

マイナ保険証とオンライン資格確認システム義務化の対応 ～医療現場の現状と義務化の狙い～

<見出し>

- 1～3 オンライン資格確認とは 政府の義務化方針
- 4 オン資の利用状況（マイナ受診していない）
- 5～13 オンライン資格確認の仕組みと特徴・問題点
- 14～16 オン資導入義務化の問題点（まとめ）、保険証廃止の問題点
- 17 マイナ保険証にこめた政府の狙い（監視・統制、社会保障抑制、利権）
- 参考 会員の声、宣伝チラシ、保団連声明ほか

1. オンライン資格確認とは何か



- ①医療機関を受診した際、定期通院では月1回、新患では必ず健康保険証を職員に提示する。
- ⇒ (i) 保険証券面を**目視で確認して**、患者の保険資格の有無（有効期限）や資格内容（加入する保険の種類、窓口負担割合など）を確認している。
- (ii) 受診した患者が保険証の持ち主と同じか確かめる**本人確認**も常識的範囲で実施。
- ②医療機関は、患者を診療した日の翌月10日までに、患者ごとに実施した診療行為点数などを記したレセプト（診療報酬明細書）を審査支払機関（支払基金、国保連）に提出し、診療報酬を請求する。
- ⇒ 資格情報が誤ったレセプトが請求された場合、医療機関にレセプトが差し戻される。**（返戻）**
- ※医療機関側での転記ミス（例えば、本人・家族、生年月日、保険者番号、被保険者の記号・番号）
- ※患者が転職・退職直後に旧職場の保険証で受診した場合（**資格喪失後の受診**）
被用者の保険証には有効期限の記載はなく、受診時に資格喪失かどうかまではわからない。
- ⇒ 返戻されたレセプトについて、正しい情報がある場合、医療機関は正しい情報を記載して改めて請求。
- ③**オンライン資格確認**では、医療機関と審査支払機関の間を専用インターネット回線（≒レセプトをオンラインで請求する回線）を結び、患者が受診した際、有効とされる保険資格状況（有無を含め）について、その場で照会をかけて返信を受ける（※）。
- ⇒ (i) **マイナンバーカードの保険証利用**（略称：**マイナ受付、マイナ保険証。法令名：電子資格確認**）
- (ii) 保険証を利用したオンライン資格確認
- （※）100%「正確」な請求資格先が返信されるわけではない（例えば、転職等で月末に資格を喪失したが、転職先の保険者でデータ登録が間に合っていないケース。喪失・登録のタイムラグは必ず残る）。

※現行の保険証の目視による資格確認において、**公的医療保険制度への信頼を維持し、制度を健全・安定運営していく上で、特段の支障やなりすまし受診の横行などは報告されていない。**

⇒ オン資導入については、**費用対効果（メリット=医療情報閲覧、デメリット）の慎重な判断**が必要である。

2. 23年3月末までに、オンライン資格確認導入の「原則義務化」へ 「骨太の方針2022」

- ①医療機関でオン資導入が進まない中、当初目標（23年4月にはほぼ全ての医療機関で整備）の達成ありきで、政府は2023年4月からのオンライン資格確認のシステム導入の原則義務化、更に将来的には保険証を原則廃止する方針を打ち出した。

※医療機関・薬局でのオン資システム整備状況（2022年5月22日時点）

準備完了:25.4%、運用開始:19.3%(病院:35.7%、薬局33.2%、医科診療所:13.6%、歯科:13.1%)

<「骨太の方針2022」>（閣議決定6/7）

- ①オンライン資格確認について、**保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付ける。**
- ②導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、**関連する支援等の措置を見直す。**
診療報酬上の加算の取扱い（電子的保健医療情報活用加算）については、中医協で検討。
- ③2024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**を目指す。
- ④さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、**保険証の原則廃止（※）**を目指す。
（※）加入者から申請があれば保険証は交付する

⇒ 「骨太の方針」を受けて、医療機関に対して、▽電話・DM▽オンライン請求時に、顔認証付きカードリーダー（CR）申請呼びかけ・アンケート調査回答を求める▽CR申請用のポータルサイトの仮IDとアカウントを一括発行し未登録施設に送り付ける。更に▽システムベンダーから夜討ち朝駆けの営業（FAXでいきなり見積りを送り付けるなど）などが全国で展開されている。

⇒ **日々診療提供に努めている医療現場より、不安・危惧が巻き起こっている。もはや“診療妨害”というべき事態に至っている。国・厚労省には強く反省を求めたい。**

3-1. 電子レセプト請求する医療機関には導入を義務化する 中医協「答申」(8/10)

①2023年4月から、マイナンバーカードを保険証として利用するオン資（電子資格確認）（※）のシステム導入の原則義務化について、療養担当規則（療養担当基準）に明記する。（※）健康保険法第3条第13項に規定するもの

⇒ 現在紙レセプト請求を認めている医療機関・薬局（※）については、院内等の電子化が進んでいないとして、オンライン資格確認（電子資格確認）の導入の義務化の例外とする。

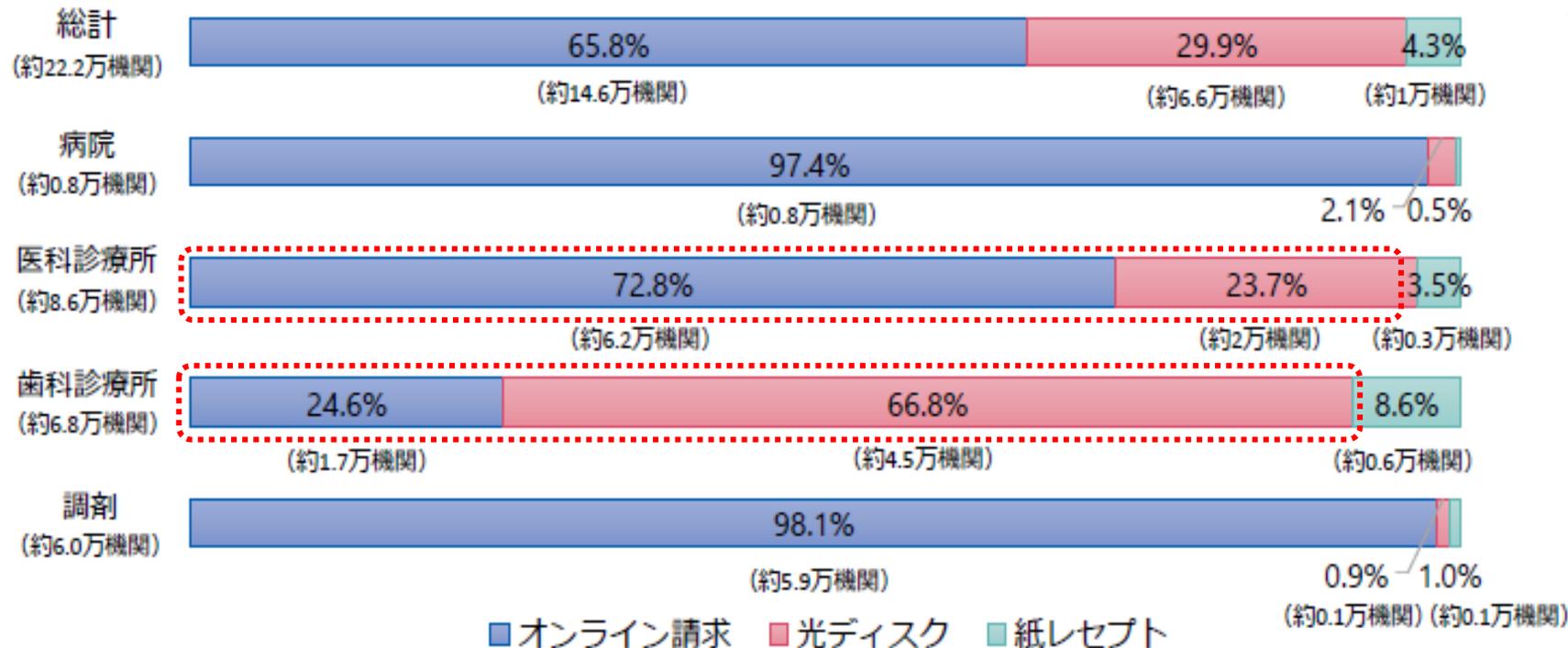
⇒ 電子レセプト（オンライン、光ディスク）で請求する医療機関に電子資格確認のシステム導入を義務付ける。

②患者にマイナンバーカードで受診する義務までが課されるわけではない。

（保険証受診、マイナカード受診のどちらでも選択できる体制を医療機関に義務付けるもの）

※保険診療を行う際に遵守する「療養担当規則（基準）」に違反した場合、指導の対象になりうる。療担は違反内容によっては、保険診療が扱えなくなるなど医療機関にとって重い意味を有する。

【レセプトの請求状況】



・義務化対象となるのは、
医療機関・薬局 95.7%

病院 99.5%

薬局 99.0%

医科診療所 96.5%

歯科診療所 91.4%

（※）手書き請求を届出した医療機関、電子レセプト請求の義務化時点（2010・11年）で65歳以上（現在75歳以上程度）の医師・歯科医師

3-2. 年末に実態を調べ（義務化の）期限含め再検討する 答申書「附帯意見」

- ①中医協では、三師会として義務化には賛同としつつも、23年4月に義務化をめぐる懸念・危惧の声が相次ぐ。
- 日本医師会 「離島・へき地や回線施設が十分でない場合、ベンダー対応により対応できない場合なども生じる」
- 日本歯科医師会 「特に歯科医療機関は小規模零細であり配慮が必要」
- 日本薬剤師会 「(電子請求の)小さな薬局などがついていけずに辞めると言ったことが無いように」

⇒ スケジュール的に見て困難な状況を踏まえ、「**答申書付帯意見**」に反映。

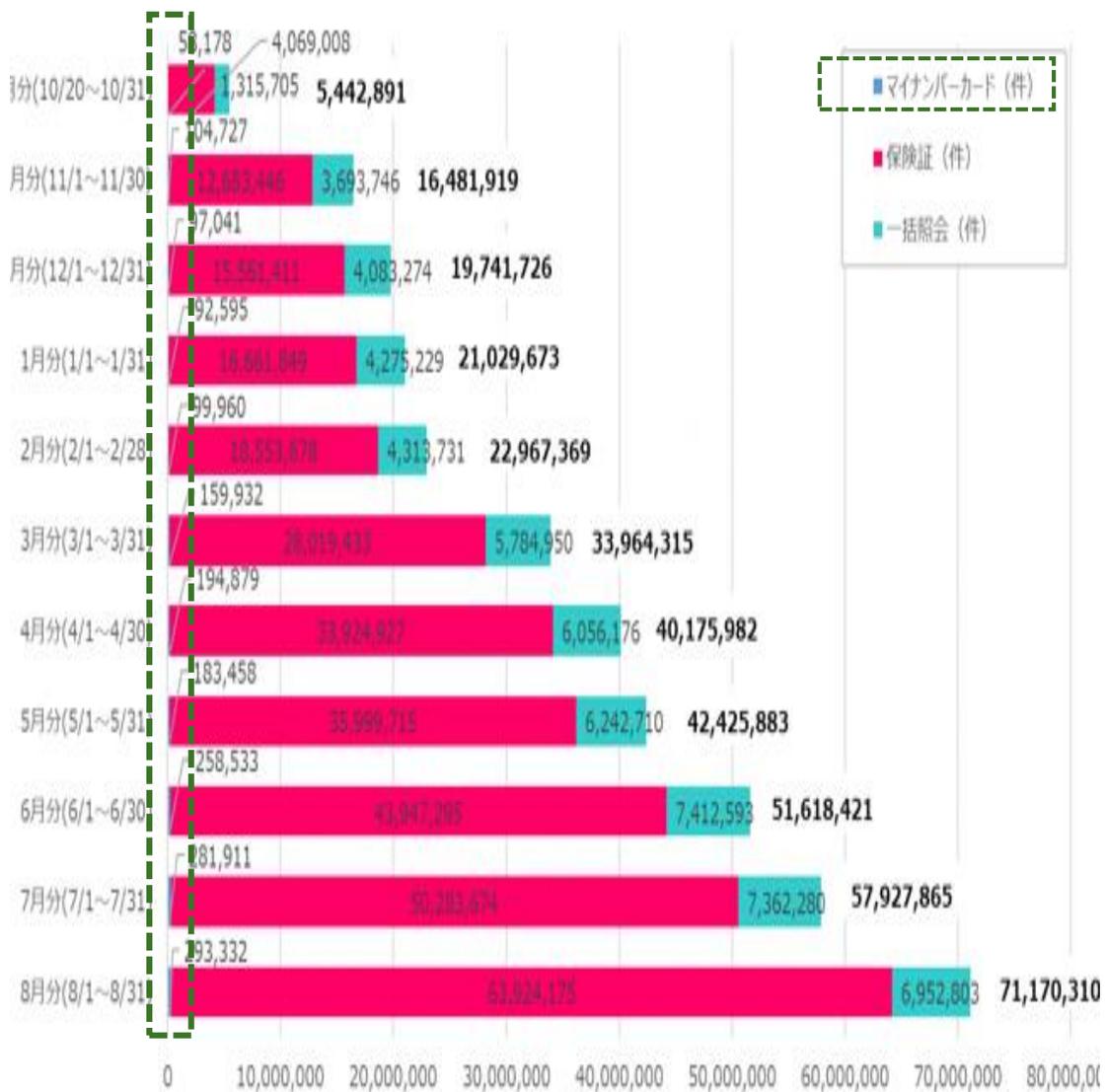
<答申書附帯意見>

- 1 関係者それぞれが2023年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、**年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行う。**
- 2, 3 (略)

⇒ コロナ禍も重なり、医療現場の厳しい実態を無視しえず、**義務化を免除する範囲の拡張、経過措置・猶予措置など含め見直す可能性**を明示した。
※最終的な義務化範囲は年末の再検討を踏まえて実施される。

4. マイナカードで受診していない。特段、希望しているわけでもない。

オンライン資格確認の利用状況



① マイナカードの交付枚数は約5,966万枚（人口比47.4%）。うちマイナカードの保険証利用登録件数は2,374万枚で、カード所持者**2.5人に1人**。（国民の約2割）

⇒ **マイナポイントがある中でも、保険証利用を希望しているわけではない。**

② 本格運用開始の2021年10月から22年8月末までに、オンライン資格確認の実施は3億8千万件弱。受診延べ日数のうち、**約18.3%**。（2020年:22.8億日）

③ 直近8月のマイナカード受診は29.3万件（**オン資の0.4%**）。
・病院で13.6人、薬局で3.8人、医科診療所で4.1人、歯科診療所で3.4人。

⇒ **1週間に病院で3人強、医科診療所・薬局では1人。歯科診療所では1人に満たない。マイナカードで受診せず。**

④ **オンライン資格確認（8月）のほぼ全てが保険証利用（約6,400万件）、同様に一括照会（約700万件）。**

⇒ 医療機関は、**必要と判断した場合に、保険証を使ってオンライン資格確認や、近々の予約患者の来院前のオンライン資格確認（一括照会）**に利用している。

⑤ マイナ受付した患者のうち医療情報閲覧に同意した件数（8月分）は、特定健診等情報は17.4%、薬剤情報は53.5%。

⇒ **必ずしも多くが閲覧に同意しているわけではない。**

5-1. オンライン資格確認を導入するには… 詳細な「規約」と膨大な「運用マニュアル」

- ①オンライン資格確認を導入する場合、社会保険診療報酬支払基金との間で「システム利用規約」（全13頁）などを結び、基本となる「運用マニュアル」（全76頁）に沿って運用する。（上記以外の細目的運用にも注意）
 - ②日常的に、「オンライン資格確認/医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト」（支払基金所管）からの更新情報などをキャッチアップすることも必要。
- ⇒ 以下では、初歩的な導入・運用上のポイントを解説しつつ、とくに医療機関として留意すべき点を記載。

オンライン資格確認等システム利用規約

第1章 総則

（本規約の目的）

第1条 本規約は、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）・国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）により共同で組織される医療保険情報提供等実施機関（以下「実施機関」という。）において維持・運営する、オンライン資格確認等システムである本システム（第2条6号で定義する。）を用いた、オンライン資格確認及び薬剤情報・診療情報・特定健診情報等の閲覧のサービス（以下「本サービス」という。）に係る利用条件を定めるものです。

（用語の定義）

第2条 本規約において使用する用語の定義は、次の各号に掲げるとおりとします。

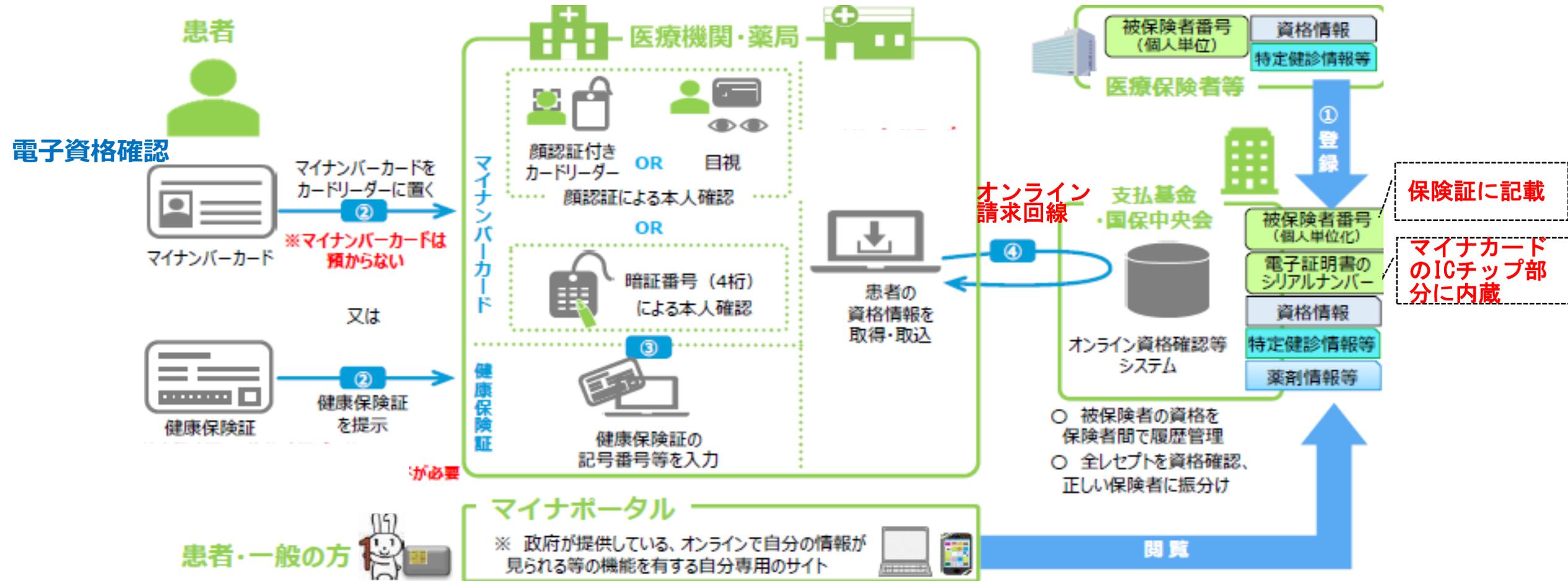
- 一 医療機関等 「健康保険法（大正11年法律第70号）」等の規定により、地方厚生局長又は地方厚生支局長の指定を受けた病院、診療所及び薬局
- 二 サービス利用者 医療機関等のうち、本サービスの提供を受ける施設
- 三 患者 医療機関等から医療行為等を受けようとする者
- 四 地方公共団体情報システム機構 「地方公共団体情報システム機構法」の規定により、地方公共団体の情報システムに関する事務を地方公共団体に代わって行うとともに、地方公共団体に対してその情報システムに関する支援を行う組織
- 五 本システム用認証局 本サービス利用にあたって必要となる電子証明書発行に係る登録局・発行局・配布局の総称
- 六 本システム オンライン資格確認システム、薬剤情報閲覧機能、診療情報閲覧機能、特定健診情報閲覧機能及びレセプト振替機能に関わるシステムの総称
- 七 オンライン請求システム 診療報酬明細書・調剤報酬明細書（レセプト）等の請求データをオンラインで受け渡す仕組みを整備したシステム
- 八 オンライン請求ネットワーク 本システムやオンライン請求システムに接続するための回線・機器
- 九 顔認証付きカードリーダー 公的個人認証サービスに対応し、マイナンバーカードに格納されている写真のデータを用いて顔認証を行う、支払基金が認定したカードリーダー
- 十 汎用カードリーダー 前号を除く、公的個人認証サービスに対応したICカードリーダー
- 十一 医療機関等向けポータルサイト 医療機関等が本サービスの利用に係る申請や問合せを行うことができるポータルサイト
- 十二 資格確認端末 オンライン請求ネットワークに接続し、本サービスを利用するためのアプリケーションをインストールした端末

病院・診療所向け

オンライン資格確認等システム 運用マニュアル

■ 令和4年8月31日 1.80版

5-2. オンライン資格確認とオンライン資格確認等システム

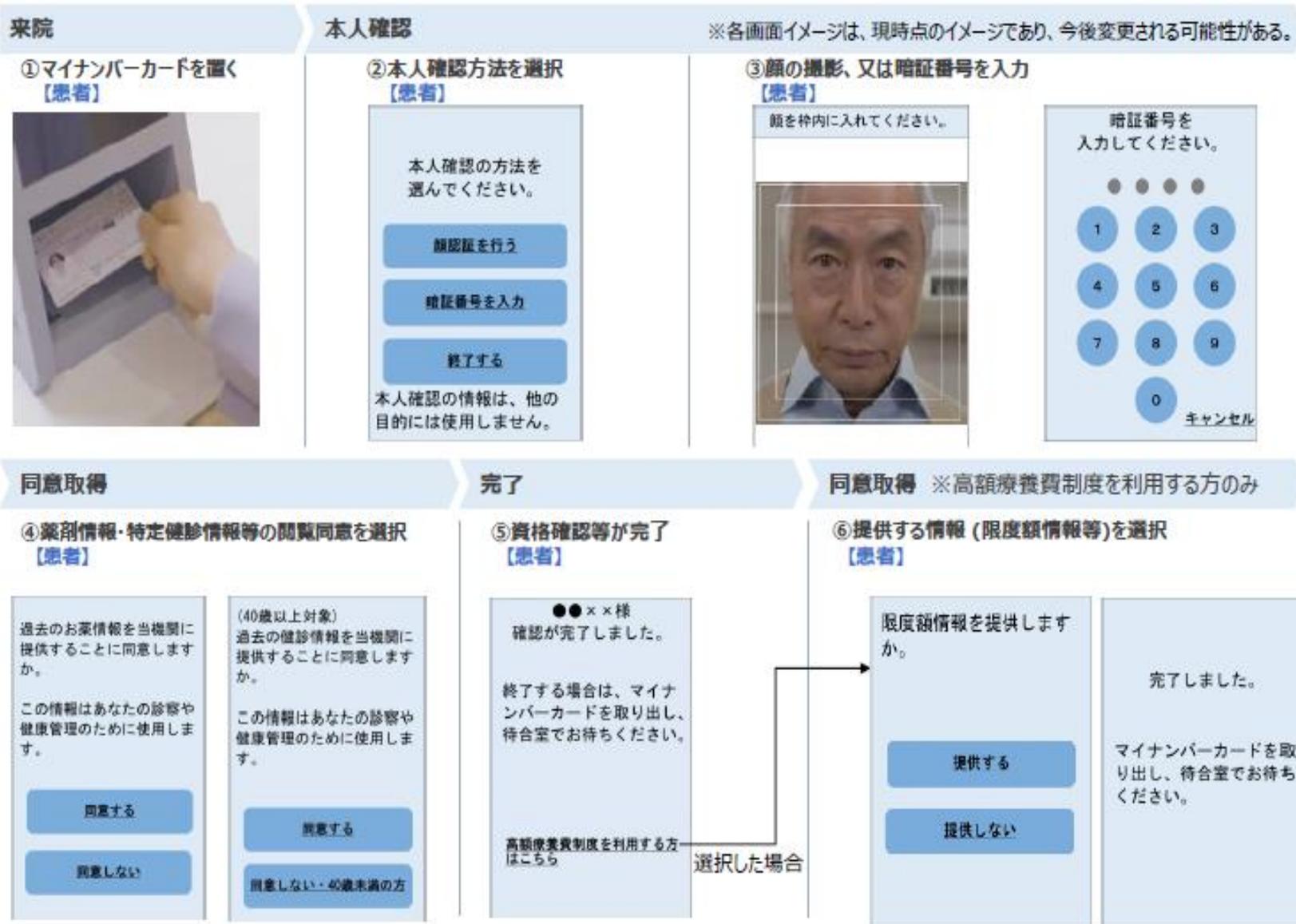


①審査支払機関において、マイナンバーカードに1対1となるシリアルナンバー(電子証明書)、保険証に記載された被保険者番号をキーにして、資格情報(有効期限、窓口負担割合、限度額情報等)、医療情報(処方薬、特定健診等)などを紐づけて、個人ごとに管理する。(オンライン資格確認等システム)

⇒ マイナカード、保険証情報を使い、支払基金等に照会すれば、資格情報等を引き出すことができる。

※そもそも、保険証情報(被保険者番号)を「医療等ID」として使い情報管理できる以上、マイナンバーカードを持ち込むこと自体が余計である。(マイナンバーカード普及のために医療を利用する狙い)

5-3. 電子資格確認（マイナ保険証）の手順・流れ



＜患者がCRを操作する＞

※保険証化の処理（＝初回登録）

- ①患者がマイナカードをCRに置く。
- ②まずは、顔認証を選択する。
- ③CR搭載のカメラに顔を映し、本人確認を行う。上手くいかない場合、暗証番号（4桁）を入力など。
- ④医師・歯科医師等が他院で処方された薬剤や特定健診結果を閲覧（電子カルテにて）してもよいかどうかを選択。
（⇒ 資格確認が完了。受付のレセコン用端末に資格確認結果が表示）

⑤・⑥窓口負担の支払限度額に係る情報（高額療養費、長期高額疾病※）を医療機関に提供するかどうか選択。
※特定疾病名（人工透析、血友病、薬害HIV）

⇒ 患者がCRからカードを取り終了。

※医療機関にシステム導入が義務化される範囲は、
保険資格情報の照会・確認（①～③、⑤）。
※④、⑥はオプションで実施可。（ただし、診療報酬上の加算算定に際しては実装が必要。 9

※現在、確認可能なのは通常の公的医療保険（社保、国保、後期高齢、短期証・資格証など）。
公費医療、地方単独事業は対象外。

5-4. 保険証を利用したオンライン資格確認

患者情報 登録

シメイ	性別	資格確認日
氏名	生年月日	年齢
保険者番号	保険者名	郵便番号
記号・番号・枝番	住所	
患者区分	本人	割
資格取得年月日	交付年月日	有効期間
有効期間		

マイナンバーカード



マイナンバーカードでは最新の保険資格
情報を自動的に取得

患者がCR操作⇒受付PCに反映

健康保険証



健康保険証は
最小限の情報を入力

オンライン資格確認 完了

保険者番号	12345
記号・番号・枝番	1234 5678910 01
生年月日	1970/01/01
性別	男
資格取得日	2020/01/08

有効な場合
保険資格情報
を取得

患者情報 登録

シメイ	コウロウ タロウ	性別	男	資格確認日	2020/01/08
氏名	厚労 太郎	生年月日	1970/01/01	年齢	50歳
保険者番号	12345	保険者名	XX健保	郵便番号	123-45
記号・番号・枝番	1234	5678910	01	住所	東京都港区XX-XX
患者区分	健康保険組合	本人	3割	電話番号1	XX-XXXX-XXXX
資格取得年月日	2018/07/01	交付年月日	2018/07/01	電話番号2	XXX-XXX-XXX
有効期間	2018/07/01	～	2023/07/01		

- ①保険証の場合、受付職員がレセコン用端末PCに、保険者番号、被保険者番号（記号・番号（・枝番））、生年月日を入力して、支払基金等に照会をかける。
- ②保険証の場合、▽処方薬剤や特定健診などの閲覧、▽長期高額疾病（特定疾病名）の情報取得はできない。ただし、患者が同意（口頭で可）がすれば、高額療養費の所得区分に係る情報の照会・返信は可能。（一部のCRでは、保険証を読み取る機能を搭載しており、患者がCR操作する。）

5-5. 資格確認のフロー・手順が分かれ、事務負担増となる

資格確認の種類と仕方

		確認・操作	保険資格	医療情報の閲覧	高額療養費等の情報の閲覧	本人確認
目視（従前の方法）		職員が目視	券面情報	×	×	目視
オンライン	マイナカード（電子資格確認）	患者がリーダー操作	オンライン照会	○（※1）	○（※2）	顔認証（※3）
	保険証	職員がPCに入力（※4）	オンライン照会	×	△（※2）	目視

※1 医療情報の閲覧については、患者の同意が必要。

※2 閲覧には、CR操作にて患者の同意が必要。閲覧できる情報は、マイナ受付は高額療養費、長期高額疾病（人工透析、血友病、薬害HIV）。保険証の場合は高額療養費のみ取得が可能（患者に口頭等で同意を確認）、長期高額疾病は照会自体が不可。

※3 顔認証が上手くいかない場合や患者が暗証番号（4桁）忘れた場合、職員が目視で行う。

※4 一部のカードリーダーでは保険証を読み取る機能を搭載しており、患者が操作する。

①オン資導入により、**資格確認のフローが分かれる結果、煩雑・事務負担増。スタッフが少ない診療所は影響大。**

▽CR操作に不慣れな高齢者などには手助けも必要。「初回登録」を支援、「診察券を間違えて入れた」など。

▽顔認証が上手くいかない（暗証番号も合わない）場合、職員が、オン資専用端末（PC）よりCRを目視モードに切り替えた上、カードの写真を目視して本人確認する。

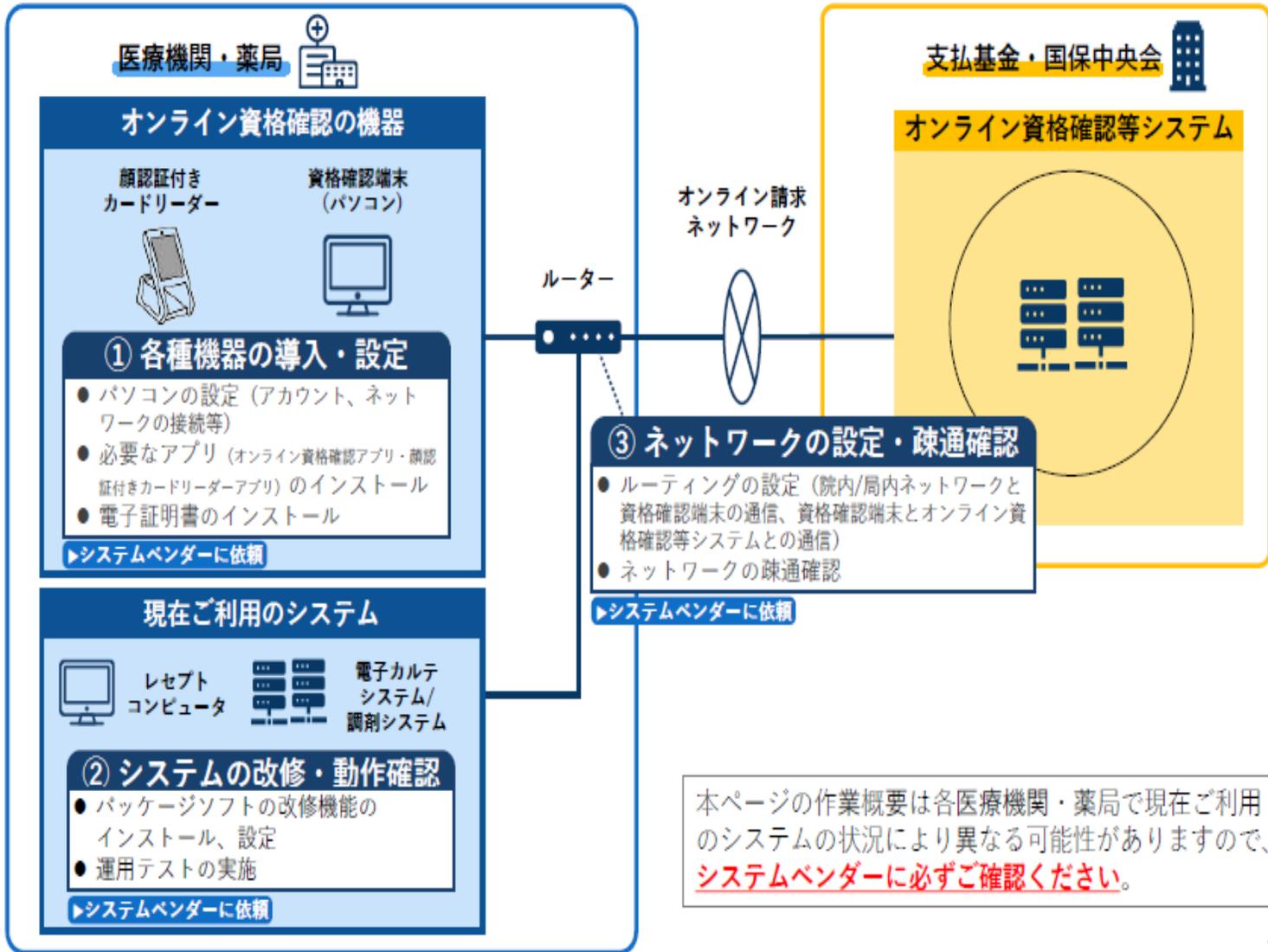
②**院内でのカード紛失・盗難やマイナンバー漏洩のリスクが高まる。**マイナカード拾得・届出などで事務負担増。

③患者の求めに応じて、**マイナ受付（CR設置含め）を常時利用できる体制を取ることが求められる。**

⇒ 電子資格確認が上手く機能しない場合、原因（マイナカード、CR、電子回線、通信障害、審査支払機関のどこに？）の速やかな究明と復旧のための対応が必要となる。

⇒ 故障放置は補助金返還が求められる。療担違反（指導の可能性）と隣り合わせでストレス。ICTスキルにたけた職員配置なども。

6. オンライン資格確認の導入には手間を要する



- ① **オンライン資格確認の導入には、大掛かりなシステム整備が必要となる。**
 - (i) ①CRの設置 (支払基金より無償交付)
 - (ii) オン資格確認端末(パソコン)の導入・設定
 - (iii) レセプトコンピュータの改修
 - (iv) 電子カルテシステム等の改修 (医療情報を閲覧する場合)
 - (v) オンライン請求回線の整備
(※オンライン請求の実施までは課されていない)
 - ② 医療機関が置かれた環境 (建物構造、地理的環境など) に応じて **改修規模・工事期間が増す。**
 - ③ 補助金は電子資格確認の導入費用が対象だが、**補助金上限を超える見積も少なくない。**
 - ④ 維持費を回収するには、診療報酬点数 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算) の算定が必要となる。 後掲【参考1】
 - ⇒ (i) **医療情報閲覧の仕組みの実装**が前提。
 - (ii) **オンライン請求の実施**が前提。
- ・ 加算を算定しても、ランニングコストの補填にはまず足りない。
 - ・ 窓口負担が増えることで患者とのトラブルも懸念。

※法令上(療担規則)は電子資格確認(マイナ受付)の体制整備を義務付けているが、医療機関が遵守を求められる「オンライン資格確認等システム利用規約」(支払基金等と契約)では、保険証も含めた「オンライン資格確認」のシステム導入を求めている。

7-1. 補助金では導入コストもまかなえず。維持費の出費・増加が必至。

- ① 6月以降にCR申し込んだ医療機関について、補助金（上限額）について、診療所・薬局（大型チェーン以外）は32.1万円から42.9万円、病院は420.2万円（1台導入）など2倍（実費の1/2上限）に引き上げた。
 （※2021年4月から22年6月6日までの間にCRを申し込んだ施設については、6月7日から23年1月末までに運用開始した場合（補助金交付済みは除く）、別途、新旧間での補助金の差額を補填する。）

⇒ **示される見積りが補助金上限を超えるケースが少なくない。ランニングコストは補助対象外であり、出費を強いられる。（2023年3月末までにシステム整備完了が必要だが、間に合わないとの声も多い）**

	顔認証付き カードリーダー の申込時期	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
顔認証付きカードリーダー 提供台数		3台まで無償提供			1台無償提供	1台無償提供
その他の費用 の補助内容	①令和3年4月 ～令和4年 6月6日	1台導入する場合 105万円を 上限に補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1/2を補助	2台導入する場合 100.1万円を 上限に補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1/2を補助	3台導入する場合 95.1万円を 上限に補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1/2を補助	21.4万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円 を上限に、その1/2を 補助	32.1万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その3/4を補助
	②令和4年 6月7日～	210.1万円 を 上限に補助 ※事業額の420.2万円を 上限に、その1/2を補助	200.2万円 を 上限に補助 ※事業額の400.4万円を 上限に、その1/2を補助	190.3万円 を 上限に補助 ※事業額の380.6万円を 上限に、その1/2を補助	同上	基準とする事業額 42.9万円を上限に 実費補助

- ②ランニングコスト（1事例） ※新規の実装の程度に応じて変動。システム更新時は別途費用発生も。
 A 医院：月9,460円（オン資専用PC・ルータ、ルータ常時接続、各種TELサポートなど）
 B 歯科：月5,170円（接続サービス利用料、末端ハード保守料）

オンライン資格確認端末導入作業	
オンライン資格確認端末	147,800円
13.3型フルHD対応モバイルディスプレイ	21,800円
無停電電源装置	14,800円
バックアップ用HDD	12,800円
端末事前設定作業費	50,000円
端末設置調整費	50,000円
動作確認および取扱説明ほか	50,000円
小計	347,000円
消費税	34,720円
合計 (①)	381,920円
オン資システムと電子カルテ連動に係る改修	
電子カルテ連携用ルーター 2台	39,600円
電子カルテシステムパッケージソフト購入費	110,000円
電子カルテシステム連携導入作業人件費	278,300円
合計 (②)	427,900円
合計 (①+②)	809,820円

＜電カル改修費は持ち出し、維持費も＞

- ①全体81万円で補助金（上限42.9万円）を**40万円近く超過**。電カル改修費がほぼ持ち出し。
- ②別途、**維持費（年）がかかってくる可能性**。
（別例：医院で維持費11万円前後）
- ③**新たなサービス利用に係る費用発生の可能性**
- ④資格確認のみ（**医療情報閲覧をしない**）整備する場合は38万円（補助金内）だが、（加算算定はできず）**維持費は完全に持ち出し**。
- ⑤**維持費補填を想定した「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」（10月より実施）は、間尺に合っていない**。
例えば、維持費（月）9000円÷40円（加算1：保険証受診）÷24日（休診日は週1）=9.4人（1日・初診数）
かりに初診率が15%だと、1日の要外来患者数は63人。平均で40人前後より、相当に高いハードル。
※上記は、患者が保険証またはマイナンバーカード（閲覧に同意せず）で受診した場合。マイナ受診（閲覧に同意）が増えると、加算2（2点）が多くなり、要患者数は更に上がる。
※加算算定には、**オンライン請求**の実施が必要。
- ⑥**窓口負担増により患者とのトラブルが懸念**。

オンライン資格確認端末導入作業	
オンライン資格確認専用端末×1（基本）	
Ipsec+IKEセキュリティルーター×1	
PC切替機×設置台数×1（基本）	
延長USBケーブル×1（基本）	
LANケーブル各1m～3m×3	
●▽●連動ソフトウェア×1 （電子資格確認、保険証によるオンライン資格確認）	
特定健診、薬剤情報データ参照	
訪問調査・設置・操作指導×各1（3回以上は別途有償）	
医院環境に依存する追加部材、及び工事が必要な場合、工事分は別途見積	
合計（税込）	599,500円
オンライン資格確認保守料	
□●□社製オン資専用端末、セキュリティルーター利用料、●▽●専用オン資ソフト	
今後予定される国のオン資を利用したサービスについては、別途追加費用で対応	
（税込）	月8,800円

- ＜導入時点で17万円以上を持ち出し＞
- ①導入費用60万円で補助金（上限42.9万円）を**17万円超過。他の追加費用もほぼ確実に発生。**
 ▽調査・設置・操作指導が多い場合、追加の工事が必要となると、別途費用発生。
 ▽維持費（年）に10万5600円かかる。
 ▽電子処方箋・レセプト情報全体の閲覧など新たなサービス利用には追加費用が求められる。
- ②**維持費（105,600円）の補填を想定した「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」（10月より実施）は、間尺に合っていない。**
 少なくとも、維持費（月）9000円÷40円（加算1：保険証受診）÷24日（休診日は週1）=9.4人（1日・初診数）
 かりに初診率が15%だと、1日の要外来患者数は63人。平均で40人前後より、相当に高いハードル。
 ※上記は、患者が保険証またはマイナンバーカード（閲覧に同意せず）で受診した場合。マイナ受診（閲覧に同意）が増えると、加算2（2点）が多くなり、要患者数は更に上がる。
 ※加算算定には、**オンライン請求**の実施が必要。
- ③**窓口負担増により患者とのトラブルが懸念**

7-2. 高齢・閉院予定者には理不尽の極み 閉院を促進、補助金返還

- ①数年内に閉院を予定する場合でも、電子請求していると義務化の対象となる。導入して数年で閉院した場合、補助金の返還が求められる。（第三者に譲って利用してもらう場合を除く）

<オン資補助金の運用指針>

- ・閉院、死亡、自己都合、経営難などでCR等を「廃棄」する場合、各機器の減価償却残額に応じた返還が求められる。（火災・災害でCR等が使用不可となった場合は返還は免除）
- ・整備後1年で閉院した場合、例えば、CRは取得価額99,000円、減価償却期間（定額法適用）5年より、 $99,000円 - (99,000円 \times 1/5) = 79,200円$ を返還。機器等に要した補助金大部の返還を求められる。
（資格端末は「パーソナルコンピューター」に該当し4年、ネットワーク関連機器は「電話設備その他の通信機器—その他」に該当し10年、レセコンとの接続ケーブル等は「電話設備その他の通信機器—その他」に該当し10年で計算）

- ②オンライン資格確認の導入が義務化された場合（自院も義務化対象）、「閉院することも考える」が9.2%（うち60歳以上で75%占める）（神奈川協会調査、N=565）。オンライン資格確認に係る懸念として、「義務化されると廃業せざるを得ない」が12.4%（愛知協会調査、N=311）。

⇒ 義務化により高齢の医師・歯科医師の閉院・廃業を加速させる一方、導入後は、閉院時に補助金大分の返還が求められる。理不尽の極み。

8. メリットが強調されるが、精査が必要。小規模医療機関ではむしろ負担増も。

- ①オンライン資格確認により、レセプトの返戻が減るとしているが、資格喪失後の受診等による返戻は**レセプト全体の0.27%**（1/300枚）にすぎない。**小規模な医療機関、標榜時間が短い所では月に1枚あるかどうか。**
 - ・既に、2021年10月より、**電子請求（オンライン請求、光ディスク提出）する医療機関には保険者間で振替処理する（返戻しない）運用が開始されている。**（医療機関におけるオン資の導入は問われない）⇒ **結局、オン資により解消が見込まれる返戻（医療機関側での転記ミス）は、0.06%程度と見込まれる。**
（57.6万枚/8.9億万枚、支払基金）。
- ②電子資格確認により薬剤情報等が閲覧できる（「同意」取得が必要）としているが、**レセプト情報より最長で1月半のタイムラグが生じる。**
 - ⇒ 临床上、全ての患者で毎回必要（有用）というわけではない。確認する際のツールも、普及率が7割（70歳以上は約85%）と社会的に定着した**「お薬手帳」（電子版もある）の方が実際的なところも多い。**
- ③「電子処方箋」の導入（2023年1月開始予定。導入は任意）を通じて、閲覧できる情報のタイムラグを縮めるというが、医療機関は外部の専用サーバー（電子処方箋管理サービス）に**処方箋の情報登録**が求められる。（マイナポータルが普及するまでは、**処方内容の控えとして紙も患者に交付する**）
 - ⇒ 現行の電子資格確認（患者操作を想定）以上に、**医療者に負担が求められ、普及するかどうかも疑問。**
- ④そもそも、日常の臨床現場において、処方薬の有無・名称の閲覧（確認）だけではあまり意味がなく、**服薬順守の状況、飲み合わせ・副作用の有無はじめ、本人と直接やりとりして診療に必要な情報を得ている。**
- ⑤閲覧効果が高いケースは、人事不省患者・救急患者、健診結果閲覧が必須の患者など限られるのではないか。
 - ⇒ デメリットも考慮すれば、**医療機関に導入を原則義務付ける必要性・合理性は全くない。小規模な医療機関ではメリットよりも負担が大きい。（現場で導入の可否の判断が分かれているから導入が進まない。そうしたものを義務付けようとする事自体に無理がある）**

9. 負担と不安を抱える医療機関、「必要性を感じていない」医療機関が多い

- ①保団連の会員調査（メルマガ会員対象に8/12～8/31実施、Googleフォーム、N=489（医科診療所241、歯科診療所235、病院等13）では、**コスト負担、セキュリティ面での不安とともに、そもそも「必要性を感じていない」医療機関が多い。**

＜オンライン資格確認に対する懸念・考え（N=466）＞

「設備投資やランニングコスト上の負担」85.4%、次いで、「マイナンバーカード紛失など」「窓口の事務負担増」「セキュリティ面で不安」が各々7割。導入する「必要性を感じていない」が65.5%。

- ⇒ **医療機関の多くは、電子資格確認について必要不可欠（義務化すべき）なものとは判断していない。**
（コロナ禍、負担・不安に加え、必要性が低いと感じることなどから、導入が進まない）

問5 オンライン資格確認に対する懸念や考えについて（複数回答）（N=466）



＜保団連調査・回答者属性＞

- ①レセプトの請求方法は、電子媒体請求45.9%、オンライン請求46.9%と半々。
②医科診療所では、オンライン請求が68%、電子媒体請求が29%。歯科診療所ではオンライン請求が23%、電子媒体請求が64.6%。

※厚労省報告（22年3月時点）では、医科診療所は、オンライン請求が72.8%、電子媒体請求が23.7%、歯科診療所は、オンライン請求が24.6%、電子媒体請求は66.8%であり、保団連緊急調査の回答割合とほぼ相似している。

10-1. 導入が困難、導入が不要との声も多い 「電子請求」で義務化は不合理

①導入していない医療機関には、寄せられている限りでも、医療現場に相応した事情が様々ある。

<対応が困難>

▽小規模（スタッフが少ない） ▽高齢 ▽建物構造上で導入費用（回線整備等）が巨額

▽電子機器操作に不慣れ・不安（光ディスク請求者はオンライン接続していない）

▽離島や僻地でシステム整備が不可能（地域自体に光回線が不通） ▽発熱外来対応に追われ準備できない

<導入する必要性が低い・ない>

▽患者数が少ない・標榜時間が短い ▽閉院予定 ▽返戻枚数のごくわずか

▽人工透析など患者情報は連携済み ▽若年患者・在宅中心、単科特化など閲覧の有用性が必ずしも高くない

▽現状の診療スタイルで情報取得などが十分可能

②通信障害やセキュリティ事故が続発する中、オン資導入（常時オンライン接続）に不安を抱える会員も多い。

⇒ **日々診療に携わっている医療現場の判断（今すぐ必要か、そもそも必要か、出費して導入する意味はあるのかなど）が考慮されるべき。電子レセプト請求を理由に一律に導入を求めるのは不合理である。**

③高齢・閉院予定者について、免除・猶予を模索する動きも。

（i）日本歯科医師会は、高齢会員（60歳以上。2.7万人）を対象に、オン資対応が困難な理由について調査実施。

「高齢で数年後に廃院予定」「レセ請求件数が少なくオン資を活用できない」「ネット環境が整わない」など。

（ii）日本医師会は、相談窓口を設けて、困難事例を収集。

「強引な進め方には反発も多い。しっかりした理由があるのにシステム導入できなかったことで、保険医療機関として存続できなくなるようなことがないように発言していきたい」（松本会長、MF10/4）」

「閉院予定や医師の高齢化など、必ずしも医療機関側の責任とは言えない『やむを得ない』理由で導入できない場合には、経過措置の設定などが必要だ」と指摘（長島常任理事、MF10/4）。

10-2. 自由意見欄（抜粋）（保団連調査）

- ・紙カルテで診療している。レセプト請求のみORCAを使っている、患者数の少ない、零細医療機関では、紙カルテで十分である。従って、オンライン資格確認を行うと、事務手数量が増えるだけである。
- ・（略）お薬手帳があれば、薬の処方が少ない歯科医療の方面では必要性を感じない施策と思う。病院歯科でなければ、歯科は外すべきと思う。
- ・コロナ対応で忙殺されている。これ以上の負担を強制されるなら、**発熱患者対応をやめないと対応できない。**
- ・離島で診療所を開業してます。日本国内と言っても社会環境、経済状況、医療福祉環境様々です。**便利ならやればいいでしょうが当地では必要を感じません。義務化はダメでしょ。**安倍の国葬くらいおかしな話です。
- ・オンライン資格確認導入義務化は、止めて欲しい。診療の現場で、パソコンは使用していません。診療は、医師一人、アルバイトの主婦一人の二人でやっています。現状で、十分な診療が出来ています。**対面で患者の訴えを丁寧に聞き、丁寧な診察が出来ています。これ以上事務作業を増やさないでください。**色々な改定や変更が多すぎて、煩わしく、自己研鑽のための余裕がありません。
- ・**後継者のいない、また後何年診療に従事できるか不透明な状況での設備投資はいかがなものか？**全て税金で設置しての政策は歓迎するが通信トラブル時混乱するので、常にハイブリッド方式でいきたい
- ・**保険証を忘れた患者様の資格確認ができるなど便利な面はある。しかしながら義務化する必要性は感じられない。使いたい先生は使い、いやな先生は使わなければいいだけ。**
- ・オンライン資格確認を導入するタイミングは、クリニックの経営状況や運営状況（人手がたりない、とか、電子カルテ導入したばかりで慣れていない上にオンライン資格確認も覚えるのは無理がある、等）も考慮し、**いつ導入するかは医療機関それぞれのタイミングでやらせてもらえるほうが混乱が生じにくい。一様にすべての医療機関が同時に導入を義務とする、というのは乱暴すぎるのではないだろうか。**

10-3 不安、危惧を抱えながら診療、夜討ち朝駆けの営業に困惑 寄せられる相談（抜粋）

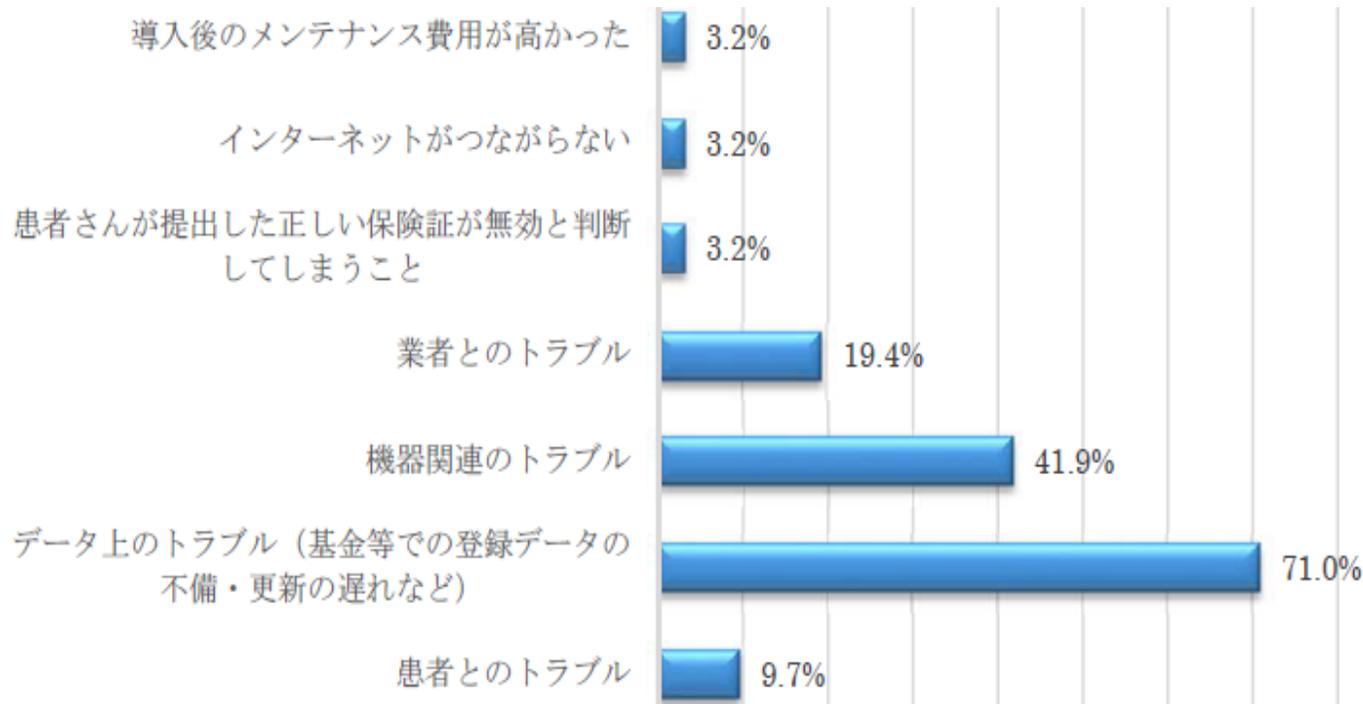
- ・診療は紙カルテ。特段診療に支障なく、返戻も殆どない、ネット環境もあまりよくなくシステム対応は不要、マイナンバーカードも扱いたくないので困っている。（内科医師、光ディスク）
- ・70歳超えて数年で閉院を考えており、導入を求められても困る。「オンライン請求もしないといけなくなるのか」と相談（※オンライン請求は不要）。（精神科クリニック、光ディスク）。**※閉院予定の相談多数**
- ・自治体役場の一室（ネット回線は未整備）に週数日出張診療している。保険証を確認の上、診療した後、本院に戻って紙カルテに記載してレセコンで請求している。オン資コールセンターに確認したら、出張先の「分院」扱いなので導入してほしいと言われた。（医師、請求形態は不明）
- ・患者数が少なく、保険証で問題ない診療の状況なので、特に（オン資の）準備はしていない。導入しろと言われても必要性が低い。馴染みの患者にも混乱を招きかねずメリットもない。（歯科医院、オンライン）
- ・建物構造上、オン資専用の光回線を引くのに工事費用が相当にかかってしまう。連日、ベンダーが営業をかけてきて、診療にさしつかえるのでやめてほしい（複数回に渡り相談）。（歯科医院、光ディスク）
- ・ポータルサイトから早く契約しないと間に合いませんよという脅しのような電話がかかってくる。導入しなければならないのか。（同様な問合せ多数）
- ・ベンダーにいわれるがまま契約してしまい、50万円程度の多額の持ち出しとなった。
- ・紙レセだが、今はいいけどゆくゆくは導入しないといけないなら、補助金のあるうちに導入した方がいいのか迷っている。

11. 導入した医療機関では、3分の1でトラブル発生

- ①システム導入した医療機関（N=94）では、**3割強でトラブル**があったと回答。
「データ上のトラブル（登録データの不備・更新の遅れなど）」が71.0%と最も多く、次いで「機器関連のトラブル」41.9%、「業者とのトラブル」19.4%、「患者とのトラブル」9.7%と続く。
- ②複数の保険医協会の調査からも、「明らかに有効な資格なのに該当者なし・資格なし」などの問題が多く聞かれる（保険者によるデータ更新遅れなどに起因）。保険者への確認などで患者を待たせることに。
- ③機器関連では、CR・オン資端末、電カル、レセコンなど連携する機器について、動作が遅く（重く）なった・止まった・不安定など。

⇒ **運用が広がっていく中で問題が顕在化されてくることも考えられる。**

問4-2 トラブル内容はどのようなものですか（複数回答可）（N=31）



④導入していない医療機関より、「マイナカードで診察してくれ」「保険証は捨てた」などの患者発生の報告が寄せられている。

⇒ 国のマイナ受診を推奨する無責任な宣伝による実害

12. 2023年3月末までに義務化は無理筋すぎる

- ①そもそも、残り半年足らずで「義務化」する答申が示されており、医療現場に義務化とその内容が十分に認識すらされていない。（オンライン請求？ オンライン資格確認？ オンライン診療？）
- ②かりに現在の進捗ペース（直近3カ月）で推移した場合、23年3月末時点で、運用開始は、準備完了数は病院6割、薬局8割、医科診療所3割、歯科診療所3.5割。（次頁12-1）
- ⇒ 半数以上の医療機関等に対応しておらず、診療所では6割以上に対応していない。
- ⇒ 23年4月時点で9割強の医療機関に整備（義務付け）は、**発熱外来はじめコロナ対応に追われる中、医療現場の実情・状況を無視したあまりに無理筋・非現実的な工程。**
- ③23年4月時点では、通常の公的医療保険制度のみオンライン資格確認が可能（難病・小慢など公費負担医療は対象外（生活保護は23年度内に開始想定）。子ども医療費助成など地方単独事業も対象外）。在医療患者やオンライン診療患者にも当然対応していない。
- ⇒ 23年3月末までに導入しても、**利用できない患者（医療制度）も多い上、小児科・耳鼻科、在宅中心など医療機関によっては「効率化」自体が見込めないところも少なくない。**
- ④（再掲）オンライン資格確認の導入が義務化された場合（自院も義務化対象）、**「閉院することも考える」が9.2%（うち60歳以上で75%占める）**（神奈川協会調査、N=565）。オン資に係る懸念として、**「義務化されると廃業せざるを得ない」が12.4%**（愛知協会調査、N=311）。
- ⇒ 対応が厳しい**高齢の医師・歯科医師が閉院を早める事態**が強く危惧される。

※近畿医師会連合（定時委員総会、9月4日）では、「オンライン資格確認の拙速な義務化は現状に配慮して再検討せよ」と決議。

12-1. 23年3月末（見込み）で、医科診5.8万、歯科診4万施設が対応していない

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

184,502施設 (80.2%) / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：86.6%

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

82,627施設 (35.9%) / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：38.8%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

71,268施設 (31.0%) / 229,941施設

※義務化対象施設に対する割合：33.5%

(2022/10/2時点)

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合	参考：全施設数
病院	92.6%	92.8%	8,189
医科診療所	74.3%	80.2%	89,746
歯科診療所	76.7%	87.0%	70,614
薬局	91.3%	94.4%	61,392

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	52.4%	52.5%
医科診療所	25.7%	27.7%
歯科診療所	26.7%	30.2%
薬局	59.4%	61.5%

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	47.3%	47.4%
医科診療所	21.0%	22.7%
歯科診療所	22.2%	25.2%
薬局	53.5%	55.4%

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 (213,026施設)
(紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年6月診療分)

①5/22時点

準備完了数25.4% 運用開始数19.3%

②10/2時点

準備完了数35.9% 運用開始数31.0%

⇒ このペースで推移した場合、

③23年3月末時点の見込み (全施設数に占める割合)

準備完了数50% 運用開始数47%

各施設の運用開始数 (見込み)

病院63% 薬局82%

医科診療所31% 歯科診療所35%

⇒ **義務化対象 (電子レセプト請求施設数) とのギャップ**

病院 ▲36% (▲2,950)

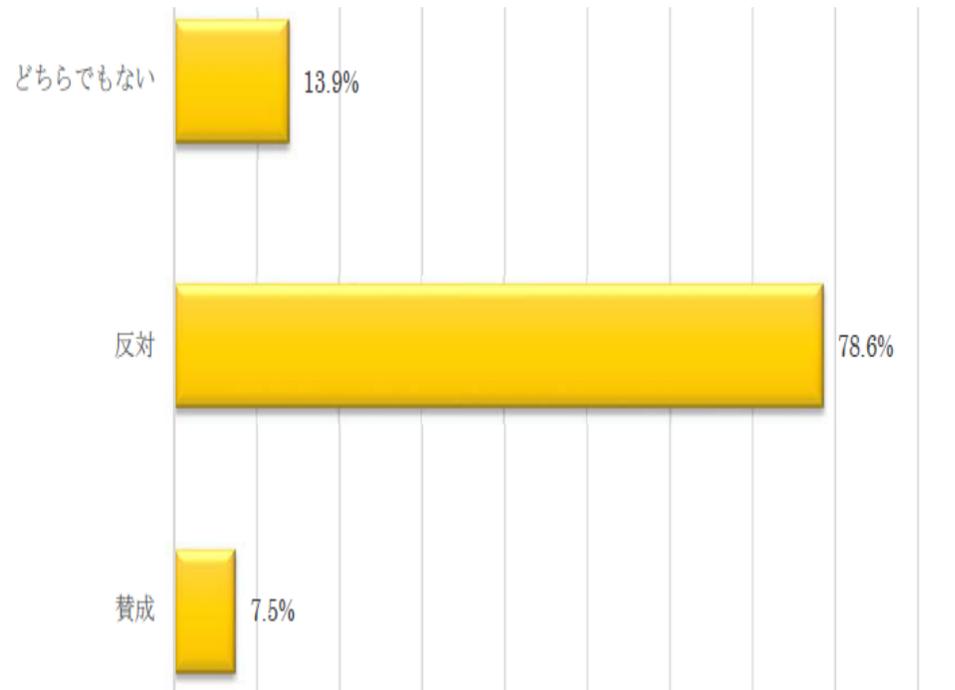
薬局 ▲17% (▲10,400)

医科診療所 ▲65% (▲58,300)

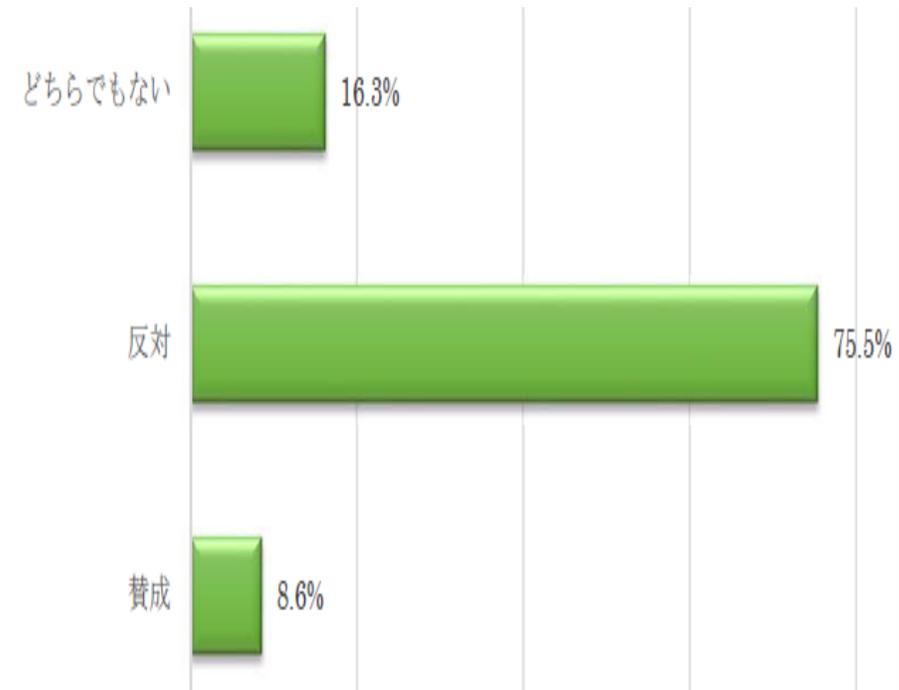
歯科診療所 ▲56% (▲39,500)

13. 医師、歯科医師の多くは、オンライン資格確認のシステム導入の原則義務化、保険証の原則廃止には反対である。

問6 オンライン資格確認のシステム導入原則義務化について (N=481)



問7 保険証の原則廃止について (加入者が申請すれば保険証を交付する) (N=486)



14. オンライン資格確認のシステム導入義務化は問題である（まとめ）

<保険証の目視確認で問題はない、オンライン資格確認の導入は任意であるべき>

- ①保険証の目視による資格確認運用において、**公的医療保険制度への信頼を維持し、制度を健全・安定運営していく上で、なりすまし受診はじめ支障や問題などは報告されていない**。保険証の目視確認がベースで特に問題ない。
 - ②オンライン資格確認導入の費用対効果は、個々の医療機関に応じてメリット/デメリットが変わってくるが、**総じて、地域の医療機関においては負担増の方が大きい**。
- ⇒ **オンライン資格確認は導入を義務付ける合理性はない**。（少なくとも、医療機関の任意（自由）に委ねるべき）、患者にとっても、マイナカードも保険証として使える程度。（オンライン資格確認のうち0.5%）

<オンライン資格確認（特に電子資格確認）の導入義務化は問題が多い>

- ①マイナカードによる受診と保険証による受診が混在して、職員が多忙となる。診療所では影響が大きい。
- ②院内でのカード紛失・盗難やマイナンバー漏洩のリスクが高まる。マイナカード取得・届出など事務負担増。
- ③電子資格確認が常時利用できる体制が求められる。故障放置などは補助金返還の対象。指導の可能性と隣り合わせで心身面に負担。ICTスキルにたけた職員なども必要に。
- ④電子資格確認の導入には大掛かりなシステム・機器の整備・点検が必要。導入するにしても長期を要する。
- ⑤導入費用（補助金上限超過ケース多く）に加え、ランニングコストが発生・増加。加算算定は患者トラブル懸念。
- ⑥数年以内に閉院する医療機関でも、事務負担・設備投資を強いられた上、補助金大分の返還も求められる。
- ⑦**「メリット」も高いとはいえないことなどから、医療機関に導入を原則義務付ける必要性はない**。個々の医療機関が自院の特性などに鑑みて、任意で判断すればよい。（総じて、小規模な医療機関では負担増の方が大きい）
- ⑧オン資導入の対応が困難、セキュリティ不安を感じる医療機関は多い。「必要性を感じていない」との声も多い。
- ⑨導入していない医療機関には様々な理由・困難がある。**「電子請求」理由に一津義務化を求めることは不合理**。
- ⑩導入済みの医療機関の3分の1でトラブルが発生。運用が広がる中で問題が顕在化されてくることも。
- ⑪23年4月に9割強で義務化は**医療現場の状況を無視した無理筋・非現実的な工程**。23年4月時では、利用できない患者も多く、不要な医療機関も少なくない。**地域を支える高齢医師等の閉院・廃業を後押しする事態に**。

15. 保険証の廃止は、命と健康を人質にマイナカード取得を強いるもの

- ・河野太郎デジタル大臣は、「**2024年秋に現在の健康保険証の廃止を目指す**」と表明（10月12日）。
⇒ 「2024年秋」と具体的時期を明言した上で、原則廃止ではなく「廃止」とすると大きく踏み込んだ。
- ・マイナポイントやメリット宣伝（保険証利用）などを駆使しているが、普及率は伸び悩み、国民の半数はマイナカードを持っていない。（2023年3月末までに全国民が持つことが政府目標）
⇒ 保険証を強引に廃止して、無理にでもマイナカードを持たせようとする最終手段に打って出た。

①患者・国民は保険証廃止などは望んでいない。マイナ保険証は個々の患者の任意に委ねるのが自然である。
⇒ マイナカードを普及させたいがために、強引に**押しつけることは、国民主権・民主主義にもとる行為**。

②**命と健康に関わる医療を人質にして、マイナカード取得を強制する(実質上の義務化)もの。**

- ・「骨太の方針」が示した「保険証の原則廃止」の時点で、日本弁護士連合会は「『マイナ保険証』取得の事実上の強制に反対する会長声明」（2022年9月27日）を発表。保険証の原則廃止は「**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**と指摘。
⇒ 文字通り、保険証「廃止」となれば、思想・良心の自由、プライバシー権など憲法で定める人権を侵害する恐れが極めて強い。

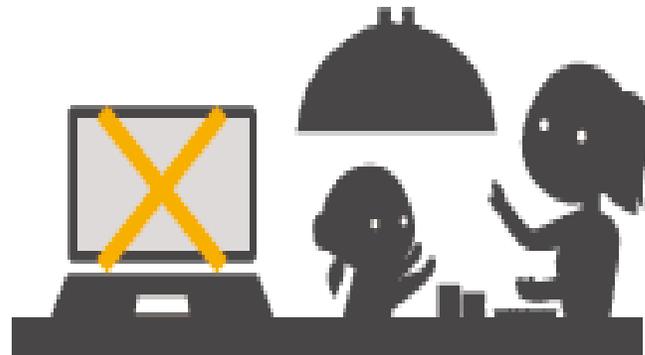
＜総務省資料＞（経済財政諮問会議・経済・財政一体改革推進委員会・国と地方のシステムWG、2019年3月15日）
マイナンバーカードに関するその他の論点について

①マイナンバーカードは罰則を伴わない形で取得を義務付けるべきではないか。

○**マイナンバーカードは、本人の協力のもと、対面での厳格な本人確認を経て発行される必要があるが、カード取得を義務付ければ、この本人の協力を強要することとなり、手法として適当でない**

- ③2024年秋までに、事実上、すべての医療機関でオンライン資格確認できるよう求めている。
⇒ 地域を熟知した医師・歯科医師の閉院・廃院をさらに後押し、地域医療の疲弊・崩壊に拍車をかける。
- ④マイナカードを常時携帯すれば、院内含め紛失リスクが高まり、個人情報漏洩・経済的被害の危険が格段にあがる。マイナカード受診一本化（保険証廃止）は、停電やシステム障害時に医療提供に支障をきたす。
⇒ 少なくとも、保険証は全員に交付、マイナカード利用は自由とする形がリスクヘッジ上も合理的。
- ⑤加藤厚労大臣は、「保険料を納めている人が保険診療を受ける権利を持つのは当然であり前提」と指摘。認知症など様々な事情でマイナカードを取得していない人について「診療を受ける際にどういう手続きをしていくのか考えていく」と述べ、カードを持っていなくても受診できる措置を取っていく構え。
⇒ そうであれば、保険者や加入者に余計な事務負担を課すのではなく、これまで通り加入者に保険証を交付した上でマイナンバーカードの利用は任意（選択）に委ねる形がもっとも簡便かつ合理的である。

※保険証の廃止は、お金（マイナポイント）や太鼓（宣伝）でも普及しないマイナカードの保険証利用（及びマイナカード普及）について、法令（保険証廃止）で強制して進めればよいという、あまりに乱暴で稚拙な施策。



16. 全ての医療機関が安心して医療提供を継続できる措置に向けて 保団連方針

- ①中医協の答申書「附帯意見」では、「地域医療に支障が生じる」など「やむを得ない場合」に、「必要な対応」を検討するとしている。
- ⇒ (i) 地域を支える全ての医療機関が、2023年4月以降も安心して医療提供できるよう、対応できない・していない医療機関の事情に最大限配慮した措置（大幅な経過措置、幅広の除外措置等）を担保すべき。
- (ii) 医療現場が不安・困惑する状況に置かれる中、国は年末を待たずにそうした措置を早急に示すべき。
- ②そもそも、患者・国民はマイナンバーカードでの受診を希望しているわけではない。医療現場にとっても負担増はじめ懸念が多く、トラブルも発生している。
- ⇒ 本筋としては、原則義務化の撤回こそが望ましい。
- ③オンライン資格確認の導入の義務化は、保険証廃止、医療・社会保障費の抑制につながることから反対だが、少なくとも、国が進める施策に医療機関が応じている以上、ベンダーから過剰な見積を甘受させられるような事態は看過しえない。
- ⇒ 補助金の要件（▽2023年3月末までにシステム整備完了▽補助上限42.9万円）について改善が必要である。
- ⇒ 少なくとも、23年3月末までにカードリーダーを申し込んだ医療機関については、補助金が利用できるよう改善すべき。医療機関に持ち出しが発生しないよう補助金上限について手当てすることが必要である。
- ④保険証の廃止は、患者も医療機関も望んでいない。
- ⇒ 保険証で安心して受診できる国民皆保険制度を守る必要がある。

ご清聴ありがとうございました。



17. マイナ保険証にこめた政府の狙い

※なぜ、国は、マイナポイント、補助金・診療報酬を総動員し、更に、導入義務化や保険証廃止までして、マイナンバーカードの保険証利用（電子資格確認）を進めようとするのか？

(1) 万能の身分証明書に向けて、マイナカードを成長させる 監視・統制社会へ

①背景には、政府の「デジタルガバメント実行計画」（2020年12月・閣議決定）がある。マイナ保険証を皮切りに、**マイナカードを各種カード類に一体化**することを進めていく。

【医療関係】お薬手帳、医療券・調剤券（医療扶助）、介護保険被保険者証、母子健康手帳

【就労関係】ハローワークカード、ジョブカード、各種国家資格証（医師、歯科医師免許も含む）

【各種証明書等】在留カード、教員免許状、大学の教員証・学生証、障害者手帳、運転免許証

【公共サービス】公共交通サービス、図書館カードなど。

⇒ マイナカードをあらゆる資格証・証明書として利用可能として、「**万能**」の身分証明書（国内版パスポート）に成長させていく。

⇒ 最終的には、保険証の廃止と同様、既存の券面は廃止して、「**唯一**」の身分証明書としていく。

②**マイナカードを携帯・利用しないと生活が不便・困難となり、マイナカード取得が事実上義務化**されていく。

【例】群馬県前橋市では、移動困難者に対してタクシー運賃を補助する事業（マイタク）について、2022年度よりマイナカードでの利用に限定した（既存の紙の利用券は廃止）。

⇒ マイナカードを取得しないとサービス利用ができなくなった。

※利用者は、後期高齢者、65歳以上で運転免許証なし、障害者、

介護等認定者、小慢・難病患者、妊産婦など。



マイタク（でまんど相乗り）サービス（前橋市）

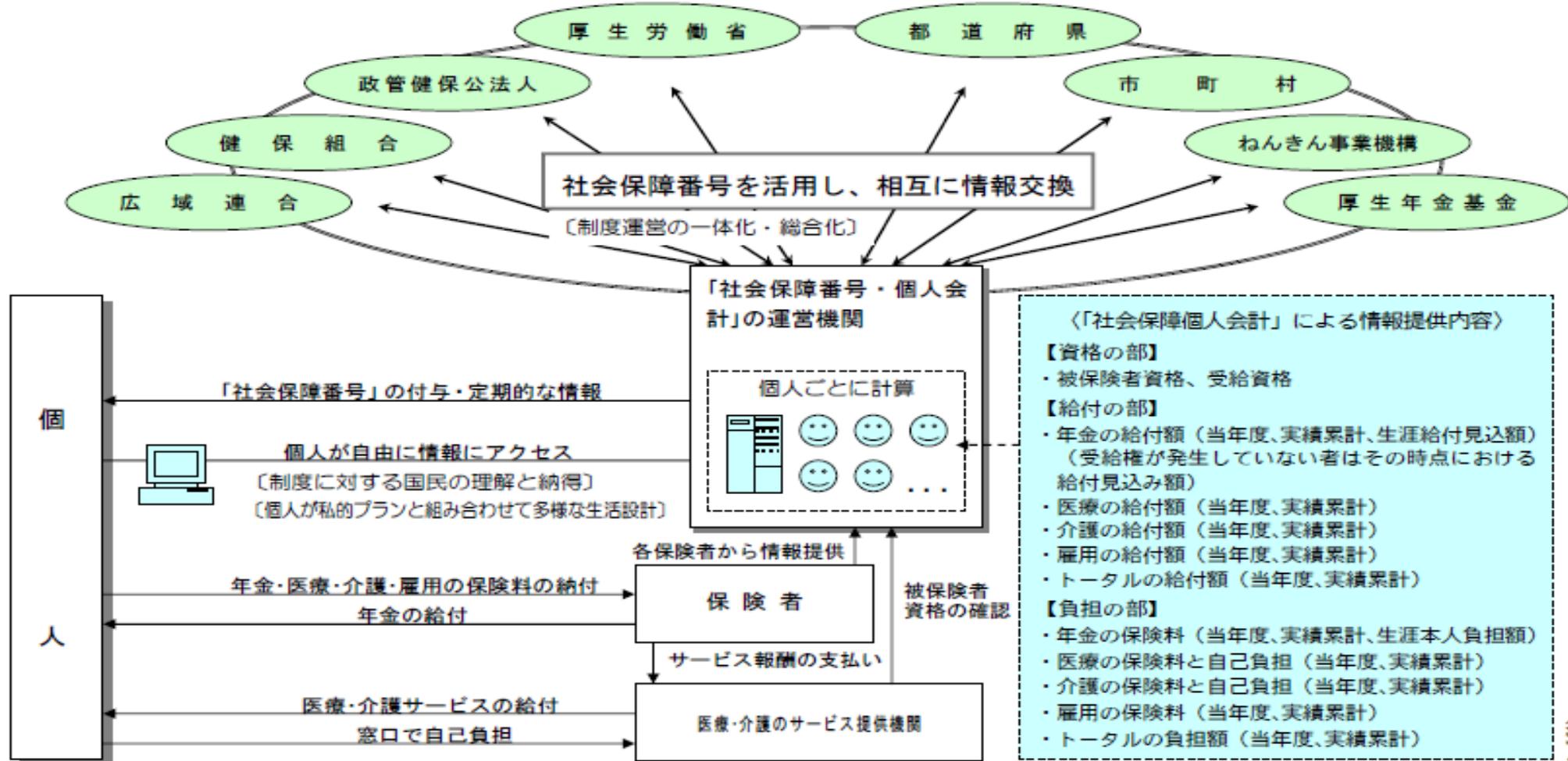
(2) 医療・社会保障費の抑制を図る 医療DX（医療デジタルトランスフォーメーション）

<患者負担増に利用>

- ①健康保険証としての利用が進めば、マイナカードを持ち歩くことが当たり前となっていき、マイナカードの利便性の拡大（＝紐付ける情報範囲の拡大）を求める声が強まっていく。
- ⇒ **マイナンバー制度の利用範囲（紐づける情報範囲）を広げて、医療・社会保障費を抑制・削減していく。**
- (i) 「骨太の方針」改革工程表（2021年12月）では、高齢者医療や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を評価して「能力」に応じた負担を求めていくことを検討。
 - (ii) 例えば、高齢者の金融口座にマイナンバーを紐付けて、**一定の預貯金がある患者は入院時の食事・部屋代などで負担増**を求める。
（先行して、介護保険施設では、低所得者でも一定の預貯金があると食費・部屋代は完全自己負担）
 - (iii) まずは、マイナポイント（7,500円）で誘導して、マイナンバーを紐付けた「公金受取口座」などを増やして地ならしを進める。
- ②将来的には、**所得再分配に基づく社会保障制度を解体**していく。
- ⇒ マイナンバーの利用範囲等を拡大していけば、個人の医療・介護（レセプト、健康・疾病状態）、税金、年金などに関わる個人情報全てが芋づる式につなげられ、**個人・家計レベルにおいて負担と給付に係る情報が詳細に把握できるようになる。**
- ⇒ 小泉政権時代に経済界などが提唱した**個人が負担する税・保険料の範囲内に給付を抑える「社会保障個人会計」**の導入へ。**国民皆保険制度の民間保険化。**

「社会保障番号・社会保障個人会計」のイメージ

社会保障番号・・・社会保障全体の給付と負担の情報を個人単位で集約するため、個人ごとに付与する番号
 社会保障個人会計・・・個人レベルで社会保障全体の給付と負担の情報提供を行う仕組み



・例えば、経済界は、「財産相続時における、社会保障受給額(特に年金給付)のうち、本人以外が負担した社会保障料相当分と相続財産との間で調整を行う仕組みも検討すべき」と提唱

(日本経団連「社会保障制度等の一体的改革に向けて」2004年9月)

⇒ 死後精算で遺産・相続財産から給付金を回収。

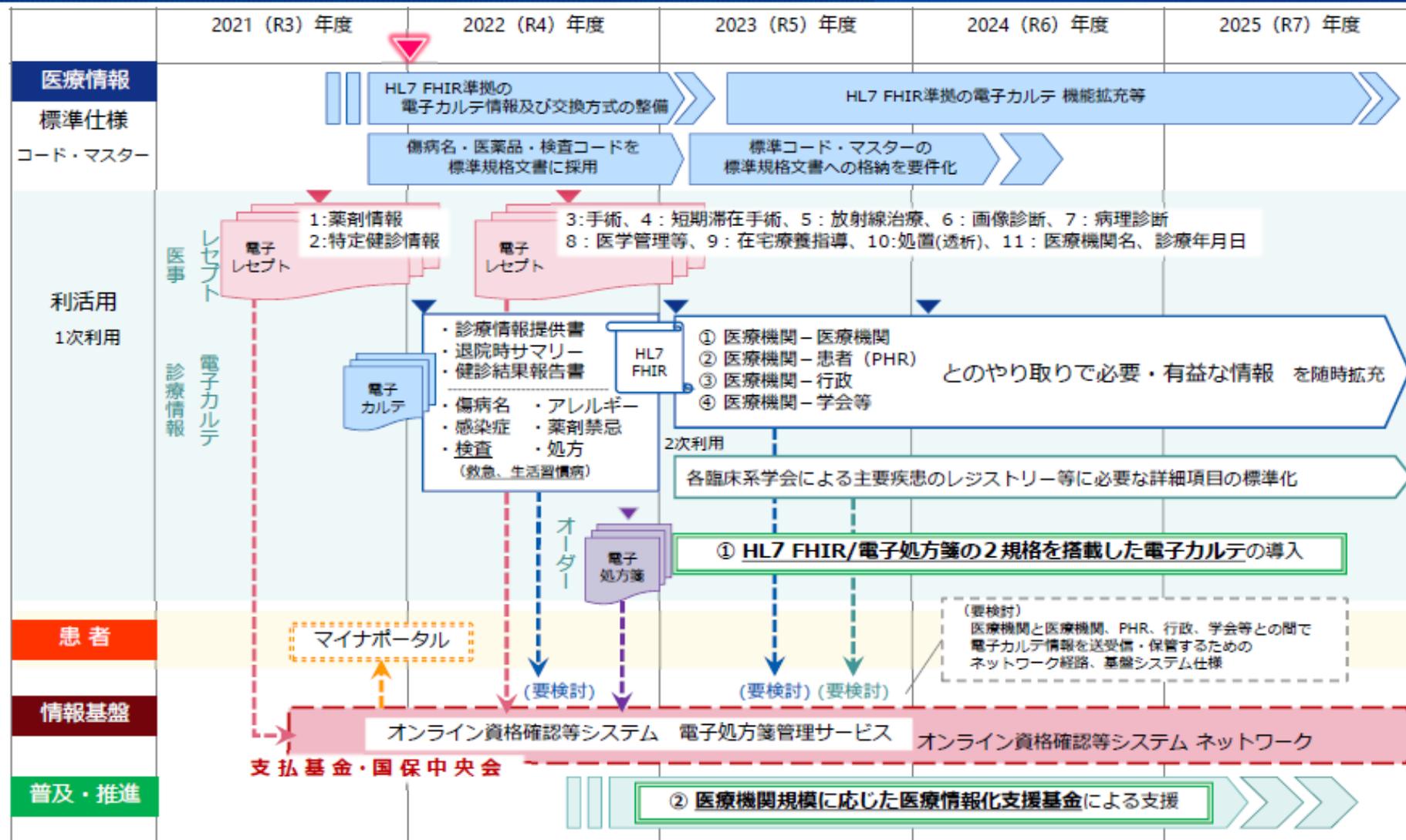
<情報利活用による医療費抑制>

- ①まずは、電子レセプトに続き、「電子カルテ」（国が推奨する標準規格に依拠）の情報についても、オンライン資格確認等システムに連携させて、医療機関間での相互閲覧（⇒医療の「効率化」）などを進めていく。
- ②更に、オン資システムに、各種データベース（▽電カル情報▽感染症・予防接種▽難病等▽（がん登録）▽介護関連など）も連携させていき、国・企業が必要な時に情報を引き出せる「**全国医療情報プラットフォーム**」を構築していく。
⇒ 医療費の抑制に向けて、▽PHRによる利用、▽商品・サービス開発（※超法規的な特区での実験含め）、▽医療費適正化計画・診療報酬改定・各種補助金設計など—さまざま利用されていくことが懸念される。
- ③当面は、マイナ受付を整備した医療機関において、「**医療情報・システム基盤整備体制充実加算**」（初診料に加算）の算定を広めていき、「**情報取得による医療、と称して、医療提供の“そぎ落とし”を図る。**」
 - ・マイナ受付して患者の医療情報を取得などした場合は加算2（2点）を算定。上記以外（保険証で受診など）は、加算1（4点）を算定。
 - ⇒ 保険証よりもマイナンバーカードでの受診の方を点数が低くなるよう設定して、**マイナンバーカード利用を促す**。（※そもそもマイナ受診を推奨する一方、**体制整備した医療機関を受診すると負担増**）
 - ・新たに**国が定める問診票の「標準的項目」（9項目）に従って問診**を行う。【次頁】
 - ⇒ ▽問診行為を定型化して、**マイナ保険証の利用（情報閲覧により直接聴取を省略）を推進**する。
▽問診内容を電子カルテに定型データとして記録させていく。個別指導時の指摘事項とになりうるとともに、**医療の画一化・企画化が進められる懸念**。
（加算算定が増えるにつれて、加算を算定しない医療機関にも定型問診が標準化されていく恐れ）
▽他院の「情報取得」に基づいた診療を理由として、例えば、同一週内での同一検査、重複投薬などへの査定の強化を通じて、**医師の裁量権が不当に制約される**恐れ。

電子レセプト（現在）に続き、電子カルテ（国の標準規格）もオン資に連携させていく

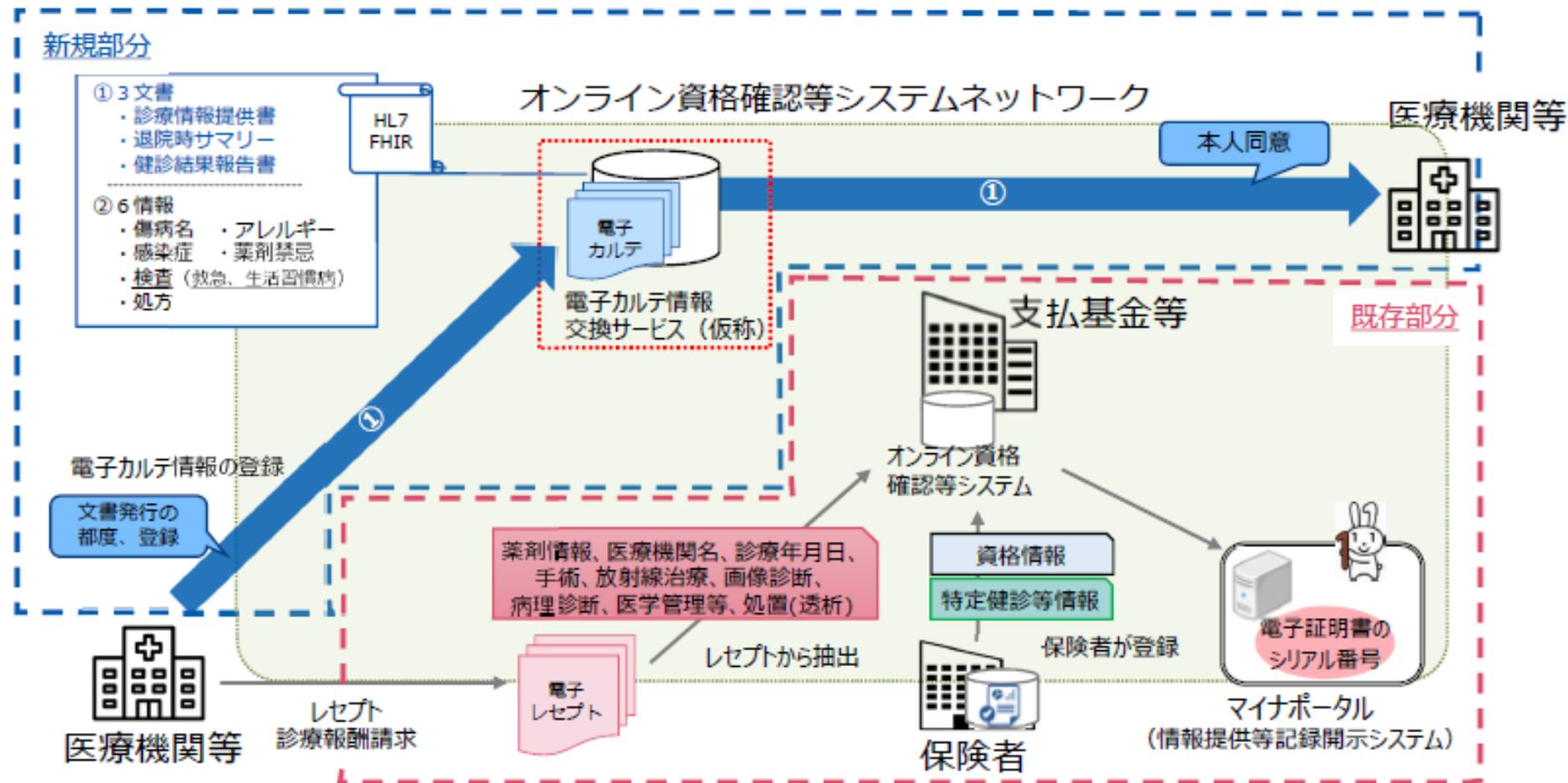
第8回 健康・医療・介護情報利活用検討会
(令和4年3月4日)資料2（一部改変）

電子カルテ情報等の標準化 今後の進め方（イメージ）



考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。

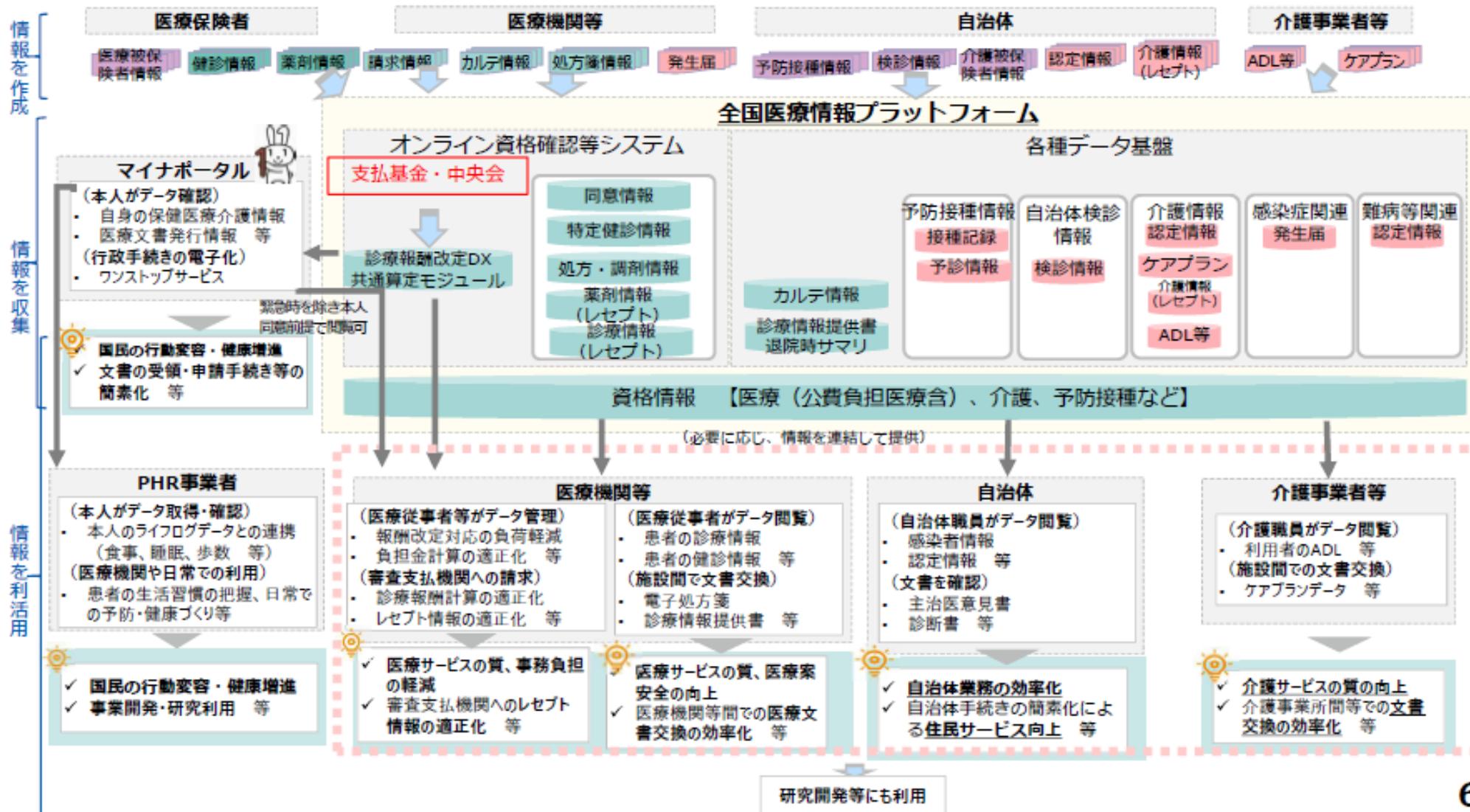


- ① 医療機関等の中でやり取りする3文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

送受信方式

「全国医療情報プラットフォーム」 (将来像)

- オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報（介護含む）について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。
- これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるのと同時に、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。



<医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「初診時の標準的な問診票の項目等」(医歯共通)>

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時間診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・ ・ ・ 症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・ ・ ・ 医療機関名、受診日、治療内容 等 **※今後マイナ保険証で省略可能も視野(筆者注記)**
- 現在、処方されている薬があるか(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※)
 - ・ ・ ・ 薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか(入院や手術を要する病気等) **※今後マイナ保険証で省略可能も視野(筆者注記)**
 - ・ ・ ・ 病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したか(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※)
 - ・ ・ ・ 受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか **※今後マイナ保険証で省略可能も視野(筆者注記)**
 - ・ ・ ・ 原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性のみ)
 - ・ ・ ・ 妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること。
- **マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。**

(記載例)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

(3) デジタル利権の構築・強化へ “無駄遣い”の構造化

- ①マイナポイント（第1弾、第2弾）だけで2兆円を計上。2022年度政府予算では、デジタル庁で4,720億円を計上。マイナンバーカード普及で1,027億円計上。
 - ⇒ マイナンバー関連事業に湯水のごとく税金が注ぎ込まれる一方、2022年度診療報酬改定は、**一般の医療機関は事実上本体0%改定**。
- ②マイナンバー政策をめぐり、巨大なIT利権が作り出されている。国家戦略特区（もり・かけ）に留まらず、**デジタル庁という形で利権が構造化**。
 - ⇒ 巨大なデジタル利権によって、財政が更に逼迫する。**防衛費倍増も重なり、そのしわ寄せとして、医療・社会保障費の抑制が更に強められていく**。



ご清聴ありがとうございました。

【参考1】自由意見（抜粋） 保団連調査（再掲含む）

- ・紙カルテで診療している。レセプト請求のみORCAを使っている。患者数の少ない、零細医療機関では、紙カルテで十分である。従って、オンライン資格確認を行うと、事務手数量が増えるだけである。
- ・（略）お薬手帳があれば、薬の処方が少ない歯科医療の方面では必要性を感じない施策と思う。病院歯科でなければ、歯科は外すべきと思う。
- ・ネットが混線してつながらないことがよくあります。
- ・保険証持参の患者に対してもオンラインで資格確認を実施しているが、有効な保険証にもかかわらず無効となるケースがたまにある。
- ・最大の懸念はセキュリティ（漏洩の責任を問われる）。レセコン業者への保守料が負担になっている。更に保守料が加わる。患者減で収益がギリギリ。建屋の塗装や機器の更新など 維持すら困難になっている。看護師の応募が無く給与を上げなければ人員を満たせない。経営的にもう無理かもしれない。
- ・コロナ対応で忙殺されている。これ以上の負担を強制されるなら、**発熱患者対応をやめないと対応できない。**
- ・そもそのマイナンバーカード発行の際、紛失の懸念があるので自宅に保管するようにとの話だったのに、それはどうなったのか。また義務化の例外が紙レセプトで請求している医療機関とのことだが、**年齢から考えてあと数年で閉院するかもしれない医院にも強いるのはどうか。**
- ・保険証廃止は国民、医療 機関がかなり混乱すると思われます**慣れた方法で運営しているので急いで変換するより時間をかけて変えた方が良い。**
- ・離島で診療所を開業してます。日本国内と言っても社会環境、経済状況、医療福祉環境様々です。**便利ならやればいいでしょうが当地では必要を感じません。義務化はダメでしょ。**安倍の国葬くらいおかしな話です。

- ・オンライン資格確認導入義務化は、止めて欲しい。診療の現場で、パソコンは使用していません。診療は、医師一人、アルバイトの主婦一人の二人でやっています。現状で、十分な診療が出来ています。対面で患者の訴えを丁寧に聞き、丁寧な診察が出来ています。これ以上事務作業を増やさないでください。色々な改定や変更が多すぎて、煩わしく、自己研鑽のための余裕がありません。
- ・後継者のいない、また後何年診療に従事できるか不透明な状況での設備投資はいかななものか？全て税金で設置しての政策は歓迎するが通信トラブル時混乱するので、常にハイブリッド方式でいきたい
- ・保険証を忘れた患者様の資格確認ができるなど便利な面はある。しかしながら義務化する必要性は感じられない。使いたい先生は使い、いやな先生は使わなければいいだけ。
- ・オンライン資格確認を導入するタイミングは、クリニックの経営状況や運営状況(人手がたりない、とか、電子カルテ導入したばかりで慣れていない上にオンライン資格確認も覚えるのは無理がある、等)も考慮し、いつ導入するかは医療機関それぞれのタイミングでやらせてもらえるほうが混乱が生じにくい。一様にすべての医療機関が同時に導入を義務とする、というのは乱暴すぎるのではないだろうか。
- ・オンライン資格確認システムの導入義務化、保険証の原則廃止は、権力者による暴挙以外の何物でもない。現在の運用で全く問題のないものを何故ここまで根本的に変えようとするのか理解できない。先般のような大規模通信障害が発生すれば、全国的に医療体制が止まることになることを想定しておらず、リスクマネジメントという点でも問題が大きい。マイナカードの取得率が50%程度であれば、運用は難しいと思われる。
- ・電気機械なので、停電時や災害時、機械の不具合など、色々な問題が出て来ると思う。高齢者など保険証に慣れてるので、あえてマイナンバーを導入する必要性はないと思う。

【参考2】自由意見（抜粋） 協会調査（福島、千葉、茨城、長野、岡山、大阪歯）

- ・（オン資運用中だが）機能するにはまだ課題が多い。システムが不安定だし、使う方もある程度の知識が必要。**ネット環境が整っていない医院では電子媒体で請求しているから義務化といっても難しい**。補助金額も42.9万円では足りない。
- ・オンライン資格確認システム導入したものの、通信の不具合が何ヶ月も解決せず、運用できていません。（業者に相談してもなおらない）義務化されても困ります。
- ・**カードリーダーに診察券を入れようとしたり、受付用の機械を間違えてボタンを押したりする人が多発したため、カードリーダーを受け付けの内側の見えないところにおいて必要時のみ出しています**。
- ・年齢を考えると、いつ診療を止めねばなくなるか判らないので、新たに投資はできない。後継者が居ないので。
- ・今、申請しないと”保険医停止もある”と聞いたので、とりあえず申し込んだが、**あまりに強権、強引で、政府に対する不信感が増す**。
- ・カードリーダーが有線でしか使えないのに往診でどうやって使うんですか。第1次世界大戦の通信兵みたくコード背負って患家まで行くんですか？全く使わないシステムに月々ランニングコストを払わせるのは現場を無視しすぎです。
- ・マイナンバーカードを普及させたい下心を持ち込まないでいただきたい。メリットであれば自然に普及するでしょう。そしてトラブル対応を医療機関に押し付けないでいただきたい。
- ・補助金をつける、診療報酬を加算するとか目の前にニンジンをぶら下げても導入は進まず、任意だったはずの導入を義務付ける力づくの方法を打ち出してきたが実現費は見通せない。後手後手の対応ではないだろうか。マイナンバーカードにしても取得は任意のはず。仮に義務化するとしても来年の4月までの対応を練り直し実現可能な期間を再設定し、もっとすぐに導入できない現場の声を聴くべき。国民が制度の意義や利点に対して理解を深めるよう働きかけるべき。補助金にしても初期導入実費を補助し、その後の維持費に対しても配慮があるべき。
- ・当院は高齢者（独居の方もいらっしゃいます）の患者様が多く、**従来の保険証を提示して頂くのも困難な方や保険証の返却後に返却してもらっていない等、訴えられる方も複数**いらっしゃいます。諸事情により「マイナ保険証」についての理解や手続き等、大変難しい事が予想されます。設備投資やランニングコストに関しても懸念しております。
- ・新型コロナウイルス感染拡大、医業収入の減少が続き、材料費、技工費の値上げ、新たな設備投資は非常に困難。現時点でレセコン電子カルテ等導入維持費も大変。これ以上の負担は廃業もありえる。

来年4月は無謀

「義務化」撤回で、すべての医療機関を守れ

あま市・歯科 杉藤 庄平

<体験談>

当院では、マイナンバーカードによるオンライン資格確認のシステムを入れていません。しかし、システムの運用開始には多大な時間を要してしまいました。

顔認証付きカードリーダーが届いたのは昨年（令和三年）の一月でしたが、レセコン会社の都合で、初めて回線を繋ぎに来てもらったのは十一月になって

した。当日は七時間悪戦苦闘されましたが繋ぐことができませんでした。帰って行かれまして。その後、一カ月に一回ほどの頻度でおみえになり、ルーターを変えたり、UTMの装置をはずしてみたり、色々なことをされましたが繋

がりません。今年の三月になって突然、v6 オプシオンが必要と言われ、慌ててNTT西日本にv6オプシオンを开通してもらいましたが、開通後もやはり繋がりません。結局はNTTの技術者にも来てもらい、なんとか繋がったのがこの七月に入ってからでした。

までに、原則すべての医療機関にオンライン資格確認システム導入を義務化すると聞いています。はたして、そんなことが本当にできるのでしょうか。私には疑問です。

政府はマイナンバーカードの取得率を、100%に近づけるために必死です。その作戦の一つが、マイナンバーカードの保険証利用です。そんなことのために、我々医療機関が振り回されているのです。一刻でも早く義務化を撤回させないと、来年の春まで多くの医療機関が奔走しなければならなくなるでしょう。

マイナンバーは、国民監視を強化するためのツールです。マイナンバー制度にも反対していきたいと考えています。

オンライン資格確認義務化撤回

<体験談> 資格確認は保険証で十分 「義務化」は行き過ぎ

あま市・開業医 K

当院は、二〇二二年十月の本格運用の前にオンライン資格確認システムを導入し、二〇二二年六月から運用をはじめました。この一年間で二十人がマイナン

バーカードで受診しました。運用開始当初は、無効となる件数が多く役に立ちませんでした。保険者に関くと資格情報の入力ミスでエラーになったと

す。今はなるべくマイナンバーカードで資格確認をしなくてもいいように、患者さんには保険証を持参してもらうように呼びかけています。ときどきエラーにはなりますが、資格確認であれば保険証で十分です。

オンライン資格確認義務化撤回

当院の場合、オンラインレセプト請求システム導入と同時にオンライン資格確認システムを導入しました。当然ながら、オンラインレセプト請求のシステム導入費用は当院負担です。オンライン資格確認システムの初期投資費用（顔認証付きカードリーダーと専用パソコン）は、補助金でまかなうことができましたが、ランニングコストは月三千五百円程度で、更新時は医院で対応しなければなりません。機器操作等でもスタッフの手間がかかることや、導入後の保守等のコストはかかってしまいます。国は、オンライン資格確認の導入で、患者の直近の資格情報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できること、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となる」としています。国の呼びかけにメリットがあると思いましたが、それに見合うだけのメリットが医療機関にあるとは思えません。無理にマイナンバーカードで受診を促さなくても、資格確認であれば保険証で十分です。私はシステム導入を行いました。対応できない先生もいるかと思えます。オンライン資格確認の導入「義務化」には反対です。



飯田 啓先生
(横浜市南区医)

《プロフィール》横浜市出身。1982年、日本医科大学を卒業。同大学産婦人科学教室、国立横浜病院 (現 横浜国立大学) 立うわまち病院)を経て、1998年に横浜市南区にある「飯田医院」の院長に就任。

「安心・安全で質の高い医療」に本当につながるのか。それは常時接続となる。つまり、患者情報を「人質」にせよ。オンラインのプロではなしてきた病院だが、導入よりリスクが大きいと判長。神経質になるのは当然断し導入を見送ってきた。だが、オンラインカード紛失やあらぬ誤解も懸念して患者の医療情報を危険に晒すこと。そして不安と緊張を強いられるようになることを多し。その上、費用を支出するネット環境から完全に遮断

オンライン資格確認“原則義務化”撤回を今まで通りでいたいのに

トラブルの火種 募る不安

オンラインの張り紙や診察時にマイナンバー制度等への懸念を伝えている



待合室の張り紙や診察時にマイナンバー制度等への懸念を伝えている

政治と行政は信用できるのか

忌避感が強い理由は、今

の政治と行政が信用できないからである。森長・加

計・桜を見る会の問題は有

耶無耶のまま。旧統一教会

の問題を鑑みれば情報が他

国に流される可能性もある。

不信感が一層高まったの

は中医協に提案された「医

療情報・システム基盤整備

体制充実加算」。オンライン

資格確認を導入した医療

機関では従来の保険証利用

特定健診情報の閲覧は把握せざるにオンラインの火種を押し手帳で十分だ。むしろ待合付けられ、嫌々始めたのに室の機器が情報閲覧を求め費用は負担せられ、責任は負わされる。頼だ。い。かえって警戒されかねない。資格喪失のしセラト返戻は僅かです。そもそも保険証回は健康主の責務。医療機し……。そんな堂々巡りに陥って、最近續けられない。原則義務化ではな、いま困っていない。にもかかわらず患者を不安にさせ認めてほしい。

を使う(2点)と患者負担が少なくならない。オンラインカード利用を躊躇う患者がかし、細くは産業界の一部ばかりのように思えてならば、果たしてそれは公共の福祉なのか。勿論オンライン資格確認を導入したいの理念に反する。保険証の問題を鑑みれば情報が一丸となつて反すべきだ。つ。自己情“原則義務化”で自己情を民主主義って何だ。つ。むしろ国がよい良い医療を本当に求めるならば、医療者の自律を信じ、我々が安心して診療に専念できる環境を整えたいと思つ。

(取材：事務局・笹井)

オンライン資格確認の義務化、 保険証廃止は撤回を!

国は、2023年4月より、医療機関にマイナンバーカードを保険証として利用するオンライン資格確認のシステム導入を原則義務付けるとしました。紙レセプト請求以外の医療機関を義務化の対象とする方向です。将来的には保険証の原則廃止を目指すともしています。

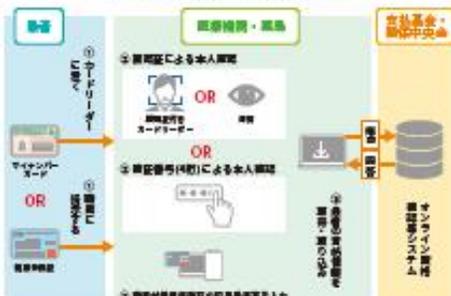
オンライン資格確認の導入義務化、保険証の廃止となれば、医療の提供・アクセスに大きな支障が出ることは必至です。



オンライン資格確認とは

- オンライン資格確認とは、保険証の日視による確認に代えて、審査支払機関との間で本人電子回線(レセプトのオンライン請求回線)を使い、リアルタイムで資格確認の照会をかけた回答を受けるものです。
- オンライン資格確認は、保険証でも可能ですが、国は保険証廃止を目指しているように、マイナンバーカードを使った運用を広げたい考えです。そのため、医療機関にてマイナンバーカードを保険証として利用できるシステム整備を義務付けようとしています。

オンライン資格確認の仕方について



ほとんどない マイナンバーカード受診

- 現在、オンライン資格確認を行っている件数は受診の1割前後です。うち99%以上が保険証によるものです。
- マイナンバーカードで受診する患者さんは、診療所で1週間に1人いるかどうかです。
- 患者・国民の多くはマイナンバーカードの携帯に不安を抱くとともに、マイナンバーカードで受診することを求めています。

	マイナンバーカード利用
医師診療所	4.3件
歯科診療所	3.5件

※1産婦当たり月利用件数(7月分)

- 医療機関では、保険証の「日視」による資格確認で特段の支障や大きな不都合はありません。
- マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認のシステム導入義務化は明らかに行きすぎです。これまで同様、オンライン資格確認の導入については、医療機関側の判断(自由)に委ねるべきです。

マイナンバーカード利用はトラブル、負担・不安多く

- 患者さんが医療機関に持参したカードリーダーを操作して行いますが、操作に不慣れな方や操作が上手くいかない場合、手助けが必要です。
- 情報の導入・維持費用(保守・更新、機材料等)がかかる上、システムトラブル・故障時の迅速な対応をはじめ、ICTスキルが必要です。
- 導入した医療機関からも、電子カルテやレセプトなどの動作上のトラブル、患者トラブルや、基金等での変動データの不備・更新の遅れなどが多く聞かれます。マイナンバーカードの受診が広がれば、問題が顕在化していくことも考えられます。
- マイナンバーカードの紛失・盗難、マイナンバー連携のリスクは格段に高まります。



...操作多く



マイナンバーカード
紛失で困った...

メリットがあるというけれど...

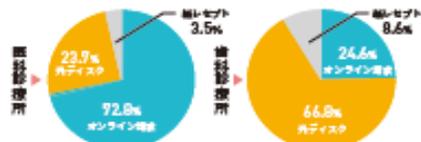
- 資格通知記載のレセプトの返戻率が低くなる... 資格通知での返戻率は全体の0.27%です。電子レセプト(オンライン、光ディスク)請求している医療機関では、昨年9月分より返戻率に改善せず、保険者間でレセプトを正しい請求の順に振り替える運用が実施されています。
- マイナンバーカード受診により他院で申請した医療情報が見られる... 現在、情報提供に同意する患者さんは、特定受診情報16.7%、同意情報47.2%です。レセプト情報より約1.5年遅れです。普段から、お薬手帳などを使い、医療状況や調剤作用の有無など患者さんと確認されているのではないのでしょうか。

4月からの原則義務化に医療界でも懸念の声

- 国は、紙レセプト請求以外の医療機関にシステム導入を義務付ける考えです。原則義務化の95.5%、産婦当り診療所0.4%が義務化対象となります。地方、オンライン資格確認を廃止した診療所(医師・歯科)は10%前後にとどまります(8月中発表)。
- 導入していない医療機関は、高齢によりあと数年で閉院予定、患者数が少ない・稼働時間が短い、受診する患者数が少ないなど「必要性が低い」「設備投資ができない」「対応できる人員がいないなどやむを得ない理由を挙げるところも多く見られます。強引な義務化は、医療・保険を後押しすることにもなりかねません。

→ 本年3月末までに導入義務化は、医療現場の状況と全く無視したものです。

レセプト請求状況(2022年9月時点・診療科ベース)



23年4月義務化をめぐる、医療界から懸念の声

- 日本医師会** 職員、へき地や光回線が十分でない場合、ベンダー対応に合わせた場合などやむを得ない事情について配慮が必要。
- 日本歯科医師会** 紙レセプト以外の歯科医療機関でもシステム導入に支障が出ている。小規模な歯科医療については柔軟に対応してほしい。

保険証廃止(=原則マイナンバーカード受診)は、無理筋

- 命と健康を直に
マイナンバーカードを強制
命と健康に関わる医療を人権に取って、マイナンバーカード取得を強制するようなことは許されません。
- 非常時に医療が受けられない危険
停電や故障時に資格が確認できなくなり、大規模な過剰検査が頻ら中、過剰受診です。
- 保険者に余計な負担をさせる
「加入者から申請があれば保険証を交付する」としていますが、一人一人に保険証・マイナンバーカードのいずれかで受診するのを強制することはあまりに強硬です。
→ 保険証は全員に交付して、マイナンバーカード利用は各人の自由任由に任せる形が賢明です。

私たちの考え・要望

- 患者・国民は、マイナンバーカードで受診することなどは望んでいません。
- 保険証の日視による確認で大きな不都合はありません。トラブル・負担が多いマイナンバーカード利用のシステム導入の義務化は行きすぎです。
- マイナンバーカードを普及させたいために、医療現場や患者に負担を押し付けるようなことはやめるべきです。

国は、年末にシステム導入の状況調査を行い、地域医療に支障を生じるなど、やむを得ない場合の必要な対応について、検討するとしています。医療現場の真意、声を知らせて義務化は撤回、少なくとも根本的に見直させていくことが必要です。かりにカードリーダー申請を考慮する場合でも、12月末までにカードリーダーの申請などしていれば補助金の対象となります。無条件でリーダーを申請したり、足元を見られてベンダーと高額な契約を結ばないように注意が必要です。

- 地域医療を支える全ての医療機関を守るため、
① オンライン資格確認のシステム導入の義務化は撤回、② 保険証廃止の撤回に向けて、署名・アンケート調査などへのご理解・ご協力をお願いいたします。



政府は、マイナンバーカードを健康保険証として利用することを促し、従来の保険証は**将来的**に「原則廃止」する方針を示しました。

私たちは保険証の「原則廃止」方針に反対しています!



院長

当院では、これまで通り、
保険証をご持参ください。
マイナンバーカードは、不要です。

チラシ、ポスターなどは保団連HPの特集コーナーよりダウンロードできます。



【参考4】 マイナ加算の見直し（マイナ受付へ誘導）

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）

【調剤】 マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）



廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合
 - 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合
- ※調剤は、1 3点（6月に1回）、2 1点（6月に1回）

4点
2点

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 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（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【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。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

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定める（イメージ）

問診票（初診時）

- 今日の症状
- 他の医療機関の受診歴
- 過去の病気
- 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
- ……

R4年8月時点で
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。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現

- ①これまでの「電子的保健医療情報活用加算」を廃止し、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を10月より新設。
- ・初診時に、加算1（4点）を加点。初診の際に、電子資格確認等により患者の医療情報を取得などした場合は加算2（2点）を算定。
 - ⇒ 保険証よりもマイナンバーカードでの受診の方が点数が低くなるよう設定して、**マイナンバーカード利用を促す**。（電子資格確認により、確認作業が効率化される点を理由に）
- ②新たに初診料を包括評価する小児科外来診療料等での算定を可能とする一方、再診料での算定は不可とされた。**治療継続中の生活習慣病患者など多くのケースで算定が不可に**。
- ③施設基準として、旧加算と同様、**▽オンライン請求を行っている▽薬剤情報・特定健診情報などを取得・活用して診療等行う（医療情報が閲覧できる仕組みの実装）▽院内掲示・自院HP公表（▽電子資格できる旨▽薬剤情報・特定健診情報などを取得・活用して診療を行う旨）**などが求められる。
- ④医療情報の取得・活用の具体的方法として、「初診時の問診票の標準的な項目を新たに定める」。**保険証による受診（初診）であっても、問診等で処方薬等の聞き取りが求められる**。
- ⇒ 今後、レセプト情報の全体、電子処方箋など「閲覧可能な情報が増える」として、（マイナ受付での「同意」を強く求めていくよう促していく）。

※**点数評価が大幅に切り下げられた上、算定要件も厳格化された**。今後、問診票の項目・取扱いなど要件の更なる拡大・厳格化も懸念される。

※政府がマイナンバーカードでの受診を推奨する一方、そもそも**電子資格確認を整備した医療機関を窓口負担が増えるため、患者とのトラブル**も危惧される。

【参考5】 保団連関連の声明

【声明】

2022年8月5日
全国保険医団体連合会
会長 住江憲勇

中医協におけるオンライン資格確認の原則義務化をめぐる提案について

8月3日開催の中医協総会において、医療DX対応（その1）が取り上げられ、2023年4月から保険医療機関・薬局においてオンライン資格確認導入を原則義務化するとした「骨太の方針2022」記載の具体化が議題となった。厚生労働省は、「（オンライン資格確認等）システム導入の前提となる院内等の電子化が十分進んでいない」ことから、「現在紙レセプトでの請求が認められている医療機関・薬局を、原則義務化の例外とする」ことについて提案した。

地域医療に甚大な支障・影響

当日の中医協資料によれば、全医療機関・薬局のうち、オンライン請求を行う医療機関は約66%に対して、約30%は光ディスク、約4%は紙レセプトで請求している（2022年3月請求状況）。医科診療所では23.7%、歯科診療所では66.8%が光ディスクであり、施設数は各々2万、4.5万と膨大な数にのぼる。紙レセプト請求以外の医療機関にオンライン資格確認導入が義務化されれば、医科診療所で96.5%、歯科診療所で91.4%が対象となり、事実上、完全な義務化に近い形となる。オンライン資格確認の本格運用開始より10月間を経て、カードリーダーを申し込んだ医療機関は全体の6割であり、実際に運用開始した医療機関等は全体の25.8%、とりわけ医科・歯科診療所では2割にも満たない。残り半年足らずで9割超の診療所が義務化対象となれば、地域で対応できない医療機関が相次ぎ、地域医療提供に甚大な支障・影響が出かねない。

義務化中身の不明瞭な議論は乱暴

また、厚労省は、義務化の具体的中身に関わって、「療養担当規則等」で明記する方針を示したが、義務化の対象となる医療機関が対応しない場合、公的保険診療が提供できなくなるのかなど具体的な意味・解釈は示されていない。義務化の具体的な意味も不明瞭なまま、義務化する医療機関の範囲を決めるよう求めることは無理があり、乱暴な議論と言わざるを得ない。現に、中医協では、日本医師会代表の長島公之委員は、療養担当規則で義務化した場合「どうしてもやむを得ぬ事情により対応できなかった医療機関が、即座に保険医療機関が取り消されるような厳格な意味であれば、地域医療現場に大混乱を来す」と危惧を示している。また、紙レセプト請求を認めている医療機関以外にも、「離島・へき地や回線施設が十分でない場合、ベンダーの対応により対応できない場合などが生じる」など懸念を示し配慮を求めている。

先行き不安で義務化議論は非現実的

医療機関への働きかけが強引に推し進められてきた5月下旬以降の進捗ペースから見ても、2023年3月末までに半数弱の医療機関等がオンライン資格確認を運用開始する状況である。医科診療所は3割弱、歯科診療所は4割未満に到達するかどうかのペースであり、実際には、新型コロナウイルス感染状況の行方、半導体市場の逼迫はじめとした機材供給不足やベンダーの対応能力なども考慮すれば、その進捗も不透明と見るのが現実的である。ましてや、来年3月末までに9割を超える診療所での導入義務化などは非現実的な設定・議論というべきである。

オンライン請求回線の完全整備は不可能

そもそも、オンライン資格確認を行うにはオンライン請求回線の整備が必要となるが、ここ数年を見ても、オンライン請求を開始する医療機関の増加ペース（支払基金実績）は年2～3%前後である。半年足らずで、現在電子媒体で請求する24%の医科診療所、7割近い歯科診療所が、オンライン請求回線を整備することも非現実的な想定と言わざるを得ない。

当初2023年3月末までに概ね全ての医療機関でオンライン資格確認の導入を目指すと努力目標にしていたにすぎない中、新型コロナウイルス感染症危機が襲う中、少なくともスケジュール工程の延期が検討されてしかるべきところ、逆に2023年3月末までに原則義務化するという本末転倒な政府決定がされたこと自体が問題である。

2割近くでトラブル報告

今回の中医協資料では、オンライン資格確認を導入した医療機関のヒアリング（医科・歯科・調剤各2～4施設）を基に医療機関と利用した患者の声がメリットとして強調されている。他方、地域の保険医協会の調べでは、実際に運用を開始した医療機関において、利用者が極めて少ない中でも、2割近くの医療機関から電子カルテやレセコンなどシステム回りの動作の支障はじめ、リーダー操作への患者の無理解・読み取り時の支障や、保険者によるデータ更新の遅れ・不備などトラブルが報告されている。また、オンライン資格確認を導入していない医療機関では「マイナンバーカードで診察してくれ」「保険証は捨てた」といったケースも報告されるなど、国の一方的な宣伝に伴い医療現場に実害も聞かれている。あくまでオンライン資格確認の導入は医療現場の任意（自由）に委ねるのが現実的であり、導入の原則義務化は行きすぎである。

厚生労働省は、全国津々浦々に安全・安心な医療提供を保障する重責を担っている。患者・国民が望まず、医療機関においてリスク・負担も抱えるオンライン資格確認について導入の強制を図る政府方針に対して異議を唱えるとともに、危機的状況にある医療提供体制の再建・拡充にこそ力を注ぐべきである。本会は、改めてオンライン資格確認の導入義務化について撤回を強く求めるとともに、コロナ第7波の下、患者の治療・救済に全力を注ぐ医療機関に対して徒に不安を煽るオンライン資格確認導入に向けた働きかけは即刻中止するよう要望するものである。

以上

マイナンバーカードの保険証利用等に係るシステム導入の義務化に反対する ～「骨太の方針2022」原案をめぐる報道について～

報道によれば、政府は2022年の「経済財政運営と改革の基本方針」（骨太の方針）において、2023年4月以降、医療機関等でのマイナンバーカードの保険証利用（マイナ受付）等に係るシステム導入を義務づけるとともに、24年度中には健保組合等の保険者が健康保険証を発行するかを選べる制度の導入を目指すことを盛り込むとしている。将来的に健康保険証の「原則廃止を目指す」方針も明記するとともに報道されている。

25日の社会保障審議会（医療保険部会）では、厚労省から、報道内容に沿った形で2023年4月からのマイナ受付等導入の義務化に向けた提案が示され、今後マイナ受付導入ペースを月1.5万件、10月以降は月1.9万件に倍増させていくとしている。

1. マイナ受付等導入の義務化は撤回すべき

現行の保険証提示による資格確認において、公的医療保険制度への信頼を維持し、制度を安定運営していく上で、これまで本人確認含め特段の支障や問題などは報告されていない。問題の一つとされる資格過誤等による請求レセプトの返戻については、基本的に医療機関に責めはない以上、保険者間で調整すれば済む話である。

他方、マイナ受付の導入・普及は、医療現場において、ICT機器に不慣れな利用者への手助け、マイナンバーカード紛失等のトラブル増や日々のシステム運用管理はじめ様々な負担増が懸念される。

患者・国民にとってのメリットも、「マイナンバーカードを持っていれば、保険証がいらない」程度である。マイナ受付に際して「受診時に投薬履歴や健診データが閲覧できる」との指摘もあるが、保険証（被保険者番号）によるオンライン資格確認でもシステム上は可能であり、保険証による受診の場合でも医療情報閲覧を認めれば済む話である。

医療機関へのマイナ受付導入の義務化には多額の費用が必要である。保険証利用のマイナポイント費用も予算は7,000億円を超える。医療現場の実情や要求、患者・国民の要望によって導入されたものではないマイナ受付事業に、多額の税金をつぎ込む無駄遣いは中止すべきとともに、マイナ受付等導入に係る義務化は撤回すべきである。

2. マイナカード取得義務化になりかねない

被保険者に関わって、まずは保険者による保険証発行の選択制を導入するとしているが、被雇用者・行政サービス受給者はじめ加入者に対して、保険者・雇用者から、マイナンバーカードを取得するようこれまで以上に強い圧力がかけられていくことが危惧される。

更に、保険証が原則廃止ともなれば、マイナンバーカードを持たない者は、公的保険診療が受けられなくなる。保険証の原則廃止は、事実上、マイナンバーカード取得の義務化であり、マイナンバーカード取得は任意とする法令に明らかに抵触するのみならず、プライバシー権など憲法違反の疑いも強いものと言わざるを得ない。

3. 保険証の原則廃止は非現実的

マイナンバーカードを日常的には持ち歩かずに大切に保管している人も多い。そうした人に医療機関への持参を強要することはできない。保険証の廃止は非現実的であり、マイナンバーカードを保険証として使うかどうかはそれぞれの患者の任意にせざるを得ない。

厚労省は、保険証の廃止後も「加入者の申請があれば保険証は交付される」（社保審、5月25日）としているが、保険者に申請意向を確認する実務負担を課す必要はない。保険証は原則交付してマイナンバーカードの利用は任意とする形がもっとも簡便かつ合理的である。

患者・国民の命と健康を守る医師・歯科医師の団体として、政府・厚労省に対して、医療機関におけるマイナ受付等に係るシステム導入の義務化、保険者における保険証発行の選択制導入や保険証の原則廃止などについて中止・撤回することを強く求めるものである。

オンライン資格確認の原則義務化撤回、補助金の運用要件の改善を求める

現在、中医協では、2023年4月よりの医療機関へのオンライン資格確認のシステム導入の原則義務化に向けて議論が進められている。この間、システム導入に係る補助金上限が上乘せされ、遅い場合であれば年末までにカードリーダー申請をする場合でも上乘せでの補助を可能としているが、医療機関からは「ベンダーより（交渉の余地なく）即時契約しないと来年3月末の事業完了期限（＝補助金の申請要件）に間に合わないと言われた」、「ベンダーが示す見積額が補助金上限を大幅に超えている」など困惑する声が聞かれる。これらは国が23年3月末までに義務化という非現実的な工程を課していることなどに強く起因することは明らかである。

本会は、オンライン資格確認のシステム導入の原則義務化には反対だが、少なくとも国が推進する施策に医療機関が応じる以上、補助金が受けられない・補助金上限を超えた契約を甘受するなど医療機関に経済的負担が強えられることは問題であると考える。

以上を踏まえ、本会は、オンライン資格確認の導入について原則義務化は撤回するよう改めて求めるとともに、合わせて、オンライン資格確認を導入する際に医療機関に経済的な持ち出しが生じないように、補助金の期限延長はじめ運用を改善するよう以下要望する。

【記】

1. オンライン資格確認の導入の原則義務化を撤回すること。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・幅広の除外措置を創設するなど抜本的に見直すこと。これらについて年末を待たずに早急に措置すること。
2. オンライン資格確認のシステム整備に係る国の補助金については、少なくとも2023年3月末までにカードリーダーを申し込んだ医療機関については、23年3月末としているシステム改修等事業の完了期限（※補助申請期限も含め）を大幅に延長すること。
3. オンライン資格確認の整備に関わって、医療機関に持ち出しが発生しないよう補助金上限について手当てすること。

**保険証で安心して受診できる国民皆保険制度を守るべき
～「24年秋の保険証廃止を目指す」大臣会見について～**

河野太郎デジタル大臣は、10月13日の記者会見において、関係省庁に検討いただいた結果として、「2024年度秋に現在の健康保険証の廃止を目指す」と表明した。6月の政府の「骨太の方針2022」では、マイナンバーカードを保険証利用するオンライン資格確認について「医療機関・薬局に2023年4月から導入を原則として義務付けるとともに、…さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止（※加入者から申請があれば保険証は交付される）を目指す」としていた。今回の大臣の発言は、「24年秋」と具体的に時期を明言した上で、「原則廃止」ではなく「廃止」を目指すと大きく踏み込んだものである。

1. 混乱招き、あまりに乱暴で稚拙な施策

河野大臣は、現在の保険証を廃止してマイナンバーカードで受診するよう求めているが、「マイナンバーカードがないと医療が受けられなくなるのか」「医療機関でのシステム不具合時はどうなるのか」「（認知症、独居・高齢単身はじめ）マイナンバーカードを管理できない人や、所持したくない人はどうするのか」など困惑・危惧が噴出している。政府は、マイナンバーカードを普及させたいがために、患者・国民、医療現場にいたずらに混乱を持ち込んでいる。保険証の廃止は、税金（マイナポイント）や太鼓（宣伝）でも普及しないマイナンバーカードの保険証利用について、法令で強制（保険証廃止）して進めればよいという、あまりに乱暴で稚拙な施策と言わざるを得ない。

2. 患者・国民は保険証廃止など望んでいない

政府は税金（マイナポイント）を使いマイナンバーカード取得やその保険証処理化を促進しているが、現在、マイナンバーカードで受診する患者は、平均して週に病院で3人強、診療所（医科、歯科）、薬局では1人にすぎない（8月実績推計。厚労省審議会資料などより）。マイナンバーカードを持っていてもほとんどの患者・国民は保険証で受診している。マイナンバーカード紛失に伴うリスクなどから、自宅等に厳重に保管しているのが現実である。患者・国民は、使い慣れた保険証をわざわざ廃止してマイナンバーカードに一本化してほしいなどとは求めてもいない。患者・国民が望んでいない保険証廃止を強引に押し付けることは国民主権・民主主義にもとるものである。

3. 命と健康を楯にマイナカード強制は許されない

大臣会見後の質疑でも相次いたが、保険証の廃止は、国民皆保険制度を採用する我が国において、マイナンバーカード取得の事実上の義務化に等しい。マイナンバーカード取得は「任意」とする法令に明らかに抵触するのみならず、プライバシー権や思想・良心の自由など憲法違反の疑いが極めて強いものと言わざるを得ない。命と健康に関わる医療を人質に取って、自身の思想・信条等に反してマイナンバーカードを取得するか、医療を受ける権利を諦めるかの選択を強いるようなことは到底許されるものではない。

4. 地域医療の疲弊・崩壊に拍車かける

現在、マイナンバーカードで受診（オンライン資格確認）できる医療機関は3割にすぎない（10月2日時点）。2023年3月末までのオンライン資格確認の体制整備の原則義務化をめぐり、各地から、小規模（スタッフが少ないなど）、高齢・閉院予定、離島・へき地や設備投資費用が重い（見積りが高い、建物構造上改修が難しいなど）など様々な事情で体制整備できないといった悲痛な声や、システム整備するメリットが低い・ないと判断する医療機関からは一律義務化は不合理といった声が多く寄せられている。本会を構成する保険医協会の調査では、このまま義務化となれば「閉院・廃院を考える」と回答する医療機関が1割に及び、義務化を契機にして、全国各地から「この機に閉院を検討したい」との相談が日々寄せられている。こうした中、2024年秋までにすべての医療機関でオンライン資格確認を行うことを当然視するがごとき今回の大臣会見は、地域を熟知した医師・歯科医師等の閉院・廃院をさらに後押し、地域医療の疲弊・崩壊に拍車をかけるものである。

5. マイナー本化はリスクヘッジ上も不合理

マイナンバーカードで常時受診となれば、マイナンバーカードが常時携帯されることとなり、院内含め紛失・盗難等のトラブルは各段に増え、個人情報流出や経済的被害などのリスク拡大は図り知れない。医療機関では、常時オンライン接続に伴うセキュリティ対策強化、マイナンバーカード紛失・更新切れ・破損時への対応の負担に留まらず、停電・システム不具合時などには診療に多大な支障が生じかねない。大規模な災害・システム障害ともなれば、医療現場が大混乱することは必至である。これまで同様、保険証は原則交付、マイナンバーカード利用は自由とする形が合理的であり、保険証廃止はリスクヘッジの上でも不合理と言わざるを得ない。

6. マイナ受診は任意が簡便・合理的

合わせて、同日、加藤勝信厚生労働大臣は、「保険料を納めている人が保険診療を受ける権利を持つのは当然であり前提だ」と指摘し、認知症など様々な事情でマイナンバーカード取得が難しいケースも考えられるとして「持っていない人が診療を受ける際にどういう手続きをしていくのか、事情を踏まえて考えていく必要がある」と述べ、マイナンバーカードを持っていなくても受診できる措置を取るとしている。国民皆保険制度を国是とする下で当然の措置であるが、そうであれば、保険者や加入者に余計な事務負担を課すのではなく、これまで通り加入者に保険証を交付した上でマイナンバーカードの利用は任意（選択）に委ねる形がもっとも簡便かつ合理的である。

本会は、患者・国民の命と健康を守る医師・歯科医師の団体として、政府に対して「2024年秋に保険証廃止を目指す」方針について撤回を求めるとともに、保険証で安心して受診できる国民皆保険制度を守るよう強く要望するものである。