でも医療機関にかかれることを再三強調していた。

この改正を受けた厚生労働省の規則において、オンライン資格確認以外の方法を無くすことができるとする被告国の議論は、国会での議論をあまりに軽視するものである。

これに加えて、被告の主張によれば、「その他厚生労働省令で定める方法」は例外的な資格確認方法であり、厚生労働大臣の裁量により廃止することも可能ということになるが、このような被告の主張はこれまでの資格確認に関する実態を無視するものである。

2023年12月の時点でも、オンライン資格確認による資格確認のうち、マイナンバーカードを利用した資格確認件数は1億7781万3248件中7

63万3413件にすぎず、その割合は4.29%にすぎない（甲21、7頁）。

しかも、上記の資格確認数合計の1億6766万3452件は、マイナンバーカード又は健康保険証を利用してオンライン資格確認を利用した場合の合計件数であり、オンライン資格確認を利用しないで健康保険証により資格確認を行った件数は含まれていない。このようなオンライン資格確認を利用しないで健康保険証により資格確認を行った件数も含めると、資格確認の総件数は2023年6月時点で約2億4600万件である。2023年12月時点では、マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認の件数は763万3413件であり、資格確認の総件数に対する実際の割合は3%前後と推定される（甲21）。

また、厚生労働省がまとめた資料（甲22）によれば、国家公務員によるマイナ保険証の利用率（オンライン資格確認を利用した件数のうち、マイナ保険証を利用している割合）は、2023年11月時点ではわずか4.36%とされている（これに対し、マイナ保険証の登録率は62.9%にのぼる。）。厚生労働省職員のマイナ保険証利用率も、4.88%であった（マイナ保険証の登録率は65.2%にのぼる。）。保団連が、「国民にマイナ保険証使えと言っておきながら、自分たちは使っていない＝メリット感じていないとも言えます」と評価するのももっともと言える状況にある（甲23、2頁）。

さらに、国家公務員によるマイナ保険証の利用率が少ないことを報じたTBS ニュースによれば、インタビューにより利用しない理由を問われた公務員が、「（マイナ保険証の利用は？）していない。（登録は？）していない。マイナ保険証のメリットがあんまり……。そこまで調べていないのもあるけど、（従来の）保険証を出すだけで終わってしまうので、もうこれでいいのかな」、「使える設備が設置されている病院と、そうではない病院があるので面倒くさい。いつもの保険証を提出したら事足りるのが大きいかな」、「国家公務員は職員証がマイナンバー（カード）になっていて、プライベートで財布の中に入れていない。あとは病院が嫌がるのもある。『ネット環境が悪いからちょっと、

接続が悪いから嫌です』という病院もあるらしい」と答えている（甲24、甲25）。同番組に出演しているコメンテーターの齋藤幸平東京大学准教授は、「当然、私も使ってないですけど、国会議員の方に聞いたら利用率はもっと低いと思います。何で結局みんな使わないかといったら、そもそも便利じゃないから。便利になってないデジタル化っていうのは失敗なわけです。」などとコメントしている（甲24の1、甲24の2）。

このような利用状況や国家公務員自身による受け止め方などからすれば、厚生労働大臣の裁量的判断によりオンライン資格確認以外の方法による資格確認を廃止することは不可能であるし、マイナンバーカード（個人番号カード）の取得が任意¹²であることに照らせば、それ以外の方法の存置は当然必要である。

（4）法の趣旨・目的に反する事態が現に生じていること

原告は、訴状（2023年2月22日付の第一事件のもの。以下同じ。）において、「〔健康保険法〕70条1項は、そもそも〔同〕法1条の目的（「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与すること」）を受けて診察等の医療サービスを提供するため、その細目を省令に委任したものであり、積極的に医療サービスを提供するための規定である。しかし、改正後療養担当規則3条は、オンライン資格確認とそのため体制整備を義務づけ、保険医療機関に過大な負担を課すことによって、少なくとも一部の保険医療機関が医療サービスを提供することができなくなるという反対の結果を招きうるものである。」と指摘した

（訴状21頁）。訴状段階では、法の趣旨・目的に背馳する可能性を指摘したが、その後、現にオンライン資格確認の義務化を受けて、廃院（保険診療の終了を含む。以下「廃院等」という）選択する保険医療機関が生じるに至った。その具体的な事例については、本書面30頁以下で後述する。

¹² 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律17条1項

廃院等という地域医療にとってきわめて影響の大きい結果も現に生じており、健康保険法の趣旨・目的に反する事態が現に生じている。

(5) 被告主張は場当たりの国会の議論を軽視している

ア 原告準備書面(1) 16頁以下で述べたとおり、被告が証拠として提出した国会質疑の議事録(乙15)をみても、国会においてオンライン資格確認の導入の義務化の必要性を主張する意見が出ていたとはうかがわれない。

むしろ、乙15に記載されている政府参考人の発言内容をみれば、令和4年療養担当規則改正に至るまでに、国会においても、オンライン資格確認を義務付けることに否定的な意見が厚生労働省側からも出されていたことは明らかである。

イ これに対して、被告は、「健康保険法70条1項は、保険医療機関等が療養の給付を担当するに当たって遵守することが必要な基本的事項を定めることを厚生労働省令に包括的に委任しており、厚生労働省令においてオンライン資格確認の原則義務化について規定することも厚生労働大臣の裁量に委ねられているのであって、オンライン資格確認の原則義務化のために、国会において議論がされたか否かによって本件訴訟の結論が左右されるというものではない」と主張する(被告準備書面(2) 18頁)。

しかし、国会質疑に関する議論は、被告が乙15等の議事録を基に、「令和元年健康保険法改正に係る立法過程においても、『オンライン資格確認を原則的な資格確認と定めること』、『今後オンライン資格確認をおおむね全ての保険医療機関等に導入すること』は共通認識とされた」と誤った主張(被告準備書面(1) 42頁、19頁～21頁)をしたことをきっかけとするものである。被告は、原告から、国会の審議内容に基づいて被告にとって不都合な指摘を受けたため、自ら持ち出した議論を修正し、被告準備書面(2)においては国会質疑について「本件訴訟の結論が左右されるというものではない」と主張しているにすぎず、そのような態度は場当たりの国会での議論を軽視するものである。

(6) 資格確認ができないという重大なトラブルが多発していること

ア 原告準備書面(1) 10頁以下でも詳細に述べたとおり、全国保険医団体連合会によるアンケート調査(甲13)¹³の結果、オンライン資格確認に際し重大なトラブルが多発しており、オンライン資格確認の義務化により健康保険法の目的や基本的理念に反する事態が生じている。

これに対し、被告は、全国保険医団体連合会が実施したアンケート(甲13)について、「直ちに『重大なトラブル』の具体的な内容や実態が明らかになるとはいえない」などと主張する(被告準備書面(2) 22頁)。

しかしながら、甲13は、全国の医療機関においてオンライン資格確認が機能せず、資格確認を受けることができないという「重大なトラブル」が多数発生していることを明らかにするものであり、トラブルの具体的な内容や医療機関がとった対応についても明記されている。このように、アンケート結果(甲13)を軽視する被告の上記主張は、問題の重要性・深刻性を理解しないものである。

イ 加えて、全国保険医団体連合会が2024年1月31日に発表した調査結果(甲25:「2023年10月1日以降のマイナ保険証トラブル調査(最終集計)」)¹⁴からも、マイナンバーカードを利用したオンライン資格

¹³ この調査は、全国的組織である保団連が、保険医協会・医会を通じてアンケート項目(甲13、1頁～2頁)を41都道府県(44協会)所在の66,462件の会員に送付し、10,026件の回答(回答率15.1%)を得た結果である(甲26、1頁)。回答の中には、オンライン資格確認導入後、「トラブルはあったか」という質問に対して「なかった」という回答(2944件、34.9%) (甲26、1頁)が含まれている。調査方法には誘導の余地がなく、調査件数は統計として十分な数を含んでおり、さらに回答結果にはオンライン資格確認によるトラブルを否定するものも含まれているなど、本調査は中立公正なものである。

¹⁴ 脚注13の調査と同様に、この調査は、全国的組織である保団連が、保険医協会・医会を通じて調査票(甲27)を38都道府県所在の55,357件の会員にFAX・郵送し、8672件の回答(回答率15.7%)を得た結果である(甲25、2頁)。回答の中には、「保険証が廃止された場合の受付業務について」という質問に対して「一定落ち着いていると思う」という回答(1170件、13%) (甲25、

確認の際に、資格確認を受けることができない等の重大なトラブルが多数発生していることが改めて明らかとなっている。

上記の調査結果（甲25）によると、回答を行った医療機関（8672件）のうち、2023年10月1日以降にマイナンバーカードを利用したオンライン資格確認に関してトラブルが発生したと回答した件数は5188件（全体の約59.8%）である（甲25、4頁）。この5188件のうち、トラブルの種類（複数回答可）としては、「該当の被保険者番号がない」という回答が1321件（全体の約25%）、「資格情報の無効がある」という回答が2554件（全体の約49%）、「名前や住所の間違い」という回答が1071件（全体の約21%）「他人の情報が紐づけられていた」という回答が102件（全体の約2%）、「カードリーダーでエラーがでる」という回答が2063件（全体の約40%）となっている（甲25、5頁）。

このように、オンライン資格確認の際に資格確認ができないという重大なトラブルが発生したため、約83%（5188件中4300件）の医療機関は、改めて紙の健康保険証の提示を受けて資格確認を行っている（甲25、6頁）。加えて、資格確認ができなかったため、いったん10割負担分の金額を患者に請求した事例が403以上の機関において少なくとも753事例報告されている（甲25、7頁）。

また、甲25の調査結果に先立ち公表された中間集計分の調査結果（甲28：「10月1日以降のマイナ保険証トラブル調査（中間集計）」20頁～35頁）では、「全事例から10割で検索した事例」（甲28、20頁～21頁）、「全事例から無効で検索した事例」（甲28、22頁～31頁）、「全事例から『資格なし』で検索した事例」（甲28、32頁～35頁）

9頁）、「健康保険証の2024年秋廃止について」という質問に対して「賛成」という回答（379件、4.4%）（甲25、10頁）が含まれている。調査方法には誘導の余地がなく、調査件数は統計として十分な数を含んでおり、さらに回答結果には保険証廃止に肯定的意見も含まれているなど、本調査は中立公正なものである。

がそれぞれ紹介されており、オンライン資格確認の際に資格確認ができないという重大なトラブルの具体的内容が記載されている。このうち、資格確認ができないため10割負担分の金額を患者に請求したことが明確に読み取れる事例に限定しても、下記のような複数の事例が存在する。

「マイナ保険証がエラーまたは、無効と出るため、患者様に保険証を求めたところ保険証を持ってきておらず、仕方●10割もらい、後日再精算した」（番号3、神奈川県医科診療所、甲28・20頁）

「保険証切り替えの際にタイムラグがあり、新しい保険証が反映されない。（10割頂くことになり、申し訳ないと感じたし、患者さまも困ってました。）」（番号4、石川県医科診療所、甲28・20頁）

「本人は保険資格はあるといいはったが、マイナンバーでは無効と表示。保険証もっていなかったため、10割頂いた。」（番号5、東京都歯科診療所、甲28・20頁）

「カードリーダーで読み取っても返事が3時間●にくるなど診療時に役に立たない。1名は保険証も持ち合わせがなく全くの初診患者でしたので、自費（10割）負担をお願いした。」（番号10、東京都大田区医科診療所、甲28・20頁）

「保険証の切り替え時期で、リアルタイムに反映がされず、10割負担をお願いした。」（番号12、東京都品川区医科診療所、甲28・21頁）

「電子証明書の有効期限切れ数名。保険証を持参された方はそちらで対応。1名10割負担。」（番号15、東京都豊島区医科診療所、甲28・21頁）

「マイナで確認できず。10割負担となった」（番号16～17、奈良県医科診療所、甲28・21頁）

上記のように、甲25及び甲28の調査結果からも、オンライン資格確認の際に、資格確認を受けることができない等の重大なトラブルが多数発生していることは明らかである。

なお、被告は、「一時的に... 誤った表示がされるような事象等が発生したことは事実であるが」（被告準備書面（2）22頁）、「一時的に、上記事象等が発生しているとしても」（同23頁）と指摘するなど、これらのトラブルは、あくまでも一時的な事象であるという点を強調しようとする。しかし、仮に運用によってトラブル事象が減少していく傾向がある程度はあるとしても、紙の保険証ないし資格証明書による資格確認であれば単純に提示して保健医療機関等において目視するだけで済む。それに対し、カードリーダーや顔認証といった手順を介在させる過程がある以上、オンライン資格確認という方法をとるために固有に生じるトラブル自体が無くなることは今後もないと考えられる。

ウ なお、被告は、原告によるトラブル事例の多発の主張に対置させようとして、オンライン資格確認のメリットを主張しようとする。被告は、「診療報酬の過誤請求事案及びそれに伴い返戻されたレセプト（診療報酬明細書）の処理に係る事務が減少したといった意見が出されており（乙51）、現に、レセプトの返戻件数は、オンライン資格確認の本格運用の開始（令和3年10月20日）の前後で減少している（乙52）」と述べる（被告準備書面（2）23頁）。しかし、この被告主張はミスリーディングである。すなわち、紙の健康保険証を利用した場合でもオンライン資格確認自体は可能であり、被告主張の前提となる数値には、「紙の健康保険証から

のオンライン資格確認¹⁵と「マイナンバーカードによるオンライン資格確認」の両方が含まれている。その際、後者は全体の3%前後~~2.95%~~しかないのであるから、レセプトの返戻件数が減少したという効果は、圧倒的に「紙の健康保険証からのオンライン資格確認」によるものなのである。

5 ④委任命令によって制限される権利ないし法益の性質等

(1) 本件の制約対象となっている権利の重要性

訴状21頁以下及び原告準備書面(1)18頁以下で述べたとおり、本件の制約の対象となる原告の権利は、原告らにとっての職業活動の自由にとどまらず、原告らから療養の提供を受ける国民の生命・健康を支える点で国民の生存権にもかかわる憲法上の重要な権利である。

これに対し、被告は、「保険医療機関等が負う負担は、受給資格の確認に関する体制整備等という限定された範囲にとどまる」、「オンライン資格確認の原則義務化に伴って必要な体制の整備に伴う負担が大きいと考えられる保険医療機関等については、適用除外規定や経過措置等を設けたり、財政支援としての補助等の各種施策を講じている」などと主張する(被告準備書面(2)24頁)。しかし、まず、これらの被告の主張は、その当否はともあれ、原告らの権利に対する制約の程度が軽いというものであり、原告の権利の重要性自体を否定するものではない。

(2) オンライン資格確認の義務化が原告らの権利に重大な制約を課すこと

ア 被告は、オンライン資格確認の原則義務化の適用除外や経過措置、財政支援としての補助等により、オンライン資格確認の原則義務化による負担は限定されているかのように主張する(被告準備書面(2)24頁～25頁)。

¹⁵ 健康保険証に記載されている記号番号等の手入力により、健康保険証からオンライン資格確認をすることは可能である。

しかし、訴状13頁や原告準備書面(1)20頁等でも指摘したように、オンライン資格確認の義務化による経済的な負担のため、多数の保険医療機関が廃業を余儀なくされており、被告の上記主張は誤りである。

実際に、オンライン資格確認の経過措置のうち、「廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局」(療養担当規則附則(令和4年9月5日厚生労働省令第124号)2条5号)に該当するとして届出を行った保険医療機関数は、2023年10月1日時点で、968件に上っている。

このほかに、オンライン資格確認が原則義務化された2023年における保団連の開業医会員の退会会員数をみると、開業医(医科)は1951名、開業医(歯科)は1264名となっており、多数の会員が退会していることがわかる。これらの退会会員数は、2010年~2023年の各年の退会会員数と比較しても、最も多い人数となっており、前年(2022年)の退会会員数と比較すると医科・歯科それぞれについて退会会員数が大幅に(約200名)増加している(甲29)。

加えて、各地方厚生(支)局がウェブサイト上で公表している「保険医療機関・保険薬局 廃止機関一覧表」から廃止数を抜粋した資料(甲30)によれば、オンライン資格確認が原則義務化された2023年4月時点の廃止件数が1103件となっている。これは、2022年5月から2023年4月までの各月の廃止件数と比較しても最大の件数であり、2023年3月時点の廃止件数(515件)と比較すると2倍以上の件数となっている。

これだけ大きな数字の違いは、オンライン資格確認の義務化による有意差と考える方が合理的であり、これらの資料(甲29、甲30)からも、オンライン資格確認の義務化による経済的負担等のため、多数の保険医療機関が廃業を余儀なくされ、保団連から退会するとともに各地方厚生局に廃止の届出を行っていると考えられる。

イ これらの資料のほかに、原告らのうち、現に廃業を余儀なくされた満川博美医師(以下「満川医師」という)及び中山一郎歯科医師(以下「中山歯科

医師」という)の各陳述書(甲31、甲32)からも、オンライン資格確認の義務化により多大な負担が生じたために医療機関が廃院等を余儀なくされていることが読み取れる。

満川医師及び中山歯科医師が運営していた医療機関は、いずれもごく少人数(満川医師は自身一人、中山歯科医師は自身及び妻の二人)の人員しかおらず、収支的に新たな設備を導入するほどの余裕がない状態であった。そのために、満川医師及び中山歯科医師が運営していた医療機関にとって、オンライン資格確認に必要な設備の工事費用や、セキュリティソフト等の維持費は、廃院等を決断させるほど重い経済的負担であった。

しかも、このような限られた人員あるいはオンラインでの取り扱いに不慣れた人員で運営している医療機関においては、オンライン資格確認の導入や運用という新たな事務負担を処理することが困難であり、オンライン資格確認の導入や運用にあたっては新しいスタッフを雇用することが必要となる

(現に、全国保険医団体連合会による中間集計分の調査結果においても、回答を行った6032件の医療機関のうち1057件の医療機関(全体の18%)が、「スタッフを増やして対応せざるを得ないと思う」と回答している(甲2 [87](#)、9頁))。しかしながら、中山医歯科医師が陳述書(甲32)で述べているとおり、新たなスタッフを1名採用する場合でも、少なくとも年額で300万円から400万円ほどの経済的負担が生じることになる。つまり、訴状で主張した機器のランニングコストなどとは桁が違う経済的負担がかかることになる。それだけでなく、たとえば自宅と診療所を兼ねていて、医師やその家族だけで運営しているケースなどでは、新たなスタッフを採用するとなれば、スタッフ用の更衣室を新たに設置するする必要が生じるなど、施設面での対応等を新たに迫られる場合も生じる。満川医師や中山歯科医師に限らず、多くの医師にとって、このような経済的負担、あるいは経済的負担だけにとどまらない施設面での問題などは、廃院等を決断させるほど重いものである。

6 小括

以上検討したとおり、委任の範囲に係る判断枠組みに照らして検討した結果を要約すると、次のように指摘することができる。

- ① 委任規定の文理について被告が挙げる他の法律等は、いずれも本件訴訟で問題になっている委任規定の場合とは状況が異なるうえ、高齢者医療確保法では、「資格確認」は「療養の給付の取扱い」に位置づけられており、厚生労働省自身が「療養の給付の担当」に含めていない。
- ② 授權法規が下位法令に委任した趣旨については、性質の異なる専門技術性を根拠として、条文の文言上含まれていない事項にまで委任の範囲に含めることはできない。
- ③ 授權法の趣旨・目的等としては、立法府は、オンライン資格確認の普及を目指してきたと言えるものの、その際には保険医療機関等の任意の選択によることを前提としていたのであって、法令による義務化、とりわけ規則による義務化は立法府の考え方に真っ向から反している。
- ④ 制限される権利は重要で、中には廃院等を余儀なくされる医師もいるなど影響は重大である。

第2、1（1）で述べたとおり、本件において厚生労働省の定めた規則（療養担当規則）が健康保険法の委任の範囲内にあるというためには、「健康保険法の規定を見て、そこから、資格確認を保険医療機関等に義務付ける内容の省令の制定を委任する授權の趣旨が、規制の範囲や程度等に応じて明確に読み取れることを要する」ことが必要である。

しかし、健康保険法の文理、授權規定が委任した趣旨及び授權法の趣旨・目的等のいずれの要素においても、オンライン資格確認を規制する内容の省令の制定を委任する授權の趣旨を健康保険法（70条1項）から明確に読み取ることなど到底できない。

したがって、改正後療養担当規則が健康保険法の委任の範囲を逸脱すること

は明らかである。

第3 オンライン資格確認の義務化が原告の憲法上の権利を侵害すること

(被告準備書面(2)第5(26頁)に対する反論)

1 オンライン資格確認の義務化が原告らの権利に重大な制限を課すこと

オンライン資格確認の義務化が、原告らの医療活動の事由に係る憲法上の重要な権利に重大な制約を課すことについては、訴状22頁以下、原告準備書面

(1)26頁以下及び本書面29頁以下で述べたとおりである。

原告準備書面(1)26頁でも指摘したが、被告の主張する地方厚生局による指導は、健康保険法73条1項が定める「療養の給付」や「診療」等が適切に履行されることを運用上確保する仕組みである。それゆえ、患者が療養の給付を受けるための方法に属する資格確認については指導の対象とはならないし、指導の存在を理由に療養担当規則においてオンライン資格確認の義務化を正当化することもできない。

2 個別指導の手続の公正性が担保されていないこと

前記1で述べたところからすれば、原告らの憲法上の権利を制約する正当な根拠がないから、指導の存在を理由とした議論には、そもそも入るまでもないということになる。ここでは念のため、その点を措いて個別指導について検討する。

被告は、「個別指導の際に弁護士を帯同することや指導内容を録音することは、指導大綱上禁止されておらず、申し出があれば、原則として認める運用とされていることからすれば(乙54・69及び70ページ)、上記観点からも手続の公平性は十分担保されているといえる」と主張する(被告準備書面(2)29頁)。

しかし、乙54の69頁～70頁をみると、弁護士の帯同自体は想定されているものの、「弁護士は直接の答弁をなし得ない」、「不穏当な発言により指導の進行に支障を来たし、行政目的を達し得ないおそれが認められた場合には退席を命ずることを事前に伝える」、「指導の進行に支障を来たし、退席を命じたにもかかわらず退席しない場合は、保険医療機関等に対して、弁護士が退席しない場合は

指導拒否とみなす旨を伝える」とされており、弁護士の活動範囲は大きく制限されている。

また、録音についても、「保険医療機関等から指導時の録音の許可を求められた場合は、録音が必要な理由を確認し、保険医等自身による指導内容の確認が目的である場合は録音を認める」、「この場合、行政側も録音することについて保険医療機関等に伝え、また、『録音内容は患者のプライバシーに関することも含まれることから、他人に聞かせる等、医師等の守秘義務に反する目的での使用はできない』旨を伝える」とされており、指導内容の確認以外の理由による録音については原則として認めないとされている（乙54、70頁）。このように、録音についても利用目的を限定しなければ実施することができず、抑制的な運用が行われている。

このように、弁護士の帯同や録音については抑制的な運用しか行われておらず、指導の手続についても公平性が担保されていない。

第4 結語

以上のとおり、オンライン資格確認に関する事項を委任する健康保険法の規定は存在しないし、仮に健康保険法70条1項を授權法と解釈したとしても、改正療養担当規則3条2項及び4項は、健康保険法70条1項の委任の趣旨に反して、オンライン資格確認を義務化したものであることは明らかである。したがって、改正療養担当規則3条2項及び4項は、健康保険法70条1項の委任の範囲を逸脱するものであり、違法・無効である。

また、オンライン資格確認を義務化する改正療養担当規則3条2項及び4項は、原告らの医療活動という憲法上の権利を侵害するものであり、違憲・無効である。

以 上

【本文第3、4（2）、（3）関連】

第198回国会（2019年）

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案
国会審議録（抜粋）

（準備書面本文で引用した箇所には下線を付した）

1 参議院 厚生労働委員会 第7号 5月9日

035¹⁶ 川田龍平

○川田龍平君 これは、マイナンバーカードを100%保持すればという仮定だと思いますので、先ほどの質問に関連いたしますが、これ、マイナンバーカードを持たない患者の資格確認についてはどのようにして行う予定でしょうか。マイナンバーを口頭で受付に伝えることはできないわけですから、今までどおり運転免許証やパスポートを使用するのでしょうか。

036 樽見英樹（註：厚生労働省保険局長〔当時〕。後に厚生労働省事務次官）

○政府参考人（樽見英樹君） まさに、マイナンバーカードが保険証と一体化というのは、マイナンバーカードを持っていけば保険証の機能が果たされるということになるわけでございますけれども、当然、健康保険証でもオンライン資格確認ということができるといふことの仕組みといふことでシステムはつくるといふことでございまして、健康保険証でも医療機関にかかれるということについては変わりません。

2 参議院 厚生労働委員会 第6号 5月7日

033 宮崎勝

○宮崎勝君 ありがとうございます。確かに多くのメリットがあるように感じました。

¹⁶ 氏名の前の番号は国会会議録検索システム (<https://kokkai.ndl.go.jp/#/>) で該当する審議録を表示した場合に表示される発言番号を指す。

そうしたメリットの一方で、マイナンバーカードが保険証になるとの報道を見て、従来の保険証が廃止されてしまうのではないかと、また、マイナンバーカードに全て切り替わるのではないかと勘違いをされてしまって、そういう可能性があると思います。

特に高齢者の皆様が不安に思われることがないように、従来の保険証でも引き続き保険診療が受けられるということをまずは確認をしたいと思いますし、国民や保険医療機関等に対して、オンライン資格確認の内容や注意事項に関してどのようにこれから周知をしていくのか、これが重要になってくるとは思いますけれども、その辺の取組についてお伺いしたいと思います。

034 樽見英樹

○政府参考人（樽見英樹君） おっしゃいますとおり、オンライン資格確認の導入後もこれまでどおり保険証でも受診はできます。

オンライン資格確認、先ほど申し上げたようなメリットが患者、医療機関、保険者それぞれにあるわけがございますけれども、そうしたメリット、それから、先ほど自見先生の御質問でもありましたけれども、マイナンバーと例えば医療情報が結び付いて何かリスクにさらされるのではないかと、そういったようなことはないというような仕組み、そうしたような点についてしっかりと周知をしていくということが必要であるというふうに思いますし、その際、御指摘のような、従来の保険証でも受診できるということについても周知をしていきたいというふうに思います。

一方で、この法案で創設いたします医療情報化支援基金というものを活用いたしまして、できる限り多くの医療機関でこのオンライン資格確認が利用できるような、そういう努力についても併せてしていきたい というふうに考えているところでございます。

113 東徹

○東徹君 ちょっと時間がなくなってきましたので先に質問させていただきますけれども、この今回の法案でICT化支援基金三百億円を新たにつくって、そのうちの百五十億円をマイナンバーカードによるオンラインの資格確認の機器等を導入するために使う

というふうになっております。

このシステムの導入に当たって一つの医療機関で幾ら掛かると想定しているのか、また、全ての医療機関に普及させるには最終的に幾ら掛かると考えているのか、お伺いしたいと思います。

114 樽見英樹

○政府参考人（樽見英樹君） 三百億円の医療情報化支援基金ということでございまして、オンライン資格確認のためのシステム整備に百五十億円を充てるという積算になってございます。

この積算の考え方でございますけれども、全国約二十二万ある医療機関、薬局の約六割がレセプトオンライン請求を実施をしております。この六割の医療機関の三分の一程度である四万施設に補助を行うということで積算をしております。その根拠として、額としては、病院の場合には改修に掛かる費用を三百万円、診療所、薬局は五十万円というふうにして、その二分の一の補助を行うという積算になっているわけでございます。

ただ、具体的な交付の条件、これからこれは普及が進んでいくということになりますと、例えばこうした改修に係る単価というものも変わってくるということも十分予想されますので、この基金をできるだけ有効に活用して少しでも多くの医療機関にこれを導入できるようにしたいというふうに考えているところでございます。

115 東徹

○東徹君 もうこれ、更に普及させていくために、マイナンバー、これ一本化を考えてはどうかというふうに思うんですが、これについてはいかがですか。

116 樽見英樹

○政府参考人（樽見英樹君） 一本化とおっしゃるのは、要は保険証をもう原則これにしてしまうということを指しているものというふうにちょっと理解をしました。

まず、どこの医療機関でもこのマイナンバーカードを持っていくと保険証として機能するという形をつくらないといけないということになりますので、今御説明しましたような医療情報化支援基金というものを使ってできるだけ多くの医療機関でこれの読み取りをしてうまくシステムにつながるような、その整備をやっていくんだという

ことを申し上げておりますけれども、まずこれをしっかりとやっていくということが言わば先でありまして、その間、いずれにしても、従来の保険証でもかかれるということについては併せてこれは現場では説明していかなければいけないと思いますけれども、これでどこの医療機関でもオンライン資格確認ができるというふうな形になりますれば、マイナンバーカード一枚でかかれるというのが便利であるというふうになってくるというのは、そういう事態が生じるということではあると思います。

3 衆議院 厚生労働委員会 第6号 4月3日

357 高橋千鶴子

○高橋（千）委員 それを言ってしまったら、年金、医療に関係したら何でも消費税で入るよ、そうしたら消費税は全然足りないよ、そういう議論になっていくんですよ。全然おかしいと思います。だって、そもそもオンライン資格確認の導入は、保険医療機関の任意の選択なわけですよ。全体をどうしてもやらなきゃいけないということを言っていないのに、なぜ財源が消費税なのかということがまずわかりません。

それで、逆に言うと、もしかしてこれは、今マイナンバーカードの普及が、交付枚数一二・二%です、今後、今は被保険者証をそのまま使ってもいいよ、保険証を使ってもいいよ、マイナンバーカードでもいいよと言っているけれども、いずれ統一したいという意味なんでしょうか。

358 樽見英樹

○樽見政府参考人 午前中もちょっと申し上げたんですが、まさにマイナンバーカードの普及というのはまだまだという状況ではございますが、マイナンバーカードによる資格確認ということが広まっていきますといろいろメリットがある。

御本人様も、マイナンバーカード一枚で受診ができる、あるいは高額医療の認定証というものを一々請求する必要がないとか、それから、医療機関にとっても保険者である健保組合等にとっても事務コストの軽減ということでメリットがあるということで、このオンライン資格確認のシステムが広がっていくといいというふうに思っているわけです。

ただ一方で、先生おっしゃるとおり、保険証でもかかれるというふうにしておりま

すし、マイナンバーカードの普及ということも前提として必要であるというふうに思っているところでございまして、私どもとしては、まずはできる限り多くの医療機関等においてオンライン資格確認のシステムの整備が進むようにしていくということで、この制度の普及に取り組んでいきたいというふうに考えています。

359 高橋千鶴子

○高橋（千）委員 統一化するつもりはない、つもりはないと言うと、そうだとは言いきいかもしれないけれども、統一化ではないということだと思います。

一応確認ですけれども、オンライン資格情報で得られる情報というのは、保険者が変わった、勤務先が変わったりとかしたときに変わっていますよというのはすぐわかる、それはそうなんです。ただ、理論的に言うと、滞納情報、つまり本来であれば資格証明書が出ている状態ですよ、現金で払わなきゃいけないですよみたいなことがわかるようなシステムも可能なんですか。

4 衆議院 厚生労働委員会 第5号 3月27日

016 榊屋敬悟

○榊屋委員 ありがとうございます。

好事例集を私も見させていただいて、ああ、進んでいるなという実感を持ちましたけれども、今、相当の市町村の現場で通いの場の整備が進んでいるということでありますから、そろそろ、フレイル対策と一体的に取り組む、保健事業と一体的に取り組む、そのときが来ているのかな、やはり、まさに人生百年時代を見据えて今やらなきゃならぬ作業かな、こう思っておりますが、ぜひうまくいくように御支援をしたいというふうに思っている次第であります。

それから、残された時間、オンライン資格確認の導入について、これだけはこのこと、最初に申し上げたいと思うんです。

オンライン資格確認、いよいよマイナンバーカードによる被保険者資格の電子確認が可能となるということでありまして、このときを待っていたわけでありまして。

マイナンバーカードはなかなか進まないわけでありまして、きょう、我が党の高木理事もおりますけれども、このマイナンバーカードを一生懸命進めたいと思っております。

てきたわけで、これができれば大きな一歩かなと思っておりますが、問題は、保険医療機関は任意でオンライン資格、このシステムを今回選択するということになりますと、任意ですから、やらなくてもいいところもあるわけで、ここはどのような戦略で、もちろん基金も積んで、三百億の基金を使いながら進めるということなんだろうが、どのぐらいの期間でどのぐらい整備が進むのか、皮算用をお示しいただきたいと思
ます。

017 樽見英樹

○樽見政府参考人 お答え申し上げます。

オンライン資格確認、医療機関や薬局から支払基金に対してオンラインで資格情報を照会するというものでございます。

既存のインフラを効率的に活用するという観点から、まあ、マイナンバーのインフラも使うわけでありましてけれども、今は医療機関がレセプトの請求をオンラインでやっている、そのオンラインでのレセプトの請求、このインフラを使うということを考えているわけでございます。

その普及状況ということでは、オンラインのレセプトの請求は、病院と薬局はほぼ一〇〇%でございます。医科の診療所が六五%、歯科が一七%というふう

にだんだん低くなっている。

これを導入しているところについては、マイナンバーカードの読み取りと、その資格情報に関するシステムの改修をやっていただく。未導入のところは、それに加えて、まさにオンラインのネットワークに加わっていただくためのシステム改修ということが必要になるということでございます。

オンライン資格確認を入れますと、医療機関にとっても、リアルタイムで資格情報が確認できて、過誤請求、実は違う保険者の人が請求があつて、その請求をやり直すというようなことがなくなりますので、これは医療機関あるいは薬局にもメリットが大きいというふうに考えているわけでございます。

私どもとしては、そういう点をしっかりと周知していくということをするとともに、今回の法案によって創設する医療情報化支援基金というものを活用しながら、できる限り多くの医療機関や薬局で導入が進むように取り組んでいきたいというふうに思

ています。

このオンライン資格確認自体は、二〇二〇年度中、二〇二一年の三月ぐらいを目途に稼働させるということで考えているところでございますけれども、そのときまでにできるだけ多く加わっていただけるように努力をしたいというふうに考えております。