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		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。 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。 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す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。 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。	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。 （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。	H16.10.26

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	以下の現象がでますので、確認および修正お願いします。 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 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。 3)「登録」ボタンを押します 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。 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。 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。 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？ 検証および修正お願いします。	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。	H16.11.5
3	20050203-011	医療機関で、受付が消える？ような現象がでています。受付取り消しをしていると思われるのですが、一応そのときのlogを添付いたしますので、調べていただいてよろしいでしょうか？	患者登録画面の受付取消を押下しても、受付取消をしなかったので削除するようにした。	H17.2.17

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
4	ncp 20050324-014	患者登録で公費を登録し、所得者情報画面で上限額を適用期間を2回に分けて更新、更新、登録し(NO1)、再び、同じ患者IDを入力し、所得者情報画面で先に更新した情報を選択し、この上限額を削除し、残った情報を選択すると、前に削除した情報が表示され(NO2)、もう一度、削除すると、削除が出来ない。画面左隣の該当公費を選択すると、前に削除された情報が出現する(NO3)。これは削除しても、更新しない場合のスペックかもしれない。 その後、これらの情報を1件ずつ、削除、登録し、情報を空にして、同じ患者の患者登録画面で、公費を削除し、再び所得者情報画面で該当公費が無いにもかかわらず、適用期間を設けて、上限額が更新(NO4)、登録できるが、登録後、同じ患者で登録画面を開き、所得者情報画面を選択しても、上限額は登録されていない。該当公費が無いにもかかわらず、適用期間を設けて、上限額が何故、更新、登録できるか？	現行では、上限負担額等を入力途中でタグ切り替えにより画面遷移を行い元の画面に戻ってきた場合、入力途中の内容を残していました。このため、内容のクリアができなく入力ミス等の場合は手でクリアする必要がありました。また、入力途中の公費を削除した場合もそのままの内容が残っていました。 入力途中でタグ切り替えにより画面遷移を行った場合は、入力途中の内容をクリアすることにしました。よって、上限金額一覧を選択中でもタグ切り替えで選択が解除されます。	H17.3.29

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		大阪府の地方公費の関係です。 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 上記の設定で公費を作り、「主保険＋その公費」で診療をした場合、 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 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 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。 となってしまい、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。	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。 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	H16.10.26
2	20041022-012	J034 ミラー・アボット管（イレウス管）の中でフィルムを使用しているレセコンで作成した明細書を見ました。ORCAでフィルムを入力すると、.402の処置材料の後でも”器材は入力できません”のエラーになり、ORCAでの入力方法が分かりません。入力方法を教えてください。	当初より、処置料でフィルム料の算定を不可としていました。算定できるようにしました。	H16.10.26

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
3		Ｖｅｒ ２．４．０の仕様についてご教授下さい。 院外処方を行っている医療機関で、投薬内容は入力せずに処方箋料を手入力を行っているところがあるそうなのですがＶｅｒ ２．３．１では処方箋料を手入力した場合でも特定疾患の病名がある時には確認画面で、『特定疾患処方管理料が算定出来ます。OKで自動算定します。』とメッセージが出ていましたがＶｅｒ ２．４．０では確認画面が出ません。 確認メッセージを登録時のみにして、訂正時には内容を展開するようにしました。 訂正時に特定疾患処方管理料などの確認メッセージによる自動算定は一切しません。 という事は以前回答いただきましたが、処方箋料手入力の際には登録時にも確認メッセージが出ないのも仕様の変更でしょうか。	投薬の算定がなく、処方せん料のみの算定があった時、特定疾患処方管理料の確認メッセージを表示していなかったので表示するように修正しました。	H16.10.26
4	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？ マスタ登録の「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。 また、行削除をした時、削除した行が剤の最後の場合、次ぎの剤の自動発生していたコードを削除することがあったので修正した。（自動発生した指導料のコメント（83XXXXXXX）などで埋め込んだ名称がクリアされてしまうことがあった。コメント以外は影響なし）	H16.11.5

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5		Ｖｅｒ ２．４．０にて保険証を持参しなかった為に自費にて患者登録を行い初診料はダミーにて入力し、保険証持参時に保険登録を行い診療行為画面にて診療訂正で変更しようとすると『算定上限回数を超えています。算定できません。』とエラーが出て保険変更出来ません。 一度初診料ダミーコードを消し、算定履歴で初診料ダミーを削除すると変更可能ですが会計照会での保険一括変更、通常の初診料ではエラーは出ません。また２．３．１で初診ダミーを変更してもエラーは出ませんでした。 こちらは仕様でしょうか。ご確認いただけますでしょうか。	初診料ダミー（099110001）を訂正で呼び出し時、上限回数エラーとなっていたので修正しました。	H16.11.5
6		外来入力で複数診療科をまとめ入力した時、画像診断料を先頭の診療科以外で算定した場合、登録時に自動発生する診断料が自動発生しないことがあったので正しく自動発生するように修正しました。		H16.11.11
7		外来入力で複数診療科・保険をまとめ入力した時、検査の生化学的検査（１）と生化学的検査（２）を異なる診療科あるいは保険組合せで算定した場合、自動発生する検体検査管理加算を後で算定した方で作成していましたが、最初に算定した方で作成するように修正しました。		H16.11.11

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
8	20041104-015	担当の医療機関より、51特定の入力について問合せがありました。 バージョン2.4.0で複数科保険入力を院内処方で行ないました。 1. 主保険　:再診料、内服薬 2. 51特定：　外用薬 と、入力したところ、外用調剤料が51特定に算定されず主保険のみの内服調剤料と同時に算定されております。 もちろんレセプトも公費分点数の欄にも記載されておりません。	外来入力で複数保険をまとめ入力した、処方料・調剤料・処方せん料の自動算定する該当保険を最初に投薬を算定した保険ではなく、麻毒加算のある保険を優先するように修正しました。 院内分について 1. 処方料は麻毒加算のある保険を優先とする 2. 内服と外用を別の保険で算定し、それぞれに麻毒加算が算定できる時、内服の保険で処方料を算定する 3. 調剤料は内服と外用で算定している最初の保険か麻毒加算のある保険とする 4. 特定疾患処方管理加算は処方料と同じ保険とする 5. 長期投薬加算は28日以上の投薬のある保険とする 　処方料の保険と違う場合、処方料を長期投薬加算の保険にする。但し、麻毒加算があり長期投薬加算と違う保険の時は麻毒加算の保険で処方料を算定する。この場合、処方料と長期投薬加算の保険が違うことになる。 院外分について 1. 処方せん料・特定疾患処方管理加算は最初の保険とする 2. 長期投薬加算は28日以上の投薬のある保険とする 　処方せん料の保険と違う場合、処方せん料を長期投薬加算の保険にする。 3. 処方せん料が手入力されている場合は、投薬の有無に係らず特定疾患処方管理加算も同じ保険とする。	H16.11.11
9		同一剤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

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
10	20041115-005	Ver2.3.1のとき 特処の算定可能な患者に、お薬を出すと「特処が算定できます」のメッセージが出て、診療行為2画面目で自動算定しておりました。同月内で同じ患者を呼び出した際、診療行為画面では、処方がDoされて表示され、「F12：登録」を押すと「特処が算定できます」のメッセージが出てきて、自動算定されます。3回目からは、処方のDoは表示されますが、特処加算のメッセージがでません。 Ver2.4.0のとき 月の1回目は、「特処が算定できます」のメッセージが出ますが、2回目以降Do入力されており、3回目では、いちいち消さないといけなくなっております。4回目からは、Do表示もされないので問題ないのですが、、、 特処加算の状態が、Ver2.3.1の時は、診療行為2画面目での自動発生フラグだったものが、Ver2.4.0では、自動発生フラグが外れているので、当然1画面目での削除操作を必要とします。 上記内容が要望対応だったかどうかを含め、提供資料で見つけられなかったので、確認のメールを出させていただきます。現場としては、Ver2.3.1の状態が望ましいという声が聞かれたものですから。	バージョン2.4.0からは次の仕様とします。 1. 前回処方の展開時に当月の算定回数エラーのもの併用算定エラーとなるものは展開しない。 2. 特定疾患処方管理加算、長期投薬加算は前回に手入力されていても展開しない。ただし、処方せん料を手入力されていた場合は展開をする。 3. 北海道の療養担当手当てを自動発生した場合、1剤1明細として回数を＊1で展開をする。これは、次の剤が投薬で診療種別を省略していた場合、療養担当手当てと同じ剤になってしまうため。よって、コメントを追加される時は＊1を削除してもらうこととなる。	H16.11.24
11		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（保険番号マスタの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）X1％）で患者負担金計算を行うよう修正しました。	H16.11.29

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
12	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のとおりに設定しています。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 保険番号マスタの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
13		福島県乳幼児医療費の制度改正による患者負担算定対応 【実施県】福島県 【対象公費】乳幼児医療費 【実施日】16年12月1日 【助成内容】乳幼児医療費の窓口無料化（項目1は従来から実施。今回項目2が追加実施となる） 1. 市町村国保：レセプトに10割を記載して請求（患者自己負担無し） 2. 上以外：1レセプトを1件とし、￥21，000／件未満の一部負担金は窓口無料（医療機関から所定の請求書で各市町村へ請求 但し、￥21，000以上の一部負担金に付いては全額本人負担となり、本人が直接請求する償還払方式による助成となる	1. 乳幼児医療費の特殊計算対象の保険番号として”245”を作成 ＊保険番号マスタについて ・外来－負担区分　「1 患者負担あり」 ・月－院内－上限額　「21000」 ・月－院外－上限額　「21000」 ・入院－負担区分　「1 患者負担あり」 ・月－上限額　「21000」 2. 患者に当該公費を登録する 3. 入院外について ・会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額（21,000）未満の場合患者請求は発生しない。（自費を除く） ・会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額（21,000）以上の場合その会計時点から患者請求が発生する。 ・患者請求が発生した場合、収納業務にて同一月に受診があるか確認。ある場合は再計算及び診療費請求書兼領収書の再発行を行う。又、必要に応じて入金処理を行う。	H16.11.29

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
13			4．入院の定期請求について 　公費の特性上、公費該当患者については"月末時のみ請求"設定での運用を推奨します。 　例えば、定期請求が月2回ある場合です（入退院登録にて、定期請求（1 医療機関での設定）としていると仮定） 　（該当公費をもつ方の患者負担） 　1回目の定期請求　　保険負担分は0円（月上限額未満）、食事負担780X日数分 　2回目の定期請求　　保険負担分はXXX円（月上限額超）、食事負担780X日数分 　となったとします。 　その場合、該当患者の入退院登録の定期請求を（2 月末時のみ請求）と変更し、定期請求を個別に月末一括請求で行う必要があります。運用上、入返金の扱いも、2回目の定期請求にて該当公費をもつ患者の公費一部負担金が発生しているかを請求書から識別するのも煩雑になると想定できます。 　入退院登録される際に、定期請求をおこなっても上限額を超えるかある程度識別ができるならば、その際、定期請求の区分を変更しておく事で運用を軽減できるかもしれませ	前ページからの続き
14		初診算定日の入力を行うのに診療行為入力で初診日の日付を設定し自動発生した再診料、外来管理加算等をクリアし何も診療行為のない状態で請求確認まで登録を行った場合にVer 2．3．1までは次に患者を呼び出した場合初診算定日、最終来院日に初診日の日付が表示され再診料が自動発生しますが、Ver 2．4．0では入力を行った時点では初診算定日の表示はされますが次に患者を呼び出した場合初診算定日、最終来院日空白で初診料が自動発生します。 算定履歴照会では初診料が表示されますがこちらは仕様の変更でしょうか。一度再診等入力し、登録を行い診療訂正でクリアにした場合にも同様となります。	初診料コードの後に初診算定日を入力して初診算定日を決定する場合、算定履歴だけを作成していたために不具合が発生してしまいました。（複数診療科まとめ入力対応により修正ミスがありました。）	H16.12.2

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
15	20041211-002	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　100ｍｌ（内服） 上記のよう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とは」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。	ＣＴ及びＭＲＩ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。	H16.12.22
16	20041211-001	相互作用チェックを「1」とし、内服薬を入力すると禁忌薬剤一覧が表示されチェックがかかるのですが、無視をして前に進むと診療行為確認画面を登録したところでフリーズしてしまいます。医療機関様より指摘され当協議会でも現象の確認ができましたので調査していただけないでしょうか？ 入力内容は、『クリアミンＳ錠　1T+2ｍｇセルシン錠　1T』を入力し、別の日付で『SG顆粒　1g+マクサルト錠　1T』を入力すると禁忌薬剤一覧が表示されます。現在、チェックを外して使用していただいております。宜しくお願いいたします。	併用禁忌マスタの症状、作用機序の内容に半角と全角が混在しているが、その処理方法が不十分でした。	H16.12.22

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
17		複数科入力について。 前回未収があり、今回診療分と一緒に前回未収分をもらう場合複数科入力にしている場合、入金の取り扱いを「1今回請求分のみ入金」以外に設定しますと入金額に合計金額を入力することは出来ますが領収書の今回入金額には今回請求額のみ印字され収納も前回未収分は未収として残ってしまいます。 例）1月 4日　　100円未収あり 　 1月 6日　　複数科入力　 今回請求額500円 　請求確認画面にて入金額600円とし領収書を発行 　今回請求額　500円 　前回請求額　100円 　今回請求額　600円 　今回入金額　500円　 と印字され100円は未収のままになっている。 今回入力を複数科入力ではなく単科のみの入力にしますと今回入金額600円と印字され未収も残りません。	複数科・保険組合せの場合でも正しく充当されるようにしました。 また、前回未収額があった時の請求書の前回請求額がすべての請求書に編集されていて、今回請求額に加算されていました。前回請求額は最初に印刷する請求書にのみ編集して、今回請求額に加算するように修正しました。 （注意） 請求書発行プログラムを併せて修正しましたので、カスタマイズプログラムを使用されているユーザは同様に修正を行う必要があります。別紙を参照してください。	H17.1.25
18	20050125-004	北海道の地方公費の負担金計算を見直しました。	北海道札幌市以外の乳幼児（保険番号マスタ：342で登録された公費を持つ患者）に関する入院負担金計算において、札幌市の乳幼児（同342）と同様の負担金計算をしていたが、初診料の有無に関わらず1割40200円上限で計算を行うように修正しました。	H17.1.25
19		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。		H17.2.17

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
20	20050207-004	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。 どの様にしたら、消えないようになりますでしょうか。	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ので、正しく展開するように修正しました。	H17.2.17
21	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し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
22		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で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

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		自賠責と医科保険を使用しており8月分の訂正を行いたいが既に受診履歴に表示されない。訂正したい部分は消炎鎮痛等処置に労災1．5倍加算を追加したい。 変更したい日（8月9日）は初診で自賠責保険のみを使用。消炎鎮痛等処置は当日3部位算定している。8月は計36回消炎鎮痛等処置を入力。全て自賠責保険にて入力。 会計照会で剤変更にて消炎鎮痛等処置に労災1．5倍加算を追加してみたが『1日に3部位まで算定出来ます。既に算定済みです。』とエラーが出て追加出来ない。 次に一度変更したい剤を回数変更で0にし（削除）診療行為画面で、診療日を8月9日にし自動算定される基本料等を削除して消炎鎮痛等処置と労災1．5倍を入力してみたが『算定回数を超えています。算定できません。』とエラーが出て追加出来ない。 算定履歴で9日の消炎鎮痛等処置の算定履歴を削除してみたが『1日の算定回数を超えています。』とエラーが出て変更出来ません。 上記の様な場合どの様にして訂正すればよろしいでしょうか。	労災・自賠責保険の内容を変更した時、消炎鎮痛等処置、リハビリの算定履歴を労災・自賠責毎に変更せずに、健保（保険ゼロ）で作成していたので正しく作成するように修正した。算定履歴が正しく更新されないので、消炎鎮痛等処置、リハビリの回数チェックが正しく行われない可能性がある。特に労災・自賠責保険と健保の両方で算定している場合には、算定履歴を直接変更していただきたい。	H16.11.24
2		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

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 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		Ver ２．４．０以降にて入院取り消し（会計含む）を行った場合でもCT、MRIの算定履歴が残っているため新たに会計入力しても2回目以降で算定される。	入院取消（会計を含む）を行った時、CT, MRIの算定履歴が削除されていなかったので削除するように修正しました。	H16.11.11
3	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
4		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

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	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でしょうか？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するとします。 「患者請求ー個別指示」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。	定期請求業務ー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ない不具合を修正した。	H16.11.24

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	対象の画面：入院患者照会 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。 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。	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。	H16.12.22

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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、処方のみ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はありますか？	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
2		病名登録画面にて21文字以上の編集病名を登録しレセ電データを出力すると21文字目以降が記録されませんがオペレーターが文字数を計算して入力するしか、回避方法はないのでしょうか？	患者病名では入力時にチェックを行うようにしています。また、データチェックでも病名業務同様にチェックを行う機能を実装していますが、こちらについては不具合がありました。 システム管理にてレセプト電算処理を行うよう設定がされている場合、データチェックで病名文字数のチェック（20文字越えチェック）をするようにしているがこのチェックを行う際の判断に誤りがありました。	H16.12.22

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	20041019-019	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 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 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。 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。	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。	H16.10.26
2		レセプト電算データの記録で職務上の事由の次に該当される場合に記録されていませんでした。 ・共済組合の船員組合員で下船後3月以内の傷病により職務上の取り扱いとなる場合		H16.10.26

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
3	20040928-016	広島県の乳幼児医療の制度情報で次の内容があった。 問４ 乳幼児医療一部負担金については、10月 1日からも入院のみ無料若しくは入院通院とも無料としている市町村があるが、一部負担金がない場合におけるレセプトの記載はどのようになるのか。 答４ 一部負担金額欄は空欄ではなく、０（ゼロ）を記載してください。	地方公費について10月から制度が変わった事によりレセプトの負担金額欄に０（ゼロ）円を記載するように通知が出ている場合があり、対象となる地方公費についてレセプトカスタマイズで０（ゼロ）記載を可能となるようにしました。 レセプトカスタマイズプログラムでの対処方法 入院外レセプトの場合 RECE11-FTNMONEY（添え字 1～ 3）に対して999999999（9桁） をセットすることでレセプトの一部負担金額欄に0と表示できます。 入院レセプトの場合 RECE67-FTNMONEY（添え字 1～ 3）に対して999999999（9桁） をセットすることでレセプトの負担金額欄に0と表示できます。	H16.10.26
4		レセプト電算データ作成で注加算項目の記録順序を見直しました。 （手術、麻酔 :入院について）		H16.11.5

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5		Ver 2．4．0での労災の入院加算についてのお問い合わせです。 10月22日に新規入院 10月23日に転科転棟転室処理 実際には10月分は10月22～31日までの10日間労災（2週間以内）（1．3倍）×10 となるはずですが 労災（2週間以内）（1．3倍）×4 労災（2週間超）（1．01倍）×6 と出力されます。 こちらで検証しましたが異動日に関係なく10月22日からの入院分は上記のように出力されました。 転科転棟転室処理を行わない場合には労災（2週間以内）（1．3倍）×10と出力されます。 Ver 2．3．1では異動を行っても労災（2週間以内）（1．3倍）×10と出力されていました。 また入院日を10月20日にし12日間にしますと 労災（2週間以内）（1．3倍）×2 労災（2週間超）（1．01倍）×10 入院日を10月23日にし9日間にしますと 労災（2週間以内）（1．3倍）×5 労災（2週間超）（1．01倍）×4 と出力されました。	再度、労災レセプト作成処理を行ってください。	H16.11.11
6	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

 Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	20041113-001	特定抗精神病薬治療管理加算の診療行為レコードが出力されない。 特定抗精神病薬治療管理加算(190117570)が入力されているにも関わらずレセ電ファイルには診療行為レコードが出力されない。	平成16年4月より新設されたコードで考慮から漏れていました。 記録するようにしました。	H16.11.24
8	20041117-004	レセプト電算データ関係 （1）精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算の診療コードが出力されない。精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算が入力されているのにレセ電ファイルには診療コードが出力されない。 （2）10月30日までは社保で31日だけ国保の時、31日分、精神科病棟入院基本料３、夜間勤務等看護加算５、入院時食事療養（1）、特別管理加算、食堂加算が出力されない。ちなみに社保を29日で切り、国保を30日からにしてやってみましたら出力されました。	入院診療行為画面で入力した入院料加算についてレセプト電算データへの記録及び外泊コメントに数字以外の文字（空白）が混在する不具合を修正しました。	H16.11.24
9		同一剤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、レセプト電算データの記録に誤りがありました。 （例）画像記録用フィルム（半切）　339円　2枚 　　膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル（2管一般（1））　275円　1本 修正プログラム適用前は TO , , 1 , 700710000 , 2.00 TO , , 1 , 728720000 , 1.00 , 96　←　点数は合算の96点を記録 修正プログラム適用後は TO , , 1 , 700710000 , 2.00 , 68　←　フィルムの点数を記録 TO , , 1 , 728720000 , 1.00 , 28　←　カテーテルの点数を記録 と記録するようになります。		H16.11.24

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
10		入院レセプト電算データ関係 診療行為入力画面で入院料加算を入力した際に同一剤に併せてコメント入力した場合、レセプト電算データ作成時に正しい内容として作成できなかったのでコメントを除外することにした。	コメントの編集方法を検討しいずれ対応を行う予定です。	H16.11.29
11		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。 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？	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。 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。	H16.12.2

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
12	20041201-027	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てきているのですが、療養の給付のところだけ、保険の欄にまとめられてでてきています。実日数が①のところに9日と書いてあるのに、療養の給付の①は空白になっています。療養の給付の①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。	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
13	20041203-009	レセ一括作成と個別作成で摘要欄の印字が異なります。 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。	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
14		主保険＋27老人＋51特定負有で在総診の場合の公費①欄の一部負担金の記載についで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 公費①及び公費②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。 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。	例えば、主保険＋27老人＋51特定負有で在総診の場合の公費①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。 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。	H16.12.22

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	20041216-003	レセ電データの職務上のエリアに"9"が記録されているとの事。 弊社の環境でレセ電データを作成すると患者登録の補助区分の「9 1割」「A 1割職務」などの区分「9」「A」がそのまま記録されている。 本来なら1割は記録しない。職務なら"1"を記録するべき。 今月は見逃してもらいましたが、このままだと返戻になるそうです。	修正漏れでした。	H16.12.22
16		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。	「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。	H17.1.25
17	20050107-014	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。）	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。	H17.1.25
18	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
19	20041129-006	国保にて福祉医療に関して負担者番号と受給者番号の指定を受けました。既存に受給者番号などは入力されておりそのまま提出すると受付エラーとなります。レセ電においても紙レセのようにカスタマイズが出来るようにならないでしょうか？（受給者番号、負担者番号、記号番号など）	愛知県の地方公費をレセプト電算データで記録する場合に受給者番号をオール”0”で記録する必要があったので対応しました。	H17.1.25

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
20	20050105-010	レセプト電算データ EF－胃に於いて当院ではフイルム代及び郵送料を算定していますが、当院で発行するレセプトは、正確に印字されるのですが、基金で印字されたものがその部分の集計がされず下の合計欄には加算されている状態で返戻されました。正確に印字される様に出来ませんでしょうか。	その他材料（診療行為コード059000001～）を使用した場合に、当該コードのデータ区分がフィルムになっていた場合に正しく記録されていなかったので修正しました。	H17.1.25
21		公費請求テーブルの組合せ公費保険番号情報（KOHSKY-KOHNUMHCINF　OCCURS 4）の編集で、正しい内容でセットされていない不具合がありましたので修正しました。		H17.1.25
22	20050126-002	入院会計照会で ２・治療の為の外泊 ３・選定入院中の外泊 が入力されているのにレセ電ファイルには出力されない	入院レセ電の外泊コメントについて記録漏れがありましたので修正しました。	H17.1.28

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	support 2月18日-(1)	レセプト電算データ 有床診療所1群1看護配置適合を算定している病棟に入院中で外泊をした方がエラーの対象となっているとのことです。 有床診療所1群１ 489点に看護配置適合　15点で計504点となりますが、外泊の場合基本点数の15％となりますので489×15％＝73点で日レセの点数であっているのですが、レセ電での出力しますと 190109670 有床診療所1群１（看護配置適合） 190107290　外泊（入院基本料の減額），，73 となっているためのエラーのようです。 外泊の場合には加算のない基本料のみの点数のコードとし 190097010 有床診療所1群１ 190107290 外泊（入院基本料の減額），，73 とするのではとのことです。 磁気レセプトの手引きに看護比率基準未満で入院基本料を減額に該当する医療機関での外泊がある場合にの例がありますがそこに入院基本料の減額は外泊減額対象外であるため減算をしない入院基本料のコードを記録する。と記載されております。ご確認いただけますでしょうか。	外泊の場合の入院基本料コードを見直しました。	H17.2.28
24	support 20050113-014	レセプト電算データ 12月から採用している「咽頭・喉頭炎」の病名を入力するも、基金より「咽頭・喉頭炎」の病名入力箇所が空白となっているため、返礼対象とする旨連絡あり。先日、サポートセンターに電話にて問い合わせた時、CD表示の状態の画面コピーを送信してくださいとの指示を頂きましたが、画面コピーをとることができませんでした。 咽頭⇒ZZZ1801 ・ ⇒ZZZC003 喉頭炎⇒4640013 これらに入力コードを割り当てて患者に登録しています。レセプトプレビューでは正しく「咽頭・喉頭炎」と表示されるにもかかわらず空白となるのはどうしてでしょうか。	自院病名画面で「・ZZZC003」等の病名の予約コードをコード入力で登録された場合に、編集病名とならずレセ電データに病名が設定されませんでした。 病名登録業務の修正は次バージョンで対応をします。レセプト電算データ作成では今回のパッチプログラムにより該当のデータの場合において編集病名に振り替えるように対処しました。	H17.2.28

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
25	support 2月18日-(2)	レセプト電算データ 血漿交換用血漿分離器　733980000 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器（劇症肝炎用以外）724560000 の2点が単位コードが設定されていない場合で単位に省略（スペース）を入力というエラーとの事です。 その他人工腎臓の夜間休日加算、障害者加算もエラーとなっている様です。	単位についてはエラーの扱いにはしていますがこれにより返戻することはないという審査側の取り扱いです。が、単位の確認がとれたものより順次マスタ更新で提供する予定です。 人工腎臓については 人工腎臓１ 障害者加算 夜間休日加算 の場合に記録順序に誤りがありましたので修正しました。	H17.2.28
26	ncp 20050222-002	レセプト電算データ 月2回目の EF-胃・十二指腸　　1140点 超音波内視鏡加算　　300点 粘膜点墨法加算　　　60点 検査逓減 と入力されています。 合計1500点に90/100逓減をすると 1350点になります オルカでは 1380点と表示されます 超音波内視鏡加算の300点が逓減していないようです	超音波内視鏡加算は逓減対象の所定点数からは除外となります。よって、診療行為で算定している点数１３８０点は正しいです。 レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修正しました。	H17.2.28

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
29	support 2月17日-(1)	超音波検査で同月内に同一検査を行った場合90／100逓減となりますが部位等のコメントを入力した場合入力画面及び紙レセでは 超音波検査 検査逓減 コメントコード　の順に出力されます。 レセ電では 超音波検査 コメントコード 検査逓減　　の順になります。　（入力でこのように入力は出来ませんでした。） 査定の理由を医療機関でお問い合わせしたところ検査（手技）と逓減の間にコメントが入っているためとの回答だったそうです。	レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修正しました。	H17.2.28
30	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
31	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ドが一般・老人でコードが別々でありますが、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。 【新明細書の記載要領　平成15年4月版　P.47　'ゾ'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（Ⅰ）（個別療法）　→　老人理学療法（Ⅰ）（個別療法）	H17.3.29

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

51 日次統計

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		日計表について システム管理の医療機関情報－基本にて請求額端数区分を「4端数処理なし」以外に設定した場合、自費項目の登録を自費保険ではなく健保にて．960を宣言し入力した場合、日計表を出力しますと健保分に端数の金額が計上されてきますがこちらは仕様でしょうか。 調整金や減免による減額だけではなく端数処理による増減額でも同じという事でよろしいでしょうか。 お問い合わせ先の医療機関様は産婦人科なので混合診療されています。 このような場合現状では自費分は患者登録で自費登録をし自費項目は健保分では入力せず自費にて入力する以外日計表の健保分に端数を計上しないようにすることは出来ませんでしょうか。	システム管理医療機関情報－基本の請求額端数区分（減免無）を”4端数処理なし”以外で設定した場合で、自費分の診療行為入力を自費保険ではなく医保にて．960を宣言し行った場合、医保分欄で端数処理を行っていたので、調整金や減免が無い場合に限り、自費分欄で端数処理を行うよう修正しました。（調整金や減免が伴う場合においては、現行どうりとします。）	H17.1.25

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	20041129-011	月次統計の「診療別医薬品使用量統計」ですが、バージョン２．４から院外区分の「2：院内・院外処方順に出力」を選択しても院内分のみしか出力されません。修正をお願いいたします。	修正しました。	H16.12.2
2	20050202-010	入院会計一括作成（バッチ処理） １2月の一括作成時では10人ほど同時に算定してきている患者様がいたそうです。会計照会で夜間看護加算の一括修正（1日～31日に0を立てる）をすると剤ごと削除されるのでおそらく12月で修正をかけた患者様は次月より正常に会計作成されると思いますが、一般病棟　→　療養病棟に移動した患者に毎月同じ現象がでるのであれば毎回修正しなくてはならないので一括で修正をかけれないとのことでした。	入院会計一括作成で転室した患者の会計を作成した際に、前歴の入院料加算を算定してしまう不具合があったので修正しました。	H17.2.17

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

帳票

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 20050308-008	処方せん（標準及び新帳票も）で麻薬を処方した場合、処方せんに患者住所と麻薬施用者免許証番号が出力されますが、下記のような場合、麻薬施用者免許証番号が出力されません。 前回診療の医師が麻薬施用者免許証番号をもっていない場合、今回診療した医師が麻薬施用者免許証番号をもっていて、麻薬該当薬を処方した場合、【麻薬施用者免許証番号：】までは出力されますが、番号が出力されません。 例1.） 3/1　診療　 Dr.1（麻薬施用者免許証番号なし） 3/3　診療　 Dr.2（麻薬施用者免許証番号あり）　麻薬該当薬処方 　※処方せんに麻薬施用者免許証番号出力されない。 例2.） 3/1　診療　 Dr.2（麻薬施用者免許証番号あり） 3/3　診療　 Dr.1（麻薬施用者免許証番号なし）　麻薬該当薬処方→本当は処方できませんが、、、 　※処方せんに麻薬施用者免許証番号出力されますが、Dr.2の番号になっている。 麻薬施用者免許証番号については、前回診療のドクターの麻薬施用者免許証番号を見ている？と思われます。ドクターの麻薬施用者免許証番号が違うものが出力されるのは非常にまずいと思われますので、ご確認のほど、よろしくお願いいたします。	麻薬施用者免許証番号を職員情報から正しく編集するように修正した。	H17.3.29

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.1

	修　正　内　容
請求書兼領収書	請求書兼領収書プログラムの修正について 標準提供プログラム ORCHC03.CBL 又は ORCHC03V02.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。 １．　データ部に次の変数を追加しました。

```
          03  WRK-HKNTEN-KEI              PIC 9(07)V99.
          03  WRK-NYUKIN                  PIC S9(07).
      *
+         03  WRK-NYUKIN-TOTAL            PIC S9(07).
+         03  WRK-ZENMISYU                PIC S9(07).
+     *
          03  WRK-SRYKA-MEI               PIC X(30).
      *
```

２．201-ONLY-SYUNOU-SEC 内の次の箇所に１行追加しました。

```
          MOVE    ORCHC03-NYUKIN      TO  WRK-NYUKIN
+         MOVE    ORCHC03-ZENMISYU    TO  WRK-MISYUMONEY
      *
      *   帳票印刷開始処理
          PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SEC
```

３．帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC 内の次の行をコメントとしました。

```
          MOVE    WRK-Z72-G           TO  HC03-KONNYUKIN
      *   前回未収額計算
      *!!! PERFORM 3101-MISYU-HEN-SEC
-         MOVE    ORCHC03-ZENMISYU    TO  WRK-MISYUMONEY
+     *****MOVE    ORCHC03-ZENMISYU    TO  WRK-MISYUMONEY
          MOVE    WRK-MISYUMONEY      TO  WRK-Z72
          PERFORM 800-HENKAN-SEC
          MOVE    WRK-Z72-G           TO  HC03-ZENMISYU
```


Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.1

	修　正　内　容
	４．202-KAKHOU-SYUNOU-SEC 内に次の行（２箇所）を追加しました。

１箇所目

```
                                     SPA-AREA
                                     ORCHC03AREA
                                     ORCHC03SUBAREA
+      *     入金合計
+            MOVE    ZERO            TO  WRK-NYUKIN-TOTAL
+            PERFORM VARYING IDX-SYU     FROM    1   BY  1
+                    UNTIL   IDX-SYU     >   ORCHC03SUB-MAX
+                ADD     ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU)
+                                            TO  WRK-NYUKIN-TOTAL
+            END-PERFORM
+      *     入金合計から前回未収額の入金額を求める
+            IF      ORCHC03-NYUKIN      >   WRK-NYUKIN-TOTAL
+                COMPUTE WRK-ZENMISYU    =   ORCHC03-NYUKIN
+                                        -   WRK-NYUKIN-TOTAL
+            ELSE
+                MOVE    ZERO            TO  WRK-ZENMISYU
+            END-IF
       *
             PERFORM VARYING IDX-SYU     FROM    1   BY  1
                     UNTIL   IDX-SYU     >   ORCHC03SUB-MAX
```

２箇所目

```
                                             TO  WRK-SKYMONEY
                 MOVE    ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU)
                                             TO  WRK-NYUKIN
+      *
+      *         １枚目に前回未収額を表示する
+                IF      IDX-SYU             =   1
```


Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.1

	修　正　内　容

	``
	+ MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY
	+ COMPUTE WRK-NYUKIN = WRK-NYUKIN
	+ + WRK-ZENMISYU
	+ ELSE
	+ MOVE ZERO TO WRK-MISYUMONEY
	+ END-IF
	       *
	       * 帳票印刷開始処理
	                PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SEC
	``

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.