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 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
2	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

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
3	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
4	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
5	ncp 20090708-004	精神科ユーザー様より、以下のようなご連絡がありました。 法別番号20の精神入院の公費において、所得の多い患者の場合、自己負担限度額が発生してくるケースがあるそうです。 法別番号21の精神通院公費同様、所得者情報で自己負担限度額の管理ができるようにしてください。	精神入院（020）の患者負担がある場合の対応 （平成１９年４月以降で対応） 患者負担がある場合は、患者登録－所得者情報－公費負担額において入院上限額を入力する。 負担金計算では、通常１０円単位での患者負担計算を行うが、入院上限額が１円単位での入力かつその上限に達した場合は１円単位での患者負担計算とする。	H21.7.28

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
6	support 20090715-018	該当月の請求が小児特定の診療のみの場合。 52小児特定と12生活保護のレセプトを併用で作成すると請求点の療養の給付1に総点数、療養の給付2は空欄になっています。この状態で提出すると「同点数はありえませんので分けて請求してください」と返戻されたとのことです。 奈良県支払基金に問い合わせたところ、公費併用レセプトで療養の給付1には総点数、2には生活保護に請求がないので「0」を表記してほしいと言われました。	特定疾患（051又は052）の生保がある場合の保険組み合わせ修正 051又は052単独の保険組み合わせを作成するようにしました。 （例）052と012を持つ場合の保険組み合わせ ・012 ・052＋012 ・052　←　追加	H21.7.28

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

１３ 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20090507-021	特定の条件での患者照会で、1時間以上経過しても結果が表示されないとのお問い合わせにsyslogと、現象発生時の設定条件の画面ハードコピーをお送りいただきました。	日レセver4.3以降より照会の検索条件に診療年月日の範囲指定（数ヶ月）と診療行為を指定して検索を行うとデータ件数によっては検索結果が表示されるまでに非常に時間がかかる不具合がありましたので修正しました。	H21.6.25

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

14 予約

番号	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 20090115-001	予約登録について問い合わせさせて頂きます。例えば環境設定を本日の日付で画面上のカレンダーの23日をクリックし23日に予約した患者リストを画面右側に表示させます。画面右側の患者リストから予約取消を行いたい患者を選択し、F3予約取消をするとカレンダーが本日の日付に戻ってしまいます。 Ver.4.2.0まではカレンダーを選択後は予約取消を行っても日付は戻りませんでした。 これはVer.Upによる仕様でしょうか？ 予約は先生が操作する事が多いので突然変更されると理解できず間違いが増えるので元に戻す様問いあわせがありました。	予約でカレンダーを選択した後、予約取消をした時、予約一覧の日付がシステム日付になっていましたので予約取消日となるように修正しました。	H21.1.23
2		予約登録で、専門科コード設定がしていないドクターで予約登録をすると、登録後の診療科がクリアされていました。 専門科コードの設定されていないドクターの場合、診療科コードの1番目を表示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
1	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
2	support 20081121-005	Ver4.3.0で在宅末期総合診療料の回数入力が可能となりましたが、.140在宅料を入力した後は、「回数は1回のみです」とエラーになり回数登録が出来ません。 .140在宅料なしの場合、在宅末期総合診療料の回数登録は可能ですが、訂正時に「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」とエラーになります。 修正頂きます様、宜しくお願いします。	在宅末期医療総合診療料の回数を1以上登録できるようにしましたが、剤内に.140など手技料の前に入力があるとエラーとなります。.140は訂正時に自動発生しますので、訂正で必ずエラーとなります。正しい回数チェックを行うように修正しました。	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
3	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
4	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
5	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
6	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
7		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
8	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
9		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
10	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
11	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
12	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
13	3/30 小児科外来診療料 中途終了	1回目小児科外来診療料（初診）、2回目も同様に小児科外来診療料（初診）を入力した場合、Ver.4.2.0のときは2回目の小児科外来診療料を再診に置き換えていましたが、Ver.4.3.0では再診に置き換えない動作となっているのでしょうかとのお問合わせがございまいした。 システム管理マスタ9000外来診察料の設定は「0」とのことです。	小児科外来診療料を算定している時、訂正で初診料を再診料に変更できませんでした。再診料に変更できるようにしました。	H21.4.24
14	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
15	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
16	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
17	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.

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
18	ncp 20090609-019	セット登録に関してお尋ねします。Ver4.3.0で「前回セット」が、搭載されました。それ以降に起きている現象なのですが、セット登録をし、続けて同じセットコードを入力しても「セットコードが存在します。修正をしますか？」というメッセージが表示されません。 P60001→P60002→P60001というように、違うセットコードを呼び出した後に登録済みのセットコード入力した場合には、メッセージが表示されます。登録済みコードを検索画面から、呼び出した場合には、4.2.0以前と同様に「セットコードが存在します。修正をしますか？」というメッセージが表示されます。 メッセージが表示されない状態で、同じセットコードに内容を入力し「登録」した場合には「すでに入力済みコードです」とエラーメッセージが表示され登録できないパターンとそのまま「登録」できるけれども、上書きはされないというパターンがあるようです。「S」コードでも、同様の動きをします。 大量のセット登録を行っている場合に、同じコードを間違って入力してしまうこともあり現在は、セットコードからの検索で空きコードを確認しながら登録を行っています。「前回セット」搭載後に変更された仕様なのでしょうか？	セット登録で、セットを続けて登録する時にセット登録後に同じセットコードを入力したとき、セットの修正ではなく、新規セットの登録となっていたので、セットの修正とするように修正しました。	H21.6.25
19	ncp 20090119-003	月途中で保険者番号は変更なし（協会健保）、記号番号が変更。本人から本人へ変更。保険変更前より高額療養一般適用の場合レセプト一部負担金額欄の計算が未対応の件ですが、保健者番号が変更ないことから、高額療養は通算にて算定とのことです。 医療機関様より全国健康保険協会、福岡支部へ確認して頂きましたのでご連絡いたします。	70歳未満の高額療養費計算修正（月途中の保険変更時） 国保（060）・・・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。 上記以外・・・同一保険者・本人家族の場合、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ました。 ※月途中の保険変更時に所得区分が変更となった場合は対象外とします。	H21.6.25

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
20	7/2 電話問合せ 自賠責 訂正時 窓口負担	自賠責患者負担100%の場合において、1回目の入力時には処置行為の剤内にコメントを入力し、2回目訂正時において、コメントを別剤（単独）として入力すると、入金額に金額が計上されてきます。	自賠責保険で訂正を行った時、剤の最後にコメントが登録されていて、訂正でコメントを剤分離して別剤とした場合、請求確認画面の今回請求額に剤分離した剤の点数が加算されていました。剤分離時に内部の剤手技点数をクリアしていませんでした。 コメント剤の点数をクリアするように修正しました。	H21.7.28
21	お電話でのお問い合わせ7月3日－入院診療行為回数表示	入院の薬剤の入力で ．210 薬剤 数量 ＊回数／日付 と入力するところを ．210 薬剤 数量＊回数 ＊／日付 と入力していたようなのですがenterを押下すると入力コード欄の＊回数は消えるのですが画面右側に×回数の表示が残ります。 請求確認画面では回数×1となりますがそのまま戻っても＊回数が表示されたままになります。 登録時には回数は1で登録されるのですが表示が残るのは仕様でしょうか。	入院の診療行為で剤の回数を入力後、＊ 行で診療日指定を行った時に前の回数を表示していたので、＊の行の回数を表示するようにしました。	H21.7.28
22	support 20090731-001	弊社のユーザで電子カルテを使用しており，CLAIM送信で添付したデータを送信したのですが，日レセが受信すると「アテレック錠10 10mg」のみが28日分として認識され，他の28日分の処方が1日分となってしまいます。 なにかおかしな部分がCLAIM内にありますでしょうか？ 実際送信したCLAIMのデータを添付いたしますので，検証していただけますようお願いいたします。	外来でCLAIMからの中途終了データを展開する時、加算マスタの前に手技料マスタが設定されていないとエラーとなりますが、この時エラー行より前の剤回数が正しく展開されませんでした。 展開内容にエラーがあっても設定されている回数で展開するようにしました。	H21.8.27

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
23		診療行為画面でコメントコードの”83～”、”0083～”など点数マスタの名称の後ろに文字を追加入力する場合、名称の開始位置を変更した時に全角文字の不整合が発生し異常終了することがありました。 フリーコメント（810000001、008500000）以外は3桁目からを名称としている為、名称より前2桁に入力があった場合入力内容を破棄し、再度点数マスタの内容を名称に編集するようにしました。 この時、エラーメッセージの表示はしませんがカーソルが名称に移動します。		H21.8.27
24	ncp 20090630-023	アフターケアで、その疾病について指導を行った場合、特定疾患療養管理料の点数を労災診療費（1点12円）に置き換えて初診・再診を問わず月2回を限度として算定できるようです。しかし、初診時に初診料と同時に特定疾患療養指導料を入力した場合は算定できますが、その後1月以内に受診され指導を行った時は「初診料算定日より、1月以内です。算定できません」とエラーになり入力する事が出来ません。また、初診料と同時に入力していた分を診療訂正を行おうとすると同様に「初診料算定日より、1月以内です。算定できません」とエラーになります。 どのようにすれば1月以内でも保健指導（特定疾患療養管理料）を入力できますでしょうか。	アフターケアでは、特定疾患療養指導料が初診・再診に関係なく月2回の算定が可能でしたのでアフターケアの時、指導料の初診算定日からの1月以内の判定を行わないように修正しました。 平成20年4月診療分以降となります。 ※同一月内に健保で初診料を算定していた場合は併用算定エラーとなりますのでチェックマスタを警告に変更する必要があります。	H21.8.27
25		診療行為の訂正で初診料を再診料に変更した時、訂正日より前の初診料が平成18年4月より前であった時に、再診料に変更できませんでした。正しく訂正できるように修正しました。		H21.8.27

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		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 20090521-004	収納画面より支払証明書を作成する際に立ち上げてから1回目とそれ以降では未収分の印字が違うようです。ご確認お願い致します。 （例） 支払証明　2月別証明書 入外区分　2外来 指定期間　2年 1回目　診療月：○月 　未収のみの月：保険点数、保険分負担額も印字される 2回目以降　診療月：△年○月 　未収のみの月：印字されない 再度、立ち上げなおすと1回目のような印字がされます。	収納業務より支払証明書を発行する際、支払証明書印刷画面に日レセを起動して初めて遷移した時は以下の印刷パラメタの設定がシステム管理［1039 収納機能情報］で初期値として指定した内容にならない不具合がありましたので修正しました。 ・請求内容の印字 ・期間開始日前診療分の支払い ・期間終了日後の支払い	H21.5.27

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
1	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
2	ncp 20090108-003	72歳の患者。H20.3.31まで社保+27老人を持っていた。H20.4.1から後期高齢で請求していたら後期高齢ではないという事がわかり患者登録で後期高齢を削除して社保の有効期間を延長した。その後4月～11月までの診療内容の保険組合せを変更しようと会計照会の保険一括変更で変更しようとした所、「警告！変更前と後の一般・老人判定が違います。変更後診療内容を確認して下さい」とメッセージが表示されますが、「閉じる」で閉じれば登録する事ができ、後期高齢から社保へ保険が切り替わってくれます。 しかしなぜか4月分だけこの方法ができずメッセージを閉じて登録する事ができません。5月～11月まではできました。 なぜ4月だけできないのでしょうか？ 診療行為画面で訂正で登録しなおせば4月分も後期高齢から社保へ切り替わってくれました。	会計照会の保険一括変更で、変更前・変更後の保険の一般・老人判定を平成20年4月から警告に変更しましたが、平成20年4月は変更できませんでしたので、変更できる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
3	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
4	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
5		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
6	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
7	7/1 会計照会 30日超え 回数入力	システム日付を7月（または5月）で設定し、会計照会から前月（6月分）を表示したとき、誤って31日に回数入力を行ってしまうと、診療日が空欄の履歴が作成されてしまいます。 システム日付が6月の場合は31日の回数入力を行っても反映されませんが、システム日付が異なる月であれば空欄の履歴が作成され、レセプトにもデータが反映されます。こちらは以前からの仕様でしょうか。	会計照会で診療年月を変更した時、月末日の変更をしていませんでした。そのため、剤の診療回数変更で月末日より後の日に回数登録ができていました。 正しい月末日でチェックを行うように修正しました。	H21.7.28
8	8/11 労災 読み替え加算 剤変更	読み替え加算対象の剤を剤変更から編集しようとした際、手技に対してコメントが未入力のときでは「対象の剤は労災の外来管理加算読み替え分です。剤変更はできません。」のエラーメッセージが表示されます。 手技に対してコメントが登録されている場合には、上記エラーメッセージは表示されず、剤変更より編集がおこなえます。 コメント登録の有無により、チェックの有無が生じる動作となるのでしょうか。	会計照会で労災の読み替え加算点数の対象剤である時は剤変更できませんが、手技料の下にコメントなどが登録してある場合、剤選択でエラーとなりませんでした。 正しく登録を行い剤変更できないようにしました。	H21.8.27

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	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
2	お電話でのお問い合わせ6月5日－入院調剤料	前月の投薬で繰り越しにて自動発生した入院調剤料が再入院で投薬があると削除されてしまいます。 5月29日に14日分投薬　（14/29で入力） この状態で6月分の調剤料が6月11日まで自動発生します。 6月に投薬がなくても調剤料は発生していますが一度6月に退院登録し6月中に再入院し薬剤を入力しますと6月1日～6月11日までの調剤料が削除されてしまいます。 5月27日のパッチの影響のようです。	月内に退院と入院があった時、退院日までの調剤料は前月投薬分の場合、入院後の投薬後の入院調剤料自動発生で、退院日までの調剤料が削除されました。 正しい入院調剤料を自動発生するように修正しました。	H21.6.25
3	support 20090703-008	orca_ver 4.4 os　　etch 上記の医院です。 入院日が6/30の患者を転科転棟により6/29にかえる操作をおこなったそうです。その結果、入院履歴が画面のように2つできてしまったとの連絡をもらいました。 DBをみるとtbl_prnyuinrrkに2行あります。また、操作をおこなった時間のsyslogをみるとDB更新エラーの様なものがあります。結果、この患者の入院に関する操作がおこなえなくなりました。とりあえず、この患者の患者取消をおこない、再入力して頂きました。 とりあえず報告致します。もし原因などわかれば教えて頂けないでしょうか？	入院登録時に入院通算日数の計算でエラーが発生した場合、入院履歴が2重に登録されてしまうことがありましたので、この時は入院登録を不可とするようにしました。	H21.7.28

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	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
2	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 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.

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	お電話でのお問い合わせ11月28日－器材単位チェック	Ver.4.3.0の器材単位未設定のデータチェックでフィルム料（乳幼児）加算がチェック対象となっているようです。こちらは対象外とはできないのでしょうか。	データチェックの器材の単位コード未設定チェックについて、酸素補正率1．3（1気圧）(770020070)、フィルム料（乳幼児）加算（799990070)がチェックの対象となっていましたので、これを対象としないように修正しました。	H20.12.2
2	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
3	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
4	support 20090703-003	器材736680000組織代用人工繊維布の単位コードを設定しているにも関わらずデータチェックでチェックマスタの器材の単位コードが未設定ですとエラーになります。また、エラーメッセージの後ろにいつもなら器材名称（組織代用人工繊維布）が出ると思いますがそれも出ていません。	データチェックにて、器材の診療コードの有効期間終了日に日付が設定されている場合、（≠"99999999"の場合）単位コード未設定チェックが正しく行われない不具合がありましたので、これを修正しました。	H21.7.28

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	8/3 電話問合せ データチェック 診療行為どうしの算定漏れ	診療行為どうしの算定漏れチェックにおいて、入外別チェックを「2する」と設定している場合、同一月に入院・外来の診療行為入力をおこなっているが、外来ではチェックマスタで設定している診療行為コードが未入力であるのに、外来のデータチェック（全件処理）にてエラーとしてリストにあがってしまうようです。 診療行為どうしの算定漏れチェックのみを選択した場合は、エラーリストとしてあがりません。	診療行為どうしの算定漏れチェックにおいて、入外別チェックを「2する」と設定している場合、以下のすべての条件に合致する時に入院の算定漏れエラーが外来のデータチェック時にリストに上がっていましたので上がらないように修正しました。 (1)同一月に入院・外来の診療行為入力をおこなっている (2)入院の診療行為の入力で算定漏れのエラーとなる (3)外来ではチェックマスタで設定している診療行為コードが未入力 (4)外来のデータチェック実行時、確認項目を全て選択している	H21.8.27

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
1	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
2	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
3	ncp 20081201-002	医療機関様から「在宅薬剤（院外処方）」で薬剤を入力したらレセプトに「在宅薬剤（院外処方）」で入力した薬剤名が出力されると問合せがありました。 出力されないようにするにはどのようにすればいいでしょうか。	提出用レセ・レセ電の14在宅の記載（記録）修正 院外分（種別．148．149）について 院外分（剤点数0点）がレセプト摘要欄に記載（記録）されていましたので、記載（記録）しないよう修正しました。 （点検用については、記載（記録）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
4	support 20081201-010	弊社でご導入いただいている医療機関様において、次のような事象が起きました。 [42 明細書]画面で、入院外仮レセの一括作成処理を行うと、生保単独のレセのうち数件が自費に集計されました。 原因を調べようと、まず[12 登録]画面で該当患者の保険の有効期間を調べましたが負担者番号抜けや公費の種類間違い、適用期間が月途中であるなどのミスは何もみつかりませんでした。 次に[24 会計照会]画面で、入力された診療行為の保険組合せを調べましたが、こちらもすべて生保単独で登録されており、自費での登録はみつかりませんでした。また、リアルタイムプレビューを見てみましたら、なぜかきちんと公費単独でのレセが画面に表示されていました。 最後に、きちんと公費単独で集計された生保単独患者との違いを探してみましたが特に何も見当たりませんでした。 そこで、試しに明細書個別作成にて、自費で集計された生保単独患者のレセを作成してみたところ、きちんと公費単独で集計されていましたので、さっきのは偶然のバグか何かかと思い、もう一度一括作成をしてみたところ、やはり偶然ではなく何度やってみても同じ患者が自費で集計されてしまいます。	レセプト作成処理で自費レセプトに続いて公費単独レセプトを作成した場合、レセプト種別を決定する際に自費の情報がクリアされず、公費単独レセプトが自費レセプトとして集計されていましたので修正しました。	H20.12.2
5	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

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
6	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
7	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
8		未請求設定画面で自費分が種別不明として表示されていまし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
9	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
10	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
11	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
12		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
13	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
14	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
15	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
16	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
17	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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	3/5 電話問合せ レセ電 症状詳記	在宅時医学総合管理料で.213または.210で薬剤を入力した場合、症状詳記（03）を入力してもレセ電データには記録されませんとのお問合せがありました。（紙レセプトでは表示されている） 詳記区分を99コメントにしても記録されないようです。	在宅時医学総合管理料を算定し、院外処方薬剤を入力した場合、症状詳記入力した内容がレセ電データに出力されない不具合がありました。点検用に院外処方薬剤をレセ電データに含める機能追加を行なった際の不具合でした。 院外処方より診区の大きい注射、処置、手術、検査等が入力されている場合については現象は発生しません。よって院外処方で処方せん料が発生するパターンではこの不具合は該当しません。 ※対象患者はレセプト再作成（個別作成でも可）を行った後、レセ電データの作成を行ってください。	H21.3.5
23	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
24	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

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	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
26	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
27	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
28	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
29	kk 18354	滋賀県の病院様より問い合わせがございまいした。 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
30	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
31		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
32		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
33	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
34	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
35	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
36	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
37	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
38	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
39	request 20090528-001	労災の短期給付（入院外）のレセプトを枠無しの印字でレセプト用紙にオーバーレイ印刷をすると、OCR欄より下（氏名・傷病の部位欄以降）が少し右にズレすぎます。オフセット設定をして合わせても、OCR枠に合わせると下の部分がかなりずれ、逆に下の部分に合わせるとOCR枠に文字がかぶってしまいます。 枠あり印字のものと透かして比べてみると、ORCAで印字される枠と実際の労災レセプト用紙の枠とはOCR部分の数字の枠が1mm程度左右にずれているように思います。 オフセットの帳票IDはHCM22V05.redを設定しています。 どうしても都道府県の○の位置がずれたり摘要欄の回数の数字が枠線にかぶってしまうので、帳票プログラム自体の問題であれば改善していただきたく思います。	労災短期給付（入院外）のレセプト印字位置調整 OCR枠内部分の印字位置について、左に1mm位のずれが生じていた為、調整しました。	H21.6.25

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
40	support 20090218-016	今回レセプト電算の確認試験を受けたのですが、1件エラーがありました。 .500 150221210 吸引娩出術 150221610 会陰裂創縫合術 150000690 深夜加算（手術） と入力していて、紙レセプトや会計上は問題ありませんでした。ですが、確認試験の結果では、 吸引娩出術 深夜加算（手術） 会陰裂創縫合術 の順番に変更になっており、それに伴って点数も6714から5394へ下がっていました。レセ電ビュワーを確認しても、確認試験と同じ順番になっていましたので入力方法が間違っているのかと思います。御教示頂ければと思います。	レセ電データ作成時、加減算対象となる複数の基本項目についてまとめて点数・回数を記録する場合、通則加算項目の加減算コードについて各基本項目単位にそれぞれ記録するよう修正しました。	H21.6.25
41	support 20071012-008	27+マル長+15+51（入院）のレセプトの記載方法について 広島県国民健康保険団体連合会　審査第二課様より、27+マル長+15+51（入院）レセプトの療養の給付　保険の負担金額欄は10,000と上段に（10,000）（10,000）の記載が必要との回答をいただきました。	レセプト保険欄一部負担金（再掲）記載対応（括弧2つ） （長期併用時） ＊下記例のような全国公費＋長期の2種類の保険組み合わせを使用した場合の記載対応（高齢者、70歳未満を問わず） 記載例 後期1割＋015＋972　30000点 後期1割＋051＋972　20000点 （公費上限0円とした場合） （10000） （10000） 保険　50000　10000 → 10000 公費1（015）30000　0　0 公費2（051）20000　0　0	H21.6.25

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
42	ncp 20090612-021	レセ電確認試験を開始した医院様から提出先よりFDと紙レセの食道加算の内容が違っていると問い合わせがあったとの事です。 お話を伺うとFDには食道加算が入っており紙レセには入っていないということでした。お調べしたところ医療機関情報－入院基本の入院時食事療養費（2）で食道加算を算定する、病棟管理情報の食道加算が算定するに設定されていました。本来食事療養費（2）では加算が取れないため紙レセでは自動で算定を外しているようですがFDには算定が入ってきてしまっているようです。以前入院時食事療養（1）で設定していたため食道加算の設定がそのまま残ってしまっていたようですがFDと紙レセが違った物が出力される仕様という考えでよろしいでしょうか？	システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の食事設定を食事療養（2）としている場合にレセ電データに食堂加算を記録しないよう対応しました。	H21.6.25
43	3/9 電話問合せ レセ電 算定日	精神科隔離室管理加算を入力しており、紙レセプトでは算定日が自動記載されていたが、レセ電では算定日が記録されていませんとのお問合わせがありました。	入院レセ電データ 精神科隔離室管理加算算定日のコメント記録） 精神科隔離室管理加算算定日について、紙レセプト摘要欄には自動記載していますが、同様に、レセ電データにも自動記録するよう対応しました。	H21.6.25

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
44	support 20080919-001	レセ電の確認試験を実施したユーザー様より悪性腫瘍特異物質治療管理料（精密・2項目以上）と腫瘍マーカー検査初回月加算を算定している患者様のうち検査名のコメントが4行になっている人だけ結果エラーとなったとの事で、文書をFAXしてもらいました。コメント3行までの分は、エラーになっていないのに、コメント4行の患者様のみ、エラーになっていたのと事でしたので社内環境にて、レセ電データを確認してみました。 レセ電の内容に、以下のような相違がみられました。 （コメント3行の場合） SI,13,1,113002110,,,,,,,, SI,,1,113001470,,550,1,,,,, CO,,1,830000015,CEA精密 CO,,1,830000015,CA19－9精密 CO,,1,830000015,PIVKA2精密 （コメント4行の場合） SI,13,1,113002110,,550,1,,,,, SI,,1,113001470,,,1,,,,, CO,,1,830000015,CEA精密 CO,,1,830000015,CA19－9精密 CO,,1,830000015,PIVKA2精密 CO,,1,830000015,PSA精密 550点の点数の記録が、エラーの原因ではないかとおもったので、ご連絡した次第です。 確認試験結果リストも合わせて添付致しますので、ご確認の上、対応・ご連絡いただきますよう、よろしくお願いします。	レセ電作成時、医学管理または在宅で基本項目と加算項目の間にコメントが四つ以上入力された場合に点数、回数の記載に誤りがありましたので修正しました。	H21.6.25

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
45	ncp 20090606-001	外科病院様で、昨年労災で受診され、今年5月になって、「再発」で登録した患者が、別の病気で入院されたのですが、入院中に労災に関る病気の治療に手術を行って、労災の対象となりました。 ①労災　5月11日～5月12日　外来受診 ②保険　5月13日～　入院 ③労災　5月26日～5月31日　入院（26日に手術を行ったので労災扱い） 上記で、13日に保険で入院登録を行い、26日に労災で転科転棟登録しました。 労災のレセプトでは、①が7（再発）で、療養期間5月11日～5月12日の外来でレセプトが出ます。 ③が7（再発）で、療養期間5月26日～5月31日の入院でレセプトが出ます。 医事の方の話では、入院後手術前の26日以前にも、労災の病名に関る診療行為を行っているので、③の場合、「新継再別」の箇所が、7（再発）ではなく、5（継続）ではないか。また、療養期間は5月13日～5月31日になるようにしたいということで、RLC（労災情報センタ）に問い合わせても「療養期間は5月13日～5月31日」だと言っていたそうです。もちろん、労災対象の入院基本料は6日です。 上記③では、労災レセプトの場合、入院会計照会において26日より労災になっているので、療養期間が26日からになっているのは理解できるのですが、医事の方やRLCが主張するように、療養期間は5月13日～5月31日で、労災対象の入院基本料は5月26日～5月31日といった入力はできないのでしょうか？	労災（自賠責）入院レセ療養期間編集修正 該当月の入院期間において、労災（自賠責）で入院料算定日以外の日に、診療行為で実日数カウントする入力がある場合を対象とし、該当月の入院期間を療養期間とするよう修正しました。 注意） ver4.4では、処置等の入力分で実日数カウントしますが、ver4.3,4.2は、実日数算定コード等の実日数カウントする入力が有る場合が対象となります。 （例） 1. 保険　5月13日～　入院 2. 労災　5月20日　診療行為で処置算定 3. 労災　5月26日～ （現状）療養期間　5月26日～5月31日 ↓ （パッチ）療養期間　5月13日～5月31日　となります。	H21.6.25
46	お電話でのお問い合わせ6月22日－特定器材商品名コードレセ記載	058で始まる特定器材商品名コードを入院の点滴で入力した際商品名称がレセプトに表示されません。 .. 320での入力、外来の．330での入力の場合は表示されますが入院で．330、．350等の入力で表示がされません。	入院の点滴編集で特定器材の商品名レコードを対象外としていました。このため、レセプトに商品名が表示されませんでした。 商品名を対象とするように修正しました。	H21.6.25

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
47	kk 19624	レセプトの「公費負担者番号」「公費負担医療の受給者番号」「療養の給付の公費）一部負担金」欄に助成対象外の人でも番号等が出力されていると問いあわせがありました。 1日800円以下またはひと月1600円以下の場合は助成対象外なのですが、1日800円ひと月1600円の場合、負担番号等が記載されています。 長崎市乳幼児福祉医療費「現物給付」の取り扱いについて医療機関様から資料を戴きましたので添付いたします。	長崎市乳幼児（保険番号１８０）のレセプト記載について（外来） 患者負担額が日上限８００円と同額以下（同額含む）の場合のみで、かつ、月上限１６００円と同額以下（同額含む）となる場合は、レセプト記載しないよう修正しました。	H21.7.28

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
48	ncp 20090406-007	＜主保険＞ 国保：H21.03.18まで 社保：H21.03.19から ＜公費＞ ［021 精神通院］・・・月途中の負担者番号変更なし。 ※自己負担上限額：1,240円（2,500円－他一部負担金累計1,260円） ＜レセプト一部負担金＞ 国保：489円 社保：751円 H21.3診療分で自己負担上限額は超えていますが、国保、社保のレセプトの一部負担金欄が10円未満四捨五入されていない状態で印字されております。仕様でしょうか？	レセプト一部負担金記載（全国公費）修正 月上限額に達した場合、10円単位で記載するようにしました。 （元から10円単位の記載である場合は、下記に係らず10円単位で記載しています。） 自立支援等（月上限額が入院・外来の合計）の場合 ○外来の場合の判定 （一部負担金は10円単位の金額を使用） 高齢者 ・（月上限額－他一部負担－入院一部負担金）と（公費負担限度額）を比較。 ・（小さい金額）と（外来一部負担金）が同額の場合、達するとみなす。 高齢者以外 ・（月上限額－他一部負担－入院一部負担金）と（外来一部負担金）が同額の場合、達するとみなす。 ○入院の場合の判定 （一部負担金は10円単位の金額を使用） 高齢者 ・（月上限額－他一部負担－外来一部負担金）と（公費負担限度額）を比較。 ・（小さい金額）と（入院一部負担金）が同額の場合、達するとみなす。 高齢者以外 ・（月上限額－他一部負担－外来一部負担金）と（入院一部負担金）が同額の場合、達するとみなす。 【次葉へ続く】	H21.7.28

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
			特定疾患等（月上限額が入院・外来それぞれ）の場合 ○外来の場合の判定 （一部負担金は10円単位の金額を使用） 高齢者 ・（月上限額）と（公費負担限度額）を比較。 ・（小さい金額）と（外来一部負担金）が同額の場合、 達するとみなす。 高齢者以外 ・（月上限額）と（外来一部負担金）が同額の場合、 達するとみなす。 ○入院の場合の判定 （一部負担金は10円単位の金額を使用） 高齢者 ・（月上限額）と（公費負担限度額）を比較。 ・（小さい金額）と（入院一部負担金）＜食事含まず＞が 同額の場合、達するとみなす。 ・（月上限額）と（入院一部負担金）＜51等食事含む＞が 同額の場合、達するとみなす。 高齢者以外 ・（月上限額）と（入院一部負担金）＜食事含まず＞が 同額の場合、達するとみなす。 ・（月上限額）と（入院一部負担金）＜51等食事含む＞が 同額の場合、達するとみなす。	
49	kk 19594	社保で82の医療券気管支喘息と88のマル子負担有りの公費を持っています 社保+182 社保+588の保険組合せで診療内容を分けて登録しています。 この方のレセプトが返戻になりました。 マル子の請求点数は、社保の請求点数と同点の記載との事です。 上記の保険組合せでの診療行為入力が間違いなのでしょうか？	東京都地方公費レセプト請求点記載修正（国保・後期レセ） 下記のような地方公費併用時の場合（異点数がある場合） ・国保+182+588 ・国保+588 保険欄－公費1＝公費2の請求点とする。 例）　修正前　修正後 国保　1000　1000 公費182　300　→　300 公費588　1000　700	H21.7.28

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
50	ncp 20090731-020	レセデータの件ですが、詳細をお送り致します。 .330　　点滴注射 620007454_1　ビーフリード輸液　500mL 620007483_1　フレスミンS注射液1000μg 1mg 620004761_2　ペミロックヘパリンロック用10単位／mLシリンジ5mL 50単位 710010003_1*1　プラスチックカニューレ型静脈内留置針（針刺し事故防止機構付加型） 上記内容の区分を「2 会計照会」で回数「0」に変更した場合に、レセデータが以下の様に記録されております。 ・レセ電の場合：TO,33,1,710010003,1.000,11,,7,,,,,,,,, ・紙レセの場合：摘要欄に「プラスチックカニューレ型静脈内留置針（針刺し事故防止機構付加型）　109円　1本　　11×0」と印字されます。 オンライン請求されている医療機関様が国民健康保険団体連合会より連絡を受けておりますので、ご確認をお願い致します。	入院の点滴まとめサブルーチンで器材の回数がゼロの時も値を返却していましたので、返却しないように修正しました。	H21.8.27
51	support 20090706-007	ユーザー様がレセ電データを作成し、オンラインにて請求業務をされたところ、エラーメッセージがでて、請求不能となってしまいました。 エラー番号は「2543」 エラー個所は「特記事項」の欄のようです。 RE　レセプト内0001／レコード内012　と表示されたそうです。 また、支払基金にも問い合わせいたしましたが、その際には特記事項欄に「全角」で数字が入っているためとの回答をいただきました。	レセプト特記事項編集情報の設定を100件までを想定していたため、100件以上登録された場合にレセ電データの特記事項欄に不要な文字が記録されてしまいました。不要な文字が記録されないように修正しました。	H21.8.27

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
52	kk 20074	群馬県、月途中福祉、高額療養、レセプト負担金額記載方法につきまして。 群馬県国保連合会 審査課に確認しましたところ、 請求点　負担金額 (82,519) 国保 60,365　110,949 ①　50,890 ↓を 請求点　負担金額 (　　) 国保 60,365　83,467　→(80100+(603650-26700)*0.01)の四捨五入 ①　50,890 の様に、負担金額は総点数の高額分を記載してください、との事でした。 ローカルルールで申し訳ありませんが、改善の程よろしくお願い致します。	群馬県国保レセプト（70歳未満現物給付）の保険欄一部負担金記載対応 （"国保単独"と"国保＋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。 (82519) 保険　60365　110949 → 83467 公費１ 50890 80100＋（603650－267000）×0．01＝83467	H21.8.27

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
2	ncp 20090806-012	(H01)レセプト請求管理登録画面の合計点数がおかしい現象が起きました。 例： 初診　　273点 病理検査　180点 処方せん　　68点 合計点数　546点 といった具合です。（273+180+68=521） 他の項目に点数の入力があるわけでもないし、合計点数だけを変更する事もできないし、原因も分からず困っています。再度、該当レセプトを個別作成し直して、請求管理を行って頂いたところ、正しい点数表記には戻っていましたが、また同様の現象が起きる事もありえますので、情報が少なく大変でしょうが、調査をお願いいたします。	請求管理画面で該当患者を表示後、項目入力時にエラーとなった場合に合計点数が不一致となりました。 ver4.3.0で一括入力対応を行ったときの修正に不具合がありました。	H21.8.27

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		レセプト電算データ作成時に特別療養費の月遅れ分ある場合、該当のレセ電データがない旨の警告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。		H21.4.24

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.

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	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
2	ncp 20090212-011	アフターケアの傷病コードを表示させたくてマニュアルに記載している通り、システム管理マスタの有効期間をH20.3.31で区切り、H20.4.1-を追加していますが、損傷区分が更新されません。	システム管理「4001 労災自賠責医療機関情報」について有効開始日を平成20年4月1日からとした場合に、アフターケアに係る損傷区分の表示が変更（改正）後の内容に切り替わらない不具合がありましたので修正しました。	H21.2.25
3	orca-red 14430	1031出力先プリンタ割り当て情報　入院タブの薬剤情報のコンボボックスが白抜きになっていません。	修正しました。	H21.4.24
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.

107 薬剤情報マスタ

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		登録すると、”0014 画像ファイルのデータが存在しません ”と表示されていましたので、表示しないように修正しました。		H20.12.24

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	support 20081201-001	先月までは使用量が出ていましたが，先月バージョンアップして今月はレポート対象がないと云ってきます． どこかおかしいのでは？	診療科別医薬品使用量統計でパラメタ取得の不具合があり作成できませんでしたので修正しました。	H20.12.2
2		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
3	お電話でのお問い合わせ2月4日－支払証明診療期間指定	Ver 4. 3. 0で、支払証明の期間区分の設定を1診療期間にした場合に指定期間外の入金処理分が計上されません。20年12月の定期請求を21年1月に入金処理しますと期間指定20年の支払証明に含まれません。	支払証明書の期間区分の設定を1診療期間にして1月分の日別または月別の支払証明書を発行しようとした場合、2月になってから発生した1月診療分の収納が対象とならない不具合がありましたので修正しました。	H21.2.25
4	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
5		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.

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
6	お電話でのお問い合わせ6月4日－支払証明－自費内訳明細書	入院で定期等の請求を一度請求取消し後に再度請求処理を行い支払証明書の自費内訳明細書を出力しますと回数や金額が正しく印字されず倍で印字されるとお問い合わせがありました。 取消ししたものが残っているのではなく現在入力されているコードが取消した分の回数分印字されているようです。 自費1を入力後　請求取消し後に再度定期請求しますと自費1が2回分印字されます。 自費1を入力し請求処理後に自費2へ変更し再度請求処理をしますと自費2が2回分印字されます。	収納業務から発行する支払証明書の自費内訳明細書について、入院で定期等の請求を一度請求取消し後に再度請求処理を行い支払証明書の自費内訳明細書を出力すると回数や金額が正しく印字されず倍で印字される不具合がありましたので修正しました。	H21.6.25

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
2		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
3		ver4.3から追加した患者特記事項テーブルのPATH-KEY記述に一箇所誤りがありました。 「tbl_pttokki_all_csr」のテーブル記述が"tbl_pttokki"とすべきところを"tbl_tokki"としていました。		H21.2.25
4	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

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
5		統計メモのマスタ更新でバージョン別の更新データを提供する必要が発生したためにその対応を行いました。		H21.4.24
6	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
7		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
8		平成 21年 5月改正対応 東京都地方公費（保険番号 151都難病）について 平成 21年 5月診療分より、全国公費 051同様の取り扱いをする事としました。		H21.6.25
9		中国・九州北部豪雨対応（山口県、福岡県） 別紙対応資料を参照してください。		H21.8.27

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