

11 受付

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20100115-018	本日の会計は終わっているのに、‘現在の予約、受付状況 ’に表示され たままでF11 [受付一覧]の ‘受付済 ’に表示されない現象が発生して おります。 過去にも同様の現象が発生しており、原因解明を求められております。	受付一覧を表示後、元の画面に戻った時に受付の更新を 行っています。受付順の変更を更新する為の更新ですの で、受付一覧で受付順を変更した時だけ、会計待ちの受付 を更新するように修正しました。 受付一覧の受付更新と診療行為で受付の会計済み更新を 同時に行った場合、受付の会計時間が会計前に戻る可能 性がある為、表示しただけでの更新は行わないようにしまし た。 なお、会計済みの時間が会計前に戻ることが解消されてい るわけではありません。タイミングが悪ければ会計時間が戻 る可能性はあります。	H22.2.24

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

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		グループ診療における本院分院設定の運用で患者登録の患者情報紐付けでの患者複写をした後、保険・公費を追加して登録した場合、追加した保険、追加 複写した公費が登録されないことがありました。 これにより、登録された保険組合せと保険、公費の情報が異なって登録されてしまいました。 同様の操作で正しく登録するように修正しました。	パッチ適用後にデータチェックの確認項目【4. 保険組合せ有効期間】を指定することで、該当するデータをチェックするようにしました。 以下のエラーメッセージがレポートされた場合は、患者情報を確認していただき訂正を行ってください。 <エラーメッセージ> 保険組合せが正しく作成されていません。保険または公費情報を確認してください。	H21.10.15
5		患者登録で患者削除を行った時、予約コメントを削除していませんでしたので予約コメントの削除を追加しました。		H22.2.24
6	support 20100212-006	H22.2.10に来院した際に、全国公費 [021 精神通院] の適用期間終了日をH22.1.31からH22.2.28に変更登録しただけなのに、所得者情報タブに今まで登録していた月上限が全て消えてしまったとユーザから連絡がありました。 H22.2.9までのバックアップでは、上限額も登録された状態で保険組み合わせも変わっていませんでした。	患者登録で公費負担額が登録済みの時、所得者情報で初期表示される公費の選択番号をクリアした時、登録されている公費負担額テーブルが削除されていました。 公費の選択番号をクリアしても公費負担額はクリアしないように修正しました。	H22.2.24

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	support 20100205-013	患者登録画面の「登録」ボタン押下後ののCLAIM送信についてお訊ねしたくメールをいたしました。 患者登録画面で患者の保険情報を追加した後、「登録」ボタンを押下し患者登録CLAIM送信選択サブ画面を表示。その後、「登録」ボタンを押下したところ、以下のメッセージが表示されます。 ORCA側は変更内容が反映されますが、CLAIM情報が送信されません。ただし、再度患者登録画面で「登録」ボタンを再度押下すれば、CLAIM情報は送信されます。 エラー番号 9100 エラー内容 :保険組合の変更で保険期間外の診療が存在します。診療を保険変更してください。 詳しいオペレーションを下記に記述します。 1.診療行為画面で患者番号 1を2010/02/05で会計 2.その後、患者登録画面で患者番号 1を読み、新しい保険を追加 この時、前回使用していた保険は2010/02/04で終了 新しい保険は2010/02/05より使用開始 3.「登録」ボタンを押下し、患者登録CLAIM送信選択サブ画面を表示 4.続けて、「登録」ボタンを押下すると上記に記述したエラーメッセージが表示 5.「閉じる」ボタンでメッセージを終了 6.患者登録画面で再度患者番号 1の読みを行うと変更した内容が反映されている CLAIM情報は送信されない	患者登録で、保険組合せが削除され、受診履歴の変更が必要となった場合の警告メッセージを表示した時、CLAIM送信を行っていませんでした。 警告メッセージを閉じた後、CLAIM送信を行うように修正しました。	H22.2.24

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
8	ncp 20091216-012	社保と生活保護の併用レセプトについてお尋ねします。 コンタクトレンズ検査料は保険単独、それ以外の診療は生活保護と分けて1枚のレセプトで請求するよう支払基金より指導があったそうです。 レセプトの記載は公費 欄に生活保護の点数を記載との事です。 保険組み合わせでは主保険+生活保護しか選択できないようになっています。 複数科保険で主保険と生活保護と分けて入力をするにはどうしたらよいでしょうか。	社保又は一部の全国公費を持つ場合、生活保護、残留邦人等と適用期間が重なる部分の生活保護、残留邦人等の付かない保険組み合わせを作成するようにしました。 一部の全国公費 感染症 (37条の2) (010) 療養介護医療 (024) 肝炎治療特別促進事業医療 (038) 障害児施設医療 (079) (例) 政府管掌 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 肝炎治療 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 生活保護 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 保険組み合わせ 0001 政管 生活保護 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 0002 政管 肝炎治療 生活保護 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 再登録により、下記保険組み合わせが追加作成されます。 0003 政管 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999 0004 政管 肝炎治療 平成 20年 4月 1日 ~ 9999999	H22.2.24
9	support 20100319-020	【12 登録】で以下のように保険登録しており、協会がH21.10.1から有効だった事が判明したので国保を削除 (d)した場合に、その後F6 [前↑] やF7 [次↓] を押しても政管しか表示されません。 (いくら押しても政管の保険者番号が反転した状態) 政管 H16. 1.15 ~ H21.9.30 国保 H21.10. 1 ~ H22. 1.28 …削除 協会 H22. 1.29 ~ 999999999 医療機関様としては、国保削除後に引き続き協会の開始日を変更されたかったのですが、表示されないとの事でお問い合わせがありました。	患者登録で複数の保険が登録済みの時、保険を削除してから新しい保険を追加した時、前↑、次↓ をクリックしても、保険の表示が変わらないことがありましたので修正しました。	H22.3.30

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	ncp 20100607-025	登録画面で所得者情報で50件上限額の履歴がある患者さんで51件目の上限額を入力する時に適用期間と、入外上限額を入力し更新ボタンを押して、基本情報等タブを移動させて所得者情報に再度戻ると51件目の上限額が50件目の上限額のコピーとなってしまっています。 新規で登録したものがなくなってしまう。 また、所得者情報のところで精神通院と生活保護の公費が2つあって精神通院の上限額が50件あり、51件目を登録する時に更新ボタンを押して生活保護をクリックして再度精神通院を再表示させると51件目の上限額が50件目の上限額のコピーとなります。 正しい履歴が表示されるように対応をお願いします。	ver.4.4.0の患者登録の公費所得者情報の履歴が50件以上となった時、51件目を追加できませんでした。正しく登録できるように修正しました。	H22.6.15
11	ncp 20100607-023	登録画面の所得者情報の公費負担額の上限を入れるところですが例えば番号1に精神通院が入っていて選択番号が1と表示されている状態で一度選択番号を消して空欄にします。 エンターを押すと右に表示されていた上限額の履歴が消えてしまいます。それから適用期間を入力し、上限を入力して更新を押して登録すると、今までの過去の上限額の履歴が全て消えてしまいます。 選択番号を空白にしても履歴は消えますし、ない番号を入力しても消えます。	患者登録の所得者情報で公費の上限額を登録した後、公費の選択番号にエラーとなる番号を入力した時、前回登録した公費の上限額がすべてクリアされることがありました。 正しく更新するように修正しました。	H22.6.15

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
3	Ver.4.4.0の画面表示	照会画面の検索結果の生年月日、明細書作成画面 - 処理結果の中止ボタンの表示が欠けています。	修正しました。	H21.9.24
4	support 20091013-015	医療機関様からの問い合わせで照会で検索した患者様が死亡区分を設定していない患者様にもかかわらず、未設定で検索しても出てきませんでした。 今回例で添付する画面の方で検索条件ですが、 死亡 19, 22 空患者番号 23, 24 それ以外の患者様は死亡区分が未設定の患者様です。 どうして死亡区分が未設定であるにもかかわらず、照会で検索がかからない患者様がいるのでしょうか？	患者照会業務にて死亡区分の項目に“未設定”を指定して検索を行った場合、データ移行後にて登録を行った後、日レセより全く更新されていない患者の検索ができませんでした。 検索できるように修正しました。	H21.10.28

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 20091214-003	予約登録ー予約状況画面左下の期間帯には 7件と表示されるが、右の予約の患者氏名の欄には 1人も名前の表示がない。7件を消すにはどうすればいいか？予約一覧・週間一覧共に名前は表示されない。予約機能情報の予約枠件数は 99としている。この該当の日以外はちゃんと表示できる。	予約でYYKID (予約登録回数)の最大値が 99の時間帯で予約登録を行った場合、予約件数の更新を行った後で、YYKIDのエラーとしていました。その為、予約件数 (YYKCNT)と実際の登録件数の不一致が発生していました。 YYKIDのエラーチェック後に、予約件数更新を行うようにしました。 併せて、エラーメッセージを "予約時間の予約登録回数が 99以上になります。これ以上登録できません"に修正しました。 削除と登録を繰り返して予約件数が 99以下であっても、YYKIDがオーバーすれば登録できません。	H21.12.21
2	ncp 20100202-010	予約画面で複数メモ登録を押し、(Y011)予約メモ入力画面で文例選択番号から文章を呼出した際に 5つまでしか呼出せないようになっています。 文例選択からは 6つ入力できます。	予約のメモ登録で、文例選択番号に文例番号を入力して文例内容を編集する時、6行目のメモ行に編集ができませんでした。また、選択番号に 6が入力できませんでしたので修正しました。	H22.2.24

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
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、セットの修正とす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
18		中途終了の表示が一部欠けているようですので、こちらについてもご確認いただけますと幸いです。	ID2 確認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。	H21.9.24
19	ncp 20090827-008	奈良県の医療機関様で全国土木建築国保 (133033) と通院精神医療の公費の組合せで診察を受けられました。1ヶ月の上限金額は10000円で所得者情報の画面で入力済みです。診療行為の入力を終え最後まで登録しても一部負担金額が発生しません。 他の都道府県ではこの動きで問題ありませんが、唯一奈良県だけが患者による償還払いとなるので窓口負担金が発生しないと業務に支障がでております。またレセプトの請求もできません。	奈良県 全国土木 (133033)+ 021 (精神通院) 010 (感37の2) の患者窓口負担計算対応 奈良県は償還払いとなる為、患者窓口負担を発生させるよう対応しました。	H21.9.24

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
20	kk 20263	愛知県の特定疾患医療給付事業に変更がございますので資料を送付させていただきますのでご査収下さい。 ■ 概要 「51」の一部該当患者が県単独公費「91」として新たに新設されます。 1. 計算方法は「51」と同様です。 2. レセプトについては、社保・国保とも併用で請求します。 3. 総括表の再掲については、社保は「91」として再掲。 国保については、福祉ではなくて公費扱いで再掲。	愛知県特定疾患 (国が定める45疾病以外) の対応 (平成 21年 10月診療分～) 保険番号 : 191 (法別 91) 公費負担者番号 全額公費負担 91236018 一部公費負担 91236026 平成 21年 5月改正の対象外である。 1. 負担金計算 所得者情報 - 公費負担額欄にて、上限額の入力を行う。 入力された金額を元に負担金計算を行う。 2. レセプト 51に準ずる記載とするが、平成 21年 5月改正の対象外である為、保険欄 - 一部負担金は、一律一般の金額で記載する。	H21.9.24

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
21	kk 20348	東京都の一部の地域で、小学生・中学生の外来窓口が1回につき200円となるとことで、資料を入手致しましたので、添付させていただきます。 ご対応の程、宜しくお願い致します。 都道府県名 東京都 発行元 東京都福祉保健局保健政策部 医療助成課長 タイトル 資料名 義務教育就学児医療費助成制度の改正に伴う医療費一部負担の変更について	東京都地方公費 (保険番号 588マル子) 制度改正対応 (平成 21年 10月診療～) 外来のみ下記の対応を行う < 負担計算 > 診察料がない場合、患者負担なしとする。 < レセプト > 一部負担金が 200円未満の場合、レセ記載の対象としない。(マル子公費負担が発生しない場合) 分点がある場合の実日数記載対応 (国保レセのみ) 例 国保 + 052 + 588 請求点 2000点 診療 5日 国保 + 588 請求点 3000点 診療 4日 請求点 5000 実日数 9 2000 5 3000 4 とする。 < 保険番号マスタについて > レセプト請求 0 レセプト負担金額 2 レセプト記載 1 * 外来 * 負担区分 1 日 - 上限額 200 日 - 上限回数 1 * 入院 * 負担区分 2 食事療養費 1	H21.9.24

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
22	ncp 20090928-011	診療行為画面の院内 院外ボタンを押下した際の動きについてですが、診療行為画面で患者さんの診療行為を入力し再診+外来管理加算と処置行為が入力され、院内 院外ボタンを押下すると 外来管理加算は算定できません。削除します」というメッセージが表示されOKにすると自動で登録画面に移ってしまいます。 「F12登録」ボタンを押下していないのに係わらず、院内 院外ボタンを押下することによって登録されてしまうのは仕様でしょうか？	システム管理の外来管理加算チェックを「1 チェックあり」と設定している時、診療行為で院内院外ボタン押下など診察料の自動置き換え時に外来管理加算削除の確認メッセージを表示していました。 確認メッセージ表示後は診療確認画面へ遷移しますので、再度、診療行為画面に戻る必要がありました。 正しく処理を行うように修正しました。	H21.10.9
23	support 20090928-022	同一日に関節腔内注射と点滴注射を入力されていますが、注射容量が500mlを超えると添付のエラーメッセージが表示されるようです。 診療種別を340と330で分けて入力しているため、チェックをかけないようにご対応いただけますと幸いです。	外来の診療行為で点滴とその他注射を同日に算定した時、訂正時の当日の点滴液量にその他注射の液量も集計していました。これにより点滴液量と点滴手技料が違ふとの警告メッセージが表示されていました。 その他注射の液量は集計しないように修正しました。	H21.10.9
24	kk 20374	埼玉県草加市の資料をいただきました。	埼玉県草加市地方公費対応 (平成21年 4月診療分以降で対応) ・こども医療 (681) ・重心 (682) ・ひとり親 (683) (低所得又は低年金該当者) ア)医療費患者負担 (入外) 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 こども医療 (681) 全額患者負担 重心 (682) ひとり親 (683) 医療費患者負担 21,000円未満の場合→1/2助成 医療費患者負担 21,000円以上の場合 →全額患者負担 (1/2償還払い) 注)高齢者も同様の扱いとする。	H21.10.9

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 20374	埼玉県草加市の資料をいただきました。	埼玉県草加市地方公費対応 (続き) 注意事項 < 外来 > 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000) 以上になる場合、その会計時点から患者負担が発生します。患者負担が発生した場合、収納業務にて、同一月に受診があるかを確認し、ある場合、再計算及び診療費請求書兼領収書の再発行を行います。また、必要に応じて入金処理を行います。 < 入院 > 1. 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 回目の定期請求分が 21000 円未満 2 回目の定期請求分が累計 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。 2. 同月内で再入院がある場合 退院分が 21000 円未満、再入院分が累計 21000 円以上となる場合、退院分について、退院再計算で請求額を発生させる事が出来ませんので、手計算頂き、再入院分に調整金として入力して下さい。	H21.10.9

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 20374	埼玉県草加市の資料をいただきました。	埼玉県草加市地方公費対応 (続き) ひとり親 (683) (低所得又は低年金該当者でない) こちらについては特殊計算の対象としません。 ア)医療費患者負担 外来 月上限 1000円 入院 日上限 1200円 イ)入院時食事負担 1/2助成 注意事項 21000円以上になるかどうかは、医療機関様で管理してください。 21000円以上になる場合は、該当公費をはずした保険組み合わせに変更してください。	H21.10.9
25	nep 20091007-013	診療入力画面にて、検査 (生化まるめ) の下にフリーコメント (810000001) を入力し、最後に 「1」 を入力したところ、Enterを押すと 「1*1」 と勝手に増えてしまいます。 [.600] [(検査まるめ項目)] [810000001]*1 フリーコメント以外のコメントも同じ現象が起こるようです。 「1」 を入力しなければ問題ないのですが、弊社指導にて行為の終わりに 「1」 を入力するようにしてもらっております。	包括検査の剤内のコメントコードに 「1」 を入力した時、Enter押下でさらに 「1」 を追加してしまいましたので追加しないように修正しました。 なお、回数を2回以上で入力したコメントコードは、包括対象外として今まで通り最終行となるようにしました。 包括検査の剤内の中途に入力されたコメントに 「1」 を入力された場合は検査コードと同様に削除します。	H21.10.28

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	request 20081014-002	月途中で退国保から後期高齢者に変更になり、公費も【82身障】から【58高齢障身】に変更になりました。 身障と高齢障身それぞれ月の窓口負担額の上限が1000円で、月途中で変更になった場合でも上限額は1000円になるのですが、ORCAでは上限額が2000円で計算されてしまいます。 月途中で変更になった場合でも、上限が1000円で計算するようにしてほしい。	兵庫県地方公費 '障害' 負担計算対応 兵庫県地方公費で、月途中で後期高齢者となり、併せて '障害' の地方公費が下記のように変更となった場合の変更後の負担計算について、変更前の負担を考慮して、上限までの計算を行うようにしました。 182→158 382→358 482→458 143→168 343→368 443→468 注意事項 システム管理 2010 地方公費保険番号付加情報で、"月途中受給者証変更時負担金計算" の設定を行なう必要があります。変更前後の地方公費両方について同じ設定を行って下さい。設定が 1 又は 2 のどちらに該当するかは確認して下さい。	H21.10.28
27	kk 20433	平成 21 年 10 月施行の東京都自治体公費 (まる子 200 円) に関しまして、ご質問させていただきます。 1、地域公費のプログラムのリリースはいつになりますか？ 2、疑義解釈で色々出ている他公費 (52 特疾等) + (まる子 200 円) との組み合わせについて イ、正しく会計処理 (特疾上限後の 200 円計算等) は出来ますか？ ロ、「イ」についてのレセプト印字 (一部負担金印字) は正しく出来ますか？ 3、院内処方の場合、薬剤分を 200 円に含め無いという考え方は出来ていますか？	東京都地方公費 (保険番号 588 マル子) の負担計算対応 (外来) (平成 21 年 10 月診療～) レセプト 20 投薬に該当する点数は、負担計算の対象外としました。	H21.10.28

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
28	お電話でのお問い合わせ 10月9日 - 一部負担金レセ記載	079障害児施設の負担上限額が5728円と記載されている方の公費の一部負担金欄が5730円と記載されるようになったとお問い合わせがありました。 所得者情報に1円単位で入力されている場合も上限額に達した場合10円単位で記載するように変更されているのでしょうか。	医療券の上限額が1円単位で記載されている場合の対応 (079、024、012、025) 患者登録 - 所得者情報 - 公費負担額で入力した上限額が1円単位の場合で、かつ、その上限額に達した場合は、1円単位での患者負担計算としました。 その場合のレセプト一部負担金は、上限額 (1円単位) での記載となります。	H21.10.28
29	support 20091014-011	入院患者で初診料が自動算定されない件につきまして、ご確認をお願い致します。	病名を中止とした時、転帰日 + 1か月以降の入院日であっても初診料 (入院) の自動発生をしませんでした。 入院日と中止の転帰日の判定に誤りがありました。 入院日が中止の転帰日 + 1か月以降であれば、初診料を自動発生するように修正しました。	H21.10.28
30	ncp 20091010-003	オンライン請求した所、確認試験結果リストに固定点数が誤っていますと電子画像管理加算がエラーとなりました。 同様な診療内容が外来や入院でも多数ありますがなぜかリストの患者のみ (入院) エラーとなりました。 例えばあるエラー患者を確認してみると 170011810 CT撮影 (マルチスライス型) 850点 170026810 電子画像管理加算 (核医学診断料 ~) 120点なので 970点となるはずが941点となっています。 4月からオンライン請求で毎月同じ診療内容で請求していますが、今まで1度もエラーになった事がないのに9月分のみエラーとなりました。	画像診断でフィルム料を入力している剤の下に入院回数を入力後、フィルムを削除した時に診療会計テーブルの手技点数 2(syuten2)に削除したフィルム料が編集されていました。その為、レセ電でエラーとなっていました。 頭部 単純撮影 (撮影) 単純撮影 (イ) の写真診断 記録用フィルム 電子画像診断加算 * / 1, 2 電子画像診断加算までを入力して点数計算後、回数を入力してから、記録用フィルムを削除した場合です。 前回のパッチで労災読み替えの点数 (syuten2) の編集方法を変更したことにより発生しました。 正しく編集するように修正しました。	H21.10.28

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
31	kk 19640	地方公費プログラム名 13tokyo.4.4.0.ver02 < H21.5診療分 > [退国保 + 特定負有 (外来上限額 2,750円) + 180マル障] の患者で、レセプト療養の給付欄 一部負担金額欄には、 公費 2,750 公費 1,000 と記載されていますが、公費 欄には「2,750」と印字するのが正しいとのことで東京都国保連合会より医療機関に連絡があったようです。 以前、弊社からORCAサポートセンタにお問い合わせしたときには、年齢が62歳なので3割負担だが、「マル障」をお持ちなので1割負担になる。月初めの受診で請求点は1000点、その1割負担なので窓口請求額は1000円になる。3割計算すると3000円になり、第1公費の一部負担金(2750円)を超えるので、次回より請求額は発生しない。レセプトには一部負担金1000円と表示される」というご解答をいただきました。 国保連合会の方とお話しましたが、そもそもこの窓口負担の考え方も違うのではないかと、患者が窓口で支払う金額も1,000円ではなく上限額の2,750円なのではないかと、とのことで、直接日本医師会とお話がしたいとのことでした。	地方公費全般の負担計算対応 (外来) (東京都及び岡山県) (「主保険 + 全国公費等 + 地方公費」の場合の対応) (平成21年4月診療以降で対応) 対応内容 全国公費等の患者窓口負担相当額が月上限に達した日以降は、患者負担が発生していなかったが、全国公費等の患者窓口負担相当額に達するまで地方公費の上限と比較しつつ、患者負担を発生させるよう対応しました。 月途中で主保険が変更となった場合 (レセが異なる場合) は、主保険単位 (レセ単位) での全国公費等の患者窓口負担相当額に達するまでとします。 条件 全国公費等 ・15、16、21、24、38、51、52、79 ・東京都地方公費 182 地方公費 負担割合設定ありの場合の対象条件 全国公費負担割合 (又は主保険負担割合) > 地方公費負担割合 となる場合 全国公費負担割合 (又は主保険負担割合) = 地方公費負担割合 となる場合、かつ、日上限がある場合 (月上限と同じでない事) 負担割合設定なしの場合の対象条件 ・日上限がある場合 (月上限と同じでない事) 例) 社保 (3割) + 51 + 東京都地方公費 180 51・・・月上限 2750円 180・・・1割月上限 12000円 10/1 1000点 患者負担 1000円 < 51月上限に達する> 10/2 1000点 患者負担 1000円 10/3 1000点 患者負担 750円	H21.10.28

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
31	kk 19640		地方公費全般の負担計算対応 (外来) (東京都及び岡山県) (続き) 例) 社保 (3割) + 52 + 東京都地方公費 588 52・・・月上限 1100円 588・・・日上限 200円 (1日 1回) 10/1 500点 患者負担 200円 < 52月上限に達する > 10/2 500点 患者負担 200円 10/3 500点 患者負担 200円 10/4 500点 患者負担 200円 10/5 500点 患者負担 200円 10/6 500点 患者負担 100円 例) 社保 (3割) + 東京都地方公費 182 + 東京都地方公費 180 + 974マル長 182・・・10000円を助成 (例の場合 20000円 - 10000円 = 10000円が患者負 担上限となる。) 180・・・1割月上限 12000円 10/1 3333点 患者負担 0円 (182が 10000円を超えないと患者負担は発生しない) 10/2 1667点 患者負担 5000円 (10/1・2で182の患者窓口負担相当額が 5000円となる 為、合算点数 5000点の 1割 5000円を患者負担とす る。) 注) 東京都地方公費 182との併用時は特殊な計算を行っ ていますのでご注意ください。	H21.10.28

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 20081009-007	後期高齢者 + 更正障害負担有 + 長期で入院の患者様です。 10/9の退院時の領収書に、公費一部負担金が記載されていないという問合せです。 更正の上限額は10000円が登録されています。 10/1～2入院 2日の退院登録時の領収書には、公費一部負担2000円が計算されています。 10/8～9入院 9日の退院登録時の領収書には、公費一部負担が計算されていません。 なのに、レセプトには公費負担金4000円が記載されています。 10/7に外来がありますが、請求額なしです。 検証したところ、外来の入力をしないで同じように入退院登録をしたら、10/9の領収書に公費一部負担金2000円が載ってきました。その後、外来の登録をしたら消えました。そのあたりが原因なのか、大至急確認をお願いいたします。	地方公費全般の負担計算対応 (入院) (都道府県問わず) (主保険 + 全国公費等 + 地方公費 の場合の対応) (平成21年4月診療以降で対応) 同一月の退院後の再入院時計算について対応しました。 (対応内容 条件は外来と同様となります。) 例 後期高齢 (1割) + 15 + 地方公費 15・・・月上限 10000円 地方公費・・・日上限 1000円 10/1-2 10000点 患者負担 2000円 < 15月上限に達する > 10/8-9 10000点 患者負担 2000円	H21.10.28
33	nep 20091021-012	施設入居者患者を患者登録より特記事項09施を設定し、運用しているのですが1回目診察を再診ダミーで会計終了後、同日に再び呼び出した場合、確認画面→【KD1】同日に受診があります。同日再診OR訂正～の画面が出力される時とされない場合があります。	外来の診療行為で当日に受診がある時の訂正への確認メッセージ表示が、当日の受診内容に診察料が入力されていない時、表示されませんでした。 受診内容に関係なく、最終来院日と受診履歴の1番目が当日であれば確認メッセージの表示を行うように修正しました。	H21.10.28

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
34	お電話でのお問い合わせ 10月30日 - 難病外来併算定チェック	28日の難病外来指導管理料併算定チェックの影響だと思いますが難病外来指導管理料算定時に、28日以上 of 投薬の入力がある場合に警告！既に特処加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除してください。とメッセージが表示されます。	チェックマスタに難病外来指導管理料と特定疾患処方管理加算・長期投薬加算の同日算定不可を追加したことによる確認メッセージの修正を行いました。 長期投薬加算・特定疾患処方管理加算を登録時自動発生できる時、当日に難病外来指導管理料の算定があれば、確認メッセージに”(併用算定警告該当有)”と追加表示します。 チェックマスタの難病外来指導管理料と特定疾患処方管理加算・長期投薬加算の同日算定は警告エラーとなっていることが前提です。また、チェックマスタの長期投薬加算の算定エラーは特定疾患処方管理加算のみであることも前提となっています。 チェックマスタ更新データを提供しています。	H21.11.26
35	お電話でのお問い合わせ 11月9日 - 頓服薬長期投薬加算	長期投薬加算の自動発生についてご教授ください。特定疾患の病名がある場合、頓服を宣言していても* 28以上の入力で処方日数が28日以上と判断し確認メッセージが表示されます。 頓服の場合単位が日ではなく回なので* 28以上であっても28日以上の処方とはならない。 ロジックミスではと指摘を受けたとのこと。	長期投薬加算の判定に頓服の投薬日数を含めないように修正しました。	H21.11.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
36	kk 20697	東京都公費につきまして、特定の公費は他県の医療機関において償還払いではなく専用の請求書で請求する場合があります。請求書はSEIKYU1311として提供している請求書になります。通常の公費であれば該当県のマスタに追加するだけなのですが、特定の公費の中に本体対応がされている保険番号182の公費があります。神奈川県においても保険番号182の提供を考えているのですが、保険番号182に対して本体対応をしていただくことは可能でしょうか。大阪府マスタに神戸市公費があるのと同じイメージだと思います。	東京都地方公費 (182) 神奈川県対応 神奈川県において、東京都地方公費 (182) を使用した場合の負担計算対応 (保険番号マスタは 182 を追加提供) -----計算内容----- 患者負担相当額を 10000 円助成する。 10000 円を超える金額は、患者負担とする。 1. 長期 972 併用時・患者負担なし 2. 長期 974 併用時・・10000 円超 ~ 20000 円の金額 上限 10000 円を患者負担とする 3. 長期をもたない場合・・上位の保険又は公費の患者負担 相当額の 10000 円を超える金額 を患者負担とする	H21.11.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
37	kk 20144	熊本市の乳幼児・重度心身障害・母子の負担金について 一部負担金額の額が1ヶ月に21000円以上になるときは患者本人の 申請による償還払いとなるそうです。 資料につきましては既に2008年3月27日に提供されている「医療費請 求事務の手引き」の7ページ以降に記載されている通りです。	熊本県熊本市地方公費対応 (平成21年12月診療分以降で対応) 乳幼児(341) ・重心(442) 医療費患者負担(入外) 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) 注)高齢者・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)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。 また、必要に応じて入金処理を行う事。 <入院> 1.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回目の定期請求分が21000円未満 2回目の定期請求分が累計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。 2.同月内で再入院がある場合 退院分が21000円未満、再入院分が累計21000円 以上となる場合、退院分について、退院再計算で請求 額を発生させる事が出来ませんので、手計算頂き、再 入院分に調整金として入力して下さい。	H21.11.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
37			熊本県熊本市地方公費対応 (続き) ・重心1/3 (342) ・ひとり親1/3 (143) 12月より保険番号マスタの内容が変更になります。 (保険番号マスタの期間を区切って登録して下さい。) また、併せて患者登録で保険組み合わせが変更になりますのでご注意ください。 21000円の判定は、主保険の負担割合相当額で行います。(1/3計算後の額ではありません。) 医療費患者負担 (入外) 21,000円未満の場合、1/3患者負担 21,000円以上の場合、全額患者負担 (償還払い) 注) 高齢者・全額患者負担 (償還払い) マル長併用時 (972の場合) 患者窓口上限 3334円とする。 (974の場合) 患者窓口上限 6667円とする。 全国公費併用時 全国公費等の患者窓口負担相当額が月上限に達した日以降についても、全国公費等の患者窓口負担相当額に達するまで患者負担を発生させる。 注意事項 < 外来 > 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000) 以上になる場合、その会計時点から主保険の負担割合相当額の患者負担が発生します。その場合、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。 また、必要に応じて入金処理を行う事。 < 入院 > 上に同じ	H21.11.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
37			熊本県熊本市地方公費対応 (続き) ・ひとり親 (241) こちらについては特殊計算の対象としません。 医療費患者負担 外来 月上限 500円 入院 月上限 500円 注意事項 21000円以上になるかどうかは、医療機関様での管理として頂く。 21000円以上になる場合は、該当公費をはずした保険組み合わせに変更して対処して頂く。	H21.11.26
38		長期投薬加算の判定から頓服を削除した修正の影響で、臨時投薬も対象外となっていました。 臨時投薬は長期投薬加算の対象とするように修正しました。		H21.12.21
39	request 20091113-003	H21年 5月 月から、特定疾患及び小児特定疾患の公費に医療証に記載されている適用区分をレセプトの特記事項に記載する事になりましたが、956公費 (上位)、957公費 (一般) を登録しても、特記事項が自動記載できない公費負担者番号があります。 現在対応されている公費負担者番号は 51 × × 601 ×、52 × × 601 ×、51 × × 602 ×、52 × × 602 × ですが、中核市である尼崎市、姫路市、西宮などは 601、602を使用せず違う公費負担者番号を使用しています。 支払基金に問い合わせましたところ、把握はしていませんが、他にも違う番号のところもあるでしょう? 51、52で始まる公費はすべてとお考え下さい」との事でした。 51、52で始まる公費に関して956公費 (上位)、957公費 (一般) が対応できるよう要望します。	平成 21年 5月改正に関する修正 (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) 小児慢性特定疾患 (52) の対象条件を下記に変更しました。 (変更前) 公費負担者番号 52XX601X 52XX602X ↓ (変更後) 公費負担者番号 52XX60XX	H21.12.21

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	お電話でのお問い合わせ 11月24日 - 08老健診察料変更	登録画面で、特記事項 08老健を設定しますと診療行為入力で診察料が自動的にダミー変更されます。08老健の特記が必要なケースは、介護老人保健施設に入所中の患者の診察料を、併設保健医療機関以外の保険医療機関において算定した場合なので入院以外は算定可能だと思のですが自動でダミーに変更しているのはどのような理由でしょうか。	診察料の自動発生で、特記事項 08 老健 の時は、診察料ダミーの自動発生を行わないようにしました。なお、通常の診察料を自動発生しますので、診療行為画面上部の "08老健" の表示は行いません。	H21.12.21
41	kk 21055	パッチ提供 (第 11回) の管理番号 kk19640 と似た内容になるかと思いますが、主保険に 51「特定負有」と 41「マル老 1割」の併用の場合、京都府におきましても以下の内容で計算、レセプト記載を行います。 医療機関様に正しく計算できないとの問合せをいただきましたので、対応をお願いいたします。 ■対象 41「マル老 1割」 ■内容 負担金計算 特定疾患負担ありとマル老 1割を併用の場合 月額負担限度額は 1割で負担上限に達するまで徴収します。 確認先 京都府健康対策課 (特定疾患担当) 京都府医療保険課 (老人医療費担当) 京都府国保連合会 (地区担当) 現在、診療行為で「特定負有」と「マル老 1割」の組合せで入力を行うと 例 1: 月額負担限度額 2,250円の場合で診療がすべて公費対象の場合 1日目 500点 入金額 (患者負担額) 500円 (51単独の場合 1,500円) 2日目 500点 入金額 500円 (51単独の場合 750円) 3日目 500点 入金額 0円 (51単独の場合 0円) になってしまい上限額に達する前に負担金が発生しない状態です。 → 51単独の場合 2日目で上限に達してしまうので、3日目に 0円 と計算されてしまう様です。 マル老 1割と併用する場合は、1割で負担上限まで計算できる様に対応をお願いします。	地方公費全般の負担計算対応 (外来) (京都府) (「主保険 + 全国公費等 + 地方公費」の場合の対応) (平成 21年 4月診療以降で対応) 対応内容: 全国公費等の患者窓口負担相当額が月上限に達した日以降は、患者負担が発生していなかったが、全国公費等の患者窓口負担相当額に達するまで地方公費の上限と比較しつつ、患者負担を発生させるよう対応しました。 月途中で主保険が変更となった場合 (レセが異なる場合) は、主保険単位 (レセ単位) での全国公費等の患者窓口負担相当額に達するまでとします。 条件: (1) 全国公費等 ・15、16、21、24、38、51、52、79 (2) 地方公費 負担割合設定ありの場合の対象条件 全国公費負担割合 (又は主保険負担割合) > 地方公費負担割合 となる場合 全国公費負担割合 (又は主保険負担割合) = 地方公費負担割合 となる場合、 かつ、日上限がある場合 (月上限と同じでない事) 負担割合設定なしの場合の対象条件 ・日上限がある場合 (月上限と同じでない事)	H21.12.21

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
41	kk 21055	例 1 (正): 月額負担限度額 2,250円の場合で診療がすべて公費対象の場合 1日目 500点 入金額 (患者負担額) 500円 2日目 500点 入金額 500円 3日目 500点 入金額 500円 レセプト記載 療養の給付: 公費 (2) 枠はマル老 1割での窓口徴収額を記載します。 確認先: 京都府国保連合会 (地区担当) 例 2 現在、例 1 をレセプト記載されると以下の表示となります。 保険 請求 1,500点 公費 (1) 請求 (空欄) 一部負担金 2,250円 公費 (2) 請求 (空欄) 一部負担金 1,000円 公費 (2) 枠にはマル老 1割での窓口徴収額が記載される様に対応をお願いいたします。 例 2 (正): 保険 請求 1,500点 公費 (1) 請求 (空欄) 一部負担金 2,250円 公費 (2) 請求 (空欄) 一部負担金 2,250円 → 51公費対象外 (主保険 + マル老 1割) がある場合は公費 (2) に合算して記載される様をお願いします。 例 3 例 2 に公費対象外 1000点がある場合 保険 請求 2,500点 公費 (1) 請求 1,500点 一部負担金 2,250円 公費 (2) 請求 1,000点 一部負担金 3,250円	地方公費全般の負担計算対応 (外来) (京都府) (続き) 例) 社保 (3割) + 51 + 京都府地方公費 141 51...月上旬 2250円 141...1割 12/1 500点 患者負担 500円 < 51負担 1500円 > 12/2 500点 患者負担 500円 < 51負担 750円 > 上限に達する 12/3 500点 患者負担 500円	H21.12.21

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
42	kk 21137	平成22年1月より埼玉県朝霞市4市の請求方法がレセプト請求となるので、マスタ表、pngファイルを添付します。 また、ひとり親の一部負担金がなくなります。 障害等と同じ制度内容になりますので本体の対応が必要になると考えられます。	埼玉県 (新座 朝霞 和光 志木市) 地方公費対応 (平成 22年 1月診療 ~) "343・342・344" 制度改正 (請求方法変更 (レセプト記載による請求) 等) "481" 制度改正 (制度名称変更) "483" 制度改正 (一般所得の方の制度変更) 対応について 1. 保険番号マスタ 343・342・344は廃止 (~ 20091231) 481・483は内容変更 (20100101 ~) 2. 患者登録 343 → 平成 22年 1月より 481 に切替える 342 → 482 344 → 483 3. 負担計算 "483" の負担計算について下記のように対応しました。 (一般所得の方も低所得者の方と同様の計算を行う) 医療費患者負担 (外来) 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) 4. レセプト記載 (外来) 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) "483" で一般所得に該当する方がいる場合は、ver 4.4 が必須となります。	H21.12.21

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
43	kk 21142	大阪府地方公費の「一部負担金助成 (87~90)」につきまして、修正していただきたい事項がございますので下記に記載致します。 ■ 対象 PG p27-osaka.4.4.0.ver01.tgz ■ 修正内容 59後期高齢者 + 51特定疾患 (負担無) + 87助成」という保険組合せを持っている患者で以下のように受診をした場合、 1日目 : 39+ 51+ 87 → 負担金 : 0円 2日目 : 39+ 51+ 87 → 負担金 : 0円 3日目 : 39+ 87 → 負担金 計上してきてしまう (修正対象) 本来でしたら、 3日目は 87助成」の算定上限である“月上限 2回 ”を超えていますので、患者の負担金は「0円」となるはずですが、現状では計上してきてしまいます。 この負担金が計上されないよう 修正をお願い致します	大阪府地方公費 (保険番号 187・188・189・190)回数カウント対応 (外来のみ) 1日 500円上限、月 2回の設定 負担金が発生しない場合は、回数カウントを行っていませんが、回数カウントをするよう対応しました。 例) 1日 後期高齢 + 091+ 187 患者負担 0円 2日 後期高齢 + 091+ 187 患者負担 0円 3日 後期高齢 + 187 患者負担 500円 → 0円 (3日目は3回目とカウントし、0円とする。)	H21.12.21
44	kk 20913	埼玉県八潮市のこども医療についてお問い合わせがありました。 八潮市こども医療 http://www.city.yashio.lg.jp/www/contents/1197612950660/index.html 埼玉県他市のように21,000円超えると償還払いとなるようです。 対応していただくことは出来ますでしょうか。 対応していただける場合、以下を先方へ確認してもらいます。 1. 制度はいつからでしょうか。 2. 食事療養費 生活療養費は助成対象でしょうか。 3. 食事療養費 生活療養費が助成対象の場合、自己負担の21,000円の上限に食事療養費は含まれるのでしょうか。 4. 食事療養費 生活療養費が助成対象の場合、自己負担が21,000円を超えたら償還払いとなりますが、その場合、食事療養費も償還払いとなるのでしょうか。	埼玉県八潮市地方公費対応 (平成 21年 4月診療分以降で対応) こども医療 (781) ア) 医療費患者負担 (入外) 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)	H21.12.21

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
45	kk 21289	平成21年1月より朝霞市は8桁公費になりますが、4市のうち新座市だけは今までのままです。 保険番号マスタの343、342、344が廃止されるとありますが、残してください。	埼玉県新座市地方公費窓口計算修正 (外来) (平成22年1月診療～) 新座市は、朝霞市同様の制度改正が無いとの報告があり、保険番号("343・342・344")は廃止とせず、平成22年1月診療以降も現状通りの計算を残すよう修正しました。 ----- < 現状の計算 > ・保険番号343 (乳幼児) ・保険番号342 (重度身障) ・保険番号344 (ひとり親) 低所得及び低年金該当者 医療費患者負担 (外来) 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344 (ひとり親) 低所得及び低年金該当者でない患者は特殊計算の対象外です。	H21.12.25
46	kk 21316	12/21パッチ提供された 管理番号KK21137 について 平成22年1月より埼玉県朝霞市4市～(省略) ひとり親の一部負担金がなくなります」 とあり、保険番号483 :ひとり親 本人の1月院内上限額・1月院外上限額を1000→21000へマスタ変更されましたが、志木市役所こども安全課に確認した所、志木市の場合は1000円/月の上限負担額があります。 と言われましたので、保険番号483のマスタを元に戻して下さい。	埼玉県志木市地方公費窓口計算修正 (外来) (平成22年1月診療～) 志木市は、朝霞市同様の制度改正が無いとの報告があり、保険番号("483")について、平成22年1月診療以降も現状通りの計算を残すよう修正しました。 (注:保険番号マスタの修正があります。) ----- < 現状の計算 > ・保険番号483 (ひとり親) 低所得及び低年金該当者 医療費患者負担 (外来) 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483 (ひとり親) 低所得及び低年金該当者でない患者は特殊計算の対象外です。	H21.12.25

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
46			埼玉県朝霞市地方公費窓口計算対応 (外来) (平成 22 年 1 月診療 ~) ひとり親 (383) ・患者登録 344 → 平成 22 年 1 月より 383 に切替える ・負担計算 ”383”の負担計算について下記のように対応しました。 医療費患者負担 (外来) 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) ・レセプト記載 (外来) 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) ”383”に該当する方がいる場合は、ver4.4.0 が必須となります。	H21.12.25
47	お電話でのお問い合わせ 1 月 4 日 - 関節穿刺時間加算	加算が自動発生するとお問い合わせがありました。20.3.31 までと 20.4.1 からでは表示の方も違ってきます。 20.4.1 以降で入力しますと時間加算を自動発生させた場合 .400 を宣言後関節穿刺 (両) を入力しますと関節穿刺 (両) には時間加算が算定されず、外来管理加算の下に時間加算が表示されます。外来管理加算は登録時削除されるの正しい点数で算定されますが訂正展開しますと登録時と診療内容が違いますと警告が表示されず全て診区 12 になり時間加算が算定されます。点数は別々に表示されますが、手技の上に加算が表示されています。 .400 宣言せずに関節穿刺 (両) を入力しますと外来管理加算の下に時間加算が表示され診区がすべて 12 になります。こちらは最初から時間加算が算定され手技の上に加算が表示されます。こちら展開時警告表示されます。	処置マスタの時間加算区分が ”0 時間外算定不可” で、かつ、点数が 150 点以上の時、時間外加算区分が入力されていた時、時間外加算を処置マスタの上に自動発生していました。 時間外加算を自動発生しないように修正しました。	H22.1.20

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	お電話でのお問い合わせ 2月 22日 - 極低出生体重児加算	手術の部の通則 7の手術に極低出生体重児加算を算定した場合に、通則 12の時間加算を算定すると極低出生体重児加算を含めた点数が加算の対象になります。 K913新生児仮死蘇生術 1仮死第1度のもの 840点 (所定点数) 極低出生体重児加算100分の400 (通則加算) 深夜加算 (所定点数の100分の80加算) $840 + (840 \times 400/100) + (840 \times 80/100) = 4872$ となると思うのですが7560点になっています。 新生児加算のときは $840 + (840 \times 300/100) + (840 \times 80/100) = 4032$ で計算されています。	手術で極低出生体重児加算と時間外加算を同時に算定した時、時間外加算対象の所定点数に極低出生体重児加算を含めていました。正しく計算を行うように修正しました。	H22.2.24
49	support 20100304-022	自賠責にて入院の患者に、診療行為画面で初診料 + 救急医療管理加算 (入院) を算定した。そのあと、診療行為画面右上の「時間外区分」を時間内から深夜へ変更すると、救急医療管理加算 (入院) にも、深夜加算がついてくる。手動でも削除できない。	労災・自賠責の入院で救急医療管理加算 (入院) を入力して時間外区分を画面のリストで選択した場合、救急医療管理加算 (入院) に初診の時間外加算を自動発生していました。救急医療管理加算 (入院) には時間外加算を自動発生しないように修正しました。	H22.3.19
50	support 20100303-013	前期高齢者で月途中で保険者番号の変更はないが、記号・番号と割合が変わりました (1割から3割へ) 1割保険時の請求点数は15622点、負担金額15620円の記載で良いですが、3割時に請求点数39479点、負担金額が67320円と記載されます。連合会より保険者番号が同じで、負担割合が変更の場合は、それぞれ (1割、3割) に高額療養費の計算を行いよう指導がありました。現在の仕様は $80100 + (1割 + 3割の総金額 - 267000) \times 1\%$ になっています。 3割時の計算方法を $80100 + (3割の総金額 - 267000) \times 1\%$ になるよう修正いたします。	前期高齢者の高額療養費計算 (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、変更前の患者負担を引き継いで高額療養費計算を行っていますが、月途中の保険変更時に所得区分が変更となった場合は変更前の患者負担を引き継がないように修正しました。	H22.3.19

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		医療観察法専用のコードを入力した場合に警告を表示するようにしました。 マスタの名称が同一のものがあるためです。		H22.3.19
52		労災保険についても地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算を自動発生するようにしました。		H22.3.31
53		自賠責保険で頸部固定帯加算の入力をした場合の負担金計算をシステム管理4001の「固定帯加算等取扱」の設定に準じて行うように修正しました。		H22.4.2
54	お電話でのお問い合わせ 4月1日 - 薬剤情報提供料	システム管理1007で 22.3.31まで薬剤情報提供料 老人手帳記載有りを算定する 22.4.1から老人手帳記載なしを算定する 訂正時の自動発生算定するに設定 システム日付を22.4月の状態で診療日を22.3月に変更、後期高齢者で薬剤を入力しますと薬剤情報提供料15点を算定しますが、訂正展開しますと10点に変更されます。	システム管理の1007 自動算定・チェック機能情報を期間変更した時、診療行為登録時に自動発生する薬剤情報提供料の内容が訂正日時点の設定ではありませんでした。 訂正日のシステム管理の設定で処理を行うように修正しました。	H22.4.2
55	support 20100402-042	診療行為入力画面にて再診料を手入力にて呼び出そうとすると "1058" というエラーが表示されます。しかし毎回表示されるわけではなく、稀に表示される程度です。	診療行為で、初診算定日がない時に再診料を手入力した時のエラーコードが間違っていたため、エラーメッセージ内容が表示されませんでした。 正しいエラーコードに修正して、エラーメッセージを表示するように修正しました。	H22.4.2
56	お電話でのお問い合わせ 4月5日 - 薬剤情報料チェック	システム管理マスタ1007自動算定チェック機能情報で薬剤情報提供料チェックを0チェックしないに設定していても4月以降、複数回算定時に警告が表示されます。	システム管理の1007 「自動算定情報・チェック機能制御」の薬剤情報提供料チェックを「0 チェックしない」と設定していても、薬剤情報提供料を月2回以上算定した場合に警告表示を行っていました。 システム管理の設定がチェックしないの時は、警告表示を行わないように修正しました。	H22.4.9

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	ncp 20100406-042	システム管理1007→薬剤情報提供料 (老人 手帳記載あり) 1算定する (月 1回) 患者様は後期高齢者 月 1回目4月1日受診時 薬剤情報提供料と手帳記載加算算定 月 2回目受診時 薬剤情報提供料を診療行為画面にて入力→ '平成22年4月1日に算定済みです 警告!!既に今月算定済みです。' と表示→ '閉じる' 薬剤情報提供料の入力コード末尾にカーソルがきていて、自院入力CDではなく マスターの数字で表示 Enterすると自院入力CD表示 手帳記載加算入力→登録完了 訂正にて再度画面を開こうとしたところ、'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ください' と表示→ '閉じる' 薬剤情報提供料の入力コードの末尾にカーソルがきていて、入力した手帳記載加算が表示されず (削除状態) 会計照会で確認すると、両日共算定できています。(カレンダーのところにそれぞれの日に "1" を表示)	月の 1回目の薬剤情報提供料と手帳記載加算を自動算定した時、月 2回以上薬剤情報提供料を算定すると、訂正時に手帳記載加算が削除されていたので正しく展開するように修正しました。	H22.4.9
58	4/7 電話問合せ 脳血管リハ 廃用症候群	脳血管リハ 廃用症候群、4月より新設されたマスタとなりますが、診療行為入力時に180日以上の警告メッセージが表示されませんとのお問合せがございました。	新設の脳血管疾患等リハビリテーション料 (廃用症候群) の開始日から180日以上などの期間チェックを行っていませんでした。 また、早期リハビリテーション加算を新設されたリハビリテーション料に算定した時、リハビリテーション開始日を算定していても、発症日なしの警告を表示していました。 正しくチェックを行うように修正しました。	H22.4.9

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
59	ncp 20100410-008	今回、4月9日に提供されましたプログラム更新・マスタ更新を行ってから出る現象で、当月 1 回目の来院にも関わらず、 薬剤情報提供料と手帳記載加算を入力して登録を押した時 薬剤情報提供料と手帳記載加算を算定した日を訂正で呼び出して登録を押した時 どちらも登録のタイミングで【004 今回 手帳記載加算 (薬剤情報提供料) 警告！既に今月算定済みです。】とメッセージが出ます。 どちらも閉じるを押すと、薬剤情報提供料にカーソルがいく為、薬剤情報提供料と手帳記載加算 (旧 後期高齢者薬剤情報提供料 (手帳に記載する場合)) を同じ薬剤情報提供料とみなしているのではないかと思います。 当月 1 回目は、チェックがかからないようにならないでしょうか？	薬剤情報提供料と手帳加算の算定チェックで、システム管理の薬剤情報提供料が「1 チェックする」となっていた場合、薬剤情報提供料と手帳加算を入力した時に月 1 回目であっても警告メッセージを表示していましたので修正しました。	H22.4.14
60	お電話でのお問い合わせ 4月9日 - 診療情報提供料	入院で診療情報提供料 (1) を回数 2 として入力した際 840000052 のコメントコードに * 2 として入力しますと警告が解除できません。 診療情報提供料 (1) * 2 として入力した場合は解除できます。 外来でもコメントコードに * 2 としても解除できますがこのような仕様なのでしょうか。	入院で算定回数チェックが警告となっている時、該当のコード行以外で回数を入力した場合、警告が表示され続け、解除できませんでしたので修正しました。 警告表示は 1 回のみとなりますので、警告を表示した後に回数変更を行ってもチェックは行いません。	H22.4.14
61		デジタル・アナログ同時撮影の対応を行いました。詳細は、改定対応資料を参照してください。 また、CT、MR の乳幼児加算の点数計算で月 2 回目からの逡減の場合、乳幼児加算を逡減した点数ではなく、逡減しない点数で計算していました。逡減後の点数で乳幼児加算点数を計算するように修正しました。		H22.4.19

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
62	kk 22095	埼玉県行田市の医療機関様よりご連絡を頂きました。 平成22年4月診療分より、こども医療費、重度心身障害者医療費、ひとり親の助成を現物給付へ変更するそうです。 レセプト併用になるので、保険番号マスタの新設をご検討頂ければ幸いです。また、社保・国保総括表への件数の反映も併せてご検討頂ければ幸いです。	埼玉県行田市地方公費対応 (平成22年4月診療分～) 1 ひとり親 (783) (低所得又は低年金該当者) 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 全額患者負担 ウ) レセプト記載 21,000円未満の場合、レセプトに記載する 21,000円以上の場合、レセプトに記載しない 注意事項 < 外来 > 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000) 以上になる場合、その会計時点から患者負担が発生します。患者負担が発生した場合、収納業務にて、同一月に受診があるかを確認し、ある場合、再計算及び診療費請求書兼領収書の再発行を行います。又、必要に応じて入金処理を行います。 < 入院 > 1. 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回目の定期請求分が 21000円未満 2回目の定期請求分が累計 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。	H22.4.19

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
62			2.同月内で再入院がある場合 退院分が21000円未満、再入院分が累計21000円以上となる場合、退院分について、退院再計算で請求額を発生させる事が出来ませんので、手計算頂き、再入院分に調整金として入力して下さい。 2 ひとり親 (783) (低所得又は低年金該当者でない) こちらについては特殊計算の対象としません。 ア)医療費患者負担 外来 月上限 1000円 入院 日上限 1200円 イ)入院時食事負担 全額患者負担 ウ)レセプト記載 上限額未満の場合、レセプトに記載しない 注意事項 21000円以上になるかどうかは、医療機関様での管理として頂く。 21000円以上になる場合は、該当公費をはずした保険組み合わせに変更して対処して頂く。	H22.4.19
63	お電話でのお問い合わせ 4月16日 - 中途終了F7キー	診療行為の中途終了の確認画面でキーボードでF7キーを押下しても操作ができません。ご確認いただけますでしょうか。	外来の診療行為の中途終了時の確認画面で、F7 薬情 手帳、F10 全部 のキーが、F10、F11と設定してありました。正しいキーで処理を行うように修正しました。	H22.4.19
64	ncp 20100414-032	CT撮影(その他)の入力についてお尋ねします。外来受診でCT撮影の診療があり同日入院で再度CT撮影がありました。外来でのみ入力した時は問題ないのですが、入院でCT撮影を入力すると外来のCT撮影も2回目以降の減算をしてきます。外来では2回目以降の減算をしたくないのですが。宜しくお願いします。	画像診断のCT、MRIで月の初回を同日に別履歴で複数算定した場合、初回を訂正で展開した時に逡減となっていましたので修正しました。	H22.4.19

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
65	support 20100416-018	検査のBNPとコメントコードを入力し、続いてDof検索から過去の内服薬剤を入力します。この時内服薬剤に210の診区コードはなく複数日の投与です。 画面上は内服薬剤が検査薬剤の扱いになっているため、算定上限回数を超えています。算定できません」と表示されます。 そこで内服薬剤の上に行挿入で210の診区コードを追加しEnterをすると再度「算定上限回数・・・」の表示がでてきます。(剤は分かれています) コメントがない状態で同じ作業をした時には二度目の表示はされません。 これは仕様でしょうか？	診療行為で、月1回算定可能な検査などの下に診療種別のない投薬を入力して回数エラーとなった時、診療種別を挿入することにより剤分離した場合に分離前の回数のまま回数チェックを行うことができました。その為、検査の月上限エラーが解除されませんでした。 挿入した診療種別がコメントの場合に発生していたので正しく処理を行うように修正しました。	H22.4.27
66		アナログ撮影とデジタル撮影の同時撮影料を算定する場合、通常の撮影料コードと同時撮影料のコードの撮影枚数を合わせて上限5枚までの点数計算に対応しました。 同時撮影料コード分の枚数は、点数表上上限である5枚から通常の撮影料コードの枚数(上限5枚とする)を差し引いた回数を元に計算を行います。 単純撮影(アナログ) 4枚 単純撮影(同時デジタル) 3枚 と入力した場合は 5枚 - 4枚(単純撮影(アナログ)) = 1枚 となり 単純撮影(同時デジタル)の撮影枚数は1枚として点数計算します。 画面に表示されている数量(枚数)はそのまま3となります。		H22.4.27
67	ncp 20100419-024	外来の診療行為画面で N003-2 術中迅速細胞診(1手術につき)160185010 N006 細胞診断料 160185210を入力すると細胞診断料を算定出来る検査を入力して下さいとメッセージがでます 入院の診療行為画面で同じく入力するとメッセージは出ません 何か特別な設定をしているのでしょうか？ 外来では算定不可とはかかれてはいないようですが、わざとメッセージが出るようになっているのでしょうか？	病理診断で新設された細胞診断料と病理診断のチェックを入院では行っていませんでしたので、細胞診断料を入力した時は、対象の病理診断の算定有無をチェックするように修正しました。 また、組織診断料と細胞診断料の対象となる病理診断の判断を同一画面内について行っていましたので、当月算定している病理診断で判定するように修正しました。 それから、外来で細胞診断料と病理診断を同時入力した時、エラーとなっていましたので正しくチェックを行うように修正しました。	H22.4.27

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
68	お電話でのお問い合わせ 5月7日 - 薬剤管理指導料複数入力	薬剤管理指導料の入力を同一画面で複数入力した場合に「既に同じ診療行為コードが入力されています。算定できません。」とエラーが表示され入力できません。 初回に医薬品安全性情報等管理体制加算を入力し以降は指導料のみ入力したいのですが別画面で入力するしかないのでしょうか。	入院の診療行為入力で、月内に複数回算定できる指導料、在宅料を剤を変えて同時に入力した場合、重複エラーとなり算定できませんでした。 入院では、指導料、在宅料で同じコードの同時重複チェックを行わないようにしました。	H22.5.27
69	support 20100512-013	画像診断のDOの表示で、同じ入力方法で単純撮影の2枚で入力しているのにも関わらず、単純撮影の行に2枚と出るときと出ないときがあるのですがこの違いは何でしょうか。	画像診断の撮影回数をユーザ登録した器材コード(059~)のフィルムより設定した時、訂正で展開すると撮影料に数量が展開されていました。 数量を展開しないように修正しました。 展開で数量を表示した場合、フィルム枚数を修正した時に撮影回数に反映されません。	H22.5.27
70	ncp 20100513-036	リハビリテーションの入力方法についてです。 病名Aと病名Bの傷病開始日が同日の場合、起算日が同じなので同日にリハビリテーション開始のコードとコメントで傷病名を入力した場合、2つの傷病名がレセプトには記載されます。 病名Aに対するリハビリテーションと病名Bに対するリハビリテーションの実施月が異なる場合はどのように入力をおこなえばよいのでしょうか。また、病名Aのリハビリは病名Bのリハビリ実施時には終了している場合もあります。 (例) 病名A 病名Bの傷病開始日 H22.04.01 病名Aのリハビリ実施 : H22.4 ~ H22.5 病名Bのリハビリ実施 : H22.6 ~	診療行為でシステム予約コードの上限回数チェックを行っていませんでした。その為、各リハビリテーション開始日を同時に複数入力した時のエラーメッセージが終了日とのエラーメッセージになっていました。 回数チェックを行うように修正しました。	H22.5.27
71	ncp 20100517-020	システム管理 4001 労災自賠医療機関情報 > 自賠責区分 2健保準拠 設定 保険 973 自賠責保険 診療行為 : CT撮影、2回目以降減算 H22.4月以降、自賠責保険(健保準拠)でCT撮影の月2回目以降の減算されなくなりました。	自賠責の健保準拠の時、CT,MRの月2回目の逡減の自動発生を行っていませんでした。 CT, MRの逡減を正しく行うように修正しました。	H22.5.27

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
72	kk 22318	医院様からのお問い合わせで、052小児特定疾患の受給者証を持っている患者様が入院された時に入院時食事療養標準負担額は患者様への請求に変更になっていると言う事です。 今回、協会健保と052小児特定の保険併用されている方が入院した時の食事代が公費負担になってしまいお会計にあがってきません。 食事代は患者様の負担なので変更できる様に対応お願い致します。 その際のレセプトへの記載は食事・生活療養の公費 及び の欄は0円になるようお願い致します。	茨城県地方公費対応 (保険番号 152 小児特定) (平成 21年 4月 ~) 患者登録 - 所得者情報 - 公費負担額で入院 外来それぞれに上限額を入力します。 入院食事負担は、上限額に含めず負担計算を行います。 平成 21年 5月改正 (特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担の医療に係る高額療養費限度額の見直し)の対象外とします。	H22.5.27
73	nep 20100526-018	診療行為コード 113010410 「リンパ浮腫指導管理料 100点」を5月の入院中に一度算定。退院後外来にて、再度 「リンパ浮腫指導管理料」を算定すると、算定済みとのメッセージが表示されます。そのメッセージを閉じる」ボタンをクリックして閉じた後、エンターキーをクリックすると「入院の算定回数を超えています」というメッセージが表示されます。そのメッセージを閉じると、指導料の点数が繁栄され診療行為画面に 100点と表示されますが、「登録」ボタンをクリックすると、「入院の算定回数を超えています」というメッセージが表示され、登録できません。	リンパ浮腫指導管理料を外来で算定した時、入院中に算定があると入院中の算定回数エラーとなっていました。 外来で算定した時は入院中の算定チェックを行わないように修正しました。月 2回目からの警告チェックは行います。	H22.5.27
74	orca-inspect 01563	算定履歴-移行履歴登録画面において、確認画面が表示されるデータがあるのですが、エラー内容が表示されません。	外来の診療行為画面で患者番号を入院の診療行為や氏名検索など他画面で決定した場合は、「当日に受診があります。OKで訂正、NOで同日再診表示を行います。」などの確認メッセージを初期画面表示後、ENTERを押した後で表示します。 その為、ENTERを押さずに算定履歴画面へ遷移した場合、算定履歴画面で確認メッセージを表示していました。 また、他画面へ遷移した場合は、戻ってからも確認メッセージを表示しない場合もありました。 他画面へ遷移する前に確認メッセージを表示するように修正しました。	H22.6.15

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
75	support 20100527-012	訂正で診療内容を登録した際に 警告！保険組合せ期間外の入院調剤料があります。会計照会で保険変更して下さい。」というメッセージが表示される。 入院期間 H22.1.18 ~ H22.1.19 H22.1.30 ~ H22.2.15	入院調剤料と保険組合せのチェックで、入院調剤料の保険組合せが期間外でなくても、診療行為登録時に警告を表示することがありました。 前月の投薬の保険組合せが当月も有効で、当月の投薬を当月開始の保険組合せでのみ登録していた時、前月の投薬分を登録した時に警告が表示されました。 警告を表示しないように修正しました。	H22.6.15
76	お電話でのお問い合わせ 6月4日 - リハビリコード入力	健保の運動器リハビリテーション (1) 180032710を労災で入力してもエラーがかかりませんとお問い合わせがありました。 他にも脳血管疾患等リハビリテーション料 (廃用症候群) のコードもエラーになりません。 エラーとなるようにしていただけないでしょうか。	労災保険で今回の改正で追加されたリハビリテーションで労災固有のコードがある健保のコードを入力してもエラーとなりました。 労災固有のコードのあるリハビリテーション料の健保コードはエラーとするように修正しました。	H22.6.15
77	お電話でのお問い合わせ 6月2日 - 診区 731訂正展開エラー	システム管理1007で訂正時の自動発生 (特定疾患処方管理料) が算定しない 診療行為の入力に.731の診療区分がある 入力内容や剤登録順の関係で.731以降に何も無い場合 訂正展開時に.731で入力した薬剤の直下に特定疾患処方管理料が来る場合に剤分離がされず.731の中に特定疾患処方管理料が含まれてしまいます。 マニュアルに注意として.731は剤分離ができないと記載されていますが自動発生なので診療区別を入力することはできません。 .731で入力した剤最終の回数入力を* 1としても訂正展開時には消えてしまいます。 訂正展開時の警告解除後に*1を入力しても、特定疾患処方管理料に.820を入力しても再度展開しますと消えてしまいます。 剤分離はできないのでしょうか。	診療行為の登録順を入力順と設定している時、.731 造影剤・注入手技 (点滴) の剤が最終行で、登録時に薬剤情報提供料を自動発生した場合、訂正で展開すると、自動発生した薬剤情報提供料が .731 の剤に含まれていました。 訂正時に正しく剤分離するように修正しました。	H22.6.15

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
78	support 20100607-022	OS Ecth 日レセ 4.4 状況 環境設定より1月18日に設定し、診療行為入力にて1月18日の診療分を訂正にて開き保険を保険公費併用に変更後、行挿入を行った状態で、複数科保険にて保険単独を選択して確定ボタンをクリックした際に起きました。	ver.4.4.0で診療行為画面で行挿入をしたまま、複数科保険選択画面で保険を選択して戻った時、画面がクラッシュすることがありました。 最終行の内容によって、入力コードや名称項目でマルチバイトコードの泣き別れが発生したためです。 複数科保険選択画面へ遷移する前に、診療行為内容を取り込んで処理を行うように修正しました。	H22.6.15
79		病理診断の判定を修正しました。 マスタ更新 (6月15日提供) により最新の点数マスタの状態であることが前提です。 マスタ更新をしなかった場合は、組織診断料・細胞診断料の入力ができません。 また、細胞診断料の算定判定を区分番号で行って行っていましたので、細胞診 (婦人科材料等) も算定可能な検査となっていました。判定に検査等実施判断グループ区分を追加して、細胞診 (婦人科材料等) では算定エラーとしました。		H22.6.15
80	support 20100611-005	入院の画像診断で、入力日と異なる日をまとめ入力する際、最後に「 ^R /撮影日」を入力しますが、乳房撮影や特殊撮影の場合、診断料が一番下に移動してしまい、さらに点数が2行に重複して表示されます。 ただし、入力時の表示だけで、そのまま登録しても正しく入ります。 また、単純撮影や造影剤使用の場合は、入力どおりに表示、登録されます。 検証は4.4.0のみ行いましたが、不具合でしょうか？	診療行為画面で、乳房撮影、特殊撮影を入力後、*行で日を指定した場合、自動発生した写真診断コードが*行の下に表示されていたので正しく表示するように修正しました。	H22.6.15
81	ncp 20100615-029	6/15に提供されたパッチを更新後、医療機関情報-基本の設定で診療費明細書発行フラグを「発行する」で登録した状態であるのに、診療行為の請求確認画面では診療費明細書が「発行しない」になってしまいます。 マスタ更新も行っており、最新の状態にしてあります。	患者毎の発行区分が設定されていない時、明細書発行区分の初期表示がシステム管理の請求書兼領収書の区分となっていました。 正しく設定するように修正しました。	H22.6.16

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
3		病名画面の転帰のコンボボックスが「1治ゆ」のみ表示されないと連絡がありました。 保険適用のコンボボックスの漢字のなき別れによる現象と分かりました。 発現した時の保険名称は 0020 国保 老人一割 特定負無 マル福 市町村福祉 で、40バイトの項目長でしたので「村」の部分でなき別れが発生し不正な表示となりました。 正しく表示するように修正しました。		H21.10.28

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 J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
2	support 20100114-011	平成21年分の支払証明を出す時に平成20年12月に30円の多収があり平成21年1月に30円の返金をしたので実際にいただいているお金は41130円になります。 返金した30円が反映されないのはどうしてでしょうか？ 41130円にする方法を教えてください。	返金額をマイナス計上するように修正しました。	H22.1.20
3		収納業務より外来のの月別請求書兼領収書発行を発行する際、システム管理の [1039 収納機能情報 Jの月別請求書兼領収書の設定で、1「前回請求額を印字する」が選択されている場合でも、前回請求額が印字されない不具合がありましたので修正しました。		H22.3.30

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
6	ncp 20091014-013	入院の患者様で24会計照会で内服薬剤を診療回数の変更を行います。該当の薬剤を全て0に変更確定して登録。会計照会の回は0になっている状態です。該当の薬剤を再度選択して剤変更→確認画面をOKすると時計マークで固まってしまいます。jma-receiptの再起動を行わないと会計照会は正常に使用できません。	会計照会でシステム管理の施設基準の開始期間が当月で、選択した剤の回数がゼロの時、剤変更のボタンを押下すると処理がループしていましたので修正しました。	H21.10.28
7		システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」の「生科設定」の「生科情報取得」を「1 オンライン」と設定した場合で、「24 会計照会」で保険一括変更を行った場合に、主科情報の再取得を行っていなかった為、明細書作成で「生科未設定分があります」となっていました。保険一括変更で主科情報の更新をするように修正しました。		H21.11.26
8	request 20091019-001	会計照会のコメント入力で「文例選択」を多数使用している医院様よりご要望です。複数選択するときはenterで改行をして追加・・・ということですが、1つ目の文例を選択して追加登録し、選択画面が閉じてからenterで改行をして再度文例選択より2つ目の文例を選択して追加登録すると、改行したにもかかわらず1行になって文章がひとまとめでなってしまう。文例選択より複数選べるようにしていただくか、改行後に文例を追加登録した時に一行にひとまとめでなってしまうのを防ぐようにして頂けませんでしょうか。	コメント入力画面で、コメントを入力後、入力ボタンを押下せずに文例選択ボタンを押下した時、入力したコメント内容が反映されませんでした。文例選択ボタン押下時のコメント内容を反映するように修正しました。	H21.11.26

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	ncp 20091209-021	会計照会画面で登録されている入院調剤料を変更するため変更入力欄で、11月31日の診療回数欄に「1」とフラグを立て、Enterキーを押下すると「月末日以降の日があります。」とエラーメッセージが出るようになっていますが「閉じる」を押下し、診療回数欄の31日にあるカーソルを一括回数変更欄へ移動させEnterキーを押下し「変更確定」を押下すると31日にフラグが立ち登録できるようになります。本来ならばありえない日に強制的に入力されたわけですが医療機関様より入力ミスを防ぐ為、登録が行えないようにして頂けないだろうかとの要望がありました。ご検討のほどよろしくお願い致します。 同じように入院会計照会の入院料も11月31日に登録が行えました。このときエラーメッセージはありませんでした。こちらも入力できないようにご検討のほどよろしくお願い致します。	会計照会で剤回数の変更で、月末日以降の日の回数項目に入力をした時にエラーメッセージを表示します。その後、カーソルを一括回数変更へ移動してENTERを押下してから、変更確定ボタンを押下すると月末日以降の日で登録を行っていました。 変更確定時に月末日のチェックを行うように修正しました。	H21.12.21
10	support 20091221-006	診療行為入力画面で、「運動器リハ 4単位」と入力しているのですが、会計照会画面で、単位数が表示されていません。 レセプトプレビューで確認すると、4単位として記載されます。 点数も、170点×4単位=680点で問題ありません。	会計照会で点数マスタのきざみ値が1以上の時、数量を表示しないことがありました。 CLAIMからのデータを診療行為で展開する時、画像診断以外のきざみ値数量の入力を設定していませんでした。 中途終了展開時に正しく設定するように修正しました。 会計照会のきざみ値の数量は、手入力をした1以上の数量のみ表示しています。 会計照会の表示以外に影響はありません。 既に登録済みの剤の変更はできませんので、会計照会の剤変更で数量の再入力をして登録して下さい。	H21.12.24
11	ncp 20100205-010	収納日報 (ORCBD010)について質問があります。透析患者が多い為、会計照会でのまとめ入力を行っていますが、「24会計照会」でまとめ入力した患者は収納日報には保険点数 保険請求額 請求額が反映されず「0」となっています。 「21診療行為」で入力した場合は、保険点数 保険請求額 請求額は反映されます。 この違いは何でしょうか？	会計照会業務より診療日が新たに追加となる入力を行った場合 (剤回数の無い日に回数を設定、または受診日変更で追加を選択した場合) 収納日報で点数および請求額が0で編集される不具合がありましたので修正しました。	H22.2.24

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
12		診療行為の入力途中で会計照会へ遷移後、剤回数追加で受診履歴と収納を追加した時、収納明細の入金方法が編集されていないことがありましたので修正しました。		H22.2.24

3.1 入退院登録

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

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
3	kk 20279	埼玉県春日部市の医療機関様よりご連絡を頂きました。 平成21年10月診療分より、重度心身障害者医療費の助成を現物給付へ変更するそうです。 レセプト併用になるので、保険番号マスタの新設をご検討頂ければ幸いです。また、社保・国保総括表への件数の反映も併せてご検討頂ければ幸いです。	埼玉県春日部市地方公費 (保険番号 382) 食事・生活療養に係る患者食事負担対応 (入院) (平成21年10月診療分～) 食事療養及び生活療養 (食事) に係る患者負担・半額助成 生活療養 (環境) に係る患者負担・・・半額助成対象外 (全額患者負担) レセプト ・"食事療養及び生活療養 (食事) 分" と "生活療養 (環境) 分" が混在する場合は、"食事療養及び生活療養 (食事) 分" のみを記載する。 ・"生活療養 (環境) 分" のみの場合は、"0" を記載する。 レセ電 "生活療養 (環境) 分" は、半額助成対象外 (全額患者負担) となる負担区分で記録を行う。	H21.9.24
4	request 20070925-001	特定入院料の精神科急性期治療病棟入院料について、転棟患者等については、1年に1回に限り、1月を限度として算定する」とあり、このとき算定する入院料については「1 30日以内の期間」の高い点数を算定すると、社会保険事務局に確認しているが、ORCAでは通算の入院期間で判断しているので「1 30日以上期間」で算定される。先日サポートセンタに問い合わせてもらったところ、一度退院して、再入院されれば30日以内の点数で算定されるといわれたが、そうすると翌月以降、レセプトの入退院を消したり、入退院の取り消し等の作業が必要になる。該当の患者が多いので、自動で算定するようにして頂きたい。	精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟への転室患者について急性増悪による転室時に高い点数を算定可能としました。 転科 転棟 転室 時に入退院登録画面の特定入院料コンボボックスで「精神科急性期治療病棟入院料 (急性増悪による転棟患者)」を選択し登録を行ってください。ただし、「1月を限度に算定」の機能は実装していないため、転棟日から1月を経過した時点で改めて「転科 転棟 転室」処理を行なってください。	H21.9.24

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	request 20090928-001	出産育児一時金画面の産科医療補償制度欄がデフォルトで『2対象分娩でない』となっていますが、『1対象分娩』にして欲しいと要望がありました。ほとんどの患者様が対象分娩になるそうです。医療機関毎にシステム管理で選択出来る様にして貰えませんか？	医療機関が産科医療保障制度に加入されている場合、出産育児一時金画面の産科医療補償制度欄の初期値は現在、『2対象分娩でない』ですが、『1対象分娩』に変更しました。 また、別に以下のチェックを追加しました。 (1)産科医療補償制度欄に『1対象分娩』または『3 混在』が選択された場合 → 費用欄の産科医療補償制度に金額が設定されていること。 (2)産科医療保障制度に加入していない医療機関または産科医療補償制度欄に『2対象分娩でない』が選択された場合 → 費用欄の産科医療補償制度に金額が設定されていないこと。	H21.10.9

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
6	orca-red 14989	出産育児一時金のCSVファイルについて国保での試験結果がきました。 試験結果ですが、「社保の異常分娩で備考なし」というエラーが発生しております。これは、厚生労働省から発出されております医療機関等向け事務マニュアルにおいて、健保法106条等事例の場合に、現保険者が被保険者へ連絡を取る必要が出てくる可能性があることから、備考欄へ「郵便番号、町・丁・番地、マンションの号数等」を記載することとされているためです。	出産育児一時金画面に以下のチェックを追加しました。 ○ エラーダイアログを表示するチェック ・産科医療保障制度対象分娩区分が「1 対象分娩」で、システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」に分娩機関管理番号が未入力の場合 ・産科医療保障制度対象分娩区分が「1 対象分娩」で、在胎週数の入力が22週末満の場合 (登録ボタン押下時) ・産科医療保障制度対象分娩区分が「3 混在」で、システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」に分娩機関管理番号が未入力の場合 (登録ボタン押下時) ○ ラベルで確認メッセージを表示するチェック - 分娩区分が「2 異常分娩」で、備考欄が未入力の場合 ・システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」に分娩機関管理番号の入力があり、産科医療保障制度の掛金費用が未入の場合 - 元はエラーとしていましたがこのとおり変更します。 ○ その他 ・システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」に分娩機関管理番号が未入力の場合、産科医療保障制度対象分娩区分に「2 対象分娩でない」を表示し非活性項目としました。 - 元は該当する場合、空白表示の非活性項目としていました。 また、チェックとは関係ありませんが、退院登録後に退院再計算を行った場合、代理受取額を再計算するのに出産育児一時金画面にて登録処理を行わないと代理受取額が0円となっていました。退院登録時に出産数等の代理受取額を求める際に必要な項目の入力があつた場合は、退院再計算時の時に併せて代理受取額を再計算するようにしました。	H21.11.26

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
7	support 20081201-009	入院レセプトの一部負担金についての対応をお願いいたします。 労災保険で入院している患者様で、一部私病のため、医療保険での請求がある場合、一部負担金が発生する高齢受給者証（後期高齢医療保険をお持ちの場合、請求点数と一部負担金が上がってくるのですが、この場合は請求点数のみの記載で、一部負担金の記載は不要であると国保連合会よりご指摘をうけました。 （総括での集計も不要） 入院レセプトでの請求になりますが、考え方としては外来と同じと解釈してください、との事です。 同様の質問を北海道支払基金にしたところ、国保同様一部負担金の記載は不要とのことでした。	高齢者（入院医保分）の労災等他保険入院時対応 （平成21年4月診療分以降で対応） 労災・自賠責・公害入院において、医保で、診療行為のみの入力を行った場合、負担計算について、現物給付計算を行わないよう対応しました。 （上限計算しない）（償還払い） また、レセプト保険欄 - 一部負担金欄について、記載（記録）しないよう対応しました。	H21.11.26
8	request 20091006-001	産科で、退院時の請求額が42万円を超える場合はその超過分を患者様に請求することになります。一月内に入院日と退院日が入る場合は調整金でマイナス42万円とすれば超過分の請求書を作ることが出来ますが、月を跨る場合は請求書が2枚になってしまうため、調整金でマイナス42万円を入れることができません。例 9月が15万円 10月が35万円 など10月以降、分娩費用明細書は印刷できますが、入院請求書兼領収書が使えないというケースが多発しており、手書きの請求書兼領収書を発行しています。なんとか解決できないでしょうか。	退院時の請求データが月跨ぎ入院等で2件以上になる際に、合計の調整金入力を行えるようにしました。	H21.12.21
9		出産育児一時金画面で異常分娩時の一部負担金未入力をエラーとしていたため、公費負担により一部負担金が発生しない場合に登録ができなくなる不具合がありました。チェックを外し登録できるように修正しました。		H21.12.21
10		入院登録で特定入院料に「特定集中治療室管理料」、「一類感染症患者入院医療管理料」を算定した場合に、算定上限日数（14日）を超えた日の会計が当該入院料のまま作成されてしまう不具合がありましたので修正しました。		H22.2.24

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	support 20100327-016	以下設定後、4月以降の入院会計照会画面で地域加算が表示されなくなります ● 施設基準情報 有効期限をH22.4.1～で以下を追加設定 ・医師配置加算1 ・夜間看護配置加算2 ↓ ● 医療機関情報 - 入院基本 有効期限をH22.4.1～で内容に変更がないためそのまま切替登録 ・地域加算はそのままの設定にて登録 ↓ ● 病棟管理情報 有効期限をH22.4.1～で以下を追加設定 ・有床診療所入院基本料 2 (3月末までは1) ・医師配置加算1→算定する ・夜間看護配置加算2→算定する 上記の設定を行なった後、入院中の患者の「入院会計照会」にて4月分を表示させると、3月まで表示していた地域加算が表示されなくなります。 病棟管理情報で設定を行なった変更は、反映表示されています。 入院中の患者を「入退院登録」にてH22.4.1付で 転科 転棟 転室」で異動登録を行なっても、4月以降、地域加算は表示されませんでした。 ちなみに、病院での設定で上記の設定 (入院料等は病院一般病床のもので設定) を行なうと4月以降、地域加算は表示されていました。 今回、表示されない地域加算は5等および6等です。	4月 1日以降に有床診療所入院基本料 2を算定時にシステム管理で設定している入院料加算とのチェック判定に不具合があり、加算算定が正常にできない不具合がありましたので修正しました。	H22.3.30
12	nep 20100406-076	H22年 4月改正より 認知症治療病棟入院料』が90日以内から60日以内へ日数が変更となりましたが、【31入退院登録】から4月以降に「入院登録」若しくは、4月 1日で 転科 転棟 転室」の作業を行っても日数を90日を区切りとして計算してきました。 日数を60日で計算してくるよう修正をお願いします。	認知症治療病棟入院料について平成 22年 4月改定より点数算定期間の変更がありましたが、この対応に漏れがあったので修正を行いました。	H22.4.9

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
13	4/8 電話問合せ 他医受診 退院時仮計算	他医受診30%減算を退院時仮計算より仮計算したとき、初期加算が算定されている期間内であるのに、入院料基本点数に対する30%減算の点数しか上がってきませんとのお問合せがございました。 30%減算の入院基本料が910点となるため、14日以内の初期加算をプラスすると、1360点となります。初期加算が含まれない点数が表示されるようですので、ご確認いただけますと幸いです。	他医療機関受診 30%減算を算定時に入院期間加算を算定に含めるよう点数計算の見直しを行いました。 退院時の負担計算及び会計カードが修正対象となります。	H22.4.14
14	ncp 20100405-058	ある患者が平成22年2月7日で65歳になり、退職者国保保険を持っている患者が、療養病棟に平成22年2月22日に入院しました。入院生活療養費の対象者は65歳の誕生日が属する月の翌月1日から該当(ただし、65歳の誕生日が月の初日の場合は同月1日から)になりますが、2月22日入院登録をする際、入院料選択欄がすでに生活療養の入院料しか表示されません。生活療養費で提出をしたところ、返戻になりました。現在ORCAの仕様ですと、誕生日から生活療養費になる仕様ようです。仕様の変更をお願いします。	入退院登録業務にて入院料を選択する際、入院時生活療養費対象者の年齢判断を患者の誕生日を元に行っていたが、65歳誕生日1日生まれ以外については、翌日より対象とするように修正しました。	H22.4.19
15		労災(1.3倍)(1.01倍)の計算対象修正 救急・在宅等支援療養病床初期加算 有床診療所一般病床初期加算 上記入院料加算について、労災(1.3倍)(1.01倍)の計算対象としていましたが、計算対象外としました。 退院等の負担金計算、レセプト、会計カード、診療費明細書を修正しました。		H22.4.27
16	お電話でのお問い合わせ 4月1日 - 有床診療所一般病床初期加算	有床診療所一般病床初期加算ですが、4月1日入院で入院登録時算定しないに誤って設定後に、異動処理を4月1日で変更しようとする入院加算コンボボックスが表示されません。 入院と同日の異動処理だ则表示されないようですがこちらは仕様なのでしょうか。 一度入院取消をして改めて設定するのでしょうか。	平成22年4月改定で新設された入院料加算「有床診療所一般病床初期加算」、救急・在宅等支援療養病床初期加算について入退院登録画面のコンボボックスで算定可能とするよう対応していますが、異動処理時に入院日と異動日が同日である場合はコンボボックスでの算定を不可としていましたので、これを算定可能とするようにしました。	H22.4.27

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
17		平成22年5月14日に新設された「重症患者回復病棟加算 (基準未適合)」について入院会計の対処を行いました。 システム管理「5001 病棟管理情報」で重症患者回復病棟加算を「2 算定する」と設定されており、算定入院料が「回復期リハビリテーション病棟入院料1 (基準未適合)」又は「回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養) (基準未適合)」である場合については、入院会計に「重症患者回復病棟加算 (基準未適合)」を作成します。 また、当該加算が注加算対象となる加算であることからレセプト電算提出用データの記録順についても入院料の直下に記録されるよう対処しました。		H22.5.27
18	ncp 20100501-005	31入退院登録で、退院登録を行った場合、前回までの未収額 (青字) や前回までの過入額 (赤字) があがってくるのはどういった場合でしょうか？ 期請求を行っており、「5010定期請求情報」の設定は、 1期 10 期 20 期 99 請求時入金処理 : 2入金済みとして処理する 再処理時の取り扱い : 1請求取消後、再作成 一括削除機能 : 2使用する 「5001入院基本情報」の設定は、退院再計算 : 0収納再作成としています。	退院登録時の請求確認画面に過去の入院に係る未収 (過入) 金がある場合は、その金額を表示していますが、退院に係る入院歴の定期請求分の未収 (過入) 金がこの金額に含まれていませんでしたので含めるように修正しました。	H22.6.15
19		他医療機関受診 (30%減) の計算対応 詳しくは、平成 22年 4月診療報酬改定対応 (レセプト対応) 第二版」の12ページを参照してください。		H22.6.15

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20100406-070	【B2 入院会計照会】で外泊フラグを「5」にしてF8 [変更確定]すると、食事や加算等のフラグがクリアされてしまいます。	(I41)入院会計照会画面で外泊欄に"5" (他医療機関受診 30%減)を入力した際に、システム管理「5000 医療機関情報 - 入院基本」の「外泊登録時の扱い」が「2 実更新あり」と設定されている場合、食事と入院料加算のフラグがクリアしていましたので修正しました。	H22.4.9
2	request 20100426-010	現在 ADL の点数が翌月に引き継がれなくなりました。 最終日の点数などといった形で引き継ぐことはできないでしょうか？	システム管理「5015 医療区分・ADL 点数情報」の ADL 点数入力の設定が「2 合計点数を直接入力」となっている場合、4 月以降前月からの点数の引継ぎが正しく行われない不具合がありましたので修正しました。	H22.4.27

3.3 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
2	request 20100326-004	入院定期請求時、印刷指示画面にて印刷帳票を「請求書兼領収書 診療費明細書」で印刷指示をかけると、診療費明細書が請求書兼領収書と同じサイズで印刷されてしまいます。こちらの医療機関様では、請求書兼領収書はB5サイズで運用されておりますので、こちらからの発行機能は使用できず、収納画面から個別の発行が必要となります。 当協議会のユーザー様は、こちらの医療機関様以外にも、A5・B5サイズで運用されている医療機関様が多数ございます。システム管理情報1031で設定のトレイから発行されるよう 修正をお願い致します。	定期請求から診療費明細書を発行する際、プリンタの情報の設定漏れがありましたので修正しました。	H22.3.30

36 入院患者照会

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 20100303-036	環境設定にて2月28日の日付に設定し、「36 入院患者照会」にて検索条件を「病棟:2階病棟」状態:3当月在院」並び順1:3カナ氏名順、2:1病棟,病室順」として検索をかけた場合、2月に2階病棟に入院していなかった患者様も検索に上がってきます。2月に2階病棟に入院していなかった患者様の入院歴は3月1日に「転科,転棟,転室」にて2階病棟に転棟されています。2月1日～2月28日までは別病棟に入院されていました。ORCAでの検索条件を見ると「状態」の部分が「当月在院」となっておりますので間違いではないのですが「病棟」を指定しているのですその月の病棟に入院されている患者様だけを検索に上げることができないのでしょうか?検索条件の指定方法が間違っていたのかも知れません。ご教授の程よろしくお願いいたします。	入院患者照会にて、検索条件の「同月在院」の区分を選択された場合、1入院期間中の最新の入院歴のみ検索対象としていたため、病棟の変更があった場合に変更前の病棟が検索対象となりませんでした。「同月在院」の区分が選択された場合は「転科 転棟 転室」処理で作成された歴をすべて検索対象とするように修正しました。	H22.3.19
2	ncp 20100401-092	H22.3.19のパッチ提供の管理番号「ncp20100303-036」にて修正して頂いた入院患者照会の項目についてですが、検索条件で「同月在院」を指定し、検索を行った場合、「転科 転棟 転室」を行った患者が重複して出ています。パッチ提供前までは、1患者に対し1レコードの検索結果表示（最終入院歴分だけの表示）だったと思うのですが、検索結果の表示仕様が変わったのでしょうか？	最終入院歴のみ検索結果に表示するよう修正しました。	H22.4.9

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
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げてしまうようです。 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

4.1 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
3	ncp 20090908-022	データチェックでエラー対象でないのにエラーになる分があります。 ▼事前設定 :チェックマスタより「診療行為どうしの算定もれ」で障害者等加算に対してコメントを設定。入外チェックは「する」、同日「0」設定。 ▼入力内容 :入院で 日に障害者等加算算定。同剤内にコメントも入力。同月内、別の日○○日に外来で障害者等加算算定。同剤内にコメントも入力。 条件を満たしているのに、データチェックでエラーにならないのが正解かと思えます。 上記状態で、入院のデータチェックをします。チェック確認項目は、「11診療行為の併用算定」と「16診療行為どうしの算定漏れ」とします。このときの該当患者のエラー内容が、該当の診療行為に対して同日の算定漏れがあります(障害者等加算 ○○日)』外来の算定日のエラーが表示されます。 外来のデータチェックを行った場合は、逆に入院の日でエラーが表示されます。 データチェックの確認項目を「16診療行為どうしの算定漏れ」にするとエラーはでません。 他の項目もいくつか試しましたが、「11」のチェックと同時の場合だけにエラーとなるように思えます。 設定が足りないのでしょうか。	診療行為どうしの算定もれチェックについて、診療行為の入外区分の判定に誤りがあり、問い合わせにあるような入力が行われると正しい内容もエラーとして判断していましたのでこれを修正しました。	H21.9.24
4	request 20091005-007	(D04)データチェック-エラー内容確認画面において、「例外設定コンボボックス」を「1 チェックしない(当月)」を選択し、例外登録した直後に、確認の為に同じエラーを再選択した場合、「例外設定コンボボックス」に「2 チェックしない」が表示されます。同様に「2 チェックしない」で例外登録したエラーを再選択した場合は、「1 チェックしない(当月)」が表示されます。	例外設定を反対に判断していましたので修正しました。	H21.10.28

4.1 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	ncp 20100226-004	データチェックを行った際、エラー件数が200件以上出力されましたが、エラー内容画面で表示した場合「確認項目」が「00 全て」となっている状態では196件だけ表示され明らかに薬剤と病名のチェックでエラーとなっているはずの患者が表示されておりません。 「確認項目」を「08 薬剤と病名」に変更した場合は246件表示されて「00 全て」とした時に表示されていなかった患者が表示されます。	①04)データチェックエラー内容確認画面のコラムリストの改ページ判定に不具合があり、確認項目コンボボックスに「全て」を選択した場合でデータチェック時に「薬剤と病名」と「診療行為と病名」以外のエラーがあった場合に、本来コラムリストに表示されるべきエラーが200件以上ある場合でも200件未満しか表示されない不具合がありましたので修正しました。	H22.3.19

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枠に合わせると下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 50000 公費 1 (015) 30000 公費 2 (051) 20000 10000 0 0 → 10000 0 0	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ない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

42 明細書

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

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
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

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
21	ncp 20090406-007	< 主保険 > 国保 H21.03.18まで 社保 H21.03.19から < 公費 > P21 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 [22 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」 エラー箇所は「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

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
26	kk 20161	茨城県の後期高齢者+51特定負有+高齢重度について問い合わせさせていただきます。 【患者登録】 患者 A (S7.5.5) 39082144 (3割) / 51086023 (上限額11500円) / 85080141 【診療行為入力】 (後期高齢+高齢重度) 111000110 初診 (後期高齢+特定負有) 120002910 処方せん料 (その他) 【レセプト療養の給付】 保険 338点 68点 270点 こちらですと特定疾患分の会計が発生してしまいます。 高齢重度を持っている患者様は特定疾患分負担金は高齢重度が負担する為、上限額があっても会計はなしになります。 会計をなしにする為に 【診療行為入力】 (後期高齢+高齢重度) 111000110 初診料 (後期高齢+特定負有+高齢重度) 120002910 処方せん料 (その他) 【レセプト療養の給付】 保険 338点 68点 338点 こちらでレセプト提出したところ療養の給付 を270点と記載する様、返戻がございました。 会計なしにする為、51上限額を入力しなかったり、091特定負無をつかったりしましたが一部負担金額欄に金額が記載されない為不可との事です。 会計なしで正しくレセプト記載させる為にはどの様に入力したらよろしいでしょうか？	茨城県地方公費のレセプト請求点記載対応 (国保 後期レセ) 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について下記例のように対応しました 例) "後期高齢 + 全国公費 + 地方公費" と "後期高齢 + 地方公費" 保険 338 → 338 公費 1 68 → 68 公費 2 338 → 270 * 保険欄 - 公費 1 = 公費 2の請求点とする	H21.9.24

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
27	お電話でのお問い合わせ 9月2日 - 小入管レセプト略号表示	小児入院医療管理料算定時にレセプト点数欄の略号が20年4月分以降正しく表示されていません。 項目の見直しのため20年3月以前の略号で表示されています。 管理料 3算定時は略号は小入管 2と表示され 管理料 1算定時は何も表示されません。	入院レセプトの入院略称記載修正 小児入院医療管理料算定時の略称記載について、平成 20 年 4月診療分以降正しく記載されていなかったため、下記のような記載となるよう修正しました。 小児入院医療管理料 1算定時 … “小入管 1”と記載 小児入院医療管理料 2算定時 … “小入管 2”と記載 小児入院医療管理料 3算定時 … “小入管 3”と記載 小児入院医療管理料 4算定時 … “小入管 4”と記載	H21.9.24
28	support 20090903-029	国保の入院のレセプトの記載について質問を受けました。 内容は、70歳未満の「限度額適用・標準負担額減額認定証」区分 Cの方で主保険と公費の併用の場合「療養の給付」の保険の「負担金額」の出力が記載要領と異なるということでした。 患者の自己負担額は区分 Cなので低所得の35,400円で、レセプトの記載は一般所得者の計算結果を記載しなければならないということです。 記載要領につきましては資料を添付しました。 添付資料の1ページ目にある「1 改正政令等の概要について (別添 1及び2参照)」 の(1)の部分が該当すると国保の方に指摘されました。	70歳未満現物給付 + 長崎県地方公費 (保険番号 186 :被爆) のレセプト記載 保険欄 - 一部負担金額の記載について、上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額 (入外共 80100+ @ 円) で記載するよう修正しました。 (高額 4回目以降の場合も80100+ @ 円で記載する。)	H21.9.24
29	support 20090907-004	明細書の中の未請求設定に患者番号を入力した際に、一回の登録で未請求患者一覧に同患者が複数表示される現象がありました。 未請求解除をした際も同患者が複数解除されます。マルチテナント型を利用し、ユーザーを複数登録しております。なお、本院 分院登録は行っておりません。	グループ診療対応の漏れがあり、別のhosnumに同じptidの患者が登録されていた場合、未請求一覧および未請求解除一覧に複数行表示されてしまいました。正しく表示するよう修正しました。	H21.9.24

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
30	ncp 20090910-016	【社会保険】+ 【前期高齢】+ 【25 残留】の場合で、月中に75歳の誕生日を迎え 【25 残留】単独になり併用と単独のどちらも使用した場合。レセプト摘要欄の内訳は、紙レセの場合には 【25 残留】単独に下線。レセプト電算の場合には、保険番号をわけて記録するように返戻がありました。 現在はレセ電を使用しているが、併用で再診× 1、単独で再診× 1の場合に併用保険番号が記録され再診× 2になります。	医保 + 025 (残留邦人) 025 (残留邦人)単独のレセ摘要欄記載、レセ電記録の修正 (月途中で、医保 + 025から025単独になった場合のレセプト) レセ摘要欄・・025単独分をわけて記載する (分点がある場合の記載方法と同様) レセ電・負担区分を分けて記録 012 (生保) の場合も同様となります。	H21.9.24
31	kk 20359	宮崎県地方公費の重度障害 (公費番号 95)につきまして、広域連合 (保険番号 39)と感染症予防法 (公費番号 10)との併用の場合のレセプトの負担金額の計算について、お問い合わせ致します。 < 条件 > 広域連合 (保険番号 39)+ 感染症予防法 (公費番号 10)+ 重度障害 (公費番号 95)+ 低所得 2 (上限額24,600)の方 現プログラム (p45-miyazaki.4.4.0.ver03.tgz)での記載金額 広域連合 39,346点 負担金額 25,230 感染症予防法 632点 負担金額 24,920 重度障害 39,346点 負担金額 1,000 今回の場合 (上限額に達している場合)の正しい記載金額 広域連合 39,346点 負担金額 24,910 感染症予防法 632点 負担金額 24,600 重度障害 39,346点 負担金額 1,000 保険が上限額に達していない場合は現在のプログラムでの記載方法で正しいとのことです。 現在のORCAで、広域連合 + 感染症予防法の場合 (重度障害がない場合)は、上限額に達している場合の正しい記載で、計算されています。 (通常の感染症予防法の記載方法に重度障害が加わるだけで良いです)	宮崎県後期高齢者のレセプト記載対応 (“後期高齢 + 全国公費 + 地方公費 ”と “後期高齢 + 地方公費 ”) レセプト一部負担金記載 (例) 後期 1割 + 010+ 宮崎県地方公費 195 (低所得 2) 後期 1割 + 宮崎県地方公費 195 (低所得 2) (630) (630) 保険 39346 25230 24910 (1) 公費 1 632 24920 → 24600 (2) 公費 2 39346 1000 1000 1 38714点 × 1割 = 38714円 38710円 > 24280円 (24600円 - 320円) (010の負担を上限額から差し引き比較する) 24280円 + 630円 = 24910円 2 24280円 + 320円 = 24600円	H21.9.24

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
32	ncp 20090908-008	弊社の医療機関さまから7月分のレセプトの記載要領で国保連合会から4件の患者さまについて指摘を受けたと連絡がありました。 例 自立支援医療の通院精神医療の公費をお持ちです。 1ヶ月の自己負担上限額は5000円です。他一部負担累計は4020円になっています。 実日数は2日間 1日目 請求点数489円 2日目 請求点数489円 計 978点 レセプトの請求点欄は978点になりますが一部負担金額欄は980円となります。 国保連合会の担当者は記載要領にのっとり1円単位で記載をしてほしいと言ってきています。 7.28付で提供されているパッチをあてていないもので検証するとこのケースのときは978円と記載されています。この動きは正しいのでしょうか。ご検証をお願いします。	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円単位で記載するが、保険欄 - 一部負担金額欄に数値を記載しない場合で、かつ上限額に達した場合、10円単位での累計金額と請求点の負担割合分 (1円単位) を比較して、10円単位での累計金額 > 請求点の負担割合分 (1円単位) となる場合は、請求点の負担割合分 (1円単位) を記載するよう修正しました。 例1) 精神通院 上限5000円 他一部負担累計4020円 請求点 978点 患者負担 (10円単位) 980円 > 978円 (1割分) となる為、978円を記載する。 例2) 精神通院 上限2500円 他一部負担累計1420円 (月途中保険変更 社保→国保) 社保 請求点 1078点 患者負担 (10円単位) 1080円 > 1078円 (1割分) となる為、1078円を記載する。 国保 請求点 1078点 患者負担 (10円単位) 0円 < 1078円 (1割分) となる為、0円を記載する。	H21.9.24
33	kk 20398	社保と母子のマル福をお持ちの患者様で低所得の認定を受けております。今回、レセプトが返戻になり、支払基金様より負担金額は一般で、特記は低所で、記載するように言われたそうなのですが。そういった場合は、どのように入力したらよろしいのでしょうか？ 公費は、茨城県の188マル母です。 現在は、社保+188マル母+967高額 (一般) + 所得者情報低所得で患者登録されています。レセプトは、負担金額は低所得、特記は19低所で記載されています。 負担金額を一般で、特記を低所となるように、所得者情報を入力せず特記を手入力してレセプトを出すと負担金額は一般になるのですが特記には、18一般と19低所が記載されてしまいます。 該当の医療機関様は、レセ電なので手書き対応をして頂けません。 ご回答のほどよろしくお願い致します。	社保 (70歳未満現物給付、前期高齢者) + 茨城県地方公費 全般のレセプト保険欄 - 一部負担金欄記載修正 上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載するよう修正しました。 < 前期高齢者 > 外来12000円、入院44400円 < 70歳未満現物給付 > 80100+ @円 (高額4回目以降の場合も、80100+ @円)	H21.9.24

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
34	ncp 20090929-015	診療行為画面で、特異的IgE 検査を入力した際に、下にフリーコメントで検査内容を入力すると、レセに 特異的IgE (2種類) 2種類 となり「○ 種類」という記載が 2重になります。こちらでの検証の結果、Ver.4.40のみの現象のようです。	同一剤に特異的IgEとコメントがある場合、特異的IgEの数量が 2重に記載されていたので修正しました。	H21.10.9
35	9/18 電話問合せ 在宅自己腹膜 殺菌器加算	在宅自己腹膜灌流指導管理料と在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を1剤として入力していますが、レセ電でエラーになりましたとのお問合せがございました。 こちらでもオンラインでテストしてみましたが、確認エラーとなりました。また、基本項目 (手技) として別剤で送信した際には、エラーにはなりませんでしたが、電子レセプトの手引きにも、在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器については、基本項目として記録するとの記述がありました。	在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器」の告示識別区分 1が平成 20年 4月より”5”(準用項目)に置き換わったことの対応に伴いレセ電データ記録を見直しました。診療区分「13医学管理」「14在宅」について、告示識別区分 1が基本項目として取扱いをするものはレセ電データ作成で点数・回数を記録するように修正しました。	H21.10.28
36	kk 20853	国保 後期高齢におきましてレセプトの第二公費欄に和歌山公費を記載する場合、保険点数から第一公費の点数を引いた値を記載するようです。 東京も同様な制度だったと思います。	和歌山県地方公費のレセプト請求点記載 (記録) 対応 (国保 後期レセ) (平成 21年 4月診療分以降で対応) 全国公費を併用する場合の請求点記載について、下記例のように対応しました。 例) 後期高齢 + 全国公費 + 地方公費 ” 100点 後期高齢 + 地方公費 ” 400点 保険 500 500 公費 1 100 → 100 公費 2 500 400 例) 後期高齢 + 全国公費 + 地方公費 ” 500点 保険 500 500 公費 1 → 公費 2 0 * 保険欄 - 公費 1 = 公費 2 の請求点とする	H21.11.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
37		お電話でのお問い合わせ 11月13日 - 自賠責療養担当 北海道の医療機関で自賠責の設定を健保準拠としています。療養担当手当の金額が単価の設定を変更しても12円で計算されます。変更するにはどのようにすればよろしいでしょうか。	自賠責健保準拠時の療養担当手当対応 計算・・・(外来7点)(入院10点)×薬剤等点単価 レセ集計・点数項目80その他 - 薬剤等欄 とするようにしました。 労災準拠の場合 計算・外来84円 入院120円 レセ集計・円項目その他欄	H21.11.26
38	support 20091111-018	レセプト電算請求を行っている医療機関について。 21年8月まで食事療養費(1)、同年9月のみ(2)、同年10月から(1)へ変更となった経緯があり、「システム管理」-「5000 医療機関情報 - 入院基本」より入院時食事療養費を上記に合わせて変更を行いました。 8月まで8名ほど「特別食加算」を算定されていた為、「入院会計照会カード」の食事欄には「2」が登録されておりました。しかし、9月に食事療養費(2)へ変更となり「特別食加算」が算定出来なりましたが、フラグは変更せず、「2」のままで請求を行ったとの事です。レセプト印刷で、特別食加算が算定(表示)されていないことを確認し、電算提出を行ったが、国保連合会の通達により「特別食加算」が算定され減点通知が届き返戻となっております。 ----- 1. システム管理にて食事療養費を(2)に設定し、特別食が算定できない。しかし、レセプト印刷では加算されず、レセプト電算のデータにはなぜ「特別食」が加算されているのか？ 2. 回避するには入院会計照会の食事欄を「1」に戻さなければならないのか？ 3. また、「2」のフラグが立っていた場合、エラーなど表示できないのか？ 以上3点お尋ねします。	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データに特別食加算を記録しないよう対応しました。	H21.12.21
39	11/27 電話問合せ 休日加算	休日加算対象日で肋骨骨折固定術+胸部固定帯加算を1剤の剤として登録したところ、レセ電では休日加算(140000290)コードが重複して2つ記録されますとのお問合せがございました。	時間加算が「時間外算定不可」の基本項目には、時間加算が「時間外算定不可」以外の加減算コードを記録しないようにしました。	H21.12.21

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 20091204-004	バージョン :etch4.4.0 入院の生化学検査についてなのですが、下記の検査項目を入力した際に、それぞれ実施された日が違い、検査の内容も違う(*のついたところ)なのですが、レセプトでは、検査 1回目の内容 × 2 ということでまとめて印字されます。 検査内容 (電算コード 名称) < 検査 1回目 > < 検査 2回目 > 160021110 Na及びCl 160021110 Na及びCl 160021410 K 160021410 K 160017410 TP 160017410 TP 160018910 Alb 160018910 Alb 160022510 GOT 160022510 GOT 160022610 GPT 160022610 GPT 160019510 LDH 160019510 LDH 160017010 BIL / 総 160017010 BIL / 総 160019010 BUN 160019010 BUN 160019210 クレアチニン 160019210 クレアチニン *160020410 γ - GTP *160019410 グルコース *160019310 UA *160020310 Amy 現在、今回のレセの対応として、810000001のフリーコメントを検査の直下に空白で入力していただき、別に表示している状態です。 現在、確認が取れているのは、この検査項目のときのみですが、他にも、ありますでしょうか。 レセ電、レセプトの確認をお願い致します。	レセプト摘要欄編集 (同一剤まとめ処理) の修正 1回目入力分と2回目入力分の剤がレセ処理でまとめてしまい (剤点数、診療コード計、数量計、明細数が同一になった為) "× 2" で記載されていたので、まとまらないよう修正しました。	H21.12.21

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
41	ncp 20091208-004	包括算定設定時の動作について確認をお願いしたいのですが、まず、システム管理マスタ1014包括診療行為設定情報で療養病棟「1包括する」に設定しています。 患者の保険に「健保」と「公害」を登録し、「健保」で療養病棟に入院、同月内に「公害」で投薬と「出来高算定 (剤)」を入力しています。 この場合、健保のレセプトと公害レセプトとの2枚のレセプトが出力されるはずですが、公害のレセプト処理をかけると「対象データがありません」となり、レセプト作成することができません。 「出来高算定 (剤)」の代わりに「出来高算定 (日)」で入力した場合は、レセプト作成できるようですので、とりあえず「出来高算定 (日)」に入れ替えてもらってレセプト作成してもらっていますが、同日「健保」のほうに包括算定があるので、公害レセ出力後に元の「出来高算定 (剤)」に変更してもらっています。 上記のような場合の出来高算定 (剤) での入力について、ご確認よろしくお願い致します。	レセプト包括対象外薬剤の集計修正 下記のような入力を行った場合、包括対象外薬剤の集計が正しく行われず、0円レセとなった為、レセが作成されませんでした。 正しく集計するよう修正しました。 例) 12月 1日 健保入院 診療行為 1日 健保 .210 薬剤入力 1日 公害 .210 099999903 出来高算定 (剤) 薬剤入力	H21.12.21
42	ncp 20091209-016	月途中で保険が併用 (生活保護 + 協会健保) になった患者を、「会計照会」の会計照会カード入力画面上で00全科 00全体 0000全保険の条件で全件表示させた後、「リアルタイムプレビュー」で表示した場合、併用分のレセプトのみ表示され、併用以前の生保のみのレセプトが作成されていません。 例 番号 診療日 科 保険 1 H21.10.21 泌 005(併用) 2 H21.10.19 内 003(生保) 3 H21.10.13 外 003(生保) 4 H21.10. 9 内 003(生保) 5 H21.10. 6 内 003(生保) 診療年月 10月 00全科 00全体 0000全保険 この条件でプレビューを押すと、番号1 (併用) のプレビューのみ表示されます。 生保のみの分はプレビューの対象にならないのでしょうか	月途中で医保と生保の併用から生保単独になった場合、異なる診療科でそれぞれ診療があったときに併用分の診療のみレセプトに記載していました。 レセプトを一枚にまとめるときの診療科の設定に不具合がありました。 入院外のレセプトのみです。	H21.12.21

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
43	ncp 20091111-020	9月の入院分レセ電で返戻がありました。 返戻付せんの内容は以下の通りです。 ----- 21年9月2日の再入院の表示についてご確認ください - レセプト摘要欄 - 90 再入院 21年9月2日 退院 21年9月2日 退院 21年9月9日 ----- 該当患者の入退院の履歴は以下の通りです H21.9.2入院 H21.9.2退院 H21.9.9入院 H21.9.9退院 (H21.9.2以前の入院はありません) 返戻の原因となった再入院のコメントはレセプトプレビューでは表示されていませんでしたが、レセ電の内容を確認すると CO,90,1,840000014,210902 CO,,1,840000013,210902 CO,,1,840000013,210909 と記載がありました。 10月に日帰り入院を2回行った患者が複数いらしたので、レセ電の内容を確認すると同様の記載がありました。 こちらのコメントをレセ電へ記載させない設定はございますでしょうか？	同月に初回の入院が複数ある場合のレセ電データの入退院のコメントの記録に誤りがありました。 REレコードの記録した入院日以降の入退院のコメントのみ記録するようにしました。	H21.12.21
44	support 20091211-005	原因現象 :レセプト病名印刷が1ページ目最下段 (明細欄 35行目に区切り破線印字状態)で、36行目に「低所得1」を印字するケースにおいてレセプト印刷起動したら、レセプトの1枚目が印刷されなくて、継紙になる2枚目以降のみ印刷されます。 対応 :病名を1件削除して34行目に区切り破線印字状態にしたら、35行目に「低所得1」を印字したレセプト1枚目から正常に印刷出力できました。 実施印刷操作個所 :診療行為入力からのリアルタイムプレビュー印刷」と明細書の個別印刷」で、双方共に同一現象でした。	レセプト処理で自動記載する「低所得1」「低所得2」「老福」を摘要欄に記載する場合で2頁目の先頭となる場合に改頁処理に不具合がありましたので修正しました。	H21.12.21

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	kk 21156	東京都の医療機関様より公費についてお問合せがありました。 国保 + 282マル都負無 + 588マル子有の組み合わせでレセプトの診療実日数の公費 (588マル子有) の日数を記載するように連絡をいただいたそうです 現時点では0日と記載されています 実日数を記載するにはどのように入力したらよいのかご教授の程お願い申し上げます	東京都地方公費 (保険番号 588マル子) 実日数記載修正 (平成 21 年 10 月診療 ~) (外来の国保レセのみ) 複数科保険入力があった場合の実日数カウントが正しく行われていませんでしたので修正しました。 例) 1日 国保 + 052 + 588 請求点 500点 複数科保険入力 国保 + 588 請求点 300点 請求点 800 実日数 1日 500 1日 300 0日 → 1日	H21.12.21
46	12/22 電話問 合せ レセプト 作成 精神単独	12月21日提供のパッチを適用したところ、精神単独のレセプトが作成されませんとのお問合せを受けました。	自立支援(法別21,15,16)の公費単独レセプトが作成できなくなっていましたので修正しました。	H21.12.24
47	support 20091021-003	小児特定公費単独の入院レセプトに対して、今回査定がありました。 原因は、表示負担金額欄に、表示があるためだと思います。 小児特定公費単独の場合、表示負担金額欄に、金額が記載されないよう対応をよろしくお願いします。	公費単独分のレセプト食事標準負担額編集修正 (入院) (51特定疾患及び52小児慢性特定疾患について) 月上限額が0円の場合、食事標準負担額を記載しないよう修正しました。	H22.1.20
48	1/8 電話問合 せ 国保前期高 齢 給付割合欄	前期高齢者で自賠責と国保のレセプト請求があるとき、国保の給付割合欄が「給割9」と表示されますとのお問合せがありました。 なお入院料は、自賠責で算定しています。労災においても同様です。	国保 (前期高齢者 1割) 入院レセプト給付割合欄記載修正 労災・自賠責・公害入院において、前期高齢者 1割で診療行為のみの入力を行った場合、70歳代前半の特例措置対象外となっていた為、国保レセの給付割合欄が「給割9」と記載されていました。 「給割8」となるよう修正しました。	H22.1.20

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
49	ncp 20090708-002	山口県の医療機関からの問い合わせで、生活保護単独の一部負担金がある場合、所得者情報で20,590円の上限で登録を行っていました。療養病棟入院で実日数2日で総点数1,702点、一部負担金記載額17,020円、生活療養費6回、請求4,120円の明細書を支払基金に提出。返戻となり、一部負担金の誤りで自己負担金20,590円と記載するようになったことでした。	公費単独分のレセプト一部負担金額編集修正 (入院) (12生活保護及び25残留邦人について) 月上限額があり、一部負担金が上限額まで達していない場合は、食事・生活療養費を加算した額を記載するよう修正しました。(加算した額が上限額を超える場合は、上限額を記載する。) 注)窓口計算 食事・生活療養費の加算部分は、調整金で対応をお願いします。 (例) 月上限額 20590円 請求点 1702点 一部負担金 17020円 食事・生活療養費 4120円 の場合、 (公費1) 1702点 17020円 (食事1) 4120円 ↓ (公費1) 1702点 20590円 () (食事1) 4120円 ()17020円 + 4120円 > 20590円	H22.1.20
50	お電話でのお問い合わせ1月5日 - レセ電耳垢塞栓除去術時間加算	耳垢塞栓除去術 (複雑) (片) を6歳未満に算定した場合所定点数が150点となるため時間加算が算定可能ですがレセ電に記録した際に時間加算が記録されません。	耳垢塞栓除去術 (複雑) (片) は、時間加算区分が「0 時間加算が算定できない診療行為」のため、所定点数が150点となった場合でも時間加算の記録を行わないようにしていました。 処置の場合、時間加算以外に加算項目があれば時間加算を記録するよう修正しました。	H22.1.20

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
51	support 20100112-023	外用薬の入力について 1日目 ロコイト軟膏0.1% 1g ビーソフテン軟膏0.05% 3g 6×1 2日目 ロコイト軟膏0.1% 1.5g ビーソフテン軟膏0.05% 2.5g 6×1 と入力するとレセプトの記載が ロコイト軟膏0.1% 1g ビーソフテン軟膏0.05% 3g 6×2 と表示されてしまいます 数が違うので別々にで表示されなくてはならない内容ですが、どのように入力したら正しく表示されるのかご教授の程お願い申し上げます またパルデス軟膏0.05%とビーソフテン軟膏0.05%に関しても同じ現象がおこります	レセプト摘要欄編集 (同一剤まとめ処理) の修正 1日目入力分と2日目入力分の剤がレセ処理でまとまってしまい (剤点数、診療コード計、数量計、明細数が同一になった為) "× 2" で記載されていたので、まとまらないよう修正しました。	H22.1.20
52	request 20090915-004	月の途中で受給者番号が変わる場合はレセプトを変更前、変更後にわけられます。	自立支援(15更生、16育成、21精神通院)について、月途中で受給者番号等の変更があった場合、レセプトを2枚として作成するようにしました。また、生保と同じように月途中で主保険 + 自立支援から自立支援単独となった場合、単独となる前の主保険 + 自立支援のレセプトとまとめて1枚となるようにしました。 (注意事項) 公費が複数存在する場合は対応が困難である為、まとめ処理の対象外としています。 (例) 主保険 + 15更生 + 12生保から15更生となった場合 主保険 + 15更生から15更生 + 12生保となった場合	H22.1.20
53	support 20100126-002	Ver4.4.0で多剤投与の場合、投薬剤毎に投薬日をコメント入力します。コメントが異なっても、レセプト処理をすると剤がまとまって表示されてしまいます。 多剤投与ではない場合は、剤が分かりますので不具合かと思います。	内服薬剤と同一剤にコメントが含まれる場合で、かつ、コメント内容以外が同一な別剤があった場合に、剤がまとまって摘要欄に記載されていたのでまとめないように修正しました。	H22.2.24

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
54	kk 21459	前期高齢者で公費併用の場合の高額療養費算定基準額 (上限額) は高齢受給者証の負担区分に関わらず、外来は一律 ¥12000 となっています。(特定疾患及び小児慢性特定疾患は除きますが) 大阪の地方公費も医保との併用の場合、全国公費と同じ扱いになるのですが、現在は上限が高所得の ¥44400 で計算されています。 該当の患者さんは共済保険の前期高齢者 3割で、大阪の87公費を持たれ、在総診を算定されていました。 自己負担金の計算は ¥500/回の月 2回であったため、レセプトの一部負担金欄の印字が ¥44400 になっていることに気づかず提出し 返戻となりました。 大阪府福祉医療 (公費) における高額療養費の自己負担限度額を、医保との併用の場合 全国公費と同様に一律 「一般」の所得区分で計算 国保との併用の場合 所得区分に応じて計算 (現状通り) としていただけますよう お願いいたします。	社保 (70歳未満現物給付、前期高齢者)+ 大阪府地方公費 全般のレセプト保険欄 - 一部負担金欄記載修正 上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載 するよう修正しました。 < 前期高齢者 > 外来 12000円、入院 44400円 < 70歳未満現物給付 > 80100+ @円 (高額 4回目以降の場合も、80100+ @円)	H22.2.24
55	kk 21422	「後期高齢+感染症+札幌障課」レセプトの負担金額についてですが、正しく表示されない現象があります。 札幌障課の絡まない組み合わせですと問題ありませんので、地方公費が問題なのではないかと思われます。 保険請求点 46950点 第一公費請求点 1621点 添付のレセプトでは 保険の負担金額 46020円 第一公費負担金額 45210円 で表示されていますが、正しくは、 保険の負担金額 45210円 (44400円+ (1621点×5%)) 第一公費負担金額 44400円 になるかと思います。	高齢者のレセプト保険欄一部負担金記載修正 レセプト記載しない地方公費を含む保険組み合わせを使用した場合の保険欄一部負担金記載について修正しました。 パターン1: 「主保険+地方公費」と「主保険+全国公費+地方公費」を使用 パターン2: 「主保険+地方公費」と「主保険+全国公費」を使用 (例) 入院レセ 「後期高齢 (1割)+ 010+ 地方公費」 1621点 「後期高齢 (1割)+ 地方公費」 45329点 (1620) (1620) 請求点 46950 46020 (1) → 45210 (2) 公費 1 1621 45210 44400 (1) 45330 (453290 × 1割) > 44400 44400 + 1620 = 46020円 (2) 44400 - 810 (16210 × 0.5割) = 43590円 43590 + 1620 = 45210円	H22.2.24

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
56	ncp 20100217-017	支払基金より同月入院のレセプト記載で2回目の入退院日しか記載されていない為返戻になりますと連絡があり、今後はこのような事の無い様にときつく言われたとの事。 H22.1.19～H22.1.19 (日帰り入院) H22.1.26～H22.1.26 (日帰り入院) と同月に入退院がありました。 レセ電で請求した所、入退院履歴がH22.1.26～H22.1.26の2回目しか記載されてなく1回目のH22.1.19～H22.1.19がないので返戻されます。 紙レセプトでは正しく記載されていますがレセ電データでは、1回目のデータが無い様です。	同月に継続しない入退院が複数ある場合のレセ電の記録方法を修正しました。	H22.2.24
57	お電話でのお問い合わせ 3月2日 - 医療区分レセプト印字	ADL入力で1日に複数の医療区分を入力されているとのこと。行数が多くなったときに一部印字されないのですが上限があるのでしょうか。こちらの環境の入力で医療機関様と同じように入力しましたがやはり途中で印字が切れてしまいました。	入院レセプトのADL入力されたADL点数等のコメント編集について 1割100明細を超える場合、超えた部分のコメントが記載(記録)されませんでしたので修正しました。 90 * 入院料 ○○×○○ ○月○日 「○○」 「○○」 「○○」 ADL ○○点	H22.3.19

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
58	ncp 20100309-009	前期高齢者で特定疾患51をもっている入院患者の負担金額記載が違 うということで返戻になりました。 特定疾患の入院上限額は4250円になります。 療養の給付) 請求点 負担金額 保険 72888点 43660円 (740円) (1) 739点 1480円 と記載されています。 国保連合会より、保険の負担金額の記載は44400円 (740円) の記載 にするように指導がありましたので修正をお願いします。	前期高齢者 1割のレセプト保険欄一部負担金編集修正 '前期高齢者 1割' と '前期高齢者 1割 + 051 (上限あり)' の 保険組み合わせを使用した場合で、入院又は外来 (在総診 あり) レセにおいて、保険欄一部負担金が正しく記載されな い場合がありますので修正しました。 (例) 入院 (入院料は前期高齢者 1割で算定) 前期高齢 1割 72149点 前期高齢 1割 + 051 739点 (051上限 : 4250円) (740) (740) 保険 72888 43660 → 44400 公費 1 (051) 739 1480 1480	H22.3.19

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	support 20100310-020	医療機関様でオンラインで送信した際にエラーが表示されました。エラーの内容は点数の誤りでしたが、何が誤りなのかは記載されていませんでした。一度紙レセプトを発行し点数を確認したところ、左側の投薬「21内服薬剤」の点数欄と右側に投薬のみの摘要欄の合計が違っていました。摘要欄に記載されていないのに、点数欄に何か点数が上がってしまったようです。弊社にて同様の入力を行うと、同様に点数に差がでます。	内服薬剤逡減に関するレセプト(レセ電)編集修正 1日目入力分と2日目入力分の剤を同一と判断してしまい (剤点数、診療コード計、数量計、明細数が同一になった 為) かつ、まとめ処理において2日目の()の剤が1日目の 剤とまとまらず摘要欄に記載(記録)されない不具合があり ましたので修正しました。 (例) * * 1日目 * * .211 (減) ザイロリック錠 50 50mg 1 アダラートCR錠 10mg 1*7 剤点 4点 .211 (減) ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (医療用) 2.5 プロプレス錠 4 4mg 1*7 剤点 10点 . * * 2日目 * * .211 (減) ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (医療用) 2.5 アダラートCR錠 10mg 1*7 剤点 4点 () .211 (減) ザイロリック錠 50 50mg 1 プロプレス錠 4 4mg 1*7 剤点 10点 () .	H22.3.19

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
60	kk 21646	広島県における福祉医療費公費負担事業に係る請求方法およびレセプト等記載について資料を添付しておりますので、よろしく願いいたします！！	広島県地方公費レセ記載対応 (平成 22 年 4 月診療分～) 社保 (70 歳未満現物給付、前期高齢者) + 広島県地方公費 全般のレセプト保険欄 - 一部負担金欄記載について 上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載 するようにしました。 < 前期高齢者 > 外来 12000 円、入院 44400 円 < 70 歳未満現物給付 > 80100 + @ 円 (高額 4 回目以降の場合も、80100 + @ 円)	H22.4.19
61	request 20100331-002	平成 21 年 10 月から愛知県特定疾患医療費給付事業の 2 疾患が、51 公費から 91 公費へ変更に伴い、91 公費が保険番号マスタ・191 特定疾患の地方公費扱いで登録されているため、12 生保が優先されてしまい、12 生保と 91 特定疾患の併用で登録した場合、レセプトは第 1 公費 12・第 2 公費 91 で請求したところ支払基金より、第 1 公費 91・第 2 公費 12 で請求するようレセプトが返戻されました。 91 特定疾患の公費を 12 生保より優先で登録できるよう改善をお願いします。	愛知県の生保 + 特定疾患 191 のレセプトについて、公費欄の第一公費に特定疾患、第二公費に生保を記録するようにしました。	H22.4.19

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	kk 22105	Ver 4.4.0 (Etch / 有床版) p38-ehime.4.4.0.ver04.tgz <レセプト> 療養の給付 / 請求点 保険 40,804 公費 (1): 公費 (2): 0 <広域診療報酬請求書> 公費負担医療 件数 2 点数 81,608 上記レセプトの場合、なぜ請求書の点数が「81,608」で計上されるのですか？	愛媛県地方公費のレセプト請求点欄については、「主保険 + 全国公費 + 地方公費」の保険組み合わせ分は、集計しない事としていますが (分点がない場合は「0」)、レセプト作成後、43請求管理業務で、該当レセプト内容を表示し、登録をした場合、地方公費欄の合計点数が保険欄と同額になる不具合がありました。 レセプト処理で分点欄についても集計しないよう修正しました。	H22.4.19
63	kk 22191	平成 22 年 4 月から開始された「宇部子ども医療費助成制度」を使用した場合のレセプト (診療報酬明細書) の一部負担金欄については「記載しない」ということが、記載例に書かれています。 小児科では宇部子ども医療費を使用する患者が大変多いので、これらを手書きで出すというわけにはいかないのでなんとか対応する必要があります。	山口県宇部市地方公費対応 (平成 22 年 4 月診療分 ~) 宇部こども (781) レセプト該当公費欄の一部負担金について、記載 (記録) しないよう対応しました。	H22.4.19

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
64	ncp 20100422-019	在宅血液透析頻回指導管理料を算定する場合、在宅血液透析指導管理料の初回算定日と算定理由を記載するという回答をいただきました。ORCA Ver.4.5.0の外來版マニュアルP396には初回算定の日付が自動記載されるとありますが、実際にORCAで在宅血液透析指導管理料の履歴がある状態で、在宅血液透析頻回指導管理料を入力すると、レセプトには当月の在宅血液透析指導管理料算定日が自動記載されてしまいます。 入力例) 4/10 在宅血液透析指導管理料 (← 初回) 15 在宅血液透析頻回指導管理料 5/13 在宅血液透析指導管理料 20 在宅血液透析頻回指導管理料 ↓ < 4月レセプト表示 > * 在宅血液透析指導管理料 8000 × 1 * 在宅血液透析頻回指導管理料 初回指導管理算定日 4月 10日 2000 × 1 < 5月レセプト表示 > * 在宅血液透析指導管理料 8000 × 1 * 在宅血液透析頻回指導管理料 初回指導管理算定日 5月 13日 2000 × 1 (← 本来は4月 10日のはず) Ver.4.4.0でも検証してみましたが、同じ記載となりました。	在宅血液透析頻回指導管理料算定時の在宅血液透析指導管理料の初回算定日コメント記載について、正しく記載がされていませんでしたので修正しました。 例) 4/10 在宅血液透析指導管理料 5/13 在宅血液透析指導管理料 5/20 在宅血液透析頻回指導管理料 5月レセプト * 在宅血液透析指導管理料 8000 × 1 * 在宅血液透析頻回指導管理料 初回指導管理算定日 5月 13日 2000 × 1 4月 10日と記載されるよう修正しました。	H22.4.27

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
65	ncp 20100423-010	1: .700 画像診断 170011710 CT撮影 (その他) 170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) 720 × 1 と入力し算定しました。 オンライン確認試験を行った所、点数不足120点 となったので 2: .700 画像診断 170011710 CT撮影 (その他) 600 × 1 .704 画像診断加算料 170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) 120 × 1 と割を分けて入力しましたがやはり点数不足120点 となりました。 レセ電の内容を確認したら 170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) がありませんでした。 1のように入力するとレセ電内容が170011710 CT撮影 (その他) の点数 が600点なのに720点となっています。 なぜ170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) が表 示されないのでしょうか？	アナログとデジタルの同時撮影の記録方法対応時に、同時撮影以外の加算項目の記録に誤りがあり、記録されていませんでしたので修正しました。	H22.4.27

番号	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	2/24 電話問合せ 後期高齢結核 一部負担金	後期高齢者+更生+長期と後期高齢者+感染症の3併でレセプト作成したとき、公費 (1) の一部負担金が5%の金額で表示されますとのお問合せをいただきました。	レセプト保険欄一部負担金 (再掲) 記載対応 (括弧 2つ) (010+ 長期とその他全国公費 + 長期の併用時) (例) 入院 後期高齢 1割 + 010+ 長期 (972) 請求点 940点 後期高齢 1割 + 015+ 長期 (972) 請求点 22466点 (940) (940) (10000) (9060) 保険 23406 10000 10000 公費 1 (010) 940 470 → 9530 (1) 公費 2 (015) 22466 2500 2500 (1) 9530 = 470 + 9060	H22.5.27
67	5/7 電話問合せ 療養病床入院期間	有床診療所療養病床入院基本料の下に表示される 療養病棟入院期間」が「療養病床入院期間」ではないでしょうかとのお問合せがございました。	療養病棟 (病床) 入院基本料算定時の入院期間コメント記載 (記録) 修正 療養病床入院基本料算定時も840000125 療養病棟入院期間 ○日～○日」で記載 (記録) していたので、システム管理 1001 - 医療機関種別が "1" (病院) の場合、840000125 療養病棟入院期間 ○日～○日」で記載 (記録) "2" (診療所) の場合、840000134 療養病床入院期間 ○日～○日」で記載 (記録) とするよう修正しました。	H22.5.27

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
68	ncp 20100430-038	42:明細書」で「入院外」の一括作成をすると以下エラーになります。 処理名「仮収納データ作成 エラーメッセージ」入院基本料の有効期間確認[患者番号:(ID:0000021958) メッセージBOXには「入院基本料の有効期間確認 [患者番号:(ID:0000021958)] 仮収納データ作成」と出ております。 ORCAには4月27日のパッチがあたっています。マスター更新もしております。 レセプトは4枚しか出力されません。 表示されている患者さんは入院登録はされておられません。 また、該当患者を「テスト患者」にしたり「請求しない」などしても、同じエラーになります。	診療報酬改定等により有効期間の切れた点数マスタで入院会計データが作成されている状態で、入院レセプト処理を行うとエラーメッセージとして「入院基本料の有効期間確認 [患者番号:(ID:0000021958)] 仮収納データ作成」と表示していましたが、表示されている内容が患者IDであった為、該当の患者を特定し辛い状態であったことから、患者番号の表示とるように修正しました。 また上記修正に併せて診療報酬改定により点数の変更があった入院料について異動処理による算定点数の切り替えをされていない状態で「入院レセプト」、「退院登録」、「退院時仮計算」、「定期請求」を実施された場合に、エラーメッセージを表示することとしました。 入院レセプト時 「入院料算定点数の誤り [患者番号 :*****]」 退院登録 「入院点数に誤りがあります。異動処理をしてください」 退院時仮計算 「入院点数に誤りがあります。異動処理をしてください」 定期請求時 「入院点数に誤りがあります。 [患者番号 :*****]」	H22.5.27
69	support 20100510-023	オンライン請求のASP点検をしたところ、お1人の患者さまにエラーがありました。 内容を確認すると入院加算の項目が通常ではない診療識別に入っているために、エラーとなっています。 フロッピーのデータを確認すると、全く関係のない内服の項目になっているのがわかりました。	入院会計と診療会計のデータに記録をする剤番号(ZAINUM)に重複があった場合のレセ電データ記録で、入院料加算が診療会計の記録データに混在して記録されてしまう場合があります。 レセ電データ作成時に入院料加算の剤番号を置き換えて、混在が発生しないように修正しました。(入院料はすでに置き換えて処理を行っていました)	H22.5.27

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
70		レセ電データ作成時、注加算による加算項目の記録順を画像診断の場合も行うように対応しました。 例えば、乳幼児に2回目のCT撮影(その他)を行った場合、乳幼児加算(画像)、2回目以降減算(CT,MRI)が自動発生し、その後に造影剤使用加算(CT)を入力すると、2回目以降減算(CT,MRI)乳幼児加算(画像)造影剤使用加算(CT)の順で記録されてしまいました。 注加算通番は幼児加算(画像)は0004、2回目以降減算(CT,MRI)は0001、造影剤使用加算(CT)は0002 です。		H22.5.27
71	ncp 20100406-023	79障害児施設+12生活保護の2併のレセプトで提出しますが食事・生活療養費は生活保護で療養の給付を行うとの事です レセプトの食事・生活療養費の記載欄は第一公費の79障害児施設は空白で第二公費の12生活保護の欄に回数と金額を記載するように言われたとの事 オルカではどのように入力しましたらそのようなレセプト記載になるでしょうか？	入院レセ電「79+ 12」の医療費部分の負担区分記録対応 現行「7」で記録していますが「5」で記録するよう修正しました。	H22.5.27
72	ncp 20100506-029	医保と生保の併用レセから生保単独に変更になった場合の記載が正しくなかったため、返戻になったそうです 支払基金から記載例をいただきましたので、正しく記載できるよう修正をお願いいたします	「生保単独と主保険+生保」の1枚まとめレセプト項目別点数欄の記載対応 左側の点数欄には「生保単独と主保険+生保」の合計点数を記載するよう修正しました。(右側は生保単独の点数記載で変更なし。)	H22.5.27

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
73		入院レセプト摘要欄記載修正 (外泊 "1" の場合) 入院会計の外泊に "1" を設定をした場合で、かつ、該当日の入院料に入院期間加算がある場合、レセプト摘要欄記載において、入院期間加算の名称が記載されていたので修正しました。 (4月13日パッチ提供分 他医療機関受診30%減算算定時の入院期間加算対応を行った時に不具合がありました。点数計算やレセ電記録は問題ありません。) ----- 例)一般病棟 10対 1入院基本料 一般病棟入院期間加算 (14日以内) の場合 90 * 外泊 (入院基本料の減額) 一般病棟入院期間加算 (14日以内) ○日 195× 1 ↓ 90 * 外泊 (入院基本料の減額) ○日 195× 1 -----		H22.5.27

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が表示しないように修正しました。		H21.4.24
2	request 20091030-005	システム管理「2007 公費番号まとめ記載情報」において1つのグループに6つの公費番号を登録した際に、診療報酬請求書の公費欄にて、6つ目の公費番号分は他の5つの公費分とまとまりませんでした。	公費まとめの公費の数が6つ以上登録された場合、6番目以降の公費の判定に誤りがありましたので修正しました。	H21.11.26
3		既に作成済みである月遅れ分のレセ電データの診療行為レコード(SI)、医薬品レコード(Y)、特定器材レコード(TO)の各レコードへ追加する項目の数が不足していましたので修正しました。 月遅れ分がある場合は、このパッチを適用後にレセ電データを作成してください。		H22.4.27
4		再印刷選択画面から削除処理を行ったとき、項目「未」の表示が残ったまま表示されていたので修正しました。		H22.5.27

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

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	ncp 20090910-022	今までデータ出力のSryacctをテキストとして使用していました。Ver 4.4 になってからはテーブルとしてはありますが、項目がなくなっています。せめてSryacct_mainとSryacct_subがテキスト化できるようにしてほしいです。	データ出力、外部媒体業務について、診療会計、請求管理、収納マスタが分割前のスキーマを元に出力するようになっており、処理に失敗していました。分割後のスキーマを元に出力するように修正しました。 外部媒体業務は、スキーマの選択ボタンに1つ分の空きしかなかったため、各スキーマの選択は分割する前のボタンにまとめました。 ☐ SEIKYU_MAIN, KOH, ETC ☐ SRYACCT_MAIN, SUB ☐ SYUNOU_MAIN, NYUIN	H21.9.24

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
4	support 20090706-008	他社機から入れ替えをして6月より運用を開始された医療機関様において、レセ電データの特記事項に8,1,0,5,3,2の数字が全角でランダムに記録されてしまいますとのお問い合わせがありました。レセプト新規一括作成をおこなっても解消されないとのことですので、ご対応いただけますと幸いです。	特記事項の記録上の不具合は前回のパッチで対応を行いました。システム管理の登録上の問題もありましたので、システム管理の「2006 レセプト特記事項編集情報」のコラムリストの表示を100件から200件に増やしました。	H21.9.24

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
5	シス管5002画面表示	Ver.4.4.0でシステム管理マスタ5002病棟管理情報の画面表示が欠けています。	ver4.4.0で標準フォントが等倍フォントになった関係で、システム管理マスタ5002病棟管理情報のコラムリストで前スペースで右寄せにしていた項目の一部が欠けて表示される不具合がありましたので、これを修正しました。	H21.9.24
6	お電話でのお問い合わせ 10月2日 - 分娩機関管理番号チェック	分娩機関管理番号についてですが、3桁目は医療機関種別で判断し病院は1、診療所は2以外ではエラーとなり入力できません。 3月まで診療所、4月より病院に変更になった医療機関で変更手続きを行っていなかったために分娩機関管理番号の3桁目が2で発行されたとのことです。 日本医療機能評価機構へ問い合わせたところ2のままで使用するよう言われたそうです。 記録条件仕様書に記載されているので2のままではエラーになると思いますとはお伝えしましたが確認してもらったところ、国保連ではチェックはしない基金ではまだ出産育児一時金代理申請の取り扱い自体はつきりしない(わからない)と言われたそうです。 将来的には番号は変更するかもしれないが当面はそのままの番号を使用するようにとのことですが、チェックをはずすか警告としていただくことは可能でしょうか。	システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」で分娩機関管理番号を設定する際のチェックを緩和し、桁数 (10桁) と数値チェックのみ行うように修正しました。	H21.10.9
7	お電話でのお問い合わせ 10月21日 - データチェック機能情報	システム管理マスタ1102データチェック機能情報3である保険者番号のみ特別療養費の記号がないため記号抜けのチェックをはずしたいとのことです。 保険者番号を入力し完全一致にしますと保険の種類を特療費に変更しても国保に戻ってしまいます。 変更することはできないのでしょうか。	システム管理マスタ1102データチェック機能情報3で特別療養費の記号・番号チェックの設定を行う際に、保険者番号を完全一致として入力すると、保険の種類に国保のみしか選択できず、特療費に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。 同様に退職国保の保険者番号で退特療費、広域連合の保険者番号で後期特療費の登録ができませんでしたので併せて修正しました。	H21.10.28
8		システム管理の職員情報で職員区分を切り替えた際に個別情報と他院設定がクリアされておらず、それまでの操作での職員情報が残ってしまう不具合がありましたので修正しました。		H22.3.19

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
9	ncp 20100401-057	今回の改定より新設された 190135910 急性期看護補助体制加算 1 190136010 急性期看護補助体制加算 2 はなぜ自動発生ではなく手入力なのでしょうか？ 一般病棟1対7か1対10が対象となるが、診療行為画面で該当ではない 入院基本料の場合も入力できてしまう 5001の病棟管理で加算のフラグを立てる所もない。	システム管理 [5001 病棟管理情報]より設定を行えるようにしました。 別件ですが、同画面で病棟種別に 「一般病棟」を選択した際に入院基本料コンボボックスで4月から特別入院基本料が設定可能でしたが、入退院登録画面の方で設定する入院料でしたので、このコンボボックスでは表示しないように修正しました。	H22.4.2

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20090902-038	102点数マスタの期限切置換処理で以下の現象に遭遇しました。 一度確認入力コード修正ができなければ改善をお願いいたします。 613950214 塩化リゾチーム顆粒「イセイ」 10% に入力CD[2106]がついている状態で9月30日の期限切置換を表示 移行先がないため診療行為コードに[2106]と入力、Enter→検索結果表 示→F1戻る(画面には2106と入力が表示されている状態)→F12登録 以降入力CD[2106]を利用することができなくなりました。 tbl_inputcd にはinputcd=2106, srycd=2106と登録されています。 ver4.2.0でも同様のことがおこっております。 上記の操作を行った医療機関様でいくつかコードが登録できなくなりました。	点数マスタ更新の自院コード期限切れ置換処理で、新診療 行為コードに入力CDなどのコードを入力しても登録が可能 でした。登録前に新診療行為コードのチェックを行うようにし ました。 なお、このチェックで新診療行為コードに既に入力CDが登 録済みであれば登録不可となります。	H21.9.24
2	ncp 20100430-034	160076810 誘発筋電図 (1神経につき)ですが現状、点数マスタ画面よ り登録した場合に“データ規格なしエラー”で登録ありません 以前は140神経という単位がありましたが4月改正後も同様に神経単位 で請求しますのでマスタ確認のほど、よろしくお願いいたします	点数マスタ登録画面の単位に以下を追加しました。 単位コード 140 単位名 神経	H22.5.27

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たので修正しました。	H21.4.24

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	ncp 20100507-002	転棟 を claim で送信すると 地域加算、栄養管理加算、食堂加算などがなくなる	入院の claim 処理で異動処理 (転科、転棟、転室処理) を行われた場合に、異動日以降の入院料加算と食堂加算が算定されない不具合がありましたので修正しました。	H22.5.27

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。改善方法を教えてください。	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
6	お電話でのお 問い合わせ 8月 28日 - 会計 カード自賠責器 材金額	システム管理マスタ4001の自賠責の特定器材等消費税の設定を無しに していても4.3.0以降の会計カードへの金額表示が消費税有りの金額に なります。	正しい金額で表示するように修正しました。	H21.9.24
7	request 20090825-002	日レセで、保険が自費の患者で支払いし、その後訂正で保険を切り替えて 支払いはせず、収納画面で返金しました。 そのとき収納日報を表示させると、保険の種類が「自費」「社保本人」「社 保本人」の順で3つ表示されますが、その患者の氏名が中央の保険の 欄 (この場合 2番目の「社保本人」) にのみ表示されるため、すべての保 険の欄に氏名を表示させるか、一番上の保険の欄のみに表示するよう にできないでしょうか？	患者氏名等の情報を1行目に編集するよう修正しました。	H21.9.24
8	request 20090924-003	厚生局からの指導がユーザー様へあったとのことです。 平成21年10月診療報酬改定/出産育児一時金/分娩費用明細書について 平成21年9月厚生労働省からの「出産育児一時金等の医療機関等 への直接支払制度」に関するQ&A P37で「分娩費用明細書」のレイア ウトが表示されております。 ORCAでの「分娩費用明細書」の出力も厚労省から出されたQ & A (P37) の本フォーマットに揃えていただけないでしょうか？ 項目としては下記2点の記載をお願いいたします。 1. 出産年月日 : 平成○○年 月□□日 (出産児数 : ●人) 2. “代理受取額42万円につき”、現金精算は●●●●円	分娩費用明細書について以下の変更を行いました。 (1) 出産年月日の下に出産児数の記載を追加しました。 (2) 下記の文言を患者氏名の下に記載するようにしました。 “代理受取額□□万円につき、現金精算は○○円” (3) 正常分娩かつ直接支払制度を利用する場合、下記の文 言を明細欄の下に記載するようにしました。 “上記一部負担金等は、専用請求書上「その他」の費用と して計上しています。”	H21.10.9

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	request 20091113-001	入院診療費明細書の療養担当手当の診療区分が「リハビリ」になっています。外来の診療費明細書はきちんと「療養担当」になっているので同様にして下さい。	入院診療費明細書の療養担当手当が「リハビリ」の診療区分に記載されていました。「療養担当」に記載するように修正しました。	H21.11.26
10	ncp 20100217-026	予約票を印刷すると、医療機関名称の文字間に空白がたくさん入って印字されます。 医療機関情報の名称には、医療法人 千藍会 たかの耳鼻咽喉科・アレルギー科 はスペース と、入力しています。 予約票の医療機関名称は、システム管理マスタの医療機関情報-基本の名称が記載されるのでしょうか？ 記載されるのであれば、空白が入って印刷されてしまう原因が何か考えられるのでしょうか？	予約票の住所・医療機関名編集を、診療費明細書と同じ医療機関編集情報を使用していました。 予約票の医療機関編集情報はありませんでしたので、医療機関編集情報からの編集を削除しました。	H22.2.24
11		月別支払証明書について 処理実行時の指定に 期間開始前診療分の支払い「支払い額に含める」 として実行した場合、証明期間の診療と未収の回収分に係る診療を併せて24ヶ月分までしか編集対象としていませんでしたので、24ヶ月を超えても編集されるよう修正しました。		H22.3.19
12	ncp 20100308-012	光ディスク送付書の住所ですが、例えば住所変更しシステム管理の1002所在地を期限を切って登録されている場合、旧住所で記載される様です。(前 :H22.2.28で終了。現 :H22.3.1～開始で3月分のレセプトを作成し3月分の光ディスク送付書を発行した場合など) Ver.4.5.0でも同様の現象でした。	光ディスク送付書の医療機関情報(住所)の取得方法に誤りがありましたので修正しました。	H22.3.19

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	お電話でのお問い合わせ 3月15日 - 診療科別医薬品使用量統計 (合計金額)	ORCBG006診療科別医薬品使用量統計 (合計金額) について 診療行為で注射薬0.5管で入力し、残量廃棄した際に横の合計欄 (薬剤毎の合計) の金額には1管分で集計されていますが、縦の合計欄 (診療科毎の合計) の金額と最終頁の総合計の金額には0.5管分として集計されています。 内科でソセゴン薬価78.00円を0.5管残量廃棄で2回入力した場合ソセゴンの合計は数量2 金額156となりますが内科の合計金額は78になります。総合計の金額も78になります。	診療科別医薬品使用量統計 (合計金額) で金額の集計に不具合がありましたので修正しました。	H22.3.19
14	3/26 電話問合せ 入院診療費明細書 点数表示	入院診療費明細書の表示を点数表示に設定していますが、金額表示されますとお問合せがございました。 1. 点数表示されていないのと、医療機関名称等の内容が、帳票の下部に表示されないようです。 2. また、プレビュー画面から明細書を選択して印刷ボタンを押下しても印刷処理が行われません。それと、プログラムオプションの網掛けの設定が「0」になっていても、プレビュー画面から出力すると、薄い網掛けの印字が行われてしまうようです。	お問い合わせの内容について修正を行いました。	H22.3.30
15	ncp 20100410-011	入院の退院証明書について、医療機関様よりお問合せがあり社内で調査しましたが、解決できずにあります。設定方法、登録方法等に不備がありましたら、ご教授頂ければ幸いです。 ■ 現象 退院証明書の項目「2」の入院基本料等の種別で、4/1以降の入院基本料 有床診療所入院基本料 2」が印字されない。 = 項目「2」の印字内容 = 有床診療所入院基本料 1 31日間 <ここに印字されない> 8日間	4月改定により入院料が有床診療所入院基本料 1から2に変更となる場合に、退院証明書の入院基本料種別の記載に不具合がありました。(4月以降分の入院料名称が印字されませんでした) 併せて、4月から新設の有床診療所入院基本料 3についても未対応でしたので修正しました。	H22.4.14

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
16		医科分の診療報酬明細書 (レセプト) (入院、入院外) について罫線を多少ですが太くしました。 変更した帳票プログラム HCM11V01.red 診療報酬明細書 (医科入院外) HCN09V01.red 診療報酬明細書 (医科入院) HCM12V01.red 診療報酬明細書 (続紙 (1)) HCM13V01.red 診療報酬明細書 (続紙 (2)) HCM14V01.red 診療報酬明細書 (続紙 (3))		H22.4.19
17		3月から有床診療所入院基本料 1で入院している患者を、4月から有床診療所入院基本料 2に変更を行い、入院基本料 2の会計が複数存在する日 (入院期間により所定点数が異なる状態) での退院証明書発行を行うと、入院基本料の種別欄に有床診療所入院基本料 2が重複して記載されていたので修正しました。 4月 1日以降に入院登録を行われた患者についてはこの現象は発生しません。		H22.4.19
18	nep 20100422-030	月次統計の「ORCBG010 未収金一覧 (患者別)」で印刷される「備考」は日レセ上のどこかで入力したものが、反映されるものなののでしょうか？	ORCBG010 未収金一覧 (患者別) の対象患者が入院中の場合、備考欄に病棟番号と病室番号が表示されるはずが、表示がありませんでしたので修正しました。	H22.5.27
19	nep 20100609-007	入院で定期請求を行って、請求書を発行したら、部屋が間違っていた。転室について正しく登録しなおして、定期請求をやりなおし、再発行すると請求書は正しく印字された。明細書を発行すると、部屋が以前のままだになっているので、どのように変更すればいいのか？ 削除してやりなおすのか？ 教えていただきたい。	入院の診療費明細書の病棟・病室を収納作成日でなく、発行日での内容で表示するように修正しました。請求書と同様になります。	H22.6.15

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
5		平成 21年 10月改定 (出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度) の対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H21.9.24
6		平成 21年台風第 9号対応 (兵庫県、岡山県) を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H21.9.24

その他

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7		平成 21 年 10 月改定 (出産育児一時金等の直接支払制度) について厚生労働省の通知に対応しました。 ・専用請求書の印刷順を見直し ・専用請求書の頁記載を〇〇 / 〇〇 表記に変更 ・専用請求書に添付する集計票と送付書の印刷 (紙媒体用と電子媒体用) 詳細は別途資料を参照してください。		H21.10.28
8		患者番号桁数変更プログラムに分娩管理テーブル(TBL_BUNBEN)の対応を追加しました。		H21.11.26
9		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて対応を行いました。		H21.12.21
10		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて対応を行いました。	収集データアップロードユーザ設定画面の「事務担当者 (漢字)」の入力で半角空白を全角空白へ置換するようにしました。 登録での送信結果が表示されない場合があり、パスワードに不正な文字が含まれていたことが判明し修正しました。	H21.12.24
11		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて修正を行いました。	・定点参加同意の登録を行っても登録内容が消去される場合がありましたので修正しました。 ・参加同意画面からプロフィールの登録を行い戻ると「設定」ボタンが消えていましたので消えないように修正しました。 ・プロフィールの登録で一度開院時期を入力して登録し、再度開院時期を空白にして登録し直しても消去されていませんでしたので修正しました。 ・グループ診療で他院切替により他院へ切り替え、データ収集閲覧画面へ遷移しマスターメニューへ戻ると元の医院へ戻っていたので修正しました。	H22.1.20

その他

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
12		外来まとめ入力で、当月に算定済みの判断料等がある時、別の科で算定日より前の日で同じ判断料を入力した時、算定回数エラーとなりました。 診療日より前の算定分でチェックを行っていたので、算定済みのものは月内の回数でチェックを行うように修正しました。		H22.2.24
13		定点調査研究事業の報告データで小数点以下の編集で正しく編集されない場合が分りましたので修正しました。		H22.2.24
14		平成22年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 診療報酬請求書、診療報酬明細書等、審査機関への請求関係についての対応は含まれていません。		H22.3.19
15		データ収集閲覧画面について ログ件数が100件以上になると一覧表示されない不具合がありましたので最新から99件表示するように修正しました。		H22.3.19
16	support 20100326-015	データ移行プログラムにてデータ移行してみました。保険情報以外の部分はほぼ問題なく完了しましたが、保険だけは殆ど成功しませんでした。保険者番号が昔の国保の6桁や政府管掌の4桁のレコードは移行できてるのですが、現在の協会けんぽの保険者番号が8桁のとか後期高齢者の保険者番号が8桁のは全部ダメでした。 これはどうしてなのでしょう？	患者保険情報のデータ移行で、保険番号マスタの終了に対応していませんでした。 政管の終了日が、2010.03.01 より後のデータを移行した時、患者情報取得失敗のエラーとなっていました。 患者保険情報の終了日が、保険番号マスタの終了日以降であった時、保険番号マスタの終了日にするように修正しました。	H22.3.30

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
17	ncp 20100401-078	グループ診療設定をしているお客様環境にて、52月次統計→本院分院マスター複写を行った際に、『印刷DBに更新できませんでした【マスター複写 (入力セット)】』というメッセージが出力されてしまい、処理頁数が"0"となります。 印刷DBという表記でしたので、他の月次統計処理をしましたが問題なく処理されました。 考えられる原因はありますか？	本院分院マスター複写」のレコード追加処理に誤りがあり、処理が正常に終了できない不具合を修正しました。	H22.4.2
18		画面プログラムに誤りがあり「X」で画面が閉じてしまう不具合がありましたので修正しました。 (GFIL)クライアント保存画面 (I2FIL)クライアント保存画面 (LFIL)クライアント保存画面 (N21FIL)画像選択画面 (QFIL)クライアント保存画面 (TFIL)クライアント保存画面 (ZFIL)クライアント保存画面		H22.4.19
19		平成22年4月診療報酬改定における診療報酬請求に係る月次業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.4.19
20		日本医師会 平成22年度レセプト調査の集計票について対応を行いました。		H22.5.7
21		日本医師会 平成22年度レセプト調査の集計票について5月7日にパッチ提供を行いました。調査票のFAX番号とTEL番号に誤りがありましたので修正しました。 正しくは、FAX03-3942-6507 / TEL03-3942-6504 です。		H22.5.10

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
22		定点調査の収集データで入院料加算点数など診療行為入力分が記録されない場合がありますので修正しました。		H22.5.27
23		定点調査の収集データで外泊の剤に入院料の内容を編集するようにしました。		H22.6.15
24		平成22年4月診療報酬改定における診療費明細書に係る改修を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.6.15