

#### 第4回 認定インストラクター試験問題回答

次の問の( )にあてはまる文字または数字を記入しなさい。(2点×12)

1. 点数表には( 医科 ) 歯科、調剤の3種類があります。
2. 保険診療をする医師に対し、療養給付の方針、保険医として守るべき具体的規則を定めたものを( 療養担当規則 )と言います。
3. 平成15年4月より3歳以上70歳未満の健保本人の自己負担割合(医療保険)は、( 3 )割になりました。
4. 国保は、市町村が行う市町村国保と( 組合 )国保があります。
5. 医療保険による保険給付は、主に( 現物 )給付です。
6. 画像診断で2分割のフィルムを選択した場合、撮影回数は( 1 )回となります。
7. 診療報酬明細書のうち合計点数が( 35 )万点以上のものについては、診療日ごとの診療内容、症状および経過を明らかにすることのできる資料を添付する必要があります。
8. 「EEG検査」とは、( 脳波 )検査のことです。
9. 「検査」の診療種別区分は、( .600 )です。
10. 特定疾患療養指導料の算定は、同一暦月に( 2 )回を限度とします。
11. 日医標準レセプトソフトでは、深夜来院の初診料算定方法は、初診料コードの前に( 3 )を入力します。
12. 日医標準レセプトソフトでは、患者登録画面で生年月日を入力する際、昭和12年1月10日の場合は、( 3120110 )と入力します。

次の問で正しいものには、間違っているものには×をつけなさい。(2点×6)

1. 保険者番号が「67123456」の場合は、国民健康保険の退職者医療です。( )
2. 電話再診時、外来管理加算は算定できません。( × )
3. 法別番号が「51」は、結核予防法です。( × )
4. 労働者災害補償保険に、通勤途上の災害は含まれません。( × )
5. 自由診療(健康保険法等に定めのない医療、保険診療によらない診療を行った場合など)についての診療費は、医療機関で設定した金額です。( )
6. ある検査を行い、同日の午後その結果のみを聞きに患者が来院した場合、再診料は算定できません。( )

次の問は、日医標準レセプトソフト（無床診療所版）の操作を説明したものです。正しいものには、間違っているものには×をつけなさい。（2点×12）

1. 「レセプト作成-印刷指示」画面において「印刷（F12）」を選択した場合の「確認画面」で「プレビュー（F10）」を押下するとプレビュー設定処理が行われ、さらに「処理結果」画面で「プレビュー（F12）」を押下すると該当データのレセプトプレビューを確認することができます。（ ）
2. 薬剤情報提供料の2回目は自動算定されないので、オペレータが判断して手入力します。（ ）
3. 「.311」"手技料なし"の区分は、皮下筋肉内注射を施行したが薬剤料のみを算定するときに使用します。（ ）
4. 生保の受給者番号は、明細書作成画面の「生保入力」キーを押下し遷移した画面から、ひと月単位で該当患者の受給者番号を一括入力します。（ ）
5. 多剤投与の関係で種類数のカウントに含めたくない場合は「.280」の診療種別区分を使用して入力します。（ × ）
6. システム管理マスタで「院内処方」を指定した場合、診療行為入力画面で「院外処方」にすることができません。（ × ）
7. 単位に「アンプル」・「管」・「管（瓶）」が付く注射薬の使用量が各容量に満たない場合は、残量廃棄のコメントコードは自動発生しません。（ × ）
8. 小児科外来診療料を算定したときに、院内処方の投薬料は算定不可ですが「.213 内服薬剤（処方のみ）」の診療種別区分を入力することにより請求点数には含めず薬剤の入力を行うことができます。（ ）
9. 患者登録画面で保険情報の入力をする際、「記号」「番号」は半角です。（ × ）
10. 再来の患者の主保険が変わった場合、患者登録画面の保険情報欄を全て削除してから入力しなおします。（ × ）
11. 外来管理加算の自動発生後の確認メッセージ表示（外来管理加算の算定できない診療行為入力がされたとき）の有り・無し、外来管理加算の自動発生無しの三つのうちいずれかをシステム管理マスタ"1007 自動算定情報"で設定することができます。（ × ）
12. 診療行為入力画面の診療日は、システム日付が初期値なので変更することはできません。（ × ）

下図は、日医標準レセプトソフトの患者登録画面で、所得者情報を入力する画面です。  
次の3点の機能について記述しなさい。(10点)

The screenshot shows a software window titled '患者登録' (Patient Registration). At the top, there are fields for patient ID (0001), name (日医 太郎), gender (男), and age (520.1.1). Below this are several tabs: '受付' (Reception), '基本情報' (Basic Information), '保険組合せ履歴' (Insurance Combination History), '連絡先等' (Contact Information), '紹介情報' (Referral Information), '所得者情報' (Income Information), and '入力履歴' (Input History). The '所得者情報' tab is active. It contains three main sections, each with a table and associated input fields:

- 低所得者2 (Low Income 2):** A table with columns '番号' (Number), '認定日' (Certification Date), and '終了日' (End Date). To the right are input fields for '選択番号' (Selected Number), '認定日' (Certification Date), '終了日' (End Date), and '長期入院該当年月日' (Long-term Hospitalization Corresponding Year/Month/Day), along with '更新' (Update) and '削除' (Delete) buttons.
- 低所得者1 (Low Income 1):** A table with columns '番号' (Number), '認定日' (Certification Date), and '終了日' (End Date). To the right are input fields for '選択番号' (Selected Number), '認定日' (Certification Date), and '終了日' (End Date), along with '更新' (Update) and '削除' (Delete) buttons.
- 公費負担額 (Public Fee Burden):** A table with columns '番号' (Number), '公費種別' (Public Fee Category), '適用開始日' (Application Start Date), and '適用終了日' (Application End Date). To its right is another table with columns '番号' (Number), '適用開始日' (Application Start Date), '適用終了日' (Application End Date), '外半上限額' (Outer Half Limit), and '入院上限額' (Hospitalization Limit). To the right of these tables are input fields for '選択番号' (Selected Number), '適用期間' (Application Period), '外半上限額' (Outer Half Limit), and '入院上限額' (Hospitalization Limit), along with '削除' (Delete) and '更新' (Update) buttons.

At the bottom of the window, there are several navigation buttons: '戻る' (Back), 'クリア' (Clear), '前日患者' (Previous Day Patient), '患者削除' (Delete Patient), '再発行' (Re-issue), '保険追加' (Add Insurance), '公費追加' (Add Public Fee), 'マスタ切替' (Master Switch), '実行・印刷' (Execute/Print), '患者検索' (Search Patient), '保険組合せ' (Insurance Combination), '前+' (Previous+), '次-' (Next-), 'タグ切替' (Tag Switch), '氏名検索' (Name Search), '予約登録' (Reservation Registration), '受付一覧' (Reception List), and '登録' (Registration).

・低所得者2

食事標準負担額減額の設定を行う。

外来：高齢者が在総診を受けた場合、患者負担限度額（8000円）を適用する。

入院：高齢者の場合、患者負担限度額（24600円）を適用する。

入院：食事患者負担（650円）を適用する。

但し、長期入院該当年月日以降（91日以上の場合）は、500円を適用する。

- ・ 低所得者 1

食事標準負担額減額の設定を行う。

外来：高齢者が在総診を受けた場合、患者負担限度額（8000円）を適用する。

入院：高齢者の場合、患者負担限度額（15000円）を適用する。

入院：食事患者負担（300円）を適用する。

---

- ・ 公費負担額

患者の所得に応じて、公費の自己負担額に設定した上限額を反映させることができる。

対象となるのは更生医療と育成医療で、基本情報画面で登録した公費情報は画面左側の一覧表に表示される。その下の選択番号欄に該当する番号を入力、或いは一覧表の該当列をクリックして指定したのちに適用期間、上限額の入力をする。

現在、対象となっているのが、生活保護（012）、更正（015）、育成（016）、特定疾患（051）、東京都地方公費（151、451）である。

---

下記設問に記述しなさい。

1. 日医標準レセプトソフトでは、カルテ号紙を発行することが出来ます。

カルテ号紙の発行方法を2つ記述しなさい。(5点×2)

(例)

1. 業務メニュー            1 2 登録            基本情報タブ            1 カルテ発行あり  
登録

---

2. 業務メニュー            1 1 受付            カルテ欄            1 : 発行あり            印刷

---

2. 平成15年10月に受診した場合、一ヶ月内に2回以上算定した場合、日医標準レセプトソフトで自動的に遡減される診療行為を3つ挙げなさい。(5点×3)

(例)

1. 超音波検査、CT(同一部位に限る)、単純撮影(同一部位に限る)

---

2. 内視鏡検査、関節鏡検査、喉頭直達鏡検査、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー、喉頭ファイバースコピー、中耳ファイバースコピー、顎関節鏡検査、気管支鏡検査、気管支ファイバースコピー、胸腔鏡検査、縦隔鏡検査、食道鏡検査、食道ファイバースコピー、胃鏡検査、胃・十二指腸ファイバースコピー、胆道ファイバースコピー、小腸ファイバースコピー、直腸鏡検査、直腸ファイバースコピー、大腸ファイバースコピー、腹腔鏡検査、腹腔ファイバースコピー、 Kurdsコピー、膀胱尿道ファイバースコピー、尿管カテーテル法、腎盂尿管ファイバースコピー、ヒステロスコピー、コルポスコピー、子宮ファイバースコピー、乳管鏡検査

---

3. 心電図検査、心臓カテーテル法による諸検査、体液量等測定、負荷心電図検査、ホルター型心電図検査、トレッドミルによる負荷心機能検査、バイシクルエルゴメーターによる心肺機能検査、リアルタイム解析型心電図、心音図検査、脈派図、心機図、ポリグラフ検査等より3つ

---

.あなたがインストラクターとして、日医標準レセプトソフトを導入・運用する際にセキュリティの面で気をつけるべきことを記述しなさい。(5点)

(例)

---

・パスワードを厳重に管理する。

---

・定期的にパスワードを変更する。

---

・勝手にソフトをインストールしない。

---

・不要なホームページを閲覧しない。

---

・最新の情報(ウィルス情報等)を知っておく。

---

・退室時は、ロックをかける。

---