

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

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、確認および修正をお願いします。 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？ 検証および修正をお願いします。	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

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、生保険 + 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。	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

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も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います。 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

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
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

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られません。	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

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		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、MR 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、MR の算定履歴が削除されていなかったのを削除するように修正しました。	H16.11.11

4.2 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

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
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
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なになるのか。 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

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

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