

12 患者

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 20060803-010	<p>27老人の有効期間の開始日と終了日を医療証に記載してあるとおりに入力しています。</p> <p>例1)主保険: 社保                  公費1段目 27老人2割 平成17年8月1日～平成18年7月31日                  公費2段目 27老人1割 平成16年8月1日～平成17年7月31日                  公費3段目 27老人2割 平成15年8月1日～平成16年7月31日</p> <p>例2)主保険: 国保                  公費1段目 27老人2割 平成17年8月1日～平成18年7月31日                  公費2段目 27老人1割 平成16年8月1日～平成17年7月31日                  公費3段目 27老人2割 平成15年8月1日～平成16年7月31日</p> <p>上記の状態、平成18年8月1日に新しい27老人の医療証を持ってこられたとします。既に公費の入力欄が3段とも埋まっている為、公費追加ボタンを押します。このとき、例1)の場合は公費の入力欄が一段空いて、公費の追加が可能となりますが、例2)の場合には「老人割合が入力されていません。公費を作成して下さい。」というエラー情報が表示されてしまい、公費の追加が行えません。</p> <p>質問1                  主保険の種類が異なる事によりなぜ動作に違いがあるのでしょうか？</p> <p>質問2                  「老人割合が入力されていません。公費を作成して下さい。」というエラー情報が表示された後、                  「閉じる」としても公費追加ができないのはどうしてでしょうか？</p> <p>有効期間が終了していても、確認表示後に公費追加ができるようにして下さい。</p> <p>27老人は1年毎に医療証発行と所得に応じた割合変更がありますので、この医院様では開始日と終了日を医療証の記載の通りに入力されています。新しい医療証を持ってこられるのは8/1以降になりますので、当然のことながら、前の医療証の期限は切れていることになります。上記のことからも、有効期間終了後に追加が必要である事がご理解頂けるのではと思います。環境設定で日付を変更して入力する、または、27老人の期限を一時的に延ばして入力する、等の方法は医療証の終了日を入力されている医療機関様にとってはデメリットでしかありません。</p>	<p>公費の追加で、前期高齢者以上の年齢で前期高齢者の補助区分に設定がなく、老人公費の有効期限外の保険が存在した場合、老人割合が入力されていません。公費を作成して下さい。」が表示され、公費追加ができませんでしたので、公費追加時にはこのチェックを行わないように修正しました。</p>	H18.8.25

13 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	お電話でのお問い合わせ 8月11日 - 照会	<p>患者番号構成を自由構成の英数に設定し照会画面で患者番号にて検索を行うと先頭の文字を大文字の英字とした場合は検索されるが、先頭の文字を小文字の英字とした場合に検索されないお問い合わせがありました。</p> <p>こちらの検証でa-001、a-002と小文字の英字を先頭に登録し照会で患者番号を開始をa-001～終了なしで検索した場合には検索されませんでした。</p> <p>先方では終了を入力しても表示されないとのことでしたがこちらでは終了を入力した場合には表示されました。</p> <p>先頭英字の場合に患者番号で検索した場合にはどのような条件で表示されるのでしょうか。</p>	<p>患者番号が自由構成の際に、患者番号の先頭が英字小文字で始まると患者番号を指定しての検索が正しく行えませんでしたので修正しました。</p>	H18.8.25

## 2.1 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	ncp 20060630-013	造影剤使用撮影でレセ電試験エラーが返ってきましたので内容をお送り致します。 SI,,1,170022930,4,, SI,,1,170002110,4,460,1 がNGで460->514とありました。	レセプト電算のために、同時併施の撮影を剤を分けて入力算定した場合、同時併施の診断料のきざみ値の点数を1/2で計算していましたので正しい点数を算定するように修正しました。  対象となる診断料 170022930 造影剤使用撮影の写真診断 (他方と同時併施) 170022730 単純撮影 (イ) の写真診断 (他方と同時併施) 170022830 単純撮影 (ロ) の写真診断 (他方と同時併施)	H18.7.7
2		7月 1日より算定可能な「認知機能障害加算 (療養病棟)」について、診療行為画面より入力する際にコメントを付加された内容で剤作成されると、労災保険での入院期間加算 (1.3倍又は1.01倍) に含めて算定することができない不具合がありましたので修正しました。		H18.7.7
3	support 20060701-002	レセプトについてですが、診療行為画面からプレビューを作成すると何名かの患者様が作成されない現象が御座いました。作成されない患者様は次頁まで診療行為が入力されていて、810000001でコメントをつけている方でした。810000001のコメントを消すとプレビューが作成される様になる場合もありました。何か原因はあるのでしょうか？コメントを多くつける医院様なのでフリーコメントが使えないと困る様です。また、明細書の画面から個別作成を行うと作成される場合と作成されない場合がありました。弊社で検証した所同じ現象が出ました。	一剤に複数のコメントが入力された場合に診療行為からのプレビューが表示されない不具合がありましたので修正しました。	H18.7.7

## 2.1 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
4	お電話でのお 問合せ 7/11 福岡乳児 請求 確認	下記のような操作手順を行った時に、請求確認の今回診療分請求額の金額が異なるのではないのでしょうかとの問い合わせがありました。  (福岡県乳幼児医療の場合) 1.初診料を入力 2.初診ではなかったため、算定履歴より初診算定日を登録し、診療訂正で初診をクリアして再診料を手入力します。 3.請求確認画面を見ると、再診料は患者負担が発生しないのですが、一部負担金に430円が発生していて、今回診療分請求額より差引かれた額が表示されます。	福岡県の乳幼児医療の負担金計算で、初診料を算定した受診履歴を訂正により再診料に変更した場合、負担金計算では訂正前の内容となっていましたので修正しました。	H18.7.25
5	ncp 20060719-002	.700 170001650 他医間接撮影の写真診断 (単純撮影イ) と入力すると、42×1 と算定されますが、支払基金より43点になるのではないかと指摘を受けました。点数マスタでは、42.5点となっているので、四捨五入すると43点となるのが正しいのではないのでしょうか？	点数マスタの点数に小数点以下の有効数字がある場合 (画像診断の他医間接撮影の写真診断等) 点数の小数点以下の四捨五入をしていませんでしたので修正しました。	H18.7.25
6	ncp 20060726-008	処置や検査等の入力コードを8000番代にすると、小児科外来診療料のチェックにかからなくなってしまう	小児科外来診療料を算定している時の算定チェックで、入力コードが '8' で始まるコードを入力した場合、エラーチェックをしていませんでしたので修正しました。	H18.8.1
7		入院分入力で中途終了データ展開後、クリアボタンで診療内容を消去し中途終了データを削除した場合、削除がされていませんでしたので修正しました。		H18.8.1
8	お電話でのお 問い合わせ 8月 3日 - 処方せん 料	3月以前の診療行為入力で先発品のみの方の場合に後発品を含むの処方せん料を算定してくるというお問い合わせがありました。後発医薬品欄が2となっている薬剤ですが4月以降の方はプログラム更新で改善されたが3月以前の方は改善されないとのこと。ご確認いただけますでしょうか。暫定処置として処方せん料は手入力していただくようにはお話ししております。	後発医薬品の判定について4月1日以降で動作するようにしていましたので3月以前でも同様の判定をするように修正しました。	H18.8.25

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
9	kk 04931	茨城県の医療福祉費制度改正に伴う診療報酬請求書及び診療報酬請求総括表の記載方法の変更について資料をFAXさせていただきます。	<p>7月より茨城県公費の請求方法がレセプト請求へ変更になりました。                  社保請求書において公費再掲欄へ地方公費の法別番号毎の印字が必要となりました。                  既存の保険番号マスタをさらに細分化することにしました。</p> <p>負担金計算において行っている茨城県の乳幼児、母父子家庭、重心の特殊処理について、追加された保険番号も同様の処理を行うよう対応しました。</p> <p>(月中での受給者証の変更の対応)(外来のみ)                  143 (旧 母 父子家庭)                  145 (旧 乳児)                  181 (乳児)                  182 (幼児 3歳未満)                  189 (幼児 3歳以上)                  188 (母子家庭)                  187 (父子家庭)                  (食事の 1 / 2を自己負担とする対応)(入院のみ)                  146 (旧重心)                  183 (重度心身障害者)                  185 (高齢障害)</p>	H18.8.25

## 2.1 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
10	kk 04942	<p>福岡県では3歳未満、およびH14年4月1日以降出生の児について、乳幼児医療で対応しています。4月の保険改定で2科目の初診料が同日受診に限り算定可能となりました。2科とも初診の場合は問題ないのですが、1科が前月から継続の再来で2科目の初診料(135点)がその月で最初の初診料となった場合、福岡県では初回の初診料の一部が自己負担になるという規則からその2割ないし3割は患者様の自己負担として徴収しなければならないということです。従って、国保請求分レセプトには自己負担分を給付外点数として上げる必要があります。また、月初めの初診料を135点で算定した場合、その後同月に初診料が発生しても自己負担にはならないこととなります。</p> <p>現在のORCAでは2科目初診料の135点の自己負担分を徴収できる設定になっておらず、また徴収した場合以後同月の初診料の自己負担が発生しないよう設定していただく必要があります。</p> <p>早急な対応をお願いいたします。</p>	<p>福岡県公費をもつ患者が初診(同日複数診療科)を算定した場合に、給付外点数として計上されませんでしたので修正しました。</p>	H18.8.25
11	kk 05227	<p>山梨県の41老人の低所得の場合入院上限額が、¥24,600-との事ですが、マスタの保険者番号設定の低所得に設定しても窓口負担に反映しません。</p>	<p>山梨県地方公費の対応について</p> <p>保険番号141について、低所得・低年金タブの設定を有効にするようにしました。</p> <p>保険番号マスタの設定を確認してください。</p>	H18.9.22

## 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
12	kk 03887	今年の10月からの制度変更の資料です。	<p>岡山県地方公費 10月改正の対応について</p> <p>&lt; 外来 &gt;            ア) 保険番号 141、285、485、180、186について            患者登録の低所得1・2の設定に応じて、保険番号マスタの低所得・低年金のタブの設定を参照し、負担計算します。</p> <p>&lt; 入院 &gt;            ア) 保険番号 141、285、485、180、186について            患者登録の低所得1・2の設定に応じて、保険番号マスタの低所得・低年金のタブの設定を参照し、負担計算します。            イ) 保険番号 241について            上限額を80100円 + (総医療費 - 267000) × 1% ) とし負担計算します。            ウ) 保険番号 385、280、286について            上限額を80100円 + (総医療費 - 801000) × 1% ) とし負担計算します。            エ) 保険番号 585について            上限額を80100円 + (総医療費 - 2002500) × 1% ) とし負担計算します。</p>	H18.9.22
13	kk 04947	正式な通知が来ましたので内容を添付致しますのでよろしくお願い致します。 10月の制度変更時に間に合うようにお願い致します。	<p>大分県地方公費 10月改正の対応について</p> <p>乳幼児 : 保険番号 183、283について            外来 : 日上限 500円、月上限 4日 (3歳未満は2日)            入院 : 日上限 500円、月上限 14日</p> <p>入院 外来ともに乳幼児医療に係る給付対象上限額 80100円を超える場合においては、超えた額を患者負担とします。</p>	H18.9.22
14	nep 20060922-018	200床以上で外来診療料とともに外来管理加算が自動算定されています。Ver.3.0.0でもVer.3.1.0でも同様の現象がみられます。弊社のマシンでも同じ現象が確認できましたが、不具合なのではないでしょうか？	外来診療料を算定すると外来管理加算が自動発生していたので修正しました。 ver2.9.1からの不具合でした。	H18.9.22

2.2 病名

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 20060705-007	<p>入院患者の前月分のレセプトコメントを入力する為、月が替わった当月の病名入力画面のレセプトコメント画面で、コメント登録すると「診療行為入力されているにも関わらず 診療年月に診療行為がありません。コメントを登録できません」のメッセージが表示され、コメント登録できない。(前月分の保険組合せが表示されない)</p> <p>&lt; 例 &gt;                      ・入退院登録 :入院日 H180613~ 退院日 H180617                      ・当月 (H1807)で診療行為画面の入院画面で患者を呼出し 病名登録画面 コメント画面                      この時、コメント入力画面では「H18.7」で「2外来」が表示されている。今までは、入院患者の場合の初期表示は「1入院」が表示されていた。                      「前月」ボタンで「H18.6」にし、入外区分を「1入院」に変更し、「00全科指定」で、保険組み合わせは何も表示されない??                      この状態で、コメント登録すると「診療年月に診療行為がありません。コメントを登録できません」が表示され、登録できない。                      保険組み合わせが表示されない為、再度「前月」ボタンで「H18.5」にし、「次月」ボタンで「H18.6」にすると、保険組み合わせが表示され、この状態ではコメントが登録できる。                      前バージョン (Ver2.90) のコメント入力画面では、入外区分及び保険組み合わせ区分は意識しなくても自動で選択され、コメント入力できていた。当月診療データの当月分のレセプトコメント登録は自動選択され問題ないが、運用上、入院のレセプトコメント入力は翌月に登録修正することが多い為、改善して欲しい。</p>	<p>レセプトコメント画面で、診療年月がシステム年月より前の時、入外区分を変更しても保険組合せリストを変更していませんでしたので、受診のあった保険組合せを編集するように修正しました。</p>	H18.7.7
2	ncp 20060706-007	<p>病名登録についてですが、入力コード kouke「病名 高血圧 (症)」を入力コードで入力すると推奨病名が表示されますが、そこでOKを選択し「8833421 高血圧症」を選択しますと疾患区分欄に自動で「05特定疾患療養管理料」が表示されません。これは何か理由があってこの様な仕様になっているのでしょうか？</p>	<p>移行先病名に変更したとき、病名マスタに疾患区分が設定されていても表示していませんでしたので修正しました。また、移行先病名で病名画面から自院病名検索画面に遷移した場合に移行元病名で表示したり、移行先病名で自院病名検索画面から病名画面に遷移した場合に疾患区分の表示をしていなかったのを併せて修正しました。</p>	H18.7.25



## 2.2 病名

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	support 20060718-013	病名画面で転帰が表示されない患者様がいるとの事です。 お忙しい所恐れ入りますが調査をお願いいたします。	保険組合せの名称部分の18文字目から全角文字が始まる場合に、画面表示が崩れてしまう不具合がありましたので修正しました。  例)xxxx 国保-老人一割-ああああ-マル障あ-長期	H18.7.25
4	ncp 20060803-015	自院病名登録で、 入力コード ien 病名 胃炎 疾患区分 空白 で登録しました。 実際、病名登録の画面の病名コード欄に ien と入力した場合は疾患区分は空欄で表示されます。しかし、「入力CD検索」より選んで登録すると疾患区分に「05特定疾患療養管理料」が表示されてしまいます。以前はこのような現象は起こりませんでしたが、先月中旬からこのような現象が起こるようになりました。なぜ起こるようになったのでしょうか？ 今まで通りに「入力CD」から選んでも疾患区分が表示されないように修正をお願いします。との事です。	自院病名検索時に移行先病名に変更したときに、移行先病名の疾患区分を記載するように修正しましたが、移行先病名がない場合にも病名マスタを参照して疾患区分を記載するようにしていました。 移行先病名に変更した場合のみ、病名マスタを参照するように修正しました。	H18.8.25
5	ncp 20060905-008	入力CDをつけたマスタを御客様に確認してもらおうと点数、約束、病名のリストを印刷しようとしたが点数マスタ、約束マスタのリストは印刷できるが 病名マスタだけ印刷できない。  [2.2 病名] 入力CD (Shift+F4) リスト(F9)の手順で行っているが、印刷されてこない。	プログラムに不具合がありましたので修正しました。	H18.9.22

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	support 20060724-004	<p>以下の現象が発生いたしましたのでご報告いたします。こちらの現象の原因は何でしょうか？                  こちらの医療機関様では、排他制御は行っておりません。</p> <p>&lt; 現象 &gt;                  一部の患者にて、包括分で入力した診療行為の回数が診療行為入力画面と、会計照会の画面とで異なる。                  添付ファイル 【hakuyo1.jpg】                  会計照会画面                  エボジン注シリンジ 1500      6月 8日      回数    2回                  添付ファイル 【hakuyo2.jpg】                  診療行為入力画面                  6月 8日    回数    1回</p> <p>&lt; 検証 &gt;                  会計照会から回数を変更する。                  添付ファイル 【hakuyo3.jpg】                  会計照会画面から回数を変更する。                  2 - &gt; 1                  2 - &gt; 0                  添付ファイル 【hakuyo4.jpg】                  診療行為画面該当の診療行為が削除された。診療の履歴は残っている。会計照会にて1回目のみ削除した場合、2回目のみ削除した場合どちらも同じ現象となった。回数を0回にした場合も同じ現象となった。                  診療行為画面から診療行為を削除                  添付ファイル 【hakuyo5.jpg】                  診療行為登録画面                  診療行為画面から診療行為を削除した。                  添付ファイル 【hakuyo6.jpg】                  会計照会画面                  診療行為画面には履歴も残っていない状態だが、                  会計照会画面には回数が1入った状態になっている。</p>	<p>外来分で、既に他の保険で受診がある日に別の保険の剤の回数を追加したことにより現象が発生していました。                  連番によって診療会計の回数のテーブル位置を決定しますが他に回数がなかった場合すべて1にしていた為に訂正の対象外になっていました。                  追加する受診履歴の連番にあわせた位置に回数を設定するように修正しました。</p>	H18.8.1

## 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
2		複数科入力をした受診履歴を診療日変更で別の日に追加した時、収納合計テーブルへ正しくデータの追加ができていませんでしたので修正しました。	複数科入力時に収納再計算プログラムでデータベースアクセスエラーが発生していましたので合わせて修正しました。(sarge版のみ不具合が発生します)	H18.8.25

## 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	nep 20060629-005	療養病棟に入院中の患者については、H18.7.1を異動日として転科転棟転室が必要かと思いますが、例えばH18.6.2に入院した患者の転科転棟転室を行わないままH18.7.3に退院登録を行った際、エラーも表示されず退院登録が行えてしまいます。また、退院登録後に転科転棟転室を忘れていた事に気づき退院取消を行おうとすると「更新処理に失敗しました」とエラーが表示されてしまい修正が行えません。入退院登録画面では退院済みの状態になっていますが、収納登録画面では「請求取消(退)」になっています。 このような場合は、どのように修正すればよいのですか？	療養型病床で6月以前より継続して入院している患者については7月1日に転科転棟転室処理が行われていることを登録前にチェックするように修正しました。	H18.6.30

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	support 20060629-006	Ver3.0.0病院版にバージョンアップして以降、レセプトが複数枚にまたがる患者様のレセプトが1枚目しか出力されないというお問い合わせをいただきました。	レセプト印刷時に、個別作成分を「05 入力順」指定で印刷した場合に続紙分のプリンタ設定に誤りがありましたので修正しました。	H18.6.30
2	ncp 20060630-005	6月請求、国保 低所得 2の90日以降の患者さんで一食分食事をとらなかつたので160円×90回となると思いますがデータでは 197001010 ,3 ,480 ,29 ・ ・ ・ 197000910 ,2 ,420 ,1 となっていました。回数はあると思うのですが、2回分の食事負担額が90日未満の210円になっているのではないのでしょうか？	低所得者 2の長期入院該当患者について食事を欠食入力した場合、レセ電記録内容に誤りがありましたので修正しました。	H18.6.30
3	お電話でのお 問合せ 6/30 療養 外泊 レ セプト	療養病棟の他医受診のフラグを立ててレセプトを発行した場合、名称と点数が表示されませんとのご連絡がありました。	療養病棟入院基本料 2及び有床診療所療養病床入院基本料 2で、他医療機関受診を行った場合のレセプト記載等について対応しました。	H18.6.30
4		船員保険の職務上・下船 3カ月以内 通勤災害、及び共済組合保険の下船 3カ月以内について入院患者の食事負担は発生しませんが、レセプト電算データに不要な食事負担のレコードが記録される不具合があったので修正しました。		H18.7.7

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
5	support 20060628-003	<p>&gt;(4) KO,2110????,xxxxxxx,,2,3491,,,,,</p> <p>このようなケースでのレセプト(印刷およびプレビュー)への一部負担金額の記載は3月以前と4月以降では仕様が変わったのでしょうか？ 3月以前 記載なし 4月以降 常に"0"を記載 のように見えるのですが確認をお願いいたします。</p> <p>生活保護単独の場合、"0"が記載されては困るというクレームが上がってきましたのでそのための確認です。</p>	<p>生保単独の場合、一部負担金額欄記載について、"0"記載を止めて空白とするように修正しました。</p>	H18.7.7
6	support 20060706-001	<p>公費 結予35条単独で入院をすると標準負担額は表示しないで良いと思うのですが、ORCAだと標準負担額が入ってしまっています。医療機関様から表示しないでほしいというご要望がありました。</p>	<p>結予35条単独の入院レセプト食事標準負担金額欄の記載について空白とするように修正しました。</p>	H18.7.7
7	support 20060710-014	<p>160177770 外来迅速検体検査加算 160004810 A<b>b</b>定量精密(尿) 008400097 前回実施 年 月 日 の組合せで登録されている診療行為について、レセ電における記載が 008400097 前回実施 年 月 日 のまま、登録されていました。 外来迅速検体検査加算が無い場合は、 008400097 前回実施 年 月 日 を 810000001 前回実施 年 月 日 に変換して登録されていました。 国保連より 008400097 前回実施 年 月 日 が登録されているデータについてエラー報告がありました。</p>	<p>外来迅速検体検査加算を算定した検査と同一剤にユーザーコメントを入力した場合にレセプト電算のコメントコードへの置換をしていませんでしたので修正しました。</p>	H18.7.25

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
8	support 20060706-003	5月分のレセプト請求の在宅時医学管理料を算定している患者様で27老人でない70歳から74歳までの老人の一部負担金がレセプトには記載されてくるのですが、電子レセのほうには上がってきていない為、返戻されてきました。電子レセのほうに上がってくる様な登録があるのでしょうか？それとも5月は今より一つ前のバージョンだったので今回は大丈夫でしょうか？レセプト提出期限直前のため、至急回答くださる様よろしくお願いします。	一部負担金額の項目に記録をすることが確認できましたので修正しました。	H18.7.25
9	お電話でのお問い合わせ 7月14日 - レセ電エラー	外来迅速検体検査加算のにコメントを付加した場合にレセ電に検査が記録されないというお問い合わせがありました。	外来迅速検体検査加算と同一剤にコメントを入力した場合に、レセプト電算データには該当する検査実施料を記録していませんでしたのでコメントもまとめて記録するように修正しました。	H18.7.25
10	お電話でのお問い合わせ 6月30日 - 明細書印字	外来迅速検体検査加算にコメント付加しますと検査の日付が表示されないというお問い合わせがありました。 沖縄県の基金より外来迅速検体検査加算に対しても日付を表示して欲しいというご連絡があったため運用で回避しようとコメント入力したところ検査の日付が表示されなくなったそうです。こちらは仕様なのでしょうか。	(例) .600 160010010 HbA1c 810000001 コメント .600 160177770 外来迅速検体検査加算 と入力した場合にHbA1cの検査実施日が記載されませんでしたので修正しました。	H18.7.25

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
11	kk 04842	<p>負担者番号 51からはじまる公費で、B型 C型肝炎と橋本病の患者さんは入院上限度額40200円超えても食事療養費は患者負担なので総括表と診療報酬請求書の食事療養費には件数・金額・標準負担額を載せないように、と国保連合会から言われたそうです。なので、領収書には食事負担額に金額を載せて欲しいそうです。</p> <p>私が北海道の保健福祉部に問い合わせたところ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.以前まではB型 C型肝炎と橋本病の患者さんは国の公費 51の中に入っていたが今はそこからはずれて北海道が費用を負担しているということで北海道の地方公費と考えて良いといわれました。</li> <li>2.受給者番号の最初に 9 がつきます。</li> <li>3.入院時食事療養費は全て患者負担のため上限度額の 40200円の中に含まれません。</li> </ol>	<p>北海道特定疾患道単独事業食事負担対応 (平成 17年 10月診療分以降)</p> <p>051 (特定疾患)の公費を持ちかつ受給者番号の頭 2桁が "91"~ "95"の場合、食事療養費は公費の給付対象としないうちに修正しました。 "患者食事負担あり(上限額に食事負担は含めない)"</p>	H18.7.25
12	ncp 20060731-016	<p>運動器リハの発症日の入力の際、病名をコメントコードにて作成しようとする医院さんがいます。</p> <p>その際のコメントコードですが・・"082"で作成したコメントだけ、開始日コードと同じように入力してもレセプト記載されません。</p> <p>他、"083" "084"のコメントはきちんとレセプトに記載されます。"082"以外で作成するよう説明するつもりですが、これはなぜこういう仕様になっているのがご教授ください。</p>	<p>リハ発症日入力の際、疾患名等のコメントを0082で始まるコードで入力した場合、レセプト記載をしていませんでしたので修正しました。</p>	H18.8.25



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
13	support 20060803-019	<p>6月29日に自賠責で入院した患者のデータで、7月1日から労災扱いに変更した患者で、入院基本料が正しく印刷されていないのではないかと、指摘を受けました。</p> <p>7月1日～12日までの入院基本料が                      * 一般病棟 15対 1入院基本料                      労災 (2週間超) (1.01倍)                      一般病棟入院期間加算 (14日以内)</p> <p style="text-align: center;">1392 × 12</p> <p>とレセプトに印刷されますが、正しいのは2週間以内で1.3倍になるべきではないかとのことです。</p> <p>6月29日と30日の診療行為を自賠責の保険組み合わせで登録していたので、その2日間を労災の保険組み合わせに変更したところ、1.3倍になりました。保険組み合わせを無視して入院日のみによって日数の計算をする仕様なのか、それとも不具合なのか教えてください。</p>	<p>保険組合せのチェックに不具合があり、診療年月に該当の保険組合せで入院していた期間が存在しない場合、入院の通算日数が正しく計算できていませんでしたので修正しました。</p>	H18.8.25
14	ncp 20060731-010	<p>入院で主保老人と公費 (51) の併用においてですが、入院期間のある特定日の内服薬だけ公費適用にした場合、レセプト実日数の「 」欄の日数が特定の内服薬を処方した日数が表示されなければならないが、食事療養費は公費適用ではないため、療養の給付欄の「 」の「請求円」標準負担金額欄は「0」円を表示してくださいと連合会より注意を受けたと言われました。</p> <p>現状では実日数の「 」欄は0日と表示され、食事療養欄は何も表示されません。</p> <p>設定等あるのでしょうか？</p>	<p>入院期間中、公費適用となる入力診療行為のみの場合、入院レセプトの公費食事療養欄を「空白」としていましたが「0」記載するように修正しました。</p>	H18.8.25

## 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
15	ncp 20060804-016	保険はなく生活保護 (012)と結核予防34条 (010)を併用する入院患者のレセプトで90入院の欄の入院基本料の日数が実際の入院日数は31日なのに62日と記載されてしまうという現象がありました。(正しく記載されるレセプトもありました。) 入院会計照会で次月も登録してしまった時に倍の日数を記載されてしまうようなのですが、 入力の誤りなのでしょうか？	入院会計の保険組合せが、例えば、結核34+生保のように、主保険がなく公費が2つ以上となる場合、入院レセプトの90入院欄の入院料の日数が正しく記載されていませんでしたので修正しました。	H18.8.25
16	お電話でのお 問合せ 8/21 船員 レセ電算 病名	月内で船員と下船がある際に、病名をそれぞれ保険指定して入力しましたが、紙レセでは通常どおり記載されるのに対し、電算では全く同じデータが記録されますとのお問合せがありました。 こちらでもV2.9.0で検証しましたところ、同様の結果を生じました。	船員保険で保険者番号と適用開始日が同じで補助区分が違えば、保険限定されていても全ての病名を記録していいので修正しました。	H18.8.25
17	ncp 20060828-006	特定疾患を持つ入院患者で同日に以下のような診療行為を入力した場合、電子申請の診療行為レコードの作成に不具合があり返戻となっていました。 レセプトの記載は問題なし  老人一割 特定疾患の保険公費で点滴注射を実施 .330 点滴注射 643310293 2 ソルデム3 500ml 2袋 643310347 1 ラクテック注 500ml 1袋  老人一割の保険で点滴注射 (手技量なし)を実施 .331 点滴注射 (手技量なし) 643310508 2 生食溶解液キットH 100ml 2Kit 646130367 2*1 プロアクト静注液 1g 2瓶  電子請求を行なっているため、緊急の修正をお願いします。	同一日に複数の保険組合せで点滴の入力があった場合、点滴のデータが正しく編集されない不具合がありましたので修正しました。	H18.9.5

## 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
18	お電話でのお問い合わせ 8月30日 - レセ電公費負担金額	精神通院で患者の負担金が0円の場合にレセ電の公費レコードの負担金額に一部負担金0円の記録がされないとお問い合わせがありました。国保連合会より0円でよいかと確認のお電話があったとのことです。紙レセの場合には0円と記載されますが、レセ電の場合には記録の必要はないのでしょうか。	電子レセプトの作成手引き(平成18年7月)により記載方法が変更されていることを確認しました。紙レセプトと同様に記載するための記録をするように修正しました。	H18.9.5
19	ncp 20060905-009	明細書一括作成を行い、印刷指示画面にて印刷指示を行うときに、指定印刷で国保(患者番号順)のみ指定し印刷を行いました。国保の処理枚数と印刷の処理枚数(印刷の処理結果画面)が違ったので確認すると、特別療養費のレセプトも印刷されていました。特別療養費は指定しなかったのですが、なぜでしょうか？	印刷順指定が03または04のとき、国保のレセプトの抽出時に特別療養費のレセプトを除く条件が漏れていましたので修正しました。	H18.9.22
20	お電話でのお問合せ 9/1 レセ摘要欄 検査 フィルム 金額	70区分で使用したフィルムは、摘要欄の名称に金額が表示されないのに対し、60区分では金額が印字されますとお問合せがありました。60区分で金額が印字されてしまう理由をご教示いただきたいとのことでした。	画像診断以外でフィルムの入力があった場合、単価を記載していましたが、画像診断と同様に単価を記載しないように修正しました。	H18.9.22

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
21	support 20060906-012	一部の診療行為にて、計 21 回の入力があるにもかかわらず、レセプトには 7 回で印字されてくる。	<p>内服薬剤の通減に関するレセプト摘要欄記載について、下記のような日単位で比較した場合に内容が同一となる入力があった場合、摘要欄に正しく記載されない不具合がありましたので修正しました。</p> <p>(例)</p> <p>1日 .211 ラニラピッド0.05mg 1*3 .211 ハルシオン0.25mg錠 1*7 .211 ミカルディス錠 40mg 1 メルカゾール錠 5mg 3 アーチスト錠 2.5mg 1 アルファロールカプセル 0.5ug 1 ワーファリン錠 1mg 2*7 .211 プロテカジン錠 5 5mg 1*7</p> <p>2日 .211 ラニラピッド0.05mg 1*3 .211 ハルシオン0.25mg錠 1*7 .211 ミカルディス錠 40mg 1 メルカゾール錠 5mg 3 アルファロールカプセル 0.5ug 1 ワーファリン錠 1mg 2*7 .211 プロテカジン錠 5 5mg 1 アーチスト錠 2.5mg 1*7</p>	H18.9.22

101 システム管理

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	お電話でのお問い合わせ 6月28日 - 療養病棟環境加算	Ver.3.0.0にて改定対応処理後に、病室入院基本料管理情報設定にて7月1日より療養病棟環境加算を設定しようとしますと当該入院料において、この加算は算定できませんとエラーとなり設定ができなるとお問い合わせがありました。	療養病棟、有床診療所療養病床については7月より入院料を選択するようになりましたが、病室入院基本料管理情報設定にて加算の設定を行う時点では施設基準のチェックはできないためにこの考慮が漏れていました。 7月以降に有効となる療養病棟、有床診療所療養病床については施設基準のチェックを行わないよう修正しました。	H18.6.28

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 20060630-016	<p>【診療行為】画面より 【前回処方】ボタン 【前回処方 再印刷指示】画面 【前回処方】ボタンから日数空白分の処方せんをだすと .980で入力したコメント(処方せん備考)が印刷されてきません。</p> <p>【選択印刷】で、選択し、【前回処方】ボタンでだすと、日数は空白で、コメントも備考欄に印刷されてきますが、全て同じ内容でよいので、選択するのは手間です。日数空白で備考欄のコメントができるようにするには、選択するしかないのでしょうか？</p>	<p>前回処方せん印刷で、「.980 コメント(処方せん)」で入力した内容が備考欄に記載されないことがありましたので修正しました。</p> <p>回数チェックを選択した受診年月日ではなく、診療年月日(交付日)の条件でコメントを抽出していました。</p> <p>処方せんプログラムをカスタマイズされている場合は、ホームページのカスタマイズ情報を参照してください。</p>	H18.7.4
2	support 20060828-018	<p>月次統計資料として会計カード(有床版)を病棟ごとに出力する際に、病棟番号を指定しても、すべての患者様の分が出力されます。並び順にて病棟ごとに分けて出はきますが、必要な病棟のみの出力ができないようです。</p>	<p>入力パラメタの病棟指定が正しく判定されていませんでしたので修正しました。</p>	H18.9.5
3	お電話でのお問合せ 9/13 カルテ 3号紙 自費	<p>自費保険で保険外コードのみを入力した場合、保険外項目に金額が印字されないのは仕様でしょうかとのお問合せがありました。</p> <p>自費保険でも、保険内コード+保険外コードが入力されている場合は印字されます。</p>	<p>外来のカルテ3号紙で、自費コード(.950, .960)のみの日について集計対象となっていないませんでしたので、保険外金額に集計するように修正しました。</p>	H18.9.22
4		<p>薬剤情報提供書について</p> <p>服用時点をすべて用法コードで指定した場合の条件に誤りがあったので修正しました。</p> <p>これは用量割合方法コードを使用している場合、指定した服用数量の合計が1日の服用数量と同じだった時服用時点に数量をセットしていませんでした。</p>		H18.9.22

## 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18年8月からの老人保健医療改正対応を行いました。	詳しくは改正対応資料をご参照ください。	H18.8.1
2		<p>平成18年8月からの老人保健医療改正対応 (レセプト)を行いました。</p> <p>経過措置に該当する場合は特記事項欄に「15経過」と記載します。</p> <p>1.平成18年8月改正により新たに一定以上所得者と判定された高齢者、かつ、自己負担限度額を”一般”に据え置く経過措置対象者の場合 (健康保険、船員保険、国家公務員共済及び地方公務員等共済の前期高齢者は平成18年9月から適用) (公費入力された”978”(一般 (経過措置))の適用期間を経過措置期間とみなす。)</p> <p>2.在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合 (外来に限る)</p> <p>3.患者負担が自己負担上限額 (外来12000円・入院40200)に達した場合、または、公費負担医療に係る給付対象上限額 (外来12000円・入院40200)に達した場合</p> <p>上記1~3の全てに該当する場合はシステムによりレセプト特記事項欄に“15経過”と記載します。 (レセプト電算データの場合は“15”を記録します。)</p>	<p>マスタ更新を行ってください。 (点数マスタに099990115 特記事項15 経過 が追加されます。)</p> <p>留意事項 1.高齢者2割で地方公費のみの併用の場合、レセプト保険欄の一部負担金額については、公費負担医療に係る給付対象上限額を外来40200円・入院72300+ @円として記載しています。今回の改正に伴い、平成18年8月診療分以降、左記経過措置対象者については、外来12000円・入院40200を上限として記載します。</p> <p>2.月途中で保険の異動があった場合、異動後のレセプトにおいては、異動前の一部負担金も考慮するため、一部負担金が対象金額に達していない場合でも、“15経過”が記載される場合があります。</p> <p>3.長期併用の場合は、上限額が10000円に達した場合、“15経過”を記載します。</p> <p>4.特記事項“15経過”については、システムにより自動で記載しますが、診療行為入力で“099990115”(特記事項15経過)を入力した場合についても記載します。</p>	H18.8.25
3		平成18年10月改定対応。	平成18年10月改定対応資料を参照してください。	H18.9.22