

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	お電話でのお問い合わせ 5月6日 - 拡張構成での登録時の動作について	患者番号構成を拡張構成のフリー + 連番としている医療機関で受付画面で* で採番し患者登録をおこなう際にしばらくすると受付画面に戻ってしまうとのことです。 こちらでも、Ver.4.5.0で現象の確認ができました。 etch、hardyのどちらでも拡張構成のときしばらくすると受付画面に戻り* だけが残ります。 そのままEnterを押下すると次の番号で採番されます。 標準構成や、Ver.4.4.0では発生しませんでした。	患者番号構成が拡張構成の時、新規患者番号採番のポップアップ画面を受付画面で表示した場合、患者登録画面に遷移後に受付画面に戻るがありました。 ver4.5.0でミドルウェアがバージョンアップされたことにより画面遷移前の処理が終了していなかった為に受付一覧更新が実行されて受付画面を表示していました。 画面遷移後に前の処理を終了するように修正しました。	H22.5.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 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	H22.3.19
2	ncp 20100406-017	バージョン4.5.0の登録画面について確認させていただきます。 患者番号を採番し誤ってカナ氏名入力だけで登録ボタンを押してしまった場合、4.4.0までは漢字氏名は必ず入力して下さいとエラーメッセージが表示されましたが4.5.0ではそのまま登録出来てしまいます。 このような仕様になったのでしょうか？	患者登録でカナ氏名を入力してENTERキーを入力せず、 「登録」ボタンをクリックした時、漢字氏名等が未入力であっても登録ができてしまうことがありましたので修正しました。	H22.4.9

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	ncp 20100401-059	医療機関様より、保険証の確認年月日ボタンを押して登録ボタンを押した時に、所得者情報を登録している患者でも、公費負担額の設定がない公費があります。と出てくるのですが」とお問い合わせがありました。時間をおいて様々な患者様を確認して頂き、現象は確認出来なかったのですがチェックがかかる条件はご存じの為、間違った操作はされていない様です。 また、システム管理マスタ1017でも、「チェックする」が選択されていました。 Ver4.5.0、プログラム更新 1回目が適用されておりますが、原因として考えられることはありますでしょうか。	患者登録で公費上限額履歴チェックを行う時、公費上限負担額の登録があっても警告を表示することがありました。公費上限負担額がすべての公費に登録済みの時に一度も所得者情報タブを表示せずに「登録」ボタンをクリックした時です。	H22.4.19
4	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 20100326-026	Ver 4.5.0になってから、患者照会の検索時間が異常にかかるかかるようになったとの問合せが4つの医療機関からありました。DBデータ整理 (vacuum full)、DBダンプデータのリストア、メインメモリの増設等の対応をしましたが改善されません。 対処方法をご回答ください。 1つの医療機関様に検索条件を確認したところ、1つの診療コードと診療年月日 (From・To)の指定だけとのことでした。診療年月日をH22.3.18～H22.3.26とすると30分経っても結果が出ず、診療年月日をH22.3.1～H22.3.26とすると数秒で結果がでるそうです。	以下の改修を行いました。 診療行為と受診履歴の検索にビューを使用していました が、一時テーブルに対象データを抽出後、そのデータを元に検索を行うよう変更しました。 ※帳票及びCSV出力時に、対象データを検索画面の表示を行う際と同じ検索処理を行って取得していましたが、検索画面の表示に使用したデータを退避し、それを対象データとするように変更しました。 検索処理をバッチ処理に変更しました。	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
1	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。	H22.3.19
2	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
3	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

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
4	ncp 20100315-009	医療機関様からD0画面に自賠責 労災の再診時療養指導管理料の表示がされなくなったとご連絡を戴きました。社内検証の結果、バージョン4.5.0の場合のみ同現象が発生します。リリース情報は確認したのですが変更等の記載が見つかりませんでした。 バージョン4.5.0では設定等が必要になるのであれば教えていただけないでしょうか。	労災の再診時療養指導管理料をD0画面に表示されませんでしたので表示するように修正しました。	H22.3.19
5		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

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	kk 21946	システム管理マスター「1039 収納機能情報」より 4:一括再計算順「1 診療日順」 5:一括再計算方法「1 一部負担金をクリアし先頭より再計算を行う」 設定に変更しましたが、以下のような結果になってしまいます。 診療日の順番 伝票の順番 点数 負担額 正しい負担額 1 3 4,946 200 200 2 4 2,641 200 200 3 1 2,486 200 200 4 5 2,400 なしなし 5 6 2,400 なしなし 6 2 2,486 200 なし 7 7 2,400 なしなし 8 8 2,400 なしなし 9 9 68 なしなし 伝票順の計算ですと、$2,486+2,486+4,946=9918$となりますので、伝票番号 4でも負担額が発生してしまいます。 実際には$4,946+2,641+2,486=10,073$となりますので4回目以降は負担金 は発生しないはずなのですが、計算結果が伝票順の計算から変わりが ません。 一度診療行為の登録を行っているため、入金状態になっているのは何 か関係していますでしょうか。	一括再計算機能での負担計算修正 (外来) 広島県地方公費 (191、291)+ 長期 患者負担金相当額が長期の上限 (972の場合 10000円) を超える場合、以降の請求は無しとなるが、下記例の場合 で、一括再計算を行うと正しい計算になりませんでしたので 修正しました。 例) 広島県 後期高齢 1割 (一般) + 191 + 長期 972 (191→ 1日 200円 月 4回の設定) 入力順 3月 6日 2000点 200円 3月 13日 2000点 200円 3月 2日 5000点 200円 3月 4日 4000点 200円 3月 9日 2000点 0円 システム管理 1039 収納機能情報を設定し、収納で一括再 計算を行います。 < 一括再計算順 > "1 診療日順" < 一括再計算方法 > "1 一部負担金をクリアし..." 3月 6日 2000点 200円 3月 13日 2000点 200円 () 3月 2日 5000点 200円 3月 4日 4000点 200円 3月 9日 2000点 0円 () 0円となるよう修正しました	H22.3.30
7		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
8		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

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	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
10	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
11	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

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
12	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日以上警告メッセージが表示されませんとのお問い合わせがございました。	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
13	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
14	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はないでしょうか。	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。 警告表示後でも、回数変更 (算定日変更) を行くと、再度、警告チェックを行います。	H22.4.14

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15		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回目からの通減の場合、乳幼児加算を通減した点数ではなく、通減しない点数で計算していました。通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
16	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。	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
----	------	--------------------	---------	-----

16			<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。 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
----	--	--	--	----------

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		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
18	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遡減となっていましたので修正しました。	H22.4.19
19	support 20100416-018	検査のBNPとコメントコードを入力し、続いてDα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ありました。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ましたので正しく処理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
20		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
21	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。	H22.4.27
22	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、在宅料を削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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
23		内服薬剤に「1」を入力して種類数指示の設定をしたセットを診療行為で展開した時、数量の後ろに「1」は表示されますが、内服の1種類のカウン ト対象となりませんでしたので正しく反映するように修正しました。 また、内服薬に種類数指示を入力してから、診療種別を内服以外 (頓 服とか) に変更した場合、エラーとなりませんでしたので内服以外は種類 数指示のエラーとなるように修正しました。		H22.5.27
24	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
25	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

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	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
27	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
28	ncp 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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
29	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
30	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
31	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

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	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以降に何もない場合 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
33		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
34	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

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		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」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
2	お電話でのお問い合わせ 3月9日 - 一部入金取消	Ver.4.5.0の入金取消の日付対応の一部入金の取消について リリース情報79ページ 4.入金額欄が空白の状態の入金額欄にEnterキーが押された場合診療日の入金額をマイナスした値を表示します。 と記載されており、例では820円を12日に500円、13日に320円入金しています。 空白の状態にEnterキーを押した状態では入金額欄へは-320円が表示されています。 現在の動作では全体の金額にマイナスした値が表示されます。 (例の場合820円)	入金額欄が空白の状態に入金額欄にEnterキーが押された場合診療日の入金額をマイナスした値を表示するよう修正しました。	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		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。		H22.3.19

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 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
2	ncp 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、【3.1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
3	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
4	4/13 退院登録請求確認画面	21年11月の収納履歴が作成されていないのですが、11月で退院処理する際に、退院 差額に今回入院請求額がマイナス表示されます。	入院期間が複数月にまたがり、前月末までを定期請求、今月請求を退院請求とした場合、退院登録時に入退院登録画面 - 請求確認画面のF7「定期差額」ボタンで定期請求差額の表示を行った際に退院請求額をマイナスした金額が差額として表示される不具合がありました。正しく差額計算を行うよう修正しました。	H22.4.19
5	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歳の誕生月が属する月の翌月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ましたが、65歳誕生月1日生まれ以外については、翌月より対象とするように修正しました。	H22.4.19
6		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

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	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と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と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
8		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
9	ncp 20100501-005	3.1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 2期 20 9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

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
10		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 20100331-004	4.5より入院基本料フラグ削除時の加算等クリア機能がつきましたが、入院会計照会より入院基本料を変更する場合、変更後の基本料に1をたててから変更前の基本料を削除しても、加算等が消えてしまい、入院会計照会から基本料を変更する際、加算を再入力しなくてはならず非常に不便だそうです。 基本料がなにも入力されていないときにだけ加算等がクリアになるようにはならないでしょうか。	入院会計照会画面で入院基本料のカレンダーを削除した際、同時に入院料加算の削除を行うようver4.5.0から実装しましたが、療養病床の入院で入院基本料の表示がA～I(診療所についてはA～E)を全て表示と設定されている場合については入院基本料のカレンダー削除時に入院料加算の削除を行わないように修正しました。	H22.4.27
3	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	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

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
1	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H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
2	support 20100324-010	本日、データチェックを行った際に不具合が発生したとご申告がありました。 ・同じエラー内容が複数行 (項目により異なるが2行～6行に渡り) チェックリストHに印字される。 ・当月入力していない検査や薬に対してエラーが出る 例1) 内科 適応病名が有効な期間で登録されていません【尿一般 20日】と出るが16日に来院はあるが尿一般未実施、20日に来院なしの患者。 会計照会で確認済 例2) 内科 適応病名が有効な期間で登録されていません【コールタイジン点鼻液 1日】 17日に診療があるが、1日受診なし、17日にもコールタイジンは処方なし。 会計照会で確認済 全てではないが、データチェックでおかしな事になっているのはどうしてですか？ と問い合わせがあり、確認したところ以上のような症状が確認できました。	確認項目「9 診療行為と病名」のチェックで、適応病名が既に転帰済みとなっている場合のエラーメッセージ編集に不具合があり、直前に編集したエラーメッセージが繰り返し編集されていましたので修正しました。	H22.3.30

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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ぐ言われたとの事。 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。	H22.3.19
2	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
3	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

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
4	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しまっていました。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
5	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、記載例に書かれてあります。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に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
6	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、よろしくお願いたします！！	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
7	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
8	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

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
9	support 20100409-025	増減点連絡書にて判明したのですが、入力画面と会計照会画面では 【画像 1】の如く入力したままのデータが表示されていますが、レセプト画面では【画像 2】の増減点連絡書と同じ請求内容になっています。 実際にに投与したのは ***** オキサロール10μ g/m lの半分の量 ソルデム500m l ハロスミン1 g× 2 プリンペラン注射液10m g 0.5% 2m 半分の量 (残量廃棄) ブドウ糖注射液 50%20m l ***** オキサロール10μ gを0.5として残量廃棄せずに別の患者様に投与しています。また当院ではオキサロール5μ gを採用しておりません。 ところが増減点連絡書にて判明したのは ***** オキサロール10μ g/m lの半分の量 < が消えて 1アンプル ソルデム500m l ハロスミン1 g× 2 < < これは何故か1 g× 1に変更？ され プリンペラン注射液10m g 0.5% 2m 半分の量 (残量廃棄) ブドウ糖注射液 50%20m l ***** 請求点数が194点から294点に増えています。 オキサロールを廃棄しない入力が問題なのではないでしょうか？	残量廃棄コードが剤の先頭から6番目にある場合に1つ前 (先頭から5番目)のみ数量置き換え対象とすべきところを1 ~ 5番目までが対象となっていましたので修正しました。 例) .331 注射薬A 数量 0.5 → 1.0 注射薬B 数量 1.0 → 1.0 注射薬C 数量 2.0 → 1.0 注射薬D 数量 1.0 → 1.0 注射薬E 数量 0.5 → 1.0 (残量廃棄) となっていましたので、注射薬Eのみ 1.0となるように修正しました。	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
10	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
11	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

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
14	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ります。 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
15	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
16		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
17	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
18	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
19		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
20	お電話でのお問い合わせ 5月25日 - 履歴登録コメント記載	Ver.4.5.0で履歴登録からコメントを登録する際リリース情報のP50に記載されている急性増悪 (この漢字は憎悪になっています) ~ 日としたい場合コメント登録時に "急性増悪 日" を1行登録します。と書かれています。 実際にコメントで "急性増悪 日" と登録しますと例のようにレセプトには急性増悪 ~ 日と記載されますが "急性増悪 日" とコメント登録しますと例のようにレセプトに記載されません。 "急性増悪 日" と登録した際に正しくレセプトに記載されるようにしていただけないでしょうか。	099800131 運動器リハビリテーション開始日を診療行為で入力します。 算定履歴照会画面の「コメント」ボタンを押下し "急性増悪 日" (は空白) を入力します。 その場合の運動器リハ発症日記載が、運動器リハ 急性増悪 ○○年○○月○○日と記載されませんでしたので記載されるよう修正しました。	H22.5.27

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	support 20100312-046	主従サーバの構成で主サーバ側では問題なくレセ電FD記録出来ます。 従側で (コンソールは主を参照) 記録を行うと、記録画面で[媒体がマウントできませんでした]と出て記録出来ません。 従側FD装置にてFDのフォーマットやマウントは行えます。 フォーマット(MSDOS形式)をし直したり、媒体を変更しても事象は変わりません。	クライアントホスト情報の取得に失敗していましたので修正しました。 また、system.db のサイズがMCPDATA のサイズを超えており一部アプリで不具合が発生していましたので修正しました。	H22.3.30
2		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
3		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

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	support 20100325-033	4.4から4.5にバージョンアップしたところ、データ出力でSRYACCT_MAINとSRYACCT_SUBが一覧表示されずSRYACCTのみ表示されています 但し、SRYACCTのフィールドは1つも表示されません データベースはあるのですが、どうすればデータ出力の一覧に表示されるようになるのでしょうか	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。 この為、分割後のスキーマを元に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	H22.3.30

101 システム管理

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

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	support 20100302-007	23 :収納> SHIFT+F7 :支払証明 で支払証明書を2 :月別証明書 期間指定を1 :年月日を指定し平成21年 1月 1日 ~ 平成21年 12月 31日 にしているのですが、2ヶ月分 (1月 ~ 2月分)しか印刷されません。ちなみに、期間指定を3 :年度などにしてもやはり2ヶ月分 (4月 ~ 5月分)しか印刷されませんでした。当患者様はほぼ毎日来院されているので12ヶ月分すべて出てこなければいけないのですが、なぜでしょうか。	実日数24日分までしか編集が行われない不具合がありましたので修正しました。	H22.3.19
2	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
3	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
4		セット登録画面から印刷するセッ一覧表で、数値を埋め込むコメントコードに登録されている埋め込み数値が名称と同じ位置に印刷されていたので、数量と同じ位置に編集するように修正しました。		H22.3.30

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	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の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
6	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
7		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

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
8		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
9	ncp 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
10	ncp 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		ログインユーザー一覧画面について 同時に複数のユーザがログインユーザー一覧画面を開いている時に一方が一覧更新を行うと他のユーザの画面にも内容が反映されてしまう不具合がありましたので修正しました。		H22.3.19
2		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
3		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
4	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
5	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

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
6		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
7		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
8		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
9		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が、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
10		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

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
11	ncp 20100525-018	主従の二重化構成において、主サーバに対してプログラム更新を行うと、最後に「接続が切れました」という「エラー」ダイアログが表示されますが、プログラム更新は正常に終了します。その後、従サーバのプログラム更新を行うために、従サーバ上で従サーバのプログラム更新の画面を開くと「処理中です」と表示された状態でした。このまま「更新」ボタンを押しても「処理中です」のダイアログが開いてしまい、プログラム更新を行うことができませんでした。 (F2キーを押して情報削除を行えば更新は行えますが) これは仕様なのでしょうか？ このままでは主従二重化構成の従サーバに対して、プログラム更新を行えないのではないのでしょうか？	プログラム更新処理はジョブ管理の情報をリダイレクトしないようにしていましたが、ミドルウェアのバージョンアップによりリダイレクトの対処が漏れていました。 リダイレクトしないように修正しました。 パッチ適用後、次のプログラム更新から現象が解消します。	H22.6.15
12		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
13		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