

**オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める
厚労省要請を実施
地域医療充実に逆行 オンライン請求医療機関を除く
19%が廃院を検討
10月5日 記者会見**

2023年10月5日
全国保険医団体連合会

開催挨拶 田辺 隆 保団連副会長
調査報告 新井 良一 保団連歯科社保・審査対策部長
要請報告 武田 浩一 保団連医科社保・審査対策部長
司 会 前谷かおる 保団連事務局次長

資 料

- ・地域医療充実に逆行 オンライン請求医療機関を除く19%が廃院を検討（報告）
- ・アンケート資料
- ・オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める要請書
- ・療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令 の一部を改正する命令案について（概要）
- ・オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ（案）
- ・レセプト請求形態別の請求状況（令和5年度6月診療分）
- ・関連資料

地域医療に逆行 オンライン請求医療機関を除く19%が廃院を検討 オンライン請求「義務化」は撤回を（報告）

今回の要請に至る経緯

- 2023年3月23日 社保審医療保険部会で「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ（案）」が了承される。
- 2023年3月28日 保団連は直ちに「診療報酬オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める（声明）」を发出。
- 2023年4月19日「診療報酬オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める医師・歯科医師要請署名」の取り組み開始（9月末まで）（9/3 現在 2918 筆）
- 保団連は6月13日～7月21日に、厚労省が示したオンライン請求（以下、オン請求）実質義務化の方針に関するアンケート調査を実施。
- 2023年7月28日 「診療報酬オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める要請」を実施。アンケート調査結果に基づき要請。
- 2023年9月6日 「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令の一部を改正する命令案について（概要）」に対するパブリックコメント募集（～10/5まで）。

地域医療充実に逆行

義務化ならオンライン請求医療機関を除く19%が廃院を検討

保団連は6月13日～7月21日に、厚労省が示したオンライン請求（以下、オン請求）実質義務化の方針に関するアンケート調査を実施。4,439 医療機関から回答があり、「オンライン請求に対する懸念（複数回答）」で「義務化されると廃業せざるを得ない」との回答が350件、7.2%ありました。24の都道府県から回答が寄せられています。自由意見欄にも義務化によって「小規模な医療機関が廃業してしまうのではないかと」の懸念が多く寄せられています。

ただし 7.2%という数字ですが、オンライン請求医療機関を除く 1,672 医療機関のうち 319 医療機関が廃業せざるを得ないと回答したと考えると、実に19%が「廃業」せざるを得ないと考えていることとなります。

粗い推計ーオンライン請求医療機関を除く19%が廃院した場合の影響

< 歯科への影響 >

全体で6万7000 医療機関

電子媒体（光ディスク）請求 52.8% ➡ 35,574 医療機関

紙レセプト請求 7.6% ➡ 5,106 医療機関

※閉院せざるを得ない歯科医療機関（推計）

35574 × 19% = 6759	医療機関
5106 × 19% = 970	医療機関
<u>合計</u>	<u>7729</u> 医療機関
＜医科・診療所への影響＞	
全体で 8 万 6000 医療機関	
電子媒体（光ディスク）請求	15.3% ➡ 13,220 医療機関
紙レセプト請求	2.9% ➡ 2,480 医療機関
※閉院せざるを得ない医科診療所	
13220 × 19% = 2512	医療機関
2480 × 19% = 471	医療機関
<u>合計</u>	<u>2983</u> 医療機関

地方から歯科医療機関が消える？

この間のオンライン資格確認義務化、オンライン請求の「義務化」方針発表で、廃業を決意する医療機関がすでに出ています（毎日新聞の報道など）。

また、日刊歯科通信（2023年8月2日号発表）によると、歯科医療機関数は、全体として減少傾向に入っています。一方、無歯科医地区の現状では、調査以降で減少が続いていましたが、直近の令和4年度では増加（微増）に転じています（厚労省「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果」7/28発表による）。地域医療を支える歯科医療機関の存続、勤務が定年まで働き続けられる環境を整えることが喫緊の課題ですが、今回の問題を機に減少に転じることが大変危惧されます。

「義務化」の理由は

－「より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のため」

厚労省が「義務化」を推進する理由は、閣議決定された規制改革実施計画によるものです（厚労省回答）。しかし請求方法を限定し、期限を切ってまで「義務化」しないとしないのでしょうか。

現にオンライン請求は年々少しずつですが増えてきています。促進策をとればやがて100%に近づくとおもいます。そのなかで「義務化」をする理由が判然としません。まるで医療機関をつぶしたがつているようにしか見えません。効率化の追求によって地域で必要とされる医療機関を失っては本末転倒です。充実した地域医療の継続のためにも義務化は撤回するべきです。

医療現場は義務化を望んでいない 反対が半数以上、賛成は9%

回答した医療機関の約6割が既にオンライン請求を行っているにもかかわらず、義務化に「賛成」は約9%に留まり、半数以上（52.6%）が「反対」と答えています。電子媒体請求や手書き請求等の医療機関では約半数（48.1%）が、オ

オンライン請求を実施する予定がないと答えています。34.4%の医療機関が、「現在の請求方法で不便を感じない」とも答えています。現状の請求方法で実際の運用を経験する医師・歯科医師からも「対応できない医療機関は多い」、「選択制とすべき」との意見が相次いでいます。

「義務化」方針は撤回するべきです。

以上

オンライン請求の実質「義務化」に関するアンケート 報告

全国保険医団体連合会

全国保険医団体連合会（保団連）は6月13日～7月21日に、厚労省が示したオンライン請求（以下、オン請求）実質義務化の方針に関するアンケート調査を実施した。24都道府県4,439医療機関から回答があった。

1. 調査結果概要

回答数：4,439 医療機関

回収率：8.6%（FAX回収件数3,997件 / FAX送付件数 46,421件）

地域：24都道府県（25保険医協会・医会。大阪が医科・歯科協会から回答）

医療機関分類：

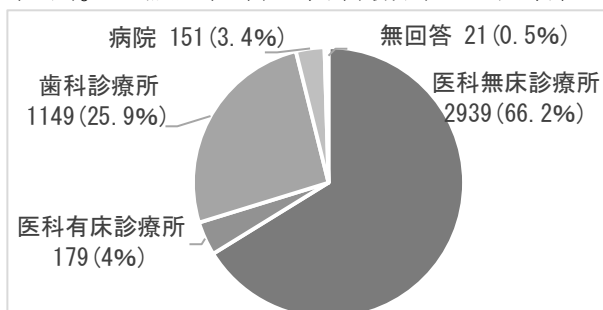
医科無床診療所 2,939件（66.2%）

医科有床診療所 179件（4.0%）

歯科診療所 1,149件（25.9%）

病院 151件（3.4%）

無回答：21件



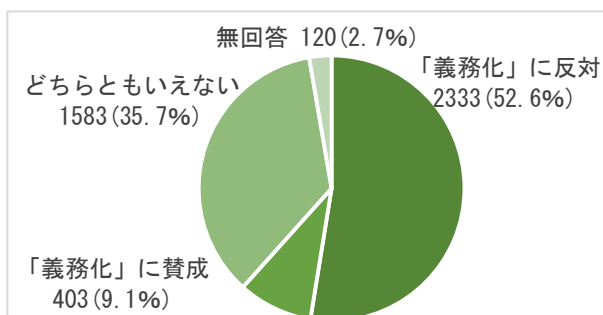
【厚労省が示したオンライン請求「義務化」方針について】(n=4439)

反対：2,333件（52.6%）

賛成：403件（9.1%）

どちらともいえない：1,583件（35.7%）

無回答：120件



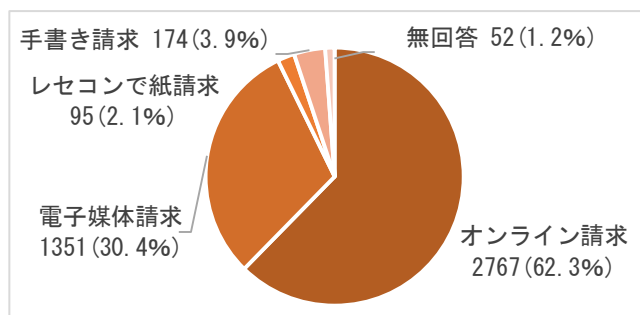
【オンライン請求に対する懸念（複数回答）】(n=4439) ※件数の多い順

故障時の対応が不安	2,344件（52.8%）
セキュリティが不安	2,209件（49.8%）
ランニングコストが負担	1,547件（34.9%）
現在の請求方法（光ディスクまたは紙レセ）で不便を感じない	1,525件（34.4%）
初期導入費用が負担	1,161件（26.2%）
特になし	976件（22.0%）
オン請求に対応できる人員がない	765件（17.2%）
その他	350件（7.9%）
「義務化」されると廃業せざるを得ない	319件（7.2%）
導入後のシステムメンテナンスや建物の構造上導入できない	90件（2.0%）

【現在のレセプト請求方法】

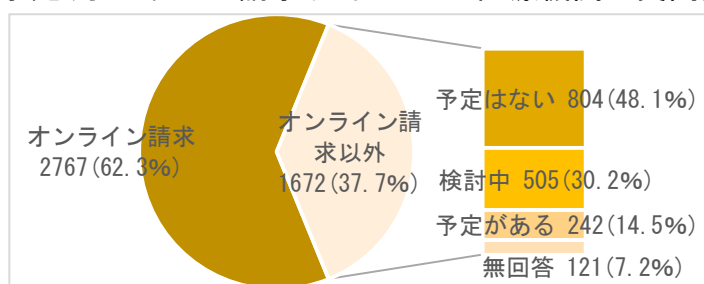
(n=4439)

オン請求：2,767件 (62.3%)
 電子媒体請求：1,351件 (30.4%)
 レセコンで紙請求：95件 (2.1%)
 手書き請求：174件 (3.9%)
 無回答：52件



【今後のオンライン請求導入予定(オンライン請求以外の1672医療機関に質問)】

予定はない：804件 (48.1%)
 検討中：505件 (30.2%)
 予定がある：242件 (14.5%)
 無回答：121件



【『義務化』されると廃業せざるを得ない」と回答した319医療機関の都道府県別内訳】

都道府県名	送付数	回答数
北海道	82	17
岩手	100	5
秋田	25	3
山形	159	8
茨城	72	12
埼玉	284	27
千葉	239	18
東京	476	20
神奈川	378	39
新潟	143	10
富山	137	2
石川	91	4
山梨	29	1
長野	98	9

都道府県名	送付数	回答数
岐阜	179	8
静岡	225	12
滋賀	104	6
大阪医	245	13
大阪歯	110	13
兵庫	293	26
奈良	83	3
和歌山	49	11
福岡	255	18
宮崎	107	7
鹿児島	34	1
WEB	442	26
合計	4439	319

2. 特徴と考察

医療現場は義務化を望んでいない 反対が半数以上、賛成は9%

回答した医療機関の約6割が既にオンライン請求を行っているにもかかわらず、義務化に「賛成」は約9%に留まり、半数以上(52.6%)が「反対」と答えた。実際の運用を経験する医師・歯科医師からも「対応できない医療機関は多い」、「選択制とすべき」との意見が相次いでいる。

地域医療充実に逆行 義務化なら7%が廃院

義務化となった場合に「廃業せざるを得ない」との答えが7.2%あった。自由意見欄にも義務化によって「小規模な医療機関が廃業してしまうのではないか」といった懸念が多く寄せられている。

厚労省は「社会保険診療報酬支払基金等における審査・支払業務の円滑化」を掲げて義務化を推進しているが、医療現場ではメリットに欠けるとの実感が強い。効率化の追求によって地域で必要とされる医療機関を失っては本末転倒だ。充実した地域医療の継続のためにも義務化は撤回すべきだ。

運用上の懸念が大きい メインテナンス、故障、セキュリティへの対応

オンライン請求に対する懸念として、「導入後のシステムメインテナンスや故障時の対応が不安」(52.8%)、「セキュリティが不安」(49.8%)の声が多い。

現在、マイナ保険証で受診した際、カードリーダーの不具合等によってオンライン資格確認ができないトラブルが多発している。こうした状況が機材の故障等のトラブルへの不安を増幅させている側面もあると考えられる。

セキュリティへの不安については、医療機関を狙ったサイバー攻撃の発生が根底にある。セキュリティ対策への意識が高まり、インターネット環境に接続すること自体を忌避する意見も見られる。厚労省による丁寧な説明と手厚いサポートを求める声も多く、オンライン請求を行う環境に対する不安払拭こそが先決だ。

費用負担への懸念が大きい

オンライン請求に対する懸念として、26.2%が「初期導入費用が負担」、34.9%が「ランニングコストが負担」と答えた。費用負担への懸念が目立つ。

オンライン資格確認義務化の際と異なり、オンライン請求導入には補助金がないことも、こうした懸念の背景にあると思われる。また、メインテナンスやセキュリティ環境整備等は実務負担だけでなく、費用負担としても医療機関にのしかかる。特に、現状で電子媒体請求が約7割を占める歯科では、診療報酬が低く抑えられてきたことから、オンライン請求に対応できるレセコンへの買い替え等に困難を抱えることが少なくない。

約半数が実施予定なし そもそも現状で不便がない

現在、電子媒体請求や手書き請求等の医療機関では約半数(48.1%)が、オンライン請求を実施する予定がないと答えている。34.4%の医療機関が、「現在の請

求方法で不便を感じない」と答えたことも特徴的だ。

オンライン請求は、未導入の医療機関にとっては、必要性はないが不安や負担だけはあるという状況だ。診療報酬請求の手段は、患者が受ける医療に何ら関係がなく、これまで問題のなかった電子媒体等による請求を廃止する合理性が感じられないというのが医療現場の実態だ。

3. 医療機関からの特徴的なご意見（抜粋）

※ 医科(無)…医科無床診療所、医科(有)…医科有床診療所

（「廃業せざるを得ない」、「廃業を検討」、「他院が廃業した」等）

No	都道府県	区分	記載欄
1	北海道	歯科	義務化され止む無くオンライン化しました。その費用、経費、設置費等の負担は大きかった。また運用までの期間がかかった。運よく後継者が居るので実施したが、後継者がいなければ廃業を考えたと思う。政府の拙速な実施は言語道断。
2	北海道	病院	義務化に反対です。地域のクリニックで、このため廃院する所があります。
3	岩手	医科(無)	多くの友人は、これを機会に閉院を決意した様です。
4	岩手	医科(無)	義務化に反対。マイナンバーカードの様に、準備、意見を聞くことなく、結果いろいろな問題が出て来て、それでも口だけ反省、対策を取っていないこと。いずれデジタル化になるが、高齢の医師は慣れない仕事で負担増。廃業やむなく。地域医療の崩壊です。
5	岩手	医科(無)	こういうのを義務化すると、それを機会に廃院する所があるので反対します。当院はなんとかやっていますが、とにかくマイナンバーにしる国のデジタル促進ゴリ押しには義憤を覚えます。
6	秋田	医科(無)	義務化されると廃業せざるを得ないひと多い
7	秋田	医科(無)	医療機関の状況により、無理なところもあると思う。義務化されると閉院するというケースを出さないようにしてあげたい。
8	山形		まだ働ける高齢の医師が廃業に追い込まれるのは残念だ。
9	山形		義務化になると廃業せざるを得ない医院もあると思われる。新設医院の義務化から始めてはどうか。
10	茨城	歯科	手書き請求まで認めない「完全オンライン請求」が義務化された場合は、患者さんには申し訳ないが保険医を辞します。
11	埼玉	医科(無)	レセプトオンライン請求「義務化」は、腕の良い地元民にたよりにされ慕われている老医を定年（国が決めた上での義務化）に追いやられる状況を作りたいのか、私が開業している地域でも腕がとて良く人柄もすばらしい開業医(70歳台)が、閉院したのも偶然ではない出来事と思います。
12	埼玉	医科(無)	義務化ではなく、現行での医療と両立で進めて欲しい。義務化によって閉院に追い込まれる仲間の開業医を出したくない。当院も負担増(経済的)に苦しいところです。
13	埼玉	医科(無)	何でも義務化はおかしいと思う。患者数が少なく、PC導入していない医院には、今まで通り特例対応していただかないと、廃業せざるを得ないのでは？地域の目線で柔軟な対応をお願いしたい。
14	埼玉	歯科	対応できない者を、強制的に廃業に追い込もうとするものである。
15	埼玉	歯科	やむを得ず、来年秋に廃院予定です。

16	千葉	医科(無)	小生79才、開業41年目、後継者なし。いつ閉院するか考えています。患者さんのことより、従業員9人のため、閉じることができません。今更方式を変えることはできません。
17	千葉	歯科	廃業とまでいかななくても、保険医返上しなければならなくなる。
18	千葉	歯科	今後手書き廃止なら、廃業予定。
19	千葉	歯科	これは、高齢者は廃業しろと云う事ですので、決定されれば廃業します。診療してきた方々は、ボランティア活動としてケアを続けます。
20	千葉	歯科	性急な義務化により閉院を余儀なくされる医院が出現すると思われる。賃上げを呼びかけられても、オンライン資格確認でもコストがかかり、支援は不十分だ。とても賃上げの余裕など生まれない。今回の件に限らず、政府は大きな組織にしか目が行っていない様に感じる。小さな個人経営のクリニックは今後どの様にしたら生き残れるのか大いなる不安を感じる。
21	千葉	歯科	将来的にはデジタル化は必要かもしれませんが、受診率の低下や人手不足の中、早急な変化は混乱と不安を招くだけだと思います。今の状況が進めば、廃院も考えなければならぬかとも思います。
22	千葉	歯科	オンライン請求が義務化されますと、当院としては廃業になると思いますので、ぜひともマイナ保険証と健康保険証のどちらも使用できる様をお願いいたします。
23	千葉	歯科	義務化されたら廃業もしくは保険医返上せざるを得ません。
24	東京	医科(無)	地域医療を支えてこられた先生方を切り捨てるような事は許せません。
25	東京	医科(無)	義務化で廃業される地域の先生がおられると、他の診療所などにシワ寄せが出るおそれがある。
26	東京	医科(無)	義務化となると廃業せざるを得ない医院は現実的にあると思う。
27	東京	医科(無)	今まで、長年に渡り地域医療にかかわられて来た先生が廃業になるのが大変、残念である！！
28	東京	医科(無)	義務化されると廃業せざるを得なくなり、永らく当院を希望し来院している患者様方の今後が心配である。
29	東京	医科(無)	当院はグループ内の情報システム部の支援があるためオンライン請求を行っていますが、そのような体制がない医療機関は義務化により廃業せざるを得なくなってしまうのではないのでしょうか？
30	神奈川	医科(無)	地域医療に貢献している医療機関が廃業になることは避けたい
31	神奈川	医科(無)	妻実家クリニックが義務化によって廃業せざるを得なくなりました。
32	神奈川	医科(無)	デジタル化は決して悪いとは思わないが、「義務化」は廃業を選択しなければならない先生もいらっしゃる様です。「義務化」を推し進めるのは地域医療の崩壊を招き、助かる命に係る重大なことになりかねないものです！マイナンバー保険証や今回の事、今般の政府の方針は国民を置いてきぼりの政策である！
33	神奈川	医科(無)	義務化（資格確認も）に対し対応できなければ廃業となると憲法で保証されている就業の自由と反すると思います。
34	神奈川	医科(無)	閉院しかない
35	神奈川	医科(無)	必然性がなく、政府の都合で負担を強いられている小さいクリニックは廃業に追い込まれ過疎地に無医村が増える。

36	神奈川	医科(無)	「オンライン請求の義務化」で、デジタル機器が不得意なベテラン医師が廃業に追い込まれるとすれば本末転倒です。益々高齢化が進む日本の社会において、ベテラン医師たちを大切にしなければ、医療が立ちゆきません。マイナ保険証もそうですが「デジタル化」ありきの政府の強引なやり方には不信感をつのらせます。
37	神奈川	医科(無)	80代でも診療できるのに、オンライン化で廃業を進めるようなやり方はよくないと思います。実はオンライン請求がやっとならばオンライン返戻やオン資確認はとても負担に感じています。
38	神奈川	医科(無)	マイナンバーカードと同様、拙速な義務化の進め方には必ず大きなリスクが伴う。リスクとはセキュリティを含めた経済問題、廃業などを含む。安全対策と他の請求方法との併用などを長期間働いた上で、十分な理解に基づいて義務化に移行すべきである。また、請求方法の一つに絞り込むと、システム障害が発生したときに大混乱に陥ることが予想される。これは診療への大きな障害になりうる。最近のPASMOやSUICAトラブルのような大きな障害の発生を見れば理解できよう。必ず代替手段を取っておくべきで、電子媒体・紙請求などもどれかは残しておく必要がある。
39	神奈川	歯科	オンライン以外の請求方法も残してほしい。高齢になるとオンラインに対応できない。廃業時のことも考えて。
40	神奈川	歯科	後継者がいないため、義務化になれば医院の継続が難しくなり閉院も頭によぎります。
41	神奈川	歯科	柔軟性のある対応をしてもらいたい。オンライン義務化へは全て業者、人まかせである。電子媒体までなら今まで通り何とかできるが、年配者(含むスタッフ)にはストレスも大きくやっとならば大いに不安。廃業も充分考えられる。切り捨ててますます引退を進めているよう感じる。
42	神奈川	歯科	義務化には反対。私も廃業するかも。とりあえず努力はしてみます。
43	神奈川	歯科	オンライン義務化は、セキュリティや災害時などが不安で反対。法的にも義務はおかしい。義務化になったら保険医をやめるか廃業する。万が一のためにもアナログは残すべき。
44	新潟	医科(無)	オンラインになると廃業せざるを得なくなる医院もある。任意にすべき。
45	新潟	医科(無)	すべてオンライン請求にすると廃業加速がすすみ、地域医療が成り立たなくなると思われます。
46	新潟	医科(無)	パソコンを使えない先生が廃業せざるを得なくなる為、義務化に反対します。
47	新潟	医科(無)	義務化には反対です。これに限らず、色々な事が、今義務化に向けて行われているようですが、状況により廃業も考えています。
48	新潟	医科(無)	私共の方もオンライン請求「義務化」により2件、閉院の予定の医療機関があります。いずれも高齢の医師の方なので、新しいシステム導入をするより、閉院を選んだようです。地域を支える医師(特にへき地医療)にとっては、大きな痛手になると思います。
49	富山	医科(無)	何らかの事情があってオンライン請求していない、またはできないのだから、無理やり義務化することは廃業しろと言っているに等しい。承服できない。
50	富山	医科(無)	廃業はつらいし困ります。
51	長野		義務化されると廃業せざるを得ないのではないかと不安があります
52	長野		義務化されると廃業せざるを得ない医師がいると思われる。

53	長野		なぜこの様に急ぐのか理解に苦しむ。対応できない場合は廃業を考えざるを得ない！！それってお国のやることですか？セキュリティに関しては非常に心配。トラブルが起こり得る可能性を心配。
54	長野		義務化することにより、閉院せざるをえない医院が出てくると思います。
55	岐阜	医科(有)	今後政府が医療に関することを勝手に「義務化」にするたびに、ますます廃業される医院が増えると思われる。
56	岐阜	医科(無)	高齢医師への配慮があれば閉院せず、まだまだ地域医療を支えられる機関もあるのでは。
57	岐阜	医科(無)	オンライン請求を義務化すると廃業せざるを得ない医療機関が出てくるが、本当に義務化が必要なのか疑問である。政府は短時間でシステムを変更しようとしているが、これから開院する医院に対してするべきで、現在開業している医院は現状維持にするべきである。医療の名がつくとすべての物が高く、その上、13~15年で機械類は故障したりメンテナンスも切れる。費用が出てこないのが現状です。
58	岐阜	医科(無)	高齢の医師などは現実的にオンライン請求に対応できないことはあり得る。オンライン請求義務化はこれらの医師に廃院しろと命じていることと同じ。最終的にすべてがオンラインになればよいのであるから「新規開業はオンライン請求を義務化し、既存の医療機関に対してはオンライン請求を強く勧める」とすべきである。オンライン請求に対応できない高齢の医師などは年月とともにフェードアウトしていく。
59	静岡	医科(無)	オンラインの今後を考えると廃業も視野へ
60	静岡	医科(無)	その病院の体制にあった方法でいい。今後新たに紙カルテを導入するところは少ないため、自然にオンラインが多数になる。導入できず閉院となれば患者が困る。誰のための義務化なのか。
61	静岡	医科(無)	義務化され廃業せざるを得なくするのは、これまで様々な医療に貢献されてきた先生方に対し、失礼極まりない事と考えます。義務化はこれから新たに開業される医療機関のみで良いのではないか。
62	滋賀	医科(無)	「義務化」されると廃業せざるを得ない先生方の廃業が惜しまれます
63	滋賀	医科(無)	「義務化」されると廃業せざるを得ない医院が出てくると思うため義務化には反対
64	滋賀	医科(無)	廃業することになる可能性もある
65	滋賀	医科(無)	オン資もそうですが、安易な「義務化」によって医療機関が廃業に追い込まれることはあってはならないですし、全力で回避しなければなりません。
66	大阪	医科(有)	高齢のDrが閉院される可能性あり。地域を守るためにも努力義務で良いと思います。
67	大阪	医科(有)	マイナ保険証のカードリーダーがありません。この上オンライン請求になると当院はやって行けません。経済的負担についていけません。閉院せよということでしょうか？怒っています。
68	大阪	医科(無)	いずれは全医療機関オンライン請求化するはずですので、急いで義務化するべきではないと思います。することで辞めざるを得ない医療機関も出てくるはず、それは守ってほしいです。
69	大阪	医科(無)	IT慣れていない古くからの比較的高齢の事務の方にはオンライン請求は難しいと思います。こんなことで廃業に追い込まれる先生がいたら本末転倒です。うちは紙カルテですが電子カルテが義務化にさ

			れたらと思うと不安です。
70	大阪	医科(無)	オンライン請求以外の医療機関で閉院するところが増えるのでは？
71	大阪	医科(無)	「義務化」はすべきではない。オンラインできない方々もおりそのような先生方が診ておられる患者さんもたくさんいる。廃業になるのはもったいない、おかしい。
72	大阪	医科(無)	オンライン化できない場合は閉院ですか？医療機関の正当な営業権利ならびに医師の診療する権利は保障されるべきです。
73	大阪	医科(無)	高齢で電子機器の使用が困難な医院は強制的に閉院廃業においやるつもりなのか。過疎地で人員が確保できない医院は閉院することとなり過疎地の患者大変な不安と苦勞を強いられる事になる。
74	大阪	医科(無)	導入コストがかかるので全てオンライン請求にする必要なし。医院の廃業につながって良くない。
75	大阪	医科(無)	近隣の高齢の産科医院はまだ紙カルテと手書き請求です。この様に、地元になじんだ医院がマイナカード、オンライン請求義務化で閉院に追い込まれています。何でもDX化は医療を破壊します。マイナ保険証など義務化は反対です。
76	大阪	医科(無)	地域医療を守ってきた先生がオンライン請求の「義務化」により閉院されることがないようにしてほしいと思います。
77	大阪	歯科	近くの歯科医院が廃業しました。
78	奈良	医科(無)	オンライン義務化のため廃業させられるのは問題ありと思います。
79	和歌山	医科(無)	昭和50年開業の内科医で先生が85才、従業員が70台の状態です。何でも義務化というやり方に反対です。頑張っている先生に早く辞めよと言っている様です。
80	和歌山	歯科	オンライン請求に対応できないという理由で、診療を継続できなくなるならば、今来院中の患者さんに迷惑をかけてしまう。オンライン請求に対応できない医療機関でも今まで通り診療が永年に渡って継続できる様、救済措置をお願いしたい。対応できない医療機関の切り捨てはやめて。
81	和歌山	歯科	手間を増やす以外の何ものでもない。デジタル化に不安を感じる(毎日!!) 対応に四苦八苦し、知人は廃業に。レセコン会社も対応に困っているのか電話の問い合わせが出来なくなった(普段の診療にトラブル対応してくれない)。
82	和歌山	歯科	各医院にはそれぞれの事情があるので十把一絡げに期日を切って強制するのはだめだ。医療の本質は適切な治療指導であるので、たかがレセプト事務で医院が廃業などになってはいけない。
83	福岡	医科(無)	オンライン請求をしているができないところもある。強制は廃院を促す。
84	福岡	医科(無)	対応できるよういろいろ対策を検討はしていますが無理であれば年齢も加味して廃業せざるを得ないかもしれません。
85	福岡	医科(無)	クリニックそれぞれの都合があると思うので、義務化にすると廃業になるところも出てくると思います。デメリットしかないと思います。
86	福岡	医科(無)	医療機関にとってメリットはなく基金や自治体にはメリットがある。その費用はすべて医療機関が負担し重荷になるので反対。事故がおきれば責任問題なので廃業も検討している。

87	福岡	医科(無)	オンライン請求になると電子化できていない高齢の医院を全て国が廃業にするおつもりでしょうか？自院ではできていますが医師会に参加すると今まで医師会を牽引してきた医師会長や副院長など紙カルテだと聞いています。その割に医師会にはいるときはさんざん紙で同じ内容の医師の登録番号や生年月日を何度も何度も書かせてあれこそ中止して先に請求を受ける側の電子化をすすめてはどうでしょうか？紙でかいている病院の対策はしっかりすることで電子だと情報の引渡しが必要おこると思います。クラウド型だと特にどこでもアクセスでき危険だと思います。
88	福岡	医科(無)	オンライン請求を義務化すると、コンピューターの取り扱いが不慣れた医院や、ベンダーさんに依頼する余裕のない医院は、オンライン請求出来ずに廃院することになります。コロナ禍で受診先医院が不足し医療崩壊が懸念される現時点では、医院数を減らすかもしれない規則は、受診状況が落ち着くまでは延期するほうが良いと思います。デジタル化も大切なので、もう少しの延期を希望します。
89	宮崎	医科(無)	2週に1回へき地診療所を開院していますが、利用者が5人ほどです。現在、紙レセを提出していますが、オンライン請求になると赤字になりますので閉院せざるを得ません。
90	宮崎	歯科	完全にオンライン化されると廃業せざるを得ない。多くの患者さんが継続を希望しているため、説明が大変です。
91	鹿児島	医科(無)	一律のオンライン化は、対応できない医療機関から営業する権利を奪い、廃業に追い込むものと考えます。また、マイナンバーカードは任意取得するものであり、そのマイナンバーカードを保険証として利用するかどうかは被保険者の自由意志が尊重されるべきです。保険証を廃止し、任意取得であるマイナンバーカードに一本化する政府の方針は、マイナンバーカードの実質的な義務化です。セキュリティの観点から、電子カルテのオンライン化は極力避けるべきであると考えます。このような理由から、オンライン請求の義務化も問題です。

〔「セキュリティが不安」、「万全なシステムの構築を」等〕

No	都道府県	区分	記載欄
1	北海道	歯科	地方では、通信状況が十分ではなく、NTTなどの業者の示している通り(4G-5Gとなっている)ではなく、インターネットに時折つながらなくなります。そのような状況でのオンライン化は性急と思います。セキュリティに関しては不安で、情報が漏れた時のことを考えると責任の所在や対策等が不十分ではないかと思います。(全て医療機関側となるとその対策員等が少ないと思います)
2	茨城	歯科	先々月、IEで従来どおり請求したところ、トラブルがあり、送信できない状況になった。サポートデスクに電話しろと公式のヘルプページにあったが、電話がつながらない。ベンダーもサポートせず、デスクに電話しろの一点張り。結局、IEから、EDGE対応を見送っていたベンダーに問題があるだろうと、ベンダーに抗議しベンダーは重い腰を上げようやく対応し、送信できた。 他に国保は回線が重く、締切日が延長した事例もある。義務化の前に、既存の請求医療機関に誠実な対応と、万全なシステムを構築すべきだ。
3	東京	医科(無)	毎月10日近くになるとヘルプデスクやコールセンターにTELがつながらない。締め切り間近に通信障害がおきると請求できないリス

			クあり。
4	東京	医科(無)	当院では導入できていますがわざわざ義務化する必要性はないと思っています。するのであれば誰でも対応できるよう無償サポートや遠隔サポート等するべき。
5	神奈川	医科(無)	NTTをはじめとする通信インフラが不安定で信用できない。
6	神奈川	医科(無)	ウイルスや停電時、災害時の補償はあるのか。その様になった場合(のっとりなど)に政府はどのように対応や対策があるのか。
7	神奈川	医科(無)	日本のセキュリティレベルを考えるとマイナ保険証にしても、オンライン請求にしても義務化することは政府によるパワーハラスメントとしか認識できない。開業医を早く辞めたい気分になる。
8	新潟	医科(無)	回線トラブル、コンピュータトラブルの発生は常にリスクとしてあります。これらのトラブル時の対処方法を確立しなければ、義務化は困難です。また、操作するための人員や教育が必要です。装置は金額負担で可能かもしれませんが、人材は採用可能ではありません。オンラインで操作する業者委託するにしてもセキュリティに問題があります。せめて新規開業医院に限定して欲しいと考えます。
9	新潟	医科(無)	<p>オンライン請求で既に多くのトラブル、システムエラー、回線が繋がらない、ログインできない、ヘルプデスクさえも繋がらない、他多数のトラブルが発生しているにも関わらず、なぜ、義務化し、利用する件数が大量に増加し、政府はこの状況がさらに悪化することが、分からないのでしょうか？</p> <p>医療のデジタル化＝全てでインターネットを利用という考え自体が非常にナンセンスかつ、危険な事であり、光ディスクもデジタルですが？あくまで危険が多いネットを利用しようとしているのか？全くもって疑問です。</p> <p>マイナ保険証、オンライン資格確認、オンライン処方箋、について、オンライン請求！</p> <p>このような医療のデジタル化かなんだか分かりませんが、これらをする事のメリットが全く感じられません！間違いなく、取り返しの付かない大きなトラブルが頻発し、現場を混乱させることでしょう！政府はもっと現場の意見を真剣に聞いて、このような間違いを無くす努力がもっと必要と考えます。また必ず、取り返しの付かない、大きなトラブルが頻発しますが、その際、どう対応していただけるのでしょうか？この今も起こっている、また今後さらに増加するトラブル時にどのような対策や対応をしてくれるのか？具体的な説明が必須と考えます。</p>

10	石川	歯科	<p>2022年12月までISDN回線でオンライン請求していました。(開始は県内の歯科で数番目でした)</p> <p>当時はISDN回線は閉域接続でありセキュリティ上安全ということで導入しましたが、昨今のISDN回線廃止に伴い仮想閉域接続以外の選択肢が無いことに不安を感じ、また紙レセプト返戻への対応が困難であることから媒体提出に戻しました。</p> <p>IT技術者に確認してもらえば分かりますが、閉域接続は通信設備上で物理的に外部からの侵入を阻止します。しかし仮想閉域接続はパスワードだけで仮想的に外部の侵入をかるうじて防いでいるだけなので、情報漏洩リスクは閉域接続と比べて格段に高くなります。事実海外では現行の仮想閉域接続では危険であるというコメントが出ているはずですが。</p> <p>個人的に公共インフラであるにも関わらずNTTの採算上の自己都合だけでリスクの高い通信で個人情報やり取りしなければならなくなったことは非常に問題が大きいのではないかと思います。また危険な回線の理由を強要する政府の対応にも疑問を持っています。</p> <p>当院は地理的な事情が重なりフレッツ光回線が不安定で常時接続が困難という事情もありましたが、前述の理由からマイナンバーカード保険証、オンライン請求は困難であると判断しました。仮想閉域接続の危険性については数年前に支払基金、国保連合会、厚労省の技官に問い合わせた時に全者同様の認識がありましたので、今後保険証訴訟などの際に指摘出来る鍵になるのではないかと思います。</p>
11	岐阜	医科(無)	<p>まず通信網の整備をしっかりとしてほしい。NTTは採算が合わない地域は光回線を入れない方針と言われた。ADSL廃止となるのにどうすればいいのか。オンライン請求は反対ではないが、義務化はしない方がよい。</p>
12	滋賀	医科(無)	<p>電子媒体請求とオンライン請求は電子化という意味では同じであり、電子媒体請求の場合は相手方がパソコン等に移行させる手間がいるだけである。すなわち、相手方の仕事を軽減するだけであり、本質的には同じと考えられる。ネット上の情報によると、ときどき相手方のサーバーのキャパシティの問題や、回線または通信が不通になり、こちらが思った時間帯にできないことがあるようである。</p> <p>また、セキュリティ上はCD等での請求が安全である。オンライン請求は機器が故障すれば請求できない。また、相手方のキャパシティを超えたり、回線(通信)が故障すれば請求できない。停電してもできない。さらに、事務員も若い人でないといけない。もし仮に、オンライン請求を義務化するのであればどういうメリットがあるのかははっきりさせるべきである。また、何らかのトラブルでオンライン請求ができない場合は代替の請求、すなわちCD等による請求を認めるべきである。また、オンライン資格確認もG7の国ではこのようなことをしているのは日本だけのことである。外国(韓国、G7等)ではどのような事情になっているか調査していただきたい。応援しています。</p>
13	大阪	医科(無)	<p>支払基金のコールセンター(0120-60-7210)で6月5日から6月10日まで何度も電話しましたが全くつながりません。オンライン請求ができたかどうかもわからず大変困っています。</p>
14	大阪	医科(無)	<p>オンライン請求をしているが、セキュリティに関しては常に不安に思っている。また回線不具合で送信不能のときの代替として、少なくとも光ディスクでの請求は残してほしい。</p>

15	兵庫	医科(無)	何もかもオンライン化することは断固反対です。コスト面、トラブル対応、セキュリティなど全方向に対応できるサポート体制の構築が先だと思います
16	奈良	医科(有)	完全に安定したシステムの構築、情報漏洩等の責任の所在がシステム側にあることの明文化してから進めるべきかと考えます。
17	奈良	歯科	セキュリティのしっかりしている大企業や大病院でもサイバー攻撃を受けて診療ができなくなる事例が起きているのに個人の小さな診療所がセキュリティが万全な訳がない。サイバー攻撃をうけて個人情報流出したときの責任は国は保障してくれないのでしょうか、どうしたら良いかわからない。リスクが高いことはしたくない。
18	沖縄	医科(有)	オンライン請求はCDを持参したりせず、レセプト作業も早くなるため便利だが、請求の直前にトラブルが発生(起動しないなど)したり、セキュリティ面での不安はなくなるならない、また毎月10日にはオンライン請求が集中するため請求の送信が繋がりにくい状態になるので、いつでもスムーズに送信が出来るように改善を希望します。

(「出費が大きい」、「補助が必要」、「ランニングコストが負担」等)

No	都道府県	区分	記載欄
1	北海道	医科(無)	PC 導入後1年未満にもかかわらずPC(請求用)が壊れてしまいました。北海道の中規模の市(滝川市)にあるクリニックですが、オンラインPC専用のメンテナンススタッフが状況確認するのに約1週間待たなければならず、レセプト請求直前に先行き不明の事態になってしまいました。全国一斉で義務化するなら、金銭的負担とメンテナンスの問題の解決が必要だと思います。
2	北海道	歯科	お金の問題です。絶対反対。歯科は設備投資に巨額の金がかかる。なのに文字通り歯科医は身を削って働いているのに、診療報酬がバカ安い。全て国が面倒をみるなら考えないこともない(問題が起こった時のフォローも含めて) どうせ何もしてくれないでしょう。
3	岩手	医科(有)	システムの更新・補修の度に経費が必要であり負担となる。効率化の負担は受益者(行政)が担うべきでは? 審査の厳格化、負担増など請求側にとってメリットはなにも無いのでは。
4	岩手	医科(無)	ハードの入れ替えに何らかの補助を期待。
5	岩手	歯科	オンライン請求を開始しましたが、システムの使用方法や請求後の確認など、不安がありながら実施しております。本当に転送されたのか? 返戻分も送られたのか? 生保の請求は? など。さらに、システムのフリーズ等、毎回悩みながら対応しており、費用が発生している割に楽にならない現状です。他の医院にお勧めするか? という積極的にはすすめません。
6	山形		レセコンの買い替えが必要になり、もうすぐ導入予定。出費が大変。
7	山形		システムメンテナンスについて厚労省から助成希望。
8	山形		いずれ義務化されるのだろうと思い、余力のあるうちにとオンライン請求システムを導入した。正直、コストがかかりすぎて、今だったら導入できなかった。医療機関側に負担が大きくなることを義務化するのはおかしいと思う。
9	茨城	歯科	OSバージョンによるセキュリティの関係でレセコンの買い替えが必要
10	茨城	歯科	オンライン資格リーダーでただでさえ診療時間の圧迫とコストが掛かっているのに、さらに余計なお金と事務労力が掛かるのでオンライン請求義務化は廃止にして欲しい。もし、オンライン請求義務化

			をするならレセコン買い替えの補助金を出して下さい。理想 65 万円
11	千葉	医科(無)	義務化をするのであれば、導入コスト、ランニングコストは、補助金ではなく金額無料とすべきだと思います。今もランニングコストを毎月払わされているがおかしいと思います。
12	千葉	歯科	義務化する理由がわからない。紙レセプトから、電子媒体請求に変えたのは、レセプト請求事務の労力の軽減と、コストの軽減があったが、今回のオンライン請求には何のメリットもない。
13	東京	医科(無)	オンライン請求をしていますが、オンライン請求ではなくても困らないので。維持費、保障費、時には買い替えもありコストもかかる。必要なければそのままでいいと思う。
14	東京	歯科	オンライン請求には PC とレセプト請求ソフトを変えなくてはならず、初期費用がかなりかかる。月々の経費もばかにならない。一日の来院患者 10 人にも満たない小さな診療所で自分の年齢も考えると義務化となったときには、廃業も考えざるを得ません。義務化には反対です。
15	神奈川	医科(無)	ウイルスが入る可能性がある。その予防等に経費がかかる。
16	神奈川	医科(無)	今後全体的にはオンライン請求へと移行してゆくのは仕方がないと思うが、義務化ややっていないところが廃業に追いやられたり、金銭的にも業務的にも当然のように負担を強いられるのはおかしいと思う。また構造として医療機関ばかりに負担が増え、システムベンダーである企業に利益が吸い上げられているのも疑問を感じる。
17	神奈川	歯科	通達で突然オン資事業にオンライン請求も含まれると政府は言い出しましたが、レセコン会社、ベンダーはオン資工事にオンライン請求工事は含まれていない、別途契約が必要と言って協力してくれませんでした。更に、オン資用パソコンでオンライン請求可能なこともユーザーのみならず社員にも隠していて、オンライン請求するにはレセコンを新しく購入する必要があるとウソを言っています。レセコン会社、ベンダーに行政指導が必要です。私は自力でオンライン請求 CD セットアップしました。
18	神奈川	歯科	患者人数が少ないためオンライン請求導入をおこなうための経費を捻出できない。(レセコンなどの機器やオンラインにかかわる設備などにかかわる経費)
19	新潟	医科(無)	義務化するならコスト面をもっと援助してほしい。スタッフ増員、研修にかかる費用、オンラインのパソコンの保守などかかり続ける費用に関しても。
20	長野	病院	今現在オンライン請求を導入していますが、医事システムがオンラインでの複数公費(3者以上)等に対応しておらず、今後も更新予定ないとベンダーからの回答あり困惑しています。
21	静岡	医科(無)	政府からの一方的な義務化には反対です。せめて初期導入及び保守料を政府負担として話を始めて頂きたかったです。
22	静岡	医科(無)	政府の言うとおりにオンラインにしましたが、コストがかかり、メリットはありません。メンテナンス料も上がりました。
23	静岡	歯科	近い将来(5年以内)廃業する予定があるのに、無駄な経費は使えません。支払いに苦労しています。
24	静岡	歯科	歯科ではメリットがほぼなく、維持費がかかるだけで迷惑です。マイナカードで「問題が起きても政府は責任をとりません」「規約をいつでも勝手に変更することができる」等を国民に知らせず、ただポイントがもらえる、安くなる等で国民にカードを作らせるのは国民をだましているのと一緒です。聞く耳を持たない今の政府に今後こ

			のカードで何をされるのかわからず恐怖すら覚えます。
25	滋賀	医科(無)	通信網に対するコストを理由に保守費用を値上げされた。国のインフラとして通信網にかかるコストは国が負担してほしい。
26	滋賀	歯科	ようやく慣れた光ディスクを捨てて新しいシステムを導入する不安が大きい。はっきり言って訳の分からない説明を聞いてオンライン請求をしても1ヵ月後には忘れている。常に不安を持ちながらの作業はストレス。パスワードを6ヵ月ごとに変更するように言われたが、それほどセキュリティに脆弱性があるということが不安。もう導入してしまっているので全面的に反対はしないが「義務化」には反対です。そもそも義務にするなら、これにかかるすべての経費は国が負担すべきと思う。
27	大阪	医科(無)	82才女性皮膚科開業医です。高齢ではありますが、スタッフ共々もう少し仕事をしたいと考えております。オンライン請求のため高価なレセコン購入は難しいです。もし準備しても使いこなすことは難しいです。今までレセコンで紙請求をしていましたがもう少し続けさせてほしいです。
28	大阪	医科(無)	オンライン請求に対応するための設備(回線準備がハードの準備等)にかかる費用等対応困難な場合もあり義務化とするならば諸費用のサポートをするべきと思うし、現場対応へのサポートなしに義務化することは一方的と思う。
29	大阪	医科(無)	これらの「義務化」は厚労省などの省力化を狙ってのものとしたら、システムやランニングコストは厚労省が持つべきだと思う。現在、電子媒体請求で何の不都合もない。先のサーバーダウンの事件もあることで、強制するようなことではないと考える。
30	兵庫	医科(無)	とにかくお金がかかった。費用や手間賃の見返りが無い。
31	奈良	医科(無)	オンライン請求による診療所側のメリットは感じられない。逆にセキュリティが保てるかが不安である。メンテに関する余分なコストも気に入らない。
32	和歌山	医科(無)	この7月からオンライン請求に切り替えますが導入費用が70万円弱かかります。義務化というなら補助があってもいいはずと思うのですが…。何も行動できない医師会が歯がゆく思います。
33	福岡	医科(無)	返戻と再審査もオンライン請求となり、その為には今までのシステムではできないと言われ、ここ1.2ヶ月再審査ができない状況です。システムの会社と支払基金と連絡をとりパソコンの設定が必要です。何に対しても導入の資金が必要となり、経費がかかりすぎると診療は成り立たなくなります。
34	福岡	医科(有)	一般企業と異なり、新たな設備の導入・維持費用を商品価格(診療費)に転嫁できないので、導入費用は全額助成されるべきですし、維持費用もしっかりと補償されるべきと考えます。
35	福岡	医科(無)	デジタルで処理をするところに意味がある為、CDROMをオンラインに「義務化」して変更した際に生じるメリットは、オンラインで送信する側のリスクや手間コストと比較して、大きくはないと思います。当方もオンライン請求を既にしてますが、そのシステムを扱うのは月に一度のみです。CDROMで十分だったと思ってます。

(「サーバートラブルに対処を」、「返戻が複雑」、「デスク対応が悪い」等)

No	都道府県	区分	記載欄
1	北海道	歯科	オンライン請求ヘルプの対応が非常に悪い。
2	北海道	歯科	提出する日に絶対診療室に居なければいけないのが不便。CD提出な

			らば、郵便局で郵送日時の指定が可能のため。オンライン請求は時間的自由がなくなる。
3	岩手	歯科	オンライン請求に慣れるまで、ずいぶん大変だったと思います。オンライン請求する際の操作ミスやPCの不具合で、送信が出来ず、べ切に間に合わないのではないかと、不安が付きまといまいます。操作に精通するスタッフがいないと、とても難しいです。今でも送信時には毎月不安になります。
4	茨城	医科(無)	アクセス集中で不安定。さらに連絡事項やアンケートで阻害されている。今まで5分で処理できたものが半日以上かかっている。院長1人でやっているのが改悪であり医院にとって良いことなし。
5	茨城	歯科	オンラインにより便利さも感じるが、不便さも感じております。どうにかデジタル化についていっているような状態です。デジタル化により処理が早くなる一方、なぜか時間がかかってしまう一面もあります。紙の量はけして減ってはいません。
6	埼玉	医科(無)	返戻や月遅れの対応に時間がかかって大変。労災は書類の郵送がある。国保は埼玉県だけ独自のシステムと聞いているため、統一すべき。コロナの公費請求時に入力が必要で大変だった。もっと簡略化してほしい。介護保険は件数が少ない為、オンラインになると毎月赤字になる(国は分かっているのか?)。
7	埼玉	医科(無)	当院は、アナログ世代のベテラン職員が多く、デジタル化の急激な変更現場は混乱している。マイナンバーカードの読み取り装置の義務化から強制的なシステム導入をさせられて、四苦八苦。今は、オンラインの返戻レセプト処理にまだ慣れておらず、これも4月からの義務化となって非常に担当者はそれに時間を取られていて、毎日が大変です。
8	埼玉	医科(無)	ネット環境不具合時があるため、一本化は不安あり。
9	埼玉	医科(無)	接続が不安定で時間がかかるが、何が原因かわからない。祝日が続いたりシステムが不良でなかなかつながらない時があり、期日内に請求できるか心配。
10	埼玉	医科(無)	万が一、トラブルが起きた時に不安、災害時やPCの故障など。
11	埼玉	医科(無)	現在、オンライン請求を行っており、特に不便はなく、事務作業の軽減などメリットを感じております。しかし、対応できる人員は限られる事、トラブルの際に業者が対応できない時間の場合など不安が残ります。有事の際などオンライン以外の選択肢があると良いと思います。
12	埼玉	歯科	当院は光ディスク、紙レセを任せられる人手がないので、自分でやるためオンラインにしたが、接続不良や複数の段階で何度かやり直す等の手間がかかり、返戻までオンライン義務になってから更に面倒になった
13	埼玉	歯科	開業時(12年前)からオンライン請求をしています。慣れれば楽ですが、慣れるまではストレスになると思います。義務化は新規開業の場合に限定すればよいかと思います。
14	埼玉	歯科	現状オンライン請求に日時の指定があり、アクセスが集中しやすい。歯科医院では自院で請求することが多く、昼又は夜の時間になる。時間に制限があると、こちらの時間に追われる。受け取り側の環境を整備した上で進めるべき。アクセスできない場合等、検討してほしい。
15	埼玉	病院	X-P等の画像添付ができない。

16	千葉	医科(無)	いずれオンライン請求が義務化されると聞いて、オンライン請求にして数年たつが、常にコンピューターの不具合には悩んでいる。従業員にコンピューターに詳しい人がいないと難しいかもしれない。
17	千葉	医科(無)	オンライン請求行っていますが、利便性ある部分もありますが、締日近づくると混み合っていて、送信できなかつたり、データが読み込めない事象があり、対応に苦慮したり、(コンピューターの知識不足だと説明されていることすら、理解に苦しむ)、一度だけ締日にデータ送れず、電子媒体請求したこともあるので、オンラインのみと決定されるには不安を感じる。
18	千葉	歯科	タイミングによってつながりづらい時がある。毎月送信できるのかすごい不安、せめて受信しましたの返信がほしい。
19	千葉	歯科	年齢的(本年65才)にあと5~6年で終業となるであろう時に導入する源資に無理がある。
20	東京	医科(無)	現時点でも「定型文」による返戻の為請求不備の詳細が不明→それに拍車がかかると思う。
21	東京	医科(無)	マイナ保険証によるオンライン資格を進めるためだけに、電子媒体で問題なくレセプト請求できている医療機関にオンライン請求を強制するのは、道理がない。コロナ診療でも、生保や小児等の併用レセプトで電子請求できないで、返戻繰り返した例あり→紙提出した
22	東京	医科(無)	混雑していて請求(接続)できない時がありました。
23	東京	医科(無)	オンライン請求が集中した場合や、システムの不具合で請求がスムーズにできないトラブル発生した場合不便。対応が不親切。
24	東京	医科(無)	これまでにインターネットの不具合(支払基金のサーバーダウン)がありました。
25	東京	医科(無)	オンラインにする事で、支払やチェックも早くしてほしい。次月1日には基金などから、前月結果をもらえないならこちらには何のメリットもない事となる。また費用の問題もあり。
26	東京	医科(無)	今はオンライン請求をしているが、高齢になって小さく仕事したいときには負担になる。高齢でもボランティア的に働いていこうとしている医師の意欲を失わせる。
27	東京	医科(無)	義務化のため検討しないといけないか…という状況ですが、当院は、特別養護老人ホーム併設の医療機関のため、医療事務を専任の職員はなく、新たな設備・業務の導入は負担が大きい。
28	神奈川	医科(無)	返戻不要なファイルデータが多く見るのが著しく大変
29	神奈川	医科(無)	返戻は紙の方が作業しやすい。
30	神奈川	医科(無)	返戻、再請求のダウンロード、提出の際のソフトが分かりにくい(請求年月日や診療年月が手順によって変わって分かりにくい)
31	神奈川	医科(無)	レセプトのオンライン請求はCDRより楽になったと感じる。しかし、返戻に関しては保険証のコピーの確認など、いろいろな場所で作業するため、持ち運べる紙の返戻の方がよいと思った。
32	神奈川	医科(無)	返戻・再審査レセプト再請求時の訂正方法が非常に難しく、すぐに請求できないので、誰にでも訂正できるようなシステムに改善してほしいです。
33	神奈川	医科(無)	PCをOS上更新するときその度大変です
34	神奈川	医科(無)	通信障害やインフラのトラブル等多発しているため
35	神奈川	医科(無)	インフラにトラブル多いため。停電等ですべての機能停止してしまうことも義務化反対要因。アナログ要素を残して置いた方がよいと思う。

36	神奈川	医科(無)	強引にデジタルにしても不備があらわになる結果となるのでは? だれでも、わかりやすく、使いやすく、安全なシステムを構築する努力をせず、義務化ばかり。愚の骨頂。5月5-6日とシステムトラブルでオンライン請求不能でした。未熟なシステムにうんざりです。
37	新潟	医科(無)	エラーチェックがきちんと反映されないことがあり、修正をして送信しようとするスムーズにいかないことが多い。返戻等も毎回スムーズにいかずとても困っているので不安。
38	新潟	医科(無)	送信できない時、大変困りました。毎月8~10日の間に機器の不備があった場合、前月のレセプト送信ができないので、アナログ的な方法も残して欲しいです。
39	新潟	医科(無)	以前、オンライン請求の際に処理完了するまでの時間がいつもなら数分のところ数時間かかったことがあった。もし義務化するのであればその点をしっかり整備してもらいたい。
40	新潟	歯科	返戻など、医院側で気付いてダウンロードして、取り込んで修正してといった作業が事務の女性では出来ずに、医師の作業負担が増えました。また、自分が高齢者になった時、システム等の更新について行けるか不安です。
41	新潟	歯科	現在は出来ても、自分が高齢者になってシステムや環境について行けるか不安。
42	富山	医科(無)	返戻レセプトの取り扱いや労災扱いになったレセプト取り下げがむずかしい
43	富山	医科(無)	返戻されるものと処理されるものの区別がわかりづらいです。誤って重複請求した例がありました。
44	富山	医科(無)	停電等、通信トラブルが発生すると全く何にもできなくなる
45	富山	医科(無)	当クリニックでは電子カルテハヤブサを使用のため、代行機関の対応ができていない
46	富山	医科(無)	サーバーのトラブル等で請求ができなくなることがある
47	富山	病院	義務化に向けオンライン請求医療機関が増え受信側のシステムエラーやサーバーダウン等が発生しないか懸念材料があります。
48	石川	医科(無)	オンライン請求時の不具合(ストレス)。令和4年5月時、4月分の請求の際、何十回しても繋がらない。相手方からは一言もない(そのことについての説明)。
49	石川	医科(無)	以前から何らかのレセプト関連の変更があるたびにサーバーにつながらなくなり、いちいちCD-ROMを持っていくことがある。とてもとても面倒。サーバーの補強をちゃんとやれ!と言いたいです。
50	石川	歯科	現在導入して半年になるが、未だにどうしていいかわからないことが出てきて、レセコン会社・支払基金・国保連合会とあちこちに電話しながらなんとか出している。歯科医師会や保険医協会で対応してくれると助かるんだけどな。
51	滋賀	歯科	実際にオンライン請求を導入して何回か申請した実績があります。その時にとっても複雑で大変でした。また、請求先のシステムトラブルで2回連続でオンライン請求ができなくて光ディスクにし直して期限ぎりぎりの提出になり、ヒヤヒヤした経験があります。オンライン請求はどうしてもしなければならなくなったら考えますが、できない時の臨時救済システムはどうなるのでしょうか?不安しかありません。
52	大阪	医科(無)	現在のオンラインを使っているが、送信データの作成、送信、返戻、取り消しなど作業が複雑でコンピューターに慣れていないとできない。softを作った人がアホなのかもっと簡単にできるようにしてほ

			しい。当院みんな高齢化の職員ばかり毎月大変である。
53	大阪	医科(無)	現時点でオンライン請求用のPCが必要と言われた。請求頻度を考えると無駄である。資格確認用PCとの併用が可能になるらしいが、できてからすすめてほしい。もっと環境を整備してから万全の企画すすめてほしい。
54	大阪	医科(無)	5月の支払基金のシステム更新が上手くいかず、電話もつながらず、夜23:00を過ぎてから電話がつながりました。オンライン請求に不安を感じました。
55	大阪	医科(無)	請求時の接続が不安定なことが多く、待ち時間も結構ある。システム上、もう少し安心感のあるシステム改善が必要である。
56	兵庫	医科(無)	返戻レセプトのオンライン再請求も義務化されたが、明らかに紙で再請求するほうが簡易であった。5月のGW明けはオンラインがつながらずたいそう時間がかかった。義務化するからには色々と改善すべき点を解決してほしい。
57	兵庫	医科(無)	伝送方法が複雑になり、対応できる人材が居ない。あまりにも不鮮明。返戻や再請求などオンラインになると分かりにくい。義務化はかなり不親切だと感じる。日々診療した報酬が正当に請求出来なければ廃業になる可能性が高い。特別なスキルが無くても確実に請求できるシステムを希望します。
58	兵庫	医科(無)	運用ソフトが難解、簡単にしてもらいたい。
59	兵庫	医科(無)	トラブル時規定の日が過ぎるとレセプト受け付けられないなど、対応がひどすぎる、オンライン請求と言いながら、24時間受付できない等意味不明。
60	奈良	歯科	一部郵送しないといけないので手間が増えた(気がする)。慣れるまでレセプト・返戻修正の操作に時間がかかるので(まだ慣れていないので)不安
61	福岡	医科(有)	先月よりオンライン請求へ移行したが、今までの請求方法で不便を感じなかったし、オンライン請求及び返戻等の手順が難しい為、請求方法を選択できるようにしてほしい。
62	福岡	医科(無)	オンライン請求・電子カルテ導入して10年前後になるが導入費用だけでなく対応できる事務員の確保のみならず院長自身が使いこなせる必要あり。70才代であるが新規参入なら大変である。当院はどうか対応している。
63	宮崎	医科(有)	オンラインに支障がある際にバックアップ手段がなくなるため
64	宮崎	医科(無)	義務化をする事によって医業を辞めようとするクリニックがあります。非常に残念な事だと考えています。また、災害時・緊急時の対策が十分に取られていない状況でオンラインのみとなる事に懸念があります。
65	宮崎	医科(無)	国保に関しては、レセプトのみならず、新型コロナウイルスワクチン接種の市外の間診表等提出するものが他にもあったりするので、結局、届けるか郵送する手間はかかっています。また、オンライン請求も毎月5日以降しかできず、早く送りたくても4日までは受付できません。便利ではない。
66	宮崎	歯科	社保・国保のみなので、他の母子・父子とか今まで通り持って行かないといけないならばオンライン請求しなくて良いと思います。

オンライン請求「義務化」方針に関するアンケートご協力のお願い

日夜、地域医療へのご尽力に敬意を表します。厚労省は今年3月に光ディスクなどで請求を行う医療機関に対して、原則2024年9月までにオンライン請求に移行することを実質上義務付ける計画案を示しました。協会は、医療のデジタル化について一律に反対するものではありませんが、すべての医療機関・地域医療を守るためにも期限を区切った「義務化」の方針については撤回を求めています。つきましては、会員の先生方の状況をお伺いし、実情を把握したうえで、政府への要望やマスコミに発信・要望をしていきたいと考えております。アンケートへのご協力をお願いいたします。

【アンケート回答要領】

* 下記の項目についてご記入いただき、6月●日(●)までに下記宛先にFAXにてご返信ください。

返信FAX宛先〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

* 右記二次元コードでGoogleフォームからも回答いただけます。

* ご回答内容は、調査の目的以外には使用いたしません。

* 本アンケートに関するお問い合わせは、〇〇担当事務局(〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇)まで



(該当する項目に☑をお願いします)

【問1】 都道府県 () 都・道・府・県

【問2】 年齢 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代以上

【問3】 区分 医科無床診療所 医科有床診療所 歯科診療所 病院

【問4】 厚労省が示したオンライン請求「義務化」方針についてどう思いますか
「義務化」に反対 「義務化」に賛成 どちらともいえない

【問5】 オンライン請求に対する先生のお考え、懸念を教えてください(複数回答可)

- ランニングコストが負担 セキュリティが不安(患者情報の漏洩等)
オンライン請求に対応できる人員がいない
導入後のシステムメンテナンスや故障時の対応が不安
初期導入費用が負担 建物の構造上導入できない
現在の請求方法(光ディスクまたは紙レセ)で不便を感じない
「義務化」されると廃業せざるを得ない 特になし
その他(自由記載)

()

【問6】 レセプトの請求方法について教えてください

- オンライン請求(問8へ) 電子媒体請求 レセコンで紙請求 手書き請求

【問7】 請求方法が「オンライン請求」以外の方にお尋ねします。

今後、オンライン請求を導入する予定はありますか

- 予定はない 検討中 予定がある

【問8】 政府のオンライン請求「義務化」方針についてご意見・ご要望等がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました

オンライン請求「義務化」については、方針が示されましたが、省令改正などの具体化はこれからです。協会では「義務化」を許さない運動を強めていきますので、ご協力をお願いします。

2023年10月5日

厚生労働大臣 武見 敬三 殿

全国保険医団体連合会
会長 住江 憲勇

オンライン請求「義務化」方針の撤回を求める要請書

厚生労働省は3月22日、社会保障審議会（医療保険部会）に、光ディスクなどで請求する医療機関に対して、原則2024年9月末までにオンライン請求に移行することを実質上義務付ける計画案を示し、9月6日にはパブリックコメントを発出、10月5日までの期限で意見を募集しました。この10月にも「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令の一部を改正する」計画です。命令の一部改正案の概要では、紙レセプト請求者に対しても、2024年4月以降は新規適用を終了し、既存の適用者には改めて届出を提出させる内容となっています。

しかしこの間、マイナ保険証によるオンライン資格確認のトラブルが社会問題化する中で、システム整備を早急に迫る政府・厚労省に対する不信感が高まっています。さらに政府はこの間発覚したマイナンバーカードの誤登録や、そもそも登録がされていなかった事例が大量に明らかになる中で、11月末までに1億6千万件の総点検を指示したさなかです。このような中で関連施策であるオンライン請求の実質義務化を強引に進めるのは言語道断です。このトラブル続きのオンライン資格確認インフラを利用したオンライン請求「義務化」方針は撤回するべきです。

「健康保険証の廃止」法案も多く国民が反対する中で国会を通過しましたが、7月2日発表のJNN世論調査では「廃止期限を延期すべき」または、「方針を撤回すべき」と答えた人があわせて73%に上っています。医療機関はこの問題をめぐって大混乱に陥っており、防衛策として保険証持参を呼び掛けざるを得ない事態になっています。このままの推進は国民皆保険制度の崩壊を早めるだけであり、到底容認できません。

さらに2009年の「義務化撤回訴訟」の提訴により、厚労省は省令改正によりオンライン請求義務化を撤回した経緯があります。医療機関等に対し、請求方法の選択の自由を認めた事実を重く受け止めるべきです。

光ディスク等で請求する医療機関等は、歯科診療所の52.8%、医科診療所の14.1%であり、依然として約5万件存在します（7月末現在）。

高齢医師・歯科医師等が多い紙レセプト請求医療機関（7.6千件）に、改めて届出を求めるなどすれば、かえって閉院・廃院を後押しかねません。現に本会が取り組んだ会員署名に寄せられた声では、廃院、閉院を検討する声が多数寄せられています。

さらに紙レセプトの新規適用を2024年3月末で終了させる方針は、患者減等の事情により、紙レセプトに切り替える道を閉ざし、閉院時期を早めることになりかねません。

長引くコロナ禍の中、安心・安全の医療が最優先であるにもかかわらず、医療DX推進ありきで地域医療に混乱を持ち込み、医療機関の経営を窮地に追い込むこのような政策は本末転倒です。

地域医療存続のために下記事項の実現を強く要請します。

記

- 一、オンライン請求「義務化」方針を撤回すること
- 一、紙レセプトの新規適用を認めるとともに、すでに認められている医療機関に改めて届出を行うことを求めないこと

以上

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令の一部を改正する命令案について（概要）

令和 5 年 9 月
厚生労働省
こども家庭庁

1. 改正の趣旨

- 保険医療機関・保険薬局の療養の給付又は公費負担医療に関する費用の請求については、
 - ・ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により行うこととされ（療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号。以下「請求命令」という。）第 1 条第 1 項）、
 - ・ レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関・保険薬局及び保険医療機関である診療所・保険薬局のうち電子請求の義務化時点において常勤の保険医・保険薬剤師の年齢が 65 歳以上であるものであってその旨を期日までに届け出たものは、書面による請求を行うことができるとされている（請求命令第 5 条第 1 項及び第 6 条第 1 項）。
- また、介護サービス事業所・施設等の介護保険給付又は公費負担医療に関する費用の請求については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により行うこととされている（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令（平成 12 年厚生省令第 20 号。以下「介護請求命令」という。）第 2 条）。
- 今般、これらの療養の給付に関する費用の請求方法等について、「オンライン請求の割合を 100%に近づけていくためのロードマップ」（令和 5 年 3 月 23 日社会保障審議会医療保険部会）及び「デジタル原則を踏まえたアナログ規制の見直しに係る工程表」（令和 4 年 12 月 21 日デジタル臨時行政調査会）において見直しを行うとされたことを踏まえ、必要な改正を行うもの。

2. 改正の概要

- (1) フレキシブルディスク等の記録媒体を指定する規定の見直し
請求命令及び介護請求命令において「光ディスク等」に含まれるものとして特定の媒体名によって規定していた「フレキシブルディスク」を削除する。
- (2) 請求命令に規定する請求方法の見直し
 - 光ディスク等を用いた請求について、
 - ① 療養の給付等に関する費用の請求方法（請求命令第 1 条）から削除する。
 - ② 令和 6 年 3 月 31 日以前の直近の療養の給付等に関する費用の請求を光ディスク等を用いて行った保険医療機関・保険薬局は、令和 6 年 9 月 30 日までの間、光ディスク等を用いた請求を行うことができることとする。

- ③ 令和6年4月1日から令和6年9月30日までの間、②により療養の給付等に関する費用の請求を光ディスク等を用いて行った保険医療機関・保険薬局のうち、電子情報処理組織の使用による請求に移行するための計画とともに、光ディスク等を用いて請求を行う旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、届出を行うたびに、一年間に限り、光ディスク等を用いた請求を継続することができることとする。

○ 書面による請求について、

- ① 療養の給付等の請求の特例（請求命令第5条及び第6条）を削除する。
- ② 令和6年3月31日以前の直近の療養の給付等に関する費用の請求を書面により行った保険医療機関・保険薬局は、レセプトコンピュータを使用していない旨を、あらかじめ審査支払機関に届け出たものに限り、書面による請求を行うことができることとする。
- ③ 令和6年3月31日以前の直近の療養の給付等に関する費用の請求を書面により行った保険医療機関・保険薬局のうち、表の左欄の保険医療機関・保険薬局において診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の生年月日が、同表の右欄の日以前である旨を、あらかじめ審査支払機関に届け出たものは、書面による請求を行うことができることとする。

レセプトコンピュータを使用している薬局	昭和19年4月1日
レセプトコンピュータを使用している診療所（歯科に係る療養の給付費等の請求を行う場合を除く。）	昭和20年7月1日
レセプトコンピュータを使用している診療所（歯科に係る療養の給付費等の請求を行う場合に限る。）	昭和21年4月1日
レセプトコンピュータを使用していない診療所又は薬局	

※ ③の届出を行った保険医療機関・保険薬局であって、生年月日が表の右欄の日より後である常勤の保険医・保険薬剤師が新たに診療又は調剤に従事することとなった場合は、速やかに審査支払機関に届け出なければならないこととする。届出を行った保険医療機関・保険薬局は、当該届出の日の属する月及びその翌月に限り、書面による請求を行うことができることとする。

(3) その他

- その他所要の改正を行う。

3. 根拠条項

- 健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第6項（第85条第9項、第85条の2第5項、第86条第4項、第110条第7項及び第149条において準用する場合を含む。）
- 介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第12項、第42条の2第10項、第46条第8項、第48条第8項、第51条の3第9項、第53条第8項、第54条の2第10項、第58条第8項及び第61条の3第9項 等

4. 施行期日等

- 公布日：令和5年10月下旬（予定）
- 施行期日：（1）公布日、（2）令和6年4月1日

オンライン請求の割合を100%に近づけていくための ロードマップ（案）

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

請求形態の現状

請求形態の大宗は、通常の請求方法として認められている電子請求（オンライン又は光ディスク等）となっている。

	概要	手続	(参考：基金R5.1処理分)	
			機関数	件数
オンライン	通常の方法 (オンライン請求端末から電子レセプトを送信)	特になし(※1)	153,845機関 (70%)	約9,720万件 (86%)
光ディスク等	通常の方法 (電子レセプトを光ディスク等に記録し、郵送)		59,588機関 (27%)	約1,599万件 (14%)
紙レセプト (免除対象)	手書きでレセプト作成している場合	事前届出	5,624機関 (2.5%)	約31万件 (0.3%)
	電子請求の義務化時点で医師等が65歳以上である 場合(現時点で75歳以上程度)	事前届出 (平成21年・22年まで)	2,101機関 (0.9%)	約18万件 (0.2%)
紙レセプト (猶予対象)	通信回線に障害が生じた場合	事前届出(※2)・資料添付	1機関	10件
	レセコン導入契約後、作業未完了である場合	事前届出(※2)・資料添付	5機関	502件
	改修工事中又は臨時施設である場合	事前届出・資料添付	1機関	20件
	廃院・休止に関する計画を定めている場合	事前届出・資料添付	1機関	26件
	その他特に困難な事情がある場合	事前届出(※2)・資料添付	8機関	209件

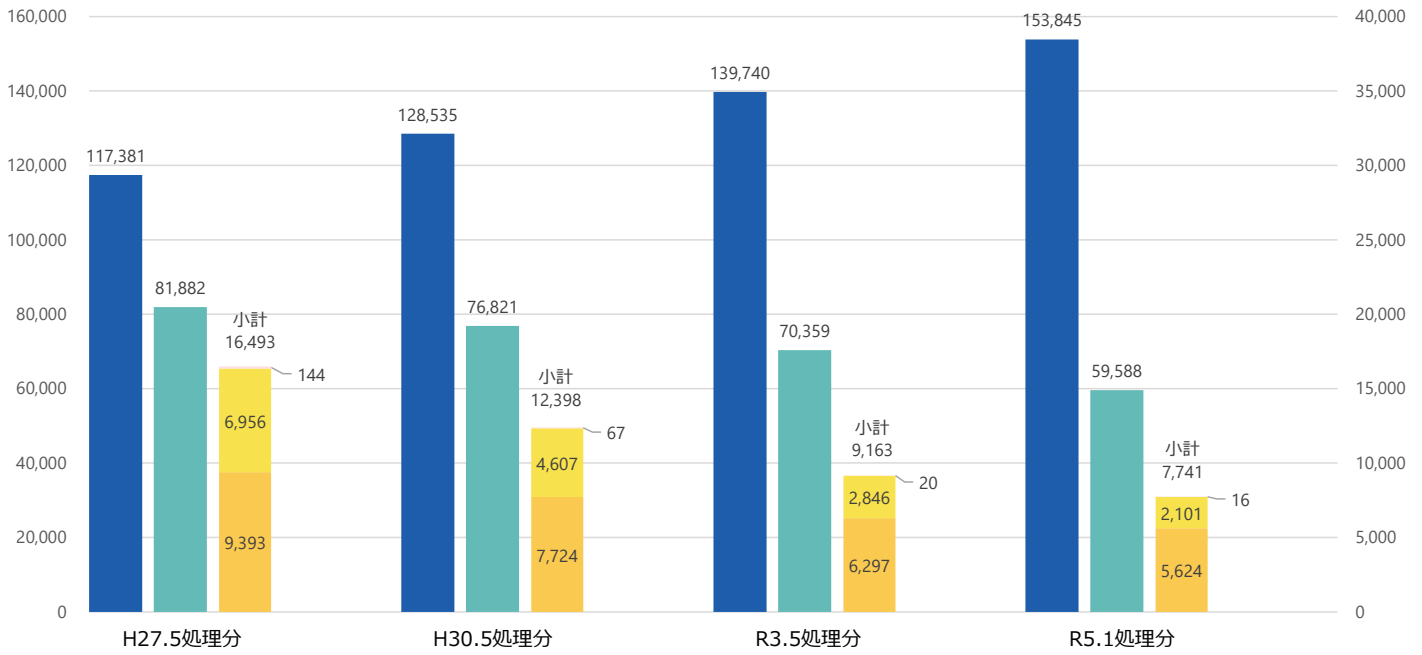
※1：使用プログラム名等の届出は必要

※2：やむを得ない事情がある場合は、届出を請求日に行うことも可能

請求形態別機関数の推移

「オンライン請求」の機関が増加する一方で、「光ディスク等」と「紙レセプト」は減少してきている。

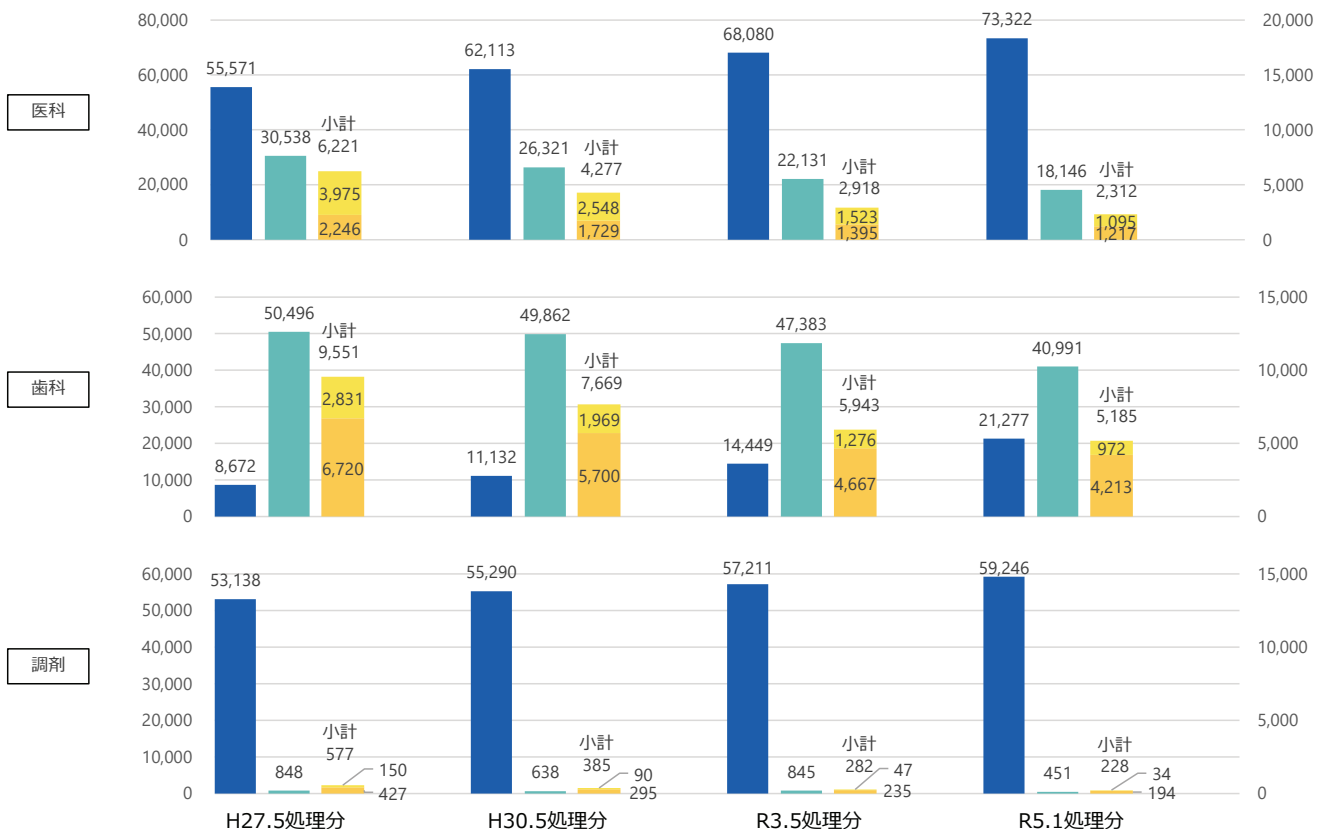
請求形態別の機関数の推移



(左軸) ■ オンライン
(右軸) ■ 紙レセ (レセコン未使用) ■ 光ディスク等 ■ 紙レセ (高齢医師等) ■ 紙レセ (附則猶予)

※支払基金（原請求。処理時点で廃止されている医療機関等分を除く。）

(参考) 種別ごとの請求形態別機関数の推移



(左軸) ■ オンライン
(右軸) ■ 紙レセ (レセコン未使用) ■ 光ディスク等 ■ 紙レセ (高齢医師等) ※1 紙レセ (附則猶予) は種別内訳が不明であり、記載していない ※2 支払基金 (原請求。処理時点で廃止されている医療機関等分を除く。)

<医療・介護・感染症対策>

(3)医療DXを支える医療関係者の専門能力の最大発揮

11 社会保険診療報酬支払基金等における審査・支払業務の円滑化

- c 厚生労働省は、より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のためには、紙レセプトはもとより、電子媒体による請求が行われている場合も含め、オンライン請求への移行を進める必要があることから、オンライン請求を行っていない医療機関等の実態調査を行うとともに、その結果も踏まえ、将来的にオンライン請求の割合を100%に近づけていくための具体的なロードマップを作成する。

c：令和4年度末目途措置

5

アンケート調査概要

より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のため、光ディスク等や紙媒体により請求している医療機関等に対して、オンライン請求への移行を進めるための実態調査を実施。

1. 調査対象・回答状況

令和4年7月基金処理分において光ディスク等又は紙レセプトにより請求を行った医療機関・薬局のうち、計8,000機関に対して、調査票を送付し、アンケート調査を実施した（有効回答数4,107件、有効回答率51.3%）。

	光ディスク等				紙レセプト			
	医科	歯科	調剤		医科	歯科	調剤	
調査票送付数 (A)	4,000	1,230	2,738	32	4,000	1,218	2,665	117
抽出率	約6%				約48%			
(参考) 全機関数※1	64,620	19,872	44,232	516	8,234	2,502	5,472	240

(回答結果)

請求方法 (B) ※2	医科	歯科	調剤		医科	歯科	調剤	
	1,887	558	1,310	19	2,099	613	1,416	70
(参考) B/A	47%	45%	48%	59%	52%	50%	53%	60%

注：調査票送付数は、請求方法ごとに4,000を医科・歯科・調剤の種別構成割合で按分した。

※1：R4.6基金処理分。紙レセプトのうち種別ごとの内数には、猶予対象の紙レセ医療機関・薬局（20機関）が反映されていない。

※2：このほか回答時点で「すでにオンライン請求に移行している」医療機関・薬局（107件）、請求方法が定かでないもの（14件）が存在。

2. 調査方法・時期

- ・ 厚生労働省の受託事業者から医療機関・薬局に対して、質問票・調査票（紙）を郵送（2023年2月1日発送）。
- ・ 医療機関・薬局は、調査票（紙）又はインターネットによる回答が可能。
- ・ 回答期間：2023年2月1日～2月28日（必着）

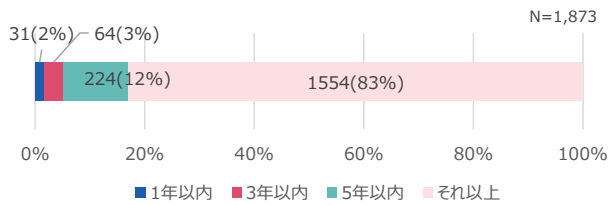
3. 主な調査内容

「現在の請求方法」「オンライン化へのハードル」「オンライン化を検討する上で望ましい情報・周知広報」等

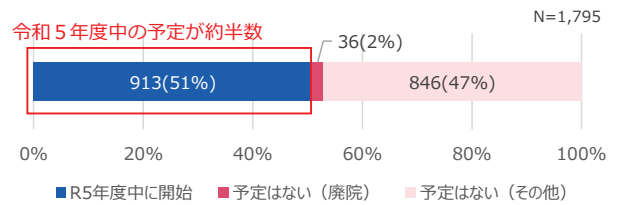
アンケート調査 結果（光ディスク等）

- 現在の請求方法を開始して5年以上の医療機関・薬局が83%程度である一方、5年以内のものが17%程度存在。
- 約半数の医療機関・薬局が令和5年度中にオンライン請求を開始する予定。移行に要する期間としては、6か月程度が最も多く、36%が12か月程度以内であった。一方で、それ以上かかるものや分からない医療機関・薬局も存在。

現在の請求方法を開始してからの期間



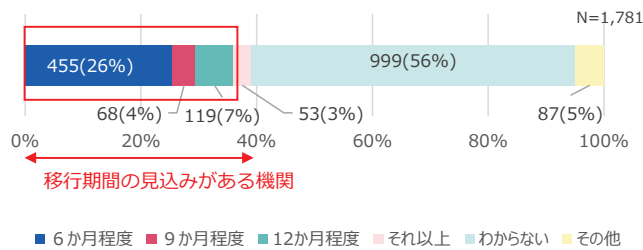
オンライン請求を開始する予定



オンライン請求への移行に要する期間

6か月程度が最も多く、36%が12か月程度以内で移行できる（移行期間の見込みがある機関の92%）

一方で12か月程度以上かかる機関や分からない機関も存在する

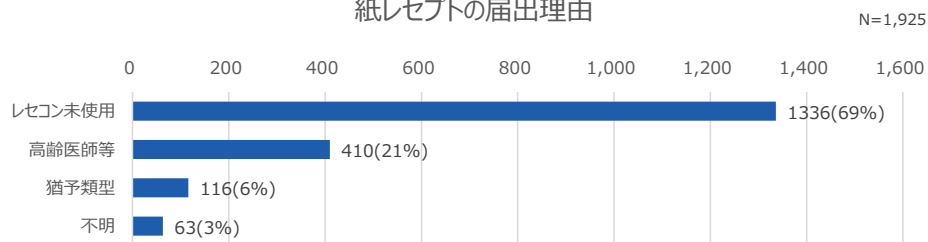


7

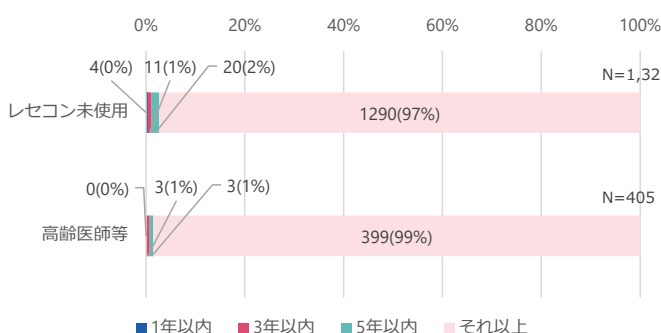
アンケート調査 結果（紙レセプト）

- 令和5年度中にオンライン請求を開始する予定である医療機関・薬局は約3～6%程度。

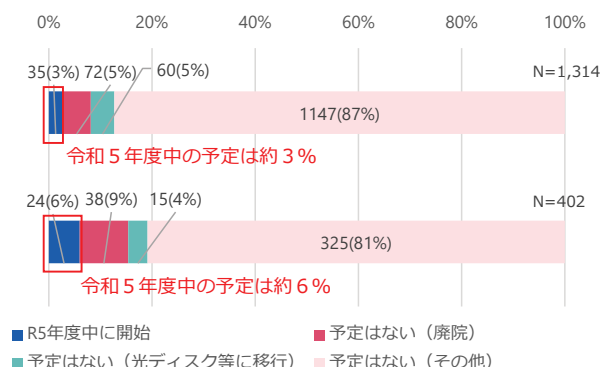
紙レセプトの届出理由



現在の請求方法を開始してからの期間



オンライン請求を開始する予定

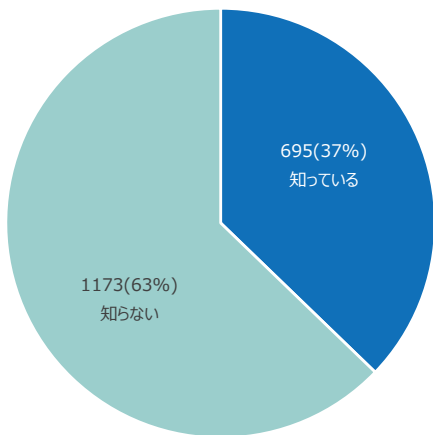


アンケート調査 結果（診療報酬加算の要件緩和）

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関して、オンライン請求を令和5年末までに開始する旨の届出を行っている場合、令和5年4月から12月までの間、特例により算定しやすくなっていること（要件緩和）について、約6割の医療機関・薬局に知られていない。

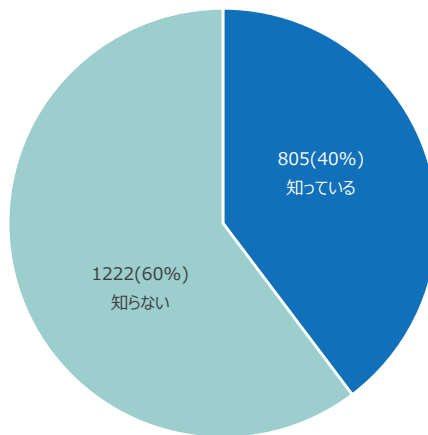
光ディスク等請求機関

N=1,868



紙レセプト請求機関

N=2,027



9

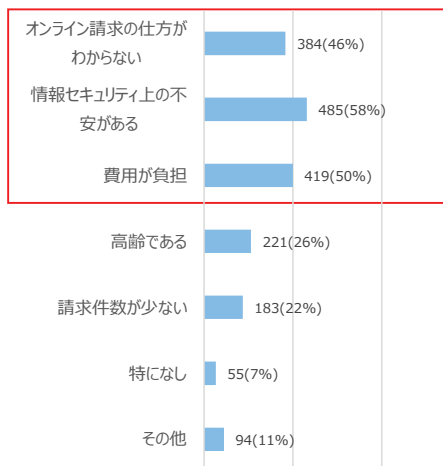
アンケート調査 結果（移行する上でのハードル）

- 廃止（廃院）以外の理由で令和5年度末までにオンライン請求を開始する予定がない医療機関・薬局が、オンライン請求を実施しない主な理由や移行する上でハードルとなっている主な点は、現在の請求形態毎に以下のとおり。

光ディスク等

N=839

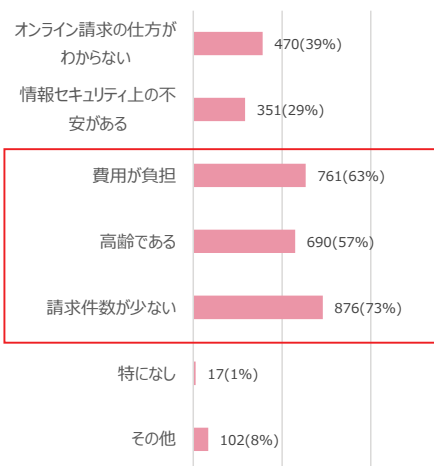
0% 50% 100%



レセコン未使用

N=1,201

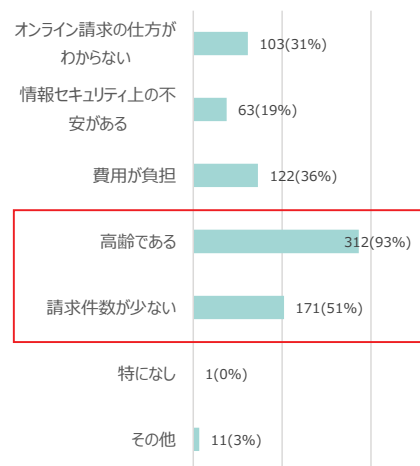
0% 50% 100%



高齢医師等

N=335

0% 50% 100%

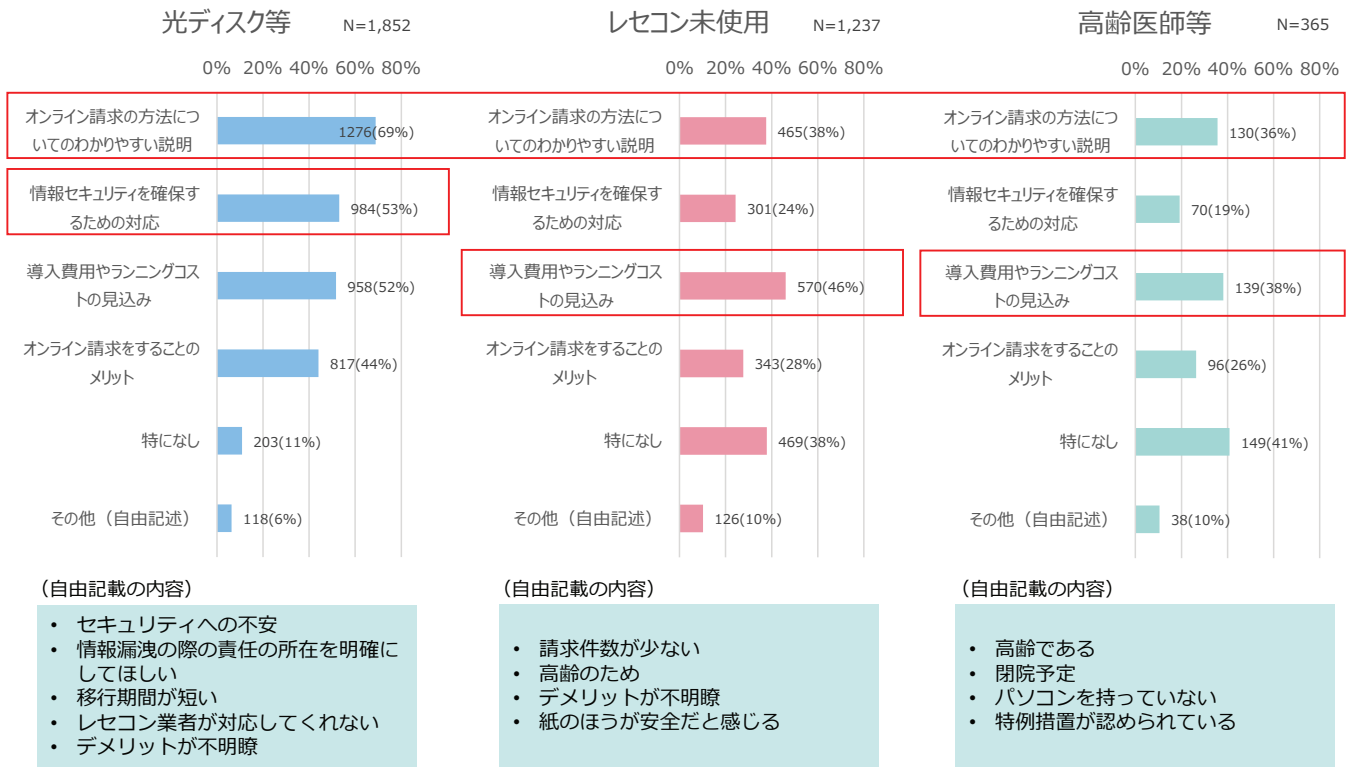


(注)

- オンライン請求の仕方には、レセプトコンピュータの使い方やトラブル発生時の対処法、届出方法などを含む。
- 費用には、回線敷設、端末導入、運用などにかかる費用を含む。

アンケート調査結果（周知広報）

・ オンライン請求への移行を検討する上で、あると望ましい情報・周知広報の内容は、現在の請求形態毎に以下のとおり。



(注) オンライン請求の方法の説明には、レセプトコンピュータの使い方やトラブル発生時の対処法、届出方法などを含む。

11

オンライン請求の割合を100%に近づけていくための基本的考え方

医療保険におけるオンライン化の取組

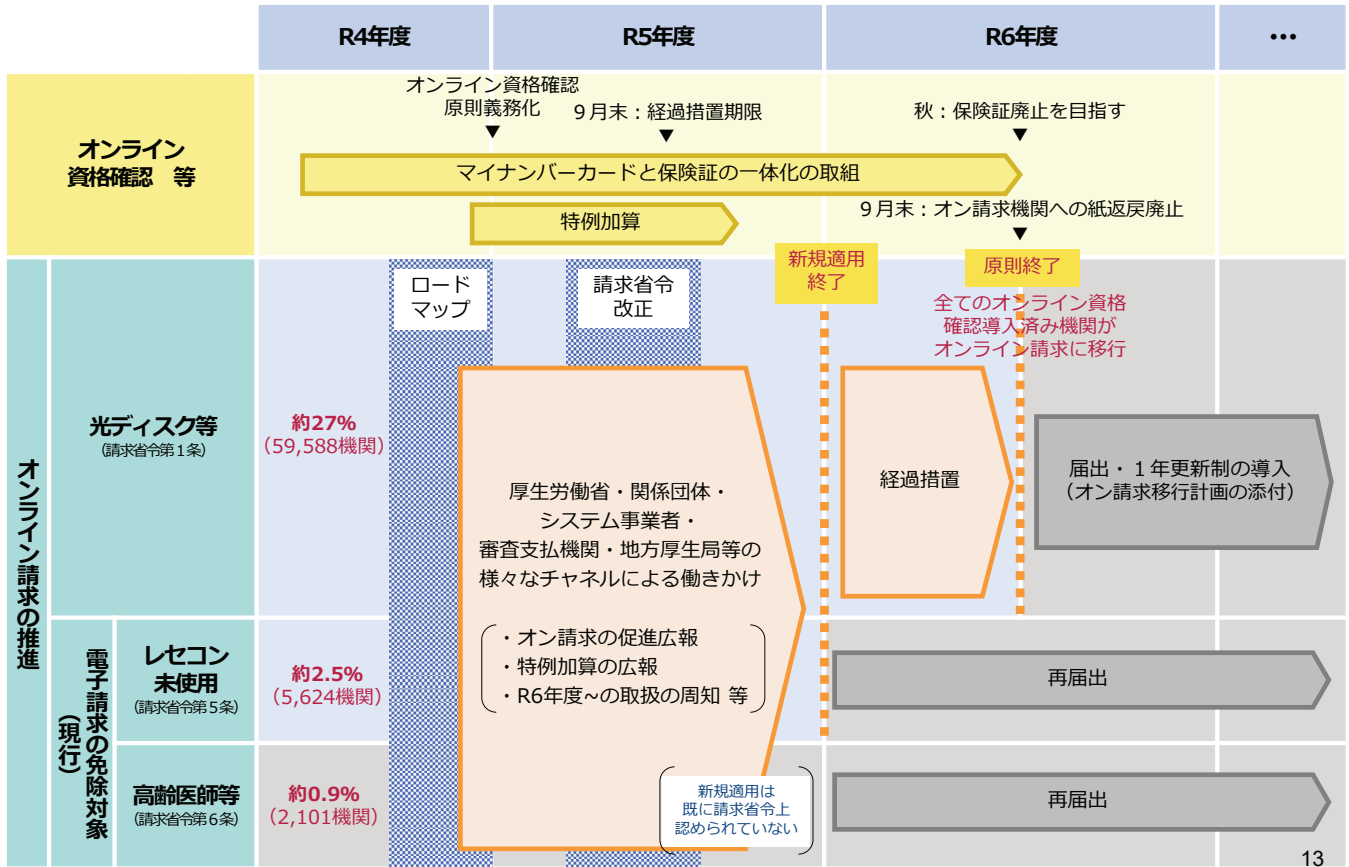
- ・ レセプト請求については、これまでオンライン化が進んでおり、光ディスク等・紙レセプトによる請求が減少している。現在、紙レセプトは例外的な取扱い（約3.5%）であり、小規模な医療機関・薬局の高齢医師等が長らく紙レセプトで請求を行ってきている。一方で、光ディスク等は、約27%の医療機関・薬局で用いられている。
 - ・ 令和5年4月から医療機関・薬局においてオンライン資格確認の導入が原則義務化される。これに伴い、義務化の対象である光ディスク等請求機関においては、オンライン請求も可能な回線が敷設される。
 - ・ オンライン資格確認の導入に伴う医療の質の向上を診療報酬上の加算で評価するとともに、オンライン請求を更に普及する観点から、オンライン請求を令和5年末までに開始する場合も加算算定を可能とした（要件緩和）。
 - ・ マイナンバーカードで受診することにより、より良い医療を受けることが可能になる、医療制度全体の効率化につながるなど、患者、医療機関・薬局、保険者にとって様々なメリットがあることを踏まえ、カードと健康保険証の一体化を加速し、令和6年秋に健康保険証を廃止することを目指している。
- (参考) オンライン請求機関による返戻再請求等を令和5年4月からオンライン化し、令和6年9月末に紙返戻を廃止することとしている。

基本的考え方

1. 本年末にかけて、オンライン資格確認の特例加算の要件緩和を含め、オンライン請求に係る周知広報を集中的に行う。
2. 光ディスク等請求機関は、オンライン資格確認の原則義務化によりオンライン請求も可能な回線が敷設される機会を捉え、令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - ・ 新規適用を令和6年4月から終了する。既存機関は令和6年9月末までに、原則オンライン請求に移行する。
 - ・ 光ディスク等請求を続ける機関（レセコンを保有していないが、外部委託により光ディスク請求を実施する機関など）には、移行計画の提出を求め、1年単位の経過的な取扱いとする。
 ⇒ 令和6年9月末までに全てのオンライン資格確認導入済み機関がオンライン請求に移行することを目指す。
3. 紙レセプト請求機関は、あくまで経過的な取扱いであることを明確化した上で、新規適用を終了する。
 - ・ レセコン未使用の場合の新規適用を令和6年4月から終了する。（※高齢医師等については既に新規適用なし）
 - ・ 令和6年4月以降も紙レセプト請求を続ける機関は、改めて当初の要件を満たしている旨の届出を提出する。

12

オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ（案）



13

(1) 光ディスク等について

- 光ディスク等請求機関については、令和5年4月から原則としてオンライン資格確認が導入されることに伴い、オンライン請求も可能な回線が敷設される。また、オンライン資格確認の特例加算の要件緩和により、本年4月から12月末までにオンライン請求を開始する場合には、加算を算定することができる。このようにして、**オンライン請求に移行しやすい環境がある。**
 - まずは、年末までの特例加算の要件緩和を最大限活用しつつ、特に令和5年末までを目標に掲げ、オンライン請求への移行に係る周知広報を集中的に行う。その際、移行へのハードルや移行を検討する上で望ましい情報・周知広報として、「オンライン請求の仕方」「情報セキュリティの確保」「費用（の見込み）」などを指摘するものが多かったことから、これらの点について分かりやすいまとまった情報の発信を検討し、医療機関・薬局の計画的な移行を促す。また、効果的な周知広報を行うため、厚生労働省、関係団体、システム事業者、審査支払機関、地方厚生局など関係者が一丸となった取組を行う。
 - その上で、令和5年度中に請求省令を改正し、
 - ▶ 令和6年4月から、光ディスク等による請求の新規適用を終了する。
 - ▶ 併せて、光ディスク等請求の位置づけを通常の請求方法から改める。このとき、**令和6年3月末時点における光ディスク等請求機関については、経過措置期間を設けつつ、令和6年9月までに原則としてオンライン請求へ移行するものとする。**なお、期間終了後も光ディスク等による請求を続けようとする機関（レセコンを保有していないが、外部委託により光ディスク請求を実施する機関など）については、届出とともにオンライン請求への移行計画の提出を求め、1年単位での経過措置的な取扱いとする。
- ⇒ これらの対応を行うことを通して、令和6年9月末までに全てのオンライン資格確認導入済み機関がオンライン請求に移行することを目指す。

(参考) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）（抄）

(療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求)

第一条 保険医療機関若しくは次に掲げる医療に関する給付（以下「公費負担医療」という。）を担当する病院若しくは診療所（以下単に「保険医療機関」という。）又は保険薬局若しくは公費負担医療を担当する薬局（以下単に「保険薬局」という。）は、療養の給付（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第百四十五条に規定する特別療養費、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、家族療養費及び高額療養費の支給を含む。第八号を除き、以下同じ。）又は公費負担医療に関し費用を請求しようとするときは、電子情報処理組織の使用による請求（厚生労働大臣が定める事項を電子情報処理組織（審査支払機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と、療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求をしようとする保険医療機関又は保険薬局の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。）を使用して、厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機から入力して審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。）又は光ディスク等を用いた請求（厚生労働大臣が定める事項を電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合するフレキシブルディスク又は光ディスク（以下「光ディスク等」という。）を提出することにより行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。）により行うものとする。

2・3（略）

(2) 紙レセプトについて

- 紙レセプト請求機関については、既に例外・経過措置的な請求方法となっており、これまで減少し、全機関の約3.5%に留まっている。特に高齢医師等の類型は省令上新規適用が既に認められていないこともあり、現在の紙レセプト請求機関全体が小規模な医療機関・薬局の高齢医師等が長らく紙レセプトで請求を行ってきたものであるという傾向があり、オンライン請求に移行する予定のあるものの割合も相対的に小さい。
- 一方で、オンライン請求を促進することで、医療機関・保険者等において、郵送作業が不要になるとともにセキュリティ面が強化される、レセプトの事前チェックも可能となり事務コストの削減になるなどのメリットがあることから、紙レセプト請求機関に対しても移行のメリットを丁寧に発信しながら、オンライン化の検討を促すことが重要である。
- この点、レセコン未使用の機関については、移行を検討する上で望ましい情報・周知広報として「費用（の見込み）」「オンライン請求の方法」などを挙げるものが比較的が多かったことから、紙レセプト請求機関からみて必要な対応を分かりやすくまとめた情報発信を検討する。また、紙レセプト請求機関については、資格確認限定型のオンライン資格確認（令和6年4月末日運用開始）の導入を進める予定であることも踏まえ、移行する機関からみて負担が小さいスケジュールでの導入を案内する。
- その上で、令和5年度中に請求省令を改正し、
 - 現在も新規が認められているレセコン未使用の機関について、令和6年4月から、紙レセプトによる請求の新規適用を終了する。併せて、紙レセプトが経過的な取扱いであることを法令上明確化する。
 - 現在も一定の事由がある場合にのみ例外・経過措置的に認めている紙レセプトについて、医療機関・薬局自身でも請求理由を把握できていないケースもあることを踏まえ、令和6年4月以降も紙レセプト請求を続ける医療機関・薬局は、改めて届出を提出する。

15

(2) 紙レセプトについて

(参考) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(抄)

(療養の給付費等の請求の特例)

第五条 レセプトコンピュータ(療養の給付費等の請求を行う者の使用に係る電子計算機であつて、診療報酬請求書及び診療報酬明細書並びに調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書(以下「レセプト」という。))を使用していない保険医療機関又は保険薬局(次条第一項の届出を行つたものであつて同条第三項の届出を行っていないものを除く。)は、第一条の規定にかかわらず、書面による請求(療養の給付費等について、保険医療機関にあつては診療報酬請求書に診療報酬明細書を、保険薬局にあつては調剤報酬請求書に調剤報酬明細書を添えて、これを当該診療報酬請求書又は調剤報酬請求書の審査支払機関に提出することにより請求することをいう。以下同じ。)を行うことができる。

2 前項の規定により書面による請求を行つている保険医療機関又は保険薬局は、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を整備するよう努めるものとする。

第六条 保険医療機関である診療所又は保険薬局(レセプトコンピュータを使用している診療所又は保険薬局であつて、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を有するものを除く。)のうち、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局において診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の年齢が、それぞれ同表の下欄に掲げる日において、いずれも六十五歳以上であるものであつて、その旨を審査支払機関に届け出たものは、第一条の規定にかかわらず、書面による請求を行うことができる。

(表略)

2 前項の規定により届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局のうち次の表の上欄に掲げるものは、それぞれ同表の下欄に掲げる日までに、届け出るものとする(表略)

3 第一項の届出を行つた保険医療機関又は保険薬局であつて、同項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局において、それぞれ同表の下欄に掲げる日における年齢が六十五歳未満である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに診療又は調剤に従事することとなつたものは、当該保険医又は保険薬剤師に係る登録情報を、速やかに審査支払機関に届け出なければならない。

4 (略)

(書面による請求)

第七条 保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求を始めようとするときは、あらかじめ、その旨を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

2~4 (略)

附 則

(療養の給付費等の請求に係る経過措置)

第四条 (略)

2~4 (略)

5 第五条及び第六条並びに本条第一項、第二項及び第四項に規定するもののほか、第一条の規定にかかわらず、保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、それぞれ当該各号に掲げる療養の給付費等の請求について、書面による請求を行うことができる。

一 電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局 当該障害が生じている間に行う療養の給付費等の請求

二 レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、療養の給付費等の請求の日までに光ディスク等を用いた請求ができないもの 当該設置又は導入に係る作業が完了するまでの間に行う療養の給付費等の請求

三 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行つている保険医療機関又は保険薬局 当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行つている間に行う療養の給付費等の請求

四 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局 廃止又は休止するまでの間に行う療養の給付費等の請求

五 その他電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局 当該請求

6・7 (略)

16

(3) 周知広報について

- 厚生労働省においては、オンライン請求への移行を促進するため、
 - オンライン請求の方法についての分かりやすい説明
 - オンライン請求のメリットや情報セキュリティについて理解や安心を得られるような具体的な内容や説明
 - 請求形態ごとの状況に即して、移行のために必要な対応（審査支払機関に対する手続を含む。）や一般的な費用の見込み、移行する期間からみて負担が小さいスケジュールが分かりやすく整理された説明
 - 令和6年度以降の取扱いに配慮した周知広報を、令和5年度の早期から行うものとする。
- また、効果的な周知広報を行うため、厚生労働省、関係団体、システム事業者、審査支払機関、地方厚生局など関係者が一丸となり、医療機関・薬局に対して様々なチャネルからの取組を行う。

記者の目



阿部 絢美
くらし科学環境部

2023.9.8 毎日

「マイナ保険証を巡るトラブル」

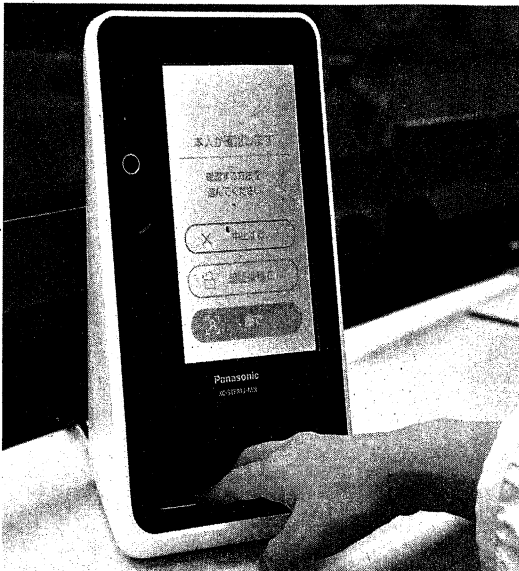
拙速な導入は医療に裏目

マイナンバーカードに健康保険証の機能を持たせた「マイナ保険証」を巡る混乱が続いている。医療現場を取材すると、課題が次々と浮かんできて、「誰のための、何のための医療サービスなのか」と疑問を抱かざるを得ない。

マイナ保険証の情報を読み取り、健康保険への加入の有無などを確認できる「オンライン資格確認システム」の導入が今年4月、医療機関に原則義務化された。全国で導入が進むのに伴い、読み取り機にマイナ保険証をかざしても「無効」などと表示されるトラブルが続発した。

原因として、システムや機器のエラーのほか、マイナンバーとのひも付け作業の遅れによる情報の未反映がある。問題なのは、他人の情報が誤ってひも付けられ、処方された薬など個人情報が見えたりするようになったことだ。

政府は8月8日、誤ってひも付けられたケースが計8441件に上ったと発表した。



マイナ保険証の読み取り機。他人の情報とひも付けられるなど、トラブルが相次いでいる—東京都品川区で、中川友希撮影

個人情報や他人に閲覧された事例は計15件確認され、情報管理の甘さに不安を感じた。実は、これとは別のトラブルに、私自身が見舞われた。

「今回は医療費が全額負担になります」。8月上旬、保育園に通う娘が転んで口から出血し、歯科医院を受診した際、院長からそう告げられた。窓口で手渡したのはマイナ保険証。夫が転職して新しい保険者番号が登録されているはずなのに、ひも付け作業の遅れのせいか以前のままで、院長から「現在の番号が確認できない」と説明された。

幸い診察料が数千円だったので支払うことができたが、これが高額だったらと思うとぞっとする。後日、改めて健

高齢の患者以外に 診療所運営も影響

こうした医療費に関するトラブルは、特に高齢の患者に多い。70歳以上は所得に応じて、自己負担の割合が1、2、3割のいずれかに変わるためだ。千葉県船橋市の病院で外来窓口を担当する男性は「このも（負担割合の）誤表示が多いと先が思いやられる」と話す。患者が読み取り機の前で列をなすことも多々あるという。

一方、しわ寄せは開業医に

も及んでいる。「もう少し地域医療に携わっていたかったんだけどね」。私が8月に取材した千葉市の男性歯科医(65)は、もの寂しそうに語った。地域医療を支えたいと、出身地に近い閑静な住宅街に診療所と居を構えた。地域密着型にこだわり、高齢者宅への訪問診療も行い、35年以上も奮闘してきた。ただ、診療に影響はないものの目の衰えもあることから、68歳までは頑張ったうえで引退しようと考えていた。

そこに降って湧いたのがマイナ保険証だった。システムの導入や維持管理には、経済的負担が重くのしかかる。

男性歯科医はシステム導入にあたっての費用対効果やトラブル対応への懸念などを検討した結果、やむなく引退時期を2年早めることにした。その後、後を継ぐと名乗り出てくれた歯科医が連長く見つけられ、患者がかかりつけ医を失う心配はなくなった。

ただ、医療関係者に話を聞くと、高齢の開業医がマイナ保険証をきっかけに引退や閉院をする例は、ほかにもあるという。地域医療への影響は少なくなく、医師のいない空白地が増えるおそれもある。

メリット享受より 不信感の方が強く

マイナ保険証の大きな特徴

は、患者の医療情報などを一元化できることだ。患者が同意すれば、医療機関で処方された薬のデータなどが医師と共有でき、より良い医療サービスが期待できる。患者と医療機関の双方に大きなメリットがあるはずだ。

しかし、現状は安心できる医療につながっているとは思えない。デジタル化を急いだ結果、データの信頼性が損なわれたり開業医が国から引導を渡された格好になったりしているようでは本末転倒だ。

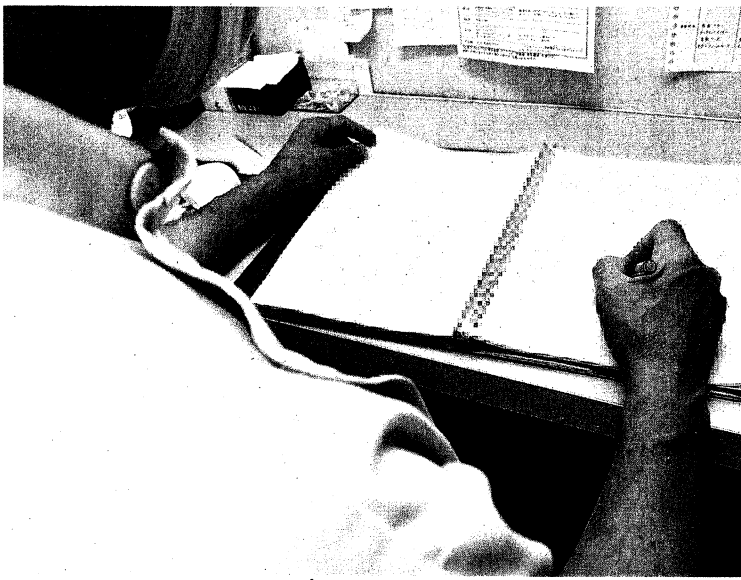
岸田文雄首相は8月4日の記者会見で、マイナ保険証の導入について、コロナ禍で悪戦苦闘した日々を振り返りながら「デジタル敗戦を繰り返してはならない」と述べた。「デジタル途上国」と指摘されている状況を打破しなければならぬのは理解できる。だからといって拙速なデジタル化は、患者や医療機関にとって得策なのだろうか。性急さが裏目に出た結果、トラブルが多発したように思う。誰一人として取り残されない医療サービスを充実させたいのであれば、一連の課題について時間をかけて一つ一つ解消していくべきだ。

来秋の健康保険証の廃止まであと1年。政府は廃止時期にこだわらず、現状の問題点を丁寧にもとめ、解決策を模索する必要がある。

マイナ保険証 早めた閉院

政府のマイナ保険証導入方針により、閉院の時期を早めた歯科医がいる。読み取り機器の購入やインターネット環境の整備などで費用がかかり、個人情報への懸念があるためだ。25年にわたって地域医療を支えた歯科医を来夏にたたむ決意をした男性歯科医(65)に去来する思いとは。

千葉市の中心街から車で20分ほど離れた閑静な住宅街に歯科医院は立地していた。クリーム色をした外装の2階建て。「私の家はここから50分先にあるんですよ。近所さんが患者さんなんだよね」。



患者の予約状況を確認する男性歯科医—千葉市で8月(画像の一部を加工しています)

2023.9.6 毎日

千葉の歯科 機器やネット整備 負担

ごちゃついたりしたところではなく、市街地から離れたところで、地に足を着けてやりたかった」と振り返る。

地域密着をモットーに、毎月300人ほどの患者を診察する。初診や飛び込みの患者はほとんどおらず、顔見知りばかり。乳幼児の歯科検診や高齢者宅への訪問診療にも汗を流し、顔の見える関係を大事にしてきた。

「10分診察して、20分世間話を聞くことがある。歯科医として『それでいいのか』と思われるかもしれないが、心のつながりが地域医療の良いところだよ」と語りかける。そんな男性が引退を意識し始めたのは50代のころ。視力が衰え始めたからだ。かかりつけの眼科医から「診療に問題はないが、酷使しないように」と告げられた。今後の加齢による体力の限界も考え、引退の時期を「68歳」と決めた。

しかし、そんな男性の意思を揺さぶる大きな変革が突如として襲ってきた。マイナ保険証の導入だ。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る。保険加入の有無などを確認できるオンライン資格確認システム

用業の種類を忘れることがあるため、マイナ保険証のメリットは「少しある」としつつも、「問診票などで対応できるので今すぐ導入する必要性は感じていない」と言う。

その上で、「マイナンバーカードは持っているけど、保険証とどうやってひも付けるのかで聞いてくる患者も多い。国民への理解に時間がかかるならそんなに急がなくてもいいのではないかと付け加える。

経済的な負担も重くのしかかる。この歯科医院にはオンライン資格確認システムを導入し、経済的に苦しい思いはしたくない」と。男性は1年前くらいに、閉院を決めた。当初の療養費支払基金へのレポート(診療報酬明細書)も紙のままになった。

ただ、心苦しさもあった。自分が閉院したら近くに歯科医院は一つしか残らない。地域の歯科治療を支えた身として、「歩いてくる患者さんを見捨てるなんてできない」という思いが込み上げた。一旦、閉院するにしても後継がないものか。

閉院を公表していたわけではないが、うわさを聞きつけた別の歯科医が後継として名乗り出してくれた。苦勞をともにした歯科衛生士らスタッフも継続的に雇用してくれるという。医院の名前など看板は変わり、手続き上は閉院だが、患者が行き場を失うことはなくなった。男性は「来年夏には一旦閉じて、改装が終わった数カ月後には新たに開院してくれると思う」と安心する。

マイナ保険証の導入などを理由に閉院の手続きを進めるケースは京都や岐阜な

「国は現場の実態見て」

どでもあるという。厚生労働省によると、既に閉院を予定しているなど、オンライン資格確認システムの導入義務化の対象外となっているのは6月30日時点で、8256施設に上る。帝国データバンクの担当者は「中小クリニックでオンラインに対応できないという話はよく聞く」と明かす。コロナ禍で売り上げの減った企業に実質無利子・無担保で融資する「ゼロゼロ融資」の返済が今春から本格化。担当者は「返済とオンライン化に伴う設備投資で経営が厳しく、医師の高齢化もあって閉院は多くなるかもしれない」と分析する。

男性の目下の懸念は、なじみの高齢の患者が今後、マイナ保険証を使いこなせるのか。政府はなぜ焦って進めるのか。もっと患者や医療現場の実態を見てほしい」と注文を付けた。【阿部純美/写真も】



政府統計

令和5年7月28日

【照会先】
医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室
室長 谷口 金本、川田 (内線 2551)
担当 田代、毛利 (内線 4141)
医政局歯科保健課
課長補佐 大坪
担当 田代、毛利 (内線 4141)
(代表電話) 03(5253)1111

「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」の概況

目次

1 調査の概要	1 頁
2 結果の概要	3 頁

「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」の結果は、厚生労働省のホームページにも掲載されています。

(無医地区等調査: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16.html>)

(無歯科医地区等調査: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/77-16.html>)



政府統計

令和5年7月28日

【照会先】
医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室
室長 谷口 金本、川田 (内線 2551)
担当 田代、毛利 (内線 4141)
医政局歯科保健課
課長補佐 大坪
担当 田代、毛利 (内線 4141)
(代表電話) 03(5253)1111

報道関係者 各位

令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果を公表します

厚生労働省は、このほど、「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」の結果を取りまとめましたので、公表します。

「令和4年度無医地区等及び無歯科医地区等調査」は、へき地保健医療体制の確立を図るための基礎資料を得ることを目的に、全国の無医地区等及び無歯科医地区等の実態及び医療確保状況の実態を調査しているものです。

【調査結果のポイント】

- 調査時点は令和4年10月末日
- 無医地区数は、前回調査（令和元年10月末日：590地区）に比べて33地区減少の557地区となり、減少傾向が続いている。また、無医地区人口は、前回調査（令和元年10月末日：126,851人）に比べて4,645人減少し、122,206人となっている。
- 無歯科医地区数は、前回調査（令和元年10月末日：777地区）に比べて7地区増加の784地区となっている。また、無歯科医地区人口は、前回調査（令和元年10月末日：178,463人）に比べて10,184人増加の188,647人となっている。

※詳細は、別添概況をご覧ください。

1 調査の概要

- (1) 目的
- 全国の無医地区等の実態及び医療確保状況の実態を調査し、へき地保健医療体制の確立を図るための基礎資料を得ることを目的とする。(無医地区等調査)
 - 全国の無歯科医地区等の実態及び歯科医療確保状況の実態を調査し、へき地歯科保健医療体制の確立を図るための基礎資料を得ることを目的とする。(無歯科医地区等調査)

(2) 対象

- 無医地区及び無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる地区(無医地区に準じる地区)を有する市町村。(無医地区等調査)
 - 無歯科医地区及び無歯科医地区には該当しないが、無歯科医地区に準じた歯科医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる地区(無歯科医地区に準じる地区)を有する市町村。(無歯科医地区等調査)
- ※ 無医地区・無歯科医地区とは、医療機関(歯科医療機関も含む。以下同じ。)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をいう。

(3) 回答率

ア. 無医地区および無医地区に準じる地区

回答市区町村数	調査対象地区数 ①	回答地区 ②	回答率 (②/①)	有効回答地区 ③	有効回答率 (③/①)
市	175	552	100%	552	100%
区	2	12	100%	12	100%
町	153	428	100%	428	100%
村	47	114	100%	114	100%
計	377	1,106	100%	1,106	100%

イ. 無歯科医地区および無歯科医地区に準じる地区

回答市区町村数	調査対象地区数 ①	回答地区 ②	回答率 (②/①)	有効回答地区 ③	有効回答率 (③/①)
市	181	636	100%	636	100%
区	5	31	100%	31	100%
町	155	446	100%	446	100%
村	47	136	100%	136	100%
計	388	1,249	100%	1,249	100%

(4) 調査日

令和4年10月末現在の状況を調査した。

(5) 方法

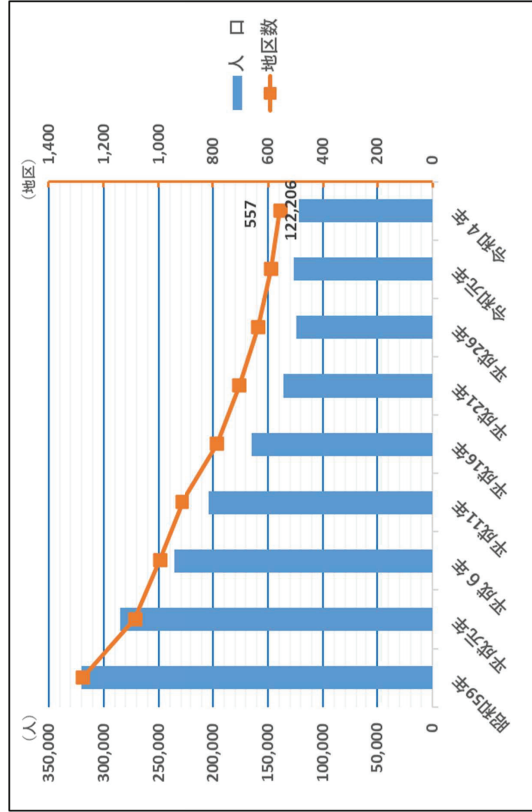
各都道府県の協力を得て、市区町村に調査票の作成を依頼し、厚生労働省が集計を行った。

2 結果の概要

(1) 地区数と人口

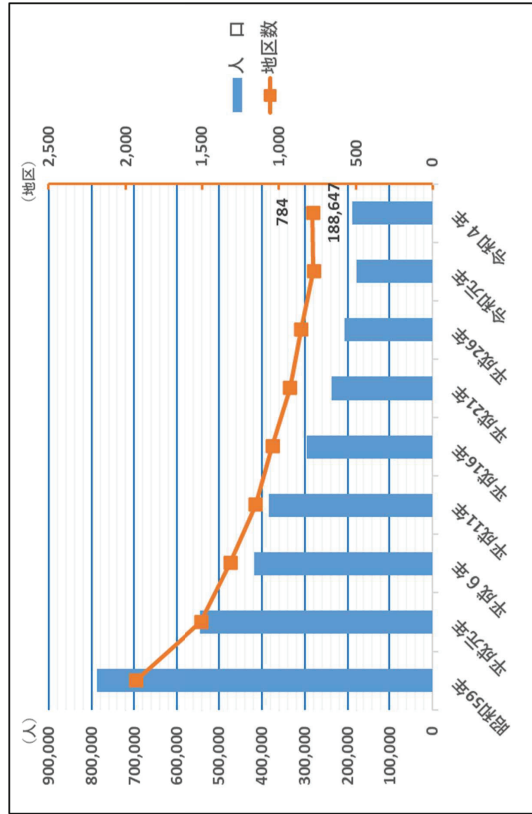
① 無医地区

	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年	令和元年	令和4年
地区数	1,276	1,088	997	914	787	705	637	590	557
人口	319,796	285,034	236,193	203,522	164,680	136,272	124,122	126,851	122,206



② 無歯科医地区

	昭和59年	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年	平成26年	令和元年	令和4年
地区数	1,935	1,507	1,319	1,153	1,046	930	858	777	784
人口	786,395	544,824	417,037	383,113	295,480	236,527	206,109	178,463	188,647



(2) 都道府県別地区数

① 無医地区

	都道府県名	令和元年度調査 無医地区数 (地区)		令和4年度調査 無医地区数 (地区)		増減 (地区) (B) - (A)	増減比 (%) (B) / (A)
		(A)	(B)	(A)	(B)		
1	北海道	76	64	▲12	84.2		
2	青森県	13	10	▲3	76.9		
3	岩手県	23	24	▲1	104.3		
4	宮城県	9	9	0	100.0		
5	秋田県	12	9	▲3	75.0		
6	山形県	0	0	0	-		
7	福島県	3	4	▲1	133.3		
8	茨城県	18	15	▲3	83.3		
9	栃木県	15	16	▲1	106.7		
10	群馬県	6	4	▲2	66.7		
11	埼玉県	0	0	0	-		
12	千葉県	0	0	0	-		
13	東京都	0	0	0	-		
14	神奈川県	0	0	0	-		
15	新潟県	17	14	▲3	82.4		
16	富山県	9	8	▲1	88.9		
17	石川県	8	9	▲1	112.5		
18	福井県	8	8	0	100.0		
19	山梨県	7	5	▲2	71.4		
20	長野県	9	9	0	100.0		
21	岐阜県	8	6	▲2	75.0		
22	静岡県	15	11	▲4	73.3		
23	愛知県	16	17	▲1	106.3		
24	三重県	2	1	▲1	50.0		
25	滋賀県	3	3	0	100.0		
26	京都府	11	10	▲1	90.9		
27	大阪府	0	0	0	-		
28	兵庫県	8	9	▲1	112.5		
29	奈良県	9	9	0	100.0		
30	和歌山県	15	12	▲3	80.0		
31	鳥取県	2	3	▲1	150.0		
32	島根県	25	28	▲3	112.0		
33	岡山県	21	21	0	100.0		
34	広島県	59	53	▲6	89.8		
35	山口県	8	8	0	100.0		
36	徳島県	11	10	▲1	90.9		
37	香川県	5	3	▲2	60.0		
38	愛媛県	7	6	▲1	85.7		
39	高知県	26	23	▲3	88.5		
40	福岡県	16	17	▲1	106.3		
41	佐賀県	0	0	0	-		
42	長崎県	0	1	▲1	-		
43	熊本県	20	26	▲6	130.0		
44	大分県	39	38	▲1	97.4		
45	宮崎県	13	13	0	100.0		
46	鹿児島県	12	16	▲4	133.3		
47	沖縄県	6	5	▲1	83.3		
	合計	590	557	▲33	94.4		

② 無歯科医地区

	都道府県名	令和元年度調査 無歯科医地区数 (地区)		令和4年度調査 無歯科医地区数 (地区)		増減 (地区) (D) - (C)	増減比 (%) (D) / (C)
		(C)	(D)	(C)	(D)		
1	北海道	74	63	▲11	85.1		
2	青森県	12	12	0	100.0		
3	岩手県	23	40	▲17	173.9		
4	宮城県	8	8	0	100.0		
5	秋田県	11	7	▲4	63.6		
6	山形県	1	1	0	100.0		
7	福島県	5	6	▲1	120.0		
8	茨城県	19	16	▲3	84.2		
9	栃木県	14	15	▲1	107.1		
10	群馬県	8	5	▲3	62.5		
11	埼玉県	0	0	0	-		
12	千葉県	0	0	0	-		
13	東京都	0	0	0	-		
14	神奈川県	0	0	0	-		
15	新潟県	22	26	▲4	118.2		
16	富山県	9	8	▲1	88.9		
17	石川県	11	13	▲2	118.2		
18	福井県	5	4	▲1	80.0		
19	山梨県	10	8	▲2	80.0		
20	長野県	17	18	▲1	105.9		
21	岐阜県	10	11	▲1	110.0		
22	静岡県	21	23	▲2	109.5		
23	愛知県	19	21	▲2	110.5		
24	三重県	5	5	0	100.0		
25	滋賀県	5	4	▲1	80.0		
26	京都府	12	13	▲1	108.3		
27	大阪府	0	0	0	-		
28	兵庫県	19	18	▲1	94.7		
29	奈良県	22	14	▲8	63.6		
30	和歌山県	22	26	▲4	118.2		
31	鳥取県	2	3	▲1	150.0		
32	島根県	37	36	▲1	97.3		
33	岡山県	44	41	▲3	93.2		
34	広島県	55	49	▲6	89.1		
35	山口県	12	15	▲3	125.0		
36	徳島県	16	15	▲1	93.8		
37	香川県	9	9	0	100.0		
38	愛媛県	26	24	▲2	92.3		
39	高知県	35	44	▲9	125.7		
40	福岡県	18	22	▲4	122.2		
41	佐賀県	2	1	▲1	50.0		
42	長崎県	3	3	0	100.0		
43	熊本県	21	26	▲5	123.8		
44	大分県	50	49	▲1	98.0		
45	宮崎県	15	15	0	100.0		
46	鹿児島県	34	35	▲1	102.9		
47	沖縄県	14	12	▲2	85.7		
	合計	777	784	▲7	100.9		

(3) 都道府県別人口

① 無医地区

	都道府県名	令和元年度調査 無医地区人口 (人)		令和4年度調査 無医地区人口 (人)		増減 (人)	増減比 (%)
		(E)	(F)	(F) - (E)	(F) / (E)		
1	北海道	10,460	9,170	▲ 1,290	87.7		
2	青森県	1,887	1,555	▲ 332	82.4		
3	岩手県	9,210	13,410	▲ 4,200	145.6		
4	宮城県	2,740	3,055	▲ 315	111.5		
5	秋田県	1,215	820	▲ 395	67.5		
6	山形県	0	0	0	-		
7	福島県	915	955	▲ 40	104.4		
8	茨城県	4,811	3,476	▲ 1,335	72.3		
9	栃木県	7,453	7,422	▲ 31	99.6		
10	群馬県	782	523	▲ 259	66.9		
11	埼玉県	0	0	0	-		
12	千葉県	0	0	0	-		
13	東京都	0	0	0	-		
14	神奈川県	0	0	0	-		
15	新潟県	2,397	2,062	▲ 335	86.0		
16	富山県	1,658	1,168	▲ 490	70.4		
17	石川県	1,900	1,874	▲ 26	98.6		
18	福井県	1,991	2,000	▲ 9	100.5		
19	山梨県	1,552	651	▲ 901	41.9		
20	長野県	5,514	4,999	▲ 515	90.7		
21	岐阜県	3,734	3,375	▲ 359	90.4		
22	静岡県	3,003	1,570	▲ 1,433	52.3		
23	愛知県	3,356	3,152	▲ 204	93.9		
24	三重県	799	672	▲ 127	84.1		
25	滋賀県	439	389	▲ 50	88.6		
26	京都府	2,716	2,436	▲ 280	89.7		
27	大阪府	0	0	0	-		
28	兵庫県	1,375	1,851	▲ 476	134.6		
29	奈良県	1,627	1,492	▲ 135	91.7		
30	和歌山県	3,423	2,799	▲ 624	81.8		
31	鳥取県	191	245	▲ 54	128.3		
32	島根県	6,322	7,232	▲ 910	114.4		
33	岡山県	4,555	4,291	▲ 264	94.2		
34	広島県	8,611	9,517	▲ 906	110.5		
35	山口県	890	873	▲ 17	98.1		
36	徳島県	1,252	1,703	▲ 451	136.0		
37	香川県	556	432	▲ 124	77.7		
38	愛媛県	1,004	809	▲ 195	80.6		
39	高知県	3,728	2,822	▲ 906	75.7		
40	福岡県	4,815	2,893	▲ 1,922	60.1		
41	佐賀県	0	0	0	-		
42	長崎県	0	263	▲ 263	-		
43	熊本県	4,344	5,708	▲ 1,364	131.4		
44	大分県	7,145	6,287	▲ 858	88.0		
45	宮崎県	2,237	2,018	▲ 219	90.2		
46	鹿児島県	5,160	5,343	▲ 183	103.5		
47	沖縄県	1,084	894	▲ 190	82.5		
	合計	126,851	122,206	▲ 4,645	96.3		

② 無歯科医地区

	都道府県名	令和元年度調査 無歯科医地区人口 (人)		令和4年度調査 無歯科医地区人口 (人)		増減 (人)	増減比 (%)
		(G)	(H)	(H) - (G)	(H) / (G)		
1	北海道	9,467	10,804	▲ 1,337	114.1		
2	青森県	3,217	3,159	▲ 58	98.2		
3	岩手県	4,468	8,162	▲ 3,674	181.9		
4	宮城県	3,098	2,738	▲ 360	88.4		
5	秋田県	803	477	▲ 326	59.4		
6	山形県	189	174	▲ 15	92.1		
7	福島県	1,327	2,303	▲ 976	173.5		
8	茨城県	3,836	3,589	▲ 247	93.6		
9	栃木県	6,870	6,868	▲ 2	100.0		
10	群馬県	3,875	3,546	▲ 329	91.5		
11	埼玉県	0	0	0	-		
12	千葉県	0	0	0	-		
13	東京都	0	0	0	-		
14	神奈川県	0	0	0	-		
15	新潟県	3,353	5,980	▲ 2,627	178.3		
16	富山県	1,658	1,168	▲ 490	70.4		
17	石川県	2,638	3,335	▲ 697	126.4		
18	福井県	675	539	▲ 136	79.9		
19	山梨県	3,022	2,000	▲ 1,022	66.2		
20	長野県	10,789	10,223	▲ 566	94.8		
21	岐阜県	2,545	6,124	▲ 3,579	240.6		
22	静岡県	4,695	5,158	▲ 463	109.9		
23	愛知県	4,255	4,011	▲ 244	94.3		
24	三重県	1,109	994	▲ 115	89.6		
25	滋賀県	762	629	▲ 133	82.5		
26	京都府	5,697	5,746	▲ 49	100.9		
27	大阪府	0	0	0	-		
28	兵庫県	4,065	3,752	▲ 313	92.3		
29	奈良県	4,389	3,263	▲ 1,126	74.3		
30	和歌山県	5,836	7,011	▲ 1,175	120.1		
31	鳥取県	191	245	▲ 54	128.3		
32	島根県	10,422	9,384	▲ 1,038	90.0		
33	岡山県	11,348	10,424	▲ 924	91.9		
34	広島県	8,091	10,565	▲ 2,474	130.6		
35	山口県	1,495	3,206	▲ 1,711	214.4		
36	徳島県	2,168	2,470	▲ 302	113.9		
37	香川県	1,791	1,572	▲ 219	87.8		
38	愛媛県	7,399	5,680	▲ 1,719	76.8		
39	高知県	5,844	7,514	▲ 1,670	128.6		
40	福岡県	3,964	4,122	▲ 158	104.0		
41	佐賀県	111	50	▲ 61	45.0		
42	長崎県	923	835	▲ 88	90.5		
43	熊本県	4,456	5,701	▲ 1,245	127.9		
44	大分県	11,615	10,143	▲ 1,472	87.3		
45	宮崎県	3,246	2,906	▲ 340	89.5		
46	鹿児島県	9,081	8,361	▲ 720	92.1		
47	沖縄県	3,660	3,716	▲ 56	101.5		
	合計	178,463	188,647	▲ 10,184	105.7		

費用の補助について

(参考) 導入コストが、補助金上限の超過を前提としている

- ① 支払基金が実際の導入事例（診療所）を基に示した整備費用（目安）では、補助金上限は43万円とする（一方、70.2万円程度までは上振れを想定。（院内ネットワーク事情次第では100万円を超える報告も）
⇒ 国の施策への協力（強制）にも関わらず、医療機関に自腹（自己負担）を切るよう求めている。

■ 診療所・薬局の導入に関する費用事例（導入費用の目安）

資格確認未と顔認証付きカードリーダーを1台導入し、オンライン請求回線の増強、レセプトコンピュータ等に対して資格確認等の結果を取り込む機能を導入するケース

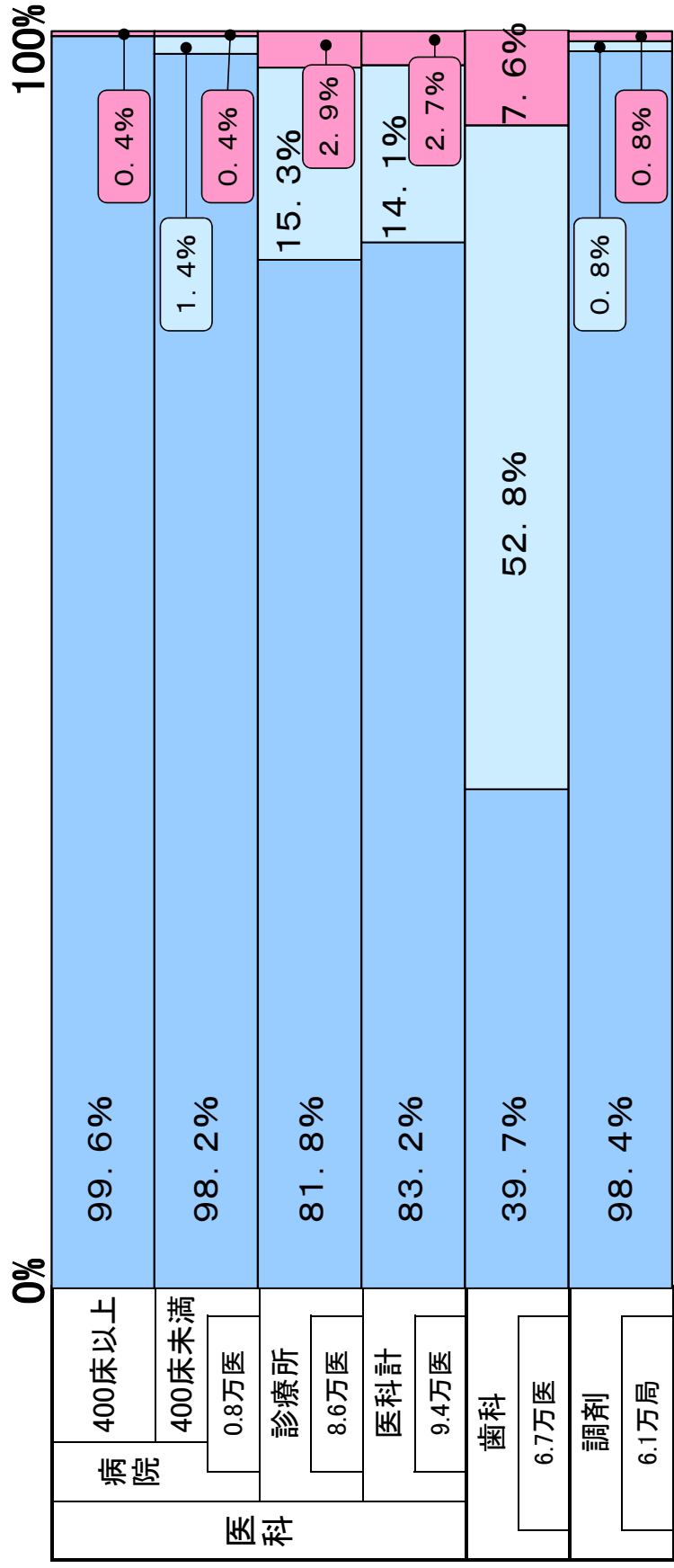
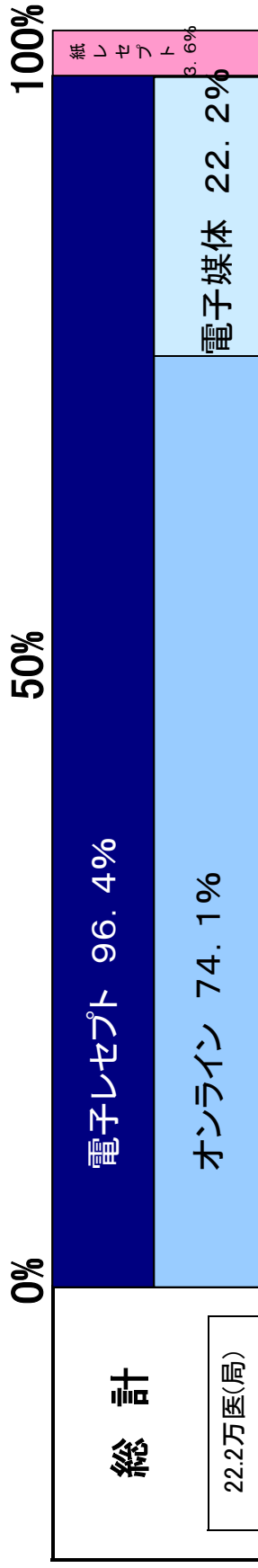
※これまでに補助金申請があった医療機関等（診療所・薬局）から、複数の医療機関等（診療所・薬局）をサンプリングとして抽出し、それぞれの項目について費用の範囲を調べた結果をお示ししています。

各医療機関・薬局のシステム導入状況やネットワーク環境、ネットワークベンダの料金体系によって費用は変動するため、数字はあくまで「目安」です。
詳細は利用しているシステム/ネットワークのベンダにご相談ください。

項目	費用目安
資格確認未関係	14.1万円～23.8万円
ネットワーク設定作業等	3.7万円～13.4万円
院内ネットワーク関連機器	1.1万円～8.3万円
レセコン等の既存システムの改修に係る パッケージソフトの購入及び導入	8.9万円～24.7万円

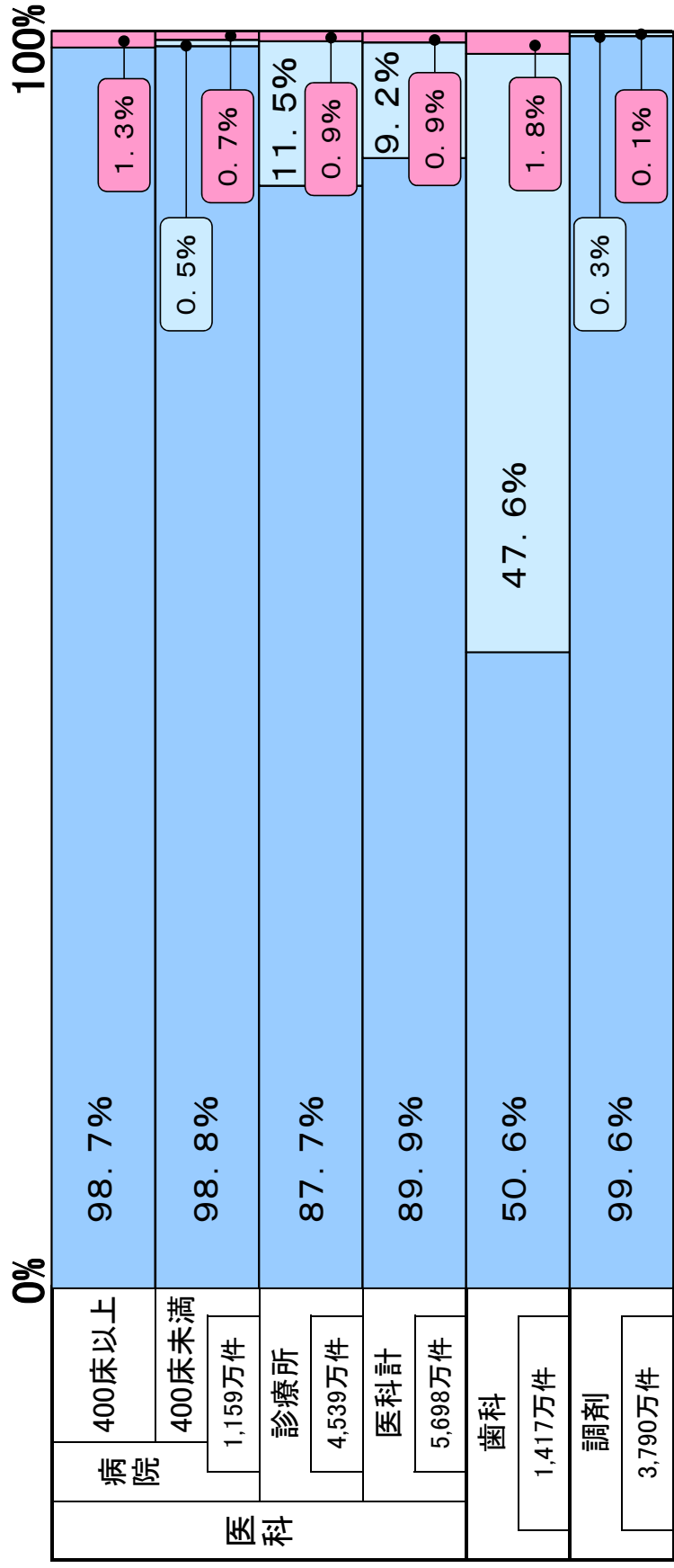
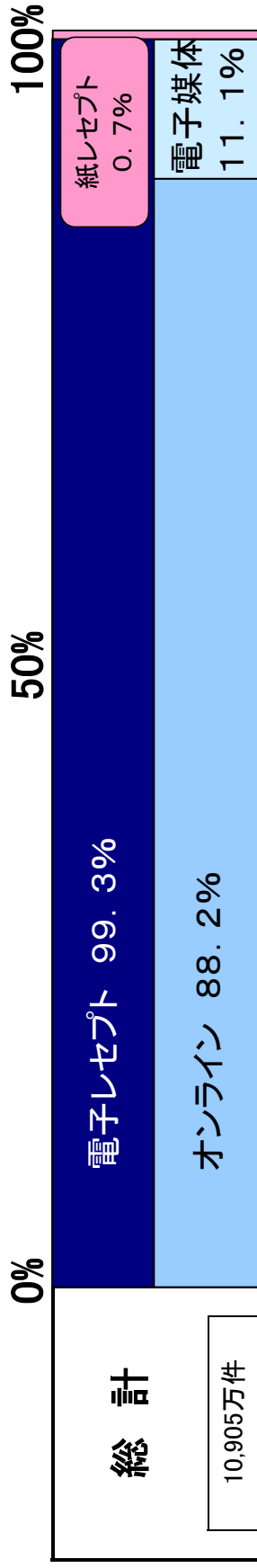
- ② ランニングコストは補助対象外。（相談で寄せられる範囲では、月2,500円～2.5万円）
A 医院：月9,460円（オン資専用PC・ルータ、ルータ常時接続、各種ITサポートなど）
B 歯科：月5,170円（接続サーバービジネス利用料、末端ハード保守料）

請求状況(医療機関数・薬局数ベース)【令和5年6月診療分】



※ 各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

請求状況(件数ベース)【令和5年6月診療分】



※ 各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

令和5年6月診療分における請求内訳（医療機関数・薬局数）

令和5年7月31日現在

	医療機関数 薬局数 A	電子レセプトによる請求			紙レセプトによる請求				
		B	率(%) [B/A]	C	率(%) [C/A]	D	率(%) [D/A]	E	率(%) [E/A]
医 科	400床以上	746	99.6	746	99.6	0	0.0	3	0.4
	病 院	7,398	99.6	7,291	98.2	107	1.4	28	0.4
		病院計	8,144	99.6	8,037	98.3	107	1.3	31
	診療所	83,693	97.1	70,473	81.8	13,220	15.3	2,480	2.9
	医科計	91,837	97.3	78,510	83.2	13,327	14.1	2,511	2.7
	歯科	62,316	92.4	26,742	39.7	35,574	52.8	5,106	7.6
	調剤	60,049	99.2	59,566	98.4	483	0.8	480	0.8
	総合計	214,202	96.4	164,818	74.1	49,384	22.2	8,097	3.6

※各項目ごとに割合を算出しているため、率(%)の合計が不一致となる場合があること。

令和5年6月診療分における請求内訳（件数）

令和5年7月31日現在

	請求 件数 A	電子レセプトによる請求				紙レセプトによる請求			
		電子レセプトによる請求		オンライン による請求		電子媒体 による請求		紙レセプトによる請求	
		B	率(%) [B/A]	C	率(%) [C/A]	D	率(%) [D/A]	E	率(%) [E/A]
医 科	400床以上	4,509,345	98.7	4,509,345	98.7	0	0.0	59,631	1.3
	400床未満	6,970,450	99.3	6,932,498	98.8	37,952	0.5	47,381	0.7
	病院計	11,479,795	99.1	11,441,843	98.7	37,952	0.3	107,012	0.9
	診療所	45,002,508	99.1	39,805,103	87.7	5,197,405	11.5	389,057	0.9
	医科計	56,978,372	99.1	51,246,946	89.9	5,235,357	9.2	496,069	0.9
	歯 科	14,166,839	98.2	7,174,497	50.6	6,743,977	47.6	248,365	1.8
	調 剤	37,901,617	99.9	37,756,952	99.6	107,477	0.3	37,188	0.1
	総 合 計	109,046,828	99.3	96,178,395	88.2	12,086,811	11.1	781,622	0.7

※各項目ごとに割合を算出しているため、率(%)の合計が不一致となる場合があること。

支部別請求状況(医科)

令和5年7月31日現在

支部名	令和5年6月診療分 全体受付分		電子レセプト								紙レセプト				
			オンライン請求				光ディスク等電子媒体による請求				医療機関数		件数		
	医療機関数	件数	医療機関数	率	件数	率	医療機関数	率	件数	率	医療機関数	率	件数	率	
1	北海道	3,193	2,255,245	2,760	86.4	2,075,893	92.0	374	11.7	157,765	7.0	59	1.8	21,587	1.0
2	青森	728	536,320	597	82.0	467,727	87.2	116	15.9	61,084	11.4	15	2.1	7,509	1.4
3	岩手	743	412,788	680	91.5	387,739	93.9	52	7.0	20,593	5.0	11	1.5	4,456	1.1
4	宮城	1,524	990,294	1,285	84.3	888,768	89.7	185	12.1	90,487	9.1	54	3.5	11,039	1.1
5	秋田	635	401,702	512	80.6	349,263	86.9	110	17.3	49,875	12.4	13	2.0	2,564	0.6
6	山形	754	400,487	671	89.0	372,625	93.0	68	9.0	25,184	6.3	15	2.0	2,678	0.7
7	福島	1,157	739,550	1,022	88.3	690,919	93.4	105	9.1	41,357	5.6	30	2.6	7,274	1.0
8	茨城	1,533	1,182,246	1,268	82.7	1,056,537	89.4	230	15.0	118,947	10.1	35	2.3	6,762	0.6
9	栃木	1,260	909,565	1,025	81.3	806,105	88.6	199	15.8	93,695	10.3	36	2.9	9,765	1.1
10	群馬	1,388	709,850	1,122	80.8	620,403	87.4	241	17.4	83,305	11.7	25	1.8	6,142	0.9
11	埼玉	4,124	3,263,964	3,511	85.1	2,970,591	91.0	507	12.3	265,944	8.1	106	2.6	27,429	0.8
12	千葉	3,520	2,737,873	2,982	84.7	2,495,604	91.2	466	13.2	224,576	8.2	72	2.0	17,693	0.6
13	東京	12,715	7,983,407	10,374	81.6	7,175,830	89.9	1,949	15.3	727,901	9.1	392	3.1	79,676	1.0
14	神奈川	6,525	4,369,513	5,499	84.3	3,948,263	90.4	857	13.1	389,515	8.9	169	2.6	31,735	0.7
15	新潟	1,314	954,014	1,104	84.0	855,692	89.7	182	13.9	91,645	9.6	28	2.1	6,677	0.7
16	富山	703	452,428	584	83.1	413,722	91.4	100	14.2	34,441	7.6	19	2.7	4,265	0.9
17	石川	792	503,381	691	87.2	466,814	92.7	87	11.0	32,771	6.5	14	1.8	3,796	0.8
18	福井	502	346,213	389	77.5	293,935	84.9	105	20.9	50,470	14.6	8	1.6	1,808	0.5
19	山梨	592	362,351	535	90.4	343,780	94.9	49	8.3	15,609	4.3	8	1.4	2,962	0.8
20	長野	1,391	815,760	1,188	85.4	751,500	92.1	167	12.0	56,623	6.9	36	2.6	7,637	0.9
21	岐阜	1,376	734,641	1,217	88.4	679,137	92.4	140	10.2	51,131	7.0	19	1.4	4,373	0.6
22	静岡	2,412	1,336,341	2,084	86.4	1,221,698	91.4	285	11.8	106,990	8.0	43	1.8	7,653	0.6
23	愛知	5,021	3,153,617	4,622	92.1	3,024,067	95.9	321	6.4	113,345	3.6	78	1.6	16,205	0.5
24	三重	1,299	743,627	1,120	86.2	689,455	92.7	154	11.9	50,139	6.7	25	1.9	4,033	0.5
25	滋賀	954	642,878	733	76.8	542,412	84.4	202	21.2	95,416	14.8	19	2.0	5,050	0.8
26	京都	2,289	915,051	1,560	68.2	739,071	80.8	613	26.8	162,075	17.7	116	5.1	13,905	1.5
27	大阪	8,435	4,514,220	6,886	81.6	4,038,398	89.5	1,265	15.0	428,985	9.5	284	3.4	46,837	1.0
28	兵庫	4,870	2,618,152	4,284	88.0	2,431,311	92.9	483	9.9	168,838	6.4	103	2.1	18,003	0.7
29	奈良	1,104	525,696	920	83.3	475,056	90.4	155	14.0	43,496	8.3	29	2.6	7,144	1.4
30	和歌山	957	422,350	804	84.0	389,460	92.2	115	12.0	28,713	6.8	38	4.0	4,177	1.0
31	鳥取	436	257,282	334	76.6	221,789	86.2	89	20.4	34,485	13.4	13	3.0	1,008	0.4
32	島根	567	252,073	413	72.8	211,152	83.8	126	22.2	38,431	15.2	28	4.9	2,490	1.0
33	岡山	1,407	880,225	1,130	80.3	791,316	89.9	230	16.3	80,363	9.1	47	3.3	8,546	1.0
34	広島	2,369	1,274,457	1,945	82.1	1,122,882	88.1	339	14.3	139,315	10.9	85	3.6	12,260	1.0
35	山口	1,108	482,058	903	81.5	426,751	88.5	173	15.6	51,361	10.7	32	2.9	3,946	0.8
36	徳島	663	337,173	526	79.3	289,790	85.9	111	16.7	43,181	12.8	26	3.9	4,202	1.2
37	香川	758	472,643	562	74.1	391,042	82.7	170	22.4	76,180	16.1	26	3.4	5,421	1.1
38	愛媛	1,076	489,117	756	70.3	389,721	79.7	287	26.7	95,187	19.5	33	3.1	4,209	0.9
39	高知	514	252,257	419	81.5	217,144	86.1	74	14.4	29,667	11.8	21	4.1	5,446	2.2
40	福岡	4,452	2,506,880	3,357	75.4	2,064,466	82.4	960	21.6	415,723	16.6	135	3.0	26,691	1.1
41	佐賀	670	382,051	541	80.7	331,189	86.7	111	16.6	48,898	12.8	18	2.7	1,964	0.5
42	長崎	1,196	538,461	1,003	83.9	486,648	90.4	160	13.4	45,573	8.5	33	2.8	6,240	1.2
43	熊本	1,369	752,758	1,177	86.0	682,604	90.7	161	11.8	62,992	8.4	31	2.3	7,162	1.0
44	大分	934	525,510	849	90.9	496,703	94.5	63	6.7	25,480	4.8	22	2.4	3,327	0.6
45	宮崎	840	485,999	685	81.5	413,047	85.0	138	16.4	67,665	13.9	17	2.0	5,287	1.1
46	鹿児島	1,309	609,922	1,167	89.2	572,198	93.8	106	8.1	33,371	5.5	36	2.8	4,353	0.7
47	沖縄	870	545,982	714	82.1	476,729	87.3	147	16.9	66,570	12.2	9	1.0	2,683	0.5
合計		94,348	56,978,372	78,510	83.2	51,246,946	89.9	13,327	14.1	5,235,357	9.2	2,511	2.7	496,069	0.9

※率(%)は医科全体の医療機関数、件数に対する請求形態ごとの割合である。
 ※各項目ごとに割合を算出しているため、率(%)の合計が不一致となる場合がある。

支部別請求状況(歯科)

令和5年7月31日現在

支部名	令和5年6月診療分 全体受付分			電子レセプト								紙レセプト			
	医療機関数	件数	オンライン請求				光ディスク等電子媒体による請求				医療機関数	件数	率	率	
			医療機関数	件数	率	率	医療機関数	件数	率	率					
															率
1 北海道	2,825	487,446	1,535	54.3	336,969	69.1	1,084	38.4	142,336	29.2	206	7.3	8,141	1.7	
2 青森	504	105,037	321	63.7	80,890	77.0	139	27.6	22,326	21.3	44	8.7	1,821	1.7	
3 岩手	569	95,735	314	55.2	59,047	61.7	234	41.1	35,887	37.5	21	3.7	801	0.8	
4 宮城	1,054	240,797	471	44.7	132,095	54.9	534	50.7	105,398	43.8	49	4.6	3,304	1.4	
5 秋田	431	86,522	231	53.6	54,154	62.6	176	40.8	31,312	36.2	24	5.6	1,056	1.2	
6 山形	477	97,901	220	46.1	53,303	54.4	234	49.1	43,549	44.5	23	4.8	1,049	1.1	
7 福島	852	175,415	416	48.8	105,905	60.4	395	46.4	67,757	38.6	41	4.8	1,753	1.0	
8 茨城	1,388	300,238	538	38.8	147,251	49.0	733	52.8	147,167	49.0	117	8.4	5,820	1.9	
9 栃木	953	220,351	439	46.1	133,174	60.4	445	46.7	83,715	38.0	69	7.2	3,462	1.6	
10 群馬	984	182,664	342	34.8	81,491	44.6	585	59.5	98,387	53.9	57	5.8	2,786	1.5	
11 埼玉	3,535	856,673	1,281	36.2	420,189	49.0	1,971	55.8	419,871	49.0	283	8.0	16,613	1.9	
12 千葉	3,189	733,003	1,194	37.4	352,240	48.1	1,720	53.9	368,738	50.3	275	8.6	12,025	1.6	
13 東京	10,129	1,932,669	3,151	31.1	805,865	41.7	6,034	59.6	1,078,632	55.8	944	9.3	48,172	2.5	
14 神奈川	4,866	1,055,854	1,750	36.0	503,519	47.7	2,735	56.2	532,100	50.4	381	7.8	20,235	1.9	
15 新潟	1,150	229,432	470	40.9	122,967	53.6	613	53.3	103,572	45.1	67	5.8	2,893	1.3	
16 富山	445	119,303	303	68.1	98,075	82.2	126	28.3	20,583	17.3	16	3.6	645	0.5	
17 石川	487	114,862	317	65.1	84,894	73.9	135	27.7	28,533	24.8	35	7.2	1,435	1.2	
18 福井	307	78,850	234	76.2	66,067	83.8	62	20.2	12,180	15.4	11	3.6	603	0.8	
19 山梨	428	90,020	169	39.5	41,705	46.3	233	54.4	47,221	52.5	26	6.1	1,094	1.2	
20 長野	1,003	208,187	386	38.5	110,988	53.3	542	54.0	94,643	45.5	75	7.5	2,556	1.2	
21 岐阜	974	214,059	365	37.5	99,990	46.7	553	56.8	111,099	51.9	56	5.7	2,970	1.4	
22 静岡	1,741	338,256	640	36.8	159,925	47.3	976	56.1	173,266	51.2	125	7.2	5,065	1.5	
23 愛知	3,722	876,029	1,262	33.9	386,887	44.2	2,242	60.2	476,946	54.4	218	5.9	12,196	1.4	
24 三重	802	186,329	330	41.1	99,652	53.5	426	53.1	84,941	45.6	46	5.7	1,736	0.9	
25 滋賀	568	163,406	309	54.4	102,846	62.9	240	42.3	59,588	36.5	19	3.3	972	0.6	
26 京都	1,293	240,097	638	49.3	147,166	61.3	587	45.4	90,062	37.5	68	5.3	2,869	1.2	
27 大阪	5,394	1,196,478	1,937	35.9	544,682	45.5	2,992	55.5	630,984	52.7	465	8.6	20,812	1.7	
28 兵庫	2,929	659,476	1,199	40.9	338,396	51.3	1,552	53.0	313,344	47.5	178	6.1	7,736	1.2	
29 奈良	684	122,489	257	37.6	60,566	49.4	371	54.2	60,028	49.0	56	8.2	1,895	1.5	
30 和歌山	520	93,288	209	40.2	47,906	51.4	253	48.7	43,270	46.4	58	11.2	2,112	2.3	
31 鳥取	269	59,147	164	61.0	43,615	73.7	77	28.6	14,404	24.4	28	10.4	1,128	1.9	
32 島根	267	55,792	142	53.2	38,123	68.3	116	43.4	17,032	30.5	9	3.4	637	1.1	
33 岡山	1,014	233,190	480	47.3	135,781	58.2	432	42.6	93,077	39.9	102	10.1	4,332	1.9	
34 広島	1,530	314,917	636	41.6	157,410	50.0	783	51.2	152,096	48.3	111	7.3	5,411	1.7	
35 山口	668	122,311	225	33.7	56,344	46.1	391	58.5	63,919	52.3	52	7.8	2,048	1.7	
36 徳島	425	85,862	144	33.9	39,449	45.9	235	55.3	43,936	51.2	46	10.8	2,477	2.9	
37 香川	491	123,108	211	43.0	69,296	56.3	235	47.9	51,972	42.2	45	9.2	1,840	1.5	
38 愛媛	655	120,068	209	31.9	52,225	43.5	422	64.4	66,499	55.4	24	3.7	1,344	1.1	
39 高知	344	59,054	145	42.2	33,102	56.1	180	52.3	25,245	42.7	19	5.5	707	1.2	
40 福岡	3,093	628,078	1,086	35.1	283,316	45.1	1,627	52.6	321,359	51.2	380	12.3	23,403	3.7	
41 佐賀	417	91,658	176	42.2	43,805	47.8	227	54.4	47,200	51.5	14	3.4	653	0.7	
42 長崎	725	132,985	307	42.3	73,837	55.5	382	52.7	57,987	43.6	36	5.0	1,161	0.9	
43 熊本	860	171,587	446	51.9	108,073	63.0	361	42.0	61,318	35.7	53	6.2	2,196	1.3	
44 大分	523	100,202	222	42.4	50,668	50.6	266	50.9	47,887	47.8	35	6.7	1,647	1.6	
45 宮崎	491	104,902	341	69.5	85,037	81.1	130	26.5	19,019	18.1	20	4.1	846	0.8	
46 鹿児島	821	142,969	431	52.5	91,519	64.0	348	42.4	50,075	35.0	42	5.1	1,375	1.0	
47 沖縄	626	120,143	149	23.8	34,093	28.4	440	70.3	83,517	69.5	37	5.9	2,533	2.1	
合計	67,422	14,166,839	26,742	39.7	7,174,497	50.6	35,574	52.8	6,743,977	47.6	5,106	7.6	248,365	1.8	

※率(%)は医科全体の医療機関数、件数に対する請求形態ごとの割合である。
 ※各項目ごとに割合を算出しているため、率(%)の合計が不一致となる場合がある。

支部別請求状況(調剤)

令和5年7月31日現在

支部名	令和5年6月診療分 全体受付分		電子レセプト								紙レセプト				
			オンライン請求				光ディスク等電子媒体による請求				薬局数		件数		
	薬局数	件数	薬局数	率	件数	率	薬局数	率	件数	率	薬局数	率	件数	率	
															率
1	北海道	2,287	1,581,633	2,208	96.5	1,571,684	99.4	30	1.3	6,923	0.4	49	2.1	3,026	0.2
2	青森	618	391,272	611	98.9	390,836	99.9					7	1.1	436	0.1
3	岩手	626	287,500	617	98.6	286,816	99.8	6	1.0	406	0.1	3	0.5	278	0.1
4	宮城	1,171	699,238	1,152	98.4	696,716	99.6	8	0.7	1,968	0.3	11	0.9	554	0.1
5	秋田	516	284,650	511	99.0	284,067	99.8	3	0.6	391	0.1	2	0.4	192	0.1
6	山形	593	260,673	591	99.7	260,242	99.8	2	0.3	137	0.1			294	0.1
7	福島	880	478,021	870	98.9	477,302	99.8	4	0.5	218	0.0	6	0.7	501	0.1
8	茨城	1,312	822,605	1,284	97.9	817,996	99.4	16	1.2	3,781	0.5	12	0.9	828	0.1
9	栃木	911	555,507	891	97.8	554,608	99.8	11	1.2	197	0.0	9	1.0	702	0.1
10	群馬	962	393,399	946	98.3	392,355	99.7	7	0.7	614	0.2	9	0.9	430	0.1
11	埼玉	3,059	2,316,122	3,027	99.0	2,312,651	99.9	12	0.4	1,699	0.1	20	0.7	1,772	0.1
12	千葉	2,554	1,943,865	2,526	98.9	1,939,616	99.8	9	0.4	2,603	0.1	19	0.7	1,646	0.1
13	東京	6,874	5,565,282	6,754	98.3	5,539,936	99.5	64	0.9	18,736	0.3	56	0.8	6,610	0.1
14	神奈川	4,051	3,255,753	4,002	98.8	3,251,520	99.9	20	0.5	2,186	0.1	29	0.7	2,047	0.1
15	新潟	1,151	660,522	1,134	98.5	657,549	99.5	9	0.8	2,315	0.4	8	0.7	658	0.1
16	富山	505	255,011	498	98.6	253,914	99.6	3	0.6	981	0.4	4	0.8	116	0.0
17	石川	556	285,596	546	98.2	284,202	99.5	6	1.1	1,185	0.4	4	0.7	209	0.1
18	福井	317	174,971	304	95.9	169,803	97.0	9	2.8	4,926	2.8	4	1.3	242	0.1
19	山梨	453	244,763	449	99.1	244,586	99.9	1	0.2	4	0.0	3	0.7	173	0.1
20	長野	992	500,527	985	99.3	499,928	99.9	2	0.2	86	0.0	5	0.5	513	0.1
21	岐阜	1,001	458,404	984	98.3	456,787	99.6	8	0.8	1,395	0.3	9	0.9	222	0.0
22	静岡	1,853	883,429	1,824	98.4	881,101	99.7	16	0.9	1,832	0.2	13	0.7	496	0.1
23	愛知	3,497	1,918,125	3,464	99.1	1,914,551	99.8	18	0.5	2,392	0.1	15	0.4	1,182	0.1
24	三重	845	467,137	839	99.3	466,310	99.8	2	0.2	555	0.1	4	0.5	272	0.1
25	滋賀	643	427,188	639	99.4	426,900	99.9	2	0.3	74	0.0	2	0.3	214	0.1
26	京都	1,102	512,139	1,091	99.0	508,638	99.3	7	0.6	2,714	0.5	4	0.4	787	0.2
27	大阪	4,410	2,788,983	4,331	98.2	2,775,699	99.5	43	1.0	9,295	0.3	36	0.8	3,989	0.1
28	兵庫	2,718	1,704,237	2,660	97.9	1,695,253	99.5	38	1.4	7,432	0.4	20	0.7	1,552	0.1
29	奈良	549	309,456	539	98.2	308,966	99.8	2	0.4	247	0.1	8	1.5	243	0.1
30	和歌山	466	218,443	456	97.9	218,070	99.8	3	0.6	132	0.1	7	1.5	241	0.1
31	鳥取	284	162,407	273	96.1	161,887	99.7	2	0.7	332	0.2	9	3.2	188	0.1
32	島根	336	173,917	333	99.1	172,684	99.3	3	0.9	1,034	0.6			199	0.1
33	岡山	806	489,333	790	98.0	488,494	99.8	5	0.6	338	0.1	11	1.4	501	0.1
34	広島	1,496	859,655	1,462	97.7	853,528	99.3	16	1.1	5,142	0.6	18	1.2	985	0.1
35	山口	748	319,537	744	99.5	319,306	99.9	2	0.3	2	0.0	2	0.3	229	0.1
36	徳島	378	186,636	367	97.1	185,388	99.3	4	1.1	996	0.5	7	1.9	252	0.1
37	香川	519	288,159	509	98.1	287,256	99.7	5	1.0	634	0.2	5	1.0	269	0.1
38	愛媛	606	281,411	598	98.7	280,369	99.6	4	0.7	710	0.3	4	0.7	332	0.1
39	高知	382	153,597	371	97.1	152,415	99.2	4	1.0	910	0.6	7	1.8	272	0.2
40	福岡	2,865	1,780,749	2,800	97.7	1,764,209	99.1	45	1.6	15,089	0.8	20	0.7	1,451	0.1
41	佐賀	497	274,876	490	98.6	274,585	99.9	2	0.4	12	0.0	5	1.0	279	0.1
42	長崎	713	365,409	710	99.6	364,978	99.9	2	0.3	154	0.0	1	0.1	277	0.1
43	熊本	862	466,376	853	99.0	464,477	99.6	7	0.8	1,547	0.3	2	0.2	352	0.1
44	大分	563	348,977	555	98.6	348,364	99.8	3	0.5	58	0.0	5	0.9	555	0.2
45	宮崎	578	336,324	572	99.0	335,510	99.8	3	0.5	648	0.2	3	0.5	166	0.0
46	鹿児島	869	398,565	858	98.7	395,867	99.3	10	1.2	2,530	0.6	1	0.1	168	0.0
47	沖縄	555	371,238	548	98.7	369,033	99.4	5	0.9	1,917	0.5	2	0.4	288	0.1
合計		60,529	37,901,617	59,566	98.4	37,756,952	99.6	483	0.8	107,477	0.3	480	0.8	37,188	0.1

※率(%)は薬局全体の薬局数、件数に対する請求形態ごとの割合である。
 ※各項目ごとに割合を算出しているため、率(%)の合計が不一致となる場合がある。