

「オンライン資格確認」導入意向調査に関する協力のお願い

【対象】

本調査は令和3年3月31日までに顔認証付きカードリーダーをお申込にならない医療機関・薬局を対象としています。

【目的】

令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申込みいただくと、補助上限額まで全額補助することとしていますが、お申込にならない理由等を調査させていただくことで、今後の支援策の検討材料とさせていただきます。

なお、本調査については、オンライン資格確認普及促進に向けての対応にのみ使用し、他の目的には使用しませんので、ご協力の程お願いします。

【回答方法】

以下の医療機関等向けポータルサイトの「オンライン資格確認導入意向調査」の入力フォームからご回答下さい。

<https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/ikoutyousa/>

右のQRコードからでも回答できます。



インターネットでの回答が難しい方においては、裏面を活用し、同封している返信用封筒の「オンライン資格確認導入意向調査在中」に○をつけて、切手を貼付の上、ご郵送下さい。

【締切日】 令和3年3月31日 24:00 〆切

1. 今後、令和3年4月以降に、顔認証付きカードリーダーの申込を行い、オンライン資格確認を導入する予定はありますか？

ある場合は顔認証付きカードリーダーの申込みは、いつ頃を予定していますか？（該当する番号に○をしてください。また、ある場合は導入予定年月を記入してください。）

1 ある → _____ 年 月頃 2 ない

2. 問1で「ない」とお答えした方にお伺いします。

申込みをしない理由をお聞かせ下さい。（複数可。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入後、継続して費用がかかる（増える）ため
- 2 デジタル機器の利用ができない（抵抗がある）ため
- 3 オンライン資格確認のメリットが少ないため
- 4 マイナンバーカードの普及率が低いため
- 5 1～2年以内に閉院・閉局する可能性が高いため
- 6 その他（ _____ ）

3. 貴院（貴局）において導入時期を早める又は導入する方針に変更するには、どのような条件が必要だとお考えですか？（上位2つまでお選びください。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入している場合に経済的に優遇されること
- 2 他の医療機関・薬局でもオンライン資格確認が使われていること
- 3 導入のメリット（経済的な優遇以外）が増えること
例えば（ _____ ）
- 4 マイナンバーカードの普及率の向上
- 5 その他（ _____ ）

4. 貴院（貴局）の情報をお教え下さい。

<医療機関区分>（該当する番号に○をしてください。）

1 病院（ _____ 床） 2 医科診療所 3 歯科診療所 4 薬局

<所在都道府県>

（ _____ ）都道府県