

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	ncp 20071126-013	<p>受付患者消える現象が多発しています。 受付番号をシステムが上書きをしているようです。詳しくは現在調査中ですが本来新規受付時に新しい受付番号をとる必要があるのですがその前に受け付けた患者と同じ受付番号を取得し更新が行われているようです。 保険組み合わせが無かった時に発生しているようですがすべての患者で発生するわけではないようです。 現象が特定できていませんが早急に対応が必要と思われます。 受付が業務上重要な院所で大きな問題となっておりますので早急に現象を確認しご連絡いただければと思います。</p>	<p>受付画面で受付番号を選択した状態から患者登録へ遷移した場合で選択した受付内容が患者登録済みの場合、患者番号に '*' を入力して新規患者登録をすると、選択した受付番号の患者情報が新規患者登録した内容で上書きされていまして修正しました。</p>	H19.11.30

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	ncp 20071129-001	法別番号 :03 (日雇特例保険者) と生保併用患者さんの入力で承認がある病気については日雇保険と生保併用で計算 (0%負担) それ以外の病気は生保単独にて請求する事になっており、診療行為 保険組合で生保単独のみの選択肢がないため入力ができません	一般療養 (保険番号 003) と特別療養 (同 004) の患者について、生活保護の公費を持つ場合、生活保護単独の保険組合を作成するようにしました。 レセプト記載については未対応ですのでご留意のほどお願いします。	H19.12.25
2	ncp 20071221-007	和歌山支払基金に確認したところ、やはり 01日雇+012生保 日雇で承認された病名のみ 011結核入院 (0割負担) 感染症のみ請求 、 以外の疾患にかかる請求を012生保で請求することになるようです 現在、011結核入院単独の保険組合がないため処理できません。	一般療養 (保険番号 003) と特別療養 (同 004) の患者について、感染症 (結核入院) の公費を持つ場合、感染症 (結核入院) 単独の保険組合を作成できるようにしました。 レセプト記載については未対応ですのでご留意のほどお願いします。	H19.12.25
3	ncp 20080202-007	ORCAのバグと思われる現象がありましたので報告させていただきます。 ・1017 患者登録機能情報で「3.患者登録のカルテ発行」を「2 発行する (保険組合せ自動)」に設定 ・患者情報の基本的な情報 (名前等) と住所欄の右側の欄 (番地) に何らかの文字を入力する ・カルテの発行前に受付から受付完了を選択 ・登録 上記の手順でカルテ発行を行うと文字化けした 2枚目が出力されてしまいます。 現在医院様には受付をする前にカルテ発行を行うようにして頂いております。	患者登録画面からカルテを2枚以上発行する時、2枚目以降が正しく印刷されないことがありましたので修正しました。 また、新規患者登録でシステム管理がカルテ発行するで設定されていた場合、受付タグのカルテ区分も、カルテ発行をするになっていましたので、受付では発行しないを初期表示にするように修正しました。	H20.2.5

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		<p>下記の手順を行った場合、エラーが表示され、受付取消を一度に行うことができません。1件ずつ取消して[登録]を押下すれば削除できます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者登録-基本情報画面より展開する。 2.受付タブで保険組合せを指定し、カルテ発行「続紙頭書」[受付完了][登録]をする。 3.前回患者で呼出して、受付タブを押下する。 4.前回受付した情報を残したまま、保険組合せを指定し、カルテ発行「続紙頭書」[受付完了]する。 5.基本情報タブから保険組合せを選択し、「1.カルテ発行あり」にして[登録]する。 6.前回患者で呼出し受付タブを押下する。 7.受付2件分を1件ずつ選択し、[受付取消]をする。 8.[登録]ボタンを押下する。 9.「適用期間がマスタの範囲をこえています」のエラーが表示されます。 	<p>患者登録で登録済みの受付を削除後、新しく受付を行った時、「適用期間がマスタの範囲をこえています」とエラーメッセージが表示される不具合がありましたので修正しました。</p>	H20.2.26

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
1	support 20071205-018	ORCAをSarge 3.4 からSarge 4.0 にアップデートしたところ、診療行為入力-診療行為確認からのプレビューで過去のデータのプレビューが表示できなくなりました。 プレビューを表示すると「帳票データ作成中です。」とでたまま処理が終わらなくなります。 現象が起きるのはバージョンアップ後に診療行為を入力した方で、診療行為を入力する前までは問題なくプレビューを表示できるのを確認しています。 バージョンアップ後に入力した月の診療行為ではプレビューが表示できます。 [42 明細書]の個別作成では過去のデータも問題なくプレビューを表示できているようです。	ver 4.0.0で算定履歴の取り込み方法を変更しましたが、一部不具合がありましたので修正しました。	H19.12.25
2	nep 20071212-007	医療機関様から、診療行為で複数保険を使用の患者さんの場合に在宅末期医療総合診療料を入力し、複数科保険で別の保険を選択して確定すると「在宅末期医療総合診察料を算定時、算定できません。」とエラーが表示され入力できないとお問合せがありました。 複数科保険の機能を使わずに1つずつで登録すると入力できるのですが在宅末期医療総合診察料の入力時は複数科保険の機能は使用できないのでしょうか？	在宅末期医療総合診療料を入力後、複数保険 科を入力した場合、エラーが発生していましたので複数保険 科が入力できるように修正しました。	H19.12.25
3	電話お問合せ 12/28 小外診 コメント	小児科外来診療料加算の剤にコメントを付加したいとお問合せがありました。 810000001のフリーコメントでは入力可能ですが、0082xxxxのユーザコメントでは添付画面のようにエラー表示されてしまい、入力することができませんとのことでした。 厚生省コードとユーザコメントでは仕切りがあるのでしょうか。	小児科外来診療料を算定時に '008'で始まるユーザコメントがエラーとなり入力できませんでしたので修正しました。	H20.1.25

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
4	support 20071024-012	<p>ORCA Verが3.4.0の現象ですが、 国保組合 (133074)+ 27老人 3割 + 感 37の 2の保険組合せ 国保組合 + 27老人 3割で在宅医学総合管理料を算定 国保組合 + 27老人 3割 + 感 37の 2で注射を算定 ORCAの窓口負担が国保組合 + 27老人 3割で¥ 12,000 - を超えて しまうと、国保組合 + 27老人 3割 + 感 37の 2の窓口負担が発生しなくな ります。</p> <p>東京都国保連合に確認した所、患者の負担金額の月上限は、¥ 44,4 00 - となり国保組合 + 27老人 3割 + 感 37の 2の窓口負担は¥ 12,0 00 - までは請求するとの事です。 窓口計算が国保連合の解釈と異なっているかと判断しますが、国保組 合 + 27老人 3割 + 感 37の 2窓口金額が発生するように していただけるようお願いいたします。</p>	<p>高齢者 3割 + 在総診の負担計算修正 (外来) (例)主保険 + 27老人 3割 + 010 主保険 + 27老人 3割 の 2種類の保険組み合わせで診療した場合、 1日目 主保険 + 27老人 3割で在宅医学総合管理料を入力 (2473点 × 3割 = 7420円) 2日目 主保険 + 27老人 3割 + 010 (30000点 × 0.5割 = 15000円 4580円)</p> <p>1日目 主保険 + 27老人 3割で在宅医学総合管理料を入力 (2473点 × 3割 = 7420円) 2日目 主保険 + 27老人 3割 + 010 (30000点 × 0.5割 = 15000円 12000円)</p> <p>公費併用分の上限12000円で計算 単独分も含めた患者負担の上限は44400円で計算となるよ うに修正しました。</p>	H20.1.25

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
5	kk 12531	<p>埼玉県川島町で、子育て支援医療費支給事業」が1月診療分より窓口払い廃止扱いになりましたので、資料を送付 (FAXにて全17枚)させていただきます。</p> <p>ご確認お願い致します。</p> <p>内容ですが、</p> <p>限度額月額21000円 対象年齢外来15歳 (入院12歳)に達する日以後の最初の3月31日 明細書公費欄に公費負担番号、受給者番号の記入 請求書公費負担医療欄に「子育て支援医療費」と記載し、件数、日数、点数の記入 国保総括表に「子育て支援医療費」と記載し、件数、日数、点数の記入</p> <p>この限度額月額21000円については所沢公費等と同様の特殊処理を行なっていたかどうか必要があるかと思ひます。</p>	<p>埼玉県川島町<子育て支援医療>対応 (平成20年1月診療~)</p> <p>対象保険番号:381</p> <p>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)</p> <p>イ)入院時食事負担 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)</p> <p>ウ)レセプト記載 21,000円未満の場合、レセプトHに記載する 21,000円以上の場合、レセプト記載しない</p> <p>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う事。又、必要に応じて入金処理を行う事。</p> <p><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。</p>	H20.1.25

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
6	support 20080124-009	<p>経過措置期限切れ剤の診療コード+ 数量を入力コード欄に入力し、Enterを押すと経過措置期限切れ剤が変換されるがその際に同時に入力していた数量がおかしくなる。</p> <p>おかしくなる例 例 1 : 612220034 0.25」 612220034 0.2」 例 2 : 613130141 1.25」 620003585 1.2」 例 3 : 613130141 1000」 620003585 100」</p> <p>正常な例 例 1 : 612220034 .25」 612220034 .25」</p> <p>3.4Sarge版をご使用の医療機関をサポートされているところからのご連絡を頂きましたが、その後4.0etch版でも同様の現象を確認しました。</p>	経過措置医薬品の代替コード自動置換えで、数量が入力されている時に置換え後の数量が変更されてしまう場合がありますので、入力された数量となるように修正しました。	H20.1.25
7	npc 20080129-010	<p>2.1診療行為 ;入院画面で初診料と合わせて診療行為を入力し中途終了 中途表示で展開させると投薬などの内容が展開されず初診料しかあがってきません。現象が現れるのは、外来の受診が全くなし完全に初診の入院患者のみです。</p> <p>外来に受診歴のある患者は、内容がすべて展開してきます。</p> <p>Sarge3.4.0では、現象が起きませんでした。</p>	入院分の診療行為でシステム管理の入院初診料を自動算定するとなっていた時、中途終了データ展開しても初診料のみ展開することがありましたので正しく展開するように修正しました。	H20.2.5

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
8	ncp 20080206-016	<p>表題につきまして例えば、保険組み合わせが 0001 国保 0002 自費 0003 国保 + 公費 の場合にて、入院の診療行為画面で同日で1回ずつ診療行為を行い、診療行為画面の右側のリストへ 1. H20.2.1(1) 内 0001 2. H20.2.1(1)1 内 0002 3. H20.2.1(1)2 内 0003 と表示されるようにします。 3.」を診療行為の訂正で開き保険の組み合わせを「0003」から「0002」へ変更し登録します。 1. H20.2.1(1) 内 0001 2. H20.2.1(1)1 内 0002 3. H20.2.1(1)2 内 0002 上記状態で「2.」もしくは「3.」を診療行為の訂正で開き、内容をクリアして登録し、診療行為の削除を行おうとしますと 「0005 更新ができませんでした」 とエラーとなり、診療行為の削除が出来ませんでした。 「1.」は削除出来ましたので、「1.」削除後でしたら「2.」「3.」も削除可能になりますが、正しい動作になりますでしょうか。 「1.」は削除せずに「2.」「3.」を削除出来ないでしょうか。</p>	<p>入院の診療行為の訂正で、同日に科の同じ保険組合せの受診履歴が複数あった場合、クリアをして受診履歴を削除する時、受診履歴の上から順番に行わないとエラーになっていました。削除するように修正しました。</p>	H20.2.26
9	support 20080227-014	<p>例えば施設基準の有効期限を 1.00000000 ~ H19.3.31 2.H19.4.1 ~ 99999999 として 「1.」の「0121 小児科外来診療料」のフラグを「0」、 「2.」の「0121 小児科外来診療料」のフラグを「1」で設定します。 システム日付は平成19年4月以降で平成19年3月以前の診療行為を訂正で開き登録しようとする時「0044 小児科外来診療料以外です」とエラーが出ます。 ご確認いただけますでしょうか。</p>	<p>小児科外来診療料の施設基準の設定が、システム日は「1」、訂正日は「0」の時、訂正で展開をすると小児科外来診療料の設定を「1」と判断していましたので修正しました。</p>	H20.3.6

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		登録済みの病名を選択後更新を行なうと作成年月日が初期化されていましたので修正しました。		H20.2.26

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
1		収納業務の請求確認画面 (入院) から請求書兼領収書、診療費明細書の発行を行った場合、オンライン帳票の再印刷画面に帳票が登録されない不具合がありましたので修正しました。		H19.11.30

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	support 20071107-014	帳票PG名 ORCBG017 入外区分に 1を渡して実行すると以下のエラー。 印刷 DBに更新できませんでした【診療行為別集計表】	精神科急性期治療病棟入院基本料から精神病棟15:1入院基本料への転科転棟転室処理を行い、その後異動取り消しを行うと入院会計に不正な剤が作成されてしまう不具合がありましたので修正しました。 問い合わせの現象はこの不正な剤によるものでした。	H19.11.28
2	support 20071115-006	~ 2007/10/31 特定疾患療養病棟 2 2007/11/01 ~ 障害者施設等 10対 1 と、病棟設定が変更になった医療機関様で病棟番号を分けてそれぞれの病棟管理情報を作成しました。 該当病棟に入院中の患者様の入院会計照会で 10月 食事欄に 1が立っている 11月 食事欄が空白になっている 12月 食事欄に 1が立っている という現象が起こっています。マスタの設定方法に何か問題があったのでしょうか？	入院の異動処理 (転科 転棟 転室)を行った際に、入院会計データが存在しない日を異動日として処理を行った場合に、異動月の食事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。 不具合事例 9月 1日に入院 (この時点で9月 ~ 10月の入院会計データが作成される)。 11月分の入院会計データが未作成状態で11月 1日に異動処理。 この結果 11月入院会計データの食事データが未設定状態となる。	H19.11.28
3		入院オーダの入院登録処理にグループ診療対応漏れがありましたので修正しました。 不具合内容 インスタンスのエラー内容を画面で修正して入院登録する際にDBの更新エラーが発生していました。		H19.11.28

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	ncp 20080121-011	法別番号 (11) 結核入所で所得により一部負担金 (上限あり) が発生する場合があります。現在のところ上限額が入力できず、患者請求・レセプトが発行できません。 生保 (12) でも同様な場合があります。 イメージとして特定疾患の所得者情報入力形式のようになれば... と思います (患者さんにより一部負担限度額が異なります) 資料あり 資料	結核入院 (011) の患者負担がある場合の対応 (平成 19 年 4 月以降で対応しています) 患者負担がある場合は、患者登録 - 所得者情報 - 公費負担額において入院上限額を入力します。医療券に記載されている金額を日割する必要がある場合は日割した金額を入力して下さい。 負担金計算では、通常 10 円単位での患者負担計算を行いますが、入院上限額が 1 円単位での入力かつその上限に達した場合は 1 円単位での患者負担計算とします。	H20.2.5
5	ncp 20080201-004	現在、導入中の医療機関様で (本日 2/1 から本稼動) 標欠時の外泊計算の解釈が異なる。 離島等所在保険医療機関 100 分の 97 現時点の日レセ 入院基本料 $\times 97 \div 100 \times 0.15 =$ 外泊点数 日レセ導入前のレセでは 入院基本料 $\times 0.15 =$ 外泊点数 先月、医療機関様から北海道支払基金に再度確認していただきましたが、その際にも日レセ導入前のレセ計算で良いとの回答をいただいております。	標欠医療機関の外泊点数計算を「入院基本料 $\times 0.15 =$ 外泊点数」となるように修正しました。 (この修正は退院時計算、レセプト摘要欄記載、レセ電データ作成、会計カード作成が対象となります)	H20.2.5

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		<p>入院の異動処理 (転科 転棟 転室) で入院料変更を行った際に、一般入院料から特定入院料への変更登録を行なった場合、入院会計照会画面に「算定入院料と病棟設定が異なる」旨の警告が表示される不具合がありましたので修正しました。</p> <p>不具合事例</p> <p>11月 1日 入院登録 (一般病棟入院料を算定)</p> <p>11月 20日 異動処理 (特定入院料の脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定)</p> <p>上記状態で11月の入院会計照会画面を開くと、「算定入院料と病棟設定が異なります。確認してください。」と表示される。</p>		H19.11.28

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	電話問合せ 12/27 データ チェック 小外 診 院外	小児科外来診療料を院内 院外で入力されている場合、「コメントが記載がされているか確認してください」のエラーメッセージが表示されますが、その横に小児科外来診療料院内 日、院外 日の表示で、院外の診療日表示に不備があるようですとのお問合せがありました。こちらでも確認しましたが、院外診療日を4日で入力していますが、「40日」と表示されます。	小児科外来診療料を院内で10日以降、院外で9日以前の日付でを入力した場合、エラーメッセージの院外の日付が正しく表示されていませんでしたので修正しました。	H20.1.25
2	電話問合せ 1/4 データ チェック 保険 組合せ	12月診療分のデータチェックにおいて2名のみ「保険組合せが存在しません」とエラーリストに上がってくるようです。会計照会の保険組合せと12月で有効な保険組合せは一致しているそうです。	有効期間に関係なく 削除されていない保険組合せが100件を超えると、保険組合せの整合性チェックが正しく行われない不具合を修正しました。	H20.1.25
3	電話問合せ 1/24 データ チェック 処置 薬剤	1102データチェック機能情報2の「薬剤と病名及び病名と薬剤の検査、処置薬剤の設定を2チェックしない」とした場合、処置薬剤についてはチェックエラーが表示されるとのお問合せがありました。薬剤と病名でモーラステープと腰痛症(部分一致)で登録しています。診療行為入力で400消炎鎮痛等処置(器具による療法)・モーラステープを入力 病名は未入力 上記の内容で入力した場合、検査薬剤に関してはチェックがかかりませんが、処置薬剤として入力すると、チェックしない設定を選択していてもチェックエラーとなるようです。	システム管理[1101 データチェック機能情報 2]の薬剤と病名チェックの設定にて検査・処置薬剤を「チェックの対象としない」としていた場合でも処置薬剤がチェックの対象となっていましたので修正しました。	H20.2.5

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 20071104-001	11月3日に sarge Ver 4.0にアップしたところ 明細表作成からの「件数印刷」ボタンを押しても印刷が行われません。至急ご回答をください。	レセプト作成 - 印刷指示画面から件数一覧表が出力できませんでしたので修正しました。	H19.11.28
2	kk 06726	療養の給付欄について 保険番号 051、091及び外来レセプト: 保険と公費が同点数、同金額の場合に記載が省略されていますが51の道単独事業分においては記載してください。 記載が無いために返戻になっています。 負担額の括弧書きも必要です。	北海道51(道単独事業)に関するレセプト記載修正 1.保険欄一部負担金額欄の()再掲記載について、保険欄一部負担金と同額でも省略せず記載するようにしました。 2.請求点記載について、保険欄請求点と同点でも省略せず記載するようにしました。	H19.11.28
3		中越沖地震に係る老人減免の外来レセプト保険欄一部負担金記載について、在宅時医学総合管理料または在宅末期医療総合診療料の算定がない場合においても、(減額後の金額)を記載するようにしました。		H19.11.28
4	support 20071106-017	療養の給付欄について イ.「一部負担金額」の項には、「公費」及び「公費」の項に、それぞれ第一公費及び第二公費の受給券等に記入されている公費負担医療の患者負担額(0円の場合は、「0」と記入。)を記入します。 ----- ----- 「患者負担額(0円の場合は、「0」と記入。)」とありますが、日レセから出力したレセプトの療養の給付欄には、「0」が記載されていません。 ご確認いただけますでしょうか。	千葉県乳幼児(保険番号183:患者負担無し)のレセプト一部負担金記載について、「0」を記載するよう対応しました。	H19.11.28

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	ncp 20071105-001	<p>病名をScreenshot.png (添付)のように登録している患者様なのですがレセプトを作成したところ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 喘息 2 クラミジア・ニューモニエ感染症 (疑) 3 急性気管支炎 4 アレルギー性鼻炎 <p>の順番で印刷されてきました。</p> <p>一旦、病名を削除した後、再度Screenshot.png (添付)のとおりに登録したところ今度はScreenshot.png (添付)の順番のまま印刷されるようになりました</p>	レセプト作成処理における病名読み込みの条件を修正しました。	H19.11.28
6		<p>新潟県中越沖地震請求関係について</p> <p>70歳未満現物給付に関わるレセプトの高額療養費が現物給付された場合の「保険」欄 - 「一部負担金額」欄の記載方法に変更が入り、「減免を考慮しない通常どおりの記載」となるよう対応しました。</p>		H19.11.30
7		<p><入院レセプト(医保分)></p> <p>退院時服薬指導加算を算定し、当月に薬剤管理指導料の算定がなく、前月に薬剤管理指導料がある場合、薬剤管理指導料算定 月 日」のコメントを自動記載する仕様にはしていますが、記載されていなかったので修正しました。</p>		H19.11.30

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 20071116-013	<p>北海道では地方単独事業としての51公費が存在します。受給者番号が「789」から始まる番号が道の公費です。</p> <p>道の51公費については、70歳未満の一般は80,100円+医療費×1%、低所得者は35,000円、等と記載方法が今まで通りなら変更がございません。</p> <p>しかし先日、全国公費としての51で高額に該当する場合の一部負担金を一律、一般の自己負担限度額「80,100円+医療費×1%」でレセプトに記載されるように変更になり、OSC様にお電話でお問い合わせをさせていただきました。</p>	<p>北海道特定疾患道単独事業 (保険番号051、受給者番号の頭が71~88、91~95)の公費がある場合のレセプト記載対応 (入外)</p> <p>高齢者や70歳未満現物給付で、保険欄の一部負担金欄記載を行う場合、地方公費と同様な記載 (下記参照) としました。</p> <p>(例)70歳未満現物給付の場合</p> <p>一律 80100円 + @ (高額4回目44400円)</p> <p>上位 150000円 + @ (高額4回目83400円)</p> <p>一般 80100円 + @ (高額4回目44400円)</p> <p>低所 35400円 (高額4回目24600円)</p>	H19.12.25
9	support 20071206-004	<p>高額療養で月途中で保険者番号の変更なく、記号番号のみ変更になった場合にレセプトの一部負担金欄に金額が印字されないとのことです。</p> <p>こちらで検証行いましたところ、変更前の保険組み合わせの点数が7000点未満の場合に一部負担金欄への印字がされないようです。6999点だと印字されず7000点だと印字されます。</p> <p>窓口負担については正しく計算されています。</p>	<p>(入院レセプト)<70歳未満現物給付></p> <p>月途中で保険者番号の変更はなく、記号番号のみ変更になった場合で、かつ、高額療養費が現物給付されている場合において、変更前の保険組み合わせの一部負担金が21000円未満である場合に、保険欄 - 一部負担金欄に金額が記載されませんでしたので修正しました。</p>	H19.12.25
10	nep 20071112-003	<p>長崎市の医療機関より提出されたレセプトで生活保護 (国公) と被爆 (県単公費) の併用患者の公費負担者番号の印刷順が第一公費: 被爆、第二公費: 生保にならなければならないとの指摘を長崎県支払基金から受けたとのことです。支払基金に確認の電話を入れたところやはり、被爆、生保の順でなければいけませんとのことです。</p>	<p>長崎県の被爆体験医療 (公費番号186) について生活保護と併用の場合、レセプトの「公費負担者」欄に被爆体験医療の負担者番号、受給者番号を記載、「公費負担者」欄に生活保護の負担者番号、受給者番号を記載するようにしました。</p> <p>診療実日数欄、療養の給付欄、食事・生活療養の欄、レセプト電算用提出データの公費レコードの並びについても同様の扱いとしました。</p>	H19.12.25

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
11	kk 12391	<p>国保 + 更生 (15) + マル長 + 京都府地方公費 : マル障 (43) のレセプト</p> <p>主な診療は透析のため上記対象の保険組合せで入力しますが、更生医療対象外の診療行為が存在する時に、国保 + マル障の組合せで入力します。</p> <p>するとレセプトの請求点欄</p> <p>(1) の欄 更生適応点数 (対象保険組合せ)</p> <p>(2) の欄 トータル点数 (保険の欄の点数)</p> <p>で記載がされるのですが、(2) の請求欄をトータルではなく、マル障 (43) 適応分のみの点数 (国保 + マル障での入力分) で記載をする事となっています。</p> <p>記載要項の「公費点数」と同じ様に扱いをすることの事で国保連合会に確認しております。</p>	<p>京都府地方公費対応 (レセプト請求点欄記載)</p> <ul style="list-style-type: none"> 主保険 + 全国公費 + 地方公費 主保険 + 地方公費 <p>の2つの保険組み合わせを使用した場合の地方公費の請求点欄記載について、<主保険 + 地方公費> での点数のみを請求点欄に記載するよう対応しました。</p>	H20.1.25
12	kk 12333	<p>来年2月分のレセプトよりマル乳、マル重関係の被用者保険が、現在の別立ての請求書から国保と同様の併用による請求となるようです。</p> <p>本日、支払基金より通知がまいりましたので添付いたします。</p> <p>徳島県の公費につきまして改訂の準備の程よろしくお願い申し上げます。</p>	<p>徳島県地方公費対応</p> <p>(平成20年2月診療分以降の国保レセの一部負担金額欄記載)</p> <p>国保 + 保険番号 245 (乳幼児月上限600円) + 法別番号 48 (乳幼児助成用) の場合、公費 1 (保険番号 245) の一部負担金額の記載をしないよう対応しました。</p>	H20.1.25
13	support 20080118-009	<p>再診料算定科コメント830000021の後ろに診療科コードの数値が全角で記録されます。そのため、エラーとなったようです。</p> <p>磁気レセプトの手引きを参照しましたところ、コメントコードの後は数字ではなく、診療科名称を表示するようです。</p> <p>http://www.ssk.or.jp/rezept/jiki_i/jiki_i01.pdf (PDF105ページ)</p> <p>仮に830000021 01の01を消してデータを確認すると、診療科名称で記録されます。</p>	<p>埋め込みのコメントで入力項目と表示項目が違う場合に記録方法に誤りがありましたので修正しました。</p>	H20.1.25

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
14	support 20080204-004	<p>岡山県の70歳未満の現物給付のレセプト負担金額について、お問い合わせさせていただきます。</p> <p>70歳未満で「380障低所」と「967高額(一般)」で低所得の設定を行っているレセプトの、保険の負担金額が正しい記載にならない現象を確認しました。</p> <p>「一般」の基準額ではなく、「低所得」の限度額35,400円が記載されてしまいます。</p> <p>岡山県の70歳未満で現物給付の公費併用の場合、正しくは、医療保険の所得区分に関わらず「一般」の基準額を記載するようになっています。</p>	<p>岡山県地方公費対応 <70歳未満現物給付> 主保険+岡山県地方公費(全般)のレセプト記載(社保・国保)</p> <p>保険欄一部負担金額欄 一律「一般」の区分(80100+@)で計算し記載します。(高額4回目以降の場合、44400とします。)</p> <p>公費欄一部負担金額欄 保険欄一部負担金額欄の記載があり、公費一部負担金が1割計算の場合、10円単位の記載としていましたが、1円単位の記載とします。</p>	H20.2.26
15		<p>宮崎県地方公費(公費番号:190、制度名:母子寡婦重心等)のレセプト記載及びレセプト電算データの記録方法を変更しました。</p> <p>変更前</p> <p>紙レセプト: 該当公費の負担者番号、受給者番号のみ記載を行い、公費に対応する他の項目(実日数、療養の給付、食事・生活療養)については記載しない。</p> <p>レセプト種別は該当公費を除外した種別を記載する。 (例:国保+該当公費の場合は単独レセプト)</p> <p>レセプト電算データ: 共通(RE)レコードのレセプト種別は該当公費を除外した種別を記録する。</p> <p>公費(KO)レコードには該当公費の負担者番号、受給者番号のみを記録する。</p> <p>変更後:</p> <p>紙レセプト: 該当公費を記載した併用レセプトとする。</p> <p>レセプト電算データ: 共通(RE)レコードのレセプト種別は該当公費を含んだ種別を記録する。</p> <p>公費(KO)レコードには通常の併用レセプトと同様全ての項目を記録する。</p>		H20.2.26

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
16	ncp 20080208-006	処方料のレセプト記載についておたずねします。 以下の条件で入力した結果レセプトの記載に不具合が発生しました。 ・実日数 2日間 <1/10の入力> ・処方料 (その他) × 1回 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 <1/24の入力> ・処方料 (その他) × 1回 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 (施設訪問分) コメント この結果、レセプト表記が、 25処方 × 3回 114 と記載されてしまう。 摘要欄で、 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 (施設訪問分) と記載されるのはこのままが良い。 今回は手書きで 25処方 × 3回 114 25処方 × 2回 114 と修正して頂いた。 25処方 × 2回 114 と記載されるようにする為の入力方法はありますか？	処方料のレセプト回数表記 <1/10の入力> ・処方料 (その他) × 1回 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 <1/24の入力> ・処方料 (その他) × 1回 特定疾患処方管理加算 (処方料) × 1回 (施設訪問分) コメント 上記の場合、 25処方 × 3回 114 となっていましたので、 25処方 × 2回 114 となるよう修正しました。	H20.2.26
17		レセプト特記事項編集情報でレセプトに記載しない公費を条件に設定したときに、リアルタイムプレビュー時の記載が行なわれませんでしたので修正しました。		H20.2.26

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
18	support 20070619-027	<p>レセ電提出で返戻対象となりました件で至急ご対応願います。 東京都の79公費+12公費のレセプトです。食事療養費の不備 記載漏れで返戻になっています。返戻付せんを添付させていただきます。ご確認下さい。 東京都支払基金に確認した所標準負担額の記載がなければ返戻対象に今後もしますとの事でした。 レセ電フォーマットには標準負担額の項目がないのであれば紙で提出してくださいとも言われています。紙提出は現実運用では無理です。</p>	<p>79 (障害児施設)+ 12 (生活保護) (住保険なし)に関わる入院レセプト食事療養費欄記載とレセ電食事標準負担額記録の修正 <入院レセプト> 79の食事療養上限額設定が0円でない場合、79の食事療養費欄が"0"記載となっていました。食事療養に係る回数、請求円、標準負担額を記載するようにしました。 <レセ電> 食事標準負担額の記録を行うようにしました。 <レセ電記録例> SI,97,5,197000110,3,1920,29 SI, ,5,197000810,3,780,29 食事標準負担額の記録</p>	H20.2.26

4.3 請求管理

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		請求管理画面で入院を表示するとき、項目の表示が入院外を表示していましたので修正しました。		H20.2.26

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		システム管理1901をW01画面で一覧に表示するときに有効開始日順に表示されませんでしたので修正しました。		H20.2.26

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		薬剤と病名等の適用コード登録画面からのチェックマスタ一覧表が出力できませんでしたので修正しました。		H19.11.28
2		チェックマスタ業務よりチェックマスタリストの再印刷を行おうとした場合に、ページ指定が不可となっていましたので修正しました。		H20.2.5

CLAIM

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		CLAIMでシステム管理「9000 CLAIM接続情報」で「診療科レセ電送信」を「有」とした場合に送信内容に一部不具合がありましたので修正しました。 不具合内容 診療科名称、診療科コードが一部設定されない場合があります。		H19.11.28
2		CLAIMによるフィルム分画数の取り込みについて 日レセで取り込む予約請求モジュールでのフィルムの分画数の取り込み機能を追加しました。	取り込み方法 claim:itemのclaim:code="xxxxxxx"のcodeが"700080000"等のフィルムの場合に限りclaim:numberの設定を-(ハイフン)で区切ることにより フィルム枚数 * 分画数 として取り込みます。 フィルム枚数 max 99999 分画数 max 999 (例) <claim:number ...>3-2</claim:number> フィルム 3枚 2分画 <claim:number ...>3</claim:number> フィルム 3枚 <claim:number ...>-2</claim:number> フィルム 1枚 2分画 <claim:number ...>3-</claim:number> フィルム 3枚 1分画 注意事項 フィルム以外のclaim:numberにこの設定をすると値が「1」となります。	H20.1.25

CLAM

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		<p>CLAMデータからの中途データの内容にセットコードが設定されている時、セットの展開でエラーが発生しましたので修正しました。</p> <p>1.画像診断で部位の前にコメントが入力されている時、部位の前のコメントが別剤になっていましたので、正しく展開するようにしました。</p> <p>2.セットの内容が併用算定エラーなどで算定できないコードがあった場合、エラーとなったコード以降が展開されませんでしたので、エラーとなるコード以外は展開するように修正しました。</p> <p>なお、セット内容の投薬を診療種別でなく日数で剤分離を行うようにしていた場合、投薬の前のコードがエラーで展開されなかった場合、回数も削除されますので剤分離できません。よって、前の剤の薬剤料となる場合がありますので、CLAMデータでのセットコードのセット内容には診療種別を設定されるようお願いいたします。</p>		H20.2.26

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	お電話でのお問い合わせ 複数科入力時の処方箋QRコード	<p>複数科入力してQRコードつき処方箋を複数枚出力した際、2枚目の処方箋にQRコードが印字されず、「BrokenImage」という画像(?)が印字されている旨の問い合わせをいただきました。</p> <p>こちらでも確認しましたところ、先方のご指摘通りの印字結果となりました。</p> <p>この診療分について、このあと前回処方ボタン押下で再印刷した場合にはそれぞれのQRコードが印字されること、および、それぞれ独立した診療行為画面から診療科を別にして入力する方法をとった場合には問題がないことから、1画面で複数科保険入力を行い、請求確認画面から処方箋を印字したときに当該現象が発生するものと思われます。</p>	QR付き処方せんを複数科 保険で算定を行い発行した場合、処方せんが複数対象となる時の2つ目の処方せんからQRコードが印刷されませんでしたので修正しました。	H19.11.30
2		QR付き処方せんでは頭書印刷をするとQRコードの印字エリアに Broken Image が印刷されることがありましたので修正しました。		H19.12.25
3	お電話でのお問い合わせ 1月18日 - 支払い証明	<p>入院のある患者の支払証明を印字したところ外来の12月分のみ印字がされないとお問い合わせがありました。</p> <p>支払証明の入外区分を全てに設定し、期間指定を年月日で1年分を指定しますと入外両方ある場合に併せて12行しか印字されません。</p> <p>例 入外区分 全て 期間指定 19.1.1~19.12.31 1月~12月すべて外来受診あり 6月7月入院あり 上記の場合外来分が1月~10月までしか印字されません入院が3ヶ月分になると9月までしか印字されません。</p>	正しく編集するように修正しました。	H20.1.25

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
4	ncp 20080124-020	ORCA_VER4.0バージョンアップ手順と資料に関する確認です。 3.4まであった処方箋プログラムORCHC19が印字できないようです。 ORCHCM19にマスタ登録しなおして印字できました。 ORCHC19は廃止されたようです。 Q1.手順の確認について 3.4でORCHC19を使用していた医療機関は全てORCHCM19にマスタ登録しなおす必要があるという事によるのでしょうか？アナウンスされているバージョンアップ手順書には該当情報は無いようですが...。 Q2.上記の内容の変更点は、どのアナウンスをみればよろしいでしょうか？ http://www.orca.med.or.jp/receipt/outline/update/ver400.rhtml Q3.処方箋以外にORCAでもとから組み込まれているオンライン帳票で、4.0で廃止されたプログラムはありますか(つまりバージョンアップの時に変更しないと動作不良につながるような廃止はありますか)？	システム管理の管理番号1031で標準処方せんがORCHC19のまま変更されていない場合、システム管理を更新しないと処方せんが印刷できなくなりましたので、そのままでも印刷可能となるように修正しました。 システム管理の管理番号1031においてORCHC19を使用するように登録されている場合はORCHCM19へ変更されることを推奨します。	H20.1.25
5	ncp 20080125-012	収納画面より出力する外来月別請求書ですが左上に記載される「診療年月」の月と「平成 年」の平が重なって印字されます。 使用しているプログラム名はORCHC03V03A5です。	A5版の外来月別請求書件領収書(ORCHC03V03A5)を発行した際、右上の「診療年月」の印字と実際の診療年月(平成 年XX月)の印字が一部重なる不具合を修正しました。	H20.2.5
6	ncp 20080207-002	入院処方箋印刷(注射箋含)の際に、医師名を印刷しないで、印刷することは可能ですか？	入院指示箋、処方箋、注射箋でドクターを未選択で印刷してもシステム管理の最初のドクター名が印刷されていました。 ドクターが選択されていないときは空白で印刷するようにしました。	H20.2.26
7	request 20080207-007	入院の社保総括表の備考欄の一部負担金の所に金額ではなく点数で記載されているとの指摘がありました。支払基金に問い合わせた所、点数での記載はおかしいとの指摘があったそうです。	入院社保総括表 2枚目備考欄の一部負担金欄編集について、患者単位の金額編集を1円単位で行っていたので、10円単位で行うよう修正しました。	H20.2.26

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		定点調査研究事業 etch版について収集データのアップロードに失敗することがわかりました ので対応をしました。		H19.12.25