

11 受付

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 20061226-003	今まで使用していた職員コードの有効期限を終了し、新たに別の職員コードを登録しました。すると、受付で「職員コードエラー」となります。氏名検索より入力した場合にはエラーは出ません。	前回受診時の職員 (ドクター) 情報が無効になっていた場合、画面のドクターの部分では正しく1件目を選択しているにも係らず、ドクターコードエラーのエラーメッセージが表示されていたので修正しました。 この修正に併せて、環境設定の当日担当医からドクターを設定した時、受付 診療行為等のドクターリストに当日に有効なドクターのみを対象とするように修正しました。	H19.1.12

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	お電話でのお問い合わせ 11/17 保険者マスタ	06134241の保険をH18.4.1-H21.3.31で登録しており、過去に06100143の保険をH15.4.1-H18.3.31で有効期間を区切られて登録もしているのですが、患者登録で確認年月日をチェックして登録するだけでも、毎回エラーが表示されてしまいますとのことです。	保険者マスタに異動日が設定されている保険者番号が保険情報に登録されており、保険情報の有効期間終了日と保険者マスタの異動日が同一である時に警告対象としていましたので異動日まで有効とするように修正しました。	H18.11.24
2	お電話でのお問い合わせ 11月29日 - 地方公費単独警告	システム管理マスタ1017の地方公費単独チェックをチェックするに設定し、登録で主保険より地方公費の登録の有効終了日が後の場合で公費単独チェックがかからない(警告表示されない)公費があるとお問い合わせがありました。 広島県地方公費でひとり親医療費で392は警告表示がされますが192、292は警告表示されません。 その他重度心身障害者医療費、乳幼児医療費についても保険番号が3で始まるものは警告表示はされますがそれ以外は警告表示されません。 保険組み合わせ履歴で確認しますと392の公費を登録した場合は主保険の有効終了日の翌日より地方公費単独の組み合わせが作成されていますが192に関しては履歴の作成がされておりません。	保険番号マスタの設定で「患者負担あり」としながらも負担割合が「0」の場合、公費単独の保険組み合わせが作成できませんでしたので、作成するように修正しました。	H18.12.25
3	support 20061204-003	異動日の登録された公費で 異動日 = 終了日 と設定しても警告が発生し続けます。	主保険、公費について保険者マスタで管理している異動日との関連チェックを廃止しました。	H18.12.25

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
4	kk 06499	<p>重度障害の対応につきまして追加で修正のお願いがあります。 前回お願いしております「老人 + 特定負有 + 重度障害」と同様に「老人 + 特定負無 + 重度障害」のレセプト、レセ電のデータも正しく表示されないようです。確認をお願いします。</p> <p>【老人 + 特定負有 + 重度障害の保険組合せ時】 国保老人 国保老人 + 特定負有 国保老人 + 重度障害 国保老人 + 特定負有 + 重度障害 のように4つの保険組合せが作成されます。 診療行為の入力は特定疾患の対象は の組合せ重度障害対象は の組合せで入力しています。</p> <p>【老人 + 特定負無 + 重度障害の保険組合せ時】 国保老人 国保老人 + 特定負無 国保老人 + 重度障害 の3つの保険組合せが作成され、国保老人 + 特定負無 + 重度障害」の組合せは作成されません。 診療行為の入力は特定疾患対象は 、重度障害対象は の組合せで入力しています。</p> <p>しかし、この方法で入力した場合、添付のレセの様に療養給付の に重度障害の分の診療の点数のみが表示され、請求点数と同じ点数が表示されません。これと同様にレセ電のデータも正しく表示落ちていないようです。</p>	<p>宮崎県において、保険番号 091 (特定負無)と法別番号 95 (重度障害)の保険組み合わせを作成するように修正しました。</p>	H19.2.23

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
5	ncp 20070619-008	<p>先日お電話で問い合わせしました月途中での限度額適用認定証開始の件でメール致します。</p> <p>社保 5月 21日まで 国保 5月 22日から (限度額適用証も22日より開始)</p> <p>5月分社保点数 :26,056点 負担額 :17,170円 5月分国保点数 :11,263点 負担額 :2,992円で計算されてきていますが国保負担額は5月 22日からの限度額適用証も開始になるので1ヶ月の点数ではなく22日からの点数で負担額が計算されるようにしてほしいとの連絡がありました。資料として「国民健康保険限度額適用認定証」をFAX致します。よろしく御願ひ致します。</p>	<p>70歳未満現物給付について、月途中で保険者が変更となった場合、保険者単位で負担計算するよう修正しました。 (* 公費の患者負担は引き継ぎます。)</p> <p>< 注意事項 ></p> <p>966高額 (上位所得者)</p> <p>967高額 (一般 低所得者)</p> <p>965高額 4回目以降</p> <p>については。</p> <p>保険者変更後から当月適用となる場合は、主保険の有効開始年月日を公費適用開始年月日として入力して下さい。 (保険者変更前から引き続き適用となる場合は、適用期間を区切る必要はありません。)</p> <p>* 翌月以降に適用する場合は、1日を公費適用開始年月日として入力して下さい。</p>	H19.8.27

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	ncp 20061026-001	昨日提供されました3.3verの件でプログラムの修正をお願いしたいのですが、弊社で導入した医療機関様のセット登録の入力CDをセットコードに合わせて小文字の<p>でつけております。 バージョンアップを行った医療機関様での入力時に小文字のp6などでの検索が出来なくなっております。 大文字のPで呼び出すと検索できるのですが、小文字での入力を行っているため作業に支障が出ております。	入力CDが設定されている診療セットが、入力CDでの検索一覧に表示されていませんでしたので修正しました。 会計照会業務も同様に修正しました。	H18.10.26
2	support 20061027-019	先程お電話いただいた、特定器材マスタの入力について画面コピーを添付致します。 添付画像はVer2.9.1ですが、Ver3.2.0でも入力可能である事を弊社でも確認しております。 早急なご確認をお願い致します。	ver3.3.0で診療区分13管理料の項にユーザ作成の器材コード(059で始まるマスタ)を入力不可としましたが改めて入力できるように修正しました。	H18.10.27
3	ncp 20061026-016	数量入力で教えて頂きたいことがあります。 診療行為画面で、薬剤の数量を入力する際全角で入力を行っています。(テンキー全角固定)例えば、薬剤 1.5* 28」と入力しようとすると、数量エラーがかかってしまいます。全文字で6桁になるのでエラーになるようですが、(5桁、例えば1.5* 7だと入力可能)これをエラーがかからずに入力できるようにはならないでしょうか、と医院さんから言われています。同じ 1.5* 28 (6桁) でも半角 1.5*28 だと入力できます。D28これは判断ミスではなく、このような仕様ということでしょうか？	数量、回数を全角で入力された時、半角変換処理で桁数が不足しており正しく変換されずに数量エラーになっていましたので修正しました。 【留意事項】 入力コード欄で全角文字により最大長を超える入力をした場合、エラー表示ができませんので、半角文字に変換後入力値が正しいか確認をお願いします。	H18.10.31
4		請求確認画面で未収額 過入金が無く 入金の取扱いが "1 今回請求分のみ入力" 以外の場合、請求額より入金額を大きい値で入力した場合にエラーとなりませんでしたので修正しました。 請求額より入金額を大きい値で入力しても内部では請求額で登録を行っていますので再確認の必要はありません。		H18.11.1

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
5		<p>10月27日提供の修正プログラム(24会計照会の1)について診療行為業務の修正漏れがありましたので対応しました。</p> <p>当日に複数保険での受診履歴があった場合の訂正で、若い番号の受診履歴を訂正した場合、訂正していない受診履歴の次連番となっていましたので修正しました。</p> <p>例 . H18.11.2(1) 0001 H18.11.2(1)1 0002</p> <p>を訂正後 H18.11.2(1)1 0002 H18.11.2(1)2 0001 となっていました。</p>		H18.11.2
6	お電話でのお問合せ 11/6 慢性疼痛 腰部固定帯固定	<p>慢性疼痛と腰部固定帯固定を同一日に入力した場合、診療行為入力で腰部固定帯を先に入力すると併用算定のチェックがかかりませんとのお問合せがありました。</p> <p>10月改定資料の11ページ(4)に記載がありますため、上記のような入力順を行った場合、チェックがかかりませんので、注意して入力していただく他に方法はございませんでしょうか。</p>	慢性疼痛疾患管理料と併算定はできないが初回算定するまでは同一月内で算定可能な消炎鎮痛等処置などのチェックで、同一画面で先に処置を入力した後、慢性疼痛疾患管理料を入力した場合に算定エラーとなりませんでしたので修正しました。	H18.11.17

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
7	support 20061031-036	<p>3.3.0無床にしてから、診療行為入力のスปีトが遅くなり大病院オペレータ並の速さで入力している診療所からクレームが出ております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーバッファを有効にしています。 ・VACUUM FULL+ pg_dump後、リストアを行っています。 ・当社のサンプルデータでは再現していません。 ・その他のこの医院の傾向として、.210等の診区を最低限しか入力していません。 <p>診療行為において</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「F8 DO」を押下、DOしたい項目を数字で選択後「F12 登録」もしくはenterを押下する。 <p>診療行為入力画面に戻って、DOが反映されるまで従来まで一瞬だったものが、約2秒かかる。(時計マークが出現します。)</p> <p>診療行為入力画面で内容入力後、「F12 登録」を押下する。</p> <p>外来管理加算の削除のガイダンスが出現されるまでに、従来まで一瞬だったものが、約2秒かかる。</p> <p>ガイダンス出現後、「F12 登録」を押下もしくは、enterを押下して、診療行為確認画面が出現されるまで、従来まで一瞬だったものが、約2秒かかる。</p> <p>診療行為画面で内容入力後、「F12 登録」を押下しても、外来管理加算のガイダンスが出現しなかったり、診療行為確認画面が出現しない事がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 2、3回「F12」ボタンを押下すると出現する。(画面表示を無視して速く入力をしています) ・入力コード「fih2」と入力後、名称が出現するスピードより、「syue2」と入力後、名称が出現するスピードが遅い。 <p>上記の状態は、主、従ともなっています。 ただ、全入力患者のうち、約9割が遅く、通常の動き(速さ)の時もあります。</p>	<p>10月改正で消炎鎮痛等処置などの同日併用算定チェックを行う内容が増えたことにより処理に時間を要するようになりました。 チェック処理の方法を見直しました。</p>	H18.11.24

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
8		慢性疼痛疾患管理料と介達牽引等を同時に入力した場合、当月に併算定エラーとなる別の処置 (例えば消炎鎮痛等処置) が算定済みの時エラーとならなかったため修正しました。		H18.11.24
9		入院分入力で消炎鎮痛等処置などの逡減対象外処置と介達牽引などの逡減対象処置を同一画面で入力した場合、逡減対象外処置の回数に逡減判定のための算定回数にカウントされていませんでしたので修正しました。	(例) 消炎鎮痛等処置を1日から4日まで算定を行い、介達牽引を5日、6日に算定した場合、介達牽引が逡減されませんでした。	H18.11.24

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
10	kk 06469	宮城県の乳幼児医療費に関する10月1日からの改定についての資料をご送付いたします。 地方公費プログラムに含めていただけますようお願いいたします。	<p>宮城県地方公費 10月改正対応</p> <p>1).利府町 3歳児 通院 (半額助成) 条件 通院のみ、保険番号(183、383、483) 公費負担者番号 頭の7桁 "8304125" 10月診療分以降は全額助成となり患者負担はありません。</p> <p>2).食事療養費 (半額助成) 条件 :入院のみ、保険番号(183、483) <平成18年9月診療分までの対象地域> 公費負担者番号(先頭から7桁) "8304004"(古川市) "8304009"(多賀城市) "8304017"(川崎町) "8304023"(七ヶ浜町) "8304026"(大和町) "8304028"(富谷町) "8304036"(鹿島台町) "8304041"(小牛田町) <平成18年10月診療分以降の対象地域> 公費負担者番号(先頭から7桁) "8304017"(川崎町) "8304028"(富谷町) "8304079"(美里町) 10月診療分以降半額助成制度廃止となった地域は全額患者負担となります。</p>	H18.11.24

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
11	お電話でのお問い合わせ 12月13日 - 労災加算表示	<p>労災の四肢特例加算がある場合に手入力で加算を入力した場合と自動発生した場合に表示順が違ってきています。運動器リハビリテーション、ADL加算を入力する際に四肢特例加算を労災自賠保険入力で設定し自動発生させた場合には</p> <p>運動器リハビリテーション (1) ADL加算 労災 (1.5倍) 300点 と表示されます。</p> <p>四肢特例加算を手入力した場合には上記の順に入力しますとエラーが表示され入力できないため</p> <p>運動器リハビリテーション (1) 労災 (1.5倍) ADL加算 300点 となります。</p> <p>明細書にも同様に印字されますが、四肢特例加算はリハビリの所定点数に対する加算となりますので手入力した場合の表示の方が正しいかと思うのですが、こちらの表示は仕様なのでしょうか。</p> <p>自動発生時の表示ですとADL加算も四肢加算の対象となっているようにも見えると思うのですがいかがでしょうか。(点数に問題はありません。)</p> <p>こちらの入力の方法に誤りがあればご教授いただけますでしょうか。</p>	<p>リハビリテーション料の労災加算の自動発生位置を剤内の加算の下にしていたのですが、手技料の直下に変更しました。4月改正前は逡減がありましたので、加算の下で問題なかったのですが、逡減が廃止となりましたので変更することにしました。</p> <p>ADL加算の下に手入力した場合は、今まで通りエラーとなります。</p> <p>また、労災四肢加算の対象に心大血管疾患リハビリテーション料を対象としていませんでしたので追加しました。</p>	H18.12.25
12		<p>労災診療費算定基準の訂正により処置料での労災加算対象を追加しました。</p> <p>労災加算対象として追加した診療行為は、爪甲除去、穿刺排膿後薬液注入、粘(滑)液嚢穿刺注入、ガングリオン穿刺術、ガングリオン圧碎法となります。</p>		H19.1.12

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
13	ncp 20061218-008	<p>「他端末使用中です」のエラーが9800排他制御情報画面で情報削除しても解除されないのですが、その場合どのような問題が考えられるのでしょうか？</p> <p>(補足) ただ過去4回の通院暦があるのですが、一番最近の診療内容を訂正より呼び出しをしようとすると、ORCAがエラーメッセージ (Connection lost) と共にストップ (強制終了) してしまいます。他3日分は呼び出す事ができるので、その1日分だけです。 物理的な障害か？と思いバックアップを作成し別HDDにデータを載せ換えしてみたのですが同様の症状が出てしまいます。 どう修正をかければよろしいのでしょうか？</p>	<p>sarge環境で現象が発生していました。 平成16年4月から平成17年3月までの診療日で特定薬剤治療管理料を算定している場合に処理が異常終了していましたので修正しました。</p>	H19.1.12
14	お電話でのお 問合せ 1/11 入力コード エ ラー	<p>診療行為入力画面で「ネオファア」と入力すると、添付画面のエラーが表示されますとのお問合せがありました。 入力コードは付加しておりません。</p>	<p>入力コード欄に全角小文字を入力した場合、「入力コードの文字エラー」となりましたので修正しました。</p>	H19.1.26
15	ncp 20070109-010	<p>医院様より問い合わせがありまして、こちらでも検証したところ医院様と同じようになってしまおうのですが、方法がありましたら教えて下さい。</p> <p>例：12月1日に受診690円もらった。 12月29日に受診。請求額690円この時に前回(12月1日)の訂正。返金190円が発生。 請求確認画面で一括返金。入金額が500円。ただ患者様が10円足りないということで入金額に10円引いた額490円を手入力。その時、合計未収額は10円となるのですが、実際に登録して診療行為で患者様を出すと未収金の欄には上がってきません。 また、請求書兼領収書が10円の未収額を反映されないで今回入金額500円となってしまいます。 通常だと490円となると思うのですが… ならないのでしょうか？</p>	<p>請求確認画面で今回返金がある場合で入金額が入金上限額より小さい場合、登録時に入金額が全額入金となっていましたので入力した入金額になるように修正しました。</p>	H19.1.26

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
16	support 20070105-008	担当医療機関様より、レセプト及び窓口負担額について問い合わせです。 「低所得者1」と、51公費「特定疾患医療受給者証」を持っている患者様で負担額の上限額が「低所得者1」< 51公費「特疾負有」の場合、「低所得者1」の上限額が採用されているが、支払基金へ確認した所、この場合、51公費「特疾負有」の上限額になるとの事。	高齢者、51特定疾患負担有り、低所得1の場合の負担計算及びレセプト記載について修正しました。(入院) (例) 51入院上限額 23100円 主保険 + 27老人1割 + 051 31日入院、総医療費 50000点の場合 < 負担金計算 > 50000点 1割 50000円 患者負担 (医療費部分 : 低所得1の為 15000円) (食事負担 : 8100円) 93回 × 100円 9300円 > 23100円 - 15000円 8100円 合計 15000円 + 8100円 = 23100円となる。 < レセプト > 保険欄 - 一部負担金 公費負担限度額 50000円 > 44400円 この例の場合、44400円から (23100円 - 15000円 = 8100円) を差し引いた金額 36300円 (44400円 - 8100円) となる。 公費欄 - 一部負担金 23100円となる	H19.1.26

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
17	お電話でのお問い合わせ 1月30日 - 退院前訪問指導料算定	<p>B007退院前訪問指導料の算定についてですが、入院中 1回 (入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は 2回)に限り算定する。と記載されております。月 2回の算定については点数マスタの上限回数のエラー処理を 9に変更し入力可能ですが、指導料の算定は指導の実施日にかかわらず退院日に算定するとなっており退院日に同一画面で 2回入力しますとエラーとなります。</p> <p>別の日で入力しますと入力できますが、算定日のコメントが自動記載されるため手修正が必要になります。1日に退院の方の場合には対応できません。</p> <p>同一日であっても別画面にて入力しますと入力できますが訂正で展開した際エラーとなります。</p> <p>上記のように退院日に 2回退院前訪問指導料算定する場合どのように入力を行うのが正しいのでしょうか。</p>	<p>退院前訪問指導料が * 1 でしか入力できませんでしたので、回数チェックをしないようにしました。</p>	H19.2.14
18		<p>セット登録で入力コードの登録があるセットを更新する場合、セット展開時の内容に警告またはエラーが存在すると入力コードが展開されず登録で入力コードが削除されてしまいましたので修正しました。 (例えば画像診断の同時併施の警告などです。)</p>		H19.2.14

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
19	kk 07659	<p>北海道旭川市の医療費助成制度についてご対応いただきたく思いメール致しました。ORCAの保険番号マスタ(北海道01)にある<札幌市以外の市町村>の一覧表を拝見しますと、旭川市の乳幼児・障害者・ひとり親の欄は右側に独立して表になっています。</p> <p>内容を確認しますと、一律1割負担で上限金額ありの設定になっておりますが、旭川市と近辺の市町の扱いでは、一割負担に加え初診時一部負担金も各市町で負担をしております。したがって初診時の負担金の対応は、医療費の一割負担金からさらに初診時一部負担金を差し引いた額を受付窓口でいただくこととなります。しかしORCAで会計金額を確認しますと、一割負担金の対応はしていますがその金額からは初診時一部負担金が差し引かれておりません。またそれに伴いまして医療費助成制度の請求書も丸がこみの対応が必要となります。</p> <p>日々の会計にかかわることですので、そちらでご確認いただき、早急な対応をお願いできませんでしょうか？</p>	<p>北海道旭川市地方公費対応を行いました。</p> <p>保険番号は乳幼児642、障害643、ひとり親644です。</p> <p><入外> 初診時(初診料算定時):1割相当額から初診時一部負担金(580円)を差し引いた金額を徴収 再診時(上記以外):1割相当額を徴収 * 月上限 通院12000円 入院40200円</p>	H19.2.14

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
20	support 20070202-020	<p>医療機関から収納が合わないとの連絡があり、弊社内にて検証したところ再現致しましたので報告致します。誤りがあるようであればご指摘願います。</p> <p>(image1)収納画面 12月 (image2)収納画面 1月 image1,2にて収納を確認したところ 未収金と返金分が混在しているようです。 返金分 -40+-40 未収金 110+80</p> <p>(image3)診療行為画面 登録時 (image4)診療行為画面 会計時 入金額は690円</p> <p>image3の画面上には未収金の足し引きの合計が110とあがっていたため入金額を690円と入力(image4)。 690=580+110-40-40 (+80)になることを期待したのですが、()内の計算が抜けているように見受けられます。</p> <p>(image5)収納画面 登録後12月 (image6)収納画面 登録後1月 結果未収金が80円残ってしまったようです。</p> <p>一度確認願えないでしょうか？</p>	<p>診療行為 - 請求確認画面にて返金額が未入力の際でも返金処理を行ってしまう不具合がありましたので修正しました。</p> <p>不具合が発生する条件は以下のとおりです。 すべてに該当する場合に発生します。</p> <p>1. 過入金と未収金の両方が発生している 2. 今回請求額 < 入金額 今回請求額 + 未収金額 3. 入金の取り扱い = “2 今回分 伝票の古い未収順に入金” or “3 今回分 伝票の新しい未収順に入金”</p>	H19.2.14

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
21	support 20070207-005	<p>不明な、返金額 (2円)があがっております。</p> <p>お問い合わせの件、支払証明を発行する際気付いたとのことで、不明な端数の未収金や返金が発生しているとのことです。 1名は佐賀県の地方公費の乳幼児で月1回300円の負担で小児科外来診療料を算定しており入力内容を変更したとしても負担金の変更はない方ですが未収が-2円となっています。一括再計算を行っても金額は変更されなかったそうです。 もう一人の方は公費等なく保険単独ですが別の日に診療訂正で未収が1円となっております。</p>	<p>診療訂正時に今回請求額を超える金額を入金額に設定した場合エラーとならず登録ができてしまう不具合がありましたので修正しました。</p>	H19.2.14
22	support 20070131-005	<p>飯館村のひとり親家庭等の公費についてお問い合わせがありました。</p> <p>281 飯親 と上限1000/月ですが世帯合算 及び 他医療機関での合算が月額1000円と頂いた資料を解釈しましたが。</p> <p>医療機関に来た際に、すでに別の医院様で500円支払っていた場合等どのようにしたら宜しいでしょうか。 またすでに別の医院様で1000円支払っていた場合で初めから負担金が発生しない場合どのようにしたら宜しいでしょうか。</p> <p>こちらの制度が07/2/1からなので至急ご回答願います</p>	<p>福島県飯館村ひとり親 (保険番号 281)の対応 (2007年 2月診療分以降)</p> <p>1)保険番号マスタ281の設定 外来-負担区分 1患者負担あり 以下 0 入院-負担区分 1患者負担あり 以下 0 食事療養費 2患者負担あり(上限あり)</p> <p>2)患者登録で、公費 281を登録する際は、適用開始を2007年 2月以降として下さい。</p> <p>3)患者上限額等の設定 患者登録-所得者情報-公費負担額で設定を行う ラベル表示は、入外上限額 他一部負担累計とする。 入外上限額には、1000円を入力。 他一部負担累計には、管理票に記載された他医療機関 薬局の一部負担額の累計額を入力。 * 患者の自院の入外分の一部負担額は累計に含めない事。 * 世帯分については、自院 他医療機関に関わらず累計に含める事。 上記設定をもとに、負担計算を行う事としました。</p>	H19.2.23

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
23	ncp 20070220-006	<p>診療情報提供料の退院時診療状況添付加算を2回以上算定する時 113009470* 2 とすると「回数は1回のみです」とエラーが表示され 入力する事ができません。 診療情報提供料の次行にそれぞれ行を変えて下記のように入力すると .130 180016110 診療情報提供料(1) 840000052 20 診療情報提供料算定 20日 113009470 退院時診療状況添付加算 .130 180016110 診療情報提供料(1) 840000052 20 診療情報提供料算定 20日 113009470 退院時診療状況添付加算</p> <p>既に同じ診療コードが入力されています。算定できません。」とエラー情 報が表示され入力できません。</p> <p>茨城県国保連合会に確認したところ必要に応じて複数回の算定は可能 との回答をいただいているようです。 診療日を変えて入力すれば入力する事は可能なのですが... 退院日に算定するようにしているので同日でも入力できるようにするに はどのような入力をすればいいのでしょうか？</p>	<p>退院時診療状況添付加算を2回以上で入力するとエラーに なりましたので回数チェックを廃止しました。</p>	H19.2.23
24	お電話でのお 問い合わせ 2月 21日 - 検体 コード入力	<p>160138910等の検体コードですが、レセ電の手引きを確認しますと包括 検査の際に使用する例のみで、別紙10にも包括検査の検体名と記載さ れております。</p> <p>この検体コードを包括検査以外で使用しますと入院の入力の場合宣言 等で剤を分離しても訂正で展開しますと前の剤とまとまってしまう。 検体コードは包括検査以外では使用できないものなのでしょうか。</p>	<p>診療行為で検査の検体コードと検査を入力した時、検体 コードの前の行が診療種別でなく、回数による剤分離もされ ていない場合、前の行の剤にまとめられていたので正しく剤 分離するようにしました。 また、検体コードを入力した検査が包括検査でなくても正し い剤分離をしていませんでしたので修正しました。</p>	H19.3.15

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
25	ncp 20070305-001	レセ電請求されている医療機関さまより酸素吸入の点数が減点されてきます。とのお問合せがありました。事由は「固定点数が誤っているもの」として処理されています。連絡票をFAXします。確認していただけませんか。	<p>剤内に複数の酸素が入力されている時の点数計算に誤りがありましたので修正しました。 酸素の合計金額に酸素補正率を加算していたので各酸素の金額に補正率を加算するように修正しました。</p> <p>$(\text{酸素金額} + \text{酸素金額}) \times 1.3 = \text{酸素合計金額 (円未満四者五入)}$ を $\text{酸素金額} \times 1.3 (\text{円未満四者五入}) + \text{酸素金額} \times 1.3 (\text{円未満四者五入}) = \text{酸素合計金額}$ としました。</p> <p>高気圧酸素加算がある場合は、$(\text{酸素金額} \times 1.3) \times \text{気圧数} = \text{酸素金額 (四者五入)}$ とします。</p> <p>また、レセプト摘要欄に計算式を表示していますが、同様に合計金額に四者五入していたものを、各酸素で行なうように変更しました。</p>	H19.3.15
26	ncp 20070306-013	他保険により1傷病について診療継続中に、新たに労災の傷病が発生し、診療を行った場合、初診料は算定できませんが、新たに発生した労災の傷病に対し、初診時ブラッシング料は算定できたと思います。 ORCAでは初診時ブラッシング料を入力しようとすると「初診時ブラッシング料は初診料算定時にのみ算定できません」のエラーが出ます。私の認識がまちがっているのでしょうか？	<p>労災の初診時ブラッシング料を初診料入力時のみ算定可能としているチェックを削除しました。 なお、平成18年4月診療分から算定できるようにしました。</p>	H19.3.15

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
27	kk 08314	平成 19年 4月 1日から埼玉県春日部市におきましてこども医療費助成制度が開始されます。 春日部市役所からユーザー様宛に送られた資料をご送付致しますので対応の程、よろしくお願い致します。	埼玉県春日部市地方公費対応 (平成 19年 4月診療 ~) 対象保険番号 :281 埼玉県川口市地方公費対応 (平成 19年 4月診療 ~) 対象保険番号 :181、182、183 ア)医療費患者負担 21,000円未満の場合、患者負担無し 21,000円以上の場合、全額患者負担 (償還払い) イ)入院時食事負担 (春日部市のみ) 21,000円未満の場合、半額助成 21,000円以上の場合、全額患者負担 (償還払い) ウ)レセプト記載 21,000円未満の場合、レセプトに記載する 21,000円以上の場合、レセプトに記載しない 注意事項 < 外来 > 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000)以上になる場合、その会計時点から患者負担が発生します。 患者負担が発生した場合、収納業務にて、同一月に受診があるかを確認し、ある場合、再計算及び診療費請求書兼領収書の再発行を行います。また、必要に応じて入金処理を行います。 < 入院 > 定期請求に関して 公費の特性上、該当患者については、入退院登録 - 定期請求設定を「2 月末時のみ請求」とし運用する事を推奨します。 (例)定期請求設定を「1 医療機関での設定」としている 定期請求が月 2回ある 1回目の定期請求時 21000円未満 2回目の定期請求時 21000円以上となる場合、定期請求設定を「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。	H19.3.26

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
28	kk 08400	小樽市のひとり親で親初の方は外来の窓口一部負担金が1割負担で限度額なしひとり親家庭医療費請求書は従来の親初と同じ記載要領で一部負担金欄に1割負担で支払った負担金を計上し初に をつけるとのことでした。	北海道小樽市ひとり親地方公費対応 (入院) 対象保険番号 :744 初診料を算定した場合のみ患者負担 (580円) が発生します。	H19.3.26
29	support 20070330-016	ユーザ様から、診療行為画面で「前回処方」ボタンを押した時に、前回処方内容が表示される日と、されない日があるという問い合わせがあり、弊社でも確認したところ、同様の現象が確認できました。内容は下記のとおりです。 診療行為入力画面で3頁まで内容を入力し、3頁の17行目から処方薬剤の入力を行い登録を行うと、「前回処方」ボタンを押した時に、その日の処方内容が表示されない現象が出ています。薬剤を3頁目の17行目より前に入力していた場合は、「前回処方」に処方内容が出てきます。	前回処方画面またはDO画面で投薬のある受診履歴一覧に、投薬が診療行為の15剤以上後に算定されてる場合、対象としていませんでしたので修正しました。	H19.4.24
30	request 20070131-006	外来管理加算チェックを0チェックなしor1チェックありの設定の場合。慢性疼痛疾患管理料を算定した日に同日再診を算定。この時、外来管理加算は入ってきません。この同日再診の内容を訂正で開こうとすると警告が出て外来管理加算が入ってきてしまいます。行削除も効かないのでいちいち外来管理加算チェックを2自動発生なしに設定してから訂正画面を開かなければいけません。慢性疼痛疾患管理料を算定後は外来管理加算がとれないので訂正で開いたときも入ってこないようお願いします。	慢性疼痛疾患管理料を算定した時、登録時に削除された外来管理加算が訂正時に自動発生することがあったので自動発生しないように修正しました。	H19.4.24

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
31	お電話でのお問い合わせ 4月9日 - 労災四肢加算	<p>労災で下肢静脈瘤手術に四肢加算を入力しますと四肢加算ができないコードです。労災加算を削除してください。とエラーとなり入力することができません。</p> <p>四肢加算が算定できる手術の中に神経、血管の手術とあります。下肢静脈瘤手術は静脈の手術ですので血管の手術に該当しますが入力可能としていただけますでしょうか。その他動脈、静脈の手術に関してもお願いいたします。</p> <p>労災保険情報センター (RIC) へも確認しましたが四肢の傷病に係わる手術であれば算定可能ということでした。</p>	<p>労災の手術で労災 (四肢) 加算の自動発生はしないが算定できる場合について、労災加算を入力してもエラーとなっていたので入力チェックを廃止しました。</p> <p>現在、労災加算を自動発生している手術はそのまま自動発生を行います。</p>	H19.4.24
32		<p>画像診断料以外でフィルムを算定した場合、フィルムの分画数を1として登録していますが、DOから展開した時はゼロで登録していました。これにより割が分かれてしまいますので以下のように修正しました。</p> <p>フィルムの分画数は画像診断料で算定した場合のみ設定するようにしました。</p>		H19.4.24
33	request 20070323-006	<p>長期 (10,000円) と91 (障害一日100円まで月に4回までの請求) をお持ちの外来患者様で不具合がありますので修正をお願いします。月初めの1回目の診察で患者負担金額が10,000円を超えた場合、窓口負担金は100円で、101円から10,000円までを91が公費負担する様になり、10,000円以上は長期が公費負担します。2回目以降の来院では患者負担が10,000円を超えていますので、請求が発生しません。しかし現在は月4回までは自動的に請求が発生してしまいます。広島県障害福祉課等に確認しましたところ、このケースは月100円の請求が正しいと解答頂いております。</p>	<p>広島県地方公費重心 (191、291) + 長期対応 (1日100円、月4回の設定)</p> <p>外来負担計算において、例えば初日に患者負担金相当額が10000円を超える場合、患者負担は初日の100円のみで、2日目以降は請求なしとしました。</p>	H19.5.16

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
34	kk 09030	<p>北海道旭川市の障課のマスタ設定を追加していただきましたが、以下のマスタの新設をお願い致します。</p> <p>マスタ新設 743 旭川障老課</p> <p>1ヶ月の外来負担上限がありません。 外来会計計算は643 旭川障課と同じで 初診 1割-580円負担 再診 1割負担 (5月の診療が始まっているので本体側の早期の修正をお願い致します。) ・重度心身障害者医療費請求書には初診の患者様のみ備考欄580丸囲みで記載し請求します。 旭川障老課は再診の患者様の公費請求はしません。</p>	<p>北海道旭川市地方公費重心対応 (743) について (入 外)</p> <p>初診料算定時 : 1割相当額から初診時一部負担金 (580円) を差し引く対応をしました。</p>	H19.5.16
35	お電話でのお問い合わせ - 北海道初診自己負担につままして	<p>回復期リハビリテーション病棟入院料算定時も初診時一部負担金を患者から徴収するとのこと国保連へ確認したところ、回復期リハビリテーション病棟入院料には初診料も含まれるので患者から徴収できるとの回答でした。 患者負担が発生するように出来ますでしょうか。</p>	<p>北海道地方公費 (入院時)</p> <p>初診料が包括される入院料算定時に099110001 (初診料 DUMMY) を診療行為入力した場合、初診料を算定したとみなし、負担金計算を行うように修正しました。</p>	H19.5.29
36	お電話でのお問合せ 5/23 皮膚科特定疾患 診療訂正	<p>複数科入力で皮膚科特定疾患を削除しているにもかかわらず、請求確認画面で指導料が発生しますとのお問合せがありました。</p>	<p>診療行為の複数科入力で自動発生した特定疾患療養指導料・皮膚科特定疾患指導料を削除して登録した会計内容を訂正で展開後、Enterキー等押下すると指導管理料が自動発生していました。訂正時には指導管理料を自動発生しないように修正しました。</p>	H19.5.29

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
37	kk 09086	<p>こちら広島県なのですが、3歳児の精密健康検査請求書と「乳初診有」の公費をお持ちの場合の対応について質問があります。</p> <p>3歳児の精密健康検査請求書がある場合、初診料・検査料は市へ請求し、その他の点数は患者請求します。(初診料・検査料の点数はレセプトにも記載しません) 「乳初診有」の公費を登録して、診療入力で初診料・検査料を削除するのですが、「乳初診有」は、初診時のみ上限500円請求の公費マスタのため、初診料を削除することで患者請求もなしになってしまいます。初診料・検査料を除いた金額が請求額に上がらないため、現状では、請求書兼領収書・レセプトは、印刷できても手書き修正しないと使用できませんし、日計表にも影響します。</p> <p>特殊なケースなのでプログラムが対応していませんが、このような場合どのように対応すればいいのでしょうか？</p>	<p>広島県乳幼児(保険番号390)(外来)の負担計算を修正しました。</p> <p>初診料の代わりに「099110001」(初診料DUMMY)を入力することにより一部負担金を発生するようにしました。</p>	H19.6.26
38	お電話でのお問い合わせ 6月15日 - 中途終了処方せん発行	<p>院外処方で059～で作成したコードのみを投薬の宣言を行い入力した際に059～コードのみの入力から中途終了からの処方せん発行からの場合に処方せんが発行されません。</p> <p>059～コードのみでも請求確認画面から発行の場合、中途終了からの処方せん発行で他に投薬の入力のある場合には発行されました。</p> <p>上記の動作は仕様なのでしょうか。</p>	<p>院外処方での投薬内容が059～で作成したコードのみの場合、中途終了から処方せん発行を指示しても作成されませんでしたので修正しました。</p>	H19.6.26

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
39	support 20070620-005	<p>診療行為画面で造影剤使用撮影時に、731を入力して点滴手技料を算定しますが、点滴手技料で剤が終了するので点滴注射 * 1を入力し、そのすぐ下に13番コードのもの(薬情や診療情報提供料)を入力して登録。</p> <p>その後、訂正で展開すると、点滴の後ろの * 1が消えてしまうためK999警告!!登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。が表示されます。</p> <p>また * 1を追加、又は、.130を追加して登録する必要があります。</p> <p>13コードの代わりに14番コードを入力したり、薬剤21内服を入力したとしても上記現象は起こりませんでした。</p> <p>これについては修正していただけないでしょうか？</p>	<p>外来分の入力で、診療種別区分731 造影剤 注入手技 (点滴)の次の診療区分が13の時、訂正で呼び出すと、731 造影剤 注入手技 (点滴)の剤に次の診療コードが含まれていましたので剤分離をするように修正しました。</p> <p>診療区分13の直前の剤の診療種別区分が731の時は、診療種別区分130を自動発生するようにしました。</p>	H19.6.26
40	support 20070617-001	<p>リハビリテーション医学管理料を算定した月に消炎鎮痛処置を算定しようとした際、算定できないというエラー警告を表示することはできませんでしょうか。</p>	<p>疾患別リハビリテーション医学管理料の初回算定前に算定していたリハビリ、消炎鎮痛等処置を算定後に算定してもエラーになりませんでしたのでエラーとするように修正しました。</p> <p>例えば、</p> <p>6/2 介達牽引</p> <p>6/10 運動器リハビリ医学管理料 (初回)</p> <p>6/11 運動器リハビリ料 エラーになります</p> <p>6/11 介達牽引 エラーになりませんでした。</p>	H19.6.26
41	お電話でのお問い合わせ 6月29日 - 臨時投薬エラー	<p>同月の初回に在総診を入力し、次に受診時に臨時投薬の入力を行った際、290を宣言した場合エラーは出ませんが、院内院外ボタンを院内とし、290、.291、.292を宣言した場合、院内院外ボタンを院外とし、291を宣言した場合、「在宅時医学総合管理料を算定時算定できません」とエラーが表示され入力できません。</p> <p>院内院外ボタンを院外とし、.292を宣言した場合入力にはできますが訂正展開時に同じエラーが表示されます。</p>	<p>在宅時医学総合管理料等を算定し投薬が包括されている場合で院内、院外ボタンが院内になっている時、.292 内服薬剤 (臨時投薬) (院外) が算定できませんでしたので修正しました。</p> <p>2006年4月診療分以降について対応しました。</p>	H19.7.30

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
42	お電話でのお問い合わせ - 自費コード数量入力	<p>自費コードの09593で始まるコードで包帯1m = 500円で作成し、労災自賠で数量0.5で入力 (スペース0.5と入力) しても数量 1として計算されますとお問い合わせがありました。</p> <p>数量2などを入力しますと数量・金額は入力できませんとエラーとなります。</p> <p>0.5は入力できて回数 1と計算されるのは仕様でしょうか。</p> <p>数量入力を*回数と入力した場合*2の場合にはエラーは表示されず正しく計算されますが*0.5の入力はエラーとなります。</p> <p>回数0.5を正しく計算させることはできないのでしょうか。</p> <p>健保分に09593で始まるコードを使用し0.5と入力した場合は0.5として計算されてきます。</p>	<p>診療行為で労災・自賠責保険入力時に、自賠責の判断料等 (09591xxxxx ~ 09594xxxx) を入力時に、数量を0.5と入力できたので 1以外はエラーとするように修正しました。</p>	H19.7.30
43	お電話でのお問合せ 7/6 小児科療養指導料	<p>6/30に初診料を算定しており、7/5に小児科療養指導料を入力しようとする時、「初診料算定日より 1月以内です。算定できません。」のエラーメッセージが表示されますとお問い合わせがありました。</p>	<p>小児科療養指導料を初診算定日から1ヶ月以内の算定をエラーとしていましたので同月内であればエラーとするように修正しました。なお、退院日からのチェックは今まで通りです。</p>	H19.7.30
44	support 20070706-002	<p>平成17年より入院の患者さんです。入院時より労災 (短期給付) の保険でしたが、平成19年6月1日より労災 (傷病年金) に変更になりました。</p> <p>以前の労災保険はそのままで、保険追加で傷病年金の保険を継続で作成し、傷病年月日・療養開始日も平成17年のまま登録しました。</p> <p>『1入退院登録』画面で「転科 転棟 転室」を選び、保険を変更しました。</p> <p>レセプト作成すると、6月1日から14日までの入院基本料が、労災 (2週間以内) (1.3倍) で計算されます。</p> <p>労災 (2週間超) (1.01倍) で計算されるにはどのようにしたらいいのでしょうか？</p>	<p>労災短期給付で入院し、傷病年金に切り替わった場合、傷病年金の入院料の計算について、切り替わった日から14日間 1.3倍していましたが、短期給付で入院した日を起算日とするよう修正しました。</p> <p>(起算日は初回入院日としました。)</p>	H19.7.30

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
45	kk 09698	北海道地方公費・乳幼児請求に関する資料を入手しましたので、送付します。	北海道地方公費 (乳幼児)負担金計算対応 保険番号 190、291、292 (入外) 842 (入) 初診時のみ一部負担金が発生するように対応しました。 * 保険番号 190、291、292は、平成 19年 8月診療分以降での適用となります。	H19.7.30
46	お電話でのお問い合わせ 7月 27日 - リハビリ医学管理料開始日	リアルタイムプレビューにおける疾患別リハビリテーション医学管理料の開始日の表示についてご教授ください。 6月 10日に運動器リハビリテーション医学管理料 1回目を算定 7月 26日に 2回目の管理料を算定 上記の場合で、7月 26日の診療行為入力中及び診療訂正でのプレビューでは開始日が 7月 26日と表示されます。 7月 27日の入力時や会計照会からのプレビュー、明細書には開始日 6月 10日と表示されますがこちらの動作は仕様でしょうか。	診療行為からのプレビューで算定履歴の取扱に誤りがありましたので修正しました。	H19.8.27

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
47	ncp 20070727-010	<p>ユーザー様からのお問い合わせで、当日の診療内容の確認を訂正診療で内容を展開すると、エラーが出るとのことで検証してみました。 診療行為で包括検査の下に、DO入力で投薬の入力を行います。 例)CEA精密 CA19-9 .210 内服薬剤*28</p> <p>登録後、訂正診療で展開すると【エラー K999】登録時と診療内容が違います。 と表示され、.210の区分が消えて、検査と薬剤が同じ剤にまとまっています。 当月初めての薬剤の場合は.210の区分は消えないのですが、2回目以降の薬剤の場合に.210が消えてしまいます。 包括検査の後に投薬は入力しないようにするしか方法はないでしょうか？</p>	<p>外来分入力で包括検査の後ろに投薬を入力した場合、同月に診療種別のない同じ投薬剤がある時は、展開した時に検査の後ろの投薬が剤分離されず検査の剤に含まれていました。 包括検査は回数 = 1 を削除して包括処理を行なうので検査の回数が削除され、後の投薬剤にも診療種別がないので剤が分離できませんでした。 投薬で診療種別がなく直前の剤が検査であれば訂正展開時に .210 を自動発生して剤分離するように修正しました。 検査であれば包括でなくても診療種別の自動発生を行います。処置など検査以外であれば回数で剤分離します。</p>	H19.8.27

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		<p>レセプト電算処理システムの症状詳記レコードに新設区分が追加されましたので対応しました。</p> <p>50 厚生労働大臣の定める選定療養第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る治験概要</p> <p>51 疾患別リハビリテーション (心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器及び呼吸器) に係る治療継続の理由等の記載</p>	<p>会計照会も同様、また、レセプト等にも見出しが記載されます。</p>	H19.4.24

2.3 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	support 20061031-029	領収書の前回請求額に月内の金額が反映されている。(3.2以降)在宅などでまとめて1日ごとに領収書を発行すると未来日付の分まで金額に含まれてしまいますので加算しないように変更できないでしょうか？	請求一覧画面(S02)または請求確認画面(S03)から請求書兼領収書の発行した場合に前回請求額の印字を行わないように設定できるように修正しました。 システム管理の管理番号1039「収納機能情報」の「請求書発行方法(外来)」の区分を追加しました。 0 個別に発行 1 診療行為で指定した方法で発行 2 個別に(前回請求印字なし) <- パッチで追加 3 診療行為で(前回請求印字なし) <- パッチで追加 区分2は区分0の方法で前回請求額の印字をしない場合、区分3は区分2の方法で前回請求額の印字をしない場合となります。	H18.11.17
2	support 20070130-007	ユーザーのプリンタの設定は、「標準」しか使用していないため、同様の設定をしております。 再度、検証いたしましたが、やはり変更できませんでした。 また、社内で複数台において検証いたしましたが、やはりオフセットを設定しても変更できませんでした。カルテなど、他の帳票においては変更可能でした。 【支払証明書印刷】の設定の画面コピーをFAXでお送りいたしますので、再度、ご確認いただけないでしょうか？	収納業務から支払証明書を印刷する場合、システム管理で設定したオフセットが有効にならない不具合がありましたので修正しました。	H19.2.14
3		請求一覧画面にて請求書の再発行を行ったとき前回請求額に誤った金額を編集する場合がありますので修正しました。 システム管理1039収納機能情報の再発行方法に2または3(前回請求額の編集を行わない)の設定がされている状態で、収納業務-請求一覧画面にて過入金状態の収納データを選択して再発行を行うと現象が発生します。 この時、前回請求額には該当収納の入金額から請求額を差し引いた値を編集していました。		H19.2.14

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	お電話でのお問い合わせ 10月26日 - 入院受診日変更	Ver3.3.0で会計照会画面にて入院患者の受診日変更、追加を行うと診察日の後ろに (1)1のように表示されます。 Ver3.1.0まではそのような表示はされませんでした。変更されたのでしょうか。	入院データの受診履歴の連番が不整合となる場合がありますので修正しました。 会計照会で受診日を変更した場合に、受診履歴に 1 (1) が表示されていました。	H18.10.27
2	お電話でのお問い合わせ 5月2日 - リハビリ医学管理料初回算定日	リハビリテーション医学管理料入力後に会計照会の剤変更にて展開し登録しますと算定履歴の初回算定日が1日に変更されます。	会計照会で疾患別リハビリテーション医学管理料を変更した場合、算定履歴の初回算定日が当月1日として登録されていましたので修正しました。	H19.5.16
3	ncp 20070510-002	ある医療機関のある一人の患者でおきた現象です。 継続して入院中の患者の診療データにて、4月1日分以外の診療データが登録したはずなのに、表示されない。会計照会で参照すると4月分のデータが存在します。 サポートセンターの担当者様からは排他制御の設定を尋ねられましたが稼働当初から「する」の設定となっております。 「しない」に設定した医療機関様で同様の現象が発生した内容はお伺いしておりますが、今回は「する」の設定となっております。	会計照会で次頁がある場合、1頁目にある剤の回数を変更し剤更新後、次頁ボタンを押し、その頁にある剤の回数を変更した場合、受診履歴の内容に矛盾が発生し不具合となっていましたので修正しました。	H19.5.29

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
4	ncp 20070727-011	H19.2.21~ ほぼ毎日再診で来院している患者さんのデータ表示がおかしくなりました 21診療行為画面から内容入力して、(K8)診療行為入力 診療行為画面でレセプレビューすると * 創傷処置 2 腰部 初回日 :19年 2月 21日 49× 10 * 創傷処置 2 腰部 初回日 :19年 2月 21日 49× 1 7月診療分から創傷処置の1回分のみ分かれて表示されてしまいます また、42明細書 (XC01)プレビュー選択画面でレセプレビューすると入力されている状態で表示されます	会計照会の剤変更でコメントの埋め込み値を変更した場合、最初の値を数量として診療行為テーブルに登録していました。 診療行為での登録は数量を1で登録しますので、同じ剤内容でも剤が分かれることがありました。 会計照会で剤変更した後、診療行為で訂正した場合などです。 会計照会の剤変更で、コメントの数量は1として登録するようにしました。	H19.8.27

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		労災・自賠責保険では入院時生活療養の仕組みを要しないとの取扱いが示されましたので、該当患者については入院基本料コンボボックスに入院時生活療養に係わるものを表示しないようにしました。	既に入院時生活療養の基本料を入力済みである場合は、パッチ適用後は入院料選択の欄が空欄となりますが動作に支障はありません。入院時生活療養以外の入院料で異動処理を行ってください。	H18.11.17
2	request 20061012-002	退院証明書におきまして以下の現象が発生しております。 退院処理を行い請求確認画面にて、主治医名を空白にし印刷をかけると「入院年月日」、「退院年月日」、「入院基本料等の種別」が空白「通算期間」、「該当保険医療機関退院日における算定した期間」が0日となって印刷がされます。 医療機関様の希望としましては、「主治医氏名」が空白で、その他の項目は通常通り印刷をしてほしいとのことです。	退院時の請求確認画面で「主治医氏名」欄を未選択の状態にした場合、退院証明書に記載する入院基本料及び通算対象入院料を算定した期間の欄が印字されない不具合がありましたので修正しました。	H18.11.17
3		システム管理の管理番号5000「医療機関情報 - 入院基本」又は「病棟情報」の有効期間の切れた日付で退院処理を行なった際にエラーメッセージを表示しますが、メッセージの内容が不適切でしたので修正しました。 医療機関情報 - 入院基本」の有効期間が切れていた場合 誤 「医療機関情報 - 入院基本の設定を平成18年4月1日より新規に作成してください」 正 「退院日に有効な医療機関情報 - 入院基本の設定が存在しません」 病棟情報」の有効期間が切れていた場合 誤 「病棟管理情報の設定を平成18年4月1日より新規に作成してください」 正 「退院日に有効な病棟管理情報が存在しません」		H18.11.24

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
4	support 20060630-004	入院会計照会にて特定の患者で、H18.5では 食事(朝) 食事(昼) 食事(夕) で表示しているにもかかわらず、H18.6では 食事(昼) 食事(夕) 食事(朝) と表示されます。 入院会計照会の表示順はどのように見ているのでしょうか？	転科、転棟、転室処理を行った際に、B2 入院会計照会 画面で表示している食事の剤表示が朝、昼、夕の順番とならない不具合がありましたので修正しました。異動処理月の食事(朝)を全て「食無し」に変更した後に異動処理(転科、転棟、転室処理)を行うと現象が発生しました。	H18.11.24
5		転科、転棟、転室処理を行った後に、「09 異動取消し」を行うとB2 入院会計照会」の表示で取り消した入院料が表示される不具合がありましたので修正しました。 カレンダー部分は全てクリアされている状態であるため患者請求及びレセプト処理に影響を与えるものではありません。内部的な剤の削除処理を見直しました。		H18.11.24
6	ncp 20061120-004	17日に提供されましたパッチ【equest20061012-002 (H18.11.17)】ですが、主治医氏名欄を空白で送ったにも関わらず、主治医は印刷された状態で退院証明書が発行されました。主治医の印字は無くなるのでしょうか？	退院登録処理で退院証明書の主治医氏名をクリアしているにもかかわらず印字されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H18.11.24
7	ncp 20070326-002	サージ版にしてから入退院登録の担当医の順番が今まで4桁の番号順だったのがバラバラの順不同になっています。 何か不具合でしょうか。 表示順を変更できる機能が追加になったのでしょうか	抽出の際に順序指定をしていませんでしたので順序指定するように修正しました。	H19.4.24

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
8	support 20070406-002	<p>入退院登録画面の担当医表示についてですが、現在、50人までしか表示されず、それ以上の先生が表示されません。 当院は、外部から来られる先生等もマスタに登録している為軽く50人以上はあります。 また、順番がどのような順で並んでいるのかよく分かりませんが常勤の先生が隠れてしまう為、このままでは担当医の登録ができません。 表示件数を、50人以上にする、もしくはここに表示される先生をマスタ等で設定できる(常勤の先生のみにする)等ならないでしょうか？ できれば、並び順に関しても、アイウエオ順等に並ぶと良いのですが。</p>	<p>登録されているドクターが50人を超える場合、入退院登録画面、入退院登録 - 請求確認画面について50人までしか選択できませんでした。 コンボボックスで直接コードを入力することでリストに表示されていないドクターを選択できるようにしました。</p>	H19.4.24
9	お電話でのお問い合わせ 4月13日 - 入院日数	<p>入院日数の計算が1日合わないとお問い合わせがありました。 2004年1月15日～2007年4月13日の入院日数が実際には1185日だが日レセで1184日となるとのことです。 こちらで検証しましたところ2005年1月14日までの日数はあっておりこの時点で366日となりますが、1月15日でも366日となりこれ以降の日付で1日差異が生じています。2004年がうるう年なのですが入院から1年経過すると1年=365日と計算されているのでしょうか。</p>	<p>通算日数の算出に誤りがありましたので修正しました。</p>	H19.4.24

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	support 20061114-019	<p>入院の患者にて、長期から長期 (上位) に変更されたことにより、保険組み合わせが変わりました。すでに登録がされている為、入院会計照会の一括修正より、保険組み合わせを変更をしようとしたところ「保険組合せはクリアできません。」というエラーが表示されました。こちらのエラーにより、一括で変更が出来ませんでした。</p> <p>そのため、一つずつ変更したところその度に「保険組合せはクリアできません。」というエラーが表示されましたが、変更することは出来ました。</p>	一括修正より保険組み合わせを変更すると「保険組合せはクリアできません。」というエラーが表示されるので修正しました。	H18.11.24
2	お電話でのお問い合わせ 12月25日 - 入院会計照会 91日以上	<p>入院会計照会画面の91日以上の表示についてのお問い合わせです。マニュアルには入院起算日から通算して91日目を表示します。老人特定入院料開始日の基準となる日付表示の為、他院歴は含みません。と記載されておりますが、継続再入院の場合で障害者施設等入院基本料に入院している期間が含まれておりません。</p> <p>A106障害者施設入院基本料の(4)に当該障害施設等一般病棟に入院している特定患者に係わる入院基本料の算定については一般病棟入院基本料の(4)から(6)の例による。と記載されております。</p> <p>老人特定入院基本料への変更は自動発生ではなく手入力での変更となります。こちらに継続再入院分の期間が含まれないと入退院を繰り返す患者の場合手計算することになります。障害施設等一般病棟への入院期間も含めるにはどのようにすればよろしいのでしょうか。</p>	入院会計照会画面の91日以上の基準日表示で障害者施設等入院基本料の過去入院期間が通算されてませんでしたので修正しました。	H19.1.12
3	support 20070123-006	<p>以前、障害者施設等入院基本料の入院の起算で91日以上の日付の修正をして頂きましたが、会計照会画面の91日以上の箇所に90日目の日付が表示されています。91日の日付が表示される様修正をお願いします。</p> <p>病院の一般病棟15対1入院基本料と障害者施設等15対1入院基本料で1/1の入院として確認すると91日目が1日誤差が出ます。</p>	入院会計照会画面の91日以上通算日数表示に誤りがありましたので修正しました。	H19.2.14

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
4	お電話でのお問い合わせ 7月11日 - 入院会計照会 91日以上表示	<p>6月26日までのパッチが適用された状態で再入院の場合に入院会計照会の91日以上の表示が入院起算日からではなく再入院の入院日から91日となる日付を表示しています。</p> <p>一般病棟入院の方は以前は継続入院であれば入院起算日から91日を表示しており 障害者施設等入院基本料等の期間の対応を1月12日、2月14日にしていただき、そのときの検証では障害者施設等入院基本料の期間を含めた入院通算日より91日以上となることを確認しております。</p> <p>現在一般病棟、障害者施設等入院基本料どちらの場合も再入院の入院日より91日以上となる日付を表示しているようです。</p>	<p>入院会計照会画面の91日以上年月日表示欄の計算に誤りがありましたので修正しました。障害者施設等入院基本料を算定した場合に過去の継続入院分が考慮されない日付で表示される不具合でした。</p>	H19.7.30

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	npc 20061101-024	データチェックで急性病名については、システム管理の“1101 データチェック情報2”で1ヶ月又は2ヶ月でチェックできるようになっているかと存じますが、チェックしないという事は可能でしょうか？ (又は3ヶ月チェックの希望を要望にあげれば将来的には対応していただけるかもしれないでしょうか？) 医院様から要望がございましたのでお教えいただけますと幸いです。	急性病名チェックを行わないように対応しました。 システム管理の管理番号1101の「データチェック機能情報2」の「急性病名チェック期間」で空白を選択すると急性病名チェックを行わないようになります。また、この修正により急性病名チェック期間の初期値が「2ヶ月」から「チェックしない」に変更しました。	H18.11.17
2	support 20061109-005	レセプトのチェック指示の確認項目を「1.保険者番号」からキーボードにて入力を行い、Enterキーを押下すると「13.患者氏名」までは、直下の確認項目にカーソルが移動しますが、「14.保険組合せ有効期間」の入力を行い、Enterキーを押下すると、次の「15.投与禁忌薬剤と病名」にカーソルが移動せずに、院外処方処理に移動してしまいますが、この事象は仕様でしょうか、ご確認のほど、よろしくお願いたします。	カーソル制御に誤りがありましたので修正しました。	H18.11.17
3	お電話でのお 問合せ 4/27 データチェック リハビリ	4/2 運動器リハビリテーション料2 80点 4/20 運動器リハビリテーション料2 (120日超) 65点 4/25 運動器リハビリ医学管理料 220点 上記の順で算定した場合、データチェックで併用算定チェックがかかってしまいますとのお問合せがありました。	暫定的な対応として疾患別リハビリテーションについてはチェック対象から外しました。	H19.5.16

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	お電話でのお問い合わせ - 福岡レセプト	日レセVer3.3.0にて 国保 + 福岡乳障母のレセプトが作成されない とのお問い合わせがありました。 国保との併用に限り印刷」としてあるのですが、10月診療分で一括作成ですと、作成後では単独で作成され個別作成ですと、処理対象のデータがありません」となりました。	福岡県地方公費 (乳障母) 対象のレセプトが作成できませんでしたので修正しました。	H18.10.26
2	nep 20061027-010	ver3.2.0より自賠責の枠有りのレセプトが対応になりシステム管理の2005で設定を行う事になっておりますが、こちらはVer.Up後は空白となっていてそのままの状態です。弊社で出力を行ったところA5サイズでの出力になりました。こちらは必ず設定が必要な仕様なのでしょうか？	労災・自賠責の一括作成を行った場合に金額欄の編集に誤りがありましたので修正しました。	H18.10.27
3	6/5 精神+生保 院外処方	精神+生保の2併のおいてのお問合せがありました。 院外処方処方せん料は精神 (Q1) で算定している場合で、生保については生保で請求する分の処方があるのですが、実際精神 (Q1) で処方せん料を算定しているため、レセプト上は生保 (I2) で請求する分が発生しません。その場合、2併ではなく精神 (Q1) 単独の表記にしてくださいと支払基金様よりご説明があったそうです。 現状、日レセにおいては、診療行為入力の際に保険組合で生保を選んで入力した場合、2併になってしまいます。	生活保護の請求点数が0点の場合、レセプト、レセ電において記載 (記録) 対象外となるよう修正しました。	H18.10.31
4	support 20061030-011	約10件のデータで入院レセプトを一括作成したところ、30分ほど待っていても「仮収納データ作成」とでたまま終了してしまいました。そこで、一度、戻るボタンを押し、情報削除から処理を消し再度行ないましたが、同じ現象になります。 ソフトのVerはSargeのV3.30、クライアントはJAVA版で行なっています。パッチは26日までの状態です。	入院レセプト処理の仮収納作成で該当の保険組み合わせがなかった場合に異常終了してしまっていたので修正しました。	H18.10.31

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	npc 20061101-023	事例は退職本人 (9月30日まで2割)の方が9月27日に入院してその後10月になってから保険証を持参され10月1日より、3割で保険追加で患者登録を直し、10月16日に退院しました。この状態のままレセプトができなかったため、入院登録で退院取消しをした後、転科、転棟、転室を10月1日で行ってもらい、再び退院登録しました。その後、個別でレセプト作成をしましたがレセプト作成印刷指示画面で「該当のレセプトはありませんでした」のコメントが出て印刷されません。	入院退職国保高齢者7割(8割)のレセプト種別の設定に誤りがありましたので修正しました。	H18.11.1
6	support 20061030-011	約10件のデータで入院レセプトを一括作成したところ、30分ほど待っていても「仮収納データ作成」とでたままで終了しませんでした。そこで、「戻る」ボタンを押し、情報削除から処理を消し再度行ないましたが、同じ現象になります。ソフトのVerはSargeのV3.30、クライアントはJAVA版で行なっています。パッチは26日までの状態です。	入院レセプト処理の仮収納作成時に、該当の保険組み合わせが存在しなかった場合、データベースアクセスに不具合があり処理が異常終了してしまっていたので修正しました。	H18.11.2
7	お電話でのお問い合わせ - 福岡レセプトにつきまして	県外の組合国保(133074、423020等)+乳障母のレセプトが併用でなく単独で出てくることのお問い合わせを受けました。 http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/chihoukouhi/p40/2006-10-06-fukuoka.pdf 上記資料6ページ目によりますと、県外分でも乳障母は公費併用扱いとありました。ご確認いただけますでしょうか。	福岡県地方公費の障害の時、県内県外保険者に関係なく公費付加情報の設定によりレセプト記載の判定を行うように修正しました。	H18.11.2
8	お電話でのお問い合わせ 11月8日 - レセ電数量記録	在宅訪問リハビリテーション指導管理料を、1単位で入力した際に紙レセプトの場合には1単位と印字されますが、レセ電に記録しますと数量データが記録されず返戻となっているとのこと。	きざみ値が1の場合は数量の記載が必要ですが、診療区分11の初診料から30番台の注射料の時に省略しており記録していませんでしたので修正しました。	H18.11.9

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																								
9	ncp 20061004-018	<p>入院の患者様の明細書について質問がありました。1回目の明細書(個別)作成時に、明細書右下の「97 食事」の欄と食事療養の部分が空白のまま出力されることが何枚かあるとのことでした。</p> <p>現象が発生した明細書をFAXして頂いたところ、摘要欄の方は * 入院時食事療養 (1) 3食 特別食加算 3食 食堂加算 2198X 30 のような印字がありますが、右下の部分は空欄となっております。また、その現象が発生した明細書を再作成すると、食事療養の欄が印字されたものが出てくるとのことでした。 原因としてどのようなことが考えられるのでしょうか。2度作成する以外に回避する方法はありますでしょうか。</p>	<p>入院レセプト作成処理において、複数の患者を個別処理入力した場合で、診療行為入力がない患者さんの処理前が診療行為入力がある患者さんであった場合、診療行為入力がない患者さんの仮収納データが作成されず、食事欄、食事療養欄が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) 入力順 1 .Aさん 診療行為での入力あり 2 .Bさん 診療行為での入力なし 記載されない</p>	H18.11.17																								
10	お電話でのお問い合わせ - 岡山レセプト記載につきまして	<p>岡山県にて岡山障害 + 長期の場合のレセプト記載につきまして岡山障害の一部負担金欄は 10,000円を超えた場合は長期上限の 10,000円としなければならないとのことのお問い合わせを受けました。</p> <p>例えば、 保険 + 岡山障害 (保険番号 180、上限 12000円) + 長期 (972) で総点数が 20000点の場合、</p> <table border="0" data-bbox="360 981 1249 1244"> <tr> <td></td> <td>請求点</td> <td>一部負担金</td> </tr> <tr> <td>保険</td> <td>20000点</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>20000点</td> <td>12000円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>請求点</td> <td>一部負担金</td> </tr> <tr> <td>保険</td> <td>20000点</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>20000点</td> <td>10000円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>と印字されますが正しいとのことでした。</p>		請求点	一部負担金	保険	20000点		1	20000点	12000円	2				請求点	一部負担金	保険	20000点		1	20000点	10000円	2			<p>岡山県において、重心と長期を保険組み合わせに含む場合で、重心の上限額が長期の上限額を上回る場合、長期の上限額までの金額でレセプト一部負担金記載を行うように修正しました。(平成 18年 10月診療分以降)</p> <p>注意 外来分ですすでに診療があった場合は、収納業務で外来一括再計算を行って頂く必要があります。</p>	H18.11.17
	請求点	一部負担金																										
保険	20000点																											
1	20000点	12000円																										
2																												
	請求点	一部負担金																										
保険	20000点																											
1	20000点	10000円																										
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
11	お電話でのお問い合わせ 11月6日 - 往診日付レセ記載	Ver3.1.0より往診の日付が自動記載となっており、現在往診を行っている場合手入力をしている場合以外はすべて日付の自動記載がされます。記載要領には在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合には往診を行った日を記載と記述がありますが、往診だけの場合には日付の記載が必要という記述はないかと思えます。在宅患者訪問診療料の入力が当該月にない場合でも記載している理由についてご教授ください。往診のみの場合にも記載があって問題はないのでしょうか。	往診又は特別往診に「算定日」を自動記載していますが、該当診療月に在宅患者訪問診療料又は在宅時医学総合管理料の算定があるときのみ自動記載するように修正しました。	H18.11.17
12	お電話でのお問い合わせ 11月15日 - 明細書生活療養記載	生活療養に関する摘要欄の不備で明細書が返戻になるとご連絡があったとのこと。生活療養標準負担額の内訳を区分97として摘要欄へ記載し再提出してくださいとのことだったようです。	療養病床に係る生活療養標準負担額を算定した場合に生活療養の食事負担額と環境療養負担額をレセプト摘要欄に記載するように修正しました。	H18.11.17
13	support 20061116-011	昨日問い合わせをしました、生保の患者さんの食事 (負担金額) がレセ電データに表示されています。	療養病床に入院する70歳以上の患者が公費単独であった場合に、入院時生活療養に係る食事負担額及び環境療養負担額のレコードがレセプト電算データに記録されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H18.11.17
14	support 20061110-001	9日のバッチ処理後、support20061030-011と同様な状態でレセプトの作成ができません。	入院レセプト一括作成で仮収納作成処理で選定入院の自己負担情報取得に失敗した場合、処理結果ダイアログでエラー対象となった患者でなく、次に処理を行う患者のIDが表示される不具合がありましたので修正しました。	H18.11.24
15	support 20061116-014	請求点数が違うのは公費 (1) の検査点数がレセ電データと280点違うみたいです。レセ電データでは、脳波検査判断料 (140点) と神経筋検査判断料 (140点) が国保老人+51の保険で認識されているみたいです。入力画面を確認すると、きちんと国保老人で保険を選んで入力しています。ご確認願います。	検査の判断料を検査の最後にまとめて記録するときに次の剤の保険組合せより負担区分をもとめて記録していましたので修正しました。	H18.11.24

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
16		福岡県地方公費 (乳障母) に係るレセプト電算対応を行いました。		H18.11.24
17		システム管理の主科設定で「2科別印刷」の場合、主科が決定できなかったレセプトについてはレセプト電算データの作成をしていなかったの で作成するように修正しました。		H18.11.24
18	kk 06726	医療機関様より国保連合会へ確認頂いたところ食事療養の公費 欄の 0が要らないとのことでした。	51特定疾患等の月上限額に食事負担を含む公費のレセプト 食事療養欄記載について、医療費部分の患者負担と食事 負担の合計が上限額に満たない場合、食事部分は全額患 者の負担となる為、「0」を記載していましたが、「0」を記載し ないように修正しました。	H18.12.5
19	support 20061129-007	新潟県の医療機関より生活療養対象で県障 (低所得) のレセプトの記載 について情報がありました。資料を添付いたしましたので対応お願いい たします。	新潟県地方公費重心・ひとり親入院時生活療養費対応 重心 : 保険番号 261・361・561 ひとり親 : 保険番号 264・364・564 (1)負担金計算 入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額について は助成対象外とし、患者負担を発生させる。 (2)レセプト(食事 生活療養欄記載) 生活療養のみの場合は、「0」を記載。 食事療養と生活療養が混在する場合は、食事療養に係る 部分のみ記載。	H18.12.5
20	support 20061128-004	入院患者様の診療報酬明細書につきまして、療養には該当されていな い患者様なのに【区分】欄に「療養」と記載が行われております。	2日以降を入院日として入院登録を行い、入院日と同日を 異動日として転科転棟転室を行った場合、最初登録した病 棟に関する区分も区分欄に記載されていたので記載しない ように修正しました。	H18.12.25

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
21	support 20061121-003	11月24日にパッチ提供しました当資料明細書「14」の件についてさらに原因の特定ができましたので対応を行いました。	<p>診療年月に無効な病棟の選定入院料を取得しようとしてエラーとなっていましたので修正しました。</p> <p>日毎の入院病棟のチェックを行う際に、診療年月以前の異動歴を誤って処理の対象としていました。これが原因で、診療年月以前の異動歴の転出日の年月を除く日にちの部分が退院日の日にちより後の場合、かつ、異動歴の病棟が診療年月に無効な場合にエラーとしていました。</p> <p>例えば、今回は以下のケースでエラーとしていました。</p> <p>患者入院履歴情報 203号室 02 2病棟(2004/11/23 ~ 2004/12/30) 病棟情報 病棟番号02 2病棟(2002/04/01 ~ 2006/03/31)</p> <p>転出日の日にち(30日) > 退院日の日にち(28日)でかつ、02病棟は診療年月時点で無効となっているために不具合の発生する条件に該当していました。</p>	H18.12.25
22	support 20061130-007	<p>システム管理マスタの2006 レセプト特記事項編集情報について教えて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象保険者は国保 ・公費の負担者番号・受給者番号がない <p>上記条件の場合に、レセプト特記事項に【80障】給付割合を【10割】と表示するのですが、添付のように設定しても給付割合が【7割】となります。</p>	<p>神奈川県障害(180,280)は国保で老人以外の場合、レセプト記載しないため長期や原爆と同じ項目に設定して処理をしています。</p> <p>システム管理の2006で設定した公費から給付割合の編集を行う時、長期があれば処理をスキップしていたため、障害で設定した給付割合の編集ができていませんでしたので修正しました。</p>	H18.12.25

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
23	ncp 20061127-012	<p>自立支援と茨城県のマル福 (負担金が発生するもの全て)をお持ちの患者様の診療報酬明細書で公費欄 に自立支援公費欄 にマル福の負担金額を表示しなければならないそうですが、こちらで検証したところ茨城県マル福の負担金額600円を超えないと公費 に金額は表示されない様です。今回、医院様より問い合わせがあり公費 に金額が表示されない患者様全て支払基金・国保連合会ともに返戻されたとの事でした。600円に満たない場合であっても表示が出来る様修正して頂けないでしょうか？</p> <p>保険組み合わせは健保+自立支援+マル福の組み合わせで自立支援の上限額は入力されています。</p>	<p>茨城県地方公費 (上限額設定がある場合)のレセプト一部負担金記載について、自立支援等の公費を併用する場合において、その公費と一部負担金と同額の場合、地方公費の一部負担金は記載省略としていましたが、同額でも記載するように修正しました。</p>	H18.12.25
24	お電話でのお問い合わせ - 公費請求書に記載されない	<p>月途中で公費を変えると公費請求書に記載されないとお問い合わせがありました。 大分県公費 283、383を使用していました月途中で受給者番号の変更があり~ 19日と20日~で有効期限を変更してあります。</p> <p>社保 + 保険番号 283 (~ 19日) + 保険番号 383 (~ 19日) 社保 + 保険番号 283 (20日 ~) + 保険番号 383 (20日 ~)</p> <p>の2つの保険組み合わせでそれぞれ1日診療をしまして、レセプトを作成しましたところ該当患者の公費請求テーブルが作成されませんでした。283,383のレセプト請求は「3 社保・国保とも印刷不可」です。ご確認いただけますでしょうか。</p>	<p>レセプト作成時に公費請求書に出力するデータにもレセプト種別を設定していますが、該当患者は公費が三つ以上となったため種別不明分の扱いとなっていました。このため、公費請求テーブルが作成されませんでしたので修正しました。</p>	H18.12.25

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
25	support 20061218-015	<p>レセ電をされているのですが、明細書のプレビューとレセ電の内容が若干違うようで、返礼で返ってきました。</p> <p>体外照射用固定器具加算で点数が合わないようです。入力順を下記のように行いましたが、自動的に添付画面のようになってしまいますため、1351点として入力することができません。</p> <p>180020810 体外照射 180016970 体外照射用固定器具加算 180025270 施設基準不適合</p>	<p>この場合の点数は1651点が正しいです。ただし、レセ電記録データで施設基準不適合の診療データ記録位置に問題があった為、点数が合わないとの理由で返戻となったようです。</p> <p>点数マスタの逓減区分が"1"の診療コード 160174470 施設基準不適合 (検査)(100分の80) 170025170 施設基準不適合 (画像)(100分の80) 180025270 施設基準不適合 (放射線)(100分の70) 上記のコードについて基本項目の直下に記録されるように修正しました。</p>	H18.12.25
26		<p>生活保護で診療行為入力を行い、後で政府管掌に変更が確認できたので患者登録画面で公費欄の生活保護を削除し、保険変更を行わずにレセプト作成を行った場合に、不明分レセプトが作成されませんでしたので修正しました。</p>		H18.12.25
27		<p>入院会計のみの場合で保険組合せがないときに不明分レセプトが作成されないことが分かりましたので修正しました。</p>		H18.12.25
28	お電話でのお 問合せ 12/5 特異的IgE	<p>特異的IgEを160056110で数量入力された場合、レセプトでは1つにまとめてしまいますとのことのお問合せがありました。</p> <p>日 160127130 7 特異的IgE 7種類 日 160127130 13 特異的IgE 13種類 と入力しました。</p>	<p>検体検査について検査まとめをする際に診療行為コードのみでまとめを行っていましたので数量も含めてまとめるように修正しました。</p>	H18.12.25

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
29	support 20061129-012	例えば、入院分で27公費(1割)と51公費(負担有り)の併用(患者上限額10,000円)の場合で、患者負担金が上限を下回る場合ですが、長崎県国保連合会より、患者上限額を下回るケースであっても、一部負担金の保険の項に()再掲をしてくださいとのご連絡をいただきました。()再掲が記載されていないと、返戻対象とするそうです。	外来・高齢者+在総診及び入院・高齢者の保険欄 - 一部負担金額欄の()再掲記載について、保険欄の一部負担金額と()の再掲の金額が同額の場合又は、医療費に係る公費一部負担金額と()再掲の金額が同額の場合は、()再掲記載をしていませんでしたが、保険欄の一部負担金額と()の再掲の金額が同額で、分点がない場合を除き、記載する事としました。	H19.1.26
30	kk 07588	今回の問い合わせは、主保険、091特定負無、180マル障の登録を行った場合です。 保険+特定負無、保険+マル障の保険組合せしか作成されていないようなので、主保険+特定疾患+マル障の保険組合せで入力を行うことができません。 そのような場合に、以下のホームページにあるような記載にするにはどのような入力を行えばいいのでしょうか？ http://www.pref.okayama.jp/hoken/kentai/tanken/ika-80+51(zero).pdf	岡山県において、091+80重心の保険組み合わせを作成するように修正しました。 <091と80重心併用時の運用について> 1.公費対象外点数がある場合は、(主保険+091+80重心)と(主保険+80重心)の2種類の保険組み合わせを使用して頂く必要があります。 2.公費対象点数のみの場合は、(主保険+091)の保険組み合わせを使用して頂く必要があります。	H19.1.26
31	nep 20070122-016	.330 点滴注射 130003810 点滴手技 130000310 麻薬加算 130000210 精密持続点滴注射 643310187 生理食塩水500ml 1瓶 648110009 塩酸モルヒネ注射液1%1ml 1管 を入力すると麻薬加算の名称がレセに印刷されません。	外来での点滴注射入力で麻薬加算を入力した場合、レセプト摘要欄に名称が記載されず1行分空白となっていたので修正しました。	H19.1.26
32	kk 07933	添付資料には広島県となっていますが、全国的な対応と思われるので宜しくお願い致します。 <詳細> 生活保護受給者に係る人工透析医療の自立支援適応につきまして、3月よりどのような対応がされるか医療機関様でも心配しておられます。主保険なく自立支援と生活保護の登録ができるのかどうか。	更生と生活保護併用時のレセプト記載対応(平成19年3月診療分以降)(入院・外来) (1)初診等個々の点数欄集計 例えば、初診欄に回数、点数、公費分点数がありますが、点数は更生分と生活保護分の合計を記載し、公費分点数に更生分を記載します。 (2)一部負担金額が0円の場合"0"と記載します。	H19.3.15

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
33	ncp 20070301-012	<p>27老人で10結核 (34)を併用している患者様の入院のレセプトについてです。平成 18年 9月分について支払基金より負担金の記載が間違えていると返戻がありました。</p> <p>入院基本料と主な診療行為は 27老人で算定、結核に関連する診療行為のみ老人で算定</p> <p>療養の給付 保険 請求点 81641点 負担金額 保険 40730円 (530円) 公費 請求点 531点 負担金額 公費 40200円</p> <p>弊社の別のマシンで検証したところ負担金額 保険 40730円が 40470円となり同様の現象が再現できませんでした。 今後のことも考慮に入れて原因を知りたいと言う事でした。</p>	<p>9月の診療で使用された保険組合せは 主保険 + 老人 1割 (保険組合せの適用開始は 9月 1日) 主保険 + 老人 1割 + 結核 (保険組合せの適用開始は 9月 27日 (結核の公費登録適用開始が 27日))</p> <p>計算の優先順位においては、適用開始日の小さいものから先に行っていましたが、今回のような場合は、主保険 + 老人 1割 + 結核を優先して計算を行うよう修正しました。</p>	H19.3.15
34	ncp 20061225-001	<p>国保 + 27老人 + 51特定負無 + 低所得 1 + 障害老人 (いわき市) 上記の患者登録の患者様で 10月分入院レセプトが一部負担金欄の記載が違っていると返戻になりました。(患者登録と返戻レセプトの一部はFAXします)</p> <p>こちらで、検証の結果、障害老人 (いわき市)をはずして入力を行うと国保連合会の指摘どおりの一部負担金になりました。しかし、これでは患者への請求書に負担金が発生してきます。また、今回は紙レセプトで修正、再請求なのですが、通常はレセ電での請求をしていますので、最初から正しく請求書、レセプトの一部負担金額が計算されるようにしてください。</p>	<p>高齢者に関わる保険欄一部負担金記載修正 (入外) 『主保険 + 27老人 + 全国公費 + 地方公費』の保険組合せと『主保険 + 27老人 + 地方公費』の保険組み合わせを使用した場合 (分点がある場合)の保険欄一部負担金記載について、『主保険 + 27老人 + 地方公費』分の請求点数から計算した金額を一部負担金に加算し記載をするようにしました。</p> <p>(例) 主保険 + 27老人 + 全国公費 + 地方公費 45694点 主保険 + 27老人 + 地方公費 1400点 の場合 療養の給付 欄は、 (44400) 保険 47094 45800 公費 1 45694 公費 2 47094 となります。</p>	H19.3.26

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
35		<p>主科設定と月次統計データ作成の際に行うレセプト種別決定で特例退職者医療と老人保健医療 (本人) の組合せを使用した場合に誤ったレセプト種別が設定される不具合がありましたので修正しました。</p> <p>特例退職医療と老人保健医療 (本人) の組み合わせはあり得ないので通常のレセプト処理ではレセプト種別不明となりますが、主科設定処理と月次統計データ作成処理でのレセプト種別決定では老人単独のレセプト種別が設定されていました。</p>		H19.4.24
36		<p>レセプト電算の特定器材レコードの記録を変更しました。</p> <p>特定器材の入力例 (1剤内) 画像記録用フィルム (大四ツ切) 246円 / 枚 1枚 液体酸素・定置式液化酸素貯槽 (CE) 0.18円 / L 2790L 酸素補正率 1.3 (1気圧) 膀胱留置ディスポーザブルカテーテル (2管一般 (2)) 729円 / 本 1本 吸引留置カテーテル (受動吸引型 チューブドレーン チューブ型) 980円 / 本 1本 その他材料 () 32484.06円 / 1枚 1枚 胃管カテーテル (シングルルーメン) 94円 / 本 1本 () その他材料は059000001 ~ 059999999の範囲で登録された器材</p> <p>上記器材の合計点数は3519点となりますが、レセ電データを提出すると審査側では3518点となり戻戻となりました。 パッチ適用後も器材合計点数は3519点と変わりませんが修正した記録データで提出すると問題ないようです。</p> <p>右がレセ電データの記録内容です。</p>	<p>修正前の記録内容 TO, ,1,700750000,1.000, , ,6, , , TO, ,1,739200000,2790.000, , ,37,0.18, , TO, ,1,770020070,1.000, , , , , , TO, ,1,728730000,1.000, , ,7, , , TO, ,1,733430000,1.000, , ,7, , , TO, ,1,777770000,1.000, , ,32484.06, その他材料, TO, ,1,733300000,1.000,3519,1,7, , ,</p> <p>修正後の記録内容 TO, ,1,700750000,1.000,25,1,6, , , , フィルムに係 る点数、回数を記録 TO, ,1,739200000,2790.000, , ,37,0.18, , TO, ,1,770020070,1.000,65,1, , , , 酸素に係る 点数、回数を記録 TO, ,1,728730000,1.000, , ,7, , , TO, ,1,733430000,1.000, , ,7, , , TO, ,1,777770000,1.000, , ,32484.06, その他材料, TO, ,1,733300000,1.000,3429,1,7, , , その他材料に 係る点数、回数を記録</p>	H19.4.24

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
37	ncp 20070405-033	<p>2005レセプト総括印刷情報「主科設定」 主科対応の有無 1 主科設定情報 (入院) 2 主科設定情報 (入院外) 1 主科の候補が ~ 1 主科情報 1 主科社保設定 1 主科国保設定 0 で設定してあります。</p> <p>「42明細書」の「主科設定」で入院で全体で「一括取得」した後、未入力分も確認し検索されてこなかったため、レセプトを入院で一括作成しました。</p> <p>全科を主科未設定にした所、件数があがってきたのでその患者を再度「主科設定」で患者番号を入れたら「該当診療年月のレセプトがありません」とエラーが出て主科を取得する事が出来ません。なぜ取得する事ができないのでしょうか？</p>	<p>入院基本料のカレンダーが ALL "0"であった場合でも主科テーブルを作成するように修正しました。また、プログラム内でデータベースアクセスの誤りがありましたので修正しました。</p>	H19.4.24
38	support 20070413-012	<p>先日、支払基金より、レセプトの区分の表示内容を変更するように指導がありました。</p> <p>現在の表示は、「療養」となっているのですが、これを「07療養」または「療養病棟」にするようことの指示です。</p> <p>変更は可能でしょうか？</p>	<p>入院レセプトの「区分」欄の記載について、名称のみの記載となっていましたので、コードと名称を記載するように修正しました。</p> <p>療養」「07療養」</p>	H19.4.24

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
39		<p>中心静脈注射用カテーテル挿入」と「自家血清の眼球注射」についてレセプト摘要欄の記載順を修正しました。</p> <p>摘要欄記載順 (誤) 中心静脈注射 自家血清の眼球注射 中心静脈注射の薬剤 中心静脈注射用カテーテル挿入</p> <p>摘要欄記載順 (正) 中心静脈注射 中心静脈注射用カテーテル挿入 中心静脈注射の薬剤 自家血清の眼球注射</p> <p>「自家血清の眼球注射」を手技 + 薬剤で入力した場合にはパッチ適用前でも最下部に記載されます。</p>		H19.4.26
40	support 20070502-008	<p>1月で外来、入院がある場合の入力について 先に外来で主保険+老人1割+更生 (上限5000円)+岡山障害 (Q80)+長期 (Q72)の組合せで入力。 月の途中から入院で、入院基本料は全て主保険+老人1割+岡山障害で入力。 診療行為入力で主保険+老人1割+更生+岡山障害+長期を入力。</p> <p>こちらでも上記内容で確認いたしましたが、3月診療分では入院の特記事項が印字されません。全く同じように4月診療分を入力しますと、特記事項が自動記載されます。</p>	<p>入院レセプト(高齢者)の特記事項 "02長"記載に関する長期の患者負担相当額 (収納内部項目) 編集修正 (平成 19年 3月診療以前分)</p> <p>例)主保険+老人1割+岡山障害 (Q80) 主保険+老人1割+更生 (上限5000円)+岡山障害 (Q80)+長期 (Q72)</p> <p>上記のような保険組み合わせ (複数) で、入院登録 診療行為入力を行った場合、長期の患者負担相当額 (収納内部項目) 編集に不具合があり、10000円に達している場合でも、特記事項 "02長" が記載されなかったので記載するように修正しました。</p>	H19.5.16

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
41	support 20070507-016	本日お問い合わせさせていただいた件につきまして、遅くなりましたが関連資料を添付させていただきます。 尚、レセプトについては現在手修正したものを添付しています。	レセプト第2公費一部負担金記載について (入・外) 例) 主保険+老人1割+地方公費 主保険+老人1割+全国公費+地方公費 上記のような保険組み合わせ (複数) を使用し分点がある場合の第2公費一部負担金記載についてですが、保険一部負担金額欄に記載する金額と第2公費一部負担金額欄に記載する金額が同じ場合、第2公費一部負担金が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H19.5.16
42	npc 20070510-003	自賠自費の分を09593****で作成してレセプト請求に使用してもらっていますが、10円未満のもの作成してもレセプトに記載してきません。 このマスタでは数量の入力ができないので 1cmの金額を登録し (例えば伸縮包帯 4円) 4cm計算したい場合 * 4 を入力してもらっています。これでも記載してきません。 設定例) 095930001 伸縮包帯 4円 診療行為画面の入力 095930001 * 1 (又は 095930001 * 10 などでも同じ) 操作方法が間違っているのでしょうか？	労災・自賠責で、09593で始まる特定器材等のコードの点数単価を10円未満と設定し、診療行為入力した場合、レセプトの記載対象外となっていましたので修正しました。 また、外来で再計算をした場合、その額が集計の対象外となっていましたので修正しました。	H19.5.16
43	support 20070514-014	京都のユーザー様から、主保険 + 51 (自己負担有) + 41のレセプトの印字がおかしいとご指摘を受けました。 51対象医療と対象外医療で受診され、61の外来月額負担限度額が2250円の場合、公費対象医療が18000円、公費対象外医療が12000円だった場合。 総点数が3000点、公費 が1800点 一部負担金額欄が2250円、公費が1200点 一部負担金額欄が3000円となるのが正しいのですが、現状では、公費 の点数が3000点になってしまうので手修正をされています。保険組合せは主保険 + 51 + 41と主保険 + 41で入力されています。	京都府 051 + 41老人レセプト記載対応 (入外) 主保険 + 051 + 41老人と主保険 + 41老人の2つの保険組み合わせを使用した場合、41老人の請求点は、(主保険の請求点 - 051の請求点) で求めた点数を記載するよう修正しました。	H19.5.29

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
44		注射 (診療区分 33) のレセ電記録順を剤内の注加算通番と通則加算の並びとする対応を行いました。 事例 外来の乳幼児に点滴注射 + 麻薬注射 (通則加算) + 無菌製剤処理加算を入力した場合 パッチ適用前のレセ電記録順 33 点滴注射 (乳幼児) 点滴注射 (乳幼児加算) 麻薬注射 点滴注射 (無菌製剤処理 (細胞毒性を有するもの) 加算) パッチ適用後のレセ電記録順 33 点滴注射 (乳幼児) 点滴注射 (乳幼児加算) 点滴注射 (無菌製剤処理 (細胞毒性を有するもの) 加算) 麻薬注射		H19.5.29
45		点滴注射と中心静脈注射について入院レセプト記載及びレセ電データの記録を手技料 + 加算とする対応を行いました。 この変更によりレセプト電算処理提出データについても同様の記録となります。 事例 点滴注射で無菌製剤処理加算を入力した場合の入院レセプト摘要欄記載とレセプト電算処理記録例。 パッチ適用前のレセプト摘要欄記載とレセ電記録 33 点滴注射 95 × 1 33 点滴注射 (無菌製剤処理) 加算 40 × 1 パッチ適用後のレセプト摘要欄記載とレセ電記録 33 点滴注射 点滴注射 (無菌製剤処理) 加算 135 × 1		H19.6.26

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
46	kk 09302	長崎市乳幼児福祉医療費公費 80の取扱いにつきまして、別添ファイルのとおり通知がなされました。	長崎市乳幼児 (保険番号 180) のレセプト記載について (平成 19年 4月診療分以降) 外来の場合： 患者負担額が月上限 1600円に達していない、かつ、日上限 800円に達する日がない場合は、"レセプト記載なし"とします。 入院の場合： 患者負担額が月上限 1600円に達していない場合は、"レセプト記載なし"とします。	H19.6.26
47	お電話でのお問い合わせ 6月 6日 - 労災コメント	労災で入院室料加算にコメントコードを付加した際に、提供されている労災コードの場合には、その他の項の摘要欄に印字されますが、フリーコメントやユーザー登録したコメントコードの場合には、摘要欄へ剤が分離され印字されます。 09593 ~ で作成したコードにコメント付加した際にはフリーコメントやユーザー登録したコメントコードの場合でもその他の項の摘要欄に印字されます。 先方では入院室料加算にユーザー登録したコメントもその他の項の摘要欄に印字されたいとのことですがそのような印字は可能でしょうか。	労災 自賠責レセプト(入院)で、入院室料加算と同一剤に入力したコメントが分離して記載されていたので修正しました。	H19.6.26
48	お電話でのお問い合わせ 6月 4日 - 明細書 食事欄	老人 + 公費で食事療養のない場合に食事欄の「保険」の項は空欄で「公費 (1)」の項へ 0 が印字されているというお問い合わせがありました。	医保レセプト(入院)で、食事療養費がない場合の食事 生活療養公費欄記載方法を修正しました。 (例) 注保険 + 公費 (食事負担有り) の場合 公費欄の "0" 記載を空白とするようにしました。	H19.6.26

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
49	support 20070619-009	確認試験の事務点検確認リストと該当者のレセ電データ(患者情報 架空データに変更済)を添付します。	<p>レセプト電算データで入院料加算マスタに記録順の不具合がありましたので修正しました。</p> <p>(誤った記録順) 有床診療所入院基本料 1 (7日以内) 乳幼児加算 看護配置適合加算 複数医師及び看護配置適合加算</p> <p>(正しい記録順) 有床診療所入院基本料 1 (7日以内) 複数医師及び看護配置適合加算 看護配置適合加算 乳幼児加算 (診療所)</p>	H19.6.26

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
50	お電話でのお問い合わせ 6月 27日 - 複数診療科受診明細書表示	<p>複数診療科受診時の明細書の表示についてお問い合わせです。 通常複数診療科受診があった場合すべての受診日を摘要欄に記載を行っているようですが、生保と精神で複数保険入力を行った場合一部しか表示されません。</p> <p>1日 内科 生保単独 10日 精神科 生保単独 15日 内科 生保単独 20日 精神科 精神単独 26日 精神科 精神単独 内科 生保単独 (複数診療科受診)</p> <p>上記のように入力した場合に明細書に 内科 26日 精神科 20日 26日 と表示されます。 これが主保険単独と主保険 + 精神の打ち分けをした場合や主保険のみですべて受診した場合には 内科 1日 15日 26日 精神科 10日 20日 26日 と表示されます。 この動作の違いについてご教授いただけますでしょうか。</p>	<p>外来レセプトで、複数診療科受診日のコメントを自動記載していますが、例えば、自立支援単独や生保単独など、単独の保険組み合わせを2つ使用した場合で、第1公費欄に記載する公費の受診がなく第2公費欄に記載する公費の受診がある日がコメント記載されませんでしたので修正しました。</p> <p>(例)</p> <p>1日 内科 生保単独 10日 精神科 生保単独 15日 内科 生保単独 20日 精神科 精神単独 26日 精神科 精神単独 内科 生保単独 (複数診療科受診)</p> <p>* 複数診療科受診 内科 26日 精神科 20日、26日</p> <p>* 複数診療科受診 内科 1日、15日、26日 精神科 10日、20日、26日</p>	H19.7.30
51	support 20070709-009	<p>添付の画面コピーのように入力しますと材料の点数がレセ電データに記録されません。</p>	<p>点数附加情報の器材点数の編集において剤内にフィルムがない時は、器材点数を編集していませんが、レセプト電算の器材再編集でこの判定がしなかったため、剤内に酸素(窒素)と器材がありフィルムがなかった場合に、レセプト電算の器材点数が編集されていませんでした。 剤内にフィルムがない時は、診療会計の器材点数から酸素 + 窒素を引いた値をレセプト電算の器材点数とするように修正しました。</p>	H19.7.30

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
52	support 20070705-015	<p>現象 システム管理マスタ 5000 医療機関情報 - 入院基本にて7/1より単 独型及び管理型臨床研修病院入院診療加算 (入院初日)40点を追加した 所、6月分の入院レセプトが全員分、摘要欄 診療区分 20~ 80までの 回数・点数・OCRコードが印字されないという現象が発生しました。</p> <p>検証内容 7/1付けで加算を登録した状態 レセプト一括作成 (A) 正常に印刷されました (receipt9a.log) 個別作成 (B) 不正 (加算あり_receipt9b.log) 7/1付けの加算を登録しない状態 レセプト一括作成 (A) 正常に印刷されました 個別作成 (B) 正常に印刷されました (加算無し _receipt9b.log) 以上です。</p>	システム管理 5000が期間を区切って10超になった場合、 レセプト個別処理においてレセプト編集が正しく処理できな い不具合がありましたので修正しました。	H19.7.30
53	kk 10117	70歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化に伴う類似老 人医療(41)の請求について」の資料をお送りいたします。	<p><主保険 + 北海道 41老人> の 70歳未満現物給付対応 (平成 19年 4月診療分以降) ・主保険について、 一律 "一般" の区分 (80100+ @) で計算するようにしまし た。 (高額 4回目以降の場合、44400とします。) ・ ver3.4.0以降 高額療養費が現物給付されない場合は、今まで同様保険 欄の一部負担金の記載はしません。 ・北海道 41老人の一部負担金が主保険の一部負担金と同 額の場合、省略せず記載するようにしました。</p>	H19.7.30

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
54	support 20070806-009	<p>H19年7月9日に入院した患者様なのですが、 7月9日～7月19日が療養病棟入院基本料 (入院基本料E) 7月20日～7月23日が療養病棟入院基本料 (入院基本料C) 7月24日が療養病棟入院基本料減算 (他医療期間受診) 7月25日～7月31日が療養病棟入院基本料 (入院基本料C) で登録してあります。</p> <p>このうち7月9日～7月22日までは労災 (2週間以内) の1.3倍にならないといけないはずですが上記の入院基本料すべて労災 (2週間超) の1.3倍になってしまいます。</p> <p>この患者様は入退院登録情報にH5年5月28日～H5年6月5日までの自院歴があり、この情報を取りあえず他院歴に変更すると7月9日～7月19日の療養病棟入院基本料 (入院基本料E) と7月20日～7月22日の療養病棟入院基本料 (入院基本料C) が労災 (2週間以内) の1.3倍にて算定されました。</p> <p>H19年7月30日に提供されたパッチに労災入院基本料の算定起算日に関する修正が含まれているようですが関係のない自院歴を参照する状態になっているのでは無いでしょうか。</p>	<p>7月30日に提供したパッチプログラムに修正ミスがありました。</p> <p>入退院登録業務の自歴作成機能で作成した自院入院歴を持つ患者については労災 (2週間以内) の期間であっても労災 (2週間超) と判断し1.01倍で計算してしまう不具合がありましたので修正しました。</p> <p>また、保険組合せが今回入院と同一であり初回番号が異なる過去の入院期間を基本料加算の日数計算の対象としていましたので修正しました。</p>	H19.8.9
55	support 20070804-002	<p>昨年ニコチン依存管理料を算定した患者が、禁煙に失敗したため、再チャレンジで一年後に受診した。すべての病名は中止になっており、まったくの初診から入力をしたが、レセプトには、ニコチン依存管理料初回算定日の欄に、前日の日付がでてしまうのはなぜですか？訂正する手順があれば教えてください。</p>	<p>ニコチン依存症管理料の初回算定日のレセプト摘要欄自動記載について、再チャレンジで2回目のニコチン依存症管理料 (初回) を算定した場合に、1回目の算定日が記載されてしまう不具合がありましたので修正しました。</p>	H19.8.27

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
56	kk 10523	支払基金から連絡がありまして、国保と患者負担金が異なることになるが在宅も「上限 80100+ @」で計算してください、とのことでした。	<p>< 社保 + 北海道 41老人 > の 70歳未満現物給付対応 (平成 19年 4月診療分以降)</p> <p>・主保険について、一律 "一般" の区分 (80100+ @) で計算します。 ・高額療養費が現物給付されない場合は、今まで同様保険欄の一部負担金の記載はしません。 ・北海道 41老人の一部負担金が主保険の一部負担金と同額の場合、省略せず記載する事とします。(入院のみ)</p>	H19.8.27
57	kk 10480	<p>北海道の自治体医療 (乳幼児公費) の登録法について教えてください。</p> <p>設定ガイドで言う「乳 1割 (90)」と「市乳負無 (91)」の併用の場合、登録を順番に 1段目に 90、2段目に 91としているにもかかわらずレセプトには「公費 に 91」、「公費 に 90」と印字され、当然一部負担金も上下逆に印字されてきます。 患者登録で公費入力を逆にしても結果は同じでした。 どのように入力したら正規に印字されるのでしょうか。</p>	<p>北海道地方公費 290+ 191のレセ記載について、公費 1欄に "290"、公費 2欄に "191" の内容を記載するよう対応しました。</p>	H19.8.27

4.4 総括表 公費請求書

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		データ収集バッチ処理の対象年月パラメタの設定に誤りがありましたので修正しました。		H18.10.31
2		ver3.3.0にしたところ以前修正されていた社保の診療報酬請求書の21 (精神通院) が21 (精32) に戻っております。	診療報酬請求書の備考欄の区分を修正しました。	H18.11.1
3	お電話でのお問い合わせ 11月6日 - 総括作成処理エラー	請求管理にて返戻年月を入力し、返戻分のチェックをし総括作成を行いますと請求管理DB読み込み更新エラーとなります。 10月より新様式となっているため、返戻年月を入力しなくても別集計となりますが、10月以前の返戻分は返戻年月の入力はせずに総括作成処理を行うのでしょうか。	マル長分を別総括表として作成するときに返戻年月が入力されているデータ処理に誤りがありましたので修正しました。	H18.11.7
4	お電話でのお問合せ 11/8 国保診療報酬請求書について	生活療養対象の方で食事が無い場合、レセプトに環境療養費は請求の欄に印字されているのですが、国保請求書には反映されてこないようですとのお問合せがありました。	入院時生活療養 (食事療養費) の算定がなかった場合に入院時生活療養 (環境療養費) を計上していませんでしたので修正しました。	H18.11.9
5	お電話でのお問い合わせ 11月7日 - 社保総括表備考欄	社保診療報酬請求書の備考欄の一部負担金の金額があわないとお問い合わせがありました。明細書、老人保健欄はありますが、備考欄の一部負担金のみ別の金額が印字されています。 51の対象は2名でいずれも負担無しとのことです。	入院 社保診療報酬請求書の備考欄一部負担金の金額記載について、低所得者の場合、一部負担金欄に記載する上限額 (公費負担限度額) を低所得 1 (15000円)、低所得 2 (24600円) として記載していたが、44400円として記載するよう修正しました。 (生保又は長期を併用する場合を除く。)	H18.11.17

4.4 総括表 公費請求書

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
6	お電話でのお問い合わせ 10月 27日 - 社保請求書公費併用欄記載	<p>社保請求書 2枚目の公費併用欄の記載のお問い合わせです。 10月より岡山県の地方公費が同じ法別番号で負担有り 無しとなっているものがありますが公費併用欄にそれぞれ別に印字されます。 85 (乳負担無) 85 (乳負担有) のようにそれぞれ集計されますが記載要領には公費医療制度毎にと記載されています。 全国公費の法別番号 51については負担有り無し(051、091)は合算されて計上されます。 お問い合わせの公費はどちらも乳幼児公費負担医療制度 (法別番号 85) ですが現状の記載でよろしいのでしょうか。 以前先方で支払い基金に確認した際は合算するようこと指示があったとのことです。</p>	<p>社保の診療報酬請求書で岡山県の地方公費について同一制度で複数記載されていたものをまとめて集計するように修正しました。 公費の名称については以下のようになります。 41 (類似) 80 (心身) 85 (乳幼児) 86 (ひとり親)</p>	H19.2.23
7	kk 09194	<p>岡山県地方公費についてですが、プログラム更新およびシステム管理マスク設定確認後、総括処理を行いました。が、社保のみ公費が法別ごとに集計されませんでした。 80重心は 1つに集計され、今回あらたに作成した保険番号 (441、541、685、785、386、486) のみ別集計されます。</p>	<p>岡山県で4月から適用開始となった地方公費番号について、診療報酬請求書の法別による集計がされるように修正しました。</p>	H19.5.29
8	kk 09700	<p>北海道 自治体医療に係る審査支払事務の受託等についての資料を送付致します。</p>	<p>北海道地方公費 (法別番号 90、91、92) に関わる社保診療報酬請求書の「公費と医保 (老人) の併用」欄の記載について、平成 19年 8月診療分以降、下記のように集計し記載するよう対応しました。 90 (保険番号 190、290を集計し、"90"と記載) 91 (保険番号 191、291を集計、"91"と記載) 92 (保険番号 192、292、392を集計し、"92"と記載)</p>	H19.8.27

5.1 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		日次統計の統計データ作成処理で入院分の作成処理を実行すると「処理対象のデータがありませんでした」の結果表示となり統計データが作成されない不具合がありましたので修正しました。 データベースアクセスの不具合でありsarge版でのみ現象が発生します。		H19.6.26

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	support 20061213-003	<p>月次統計の統計データ作成についての質問です。 処理区分 統計データ(診療)のみ 診療年月: 1入院 個人情報有無 記録する 作成内容区分: 包括を含む 文字コード: S - JIS にて、処理をした結果、包括部分が先頭患者にすべて記録されますが、仕様でしょうか? バグでしょうか?</p>	<p>入院の包括分の場合に保険組合せからの情報の設定に漏れがありましたので修正しました。 併せて、包括分の統計データのレセプト種別は「0000」となるように変更しました。</p>	H18.12.25

101 システム管理マスタ

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	お電話でのお問合せ 12/7 難病患者等入院診療加算	5003病棟入院基本料加算情報設定において、難病患者等入院診療加算のチェックができませんとのお問合せがありました。 算定入院料は、有床診療所入院基本料1です。 早見表でご確認しますと、算定要件を満たしている場合に算定可であるため、患者ごとで算定の有無があるかと思いますので、診療行為から入力する方法でよろしいのでしょうか。それとも、該当される患者に着いては、病棟・病室の設定を分けた上で、5003難病患者等入院診療加算の登録を行う動作が正しいのでしょうか。	システム管理マスタ5003病棟入院基本料加算情報および、5004病室入院基本料加算情報について、有床診療所入院基本料1または2を算定している病棟の入院基本料等料加算の算定可否の判断に誤りがありましたので修正しました。	H18.12.25
2	お電話でのお問合せ 2/1 施設基準設定	施設基準の情報が有効期間を区切りますと、引き継ぎませんとのお問合せがありました。 こちらでも同様の動作となりましたため、ご確認いただけますと幸いです。 内容は、電子化加算の項目以降が0になってしまうとのことです。	施設基準の有効期間を変更した時、前の期間の施設基準情報の600以降を複写しないことがありましたので正しく複写するように修正しました。	H19.2.14
3	お電話でのお問合せ 5/2 病棟選定入院料設定	システム管理マスタ5006より、選定入院料の設定を定額から定率に変更しようとしても、設定が反映されませんとのお問合せがございました。	データベースへのアクセス方法に誤りがありましたので修正しました。 sarge版での現象です。	H19.5.16

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	ncp 20061110-007	出力形式指定を点数マスター一覧抽出データ指定を点数マスタよりにチェックし印刷開始をしても全リストが出力されず、入力CDのついているもののみが9桁コードで印字されているようです。 自費で集計先識別を確認したい場合に全データを出力したいのですがどうしたらよろしいですかご回答お願い致します。	抽出方法の誤りがありましたので修正しました。	H18.11.17

103 チェックマスタ

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	support 20061106-024	<p>glclient / Java (monsiaj) Java版glclient使用における不具合について報告 WinXPにて20060410版を使用 チェックマスタ設定における候補選択画面の不具合</p> <p>91マスタ登録 103チェックマスタにおける設定において [診療行為の併用算定] [診療行為どうしの算定漏れ] の両者において診療行為コード設定し確定後、適用コード設定にて文字列を一部入力し診療行為一覧選択サブに候が数個列挙された場合、そのうちの1つを選択し確定してもセットされず、候補5個未満の場合には候補すべてを選択、候補5個以上の場合には選択番号枠をフルに埋める5個を選択し確定するとはじめにセットされる。 以上の現象について報告いたします。 サーバーにおける直接操作では問題ないようで、Winにおける操作のみで発生しています。</p>	<p>適用コード設定画面にて診療行為一覧選択画面の確定ボタンが機能していませんでしたので修正しました。</p>	H18.11.17

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	support 20061027-008	保険請求確認リスト(ORCBG014)のレセプトのレセプト種別に07(老人8割)を入力したら、老人9割の患者様が印刷され、06(老人9割)を入力したら、処理対象なりとなります。総括処理におきまして重要なリストですので、至急修正して頂けますでしょうか？	レセプト種別の判定に誤りがありましたので修正しました。	H18.10.27
2	ncp 20061115-010	社会保険事務局より、入院の領収証の「食事・生活負担額」の欄を厚生労働省より9月29日に出た「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について」の様式にあるような、「食事療養」「生活療養」と欄を分けて出力するよう指導を受けました。	9月29日発「医療費の内容の分かる領収書の交付について」等の一部改正について」にあるように請求書兼領収書に食事療養と生活療養の項目を追加しました。	H18.11.24
3		月報の定期請求患者一覧表について対象患者の抽出漏れが発生する不具合がありましたので修正しました。 入院日と同日に診療行為で複数保険の入力が行われた場合、入院日にかかる期間について、いずれかの保険分の請求内容しか編集されていませんでした。		H18.12.25
4	ncp 20070409-012	市町村合併で3/31より新住所になった医院様からのお問い合わせですが旧住所を3/30まで期限を切り、3/31より新住所で登録をして診療報酬請求書を発行すると国保は新住所で印刷され、社保は旧住所で印刷されますとの事でした。 弊社でも検証しましたが3/30で期限を切っても3/31で期限を切っても同じ現象が確認できました。何か設定方法が間違っているのでしょうか。	国保診療報酬請求書(パッケージ提供分)について、医療機関情報を請求年月日に有効な内容で抽出していたために誤った内容を記載していましたので修正しました。	H19.4.24
5	request 20070619-003	同日に患者30名とテスト患者1名の診療行為の入力した場合に、日計表1枚に患者数が印字されるはずなのに、2枚に分かれて印刷されてしまいます。1枚目に連番、患者番号、患者氏名、保険点数、社保本人等が印字され、2枚目に総合計(円)(点)、総件数のみ印字されます。テスト患者の入力分の氏名、件数は印字されていないのですが、1枚に印刷することができません。テスト患者の診療行為を消去すると日計表は正常に印刷されます。	テスト患者の処理に不具合がありましたので修正しました。	H19.6.26

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		児童福祉法 (障害児施設医療) (法別 79) 障害者自立支援法 (療養介護) (法別 24) の対応を行いました。	詳しくは 平成 18 年 10 月診療報酬改定対応【後期】を参照してください。 プログラム更新と併せてマスタ更新により保険番号マスタを適用する必要があります。	H18.11.1
2		災害等の際の一部負担金等の徴収猶予及び減免の対応を行いました。	詳しくは 平成 18 年 10 月診療報酬改定対応【後期】を参照してください。	H18.11.17
3		症状措置マスタのマスタ更新処理でテキストデータへ改行コードを挿入する部分に不具合がありましたので修正しました。 1. 改行コードの前に半角のバックスラッシュを挿入していましたので改行コードのみにしました。 2. 複数の改行コードがある場合 2 つ目以降のテキストが消去されていました。		H18.11.17
4		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 テスト用に記録した内容を削除しました。 今年度は試験的にいくつかの医療機関と契約を行い実施するものです。現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H18.11.17
5		平成 19 年 4 月改定対応。	平成 19 年 4 月改定対応資料を参照してください。 ・70 歳未満の者の入院・外来に係る高額療養費の現物給付化 消費税総額表示	H19.3.20

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
6		平成 19年 4月改定対応。	平成 19年 4月改定対応資料を参照してください。 ・70歳未満の者の入院 外来に係る高額療養費の現物給付化 (在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診察料を算定した場合) ・結核予防法廃止。感染症法統合 ・リハビリテーション	H19.3.26
7		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 入院データ作成で包括保険の入力がある場合に記録誤りがありました。 今年度は試験的にいくつかの医療機関と契約を行い実施するものです。現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.3.26
8		平成 19年 4月改定対応。 平成 19年 3月 20日に提供した修正プログラムに誤りがありましたので修正しました。	診療種別区分 ".950" , ".960" で入力したマスタの金額欄に少数点以下がある場合、少数点以下を切り捨てた金額を単価として計算していましたので正しく計算するように修正しました。 3月 20日のパッチは消費税総額表示対応ではありませんが、平成 19年 4月以降だけではなく平成 19年 3月以前の計算でも同様に不具合が発生しますのでご注意ください。	H19.3.26
9		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 入院データ作成で包括保険の入力がある場合に記録誤りがありました。 今年度は試験的にいくつかの医療機関と契約を行い実施するものです。現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.4.24

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
10		平成 19年 4月改定対応。		H19.4.24
11	ncp 20070428-002	4月提供 (20, 21回) のパッチを更新したところ、例えば、高額一般で低所得は月額上限が 35400円ですが、同月内で2回入院があった場合、1回目の入院時の会計では負担上限額で請求が行われますが、2回目の入院時にも負担上限額を計算してきます。2回目の入院時には、医療費の部分は0円になるはずですが、レセプト改正対応の為、現時点ですべての医療機関様がパッチの更新を行っております。窓口請求及びレセプト請求に関わりますので、至急の対応をお願い致します。	平成 19年 4月改定対応。 主保険単独で、同月に退院もしくは定期請求を行っている患者について、再入院分・2回目の定期請求の負担計算において、退院分・定期請求済分の患者負担額が累計されない不具合がありましたので修正しました。	H19.4.29
12		一般老人置換マスタに対するマスタ更新プログラムを修正しました。 医薬品の経過措置品目移行コードの重複登録チェックのため登録できないケースが発生するため事前対策です。		H19.5.16
13		一般老人置換マスタに対するマスタ更新プログラムを追加しました。 医薬品の経過措置品目移行コードの重複登録チェックのため登録できないケースが発生するための対応です。		H19.8.27
14		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 入院データ作成で健康保険と労災保険を使用されている場合に両方に入院料を記録していました。 入院データ作成で室料差額を合計レコードの点数へ含めていました。 現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.8.27