

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
5	orca-red 15939	現状の日レセでは、公費登録ができないと思いますので対応願います。	肝炎 (保険番号 038) の複数公費対応 "038" の受給者証を複数持つ場合の公費登録を可能としました。 補足) ・"038" を複数持つ場合であっても、管理票は 1枚で、自己負担限度額は複数分あわせて 1万円または 2万円。 ・同一月に複数の "038" を使用する場合、患者窓口計算は、複数分あわせて自己負担限度額までの計算を行う。 ・所得者情報 - 公費負担額で入力する入外上限額 他一部負担累計は複数分について同一額を入力する事。	H22.8.26

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	support 20100810-011	患者登録画面から地方公費を入力する際に最近報告されることの多い事例です。 ○ 条件 先行して公費が既に入力済み (例 021 精神通院) ○ 現象 ・負担者番号欄に地方公費 (例 146 障害社国) の番号を入力し Enter キーを押すと 0092 負担者番号との法別番号が違います。」の警告が表示され、公費の種類欄も勝手に 021 精神通院」に変わる。 ・公費の種類を手動で 146 障害社国」に戻せば続行は可能だが毎度のことなので非常に煩わしい。 ・入力済みの公費が存在しない場合にはこの現象は発生しない。 入力された地方公費の負担者番号を日レセが21公費の番号と取り違えているようにも見えますが、この現象は仕様でしょうか。	患者登録で負担者番号から公費が決定できなかった場合、前行の負担者番号が保険者マスタに登録されている時に前行の公費が自動表示されていました。 負担者番号から公費が確定しない時は、公費の自動表示をしないように修正しました。	H22.8.26

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	kk 22901	栃木県の育成医療について 県独自で助成があるとの事。 別紙資料参考して下さい。 栃木県保健福祉部こども政策課母子保健担当よりFAX頂きました。 栃木県のホームページに http://www.pref.tochigi.lg.jp/welfare/kodomo/kosodatesoudan/shiennseido.html 記載がありましたので添付いたしました。 ご確認願います。 育成医療と同じ負担者番号・受給者番号の受給者証を支給されるとの事。 自己負担が500円/月又は自己負担なしと記載されている。 入院では窓口で食事負担額の自己負担が発生するとの事 016 育成医療の公費の種類で栃木県対応 016 育成医療の公費の種類を使用して、栃木県の育成医療は補助公費で対応 016 育成医療は使用せず、栃木県の育成医療として地方公費を新たに設定対応 の3パターンが考えられると思います。 レセデータ等の兼ね合いもあり、こちらでは判断出来ませんのでご対応宜しくお願い致します。	育成医療 (016) 栃木県対応 (1) 1割 500円・食事負担あり(一般の方) 保険番号 116 育成医療 (016) と "116" の公費登録を行う。 保険組み合わせは、主保険 + 育成医療 + "116" を使用する。 所得者情報で、育成医療の入外上限額は "9999999"、他一部負担累計 "0" と入力する事。 レセプトの育成医療の一部負担金欄に "116" の一部負担金を記載する。 (2) 患者負担なし・食事負担あり(3歳未満等の方) 保険番号 216 育成医療 (016) と "216" の公費登録を行う。 保険組み合わせは、主保険 + 育成医療 + "216" を使用する。 所得者情報で、育成医療の入外上限額は "9999999"、他一部負担累計 "0" と入力する事。 レセプトの育成医療の一部負担金欄に "216" の一部負担金を記載する。 (3) 患者負担なし・食事負担なし(生保の方) 育成医療 (016) のみ公費登録を行う。 保険組み合わせは、主保険 + 育成医療を使用する。 所得者情報で、育成医療の入外上限額は "0"、他一部負担累計 "0" と入力する事。	H22.8.26

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	support 20100817-008	80歳で『4130021 (日本私立学校振興・共済事業団)』で家族 (3割) の保険をもたれている患者がいます。 海外と日本を行き来されているとのことなので、【977後期非該当】を入力して登録していただいています。 その患者が、社保の総括表の集計先が 医保単独 (70以上七割 31~34(共)一般) になっています。 福岡県の支払基金から、医保単独(家族) に集計するように連絡があったとのこと。 この集計先の変更は可能でしょうか？	高齡非該当対応 70歳以上で、「高齡受給者証」を持っていない場合は、70歳未満としての取り扱いをします。 対応内容は以下となります。 (1)保険番号マスタ追加 (マスタ更新により登録) 976 (高齡非該当) (2)患者登録 976を公費に登録します。その際に主保険と適用期間をあわせて登録します。 社保は、補助区分の「空白」登録が可能となりますので、「空白」で登録します。 (3)保険組み合わせ 976は保険組み合わせに含めません。 (4)負担金計算、レセプト等 以下の条件の場合、高齡非該当 (70歳未満) としての取り扱いをします。 (現物給付計算、レセプト種別) ア)70歳以上 イ)医保 (社保は補助区分が空白の場合) ウ)該当日が「976」の適用期間である	H22.9.28
9	お電話でのお問い合わせ 8月31日 - 治験保険組合せ削除	Ver.4.5.0で治験の対応を行った際に補助区分が必須となりました。 4.4.0以前で治験で患者登録していた場合も4.5.0にしますと自動で補助区分が入力されます。 この動作によってだと思いますが、保険組合せが補助区分のない組合せが削除となり保険組合せの番号が変更されます。 過去分を訂正展開すると、以前の組合せがなくなっているのでエラーとなります。 この場合保険組合せを新しい組合せに変更するしかないのでしょうか。	ver4.5.0から治験の補助区分を必須入力としましたが、ver4.4.0までは治験保険の補助区分はありませんでした。 その為、ver4.4.0で登録済みの治験に補助区分が設定され保険組合せが変更となりました。 治験の補助区分が空白 (非課税) でも変更時にはエラーとしないように修正しました。 新規登録時は、「1 課税」が初期表示され、空白に変更することはできませんが、新規登録でない場合は補助区分を空白に変更することが可能となります。	H22.9.28

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 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ようにな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
2	support 20100611-013	照会業務画面でフリーズする件 以前お問い合わせさせて頂いた件ですが、本日お客様環境にて再発致しましたので、ご報告させていただきます。 検索条件 2010年5月1日～2010年5月31日 リュープリン注射用キット3.75 3.75mg(640432016) 2010年5月1日～2010年5月31日 訪問看護指示料(114008010)	ver4.5.0の患者照会業務のレスポンス改善対応について、診療年月日と診療行為コードを同時に検索条件に指定された場合の検索処理(SQL)の見直しを行いました。	H22.6.29

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円の記載で良いのですが、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日以上との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	nep 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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
35	ncp 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」になってしまいました。 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
36	support 20100622-027	医院では平成20年10月に入院されていた患者の返戻分の修正をされていました。 国保から組合に変更となり入院会計にて入院料は変更されました。 21.診療行為画面にて7日の診療行為に訂正をかけたところ添付したファイル内のエラーが出て修正ができませんでした。	入院の点滴の麻薬注射・生物学的製剤注射の自動算定で、今回入力でない注射の加算も自動算定対象となっていました。これにより、注射薬の算定されている診療科・保険組合せ以外で、麻薬注射・生物学的製剤注射を算定することがありました。 麻薬注射・生物学的製剤注射の自動算定は今回の診療科・保険組合せで該当の注射薬が算定されている時のみ対象とするようにしました。また、訂正時は今回算定分のみ対象とするように修正しました。	H22.7.16
37	お電話でのお問い合わせ 7月2日 - 公害CT 逡減	公害で4月以降CT、MRI撮影の2回目以降の逡減がされません。 ご確認いただけますでしょうか。	公害保険で、CT、MRIの2回目からの逡減について自動算定がされていませんでしたので修正しました。	H22.7.16
38	お電話でのお問い合わせ 8月18日 - 院内トリアージ加算エラー	小児科外来診療料の施設基準があり3歳未満で地域連携夜間・休日診療料と院内トリアージ加算を入力しますと院内トリアージ加算が小児科外来診療料以外となります。 Ver.4.4.0とVer.4.5.0の包括診療設定を包括算定しないの設定の場合エラーで入力できません。 Ver.4.5.0で包括算定するに設定しますと包括項目となり点数が算定されません。	小児科外来診療料の包括対象外のコード判定に院内トリアージ加算 (113011570) が含まれていませんでしたので算定できるように修正しました。	H22.8.26

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
39	kk 23167	秋田県の医療機関様より 74乳幼児医療と同様に80乳幼児医療にも1000円/月という制度がある そうです。 (乳幼児医療証に1000円と記載されているそうです) その場合、公費の種類 374 474 を選択して登録してもらおうかと考 えたのですが、社保請求書2枚目の「公費と医保の併用」欄に80 (市町村) と集計させないといけないので社保で80乳幼児医療の場合、添付ファ イルのような保険番号マスタを作成しました。 この保険番号も374乳市国有 474乳社組有と同様に「本人負担の5割助 成」なので本体側でのPG対応処理をお願いします。 今月から社保併用もレセプト請求となったので至急対応お願い致しま す。	秋田県地方公費負担計算対応 (入 外) 対象保険番号 "280" 主保険の負担額を算出後、算出額の半額を患者負担としま す。 (例) 主保険 + "280" 6歳未満 2割 333点 3330円 × 0.2 = 666円 666円 × 0.5 = 333円 → 330円	H22.9.28
40	support 20100802-006	1か月ほど前に同じ診療行為を入力しているにも関わらず、レセプトがま とまらずに出てしまうとの問い合わせをしました。 修正する前のコピーを添付してほしいとのことでしたので、送ります。よ ろしくお願いします。	数量が必要でない器材商品名コード(058XXXXXX)等に数 量を入力した時、データに数量登録を行いましたが、展開し ても画面に数量の表示は行いません。その為、数量を入力 した時と入力しなかった時で、画面内容が同じでも数量を入 力した剤としない剤が作成されていました。 数量の必要でないコード (058XXXXXX,001XXXXXX,002XXXXXX,099XXXXXX)は数量 を入力されても、登録しないように修正しました。	H22.9.28

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
41	kk 22942	長崎県乳幼児福祉医療費制度の佐世保市の対応が、長崎市と同様の現物給付への変更とのお知らせが届きました。	長崎県地方公費乳幼児負担金計算対応 (保険番号 180) (平成 22 年 10 月診療分 ~) 入外あわせて上限額までの計算を可能にしました。 Ver4.5.0 については、システム管理 2010 に "日・月上限額負担金計算" の設定項目を追加しました。 0 入外それぞれで上限額までの計算をする 1 入外あわせて上限額までの計算をする 補足 (1) 長崎県の "180" は、デフォルトが "1" となります。 (2) 日又は月上限額設定のある地方公費が対象となります。 Ver4.4.0 については、プログラム対応しました。 併せて 社保 (70 歳未満現物給付) 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対応しました。 80100+ @ 円 (高額 4 回目以降の場合も、80100+ @ 円)	H22.9.28
42	support 20101012-007	10/9 に退院後、10/9 に外来受診した患者の再診料が自動表示されてきません。弊社テスト環境ですと表示されますが、客先の患者 1 名だけが表示されません。試しに、10/10 にすると再診料自動で表示されます。又、電話にて問い合わせをした際、診療行為入力画面で Enter を押下すると表示されてこないか聞かれましたが、それも出ませんでした。	入院月と退院月が同じ時、退院日に外来で再診料の自動発生をしませんでした。入院月に関係なく退院日に外来の再診料を自動発生するように修正しました。	H22.10.27

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
43	ncp 20101021-011	環境設定の時間外設定項目に小児科特例の追加がありましたがシステム管理「1007自動算定・チェック機能情報」の時間外加算 (小児科特例) を1 算定するに、環境設定の区分を小児科特例の区分を設定 (区分5 ~ 7全て) をしました。 診療行為入力画面で「労災または自賠責保険の一般患者」であっても小児科特例の加算コードが付きエラーとなってしまいます。(初診でも再診でも加算がつきます) 手で加算コードを削除すれば入力可能ですが、労災・自賠責以外の一般患者にはこちらの現象は出ませんので修正していただけないでしょうか？	環境設定の外来時間外区分を小児特例時間外の5、6、7で設定した時、労災・自賠責保険の場合に年齢に関係なく診察料に時間外区分を付加していました。これにより、時間外区分エラーとなっていましたので、小児特例時間外区分は労災・自賠責保険でも年齢判定を行うようにしました。	H22.10.27
44	support 20101006-019	労災と健康保険の初診日が同日・同科の場合の初診についてですが、弊社にお問い合わせいただいた医院様のある群馬県では労災と健康保険の両方で初診が算定出来るそうです。 現状ORCAでは同日で同科の初診では算定できない仕様ですが、両方で算定できるように仕様の変更をご検討頂けませんか？	労災で初診料を算定後、他保険で同一診療科において初診 (同日複数診療科) の算定を可能としました。 他科での受診がない時、他の保険組合せでの受診があれば、初診 (同日複数診療科) を入力時に警告を表示して算定を可能としました。 但し、複数保険を指定しての算定はできません。	H22.11.25
45	support 20101119-017	入院患者で一般病棟で診療行為を未来日まで入力し、療養病棟に転棟すると診療内容が包括化されます。その状態で包括されている診療行為を含む日付で再度一般病棟に転棟した場合、診療行為画面からは診療内容を包括から出来高に戻すことが出来ません。	入院料により包括算定で登録した後で入院料を変更して包括対象外となった場合、当月の入院料がすべて包括対象外である時に、訂正を行っても包括算定を出来高算定に変更できませんでした。 出来高算定できるように修正しました。	H22.11.25
46	support 20101122-015	診療種別820の長期投薬加算 (処方せん料) 特定疾患処方管理加算 (処方せん料) を手入力しそれよりも下に薬剤を入力、それよりも下に器材の入力があるとエラーとなるようです。	手入力した処方せん料の直下に薬剤を入力した時、後に入力した器材コードがエラーとなっていました。 エラーとならないように修正しました。	H22.11.25

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に修正しました。	H22.3.30
3	npc 20100712-007	領収書の再発行について問い合わせさせていただきます。 マニュアルでも確認したのですが、複数科保険入力で会計照会画面にMマークついている収納データの領収書再発行は設定により診療行為登録時に指定した方法で発行できるとありますが自賠責保険は対象外でしょうか？ 一般の保険で複数科入力した場合まとめた領収書が発行されますが自賠責保険で2科診療があった場合領収書の再発行が1枚にならないとのことの問い合わせがありました。 1枚で出したいので2枚になってしまうという事で今回は訂正画面より領収書をまとめて1枚で発行して頂いております。 1039 収納機能情報以外で設定する場所があるのでしょうか？ 自賠責だけ1枚にならない理由を教えてくださいと言われております。	以下の条件全てに該当する場合、収納業務より 請求書兼領収書および診療費明細書の再発行を行った際、労災・自賠責・公害保険分については、診療科毎に印刷をしていましたが、1枚にまとめて印刷を行うように修正しました。 --- 1.診療行為業務にて労災、自賠責または公害保険の診療行為を複数科まとめ入力している。 2.請求書兼領収書の発行方法に「2 保険組合せ別に発行」「4 全体をまとめて発行」のいずれかを選択している。 3.システム管理「1039 収納機能情報」の再発行方法 (外来) に「1 診療行為で指定した方法で発行」を選択している。 --- また、労災、自賠責、公害保険の月別請求書兼領収書を発行する際も同様に診療科を纏める発行方法を指定されている場合は、まとめて印刷するように修正しました。	H22.7.16

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
4	ncp 20100903-030	Ver4.5.0の「システムパッケージリリース情報【機能操作説明】(2010-02-22差替)」のP.75に掲載されております 外来月別請求書の発行方法「選択機能」について教えてください。 弊社での検証では、システム管理マスタ【039 収納機能情報】での初期値は「4 まとめて発行」でしたが、F12「登録」して更新していないと業務メニュー【23 収納】のShift + F1「外来月別」を押した時の印刷指示画面の発行方法が「1 診療科 保険組合せ別に発行」になります。 医療機関様と弊社検証機で同様の現象が発生しております。	システム管理【039 収納機能情報】が未登録の時は、印刷指示画面の初期表示を「4 まとめて発行」とするように修正しました。	H22.9.28
5	support 20101108-013	入院伝票で、請求取消しのデータがなぜか「未入金 (退)」の状態になる現象が発生しております。 詳細は添付資料をご確認下さい。	入院の退院処理で作成された入金済みの収納データを (S02)収納登録 - 請求一覧画面より請求取消を行った後、同画面より入金取消を行った場合、状態が「請求取消し」から「未入金 (退)」に変わる不具合がありましたので、入金取消後も「請求取消し」の状態を保持するよう修正しました。	H22.11.25

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
2	support 20101102-006	「22病名」または「24会計照会」画面にて入力を行うレセプトコメントですが、「入外区分」が「入院」でコメント登録されてしまっている。 この医療機関は外来のみの診療所であり、一度でも「1001医療機関情報」画面にて病床数を入力して、いわゆる「入院版」に変更したことはない。 現状は、フラグ「1入院」が選べない状態になっており、これが通常の動作のはずです。手入力でフラグ「1」を入力してもエラーメッセージが表示されるため医療機関のご操作も考えられません。	レセコメントの入力で、リストにない入外区分を直接入力した場合、診療年月 システム年月の時のみエラーを無視しそのまま登録を行うことができました。 コメント登録時に、登録する入外区分 診療科のチェックを追加しました。	H22.11.25

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

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
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
11		救急搬送診療料算定時の入院料 (及び入院料加算) の算定チェック対応を実装しました。 救急搬送診療料の算定日に入院料 (又は入院料加算) の算定がある場合に、退院登録・退院時仮計算・定期請求・入院レセプト作成の処理時に確認メッセージを表示します。		H22.8.26
12	ncp 20100921-006	選定対象外の入院で180日以上入院している患者様が、9月12日より選定入院対象患者となり、9月12日の日付で『転科 転棟 転室』の処理をし選定対象としました。 該当の医療機関様は、選定対象の患者様でも患者様への選定入院料は請求しない場合もあり、この患者様はその対象で 【5000 医療機関情報 - 入院基本】 負担計算 = 3.病棟別に設定 【5006 病棟選定入院料情報】 負担計算 = 2.定額設定 単価 = 0円 上記で設定した病棟・病室に転室させました。 定期請求を前期分(9月1日～15日)をかけたところ請求書兼領収書に保険外適用分として『1,400円』計上されてしまいました。 病棟設定や入院登録には問題ないと思われます。	システム管理『5000 医療機関情報 - 入院基本』にて選定入院料の設定を『負担計算 = 3.病棟別に設定』としている場合、システム管理『5006病棟選定入院料情報』の設定より選定入院料の計算を行いますが、請求期間の途中で転棟されている場合、転棟日の選定入院料を転棟前の病棟の設定より取得していましたので、転棟後の病棟の設定より取得するように修正しました。	H22.9.28

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
13	kk 24016	以下メールにて、お問い合わせさせて頂いた件ですが、その後、医療機関様より資料の提供がありました。 また、資料では分かりづらい点があった為、直接、県に問い合わせをして頂いた所、現在は、限度額認定証を持っている患者の場合、上限80,100円は適用されず、500円×14日で請求を行うそうです。	大分県地方公費乳幼児負担計算対応 (平成22年10月診療分～) 主保険+ (183又は283)の保険組み合わせの場合、 かつ、限度額認定証がない場合は、80100+ @を越える 金額が患者負担となります。 例)入院 8日間入院 請求点数49514点 主保険3割 49514点×10円×3割=148542円 (四捨五入)148540円 80100+ ((495140-267000)×0.01)=82381円 148540円-82381=66159円 入院日数8日×500円=4000円 4000+66159=70159円 (患者負担) # 限度額認定証がある場合は、患者負担 (医療費)は 4000円。	H22.11.25
14	kk 23979	宮城県保健福祉部子育て支援課から出されている資料「乳幼児医療費公費負担事務の手引」 P.10の「現物給付による高額療養費の取扱い」 (2)社会保険又は仙台市の受給者で、市町村国保又は4国保組合以外の国保組合加入者の場合 「限度額適用認定証」が提示されなかった場合全ての受給者について、実際の所得区分にかかわらず一律「一般世帯」とみなして額を算出し(80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%)、その額を国保連合会に請求します。 受給者(保護者)には、一部負担金等総額から上記助成額を差し引いた額(高額療養費保険者負担額)を請求します。 と記載があります。 医療機関様で入院の請求書を発行したところ、計算されず負担=0になると問合せを頂きました。	宮城県地方公費乳幼児負担計算対応 (平成22年10月診療分～) 主保険+ (583又は683又は783)の保険組み合わせの場合、かつ、限度額認定証がない場合は、80100+ @を越える金額が患者負担となります。 例)入院 請求点数49514点 主保険3割 49514点×10円×3割=148542円 (四捨五入)148540円 80100+ ((495140-267000)×0.01)=82381円 148540円-82381=66159円 (患者負担) # 限度額認定証がある場合は、患者負担 (医療費)は0円。	H22.11.25

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ve4.5.0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
4	support 20100805-018	3月5日から初回入院して6月29日に退院後、7月2日に再入院(継続)した際、入院会計照会の91日以上が表示がおかしいとのことで、お問合せをいただきました。 一般病棟と療養病棟入院基本料を算定しており、特定入院料の算定はおこなっていません。	入院会計照会画面の「91日以上の日数表示」欄について、過去入院に療養病棟入院基本料の算定があった場合に正しく表示できない不具合がありましたので修正しました。 <不具合となる事例> 3月 5日 初回入院 (一般病棟入院基本料) 5月 25日 転室 (療養病棟入院基本料) 6月 29日 退院 7月 2日 再入院 (一般病棟入院基本料で継続入院) <「91日以上の日数表示」欄の表示> パッチ適用前 4月 28日 パッチ適用後 6月 3日	H22.10.27

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
5	ncp 20101005-020	Ver4.5.0より、入院基本料等なしの登録ができるようになっていますが、産婦人科の医院様から「入院料を算定しない」として登録した場合、入院会計照会の画面で食事の回数を1回から0回へ変更すると入院基本料が設定されていない日です。内容の変更はできません。」とエラーが表示されると問い合わせがありました。一括修正を行なっても診療回数から回数を変更してもエラーは表示されますが、毎回エラーを閉じれば0回に変更することはできているので、請求上は今のところ問題ありません。ですが、0回から1回に回数を変更しようとすると、エラー表示後回数の変更ができないようなので変更できるようにはならないでしょうか。また、エラーの表示をせずに回数の変更ができるようにはならないでしょうか。	入院会計照会画面で食事の変更を行う際の変更不可チェックを、入院基本料とのチェックから保険組合せでのチェックとするよう変更しました。	H22.10.27
6		マスタ更新機能により9月28日に提供した以下の入院期間加算のマスタについて 入院会計での算定を可能とするよう 入院基本料マスター (TBL_NYUINKHN) の更新データを提供しました。 ・190118370 精神病棟入院期間加算 (91日以上 180日以内) (特別入院基本料) ・190118470 精神病棟入院期間加算 (181日以上 1年以内) (特別入院基本料) 10月以降分の入院会計について特別入院基本料に対応しない入院期間加算で入院会計を作成済みの場合はプログラム更新適用後に「I01) 入退院登録」画面より異動処理を実施して会計内容の置換えを実施してください。	確認方法 プログラム更新実施後、マスタ更新画面のDB管理情報を確認します。 構造verの値が「S-040500-1-20101027-1」となっていることを確認します。	H22.10.27

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はいくつか?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「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たので修正しました。	H22.3.30

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
3	ncp 20100630-015	データチェックの件でお問い合わせさせていただきます。 下記のように2日分入力しました。 620002500 0.2 アスペリン散 10% 612220624 0.2 塩酸メチルエフェドリン散 「三研」 10% 620008771 0.2 レスタミンAコーワ散 10% 620007113 1.2*5 ムコダインDS33.3% 620000465 0.2 フェノバル散 10% 620008771 0.1*5 レスタミンAコーワ散 10% 点数マスタにて、620000465 フェノバル散10%のみ月上限回数を14に設定しております。 データチェックをかけましたところ下記のようにかかりました。 月の投与回数または投与量が上限をオーバーしています【フェノバル散10% 回数(投薬、注射)20 投与量:2 投与日29日～30日】 回数が20というのは、どこから出てきた回数なのでしょうか？ フェノバル散10%は、10回だと思っております。	データチェックの確認項目【薬剤の月上限回数 総投与量】のチェックで、投与回数の集計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。	H22.7.16
4	ncp 20100623-030	業務メニューより「41 データチェック画面」「エラー内容」についてです。 下記の手順にて レセプトチェック指示画面より「確認全印刷(F4)」を押下し「確定(F12)」を押下します。 確認画面にて「(F10)プレビュー」を押下します。 プレビュー画面後、画面を閉じます。 再度、「レセプトチェック画面より「エラー内容(F9)」を押下します。 エラー内容確認画面にて例外登録を行いたい患者を選択し(チェックしない(当月))を選択し「例外登録(F12)」を押下します。 現状、一度例外登録を行えばエラー内容確認画面に表示されないかと思いますが、表示されている患者様がいます。 表示としまして、番号の横に「*」がついております。 例外一覧に50件ほど登録されています。 例外一覧に表示されている患者様とエラー内容確認画面で表示されている患者様と動作が異なっているようです。 何か登録に原因がありますでしょうか？	データチェック業務の(D04)データチェックエラー内容確認画面にて患者毎にチェックの対象としない薬剤 診療行為の登録が行われている場合に、極まれに登録されている薬剤 診療行為がチェックの対象となってしまう不具合を修正しました。	H22.8.26

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 20101116-015	008500000や008600000のレセプトに記載されないコメントコードを使用しています 初診や再診等の診察料はなく .990 008500000 のコメントを入れている診療日しかなかった場合でもデータチェックに上がってきます ○ 科 病名が未登録です 保険 実日数がゼロ日です レセプトには記載の必要のないコメントのみの入力なのでデータチェックに引っかからない設定はありますか。	診療区分 '99 '(コメント)で入力された '0085 'または '0086 'から始まるコメントコードについてはデータチェックの対象外とするよう修正しました。	H22.11.25

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
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

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	kk 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。 実際に投与したのは ***** オキサロール10μ g/m 1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

番号	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	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
13	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
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
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」で記録するように修正しました。	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に修正しました。(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

4.2 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	kk 22681	日レセ etch ver 4.5.0、p10-gunma.4.5.0使用の病院です。 後期高齢者 群馬県福祉(177)、「食事無し」の患者さんでオンライン請求時、「第一公費食事療養費の請求額が謝っています」エラーがでます。 エラーが出ない患者さんとRECEIPTC.UKを比較しますと 「KO,7710****,79****,2,3692,,,,,0,796」が異なる様です。	食事 生活療養レセプト記載 (記録) 修正 (入院) 入院医療の必要性の高い患者で生活療養であり、公費併用 (患者食事負担あり設定) かつ、食事なしの場合 (環境療養費のみで、患者食事負担が発生しない場合) に、食事療養 生活療養 - 公費欄の記載が正しく記載されていませんでした (〃〃記載 (記録) になっていなかった) ので修正しました。	H22.6.29
22	ncp 20100531-004	疾患別で特定疾患を2つ受給されている患者さまがいらっしやいまして、いずれも上限額に満たないため2割の金額を表示しなければ行けないようなのですが現状、下記ようになります。 恐れ入りますが確認のほど宜しくお願い致します。 保険情報が 保険 国保 前期高齢 1割負担 (満70才) 第1公費 : 51306025 (2,250円) 第2公費 : 51306025 (2,250円) 現状のレセプト表示 総点数 2092点... 空欄 公費 1 : 547点... 1,094円 公費 2 : 778点... 778円	70歳代前半の特例措置対象者で51が複数ある場合のレセプト記載修正 51が複数ある場合、公費 2欄 - 一部負担金が2割記載になっていませんでしたので修正しました。 (例) 前期高齢 1割 ・51 受給者番号1234566 外来月上限額設定 2250円 (公費 1) ・51 受給者番号2345676 外来月上限額設定 2250円 (公費 2) <レセプト> 請求点 一部負担金 保険 1325 公費 1 547 1094 公費 2 778 778 → 1556	H22.7.16

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	kk 22882	福祉医療費の請求方法につきまして資料をFAXさせていただきましたが、医院様のご協力により詳細な資料をいただきました。	秋田県地方公費レセ記載対応 (平成22年8月診療分～) 社保 (70歳未満現物給付、前期高齢者)+ 秋田県地方公費 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 します。 < 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)	H22.8.26
24	support 20100805-006	アフターケアのレセプトの再診欄の回数が、地域医療貢献加算と明細書発行体制等加算は1回にカウントされています。財団法人労災保険情報センターに確認するとカウントしなくていいとの回答でした。どの様にすればいいですか。(現在、再診 (夜間・早朝等) 加算50×1、地域医療貢献加算3×1、と明細書発行体制等加算1×1、を算定の場合2回と印字されています。)	アフターケアレセプト再診欄回数記載修正 再診料算定時に時間外加算又は休日加算又は深夜加算と地域医療貢献加算又は明細書発行体制等加算の算定がある場合、再診欄の回数記載が2回となっていましたので1回となるよう修正しました。	H22.8.26
25	kk 22669	前期高齢者 (1割) で月の途中で東京都の公費82 (大気汚染) 患者負担無しの公費を持った入院患者のレセプト負担金額記載が違うということで問合せがありました。 療養の給付) 請求点 負担金額 保険 54711点 54710円 (33820円) (1) 33819点 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 (33820円) の記載にするように指導がありましたので確認をお願いします。	東京都地方公費 "282" に関わるレセプト一部負担金記載対応 (入・外) (「後期高齢単独」と「後期高齢 + "282"」の保険組み合わせ使用時) (「国保前期高齢単独」と「国保前期高齢 + "282"」の保険組み合わせ使用時) 例) 入院 国保前期高齢 1割 (33820) (33820) 保険 54711 54710 → 44400 公費 1 33819	H22.8.26

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	お電話でのお問い合わせ 8月5日 - 特定入院基本料他医受診 (選定)	算定入院料が特定入院基本料で選定入院料の期間に外泊へ5 (他医療機関受診30%減算) を入力しますとレセプト作成処理でエラーとなります。ご確認いただけますでしょうか。	他医受診に関する修正 対応 (平成 22年 4月 ~) 1 . 特定入院基本料で選定入院時に他医受診 (外泊 "5 ") を入力した場合、レセ処理の摘要欄編集で '診療行為コードが範囲外です' とメッセージが出て、レセ処理が止まってしまう不具合がありましたので修正しました。 2 . 特定入院基本料で選定入院時に他医受診 (外泊 "4 ") を入力した場合の負担金計算・レセプト・レセ電 会計カードの対応を行いました。 計算式 : $789 - (789 \times 0.7) = 236.7$ → (1点未満四捨五入) 237点 3 . 退院登録 退院時仮計算 定期請求 入院レセプト作成の処理時に他医受診のチェック (例 : 一般入院料算定時に "4 " の入力されている等) を追加しました。エラーの場合は、確認メッセージを表示します。	H22.8.26
27		入院中の点滴注射、中心静脈注射について診療行為画面より回数 2回以上の入力 (例 130003810 * 2) を行われた場合にレセプトの '30 注射' 欄、摘要 欄は回数 1回分として記載され、療養の給付 欄の請求点数は 2回分の点数が記載され、点数の差異が発生する不具合がありました。 回数 2回以上入力の '30 注射' 欄、摘要 欄記載を修正しました。		H22.8.26

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
28	support 20100708-020	入院で社保 + 51公費で公費の負担額が円単位が四捨五入される件で、43請求管理で見てもらったところ、一部負担金も80円と四捨五入された金額でした。	70歳未満現物給付に関わる入院レセプト記載修正 (高額療養費計算の合算対象外である全国公費が対象) 公費負担医療に患者が負担すべき額があり、公費負担医療に係る3割分が21000円以上の場合は、高額療養費計算の合算対象となりますが、合算対象外の場合、保険欄一部負担金再掲欄と公費欄一部負担金欄について、1円単位で記載するよう修正しました。 合算対象外の場合 1.公費負担医療に患者が負担すべき額があり、公費負担医療に係る3割分が21000円未満の場合 2.公費負担医療に患者が負担すべき額がない場合 (例) 主保険単独と主保険 + 51で、51は上限あり 	

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
30	request 20100617-004	打ち分けをし入力した場合ですが、レセプトの療養の給付の記載でしたらFDデータの負担区分コードは「2」「3」になるのではないのでしょうか。 「4」「3」になっておりますが、「4」「3」の場合は療養の給付の記載が違うのではないのでしょうか。 返戻の対象になっております。	地方公費に関する全国公費併用分のレセ電負担区分記録対応 全国公費併用分のレセ電負担区分記録について、システム管理 2010「全国公費併用分請求点集計」の設定項目を追加する事により、地方公費をおとした「値」での記録を可能としました。 システム管理 2010「全国公費併用分請求点集計」のコンボ内に設定項目を追加しました。 3 集計しない【負担区分対応】 4 集計しない(請求点が0点となる場合は除く)【負担区分対応】 (例) 国保 + 51 + 地方公費、国保 + 地方公費で診療行為入力した場合 (1) 全国公費併用分請求点集計 の設定 「2」の場合 ・国保 + 51 + 地方公費の診療分 → 負担区分 4 ・国保 + 地方公費の診療分 → 負担区分 3 (2) 全国公費併用分請求点集計 の設定 「4」の場合 ・国保 + 51 + 地方公費の診療分 → 負担区分 2 ・国保 + 地方公費の診療分 → 負担区分 3	H22.9.28
31	kk 23129	国保 + 母負担有 (保険番号390) で登録した場合、保険請求は公費限度未満であれば、国保単独請求になるかと存じます。 外来レセプトHにしましては単独請求になるのですが、(レセプトHには公費番号等は記載されません。) 入院レセプトHに関しては併用請求になってしまいます。(レセプトHに公費番号、負担金額が記載されます。)	福岡県地方公費入院レセプト対応 保険番号マスタの<入院>日上限額設定がある地方公費全般で、一部負担金が日上限額未満の場合、レセプト記載しないように対応しました。 (保険番号マスタのレセプト記載設定が「1」の場合)	H22.9.28

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
32		労災入院レセの他医受診時の摘要欄記載修正 1.3倍又は1.01倍の対象となる加算が4つ以上ある場合に摘要欄記載が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (点数計算は正しく行われています。) (例) 9/11～入院 有床診療所入院基本料 1を算定 9/15に外泊 "5"を入力 下記の加算あり 90* 入院基本料減算 (他医受診) 夜間緊急体制確保加算 医師配置加算 2 看護配置加算 2 夜間看護配置加算 2 労災 (2週間以内) (1.3倍) ← 記載されてなかった 15日 ← "		H22.9.28
33	ncp 20100915-017	特定入院料の「精神科救急入院料 2」を8月から算定するようになったが、紙レセプトの「92特定入院料 その他」欄に文字が何も印字されません。 「精神科救急入院料 1」を算定している別の病棟では「精救」が印字されます。 オンライン請求を行っているのですが、問題ないでしょうか。	精神科救急入院料 2を算定時にレセプト 92 特定入院料 その他 欄に入院料の略称が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H22.9.28
34	request 20100925-005	【R98】明細書「生活保護・中国残留法人等まとめ入力」とタイトルバーに表示されていますが、「中国残留邦人？」ではありませんか？もしそうなら訂正をお願いします。	画面のタイトルに誤りがありましたので修正しました。	H22.10.27

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
35	support 20101110-004	先ほど問合せしました件の画面を送付します。 内服薬がレセプトの点数欄と適用欄が 8点の差異になっています。 10/25 ペレックス配合顆粒 3g 2x4 が適用欄に記載されていません。	内服薬剤逡減に関するレセプト摘要欄編集修正 下記例の場合に正しく摘要欄編集が行われていませんでしたので修正しました。 < 1日目 > .210 620002478 1 クレストール錠 5m g 620001904 1*14 エピスタ錠 60m g .210 610462010 1*14 タケプロンOD錠 15 15m g .210 610421335 3 ガスモチン錠 5m g 621977801 3*14 カルタンOD錠 500m g .210 620005090 3 ブラダロン錠 200m g 612320274 3*14 ミラドル錠 50 50m g .210 620004014 2*14 ニフェジピンCR錠 10m g サワイ .210 620003486 2*14 ベシケア錠 5m g .210 611170513 2*14 デパス錠 0.5m g .210 620160301 3*5 ペレックス配合顆粒 < 2日目 > デパス錠 0.5m gまでは同じ .210 620160301 3*4 ペレックス配合顆粒 この場合、1日目と2日目とがまとまってしまう、かつ、ペレックス配合顆粒の剤回数が "5" となっていました。 修正後は、1日目と2日目とがまとまりません。	H22.11.25

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
36	kk 23967	千葉県の医療機関様での神戸市自立支援医療制度の使用につきまして。 神戸市役所様より自立支援医療制度の資料をいただきましたのでお送りいたします。 対象患者 国保 自立支援医療受給者証 (市助成区分 :C1) 神戸市役所のご担当者様ともお話いたしました。他都道府県であっても患者一部負担金、窓口請求金額は制度に則って、保険請求・患者請求を行うとの事です。 償還払いなどは行っていないとの事でした。 大阪府や京都府などでもご使用されているとの事です。 よろしければ神戸市の自立支援法市助成を他都道府県にて使用できるようご対応いただきたいと思います。 神戸市自立支援法市助成について 今回の場合、1日600円まで、1月2回まで1200円を上限として算定する。 レセプトでの請求となり一部負担金には1200円 (上限に達して) を記載する。 公費請求書等はなし。 千葉県国保連合会 自立支援の制度となるので受給者証の請求方法 (上限金額) に則って請求を行う事。 ORCAでの登録 神戸市自立支援法市助成 (100 自立支援) の地方公費を登録し、患者登録にて「100 自立支援」を選択し登録。 (1) 入外上限額に「999999」を登録 当月診療にて2回受診 1回目 700点 600円 2回目 800点 600円 レセプト一部負担金 1500円 (2) 入外上限額に「1200」を登録 当月診療にて2回受診	神戸市地方公費千葉県対応 神戸市用 (100、200) の公費を千葉県の医療機関で使用した場合のレセプト対応 自立支援医療 + 神戸市用 (100、200) の保険組合を使用した場合、レセプトの自立支援医療の一部負担額欄に神戸市用 (100、200) の負担金額を記載する。 < 注意事項 > 神戸市の方については、神戸市用の自立支援の受給者証しか所持されていませんが、自立支援医療と神戸市用 (100又は200) の公費を登録して下さい。 又、所得者情報で、自立支援医療の入外上限額は必ず「9999999」、他一部負担累計「0」と入力して下さい。 生活保護の方については、入外上限額を「0」として下さい。(その場合、神戸市用 (100、200) の公費登録は不要です。) 1回目 700点 600円 2回目 800点 500円 レセプト一部負担金 1200円 (3) 入外上限額に「1200」を登録し、調整金にて対応 当月診療にて2回受診 1回目 700点 600円 2回目 800点 500円 + 調整金 100円 = 600円 レセプト一部負担金 1200円 千葉県地方公費 p12-chiba4.5.0ver06	H22.11.25

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「床」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
3		今年度開発項目 一般病棟看護必要度評価加算のシステム管理設定 休日リハビリテーション提供体制加算のシステム管理設定 についてパッチ対応を行いました。 「一般病棟看護必要度評価加算」、休日リハビリテーション提供体制加算」について、システム管理「5001 病棟管理情報」に算定有無の設定を可能としました。 有効期間が平成22年4月1日以降の病棟において設定が可能です。 「2 算定する」と設定した後に入院登録、異動処理(転科、転棟、転室)を実施されると入院会計に当該加算が算定されます。		H22.8.26
4		システム管理 [5000 医療機関情報 - 入院基本] の医療機関入院基本情報設定画面について、画面左下の入院加算情報のチェックボックスが画面定義体(W24.glade)の問題でmonsiajで表示されない不具合がありましたので修正しました。		H22.8.26

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		システム管理「5002 病室管理情報」にて一般病棟など無菌治療室管理加算の算定可能な病棟の病室を選択し、無菌治療室管理加算の設定を「2 算定する」として登録した場合、再度同じ病室を選択した時に画面の表示が「1 算定しない」となる不具合がありましたので修正しました。 画面表示の不具合であり、データは「2 算定する」で登録されています。		H22.10.27

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
2		点数マスタリストの診療行為について、CSV出力したデータに不要なカラムが2つありましたので削除しました。 医療機関番号,診療行為コード,有効開始年月日,【不要】,有効終了年月日,~省略~,上限回数,通則年齢,下限年齢,【不要】,上限年齢,検査実施グループ,~省略 ↓ 医療機関番号,診療行為コード,有効開始年月日,有効終了年月日,~省略~,~省略~,上限回数,通則年齢,下限年齢,上限年齢,検査実施グループ,~省略		H22.11.25

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
2	ncp 20100909-037	電子カルテシステムより、診療行為の同日再診 (12008350) を設定して日レセに送信すると日レセ側で、明細書発行体制等加算 (12015770) が自動付加されない。 補足 : ちなみに再診 (12015770) の場合は自動付加されます。	CLAIMの送信内容が同日再診料の時、診療行為展開した時に地域医療貢献加算・明細書発行体制等加算の自動算定をしていません。 当初より中途終了データ展開で同日再診料の時は診察料の再編集をしていない為です。 同日再診料は他科受診等へ変更となる可能性がある為にそのまま展開しています。 改正で地域医療貢献加算等が追加されましたので、CLAIMからのデータの時のみ、同日再診料でも診察料の再編集を行うように修正しました。	H22.9.28
3	support 20101019-004	claim:bundleのitemの制限が20MAXだと思っていましたがbundle数も20なのですね。了解しました。 ところで、bundle数のカウントはどのような風に行われているのでしょうか？ どうしても20個目は取り込めないようですが。。。 19個目で切れますね。 添付ファイルはbundle数をちょうど20個にしておりますが最後の1個は取り込めません。	病名取り込みを20->50に変更したときの考慮もれが原因でしたので修正しました。	H22.10.27

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
11	ncp 20100622-009	最新のプログラム更新とマスタ更新後に入院診療費明細書を印字した所室料差額の合計欄に金額が記載されなくなりました	入院の診療費明細書で室料差額の点数 (単価) と合計が表示されませんでした。正しく編集するように修正しました。	H22.6.29
12	6/30 電話問合せ お薬手帳 印字	お薬手帳1ページ目の最終行にかかる薬剤について、薬剤名が次ページに印字されませんとのお問合せがありました。	お薬手帳で1つの薬剤が複数頁にわたる場合に数量や日数部分が頁に置き換わる現象がありましたので修正しました。	H22.7.16

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	support 20100706-031	標準帳票 : 入院患者通算日数一覧表の91日以上の日付に誤りがあるとの問い合わせがありました。 91日以上の日付が合わない患者様は1名で該当の患者様の入院登録、入院照会を確認し、入院日数を計算したところ入院会計照会の、91日以上は正しく表示されていました。	入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)で91日以上の日付を求める際の通算日数の計算に誤りがあり、通算日数の対象となる過去の入院歴に特定入院料を算定している日がある時にその日が通算日数の計算から漏れていましたので修正しました。	H22.7.16
14	お電話でのお問い合わせ 8月5日 - ORCHC03V04 保険適用外金額	診療費請求書兼領収書の保険適用外金額に計上される金額がORCHC03V04で請求額へは計上されていますが他に計上されていません。 どこかに計上することはできないでしょうか。	診療費請求書兼領収書に保険適用外金額が表示されていませんでしたので、自費金額に集計して表示するように修正しました。 また、A4版診療費明細書の下部に出力しています留意事項のコメントをA5版診療費請求書兼領収書にも出力するようにしました。	H22.8.26
15	nep 20100728-006	診療費明細書の記載内容についてお聞きます。 単位コードのない薬剤の場合、数量が印字されません。 診療費明細書のプログラム名 ORCHC04 ORCHC03V04 単位コードのない薬剤コード 620007706 ドレニゾンテープ 4μg/ cm ² 0.3m g7.5cm × 10cm 点数マスタで単位コードを設定すると数量は印字されましたが、基本的に設定変更してはいけない部分だと思います。 単位コードがなくても、診療費明細書に数量が印字されるようになりますか？	診療費明細書で単位コードのない薬剤の数量を編集していませんでした。また、単位コードのない器材は数量が1以上の時のみ編集していました。 薬剤、器材は単位コードがなくても数量を編集するように修正しました。 ただし、内服逡減などのコード(点数 = ゼロ または 点数識別 = 1、2以外)は数量編集しません。	H22.8.26

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	support 20100809-009	医療機関様より、社会保険支払基金の名称が変わったので、光ディスク等送付書」の名称を「北海道社会保険診療報酬支払基金」から「社会保険診療報酬支払基金北海道支部」へ変更して欲しいと連絡がありました。	支払基金の支部名称変更に伴い、下記の帳票へ記載する基金名を修正しました。 光ディスク等送付書」 出産育児一時金等代理申請・受取請求書 (専用請求書) 集計票」(紙媒体用) 出産育児一時金等代理申請・受取請求書 送付書」(電子媒体用)	H22.8.26
17	support 20100804-014	処方せんにQRコードが印字されません。 薬剤、用法等の1つを削除しますと印字されますが上限があるのでしょうか。	入力データ(処方箋CSV)が一定以上のサイズ(かな漢字のみでは1800文字程度)になるとQRコードが出力されないことがわかりました。日レセで使用しているQRコードの規格上の上限はかな漢字のみで3600字程度です。 QRコードでは入力データを圧縮符号化して格納するため、入力データの字種(数字、英数字、かな漢字)の割合やパターンによってQRコードに格納できる文字数が異なります。	H22.8.26
18	nep 20100812-004	月次統計の指定診療行為件数調にて5月分の病棟別の栄養管理実施加算の算定件数を出力したのですが、5月12日に2階病棟から3階病棟へ転棟された患者様が2階病棟の帳票では11日まで「1」が記載されているのですが、3階病棟の帳票では1日～31日まで「1」が記載されており、1日～11日まで集計が重なっています。 他の入院時の加算で確認した所、手入力で算定する項目はこのような二重に集計されることはありませんでしたが、自動算定される加算が二重に集計されているようです。 二重に集計されない為にはどのようにすれば宜しいのでしょうか？	指定診療行為別件数調で処理区分を病棟別とし入院会計内の診療行為コードを指定すると転棟後の件数が転棟前の件数と重複して集計されていたので修正しました。	H22.8.26

帳票

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	support 20100811-011	ORCHC30、COMMENT2= 1 また 2 を設定して、薬剤情報を発行する際に、薬剤の用法なしの薬情が、薬剤 + 用法なし以前に入力された薬剤 + 用法ありの薬剤数量と用法なしの薬剤数量が同じ場合に、用法なしの薬剤に用法ありの用法が勝手に印字されますので、数量が同じでも用法が出ない様に対応をお願いします。 (入力例 外用の用法未入力) 内服 ソラナックス 0.4mg錠 2錠 1日 2回 昼食後及び就寝前 30日分 外用 オルベスコ 200μg インヘラー 56吸入用 11.2mg/3.3g 2キット 薬情のオルベスコの用法に 昼:1キット 夜:1キット 全 2キット と印字される。	薬剤情報提供書のプログラムオプションで服用時点数量の編集 (TIMESURYOU) が 0 以外かつ用法割合コードの編集 (COMENT2) が 0 以外と設定している場合、数量が同じで用法コードを付加していない薬剤の用法欄に直上の薬剤の用法が表示されていたので修正しました。	H22.8.26
20	ncp 20100817-009	Ver.4.5.0 から追加された機能の「不均等投与の薬剤情報対応」についてです。 薬剤情報に投与した全量が記載されますが、不均等投与で次の条件の場合、全量が正しく記載されません。 条件 ・1910 プログラムオプション プログラム名 :ORCHC30 or ORCHC31 オプション内容 :TIMESURYO=1 ・21 診療行為 不均等投与。 1回分の用量が少数点以下 2桁以上になる服用時点がある。 下記の用量割合コード順 (→) で、1つ目の数量が小数点以下 2桁以上でない。 099200011 朝 099200012 昼 099200013 夕 099200014 寝 099200015 起	薬剤情報提供書のプログラムオプションで服用時点数量の編集 (TIMESURYOU) が 0 以外かつ用法割合コードの編集 (COMENT2) が 0 以外と設定している場合、用法に起床時があれば他の服用時点の後に起床時が表示されていたので修正しました。	H22.8.26

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
21		薬剤情報提供書のプログラムオプションで服用時点数量の編集 (TIMESURYOU) が 0 以外の場合、最初の服用時点では整数または小数点以下 1 桁以内で投与を行い次の服用時点では小数点以下 2 桁以上で投与を行った場合、全数量が最初の服用時点の数量 × 日数となっていましたので修正しました。		H22.8.26
22	support 20100830-031	収納日報(外来) ORCBD010 でお伺いしたいのですが自費保険で 625 点 請求額 6250 円 頭金として 1000 円のみ入金 未集金額 5250 円 後日保険(後期高齢 1 割)をお持ちになったので診療画面より保険訂正、 収納より返金処理 -370 円の返金 訂正日の収納日報(外来)のあがり方が 今回請求額 入金額 (内今回入金額) 今回未収額 -5.620 -370 (-1.370) -4.250 となります。 合計表の欄では 自費欄 (内今回請求額計 -2.000) となっています。 収納日報と合計表の (内今回入金額) と 「今回未収額」 の計算方法を 教えていただけますでしょうか。	前回未収額がある収納に後日返金が発生した場合の返金日の収納日報について、今回入金額にその返金額を含めていませんでしたので、含めるよう修正しました。 問い合わせの事例では、収納日報は以下のように編集を行います。 前回未収額 5250 円 今回請求額 - 5620 円 入金額 - 370 円 (内今回入金額 - 370 円) 今回未収額 - 5250 円 (内訳) < 自費 > 前回未収額 5250 円 今回請求額 - 6250 円 入金額 - 1000 円 (内今回入金額 - 1000 円) 今回未収額 - 5250 円 < 後期 > 前回未収額 0 円 今回請求額 630 円 入金額 630 円 (内今回入金額 630 円) 今回未収額 0 円	H22.9.28

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
23	ncp 20100913-029	上記様式の下方部の診療報酬点数による計算できないものの「診療書料・入院室料差額等」欄は「診断書料・〃」で「療」ではなく「断」かと思えます。 変更いただけますでしょうか。	公務災害の様式第6号の帳票の文字が「診断書料・入院室料差額等」でなく「診療書料・入院室料差額等」となっていましたので修正しました。	H22.9.28
24	orca-biz 03637	処方せんの使用期間欄にある文言「特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。」の「4日以内」という文字を大きくしました。		H22.10.27
25	support 20101008-025	月次統計の会計カードについて、下記条件で入力した場合に、表示がおかしくなる現象がありましたので、ご連絡致します。 <条件> ・労災保険で入院中 ・労災での自費分の入力はありません。 ・労災外の診療があり健保での入力をしている(自費分も) ・「21診療行為」に入力する順番が同日で労災保険での入力を先にし、その後、健保で自費の分の入力をしている ・「21診療行為」の表示では、日付(1)「労災保険、日付(1)1「健保(添付した資料では、健保に自費分のマスタ「病衣 096*****」が入力されています。) ・「52月次統計」の会計カードの設定で、保険区分を「0」又は「9」にしている	報告された条件に該当する場合、処理対象外(健保)の保険の剤が処理対象の保険(労災)に編集される不具合がありましたので修正しました。	H22.10.27
26	ncp 20101021-015	外来カルテ(ORCHC01)についてご報告させていただきます。 日レセをVer4.5.0にバージョンアップ以降、外来カルテのプログラムオプション【(3)病名の入外区分】を「NYUGAIKBN=1」に設定しカルテ発行を行いましたが、入院の病名が記載されました。 なお、Ver4.4.0で同様の入力、カルテ発行をしましたが、こちらは問題ありませんでした。 プログラムオプションの設定はNYUGAIKBNのみ1で他は0となっております。	ver.4.5.0の外来カルテの病名編集で、プログラムオプションをNYUGAIKBN=1と設定しても、入院の病名が編集されていました。正しく編集するように修正しました。	H22.10.27

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
27		月次統計の下記 2 帳票について、テスト患者が処理対象となっていましたので、対象から外すように修正しました。 ・入院患者通算日数一覧表(ORCBG004) ・長期入院対象患者一覧表(ORCBG005)		H22.11.25
28	support 20101111-009	選定入院対象の方で、定期請求を行った際に領収書と明細書が発行されますが、領収書の入院料の保険適用外の欄に22,528円の金額があがってきておりまして、明細書には、給付外の選定入院料自己負担額のところの点数のところに11,261円とあがってきて、日・回は空欄で合計は0円になってしまいます。 通常は領収書と同じく22,528円があがってこなければならないかと思いますが、入力の問題なのか、プログラムの不具合なのか調査をお願い出来れば幸いです。	入院の診療費明細書に選定入院料自己負担額の編集を行う際に、回数と合計が共に0で計上されていたので、回数を1とし、合計には単価の金額を編集するように修正しました。 また、別の不具合で選定入院料自己負担額の計算を消費税ありとし、システム管理「1001 医療機関情報」の消費税端数区分に「1円未満四捨五入」が設定されている場合、選定入院料自己負担額が2分の1の金額で編集される不具合がありましたので、これも併せて修正しました。	H22.11.25
29		点数マスタリストのレセプト添付資料用薬剤の帳票IDが間違っていましたので修正しました。		H22.11.25

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
14		「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱の一部改正について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.7.16
15		平成22年7月中国地方豪雨による被災に関する診療報酬の請求等の取扱い等について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.8.26

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
16	お電話でのお問い合わせ 9月8日 - 広島県減免	広島県のユーザ様で、以前より免除に該当していた方で今回の中国地方豪雨のために免除になったわけではないということです。該当の都道府県の場合はレセ電で免除の方の請求は出来ないのでしょうか。	平成22年7月中国地方豪雨 対応 (広島県、山口県) の修正 該当都道府県において、災害該当でなく、962減免等の公費登録を行っていた方も災害該当としての取り扱いになっていましたので、以下の方法で対応する事としました。 (1)保険番号マスタ追加 (マスタ更新により登録) 959 (災害該当) (2)患者登録 災害該当の場合、959を公費に登録します。 (3)保険組み合わせ 959は保険組み合わせに含めません。 (4)レセプト等の処理において、災害該当の判断を959で行います。	H22.9.28
17		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。	インフルエンザの判定条件について見直しを行いました。新規医薬品、病名の追加を行いました。	H22.10.27
18		鹿児島県奄美市等における局地的大雨」の対応を行いました。別途資料がありますので参照してください。		H22.11.25
19		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。	インフルエンザの判定条件について見直しを行いました。該当しない病名の削除を行いました。	H22.11.25