

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1		<p>保険組み合わせが作成されないというお問い合わせがありました。生保の受給者番号が変動番号制で患者登録画面にて毎月保険追加をしていたようなのですが、今月生保と精神通院の組み合わせが出来ないとのことでした。</p> <p>こちらで検証したのですが生保の期限を毎月切って精神のみ期限をオール 9 に設定し保険追加で生保を追加していくと保険組み合わせが生保単独、生保と精神併用、生保の有効期限の切れた次の日が開始日となる精神単独が作成され以降、毎月生保単独と生保精神の 2 種類ずつできるのですが診療行為入力をせずに保険追加のみを行っていきますと生保と精神の組み合わせは最初の 3ヶ月分しか作成されずそれ以降は生保の組み合わせと精神単独しか組み合わせしかできません。</p> <p>毎月診療行為入力をし、生保の保険追加をしていくと保険組み合わせの番号が診療行為入力した時のものとは別の番号になり、もとの組み合わせ番号が削除となってしまいます。一度 11番まで (5ヶ月分) 保険組み合わせが出来き診療行為入力も出来ませんが次の月の生保入力の際に『保険組合の変更で保険期間外の診療が存在します。診療を保険変更して下さい。』とメッセージが出ます。会計照会で確認しますとその組合せは削除されております。それ以前の 2ヶ月分も組合せが削除され別の組合せの番号に変わっています。6ヶ月目以降は生保単独の組み合わせしか作成されません。</p> <p>このような場合どのようにすれば生保と精神の保険組み合わせを作成することができるのでしょうか。また保険組合せの番号が変わってしまうのはなぜでしょうか。</p>	<p>生活保護の情報が 10件以上あった時、保険組合せ、公費負担額一覧の画面表示でエラーが発生していたので、正しく表示するように修正しました。</p> <p>(注意) 生活保護の場合は毎月受給者番号が変更になる場合がありますが、毎月有効期限を切って公費情報を作成する運用は行わず、レセプト作成時に『生保入力』画面より該当月の受給者番号を入力する運用を行うようにお願いします。</p>	H16.10.26

12 登録 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
2	20041101-005	<p>以下の現象がでますので、確認および修正をお願いします。</p> <p>1)http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/chihoukouhi/p01-hokkaido.rhtml を元に地方公費の設定をします</p> <p>2)患者登録をします。 この時公費の種類を「343 障害課有」とします。 負担者番号を[4101] 受給者番号を[11111] とします。</p> <p>3)「登録」ボタンを押します</p> <p>4)同じ患者を患者登録画面で呼び出し、操作を行うと「公費の種別は変更できません」とエラーダイアログが表示され、修正などの作業が2度とできなくなります。</p> <p>5)343は北海道地方公費であり、この負担者番号に市町村を示す4桁数値を入力して患者登録してもらいたいのです。 負担者番号4101はその市町村を示す4桁数値です(受給者証の市町村記号)ちなみに4101は札幌市清田区です。</p> <p>6)なお、保険番号マスタの番号チェックは全て「チェックしない」になっています。</p> <p>7)また、4101だけでなく、法則は解からないのですが、他の4桁数値でも同様の現象が生じます(1016でもなるようです)。 また、他の地方公費(障害以外の公費)でも同様の現象がでます。 負担者番号から公費番号を自動的に選択する部分のバグでは無いでしょうか？ 検証および修正をお願いします。</p>	<p>負担者番号が保険者マスタに公費でない保険種類で登録されている場合のチェックを追加します。 ですが、保険者マスタに登録されていない場合の公費種類の初期表示は変更できません。 新規登録の時、負担者番号の頭2桁を法別番号として公費の種類を決定しますので、公費の種類の初期表示が本来と異なる場合があります。</p>	H16.11.5

14 予約

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1	ncp 20050412-008	日レセ ver2.5.0 無床版にて予約を取った時に人数のカウン트가うまくあがらない時があるとの連絡を受けました。運用としては、 1,すでにある予約情報をクリックして患者呼び出し 2,別の日を選択して時間枠をクリックして時間を入れる 3,予約 (F12) そのときに人数がカウントされないことや何人か入っていて追加されないこと、別の枠にカウントされる (1の情報もとの時間らしい) ことがあるそうです。 患者番号から患者を呼び出して予約登録した時には問題ないとのことでした。	予約変更する時、変更前の予約日をカレンダーの選択日としていたので、カレンダーの日が変更された場合に元の予約日の変更が正しくできませんでした。	H17.4.14

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1		中途終了から展開した時、あるいは、入力途中での診療科、又は保険変更による診察料の置換えをする場合であって、在宅料 (在宅薬剤含む) の内容に、在宅料より前にフリーコメントなど同じコードがあった場合、そのコード以下が削除されていたので正しく診察料を置き換えるように修正した。		H16.7.13
2		新潟県高額療養費委任払制度で、公費負担限度額 12000円上限を適用していた為、12000円を超える患者負担が発生しなかった。公費負担限度額の外来上限 12000円を適用しないよう修正した。		H16.7.28
3		手術料の施設基準不適合による減算及び従たる手術の場合の点数計算に誤りがあったので修正した。		H16.7.30

2.1 診療行為 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
4		同日同一診療科で複数受診があった場合に会計順序の早い方 (最終の会計情報でない) を訂正で呼び出し診療科を変更した場合に同一日の他の会計情報の剤回数が消えてしまうという不具合があったので修正をした。 会計照会で該当の剤を検索すると回数は表示されているが、診療行為で訂正で呼び出すと回数が0のためクリアされた内容で表示される。		H16.8.17
5		労災点数マスタコード (診療行為コードの先頭が101で始まるもの) の手術料の算定で時間外加算など%加算するものが計算されていなかった ので修正した。 【注意】 プログラム更新だけでなく該当のマスタの時間加算区分を「0 時間外算定不可」から「1 時間外算定可能」に変更する必要がある。 マスタ更新データを併せて提供しているのでマスタ更新処理を行っていただきたい。		H16.9.7

21 診療行為 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
6		<p>大阪府の地方公費の関係です。</p> <p>患者負担有り 回 - 上限額 …500 日 - 上限額 …500 日 - 上限回数 …0 月 - 院内 - 上限額 …1,000 月 - 院外 - 上限額 …1,000 月 - 上限回数 …2</p> <p>上記の設定で公費を作り、「生保険 + その公費」で診療をした場合、</p> <p>(例1) 1日 1回目 220円 2回目 280円 2日 1回目 300円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい</p> <p>(例2) 1日 1回目 220円 2日 1回目 300円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい</p> <p>(例3) 1日 1回目 220円 2回目 280円 2日 1回目 300円 3日 1回目 0円 正常です。</p> <p>となってしまう、2日は500円を超えるまで徴収したいのですが、そのようになりません。 「月 - 上限回数」はどのような回数になっているのでしょうか。 1日上限額が500円で2日まで徴収出来る場合、どのような設定をすればよろしいでしょうか。</p>	<p>保険番号マスタの設定はこの通りで構いません。負担金計算を修正しました。</p> <p>患者負担有り 回 - 上限額 …500 日 - 上限額 …500 日 - 上限回数 …0 月 - 院内 - 上限額 …1,000 月 - 院外 - 上限額 …1,000 月 - 上限回数 …2</p>	<p>H16.10.26</p>

21 診療行為 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
7	20041101-001	診療行為画面にて患者を入力すると、自動で療養担当手当 (入院外) が算定されるのですがこれは11月より算定できるので良いのですが、そこで、中途終了をして再度、診療行為画面にて患者IDを入力すると療養担当手当 (入院外) が2つ算定されています。 療養担当手当 (入院外) は月に1度しか算定できません。 ORCAで何か設定をしなければならないのでしょうか？ マスク登録の「自動更新・チェック機能」で療養担当手当 (北海道) の項目は算定するとしてます。 現状は、2回算定されているものは、手で消していますが、早急な回答をお願いします。	11月から自動発生する、療養担当手当 (入院外) が、中途終了から展開した時に二重に自動発生していたので修正した。	H16.11.12
8		同一割内でフィルムと特定器材 (フィルム以外) を入力された場合の算定方法を見直した。	算定点数は今までと同じであり、今後のシステムメンテナンスの都合のため変更を行った。	H16.11.24
9		大阪の41老人2割の設定が出来ませんとのお問い合わせを頂きました。 27老人2割と同じく入院の場合の負担金は72300円 + (医療費 - 361500円) × 1% になるそうです。	大阪41老人2割入院 (保険番号マスクの2桁目から2桁が"41"で負担割合が2割) の場合、月上限額72300円 + (医療費 - 361500) × 1% で患者負担金計算を行うよう修正しました。	H16.11.29
10	20041015-022	有床診療所 (19床) バージョン2.3.1 入院の患者さんで、国保/41老人/長期の保険組み合わせでレセプトを出力したところ、本来レセプトの一部負担金額には長期分の¥10,000円の金額が印字されるところを41老人の入院月上限金額の¥40,200円が印字されていました。 診療行為の入力は、3つの保険が含まれる保険ですべて入力しました。 41老人の公費設定は、HPのとおり設定しています。検証をお願いします。	埼玉県41老人 + 長期のレセプト一部負担金記載対応 保険番号マスクの2桁目から2桁が"41"で、972長期高額療養費を組合せに持つ場合、41老人の月上限額を10000円とし、収納テーブルのレセプト記載用項目の編集を行う事とした。 注 該当公費をもつ患者については、再計算又は診療行為訂正を行う必要がある。	H16.11.29

2.1 診療行為 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
11	20041211-002	<p>単純CT撮影でガストログラフィンの「経口用」を使用し造影した場合、入力すると 170011810 躯幹単純CT撮影 170012070 造影剤使用加算 617210010 ガストログラフィン 100m l(内服)</p> <p>上記のように造影剤使用加算が自動算定されます。しかし、点数表では「単純CT撮影及び特殊CT撮影における造影剤を使用した場合は」の注釈に「経口造影剤を使用した場合を除く」とあります。そうすると、この場合内服のガストログラフィンを使用しているので造影剤使用加算は算定出来ないのでは無いでしょうか？ 手動で、造影剤加算を削除してもまた自動で出てしまいます。確認及び修正をお願いします。</p>	<p>CT及びMRにおいて内用薬の造影剤を入力された場合は造影剤使用加算を自動発生しないようにしました。</p>	H16.12.22
12		<p>検査料、画像診断料、在宅料、その他料 (リハビリテーション料など) で酸素の算定ができなかったので算定できるようにした。</p>		H17.2.17
13	20050207-004	<p>同一日に抗てんかん剤を2種類投与した場合特定薬剤治療管理料は2回算定出来ます。 113000410*2で特定薬剤治療管理料を算定するとエラーメッセージが出て登録出来ません。 113000410*1 113000410*1と別々に入力すると登録出来ますが中途終了し、再度中途表示した場合 113000410しか表示されません。 ひとつ消えてしまいます。</p> <p>どの様にしたら、消えないようになりますでしょうか。</p>	<p>中途終了時に同じ指導料が2つ入力されていた場合 (特定薬剤治療管理料など) 展開時に1つしか展開していなかったため、正しく展開するように修正しました。</p>	H17.2.17

21 診療行為 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
14	20050214-002	検査で、「A/G比」と「蛋白分画」を入力すると、「検査の重複算定エラーです。」と表示され、どちらかを削除しないと、処理続行できなくなります。点数表を確認しましたが、双方が重複算定できないという記載はありませんでした。支払基金へ確認しましたところ、「点数表の解釈上、同時算定できない決まりはないですが、医学的には同時に検査する必要がないと見なされ、審査・減点の対象となることがあるようです。」とのことでした。点数表の解釈にない項目なので、エラーではなく警告表示にさせていただくことはできないでしょうか？	検査の重複チェックで、蛋白分画とA/Gの重複チェックをはずしました。	H17.2.17
15		検査の内分泌負荷試験の点数に乳幼児加算を反映していなかったのが加算した点数で算定するように修正した。(画面上は自動発生した乳幼児加算を表示していたが最終的な点数に含めていなかった。)	内分泌負荷試験の月上限点数の自動算定はバージョン2.5.0で実装します。	H17.3.29
16		国保 + 27老人 1割 + 静岡障害 (保険番号 :185) の組み合わせで、診療すると請求確認画面にて12000円までしか請求されない。国保 + 27老人 1割ですと上限はなくなります。 185では上限額は設定してないです。 全国的に地方公費に適用する、しないは分かりませんが、静岡障害 (185)、母子家庭 (184) は上限はないとのことでした。	静岡県地方公費について 入院 外来負担金計算において、高齢者の場合で静岡障害 (185)、母子家庭 (184) の公費負担限度額を超える算定を行う為、公費負担限度額の外来上限12000円、入院上限40200円を適用しないようにしました。	H17.4.14
17	nep 20050611-001	薬剤を入力したところ、剤数のカウントが違っているようだとご指摘をうけましたので、ご確認のうえ、回答をお願いいたします。 .210 612130193 バイカロン (25) 1T 610421329 ニューロタン (25) 1T 612170708 アムロジン (5) 1T ×1 20×1 この入力で3剤とカウントしているようです。 薬価を手計算すると 205.0 となります。また点数も21点を超えていないので、1剤とするのが正しいのではないのでしょうか。入力に関しては逡減のコメントをNOにすればいいのですが、気が付かないときはそのままOKで入力し、間違ってしまう。	205円以下の判定が誤っていましたので修正しました。	H17.6.27

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	orca-users 07780	どうも【3 収納】で[Shift+F5]の入金だとupymd、uphmsはPCのシステム時間で正常に入りますが、[Shift+F6]の一括入金だとnullになるようです。	<p>1.収納テーブルの更新日(upymd)、更新時間 (uphms)の更新が一部の処理で行われていませんでしたので修正しました。</p> <p>< 不具合の発生する処理 > 診療行為入力 - 請求確認画面にて入金取り扱いに下記の内容を選択し、今回請求分以外の請求について入金を行った場合 (今回請求分の収納については更新日、更新時間の編集を行っていたが、今回請求分以外の収納について更新が行われていなかった) ・収納登録 - 一括入金画面からの入金登録</p> <p>2.収納明細テーブルの作成日(creymd)、更新日(upymd)、更新時間 (uphms)の更新が収納登録 - 一括入金画面からの入金登録の際に行われていませんでしたので修正しました。</p>	H17.5.20

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		回数を0回にした場合、算定履歴も回数0で残りますが、その後、診療行為から登録すると算定履歴の初回算定日が0のままとなっていたので修正しました。		H16.12.2

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1	20041104-007	業務メニューから入退院登録画面が開けなくなりました。入退院登録のボタンを押すとそのまま固まります。 バージョンは入院版 2.4.0 でパッチはすべてあてています。 この現象に陥ったタイミングは、退院再計算処理を行った後だそうです。	退院再計算処理の更新処理に失敗すると発生することがわかりました。	H16.11.5
2	20041126-014	以下の入力を行うと時計状態のままになります。 1)主保険のみで以下の入退院行為を行う 入院日 2004/11/26 退院日 2004/11/26 2)患者登録画面で同じ患者に[051 特定負有]の公費を追加する 適応期間は 2004/04/01 - 1004/12/31 3)公費負担額を以下とする 適応開始日 2004/12/01 適応終了日 2004/12/31 外来上限額 1000 入院上限額 1000 4)入退院登録で同じ患者を呼び出す [04 照会]のまま「カルテ発行」ボタンと押すと時計状態のままとなる ちなみに[01 入院登録]の場合は問題ない	次の条件に全て該当した場合、カルテ 1号紙の発行を行うとフリーズする不具合を修正しました。 (1)患者が既に退院している (2)システム日付が退院日の翌月以降 (3)退院日と入院日が等しい (4)異動事由に「照会」が選択されている	H16.12.2
3		老人特定入院料の老人性痴呆疾患治療病棟入院料が入院期間が 90 日を超えた場合 1日に 1が 110点、2が 30点減算となるのですが、日レセで登録しますと自動で 91日目より減算されますが再入院の場合、継続入院にしましても新しい入院日から 91日を起算してきます。	90日を超えた場合に正しい点数算定ができていませんでしたので修正しました。	H17.1.25
4	npc 20050411-011	新潟県の公費で161県障の方で入院一日1200円負担の患者様 一日の診療行為の算定が31700点以上超えると公費負担金が1200円発生しなくなり、会計に困ります。	1日あたりの主保険部分 (3割) 患者負担額が 10万円を超えた場合に公費負担金が正しく計算できない不具合がありました。	H17.4.14

31 入退院登録 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
5	nep 20050427-011	3/1~3/31で退院時仮計算を行った場合に老人負担金 24,600円が上がってきません。(3/1~3/22で行うと上がってきます。)国民保険の負担金を提示しないと、いけないという表記はないとのことですが、総括表の計算には計上されるのでしょうか？	負担金計算において、高齢者で同一月内に公費単独 (月の限度額がある場合) と主保険を含む組み合わせの2種類を使用した場合、正しく負担計算が行われない不具合がありましたので修正しました。	H17.5.20
6		51特定疾患負担あり+患者負担なし公費 (広島 - 保険番号191)にて入院の請求書兼領収書を印刷したのですが、患者負担はないのに、公費一部負担金欄や今回請求額に金額が印字されます。 例) 総点数 3458点 特定疾患月限度2000円 51の患者負担 公費一部負担金2000円、食事負担0円 191の患者負担 公費一部負担金 0円、食事負担780×30 = 23400円	入院負担金計算について 公費一部負担金と食事負担を別々に比較し、それぞれ金額の小さいものを患者負担とするように修正しました。(全国的な対処) 今までは、公費一部負担金と食事負担の合算金額を公費単位に比較し、一番小さい合算金額を患者負担としていた。例の場合は、51の患者負担2000円 < 191の患者負担23400円となり、公費一部負担金2000円、食事負担0円を患者負担としていた。	H17.5.20
7	support 20050531-004	「マスタ 5002 病室管理情報」「入退院登録」「入院会計照会」では室料差額が算定されているのに、退院時仮計算、もしくは退院処理を行うと、室料差額が計算されません。	管理コード5113室料差額の区分コードの登録で空き番号があった場合で、空き番号以降の区分コードを選択し、入院登録を行った場合、正しく室料差額の算定が行われなかったため修正しました。	H17.6.27

3.1 入退院登録 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	お電話でのお問い合わせ 6月2日 -	<p>病棟管理で入院料が変更となった場合に、有効期限を区切り転科転棟転室処理をする際環境設定の日付 = 異動日の場合に初期表示される入院料欄 (特定入院料または算定入院料) は環境設定の日付に有効な入院料ではなく現在算定されている入院料の様で、異動日の日付を変更しないと現在有効な入院料が選択出来ないのですが、異動日と環境設定の日付が同じ場合、自動で環境設定の日付が表示されるのを一度別の日付に変更してから再度日付を入れ直さないと正しい入院料に変更する事が出来ません。こちらは仕様なのでしょうか。</p> <p>また、病棟管理設定で、一般病棟から一般病棟に期限を区切って変更して転科転棟転室処理を行う場合は、異動日 = 環境設定の日付で現在算定されている入院料が表示されているまま登録を押しても入院料は有効な入院料に変更され会計照会のテーブルも変更されますが、病棟管理情報を一般病棟から特定入院料に期限を区切って変更した場合には同じ操作をするとエラーとなります。この動作の違いはどういう事なのでしょうか。</p> <p>また病棟管理設定で、特定入院料から特定入院料または特定入院料から一般病棟に期限を区切って変更し異動日 = 環境設定の日付の場合そのまま登録を押しますと異動日の時点では期限外となっている入院料で登録が出来てしまいます。会計照会のテーブルは変更前のままの入院料になっています。但し、登録を押した後の入退院登録画面の入院料は特定入院料から一般病棟に変更した場合は現在有効な入院料が算定されているように表示され、異動取消を選択した場合も算定入院料には正しく異動されている様に一般病棟の入院料が表示されます。特定入院料から特定入院料に変更した場合には登録後の入退院登録画面では算定入院料、特定入院料の欄は空欄となり異動取消を選択しても入院料の表示はされません。病棟により動作がちがいますが仕様なのでしょうか。有効期限外の入院料で会計テーブルが出来てしまうのは何故なのでしょうか。</p>	<p>< 前提条件 > ・システム管理 [5001 病棟管理情報] で期間を区切って入院料を変更している。 ・環境設定の日付が入院料の変更後の期間にある。</p> <p>この条件をすべて満たしている状態で、転科転棟転室処理が選択された場合、入院料の表示が変更前のものになっていました。また、この状態で、異動日、病室、病棟のいずれも変更されることなく登録を行われると、入院会計の入院料が変更前のもので作成されてしまう場合がありますので修正しました。</p>	H17.6.27

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1		入院中の患者について入院会計照会画面で次月ボタン (F7キー) 押下により会計を作成する場合において、会計未作成の年月で画面表示している場合も次月ボタンで会計が作成されてしまう不具合を修正しました。		H16.7.13
2		入院中の患者について入院をされた最初の年月を表示した状態で前月ボタンを押下すると「前月データはありません」と警告を表示するが、そのメッセージを閉じた後、再度前月ボタンを押下した場合に画面がフリーズする現象があったので修正した。		H16.9.28
3	20050203-003	入院会計照会で食事を2の食事療養 + 特食に変更し次月を押すと1・食事療養のみに戻ってしまいます これを次月を押しても2の食事療養のまま反映されるようには出来ませんか？病床数200以上の病院さんで毎月結構な数の変更をかけているそうです ご検討よろしくをお願いします	入院会計紹介画面で次月ボタンにより会計作成を行った際に食事の情報が引き継がれなかったので修正しました。(食堂加算があった場合のみ現象が発生します。)	H17.2.17

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1	20041117-011	「33 入院定期請求」で、個別で入院定期請求をしますとします。 患者請求「個別指示」画面で「氏名検索」ボタンによって氏名検索をします。 検索結果の患者を選択すると常に「他端末で使用中です」とエラーダイアログが表示されます。システム管理マスタで排他制御情報を削除しても同じ結果です。	定期請求業務 - 個別指示画面から氏名検索画面へ遷移し、そこで患者を選択すると、多端末からの入力が行われていないにも係わらず、「他端末で使用中です」のエラーメッセージが表示され患者の選択が正しく行われぬ不具合を修正した。	H16.11.24

33 入院定期請求 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
2	nep 20050408-012	<p>最初入院会計未作成者一覧表(ORCBG 003)にて会計情報がある事を確認しました。</p> <p>にも関わらず定期請求を行うと処理結果ダイアログにて、 処理名 : 収納データチェック エラーメッセージ : 患者定期請求履歴データの取得に失敗しました 患者番号 : 「 」 と表示されます。おかしな事に患者番号が表示されません。</p>	<p>収納データを確認しましたところ、診療日2003/4/14の入院 収納データが存在し、このデータの請求期間の終了日が "99999999"となっていたことから、不具合の事象が発生した ようです。</p> <p>同一伝票番号の外来収納が存在し、外来・入院それぞれの 収納の伝票発行日が外来:2003/4/16、入院:2003/5/1となっ ていることから外来の訂正分が誤って入院の収納として登 録されたようです。</p> <p>入院収納の伝票発行日から判断して恐らく -- 【緊急・重要】「日レセ」1.0.9で外来分データが入院分データ として作成されてしまう -- この不具合によって作成されてしまったものと思われます。 ただ、この不具合についてはこの時に修正済みですので現 在ご利用の日レセでは発生しません。</p>	H17.4.14

36 入院患者照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1	20041220-007	<p>対象の画面 : 入院患者照会</p> <p>現象概要 : 患者番号を入力すると違う患者様氏名が表示されてしまう</p> <p>現象詳細 : 入院患者照会画面を開き、102310 と患者番号を入力 本来であればAさんの患者氏名が自動で表示されるはずであるが 患者番号2351のBさんの名前が表示されてしまう</p>	<p>5桁を超える患者ID (患者番号ではありません) を持つ患者 に対して患者番号欄に患者番号を入力すると異なる患者の 情報で表示をしていました。</p>	H16.12.22

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1	20041129-007	産科有床医院ですが、産科入院の場合に入院管理料を自費で徴収して いて検査、処方の方に保険を使用する場合があります。この時、実日数 のデータチェックがかかりません。データチェックできるような設定方法 等がありますか？	入院の実日数算定チェックについて、入院会計照会業務で 入院料の剤を削除した日についても実日数をカウントしてい たため、削除した日の診療行為に算定回数のカウントを行う 剤の入力があってもエラーとならなかった不具合を修正しまし た。	H16.12.2

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1		皮下筋肉内注射で1剤内に複数の医薬品を入力した場合、2つ目以降 の医薬品が摘要欄へ記載されなくなりましたので修正しました。 修正プログラムを適用する前にレセプト作成された場合は再度一括 作成を行うか、該当患者が識別できる場合はその患者を個別作成によ り作成し直しを行ってください。		H16.7.1
2		入院レセプトで原爆単独時の食事療養費標準負担金額についての記載 をしないよう修正した。		H16.7.28
3		国民健康保険で他県分の場合は給付割合を記載するが、前期高齢者 の場合に省略していたので記載するように修正した。		H16.7.30
4		レセプト電算データ作成で低所得者の場合、一部負担金・食事療養費標 準負担額区分を記録する必要があったが記録を行っていなかったので 修正した。		H16.8.30

4.2 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		<p>レセプト電算データ作成で負担区分の記録漏れが起こる不具合が分かり修正した。 この現象が起こる場合は、該当診療月内の診療行為が1つのみ (例えば、初診料) で、かつ、レセプト作成処理でシステムにより自動記載するコメントがある場合に起きる現象であった。 また、一括作成された後で上記に該当する患者のレセプト処理を1人ずつ個別作成で行った場合は、負担区分が正しく記録されるが、一括作成により作成されたデータでは記録されませんでした。</p>		H16.9.3
6		<p>1日に複数回受診した患者 (再診料 1回、同日再診 1回、外来管理加算 2回) について、摘要レコードの記録順が</p> <p>SI,12,1,112009210,,73,1 再診 (診療所) SI,12,1,112011010,,52,2 外来管理加算 SI,12,1,112010150,,73,1 同日再診 (診療所)</p> <p>のようになっていた為、外来管理加算の算定回数が実日数を越えたとみなされエラーチェックにかかる不具合があった。よって、記録順を以下のように修正した。</p> <p>SI,12,1,112009210,,73,1 再診 (診療所) SI,12,1,112010150,,73,1 同日再診 (診療所) SI,12,1,112011010,,52,2 外来管理加算</p>		H16.9.28

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考												
7		<p>入院の点滴入力 (.330、.331、.350)した薬剤で、1日量の点数 診療コード計 数量計 明細数が同じであるが、各数量が異なる場合、レセプト摘要欄に別々に記載しないとイケないが、剤がまとまって記載されていたので修正しました。</p> <p>例えば以下の例です。</p> <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1日目</td> <td style="text-align: center;">2日目</td> </tr> <tr> <td>ラシックス 20mg</td> <td style="text-align: right;">64円</td> <td style="text-align: center;">2管</td> <td style="text-align: center;">1管</td> </tr> <tr> <td>ブドウ糖 50% 20m L</td> <td style="text-align: right;">64円</td> <td style="text-align: center;">2管</td> <td style="text-align: center;">3管</td> </tr> </table> <p>この場合レセプトには 1日目の数量で× 2と記載されてしまいます。</p>			1日目	2日目	ラシックス 20mg	64円	2管	1管	ブドウ糖 50% 20m L	64円	2管	3管		H16.10.4
		1日目	2日目													
ラシックス 20mg	64円	2管	1管													
ブドウ糖 50% 20m L	64円	2管	3管													
8	20041019-019	<p>広島県の地方公費の関係です。 51+ 90のテストを行っている最中、一部おかしな点がありました。 (例) 51 (上限額 2,250円) + 90 (上限額 2,000円) の患者 (3歳未満) で</p> <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr><td>1日目</td><td>506点・500円徴収</td></tr> <tr><td>2日目</td><td>217点・430円徴収</td></tr> <tr><td>3日目</td><td>217点・430円徴収</td></tr> <tr><td>4日目</td><td>217点・380円徴収</td></tr> <tr><td>5日目</td><td>請求額無し</td></tr> </table> <p>と入力したものをレセプトで出力すると 公費 (1) 一部負担金額 2,250円 公費 (2) " 1,748円 と印刷されます。</p> <p>90乳児の一部負担金は窓口徴収額を記載するようになっているので、1,740円と記載されなくてはなりません。 データによっては端数が出ない場合もあるようです。</p>	1日目	506点・500円徴収	2日目	217点・430円徴収	3日目	217点・430円徴収	4日目	217点・380円徴収	5日目	請求額無し	<p>収納情報を作成する部分での不具合ですので該当患者の診療訂正あるいは収納再計算を行ってからレセプト処理を行って下さい。</p>	H16.10.26		
1日目	506点・500円徴収															
2日目	217点・430円徴収															
3日目	217点・430円徴収															
4日目	217点・380円徴収															
5日目	請求額無し															

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
9	20041020-003	<p>明細書の個別作成を行い、種別不明があり、診療行為内容を変更してから、再度、個別作成をすると、なぜか、その患者さんの摘要欄の回数が、本来×1のところを、×2と印字されました。そこで、何も手を加えず、もう一度個別作成をしたところ、今度は×3と印字されました。結局、数回やり直すたびに、回数が1ずつ増えていきました。この現象は特定の患者さんではなく、個別作成したすべての患者さんで発生しました。</p> <p>また、一括作成においても、種別不明があり、診療行為を修正して再度一括作成をすると、すべての患者さんの回数が本来×1のところを×2と印字されました。</p> <p>そこで、今度は何も手を加えずに、ORCAを一度終了(電源はそのまま)してから、再度明細書一括作成をしたら、回数は元に戻り、正しい回数=×1で印字されました。</p> <p>なぜ、このような現象が起きてしまったのでしょうか？</p>	中間ファイルのクリアが漏れていました。	H16.11.5
10	20041116-026	前月に療養から一般に転棟した患者で今月レセプトを作成するとレセプトの区分欄に、前月の療養が印字されてしまいます。	入退院登録で転棟した場合、レセプト病棟区分の編集時に該当診療月でない病棟区分も含めて記載していたので修正しました。	H16.11.24

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11		<p>老人 2割負担患者のレセプト記載について レセプト下部にある「療養の給付」欄の「負担金額」欄の記載ですが、老人 2割の患者は一部負担金の上限が72300円であり、この患者の場合は1円単位まで記載することになっております。 ***** Q .窓口で徴収する負担額は1円単位まで徴収するのか。</p> <p>A .1円の単位 (10円未満) は四捨五入する。ただし、今回現物給付化されることとなった一定以上所得者の入院のケースにおいて、高額医療費の対象となるケース (自己負担限度額72,300円 + (医療費 - 361,500円) × 1%) については、1円単位まで徴収する。(1%負担に1円未満の端数が生じる時は四捨五入するので1円単位が発生する。) なお、診療報酬明細書 (レセプト) には、入院患者および入院外の在総診・在医総を算定している患者さんのみ窓口で徴収した金額 (1円の単位を四捨五入した金額 (注)) を「負担金額」欄に記入する。それ以外の場合は記入する必要はない。 注 :72,300円 + 1%の場合は1円の単位まで記入する。 (参考 :日本医師会 健康保健法の一部改正のQ&A (更新版)) ***** あくまで、「老人 2割負担」「72300円を超える定率負担金が発生」する時のみレセプトに1円単位の記載が必要であるという事です。 Ver2.4.0、および2.3.1ともに、上記の条件で登録・印刷を行うと一部負担金の1円単位が四捨五入されておりますが、これは仕様でしょうか？もしくは、設定等で上記現象を回避することができますでしょうか？</p>	<p>入院レセプトで、老人 2割の患者負担が72300超になる場合、一部負担金の記載が1円単位でなく、四捨五入された金額で記載されていたので修正しました。</p> <p>レセプト作成処理を再度行ってください。 該当の患者が分かっている場合は個別作成でも構いません。</p>	H16.12.2

4.2 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
12	20041206-011	<p>レセ電の出力処理をした時に、印字される症状詳記の「市町村番号」と「老人負担者番号」が、患者登録画面で入力した内容とは別の値で印刷される。値は以下の通り。</p> <p>患者登録画面の入力値 負担者番号 = 27145036 受給者番号 = 1356187 症状詳記 市町村番号 = 27145028 老人受給者番号 = 2817609</p> <p>レセ電 (フロッピー) の内容は、患者登録画面と同じ内容で記録されています。</p> <p>このため、レセ電と症状詳記の内容不一致ということで支払基金から返戻がありました。</p> <p>症状詳記の内容が正しくないのは、何か原因があるのでしょうか。</p>	公費情報抽出条件の誤りでした。	H16.12.8
13	20041201-027	<p>国保と母子を持っている患者さんで、全部で11日受診していて3日が国保で、9日が母子で受診されています。診療行為は保険を切り替えて入力しているため、レセプトに実日数、点数、摘要欄などは分かれてできていますが、療養の給付のところだけ、保険の欄にまとめられてできています。実日数が のところに9日と書いてあるのに、療養の給付の は空白になっています。療養の給付の には公費の点数がでないといけません。修正をお願いします。</p>	福岡県の「乳・障・母」の地方公費を持つ患者のレセプトで主保険と地方公費に分点が発生した場合に療養の給付欄に地方公費の点数を記載するようにしました。	H16.12.22
14	20041203-009	<p>レセ一括作成と個別作成で摘要欄の印字が異なります。</p> <p>一括作成をすると内容に抜けが生じ、個別作成をすると正常に印字される。</p>	入院レセプトで選定入院患者について、他医療機関受診を登録した患者のレセプト作成を行うと、点数マスタの読み込みができなくなる場合が発生し、その影響で摘要欄の記載漏れを引き起こしていました。	H16.12.22

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15		<p>主保険 + 27老人 + 51特定負有で在総診の場合の公費 欄の一部負担金の記載についてなのですが現在日レセでは点数及び一部負担金ともに保険分と異点数、異金額の場合のみ記載という仕様だと思いますが点数に関しては同じ場合には省略して差し支えない。と記載されておりますが、一部負担金に関しては明細書の記載要領には</p> <p>公費 及び公費 の項にはそれぞれ第 1公費及び第 2公費に係わる医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額 (一部負担金 (標準負担額を含む。))の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額を下回る場合には、当該額)を記載する。</p> <p>と 記載されております。 愛媛県の医療機関では記載がないために返戻となったそうです。</p>	<p>例えば、主保険 + 27老人 + 51特定負有で在総診の場合の公費 欄の一部負担金の記載について、保険欄と同額の場合、省略していたが記載するようにしました。</p> <p>該当公費は、所得者情報で限度額を入力する公費を対象とした。</p>	H16.12.22
16		<p>ある患者のレセプト個別作成を行ったあと印刷処理をおこなうと該当は「ありません」と印刷結果ダイアログに表示される(つまり、レセプト作成は正常に終わっており件数もきちんとあがっているのに印刷だけされない)という現象がおきました。 原因は、患者登録画面における「カナ氏名」の先頭に空白が入っていたためでした。</p>	<p>カナ氏名の先頭が空白の場合で、レセプト印刷順の指定にカナ氏名が選択された場合に出力しなかったので出力するようにしました。</p>	H17.1.25
17		<p>自費 (980)にて、990を宣言しコメント入力してもレセプトに印字されないのですがこちらは仕様でしょうか。剤の最後にコメントを入力した場合、病名または会計照会よりコメント入力した場合は印字されますが、摘要欄の最初にコメントを印字させたい場合どの様にすればよろしいでしょうか。</p>	<p>「990」を宣言してコメント入力でレセプトに記載するようにしました。</p>	H17.1.25
18	20050107-014	<p>国保で乳障母 (例えば母子)の患者さんで、初診で来られた月のレセプトに、一部負担金がでています。ここには何も記載しないはずなのですが、初診の際の負担金がでています。以前はでてなかったのですが、なぜ出るように設定をしたのですか？早急に修正をお願いします。(地方公費のバージョンは最新のものを使っています。)</p>	<p>福岡県の「乳障母」の地方公費を持つレセプトで負担金が記載されていたので記載しないようにしました。</p>	H17.1.25

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
19	20050107-015	入院で 11月30日～12月1日 治癒 12月24日～ 新規 と言う同月2回の継続しない入院履歴がある患者様の入院レセの場合 ORCAでは入院年月日が2004年11月30日と記載されますが2004年12月24日と記載するのが正しいと連絡がありました。	最新の入院年月日を記載するようにしました。	H17.1.25
20	support 3月8日-(1)	月途中で主保険変更(社保) 保険者番号 変更なし 本人 家族へ変更 の場合で老人のレセプトが2枚で出力されます。 老人以外の方であれば2枚出力で問題ありませんが老人の場合、1枚での出力が正しいそうです。(基金確認済み)	老人または前期高齢者の場合はレセプトをまとめるようにしました。	H17.3.29
21	request 20050228-002	理学療法についてです。基金に確認を行ったところ、理学療法はレセ電コートが一般 老人でコートが別々であります。現在の仕様では一般であっても老人であってもレセプトの適用欄には【理学療法】と記載が行われます。レセプトの適用欄には、老人理学療法を行った場合、正式名称で【老人理学療法】と記載が必要という事です。全国共通の記載の決まりという事ですので、早急なご対応をお願い致します。 【断明細書の記載要領 平成15年4月版 P.47 'ソ欄】	理学療法のレセプト記載について、老人保健点数を算定した場合は摘要欄の診療名称に '老人' をつけるようにしました。 (例) 理学療法(1)(個別療法) 老人理学療法(1)(個別療法)	H17.3.29
22		診療年月が平成17年4月以降の場合で特記事項欄に「12材治」と表示する場合は「12器治」と表示するようにしました。	点数マスタの変更はマスタ更新データにより提供を行います。	H17.4.14

42 明細書 (続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
23	ncp 20050519-005	<p>特定器材で 059000001 で ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用) 059000002 で ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準) という風に2つ作成しました。 を 140000710 創傷処理2 059000001 10 ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用) と入力しレセプト摘要欄を見ると ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用)10 という風に 途中で切れます 同様に を 140000710 創傷処理2 059000002 10 ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準) と入力しレセプト摘要欄を見ると ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準)10 cm2 という風に 数量や単価が記載されていました。</p> <p>そこで の名称を少し長めに ディオアクティブET(皮膚欠損用創傷被 覆材・ 真皮にいたる創傷用)と変えたらきちんと数量や単価が記載されてきま した。</p>	<p>点数マスタ登録で単位を選択して登録した際に、単位の文字数が記録されていないことが原因でした。 点数マスタの再登録を行わなくても正しく記載ができるようにしました。</p>	H17.6.27
24	ncp 20050608-004	<p>患者登録 所得者情報で低所得者2の設定を行いますが、例えば H17.5/1~5/2・・ H17.5/10~ 入院 .. 退院後所得者認定証を持ってきたので、登録すると月内すべて低所得2 で計算されてきます。 の期間はすでに支払済み(入金済み)なので、 標準負担額(780円)で計算させたいので、所得者情報の期間を の入 院期間から開始日(5/10)にして登録直したが、レセプトには標準負担 額の総合計が記載され(18720円)、低所得2と記載されていました。な ぜ、月途中から開始日にしても低所得2は適用されないのでしょうか？ 適用されないのなら低所得2と記載する必要はないのではないでしょ うか？</p>	<p>低所得1、2及び低所得2の90日超えに関する判定方法を レセプト記載・レセプト電算・負担計算において統一する為、 該当月1日の状態で判定することとし、レセプトの低所得記 載とレセプト電算データ作成時の低所得判定を変更しまし た。</p>	H17.6.27

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		高額日計表 (高額請求添付資料)について、複数ページにわたる印刷を行った場合、改行判定の誤りにより2ページ目以降の印字内容に不具合があったので修正した。		H16.8.30
2		高額日計表 (高額請求添付資料と診療内容参考資料)について、処理パラメタに点数指定をした場合に、主保険の無い患者 (公費のみでの受診患者)について処理対象とならない不具合があったので修正した。		H16.9.28
3		月次統計データ作成で病名データのレセ電診療科に該当患者とは関係ないデータが記録される不具合がありました。また、生活保護の受給者番号の編集が漏れていましたので記録するようにしました。		H17.4.14

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041025-001	マスタ登録の点数マスタよりリストを作成したところ出力できないものがありました。 診療行為の診療区分注射料のものです。	抽出条件の誤りでした。	H16.11.5
2	ncp 20050519-005	「42 明細書」の番号「23」を参照	単位の文字数を記録するようにしました。	H17.6.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		平成 17年 4月診療報酬改定対応を行いました。	対応内容については、公式ホームページの改正対応資料を参照してください。	H17.3.29