

シンポジウム 国民を苦しめ地域医療に大混乱をもたらすマイナ保険証

2026 年 8 月 29 日（土）13：00～17：00

◇司会 小林 容子（弁護士）

◇開会挨拶 小島 延夫（弁護士/地方自治と地域医療を守る会 共同代表）

◇基調講演 13：05～13：35

マイナ保険証を生みだしたデジタル化政策の危険性

講師：稲葉 一将（名古屋大学大学院法学研究科教授）

◇講 演 13：35～14：05

保険者の自治を封殺するマイナ保険証

講師：門脇 美恵（広島修道大学法学部教授）

◇講 演 14：05～14：35

医療機関の現場から見たマイナ保険証の問題

講師：中村 洋一（全国保険医団体連合会政策部長・東京保険医協会副会長）

◇講 演 14：35～14：55

マイナ保険証をめぐる昨今の問題

講師：小川 有希子（愛知大学法学部准教授）

- - - - - 休憩 10 分 - - - - -

◇パネルディスカッション 15：05～17：00

○パネリスト

中村 洋一（全国保険医団体連合会政策部長・東京保険医協会副会長）

小川 有希子（愛知大学法学部准教授）

小島 延夫（弁護士/地方自治と地域医療を守る会 共同代表）

○コメンテーター

稲葉 一将（名古屋大学大学院法学研究科教授）

○コーディネーター

赤石 あゆ子（弁護士）

資料目次

	タイトル	頁	資料作成者/出典
1	「マイナ保険証」を生み出したデジタル（AI）化政策の危険性	1	稲葉 一将
2	PPT「「保険者の自治」を破壊（封殺）するマイナ保険証」	4	門脇 美恵
3	補足資料「現行保険証存続を求める自治体意見書」（中央社会保障推進協議会調べ（2024年10月17日）	11	全国保険医団体連 合会
4	PPT「医療機関の現場から見たマイナ保険証の問題」	13	中村 洋一
5	PPT「マイナ保険証をめぐる法的論点の整理」	28	小川 有希子
6	「マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行保険証の発行存続を求める意見書」（2023年11月14日 日弁連）	42	日弁連
7	「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 日弁連）	49	日弁連
8	「人権としての「医療へのアクセス」が保障される社会の実現を目指す決議」（2023年10月6日 日弁連）	51	日弁連
9	「個人情報保護法いわゆる3年ごと見直しの改正法案についての意見書」（2026年4月16日）	77	日弁連
10	「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（2026年7月）（概要）	91	デジタル庁HP
11	「マイナナンバーカードの普及・利用について」（2024年6月）	95	デジタル庁HP
12	「デジタル・ニッポン2026」（2026年5月）	101	自民党デジタル推 進本部
13	2025年8月以降のマイナ保険証利用状況に関わる実態調査 調査票・最終報告	106	全国保険医団体連 合会
14	「医療運動推進ニュース」、関連報道等	128	全国保険医団体連 合会
15	「マイナ保険証の利用率は停滞 保険証を復活させ併用を認めるよう求めます」（2026年7月29日 埼玉県保険医協会理事会声明）	139	埼玉県保険医協会
16	「マイナ保険証を持っても資格確認書が申請すればもらえます」チラシ	141	全国保険医団体連 合会
17	「原告団ニュース」	142	オンライン資格確認 義務不存在確認等請 求訴訟原告団事務局
18	「資格確認書の交付に関する申入書」（2025年6月）	153	地方自治と地域医 療を守る会
19	「シンポジウム マイナナンバーカードと保険証の一体化について」 2024年2月発刊	155	公人の友社
20	講師・報告者・パネリスト等略歴	156	

シンポジウム（2026 年 8 月 29 日）

「マイナ保険証」を生み出したデジタル（AI）化政策の危険性

稲葉一将（名古屋大学）

1. 報告の趣旨

- ・今回のシンポジウムは、「マイナ保険証」（健康保険証の廃止とマイナンバーカードによる代替）が生み出している諸問題を論じる。
- ・その前提として、本報告は、何が「マイナ保険証」を生んだのかを論じる。
- ・「マイナ保険証」が有する性格や特徴の確認を企図している。

2. 「マイナ保険証」の本質は何か

（1）国民不在とプロセスの不透明性

- ・健康保険証の廃止は、最終的（形式的）には国会（＝国民代表議会）が定めた¹が、廃止方針はそれ以前から行政内部で存在していた。閣議決定「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（2022 年 6 月 7 日）は「保険証の原則廃止」の語句を用いていたが、同年 10 月 13 日のデジタル大臣の記者会見では「原則」の語句が消滅した。
- ・ここには 2 つの問題点がある。その 1 つは、国民代表議会である国会の立法機能の弱さ。2 つ目の問題点は、「行政」の政策形成といっても、厚生労働省とデジタル庁との連絡や閣議における調整等、そのプロセスが不明であること。

（2）法の支配から状況の政治判断へ

- ・以上の 1 つ目の問題点は、主権者である国民自らがつくる法という意味での「法の支配」を弱体化させる。
- ・マイナンバー制度の根拠は、番号法（正確には、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（2013 年法律第 27 号））がこれを定める。一方的な付番（個人番号の生成・指定）の根拠を定める一面とともに、マイナンバーカード取得の任意性（申請は国民の意思に任せられている。）を定めるという一面もある。
- ・マイナンバーカードの目的は、利便性の向上²だと考えられるので、国民が取得するかどうかを決めればよいから、義務ではない。
- ・その番号法の仕組みの外部で、マイナンバーカードの取得義務化が進行した。ここで取得「義務化」というのは、報告者の用語³。マイナポイントの付与や健康保険証の廃止によって、

¹ 2023 年 6 月 2 日に、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律案が成立した（法律第 48 号）。

² 番号法 1 条は、「国民が、手続の簡素化による負担の軽減、本人確認の簡易な手段その他の利便性の向上を得られるようにする」と定める。

³ 稲葉一将「マイナンバーカード普及の新段階―取得『義務化』による公共サービスの変質

徐々に「抽象的な不安や国への不信」といった「国民の意識」が変化している状態を表現しようとして、「量的変化」という意味で、「義務化」という語句を用いていた。

・その時々状況の政治判断（マイナンバーカードを持たない、資格確認書だけを使う国民もいるが、少数という状況判断）によって、「マイナ保険証」は存在している。この政治判断は、番号法の外側で展開している。しかし、この「現実」が番号法から乖離するようになると、番号法を「現実」に合わせるという「論理」が生まれてくる。

・その「論理」の1つとして、利便性の向上ではなくて秩序維持目的が媒介になった場合を想定して、報告者は、「義務化」の段階から一歩進んで『化』が外れて、『義務』という質的变化の段階に進む」と、カードの目的も「国民の利便性の向上から『国民の行動履歴の管理』へと「変質」と述べていた⁴。

3. デジタル（AI）化政策の本質は何か—2026 年前半の現象形態から読み解く—

・「2」の状況を生み出している原因を探るのが「3」のねらい（ここが、本報告の中心）。現象形態⁵に沿って本質が何かを探ってみる。

（1）個人情報保護法の改正と寡頭制への移行

・資本主義の経済体制における世界的な変化。人間の行動履歴が資源になる（土地が私的所有権の対象になったように、人間の行動履歴がデータとして活用される。）。

・目的外利用や外部提供を許容する方向性をめざそうとする場合、個人情報保護の規制緩和が必要になる。しかし、経済社会がこの方向性を目指す場合でも、市民社会とは対立する。対立の強弱が、その社会の（民主的性格という意味での）状態を示す。人間の行動履歴が資源化する過程で、寡頭制（oligarchy）が論じられている。少数の富裕層がアルゴリズムや利用規約を私的に再編成しているとの主張もある（米国ジョージタウン大の Julie E. Cohen）。

・個人情報保護法（2003 年法律第 57 号）の 2026 年改正。同法は 2015 年の改正時に、「個人の権利利益」の「保護」が目的の同法 1 条に、個人情報の「活用」や「新たな産業の創出」といった語句を加えていた。今年も、個人情報を「活用」する側面が前面にあらわれた。AI 開発等という目的のため、多くの一般国民の個人情報が同意なく利用・提供される仕組み（同法 69 条 2 項 4 号。「統計作成等」の新設）。

（2）「デジタル・ニッポン 2026」と「法」の変質

・自民党政務調査会デジタル社会推進本部「デジタル・ニッポン 2026—責任あるアジャイル・ガバナンス—」（2026 年 5 月 19 日）。

・ここでの「アジャイル・ガバナンス」とは、「社会の変化を前提」として、「実証を通じて課題を把握し」、「リスクを可視化し」、「得られた知見を制度に反映させ」、「ルールを継続的に更新していく」という、「進化する統治の原則」（同 5 頁）。

—」住民と自治 722 号（2023 年）22 頁。

⁴ 同上。

⁵ 詳しくは、稲葉一将「公的医療制度の後退とマイナンバー制度との危険な関係性—医療情報の監視へ—」大阪保険医雑誌 718 号（2026 年）22 頁以下の参照を乞う。

・「社会の変化を前提」とすることを、いわゆる健康保険証の廃止によってマイナンバーカードの取得数が増えたことと理解して、このことを「制度に反映」させると、番号法という「ルール」も「更新」されることになるのではないか。

・「2.『デジタル』を前提にした社会へ」(2.1(1))の箇所では、「マイナンバーカードの罰則なしの取得義務化へ」(同8頁)という語句を用いた。そこでは「マイナンバーカードが国民に広く普及してきた」という現状認識に続き、「これから」は、「国民全員がマイナンバーカードを取得しているという前提が必要」とまで飛躍。この「前提」が確立すればという趣旨だろうが、「デジタル庁及び総務省」は、「マイナンバーカード取得の義務化」に向け、「法的に義務付ける必要性や実効性について検討すべきである」と結んだ。

・「アジャイル・ガバナンス」は「社会の変化を前提」として「ルール」を「更新」する「統治の原則」だとされる。マイナンバーカードの取得義務化については、「国民全員」の取得という「前提」を作り出す段階が必要になる。

(3) 報告題名の「危険性」とは何のことか

・(1)と(2)に共通するのは、本人の意思が尊重されないところ。本人同意なき個人情報の利用・提供。マイナンバーカードの取得義務(任意性の否定)。

・人の主体性が弱くなれば、人の客体性が強くなる。客体性を物質性と言い換えると、意思表示をしなくなり、全体を構成する物的要素へと転化する社会へと向かう、という理解になる。報告者が「危険性」を感じるのは、ここ(人が主体性を喪失して、社会全体を構成する要素へと転化するとき、社会全体を防衛するために個性が抑圧される可能性)。

4. 問われる個人情報保護委員会の存在理由(「行政」の「公共性」)

・「3」で述べた危険性を深刻に考える場合、これへの対抗や矛盾も強くなる。その矛盾は、法的には、どこにあらわれてくるのだろうか。

・1つには、寡頭制というかどうかはともかく、AI開発のための個人情報の「活用」に対し、個人情報の「保護」を要求する主張も有力になるかどうか、ポイント。

・そして、「統計作成等」は、「個人の権利利益を害するおそれが少ないもの」として個人情報保護委員会規則が、これを定める(個人情報保護法2条13項)。個人情報保護委員会の存在理由が問われる(誰の権利利益の保護かという「権利利益」の「公共性」が、「行政」の「公共性」の次元で問われる。)。

・ただ、「矛盾」といっても、力関係が均衡を欠いている(「活用」が強いので矛盾にならない。)。1つには、個人情報保護法の目的規定の改正論(「活用」の削除による権利利益保護法への純化)が問われるべき。2つ目の問題点は、多元主義的な行政組織法論の必要性。内閣総理大臣が主任の大臣となるデジタル庁は独任制であるのに対して、個人情報保護委員会は複数の委員から構成される合議制。合議制の理論と実践が問われているのではないか。

「保険者の自治」を破壊（封殺） するマイナ保険証

広島修道大学
門脇美恵

1

はじめに——問題意識と報告の方向性

- 医療分野のデジタル化の問題と、従来保険証廃止を中心とする**マイナ保険証の問題**とは区別される。報告では後者を念頭に置く。
- 資格確認の手段としてのマイナ保険証一元化の問題性は、①医療現場で合理性を欠く点（**現場でのトラブル**→講演3）と、②そもそもの政策決定の方法（**民主主義からみた問題**）にある。
- 中央集権的に、かつ民主的手続を軽視して決定されたマイナ保険証政策は、多くの批判にもかかわらず、撤回されていない。
- **このような政策の「上からの」押しつけ**への対抗理念として報告で試論的に提示するのが、「**保険者の自治**」の理念を介した、**保険者による「下からの」保険者当事者の意向・利益の反映とこれに基づく対応**。
- 「**保険者の自治**」はドイツで歴史が長い。報告者は医療分野における**行政への当事者参加**という視点から着目したテーマ。ドイツで保険者は、当事者（雇用者＋被保険者）に選出された議事機関と同機関が任命する理事会を中心に、法令に従い、規約を制定して運営される。

2

「自治」概念——「地方自治」・「保険者の自治」

- 己通にク同内の世ス、付そ中りい給。病伴險一的。治傷に保統定。自た化・に限なっ度大的は能的制抗終項にて治。能て除の最事機れ除用もるつさ保範率きも立全者料でるて成差者の念領域を設社險險定すし構は險も事理領に。保保決念とのに保つ當のは伝と在被たが観体関方「も理決自治いご存。い関一行政機はれ担のし権原己方長域のるて機はれ當閣別広の自地ツ、庫さ決自治れ當閣別広政、るイる金成でも自そ連・はと行るすド遡病編庫でのが、加險史的れにに疾て金ツの者し參保歴權さ耳助「し、イ險險た者域な分念く自治共るといド自のあ者伴在「た。當るよは觀よ自の險に現もれつ、なるよとて。の人で險に現でさ行め重得治とも險る備は統で日本織をたとし自定を保けの庫の味日組宮い治視「決性」「おへ金空意

3

なぜ、日本で馴染みの薄い「保険者の自治」という概念を用いるのか？

- イク者
 マスの
 らり事
 か病当
 念傷
 概と、
 う性）め
 い特）た
 との性る
 療接す
 治医近目
 自「注
 のは下に
 者由以性
 陰理＝和
 保る係親
 「す関の
 て子など
 え一接治
 あ口密自
 プのる
 ずアとす
 らに業と
 わ題職素
 か問・要
 かの活を
 も証生」
 に陰つ加
 れ保も参
 そナが「
- 事令者ク保、
 当親隲スのく治
 隲と保りれし自
 保、各病そまの
 加、傷れ望者
 は参るはそが隲
 られに、當保
 かでらめて運
 素味め本つる、
 要意求基よれて、
 のいがは。さし
 の広が異なる映と
 加（こ差よ反介
 参でるのにが媒
 「ちれそと益的
 のたさ、こ利論
 者か達りた・理
 事の伝なき向く
 当かに異て意い。
- ら者かしのてる
 何隲員展員めい
 る保成発成求用
 され、保成発成求用
 さが）構が構をに
 包益でて度、當的
 内利ち域制て運論
 に・た地ていな試
 向かやしおつを
 治意る業心によ念
 自のき職対者の概
 「者ではに隲その
- 者の
 事旨
 当趣
 なマ
 う一
 の（テ
 上の
 以す
 封殺
 は、
 け・
 付否
 しを
 押請
 「の要
 の証
 陰運
 保陰
 ナ保
 イた
 マし
 る映
 反を
 によ
 府に
 政意

4

「保険者の自治」とマイナ保険証問題の関係

- ・マイナ保険証問題は、公共性の高い医療アクセス保障と個人情報取り扱いに関わる。全ての保険者にとって、重大な関心事項であるはず。政府の主張する「公益」に対抗する、保険者が具体化すべき「公益」があるのではないか。
- ・マイナ保険証をめぐり、保険医療提供サイド（保団連）や日弁連等は活発な意見表明を行っているが、保険者自身も、構成員の利益を守るために、A)自律的判断で適切な措置を講じつつ、B)集約した意見を国会・政府に訴えることが、「保険者の自治」の理念から求められる。
- ・この点、地方自治の担い手であり、かつ保険者でもある自治体（広域連合含む）では動きあり。波及するには、保険者の基盤である住民や労働者（労組・職員団体）が問題を認識し意見を表明することが必要。保団連・日弁連等の活動は後押しとなる。

5

マイナ保険証をめぐり問題状況を見ると…

◆マイナ保険証の問題

・取得が任意のマイナンバーカードの保険証としての利用については、当初より保険給付提供者である医療機関から特に反対が強く、被保険者自身においてもニーズが低く、利用率も低調であった。

・しかし、個人情報の利活用を推進したい政府は、マイナポイント付与と現行保険証廃止決定により、マイナ保険証の普及を強引に推進。トラブルは現在も解消していない。☞トラブルにつき講演3（中村洋一氏）

◆保険者の立ち位置

一部の国保組合のほか、保険者としての自治体とくに市町村（特別区含む。以下同じ）から反対する動きが目立つ。
・議会が従来保険証の存続等を求める意見書（地方自治法99条「当該地方公共団体の公益に関する事件」についての「意見書」）提出の動きは早くから広がる。

・国保被保険者への資格確認書一斉交付（世田谷区・渋谷区・杉並区）とくに混乱が大きい後期高齢被保険者についても、大阪府後期高齢者医療広域連合（以下「大阪府広域連合」）が資格確認書一斉交付方針を決定（2026年2月27日定例会議）していた。

☞保団連資料「医療運動推進ニュースNo.1710」

6

「保険者の自治」から求められる役割に応えているか？

・ 上述の一部自治体の動きは、まさに

「保険者自身も、被保険者の利益を守るために、

A) 自律的判断で適切な措置を講じつつ、

B) 集約した意見を国会・政府に訴える」

という、「保険者の自治」の理念から求められる、被保険者の利益を実現するための活動であった、と評価できる。

・ B) に該当するのが、**地方議会の意見書提出**。2023年10月時点で87自治体、2024年10月時点で208自治体の議会で意見書を採択。

・ A) に該当するのが**自治体判断による資格確認書の一斉交付**。都内3区と大阪府広域連合（いずれも特別地方公共団体）。

7

B) 集約した意見を国会・政府に訴える 現行保険証存続を求める自治体意見書 2024年10月時点で**208自治体（210決議）**

中央社会保障推進協議会調べ（2024/10/17）

*保団連サイト〔<https://hodanren.docnet.or.jp/info/news/2024-10-21/>〕



保険医協会・保団連とは

医療・健康情報

医療関係者

出版物

問い合わせ

SNS



Home > ニュース > 石破首相のお膝元でも「保険証廃止しないで」自治体意見書が採択されていた！

石破首相のお膝元でも「保険証廃止しないで」自治体意見書が採択されていた！

2024年10月21日

8

A) 自律的判断で適切な措置——資格確認書の一斉交付

- ・資格確認書は、原則として申請に基づき交付され、かつマイナ保険証とのW持ちは不可とされるが…

- ・2023年8月の閣議決定で**保険者が必要と認めた場合は職権で交付してよい**ことに。

- ・2025年4月3日には、医療現場や自治体など現場の実態を踏まえて、後期高齢者全員（2000万人）に資格確認書を交付することが決定（マイナンバー法改正に伴う関係法改正。2025年8月-2026年7月末までの暫定的な対応）。

- ・しかし、一部自治体が職権で資格確認書の交付する方針を決定したところ、**政府からこれをけん制する動きが見られた。**

☞保団連サイト「『世田谷区・渋谷区資格確認書全員交付』に厚労大臣が異論」（2025年5月17日）〔<https://hodanren.doc-net.or.jp/info/news/2025-05-17/>〕

9

国—自治体間における見解の違い

- ・世田谷区、渋谷区の方針決定について、福岡厚労大臣（当時）は記者会見（2025/5/16）で、資格確認書が国民健康保険法上、**「マイナンバーカードで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交付することとされている」と異論を述べる。**
しかし、保坂展人世田谷区長は、「国保の保険者は区。区のシステムにマイナ保険証を取得した人を除外するシステムはない。92万区民の問い合わせに応じることを想定すると、全員に送付するのが合理的だと思う」とコメント（東京新聞2025/5/15）。

- ・広域連合の対応に関しても、当初、**厚労省事務連絡（2026年1月27日）はマイナ保険証利用実績が一定ある者には交付しない取り扱いを示していた。**しかし、大阪府広域連合は同年2月27日定例会でマイナ保険証の利用実績を問わず交付する方針を決定。

10

自治体は適切に法令解釈権を行使

- ・厚労省大臣の「コメント」および同省事務連絡に盲目的に従わず、自治体が自身が各々の状況を考慮し、法令を解釈して何が適切な対応かを判断した、と評価できる。
- ・このような毅然とした対応が、なぜ可能であったか？自治体は保険という機能的な自治の担い手であると同時に（それ以前に）地方自治の担い手であり、自治が重なりあっている。その結果、保険者に期待される機能を地方自治が補強・補完した、とみている（個々の議会・長のスタンスがあるとしても）。
- ・国保についてみると、自治体は「住民」に対して一般的公益の具体化を担うと同時に「保険当事者」に対してより具体的な公益（医療保険分野における公益）の具体化を担う。医療保険の高い公共性を前提に、二重の意味で公益の具体化を担う自治体において、保険者機能が活性化したのではないか。

11

マイナ保険証問題から浮かび上がる国民皆保険を支える自治体の特別の地位・役割（日本の制度的特徴）

- ・保険者としての自治体は、地方自治で培った力で、自ら法令を適切に解釈し、ときに国の見解に対抗して、マイナ保険証問題に自律的に判断し、対応することができたのではないか。

☞例えば世田谷区のコロナ渦での独自対応が想起される。

- ・医療分野での国民皆保険を実現するため、「受け皿」として重要な役割を果たす地域保険。その保険者である自治体が担う、他の保険者とは異なる、特別の地位・役割が見えてくる。
- ・このような自治体の動きが他保険者に波及することを期待。
- ・政府の強引な上からの強引なマイナ保険証政策に、自治体を中心に保険者が下から対抗する。ひとり一人が「住民」として、「保険当事者」として、この問題に関心をもつことが肝要。シンポジウムもその後押しとなる。

12

参考文献

【マイナ保険証問題】

- ・ 門脇美恵「マイナ保険証と『保険者の自治』」稲葉一将ほか著『マイナンバーカードの「利活用」と自治——主権者置き去りの「マイナ保険証」「市民カード」化』（自治体研究者、2023年）59-77頁。
- ・ 門脇美恵「マイナ保険証と『保険者の自治』大阪保険医雑698号誌（2024年10月）20-23頁。

【日本における保険者自治と労働組合】

- ・ 駒村康平「保険者自治（健康保険組合・企業年金）に労働組合はどのように関わっているのか」連合総研「新しい時代の保険者自治に向けて」（2025年11月）
〔https://www.jstage.jst.go.jp/article/rengosokenhoukokusyo/2025/5/2025_3/_pdf/-char/ja〕

・ 【ドイツ公的医療保険における自治】

- ・ 門脇美恵「ドイツ疾病保険における保険者自治の民主的正統化」（2014年）名古屋大学学術機関リポジトリ
- ・ 門脇美恵「ドイツ疾病保険の多層的自治構造における『共同自治』の民主的正統化に関する一考察」榊原秀訓ほか編著『地方自治をめぐる規範的秩序の生成と発展』（日本評論社、2024年）208-230頁

講演2（門脇）補足資料

図表1）現行保険証存続を求める自治体意見書 2024年10月時点で208自治体（210決議） 中央社会保障推進協議会調べ（2024/10/17）

保団連サイト〔<https://hodianren.docnet.or.jp/info/news/2024-10-21/>〕をもとに報告者が作成（AI利用）

都道府県	採択自治体数	合併した自治体	合併していない自治体
北海道（179）	20	美唄市,北広島市,札幌市,伊達市,小樽市（5）	安平町,ニセコ町,江差町,森町,浦河町,標茶町,南幌町,津別町,網走市,新得町,新ひだか町,足寄町,せたな町,上士幌町,広尾町（15）
青森県（40）	5	五所川原市,つがる市,青森市（3）	鱒ヶ沢町,深浦町（2）
岩手県（33）☆	13	北上市,久慈市,八幡平市,大船渡市（4）	紫波町,住田町,西和賀町,山田町,野田村,田野畑村,岩泉町,岩手町（8）
秋田県（25）	10	北秋田市,潟上市（2）	五城目町,羽後町,井川町,八郎潟町,藤里町,上小阿仁村,小坂町,東成瀬村（8）
宮城県（35）	6	気仙沼市,栗原市,登米市（3）	岩沼市,角田市,色麻町（3）
山形県（35）	8	南陽市,天童市（2）	庄内町,大蔵村,河北町,川西町,西川町,戸沢村（6）
福島県（59）	13	喜多方市,会津美里町（2）	会津坂下町,西郷村,葛尾村,中島村,大玉村,三春町,桑折町,金山町,小野町,国見町,石川町（11）
茨城県（44）	1	つくば市（1）	0
群馬県（35）	2	0	昭和村,片品村（2）
栃木県（25）	2	0	塩谷町,高根沢町（2）
東京都（62）	5	八丈町（1）	調布市,小金井市,渋谷区,三鷹市（4）
埼玉県（63）	7	八潮市（1）	北本市,鳩山町,三芳町,越生町,皆野町,長瀬町（6）
千葉県（54）	4	0	鋸南町,東庄町,御宿町,神崎町（4）
神奈川県（33）	7	海老名市,南足柄市（2）	座間市,愛川町,清川村,鎌倉市,葉山町（5）
山梨県（27）	2	0	上野原市,都留市（2）
新潟県（30）	3	胎内市（1）	聖籠町,見附市（2）
長野県（77）	3	安曇野市,飯山市,飯綱町,野沢温泉村（4）	松本市,駒ヶ根市,軽井沢町,立科町,長和町,南箕輪村,宮田村,阿南町,泰阜村,下條村,飯島町,青木村,栄村,富士見町,北相木村,麻績村,山形村,松川村,白馬村,南相木村,朝日村,小布施町,原村,南木曾町,王滝村,大桑村,池田町,天龍村,御代田町,小川村,坂城町（31）
静岡県（35）	1	静岡市（1）	0
愛知県（54）	1	設楽町（1）	0
三重県（29）	3	伊賀市（1）	四日市市,亀山市（2）
滋賀県（19）	2	愛荘町（1）	竜王町（1）
京都府（26）	3	精華町（1）	長岡京市,向日市（2）
大阪府（43）	2	0	貝塚市,富田林市（2）
兵庫県（41）	1	0	川西市（1）

奈良県 (39)	3	大和高田市 (1)	河合町,三宅町 (2)
広島県 (23)	4	尾道市,庄原市,廿日市市 (3)	安芸太田町 (1)
鳥取県 (19)	2		0 三朝町,智頭町 (2)
高知県 (34)	5	安芸市,南国市,須崎市 (3)	いの町,芸西村 (2)
香川県 (17)	1		0 三木町 (1)
徳島県 (24)	6	吉野川市,三好市,那賀町 (3)	石井町,徳島市,美波町 (3)
福岡県 (60)	13	田川市,筑後市,八女市 (3)	中間市,柳川市,直方市,行橋市,みやこ町,糸田町,鞍手町,小竹町,苅田町,うきは市 (10)
佐賀県 (20)	2	鳥栖市,神埼市 (2)	0
熊本県 (45)	4	菊池市,宇城市 (2)	阿蘇市,美里町 (2)
長崎県 (21)	3	壱岐市,新上五島町 (2)	時津町 (1)
宮崎県 (26)	2		0 国富町,綾町 (2)
鹿児島県 (43)	2		0 垂水市,枕崎市 (2)
沖縄県 (41)	5		0 中城村,大宜味村,北谷町,読谷村,嘉手納町 (5)

☆ 岩手県は県議会も意見書を提出。

医療機関の現場から見た マイナ保険証の問題

全国保険医団体連合会

理事・政策部部長

中村洋一（東京・中野区・中村診療所医師）

時系列表「オンライン資格確認等システムと保険証廃止について」

2021年10月20日	オンライン資格確認等システムの本格運用開始
2022年5月26日	厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会で、厚労省がオンライン資格確認等システムの導入を2023年4月から医療機関に原則として義務付け、将来的に保険証の廃止を目指す方針を提案
2022年6月7日	「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太方針2022）」を閣議決定。2023年4月から保険医療機関・薬局に対するオンライン資格確認等システム導入の原則義務化、保険証の原則廃止を目指す方針を明記
2022年8月10日	厚生労働省 中央社会保険医療協議会（中医協）・総会答申書で、療養担当規則にオンライン資格確認等システムの導入義務化を明記することを決定
2022年8月24日	厚労省保険局医療介護連携政策課長が、医療機関・薬局向けオンライン説明会において、保険医療機関が改正後療養担当規則3条に従わない場合、保険医療機関指定の取消事由となりうると説明
2022年10月13日	河野太郎デジタル大臣が記者会見で、「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と一体化させる方針を発表
2022年12月23日	厚生労働省 中央社会保険医療協議会（中医協）・総会答申書で、オンライン資格確認等システム導入義務化について、経過措置を決定
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が中間とりまとめを公表。政府は健康保険証を2024年度秋に廃止し、マイナンバーカードと一体化させるために、カードを持たない人に対し「資格確認書」を発行する等の方針を確認。通常国会（会期末6月21日）に健康保険証を廃止するための関連法案を提出予定

作成：東京保険医協会

三師会の幹部を引き連れてオンライン説明会を実施し、オンライン資格確認導入義務に従わない場合、保険医療機関の取り消しと恫喝

- 厚労省保険局医療介護連携政策課長が、医療機関・薬局向けオンライン説明会において、保険医療機関が改正後療養担当規則3条に従わない場合、保険医療機関指定の取消事由となりうると説明。

2022年8月24日

三師会・厚生労働省合同開催 オンライン資格確認の原則義務化に向けた医療機関・薬局向けオンライン説明会（2022年8月24日18:30～）

厚労省は23年4月の原則義務化に向けて導入



挨拶する厚労省の伊原和人保険局長（左）と日医の長島公之常任理事。伊原局長は同システムを「安心・安全な医療を提供するためのデータヘルスの基盤」と強調



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

**オンライン資格確認の導入が
原則として義務付けられます**

～安心・安全で質の高い医療を提供する
医療DXの基盤となります～

【医療機関・薬局の皆さまへ】

令和4年8月24日
厚生労働省 保険局

保団連・保険医協会は拙速なオンライン資格確認等システム導入「義務化」撤回を求めて、活発な要請活動を展開

- 保団連および全国の各保険医協会は、患者の医療情報漏えい等の各種問題や懸念が解決するまではオンライン資格確認等システムは導入せずに、現行の健康保険証での資格確認を継続すべきとの立場から、拙速なシステム導入「義務化」実施の撤回を求める積極的な取り組みを展開。
- 東京保険医協会は、696筆の会員署名を集約し、東京選出の国会議員等へ届けるなど精力的に働きかけを行った。

2022年12月23日開催の中医協総会でオンライン資格確認等システム導入「義務化」の実施が決定される

- オンライン資格確認等システム導入「義務化」実施の最終判断を行うとされた2022年12月23日開催の中医協総会での審議の結果、2023年4月にオンライン資格確認等システム導入義務化を実施することが答申・決定された。
- 答申では複数のケースにおいて経過措置が示されたが、「義務化」そのものの撤回は行われず、また除外対象についても拡大されなかった。

東京保険医協会理事会が「義務化」撤回を求め、国を相手に提訴することを決定

- 東京保険医協会はかねてからオンライン資格確認「義務化」に係る法的な対応の研究と準備を進めていた。
- 中医協答申を受け、2023年1月14日開催の理事会で対応を協議。その結果、協会会員を中心に保険医と歯科保険医による原告団を結成し、喜田村洋一弁護士をはじめとする4人の訴訟代理人を弁護団として国を相手にオンライン資格確認「義務化」撤回訴訟を起こすことを全会一致で議決した。
- 加えて、全国保険医団体連合会（保団連）を通じて、各保険医協会に所属する保険医、歯科保険医を対象に原告団への参加を緊急に広く呼びかけていくことを決定。

『オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟』原告団に全国から多くの保険医、歯科保険医が参加

- 2023年2月22日、東京保険医協会会員を中心とする274人の第一次原告団を結成し、国を相手どり東京地方裁判所へ「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」第一次提訴を実施。
- 保団連を通じた呼びかけに応えて、全国の保険医協会会員から原告団への参加申し込みが多数寄せられ、801人の第二次原告団を結成（2023年4月21日）、第一次、第二次を合わせて1,075人の原告団へ発展。
- さらに340人の第三次原告団を結成し（2023年9月12日）、第三次提訴を実施。最終的に原告団は1,415人に達した。

東京地裁へ提訴した要旨

- 保険医療機関が患者から健康保険法3条13項に規定する電子資格確認により療養の給付を受けることを求められた場合に、
 - (1) 電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることを確認する義務がないこと
 - (2) 電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることの確認ができるようにあらかじめ必要な体制を整備する義務のないこと
- (1) (2) を確認する。 2023年2月22日

国の反論の要旨

- 療養担当規則は健康保険法の委任があると解釈できる
- トラブルが多発していても徐々に解消される
- 導入困難医療機関の免除や導入への補助金などの支援をしている
- オンライン資格確認を義務化しても憲法上の権利侵害に当たらない。現に個別指導の現場においても弁護士の帯同や録音を認めている。

地裁判決要旨

2024年11月28日

- 健康保険法70条1項が本件各規定の授權であると解する
- 委任命令の療養給付を行うために遵守するのに必要な事項も厚生労働大臣の専門的技術的裁量に一定程度委ねられているから違法性はない
- 義務化としても一定免除などの配慮や、助成金などの救済策もある
- 義務化の目的と公共性から憲法違反でない

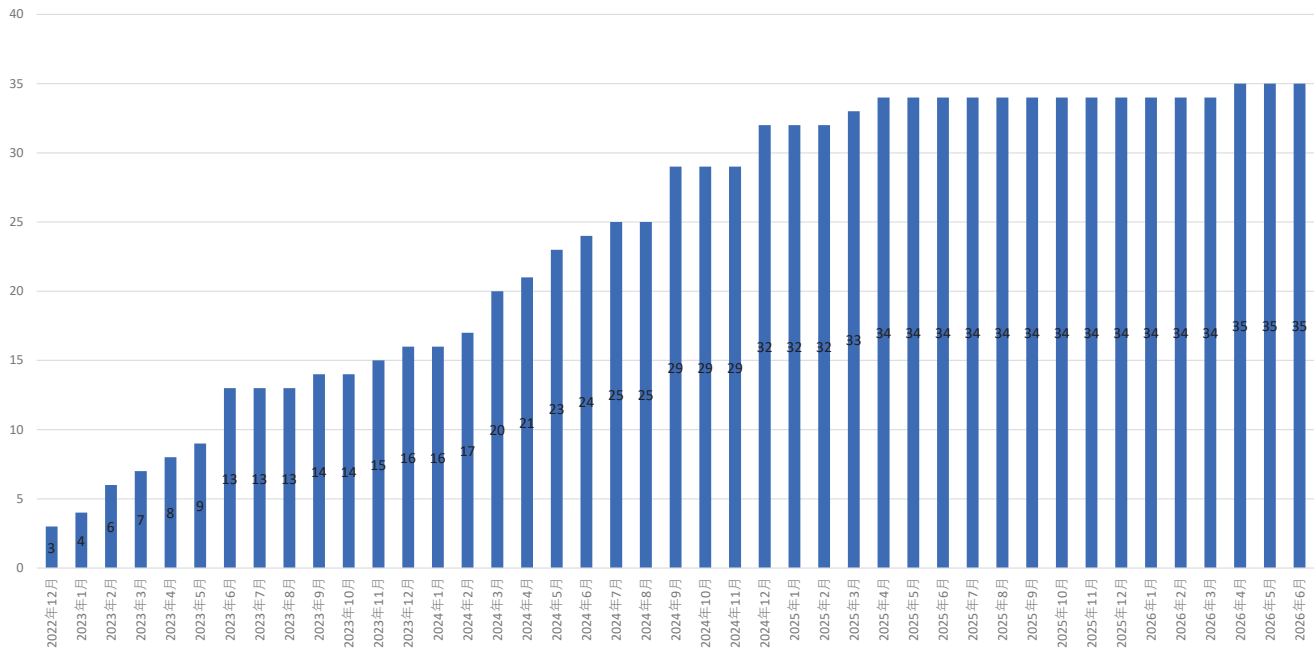
原告側の地裁判決への批判

- 判決文はわずか12ページの短さである
- 原告主張が認定されない理由について言及した部分が非常に少ない
- 療養担当規則に義務化を載せることは、そもそも健康保険法の委任がなく法理、法文の文理を無視した主張である
- 保団連を医療機関の一組織で、まるで一部の人々による主張だと矮小化している
- 以上より不当判決である

東京高裁への上訴に関する準備書面での 主な原告としての主張：2024年11月28日

- ① 過去に委任命令の適法性・違法性を判断した11件の最高裁判例では、最高裁は委任命令にあたって法律の規定上授権の趣旨が明確に読み取れることを要求しており、本件においても該当する。
- ② 健康保険法上、資格確認はあくまで被保険者の義務であり、保険医療機関の義務ではない。
- ③ 原判決は健康保険法70条1項の「厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない」とする規定について、「担当」の語句から、医療サービスそのものの以外についても委任しているという解釈を示したが、「担当」の語にそのような意味はなく、拡大解釈の余地もない。
- ④ オンライン資格確認に係る各規定が設けられた後も、保険医療機関にオンライン資格確認を義務付ける授権規定の導入や各規定を立法府が受容したと認められるような法改正はなされていない。
- ⑤ オンライン資格確認に係るトラブル事例が多発して、保険医療機関では診療行為に支障が生じている上に、中には廃業せざるを得ない深刻な事態を生じさせている。
- ⑥ 上記の理由から、オンライン資格確認に係る各規定は憲法41条に違反し、違法・無効であり、また憲法22条1項で保護される職業活動の自由を侵害している。

【2022年12月～26年6月東京保険医協会会員のオン資「義務化」を理由とした退会者数（累積）】



今後の裁判の予測

- 9月16日午後 1 時40分より東京高等裁判所第101法廷で判決言い渡し
- 同日午後に原告説明会や記者会見が予定されている
- 敗訴したら最高裁に上告するが、勝訴しても国側は上告するであろうから、戦いの場は最高裁まで行くことになると予測
- 最高裁で勝利を勝ち取ることの意義は大きい

医療機関としての望ましい方向（私見）

- 患者の資格確認は安全に、かつ簡易にできること
- 患者の受療権を侵害しないように、誰でもいつでもどこでも医療アクセスができること
- 情報漏洩の危険性がないこと
 - デジタル化は保険診療に限りの独自の制度にすべき
- デジタル化は必要としても、使いやすく安全にするためには現状の複雑な診療報酬体系を改め簡易にすること

2026年1月29日

2025年8月以降の マイナ保険証利用状況に 関わる実態調査

（最終報告）

01

調査概要

1. 調査期間・方法

- ・ 2025年10月14日～12月1日
 - ・ 保険医協会・医会が会員医療機関へFAX送信もしくは郵送し、保団連が一括集計
- ※25年8月以降のトラブル状況について聞く調査用紙を、上記期間に送付し集計した。

2. 送付数・回答数・回答率

- ・ 送付数 49,288 医療機関
- ・ 有効回答数 10,519 医療機関
- ・ 回答率 21.3%

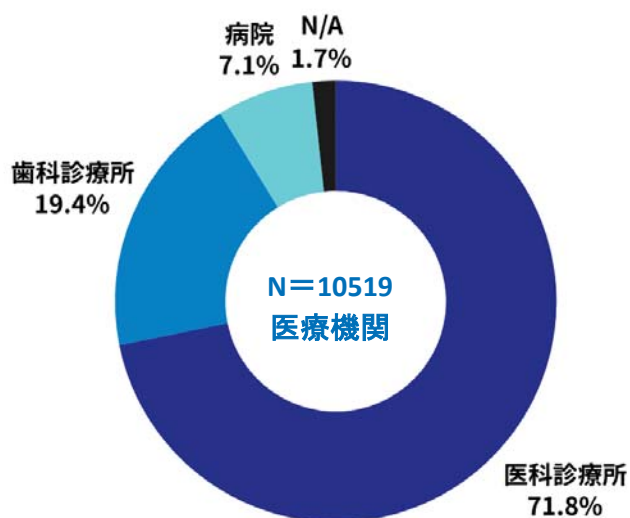
3. 33都府県（35保険医協会・医会）で実施

青森、岩手、宮城、秋田、茨城、栃木、群馬、東京、神奈川、山梨、新潟、
富山、石川、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、京都、兵庫、奈良、和歌山、
広島、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

02

医療機関の区分

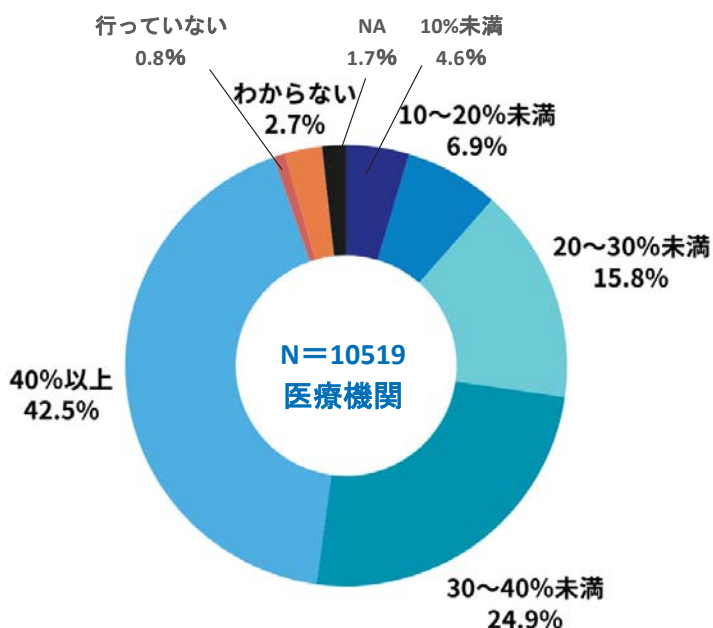
医科診療所	7554 (71.8%)
歯科診療所	2043 (19.4%)
病院	743 (7.1%)
N/A	179 (1.7%)



03

マイナ保険証利用率 約半数が40%未満

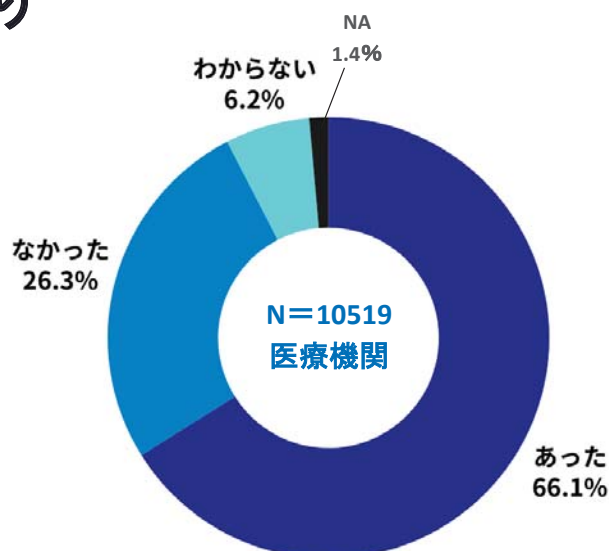
10%未満	483 (4.6%)
10～20%未満	725 (6.9%)
20～30%未満	1662 (15.8%)
30～40%未満	2616 (24.9%)
40%以上	4474 (42.5%)
行っていない	86 (0.8%)
わからない	289 (2.7%)
N/A	184 (1.7%)



04

期限切れ保険証や資格情報のお知らせのみの受診
6割以上が経験あり

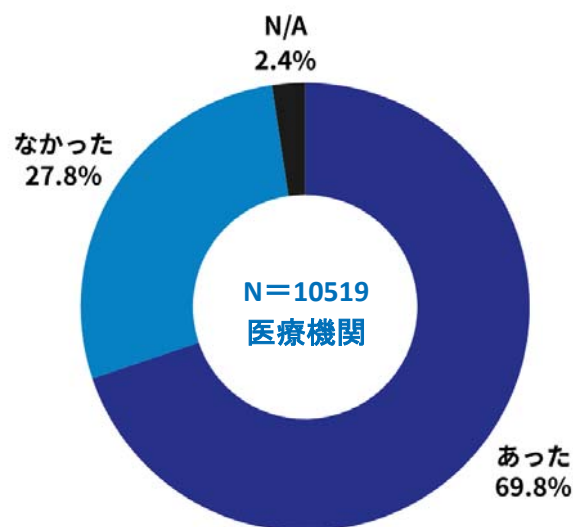
あった	6950 (66.1%)
なかった	2771 (26.3%)
わからない	651 (6.2%)
N/A	147 (1.4%)



05

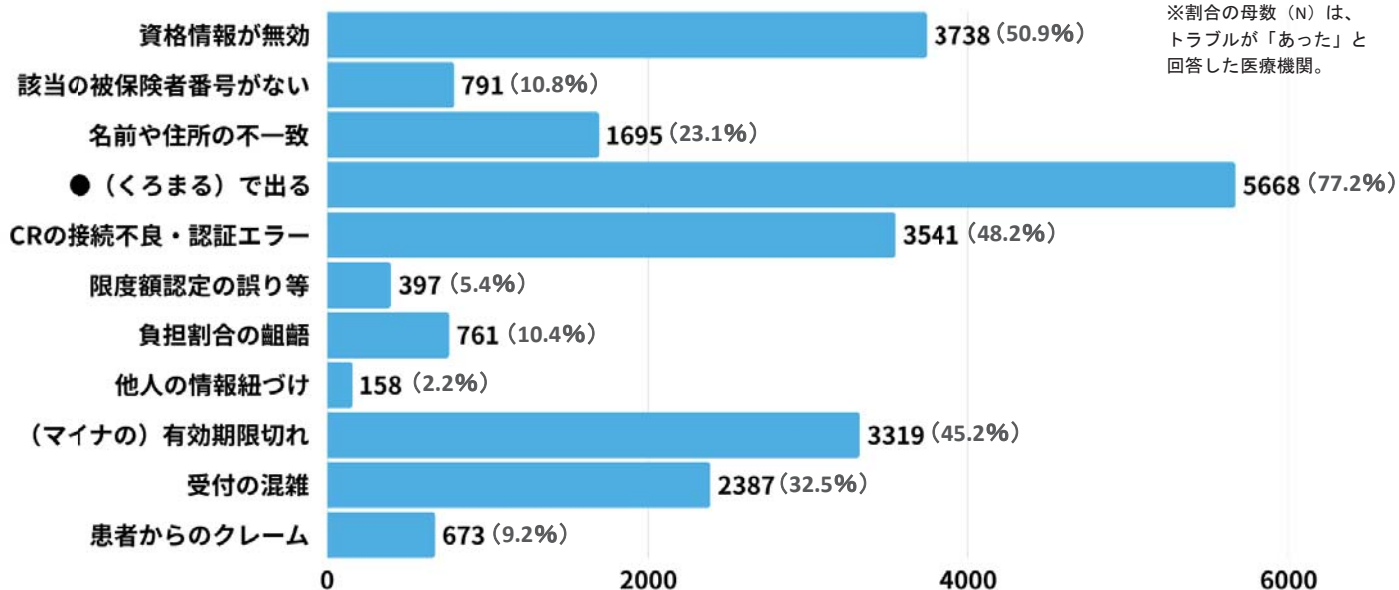
マイナ保険証による資格確認でのトラブル 医療機関の7割で発生

あった	7346 (69.8%)
なかった	2924 (27.8%)
N/A	249 (2.4%)



06

トラブルの内容（複数回答） 「有効期限切れ」さらに増加

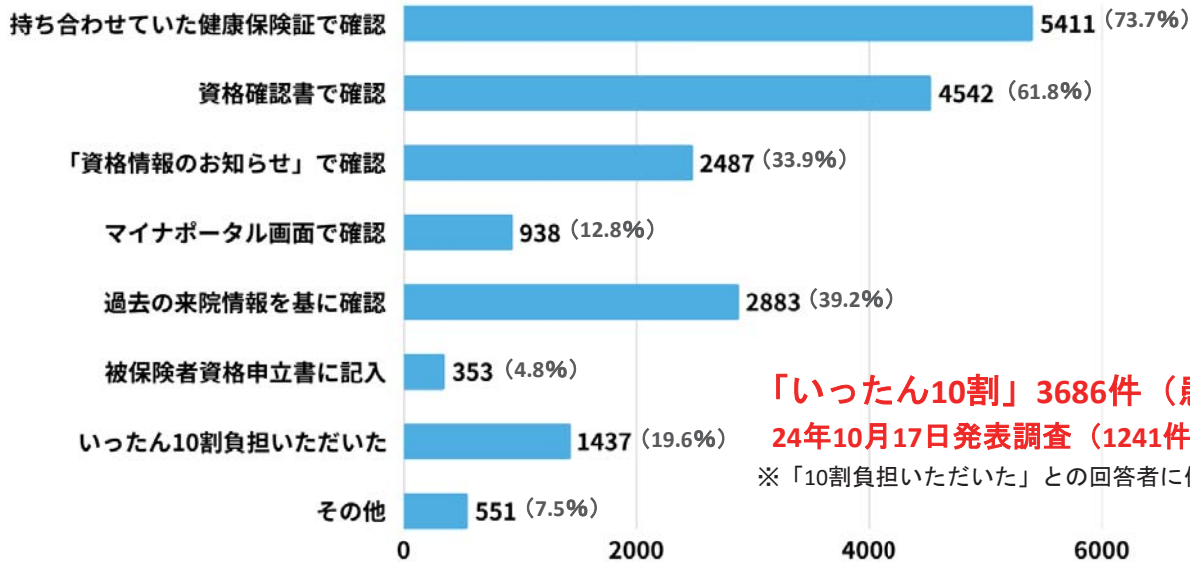


07

トラブル対応方法（複数回答） 「健康保険証で確認」が7割超

N=7346医療機関

※割合の母数（N）は、
トラブルが「あった」と
回答した医療機関

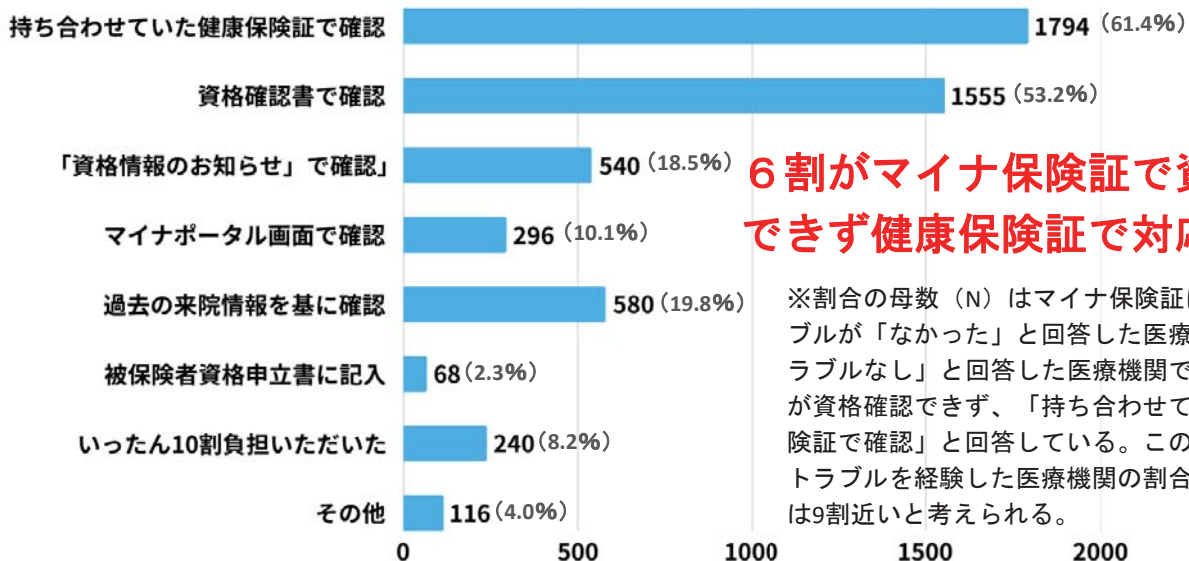


「いったん10割」3686件（患者数）以上
24年10月17日発表調査（1241件）より大幅増
※「10割負担いただいた」との回答者に件数を聞き積算した

08

参考）「トラブルなし」回答者でもマイナ保険証で 資格確認できなかった場合（複数回答）に回答

N=2924医療機関



6割がマイナ保険証で資格確認
できず健康保険証で対応

※割合の母数（N）はマイナ保険証によるトラブルが「なかった」と回答した医療機関。「トラブルなし」と回答した医療機関でも、61.4%が資格確認できず、「持ち合わせていた健康保険証で確認」と回答している。このことから、トラブルを経験した医療機関の割合は、実際には9割近いと考えられる。

09

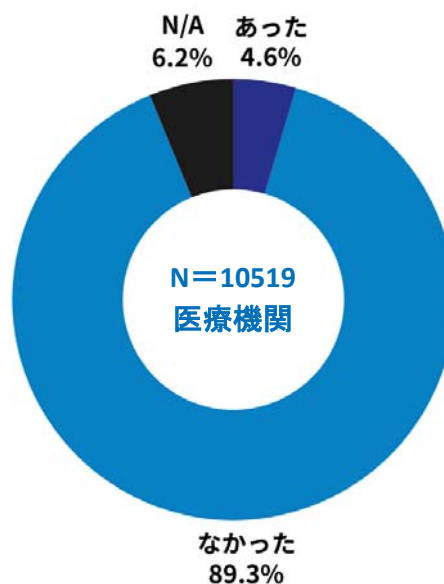
不詳レセプトで請求し「返戻」の事例

あった	480 (4.6%)
なかった	9390 (89.3%)
N/A	649 (6.2%)

※マイナ保険証により資格情報が確認できず、不詳レセプトで請求し、「返戻」されたケースを聞いた。

返戻の件数 883件以上発生

※返戻が「あった」との回答者に件数を聞き積算した



請求が認められず「返戻※」となった事例

▲社保から国保への切り替え時期などで、情報更新されていない

→新資格が確認できない場合、旧資格で請求することとされているが、審査支払機関で振替できず返戻となる事例が多数報告。

▲そもそも資格情報が反映されていない

→4カ月間マイナ資格情報の変更がされておらず、4カ月分の返戻を受けた。ありえないです。

▲負担割合の間違い

→被保険者資格申立書には「70 歳以上の方、または後期高齢者医療の被保険者の方は、一部負担金の割合についてもご記入ください。なお、ご記入いただいた一部負担金の割合が実際と異なっていた場合、後日、保険者から(被保険者に)差額を請求等させていただく場合があります。」と記載されているが、医療機関に返戻される事例が多数。

▲資格不詳請求で返戻された

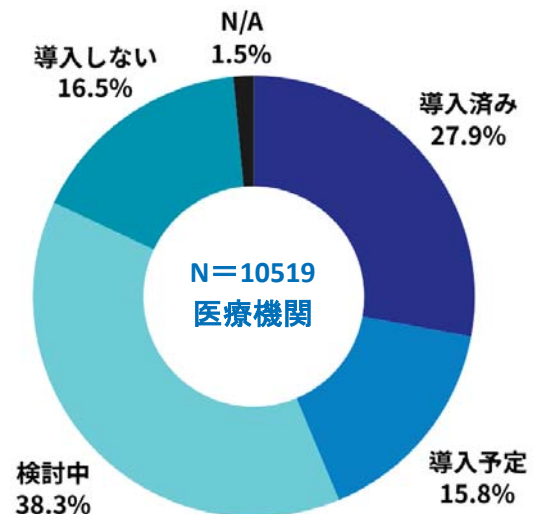
→「患者の申し立てに従って資格不詳のまま請求したが無資格であった」「資格が喪失していたため返戻」など、患者からの申し立てに従って請求するルールにもかかわらず返戻され、医療機関に責任を押し付ける事例が多数。泣き寝入りするしかない。

※返戻とは、審査支払機関がレセプトの内容に不備・疑義を認めた場合に、レセプトを医療機関に差し戻す手続き。

10

スマホ対応カードリーダーの導入

導入済み	2936 (27.9%)
導入予定	1661 (15.8%)
検討中	4029 (38.3%)
導入しない	1737 (16.5%)
N/A	156 (1.5%)



まとめ

- オンライン資格確認は医療機関の義務ではない
 - 国は次世代型顔認証資格確認装置は義務ではないと言い始めている
- マイナ保険証は、確認作業においてもトラブルが多く、デジタル化として扱うのは危険である
- 紛失、更新忘れなど様々にリスクが存在する
 - 現に、運転免許証のマイナンバーカードへの実装は進んでいない
- 災害の多い我が国では、いざという時には役に立たない

2026年8月29日 シンポジウム

国民を苦しめ地域医療に大混乱をもたらすマイナ保険証

マイナ保険証をめぐる 法的論点の整理

小川有希子
愛知大学法学部

本日の論点

マイナ保険証をめぐる 6つの論点

- 01
医療アクセス権
- 02
GDPRとの関係
- 03
フランス・CNIL
- 04
「同意」の限界
- 05
同意なき利活用
- 06
個人情報委の独立性

※GDPR・フランスCNILは日本法の水準を評価するための比較法として参照する

SECTION 1

人権としての 医療へのアクセス

医療へのアクセス

医療へのアクセスは基本的人権である

- いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利は、生涯にわたり尊厳ある生存を維持するために不可欠な人権として保障される。
- この権利は「個人情報の活用」「マイナンバーカードの利活用推進」という政策目的のために後退させてよいものではない。

憲法第13条・14条・25条

社会権規約第12条

日弁連決議（医療アクセス権）

SECTION 2

GDPR（EUの一般データ保護規則） との関係

GDPRとは

EUの一般データ保護規則

- EUの規則。EUの立法形式の一つで、指令と異なり直接適用される。
- 「EU基本権憲章」において保障されている、個人データの保護に対する権利という 基本的人権の保護 を目的とした法律。
- 各国はGDPRに整合するよう国内法を改正（各国法を単純に置き換えるものではない）。違反には 行政罰 あり。
- 人種・思想信条・健康状態・性的指向等は「特別なカテゴリのデータ（機微情報）」（第9条）とされ、原則禁止。医療情報はこの最も厳格な保護層に属する。

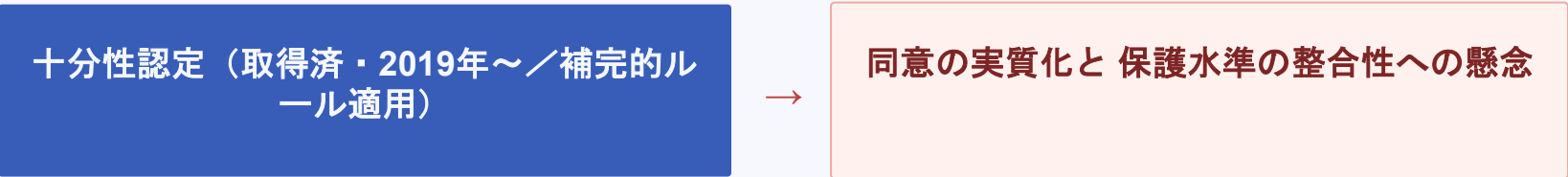
発効日

2018年5月25日

GDPRとは

なぜ日本でも問題となるのか

- 域外への個人データの移転は原則として違法。日本は2019年、「個人情報保護に関する補完的ルール」の適用を条件に 十分性認定を取得済み（2023年更新）。
- 十分性認定は少なくとも4年ごとに見直される。一括同意による包括的な医療情報の閲覧や、同意を要しない利活用の拡大は、認定の前提である「十分な保護水準」との整合性が懸念されるとの指摘がある。



SECTION 3

フランスにおける個人情報保護法制 ―― CNILとの関係

フランスの個人情報保護法制

1978年法からGDPR対応改正へ



1978年法は廃止されず、GDPRに整合する形で存続。以後、フランスの個人情報保護はCNILが所管する。

フランスの個人情報保護法制

CNILとは

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés（情報処理と自由に関する国家委員会）

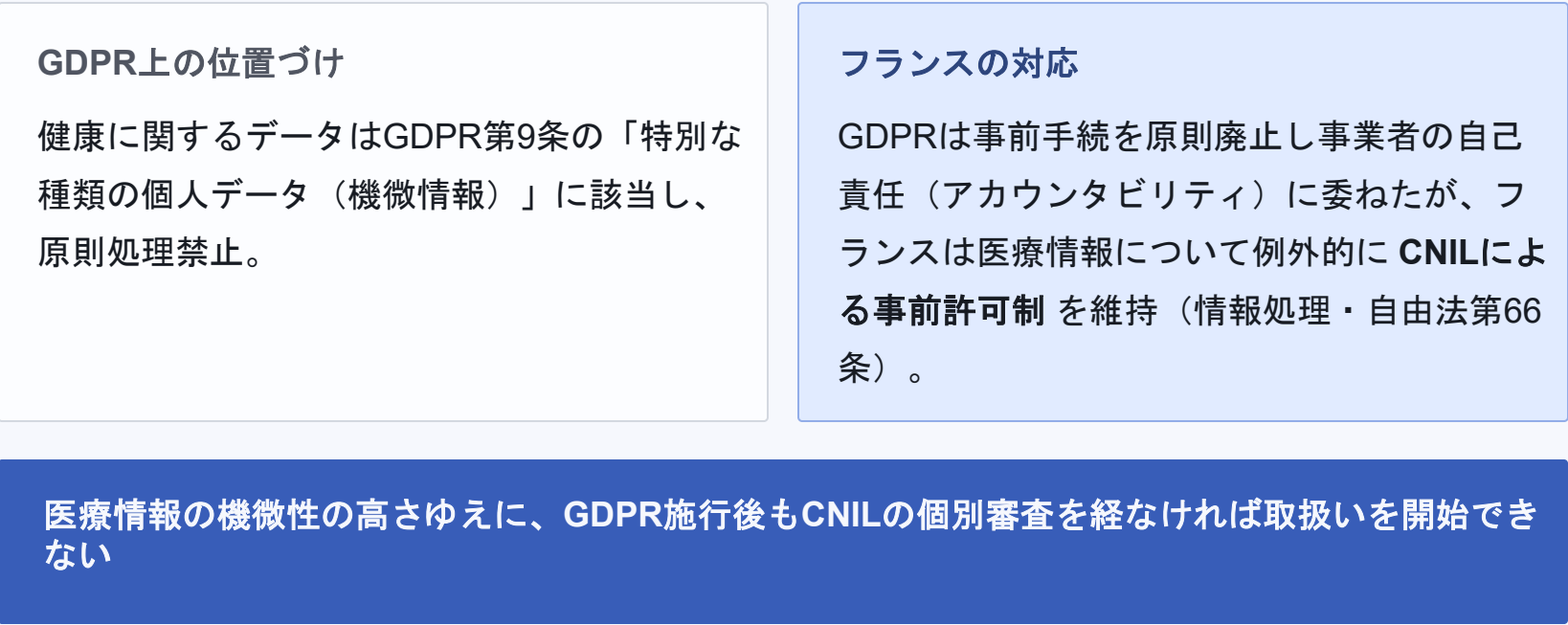
- 独立行政機関（AAI: **Autorité administrative indépendante**）として1978年に設立
- 大臣その他の公的機関、企業（公私を問わず）の経営者は、その活動を妨げることができない。
- 200名を超える職員を有し、委員長の下で執行体制を組む。

CNILの構成 ―― 18名の合議体

任期5年（議員は任期中）。国会・裁判所・政府がそれぞれ委員を指名する。



医療情報は今も「事前許可制」が残る



フランスの個人情報保護法制

CNILの権限 ① 調査・是正

- 調査権限：現地調査、書面調査等により事業者の取扱い状況を確認する。
- 是正命令（mise en demeure）：違反を是正するよう命じる
- 緊急時には処理の中断・情報へのアクセス停止 をレフェレ（緊急審理）により命じることができる。

フランスの個人情報保護法制

CNILの権限 ② 制裁（行政罰）

制裁を決定する組織

合議体18名とは別に、5名＋専任議長で構成される「制限された合議体（formation restreinte）」が制裁を決定

制裁金の上限

2,000万ユーロ
または全世界年間売上高の4%のいずれか高い方

2019年、CNILはGoogleに5,000万ユーロの制裁金を命令 ―― 大手IT企業に対するGDPR初の大型制裁事例

SECTION 4

「同意」による すべての医療情報閲覧可能性

同意の問題 1・2

「全て同意する」への誘導と説明不足

全て同意する	個別に同意する
--------	---------

- 「全て同意する」を選ぶと後続の個別同意画面がスキップされる。項目ごとに「同意しない」を選ぶには「個別に同意する」を選び、各画面で個別に判断する煩雑な手順が必要で、手間から一括同意へ誘導される懸念がある。
- 画面サイズは5～8インチと小さく、表示できる文字数が限られるため、同意した場合にどの情報が誰に提供されるのか十分な説明がない。

出典：厚生労働省「顔認証付きカードリーダーの同意取得画面」（医療情報ネットワークの基盤に関するワーキンググループ資料）、オンライン資格確認等システム画面変更のお知らせ（2024年10月7日）

同意の問題 実際の画面

顔認証付きカードリーダーの同意画面（2024年10月7日改善後）

厚生労働省公式サイト掲載の画面構成をもとに再現

画面 1：同意方法の確認

過去の医療情報等の提供に同意しますか

全て同意する

個別に同意する

「全て同意する」を選ぶと、手術・診療／お薬・特定健診の各同意画面はスキップされる。

画面 2：限度額情報の省略

高額療養費の限度額適用認定証情報について、同意不要と整理され、提供確認画面自体が表示されなくなった（2024年10月7日～）。

画面 3：同意情報の引き継ぎ

同一医療機関等での前回同意状況がある場合、「選択し直す」「現在の同意状況を引き継ぐ」を選べる（2025年2月1日～）。

出典：厚生労働省「顔認証付きカードリーダーの同意画面の改善」

同意の問題 3

「明確な意思」に基づく同意とはいえない

- 医療機関等の窓口で同意を選択するよう誘導・示唆された場合、患者は不同意を選択しにくい。
- 知的障害や一部の精神障害などを持つ人にとって、「同意」「不同意」の判断は極めて困難。付き添う家族や施設職員が本人に代わって判断を求められることもある。

⇒ 本人の明確な意思に基づく同意とはいえない

同意の問題 4

個々の情報ごとの同意選択ができない

ア

手術情報

イ

診療・お薬情報

ウ

特定健診情報

- 「全て同意する」を選択した場合、ア～ウのすべてが提供される。「個別に同意する」を選べば区分ごとに同意・不同意を選べるが、手順が煩雑なため実際には一括同意に流れやすい。

⇒ ア～ウはそれぞれ独立した個人情報だが、個々の情報ごとに同意を選ぶことができない

同意の問題 5・6

同意の撤回は極めて煩雑で、閲覧範囲も広すぎる

同意の撤回が極めて煩雑

- 誤って「同意する」をクリックしても、その画面から前の状態に即座には戻れない。
- 保険者への申出等の手続きは存在するが、簡便に提供停止・削除を求める仕組みにはなっていない。

閲覧できる担当者が広範

担当医に限らず、医療機関等の内部でパソコンやデータを共同使用しているのが通常。

- 他の医師
- 看護師
- 臨床心理士
- 作業療法士
- 理学療法士
- 栄養士
- 受付事務担当者

同意の問題 7

GDPRにおける「同意」の定義（第4条）

同意は次の 4 つの条件をすべて満たす必要がある

自由に与えられた	特定された
事前に説明を受けた	不明瞭ではない

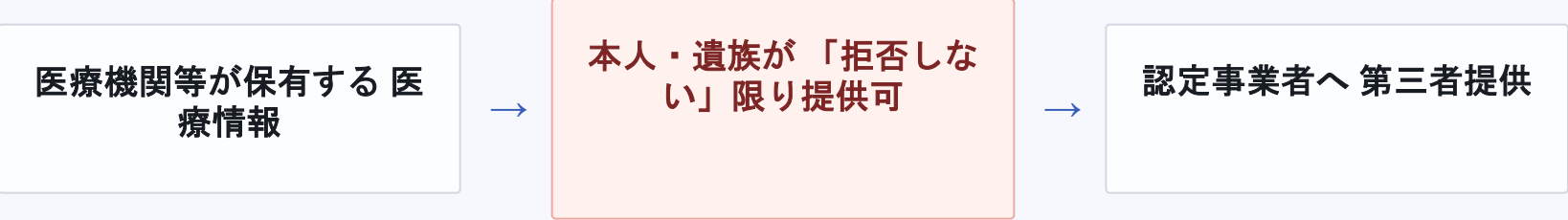
同意を拒否した場合に不利益な取扱いになる場合は、「同意した」とはならない（GDPR第4条第11項）

SECTION 5

法改正により拡大する 「同意なき」 医療情報の利活用

同意なき利活用 1

次世代医療基盤法 ―― 「オプトアウト」による提供



- 要配慮個人情報である医療情報でも、最初の受診時等にあらかじめ通知し、本人・遺族が停止を求めなければ、個別の同意（オプトイン）なしに認定事業者へ提供できる。
- 認定事業者はこれを匿名加工・仮名加工した上でさらに提供でき、その提供にも本人同意は不要（匿名加工は研究者・企業へ広く、仮名加工は国の認定を受けた利用事業者へ）。

同意なき利活用 2

加工情報の第三者提供 ―― 二つの法の枠組み

個人情報保護法（一般法）

匿名加工情報

目的外利用・第三者提供に本人同意は不要。項目の公表のみで足りる。

仮名加工情報

第三者提供は原則不可。ただし委託・共同利用（AI医療機器の共同開発等）の枠組みでは、本人同意なく他機関へ提供できる。

次世代医療基盤法（特別法）

匿名加工医療情報

認定事業者が作成し、研究者・企業に広く提供できる。本人同意不要。

仮名加工医療情報（令和5年改正）

認定作成事業者から 国の認定を受けた「認定仮名加工医療情報利用事業者」に限って、本人同意なく提供できる（本人の識別・他情報との照合は禁止）。

いずれの経路でも本人の個別同意なく外部に流れ、提供先の違いは本人には見えない

同意なき利活用 3

個人情報保護法そのものも改正される（令和8年改正）

「個人情報の保護に関する法律等の一部を改正する法律」 閣議決定・国会提出：令和8年4月7日 → 可決・成立：同年7月10日 → 公布：同年7月17日

統計目的の同意不要化

病歴を含む**要配慮個人情報**でも、統計情報等の作成にのみ利用される場合は本人同意なく取得・第三者提供が可能に（第30条の2・第31条の3）。「統計作成等であると整理できるAI開発等」も対象に含む。

担保措置と執行強化

利用項目の公表、提供元・提供先間の書面合意、目的外利用・再提供の禁止を条件とする。一方、違反による利益に着目した **課徴金制度** を新設し、個人情報委の権限を一部強化。

審査支払機関が保有し、オンライン資格確認等システムで閲覧に供される診療・薬剤情報も、統計目的・AI開発目的であれば同意不要の対象となりうる

SECTION 6

個人情報保護委員会の 独立性

個人情報保護委員会

推進側に対する独立性が制度的に弱い

位置づけ 内閣府設置法上、公正取引委員会などと同じ独立行政委員会。	実際 推進側であるデジタル庁に対し、対等に意見を述べる権限・独立性を十分に発揮できていない。
---	--

- 近時の個人情報保護法改正論議でも、統計処理を名目としたAI活用促進など、保護よりも利活用を優先する方向性が見られる。
- フランスのCNILが独立行政機関として調査・是正・制裁の権限を実際に行使しているのと対照的である。

まとめ

利便性と基本的人権を同じ次元で扱ってはならない

- 医療へのアクセス、プライバシー、平等はいずれも憲法上の権利であり、利便性・効率性と単純に衡量できるものではない。
- フランス・CNILの例に見るように、独立した監督機関が実効的な調査・是正・制裁の権限を持つことが、個人情報保護の実効性を左右する。

どこに歯止めをかける仕組みを作るべきか ―― 引き続き検討していきたい

マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行保険証の発行 存続を求める意見書

2023年（令和5年）11月14日

日本弁護士連合会

第1 意見の趣旨

政府は、2024年秋までに現行の健康保険証を廃止し、マイナンバーカードに保険証機能を持たせたマイナ保険証へ原則一本化する方針である。

しかし、この方針は、そもそもマイナンバーカードの取得は任意であるという原則に反する上に、特に高齢者や障害者に対してマイナ保険証発行のための申請行為等を課して現行制度よりも保険医療を受ける権利の水準を低下させるなど、数々の弊害が発生するものである。

よって、当連合会は、政府に対し、以下のとおり要請する。

- 1 マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行の健康保険証の発行を存続すること。
- 2 マイナンバーカードの利活用については、カードを取得しない自由を保障するとともに、カードの取得を希望する者に対してプライバシーを最大限保障し、さらに、地方自治体等の意向を踏まえて現場に過度の負担をかけないようにすること。

第2 意見の理由

1 2023年6月の健康保険法一部改正法等の成立

2023年6月2日、2024年秋までに現行の紙（プラスチック）製の健康保険証を廃止し、原則としてマイナンバーカードに保険証機能を持たせたマイナ保険証に一本化し、例外的にマイナ保険証を取得できない理由がある者には、申請により「資格確認書」を発行する制度に移行する医療保険各法の改正法が成立した。

例えば、健康保険法においては、第51条の3を新設し、「被保険者又はその被扶養者が電子資格確認を受けることができない状況にあるときは、当該被保険者は・・・保険者に対し、当該状況にある被保険者若しくはその被扶養者の資格に係る情報として厚生労働省令で定める事項を記載した書面の交付・・・を求めることができる」と定め、「電子資格確認」（マイナ保険証によるオンライン資格確認）ができない状況にある者は「資格確認書」の発行を求めることができるとし

た。「資格確認書」の形式、内容等は未だ明らかではないが、おおよそ現行の健康保険証と同様のものとなることが想定されている。同法は同年6月9日公布され、施行期日は公布の日から1年6月以内の政令で定める日とされている。

2 マイナ保険証への一本化は「任意取得の原則」に反する

マイナ保険証への一本化を原則とするという方針は、「国民皆保険」制度の下、マイナンバーカードの取得を事実上強制するものであって、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）第17条第1項の申請主義（任意取得の原則）に反するものである（2022年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」、2021年5月7日「個人番号カード（マイナンバーカード）普及策の抜本的な見直しを求める意見書」）。

すなわち、任意取得の原則は、第1に、マイナンバーカードの交付には厳格な本人確認が必要となるため、本人が、市区町村の窓口等に出向かざるを得ないところ、これを住民に強制することができないこと、第2に、カードを取得するかどうかは、本人がカード取得による利便性とプライバシー等に対する危険性とを利益衡量して決めることができるようにするために定められたものであるからである。

ところが、マイナ保険証へ一本化することは、以下のようにこの原則を定めた趣旨に著しく反する。

3 マイナ保険証の取得・管理が困難である人を置き去りにしている

(1) 申請手続をしないと取得できないマイナ保険証

現行の健康保険証は、特段の申請行為を行わなくても、保険者から自宅や職場に健康保険証が送られてくる。これに対して、マイナ保険証は、顔写真を付けてマイナンバーカードの交付申請を行った上、市役所等で厳格な本人確認を行い、パスワード等の登録を行わなければ交付を受けられず、保険証として利用できない。その上、マイナ保険証に利用する電子証明書を更新するために、最低5年に一度は更新申請手続が必要となる。

なお、マイナ保険証の代替手段である資格確認書についても、法律上は、その申請を行うことが必要である。

(2) 介護施設入居者等にとって対応困難なマイナ保険証

(1)で述べたように、マイナ保険証は申請行為やパスワードの管理が必要であるため、上記健康保険法等の一部改正法案の国会審議の過程で、介護施設入居者、独居の高齢者や障害者の方たちは、マイナ保険証の取得や管理、更新手続が困難となり、その結果、保険医療が受けられずに、場合によっては生命の危険にすら直面したり、カードとパスワードの管理が困難となるために個人情

報や財産に対する危険に直面したりする可能性が存することが実証的に明らかにされた。

すなわち、①上記の人たちは、マイナンバーカード（マイナ保険証）の取得申請自体が困難であることが多い。その上、②介護施設等では、83.6%の施設で利用者や入所者の保険証を管理しているところ、マイナ保険証に一本化されると、施設ではパスワードの管理まで行うことは、施設関係者に多大な負担となることから対応困難との回答が多数寄せられている（2023年3月下旬から同年4月にかけて、全国保険医団体連合会（保団連）が42都道府県の介護施設等を対象に行った調査結果）。

これに対し、政府は、暗証番号なしのマイナ保険証を作るなどという対策案を述べたりもしているが、それでは顔認証できない場合は医療機関が目視により本人確認をするなど特別の対応をせざるを得なくなるなどの問題があり、場当たり的な案であると言わなければならない。

(3) 紛失時の再発行に時間と手間がかかるマイナ保険証

認知症の患者などは保険証を紛失等することがよくあるが、マイナ保険証の場合は、上述したように写真を付して再発行申請手続が必要となる上、その再発行まで相当長期間、保険資格の証明手段を失うこととなる。さらに現行の保険証の場合と異なり、1,000円の再交付手数料の負担も生じる。

デジタル庁は、ウェブサイトで、この再発行期間について、「現在お受け取りいただくまでに1から2か月かかっている期間を・・・市町村の窓口で申請をすれば、長くても10日間程度でカードを取得することが出来るように検討を進めてまいりますので、しばらくお待ちください」と説明しているが、申請者はまず写真を準備して申請をしなければならず、また、10日というのも努力目標であって実現可能性は疑わしい。

(4) 保険資格証明手段、本人確認手段を喪失させるマイナ保険証

現行の保険証は、券面をコピーするなどして、簡単に被保険者番号等を確認し保存することができるが、マイナ保険証の場合は、券面に被保険者資格が表示されていないので、コピーをとることも困難である。

また、現在、顔写真のない本人確認書類としてもっとも一般的な現行の保険証がなくなれば、マイナ保険証を紛失した場合などの再交付手続の際、申請者が本人であることの証明手段にも事欠くことにもなりかねない。

(5) 政府の対応策の不合理性～資格確認書のプッシュ型配布

以上のような様々な問題が社会問題化したため、2023年8月4日、政府は、資格確認書を、マイナ保険証を取得していない全員に対して、申請なしの

プッシュ型で交付し、その有効期間も1年間から5年までの間で保険者が選択できるようにするとの方針を表明した。

しかし、この方針は「当分の間」のものに過ぎない上、保険者に、マイナ保険証の未取得者を確実に洗い出す負担をかけることになり、6で述べるように現場に過度の負担を押し付けるものである。上述の諸問題、及び、プッシュ型で交付するということが併せ考えるならば、現行の健康保険証の廃止をしない方が合理的である。また、その方が、保険医療を受ける権利を確実に保障するものとなる。

政府の方針は、あくまでもマイナ保険証一本化への移行実現自体を維持することを第一目的としているとしか考えられず、極めて不合理である。

4 マイナ保険証未取得者に医療費負担格差をつける不合理性

政府は、マイナ保険証取得を促すために、現行保険証を用いた受診の場合、マイナ保険証を用いた受診の場合に比べて、初診で12円、再診で6円、調剤薬局での利用で6月毎に6円（2023年4月より。窓口負担3割の場合）高い負担としている。5で述べるように、マイナ保険証を利用したほうが「より良い医療を受けられる」ことを理由とするならば、マイナ保険証利用の方が高くなるのが合理的であり、実際に2022年4月の時点ではマイナ保険証利用時の方を高くしたにもかかわらず、それではマイナ保険証の普及を阻害するという理由から、急遽方針を転換して、現行保険証の方を割高にしたものである。これは、同一の保険料を支払っているにもかかわらず、不合理な差別をするものであり、また3で述べたマイナ保険証の取得が困難な人たちが「資格確認書」で医療を受ける権利を低下させるものでもある。

5 政府のあげる目的・利点の不合理性

政府のあげるマイナ保険証の利便性は、以下のように不合理な点が存する。

(1) 重複投薬防止等の利点は現実と齟齬している

ア 厚生労働省などは、そのウェブサイトにおいて、マイナ保険証を用いたオンライン資格確認システムの導入により、なりすましの防止ができる、「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の削減できる」、「特定健診等の情報や診療／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」となるなどと利点を挙げる。

イ しかし、第一に、他人になりすまして健康保険証を使う「不正利用」について、厚労省は頻度・状況などについて公式の報告は示しておらず、また、

医療の現場からは「なりすまし」防止を求める声も出ていない。さらに、そもそも、マイナ保険証を利用した顔認証による資格確認は、プライバシー侵害の程度が高いものである（2021年9月16日「行政及び民間等で利用される顔認証システムに対する法的規制に関する意見書」）。

ウ 第二に、保険資格異動情報をシステムに反映するまでには一定のタイムラグは避けられないため、資格確認システムを用いても過誤請求がなくなるわけではない。むしろ、患者側からすれば、マイナ保険証によるオンライン資格確認システムに不具合が発生するなどして、10割請求がなされるなどのトラブルに巻き込まれる事例が発生している。

エ 第3に、薬剤情報を閲覧することにより重複投薬や避けるべき投薬の回避ができるという効果は限定的である。すなわち、資格確認システムを通じてもたらされる投薬情報は、レセプト情報を基にしているところ、レセプトは、医療機関において、月末締切り、翌月10日ころまでに請求を行うから、レセプト情報が反映されるまでに、実際の投薬から少なくとも10日から40日程度のタイムラグが生じる。したがって、例えば1週間前に投薬されて服用している薬の情報は反映されないことになり、それと重複したり、避けるべき投薬の防止はできないのである。

この目的を達成するためには、結局、投薬と同時に記録もされる紙のお薬手帳の方が、より確実である。

オ なお、マイナ保険証を用いなくても、オンライン資格確認システムを利用すれば、薬剤情報の閲覧等はできるものである。

(2) システム化に対応できない医師の廃業等をもたらす

政府は、即時に投薬情報を反映させるために、「電子処方箋」の普及も図ろうとしてもいる。

しかし、オンライン資格確認システムの義務化（2023年4月）に対してさえ、その経済的な負担や、同システムがインターネット回線に接続することに対するカルテ情報等の漏洩の危険防止といったセキュリティ面の負担に耐え切れないことなどから、廃業を決めたり、検討したりしている医師が相当数存在することが、保団連の調査などで明らかとなっており、それゆえ、同年2月には「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」も起こされている。このような実情に鑑みるならば、「電子処方箋」システムを全医療機関・薬局に普及させることは、オンライン資格確認システムを全医療機関で実現することより数倍困難であると考えられる。

さらに、廃業せざるを得ないと考えている医師の中には、地域医療で重要な

役割を担っている方も数多く存在するのであり、このような医師の廃業をもたらすような施策は、地域住民の医療へのアクセスを阻害するものでもある。

6 マイナ保険証はプライバシー保障との関係で問題がある

(1) 診療・薬剤情報、特定健診情報等との結合が当然の前提とされている

健康保険証機能をデジタル化するだけであれば、診療・薬剤情報、特定健診情報等とマイナ保険証とを結合させる必要はない。

ところが、現在、マイナ保険証とオンライン資格確認等システムの整備に伴い、自分の診療・投薬情報、特定健診情報等との結合が当然の前提とされており、これに同意しない手続が存在しない。しかし、医療機関では個別にこれらの情報を提供するかについて不同意が選択できるように、診療・薬剤情報、特定健診情報等との結合自体も拒む機会を与えるのが、センシティブ情報である医療情報の保護として相当である。

診療・薬剤情報、特定健診情報等との包括的連携を拒む手続が保障されていない現在のマイナ保険証のシステムはプライバシー保障に欠ける。

(2) オンライン資格確認時に説明なしの同意を求めるシステム

2023年4月から義務化されたオンライン資格確認システムでは、患者は、受診時に、マイナ保険証を用いてオンライン資格確認をする際、同時に、特定健診情報や過去の投薬情報等を医療機関に提供することについて「同意」を求められる。しかし、これは、医師から、その情報を提供する必要性等について何も説明を受けないうちに「同意」を求められるということであり、また、投薬情報等について、過去3年分の全ての投薬情報の提供について、一括して「同意」を求められるということである。例えば、腕の怪我の治療に際して、その治療とは関係のない1年前に性病にかかって服用した薬についての情報まで、一括して提供するように求められるのであり、患者は提供範囲の選択ができないシステムとなっている。

これらは患者の、自己の医療情報にかかる「コントロール権」をないがしろにするシステムであるといわなければならない。

(3) マイナンバーカードの多目的利用とプライバシー保障

マイナンバーカードの多目的利用自体に関しても、国は、利便性を重視して、マイナポータルで閲覧できる情報をどんどん増加させている。しかし、閲覧できる情報が多くなるということは、マイナンバーカードとパスワードが第三者の手に渡れば、なりすましによりマイナポータルにアクセスされ、世帯情報、勤務先、所得に関する情報から、いつ、どこの医療機関にかかって、どのような薬を処方されたか、特定健診の結果（身長、体重、腹囲、血圧、尿検査・血

液検査結果等)、出産給付情報などに至るまで、極めて広範なプライバシーに関する情報を不正閲覧されてしまうなど様々な危険に直面させられる可能性が生じる。

7 現場に過度の負担を押し付けているマイナンバーカード

2023年6月の法律成立後も、マイナンバーと保険資格情報、介護情報、銀行口座情報などのひも付けが誤っており、マイナ保険証を利用したときに他人の情報が表示された、保険資格が表示されないため10割負担を求められた等の事案が次々と発覚している。そして、これらにより、マイナンバーおよびマイナンバーカードに対する国民からの信頼性が著しく揺らいでいる。

この事態に対し、政府は、ひも付けをする際に、自治体や保険組合等が、本人確認4情報すべてを確認せずにひも付けたことに原因があるとして、その責任を自治体等に押しつけた上、マイナポータルで確認できる29項目すべての総点検を指示した。

しかし、このような方針は、健康保険組合や地方自治体などの現場に負担を押し付けるだけのものである。

そもそも、この混乱の原因は、政府があまりにも短期間のうちにマイナンバーカードの普及を急がせすぎたゆえに、人手の足りない現場で、慎重な確認手続等を果たせなかったところに大きな要因が存したことは明らかである。今回の総点検についても、2023年7月25日、全国知事会が、地方自治体の過度な負担は避けるよう松本剛明総務相に要望を出してもいる。

8 結語

以上のことから、政府に対し、マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行の健康保険証の発行を存続させることを求める。

また、マイナンバーカードの利活用については、カードを取得しない自由を保障するとともに、カードの取得を希望する者に対してプライバシーを最大限保障すること、及び、住民と直に接する自治体などの現場の状況を踏まえ、その意向を十分に反映した上で、現場に過度の負担をかけない形で慎重に進めてゆくよう求める。

以 上

「マイナ保険証」取得の事実上の強制に反対する会長声明

本年6月7日、政府は「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太方針2022）」を閣議決定し、オンラインによる資格確認について、「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」こと、及び、マイナンバーカード（個人番号カード）に健康保険証機能を組み込んだいわゆる「マイナ保険証」の普及のため、「2024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し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ」、従来型「保険証の原則廃止を目指す」方針を定めた。

また、本年8月10日、厚生労働省は「マイナ保険証」を普及させるため、同年10月からマイナ保険証に対応した医療機関では、従来型保険証を使うよりもマイナ保険証を使う方が患者負担額が安くなるように診療報酬を改定すると決めた。

これは、本年4月から、マイナ保険証を使ったオンライン資格確認設備を導入した医療機関の診療報酬が加算され、マイナ保険証を利用した患者の負担が、従来型保険証を利用した患者の負担よりも重くなったことに対して、マイナンバーカードの普及を阻害するとし、政府内部からも批判が高まったため、短期間での見直しを行ったものである。

さらに政府は、本年も、1.8兆円もの予算を組み、本年12月末日までのマイナンバーカード取得者で、マイナ保険証としての利用申込みを行った者に対し7500円分の高率ポイントを付与する等のキャンペーンを行っている。

当連合会は、2021年5月7日、「個人番号カード（マイナンバーカード）普及策の抜本的な見直しを求める意見書」を公表した。そこでは、「特に、個人番号カードの裏面に記載されている個人番号は、悉皆性、唯一無二性を持ち、原則生涯不変の個人識別情報である」から、同番号が「不正利用されれば、個人データが名寄せされデータマッチング（プロファイリング）されてしまう危険がある」ことを指摘し、現在の仕様の「個人番号カードは、住基カード等に比べて、プライバシー保護の観点が著しく後退していると言わざるを得ない」とした。そして、「個人番号制度は、あらゆる個人情報の国家による一元管理を可能とする制度となり、監視社会化をもたらすおそれ」があることも指摘した。その上で、同カードの取得は、本人が利便性と危険性を利益衡量して決めるという番号法（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律）第17条第1項の申請主義（任意取得の原則）の趣旨に鑑みて、①同カードに健康保険証機能など、一体化する必要性の低い他制度機能を組み込んだり、②同カードの取得者に高率のポイントを付与するという制度目的と関係のない利益誘導を行ったりすることなどの普及策は、「全国民が現行の個人番号カードを使用せざるを得ない状況に追い込むものであり、任意

取得の原則に反するものであるから、速やかに中止ないし抜本的な見直しをする」よう求めた。

また、当連合会は、2021年9月16日、「行政及び民間等で利用される顔認証システムに対する法的規制に関する意見書」を公表した。そこでは、顔認証システムによるプライバシー侵害の大きさに鑑み、「医療機関受付での個人番号カードを用いた顔認証システムの利用」及び「個人番号カードを健康保険証、運転免許証等と紐付けることにより顔認証データの利用を著しく拡大させ、顔認証システムの利用範囲を拡大させること」を中止するよう求めた。

今般行われる従来型保険証の原則廃止、診療報酬の見直し、高額のポイント付与の一連の政策は、当連合会が意見書において危惧し警鐘を鳴らした問題をそのままに実現化し、助長するものである。すなわち、診療報酬の見直しや高額のポイント付与は、同カードを取得しない者に不合理な経済的不利益を与えるなどして、マイナ保険証に誘導し、その原則化を図るものと言える。その先には、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ンバー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、マイナンバー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。これは、2021年5月7日の意見書の趣旨に反することは明らかである。

同時に、マイナ保険証については、その利用時に顔認証システムの利用を事実上強制することになり、2021年9月16日の意見書の趣旨にも反する。

よって、当連合会としては、マイナンバーカードをマイナ保険証とする今般の一連の政策について、反対するとともに、速やかな見直しを求めるものである。

2022年（令和4年）9月27日
日本弁護士連合会
会長 小林 元治

人権としての「医療へのアクセス」が保障される社会の実現を目指す決議

国民健康保険の滞納世帯は約 195 万世帯、全利用世帯中の約 11 % に及ぶ。民間の調査によれば、保険料滞納や窓口負担が払えないなどの経済的理由から医療を受けることができずにいのちを落とす人が後を絶たない。コロナ禍では、対応できる病床や医療従事者が不足し、入院調整などを行う保健所の機能も麻痺し、「自宅療養」を余儀なくされる人や「救急搬送困難事案」が続出するなど、「医療崩壊」の危機に直面して、必要な医療を受けられないまま多くのいのちが失われた。

日本の医療制度改革の経緯を見ると、1980 年代から始まった行財政改革により医療費抑制が政策の中心に据えられ、国民の医療費負担増による需要抑制策と医療提供体制の縮小による供給抑制策が推進された。1990 年代には、新自由主義的改革が本格化し、「自助」や「効率化」の名の下で、抑制策が一層加速することとなった。医療費負担においては、低所得者に重い負担を強いる逆進的な保険料負担に加え、窓口負担が、被用者保険の被保険者本人では定額から 3 割へ、高齢者ではゼロから 1 ～ 2 割（現役並み所得者は 3 割）へと引き上げられ、国際的にも重い負担となった。医療提供体制においては、公立・公的病院、民間病院を問わず、累次の医療法改正、医学部の定員抑制、2014 年の医療介護総合確保推進法で制度化された「地域医療構想」などにより、病床削減、医師数の抑制が推進された。病床は 1999 年から 2019 年までの 20 年間で約 25 万床以上削減され、公立・公的病院の統廃合も進められた。医師数は、人口 1000 人当たり 2.5 人となり、OECD（経済協力開発機構）加盟国 38 か国の中で 33 位という水準であり、看護師数も、病床当たりの数は欧米諸国の 2 分の 1 から 5 分の 1 の水準にすぎず、医師及び看護師の人手不足が常態化することとなった。また、医療費と同様に、感染症対策などを担う公衆衛生の予算も削減され、保健所は、1994 年の 847 か所から 2023 年の 468 か所となり、人員とともに大幅に削減された。

こうした医療費の自己負担増、医療提供体制の抑制策の結果、経済的負担や地域的・場所的な要因により医療へのアクセスが阻害されており、また、貧困と格差が拡大する社会構造の中で、労働・教育・住居・家族・コミュニティから排除された人々は、医療へのアクセスが一層困難な状況に置かれている。

コロナ禍は、このような医療制度の問題点を浮き彫りにしたが、その後も病床は削減され続けるなど、従前の抑制策がなお継続されている。

しかしながら、医療は、人間のいのちや健康に関わる極めて重要なニーズであって、専門性が高く、いつ、どのようなときに、どのような治療が必要になるか、予

測も判断も困難であり、人間が生涯にわたって尊厳ある生存を維持するために必要不可欠なものである。したがって、医療の必要性以外の経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍などによってアクセスを阻害されてはならず、いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利が基本的人権として平等に保障されている（憲法第13条、第14条、第25条、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）第12条）。

また、国や地方自治体には、人権としての医療へのアクセス権を実効的に保障するため、医療保険制度、医療提供体制、公衆衛生体制などを整備、拡充する責務がある。コロナ禍は、医療が社会を維持するために不可欠な公共財であることを再認識させたが、コロナ禍後の医療の在り方が問われている今、当連合会は、国及び地方自治体に対し、医療へのアクセス権を保障するため、医療費抑制ありきの政策を転換して、次の諸施策を実施することを求める。

1 誰もが必要な医療を受けられる医療保険制度の構築

経済的理由等により医療へのアクセスが阻害されることのないよう、

- (1) 必要な医療を受けられずに多くのいのちが失われている危機的状況を踏まえ、医療費の窓口負担のない対象者の範囲の拡大を早急に行うこと
- (2) 多くの保険料滞納世帯が存在することを踏まえ、国民健康保険料の減免範囲を拡大するとともに、低所得世帯の保険料負担の大幅な軽減、保険料負担が軽減されている被用者保険における高額所得者の負担率の引上げなど、保険料についても応能負担を貫徹する施策を速やかに行うこと
- (3) 保険料滞納者にも正規の保険証を交付するとともに、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に大きな不安を抱く市民も多いことも踏まえ、現行のままの健康保険証を選択する権利を認めること

2 医療提供体制の充実

暮らしている地域にかかわらず必要な医療を受けられるよう、

- (1) 「地域医療構想」を見直し、国や地方自治体による地域の実情を踏まえない病床の削減をやめ、医療計画の策定に、住民や患者の意見を十分に反映させるとともに、地域医療構想において再編統合の必要があるとされた公立・公的病院リストを撤回し、特に過疎地域及びその周辺地域では、公立・公的病院の役割を重視し、住民のいのちを守る観点から少なくとも存続させること
- (2) 過疎地域を中心とした医師・看護師等の不足や偏在の解消、その労働環境の改善を図るための更なる施策を講じること

3 公衆衛生体制の充実

保健所の削減が感染症対策の遅れにつながった可能性も否定できないこと、医療へのアクセスができない人への保健師によるアウトリーチなど地域保健との連携によって医療へのアクセスを確保する必要があること、健康格差の解消のため保健所の果たす役割が極めて重要であることなどから、保健所の増設と機能の拡充、保健師の増員を図り、公的責任に基づいた公衆衛生体制の充実を図ること

4 地域を支える存在としての医療・公衆衛生の重要性

医療や公衆衛生部門は、地域への経済波及効果及び雇用創出効果が高く、自治体税収に貢献し、地域経済の好循環を作り出す重要な拠点であり、他方、地域医療構想などによって病院や保健所を削減することは地域の疲弊を招き、医療へのアクセス阻害の悪循環を生じさせる可能性があることから、地域経済への影響をも重視したエビデンスに基づく検証を前提とした政策決定を行うこと

5 社会構造上の要因と公的取組

貧困と社会的格差・不平等など、WHO（世界保健機関）が指摘する個人に起因しない社会構造上の要因（健康の社会的決定要因：Social Determinants of Health：SDH）が、健康格差の大半の原因となっており、中には医療へのアクセスを阻害する重大な要因となるものもあることから、

- (1) WHOが主導している健康格差対策を積極的に推進し、様々な社会的決定要因により医療へのアクセスを阻害されている人々に対する医療を早急に確保すること
- (2) 無保険者の実数、受診抑制の実態など、医療の必要性並びに未充足及びその要因の公的調査を実施すること

社会的決定要因に対する取組では、様々な社会的な困難を抱えている人の権利を擁護するため、医療者が地域の現場で多職種と連携した「社会的処方」の実践をしつつ、同時に、健康格差を生じさせている社会構造的要因を解消する働きかけを行うことが重視されている。弁護士・弁護士会は、これまで、生活困窮者支援、外国人支援などの現場で、医療者を含む地域の多職種と連携した相談活動の取組などを進めてきた。当連合会は、医療と法的支援の相互の協働によって個人の権利を擁護することの重要性に鑑み、今後はより一層、医療関係者との連携を広げ、アウトリーチの相談活動現場での連携、医師会との定期協議の実施等、医療者を起点とした前記の社会的決定要因に対する取組との協働を進めつつ、人権としての医療へのアクセスを保障するため、力を尽くす決意である。

以上のとおり決議する。

2023年（令和5年）10月6日
日本弁護士連合会

提 案 理 由

第1 はじめに一医療を受けられずに失われていくいのち

日本では、依然として貧困が深刻化し、格差の拡大が続いている。健康保険料を滞納し、無保険状態になっている人も多い。体調が悪くても、病院に行くことを諦め、手遅れで死亡する人が毎年何人もいる。過疎地に住み、あるいは、統廃合により医療機関が地域から失われ、地域に医療機関がない人、障害の特性や性的マイノリティであることにより医療機関への受診が困難な人、高齢ゆえに社会から孤立している人、さらには、言葉の壁により適切な医療を受けられない外国にルーツを持つ人など、医療を受けられない人々がいる。

コロナ禍では、「医療崩壊」の危機に直面し、入院調整などを行う保健所の機能も麻痺し、必要な医療にアクセスできないまま多くのいのちが失われていく現実を目の当たりにした。

コロナ禍を経験した今こそ、いのちを守る「医療へのアクセス」を人権として捉え、全ての人が、経済的事情、地理的条件、個人の属性、社会的孤立などにかかわらず、等しく必要な医療が受けられるよう、医療制度の充実を行うべきである。

第2 日本の医療制度改革の経緯

1 医療費抑制策への経緯

(1) 社会保障水準の引下げ

1958年12月に制定された国民健康保険法（以下「国保法」という。）による「国民皆保険」の実現後、1973年までは、一部負担金（窓口負担）の引下げや、老人医療費無料化、高額療養費制度が設けられるなど、社会保障水準の引上げが行われた。

しかし、その後の二度の石油危機（1973年、1978年）を経て、1980年代に入ると、国は「増税なき財政再建」のため、国庫負担主導による社会保障水準の引上げをやめて社会保障経費の洗い直しに着手し、第二次臨時行政調査会は、1981年、社会保障、文教関係費が大きな支出拡大要因であるとして、国民生活に直接関係する面で受益者の負担増を求める答申を出し、以後、この考え方が社会保障改定の基本となった。

(2) 新自由主義的改革による加速

日本では、1990年代から始まった医療における新自由主義的改革により、更なる医療費抑制策が行われた。国は、2012年に「社会保障制度改

革推進法」を制定し、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。」などを社会保障制度改革の「基本的考え方」とし、憲法第25条に基づく国の責任を大きく後退させた。さらに、2014年に制定された、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下「医療介護総合確保推進法」という。）によって、医療費抑制策は一層強化された。

2 医療費の自己負担増

(1) 自己負担増

国民健康保険の自己負担（窓口負担）は、1973年までには3割となった。他方、被用者保険の被保険者の負担は、1984年にはそれまでの定額負担から1割の定率負担となり、さらに、1997年には2割、2003年には3割に引き上げられた。

高齢者に関しては、1983年には老人保健制度が創設され、入院・外来とも定額一部負担が導入され、1973年に始まった老人医療無料化は僅か10年で終了した。その後、2001年1月以降は定率負担（1割、ただし現役並み所得者は2割（2002年10月以降）から3割（2006年10月以降）に増加）となった。さらに、2008年4月以降は後期高齢者医療制度が導入され、70歳から74歳までは2割負担（ただし現役並み所得者は3割）、75歳以上は1割負担（ただし現役並み所得者は3割）、2022年10月1日からは、一定以上所得がある後期高齢者は2割負担となった。

(2) 国際的にも高い水準

諸外国でも同程度の自己負担を強いているかと言え、そうではない。例えば、イギリスでは原則無料である。ドイツでは外来は原則無料、入院は1日10ユーロである。フランスでは外来30%、入院20%だが、加入が義務付けられ、ほぼ全ての国民が加入している補足疾病保険により自己負担分が補填される。国によって医療体制や医療水準、他の実質的な負担の有無などの違いもあるため単純には比較できないものの、原則3割という負担は、国際的に見ても高い水準である。

3 医療提供体制の縮小

(1) 病床数の抑制策

1985年に、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指す医療法的大幅な改正が行われた（第一次医療法改

正)。都道府県知事が、従来の公立・公的病院の病床規制に加え、民間の病院についても、自由開業制を前提としつつ、二次医療圏（救急医療を含む一般的な入院治療が完結するように設定した区域）単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床過剰地域において、病院の開設、増床等に関して勧告を行うことができることとなり、自由開業制に一定の制約が課されることとなった。これによって、病院病床数の伸びに歯止めがかかることとなった。

(2) 「地域医療構想」

2014年、医療介護総合確保推進法による医療法改正により、病床機能報告制度が創設され、都道府県が「地域医療構想」を策定する仕組みが導入された。

病床機能報告制度は、各病院・有床診療所が有している病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を、都道府県知事に報告する仕組みであり、各医療機関は「現状」報告と「今後の方向」の選択、構造設備・人員配置等に関する項目などを報告する。報告を受けた都道府県は、構想区域（各都道府県内の二次医療圏を原則とし、現在339区域ある。）において病床の機能区分ごとの将来の必要量等に基づく「必要病床数」を算出した地域医療構想を策定する。

地域医療構想は、看護師配置の手厚い高度急性期の病床を他の機能の病床に転換させ、若しくは過剰と判断された病床開設は認めないなどして計画的に病床を削減し、入院患者を病院から在宅医療へ、更に介護保険施設へと誘導し、医療費を削減することを目的とする。地域医療構想に基づく「必要病床数」を実現した場合、全国で15万6000もの病床削減が必要となり、地域に必要な医療機関や診療科の縮小・廃止が起きかねない。地域医療構想の実現は、各構想区域に設置された「調整会議」で、都道府県と地域の医療機関の協力の下で進めていくことが原則と説明されているが、法改正により都道府県知事の権限が強化されており、上からの機能分化が進められる懸念は払拭できていない。機械的な病床削減を実施していけば、必要な医療を受けることができない患者が続出することになり、地域医療は崩壊するとの指摘がある。

厚生労働省は、2019年9月、全国の公立・公的病院の約4分の1に当たる424の病院（公立257・公的167）について、「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。これは、「地域医療構想」の実現を急ぎ、公的医療費抑制を進める政策が招いたものであるとの指摘がある。

また、「地域医療構想」で算出された「必要病床数」は、医師・看護師の需要推計にも連動しており、病床の削減は、医師数、看護師数の抑制につながっている。

(3) 病床の大幅減

病床は、1999年から2019年までの20年間で約25万床以上も削減されることとなった。日本の病床数は国際比較においても突出して多いことが指摘されたが、それは日本特有の「社会的入院」といわれる長期入院患者や過剰な精神科病床を含むところが大きく、これらの病床も削減されてきた。しかし、「地域医療構想」による病床の削減は、高度急性期・急性期病床を含むものであり、いのちを守るために必要な医療を縮小することになる。

(4) 医師数の抑制

① 医学部の定員抑制

日本では、1982年及び1997年に、医療費抑制策として医学部の定員抑制が閣議決定された。その後、2008年の閣議決定において増員方針となったが、それでも人口当たりの医学部卒業生数（人口10万人当たり7.1人）はOECD加盟国36か国の中で最も少ない（OECD Health Statistics 2021）。

② 医師不足の現状

2020年12月31日現在、全国の届出「医師数」は33万9623人（人口10万人対269.2人）である。人口当たりの医師数（人口1000人当たり2.5人）はOECD加盟国38か国の中で33位である。OECD平均は3.6人であり（OECD Health Statistics 2021）、OECD平均並みの医師数には約13万人足りない。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」では、過労死ラインの月平均80時間を超える時間外労働（休日労働を含む）の勤務医が約8万人に上ると指摘されている。

一方、医師一人当たりの診察回数（5011回／年）はOECD加盟国33か国の中で3番目に多い。OECD平均は2122回／年である（OECD Health Statistics 2021）。医師が十分な時間を割いたと評価する患者が大変少ない。診療中に医師が十分な時間を割いたと評価する患者の割合（42.1％）は、20か国を比較したOECDのデータの中で最も低い。

4 公衆衛生の削減

(1) 公衆衛生の役割

公衆衛生は、憲法第25条2項に明記され、社会福祉、社会保障とともに

生存権保障を支える三つの制度のうちの一つである。公衆衛生の役割は、感染予防、感染症対策、保健・医療・栄養、施設・営業管理、解剖・解体・埋葬、環境など多岐にわたり、特に、感染症対策では、感染の拡大を防止するという重要な役割を担っている。

(2) 公衆衛生の削減、健康の自己責任化

保健所は、1947年の保健所法改正により「地方における公衆衛生の向上及び増進を図る」(同法第1条)ことを目的とする公的機関と位置付けられ、人口おおむね10万人を基準として設置するとされ(同法施行令第2条)、無料の原則も定められ、公的責任による公衆衛生の推進が図られた。

ところが、医療費と同様に、公衆衛生予算も削減され、公衆衛生の機能を担う保健所も、「効率化」の名の下に削減されてきた。

1994年には、保健所法が地域保健法に改正され、保健所の設置数は、二次医療圏(平均人口約36万人)に1か所に改められた。保健所から保健センターに業務の一部が移管され、民間委託が進み、対人援助業務は大きく縮小された。

2000年代に入ると、病気の原因と対策を個人に求める健康の自己責任化の動きが強まり、市町村による基本検診の廃止などが進められた。

(3) 保健所機能の弱体化

1994年の地域保健法制定以降、保健所の統廃合と削減が続き、同年に847あった保健所数は、2023年には468か所にまで激減した。保健所の職員数も、1990年の3万4571人から2016年には2万8159人へと大きく減少し、中でも、検査技師は、1990年の1613人から2016年には746人へと半分以上に削減された(国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」)。

また、保健所の削減により、保健所管内の人口は、1994年と2020年を比較すると2倍に増加しており、保健所の保健師一人当たりの受け持ち人口も1万人増えている。

第3 医療へのアクセス阻害の現状

1 経済的理由による阻害

(1) 国民健康保険滞納世帯数、短期被保険者証・資格証明書交付世帯数、無保険世帯数

2022年6月1日現在で、国民健康保険全世帯中の約11%に当たる約195万世帯が滞納世帯である。保険料が支払えず、有効期間が短い短期被

保険者証が交付されている世帯数は約43万5000世帯、医療機関を受診する際、一旦、全額を自己負担しなければならない資格証明書が交付されている世帯数は、約9万2000世帯である（「令和3年度国民健康保険（市町村国保）の財政状況について」）。また、兵庫県保険医協会が2022年に行った県下全自治体に対する調査結果によれば、兵庫県全体の保険証未交付数、すなわち短期被保険者証、資格証明書さえ交付されていない、いわゆる無保険世帯は1万1772世帯、未交付率は1.7%となっている。このうち尼崎市の未交付率7.3%、西宮市で4.3%と都市部を中心に高い未交付率が示されている。

格差と貧困が進んだ日本において、国民皆保険はその本来の趣旨から後退している状況である。

(2) 経済的理由による受診抑制の現状

2021年に全日本民主医療機関連合会（以下「民医連」という。）が行った「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」によれば、調査対象となった民医連の706事業所の死亡例は45件であった。これは氷山の一角であり、全国の患者数で換算すれば495件（2020年の全国の1日当たりの平均外来患者数は119万人余、民医連の同患者数は約11万人）である。

日本医療政策機構が行った「日本の医療に関する2008年世論調査」によれば、低所得・低資産層では、過去12か月以内に、費用がかかるという理由で、「薬を処方してもらわなかったことがある」16%、「具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」39%との回答結果であった。大阪府が2016年に行った「子どもの生活に関する実態調査」によれば、経済的理由により子どもを医療機関に受診させることができなかった経験がある世帯の割合は、等価可処分所得が中央値の50%未満の困窮層では7.7%あり、中央値以上の群の1%以下との格差が顕著である。

2 地理的理由による阻害

(1) 地域に必要な医療機関の減少

地域医療構想による病床の削減及び公立・公的病院の再編統合が進むことにより、必要な医療機関が地域から失われる危険性がある。特に、過疎地域及びその周辺地域では、その危険性がより顕著である。

都道府県や市町村が開設する公立・公的病院の約65%は人口10万人未満の市町村にあり、約30%は人口3万人未満の市町村にある。公立・公的病院は、民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界の

ある高度・先進医療の多くを担っている。ところが、公立・公的病院数は、2009年の1296から2021年には1194へと8%減少し、病床数も33万8080床から30万7849床へと9%減少している。

(2) 医師不足と地域偏在状況

医師不足を背景とした医師の地域偏在が生じている。

国の調査によれば、2022年10月末現在の無医地区（医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区）の数は557で、居住人口は12万2206人である。

また、2020年12月31日現在、医療施設に従事する医師数は32万3700人（届出医師全体の95.3%）で、人口10万人対医師数（全国平均）は256.6人である。都道府県別に見ると、最も多い徳島県の338.4人に対し、最も少ない埼玉県は177.8人であり、およそ倍の差がある。

このように、医師不足を背景とした地域偏在により、医療にアクセスしやすい地域とアクセスしにくい地域の格差が大きくなっている。

3 健康の社会的決定要因と医療へのアクセス阻害

前記1、2で述べた経済的理由や地理的理由以外にも、医療へのアクセスを阻害する要因は様々にある。

WHOは、「Closing the gap in a generation」（「1世代のうちに格差をなくそう」と求めるレポート）（健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書2008）において、個人に起因しない社会構造的な要因が健康格差を生み出すとし、そうした要因を「健康の社会的決定要因：Social Determinants of Health：SDH」と呼んでいる。

健康の社会的決定要因は、経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍など多岐にわたる。

例えば、性的マイノリティは、医療機関において男女二元論や戸籍上の性別を前提とした対応がなされるなど、セクシュアリティに対する差別・偏見・無理解などによって医療へのアクセスを阻害されている。

また、外国人は、仮放免中など在留資格がなければ健康保険に加入できず、在留資格があっても技能実習生などは発病や妊娠が発覚すると帰国を強制されることもあるため受診を控えるなど、「制度の壁」「情報・言葉の壁」「文化・心の壁」が医療へのアクセス阻害を生じさせている。

このように、個人に起因しない様々な社会構造的な要因によって、医療へのアクセス阻害が生じている。

第4 人権としての医療へのアクセス権

1 医療へのアクセス権の保障

医療は、人間のいのちや健康に関わる極めて重要なニーズである。専門性が高いため医療の必要性を自己判定することは困難であり、本人の疑いだけで確実に受診できる機会の保障が必要である。個人による健康管理の限界、災害・感染症の発生など、いつ、どのような場面で治療が必要になるかの予測も困難であり、医療は、人間が生涯にわたって尊厳ある生存を維持するために必要不可欠なものである。

憲法は、個人の尊厳原理に立脚し、「健康で文化的な生活」を保障し、あらゆる社会的関係における差別を禁じ（憲法第13条、第14条、第25条）、また、日本も批准済みである国際人権規約（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約））第12条第1項は、「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有する」としている。

したがって、医療の必要性以外の経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍などによって医療へのアクセスが阻害されてはならず、いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利が基本的人権として平等に保障されており、また、国や地方自治体には、人権としての医療へのアクセス権を実効的に保障するため、医療保険制度、医療提供体制、公衆衛生体制などを整備、拡充する責務がある。

2 当連合会のこれまでの提言

当連合会は、2011年10月の人権擁護大会において「患者の権利に関する法律の制定を求める決議」を採択し、これを受けて、2012年に「患者の権利に関する法律大綱案の提言」を策定した。同決議及び提言は、医療へのアクセスを始めとする、医療が抱える多くの重要な課題の解決には、患者を医療の客体ではなく主体とし、その権利を擁護する視点に立って医療政策が実施され、医療提供体制や医療保険制度などを構築し、整備することが必要であり、そのためには、大前提として、基本理念となる患者の諸権利が明文法によって確認されなければならないとして、「患者の権利に関する法律」を速やかに制定することを求めたものである。

さらに、当連合会は、あるべき社会保障について、経済的理由で各種サービスや保障制度を利用できないことがないよう、窓口負担のない税方式による医療・介護・障害福祉サービスの構築、応能負担原則に基づく実質的平等を確保するための優遇税制の見直し、保険主義の偏重の是正、並びに社会保障制度の税財源の強化などを提言してきた（人権擁護大会決議「若者が未来に希望を抱

くことができる社会の実現を求める決議」(2018年10月5日)など)。

しかし、コロナ禍は、医療が社会を維持するために不可欠な公共財であることを再認識させ、現在、コロナ禍後の医療の在り方が問われている。

そこで、当連合会は、医療へのアクセス権の保障を確立するため、これまで提言してきた諸施策に加えて、国及び地方自治体に対し、次の諸施策を速やかに実施することを求める。

第5 誰もが必要な医療を受けられる医療保険制度の構築

1 医療費抑制策の問題

(1) エビデンスの乏しさ

国が医療費抑制の必要性として挙げるのが高齢者人口の増加である。そして、医療費抑制策として行われてきたのが、需要抑制としての患者の窓口負担であり、供給抑制としての医師数の制限、病床（特に急性期病床）の削減である。

しかし、これらについては、海外の研究では、データを基にして、いずれも医療費増加の原因あるいは医療費抑制策としての効果において、その影響はゼロか軽微であるとされている。これに対し、日本では、医療費抑制策の効果に関するデータを国が公表していないため、医療費抑制の必要性や効果についての検証ができない。国の医療費抑制策にはデータに基づいたエビデンスがないばかりか、既に国際的な研究によって効果がない、あるいは、乏しいとされている抑制策を検証もなく継続している。

(2) 医療費の国際比較

日本の令和2年度の国民医療費は4兆2,966.5億円、公費は1兆6,499.1億円(38.4%)（うち国庫負担は1兆1,245億円、地方負担は5兆4,746億円）、保険料は2兆1,264.1億円(49.5%)、患者負担は4兆9,516億円(11.5%)となっている（厚生労働省令和2年度国民医療費の概況）。

GDPに占める医療費（保健医療支出）の割合は、日本はOECD加盟国38か国の中で5位（2019年11.0%、なおOECD平均は8.8%）であるが、先進国の中で最も高齢化が進んでいる日本よりも高齢化率が低いドイツ、フランスの方が日本を上回っている。また、一人当たりの医療費はOECD加盟国38か国中15位（2019年）と先進国の中では低く、2015年から2019年の一人当たりの医療費の伸び率(1.3%)も、OECD平均(2.7%)よりかなり低い(OECD Health Statistics 2021、

WHO Global Health Expenditure Database)。

前記の国際比較のデータが示すとおり、他の先進国との比較において日本の医療費は低く抑えられている状況にあり、国の更なる医療費抑制策は、必要な医療までも受けられない状況を生じさせる。

また、日本の国民医療費の費用構成を見ると、医師等の人件費に充てられるのが47%に対し、医薬品は21.7%、医療材料は6.7%（令和3年度予算ベース）であり、医薬品（薬価）の割合が大きいことが分かる（財務省2021年4月15日社会保障等（参考資料））。日本の特徴として他国に比して医薬品（薬価）と医療材料の単価は高く、一方医師等の人件費の診療報酬が低いことが指摘されている。

2 窓口負担の廃止の拡大

(1) 低所得者に限らない窓口負担の廃止

医療費の窓口負担は、その負担がどんなに少額であっても低所得者の受診を抑制することになる。その結果、必要な医療を受けられず、手遅れになっていのちを失う人がいる。

窓口負担については、災害や失業等による著しい収入の減少などにより、一時的に生活が困窮したときは、窓口負担の減免又は猶予が認められているが（国保法第44条）、恒常的に生活困窮にある者は対象とはなっていない。仮に、低所得者について窓口負担の減免手続を設けたとしても、病気は事前に予想できるものではなく突然罹患するものであり、病気になる前に減免手続を行うことは想定しがたい。実際、この制度は、ほとんど使われていない。

そもそも対象を低所得者に限る制度は、選別主義的な制度であり、給付の漏れが生じ、真に助けが必要な人に助けが届かないという弊害がある。したがって、低所得者に限らない窓口負担の廃止を目指すべきである。

なお、低所得者の医療アクセスの実現には、医療制度の変更だけではなく、生活困窮者支援等の諸施策も重要であるが、貧困対策・生活困窮者支援に関する諸施策については、生活保護法の改正、最低賃金の大幅な引き上げ、労働時間規制、子どもの貧困対策など、当連合会としてこれまでも繰り返し提言をしているところである。

(2) 過剰診療の解消

窓口負担を廃止した場合の懸念としてある過剰診療による医療費膨張についてはエビデンスに乏しい。むしろOECDは、窓口負担による医療費抑制の効果について、公的な資金供給の大きな節約になる可能性は低く、低所得層の受診抑制を招き、長期的に見るとかえって健康悪化によるコストがかか

る可能性があるとしている。

現在、療養病床では診療報酬の包括払いが義務化され、一般病床では包括払いの導入・拡大により、過剰診療は制度的に解消されている。外来診療では診療報酬請求の手続の運用や行政の指導や監査などにより過剰診療が容認されにくくなっていることに加え、将来的には総合診療専門医の普及とともに、国や医師会が進めている「かかりつけ医」（日本医師会の定義では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」）機能が広く人々に普及していけば、過剰受診を解消する効果が期待される。

何よりも窓口負担による受診抑制により、医療へのアクセスが阻害され、必要な医療を受けられずに多くのいのちが失われている危機的状況を踏まえれば、そうした懸念より窓口負担の廃止に向けた施策の推進こそが優先されるべきである。

(3) 対象の拡大

既に子どもの医療費については、全ての地方自治体で窓口負担の一部、更には全部廃止が行われている。近時はその対象年齢を拡大する地方自治体が増加している。地方自治体が子どもの窓口負担を廃止した場合の国庫負担金減額調整を行わない範囲について、現在は未就学児までにとどまっているが、地方自治体は、高校生まではもちろん、更に高額の学費・生活費を負担する大学・専門学校の学生までの窓口負担を廃止すべきであり、その場合、国は国庫負担金減額調整を行わないようにすべきである。また、高齢者については、2008年に「後期高齢者医療制度」が導入され、75歳以上の高齢者の負担割合は一般所得者等1割、現役並み所得者3割となり、2022年10月1日からは、一定以上所得がある高齢者は2割負担となった。これは国が全世代型社会保障と称し、現役世代との負担の公平性を図るとして行ったものであるが、これによって軽減される現役世代の負担はごく僅かであり、かえって高齢者の受診抑制を招き、受診遅れによる病状の深刻化によって医療費の増加につながりかねない。したがって、高齢者の負担割合を直ちに直し、早急に窓口負担を廃止すべきである。

以上のように、窓口負担による受診抑制により、いのちを失うという危機的事態が生じていることに鑑みれば、現状子どもに対して広がっている窓口負担廃止の範囲をまずは早急に高齢者まで拡大し、更に窓口負担のない対象者の範囲を順次拡大すべきである。

3 保険料負担の軽減

(1) 減免制度の拡大

国民健康保険料は、応能割（支払能力に応じて課すもの）の部分と応益割（支払能力に関係なく一定の条件に当てはまれば課すもの）の部分があり、応益割の部分については、7割、5割、2割の軽減制度がある（国保法第81条）。その他、自治体は、条例又は規約の定めがあれば、特別の理由がある者に対し、保険料を減免することができる（国保法第77条）。しかし、この「特別の理由」は、災害などにより一時的に保険料負担能力が喪失したような場合に限定され、恒常的な生活困窮は含まないと解されている。そのため、恒常的な低所得者については、保険料の一部減額は認めるものの、全額免除を認めていない市町村がほとんどである。生活保護による医療扶助があるにしても、恒常的な生活困窮者が全て生活保護を受給しているわけではないことを考えれば、保険料の全額免除を認めていくべきである。

(2) 応能負担の貫徹

被保険者の保険料負担が大きく、低所得者において大きな負担がある国民健康保険の保険料を大幅に軽減すべきである。

また、国民健康保険料の応益割の部分は、逆進的であり、低所得者にとって大きな負担となる。税や保険料は、支払能力に応じて負担する応能負担原則によるべきであり、応益割の部分は、廃止すべきである。それとともに、保険料は、一定以上の高額所得者に対しては、上限が設定されている。そのため高額所得者ほど保険料の負担割合が少なくなる。特に国民健康保険に比べて保険料負担が少ない被用者保険の高額所得者の負担は少なくなっている。このような逆進性を解消するため、保険料上限の引上げが必要である。

当連合会は、過去の人権擁護大会決議（「希望社会の実現のため、社会保障のグランドデザイン策定を求める決議」（2011年10月7日）、「貧困と格差が拡大する不平等社会の克服を目指す決議」（2013年10月4日）、「若者が未来に希望を抱くことができる社会の実現を求める決議」（2018年10月5日））において、税と社会保障による所得再分配機能の重要性及び応能負担原則に基づく実質的平等の確保の観点から、資産所得課税の減税措置等の見直し、所得税及び法人税については大企業及び投資家などに適用される種々の優遇税制の見直しなど、担税力に応じた税制の再構築をすることを提言しているところであり、医療については、国民皆保険制度がその本来の趣旨から後退していることに鑑みれば、保険主義の偏重を是正することが必要であり、保険料においても応能負担原則を貫徹すべきである。

4 保険料滞納者に対する健康保険証の交付と、マイナンバーカードと健康保険証の一体化後の選択権

(1) 国民健康保険は、加入者には無職者が多く、保険料負担能力が低い上に、高い保険料負担のために、前記のとおり、保険料滞納世帯は国民健康保険加入全世帯の1割を超え、短期被保険者証交付世帯、資格証明書交付世帯も多い。保険料の滞納者の多くは、実質的に無保険者の状態に置かれている。健康保険証を取り上げることは、それによって、いのちが失われることにつながることであり、保険料滞納者に対しても、正規の健康保険証を交付すべきである。

(2) 2023年6月に成立した「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律」により、マイナンバーカードと健康保険証が一体化し、健康保険証が廃止されることになった。これが実施されれば、保険料滞納があっても一定期間について正規の健康保険証と同様の窓口負担での受診が認められていた短期被保険者証の仕組みがなくなり、保険料滞納者は、これまで以上に窓口負担10割（償還払い）を求められる事態となることが懸念される。マイナンバーカードと健康保険証の一体化については、個人情報漏洩やシステムダウンが起きるのではないかなど、大きな不安を抱く市民が多いことも踏まえ、現行のままの健康保険証の交付を選択する権利を認めるべきである。

5 医療制度を支えるための財政に関する国民的議論の必要性

以上のような、窓口負担のない対象者の拡大や、国民健康保険料の減免の拡大などについては、財源を不安視する観点からの疑問も予想される。

しかし、医療へのアクセス権は憲法において保障される重要な基本的人権であるから、それを「財源不足」を理由に制限されることのないよう、必要な財源を確保することが国の責務である。

他方で、基本的人権の保障のために必要な安定した財源を確保するためには、国民が租税の役割を実感しつつ、その負担に同意することが必要であるが、そのためには互いに租税を負担し連帯して支え合うことへの国民的合意を形成するための努力が必要となる。

そのため、人権保障のための財源確保については、国民的合意を得るための十分な議論を行わなければならないところ、先にも指摘した過去の人権擁護大会決議（2011年、2013年及び2018年など）においては、財源確保のための方策の例を提示していたところである。

医療へのアクセス権の重要性とともに、税と社会保障を通した所得再分配機

能の重要性も踏まえた上で、所得税の最高税率の引上げ、有価証券の譲渡益や配当金、利息等の資本所得に関する分離課税の見直しや、労働所得の税率よりも低率となっている資本所得税率の引上げ等の応能負担原則に基づいた財源確保のための国民的議論も行う必要がある。

第6 医療提供体制の充実

1 病床削減、公立・公的病院統廃合の見直し（「地域医療構想」の見直し）

前記第2、3で指摘したように、地域医療構想に基づく「必要病床数」を実現した場合、高度急性期・急性期病床を含め、全国で15万6000もの病床削減が必要となり、地域に必要な医療機関や診療科の縮小・廃止が起きかねない。

特に、公立・公的病院は、民間病院では立地が困難な過疎地域やへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、また、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを担っている。そのため、公立・公的病院の統合により、地域や診療科目によっては、必要な医療を受けることが困難な事態が生じている。

公立・公的病院の果たしている役割が非常に大きいことは、新型コロナウイルス感染症への対応においても浮き彫りになった。コロナ禍は、医療費抑制策として病院の統廃合や病床の削減を進める「地域医療構想」の弱点を露呈したものと見るべきである。

国及び地方自治体は、現在の「地域医療構想」を見直し、医療アクセスが保障される観点を十分に踏まえた新たな「地域医療構想」を検討すべきである。医療計画の策定に、住民や患者の意見を十分に反映させ、まちづくりの計画にも位置付けるとともに、医療機関の広域連携を検討する際にも、政策サイドによる圏域設定ではなく、住民の生活圏域を重視するなど、地域で考えて作っていくという地方自治の観点に基づいて「地域医療構想」を策定することが重要である。

加えて、厚生労働省は、「再編統合について特に議論が必要」と名指しした公立・公的病院（当初424病院、後に440病院に増加）のリストを撤回すべきであり、特に過疎地域及びその周辺地域では、公立・公的病院の役割を重視し、住民のいのちを守る観点から少なくとも存続させる必要がある。

自治体の合併、高齢化の進展などによる地域の衰退、医師・看護師の確保ができないことなどにより、公立・公的病院を維持することが困難になりつつある地域については、地域衰退を所与の前提とせずに病院を地域再生の拠点と位

置付ける方策も考慮しつつ、同時に、高次医療機関に患者を速やかに搬送するシステムの構築や診療所のかかりつけ医と病院との連携（病診連携）を強化することなどによって、地域の医療「機能」を維持していくことも重要である。

2 人員体制

(1) 医師不足、偏在の是正

地域医療の現場は、医師不足を背景とした地域間・診療科間の偏在が極めて顕著となり、「地域医療崩壊」の危機的状況にある。国は、医師不足や地域間・診療科間の偏在等の問題を解消し、地域医療を充実させるために必要なあらゆる施策を直ちに講じる必要がある。

① 地域でプライマリーケアを担う総合診療専門医の養成及び確保

OECDは、「日本の医療は大変な課題に直面している。高齢化が急速に進んでおり、人々が健康で経済的また社会的に活動できるよう維持するには、ひとつ以上の慢性疾患を持つ人々に積極的で、連携をし、個別のケアを提供する医療制度が必要になる。プライマリーケアの強化はこれらの課題に対処することの中核をなす。特に、日本は最も適切なサービスを必要に応じて連携して提供することで、人々のニーズに応じられることを確保するために、より明確に異なる医療機能（特にプライマリーケア、急性治療と長期療養）の分化をし、より構造的な医療制度に移行する必要がある。」との提言を行っている。

国は、地域医療の現場においては、複数の疾患等の問題を抱える高齢者が多く、総合診療専門医の必要性が非常に高まっていることを直視し、総合診療専門医の必要数を示し、養成及び確保を図る必要がある。

② 医師不足の解消

前記のとおり、国際比較でも、人口当たりの医師数が少なく、医師不足が、地域・診療科間の偏在や医師の過重労働を生み、また、公立・公的病院の統廃合の原因にもなっている。さらに、診察回数が多く、患者に十分な時間を割くことができない状況を改善するためにも、医師不足の解消が必要である。2008年以降医学部の定員は増加されたが、なお医師不足は解消されていない。

(2) 地域の医療を担う医療従事者の労働環境の改善

医療提供体制を充実させ、かつ、医療の質と安全性を向上させるためには、地域の医療を担う医療従事者の労働環境の改善が必要である。

① 医師の労働環境

医師の労働時間に関し、厚生労働省は、「医師は他職種と比較して抜きん

でた長時間労働の実態にあり、日本の医療が医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられている危機的な状況」にあり、「長時間労働の是正による医師の健康確保、仕事と生活の調和を踏まえた多様で柔軟な働き方の実現を図ることが、医療の質と安全性の確保、これからの医療を支える人材の確保に通じ、地域の医療提供体制を守ることにつながる」として、「時間外・休日労働時間の上限規制などの働き方改革が必要となって」いるとの認識を示している。

しかし、このような厚生労働省の認識にもかかわらず、「医療の公共性・不確実性を考慮した上で医療提供体制の確保に必要な規制」や「医療の質の維持・向上のためには知識習得や技能向上のための研鑽を行う必要」があるとの理由で、一般の業種の労働者の時間外労働時間の上限である年720時間等とは異なる時間外労働時間の上限（休日労働の時間と合わせて年960時間以下、月100時間未満、特例として年1860時間以下）が設定されている。医師の働き方改革を進めるとしながら、なおも過労死ラインを超える時間外労働を容認している。

② 看護師の労働環境

ア 看護師の不足

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」の中間とりまとめ（2019年11月15日）によると、2025年時点における需給推計によれば、約6万人～約27万人の看護職員の供給不足が生じる可能性がある。病床100床当たりの看護職員数（2017年）は、日本は87.1人でOECD加盟国の単純平均183.4人より約100人も少なく、欧米諸国に比べ2分の1から5分の1にすぎない。

イ 夜間勤務形態

最も多くの看護師に適用されている夜間勤務形態は「二交代制（夜勤1回当たり16時間以上）」が53.8%、次いで「二交代制（夜勤1回当たり16時間未満）」が21.1%、「三交代制（変則含む）」が20.7%であった。

また、勤務間インターバル（勤務から次の勤務までの間隔）は、勤務間隔が「8時間未満」が40.6%、「8時間以上12時間未満」が16.2%であった。

看護師は脳・心臓疾患に至るリスクが高い苛酷な労働環境である。

ウ 賃金

産業別の労働分配率を国際比較すると、日本の医療・福祉分野における労働分配率は他国に比べて相対的に低く、分配機能を強化する観点から、診療報酬・介護報酬を始め、分配の在り方を見直す必要があると指摘されるところである。

③ 労働環境の改善策

ア 医療従事者の増員及び医療従事者の労働基準法の遵守

医療従事者が長時間労働をしなければならない要因の一つは、医療従事者の必要人数が不足しているからである。そのため、まずは医療従事者の人数を増員すべきである。

また、現場で働く医療従事者の健康に生きる権利を保障するために、医療従事者の苛酷な労働環境を改善すべきである。

それにはまず医療従事者に対し労働基準法の遵守を徹底し、労働時間の短縮に努めるべきである。

イ 長時間労働への法規制

当連合会では「労働時間法制の規制緩和に反対する意見書」（2014年11月21日）において、長時間労働を是正するための法制度の早急な構築を求めた。また当連合会は、「『あるべき労働時間法制』に関する意見書」（2016年11月24日）において、勤務開始時点から24時間以内に連続11時間以上の休息時間を付与することを求めたところである。

医療従事者は長時間労働、交代勤務、深夜勤務が恒常的な職場である。

夜勤は睡眠時間が不規則になる上、深夜勤務により過労死のリスクが高くなる。

医療従事者の労働時間を8時間、勤務間隔は11時間とするなど、条約・勧告等の国際基準に合わせた国内法を整備・改善すべきである。

ウ 看護師の賃金の引上げ

諸外国の時間外労働に対する割増賃金率は、例えばドイツは最初の2時間が25%、それ以降は50%とするなど長時間労働をすることが経営者にとって人件費が高くなるという規制をしている。

夜勤を含む長時間労働が恒常的である看護師に対し、勤務状況に見合った賃金を保障すべきである。

第7 公衆衛生の充実

コロナ禍において、保健所は、PCR検査の調整、感染者や濃厚接触者の積極

的疫学調査、入院や自宅療養の振り分け、自宅療養者の病状確認など緊急性のある重要な業務を担い、人員不足の中、激務に追われ、市民からの電話もつながらないなど、保健所の機能は麻痺することとなった。

保健所の削減が感染症対策の遅れにつながった可能性も否定できないことから、新たな感染症、南海トラフ巨大地震などの地震・津波災害、気候変動など、今後の不測の事態に備えた人員配置が必要である。

医療へのアクセスは、保健所による入院調整、困難を抱えて医療にアクセスできない人への保健師によるアウトリーチなど、地域保健や福祉システムとの連携によって確保されるものである。健康格差の解消が重要な社会的課題であり、その解決のためにも、公衆衛生の第一線の機関としての保健所が、住民の生活圏域の中で果たす役割が極めて重要である。そこで、保健所の増設と機能の拡充、保健師の増員を図り、公的責任に基づいた公衆衛生体制の充実を図ることを求める。

なお、公衆衛生政策では、社会防衛の観点から患者・少数者に対する人権侵害・差別が引き起こされるおそれが常に存在する。「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」前文でも、ハンセン病・後天性免疫不全症候群等の感染症の患者に対する差別・偏見が存在したことを教訓として感染症の患者等の人権の尊重がうたわれている。これらを踏まえて、公衆衛生政策によって人権侵害・差別が生じることがないようにすることが改めて確認されなければならない。

第8 地域を支える存在としての医療・公衆衛生の重要性

1 医療、公衆衛生部門の経済波及効果・雇用創出効果

日本の産業部門別の経済波及効果及び雇用創出効果を見ると、経済波及効果も雇用創出効果も、医療関連部門、特に、保健衛生のランキングが高くなっている。保健衛生には、保健所や健康相談施設が含まれる。医療や公衆衛生部門は、ITやAIで代替されにくいことなどから、今後、医療・福祉が最大の雇用創出産業になるとの海外の研究もある。

2 地域経済への影響を重視したエビデンスに基づく検証による政策決定

厚生労働省は、公立・公的病院の統廃合と再編リストを公表したが、「診療実績が特に少ない」「類似かつ近接」という二つの基準に該当する病院がリストアップされた。しかし、個々の病院の経営に偏り過ぎた政策判断により病院の縮小・閉鎖を決めれば、立地する自治体全体の雇用・人口・税収が激減する可能性がある。ある自治体では、病院（介護施設を含む）職員の個人住民税の納付額が30%を超えているとの調査結果もあり、税収を含む地域経済への影響も考慮する必要がある。

医療や公衆衛生部門は、地域への経済波及効果及び雇用創出効果が高く、自治体税収に貢献し、地域経済の好循環を作り出す重要な拠点である。地域医療構想などによって病院や保健所を削減することは、労働人口の減少、公共交通の縮小、財政の悪化を始めとする地域の疲弊を招き、更なる医療へのアクセス阻害という悪循環を生じさせる可能性があることから、地域経済への影響を重視したエビデンスに基づく検証を前提とした政策決定を行うことを求める。

第9 社会構造上の要因と公的取組

1 健康の社会的決定要因

健康の社会的決定要因は、経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍など多岐にわたる上、生涯にわたって蓄積し、原因は一つではなく、いくつもの困難を同時に抱えることも少なくない。

貧困は、健康の社会的決定要因の中でも、最も大きな原因の一つである。生活困窮世帯の子どもには、虫歯、肥満、ワクチン未接種率が高く、健康リスクが高いこと、低所得者ほど喫煙率が高く、高血圧や糖尿病に罹患しており、検診の未受診も多いこと、高齢者においては、所得が低いほど医療機関受診率が低く、要介護認定となる割合が高いこと、学歴や所得といった社会階層、社会参加度が抑うつや要介護状態の出現と相関があることなどが、疫学調査などによって裏付けられている。

経済的困窮だけでなく、低所得・失業・低学歴・非正規雇用など社会的に不利な立場にある人々ほど、健康を害しやすく短命である傾向が明らかになっている。

このような社会的決定要因は、健康格差の大半の原因となっており、第3で指摘した例のように医療へのアクセスを阻害する重大な要因となるものもある。

2 健康の社会的決定要因に関する取組の必要性

WHOは、「Closing the gap in a generation」（「1世代のうちに格差をなくそう」と求めるレポート）において、各国政府に対し、健康の公平性を達成するために、健康の社会的決定要因に関して国際的な取組を先導することを求めるとし、構造的な健康格差が、合理的な行動によって回避できると判断される場合、そのような格差はまさに不公平であり、是正可能な健康格差をたどすことは社会正義の問題であり、健康格差を低減することは倫理的義務であるとし、「社会的不正義のために、多くの人々が殺されている」としている。

当連合会は、「いったん収入の低下や失業が生じると社会保障制度によっても救済されず、蓄え、家族、住まい、健康等を次々と喪失し、貧困が世代を超

えて拡大再生産されるという『貧困の連鎖』の構造が作られていること、社会の構造的要因が自殺を生み出していることなどを指摘し、構造的な要因を除去、改善するための実効的な対策を講ずることを過去の人権擁護大会決議において求めてきた（「貧困の連鎖を断ち切り、すべての人が人間らしく働き生活する権利の確立を求める決議」（2008年10月3日）、「強いられる死のない社会をめざし、実効性のある自殺防止対策を求める決議」（2012年10月5日））。

健康格差を生み出す社会的決定要因は、貧困や自殺を生じさせている社会構造的要因と共通する問題であって、生存権や医療へのアクセス権の実効的な保障のため、是正されなければならない。

3 WHOが主導している健康格差対策とその実践

WHOは、前記レポートにおいて、健康格差解消のため、以下の三つのアクションを進めるべきとしている。

- (1) 日常生活の環境を改善する。
- (2) 生活環境の構造的要因である権力、資金、資源の不公平な配分に国際レベル、国家レベル、地域レベルで取り組む。
- (3) 問題を測定して理解し、行動の影響を評価する。

社会的決定要因に対する取組においては、自己責任ではなく、病気の「原因の原因」を社会構造的な問題の枠組みで捉えること、社会的な困難を抱え権利が脅かされている個人を代弁しその権利を擁護するための活動（アドボカシー）を、地域コミュニティのレベルでも、社会システムというマクロなレベルでも行うこと、医療専門職だけでは完結できないため多職種と連携して体制を作って取り組むこと、こうした問題意識を持つ医療者の育成とそのための教育システムの構築が重要とされている。

そして、地域レベルでは、多職種連携の取組である「社会的処方」の実践が重視されている。例えば、これまでも、ホームレス支援のアウトリーチの活動に、医療者が参加して、食糧支援・衣料品配布、医療相談、社会福祉士などによる生活福祉相談、弁護士による法律相談などが連携して行われている。宇都宮市医師会は、社会的処方への取組を宣言し、弁護士会などに成年後見の問題などでの連携を呼び掛けたり、地域社会資源のマッピングの取組などを進めている。また、三重県名張市では、保健師ら専門職が従事する「まちの保健室」が設置され、リンクワーカー（地域の社会資源につなぎ、伴走し、必要なサービスを作り出す担い手）研修の実施など、行政と連携した取組が行われている。

4 健康の社会的決定要因に対する公的取組

(1) WHOが主導している健康格差対策の積極的推進による医療の確保

国及び地方自治体は、健康格差を生じさせている社会構造的要因の解消を始め、健康格差に関する研究・医療関係者等に対する教育、地域における社会的処方取組の推進などを含む、健康格差対策を積極的に推進すべきである。

そして、同対策の推進により、経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍など、健康格差を生じさせている様々な社会的決定要因により医療へのアクセスを阻害されている人々に対する医療を早急に確保すべきである。

地域における社会的処方取組の推進に当たっては、「共助」の名の下に、公的責任で実施すべき施策を後退させ、これを地域住民の互助によって補うことがあってはならない（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」における介護保険体制に関する意見書（2014年4月17日）、人権擁護大会決議「地方自治の充実により地域を再生し、誰もが安心して暮らせる社会の実現を求める決議」（2021年10月15日））。

(2) 公的調査の実施

WHOは、健康の不公平と健康の社会的決定要因の定期的なモニタリング（監視）と、各種政策や取組が健康の公平性に与える影響を評価すべきであるとし、これらが行動を起こすために不可欠の基盤となるとしている。しかし、日本では、無保険者の実数の公的調査さえ行われておらず、行動を起こすための基盤に欠けていることから、無保険者の実数、受診抑制の実態など、医療の必要性並びに未充足及びその要因の公的調査が実施されるべきである。

第10 弁護士・弁護士会の取組

弁護士・弁護士会は、これまでも、生活困窮者支援・ホームレス支援、子ども、高齢者、外国人支援など様々な現場で、地域のNPO、市民等と連携して、社会的な困難を抱え権利が脅かされている個人を代弁し、その権利を擁護する取組を進めてきた。このような弁護士・弁護士会の従前の取組からすれば、医療者を起点とした社会的処方取組と連携をすることは、弁護士・弁護士会にとっても重要であり、今後、より自覚的に取り組むべき課題である。また、地域の現場での取組を踏まえ、マクロなレベルでも、医療者等と連携して社会構造的要因の解消に向けた取組を進める必要がある。

アメリカでは、医学・法学パートナーシップ（Medical-Legal Partnership）の

取組が行われている。医療者が患者と接する中で認識したDVなどの家族問題、立ち退きなどの住居の問題、公的給付の不支給の問題などについて、医療と法律の専門家が連携し、患者が法的支援にアクセスできるようにし、ケアを強化し、あるいは社会的要因に働きかけるという実践であり、日本においても、医学・法学パートナーシップを強化していくことが重要である。

当連合会は、医療と法的支援の相互の協働によって個人の権利を擁護することの重要性に鑑み、今後はより一層、医療関係者との連携を広げ、アウトリーチの相談活動現場での連携、医師会との定期協議の実施等、医療者を起点とした前記の社会的決定要因に対する取組との協働を進めつつ、人権としての医療へのアクセスを保障するため力を尽くす決意である。

個人情報保護法いわゆる3年ごと見直しの改正法案について の意見書

2026年（令和8年）4月16日

日本弁護士連合会

2026年4月7日付けで閣議決定された個人情報保護法の改正法案（以下「改正法案」という。）及び同月付け個人情報保護委員会事務局作成の「個人情報保護法等の一部を改正する法律案について」（以下「事務局資料」という。）について、当連合会は以下のとおり意見を述べる¹。

第1 意見の趣旨

- 1 統計作成等²のための本人同意要件等の緩和（以下「統計作成等特例」という。）については、プライバシー保護や差別防止の観点から慎重な検討を行い、以下の(1)ないし(3)の対策を講じるべきこと
 - (1) 統計作成等の過程で生じるおそれのある個人データの漏えい等に対し、十分な措置を講ずること
 - (2) 統計作成等特例により取得された個人情報を含む統計化前の保有個人データについて、違法行為の有無を問わない利用停止等請求を認めること
 - (3) 統計情報等がプロファイリングに利用されることで個人の権利利益の侵害を引き起こすおそれがあることを踏まえ、統計作成等特例が適用される統計情報等の範囲を厳格に法律で定めた上で、統計作成等特例により作成された統計情報等自体の取扱いに関する規制を設けるなどの明確な歯止めを検討すること
- 2 個人情報等の取得の状況からみて本人の意思に反しないため本人の権利利益を害しないことが明らかな取扱いである場合に、本人の同意を不要とするとの点については、その立法事実及び具体的な対象範囲を明示すべきこと

¹ 当連合会は、いわゆる3年ごと見直しに関し、2024年12月19日付け「個人情報保護法3年ごと見直し中間整理（主に「個人の権利救済手段の在り方」（第2の1(4)）及び「実効性のある監視・監督の在り方」（第2の2）について）に関する意見書」、及び2025年3月18日付け「個人情報保護法改正に向けた意見書」（以下「2025年3月意見書」という。）を取りまとめて公表しておりそこで述べた意見は従前どおりである。

² 改正法案2条13項において「統計作成等」とは、「統計の作成その他の大量の情報から当該情報を構成する要素に係る情報を抽出して分類、比較その他の解析を行うことにより、当該大量の情報の傾向又は性質に係る情報（個人に関する情報であるものを除く。）を作成する行為のうち、個人の権利利益を害するおそれが少ないものとして個人情報保護委員会規則で定めるものをいう」とされている。

- 3 生命等の保護又は公衆衛生の向上等のために個人情報を取り扱う場合における同意取得困難性要件を緩和するとの点については、利益衡量の考慮要素を法文上より明確にすべきこと
- 4 病院等による学術研究目的での医療情報の取扱いについては、医療分野の個人情報保護法を立法して対応すべきこと
- 5 こどもの個人情報の取扱いに関する規律として法定代理人の関与を導入するに当たっては、虐待等のように親子等の間の利害が相反している場合に、こどもの保護が徹底される規律を設けるべきこと
- 6 顔特徴データ等を含む生体データの取扱いについては、生体データを要配慮個人情報とした上で、本人の同意や利用の必要性に応じて例外的に利用を許容する厳格な規制を設けるべきこと
- 7 データ処理等の委託を受けた事業者に関する義務の見直しに当たっては、「委託」の意義を明確化すべきこと

第2 意見の理由

- 1 統計作成等のための本人同意要件等の緩和（統計作成等特例）については、プライバシー保護や差別防止の観点から慎重な検討を行い、以下の(1)ないし(3)の対策を講じるべきこと（意見の趣旨1）（改正法案30条の2、31条の3、69条2項4号、72条の3関係）

改正法案及び事務局資料6頁は、個人データ等の第三者提供、公開されている要配慮個人情報の取得等の場合、統計情報等の作成（統計作成等であると整理できるAI開発等を含む。）にのみ利用されることが担保されていること等を条件に、本人同意を不要とする等の特例を設けることとしている（統計作成等特例）。

しかし、統計作成等特例は、個人の権利利益を侵害するおそれを高めるため、以下の(1)ないし(3)の対策を講じるべきであり、これらの対策が講じられないまま統計作成特例を導入することには反対する。

- (1) 統計作成等の過程で生じるおそれのある個人データの漏えい等に対し、十分な措置を講ずること

統計作成等特例が導入されれば、要配慮個人情報を含む個人の生活上発生する様々なデータについて、個人識別性のある状態で、本人同意なく、一層広範囲にデータが取得され、大規模なデータ突合等の処理が行われるようになることが想定される。

この点、事務局資料6頁では、統計情報等の作成にのみ利用されることが担保するための規律として、一定事項の公表（氏名・名称（取得者〔要配慮個人

情報取得]／提供元・提供先〔第三者提供〕)、行おうとする「統計情報等の作成等」の内容等)、「統計情報等の作成」のみを目的とした提供である旨の書面による提供元・提供先間の合意〔第三者提供〕、取得者及び提供先は目的外の利用及び第三者提供が禁止される〔要配慮個人情報取得、第三者提供〕等が挙げられており、また、同資料20頁では統計化等せずに販売や利用をした場合には課徴金を課すこととされている。

しかし、統計情報等の作成の目的外利用を防止する措置を制度化するだけでは対策として不十分である。上記のとおり、改正前よりもさらに広範囲なデータ収集及びその処理が可能となることに鑑みると、事業者が意図せずとも、統計化を行う過程で内部者のデータ持ち出しや外部からのハッカー攻撃により、統計化前の個人データの漏えいが発生した場合に、当該データに含まれる個人の権利利益に対して、一層深刻な被害が生じ得ることを看過すべきではない。

そのため、統計作成等特例により取得された個人情報を含む統計化前の情報については、本人同意のないデータ取得を行う事業者が適切なセキュリティ対策等を行っていることを客観的に担保する必要がある、統計化するまでの過程における厳格なセキュリティ要件を定めた上で、第三者による検証等の仕組みを設けるなど、事前の対策を取るべきである。

- (2) 統計作成等特例により取得された個人情報を含む統計化前の保有個人データについて、違法行為の有無を問わない利用停止等請求を認めること

上記のとおり、本人同意のない個人データの第三者提供や公開されている要配慮個人情報の取得には、看過し得ないリスクが認められる。

したがって、仮に、統計作成等特例を導入するのであれば、統計作成等特例により取得された個人情報（統計化前の保有個人データ）について、違法行為の有無を問わない利用停止等請求（個人情報保護法35条5項参照）を認めるべきである。

その上で、この措置が実効性を有するよう、どのような立場の者であっても利用停止等請求が容易になし得るようにする必要がある。

そのためには、少なくともオプトアウト制度（個人情報保護法27条2項）と同様に、公表事項を個人情報保護委員会に届け出て、個人情報保護委員会はこれを委員会のホームページ等でまとめて公表するものとし、さらに利用停止等請求を行う者が、オンライン上でまとめて当該請求をなし得るように整備すべきである。

(3) 統計情報等がプロファイリング³に利用されることで個人の権利利益の侵害を引き起こすおそれがあることを踏まえ、統計作成等特例が適用される統計情報等の範囲を厳格に法律で定めた上で、統計作成等特例により作成された統計情報等自体の取扱いに関する規制を設けるなどの明確な歯止めを検討すること

事務局資料6頁では、「特定の個人との対応関係が排斥された統計情報等の作成や利用はこれによって個人の権利利益を侵害するおそれが少ない」とされている。

しかし、個人データを処理して得られた統計情報等自体の利活用等についての具体的な規律はなく⁴、収集しやすくなった大量の個人情報処理して得られた多種多様で精緻な統計情報等が、人の評価や決定に利用されることにより、新たな差別やプライバシー侵害を引き起こすおそれは否定できない⁵。

すなわち、今日のデジタル社会では、人々の様々な場面での活動に関する大規模なデータ（ビッグデータ）が集積されている。このようなビッグデータをコンピュータで処理することにより、今まで認識されていなかったデータ間の関係性を明らかにし（データマイニング）、人の評価や決定に利用すること（プロファイリング）が可能となる。例えば、「無香料ローションの購入歴＋特定サプリメントの購入歴＋大き目のバッグの購入歴⇒該当者は妊娠している可能性が高い」というパターンや「男性である＋ヘーゼル色の瞳をもつ＋交通違反を超えた軽犯罪歴をもつ＋タトゥーを入れている⇒該当者は重罪を犯す可能性が

³ この意見書では、プロファイリングを、GDPR（EUの一般データ保護規則）4条4号と同じく、「自然人と関連する一定の個人的側面を評価するための、特に、当該自然人の業務遂行能力、経済状態、健康、個人的嗜好、興味関心、信頼性、行動、位置及び移動に関する側面を分析又は予測するための、個人データの利用によって構成される、あらゆる形式の、個人データの自動的な取扱いを意味する」（個人情報保護委員会仮訳。以下同じ。）とする。

⁴ 統計情報等とマッチングされてプロファイリングに用いられる個人情報等については不適正利用（個人情報保護法19条）等による規制の余地はある。しかし、より精緻化されていく個人のプロファイリング一般（例えば特定の事実から推定する犯罪予測）を不適正なものとしてこれらの規制の対象とすることは困難であり、限界がある。さらに、統計情報等に関しては個人情報には該当しないと解されるため、現行の個人情報保護法による直接の規制が困難である。

⁵ その問題を報じるものとして、2026年3月7日付け朝日新聞「個情法改正へ 本人同意なしの統計作成とAI開発、リスク検討十分か」（若江雅子編集委員による解説記事）がある。

https://digital.asahi.com/articles/ASV362H4DV36UPQJ00RM.html?iref=comtop_Opinion_01

そこでは「犯罪に関与しそうな傾向は「犯罪係数」として数値化され、実際に罪を犯していなくても規定値を超えれば「潜在犯」として扱われてしまう。」というアニメで描かれた近未来が「非現実的な設定に思えるかもしれないが、夢物語とも言い切れない。今の特別国会に提出される個人情報保護法改正案の目玉の一つは「本人同意」の原則を緩和する特例だ。適切な制度的手当てがないまま進めば、アニメが描いた世界への入り口になるかもしれない。」と紹介されている。

高い」というパターンを発見し、当該統計的パターンに基づいて人の取扱いを決定した例がある⁶。

このため、特定個人を識別しない統計情報等であっても、統計情報等が示した関係性を有する個人に当てはめて特定の事実を推定するなどして、精緻なプロファイリングに用いられ、新たな差別やプライバシー侵害を引き起こすおそれがある⁷。また、その統計情報等に該当する特性を有する個人が、そこから推定される事実による差別やプライバシー侵害を恐れ、自ら行動を抑制したり、特定の事実を隠したりせざるを得ない事態も生じ得る。

現行個人情報保護法は、個人データの第三者提供や要配慮個人情報の取得について本人同意⁸原則を採用することで、このような個人の権利利益の侵害の可能性をも抑えられているところ、本人同意が不要となることにより、大規模かつ多種多様なデータを利用した一層精緻な統計情報等が多数作成され、上記のような個人の権利利益の侵害の可能性も増大することとなる。

したがって、統計作成等特例を導入する場合は、統計情報等がプロファイリングに利用されることにより個人の権利利益の侵害を引き起こすおそれがあることを踏まえ、統計作成等特例が適用される統計情報等の範囲を厳格に法律で

⁶ 山本龍彦『プライバシーの権利を考える』（信山社、2017年）141～142頁

⁷ 当連合会は、2025年3月意見書において、プロファイリングによる要配慮個人情報の推知について要配慮個人情報の取得と同等の規制をするべきであることを提言している。

⁸ この本人同意は、本人の真意に基づく同意である。そのためには、2025年3月意見書で述べたとおり、個人情報保護法において、有効な同意の要件及び同意の撤回についての規定を設けるべきである。

定めた上で、統計作成等特例により作成された統計情報等自体の取扱いに関する規制^{9,10}を設けるなどの明確な歯止めを検討する必要がある。

この点、改正法案においては、統計作成等特例が適用される統計情報等の範囲は法文上必ずしも明確ではなく、統計作成等特例により作成された統計情報等自体の取扱いに関する規制もない。個人の権利利益の侵害を引き起こすおそれへの配慮が、極めて不十分である。

- 2 個人情報等の取得の状況からみて本人の意思に反しないため本人の権利利益を害しないことが明らかな取扱いである場合に、本人の同意を不要とするとの点については、その立法事実及び具体的な対象範囲を明示すべきこと（意見の趣旨2）（改正法案18条3項7号、20条2項7号、27条1項8号関係）

改正法案では、本人との間の契約の履行のために必要やむを得ないことが明らかである場合その他当該個人情報の取得の状況からみて本人の意思に反しないため本人の権利利益を害しないことが明らかな取扱いである場合として個人情報保

⁹ 前記朝日新聞の記事中では、国立情報学研究所の佐藤一郎教授が「日本のプロファイリング規制の弱さを考慮すると、特例を使って作成した統計情報をプロファイリングに使うことは制限すべきだ」とコメントしている。また、事務局資料6頁では統計作成等であると整理できるAIも統計情報等を含むことが示されているところ、EUではAI規則により、4つのリスクレベルに応じたAIシステムの規制を行っている。最も厳しいカテゴリーでは、以下のような行為が原則として禁止されており参考になる（AI規則5条1項。訳は公益社団法人著作権情報センター）。

<https://www.cric.or.jp/db/world/index.html>

「(b) 自然人または一定の人のグループの年齢、心身障害、または特定の社会的または経済的状况に起因するなんらかの脆弱性につけこむAIシステムであって、その人または第三者に対し重大な害を引き起こしまたは合理的に引き起こし得るような、その人またはそのグループに属する人の行動を実質的に歪曲する目的または効果を伴うものを、上市し、サービスを開始し、または使用すること」

「(c) 以下のいずれかまたは双方の状況を導くソーシャルスコアを伴う、社会的行動に基づき、または既知の、推論される、もしくは予測される人の特徴または人格に基づき、一定期間にわたる自然人または人のグループの評価または分類を目的とするAIシステムを上市し、サービスを開始し、または使用すること：

(i) データが当初生成されまたは収集された文脈とは無関係な社会的文脈における、一定の自然人または人のグループに対する有害または不利な取扱い；

(ii) その社会的行動またはその重大性に照らして不当なまたは不均衡な、一定の自然人または人のグループに対する有害または不利な取扱い；」

「(d) 自然人のプロファイリングまたはその人格的特徴または特性の評価のみに基づいて、自然人が刑事犯罪を犯すリスクを評価または予測するために、AIシステムを上市し、この特定の目的のためにサービスを開始し、または使用すること」

「(g) その人種、政治的意見、労働組合への加入、宗教上または思想上の信念、性生活または性的指向に関して推測または推論する目的で、その生体データに基づいて自然人を個別的に分類する生体分類システムを上市し、この特定の目的のためにサービスを開始し、または使用すること」

¹⁰ 改正法案及び事務局資料6頁では、行政機関等の取り扱う保有個人情報についても、利用目的以外の目的のための提供に係る「統計の作成」の例外規定（個人情報保護法69条2項4号）の対象を、統計作成等に拡大することとされているが、行政機関等においては、民間部門以上に、大量の個人情報を、機微性の高い要配慮個人情報を含めて、本人の意思に基づかずに取り扱うことも可能であるから、その点にも留意した統計情報等の取扱い規制を検討する必要がある。

護委員会規則で定める場合には、個人データの第三者提供等（目的外利用及び要配慮個人情報の取得を含む）について、本人同意を不要とすることとしている。

しかし、「取得の状況からみて本人の意思に反しないため本人の権利利益を害しないことが明らかな取扱いである場合として個人情報保護委員会規則で定める場合」との要件は抽象的であり、拡大解釈されるおそれが懸念される。

この点、事務局資料7頁では2つの想定事例が挙げられている。想定事例1はホテルの予約について、ホテル予約者がホテル予約サイトAを利用してホテルBを予約した場合に、AからBへ予約者の氏名等を第三者提供する事例である。想定事例2は海外送金について、送金者が送金元金融機関Cを利用して送金先金融機関Dに対して送金を委託した場合に、CからDへ送金者の情報を第三者提供する事例である。

しかし、これらの事例は、従前の本人同意の要件を緩和しなくても対応し得る事例である。すなわち、利用者が指定する相手方（上記想定事例のB及びD）に利用者の情報を提供することについて、本人（利用者）のサービス利用時に同意を取得することは困難ではない¹¹。また、事前に明示的な同意を得られなかったとしても黙示の同意¹²があると解し得る。

そうであれば、「取得の状況からみて本人の意思に反しないため本人の権利利益を害しないことが明らかな取扱いである場合」との条項をあえて設ける必要性は、上記事例からは必ずしも窺えない。このため、そのような条項を設ける立法事実は明示されていないと言わざるを得ない。

また、事務局資料7頁によれば、「具体的な対象範囲は、制度が円滑に運用されるよう、改正の趣旨を踏まえつつ、委員会規則等で定めることを想定」するとさ

¹¹ 外国にある第三者への個人データの提供と解される場合（個人情報保護法28条1項に該当する場合）には、当該外国における個人情報の保護に関する制度の情報提供等が必要となり、事前の同意の取得は容易ではないことも考えられるが、それが立法事実であれば、個人情報保護法28条の制限について、本人の指示に基づく場合には緩和する方法も考えられる。

¹² 個人情報保護委員会「「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」に関するQ&A」は、「同意は、本人による承諾の意思表示をいいますので、「明示の同意」以外に「黙示の同意」が認められるか否かについては、個別の事案ごとに、具体的に判断することとなります」（Q1-61）とし、同委員会「「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を補完する事例集（Q&A）」問301は「健保組合において通常想定される第三者提供については、原則本人の同意を得ることとしていますが、本人の同意を得る方法として、被保険者等への保険給付等のために通常必要な範囲の利用目的のうち、被保険者等にとって利益となるもの、又は医療費通知など事業者側（健保組合等）の負担が膨大である上、明示的な同意を得ることが必ずしも被保険者等本人にとって合理的であるとは言えないものの利用の範囲について、ホームページへの掲載、パンフレットの配布、事業所担当窓口や健保組合等の掲示板への掲示・備付けや公告等により明らかにしておき、被保険者等から特段明確な反対・留保の意思表示がない場合には、これらの範囲内での個人情報の利用について同意が得られているものとする「黙示の同意」という考え方をを用いることがあります（ガイダンスⅢ7（3）を参照）。」としている。

れ、改正法案では具体的内容が明示されないまま個人情報保護委員会規則に委任されている。

しかし、対象範囲は法律から適切に読み取れる必要がある。国会での改正議論において、立法事実が明確に示されないまま、行政機関がその具体的な対象範囲を定めることは、法律による行政という憲法の枠組（憲法41条、73条1号等）に抵触するものである。

よって、個人情報保護委員会は、速やかに、立法事実を示した上で、より具体的な法文案、委員会規則案及び個人情報保護委員会が定めるガイドラインの記載内容案をもって、具体的な対象範囲を明示すべきである。

- 3 生命等の保護又は公衆衛生の向上等のために個人情報を取り扱う場合における同意取得困難性要件を緩和するとの点については、利益衡量の考慮要素を法文上より明確にすべきこと（意見の趣旨3）（改正法案18条3項2号、3号、20条2項2号、3号、27条1項2号、3号関係）

改正法案では「本人の同意を得ることが困難」である場合のほか、「その他本人の同意を得ないことについて相当の理由があるとき」にも本人からの同意取得を不要とすることとされている。そして、ここにいう相当の理由について、及び事務局資料8頁では、「（公衆衛生の向上等のために特に必要である一方で、）本人のプライバシー等の侵害を防止するために必要かつ適切な措置（氏名等の削除、提供先との守秘義務契約の締結等）が講じられているため、当該本人の権利利益が不当に侵害されるおそれがない場合等を想定。具体的な事例については、制度が円滑に運用されるよう、改正の趣旨を踏まえつつ、ガイドライン等において明確化することを想定」しているとする。

この点、当連合会は、2025年3月意見書において、原則として本人の同意が必要とされる個人情報の取扱いであっても、個人情報の利用の必要性和本人の不利益の程度の利益衡量を行った上で、相当な場合には、例外的に本人の同意を不要とする条項を設けるべきことを述べた。

これに対し、改正法案は、個人情報の利用の必要性（生命等の保護又は公衆衛生の向上等のため）に関する文言を変更せずに同意要件のみを緩和しているため、必要性の程度が低く、本人の不利益との利益衡量の結果なお本人同意が必要と考えられる場合にもこれを不要としてしまうおそれがある。

すなわち、必要性に関する現行法文の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合」という文言では、必要性があると考えられる範囲や必要性の程度が必ずしも明確とならない。そのため、必要性が拡大解釈される懸念が残され

ており、これに対する歯止めとなるべき「その他本人の同意を得ないことについて相当の理由があるとき」との文言は抽象的であり、必要性との関係性も明らかではなく、拡大解釈への歯止めとして機能しないおそれがある。

この点、事務局資料 8 頁では、「具体的な事例については、制度が円滑に運用されるよう、改正の趣旨を踏まえつつ、ガイドライン等において明確化することを想定」しているとする。

しかし、既に述べたとおり、法律による行政という憲法の枠組みからすれば、安易に行政機関に委任するべきではなく、法文によりその趣旨が明確化されるべきである。

したがって、本人同意を不要とする例外範囲を拡大する場合には、当連合会の 2025 年 3 月意見書で述べたように「提供される情報の種類・性質、提供の目的、提供を受ける第三者の範囲、提供の方法等に照らして相当な理由があるとき」のような文言を盛り込むことにより、法文上その利益衡量の要素を明確化すべきである。

4 病院等による学術研究目的での医療情報の取扱いについては、医療分野の個人情報保護法を立法して対応すべきこと（意見の趣旨 4）（改正法案 16 条 9 項関係）

改正法案及び事務局資料 9 頁において「学術研究機関等」に、「病院その他の医療の提供を目的とする機関又は団体」が含まれることが明示された。

医療情報の取扱いに関して、学術研究機関と学術研究機関に含まれない医療機関とで取扱いのルールを共通化する方向性については、医療情報の取扱いの円滑化に資するものとして賛成できる。

しかし、当連合会は、医療情報について、医療の発展のために利活用の必要性が高い反面、本人のみならず家族等についての情報を含み（ゲノム情報など）、取扱いの態様によっては、個人の権利利益への深刻な侵害を招来する可能性が高いという情報の特性に鑑み、個人情報についての一般法である個人情報保護法とは別に特別立法をするよう求めてきた¹³。

この点、改正法案では、部分的対応にとどまり、医療情報の特性に十分配慮した内容となっておらず不十分である。また、医療情報はその取扱い如何によっては、個人の権利利益に深刻な被害を生じさせるおそれがあるから、少なくとも、取扱いを望まない本人について、違法性の有無を問わない利用停止等請求を認めるべきである。

¹³ 2001 年 5 月 9 日付け「個人情報の保護に関する法律案に対する意見書」意見の趣旨 3 項、2012 年 9 月 14 日付け「患者の権利に関する法律大綱案の提言」23 頁参照。

よって、病院等による学術研究目的での個人情報の取扱いについては、改正法案では不十分であり、医療分野の個人情報保護法を立法して対応すべきである。

- 5 こどもの個人情報の取扱いに関する規律として法定代理人の関与を導入するに当たっては、虐待等のように親子等の間の利害が相反している場合に、こどもの保護が徹底される規律を設けるべきこと（意見の趣旨5）（改正法案35条9項、10項、40条の2、58条の3、71条の3、125条の2関係）

改正法案及び事務局資料10頁では、16歳未満の者が本人である場合、同意取得や通知等について当該本人の法定代理人を対象とすることを明文化し、当該本人の保有個人データの利用停止等請求の要件を緩和するとともに、未成年者の個人情報等の取扱い等について、本人の最善の利益を優先して考慮すべき旨の責務規定を設けることとしている。また、同意取得や通知等に係る規定に、法定代理人の関与を義務付け、また違法行為の有無等を問わない利用停止等請求を可能とすることとしている。

当連合会の2025年3月意見書で述べたとおり、法定代理人への情報提供やその同意を取得すべきことを法令の規定上明確化すること、及び利用停止等請求権の拡張については基本的に賛成する。

ただし、同意見書14頁ないし15頁で述べたとおり、虐待等のように親子等の間で利害が相反している場合には、こどもの保護が徹底される規律が必要である。また、対象となる情報の性質や利用態様によって年齢基準を考える必要がある。例えば未成年者がSNSで要配慮個人情報やセンシティブな情報の送信をした場合などは、なお16歳以上の未成年者を保護すべき場合もあると考えられる。さらに、法定代理人の同意を取得していても、こども本人に対する個人情報の取扱いについての説明義務は免れないことを明示するべきである。

この点、改正法案58条の3は、個人情報取扱事業者等は、未成年者に関する個人情報等の取扱いについて、この法律の規定を遵守するとともに、その年齢及び発達の程度に応じて、その最善の利益を優先して考慮した上で、未成年者の権利利益を害することがないように必要な措置を講ずるよう努めなければならないものとし、未成年者である本人の法定代理人は、開示等の請求等又はこの法律の規定の同意をするに当たっては、当該本人の最善の利益を優先して考慮しなければならないものとする¹⁴。

しかし、法定代理人や個人情報取扱事業者が、本人の最善の利益を優先して考慮すべきことは当然であるところ、責務規定だけではこどもの権利利益の保護が

¹⁴ 改正法案125条の2は公的部門において同趣旨の規定である。

十分でない場合も考えられる。そこで、より実効性のある規律が検討されるべきである。例えば、法定代理人の同意は、こどもの権利利益を不当に侵害するおそれがある場合には認められないこと、また、より一般的には、2025年3月意見書8ないし9頁で述べたとおり、成人も含め、有効な同意の要件及び同意の撤回についての規定を設けることなどが検討されるべきである。

- 6 顔特徴データ等¹⁵を含む生体データの取扱いについては、生体データを要配慮個人情報とした上で、本人の同意や利用の必要性に応じて例外的に利用を許容する厳格な規制を設けるべきこと（意見の趣旨6）（改正法案16条5項、21条の2、27条2項、35条7項、8項関係）

- (1) 顔特徴データ等の規制として一定事項の周知と利用停止等請求の要件緩和では不十分であること

改正法案及び事務局資料11頁は、顔特徴データ等の「特定生体個人情報」（改正法案16条5項）¹⁶について、その取扱いに関する一定の事項（個人情報取扱事業者の名称・住所・代表者の氏名、特定生体個人情報を取り扱うこと、特定生体個人情報の利用目的、特定生体個人情報に含まれる特定生体個人識別符号に変換される身体の一部の特徴に係る情報の内容の元となった身体的特徴の内容、利用停止請求に応じる手続等）の周知を義務化し、利用停止等請求の要件を緩和するとともに、オプトアウト制度に基づく第三者提供を禁止する。

しかし、個人が日常的に全ての事業者について上記周知事項を確認したり、利用停止等請求を行ったりすることは困難である。

当連合会は、2021年9月16日付け「行政及び民間等で利用される顔認証システムに対する法的規制に関する意見書」において、GDPR等の諸外国の規制例¹⁷も参考に、生体データの一つである顔認証データ¹⁸を利用した顔認証システムについて、本人の同意を重要な要件とする法規制の必要性を提言して

¹⁵ 事務局資料11頁では「顔の骨格及び皮膚の色並びに目、鼻、口その他の顔の部位の位置及び形状から抽出した特徴情報を、本人を識別すること目的とした装置やソフトウェアにより、本人を識別することができるようにしたものとするを想定」とする。改正法案では、特定生体個人情報との用語が用いられ、具体的には政令で定める。

¹⁶ 特定生体個人情報とは、「特定の個人の身体の一部の特徴を電子計算機の用に供するために変換した個人識別符号のうち、特別の技術又は多額の費用を要しない方法により取得することができる身体の一部の特徴に係る情報であって当該情報が取得されていることを本人が容易に認識することができないものとして政令で定めるものを変換したものが含まれる個人情報」を意味する（法律案要綱）。

¹⁷ GDPR 9条1項は、「人種的若しくは民族的な出自、政治的な意見、宗教上若しくは思想上の信条、又は、労働組合への加入を明らかにする個人データの取扱い、並びに、遺伝子データ、自然人を一意的に識別することを目的とする生体データ、健康に関するデータ、又は、自然人の性生活若しくは性的指向に関するデータの取扱いは、禁止される」と規定し、同条2項に例外的に許容される場合が規定されている（宮下紘『EU一般データ保護規則』（勁草書房、2018年）70頁参照）。

¹⁸ 事務局資料の顔特徴データ等とほぼ同じ意味である。

いる。同意見書に照らし、顔特徴データ等の規制として、改正法案ではあまりに不十分である。

この点、技術の進歩のために厳格な規制に反対する意見も考えられるが、大規模な顔特徴データの解析による深刻なプライバシー侵害の危険性は既に現実化しており¹⁹、厳格な規制を導入する必要性が高い。

したがって、当連合会の2025年3月意見書で述べたとおり、顔特徴データ等を含めた生体データの取扱いについての法規制の一環として、生体データを要配慮個人情報とした上で、本人の事前同意や利用の必要性に応じて例外的に利用を許容する厳格な規制を設けるべきである。

(2) 利用停止等請求について

改正法案35条7項は、顔特徴データ等に関し、違法行為等の有無を問わず利用停止等請求を可能としている。仮に改正法案のように、本人の事前同意を要求しない顔特徴データ等（特定生体個人情報）の規律が導入される場合には、この利用停止等請求について、以下の点がさらに検討されるべきである。

ア 誰もが容易に利用停止等請求をできるようにすること

利用停止等請求は、顔特徴データ等（特定生体個人情報）を利用されたくない者にとって自己の権利を保護するための重要な権利であるから、利用停止等請求は誰でも容易になし得るようにする必要がある。

そのためには、少なくともオプトアウト制度（個人情報保護法27条2項）と同様に、公表事項を個人情報保護委員会に届け出て、個人情報保護委員会はこの委員会ホームページ等でまとめて公表するものとし、さらに、利用停止等請求を行う者が、オンライン上でまとめて当該請求をなし得るように整備すべきである。

イ 同意があっても利用停止等請求を認めるべきこと

改正法案35条7項では、利用停止等請求の例外要件として、本人の同意を得た場合を掲げている。

しかし、一度本人が顔特徴データ等（特定生体個人情報）の作成又は取得に同意をした場合には、一生涯にわたり顔特徴データ等の利用が認められるとする制度は、本人の権利利益の侵害が著しい。

そもそも、2025年3月意見書で指摘したとおり、現行個人情報保護法は、GDPRと異なり、有効な同意の要件及び同意の撤回についての規定を欠いており、本人の同意により十分な本人保護が図られているとも言い難い

¹⁹ カシミール・ヒル著、高橋則明訳「あなたの顔はわたしたちのもの」（実務教育出版 2026年1月発行）参照

状況である。そのため、本人の同意があった場合でもなお利用停止等請求を認める必要がある。

改正法案によると、例えば、17歳で当該同意をした場合に、当該同意の有効性を争ったり撤回したりすることは不可能又は困難となるおそれがあり、その結果として生涯顔特徴データ等（特定生体個人情報）の利用停止請求ができないという事態が想定されるが、その問題点は重大である。

したがって、本人の同意を得たとしても、なおその権利侵害のおそれの重大性に鑑みて利用停止等請求を認めるべきである。

ウ 要配慮個人情報の取得に係る例外要件と同種の要件は広範に過ぎること

改正法案35条7項は、利用停止等請求ができない例外規定を多数規定し、同項10号でさらに政令に委任している。また、事務局資料11頁では、利用停止等請求ができない例外要件として、「要配慮個人情報の取得に係る例外要件と同種の要件に該当する場合」を挙げている。

要配慮個人情報の取得の例外は広範にわたっており、必ずしも顔特徴データ等（特定生体個人情報）の危険性に照らして範囲が限定されているものではない。そのため、安易に当該例外要件を流用することなく、個別具体的に必要性を判断すべきである。

この点、改正法案35条7項4号は、人の財産保護のために特定生体個人情報を取り扱う必要がある場合に利用停止等請求ができないこととするが、人の財産保護の必要性にも様々な場合が考えられ、一律に利用停止等請求ができないのは広範に過ぎる。

また、改正法案35条7項は、要配慮個人情報の取得規制に係る例外要件である「当該要配慮個人情報が、本人、国の機関、地方公共団体、学術研究機関等、第57条第1項各号に掲げる者その他個人情報保護委員会規則で定める者により公開されている場合」（個人情報保護法20条2項7号）と同種の要件を例外要件として掲げていないが、政令でも規定するべきではない。

7 データ処理等の委託を受けた事業者に関する義務の見直しに当たっては、「委託」の意義を明確化すべきこと（意見の趣旨7）（改正法案30条の3、58条の2、71条の2関係）

改正法案及び事務局資料12頁は、取扱いを委託された個人データ等を当該委託を受けた業務の遂行に必要な範囲を超えて取り扱ってはならない旨の義務を委託先に課すこと、委託契約において、取扱いの方法の全部について合意し、かつ委託先における取扱いの状況を委託元が把握するために必要な措置等について合

意した場合は、当該委託先に対しては、法第4章の各義務規定²⁰の適用を原則として免除すること、委託を受けた業務の遂行に必要な範囲を超えて取り扱ってはならない旨の義務及び安全管理に係る義務は適用することとしている。

しかし、そもそも委託の意義は、個人情報保護法その他の関連法令やガイドライン上明確ではない。そのため、個人情報保護法が意図する「委託」の実態がないもの（例えば委託先が実質的に個人情報の取扱いを判断・決定していると解されるもの）が委託として取り扱われ、法規制（個人データの第三者提供制限や個人情報保護法第4章の義務）を免れるおそれがある。事務局資料12頁でも「個人データ等の取扱いについて、実質的に第三者に依存するケースが拡大」「委託元による委託先の監督等が十分に機能せず、委託先が委託された業務の範囲を超えて独自に個人データ等を利用する事案も生じている」と指摘されている。

この点、GDPRでは、委託に類似した関係を有するものとして管理者と処理者という概念を設け、「「管理者」とは、自然人又は法人、公的機関、部局又はその他の組織であって、単独で又は他の者と共同で、個人データの取扱いの目的及び方法を決定する者を意味する」（4条7号）、「「処理者」とは、管理者の代わりに個人データを取扱う自然人若しくは法人、公的機関、部局又はその他の組織を意味する」（4条8号）として、事業者の役割に応じた規律を設けており、参考になる。

そこで、データ処理等の委託を受けた事業者に関する義務の見直しに当たっては、このような事業者の役割に応じた規律を設けることで、より委託の意義を明確化することが検討されるべきである。

また、上記GDPRのような規律を法文上設けない場合でも、ガイドラインにおいて、GDPRが規定する管理者と処理者の区分を参考にした委託の要件を明示した上で、委託契約のモデル契約条項²¹を示すべきである。

以上

²⁰ 個人情報保護法における個人情報取扱事業者等の全ての義務規定

²¹ 例えば宮下紘『E U一般データ保護規則』（勁草書房、2018年）145頁にフランスのモデル契約条項が掲載されている。

デジタルにより目指すべき社会の姿と推進方針

- **目指すべき社会の姿**：「デジタルの活用により、一人ひとりのニーズに合ったサービスを選ぶことができ、多様な幸せが実現できる社会」
 - このような社会を目指すことで「**誰一人取り残されない、人に優しいデジタル化**」につなげる。
- ▶ 6つの推進方針は引き続き維持

① デジタル化による成長戦略

② 準公共分野のデジタル化

③ デジタル化による地域の活性化

④ 誰一人取り残されないデジタル社会

⑤ デジタル人材の育成・確保

⑥ DFFTの推進を始めとする国際戦略
- **AI等のデジタル技術やデータが加速度的な変革**をもたらす中、ルールや組織も**変化を前提**にした「**責任あるアジャイルガバナンス**」を目指す。

第 1 目指す社会の姿、取組の方向性と重点的な取組（本文）

これまでの主な取組

- ～個人・法人の認証基盤など基盤整備が進展～
- ① **行政（国）のDX基盤強化**
 - ・ガバメントクラウド・GSS整備
 - 約 7 万の職員が利用（2026年 3 月時点）
 - 国内クラウド事業者を採択
 - ・サイバーセキュリティ高度化
 - 政府システムの横断的監視（総合運用・監視システム（COSMOS）の整備・運用）
 - ② **行政（自治体）のDX基盤強化**
 - ・標準化・ガバメントクラウド移行
 - 2026年 3 月末時点で大半の対象システムが標準化移行完了、特定移行支援システムについても継続的支援
 - ・自治体フロントヤード改革推進
 - 自治体向け手順書作成、人的支援等
 - ③ **国民の暮らし・地域**
 - ・マイナカード普及・利用拡大
 - 人口の約 8 割が保有、官民での利用拡大
 - ・マイナポータル整備
 - 2026年 3 月時点で約8,500万人が利用登録
 - ・準公共分野のデジタル化
 - 病院向け電子カルテ標準仕様策定、防災DPF構築
 - ④ **事業者・経済成長**
 - ・GビズIDの普及、Gビズポータル実証版
 - 約1/3の法人がアカウント取得（2026年 3 月末時点）
 - ・DFFTの推進
 - ・アナログ規制の見直し
 - 99%の見直し完了（2026年 5 月時点）

我が国が直面する課題

- ① **人口減少・人手不足と自治体におけるリソースのひっ迫**
 - ・特に地方での人口減少・人手不足が深刻
 - 生産年齢人口は2050年までに▲25%（25年比）
 - ➡大幅な生産性向上、国民の利便性向上が必須
 - ・AI社会におけるデジタル人材が不足
 - 2040年にはAI・ロボット等利活用人材が約340万人不足との推計
 - ➡行政機関・企業等での人材育成が必要
- ② **生成AI・AIエージェントなどの新技術の急速な進展と経済成長の期待**
 - ・生成AI・AIエージェントの急速な進展を踏まえ、セキュリティに配慮しつつ最大限活用していく必要
 - 世界の生成AI市場規模は2030年に50兆円以上と推計（2022年：約 2 兆円）
 - ➡利活用促進を通じ経済成長につなげる必要
- ③ **安全保障環境の変化やサイバー空間の脅威増大などリスク要因の高まり**
 - ・地政学リスクの高まり
 - ・サイバー空間における質・量両面での脅威の増大
 - サイバー攻撃関連の通信数は2015年から2024年にかけて約11倍（参考） Claude Mythos（2026年 4 月公表）
 - ➡サイバーセキュリティ対策の向上が緊急の課題

今後の取組

- DXも活用しつつ、AIの利活用を一体的に推進するAX※（AX/DX）
- AIエージェントの徹底活用を通じた「**自律型」「提案型**」の行政サービスの実現（「**AI駆動型国家**」）
- 我が国の**自律性向上**に向けた政府による**初期需要提供（成長投資）**
- **サイバーセキュリティ向上**など（**危機管理投資**）

課題解決や情勢変化対応のための 4 つの柱

国のAX/DX基盤の高度化・強靱化	自治体のAX/DX基盤の高度化・強靱化
国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）	AX/DXの徹底的推進による経済成長の加速

横断的取組

サイバーセキュリティの向上	デジタル人材の確保・育成
デジタル・AIへの受容性	デジタル行政推進体制整備

※あらゆる組織で、AIを前提として意思決定や業務の進め方を根底から見直すこと

令和 8 年「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（概要） — 個別施策

社会課題解決に向けた「4 本柱」

I 国のAX/DX基盤の高度化・強靱化	II 自治体のAX/DX基盤の高度化・強靱化	III 国民の暮らしのAX/DX推進（安全で便利な地域の暮らし）	IV AX/DXの徹底的推進による経済成長の加速
～強靱で効率的な国家運営を支える基盤構築	～住民が行政サービスを適時にワンストップで享受でき、職員負担も軽減される基盤構築	～官民の手続きやデータ連携を円滑・安全に行い、質の高い医療など準公共サービスを実現	～政府AX/DX基盤の自律性を強化
①政府のAX/DX基盤（ガバメントクラウド・GSS等）の高度化・強靱化 - セキュリティや耐災害性・利便性向上等 ②政府におけるAX/DXの推進 - ガバメントAI源内の推進 - 政府内のAI・AIエージェント利活用に係るガバナンス強化（ガイドラインの改訂等） - 政府調達に係るガイドライン群等の改定（「AI駆動開発」の推進） - 国民・企業のAIエージェントによるデジタル庁システム等へのアクセス（MCP等）の検討 ③ベース・レジストリの整備・利活用促進 - 法人・不動産・アドレスに係るベース・レジストリの整備・利活用促進 - 法規的告示のデータ提供開始等 ④「公正」「公平」「迅速」な給付が可能なインフラ構築 「デジタル敗戦」を踏まえ、平時・非常時の国による直接の給付も可能とするインフラ構築に2026年度から着手（情報提供NWS、給付支援サービス、公金受取口座システム、ADAMSⅡ等） - 新たな給付施策については公金口座の保有を前提とする制度設計 ⑤外国人政策を支える情報基盤 - 社会保険・税等の納付状況等を在留・入国審査に活用（入管庁では出国時の活用も検討開始）	①自治体基幹業務システムの標準化・ガバメントクラウド移行の推進 - 運用最適化、所期効果の可視化・横展開、特定移行支援システム移行支援 ②標準化に係るこれまでの取組の課題検証 2021年自治体情報システム標準化法 ③AI エージェントを利用した「自律型」「提案型」行政サービスの実現 - 自治体向けソフトウェア（公共SaaS）の効率的な開発を可能とするベンダー向け開発基盤の検討（認証IDやデータ形式等を初期設定） - 自治体フロント・バックヤード、業務システム相互間の申請情報等の自動連携（手続ワンストップ化） - 給付や介護など制度のRules as Code推進 ④国・地方を通じた全体最適かつ効率的なネットワーク、ゼロトラストアーキテクチャの導入支援 ⑤連絡協議会を通じた国・地方デジタル共通基盤の整備・推進	①マイナカードの着実な普及・利用拡大、マイナポータルの利便性向上 - マイナカード（保有枚数はR7年度約46%増）の官民での活用推進（「使うことが当たり前」の社会を目指す） - スマホ搭載、次期マイナ、外部AIエージェントとのセキュアな連携に向けたMCP構築、マイナアプリ、モバイル運転免許証検討等 ②正式版Gビズポータル構築・機能向上 - 電子ロッカー機能拡充、Jグランツ・e-Gov連携等 ③医療DXの加速 - 電子カルテ本格導入、クラウドネイティブ型システムの普及等 ④E2E等最新自動運転車両の社会実装・量産化加速 ⑤こども・子育て・教育DX - 安全・主体的にAI活用が可能な学習環境構築等 ⑥防災DX - 新総合防災情報システム（SOBO-WEB）とアラートの連携等 ⑦各分野DX - 税務、農業、行政、空き家、不動産、地域交通、建築・都市	①（内外のLLMを柔軟に組み合わせ）AIソ프リンティ確保、政府が初期需要を提供し国産推進 - データ・計算基盤・モデル・運用の各層で自律性・代替性・耐遮断性を確保 - このため、内外のLLMの性能等評価、モデル選択を可能とする基盤の開発 - 国産クラウドを政府が率先利用し国内事業者の技術力育成、暗号鍵も国内で生成 - 官民のPQC移行（デジタル庁において国産機器の初期需要の提供に係る検討及び移行ノウハウの取得） - OSS※利用を推進し政府システムの自律性、経済性向上（府省庁初のOSPO） ②AI 等の基盤構築に向けた民間投資 - 先端・次世代半導体の国内開発・製造能力確保及びワット・ビット連携によるデータセンタの立地環境確保、国産マルチモーダル基盤モデル開発、オンチェーン金融の推進等 ③データ連携・利活用を促進する環境整備 ④政府認証基盤を始めとする政府情報システムの安全性・信頼性向上 ⑤国際戦略の推進（DFFT、ガバメントAI の国際展開） ※オープンソースソフトウェア

上記を支える横断的取組

A サイバーセキュリティ	B デジタル人材の確保・育成	C デジタル・AIへの受容性	D デジタル行政の推進体制整備
～行政機関、病院等重要インフラ、中小企業等におけるサイバー空間の脅威対応を支援～	～デジタル・AI・セキュリティ人材の養成を加速～	～誰一人取り残されない、人に優しいデジタル化の実現～	～デジタル庁の司令塔機能の強化～
①AI 性能の高度化を踏まえたサイバーセキュリティ対策の向上 「Project YATA-Shield」の推進等 ②政府システム等の対策強化 - サイバー攻撃情報のデータベース化とAI検知・分析の導入（COSMOS）等 ③自治体のサイバーセキュリティ対策 - サプライチェーン・リスク対策等に係る総合相談窓口等 ④医療機関・中小企業等のサイバーセキュリティ対策 - 病院・個別システムの外部接続点の管理体制構築支援、セキュリティ製品等の国内供給力強化等 ⑤セキュリティ人材の確保・育成	①「230万人目標」の達成状況を踏まえた次期目標の策定 ②AI・デジタル人材の確保・育成 デジタル人材スキルプラットフォームの整備・拡充を通じた労働市場との接続、国内外からトップ人材を含めたAI研究者・開発者の確保、デジタル分野の学校カリキュラム高度化	①デジタル推進委員の活動促進 ②郵便局を活用した地域の持続可能性確保 ③なりすまし広告詐欺対策の強化 ④インターネット上の偽・誤情報対策 ⑤サイバー犯罪の防止 ⑥サイバーハイジーンの推進及びアクセシビリティの向上 政策・プロダクトに関するサイバーハイジーンの推進、行政機関への利用者視点の浸透	①デジタル庁の人員・組織体制の強化 「デジタル行財政改革会議」の事務局機能移管、庁内情報システムの横断的開発支援体制、開発工程におけるAI活用 ②AI 駆動型国家の実現に向けた政府横断的な法制度等の見直し - デジタル行財政改革会議を「AI・デジタル改革推進会議」に改組し、これを中心として、省庁横断で、法制度やガイドライン等の抜本的な見直し ③政府情報システムの統括・監理の強化 - 費用対効果レビュー強化等、上流工程での認証、データ連携などの共通機能の活用

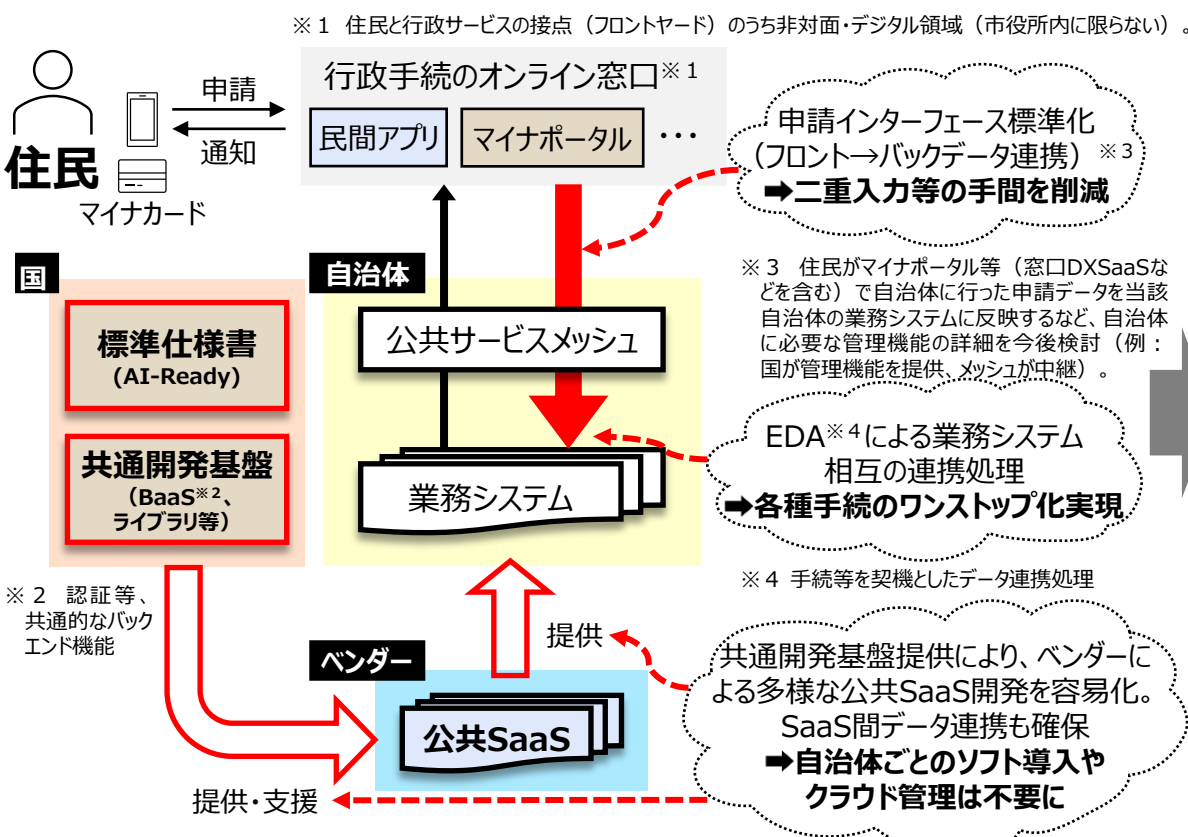
(参考) 住民・国民への行政サービス提供ロードマップ

【2030年代半ばごろに目指す姿】

一人ひとりの住民が、AIエージェントの助けを得て、必要な時に必要な支援を事務負担なく享受できるとともに、人材不足の深刻化に直面する自治体にとっても、少人数の職員でも高品質な行政サービスを持続的に提供でき、かつ、情報システムの運用・保守を効率的にできる社会。

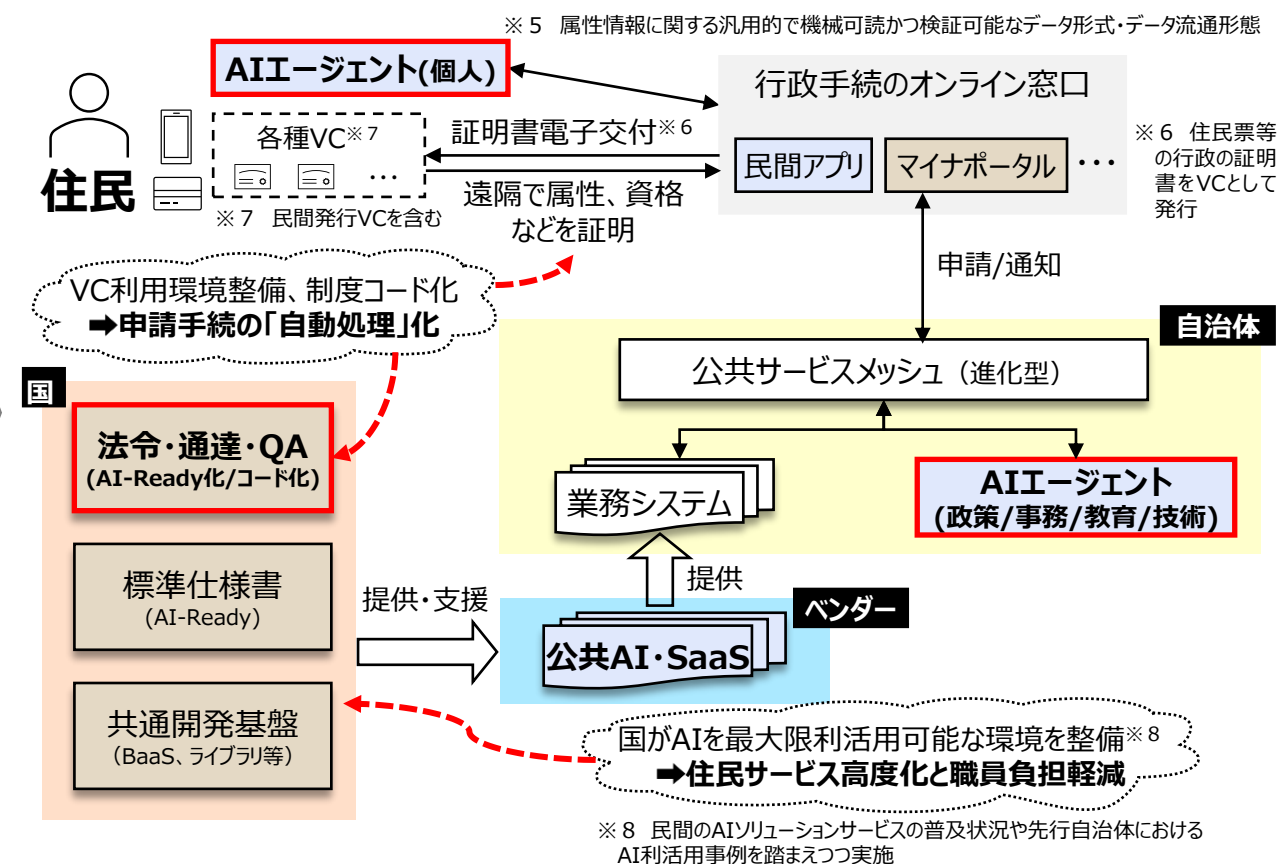
短期（国の取組は2年以内を目途に実施）

ソフトウェアの公共SaaS化、フロント・バック間データ連携等で自治体の負担を軽減するとともに、（出生、死亡などライフイベント手続の）ワンストップ化を順に実現。
※標準化完了によるデータ構造の共通化などが前提。



中期（国の取組は5年以内を目途に実施） ※着手は直ちに。

AI可読な住民データ（証明情報のVC※5化による遠隔提供を含む。）、コード化された制度（保育、介護など）を基盤にAIエージェントが住民相談などフロント業務の多くを代行するとともに（申請の「自動処理化」推進）、職員教育、政策検討などバック事務の多くを担う。



上記の取組について、自治体における実証などを経て、地方公共団体等の関係者と丁寧に調整を行いつつ、費用対効果などを検証しながら進める。

【現 状】

- 認証基盤（マイナカード）が8割超の人口に普及。マイナポータル等から一部の手続はオンライン申請可能（申請データはファイル又はAPIで連携。自動取込には基幹業務システムの改修が必要）。
- 基幹業務の標準化・ガバクラ移行が7割のシステムで完了し、データをフロントサービスに連携可能（ただし、データ連携は参照系API又はファイル連携に留まり、技術要件※の不統一は残存）。
- 自治体が独自に契約し、クラウド上で個別に構築（「上下分離」）しており、自治体におけるコストが増加。

第1次公的基礎情報データベース整備改善計画（改訂版）

- これまでの有識者会合における議論を踏まえ、今後の各ベース・レジストリの整備方針を具体化。
- 法人ベース・レジストリにおける実質的支配者情報等の整備や、不動産ベースレジストリにおける土地所有等情報の提供に向けた取組を検討。

全体概要

第1 計画期間

第2 基本的な方針

第3 整備及び改善の内容及び実施時期

1. 法人ベース・レジストリ

- 実質的支配者情報を始めとした、登記情報以外に今後整備すべき情報を検討

2. 不動産ベース・レジストリ

- 令和9年度末に地図情報、令和10年度中頃に登記情報の提供を目指し、整備を実施
- 「総合的対応策」※を踏まえ、土地所有等情報に行政機関等や国民が適切にアクセスできる仕組みについて令和11年度以降の提供を目指し検討

3. 住所・所在地関係データベース（アドレス・ベース・レジストリ）

- 町字より下位の情報について、住居表示業務のシステム共通化に係る業務検証を実施

第4 データの品質の確保に関する事項

第5 国立印刷局／IPAの果たすべき役割

第6 その他国の公的基礎情報データベース

※「外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策」（令和8年(2026年)1月23日外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議決定）

不動産ベース・レジストリ

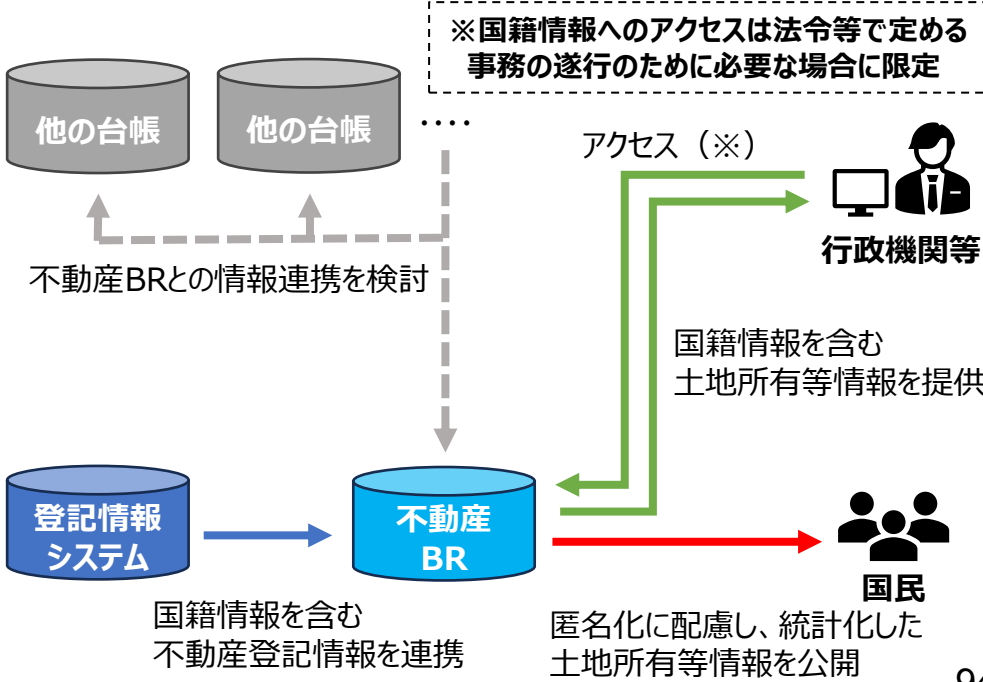
1. 整備スケジュール

ユースケース	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
添付書面の省略	データベース整備等（登記・地図）			第1弾リリース 予定(地図)	第2弾リリース 予定(登記)
データベースを利用した 登記情報の確認				順次提供・利用促進	
登記データセットの利用	データベース整備等			順次提供・利用促進	
土地所有等情報の把握等	(年次データ等を活用した分析)				
				データ整備	

2. 政策効果

利用目的・用途	政策効果（5年間の合計）
① 添付書面の省略	46.6億円
② DBを利用した登記情報の確認	302.7億円
③ DBを利用した地図・図面情報の確認	59.4億円
計	408.7億円

3. 土地所有等情報の実態把握における活用イメージ



マイナンバーカードの普及・利用について

2024年6月6日 デジタル行財政改革会議

デジタル庁

マイナンバーカード機能のスマートフォン搭載について

- 希望するマイナンバーカード保有者に対し、マイナンバーカードのうち①電子証明書機能（電子署名及び電子認証の機能）を、お持ちのスマホに搭載するサービスを、令和 5 年5月11日より開始。（まずはアンドロイド端末から開始。）
- もう一つのマイナンバーカード機能である②属性証明機能（氏名、住所、生年月日、性別、マイナンバー、顔写真の証明の機能）のスマートフォン搭載についても、必要な法改正を実施。
- スマートフォン搭載により、マイナンバーカードを持ち歩くことなく、スマートフォンだけで、マイナンバーカードでできることが順次、できるようになる。なお、4桁の暗証番号に代わり、携帯電話の持つ生体認証機能を活用することも可能（※機種による）。



マイナンバーカードでできること（これらが順次、スマートフォンだけできるように ※予定含む）

■ マイナポータル利用



子育て支援



引越し



TAX
確定申告

様々な行政手続のオンライン申請



薬剤・健診情報



母子健康手帳



予防接種

ご自身の様々な情報の閲覧

個々人へのサービス等のお知らせ

■ 各種民間サービスの申込・利用



銀行・証券
口座開設



携帯電話申込



キャッシュレス
決済申込

■ コンビニ交付サービスの利用



コンビニ交付

■ 健康保険証としての利用



健康保険証

■ 図書館カード等、様々なカードとしての利用 ■ 災害における利用 ■ 救急における利用 など

スマートフォン搭載でますます便利に（イメージ）

これまで

① マイナンバーカードを持ち運び



② マイナンバーカードの読み取り
& 暗証番号の入力



③ 物理的なカードでID提示



これから

スマートフォンひとつでOK



カードをかざす必要なし
& 生体認証でOK

スマートフォンの顔認証や指紋認証



スマートフォンでID表示・提供



2

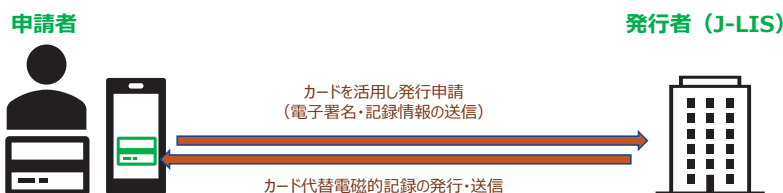
マイナンバーカードに係る機能のスマートフォンへの搭載について

（デジタル社会形成基本法等の一部改正法によるマイナンバー法の改正）

- マイナンバーカードと同等の機能をスマートフォンに搭載し、マイナンバーカードを持ち歩かなくても、スマートフォンで同じ本人確認を行えるようにする。
- 既に措置済のマイナンバーカードの電子証明書機能に加え、マイナンバーカードが保有している基本 4 情報等（氏名、生年月日、住所、性別、マイナンバー、顔写真）をスマートフォンに搭載し、本人の了解のもとで、相手方に提供できるようにする。

■ 申請・搭載時

～ はじめは、マイナンバーカードをかざして、スマホにマイナンバーカード機能をダウンロード。



■ 利用

～ マイナンバーカード機能を使うときは、カードをかざすことなくスマホだけで官民の手続きが完了。
（マイナンバー法上の本人確認等が可能）



※ 1 デジタル社会形成基本法等の一部改正法：
情報通信技術の活用による行政手続等に係る関係者の利便性の向上並びに行政運営の簡素化及び効率化を図るためのデジタル社会形成基本法等の一部を改正する法律（令和6年（2024年）5月31日成立）
※ 2 マイナンバー法：行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律

3

参考資料

〔 マイナンバーカード取得促進につながる利活用方策等(今後の鍵となる取り組み) 〕

マイナンバーカード取得促進につながる利活用方策等(今後の鍵となる取り組み)

- マイナンバーカード取得促進のため、健康保険証以外についても、以下を重点として、カードの利活用等拡大の取組を進める。
- **出生届とマイナンバーカード申請書の一体化**（令和6年12月までに実現）
顔写真の省略にあわせ、一体化を実現する。
◇ **0歳から取得いただくことをスタンダード**にする。
- **マイナンバーカードと運転免許証との一体化**（令和6年度末までに開始）
運転免許証を持ち歩かなくてよくなる、住所変更届が不要になる等のメリットを実現する。
◇ 約8千万の**運転免許保有者**に、そのメリットを訴求する。
- **マイナンバーカード活用による救急業務の迅速化・円滑化**
救急隊がいち早く傷病者の受診歴・薬剤・手術・診療・検診の情報を確認できる仕組みを実現する。
◇ 特に**高齢者**に、そのメリットを訴求する。
（令和6年度末までを目途に全国展開を目指す）
※令和5年度補正予算により幅広い消防本部で全国的な実証事業を実施予定
- **iPhoneにマイナンバーカード機能を搭載**（令和7年の春にリリースできるよう、取組を進める）
令和5年5月からandroidへの電子証明書機能搭載サービスを開始
iPhoneへのマイナンバーカード機能の搭載実現を目指す。
◇ 全体の**約半数を占めるiPhoneユーザー**に、その利便性を訴求する。
- **マイナンバーカードと在留カードとの一体化**（法案審議中）
手続をワンストップ化し、我が国に在留する外国人の利便性向上を実現する。
◇ **在留外国人**に、一体化のメリットを訴求する。
- （以下、自治体で順次導入）- **災害時の利用シーンの拡大**
被災者支援手続のオンライン化、避難所における入退室管理等のデジタル化を、マイナンバーカードを利用し推進する。
◇ **広く国民**に、平時からの携行が重要であることを発信する。
- **図書館カード等としての利用拡大**
図書館カード等、身近な市民サービスでの利用を拡大する。
- **こども医療費などの受給者証や診察券との一体化の取組促進**
マイナンバーカードを活用したデジタル化の取組を令和5年度から先行的に実施

災害時にマイナンバーカードで出来ること

令和6年能登半島地震でマイナンバーカードが活用された事例は以下のとおり。

○ 金融機関など、官民の様々な手続きで、本人確認書類として使える

※ 金融機関は、地震を受けて当面の間、キャッシュカードや通帳がなくても、マイナンバーカードなど身分証明書があれば一定の金額を引き出すことができる特例措置を実施中。

○ マイナポータルで、自分が処方されている過去の薬剤情報が確認できる

※ なお、マイナンバーカードを持参しなくても、ご本人の同意の下、薬剤情報・診療情報・特定健診等情報の閲覧が可能な措置（災害時モードの適用）を実施。石川県・富山県を中心に約23,800件（2月5日時点）



マイナポータルの薬剤情報を医師に共有するイメージ（訓練時）

○ 罹災証明書の交付申請を、マイナポータルでオンライン申請可能。（輪島市の場合は、オンラインが95%）被災者支援の各種制度について、マイナポータルで手続きを案内し、そのままオンライン申請可能。

※ いずれも対応している自治体に限る。

○ コンビニで住民票の写し等が取得できる

今後とも、以下をはじめ、災害時にマイナンバーカードで出来ることの拡大に積極的に取り組む。

○ 被災者情報の把握におけるマイナンバーカードの活用

避難者の方の所在や行動の適切な把握について、マイナンバーカードの活用できないか検討する。

○ 避難所におけるマイナンバーカードの活用

避難所における入退所管理等について、市町村のニーズを踏まえ、マイナンバーカードの活用を進める。

○ マイナポータルからオンラインでできる被災者支援手続・対応市町村の拡大

広域避難先のオンライン登録など新たな手続についても、市町村のニーズを踏まえ、オンライン化に取り組む。

6

マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化

事業スキーム

◎「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和5年6月9日閣議決定）

第3-2 各分野における基本的な施策

1. 国民に対する行政サービスのデジタル化

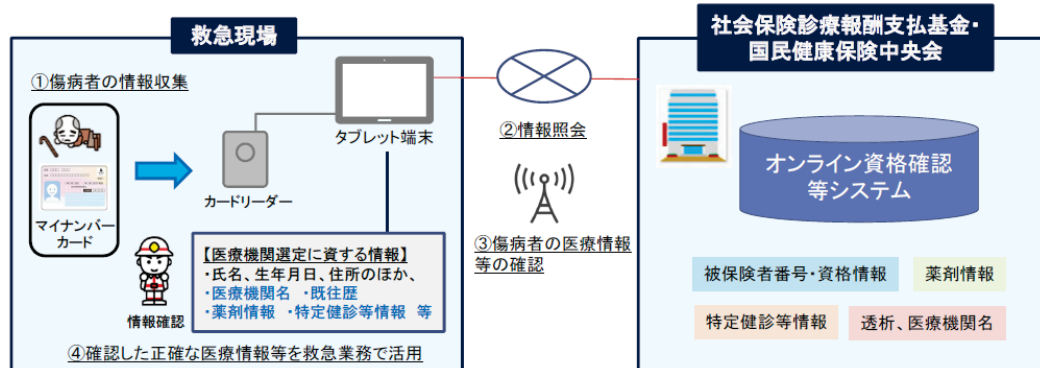
(3) マイナンバーカードの普及及び利用の推進

② 運転免許証をはじめ、マイナンバーカードへの一体化に向けた取組

マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化について、令和4年度（2022年度）の実証実験結果を踏まえ、令和6年度（2024年度）末までを目途に全国展開を目指す。

➤ 救急隊が、口頭聴取のみならず、マイナンバーカードを活用して、オンライン資格確認等システムから傷病者情報を正確かつ早期に把握することにより、救急活動の迅速化・円滑化を図る取組み。

オンライン資格確認等システムを基盤とした救急業務での医療情報等を閲覧する仕組み

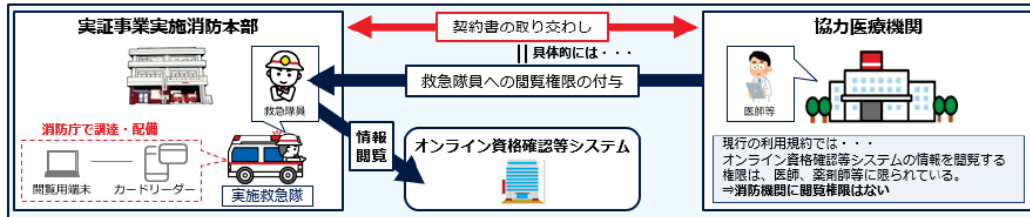


7

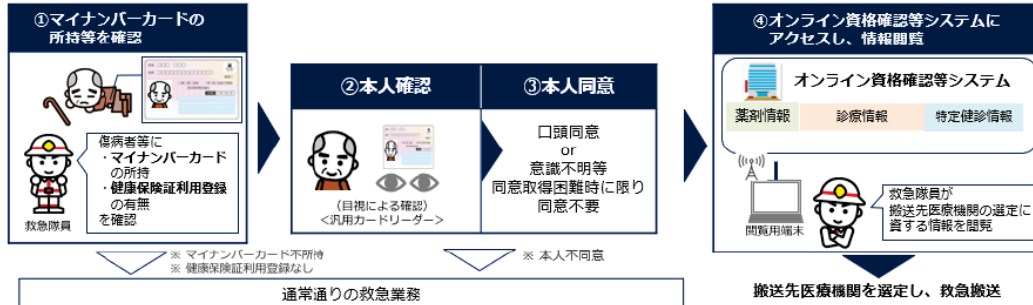
マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化

実証事業イメージ図

1. 実証事業開始前の準備



2. 実証事業の活動イメージ



⇒令和6年5月23日から、全国の67消防本部、合計660隊の救急隊における実証事業を順次開始

8

マイナンバーカードと運転免許証との一体化

概要

- 本人の希望に応じて、以下のいずれかを選択することが可能
 - ・ 一体化カードのみを保有
 - ・ 一体化カードと運転免許証の双方を保有
 - ・ 運転免許証のみを保有
- 一体化を希望する者の申請を受けて、免許センター等において、警察職員がマイナンバーカードのICチップに免許情報を記録
- 免許証の更新時、記載事項変更時や新規免許取得時のほか、いつでも一体化を行うことが可能



運用開始時期

- 令和6年度末までの少しでも早い時期に一体化を開始

9

自治体・医療機関をつなぐ情報連携基盤(PublicMedicalHub(PMH))により実現する マイナンバーカードを活用した医療分野のデジタル化の取組

- 自治体を実施することもなどの医療費助成、予防接種、母子保健分野における情報を医療機関・薬局に連携して、マイナンバーカードによりそれらの情報を活用する取組について、令和5年度から、希望する自治体・医療機関・薬局において先行的に着手（具体的な内容は下記のとおり）。

【PMHのユースケース】

（医療費助成）

- ✓ マイナンバーカードを受給者証として利用し、医療機関で受診できるようにする

（予防接種・母子保健(健診)）

- ✓ 事前に予診票や問診票をスマホ等で入力し、マイナンバーカードを接種券・受診券として利用できるようにする
- ✓ マイナポータルから、接種勧奨・受診勧奨を行い、接種・健診忘れを防ぐとともに、接種履歴や健診結果がリアルタイムでマイナポータル上で確認できるようにする



（参考）PMHの進捗状況

- ・令和5年度は、16自治体87医療機関・薬局を選定し、医療費助成の分野は、本年3月から事業を開始し、予防接種・母子保健分野は、同年6月中目途で開始予定。
- ・令和6年度は、医療費助成分野で更に153自治体を選定し、二次公募を継続して実施するとともに、補助金により医療機関・薬局も拡大していく予定。予防接種・母子保健分野では、予防接種B類の追加、里帰り出産への対応等のPMHの機能拡充を予定。

- エージェントAI、バーティカルAI、フィジカルAI等の各種AI技術により、これまでにはない速さで技術革新が進展。
- リスクを恐れて規制をかけて、挑戦を抑制したら、周回遅れに。無秩序に導入して、社会の安全性・信頼性が失われてから後始末をしても、手遅れに。
- 安定・予見可能なハードロー（法規制等）と、協調・現場の知恵によるソフトロー（ガイドライン、ベストプラクティス等）の組み合わせで対応すべき。
- 自由・安全・倫理を調和させながら、技術革新を社会に取り込んでいくのが「責任あるアジャイル・ガバナンス」。

「責任あるアジャイル・ガバナンス」に基づく社会変革

- AIの力もフル活用したDXの推進。 エージェントAI、バーティカルAI、フィジカルAI等も作りやすく、使われやすく。アドバンスト・エッセンシャルワーカーにも裨益。
- 「デジタル」を前提にした社会へ
 - ◎ 目指すべき姿：マイナンバーカード、事業者、国・地方、こども、建設、物流、金融、データ戦略等のテーマで再整理。
 - ◎ 仕組みづくり：デジタル推進委員のその先のデジタルデバйд対策、成長戦略・危機管理投資。
 - ◎ 実現するためのデジタル庁2. 5：AI機能統合、予算・調達抜本的見直し、デジタル大臣は行革・規制・公務員制度等も担当。

<特に強化すべき取組>

1. DXbyAI

AIの登場により、DXへの取り組み方も大幅に変化する。人間がAIを駆使してDXを進め、エージェントAI、バーティカルAI、フィジカルAIといったAIが活躍できる領域が広がり、人間は人間にしかできない領域に注力できるようになる。

2-1. マイナカードが拓く「新たな景色」

国民のマイナカードの取得を前提（デフォルト）として各種制度を設計できるように。公平・公正・迅速な給付のための給付システムの実現を国主導で強力に推進。

2-2. 本格始動する事業者DX

GビズID、Jグランツ、Gビズポータルの徹底活用。事業者の手元の各種AIから操作可能に。また、各業所管省庁が、自らが所管する業界のDX推進について責任を負う形に。

2-3. 加速する行政分野のDX

ガバメントクラウド、ガバメントソリューションサービス（GSS）、ガバメントAI（源内）の徹底活用。地方公共団体情報システムの統一・標準化について取り組みを加速化。地方発のサービス・モジュールの展開、地方公共団体のDX推進のためのアナログ規制見直しの推進強化。

2-4. きめ細かな個別分野DX

こども：保活情報連携をはじめとする「こどもまんなか社会」のためのDX推進。建設：「i-Construction 20」の継続推進。物流：アナログとデジタル世界のタッチポイントとしての郵便局。金融：クレジットカードのAPI連携等。

2-5. 時代を先取りするデータ戦略

デジタル行政推進法等の改正を通じた「国等データ活用事業」、金融・証券・不動産業界を皮切りにベースレジストリの取り組み拡大、DFFTの推進。

3-1. 「誰一人取り残されない、人に優しいデジタル化」の真価

「デジタル推進委員制度」に留まらないデジタルデバйд対策等

3-2. 成長戦略・危機管理投資

巧妙化・多様化する官民へのサイバーセキュリティ対策、高度な医療提供・創薬・医療機器開発に対応した医療DX基盤等。

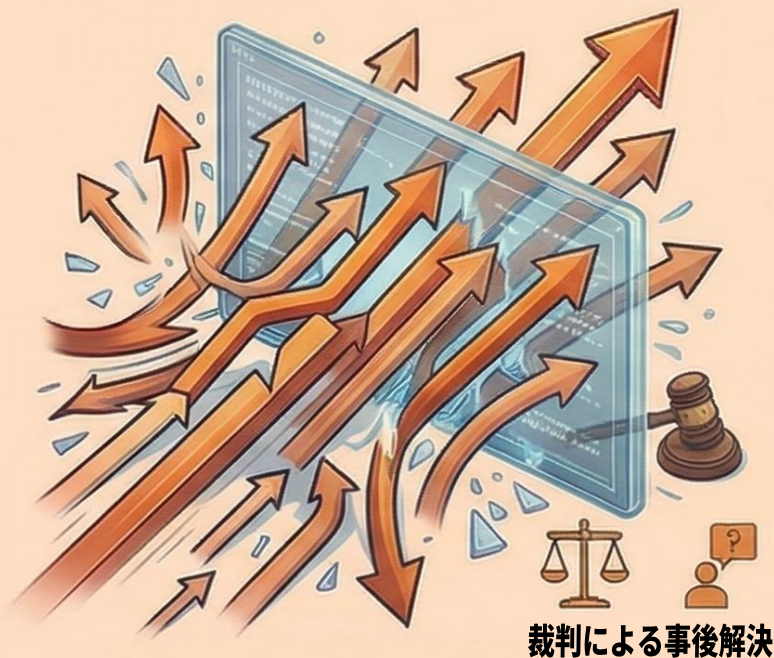
4. デジタル庁のあり方、デジタル関係予算と調達の抜本改革

デジタル庁へのさらなる機能集約、補正予算頼りを廃したデジタル政策予算拡充、デジタル関係予算の新たな体系の創設、システム調達の抜本的改革。

責任あるアジャイル・ガバナンス

1. 事後救済・市場主導モデル

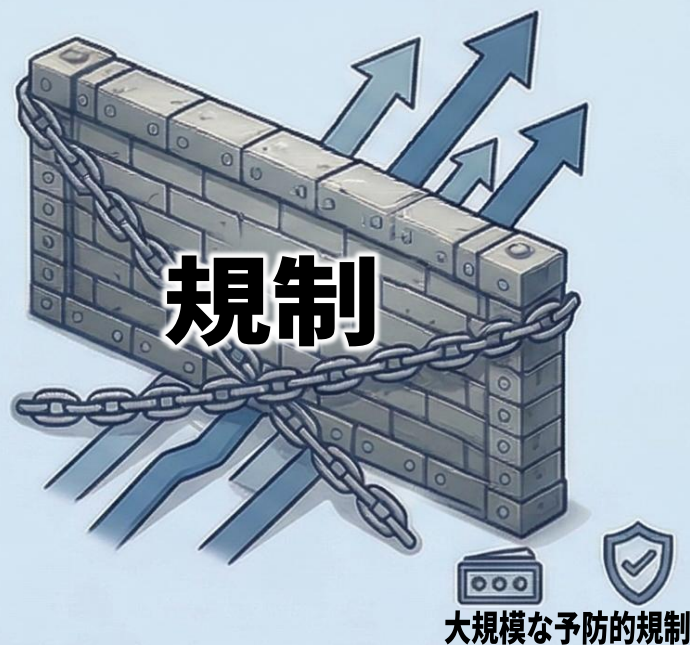
まずは走らせる。
問題が起されば事後に対処する。



パーミッションレス
破壊的創造
事後救済(判例・訴訟)

2. 事前規制・予防原則モデル

安全が100%証明されるまで、
動かさない。



予防原則
網羅的規制（ハードロー偏重）
巨額の制裁金

3. 責任あるアジャイル・ガバナンス

リスクを管理しつつ、走りながら
ルールをアップデートする。



実証と学習のループ
ハードローとソフトローのベストミックス
自由・安全・倫理の調和

責任あるアジャイル・ガバナンスの実践

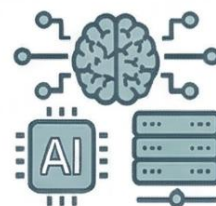
手法の組み合わせ

-  規制のサンドボックス制度の活用
-  官民連携による実証の推進
-  分野別の社会実装ロードマップの策定
-  実証実験に基づく制度改善

ソフトロー（柔軟な対応・技術追従）

ハードロー（法的安定性・堅牢性）

社会実装の加速と制度改革



AI・データ



ロボット



自動運転



遠隔医療



次世代インフラ

技術が進化するならば、制度もまた進化し続けなければならない

責任あるアジャイル・ガバナンス Responsible Agile Governance

・ルールを継続的に更新していく

・得られた知見を制度に反映させる



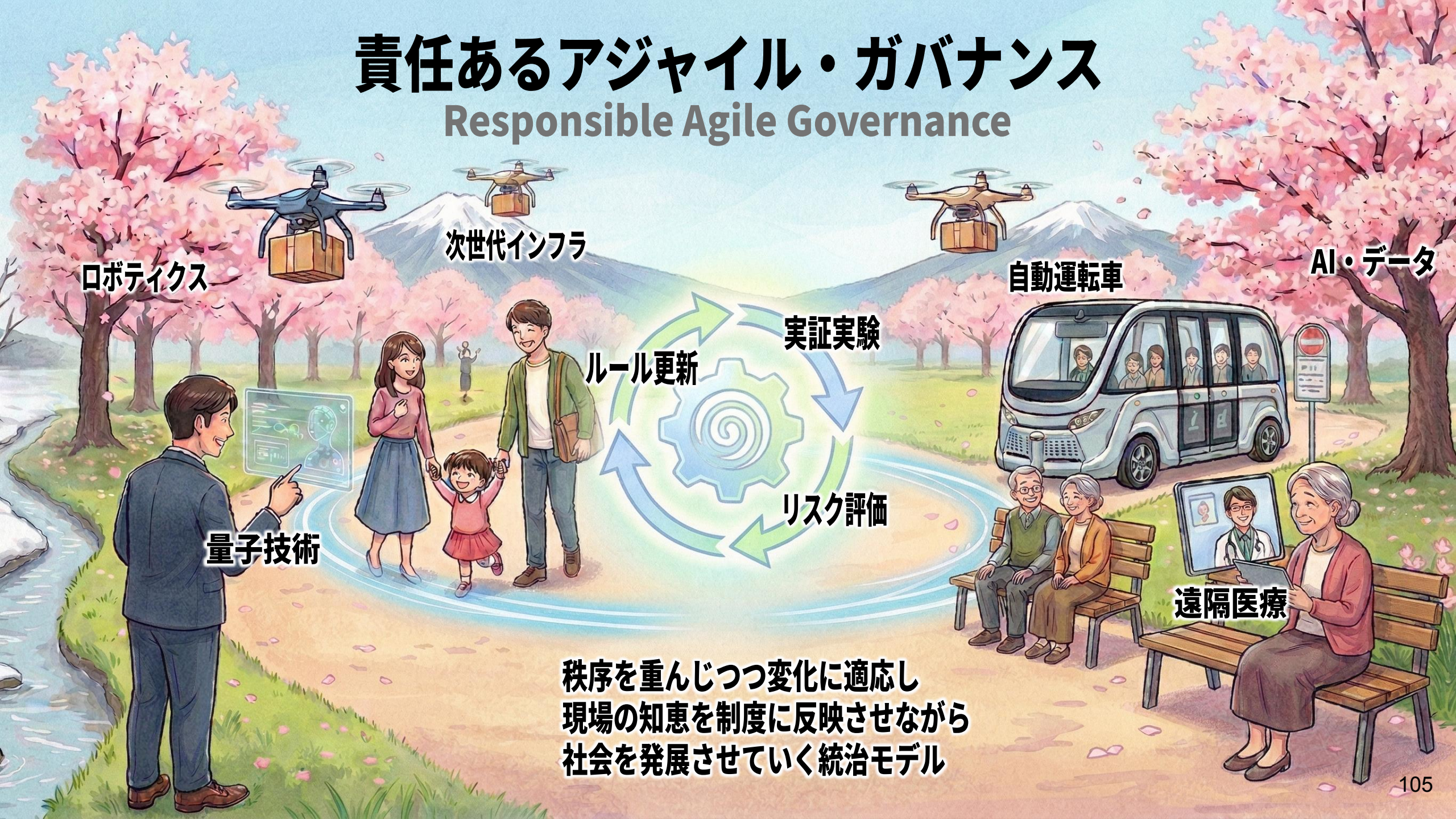
・実証を通じて課題を把握

・リスクを可視化する

—社会の変化を前提とした、進化する統治の原則—

責任あるアジャイル・ガバナンス

Responsible Agile Governance



ロボティクス

次世代インフラ

自動運転車

AI・データ

実証実験

ルール更新

リスク評価

量子技術

遠隔医療

秩序を重んじつつ変化に適応し
現場の知恵を制度に反映させながら
社会を発展させていく統治モデル

2025 年 8 月以降 のマイナ保険証利用状況に関わる実態調査

返信先 FAX 050-3148-5885

締め切り●月●日

会員各位

●保険医協会では、医療機関における 2025 年 8 月以降のマイナ保険証利用状況に関わる実態調査を実施いたします。下記アンケートの□にチェック、または、囲み内にご記入の上、FAX にてご返信ください。ご協力をよろしくお願いいたします。*スタッフの方のご記入でも結構です。

問 1. 開業地 (都・道・府・県)

問 2. 医療機関分類 □病院 □医科診療所 □歯科診療所

問 3. 回答時点の貴院でのマイナ保険証の利用率はおおよそどれくらいですか。

□10%未満 □10~20%未満 □20~30%未満 □30~40%未満 □40%以上

□行っていない □わからない

問 4. 来年 3 月末までの暫定措置として認められた「期限切れ保険証」や「資格情報のお知らせ」のみで受診したケースはありましたか。

□あった □なかった □わからない

問 5. マイナ保険証による資格確認について、今年 8 月以降にトラブルはありましたか。

□あった □なかった

問 6. 「あった」と回答された方は具体的な内容をお答えください (複数回答可)。

□資格情報が無効 □該当の被保険者番号がない □氏名や住所の不一致

□●(くろまる)がでる □カードリーダーの接続不良・認証エラー

□限度額認定に誤りがあった □負担割合の齟齬 □他人の情報の紐づけ

□マイナカード・電子証明書の有効期限が切れていた □受付の混雑

□患者からのクレーム (内容)

問 7. 問 6 の内容で特筆すべき事例がありましたらご記入ください。

問 8. マイナ保険証で資格確認できなかった際、どのように対応しましたか (複数回答可)。

□健康保険証で確認した □資格確認書で確認した □「資格情報のお知らせ」で確認した

□マイナポータル画面で確認した □過去の来院情報をもとに確認した

□被保険者資格申立書に記入してもらった

□資格確認できずいったん 10 割負担いただいた (件数: 件)

□その他 ()

問 9. 資格情報が確認できず不詳レセプトで請求をしたが「返戻」された事例はありましたか。

□あった (件) □なかった

問 10. 「あった」と回答した方にお聞きします。「返戻」の理由をお答えください。

()

問 11. 9 月 19 日から「スマホマイナ保険証」がスタートしました。スマホ対応カードリーダーの導入についてお聞きします。(※導入は義務ではありません。)

□導入済み □導入予定 □検討中 □導入しない (理由)

問 12. スマホマイナ保険証による受診でトラブルがあればその内容を具体的にご記入ください。

()

問 13. マイナ保険証に関してご意見や困っていることなどお聞かせください。

[]

ご協力ありがとうございました。

2025年8月1日以降のマイナ保険証利用に関わる実態調査（最終集計）

2026年1月29日（木）保団連記者会見
全国保険医団体連合会

【ポイント】

- ・ 7割の医療機関でトラブル「あった」 トラブルの内容、状況は1年前からまったく改善せず
- ・ トラブル内容では「有効期限切れ」が増加
- ・ トラブル時の対応は、健康保険証による資格確認が7割超、資格確認書も6割超
- ・ 「いったん10割負担」の件数が大幅に増加
- ・ 期限切れ保険証や「資格情報のお知らせ」のみの受診 6割以上が経験あり
- ・ 総選挙で保険証復活の審判を！

スライド 01-02 調査概要、回答医療機関の区分

全国保険医団体連合会は、10月14日から12月1日にかけて、あらためて医療現場の状況、マイナ保険証によるトラブルの実態をつかむため、会員医療機関に対するアンケート調査を実施した。33都府県(35保険医協会・医会)で実施し、10,519医療機関から回答が寄せられた(回答率21.3%)。

調査では、後期高齢者医療制度、国民健康保険で従来の保険証が有効期限を迎えた2025年8月以降のマイナ保険証の利用に関わる医療現場の状況を聞いた。

スライド 03 回答者の直近のマイナ保険証利用率 約半数が40%未満

厚労省が公表したマイナ保険証利用率は25年10月37.14%、11月39.24%であった。

回答した医療機関の直近のマイナ保険証利用率は、10%未満が4.6%（483医療機関）、10～20%未満が6.9%（725医療機関）、20～30%未満が15.8%（1662医療機関）、30～40%未満が24.9%（2616医療機関）、40%以上が42.5%（4474医療機関）だった。25年8月以降、国保、後期高齢者医療制度で従来の保険証が有効期限を迎え、マイナ保険証を使う人が増えている。

スライド 04 期限切れ保険証や「資格情報のお知らせ」のみの受診 6割以上が経験あり

政府は健康保険証の有効期限が切れた後も、2026年3月末までの暫定措置として、有効期限切れの健康保険証や、本来は単体での受診が不可とされている「資格情報のお知らせ」のみでの受診も可能とした。国保、後期高齢者については6月27日に、社保については11月12日に厚労省から医療機関向けの事務連絡が発出された。しかし、患者・国民に対しては十分に周知されなかった。

調査では、後期高齢者の健康保険証の有効期限が切れた今年8月以降、66.1%、6950医療機関が「有効期限切れの保険証」や「資格情報のお知らせ」のみでの受診を経験していた。

次々に暫定措置が追加され、原則と特例が入り交じり資格確認方法が非常に複雑になっている。情報の周知も不十分で、医療機関も患者側も正確に把握することが難しく、対応に苦慮している様子が伺える。

暫定措置が終了すれば4月以降いずれによる受診も不可となるが、「有効期限切れの健康保険証」や「資格情報のお知らせ」のみでの受診は引き続き生じる事が想定される。受付での対応や説明にさらなる困難が生じることが予測される。

場当たりの対応を繰り返すのではなく、健康保険証を復活することが必要である。

スライド 05 7割の医療機関でトラブル「あった」 トラブルは1年前からまったく改善せず

マイナ保険証での資格確認について、今年8月以降のトラブルの有無を聞いたところ、69.8%（7346 医療機関）が、トラブルが「あった」と回答した。これは当会の1年前の調査（2024年10月17日発表）の結果とほぼ同じ割合である。医療機関でのトラブルの現状は、1年前からまったく改善していない。

スライド 06 トラブル内容では「有効期限切れ」が増加

医療機関で発生したトラブルの内容について、選択肢（複数回答）で聞いた。

「資格情報が無効」（3738 医療機関・50.9%）、「●（くろまる）で出る」（5668 医療機関・77.2%）、「カードリーダーの接続不良、認証エラー」（3541 医療機関・48.2%）、「有効期限切れ」（3319 医療機関・45.2%）が多い。これは1年前の調査結果と同じ傾向で、問題が全く解決していない。

また、「有効期限切れ」は1年前の調査と比較して割合が倍増している。2025年度に電子証明書の更新が必要となるマイナカードは2768万件、2026年度は2020万件にのぼる。有効期限切れのマイナカードが増える中で、医療機関のトラブルも増加しており、今後もさらなる増加が予想される。今回回答の選択肢として新設した「受付の混雑」も2387医療機関（32.5%）で発生している。また、「患者からのクレーム」は673医療機関（9.2%）の回答があった。

マイナ保険証のメリットとして、事務負担の軽減が挙げられていたが、逆に医療現場や患者さんに負担になっている実態が明らかとなっている。

（過去の調査との比較）

記者発表日	2024年1月31日発表		2024年10月17日発表		2026年1月29日発表	
	23年10月1日以降の状況		24年5月以降の状況		25年8月以降の状況	
母数（「トラブルあり」と回答した医療機関）	5,188		8,929		7,346	
資格情報が無効	2554	49%	4266	47.8%	3738	50.9%
該当の被保険者番号がない	1321	25%	1655	18.5%	791	10.8%
名前や住所の不一致	1071	21%	1795	20.1%	1695	23.1%
●（くろまる）で出る	3492	67%	6017	67.4%	5668	77.2%
カードリーダーの接続不良・認証エラー	2063	40%	4726	52.9%	3541	48.2%
限度額認定に誤り等があった	307	6%	493	5.5%	397	5.4%
負担割合の齟齬	776	15%	977	10.9%	761	10.4%
国保	246	5%	371	4.2%	—	—
社保	126	2%	159	1.8%	—	—
後期高齢	448	9%	641	7.2%	—	—
他人の情報が紐づけられていた	102	2%	189	2.1%	158	2.2%
マイナ保険証の有効期限が切れていた	—	—	1799	20.1%	3319	45.2%
受付の混雑	—	—	—	—	2387	32.5%
患者からのクレーム	—	—	—	—	673	9.2%
間違った医療情報が紐づけられていた	99	2%				

スライド 07 トラブル時の対応は、健康保険証による資格確認が7割超、資格確認書も6割超

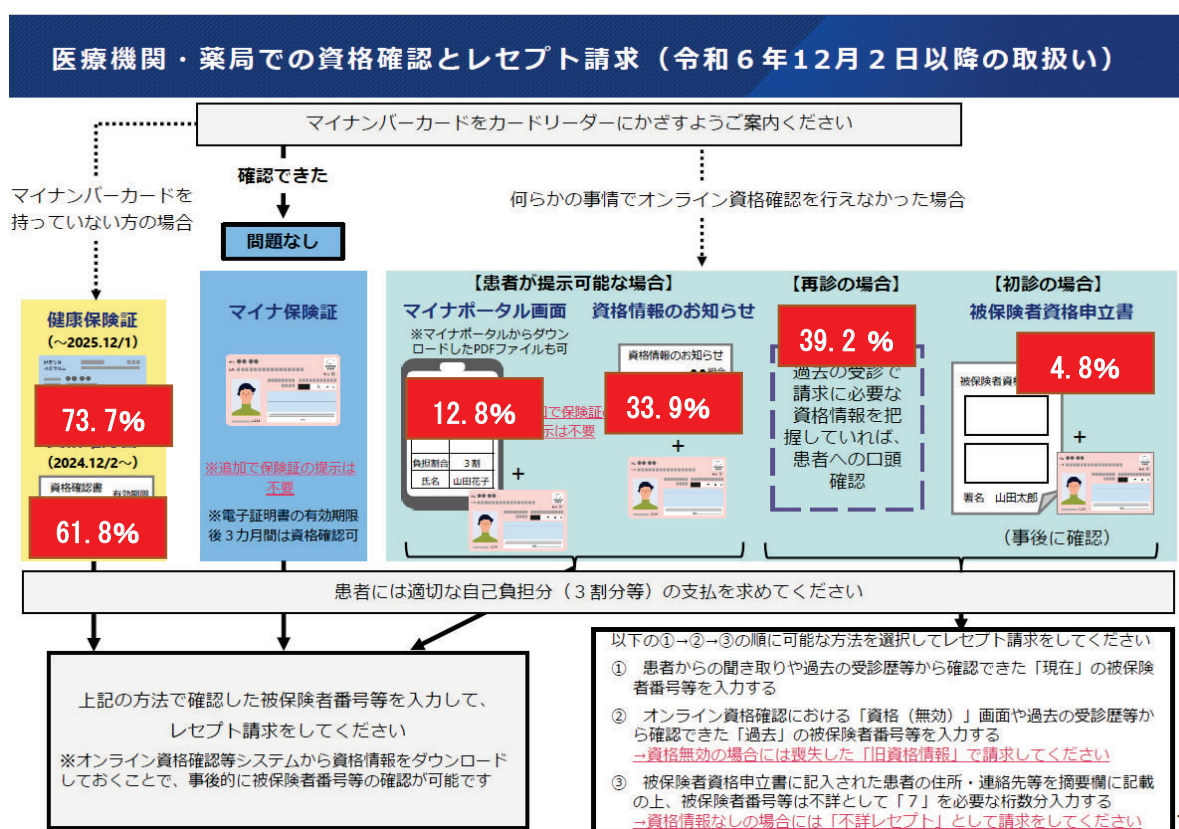
トラブル時にどのように対応したかを選択肢（複数回答）で聞いた。

健康保険証による資格確認が 73.7%（5411 医療機関）と圧倒的に多かった。資格確認書による確認も 61.8%（4542 医療機関）に上った。

続いて、「過去の来院情報をもとに確認」が 39.2%（2883 医療機関）、「資格情報のお知らせ」が 33.9%（2487 医療機関）となった。マイナポータルによる確認は 12.8%（938 医療機関）、被保険者資格申立書への記入は 4.8%（353 医療機関）と低い。

政府は、マイナ保険証で資格確認ができなかった場合には、「資格情報のお知らせ」や「マイナポータル」による確認、「被保険者資格申立書」に記入する、などを示しているが、政府の示している対応方法は、従来の健康保険証による資格確認には到底及ばない。

また、資格確認書による確認も高い割合を示している。後期高齢者は、1年間（2026年7月末まで）の暫定措置としてマイナ保険証保有の有無にかかわらず、全員が資格確認書を交付されている。これが資格確認時のトラブル対応方法として機能していると考えられる。後期高齢者以外は、原則としてマイナ保険証保有者には資格確認書が交付されず、後期高齢者についても来年8月以降暫定措置の見直しが提案されている。今後、資格確認時にトラブルに見舞われた際、現場の対応はより困難になる。



スライド 07 「いったん 10 割負担」の件数が大幅に増加

また、「いったん 10 割負担いただいた」は 19.6%（1437 医療機関）で、少なくとも 3686 件以上発生していた。2024 年 10 月 17 日に発表した調査の 1241 件（N=8929 医療機関）と比較して、大幅に増加した。

慣れ親しんだ健康保険証が廃止され、患者、医療機関から、資格確認のセーフティネットを失い、やむを得ずいったん 10 割負担となるケースが増加している。「資格情報のお知らせ」は保険証にくらべ定着しておらず、常時携帯している人が少ない。26 年 3 月末までの暫定措置の終了も迫ってお

り、今後、やむを得ずいったん 10 割負担となるケースがさらに増加することが懸念される。患者が安心して医療を受けられない事態が進行している。

スライド 08 「トラブルなし」回答者でも 6 割が「マイナ保険証で資格確認できず」

マイナ保険証による資格確認について、今年 8 月以降に「トラブルがなかった」と回答した医療機関も、多くが「マイナ保険証で資格確認できなかった際、どのように対応したか」との質問で、対応方法に回答していた。「保険証で確認」は 61.4%（1794 医療機関）、「資格確認書で確認」は 53.2%（1555 医療機関）に上っている。「トラブルなし」と回答した医療機関でも、「マイナ保険証で資格確認できない」という状況を経験していることがわかる。このことから、医療機関でのトラブル発生割合は、実際には 9 割近いと考えられる。

スライド 09 不詳レセプトで請求し「返戻」の事例は 883 件

トラブルへの対応の最終手段として厚労省は「被保険者資格申立書」により資格情報「不詳」のまま請求できる対応を示している。これによりマイナカードによる資格確認が出来なくても「自己負担 10 割でなく、これまで通りの自己負担額です」とリーフ等で示し、医療機関に向けた当初の説明では、請求する保険者や被保険者番号が不明の場合でも、保険者の責任で資格を確認し、返戻されない仕組みとするとされていた。しかし、出された通知をみると返戻がありうる運用とされ、実際に保険医協会に返戻される事例の相談が寄せられたことから、今回、設問を設けた。

調査では、マイナ保険証により資格情報が確認できず、不詳レセプトで請求し、「返戻」されたケースは 4.6%（480 医療機関）で、883 件発生していた。

2025 年 10 月 16 日に開催された社会保障審議会・医療保険部会に厚労省が示した資料では、大まかな不詳レセプトの件数と返戻数が示された。

	R5. 9～R6. 12（16か月）	R. 7. 1～R7. 8（8か月）
不詳レセプトの件数	約36件/月	約651件/月
不詳レセプトを一旦返戻した件数	約20件/月（56%）	約359件/月（55%）

参考資料では「不詳レセプトの記載等における注意点」が示され、「マイナ保険証を持参していなかった場合も含め、本来不詳レセプトとして請求いただくケースではないものも見受けられる。今後、不詳レセプトの請求に関する留意点を周知し、返戻の減少を含めた請求の適正化を図っていく」として「請求時に注意いただきたいポイント」を一覧表で示した。

しかしそもそも「被保険者資格申立書」による不詳レセプトの取り扱いが分かりにくく、手間がかかる上に周知も不足している。にもかかわらず、返戻が起きているケース等について、医療機関側の対応の不備かのように説明し、留意点を示すのみで結局医療機関に対応を押し付けている。

返戻の理由としては、「記載事項の不備」「保険者の相違」「該当者なし」などが寄せられている。

スライド 10 スマホ対応カードリーダーを導入している医療機関は 4 分の 1 程度

マイナトラブルも未解決なのにスマホマイナ！？ 現場からは「これ以上は無理」の声

スマホ対応カードリーダーの導入について聞いた。「導入済み」が 27.9%（2936 医療機関）、「導入予定」が 15.8%（1661 医療機関）、「検討中」が 38.3%（4029 医療機関）、「導入しない」が 16.5%（1737 医療機関）となった。4 分の 1 程度の医療機関しか導入がされていない。また、「検討中」と「導入しない」が合わせて半数以上に上っているため、今後導入医療機関が順調に増えていくとも限らない。

2025 年 9 月 19 日からスマホのマイナ保険証利用ができると大々的に広報されたが、実際に使える医療機関はまだ限られており、患者さんがスマホのみを持参しても資格確認できないケースが多い。スマホマイナ保険証によるトラブルの事例では、実際に未導入医療機関にスマホのみを持参して受診しているケースが寄せられている。「患者からのクレーム」でも、スマホマイナが使えないことへの苦情の事例も寄せられた。

導入しない主な理由として、①利用者がいない、②経費増、費用対効果の問題、③システム上の問題や機器の置き場所の問題、④受付の業務負担増などが挙げられている。

医療現場はマイナ保険証だけでもすでにトラブルが頻発して対応に負担を感じている。その状況すら改善されないまま拙速にスマホのマイナ保険証の導入が進められ、対応が押し付けられており、「これ以上は無理」の声があがっている。

【患者さんからのクレーム】

岐阜県	医科診療所	スマホでの受付ができないのか。
東京都	病院	スマホのマイナのみで良いと説明を受けてきていて、スマホ対応末のためクレーム案件になる。
東京都	医科診療所	スマホマイナに対応していないことでクレーム（マイナンバーカードは持ち歩いていないため）
京都府	歯科診療所	スマホマイナ保険証はできないのか？！
富山県	歯科診療所	スマホ対応できないの？

【導入しない主な理由】

兵庫県	医科診療所	カードリーダーでも混雑しているのにこれ以上は無理です。
佐賀県	医科診療所	コストがかかる。患者が利用しない。
東京都	医科診療所	これ以上の手間は、時間的にも金銭的にもしたくない。
東京都	歯科診療所	システムの改修に手間がかかる。
広島県	医科診療所	スマホを持っている人が少ない（高齢者が多い為）。
東京都	医科診療所	トラブルが増えそう。受付の負担が増えそう。
福岡県	医科診療所	ベンダー対応が現在のところ不可とのこと。
山口県	医科診療所	一時的には補助金が出るようだがこれからも費用がずっとかかる。
愛知県	病院	小児がメインなので 15 歳未満が使用できないため。
愛知県	医科診療所	小児科のため、スマホ 1 台につき 1 人の登録しかできず、保護者のスマホで複数の子どもの登録ができないため。
三重県	医科診療所	設置場所が確保できない。
東京都	医科診療所	電子カルテが未対応のため。
神奈川県	歯科診療所	販売がアマゾンビジネスのみなのは不便。

総選挙で「保険証復活」を争点に～政府・与党の責任を問う

2021 年 10 月 20 日から、本格運用が開始されたマイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）だが、大きな問題となった他人の情報との誤紐づけから始まり、オンラインで正確な資格情報が確認できない、機器のトラブルや通信障害も多い、マイナ保険証をもっているのにトラブルで

「いったん 10 割負担」になるなど、運用開始以降ずっと医療現場のトラブルは続いている。

マイナ保険証のトラブルの解決が見通せないにも関わらず、2022 年 10 月、政府は突然保険証を廃止することを表明し、2023 年の通常国会で保険証廃止法案を可決成立させた。保険証 1 枚で安心して受診できる仕組みを壊し、一方で、トラブルへの対応として弥縫策を重ね、現場をさらに混乱させている。

私たち全国保険医団体連合会は、一貫して保険証を残すべきだと訴えてきた。デジタル化自体を否定するものではないが、本来、私たちの暮らしを便利にするはずのデジタル化なのに、マイナ保険証は高齢者や子ども、障害を持つ人などにとってむしろ使いにくく、ただでさえ忙しい医療機関の事務にも負担となっている現状を解決してほしいというのが現場の切実な要望だ。

それは、保険証を使い続けられるようにさえしていれば可能であった。保険証を残す判断をする機会はこれまでに何度もあったはずである。現在、衆議院選挙が行われているが、あらためて政府・与党に保険証廃止による現場の混乱の責任を問いたい。

すべての国民に漏れや遅れなく、国、保険者の責任で健康保険証が交付される体制は、国民皆保険制度の土台であり、その仕組みを取り戻すことが必要である。あらためて、健康保険証の復活、当面の資格確認書の全員交付を求めていく。

【参考】

2025 年 11 月 21 日の中医協総会には、医療DX（デジタル化）の取り組みに関する 2024 年度改定検証結果が報告された。マイナ保険証をめぐる、病院の 70.8%、診療所の 65.4%が「IT に不慣れな患者への対応による負担が増加している」と回答。「システム障害時、診療に影響が出る」と答えた病院は 56.3%、診療所では 71.9%に達している。同様に、システム導入・運用に費用負担がかかることをあげた病院は 61.3%、診療所も 57.6%に及ぶ。マイナ保険証をめぐる、医療現場の負担やリスクが改めて浮き彫りになっている。

図表 2-16 マイナンバーカードの健康保険証利用の課題（複数回答）（病院）
【医療DX推進体制整備加算の届出状況別】

	合計	病院-医療DX推進体制整備加算1	病院-医療DX推進体制整備加算2	病院-医療DX推進体制整備加算3	病院-医療DX推進体制整備加算4	病院-医療DX推進体制整備加算5	病院-医療DX推進体制整備加算6	病院-届出無
回答数（件）	579	56	86	45	25	48	61	212
IT に不慣れな患者への対応による負担が増加していること	70.8	67.9	69.8	71.1	52.0	64.6	77.0	73.6
登録情報の不備によるトラブル対応による負担が増加していること	36.8	41.1	34.9	53.3	24.0	33.3	36.1	34.9
スタッフが機器操作を習得するまでに時間を要すること	17.4	23.2	16.3	20.0	12.0	16.7	19.7	17.5
システム障害時、診療に影響が出ること	56.3	58.9	52.3	46.7	52.0	56.3	63.9	56.1
システムの導入や運用に費用負担がかかること	61.3	71.4	64.0	66.7	48.0	62.5	57.4	57.5
個人情報保護等、万全なセキュリティ対策が必要となること	28.3	28.6	31.4	37.8	28.0	18.8	24.6	27.8
マイナンバーカード及び電子証明書に有効期限があること	53.5	66.1	62.8	46.7	56.0	43.8	55.7	49.1
その他	9.7	8.9	15.1	11.1	12.0	8.3	8.2	7.1
無回答	0.5	0.0	0.0	2.2	0.0	2.1	0.0	0.5

※マイナンバーカードの健康保険証利用により、診療情報・薬剤情報・特定健診情報の「すべてまたは一部を活用している」と回答した医療機関が対象

※「病院-医療DX推進体制整備加算 4」の回答数は 30 件以下であり、結果のばらつきが大きくなる可能性があるため、参考値として掲載している。

図表 2-17 マイナンバーカードの健康保険証利用の課題（複数回答）（診療所）
【医療 DX 推進体制整備加算の届出状況別】

	合計	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算1	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算2	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算3	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算4	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算5	診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算6	診療所(有床+無床)-届出無
回答数（件）	526	69	88	36	26	45	23	159
ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していること	65.4	59.4	63.6	77.8	65.4	73.3	65.2	64.8
登録情報の不備によるトラブル対応による負担が増加していること	37.1	27.5	38.6	27.8	30.8	51.1	39.1	37.1
スタッフが機器操作を習得するまでに時間を要すること	16.7	11.6	17.0	13.9	7.7	20.0	13.0	19.5
システム障害時、診療に影響が出ること	71.9	73.9	71.6	75.0	69.2	84.4	65.2	67.3
システムの導入や運用に費用負担がかかること	57.6	62.3	64.8	66.7	53.8	53.3	43.5	51.6
個人情報保護等、万全なセキュリティ対策が必要となること	31.2	31.9	35.2	33.3	30.8	20.0	34.8	29.6
マイナンバーカード及び電子証明書に有効期限があること	52.1	53.6	55.7	63.9	34.6	44.4	39.1	53.5
その他	10.1	10.1	10.2	2.8	11.5	6.7	13.0	12.6
無回答	1.0	0.0	1.1	2.8	0.0	0.0	0.0	1.3

※マイナンバーカードの健康保険証利用により、診療情報・薬剤情報・特定健診情報の「すべてまたは一部を活用している」と回答した医療機関が対象

※「診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算4」「診療所(有床+無床)-医療DX推進体制整備加算6」の回答数は30件以下であり、結果のばらつきが大きくなる可能性があるため、参考値として掲載している。

図表 4-7 マイナンバーカードの健康保険証利用の課題（複数回答）
【医療 DX 推進体制整備加算の届出状況別】

	合計	医療DX推進体制整備加算1	医療DX推進体制整備加算2	医療DX推進体制整備加算3	医療DX推進体制整備加算4	医療DX推進体制整備加算5	医療DX推進体制整備加算6	届出無
回答数（件）	599	38	41	13	68	83	42	201
ITに不慣れな患者への対応による負担が増加していること	71.8	78.9	68.3	61.5	61.8	68.7	78.6	74.6
登録情報の不備によるトラブル対応により負担が増加していること	41.2	34.2	43.9	46.2	44.1	38.6	50.0	41.8
スタッフが機器操作を習得するまでに時間を要すること	27.2	34.2	39.0	38.5	23.5	19.3	23.8	28.4
システム障害時、診療に影響が出ること	68.8	76.3	70.7	69.2	70.6	65.1	76.2	66.7
システムの導入や運用に費用負担がかかること	58.4	63.2	73.2	61.5	55.9	62.7	52.4	56.2
個人情報保護等、万全なセキュリティ対策が必要となること	36.4	36.8	41.5	61.5	33.8	32.5	33.3	39.3
マイナンバーカード及び電子証明書に有効期限があること	54.8	47.4	51.2	46.2	60.3	59.0	52.4	52.2
その他	6.2	10.5	12.2	7.7	5.9	2.4	4.8	5.5
無回答	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5

※マイナンバーカードの健康保険証利用により、診療情報・薬剤情報・特定健診情報の「すべてまたは一部を活用している」と回答した歯科診療所が対象

※「医療DX推進体制整備加算3」の回答数は30件以下であり、結果のばらつきが大きくなる可能性があるため、参考値として掲載している。

トラブルの具体的事例より

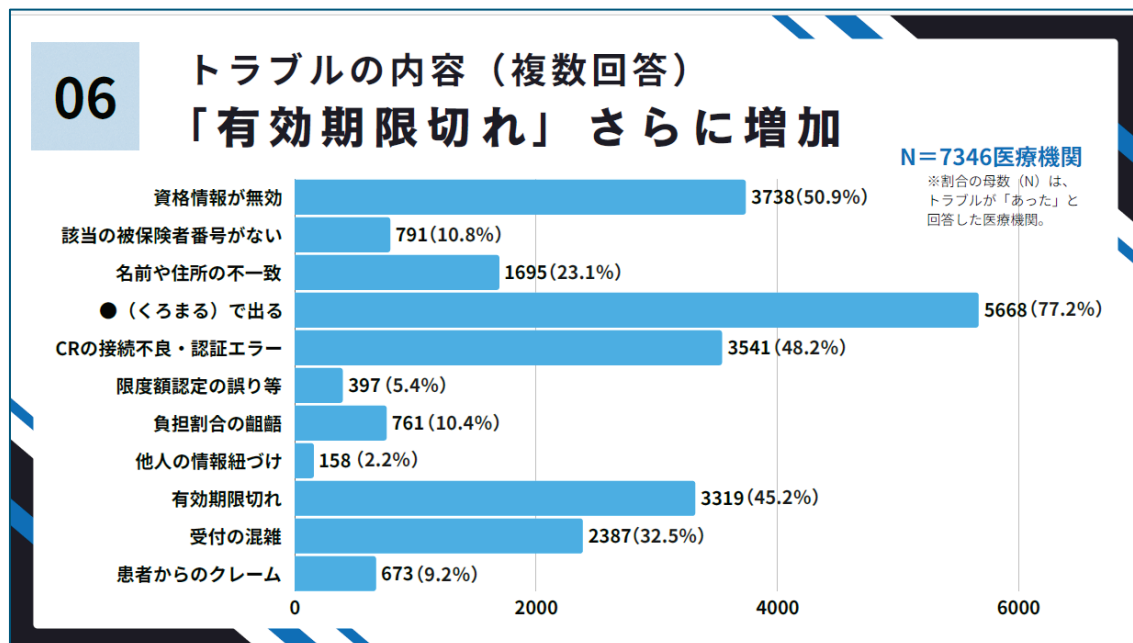
2026 年 1 月 29 日
全国保険医団体連合会

▼トラブルの状況は改善していない

今回の調査では、問5でトラブルが「あった」と回答した方に、問6でその内容について選択肢で聞いた。問7で、特筆すべきトラブル内容を自由記載で聞いた。

トラブルの内容は、回答が多い順番に①黒丸が出る、②資格情報が無効、③カードリーダーの接続不良・認証エラー、④（マイナの）有効期限切れ、となっている。①～④のトラブルは「あった」と回答した医療機関の半数近くで起きている。

それぞれの具体的事例は別紙をご参照いただきたい。



▼2025 年 12 月 2 日以降も状況は変わらず～利用者増でトラブルの増加懸念

厚労省が公表した 12 月のマイナ保険証の利用率は 47.73% となった。すべての保険証の有効期限が終了し、マイナ保険証の利用者は増加している。一方でマイナ保険証をめぐるトラブルの状況は報告した通り、現状で全く改善されておらず、利用者の増加に伴い、トラブルがさらに増加することが懸念される。

大阪府保険医協会は現在独自に 12 月以降のマイナ保険証の利用実態調査を行っており、2 月に公表予定である。

現在、集計中とのことだが、トラブル内容は変わらず、受付窓口での説明が増えた、黒丸●表示や情報登録のタイムラグ等のトラブルが多い、患者から不満を言われることが増えた、公費負担医療の医療証の持参忘れ、患者がマイナ保険証・資格確認書・資格情報のお知らせそれぞれの意味を理解していないなどの事例が寄せられている。トラブル内容はこれまでと同様で、件数が増えていて受付業務が大変になっている様子が伺えるとのことだ。

（参考）【大阪府保険医協会調査に寄せられた 12 月以降の事例】

- * 「期限切れ保険証」を持参された方が、本来はマイナ保険証 or 資格確認書のどちらにあたるのか理解できていない人が多いので、説明に時間がかかって大変。（小児科）
- * 暗証番号のエラーが多く、ロックがかかる前の 2 回目のエラー時に暗証番号の入力をやめてもらうように声掛けをしているのも時間を費やす（小児科）
- * 「資格確認書」と「資格情報のお知らせ」を混同している人がいるので説明に時間をとる（内科）
- * 「マイナ保険証を使いたくない→資格確認書は保険者に請求しないと発行してもらえない」という事例があり、時間がかかった（外科）
- * 「資格情報のお知らせ」のみで受診できていると思っている。マイナンバーカードとは別にマイナ保険証があると思っている（内科）
- * マイナ保険証の読み取りで診療受付が出来ていると思われ、受付漏れのトラブルが発生している（内科）

▼高齢の患者さんの対応困難～後期高齢者への資格確認書の全員交付は継続を

厚労省は、2025 年 12 月 18 日の社保審医療保険部会において、2026 年 8 月以降、後期高齢者に対する資格確認書の申請無しでの全員交付について、見直すことを提案した。75 歳から 84 歳については、利用実績があれば、自動交付は行わないとしている。

しかし、高齢者に関するマイナ保険証のトラブル事例は非常に多く、操作の困難さ、認証エラーといった事例が多数報告されている。マイナ保険証を利用している高齢者でも、負担や困難を感じながら、使わなければいけないと思い、無理をして利用している実態もうかがえる。何度やっても覚えられないという患者さんもいる。

マイナ保険証での資格確認のしくみは高齢者にとって使い勝手が悪く、医療機関の受付ではそのフォローのために人手が必要になり、人手不足と混雑を引き起こしている。

この状態で、利用実績があるからといって、後期高齢者への資格確認書の全員交付をやめてしまえば、医療機関の受付はさらに混乱することは目に見えている。

少なくとも後期高齢者への資格確認書の全員交付は継続すべきである。

【高齢の患者さんの事例】

1	東京都	医科診療所	カードリーダーの液晶が見えないとの訴えが多い
2	徳島県	医科診療所	暗証番号を声に出しながら押す方が多い（高齢者）
3	山梨県	医科診療所	特に高齢の方は、操作に戸惑い時間がかかってしまう、また、スタッフが付きっきりになってしまう
4	東京都	医科診療所	マイナンバーカードが読みこめず、資格確認証で対応した（高齢者）
5	奈良県	医科診療所	自分でカード設置できない高齢の方の為に受付の仕事量が増えた
6	愛知県	歯科診療所	資格情報の住所が現住所と違う。名前の漢字 4 文字中●が 2 つで正しいのかわからない人がいた。高齢者の方はマイナ保険証のカードリーダーに対応できなくて受付が手とり足とり教えなくてはいけないので、受付が混雑してしまう。

7	神奈川県	歯科診療所	高齢者はやり方がわからない方が多数。暗証番号忘れ多数。
8	奈良県	医科診療所	高齢者はカードリーダーの操作を覚えられず、受付スタッフがつきっきりで介助している。
9	東京都	医科診療所	使い方がわからない患者（特に高齢者）は未だ多く受付の負担大きい
10	神奈川県	医科診療所	高齢者の方でマイナの顔写真が数年前のものだと認識しない事がある。
11	茨城県	医科診療所	高齢者には皆、無理と言われます。
12	静岡県	医科診療所	高齢者が多く、職員がつかないとマイナ保険証が使えない。
13	静岡県	歯科診療所	高齢の患者さんが窓口でマイナカードを置きっぱなしにして放置している。
14	宮城県	医科診療所	高齢者の負担割合が2ヶ月分も遡って変更された事。
15	静岡県	医科診療所	高齢者の方で毎回、やり方の説明を必要とされる方も多く、受付の負担が増した。
16	福岡県	医科診療所	高齢の方は一人で機械操作できないことが多く、一人一人対応しないとけない。
17	東京都	歯科診療所	顔認証ができず、暗証番号を忘れていた高齢者
18	鹿児島県	歯科診療所	暗証番号を忘れてロックがかかった。（多数有）←高齢者の方に多く困っています、ガラケー利用者
19	東京都	医科診療所	高齢で顔が変わり本人確認不可。（暗証番号は本人も分からず）。
20	愛知県	医科診療所	前期高齢、後期高齢の方はマイナンバーを廃止してほしい（操作が困難なため）
21	富山県	医科診療所	電子証明の更新が5年毎というシステムに高齢者はハードルが高いと感じる
22	兵庫県	歯科診療所	高齢の方は何回来院されて何度もマイナ保険証を使っているにも説明が必要で混雑する
23	東京都	医科診療所	高齢患者はマイナ保険証を理解されていない。資格確認書との違いなど混乱さがる方多数。説明しても理解出来ず、不備対応等ご自身で行うのも困難。

▼患者からのクレームの内容

問6トラブルの内容の選択肢に「患者からのクレーム」を追加した。回答の割合としては9.2%（673医療機関）であった。

最も多い声が、毎回の提示・操作が「面倒」、操作方法が分からない・難しい（特に高齢者）などの声である。「月1回でよかったのに毎回は手間だ」といった声が非常に多く寄せられている。

資格情報の反映遅れ・無効表示などのトラブルも患者さんとのトラブルの要因となっている。転職や引越などの資格の切り替え後、新しい情報が即座に反映されないことへの怒りが受付にぶつけられている。「手続きは済ませたはずなのに、なぜ資格なしと出るのか」と窓口で激怒される事例も寄せられた。

マイナカードや電子証明書の有効期限が切れていることに本人が気づかず、窓口で初めて知らされて立腹するケースも寄せられた。

機器の操作に時間がかかることや接続不良により、受付に長蛇の列ができ、待ち時間が長くなることへの苦情も寄せられている。「なぜ保険証ではダメなのか」「情報を知られたくない」「(マイナカードの)作成を強制されるのか」といったマイナナンバーカードそのものへの不信感・反発の声も寄せられている。トラブルや政府の強引なマイナ保険証の推進のしわ寄せが患者さん、医療現場に押し付けられている形だ。

従来の保険証がすべて 2025 年 12 月 1 日で有効期限を迎えたが、多岐にわたるトラブルが発生する状況はまったく改善していない。こうした状況のもとで、現場から最も強く寄せられているのは、従来の保険証を恒久的な選択肢として復活させるべきという要求である。

保険証の廃止によって、保険証一枚でみんなが安心して受診できていたしくみが損なわれてしまっている。あらためて、政府・与党には、その責任を問いたい。

【患者さんとのトラブル事例】

1	奈良県	病院	カードリーダーのエラーで受付業務が滞ってしまい受付までの待ち時間が長くなり遅いと怒っておられました。
2	新潟県	医科診療所	マイナカードをお持ちか聞いたら「絶対作らないとダメか？作る気ない」と怒られた
3	岐阜県	歯科診療所	顔認証ができなかった人にもう一度読み取りを頼んだら怒られた。
4	石川県	医科診療所	顔認証出来ない。自分で操作することを知らなくて怒る。
5	愛知県	医科診療所	高齢の方がむずかしいと怒っていらっしゃいました。
6	東京都	医科診療所	資格なしに対して怒りのクレーム
7	静岡県	医科診療所	資格のお知らせのみ持って来て、マイナカードは持参しない方に、カードが必要と説明したが怒られた事が数人。
8	熊本県	医科診療所	診察券を求めたら、マイナナンバーをしたのにと激怒された。
9	石川県	病院	操作なんかできないと怒り、カードを投げつける
10	東京都	医科診療所	認証エラーの為、紙の保険証の確認をお願いしたところ拒否。他院ではマイナ保険証を使用できたのにと怒られる
11	神奈川県	医科診療所	保険証なら受付に出すだけで良かったのにとの怒り。
12	広島県	歯科診療所	毎回マイナ保険証を持ってこないといけないのはなんでだと忘れてきた方に怒りをぶつけられた。
13	東京都	医科診療所	マイナナンバーカード作成は強制なのかと強い口調で言われた。
14		医科診療所	有効期限が切れていて、わからなかったと、怒られました。

問7、問13 トラブル事例

1	東京都	医科診療所	●（くろまる）や小文字の「っ」「ゅ」など一致しない。
2	富山県	医科診療所	・1年以上前に資格喪失しているのに有効として情報が残っている。・スタッフの人員が少ないので混雑時に、カードリーダーの使い方がわからない等トラブル時に対応できない
3	長野県	医科診療所	・マイナカードの氏名（漢字）と画面内容が違った。（入力ミス？）（本人申告もちがう為）・●（くろまる）の漢字、新患だと確認出来ない！！
4	愛知県	医科診療所	・顔認証が出来ない・暗証番号を忘れてる電話回線、ネット回線の故障、地域の停電後に2時間位復旧に時間がかかりその間資格確認がマイナで出来ない
5	福岡県	医科診療所	・国保の8月更新でいくつかの市町村でエラーが出ていて確認できなかった（数日）。医療証の確認ができないものばかりである。
6	三重県	医科診療所	10/3～10/10ネットワークエラー頻発のため受付が混雑。ペンダーに対応してもらうが原因不明。現在は復旧している。
7	兵庫県	歯科診療所	10月末に受診されたのに負担割合が2割→3割が反映されておらず、未収金及びレセプト返戻が発生
8	兵庫県	医科診療所	1年前に転居しているのに前の住所のままだった
9	熊本県	医科診療所	4文字のお名前で3文字●（くろまる）の方がいて困りました。
10	兵庫県	医科診療所	8月に新しい事業所に入社したのに、11月になってもマイナに反映していなかった。
11	奈良県	歯科診療所	9月誕生日の方が10月1日に受診した際反映されず、役場に個別に問い合わせをした。（国保）→（後期高齢）
12	東京都	医科診療所	ICチップの不具合でカードリーダーで読みとれない事例があった
13	三重県	医科診療所	R7.4～社保加入、R7.7まではマイナ使用で正常に表示されていたがR7.8に以前加入していた国保が表示された。本人に確認したところ現在も社保加入中との事、「資格確認証」にて確認した。
14	栃木県	医科診療所	オン資で表示された保険でレセプトを請求したが、保険内容相違の連絡があり、レセプトが返戻されてしまった。2件あり
15	高知県	医科診療所	カードリーダーが不具合で使用できない時が多々ある。
16	東京都	医科診療所	カードリーダーのエラーが多発
17	静岡県	医科診療所	カードリーダーの接続不良・認証エラーがかなり多い…。
18	兵庫県	医科診療所	カードリーダーの接続不良で受付業務に大変な遅れで迷惑をおかけした。復旧に3日くらいかかった。
19	兵庫県	医科診療所	キョウコがキョウコになっている等、小さい字が大きい字で表示される
20	東京都	医科診療所	くろまるは、よくあります。特に難しい漢字でなくても●とでます。
21	兵庫県	医科診療所	すべて改善してから保険証の使用を止めてほしかったです
22	兵庫県	医科診療所	ネット環境が悪いようで、カードリーダーでの認証に6回くらいかかることがよくある。気の短かい人は怒ることもあり対応に手を取られてしまい、受付が混雑してしまう
23	富山県	医科診療所	バージョンアップなどのため認証エラーが出やすく、いつそのようになるか分からず、その度、受付けが大混乱になり困っています。
24	東京都	医科診療所	一人では操作できない人がある、とくに外国人
25	新潟県	医科診療所	フリガナの大字と小字でエラーがかかる
26	三重県	医科診療所	マイナカード・電子証明書の有効期限が切れていても、気付いていないケースが多い。
27	神奈川県	歯科診療所	マイナカード自体の期限更新の為ご予約延期された例あり、手続きの為手元になく空白ができたとのこと
28	栃木県	歯科診療所	マイナンバーカードにて6月社保A7月国保8月社保Bと確認したが7月分も社保Bであり7月分は返戻となり再請求を行なう
29	東京都	医科診療所	マイナ保険確認で実際の住所と全く違う住所が入力されていた。オンラインのカナ読み表記が本人が言うものと違った
30	兵庫県	歯科診療所	マイナ保険証による資格確認をしましたが負担割合の齟齬により返戻され、患者様の会計精算に支障をきたしました。
31	栃木県	医科診療所	やり方がわからないという人が多く、混雑時は対応がなかなか出来ない。

32	新潟県	医科診療所	暗証番号を覚えていない、顔認証がエラーでロックがかかり、患者様の負担が増えた。
33	奈良県	医科診療所	暗証番号を教えてもらっていない（市役所から）と自分で決めてると説明しても納得されずトラブルになることが数人いらっしゃいました
34	高知県	病院	医療機関ごとにカードリーダーが違うため、患者様が操作が分からなくなり、混乱している。
35	鹿児島県	医科診療所	院内のWi-Fiを変更したら、接続できなくなった
36	熊本県	医科診療所	何度も受診されており保険証も変更ない方だが毎回「無効」の表示が出る（レセプトの返戻になったことはない）
37	高知県	医科診療所	患者さんより保険が変わったとの申告があってからマイナに反映されるまで時間がかかり患者さん側が不安になられるという事があった
38	東京都	歯科診療所	区役所より、資格確認書が送られてこない
39	福岡県	歯科診療所	兄弟姉妹同士、他人の顔で認証できてしまう。
40	神奈川県	医科診療所	結婚等で氏名が変わり、手続きも済んでいるのに氏名が変わらないと患者から訴えがあった
41	愛知県	医科診療所	月初になると、オンラインの接続が遅くなる。
42	東京都	医科診療所	限度額認定が実際と異なる場合が複数回あった。ご本人も把握できていないこともあった。
43	東京都	医科診療所	限度額認定違いで返戻が多くあった。
44	三重県	医科診療所	後ろから他人のものをのぞく人がいて、のぞかれた方とトラブルになりかけた。（受付からものぞかないでと声をかけたり、掲示しているがのぞく方が多くいらっしゃいます。）
45	静岡県	歯科診療所	高齢な患者さんが窓口にマイナカードを置きっぱなしにして放置している。
46	高知県	病院	高齢者だけでなく、画面の文章を読まず、受付に「どうしたら？」と聞いてくる。画面に手順がという、文句をいう。
47	岩手県	歯科診療所	高齢者で画面が見えにくい、機械によってカードの置き方、向きが違うので混乱する。
48	兵庫県	医科診療所	国保から社保に変更になっているが、国保でも資格有となった
49	兵庫県	医科診療所	黒丸表記に関しては改善して頂きたい、3文字のお名前で2文字黒丸の方もいらっしゃいました
50	愛知県	医科診療所	混雑時にマイナカードを通せば受付完了したと思われ名前が呼ばれないと申し出があり、診察まで時間がかかってしまった
51	東京都	医科診療所	混雑時受付に渋滞が発生する
52	愛知県	医科診療所	姉妹でしたが姉のマイナで妹さんの顔認証でできたこと
53	愛知県	医科診療所	子どものマイナの暗証番号を間違えてロックがかかり、受付が滞ることがある。
54	福岡県	医科診療所	子供だけの受診で顔認証できず暗証番号も分からず困った
55	東京都	病院	資格情報が前の会社のもののまま更新されていない→会社にPtに問い合わせしていただく→会社よりTELで病院側の問題だと言われる。
56	京都府	歯科診療所	資格情報が無効と表示され、保険証の確認をして下さいと表示されても患者さんはマイナカードしか持ち合わせていなかった
57	福岡県	病院	資格情報が有効であったにもかかわらず、国保連から資格無効の連絡があった。
58	愛知県	歯科診療所	資格情報の住所が現住所と違う。名前の漢字4文字中●が2つで正しいのかわからない。人がいた。高齢者の方はマイナ保険証のカードリーダーに対応できなくて受付が手とり足とり教えなくてはいけないので、受付が混雑してしまう。
59	東京都	医科診療所	資格情報は無効となっていたが、実際は現在、加入している保険であった。
60	兵庫県	医科診療所	住所がちがう、変更が追いついていないなどが多い
61	栃木県	歯科診療所	住所変更や保険変更が反映されるまで1ヶ月近くかかることがあった。
62	宮城県	医科診療所	初診時から保険無効だったのに、マイナ保険証で有効となり後日返戻された。
63	東京都	医科診療所	小児科（マイナンバーカードの顔写真があっても無くても）暗証番号が分からないという事が多いのでなので対応に困る、子供の顔は赤ちゃんの頃から変わるので。預り金にする訳にもいかず困る。
64	福岡県	医科診療所	新しい職場に変わっていたり、国保の更新をしているのにマイナ保険証に数ヶ月反映されておらず、トラブルになった。
65	福岡県	医科診療所	天候不良後にカードリーダーの部品の故障（復旧に2～3週間かかった）
66	神奈川県	医科診療所	転職から20日以上すぎてもマイナ保険証に紐づいていない。
67	茨城県	医科診療所	電子証明書の期限切れで使用不可（本人は期限切れと認識なし）

68	兵庫県	医科診療所	年配のかたに毎回やり方指導しないといけない（覚えられない）外国のかたで、日本語が分からない人が使えない。	
69	青森県	歯科診療所	有効期限が切れていた為市役所等に行き手続きをしても登録までに2日ぐらいかかると言われた。その為、変更当日マイナは使えない。前の保険証で番号等を確認した。手間がかかった	
70	岩手県	医科診療所	当院ではマイナカードをお預かりしないようにしていますが、リーダーで使用后に見当たらなくなったと問い合わせが、患者さんからくる事例が数件ありました。持ち歩くのが不安な方も多いようです。従来の保険証での確認の方が、トラブルも少なく現場では助かっていました。患者さん自身も、マイナ利用のルールを理解していない方が多く、説明が大変です。資格情報のお知らせも重要性が分からず粉失される方が多いようです。	問13
71	東京都	医科診療所	毎日のようにメールで「厚生労働省からの重要なお知らせ」が届いて、大変煩わしい。煩雑な対応を現場に強いており大変不愉快である。導入は時期尚早であった。	問13
72	兵庫県	医科診療所	所得区分と有効期限を明確にしてほしい。いろいろ中途半端だと思います、投薬情報がすぐに反映されない、保険証の内容が変わっていても旧情報で反映されている、やはり保険証がなくなるのは不安です、マイナの情報は絶対正しいのですか??	問13
73	岐阜県	医科診療所	・トラブル時の対処法がわかりません。・資格情報のお知らせを携帯している人がほぼいません。	問13
74	茨城県	歯科診療所	マイナカードと共に資格情報のお知らせを持参する人がまずいない。全くの初診の時に所属がわからず患者情報が充分といえない	問13

【参考・11/27 中間報告資料】

「問7. トラブルの内容で特筆すべき事例」、「問13. マイナ保険証に関してご意見や困っていることなどお聞かせください」より事例紹介

1. データ更新の遅れ

転職、転居、結婚等に伴う保険資格の変更情報が、データへ即時反映されない深刻なタイムラグが解消されていない。オンライン資格確認で「有効」と表示されたにもかかわらず、後日「資格無効」としてレセプトが返戻される事例も多く寄せられており、医療機関に事務負担、未収金の懸念なども生じている。

「正確な資格情報のリアルタイム確認」を前提に券面の廃止を強行したが、前提が完全に崩れる致命的な問題である。券面情報の更新のほうが正確かつ早いケースも報告されている。

タイムラグの解消について、厚労省は対応済としているが、マイナ保険証の本格導入後から現在まで状況はまったく改善されていない。

東京都	医科診療所	マイナカードで受付した際「資格情報が無効」と表示され、患者さまに確認すると、保険の切替中であった。新患でマイナカードで受付後、問診票と住所が違っており、マイナ情報は転出前住所であった。氏名が漢字表記されない患者さまがいる。突如ネットワークエラーになり、再起動しなければならない。新生児～3ヵ月の患者さまで保険情報が反映されていなかった。
愛知県	医科診療所	県外から転居された国保の方が、市役所が登録しておらず無効だった。
熊本県	医科診療所	無効と出て本人は保険料を支払っており有効だと言われ、役場に確認したところマイナカードを紛失され再発行されていたが、再発行されたマイナカードでなく紛失したとされるマイナカードを持参される事案あり。
熊本県	医科診療所	マイナのみ持参で初診の患者。当日は、保険資格有効だったのに後日、社保/国保から、無効の連絡があった。
神奈川県	医科診療所	資格情報の更新が迅速ではない為、無効となった場合、受付に時間がかかり、混雑してしまう。
新潟県	医科診療所	他院では使っているのに当院では「資格無効」。
広島県	病院	受付時は有効だった資格情報が、後日実際は無効だったことが患者様の申告等でわかるという事例が何件かありました。

岐阜県	医科診療所	オンラインなのに資格情報が無効ではオンラインの意味がない
宮城県	医科診療所	初診時から保険無効だったのに、マイナ保険証で有効となり後日返戻された。
愛媛県	医科診療所	社保の組合の手続きミスによる無効。
東京都	医科診療所	マイナ保険証では無効だが、有効な資格確認書があり、それに対応（区にも確認済）。保険証切り替えで申請済なのに失効と表示される
栃木県	歯科診療所	資格情報が何カ月も更新されず無効のままである事が多い。
兵庫県	医科診療所	後期高齢者になって1ヶ月以上経過していてもマイナ側の更新が出来ていない。
群馬県	医科診療所	資格情報が有効だったのに、後日返戻で無効だったと返ってきた。
岐阜県	病院	資格はオンライン上有効だが、保険変更している場合、新しい保険の手続き中と申し出があっても、実際は無保険となっている事があるため、有効な資格がないものとして取り扱いして良いか迷う。未収金となる事がないようにしたい。
長野県	医科診療所	①引っ越しの時市役所で誤って情報を消されてしまった。新しく手続きしても「選択した保険は資格喪失しています。保存して終了日を更新してください。」と表示され、情報が読み込めなかった。②診療時とレセプト送信時の割合が違った。マイナで取り込んだのになんでそのような事が起こるのか？

2. 情報表示の問題

患者氏名の一部が「●（くろまる）」で表示され、特に初診患者の受付に支障をきたしている。また、氏名のフリガナにおける小文字（「ゃ」「ゅ」「ょ」など）が大文字で表示される住所表記のゆらぎ（全角、半角、×丁目○番地 or ×ー○など）など、カルテ情報との不一致による手間や手作業での修正が常時発生している。

「●（くろまる）」については、レセプト請求はそのままできるとされているが、領収書や処方箋、診断書などを●のまま出すことはできず、現場では患者さんに確認し手作業で修正するなど事務手間が生じている。「●問題」はシステム仕様上の致命的な欠陥と言える。

東京都	医科診療所	今後マイナ保険証のみに移行するのであれば、正しい名前の表記がされず、●（くろまる）は非常に困る、現状も個別に確認をしなければならず、混雑につながっている。
-----	-------	---

熊本県	医科診療所	4文字のお名前で3文字●（くろまる）の方がいて困りました。
熊本県	医科診療所	初診で名前が●（くろまる）で出ると、さらに本人確認が必要になり時間がかかった。
愛知県	医科診療所	●（くろまる）や小文字が上手く反映されていないのがとても困ります。もう少しシステムの正確性をしっかり行ってほしい。
熊本県	歯科診療所	特別難しい漢字ではないのに●（くろまる）で表示されるのでイライラする。
山梨県	医科診療所	●くろまるは患者様にとっても嫌かと。再度本人確認して二度手間です。
神奈川県	医科診療所	●（くろまる）や小さい文字、住所など、正確な情報にしてほしい。
広島県	医科診療所	●（くろまる）が名前だと結局本人に情報を用紙に記入してもらわないといけない。
岐阜県	医科診療所	●（くろまる）が出る場合、初診患者だと本人が問診票に書く漢字でしか情報入力が出来なくて困ります。
三重県	歯科診療所	●（くろまる）は今後解消されるのでしょうか？意外に多いので困ります。
岩手県	医科診療所	氏名の●（くろまる）が頻繁にでるので業務に支障がでている。

3. 機器の不具合が患者や受付業務に負荷

カードリーダーの頻繁な接続不良、ネットワークエラー、フリーズなど多発し、その都度受付業務が滞るなどの事例が多数寄せられている。

また、顔認証の精度が低く、特に高齢者の顔のしわや子どもの成長による顔貌の変化を原因とするエラーが頻発する。結果的に暗証番号入力や目視確認モードへの切り替えが必要となるが、これがさらなる受付の遅延と負担を強いている。保護者が子どものマイナ保険証の暗証番号を覚えていないケースも多い。

カードリーダーや通信回線の不具合はトラブルの割合としても約5割と高く、いったん不具合が生じるとマイナ保険証で受診しているすべての患者に影響するため、現場の負担につながっている。

愛知県	医科診療所	顔認証が出来ない。暗証番号を忘れている。電話回線、ネット回線の故障、地域の停電後に2時間位復旧に時間がかかりその間資格確認がマイナ保険証で出来ない
愛知県	病院	コンピュータの故障でマイナ保険証が使用出来ない期間が半月程

		ありました。
東京都	医科診療所	カードリーダーが故障し、1日使用できず、翌日代替機が届いた。1日大変でした。
愛知県	医科診療所	(資格確認の) 機器本体が故障してしまったが NTT 中国へ電話してもつながるまで2~3日かかり本体修理、部品交換が終わるまで半月かかりその間患者さんがマイナ保険証を使えなかった。
東京都	医科診療所	パソコンの USB 端子が突然故障し、修理に1週間以上かかった、その結果、その月のマイナ利用率が大きく低下しました。
神奈川県	医科診療所	停電後 PC のロドックボードが故障し修理まで2週間を要し、その間資格確認ができなかった。
京都府	歯科診療所	カードリーダーと接続しているパソコン (NTT 推奨) が1年で3回も故障した。
山口県	医科診療所	機械の故障、VPN につながらなくなった。
愛知県	医科診療所	機器の故障で1台使用不可 (導入後約半年) の状態が続く。部品が入らず修理ができない。
福岡県	医科診療所	天候不良後にカードリーダーの部品の故障 (復旧に2~3週間かかった。)
東京都	医科診療所	近隣工事のためカードリーダー認証エラーとなった。近くで電気等工事している所は知っておいた方が良かったと思います。NTT の認証が必要なトラブルだったので。
熊本県	医科診療所	ネットワークエラーで再起動する事が多々あり診療の妨げになる。
熊本県	歯科診療所	月はじめ、接続エラーが多発。
静岡県	医科診療所	カードリーダーの接続不良・認証エラーがかなり多い…。
岩手県	医科診療所	朝一の混雑時にサーバーエラーが出てより混雑が悪化した。
東京都	医科診療所	カードリーダーの不具合により、受付業務が止まってしまう

4. 患者対応の負担～機器操作のサポート

高齢者や機器操作に不慣れな患者に対し、スタッフが付きっきりで操作補助を行う必要があり受付業務の負担が増しているとの事例が多数寄せられている。カードリーダーが1台しかない医療機関において、操作に時間がかかる患者がいると受付の混雑が発生する。また、受付の遅延が診療スケジュール全体に波及し、予約時間通りの診察を困難にしているとの声も出されている。患者側からの声として、医療機関ごとに導入されている端末機種が異なり、操作方法に一貫性がないため、混乱を助長しているとの事例も多数寄せられている。操作の

煩雑さを理由に「面倒だ」「毎回やらなければいけないのか」と言われ、患者からのクレームにもなっている。

東京都	医科診療所	患者自身での操作ができず受付に時間がかかる。
東京都	医科診療所	医療機関によって設置してあるカードリーダーの機種が違うので操作が分かりにくいと言われる。お年寄りには毎回スタッフによる説明が必要。
愛知県	歯科診療所	不具合が起きると事務（受付）が滞って予約通りに診療が進みにくくなるので12月以降が心配です。
愛知県	医科診療所	毎回操作をするのが面倒だと言われました。
熊本県	医科診療所	病院によって導入している機器が違うので、ご高齢の方が操作に戸惑われていることが多い。
愛知県	歯科診療所	腕の不自由な方々は画面操作が行えない（障害・年配の方々）。
山梨県	医科診療所	特に高齢の方は、操作に戸惑い、時間がかかってしまう。また、スタッフが付きっきりになってしまう。
奈良県	医科診療所	高齢者はカードリーダーの操作を覚えられず、受付スタッフがつきっきりで介助している。
広島県	医科診療所	マイナ保険の読みとり機が医療機関によって異なり、操作方法が違うので困るというクレームあり。
静岡県	歯科診療所	高齢者で前回来院の際は自分でマイナ保険証の操作ができたが数ヵ月ぶりに来院したときはできなくなっていた。
東京都	医科診療所	スムーズに操作出来ない方がいると、受付が混雑してしまう。スペースに限りがあるため、他の患者様から苦言を言われる事も。
福岡県	医科診療所	患者がマイナンバー操作中にカードを出してしまう。そこから画面が固まり動かずエラーになる。後続の方たちに迷惑がかかる
東京都	歯科診療所	外国の患者様が多いので、一々操作を通訳しなければいけない。なぜ外国語の表記がない？
福岡県	医科診療所	高齢の方は一人で機械操作できないことが多く、一人一人対応しないといけない。
和歌山県	病院	操作の手順を聞いてくる患者様が多く、時間がとられる（対応に）。
愛知県	医科診療所	前期高齢、後期高齢の方はマイナ保険証を廃止してほしい（操作が困難なため）。
群馬県	医科診療所	まず、保険証だったら手渡しですぐ受付できるのにマイナ保険証はいちいち操作の説明をしないとできない人も多く非常に時間が

		かかる。受付の混雑に繋がる。
栃木県	医科診療所	カードリーダーの操作案内のために、受付業務担当が1名多く必要になった。
静岡県	歯科診療所	杖をついた患者さんは、片手でカードリーダーの操作ができなかった。

5. 患者対応の負担～資格確認の複雑さなど制度の不備に対する患者からの質問、不満の矢面に

マイナ保険証、資格確認書、資格情報のお知らせなど、資格確認方法の複雑化によって、確認作業が煩雑化している。この間、従来の健康保険証の有効期限切れを前に暫定措置が相次いで出された。法令上対応ができないはずの「資格情報のお知らせ」のみでの受診も可とされるなど、政府の対応は当初の説明から次々変わっている。医療現場および患者に正確な情報がいきわたらず、混乱を招いている。

暗証番号忘れや電子証明書の有効期限切れに関する問い合わせも多く、その対応に時間が割かれている。医療機関はこうした制度上の不備や行政の情報周知の不備に関する患者からの質問や不満の矢面に立たされ、本来行政が担うべき説明責任まで負わされている。

佐賀県	医科診療所	高齢者は慣れず、面倒と言われる。期限切れの更新になかなか行ってもらえない。
広島県	医科診療所	資格情報のお知らせと資格確認書の違いを理解されていない。資格情報のお知らせに本人 or 家族の表記がないため登録が困る。
佐賀県		PCのOSが破損して、カードリーダーが全く使えなくなった。みなさん「資格情報のお知らせ」を知らなくて対応に困った。
熊本県	医科診療所	ご高齢の方は、特にマイナ保険証での資格確認が難しい方が多い。マイナカード（個人情報）の重要性を理解されていない方も多く、簡単に他人に預けたりする。
東京都	医科診療所	電子証明書の有効期限切れで確認できず。役所に行って頂いたら、問題ないと言われたそうです。でも見れず。
三重県	医科診療所	マイナカード・電子証明書の有効期限が切れていても、気付いていないケースが多い。
兵庫県	医科診療所	暗証番号分からない方や、ロックされているが役所に行っていない方が増えてきている。
東京都	小児科	小児科（マイナンバーカードの顔写真があっても無くても）は暗証番号が分からないという事が多いので対応に困る、子どもの顔

		は赤ちゃんの頃から変わるので。預り金にする訳にもいかず困る。
山梨県	医科診療所	ほとんどの方が暗証番号を忘れている。

6. 医療現場からの意見～保険証の復活を！

従来の保険証の新規発行停止から1年が経過するが、多岐にわたるトラブルが発生する状況はまったく改善していない。こうした状況のもとで、現場から最も強く寄せられているのは、従来の保険証を恒久的な選択肢として復活させるべきという要求である。

マイナ保険証の強引な推進によって、保険証一枚でみんなが安心して受診できていたしくみが損なわれてしまっている。政府が重ねた弥縫策や利用率の低迷は、それ自体が被保険者の情報が記載された券面の必要性を示している。今の混乱は保険証があればすべて解決する。患者さん、医療現場を最優先に考えるならば、保険証を復活すること、当面シンプルに全員に資格確認書を自動で交付することが必要であり、引き続き政府に対し求めていく。

福岡県	歯科診療所	「資格情報のお知らせ」を発行するなら、今まで通り保険証を発行するが、マイナ保険証との2枚持ちがいいです。
愛知県	歯科診療所	保険証で十分だったのに次々システム導入しないといけなくて受付のスペースもとられるし費用もかかるしスタッフも周知するのに時間がかかる。保険証に戻してほしい。手元に残る情報がないと不安。こんなにトラブルあるのに中止にならない。利権でしかない。
静岡県	歯科診療所	トラブルが多く、その度対応しなくてはいけない時間と労力が多すぎる。マイナ保険証の知識が浸透していないため、いろいろ説明させられる。現場に丸投げという印象しかない。
広島県	医科診療所	マイナ保険証一本になった時のことを考えるとゾッとする。従来の保険証も使えないと非常に困る。
奈良県	医科診療所	カードリーダー受付の際スタッフの介助のため、受付業務に非常に支障をきたしている、以前の保険証の方がよっぽどスムーズに業務が行えていた。支出、手間ひまが増えただけで、デメリットばかりである。悪策極まりなし。

医療運動推進ニュース No.1713

全国保険医団体連合会 医療運動推進本部 事務局発行

TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1862 (A 4-2 枚)

2026 年 7 月 6 日

薬の追加負担は
許さない！

署名にご協力ください



◆マイナトラブル調査を実施し記者会見—千葉協会

千葉協会は5月から6月にかけて、8回目となるマイナ保険証（オンライン資格確認システム）トラブル調査を実施し、6月17日に結果について記者会見しました。朝日新聞が報道しました。

医療機関窓口でのトラブルの発生数が、前回調査よりも増加しており、マイナ保険証に関連したトラブルが抜本的な解決に至っていないことが明らかになりました。

調査は、有効期限切れの保険証での資格確認を可能とする暫定措置が、26年3月31日から「再延長」され、年度始めで異動が多い4月、5月の状況を把握するために実施しました。調査期間は5月1日～6月9日。協会会員のうちFAX送信可能な3797人（医科1863人、歯科1934人）に送付し、有効回答数は1171件でした（回収率30.8%）

前回上回るトラブル発生

マイナ保険証の利用率は、「30%以上」との回答が87.7%（1009件、n=1150件）を占めました。

窓口で発生しているトラブルは「●（くろまる）で出る」が949件（前回9月時点の調査では741件）、「資格情報が無効」が597件（同411件）、「カードリーダーの接続不良・認証エラー」が497件（同410件）、となり、ほぼすべての項目で、前回は上回る回答がありました。「資格確認したにも関わらず、返戻があった」との回答も251件と、全体の2割を占め、不合理な状況が明らかになりました（図1）。

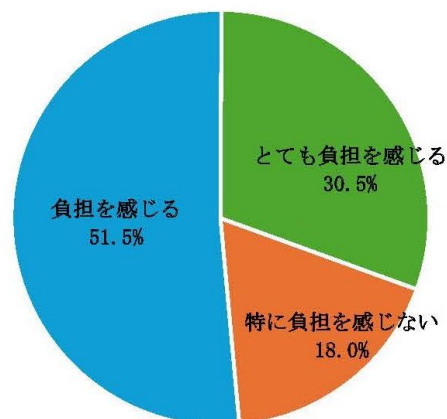
図1 窓口で発生している事例（複数回答可）

n=1148件（無回答除く）



図2 マイナ保険証に関する窓口業務やトラブル対応の負担感

n=1145件（無回答除く）



トラブル時は資格確認書、健康保険証での確認が頼り

トラブル時の対応では、「資格確認書で対応した」が最も多く874件、「健康保険証で確認した」が626件となりました。現在でも、トラブル時には券面による確認が圧倒的に多いことがわかります。「いったん10割負担いただいた」との回答が307件となり、前回調査の138件から大幅に増加していました。

医療機関の8割に負担感

マイナ保険証に関する窓口業務やトラブル対応の負担感

は、「負担を感じる」「とても負担を感じる」との回答が、合わせて8割以上となりました（図2）。その内容としては、「受付の対応が増す」が615件、「機材や通信のトラブルへの対応」が558件、「設備の費用負担」193件、「発熱外来での資格確認（動線の確保など）」148件となりました。

マイナ保険証をめぐる医療機関のトラブルは全く改善しておらず、むしろ悪化していることがわかります。患者さんの受療権の確保のため、引き続き健康保険証の復活、資格確認書の全員交付を求めています。

マイナ保険証、青森県弘前市で不具合 国保加入者の一部、負担割合の確認できず

2026/8/4(火) 9:00 配信

 東奥日報



(写真：東奥日報社)

青森県弘前市は3日、[マイナンバーカード](#)に保険証機能を持たせた「[マイナ保険証](#)」を利用する満70～74歳の[国民健康保険](#)（国保）加入者の一部で、医療機関の[窓口負担割合](#)の確認ができなかったり、異なる負担割合が表示されたりする不具合が発生したと発表した。マイナンバーのデータ連携の不具合によるもので、原因や対象者数は調査中。満70～74歳の国保加入者は所得状況により、窓口負担割合は2割か3割となっている。毎年度状況を確認し、適用期間は8月から翌年7月までの1年間。同日、市内の医療機関やマイナ保険証利用者の家族から、「負担割合の確認ができなかった」「負担割合が違うのではないか」などの問い合わせが市に複数件寄せられ発覚した。市が送付する「資格情報のお知らせ」には正しい負担割合が記載されているため、市国保年金課は、[医療機関受診](#)の際の持参を呼びかけている。4日に医療機関に協力を依頼するほか、市公式ホームページなどで周知する。負担割合が違う状態で支払った場合は、差額の返金などで対応する予定。

上越市でマイナ保険証などオンライン資格確認に不具合 国保加入者の一部

上越タウンジャーナル

2026/8/4(火) 17:59 配信



新潟県上越市は 2026 年 8 月 4 日、医療機関などで「マイナ保険証」などを利用した際、オンライン資格確認で国民健康保険加入者の負担割合などが正しく表示されない不具合が発生したと発表した。

市によると 8 月 3 日午前 8 時 30 分過ぎから、医療機関の窓口でオンライン資格確認を行った際、70～74 歳の前期高齢者のうち本来 2 割と表示されるべき負担割合が 3 割と表示されたり、国保加入者の自己負担限度額の負担区分が本来と異なって表示されたりする事象が発生した。

市によると、原因は年次処理に関連するシステム処理の設定誤りにより、医療機関へ正しい情報が連携されなかったため。8 月 4 日午前 9 時時点で、医療機関から 17 件、加入者から 2 件の問い合わせがあった。市はすでに復旧作業を終えており、8 月 6 日に正しい情報が反映される見込みとしている。

再発防止に向け市は「システム処理に係る確認体制を見直し、パラメータ設定や処理結果について複数職員による確認を徹底する」としている。

市は市民や医療機関からの電話照会に対応する。誤った負担割合で支払いが行われ、医療機関で調整できない場合は、市から手続きについて案内がある。問い合わせは国保年金課国保給付係 025 - 520 - 5715 (tel:0255205715)。

堺市の一部で国民健康保険の資格情報がオンライン確認システムで「無効」と表示 情報連携に不備



復旧は8月6日までかかる見込み



2026/8/3(月) 15:15 配信 [カンテレニュース](#)

堺市で一部の国民健康保険の被保険者の資格情報が、オンラインの確認システムで「無効」と表示される問題が発生しています。システムの復旧には8月6日までかかる見込みで、堺市は対象となる市民が医療機関

などを受診する際に資格確認書などを持参するよう呼びかけています。おととい＝8月1日から、国民健康保険の被保険者のうち、1495人の資格情報が病院や薬局などが資格情報を確認するオンラインシステム上で、「無効」と表示される場合があることがわかりました。堺市によると、ことし5月に新しいシステムに資格情報を移行した際に情報の連携に不備があり、一部の市民について8月1日から来年7月31日までの資格情報が連携されていなかったということです。この影響で実際には国民健康保険の資格を持っているにもかかわらず、病院や薬局などが資格を確認できない場合があります。システムの復旧には8月6日までかかる見込みで、堺市は対象となる市民が医療機関などを受診する際に資格確認書などを持参するよう呼びかけています。

【持参が必要なもの】「資格確認書」またはマイナ保険証の方は「資格情報のお知らせ」持っている方は「限度額適用認定証」・「標準負担額減額認定証」・「特定疾病療養受領証」・「重度障害者医療医療証」・「ひとり親家庭医療医療証」・「子ども医療医療証」など関西テレビ

医療運動推進ニュース No.1710

全国保険医団体連合会 医療運動推進本部 事務局発行

TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1862 (A 4-2 枚、別紙 2 枚)

2026 年 6 月 22 日

薬の追加負担は
許さない！

署名にご協力ください



◆都議会与党と懇談—東京協会 資格確認書の一律交付を要望

東京協会は 5 月 22 日に、都議会与党の都民ファーストの会と懇談し、後期高齢者の資格確認書の一律交付を要望しました。懇談のようを報道した「東京保険医新聞」6 月 5 日号の記事を紹介し、ます（記事一部修正）。



都民ファーストの会東京都議団と協会の懇談のよう

協会は 5 月 22 日、資格確認書の交付について、都民ファーストの会東京都議団と懇談した。

都議団からは、荒木ちはる都議（厚生委員会・中野区／総務会長）、福島りえこ都議（総務委員会・世田谷区／政調会長代理）、本橋ひろたか都議（総務委員会・豊島区）、山口せいや都議（財政委員会・日黒区）の 4 人が出席した。協会からは中村洋一副会長（地域医療部長、※保団連理事）、須田昭夫副会長が出席した。

東京都内の自治体の動き-世田谷区、渋谷区、杉並区-

医療機関窓口での資格確認に伴う混乱を避けるため、2025 年 5 月、世田谷区・渋谷区が国民健康保険の被保険者に対して資格確認書の一律交付を決定した（※渋谷区は 2026 年 7 月で一律交付を終了予定）。杉並区では 2026 年 1 月 14 日、区議会が資格確認書の一律交付の陳情を採択し、今後方針が示される予定だ（なお、杉並区議会では同日、議員提案による「従来の健康保険証の復活を求める意見書」も可決し、国に意見書を提出したほか、健康保険証の存続・復活を求める陳情 5 件を趣旨採択した）。

大阪府後期高齢者医療広域連合が一律交付を決定

厚労省は健康保険証の新規発行停止後、暫定的な運用として、マイナ保険証の保有状況にかかわらず資格確認書を後期高齢者全員に一律交付する運用を行っていた。しかし 2026 年 1 月 27 日の事務連絡で、8 月の資格更新時からこの運用を見直し、75 歳～84 歳については、マイナ保険証の利用実績が一定以上ある人には資格確認書を交付しない取り扱いを広域連合等へ示している。

これに対して大阪府の後期高齢者医療広域連合（以下、大阪府広域連合）が、2 月 27 日の定例会議で、混乱や問い合わせ対応増等の懸念から、マイナ保険証の保有状況や利用実績にかかわらず 75 歳以上の被保険者全員に資格確認書を交付する方針を決定した。

一定の理解が示される

懇談の中では、都内 3 自治体や大阪府の動きを踏まえて、未だに窓口でトラブルが生じていること、有効期限切れのマイナ保険証が増えていること、資格確認ができないとしてレセプトが返戻されるケースもあるため患者に 10 割請求せざるを得ないこと、災害時には停電等により機能しない

こと、施設入居者はマイナ保険証では資格確認が困難であること等を訴えた上で、大阪府広域連合のように少なくとも後期高齢者の被保険者には当面の間、資格確認書を一律交付するよう求めた。

都議団からは、「施設入居者が医療機関に受診する場合、マイナ保険証では資格確認するのが難しいだろう」「認知症患者等、配慮すべき患者がいることは確かだ」「厚労省はこれまで、後期高齢者には資格確認書の一律交付の取り扱いをしてきた。準備が不十分というのであれば、一律交付を当面の間延長する、というのは現実的な要望ではないか」といった意見が出された。一方、「医療機関窓口での機器トラブルについては、システムの精度が高くなれば解消されていくのではないか」「資格確認書を交付する／しないを仕分けする自治体業務については、データ管理システム等が整備されればそれほど大変ではないのではないか」等の意見も出された。

協会は引き続き、患者の受療権を守り、国民皆保険を堅持する立場から、全ての被保険者が確実に資格確認を受けられる手段を確保できるよう運動を進めていく。

◆期限切れ保険証で資格確認できる暫定措置 7月末で終了

医療現場でのトラブル増加の懸念

厚労省は、6月18日の医療保険部会で、「健康保険証の暫定的な取り扱い」を今年7月末に終了すると報告しました。

これは、有効期限を過ぎた保険証や「資格情報のお知らせ」のみを誤って医療機関等に持参した場合でも資格確認を可能とし、通常の保険診療が受けられる措置です。厚労省は、暫定措置終了にあたり期限を明記したリーフレットを作成し、保険者、医療機関、薬局などを通じて、国民に周知していくとしています。

後期高齢者への資格確認書の一律交付も今年7月末で終了し、75歳から84歳については、利用実績に応じての交付や、マイナ保険証を持たない人のみへの交付となります。今年8月以降、医療機関では、マイナ保険証をめぐるトラブルがさらに増加することが懸念されます。

◆「薬の追加負担をやめてください」署名 紹介議員広がりさらに

「薬の追加負担をやめてください」請願署名の紹介議員が、中道、立憲、国民、公明、共産、れいわ、社民、沖縄と野党各党に広がっています。

現時点での紹介議員の一覧を添付していますので、ご参照ください。

高額療養費引き上げ中止を

パブコメを送ろう！

8月以降
7~38%UP



保険料軽減
わずか月額117円



締切は
7月5日まで



意見送付はこちらから

健康保険法施行令等の一部を改正する政令案に関するご意見の募集について



<https://public-comment.e-gov.go.jp/pcm/detail?CLASSNAME=PCMMSTDETAIL&id=495260073&Mode=0>

※6月8日付事務連絡「高額療養費負担上限引き上げに関するパブコメ提出のお願い」もご参照ください。

医療運動推進ニュース No.1672

全国保険医団体連合会 医療運動推進本部 事務局発行

TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1862 (A 4-1 枚、別紙 2 枚)

2026 年 1 月 19 日

保険証廃止は
ありえない！



◆資格確認書の全員交付へ 東京・杉並区議会が陳情採択

東京協会、東京歯科協会が提出

東京都の杉並区議会は 14 日の本会議で、マイナ保険証に関し、国保加入者の区民全員への資格確認書交付や、健康保険証の存続を求める意見書を国に提出することなどを求める 3 本の陳情を採択、5 本の陳情を趣旨採択しました。立憲、共産などの賛成多数によるもので、資格確認書の全員交付に向けて、大きな前進です。採決に先立ち、杉並区役所前では杉並社保協などが集会を開催。区議も多数参加しました。



区議会での採択前に開催された区役所前での集会のよう

区が採択踏まえて検討

採択された陳情には、東京歯科協会の早坂美都会長が陳情者となって昨年 7 月に提出した「国民健康保険の区民に対する資格確認書の一斉交付に係る陳情」が含まれています。

渋谷区、世田谷区の国保等では加入者に資格確認書の全員交付がされており、区市町村で対応に差が生じれば加入者の医療アクセスに大きな格差が生じること、マイナ保険証を登録していない被保険者のみに資格確認書を送付するのは業務負担増による混乱や負担が生じることを理由に、区内の全ての国保加入者に資格確認書を交付することが必要と求めています。

今回の採択を踏まえて杉並区は、区内の国保加入者への資格確認書の全員交付を検討することとなります。実現すれば、東京都内では世田谷区、渋谷区に続いての動きとなります。

「保険証の復活を」国への意見書提出も決定

東京協会の須田昭夫会長が陳情者となって 23 年 8 月に提出した「健康保険証の存続を求める意見書の提出に関する陳情」は趣旨採択となりました。杉並社保協が提出した同趣旨の陳情は採択され、さらに保健福祉委員会の委員長である田中朝子区議（維新・無所属議員団）をはじめとする委員 6 人から「従来の健康保険証の復活を求める意見書」が提出され採択されました。これにより国への意見書提出も決まりました。

粘り強い運動の成果

今回採択及び趣旨採択された陳情 8 本は、東京協会が 23 年に最初に提出して以来、立憲や共産の区議、区民などから審議の要求がされていましたが、長い間審議がされずにいました。昨年 12 月 12 日ようやく保健福祉委員会での審議がされ、今回の区議会での採択という流れになりました。粘り強い運動の成果です。保団連は協会・医会とともに、引き続き「従来の保険証を使い続けられるようにすること（保険証の復活・併用）」「資格確認書の全員交付」を求めています。

※東京協会、東京歯科協会が提出した陳情を別紙で添付しています。

医療運動推進ニュース No.1715

全国保険医団体連合会 医療運動推進本部 事務局発行

TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1862 (A 4-2 枚)

2026 年 7 月 10 日

薬の追加負担は
許さない！

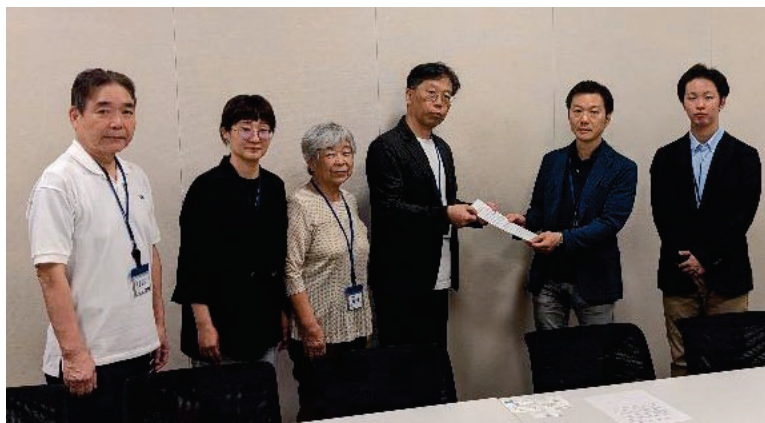
署名にご協力ください



◆後期高齢者に資格確認書全員交付を—厚労省レクを実施

全国で異なる取り扱い 患者さん、医療現場の混乱必至

後期高齢者への資格確認書の全員交付が7月末で終了します。8月以降は、85歳以上のみ全員交付が継続します。75歳から84歳については、マイナ保険証を持っている人は、広域連合の判断により、資格確認書については利用実績に応じての交付となるか、もしくは、74歳以下と同様に資格確認書が送付されない扱いのいずれかとなります（大阪の広域連合は全員交付を継続）。さらに、資格確認書の申請書を同封するかどうか、広域連合によって異なります。



厚労省の担当者（右二人）に要請書を提出する参加者

こうした変更により、患者さんや医療機関、自治体窓口での大きな混乱が予想されます。この問題について中央社保協とともに7月8日、厚労省レクを実施しました。厚労省は保険局高齢者医療課が担当しました。当日は、資格確認書の全員交付などを求める要請書も提出しました。

今年8月以降に交付状況など調査—厚労省

事前に①厚労省として、各広域連合の、今年8月以降の後期高齢者の資格確認書の交付状況を把握する予定はあるか、②資格確認書の申請書を同封しない広域連合があることを把握しているか、改善を求める予定はあるか、③被保険者が混乱している状況が各地で生じているが、広域連合から状況の報告や要望は出されているか、④次年度から資格確認書の全員交付を広域連合の判断で行ってよいか、の質問を送付しました。

厚労省は①今年8月以降に各広域連合への調査を実施予定、②現時点で把握しておらず、①と同様に今年8月以降に調査したい、③広域連合から被保険者の混乱についての報告や要望は受けていない、④全員交付を見直したところなので元に戻す可能性は少ないが、広域連合や当事者の意見を聞きながら混乱のないように考えていきたい、と回答しました。

同時期に有効期限切れ保険証等での資格確認の暫定措置も終了

保団連から、「把握した範囲では、実績を考慮せず、マイナ保険証を持っていたら資格確認書を送付しないという広域連合が一定数あった。マイナ保険証を持っていても、自分が取得している意識がなかったり、気づかない間に有効期限が切れている場合もあり、資格確認書が届かなければかなりの混乱が生じるのではないか。」「有効期限切れの保険証や資格情報のお知らせ単体での受診でも資格確認を可能とする暫定措置も、同時期に終了する。資格情報のお知らせ単体での受診が増え、

いったん 10 割負担となる事例も増加するのではないか」「千葉協会が実施した直近の調査でも、トラブルがむしろ増えている実態が示されている」と指摘し、「8 月以降ではなく、現時点で実態を把握し、安心して受診できるよう対応すべき」と求めました。厚労省は、「有効期限切れから 3 カ月以上経過した場合には、資格確認書が職権交付される」「国でリーフなどを作成し、広域連合を通じて被保険者に周知している」と回答しました。

「資格確認書と保険証区別つかない」「高齢者の健康状態は急変も」

参加者からは、高齢者の実態を踏まえた発言が相次ぎました。

「自分も後期高齢者だが、資格確認書と保険証の違いが区別できていない人が多い」（全日本年金者組合・藤田氏）、
「自分の経験からも、高齢者は 70 代でも健康状態が急変することはあり得る。そうした場合に家族などがマイナ保険証を持って、受診させるのは非常に困難」（中央社保協・林氏）、
「高齢者の状況は一人一人異なる。年齢で区切って扱いを変えることに合理性がない。年間 6 回の利用実績は、決して多くない」（東京高齢期運動連絡会・菅谷氏）
など実態を話し、資格確認書全員交付の必要性を訴えました。



厚労省レクのもよう

広域連合、自治体の職員の負担も増加

また、各県社保協が、広域連合や自治体との懇談で聞き取った現場の困難についても、多くの発言が出されました。

「国保と広域連合に、資格確認書全員交付の要望を出した。職員に聞くと、個別対応が必要となり、保険証があったころにはなかった事務のミスや負担が増加しているとのことだ」（愛知社保協・澤田氏）、
「自治体からは、家族の中でも資格確認書を送付するかどうか異なるなど、制度が複雑で、一律にしたいのが本音だという声が聞かれる。スムーズに事務を進められる方法を考えてほしい」（東京社保協・森氏）、
「福祉の現場では、マイナ保険証の管理は難しく、支援者が責任を負えない。政府からのサポートがなく、混乱が生じている」（障全協・家平氏）
などとして、保険証の復活が最善の解決方法だとしつつ、当面の策として資格確認書の全員交付を求めました。

厚労省はこれらの意見に対して、「現場の貴重な意見を伺った」と繰り返すにとどまりました。

85 歳以上の全員交付「堅持を」

その他の厚労省との主な質疑は以下の通り。

- ▶85 歳以上の高齢者についても、全員交付をやめ、マイナ保険証の利用実績に応じた交付とする方針はあるのか。
→厚労省は「今のところない」と回答。社保協から「そこは堅持してほしい」と強く要望した。
- ▶現在 75 歳～84 歳の高齢者で、資格確認書が送付されなくなる人の割合は。
→厚労省は、「数を把握するのは困難」と回答。
- ▶今年 8 月以降に誕生日がきて 85 歳になった場合、その時点で資格確認書の職権交付されるのか。
→厚労省は「職権交付の対象は 8 月 1 日時点で 85 歳以上の高齢者。その後に 85 歳になる場合には、次の年度から職権交付の対象になる」と回答。

医療運動推進ニュース No.1720

全国保険医団体連合会 医療運動推進本部 事務局発行

TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1862 (A 4-1 枚、別紙 1 枚)

2026 年 7 月 27 日

ストップ！
患者負担増



◆後期高齢者への資格確認書の一律交付 7 月末で終了

一律交付の継続、丁寧な周知の働きかけを

昨年 12 月 2 日にすべての健康保険証が有効期限をむかえ、医療機関・薬局の窓口では、マイナ保険証または資格確認書での受診が原則とされました。

従来の健康保険証とほぼ同じ情報が券面に記載されている「資格確認書」は、原則、マイナ保険証を持たない人に交付されていますが、75 歳以上（後期高齢者）については 2026 年 7 月末までの暫定的な運用として、マイナ保険証の保有状況にかかわらず、申請なしで交付されてきました。

図 26 年 8 月以降の後期高齢者への資格確認書交付

	マイナ保険証なし	マイナ保険証あり
85歳以上	交付	交付
84歳以下 (※2)	交付	利用していない→ 交付 利用している (※1) →申請により交付
74歳以下	交付	× (※3)

※1 直近 1 年で 6 回以上かつ直近 3 カ月に利用した人

※2 都道府県によっては 74 歳以下と同様の取り扱い

※3 マイナ保険証の登録解除またはマイナカードの返納をすれば交付対象となる。また、申請により交付されるケースもある。詳細は各保険者へ

84 歳以下は利用実績に応じた交付が原則

この後期高齢者への資格確認書の一律交付が 7 月末で終了します。今後、85 歳以上には申請なしの交付が継続されますが、75 歳から 84 歳については、マイナ保険証を持っている人で利用実績のある人は申請をしなければ資格確認書が交付されなくなります (図)。

また、広域連合の判断で、74 歳以下と同様に、マイナ保険証を持っている人には申請なしでの資格確認書交付はされない取り扱いとなる都道府県もあります。8 月以降、年齢や利用状況、住んでいる県によって、申請なしで資格確認書が交付されるかどうかが異なることになり、患者さん、医療現場の混乱は必至です。

利用実績考慮しない都道府県も

保団連は、中央社保協と協力し、都道府県の広域連合のホームページ等を確認し、8 月以降の後期高齢者の資格確認書の取り扱いの状況について調べました (別紙)。その結果、14 の都道府県で利用実績を考慮しない取り扱いとなっていることがわかりました。

利用実績を考慮しない都道府県では、マイナ保険証を取得しているもののまったく使っていない高齢者に資格確認書が届かないため、より混乱が拡大することが懸念されます。少なくとも申請書を同封するなどして、丁寧に周知することが必要です。

トラブル未だ解決せず 資格確認書の全員交付、保険証の復活を

7 月末が迫っていますが、一覧を参考に各都道府県の対応を把握いただき、当面資格確認書を申請なしで全員に交付することや申請書の案内など高齢者への丁寧な周知を求める働きかけを引き続き呼びかけます。

マイナ保険証での資格確認をめぐるトラブルは引き続き解決していません。保険証の復活または資格確認書の全員交付を実施すれば、混乱を回避するために設けた例外措置や個別対応は一切不要となります。保団連は引き続き安心して医療が受けられる仕組みを取り戻すため、当面の資格確認書の全員交付と、保険証の復活を求めて取り組んでいきます。

マイナ保険証の利用率は停滞 保険証を復活させ併用を認めるよう求めます

2026年7月29日 埼玉県保険医協会理事会

2026年7月末をもって期限切れの保険証でも資格確認を行い得るとしていた暫定措置が終了します。いわゆる「紙の保険証」は、既に2024年12月で新規発行終了、2025年12月で国民が既に持っている社保の保険証など全てを廃止することとされてきました。保険証の代替の証書として、「マイナ保険証」か「資格確認書」を使用することになっています。

私たちはこれまでも、保険証を復活させ、マイナ保険証との併用（併走）を要請してきたところですが、今月末をもって暫定措置が終了するこの機会に改めて、保険証を廃止することに抗議します。また、全ての国民に対して、国と保険者の責任で、「保険資格を証明する証書を自動交付すること」、すなわち保険証の復活を求めます。マイナ保険証と併用できる施策を求めます。

1 代替措置の曖昧さ

患者、国民に慣れ親しまれてきた「保険証」を廃止し、「資格確認書」か「マイナ保険証」により保険診療の資格確認をするという新たなルールが行き渡らない中で、これまで3度の暫定措置が講じられてきました。

しかし、期限切れの保険証でも資格確認を行い得るという暫定措置を、国民、患者には知らせずに、医療機関にのみ周知紹介をするという厚労省の態度は、保険証廃止によって医療現場に混乱が拡がらないようにするための、その場しのぎとして、曖昧なままに軟着陸させようとしたものとしか考えられません。

2 保険証の意義—全国民に必ず届けられており国民皆保険の根幹

保険証は、誰も必ず手元に届けられることになっています。この仕組みが保険証の持つ大きな意義であり、日本が誇る国民皆保険制度の設計の根幹です。

医療を担当する私たちは、「患者は必ず保険証を持っている」という制度の基本原則を前提に保険診療を担当することができました。（これまでも例外的に保険証を持たない患者もいるが、あくまで例外であった）。

3 似て非なる資格確認書の課題—自動交付は約束されず、保険者マター

保険証を廃止したら医療機関の資格確認はしっかり行えないことを厚労省は認めており、その対処策として「資格確認書」を患者の申請によらず、プッシュ式交付・自動交付する現状の交付方法を法令規程とは別に容認し続けています。保険証廃止直後の2025年は全ての後期高齢者に資格確認書を自動交付、2026年夏以降も、85歳以上には自動交付、それ以下の後期高齢者は各県ごとの判断で自動交付対象の設定、資格確認書の希望者用に申請書の一斉送付なども認めています。しかし「資格確認書」の交付方法は、法令上は保険者が判断することとなっているため、自動交付する対象、有効期限の設定、証書の形状などは交付する保険者ごとに多様になってしまっています。必ず国民の手元に自動的に届けられるものでない点が、保険証との決定的な違いとなっています。医療機関の窓口では全ての保険者の資格確認書の交付ルールを把握ができませんので、患者に交付方法の説明がしきれなくなります。

4 マイナ保険証の問題点－全てが自己責任下 利用率は半年で0.67%増

保険証を廃止しマイナ保険証を原則とする施策は、国民皆保険制度の基本原則を大きく転換することになるものです。マイナカードの取得が義務でないのに「マイナ保険証を基本とする」という国の方針は矛盾しています。マイナ保険証は、カード・スマホ搭載のいずれも、交付、保険証化の手続、5年、10年ごとの更新手続など、すべて自己の責任下で行わなければならない仕組みです。皆保険制度からこぼれ落ちてしまう国民がいることを容認している点が最大の問題です。

肝心のマイナ保険証利用率も保険証が廃止となった2025年12月以降は今年6月までに0.67%しか増えていません（「利用件数／オンライン資格確認の件数」で算出したもの。2025年11月時点 49.48%、2026年6月時点 50.15%）。これまでもマイナ保険証を使用した際の不具合が指摘されてきていますが、現在でも医療機関の窓口で同様に発生し続けています。マイナ保険証で患者資格が確認できない場合には「10割負担」を患者に求めざるを得ませんが、患者にこのような対応をしなければならない医療機関側も困ってしまっています。

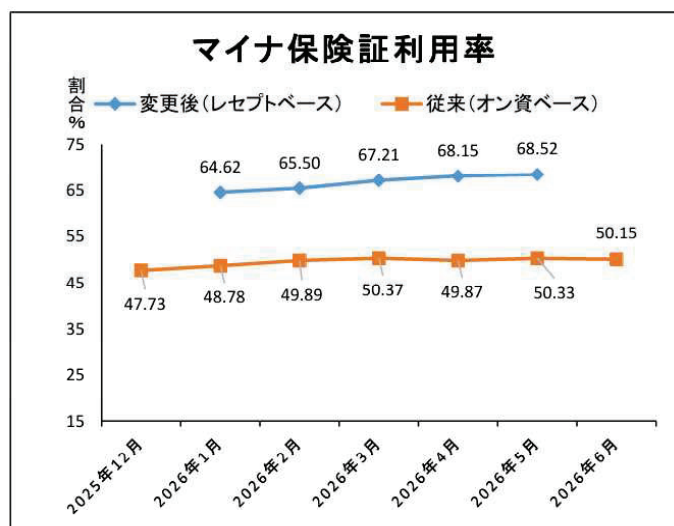
5 国民皆保険を守るために保険証との併走・併用を

保険診療において診療を担当する保険医、医師、歯科医師として私たちはこれまでも、政府の暫定措置や保険証廃止施策、マイナ保険証の執拗な宣伝策に対して「医療機関への丸投げによる解決」「資格確認方法の周知不足」「マイナ保険証PRに傾きすぎ」「資格確認実務はどんどんと困難に、「なりすまし防止」はどこへ」「療担を自ら形骸化する無責任・曖昧な厚労省－国会は保険証復活の審議を」など指摘をしてきました。

マイナ保険証は使用したい方が使用し、保険証を使用したい方に保険証を使用することを認め、一定期間「併走」「併用」とすれば、問題は収束します。

政府と与党はこれまでの拙速な進め方と周知不足を認めて、早急に保険証を復活させてください。

以上



厚労省データに基づき埼玉協会が作成

75歳以上の方へ

〳 マイナ保険証^{※1}を持っていても 〳

資格確認書^{※2}が

申請すればもらえます!

もしくはマイナ保険証の
登録解除を行うと
「資格確認書」が
交付されます。

85歳以上の人
には申請なしで
届きます。

後期高齢者医療資格確認書

被保険者番号	01234567	有効期限	令和7年7月31日
住所	〒千代田区堀田三丁目5番1号		
氏名	広域 花子		
生年月日	昭和24年12月30日	性別	女
資格取得年月日	令和6年12月30日		
交付年月日	令和6年12月30日		
負担割合・発効期日	1割 令和6年12月30日		
限度区分・発効期日			
長期入院該当日			
特定疾患区分・発効期日			
保険者番号	39131234		
保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		

※画像はイメージです

◀マイナ保険証の
ナゾを追う
探偵ダンくん



◀優秀な助手
レンレン

申請や登録解除はお住まいの自治体窓口で!
「資格確認書」で安心して受診できるにゃん!

※1 マイナ保険証とは マイナナンバーカードを健康保険証として利用できるように登録したもの
※2 「資格確認書」とは 券面に保険証と同じ情報が記載されており、保険証と同様に利用できる

〳 私たち医師・歯科医師は 〳

「保険証の復活」を求めています!

医療機関では、保険証廃止後も「マイナ保険証」でのトラブル続いています。
保険証があれば、今起きているトラブルはすべて解決します。

原告団ニュース

第11号 (2025年9月22日発行)

発行：オンライン資格確認義務不存在
確認等請求訴訟原告団事務局

〒160-0023

東京都新宿区西新宿 3-2-7 KDX 新宿ビル 4F

電話 03(5339)3601

FAX03(5339)3449

オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟 これまでの歩み

- ◆2023年2月22日 第一次提訴
- ◆2023年4月21日 第二次提訴、第一回口頭弁論
- ◆2023年6月29日 第二回口頭弁論、記者説明会
- ◆2023年9月12日 第三次提訴、第三回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2023年12月7日 第四回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2024年2月29日 第五回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2024年5月22日 第六回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2024年 7月9日 第七回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2024年9月19日 第八回口頭弁論および記者・原告説明会
- ◆2024年11月22日 判決前記者会見
- ◆2024年11月28日 判決の言い渡しおよび記者会見・原告説明会
- ◆2024年12月12日 東京高裁へ控訴
- ◆2025年3月31日 控訴理由書と陳述書を提出
- ◆2025年5月30日 控訴理由書補充書・専門家の意見書等を提出
- ◆2025年7月31日 国が控訴審答弁書等を提出
- ◆2025年9月2日 控訴審期日が **11月26日** に指定

控訴審11月26日に指定

オンライン資格確認義務の違法性・違憲性を訴え、全国の医師・歯科医師が国を相手に争っている「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」について、控訴審の期日が11月26日(水)に指定された。本訴訟は、東京保険医協会が中心となって全国の医師・歯科医師に呼びかけ、2023年2月22日に国を相手に提訴した。原告の人数は3次提訴の時点で14

健康保険法70条1項が厚生労働省令(療養担当規則)に委任しているのは、「療養の給付」であり、被保険者の「資格確認」方法については委任の内容に含まれていないこと、仮に健康保険法からの委任がある。義務がないこと、②必要な体制を整備する公法上の義務がないこと、の2点の確認および、慰謝料の支払いである。

15人となった。請求の趣旨は①オンライン資格確認を行う公法上の義務がないこと、②必要な体制を整備する公法上の義務がないこと、の2点の確認および、慰謝料の支払いであること、8回に渡る口頭弁論の中で多数の証拠を示し主張してきた。また、口頭弁論が開かれる都度、記者・原告説明会を開き、裁判の経過や論点を説明してきた。原告説明会に参加した原告医師からは、オンライン資格確認システムの導入義務化が不合理であり、医療現場に深刻な影響を及ぼしていることが報告された。

しかし、2024年11月28日の一審判決では、原告側の請求は棄却された。判決は、被告である国側の主張を一方的に採用したもので、原告側の主張がなぜ否定されるのかについての記述はほとんどなかったが、それは、裁判



2024年11月28日、1審判決後の東京地裁前で

28日の一審判決では、原告側の請求は棄却された。判決は、被告である国側の主張を一方的に採用したもので、原告側の主張がなぜ否定されるのかについての記述はほとんどなかったが、それは、裁判

所が原告側の主張を論理的に破ることができていないということでもある。原告団は2024年12月12日に東京高裁へ控訴した。控訴審にあたって、控訴理由書の他に、複数の原告医師の協力のもと、オンライン資格確認システムの導入義務化が保険医にとつて負担となっている旨をまとめた陳述書、また控訴理由書補充書、法律家・研究者の執筆による意見書等を含む追加証拠を提出する等、準備を進めてきた。

控訴状、
控訴理由書は
こちらから→



控訴審 第 1 回口頭弁論のご案内

控訴審の第 1 回口頭弁論は東京高等裁判所 101 号法廷で開かれます。勝訴に向けて裁判所に関心の高さを示すために、多数のご参加をお願いします。口頭弁論終了後には、記者・原告説明会を開催します。ぜひ併せてお越しください。

【日時】 11 月 26 日(水) 11:30 ~

※原告から意見陳述(5 分程度)を予定しています。

【会場】 東京高等裁判所 101 号法廷

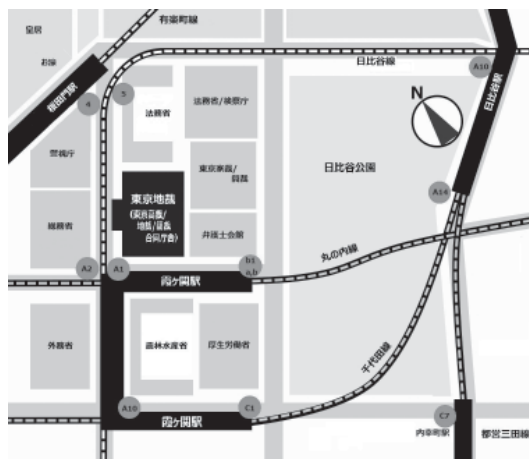
〒100-8920 東京都千代田区霞が関 1-1-4

＜最寄駅＞

- 東京メトロ丸ノ内線、日比谷線、千代田線「霞ヶ関駅」A1 出口から約 1 分
- 東京メトロ有楽町線「桜田門駅」5 番出口から約 3 分
- 都営地下鉄三田線「内幸町駅」から約 10 分
- 都営地下鉄三田線「日比谷駅」から約 13 分

原告の先生方におかれましては、ぜひ傍聴をお願いいたします。

手荷物検査を受けた後、弁論開始時刻までに 101 号法廷に余裕を持って入室してください。



記者・原告説明会のご案内

【日時】 11 月 26 日(水) 口頭弁論終了後

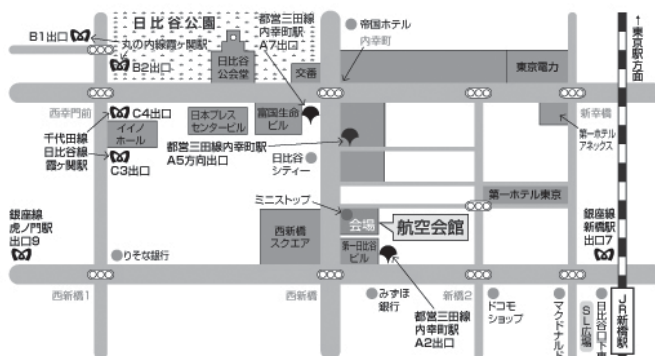
※時刻は判明次第、東京保険医協会ホームページ(右 QR コード)でご案内します。

【場所】 航空会館 501・502 会議室(〒105-0004 東京都港区新橋 1-18-1)



＜最寄駅＞

- 都営地下鉄三田線「内幸町駅」A2 出口から約 1 分
- 東京メトロ銀座線・都営浅草線「新橋駅」出口 7 から約 4 分
- JR「新橋駅」日比谷口から約 5 分
- 東京メトロ千代田線・日比谷線「霞ヶ関駅」C4 出口から約 8 分
- 東京メトロ丸ノ内線「霞ヶ関駅」B2 出口から約 10 分



【問合せ】 原告団事務局(東京保険医協会内 訴訟ワーキンググループ担当宛)

☎ 03 (5339) 3601

誰も犠牲にしない社会を



原告団長
須田 昭夫

訴訟の経緯と

マイナ保険証の失敗

厚労省のホームページによれば、2025年7月、保険診療受診時におけるマイナ保険証の利用率は、ようやく31・43%である。診療の受付ができないという重大なトラブルや情報漏洩の不安のために、マイナ保険証の利用率は低迷しており、利用率の増加に伴ってトラブルも増加している。2023年、一般診療所における電子カルテの普及率はようやく50%に達したようだ。

2022年8月、厚労省が主催する説明会において、マイナ保険証によるオンライン資格確認システムの導入を義務化すること、義務に従わない場合には医療機関の認可取り消しもあり得ることが発表され、参加者に衝撃を与えた。動揺は大きく、一部には閉院の動きが見られた。

自動発行される保険証と違って、申告制のマイナ保険証は保険診療を制限することは明らかであったが、マイナ保険証の問題点について、政府・厚労省は全く聞く耳を持たなかった。閉院・廃院を考える人たちがいる気配があり、少しでも思い止まってもらうためには、政府に対する毅然とした行動を示すことが必要であった。

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

義務に従わない場合には医療機関の認可取り消しもあり得ることが発表され、参加者に衝撃を与えた。動揺は大きく、一部には閉院の動きが見られた。

自動発行される保険証と違って、申告制のマイナ保険証は保険診療を制限することは明らかであったが、マイナ保険証の問題点について、政府・厚労省は全く聞く耳を持たなかった。閉院・廃院を考える人たちがいる気配があり、少しでも思い止まってもらうためには、政府に対する毅然とした行動を示すことが必要であった。

2022年8月、厚労省が主催する説明会において、マイナ保険証によるオンライン資格確認システムの導入を義務化すること、義務に従わない場合には医療機関の認可取り消しもあり得ることが発表され、参加者に衝撃を与えた。動揺は大きく、一部には閉院の動きが見られた。

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

オンライン資格確認義務化の法的な瑕疵を明らかにする決定が行われた。

「訴訟中である」という一言には、オンライン資格確認の義務化が決定事項ではないことを明確に伝える力がある。折から「保険証を残せ」を標語にした市民運動が沸き起こっており、集会に参加すると、「お医者さんも立ち上がってくれた。有難い。力になりました」という感謝の言葉が聞かれた。しかし、感謝するべきはこちらでもあった。

被保険者情報は各保険者で管理され、外字を含む膨大な文字に対応している。一方、オンライン資格確認等で使用される医療保険者等向け中間サーバーは外字に対応しておらず、1・2億件の加入者情報のうち4・4%もの加入者氏名が「●」表示になる。両者の表記が異なれば、マイナ保険証のトラブルは解消しない。制度設計には大きなミスがあり、マイナ保険証の

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

失敗は明らかである。

DXで人を犠牲にしないために

ために

デジタル技術は単純・正確・安価を旗印にして市民生活を豊かにしてきた。マイコンは家電製品や自動車に組み込まれており、スマホやパソコンの通信は世界を一つに繋げた。その恩恵ははかり知れない。ところがいま、デジタル技術が生み出したAI（人工知能）が、人々の生活を脅かし、支配するために使われ始めている。

例えばインドではIT企業が農業の支配を狙っている。人工衛星で調べた気象や土壌の性質によって適合する作物を決め、種苗、肥料、農薬、収穫物の購入を契約する。農産物の加工・流通・販売をIT企業が引き受けて、最も有利に販売するシステムを作る。やがてIT企業の取り分が大きくなってゆく恐れもある。

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

の自由がどうなるか。

今わが国で進められている医療DXの主軸となっていてのはマイナ保険証だが、マイナンバーカードの電子証明書を通じて、様々な個人情報収集され、紐づけられていく。そうした記録はダイレクトメールの発送、生命保険の審査各種、ローンの金利決定、人事考課、そして戦争する国造りに利用される恐れがある。

AIは巨額の費用をかけて、テロリストを発見するために開発された技術としての側面を持っている。いまその技術を使って個々の国民を管理する社会が造られようとしている。AIは善悪の区別ができない。そしてすべてを確率に置き換えて計算するシステムは誤差なしには成り立たないの

健康保険証の発行停止にあたり十分な国会審議が行われていないことが確認された。行政訴訟を提起して、オ

ボクランテスの昔から医師の使命であった。情報の漏洩を恐れて患者さんが本当のことを言わなくなれば正しい診断ができなくなり、医療が崩壊する恐れがある。

原告団ニュース

第12号(2026年1月8日発行)

発行：オンライン資格確認義務不存在
確認等請求訴訟原告団事務局

〒160-0023

東京都新宿区西新宿 3-2-7 KDX 新宿ビル 4F

電話 03(5339)3601

FAX03(5339)3449

オン資訴訟 控訴審第1回口頭弁論

次回 2/25 に結審迎える見込み



記者会見で、控訴審の論点を解説した(11月26日、司法記者クラブ)



記者・原告説明会の模様(11月26日、航空会館)

③オンライン資格確認の導入が医療機関の任意であることを示す2019年の健康保険法

また、11月12日に提出した準備書面では、最高裁判例が委任命令の適法性判断において、法律の文言を重視してきたことを過去の11

原告団は2024年12月12日に東京高裁へ控訴した後、2025年3月31日に控訴理由書、5月30日に控訴理由書補充書・専門家の意見書を提出する等、国や第一審判決(以下、原判決)に対して具体的に反論してきた。主な反論は以下

②70条1項が、「療養の給付」について厚生労働省令に委任しているのは、医学的知見を踏まえた専門性が求められる事柄であることに基づく。一方、資格確認の方法は医師等の資格を要しない、事務的な行為に関する事柄であり、専門性の性質がまったく異なっている。

改定時の国会審議録について、原判決は、被保険者等にとって任意であるという意味だとしているが、明確な誤読である。

原判決への反論まとめる

却されたが、判決は原告の主張について正面から答えることなく、一方的に国側の主張を採用したものであ

11月26日、「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」控訴審の第一回口頭弁論が東京高裁101号法廷(三木素子裁判長)で開かれた。弁護団と全国から集まった原告19人が原告席で審理に臨んだ他、傍聴者は80人を超えた。原告である医師・歯科医師と被告である国側の双方の書面を確認した他、原告側による意見陳述が行われた。控訴人の内、複数人が亡くなっていることから、相続人を通じての訴訟継続に関する意思確認を経て、次回の第二回口頭弁論は2026年2月25日に101号法廷で開かれることが決まった。

①健康保険法は、下位法令に委任する場合、「必要な事項は厚生労働省令で定める」との文言を用いているが、70条1項は「厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない」とするのみである。「担当」の語句から、医療サービスそのもの以外についても委任しているとした原判決の解釈は妥当でない。

⑤原告側が指摘する義務化に反対する意見について、原判決は、全国保険医団体連合会(保団連)および各都道府県の保険医協会・医会という「特定の団体内の意見」に限られているとして

陳述意見書

東京高等裁判所第11民事部1係 御中

2025年11月26日

控訴人 佐藤 一樹

控訴人は、原判決の全てに納得がいかず、不当であると考えております。今回、陳述の機会をたまわりましたので、許された時間の中で、意見を申し述べさせていただきます。

原判決は、原告の主張に正面から向き合っておらず、「何故、原告の主張が認定されないのか」について、ほとんど判示せず、無視することによって「第3 当裁判所の判断」を僅か12頁たらずで終えました。誠に遺憾です。

オンライン資格確認義務化の基本方針は、いわゆる「骨太方針2022」（甲1号証）において決定されました。しかし、国側の主張は、原審で自ら「事務的な行為¹」とする資格確認の義務化を厚生労働大臣の「専門技術的な裁量」に拘り替え、規則の制定を正当化しています。これは誤謬です。

骨太方針2022発表直前の2022年5月25日、厚生労働省社会保障審議会 医療保険部会では、2023年4月からオンライン資格確認システム導入を医療機関に義務付け、将来的に被保険者証の廃止を目指す方針が、突如、提案されました。これに対し、日本医師会松原謙二副会長は「実際使ってみて、皆さんがいい仕組みだねと思えば自動的に増えてきます。これを拙速に机上の空論でこうあるべきというので義務化するの是非常に違和感を覚えます... あまりにも拙速に、義務化という単語が出ますと、信頼関係が壊れたと思われる医療機関もかなりあります... 今こういった義務化については、私は反対であります。」（甲52号証・図1）と発言されました。これこそが日本医師会の本来の意見です。

オンライン資格確認義務化は、厚生労働大臣による「専門技術的な裁量」による決定ではなく、医療界のメンバーがひとりもない経済財政諮問会議を反映した閣議決定によるものです。

古来、法律家と医師はプロフェッションとして、営利ではなく、人の悩みや病という公益に奉仕し、それを天地神明に誓って尽力してきたという共通点があります。また、法律家に守秘義務があるように、医師には、ヒポクラテスの時代から現代まで、職業倫理上も法律上も、患者の個人情報について守秘義務を負っていることは変わりありません。

一方、2005年4月施行の個人情報保護法制定時の衆議院および参議院からの附帯決議は、「医療²等、国民から高いレベルでの個人情報の保護が求められている分野

については、個別法を早急に検討する」ことが記載されましたが、これは、日本医師会が特に要望し、実現したものであります。しかし、これまで個別法は何も検討されていません。

原告が提訴した2022年、厚生労働省は、指定難病患者5,640名分の氏名・生年月日・住所等の個人情報を流出させたことを公表し謝罪しました（図2）。また、NTT データ社が、約9万5千人分の患者医療情報を利活用するにあたって事前に本人に通知せずにデータベースに混入したと発表しました（図3）。

今回の厚生労働省令によるオンライン資格確認システムのネットワーク回線は、独占的に NTT に委託しています。その大本の厚生労働省と NTT の医療情報の漏洩や不適切な情報取得が現実には発生しているのです。骨太方針2022では、オンライン資格確認義務化で開通させた NTT 回線を利用して、将来の標準化電子カルテによる患者医療情報を民間企業に利活用させることになっています。これによってさらに大量の漏洩事件が発生すると容易に推定されます。

信頼性、安全性が高いとは言えない、現時点の日本の医療情報セキュリティレベルでは、機微性が高く医師が倫理的にも法律的にも守秘義務を課せられている患者の診療情報を守るはずがありません。

私のクリニックの近傍には、約1,100世帯が入る国家公務員官舎があり、約80人の国家公務員が通院しています。被控訴人の担当官庁である厚生労働省の職員もかなりいますが、マイナ保険証の利用者は、1人です。また、あるデジタル庁の職員は、オンライン資格確認義務化や新規被保険者証発行停止を強行した当時のデジタル庁の河野太郎大臣について「河野さんは、突破力だけで、私達にも何も説明がないので困ります。」とお話されていました。国家公務員であっても、ひとりの患者・ひとりの国民の立場になれば、マイナ保険証のオンライン資格確認は利用したくないと考えている方が大多数であり、統計でも利用率は一般国民と同程度で低いのです（甲22号証・甲23号証・甲24号証の1・甲24号証の2）。

前述の松原副会長がおっしゃるとおり、多くの国民から評価を得られていない段階、しかも、国会でも意見が割れ、厚生労働審議官が「個別の状況を勘案せず」「関係する皆様の理解と協力を得ることは困難」と答弁した（乙15号証）義務化を、閣議決定で決めてしまう国が、民主主義国家といえるのでしょうか。

控訴審裁判所に置かれては、世界に誇りうるような日本の行政法、行政救済法の歴史に残る判決文を書いているただけだと信じております。

以上

1 原審被告準備書面（1）43頁「被保険者の受給資格の確認を行う際の方法という事務的な行為」

2 参議院（遺伝子治療等先端医療技術の確立のため国民の協力が不可欠な分野についての研究、開発、利用を含む）

※図1～3、甲号証、乙号証は協会 HP の資料編を参照（QR コードを2面に掲載）

控訴審 第2回口頭弁論のご案内

控訴審の第2回口頭弁論は東京高等裁判所 101 号法廷で開かれます。勝訴に向けて裁判所に関心の高さを示すために、多数のご参加をお願いします。口頭弁論終了後には、記者・原告説明会を開催します。ぜひ併せてお越しください。

【日時】 2月25日(水) 11:30～

【場所】 東京高等裁判所 101 号法廷
〒100-8933 東京都千代田区霞が関 1-1-4

＜最寄駅＞

- ・東京メトロ丸ノ内線、日比谷線、千代田線「霞ヶ関駅」A1 出口から約 1 分
- ・東京メトロ有楽町線「桜田門駅」5 番出口から約 3 分
- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」から約 10 分
- ・都営地下鉄三田線「日比谷駅」から約 13 分

原告の先生方におかれましては、ぜひ傍聴をお願いいたします。

手荷物検査を受けた後、弁論開始時刻までに 101 号法廷に余裕を持って入室してください。



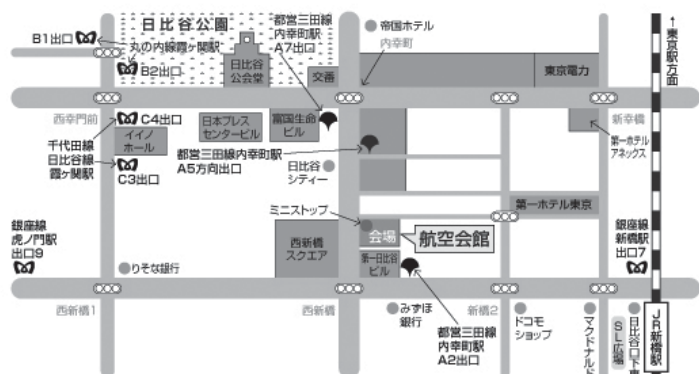
記者・原告説明会のご案内

【日時】 2月25日(水) 12:00～

【場所】 航空会館 701・702 会議室 (〒105-0004 東京都港区新橋 1-18-1)

＜最寄駅＞

- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」A2 出口から約 1 分
- ・東京メトロ銀座線・都営浅草線「新橋駅」出口 7 から約 4 分
- ・JR「新橋駅」日比谷口から約 5 分
- ・東京メトロ千代田線・日比谷線「霞ヶ関駅」C4 出口 から約 8 分
- ・東京メトロ丸ノ内線「霞ヶ関駅」B2 出口から約 10 分



【問合せ】 原告団事務局 (東京保険医協会内 訴訟ワーキンググループ担当宛)

☎ 03 (5339) 3601

原告団ニュース

第13号(2026年3月17日発行)

発行：オンライン資格確認義務不存在
確認等請求訴訟原告団事務局

〒160-0023

東京都新宿区西新宿 3-2-7 KDX 新宿ビル 4F

電話 03(5339)3601

FAX03(5339)3449



記者・原告説明会の模様(2月25日、航空会館)

オン資義務不存在確認等請求訴訟

次回6月10日に結審見込み

2月25日、「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」控訴審の第二回口頭弁論が東京高裁101号法廷(三木素子裁判長)で開かれた。弁護団と全国から集まった原告16人が原告席に立ち審理に臨んだ他、約57人が傍聴した。原告側は新たにマイナ保

険証のトラブル調査結果やメディア記事等を証拠として提出し、追加の準備書面もあわせて主張を行った。第三回口頭弁論は6月10日に101号法廷で開かれることが決定し、三木裁判長は次回で結審とする見込みを示した。

口頭弁論終了後、航空会館で記者・原告説明会を開催し、記者・原告等55人が参加した。弁護団の牧田潤一朗弁護士が、原告側の論点について解説し、質疑・意見交換を行った。今回の原告側の主な主張は左表のとおり。

表 第2回口頭弁論 原告側の主な主張

- ①原告の訴えを退けた一審判決(原判決)は、「国はトラブルを減少させ、患者や医療機関に不利益が及ばないよう種々の取り組みを行っている」としているが、保団連の調査で判明したようにトラブルや不利益は継続しており、原判決によるデメリットの過小評価は誤りである。
- ②メリットとデメリットの比較衡量を踏まえた義務付けの判断は、本来国会が行うべきである。
- ③各種メディアからもマイナ保険証への一本化は見直すべきとの意見が多数示されており、保団連や保険医協会・医会に限った意見ではない。
- ④従来の健康保険証による資格確認は長年にわたり安定的に機能しており、マイナ保険証を導入しなければトラブル・混乱・不便は生じなかった。
- ⑤控訴審における国の反論は、ほとんど原判決の繰り返しであり、実質的な反論が一切ない。

続いて、全国保険医団体連合会(保団連)の竹田智雄会長が、証拠として提出した「2025年8月以降のマイナ保険証利用状況に関する実態調査」の結果を

解説し、未だに医療機関の7割でトラブルがあり1年前から改善していないこと、トラブル時は多くの医療機関が保険証が資格確認書で対応していることを報告した。

告した。

それを踏まえ、従来の保険証復活の重要性を強調し、患者の受療権を守る当面の策として、①資格確認書一律交付を求める意見

国側に反論の余地なし

全国から集まった原告等の中から、黒田康之(岩手協会副会長)、石毛清雄(千葉協会理事)、早坂美都(東京歯科協会会長)、申偉秀(東京協会理事)、成瀬清子(東京協会会員)、細部千晴(東京協会理事)、藤田倫成(神奈川協会理事)、梅村忠司(三重協会副会長)、玉川尚美(大阪歯科協会理事)、島津俊二(兵庫協会評議員)、濱本定俊(愛媛協会会員)、杉山正隆(福岡歯科協会副会長)各氏がフロア発言を行った。「厚労省はトラブル時も3割負担で医療が受けられると宣伝しているが、



25年8月以降もマイナ保険証でのトラブルが続いていることを報告する竹田智雄保団連会長(2月25日、航空会館)

医療機関に瑕疵のない不詳レセプト等の不払い例が報告されており、現場に負担が押し付けられている」「オン・資金導入に伴うセキュリティ対策の強化も医療機関の負担となっている」「医療機関の廃業数は過去最高に達しており、実際に地域の医療機関の減少を体感している」等、医療現場の実情が報告された。

弁護団長の喜田村洋一弁護士は、「行政訴訟において、国は何度も反論を行うのが通常だが、今回の控訴審での反論は1回のみであり、反論の余地がないことを示している。論理的には我々が圧倒的に正しく、必ず勝つと信じている」と力強く述べた。

最後に中村洋一東京協会副会長が「本日報告いただいた通り、誰でも安心して受診できるという国民皆保険の基本理念が損なわれかけている。一番の結果は期待通りではなかったが、我々には国民のいのちと健康を守る責務がある。勝訴に向け、意気軒昂と進んでい

こう」と訴え、閉会した。

<お知らせ>

本ニュース等の発送先ご住所に変更がある方は、東京保険医協会事務局（☎ 03-5339-3601）までご連絡ください。



記者・原告説明会の模様はこちらから (Youtube) ↑



資料編(控訴状、控訴理由書、意見陳述書等)はこちらから ↑



控訴審第2回口頭弁論資料(甲号証)はこちらから ↑
ユーザー名: genkoku
パスワード: 11262025

控訴審 第3回口頭弁論のご案内

控訴審の第3回口頭弁論は東京高等裁判所 101 号法廷で開かれます。今回で結審の見込みです。勝訴に向けて裁判所に関心の高さを示すために、多数のご参加をお願いします。口頭弁論終了後には、記者・原告説明会を開催します。ぜひ併せてお越しください。

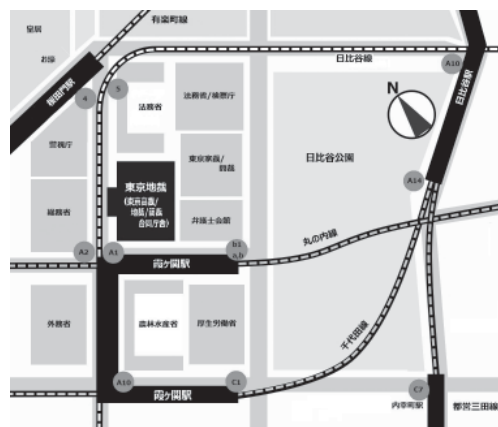
【日時】 6月10日(水) 11:30 ~

【場所】 東京高等裁判所 101 号法廷
〒100-8933 東京都千代田区霞が関 1-1-4

<最寄駅>

- ・東京メトロ丸ノ内線、日比谷線、千代田線「霞ヶ関駅」A1 出口から約 1 分
- ・東京メトロ有楽町線「桜田門駅」5 番出口から約 3 分
- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」から約 10 分
- ・都営地下鉄三田線「日比谷駅」から約 13 分

原告の先生方におかれましては、ぜひ傍聴をお願いいたします。手荷物検査を受けた後、弁論開始時刻までに 101 号法廷に余裕を持って入室してください。



記者・原告説明会のご案内

【日時】 6月10日(水) 12:00 ~

【場所】 AP 虎ノ門 ROOM C+D

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-6-15 NS 虎ノ門ビル 11F
(東京高裁から徒歩 10 分)

<最寄駅>

- ・東京メトロ銀座線「虎ノ門駅」9 番出口より徒歩 3 分
- ・東京メトロ千代田線「霞ヶ関駅」C3 出口より徒歩 4 分
- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」A4a 出口より徒歩 3 分



【問合せ】 原告団事務局（東京保険医協会内 訴訟ワーキンググループ担当宛）
☎ 03 (5339) 3601

原告団ニュース

第14号 (2026年6月30日発行)
発行：オンライン資格確認義務不存在
確認等請求訴訟原告団事務局
〒160-0023
東京都新宿区西新宿 3-2-7 KDX 新宿ビル 4F
電話 03(5339)3601
FAX03(5339)3449

オン資訴訟控訴審 第3回口頭弁論

控訴審が結審 判決は9/16



記者・原告説明会の模様 (6月10日、AP虎ノ門)

6月10日(水)、「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」控訴審の第3回口頭弁論が東京高裁101号法廷(三木素子裁判長)で開かれた。弁護団と全国から集まった原告18人が原告席に立ち審理に臨んだ他、66人が傍聴した。

今回の口頭弁論で結審となり、判決は9月16日(水)13時40分に101号法廷で言い渡されることになった。

原告から意見陳述2件提出
国からは反論なし

加の証拠として、オンライン資格確認の義務化により閉院を決定した、あるいは義務化により大きく医業経

営の圧迫を受けている医師・歯科医師からの陳述書2件を提出した。国側から新たな反論はなかった。

口頭弁論終了後、AP虎ノ門会議室で記者・原告説明会を開催し、記者・原告等66人が参加した。はじめに、先般逝去された原告の1人である宇佐美宏千葉協会副会長への黙とうが行われた。

開会にあたり、須田昭夫原告団長は「日本の医療は世界最高の水準でありながら誰でもアクセスできる体制を守り続けてきた。しかし、政府の進める強引な医療DXはそれを崩すものになっている。日本の医療を守るため、気を引き締めて判決に臨みたい」と挨拶した。

続いて挨拶した竹田智雄全国保険医団体連合会会長は「政府はこれまでの拙速な医療DX推進に加え、電子カルテ義務化、個人情報保護法改正による医療情報の第三者提供の本人同意不要化を進めており、強い懸念を持っている。国民皆

保険の維持、発展のため今後も尽力したい」と述べた。

医療機関を追い詰める
オン資義務化

陳述書を提出した石毛清雄原告(千葉協会・歯科医師会)は「元々歯科の診療報酬は長年低く抑えられ、厳しい状況が続いていた。なんとか経営を続けてきたが、オンライン資格確認の義務化に伴うセキュリティ等のランニングコストに対して何の補助もなく、毎月費用がかさんでいった。さらに、受付でトラブルが起こる度



意見陳述書を提出した石毛清雄原告は、オンライン資格確認の義務化が現場を疲弊させ、医業経営を圧迫していることを訴えた

に対応に迫られる等、様々な面で経営を圧迫され、2027年1月を目途に閉院することを決めた」と切実な状況を訴えた。

続いて、弁護団の二関辰郎弁護士がこれまでの控訴審の議論についての振り返りと今回の準備書面の内容について解説し、質疑・意見交換を行った。準備書面の主な主張は次頁表の通り。

裁判は民主主義を作る方策

その後、全国から集まった原告の中から藤田倫成神奈川協会理事、橋本健一東

表 準備書面での原告の主な主張

- ①過去に委任命令の適法性・違法性を判断した 11 件の最高裁判例では、最高裁は委任命令にあたって法律の規定上授權の趣旨が明確に読み取れることを要求しており、本件においても妥当する。
- ②健康保険法上、資格確認はあくまで被保険者の義務であり、保険医療機関の義務ではない。
- ③原判決は健康保険法 70 条 1 項の「厚生労働省令で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない」とする規定について、「担当」の語句から、医療サービスそのものの以外についても委任しているという解釈を示したが、「担当」の語にそのような意味はなく、拡大解釈の余地はない。
- ④オンライン資格確認に係る各規定が設けられた後も、保険医療機関にオンライン資格確認を義務づける授權規定の導入や各規定を立法府が受容したと認められるような法改正はなされていない。
- ⑤オンライン資格確認に係るトラブル事例が多発して、保険医療機関では診療行為に支障が生じているうえに、中には廃業せざるを得ない深刻な事態を生じさせている。
- ⑥上記の理由から、オンライン資格確認に係る各規定は憲法 41 条に違反し、違法・無効であり、また、憲法 22 条 1 項で保護される職業活動の自由を侵害している。

京歯科協合理事、島津俊二
兵庫協会評議員がフロア発言を行った。

弁護団長の喜田村洋一弁護士はこれまでの控訴審の内容を振り返り、「一審判決後、私たちは総見直しを行った。憲法、行政法を専門とする教授からそれぞれ意見書を提出いただき、過

去の委任命令の適法性・違法性を判断した最高裁判例 11 件を全て精緻に分析し、準備書面に組み込んだ。勝利を勝ち取ることができるよう最後まで力を尽くしたい」と述べた。

最後に、中村洋一東京協会副会長が「全国の原告、協会・医会の皆様に本訴めくり、閉会となった。

へのご協力をいただき、感謝し上げる。政府による医療DXは、医療現場や法律を無視して推し進められている。喜田村弁護士が指摘されるとおり、裁判は民主主義を作る方策であるとの思いを胸に、これからも闘いを続けていく」と締めくくり、閉会となった。

<9/16 判決の傍聴、報告集会および記者・原告説明会のご案内>

「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」控訴審の判決が 9 月 16 日に言い渡されます。判決後、「判決報告集会」および「記者・原告説明会」を開催します。ぜひ併せてお越しください。

■ 判決の傍聴

【日時】 9 月 16 日(水) 13:40 ~

【場所】 東京高等裁判所 101 号法廷

〒100-8933 東京都千代田区霞が関 1-1-4

<最寄駅>

- ・東京メトロ丸ノ内線、日比谷線、千代田線「霞ヶ関駅」A1 出口から約 1 分
- ・東京メトロ有楽町線「桜田門駅」5 番出口から約 3 分
- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」から約 10 分

手荷物検査を受けた後、弁論開始時刻までに 101 号法廷に余裕を持って入室してください。



■ 判決報告集会および記者・原告説明会

【日時】 9 月 16 日(水) 14:15 ~ (判決報告集会)

16:30 ~ (記者・原告説明会) ※各 1 時間程度を予定。

【場所】 AP 虎ノ門 ROOM C+D

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-6-15 NS 虎ノ門ビル 11F
(東京高裁から徒歩約 10 分)

<最寄駅>

- ・東京メトロ銀座線「虎ノ門駅」9 番出口より徒歩 3 分
- ・東京メトロ千代田線「霞ヶ関駅」C3 出口より徒歩 4 分
- ・都営地下鉄三田線「内幸町駅」A4a 出口より徒歩 3 分

【問合せ】 原告団事務局 (東京保険医協会内 訴訟ワーキンググループ 担当宛) ☎ 03 (5339) 3601



2025年6月11日

資格確認書の交付に関する申入書

地方自治と地域医療を守る会 共同代表

小島 延夫

山岸 良太

地方自治と地域医療を守る会（以下「当会」という。）は、下記の理由から、貴組合に対し、速やかに、全ての被保険者に資格確認書を交付するとともに、その有効期限を出来るだけ長く設定し、当該期限が切れる時期に自動更新するよう求めます。

記

1 人ひとりが幸せに暮らしていくには、住民ニーズに的確に対処する「地方自治」が確立しているとともに、健康で人間らしい生活ができるよう人々を支える地域医療の体制が整っている必要があります。しかし、昨今、これらを妨げる動きが強まっています。当会は、こういった動きに対抗して、1人ひとりの願いや要求をみんなの力を合わせて実現していくことを目指し、15名の弁護士により組織して、各種の活動を行っています。

さて、日本弁護士連合会は、2023年11月14日付けで「マイナ保険証への原則一本化方針を撤回し、現行保険証の発行存続を求める意見書」を取りまとめましたが、その甲斐なく、政府は、昨年12月2日をもって健康保険証の新規発行を停止し、1件間の経過措置をもってマイナ保険証への移行を進めることを閣議決定しました。これにより、今後は保険証をマイナンバーカードに統合していない人・マイナンバーカードを持たない人（以下「非マイナ保険証被保険者」といいます。）に対しては、資格確認書を発行する仕組みとなり、しかも法律上は、本人からの交付の求めに応じてこれを発行することとされました。

しかし、この方針のままでは、昨年12月1日までに発行された保険証の期限が今後切れた場合に、保険証又はそれに代わる書類の欠如のため、医療機関・薬局で保険を利用できない人が続出してしまう可能性があることが懸念されています。

これに対処するため、仮に貴組合が、保険証が期限切れになった際の対応として、非マイナ保険証被保険者に対してのみ資格確認書を交付するご方針であるとすれば、十分とは言えません。

たとえば、マイナ保険証を持ち歩くことによって紛失の危険性が高まり、紛失から再発行までの期間に医療機関での受信が必要になるケースやマイナ保険証読取機がない（或いは不具合が生じた）医療機関や診療窓口で受診ができないケースなど多くの問題が予想され、「人権としての医療アクセス」が侵害される事態が危惧されるところです。

また、保険者側では個別の被保険者についてその統合が完了しているかどうかを完全に把握できるとしても、その確認作業・新たなシステムの構築など多大な事務負担が発生することも懸念

されています。加えて、医療情報は要配慮個人情報（センシティブ情報）に該当しますが、受診の際の「個人情報の同意」については、明確な説明のないまま一括同意させられているような実態にあり、かつ、「同意の撤回」ができない仕組みとなっていることなど、先進国における要配慮個人情報の取り扱いでは決して許されない制度であるという指摘もあることから、すでにマイナンバーカードに保険証を統合した人にとっても、マイナ保険証には個人情報の観点からの問題や危険性があるため、マイナ保険証によらずに医療を受ける選択肢を残すべきと考えられます。

そこで、このような問題を解消するため、非マイナ保険証被保険者であるか否かを問わず、全ての被保険者に対して、本人からの求めによるのではなく、プッシュ型で資格確認書を交付するとともに、さらにその有効期限をできるだけ長く設定し、当該期限が経過する時期に自動的に更新するという措置をとることが最も適切と考えます。

既に多数の自治体において、非マイナ保険証被保険者以外の被保険者にも資格確認書が発行されていることに鑑み、貴組合には、その組合員の属性からしても「人権としての医療アクセス」を十分にする姿勢を明らかにされたいと期待しています。

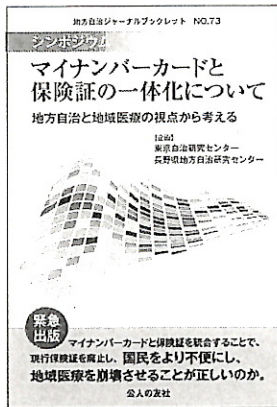
以上のように、全ての被保険者に対して、プッシュ型で資格確認書を交付することが、医療現場の混乱を回避しつつ被保険者の利益に資するために有用である上、国民の「人権としての医療アクセス」を適切に保障する上で必要不可欠な措置であるため、貴組合におかれても、標記の措置を速やかに取られることを求める次第です。

以上

注文書

FAX 03-3811-5795

地方自治ジャーナルブックレット No.73



シンポジウム

マイナンバーカードと 保険証の 一体化について

地方自治と地域医療の視点から考える

【企画】

東京自治研究センター
長野県地方自治研究センター

目次

いま、私たち市民ができること

内田 聖子 (NPO法人アジア太平洋
資料センター (PARC) 共同代表)

【講演1】「マイナ保険証」の問題点について

荻原 博子 (経済ジャーナリスト)

【講演2】 医療機関及び高齢者施設の現場
から見た「マイナ保険証」の問題

住江 憲勇 (全国保険医団体連合会会長)

【講演3】「マイナ保険証」が
地方自治体にもたらす問題

保坂 展人 (世田谷区長)

【ディスカッション】

4分の1の人が持っていないマイナンバー
カードに保険証を統合してしまって、全員が
持っているはずの保険証を廃止するという形
が本当にのぞましいことなのか

住江 憲勇 (全国保険医団体連合会会長)

江沢 岸生 (長野県飯山市市長)

小島 延夫 (弁護士)

A5判・84頁

定価 1,320円 (本体 1,200円 + 税)

送料: 1冊—180円、2冊以上—無料

(書店・ネット通販でもお求めになれます)

公人の友社

112-0002 東京都文京区小石川 5-26-8 TEL03-3811-5701 FAX03-3811-5795
メールアドレス info@koujinnotomo.com ホームページ <http://www.e-asu.com/koujin/>

送り先 〒
住 所

ご注文冊数

冊

お名前

TEL

公費の場合 請求書宛名

郵便振込 ・ 銀行振込

見積書 要 ・ 否 納品書 要 ・ 否 領収書 要 ・ 否 領収書宛名

講師・パネラー等略歴

◆ 講 師

- 稲葉 一将（名古屋大学大学院法学研究科教授）

【略 歴】

2012年4月から現職、専門は行政法学。著作に、稲葉一将「公的医療制度の後退とマイナンバー制度との危険な関係性—医療情報の監視へ—」大阪保険医雑誌 718号（2026年）22頁以下など。

- 門脇 美恵（広島修道大学法学部教授）

【略 歴】

2009年、名古屋大学大学院法学研究科博士後期課程単位取得満期退学。名古屋経済大学法学部准教授および教授を経て、2002年より現職。法学博士。関係論文に、「マイナ保険証と『保険者の自治』」稲葉一将ほか『マイナンバーカードの「利活用」と自治』（自治体研究社、2023年）59頁以下など。

- 中村 洋一（全国保険医団体連合会政策部長・東京保険医協会副会長）

【略 歴】

1955年生まれ、1983年帝京大学医学部卒業、同年東京板橋区にある小豆沢病院にて医師研修開始、一般外科、救命救急センター研修、2000年父の診療所を継承し中野で地域医療に取り組む。阪神淡路大震災救援を経験。人工呼吸器在宅医療保険適用に取り組む。今年より東京社保協会長、中央社保協代表委員。

- 小川 有希子（愛知大学法学部准教授）

【略 歴】

2019年、慶應義塾大学大学院法学研究科公法学専攻後期博士課程単位取得退学。2019年より現職。著書に、『グローバル化のなかで考える憲法』（共著、弘文堂）、『フォーカス憲法』（共著、北樹出版）、『憲法理論の再構築』（共著、敬文堂）、『プライバシー』（共著、法律文化社）ほか。

＜ パネリスト等（講師を除く）略歴 ＞

◆ パネリスト

- 小島 延夫（日弁連公害対策・環境保全委員会委員/東京弁護士会）

【略 歴】

埼玉県川越市生まれ。1982年早稲田大学卒業、1984年弁護士登録（東京弁護士会）。東京弁護士会公害環境特別委員会委員（2000年-2002年委員長）、日弁連公害対策・環境保全委員会委員（2014-2016年委員長）、早稲田大学大学院法務研究科教授（2004-2009年、2014-2019年）

◆ コーディネーター

- 赤石 あゆ子（日弁連憲法問題対策本部委員/群馬弁護士会）

【略 歴】

2000年弁護士登録。日弁連憲法問題対策本部委員。