

## 質 疑

### 医療DXの推進にかかる

### 診療報酬上の対応について

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。長島委員、お願いいたします。

#### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。7 ページの2つの論点についてコメントします。

#### 【論点】

- 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。
- 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。

7

まずは1つ目。医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件についてです。

ヒアリングの結果を検討いたしますと、一般的な医療機関では、普通の声掛けと院内掲示を上回るような取組は負担が大きすぎて、対応が極めて困難であることが明白になりました。

例えば、カードリーダー読み込み時の患者と職員の二人三脚の対応やコンシェルジュの配置など、かなりの人手を配置させたり、手間をかけるなど、非常に頑張っている医療機関が利用率を上げておりますが、これは一般的な医療機関には負担が大きすぎます。

一方で、医療機関には全く責任のない理由。例えば、子どもや高齢者の課題。公費での未対応。患者さんが持つ情報流出への恐怖やマイナ保険証への不信感、理解不足。そして、さまざまなシステム上の課題などにより、利用率が上がらないことも判明いたしました。

また、電子処方箋の普及にもさまざまな課題があることもはっきりいたしました。

したがって、医療機関だけではなく、国や保険者が、例えばシステムの整備、電子カルテ等業者・業界への働きかけ、国民被保険者の不安払拭、メリットの周知、そして、マイナンバーカード、しっかり取得していただき、携行していただく。マイナ保険証に紐付けしていただくなど、これをはじめとして、しっかりとした対応をしていただくことがまずは大前提であります。

その上で、利用実績要件のあり方については、参考資料の 12 ページ以降の利用状況、利用実績のデータ、特に 14 ページの施設数の分布や、15 ページからの都道府県別の利用実績に見られる大きなばらつきがあることを踏まえれば、単純な平均値で考えるべきではありません。

全体の分布等を踏まえて、実態を反映した適切な値を使うべきであります。

また、利用率の向上においては、患者さんにマイナ保険証のメリットを理解してもらうことが重要だと複数の医療機関から指摘がありますが、

これに関しては、今般の診療報酬の点数差のみならず、幅広く、そのメリットを享受していただくためには、患者さんご自身がご自分の情報を把握できるようにマイナポータルの活用の仕方を医療機関およびその窓口でもわかりやすく伝えていくことも重要になってくるのではないかと考えております。

さらに、ヒアリングの中においても、医療DX推進体制整備加算が取りにくいという実態も明確になりました。

したがって、まずは裾野を広げることが最も重要であり、いまだ届出していない医療機関においても、今後、届出していただけるよう取り組む必要があることを何よりも強調させていただきます。

その上で、要件として、届出の足かせになるような高い利用率を設定することは医療DXそのものの今後の推進に逆行し、大きなブレーキになってしまいますので、断固反対いたします。

要件設定につきましては、今後、議論を深めていくものと思いますが、全体の利用率を上げるためには、いずれの医療機関もさらなる利用率向上に取り組んでいただく必要があるため、既に利用率が高い医療機関においても、また、今は取り組んでいるにもかかわらず利用率が低い医療機関においても、いずれも取組がさらに加速するように要件設定をすることが必要です。

続いて、2つ目の論点。医療情報取得加算についてです。

○ 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。

マイナ保険証による受診が進んだとしても、医療情報を取得・活用することで、質の高い診療を患者さんに提供することに今後も何ら変わりはありません。

したがって、今後、医療情報取得加算の評価のあり方について検討を進めるといたしましても、

この加算の趣旨は、標準的な問診票を使用することなどを通じて質の高い医療を提供する点にあるということはないがしろにすべきではないと考えます。

したがって、当然ながら、単なるこの加算の廃止は到底、受け入れられません。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、林委員、お願いいたします。


### ○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。事務局におかれましてはヒアリングの結果概要につきまして資料をありがとうございました。

そもそも、ヒアリング対象医療機関数が少ないということは承知しておりますが、その中でも好事例を収集していると理解しております。

結果、歯科診療所の保険証利用率の最高が 33%ということで、内科診療所や病院と比較しても、かなり少ないと感じております。

ヒアリングの結果、歯科医療機関の責務ではない、さまざまな理由も考えられると理解しております。



【論点】

- 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。
- 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。

**7**

その上で、7ページの論点の1つ目ですが、これまでの資料でも地域による格差が大きいということも示されておりますので、何度も繰り返しの発言になって恐縮ではございますが、拙速に数字だけで決めるということをしてしまうと、現場の医療機関にも理解が得られないと思っております。

歯科医師会も、ヒアリングにありますように、診察券に付箋等を貼って、次回マイナカード持参を促すなど、声掛けに加えて、さまざまな工夫をし、マイナ保険証の利用率ならびに医療DX推進に前向きに取り組む努力をしておりますので、くれぐれも現場に納得感がある丁寧な配慮をお願いしたく思っております。要望でございます。よろしくお願いいたします。

○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す。続きまして、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。論点に沿って発言させていただきます。

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	

まず、1つ目の論点に示されている医療DX推進体制加算のマイナ保険証の利用実績要件等のあり方についてですが、「総-4」の2ページ目をご覧ください。

2ページ目の一番下にですね、ヒアリングの属性の「薬局」にチェーン薬局の3法人の利用実績が示されていますが、同一法人内の店舗であっても、ここにありますように、大きな開きが出ています。

本年5月時点のマイナ保険証の利用実績は全国平均で7.73%となっておりますが、C薬局の最高である81%は全国平均をかなり上回っています。

都道府県別の利用率を見ても、一番高い県と一番低い県を比べると、10%ほどの差がある状況で、要因の1つとして、地域差による影響があると考えます。



## 医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

### ヒアリング結果

#### ④薬局

＜マイナ保険証の利用が進んだ事例について＞

- 全店舗で一斉に声かけ、チラシ配布、マイナ保険証利用に関する掲示、相談応需を開始し、継続して取り組みを行うことで法人全体での利用率が向上した。薬局スタッフ全員が制度を理解し、患者へ説明出来るよう本部から呼びかけをした。
- 処方箋を交付した医療機関でのマイナ保険証の利用率が高いと、患者の理解が得やすく薬局においても利用率が高くなる。
- 薬局から医療機関に対して声かけを行い、一緒にマイナ保険証の利用推進に取り組むことで利用率が向上した。

＜マイナ保険証の利用が進みにくい事例について＞

- 同一法人内で同様に声掛け等の取り組みを行っているにもかかわらず、地域の医療機関等の対応に差があるため、各薬局での利用率の伸び方に差が生じてしまっている。
- 処方箋を交付した医療機関でマイナ保険証の利用が進んでいない場合、薬局で声かけをすると、受診時に求められなかったことを薬局で求めることに対して疑問の声があり、その説明に時間を要することがある。薬局のみの働きかけでは限界があり、医療機関側での利用推進をあわせて行わないと利用率は向上しない。
- 通常の受付窓口以外（ドライブスルー形式等）で対応する方式をとっている薬局では、1台しかないカードリーダーを受付の都度移動することができないため、マイナ保険証での受付ができず、利用率が伸びない。
- 薬局では患者以外の方（代理人）が来局すること多いが、その場合、マイナバーカードが利用できない。

＜その他＞

- これまで薬局では処方箋を受付に提出することで済んでいたが、マイナ保険証で受付処理を行うことは、利用を促す説明も含め、受付時間が多くかかることになり、薬局における受付対応時の患者の動線の工夫が必要。
- システムの入れ替えやシステム障害への対応などで一定期間カードリーダーが使用できない場合に、マイナ保険証の利用率が一時的に低下することがある。
- マイナ保険証の利用促進のためには、DXを整備する必要性や効果を薬局の薬剤師が理解する必要がある。薬剤師が併用薬剤の禁忌に気づけるなど患者の利益にもつながった事例もあるが、現状は周辺の医療機関では電子処方箋がほとんど交付されておらず、システムを導入するコスト増、紙の処方箋と電子処方箋が併存する時期の薬局業務の大幅な負担増・混乱の印象を持ってしまうことが多い。

6

他の要因としては、ヒアリング結果にあるように、周りの医療機関の取組によっても利用率の推移に影響が出ることが示されています。

また、薬剤師会の会員からも情報が上がっていますが、マイナ保険証の利用促進を積極的に行っていても、普及の過渡期のためか、利用率が大きく変動してしまうことがあり、利用率が高かった月の翌月には利用率が大きく下回ることもあります。

私の薬局でも利用率が14%だったところが、翌月には同じように取り組んでいたんですが、5%になってしまったこともあります。

また、これも私の薬局の事例ですけども、顔認証カードリーダーの不具合で、1週間ほどマイナ保険証が扱えない状況になってしまったことがあります。

マイナ保険証の利用実績については自力ではどうにもならない不安定な要素が大きく、月によって利用率が大きく変動することがあるので、このような状況を考慮していただくことが必要です。

毎月の変動により、施設基準の届出や、その変更手続きがその都度、必要になると、マイナ保険証の利用促進の取組をする姿勢は変わらないにもかかわらず現場の負担が増大するため、このような変動があっても現場が混乱しないよう、現場負担に配慮した要件設定や工夫などが必要と考えます。

また、薬局の特徴になりますが、家族やヘルパーさんなど代理人が来局することがあります。代理人が来局するとマイナンバーカードが利用できないなど、薬局特有の課題もあります。

今は来局しないとマイナ保険証が利用できないため、介護関係施設の患者を訪問する場合については、現在、マイナ保険証を利用できません。施設の規模が大きいと、何十人もの患者はマイナ保険証が利用できないため、在宅訪問を多く行っていると利用率が伸びません。これらの特性や、現在は過渡期である状況などを踏まえつつ、利用率の要件設定は極めて慎重に行うべきと考えます。

重ねてとなりますが、現状、多くの薬局・医療機関で医療D X推進体制整備加算が算定されています。医療業界がD X化を推進していくための大変重要な意味を持つ加算であるため、今回の利用実績の要件設定により、D X化への取組が後退しないことや、多くの薬局・医療機関が脱落しないことに配慮した要件設定とすべきと考えます。

また、マイナ保険証の利用促進においては、国民・患者からの理解が最も重要で、これも私の薬局の事例なんですけど、特定健診情報が見えるようになりましたので、そのことからですね、腎機能低下を疑って医師に疑義照会を行って用量が半分になったというような事例がありました。こうしたことを国民・患者に見える化して行って理解をして進めていくことが重要だと思います。

最後に1つ、お願いがあります。マイナ保険証の利用率は支払基金から毎月連絡を受けていますが、最新の数値を知るにはタイムラグが生じるので、自分たちの利用実績の取組が即座に確認できないので、取組が効果的なのかどうか把握は難しいです。利用率が早期にわかるような方策も検討していただければと思います。

- 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。

次に、2つ目の論点に示されている、今後の医療情報取得加算のあり方について、早期より見直しの検討を行うことについては異論はありません。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、太田委員、お願いいたします。

#### ○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。今回、論点2つ、ございますけれども、このどちらにも関係することですが、

#### 【論点】

- 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。
- 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。

7

とにかく今、各医療機関、病院の現場というのは非常に大変な労力を払いながら、この医療DXの推進のために努力をしております。

実際、今、外来、さまざまな声かけ、また、いろいろと付き添ったりとかをしてやっているわけですが、それと同時に、ご存知のように6月から診療報酬改定、ございました。

生活習慣病管理料の対応というのもまた、現場、外来、受付、さまざま、やっております。いろんなことが重なっている中で、今、われわれ、対応しているわけです。



ただ、病院も診療所もそうですけれども、必ずひと月に1回、患者さんが来るわけでは、もう、今、ございません。ふた月に1回ですとか、3月に1回しか受診しない患者さんに声かけをして、それで少しずつ、少しずつ、今、利用率が上がっているという状況だと思います。

### 医療DX推進体制整備加算等に関する課題と論点

(医療DX推進体制整備加算等をめぐる各種課題について)

- 医療機関・薬局がマイナ保険証の利用促進の取組を行うことで、患者がマイナ保険証を実際に利用することにつながっている一方、取組の効果の発現までに時間がかかることや、声かけ等の取組を行ってもマイナ保険証の持参につながらない事例も確認されている。
- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件の設定に当たっては、こうした事情を踏まえつつ、利用率の設定により医療機関・薬局のマイナ保険証利用促進の取組がより進展し、患者が医療DXを通じた質の高い医療にアクセスできるようにすることが重要である。
- 本年12月2日からは、現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、診療報酬の評価の在り方を改めて検討する必要がある。

上の課題のほうの2つ目の丸にありますが、今一番重要なのは、保険証の、このマイナ保険証の利用促進の取組がより推進するようなかたちで、今回の利用実績の要件等を設定すべきということでございます。

今の段階で、設定の仕方によっては、実際にさまざまな今、努力をしている医療機関の取組というものが後退してしまうという可能性もございます。

そういう意味で、マイナ保険証のほうもそう、医療情報取得加算のほうもそうですけれども、現場が今、取り組んでいる努力というものを、ぜひ、しっかりとご認識いただいて、それを後押しするようなかたちで要件の見直し、設定等をお願いできたら、というふうに思います。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す。はい、それでは、次に、池端、お願いいたします。

### ○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。池端です。私も今、各2号側の委員がおっしゃったことと重なることもあるかもしれませんが、まさに今は、このヒアリングからもわかりますように、正確な情報が必ずしも把握されてない方も多いし、そして、誤解もある。

といった、いわゆる新しいことに挑戦するための生みの苦しみ、あるいは食わず嫌いのところもあるかと思います。

ここをいかに、裾野を広げていくかということが大事な時期ではないかという気がしています。

そういう意味で言えば、例えば、3ページに、ちょっと私、これは一度、質問を1つしておきたいんですけど、3ページに、丸の所で、マイナ保険証の利用の紐付けですね。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

- 子ども病院なので、**患者は全て子ども。子どもの場合、顔認証が実施しづらく、マイナ保険証を保有していない子どもが多い。**また、公費補助（自治体による乳幼児医療無償化）との連携ができておらず、結局公費の受給証も出すことになるため、現状では患者にとってマイナ保険証を出してもらうことのメリットを感じづらい。
- 医師、事務職員に**どんなメリットがあるのか理解できていない**ため、窓口での声掛けが進まない。
- 患者へのサポート等を含めると、**マイナ保険証利用の方が時間を要することもある**ため、従来の保険証を利用される傾向にある。
- 患者の中にはそもそも**マイナ保険証の利用登録をしていない人も多い**。また、マイナ保険証を使う際の**情報流出が怖い**といった意見も寄せられる。
- **患者側の理解が乏しく、窓口で声かけをしても効果が上がらない。**

「マイナ保険証の利用登録をしていない人も多い」とありますが、私の理解では、マイナカードを持っていれば、顔認証付きカードリーダーがあれば、そこで紐付けもできるはずだと思うんです。これちょっと、あとで確認をしておきたいと。

もし、それであれば、持ってなくても、マイナカードさえ持ってくれば、そこで紐付けできるはずだと思うんですけども、こういったことが、もし私の理解がそれで正しければ、これすら、かなり大きな誤解が、このヒアリングの中でも聞こえてくるということ。

まだまだ情報不足ということがあると思いますので、今、長島委員もおっしゃったように日本医師会もそうですし、厚生労働省としても、各、あるいは保険者側からも、どんどんどんどん新しい情報をもっと伝えていくべきではないかと思います。

その中で、今ほど、実績要件をどうするかということです。手前味噌で本当に申し訳ないんですけども、都道府県別で、たまたまですけども、福井県、16 ページに、トップになっています。

施設類型別・都道府県別の利用実績（令和 6 年 5 月）					※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 + オンライン資格確認利用件数				
【病院】					【医科】				
順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数	順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1 (1)	富山	24.05%	34,347	142,792	1 (2)	福井	10.95%	36,347	332,028
2 (2)	鹿児島	21.26%	44,861	210,968	2 (1)	鹿児島	10.88%	107,775	990,762
3 (4)	茨城	21.15%	38,159	180,398	3 (5)	新潟	9.34%	103,383	1,106,654
4 (3)	石川	20.76%	24,667	118,808	4 (6)	富山	9.13%	49,009	536,814
5 (7)	千葉	19.32%	79,961	413,878	5 (3)	鳥取	9.00%	27,457	304,993
6 (5)	山形	19.12%	16,258	85,050	6 (4)	宮崎	8.89%	53,097	597,435
7 (10)	福島	18.98%	29,106	153,340	7 (8)	石川	8.77%	55,703	635,439
8 (8)	宮城	18.87%	28,761	152,406	8 (7)	島根	8.57%	34,388	401,104
9 (14)	栃木	18.81%	21,570	114,680	9 (9)	滋賀	8.04%	50,108	623,508
10 (6)	鳥取	18.27%	9,261	50,679	10 (10)	岩手	8.01%	49,956	623,372
11 (15)	山口	18.27%	22,941	125,590	11 (15)	秋田	7.85%	31,553	401,949
12 (16)	香川	17.28%	14,453	83,643	12 (12)	静岡	7.81%	182,078	2,331,340
13 (11)	岩手	17.23%	19,949	115,799	13 (11)	香川	7.73%	34,427	445,451
14 (12)	滋賀	17.14%	14,131	82,440	14 (13)	栃木	7.60%	82,094	1,080,013
15 (13)	山梨	17.10%	8,019	46,884	15 (17)	福島	7.30%	71,606	980,446
16 (9)	宮崎	17.10%	25,880	151,318	16 (14)	北海道	7.20%	188,875	2,623,625
17 (17)	奈良	16.60%	17,612	106,119	17 (19)	千葉	7.14%	212,904	2,980,551
18 (19)	北海道	16.47%	89,152	541,227	18 (21)	山口	7.05%	68,021	964,156
19 (18)	兵庫	16.37%	58,714	358,632	19 (16)	京都	7.05%	87,832	1,245,763
20 (20)	京都	15.77%	28,011	177,568	20 (18)	茨城	7.00%	90,162	1,288,057
21 (23)	神奈川	15.25%	80,980	531,033	21 (22)	群馬	6.76%	84,242	1,246,717
22 (26)	新潟	14.99%	24,171	161,242	22 (20)	奈良	6.75%	53,980	799,673
23 (32)	広島	14.82%	33,276	224,488	23 (23)	宮城	6.63%	99,698	1,503,835
24 (22)	大阪	14.81%	90,487	611,003	24 (24)	山形	6.61%	51,804	783,886
25 (21)	東京	14.64%	139,373	952,211	25 (26)	三重	6.48%	83,885	1,294,463
26 (24)	島根	14.63%	7,614	52,039	26 (25)	広島	6.47%	131,366	2,030,523
27 (25)	静岡	14.63%	40,928	279,775	27 (31)	岐阜	6.39%	92,994	1,455,919
28 (33)	愛媛	14.52%	17,899	123,236	28 (28)	長崎	6.30%	68,475	1,086,937
29 (29)	岐阜	14.42%	21,190	146,973	29 (30)	熊本	6.30%	90,184	1,432,550
30 (30)	長崎	14.28%	21,008	147,082	30 (29)	神奈川	6.29%	367,090	5,838,047

16

ただ、トップといっても 10.95%。これ、なぜトップになったかと言うと、おそらく福井県は非常に小さい県で、診療所が 800 から 900 ぐらいしかありません。

療担規則に入ると言うことがわかって、2 年前に私、もう、県医師会から全医療機関に全部声かけて、そして、マイナ端末を置かないって所には全部ヒアリングして全医療機関を押さえて、

そして、廃業するとか、いくつかありましたけども、そこ以外は全部早めに補助金をいただいて、端末を置くことが少しできたことと、それから、もう毎月、理事会のたびに、そこで、このこと、利用促進のことを言って、

それだけやって言い続けても、せいぜい10%程度ということなので、これを、例えば大きな都道府県、東京、愛知県等で、とても不可能だと思うんですね。

だから、この、かなり地域差つてのは、どっちかと言うと、北陸なんかすごく高いのは小さい県で、そういう指示命令系統もある程度、行きやすいところもあるんじゃないかと思いますので、

この要件設定については今、皆さん、各委員がおっしゃったように、高すぎたら「もうやめた」って必ずなると思うんですね。

だから、ちょっと頑張れば手が届くところに、しかも、それを裾野を広げるってことであれば、平均ではなくて、最低限をどこまで上げるかっていうところ。

ここが要件を考えるときの基準になるんじゃないかということを、裾野を広げる、あるいは、現場の感覚としても感じておりますので、その辺もご留意いただきながら実績要件をご検討いただければいいかなと思いました。

以上、報告と、質問を1個だけ、お願いします。

#### ○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す。ただいま池端委員からご質問をいただきました。マイナ保険証の利用登録についてなんですけど、それでは、ご説明をお願いいたします。

#### ○厚労省保険局医療介護連携政策課・竹内尚也課長

はい。医療介護連携政策課長でございます。池端委員のご認識のとおりでございます。窓口のほうに今、設置をされております顔認証付きカードリーダーのほうで、マイナンバーカード、健康保険証としての利用登録の手続き、簡便に行っていただくことができますので、ご認識のとおりでございます。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。ほかに、はい、それでは、松本委員、お願いいたします。