

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	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
2	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
3	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

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
2	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。 この件のパッチを6月25日提供しましたが、パッチ対応に不具合がありましたので修正しました。	H21.6.29

2.1 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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い合わせがございました。 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
2	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
3	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

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	request 20090414-003	本日、ORCA4.3.0から4.4.0へバージョンアップしました。全くエラーも出ず、うまくインストールできましたが、診療画面で前回診療内容が表示されると余分な項目まで、すべての患者さんのデータに出現します。ページを移すと消えます。具体的には、当院は精神科診療所ですが、前回診療の内容に、通院精神療法が入っているのですが、必ず「外来管理加算」が表示されます。本来同時に算定できないものですが、4.4.0へのバージョンアップしたあとから、出現するようになりました。これは、バグでしょうか？	ver.4.4.0 の外来の診療行為で患者番号入力後の初期表示の内容に不備がありましたので修正しました。 システム管理で外来管理加算チェックを「0 チェックなし」かつ、前回処方表示するとしていた場合、前回内容に外来管理加算が算定できないコードがあっても、外来管理加算が算定されていました。また、「小児科時間外特例」の初期表示がされていませんでした。 いずれも、初めてEnterを押下したところで正しい表示となります。	H21.4.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	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

2.1 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	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円を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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7	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、同じコードを間違え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はないでしょうか？	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、セットの修正とるように修正しました。	H21.6.25
8	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した。 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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9		退院日と同日に再入院した時、退院日で入院診療行為画面を展開すると、入院期間が入院日～となっていたので、～退院日とするように修正しました。		H21.6.25
10	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
11	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ト欄の * 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
12		外来分診療行為入力の上限回数チェックで回数をコメントや薬剤など診療行為コード以外の行に入力すると回数チェックを行いませんでした。また、入院分では回数を日付まとめ行で入力すると警告が表示されつづけ登録できませんでした。 回数チェックを回数入力時に行うように修正しました。		H21.8.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
13	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日分の処方分が1日分となってしまう。 なにかおかしい部分があるのでしょうか？ 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
14		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(10000001、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
15	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が、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せんが、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
16		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

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	自院歴登録時の診療行為入力	入院で自院歴作成をした場合4.3.0では、歴作成した日付に診療日を設定した場合入院入力が可能でしたが4.4.0では外来の画面に遷移します。4.4.0で仕様の変更されているのでしょうか。	入退院登録の自院歴で登録した期間が診療行為の入院で登録できませんでしたので登録できるようにしました。 自院歴の期間にシステム日付を変更後、入院の診療行為画面で該当の患者番号を入力すると入院の診療行為が入力できます。 なお、入院料包括算定の設定していた場合、入院料がないと診療行為は登録できません。自院歴のみでは入院料はありませんので、診療行為を登録する場合は、通常の入院登録をするか入院料包括算定を算定しないと設定して下さい。	H21.8.27

2.2 病名

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		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
2	ncp 20090804-004	Ver.4.4.0で、病名登録の簡単修正画面の文字が欠ける現象を報告致します。欠けている部分は、2行目：疑い」、7行目：開始日「(複写)」です。この現象は、他のバージョンでは出ないようです。	(C10)簡単修正画面のラベルが正しく表示できない不具合を修正しました。 対象のラベル 2行目の 疑い」 7行目：開始日「(複写)」	H21.8.27

2.3 収納

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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っています。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

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		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いことが判りましたので修正しました。		H21.4.24
2	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
3		会計照会の剤変更で、包括算定剤の判定区分の初期値を変更していたため、剤変更で登録した剤と診療行為から入力した剤と同じ内容であっても違う剤と識別し、複数の剤が作成されることがありましたので修正しました。		H21.6.25
4	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

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	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ของ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

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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
2	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

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 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ク設定が"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

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	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) が出るとは思いますが出ていません。	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
2	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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 10000円、1ヶ月上限額は 140000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 には 14000と記載されて返戻されたそうです。 には窓口負担した長期の 100000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 100000円又は 200000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
2	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
3		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
4	orca-red 14493	ミドルウェアの更新後R03レセプト作成 - 作成指示画面の表示が乱れるようです。自賠責の従来様式の「式」が表示されない、医保の広域の「広」と「域」の間隔等です。	更新前はプロポーショナルと等幅のフォントの両方を表示していたのですが、デフォルトのフォントを等幅に指定したことで全てのウィジェットで等幅フォントを使用するようになりました。そのため一部の画面でプロポーショナルの半角空白を想定してラベルの位置調整していた箇所ですれやはみ出しが生まれました。画面定義体のラベル枠を拡げる、半角空白を全角に変える等の修正で行いました。 画面ID R03(明細書), T01(総括表・公費請求書), W07, W12, W18(システム管理)	H21.4.24

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		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
6	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掲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掲欄の日数に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
7	nep 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、レセプト作成途中で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 レセプト作成途中で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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	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
9	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、若い番号 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
10	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	ncp 20090529-002	明細書の作成時に「レセ電データ作成」の状態では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
12	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枠に合わせて下部分の部分がかなりずれ、逆に下の部分に合わせて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いと思います。	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

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
13	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。レセ電ビューワーを確認しても、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に修正しました。	H21.6.25
14	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5000010000 → 10000 公費 1 (015) 3000000 公費 2 (051) 2000000	H21.6.25

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15	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
16	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い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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
17	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 よろしく申し上げます。	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
18	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、入院中に労災に関する病気の治療に手術を行って、労災の対象となりました。 労災 5 月 11 日 ~ 5 月 12 日 外来受診 保険 5 月 13 日 ~ 入院 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、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。 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、労災の病名に関する診療行為を行っているの、 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、R 工 (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 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 R 工が主張するように、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 日といった入力是不可能的なのでしょうか？	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、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
19	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がレセプトに表示されません。 . 320 の入力、外来の . 330 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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
20	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合わせがありました。 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

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	ncp 20090406-007	＜主保険＞ 国保 H21.03.18まで 社保 H21.03.19から ＜公費＞ D21 精神通院 J・・・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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
			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。	
22	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間違いなののでしょうか？	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
23	ncp 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 ビーフリート輸液 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
24	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

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	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 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 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 $80100 + (603650 - 267000) \times 0.01 = 83467$	H21.8.27

4.3 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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すが、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

4.4 総括表 公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		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

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

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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
2	ncp 20090402-008	[マスタ登録]-[システム管理マスタ]-[レセプト総括印刷情報設定]-[レセプト基本-レセ電]のレセ電データ出力先で「レセ電出力先入力エラー」が出て登録できません。今までは問題なく登録できましたが、4.2→4.4にVerUPしたところエラーが出ます。 弊社から医療機関へ提案する運用で、サーバをDebianLinux(Etch)、クライアントにWindows(glclient/Java (monsiaj) Java版glclient)を使用しております。医療機関のスタッフはWindowsのみで操作をしております。レセプト電算の出力はWindows側のFDドライブを共有化し、サーバのautomountを使用してマウントさせおります。その為、「レセ電データ出力先」にマウントポイントのパスを登録しております。FDが挿入されている状態だと登録できますが、通常レセ提出時期以外はFDを入れていません。複数の施設で運用しておりますのでサーバのドライブを使用する運用に切り替えることは難しいです。Verが上がっても今まで同様エラー無く登録する方法はございますでしょうか？	レセ電データ出力先にorca権限で書き込みが出来ない場合、エラーではなく更新時の確認ダイアログに変更しました。	H21.4.24
3	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

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	orca-red 14449	薬情マスタの複写動作について、処理途中で戻る操作をすると画面遷移の際に画面が残る現象が見られましたので報告いたします。 手順 薬情マスタ設定画面で適当な薬剤を呼び出し、複写ボタンを押下 複写画面にて、薬剤選択から適当な薬剤を選択し、参照ボタンを押下 取込選択を3写真のみにして問合せを押下 表示された内容で確定 薬剤情報マスタ画面に戻ったところで、登録をせずに戻る 「1003編集中ですが中止しますか？」をOK M02マスタ登録画面に戻りますが、その後ろにN21薬剤情報マスタ設定の画面が残ります。 M02マスタ登録画面から戻る→戻る→終了で、glclient終了とともにN21の画面も終了します。	薬剤情報マスタを編集集中に戻る処理をされた場合に画面が消去されず残っていましたので修正しました。	H21.4.24

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		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
2	ncp 20090420-021	Ver4.4にしてからQRコード付処方箋に1枚のQRコードが印刷された場合のみ、読み取り出来ません。2枚の印刷だと読み込みが出来ます。ユーザー機、社内機とも同じ現象です。Ver4.3で発行されたものならば問題ありません。改善方法を教えて下さい。	libqrencodeのバージョンが上がりました。分割QRコードか非分割QRコードの指定を止めてライブラリ側の生成に依存するようにしました。	H21.4.24
3	ncp 20090527-007	収納日報ORCBD010について、合計表の入金額計欄の“合計”と“現金”の金額が違うという事があり、検証した結果、返金が合計表や入金額に反映されていないことがわかりました。 例えば、5日診療分を20日に修正し、-50円が発生、それを20日の診療分と合わせて一括返金で精算した場合、20日の収納日報には5日の-50と20日の金額が記載されるはずですが、20日の分はきちんと記載されていて、5日の-50は入金に記載されてきません。 4.3でも同じ入力を行ったところ、4.3ではきちんと記載されています。	日次統計の収納日報にて実行時パラメタの明細区分を「1:伝票別」とした場合、後日の訂正にて返金が発生した際に明細表・合計表に計上されない不具合がありましたので修正しました。	H21.6.25
4	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たとお問い合わせがありました。 取消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

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	ncp 20090709-019	月次統計の診療科別医薬品使用量統計 (月報)(ORCBG001)についてお伺いします。 4.2で作成した場合入外合わせた数量が集計されてきていましたが、4.4で作成すると入院 外来が別に集計されてきているようです。様式が変わったという事でしょうか。入外合わせて集計したい場合はどのように行えば宜しいでしょうか。	4.4.0から入院分、外来分の集計を別としましたが、入外を合わせて集計する方法がありませんので、元のように合わせて集計するように修正しました。	H21.7.28

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	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
2		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
3		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
4		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