

# 東京保険医協会

2月22日（水）記者会見

## オンライン資格確認義務化「会員調査」 保険医に関する事項等 参考資料

- ・ P1～ 2022年11月28日全国保険医団体連合会  
「保険証廃止・オンライン資格確認義務化調査速報」（8707件）
- ・ P13～ 2022年9月東京保険医協会「オンライン資格確認システム導入義務化に関するアンケート・結果概要」
- ・ P15～ 2022年9月12日愛知県保険医協会調査
- ・ P29～ 2022年9月13日神奈川県保険医協会調査
- ・ P36～ 東京保険医協会声明
- ・ P40～ 東京保険医新聞 2022年11月25日号  
視点「『医療DX』は医療の根底を崩壊させる」
- ・ P41～ 2023年2月17日「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会・中間とりまとめ」
- ・ P48～ 2023年2月17日「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会・中間とりまとめ」参考資料

**【連絡先】** 東京保険医協会事務局 訴訟ワーキンググループ担当

TEL : 03-5339-3601 FAX : 03-5339-3449



保険証廃止・オンライン資格確認義務化  
意識・実態調査 11月28日



1

政府は、医療機関等に2023年3月末までのオンライン資格確認の原則義務化を求めるだけでなく、「2024年秋に保険証廃止を目指す」との方針を表明し、医療現場や患者から不安と懸念、怒りが広がっています。

全国保険医団体連合会は、オンライン資格確認義務化、保険証廃止に対する医療現場の実態・意識調査を実施しています。これまで寄せられた回答を報告します。

調査期間：2022年10月14日～11月20日

調査方法：保団連メールマガジン登録会員および保険医協会、保険医会会員

回答方式：ウェブフォーム、FAX

回答数：保険医協会、保険医会会員 8707通

(医科診療所5186件、歯科診療所2668件、病院449件、N/A390件、無効14件)

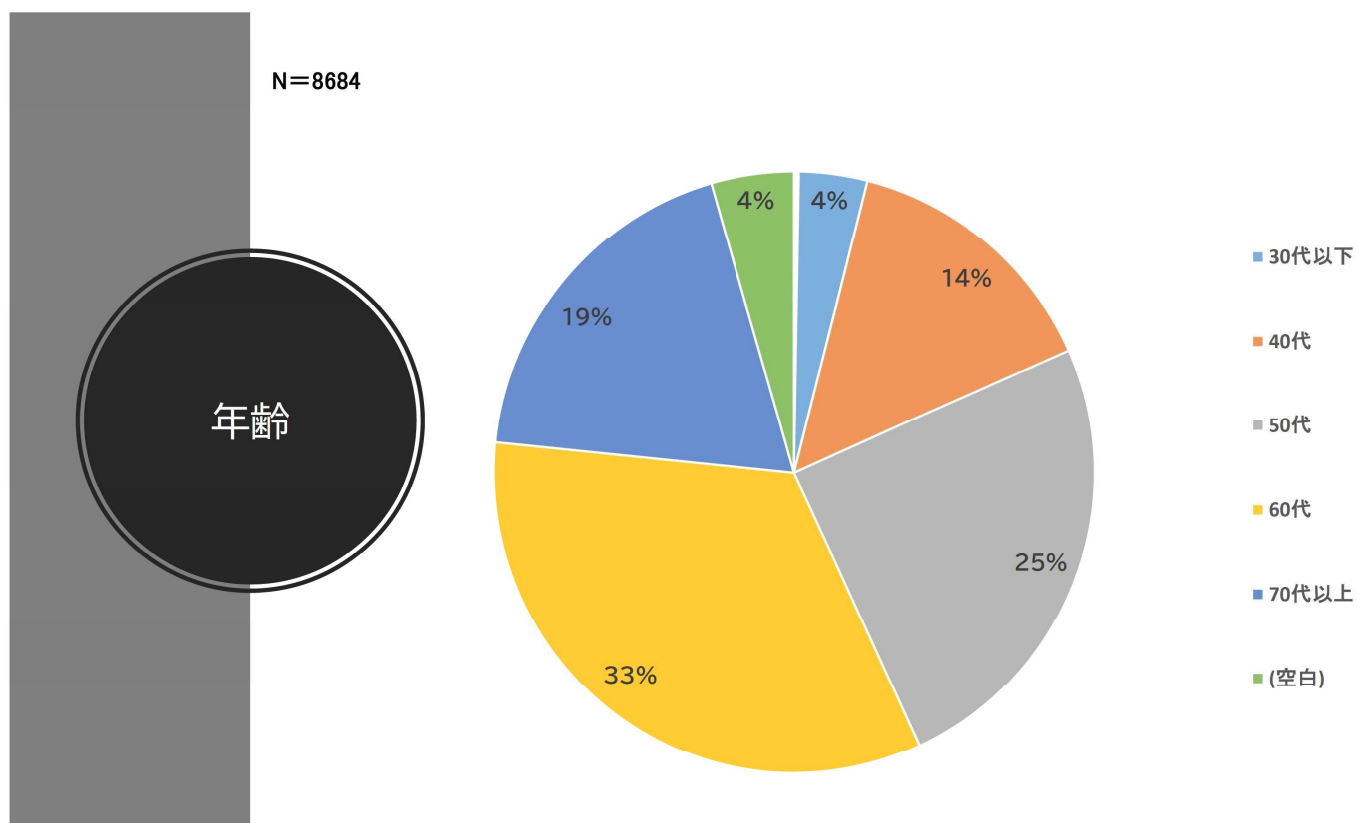
2



# 年齢、属性、請求方法

※ 各グラフの「空白」との表記はN/A  
※ 無効回答を除いた

3

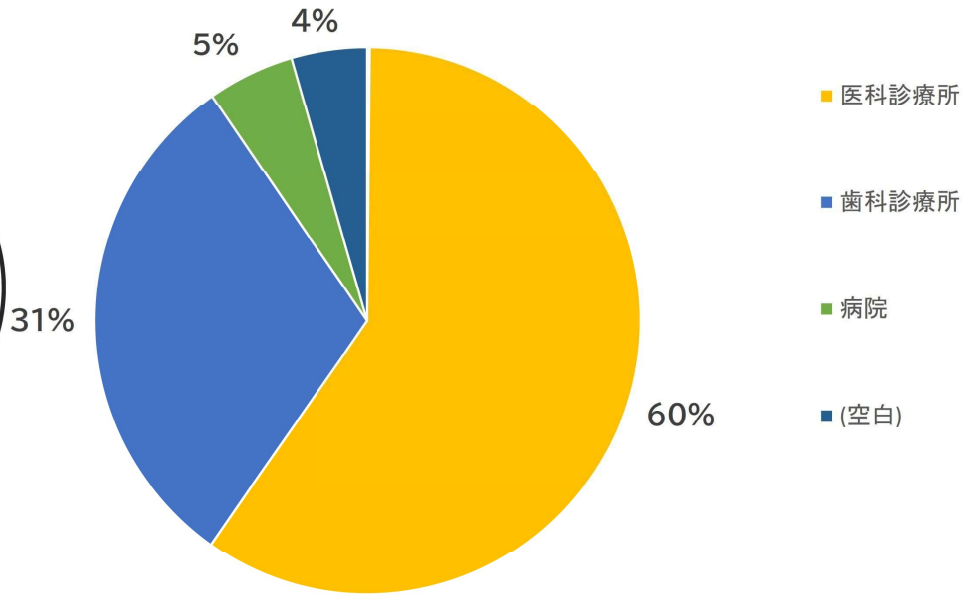


4

N=8693

区分

医科診療所60%、歯科診療所31%、病院5%が回答

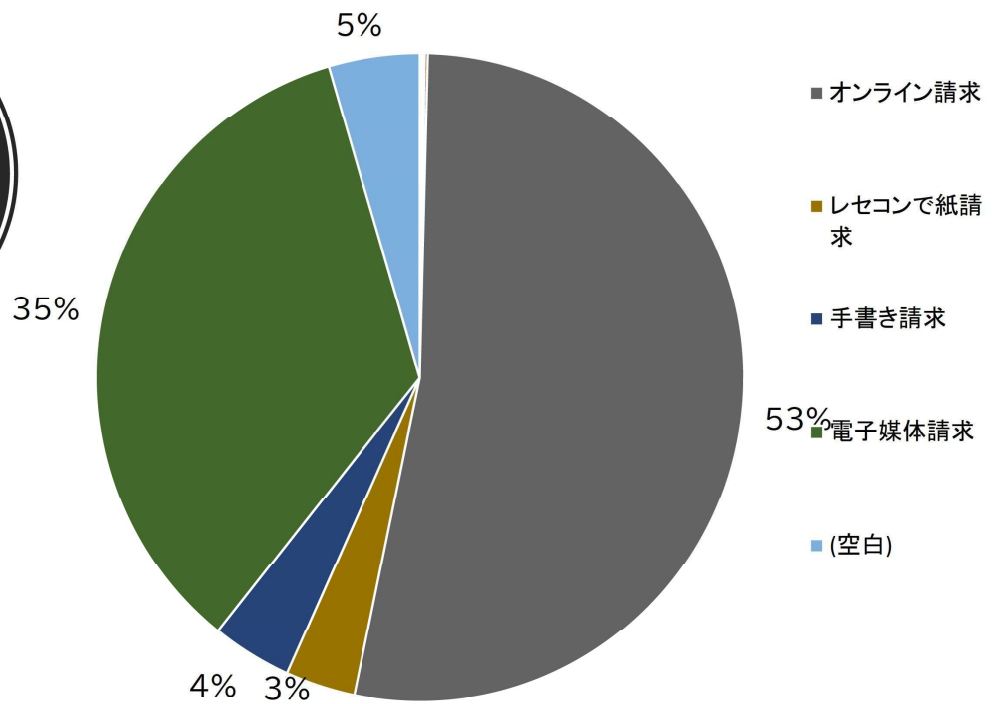


5

N=8672

レセプト請求方法

オンライン請求53%、電子媒体請求(非オンライン)が35%



6

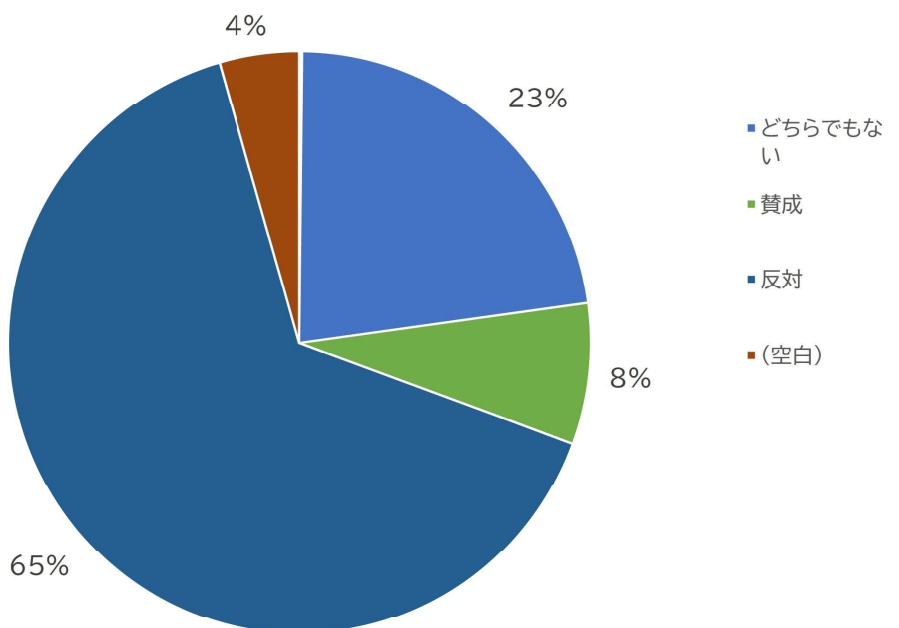
# 2024年秋 保険証廃止の政府方針について

7

N=8692

65%が保険証廃止に反対、賛成はわずか8%のみ

24年秋に保険証廃止を目指す政府方針について

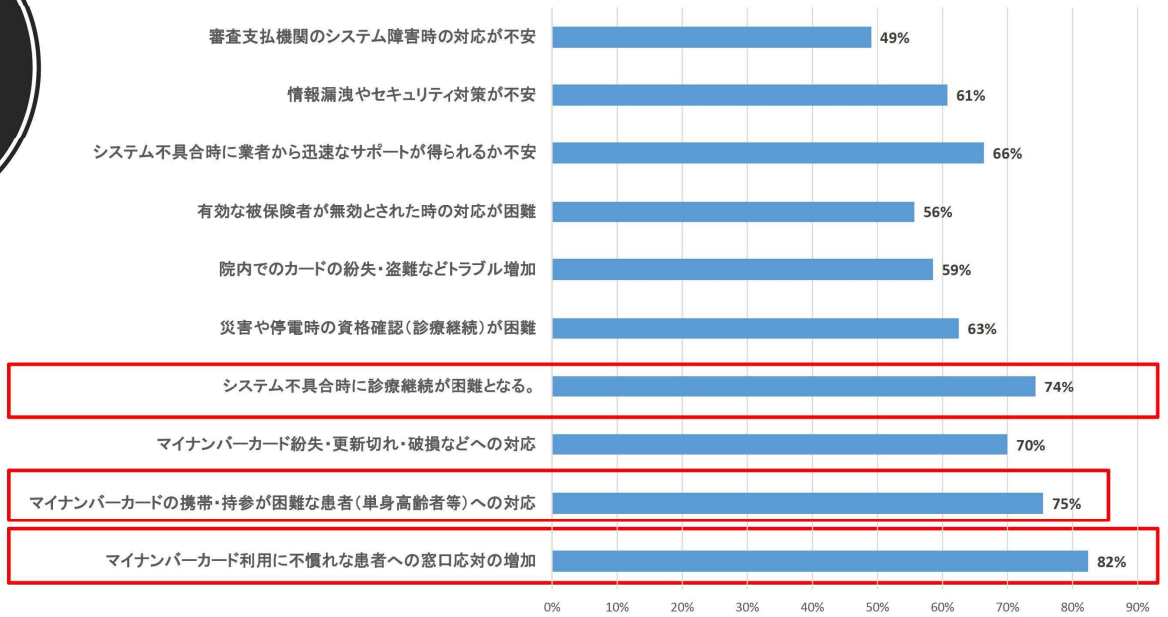


8

保険証廃止  
による医療  
現場や患者  
への影響・  
危惧

N=8707

## 不慣れな患者への窓口対応の増加82% システム不具合で診療継続困難74%



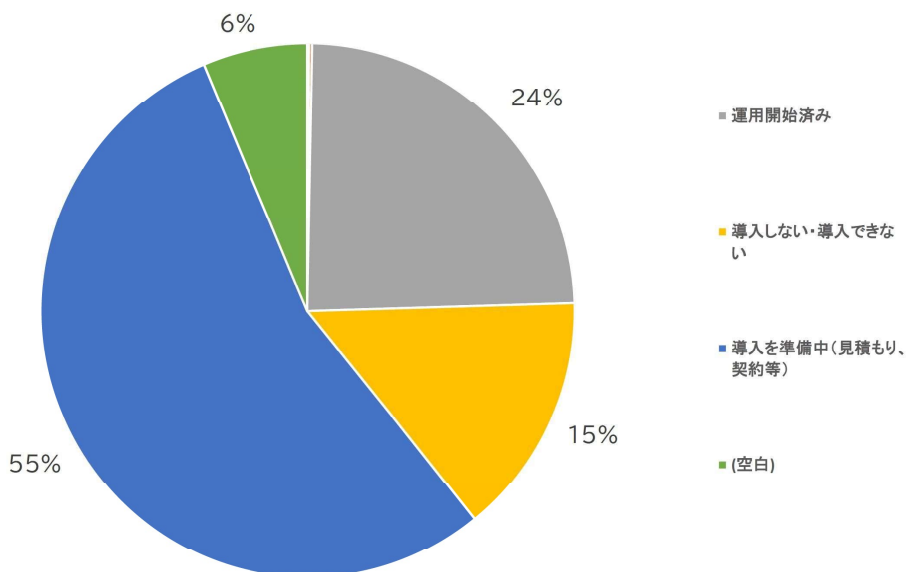
2023年4月  
オンライン資格確認義務化



N=8681

運用開始済みが24%、準備中が55%、導入しない・できないが15%

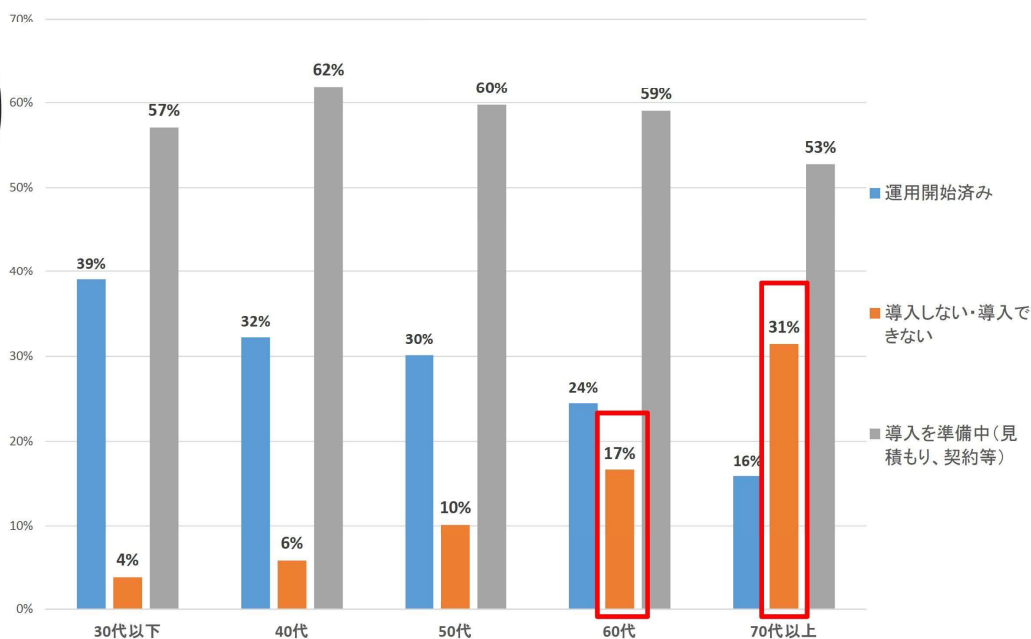
### システムの導入状況



「導入しない・できない」60代の17%、70代以上は31%

### システムの導入状況(年齢別)

N=7902  
(無回答除く)

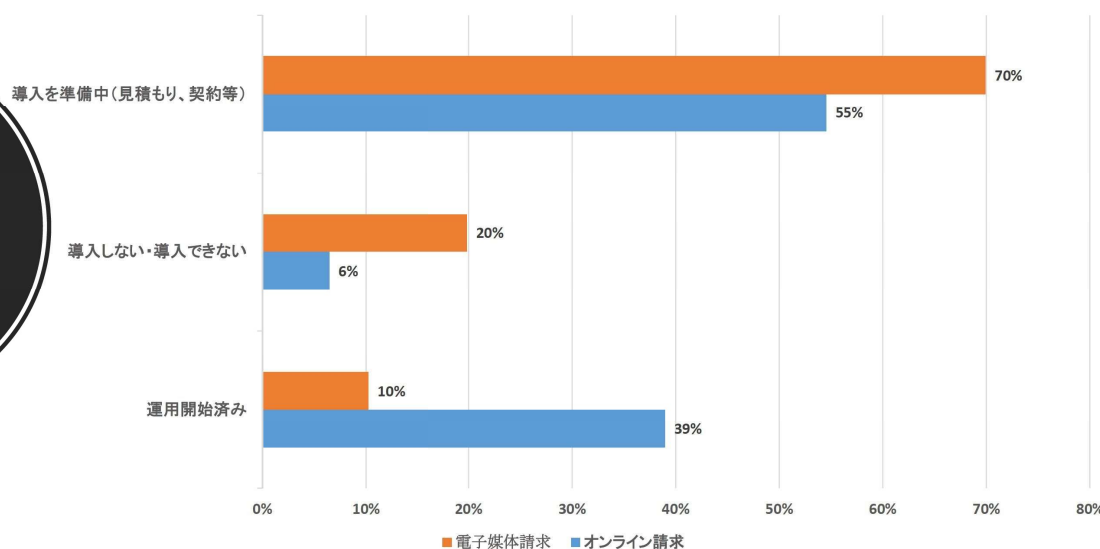


N=7312  
(無回答除く)

「導入しない・できない」 電子媒体請求20% オンライン請求6%

「運用開始済み」 電子媒体請求10% オンライン請求39%

システム  
導入状況  
(請求方法別)

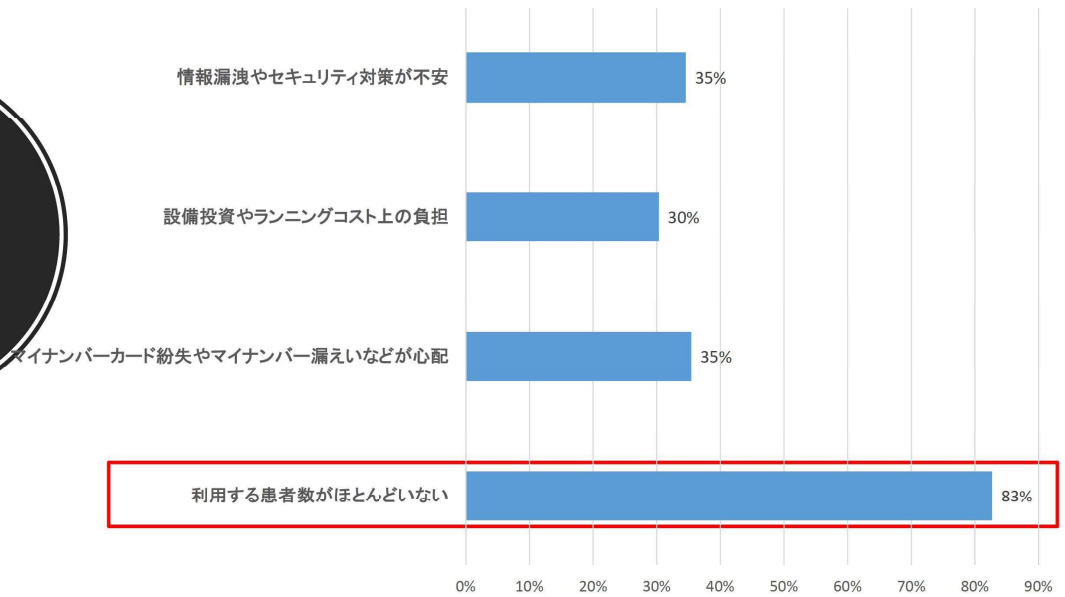


システムの運用を開始した  
医療機関の実態

N=2109(運用開始済みが回答)

運用開始の実態、懸念・不安は？

## 利用患者がほとんどいない83%

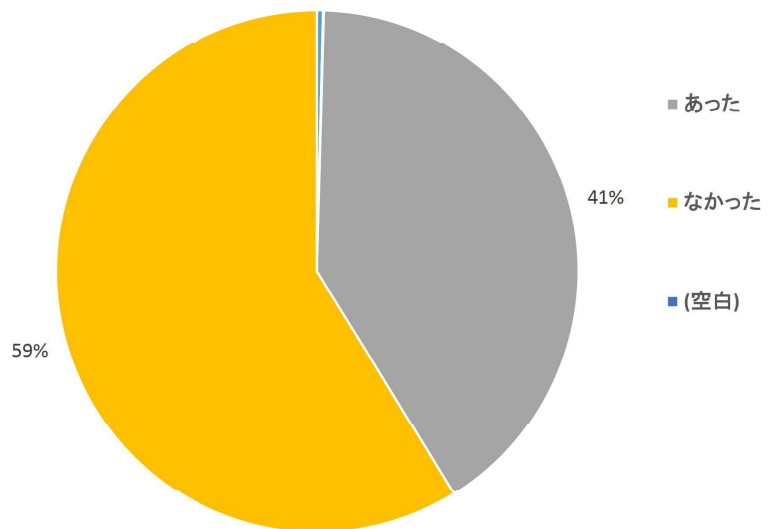


15

運用を開始してトラブル・不具合はありましたか？

## 運用を開始したがトラブル発生が41%

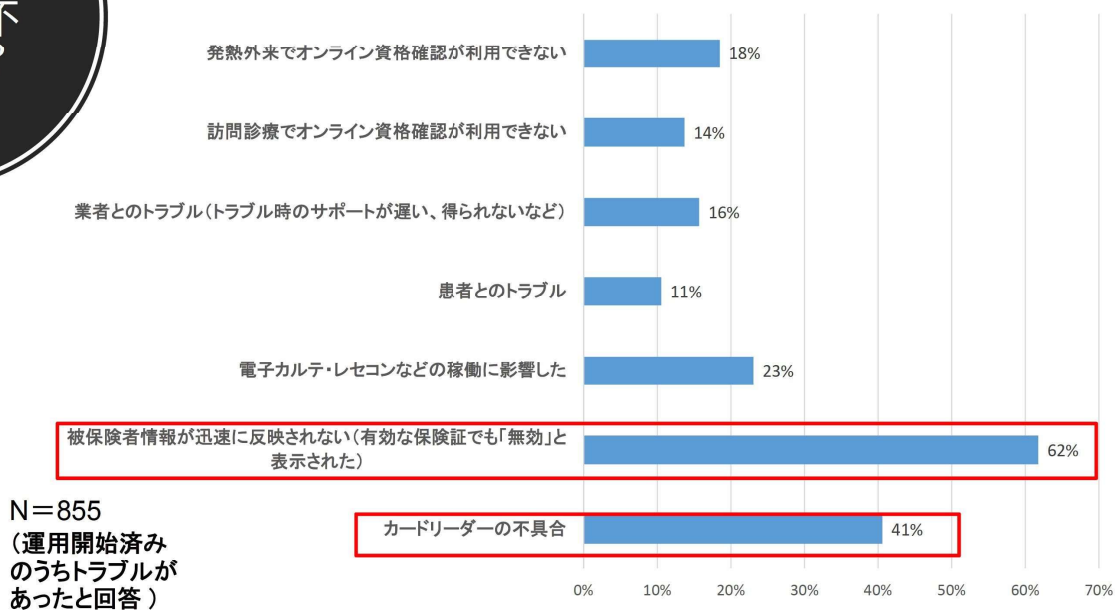
N=2088  
(運用開始済みが回答)



16

具体的な  
トラブル・不  
具合は？

## 有効な保険証が無効となった 62% カードリーダーの不具合 41%



17

## 導入を準備中の医療機関の実態

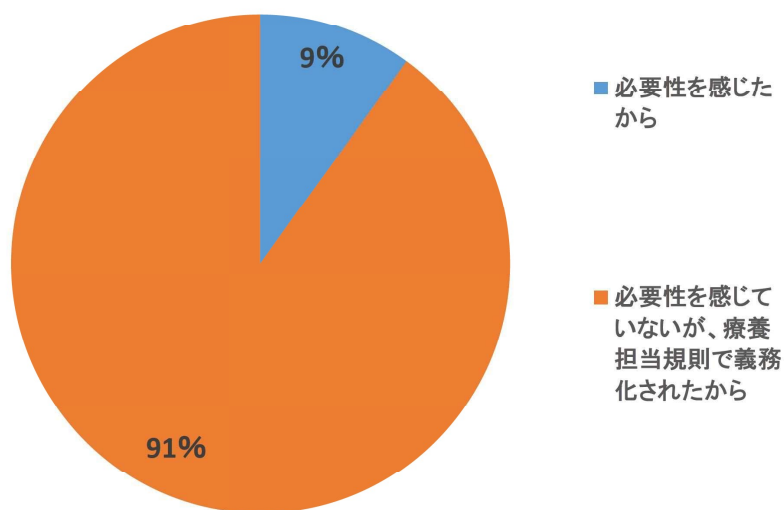
18



## 必要性ないが義務化されたから導入した 91%

導入を準備中(見積・契約)の理由

N=4693(導入準備中が回答)

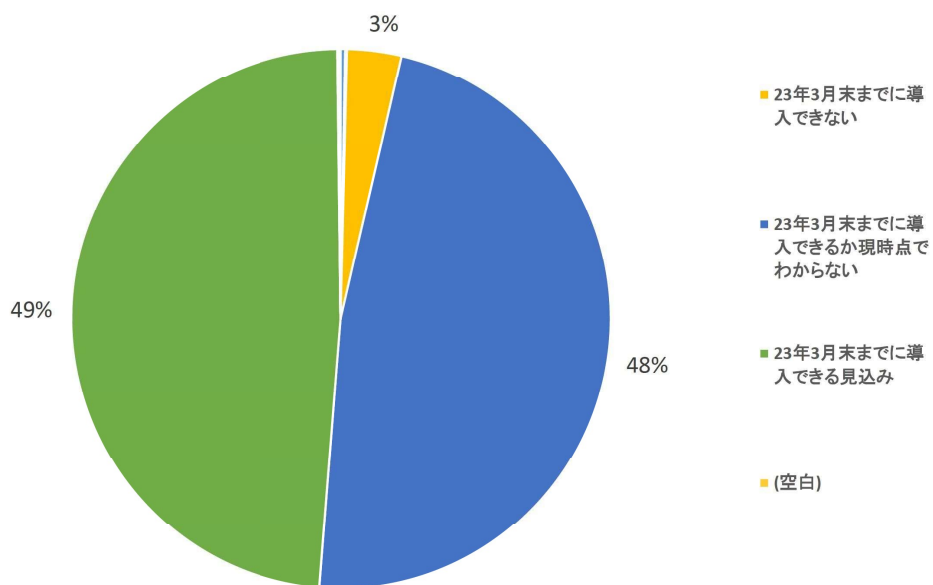


19

## 3月末までに導入できるか不明 48%

23年3月末までにシステムを導入できますか

N=4655(導入準備中回答)

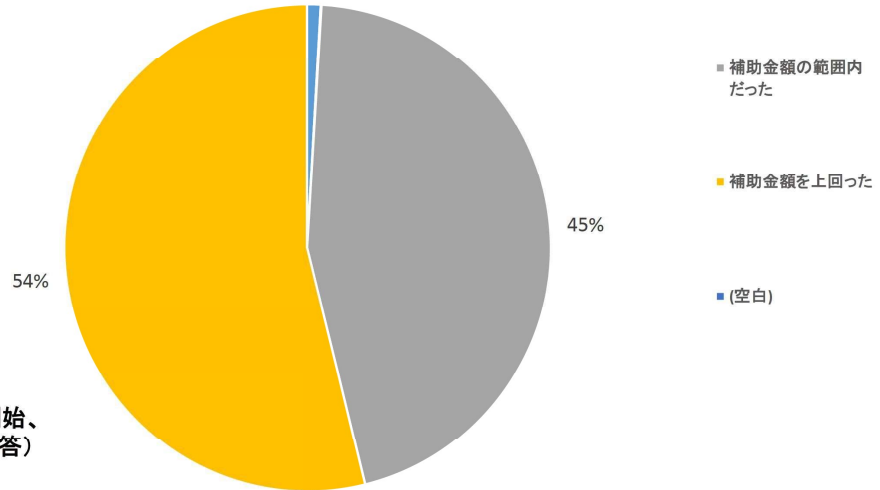


20

## 54%が補助金上回った

導入コスト  
補助金額を  
上回りましたか

N=5441 (運用開始、  
導入準備中が回答)

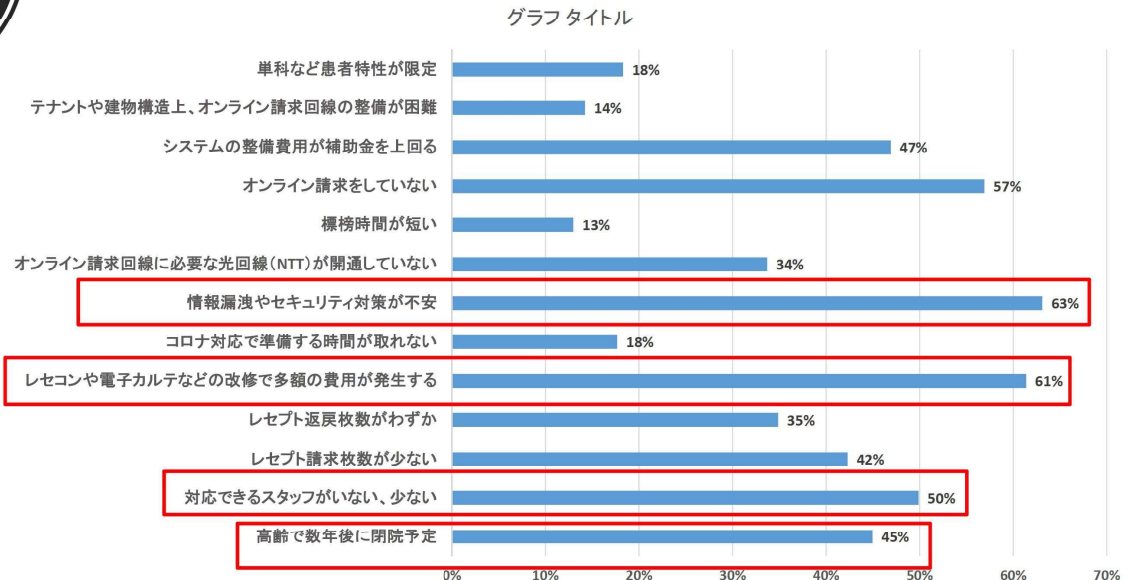


導入しない・できない医療機関の実態

導入しない、できない理由は？

情報漏洩、セキュリティ対策が不安63%  
レセコン、電子カルテの改修で多額の費用が61%  
対応できるスタッフがいない、少ない50%  
高齢で数年後に閉院予定が45%

N=1279(導入しない・できないが回答)



23

要望

## 診療継続に向け実効性ある措置を オンライン資格確認義務化撤回を求めます

- 2023年4月よりのオンライン資格確認導入の原則義務化は撤回を
- 全ての医療機関を対象に経過措置を設ける
- 少なくとも2023年4月以降も全ての医療機関が医療提供を継続できるよう大幅な経過措置・幅広の除外措置を設けるなど抜本的に見直しを  
(具体的な要望)
- 開設者・管理者が高齢、数年後に閉院予定(継承を含む)などは義務化対象から除外する
- へき地・離島やビル開業等でネット回線整備が困難な場合は義務化対象から除外する(専用回線が敷設されていない地域、ベンダー事業者がいない、設備改修に多額の費用を要するなど)
- レセコンや電子カルテ等改修で多額の費用を伴う、スタッフが少ないなどシステム導入に困難を抱える場合は義務化対象から除外する
- 電子媒体で請求しており、情報漏洩やセキュリティ対策に不安を抱えている医療機関については、義務化対象から除外する
- レセプト請求枚数が少ない、レセプト返戻枚数がわずか、実質上、患者特性が限定される単科など実施で、標榜時間が短い一などシステム導入する必要性が低い医療機関は義務化対象から除外する
- 少なくとも運用トラブル・不具合が解消されるまで2023年4月実施の義務化は延期すること
- 実態調査、公聴会、ヒアリング、パブコメを開催すること

24

# 63%が導入義務化反対

## ●14%が運用開始 44%はカードリーダー未申請

東京保険医協会は、9月13日に会員医療機関4,219件にFAXでアンケートを送付し、9月28日までに都内616件の医療機関から回答を得ました（回収率14.6%）。

集計の結果、回答があった医療機関のうち55.5%がすでにカードリーダーを申込済みで、14.0%は実際に運用を開始していることが判明しました。一方で、44.5%はカードリーダーを申し込んでおらず、20.2%は導入の予定がありませんでした。（次ページグラフ4参照）

## ●34%がトラブルあり データ登録の不備多数

「運用を開始している」と回答した医療機関のうち、33.7%で運用に際してトラブルがあったことがわかりました。トラブルの内容（複数回答可）については、62.1%が保険者によるデータ登録の不備など「データ上のトラブル」、41.4%が顔認証エラー、接続エラーなど「機器関連のトラブル」があったと回答しました。（次ページグラフ5参照）

## ●オン資義務化・保険証廃止 ともに反対が60%超え

システム導入の義務化については賛成6.7%、反対63.3%、保険証の原則廃止については賛成7.0%、反対65.7%と、いずれも反対が賛成を大きく上回りました。

また、オンライン資格確認に関して55.2%が「必要を感じない」と回答しました。

（次ページグラフ6・7・8参照）

## ●拙速な義務化は中止を！

現在のシステム導入率を鑑みても、4月からの義務化は現実的ではありません。マイナカードの普及も進まない中、強引な義務化により医療機関に経済的・事務的負担を強いることはあってはなりません。協会は、医療提供体制を堅持し、地域医療を守るために、以下の実現を強く訴えます。

一、2023年4月からのオンライン資格確認システム導入義務化は撤回すること

一、保険証を原則廃止する方針を取り下げ、誰もが今まで通りに医療を受けられる体制を堅持すること

## ●保険証持参ポスター活用を（別紙）

マイナカードで資格確認をした場合に保険資格が確認できないトラブル事例が報告されています。マイナカードには被保険者記号番号も保険者名称も記載されていません。マイナカードだけではトラブル時に患者も保険資格を証明できず、医療機関側も保険組合名すら把握できない事態も発生しています。

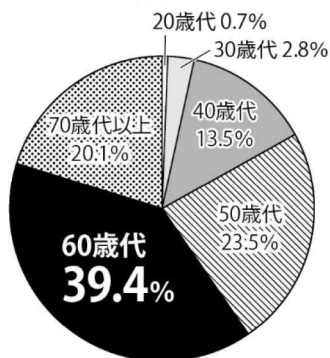
オンライン資格確認を実施している医療機関においても、患者に保険証の持参をしてもらうことが確実に資格確認を行うためには必要です。療養担当規則上も保険証による資格確認は従来通り認められています。

協会は「患者に保険証持参を呼びかけるポスター」を作成しました。円滑に保険診療を行うためにも、待合室に掲示、または患者にチラシとして配布するなどこのポスターの活用を広く呼びかけています。

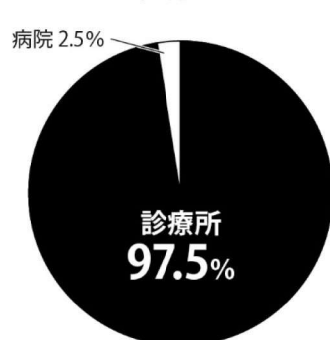


# アンケート結果グラフ

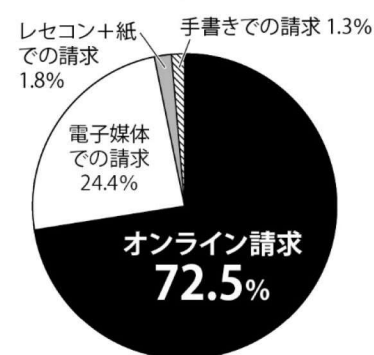
グラフ1 年齢



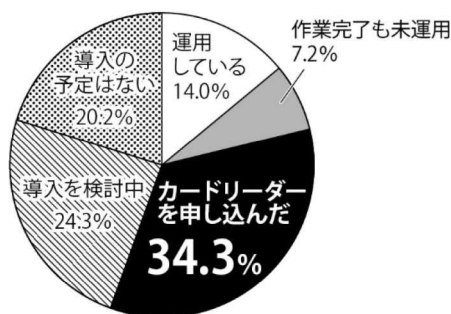
グラフ2 区分



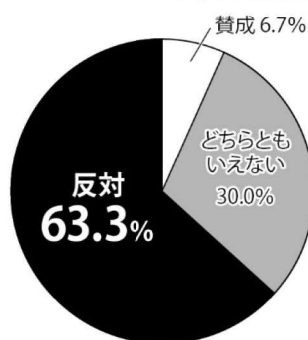
グラフ3 請求方法



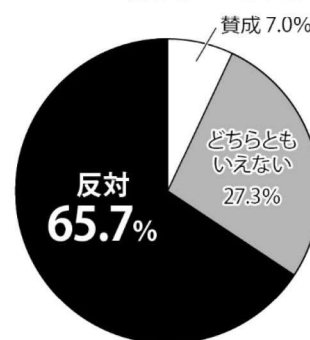
グラフ4 オン資の導入状況



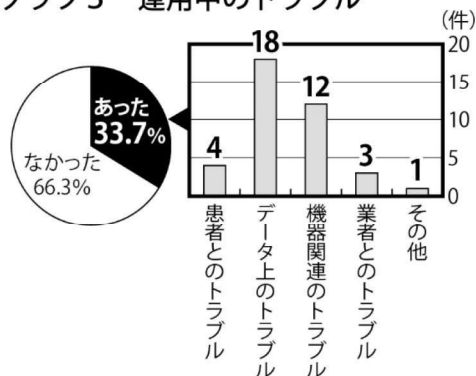
グラフ7 オン資原則義務化



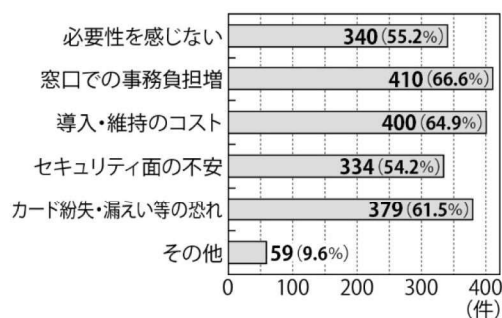
グラフ8 保険証の原則廃止



グラフ5 運用中のトラブル



グラフ6 オン資に対する懸念(複数回答可)



## 「オンライン資格確認」に関するアンケートのまとめ

### アンケートの目的と方法

これまで任意とされていたオンライン資格確認システムの導入について、2023年4月から原則「義務化」して、導入状況を踏まえ将来的に保険証の原則廃止を目指す政府方針(骨太の方針2022)を受け、8月10日、中医協は療養担当規則に2023年4月からの手書きレセプト請求等以外の医療機関にマイナンバーカードによる資格確認ができる体制整備を義務づけるとともに、今年10月から関連の診療報酬体系を見直すことを答申した。

こうした状況を踏まえ、協会税経部では、この改定案に対する会員の意識や要望を把握し、保険医新聞で周知するとともに、今後の運動につなげるために、次の方法で会員アンケートを行った。

調査は、8月8日に「オンライン資格確認に関する会員アンケート」を開業医会員(5,130人)にFAXで呼びかけ無記名で回答を依頼した。8月26日までに547人の会員から回答があった。

### アンケートの概要

1. 547人から回答があり、協力率は10.7%。50歳以上の回答が8割以上だった。医科歯科の割合は7:3で、紙請求は7.9%、医科の79.4%がオンライン請求、歯科の67.1%が電子媒体請求であった。この割合は厚労省資料の数字と概ね一致する。
2. オンライン資格確認導入「義務化」に71.8%(392人)が反対した。賛成は5.7%(31人)にとどまる。「廃業する医療機関があるなら、理不尽極まりない」という声や、マイナンバーカードで受診する患者がいないことやシステムエラーが多いことなども含め「時期尚早である」との意見、設備投資やランニングコスト、セキュリティ対策など政府から負担を押しつけられることに不満の声が多数寄せられた。
3. 「保険証廃止」については78.8%(428人)が反対した。受付の手間や紛失・漏えいの心配、マイナンバーカードの電子証明書に有効期限があるため更新せず受診した場合に窓口が大混乱すること、災害時の停電やシステムダウンの時には資格確認ができないこと、そもそもマイナンバーカードの普及のために保険証を廃止するのは本末転倒であることなどコメントが多数寄せられた。
4. オンライン資格確認を「導入しない」・「導入できない」が39.4%(215人)から回答があった。オンライン資格確認に対する懸念や考え(複数回答)では、「必要性を感じない」がもっとも多く62.7%(343人)が回答した。「マイナンバーカード保険証の紛失や漏えいの心配」が53.6%(293人)、「ランニングコストが負担」が43.1%(236人)と続く。マイナンバーカードの保険証利用に対する疑問や不信感を持つ意見や、医療機関の経営状況やスタッフの体制などやむを得な



い理由で導入できない実態が明らかとなった。「コロナ対応でそれどころではない」との声も多数あった。

5. 「義務化されると廃業せざるを得ない」は 12.4%(68 人)が回答。そのうち 60 歳代以上が 9 割を占め、約半数がオンライン請求を行っている会員であった。「高齢で残り何年診療できるか分からないが、診療してほしいと願う患者さんが 1 人でもいる限り診療をしたい」と切実な意見が寄せられている。

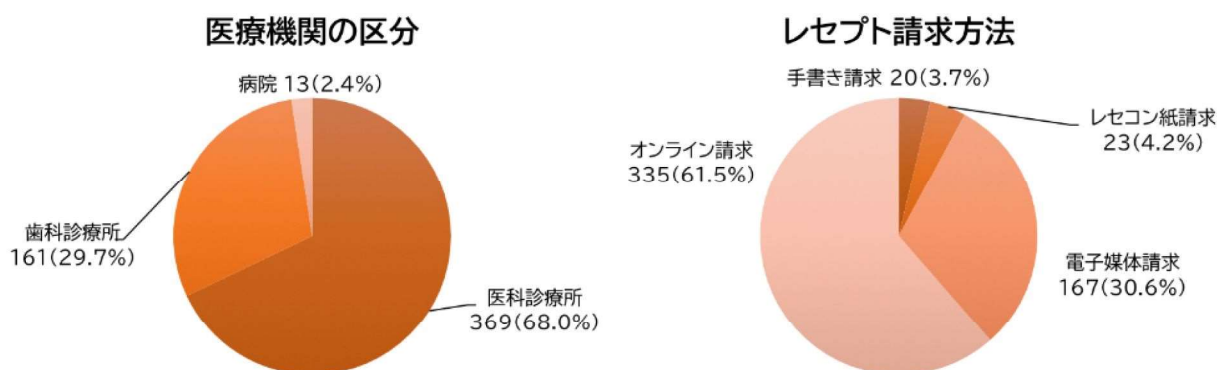
「義務化」を強行することで医療現場の混乱が増すことは必至。中医協は、原則「義務化」することについて療養担当規則の改定案を附帯意見を付けて承認したが、厚労省は 9 月 5 日省令改正をした。附帯意見では、「年末頃の導入状況を調査して、やむを得ない場合への必要な対応について、その期限も含め検討する」とされていたにもかかわらず、様々な問題が山積しているこの時点で告示するという政府の対応はあまりに乱暴だ。力づくで推し進める態度に憤りを禁じ得ない。地域医療を支えるすべての医療機関を守るため、「義務化」撤回が必要だ。導入は各医療機関の実情によって任意とすべき。少なくとも、実施時期の延長や「義務化」の免除対象の拡大など抜本的な見直し求められる。

## アンケート結果

### 1. 協力率

547 人(10.1%)。50 歳代が 142 人(26.0%)、60 歳代が 200 人(36.6%)、70 歳代以上が 115 人(21.1%)で、50 歳代以上が回答の 8 割を超える。

### 2. 医科歯科区分と請求方法

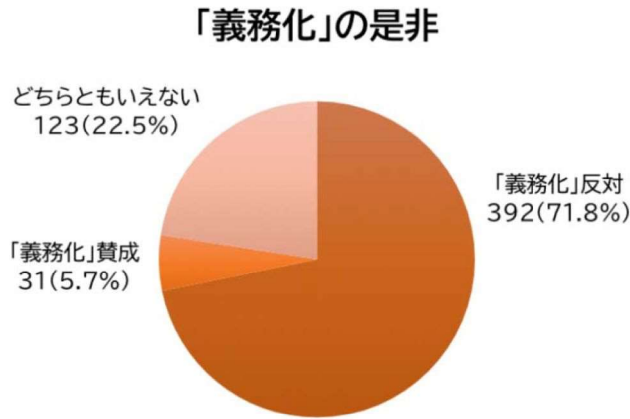


回答のうち、医科が 68.0%、歯科 29.7%、病院 2.4%だった。

手書き請求 3.7%、レセコンを使った紙請求 4.2%、電子媒体請求 30.6%、オンライン請求 61.5%で、手書き請求はオンライン資格確認「義務化」の対象外となるので、96.3%が「義務化」の対象となる。オンライン請求は 50 歳代以上の年代でみても 6 割以上の医療機関が導入している。医科診療所

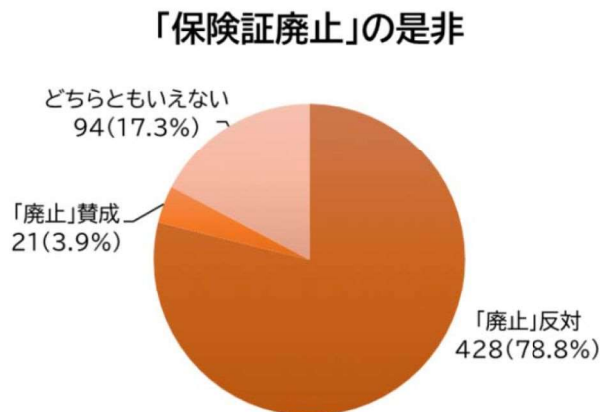
は 79.4%がオンライン請求。歯科診療所では 67.1%の医療機関が電子媒体請求であった。この割合は厚労省資料の数字と概ね一致する。

### 3. オンライン資格確認導入「義務化」の是非



「反対」は 71.8%(392 人)、「賛成」は 5.7%(31 人)、「どちらともいえない」は 22.5%(123 人)だった。年代が高い(50 歳代 67.6%→70 歳代以上 81.7%)、また電子請求より紙請求(オンライン請求 66.9%→紙請求 91.1%)の方が「反対」の割合が高い。医科歯科による大きな差異は見られなかった。「反対」の 392 人のうち、オンライン請求を行っているのは 224 人であり、66.9%を占めた。「廃業する医療機関があるなら、理不尽極まりない」「有効な保険証でもデータの入力が不十分で無効とされることが多い」「資格申込・変更申請しても 1~2 週間かかる」「設備投資やランニングコスト、セキュリティ対策などの負担の押しつけに不満」という声が多数寄せられた。義務化「賛成」については、「とても便利になった」「業務の効率化ができた」「なりすまし受診の対策によい」という意見の一方、設備投資やランニングコスト等の負担には不満とするコメントも散見された。

### 4. 保険証廃止の是非



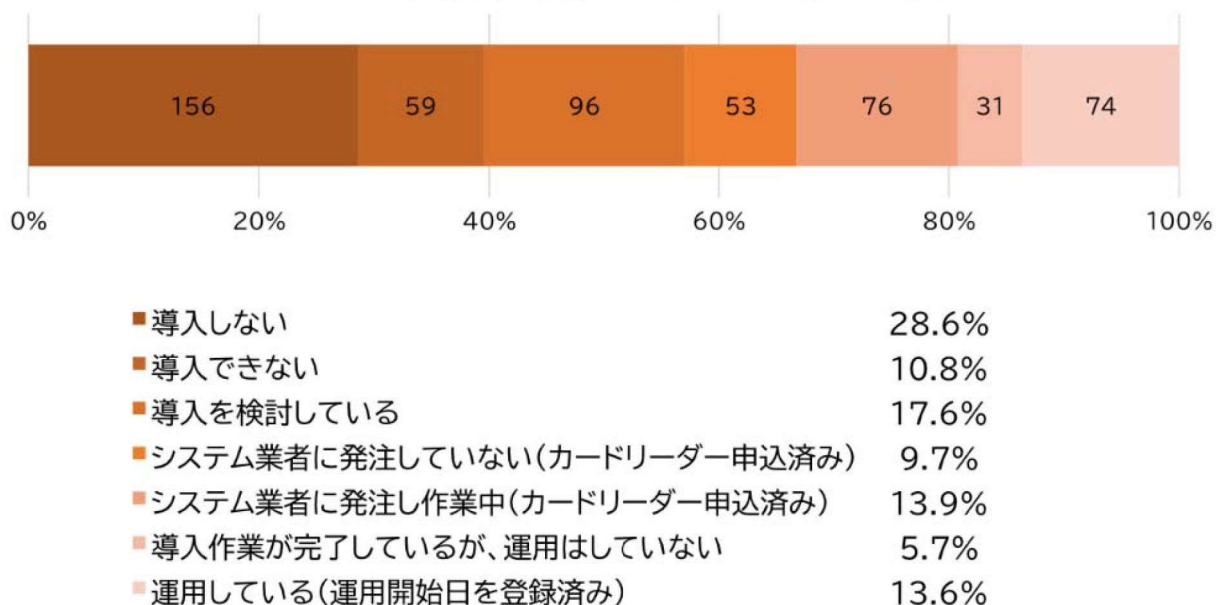


保険証廃止の「反対」は 78.8%、「賛成」は 3.9%、「どちらともいえない」は 17.3%だった。反対の割合は導入「義務化」反対より多い。

「保険証の画像をレセコンに取り込んでいるため、保険証がなくなると診療に支障をきたす」「高齢者が多いので、マイナンバーカードだと受付に手間がかかるし、紛失が心配」「今更保険証がない診療を患者に理解させるのが困難」「マイナンバーカードの電子証明書に有効期限があるため、更新せず受診した場合に窓口が大混乱する。保険証の方が患者さんにとっても簡便だ」「災害時の停電やシステムダウンの時は資格確認ができないので、保険証が必要」などのコメントが寄せられている。また、「患者にマイナンバーカードを持ち歩かせることに反対」「マイナンバーカードの普及のために、保険証を廃止するのは本末転倒だ」の意見あった。

## 5. オンライン資格確認の導入状況

オンライン資格確認システムの導入状況

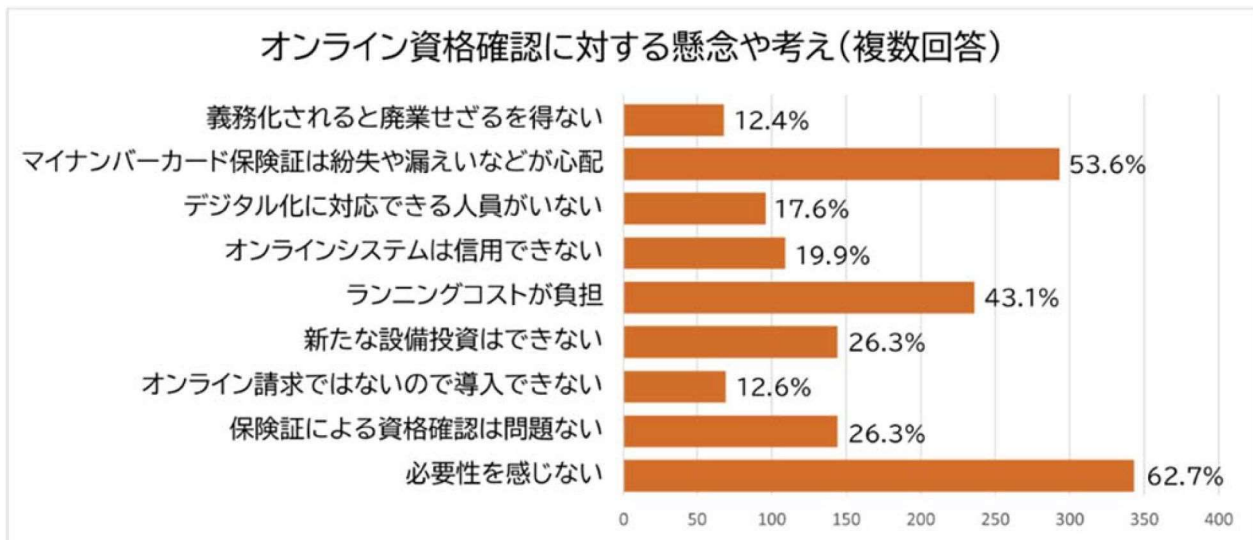


「導入しない」が一番多く 28.6%(156 人)、「導入できない」は 10.8%(59 人)。実に 4 割が「導入しない・できない」との回答であった。次に多いのが「導入を検討している」で 17.6%(96 人)だった。8 月 26 日時点で約 6 割の医療機関が準備を始めていない。

「導入しない」「導入できない」と回答した 215 人について、請求方法ごとの内訳は、オンライン請求の 99 人(29.8%)、電子媒体請求の 80 人(47.3%)、レセコン紙請求の 18 人(73.9%)、手書き請求の 19 人(95.0%)であった。また年齢別は 70 歳代以上の 64.6%、60 歳代の 42.4%が「導入しない」「導入できない」と回答した。

なお、オンライン資格確認を運用開始している人は 74 人(13.6%)だった。

## 6. オンライン資格確認に対する懸念や考え



343人(62.7%)が「必要性を感じない」と回答しており、この項目では最も多かった。システム導入を準備又は運用開始している234人のうち97人が「必要性を感じない」と回答している。システム導入していても約4割が必要性を感じていない。「マイナンバーカードで受診する患者がない」「オンライン資格確認のメリットがない」「資格喪失後の受診は保険者が業務を全うすれば防止できる」や、「強制するなら国が無償で設置すべきだ」との意見が多かった。

次に多いのは「マイナンバーカード保険証の紛失や漏えいの心配」で53.6%が回答している。この中には、運用開始している36人が含まれている。運用開始している医療機関の懸念項目としては一番回答が多かった。運用開始後、セキュリティ対策への懸念が大きくなっていることを示している。「オンラインシステムは信用できない」と回答したのは109人にのぼる。これには「通信障害や停電が発生した時、災害時などでオンラインがダウンしたら資格確認ができず診療がストップしてしまう」「時々システムダウンしている」「導入したらレセコンが不調になって、事実上運用できない」「サイバー攻撃への対策ができるのか不安」などコメントがあった。

マイナンバーカードの保険証利用に対して疑問や不信感を持つ意見が多く寄せられており、オンライン資格確認については「保険証による資格確認は問題ない」とする回答も26.3%あった。

「導入しない」「導入できない」「導入を検討している」と回答した会員(311人)からは、「ランニングコストが負担」(147人)、「新たな設備投資はできない」(125人)、「デジタル化に対応できる人員がない」(72人)、「オンライン請求をしていないので導入できない」(63人)という懸念が寄せられた。また「機器を置くスペースがない」「数年後に閉院するので導入しても採算があわない」などコメントがあり、医療機関の経営状況やスタッフ体制などやむを得ない理由で導入できない医療機関が多いことが明らかになった。また、「コロナ対応でそれどころではない」との声も多数寄せられた。

コストの面では、「補助金につられて申し込んだが、レセコンが対応していないためさらに費用がかかった」「利用者やメリットのないのに、今後膨大な保守料などがとられる」などのコメントもあった。業者からシステム導入にあわせて電子カルテ導入の提案があったり、レセコンの改修も含め200万円程度の見積の提示があったなど、協会に相談がきている。業者との契約締結や工事催促などには慎重な対応と見極めが必要だ。



なお補助金について、「顔認証付きカードリーダーの提供及び補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、又は廃棄してはならない」とされており、違反した場合は、顔認証付きカードリーダーの費用相当額(減価償却(5年)に応じた残額)と補助金の全部又は一部を返金しなければならないことになっている。この規程は廃院の場合でも適用される。

「義務化されると廃業せざるを得ない」には 68 人が回答している。内訳は、紙レセプト請求の医療機関が 18 人、電子媒体請求の医療機関が 20 人、オンライン請求の医療機関も 30 人が回答しており、60 歳代以上が 9 割を占める。「高齢で残り何年診療できるか分からないが、診療してほしいと願う患者さんが 1 人でもいる限り診療をしたい」と切実な意見が寄せられている。

## 7. オンライン資格確認・保険証廃止に関する要望、政府方針への意見

136 件のコメントが寄せられた。回答者の 4 人に 1 人が意見や要望を記入している。この問題への関心が高いことを証明している。以下、紹介する。

### 【必要性・メリットを感じない】

- 導入したが費用はかからなかった(補助金にてどうにかなった)。しかし、使う人はいないのでやめていいと思う。
- 訪問診療専門のクリニックのため、カードリーダーを持ち歩くのが現実的ではなく、マイナンバーカードを持っている患者様が少なく、公費にも対応していないため導入のメリットがない。
- 個人病院にオンラインまで必要を感じない。
- 運用はしていますが、マイナンバーカードでの資格確認は誰もやっておらず、導入した意味はほぼなくコストだけかかっている状態。
- 資格切れ保険証による受診は保険者が業務を全うすれば防止できることである。オンライン資格確認は原則的に不要である。マイナンバーカードは統制社会のツールであるばかりでなく、インテリジェンスの仕組みのない我が国から国民の個人情報や外国やグローバルリストに吸い上げられてしまう。マイナンバーカード自体即刻止めるべきである。
- 小児科なのでマイナンバーカードの取得率が低く、メリットを感じない。それでもやれというなら、政府が費用をすべて負担するべきと思う。
- 導入しているクリニックから、月に 1 回しかカードリーダーを使わない(実質 1 名)とききました。利用頻度の少ないものを置くスペースはありません。国民が全員持っている保険証だから利用できるものであり、半数が持っていないマイナンバーカードを利用するシステムは義務化するには無理があると思います。まずマイナンバーカードの普及が先です。何かあったら保険証で確認ではなく、どんな時でもマイナンバーカード 1 つで OK になってから義務化すべきです。
- オンライン資格確認システムを導入しても、なるべく活用しない予定です。患者がマイナンバーを忘れた場合の対応の仕方。先日の KDDI のシステム障害のように何か障害が生じた場合、円滑に運用できるのか、かなり不安です。

- オンライン請求をやっと導入しましたが、毎回の返戻や福祉医療の請求は別途、紙で郵送しています。二重の手間。もう一度、電子媒体に戻したいです。
- 現状で必要性を感じないにもかかわらず現場の負担を強いる施策ではないだろうか。反対の動きが『遅きに失した』とならぬよう、医師会と歩調を合わせ反対の取り組みを迅速かつ強力に進めていただくことを要望する。
- 決定事項なので設定はしていますが、1人のみ使用。
- 全くもって必要性なし。無駄なトラブルリスクが増える。子どもが一人で受診するのに、マイナンバーカードを持たせるのは不安があると思う。必要という医師を1人も知らない。
- オンライン資格確認のメリットがない。マイナンバーカードへの個人情報ひもづけ拡大が心配。
- 電子カルテ上、過去の健診データもとても見にくくて、使いにくい。患者から不評で、今のところ必要性、メリットを感じません。
- 従来の資格確認で不便はない。資格喪失後の受診は極めてマレ。マイナンバーカードを全国民は持った時点で導入すればよい。設備投資、ランニングコストは業者が儲かるだけ。システムエラーが100%起こらないという保障はない。
- 保険証の間違いは少ないので問題はない。

#### 【コスト負担が大変】

- 読み取り器が早く申し込めば、無料につられ、申し込んでしまった。レセコンも変えないといけなかった(当院はリース切れで変える時期ではあったが)。導入して2年位たつが、今まで1人だけ。そのうち保守料をとられるようになるだろう。
- 義務化なら全費用を政府負担にすべき。
- オンライン資格確認システム導入後の、業者によるメンテナンスという名のランニングコストが膨大なので、義務化には反対。
- 国がマイナンバーカード普及など、何らかの意図があって「オンライン資格確認」の義務化を強いるなら、これに要するコスト一切公費でもつべきで、医療機関側に負担を求められるのは承服できない。大規模な病院と小さな診療所では対応能力に大きな違いがあることも考慮してほしい。
- マイナンバーカードの使用を希望される患者が1人もいない。まずは周知を徹底していただきたい。また、医院に月額保守費、患者にシステム利用で負担増、誰の得になるのかと思います。
- 導入費用を医療機関が負担することに納得できない
- ①支払基金・保険組合・厚労省の運営を改善する目的で導入するものなのに導入費用やランニングコストを医療機関が負担するのは納得できません。②被保険者が資格申込・変更申請した際、即日で手続きが済むのでしょうか?現状は1~2週間かかることがあります。今の手続きではオンライン資格確認は役立たずです。
- 国が維持費を含めて全額負担をしてくれるなら、よい。



- オンライン設置、ランニングコストを含め、政府が機械とも無償にすべき。閉院等での機械の回収もすべき。保険証も会社の変更や年齢で種類が変わるのに、マイナンバーカードは書き換えなくてよいのか。
- ネット環境の整備が必要になってきた。CT やらはハイスペックな環境がいる。テナント工事を強いられている。ADSL→光への変更。
- オンライン資格確認に必要なパソコンは、Windows のバージョンアップに対応して買い換える必要がある場合は補助金がでるのか。

### 【セキュリティが心配】

- 日本はオンライン担当者が能力に欠ける。銀行やスマホのトラブルもさんざん起きている。ロシアと中国からサイバー攻撃されても守れないではないか。国をちゃんと守れる能力をもちなさい。
- セキュリティの面で確実な安全と安心がとれない状況で運用を開始することはいかかなことかと思う。もし漏洩が起こった時に国は責任を取り保障をするのだろうか。たぶんしないだろう。面倒なことは絶対に対応しないのが日本政府だから心配だし信用がおけない。
- 介護、子供医療など、紙媒体での請求はなくなる上、返戻などでも紙で戻ってくる。オンライン請求における情報漏洩等が心配です。
- 政府が AI メーカーと結託して消費拡大。カルテのデータが必ず流出する危険が増加する。
- 自分のデータ(会社名、病院名、省庁名と個人名)に誰がいつアクセスしたかを検索できるシステムが必要です。
- セキュリティ対策がしっかりされてない中、IT 化進めることに危惧している。
- データの流出リスクは回避出来るのか。
- 個人情報漏えい問題や、パソコンの置くスペース、1 台や 2 台のカードリーダーではかえって受付が混雑する。

### 【システムに不備・不具合が多い】

- オンラインのデータ導入が不十分。公費が入力されていない問題。導入を急いだ結果、入力が進んでいない人が理不尽に保険診療が受けられないという問題が懸念される。
- マイナンバーカードの電子証明書に有効期限がある事がほとんど認識されていない状況にも拘らず運用を強行されたら、一時的にせよ 10 割負担の方が続出して大混乱となる。
- 故障時の対応がどうなるか不安。
- 他の病院で主保険しか資格確認をオンラインでできない。公費は保険証提出でした。他の保険、乳・障・母・高 2 割・精なども紐づけしてもらわないと意味がないと思います。
- オンライン資格確認と保険証で内容が違う(名前、ヨミガナ、生年月日など)
- オンライン資格確認ができなかったときの保険者の対応が違うのが困る。
- 便利ではあるが、情報が間違っていたりする。保険者による資格取得日と交付日の入力間違い。負担割合が確認できない。保険証廃止は難しいのでは。
- 回線の不具合が多すぎる。

- ネットが down すると、保険診療が不可となる(大規模災害やシステムダウン、サーバダウン)。少なくともマイナンバーカード内に保険証の内容を持たせないと加入者本人さえ、加入内容がわからなくていいのか？
- デジタル化を進めるなら、マンパワーを少なくできるように、制度設計して欲しい
- システムが煩雑になる。

### 【自院では対応できない】

- 単純に業務量が増える。機材のスペースが余分に必要になる。導入施設からの評価が乏しい。
- カードリーダーは申し込んで送付されているが、設置していない。
- 新型コロナ等感染症患者がマイナンバーカードを持ってきても、受付できない(顔認証、暗証番号を聞くことができず、対応できない)。家族が来たときはできるが、一人の時は全く対応できない(保険証ならジブロックに入れてコピーして対応できる)。
- 慢性的なスタッフ不足の中で新たなシステム導入に時間的に対応できない。高齢者が多くシステム導入に対応できない可能性が高い。
- 72 歳、歯科医 1 人、歯科衛生士 2 人の歯科診療所です。年齢、診療状況に応じて、現状での診療可能な道を残しておいてほしいと思います。残り何年診療できるかわからないのと、診療してほしいと願う患者さんが 1 人でもいる限り診療したいと思っているので…
- レセコンがまだ非対応なので、対応するレセコンに up-grade したら導入する。
- 利便性にとられるのではなく、クリニックの実情を把握した体制整備を。
- 一度検討してカードリーダーを申し込んだが、現状を考え導入しないことを決めた。高齢者が患者の 7 割で、カードリーダーの操作を無理。スタッフを増員する予定もないことや、受付の混乱、オンラインのメリットである他の病院の情報供与など外来中には無理。個人医院ではそこまで時間、手間はかけられない。
- デジタル導入には、人的、金銭的ハードルが高く、新たに診療所開設するのは中高年には困難になります。
- 支払基金からオンライン資格確認の案内がきたけど全くわかりません。仮メールアドレス、仮パスワードがあるけど自分のアカウント登録するよにとのことですが自分では何もできません。
- 私自身も高齢であり従業員も高齢の人ばかりなので長期間診療する予定はないですし、デジタル化にも対応できる人がいないため、現行の保険証確認で十分です。また、今から新たに若いデジタル化に対応できる従業員を募集するつもりもありません。
- 若ければシステム導入したいが年齢を考えると導入しにくい。

### 【義務化に反対】

- オンライン資格確認は時代の流れであるが、義務化は違うと思う。
- 外国人の方はマイナンバーを持っていない人のほうが多い。義務化する必要はまだないと考える。



- 絶対反対です
- マイナンバーカード保険証の義務化は反対です。これまでの保険証受診ができなくなると困る患者さんもいます。
- 義務化によって廃業する医療機関があるならば、全く理不尽、極まりない。何らかの対策を取るべきだ
- 資格確認は重要だが、これだけのシステムを全医療機関必須にするなどということは、非常識。患者も医療者も助かるシステムを提案すべき。このままでは、税務署とIT企業が喜ぶだけ。
- 業務上のデメリット(コスト、セキュリティ管理、マンパワー、etc)が大きく、導入義務化に断固反対いたします。
- 今すぐ撤回を求めます。全く必要はありません。断じて反対です。
- 廃業に向けての準備がありますので、完全義務化までの猶予期間が2年位欲しいです。
- 強く反対します。
- 絶対反対です。

#### 【マイナンバーカードの紛失・漏洩が心配】

- マイナンバーカードによる資格確認によるデメリットが気になる。紛失や漏洩など起こしたらどんなことが起こるか非常に心配で、悪用されないかと思う。
- こんな大切なカードを高齢者に持ち歩かせるなんて危険です。
- 保険証紛失の老人(患者)は何人かいる。これがマイナンバーカードになると、保険証どころのさわぎではなくなる。

#### 【マイナンバー制度・マイナンバーカードに問題がある】

- マイナポイント 20000 円で強引に取得させようとするやりかたはどうみても変。裏でできない理由があると思う。
- 「マイナンバー」と医療保険は結びつけるべきではない。保険証の記号番号をもとに別のひとりひとりの番号をつけることは難しくないはずだし、その方が安全。
- 今後の方針が変更になり、多方面でデータの流用がでそう。
- マイナンバーカードを使って政府が何を狙っているのか、疑問を感じています。今回の支払基金のオンライン画面の問題についても、こんなことをして行くとやがて強制化が当たり前となり、いつの間にか国民が政府によって搾取されてしまう時代が来るのではないかと非常に危惧をしております。
- マイナンバーで個人情報を守るはずであったのに、医療機関だけではなく、金融機関でもお気軽に本人確認に使われる現状からみても、反対です。
- マイナンバーカードは本来住基カードと納税番号の役割とっていますが、普及させたいがために保険証や銀行口座 将来的に運転免許証も統合するのは反対です。無くしたら大変かと思いますが、高齢者大丈夫でしょうか。

- マイナンバーカードも全国民に普及しておらず、マイナンバーカード自体失政、愚策と思っています。政権与党に恩恵のあるIT企業優遇政策です。マイナンバーカードも使いこなせていない方(私も含め)多い中、断行しようとしている政府には、がっかりです。もっと国民に寄り添う政治をしてほしい。オンラインより、コロナ感染対策しっかりして下さい。
- マイナンバーカードを国民全員が持っているという前提で進めるならいいが、まだマイナンバーカードを持っていない人も多く、さらにマイナンバーカードの使い道について把握していないから持ち歩いている人も少ないと思う。
- マイナンバーカード普及のために、保険証を廃止するのは本末転倒である。
- マイナンバーカードの使用対象を拡大することが心配です。

### 【拙速すぎる・強引すぎる】

- マイナカード普及率が半分程度なのに導入は早い。
- サイバーテロや災害による停電など、その必要性以上にリスクが高すぎるのと、経済的な負担が大きく納得できない。政治的な理由としか思えない。強引すぎる。
- 来年の6月30日までに申請しないと補助金打ち切りで脅している。理不尽だ。
- 原則反対ではあるが、昨今の情勢では政府方針に強引に進んでいくことが多く、導入する際に乗り遅れになることが心配。
- 厚労省からのポータルサイトへの押し付け、社保からの催促の電話には辟易しました。
- 2023年4月に義務化とは性急すぎると感じている。導入コストの援助はあっても、ランニングコストを負担するのは各クリニックである。
- ロシアや中国を専制的と批判されるが、今の政府のやり方は中露に近い。
- 利権ありきの政策をやめてください。
- 便利になると見せかけて、後で得をするのは国の方である。今までも同じことをずっと手伝わせられてきた。もうそろそろ気が付かないとな!雑用はご免だ!国は手抜きをすることしか考えていない!追伸)人の財布の中をそこまで見たいのか?オレの金はオレのもの、国のものではない!!”
- 政府方針は、医療機関の負担が大きいと感じました。患者さんにも負担が大きすぎる。
- 政府のやり方は乱暴すぎる。どうしても義務化するならコロナワクチン接種でDRSのタブレットを各診療所に配ったように、無償でカードリーダーを配り、必要なコストもすべて国で負担してほしい。
- 動機が不純。高圧的。データの保護ができていない。

### 【政府の個人情報管理が心配】

- 政府がAIメーカーと結託し、消費拡大。カルテのデータが必ず流出する危険が増加する。
- 全てが管理される心配をしている。
- 必ず個人情報がダダ漏れになり、議員さん自身の責任が問われるだけだと思います。国はそんなに個人の健康管理がしたいのでしょうか?



- デジタル庁とかいう組織がへなちょこな状態で、国民の個人情報を一括管理するという恐ろしく危険なことをしてもらいたくない。

#### 【コロナ対応などでそれどころではない】

- 今はコロナで多忙のため待つほしい。
- あとは運用のみだが、コロナ禍でバタバタしており、なかなかできない。
- 現在コロナ医療でいっぱい現場において義務化を言う意味がわからない。
- マイナンバーカードを紛失した場合、再発行手続きに日数がかかると、急を要する治療を受けられないことになりそう。保険証で今まで通りの受診ができるようにしてほしい。システムの導入はコロナ禍がおさまってない中で更なる負担になる。
- 現在のコロナ対応の中ではとても準備ができない。義務化と言われても、もう余力がありません。
- 自身の年齢を考えるととても対応できません。セキュリティがどのようになっているのか不安でたまりません。コロナの対応で逼迫している今、負担が多すぎます。
- コロナが落ちついてからでないと新しい事を導入するのはとても大変。

#### 【対応できない患者がいる】

- 政府は現場を見て下さい。保険証廃止など無理です。年配の方は特に、すべての診察券と保険証を入れたケースをまとめて渡し、必要な保険証などは受付で取り出して確認しています。年配の方にカードリーダー入力など無理です。窓口が混乱するだけです!
- マイナンバーカードのみの人の在宅診療での資格確認はどうしたらよいか?必ず保険証の発行は必要。福祉受給者証はどうすればよいのか?
- マイナンバーカードを所有している乳幼児、小児はいません。
- 高齢者の患者が多く、マイナンバーカードの持参はなかなか難しい。いざという時の問題、パニック状態、AIの突発的問題で、各々困難があり、充分考慮する必要があります。
- 治療費の支払いで持ち合わせがない時は保険証を預かっているが、マイナンバーカードは預かれないので、保険証の廃止には反対。
- 訪問診療専門であり、基本的に患者が来院されないため、自宅での確認作業となる。その場合、活用は不可能と考えられます。
- 自衛隊の方の、オンライン資格確認ができない”
- 高齢者は紛失したり、間違えたりしやすいため、すべての患者に対しては不可能。政府は一般の医院での状況を視察すべきである。可能なのは一部の大病院のみ。
- 現在の75歳以上の高齢者が存命の間は、オンライン等の仕組みは導入困難。ワクチンの予約や連絡等でさえ電話なのに。マイナンバーカードは混乱を引き起こす。選挙だって未だオンラインよりも紙に記入が多いのに。はなはだ理解できない。
- こどもは顔が変わるのでムリ。
- 患者の年齢層が高く、又私自身も必要性を感じていないし高齢者なので義務化されると廃業せざるを得ない。

- 未成年者に対する対応が不明です。毎月、数十枚のレセプトに対するランニングコストが疑問を持つ。

### 【その他】

- ならばすべての行政手続きもオンライン化せよ。選挙(投票)もオンライン化(マイナンバーにて)ができるはず。国政もオンライン化国民投票で決するようになれる。国会議員の大幅削減も可能。
- 全てがオンラインでレセプト請求、返戻、再審査請求するのは大変で、その上保険証の確認が不可能になったら、診療費は誰に請求すればよいか。オンラインでないとだめとなったらどうしたらよいか不安。
- 併用運用を希望します。
- ハードの供給は十分なのでしょうか
- 公的保険制度のある他国での状況はどうなんですか？
- 8/24のオンライン資格確認の義務化に関する説明会で中医協で療養担当規則に盛り込まれるとのことでした。仕方がないと考えます。

### 【賛成の人の意見】

- システムが貧弱過ぎて使いものにならない(改善を要する)。このままでは普及は困難と思う。
- 時代の流れでオンライン資格確認やマイナンバー保険証は必要と考えますが、医療機関の設備投資やランニングコストが全くなされていないことに不満です。オンライン資格確認は保険証の不正使用防止になります。
- マイナンバーカードの導入を急ぎ、高齢者でも活用できるようにすべき。
- なりすまし受診(特に外国人)、期限切れ受診も防げて非常にいいことだと思う。逆になぜ反対なの?と思います。マイナンバーによる一元化は脱税や隠し口座や年金不受給問題が解消でき、コロナ給付金業務もスムーズにできます。もっと早くやるべきだと思います。
- 現在カードリーダーを使用しているが、使用してみると意外と便利である。現在の保険証で良いと思うが、そもそも保険証に顔認識の写真がないことこそ不思議である。外国人の不正が予防できない。
- オンラインにスタッフのレセプトにおける時間短縮や業務効率化ができました。決して反対ばかりの内容ではないと思います。前向きにできる理由を考えて進めたいです。
- できるだけマイナンバーカードで受診し、保険証の一元化を早くやってほしい。医療全体で事務手続きの簡素化を目指すべきだと思う。
- 紛失や漏えいなどが心配だから日本はデジタル化が進まないのです
- 保険証廃止し個人情報等を一元管理すべき。
- オンライン資格確認は保険証の方がほとんどですが、とてもよいです。マイナンバーカードにしていく方向性も長い目でみると良いと思います。
- レセコン、カルテコンピューターと連携することで事務仕事が簡素化でき、返戻も減ると思う。



- 顔認証付きシステム導入により外国人(主に中国系)の保険証の使い回しが阻止できる(知人同士で使いまわしている情報あり)。保険証の期限切れ使用が防止できる。
- 高齢者ほど、マイナンバーカード保険証を義務化してほしい。在宅医療での保険証確認が毎月大変。
- 保険医協会などはオンライン資格確認に反対してますけど、働き方改革や人材不足もあって、今後デジタル化による業務効率化は不可避だと思う。年配の先生方はオンライン資格確認にだけでなく、何かデジタル化するようなことがあるとすぐに反対しますが、そういった年配の先生方の振る舞いは今後の医療界を駄目にする根源なので、即刻やめていただきたいです。
- レセプト請求も受付業務も楽になるのだから、統一して義務化で問題ないし、すぐやるべきだと思う。
- 世の中のデジタル化の中で、保険証、免許証などもマイナンバーカードに一本化でよい。なぜ反対するのか不明。

以上

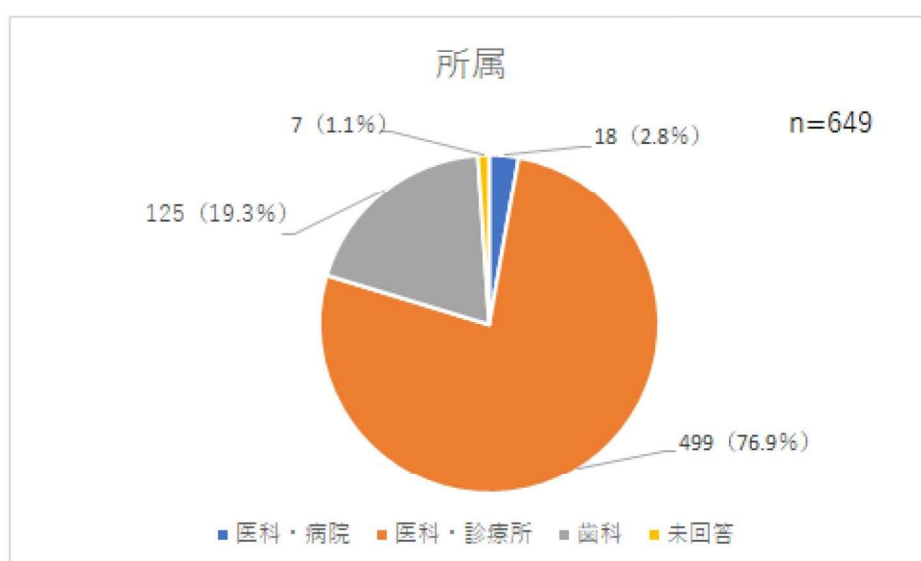
神奈川県保険医協会（2022.9.13 公開）

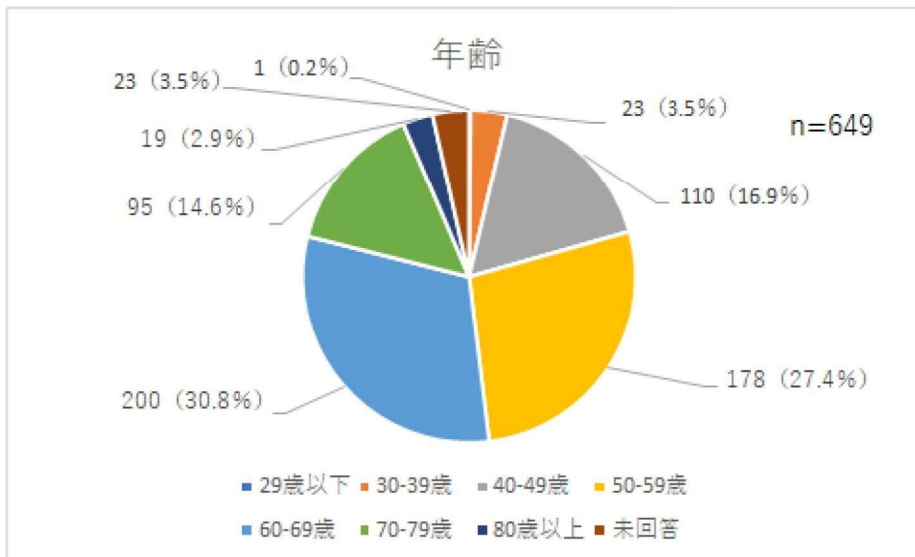
## 6 割超が原則義務化に反対／「オンライン資格確認に関する緊急アンケート」結果

政府が 2022 年 6 月 7 日に閣議決定した「骨太方針 2022」に、オンライン資格確認システムの導入を 2023 年 4 月から原則義務化とすることが明記されたことを受け、神奈川県保険医協会・医療情報部は 7 月 1 日から約 2 週間、当会会員を対象に「オンライン資格確認に関する緊急アンケート」を実施した。回答数は 649 件(回答率 10.0%)となった。本アンケートの結果から、大多数の医療機関がオンライン資格確認の導入・運用に否定的、消極的であり、原則義務化に反対していることが明らかとなった。以下、報告する。

### 《調査の概要》

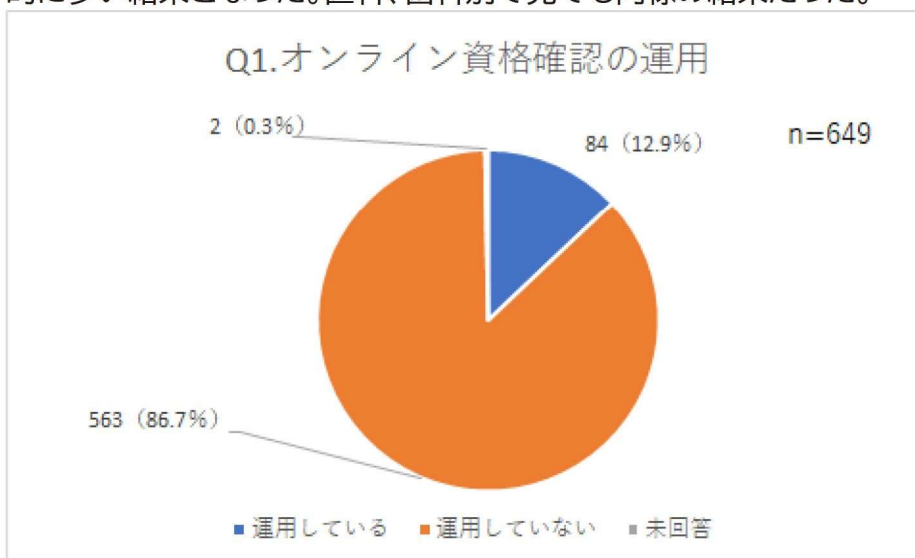
- 実施期間:2022 年 7 月 1 日～7 月 15 日
- 調査対象:神奈川県保険医協会会員(医師、歯科医師)6,490 名(2022.7.1 時点)
- 設問項目:[調査用紙\(PDF\)を参照](#)
- 送付方法:FAX およびメールマガジン
- 回答方法:FAX 返信および Google form による入力
- 回答数:649 件
- 回答率:10.0%
- 基本情報:回答者の医療機関の区分／年齢





## 1. オンライン資格確認の運用状況 現時点で8割超が未導入・未運用

オンライン資格確認の運用状況については、調査時点で「運用していない」との回答が86.7%と圧倒的に多い結果となった。医科、歯科別で見ても同様の結果だった。

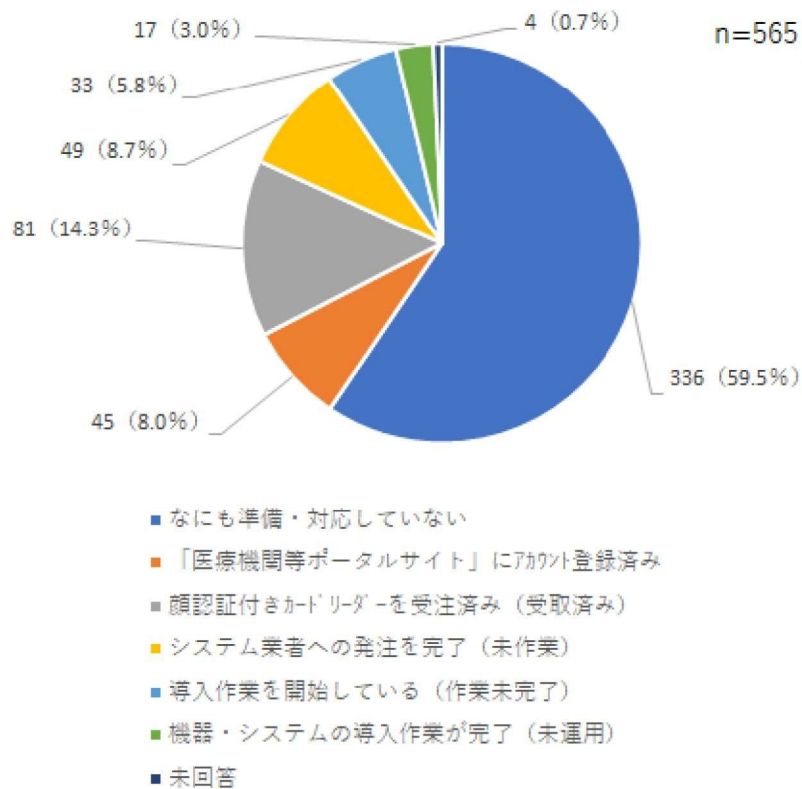


## 2. オンライン資格確認への対応 ほとんど準備・対応していない医療機関が大半／「利便性感じない」が最多理由

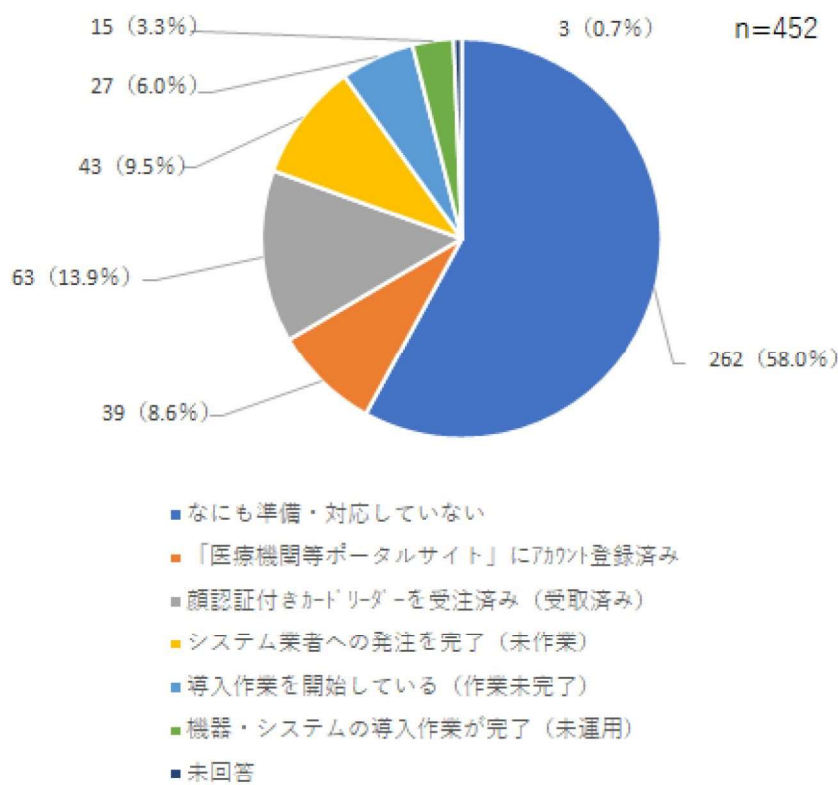
次に、「運用していない」との回答群を対象に3点の設問を実施した。

1点目として、オンライン資格確認に対する現時点での準備・対応状況を問うたところ、「何もしていない」が59.5%、「ポータルサイトにアカウント登録済み」が8.0%となった。特に歯科においては同回答の合計が7割超となった。ポータルサイトへのアカウント登録は、顔認証付きカードリーダーの申請前の段階でしかなく、準備を進めているとは言い難い。この結果から、オンライン資格確認を運用していない医療機関の多くは、ほとんど準備・対応をしていない状態にあることが分かった。

### Q1-2.オンライン資格確認への準備・対応状況

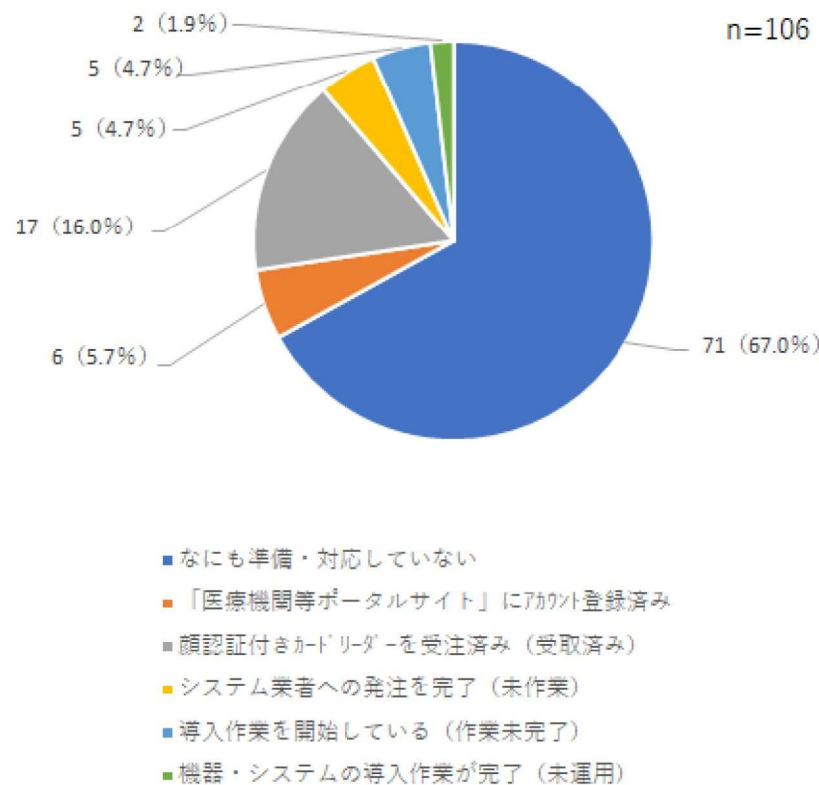


### Q1-2.オンライン資格確認への準備・対応状況 【医科】





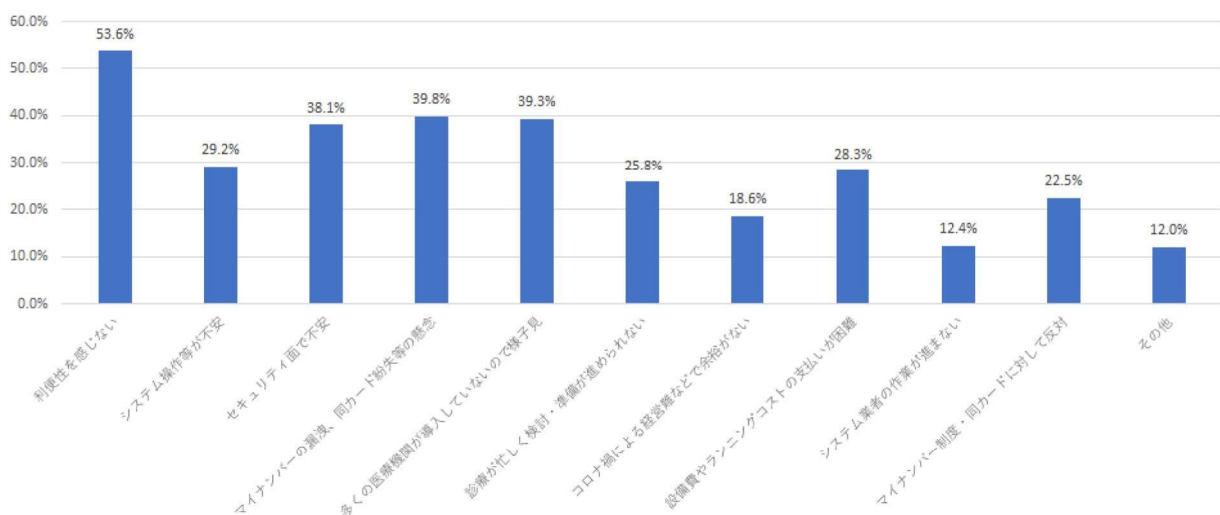
### Q1-2.オンライン資格確認への準備・対応状況 【歯科】



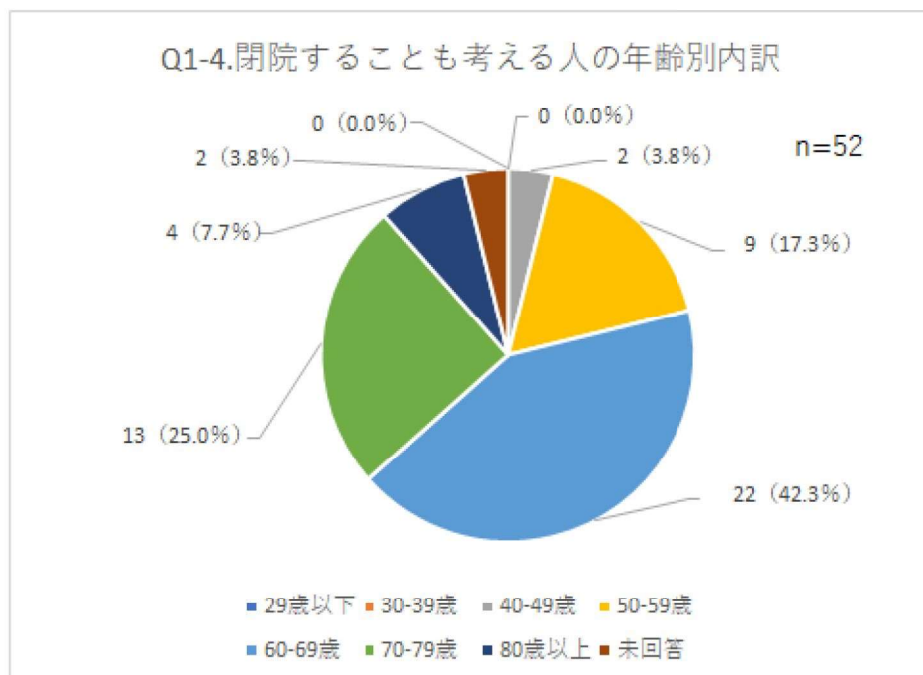
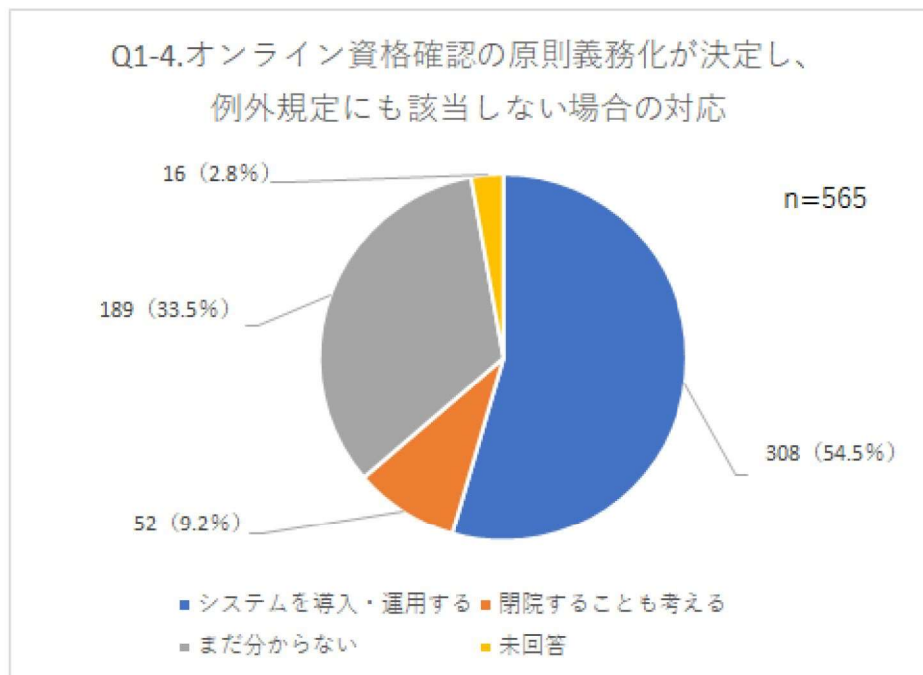
2点目として、オンライン資格確認を運用していない理由を問うたところ、「利便性を感じない」が53.6%と最も高く、「マイナンバーの漏洩、マイナンバーカード紛失等の懸念」、「多くの医療機関が導入していないので様子見」、「セキュリティ面で不安がある」と続いた。医科、歯科別で見ても同様の結果だった。その他の理由として、「マイナンバーカードで受診する患者がいない」という趣旨の記載が複数あったほか、「訪問診療では使えない」、「受付業務の混乱を招く」、「光回線の敷設工事ができない」など、診療実態を踏まえた意見が多数見られた。一方で、「業者と相談中」、「年内に導入予定」など、導入・運用の準備段階の回答も少数見られた。

### Q1-3.オンライン資格確認を導入・運用していない理由

n=565



3点目として、オンライン資格確認の原則義務化が決定し、自院が例外規定にも該当しない場合の対応について問うたところ、「システムを導入し運用する」が54.5%、「まだ分からない」が33.5%となった。また、「閉院することも考える」との回答が9.2%(52件)にも上った。同回答者を年齢群別で見ると、60歳から80歳以上が75%となった。資格確認の機器や設備への対応できないことを理由に、地域のベテラン医師・歯科医師を失うことは不合理極まりないばかりか、地域の患者にとって大きな損失である。

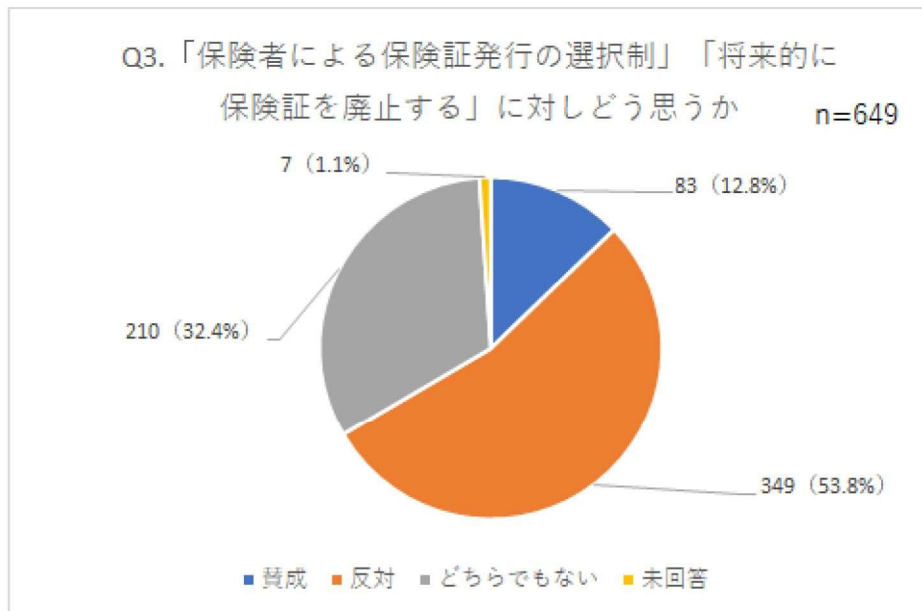
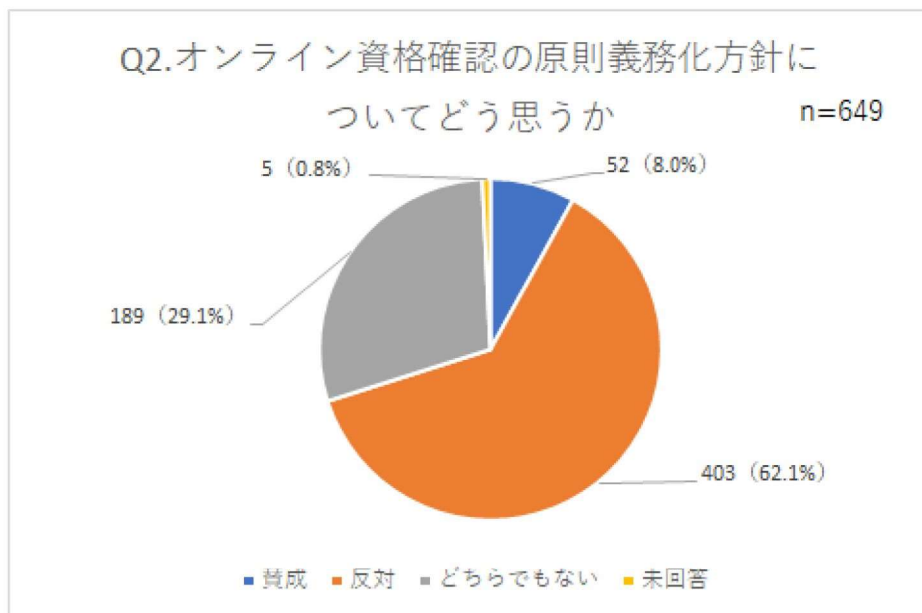




### 3. 6割超がオンライン資格確認の原則義務化に反対／「保険証の廃止」等も5割超が反対

最後に、オンライン資格確認の原則義務化の賛否を問うたところ、「賛成」8.0%に対し「反対」が62.1%と圧倒的に多い結果となった。

また、「24年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入」「将来的な保険証の原則」についても、「賛成」12.8%に対し「反対」が53.8%と4倍以上の差となった。



#### 4. 原則義務化に医療現場から怒り、不安の声多数

ひとつこと欄には、279件(43.0%)もの意見が寄せられた。大多数がオンライン資格確認の原則義務化や保険証の原則廃止に対する反対、怒り、不安など否定的な意見だった。

[オンライン資格確認に関する緊急アンケート「ひとつこと欄」\(PDF\)](#)

#### 5. 医療現場の実態・意識から大きく乖離した政府の強行策／調査結果を踏まえて

今回の調査結果から、大多数の医療機関がオンライン資格確認の導入・運用に否定的、消極的であり、原則義務化に反対している実態が明らかとなった。この結果、オンライン資格確認は利便性が皆無でリスク・デメリットばかりが目立つことを医療現場が理解し、判断していることの証左だと言える。オンライン資格確認を原則義務化とする政府方針は、医療現場の実態・意識から大きく乖離しており、医療現場の声など全く無視した強引な施策だと言わざるを得ない。神奈川県保険医協会はオンライン資格確認の原則義務化の撤回運動に取り組む所存である。

2022年5月30日

内閣総理大臣 岸田 文雄 殿  
厚生労働大臣 後藤 茂之 殿  
総務大臣 金子 恭之 殿

東京保険医協会  
会 長 須田 昭夫  
政策調査部長 吉田 章

声明

## 保険証の原則廃止、オンライン資格確認システムの導入義務化 の方針に対し、強く抗議します

厚労省は5月25日に開催された社会保障審議会医療保険部会で、保険証のオンライン資格確認システムの導入を2023年4月から医療機関に義務付け、将来的に保険証の廃止を目指す方針を突如として提案しました。また政府は2022年6月に取りまとめる「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太の方針)に健康保険証を原則廃止し、マイナンバーカードに一本化する方針を明記することを検討しています。

政府が推進するマイナンバーカードを使用したオンライン資格確認システムは、国民と医療機関から信頼されていません。政府は国民に対してマイナポイントを付与するなどしてマイナンバーカードの取得を勧奨していますが、マイナンバーカードの取得率は2022年5月1日時点で44.0%であり、そのうち保険証として利用できる登録をした人は約15%に過ぎません。国民の半数が現在も取得していない事実を重く受け止めるべきです。

医療機関に対してもシステム導入の補助金や「電子的保健医療情報活用加算」を新設するなどオンライン資格確認への誘導を進めてきましたが、オンライン資格確認システムの運用開始施設は19.3%に留まっています(病院・医科歯科診療所・薬局の合計。2022年5月22日時点)。

国民がマイナンバーに疑念を持っていることは明らかであり、一度立ち止まり、当事者である国民と医療機関の声を聞き、政策を見直すべきです。

医療機関窓口で従来の保険証を使用して行う資格確認は、国民皆保険制度の基盤であり、広く国民に定着しています。国民と医療機関から支持されない性急な変更は、医療現場に混乱をもたらし、世界に冠たる国民皆保険制度の歴史に汚点を残す懸念があります。

当会は保険証の原則廃止、オンライン資格確認システムの導入義務化の方針に対して強く抗議し、撤回を求めます。

以上



2022年8月16日

東京保険医協会  
会長 須田 昭夫  
政策調査部長 吉田 章

声明

## オンライン資格確認システムの導入を義務化する 中医協答申に対し、強く抗議し撤回を求めます

8月10日に開催された中央社会保険医療協議会・総会で、療養担当規則に「2023年4月から保険医療機関・薬局は、患者資格確認の際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認制度による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならない(現在、紙媒体による請求が認められている保険医療機関・薬局は、例外とする)。例外を除く保険医療機関・薬局は、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるよう、必要な体制を整備しなければならない」とする旨の規定を盛り込む短冊が厚労省から提示され、原案通り答申されました。

当会は、政府が6月7日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針)」を追認する答申が行われたことに抗議します。

われわれは地域で日常診療を担う保険医の声を代弁し、国民と医療機関から支持されない性急なオンライン資格確認システムの導入が医療現場に混乱をもたらし、世界に冠たる国民皆保険制度の歴史に汚点を残す懸念があることを、くり返し指摘してきました。マイナンバーカードを使用したオンライン資格確認システムは、患者の医療情報を漏洩させるリスクがあります。同時に導入には多額の経費が掛かり、維持費も発生し、医療現場に大変な負荷をかけることが懸念されています。

また、国民がマイナンバーカードを取得するかどうかは任意であり、医療機関・薬局にオンライン資格確認システムの導入を義務化することは政策として整合性を欠いています。保険証による資格確認は広く国民に定着しており、患者も医療機関も現状に何ら不便を感じていません。このような医療現場の実態に寄り添う議論こそ、いま中医協に求められているのではないのでしょうか。

医療現場に大きな混乱をもたらす重大な答申を、診療・検査医療機関が疲弊し、医療提供体制が揺らぐCOVID-19第7波の最中に中医協が行ったことは非常識極まりない暴挙です。当会は重ねて抗議して、撤回を強く求めます。

以上

2022年10月19日

内閣総理大臣 岸田 文雄 殿  
デジタル大臣 河野 太郎 殿  
厚生労働大臣 加藤 勝信 殿  
総務大臣 寺田 稔 殿

東京保険医協会  
会 長 須田 昭夫  
政策調査部長 吉田 章

声明

## 保険証を廃止する方針に強く抗議します

河野太郎デジタル大臣は10月13日の記者会見で、「2024年度秋に、現在の健康保険証の廃止を目指す」と表明し、保険証をマイナンバーカード（以下、マイナカード）と一体化させる方針を突如として発表しました。

マイナカードの取得率は2022年9月末時点で49.0%（6,165万7,397人）であり、そのうち保険証として利用できる登録をした人は約41.6%（2,567万1,857人※10月10日時点）です。また、オンライン資格確認システムの運用開始施設は31.5%に留まっています（病院・医科歯科診療所・薬局の合計※2022年10月9日時点）。医科診療所に限ると21.4%に過ぎません。

医療情報をはじめとする機微情報がマイナンバーに紐づけされ、利活用される仕組みは情報漏洩やプライバシー侵害のリスクを孕んでいます。普及が進まないのは、国民と医療機関がマイナンバー制度とオンライン資格確認システムに疑念を持ち、必要性を感じていないからです。

日本弁護士連合会は9月27日、『『マイナ保険証』取得の事実上の強制に反対する会長声明』を發出し、「従来型保険証の原則廃止が想定されているのであり、『国民皆保険制度』を採用する我が国では、全国民に対してマイナカードの取得を強制するのに等しいのであって、番号法の申請主義（任意取得の原則）に反し、マイナカードの取得を事実上強制しようとするものにほかならない」と政府の方針を厳しく批判しています。

医療機関窓口で保険証を提示して行う従来の資格確認は、国民皆保険制度の基盤であり、広く国民に定着しています。事実上の「取得義務化」は、マイナカードを持たない国民が保険医療を受けられなくなる事態を招きかねず、日本国憲法第25条に基づく国民の受療権を侵害するものです。

当事者である国民と医療機関の声に耳を傾けない強引な政策は、医療現場に混乱をもたらし、世界に冠たる国民皆保険制度の歴史に汚点を残します。当会は、「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与する」という健康保険法の目的に反する保険証の廃止方針に強く抗議し、撤回を求めます。

以上



2022年12月26日

東京保険医協会  
会長 須田 昭夫  
政策調査部長 吉田 章

抗議声明

## 12月23日の中医協答申書に断固抗議する 改めてオン資等システム導入の原則義務化の撤回を求める

2022年12月23日、中医協総会が開かれ答申書が発表された。マイナンバーカードによるオンライン資格確認等システム（以下、オン資）の導入義務化について、8月10日の中医協答申書・附帯意見に基づく経過措置が示された。経過措置の対象となる「やむを得ない事情」は極めて限定的である。12月23日の答申書附帯意見には、「本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。（中略）また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと」と記載されており、原則義務化を高圧的に推進する姿勢がはっきりと示されている。

当会が2022年9月に実施した会員アンケート調査（9月13日に会員医療機関4,219件にFAXでアンケートを送付し、9月28日までに都内616件の医療機関から回答を得た。回収率14.6%）では、オン資の義務化については賛成6.7%、反対63.3%、保険証の原則廃止については賛成7.0%、反対65.7%と、いずれも反対が賛成を大きく上回っており、医療現場の実態は「義務化反対」が多数である。

オン資の原則義務化は、国会審議を行うことなく、閣議決定と中医協答申書に基づく療養担当規則の改定によって強引に進められてきた。医療現場の意見・実態と患者・国民の声に耳を傾けない強権的な手法に対して厳重に抗議する。

さらに答申書において、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の見直しが行われ、2023年4月から12月までの時限措置として、保険証で受診する患者に対する初診時加算の増点と、再診時加算が新設される。保険証で資格確認を行った患者に対してペナルティを与え、差別的に取り扱うことを目的としたものと言わざるを得ない。このような診療報酬は正当性がないばかりでなく、国民の受療権を侵害するものである。日本国憲法第14条1項に定められた「法の下での平等」に反する疑いがあり、即時撤回を求める。

オン資を基盤として国民の医療情報を集積・利活用する「全国医療情報プラットフォーム」の構築が、マイナンバーカードと保険証の一体化・保険証の廃止方針と合わせて強引に進められている。政府の推進する「医療DX」は、患者の個人情報保護を視点が全く欠けている。医療機関の電子カルテシステムへのランサムウェアによるサイバー攻撃が相次いでいる現状を鑑みれば、オン資の原則義務化は極めて拙速であり、患者・国民が望んでいる政策ではない。保険証の廃止方針を含め、国民皆保険制度の根幹を揺るがす政策変更は、丁寧な国民的議論と合意、国会審議を経て決定されるべきものである。改めて、医療現場と患者・国民を大混乱に陥らせているオン資の原則義務化の撤回を強く求める。

以上

視点

オン・資格義務化の真の目的は医療情報収集の基盤づくり
患者と医師の信頼関係の根拠であり、ヒボクラテスの時代から世界中で医療の職業倫理とされてきた「守秘義務」が、わが国では今、音をなして崩れようとしている。
「骨太の方針」にもとづいて、医療行為を「全国医療情報プラットフォーム」という共通カルテに記載させ、国民の病気に関わる情報を「国」のものにする企てが強引に進行している。
今年度はすべての医療機関へ「顔認証システム付きオンライン資格確認」を力づくで導入させようとしているが、これは危険なマイナバーカードの取得率を上げる方策としてのみ打ち出されているのではない。その真の目的は、高速データ回線を医療機関に設置させ、双方向の大量データ転送を可能にする常時接続のネットワークを医療機関と国とで形成し、全国共通の電子カルテに移行する基盤づくりである。

「医療DX」は医療の根底を崩壊させる

広報部長 岩田 俊



保障局（NSA）は、医療情報ばかりでない日常的な個人への情報収集と謀略に、CIAをしのぐ膨大な費用を使っているのだ。米国内では、自国民への情報収集、盗聴は法律で禁止されているが、NATO同盟国であるドイツのメルケル首相（当時）に対して電話盗聴を年余にわたって続けてきたことを認めている。

企業主体に置き換えられた「日本型DX」

わが国では「医療DX

ルターマン氏が提唱したデジタルトランスフォーメーションについての研究報告が土台にされている。情報技術の発展により「デジタルとリアル」の世界が日常的に混在する現代社会において、「取るべき調査研究の態度」が述べられている。そこでは「よい人生」は人それぞれで、無限で、複雑なので、変化の中で大きな個人の体験の矛盾もまた、無限で複雑になる。だから情報システム研究者は「美的体験の概念を評価の候補とすべきである」というのである。それによって、「創造的、かつ急激なアップローチ」で起きる人々の矛盾・変化を分析することなど、多大な時間を要することなく、「全体性や即時性」を「超越的」に分析できるというのである。

この報告自体を善意でとらえれば、技術発展に伴う「個人の体験の変化」を基盤においての研究という側面もあるが、その中のファシシオ性を恣意的に利用する形で改変されたものが、「日本のデジタル・トランスフォーメーション」政策だといえるだろう。経産省の定義では、「企業が外部エコシステム（顧客、市場の破壊的な変化に対応しつつ、（中略）価値を創出し、競争上の優位性を確立すること」とまさに企業主体の概念に置き換わっているのだ。

X」と名付けられた企てが、専門学会、医療現場、患者国民に落ち着いて検討する時間を与えず、「工程表」に基づいて、一気呵成に推進されている。政府自ら「デジタル化は漸進主義でなくショックセラピー型で抜本的に移行する」と説明し、オレオレ（特殊）詐欺に学んだかのように既成事実化している。

この電撃的な作戦は、2004年にエリック・スト

また、現代社会において膨大な「生活習慣」病が生み出されているが、国に よるただのデータ集積では、どれほど大量の個人のデータを集めようとも有益な結果は出てこないことも知るべきだろう。病気の社会構造の中で生み出されており、その原因は「国」にある。

我が国では戦後80年ほどの間に、土地と自然に結びつき、しがらみの強い農業中心の生活から、都市型の大衆生産消費の生活に置き換わった結果、疾病構造の大きな変化が起きた。それが「生活習慣」病、がん、精神病、依存症、認知症等々であり、それらは次第に深刻化している。それまで、それなりに上手に役割を持ち、健康に人生を送っていた人々の身体から、労働状況や生活の変化によって「病的」な部分があふりだされてきているのである。

そのような健康破壊から国民の健康を取り戻そうとしてきた主力は、けっして「国」や研究機関ではない。「戦前、軍医として、健兵健民方策により徴兵検査で青年を選別し戦地に送り出し、制約された乏しい食糧と医療物資で、不十分な治療しかできず生還した医師たちの多くが、戦後、皆保険制度の下で開業臨床医として、経済的な困窮から脱却する地域住民とともに暮らし、疾病構造の変化に対応してきたのだ。

病気の原因は従前のように研究室のシャーレの中の病原体ではなく、地域での労働や生活の中に見いだされるものとなり、長時間の労働、ゆとりのなさからの価値観の変化、危険物質など、新たな医療の形が模索されているのである。

悪しき「生活習慣」は、本人が好んでやっているのではない。余裕がなくてせざるを得ないのか、当たり前な生活と思いこんでいるか、そうなりやすい傾向があるからである。患者の過去の情報と、情報を共有する医療者との信頼関係の価値は、治療的成果のために計り知れない重要性をもっている。

あるからである。患者の過去の情報と、情報を共有する医療者との信頼関係の価値は、治療的成果のために計り知れない重要性をもっている。
疾病の予防にも治療にも、患者本人に合わせた情報が提供され、専門家との人間的交流を通し、自助グループのような集団的な発奮で、価値観や行動の変容が起きることこそが治療的な効果を上げるのである。
医療における患者情報は、患者ごとに個別な形で患者のそばになければならぬし、患者の理解している部分、医療者が評価しつつ患者の変容が引き起こされていない部分が、それぞれ秘匿されつつ、患者のためだけに使われなければならない。医療にかかわるデジタル技術はそうした方向に発展し、準備されなければならないはずであらう。
診療の記録は絶対に「国」に渡してはならない
世界医師連盟のリスボン宣言では、「患者の健康状態、症状、診断、予後および治療について個人を特定しうるあらゆる情報、ならびにその他個人のすべての情報は、患者の死後も秘密が守られなければならない」として「データの保護のために、その保管形態は適切になされなければならない」とその原則を繰り返している。
人間は諸種の行動のすべてを己に合わせて選択し、その歴史がその人の身体とところを作り、人生をその人らしく彩っている。その中には、危険でもあえて選ばれるを得なかったことも、傷を負って引き返したことも多くあり、だからこそ人間はその人の「今日」の必要な時に、必要なことを思い出す忘却システムを備えている。医師はけっしてこれを危険にさらしてはならない。



## マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会 中間とりまとめ

マイナンバーカードは、安全・確実な本人確認ができるデジタル社会の基盤となるツールであり、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラである。健康保険証の代わりにマイナンバーカードで医療機関・薬局を受診等することにより、患者本人の健康・医療に関するデータに基づいた、より適切な医療を受けていただくことが可能となるなどのメリットがある。

これらのメリットを国民・医療関係者に実感していただくなかで、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を加速し、令和6年秋に保険証の廃止を目指すこととしている。本検討会において、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた課題の整理と必要な対応を検討したので、中間とりまとめとして公表する。中間とりまとめで具体化に至らなかった事項については、最終とりまとめに反映できるよう検討する。これにより、マイナンバーカードが全ての国民に行き渡るように全力を尽くす。

### マイナンバーカードと健康保険証一体化の意義

- マイナンバーカードによるオンライン資格確認では、医療機関・薬局の窓口で、患者自身の直近の資格情報（加入している医療保険や自己負担限度額）を確認することができ、また、本人の同意に基づき、過去の薬剤情報や特定健診情報等をその医療機関・薬局に提供することができる。
- マイナンバーカードと健康保険証の一体化により、国民にとっては、
  - ・ 自身のこれまでの薬剤服用歴等を正確かつ網羅的に医師等に説明する手間を省きつつ、過去の健康・医療データに基づいたより適切な医療を受けることができる（重複投薬・併用禁忌の防止など）
  - ・ 転職・転居等による保険証の切替えや更新が不要となる
  - ・ 書類提出によらずに、自己負担限度額等を超える支払が免除される
  - ・ 窓口負担が安くなるといったメリットがある。
  - ※ マイナンバーカードを利用した場合、患者負担が6円（令和5年4月から12月までは12円）安くなる。
- また、医療機関・薬局にとっては、
  - ・ 患者から問診表等で聞き取るよりも正確かつ効率的に、患者の過去の薬剤情報、特定健診情報等を確認できるようになり、より正確な情報に基づく適切な医療を提供することができる

- ・ 顔写真と電子証明書といったマイナンバーカードの機能により、顔認証等の確実な本人確認を行うことができ、資格確認も一度にできる
- ・ システムへの資格情報の入力等の手間が軽減され、誤記リスクが減少する
- ・ 正しい資格情報の確認ができないことによるレセプトの返戻を回避し、患者への手間が減る等スタッフの確認事務が減少するとともに、未収金の減少にも繋がる

ほか、保険者にとっては、

- ・ 資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求に係る事務処理負担が減少する
- ・ 健康保険証、限度額適用認定証等に係る事務手続や認定証等の発行が減少する

等のメリットがある。

- 政府は、これらのメリットをより丁寧に国民・医療関係者へ伝えていき、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の意義について理解を求めていくことが重要である。

さらに、マイナンバーカードによるオンライン資格確認は、今後の医療 DX の基盤となる仕組みであり、将来的には、診察券や公費負担医療の受給者証もマイナンバーカードと一体化していくことにより、ますます、国民や医療現場にとってのメリットの実感が大きくなると考えられる。こうした将来も見据えながら、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けて取組を加速し、令和6年秋の保険証廃止を混乱なく迎えられるよう、入念に準備する必要がある。

## 一体化に当たっての取組

### (1) マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設等について

- ・ 紛失等により速やかにカードを取得する必要がある場合を対象に、市町村の窓口に来庁して申請を行う特急発行・交付について、発行期間の短縮に加え、カードの発行主体である J-LIS から申請者に直接送付することで、申請から1週間以内（最短5日）で交付できる新たな仕組みを創設し、令和6年秋までに、新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者（約150万枚/年）を含め、合計約360万枚/年（約1万枚/日）まで対応できる体制を構築する。



(2) マイナンバーカードの取得に課題がある方への環境整備（マイナンバーカードの代理交付・申請補助等）について

1) 代理交付を幅広く活用できるようにするための柔軟な対応

- ・ 交付申請者の代理人に対する交付については、やむを得ない理由により交付申請者が庁舎等に出向くことが困難であることが、診断書、障害者手帳等の「申請者の出頭が困難であることを疎明するに足る資料」（疎明資料）により確認された場合に認められているところ、役所に出向くことが困難であるとして代理交付の活用ができるケースを従来より幅広く拡充・明確化する。あわせて、出向くことが困難であることを示す「疎明資料」について、入手が容易・費用がかからないもので対応できるよう緩和するとともに、困難であることが推定される一定の場合（例：成年被後見人、中学生以下の者、75歳以上の高齢の方）には実質不要とし、より柔軟に代理交付の仕組みを活用することができるよう本年度中を目途に自治体向けの事務処理要領を改訂する。
- ・ あわせて、本人確認書類や顔写真証明書類の作成主体の拡充・明確化についても検討し、申請手続の負担軽減を図る。

2) 申請補助・代理での受取等を行う者の確保

- ・ 来年度、施設職員や支援団体等に、申請・代理交付等の支援の協力を要請する。その際、本来業務に配慮したマニュアルを作成・普及するとともに、申請のとりまとめや代理での受け取り等に対する助成を行う。

3) 顔写真

- ・ 宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆う写真を使用する方や、乳幼児、障害のある方又は寝たきりの方等、やむを得ない理由により適切な規格の写真（正面、無帽、無背景）を撮影できない場合であっても、申請書の氏名欄に理由を記載し送付していただくか、マイナンバー総合フリーダイヤルに連絡していただくことで使用可能としているところであり、こうした対応について本年度中に改めて周知する。

4) 暗証番号の設定

- ・ 本人では暗証番号の設定に必要な作業を行うことが困難な場合について、暗証番号自体は本人に決めていただく必要があるが、設定にあたって入力補助などサポートしていただくことは可能であり、その旨をあらためて周知徹底する。
- ・ 暗証番号の設定に困難を抱える申請者に対しては、顔認証による使用を前提としつつ、代理人に不要な負荷をかけないためにも、暗証番号の取扱いについて検討する。
- ・ 暗証番号の初期化・再設定は、役所に出向くほか、市町村から事務委託を受けた郵便局及びコンビニ（署名用電子証明書のみ）で行うことが可能となっており、これらの拡充を検討する。



- (3) 市町村によるマイナンバーカードの申請受付・交付体制強化の対応
- ・ 代理する人がいない等のケースに対応するため、市町村による申請受付・交付体制を強化する。

1) 出張申請等

- ・ 公民館、自治会館、老人福祉センター、地域の病院、地域包括支援センターなど高齢者などが利用しやすい場所や、健康保険証を活用する現場である医療機関、健康診断や予防接種の実施会場等での出張申請受付を本年度から推進するとともに、希望する者の個人宅等を市町村職員が各種制度の支援者とともに訪問する形での出張申請受付の推進についても検討する。
- ・ 来年度、関係団体を通じて出張申請受付を希望する介護福祉施設・障害福祉施設等を取りまとめた上で、市町村に情報提供を行い、市町村による出張申請受付を推進する。
- ・ 日本郵便とも連携し、郵便局における申請サポートを強力に推進するとともに、市町村が指定した郵便局で、市町村とオンラインでつなぎ、マイナンバーカードの交付申請受付と市町村による本人確認を行い、発行されたカードを郵送で住民に届けること等を可能とするよう、郵便局事務取扱法に、マイナンバーカードの交付に係る事務を位置付け、制度化を目指す。
- ・ マイナンバーカード交付事務費補助金による出張申請受付等への支援は令和5年度も継続する。

2) 施設等の協力

- ・ 施設や支援団体の負担への配慮が必要であるが、市町村だけで対応することは困難であることから、市町村が出張申請受付を行う際の事務的な準備や周知などについてマニュアルを作成し、施設や支援団体側にも協力を依頼する。

3) 窓口における対応・支援

- ・ 代理手続の可否やパスワード設定の介助者等による支援の取扱いなど、市町村毎に窓口の対応にばらつきがあるという声が聞かれるため、事務処理要領だけでなく、事務連絡等でこれまで整理してきた対応をあらためて市町村に周知していく。
- ・ 窓口での支援に関して、手話通訳者やろうあ者相談員の活用の推進について検討する。
- ・ 住民に向けては、J-LIS において運営しているコールセンターを利用することができることについて、あらためて周知していく。

4) 対面での手続

- ・ 対面での手続に対するハードルがある方について、オンライン・チャット機能・AI を活用して対面手続を不要としてほしいとの意見があっ

たが、マイナンバーカードは、対面やオンラインで安全・確実に本人確認を行うためのツールであり、なりすまし等による不正取得を防ぐため、申請時又は交付時に、市区町村の職員による対面での厳格な本人確認を経て、交付することを原則としており、対面での本人確認を経て発行することで、国際的な基準を踏まえて策定されている「行政手続におけるオンラインによる本人確認の手法に関するガイドライン」（CIO 連絡会議決定）上、最高位の保証レベルを実現しているところである。

- ・ 庁舎等に出向くことが困難である方については、出向くことが困難であることを示す疎明資料の緩和・実質不要化等により、代理交付を活用しやすくする。

#### (4) 健康保険証廃止後の資格確認の取扱いについて

- ・ マイナンバーカードによるオンライン資格確認を基本とする。
- ・ マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された資格確認書（基本は紙）により被保険者資格を確認することとする。
- ・ 「マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方」は、具体的には、
  - ・ マイナンバーカードを紛失した・更新中の者
  - ・ 介護が必要な高齢者やこどもなどマイナンバーカードを取得していない者
  - ・ ベビーシッターや介助者等の第三者が本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある場合や、家族や介助者等が本人の代理として薬局に薬剤を受け取りに行く必要がある場合等が想定される。
- ・ 資格確認書は、本人の申請に基づき書面又は電磁的方法により、保険者から速やかに提供することとする。
- ・ 資格確認書の有効期間は、1年を限度として各保険者が設定することとする。また、様式は国が定める。

※ 資格確認書の発行は、現行の保険証と同様、無償。

※ より良い医療を受けることが可能となることや、診療報酬による患者負担に差があることなど、マイナンバーカード利用の意義・メリットをわかりやすく伝える。

#### (5) 保険者の資格情報入力のタイムラグ等への対応

- ・ オンライン資格確認等システムについて、保険者の迅速かつ正確なデータ登録を徹底するため、資格取得届への被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化するとともに、保険者は、事業主による届出から5日以内にデータ登録を行うこととする。また、現行、事業主から保険者への届出は5日以内とされているところ、事業主が、加入前から被保険者



に係る情報を収集するよう促すなどして、当該届出が5日以内に徹底されるようにする。

- ・ 保険者によるデータ登録時に、J-LIS 照会を全件実施することとする。
- ・ J-LIS への照会を円滑に行うための文字規格や住所表記の統一について検討する。

## (6) その他、健康保険証廃止後のオンライン資格確認における実務上の課題

### 1) 発行済みの健康保険証の取扱い

健康保険証廃止後、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）有効とみなす経過措置を設ける。

### 2) マイナンバーカードの管理について

- ・ 施設等が本人に代わって入所者のマイナンバーカードを管理することに不安の声が聞かれた一方で、施設入所者等も、マイナンバーカード1枚で医療機関・薬局を受診等することにより、患者本人の過去の医療・健康情報に基づいた医療を受けるというメリットを活用いただく機会を保障する必要がある。
- ・ 医療機関・薬局の受診等の際にマイナンバーカードを第三者に預けることや、施設入所者のマイナンバーカードの管理の在り方などについて、取扱いの留意点等を整理した上で周知し、安心して管理することができる環境づくりを推進する。

(具体例)

- ・ 法定/任意代理人が被代理人のマイナンバーカードを管理する場合
- ・ 施設長が施設入所者分のマイナンバーカードを管理する場合
- ・ 乳幼児・要介護者等が医療機関・薬局受診等する際に、同行するベビーシッター・介助者等が本人のマイナンバーカードを持参する場合や、家族や介助者等が本人の代理として薬局に薬剤を受け取りに行く必要がある場合

## (7) 乳幼児のマイナンバーカードについて

- ・ 乳幼児に対応した申請・交付手続の見直しを行う。具体的には、出生後速やかにカードを交付することができるよう、出生届の提出にあわせてカードの申請を行うことができるようにし、特急発行の対象とするとともに、1歳未満でカードを申請する場合については、顔写真がないカードを交付することとする（有効期間は5歳の誕生日まで）。

## (8) 説明会等

- ・ マイナンバーカード及び健康保険証利用についてのメリットや制度、カードのセキュリティの周知がもっと必要という意見があった。

- ・ 公費負担医療の受給者証とマイナンバーカードを一元化すれば、カードのメリットやカード取得のインセンティブになるのではないかという意見があり、医療 DX の取組の中でその実現を図る。
- ・ 本人に届くようなカードのメリットの説明とその説明会の実践をしていく。
- ・ 障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法も踏まえた対応について検討する。
- ・ 引き続き、3省庁、自治体、関係機関・組織・団体が、それぞれの主体性を発揮しつつ、相互に緊密に連携・協力し、取組を進める。
- ・ 取組においては、国民の情報リテラシーの向上も重要であり、国と自治体が協力をし、民間の各種の組織・団体と連携して、これを高めていく。



# 中間とりまとめ 参考資料

令和 5 年 2 月 1 7 日

## マイナンバーカードは、これからの時代の本人確認ツール

### 対面での本人確認

#### ✓顔写真付きの本人確認書類として

- 市町村での厳格な本人確認 → 確かに本人であるという証
- 顔写真があるのでなりすましができない
- 公私での本人確認が可能

表



### 電子的な本人確認

#### ✓オンラインで安全・確実に本人を証明

- 電子証明書により、スマホやパソコンで各種手続や契約が可能
- 全国のコンビニで住民票の写しなどを取得可能
- マイナポイントの取得や健康保険証としての利用
- さらに、将来的にはAIその他の様々な先端技術の活用を実現

〈例〉窓口のAI端末にカードをかざし、本人情報の自動入力やAIとの対話により、行政手続をスムーズに

➔ **Society 5.0時代の必須ツール**

### マイナンバーの提示

#### ✓このカードを提示することで、自分のマイナンバーを証明

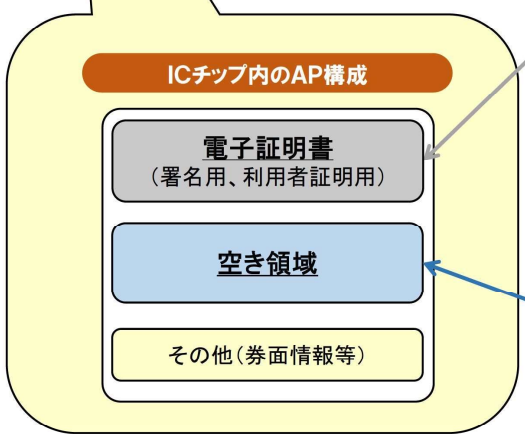
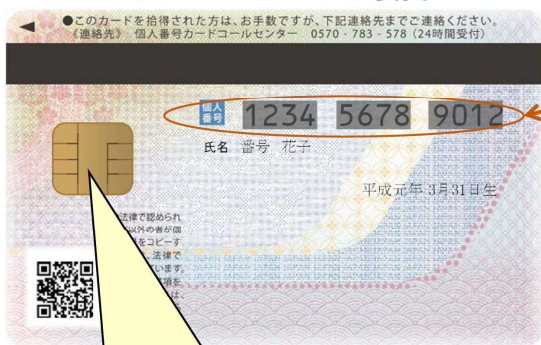
- 社会保障・税などの手続で、添付書類が不要に

裏



# マイナンバーカードについて

## マイナンバーカードの裏面



**①マイナンバー**

- ・社会保障、税又は災害対策分野における法定事務又は地方公共団体が条例で定める事務においてのみ利用可能
- ・マイナンバーを利用できる主体は、行政機関や雇用主など法令に規定された主体に限定されており、そうでない主体がカードの裏面をコピーする等により、マイナンバーを収集、保管することは不可

法令で利用できる主体が限定

**②電子証明書** (署名用電子証明書・利用者証明用電子証明書)

- ・行政機関等 (e-Tax、マイナポータル、コンビニ交付等) のほか、内閣総理大臣及び総務大臣が認める民間事業者も活用可能

**署名用電子証明書のイメージ**

氏名 藤 太郎  
生年月日 〇年〇月〇日  
性別 男  
住所 東京都千代田区霞ヶ関2-1-2  
発行番号 S1111  
発行年月日 〇年〇月〇日  
有効期間 〇年〇月〇日  
発行者 機構  
署名用公開鍵

**利用者証明用電子証明書のイメージ**

発行番号 R2222  
発行年月日 〇年〇月〇日  
有効期間 〇年〇月〇日  
発行者 機構  
利用者証明用公開鍵

民間も含めて幅広く

**③空き領域**

- ・市町村・都道府県等は条例で定めるところ、国の機関等は内閣総理大臣及び総務大臣の定めるところにより利用可能  
例: 印鑑登録証、国家公務員身分証
- ・新たに民間事業者も内閣総理大臣及び総務大臣の定めるところにより利用可能に

## マイナンバーカードの安全性

**なりすましはできません**

✓ 顔写真入りのため、対面での悪用は困難です。

**プライバシー性の高い個人情報が入っていません**

✓ ICチップ部分には、税や年金などの個人情報は記録されません。

**オンラインでの利用には電子証明書を使いますマイナンバーは使いません。**

✓ オンラインでの電子証明書の利用には、暗証番号または顔認証が必要です。

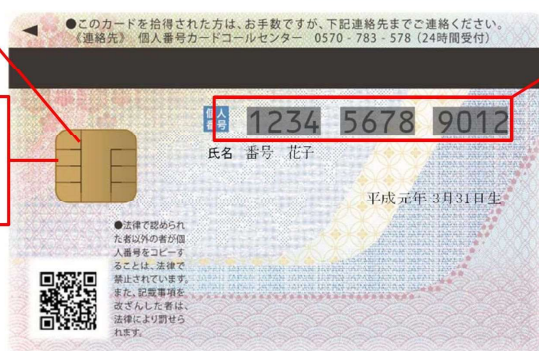


**万全のセキュリティ対策**

- > 紛失・盗難の場合は、24時間365日体制で停止可能
- > アプリ毎に暗証番号を設定し、一定回数間違えると機能ロック
- > 不正に情報を読み出そうとすると、ICチップが壊れる仕組み

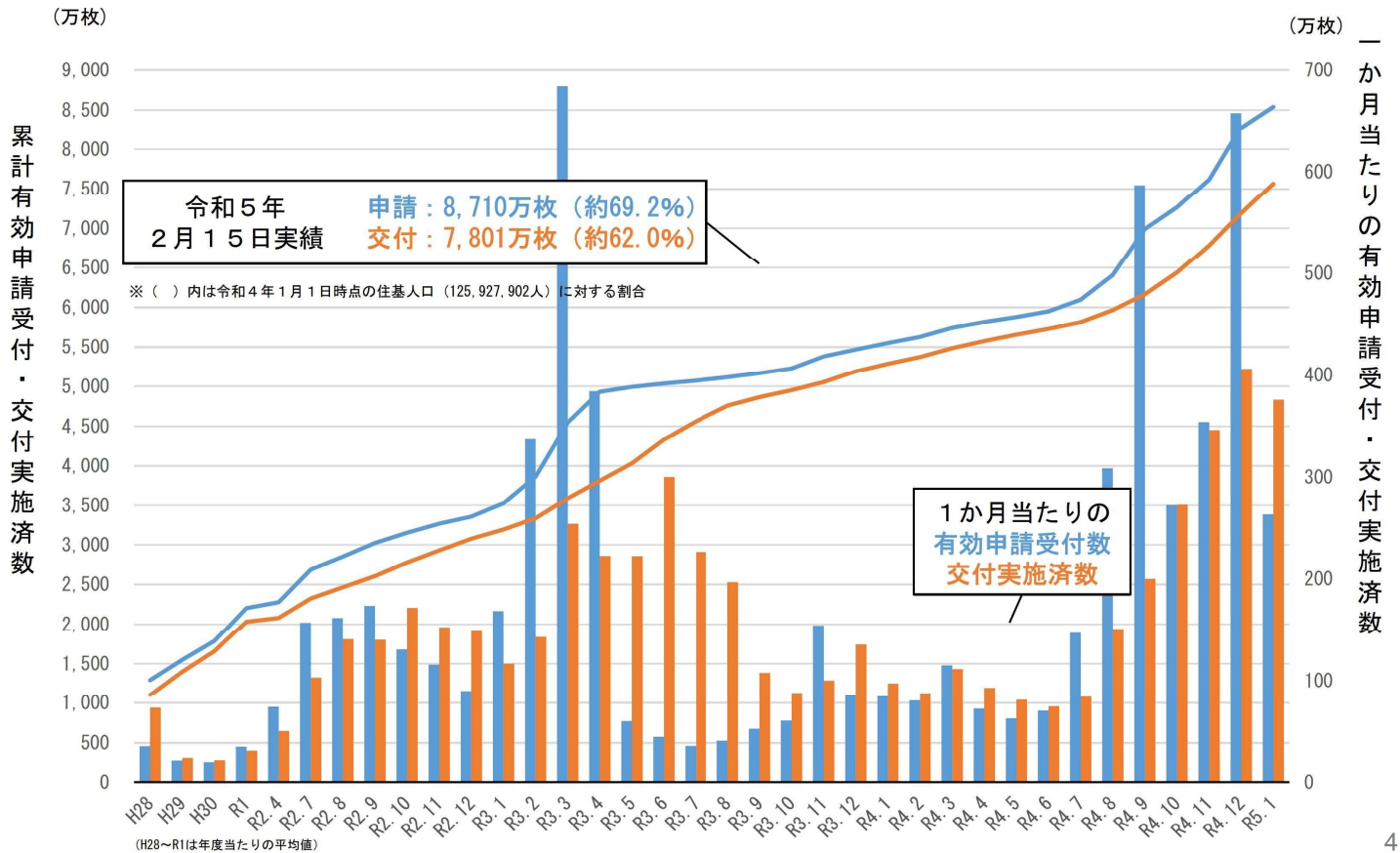
**マイナンバーを見られても個人情報は盗まれません**

✓ マイナンバーを知られても、個人情報を調べることはできません。  
また、ご自身の情報が見られる「マイナポータル」のログインにはカードと暗証番号が必要です。





## マイナンバーカードの申請・交付状況



4

## マイナンバーカードと健康保険証の一体化（保険証の廃止）

- マイナンバーカードは、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラ。このインフラを活用し、国民にマイナンバーカード1枚で受診していただくことで、健康・医療に関する多くのデータに基づいた、よりよい医療を受けていただけることが可能となる。
- 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」を進めるため、令和6年秋に保険証の廃止を目指す。
- 保険証の廃止に向けては、細部にわたりきめ細かく環境を整備する必要がある。また、医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう、丁寧に取り組んでいく。
- 具体的に、以下2つの課題に取り組む。

### 1. 訪問診療・柔整あはき等にオンライン資格確認を導入

- 訪問診療等の居宅における資格確認の仕組みの構築。
- 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等に資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの構築。

（オンライン資格確認義務化の例外医療機関等について、簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討。）

⇒ 事業者のシステム改修及び利用機器の導入支援（173億円）、支払基金・国保中央会のオンライン資格確認等システムの改修（51億円）を実施。

※上記の予算は、厚生労働省において第二次補正予算に計上。

### 2. マイナンバーカードの取得の徹底

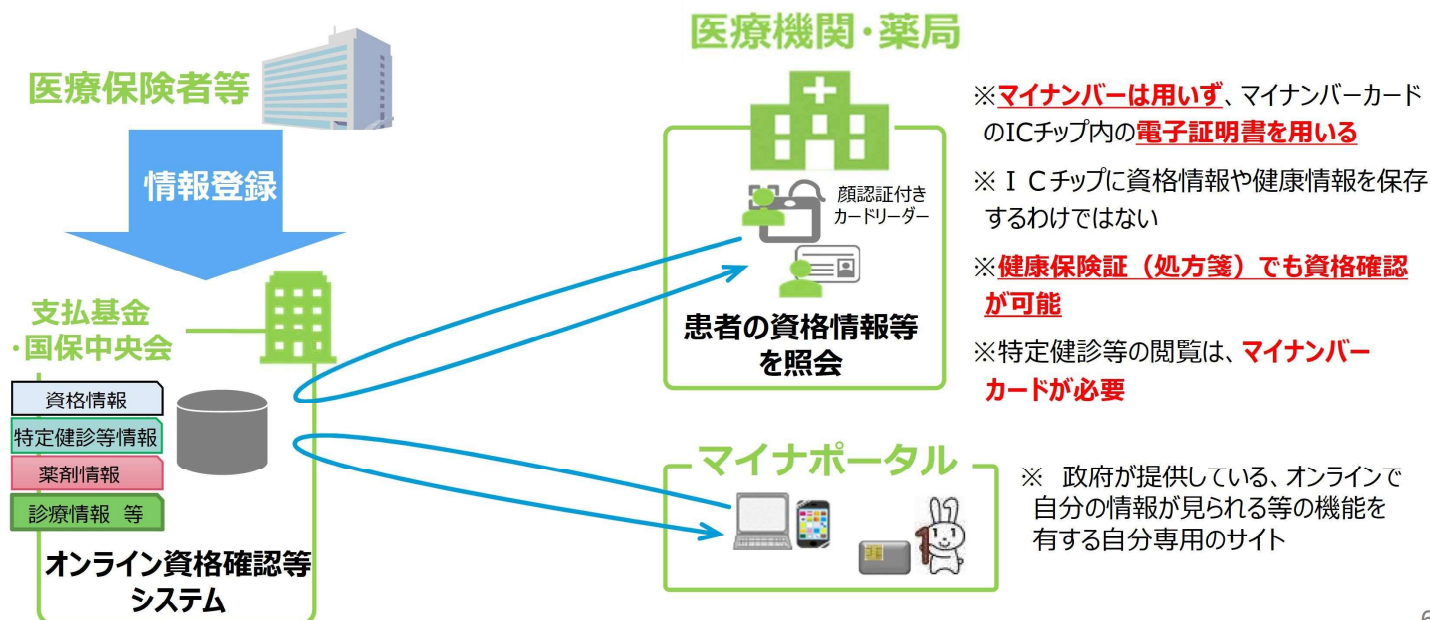
- 保険証の廃止に当たっては、マイナンバーカード取得の徹底に加え、カードの手続き・様式の見直しの検討が必要。

※ 何らかの事情により手元にマイナンバーカードがない方が必要な保険診療等を受ける際の事務手続などについては、今後「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」において検討を進める。

5

# オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



6

## オンライン資格確認のメリット

|         |   |
|---------|---|
| 患者      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・マイナンバーカードを用いて、<b>特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報</b>を閲覧できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、<b>より良い医療を受けることが出来る</b>ようになります。</li> <li>・限度額適用認定証等がなくても、<b>窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要</b>となります。（従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。）</li> <li>・転職等のライフイベント後でも、<b>健康保険証としてずっと使うことができます</b>（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です）。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の<b>定期的な保険証の更新が不要</b>になります。また、<b>高齢受給者証（70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書）の持参が不要</b>になります。</li> <li>・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、<b>受付が円滑</b>になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。</li> </ul> |
| 医療機関・薬局 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院システムへの資格情報の<b>入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少</b>します。</li> <li>・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認により<b>レセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少</b>します。<b>未収金の減少</b>につながります。</li> <li>・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、<b>薬剤情報、特定健診情報等</b>を閲覧することが出来るようになり、<b>より正確な情報に基づく適切な医療を提供</b>することが出来ます。</li> <li>・<b>災害時には</b>、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。）</li> <li>・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。</li> </ul>   |
| 保険者     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>資格喪失後の被保険者証の使用が抑制</b>されます。</li> <li>・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による<b>過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少</b>します。</li> <li>・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、<b>レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少</b>します。</li> <li>・<b>限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少</b>します。</li> </ul>   |

7



# 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/2/5時点)

## 1. 顔認証付きカードリーダー申込数

209,752施設 (91.3%) / 229,828施設

※義務化対象施設に対する割合： 98.2%

|       | 全施設数<br>に対する割合 | 義務化対象施設<br>に対する割合 |
|-------|----------------|-------------------|
| 病院    | 98.5%          | 98.7%             |
| 医科診療所 | 90.8%          | 97.7%             |
| 歯科診療所 | 87.9%          | 99.1%             |
| 薬局    | 94.9%          | 97.7%             |

参考：全施設数

|       |        |
|-------|--------|
| 病院    | 8,192  |
| 医科診療所 | 89,761 |
| 歯科診療所 | 70,375 |
| 薬局    | 61,500 |

## 2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

126,858施設 (55.2%) / 229,828施設

※義務化対象施設に対する割合： 59.4%

|       | 全施設数<br>に対する割合 | 義務化対象施設<br>に対する割合 |
|-------|----------------|-------------------|
| 病院    | 68.3%          | 68.4%             |
| 医科診療所 | 45.2%          | 48.6%             |
| 歯科診療所 | 46.2%          | 52.2%             |
| 薬局    | 78.4%          | 80.7%             |

## 3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

107,889施設 (46.9%) / 229,828施設

※義務化対象施設に対する割合： 50.5%

|       | 全施設数<br>に対する割合 | 義務化対象施設<br>に対する割合 |
|-------|----------------|-------------------|
| 病院    | 58.8%          | 58.9%             |
| 医科診療所 | 35.1%          | 37.8%             |
| 歯科診療所 | 38.3%          | 43.2%             |
| 薬局    | 72.5%          | 74.7%             |

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計 (213,686施設) で算出 (紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年10月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

45,261,226件 カード交付枚数に対する割合 59.3%

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

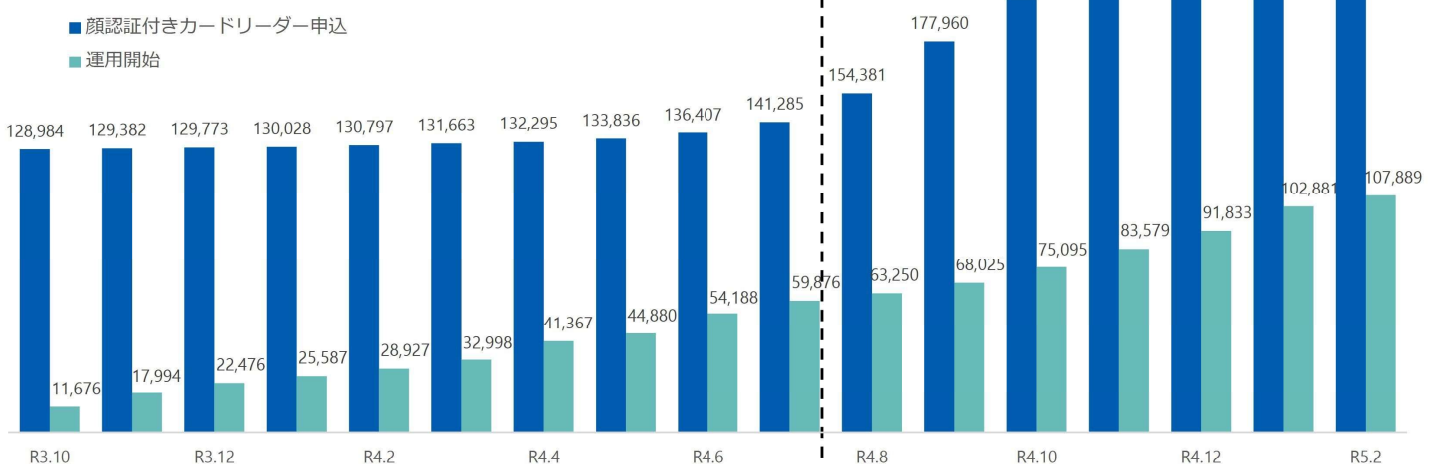
有効申請枚数： 約8,579万枚 (人口比： 68.1%)  
交付実施済数： 約7,630万枚 (人口比： 60.6%)

8

## オンライン資格確認の導入の原則義務化に向けた取組

- 医療関係団体 (日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会) により設置された「オンライン資格確認推進協議会」と厚生労働省が連携して、**オンライン説明会を実施 (8/24)**。
- 都道府県担当者や地域の関係団体への**地域ごとでの説明会を開催 (8月以降計42回厚生労働省から直接実施)**。**都道府県単位での顔認証付きカードリーダー申し込みのとりまとめ**を求めるとともに、**市・郡単位での申込状況を公表**し取組を後押し
- 「**システム事業者導入促進協議会**」を、デジタル庁・経済産業省とも連携して、**集中的に開催 (計3回6/10、8/23、11/2)**。改修完了に向けた導入計画の策定を依頼など、**システム事業者向けに働きかけを強化**。

■ 顔認証付きカードリーダー申込施設数・運用開始施設数 (推移)



9

## 原則義務化の経過措置

- 令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を設ける。  
※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う(支払基金とも情報共有)  
※令和6年4月まで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

| やむを得ない事情   | 期限  |
|--|---|
| (1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関・薬局(システム整備中)             | システム整備が完了する日まで<br>(遅くとも令和5年9月末まで)<br><small>※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続</small>              |
| (2) オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関・薬局(ネットワーク環境事情)                    | オン資に接続可能な光回線のネットワークが整備されてから6ヶ月後まで<br><small>※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続</small>              |
| (3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関  | 訪問診療のオン資(居宅同意取得型)の運用開始(令和6年4月)まで<br><small>※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施</small>            |
| (4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関・薬局   | 改築工事が完了するまで<br>臨時施設が終了するまで<br><small>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</small> |
| (5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局   | 廃止・休止まで<br>(遅くとも令和6年秋まで)<br><small>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</small>   |
| (6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局<br><small>※ 例外措置又は(1)~(5)の類型と同視できるか個別判断</small> | 特に困難な事情が解消されるまで<br><small>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</small>            |

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置(居宅同意取得型の運用開始(令和6年4月)まで)を設ける。

10

## 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

- 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、(1)初診時・調剤時の評価を見直すとともに、(2)再診時についても新たに評価を行う特例措置を講ずる。
- また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、(3)当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。
- これらの特例措置を令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

### 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

#### (1) 初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

・初診料(医科・歯科)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 4点 → 6点

・調剤管理料(調剤)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 3点(6月に1回) → 4点

#### (2) 再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける

・再診料

(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(マイナンバーカードの利用なし) 2点(1月に1回)

#### (3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件)

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

|    |                 | 現行の加算 | 特例措置(令和5年4~12月) |
|----|-----------------|-------|-----------------|
| 初診 | マイナンバーカードを利用しない | 4点    | <u>6点</u>       |
|    | 〃 利用する          | 2点    | 2点              |
| 再診 | マイナンバーカードを利用しない | -     | <u>2点</u>       |
|    | 〃 利用する場合        | -     | -               |
| 調剤 | マイナンバーカードを利用しない | 3点    | <u>4点</u>       |
|    | 〃 利用する場合        | 1点    | 1点              |

11



(続き)

【医療機関・薬局に求められること】 今般の特例で新たに設定



初診時における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

【施設基準】（初診時・再診時共通）

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
    - ① オンライン請求を行っていること。
    - ② オンライン資格確認を行う体制を有していること。
    - ③ ②の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うこと（※）について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
- （\*）①は今回の特例措置で、R5.12.31日までにオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（通知）

（※）具体的の対応として問診票の標準的項目を規定（通知）

（※）再診時の具体的の対応として、薬剤情報の確認や、その他必要に応じて健診情報等の確認を行う旨を規定予定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（初診・調剤）

診療情報を取得・活用する効果（再診）

**医療機関**

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

**問診票の標準的項目を新たに通知で示している**

問診票（初診時）

- 今日の症状
- 過去の病気
- 他の医療機関の受診歴
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

オンラインにより確認可能

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

**薬局**

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

**医療機関**

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

**再診時の確認等について通知で示す予定**

**再診時の確認事項**

- ・ 薬剤情報
- ・ その他、必要に応じて健診情報等

12

中医協の答申書の附帯意見（令和4年12月23日）  
（オンライン資格確認関係抜粋）

1. まずは令和5年4月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、更なる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。
2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、オンライン資格確認に伴うマイナンバーカードを用いない場合の診療情報取得に係る医療機関等の負荷・手間を考慮し、オンライン資格確認等システムの導入・普及を徹底していく観点及び医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力を促進等していく観点から特例的に措置されているものであることを踏まえ、令和5年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。
3. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年8月10日の附帯意見2に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見2と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した診療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。
4. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療DXの基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるよう、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

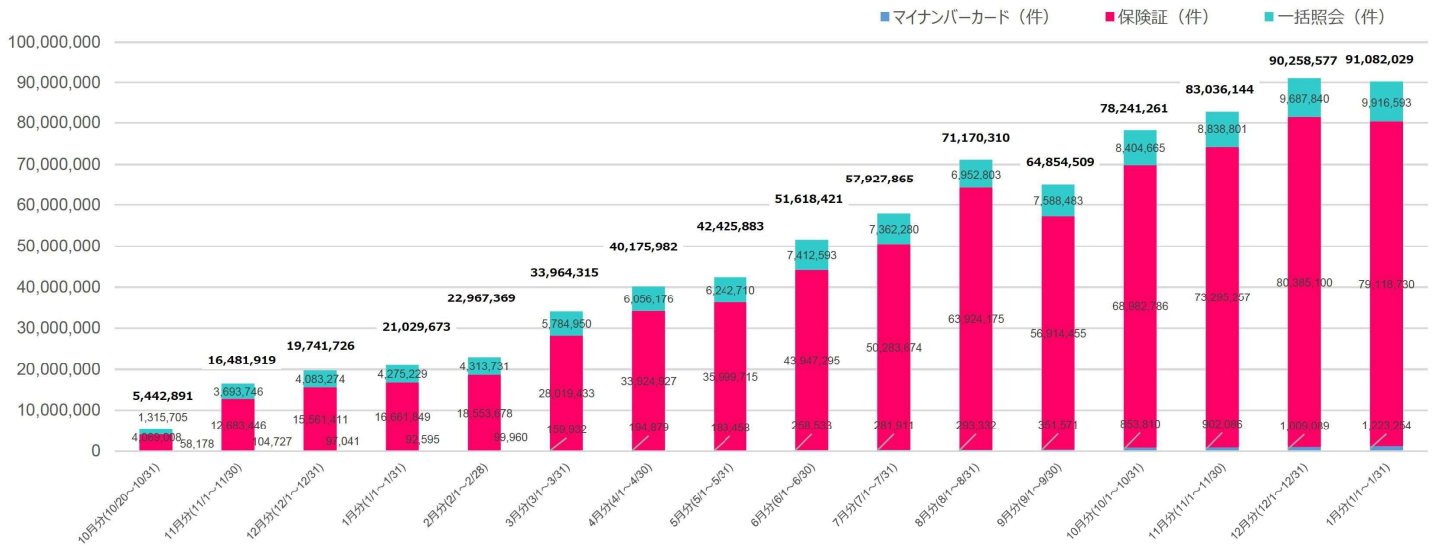
13

# オンライン資格確認の利用状況①

○ 本格運用開始から令和5年1月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約8億件行われた。  
(マイナンバーカードによるもの：約616万件、保険証によるもの：約7億件、一括照会によるもの：約1億件)

## ■運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

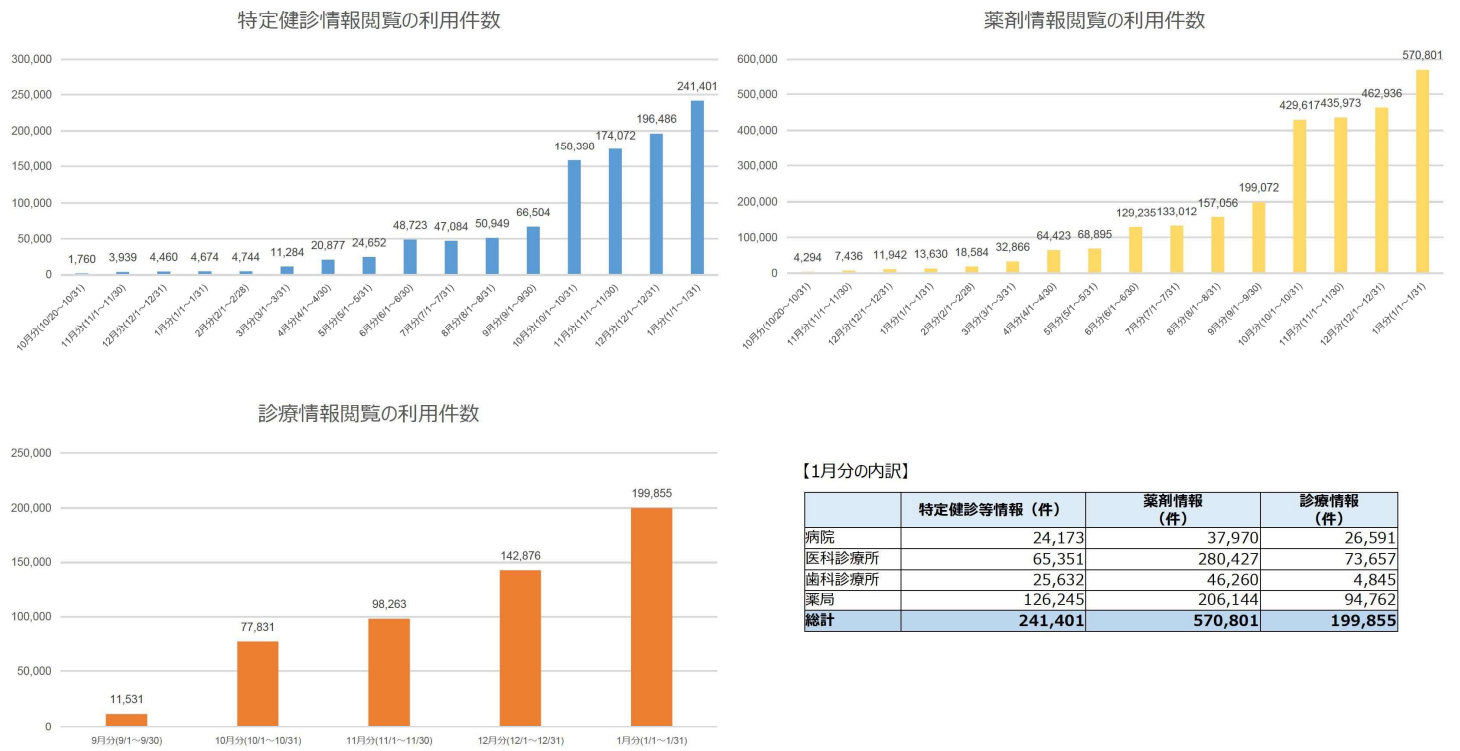


【1月分の内訳】

|       | 合計 (件)     | マイナンバーカード (件) | 保険証 (件)    | 一括照会 (件)  |
|-------|------------|---------------|------------|-----------|
| 病院    | 11,841,328 | 181,049       | 4,580,962  | 7,079,317 |
| 医科診療所 | 23,850,814 | 380,511       | 22,897,396 | 572,907   |
| 歯科診療所 | 7,261,726  | 215,387       | 4,817,438  | 2,228,901 |
| 薬局    | 47,304,709 | 446,307       | 46,822,934 | 35,468    |
| 総計    | 90,258,577 | 1,223,254     | 79,118,730 | 9,916,593 |

# オンライン資格確認の利用状況②

## ■特定健診等情報・薬剤情報の利用件数 ※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数



【1月分の内訳】

|       | 特定健診等情報 (件) | 薬剤情報 (件) | 診療情報 (件) |
|-------|-------------|----------|----------|
| 病院    | 24,173      | 37,970   | 26,591   |
| 医科診療所 | 65,351      | 280,427  | 73,657   |
| 歯科診療所 | 25,632      | 46,260   | 4,845    |
| 薬局    | 126,245     | 206,144  | 94,762   |
| 総計    | 241,401     | 570,801  | 199,855  |



## オンライン資格確認における迅速かつ正確なデータ登録の確保

○マイナンバーカードと健康保険証の一体化を推進し、令和6年秋に保険証の廃止を円滑に実現するため、オンライン資格確認におけるデータ登録の更なる迅速化・正確性の確保を推進。

### 課題

- (1) 被保険者の資格取得から保険者のデータ登録までに時間がかかる
- (2) 個人番号未提出者の場合、保険者が自ら調査し、被保険者の資格データを登録しているが、特定できない場合や誤りが生じる場合がある

#### 【原因】

- ・ 保険者への届出時に個人番号の提出が徹底されていない。
- ・ 個人番号未提出者について、保険者がJ-LIS（※）照会（住民基本台帳情報照会）を行っているが、個人番号の取得が難しい場合がある。
- ※ 地方公共団体情報システム機構
- ・ 被保険者・事業主の届出の間違い、保険者の登録間違い

### 対応

#### (1) データ登録のタイムラグ・データ未登録の解消

- ・ 資格取得の届出における被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化。 【省令改正】

- ・ 現行では、保険者によるデータ登録の期間の定めなし  
⇒ 保険者によるデータ登録を5日以内とする。  
(事業主から保険者への届出は5日以内なので、計10日以内)

【省令改正】

#### (2) 誤登録防止チェックの強化

- ・ 現行では、新規登録時に既存の資格情報（生年月日、カナ氏名）に突合し、不一致事例を保険者において確認。
- ⇒ 加えて、新規登録時に、J-LIS照会（カナ氏名・生年月日・性別の突合）を全件実施予定。

16

## 登録データの補正等の状況

○保険者から異なる個人番号が登録された事例のうち、薬剤情報・医療費通知情報が閲覧された事例

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| 令和3年10月～11月末（※1） | 1件<br>(同期間のオンライン資格確認利用件数：約2,200万件)   |
| 令和3年12月～令和4年11月末 | 4件<br>(同期間のオンライン資格確認利用件数：約5億8,700万件) |

※1 令和3年12月23日第149回医療保険部会で公表

※2 上記の期間中に判明した保険者から異なる個人番号が登録されていた事例数は、

- ・ 令和3年10月～11月末 33件
- ・ 令和3年12月～令和4年11月 7,279件（うち7,114件は、協会けんぽにおいて資格情報の重複調査により判明）

これらの事例は、閲覧を停止し、補正（異なる個人番号等を削除）を実施。

今後、新規発生を防止するとともに、登録データの補正等を要する事例の把握に向けて、

- (1) 資格取得の届出における被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化
- (2) 現在、保険者異動時にデータを登録する際には、全件、既存の資格情報（①生年月日、②カナ氏名）等に突合し、①・②いずれかの不一致を検知した場合には、保険者へ通知し、確認する仕組みを実施中。  
⇒ 加えて、今後、全件についてJ-LIS照会を実施予定。

- (3) あわせて、今後、マイナンバーカードと健康保険証の一体化のご案内とともに、確認が必要な方に対し、既登録データを送付し、ご本人による確認も検討。



# 都道府県別の運用開始状況（施設類型別・2月5日時点）

|       | 病院         | 医科診療所      | 歯科診療所      | 薬局        |
|-------|------------|------------|------------|-----------|
| ①     | 岩手(79.3%)  | 宮崎(53.4%)  | 鳥取(69.1%)  | 岡山(86.1%) |
| ②     | 愛媛(76.3%)  | 鹿児島(51.2%) | 宮崎(67.7%)  | 岩手(85.7%) |
| ③     | 富山(75.5%)  | 富山(49.3%)  | 福井(62.4%)  | 富山(84.3%) |
| ④     | 山形(74.6%)  | 石川(49.1%)  | 岩手(61.7%)  | 青森(83.9%) |
| ⑤     | 鳥取(74.4%)  | 山形(47.7%)  | 富山(58.7%)  | 福井(80.8%) |
| ..... |            |            |            |           |
| ④3    | 千葉(49.1%)  | 京都(30.6%)  | 大阪(34.4%)  | 沖縄(66.6%) |
| ④4    | 大阪(48.8%)  | 千葉(30.3%)  | 埼玉(33.9%)  | 長野(66.0%) |
| ④5    | 神奈川(48.7%) | 神奈川(28.1%) | 千葉(32.6%)  | 山梨(63.9%) |
| ④6    | 東京(46.4%)  | 東京(28.1%)  | 神奈川(30.9%) | 佐賀(63.4%) |
| ④7    | 茨城(44.3%)  | 島根(22.7%)  | 東京(27.4%)  | 大分(59.3%) |
| 合計    | 58.8%      | 35.1%      | 38.3%      | 72.5%     |

## （参考）都道府県別の状況一覧（2月5日時点）

○ 厚生労働省ホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/index\\_16743.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html)) で公表。毎週更新

| 県名  | 病院    |        |        |       | 医科診療所 |       |       |        | 歯科診療所  |       |        |       | 薬局     |       |        |        |       |
|-----|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|
|     | 施設数   | 運用開始率  | 施設数    | 運用開始率 | 施設数   | 運用開始率 | 施設数   | 運用開始率  | 施設数    | 運用開始率 | 施設数    | 運用開始率 | 施設数    | 運用開始率 |        |        |       |
| 北海道 | 538   | 98.7%  | 369    | 68.6% | 2,757 | 2,519 | 91.4% | 1,240  | 45.0%  | 953   | 34.6%  | 2,904 | 2,603  | 89.6% | 1,469  | 51.3%  |       |
| 青森  | 92    | 97.8%  | 69     | 75.0% | 61    | 66.3% | 660   | 94.5%  | 355    | 53.8% | 274    | 41.5% | 528    | 462   | 87.5%  | 280    | 53.0% |
| 岩手  | 92    | 100.0% | 77     | 83.7% | 73    | 79.3% | 683   | 93.4%  | 327    | 47.9% | 269    | 39.4% | 598    | 547   | 91.8%  | 402    | 67.4% |
| 宮城  | 135   | 133    | 98.5%  | 106   | 78.5% | 81    | 60.0% | 1,454  | 1,322  | 90.9% | 750    | 51.6% | 566    | 38.9% | 1,106  | 996    | 90.1% |
| 秋田  | 65    | 64     | 98.5%  | 49    | 75.4% | 49    | 75.4% | 604    | 543    | 89.9% | 296    | 49.0% | 234    | 38.7% | 445    | 396    | 89.0% |
| 山形  | 67    | 67     | 100.0% | 52    | 77.6% | 50    | 74.6% | 721    | 672    | 93.2% | 408    | 56.6% | 344    | 47.7% | 491    | 449    | 91.4% |
| 福島  | 130   | 123    | 94.6%  | 83    | 63.8% | 74    | 56.9% | 1,105  | 991    | 89.7% | 574    | 51.9% | 408    | 36.9% | 901    | 807    | 89.6% |
| 茨城  | 174   | 172    | 98.9%  | 98    | 56.3% | 77    | 44.3% | 1,437  | 1,293  | 90.0% | 677    | 47.1% | 542    | 37.7% | 1,454  | 1,276  | 87.8% |
| 栃木  | 113   | 107    | 94.7%  | 70    | 61.9% | 63    | 55.8% | 1,187  | 1,098  | 92.5% | 465    | 39.2% | 376    | 31.7% | 996    | 872    | 87.6% |
| 群馬  | 128   | 126    | 98.4%  | 91    | 71.1% | 81    | 63.3% | 1,318  | 1,236  | 93.8% | 686    | 52.2% | 539    | 40.9% | 1,019  | 897    | 88.0% |
| 埼玉  | 343   | 338    | 98.5%  | 209   | 60.9% | 175   | 51.0% | 3,544  | 3,000  | 84.7% | 1,734  | 44.5% | 1,359  | 34.9% | 3,686  | 3,236  | 87.8% |
| 千葉  | 291   | 290    | 99.7%  | 180   | 61.9% | 143   | 49.1% | 3,359  | 2,996  | 89.2% | 1,339  | 39.9% | 1,017  | 30.3% | 3,362  | 2,858  | 85.0% |
| 東京  | 633   | 615    | 97.2%  | 367   | 58.0% | 294   | 46.4% | 4,861  | 3,881  | 79.8% | 4,861  | 38.3% | 3,064  | 28.1% | 10,847 | 9,085  | 83.8% |
| 神奈川 | 341   | 329    | 96.5%  | 195   | 57.2% | 166   | 48.7% | 6,396  | 5,807  | 90.9% | 2,381  | 37.2% | 1,795  | 28.1% | 5,100  | 4,419  | 86.6% |
| 新潟  | 119   | 118    | 99.2%  | 91    | 76.5% | 81    | 68.1% | 1,259  | 1,149  | 91.3% | 555    | 44.1% | 427    | 33.9% | 1,188  | 1,049  | 88.3% |
| 富山  | 106   | 104    | 98.1%  | 83    | 78.3% | 80    | 75.5% | 627    | 570    | 90.9% | 382    | 60.9% | 309    | 49.3% | 460    | 426    | 92.6% |
| 石川  | 91    | 90     | 98.9%  | 75    | 82.4% | 63    | 69.2% | 713    | 674    | 94.5% | 415    | 58.2% | 350    | 49.1% | 498    | 447    | 89.8% |
| 福井  | 67    | 67     | 100.0% | 47    | 70.1% | 45    | 67.2% | 453    | 425    | 93.8% | 236    | 52.1% | 193    | 42.6% | 314    | 298    | 94.9% |
| 山梨  | 60    | 58     | 96.7%  | 44    | 73.3% | 36    | 60.0% | 566    | 525    | 92.8% | 284    | 50.2% | 214    | 37.8% | 453    | 399    | 88.1% |
| 長野  | 124   | 123    | 99.2%  | 93    | 75.0% | 83    | 66.9% | 1,313  | 1,205  | 91.8% | 681    | 51.9% | 591    | 45.0% | 1,057  | 934    | 88.4% |
| 岐阜  | 98    | 97     | 99.0%  | 72    | 73.5% | 64    | 65.3% | 3,341  | 2,229  | 66.7% | 657    | 49.0% | 529    | 39.4% | 998    | 898    | 89.9% |
| 静岡  | 170   | 167    | 98.2%  | 111   | 65.3% | 102   | 60.0% | 2,309  | 2,158  | 93.5% | 1,258  | 54.5% | 1,067  | 46.2% | 1,793  | 1,628  | 90.9% |
| 愛知  | 318   | 316    | 99.4%  | 224   | 70.4% | 185   | 58.2% | 4,815  | 4,503  | 93.5% | 2,391  | 49.7% | 1,880  | 39.0% | 3,808  | 3,435  | 90.2% |
| 三重  | 93    | 92     | 99.0%  | 64    | 68.8% | 59    | 63.4% | 1,273  | 1,158  | 91.0% | 636    | 50.0% | 515    | 40.5% | 840    | 753    | 89.6% |
| 滋賀  | 58    | 57     | 98.3%  | 46    | 79.3% | 43    | 74.1% | 918    | 855    | 93.1% | 474    | 51.6% | 367    | 40.0% | 593    | 544    | 91.7% |
| 京都  | 164   | 159    | 97.0%  | 107   | 64.6% | 105   | 64.0% | 2,250  | 1,959  | 87.1% | 961    | 42.7% | 689    | 30.6% | 1,343  | 1,208  | 89.9% |
| 大阪  | 506   | 501    | 99.0%  | 297   | 58.7% | 247   | 48.8% | 8,143  | 7,388  | 90.7% | 3,515  | 43.2% | 2,655  | 32.6% | 6,615  | 4,867  | 73.6% |
| 兵庫  | 348   | 345    | 99.1%  | 242   | 69.5% | 210   | 60.3% | 4,112  | 4,284  | 90.0% | 2,167  | 46.0% | 1,770  | 37.6% | 3,047  | 2,690  | 88.3% |
| 奈良  | 76    | 74     | 97.4%  | 56    | 73.7% | 49    | 64.5% | 1,069  | 991    | 92.7% | 487    | 45.6% | 385    | 36.0% | 703    | 628    | 89.2% |
| 和歌山 | 83    | 83     | 100.0% | 63    | 75.9% | 58    | 69.9% | 917    | 825    | 90.1% | 463    | 50.5% | 396    | 43.2% | 550    | 465    | 84.5% |
| 鳥取  | 43    | 43     | 100.0% | 36    | 83.7% | 32    | 74.4% | 410    | 384    | 93.7% | 183    | 44.4% | 136    | 33.2% | 272    | 244    | 89.7% |
| 徳島  | 46    | 45     | 97.8%  | 32    | 69.6% | 31    | 67.4% | 565    | 493    | 87.3% | 188    | 33.3% | 128    | 22.7% | 273    | 249    | 91.2% |
| 岡山  | 159   | 158    | 99.4%  | 115   | 72.3% | 101   | 63.5% | 1,301  | 1,202  | 92.4% | 661    | 50.8% | 523    | 40.2% | 1,056  | 910    | 86.2% |
| 広島  | 231   | 229    | 99.1%  | 147   | 63.6% | 125   | 54.1% | 2,236  | 2,024  | 90.5% | 978    | 43.7% | 815    | 36.4% | 1,585  | 1,400  | 88.3% |
| 山口  | 138   | 136    | 100.0% | 96    | 69.1% | 87    | 62.6% | 1,017  | 923    | 90.9% | 451    | 44.3% | 336    | 35.0% | 666    | 607    | 89.8% |
| 徳島  | 107   | 104    | 97.2%  | 73    | 68.2% | 59    | 55.1% | 1,134  | 1,034  | 91.2% | 257    | 43.2% | 188    | 31.6% | 449    | 391    | 87.1% |
| 香川  | 87    | 86     | 98.9%  | 69    | 74.7% | 55    | 63.2% | 699    | 648    | 92.7% | 328    | 46.9% | 252    | 36.1% | 501    | 458    | 90.9% |
| 愛媛  | 135   | 134    | 99.3%  | 111   | 82.2% | 103   | 76.3% | 1,016  | 995    | 98.1% | 457    | 45.0% | 373    | 36.7% | 692    | 628    | 90.8% |
| 高知  | 120   | 118    | 98.3%  | 71    | 59.2% | 62    | 51.7% | 1,420  | 1,300  | 85.7% | 201    | 47.9% | 166    | 39.5% | 363    | 323    | 89.0% |
| 福岡  | 452   | 448    | 99.1%  | 305   | 67.5% | 243   | 53.8% | 4,140  | 3,829  | 92.5% | 1,814  | 43.8% | 1,347  | 32.5% | 3,181  | 2,868  | 90.2% |
| 佐賀  | 96    | 95     | 99.0%  | 67    | 69.8% | 57    | 50.4% | 504    | 548    | 92.3% | 287    | 48.3% | 215    | 36.2% | 422    | 390    | 92.4% |
| 長崎  | 147   | 146    | 99.3%  | 108   | 73.5% | 97    | 59.2% | 1,097  | 1,014  | 92.4% | 537    | 49.0% | 402    | 36.6% | 750    | 685    | 91.3% |
| 熊本  | 204   | 201    | 98.5%  | 152   | 74.5% | 137   | 67.2% | 1,214  | 1,134  | 93.4% | 538    | 44.3% | 437    | 35.0% | 893    | 814    | 91.2% |
| 大分  | 152   | 150    | 98.7%  | 116   | 76.3% | 106   | 69.7% | 816    | 754    | 92.4% | 456    | 55.9% | 388    | 45.1% | 537    | 488    | 90.9% |
| 宮崎  | 132   | 132    | 100.0% | 104   | 78.8% | 97    | 73.5% | 730    | 682    | 93.4% | 461    | 63.2% | 390    | 53.4% | 502    | 473    | 94.2% |
| 鹿児島 | 230   | 228    | 99.1%  | 187   | 81.3% | 170   | 73.9% | 1,120  | 1,028  | 91.6% | 690    | 61.6% | 573    | 51.2% | 845    | 775    | 91.7% |
| 沖縄  | 89    | 85     | 95.6%  | 64    | 71.9% | 55    | 61.8% | 1,834  | 753    | 41.3% | 385    | 46.0% | 293    | 35.9% | 672    | 557    | 82.9% |
| 合計  | 8,192 | 8,071  | 98.5%  | 5,592 | 68.3% | 4,815 | 58.8% | 89,761 | 81,519 | 90.8% | 40,529 | 45.2% | 31,525 | 35.1% | 10,375 | 61,826 | 87.9% |



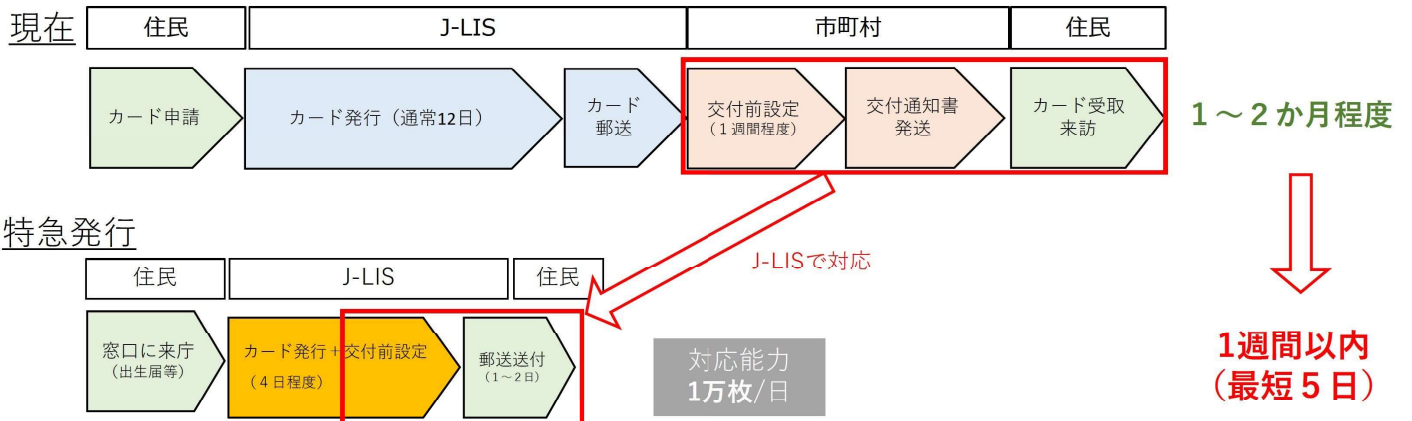
# マイナンバーカードの特急発行・交付の仕組みの創設について

- 現在1～2か月程度要している申請から住民にカードが届くまでの期間について、新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者など、特に速やかな交付が必要となる場合を対象に特急発行・交付の仕組みを創設し、**1週間以内（最短5日）に短縮**。

**処理期間：1週間以内（最短5日）**

**対応能力：360万枚/年（新生児、紛失等による再交付、海外からの転入者など）**

- 申請時に来庁して本人確認を行い、カードを郵送送付する**特急発行の特別な措置**として、通常市町村が行っている**カードの有効化等の作業（交付前設定）**をJ-LISが行い、住民に直接カードを送付。



20

## 代理交付の要件及び疎明資料の見直し案について

- マイナンバーカードは、病気、身体の障害その他のやむを得ない理由により役場に出向くことが困難であると認められるときに、代理人に対して交付することができるが、その際、出向くことが困難であることを疎明する資料（疎明資料）の提示を求めている。

（見直し方針）

- 「やむを得ない理由」に該当するケースを従来より幅広く拡充・明確化
- 疎明資料について緩和・実質不要化
  - やむを得ない理由に該当することが推定される場合は、疎明資料を実質不要化
  - 疎明資料を必要とする場合についても、入手が容易・費用がかからないもので可とし、明示

| ケース                             | やむを得ない理由    |      | 疎明資料               |  |
|---------------------------------|-------------|------|--------------------|--|
|                                 | 現行          | 見直し案 | 現行                 | 見直し案（事務処理要領に追記）  |
| 成年被後見人                          | ×           | ○    | —                  | 実質不要（代理権を証する書類で確認可能）                                     |
| 被保佐人、被補助人                       | ×           | ○    | —                  | 実質不要（代理権を証する書類で確認可能）                                     |
| 中学生、小学生（未就学児）                   | ×<br>(○)    | ○    | —                  | 実質不要（本人確認書類で確認可能）  |
| 75歳以上の高齢者                       | ×           | ○    | —                  | 実質不要（本人確認書類で確認可能）<br>（委任状に外出困難である旨の記載があれば可とする）           |
| 長期入院者                           | ○           | ○    | 診断書<br>（運用で領収書を容認） | 入院診療計画書、領収書、診療明細書、<br><b>病院長が作成する顔写真証明書</b>              |
| 障害者                             | △<br>（身体のみ） | ○    | 障害者手帳              | <b>障害福祉サービス受給者証、自立支援医療受給者証</b>                           |
| 施設入居者                           | ○           | ○    | 入所証明書類             | <b>施設長が作成する顔写真証明書</b>                                    |
| 要介護・要支援認定者                      | △           | ○    | （運用で介護保険被保険者証を容認）  | <b>介護保険被保険者証、認定結果通知書、ケアマネジャー及びその所属する事業者の長が作成する顔写真証明書</b> |
| 妊婦                              | ×           | ○    | —                  | <b>母子健康手帳、妊婦健診を受診したことが確認できる領収書、受診券</b>                   |
| 海外留学                            | △           | ○    | （運用で査証のコピー等を容認）    | 査証のコピー、留学先の学生証のコピー                                       |
| 高校生・高専生                         | ×           | ○    | —                  | <b>学生証、在学証明書</b>   |
| ひきこもり状態にある者、心の問題など何らかの理由で自宅にいる者 | ×           | ○    | —                  | 公的サービス等の従事者が作成する書類                                       |

（赤字は本人確認書類としても活用できるもの）<sup>21</sup>



## 郵便局を活用したマイナンバーカードの交付

- 日本郵便とも連携し、郵便局における申請サポートを強力に推進するとともに、市町村が指定した郵便局で、市町村とオンラインでつなぎ、マイナンバーカードの交付申請受付と市町村による本人確認を行い、発行されたカードを郵送で住民に届けること等を可能とするよう、郵便局事務取扱法に、マイナンバーカードの交付に係る事務を位置付け、制度化を目指す。

※ 郵便局事務取扱法は、地方公共団体が行う公証行為に係る事務のうち公権力の行使と一体をなす重要な事実行為を、郵便局に取り扱わせることができることとする法律。

