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 20080401-018	老人の患者さんで以前から継続でかかられている場合です。 4月1日に受診された際に後期高齢者被保険者証をお持ちにならなかったので、自費保険で登録を行いたいが、「後期高齢者に到達しました。後期高齢者の保険を登録してください。」と表示されて、自費保険のみでは登録が行えないようです。後期高齢者の年齢の方では新患でも再来患者でも自費のみの保険登録が行えない状況ですので、登録が行えるようにしてください。よろしくお願いします。	患者登録で後期高齢者医療の保険証確認ができないため自費保険を登録した場合、前の前期高齢者の保険が終了されていないと、エラーが出て登録できません。 エラーメッセージが"後期高齢者に到達しました。後期高齢者の保険を登録して下さい。"となっている為、後期高齢者保険がないと登録できないと判断されたようです。 メッセージを"後期高齢者です。後期高齢者医療を登録するか前の主保険の有効期間を設定して下さい"に変更して、保険終了すべき保険を表示するように修正しました。	H20.4.2
2		後期高齢者医療（039）の入力の場合は、カーソル移動で記号をスキップし、番号欄へ移動するように修正しました。 また、後期高齢者医療で記号欄に入力した時は、警告を表示するようにしました。 なお、記号欄へ全角空白を入力されてもチェックは行っていません。		H20.4.2
3	ncp 20080403-026	以下の操作にて「039後期高齢者」を登録すると保険組み合わせ番号に異常が発生することが分かりました。 ・「国保　有効期限　99999999」＋「27老人 適用期間 99999999」の患者データを開く 「保険組み合わせ番号」は1です。 ・「0271の期限を平成20年3月31日に変更します。」を「OK」クリックする。 ・「保険追加」をクリックし、「039後期高齢者」を入力する。 ・有効期限の入力の際に、「保険の期間が重複します。前の国保を終了させます。よろしいですか？」を「OK」をクリックする。 ・「登録」をクリックする。 ・「国保　27老人」の組み合わせが、1ではなく、3で登録される。 現在は、保険一括変更で組み合わせを変更して対応を行っております。 tbl_ptnum のautohkncombinum　に異常なデータはありませんでした。	国保の補助区分が空白で登録されていた時、保険・公費変更をすると国保の補助区分に'1'を設定していました。補助区分が変更となるため前の保険組合せが削除され、 新しい保険組合せを作成していました。 補助区分が空白で、老人公費を登録されている場合は、そのまま登録するように修正しました。	H20.4.4

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	support 20080403-066	後期高齢者の保険組み合わせが不正に作られる件です。	登録済みの保険組合せの最大番号と患者番号変換の保険組合せ連番が不整合を起こしていた場合、作成される保険組合せの追加・更新が正しく行われません。 不整合が発生している患者を呼び出した時、”保険組合せ番号と最大連番のDBで不整合が発生しています。必ず登録をして下さい”と表示するようにしました。 登録すると正しい連番で更新します。	H20.4.4
5		4月4日に提供しましたパッチに対応漏れがありました。 補助区分が空白の為、保険組合せ番号が変更される現象について 国保だけでなく前期高齢者で老人保健を受給している場合も発現することが分かりました。 前期高齢者年齢に到達した時、老人保健の登録があれば前期高齢者における補助区分に切り替える必要がありませんので空白のままです。 今回の改正で老人保健が終了したため、主保険単独と判断し前期高齢者の補助区分を自動で設定していました。 2008年3月31日で終了する老人保健があれば前期高齢者の対象としないようにしました。 ※4月1日から主保険を前期高齢者の補助区分で追加する必要がありますが、後期高齢者医療制度に移行しますので保険の自動切り替えは行いません。ただし、後期高齢者医療への加入をしない場合は、4月1日から開始となる主保険を登録してください。		H20.4.7
6	電話問合せ 4/8	高知県伊野町の旧保険者番号390609を登録している患者の保険を保険追加で合併後の391003に変更しようとすると、添付ファイルのようなエラーが表示され、登録ができませんとのお問合せがありました。 こちらでも確認しましたことろ、390609は旧国保の番号ですが、保険種別は039を初期表示してくるようです。 回避方法について、ご教示いただけますと幸いです。	患者登録で保険者番号が保険者番号マスタに登録されていない時、頭2桁が39であれば、保険番号を039後期高齢者医療に設定していました。 他の保険と同様に、頭2桁で保険番号マスタを検索して法別番号から保険を決定するように修正しました。	H20.4.10

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
7		4月7日に提供しましたパッチに対応漏れがありました。 4月7日のパッチで前期高齢者の年齢到達後も補助区分が設定されていない場合、老人保健の登録があればそのまま登録できるように修正しましたが、国保以外の場合で考慮漏れがありましたので修正しました。 前期高齢者前の開始日で保険を入力。 その後、保険の開始日を前期高齢者到達日に変更した場合、補助区分の設定が出来ませんでした。 補助区分が空白の時、補助区分のリスト編集をしてなかったので編集はするようにしました。		H20.4.10
8	お電話でのお問い合わせ4月14日－船員前期高齢者家族3割登録	船員保険の前期高齢者家族で補助区分3割の登録時にエラーが表示され登録ができません。 先に家族、1割として有効期間を入力しその後登録前に補助区分を3割に変更しますと登録できるようなのですが、直接登録することはできないのでしょうか。	前期高齢者の船員保険で家族の時、有効開始日が入力されていない状態で、補助区分を「3割」に変更した場合に補助区分のエラーとなっていました。 開始日が未入力の時は、補助区分のチェックをしないように修正しました。	H20.4.15
9		患者登録で前期高齢者となる生年月日を入力後、前期高齢者の補助区分で保険を登録し、その後で一般年齢となる生年月日に変更後、そのまま登録をした時、前期高齢者の補助区分がそのまま登録されていました。このため、保険組合せの変更ができませんでしたので、保険組合せの内容が前期高齢者の状態でした。 （登録前に保険組合せボタンやタグ遷移をした場合は補助区分が正しく編集されています。） 再度、患者登録画面を表示しても一般のため補助区分がクリアされているので現象に気がつきませんでした。 この時、登録すると何も変更していないのに保険組合せが削除、追加されてしまいます。 生年月日変更と登録のみをした時、正しく補助区分を変更して保険組合せを削除、追加するようにしました。		H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
１０	ncp 20080501-023	被保険者名を画面上消して登録しても再度、画面を開くと表示される。 以前は消せたのに消せなくなったのはなぜですか？ 消すにはどうしたら良いでしょうか？	患者登録で被保険者名を消去しても、登録をすると患者氏名を複写していましたので複写しないように修正しました。	H20.5.2
１１	request 20080305-003	患者登録で割引率の表示が１０個までですので、割引率の表示上限数を１５から２０個程度まで増やすか又は現在のマスタによる選択は残して、患者登録画面に患者様の割引率を数値％で0~100で直接設定できるようにお願い致します。 現時点での1027　割引率設定 00 該当なし 01 100% 02 10% 　： 09 80% 10 90% ←マスタで設定しても患者登録で選択できない。 診療科が美容形成外科ですので患者様によって10%刻みで割引設定をしております。	患者登録の割引率の表示を最大９９件まで表示するように修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
１２	ncp 20080523-011	医療機関様から不具合の指摘がありましたのでご報告いたします。 ・内容 受付画面経由の患者登録（新患）で、患者複写を行うと受付一覧等に不具合が生じる ・再現方法 ・予約登録で本日分の予約を患者番号なし、予約氏名のみで予約登録 ・受付画面で上記患者を受付完了し、患者登録ボタンを押下 ・患者登録画面で患者番号に＊を入力 ・患者複写を行う　（行わない場合は不具合は発生しません） ・他必須項目を入力して登録 →不具合発生 「現在の予約、受付状況」で患者番号が表示されず、診療行為ボタンを押しても遷移できない。再度患者登録をしようとすると「受付されていません」が表示再度受付を行うと患者登録は可能となるが、新規の患者登録画面となる。（実際は登録はされている） 予約を行わなくても、受付から患者番号なしの新患を受付、患者登録画面で患者複写を行うと同様の不具合があるようです。(予約一覧から消えてしまう)	新規患者の受付を氏名で行い、その受付を選択して新規患者を患者登録する時に患者複写を行った場合、選択した受付が解除されてしまい、登録をしても受付に患者番号が更新されませんでした。先に選択した受付に登録した患者番号等を設定するように修正しました。なお、予約も同様となります。	H20.5.29
１３	request 20080603-003	大阪の国保の場合、精神通院の診療行為は国保が負担することになっているため患者負担がありません。そこで保険番号121（自立補助）で患者負担が発生しないようにしております。精神通院に係る診療行為には、「国保＋021精神通院＋121自立補助」の組合せで計算をしています。そして精神通院以外の診療行為には、「国保＋180マル障」で計算をしています。同月にそれぞれの保険組合せで診療がある場合、公費?欄には180マル障で係った点数のみがあがってきてしまいます。	大阪府地方公費に関わる保険組み合わせ作成対応 国保＋０２１精神＋１２１自立補助＋地方公費（１８０マル障害等）の保険組み合わせを作成可能としました。 該当者については、 ”国保＋０２１精神＋１２１自立補助” ↓ ”国保＋０２１精神＋１２１自立補助＋地方公費（１８０マル障害等）” に保険一括変更を行い、対応ください。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
14		患者登録で公費の 012生活保護と025残留邦人等を同時に登録できませんが、これらの公費を登録画面に同時に表示されていない場合は、エラー扱いになりませんでした。このため、作成された保険組合せの期間が99999999から99999999となっていました。 012生活保護と025残留邦人等の重複チェックを正しく行うように修正しました。		H20.7.25
15	20080603-003	先日は大阪の精神通院と大阪地方公費併用のレセプトの対応をしてくださりありがとうございます。 以下の全国公費と大阪地方公費の併用の場合も、「021 精神通院」と大阪地方公費の併用と同様の記載要領となります。 今回、「091 特定負無」と大阪地方公費の併用のレセプトが記載要領に沿わないために返戻になった医院様があります。この医院様はレセプト電算処理をされているため手修正をすることができません。 保険組合せを新たに作成できるように、対応していただきますようにお願いいたします。 既にレセプト作成の期間となっているため、きるだけ早急にお願いいたします。 現在想定される保険組合せが新たに必要な全国公費 091 特定負無 052 小児特定 010 感染症（37条の2）	大阪府地方公費に関わる保険組み合わせ作成対応 ”主保険＋091特定負無＋地方公費全般 ”の保険組み合わせを作成可能としました。	H20.7.25
16	ncp 20080708-013	水俣病（51）と精神通院（21）の患者の併用ができないかとの質問がありました。熊本の事務所では併用はありとの回答で現在日レセでは分かれて出てくるため入力ができません。 社保＋精神通院＋特定負無 の組み合わせが必要ではないかとのことです。 実際ありうるのでしょうか？	熊本県の水俣公費（特定疾患＝負担者番号51433027）について主保険＋精神通院＋特定負無の保険組合せ作成を可能としました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
17	患者登録画面の公費の登録につきまして	患者登録画面の公費の登録につきまして 既に4つ公費を登録してある場合で、追加で公費を登録する時に「次」ボタンで表示を変え画面上2段目に、公費を追加してエンターで確定させると、3段目に1段目の負担者番号、公費の種類等がコピーされました。	患者登録で公費が4つ登録されている時、「次↓」ボタンにより表示切り替えをして中段に公費を追加した時、上段の公費情報を下段に複写していましたので複写しないように修正しました。	H20.7.25
18	kk 16302	添付のレセプトにつきまして、新潟県国保連合会様より指導がありましたのでプログラムの修正をお願い致します。 国保＋特疾負担なし＋県障の場合、実日数4日（国保＋特疾負担なし）のうち、1日分について（国保＋特疾負担なし）と（国保＋県障）適用分があります。 この場合、正しいレセプトの請求点欄は、 保険：17803 ①　：17372 ②　：17803（記載省略）　※県障欄は保険と同点数の記載が正しいとのことです。	保険組み合わせ作成対応 ”主保険＋091特定負無＋地方公費全般”の保険組み合わせを都道府県に限らず作成可能としました。 ※問い合わせの対応については、 主保険＋地方公費 ↓ 主保険＋091特定負無＋地方公費 に保険一括変更を行い対応してください。	H20.8.6
19		患者登録で後期高齢者保険を登録後に再度表示した時、継続区分が表示され選択もできていたので、継続区分を表示しないようにしました。 また、後期高齢者保険の開始時点で70歳未満の時、補助区分が空白でも登録が可能でした。後期高齢者保険の補助区分の空白は選択できないようにしました。		H20.10.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
20	ncp 20081106-012	例；国保+79障害児の患者。 国保がH20.10.7から12生保に変わったので国保の適用期間終了日をH20.10.6にして12生保の有効開始日をH20.10.7からにしました。また79障害児の適用期間がH20.10.7までとの事なので79障害児も終了日をH20.10.7にしました。 H20.10.7は79障害+12生保の保険組合せができると思うのですが12生保単独となってしまいます。 79障害の終了日をH20.10.8にすればH20.10.7は79障害+12生保の保険組合せができましたが、なぜ10.8にしたら組合せができたのでしょうか？ 79障害と12生保のみの場合なら上記のような適用期間にしてもH20.10.7は79障害+12生保の保険組合せができました。 国保が絡んでいるからなのでしょうか？	例） 国保　　4月1日～10月6日 障害者施設（079）　4月1日～10月7日 生保（012）　　10月7日～ この場合、079＋012の保険組み合わせ（10月7日～10月7日）が作成されなかったので修正しました。	H20.11.26
21	ncp 20081208-004	地方公費単独の保健組み合わせの警告が出る患者様がいるが保健組み合わせ履歴の表示がおかしいと問い合わせがありました。 現象が出る入力は公費の有効期間が保険証より前の日付であり有効終了日が登録されており、保険証の有効終了日は無期限である場合 例）保険証有効期間　H20.12.1～99999999 　公費の有効期間　H20.10.1～H21.3.31 上記登録を警告を無視して入力した場合の保健組み合わせ履歴の一番下の段にH21.3.31～H21.3.31の1日だけの日付で公費単独の保健組み合わせの表示がされます。 保険証の有効開始日と公費の有効開始日を合わせれば保健組み合わせ履歴の表示は消えますが、なぜ保険証の期限内なのに公費単独の保健組み合わせになるのかとのお問い合わせを頂きました。	公費単独分の保険組み合わせ作成修正 公費の有効開始日＜主保険の有効開始日、かつ、公費の有効終了日＜＝主保険の有効終了日の場合、公費単独分の保険組み合わせ作成において、適用期間が”公費の有効終了日～公費の有効終了日”の保険組み合わせが作成されていましたので修正しました。 例）主保険の有効期間　H20.12.1～99999999 公費の有効期間　　H20.10.1～H21.3.31 公費単独分で、”H21.3.31～H21.3.31”の保険組み合わせが作成されていましたので作成しないようにしました。	H20.12.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
22	support 20090204-004	前期高齢者（国保）3割から後期高齢者に変更になった患者の保険追加です。 例 生年月日が昭和8年1月8日の現在76歳。 前期高齢者（国保）で有効期限がH18.10.1からH19.3.31 保険追加をしようとすると『補助区分は老人割合のみ入力可能です』とエラー表示が出て先に進めません。 そこで、補助区分を以下のように操作すると、保険追加ができます 一旦、補助区分を「0：無し」か「1：1割」を選択 再度、補助区分を「3：3割」に変更 トリッキーな作業が必要となってしまいます。	患者登録で前期高齢者の保険の補助区分と適用開始年月日の判定で、補助区分エラーが適用開始年月日による場合、適用開始年月日のみ修正してもエラー解除になりませんでした。正しくチェックを行なうように修正しました。	H21.2.25
23	ncp 20090305-026	社保（本人）と生保の併用の場合、 社保の有効がH21.1.1～9999999 生保の有効がH21.2.12～H21.2.28 このように登録していたものを生保の有効をH21.2.12～9999999と上書きして登録した場合、保険組合せ履歴の組合せウィンドウに以下のように表示されます。 番号　保険　公費1　　適用開始日　適用終了日 ---------- 0002　組合　生活保護　　H21.2.12　　9999999 0001　組合　　H21.1.1　　H21.2.11 0003　組合　　9999999　　9999999 この0003組合の開始日と終了日が9999999～9999999となるのはこういう仕様なのでしょうか？ どういう理由で9999999～9999999となるのか教えてください。	不要な保険組み合わせが作成されていましたので修正しました。 例１ 政府管掌　H20.4.1～99999999 生保　H20.3.11～99999999 生保　99999999～99999999　が作成されていました。 例２ 政府管掌　H20.4.1～99999999 生保　H20.4.11～99999999 政府管掌　99999999～99999999　が作成されていました。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
24	support 20090327-015	ある患者さんのデータを誤って削除してしまったのですが、同じIDで再入力を試みたところ、「患者番号の連番は管理連番以下にしてください」というメッセージが出て登録ができません。 当院ではIDを元に検査データ・レントゲンデータを管理していますので、同一症例に複数の番号が振られると大変困ります。	患者番号構成が標準構成で年が番号にある区分1，2の時、新規の患者番号を自動採番でなく手入力した時、連番号の判定を年に関係なく行なっていました。このため、前年の番号の最大番号が今年の連番号以上だった場合にエラーとなっていました。手入力時の連番号のチェックは、システム管理の年以上の時のみ行なうように修正しました。	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		外来分の診療行為で複数科・保険の行が1行目に入力された場合にエラーとしていますが、複数科・保険を追加した後で行削除により複数科・保険の行が1行目になった場合にエラーとしていませんでした。 1行目が"＄"、"＃"の複数科・保険の行であればエラーとするように修正しました。 1行目に複数科・保険の行を入力して登録すると、主たる保険・科の受診内容がないことになります。この受診履歴を訂正しても展開できませんので、複数科・保険になりません。		H20.3.25
2	ncp 20080326-019	現在のセット登録の期限をH20.3.31で切りH20.4.1～9999999で4月より使用可能の 例）デジタル映像処理加算　15点を入力すると点数マスタがありませんとメッセージが表示されます 新たなセットコードでしたら登録できますが同じセットコードを期限を切って引き続き使用したいのですが登録できません 新コードなので、環境設定は4月以降にしてます。 他に何か操作方法に問題がありますか？	セットの期間を変更した時に、変更後の期間から有効なコードが入力できませんでしたので正しく検索するように修正しました。	H20.3.28
3	kk 13255	神奈川県川崎市の41老人制度改正の資料を入手しましたので送付します。 平成20年4月からの診療に関わりますので、早急な対応をお願いします。 ただし、この41老人を利用している他の市町村についてはまだ制度が確定していないようですので、留意ください。 (現状の制度を続けて利用する可能性がある)	神奈川県地方公費41老人平成20年4月改正対応 （外来負担計算） 保険番号141（負担割合を2割へ変更した場合） （80100＋（総医療費－267000）×1%計算を行い、2割で計算した額と比較し、小さい額を患者負担とします。 総医療費が407520円を超える場合、患者負担を1円単位とします。	H20.3.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	kk 12055	鳥取県の特別医療助成制度が20年4月より変更となります。 鳥取県よりの説明会があり、その資料です。 3部あり、その1です。 基本的には、助成の縮小。 請求方法が、併用レセプト方式への変更です。	鳥取県地方公費平成20年4月改正対応 （入院・外来負担計算） 自立支援と鳥取県障害者医療（対象保険番号：281、282、283）併用時の負担計算 ・自立支援の上限額が医療保険の自己負担限度額の場合 　鳥取県障害者医療の設定に準じて計算 ・育成医療の上限額が40200円の場合 　鳥取県障害者医療の設定に準じて計算（※） ・上記以外の場合、 　全額助成（食事は除く） ※全額助成であるか、鳥取県障害者医療の設定に準じて計算であるかの確認が現状とれない為、とりあえず、上記の計算としています。	H20.3.28
5	kk 13347	大阪の公費取扱い変更のPDFをお送りしたかと思います。 電話にて支払基金に公費の再掲欄の記載をおたずねしたところ、82、83のひとり親は合算にて 老人医療の一部負担金相当額等一部助成87、88、89、90は合算せずに別々で記載ください とのことでした。 文書での通知をお願いしたのですが、予定がないそうです。 87～90については別々で保険番号マスタを作成しないといけないでしょうか？	大阪府地方公費平成20年4月改正対応 （外来負担計算） 一部負担金助成（保険番号187、189、190）について 188等同様に長期併用時は下記の通りとします。 1日目の負担額が長期高額療養の上限を超えた場合、2日目は0円とします。 1日目が上限を超えず2日目の負担額が500円未満になる場合は、その金額を患者負担とします。 972との併用例 （例1） 1日目　3852点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　　0円 （1日目で3852点×3割＝1万円超につき0円） （例2） 1日目　3200点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　400円 （1日目で3200点×3割＝9600円につき400円）	H20.3.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		労災保険の改正 再就労療養指導管理料が円から点に変更になった事で、金額集計部分の修正をしました。 この他リハビリテーションについても対応を行いました。	労災診療費算定については改定対応資料を参照してください。	H20.3.28
7		改定対応 麻酔の計算方法を見直しました。	入力方法に新たなきまり事ができましたので詳細については改定対応資料を参照してください。	H20.3.28
8	request 20080325-001	早速ですが、平成20年4月対応のために4.2.0にバージョンアップさせていただきました。 そこで改正により新設された項目の入力などを試していたのですが、「後期高齢者診療料」を入力した後に、区分コード「403」を入力し、「腰部固定帯加算」を算定しようとすると「後期高齢者診療料を算定時、算定できません」というエラーメッセージが出てきます。 後期高齢者診療料を算定時には処置そのものは算定できませんが、処置の処置医療機器加算は算定できるとありましたので、このエラーを出さないようにはしていただけ ませんでしょうか。	算定可能としました。	H20.3.28
9		改定対応 中国残留邦人等に対する支援給付	中国残留邦人等に対する支援給付については改定対応資料を参照してください。	H20.3.28
10	ncp 20080328-032	4月から算定できる検体検査加算（2）が4/1以降で入力しても自動発生されてきません。施設基準を設定をおこなっています。 他の検体検査加算（1）や検体検査加算（3）は自動発生してきました。 これは自動発生しないものなのでしょうか？	自動発生するように修正しました。	H20.3.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	ncp 20080331-059	1. 業務メニュー画面より［21 診療行為］を開く。 2. 患者は未選択の状態でShift＋F7［病名登録］を開く。 3. 患者を選択する。 4. 病名を登録する。（なにも編集しない場合も同様） 5. F2［クリア］を押して患者を未選択の状態にする。 6. F1［戻る］で診療行為画面に戻る。 →患者は未選択の状態なのに、画面右下部の病名表示エリアに病名が表示されています。 以上、急ぎで動作確認のうえ修正をお願い致します。	患者を未入力のまま診療行為から病名へ遷移した時、病名を登録後、診療行為へ戻った時、最期の患者の病名だけを表示していましたので表示しないように修正しました。	H20.4.2
12	電話お問合せ 4/1 運動器リハ 労災加算	労災で運動器リハに労災加算1.5倍（80区分）を手入力したときに、加算点数が1.5倍になりませんとのお問合せがありました。 ご確認いただけますと幸いです。	労災のリハビリテーション料を算定した時、労災加算を手入力した場合に加算の計算をしていませんでした。 労災加算マスタの区分番号が"H"の為、改定で追加した加算の判定から除かれていましたので修正しました。 なお、労災加算を自動発生した場合は正しく計算をしています。 ※4月 1日に緊急で労災加算マスタを訂正し提供を行っています。	H20.4.2
13		外来迅速検体検査加算における改定対応 改定によりすべての検体検査から別に厚生労働大臣が定めるものに見直されました。 ※尿一般、尿沈渣、ESRが対象となりました。		H20.4.2
14	support 20080401-022	システム管理マスタ1030帳票編集区分情報を20年 4月で期限を区切り、後発医薬品への変更可署名の区分を3月までを0変更不可、4月からを1または 2で登録した場合 3月診療でハルシオンのみ入力し処方せん料 68点を登録してたものを4月のシステム日付で訂正展開しますと処方せん料が 70点に変更されます。 ご確認いただけますでしょうか。	システム管理の1030帳票編集区分情報の後発医薬品への変更可署名を期間変更した場合、訂正時に訂正を行う診療日の情報の検索をしていませんでしたので、自動発生する処方せん料が間違う場合がありました。 訂正時にも正しく自動発生するように修正しました。	H20.4.2

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	support 20080407-012	1 特別療養費 診療行為の割合表示が100%にならない。会計は100%になっている。	就学前に該当する患者の場合、負担割合をシステム内で2割にしますが特別療養費（068、069）の時は変更しないように修正しました。 ※表示上の問題ですので請求額は10割となっています。	H20.4.10
16	ncp 20080404-032	検査の算定についてです。 この4月から、生1のTIBCとUIBCの名称が無くなり、「鉄」を算定すると聞きました。TIBCとUIBCの存在が無くなるのではなく、鉄と一緒になった、と聞きましたが、調べたところ併算定可能とありました。 例えば、TP、Alb、BUN、クレアチニン、TIBC、UIBC、鉄を算定したい場合、7項目としてカウントしたいのですが、TIBCとUIBCは「鉄」になるので、2つ以上入力しようとすると「同一検査を削除します」と言われます。 鉄の入力コードに＊3とすると3回分の入力は可能ですが、3項目としてカウントされず、他の項目とは別々になってしまいました。 上記のような場合、どのように算定すればいいのでしょうか。	改定前の3項目のうち2項目まで算定可能のロジックのため算定できませんでしたので修正しました。	H20.4.10

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	お電話でのお問い合わせ4月8日－訂正時薬情が消える	システム管理１００７の自動算定情報 2薬剤情報提供料（一般）　2算定する（毎回） 4薬剤情報提供料（老人　手帳記載なし）　1算定する（月1回） １３訂正時の自動発生（外来）　1算定する 上記の設定で、後期高齢者の薬剤情報を1回目を自動算定 2回目が手入力の場合に訂正展開しますと1回目、2回目ともに薬剤情報提供料が消える（自動発生しない）とお問い合わせがありました。 登録後Do検索しますと1回目、2回目どちらも◎が表示されており自動発生されたように表示されますが、訂正展開しますとどちらも診療行為確認画面で自動発生がされません。 2薬剤情報提供料（一般）の設定を1算定する（月1回）にしますと１３の設定が1算定するであっても2回とも診療行為入力画面上に薬剤情報提供料が表示されています。 他の設定では１３訂正時の自動発生（外来）が1算定するのときでも1回目が自動発生、2回目は手入力の場合には診療行為入力画面へ表示していました。	老人で自動発生する薬剤情報提供料が（老人　手帳記載なし）の時、訂正で薬剤情報提供料が展開しないことがありました。 一般と老人の手帳記載なしは同じコードですので、一般のシステム管理の区分で判定をするようになっていました。 一般が’2算定する（毎回）’で老人が’1算定する（月1回）’の場合です。 正しく展開するように修正しました。	H20.4.10
18	ncp 20080410-016	後期高齢者診療料算定時に薬剤情報提供料が自動算定されますが、改定診療報酬点数早見表P188-2によると後期高齢者診療を受けている患者に対しては、医学管理等の併用算定ができないものとあります。 念のため、医院様が静岡県の支払基金に確認したところ同様の回答がありました。 自動算定の為、後期高齢者診療料と薬剤情報提供料が併用算定されている医療機関様が多いようです。	後期高齢者診療料と薬剤情報提供料がチェックマスタに登録されていても、薬剤情報提供料を自動発生していました。 薬剤情報提供料を自動発生する時、チェックマスタで併用算定チェックをするように修正しました。	H20.4.15

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	お電話でのお問い合わせ4月2日－ハルナールD錠後発変更不可入力	医療機関へ調剤薬局より後発への変更不可の指示がない場合ハルナールD錠0.2mgはハルスロー0.2mgカプセルへ変更すると連絡があったようです。 日レセのマスタではハルナールD錠0.2mgは後発医薬品欄が0後発医薬品でないになっており、後発変更不可のコメント登録ができず、他の薬剤の入力がない場合、後発医薬品への変更可署名を0変更不可と設定していても署名がされません。	診療行為で'099209903 後発医薬品への変更不可'を入力した時、前の薬剤が後発医薬品がある先発品か後発医薬品でない場合はエラーとしていました。 後発品のチェックはしないように修正しました。	H20.4.15
20	ncp 20080414-017	主科の設定をしている病院さまで、医師が複数いる病院さまなのですが、入院の「診療行為入力」画面から一度登録を押した「診療行為入力ー診療行為確認」画面で印刷可能な入院処方箋について、前バージョン（3.4.0）では、「入院登録」画面の担当医に入力している医師名が「入院処方箋」を印字するさいに、自動的に選ばれて、印刷されてきていたのですが、現バージョン（4.2.0）より、すべて「1010 職員情報」の0001に登録してある医師名を表示するようになっています。4.2.0よりそのような仕様になっているのでしょうか。	診療行為の入院の指示せん発行画面でドクターの表示に入退院登録で登録しているドクターが表示されませんでした。 入退院登録の担当医を表示するように修正しました。	H20.4.23
21	電話問合せ4/17　血糖自己測定器加算	血糖自己測定器加算でインスリン製剤を3ヵ月分まとめて処方した場合に加算を*3で入力することができません。.143で1回分ずつ入力はできるのですが、訂正で展開すると警告メッセージが表示され、回数1回のチェックが外せないので登録が行えません。	診療行為でインスリン製剤を2ヵ月または3ヵ月分以上処方する時に算定する血糖自己測定器加算の2回または3回の入力が出来ませんでした。 .143 在宅加算料 を入力後、血糖自己測定器加算を入力した場合に回数1回のチェックを行わないように修正しました。 手技料＋血糖自己測定器加算で同じ剤に入力された場合は、回数は1回のみとなります。	H20.4.23
22	お電話でのお問い合わせ4月18日－労災ADL加算	労災準拠の自賠責で患者登録で四肢特例区分を1四肢としリハビリの入力をし、ADL加算を算定しますと4月以降ADL加算にも労災1.5倍のコードが自動発生されます。 （点数については1.5倍ではなく違う点数になっています。）	労災でリハビリテーション料の労災加算が労災固有のコードのADL加算等にも自動発生していましたので加算には自動発生しないように修正しました。	H20.4.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23	ncp 20080422-016	.540 150333210 210 閉鎖循環式全身麻酔4　210分 150233410 130 閉鎖循環式全身麻酔5　130分 上記のように入力した場合、日レセでは点数が11570点となりますが、麻酔5の加算は600（30分）点×5（130分）で11690点（8690点+3000点）にはならないのでしょうか？ もし30分未満を切り捨てるようであれば11090点・・・（8690点+600点×4） 150233410 閉鎖循環式全身麻酔5 を150分と入力しないといけないのでしょうか？ 実際の麻酔の実施時間を入力したいのですが。 入力方法の誤りでしょうか？ 解釈の誤りでしょうか？ 麻酔の加算等についての入力方法を教えて下さい。	閉鎖循環式全身麻酔の計算で、基本点数を算定する麻酔の端数加算の計算に誤りがありました。複数の麻酔がある場合、120分以上で30分毎のきざみ値加算が1回のみとなっていました。 正しく計算するように修正しました。	H20.4.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	kk 13506	埼玉県の新座市、朝霞市、和光市、志木市の公費について、H20.4.1～志木市においてはレセプト請求となりました。 また、ひとり親公費については現在は上限設定のある負担有りのものだけがある状態ですが実際は負担無しもあるということです。 よって、保険番号の追加案を添付致しますのでご対応の程よろしくお願いします。 併せて、4月から改定になった志木市のひとり親家庭等医療費の助成に関する資料も添付致しますのでご確認の程よろしくお願い致します。	○埼玉県志木市地方公費対応（平成20年4月診療～） 対象保険番号：481（乳幼児）、482（障害）、483（ひとり親）（低所得者） ア）患者負担 （外来） 患者負担相当額 21，000円未満の場合、患者負担無し 21，000円以上となる場合、一旦患者が全額支払い、後で償還払い （入院） 一旦患者が全額支払い、後で償還払い イ）レセプト記載 （外来） 患者負担相当額 21，000円未満の場合、レセプトに記載する。（一部負担金”0”） 21，000円以上となる場合、レセプト記載しない （入院） レセプト記載しない 注意事項＜外来＞ 会計時に、1ヶ月の患者負担相当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。又、必要に応じて入金処理を行います。	H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
25	kk 13506	埼玉県の新座市、朝霞市、和光市、志木市の公費について、H20.4.1～志木市においてはレセプト請求となりました。 また、ひとり親公費については現在は上限設定のある負担有りのものだけがある状態ですが実際は負担無しもあるということです。 よって、保険番号の追加案を添付致しますのでご対応の程よろしくお願いします。 併せて、4月から改定になった志木市のひとり親家庭等医療費の助成に関する資料も添付致しますのでご確認の程よろしくお願い致します。	○埼玉県志木市地方公費対応（平成20年4月診療～） 対象保険番号：483（ひとり親）（一般） ア）患者負担 （外来） 月1000円上限で算定（※） （入院） 一旦患者が全額支払い、後で償還払い イ）レセプト記載 （外来） 患者負担相当額 21，000円未満1，000円以上の場合、レセプトに記載する。。（一部負担金”1000”） 1，000円未満の場合、レセプト記載しない （入院） レセプト記載しない 注意事項（※）＜外来＞ 月1000円上限で算定を行う為、1000円を超える負担額は発生しません。又、患者負担相当額が21000円以上になる場合、一旦患者が全額支払い、後で償還払いとなる為、保険組み合わせを変更頂く運用にて対応頂く必要がありますので注意下さい。（21000円以上になるかどうかは、医療機関様で管理して頂く事となります。） （例）”主保険＋483（ひとり親）”の場合、”主保険単独”の保険組み合わせに診療行為入力訂正等で変更して下さい。	H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	kk 13902	70～74歳の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置対象者の51公費の併用レセプトの記載要領が北海道国保連合会より通知がありましたのでご対応下さいます様お願い申し上げます。 【現状】:公費の一部負担金の欄には、患者負担額（一割相当額）が記載されます。 例）診療点数；2,000点 　51公費の月額負担金額；2,250円（または5,500円）のとき公費一部負担金欄；2,000円（月額上限額を5,500円に変えても同じく2,000円（1割相当額）が記載されます） 【変更点】：公費の一部負担金欄 　51公費併用のレセプトには医療券に記載されている公費負担医療に係る患者負担金を記載することただし、2割相当額が医療券に記載されている負担額を下回る場合は、一部負担金欄に2割相当額を記載する 例1）診療点数；2,000点 　51公費の月額負担金額；2,250円　のとき2割相当額は4,000円で、月額限度額を上回るので公費一部負担金欄は2,250円（限度額）を記載する。 例2）診療点数；2,000点 　51公費の月額負担金額；5,500円　のとき2割相当額は4,000円で、月額限度額を下回るので公費一部負担金欄は4,000円（2割相当額）を記載する。 対応下さいます様お願い申し上げます。	北海道道単独事業51（受給者番号の頭2桁”71～88”、”91～95”）についても全国公費51と同様に「70歳代前半の一部負担金等の軽減特例措置」のレセプト記載を行います。但し、”91～95”は、一部負担額に食事負担額を含みません。又、以前、下記対応を行いましたが、北海道道単独事業51（受給者番号の頭2桁”71～88”）についても同様の計算を行います。 ---------- 70歳代前半の軽減特例措置に関わる051特定疾患の入院食事負担計算修正 例）51の上限額23100円の場合 請求点　20000点 2割相当額　40000円 1割相当額　20000円 この場合、患者負担20000円となり、 上限23100円－20000円＝残3100円 この残を元に食事負担を計算していたが、 40000円の内訳 ・患者負担20000円 ・指定公費3100円 ・特定疾患16900円 となる事から、 2割相当額　＜　患者51上限の場合のみ 患者51上限－2割相当額＝残 この残を元に食事負担を計算するよう修正しました。	H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	kk 13771	川越市乳幼児は21000円未満は患者負担無し、21000円以上は償還払いとなるようです。（川口市等と同様）	埼玉県川越市地方公費対応（平成20年4月診療～） 対象保険番号：743、442、542 （対象保険番号：743、442） 21，000円未満の場合、医療費・食事患者負担無し 21，000円以上の場合、医療費・食事全額患者負担（償還払い） （対象保険番号：542） 12，000円未満の場合、医療費・食事患者負担無し 12，000円以上の場合、医療費・食事全額患者負担（償還払い） 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又は\12,000）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。 ＜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。	H20.4.28
28		後期高齢者診療料を算定している患者について急性増悪時に実施した処置、検査、画像診断の算定について見直しを行いました。注加算など算定不可としていましたが、注加算、通則加算及び付随するもの（判断料など）については算定ま可能としました。		H20.4.30

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29	電話問合せ 4/30　診療行為入力　動脈血採血	血液ガス分析の採血料区分を「3」で設定し、診療行為入力よりB-Aを手入力して登録すると、訂正画面で展開したときに*2回となりますとのお問合せがありました。 更に、訂正で何も入力せずに登録すると、*3回となってしまいます。	診療行為の登録時の自動発生で、B－A（動脈血採取）は手入力されても、算定元になる検査があれば自動発生していました。 手入力した場合は、自動発生しないように修正しました。 また、入院の場合、検査の算定日とB－Aの手入力の日付が一致しなくても、B－Aの入力があれば一切自動発生はしないようにしました。（自動発生が必要な日だけの判断はできませんので、手入力か自動発生かどちらかの方法で算定して下さい。）	H20.4.30
30	お電話でのお問い合わせ4月28日－後期高齢者高額療養	月の途中で、後期高齢者の保険者番号が変更になった場合入院の高額療養が、保険者毎で計算されています。低所得2の場合は24600円×2で窓口請求、レセプトともに計上されます。この部分は制度が老人のと同様ではないのでしょうか。	月途中で後期高齢者の保険者番号が変更になった場合の負担金計算修正（入外） 保険者単位で患者上限までの計算を行っていましたが、月途中で保険者番号が変更になっても月通算で患者上限までの計算となるよう修正しました。	H20.5.2
31	ncp 20080515-004	慢性疼痛指導管理料を算定したいが、3月に消炎鎮痛処置を算定している為、算定できないとメッセージがでてしまう。 →3/1 消炎鎮痛処置 3/3　慢性疼痛指導管理料 5/1　消炎鎮痛処置 5/2　慢性疼痛指導管理料　←登録と行いますと、 エラー情報0033「平成20年3月3日　消炎鎮痛処置（器具等による療法）上記算定済です。併用算定はできません。」メッセージとなってしまいます。 算定可能かと思われますが、登録が行なえません。	慢性疼痛疾患管理料と消炎鎮痛等処置等との併用算定チェックで、慢性疼痛疾患管理料の初回月以外のエラーメッセージに表示する消炎鎮痛等処置等の算定日が前回の慢性疼痛疾患管理料の算定日になっていたので、正しい算定日を表示するように修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	support 20080521-014	[診療区分] 13 [入力した内容のコード(※)]113001310 悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力する際、検査項目の選択サブが出た時に検査を選択し確定しても、サブ画面が消えるはずが消えなくて、もう一度確定すると検査が60コードで挙がってきています。一つ前の入力コードに[*]があると、このようになってしまいます。13コードできちんと入力出来るようにはならないでしょうか？	悪性腫瘍特異物資治療管理料の検査一覧を自動表示させる時、前の行に回数入力がある場合、検査を選択して確定をしても、再度、検査一覧を表示していました。また、この場合「戻る」を押下しても検査がコメントに編集されていませんでした。正しく動作するように修正しました。	H20.5.29
33	support 20080522-013	1回目に超音波断層撮影（胸腹部）を入力し、同日再診で超音波断層撮影（その他）を入力後、1回目の入力内容を訂正で展開すると、添付ファイルのようにエラーが表示されます。1回目の入力なのに、逓減コードが発生してしまうようです。 また上記の動作ですが、3月診療分以前でエラーが表示され、4月診療分以降で同様の入力を行ってもエラーは表示されません。	同日に複数の受診があり、それぞれで逓減対象の検査を算定している時、訂正で展開した時に最初の検査も逓減をしていました。2006.4.1 から 2008.3.31 までの診療行為で発生していました。正しく展開するように修正しました。	H20.5.29
34	ncp 20080519-007	同月に後期高齢者（課税）から国保（非課税）に変更になった入院患者さん 国保の負担金額が24600円ではなく44400円で計算されてきますし、レセプト負担金額欄は空白です。レセプト負担金額を表示させ負担金も24600円となるようにしていただけないでしょうか。	障害認定取り下げにより、月途中で後期高齢者から国保（70歳未満現物給付対象）に変更となった場合の対応（入院）（国保分） 負担金計算： 　70歳未満現物給付の対象外と判断していた為、上限計算がされていませんでしたので対象とするよう修正しました。 レセプト： 　一部負担金が記載されませんでしたので修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	ncp 20080509-019	公害保険と後期高齢者＋高齢重度障害者（39282025と58280033の併用）を使用している場合で、公害保険で在宅時医学総合管理料１（処方せんを交付）を算定しているのに、健康保険のレセプトに一部負担金額が記載され、国保請求書も在宅分に計上されます。健康保険では在宅時医学総合管理料を算定していないので、一部負担金額を記載せず、国保請求書も通常の外来分に含まれるようにはなりませんでしょうか？	同一月に、公害保険と後期高齢者医療の両方で診療を行い、公害保険で在医総管を算定した場合の対応（外来）（後期高齢者医療分） 負担金計算： 高齢者の現物給付対象と判断していた為、上限計算を行っていましたので対象外とするよう修正しました。 レセプト： 一部負担金を記載しないように修正しました。	H20.5.29
36	お電話でのお問い合わせ－高額療養月途中変更	月途中で保険者番号に変更なし（政府管掌）、記号番号が変更。本人から家族へ変更。保険変更時に高額療養一般適用。 上記の場合に、日レセでは保険者番号に変更がないため、高額療養の適用が月途中からでも合算されています。 保険者が同じ場合であっても、高額療養の認定が途中からであれば高額療養適用開始以前の分は高額療養対象外となるとのこです。 今回は本人から家族となるためレセプト別々の請求となりますが、これが本人から本人の場合でも同じとのことです。この場合レセプトは1枚となるため摘要欄への記載が必要。	月途中で本人家族又は記号番号の変更があった場合（保険者の変更は無し）の現物給付患者負担計算修正 保険者が同じであれば変更前分も累計して変更後の計算を行っていましたが、変更後分のみで計算を行うよう修正しました。 なお、社保・国保分共に、レセプトが1枚になる場合の保険欄－負担金額欄の記載については未対応となります。対応ができ次第修正プログラムを提供しますのでアナウンスをご確認ください。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	お電話でのお問い合わせ－高額療養月途中変更	月途中で保険者番号に変更なし（政府管掌）、記号番号が変更。本人から家族へ変更。保険変更時に高額療養一般適用。 上記の場合に、日レセでは保険者番号に変更がないため、高額療養の適用が月途中からでも合算されています。 保険者が同じ場合であっても、高額療養の認定が途中からであれば高額療養適用開始以前の分は高額療養対象外となるとのこです。 今回は本人から家族となるためレセプト別々の請求となりますが、これが本人から本人の場合でも同じとのことです。この場合レセプトは1枚となるため摘要欄への記載が必要。	社保・国保分共に、レセプトが1枚になる場合の保険欄－負担金額欄の記載について5/29第14回提供のパッチでは未対応でしたので今回対応しました。 例）月途中で記号番号変更による保険変更 4月　1日～4月15日　政府管掌（5801）本人（3割） 4月16日～　政府管掌（5801）本人（3割）70歳未満現物給付適用 変更前　30000点　300000円×0．3＝90000円 変更後　30000点　80100円＋（300000－267000）×0．01＝80430円 保険欄－一部負担金額　90000円＋80430円＝170430円で記載を行います。 ※変更後　20000点　200000円×0．3＝60000円の場合、高額療養費が現物給付されていない為、記載はしません。（空白）	H20.6.5
38	kk 05689	入院時生活療養費適応者の福祉医療費支給対象外の制度名の確認を県福祉課に問い合わせましたところ、重度身障障害者と母（父）子家庭だそうです。	群馬県地方公費入院時生活療養費患者食事負担対応（入院） 保険番号177・187（後期高齢者用） 患者食事負担は”無し”であるが、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である為、患者負担の対象とし、負担計算を行います。レセプト・レセ電の記載・記録についても、助成対象外として記載・記録を行います。	H20.6.5
39	request 20080519-006	障害などによる75歳未満の後期高齢者の場合、診療入力中に「複数科保険」をつかって包括分入力をしようとすると、（KERR）エラー情報[1052]主保険と老人・一般の判定が違います。複数科保険入力はできません、となり閉じるしかなくなる。75歳以上の場合は問題なく複数科保険の入力が出来る。一旦閉じて、二度来院扱いで「包括分入力」を保険指定すれば入力できるが、他の場合と同様の入力が出来るようにして欲しい。	75歳未満の患者で後期高齢者医療に該当している場合、診療行為画面の複数保険入力の”9999 包括分入力”が選択できませんでした。年齢に関係なく、”9999 包括分入力”が選択できるように修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40		システム管理の管理番号1038「診療行為機能情報」の同日再診、訂正選択を”1 選択する”と設定している場合、小児科外来診療料を算定後、同日再診か訂正かの確認メッセージで同日再診にすると選択した場合、同日再診料を自動発生していました。そのため、同日再診料をクリアする必要がありましたので自動発生しないように修正しました。		H20.6.27
41	ncp 20080612-024	時間外緊急院内検査と外来迅速検体検査加算を併用算定しないようにチェックマスタに登録しましたが、システム管理マスタで外来迅速検体検査加算を自動算定できるように設定してあるためチェックがうまくかかりません。どのようにしたらいいのでしょうか。	外来迅速検体検査加算の自動発生時にチェックマスタの併用算定チェックをしていませんでしたのでチェックを行うように修正しました。 ※点数計算の不具合がありましたので第18回パッチ提供で元に戻しました。 ※第１9回パッチ提供で正しくチェック、算定するように修正しました。	H20.6.27
42	ncp 20080623-001	自賠責保険の入力についてお尋ねします。手術入力時に手技に部位加算の１．5倍で入力した時に加算点数を含みません。との記載があります。オルカでの入力時に加算をはずすことができません。入力したい加算は院内感染防止加算（50297990）です。	手術の通則加算で点数項目（院内感染防止措置加算、ＨＩＶ抗体陽性患者の観血的手術加算等）の点数が時間外加算・乳幼児加算などの所定点数に含まれていましたので含めないように修正しました。	H20.6.27
43		労災リハビリテーション医療費算定基準に照らした点数マスタを提供しました。労災リハ（1．2倍）の算定は手入力により算定します。なお、労災リハ（1．5倍）と併せて算定する場合は、それぞれ所定点数に倍率を掛けて得た点数を合算して点数を算定しています。		H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
44	ncp 20080628-004	システム管理マスタの1007自動算定・チェック機能制御情報より、15：検体検査加算自動発生を1算定するに設定した場合、6月27日のパッチ提供を行うと、診療行為入力ー診療行為確認の外来迅速検体検査加算（自動発生）の点数が1項目1点表示になり、診療行為入力ー請求確認画面には点数、金額が反映されません。 登録後、診療行為画面より再度訂正で呼び出した場合、登録時と診療内容が違います。とメッセージが出ます。（1007自動算定・チェック機能制御情報の13訂正時の自動発生は0算定しないの場合） エラー情報を閉じると正しい点数が表示されます。27日のパッチ提供を行うと上記現象になります。調査宜しくお願い致します。	6月27日にパッチ提供を行った外来迅速検体検査加算の自動発生時にチェックマスタの併用算定チェックを行うようにしましたが、点数計算が正しくされていませんでしたので元の内容に戻しました。 ※第19回パッチ提供で正しくチェック、算定するように修正しました。	H20.6.28
45	ncp 20080628-004	システム管理マスタの1007自動算定・チェック機能制御情報より、15：検体検査加算自動発生を1算定するに設定した場合、6月27日のパッチ提供を行うと、診療行為入力ー診療行為確認の外来迅速検体検査加算（自動発生）の点数が1項目1点表示になり、診療行為入力ー請求確認画面には点数、金額が反映されません。 登録後、診療行為画面より再度訂正で呼び出した場合、登録時と診療内容が違います。とメッセージが出ます。（1007自動算定・チェック機能制御情報の13訂正時の自動発生は0算定しないの場合） エラー情報を閉じると正しい点数が表示されます。27日のパッチ提供を行うと上記現象になります。調査宜しくお願い致します。	併用算定チェックと点数計算を正しく行うように修正しました。	H20.7.1
46	ncp 20080710-010	内科で健診後整形外科で受診した。入力で内科では初診DUMMYで入力し複数科保険で整形外科を選択し111011810初診（同日複数診療科）を入力すると消えてしまいます。 保険医協会のQ&Aには「算定できる」となっているそうですが・・ どのように入力したら整形外科で同日複数初診は算定できるのでしょうか？	診療行為で、099110001 初診料（DUMMY）、099120001 再診料（DUMMY）を入力した時、複数科保険指定で111011810 初診料（同日複数診療科）が入力できませんでした。 診察料DUMMYを入力した時、他の診察料を削除するようにしている為、同日初診も削除していました。同日初診は算定できますので削除しないように修正しました。 ※平成20年4月診療分からの対応となります。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47	7/22 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 初診料	2/21 初診料（1回目） 7/4 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 7/11 全病名 治ゆ 7/19 初診料（2回目） 上記の内容で入力した際に、訂正で展開するとエラーが表示されますとのお問合せがありました。（併用算定チェックのエラー処理は「9」で設定）	診療行為の訂正の展開時に、併用算定で警告となる診療行為が算定されている時、”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。”を表示していました。 警告チェックを点数計算前に行っているので警告エラーとなり点数計算をせずに剤の点数チェックを行った為に診療内容が変更になったと判断して警告が表示されていました。診療内容に変更がない場合、表示しないように修正しました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	support 20080716-013	入院患者で、診療行為を2種類の組み合わせで入力。（保険は自費や自賠責と健保、健保単独と公費併用どちらでも同じでした。） 2種類の保険を入力すると同じ日で2つの歴ができる。 7月1日の組み合わせ0001と0002の場合 7月1日 (1)　0001 7月1日 (1) 1　0002 この7月1日 (1)の内容を7月1日 (1) 1の内容に診療訂正で変更する。 同じ保険組み合わせで7月1日 (1)と7月1日 (1) 1の歴に変更されます。 7月1日 (1)　0002 7月1日 (1) 1　0002 （逆の場合、7月1日 (1) 0002を7月1日 (1) 1　0001に変更すると歴は7月1日　0002 のようにまとまる。） 同じ保険組み合わせで受診歴が上記のようになった場合剤変更すると下記のような動作になるようです。 1. 会計照会で7月1日 (1)の内容の回数を変更 診療訂正で展開すると7月1日 (1)を展開すると7月1日 (1) 1に入力してあった内容が展開される。7月1日 (1) 1は何も表示されない。 他の日付の (1) 1も何も表示されなくなる。 2. 会計照会で7月1日 (1) 1 の内容の回数を変更 診療訂正で展開すると7月1日 (1) 1が何も表示されない。7月1日 (1)を展開すると先に会計照会で変更した 7月1日 (1) 1の内容が展開される。 他の日付の (1) 1は何も表示されず (1)に (1) 1の内容が展開される。 この現象の後、再度剤変更するとどちらも何も表示されない。	入院の診療行為で同日に同じ科で複数の保険組合せで受診履歴がある時、訂正で保険組合せを既に履歴のある保険組合せに変更した時、受診履歴が正しく更新されませんでした。 訂正する受診履歴が先に登録した受診履歴だった時、受診履歴が1つにまとまらず、同じ保険組合せで2件作成されていましたので正しく更新を行うように修正しました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	support 20080728-003	＜現象＞ 入院による診療行為登録の画面にて、同じ診療日に、異なる保険組み合わせで登録をする。その後、先に登録をした保険組み合わせの診療行為を訂正で開き登録を行うと、 【DB更新エラーになりました。SEに連絡をしてください。】 JYURRK INS ERR KEY:0100000110331012008080110001 1 とエラーメッセージが表示され登録することができない。 ・7月25日のプログラム更新の処理を行うと現象が発生する。 ・訂正の際に、追加登録をしなくても現象が発生する。 ・診療行為をすべて削除し、診療行為の履歴を削除する場合は、エラーにはならない。 ・tbl_jyurrkにはデータは入っている。 ・画面コピー添付ファイル参照。 ※画面では未来日になっているが、過去の診療、新規での登録すべてで現象が発生している。	入院で当日に同じ科に複数保険で登録があった時、先に登録した保険組合せの受診履歴を訂正した時、登録時に更新エラーとなっていましたので正しく更新を行うように修正しました。	H20.7.28
50	support 20080731-008	対応ありがとうございました。 しかしPG更新後でも、同様の登録状況から保険の変更を行った場合にエラーが発生することがわかりました。 同日で、異なる保険組み合わせが登録されている状況で、保険組み合わせを変更し登録すると、エラーが表示され登録ができません。 エラーは、前回と同じ内容です。 【DB更新エラーになりました。SEに連絡をしてください。】 JYURRK INS ERR KEY:********* 調査をよろしくお願いいたします。	入院の診療行為で、当日に複数の保険組合せで受診履歴が作成されている時、最初に入力した保険組合せの履歴を訂正で展開後、保険組合せを変更して登録した時エラーとなっていました。 正しく登録できるように修正しました。 なお、変更した保険組合せが既に当日算定済みであればエラーとはなりません。	H20.8.6

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51		診療行為入力で中途終了データを展開し登録まで行っても中途終了データが消去されず残ることがありました。 中途終了データを展開中に他端末から同じ患者番号を入力して中途終了データを展開した後、戻るなどで患者番号をクリアすると中途終了データの展開中区分もクリアされていました。この為、最初に展開している端末でも中途終了データ展開中であることが判断できなくなり請求確認画面から登録しても中途終了データが残っていました。 排他中の端末では中途終了データの解除は行わないように修正しました。		H20.8.26
52		平成20年8月18日にコメントマスターの提供がありましたが、プログラム修正を行ってからマスター更新データの提供を行います。 時間外緊急院内検査・時間外緊急画像診断加算の直下のコメントコードが840000113、840000114であれば、コメントコード（840000044、840000071）の自動発生は行いません。 なお、自動発生したコメントコード（840000044、840000071）は削除できませんので、840000113 ”緊検）　日　時　分 ”等の入力方法は以下となります。 160000210 時間外緊急院内検査 840000044　緊検）日 時 ← 自動発生するコメント 1. 840000044 を 840000113 に上書き変更してENTERを押下する。 2. 840000044 の下に 840000113 を入力後、840000044 を削除する。 以上となります。840000114 ”緊画）　日　時　分 ”も同様となります。		H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	お電話でのお問い合わせ8月26日－複数科入力自動	複数診療科（保険）入力で院内処方の場合で内科　主保険＋公費　にて薬剤入力 複数保険にて内科　主保険単独にて麻毒加算のある薬剤入力 外科　主保険単独　薬剤入力 上記の内容で入力しますと調剤料、処方料は内科で麻毒加算のある主保険単独と外科で自動発生します。 内科では主保険＋公費で処方料、調剤料を算定したいため手入力にて主保険＋公費に処方料、調剤料を手入力しますと外科の自動発生していた処方料、調剤料も消えてしまします。 内科の主保険＋公費で処方料のみ手入力すると外科では調剤料のみ自動発生します。マニュアルには同一診療科内で次の条件で自動発生ますと記載されていますがお問い合わせの場合には外科分も処方料、調剤料は手入力にて算定するのでしょうか。	診療行為で複数科の入力を行い、両方の診療科に投薬があった時、最初の診療科に処方料・調剤料を手入力した場合、後の診療科で登録時の処方料・調剤料の自動算定をしていませんでした。正しく自動算定を行うように修正しました。 ※2008年4月診療分以降について修正しました。	H20.9.26
54	kk 16572	佐賀県乳幼児につきまして添付資料「第２（5）自己負担額」より保険者毎に自己負担が発生するとあります。 月途中で保険者が変わった場合、一部負担金は 保険者A＋佐賀乳幼児　　で　　300円 保険者B＋佐賀乳幼児　　で　　300円 となるようです。	佐賀県乳幼児（保険番号181）負担計算対応 月途中で保険者が変更になった場合 （乳幼児の月途中の変更は無し）の乳幼児の患者負担について、各300円上限で計算を行うよう対応しました。 主保険A＋乳幼児　患者負担300円） 主保険B＋乳幼児　患者負担300円）	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	kk 16598	下記の件、支払基金殿に詳細を確認したところ、 > 例：月途中で保険者が変わった場合の一部負担金 > 保険者A＋「45」で　600円 > 保険者B＋「45」で　600円 という考えのようです。 つまり、月途中で保険が変更になった場合、それが社保→社保であれ、社保→国保であれ、国保→国保であれ、新旧でそれぞれに患者負担600円が発生するということです。 （1レセプトにつき600円という考え） 前回のメールでは、私は48公費に限った話としておりましたが、 45公費単独も48公費併用も同様の考えであるようです。 （600円を患者が持つか、48公費が持つかの違いのみ）	徳島県乳幼児（保険番号245、445）負担計算対応 月途中で保険者が変更になった場合 （乳幼児の月途中の変更は無し）の乳幼児の患者負担について、各600円上限で計算を行うよう対応しました。 主保険A＋乳幼児　患者負担600円） 主保険B＋乳幼児　患者負担600円）	H20.9.26
56	support 20080904-012	入院の診療行為入力について教えていただきたいのですが、医療機関様で、入院診療行為で、超音波検査を逓減から算定したいという事だったので、検査逓減を手入力しました。初日と2回目以降との剤を分ける必要があると思いますので分けて入力しています。 登録時はきちんと入力できているのですが、訂正で2回目以降の超音波が入力されている日を表示し、何かを修正し登録した後、レセプトを確認すると検査逓減が2重になっていて剤が分かれて記載されてきます。 （逓減の文字も2列） これは入力方法が間違っているのでしょうか？ 手入力を行わずに、算定履歴などから履歴を先に作成する必要があるのでしょうか？	検査の逓減を自動発生する時、逓減が手入力されていても逓減コードを自動発生していました。その為、同じ剤に逓減コードが2つ算定することがありました。自動発生するコードと同じコードが登録されていれば、自動発生しないように修正しました。	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	support 20080903-002	以下の件で、返戻があったそうです。返戻レセプトを添付しますので、ご確認の上、ご回答をよろしくお願いします。 療養病棟の病院様で、前期高齢者で低所得1の患者様においてレセプトに、生活療養食事療養標準負担額（後期高齢者低１（老福以外））と明記されていて、そのため、返戻となりました。 負担金額＝15,000円 生活療養食事療養標準負担額　1食＝130円 は、問題ないと思うのですが、レセプトの記載内容が原因で、返戻になったようです。 ちなみの、該当医療機関様は、今年4月より、レセ電で請求しています。	患者番号と診療日から老人対象を判定する時、削除されている後期高齢者保険も判定の対象としていました。その為、７5歳以下で後期高齢者保険の登録がなくても老人と判断していることがありました。 削除した保険は対象としないように修正しました。	H20.9.26
58	support 20081007-030	以下の条件で、トリガポイント注射の入力コードの前に8が入ってしまいます。ユーザから指摘があり当社でも再現しました。 環境設定で、8 夜間・早朝を設定 在宅患者訪問診療料 トリガポイント注射		H20.10.28
59	support 20081008-020	削除病名が継続中のものを削除しています。その場合は、初診料を自動発生しています。 削除病名の転帰が中止で登録されています。通常、中止から1ヶ月経過している場合には初診を自動発生しますが、中止されている病名を削除した場合に、再診を自動発生してきます。	外来の診療行為で病名から初診料・再診料を判定する時の転帰した病名検索で削除した病名も対象となっていました。その為、初診料でなく再診料を自動算定することがありました。削除分は検索条件対象外とするようにしました。	H20.10.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
60	kk 16940	「特定疾患（51）」は国が定める疾患と北海道で定める疾患が存在しておりますが、公費負担番号の法別番号は“51”で統一しておりましたので、日レセの患者登録での登録方法は全て“051特定負有”か“091特定負無”を使用しておりました。しかし、平成20年10月1日から“北海道で定める疾患”に関しては、公費負担番号の法別番号が“83”に変更なりますので現状で日レセでの登録は出来ません。（法別番号が変更になるだけで内容変更はありません。） 10月からの使用が出来るようように対応をお願い致します。	北海道特定疾患（道単独事業）対応（平成20年10月診療分～） 対象保険番号：183（法別83） 1. 患者登録 ア）今までの”051”による公費登録は9月30日で区切り、10月1日より”183”で登録を行います。 イ）所得者情報－公費負担額欄にて、上限額の入力を行います。 ウ）”183”を複数持つ場合の適用期間チェックは行いません。 エ）保険組合せ履歴－保険組合せ欄の右に”受給者番号”を表示します。 オ）所得者情報－公費負担額欄の下に”受給者番号”を表示します。 2. 負担金計算 ア）入力した上限額を参照し負担金計算を行います。 イ）受給者番号（頭2桁）が91～95の入院食事負担計算は、上限額に関係なく”患者負担あり”で計算を行います。 ウ）前期高齢者特例措置の入院食事負担計算対応（受給 3. レセプト ア）請求点を記載省略しません（同点数の場合） イ）前期高齢者特例措置の一部負担金記載対応 ウ）保険欄－一部負担金欄の記載がある場合、10円単位で一部負担金記載を行います。 エ）保険欄－一部負担金欄の括弧再掲を記載省略しません。 オ）一部負担金をゼロ記載します（機関番号＝602）。 カ）一部負担金を記載省略しません（同金額の場合）（機関番号＝602）。 ※”051”での北海道特定疾患（道単独事業）対応は、平成20年9月診療分までとしました。	H20.10.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
61	kk 16011	91重度医療＋長期＋15更正の一部負担金の計算については、15更生の1割で計算し、更生の上限金額に達するまで広島県地方公費の91重度医療の一部負担金100円が発生するそうです。 （例）15更生上限額（10000円） 1日目　3553点 主保険　35530×（3割）＝　10660円 91重度　　100円 更生　35530×（1割）＝　3550円 長期　3550円　＜　10000円 患者様負担は100円 2日目　7553点 主保険　75530×（3割）＝　22660円 91重度　　100円 更生　75530×（1割）＝　7550円 長期　11100円　＞　10000円 患者様負担は100円 1日目で更生の上限に達していないため、2日目負担金が発生します。 3日目は更生の上限に達しているため、負担金発生なしとなります。	広島県地方公費重心（191、291）の外来負担計算対応 （主保険＋更生＋重心＋長期の対応） ＜主保険＋重心＋長期＞ 初日に患者負担相当額が10000円を超える場合、患者負担は初日の200円のみで、2日目以降”請求なし”となりますが、 ＜主保険＋更生＋重心＋長期＞ 更生1割の金額が更生の上限又は10000円を超える場合、その診療以降”請求なし”となるよう修正しました。 （例）主保険3割、更生上限10000円 ・1日目　6000点 主保険　18000円 更生　6000円 重心　200円 ＜患者負担　200円＞ ・2日目　6000点 主保険　18000円 更生　4000円 重心　200円 ＜患者負担　200円＞ ・3日目　6000点 主保険　18000円 更生　0円 重心　0円 ＜患者負担　0円＞	H20.10.28
62	ncp 20081031-002	精神科専門療法の「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」についてご質問いたします。 点数早見表によりますと、「初診の日から起算して1年以内の期間に・・・」とありますので、通常「H19. 4. 1」が初診日とすると「H20. 3. 31」までしか算定ができないと考えられます。しかし、ORCAで実際に入力をしますと「H20. 4. 1」にも加算が自動算定されてしまうため手動で削除することができません。	診療行為で、通院・在宅精神療法を算定した時に自動発生する、通院・在宅精神療法（20歳未満）加算を初診料算定日から1年の判定が初診算定日の1年後の翌日からとなっていました。そのため、1年後にも加算の自動発生をしていましたので正しく判定するように修正しました。	H20.11.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
63	support 20081030-007	> 月途中で受給者証が変わった場合の対応 >　変更前の負担も考慮し負担計算を行う対応）につきまして、 > お問い合わせがありましたのは特別医療費（知障）ですが、 > 対象は鳥取県地方公費全般（入院・外来）で良いか > 提出先へご確認いただけますでしょうか。 障害福祉課さんへ確認いたしましたところ、鳥取県の地方公費全般が対象になるそうです。	月途中の受給者証変更時負担計算対応 （鳥取県地方公費全般（入外）） 月途中で受給者証が変わった場合（同一保険番号）、変更前の負担も考慮し負担計算を行うよう対応しました。	H20.11.26
64	お電話でのお問い合わせ11月6日－領収書公費一部負担金	後期高齢者1割＋特定負有　上限23100円 上記の場合で定期請求で公費一部負担金が23110円で計上されるとお問い合わせがありました。 10月1日～10日で合計点数が16475点（分点なし） 生活療養が260×30で7800円となるので16480＋7800＝24280円＞23100円 公費一部負担金が23100円となるはずが23110円となります。 こちらでも再現できました。 点数×割合が公費上限額未満 生活療養分を含め公費上限額を超える点数の1桁目が5の場合公費一部負担金が＋10円で計上されるようです。	051等月上限額に食事を含む場合の入院負担計算修正 医療費点数の下1桁が”5点”で、かつ、医療費部分患者負担と食事負担の合算で上限に達する場合、患者負担が上限＋10円で計算されていたので修正しました。 例）後期高齢者1割、051（上限23100円） 医療費点数　15555点 食事負担　260円×30食＝7800円の場合 15555点×10円×1割＝15555円→15560円 残の計算を1円単位を使用し四捨五入していた為 23100円－15555円＝7545円→7550円 食事　7800円＞7550円　→　7550円 結果、15560円＋7550円＝23110円 残の計算を修正し、上記の場合、残が7540円になるよう修正しました。	H20.11.26
65		Ver4.3.0で退院時の処方せん対応を行いました。これにより点数マスタのシステム予約マスタ（後発品への変更不可）を入院、入院外の適用に変更しましたので入院で当該マスタを入力された場合にエラーとするようにしました。		H20.11.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
66	request 20080515-002	障害福祉の負担者番号が同一（同じ市町村）で受給者番号を月途中に変更した場合、受給者番号ごとに月400円までの一部負担金が発生してしまいます。本来、1患者様が1医療機関で支払う一部負担金は月400円までですので、現在は受給者番号変更した場合には月400円を越えた部分を手修正していただいています。	月途中の受給者証変更時負担計算対応 （広島県地方公費（保険番号191、291）（入外）） 月途中で受給者証が変わった場合（同一保険番号、同一市町村（負担者番号（3:5）である事）、変更前の負担も考慮し負担計算を行うよう対応しました。	H20.11.26
67	ncp 20081111-008	政管+967高額（一般　入院患者のレセプト負担金額についてお問い合わせ 保険組合せ 政管　3844　阜かきう　H15.4.1～H20.7.30 政管　3844　岐阜北任継　H20.7.31～22.7.31 高額（一般　　H20.7.1～21.7.31 ＜入院期間＞ H20.7.25～20.8.31 ＜H20.7.1～7.31迄の入院仮計算より＞ ①7/1～7/30　合計点数78263点　負担金額85256円 ②7/31～7/31　合計点数3378点　負担金額10130円 ＜H20.7分収納登録＞ 合計点数81641点 負担金額85594円 ※レセプト負担金額欄には85594円が記載されなければならないが、①+②=95386円の金額が記載されてしまいます。 原因としては②の金額が高額医療の計算対象となっていない為起こったようです。	月途中で任継又は継続になった場合 （保険者番号・本人家族は同じ、記号番号のみ変更時）の現物給付患者負担計算修正 変更前、変更後別々に計算を行っていたが、変更前分も累計して変更後の計算を行うよう修正しました。	H20.11.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
68	kk 17433	プログラム名：p41-saga.4.2.0.ver04.tgz 佐賀県地方公費、乳幼児医療費受給資格証の負担金計算の不具合についてご報告いたします。 月の途中にて保険者は変更なく、引越し等で乳幼児医療費受給資格証が変更の場合、乳幼児医療証変更それぞれに、負担金300円を算定します。これを、1レセプトにつき300円算定するようにお願い致します。 例）月の途中にて乳幼児医療受給資格証のみが変更の場合 協会　＋　乳幼児医療（鳥栖市）患者自己負担：300円 協会　＋　乳幼児医療（佐賀市）患者自己負担：　0円 ※この場合1レセプトにつき300円を負担します。	佐賀県乳幼児（保険番号181）負担計算対応 月途中で乳幼児の受給者証が変更となった場合（保険者の月途中の変更は無し）の乳幼児の患者負担について、合算300円上限で計算を行うよう対応しました。 主保険＋乳幼児A　（患者負担300円） 主保険＋乳幼児B　（患者負担　0円） 徳島県乳幼児（保険番号245、445）についても同様に対応しました。（上限600円）	H20.11.26
69	11/25　電話問合せ　精神通院結核　患者負担なし	兵庫県医師国保組合（283077）について、精神通院および結核併用時に、窓口負担0円で対応していただくことは可能でしょうか。 http://www.kokuhoren-hyogo.or.jp/0005iryo-kikan/pdf/1-2.pdf	兵庫県医師国保組合（283077）＋021精神通院又は010（感37の2）の対応 ＜負担金計算＞ 患者負担を0円とします。（010の入院時、食事負担も0円） ＜レセプト一部負担金記載＞ （021）本来患者が負担すべき金額を記載します。（1割又は上限額に達するまでの金額） （010）”0”を記載します。 ＜レセプト入院食事療養記載＞ （010）食事負担がない場合の記載方法で記載します。	H20.12.2

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	kk 17577	お忙しい中、大阪ひとり親家庭の資料をお送りいただきありがとうございます。 大阪ひとり親家庭につきましては食事負担がない保険番号マスタの提供を予定していますが、乳幼児につきましてはいただいた資料には書かれていないようです。 乳幼児の食事負担について助成される資料がありましたらお送りいただけますでしょうか。	大阪府地方公費対応 保険番号 ”282”の外来負担計算について、長期併用時は下記の通りとしました。 1日目の負担額が長期高額療養の上限を超えた場合、2日目は0円とします。1日目が上限を超えず2日目の負担額が500円未満になる場合は、その金額を患者負担とします。 972との併用例 （例1） 1日目　3852点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　0円 （1日目で3852点×3割＝1万円超につき0円） （例2） 1日目　3200点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　400円 （1日目で3200点×3割＝9600円につき400円）	H20.12.24
71	kk 17910	大阪府の地方公費資料をベンダ様よりご提供いただきました。	大阪府地方公費対応（乳幼児医療費） 保険番号 ”286”の外来負担計算について、長期併用時は下記の通りとします。 1日目の負担額が長期高額療養の上限を超えた場合、2日目は0円とします。 1日目が上限を超えず2日目の負担額が500円未満になる場合は、その金額を患者負担とします。 972との併用例 （例1） 1日目　3852点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　0円 （1日目で3852点×3割＝1万円超につき0円） （例2） 1日目　3200点　患者自己負担額　500円 2日目　3158点　患者自己負担額　400円 （1日目で3200点×3割＝9600円につき400円）	H21.1.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
72	お電話でのお問い合わせ10月15日－超音波検査逓減	超音波検査で同月内に 1回目　UCG以外　断層撮影法とMモード法 2回目　断層撮影法　その他 の入力をした場合に2回目が100分の90に逓減されません。 UCG以外で断層撮影法とMモード法を併用した場合は「2」の「イ」により算定すると点数表に記載されておりますが、100分の90の逓減が2回目が「3」の場合に自動発生しているようです。 お問い合わせ先の医療機関様で撮影部位は別でしたが、減点されきたとのことです。 UCG以外の断層撮影法とMモード法は断層撮影法と同一の撮影方法ではないのでしょうか。	診療行為で超音波検査の月2回目以降逓減を行なう検査の判断で、超音波（UCG以外）（断層撮影法とMモード法）（160072450）をUCGの検査としていましたが断層撮影法の検査に変更しました。	H21.2.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
73	request 20090216-003	後期高齢者＋障害＋低所得の患者様の在医管算定時の一部負担金について 後期高齢者＋障害（広島県地方公費191・291）＋低所得（1・2）をお持ちの患者様で、在医管算定時の一部負担金が、ケースを問わず200円×4回で請求されます。正しい請求は、例えば1日目の診療で8,000点を超える場合、患者様への請求は1日目の200円のみとなります。長期・インターフェロン治療等と同様で、8,000点を超える場合請求が発生しない様、修正をお願い致します。	後期高齢者＋広島県地方公費（保険番号191、291：障害）の外来負担金計算 ”低所得者”かつ”在医管算定”かつ”後期高齢者＋広島県地方公費（保険番号191、291：障害）”の保険組み合わせである場合の外来負担金計算を下記のようにしました。 （8000円と診療済みの1割相当分累計額と1日上限（200円）を比較する。） 例１ 1日目の1割相当分が8000円を超えた場合 1日目　9000点　患者自己負担額　200円 2日目　3000点　患者自己負担額　0円 （9000円＞8000円となる為、0円） 例２ 1日目の1割相当分が7900円の場合 1日目　7900点　患者自己負担額　200円 2日目　3000点　患者自己負担額　100円 （8000円－7900円＝100円） （200円＞100円） 例３ 1日目の1割相当分が7000円の場合 1日目　7000点　患者自己負担額　200円 2日目　3000点　患者自己負担額　200円 （8000円－7000円＝1000円） （200円＜1000円）	H21.3.26
74		診療行為の外来で、診療科を変更して訂正した時、受診履歴の連番が更新されないことがありました。 訂正内容が複数科・保険組合せでの入力でなく、変更前の診療科で複数の受診があった場合に、変更前の診療科の受診履歴の連番が更新されませんでした。 正しく変更するように修正しました。		H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
75	ncp 20090306-009	生活習慣病を算定 ↓ 月半ばで後期高齢者に変更 ↓ 生活習慣病管理料で包括扱いになっていた検査などが 後期高齢者保険では算定可 ↓ エラーがかかり入力できない	生活習慣病管理料を算定している月途中で、後期高齢者となった場合、生活習慣病管理料に包括される投薬・検査等の算定ができるようにしました。 警告等は一切できませんので、パッチ適用後は生活習慣病管理料の包括がなくなります。 特に訂正では、投薬が算定可能となり処方料・処方せん料が算定されることがあります。 なお、診療行為を老人点数で算定する場合のみとなります。 ７５歳未満で、後期高齢者保険が登録されていても自費保険での入力であれば一般点数ですので、包括されます。 また、チェックマスタから行なう併用算定チェック（生活習慣病管理料と併用算定できない管理料等）についてはチェックをはずすことはできません。生活習慣病管理料を算定していても、後期高齢者保険で他の管理料を算定する場合は、チェックマスタの設定を警告に変更して下さい。	H21.3.26
76		入院中の患者を外来診療行為でアフターケアを表示中に保険を変更して、入院への画面遷移の確認メッセージを表示します。 この時、NO を押下するとそのままの状態で外来診療行為が入力できました。その為、入院中にアフターケア以外の保険で外来が入力できていました。 NO を押下した時は、診療日を入院日に変更するようにしました。		H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
77	ncp 20090224-024	７5歳以上の年齢の方で、後期高齢者に該当しない方の患者登録方法を御教示いただけないでしょうか。 ＜背景＞ 私立学校教職員共済の家族の方が来院されましたが、生年月日が昭和7年 8月 16日でした。保険者様に確認したところこの方は海外に住所を有する方との事で、下記のアドレスにある取扱いに従い、後期高齢者に該当しないので、特例として請求してくださいと依頼されました。 尚、この方は「高齢受給者（前期高齢者）」の扱いとなり後期高齢者の点数は算定できず、またレセの右上の記載は「高外一」になると保険者様より教えていただきました。 http://www.kokuho.or.jp/general/roudou_tsuchi/lib/hoho_0220003.pdf （3頁　問３　７5歳到達時に海外に住所を有する者の取扱いはどうなるのか） http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf （4頁　後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する七十五歳以上の者） 患者登録業務で、入力しようとすると、「後期高齢者に到達しました。後期高齢者の保険を登録して下さい。」と表示され入力ができませんでした。	保険番号マスタ 977 後期非該当 を準備しましたのでマスタ更新により適用してください。 該当する場合は、患者登録で公費情報欄に977 後期非該当を登録します。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
78	support 20090311-005	前期高齢者の高額療養費の負担金について 福島県の医療機関より問い合わせです。 入院患者　S9.3.19生（74歳） 入院日　H20.11.8 保険証 ①　071019（国保）1割　本人 記号　XXX 番号　XXXX 有効期間　H20.9.1～H21.2.22 ②　071019（国保）1割　家族 記号　XXX 番号　YYYY 有効期間　H21.2.23～H21.3.18 月の途中で①から②へ保険変更になり会計を作成したところ ①での会計→点数83424点　負担金額44,400円（高額療養費該当） ②での会計→点数22752点　負担金額22,750円 レセプトの負担金額は67150点となっている。 福島県の国保連合会国保係へ確認 請求先は同じでレセプトは1枚となり、負担者番号は同じで本人から家族への変更なので1保険とみなすため1か月の2つの保険を合わせて上限額は44,400円となる。とのご回答でした。	前期高齢者の高額療養費計算修正 （月途中の保険変更時） 同一保険者の場合、本人家族の変更や記号番号の変更があっても、変更前の患者負担等を引き継いで計算するよう修正しました。 （今までは保険者、本人・家族、記号番号が同一でない場合は引き継がない計算をしていた。）	H21.3.26
79	support 20090317-013	閉鎖循環式全身麻酔の計算方法についてご教示ください。 閉鎖循環式全身麻酔２　40分 閉鎖循環式全身麻酔４ 110分 閉鎖循環式全身麻酔５　 5分 を行った場合、ORCAで入力を行うと13520点になりますが、手計算すると13460点になります。どこで間違ってますでしょうか？ ＊手計算式＊ 基本となる2時間 　閉鎖循環式全身麻酔２　40分＋閉鎖循環式全身麻酔４ 80分＝12200点 残りの時間 　閉鎖循環式全身麻酔４ 30分＝660点 　閉鎖循環式全身麻酔５　5分＝600点 合計で13460点　という計算を行いました。	閉鎖循環式全身麻酔の点数計算に誤りがありました。 麻酔１、麻酔２、麻酔３の算定がある場合、麻酔１と麻酔２の時間の合計が２時間＋３０分（１５０分）となり、端数がなくなった場合、端数の麻酔３の時間を麻酔２に加算していました。 端数の時間を麻酔３で加算するように修正しました。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
80	kk 18561	所沢の医療機関様より障害者公費対応を依頼されました。以前より重度障害者の助成制度があった様ですが今回初めて患者様が来院したため登録できないとの問い合わせがありました。所沢の福祉総務課に確認しましたところ所沢乳幼児と同じ扱いで21000円まで無料で21000円を越えた時点で全額負担になるとの事でした。資料の請求をしましたが頂くことが出来ませんでした。通常のマスタでは負担金の設定が出来ませんので対応の程よろしくお願い致します。	埼玉県所沢市地方公費582（障害対応（平成19年10月診療分～） 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 　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） ※保険番号543（乳幼児と同様です。	H21.4.24
81	support 20090413-014	麻酔の点数についてお問い合わせがありましたので、確認頂きます様お願いします。 閉鎖循環式全身麻酔２　51分 閉鎖循環式全身麻酔４　49分 閉鎖循環式全身麻酔５　35分 日レセで入力すると12,860点になりますが、手計算すると12,800点になります。 Ver4.3.0　6回プログラム更新済　です。	閉鎖循環式全身麻酔の計算で、麻酔が3つ以上あり麻酔１と麻酔2の時間の合計が120分以下で、かつ、麻酔3との合計で120分以上となる場合、点数計算に誤りがありましたので修正しました。 きざみ値の加算を麻酔3でなく、麻酔2で行なっていました。	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	kk 18742	平成21年4月より東京公費の社保の請求方法が、レセプト請求となりましたが、レセプト記載の仕方の変更が必要のようです。	東京都地方公費平成21年4月改正対応 平成21年4月診療分からの改正ですが、平成21年3月診療以前の月遅れ分も同様の記載となる事から対応時期の設定は行いませんので、御注意ください。 対応内容 ＜負担金計算＞ 主保険＋マル子（588）の計算（限度額認定証がない場合） 社保・・一律一般区分として現物給付計算を行う。 国保・・現状通り。現物給付計算は行わない。 ＜レセプト記載＞ １ 公費欄－一部負担金欄記載（マル障（180、380）、マル親（181、381）） 　ア）保険欄－一部負担金の記載がない場合・・1円単位で記載 　イ）保険欄－一部負担金の記載が10円単位である場合・・10円単位で記載 　ウ）保険欄－一部負担金の記載が1円単位である場合（1%計算となる場合） ・・1円単位で記載 ２ 保険欄－一部負担金欄記載（地方公費全般） 　ア）社保・・一律一般区分の金額を元に記載 　イ）国保・後期・・現状通り。所得区分に応じた金額を元に記載 ３ 全国公費を併用する場合で、異点数がある場合の請求点記載（地方公費全般） 　国保・後期・・保険欄－公費1＝公費2の請求点となる 　例）1000　1000 　　300 → 300 　　1000　700	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
83	ncp 20090427-013	診療行為の画面で自費の数量を入力するとその数量分の金額が計算されますが、自費が診療行為の画面の次頁に入力されている場合、訂正で呼び出すと数量で計算されない元の金額に戻ってしまいます。 例） コード:095000001 名称　:ニューレテラタイ　1m＝600円 金額　:600円 で点数マスタ登録 診療行為の画面で「次頁」にニューレテラタイの数量を0.15　で入力=>90円で会計 095000001 0.15　*ニューレテラタイ　　×1　　90 診療行為の画面で「訂正」で呼び出して、「次頁」を開くと0.15　で90円で入力されていたはずが、600円と表示される。 1画面でおさまっている場合は訂正で呼び出しても90円でそのまま表示されます。	診療行為で自費コードに1以下の数量を入力した時、訂正で展開しても数量が1になっていました。入力した数量で展開するように修正しました。	H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 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		未コード化傷病名コード(0000999)で登録された病名を病名マスタコードに振り直すことができませんでしたので修正しました。 病名コード欄に0000999が表示されている場合、カーソルを病名欄にもっていきエンターを押下します。この時点で、病名コード欄の“0000999”が消えます。“病名編集”の表示が消えたら、内部的に病名コードの振り直しが成功したことになります。 （振り直された病名コードについてはShift+F10（CD表示）で確認できます）		H21.3.26
2	request 20080428-001	診療履歴が無い患者で病名登録画面を開くと、診療科がデフォルト表示されない状態で開きますが、その状態（診療科が設定されない状態）で病名登録ができてしまうので、診療行為画面のように診療科をデフォルト表示して欲しいと要望をいただきました。	システム管理1042「病名・コメント機能情報」で初期表示する診療科を「0 標準（最終受診科、遷移時は選択診療科）」と設定したときに、診療履歴が無い患者で病名登録画面を開くと、診療科が空白で表示されそのまま登録ができてしまいましたので更新時のチェックを修正しました。	H20.5.29
3		病名登録画面で診療科複写または移動を行ったとき、同一病名のチェックの条件設定に不具合がありましたので修正しました。		H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	ncp 20080410-015	請求確認の項目名で不明な点がありますので、調査お願いします。 （2）「23収納」で入院履歴を「履歴修正」ボタンで開いた際、請求確認画面上の自費項目名が表示されません。 ちなみに外来履歴の場合は自費項目名が表示されております。	グループ診療対応ができていませんでしたので修正しました。	H20.4.15

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ4月7日－入院レセプト点数欄	3月より日レセ使用している医療機関で3月分の入院レセプトの認知症機能障害加算が摘要欄には記載されているが、点数欄に集計されていないとお問い合わせがありました。 レセプトと画面コピーをお送りいただきましたが、他に療養環境加算も集計されていないようで、合計欄にも集計されておりません。 入力については手入力で診療行為より入力されたとのことです。	会計照会の剤変更で入院料（診療区分＝90、92）の剤の時、点数計算をしていませんでしたので修正しました。	H20.4.10
2		会計照会の受診履歴から診療日を指定して受診履歴を追加する処理で剤の回数を加算せず上書きしていました。 回数を加算するように修正しました。 また、受診日変更をした場合、選択した受診履歴の日と変更する日が同一日の時、診療日変更が可能となっていたためその日の回数が不正となることがありました。 同一日の診療日変更はエラーとするように修正しました。		H20.4.10
3	kk 13763	お問い合わせいたしました「会計照会から包括分入力のまとめ入力」ができない件ですが、画面コピーを送付いたします。よろしくお願いいたします。	会計照会で保険組合せ一覧に包括分保険（0999）が表示されないことがありましたので修正しました。 システム管理の”1007 自動算定・チェック機能制御情報”を期間変更した開始月を会計照会で表示した場合です。	H20.4.23
4	support 20080604-019	診療行為入力では時間外特例に変更できるのに、会計照会では「時間外特例医療機関ではありません。時間外特例は算定できません。」のアラートがでてしまい、変更できません。	会計照会の剤変更で時間外区分の”4時間外特例加算”と”8夜間・早朝加算”がエラーとなっていましたのでエラーとしないように修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20080618-013	入院患者の登録において診療行為画面にDO履歴がでない不具合について報告いたします。 ＜＜経過＞＞ 医療機関さまで、診療行為の画面にて6月 1日で診療内容を入力した後、会計照会で回数の変更をしました。再度診療行為で呼び出すと診療日に何も表示されていなかったという現象が起こりました。現状は、6月20日よりも前の診療行為のデータが閲覧できません。障害が起こるまでの操作としては、操作の途中も別段変ったことはなかったそうです。また、上記操作はすべて同一日、一連の流れで行なったそうです。	会計照会で剤の回数を変更後、プレビューを押下して確認メッセージから変更内容を更新します。プレビューから戻った後、そのまま剤の回数変更して登録した時、受診履歴の剤番号がクリアされることがありました。この為、DO、訂正で正しい診療内容が展開されませんでした。プレビュー時に更新を行った後でも受診履歴を正しく登録するように修正しました。	H20.6.27
6		平成20年4月23日に提供したパッチ（会計照会の不具合）で不具合が見つかりました。 会計照会から保険組合せ一覧を編集する時、対象を月で検索する為に診療日の日を00にして検索しています。この為、システム管理等の検索には日に01を設定するように修正しました。が、日ではなく、診療日に01を編集していました。 この日で検索しているのは、システム管理の包括保険の算定有無の判定です。これらは、診療日に関係なく期間の開始が00000000～ のデータが対象となっていましたので正しく修正しました。		H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	ncp 20080903-004	73歳で障害をお持ちの後期高齢者 3割の方を、後期高齢者 1割に保険一括変更しようとすると 変更前と後の一般・老人判定が違います。診療行為の訂正で変更して下さい」とエラー情報が表示され、一括変更出来ないというお問合せがありました。 患者登録、診療行為共に後期高齢者として入力されており、同じ年齢の27老人 3割→ 1割の一括変更は可能であったにもかかわらず、判定が違うために一括変更できないというのは不具合ではないでしょうか？ ご検証をお願いいたします。 保険組合せは、下記の通りです。 生年月日：S9年 9月 9日 後期高齢 3割/助成 87/長期→後期高齢 1割/助成 87/長期 助成 87＝大坂地方公費 73歳の後期高齢単独の 3割→ 1割も同様です。	会計照会の保険一括変更で、75歳未満の患者の変更前後が後期高齢者保険でも、 変更前と後の一般・老人判定が違います。」のエラーとなることがありましたので修正しました。	H20.9.26
8	request 20080912-003	67才、後期高齢者保険（1割）+心障償還+更正をお持ちの患者様が、平成 20年 8月 1日より後期高齢者保険の負担割合が変更になり、後期高齢者保険（3割）+心障償還+更正になられました。 すでに8月診療分を1割負担の保険にて登録していたので、1割負担の後期高齢者保険を平成 20年 7月 31日で有効期限を切り、平成 20年 8月 1日より新しく3割負担の後期高齢者保険を保険追加にて登録し、会計照会の保険一括変更より保険組合せの変更を行おうとすると‘変更前と後の一般・老人判定が違います。診療行為の訂正で変更して下さい。’とエラーが表示され、変更出来ませんでした。 75才以上で同じように検証してみたところ、無事に保険一括変更出来ましたので、おそらく67才という年齢から、一般と判定されているのではないかと思われます。 67才であっても、後期高齢者保険である事に変わりはないので、普段の後期高齢者保険から後期高齢者保険への変更の際と同じように、保険一括変更が出来るようにして欲しいと、弊社ユーザー様よりご要望がありました。	会計照会の保険一括変更で、75歳未満で後期高齢者保険以外と後期高齢者保険の変更を、平成 20年 4月診療分から警告メッセージを表示後、変更できるようにしました。 警告メッセージが表示された場合、算定されているコードの老人適応区分が保険に添っているかどうかの確認が必要です。診療行為の訂正が確実となります。	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9		会計照会で排他中の患者を表示した時、受診履歴からの診療日変更、追加が可能となっていましたので変更できないように修正しました。		H20.11.26
10	ncp 20090107-009	EEG8をある保険で入力し、登録しました。その後、会計照会画面よりEEG8の剤を選び、剤変更から保険組合せの変更を行いました。EEG8には脳波検査判断料が算定できるので、これについても剤を選び剤変更から保険組合せの変更を行いました。すると、算定履歴や会計照会には正しい保険が選ばれた脳波判断料が表示され、レセプトも正しく計算されますが、診療行為画面には表示されません。（システム管理マスタの自動算定・チェック機能の訂正時の自動発生（入院）を「算定しない」にする） もう一つ、算定履歴の回数表記は訂正を行った分もカウントされるようですのでおかしいです。 また、CT撮影も同じように検証しました。CT撮影を算定後、自動発生されるコンピュータ断層診断が同じく診療行為画面に表示されません。 自動算定される項目を会計照会にて剤変更から保険組合せを変更した場合に不具合が起こるのではないかと思うのですがいかがでしょうか？ このためにサンプル帳票の診療行為区分集計表の保険別と病棟別の合計が合わないのではないかと思われます。	会計照会での入院の剤変更で保険組合せを変更した時、算定履歴の更新に不具合がありました。また、受診履歴の最後の剤を保険組合せ変更した場合、受診履歴に剤番号を編集しない不具合がありました。 正しく変更を行なうように修正しました。	H21.1.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	お電話でのお問い合わせ2月18日－入院注射入力	入院の注射入力で．350を宣言し回数を10回以上にしますとレセプトに薬剤が計上されません。10回以上の入力の薬剤が麻薬の場合には会計照会で展開し登録を押下しますと“点滴手技料を削除しました。確認して下さい。”とエラー情報が表示され麻薬注射加算が削除されます。手入力に麻薬注射のフラグを入力しても登録を押下しますと削除され登録が行えません。 ．330を宣言し入力した場合には会計照会で麻薬注射加算の削除はされませんが、レセプトに計上はされません。 9回までであればレセプトも正しく計上されますが回数10回以上は入力はできるが表示はできないのでしょうか。 入力は ．350 塩酸モルヒネ注射 *10/1－10 のように入力しているとのことです。	会計照会の入院点滴手技料のチェック・削除で回数が10回の薬剤は手技料を削除していました。点滴薬剤の回数を1桁で判定していた為、10回の算定が0回となり手技料を削除していました。正しく判定するように修正しました。	H21.2.25
12	support 20090224-009	会計照会画面で表示されている薬剤と、チェック画面で表示されている薬剤が異なります。 チェック画面では、エレメンミック注・点滴注射用バンコマイシンが表示されていません。またチェック画面を比べても、2/9には表示されているオルガラン注が2/10～は表示されていません。	会計照会のチェック画面で表示する明細が100行以上ある時、表示しない明細が発生しました。診療日の降順に最大100行まで、正しく編集するように修正しました。 画面の表示は100行ですが、内部の編集は200行としています。明細行が200行以上ある場合は表示しない明細が発生します。コード順に表示しますので、どの明細が表示対象外となるかは不明となります。	H21.3.26
13		会計照会で診療内容の画面編集を中間データに保存していますが、データ長が画面編集領域より短かいことが判りましたので修正しました。		H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	ncp 20090501-025	入院調剤料についてお伺いします。 先月に処方した分の入院調剤料が月をまたいでいた場合、退院時に消えていた調剤料が復活してしまう現象がありました。 （例） 1） 4/25に入院している患者に10日分内服を処方 4/25～5/4まで入院調剤料が発生する 2） 4/30退院 → 退院日以降の入院調剤料は削除される （5/1～5/4分） 3） 5/10再入院し、内服処方 4） 会計照会画面で確認すると、2）で削除されたはずの 5/1～5/4分の入院調剤料が復活する その後剤削除しても、処方があるたびにまた出てきてしまうようです。	入院で入院調剤料を自動発生する時、入院日が1日で前月に退院日があった場合、前月の投薬内容を入院調剤料の自動発生に含めていました。入院日が1日の時も前月の投薬は対象外とするように修正しました。	H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	電話問合せ 4/7 夜間緊急体制確保加算	有床診療所入院基本料2の場合、標記加算（15点）を設定しても入院会計照会に入ってきませんとのお問合せがございました。	有床診療所入院基本料 2を算定時に、病棟設定された夜間緊急体制確保加算が自動算定できない不具合がありましたので修正しました。	H20.4.10
2		入退院登録業務にて特定入院料コンボボックスで、 ・診療所後期高齢者医療管理料（15日以上） ・診療所後期高齢者医療管理料（14日以内）（生活療養） ・診療所後期高齢者医療管理料（30日未経過の再入院）（生活療養） について、改定前の名称で表示されていましたので修正しました。		H20.4.10
3		70歳代前半の軽減特例措置に関わる051特定疾患の入院食事負担計算修正 例）51の上限額 23100円の場合 請求点　20000点 2割相当額　40000円 1割相当額　20000円 この場合、患者負担 20000円となり、上限 23100円－ 20000円＝残 3100円 この残を元に食事負担を計算していましたが、 40000円の内訳 ・患者負担 20000円 ・指定公費 3100円 ・特定疾患 16900円 となる事から、2割相当額　＜　患者 51上限の場合のみ 患者 51上限－ 2割相当額＝残 この残を元に食事負担を計算するように修正しました。		H20.4.10

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4		有床診療所入院基本料の注加算 ・看護配置加算１ ・看護配置加算２ ・夜間看護配置加算１ ・夜間看護配置加算２ については全て併算定可能となる解釈によりシステム管理の管理番号5001病棟管理情報で設定を可能としました。		H20.4.15
5	ncp 20080415-021	本日お電話で問い合わせていた、自賠責保険の保険組合せを選択すると、生活療養の入院基本料が選択できない件ですが、急ぎで回答をお願い致します。	入退院登録業務において、自賠責・健保準拠または労災公務災害・健保準拠の保険で療養病棟に入院する65歳以上の患者について、一般と生活療養の入院基本料のいずれかを選択して算定できるように修正しました。	H20.4.23
6	お電話でのお問い合わせ4月28日－労災入院基本料加算	労災で入院基本料は2週間以内であれば健保点数の1．3倍、それ以降は1．01倍となりますが、看護配置加算1、夜間看護配置加算等4月からの新設コードが加算の対象となっていないようです。 労災の資料に変更点は記載されていませんので、入院基本料に示されている加算は対象となると思うのですがご確認いただけますでしょうか。	4月から新設された入院料の加算コード（入院基本料等加算でなく、入院料の注加算が対象）について労災での入院基本料計算（入院期間により健保点数の1．3倍または1．01倍）への考慮が漏れていましたので修正しました。	H20.4.30
7	ncp 20080530-015	医療機関様から、入院中の患者が他医院に転院することになり、救急搬送診療料を算定するので入院基本料を「32 入院会計照会」でその日1日分削除したところ退院仮計算で室料と食事代が1日分少なく計算されていると問い合わせがありました。 食事は朝と昼まではとっていてその後に他医院に搬送されたそうです。「32 入院会計照会」を確認したところ食事代も室料も算定している状態になっています。 社内で同様の処理を行うと同じ現象が起こり、退院登録を行っても同様に1日分食事代と室料が算定されず計算がされていました。入院基本料を算定せずに食事代・室料を算定する方法があれば教えていただけないでしょうか。	入院患者の救急搬送診療料を算定した日について、入院基本料が算定できない為、該当日の食事も算定できなくなったので、これを算定可能とするように修正しました。 ※ただし、暫定的な対処とした為、入院基本料未算定日の入院料加算自動振り落としが実装できませんでした。これは後日修正する予定ですが現状は必要に応じて入院会計照会画面で入院料加算のカレンダーを操作してください。	H20.6.5

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	お電話でのお問い合わせ6月11日－特別な関係にある医療機関登録	入院歴作成で歴の選択を、3他院歴（特別な関係にある医療機関）とし継続入院で入院登録をしても、起算日が自院の入院歴からとなります。入退院登録画面では入院日は初歴の入院日を表示しており、91日以上の日付も初歴の入院日から通算していますが、入院基本料の起算日が自院の入院登録の日付からとなっております。こちらについては対応されていないのでしょうか。	入院歴作成画面（103）で「3 他院歴（特別な関係にある医療機関）」として登録された入院歴を初歴として入院登録された場合に、該当履歴を通算日数カウントに含めるよう修正しました。	H20.6.27
9		・一般病棟10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） ・（選）一般病棟10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） ・結核病棟10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） ・専門病院10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） ・（選）専門病院10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） 7月1日より適用となる上記入院料を算定する場合はプログラム更新、マスタ更新を行った後に、システム管理「5001 病棟管理情報」より、有効期間7月1日開始日で病棟の設定を行ってください。 病棟設定後、該当病棟に入院する患者の異動処理を実施して、算定入院料の変更を行ってください。		H20.6.27
10	support 20080628-002	昨日の第17回のパッチをあててから、退院登録できない患者がいます。退院登録を行うと、「入院料の算定がない日に入院料加算が算定されています。確認してください。」というメッセージで退院できません。また、入院仮計算でも同じメッセージで退院の計算ができません。 /usr/lib/jma-receipt/patch-lib/の下のパッチを削除してjma-receipt再起動すると（パッチがあたってない状態）、退院登録は可能になります。	6月27日にパッチ提供を行った入院料未算定日の入院料加算チェックで、過去入院分の入院料加算についてもチェックがかかり、誤ったエラー表示により、退院登録・退院仮計算において、患者負担計算が出来なくなりました。入院料加算チェックを該当入院期間の範囲で行うように修正しました。 ※第19回パッチ提供で正しくチェックするように修正しました。	H20.6.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	support 20080628-002	昨日の第17回のパッチをあててから、退院登録できない患者がいます。退院登録を行うと、「入院料の算定がない日に入院料加算が算定されています。確認してください。」というメッセージで退院できません。また、入院仮計算でも同じメッセージで退院の計算ができません。 /usr/lib/jma-receipt/patch-lib/の下のパッチを削除してjma-receipt再起動すると（パッチがあたってない状態）、退院登録は可能になります。	入院料未算定日の入院料加算チェックで、 （例） 6月 1日～政府管掌で入院 6月 1日に政府管掌で．900にて入院料加算を診療行為入力 6月 2日に自費保険で入院料加算以外の診療行為入力 入院料算定保険組み合わせ以外の保険組み合わせの入院料加算チェックで、誤った判定により、”入院料の算定が無い日に入院料加算が算定されています ”とエラー表示され、退院登録・退院仮計算において、患者負担計算が出来なくなりました。又、レセプト作成において、仮収納データが作成出来なくなりました。 上記のような場合にエラー表示されないよう修正しました。	H20.7.1
12	support 20080701-017	電話で問い合わせをした件です。 症状：入院レセプト一括作成をすると入院会計が未作成ですとエラーになり、レセプトが印刷出来ない。 対処：該当患者様をテスト患者様にして頂き、レセプト発行頂いております。 検証：1. データ抜き後、該当患者様が排他制御情報該当であったので、排他情報を削除する。 2. 退院取消、入院取消（会計含まない）後もエラーで処理が中断する。 3. 入院会計テーブルは4月のみ作成されている。 4. 患者取消、テスト患者にてデータを作成すると処理は終了しました。 画面添付しておりますので、ご確認頂きます様お願いします。	退院時に削除する退院日以降の診療行為で入院調剤料の削除は、退院日の月＋1月の削除を行っていました。このため、入院調剤料のみの剤が残る月がありレセプトが作成できませんでした。 退院時に削除した受診履歴の月＋1月の入院調剤料を削除をするように修正しました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13		入院料加算チェックのメッセージ表示修正 7月 1日政府管掌で入院 7月 1日政府管掌＋公費で．900で入院料加算を診療行為入力 この場合、チェックする保険組み合わせの順番で先に、政府管掌＋公費のチェックを行っていた為、”入院料未算定日に入院料加算有 ”とメッセージ表示していましたが、入院料は政府管掌で算定している為、”入院料加算の保険組み合わせ確認 ”とメッセージ表示するよう修正しました。なお、メッセージ表示について、複数に該当する場合、下記の優先順位で表示を行います。 １ 外泊日に入院料加算有 ２ 入院料加算の保険組合せ確認 ３ 入院料未算定日に入院料加算有		H20.7.25
14		入院登録時に設定された食事欄を転科転棟転室による会計データ作成時にも反映するよう対処しました。（会計データが既存の場合は従前どおり食事データを保持することとし、会計データを新規作成する場合が対象です）		H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	support 20080723-009	自立支援医療(15更生と長期)併用で入院の場合、下記ご教示ください。 条件　15更生　月額負担 5,000円　公費負担医療(15更生)と長期(月額上限10,000円)混在の場合 (所得者情報　入外上限額　5,000円設定) ①入院料　国保+長期にて作成 　診療行為　国保+長期と国保+更生+長期で作成した場合 　請求書　国保+長期　10,000+食事療養　国保+更生+長期　0円　になります。 ②入院料　国保+長期にて作成 　診療行為　国保+長期と国保+更生で作成した場合 　請求書　国保+長期　10,000+食事療養　国保+更生　5,000円　になります。 ③「公費負担医療のみ」 　入院料　国保+更生+長期にて作成 　診療行為　国保+更生+長期にて作成 　請求書　国保+更生+長期　5,000円+食事療養費　1枚　になります。 ①は正しいのでしょうか? ①の場合、国保+長期　5,000円+食事療養　国保+更生+長期　5,000円とはならないのでしょうか? ②の場合ですと、負担金がおおくなります。 ③の場合、食事療養費は公費(15更生)ではなく 国保+長期になると思いますので他の操作が必要なのでしょうか? 設定が不足でしょうか? 操作方法等をご教示ください。	入院負担金計算優先順位変更（長期を含む場合） 下記例のように、公費をもつ方を優先させるようにしました。 例１ 入院料　国保+長期 診療行為　国保+更生+長期 計算順番 1. 国保+長期 2. 国保+更生+長期 ↓ 1. 国保+更生+長期 2. 国保+長期 例２ 入院料 7/１～7/１５　国保＋長期 7/１６～　国保＋更生＋長期（16日より更生取得） 計算順番は、例１と同様としました。	H20.8.6

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	support 20080627-005	入院レセプト 国保　10：結核公費　前期高齢者　高所得で自己負担限度額を超える場合 について、レセプトの負担金額の計算が誤っているようです。 国保連合会様より以下の通り、指摘がありました。 本来 （9600円） 請求点（保険）50，169点　　負担金額）90，127円 請求点（？）　3，199点　　負担金額）82，127円 となるべきところ、 （9600円） 請求点（保険）50，169点　　負担金額）90，447円 請求点（？）　3，199点　　負担金額）82，447円 と計上されています。 82，127円について 80,100円＋(469,700円?267,000円)×1% が正しいのではないでしょうか？ 82，447円について 80,100円+(501,690円?267,000円)×1% で計算されているようです。 高額療養費の計算について確認をお願い致します。 恐れ入りますが、6月請求分でのレセプトに該当がありますので、 至急、回答をお願い致します。	入院高齢者3割の負担金計算修正 患者負担上限金額の計算について、80100＋（主保険単独分の総医療費－267000）×0．01で計算を行うよう修正しました。 例）高齢者3割 主保険単独　　46970点 主保険＋010　　3199点 ※患者負担 ＜主保険＋010＞ 31990×0．05＝1600円 ＜主保険単独＞ 80100＋（501690－267000）×0．01＝82447円 82447円－1600円＝80847円 ↓ ＜主保険＋010＞ 31990×0．05＝1600円 ＜主保険単独＞ 80100＋（469700－267000）×0．01＝82127円 82127円－1600円＝80527円 ※レセプト （9600） 保険　50169点　　90447 公費１　3199点　　82447 ↓ （9600） 保険　50169点　　90127 公費１　3199点　　82127	H20.8.6
17		乳幼児又は幼児である患者が「療養病棟入院基本料（特別入院基本料）」を算定する病棟に入院登録を行った場合に、乳幼児加算、幼児加算が自動発生しない不具合がありましたので修正しました。		H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	退院登録エラー	以下の状態で退院登録を行いますと“外泊日に入院料加算が算定されています。確認してください”とエラー情報が表示され処理ができません。 7月 1日入院 1～ 31日入院料加算を算定 8月 17日外泊 入院料加算算定なし 7月の定期請求をせずに8月 27日退院登録 定期請求を2期に設定してますが、7月の 2期の定期請求処理後に退院登録をしますと処理が行えます。1期のみの定期請求処理後では同じくエラーが表示されます。7月 17日の入院料加算を削除しますとエラー表示されなくなります。	入院料加算外泊チェック修正 例）政府管掌 7月 ：1日～入院、10日に診療行為で入院料加算入力 7月の外泊は無し 8月 ：10日に外泊 上記のような事例（当月外泊日と前月入院料加算入力日が同じ日）で、定期請求を行なっていない状態で、退院計算（7月分、8月分）を行なった場合、“外泊日に入院料加算が算定されています。確認してください”とエラー表示がでる不具合がありましたので修正しました。	H20.9.26
19	support 20081002-007	現在入院中の方で入院歴の入院日が間違っているのに気付かれて、入院歴修正を行うために一旦 05入院取消しをした状態です。その後、入院歴の入院日の修正を行い登録を押すとエラー情報が出て登録できません。	入退院登録業務で、入院歴作成で作成した“入院中”の自院歴を修正する際、入院日を修正前の日付よりも新しい日付に変更しようとすると不正にチェックがかかって修正ができない不具合がありましたので修正しました。	H20.10.28
20	お電話でのお問い合わせ10月 9日－回復期リハビリテーション病棟労災レセ	回復期リハビリテーション病棟入院料 1で重症患者回復病棟加算を算定時、治療の為の外泊の日に労災レセに加算が算定されません。	労災保険での入院で他医療機関受診を行なわれた場合に、該当日の入院料加算が算定できない不具合があったので修正しました。 算定入院料 ：回復期リハビリテーション入院料１ 入院料加算 ：重症患者回復病棟加算	H20.10.28
21		改正等により入院料の点数マスタ有効期間が切れた場合、該当入院料で入院会計を既に作成済みである患者について負担計算（退院登録、退院時仮計算、定期請求）時に入院料の有効期間切れであるメッセージを表示するようにしました。 この対応に併せて、負担計算時に入院会計の保険組合せが無効なものでないことのチェックを行い、有効期間切れである場合メッセージを表示するようにしました。		H20.11.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	お電話でのお問い合わせ11月18日－入院通算日数表示	入院歴作成で歴を作成し、同日に入院登録し退院処理を行いますと通算日数が1日少なく表示されています。 10月1日～28日　歴作成　他院歴 10月28日～31日　入院登録 とした場合　他院歴の通算日数は減算され27日となります。 入院歴の画面で 10月1日～28日　日数27日　通算27日 10月28日～31日　日数4日　通算30日 と表示されます。 27日＋4日で31日とはならないのでしょうか。	入院歴作成で他院歴を作成し、同日に入院登録し退院処理を行うと、入退院登録画面の入院歴コラムリストの通算日数が1日少なく表示されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H20.11.26
23	kk 18152	以前にお知らせいたしました本市の公費負担医療制度導入における資料を添付いたしますので、ご多忙のところ恐縮ですがご参照のほどお願いいたします。	埼玉県さいたま市地方公費 入院時生活療養費患者食事負担対応（入院） 保険番号352、353、354 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半額助成対象外とし計算を行います。 レセプト・レセ電についても、半額助成対象外として記載・記録を行います。食事療養と混在する場合は、食事療養分のみの記載となります。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		療養病棟に入院する患者に対して作成する「医療区分・ADL区分に係る評価票」の様式が4月より変更になりましたので対応しました。 (1)システム管理「5014 医療区分表示情報」の4月から有効となるものについて、医療区分の番号体系を新様式の評価票に合わせました。 (2)入院会計照会業務－医療区分・ADL区分登録画面について、4月以降の医療区分の番号体系を新様式の評価票に合わせました。		H20.3.28
2		入院会計照会－医療区分・ADL区分登録画面とシステム管理「5014 医療区分表示情報」で表示する医療区分名称を厚生労働省から提供されたコメントマスタの名称に合わせました。		H20.4.15
3	support 20080425-017	「入院会計照会」から特定の患者を選択すると固まるという現象を報告されました。データベースを確認したところ、データの中にsrycdtotalが0のものがありました。どういった対応を行えばよろしいでしょうか？	入院会計照会の剤変更で剤の内容をすべて削除して登録した時、処理ループを起こしていました。 剤の明細がない時は登録できないように修正しました。 ※入院料が必要ないときは、剤の回数をゼロにしてください。	H20.4.28
4	ncp 20080501-021	入院基本料を06 療養病棟入院基本料（特別入院基本料）（生活療養）にて登録してます H20.4.1から低所得2の設定と標準負担額減額開始日と長期入院該当年月日を入力していますが1日の生活負担額が950円となり、1食210円と計算されます。1食160円の計算が正しいと思われますのでご確認の上回答宜しくお願い致します。	「療養病棟入院基本料（特別入院基本料）（生活療養）」または「有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料）（生活療養）」の入院料算定時に、入院医療の必要性の高い患者の生活療養標準負担額判定をADL入力画面（147）で設定された医療区分より行う仕様に変更しました。	H20.5.2
5	request 20080611-001	厚労省のホームページ内、平成20年度診療報酬改定に係る通知等についてのページにて平成20年度診療報酬改定関連通知の一部訂正についてが6月2日に更新されているようです。 ADL区分の 23 その他の難病（スモン及び12～14までを除く。）が 23 その他の難病（スモン及び20～22までを除く。）に修正されています。	名称を修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		入院会計照会画面に各病棟毎の入院日数を表示していますが、異動処理日と退院日が重複した場合に異動先病棟の入院日数が正しく表示されない不具合がありました。 （例） 7月 1日にA病棟に入院登録 7月 11日にB病棟に異動登録 7月 11日に退院登録 上記登録後、入院会計照会画面のB病棟入院日数が0日と表示されていました。		H20.8.26
7	ncp 20080910-012	入院会計照会のADL区分の食事排泄等のa～dの項目が翌月に引き継がないとのことです。前月の☆印の入力欄に適正な値が入力されていれば翌月に引き継がれると認識してたのですが、同様の現象が他のユーザで報告されていないか確認したいためメールを送らせて頂きました。 尚、システム5000で、ADL区分入力するで設定済 システム5015で、ADL翌月引継ぎにするで設定済 になっております	システム管理の［5015 医療区分・ADL点数情報］で、頻度の定められていない医療区分を翌月に引き継ぐように設定されている場合に、日毎に評価の行う医療区分の入力があると、医療区分・ADL点数の引継ぎ処理が正しく行われないことがありましたので修正しました。	H20.9.26
8	お電話でのお問い合わせ12月8日－ADL区分入力算定期間	ADL区分入力で、算定期間に限りがある区分で内部的にチェックをかけているもの（連続する期間のもの）を入力する際に、月末で算定期間に達した場合翌月1日の入力を行ってもエラーとなりません。 １　24時間持続して点滴を実施している状態 を11月24～30日で入力しますと12月1日入力時エラーがかかりません。2日入力でエラーとなります。	日数チェックを見直し修正しました。	H20.12.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	3/9 入院会計照会 精神科急性期	1月30日より精神科急性期治療病棟入院基本料1で登録し、3月の会計テーブルを登録すると、3,200点で表示されますとのお問合わせがありました。	精神科急性期治療病棟入院料1について、1月30日又は31日に入院登録を行い、入院会計照会画面で3月分の会計を作成した場合に、会計作成結果に不具合がありました。30日以内と、31日以上で入院点数が異なる特定入院料※について会計作成時の日付設定に考慮漏れがあった為、修正しました。 また、「52 月次統計」より処理を行なう入院会計一括作成処理についても同様の不具合がありましたのでこれについても併せて修正しました。 ※その他修正対象の特定入院料 精神科急性期治療病棟入院料２ 精神科救急入院料１ 精神科救急入院料２ 精神科救急・合併症入院料	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20080605-024	入院定期請求のエラーの件ですが、下記の画面コピーを添付致します。 医療機関に確認したところ、3月収納画面コピーの伝票番号6845は、間違えて退院処理をしてしまったようです。なお、定期請求は2月分しかしておらず、3月・4月分は定期請求をせずに退院登録をしたようです。ご確認の程、よろしくお願い致します。 ・23収納画面　⇒　2、3、4月 ・31入退院登録画面 ・32入院会計照会画面　⇒　2、3月 ・33入院定期請求　⇒　個別作成エラー画面	定期請求の個別指示画面にて、過去の請求分の請求期間が選択できない不具合がありました。以下の条件にすべて該当する場合、前回退院日と同月で請求取消しを行った期間が個別指示画面から選択できませんでした。 (1)同月再入院があり、再入院分を定期請求処理している。 (2)前回退院日と再入院日が同じ定期請求の請求期間に含まれる。 (例)定期請求が月二回（1日～15日,16日～月末） 入院期間が 1日～18日と20日～ ※前回退院日の18日と再入院日の20日が同じ定期請求の期間に該当する (3)再入院分の定期請求を請求取消している。	H20.6.27
2	support 20090508-025	大阪のユーザー様で、患者さんの負担金が月/１000円となるはずなのに月/1万円で計算されてしまう、とのお問合せがありました。 保険組合せ：後期高齢者/972長期/187助成８７ 入院：H20.6.26入院 請求期間：1期（1～15日）2期（16～末） 4月分の 1期の請求までは、患者さん負担金１000円＋食事代でしたが 2期で９000円となりました。	医保入院定期請求負担計算修正（地方公費＋長期を含む保険組み合わせの場合） 地方公費の保険番号マスタ設定が”日－上限額、月－上限回数の設定あり”で、月 1回目の定期請求時で月－上限回数に達している場合、月 2回目の定期請求時の負担計算が正しく行われませんでしたので修正しました。 （4月 24日パッチ（長期併用時対応）での不具合です。）	H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

34 退院時仮計算

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 20080410-015	請求確認の項目名で不明な点がありますので、調査お願いします。 (1)「34退院時仮計算」の請求確認画面の左側診療区分項目名の「放射線治療」が2つあります。	ラベルの名称を病理診断に修正しました。	H20.4.15
2	support 20080606-015	5月と6月といった月をまたいで入院している患者さんの退院時仮計算をしたときに、その他自費の計算が5月6月の合算で表示されない。	退院時仮計算にて月またぎの請求額合計を表示する際、その他自費の6から10が編集されていませんでしたので修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		退職者医療制度の経過措置として4月以降は対象者が65歳未満となることから、65歳以上で退職者医療制度の診療データがある場合エラーとするようにしました。 確認項目「4. 保険適応年齢」が該当します。		H20.4.10
2		後期高齢者医療の保険情報で記号欄に入力がある場合はエラーとするようにしました。 確認項目「2. 被保険者記号・番号」が該当します。		H20.4.10
3	電話問合せ 5/1 データチェック 小児科外来診療料	小児科外来診療料を同月内で院内・院外で入力し、院内で複数科保険を使用して包括分入力を行っている場合、対象患者の保険情報が国保のみですが、社保で同じエラー内容がリストに印字されます。	包括入力がある月について小児科外来診療料チェックのエラーが発生した場合、小児科外来診療料を入力した保険と社保にエラー内容を編集していました。小児科外来診療料が入力された保険にのみエラー内容を編集するよう修正しました。	H20.5.29
4	support 20080609-021	月の途中で前期高齢者から後期高齢者に変更となったとき、入院料加算の保険組合せが正しく選択されているのですが、データチェックでエラーとなりますとの連絡がありました。	月途中で入院基本料の保険組合せが変更になった場合、データチェックで入院料加算の保険組合せが入院基本料と同じように正しく選択されていた場合でも、エラーと判断してしまう不具合がありましたので修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20080707-009	システム管理マスタ「101 データチェック機能情報2」の主病名チェックは以前から「1 する」に設定されています。また実際に病名抜けの警告等はなかったとのことでした。	確認項目「患者病名」のチェックについて、適用期間の切れている保険組合せが設定されている病名を有効な病名として判断していたため、病名未登録チェックでエラーにならない不具合がありました。この条件に該当する病名は有効としないように修正しました。 同様にして、以下の確認項目について修正を行いました。 薬剤と病名　・・・保険組合せの適用期間が切れている病名は適用病名としない。 診療行為と病名・・・同上 病名と薬剤　・・・保険組合せの適用期間が切れている病名はチェック対象外とする。 病名と診療行為・・・同上	H20.7.25
6		・入院料の算定がない日に入院料加算が算定されている場合 ・外泊日に入院料加算が算定されている場合 について、データチェックでは”入院基本料を異なる保険組合せで入院料加算が登録されています”として、エラーメッセージを表示していました。これをそれぞれ ・入院料の算定が無い日に入院料加算が算定されています ・外泊日に入院料加算が算定されています とエラーメッセージを表示するよう修正しました。		H20.9.26
7	データチェック 在宅薬剤　院内処方の処理	在宅薬剤.148を入力し、院外処方の処理を「含まない」と設定した場合、あるいは.141で入力し、院外処方の処理を「院外処方のみ」でチェックをおこなった場合、Ver.3.4.0ではそれぞれの条件に対し、エラーリストに上がってこなかったのですが、Ver.4.0.0より院外処方の処理を参照していないようで、エラーリストに上がってきます。 リリース情報等に記載されている箇所が見当たらないのすが、Ver.4.0.0より仕様が変更されているのでしょうか。	データチェックで処理実行時に指定する「院外処方の処理」について、在宅薬剤の院内・院外処方の考慮が漏れていましたので修正しました。	H21.2.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	お電話でのお問い合わせ3月13日－データチェック診療行為	チェックマスタの診療行為どうしの算定漏れに検査とB-Vがかかるように設定 診療行為コード 検査 適用コード B-V 日毎のチェック 自費で診療行為コードで設定した検査を入力しB-Vを未入力で登録。同日に複数保険入力等で保険の入力も行う。 上記内容でデータチェックをかけますと16診療行為どうしの算定漏れだけをチェックした場合は自費分のみ算定漏れチェックにかかりますが全項目のチェックした場合に保険分もデータチェックにかかります。 確認項目の中に10薬剤と併用禁忌もしくは、11診療行為の併用算定があると保険と自費両方でチェックにかかるようです。	データチェックの診療行為どうしの算定漏れのチェックについて対象保険の判定に誤りがありましたので修正しました。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	kk 13146	国保連合会へ確認しました所、「公費90には負担金がないので空白でお願いします。」とのことでした。	宮崎県地方公費母子寡婦重心等（190）の一部負担金編集対応 レセプト：一部負担金の記載はしない。 レセ電データ：一部負担金の記録はしない。 （※請求管理、公費請求テーブルの一部負担金額は、現状どおりとします。）	H20.3.25
2	support 20080403-054	3月分レセプトにおいて、以下の様な患者の場合に第2公費の負担金額が印字されないのは仕様なのかか不具合なのか操作ミスなのかいずれによるものかを教えて頂けないでしょうか？（添付を資料も御覧下さい。） 以下の様にたくさんの公費をもつ患者です。 1.27老人 2.15更生 3.972長期 4.滋賀県地方公費障害(入院1日上限1000まで。ただし1月上限14000まで) この場合、レセプトの第2公費の負担金額が印字されませんでした。 第1公費の10000円がありますので同額という事で省略されたのだと思うのですが、その動きが仕様なのかどうか知りたいのです。ちなみに、第1公費の金額と異なる場合はその金額が印字されました。 といいますのは、医院様から滋賀県国保連合会に確認してもらったところ、連合会の返答が「同じ金額であっても省略は認めない。もし省略をするのであれば、レセプト上部の82の第2公費負担者番号を消すように」と指導されたそうです。	＜滋賀県地方公費全般＞ レセプト一部負担金の記載について、下記の通り記載するよう修正しました。 1. 上位一部負担額と同額の場合でも省略せず記載する。 2. 一部負担額が0円の場合、空白とせず”0”と記載する。	H20.4.10

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	電話問合せ 79+12　レセプト記載	京都府基金の方に記載方法について詳細を確認しましたところ、公費②の請求点に「0」を記載することと、公費分点欄の入院料の数字を消してくださいとのお話でした。（医療機関様では79+12公費併用で入力しましたとのことです。）	79（障害児施設）＋12（生活保護）（公費のみ）の入院レセプト対応 （平成20年4月診療分～） ア）食事療養に係る標準負担額が14880円以上の場合は、79（障害児施設）単独のレセプトとします。（レセ電も同様） イ）併用レセプトの場合（食事療養に係る標準負担額が14880円未満の場合）の生活保護の請求点は”0”と記載します。（レセ電記録も”0”とする。）又、公費分点数欄の記載もしません。	H20.4.23
4	ncp 20080401-014	産婦人科様のケースでお産なので入院基本料は算定できませんがですが保険請求できる診療があり そのような方の場合のレセプト摘要欄を「自費にて入院基本料算定済」となります。 2月まで Sarge Ver3.4 ではレセ摘要欄に「自費にて入院基本料算定済」と自動印字されておりました。 3月末 Ver4.2 ではレセ摘要欄に「他保険にて入院基本料算定済」と自動印字されるようになりました。 4.1の他保険にて診察料算定済と関係があると思いますが、以前の状態に戻すか「他保険にて入院基本料算定済」の「他保険」を「自費」に置き換えられればと考えております。 今回は手修正しております。	産婦人科等の自費入院で、保険請求できる診療を行った場合、レセプト摘要欄に”他保険にて入院料算定済”と自動記載される場合があったので、”自費にて入院料算定済”と記載するよう修正しました。 補足： 入院会計で入院料をクリアし、保険組み合わせが自費保険以外になっている場合、その保険組み合わせから判断して記載していましたが、入院料がクリアされている場合は、自費と判断するようにしました。	H20.4.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5		入院外レセプト（医保、労災・自賠責、公害） 摘要欄”80その他”の記載順について見直しを行いました。 処方せんの項に集計する以下の診療コードを先に記載し、その後にリハビリ等の内容を記載するよう修正しました。 120002710 処方せん（7種類以上） 120002910 処方せん（その他） 120002470 処方せん（乳幼児）加算 120002570 特定疾患処方管理加算（処方せん料） 120003270 長期投薬加算（処方せん料）		H20.4.23
6		「70歳代前半の一部負担金等の軽減特例措置」レセプト記載 （外来） 特定疾患（51）又は肝炎治療（38）の一部負担金記載 現物給付でない場合、1割相当額と上限額を比較し小さい額を記載していましたが、2割相当額と比較し記載するように修正しました。 （例）政府管掌＋51 （請求点1558点　51上限額5000円） ＜51一部負担金額＞ ”1558”と記載していたので”3116”と記載するように修正しました。 （入院） 特定疾患（51）の一部負担金記載 2割相当額と患者食事負担の計が上限額に達しない場合、2割相当額＋患者食事負担2倍の額の計を記載していましたので修正しました。 （例）政府管掌＋51 （請求点2031点　51上限額10000円） 2割相当　4060円 患者食事負担　780円 ＜51一部負担金額＞ ”5620”と記載していたので”4840”と記載するように修正しました。 （5620・・・4060＋780＋780） （4840・・・4060＋780）		H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7		「70歳代前半の一部負担金等の軽減特例措置」該当者のレセプト及びレセ電編集 国保レセ・給付割合　”給割　8”と記載します。 国保レセ電・給付割合　”80”を記録します。	社保・国保に係らず該当者は、 請求管理テーブル　RECE10-FLG(2)　に　1をセット 公費請求テーブル　KOHSKY-FLG(2)　に　1をセット します。	H20.4.28
8	support 20080424-012	改定レセプト対応後の続紙なのですが、左肩の表記に「市町村」「老人受」が残っているようですが、そのままでよいでしょうか？	医保レセプトの続紙及び症状詳記の改正対応をしました。	H20.4.28
9		国保のみ主科設定をしているとき、印刷指示画面で広域連合の主科が選択可能となるので、選択不可となるように修正しました。 これは一括作成時に診療年月がH20.4 のときのみです。		H20.4.28
10	support 20080430-023	レセ電データで処理を行っている医療機関様より、「明細書」より「個別作成」を選択し「訂正日」→「確定」を行い「確認画面」「訂正期間に該当する患者は○○人です。訂正日指定で作表します」「OK」を選択すると「レセ電DB更新処理エラー（レセ電データ作成）」のエラーメッセージが表示されます。一括作成後の訂正は28日に終了しています。	訂正日指定でレセプト作成を行ったとき、対象患者の抽出条件に誤りがあったため、基本情報のみ更新した患者がDBの削除処理の対象となっていませんでした。	H20.5.2
11	ncp 20080507-018	退院時服薬指導加算を月2回算定するとレセプトには「× 2」で表示され、その下に算定日が表示されると思いますが、2回目に算定した日にちが表示されません。今回810000001で算定日を入力したところ2回目の算定日も自動で表示されてしまいました。そこで810000001＊1でコードのみ入力し2回目の算定日を表示させるようにしていただきました。2回目の算定日も自動で表示されるようにしていただけないでしょうか？	同月再入退院により、退院時服薬指導加算を月 2回算定した場合、2回目の算定日が自動記載されませんでしたので記載するように修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	ncp 20080502-026	社保・本人で、4月の入院の場合です。 3日　緊急手術 .332　　＊　点滴注射（手術以外） 130000210　精密持続点滴注射　　80点 で登録。上記の場合、登録は可能で、レセプトの注射その他に80点が含まれていますが、「療養の給付」の請求点には80点が含まれません。また、 .330　　＊点滴注射 130000210　精密持続点滴注射　　80点 で登録すると、登録もレセプトの合計点数もあっています。しかし、「会計照会」で「入院調剤料」を変更して「登録」を押すと、「点滴手技料」を削除しますとでて、精密持続点滴注射が削除されます。変更した「入院調剤料」も登録されませんでした。	入院点滴：診療種別「332点滴注射（手術以外）」で精密持続点滴注射等を入力した場合の対処を修正しました。 ア）入退院登録－請求確認 点数が”注射欄”“合計点数欄”に集計されませんでしたので修正しました。 イ）レセプト 点数が”33その他欄”には集計されるが”請求点欄”に集計されませんでしたので修正しました。 注意事項 .330や.332などは点滴薬のみ入力を行う種別です。注射手技料のみを算定される場合は「340その他注射」を宣言して入力されますようお願いします。なお、今後入力チェックを強化する方向で検討を行います。	H20.5.29
13	support 20080509-011	後期高齢者入院レセ電に病名がでない件、調査をお願いします。	システム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の広域連合レセ電出力区分の設定が「2入院のみ」と設定されている場合に入院レセ電の病名データが記録されませんでしたので修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	kk 14470	国保連合会より「公費と地方単独医療費助成事業の併用レセプトにおける記入方法の変更について（お願い）」が郵送されてきました。添付します。誠に申し訳ありませんが、御対応のほどよろしくお願い申し上げます。	○徳島県地方公費レセプト請求点記載対応（平成20年5月診療分～） ”主保険＋全国公費＋地方公費”と”主保険＋地方公費”の2つの保険組み合わせを使用した場合、（主保険の請求点－全国公費の請求点）で求めた点数を地方公費の請求点とし記載するよう対応しました。 例） 請求点 保険　30000 公費１　1000 公費２　30000 ↓ 請求点 保険　30000 公費１　1000 公費２　29000	H20.5.29
15	request 20080522-003	前期高齢者と151都（特定）のレセプトの公費一部負担金額が51の1割で記載されていますが、2割分の金額を表示するようにと、支払基金から指摘されたという事です。	70歳代前半の東京都難病（保険番号151）のレセプト記載について、全国公費51と同様に、2割相当額で一部負担金の記載を行うように修正しました。 （「70歳代前半の一部負担金等の軽減特例措置」のレセプト記載） 又、入院食事負担計算についても全国公費51と同様に行います。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	ncp 20080408-009	入院患者で診療行為入力画面で3月診療分に「認知機能障害加算」を入力し、明細書を発行したところレセプト摘要欄には「認知機能障害加算（有床診療所）　5×31」と表示されますが点数欄には表示されず、請求合計点数にも合算されません。他の患者の「診療所療養病床療養環境加算1」は摘要欄・点数欄には表示され、問題ありません。	入院会計で入院料を算定している保険組合せと、診療行為画面で入力された入院料加算の保険組合せが異なる場合に、患者負担計算及びレセプトの点数欄記載から当該加算の点数が欠落してしまう不具合がありました。 例）入院基本料は政管単独、入院料加算（診療行為で入力）は政管＋精神入院で算定した場合などです。 上記例の場合は、入院料加算を政管単独の組合せに訂正してもらう必要があるので、レセプト処理、定期請求処理、入退院登録画面の退院計算、退院仮計算画面で入院料加算の保険確認を促すメッセージを表示しました。 また、上記対処に併せて入院レセプト一括作成時に入院会計データが未作成である場合のエラーメッセージを分かり易くする対処を行いました。 （旧）仮収納データの取得に失敗【患者番号：＊＊＊＊＊】 （新）入院会計が未作成です【患者番号：＊＊＊＊＊】	H20.6.5
17	ncp 20080526-004	明細書作成画面より、生保等入力機能でまとめ入力の際に、同じ患者が複数の行に表示されるという問題が生じております。別のメールにて、その画面のスクリーンショットを送信致します。また、患者登録画面及び診療行為入力画面に特に問題があるような点は見られませんでした。 この問題につきまして、原因及び対処方法をご教授下さいますようお願い申し上げます。	グループ診療対応時の対応漏れがあり、医療機関識別番号が違う同じ患者IDのデータが生保等まとめ入力の対象になったときに、画面に同じ患者番号が複数表示されてしまいましたので修正しました。	H20.6.5
18	support 20080528-010	公害保険で公害外来療養指導料を算定する際の、ネブライザー加算の点数の不具合が生じています。 [入力したコード] 11300410　公害外来療養指導料　102400010　ネブライザー加算 [入力した内容] 公害外来療養指導料+ネブライザー加算→581点が正しいのですが、652点で挙がってきています。	公害レセプト（入院外） ．130 公害外来療養指導料 ネブライザー加算　　の診療行為入力を行った場合（創点581点）、”公害外来療養指導欄”と”その他欄”の点数がネブライザー加算の点数（71点）を加算した点数になっていましたので修正しました。 ”公害外来療養指導欄”　652 →　581 ”その他”　　71 →　空白	H20.6.5

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	support 20080228-005	昨日のお電話結核＋生保の患者画像を添付します。生保の上限が一部負担金にあがっているようです。 基金側は15732の負担金記載を求めています。市役所は上限の24031円の患者からの徴収をもとめられており両者が矛盾している状況で医療機関側も困っております。	10結核＋12生保の食事療養レセプト記載（レセ電記録）対応 例）公費1:結核　公費2:生保 公費1　13回　19540円　3380円 公費2　（省略記載） ↓ 公費1　0回　0円　0円 公費2　13回　19540円　3380円 ※　レセ電　”97”の負担区分　”7”→”6”となる）	H20.6.27
20	お電話でのお問い合わせ5月8日－群馬県後期高齢者一部負担金	後期高齢者の明細書一部負担金欄の記載が群馬県国保連合会の資料と日レセの記載が違うとお問い合わせがありました。 下記資料8ページの記載例2が違うとのことです。 記載要領に書かれている一部負担金の記載とは異なるようです。 http://www.gunmakokuho.or.jp/iryokikan/gogai200804no2.pdf ご確認いただけますでしょうか。	群馬県後期高齢者のレセプト記載（レセ電記録）対応 1. 請求点記載 ア）”後期高齢＋全国公費＋地方公費”と”後期高齢＋地方公費” 例）保険と公費1の内容が異なる場合 保険　60000 → 60000 公費1　10000 → 10000 公費2　60000 → 50000 2. 食事療養記載 ア）”後期高齢＋全国公費＋地方公費”と”後期高齢＋地方公費” 例）保険と公費1の内容が異なる場合 保険　90　61800　51000 → 90　61800　51000 公費1　15　10300　8500 → 15　10300　8500 公費2　90　61800　51000 → 75　51500　42500 イ）”後期高齢＋全国公費＋地方公費” 例）保険と公費1の内容が同じ場合 保険　90　61800　51000 → 90　61800　51000 公費1　（省略記載）　→　（省略記載） 公費2　（省略記載）　→　0　0　0 ※　レセ電　”97”の負担区分　”4”→”2”となる）	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
			3. 一部負担金記載 ア）”後期高齢＋地方公費 ”と”後期高齢 ” 例）保険と公費 1の内容が異なる場合 (30000) 保険　60000　60000 →　44400 公費１　30000 イ）”後期高齢＋全国公費＋地方公費 ”と”後期高齢＋地方公費 ” 例）保険と公費 1の内容が異なる場合 (10000)　(10000) 保険　60000　54400 →　49400 公費１　10000　5000 公費２　60000	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	support 20080206-015	高額療養費【区分C】で月途中で重度（愛媛県公費）の資格を取得した場合の明細書の負担金額欄の記載についてですが、 ＊福祉：3日～25日 ＊1、2日については、公費の資格無し。 愛媛県国保連合会に伺ったところ、やはり療養の給付欄の負担金額欄は、 （35,400円） 44,400円 ではなく、（※別紙、添付ファイルの明細書をご確認下さい） （26,400円） 35,400円 で記載を行って下さいとの回答でした。 ≪療養の給付欄≫ 請求点：401,087点－①：398,086点＝3,001点・・・この部分は公費は見ない。 区分Cの負担上限額35,400円－自己負担分9,000円を差し引いた残り26,400円を重度の公費が見るようになります。なので、（）欄は公費負担分26,400円を記載するようになり、公費負担分26,400円＋自己負担分9,000円で負担金額欄は35,400円になります。 重度は県の単独制度なので、51の特定疾患等の場合の時とは、考え方が違うようです。	愛媛県地方公費のレセプト記載（レセ電記録）対応 （現物給付対象者（高齢者、70歳未満）の一部負担金・一部負担金再掲欄） （※平成20年4月診療分以降で対応） ア）”後期高齢＋地方公費”と”後期高齢” 例）保険と公費1の内容が異なる場合 （44400）　（14400） 保険　100000　74400 → 44400 公費1　70000 （3500）　（0） 保険　50000　47900 → 44400 公費1　3500 イ）”後期高齢＋地方公費＋マル長”と”後期高齢＋マル長” 例）保険と公費1の内容が異なる場合 （10000）　（7000） 保険　70000　10000 → 10000 公費1　67000	H20.6.27
22	ncp 20080509-018	診療行為「精神科退院前訪問指導料」のレセプト明細書に実施日記載が必要です。退院日に算定するようになっているのですが、オルカで退院日に入力すると退院日を表示してきます。実施日に変更したいのですが、何かよい操作はありますでしょうか？宜しくお願いします。	レセプト自動記載コメントについて 1. 退院前訪問指導料の算定日記載 同一剤に”840000055”（退院前訪問指導料算定　日）がある場合は自動記載しないようにしました。 2. 精神科退院前訪問指導料の算定日記載 同一剤に”840000079”（精神科退院前訪問指導料算定　日）がある場合は自動記載しないようにしました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23	ncp 20080609-015	人工腎臓（その他） 人工腎臓（導入期）加算 人工腎臓導入期　年　月　日 障害者等加算 コメント・・・・ を算定している患者さんの4月分のレセプトが返戻されて来ました。返戻されて来た紙レセを見ると人工腎臓（その他）や人工腎臓（導入期）加算、導入期年月日の表示はあるのですが、障害者等加算の120点しか算定されていませんでした。間にコメントが入っているとうまく点数計算されないようです。外来は間にコメントが入っていてもレセ電データを見ると区分最後にコメントがまとめられて作られていました。入院は外来と同じような入力方法ではダメなのでしょうか？	入院のレセ電処理時に、途中にコメントがある入力の記録順について対応漏れがありましたので修正しました。	H20.6.27
24	support 20080609-003	レセ電ビューアの不具合を報告します。 添付画像をご覧ください。 タイトルバーとFDの中身とで、合計点数が異なります。 正しい（紙レセと一致する）のはFDの中身です。 調べてみたところ、後期高齢者（9割）で100点あいません。	入院のレセプト電算データと紙レセプトに点数の差異があり原因を調査したところ、外泊日に診療行為入力画面より入院料加算の入力を行われている事が原因でした。 この対応として該当患者のレセプト作成時に、メッセージと患者番号を表示し、処理を停止するようにしました。 併せて入院料未算定日（短期滞在手術基本料での入院期間、救急搬送診療料の算定日は除く）に診療行為から入院料加算を算定している場合も同様にメッセージと患者番号を表示し処理を停止します。 退院登録、定期請求、退院時仮計算でも同様のチェックを行います。 診療行為画面で入院料加算の削除を行うことで処理は正常に行えます。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
25	support 20080620-012	14001110（在宅訪問診療料＋114000970（往診（診療時間）加算　70分を算定した時に、レセプトの14在宅欄に、往診1回930、在宅患者訪問診療1回930と2か所記載されます。加算を除いた状態で、登録をすると在宅患者訪問診療1回830と1か所のみの記載になります。 修正が必要かと思われますので、ご対応の程よろしくお願い致します。	レセプト在宅欄点数編集修正 . 140 114001110（在宅患者訪問診療料） 114000970（往診（診療時間）加算） を入力した場合、”往診欄”と”在宅患者訪問診療欄”の両方に剤点数が集計されていたので、”在宅患者訪問診療欄”のみに集計するよう修正しました。	H20.6.27
26	お電話でのお問い合わせ6月23日－65歳月途中からの後期高齢者適用	月の途中で65歳になり後期高齢者、低所得になった場合に一部負担金に低所得の適用がされません。65歳になる月以外であれば月途中からでも後期高齢者の一部負担金の低所得の適用がされています。	月途中で65歳となり、後期高齢者になった場合の現物給付対象編集修正 現物給付対象となっていなかったので、対象となるよう修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	お電話でのお問い合わせ5月9日－後期高齢者併用レセ一部負担金記載	福山市医師会様より、後期高齢者一割、10感染症（37条の2）、51特定負有の併用レセプトの一部負担金記載についてお問い合わせがありました。 入院で、療養の給付　18465点 公費（1）感染症　99点 公費（2）特定負有　275点 の場合に日レセでは一部負担金欄への記載は 療養の給付　（380） 18470円 公費（1）感染症　18140円 公費（2）特定負有　280円 と記載されます。 先方が、岡山県国保連合会に確認したところ上記の場合 療養の給付　（100） （280） 18470円 公費（1）感染症　18420円 公費（2）特定負有　280円 と記載するのが正しいと言われたとのことです。 療養の給付欄の再掲は合算せずに別々に括弧書き 公費（1）の18420円については 18470円から公費1の感染症99点の5%を50円を引いた金額とのことです。	レセプト保険欄一部負担金（再掲）記載対応（括弧2つ） （※平成20年4月診療分以降で対応） 例）入院、後期高齢者1割、010感染症、051特定負有の併用レセプト （100） （380）　（280） 保険　18465　18470　→　18470 公費1（010）　99　18140　18420 公費2（051）　275　280　280 注意事項 主保険＋全国公費（1）、主保険＋全国公費（2）の保険組み合わせを使用したレセプトについてのみ対応しています。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	support 20080618-005	レセ電で請求をされているユーザー様からのお問い合わせですが、国保連合会よりデータがおかしいので訂正するように連絡があったようです。 ORCAへの入力は以下の通りです。 ◆退院支援計画作成加算 退院加算（障害者施設等入院基本料等算定患者） 早期退院加算　　900×１ しかし、レセ電ビューアで確認すると ◆退院加算（障害者施設等入院基本料等算定患者） 早期退院加算　　900×１ となり、退院支援計画作成加算１00点が入院会計に引っ張られているのに点数だけが残っている形になっています。 入院会計にも退院支援計画作成加算１00点が加算されており、結果的に2回算定されていることになっています。 ORCAのプレビューや紙レセでの表示は入力どおりなので、データにるすとこのようになるようです。 レセ電ビューアの画像をPDFで添付いたしましたので、操作方法等がございましたら教えていただけますでしょうか。	診療行為入力画面より以下の入院基本料等加算を入力した際に、以下の加算を1剤で入力した場合にレセ電データの記録に不具合が発生する現象がありました。 (1)退院支援計画作成加算　（注加算コード0000） (2)退院加算（障害者施設等入院基本料等算定患者）　（注加算コード1203） (3)早期退院加算　（注加算コード1203） 【原因】 注加算コードが異なるデータであった為、(1)の加算については同一剤としてレセ電データに記録ができなかったが、剤点数については(1)の加算が含まれた状態の点数が記録されていた。 【対応】 診療行為入力画面で注加算コードのチェックを行い、異なっている場合は「剤内の注加算コードが異なります。注加算コード毎に剤を分けて下さい。」とエラーメッセージを表示することとしました。	H20.7.25
29	support 20080606-010	山梨県41老人併用時の負担金額欄修正をお願いします。 保険組合せ：国保+41老人+低所得 入院 レセプトの“療養の給付”欄の保険の“負担金額”欄に表示されていますが、保険の負担金額欄は空欄とし、公費負担金額欄に金額を表示するように修正願います。	山梨県地方公費41老人のレセプト記載対応 70歳未満現物給付で、主保険＋41老人の場合、高額療養費が現物給付されている場合でも、されていないものとして扱う事とします。 （保険欄－一部負担金欄は空白とし、公費1欄－一部負担金欄は記載します。）	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	kk 13614	大阪府の地方公費について、現在のORCA地方公費マスタの設定では対応できないと思われる例を見つけましたので、以下ご報告させていただきます。 法別番号【41】と法別番号【87～90】併用のケースについて。 資料（※）によれば、【41】と【87～90】を両方持っている患者については窓口負担金およびレセプト記載の方法は下記の通りになります。 ---------- 一部負担金の計算に際しては、医保＋【41】適用後の金額と500円を比較して、低いほうの金額を窓口徴収する。 請求に際しては、レセプトの公費負担者番号欄に【87～90】の番号を記載して請求。【41】の番号はレセプトには記載しない。 ---------- 現在の大阪府地方公費の設定で【41】＋【87～90】の保険を登録すると料金の計算に際しては、自動で医保＋【41】適用後の金額と500円を比較して低いほうの金額を請求書に上げてくれるようです。ただし、この設定だとレセプトの公費負担者番号欄に【41】の番号が印字されてしまいます。 保険番号マスタの設定で【41】のレセプト請求区分を「社保・国保とも印刷不可」に設定すれば、レセプトに【41】の番号を載せないことは可能です。ただ、この場合医保＋【41】のみの患者のレセプトにも番号が載らなくなってしまいます。医保＋【41】の患者は併用レセプトでの請求となりますので、【41】の番号を印字する必要があります。 上記のケースについて、マスタの設定だけで対応することは可能でしょうか？	大阪府41老人＋助成（保険番号187～190）のレセプト記載 （平成20年4月診療分～） 41老人と助成の併用レセについて、41老人をレセ記載対象外とします。（生保険＋助成のレセプトとなります。）	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
31	ncp 20080701-004	レセプトの記載方法なのですが、再診料と同日電話等再診料を算定している際それぞれ夜間早朝等加算を算定すると、レセプト上では 再診（夜間・早朝等）加算　50×1 再診（夜間・早朝等）加算　50×1 と2行表示されますが、このような記載は仕様なのでしょうか。	再診料加算（※1）のレセプト摘要欄編集（医保分）（平成20年4月診療分以降で対応） 例） ．120 再診（診療所） 再診（夜間・早朝等）加算 ．120 同日電話等再診（診療所） 再診（夜間・早朝等）加算 ＜レセプト摘要欄＞ ＊再診（夜間・早朝等）加算　50×1 ＊再診（夜間・早朝等）加算　50×1 ↓ ＊再診（夜間・早朝等）加算　50×2 （※1）対応を行った加算 ・時間外特例（再診） ・再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算 ・小児科再診（乳幼児夜間）加算（6歳未満） ・小児科再診（乳幼児休日）加算（6歳未満） ・小児科再診（乳幼児深夜）加算（6歳未満） ・再診（夜間・早朝等）加算	H20.7.25
32	ncp 20080723-012	船員保険で『B 1割下船』のときは、レセプトの職務上の事由に【下船後3ヶ月以内】と印字されますが、『H 3割下船』で入力すると、印字されません。【下船後3ヶ月以内】と記載して提出するようにと返戻があったようです。『H 3割下船』のときは、印字されなくてよいのでしょうか？	入院レセプト作成時に、補助区分が『G 3割職務」、『H 3割下船」及び「I3割通勤」の場合、職務上の事由欄の記載がされていませんでしたので記載するように修正しました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	ncp 20080805-014	医院さまより次のような問合せがありました。院内処方をしており薬剤が7種類以上になったので点数が逓減されている。この時夜間早朝等加算も算定していた。出力されたレセプトをみると右側の摘要欄のところで、薬剤料の逓減分を表す▲とは別に夜間早朝等加算の点数の前にも▲がついている。薬剤料の逓減に所に▲がついているのは記載要領に載っているが、夜間早朝等加算の部分は記載要領にない。不具合ではないかとおっしゃっています。弊社でも検証すると同様の結果が得られました。また初診時に電子化加算を算定している場合も同様に、▲が電子化加算と薬剤料の逓減の前についているのがわかりました。 ご検討よろしくお願いいたします。	同一レセプト内に内服薬剤料逓減と下記の診療行為がある場合、レセプト摘要欄の下記分点数表示で▲が表示される不具合がありましたので修正しました。（医保外来分） ・電子化加算 ・時間外特例（再診） ・再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算 ・小児科再診（乳幼児夜間）加算（6歳未満） ・小児科再診（乳幼児休日）加算（6歳未満） ・小児科再診（乳幼児深夜）加算（6歳未満） ・再診（夜間・早朝等）加算	H20.8.6
34	8/6 電話問合せ 生保+精神通院 実日数	同一診療日に精神通院と生保の入力を行い、精神通院で処方せん料を算定しているため、生保での請求点が生じない場合、精神通院+生保の組合せでは公費負担者番号に精神通院の番号のみが記載されます。このケースが生保+精神通院のパターンになると、請求点が生じない精神通院の負担者番号が記載されます。また、診療実日数も記載されません。 後者の動作について、ご確認いただけますと幸いです。	精神通院（021）の請求点数が0点の場合、レセプト（レセプト電算データ）において記載（記録）対象外となるように修正しました。 例） 生保単独　　300点 精神通院単独　　0点 この場合、生保単独レセプトとします。	H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	request 20080731-002	70歳以上で特定疾患の公費と大阪の地方公費を併用しており、「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た場合」のレセプトの一部負担金欄（保険および公費）の2箇所が記載要領に添っていないため、修正をお願いします。 保険の一部負担金欄 ：公費にかかる給付対象額の再掲が印字されない 公費（大阪の地方公費）の一部負担金欄 ：保険番号マスタで「四捨五入しない」設定であるが、この条件のときのみ10円単位で記載する必要があるので対応してほしいです。	大阪府地方公費レセプト対応 （"入院"又は"外来で在総診"の場合で、高齢者のみ） （※平成20年4月診療分以降で対応） (1)"主保険＋全国公費＋地方公費"と"主保険＋地方公費"の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の一部負担金再掲記載対応 (2)地方公費の一部負担金記載対応（10円単位） 例）前期高齢者1割 1日：主保険＋091（特疾負無）＋大阪府地方公費188　14223点 2日：主保険＋大阪府地方公費188　691点 3日：主保険＋大阪府地方公費188　123点 (12000)　(12000) (　810) 保険　15037　12810　→　12810 公費1　14223 公費2　15037　623　620	H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
36	support 20080819-007	負担金額の計算ですが、 76001点－26245点＝49756点 497560円-267000円（限度額）× 1%＝2305.6円 80100（一般の自己負担限度額）+2306＝82406円 82406+10000＝92406円 と計算されていると思いますが、岡山県国保より 760.010円-267000円×1%＝4930.1円 80,100+4930=85030円 85030円＋5000円＝90030円が正しいと言われております。 ORCA側の計算方法がおかしいのでしょうか。	70歳未満現物給付のマル長に関する修正 ”主保険”と”主保険＋全国公費＋マル長”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合で、”主保険”の高額療養費の計算を行う際、マル長を含む保険組み合わせの請求点×負担割合が21000円に達している場合でも合算の対象外としていたので修正しました。（※公費の一部負担金が0円の場合は、今まで同様合算の対象外） 例）主保険3割、一般、15上限5000円の場合 主保険＋15＋マル長　26245点 主保険　49756点 （10000）　（10000） 保険　76001　92406（※1）　90030（※2） 公費1 26245　5000　→　5000 （※1） 80100＋（497560－267000）×0.01＝82406 82406＋10000＝92406 （※2） 80100＋（760010－267000）×0.01＝85030 85030－5000＝80030 80030＋10000＝90030 ---------- （15上限0円の場合） 主保険＋15＋マル長　26245点 主保険 49756点 （10000） 保険　76001　92406（※1） 公費1 26245　0 （※1） 80100＋（497560－267000）×0.01＝82406 82406＋10000＝92406	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37		入院レセプト（医科、労災・自賠責、公害）の入院点数欄に記載する入院基本料の略称について以下の入院料について記載されない不具合がありましたので修正しました。 190130810　一般病棟10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） 190131010　結核病棟10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1） 190131110　専門病院10対1入院基本料（H20年3月31日時点7対1）		H20.9.26
38	お電話でのお問い合わせ9月8日－自立支援自己負担金	精神通院医療で建設連合組合の場合に自己負担がなしになるということなのですが、対応されていないようです。 ご対応していただくことは可能でしょうか。 保険者番号233064　建設連合組合 下記愛知県国保連合会の保険者給付割合の資料になります。 http://www.aichi-kokuho.or.jp/medical/pdf/01.pdf	建設連合国保組合（233064）＋021精神通院又は010（感37の2）の対応 ＜負担金計算＞ 患者負担を0円とします。（010の入院時、食事負担も0円） ＜レセプト一部負担金記載＞ （021）本来患者が負担すべき金額を記載します。（1割又は上限額に達するまでの金額） （010）”0”を記載します。 ＜レセプト入院食事療養記載＞ （010）食事負担がない場合の記載方法で記載します。	H20.9.26
39	request 20080902-002	後期高齢者＋地方公費（391 or 392）をお持ちの患者様で、一部負担金がない患者様のレセプト一部負担金欄は現在空白になっております。 国保連合会に確認したところ、0円で記載してほしいとのことでした。 上記組み合わせの場合も国保レセプトと同様に0円記載できるように対応をお願いします。	広島県地方公費（重心391（負担無し）、ひとり親392（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。	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40	kk 13836	兵庫県国民健康保険団体連合会様よりレセプト請求等の取扱いについて資料をいただきました。	兵庫県後期高齢者のレセプト記載対応 後期高齢者＋全国公費＋地方公費と後期高齢者＋地方公費又は後期高齢者＋全国公費と後期高齢者＋地方公費の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の一部負担金・一部負担金再掲記載について対応しました。 例）入院、”後期高齢者3割＋051”と”後期高齢者3割＋重心（158）”の場合（51上限：11550円） （44400）　（44400） （75750）※1 保険　201157　131700　120150※2 公費1　102457　11550 →　11550 公費2　98700　2000　2000 ※1 80100＋（987000－267000）×0.01＝87300円 87300－11550＝75750円 （051の一部負担金額を差し引いた金額を記載） ※2 44400＋75750＝120150円	H20.9.26
41	ncp 20080912-019	レセ電を作成した際に、高額(鹿児島県では200000点以上)の方には、日計表記録をデータの中に書き込まないといけないと思いますが、後期高齢者の方のみ書き込みがうまく出来ていないようです。 NIのコードは出来るのですが、算定した日のフラグがたちません。 システム管理マスタのレセプト・総括表印刷情報は設定しておりますが、それ以外にどこか設定をするところがありますでしょうか？ ちなにみ、この患者様を国保に変更してみたところ、正常に記録されるようです。	後期高齢者の入院レセ電でNIレコードの内容が編集されていませんでしたので修正しました。	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	9/12 電話問合せ レセプト 負担金額 障害償還	入院料の保険組合せを後期高齢者+マル長、診療行為入力での保険組合せを後期高齢者+マル長+障害償還（199→埼玉）で入力した際に、負担金額欄に（）再掲として10,000円が記載されてしまいます。 障害償還は公費併用扱いではないため、（10,000円）の記載は不要かと思います。	主保険＋マル長、主保険＋地方公費（レセ記載しない地方公費）＋マル長の2種類の保険組み合わせを使用した場合で、保険欄－一部負担金欄の記載を行う場合に、下記のように一部負担金再掲欄に金額が記載されていたので、記載しないように修正しました。 -----主保険単独レセ---------- 例） （10000） 保険　30000　10000 →　10000 ----------	H20.9.26
43	ncp 20080921-001	後期高齢者一般経過措置の対象者で特記事項を手入力した場合、レセプトに反映してきません。 8月分までのレセプトまでには反映されていますが、9月分のレセプトには反映されていません。	高齢者一般経過措置延長対応修正 一般経過措置が平成22年7月まで延長となりました。平成20年9月診療分以降のレセプトで、特記事項”15経過”の記載がされませんでしたので記載するように修正しました。	H20.9.26
44	10/7 電話での問合せ 診療実日数	主保険+第1公費（1日）、主保険+第2公費（2日）の入力を行っていますが、診療実日数の記載が添付資料のとおりで差支えないのでしょうかとのお問合せがありました。 資料および動作を確認しましたことろ、第1公費での請求点は発生していないため、第1公費の負担者番号等の表示は不要かと思いますが、表示されてしまいます。	使用した公費の請求点数が0点の場合、レセプト・レセ電において、その公費を記載（記録）対象外となるようにしました。 （※生保・精神通院については、以前パッチ提供しましたが、それ以外の公費について対応） 例）主保険　300点 主保険＋051　0点（院外処方分のみ） この場合、主保険単独レセプトとなる。	H20.10.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	support 20081008-022	レセ電において点数の計算が合わずに返戻になった患者がありました。 エラー番号については確認できませんでしたので明日確認いたします。 試験時は内服の点数に7種類以上減額処理があり内服の点数に誤差がありました。	内服薬剤逓減に関するレセプト・レセ電編集修正 レセプト記載しないコメント用法を除くと数量が同じで同一剤になる場合（下記例1参照）のレセプト摘要欄記載・レセ電記録で不具合がありましたので修正しました。 （例1） 1日　2日 ．210 （減） ドプスカプセル200mg　数量3　4　4 「透析前に」 ．210 （減） ドプスカプセル200mg　数量3　3　3 ．210 （減） ・ ＜レセプト＞ ＊（減） ドプスカプセル200mg　3カプセル　47×8 ＊（減） ドプスカプセル200mg　3カプセル　47×7 ↓ ＊（減） ドプスカプセル200mg　3カプセル　47×8 ＊（減） ドプスカプセル200mg　3カプセル　47×6	H20.10.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
46	kk 17164	大阪府の医療機関で神戸市の自立支援受給者証（精神）をお持ちのときの患者登録についてご質問させていただきます。 神戸市独自の制度で自立支援の上限額が 1医療機関につき300円まで（月2回／600円を限度） 1医療機関につき500円まで（月2回／1000円を限度） というものがありますが大阪の医療機関でも使用できる公費であるそうです。レセプトの一部負担額には患者が窓口にて支払った金額を記載するとのことでした。 どのように登録すればよいでしょうか？ 10月に該当患者様がいらっしゃいレセプト電算も行っておりますので誠に恐れ入りますが至急ご返答いただけますようお願い申し上げます。	神戸市地方公費大阪府対応 神戸市用（100、200）の公費を大阪府の医療機関で使用した場合のレセプト対応 自立支援医療＋神戸市用（100、200）の保険組合せを使用した場合、レセプトの自立支援医療の一部負担額欄に神戸市用（100、200）の負担金額を記載する。 ＜注意事項＞ 神戸市の方については、神戸市用の自立支援の受給者証しか所持されていませんが、自立支援医療と神戸市用（100又は200）の公費を登録して下さい。又、所得者情報で、自立支援医療の入外上限額は必ず”9999999”、他一部負担累計”0”と入力して下さい。生活保護の方については、入外上限額を”0”として下さい。（その場合、神戸市用（100、200）の公費登録は不要です。）	H20.10.28
47	kk 17316	p40-fukuoka.4.2.0.ver07.tgz において新たな不具合が見つかりましたので御報告いたします。 保険番号マスタ　「280」「380」「381」「390」「490」の公費を利用した外来患者様において、窓口支払金額が公費負担限度額に満たない場合、レセプトは単独扱いになるのが正解ですが、500円限度額の1割負担患者診療点数496点といった場合も公費負担が四捨五入で500円になるため、公費併用扱いになってレセプト出力されています。（レセプトの公費負担欄には1円単位の為496円の表示がされています。） 公費負担分を1円単位に直した際に限度額に満たない場合も、単独扱いになるよう御願い致します。	現状、10円単位で上限判定を行っていましたが、保険番号マスタの設定”レセプト負担金額”が”2　10円未満四捨五入しない”の設定時は、1円単位で上限判定を行うよう修正しました。 （※上限と同額となる場合は、判断が現状では困難の為、記載します。その場合は、保険変更での対応をお願いします。）	H20.11.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	お電話でのお問い合わせ11月5日－外来化学療法加算	皮下筋肉内注射で外来化学療法加算を算定する場合にレセプトの摘要欄へ記載がされないとお問い合わせがありました。 手技料の下に外来化学療法加算を入力し、薬剤を入力しますと印字がされません。薬剤を別剤で入力しますと加算のみ印字されます。日レセでは皮下筋肉内注射と静脈注射は摘要欄へ手技料の印字をしないので別剤で入力しますと ＊ 外来化学療法加算１　518＊１ のように1行空白で印字されます。 皮下筋肉内注射や静脈注射時に外来化学療法加算を算定する場合は、薬剤は別剤で入力するのでしょうか。	皮下筋肉内注射（"130000510"）、静脈内注射（"130003510"）は、現状通り記載しませんが、加算については記載するように修正しました。（生物学的製剤注射、麻薬注射、静脈内注射（乳幼児）加算、外来化学療法加算等） 例）＊外来化学療法加算１ 薬剤　○○×○○ ↑ 手技料含む点数	H20.11.26
49	kk 17542	p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgzの検証結果、不具合が見つかりましたのでご報告いたします。 保険者番号マスタ「490」の公費利用の "国保入院レセプト" において、窓口支払額が月限度額の12000円に満たない場合も公費併用レセプトとして出力されています。単独扱いレセプトとして出力されるよう改善お願いいたします。（同条件の社保レセプトに対する"複写レセプト"は、発行されませんので正常の様です。）	福岡県地方公費対応（平成20年10月診療分～） ＜保険番号マスタのレセプト記載設定が ”1”の場合＞ 入院は、月上限設定がある場合の負担額チェックを行っていませんでしたが、外来同様行うよう修正しました。	H20.12.2
50	kk 17544	p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgzの検証結果、更に不具合が見つかりましたのでご報告いたします。 保険者番号マスタ「190」の公費利用の "国保レセプト" において、初診料1回分のみの点数のレセプト（給付外の点数のみの算定レセプト）においても公費併用レセプトとして出力されています。こちらの分も、診療報酬請求書にも計上されています。単独扱いレセプトとして出力されるよう改善お願いいたします。（同条件の社保レセプトに対する"複写レセプト"は、発行されませんので正常の様です。）	福岡県地方公費対応（平成20年10月診療分～） 地方公費の請求点が給付外点数のみの場合、レセプト記載しないよう修正しました。 （注：平成20年10月以降分の保険番号マスタの設定について、給付外点数の仕組みが残る保険番号マスタについては、レセ記載設定を ”0”→ ”1”の変更が必要です。”1”の場合に請求点が給付外点数のみかチェックします。）	H20.12.2

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51	support 20081127-007	ある患者様の入院レセプトにおいて、負担額や食事療養費のレセプト記載がないとの理由で、レセプトが返戻されました。 レセプト提出した後、特に修正等はした覚えがなかったので、現時点でどのようになるか確認しようと思い、レセプトを個別作成で出しなおして見ました。すると、同欄は、正しく記録されていました。この違いについて、何が考えられますか。	入院レセプトの仮収納データチェック追加 仮収納データがない場合のレセプト記載で現象が発生することが分かりました。仮収納データが作成されない原因が不明な為、レセプト処理時に仮収納データがない場合はエラー表示（メッセージ、患者番号）を行うようにしました。	H20.12.24
52	kk 17614	福岡県地方公費 プログラム名：p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgz 不具合についてご報告致します。 国保＋保険者番号マスタ【381】の公費において、初診料のみ算定され自己負担限度額を上回る場合、公費併用ではなく単独扱いとしてレセプトが出力され診療報酬請求書に計上されません。単独扱いではなく公費併用で出力されるようお願い致します。 診療行為画面にて、登録の途中のリアルタイムプレビューでは、公費併用で表示されますが、登録確定後の訂正や会計照会からのプレビューでは、単独扱いとして表示し、明細書一括・個別でも単独扱いとして出力されます。 ★初診料以外に診療の内容が入力され、自己負担限度額を上回る場合には正常に公費併用として出力され、診療報酬請求書の方にも計上されます。	福岡県地方公費対応修正（平成20年10月診療分～） 地方公費の請求点が給付外点数のみの場合、レセプト記載しないよう平成20年12月2日パッチで対応しましたが、公費付加情報の設定がない場合においても対象となっていましたので、公費付加情報の設定がない場合は対象外としました。	H20.12.24
53	kk 17623	千葉県：乳幼児の公費183.283などは患者一部負担金の上限額があります。この上限額に患者負担額がみたない場合、公費請求しないことになります。この公費はレセプト請求です。患者負担額が上限額に満たない時にもレセプトに印字されてしまいます。	千葉県地方公費対応 保険番号”283” 外来：月200未満　入院：月200円未満 保険番号”583” 外来：月300未満　入院：月300円未満 の場合、レセプト記載しないように対応しました。 （保険番号マスタのレセプト記載設定が”1”の場合）	H20.12.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	support 20081215-022	精神科の医療機関様で、11月分でレセ電の確認試験を行っておりましたが、以下の内容でエラーになっているとのご連絡がありました。 対応方法が分からないので、ご教授いただけないでしょうか？ 該当者のレセ電と、紙レセを確認するに、精神科救急入院料を算定している患者様が、他医療機関受診の為、外泊した場合に、レセプト左側には、点数は記載されていますが、右側の記載が？と思いました。 レセ電の該当者欄を、レセプト、入院会計照会画面と合せて添付致しますので、ご確認の上、ご回答をよろしくお願いします。	精神科救急入院料1の他医療機関受診（外泊）時の ・レセプト摘要欄記載 ・レセ電記録 ・会計カード記載 について、正しく（記載、記録）がされなかったので修正しました。	H20.12.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	ncp 20081218-005	一部負担金について教えてください。 この患者さんは月の途中で引越をされて、11月は2枚レセプトがあります。 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ①「国保(400697)」H19. 4. 1 ～ H20.11.20 「972長期」　H20. 4. 1 ～ 9999999 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ②「国保(400895)」H20.11.21 ～ H21. 3.31 「972長期」　H20. 4. 1 ～ 9999999 「015更生」　H20.11.21 ～ H21. 6.30 ＊所得者情報　公費負担額　H20.11.21 ～ H21. 6.30 ＊外来上限額　2,500円 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ①の保険は 合計点数　3,157点 一部負担金　9,470円　（万未満のためレセプト記載なし） 実日数　1日 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ②の保険は 合計点数　12,296点 一部負担金　530円　（レセプト一部負担金額　2,120円） 実日数　4日 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ①のレセプトは問題ないのですが、②のレセプト一部負担金額が外来上限金額の「2,500円」で、あがってこないのです。 「マスタ登録」「101システム管理マスタ」「1001医療機関情報－基本」 更生・育成限度額日割計算のフラグは「1日割計算しない」を設定してます。 医療機関さんに確認したところ、日割り計算は必要ないとのことでした。	自立支援のレセプト一部負担金記載修正 （月途中で自立支援適用、マル長併用） 月途中で自立支援適用の場合で、 ・主保険＋長期 ・主保険＋自立支援＋長期 の保険組み合わせ使用時、自立支援のレセプト一部負担金が正しく記載されませんでしたので修正しました。 ※外来の場合は、収納業務で一括再計算後、レセプトの再作成を行って下さい。	H20.12.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56	support 20081219-006	同月内で同じ投薬を入力する際に、用法コードを入力した剤と入力していない剤が混在した時に、用法コードが入力されていない分について摘要欄に表示されませんが別剤としてあつかわれたとしても摘要欄に表示してもらうようにしていただけないでしょうか？ 現状の仕様ですと表示がないので、正しくないレセプトが出力されてしまいます。別剤としてでも表示されていれば入力を直すこともできますので、プログラムの修正をお願いします。	内服薬剤逓減に関するレセプト・レセ電編集 用法を除くと同一内容となる場合、剤をまとめる編集が正しく行われない場合がありましたので修正しました。	H20.12.24
57		病名登録及び会計照会画面からのコメント入力画面で、症状詳記の選択コンボで「52 廃用症候群に係る評価表」を選択しコメント登録を行った場合、紙レセプトに【廃用をもたらすに至った要因等】と記載されていましたが、これを、【廃用症候群に係る評価表】と修正しました。併せて、「症状詳記」用紙の記載についても修正しました。		H21.1.23
58	support 20090106-026	後期高齢者で965高額4回目を以前から登録しており、11月診療分のレセプトまでは負担金額が44,400円で表示されていたそうですが、12月診療分のレセプトを作成したところ、80,100円+@で表示されるようになってしまったとのことです。	高齢者3割、高額4回目以降の入院レセプト記載（医保） 高齢者3割の方、かつ、”主保険＋地方公費”の保険組み合わせを使用した場合、かつ、高額4回目以降に該当する場合、レセプト保険欄－一部負担金が80100＋@円で記載されていましたので、44400円で記載するよう修正しました。 又、高額4回目以降の公費情報取得（該当判定）について、保険者の適用開始日が該当月以前の場合は1日で、該当月の場合は適用開始日で行うようにしました。	H21.1.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
59	kk 17706	ユーザ様から資料を頂きました。 特定疾患治療研究事業及びウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業実施要領の一部改正について	70歳代前半軽減特例措置対応（北海道：保険番号”183”）（医保） ＜レセプト公費欄－一部負担金記載＞ ”51”同様2割記載をしていましたが、1割記載に修正しました。 入院は、受給者番号の頭2桁が”91”～”95”を除き、1割＋食事負担で記載します。 ＜入院食事負担計算＞ ”51”同様患者上限－2割相当額＝残での食事負担計算をしていましたが、患者上限－1割相当額＝残での食事負担計算に修正しました。	H21.1.23
60	お電話でのお問い合わせ1月6日－乳幼児加算レセ記載	処方料及び処方せん料の乳幼児加算を算定した際にレセプト摘要欄へ加算の表示がされています。記載要領には、乳幼児加算の記載の必要がないと書かれおりますが記載する仕様となっているのでしょうか。	処方（乳幼児）加算の外来レセプト記載（医保） レセプト摘要欄に処方（乳幼児）加算を記載しないよう修正しました。	H21.1.23
61	support 20090109-003	後期高齢者で結核と地方公費福祉と長期の併用のレセプトを添付いたします。返戻分はすでに送ってしまったため添付書類は入手できませんでした。ただし、以下のこととのことです。 ・一部負担金カッコ内の数字がおかしい （10110円）ではなく（110円） 10100円ではなく10000円 ②の負担金は10000円ではなく、9890円とのことです。	マル長併用時のレセ記載対応 （報告事例：入院　”後期高齢1割＋地方公費（負担なし）＋長期972”と”後期高齢1割＋010＋地方公費（負担なし）”の保険組み合わせを使用した場合） 1）”010＋長期”の保険組み合わせを作成可能としましたので、患者登録で再登録を行い、下記保険組み合わせを変更して下さい。 ”後期高齢1割＋010＋地方公費（負担なし）” ↓ ”後期高齢1割＋010＋地方公費（負担なし）＋長期972” 2）レセプト記載 （10110）　（110） 保険　20435　10110　10000 公費1　106　50　→　9940（※1） 公費2　20435 （※1）10000－110＋50＝9940	H21.1.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
62	1/20 電話問合せ 自賠責 金額桁数	レセプトの金額欄にて、桁数が6桁となる場合に、6桁目が表示されませんとのお問合せがございました。資料を添付させていただきますので、ご確認いただけますと幸いです。	労災・自賠責レセプトの円項目摘要欄記載修正 金額が10万円以上の場合、10万の位が記載されませんでしたので修正しました。 （例） 診療行為コード”09593XXXX” 部屋代 金額100000円 部屋代 00000×1 → 100000×1	H21.2.25
63	support 20081001-016	H20.3診療分のレセプトについて、ORCAの出力内容で返戻になったと医療機関様よりご連絡がございました。 「療養の給付」の保険負担金額欄について、“63,260（44,400）”と印字されている為、“44,400”と印字するようにとの事です。	高齢者のレセプト保険欄一部負担金記載修正 下記の場合のレセプト記載修正 ・主保険単独 ・主保険＋全国公費＋地方公費（レセ記載しない） （例）入院、前期高齢者1割、一般区分 （44400）(A)　（44400） 請求点 371286　63260 → 44400 （※1） 公費1 352430　44400(B)　44400 （※1）（63260－44400(A)）＋44400(B) ＞ 44400（患者負担上限） となる為、 44400（患者負担上限）－44400(B) ＝ 0 0＋44400(A) ＝ 44400 （上記計算結果が患者負担上限を超える場合の対応となります。）	H21.2.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
64	kk 17951	山梨県の41老人の51公費併用時のレセプト記載で修正をお願いします。 41老人と51公費の併用時は第1公費が41老人第2公費が51公費で請求しなければ返戻となります。 41老人の一部負担金欄の記載も必要との事です。 レセ電、オンライン時には手書き修正が出来ないので早急の対応をお願いします。	山梨県”51”＋41老人のレセ記載対応（41老人の一部負担金記載について） 負担割合分の一部負担金と41患者上限を比較し、小さい方の金額を記載する事としました。 ・外来：1割又は2割 41患者上限なし ・入院：1割又は2割 41患者上限　1割（一般）　40200円 （低所得・低年金）　24600円 2割　72300円 70歳未満現物給付対象者について 保険欄一部負担金欄は高額療養費が現物給付されている場合でも空白とします。又、上記で比較した金額と高額療養費の上限を比較し、小さい方の金額を記載する事としました。	H21.2.25
65	お電話でのお問い合わせ2月3日－労災保険自費入力のみのレセ	労災保険で自費コードのみの入力があった場合に点数欄、摘要欄が空白の状態で患者情報や病名のみ印字されたレセプトが作成されますがこちらについては仕様なのでしょうか。 09500～のコードや．950を宣言して入力した09593～コードのみ入力した場合にもレセプト集計対象となっています。	労災・自賠責・公害レセプト作成修正 請求金額が0円の場合（自費分のみ等）でもレセプトが作成されていたので、作成しないよう修正しました。	H21.2.25
66	ncp 20090216-011	アフターケアのレセの前回検査実施日の欄について質問です。 アフターケアの大腿部頚部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の患者さんは、画像診断も検査の内容として挙げられているのですが、前回検査日に日付があがってきません。 血液検査を入力すると前回検査日に日付があがってくるのですが、画像診断のみはあがってこないのでしょうか？	アフターケアレセプト 検査年月日・前回検査年月日の記載について 下記条件で記載していましたが、 検査年月日　・診療日に検査（診区60、64）があれば記載 前回検査年月日・・直近の検査日（診区60，64）を記載 条件に診区70（画像診断）を追加しました。	H21.2.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
67	kk 18088	先般、お電話にてお伝えしておりました表題の件について関連する資料を頂戴致しましたので、転送させていただきます。 今回問題となっている患者は在宅・高齢者3割・被爆の併用の方で１２０００円が上限額となるのではないかとのご指摘を受けております。	高齢者＋長崎県地方公費（保険番号１８６：被爆）のレセプト記載 保険欄－一部負担金欄の記載について、上位所得者でも、低所得者でも、一般扱い（外来１２０００円、入院４４４００円）で記載するよう修正しました。	H21.3.26
68	kk 18259	地方公費プログラム名：p38-ehime.4.2.0.ver06.tgz 「国保＋重度＋長期」の保険組合せで5日診療し、「国保＋更生＋重度＋長期」の保険組合せで9日診療した場合、レセプトの診療実日数欄に 保険　：14日 公費①：9日 公費②：5日 と印字されますが、 保険　：14日 公費①：9日 公費②：14日 と印字するのが正しいとのことで、国保連合会より医療機関に連絡があったようです。	愛媛県地方公費のレセプト記載 ＜地方公費の診療実日数カウントについて＞ 以前、主保険＋全国公費＋地方公費の保険組み合わせ分は、カウントしないよう対応しましたが、カウントするよう修正しました。 （平成２０年４月診療分以降で対応）	H21.3.26
69	ncp 20090303-006	自賠責保険のレセプトの印字についてご報告さしあげます。 平成19年4月改正様式の新様式でレセプトをプレビュー、発行すると特例加算の（特）が（特　と綴じカッコがない状態で印字されてしまいます。	自賠責レセプト（新様式：外来）の円項目摘要欄記載 外来管理加算の特例で、（特）の記載をしますが、右の括弧が記載されなかったので修正しました。 （特　　○○×○○ ↓ （特）　○○×○○	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	support 20090306-028	75才以前から後期高齢対象者で、75才になった月の請求ですが、現在のORCAのレセ電上ではコードに810000001のコメントで障害を記録しています。 今回の福岡県国民保険連合団体連合会の通達では、820000143のコードを使うように通達しています。 確認したところ、810000001では記載漏れで返戻になるとの事でした。	７5歳到達月の特例に関する”障害”コメント修正 自動記載（記録）する内容について下記のように修正しました。 ＜レセプト＞　障害　→　（障害） ＜レセ電＞　810000001,障害　→　820000143,	H21.3.26
71	3/10　労災レセプト 請求点桁数　表示	労災レセプトの点数欄の小計（請求点）が10万の位の場合、数字が1桁表示されませんとのお問合わせがございました。monpeで見ると、1万の位までとなっているようです。	労災レセプト（外来）の請求点計の記載修正 請求点計（左下）が6桁になる場合、十万の位の記載がされなかったので修正しました。 5桁の場合　99，999 6桁の場合　999999 で記載します。	H21.3.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
72	kk 18324	福岡県地方公費対象者のレセプト提出についてご質問致します。 6歳未満の乳幼児の公費をお持ちの方で、同月内で保険が切り替わっており国保と社保で受診されております。 ＜例＞---------- 【保険】 ・国保　H20.4.1～H21.2.1 　　・社保　H21.2.2～99999・・・ 【公費】 ・381乳幼児負担有　H20.4.1～ ---------- 2/1　国保＋乳幼児　患者負担額「300円」 2/3　社保＋乳幼児　　〃　　「300円」 ---------- 通常、月上減額を満たしていれば公費併用としてレセプトを提出致します。ですが上記の場合、金額的には月上減額を満たしておりますが、国保と社保それぞれ分けてみれば月負担額が300円になり上限額に満たない為、単独レセでの提出になるかと思われます。ですが、日レセでは公費併用として各レセプトが集計・作成される為返戻になっており連合会より、単独レセで提出するように言われたそうです。 こちらは仕様でしょうか？それとも設定上の問題でしょうか？	地方公費のレセプト記載（負担上限未満記載なし設定）判定条件修正 （地方公費の保険番号マスタ設定で、月上限額設定があり、負担割合設定が無い場合に限る） （※都道府県限定の対応ではありません。） (1)月上限額と一部負担金額が同額となる場合の対応 (2)月途中で保険者が変更となった場合の対応 地方公費　月上限額600円（レセプト請求）である例 (1)の例：就学前2割 社保＋地方公費 請求点　300点　一部負担金　600円　→　レセ記載しない (2)の例：就学前2割 社保＋地方公費 請求点　150点　一部負担金　300円　→　レセ記載しない 国保＋地方公費 請求点　200点　一部負担金　300円　→　レセ記載する （2割400円＞300円（600円－300円）の為）	H21.3.26
73	kk 18354	滋賀県の病院様より問い合わせがございました。 国保一般（患者年齢50歳）で972長期と241障害負有を併用の入院のレセプトについてです。 241障害負有は1日負担上限1000円、1ヶ月上限額は14000円です。 国保+長期+241障害負有の保険組合せで1ヶ月入院したとき、レセプトの療養の給付の負担金額①には14000と記載されて返戻されたそうです。①には窓口負担した長期の10000円を記載するそうです。	レセプト公費一部負担金欄記載修正 （長期（972，974）併用時） 各公費の上限設定金額を内部的に上限10000円又は20000円とし、負担金計算を行うよう修正しました。 入院：平成21年1月診療分～ 外来：平成21年5月診療分～ （都道府県限定の対応ではありません。）	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
74	kk 18730	日レセ(ver4.3.0 etch有床)使用の病院です。前期高齢者、月途中福祉（群馬県）のレセプト負担金額につきまして、本日、国保連合会に問い合わせたところ、添付ファイル患者の場合、上限の44,400と印字するようにと確認致しました。	群馬県前期高齢者（国保）レセプト一部負担金記載対応 （"前期高齢単独"と"前期高齢＋地方公費"の保険組み合わせ使用時） 月途中から地方公費適用等により分点が出る場合、下記例のように記載します。 （35570） 保険　70184　70180 → 44400 公費１ 35571	H21.4.24
75		生保のまとめ入力で、更新時に修正のないデータについても全て更新対象としていましたので修正分のみ更新するように修正しました。		H21.4.24
76		主科設定を行い、情報取得を「オンライン」に設定している医療機関での主科情報取得処理を収納登録画面（S02）の再計算にも組み込みました。 「一括再計算」及び「再計算」ボタン押下時に主科情報の再取得を行い、主科テーブルに情報を記録するよう改善しました。		H21.5.27
77	kk 18745	◆地方公費プログラム名：38ehime.4.2.0.ver06 ［国保＋更生＋重度＋長期］の保険組合せで、国保請求書の公費再渇欄の日数に診療日数の倍の日数が記載されています。広域連合総括表も同じです。 先月までは、12日受診していた場合は公費再渇欄の日数に12日と記載されていました。地方公費プログラムも先月からは入れ替えておりません。 3/26に第33回パッチが提供され、愛媛県の［国保＋更生＋重度＋長期］のレセプト実日数の記載について対応されましたが、その影響ではないでしょうか？	愛媛県地方公費のレセプト記載 ＜地方公費の診療実日数カウントについて＞ 以前、主保険＋全国公費＋地方公費の保険組み合わせ分は、カウントしないよう対応しました。 ↓ 2009. 3. 26パッチ 報告により、カウントするよう修正しました。 ↓ 報告誤りにより、カウントしないよう修正しました。	H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
78	ncp 20090508-017	入院の医保で種別不明があった場合、同月の入院労災一括作成を行うと（仮収納データがありません 患者番号：）【診療区分別点数集計（労災・自賠責）】」とエラーが出て、一括作成処理が出来ない現象が起こるようです。 労災の方には特に問題は無く、個別作成も行えます。種別不明を直すと、一括作成が行えました。	労災・自賠責入院レセプト一括作成時の患者抽出対象条件修正 医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある場合、労災・自賠責入院一括レセプト作成をすると、レセプト作成途中にエラーメッセージが表示され、一括作成処理が出来ませんでしたので修正しました。 （医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある患者が対象分として抽出されていました。） （例） 1. （医保分）主保険＋公費で入院登録 2. 上記患者の公費を/dで削除 　医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある場合ができます 3. 労災・自賠責レセプト一括作成 　レセプト作成途中にエラーメッセージが表示され、一括作成処理が出来ない	H21.5.27
79	ncp 20090414-039	150168110　胃全摘出術（悪性腫瘍手術） 150250070　自動吻合器（2個）加算 150249570　自動縫合器（4個）加算 150181910　結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術） 150268970　2以上の手術の50％併施加算 150249470　自動縫合器（3個）加算 上記の内容でオンライン請求をするとエラーコード4623自動縫合器加算が重複して記録されていますとエラーが出てしまう	レセ電作成時に同一剤に複数の基本項目があるときは、基本項目毎に加算項目の記載を行うようにしました。	H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
80	kk 19145	東京都公費（法別82マル都と他公費（法別80マル障、81マル親のように法別82より若い番号）を持っている場合、現在レセプト記載は、①に若い番号　②にマル都が記載されています。 支払基金から「マル都が優先公費になるため、第一公費に82×××を記載してください」と連絡があり、対応していただくよう依頼がありました。	東京都地方公費のレセ記載順対応（入・外） 法別82（182、282）を地方公費の中で優先し記載します。 例）主保険＋182マル都＋180マル障の場合 第1公費：182マル都 第2公費：180マル障 の順で記載します。 （平成21年4月診療以前分もこの記載順での記載とします。） （社保・国保・後期高齢分すべてこの記載順とします。） 注）使用する保険組み合わせも患者負担に関わりますので御注意ください。 主保険＋182マル都＋180マル障　○ 主保険＋180マル障＋182マル都　×	H21.5.27
81	お電話でのお問い合わせ5月25日－特定疾患特記事項	特定疾患の5月改正にて、70歳以上で補助区分1割の登録の場合に特記事項へ18一般の記載がされます。 特定疾患の受給者証に適用区分の記載がなく限度額適用認定証が提示されない場合には一部負担金割合の記載だけでは、一般か低所得1、2の判断がつかないため特記事項への記載は必要ないと質疑照会事項に記載されています。 現状70歳以上では1割の登録だけで18一般を記載しますが記載しないようにはできないのでしょうか。	平成21年5月改正対応 高齢者”18一般”の特記事項記載について、所得区分の確認がとれた場合のみ記載するよう修正しました。 ※改正対応資料を参照してください。	H21.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	ncp 20090529-002	明細書の作成時に「レセ電データ作成」の状態で処理が終了しない現象が発生しております。 システム管理マスタにてレセ電データ作成の設定を出力しないにすると印刷まで行えるようになります。 気になる点として、5月27日のプログラム更新を実施すると当該事象が発生しているように思われます。	5月27日提供のパッチでレセプト電算記録順の修正を行いましたが、診療行為コードより先にコメント入力されていたときの処理について誤り がありました。この影響により、レセプト作成時に「レセ電データ作成」と表示された状態で処理が進まなくなりました。 例) レセ電処理が停止してしまう入力パターン . 400 コメントコード 診療行為コード レセ電処理が正常終了する入力パターン . 400 診療行為コード コメントコード	H21.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

43 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	support 20090113-008	公費併用時の請求管理処理ですが、再請求時に点数のみ修正する時に公費の総点数の修正が出来ません。 点数を増やす場合は、公費点数1欄に増点数を入力すれば可能ですが減点数はマイナス入力が出来ないので処理が出来ません。 総括と月次の保険別請求チェック表の公費点数が合わなくなります。 ①請求管理でマイナス入力が可能 ②請求管理で公費併用時は点数欄と同じように算定点数が入力出来る 上記どちらかの対応をお願いします。	43請求管理の公費点数欄（項目別）表示修正 公費併用時で、主保険と公費の請求点が同じ場合、公費点数欄（項目別）に点数表示がされませんでしたので、表示するように修正しました。 （請求管理テーブル：項目TENSUについて、主保険と公費の請求点が同じ場合でも編集するよう修正しました。） ※注意事項 パッチ適用後にレセプト作成したデータにおいて上記の表示となります。レセプト作成済みのデータを上記表示としたい場合は、レセプトを再作成する必要があります。	H21.2.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 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	お電話でのお問い合わせ－県単独事業期間設定	システム管理マスタ3004県単独事業情報設定で有効期間を区切ることができますが、期間の設定というのは環境設定の日付で見ているのでしょうか。 埼玉県の総括表が有床と無床で違うとのことで、5月より有床から無床になる診療所で有効期間をH20．4．30までを有床、H20．5．1からをを無床にして期間を区切りますと環境設定の日付をH20．5．10までにしますと、診療年月、請求年月日に関係なく、有床の総括表を、日付をH20．5．11以降にしますと無床の総括表で作成されます。 このような仕様なのでしょうか。 5．11以降で有床の総括表を作成する場合は事前に環境設定の日付を変更し作成するのでしょうか。	システム管理3004「県単独事業情報」で有効期間を区切って登録した場合、44総括で診療年月を変更したときに診療年月の1日時点に対象となる処理を再取得していなかったため、初期表示の診療年月が処理対象となっていました。 診療年月を変更したときに対象となる処理を再取得するようにしました。	H20.5.29
2		システム管理3004「県単独事業情報」で標準提供の総括表の印刷指示を全て有と設定したときに、公害の総括表のプリンタ設定が空白になり印刷できませんでしたので修正しました。		H20.5.29
3	ncp 20080602-021	「請求データなし」の状態で、すべてのチェックをはずして実行すると、なぜか公費作成が選択されて実行されてしまいます。通常は「請求データがあれば）何も選択されていません」というダイアログが表示されます。	「請求書対象データなし」の状態で印刷処理ボタン押下時に、システム管理3004「県単独事業情報設定」から公費請求書のボタンの設定を再度行っていたため、ボタンの設定が変わっていましたので修正しました。	H20.6.5

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

51 日次統計

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		日次統計データ作成の入院データ分について 75歳以上船員保険のレセプト種別を”1117”又は”1119”と記録していましたので”1111”とするようにしました。		H20.4.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	ncp 20090408-016	福岡の医療機関様よりお問い合わせがあり、月次統計の統計データで、以下の内容でCSVを取得しようとするとエラーで途中終了してしまいます。このエラーメッセージが出て、終了する場合はどのような原因が考えられますでしょうか？また、対応方法等ご教授頂ければ助かります。 --- 処理区分 :統計データ（病名）のみ 診療年月 :H21.2、入院 統計データ（病名）の出力ファイル :クライアント保存、test.csv 個人情報有無 :記録する 作成内容区分 :包括を含まない 文字コード:S-jis --- エラーメッセージ 月次統計データ（統計情報）書き込みエラー --- /var/log/jma-receipt/01toukei1.log　の下部のエラー内容 ORCSJOB ST =JBE## ORCSJOB ED =+000## cobabort: ORCBT010 月次統計データ（統計情報）書き込みエラー STS=22 --- ※ 上記の条件で、外来の病名のみは正常にCSVファイルが作成できます。 ※ また同様に、入院の診療行為のみも正常にCSVファイルが作成できます。	月次統計データ作成時に処理区分を入院で統計データ(病名)のみで処理した場合、入院基本料等のデータのみ処理していました。作成する月次統計データには出力しませんが、内部的に作成する中間ファイルの連番の初期化を診療会計のデータ作成時のみ行っていたために、連番の初期化が行わず重複キーエラーとなりました。	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

71 データ出力

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	データ出力につきまして	「71 データ出力」につきまして 出力テーブル選択時に 患者 Dを患者番号へ変換しますか する／しない」と選べるかと思いますが、「する」を選択してファイルに出力した場合、出力項目の最後に ”01”が追加されるようです。 例） テーブル　PTINF 抽出項目　PTID NAME BIRTHDAY とした場合、 00001 ,テスト 患者,19650101,01 と4つ目に01（HOSPNUM?）が追加されます。 変換しない場合は、01はなく抽出項目どおり3つになります。	データ出力で患者 Dを患者番号に変換する処理で選択項目の後にHOSPNUMを出力していましたので出力しないように修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		W121 編綴順詳細設定画面からF1で戻るとき、警告メッセージを出したときにエラーコードをクリアしていませんでしたので、W12 に戻ってタグの切替等したときに空の警告画面が出ていましたので修正しました。		H20.4.30
2	kk 14559	日レセ（ORCA）本体の問題かも知れませんが、こちらに送付させていただきます。システム管理の県単独情報のバグである一部の行に入力ができません！！	システム管理3004「県単独事業情報」にPRTNM08が 2つ定義されていたため、プリンタ名が入力できませんでした。 項目名の変更をしました。	H20.5.29
3	職員情報　有効期間	職員情報でユーザを101件以上で登録してある場合において、ユーザの有効期間を区切った際、00の有効期間が自動的に作られ、職員情報が取得できず、ログインできなくなります。（Ver.4.2.0以上で確認済みです。）	職員情報登録画面で職員が 100名上登録されている時、期間変更をした職員コードが一覧に表示されませんでしたので、正しく表示するように修正しました。また、一覧表に表示されていない職員コードを手入力した時、履歴表示に不具合がありましたので、正しく表示するように修正しました。 同じユーザ ID で複数の履歴のある職員を削除した時、tbl_sysuser が削除される現象についても修正しました。 また、出力先プリンタ割り当て情報で職員情報から表示する端末名の現在有効一覧が、職員情報が 0000000 ～ 99999999 で登録されていないと表示されていませんでした。0000000 ～ 99999999以外のレコードがすべて現在無効になっていましたので、システム日付で有効か無効かを判断するように修正しました。	H20.12.24
4	kk 18782	ベンダ様より高額委任払いの資料をいただきました。 /file/P27-osaka/2009-04-13-osaka.pdf になります。 高額委任払いの場合、特記事項に「70」と印字する必要があるようで、シス管－「2006」で保険番号 964（高額委任払い）に対して特記事項を編集するように設定しようと思いましたが、設定が反映されませんでした。 保険番号 900番台の場合は対象外なのでしょうか。	システム管理2006で保険番号が900番台のときは登録できないようにチェックを追加しました。	H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		データベースアクセス定義に誤りがあり、改定により新設した項目の更新ができませんでしたので修正しました。		H20.4.2
2	ncp 20080527-007	「102点数マスタ」に入り、【特定施設入居時等医学総合管理料】の点数マスタ設定画面に入ると、“指導管理料”に“58”という数字だけが表示されており、Enterをすると「選択種別がありません」というエラーが出ますが、「登録」は出来ます。 【特定施設入居時等医学総合管理料（4種類）】全てにおいて、エラーが表示されるようです。 診療行為入力時やレセプト表示には影響はないようですが、設定上このままにしておくと問題がありますでしょうか？もし、あるようでしたら修正をお願い致します。	点数マスタ更新画面の指導管理料の一覧に58から60までの区分がありませんでしたので追加しました。	H20.5.29
3	ncp 20080528-008	点数マスタの医薬品設定の投与量の設定について教えて下さい。 一度、投与量に数字を入力して登録してしまい、設定をやめようと投与量を「0.000」にして確定して登録しても再度同じ薬の点数マスタを表示すると元の投与量が表示されます。正しい投与量の数値の削除手順を教えて下さい。	点数マスタ登録で、長期投与日数等の設定がされていた時、一度登録された投与量をゼロに変更することができませんでした。長期投与情報等が設定されていても、投与量のクリアができるように修正しました。	H20.6.5

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		併算定マスタの適用コード登録画面(X02)について200件まで登録可能にしました。 ※制限事項として適用コードの登録が100件を超えている場合、複写画面への遷移をできないようにしています。次回バージョンで制限を解除します。		H20.4.4
2	support 20080426-002	チェックマスタ設定の投与禁忌薬剤と病名の項目で、疑い病名をデフォルトの「認める」から「認めない」に変更しても、変更が反映されません（変更を試みたのはPL顆粒でした。）。	チェックマスタ「投与禁忌薬剤と病名」については、疑い区分の設定の対象外としている（疑い病名でも常にチェックする）のですが、画面右の病名選択欄の疑い区分コンボボックスで（疑い病名を）「2 認めない」が選択できるようになっていました。 これを「1 認める」しか選択できないように修正しました。	H20.5.2

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

104 保険番号マスタ

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	お電話でのお問い合わせ－公費付加情報	公費付加情報につきましてお問い合わせをいただきました。 公費付加情報の設定画面で一度登録した設定を呼び出し例えば「患者区分」を変更して「変更」ボタンを押しても変更されません。	福岡県の公費設定画面（公費付加情報設定画面）で、「変更」ボタンを押しても設定内容が登録できませんでしたので修正しました。	H20.3.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		「9000 CLAIM接続情報」の「診療科レセ電送信」を「有」とした場合で診療科とレセ電診療科が異なる場合にuidから正しく保険組合せが設定出来ませんでしたので修正しました。		H20.5.29
2	orca-red 13452	ある患者の「診療行為」と「病名」をCLAIMにて送信するさいの現象です。 日レセVer3*時代では、 ①診療行為を送信 →日レセでは中途終了状態 ②病名を送信 →取り込んでくれる だったので、その仕様に合わせて作り込んでいました。 しかし、日レセVer4*になると ①診療行為を送信 →日レセでは中途終了状態 ②病名を送信 →取り込んでくれない！NG ということで、動作を確認したら、下記方法で回避できようです。 ①診療行為を送信 →日レセでは中途終了状態 ②中途終了を処理（日レセでの処理） ③病名を送信 →取り込んでくれる この動作の違いのため、以前の日レセVerから運用されておられる医療機関さんから怒られているのです。 先生は診療行為送信に続けて病名をCLAIM経由にて送信します。先生は日レセを扱わないため、中途終了の処理ができません。 病名が登録されていないことがほとんどらしいです。 そこで、以前と動作が違うのは不具合なのでしょうか？ それとも、仕様を変更したのでしょうか？	診断履歴情報モジュールについては、現状「9000 CLAIM接続情報」の「再送受信有り」の場合で中途終了データを展開中でない場合にのみ取り込んでいますが、診断履歴情報モジュールのみ送信した場合等、再送フラグ等関係なく取り込むよう変更しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
3	support 20080930-005	ORCAで登録した患者情報をClaimで送信しているので社内環境にてテストしたところ、保険情報が正常に送信できませんでした。 XMLのデータを、政府管掌で送信した場合と協会けんぽで送信した場合と相違が見られました。	協会けんぽ保険を持つ患者さんを日レセで受付(患者登録)した場合、健康保険情報モジュールの内容が一部欠落しており、このモジュールをそのまま日レセに向けて返却すると保険組合せが「0000」(保険組合せなし)となってしまいます。UIDによる送信は、問題ありません。欠落しているデータを作成するように修正しました。 (欠落エレメント) <mmlHi:insuranceClass mmlHi:ClassCode="09"… 協会けんぽ </mmlHi:insuranceClass>	H20.10.1

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	orca-users 10435	Ver4.2.0 のお薬手帳のことが話題に載っておりましたので、さっそく、テスト機で試してみました。 なかなかよい感じですが、なぜか、一種類の薬の場合や、例えば、3種類の場合、最後の薬は 1日量が出てきません。そのかわりそこに何日分と日数がでてきます。 自分のところでは、服用方法を入力しておりませんが、そういうことが微妙に影響しているのでしょうか？	最後の行が薬剤名称のみの場合に1日量が○日分の表示で上書きしていましたので修正しました。 薬剤名称や用法が長い場合に改行して○日分とセットしていましたが、同じ行に1日量がセットされている場合も改行して○日分とセットするよう修正しました。	H20.3.25
2		チェックマスタ・薬剤情報マスタ経過措置薬剤更新リスト(ORCBG018)について、更新対象外の薬剤一覧に点数変更のために期限が区切られている薬剤も編集していまし た。これを編集しないように修正しました。		H20.3.25
3		日計表（ORCBD002）で平成 20年 4月以降に自費診療を行った場合、自費の欄に計上される数値が労災の欄に計上されていましたので修正しました。		H20.3.25
4	お電話でのお問い合わせ－処方箋 ORCHCM19	標準処方箋ORCHCM19の第二公費の公費受給者番号につきまして 8桁の受給者番号の場合、7桁までしか印字されない とのお問い合わせがありました。	処方せんの第 2公費の受給者番号が 8から10文字の時、7文字しか表示されませんでしたので修正しました。	H20.3.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5		カルテ3号紙の入院点数記載対応（他医療機関受診時） 平成20年4月以降に新設された特定入院料（診療コードが新設されたもの）を算定し、他医療機関受診（会計照会の外泊欄に"4"をセット）とされた場合に、カルテ3号紙に記載する入院料点数を他医療機関受診の減算点数とする対応を行いました。 対象となる特定入院料は以下となります。 小児入院医療管理料１ 回復期リハビリテーション入院料１ 回復期リハビリテーション入院料２ 亜急性期入院医療管理料２ 精神科救急入院料２ 精神科救急・合併症入院料		H20.3.28
6	ncp 20080327-014	お薬手帳印刷の件です。 診療行為コード 001～から始まる用法のコードは印字されますが、0082～や0083～などで始まるコメントコードを入力した場合には、印字されません。処方箋には出るコードなので印字できるようにしていただきたい思います。	コメントも印字するように修正しました。	H20.3.28
7		処方せんの後発医薬品変更不可時の記載を以下のように変更しました。 （変更前） （後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更不可のとき、以下に署名 （変更後） （後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全 て不可の場合、以下に署名又は記名・押印		H20.3.28
8	お電話でのお問い合わせ3月28日－処方せん備考欄記載	4月以降の日付で処方せん発行をした場合に65～70歳未満の後期高齢者に該当する場合に「高7」等の印字がされないとのことです。	65～70歳未満で後期高齢者医療に該当する場合に備考欄への印字をしていませんでしたので修正しました。	H20.3.28

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
9	お電話でのお問い合わせ4月2日－長期患者の処方せんQRコード	処方せんORCHC02Qを出力した際に保険組み合わせで972長期がある場合QRコードが印字されません。 印字させるにはどのように設定すればよいのでしょうか。	負担者番号及び受給者番号が空白で登録されている公費をQRデータの対象外とします。 ※受給者番号のみ登録された公費がある場合はQRの印刷をしません。	H20.4.4
10	request 20080402-003	処方せんで後発品の薬剤を処方した場合は医師名は記載されますが先発のみの場合は医師名が記載されません 常時、医師名を印字させるような設定にしたいとの事改善宜しくお願い致します	変更不可の記載をする設定をした場合でも処方された医薬品が先発品（後発医薬品がない先発品）のみの場合は記載しないようにしていましたが記載するように修正しました。	H20.4.4
11	kk 13043	オフセットの設定につきまして オンライン帳票、バッチ帳票ともに調節が可能とあるのですが、公費請求書等も可能でしょうか。 ORCSPRTを使用していれば可能と思っていましたが、反映されませんでした。 地方公費PG側で何か必要でしょうか。	対応漏れでしたので修正しました。	H20.4.10
12	support 20080410-006	月次統計：定診療行為件数調（ORCBG016）」の統計を出力する際「診療行為5」に指定した診療行為コードの同統計が出力されません。 ためしに、「診療行為1～4」に同診療行為コードを指定すると、リストが出力されます。	月次統計帳票の指定診療行為別件数調（ORCBG016）について、第8パラメタの診療行為5に入力された診療行為コードが無効となっていましたので修正しました。	H20.4.15

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
13		薬剤情報提供書（お薬情報）の旧様式に近い様式を復活しました。 ・1頁に最大6明細 ・服用時点に起床時追加 ・枠をオーバーした場合は次の明細欄へ続きを記載 ・プログラムオプションにより服用時点の小数点の表示方法を変更する ・プログラムオプションにより薬剤形状の表示方法を変更する システム管理の１０３１帳票出力先指定画面 薬剤情報提供書の標準プログラムで選択します。		H20.4.23
14	support 20080415-007	薬剤情報の用法等の印字について、外用薬の入力で下記のとおり入力を行うと以前のVer.4.0.0ではきちんと印刷がされていましたが、Ver.4.2.0になってから印字がおかしくなりました。社内のも検証しましたが、同様の現象です。 ・標準プログラム　ORCHC30 ・（入力例） 　620005748__1　　ツロブテロールテープ0.5ｍｇ 　Y01007*7　　1日1回夜に ・（ver.4.0.0）薬情印字例） 　「夕」欄に「1」 　1日1回夜に 　1日1回上記量 　全7枚 ・（ver.4.2.0）薬情印字例） 　「夕」欄に「1」 　1日1回夜に 　1日1回上記量 　全1枚　　←　この枚数がおかしいです。	薬剤情報提供書のプログラムオプションTIMESURYOを指定して服用時点数量と全数と単位を編集するよう変更しましたが、外用薬の服用時点を用法コード等で指定した場合に全数が1日分と編集していましたので正しい内容を編集するように修正しました。	H20.4.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
15	ncp 20080424-002	下記の件について確認させてください。 【事象】 プレビュー（診療行為・会計紹介）より後期高齢者レセプトの印刷が出来ない。他保険の場合は印刷可能である。 【詳細】 第8回パッチプログラム適用・マスタ更新実施後、上記事象が発生しております。	リアルタイムプレビュー時の広域連合のプリンタ設定をしていませんでしたので修正しました。	H20.4.28
16	support 20080426-004	標準総括票の社保請求書で下記患者が医保単独（六歳)(共)に集計されず、医保単独（家族)に集計されます。明細書では社・単独・六外となり、レセプト作成では社保・単独・未就学者に集計されてます。	社保総括表 共済（031～034)、船員（002)の家族で、3歳～就学前の患者が医保単独（家族）欄に集計されていたので、医保単独（六歳）に集計するように修正しました。	H20.4.28
17	support 20080428-019	当社サポート先医療機関様で4月請求分レセプト電算を作成したところ社保、広域レセ電は出力しますが、国保レセ電が出力しないという現象が発生していると連絡がありました。 当社でも確認のため国保レセ電を作成してみましたが、添付ファイルの画面で2時間程度処理が止まっております。	地方公費の受給者番号で全角文字が使用されていた場合にエラーとなっていましたので全角文字でも記載するように修正しました。	H20.4.30
18	request 20080402-002	（20080327-011）の問合せに対し下記 ＜回答＞ お問い合わせいただきました件、1日量1gに対し、換算値が0.33・・と設定されている場合、3で割り切れないため空白となります。 服用時点に表示可能な数字は999?0.0までですので印字されません。手書きにてご対応いただけますと幸いです。 ---------- を頂きましたが、このような場合も、1が記載されますよう改善よろしくお願い致します。	TIMUSURYO=0のとき、服用時点の服用数が整数でなければ1と表示するよう修正しました。	H20.5.2

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
19	お電話でのお問い合わせ5月7日－社保請求書食事療養費欄	社保診療報酬請求書の2枚目、公費負担欄の食事療養・生活療養の金額、標準負担額欄に印字があり、斜線が引かれている項目があります。こちらの欄はこのような印字でよろしいのでしょうか。	社保診療報酬請求書の2枚目について 「様式第一（一）」は一部負担金欄、金額欄、標準負担額欄 「様式第一（二）」は一部負担金欄 の一部に不要な斜線を記載していましたので不要な斜線を削除しました。	H20.5.7
20		保険請求確認リストを修正しました。 広域連合分について保険番号毎に改ページ処理をしていましたが、広域連合毎に改ページ処理をするように修正しました。		H20.5.29
21	kk 14445	尚、標準総括表なので実際には使わないのですが、高知県の広域連合の名称が後置？県と印字されているそうです。	標準提供の広域連合の診療報酬請求書で高知県の名称が後置県と記載されてしまいました。後置県を高知県に訂正しました。 ※COPY句を修正しましたのでsite-upgrade.shを実行してください。	H20.5.29
22	ncp 20080520-005	処方箋ORCHC02Qのバーコードデータ内容について、生活保護など主保険の登録がない場合の本人・家族区分データはどちらになりますでしょうか？ 薬局システムご担当者の方より、医保の本人・家族区分と同じ部分にデータがほしいとのことです。	公費単独の保険組合せのQR処方せんを印刷した時、QRコードの記号番号レコードに設定する被保険者／被扶養者区分が設定されていませんでした。公費単独の時は、'1'（被保険者）を設定するように修正しました。	H20.5.29
23	kk 14665	岡山県、広域連合、診療請求報酬書について、県外の後期高齢者と公費（更正15）の併用で診療を行った際に、公費負担医療の欄に、【5 80（マル】と標記されます。ご確認頂き、プログラムの修正をお願いします。	システム管理2007「公費番号まとめ記載情報」でまとめた公費番号より大きい番号があった場合、まとめた番号以降の公費名称がまとめた時の表示名称で印字されてしまいましたので修正しました。	H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
24	request 20071210-004	薬剤使用量一覧にて、注射薬の使用量を出力した際、診療行為画面で実際に入力した容量を計上してきますが、残量廃棄があった注射薬の場合、残量廃棄分も含めて集計するようにして欲しいとの事です。	診療科別医薬品使用量統計について残量廃棄分も含めた使用量を計上するように修正しました。	H20.5.29
25	6/3　電話問合せ　自賠責　診療費明細	自賠責（健保準拠）において、夜間緊急体制確保加算の金額が重複して診療費明細書に印字されていますとのお問合せがありました。	診療費明細書と会計カードについて、労災・自賠責保険での入院の時、入院基本料の注に係る加算（夜間緊急体制確保加算等） が重複して記載されていましたので修正しました。	H20.6.5
26	6/13 電話問合せ　自賠責　入院診療費明細	自賠責（健保準拠）で生活療養対象のデータにおいて、診療費明細書の食事療養費が1日1920円で計算されてますとのお問合せがありました。動作確認しましたところ、収納と診療費明細書の金額が異なっていました。	自賠責（健保準拠）の生活療養対象での入院の際、この入院に係る入院診療費明細書及び会計カードを発行した場合、入院時生活療養費を編集しなければいけないところを入院時食事療養費の方を編集していましたのでこれを修正しました。	H20.6.27
27	support 20080702-015	添付ファイルをご参照ください。 右の処方せん（以下右側）　1）ラキソベロン液0.75%　につけた用法と左の処方せん（以下左側）　2）ラキソベロン液0.75%　につけた用法はまったく同じ9桁コードの用法なのですが、左側は【1滴ずつ減量】という文字が消えてしまっています。 右側についてはテスト的に「5滴から開始」というフリーコメントを用法の次の行に入力してありますので、（　1回分）という文字が改行されて、用法すべての文字が印字出来ています。 ところが、左側の通り、文字数が多い用法はフリーコメントを入力しないとすべてが印字されません。 用法の文字数上限は50文字ですが、すべてが印字できないのはなぜでしょうか？ 文字数が多い用法は、改行して印刷していただきたいと思います。	処方せんで回数編集をする行が薬剤でない時、名称内容が33文字から38文字であった時、最後まで名称の表示がされませんでしたので正しく表示するように修正しました。	H20.7.25

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
28	ncp 20080729-001	処方箋ORCHC02の記載についてですが、H20.7.25パッチ（？）リリース以前までは用法・日数が1行として記載されておりましたが、パッチ更新以降　用法に1行・日数で1行使用してしまい、1枚の処方箋に記載される処方内容が限られてきております。医療機関様より以前のように記載してほしいとの要望を頂いておりますが、仕様が変更となったのでしょうか？	処方せんの回数編集の行が用法の下に編集されていましたので正しく編集するように修正しました。また、剤の明細数が１９行で剤の最後が６７文字から８０文字だった時、回数編集がなく”次ページへ続く”のコメントが文字化けしていましたので正しく編集するように修正しました。	H20.7.29
29	request 20080703-009	PG名 ORCBG007の会計カードで、後期高齢者の方ですが補助の欄に負担割合を印字してほしいとご要望いただいています。	後期高齢者の負担割合が表示されていませんでしたので表示するように修正しました。	H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
30	ncp 20080807-018	月次統計の指定診療行為件数調（ORCBG016）について 例：入院期間　入院科　入院基本料 9/1～9/30　内科　一般病棟15対1入院基本料 10/1～10/9　内科　一般病棟15対1入院基本料 10/10～10/14　透析　療養病棟入院基本料Ａ（生活療養） 10/15～1031　内科　一般病棟15対1入院基本料 と算定した場合、「52月次統計」の指定診療行為件数調で 診療年月　H20.9　入外区分　1 診療科　01（内科）　診療行為　190077610（一般病棟15対1入院基本料） で処理すると、内科　一般病棟15対1入院基本料で該当患者が9/1～9/9・9/15～9/30まで"1"と記載されており、9/10～9/14が空白になっています。また、 診療年月　H20.9　入外区分　1 診療科　03（透析）　診療行為　190077610（一般病棟15対1入院基本料） で処理すると、透析　一般病棟15対1入院基本料で、該当患者が9/10～9/14まで"1"と記載されています。 該当患者は、9月いっぱいは内科　一般病棟15対1入院基本料しか算定していません。 透析科にも転科転棟転室していません。 どうやら10月の転科転棟転室の履歴がコピーされているようです。 環境設定を該当年月で処理を行っても行わなくても同様な結果となりました。 10月に関しては11月に転科転棟転室処理を行っていないので、きちんと出てきました。 不具合かと思われますので、お忙しい中すみませんが対応お願い致します。	指定診療行為件数調 入院会計の診療行為（入院基本料等）を対象とした場合、対象診療年月の翌月に入院科の異動を行われていると、その異動を誤って当月行われたものとしてカレンダーを編集していましたので修正しました。	H20.8.26
31	support 20080909-001	レセ電コードがある場合は名称の省略が可能ですが、点数マスタで一般名または処方名の設定を行っている場合、QRコードでは名称が出力されません。	点数マスタの薬剤の名称を一般名・処方名で記載するように設定していた時、処方せんのQRデータの編集でコードも名称も編集していませんでした。 一般名・処方名で記載する場合、QRデータに一般名・処方名を編集するように修正しました。	H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
32		平成20年10月からの「協会けんぽ」改正にともない、診療報酬請求書の区分名称を変更しました。 「01（政）」を「01（協会）」としました。 また、保険請求確認リストの協会けんぽ対応をしました。		H20.10.28
33	ncp 20081009-010	以下の現象の報告です。 1.日レセユーザを一般用[orca]というユーザとメンテナンス用ユーザ[ment]の2つを作成。なお。どちらも[1010職員情報]では事務員として登録 2.この2つのユーザで[1031プリンタ出力設定]で異なるプリンタを設定。 3.[病名登録画面]-[入力CD]-[リスト]でリストを印刷する。すると、ment で指定したプリンタから印刷されない。 つまり、このリストの印刷をした時、1031の設定が生きないようです。	自院病名一覧表ユーザープリンタ設定修正 自院病名一覧表を印刷する際にユーザーごとのプリンタ設定が有効になっていませんでしたので修正しました。	H20.10.28
34	ncp 20081110-013	「44総括表」の画面の「社保集計表」（F9キー）の件数が合わないとのお問い合わせを医院様からいただきました。	社保集計表が協会けんぽのときにエラーにならないように修正しました。	H20.11.26
35		月次統計業務より出力を行うチェックマスタ・薬剤情報マスタ経過措置薬剤更新リストについて、帳票として処理後に各マスタの (1)移行を行った医薬品の一覧 (2)既にマスタに登録済みの医薬品と移行先の無い医薬品の一覧 を出力するのですが、移行先のない医薬品の編集が帳票から漏れていましたので修正しました。		H21.2.25
36	support 20090311-018	診療録についてですが、労災の登録で自賠責保険区分と傷病の部位を登録すると、診療録の記号・番号の部分に印字されてしまいます。 前回までは印字されていなかったそうですが、急にということらしいのです。	労災のカルテ1号紙で、傷病の部位が11文字以上であった時、記号・番号に労災名＋部位が表示されていました。 記号・番号には編集しないように修正しました。	H21.3.26
37		未コード化傷病名リストの診療科の表示を名称に変更しました。		H21.4.24

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		平成20年4月診療報酬改定におけるレセプト及び請求書作成に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H20.4.23
2		定点調査研究事業について平成20年4月診療報酬改定対応を行いました。		H20.4.28
3		データ移行プログラムについて平成20年4月診療報酬改定対応を行いました。		H20.4.28
4		緊急レセプト調査の集計プログラムを作成しました。		H20.5.14
5		データベースアクセスサブルーチン内でエラー発生時にログを出力するようにしました。		H20.5.29
6	ncp 20080512-022	コンバートしていただいたPTHKNINF.csvをデータ移行プログラムの実行をしてみましたが、PTHKNINF.csvでは保険の適用開始日が20030401、適用終了日が99999999の患者様がORCAの患者登録画面では、有効期間がH20.3.1～H20.2.29となっております。この患者様の生年月日がS13.3.1で、年齢が70歳の男性です。この患者様を含めて4件が同様のようになっております。	患者保険情報のデータ移行で、前期高齢者の期間切替で組合国保の場合、不具合がありました。前期高齢者の開始日で追加した保険の終了日が前期高齢者到達前の終了日となっていましたので、正しい終了日で作成するようにしました。外来・入院負担割合から補助区分を設定する組合国保のみ現象が発生します。	H20.5.29
7		定点調査研究事業でのID、パスワード設定画面で登録した内容が表示されませんでしたので修正しました。		H20.5.29

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20080529-014	データ移行についてお伺いしたいことがあります。 平成20年4月診療報酬改定対応の移行プログラムで患者保険情報のデータ移行を行ったのですが、ORCVTPTHKNINFの処理をかけたところ、エラーは0件でした。しかし、ORCVTPTHKNINF02の処理を行ったところ後期高齢者の患者様が"[5]補助区分エラー"となりうまく移行されませんでした。 なお、後期高齢者の患者様の補助区分を調べたところ全員が"0"でした。 データフォーマット仕様書によると補助区分は"0"を設定するということで正しいのではないのでしょうか。 対策をご教授願えないでしょうか。	患者保険情報のデータ移行で、後期高齢者医療（法別番号39、40）の負担区分がゼロの時、エラーとしていたのでゼロの場合は1とみなすように修正しました。 ※前期高齢者も同様の編集をしていますので後期高齢者医療も合わせました。	H20.6.5

9	support
	20080226-020
		ORCVTINPUTCDを実行するとできる、エラーファイルについてお尋ねします。このエラーファイルですが、何故かエディタで開けません。
		エンコーディングを自動判別させると‥
		$ sudo gedit /var/tmp/ORCVTINPUTCD_ERR.txt
		「文字のエンコーディングを検出できませんでした。」というエラーになります。
		エンコーディングを指定すると‥
		$ sudo gedit --encoding=EUC-JP /var/tmp/ORCVTINPUTCD_ERR.txt
		$ sudo gedit --encoding=UTF-8 /var/tmp/ORCVTINPUTCD_ERR.txt
		エラーにはなりませんが、新規作成時のように、真っ白なエディタが起動します。
		読めないエラーファイルができる原因として、どういったことが考えられますでしょうか。
			該当のコンバートデータにおけるエラー内容は1つの診療コードに対する入力コードの登録件数が10件を超えたことによるエラーでした。入力コード付けの仕様では最大10件まで登録可能としています。この場合のエラー内容をエラーファイルへ出力する部分に不具合があり現象のような結果となりましたので修正しました。	H20.6.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	6/30　電話問合せ　後期高齢者一般経過措置	保険番号978一般経過措置マスタの件でお問合せがございました。 20年8月から22年7月まで一般経過措置対象の患者様がおられるとのことで、現在、マスタの有効期限が20年8月までとなっているため、手入力で延長することもできません。 下記URLをご参照いただけますと幸いに存じます。 http://www.city.kyoto.lg.jp/yamasina/page/0000040883.html また、岡山県広域連合にも上記の件、確認済みです。	改正対応を行いました。 高齢者一般経過措置延長対応 一般経過措置が平成２２年７月まで延長となりましたので、期間判定していたプログラムの修正を行いました。 ※マスタ更新を行って保険番号マスタを最新にしてください。	H20.7.25
11	ncp 20080714-005	ORCVTPTHKNINF02　の処理時に下記エラーが表示されます。とりあえず無視しても問題ないのでしょうか。 ORCSDAY.CBL:1593: error: non-numeric value `' ORCSDAY.CBL:1594: error: non-numeric value `' ORCSDAY.CBL:1597: error: non-numeric value `' また、ORCVTHKNCOMBI　の処理時に「4」補助区分不整合のエラーが表示されますが、理由がわかりません。 "25009",01,"02",0,"02280006",2,0,0,"（船）大阪","１２３４５","",30,30,20020831,20020831,,, 以上について対処方法等教えて下さい。	データコンバートの保険組合せ作成で、船員保険の補助区分チェックに不具合がありました。誕生日が1932年9月30日以前で船員保険の補助区分が１、２、３、空白であればエラーとしていますが、この判定に保険の期間の判定がありませんでした。その為、平成２０年４月以前に終了した保険であってもエラーとなっていました。平成２０年３月３１日までで終了した保険であればチェックしないように修正しました。	H20.7.25
12	ncp 20080629-005	病名登録画面の自院病名登録画面で新規に入力CDを作成する際、病名検索画面から病名を確定したあと、自院病名登録画面に戻ってくると病名欄には病名が表示されますが、病名コード欄にコードが表示されません。 病名登録ボタンを押すと入力CDは登録でき、データベースのテーブル（tbl_userbyomei）にも登録ができております。病名コード欄にコードが表示できるようにしていただけますでしょうか。 また、このように登録されたデータを実際のデータベースのテーブルで確認すると病名コードの他に「9999999」がつきますが、これはどういう意味のコードでしょうか。	自院病名登録時に画面からの病名コードの入力がない場合に、tbl_userbyomeiの最後の病名コードに「9999999」をセットしています。病名登録画面ではこの病名コードは処理対象外としています。 データ移行処理の自院病名情報移行で「9999999」のセットを行っていませんでしたのでセットするように修正しました。	H20.7.25
13		岩手・宮城内陸地震に係る一部負担金減免の対応を行いました。	別途資料を参照ください。	H20.8.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	ncp 20080905-006	データ移行時ORCVTINPUTCDを使用して、短縮コードを移行した所点数マスタに無い短縮コードまでが移行されてしまいます。 結果的に、tbl_tensuとtbl_inputcdの整合性が取れなくなってしまうためtbl_inputcdにのみデータが入っている短縮コードの付け直しは日レセの入力画面からは出来ず、データベース上から直接削除して対応するしか有りません。 移行元データは、OSC様へコンバート依頼をして整形していただきましたデータで移行したコードは 001310001 001310013 ： で、これらは点数マスタには無いにも係わらず、短縮コードの移行がされてしまいました。	入力CDのデータコンバートで、診療コードが点数マスタに登録されていないにも係わらず、入力CDを登録していましたので登録しないように修正しました。	H20.9.26
15	support 20080904-014	薬剤情報マスタ経過措置薬剤更新リストを月次より処理したところ、移行先薬剤名が移行元の薬剤名称でコピーされてきますとのお問合せがありました。	月次統計から経過措置薬剤の薬剤情報を移行する際、移行先の薬情マスタは点数マスタの薬剤名を参照するようにしました。	H20.9.26
16		１０月からの福岡県地方公費改正に対応しました。 下記PDF、「福岡県公費医療支給制度の改正概要」 http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/chihoukouhi/p40/2008-08-28-fukuoka.pdf ２０頁に記載されている「※改正後の各制度の入院自己負担額について」について対応を行ないました。		H20.9.26
17		平成２０年１０月からの「協会けんぽ」改正について一部（日次処理）対応しました。対応内容は別途改正対応資料を参照してください。 レセプト請求等月次処理については、１０月中に対応を行います。		H20.9.26

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18		データ移行の患者保険情報移行処理について平成20年10月からの「協会けんぽ」改正に対応しました。		H20.10.28
19		オンライン帳票の再印刷データの作成がごくまれに失敗することがある。	再印刷データのデータ領域の初期化が正しく行われていませんでしたので修正しました。	H20.11.26
20	support 20081118-009	データ移行 ORCVTPTKOHINFについてお尋ねします。 全角の受給者番号がエラー出力されているようです。試しに日レセを起動して12患者登録で入力してみました。問題なく入力できました。データ移行仕様書（フォーマット編（平成20年10月（第8版））11ページの8受給者番号の説明を読んで、全角文字が入ると解釈しました。原因が分からないので、次は、どのように調べたらよいか教えてください。	患者公費のデータ移行で、受給者番号の全角をエラーとしていました。半角カタカナ・外字・半角全角混在の時エラーとするように修正しました。	H20.11.26
21		定点調査研究事業での収集データ作成で、公費単独の場合の室料差額の金額を合計点数に含めていましたので含めないように修正しました。		H20.11.26
22		平成21年1月改正対応 平成20年11月21日公布の「高齢者の医療の確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令」に一部対応しました。 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正については1月に対応を行います。	平成21年1月改正対応資料をご参照ください。	H20.12.24
23		平成21年1月改正対応 平成20年11月21日公布の「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について対応しました。	平成21年1月改正対応資料をご参照ください。	H21.1.23

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	ncp 20090108-004	先日、支払基金様より推奨病名であるのに未コード化傷病名コードの付いた病名が19件ほどあるとして、お願いの形ながら、ご指導を受けた医療機関があります。具体的には、病名が高血圧症なのにコードが0000999となっていたとの事です。 現地にて調査しましたところ、高血圧症の病名登録がなされた患者様の中に0000999のコードが入ったものが混在していました。おそらく、他社さんのレセコンからのデータコンバート時に、全ての病名を未コード化傷病名として扱う（こちらが標準）とした時の名残だと思います。 照会画面にて0000999の病名コードを入力、病名欄には＊＊未コード化傷病名＊＊と表示されましたが、検索をかけても該当無しとなりました。 未コード化傷病名コードが付いている患者さんの検索方法について教えてください。	未コード化傷病名リストを作成できるようにしました。 「52 月次統計」より処理を行うため、システム管理の管理番号3002 統計帳票出力情報（月次）」で予め登録を行います。 「複写」ボタンから帳票名 "未コード化病名一覧 "を選択して登録を行います。	H21.3.26
25	お電話でのお問い合わせ 4月 1日－チェックマスタ経過措置薬剤更新	システム管理マスタの1101データチェック機能情報 2で薬剤と病名の疑い病名の扱いを適応病名としないに設定しORCBG018のチェックマスタ・薬剤マスタ経過措置薬剤更新リストの処理をしますとチェックマスタの疑い病名の扱いが引き継がれません。 疑い病名欄は 0システム管理の設定に従うと表示されますが病名の疑いに×が表示されません。病名を選択しますと疑い病名欄も空欄となります。データチェックでも疑い病名でも適用となりチェック対象外となります。	チェックマスタ2の疑い区分の更新がされていませんでしたので修正しました。 再度月次統計から該当の処理を行っていただくことで疑い区分の更新が漏れているチェックマスタの再登録を行うようにしました。 月次統計処理後にチェックマスタ業務で複写先のマスタを変更されていない限り、複写したチェックマスタ全てが再処理の対象となります。	H21.4.24
26		平成21年5月診療報酬改定における特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担医療に係る高額療養費限度額の見直しに対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H21.4.24
27		マスタ更新処理でライセンスマスタ処理中に新たにマスタ更新処理が起動できていましたので起動できないように修正しました。		H21.5.27

Copyright(C) 2008-2009 Japan Medical Association. All rights reserved.