

オンライン資格確認のシステム導入義務化の撤回等を求める 医師・歯科医師要請署名のお願い

政府の「骨太の方針 2022」では、これまで医療機関において任意とされてきたマイナンバーカードの保険証利用などの「オンライン資格確認」のシステム導入について、「2023年4月より医療機関・薬局に原則義務付ける」としました。また、「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す」とともに、さらに「システム導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す」ともしています。誰もが使わざるを得ない保険証を廃止して、マイナンバーカードの取得を事実上義務化するものです。

続く8月の中医協には、紙レセプト請求以外の医療機関等に義務付ける具体案が示されました。内科診療所の97%、歯科診療所の91%が義務化対象となります。このままでは対応できない医療機関を閉院・廃業に追い込み、医療アクセスを阻害する危険性は必至です。

マイナンバーカードは、申請・更新に伴う事務の煩わしさ、カード紛失による個人情報漏洩への危惧など様々な問題があります。患者・国民の多くは、マイナンバーカードを保険証として利用することを望んでいません。取得した人も日常的には持ち歩かず大切に保管している人がほとんどです。オンライン資格確認導入の原則義務化は明らかに行きすぎです。

あくまでマイナンバーカードの取得は任意です。原則廃止であって加入者が申請すれば保険証を交付するとしていますが、わざわざ保険者に申請意向を確認する実務負担を課す必要はありません。これまで同様、保険証は交付した上、マイナンバーカードの利用は任意とする形の方がはるかに簡便で合理的です。

保険医協会では下記の医師・歯科医師署名を取り組みます。みなさまのご賛同をお願いいたします。

記

- ◎署名記入欄 … 先生ご自身の医師・歯科医師署名です。（ゴム印でも可）
※同じ医療機関に複数の医師・歯科医師が所属している場合、1枚に複数ご記入でも結構です。
- ◎返送方法 … 下記FAX番号宛でご返信ください。
- ◎締め切り … 9月20日（火）
- ◎提出 … 賛同いただいたお名前を連名にして、首相、総務、厚労・デジタル各大臣と地元選出国會議員に提出いたします。
- <連絡先> 本要請署名に関するお問い合わせは、高知保険医協会まで。
〒780-8035 高知市河ノ瀬町41-1 4F TEL088-832-5231 FAX088-832-5229

医師・歯科医師署名 記入欄 FAX 088-832-5229

オンライン資格確認のシステム導入義務化の撤回等を求める 医師・歯科医師要請署名

- 一、医療機関等へのオンライン資格確認のシステム導入の義務化は撤回すること。
- 二、保険証はこれまで通り交付すること。

住所

氏名（複数の医師・歯科医師の記入も可）

私のひと言 ※ひと言があればご記入ください