郡市区等医師会長 殿

一般社団法人大阪府医師会 会長 高 井 康 之 (公印省略)

地域におけるオンライン資格確認に関する説明会の開催及び顔認証付きカードリーダーの 紙申請とりまとめに関するお願い

平素は本会事業の推進に際し、ご支援ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

オンライン資格確認につきましては、令和4年9月1日付で「オンライン資格確認導入の ための見積取得に関する会員への周知徹底のお願い」にて、ご連絡させていただいたところ です。

今回、日本医師会より、令和4年9月9日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課名の事務連絡「「オンライン資格確認」の早期申込・早期導入に向けた取組について」により、 ①顔認証付きカードリーダーの紙申請のとりまとめのお願い、②地域におけるオンライン資格確認に関する説明会開催のお願い一について協力依頼が参りました。

オンライン資格確認を導入にあたっては、まずは①自院のレセコンや電子カルテのシステム事業者へのご相談、②オンライン資格確認用の通信回線の有無についてご確認いただき、あわせて「医療機関等向けポータルサイト」で登録後、カードリーダーの申し込み、院内ネットワークの設定・配線工事、システム改修等を行っていただくことになります。

実費補助(診療所の場合 42.9 万円)を受けるためには、<u>補助金申請の期限として、令和4年12月末までにカードリーダーを申し込み、令和5年2月までにシステム事業者と契約</u>し、同年3月までに事業完了、同年6月までに交付申請が必要とされています。

ただし、<u>カードリーダーの申込締切期限は各メーカーにより異なり、1機種は10月末、4機種は11月末が締切期限</u>とされていますので、早めの申し込みをお願いいたします。 在庫がある限り、締切以降でも申込可能とのことです。

顔認証付きカードリーダーは、医療機関等向けポータルサイトから申請いただくことになっておりますが、ポータルサイトへのアクセスが困難な医療機関にも速やかに申請いただけるよう、紙による申請を期間限定で受付するとのことです。

紙による申請をされる医療機関は、「オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書」を「9月30日(金)(必着)」で、大阪府医師会総務課企画室または保険医療課までFAX(FAX番号06-6764-0267)にてご送付くださいますようお願いいたします。本会で取りまとめて、社会保険診療報酬支払基金(情報化支援部医療情報化支援助成課)に提出いたします。

また、貴会におかれましても、オンライン資格確認に関する説明会の開催につき、ご高配 を賜りますようお願い申し上げます。 説明会でそのまま上映いただけるよう、令和4年9月8日に開催されました「令和4年度 都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会」の録画映像の動画ファイル・ 資料を日医ホームページ・メンバーズルームに掲載しているとのことです。

(https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20220908onshi/)

動画(MP4ファイル)も掲載されていますので、ご活用ください。

説明会を開催いただくにあたって、「顔認証付きカードリーダーメーカー デモンストレーション会 申請書」により厚生労働省にご連絡をいただくことで、顔認証付きカードリーダーのデモ等を行うことが可能とのことです。

申し込み先は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課(E-mail: <u>suisin@mhlw.go.jp</u>)です。開催の10日前を目処にご提出いただきたいとのことです。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

担当事務局:

大阪府医師会 保険医療課(電話 06-6763-7001) 総務課企画室(電話 06-6763-7021) 社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】				
都道府県コード	点刻	数表コー	ード	
保険医療機関コード				
保険医療機関名称				
担当者氏名				
電話番号				
メールアドレス				

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書

「保険医療機関等向け医療提供体制設備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 顔認証付きカードリーダー	(必須)		希望	順位
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
富士通	Саога			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
パナソニック	顔認証付きカードリーダー			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
アルメックス	Sma-pa マイタッチ (ホワイト)			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
キヤノン	Hi-CARA			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
アトラス	E X C -9000			
※病院は最高3台、診療所・薬局は	は台申込みができます。		» t .	

※第一希望機種の右枠「第一」の欄に☑を、第二希望機種の右枠「第二」の欄に☑を付してください。

※申請書提出後のキャンセル・機種変更はできませんのでご了承ください。また、メーカーの在庫によって、ご希望の機種を提供することができない可能性がございます(その場合は、社会保険診療報酬支払基金から別途ご連絡いたします)。

※受付が完了した場合は、記載いただいたメールアドレスにメールにて報告いたします。

/•\ <i>></i>	
2	オンライン資格確認導入(予定)時期(必須)
	西暦 年 月 導入予定
3	レセプトのオンライン請求について(必須)
	一 導入している
	□ 未導入(導入予定あり) □ □ 西暦 □ □ 年 □ 月 導入予定
	一 導入予定なし