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ことがありました。 ver4.5.0でミドルウエ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
2	support 20110316-004	先ほどお問合せいたしました受付エラーについて 下記状態で発生致しました。 受付(未会計) :56名 受付(会計済) :77名	受付で患者番号を入力して患者を表示後、受付一覧の選択番号を入力してENTERを押下せずに登録をした時、受付最大IDが患者IDに置き換わっていました。 このため、患者IDが大きい場合は、受付IDが最大値を超えてしまい登録できなくなっていました。 登録時に選択番号の患者番号と受付の患者番号が一致しない時はエラーとするようにしました。	H23.3.28
3	3/29　電話問合せ　受付	(U02)受付画面から氏名を簡易入力して受付を登録後、現在の予約・受付状況から対象患者を選択し、患者登録画面より新患登録をおこない受付画 面に戻ると、患者氏名が変更後の氏名で表示されません。	受付をした新規患者を選択して患者登録へ遷移し新規患者を登録した時、受付の氏名が患者登録した氏名に変更されていませんでしたので、更新するように修正しました。	H23.3.30
4	support 20110509-015	受付一覧にて患者番号、氏名登録がされていないデータが登録されているとのことで、お問合せをいただきました。 どのような状況下において、一覧に登録されるのか、調査を希望されています。	受付で患者番号に"＊"を入力後、ENTERを押下せずに「受付完了」をクリックした時、患者氏名が空白のまま受付登録を行っていました。 受付をせずに患者登録画面へ遷移するように修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5		平成23年3月28日提供パッチの11 受付、番号 2、管理番号 support20110316-004の修正で、受付登録前に選択番号のチェックを追加しましたが、CLAIM送信画面を表示する場合、エラーメッセージの表示をしませんでした。そのまま元の画面に戻っていましたので、エラーメッセージを表示するように修正しました。 また、患者情報未登録の新規患者の受付を行った時にもCLAIM送信を行っていましたので、患者番号のない時はCLAIM送信を行わないようにしました。		H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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 ①016　育成医療の公費の種類で栃木県対応 ②016　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 ③016　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。 レセ電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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20100817-008	80歳で『34130021（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です。 この集計先の変更は可能でしょうか？	高齢非該当対応 70歳以上で、「高齢受給者証」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（高齢非該当） (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、高齢非該当（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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10		患者登録で公費の保険番号マスタの期間変更によって有効期間変更を自動で行う時にエラーが発生することがありました。 複数の公費の期間変更が同時に発生し、前の公費が期間変更で新しい期間での追加を行った後に続けて期間終了となる公費の終了日のみ変更した場合に、前の公費の新しい期間が再度登録されていました。 このため、公費の期間重複エラーとなっていました。 正しく登録を行うように修正しました。		H22.12.21
11	ncp 20110118-015	国保と精神通院と特定負無（水俣病）の併用の患者さんです。 国保連合会に問い合わせをしましたところ 「この患者さんは、国保+精神通院+特定負無の併用で請求して下さい」 レセプト下の療養の給付欄に以下のように印字して下さい 一番上の欄に請求点数 公費①欄（精神通院）に上記と同点数の請求点数と一部負担額（上限額） 公費②欄（特定負無）に上記と同点数の請求点数と一部負担金（0円） という回答でした。 ORCAでは、国保+精神通院と、国保+特定負無の二つの組み合わせで国保+精神通院+特定負無の保険組み合わせができません。	水俣公費（特定疾患）について主保険＋精神通院＋特定疾患の保険組合せ作成を可能としました。対象となる負担者番号は以下のとおりです。 ・新潟県　51153013　51153021　51153039 ・新潟市　51153047 ・熊本県　51433019　51433035　51433043 （51433027は過去既対応済み） ・鹿児島県　51463016　51463024　51463032	H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	ncp 20110317-015	「低所得情報が登録できないときがある」というお問合せがございました。 検証いたしましたところ、有効期間が主保険＜地方公費の場合におきるようです。 有効期間が主保険＜地方公費の場合、所得者情報から低所得者 2に情報をいれ、更新、登録すると 警告！地方公費単独の保険組合せがあります」という警告が表示されます。 警告を 閉じる」と基本情報画面に戻るのですが 低所 2」というフラグが表示されません。 確認のため、所得者情報を開くと更新したはずの低所得情報は空欄となっています。 「低所 2」が表示されていない事を無視して 登録」し、再度患者を呼び出した場合には 低所 2」とフラグが立ち、所得者情報にも更新された情報が残っています。 不具合だと思われますが、現象のご確認をお願いできますでしょうか。	患者登録で所得者情報を入力し、所得者情報タブ画面を表示したまま登録を押下した時、他タブ画面の公費単独の警告メッセージが表示された場合に、再度、所得者情報タブ画面を表示すると入力した所得者情報が反映されていませんでした。 正しく登録を行うように修正しました。	H23.3.28
13	request 20110323-003	Ubutu版ORCA ver4.5.0にて 12登録画面の保険組合せ履歴の ［未］・［済］の表示が切れてしまっているので、改善していただきたい。	修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

１３ 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20100326-026	Ver４．５．０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。①DBデータ整理（vacuum full）、②DBダンプデータのリストア、③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、ご報告させて頂きます。 検索条件〉 ①2010年5月1日～2010年5月31日　リューブリン注射用キット3.75 3.75mg(640432016) ②2010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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

１３ 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	ncp 20110308-023	monsiajを使用している医療機関様からの問合せで、社内で調べたところ不具合と思われる現象がありましたので、調査をお願いできないでしょうか？ ■ 現象 患者照会で検索後、CSV出力ボタンをクリックし、以下の内容を入力後OKボタンをクリックするとファイルの保存先ダイアログが表示されず、「クライアント保存画面」が表示され、クライアント保存が出来ない。 ＝出力指示画面の入力内容＝ 出力ファイル名 :/tmp/a.csv ファイル出力先 :クライアント保存 文字コード:S-Jis ■ 補足 /tmp フォルダに出来る「****.wk」ファイルをみると「a.csv.wksv.wk」のようなファイル名になっています。 （前のファイル名のゴミが残っているように思います。） 以前作ったファイル名の最大文字数以上のファイル名で作成するとクライアント保存する事が出来ます。	患者照会業務および入院患者照会業務よりクライアント保存を2回続けて行い、2回目に指定した出力ファイル名の文字数が1回目の時よりも短くなる場合にクライアント保存が正しく行われない不具合がありましたので、これを修正しました。 （不具合が発生する例） 1回目　出力ファイル名 /tmp/abc.csv 2回目　出力ファイル名 /tmp/ab.csv （クライアント保存できない）	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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＋（840×400/100）＋（840×80/100）＝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＋（840×300/100）＋（840×80/100）＝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に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）×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）×１％になるよう修正お願いいたします。	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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20100315-009	医療機関様からDo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Do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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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ましたので正しく展開するように修正しました。	H22.4.9

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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日以上の警告メッセージが表示されませんとのお問合せがございました。	新設の脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）の開始日から180日以上などの期間チェックを行っていませんでした。 また、早期リハビリテーション加算を新設されたリハビリテーション料に算定した時、リハビリテーション開始日を算定していても、発症日なしの警告を表示していました。 正しくチェックを行うように修正しました。	H22.4.9
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、 ①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 ②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【6004 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）を行うと、再度、警告チェックを行います。	H22.4.14

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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、MRIの乳幼児加算の点数計算で月2回目からの逓減の場合、乳幼児加算を逓減した点数ではなく、逓減しない点数で計算していました。逓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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	お電話でのお問い合わせ 4月16日－中途終了F7キー	診療行為の中途終了の確認画面でキーボードでF7キーを押下しても操作ができません。 ご確認いただけますでしょうか。	外来の診療行為の中途終了時の確認画面で、F7 薬情・手帳、F10 全部 のキーが、F10、F11と設定してありました。 正しいキーで処理を行うように修正しました。	H22.4.19
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逓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Do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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20		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、在宅料を剤を変えて同時に入力した場合、重複エラーとなり算定できませんでした。 入院では、指導料、在宅料で同じコードの同時重複チェックを行わないようにしました。	H22.5.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23		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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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, MRIの月 2回目の逓減の自動発生を行っていませんでした。 CT、MRIの逓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①及び②の欄は0円になるようにお願い致します。	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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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、戻ってからも確認メッセージを表示しない場合もありました。 他画面へ遷移する前に確認メッセージを表示するように修正しました。	H22.6.15
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せんでした。 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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・細胞診断料の入力ができません。 また、細胞診断料の算定判定を区分番号で行っていましたので、細胞診（婦人科材料等）も算定可能な検査となっていました。判定に検査等実施判断グループ区分を追加して、細胞診（婦人科材料等）では算定エラーとしました。		H22.6.15
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「*/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ましたので正しく表示するように修正しました。	H22.6.15

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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」になってしまいます。 マスタ更新も行っており、最新の状態にしてあります。	患者毎の発行区分が設定されていない時、明細書発行区分の初期表示がシステム管理の請求書兼領収書の区分となっていました。 正しく設定するように修正しました。	H22.6.16
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逓減	公害で4月以降CT、MRI撮影の2回目以降の逓減がされません。 ご確認いただけますでしょうか。	公害保険で、CT、MRIの月2回目からの逓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レアージ加算を入力しますと院内トレ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（13011570）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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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名だけが表示されないです。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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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：算定するにし、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つ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でしょうか？	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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47	support 20101129-024	運動器リハビリテーションの月単位数のチェックについてですが、同会計内で『運動器リハビリテーション（2）』を1単位（13単位目／月）、『運動器リハビリテーション（3）』を1単位（14単位目／月）で算定した場合、【警告！運動器リハビリ発症日から150日以上です。】というメッセージはでますが、【月13単位を超えました】というメッセージはでません。 ためしに、『運動器リハビリテーション（2）』を2単位で入力してみると、【警告！運動器リハビリ発症日から150日以上です。月13単位を超えました】というメッセージがでます。 同会計内での入力になるのですが、これは仕様でしょうか？	当月がリハビリ開始日より150日以上経過している場合で運動器リハビリテーション料（2）、運動器リハビリテーション料（3）を同時に入力し、最初に入力した運動器リハビリテーション料（2）が13単位になった時、次に入力した運動器リハビリテーション料（3）で14単位になりますが、警告メッセージに「月13単位を超えました」と表示しませんでした。 正しく表示するように修正しました。	H22.12.21
48	request 20101203-002	生化学的検査?で入院中の患者について算定した場合は初回に限り20点を加算できますが、現在のORCAの動きは以下になっているようです。 ?入院初日、初診料のみ算定 ○次の日に訂正で診療行為を引っ張り、「検査まとめ」ボタンを押下して検査を入力　→初回加算つかない ○日付のみを入力したい日にして「検査まとめ」ボタンを押下して検査を入力　→初回加算つく ?最初に10項目以下で入力（追加入力ではじめて10項目を超える場合） ○診療訂正で昨日の診療行為を引っ張り「検査まとめ」ボタンを押下して入力　→初回加算つかない ○日付のみを入力したい日付にして「検査まとめ」ボタンを押下して入力→初回加算つかない ?　診療行為で10項目以上の検査を入力後、登録ボタンを押下すると初回加算が二重丸でついている。この状態で「戻る」ボタンを押下して検査項目を10項目以下にしても（たとえば1項目にしても）初回加算は消えないので二重丸の所で削除するしかない。 上記?の2番目と?の初回加算がつかないパターンでも自動算定するようにできないか。また、?のパターンでは初回加算を自動で算定しないようにできないか病院様より要望が出ております。	入院診療行為で生化学的検査の入院時初回加算を自動算定する時、一度、登録をクリックして入院時初回加算を自動算定した後で、再び診療行為画面に戻り、検査を削除して10項目以下とした場合でも入院時初回加算が自動算定することがありました。 削除した検査が剤の最後の検査でない場合に不具合が発生していました。 正しく自動算定するように修正しました。	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	ncp 20101222-017	自費0円設定の入力を、今までは金額を入力しないで診療行為を登録していたようです。 後から訂正で確認しても自費金額は0円になっていたのに、プログラム更新後、訂正で確認すると1円が自動的に入力されてしまうということです。	21日提供のパッチにより、CLAIM展開で数量を自費金額へ展開するように修正しましたが、CLAIM以外でも自費金額をゼロ円で登録した時、展開時に数量を金額に編集していました。 CLAIM以外では自費金額をゼロのまま展開するように修正しました。 CLAIM展開では、数量＝1の場合は金額編集しないようにしました。	H22.12.24
50	kk 24532	長崎県こども家庭課様より 長崎県乳幼児医療費助成制度規模拡大に関する資料 を入手致しました。 平成23年4月1日施行	長崎県地方公費対応（平成23年4月診療～） 壱岐市・五島市の3歳未満乳幼児対応 壱岐市・五島市の方が壱岐市・五島市の医療機関で入院及び外来を受診した場合は保険番号280を使用して下さい。 外来の”時間外”の場合は、診療行為で”099409907”（特定公費）時間外受診）の入力を行ないます。 このコードの入力があった場合を”時間外”とみなし、(2)の計算を行います。 ＜医療費部分の患者負担＞ (1)入院及び外来の時間内・・患者負担なし (2)外来の時間外・・・日上限800円、月上限1600円の患者負担あり ※点数マスタ 099409907（特定公費）時間外受診）のマスタ更新データを提供しています。	H23.3.28
51	3/7 電話問合せ 月跨り 入院調剤料	1月31日に処方回数を*31で登録した場合、2月は28日までの日付となりますが、2月29日、30日に入院調剤料の回数フラグが登録され、実日数が30日となってしまいますとのお問合せがありました。	入院調剤料の自動算定で、1月の投薬分から2月の調剤料を算定する時に1月末に29日以上の投薬があった場合、2月30日など2月末日より後も回数を設定していました。2月末日までの算定とするように修正しました。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	お電話でのお問い合わせ 3月4日－セット登録	行為セット入力画面で、セットコードとセット名のみでセット内容を入力せずに登録をした場合についてです。 登録後にP等で検索した場合表示されません。 行為セット入力画面でセットコードを入力しますとセットコードが存在します。修正をしますか？と確認メッセージが表示されます。 この状態で削除ボタンを押下しますと削除してよろしいですか？とメッセージが表示されOKで処理が終了しますが再度先ほどのセットコードを入力しますとセットコードが削除されておりません。 セット内容を登録してから削除することは可能ですが内容入力していないと検索、削除出来ないのでしょうか。	セット登録で明細がなくてもセットコードのみ登録できていましたので、明細がない時は登録できないようにチェックを追加しました。 なお、セットコードのみ登録されている場合はセットの削除はできません。	H23.3.28
53	3/22 電話問合せ 特記 施設 再診料ダミー	以下の順番で登録した場合の再診料ダミー登録可否の動作について 1.最終来院日から初診までの期間（月数） 2」 2.算定履歴から初診ダミー（099110001）をH22.9.17で登録 3.特記事項タブから「9施」を H22.9」で登録。 4.H23.3.22診療日で展開すると、（最終来院日から2ヶ月以上経過しているため）初診ダミーが自動算定される。 5.上記4の状態から、初診ダミーをクリアし、再診ダミーに置き換える。 ↓ 「初診算定日がありません。初診算定日を登録してください。」となり、初診算定日を登録しないと、診療行為入力画面を登録することはできません。 --上記5までの動作は通常ですが、以下からの動作についてご確認ください。 6.上記4の状態から、初診ダミーをクリアし、再診料（112007410）を入力直後、入力した再診料をクリアボタンで削除し、再診ダミーに置き換えます。 上記の状態にすると、診療行為入力画面を登録できます。	診療行為で施設入居等で診察料を初診料ダミーで自動発生した時、移行後最初の入力の場合に再診料ダミーへ手入力で変更できませんでした。 初診算定日の設定があれば、受診履歴がなくても再診料ダミーの算定を可能としました。 また、施設入居等で初診料・再診料ダミーが自動発生した時は、初診・再診の変更を .11 .12 で行うことができるようにしました。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	kk 24386	2010-11-25 パッチ提供（第19回）を確認して要望いたします。 新規のORCA導入のお客様（提案実施中）で下記の内容と同等の対応依頼をいただきました。 内容は同じなのですが、公費番号が違うので対応可能か確認いたします。 対象公費 143 78 母（父）子家庭等医療費 母子社国 145 72 こども医療費 子社国 146 70 重度心身障害者（児）医療費 障害社国 このうち国保＋公費の方が対象になり自己負担0円になります。 社保、国保組合の場合は80100+@を越える金額が患者負担となります。 □対応範囲：入退院登録 □管理番号：kk23979 □問い合わせ（不具合）及び改善内容	群馬県地方公費負担計算対応（平成23年4月診療分～） （70歳未満かつ"社保又は国保組合"である場合を対象とする。） (1)主保険＋（145、245、146、246、143、243）の保険組み合わせの場合、かつ、限度額認定証（上位所得者）がある場合 80100＋@（高額4回目以降該当は44400）を超える金額を患者負担とし窓口請求する。 【50000＋@（3400）又は 負担割合計算額】と 【80100＋@（44400）】を比較し、金額を計算する。 例1）請求点数55555点 主保険 3割 150000＋（55550－500000）×0.01）＝150556円 80100＋（55550－267000）×0.01）＝82986円 150556－82986＝67570円（患者負担） 例2）請求点数35555点 主保険 3割 35555点×10円×3割＝106665円（四捨五入）106670円 80100＋（55550－267000）×0.01）＝80986円 106670－80986＝25684円（患者負担） (2)主保険＋（145、245、146、246、143、243）の保険組み合わせの場合、かつ、限度額認定証がない場合 80100＋@を超える金額を患者負担とし窓口請求する。 【負担割合計算額】と【80100＋@】を比較し、金額を計算する。 所得者情報参照し、低所得者である場合は 【負担割合計算額】と【5400】を比較し、金額を計算する。 例1）請求点数35555点 主保険 3割 所得区分：一般 35555点×10円×3割＝106665円（四捨五入）106670円 80100＋（55550－267000）×0.01）＝80986円 106670－80986＝25684円（患者負担） 例2）請求点数35555点 主保険 3割 所得区分：低所得 35555点×10円×3割＝106665円（四捨五入）106670円 106670－35400＝71270円（患者負担）	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	kk 24681	山梨県の公費「41老人」と「51特定疾患」を併用される患者さまの件です。 医療機関さまで「51特定疾患」を第1公費、「41老人」を第2公費として請求したところ返戻になられたそうです。 返戻理由は公費の優先順位誤りとのことでした。 山梨県国保連合会様に確認いたしましたところ、こちらの公費2つを併用されてう場合に限り「41老人」を優先するという規定になっているとのことでした。 「41老人」で1割ないし2割負担の医療給付を行った後、残りの負担分を「51特定疾患」にて扱います。 作成される保険組み合わせではどれを選択しても「51特定疾患」が第1公費となってしまいます。 どのように入力したらよいのでしょうか？	山梨県地方公費対応（41＋51対応） 41老人と（051又は091）を併用する場合の対応を行いました。 51より41老人を優先させて、負担金計算及びレセプト記載を行います。 ※主保険＋41老人＋（051又は091）の保険組み合わせを作成可能とする。 ※上記保険組み合わせを使用し、診療行為入力を行う事。 （注）主保険＋（051又は091）＋41老人の保険組み合わせを使用した場合、51優先の負担金計算となる。 ※レセプト記載順を ・第1公費　41老人 ・第2公費　051又は091 とする。	H23.3.28
56	kk 24824	福島県いわき市において平成23年4月より医療費助成の制度が変更されることになりましたので、ご連絡させて頂きます。 変更内容の詳細は添付資料をご確認頂きたいのですが、現時点では主に以下の2点となるようです。 ・子どもの医療費助成の上限を従来の小学校入学前から小学校3年生までに拡大し、窓口負担分の請求書・明細書は従来の乳幼児のものとは分離 ・医療費請求明細書に番号の附与が必要となる（従来の乳幼児も該当） 今回の制度改正はORCAサポートセンタ様から既にご提供頂いている乳幼児医療費の明細書の様式変更を含んでおりますので、内容をご確認の上、ご対応願います。	福島県いわき市地方公費対応 保険番号（445、545）について 下記内容で負担金計算を行うよう対応しました。 ア）医療費患者負担（入外） 21，000円未満の場合、患者負担無し 21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い） イ）入院時食事負担 21，000円未満の場合、患者負担無し 21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い）	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	ncp 20110323-006	入院の診療行為入力画面で自費をまとめて入力する際の自費の金額の表示がおかしくなるとのことで医療機関様から問合せがありました。 自費　095******コードを使い、095000001　おむつ代500円を 4.6.16.20.25日を入力する方法として、医療機関様の方でこのような入力方法をしたそうです。 【診療行為入力-入院診療行為入力画面】 入力コード　名称　　回数　計 095000001　おむつ代500円　　×1　500 */4　　4日分 */6　　6日分 */16　　16日分 */20　　20日分 */25　　25日分 マニュアルの入力方法ではありませんが登録できるようになっています。 診療行為確認画面ではこのように表示されます。 【診療行為入力-診療行為確認画面】 .950　保険外（消費税なし） おむつ代500円　　500円 1×1　1000円 1×1　1000円 1×1　1000円 1×1　1000円 1×1　1000円 実際は全て500円になるはずですが、1000円で表示されます。計算は問題なく2500円で計算されています。 この入力方法で自費が4つまでの場合はちゃんと500円で表示しますが、自費が5つ目を入力すると、1000円表示に切り変わってしまいます。	入院の診療行為確認画面の表示で、自費コードの日付指定行が剤の5行目以降に入力されていた時、表示する自費金額が正しくありませんでした。正しい金額を表示するように修正しました。	H23.3.28
58	ncp 20110325-004	建設連合国保組合によると『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律又は障害者自立支援法の規定による医療に係る一部負担金は特別な理由のない限り生じることはありません』となっていましたが平成23年3月末受診分で廃止となるようです。	建設連合国保組合（233064）＋021（精神通院）又は 010（感37の2）の患者窓口負担計算修正 平成23年4月診療分から窓口負担（一部負担金）が発生するように修正しました。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
59	法定外給付 全国板金業	全国板金業（33280）について、感染症・精神通院の患者自己負担なしは23年3月で廃止。 4月からは感染症5%、精神通院10%の自己負担とのことです。 （組合のHPに掲載されていなかったため、保険者に直接確認済み。） また上記にともない、下記URLの他の組合においても同様の取り扱いとなるのか、中央会に照会しましたところ、現時点では全国板金業のみ変更とのことです。 http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/kokuho/kh02iryou/kh02-02.htm	全国板金業国保組合（133280）＋021（精神通院）又は010（感37の2）の患者窓口負担計算修正 平成23年4月診療分から窓口負担（一部負担金）が発生するように修正しました。	H23.4.25
60	ncp 20110413-005	感37の2と生活保護の方 75歳の患者様で会計は、感37の2+生活保護で最終的にはするのですが処方せんにそれぞれの負担者番号を記載し別々に印刷する為に感37の2の公費を選び登録しています 70歳以上の患者様ですと 1027　老人の保険割合が設定されていません。保険を登録し直して下さい。 エラーになり登録出来ません 70歳以下の方は同じ操作をしても登録可能です 968 後期該当を登録してみましたがダメでした 登録出来る様にするにはどのような操作をしたらよろしいでしょうか	前期高齢者で感37の2の公費のみの保険組合せで診療行為入力ができませんでした。 前期高齢者・後期高齢者で公費のみで診療行為入力可能な公費に、"010(感37の2)"、"024(療養介護)"、"030(心神喪失)"、"079(障害児施設)"を追加しました。	H23.4.25
61	ncp 20110421-007	勝手に診療日の日付が前日になり診療行為が登録される現象が月に数回の頻度で発生しています。 操作は，受付画面から患者を選択後，診療行為画面に移動し，DO検索で処方を複数選択し診療行為を入力後，登録，会計をしており，印刷された領収書を確認すると診療日が前日になっていました。 その操作の間のシステムログ（mlog ON）を確認したところ，環境設定から日付を変更，診療行為画面の診療日の変更をしたといった形跡はまったく見られませんでした。 また，前後の患者は正常です。	診療行為で訂正で展開中に受付画面へ遷移し、受付済みの別患者を選択して診療行為画面へ遷移した時、受付遷移前の訂正の診療日のままでした。 患者番号を変更した時は、診療日をシステム日付に変更するように修正しました。 この時、受付で訂正中と同じ患者を選択した時は、診療行為へ遷移しても、受付遷移前の訂正中となります。 訂正を解除して、再度、受付一覧から選択して下さい。 なお、入院も同様に修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
62	support 20110428-016	23日 .210 薬剤Ａ 2錠 810000001　(0.5, 0.5, 1) 薬剤Ｂ 2錠 810000001　(1, 0.5, 0.5) 【日3回毎食後】×7 28日 .210 薬剤Ａ 2錠 810000001　(1, 0.5, 0.5) 薬剤Ｂ 2錠 810000001　(1, 0.5, 0.5) 【日3回毎食後】×7 と入力した場合、28日の薬剤Aのフリーコメントを「(1, 0.5, 0.5)」と入力しているにも関わらず登録すると「(0.5, 0.5, 1)」に戻ってしまします。	同一剤の判定で変更後に同じ内容のコードが複数あり、変更前に同じ内容のコードが1件しかなくても同一剤として判定している場合がありましたので修正しました。	H23.5.26
63	ncp 20110428-011	自賠責保険にて診療行為を入力し、診療行為確認画面にてプレビューを見ると、従来様式と新様式と2種類でるところが従来様式のみの表示しかされていません。原因がわからない状態です。 3件ありますが、すべて続紙があるものです。 それ以外では正常に表示されます。設定・登録等に問題があるのでしょうか？	自賠責のリアルタイムプレビュー時に、従来様式と新様式の2種類出るところが従来様式のみの表示しか行われない場合がありましたので修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
64	orca-forms 10952	保険別診療点数　月計表」診療行為区分集計表　保険別」基本台帳保険別」という帳票を使用してみました。この帳票での記載について2点ご質問いたします。 ①労災・自倍にて使用するマスタ「09591＊＊＊＊」「09592＊＊＊＊」「09593＊＊＊＊」「09594＊＊＊＊」にて作成したコードを診区「800」で入力すると、保険の医療収益の計には記載されても項目欄にはどこにも記載されていません。 ②また，このコードを自費の「950」で入力すると項目欄には円記載ではなく点数記載となり、その点数のまま医療収益の計に記載されています。 <例>「800」で入力すると2000　医療収益2000 「950」で入力すると200　医療収益 200 差額1800 となります。	診療行為で自賠責で診断書料（09591XXXXX）などを"80 その他"で入力した後、前の行に.950か960を追加して保険外に変更した場合、診断書料コードの金額が点数のままでした。また、負担金額も発生していました。 正しい金額を表示するように修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		誕生日より前の日付で診療開始日が入力可能でしたのでチェックするようにしました。		H23.2.24

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		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日ーー一部入金取消	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で入金額欄に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。 空白の状態で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で入金額欄に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
3	ncp 20100712-007	領収書の再発行について問い合わせさせて頂きます。 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枚にならないとのお問い合わせがありました。 1枚で出したいので2枚になっては困る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ほし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じよう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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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」について教えて下さい。 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「3 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
6	request 20101027-005	収納処理が遅いので早くして下さいとの内容です。	収納業務－S02請求一覧画面にてコラムリストの表示する際の検索条件を見直しレスポンスの改善を図りました。	H22.12.21
7	4/21 収納登録一括入金画面 入金方法	1041入金方法情報にて、入金方法コードが6つ以上登録されている場合、収納登録一括入金画面の入金方法の設定内容が正しく表示されないようです。	正しく表示するように修正しました。	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		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	support 20101207-019	入院中の患者で、11/18に手術と同日に点滴を行っております。点滴手技料は自動発生しないので算定していないのですが、会計照会で他の剤を修正しようとするとエラー情報「点滴手技料が算定できる日があります。」が表示されるようです。エラー情報を閉じると画面左下に赤字で「点滴未算定：18」と表示されます。	会計照会で入院の点滴手技料未算定チェックで、手術料の剤の前に手術料のない手術薬剤・器材だけの剤があった場合、点滴手技料算定可能となっていました。 正しくチェックを行うように修正しました。	H22.12.21
4	ncp 20101221-009	現在Ubuntuの検証をさせて頂いておりますが会計照会画面のカレンダー部分表示について確認させて頂きます。 会計照会の診療行為名称欄が広くなった分、カレンダー表示が5日位までしか表示されません。 etchだと25日位まで表示されていましたが5日までですと全体が見えないため不便かと思います。 名称欄を手動で狭くすればある程度表示されますが固定されないためもう一度立ち上げなおした場合元に戻ってしまいます。	修正を行いました。 現状のglclient2の動作として、コラムリストの項目幅はユーザーが任意で変えない限り、表示している項目の最大幅に自動調整されます。 今回のケースでは名称下に表示している線の幅で調整されていました。	H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	ncp 20110506-004	H23.3月から労災で入院しています。H23.3.30に内服薬7日間の処方があり、その処方に関してのみ社保にて算定しています。 H23.4月分の医保の入院のレセは入院調剤料7点×5日分の35点となります。 そのレセプトに会計照会からコメントを入力しようとしたところ、保険組み合わせが労災しか表示されません。 社保の有効期間はH22.11から9999です。 これはどういった原因が考えられるでしょうか。	コメント入力で診療年月がシステム日付より前の時、自動発生した入院調剤料の剤のみ算定している保険組合せがリストの対象外となっていました。 受診履歴の存在する保険組合せのみ対象としていましたので、入院は受診履歴がなくても診療会計が存在すれば保険組合せを対象とするように修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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、【31入退院登録】から4月以降に「入院登録」若しくは、4月 1日で 転科 転棟 転室」の作業を行っても日数を90日を区切りとして計算してきます。 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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	31入退院登録で、退院登録を行った場合、前回までの未収額（青字）や前回までの過入額（赤字）があがってくるのはどういった場合でしょうか？ 期請求を行っており、「5010定期請求情報」の設定は、 1期 10 Ⅱ期 20 Ⅲ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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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 ①【5000 医療機関情報－入院基本】 負担計算＝3.病棟別に設定 ②【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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	kk 23222	埼玉県鴻巣市役所子育て支援課より 平成２３年１月診療分よりこども医療費、ひとり親、重度心身障害がレセプトでの併用請求になる旨、ご連絡を頂き、レセコン設定依頼が御座いました。 対象者は、上記３公費の満15歳に達する日の年度末までの患者様の場合とのことで、月の上限21000円未満となるそうです。	埼玉県鴻巣市地方公費対応（平成２３年１月診療～） こども（３８１）、障害（３７２）、ひとり親（３７３） 満１５歳に達する年度末までの者が現物給付の対象 (1)負担計算 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） (2)食事負担計算 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） (3)レセプト 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	H22.12.21
16	お電話でのお問い合わせ２月４日－救急・在宅等支援療養病床初期加算	療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算についてです。 再入院（継続入院）で初歴の入院では一般病棟のみで再入院の際に療養病棟で救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定するとしたときには初歴の入院日から起算して14日のみ加算を自動発生してきます。 再入院の際に一般病棟で入院登録し、後日異動処理で療養病棟に変更し救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定するにした場合は療養病棟に転棟した日から起算して14日加算を自動発生します。 再入院時に療養病棟に入院した場合は、入院起算日より14日を限度とし療養病棟以外の入院日も含まれるのでしょうか。 愛知県基金に確認したところ上記の場合でも転棟した日と同じ扱いで今回入院日より14日限度で算定できるとの回答だったとのことです。	救急・在宅等支援療養病床初期加算について、継続入院による再入院（初回入院：一般病棟　継続の再入院：療養病棟）の場合に加算算定の起算日を再入院日とするよう修正しました。また、一般病棟から療養病棟への転棟した場合についても、異動日を加算の起算日とするよう修正しました。	H23.2.24
17	ncp 20110323-002	療養病棟に入院で、医療安全対策加算2をシス管5000で設定している場合になりますが、3/15に入院登録（救急・在宅等支援療養病床初期加算を「2.算定する」） →3/20退院登録後退院取消をした場合、3/21に医療安全対策加算2のフラグが立ち、救急・在宅等支援療養病床初期加算が21日から残日数のフラグが戻らないという現象が発生しています。	療養病床の入院患者について退院取消しを行った場合の通算日数算定に不具合があり、日数上限のある加算について退院取消し後の会計が正しく作成できない不具合がありましたので修正しました。 併せて、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」についても退院取消し時に正しく会計が作成できるよう修正しました。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	support 20110401-028	介護病棟から一般病棟へ急性増悪で再入院した場合、30日間は新規患者と同様の取り扱いとなるため、急性期看護補助加算についても算定できるものと思われますが、会計テーブルに作成されません。 上記転科転棟転室をおこなうと、急性期看護補助加算が作成されるのですが、現状の動作について、ご確認いただけますと幸いです。	入院登録で「介護からの異動」欄を「2 急性増悪により」選択し継続入院とした場合に、入院料加算（例：急性期看護補助体制加算）の算定可能日数の計算が初回入院からの通算としていたので、継続入院についても初回入院と同様に加算を算定可能とするよう修正しました。	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	ncp 20110506-012	更生＋長期の患者様の請求及びレセプトについて質問があり社内で検証を行いましたが、解決方法が分からないためご教授頂けたら助かります。 ■ 患者情報 後期高齢、更生、長期を持っており、更生の上限が5000円です。 また、低所得1を持っています。 入退院を同月に2回されており、2回目の退院後外来にかかっています。 1回目入院：4/5～4/11 2回目入院：4/19～4/22 外来が、25日、27日 ■ 収納情報 1. 1回目の入院で、 後期＋更生＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 4850円。 後期＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 5150円。 2. 2回目の入院で、 後期＋更生＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 0円。 後期＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 0円。 3. 25日の外来で、 後期＋更生＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 150円。 4. 27日の外来で、 後期＋更生＋長期の保険組合せで、公費一部負担額が 0円。 ■ 現象 ａ 収納情報の「2」の後期＋更生＋長期の保険組合せで、0円なのに「3」の後期＋更生＋長期の保険組合せで、150円があがる。これを0円にする方法はありますでしょうか？ 患者様からの請求金額が合計10150円になる。） ｂ 収納情報の「1」「2」のみを登録した状態で、レセプトを作成すると入院レセプトの公費負担金額の欄に5000円とあがるのですが、「3」の外来のデータを登録後に、再度入院レセプトを作成し確認すると4850円になってしまいます。 これを5000円にする方法はありますでしょうか？	マル長併用時の計算修正 例）入院 後期高齢 1割、１５更正（上限５０００円）、９７２マル長 入退院が同月に2回有り、2回目の退院後外来有り 1回目入院：4/5～4/11 ・後期＋更生＋長期 点数４８５０点 公費一部負担4850円 ・後期＋長期　　点数６０００点 公費一部負担5150円 2回目入院：4/19～4/22 ・後期＋更生＋長期 点数６０００点 公費一部負担0円 ・後期＋長期　　点数６０００点　公費一部負担0円 外来25日 ・後期＋更生＋長期 点数１０００点 公費一部負担150円 ※外来２５日　公費一部負担150円　→　0円　となるよう修正しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20100406-070	【32 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。	(141)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
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日以上の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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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「101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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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できないでしょうか?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
3	ncp 20110104-019	Etch 4.4.0からEtch 4.5.0へバージョンアップ後に、入院患者照会の検索時間が大幅に遅くなったと、複数の医療機関から問合せがあり、社内にていくつかの対応方法で検証を行いましたが、改善されませんでしたので、対応方法などをご教授頂ければ幸いです。 ■ 現象（1医療機関からの情報を抜粋） 「36.入院患者照会」で、以下の条件で検索した場合、検索時間が大幅に遅くなった。 条件１:病棟＝3病棟（8病棟のうちの1つを指定） 条件２:状態＝入院中（または、「当月在院」） 4.4.0 Etchの時の検索時間:約１０秒 4.5.0 Etchの時の検索時間：約5分	入院患者照会業務の検索処理で使用する入院患者照会ビュー(view_i001)を修正し、レスポンスの改善を図りました。	H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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。	（2010-004）データチェックエラー内容確認画面のコラムリストの改ページ判定に不具合があり、確認項目コンボボックスに「全て」を選択した場合でデータチェック時に「薬剤と病名」と「診療行為と病名」以外のエラーがあった場合に、本来コラムリストに表示されるべきエラーが200件以上ある場合でも200件未満しか表示されない不具合がありましたので修正しました。	H22.3.19
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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	ncp 20100630-015	データチェックの件でお問い合わせさせて頂きます。 下記のように2日分入力しました。 620002500 0.2　アスベリン散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　フェノバール散10% 620008771 0.1*5　レスタミンAコーワ散10% 点数マスタにて、620000465　フェノバール散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【フェノバール散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？ フェノバール散10%は、10回だと思うのですが。	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「1　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 ①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。 ②確認画面にて「（F10）プレビュー」を押下します。 ③プレビュー画面後、画面を閉じます。 ④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。 ⑤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・診療行為の登録を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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	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
6	ncp 20101222-016	公立医療機関のため統計目的等により、全ての診療行為入力時に「0085～」「0086～」から始まるコメントコードを入力しておられる医療機関様で 例「平日：8：30－18：30」「平日：19：00－22：00」「土曜：13：00－18：00」「土曜：19：00－22：00」「休日：8：30－18：30」「休日：19：00－22：00」、「緊急」「急患」「普患」等。 全ての患者について診療行為入力時に上記例のコメントを必ず手動入力されているため、コメントの入力もれがないようデータチェックを1週間単位で行っていました。 データチェックの内容は「診療行為どうしの算定もれ」で「診察料（初診や再診、初診（特例）等」が入力されているのに、上記「例」のコメントが入力されていない場合エラーとする、と設定していましたが、診察料とコメントが入力されているにもかかわらず、すべての患者がエラーとして出てくるようになってしまいました。チェックがかからないと印刷しての点検はできないため、大変困ります。以前のようにチェックをかけるためにはどのようにすればよいでしょうか？	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が、チェックマスタを使ったチェックについては対象とするように修正しました。	H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	support 20110129-004	データチェックにて「9. 診療行為と病名」のみ、または「10. 薬剤と併用禁忌」のみのチェックをおこなっても薬剤と病名のチェック結果と同じになる。 検証結果 1）ユーザ環境では再現する。印刷結果の左上は「確認項目：診療行為と病名」または「確認項目：薬剤と併用禁忌」なのに、結果は「薬剤と病名」と同じである。 2）同じデータを当社環境に持ってくる。 パッチは「第18回　平成22年10月27日まで → 再現しない 3）プログラム更新を行い、「第23回　平成23年1月27日」まで パッチをあてる → 再現する 前月までこの現象の指摘がなかったことから、「第23回　平成23年1月27日」のデータチェックのパッチの問題のようにも思います。	第23回パッチの修正に不具合がありましたので修正しました。	H23.2.1

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20100217-017	支払基金より同月入院のレセプト記載で2回目の入退院日しか記載されていない為返戻になりますと連絡があり、今後はこのような 事の無い様にときつく言われたとの事。 H22.1.19～H22.1.19（日帰り入院） H22.1.26～H22.1.26（日帰り入院） と同月に入退院がありました。 レセ電で請求した所、入退院履歴がH22.1.26～H22.1.26の2回目しか記載されてなく1回目のH22.1.19～H22.1.19がないので返戻されます。 紙レセプトでは正しく記載されていますがレセ電データでは、1回目のデータが無い様です。	同月に継続しない入退院が複数ある場合のレセ電の記録方法を修正しました。	H22.3.19
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です。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剤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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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したので修正しました。 （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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	support 20100310-020	医療機関様でオンラインで送信した際にエラーが表示されました。エラーの内容は点数の誤りでしたが、何が誤りなのかは記載されていませんでした。一度紙レセプトを発行し点数を確認したところ、左側の投薬「21内服薬剤」の点数欄と右側に投薬のみの摘要欄の合計が違っていました。摘要欄に記載されていないのに、点数欄に何か点数が上がってしまったようです。弊社にて同様の入力を行うと、同様に点数に差がでます。	内服薬剤逓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 ブロプレス錠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 ブロプレス錠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でなんとか対応する必要があります。	山口県宇部市地方公費対応（平成２２年４月診療分～） 宇部こども（７８１） レセプト該当公費欄の一部負担金について、記載（記録）しないよう対応しました。	H22.4.19

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 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10μg/1mlの半分の量 ソルデム500ml ハロスミン1g×2 プリンペラン注射液10mg 0.5% 2ml半分の量 （残量廃棄） ブドウ糖注射液 50%20ml ********** ※オキサロール10μg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5μg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10μg/1mlの半分の量＜が消えて1アンプル ソルデム500ml ハロスミン1g×2＜＜これが何故か1g× 1に変更？され プリンペラン注射液10mg 0.5% 2ml半分の量 （残量廃棄） ブドウ糖注射液 50%20ml ********** 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	ncp 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。 ORCAVer.4.5.0の外来版マニュアル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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	ncp 20100430-038	「42:明細書」で「2 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、患者番号の表示とす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（SAINUM）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した。 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19		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"急性憎悪◇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"急性憎悪◇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は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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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（"0"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ゃいまして、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、下記のようになります。 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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けました。	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）で月の途中に東京都の公費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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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－（789×0.7）＝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”の入力がされている等）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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	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 （　80）　（　75） 保険　32981　80806　80801 公費1（051）　25　80　→　75	H22.9.28
29	お電話でのお問い合わせ 9月3日－点検用レセ回数表示	.148で在宅薬剤を入力しますと点検用レセプトに0× 1と表示されますが、薬剤の下にコメントを入力しますと0× 1が表示されなくなります。	在宅薬剤（院外処方）点検用レセ記載修正 .148 薬剤 コメント として診療行為入力を行った場合、点検用レセプトに”0×回数”の記載がされなかったので修正しました。 （例） ＊薬剤 　コメント　　0× 1	H22.9.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	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。 外来レセプトに関しましては単独請求になるのですが、（レセプトには公費番号等は記載されません。） 入院レセプトに関しては併用請求になってしまいます。（レセプトに公費番号、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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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。	内服薬剤逓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 5mg 620001904 1*14 エビスタ錠 60mg .210 610462010 1*14 タケプロンOD錠 15 15mg .210 610421335 3　　ガスモチン錠 5mg 621977801 3*14 カルタンOD錠 500mg .210 620005090 3　　ブラダロン錠 200mg 612320274 3*14 ミラドール錠 50 50mg .210 620004014 2*14 ニフェジピンCR錠 10mg「サワイ」 .210 620003486 2*14 ベシケア錠 5mg .210 611170513 2*14 デパス錠 0.5mg .210 620160301 3*5　ペレックス配合顆粒 ＜2日目＞ デパス錠 0.5mg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日目がまとまってしまい、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日目がまとまりません。	H22.11.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
36	kk 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が、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存じます。 ・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）の保険組合せを使用した場合、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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	ncp 20101203-009	レセプトを作成したところ、適用欄に一部の薬剤しか表記されていない患者がいました。 ある患者で11/1と11/15に以下の処方しています。 両日とも7種逓減しています。 ---------- ＃＃＃　保険：国保＋精神通院　＃＃＃ テトラミド錠１０ｍｇ　３錠 マーゲノール錠５０ｍｇ　３錠 ジェイゾロフト錠２５ｍｇ　３錠 パキシル錠１０ｍｇ　３錠　×　１４日分 マイスリー錠５ｍｇ　２錠 ソレントミン錠０．２５ｍｇ　１錠 ドラール錠１５　１５ｍｇ　１錠 エビリファイ錠６ｍｇ　１錠　×　１４日分 ＃＃＃　保険：国保　＃＃＃ ナウゼリン錠５　５ｍｇ　３錠　×　１４日分 ---------- プレビューで確認すると、左側の点数欄には点数が載ってきているようですが、摘要欄に「国保＋精神通院」で入力した薬剤が表示されてきません。	内服薬剤逓減に関するレセプト摘要欄編集修正 摘要欄記載が正しくされない不具合を修正しました。 （11月25日パッチ提供時の修正不備） 例）複数科保険入力 ---------- ＜協会＋精神通院＞ .210 テトラミド錠１０ｍｇ　３錠 マーゲノール錠５０ｍｇ　３錠 ジェイゾロフト錠２５ｍｇ　３錠 パキシル錠１０ｍｇ　３錠　×　１４ .210 マイスリー錠５ｍｇ　２錠 ソレントミン錠０．２５ｍｇ　１錠 ドラール錠１５　１５ｍｇ　１錠 エビリファイ錠６ｍｇ　１錠　×　１４ ＜協会＞ .210 ナウゼリン錠５　５ｍｇ　３錠　×　１４ ---------- ”協会＋精神通院”分が摘要欄に記載されなかったので、記載されるよう修正しました。	H22.12.3

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38	お電話でのお問い合わせ12月2日－注射薬レセプト表示	下記の様に入力を行いますと会計照会では別剤となりますがレセプトではまとまって表示されます。 1日目 .311 ノボリンR注　0.04 ノボリンR注　0.06 2日目 .311 ノボリンR注　0.02 ノボリンR注　0.08 2日目が0.03と0.07等では別剤となります。 1日目が0.4と0.6の場合2日目は0.2と0.8では別剤となりますが0.3と0.7の場合まとまってしまいます。	レセプト摘要欄編集（同一剤まとめ処理）の修正 下記例の場合、レセプト摘要欄において、1日目と2日目の剤がまとまって記載されていましたので、まとまらないように修正しました。 ＜1日目＞ .311 ノボリンR注 0.04 ノボリンR注 0.06 ＜2日目＞ .311 ノボリンR注 0.02 ノボリンR注 0.08	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	kk 23940	地方公費プログラム：p27osaka.4.5.0.ver01.tgz 大阪府国保連合会より、オンライン請求を行っている医療機関様に確認の連絡があったようです。 内容としては、後期高齢者＋51特定負有（外来上限額：2.750円）＋88助成を併用しているレセプトで、請求データの「公費給付対象外来一部負担金」に記録がないとのことでした。 返戻や減点になるわけではないようなのですが、H22.10診療分からはきちんと記録するようにとのことでした。 レセ電の手引きを確認したのですが、「公費給付対象外来一部負担金」は医療保険と公費負担医療の併用に係る一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付する場合に記録する、と記載されていました。 該当レセプトは分点にはならないので、記録は必要ないのでは？とお話しましたが、在宅時医学総合管理料を算定しているので公費レコードの「公費給付対象外来一部負担金」に記録が必要ですとの一点張りでした。 （国保連合会担当者いわく、公費①の公費給付対象外来一部負担金が8320、公費②の公費給付対象外来一部負担金が2750になるとのことです・・・。）	大阪府地方公費レセ記載（レセ電記録）対応（入外） （高齢者で主保険が"国保"又は"後期高齢"を対象とする。） 括弧再掲欄の記載（記録）対応 1）"主保険＋全国公費＋地方公費全般"の場合 2）"主保険＋全国公費＋地方公費全般"と"主保険＋地方公費全般"の場合 （例1）外来　後期高齢1割＋021（上限5000円）＋190 請求点5240点 （5240）（※1） （5000）（※2） 保険　5240　5240　5240 公費1　5000→5000 公費2　640　640 （※1）省略しない （※2）公費1一部負担金額（5000円）を記載（記録） （例2）外来　後期高齢1割＋091（上限0円）＋188 請求点　5240点 （5240）（※1） （　0）（※2） 保険　5240　5240　5240 公費1　→ 公費2　0　0 （※1）省略しない （※2）公費1一部負担金額（0円）を記載（記録） （例3）国保前期高齢1割＋051（上限2250円）＋188 請求点15000点 国保前期高齢1割＋188　請求点320点 （12000）　（12000） （320）　（2570）（※1） 保険　15320　12320　12320 公費1　15000　2250→　2250 公費2　15320　820　820 （※1）公費1一部負担金額（2250円）を加算し、記載（記録）	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40	support 20110118-019	レセプト左下の請求点数に対しての請求金額がまったく違うものを表示してしまっているようです。 添付画面コピーのプレビュー2の保健点数129,875点に対して、請求金額は122,970円と表示しています。 実際に社保からも金額が違うということで連絡があったようです。 ちなみに、こちらの患者様は特定疾患の公費を退院登録後に入れて、診療行為で保険変更後、再計算して、退院取り消し後、転科、転棟、転出で保険組み合わせを変更して、退院取り消しをしました。 入力の問題か、プログラムの問題かご教授頂ければ幸いです。	70歳未満現物給付（入院）のレセプト保険欄－一部負担金額記載修正 ”主保険＋全国公費（上限あり）”と ”主保険＋地方公費（レセプト記載しない地方公費）” の 2種類の保険組み合わせを使用した場合 例） 主保険（就学前 2割）＋051（上限18700円） 26974点 主保険（就学前 2割）＋地方公費（レセプト請求しない） 102901点 （53950）　（53950） 保険　129875　122970→ 125668 公費１　26974　18700　18700	H23.1.27
41		70歳未満現物給付（入院）のレセプト保険欄－一部負担金額記載修正 ”主保険＋全国公費（上限あり）”と ”主保険＋地方公費（レセプト記載しない地方公費）”と ”主保険単独” の 3種類の保険組み合わせを使用した場合 （例） 主保険（就学前 2割）＋051（上限18700円） 26974点 主保険（就学前 2割）＋地方公費（レセプト請求しない） 9156点 主保険（就学前 2割）単独 93745点 又は 主保険（就学前 2割）＋051（上限18700円） 26974点 主保険（就学前 2割）＋地方公費（レセプト請求しない） 93745点 主保険（就学前 2割）単独 9156点 下記のような記載となるよう修正しました。 （53950） 保険　129875　125668 公費１　26974　18700		H23.2.24

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	orca-red 16656	新潟県各地における連日の大雪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	災害に係る一部負担金減免対応（平成23年1月診療分～） 対応については資料を参照してください	H23.2.24
43	kk 24714	以下のファイル名の長崎県地域公費の設定について質問させていただきます。 ファイル名：p42-nagasaki.4.5.0.ver04.tgz 「長崎市福祉医療費助成制度に係る現物給付取扱マニュアル(平成22年12月1日診療から)』のP.16に公費「87」「15(上限5000円)」の対象者が受診し、一部負担金(1割)が、公費「15」の上限額及び福祉医療費「87」の自己負担額に達しなかった場合のレセプト例が記載されています。 下方に 「公費①へは、更生医療の自己負担額(点数×1を円単位)を、公費②へも、公費①と同額を記入」とありますが、現在のシステムでは10円単位で記載されてしまうようです。 その他のページを確認しても自立支援との3併の場合は1円単位で記載しなければならないようですが、どのように設定を行えば3併の場合は1円単位計算できますでしょうか。 社保もしくは国保の保険プラス重度身障害者「87」プラス更生医療「15」「16」「21」、は1円単位が正確な内容です。 それ以外に関しましては10円単位記載でよいようです。 その他の公費も関係ございません。	長崎県地方公費対応 (1)自立支援併用時用の保険番号"287"について 保険番号マスタの"レセプト記載"設定"1") 社保＋自立支援＋"287"の場合、"287"が助成対象外となる場合であっても、レセプト記載するよう対応しました。 ※国保＋自立支援＋"287"の場合、"287"が助成対象外となる場合は、レセプト記載しない。 例)協会＋15（上限5000円)＋"287" 1日目:500点、2日目:400点、3日目:300点の場合 (2)保険番号マスタの"レセプト記載"設定が"1"の地方公費について 例)後期高齢＋"187" 1日目:804点、2日目:804点　の場合、"187"がレセプト記載されていたので、記載されないよう修正しました。（助成対象外） ※1日目:805点、2日目:803点　の場合は、記載する。（助成対象）	H23.2.24
44	request 20100507-006	入院中の患者で他医療機関にて受診した、診療報酬を請求出来るようにして欲しいとの、ご要望がありました。 広島県支払基金に確認したところ、他医療機関受診分は、診区:80 S199000710(他)　【他医療機関請求合算点数】×1　にて 請求するようにとの事でした。 （歯科受診は、S199000810） オンライン請求を行っている医療機関様です。 今回、ORCAでは対応出来ない為、紙レセプトでの請求となりました。 医療機関様より、送球の対応を依頼されております。	3月1日に診療行為マスタを訂正し提供しましたので、マスタ更新で適用してください。 診療行為での入力方法は、 199000710 他医療機関請求合算点数 のように他医療機関請求合算点数を数量として入力します。	H23.2.24

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45		出産育児一時金直接支払制度に関わる修正 （特記事項（25出産）のレセプト記載（レセ電記録）） プログラムによる記載（記録）対象期間を平成23年3月診療分までとしていましたが期間を設けるのを止めました。		H23.3.28
46	kk 23389	支払基金より以下の指導を受けたと徳島県の医療機関様より連絡頂きました。 県内の引越しで乳幼児公費の負担者が変わった場合、古い方が第1公費、新しい方を第2公費の欄に記載して下さい。 弊社で確認致しましたところ、オルカでは新しい方が第1公費、古い方が第2公費に記載されていました。 明細書の記載要領には、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとすること。となっています。	徳島県地方公費レセプト記載順対応 地方公費 ”245”と”748”の公費登録があり、上記公費が月途中で変更になった場合（負担者番号等が変更となる場合）のレセプト記載順対応を行う。 （例）公費登録 245 平成22年4月　1日～平成23年3月15日 748 平成22年4月　1日～平成23年3月15日 245 平成23年3月16日～ 748 平成23年3月16日～ ※レセプト記載順を ・第1公費 変更前の245 ・第2公費 変更前の748 ・第3公費 変更後の245 ・第4公費 変更後の748 とする。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47	kk 24699	以下のファイル名の長崎県地域公費の設定について質問させていただきます。 ファイル名：p42-nagasaki.4.5.0.ver04.tgz 『長崎市福祉医療費助成制度に係る現物給付取扱マニュアル(平成22年12月1日診療から)』のP.16に公費「87」「15(上限5000円)」の対象者が受診し、一部負担金(1割)が、公費「15」の上限額及び福祉医療費「87」の自己負担額に達しなかった場合のレセプト例が記載されています。 下方に 「公費①へは、更生医療の自己負担額(点数×1を円単位)を、公費②へも、公費①と同額を記入」とありますが、現在のシステムでは10円単位で記載されてしまうようです。 その他のページを確認しても自立支援との3併の場合は1円単位で記載しなければならないようですが、どのように設定を行えば3併の場合は1円単位計算できますでしょうか。	長崎県地方公費対応 自立支援併用時用の保険番号（380、281、282）について （保険番号マスタの”レセプト記載”設定”1”） 社保＋自立支援＋（380、281、282）の場合 （380、281、282）が助成対象外となる場合であっても、レセプト記載するよう対応しました。 ※国保＋自立支援＋（380、281、282）の場合 （380、281、282）が助成対象外となる場合は、レセプト記載しない。 （例）協会＋15（上限5000円）＋281 1日目：500点、2日目：400点、3日目：300点の場合	H23.3.28
48		70歳未満現物給付（入院）のレセプト保険欄－一部負担金額記載修正 高額療養費が現物給付されていない場合は、保険欄－一部負担金額記載は不要であるが、高額療養費が現物給付されていない場合であっても、記載される不具合がありましたので修正しました。 分点がある場合で、合算した点数が（上位）50000点超（一般）26700点超（低所得）11800点超となる場合に記載対象となっていました。 （例）所得区分：一般 主保険単独　　9200点 主保険＋全国公費（上限あり）26329点 （例）所得区分：低所得 主保険単独　　1220点 主保険＋全国公費（上限あり）10945点		H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	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を以前、1円単位で記載するよう修正しましたが、10円単位で記載するよう再修正しました。 （※）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 ＜以前の修正＞ (80)　(75) 保険　32981　80806　80801 公費１（51）　25　80　→　75 ＜今回の修正＞ (80) 保険　32981　80806 公費１（51）　25　75	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50		各国保連様より通知のあるレセプト電算データの記号番号について システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」のレセ電ダブ画面に設定項目を新設しました。 記号と番号それぞれに区切り文字編集設定フラグと対象保険者設定フラグを追加し、レセプト作成時に設定に従い記号番号の区切り文字の変換または削除が行えます。 設定コンボで該当都道府県の仕様に合わせて設定を行ってください。 ・区切り文字編集設定フラグ 0 編集なし 1 「-」を全角ハイフンに変換 2 「-」を全角マイナスに変換 9 「-」を削除 ※ 「-」は区切り文字を表しています。 ・対象保険者設定フラグ 0 設定なし 1 県内保険者 2 県内保険者と県内扱い保険者 デフォルト設定はどちらも"0"とします。		H23.3.28
51	request 20100507-003	健保なし。 53 児童保護（3月 26日?4月 22日有効） 12 生活保護（4月 23日?有効） 受診日：4月 5日、12日（児童保護単独にて算定） 4月 23日（生活保護単独にて算定） ※施設を出られた為 23日より生活保護に変更になったとの事 上記患者様の 4月分レセプトを作成すると、児童保護と生活保護の併用レセプトとして作成されます。ユーザー様より、それぞれ単独レセプトとして分かれて作成されるべきでは？とのご質問を頂き支払基金に問い合わせたところ、併用レセプトでの提出ではないという解答を頂きました。 詳しくは福祉事務所へ問い合わせて下さいとの事でユーザー様より直接問い合わせて頂いたところ、やはり児童保護単独と生活保護単独 2枚に分けて提出するようにとの解答を頂いたという事です。	児童保護(53)とその他の公費を持ち同一診療月にそれぞれの公費で診療がある場合、児童保護(53)は公費単独レセプトとして作成します。また、月途中に児童保護(53)の負担者番号又は受給者番号が変更になった場合は、生活保護(12)と同様に公費単独レセプトとして作成します。 月途中で社保との併用から児童保護(53)単独となった場合についても、生活保護(12)と同様にレセプトを一枚にまとめ医保と公費併用レセプトとして作成します。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	kk 24794	新潟県公費の請求方法がH23.4月（5月提出分）より社保併用もレセプト請求へ変更になるようです。 マスタの設定変更の対応をお願い致します。 新潟県支払基金に確認した所、「H23.4月（5月提出分）からは月遅れ、返戻分含めてレセプト請求となります」と言われました。 今まで（H23.3月）までは、社保併用の場合、請求内訳書で請求していましたが、例えば、H23.3月の請求内訳書がH23.5月返戻されてきたら、支払基金へレセプト取下げ願いをだして、戻ってきたレセプトで月遅れ請求するようになるそうです。 診療報酬明細書等の請求事例（医療費助成事業関係）の資料がありましたのでご確認下さい。 http://www.ssk.or.jp/goannai/jigyonaiyo/chitan/jutaku/files/jutaku_06.pdf	新潟県地方公費レセ記載対応 社保（70歳未満現物給付、前期高齢者）＋新潟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）	H23.4.25
53	kk 24936	後期高齢者+北海道特定疾患（183）のレセプトの一部負担金表示額が四捨五入されて表示されてしまいます。 通常の診療行為を入力する分は問題なく四捨五入されずに表示されますが、特定施設入居時等医学総合管理料１（処方せんを交付）を入力すると四捨五入された数字が表示されます。	北海道地方公費（183）レセ記載修正 保険欄－一部負担金の記載がある場合は、公費欄－一部負担金の記載を10円単位で記載していましたが、1円単位で記載するよう修正しました。	H23.4.25
54	kk 24475	平成23年4月より奈良県福祉医療費助成制度の一部変更について資料を入手しましたので送付させて頂きます。	奈良県地方公費公費請求テーブル作成対応 （法別71（乳幼児、子ども）、法別81（障害）、法別91（母子）） 国保・後期高齢分について、レセプト請求に変更となりますが、今までと同様に国保・後期高齢分も”福祉医療自己負担額支払明細書”が必要な事から、レセプト記載と併せて公費請求テーブルの作成を行います。 留意事項 保険番号マスタのレセプト請求設定を”3”→”2”に変更する必要があります。	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	kk 25150	後期高齢(負担1割・低所得1)・51公費(負担有)・大阪府の87助成をお持ちの方の入院レセプトで、負担金額の記載について質問いたします。 後期高齢+87助成で入院登録をし、一部の薬剤のみ後期高齢+51公費+87助成で入力されました。レセプトでは以下の通り記載されます。 請求点：72298点 公費①の点数：126点 公費②の点数：72298点 負担金額が、以下の通り記載されます。 保険：(130) 15130 公費①130 公費②1000 この負担金額の保険についてですが、大阪府の国保連合会より15130ではなく15000と記載するよう連絡があったとのことです。 弊社より、大阪府国保連合会管理課に問合せをしたところ、75歳以上の場合、主保険単独の限度額(15000円)に、51公費の患者負担額(130円)は含めるので、患者負担額は15000円となるため、負担額の記載も15000円とするように、との回答を頂きました。 記載についての資料などは特にないとのことです。 こちらで入力を検証しましたが、やはり負担額には51公費の患者負担額を合算して記載されてしまいます。	大阪府地方公費レセ記載対応（後期高齢のみ） 下記例のような記載を行う。 【例1】入院 後期高齢（1割・低1）＋051（上限2250円）請求点 126点 後期高齢（1割・低1）＋188 請求点 72172点 ”後期高齢＋全国公費”と”後期高齢＋地方公費”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載 （ 130） （ 130） （15000） （14870） 保険　72298 15130　15000 ※1） 公費1　126　130 →　130 公費2 72172　1000　1000 ※1）括弧再掲（下）の金額）を”上限額 － 全国公費の一部負担金額”で計算するよう修正 15000円－130円＝14870円（括弧再掲（下）の金額） 130＋14870＝15000円（括弧再掲（上）（下）の合算金額） 【例2】入院 後期高齢（1割・低1）＋051（上限2250円）＋188 請求点 126点 後期高齢（1割・低1）＋188 請求点 72172点 ”後期高齢＋全国公費＋地方公費”と”後期高齢＋地方公費”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載 （ 130） （ 130） （15130） （15000） ※2） 公費1　126　130 →　130 公費2 72298　1000　1000 ※1）例1と同じ ※2）上記のような場合は、平成22年12月21日にパッチ対応をしたが、（括弧再掲（下）の金額）に全国公費の一部負担金額を加算して記載する。 14870＋130＝15000円	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56	4/7 電話問合せ 自賠責レセプト 傷病名欄	1.A病名 H23.4.1 2.B病名 H23.4.1 3.C病名 H23.4.1 4.D病名 H23.4.1 （編集病名） 5.E病名 H23.4.1 （編集病名） 病名登録での登録順が上記のようになっているとき、外来レセプトでは1～5の順番で傷病名が表示されますが、入院では4 → 5 → 1 ～3 という順番で表示されます。 入院においては、編集病名が先にソートされるのでしょうか。	自賠責の入院レセプトの傷病名の記載順が入院外レセプトと異なっていましたので修正しました。	H23.4.25
57	support 20110218-015	下記の件、70才未満で社保＋更正の中間所得層＋高額一般で登録月途中で更正の受給者番号のみ変更になっているとのことです。 現状の療養の給付欄の記載は 請求点 保険 529488点 負担金額 （113390） （94418） 207808円 （1） 359604点 113309円 （2） 169884点 0円 となっています。 （2）の負担金が0円となっていますが、保険欄への再掲は （2）169884点の80100円＋1%の94418円になっています。 保険者等変更ありませんがこの場合負担金欄は 保険 （113390） （16989） 130379円 （2） 16989円 窓口負担金も（1）分は一部負担金113309円になっておりますが （2）分は0円になっています。 こちらも16989円にはならないのでしょうか。 こちらの環境でもそれぞれで高額療養の対象となる場合に後半部分は0円となりました。	70歳未満現物給付の負担計算・レセプト記載対応 自立支援の中間所得者層（上限設定999999）の方で、月途中で自立支援の受給者証変更の場合 協会 H22.4.1 ～ 99999999 更正１ H22.4.1 ～ H23.4.17 （上限設定999999） 更正２ H23.4.18 ～ 99999999 （上限設定999999） 967 H22.4.1 ～ 99999999 入院 （H23.4.1 ～ H23.4.30） 入退院登録 協会＋更正１ 359604点 患者負担 113390円 → 113390円 協会＋更正２ 169884点 患者負担 0円 → 16989円 レセプト （113390） （113390） （94418） （16989） 保険 529488 207808 130379 公費１ 359604 113390 → 113390 公費２ 169884 0 16989	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
58	5/6　レセプト第3公費以降の記載順	第3公費以降のレセプト摘要欄記載順について、21と12の併用が5/1～5/5までの適用とし、21と12の受給者番号が5/6から変更となった場合、第3公費と第4公費の法別番号記載順が逆になってしまうようです。	公費が月途中で受給者番号等変更になった場合のレセプトの公費欄の記載順について、法別番号の中で変更前を先に記載するように修正しました。(全国公費のみ) 例)21と12の併用で月途中にどちらの受給者番号が変更になった場合 第一公費 :変更前の21 第二公費 :変更後の21 第三公費 :変更前の12 第四公費 :変更後の12	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表 ･公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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（IY）、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ましたので修正しました。		H22.5.27
4		「44 総括 ･公費請求書」のデータ取込で返戻ファイル(RECEIPTC.HEN)を社保分と国保分を同時にDB登録した場合、保存ファイル名の設定に誤りがあり更新エラーとなりましたので修正しました。		H22.12.21
5		出産育児一時金等代理申請 ･受取請求書を処理しcsvデータ作成後に「44 総括 ･公費請求書」で公費請求書の処理を行った場合、該当月のcsvデータを全て削除後に公費請求書の処理を行っていたため、出産育児一時金のcsvデータも削除していました。 公費個別による処理時は該当処理分のみ削除しています。 公費請求書の処理時に該当する処理のcsvデータのみ削除するように修正しました。		H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表 ･公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	kk 25057	愛媛県の請求に関する資料をお送り致します。 平成２３年５月請求分までにご対応をお願い致します。	愛媛県の地方公費のCSVデータの文字コードがUTF-8指定となりましたので対応しました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20110311-032	ORCAのバージョンアップを本日行ったところ、月次統計の頁で「次頁」を押下すると「入力エラー」表示され、次頁へ進めません。 帳票は1～45までもともと登録していますが、30までしか表示しない状態です。 バージョンアップではデータベースの整合性チェックは正常に終了しており、どこに問題があるのかをご教授いただけますでしょうか。	月次、日次統計業務の入力パラメタのチェックについて、登録されている帳票すべてについて行っていたのを、出力対象として選択された帳票についてのみ行うよう修正しました。また、エラーがあった場合のメッセージが「入力エラー」のみだったので、メッセージの後に、帳票名とパラメタ名を表示するよう修正しました。	H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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ので、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
2	ncp 20110412-017	monsiaj-bin-20110304を使用すると、データ出力のテーブル列項を抽出列項目へ移行するときに使用する画面真中にある「＞＞」が使用出来ない。ファンクションに割り当てられているF5なら動作する。 画面真中にあるボタンを使用するには如何したら良いのでしょうか。	「(E01)データ出力業務－作成指示画面1」と「(E02)データ出力業務－作成指示画面2」の画面中央の「＞」「＜」「＞＞」「＜＜」ボタンについて、画面下のファンクションキーに対応した同ボタンと項目名が重複していたために、monsiajにて使用できない不具合がありましたので修正しました。	H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
6		システム管理「3001 統計帳票出力情報（日次）」または、「3002 統計帳票出力情報（月次）」の複写ボタンより登録を行う帳票については、パラメタ等の変更を不可としていましたが（変更されても変更前の状態に戻すようにしていましたが）、帳票名についてはユーザーが自由に変更できるように修正しました。		H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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（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～,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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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数のカウントはどういう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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
4	support 20101216-010	電子カルテとORCAで診療行為の連携を行っておりますが、自費を送信した際、うまくORCA側に取り込まれない現象が発生しています。 行った操作 1. 電子カルテ側で、保険診療の診療行為を作成 2. 電子カルテ側で、自費診療の診療行為を作成 3. 保険診療、自費診療の内容をORCA側に送信 4. ORCAで、中途表示から保険診療の診療行為を取り込み 5. さらに、中途表示から自費の診療行為を「追加」で取り込み 6. 登録ボタンで会計 このとき、金額未設定のタイプの自費の金額だけが会計に入ってきません。 （一旦中途終了で保存した後に会計すると、正しく計算される）	CLAIMで作成した中途終了データを追加展開する時、自費コードの設定金額を正しく展開しないことがありましたので修正 しました。	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5	ncp 20110107-005	診療行為入力に問題があったため連絡いたしました。 現象は以下のとおりです。 例えばセット入力に以下のように用法が*1のものが連続して登録がされています。 .210 内服薬剤 薬剤１ Y02001 *1【1日 2回朝夕食後に】×1 薬剤２ Y01001 *1【1日 1回朝食後に】×1 薬剤３ Y01001 *1【1日 1回朝食後に】×1 このセットコードをCLAIM通信で送信し中途表示から追加を行ったところ .210 内服薬剤 薬剤１ Y02001 *1【1日 2回朝夕食後に】×1 薬剤２ Y01001 【1日 1回朝食後に】 薬剤３ Y01001 【1日 1回朝食後に】 というふうに2つ目以降の*1が表示されずに展開されました。 このように用法に*1が連続する場合に限り2つめ以降の*1が消失してしまうようです。 同じ現象は4.4.0 hardyでも発生しているようです。	投薬のセットで剤の終了を ＊1で行っているセットを、CLAIMからの中途終了データにセットコードを設定して展開する時、＊1を展開していませんでした。このため、剤がまとまっていましたので正しく展開するように修正しました。	H23.1.27
6		CLAIM連携等により作成された中途終了データを展開する時、展開内容に数量ゼロのコードが登録されているセットコードがある場合、セット展開でエラーとなりすべての中途終了データの展開ができませんでした。 数量ゼロのセット内容を展開するように修正しました。		H23.2.24

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 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ト一覧表で、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ましたので、数量と同じ位置に編集するように修正しました。		H22.3.30

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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、解決できずにおります。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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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まし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ったようです	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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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応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	ncp 20100728-006	診療費明細書の記載内容についてお聞きします。 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／cm2　0.3mg7.5cm×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せんか？	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、内服逓減などのコード（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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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	ncp 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ましたので修正しました。	H22.8.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	support 20100811-011	ORCHC30、COMMENT2=1または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11.2mg3.3g 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まし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（①→⑤）で、1つ目の数量が小数点以下2桁以上でない。 ①099200011　朝 ②099200012　昼 ③099200013　夕 ④099200014　寝 ⑤099200015　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ましたので修正しました。	H22.8.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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”かと思います。 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頂きます。 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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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で計上されていましたので、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
30	support 20101213-006	照会で検索した結果を印刷すると、正常に印刷が終了しましたと表示されるのに実際には印刷されない	Lucid版での現象となりますが、redファイルの不適切な定義により発生していましたので修正しました。	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
31	support 20101129-015	収納日報（外来）ORCBD010の件でユーザー様より問い合わせがございました。 11/29に自費保険で請求、カード支払いのため25750円を未収金として処理 11/30に11/29に入力漏れがあったため追加を行い、追加分5250円は11/30現金にて入金処理を行いました。 11/30の日報では、下記の表示になりました。 診療年月日：H22.11.29、保険：自費 前回未収額：25750円 今回請求額：5250円 入金額：5250円 入金方法：現金 今回未収額：5250円 今回入金額が今回未収金額の表示になっています。 今回未収額は25750円ではないのでしょうか。 今回未収額の計算方法について教えて頂けますでしょうか。	収納日報にて前回未収額が発生している収納データについて、今回請求額と入金額が計上された場合、入金額を前回未収額へ消し込んだあと、残りを今回請求額への入金額として計算していましたが、入金額の消し込みを先に今回請求額から行うように修正しました。 （修正前） 診療年月日：H22.11.29、保険：自費 前回未収額：25750円 今回請求額：5250円 入金額：5250円 入金方法：現金 今回未収額：5250円　（入金額：5250円は前回未収額への入金分としていた） （修正後） 診療年月日：H22.11.29、保険：自費 前回未収額：25750円 今回請求額：5250円 入金額：5250円 入金方法：現金 今回未収額：0円　（入金額：5250円は今回請求額に対する入金分とする）	H22.12.21
32	request 20100610-002	バージョンが4.5にUPし、収納日報のレイアウトが1頁28明細に変更になったことで今まで1枚で納まっていたのに2枚になってしまうし、見にくいとの事でした。今までの1頁50明細の帳票をパラメーターから選べるようご検討の上対応宜しくお願い致します。	プログラムオプションにより様式を選択できるようにしました。 マスタ更新を行います。 プログラム名ORCBD010,ORCBD010V02についてプログラムオプションの設定を追加しましたのでシステム管理から設定を行います。 ・様式（デフォルト：0） 0：2行1明細 1：1行1明細	H22.12.21

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	ncp 20101221-010	Ubuntuで月次統計の印刷をしたところ、診療科別医薬品使用量統計（合計金額）の作成ができない、最後のページが文字化けする現象がございました。 プレビュー処理で枚数 3枚だった場合、最初の 2枚はプレビュー画面に表示されません。3枚目は表示されますが文字化けしています。 印刷処理だと1枚目から印刷されません。プレビュー画面からは選択すると3枚目だけは印刷されます。 また、他の帳票と一緒に処理しますと診療科別医薬品使用量統計（合計金額）以降の帳票がプレビューでも確認できません。印刷処理もしません。 現在検証している月次の中ではこの帳票だけが処理不能です。	**Ubuntu Lucid 版**について以下の帳票に不具合がありましたので修正しました。 入院診療録（外ルテ）(HCN01) 診療科別医薬品使用量統計 (HCMG001) 診療科別医薬品使用量統計（合計金額）(HCMG006)	H22.12.24
34	お電話でのお問い合わせ12月28日－領収書兼明細書	下記の入力時に領収書兼明細書（ORCHC03V04）の場合 出力されませんがこちらは仕様でしょうか。 明細部分がないので出力されないのでしょうか。 自費1000円のみ登録 0円に訂正　自費0円コードで登録 診療費明細書もでないのですが、請求書兼領収書（ORCHC03V03等）の場合は-1000円として出力されます。 領収書兼明細書は出力することはできないのでしょうか。	領収書兼診療費明細書の発行で、診療費明細書に編集する明細がない場合は発行していませんでいた。 他の領収書と同様に発行の指示があれば、明細・請求額に関係なく印刷するように修正しました。 これにより、小児科で小児科外来診療料を算定し外科で投薬を行った場合に、今までは明細のある小児科だけ発行していましたが、対象の明細がない外科でも発行することになります。 明細のない外科の発行が必要ないのであれば、科をまとめて印刷するか発行後に破棄することになります。	H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	support 20110121-002	QRコード付き処方せん 医療機関編集情報にて処方せんの医療機関名、住所を編集した場合のQRコードに入る内容です。 内容は携帯電話のバーコードリーダでの確認のみです。 医療機関名 　医療機関編集情報の1行目しか入らない（混乱する） 郵便番号 　医療機関編集情報に無くとも入る（正しい） 所在地 　医療機関編集情報の1行目しか入らない（混乱する） 電話番号 　医療機関編集情報に無くとも入る（正しい） QRコードの以上の情報は、編集されない状態で入らないと混乱するように思いますがいかがでしょうか。	QR付き処方せんの医療機関名称・住所を医療機関編集情報から編集している時、QRデータの医療機関名称・住所を1行目のみ編集している場合がありました。 処方せんに編集している内容をそのまま編集していましたので、1行目と2行目の間の半角空白も編集していたことが原因でした。 半角空白を削除して編集するように修正しました。	H23.2.24
36	ncp 20110215-003	（C3）自院病名登録の画面から「F9：リスト」からの印刷物がA4サイズではなく、LTサイズで出力される。 HardyではA4サイズだったの戻して欲しい。	Lucidで以下の帳票の用紙サイズ設定に誤りがありましたので修正しました。 HCML01.red（点数マスターリスト（医薬品）） HCML03.red（点数マスターリスト（診療行為）） HCML09.red（自院病名一覧）	H23.2.24
37		公開帳票である保険別請求チェック表について、本体に取り込み継続して対応することにしました。		H23.3.28
38		「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」について、出産育児一時金直接支払制度の改正により平成２３年４月提出分より3名／１枚の様式から1名／１枚の様式 と変更になりましたので対応しました。		H23.3.28

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	support 20110404-017	「4.総括表・公費請求書」画面にあります【F9】の「社保集計表」と【F10】の「国保集計表」を押しても帳票が出力されてきません。 対象帳票にチェックはついていますし、【F12】「印刷開始」で集計も出来ております。 （レセ電データも作成済み） 総括表はきちんと出力されてきますのでデータもプリンタもおかしな所はなさそうです。	Lucid版についてですが、3月28日提供のパッチにより出力できなくなっていましたので修正しました。	H23.4.5
40	ncp 20110407-007	・22年10月分返戻共済 ・18年3月分返戻組合 上記2名のレセプトを23年3月の返戻として請求管理を行ったところ社保診療報酬請求書（返戻分）が925枚作成されました。 23年4月5日のプログラム更新前は4枚（2セット）作成されていました。 18年3月分の返戻を請求しないにすれば正常に作成されるようですが、今回のプログラム更新で何か変更箇所がございましたでしょうか？	社保分診療報酬請求書の災害対応で2008年3月診療分以前の処理について対応漏れがあり請求書が大量に作成されてしまいました。	H23.4.25
41		薬剤情報提供書である服用時点の数量を用法割合コードで指定したとき、その服用数が1日の数量と同じだった場合には他の服用時点の数量が0となって しまうためエラーと同じ扱いにして服用欄に数量を表示しないよう修正しました。 例） .210 613120002 3　50mgアリナミンF糖衣錠 099200011 3　◆朝：3 Y03001 *1　【1日3回毎食後に】 入院版も修正しました。		H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42		Lucid版について 月次帳票の【月遅れ分レセ電データ未作成患者一覧】の各行の表示項目がすべて帳票の左側に重なって編集される不具合がありましたので修正しました。		H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		ログインユーザ一覧画面について 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い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か？	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でしょうか？	「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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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したので修正しました。		H22.5.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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のことです。 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
20		患者照会ビュー2(view_q002)のレスポンスが悪い（処理コストが高い）ため見直しを行いました。		H22.12.21
21		医療観察法の対応を行いました。 資料を公開しますのでそちらを参照ください。		H23.1.27

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22		入院患者照会ビュー(view_i001)のレスポンスが悪い（処理コストが高い）ため見直しを行いました。		H23.1.27
23		感染症サーベイランスの改修を行いました。 詳細についてはホームページを参照ください。		H23.2.1
24		感染症サーベイランスの改修を行いましたが、1日 1回送信の設定の場合、処理が起動されない場合がありましたので修正しました。		H23.2.7
25		データ移行の患者病名コンバートについて 移行データの診療科が 1桁の場合にエラー扱いとしていましたので前ゼロを追加して処理をするように修正しました。		H23.2.24
26		感染症サーベイランスの修正を行いました。 包括保険9999で入力した場合にデータが作成されませんでした。また、剤内に判定条件に該当するコードが複数ある場合に 2つ目以降が対象としていましたので対象とするようにしました。		H23.2.24
27		感染症サーベイランス用のマスタ更新プログラムを追加しました。 プログラム更新を行った後にマスタ更新を行ってください。 ※インフルエンザの他に02から05という病原体区分を新設しました。該当する判定コードを登録された後、感染症サーベイランス閲覧画面で内容が確認できますが、現行の仕様では同一患者、同一病原体区分の場合、直近で登録された内容を表示しています。		H23.3.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28		70歳代前半の特例措置（1割据え置き）延長対応 プログラムによる計算等対象期間を平成23年3月診療分までとしていましたが、平成24年3月診療分まで延長しました。 ※点数マスタ 099990120（特記事項20二割）の有効期間を平成24年3月31日までに延長するマスタ更新データを提供しています。		H23.3.28
29		公費のデータ移行で、公費の有効終了日が保険番号マスタの期間より前であった場合、公費の有効開始日＞有効終了日となっていました。 保険番号マスタの開始日を公費の開始日に設定していることにより現象が発生していました。 保険・公費の有効終了日が保険番号マスタの開始前である時は、保険番号なしのエラーとするようにしました。		H23.3.28
30		災害に係る一部負担金減免について【平成23年1月診療分～】について対応しました。		H23.3.29
31		災害に係る一部負担金減免について発出された記載要領の内容に対応しました。		H23.3.30
32		マスタ更新処理中に表示されるマスタ名称で感染症判定マスタの名称が番号で表示されていましたので修正しました。		H23.3.30
33		災害に係る一部負担金減免について発出された記載要領の内容に対応しました。		H23.4.5
34		災害に係る一部負担金減免について発出された記載要領の内容に対応しました。		H23.4.25

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35		災害に係る一部負担金減免について追加対応を行いました。 1.症状詳記 月遅れ分レセ電データチェック一覧 「44 総括表 ･公費請求書」からのレセ電データ作成時の月遅れ分のレセ電データが存在しない場合の警告表示 システム管理2005 の保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記録の設定が「0 レセ電に記録しない」のとき、未確定分のレセプトを対象としないようにする 2. 「44 総括表 ･公費請求書」の個別指示画面で、請求確認状況 CSV ファイル、ASP結果リストの取り込み一覧から選択したとき システム管理2005 の保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記録の設定が「0 レセ電に記録しない」のとき、未確定分のレセプトを選択された場合はエラーとする 3. 「44 総括表 ･公費請求書」の個別指示画面で、前回作成ボタンから前回の個別作成分の表示を行ったとき システム管理2005 の保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記録の設定が「0 レセ電に記録しない」のとき、未確定分のレセプトについては個別指示一覧のエラー欄に「□」を表示し、レセ電データ作成の対象としないようにする		H23.5.26

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

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.

36	ncp 20110517-009	データ移行に関する質問です。 同一病名の場合であっても入外区分で入院と外来に分ければORCAの病名登録画面では登録ができますが、患者病名情報のデータ移行の際には同一病名の場合、入外区分が設定されていても病名適応期間重複のエラーが発生し移行ができません。 移行可能な方法がございますでしょうか？	患者病名のデータ移行で入外区分の異なる同一病名があった場合にエラーとしていましたので正しく登録するように修正しました。	H23.5.26
37		感染症サーベイランスの修正を行いました。	データ送信する前に送信データファイルの存在チェックを追加しました。 送信データの項目にシステム管理で設定したデータ収集感染症区分を追加し定期的にデータ送信するようにしました。	H23.5.26

Copyright(C) 2010 Japan Medical Association. All rights reserved.