

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。われわれの要望を踏まえまして、マイナ保険証の利用率の高い医療機関にもヒアリングを実施していただき、好事例も収集いただいた事務局にまずは感謝申し上げたいというふうに思います。

全体といたしまして、医療DXのメリットを国民が十分に実感できるよう、国、医療関係団体、保険者含めた関係者が一丸となってマイナ保険証の利用を進める必要があるということは皆さま十分認識のとおりでございます。

その上で、資料の3ページ以降に紹介されておりますヒアリング結果を拝見いたしますと、マイナ保険証の利用が進んだ事例として挙げられました積極的な声掛け、患者へのメリットの説明などは、かなり幅広く横展開できる好事例だというふうに思います。

また、先ほど池端先生からもございましたけども、やはり医師会のほうでもですね、かなり積極的に活動がされている成果も出ているというふうには承っております。

私、実は出身が富山でございますけども、石川の友人に聞いて、「何かやってるの？」と聞いたらですね、「特段やってない」ということでしたけども、そういった県民性も把握されてるのか、ちょっとよくわかりませんが、そういうことも個人的には聞いてみたことでございます。

一方で、利用が進みにくい事例を拝見いたしますと、医療機関のスタッフがメリットを理解できていない、患者への説明に時間がかかるということが示されております。

被保険者への周知につきましては、保険者も努力をしなければならないというふうには考えておりますけども、資料の11ページに示されております医療DX推進体制整備加算は、質の高い医療を提供するために医療DXに対応する体制を確保している場合の評価ですので、残念ながら、体制だけ整備しても、マイナ保険証利用に消極的な医療機関が加算の対象となるということであれば、これは疑問を感じざるを得ません。

ヒアリング対象の属性

【病院】

- 所在都道府県：千葉、埼玉、東京、長野、愛知、石川、滋賀、岡山、福岡、佐賀、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.3%、最高72%

【医科診療所】

- 所在都道府県：新潟、栃木、埼玉、東京、神奈川、岐阜、大阪、広島、島根、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.1%、最高83%

【歯科診療所】

- 所在都道府県：宮城、東京、静岡、長野、三重、山口、愛媛
- マイナ保険証利用率：最低1.7%、最高33%

【薬局】

- 対象：全国チェーン、地域チェーン（北海道、岐阜、広島、愛媛、沖縄）の各法人の薬局
- マイナ保険証利用率（薬局ごと）：A法人（地域チェーン） 最低0%、最高16%
B法人（地域チェーン） 最低2%、最高31%
C法人（全国チェーン） 最低0.5%、最高81%
※マイナ保険証利用率を聴取・確認できた法人についてのみ記載

※マイナ保険証利用率は、支払基金から通知された3月請求実績のマイナ保険証利用率

2

一方、2 ページのヒアリングの対象の属性を見ますと、利用率の高い医療機関は70%、80%という数字になっております。

ヒアリング結果から、マイナ保険証利用を阻害する要因として、子どもの場合や公費との関係が示されており、全ての医療機関が直ちに70パー、80パーというのは難しいかもしれませんが、頑張れば、相当程度まで利用率を伸ばすことも可能だというふうに感じております。

また、薬局につきましても利用が進んだ事例として、医療機関と連携した取組が挙げられておりますが、さらなるマイナ保険証の利用に向け、個々の薬局においても、しっかり取り組んでいただく必要があるというふうに考えます。

以上を踏まえまして、7 ページにあります論点についてコメントいたします。

- 足元のマイナ保険証利用率や、医療機関・薬局のマイナ保険証利用促進の取組等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件等の在り方について、どのように考えるか。

まず、1 点目の医療DX推進体制整備加算の実績要件については、目標となるよう、高い基準を設定すべきと考えます。

利用率を急激に上げるというのが難しいのであれば、段階的な基準の引き上げも考えられますけども、マイナ保険証の利用にあまり積極的でない医療機関まで拾い上げるということは政策目的の達成にはつながりません。

2点目の論点とも関係しますが、やはりメリハリを利かせることもありうるかというふうに考えております。

次に、実績要件を設定する際には、利用率自体の計算方法も重要な検討課題です。



例えば、12 ページの資料の右上に示されております利用率は、「オンライン資格確認利用件数」が分母となっておりますけども、

○マイナ保険証利用率（薬局ごと）：A法人（地域チェーン）		最低0%、最高16%
B法人（地域チェーン）		最低2%、最高31%
C法人（全国チェーン）		最低0.5%、最高81%
※マイナ保険証利用率を聴取・確認できた法人についてのみ記載		
※マイナ保険証利用率は、支払基金から通知された3月請求実績のマイナ保険証利用率		

一方、2 ページにあります最下段には、支払基金から通知された利用率という言葉が示されております。ということは、これは分母がレセプトの件数ベースではないかというふうに思います。

こうした、この加算の実績をどちらの計算式でやるのか。これは明確にさせていただく必要があるかというふうに思います。

また、今後はマイナ保険証が原則になりますが、既存の保険証を使って受診するケースや、12月2日以降はマイナ保険証を持っていない方々が資格確認証で受診することが想定されます。

そうした場合でも医療D Xを活用し、少なくともオンライン資格確認はしっかり実施することを加算の要件とすべきというふうに考えております。

○ 医療情報取得加算について、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うことについてどのように考えるか。

続いて、2点目の論点。医療情報取得加算につきましては、今年の12月2日から健康保険証の新規発行が終了し、マイナ保険証の利用が、ある意味、当たり前ということになります。

その場合、医療情報取得加算を継続する必要性は乏しいと考えます。期中での対応になるかもしれませんが、早期の見直しを検討すべきです。

最後に1点、質問がございます。ヒアリングの結果の中で公費負担とマイナ保険証のリンクが課題であるというのが2つほどあったと思いますけれども、この見直しについて教えていただきたいと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。松本委員から1点、ご質問をいただいておりますが、いかがでしょうか。お願いします。

○厚労省保険局医療介護連携政策課・竹内尚也課長

医療介護連携政策課長でございます。医療費助成でございますけれども、難病あるいは障害など法律に基づいて実施されるものと、また子どもの医療費助成のように地方自治体が条例等に基づいて実施するものがございますけれども、現在、デジタル庁におきましてマイナンバーカードをこれらの医療費助成の受給者証としても利用できるようにする取組を進めてございます。

今後、全国展開を目指していくということでございますけれども、まず、それに先駆けまして、現在、先行取組自治体を今、拡大しているところということでございます。

昨年度の事業で、都城市をはじめとする5自治体を採択をし、各自治体で既に運用を開始しているというふうに承知をしています。

これに加えて、今年度事業といたしまして取組を開始いただく153自治体を新たに採択したというふうに聞いてございます。

さらに、2次公募も実施しているところということでございまして、今後、順次拡大し、全国展開の予定というふうに承知をしています。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、よろしいでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。続きまして、鳥潟委員、お手が挙がっております。お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。医療DX推進体制整備加算に関するヒアリングを通しまして、また今の2号側の委員の皆さまからのご意見も鑑みまして、非常に努力されている医療機関がおありなんだなあということは、つぶさに感じたところでございます。

また、その中でも積極的な声掛けが特に重要というふうな認識を改めて思った、改めて理解したところでございます。

私たち保険者としても、マイナンバーに関しましては保険者の記号番号とマイナンバーの連携から始まり、マイナンバー保険証をつくってもら、それから、使ってもらいというようなことで、さまざまな施策を、活用を、加入者の皆さまに呼び掛けていっておりまして、そこにかけてくるリソースも、多大にかけているような現状があります。

同じように、皆さまからもご意見いただいたように、ここに集まっている全員もしくは所属する組織全体で一層の取組をして医療DXを完成形に近づけていくということが非常に重要な観点なのかなあというふうに思います。

そう考えたときに、できない理由っていろいろあると思うんですが、やっぱり、まず何ができるのかっていうことに、お互い着目をする必要があるのかなというふうに思っております。

いずれにせよ、マイナ保険証の利用率が一定の施設基準になる以上、そこには何らかの数字を置かなきゃいけないんですけども、可能な限り直近の利用率、もし、平均ではなく分布を鑑みた上で、できるだけ、

先ほど、ちょっと、松本委員がおっしゃったこととはちょっと反するのかもしれませんが、できるだけ幅広い医療機関の方々がやる気になるような数字を設定するってというのがまず大事なのかなというふうに思っております。

前に進めるために何が必要かっていうことを実際にこの場で議論をしていきたい。そのためには、やっぱり、この数字を使って私たちは議論したんだっていう確実な数字が目に見えていくといいかなと思っております。

期限もあることなので、そんなに、何でしょう、ギリギリまでっていうことは難しいのかもしれませんが、そこは厚労省の皆さまにもご勘案いただきたいかなというふうに思っております。

○ 医療情報取得加算について、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うことについてどのように考えるか。

また、医療情報取得加算ですけども、12月に健康保険証の発行が終了した段階で一定の役割を終えるというふうに考えております。早期に見直しの検討を行いたいというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。私からもヒアリングにつきましてお礼を申し述べたいというふうに思っております。

- 足元のマイナ保険証利用率や、医療機関・薬局のマイナ保険証利用促進の取組等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件等の在り方について、どのように考えるか。

その上で、7ページの論点、1つ目でございますが、マイナ保険証利用実績要件等のあり方を考えるにあたっては、医療機関におけるマイナ保険証の利用状況をきちんと把握する必要があると考えます。

ヒアリング対象の属性	
【病院】	
○所在都道府県：千葉、埼玉、東京、長野、愛知、石川、滋賀、岡山、福岡、佐賀、鹿児島	
○マイナ保険証利用率：最低0.3%、最高72%	
【医科診療所】	
○所在都道府県：新潟、栃木、埼玉、東京、神奈川、岐阜、大阪、広島、島根、鹿児島	
○マイナ保険証利用率：最低0.1%、最高83%	
【歯科診療所】	
○所在都道府県：宮城、東京、静岡、長野、三重、山口、愛媛	
○マイナ保険証利用率：最低1.7%、最高33%	
【薬局】	
○対象：全国チェーン、地域チェーン（北海道、岐阜、広島、愛媛、沖縄）の各法人の薬局	
○マイナ保険証利用率（薬局ごと）：A法人（地域チェーン） 最低0%、最高16%	
B法人（地域チェーン） 最低2%、最高31%	
C法人（全国チェーン） 最低0.5%、最高81%	
※マイナ保険証利用率を聴取・確認できた法人についてのみ記載	
※マイナ保険証利用率は、支払基金から通知された3月請求実績のマイナ保険証利用率	
2	

2ページのヒアリングの対象医療機関におけるマイナ保険証の利用率を見ると大きな差がありますが、なぜそのような差が生じているのか、この資料だけでは詳細がきちんとわかりませんので、もう少し詳細をご提示いただきたいというふうに考えております。

また、ヒアリングの内容には地域差についても言及をされておりますので、全体がわかるよう、今後とも地域差がわかるような詳細な利用状況についてもお示しいただければというふうに思っております。

- 医療情報取得加算について、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うことについてどのように考えるか。

論点の2つ目の医療情報取得加算については、12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえれば、被保険者の負担を鑑みて見直しの方で検討すべきというふうに考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして、鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい、ご指名ありがとうございます。私のほうはですね、医療DX推進体制整備加算について発言させていただきたいと思っております。

ヒアリング対象の属性

【病院】

- 所在都道府県：千葉、埼玉、東京、長野、愛知、石川、滋賀、岡山、福岡、佐賀、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.3%、最高72%

【医科診療所】

- 所在都道府県：新潟、栃木、埼玉、東京、神奈川、岐阜、大阪、広島、島根、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.1%、最高83%

この資料の2ページ目を見ますとですね、やはりマイナ保険証の利用率、最高で、病院で72%。医療（ママ）で83%ということで、かなり高くなってます。

3ページ以降にはですね、そのヒアリングの結果ですね。利用の推進が進んだ理由ということが書いてあります。やはり手間がかかり、人手がかかるということは理解ができます。

ただ、これは逆に言うと、ほかの医療機関でも、ある程度はできること。その中では、やっぱり積極的な声かけ。これについては、できるのではないかというようなかたちで、やはり、そういった地道なですね、取組というか努力。

そしてまた、業務はお忙しいところはわかります。ただ、医療に関わる人たちにとってですね、その窓口の人たちの声掛け。

これはやはり、非常に、何て言うか、ここ、今、困っているわけですから、何か、それで、これで便利になるんだよということ。また、そういったことがですね、ヒントになったりすると思いますので、こういった地味な取組をですね、しっかり推進するということを含めてですね、やはり医療DX推進体制加算だという認識をしております。

ですから、そういう意味ではですね、マイナ保険証の利用率に関してはですね、ある程度ですね、加算をするわけですから、加算をするということにですね、その評価にふさわしい高い水準で設置して、

皆さん、本当、大変だと思うんですが、やっぱり目的は1つです。方向性は1つなので、ここでは、お忙しい中でもですね、有効的な声掛けを皆さんでですね、検討しながらですね、やっていただいて、

また、より早くですね、高い水準にもって行っていただければというふうに思っております。私の意見は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

はい、ありがとうございます。私もマイナ保険証の普及について、引き続き努力をしていくことが必要なことだと考えています。

その上で、情報取得加算に関しましては、1号側の委員の皆さまと同様に、これは検討し、廃止していく方向に進んでいくものではないかと考えています。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、長島委員、お手が挙がっています。お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まず1つ目の実績要件ですけれども、先ほど申しましたように、積極的な声掛けや適切な院内掲示これはぜひやっていくべきだと思いますが、それをしっかりやったとしても、医療機関ではどうしようもない、さまざまな要因、先ほどもいくつか申し上げました。

それによって、すぐには実績は上がらないんです。上がるとしても、かなり時間がかかる。



あるいは、地域差、あるいは、施設差があります。例えば、参考資料の14ページでマイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布を見ていただければ、真ん中の病院のところは比較的パーセントが高いものもありますが、