

レセコン開発会社等説明会のご連絡のお願い

重度心身障害者医療費助成制度について、自動還付方式に移行することに伴い、医療機関様にはレセプト写しを作成していただき、国保連合会に送付していただく必要があります。これに向けたレセコン改修に関するレセコン開発会社等説明会を次のとおり開催させていただきます。

つきましては、貴院（貴社調剤薬局、貴事業所）が保守契約をしているレセコン開発会社等（販売代理店、保守契約店含む）への説明会開催のご連絡をお願いいたします。

なお、医療機関向けアンケート別紙の「No.2-2 回答用会社コード一覧」に記載のあるレセコン開発会社等には県から連絡をさせていただきますので、一覧に記載のない会社と契約している医療機関様については、下記の内容を保守契約会社へご連絡くださいますようお願いいたします。

1. 目的および内容 重度心身障害者医療費助成制度については、平成 26 年 11 月診療分から自動還付方式に移行する予定です。自動還付方式への移行を実現するために、保険医療機関等から提供していただくレセプト写しの作成について円滑なシステム開発を支援することを目的として、電子媒体および紙媒体でのレセプト写しの提出に必要なインターフェース仕様等の説明を行います。
2. 日時 平成 25 年 8 月 20 日（火） 13:30～15:00
3. 場所 山梨県恩賜林記念館 2 階大会議室（ホール）
〒400-0031 甲府市丸の内 1 丁目 5-4
4. 対象者 山梨県内の医療機関等（内科、歯科、調剤、訪問看護）を担当する
レセコン開発会社等
5. 出席連絡内容 次の内容を記入して E-mail でご報告ください。（1 社 2 名まで）
件名：（参加申込）レセコン開発会社等説明会（山梨県）
社名
氏名
連絡先（TEL,E-mail）
6. 送付先 山梨県福祉保健部障害福祉課 心の健康担当
E-mail: shogai-fks-judo@pref.yamanashi.lg.jp
7. 申込締切日 平成 25 年 8 月 19 日（月） 15:00 まで
8. 説明会資料 山梨県障害福祉課ホームページの「お知らせ」よりご確認ください。
「重度心身障害者医療費助成制度見直しに向けたレセコン開発会社等説明会を開催します。」
・レセコン改修仕様について（山梨県）
URL: <http://www.pref.yamanashi.jp/shogai-fks/judo/vendor1.html>

山梨県福祉保健部障害福祉課
心の健康担当 島村
TEL: 055-223-1495

【アンケート別紙②】No.2-3回答用 製品情報コード一覧

【医科】	
記入番号	会社名
A2-1	アップルドクター [アーチャンレセプト等]
A2-2	NTTデータ [レセプト博士等]
A2-3	三栄メディシス [Calnart等]
A2-4	島津製作所 [SimCLINIC等]
A2-5	ソフトウェアサービス [e-カルテ等]
A2-6	ダイナミクス [Dynamics等]
A2-7	東芝メディカルシステムズ [TOSMEC Aveny、TRINITY SV等]
A2-8	ニデック [NAVIS-CL等]
A2-9	日本医師会 [ORCA(日医標準レセプトソフト)]
A2-10	日本事務器(NJC) [MAPSIBARS]
A2-11	日本電気(NEO) [MegaOakIBARS等]
A2-12	パナソニック ヘルスケア [Medicom-MC/XN、HR等]
A2-13	日立メディカルコンピュータ [Pre-SEED、MOA-SEED等]
A2-14	ビー・エム・エル [クオリス、メディカルステーション等]
A2-15	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
A2-16	三菱化学メディエンス [m-KARTE]
A2-17	メグデザイン研究所 [ドクターソフト、Mmドクターシステム等]
A2-18	油井コンサルティング [ドクターソフト(DRS)等]
A2-19	ユニコン [ユニ・メディカル等]
A2-20	ユヤマ(湯山製作所) [BrainBox等]
A2-21	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【訪問看護】	
記入番号	会社名
D2-1	コンダクト [コスモス等]
D2-2	スリー・テン [ナーシングネット等]
D2-3	日本ケアコミュニケーションズ [CoCoNurse等]
D2-4	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【歯科】	
記入番号	会社名
B2-1	アキラックス [AQUILAX等]
B2-2	エーアイクリエイト [歯科エキスパートシステム等]
B2-3	NTTデータ [レセック等]
B2-4	岡山情報処理センター [ORCA等]
B2-5	ササキ [セクレタリーEX等]
B2-6	サンシステム [Sunny LOSA等]
B2-7	システムウェア大樹(たいじゅ) [歯科診療録等]
B2-8	デンタルシステムズ [POWER4G等]
B2-9	東芝メディカルシステムズ [HAPPY ACCEL-ERD等]
B2-10	ノーザ [WiseStaff等]
B2-11	日立メディカルコンピュータ [Denty-SEED等]
B2-12	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
B2-13	モリタ [DOC-5 PROCYON等]
B2-14	ミック [UBOX、QURIA等]
B2-15	メディア [With、Withエポック等]
B2-16	ヨシダ [WAVE Profit I等]
B2-17	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【調剤】	
記入番号	会社名
C2-1	EMシステムズ [Recepty NEXT等]
C2-2	カシオ情報機器 [P-CUBE等]
C2-3	シグマソリューションズ [Elixir等]
C2-4	スズケン [Pストップ等]
C2-5	日本調剤
C2-6	ネグジット総研 [調剤くん等]
C2-7	パナソニックヘルスケア [Medicom Pharnas等]
C2-8	日立メディカルコンピュータ [Pharma-SEED等]
C2-9	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
C2-10	三菱電機インフォメーションシステムズ [三菱Melphin等]
C2-11	ユヤマ(湯山製作所) [BrainBox等]
C2-12	ユニコン [ユニ・ファーマシー等]
C2-13	ワイケイエス・ファーマテック [調剤システム等]
C2-14	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

※上記につきましては県内で独自に確認を行った情報の一部であり、全てのレセコン製品等を網羅しているものではありませんので、御了承ください。

【アンケート別紙②】No.2-3回答用 製品情報コード一覧

【医科】	
記入番号	会社名
A2-1	アップルドクター [アーチャンレセプト等]
A2-2	NTTデータ [レセプト博士等]
A2-3	三栄メディシス [Calhart等]
A2-4	島津製作所 [SimCLINIC等]
A2-5	ソフトウェアサービス [e-カルテ等]
A2-6	ダイナミクス [Dynamios等]
A2-7	東芝メディカルシステムズ [TOSMEC Avento、TRINITY SV等]
A2-8	ニデック [NAVIS-CL等]
A2-9	日本医師会 [ORCA(日医標準レセプトソフト)]
A2-10	日本事務器(NJC) [MAPSIBARS]
A2-11	日本電気(NEO) [MegaOakIBARS等]
A2-12	パナソニックヘルスケア [Medicom-MC/XN、HR等]
A2-13	日立メディカルコンピュータ [Pre-SEED、MOA-SEED等]
A2-14	ビー・エム・エル [クオリス、メディカルステーション等]
A2-15	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
A2-16	三菱化学メディエンス [m-KARTE]
A2-17	メグデザイン研究所 [ドクターソフト、Mmdドクターシステム等]
A2-18	油井コンサルティング [ドクターソフト(DRS)等]
A2-19	ユニコン [ユニ・メディカル等]
A2-20	ユヤマ(湯山製作所) [BrainBox等]
A2-21	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【訪問看護】	
記入番号	会社名
D2-1	コンダクト [コスモス等]
D2-2	スリー・テン [ナーシングネット等]
D2-3	日本ケアコミュニケーションズ [CoCoNurse等]
D2-4	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【歯科】	
記入番号	会社名
B2-1	アキラックス [AQUILAX等]
B2-2	エーアイクリエイト [歯科エキスパートシステム等]
B2-3	NTTデータ [レセック等]
B2-4	岡山情報処理センター [ORCA等]
B2-5	ササキ [セクレタリーEX等]
B2-6	サンシステム [Sunny LOSA等]
B2-7	システムウェア大樹(たいじゅ) [歯科診療録等]
B2-8	デンタルシステムズ [POWER4G等]
B2-9	東芝メディカルシステムズ [HAPPY ACCEL-ERD等]
B2-10	ノーザ [WiseStaff等]
B2-11	日立メディカルコンピュータ [Denty-SEED等]
B2-12	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
B2-13	モリタ [DOC-5 PROCYON等]
B2-14	ミック [UBOX、QURIA等]
B2-15	メディア [With、Withエポック等]
B2-16	ヨシダ [WAVE Profit I等]
B2-17	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

【調剤】	
記入番号	会社名
C2-1	EMシステムズ [Recepty NEXT等]
C2-2	カシオ情報機器 [P-CUBE等]
C2-3	シグマソリューションズ [Elixir等]
C2-4	スズケン [PSTOPP等]
C2-5	日本調剤
C2-6	ネグジット総研 [調剤くん等]
C2-7	パナソニックヘルスケア [Medicom Pharnes等]
C2-8	日立メディカルコンピュータ [Pharma-SEED等]
C2-9	富士通 [HOPE/SX、X、EGMAIN等]
C2-10	三菱電機インフォメーションシステムズ [三菱Melphin等]
C2-11	ユヤマ(湯山製作所) [BrainBox等]
C2-12	ユニコン [ユニ・ファーマシー等]
C2-13	ワイケイエス・ファーマテック [調剤システム等]
C2-14	その他 ※回答欄に会社名を直接記入してください。

※上記につきましては県内で独自に確認を行った情報の一部であり、全てのレセコン製品等を網羅しているものではありませんので、御了承ください。

重度心身障害者医療費助成制度見直しに向けたアンケート調査票(山梨県)

FAX番号:055-223-1464

E-mail: shogaifks-judo@pref.yamanashi.lg.jp

貴院(貴社調剤薬局、貴事業所)名	
保険医療機関種別	(医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護)
保険医療機関等番号(7桁)	
住所	
電話番号	

記入日	平成25年 月 日
記入者名	

<回答方法> 選択肢の左にある口にチェック又は黒く塗りつぶしてください。

例1: ☒ 1. はい
例2: ☐ 1. はい

1. レセプトコンピュータ(レセコン)のご利用状況について教えてください。

No.	質問事項	回答
1	レセコンを導入していますか。	☐ 1. はい (レセコン製品を購入またはリース等で利用) ☐ 2. はい (独自開発したシステムを利用) ☐ 3. いいえ(レセプトコンピュータは未導入) ☐ 4. その他()

2. No.1で「1. はい(レセコン製品を購入またはリース等で利用)」を選択した方にお伺いします。

No.	質問事項	回答
2-1.	レセコンの導入(課金)形態について教えてください。	☐ 1. 購入 ☐ 2. リース ☐ 3. 利用ライセンスによる定額料金や従量制課金 ☐ 4. その他()
2-2.	別紙①「No.2-2回答用会社コード一覧」をご確認いただき、ご利用中のレセコンにて保守契約を結んでいる会社をご選択願います。(記載例:A1-1) ※選択肢内に該当の会社名が無い場合は、回答欄に直接会社名をご記入ください。(記載例:〇〇〇社)	
2-3.	別紙②「No.2-3回答用製品情報コード一覧」をご確認いただき、ご利用中のレセコン開発会社(製品名)をご選択願います。(記載例:A2-1) ※選択肢内に該当のレセコン開発会社名(製品名)が無い場合は、回答欄に直接ご記入ください。(記載例:〇〇〇社[△△システム])	

3. 審査支払機関(国保連合会、支払基金)への診療報酬請求について、貴院(貴社調剤薬局、貴事業所)の現状を教えてください。

No.	質問事項	回答
3-1.	診療報酬請求の提出方法について、教えてください。(返戻分の再請求等は除き、通常請求分を対象とします)	☐ 1. 紙レセプトの郵送または持込 ☐ 2. 電子レセプトの磁気媒体(CD-R、FD、MO等)郵送または持込 ☐ 3. 電子レセプトのオンライン請求
3-2.	No.3-1で「紙レセプトの郵送(紙請求)」を選択した方にお伺いします。 レセプトの記載方法について教えてください。	☐ 1. 手書きでの記入 ☐ 2. レセコンからの出力(印刷) ☐ 3. その他()
3-3.	No.3-1で「3.オンライン請求」を選択した方にお伺いします。 レセプトの電子媒体(CD-R/FD)への出力は可能ですか(レセコンにCD-ROM又はFDドライブが付いていますか)。	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. その他()
3-4.	No.3-1で「3.オンライン請求」を選択した方にお伺いします。 毎月11日～12日の修正期間中に修正処理を行う頻度について教えてください。	☐ 1. ほとんどない ☐ 2. 数カ月一回程度ある ☐ 3. 毎月ある

4. レセコンの改修に向けて、貴院(貴社調剤薬局)の現状を教えてください。

No.	質問事項	回答
4-1.	公費83該当のレセプト件数(月単位のおおよその目安)を教えてください。	おおよそ 件/月程度
4-2.	別紙「重度心身障害者医療費助成制度見直しに伴うレセプト(診療報酬明細書)写しの作成方法および国保連合会への提出手順について」をご確認いただき、貴院(貴社調剤薬局、貴事業所)のレセコン改修(ソフトウェアへの機能追加)に向けた意向を教えてください。	☐ 1. レセコンの改修は不要(紙のレセプト写しを提出) ☐ 2. レセコンの改修が必要 ☐ 3. その他(内容をご記入ください)

医療機関から提供していただく情報の利用目的、管理、運用について説明します。

・アンケートの回答に含まれる個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、重度心身障害者医療費助成制度の改善に付関連業務の目的以外には使用しません。

・アンケートの回答に含まれる個人情報は、山梨県および市町村、重度心身障害者医療費助成制度に係る各機関以外の第三者には提供しません。

・本アンケートの内容および情報の取り扱いに関するお問い合わせまたはご要望は、右記にて承っております。

<お問い合わせ先>

山梨県障害福祉課 心の健康担当 島村

TEL: 055-223-1495

FAX: 055-223-1464

平成26年
11月診療分
から

重度心身障害者医療費の 助成方法が変わります！

窓口無料方式



自動還付方式



■ 重度心身障害者医療費助成制度とは

障害のある方の健康を守り、地域で安心して生活を送っていただくため、医療費の自己負担分を全額助成する制度です。
県内すべての市町村で実施しています。

● 対象者

- 身体障害者手帳1～3級所持者
- 療育手帳A所持者
- 精神障害者保健福祉手帳1～2級所持者
- 国民年金障害等級1～2級相当者

● 助成内容 保険適用医療費の全自己負担額

● 所得制限

- 20歳未満・・・特別児童扶養手当の所得制限を適用
(扶養0人の場合で保護者の所得4,596,000円)
- 20歳以上・・・特別障害者手当の所得制限を適用
(扶養0人の場合で本人の所得3,604,000円)

重度心身障害者医療費助成制度見直しに伴う レセプト（診療報酬明細書）写しの作成方法 および国保連合会への提出手順について ＜医科／DPC＞

本資料では、重度心身障害者医療費助成制度（公費83）における医療費患者負担分の自動還付を行うために、医療機関の皆様へお願いする事務処理の流れを記載します。

- ① 受診時に重度心身障害者医療費助成金受給資格者証を確認し、医療費の患者負担金を受領
(受給資格者証の確認は変わりませんが、窓口無料ではなくなります)



- ② 公費83に関する公費負担者番号および受給者番号を患者情報として記録



- ③ 公費83以外も含めて翌月にレセプトの集計と出力を行い、審査支払機関へ診療報酬を請求(通常の診療報酬請求業務)



- ④ 公費「83」に該当するレセプトを抽出し、レセプト写しを作成



- ⑤ 該当月分のレセプト写しを市町村ごとに分類して、総括表を作成



- ⑥ 総括表(紙)とレセプト写し(紙)を国保連合会へ簡易書留で郵送

- ④ 公費「83」に該当するレセプトを抽出し、レセプト写しを作成



- ⑤ 該当月分のレセプト写しを一括集計し、送付書を作成



- ⑥ 送付書(紙)とレセプト写し(電子)を国保連合会へ簡易書留で郵送

レセプト写しの作成

公費83に該当する受給者のレセプトのみを抽出したCSVファイルを作成します。

- ・医科(支払基金)用 JUDOC7.CSV
- ・医科(国保連合会)用 JUDOC8.CSV
- ・DPC(支払基金)用 JUDOD7.CSV
- ・DPC(国保連合会)用 JUDOD8.CSV

※医療機関情報レコード(IRレコード)の審査支払機関コードにつきましては、診療報酬請求に影響が出ないよう、レセプト写しは「7:支払基金、8:国保連合会」としてください。

※診療報酬請求書レコード(GOレコード)の総件数と総合計点数につきましては、レセプト写しのCSVファイル単位に集計した総件数と総合計点数記録してください。

※仕様詳細は県の障害福祉課ホームページにて公開します。 山梨県 障害福祉課 検索

送付書の作成

レセプト写しを作成後、送付書へ必要情報を記載します。

① 該当年月を記載

⑤ 審査支払機関ごとの合計件数、合計点数を記載

② 保険医療機関等番号を記載

③ 医療機関等情報を記載し、捺印

④ 担当者名と問合せ先電話番号を記載

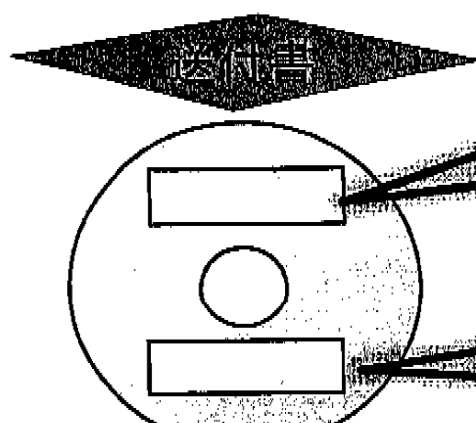
⑥ DPCの請求がある場合のみ、審査支払機関ごとの合計件数、合計点数を記載

国保連合会への郵送

国保連合会へ郵送する磁気媒体は原則CD-Rとし、やむを得ない場合は3.5インチFD若しくはMOも可とします。また、提出期限は毎月10日となります。(レセプトのオンライン請求を行っている医療機関は10日消印まで有効となります)

※USBデバイスおよびフラッシュメモリ等の記憶媒体での提出はご遠慮ください。

※提出した磁気媒体は返却できませんので、ご了承ください。



ファイル名 : 重度心身障害者医療費明細データ
 保険医療機関コード : XXXXXXXXXXX(10桁)
 保険医療機関名称 : ○○○医院

診療年月 : 平成 年 月 提出分
 提出年月日 : 平成 年 月 日 提出
 提出情報 : 集計事務 / 調整処理