

11 受付

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

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、CLIM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らしたので、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送信を行っていらしたので、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
6	ncp 20120929-003	透析等の患者で、前日透析を行ったが、事務の時間的關係から、その日の内にORCAへの入力ができないため、翌日処理をしている。但し、翌日も該当患者が来院されて、診療も受ける場合、受付登録を行い、診療完了前に前日分の診療行為を途中表示のボタンを押して、診療行為登録を行ったら、当日の受付一覧から、消えます。前日の診療行為入力なのに当日分の受付から消えると、電子カルテへの受付連携ができなくなる。前日の診療行為入力なので当日分の受付が消えてしまうのは困るので、当日の受付から消えない方法はありませんでしょうか？ (上記は電子カルテとの連携を行っている病院です。ただ、ORCAで前日の医療行為入力を途中終了させ、翌日、途中表示から前日分の医療行為を登録しても、同様に当日の受付一覧から消えてしまいます。受付一覧から無くなると患者が待っている事がわからなくなり、診療順が変わってしまうので、一覧から消えないようにする方法を教えてください。)	受付を行った後、診療日を違う日付にして外来の診療行為を登録した場合、受付が受診済みになっていました。 システム日付と診療日が違う時は、受付の更新を行わないようにしました。 環境設定の日付と診療日が一致する時に、受付が受診済みとなります。 なお、入院はシステム日付で受付があれば診療日に関係なく受診済みとなります。	H24.10.25

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した。 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～99999999 肝炎治療 平成20年4月1日～99999999 生活保護 平成20年4月1日～99999999 保険組み合わせ 0001 政管 生活保護 平成20年4月1日～99999999 0002 政管 肝炎治療 生活保護 平成20年4月1日～99999999 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～99999999 0004 政管 肝炎治療 平成20年4月1日～99999999	H22.3.19
2	ncp 20100406-017	バージョン4.5.0の登録画面について確認させていただきます。 患者番号を採番し誤ってカナ氏名入力だけで登録ボタンを押してしまった場合、4.4.0までは漢字氏名は必ず入力して下さいとエラーメッセージが表示されましたが4.5.0ではそのまま登録出来てしまいます。 このような仕様になったのでしょうか？	患者登録でカナ氏名を入力してENTERキーを入力せず、「登録」ボタンをクリックした時、漢字氏名等が未入力であっても登録ができてしまうことがありましたので修正しました。	H22.4.9

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	ncp 20100401-059	医療機関様より、「保険証の確認年月日ボタンを押して登録ボタンを押した時に、所得者情報を登録している患者でも、公費負担額の設定がない公費があります。と出てくるのですが」とお問い合わせがありました。時間をおいて様々な患者様を確認して頂き、現象は確認出来なかったのですがチェックがかかる条件はご存じの為、間違った操作はされていない様です。 また、システム管理マスタ1017でも、「チェックする」が選択されていました。 Ver4.5.0、プログラム更新1回目が適用されておりますが、原因として考えられることはありますでしょうか。	患者登録で公費上限額履歴チェックを行う時、公費上限負担額の登録があっても警告を表示することがありました。公費上限負担額がすべての公費に登録済みの時に一度も所得者情報タブを表示せずに「登録」ボタンをクリックした時です。	H22.4.19
4	ncp 20100607-023	登録画面の所得者情報の公費負担額の上限を入れるところですが例えば番号11に精神通院が入っていて選択番号が1と表示されている状態で一度選択番号を消して空欄にします。 エンターを押すと右に表示されていた上限額の履歴が消えてしまいます。それから適用期間を入力し、上限を入力して更新を押して登録すると、今までの過去の上限額の履歴が全て消えてしまいます。 選択番号を空白にしても履歴は消えますし、ない番号を入力しても消えます。	患者登録の所得者情報で公費の上限額を登録した後、公費の選択番号にエラーとなる番号を入力した時、前回登録した公費の上限額がすべてクリアされることがありました。 正しく更新するように修正しました。	H22.6.15
5	orca-red 15939	現状の日レセでは、公費登録ができないと思いますので対応願います。	肝炎(保険番号038)の複数公費対応 "038"の受給者証を複数持つ場合の公費登録を可能としました。 補足) ・"038"を複数持つ場合であっても、管理票は1枚で、自己負担限度額は複数分あわせて1万円または2万円。 ・同一月に複数の"038"を使用する場合、患者窓口計算は、複数分あわせて自己負担限度額までの計算を行う。 ・所得者情報－公費負担額で入力する入外上限額・他一部負担累計は複数分について同一額を入力する事。	H22.8.26

12 登録

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

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
7	kk 22901	栃木県の育成医療について 県独自で助成があるとの事。 別紙資料参考して下さい。 栃木県保健福祉部こども政策課母子保健担当よりFAX頂きました。 栃木県のホームページに http://www.pref.tochigi.lg.jp/welfare/kodomo/kosodatesoudan/shiennseido.html 記載がありましたので添付いたしました。 ご確認願います。 育成医療と同じ負担者番号・受給者番号の受給者証を支給されるとの事。 自己負担が500円/月又は自己負担なしと記載されている。 入院では窓口で食事負担額の自己負担が発生するとの事 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

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。 この集計先の変更は可能でしょうか？	高齡非該当対応 70歳以上で、「高齡受給者証」を持っていない場合は、70歳未満としての取り扱いをします。 対応内容は以下となります。 (1)保険番号マスタ追加(マスタ更新により登録) 976(高齡非該当) (2)患者登録 976を公費に登録します。その際に主保険と適用期間をあわせて登録します。 社保は、補助区分の“空白”登録が可能となりますので、“空白”で登録します。 (3)保険組み合わせ 976は保険組み合わせに含めません。 (4)負担金計算、レセプト等 以下の条件の場合、高齡非該当(70歳未満)としての取り扱いをします。 (現物給付計算、レセプト種別) ア)70歳以上 イ)医保(社保は補助区分が空白の場合) ウ)該当日が“976”の適用期間である	H22.9.28
9	お電話でのお問い合わせ 8月31日ー治験 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したが、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

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

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を、改善していただきたい。	修正しました。	H23.5.26
14	request 20110125-003	国保と更正医療(15)と特定負無(水俣病)の併用の場合です。 国保連合会に問い合わせをしましたところ この場合は、国保+更正医療+特定負無の併用で請求 レセプト下の療養の給付欄は以下のように印字 一番上の保険欄に[請求点数]、一部負担金は[空欄] 公費?欄請求点数は[空欄]、一部負担金[負担金額] という回答でした。 一部負担金は「51水俣病」から支給され、実際の窓口負担額は【0円】です。 ORCAでは、国保+更正医療、国保+特定負無の二つの組み合わせで国保+更正医療+特定負無の保険組み合わせができません。 今までは、地方公費「145水俣病」の法別番号を51に変更し利用していましたが、総括票への集計で不具合が出て、地方公費のご担当の方に対応依頼をさせて頂きましたが、時間が掛かるようです。	更正医療と特定疾患負担無(水俣病)の公費について、併用となる保険組合せを作成可能としました。	H23.7.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
15	ncp 20110706-022	カルテ発行を行っているユーザー様よりお問合せがありました。 同一患者内で3つ目以降の保険を追加登録し、「カルテ発行あり」にすると古い保険が印刷されてきます。 2つ目の保険追加では新しい保険が印刷されてくるのですが…。 登録した保険を出力するには、登録後、再度開き直し、「保険組合せ」欄にて保険を選択するしかないのでしょうか。 なお、システム設定は「1017患者登録方法」の「患者登録のカルテ発行」＝「2:発行する(保険組合せ自動)」になっております。	患者登録のカルテの保険組合せを自動設定すると設定している時、保険・公費を追加してそのままF12登録を押下してから、期間終了の確認メッセージを表示させた場合、確認メッセージ表示前の保険組合せで対象の保険組合せを決定していました。 登録直前の内容で決定するように修正しました。	H23.7.27
16	ncp 20110711-020	51特定負有の所得者情報上限額の入力方法についてです。 「12登録」の「基本情報」で51特定負有の負担者番号・受給者番号・適用期間を登録します 例:51136026 051特定負有 nnnnnnnn H23.2.1～H23.9.30 その後「所得者情報」で通常ならば公費負担額欄に表示されている特定負有を選択し外来上限額・入院上限額を入力し「更新」として「登録」としますが、適用期間に直接H23.2.1～H23.9.30と手入力し、外来上限額・入院上限額を入力し「更新」とし「登録」とすると警告！！公費負担額の設定がない公費がありますとメッセージが表示され「閉じる」として「登録」とすると登録することはできますが再度「所得者情報」を確認すると、先程手入力した外来上限額・入院上限額が消えています。 これは不具合なのではないでしょうか？ 適用期間に直接期間を手入力し上限額も入力し「更新」とした時点か「登録」とした時点で何らかのメッセージが表示されないのはおかしいのではないかと？	患者登録の所得者情報で、公費負担額の公費を選択しなくても適用期間や上限額が入力できていました。 これにより、登録を押下しても入力した内容が登録されませんでした。 公費を選択していない時に適用期間等を入力した時はエラーとするように修正しました。	H23.7.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
17	kk 26123	愛媛県の後期高齢+19原爆+195身障社市のレセプト記載と保険組合せについて修正願います。 保険組合せが後期高齢+原爆一般 or 後期高齢+身障社市しか作成されません。 後期高齢+原爆一般で請求したら身障社市の負担者番号・受給者番号も記載して下さいと返戻されてきたそうです。 現状のORCAでは、保険組合せが後期高齢+原爆+身障社市 が作成されない為上記のようにレセプトには記載されません。	原爆”019”に関する保険組み合わせ作成対応 019+地方公費の保険組み合わせを作成する事としました。	H23.7.27
18	kk 25940	「主保険 被爆(86) 長崎障害(87)」の3者併用の場合、優先関係は被爆が優先します 患者登録で公費の一番にまず被爆を登録。その次の段に長崎障害を登録した場合 診療行為入力時の保険組み合わせは「後期高齢+長崎障害+被爆」となり「後期高齢+被爆+長崎障害」とはなりません。これは適用期間の日付けを同じにしても 例えば被爆をあとの適用開始日にしても公費の組み合わせは「後期高齢+長崎障害+被爆」になります。これをいれかえる事ができる設定がありますか？	長崎県地方公費”186”に関する保険組み合わせ作成対応 186+地方公費の保険組み合わせを作成する事としました。	H23.7.27
19	request 20110608-006	請求管理で「請求しない」に設定しておいた患者の患者番号を再発行した場合、請求管理基本テーブル(tbl_seikyu_main)のptnumが、新しい患者番号に変換されませんでした。 そのため、月次統計「保険請求確認リスト」(ORCBG014)を作成すると旧患者番号で印字される不具合が発生しました。 患者番号の再発行時には、関連テーブルのptnumが新しい患者番号へ置き換わるように変更していただけないでしょうか。	患者登録画面から患者番号を再発行で変更した時に、患者番号が変更されていないテーブルがありましたので変更するように修正しました。 変更の対象としたテーブルは以下となります。 公費請求(TBL_KOHSKY) 請求管理(TBL_SEIKYU_MAIN) 入院オーダ(TBL_ORDER) 定期請求印刷情報(TBL_TEIKIPRT) 分娩管理(TBL_BUNBEN) また、入院オーダと定期請求印刷情報は、患者削除をしてもデータが削除されていなかったので削除するようにしました。	H23.9.26

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
20	ncp 20111005-009	患者登録画面にて[保険組合せ]を押下したときに、変更前の保険に登録されていた「継続」区分が表示されるようです。 現象例) 平成22年3月末まで組合健康保険で「継続」区分を“任継”に設定登録 平成22年4月から協会けんぽ保険で「継続」区分指定無で登録 患者登録画面で現在の保険である協会けんぽ保険が表示されている状態で[保険組合せ]押下すると「継続」区分に“任継”表示	患者登録で「保険組合せ」をクリックした時、表示している保険に継続区分がなく、前の保険に継続区分の設定がある場合に継続区分名称が表示されていたので修正しました。	H23.10.26
21	ncp 20120313-010	任意継続の患者登録についてお伺いします。 H24.2.29～H26.3.1(資格喪失日)の任意継続の登録を行った場合、ORCAでは終了日が自動でH26.2.27と表示されます。 しかし、本当はH26.2.28までなので手入力しようとする「継続時の適用終了日以降の終了日です」とエラーが表示されて登録できません。 通常保険として期限を区切って登録していただきましたが、うるう年のせいでしょうか。	保険の任継の有効終了日のチェックで、開始日が2月29日の場合に2月27日が終了日と判断していました。 2月29日の場合の終了日は、2月28日となるように修正しました。	H24.3.21
22	ncp 20120901-003	患者登録の所得者情報で、「021 精神通院」の限度額を入力し、登録ボタンを押下すると、「公費負担額対象が50件以上です」というエラーが表示され、登録できませんでした。 該当患者の患者登録画面で登録されている公費は67件あり、過去の分を少し削除して58件になった所で限度額の入力もできるようになりました。	患者登録の公費負担額を登録した公費の件数が50件を超えた時にエラーとなっていました。 公費の登録件数は60件となっていますので、公費負担額を登録した公費も60件まで登録できるように修正しました。 また、公費負担額の対象公費が、40件を超えた場合、公費負担額の一覧表示に不要な文字が表示されていたので表示しないように修正しました。	H24.9.26
23	11/15 長期 不明な保険組合せ	<保険・公費情報> 主保険 H24.2.1～ 999999999 長期 H24.2.1～ 999999999 長期上位 H24.8.1～ H25.7.31 上記内容で登録すると、長期上位が不明な保険組合せとして正しく作成されないようです。	患者登録の公費登録において、972(長期)と974(長期(上位))の公費適用期間重複チェックを行うようにしました。	H24.11.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
24		患者登録で公費を41件以上登録した時、連絡先のFAXに不正な文字が編集されていたので修正しました。		H24.11.27
25	support 20121128-021	日レセの「(XF01)メモ登録」画面から[メモ2]を送信後、「(XF01)メモ登録」画面を開いたままにしていると、[送信]ボタンを押していないのに[メモ2]が自動的に再送されます。 これは、日レセの仕様ですか？	メモ2の内容をCLAIM送信する時、システム管理の複数ホスト送信が「有」と設定されていて、送信時ポップアップも「有」であった時に、メモ送信時のCLAIM送信先選択画面で、送信先を選択しても、すべての送信先に送信していました。 選択した送信先にだけ送信するように修正しました。	H24.12.25

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、ご報告させていただきます。 〈検索条件〉 ①2010年5月1日～2010年5月31日 リュープリン注射用キット3.75 3.75mg(640432016) 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

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」ファイルを見ると「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
4	ncp 20110728-001	通常の業務は全く問題なく正常に動作しているのですが照会画面から検索を掛けようとするアクセスしっぱなしで検索が完了しません。直近の1日分とかでも2～3分掛かります。 ・行った検証 1. データベースのバックアップ(バックアップ時にlogを確認しましたがエラーはありませんでした) 2. 別のサーバーにバックアップデータを書き戻す(展開時にエラーは発生していません) 3. スキーマチェック(正常に完了しました) 3. 手動によるフルバキューム処理 4. dumpファイルの大きさは約1GB 5. 20110601～20110603の「診療年月日」のみ1か月分の検索に約10分 6. 検索が遅いのは「診療年月日」を指定した場合のみ(ここを指定せずに他の条件で検索を掛けると早いです)	入院施設のある医療機関について、患者照会業務の診療年月日のみを指定して検索を行う場合の検索処理の見直しを行いました。	H23.8.25

14 予約

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		予約画面で患者番号を入力したまま、予約一覧・来院一覧・週間一覧・受付一覧へ遷移して予約画面に戻った時、患者番号がクリアされますが、排他制御が掛かったままでした。 この為、他端末で遷移前の患者番号を入力すると排他中のメッセージを表示していました。 予約一覧等へ遷移時に排他制御の解除を行うように修正しました。		H24.12.25

21 診療行為

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

21 診療行為

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

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が ません。 一度診療行為の登録を行っているため、入金状態になっているのは何 か関係していますでしょうか。	一括再計算機能での負担計算修正(外来) 広島県地方公費(191、291)+長期 患者負担金相当額が長期の上限(972の場合10000円) を超える場合、以降の請求は無しとなるが、下記例の場合 で、一括再計算を行うと正しい計算になりませんでしたので 修正しました。 例)広島県 後期高齢1割(一般)+191+長期972 (191→1日200円 月4回の設定) 入力順 3月 6日 2000点 200円 3月13日 2000点 200円 3月 2日 5000点 200円 3月 4日 4000点 200円 3月 9日 2000点 0円 システム管理1039収納機能情報を設定し、収納で一括再 計算を行います。 <一括再計算順> ”1診療日順” <一括再計算方法> ”1一部負担金をクリアし..” 3月 6日 2000点 200円 3月13日 2000点 200円(※) 3月 2日 5000点 200円 3月 4日 4000点 200円 3月 9日 2000点 0円 (※) 0円となるよう修正しました	H22.3.30
7		労災保険についても地域医療貢献加算、明細書発行体制等加算を自 動発生するようにしました。		H22.3.31
8		自賠責保険で頸部固定帯加算の入力をした場合の負担金計算をシス テム管理4001の”固定帯加算等取扱”の設定に準じて行うように修正 しました。		H22.4.2

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	お電話でのお問い合わせ4月1日ー薬剤情報提供料	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日ー薬剤情報料チェック	システム管理マスタ1007自動算定チェック機能情報で薬剤情報提供料チェックを0チェックしないに設定していても4月以降、複数回算定時に警告が表示されます。	システム管理の「1007 自動算定情報・チェック機能制御」の薬剤情報提供料チェックを「0 チェックしない」と設定していても、薬剤情報提供料を月2回以上算定した場合に警告表示を行っていました。 システム管理の設定がチェックしないの時は、警告表示を行わないように修正しました。	H22.4.9
11	ncp 20100406-042	システム管理1007→薬剤情報提供料(老人 手帳記載あり)1算定する(月1回) 患者様は後期高齢者 月1回目4月1日受診時 薬剤情報提供料と手帳記載加算算定 月2回目受診時 薬剤情報提供料を診療行為画面にて入力→”平成22年4月1日に算定済みです 警告!!既に今月算定済みです。”と表示→”閉じる” 薬剤情報提供料の入力コード末尾にカーソルがきていて、自院入力CDではなく、マスターの数字で表示 Enterすると自院入力CD表示 手帳記載加算入力→登録完了 訂正にて再度画面を開こうとしたところ、”警告!!登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更してください”と表示→”閉じる” 薬剤情報提供料の入力コードの末尾にカーソルがきていて、入力した手帳記載加算が表示されず(削除状態) 会計照会で確認すると、両日共算定できています。(カレンダーのところにそれぞれの日に”1”を表示)	月の1回目の薬剤情報提供料と手帳記載加算を自動算定した時、月2回以上薬剤情報提供料を算定すると、訂正時に手帳記載加算が削除されていたので正しく展開するように修正しました。	H22.4.9

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
12	4/7 電話問合せ 脳血管リハ 廃用症候群	脳血管リハ 廃用症候群、4月より新設されたマスタとなりますが、診療行為入力時に180日以上警告メッセージが表示されませんとのお問い合わせがございました。	新設の脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群)の開始日から180日以上などの期間チェックを行っていませんでした。 また、早期リハビリテーション加算を新設されたり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	nep 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【K004 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日ー診療情報提供料	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

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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16			<入院> 1. 定期請求に関して 公費の特性上、該当患者については、入退院登録－定期請求設定を(2 月末時のみ請求)とし、運用する事を推奨します。 (例)定期請求設定を(1 医療機関での設定)としている 定期請求が月2回ある 1回目の定期請求分が21000円未満 2回目の定期請求分が累計21000円以上となる場合、定期請求設定を(2 月末時のみ請求)と変更し、定期請求を個別に月末一括請求で行う必要があります。 2. 同月内で再入院がある場合 退院分が21000円未満、再入院分が累計21000円以上となる場合、退院分について、退院再計算で請求額を発生させる事が出来ませんので、手計算頂き、再入院分に調整金として入力して下さい。 2 ひとり親(783)(※低所得又は低年金該当者でない) こちらについては特殊計算の対象としません。 ア)医療費患者負担 外来 月上限1000円 入院 日上限1200円 イ)入院時食事負担 全額患者負担 ウ)レセプト記載 上限額未満の場合、レセプトに記載しない 注意事項 21000円以上になるかどうかは、医療機関様での管理として頂く。 21000円以上になる場合は、該当公費をはずした保険組み合わせに変更して対処して頂く。	H22.4.19

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
17		診療行為の中途終了の確認画面でキーボードでF7キーを押下しても操作ができません。 ご確認いただけますでしょうか。	外来の診療行為の中途終了時の確認画面で、F7 薬情・手帳、F10 全部 のキーが、F10、F11と設定してありました。 正しいキーで処理を行うように修正しました。	H22.4.19
18	ncp 20100414-032	CT撮影(その他)の入力についてお尋ねします。外来受診でCT撮影の診療があり同日入院で再度CT撮影がありました。外来でのみ入力した時は問題ないのですが、入院でCT撮影を入力すると外来のCT撮影も2回目以降の減算をしてきます。外来では2回目以降の減算をしたくないのですが。宜しく願います。	画像診断のCT、MRIで月の初回を同日に別履歴で複数算定した場合、初回を訂正で展開した時に遡減となっていましたので修正しました。	H22.4.19
19	support 20100416-018	検査のBNPとコメントコードを入力し、続いて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・・・」の表示がでできます。(剤は分かれています) コメントがない状態で同じ作業をした時には二度目の表示はされません。 これは仕様でしょうか？	診療行為で、月1回算定可能な検査などの下に診療種別のない投薬を入力して回数エラーとなった時、診療種別を挿入することにより剤分離した場合に分離前の回数のまま回数チェックを行うことがありました。その為、検査の月上限エラーが解除されませんでした。 挿入した診療種別がコメントの場合に発生していましたので正しく処理を行うように修正しました。	H22.4.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
20		アナログ撮影とデジタル撮影の同時撮影料を算定する場合、通常の撮影料コードと同時撮影料のコードの撮影枚数を合わせて上限5枚までの点数計算に対応しました。 同時撮影料コード分の枚数は、点数表上上限である5枚から通常の撮影料コードの枚数(上限5枚とする)を差し引いた回数を元に計算を行います。 単純撮影(アナログ) 4枚 単純撮影(同時デジタル) 3枚 と入力した場合は 5枚 - 4枚(単純撮影(アナログ)) = 1枚 となり 単純撮影(同時デジタル)の撮影枚数は1枚として点数計算します。 ※画面に表示されている数量(枚数)はそのまま3となります。		H22.4.27
21	ncp 20100419-024	外来の診療行為画面で N003-2 術中迅速細胞診(1手術につき)160185010 N006 細胞診断料 160185210を入力すると細胞診断料を算定出来る検査を入力して下さいとメッセージがでます 入院の診療行為画面で同じく入力するとメッセージは出ません 何か特別な設定をしているのでしょうか? 外来では算定不可とはかかれてはいないようですが、わざとメッセージが出るようになっているのでしょうか?	病理診断で新設された細胞診断料と病理診断のチェックを入院では行っていませんでしたので、細胞診断料を入力した時は、対象の病理診断の算定有無をチェックするように修正しました。 また、組織診断料と細胞診断料の対象となる病理診断の判断を同一画面内について行っていましたので、当月算定している病理診断で判定するように修正しました。	H22.4.27
22	お電話でのお問い合わせ5月7日ー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

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”I”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”I”は表示されますが、内服の1種類のカウント対象となりませんでしたので正しく反映するように修正しました。 また、内服薬に種類数指示を入力してから、診療種別を内服以外(頓服とか)に変更した場合、エラーとなりませんでしたので内服以外は種類数指示のエラーとなるように修正しました。		H22.5.27
24	support 20100512-013	画像診断のDOの表示で、同じ入力方法で単純撮影の2枚で入力しているのにも関わらず、単純撮影の行に2枚と出るときと出ないときがあるのですがこの違いは何でしょうか。	画像診断の撮影回数をユーザ登録した器材コード(059～)のフィルムより設定した時、訂正で展開すると撮影料に数量が展開されていました。 数量を展開しないように修正しました。 ※展開で数量を表示した場合、フィルム枚数を修正した時に撮影回数に反映されません。	H22.5.27
25	nep 20100513-036	リハビリテーションの入力方法についてです。 病名Aと病名Bの傷病開始日が同日の場合、起算日が同じなので同日にリハビリテーション開始のコードとコメントで傷病名を入力した場合、2つの傷病名がレセプトには記載されます。 病名Aに対するリハビリテーションと病名Bに対するリハビリテーションの実施月が異なる場合はどのように入力をおこなえばよいのでしょうか。 また、病名Aのリハビリは病名Bのリハビリ実施時には終了している場合もあります。 (例) 病名A・病名Bの傷病開始日 : H22.04.01 病名Aのリハビリ実施 : H22.4～H22.5 病名Bのリハビリ実施 : H22.6～	診療行為でシステム予約コードの上限回数チェックを行っていませんでした。その為、各リハビリテーション開始日を同時に複数入力した時のエラーメッセージが終了日とのエラーメッセージになっていました。 回数チェックを行うように修正しました。	H22.5.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
26	ncp 20100517-020	システム管理-4001 労災自賠医療機関情報 > 自賠責区分:2健保準 拠 設定 保険:973 自賠責保険 診療行為:CT撮影、2回目以降減算 H22. 4月以降、自賠責保険(健保準拠)でCT撮影の月2回目以降の減算されなくなりました。	自賠責の健保準拠の時、CT、MRIの月2回目の通減の自動発生を行っていませんでした。 CT、MRIの通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～) 患者登録ー所得者情報ー公費負担額で入院・外来それぞれに上限額を入力します。 入院食事負担は、上限額に含めず負担計算を行います。 平成21年5月改正(特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担の医療に係る高額療養費限度額の見直し)の対象外とします。	H22.5.27
28	ncp 20100526-018	診療行為コード:113010410「リンパ浮腫指導管理料 100点」を5月の入院中に一度算定。退院後外来にて、再度「リンパ浮腫指導管理料」を算定すると、算定済みとのメッセージが表示されます。そのメッセージを「閉じる」ボタンをクリックして閉じた後、エンターキーをクリックすると「入院の算定回数を超えています」というメッセージが表示されます。そのメッセージを閉じると、指導料の点数が繁栄され診療行為画面に100点と表示されますが、「登録」ボタンをクリックすると、「入院の算定回数を超えています」というメッセージが表示され、登録できません。	リンパ浮腫指導管理料を外来で算定した時、入院中に算定があると入院中の算定回数エラーとなっていました。 外来で算定した時は入院中の算定チェックを行わないように修正しました。月2回目からの警告チェックは行います。	H22.5.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
29	orca-inspect 01563	算定履歴-移行履歴登録画面において、確認画面が表示されるデータがあるのですが、エラー内容が表示されません。	外来の診療行為画面で患者番号を入院の診療行為や氏名検索など他画面で決定した場合は、”当日に受診があります。OKで訂正、NOで同日再診表示を行います。”などの確認メッセージを初期画面表示後、ENTERを押した後で表示します。 その為、ENTERを押さずに算定履歴画面へ遷移した場合、算定履歴画面で確認メッセージを表示していました。また、他画面へ遷移した場合は、戻ってから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日ー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

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日ー診区731訂正展開エラー	システム管理1007で訂正時の自動発生(特定疾患処方管理料)が算定しない 診療行為の入力に.731の診療区分がある 入力内容や剤登録順の関係で.731以降に何も無い場合 訂正展開時に.731で入力した薬剤の直下に特定疾患処方管理料が来る場合に剤分離がされず.731の中に特定疾患処方管理料が含まれてしまいます。 マニュアルに注意として.731は剤分離ができないと記載されていますが自動発生なので診療区別を入力することはできません。 .731で入力した剤最終の回数入力を*1としても訂正展開時には消えてしまいます。 訂正展開時の警告解除後に*1を入力しても、特定疾患処方管理料に.820を入力しても再度展開しますと消えてしまいます。 剤分離はできないのでしょうか。	診療行為の登録順を入力順と設定している時、.731 造影剤・注入手技(点滴)の剤が最終行で、登録時に薬剤情報提供料を自動発生した場合、訂正で展開すると、自動発生した薬剤情報提供料が .731 の剤に含まれていました。 訂正時に正しく剤分離するように修正しました。	H22.6.15
33		病理診断の判定を修正しました。 マスタ更新(6月15日提供)により最新の点数マスタの状態であることが前提です。 マスタ更新をしなかった場合は、組織診断料・細胞診断料の入力できません。 また、細胞診断料の算定判定を区分番号で行っていましたので、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たので正しく表示するように修正しました。	H22.6.15

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
35	ncp 20100615-029	6/15に提供されたパッチを更新後、医療機関情報-基本の設定で診療費明細書発行フラグを「発行する」で登録した状態であるのに、診療行為の請求確認画面では診療費明細書が「発行しない」になってしまいました。 マスタ更新も行っており、最新の状態にしております。	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きました。 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日ー公害CT通減	公害で4月以降CT、MRI撮影の2回目以降の通減がされません。 ご確認いただけますでしょうか。	公害保険で、CT、MRIの月2回目からの通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日ー院内トリアージ加算エラー	小児科外来診療料の施設基準があり3歳未満で地域連携夜間・休日診療料と院内トリアージ加算を入力しますと院内トリアージ加算が小児科外来診療料以外となります。 Ver.4.4.0とVer.4.5.0の包括診療設定を包括算定しないの設定の場合エラーで入力できません。 Ver.4.5.0で包括算定するに設定しますと包括項目となり点数が算定されません。	小児科外来診療料の包括対象外のコード判定に院内トリアージ加算(113011570)が含まれていませんでしたので算定できるように修正しました。	H22.8.26

21 診療行為

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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
41	kk 22942	長崎県乳幼児福祉医療費制度の佐世保市の対応が、長崎市と同様の現物給付への変更とのお知らせが届きました。	長崎県地方公費乳幼児負担金計算対応(保険番号180) (平成22年10月診療分～) 入外あわせて上限額までの計算を可能にしました。 ※Ver4.5.0については、システム管理2010に”日・月上限額負担金計算”の設定項目を追加しました。 0 入外それぞれで上限額までの計算をする 1 入外あわせて上限額までの計算をする 補足 (1)長崎県の”180”は、デフォルトが”1”となります。 (2)日又は月上限額設定のある地方公費が対象となります。 ※Ver4.4.0については、プログラム対応しました。 併せて 社保(70歳未満現物給付)レセプト保険欄—一部負担金欄記載について、上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載するよう対応しました。 80100+@円(高額4回目以降の場合も、80100+@円)	H22.9.28
42	support 20101012-007	10/9に退院後、10/9に外来受診した患者の再診料が自動表示されてきません。 弊社テスト環境ですと、表示されますが、客先の患者1名だけが表示されません。試しに、10/10にすると再診料自動で表示されます。又、電話にて問い合わせをした際、診療行為入力画面でEnterを押下すると表示されてこないか聞かれましたが、それも出ませんでした。	入院月と退院月が同じ時、退院日に外来で再診料の自動発生をしませんでした。入院月に関係なく、退院日に外来の再診料を自動発生するように修正しました。	H22.10.27

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

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

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

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日ーセット登録	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「09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。 ー上記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に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

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+@を超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。 【150000+@(83400)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+((55555-500000)×0.01)=150556円 80100+((55555-267000)×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+((35555-267000)×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【35400】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+((35555-267000)×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

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、ご連絡させていただきます。 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

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】 <table><tr><td>入力コード</td><td>名称</td><td>回数</td><td>計</td></tr><tr><td>095000001</td><td>おむつ代500円</td><td>×1</td><td>500</td></tr><tr><td>*/4</td><td>4日分</td><td></td><td></td></tr><tr><td>*/6</td><td>6日分</td><td></td><td></td></tr><tr><td>*/16</td><td>16日分</td><td></td><td></td></tr><tr><td>*/20</td><td>20日分</td><td></td><td></td></tr><tr><td>*/25</td><td>25日分</td><td></td><td></td></tr></table> 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】 <table><tr><td colspan="2">.950 保険外(消費税なし)</td></tr><tr><td>おむつ代500円</td><td>500円</td></tr><tr><td></td><td>1×1 1000円</td></tr><tr><td></td><td>1×1 1000円</td></tr><tr><td></td><td>1×1 1000円</td></tr><tr><td></td><td>1×1 1000円</td></tr><tr><td></td><td>1×1 1000円</td></tr></table> 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			.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	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
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																																													
.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																																													
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																																										

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(133280)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

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) 【1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) 【1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)」に戻ってしまいます。	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すので修正しました。	H23.5.26
63	nep 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が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が表示しか行われなかった場合がありますので修正しました。	H23.5.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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(09591XXXX)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
65	nep 20110601-005	診療行為より初診算定日の変更を行なったところ、日付が変わりませんでした。 算定履歴からの初診ダミーマスタを削除、移行履歴からの初診ダミーマスタの削除を行いました。改善しませんでした。	システム管理の診療科コードを削除・期間変更を行いシステム日付で対象外となる診療科がある時、診療行為で診療科を表示しません。 診療科がシステム日付で対象外となっている受診履歴を訂正で展開した時、システム日付で有効な診療科に自動で変更していましたので、受診履歴の診療科で展開するように修正しました。 なお、訂正の診療日でも有効期間外の診療科であれば、診療日で有効な診療科に変更します。 また、診療科が変更となった時にクリアを行い受診履歴を削除した時、前の診療科の診療科履歴が削除とならなかったため正しく更新するように修正しました。 前の診療科履歴が残っていたので、最終来院日・初診算定日に変更とならないことがあります。	H23.6.27
66		診療行為検索で全角文字11文字で名称検索を行うと実際に該当があるにも拘らず抽出されませんでしたので正しく検索するように修正しました。 この他外来まとめ、点数マスタ更新での診療行為検索画面も同様に修正しました。		H23.7.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
67	support 20110701-012	外来にて生活習慣病管理料で包括算定をしている方が、入院された場合、21 診療行為の入院画面で、注射・検査等の入力を行うと包括診療となってしまいます。 099999904 出来高算定(日)(入院料包括)のコード入力で、出来高算定になりますが、出来高算定(日)(入院料包括)のコードを入力しなくても、入院では包括診療とならないよう、ご検討お願いいたします。	システム管理の包括診療行為設定画面で、生活習慣病管理料など外来の診療行為を包括算定すると設定している時、外来で生活習慣病管理料を算定した月に入院した場合、入院でも包括されていました。 外来の包括算定は、外来でのみ判定するように修正しました。	H23.7.27
68	support 20110709-004	入院患者の診療行為まとめ入力にて、入力方法によって点滴の手技料が診療行為確認画面にて入力した日数分上がったり上がらなかったりしております。 医院様より診療行為入力後の確認画面にて何故点滴手技料があがっていないのでしょうか、とご質問を頂いております。 診療行為確認画面で上がってなくても会計照会画面ではきちんと日数分上がっていたり上がらなかったりもしたそうです。	入院診療行為で登録時に自動算定する点滴手技料の算定日が、点滴薬剤の入力算定日によっては正しく表示・登録されてないことがありましたので、正しく編集するように修正しました。	H23.7.27
69		労災のコードを、950(. 960)を入力して自費コードとした後、入力した、950を削除した場合、労災コードの金額をそのまま点数として編集していました。 労災コードの診療種別を変更した時も正しく点数計算を行うように修正しました。		H23.7.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
70	kk 26130	記載頂いております内容で問題ございません。対応の程、宜しくお願 致します。 また、高齢者(70歳～74歳)も同様の計算となります。合わせての対応を お願いできませんでしょうか？	主保険＋広島県地方公費”191”又は”291”の負担金計算 対応(外来)(前期高齢者又は後期高齢者が対象) 同月に在総診の算定がある場合、下記のように負担金計算 を行います。 (後期高齢者で低所得者の場合は、以前対応済み) ・上位所得者(3割) (44400円と診療済みの3割相当分累計額と1日上限 (200円)を比較する。) ・一般所得者(1割) (12000円と診療済みの1割相当分累計額と1日上限 (200円)を比較する。) ・低所得者(1割) (8000円と診療済みの1割相当分累計額と1日上限 (200円)を比較する。) 一般所得者(1割)での例 1. 12000円と診療済みの負担割合相当分累計額の差額を 求める。 計算式(12000円－診療済みの負担割合相当分累計額) 2. 日上限(200円)と上記計算額を比較し、小さい額を患者 負担とする。 例1)1日目の負担割合相当分が12000円を超えた場合 1日目 15000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 0円 (12000円<15000円=0円)(200円>0円) 例2)1日目の負担割合相当分が11900円の場合 1日目 11900点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 100円 (12000円>11900円=100円)(200円>100円) 例3)1日目の負担割合相当分が10000円の場合 1日目 10000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 200円 (12000円>10000円=2000円)(200円<2000円)	H23.7.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
71	request 20110304-001	広島県ユーザー様より、下記のような問合せを頂いております。 「51公費(特定疾患)」対象外の疾患で入院した患者様がおり、入院登録の保険は、「後期高齢者単独」の組合せを選択しています。 但し、入院中「51公費(特定疾患)」の対象疾患の治療も行うので、「難病患者入院診療加算」を、「51公費(特定疾患)併用」で入力しました。 でも、「51公費(特定疾患)併用」分の請求書に、反映されません。 レセプトの摘要欄にも、わかれて明記されません。 過去に、支払基金に確認すると、このようなケースの場合は、該当加算のみを、公費併用として請求してください。との指摘を受けました。 当院の場合、このようなケースが多くありますので、早急にご検討のうえ、是非ご対応頂きたいです。	難病患者等入院診療加算対応(入院料と異なる保険組合せで診療行為入力) 入院料と異なる保険組合せで、(190101770)難病患者等入院診療加算の診療行為入力を行った場合、入退院登録、定期請求、レセプト処理においてエラーとならないよう対応しました。 レセプト電算データについては、当該加算を単剤として記録するように対応しました。	H23.8.25
72	support 20110804-019	二つの労災と協会けんぽの保険がある患者様です。 一方の労災で入院していますが、もう一方の労災でも治療をしており、そちらに対し、「病衣貸与料(101910060)」を算定しています。 協会けんぽでも治療を行っているため、労災レセが2件、協会けんぽレセが1件あります。 「病衣貸与料(101910060)」を算定している方のレセプトが、会計照会のプレビューで確認すると、添付資料「218591-R2_1エラー」のようになり、明細書作成で処理ができません。 試しに「病衣貸与料(101910060)」を削除して処理すると、明細書作成で処理ができました。	労災病衣貸与料対応(入院料と異なる保険組合せで診療行為入力) 入院料と異なる保険組合せで、(101910060)病衣貸与料の診療行為入力を行った場合、入退院登録、定期請求、レセプト処理においてエラーとならないように対応しました。	H23.8.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
73	ncp 20110818-011	大阪府支払基金 事業管理1課よりレントゲン撮影時のレセ電データがおかしいという指導がありました。 .700 画像診断 頸椎 単純撮影(デジタル撮影) 5 単純撮影(イ)の写真診断 5 画像記録用フィルム(B4) 6枚 555×1 555 上記の場合、上限回数の5ではなく、撮影回数、診断料共に6としたレセ電データを作成するようにという指導でした。 根拠として 支払基金HP上の「レセプト電算処理システム電子レセプトの作成手引き」 http://www.ssk.or.jp/rezept/iryokikan/download/files/jiki_j01.pdf P84のCSVの記録で「6」となっているからという事です。 念のため、弊社で確認試験を行い検証いたしましたところ、5でも6でもASP点検では、チェックされませんでした。	診療行為で画像診断の単純撮影料の撮影回数を、フィルムの枚数から自動設定する時に、回数がきざみ値の上限値以上の場合、上限値を撮影回数に編集していますが、この編集を廃止しました。 留意事項 該当のケースで既算定済みのデータを訂正する場合 パッチ適応後に該当の剤を訂正後、再登録してください。会計照会の剤変更でも訂正できます。 この場合、内部的に数量が変更となるだけであり、点数等の変更はありませんので警告は一切表示しません。よって、フィルム枚数×撮影回数が撮影料の数量に編集されていることを確認してください。	H23.9.26
74	kk 26413	国保連合会様より医療福祉制度における資料を頂きましたのでFAXさせて頂きます。 マル福の患者様で検査のみの来院などで診療実日数が伴わない場合、患者様からの自己負担金の徴収はしないということでの通達です。マル福を使つてのレセプト請求は出来るのですが、その場合一部負担金の欄は「0円」で記載が必要との事です。 現在オルカでは初再診を算定せず検査だけの入力をした場合、公費の一部負担金欄には患者負担金が記載されてしまいます。	茨城県地方公費負担金計算対応(外来) 地方公費全般(平成23年3月診療分～)で、診療実日数を伴わない診療分は患者負担なしとします。 上記対応について 1. 診察料がない場合は、患者負担なしとする。 (診療区分11～14での診療行為入力がなかった場合) 2. 診療区分11～14での診療行為入力があつた場合においても、診療行為コード「099409905」((特定公費)診察料未算定扱い)の診療行為入力があつた場合は、診察料がない場合とみなす。	H23.9.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
75	support 20111005-013	岡山県栄田郡西栗倉村の70歳未満の国保の被保険者の給付割合が、平成23年10月1日から2割負担から3割負担に変更になりました。一般の国保は3割を選択できますが、退職者国保の場合に割合が選択出来ずに2割で計算されてしまいます。 保険者番号 330753 保険者名 西栗倉村(栄田郡) 所在地 岡山県英田郡西栗倉村大字影石2 退職者国保の場合 67330753	該当保険者は給付割合が特例でしたのでそれを解除しました。 患者登録での対応 保険組合せの負担割合を修正しました。 保険者番号67330753が平成23年10月1日以降の開始日であれば、他の退職者国保と同じ負担割合となります。 診療行為等に表示される負担割合を変更する場合、該当の退職者国保を平成23年9月30日終了し、新たに同一保険を平成23年10月1日開始作成して下さい。	H23.10.7
76	10/4 特処算 定画面 表示 有無	病名登録の疾患区分「8」と「5」の病名が登録されている場合の特定疾患処方管理加算確認画面の表示について、4.6.0では確認画面を表示しますが、4.5.0では確認画面を表示しません。	病名の疾患区分に「05 特定疾患」と「08 特定・てんかん」の両方が登録されていた場合、診療行為の登録時に特定疾患処方管理加算算定の確認メッセージが表示されないことがありました。 対象となる病名の疾患区分に「05」があれば、「05」を優先として特定疾患処方管理加算の判定を行うようにしました。	H23.10.26
77	kk 26757	主保険+特定疾患(51負担無)+大阪府障害(80)をお持ちの患者様の、一部負担金について 1日目、2日目の診察で、「主+51負担無+80」で診察をし、窓口負担が¥0- 3日目、「主+80」で診察の入力をする、窓口負担が発生してしまいます。 大阪府支払基金に確認し、このような場合、3日目の窓口負担は¥0-で間違いないとのこと。 何度登録をしないしても会計が上がってしまうのですが、どのように対処すればよろしいのでしょうか？	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応 (外来) 1日500円上限、月2回の設定 負担金が発生しない場合は、回数カウントを行っていませんでしたが、回数カウントをするように対応しました。 (例) 1日 主保険+091+180 患者負担 0円 2日 主保険+091+180 患者負担 0円 3日 主保険+180 患者負担 500円 → 0円 (3日目は3回目とカウントし、0円とする。)	H23.11.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
78		システム管理の包括診療行為が包括算定しないと設定されている場合、小児科外来診療料などで包括されている院内投薬に点数が登録されることがありました。 診療種別を入力せず院内投薬を入力した時に診療種別を自動で「213 内服薬剤(処方のみ)」等と設定する場合に剤の最終行がコメントであった時に点数が表示され、そのまま登録していました。 点数をゼロで登録するように修正しました。 .213などの診療種別を入力した時や最終行がコメントコード以外であった場合は正しく編集しています。		H23.11.24
79	request 20111102-004	診療区分.148「在宅薬剤(院外処方)」.149「在宅材料(院外処方)」をつけて0085?、0083?で作成したコメントを院外処方せんに印刷する際に診療行為の請求確認の画面までひらき、処方せんを印刷すると印字されるのですが前回処方のボタンを押して開くとそのコメントが表示されません。 前回処方のボタンを押して処方せんを印刷する際も表示するようにしていただけませんか。	診療種別区分.148「在宅薬剤(院外処方)」で入力されたコメントコードのみの剤が前回処方の再印刷指示画面で表示対象となっていませんでした。 診療種別区分が院外処方であれば、薬剤、器材がなくても対象とするように修正しました。	H23.11.24
80	nep 20111104-006	入院患者で中心静脈注射と薬剤を入力すると、薬剤が算定されない。 数量を2にすると算定されたり、テスト患者で行うと算定できる。 手技を0点にすると薬剤は算定される。 何か、対処方法はあるか？	入院の診療行為入力で .340 中心静脈注射 薬剤 と入力された場合に、該当薬剤が中心静脈注射の薬剤と判定できなくなることから、「入院の中心静脈注射の薬剤は.350等で入力して下さい。」とエラーメッセージを表示するようにしました。	H23.11.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
81	kk 26856	松伏町重度心身障害者医療 支給方法変更について 北葛飾郡松伏町の医療機関様よりご連絡を頂きましたので、保険番号 マスタ設定のご検討をお願いいたします。	<入院> 21000円未満の場合、患者負担無し 21000円以上の場合、全額患者負担(償還払い)	H23.11.24
		埼玉県松伏町重度心身障害者医療対応(平成23年12月診療～) 1. 埼玉土建国保組合(本人)(保険番号562) <外来> 10010円未満の場合、患者負担無し 10010円以上の場合、全額患者負担 <入院> 100%患者負担 2. 埼玉土建国保組合(家族)保険加入7月目から(保険番号662) <外来> 21000円未満の場合、患者負担無し 21000円以上の場合、全額患者負担(償還払い) <入院> 100%患者負担 3. 埼玉県建設国保組合(本人)(保険番号762) <外来> 21000円未満の場合、患者負担無し 21000円以上の場合、全額患者負担(償還払い) <入院> 5010円未満の場合、患者負担無し 5010円以上の場合、全額患者負担 4. その他(松伏町の国保、後期高齢者を除く)(保険番号462) <外来> 21000円未満の場合、患者負担無し 21000円以上の場合、全額患者負担(償還払い)	注意事項 <外来> 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限額以上になる場合、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、ある場合は再計算及び診療費請求書兼領収書の再発行を行います。 又、必要に応じて入金処理を行います。 <入院> 1. 定期請求に関して 公費の特性上、該当患者については、入退院登録一定期請求設定を(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 退院分が上限額未満、再入院分が累計上限額以上となる場合、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。	

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
82	support 20111203-004	12/1からの兵庫県医師国保と障害者自立支援法の規定による医療を受けた時の自己負担額について資料を添付しておりますので、ご確認下さい。	兵庫県医師国保組合(283077)+021(精神通院)又は010(感37の2)の対応 <平成23年11月診療分まで> 021(精神通院)又は010(感37の2)を併用する場合は患者窓口負担は0円とします。 010(感37の2)を併用する場合はレセプト一部負担金は"0"を記載します。 <平成23年12月診療分以降> 021(精神通院)又は010(感37の2)を併用する場合は患者窓口負担は0円としません。 (一部負担金が発生します)	H23.12.7
83	kk 26963	神戸市の自立支援助成の受給者証を持ってこられたケースの対応のお願いです。 主保険 兵庫県国保 公費 精神通院 窓口負担が1回400円、月2回800円が明確に記載されています。 京都市の医療機関名(今回の問い合わせ医療機関)が記載されています。 京都府の基本設定では、兵庫県の「100」自立支援法市助成医療費を入力するだけでは低所得の400円になりません。	神戸市地方公費京都府対応 神戸市用(100、200)の公費を京都府の医療機関で使った場合のレセプト対応です。 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)の負担金額を記載します。 <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)の公費を登録します。 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"と入力します。 生活保護の方については、入外上限額を"0"とします。(その場合、神戸市用(100、200)の公費登録は不要です。) ※プログラム更新後、上記登録を行い再計算を行います。	H23.12.21

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
84	kk 26874	平成24年1月より、仙台市の乳幼児医療費助成制度が子ども医療費助成制度へと変更になるようです。	宮城県仙台市子ども医療費助成制度対応 (平成24年1月診療分～) 外来 3歳以上～小学3年 初診時のみ 日上限額500円 入院 小学就学後～中学3年 日上限額500円 月上限回数10回 使用する保険番号 ・0歳～2歳 583 社保 183 国保・4国保組合 783 その他の国保組合 ・3歳～小学就学前 263 社保・国保・4国保組合 363 その他の国保組合 ・小学就学後～中学3年 463 社保・国保・4国保組合 563 その他の国保組合 保険番号263、463 外来・・・初診時のみ一部負担金が発生します 入外・・・社保の70歳未満現物給付対象者でない場合、 80,100+@を超える金額を患者負担に加算します。 保険番号363、563 外来・・・初診時のみ一部負担金が発生します 入外・・・70歳未満現物給付対象者でない場合、80,100+ @を超える金額を患者負担に加算します。 ※70歳未満現物給付対象者でない場合の計算例 入院 請求点数 49,514点 主保険3割の場合 $49,514 \text{点} \times 10 \text{円} \times 3 \text{割} = 148,542 \text{円} \text{ (四捨五入)} 148,540 \text{円}$ $80,100 + ((495,140 - 267,000) \times 0.01) = 82,381 \text{円}$ $148,540 \text{円} - 82,381 = 66,159 \text{円}$ (この金額を患者負担に加算)	H23.12.21

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
85		特定器材商品名マスタ(ユーザ設定点数マスタ)に金額と単位コードを追加しました。 金額は算定器材コードで指定した特定器材マスタの金額種別が「2 都道府県購入価格」の場合に設定できます。 点数計算は以下による金額から算定します。 特定器材商品名マスタの金額が0円の場合 算定器材コードで指定した特定器材マスタの金額 特定器材商品名マスタの金額が0円でない場合 特定器材商品名マスタの金額 レセプト電算データの単価も点数算定に使用したマスタの金額を記録します。 単位は算定器材コードで指定した特定器材マスタの単位が設定されていない(000)場合に設定できます。 レセプト電算データの単位は当マスタに設定がある場合はこれを記録します。		H23.12.21
86	nep 20111228-009	医療機関から、処方入力しているのに入院患者の薬情が印刷できないと問い合わせがありました。 印刷できない状況を確認すると、処方内容は登録しているのに帳票印刷画面に対象の日付分が表示されないという現象です。 調べていますと決まった操作をした場合に同現象が起きることが分かりました。 入院診療行為入力で診療区分60の血液検査等を11項目以上入力して登録します。 その後同じ日の診療行為入力画面に投薬内容を同日付の環境で追加入力して登録します。 (訂正診療日は使用しません。) 薬情を発行するために、入院診療行為入力画面に患者を呼び出し帳票印刷ボタンを押しますが、診療日に登録した日付が表示されません。 血液検査の内容は問わず項目数が11項目を超えとなります。 10項目以内であったり、生体検査などでは発生しません。 いろんなパターンで検証しましたが、上記操作の場合のみ現象が起きます。	入院で帳票印刷の対象とならない剤のみを15剤以上登録した後、改めて該当日に投薬等の帳票印刷の対象となる剤を登録した場合、帳票印刷画面へ表示する対象とならないことがありましたので修正しました。	H24.1.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
87	ncp 20120107-007	電子カルテから「初診」を送っているのですが日レセの「診療行為入力」画面で展開されたときに下記の場合に「再診」が自動発生されてしまい、Claimで送信した「初診」になりません。 1. 「診療行為入力」画面にて 診察料なしで自費のみを算定して会計処理を行いました。 2. 再度「診療行為入力」画面を表示し、 同じ患者番号を入力すると、「再診」が自動発生されます。 ※日レセのClaim接続設定は「外来診察料展開」を「1 診察料変換」にしております。 1回目で診察料を算定する場合は再診から初診に変更することはできません。 上記の場合でも初診に変更できるようにはならないでしょうか？	初診料の算定されている中途終了データの展開で最終算定日が同日の時は診察料の変換を行っています。 この為、当日の受診履歴に診察料の算定がなくても再診料へ変換していました。 中途データに初診料があり受診履歴に診察料の算定がない場合は、初診料のまま展開するように修正しました。	H24.1.26
88		外来の前回処方・再印刷指示画面の「再印刷」ボタンをクリックした時に表示する確認画面で、「F10 全部」ボタンをクリックしても処理をしていませんでしたので修正しました。		H24.1.26
89		新生児の取扱いについて修正しました。 1日生まれの場合28日まで新生児、29日から乳幼児の算定となります。 (注意) 生後28日目に乳幼児の点数を算定している会計データを訂正で展開した時、乳幼児のコードがエラーとなります。 また、手術などの乳幼児加算は新生児加算に自動変換しますので警告が発生します。		H24.1.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
90	kk 27232	先日、「仙台市子ども医療費助成制度」のプログラム提供がございましたが、1入院につき10日を限度として1日500円の利用者一部負担金が発生する場合の入力を試してみたところ複数月一度も退院せずに入院した場合、1ヶ月毎に1日500円(上限10日分)が計算されているようです。 申し訳ございませんが、再度ご確認をお願い致します。	宮城県仙台市子ども医療費助成制度対応 (平成24年1月診療分～) 件名のパッチ対応を12月21日に行いましたが、入院(小学就学後～中学3年)について再度対応しました。 対象保険番号：463、563 制度内容：日上限額500円(1入院10日分限度) ”初回”入院日を基準日として、1入院10日分限度の計算をします。 <計算例1> (1)入院:1月5日～ ・1月分の患者負担は、500円×10日＝5000円 ・2月分の患者負担は、0円 (1月5日が基準日。残算定日数は0日。) <計算例2> (1)入院:1月25日～ ・1月分の患者負担は、500円×7日＝3500円 ・2月分の患者負担は、500円×3日＝1500円 (1月25日が基準日。残算定日数は3日。) <計算例3> (1)入院:1月5日～1月15日 ・退院分の患者負担は、500円×10日＝5000円 (2)再入院:1月20日～ 入退院登録:”1初回”で登録した場合 ・1月分の患者負担は、500円×10日＝5000円 (1月20日が基準日。残算定日数は10日。) (退院分と併せて1月分の患者負担計は、 5000円＋5000円＝10000円となる。) 入退院登録:”2継続”で登録した場合 ・1月分の患者負担は、0円 (1月5日が基準日。残算定日数は0日。)	H24.1.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
91	kk 27494	保険+263子就前+959災害該当+962免除 の組合せで会計をすると、再診にも関わらず、2割負担で計算される。 1. 社保+263子就前+959災害該当+962免除 と 社保+463子ども+959災害該当+962免除 の 組合せの場合、初診、再診に関わらず、負担率での計算を行うようです。 2. 国保+263子就前+959災害該当+962免除 と 国保+463子ども+959災害該当+962免除 の 組合せでは、初診、再診どちらでも問題なく患者負担なしで計算されます。 3. 社保+263子就前 と 社保+463子就前 の 組合せでは、初診時500円、再診時負担なしと正しく計算されます。実際は免除の方が優先されますので、保険+959災害該当+962免除の組合せでの会計になるのですが、間違って組合せを選んで入力した場合の動作が違くと混乱致しますので、お手数ですが、確認お願い出来ますでしょうか。	宮城県仙台市子ども医療費負担金計算修正(減免時) 社保+263又は463(患者登録で962免除の登録あり) で、70歳未満現物給付対象者でない方(限度額認定証なし)の場合、患者窓口負担が発生していましたので発生しないよう修正しました。	H24.2.23
92	kk 27491	福島県公費(乳幼児医療費)について対応お願い致します。(緊急) 標題について特殊な助成方法(助成上限額以上の高額療養費扱いが償還払い)の為、ORCA本体側で助成処理付加機能が実装された【保険番号445】をご提供いただいておりますが、一医療機関で、上限額が『21000円』と『35400円』の上限額が異なる市から来院された患者様が現在入院中です。 【445】と同様、『35400円』まで窓口の食事負担がない助成処理付加機能が実装された保険番号の対応を至急お願い致します。	福島県田村市地方公費(645乳幼児)負担計算対応 (ア)医療費患者負担(入外) 35,410円未満の場合、患者負担無し 35,410円以上の場合、全額患者負担(償還払い) (イ)入院時食事負担 35,410円未満の場合、患者負担無し 35,410円以上の場合、全額患者負担(償還払い)	H24.2.23

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
93	kk 27566	東京都の他道府県国保とマル都併用の請求に関する資料をお送り致します	東京都地方公費(382マル都)負担計算対応 ※計算方法は保険番号182と同じです。 ― 計算方法 ― 患者負担相当額を10000円助成する。 10000円を超える金額は患者負担とする。 1. 長期972併用時・・患者負担なし 2. 長期974併用時・・10000円超～20000円の金額 上限10000円を患者負担とする 3. 長期をもたない場合・・上位の保険又は公費の患者負担 相当額の10000円を超える金額を患者負担とする	H24.2.23
94	kk 27652	H24. 3診療分から子ども医療費が審査支払事務を委託されることで国保から高額療養費についての案内がありましたので資料を添付致します。 またORCAホームページに 2012/2/16記載分、社会保険診療報酬支払基金千葉支部、 →請求方法及びレセプト等記載について(千葉県子ども医療費助成事業) にも追記がありましたので資料添付致します。	千葉県地方公費負担計算対応(平成24年3月診療分～) (県外国保組合の場合) 主保険+(263又は363又は463)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+@を越える金額を患者負担に加算します。 (例)入院 請求点数49514点 主保険3割 $49514 \text{点} \times 10 \text{円} \times 3 \text{割} = 148542 \text{円}$ (四捨五入) 148540円 $80100 + ((495140 - 267000) \times 0.01) = 82381 \text{円}$ $148540 \text{円} - 82381 = 66159 \text{円}$ (患者負担加算額)	H24.3.21

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
95	お電話でのお問い合わせ2月27日一国保組合法定外給付廃止	全国土木建築国民健康保険組合(133033)ですが24年3月診療分で精神・結核の法定外給付が廃止されるところとことです。 他の組合にも廃止されるところがあるようです。 東京芸能人国保組合(133066) 東京食品販売国保組合(133132)など。	特定保険者+021(精神通院)又は010(感37の2)の対応 ＜平成24年3月診療分まで＞ 021(精神通院)又は010(感37の2)を併用する場合、患者窓口負担は0円となります。 010(感37の2)を併用する場合、レセプト一部負担金は”0”を記載します。 ＜平成24年4月診療分以降＞ 021(精神通院)又は010(感37の2)を併用する場合、患者窓口負担は0円としません。(一部負担金を発生させます) 対象保険者 133033 全国土木建築国保組合 133041 東京理容国保組合 133066 東京芸能人国保組合 133074 文芸美術国保組合 133090 東京料理飲食国保組合 133116 東京技芸国保組合 133132 東京食品販売国保組合 133140 東京美容国保組合 133157 東京自転車商国保組合 133165 東京青果卸売国保組合 133173 東京浴場国保組合 133181 東京写真材料国保組合 133199 東京都弁護士国保組合 133207 東京都薬剤師国保組合 133223 東京都医師国保組合 133249 東京建設職能国保組合 133256 東京建設業国保組合 133272 東京土建国保組合	H24.3.21

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
96	kk 27674	水俣市ひとり親の保険番号マスタの追加を依頼致したく、資料を送らせていただきます。	限度額認定証を提示された場合 例:3割 30000点の場合(一般区分) $80100 + (300000 - 267000) \times 0.01 = 80430$(自己負担限度額) $300000 \text{円} \times 0.3 = 90000 \text{円}$ $90000 \text{円} \div 3 = 30000 \text{円}$ 30000円と80430円(自己負担限度額)を比較して、小さい30000円を患者負担とする。 ※自己負担限度額の1/3(四捨五入し10円単位にした額)より、患者負担が大きくなる場合は、後で償還払いをしていただく。	H24.3.28
		熊本県水俣市地方公費対応 (平成24年4月診療以降で対応) ひとり親(343) 計算方法 (1)主保険の負担割合相当額を計算。四捨五入し10円単位とします。 (2)その額の1/3を計算。四捨五入し10円単位とします。(患者負担) ※高齢者は、1/3計算をしません(後で償還払いをしていただく)。 1. 70歳未満で、主保険+ひとり親の場合 例:3割 555点の場合 $5550 \text{円} \times 0.3 = 1665 \text{円} \rightarrow 1670 \text{円}$ $1670 \text{円} \div 3 = 556.66\cdots \rightarrow 560 \text{円}$(患者負担) (右上へ続く)	2. 70歳未満で、マル長併用時 例:3割 4500点の場合(972マル長) 10000(自己負担限度額) $45000 \text{円} \times 0.3 = 13500 \text{円}$ $13500 \text{円} \div 3 = 4500 \text{円}$ 4500円と10000円(自己負担限度額)を比較して、小さい4500円を患者負担とする。 ※自己負担限度額の1/3(四捨五入し10円単位にした額)より、患者負担が大きくなる場合は、後で償還払いをしていただく。 3. 70歳未満で、他公費併用時(51等) 他公費一部負担金と上記により計算した1/3の金額を比較し、小さい額を患者負担とします。 ※償還払いとなるケースについては不明	
97	support 20120327-010	Do検索で「*」Enterしても、診療行為入力画面にまったく複写されない	DOで、内服剤の「(減)」が自動算定された剤は、「*」での複写ができませんでしたので修正しました。	H24.3.28
98		ロービジョン検査判断料の自動算定を取り止めました。 ロービジョン検査判断料を算定する場合は入力を行ってください。		H24.3.30

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
99		外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料の算定について修正しました。 外来リハビリテーション診療料を算定した同一会計内(同一画面)の初診料、再診料は削除します。 ただし、初診料(同一日2科目)、再診料(同一日2科目)については、警告メッセージを表示し算定を可能とします。 警告メッセージは、複数科入力を行った場合は、「警告！！診察料を複数科・保険組合せで算定しないで下さい」となります。 これは、診察料が削除されているために発生します。 別の診療行為とした場合は、「警告！外来リハビリテーション診療料が算定中です。診察料は算定できません。」と表示します。 外来リハビリテーション診療料算定後で、初診、再診料が算定できない期間は、再診料ダミーを自動発生しますが、必要であれば再診料ダミーを削除して初診料、再診料を入力して下さい。 この時、「警告！外来リハビリテーション診療料が算定中です。診察料は算定できません。」が表示されます。		H24.4.2
100	お電話でのお問い合わせ4月2日ー在宅患者訪問診療料新設コード	4月に新設された114018010在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等入居者)ですが入力しても再診料等削除されません。 114012910在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等以外入居者)の方は削除されますのでご確認ご対応お願いいたします。	4月改定で新設された114018010 在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等入居者)を入力した場合、再診料等の削除を行っていませんでしたので削除するように修正しました。	H24.4.2
101		労災算定基準により、労災保険でも再診(同一日2科目)の算定が可能であることが分りましたので健保同様の対応を行いました。		H24.4.2

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
102	ncp 20120405-015	院外処方の医療機関様よりお問い合わせいただきました。 次の手順でDoで入力すると、服用コメントが消えてしまいます。 1. 服用方法の違う薬を2つ登録します。 2. 2つの薬の間に、行挿入します。 3. Doで1つ薬を登録します。 4. 2つ目に登録してある薬の服用コメントが消えてしまいます。 間に挿入したいのに、順番も入れ替わってしまうようです。 何とか対処できる方法はないでしょうか？	診療行為画面でコードに行挿入の「+」を入力後、ETNERを押下せずにF8「DO」を押下した場合、DOで選択した剤の挿入位置が最終行になってしまい最後のコードが置き換わっていました。 正しく最終行の次から挿入するように修正しました。 なお、入力した「+」は無効となります。	H24.4.6
103	ncp 20120406-043	Pからはじまるセットで .810 リハビリ(発症日等) 099800131 運動器リハビリテーション開始日 810000001 (病名をコメント登録) と作成し使用していました。 入力として、運動器リハビリテーション(3)180027910を入力している場合、運動器リハビリテーション(3)の直下に挿入しなくとも、3月31日までは、入力＞登録とできていたが、4月1日以降、最後尾にPセットを入力すると、カーソルが . 800 その他(リハビリ) 180027910 運動器リハビリテーション料(3)の入力コードの末尾に移動し点滅する状態になります。 一度Enterを押下すると最後尾にカーソルが移動するが、操作が一つ増えることになります。	4月から、運動器リハビリテーション料(1)、(2)、(3)の入力行の後に、運動器リハビリ開始日を入力した場合、再度、運動器リハビリテーション料にカーソルが移動していました。 カーソル移動を行わないように修正しました。	H24.4.23
104	ncp 20120407-010	3/31までは、再診料[112007410]を算定している患者に電話等再診[112007950]を入力すると、同日電話等再診[112008850]に自動で切り替わっていました。 4/1を境に電話等再診[112007950]が同日電話等再診[112008850]に自動で切り替わらなくなったのですが、どうしてでしょうか。	4月からの外来の診療行為で、当日に既に受診がある時に電話再診を入力した場合、そのまま登録していましたので確認メッセージを表示後、OKで同日電話再診料へ変更するように修正しました。	H24.4.23

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
105	ncp 20120327-033	動作が不明な点が2点ありましたので、連絡させていただきました。 ●3月22日付の「平成24年4月診療報酬改正対応」の P5. 7負担金計算について 70歳未満の方 (例1)国保3割 一般区分 【上限額を超えない場合】 1日目 国保単独 請求点数26000点 患者負担 26000円 2日目 国保+051(上限額5000円) 請求点数7000点 患者負担 5000円 上記の2日目の請求点数が7000点以上であれば、資料とおり、赤文字で「★★収納業務で一括再計算を行ってください★★」の表示が出て、収納画面で一括再計算を行うと返金が発生します。 2日目の請求点数が6999点以下の場合は、赤文字で「★★収納業務で一括再計算を行ってください★★」の表示および返金が発生しません。 (例2)国保3割 一般区分 【上限額を超える場合】 1日目 国保単独 請求点数26700点 患者負担 80100円←上限額を超える 2日目 国保+051(上限額5000円) 請求点数7000点 患者負担 5000円 上記の2日目の請求点数が7000点以上であれば、資料とおり赤文字で「★★収納業務で一括再計算を行ってください★★」の表示が出て、収納画面で一括再計算を行うと返金が発生します。 2日目の請求点数が6999点以下の場合、こちらは赤文字で「★★収納業務で一括再計算を行ってください★★」の表示はありますが、収納画面で、一括再計算を行っても返金が発生しません。	高額療養費の外来現物給付化に関する修正 <70歳未満> 診療行為入力ー請求確認画面のメッセージ表示に関するチェックを修正しました。 下記対応は、平成24年5月診療分からとなります。 (例)国保3割 一般区分 70歳未満 1日目:国保単独 請求点数 30000点 2日目:国保+51(上限額5000円) 請求点数 5000点 1日目で上限(80100)に達している場合は、2日目が高額療養費合算対象外であっても、「★★収納業務で一括再計算を行ってください★★」とメッセージを表示していましたが、高額療養費合算対象外の場合は、メッセージを表示しないように修正しました。	H24.4.23

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
106	ncp 20120402-145	初診料(同一日2科目)が改定前の初診料(同日複数診療科)の時には他の診療科で初診や再診が入っていようがないが入力可能だったのに対して、改定後より先に入力ができなくなっており業務に支障が出ています。 あるお客様の医療機関では電子カルテを導入しており電子カルテの仕様上、どうしても初診料(同一日2科目)を先に入力する必要がある事があるのですが4月1日より急にできなくなった為に運用がストップしてしまっています。(同一会計内に2科分入力をしなければいけない仕様な為、入力する診療科の順番が変えられない時がある為) 確かに改定後の「初診料(同一日2科目)」という言葉の意味として、「2科目」での入力の為のコードとはわかるのですが運用上の問題が出ている事を配慮していただけないでしょうか？	4月から初診料(同一日2科目)を当日の診療科に入力後、同一画面で複数科入力を行い、再診料を2科目で手入力しても同一日2科目がエラーとなり登録できませんでしたので、3月までと同様にエラーを解除しました。 ただし、最初の診療科に初診・再診料が算定されていることを前提としていますので、1科目に初診・再診料を算定するようにして下さい。	H24.4.23
107	ncp 20120402-053	インスリン製剤を2ヶ月分処方する場合、血糖自己測定器加算は×2になると思うのですが、診療行為の為。数量は入力できません。 在宅自己注射指導管理料(1以外の場合)の下に、血糖自己測定器加算を2行続けて入力する事は出来る様ですが、正しい入力方法をご教旨頂けないでしょうか。	今年度改正の在宅加算で複数月複数回算定が可能な加算に対応する為、.143 在宅加算料 で入力した場合は、「回数 は1回のみです。」のエラーを削除しました。 上限回数チェックは行います。 ただし、.143 を宣言した場合、加算コードのチェックはしていませんので、入力は注意して下さい。	H24.4.23
108	request 20120403-009	精神科の医療機関様より、医療観察法の外来対応はいつになるのかお問い合わせをいただきました。 対応の有無、対応時期などお知らせいただければと思います。	診療行為画面で医療観察法専用コードの入力時に表示していた、警告メッセージ「K269 警告！！医療観察法専用コードです。」を表示しないよう対応しました。 これに併せて、医療観察法専用コードの場合は診療行為名称の前に【医観】と表示するように対応しました。 (診療行為画面、外来まとめ画面、マスタ検索画面)	H24.4.23

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
109	nep 20120412-008	産婦人科を受診(妊婦健診と保険診療を行う) 妊婦健診で再診料を算定しているので、保険診療では、再診料の算定 していません。コメントで「再診は自費にて」等入力、「099120001 再診 料(DUMMY)」も入力してます。 同日に乳腺外科を受診(保険診療を行う) 産婦人科の医師とは別医師のため、「再診(同一日2科目)」の算定可 能なため、ORCAで複数科入力にて「再診(同一日2科目)」を入力し ようとすると、「警告！！診察料を複数科・保険組合せで算定しないで下 さい。」と出てしまい、入力した「再診(同一日2科目)」が自動的に削除 されてしまいます。	再診料ダミーを算定している画面で、複数科入力で再診料 (同一日2科目)の算定ができませんでしたので、算定でき るように修正しました。	H24.4.23
110		外来リハビリテーション診療料等を算定中で、再診料ダミーを自動発生 する場合に他科で受診済みの時の確認メッセージ「既に診察料を他科 で算定しています。OKで同日再診料へ変更します。」を表示後の処理を 修正しました。 「OK」で再診料ダミーと同日再診料を2行、「NO」で再診料ダミーが表示 されていたので、「OK」で再診料ダミー、「NO」で再診料算定科のコ メントを自動発生するように修正しました。		H24.4.23
111	request 20120416-008	1. 一般名による検索を可能として欲しい 2. 出力された処方せんと入力内容を確認する為、一般名処方された医 薬品については、【般】だけではなく「一般名」が確認できるようにしてほ しい。(例えば、診療行為確認画面等にて一般名表記してほしい)	診療行為画面から医薬品の検索を行います。 (1)一覧を選択せず「Shift+F2一般名」ボタンをクリックすると 検索条件に合致した一般名が一覧に現れます。 選択するとその一般名に該当する銘柄医薬品の一覧を表示 します。 (2)一覧を選択してから「Shift+F2一般名」ボタンをクリックす ると選択した銘柄の一般名に対する銘柄医薬品の一覧を 表示します。 一般名記載となる医薬品については、診療行為確認画面で 一般名で表示するようにしました。	H24.4.23

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
112	ncp 20120411-005	医療機関様より下記現象の問い合わせがあり当社検証にての同現象があったため報告させていただきます。 4月2日 リスパダール2mg3T アキネトン1mg3T 099209908 毎食後5日分 ↓ 処方箋印字 リスパダール2mg3T ビペリデン塩酸塩錠1mg3T 4月9日 リスパダール2mg3T 099209908 アキネトン1mg3T 毎食後7日分 (一般名記載薬剤変更) ↓ 処方箋印字 リスパダール2mg3T ビペリデン塩酸塩錠1mg3T と2日と表示がいっしょになってしまう Do入力でなく個別入力でも同現象	投薬の剤で、099209903 後発変更不可 を設定した薬剤が違う場合でも、剤内のコードと数量がすべて同じであれば同一剤と判断していましたので、投薬の予約コード(099209903 ~ 099209908)は設定した薬剤毎に判定するように修正しました。	H24.4.23

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
113	support 20120420-015	特定の処置を入力して中途終了すると、初診(乳幼児)加算が初診(乳幼児時間外)加算に勝手に変わってしまうというお問い合わせをいただきました。 ■再現方法 1.以下の内容を入力し、中途終了をします。 *111000110 初診 111000370 初診(乳幼児)加算 *.400 処置行為 140022710 ネブライザー *.400 処置行為 140003810 喀痰吸引 140049370 6歳未満乳幼児加算(処置)(75) 2.中途表示から開きなおすと、 初診(乳幼児)加算が初診(乳幼児時間外)加算になります。 ネブライザーと喀痰吸引は併算定できませんが、あえて入力しており、数日前まではこういった現象は起きなかったとのことでした。 今まで処置を入力して中途終了し、中途表示でよびだして登録を押し、チェックがかかってからネブライザーを削除する運用をしていたようです。	診療行為で、訂正や中途終了の展開を行った時、展開内容にエラー項目があった場合、初診・再診料の乳幼児加算が正しく展開されないことがありましたので修正しました。 エラーを削除すれば、正しい乳幼児加算に変更しますので、誤った乳幼児加算で登録されることはありません。	H24.4.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
114	kk 28020	大阪国保連合会 管理課 保険組合せ:前期1割+187 助成87(大阪)+長期 1日目 6000点 2日目 5000点 上記のような診療点数で入力した場合2日目の自己負担金500円が発生しません。 H20年にORCAサポートセンター様に問合せをさせていただいた時には、法定負担割である2割で計算するため1日目で上限額に達し、2日目の自己負担は発生しないというご回答を頂きました。 今回、お問合せがあり調べなおしてみると、同様の場合2日目の500円は発生するという回答が国保連合会よりございました。 187 助成87(大阪)に限らず、180、182、183、186、188、189、190、280、282、286の公費は、全てこの計算方法となるそうです。	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の外來負担計算修正(1日500円上限、月2回の設定) 前期高齢者(1割据え置き対象者)+大阪府地方公費+長期(972)の外來負担計算について、下記計算の負担割合を”2割”から”1割”として負担相当額を求めるよう修正しました。 ＜長期併用時の計算方法＞ 1日目の負担相当額が長期の上限(10000円)を超えた場合は、2日目の患者負担を0円とします。 残額(10000円-1日目の負担相当額)が500円未満の場合は、その額を2日目の患者負担とします。 負担相当額=請求点数×10円×負担割合 計算例 ＜修正前＞ 1日目 6000点 患者負担 500円 2日目 5000点 患者負担 0円 (1日目6000点×2割=12000円 残0円<500円) ＜修正後＞ 1日目 6000点 患者負担 500円 2日目 5000点 患者負担 500円 (1日目6000点×1割= 6000円 残4000円>500円) 【重要】 パッチ適用前の【収納テーブル】長期の負担相当額は2割計算した金額が記録されています。 その為、上記例のような場合、1日目の【収納テーブル】長期の負担相当額を1割計算した金額に置き換えてから2日目の計算を行う必要があります。 パッチ適用後、収納業務で一括再計算を行ってください。	H24.5.1
115	ncp 20120501-004	外來リハビリテーション診療料1についてお尋ねします。 4月26日に外來リハビリテーション1を入力しています。5月1日で患者さんをお呼び出すと再診が算定されます。	外來リハビリテーション診療料等を前月に算定した場合、当月規定期間中(14日または7日以内)であっても算定中の判定を行っていませんでした。 正しく判定するように修正しました。	H24.5.1

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
116	ncp 20120428-010	労災入力の件で問い合わせです。医療機関様が監督署へ確認した内容です。 外来リハビリテーション診療料を算定した場合の再診時療養指導管理料ですが、外来リハビリテーションと同一日は算定可能でその他の日は算定不可ということです。 しかしORCA入力には逆に同一日は入力不可でそれ以外の日は入力可能と監督署見解と逆の仕様となっているようです。	労災保険、自賠責保険での会計時は、外来リハビリテーション診療料等の算定時に、再診時療養指導管理料の入力ができるように修正しました。	H24.5.16
117	support 20120501-054	不具合のパッチありがとうございました。 早速、更新して検証してみたのですが、修正される患者様とされない患者様がいます。 同じ日に算定していても再診で算定の人ダミーで算定される人がいます。	前月に外来リハビリテーション診療料等の算定が複数回あった場合、最初の算定日を基準日としていました。 最後の算定日を基準日とするように修正しました。	H24.5.16
118	support 20120503-003	24年4月診療報酬改正対応にて 【診療行為 通院・在宅精神療法(20未満)加算】が「児童・思春期精神科入院医療管理料」に係る届出を行った場合 16歳未満の患者に対して行った場合は、2年以内の期間に算定できるとされました。 施設基準で設定をしていますが、16歳未満の方で初診算定日を1年超えた期間に手入力した場合、エラーも出ずに登録可能です。 改定資料には ③20未満の加算コードを1年超えた期間に手入力した場合も算定要件のチェックをします。 とありますが、チェックをしません。	通院・在宅精神療法(20歳未満)加算を手入力した時に、初診算定日から2年以上の時のみ警告エラーとしていました。 2年未満の算定ができない場合は、1年以上であれば警告を表示するようにしました。 また、このエラーは登録可能な警告メッセージでしたので、メッセージに「警告！」を追加しエラーコードを変更しました。	H24.5.16
119	request 20120428-002	医療機関様より、診療行為画面で一般名記載を入力した医薬品が点数確認画面で一般名に変わってしまうのは、確認がし辛く困るとのご指摘がありました。 マスタ等で、一般名を表示するしないの設定を選択出来るようご改善願います。	診療行為確認画面の処方名の切り替え機能を追加しました。 初期表示は、システム管理の「1038 診療行為機能情報」の5:確認画面処方名称表示区分で決定します。 システム管理の設定がない場合は、一般名での表示となります。 また、「名称切替」ボタンで院外処方の名称を一般名と銘柄名で切り替えます。	H24.5.16

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
120	5/2 後期高齢 長期 窓口負担 金	<保険情報> 後期高齢者1割+低所得2+長期 1日目 後期高齢者 8,000円 2日目 後期高齢者+長期 0円 (K03)診療行為請求確認画面では、2回目の請求額は0円となるのですが、画面右下に「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージが表示されます。 限度額に達しているため、差額の2,000円は発生しないものと思われませんが、ご確認いただけますと幸いです。	現物給付(高齢者)+長期(972)の外来負担金計算修正 1. 一括再計算メッセージの表示について 1日目 前期高齢単独、又は、後期高齢単独 2日目 前期高齢+長期、又は、後期高齢+長期 この場合、2日目において患者自己負担限度額に達している場合、請求確認画面に「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージを表示していましたが、表示しないよう修正しました。(一括再計算不要の為) 2. 低所得の方(患者自己負担限度額8000円)の計算について (例) 1日目 後期高齢+長期 請求点数9000点 患者負担8000円 2日目 前期高齢+長期 請求点数9000点 患者負担2000円 → 0円 この場合(前期高齢+長期、又は、後期高齢+長期の保険組み合わせで、2日以上診療がある場合)、患者自己負担限度額10000円での計算となっていましたので2日目の患者負担は0円となるよう修正しました。	H24.5.16

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
121	ncp 20120330-006	下記の件について、ご確認宜しく願いいたします。 入院レセプト一部負担金の誤りで返戻がありました。 ●患者登録 [保険] 後期高齢者 補助3割 [公費] 959災害該当 960減額(割):50% ●レセプト 月の請求点数 36858点 一部負担金額 40558円 ●返戻された内容: 月の一部負担金額は55287円の計算になります 医療機関から支払い側に確認したところ、災害該当の後期高齢者の場合は月の点数が55308点以下であれば総点数×1.5の計算式になるそうです。 36858点×1.5=55287円	計算方法1<現在対応済みの計算> (1)自己負担限度額×(100%-減額%) (2)請求点数×10円×主保険の負担割合× (100%-減額%) ※(1)と(2)を比較して、小さい金額を患者負担とします <例>後期高齢3割 減額50% 請求点数36858点 入院 (1)80100+(368580-267000)×0.01=81116 81116×50%=40558円 (2)36858×10×0.3×50%=55287→ (四捨五入)55290円 ※40558円が患者負担	H24.5.16
		960減額(割)の計算対応(自己負担限度額がある方の計算) 現在対応済みの計算(計算方法1)とは別の計算(計算方法2)について対応しました。 計算方法2で負担金計算を行いたい場合は、960減額(割)の公費登録を行う際、公費負担者番号欄(1桁目)に"1"を入力して下さい。	計算方法2 (1)自己負担限度額 (2)請求点数×10円×主保険の負担割合× (100%-減額%) ※(1)と(2)を比較して、小さい金額を患者負担とする <例>後期高齢3割 減額50% 請求点数36858点 入院 (1)80100+(368580-267000)×0.01=81116 (2)36858×10×0.3×50%=55287→ (四捨五入)55290円 ※55290円が患者負担	

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
122	support 20120323-015	会計照会から診療行為のまとめ入力をしたそうなのですが、その内容が診療行為画面で訂正からまとめ入力した日の診療行為を確認するために受診履歴から当該日付を選択しても、診療行為が何も表示されないとのことでした。 添付資料①②を見ていただくとわかりますが、28日にフラグがたっていますが、③の診療行為画面で開くと何も表示されません。 この日だけでなく、3/16以降の保健組み合わせ008の診療行為が全てこのような状態のようです。 またこの患者様だけでなく他にもいらっしゃるとのことでした。 データベースの受診履歴テーブルを見てみると、④の通り、008の保険組み合わせのレコードは存在するものの、zainum1～に何も入っていない状況です。 また弊社の検証環境にて同様の入力をしましたが、このような現象は発生せず、診療行為画面を開いても正常に入っていました。	外来で包括分入力保険(9999)での算定がある場合、受診履歴の伝票番号が重複することがあります。 複数端末から会計照会と診療行為を同時に登録した場合に伝票番号に不整合が発生することが原因です。 このため、伝票番号が重複している受診履歴を診療行為や会計照会で修正を行うと受診履歴や収納に不整合が発生することがありました。 伝票番号が重複していても正しく更新を行うように修正しました。	H24.5.29
123	OSC	診療行為入力画面では、先頭桁が半角数字あるいは半角英数で始まるコードは20桁まで任意の長さのコードが入力可能とありますが、10文字を超えると10文字目で1つスペースが空き11桁目が欠落し表示キーの入力コードに変換されずエラーとなる場合があります。 エラーが表示された場合でも再度入力しなおすと表示キーに変換されます。	診療行為画面で入力CDが複数登録されている場合、表示入力CDを画面表示した後、表示CD以外の入力CDを表示されている入力CDに上書き入力した場合、表示CDに変更しませんでしたので、正しく表示するように修正しました。	H24.5.29 H24.5.31 修正取消 H24.6.26 再修正

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
124	kk 27928	今回は三重県の医療機関へ桑名市の方が受診した場合です。 小児慢性特定疾患医療券を添付致します。 一応、 ・名古屋市役所子ども青少年局子育て支援部 子育て支援課 ・三重県桑名保健福祉事務所 へ確認した所 >1.2.3.4について 制度的には全国公費(52)と同様の取り扱いであり負担者番号も同じだそうです。 (例:名古屋市の場合:52236023 三重県の場合:52246014) >5について 全国公費(52)と同様に自己負担限度額に患者食事負担は含みます >6について 例えば、外来上限額5200円の患者・疾患名がI型糖尿病 A診療所とB診療所を受診した場合、A診療所で5200円負担しB診療所でも5000円負担したら、上限額の5200円以上負担した分は償還払いするが名古屋市と三重県は、償還払いをせずに患者が管理表または領収書を持参し窓口で提示したら上限額までしか負担しない制度になっているそうです。 愛知県では償還払いを行っているが、名古屋市では行っておらず、三重県は全体で償還払いをしていないそうです。 >7について はい。 21通院精神のように他一部負担累計のように他医院で負担した金額が入力できるよう対応願います。	愛知県・三重県の小児慢性特定疾患対応 (平成23年4月診療以降で対応) 自医院分(入院と外来)と他医院分をあわせた自己負担限度額までの負担金計算が行えるよう対応しました。 ・保険番号:152(法別52) ・平成21年5月改正(特定疾患等の見直し)の対象とします。 1. 患者登録ー公費欄の入力について ”152”の適用期間(開始日)は、平成23年4月1日以降の日付で登録してください。 2. 患者登録ー所得者情報ー公費負担額欄の入力について 「入外上限額」「他一部負担累計」の入力を可能とします。 ・入外上限額については、入院がある場合は入院の自己負担限度額を、入院がない場合は外来の自己負担限度額を入力してください。 ・他一部負担累計については、他医院分の一部負担を入力してください。 3. 負担金計算 自医院分(入院と外来)と他医院分をあわせた自己負担限度額までの負担金計算とします。患者食事負担も上限額に含みます。 4. レセプト 全国公費(052)に準ずる記載とします。	H24.5.29
125	support 20120530-004	薬剤情報提供料の入力についてお尋ねがあります。 通常同月に2回以上入力した場合には警告として、「今月既に算定済みです」というメッセージが出てきますが「閉じる」をクリックすると先に進めるかと思えます。 ですが、本日から突然「閉じる」をクリックしても先に進もうとすると同じ警告のメッセージが出てきて入力が先に進みません。	薬剤情報提供料のマスタに入力CDが複数登録されている場合、月2回以上の算定には警告が出ますが、入力CDの表示キー以外で入力した場合に警告の解除ができなくなっていましたので修正しました。	H24.5.31

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
126	ncp 20120529-022	骨塩定量(160147310)のマスタ設定で「前回検査日」=「2表示する(初回実施日)」としていた場合、6歳未満の乳幼児加算がつく患者で上記マスタを入力するとEnterを押すたびに「初回実施(840000085)」 「前回実施(840000087)」いずれかのマスタが増えていきます。 「前回検査日」=「1表示する(初回コメント)」に変更した場合も同様に、Enterを押すと自動表示されるコメントマスタが乳幼児加算の下に増えていきました。	検査で前回検査日コメントを自動発生する場合、乳幼児加算を同時に自動発生すると、前回検査コメントコードがEnterを押す毎に追加されていたので修正しました。 コメントコードは乳幼児加算の下に自動発生します。	H24.6.26
127	ncp 20120518-003	同日電話再診をした際にコメントを入力しているのですが4月から診療行為画面で入力ができなくなりました。 検証器では再現できず、5/17にプログラム更新をかけてもらったのですが改善されません。 同日電話等再診 時間外対応加算2 明細書発行体制加算 電話再診(回)840000001このコメントが入力後エンターを押すと消えてしまいます。	外来で一度削除した外来管理加算を自動発生する時に、再診料の剤にコメントコードが入力されていた場合、コメントコードの直下に挿入していました。 この為、コメントコードが外来管理加算のコメントとなっていましたので、再診料の剤の下に挿入するように修正しました。	H24.6.26
128	ncp 20120607-022	チェックマスタ「B 診療行為の併用算定(同会計内)」に関する診療行為入力時のチェックについてお尋ねします。 例えば、「160036510 CEA」と「113001310 悪性腫瘍特異物質治療管理料」をチェックマスタで登録した場合、診療行為入力時にエラー情報が表示されますが、 「160036510 CEA」と「008600001 画面表示コメント」ではエラー情報が表示されません。 ただし、中途表示や訂正表示のときは、エラー情報が表示されます。 1回目の入力時にエラー情報が出ないのはなぜでしょうか？	診療行為画面で、チェックマスタの併用算定チェックを診療行為コードのみ対象としていますが、適用コードにコメントコードなど、診療行為コード以外が登録してあった場合に、併用算定チェックを行っていたので、適用コードも診療行為コード以外はチェックを行わないようにしました。 データチェックでコメントコードも併用算定チェックの対象とするように登録が可能になっていますが、診療行為入力では、入力時のチェック対象としていません。	H24.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
129	kk 28477	福山市の後期高齢者の患者様です。 低所得者であり、適用区分Ⅱで、1割です。 福山市の場合、外来1日上限200円(4日まで)なのですが、点数1585点なのに、請求金額140円になります。 再計算しても、変わりません。	広島県地方公費(障害)の外来負担金計算対応(平成24年4月診療分～) 高齢者現物給付で、主保険+障害の場合、下記計算を行っていましたが、平成24年4月診療分からは下記計算を行わないよう対応しました。 ----- 平成24年3月診療分までの計算 ・上位所得者(3割) (44400円ー診療済みの3割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 ・一般所得者(1割) (12000円ー診療済みの1割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 ・低所得者(1割) (8000円ー診療済みの1割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 例) 後期高齢1割+191 1日目 15000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 0円 ※ 15000点X10円X1割=15000円 12000円ー15000円=0円 0円<200円 -----	H24.6.26
130	support 20120621-018	診療行為画面の「前回処方」ボタンから、再印刷指示画面にて薬情の再発行を行うと、「ドクター入力エラー」と表示されて薬情の発行ができません。 ドクター名を確認すると「001701内科 02透析」と表示されています。ドクター名を選択すると空白が表示され、空白を設定すると通常通り再印刷が行えます。但し、薬情にドクター名は印字されません。 どの診療日を選択しても、ドクター名は同じ表示です。 該当の患者さんは1名だけです。	前回処方画面で、当日有効な保険組合せが15件以上あった場合、画面に不具合が発生していました。 保険組合せを15件まで表示するように修正しました。	H24.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
131		診療行為入力画面で、200行目以上で商品名コードを入力した時、挿入エラーとなり器材コードが自動発生しませんでしたので、自動発生するように修正しました。		H24.6.26
132		外来の診療行為の登録時に一般名処方加算(処方せん料)の警告チェックを追加しました。 ①一般名処方加算(処方せん料)を手入力した時に投薬の入力はあるが、加算点数算定対象となる薬剤が入力されていない場合、「警告！一般名処方加算(処方せん料)の対象薬剤がありません。」と表示します。ただし、投薬の入力がなく、処方せん料と一般名処方加算を入力された場合は警告表示をしません。 ②処方せん料を手入力し、一般名処方加算(処方せん料)の入力がなかった時に、一般名処方加算が算定可能であれば、「警告！一般名処方加算(処方せん料)の算定が可能です。」と表示します。 この時、手入力した処方せん料を削除すれば、登録時に処方せん料と一般名処方加算の自動算定を行います。		H24.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
133		診療行為で訂正の展開時に、自動発生した処方せん料と一般名加算(処方せん料)を展開するようにしました。 併せて、診療行為画面で登録を押下した時に、処方せん料と一般名加算(処方せん料)の警告チェックを追加しました。 院外内服投薬数と画面の処方せん料が違う場合 「警告！内服薬剤が7種類以上となります。処方せん料を確認して下さい。」 「警告！内服薬剤が7種類未満です。処方せん料を確認して下さい。」 表示後、対象の処方せん料にカーソル移動します。 処方せん料を削除して登録を行うと、処方せん料を再度自動算定できます。 処方せん料の入力がある場合に一般名処方加算の警告チェックを行います。 「警告！一般名処方加算(処方せん料)の算定が可能です。」 「警告！一般名処方加算(処方せん料)の対象薬剤がありません。」 (処方せん料の入力がなくても一般名処方加算(処方せん料)の入力があればこのチェックは行います) すべて、平成24年4月診療分からの対応となります。 (3月までは処方せん料の展開はしません。) 処方せん料、一般名処方加算を手入力した場合も同様のチェックを行いますので、今まで警告の表示がなかったのに警告表示をすることになります。 また、登録時に削除した場合も警告が表示されます。		H24.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
134	request 20120607-002	39+291+長期+低所2の保険組合せで外来診療を行い、3日目までの診療で負担金が8,000円以上10,000円未満となる場合、4日目の診療でも負担金が発生すると問い合わせをいただきました。 動作を確認したところ、 1)3日目までの診療で負担金が10,000円を超えると、次回以降に負担金は発生しませんでした。 2)上記の保険組合せから長期を外した場合、負担金が8,000円を超えると負担金は発生しませんでした。 3)レセプトの一部負担金は8,000円と記載されております。 現在は、保険組合せから長期を外していただいておりますが、月の合計で負担金が10,000円を超えると、特記事項に「02長」が必要になるので、診療行為にて「099990102 特記事項02 長」のコメントを手入力していただいております。 3日目までの診療で負担金が8,000円を超えた場合、次回以降の窓口請求が発生しないよう対応いただきますようお願い申し上げます。	広島県地方公費(障害)の外来負担金計算修正 (高齢者現物給付、かつ、低所得者) 主保険+障害+長期(972)の外来負担計算について、下記長期併用時の計算方法において、低所得者の場合は比較金額を(8000円)とするよう修正しました。 <長期併用時の計算方法> 前回診療分までの負担相当額が長期の上限(10000円)を超えている場合は、患者負担を0円とする。 残額(10000円-前回診療分までの負担相当額)が日上限額未満の場合は、その額を患者負担とする。 ※低所得者の場合は比較金額を(8000円)とする ※負担相当額=請求点数×10円×負担割合(10円単位)診療日毎に累計する ※前期高齢者(1割据え置き対象者)の場合、負担相当額計算の負担割合は”2割”で計算 例)後期高齢1割+191+972(低所得者) 1日目 9000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 0円 ※ 9000点×10円×1割=9000円 8000円-9000円=0円 0円<200円	H24.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
135	ncp 20120628-002	在医総管算定時の処方せん料についてお問い合わせさせていただきます。 6月26日のパッチで診療行為の訂正の展開時に自動発生した処方せん料が展開されるようになりましたが在医総管算定時、今までは訂正をするだけで自動的に処方せん料が削除されていましたがパッチ後自動的に削除されなくなりました。 これは、このような仕様になったという事なのでしょうか？	処方せん料・一般名処方加算の手入力時には包括のチェックを行っていませんでしたので、包括になる場合は、「警告！ 処方せん料が包括されます。算定できません」を表示するように修正しました。 訂正時に処方せん料と一般名処方加算を展開するように対応したことにより、登録後に在医総管(在支診等)などを追加算定した時、訂正時に処方せん料の自動削除も警告も行わないようになりましたので、警告を追加しました。 なお、システム管理の包括診療行為設定で、「1 包括算定する」と設定している場合は包括対象剤となりますので、警告表示は行いません。	H24.7.4
136	kk 28797	大分県中津市乳幼児につきまして 通常他県の公費は償還払いになりますが、福岡県豊前市は現物給付の取り扱いとなるとの事です。	大分県中津市乳幼児福岡県対応 (平成22年10月診療分以降で対応) 主保険+383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+@を超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 $80100 + ((495140 - 267000) \times 0.01) = 82381$ 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。	H24.7.4

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
137	kk 28825	高齢者・後期高齢者＋重心(入院外) 1ヵ月の自己負担が200円×4回となっておりますが、上限額に達した以降の患者負担は発生しない事になっております。 例えば、後期高齢＋291(福山障)1割の場合 1日目:12,000点⇒患者負担 200円 2日目以降何点であっても患者負担は0円となります。(広島県障害者支援課様に確認) 6/26提供のパッチにて、上記の場合でも200円×4回発生するよう修正されておりますが、パッチ以前の仕様に戻して頂けますようお願い致します。 保険請求の時期になっておりますし、月が変わり該当のケースが発生する可能性が高くなっております。大至急対応をお願い致します。	広島県地方公費(障害)の外来負担金計算修正 平成24年6月26日パッチで対応した高齢者現物給付で、”主保険＋障害”の場合の外来負担金計算について、以前の計算方法が正しいとの報告により、平成24年4月診療分以降も平成24年3月診療分までと同様の計算方法で行うよう修正しました。 ----- ・上位所得者(3割) (44400円－診療済みの3割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 ・一般所得者(1割) (12000円－診療済みの1割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 ・低所得者(1割) (8000円－診療済みの1割相当分累計額)と1日上限額を比較する。 例)後期高齢1割＋191 1日目 15000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 0円 ※ 15000点×10円×1割＝15000円 12000円－15000円＝0円 0円<200円 ※前期高齢者(1割据え置き対象者)の場合、負担相当額計算の負担割合は”1割”で計算 -----	H24.7.4

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
138	ncp 20120719-003	小児科外来診療料を算定する患者様について、時間外区分の「1」や「2」を入れて時間外加算をしましたが、時間外緊急院内検査加算のコードを入力すると「警告！時間外算定がありません」と出てしまいます。これは包括ですよという警告だと理解してよろしいのでしょうか？	小児科外来診療料を包括算定すると設定している時、小児科外来診療料と時間外加算を算定していても、時間外緊急院内検査加算に「警告！時間外算定がありません」を表示していました。 小児科外来診療料の時間外加算も時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算の警告チェックに対象とするように修正しました。	H24.7.26
139	7/3 同日 院内・院外処方 処方せん料	院内処方の薬剤を入力し、院外処方の薬剤は未入力で処方せん料のみを手入力した場合、6月26日パッチ適用後はエラーとなり、登録できません。	院内投薬のみで処方せん料を手入力した場合に処方せん料を警告エラーとするようにしました。 そのまま登録した場合は、処方料等の自動発生はしません。(院外処方の扱いとします) 処方せん料を削除した場合は、院内処方となりますので処方料等を自動発生します。	H24.7.26
140		外来迅速検体検査加算の自動発生について 改定後の対応になってないのですが、確認していただけないでしょうか。	外来迅速検体検査加算の対象検査2項目を追加しました。 160191810 フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量 160191910 フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量 ※システム管理で「1016 外来迅速検体検査設定情報」をH24.4.1で期間変更した場合、今回追加となった検査は期間外となるためコードのみ表示されることになります。	H24.8.28

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
141	support 20120911-013	院内処方と院外処方が混在しました。 院内処方で糖尿病の薬を28日処方し院外処方で吸入液を処方しました。 例: .210 内服薬剤 610406390△3*28 ベイスン錠0.20.2mg .232 外用薬剤(院外処方) 621829701△1*1 アドエア500ディスカス60吸入用60ブリスター と入力し「登録」とすると内服薬で28日以上投与しているので以前なら「長期投与加算が算定できます」と確認画面がでましたが、現在は「特定疾患処方加算が算定できます」と確認画面が表示されます。	院内・院外の投薬を混在して入力した時、院内投薬で28日、院外投薬で1日の入力をした場合、特定疾患処方管理加算の確認メッセージを院外投薬日数で行っていました。 院内・院外関係なく28日以上投薬があれば、長期投薬加算の確認メッセージを表示するようにしました。	H24.9.26
142	kk 29061	支払基金より熊本県乳幼児医療費助成事業の情報提供がありましたのでお知らせしておきます。	熊本県地方公費対応(保険番号480) (平成24年10月診療～) 外来対応 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) 注意事項 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ってください。又、必要に応じて入金処理を行ってください。	H24.9.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
143	kk 29288	福島県の平成24年10月より、子どもの医療費助成制度が拡張されるようです。	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ってください。又、必要に応じて入金処理を行ってください。	H24.9.26
		福島県地方公費対応(保険番号480) (平成24年10月診療～) 外来・入院対応 ア)医療費患者負担 21,000円未満の場合、患者負担無し 21,000円以上の場合、全額患者負担(償還払い) イ)入院時食事負担 21,000円未満の場合、患者負担無し 21,000円以上の場合、全額患者負担(償還払い)	＜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、入退院登録一定期請求設定を(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。	

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
144	kk 29403	滑川町の重度心身障害者医療費「現物給付」についてのご連絡をいただきました。資料を送らせていただきます。	埼玉県地方公費対応(保険番号672) (平成24年10月診療～) ・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) ・食事負担計算 21,000円未満の場合、患者負担無し(生活療養分は患者負担有り) 21,000円以上の場合、全額患者負担(償還払い) ・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 ※レセプト記載する場合の食事欄記載について 食事療養分と生活療養分が混在する場合は、食事療養分のみを記載します。 生活療養分のみの場合は、“0”を記載します。	H24.10.3
145	10/3 電話問 合せ 同一日 初診ダミー	同一診療日にて、 1回目:自費(健康診断)診療分を入力(→No.1) 2回目:健保診療分にて初診ダミーを入力すると、「既に当日算定済です。再診料を入力して下さい。」とメッセージが表示されます。(→No.2) 上記チェックがかかるため、初診ダミー以外の診療分を登録後、診療訂正で展開したときにはダミーコードが入力できます。(→No.3) しかしながら初診ダミーではなく、初診料を入力したときには訂正画面ではなく、診療行為入力時に登録ができます。(→No.4) No.2の入力が1回で済むよう登録できませんかとのお問合せがございました。	自費コードのみの診療行為を登録した後、同一日に初診料ダミーを入力するとエラーとなりましたので、エラーとしないように修正しました。	H24.10.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
146	support 20120925-015	1.電子カルテ(弊社ソフト)より、アフターケア分の会計情報を送信し、ORCA側で、保険表示が「アフターケア」になっているのを確認して、「登録」ボタンを押したら、登録処理ができた。 2.内容訂正しようと、診療行為画面を展開したら、「アフターケアは、入院は登録できません。」というメッセージが表示されて訂正できない。というものです。 通常、ORCAで直接入力する場合、入院診療行為画面で、アフターケアを選択すると、外来画面に切り替える主旨のワーニングメッセージが出てくると思うのですが、上記、オペレーションで処理を行った場合に入院会計で登録ができたようです。 レセプトもアフターケアのレセプトで作成ができているとの事。 まず、何故、アフターケアの保険表示で、入院診療行為で、入力できたのでしょうか？	CLAIM、API等で作成された入院の中途データの保険がアフターケアである時、入院でアフターケアの診療行為が登録可能でしたので、入院の中途データがアフターケアの時は、「アフターケアは入院の登録はできません。保険変更または中途データ削除を行って下さい」とエラー表示するようにしました。 アフターケア以外の保険組合せに変更して入院で登録するか、中途データを削除して外来で再入力して下さい。 それから、入院中に受付をアフターケアで行った場合、入院の診療行為の初期表示保険がアフターケアになった場合、そのまま登録可能でしたので、登録時にエラーとするように修正しました。 また、入院中でアフターケア、自費以外で外来の登録が可能となることがありました。 患者番号を入力後、保険組合せの警告が表示された後、登録ボタンでエラーメッセージを表示すれば、そのまま入力が可能でしたので、登録ボタンで入院の確認メッセージを表示するようにしました。	H24.10.25
147	10/5 電話問合せ 固定点数誤り	(主)皮弁作成術 3760点 (従)創傷処理 1680点 真皮縫合加算 460点 デブリードマン加算 100点 2以上の手術の50%併施加算を創傷処理の直下に入力していますが、合計点数が4880点となり、オンラインで固定点数誤りとなります。 主と従の剤を分けても合計点数は同じでした。	2つ以上の手術の50%併施加算の入力がある時、従たる手術の下に加算の点数も50%減算の対象としていました。 2つ以上の手術の50%併施加算の対象は、直前の手術手技料の点数に対しておこなうように修正しました。	H24.10.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
148	kk 29528	主保険、自立支援(精神通院)、地域公費の併用で複数科保険機能で入力した場合の負担金についてお問い合わせ致します。 (患者登録)主保険 社保または国保 第一公費 自立支援(法別21、精神通院) 所得者情報で上限額2500円設定 第二公費 新潟県地域公費(法別64、県親など) 保険マスタで上限530円設定済み (診療科)精神科、内科とした場合 「21診療行為」入力 1科目「精神科」 保険組み合わせ・主保険、21精神通院、新潟県地域公費 精神科での点数・470点 (再診料、明細書発行体制加算、通院精神療法30分未満、処方せん料、一般名処方加算) 一部負担金・470円 となり、1科目は正しく計算されます。 終了後に診療行為で「訂正」から「複数科保険」機能を使用して入力します。 2科目「内科」 保険組み合わせ・主保険、地域公費 内科での点数・102点 (再診料(同一日2科目)、処方せん料) と入力すると、2科目の一部負担金が「0円」となってしまいます。 一日上限(530円)までの差額「60円」が一部負担金となるはずですが、0円になります。 「23収納」でも、2科目の方は「請求額なし」となっています。 「21診療行為」で再度「訂正」で請求確認まで進み登録するか、「23収納」で2科目を「再計算」機能で再計算させるか、どちらかを行わないと負担金が計算されないようです。 本来の機能としては、登録終了せずにそのまま複数科保険で入力すると思いますが、会計直後に帰宅せずにそのまま2科目を受診することになった、といったパターンがあった場合、このような操作になると思いますので、お問い合わせいたしました。	診療行為訂正で、複数科保険入力を行った場合の外来負担金計算修正 例) 1. 診療行為入力を行う ・主保険+21(上限額2500円)+新潟県地方公費(保険番号164) 合計点数470点 一部負担金470円 2. 上記を診療行為訂正し、複数科保険入力を行う ・主保険+21(上限額2500円)+新潟県地方公費(保険番号164) 合計点数470点 一部負担金470円 ・主保険+新潟県地方公費(保険番号164) 合計点数102点 一部負担金0円 → 60円 主保険+新潟県地方公費(保険番号164)の一部負担金が0円となっていたので60円となるように修正しました。	H24.10.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
149	ncp 20121017-003	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」(620003930)に投与量チェック投与量「1」、エラー処理「9」で設定しています。 診療内容が多く、2頁以上にわたる場合に、該当の薬剤が表示されていない頁で「登録」を押した際に投与量のチェックがかかりません。 特に中途終了→中途表示した場合や、訂正表示の場合に該当薬剤が表示されていない頁で「登録」を押した場合にチェックがかかりません。 該当薬剤が表示されている頁で登録を押すとチェックがかかります。 診療行為入力のどの頁を開いている場合でもチェックがかかるようにしていただきたいです。	診療行為画面で訂正の展開時、中途データ展開時に表示後すぐに次頁ボタンを押した時、1頁目の内容の最初の警告メッセージが表示されませんでした。 前頁・次頁遷移は、エラーがあってもそのまま処理を行っているためです。次頁を表示後、Enterを押した時に前頁の警告を表示して前頁へ戻るようにしました。	H24.10.25
150	kk 29618	北海道旭川市の642 旭川乳 643 旭川障 644 旭川親について 初診料を算定した診療月の自己負担限度額について修正の依頼が北海道国保連合会様及び旭川市子育て支援センター様からございましたのでお知らせいたします。 ・現状の日レセ(4.5.0 4.6.0)では初診料を1回算定し上記公費を使用した診療月の場合、会計時の自己負担限度額は12,000円ですが正しくは11,420円となります。 北海道の札幌市を除く市町村の親課・障課の自己負担限度額は12,000円ですがこの内初診時一部負担金580円を旭川市が独自に助成しております。 残りの11,420円は患者様が負担し、11420円を超えた自己負担分はひとり親公費から助成となります。 旭川市が助成する初診時一部負担金と患者自己負担額合計で12,000円が上限額と解釈いたします。 (再診料のみ算定した診療月の自己負担限度額は従来通り 12,000円)	北海道地方公費負担金計算修正(入・外) 保険番号(642、643、644、743)について、初診算定時は計算した一部負担金から(580円)を差し引いた額を患者負担としていましたが、計算方法を下記例のように修正しました。 (差し引いた金額も患者負担であるかのように2日目以降の負担金計算を行います。) 外来 協会(3割)+643の例 1日目(初診) 請求点9000点 患者負担8420円 (9000円-580円) 2日目(再診) 請求点5000点 患者負担3580円 (上限12000円-8420円) ↓ 1日目(初診) 請求点 9000点 患者負担8420円 (9000円-580円) 2日目(再診) 請求点 5000点 患者負担3000円 (上限12000円-(8420円+580円))	H24.11.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
151	kk 29501	今回、社会保険診療報酬支払基金大分支部と大分県国民健康保険団体連合会より『ひとり親家庭医療費助成制度の制度改正について』の発表がありました。 平成24年12月診療分から県下一斉に実施するとのことです。 公費として扱うとし、公費負担者番号が『82』で県内統一されております。 また、請求方法も総括表に件数を上げないといけないということになっておりますので対応をよろしくお願いいたします。	大分県地方公費(ひとり親)負担金計算対応(入・外) (平成24年12月診療分～) 親・・・外来(日ー上限額 500円、月ー上限回数 4) 入院(日ー上限額 500円、月ー上限回数 14) 子・・・患者負担なし (※回数カウントについて、月途中の保険変更等それぞれ別のレセプトとなる場合は、レセプトごとにカウントします。) 負担金計算対応 システム管理2010 月途中受給者証変更時負担金計算の設定に”4 変更前の負担を考慮する(保険者変更時を除く)”を追加しました。 【重要】医療機関において、該当保険番号で月途中受給者証変更時負担金計算の設定(”4”)を行ってください。 4の計算例 <月途中での地方公費受給者証変更時>外来の例 主保険+該当地方公費(変更前) 患者負担2000円 主保険+該当地方公費(変更後) 患者負担 0円 ※変更前の負担を考慮する為、変更後の患者負担は0円となります。 <月途中での保険者変更時>外来の例 主保険(変更前)+該当地方公費 患者負担2000円 主保険(変更後)+該当地方公費 患者負担2000円 ※変更前の負担を考慮しない為、変更後の患者負担は2000円となります。	H24.11.27
152		レセプト(レセ電)の公費欄一部負担金の金額置換編集を可能としました。 診療行為入力画面で、対象レセプトの診療行為入力分に併せて入力を行う事で編集を可能とします。 入力方法については別途資料を参照してください。		H24.11.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
153	お電話でのお問い合わせ11月8日ー労災入院標準負担額コード	労災入院中に私病で特食を算定する場合に食事療養標準負担額のコードにコメントを付加すると領収書に金額が反映されません。	労災入院中において、私病で特別食加算を算定する場合、医保で、950を宣言して、197001210 の診療行為入力を行います。同一剤にコメント等が含まれている(197001210単剤でない)場合、入退院登録又は定期請求で特別食加算の金額が食事療養費・食事負担額欄に計上されませんでしたので修正しました。 . 950 197001210 食事療養標準負担額(他法等入院中) 810000001 コメント	H24.11.27
154	kk 29734	患者登録の内容 生年月日:昭和12年11月30日 11/29までの保険:国保 公費:187(一部負担金助成医療費)、972 長期 11/30からの保険:後期高齢 公費:187(一部負担金助成医療費) 11月1回目の来院で6000点超、窓口負担は¥500、2回目以降の来院は¥0 レセプトは保険一部負担金¥5000、公費一部負担金¥500 11月30日の動作確認の為診療行為を入力するが窓口負担あがってこない。 大阪府国保連合会に問い合わせたところ、後期になってから1回目に¥500を頂くとのことでした。	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応修正(外来) 大阪府地方公費の対応で、負担金未発生分について、”回数カウントする”対応を行いパッチ提供しましたが、保険者が異なる負担金未発生分は対象としないよう修正しました。 (例) 75歳到達月 1日目:国保+187+972 7000点 500円 2日目:国保+187+972 3000点 0円 (※長期の上限5000円を超えているため、0円) 3日目:後期+187+972 1000点 500円 (※回数2回目) 4日目:後期+187+972 1000点 0円 (※回数3回目となるため、0円)	H24.11.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
155	support 20121101-016	電子カルテ側では、240549のロキソニンゲルも、240230のロキソニンテープも、どちらも誤って内服薬区分で入力してしまっているのにも関わらず、240549は誤ったままの“.210”が付加されているのに、240230はなぜ“.210”が削除されて取り込まれてしまうのでしょうか そもそもは電子カルテ側でロキソニンテープが内服区分で入力されているのがおかしいことは十分承知しておりますが、電子カルテの仕様上すぐに改善できないそうです 電子カルテ側で入力した通りに“.210”が付加された状態で(240549のように)ORCAが受信できていないのはなぜでしょうか	診療行為で、診療種別だけの行を削除する時、前の剤に回数入力がなく、次の剤が薬剤で始まっていて診療種別入力がない時、前の剤に次の剤が含まれることがありました。その為、CLAIMの展開時の診察料置換え時に診療種別だけの行削除により、展開時の剤内容に不具合が発生していました。 前の剤に回数入力を追加して、正しく剤分離するように修正しました。 ただし、検査は回数が無効となることがありますので、診療種別行を挿入します。 対象となるのは外用薬を、. 210や. 220などで入力した場合です。	H24.11.27
156		診療行為で訂正中に会計照会へ遷移し、訂正している受診履歴の保険組合を一括変更した場合、診療行為に戻った時に警告表示を行っていますが、警告表示後、そのまま登録を行った時に、訂正前の受診履歴が削除されませんでした。 これにより、受診履歴と収納に不整合が発生しています。 訂正中の受診履歴の保険組合を変更した場合は、エラーとするように修正しました。 前回患者ボタンをクリックして最新の状態にしてから、再度、訂正を行ってください。		H24.11.27
157	support 20121122-016	A100注13に掲げる患者で療養病棟入院基本料を算定した場合の入院調剤料について、1014で包括設定を有効にしても、入院調剤料が自動発生するようです。	入院料の包括対象となっている入院調剤料が包括算定とならないことがありましたので修正しました。 【重要】パッチ適用後に会計照会から[入院調剤変更]ボタンをクリックして、剤回数が正しいことを確認してください。	H24.11.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
158	support 20121210-008	以下理由により、返戻されたとの報告がありましたので、ご連絡致します。 (対象者について) 75歳誕生月において、後期高齢者適用前に、死亡した。 (返戻理由) 75歳到達月ですが、誕生日前の死亡の場合、一部負担金は1/2となりません。	75歳到達月の特例計算について、該当月であっても、特例計算非該当とする対応を行いました。 (その月の誕生日前に死亡された場合など) 患者登録－公費欄に保険番号954(特例非該当)を入力してください。 その適用期間は特例計算非該当となります。 (例) 10月27日が75歳の誕生日、10月23日に死亡 954 適用期間:平成24年10月1日～10月23日	H24.12.25
159	kk 29824	2012/11/27付けパッチ提供の診療行為112「kk29734」につきまして 国保1割+187+972から後期1割+187+972に変更となる75歳到達月の一部負担金は 1日目:国保1割+187+972 6001点 500円 2日目:国保1割+187+972 3000点 0円 3日目:後期1割+187+972 1000点 0円 4日目:後期1割+187+972 1000点 0円 となります。 1日目で上限に達した場合、後期での一部負担金は発生せず後期レセ摘要欄に、国保で上限に達した旨をコメント記載する。 という回答を大阪府国保連合会 業務管理部 管理課第2係より頂きました。	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応再修正(外来) 平成24年11月27日パッチで大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応修正を行いました。 修正前の内容が正しいという事が分かりましたので修正しました。 (例) 75歳到達月 1日目:国保+187+972 7000点 500円 2日目:国保+187+972 3000点 0円 3日目:後期+187+972 1000点 500円 4日目:後期+187+972 1000点 0円 (例) 75歳到達月 1日目:国保+187+972 7000点 500円 2日目:国保+187+972 3000点 0円 3日目:後期+187+972 1000点 0円 4日目:後期+187+972 1000点 0円	H24.12.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
160		通院・在宅精神療法を入力した時に自動発生する「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が改定で施設基準を満たしていれば16歳未満は初診算定日から2年以内の算定が可能となりましたが、判定する施設基準に漏れがありました。 児童・思春期精神科入院医療管理料(3039)のみ判定していましたので、児童・思春期精神科入院医療管理料(栄養管理経過措置)(3146)を追加しました。 施設基準(3146)が設定してあれば、16歳未満で初診算定日から2年以内であれば、「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を自動算定します。		H24.12.25

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
2	お電話でのお問い合わせ9月22日ー Ver.4.6.0病名画面レセプト表示	Ver.4.6.0の病名画面でレセプト表示を表示しないに設定し当月とするとその病名が画面表示されません。 Ver4.5.0では表示されていましたが変更されたのでしょうか。	患者病名登録画面で、「当月」「前月」設定の場合、該当する月にレセプト対象となる病名のみ表示するようにしていますが、レセプト表示が「1 表示しない」設定の病名についてはレセプト対象とならないのに表示していたため、ver4.6.0より表示しないようにしました。 ver4.5.0についても対応しました。	H23.10.26
3	病名登録 同一病名 公害適用	健保で気管支喘息の病名が登録されており、公害認定となったため、保険適用で公害を選択し、同一病名を登録しようするとチェックがかかり、登録できません。	患者病名登録画面で公害保険を保険適用で設定した場合、公害保険以外の保険で保険適用又は保険適用の設定がない同一病名との重複登録がエラーとなり登録できませんでしたので修正しました。	H23.11.24
4	ncp 20111202-022	「同じ病名が複数登録されています」とデータチェックでエラーが出たというお問合せがございました。 ORCA単体でお使いになっておられ、電子カルテとの連動はありません。 診療行為画面右下に「アレルギー性鼻炎」が二つ見え、1つは内科、1つは「ar」という診療科になっていますがそもそも診療科は、全角でしか登録できないはずですが・・・ どうやって登録されたのかが全くわかりません。	患者病名登録時、年齢右の診療科をエラーになるように入力し、エラーの診療科をそのままにして病名入力後登録を行うと、エラーの診療科で登録ができてしまいましたので修正しました。	H23.12.21
5	ncp 20120113-008	1)22病名画面を開く 2)[0当月]から「2全体」を選択する 3)なぜか病名が表示される(どの患者かは不明) 上記の状況がある医院でおきました。 たまにこのようなことがおきるとの事です。 連絡いただいて画面や操作を確認したのですが、確かに生じました。 3)のときですが、患者番号の欄は空白です。	ptid=0で登録された病名データが存在する場合、患者病名画面で患者番号未入力状態で年齢右の診療科、表示期間、入外区分を変更した場合に病名一覧にptid=0の病名が表示されましたので修正しました。	H24.1.26

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日ー一部入金取消	Ver.4.5.0の入金取消の日付対応の一部入金の取消について リリース情報79ページ 4. 入金額欄が空白の状態の入金額欄にEnterキーが押された場合診療日の入金額をマイナスした値を表示します。 と記載されており、例では820円を12日に500円、13日に320円入金しています。 空白の状態にEnterキーを押した状態では入金額欄へは-320円が表示されています。 現在の動作では全体の金額にマイナスした値が表示されます。 (例の場合820円)	入金額欄が空白の状態に入金額欄にEnterキーが押された場合診療日の入金額をマイナスした値を表示するよう修正しました。	H22.3.30
3	ncp 20100712-007	領収書の再発行について問い合わせさせていただきます。 マニュアルでも確認したのですが、複数科保険入力で会計照会画面にMマークついている収納データの領収書再発行は設定により診療行為登録時に指定した方法で発行できるとありますが自賠責保険は対象外でしょうか？ 一般の保険で複数科入力した場合まとめた領収書が発行されますが自賠責保険で2科診療があった場合領収書の再発行が1枚にならないとのお問い合わせがありました。 1枚で出したいので2枚になってしまうという事で今回は訂正画面より領収書をまとめて1枚で発行して頂いております。 1039 収納機能情報以外で設定する場所があるのでしょうか？ 自賠責だけ1枚にならない理由を教えてくださいと言われております。	以下の条件全てに該当する場合、収納業務より、請求書兼領収書および診療費明細書の再発行を行った際、労災・自賠責・公害保険分については、診療科毎に印刷をしていましたが、1枚にまとめて印刷を行うように修正しました。 --- 1.診療行為業務にて労災、自賠責または公害保険の診療行為を複数科まとめ入力している。 2.請求書兼領収書の発行方法に「2 保険組合せ別に発行」「4 全体をまとめて発行」のいずれかを選択している。 3.システム管理「1039 収納機能情報」の再発行方法(外来)に「1 診療行為で指定した方法で発行」を選択している。 --- また、労災、自賠責、公害保険の月別請求書兼領収書を発行する際も同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

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」について教えてください。 弊社での検証では、システム管理マスタ【1039 収納機能情報】での初期値は[4 まとめて発行]でしたが、F12[登録]して更新していないと業務メニュー【23 収納】のShift+F1[外来月別]を押した時の印刷指示画面の発行方法が[1 診療科・保険組合せ別に発行]になります。 医療機関様と弊社検証機で同様の現象が発生しております。	システム管理【1039 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)収納登録ー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。	収納業務ー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 収納登録ー括入金画面 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、収納登録ー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

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がった分、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

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	nep 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

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
6	support 20110820-003	102点数マスタで008400001～のコメントで〇〇月〇〇日～〇〇月〇〇日というコメントを作成しレセプト編集情報のカラム位置を1・4・10・13と入力し桁数も全て2で登録しました。 21診療行為で .900 入院(入院料) 190105970 重症者等療養環境特別加算(2人部屋) 008400001△8△1△8△31 8月1日～8月31日 (△＝スペース) */1-10 で登録。 後日同様に .900 入院(入院料) 190105970 重症者等療養環境特別加算(2人部屋) 008400001△8△1△8△31 8月1日～8月31日 (△＝スペース) */11-20 で登録。 24会計照会を確認すると名称も点数も同じなのに剤が1日～10日分と11日～20日分とに分かれて表示されます。 これを1つにまとめて変更確定し登録します。 21診療行為で訂正で8/10を選択に追加入力し登録します。 再度24会計照会を確認すると先程まとめたはずなのに剤が追加され8/10だけの重症者等療養環境特別加算(2人部屋)の剤が作成されます。 なぜ8/1-20まで同じ内容なのに剤がわかれるのでしょうか？ また1つにまとめたのに訂正で追加するとまた剤が分かれてしまうのはなぜでしょうか？ これは不具合ではないのか？との事です。	診療行為の同一剤判定で、84xxxxxxx又は0084xxxxxのコメントの埋め込み数が4つあった場合、同じ内容でも同一剤と判定できていませんでしたので同一剤となるように修正しました。	H23.8.25

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7	ncp 20111101-020	レセプトプレビュー画面の表示についてお問い合わせがございました。プレビュー画面左側で患者番号の選択をするとその行が青く反転し右側に該当のレセプトが表示されますが、lucidに切り替えた後から画面左側で選択した番号が画面上に表示されなくなってしまう為見づらいとの事です。 弊社にて検証いたしました但し選択した番号は青く反転しますが、選択した後選択したすぐ下の番号から画面表示されるため青く反転した番号は画面上から消えてしまいます。選択した患者様の表示なのか判断も付きにくいので選択した番号が一番上に表示になるようにしてほしいとの事でした。 マウスで選択する場合、一度画面上にスクロールで呼び出したのち次のレセプト表示に変更するという作業になり大変煩いようですがこれはUbuntuからの仕様という事でしょうか？	選択行がスクロールウインドウ内に表示されるよう修正しました。 選択番号、前行・次行ボタンでコラムリストを操作した場合は従来どおりスクロールウインドウの上部に選択行を表示します。 また、マウスでコラムリストをクリックした場合、修正前は選択行がスクロールウインドウの上欄外に移動していましたが、修正後は選択行の位置は保持されるようになります。	H23.11.24
8	ncp 20111129-013	会計照会画面より[F4剤変更]機能を使って、検査EFの剤変更をします。 検査EFが入力された番号を選択し、入力されている内容に特定機材コード(700590000)数量1を挿入して登録しますと、会計照会画面での数量表示が「1／1」と表示されます。 診療行為入力画面から訂正処理で同様な操作をして、会計照会画面を確認しますと「1」と表示されます。 表示の不具合でしょうか？	会計照会の剤変更で、フィルムを算定している場合に検査でも分画数の設定をして登録していました。 画像診断のフィルム以外は分画数の設定をしないように修正しました。	H23.12.21

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	kk 28978	大阪の医院様よりお問い合わせです。 協会+長期 1回目 7400円で会計 2回目 2600円で会計 3回目以降は長期で1万円上限額を超えているので請求なしとなっています。 月中でマル障の保険をお持ちになりました。 1日500円、月2回までの公費になります。 協会+マル障+長期の組合せで保険一括変更をして収納更新をした際に、 1回目が請求なし 2回目が500円請求、 3回目以降も請求なしとなりました。 1回目で500円請求額が発生しないのはなぜでしょうか？ 月2回、500円なのに、1日分しか500円の請求額が発生しなかったのはなぜでしょうか？	会計照会－収納更新時の負担金計算修正 下記例の不具合について修正しました。 1 診療行為入力を行う 協会(3割)+972 1日目 2465点 患者負担 7400円 2日目 1000点 患者負担 2600円 3日目 1000点 患者負担 0円 2 会計照会－保険一括変更を行う 協会(3割)+972 ↓ 協会(3割)+大阪府180+972 3 会計照会－収納更新を行う 500円X月2回の負担金が発生しない	H24.8.28

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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	nep 20100406-076	H22年4月改正より『認知症治療病棟入院料』が90日以内から60日以内へ日数が変更となりましたが、【31入退院登録】から4月以降に「入院登録」若しくは、4月1日で「転科・転棟・転室」の作業を行っても日数を90日を区切りとして計算してきました。 日数を60日で計算してくるよう修正をお願いします。	認知症治療病棟入院料について平成22年4月改定より点数算定期間の変更がありましたが、この対応に漏れがあったので修正を行いました。	H22.4.9

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ー請求確認画面の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歳の誕生日が属する月の翌月1日から該当(ただし、65歳の誕生日が月の初日の場合は同月1日から)になりますが、2月22日入院登録をする際、入院料選択欄がすでに生活療養の入院料しか表示されません。生活療養費で提出をしたところ、返戻になりました。現在ORCAの仕様ですと、誕生日から生活療養費になる仕様ようです。仕様の変更をお願いします。	入退院登録業務にて入院料を選択する際、入院時生活療養費対象者の年齢判断を患者の誕生日を元に行っていましたが、65歳誕生日1日生まれ以外については、翌日より対象とするように修正しました。	H22.4.19
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

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日ー有床診療所一般病床初期加算	有床診療所一般病床初期加算ですが、4月1日入院で入院登録時算定しないに誤って設定後に、異動処理を4月1日で変更しようとする入院加算コンボボックスが表示されません。 入院と同日の異動処理だ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、 Ⅰ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

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

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4国保組合以外の国保組合加入者の場合 「限度額適用認定証」が提示されなかった場合全ての受給者について、実際の所得区分にかかわらず一律「一般世帯」とみなして額を算出し(80,100円+(総医療費-267,000円)×1%)、その額を国保連合会に請求します。 受給者(保護者)には、一部負担金等総額から上記助成額を差し引いた額(高額療養費保険者負担額)を請求します。 と記載があります。 医療機関様で入院の請求書を発行したところ、計算されず負担=0になると問合せを頂きました。	宮城県地方公費乳幼児負担計算対応 (平成22年10月診療分～) 主保険+(583又は683又は783)の保険組み合わせの場合、かつ、限度額認定証がない場合は、80100+@を越える金額が患者負担となります。 例)入院 請求点数49514点 主保険3割 49514点×10円×3割=148542円 (四捨五入)148540円 80100+((495140-267000)×0.01)=82381円 148540円-82381=66159円(患者負担) #限度額認定証がある場合は、患者負担(医療費)は0円。	H22.11.25

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日ー救急・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	nep 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

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せんが、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

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。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円にする方法が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円にする方法が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

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
20	support 20110303-023	有床診療所一般病床初期加算の算定について 現在、特別な関係にある医療機関からの継続入院の場合に入退院登録で有床診療所初期加算を算定するにしても初回入院の入院日を起算日として7日を限度として算定されます。 上記の場合、転院の扱いになるので転院日(再入院日)より起算して7日を限度として算定できるとのことです。	入退院登録画面から算定可能な「有床診療所一般病床初期加算」について、特別な関係にある医療機関から自院への継続入院の場合に、自院の入院日を起算日として7日限度で加算を作成するよう修正しました。	H23.6.27
21		入退院登録業務の請求確認画面にて、月またぎや複数保険を使用して収納が2件以上になる場合で、コラムリストより合計行を選択して調整金の入力を行う場合、合計行の調整金1と2にマイナスの金額を入力し、 1件目の収納請求額+調整金1$\geq$0 1件目の収納請求額+調整金2$\geq$0 1件目の収納請求額+調整金1+調整金2$<$0 のようなデータを作成すると、調整金の振り分けが正しく行われず、1件目の請求額がマイナスになる不具合がありましたので修正しました。 (入力事例) 6月請求額 100,000円 7月請求額 100,000円 合計 200,000円 に対して、 合計調整金1 -100,000円 合計調整金2 -100,000円 を入力 (修正前) 6月調整金1 -100,000円 6月調整金2 -100,000円 6月調整後請求額 -100,000円 7月請求額 100,000円 合計 0円 [右に続く]	※合計行では正しく振り分けられているように見えますが、各月の収納をコラムリストより選択すると、上記のように調整金が振り分けられています。 (修正後) 6月調整金1 -100,000円 6月調整後請求額 0円 7月調整金2 -100,000円 7月調整後請求額 0円 合計 0円	H23.7.27

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
22	kk 26036	平成23年10診療分より埼玉県所沢市の子ども医療費の制度改正がございます。	埼玉県地方公費(保険番号:543)の食事負担計算修正 平成23年10月診療分から入院時の食事療養標準負担額助成が廃止となる為、下記のように食事負担計算を修正しました。 ＜平成23年9月診療分までの食事負担計算＞ 医療費の患者負担が 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) ↓ ＜平成23年10月診療分からの食事負担計算＞ 医療費の患者負担に関係なく、全額患者負担となる	H23.9.26
23	kk 26645	埼玉県春日部市の重度心身障害の入院時食事療養標準負担額ですが、平成22年9月診療分までは1/2公費で負担していましたが、平成22年10月診療分からは、公費での負担がなくなっているそうです。そのため、一般の方は1食260円になります。現在、一般の方が1/2の130円になってしまっているのご対応をお願いします。	埼玉県地方公費(保険番号:382)の食事負担計算修正 平成22年10月診療分から入院時の食事療養標準負担額助成が廃止とされましたので、以下のように食事負担計算を修正しました。 ＜平成22年9月診療分までの食事負担計算＞ 食事療養及び生活療養(食事)に係る患者負担・半額助成 生活療養(環境)に係る患者負担・全額患者負担 ↓ ＜平成22年10月診療分からの食事負担計算＞ 全額患者負担となる	H23.10.7

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
24	request 20110929-002	退院日と同日に自賠責保険で入院した場合についてなんですが、、退院日と同日に入院登録すると保険のレセプトに自賠責の入院歴が印字されるようになっております。 入院日をずらせば印字しないようにできますが、金額も変わってくるため医療機関はあまりしたくないようです。 こういったケースはあまりないようですが、退院日と同日に再入院した場合でも保険が違っていれば他の保険の入院歴を印字しないように対応を検討していただけないでしょうか。	医保での退院日と同日に自賠責保険(又は労災保険)で再入院した場合に、医保レセプトの摘要欄に自賠責保険(又は労災保険)で再入院した入院歴が記載されていたので修正しました。 これに伴い、医保で退院日に算定した食事と、自賠責保険(又は労災保険)で再入院日に算定した食事の計算に誤りがありましたので併せて修正しました。 自賠責保険(又は労災保険)の退院日に医保で再入院した場合も同様です。 同日再入院日の食堂加算については、退院分で食事の算定がある場合は退院分で算定することとし、再入院分での算定は行わないこととします。退院分で食事の算定が無い場合は再入院分での算定を行うこととします。	H23.12.21

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
25	support 20111216-005	◇入院期間:H23.9.5~H23.11.1 保険組合せを[0001 後期高齢者]から[0002 後期高齢者 特定負有(入院上限額:5,500円)]に変更して退院再計算の請求確認画面で登録をクリックすると「今回請求額がゼロ以下になります。調整金を再入力して下さい。」というエラーが表示されて登録できません。 エラーを閉じると調整金1欄にカーソルがあたります。 操作手順につきましては、 1. [0001 後期高齢者]でH23.9のみ定期請求、H23.10とH23.11は退院登録時に請求。(すべて未入金の状態。) 2. 保険組合せを[0001 後期高齢者]から[0002 後期高齢者 特定負有]に変更し、H23.9分を再度定期請求。(正常に処理は終了しました) 3. H23.10分とH23.11分の退院再計算を行おうとしたところ、エラーが発生。 ※各診療月の請求金額は下記の通りです。 <H23.9> 訂正請求額:18,582 <H23.10> 訂正前請求額:48,764 訂正後請求額:9,864 <H23.11> 訂正前請求額:9,303 訂正後請求額:5,613 システム管理マスタ[5000 医療機関情報－入院基本]の退院再計算は「1 収納訂正」の設定になっております。	システム管理マスタ[5000 医療機関情報－入院基本]の退院再計算を「1 収納訂正」の設定にしている状態で、下記の手順で処理を行うと請求確認画面で登録ボタンをクリックした際に「今回請求額がゼロ以下になります。調整金を再入力して下さい。」のエラーメッセージが表示されて登録が行えませんでしたので修正しました。 (1)月跨ぎで退院登録処理を行う(退院請求が2月分となるようにする)。 (2)入院期間の保険組合せを全て変更する(医保→医保＋公費等)。 (3)退院再計算処理を行う。	H23.12.21
26		同日再入院日に食堂加算の自動算定ができませんでしたので修正しました。 食堂加算の自動算定ができない事例 1/20-1/25 入退院(食事及び食堂加算は退院日を除く1/24まで算定) 1/25 より食堂加算算定可能病棟へ同日再入院を行った場合の25日分の食堂加算が自動算定されない。		H24.1.26

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
27		同日再入院時の食事算定について、入退院登録画面で食事を「2 特食」と指定された場合であっても、再入院日の食事が一般食で会計作成されてしまう不具合がありましたので修正しました。		H24.1.26
28	kk 27233	群馬県公費の運用について、ご教授ください。 社保＋福祉をお持ちで、高額療養費限度額認定証を取得していない患者様が入院された場合、高額療養費の限度額の部分(通常、限度額認定証ありの患者様が窓口で一部負担として支払う部分)を福祉医療費が持ち、自己負担分(1or3割)分－高額療養費の差額を患者が窓口負担し、後日保険者へ申請により、患者へ償還払いされます。 本年2月に資料提供させて頂きました中の、多数該当に関する事務取扱方法(文書記載ページp86～)に記載されておりますが、福祉が持つ部分は、限度額認定証ありの一部負担金と同様に、1～3回目と多数該当で変わってきますが、現状、多数該当と認識させることが出来ず、福祉医療費(連記式)請求書、明細書にも、扱いの略称等が表記されません。 また、上記の患者様の請求金額がきちんと表示されず、都度手計算をしている状態です。	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します。) 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 ＜保険番号”965”(高額4回目)が公費登録しており、該当月である場合＞ 44,400円を超える金額を患者負担とし窓口請求します。 【負担割合計算額】と【44,400円】を比較し、金額を計算します。 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【24,600円】を比較し、金額を計算します。 (例1)請求点数35,555点 主保険3割 所得区分:一般 35,555点×10円×3割＝106,665円(四捨五入)106,670円 106,670－44,400＝62,270円(患者負担) (例2)請求点数35,555点 主保険3割 所得区分:低所得 35,555点×10円×3割＝106,665円(四捨五入)106,670円 106,670－24,600＝82,070円(患者負担)	H24.1.26

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
29	ncp 20120127-016	有床診療所にて電子カルテを使用しています 施設基準にて夜間看護配置加算1を設定し、ORCA側にて入退院登録をすると自動で夜間看護配置加算1が入院会計照会にてフラグがたちますが、電子カルテ側から入退院登録を行うと夜間看護配置加算1が算定されません。 電子カルテ側より何か送信しないといけないのでしょうか？ また特に送信するものがないのであれば、ORCA側でどこか設定が必要でしょうか？ 有床診療所一般病床初期加算について入退院登録時に「2. 算定する」を選択すると、入院会計照会でフラグが自動でたつかと思いますが、電子カルテで入院登録をする場合は毎日オーダーで送信しないといけないと聞きました。 1人の患者様にて入退院登録にて有床診療所一般病床初期加算のフラグをたてましたが、オーダーで間違えて有床診療所一般病床初期加算が送信されてきました。現状7日目以降なので算定する事はできないのですが、エラーもなく算定されました。レセプトを見ると有床診療所一般病床初期加算が2段で印字されていました。 これは同じ加算とみなされない為なのでしょうでしょうか？	電子カルテからオーダーによる入院登録を行った場合、入院基本料の「注」として取り扱われる加算について自動算定ができませんでしたので、自動算定を可能とするよう修正しました。	H24.2.23
30		入院料算定で以下の特定入院料を算定し、異動処理を行った後に異動取消しを実施した場合に、異常な入院診療会計が作成される不具合がありました。 ・救命救急入院料3(広範囲熱傷特定集中治療管理料) ・救命救急入院料4(広範囲熱傷特定集中治療管理料) ・特定集中治療室管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料) 不具合となる事例 1. 4月11日に上記いずれかの特定入院料により入院登録を行う。 2. 4月11日異動日で転科、転棟、転室処理を行う。(入院料の変更は無し) 3. 異動取消しを実施すると、6月1日から6月9日迄の特定入院料算定期間が欠落した状態で6月分の入院診療会計が作成される。 異動取消し時の会計作成を異動日の翌月末(事例では5月末)までとする対応が不足していたので修正しました。		H24.3.28

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
31	ncp 20120323-030	プログラム更新・マスタ更新を行った医療機関様においてシステム管理マスタの病室管理情報にて「2 療養病棟療養環境加算1」の設定が入っているのにH24.3月に入院登録した患者において入院会計照会にて算定されない。	3月21日提供の改正対応パッチプログラムを適用後に、3月分の入院登録を行った患者について、病室設定されている入院料加算の取得に失敗する場合があります、該当する加算が入院会計に自動算定できない現象がありました。病室の有効期間開始日が平成22年4月1日以降に設定されている病室への入院登録時に現象が発生します。該当する患者については、パッチプログラム適用後に入院日より異動処理(転科、転棟、転室)を行い、入院料加算の算定を行ってください。	H24.3.28
32	ncp 20120329-032	療養病棟入院基本料1を算定しています。 平成24年3月22日入院、救急・在宅等支援療養病床初期を算定するで入退院登録画面を設定しています。 改正に伴い、08転科転棟転室を行い平成24年4月1日で異動日登録をしました。 入院会計照会で4月の会計照会を行ったところ、救急・在宅等支援療養病床初期加算150点が4月1日～4月14日まで算定されてしまいました。既に3月22日～31日まで会計照会で算定されているので正しくは4月1日～4日までが算定期間(入院から14日までが算定可能となるはずですが、改正の影響でしょうか？	療養病棟入院基本料1を算定する入院患者について「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の加算コードが3月までの加算コードと異なっていることから、4月1日に異動処理を実施した場合、当該加算の3月分の算定済み日数が通算されず14日間算定されてしまう不具合を修正しました。	H24.3.30

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
33	support 20120404-017	「31入退院登録」転科・転棟・転室の救急・在宅等支援療養病床初期加算表示	システム管理「1006 施設基準情報」の「178 療養病棟入院基本料1」が設定されている状態で入退院登録業務にて一般病棟に入院後、入院日の翌日以降に療養病棟に転棟処理をした場合、療養病棟入院基本料1と2両方についての救急・在宅等支援療養病床初期加算コンボボックスが表示されていました。 ラベルが尻切れになっているため、見た目は同じコンボボックスが2つ並んで表示されているかのようにですが、どちらも「2 算定する」を選択して登録を行うと、入院基本料1の加算(300点)と入院基本料2の加算(150点)の両方の剤が入院会計に作成されていました。 入院基本料に合致した加算コンボボックスのみ表示するように修正しました。	H24.4.6
34	nep 20120404-001	一般病棟(一般入院基本料算定)から緩和ケア病棟へ転棟した場合の緩和ケア病棟入院料の計算がうまく出来ないと指摘がありました。 改定前までは緩和ケア病棟入院料は一律の点数(1日につき3780点)であったが転棟後の点数はどのタイミングで移っても同一点数でしたが4月改定後より30日以内、31日～60日、61日以上と入院日数により点数が変化するようになった為に計算方法が変わったとの事です。 転棟した後の緩和ケア病棟入院料の計算については『転棟した日を起算日』として計算するらしいのですがORCAでは入院日が起算日となり計算してきます。 3月末ギリギリで確定した事例との事でもしかして把握していながらもプログラムの訂正が間に合っていないだけなのかもしれませんがとりあえずご報告させていただきます。	一般病棟から緩和ケア病棟へ転棟した場合の入院料起算日を見直しました。 既に誤った入院会計となっている場合は、緩和ケア病棟への転棟日から再度異動処理を行い、入院会計を再作成してください。	H24.4.6
35	お電話でのお問い合わせ 4月20日一療養病棟入院基本料(特別入院基本料)	4月6日提供のパッチで救急・在宅等支援療養病床初期加算コンボボックスの表示の修正を行っておりますが療養病棟入院基本料(特別入院基本料)算定時に現在も2つ表示されます。	4月6日のパッチ提供の対応で特別入院基本料の対応が漏れていました。 特別入院基本料が選択された場合は救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点)のコンボボックスのみ表示を行うよう修正しました。	H24.4.23

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
36	お電話でのお問い合わせ5月7日ー認知症治療入院基本料	認知症治療入院基本料について、再入院の場合 3月以前は初回入院日より起算して期間を算定しましたが4月以降は今回入院日より起算して期間の計算がされています。 こちらは変更になったのでしょうか。 また、3月以前に入院があり、4月に継続で再入院した場合 3月以前に30日以内算定されてる場合も4月の再入院日より起算して期間の計算されてますがこちらの場合はこのような算定になるのでしょうか。 例) 24. 1. 27～2. 16入院 60日以内 24. 4. 16～継続入院 この日より30日間30日以内の期間を算定	認知症治療病棟入院料について、継続再入院時の起算日判定を初回入院日とするよう修正しました。	H24.5.29
37	お電話でのお問い合わせ5月7日ー夜間急性期看護補助体制加算	A207-3夜間50対1または、100対1急性期看護補助体制加算のについては7対1または、10対1の入院基本料算定時のみの算定となるかと思えます。 システム管理5001で自動発生の設定をしていると、病室情報に亜急性期入院医療管理料を入力している場合も自動発生します。 削除は可能ですが自動算定されないようにはできませんでしょうか。	システム管理「5001 病棟管理情報」で以下の入院料加算が「算定する」の設定であっても、特定入院料又は短期滞在手術基本料での入院登録時は、加算の自動算定を行わないよう対処しました。 ・夜間急性期看護補助体制加算(50対1、100対1) ・看護職員夜間配置加算	H24.5.29
38	ncp 20120518-021	昨日弊社がサポートする医療機関様よりコールがあり現象としては日レセのプロセスが落ちていたのですが、その少し前にsyslog上に下記ログが残っていました。 PostgreSQL: ERROR: duplicate key violates unique constraintはどのような状況で発生するのでしょうか。 病院様は普段通りの業務をされていたそうです。	1日上限額のある地方公費が適用される患者について退院登録を行った際に、プログラム内部で仮計算に使用している一時データが日別収納マスタに残ってしまう不具合がありましたので修正しました。 なお、この一時データは実際の負担金額計算には影響のないものです。	H24.5.29

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
39	nep 20120515-018	精神科急性期治療病棟入院料1を算定。 一度退院して特別な関係のある医療機関に入院後、退院し再入院した場合、継続入院となり初回入院日から30日をカウントし入院基本料を算定しますが、ORCAの動作では、再入院した日から30日のカウントされています。 その為、4月26日までが30日以内(1,931点)ではなく5月19日までが30日以内で計算されてきています。 継続入院の場合、初回の入院日から30日がカウントされてくるように修正していただきますようお願い致します。 入院基本料の算定については、山梨県支払基金 審査業務第1課 水越様に確認しております。 例) 3月28日に入院し4月6日に退院 4月20日から再入院 ※7日から19日の間は特別な関係のある医療機関に入院しています。	精神科急性期治療病棟入院料について、継続入院による入院登録時に初回入院を起算日として入院会計を作成するように修正しました。 精神科急性期治療病棟入院料について、継続入院による入院登録時に初回入院を起算日として入院会計を作成するよう6月26日提供のパッチで対応しましたが、一般の入院料等から異動処理を行った場合に不具合があることが判明しましたので、一旦6月26日より前の状態にプログラムを戻しました。 初回入院を起算日として算定する正式な対処については対応方法を検討中です。	H24.6.26 H24.7.26

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
40	nep 20120604-027	過去に特食加算を算定したいので、「32入院会計照会」で食事(朝)を選択し一括修正欄で 2/1-99 と入れて「変更確定」その後同様に食事(昼)・食事(夕)も同じ処理をして「登録」しました。 5/29にプログラム更新・マスタ更新をしました 5月のレセプトを出力したら特食加算を算定している全患者の食事が食事療養のみしか算定されていなかったのので「32入院会計照会」で確認した所、食事(朝・昼・夕)が5月以降全て1:食事療養のみ へ変更になっていました。 なぜ変わってしまったのでしょうか？	入院の「転科、転棟、転室」を行った際に、入院会計未作成月の食事会計がユーザーの意図されない食事区分で作成される場合がありますので修正しました。 事例 1. 4月1日に入院登録(食事区分は”1”で登録)。 2. 5月の入院会計照会画面で一括修正欄に”2/20-99”と入力して、5月20日以降の食事を特別食に変更。 3. 入退院登録画面より5月15日に異動処理(転科、転棟、転室)を実施 4. 6月分の入院会計を参照すると、食事が”1”の状態で作成されている。 これは2. で特別食に変更したタイミングでは6月分の入院会計データが存在していない為、3. で異動処理を実施した際に作成される6月分入院会計の食事は入院登録時に登録された食事区分1でデータが作成されてしまう為です。 [入院登録時に登録された食事区分は患者入院履歴テーブルより取得しています。] この処理を見直し、3. の異動処理で6月分の入院会計データを作成する際の食事情報の取得を、5月31日の最終食(夕食の状態)より取得するよう改修しました。	H24.7.26

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
41	お電話でのお問い合わせ8月9日ー災害該当前期高齢一部負担金	入院で、主保険＋特定疾患負担有り(5500円)＋公費一般免除＋災害該当で登録を行った場合に後期高齢者と70歳未満の場合は食事負担額として5500円まで負担金が上がりレセプトの公費(1)の一部負担金欄へも5500円と記載されます。 前期高齢者1割の場合は2割計算で保険点数が5500円を超えると窓口負担もレセプトの公費(1)の負担金も0円となります。保険分が2割計算で5000円の場合は食事負担額として500円が窓口負担となりレセプトの公費(1)の負担金が500円となります。 前期高齢者の場合のみ計算方法が違うのでしょうか。	災害減免の食事負担計算修正 前期高齢者(1割据え置き)＋051(上限あり)の場合、患者食事負担が正しく計算されない不具合がありましたので修正しました。 (例)入院 前期高齢者(1割据え置き)＋051(月上限5500円) (962免除＋959災害該当) 災害減免の場合も保険点数の2割計算額 < 051の月上限となる場合について、残計算(051の月上限－保険点数の2割計算額)を行い、この残を元に食事負担を計算していました。その為、保険点数の2割計算額が5000円の場合は食事負担が500円となっていました。又、保険点数の2割計算額が5500円を超える場合は患者食事負担が発生しませんでした。	H24.8.28
42	ncp 20120829-031	前期高齢者1割＋51特定負有(入院上限額23,100円)＋長期(10,000円)併用時の食事負担金について、公費一部負担10,000円、食事負担額13,100円になるようにお願いします。	前期高齢者(1割据え置き)＋051(月上限10000円超)＋長期の場合、患者食事負担の計算に不具合がありましたので修正しました。 保険点数の2割計算額 < 051の月上限となる場合について、(051の月上限－保険点数の2割計算額)を残として、患者食事負担を計算していますが、長期併用時は、保険点数の2割計算額と10000円を比較し、小さい額を求める(Yとする) Y < 051の月上限となる場合について、(051の月上限－Y)を残として、患者食事負担を計算するようにしました。	H24.9.26

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
43	request 20120403-015	亜急性期入院医療管理料1、亜急性期入院医療管理料2の設定を病室単位での設定ではなく、患者単位での設定に変更出来ないでしょうか？ 同じ病室に亜急性期入院医療管理料1と亜急性期入院医療管理料2を算定する患者が混在して入院する場合があります。 施設基準の届け出先にも確認したところ、混在は認められているようです。入退院登録画面等で個別で設定出来るように対応をお願い致します。	特定入院料に亜急性期入院医療管理料(1又は2)が設定された病室へ入院登録する場合、入退院登録画面の特定入院料選択欄には亜急性期入院医療管理料1及び2を表示し、どちらでも入院登録を可能としました。	H24.9.26
44	support 20120912-007	1000日以上療養病棟入院の患者さんで、H24/04/01に転科転棟を実行しただけで、入院処理は何もしていない。 継続入院中であるのに、入院会計照会で突然、8月1日に感染防止加算2が自動算定されてしまいます。 そのフラッグ1を削除して、8月1日に転科転棟を実行すると8月1日に感染防止加算2が自動算定されています。	システム管理に自動算定として設定した加算(算定上限日数がある加算)について、入院の通算日数が1000日を超えた際、再度入院会計に自動算定されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H24.9.26
45		10月から新設された「一般病棟・療養病棟入院基本料1」算定患者について、他医療機関受診70%減算の考慮が漏れていた為、入院会計照会画面より70%減算の区分をセットした患者について、退院計算及び、入院レセプトの作成ができない不具合がありましたので修正しました。 また、同入院料で他医療機関受診30%減算時の診療費明細書、会計カード、入院レセプトに記載する減算名称に誤りがありましたので修正しました。 (誤)入院基本料減算(他医受診) (正)療養病棟入院基本料等減算(他医受診・包括診療行為未算定)		H24.10.3
46		システム管理「5000 療養入院会計表示」を「1 入院料A～Iを表示」と設定した状態で10月新設の「一般病棟・療養病棟入院基本料」を算定した場合、入院会計照会画面に(A)から(I)の入院料全てが表示されますが、この状態で入院基本料のカレンダーをゼロクリアした場合に、該当日の入院料加算も連動してゼロクリアしてしまう不具合がありましたので修正しました。		H24.10.3

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
47	support 20121010-021	生保単独の患者さん 初回入院日 平成2年11月28日 平成24年10月10日現在継続入院中 h24/10/05 他院へ救急搬送のため一旦「退院登録」を行った。 その後、転院の必要無く、他科受診で対応することになる。 h24/10/06 「退院取り消し」を実施。 入院会計照会を確認すると、 「認知症治療病棟入院料1(61日・・・)1171点」が10/05まで 「認知症治療病棟入院料1(30日・・・)1761点」が10/06から 算定されている。(添付ファイルあり) 入院登録画面を確認すると入院歴、入院日等継続入院中になっている。(添付ファイルあり) 「認知症治療病棟入院料1(61日・・・)1171点」のみの算定が正しいと思われるが、なぜ1761点が展開されるのか？ 弊社社内環境で確認したところ、同現象が再現しました。 h24/10/06で「転科 転棟 転室」を行ったところ1171点で正しく算定されました。 今回のように一旦退院処理を行い、その後退院取り消しをした場合は、 転科 転棟 転室をしなければならないのでしょうか？ 取り消しをした場合は、依然の状態へ復帰するよう対応をお願いできますでしょうか？	認知症治療病棟入院料を平成24年3月31日以前より算定し、改定による入院点数の変更の為平成24年4月1日に異動処理を行った患者について、退院登録→退院取り消しを行った場合の入院会計作成に誤りがありましたので修正しました。	H24.10.25

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20100406-070	【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。	(I41)入院会計照会画面で外泊欄に“5”(他医療機関受診30%減)を入力した際に、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の「外泊登録時の扱い」が「2 実更新あり」と設定されている場合、食事と入院料加算のフラグがクリアしていましたので修正しました。	H22.4.9
2	request 20100331-004	4.5より入院基本料フラグ削除時の加算等クリア機能がつきましたが、入院会計照会より入院基本料を変更する場合、変更後の基本料に1をたててから変更前の基本料を削除しても、加算等が消えてしまい、入院会計照会から基本料を変更する際、加算を再入力しなくてはならず非常に不便だそうです。 基本料がなにも入力されていないときにだけ加算等がクリアになるようにはならないでしょうか。	入院会計照会画面で入院基本料のカレンダーを削除した際、同時に入院料加算の削除を行うようver4.5.0から実装しましたが、療養病床の入院で入院基本料の表示がA～I(診療所についてはA～E)を全て表示と設定されている場合については入院基本料のカレンダー削除時に入院料加算の削除を行わないように修正しました。	H22.4.27
3	request 20100426-010	現在ADLの点数が翌月に引き継がれなくなりました。 最終日の点数などといった形で引き継ぐことはできないでしょうか？	システム管理「5015 医療区分・ADL点数情報」のADL点数入力の設定が「2 合計点数を直接入力」となっている場合、4月以降前月からの点数の引継ぎが正しく行われぬ不具合がありましたので修正しました。	H22.4.27
4	support 20100805-018	3月5日から初回入院して6月29日に退院後、7月2日に再入院(継続)した際、入院会計照会の91日以上が表示がおかしいとのことで、お問合せをいただきました。 一般病棟と療養病棟入院基本料を算定しており、特定入院料の算定はおこなっていません。	入院会計照会画面の「91日以上の日数表示」欄について、過去入院に療養病棟入院基本料の算定があった場合に正しく表示できない不具合がありましたので修正しました。 <不具合となる事例> 3月5日 初回入院(一般病棟入院基本料) 5月25日 転室(療養病棟入院基本料) 6月29日 退院 7月2日 再入院(一般病棟入院基本料で継続入院) <「91日以上の日数表示」欄の表示> パッチ適用前 4月28日 パッチ適用後 6月3日	H22.10.27

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	ncp 20101005-020	Ver4.5.0より、入院基本料等なしの登録ができるようになっていますが、産婦人科の医院様から「入院料を算定しない」として登録した場合、入院会計照会の画面で食事の回数を1回から0回へ変更すると『入院基本料が設定されていない日です。内容の変更はできません。』とエラーが表示されると問い合わせがありました。一括修正を行なっても診療回数から回数を変更してもエラーは表示されますが、毎回エラーを閉じれば0回に変更することはできているので、請求上は今のところ問題ありません。 ですが、0回から1回に回数を変更しようとする、エラー表示後回数の変更ができないようなので変更できるようにはならないでしょうか。 また、エラーの表示をせずに回数の変更ができるようにはならないでしょうか。	入院会計照会画面で食事の変更を行う際の変更不可チェックを、入院基本料とのチェックから保険組合せでのチェックとするよう変更しました。	H22.10.27
6		マスタ更新機能により9月28日に提供した以下の入院期間加算のマスタについて 入院会計での算定を可能とするよう、入院基本料マスター(TBL_NYUINKHN)の更新データを提供しました。 ・190118370 精神病棟入院期間加算(91日以上180日以内)(特別入院基本料) ・190118470 精神病棟入院期間加算(181日以上1年以内)(特別入院基本料) 10月以降分の入院会計について特別入院基本料に対応しない入院期間加算で入院会計を作成済みの場合はプログラム更新適用後に「(I01)入退院登録」画面より異動処理を実施して会計内容の置換えを実施してください。	確認方法 プログラム更新実施後、マスタ更新画面のDB管理情報を確認します。 構造verの値が「S-040500-1-20101027-1」となっていることを確認します。	H22.10.27
7	support 20110729-004	91日以上の欄に2011/10/13と表示されるはずですが、2011/10/14と表示されるのはどうしてでしょうか？ テスト患者にて同じ設定で何度か登録を行いました但し現象は変わりませんでした。 画面：入院会計照会 入院日：2011/07/15 他院入院歴：2011/06/30～2011/07/15 操作方法等間違いがあればお教えいただけますでしょうか。	他院履歴の退院日と同日入院をした場合に、入院会計照会画面の「91日以上」欄に表示する年月日の計算に誤りがありましたので修正しました。	H23.8.25

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
8		月またがり保険組合せを変更しました。 変更は一括修正で「12/11-99」で行いました。 保険組合せが12、1/10からの入院を無期限で変更という意味です。 すると4.6では全て12の保険組合せになったのですが、4.5だとOSをとわず2/1までしか新しい保険である12に切り替わりません。	退院済み患者について退院月の前月以前を表示した状態から「外泊・保険組合せ・食事・食堂加算」を一括修正欄に終了日99を指定して更新を行った場合、退院月の会計データが1日のみしか変更されない不具合がありましたので修正しました。 また、上記現象とは別に、有効終了日のある保険組合せを一括修正欄に指定して終了日99として更新を行った場合、保険組合せの有効終了年月の翌月以降の会計データも更新の対象となっていましたので有効終了年月の翌月以降は更新しないよう修正しました。	H24.1.26
9	お電話でのお問い合わせ11月24日ー入院会計照会表示	入院会計照会で以下の入力をするすると91日以上、180以上の日付が変わってきます。 この動作が仕様かどうかご教授ください。 23.3.22入院 一般病棟入院登録 91日以上 23年6月20日 180日以上 23年9月17日 こちらは正しい動作だと思います。 精神病棟入院登録 91日以上 23年6月20日 180日以上 23年9月16日 23年3月22日～4月30日自院歴作成 23年5月1日～継続入院登録 91日以上 23年6月19日 180日以上 23年9月17日 有床診療所の場合も同じになります。 入院登録した場合は180日以上の日付が1日ずれていて歴作成を使用した場合91日以上の日付が1日ずれています。	精神病棟(又は有床診療所)に入院登録時の入院会計照会180日以上表示を修正しました。 自院歴からの継続入院登録時の91日以上表示については次回以降のパッチで修正する予定です。	H24.1.26
10	お電話でのお問い合わせ4月16日ー外泊6と7で食事と加算が消える	他医療機関受診55%減、15%減について 外泊に6、7のフラグを立てますと、システム管理5000で外泊登録時の取扱いを実更新ありの設定時、食事と加算のフラグも消えてしまいます。	(I41)入院会計照会画面で外泊欄に6、7のフラグをセットした際、該当日の食事及び入院料加算を消さないように修正しました。	H24.4.23

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
11		平成24年10月改定について、特定曜日入退院減算と入院基本料減算(他医受診)が同日で重複減算となる場合の算定について、入院会計照会画面での登録、窓口負担計算、レセプト摘要欄記載、レセプト電算データの記録、会計カード、入院診療費明細書を対応しました。 減算が重複する場合は、入院会計照会画面の外泊欄で該当日に“13”(特定曜日+他受30%減)をセットすることにより、減算重複による算定が可能です。 (例)一般病棟10対1入院基本料で減算が重複した場合の計算事例は以下となります。 190077410 一般病棟10対1入院基本料 190161670 特定曜日入退院減算(一般病棟入院基本料) 190141590 入院基本料減算(他医受診) 190079470 一般病棟入院期間加算(14日以内) 1,294点		H24.10.25

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「0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
2	nep 20110929-012	自賠責の入院請求書についての質問です。 9/7～9/28まで入院していた自賠責患者の入院請求書を作成しました。 病院が15日締めで請求書が発行するため 1)9/7～9/15 2)9/16～9/28 の2枚の請求書を患者さんへお渡しします。 9/7に労災治療計画加算(100点)を入力すると本来は(1)の請求書にだけ100点が加算されるはずなのですが、なぜか入力していない(2)の請求書にも100点が加算されてしまいます。 レセプトには100点×2は印字されませんが、請求書上だけ、2枚に分けた場合にはそれぞれ100点が加算されてしまいます。	労災・自賠責の定期請求時の点数集計修正 (定期請求を月2回以上で行っている場合) 労災治療計画加算又は病衣貸与料の診療行為入力がある場合、定期請求時の点数集計に不具合がありました。 例) ・定期請求 1回目(1日～15日)2回目(16日～31日) ・入院9月1日～で、9月1日に労災治療計画加算を診療行為入力 この場合、2回目(16日～31日)にも1日に入力した労災治療計画加算の点数が含まれていましたので修正しました。 8月25日パッチ提供で下記対応を行いました。その対応による不具合でした。 <労災病衣貸与料対応(入院料と異なる保険組み合わせで診療行為入力)>	H23.10.7

34 退院時仮計算

番号	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 20110831-011	定期請求を10日・20日・月末の3期で実施している医療機関様で【退院時仮計算】にて1日～月末までで仮計算すると保険分の負担金額欄に定期請求の2期分の負担金しか表示されません。 現在確認したところ、70歳以上で低所得の患者であったり、70歳未満で限度額適用認定証をお持ちの患者にそのような現象がみられます。 これは仕様でしょうか？ 1ヶ月通しての負担金額を確認できないのでしょうか？	退院時仮計算について、入力された期間の負担金額の計算を行う際、既に作成済みの収納も考慮して計算を行っていますが、負担上限のある場合について、定期請求の期間と異なる期間を指定して仮計算が行われると、計算が正しく行われない場合があります。 これについて、入力された期間の開始日以降で既に作成済みの収納は上限額の計算対象としないように修正しました。 (入力事例) 後期高齢者 上限 44400円 作成済収納 期間 負担金額 収納1 9/ 1 ～ 9/10 20000円 収納2 9/11 ～ 9/20 20000円 収納3 9/21 ～ 9/30 4400円 ＜修正前＞ 退院時仮計算 算定期間 9/1 ～ 9/30 負担金額 24400円 ＜修正後＞ 退院時仮計算 算定期間 9/1 ～ 9/30 負担金額 44400円	H23.9.26

36 入院患者照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20100303-036	環境設定にて2月28日の日付に設定し、「36 入院患者照会」にて検索条件を「病棟:2階病棟」「状態:3当月在院」「並び順1:3カナ氏名順、2:1病棟,病室順」として検索をかけた場合、2月に2階病棟に入院していなかった患者様も検索に上がってきます。2月に2階病棟に入院していなかった患者様の入院歴は3月1日に「転科,転棟,転室」にて2階病棟に転棟されています。2月1日～2月28日までは別病棟に入院されていました。ORCAでの検索条件を見ると「状態」の部分が「当月在院」となっておりますので間違いではないのですが「病棟」を指定しているのですその月の病棟に入院されている患者様だけを検索に上げることは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。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

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	ncp 20100226-004	データチェックを行った際、エラー件数が200件以上出力されましたが、エラー内容画面で表示した場合「確認項目」が「00 全て」となっている状態では196件だけ表示され明らかに薬剤と病名のチェックでエラーとなっているはずの患者が表示されておられません。 「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。	(D04) 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たので修正しました。	H22.3.30

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	ncp 20100630-015	データチェックの件でお問い合わせさせていただきます。 下記のように2日分入力しました。 620002500 0.2 アスベリン散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 フェノバル散10% 620008771 0.1*5 レスタミンAコーワ散10% 点数マスタにて、620000465 フェノバル散10%のみ月上限回数を14に設定しております。 データチェックをかけましたところ下記のようにかかりました。 「月の投与回数または投与量が上限をオーバーしています【フェノバル散10% 回数(投薬、注射):20 投与量:2 投与日29日～30日】」 回数が20というのは、どこから出てきた回数なのでしょうか？ フェノバル散10%は、10回だと思うのですが。	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「41 データチェック画面」⇒「エラー内容」についてです。 下記の手順にて 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・診療行為の登録が行われている場合に、極まれに登録されている薬剤・診療行為がチェックの対象となってしまう不具合を修正しました。	H22.8.26

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	ncp 20101116-015	008500000や008600000のレセプトに記載されないコメントコードを使用しています 初診や再診等の診察料はなく .990 008500000 のコメントを入れている診療日しかなかった場合でもデータチェックに上がってきます 〇科 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

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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
8	nep 20110822-001	保険証の記号、番号の登録について問い合わせをさせていただきます。 医療機関様からの問い合わせなのですが社保(学校共済)の入力をハイフンで行っている医療機関様からデータチェックでエラーになるとの連絡がございました。 システム管理のデータチェック機能情報3で初期設定がハイフンと長音が「エラーとする」の設定となっているためという事はわかったのですが確認のため支払基金様に連絡したところ仕様書通りなのでレセコン開発の大元が仕様書に則りレセコン開発をしているはずですのでこちらではそれ以上の回答はありませんとのことでした。 特に現在どちらを使用しても返戻等にはしていないはずですのでことです。 実際はハイフン、マイナス、ダッシュ等見た目では判断のつかない内容ですがORCAで入力の際どのような入力にするが正しいのでしょうか？	システム管理「1102 データチェック機能情報3」のハイフン・長音のチェックについて、ハイフンを全角マイナス「ー」(jis:215d)のみでチェックしてましたが、全角ハイフン「-」(jis:213e)および全角ダッシュ(ー)(jis:213d)も加えてチェックするように修正しました。	H23.9.26

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	ncp 20110926-010	画像撮影がアナログからデジタルに変換したので月次帳票を使用してセット登録をアナログからデジタルに変換しました。 チェックマスタの「診療行為と病名」に画像診断のセットを登録していたのですがデータチェックを行った際に、診療行為とは別のセット名でデータチェックに上がってきてしまいます。 診療行為では、「胸部X-P(セット名)」を使用して入力しているのにデータチェックでは、「[内科]診療行為の適応病名未入力です。[腹部X-P 26日]」と表示されます。 セット登録を変換する月次統計を使用したらチェックマスタの方でも変更しないといけない項目等がありますでしょうか。	データチェックでセットコードの内容から適応病名のチェックを行う際に、セットコードの有効期間が月途中で区切られ、前半・後半で同一部位の入力があった場合、後半の期間について部位の異なる入力についても適応病名のチェックを行なっていたので修正しました。	H23.10.26
10	ncp 20111114-011	データチェックの投薬量オーバーエラーメッセージで回数と投与量は正しく表示されているのですが、投与日が4日と18日の所48日と18日と表示されています。会計照会で確認しても間違いなく4日に入力はされています。	他のエラーメッセージで日付の記載が行われた場合、投与量エラーのメッセージに不正な日付が記載される場合がありますので修正しました。	H23.11.24
11	ncp 20111226-004	2011年12月21日に公開されたプログラム更新完了後に入院の個別患者を対象としてデータチェックを実施すると「接続が切れました」とのメッセージが表示されます。	入外区分を入院として患者選択ボタンより個別指示画面へ遷移を行い、該当月に入院している患者の患者番号を入力するとフリーズしましたので修正しました。	H23.12.27
12		外来リハビリテーション診療料が算定された日について、収納日報およびデータチェックで実日数のカウントをしていませんでした。 収納日報では算定日に初再診のカウントが行われていませんでしたので、再診としてカウントするように修正しました。 データチェックでは、外来リハビリテーション診療料の算定日のみの診療月は「実日数がゼロ日です」とエラーになっていましたのでエラーにならないように修正しました。		H24.4.6

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
13	ncp 20120501-040	チェックマスタの「2診療行為と病名」で、一致条件「2完全一致」疑い病名「1認める」で登録している場合 3月までは病名が入っていれば特にデータチェックに上がってこなかったが、4月からは「適用病名が有効な期間で登録されていません」とデータチェックに上がってくるようになったと医院様よりお問い合わせをいただきました。 病名を部分一致にすればチェックに上がってきませんでしたが、病名は完全一致でないと困るそうです。	データチェックの「1薬剤と病名」、「2診療行為と病名」、「6投与禁忌薬剤と病名」のチェックについて、チェックマスタの適応病名の一致条件が「完全一致」の場合に、患者の病名がチェックマスタと同じ場合でも、病名の疑いコンボボックスに「1 疑い」または「3 急性かつ疑い」が設定されている場合は適応病名でないと判定していましたが、これを適応病名と判定するように修正しました。	H24.5.29

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncc 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日ー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 〇〇×〇〇 〇月〇日 「〇〇」 「〇〇」 「〇〇」 ADL 〇〇点	H22.3.19

4.2 明細書

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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	support 20100310-020	医療機関様でオンラインで送信した際にエラーが表示されました。エラーの内容は点数の誤りでしたが、何が誤りなのかは記載されていませんでした。一度紙レセプトを発行し点数を確認したところ、左側の投薬「21内服薬剤」の点数欄と右側に投薬のみの摘要欄の合計が違っていました。摘要欄に記載されていないのに、点数欄に何か点数が上がってしまったようです。弊社にて同様の入力を行うと、同様に点数に差がでます。	内服薬剤逡減に関するレセプト(レセ電)編集修正 1日目入力分と2日目入力分の剤を同一と判断してしまい(剤点数、診療コード計、数量計、明細数が同一になった為)、かつ、まとめ処理において2日目の(※)の剤が1日目の剤とまとまらず摘要欄に記載(記録)されない不具合がありましたので修正しました。 (例) * * 1日目 * * .211 (減) ザイロリック錠50 50mg 1 アダラートCR錠10mg 1*7 剤点4点 .211 (減) ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用) 2.5 プロプレス錠4 4mg 1*7 剤点10点 . * * 2日目 * * .211 (減) ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用) 2.5 アダラートCR錠10mg 1*7 剤点4点 (※) .211 (減) ザイロリック錠50 50mg 1 プロプレス錠4 4mg 1*7 剤点10点 (※) .	H22.3.19
5	kk 22191	平成22年4月から開始された「宇部子ども医療費助成制度」を使用した場合のレセプト(診療報酬明細書)の一部負担金欄については「記載しない」ということが、記載例に書かれてあります。小児科では宇部子ども医療費を使用する患者が大変多いので、これらを手書きで出すというわけにはいかないのなんとか対応する必要があります。	山口県宇部市地方公費対応(平成22年4月診療分～) 宇部こども(781) レセプト該当公費欄の一部負担金について、記載(記録)しないよう対応しました。	H22.4.19

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	kk 21646	広島県における福祉医療費公費負担事業に係る請求方法およびレセプト等記載について資料を添付しておりますので、よろしくお願いいたします！！	広島県地方公費レセ記載対応(平成22年4月診療分～) 社保(70歳未満現物給付、前期高齢者)+広島県地方公費全般のレセプト保険欄—一部負担金欄記載について上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載するようにしました。 ＜前期高齢者＞ 外来12000円、入院44400円 ＜70歳未満現物給付＞ 80100+@円 (高額4回目以降の場合も、80100+@円)	H22.4.19
7	request 20100331-002	平成21年10月から愛知県特定疾患医療費給付事業の2疾患が、51公費から91公費へ変更に伴い、91公費が保険番号マスタ・191特定疾患の地方公費扱いで登録されているため、12生保が優先されてしまい、12生保と91特定疾患の併用で登録した場合、レセプトは第1公費12・第2公費91で請求したところ支払基金より、第1公費91・第2公費12で請求するようレセプトが返戻されました。91特定疾患の公費を12生保より優先で登録できるよう改善をお願いします。	愛知県の生保+特定疾患191のレセプトについて、公費欄の第一公費に特定疾患、第二公費に生保を記録するようにしました。	H22.4.19
8	kk 22105	※Ver 4.4.0(Etch/有床版) p38-ehime.4.4.0.ver04.tgz ＜レセプト＞ 療養の給付/請求点 保険 : 40,804 公費(1): 公費(2): 0 ＜広域診療報酬請求書＞ 公費負担医療 件数: 2 点数: 81,608 上記レセプトの場合、なぜ請求書の点数が「81,608」で計上されるのですか？	愛媛県地方公費のレセプト請求点欄については、“主保険+全国公費+地方公費”の保険組み合わせ分は、集計しない事としていますが(分点がない場合は“0”)、レセプト作成後、43請求管理業務で、該当レセプト内容を表示し、登録をした場合、地方公費欄の合計点数が保険欄と同額になる不具合がありました。 レセプト処理で分点欄についても集計しないよう修正しました。	H22.4.19

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	support 20100409-025	増減点連絡書にて判明したのですが、入力画面と会計照会画面では【画像1】の如く入力したままのデータが表示されていますが、レセプト画面では【画像2】の増減点連絡書と同じ請求内容になっています。 ※実際に投与したのは ***** オキサロール10μ g1ml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10μ gを0.5として残量廃棄せずに別の患者様に投与しています。また当院ではオキサロール5μ gを採用しておりません。 ところが増減点連絡書にて判明したのは ***** オキサロール10μ g1ml(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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
10	ncp 20100422-019	在宅血液透析頻回指導管理料を算定する場合、在宅血液透析指導管理料の初回算定日と算定理由を記載するという回答をいただきました。ORCA Ver.4.5.0の外来版マニュアル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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	ncp 20100423-010	1: .700 画像診断 170011710 CT撮影(その他) 170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) 720×1 と入力し算定しました。 オンライン確認試験を行った所、点数不足120点 となったので 2: .700 画像診断 170011710 CT撮影(その他) 600×1 .704 画像診断加算料 170028810 電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料) 120×1 と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

番号	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 後期高齢者結核一部負担金	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
14	nep 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。 ORCAIには4月27日のパッチがあたっています。マスター更新もしております。 レセプトは4枚しか出力されません。 表示されている患者さんは入院登録はされておられません。 また、該当患者を「テスト患者」にしたり、「請求しない」などしても、同じエラーになります。	診療報酬改定等により有効期間の切れた点数マスタで入院会計データが作成されている状態で、入院レセプト処理を行うとエラーメッセージとして「入院基本料の有効期間確認[患者番号:?(ID:0000021958)]【仮収納データ作成】」と表示していましたが、表示されている内容が患者IDであった為、該当の患者を特定し辛い状態であったことから、患者番号の表示と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(ZAINUM)に重複があった場合のレセ電データ記録で、入院料加算が診療会計の記録データに混在して記録されてしまう場合があります。 レセ電データ作成時に入院料加算の剤番号を置き換えて、混在が発生しないように修正しました。(入院料はすでに置き換えて処理を行っていました)	H22.5.27

4.2 明細書

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

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19		入院レセプト摘要欄記載修正(外泊"1"の場合) 入院会計の外泊に"1"を設定をした場合で、かつ、該当日の入院料に入院期間加算がある場合、レセプト摘要欄記載において、入院期間加算の名称が記載されていたので修正しました。 (4月13日パッチ提供分:他医療機関受診30%減算算定時の入院期間加算対応を行った時に不具合がありました。点数計算やレセ電記録は問題ありません。) ----- 例)一般病棟10対1入院基本料 一般病棟入院期間加算(14日以内) の場合 90 * 外泊(入院基本料の減額) 一般病棟入院期間加算(14日以内) ○日 195×1 ↓ 90 * 外泊(入院基本料の減額) ○日 195×1 -----		H22.5.27
20	お電話でのお問い合わせ5月25日ー履歴登録コメント記載	Ver.4.5.0で履歴登録からコメントを登録する際リリース情報のP50に記載されている急性増悪(この漢字は憎悪になっています)～日としたい場合コメント登録時に“急性増悪◇日”を1行登録します。と書かれています。 実際にコメントで“急性増悪◇日”と登録しますと例のようにレセプトには急性増悪～日と記載されますが“急性増悪◇日”とコメント登録しますと例のようにレセプトに記載されません。 “急性増悪◇日”と登録した際に正しくレセプトに記載されるようにしていただけないでしょうか。	099800131:運動器リハビリテーション開始日を診療行為で入力します。 算定履歴照会画面の「コメント」ボタンを押下し、“急性増悪◇日”(◇は空白)を入力します。 その場合の運動器リハ発症日記載が、運動器リハ:急性増悪 ○○年○○月○○日と記載されませんでしたので記載されるよう修正しました。	H22.5.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
21	kk 22681	日レセ etch ver 4.5.0、p10-gunma.4.5.0使用の病院です。 後期高齢者・群馬県福祉(177)、「食事無し」の患者さんでオンライン請求時、「第一公費食事療養費の請求額が謝っています」エラーがでます。 エラーが出ない患者さんとRECEIPTC.UKを比較しますと、「KO,7710****,79*****,,2,3692,,,,,0,796」が異なる様です。	食事・生活療養レセプト記載(記録)修正 (入院) 入院医療の必要性の高い患者で生活療養であり、公費併用(患者食事負担あり設定)、かつ、食事なしの場合(環境療養費のみで、患者食事負担が発生しない場合)に、食事療養・生活療養－公費欄の記載が正しく記載されていませんでした(“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	nep 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

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
23	kk 22882	福祉医療費の請求方法につきまして資料をFAXさせていただきましたが、医院様のご協力により詳細な資料をいただきました。	秋田県地方公費レセ記載対応(平成22年8月診療分～) 社保(70歳未満現物給付、前期高齢者)+秋田県地方公費全般のレセプト保険欄ー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

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日ー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: $789 - (789 \times 0.7) = 236.7$ → (1点未満四捨五入) 237点 3. 退院登録・退院時仮計算・定期請求・入院レセプト作成の処理時に他医受診のチェック(例:一般入院料算定時に"4"の入力がされている等)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

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 	

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
30	request 20100617-004	打ち分けをし入力した場合ですが、レセプトの療養の給付の記載でしたらFDデータの負担区分コードは「2」「3」になるのではないのでしょうか。「4」「3」になっておりますが、「4」「3」の場合は療養の給付の記載が違うのではないのでしょうか。 返戻の対象になっております。	地方公費に関する全国公費併用分のレセ電負担区分記録対応 全国公費併用分のレセ電負担区分記録について、システム管理2010「全国公費併用分請求点集計」の設定項目を追加する事により、地方公費をおとした”値”での記録を可能としました。 ※システム管理2010「全国公費併用分請求点集計」のコンボ内に設定項目を追加しました。 3 集計しない【負担区分対応】 4 集計しない(請求点が0点となる場合は除く)【負担区分対応】 (例)国保+51+地方公費、国保+地方公費で診療行為入力した場合 (1)全国公費併用分請求点集計 の設定 ”2”の場合 ・国保+51+地方公費の診療分 → 負担区分4 ・国保+地方公費の診療分 → 負担区分3 (2)全国公費併用分請求点集計 の設定 ”4”の場合 ・国保+51+地方公費の診療分 → 負担区分2 ・国保+地方公費の診療分 → 負担区分3	H22.9.28
31	kk 23129	国保+母負担有(保険番号390)で登録した場合、保険請求は公費限度未満であれば、国保単独請求になるかと存じます。 外来レセプト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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
32		労災入院レセの他医受診時の摘要欄記載修正 1. 3倍又は1. 01倍の対象となる加算が4つ以上ある場合に摘要欄記載が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (点数計算は正しく行われています。) (例)9/11～入院 有床診療所入院基本料1を算定 9/15に外泊"5"を入力 下記の加算あり 90 * 入院基本料減算(他医受診) 夜間緊急体制確保加算 医師配置加算2 看護配置加算2 夜間看護配置加算2 労災(2週間以内)(1. 3倍) ← 記載されてなかった 15日 ← "		H22.9.28
33	ncp 20100915-017	特定入院料の「精神科救急入院料2」を8月から算定するようになったが、紙レセプトの「92特定入院料・その他」欄に文字が何も印字されません。 「精神科救急入院料1」を算定している別の病棟では「精救」が印字されます。 オンライン請求を行っているのですが、問題ないでしょうか。	精神科救急入院料2を算定時にレセプト「92 特定入院料・その他」欄に入院料の略称が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H22.9.28
34	request 20100925-005	「(R98)明細書?生活保護・中国残留法人等まとめ入力」とタイトルバーに表示されていますが、「?中国残留邦人?」ではありませんか?もしそうなら訂正お願いします。	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
35	support 20101110-004	先ほど問合せしました件の画面を送付します。 内服薬がレセプトの点数欄と適用欄が8点の差異になっています。 10/25 ペレックス配合顆粒3g 2x4 が適用欄に記載されていません。	内服薬剤逡減に関するレセプト摘要欄編集修正 下記例の場合に正しく摘要欄編集が行われていませんでしたので修正しました。 <1日目> .210 620002478 1 クレストール錠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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
36	kk 23967	千葉県の医療機関様での神戸市自立支援医療制度の使用につきまして。 神戸市役所様より自立支援医療制度の資料をいただきましたのでお送りいたします。 対象患者 国保 自立支援医療受給者証(市助成区分:C1) 神戸市役所のご担当者様ともお話いたしました。他都道府県であっても患者一部負担金、窓口請求金額は制度に則って、保険請求・患者請求を行うとの事です。 償還払いなどは行っていないとの事でした。 大阪府や京都府などでもご使用されているとの事です。 よろしければ神戸市の自立支援法市助成を他都道府県にて使用できるようご対応いただきたいと存じます。 ・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「999999」、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

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	nep 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種逡減しています。 ----- ### 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。	内服薬剤逡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もので、記載されるよう修正しました。	H22.12.3

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日ー注射 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めて表示されます。 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の場合まとめてしまいます。	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日目の剤がまとめて記載されていたので、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

4.2 明細書

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

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 <table><tr><td></td><td></td><td>(53950)</td><td>(53950)</td></tr><tr><td>保険</td><td>129875</td><td>122970 →</td><td>125668</td></tr><tr><td>公費1</td><td>26974</td><td>18700</td><td>18700</td></tr></table>			(53950)	(53950)	保険	129875	122970 →	125668	公費1	26974	18700	18700	H23.1.27
		(53950)	(53950)													
保険	129875	122970 →	125668													
公費1	26974	18700	18700													
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) <table><tr><td>保険</td><td>129875</td><td>125668</td></tr><tr><td>公費1</td><td>26974</td><td>18700</td></tr></table>	保険	129875	125668	公費1	26974	18700		H23.2.24						
保険	129875	125668														
公費1	26974	18700														

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
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 SI199000710(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、SI199000810) 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

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。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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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

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> <table><tr><td></td><td></td><td>(80)</td><td>(75)</td></tr><tr><td>保険</td><td>32981</td><td>80806</td><td>80801</td></tr><tr><td>公費1(51)</td><td>25</td><td>80</td><td>→ 75</td></tr></table> <今回の修正> <table><tr><td></td><td></td><td>(80)</td><td></td></tr><tr><td>保険</td><td>32981</td><td>80806</td><td></td></tr><tr><td>公費1(51)</td><td>25</td><td>75</td><td></td></tr></table>			(80)	(75)	保険	32981	80806	80801	公費1(51)	25	80	→ 75			(80)		保険	32981	80806		公費1(51)	25	75		H23.3.28
		(80)	(75)																									
保険	32981	80806	80801																									
公費1(51)	25	80	→ 75																									
		(80)																										
保険	32981	80806																										
公費1(51)	25	75																										

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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して下さいとの事でユーザー様より直接問い合わせたところ、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、月途中で児童保護(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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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ください。 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いただきます。	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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しとのことです。 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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考															
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 <table><tr><td></td><td>(113390)</td><td>(113390)</td></tr><tr><td></td><td>(94418)</td><td>(16989)</td></tr><tr><td>保険</td><td>529488 207808</td><td>130379</td></tr><tr><td>公費1</td><td>359604 113390</td><td>→ 113390</td></tr><tr><td>公費2</td><td>169884 0</td><td>16989</td></tr></table>		(113390)	(113390)		(94418)	(16989)	保険	529488 207808	130379	公費1	359604 113390	→ 113390	公費2	169884 0	16989	H23.4.25
	(113390)	(113390)																	
	(94418)	(16989)																	
保険	529488 207808	130379																	
公費1	359604 113390	→ 113390																	
公費2	169884 0	16989																	

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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の併用で月途中で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
59	お電話でのお 問い合わせ6 月8日ー入院 療養担当規則 保険変更	入院の療養担当規則ですが、月途中で健保単独から生保併用になった方のレセ電データが保険変更後の分が点数回数が記録されておらずに総点数と合わずに返戻となったようです。 4月19日まで社保単独 4月20日から生保併用とした場合 療養担当部分が SI,80,1,199000510,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,199000510,,10,19,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, と記録されます。	療養担当手当レセ電記録修正(入院) (入院会計に療養担当手当の剤が作成されている場合) 入院会計の保険組合せを月途中で変更した場合(下記例参照)、レセ電SIレコードの療養担当手当の記録が正しく行われていませんでしたので修正しました。 例) 4月分の入院会計の保険組合せ 1日～19日 協会単独(0001) 20日～30日 協会+公費(0002) 修正前のレセ電記録 SI,80,1,199000510,,, SI,,1,199000510,,10,19 修正後のレセ電記録 SI,80,1,199000510,,10,19 SI,80,2,199000510,,10,11	H23.6.27
60	support 20110601-010	レセプトの一括作成後、全件印刷を行なうと「該当のレセプトはありませんでした」とのエラーがでます。 全件でのプレビューでも同様のエラーが出ました。 指定印刷で保険の種類ごとに印刷を行なった場合には正常に終了しました。	UTF-8のデータベースでレセプト印刷処理を行った場合に、不正な文字の混入を防止する為のモジュールを動作させていますが、このモジュールでメモリリークが発生していましたので修正しました。	H23.6.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
61	ncp 20110620-021	MRI撮影時に、「電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」と「コンピュータ断層診断」を入力したところ、レセ上では、「電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」が70画像診断の一番上に表示されます。「コンピュータ断層診断」は算定項目の下に表示されるのですが、「電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」も算定項目の下に表示させることはできないでしょうか？ 「電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」と「コンピュータ断層診断」はそれぞれ点数がレセプトに表示されるようにしたいとのことでした。また、「電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料)」が上部に表示されることにレセとして問題なのでしょうか？ 教えてください。よろしくお願いします。 ＜診療行為入力＞ .700 部位 170015210 .704 170026810 .700 170015410 ＜レセプト表示＞ 電子画像管理加算(コンピュータ断層診断料) 120×1 実施日 ○日 部位 MRI撮影(その他) 1000×1 コンピュータ断層診断 450×1	レセプト摘要欄記載順修正 (電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)) 下記診療行為入力を行った場合、レセプト摘要欄において、電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)がMRI撮影(その他)より先に記載されていたので、後に記載されるよう修正しました。 .700 170015210 MRI撮影(その他) .704 170028810 電子画像管理加算(コンピューター断層診断料)	H23.6.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
62		レセプト(レセ電)の剤編集修正 下記のような保険組み合わせを使用し、それぞれで同一内容(剤)の診療行為入力を行った場合、剤がまとまる不具合がありましたので修正しました。 (例) ・主保険＋全国公費 ・主保険＋地方公費 ・主保険＋全国公費＋地方公費 .400 140000710 創傷処置 <修正前> 40 * 創傷処置 55 × 1 ===== 以下 地方公費 適用分 ===== 40 * 創傷処置 55 × 2 <修正後> 40 * 創傷処置 55 × 1 === 以下 地方公費 適用分 == 40 * 創傷処置 55 × 1 === 以下 全国公費＋地方公費 適用分 == 40 * 創傷処置 55 × 1 ※”主保険＋地方公費”と”主保険＋全国公費＋地方公費”の創傷処置の剤がまとまってしまい、×2となっていましたのでまとまらないように修正しました。		H23.6.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
63	support 20110704-003	H23.5診療分の入院レセプトについて、H23.5.31から保険変更(記号・番号の変更)してH23.5.31は高額療養Bが適用されないケースがございました。 H23.5.1～H23.5.30は高額療養Bが適用されますが、レセプトでは特記事項も一部負担金も記載されません。 仕様なのでしょうか？	70歳未満現物給付の月途中変更対応(レセプトが1枚になる場合) 月途中で記号番号が変更となり、変更後に70歳未満現物給付未適用となった場合、未適用扱いでのレセプト記載となっていましたので、下記のように対応しました。 例)月途中で記号番号変更 5月1日～5月30日 協会本人 70歳未満現物給付適用 5月31日～ 協会本人 70歳未満現物給付未適用 (※ 保険番号967の適用期間 5月1日～5月30日) 5月入院 変更前 30000点 80100円 + (300000 - 267000) × 0.01 = 80430円 変更後 3000点 30000円 × 0.3 = 9000円 保険欄—一部負担金額 80430円 + 9000円 = 89430円 で記載を行う ※変更前 20000点 200000円 × 0.3 = 60000円の場合、高額療養費が現物給付されていない為、保険欄—一部負担金額の記載はしない。	H23.7.27
64	kk 25599	◆241マル老2割+143マル障 併用のレセプト記載順について◆ 社保+241マル老2割+143マル障、併用の場合、公費の負担者番号・受給者番号は第一公費を241マル老2割、第二公費を143マル障に、と指定されています。 (マル老の2割負担分をマル障がみるため) ですが、公費番号(241、143)の若い順にレセプト記載されるため、保険組合で「社保+241マル老2割+143マル障」を選んでいても第一公費が143マル障、第二公費が241マル老2割になってしまいます。 山梨県支払基金に確認すると、返戻になるとの事です。	山梨県地方公費241+143のレセ記載対応(入外) 主保険+241+143の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合、レセプトの公費1欄に"241"、公費2欄に"143"の内容を記載するよう対応しました。	H23.7.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
65	kk 25746	マスタ登録設定ガイド p15-niigata_mastertable.pdf ファイル名 p15-niigata.4.5.0.ver08.tgz 「4月からレセプトにも記載するようになったが、今後も「高額受領委任払請求書」と「高額受領委任払承認兼支給申請書」が必要であると連合会から連絡があった」との問い合わせが弊社にはいった事です。 社内で確認したところ、新潟県の「高額受領委任払請求書」と「高額受領委任払承認兼支給申請書」が印字されません。 新潟県の国保・後期高齢者の高額療養が4月診療分からレセプト請求になりました。 しかしながら、「新潟県国民健康保険団体連合会審査管理課ちの様」に確認したところ今まで通り高額受領委任払承認兼支給申請書と請求書の提出が必要とのことでした(様式の変更は無い)。 マスタでレセ請求に変更したからでしょうか。 もしくは何か設定が必要でしょうか。	新潟県地方公費公費請求テーブル作成対応(外来) (法別"80"、"82"、"84"、"86"、"00"の国保・後期高齢分) 国保・後期高齢分について、レセプト請求に変更となりましたが、今までと同様に、"高額受領委任払請求書"と"高額受領委任払承認兼支給申請書"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も行うよう対応しました。	H23.7.27
66		愛知県地方公費のレセ電記録(受給者番号)修正(入外) (法別"81"~"85"の国保分) 以前、受給者番号を"0000000"で記録するよう対応しましたが、この記録をしないよう修正しました。 ※平成22年12月請求分から 受給者番号の記録が"0000000" → "9999996"に変更となっており、その対応を運用(システム管理2006の受給者番号記録設定)で行っていると考えられます。現在において上記の対応が不要となった事から修正をしました。		H23.7.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																		
67	kk 24553	■内容 月途中で保険が変わった場合、例えば入院で ・H22.12.01～12.15 A市後期高齢者＋191(マル福障) ・H22.12.16～12.31 B市後期高齢者＋291(福山障) の場合のレセプト記載は 「A市後期高齢者レセプト」 <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額</td></tr><tr><td>保険 50,000</td><td>44,400</td></tr><tr><td>公費1</td><td>2,800</td></tr></table> 「B市後期高齢者レセプト」 <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額</td></tr><tr><td>保険 50,000</td><td>44,400</td></tr><tr><td>公費1</td><td>800</td></tr></table> と保険一部負担金はそれぞれで発生するのが正しいとのことです。 現状の日レセは「A市後期高齢者レセプト」は同じですが、 「B市後期高齢者レセプト」 <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額</td></tr><tr><td>保険 50,000</td><td>0</td></tr><tr><td>公費1</td><td>800</td></tr></table> となります。	請求点	負担金額	保険 50,000	44,400	公費1	2,800	請求点	負担金額	保険 50,000	44,400	公費1	800	請求点	負担金額	保険 50,000	0	公費1	800	月途中保険者変更時レセプト記載対応(後期高齢→後期高齢)(変更後レセプトの保険欄ー一部負担金の記載) 変更前:後期高齢A＋地方公費A 変更後:後期高齢B＋地方公費A 又は、 変更前:後期高齢A＋地方公費A 変更後:後期高齢B＋地方公費B 上記保険組み合わせで診療行為入力を行った場合、今まで は変更前レセプトの保険欄ー一部負担金を考慮して、変更 後レセプトの保険欄ー一部負担金の記載を行っていましたが、 考慮しないよう修正しました。(都道府県に関係なく修正 しました。) 例)入院、一般所得者(1割) 6月 1日～6月15日 後期高齢A＋地方公費A 6月16日～ 後期高齢B＋地方公費B 後期高齢Aのレセプト 請求点 負担金額 保険 50,000 44,400 公費1 後期高齢Bのレセプト 請求点 負担金額 保険 50,000 0 → 44,400 公費1	H23.7.27
請求点	負担金額																					
保険 50,000	44,400																					
公費1	2,800																					
請求点	負担金額																					
保険 50,000	44,400																					
公費1	800																					
請求点	負担金額																					
保険 50,000	0																					
公費1	800																					

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
68	kk 26085	制度変更の情報がありましたので連絡させていただきます。 奈良県のユーザ様より、口答で、現状国保と地域公費の併用レセプトの一部負担金額欄に四捨五入された金額があがっているのですが、それにより減点されたと連絡がありました。 今まではそのような問い合わせはなかったので、奈良県国保に詳細確認したところ国保と地域公費の併用レセプトの一部負担金額を四捨五入しない1円単位であげて下さいとのことでした。 また、設定で変更できるか社内機で試みたのですが(91マスタ登録-104保険番号マスタ-該当の公費のレセプト負担金額の区分を「10円未満四捨五入しない」変わりませんでした。	奈良県地方公費レセプト記載対応 (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、公費欄—一部負担金の記載(記録)をしないよう対応しました。	H23.7.27
69		島根県地方公費レセプト記載対応(平成23年7月診療分～) (保険番号”790”) 国保・後期高齢分について、公費欄—一部負担金の記載(記録)をしないよう対応しました。		H23.7.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
70	kk 25174	レセプトの負担金額の記載方法について長崎県国保連合会より負担金額の記載を添付のように変更するようにとのことでした。 主保険 後期高齢者 ①公費 186 被爆者体験 ②公費 187 長崎障害	長崎県地方公費レセプト記載対応 ＜”主保険+186+187”と”主保険+187”＞又は、＜”主保険+186”と”主保険+187”＞の2種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の保険欄―一部負担金及び一部負担金再掲記載対応 例1) 入院 後期高齢：一般所得者（1割） 後期高齢+186 請求点 8825点 後期高齢+187 請求点 2998点 (11830) (8830) (3000) 保険 11823点 11830 → 11830 公費1 8825点 公費2 2998点 例2) 入院 後期高齢：低所得者1（1割） 後期高齢+186 請求点 44030点 後期高齢+187 請求点 6649点 (15000) (44030) (6650) 保険 50679点 44030 → 50680 公費1 44030点 公費2 6649点 補足：“186”の保険欄―一部負担金の記載については、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為、上記のような記載となります。	H23.7.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
71	ncp 20110801-025	他医受診のコメントについて、ユーザー様より以下の通り、問合せを頂いております。 入院中の患者において、他医受診した場合、紙レセプトで確認すると、日付が記載されているのに、レセデンで請求した後、他医受診の日付が記録されていないとの理由より、返戻されました。 何が原因でしょうか？ というものです。取り急ぎ、コメントで入力してもらいましたが、紙レセプトでは確認できるのに、レセデンに出力すると、記録されていないというのは何故でしょうか？	入院中の患者が他医受診をされた場合に、紙レセプトの摘要欄に他医受診日を自動記載していましたが、記載要領上は他医受診の場合は”受診日数”を記載(記録)することになっており、他医受診日の記載は要しないことから、紙レセプトについて他医受診日の記載を行わないこととしました。 併せて、会計カードについても同様に記載しないこととしました。	H23.8.25
72	support 20110802-002	国保+51特定疾患公費のレセプト記載について、和歌山県のクリニック様よりお問合せがございました。 年齢は70歳未満で、国保と51特定疾患をお持ちで、51は患者負担無し、低所得1の患者様です。 ORCAでは主保険と公費の種類091(特定負無)、957(公費一般)、所得者情報の低所得1に入力をして頂いております。 診療内容は、在宅時医学総合管理料を算定されています。 この入力をした場合、レセプトの摘要欄に「低所得1」の記載が自動で挙がりますが、この記載があるために、医療機関さまのほうでレセプトが返戻になったとのことでした。 この件について、和歌山県国保連合会に問い合わせたところ、やはり「低所得1」の記載は不要で、レセプトに挙がる限りは返戻にすることです。 医療機関さまは電子レセプト請求をされているのですが、この分のみ紙レセプト請求というのも認められないため、返戻になったものを手で消して紙レセプトで請求をするようにと指示を受けました。 この件に関して、低所得1のコメントが挙がらないよう、ご対応頂けますでしょうか。	外来レセプト摘要欄記載修正 70歳未満現物給付、かつ、低所得者、かつ、在医総管算定の場合、摘要欄に”低所得1”又は”低所得2”の記載を行っていましたが、記載しないよう修正しました。	H23.8.25

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
73	kk 26336	後期高齢者の3割で186 上位の保険組合の方の 高額受領委任払請求書 SEIKYU1519 高額受領委任払承認兼支給申請書 SEIKYU1521 が集計及び印刷されませんのでご確認の上修正お願い致します	新潟県地方公費の公費請求テーブル作成対応(外来) 平成23年7月27日パッチにおいて、法別80、82、84、86、00(国保・後期高齢分)の対応を行いましたが、法別86のみ公費請求テーブルが作成されていなかったので修正しました。	H23.8.25
74	support 20110824-021	診療月内に公費履歴が6つ以上ある場合において、エラーが表示され、作成処理がおこなわれないようです。 (参考までに伺いましたが、月内で受給者番号変更が6件交付されているのは、住所不定の方のためだそうです。)	同一診療月に公費履歴が6つ以上ある場合、レセプト作成処理がエラーとなりましたので修正しました。 (受給者番号変更等により公費単独レセプトとなる生保、中国残留邦人等、自立支援の公費の場合)	H23.9.26
75	ncp 20110601-015	/tmp以下の一時ファイルを削除してよい条件などがあれば教えていただけないでしょうか。 いちばんよいのは、レセプト一括作成後に、一時ファイルも削除していただけると助かるのですが。	レセプト作成処理が正常終了した場合のみ/tmp/に作成している作業用の一時ファイルを削除するようにしました。	H23.9.26
76	kk 26414	徳島県の地方公費について、添付資料の通り記載変更がありましたので、連絡致します。	徳島県地方公費レセプト記載対応 (保険番号245の公費欄—一部負担金記載) 1 国保+保険番号245+保険番号748の場合は、一部負担金の記載をしていっていませんでしたが記載するよう修正しました(入院、外来)。 2 国保で一部負担金が上限未満の場合は、10円単位の金額で記載するよう修正しました(入院のみ)。	H23.9.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
77	kk 26519	添付資料のとおり、9月診療分より愛知県のレセプト記載が変更になります。 添付資料 ・「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減措置」に係る審査支払機関に対する診療報酬明細書記載方法の変更について	愛知県地方公費レセプト記載対応 (保険番号191の公費欄—一部負担金記載) ＜平成23年9月診療分～＞ 国保で、70歳代前半の特例措置(1割据え置き)対象者で、一部負担金が上限未満の場合は、“1割相当額”の金額で記載するよう修正しました。	H23.9.26
78	support 20111007-013	入院料を労災と医保で選択し、9月30日で処方を1日分入力すると、労災の療養終了日が「9月31日」と表示されるようです。	労災・自賠責入院レセプト療養期間終了日記載修正 入院会計の保険組み合わせが”労災又は自賠責”と他保険の2種類あり、他保険で入院料を算定している日に”労災又は自賠責”の診療行為入力がある場合、療養期間終了日が正しく記載されていませんでしたので修正しました。 (例) 1. 9月7日入院(保険組み合わせは労災で登録) 2. 9月16日以降の保険組み合わせを医保に変更 3. 9月16日以降に労災で診療行為入力 4. レセプト作成 5. レセプト療養期間が”23 9 7-23 9 31”となる	H23.10.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
79	support 20111008-006	レセプトについて右側(適用欄)と左側(合計欄)の“内服薬剤”の単位と合計点数に誤差がある患者様がいるとお問い合わせを頂いております。 【適用欄】(レセ右側) 合計単位数:98単位 合計点数:1453点 【合計欄】(レセ左側) 合計単位数:105単位 合計点数:1474点 診療行為、会計照会で入力内容を確認すると【合計欄】にあがっている数字が正しい単位と点数の合計のようです。 適用欄を確認すると一部薬剤(ワーファリン錠)があがってきておりませんでした。 【レセプト(適用欄)】 ワーファリン錠1mg 2.75錠 3×4と3×3 ↑↑ 計:7単位ですので会計照会と比べると4単位足りません。 ワーファリン錠1mg 3錠 3×3と3×4 ↑↑ 計:7単位ですので会計照会と比べると3単位足りません。 【会計照会】 ワーファリン錠1mg 2.75錠 回数:11回 ワーファリン錠1mg 3錠 回数:10回	内服薬剤逡減に関するレセプト摘要欄編集修正 下記例の場合に摘要欄編集が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (1日目と2日目がまとまり、かつ、ワーファリン錠1mgの記載が誤りでした。) 1日目 .210 620002123 1 ベザトールSR錠200mg 610443069 1 オメプラゾン錠20mg 622018501 1 アムロジピンOD錠5mg「CH」 610422057 1 エパンドカプセル300 300mg 620002032 1 グリミクロン錠40mg 610406390 1*1 ベイスン錠0.2 0.2mg .210 613330003 2.75*3 ワーファリン錠1mg .210 613330003 3*4 ワーファリン錠1mg 2日目 .210 620002123 1 ベザトールSR錠200mg 610443069 1 オメプラゾン錠20mg 622018501 1 アムロジピンOD錠5mg「CH」 610422057 1 エパンドカプセル300 300mg 620002032 1 グリミクロン錠40mg 610406390 1*1 ベイスン錠0.2 0.2mg .210 613330003 2.75*4 ワーファリン錠1mg .210 613330003 3*3 ワーファリン錠1mg	H23.10.26

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
80	レセプト負担金額 更生 端数処理	更生の負担金額の10円単位端数記載について、佐賀県国保連合会より返戻対象になったとのことで、お問合せがありました。 [条件] 入院 65歳 更生(1割:上限なし), 限度額適用B 国保と更生併用(分点なし) レセプト請求点:73,958点 負担金額(保):84,826円 負担金額(公):73,960円 公費の負担金額が10円単位の記載ではなく、1円単位で記載してくださいのご指摘がありました。 記載要領を読むと、後期高齢者または医療保険(高齢受給者に係るものに限る)場合において10円未満の端数を四捨五入した金額で記載と読み取れますので、70歳未満については上記該当しないため、四捨五入する前の金額の記載が必要であるように思われます。	自立支援医療のレセプト公費欄一部負担金記載修正 70歳未満現物給付における自立支援医療のレセプト公費欄一部負担金記載について、保険欄一部負担金の記載がある場合は、10円単位での記載としていましたが、上限額が医療保険の自己負担限度額の場合(入外上限額”9999999”又は”999999”で入力の場合)は、1円単位での記載に修正しました。 (例)入院 主保険+O15 限度額適用B 請求点73958点 保険 73958 84826 公費1 73960 → 73958	H23.10.26
81	kk 26611	後期高齢者(1割)+51公費+89公費を併用の方で、在医総管を算定した場合、一部負担金枠に金額が印字されると思います その際、後期高齢者+51公費の併用だと一部負担金の枠に()で51公費の給付対象額が印字されると思います しかし、この歳に89公費も使用した場合、89公費に係る費用も()で印字するようにとの指示が医療機関様にあったそうです つまり、一部負担金に総合計と51公費での給付金額と89公費での金額と()が2つ必要だと言われたそうですが、この場合はどのように登録したら()が2つ印字されるのか教えていただきたいと思っています。	愛知県後期高齢レセプト記載対応(一部負担金再掲記載対応) ”後期高齢+全国公費+地方公費”と”後期高齢+地方公費”又は、”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一部負担金再掲記載について下記のように対応しました。 (例) ”後期高齢1割+O51”と”後期高齢1割+189(マル福)”の場合 外来、在総診算定 (7390) (7390) (140) 保険 7530 7530 → 7530 O51 7390 189 140	H23.10.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
82	request 20111007-008	入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料の算定はできませんが、自院救急車両にて往診に出向き、そのまま自院に入院となった場合は、入院にて算定が可能になります。 (広島県支払基金審査企画課に確認済みです。) 現在日レセ(ORCA)では、レセプト作成時点でエラーとなり作成されませんので、対応をお願い致します。	入院基本料算定期間に救急搬送診療料が算定された場合でも、入院レセプト作成時にエラーとならないよう対応しました。 救急搬送診療料を入力時に入院期間とのチェックを行い、入院期間と重複している場合は、「警告！！救急搬送診療料が入院期間中に算定されています。」と警告メッセージの表示を行います。	H23.11.24
83		救命救急入院料1または2を算定時に、入院レセプト「92 特定入院料・その他」欄の記載が、以下の入院料算定期間のみ行が分かれて記載される不具合がありましたので修正しました。 救命救急入院料1(4日以上7日以内) 救命救急入院料2(4日以上7日以内)		H23.11.24
84		点検レセ印字位置変更対応 点検用レセプトについて、用紙中央に”点検用レセプト”と印字していましたが、斜線も可能としました。 システム管理2005に点検用レセプト記載設定を追加しました。 点検用レセプト記載 0:「点検用レセプト」の文字を記載する(デフォルト)。 1:斜線を記載する		H23.11.24
85		個別レセプト作成時の請求しない設定の請求管理削除の有無対応 個別レセプト作成処理時、対象診療月の請求管理に「0 請求しない」設定のデータがあれば、削除についての確認画面を表示するようにしました。 ※医保、公害レセプトのみです ※医保レセプトについては公費請求書テーブルに対しても同様となります。		H23.11.24

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
86	ncp 20111118-009	10月分レセプトを11/5に一括作成を行い、病棟別出力を行った場合に、11月に転科転棟すると月に関係なく、最後の診療科の病棟で出力されてしまいます。 10月分レセプトのチェックを行う際に病棟毎にレセプトを振り分けなければならないのですが、11月の転科転棟の内容を取ってしまうと、さらに振り分けの作業を行わなければなりません。 当月のレセプトの病棟出力なのに、翌月の診療科で出力されてしまうと、振り分け作業も行わなければならないため、使用することが大変厳しい状況です。 病棟別出力を行う際には、当月最後の診療科で出力することはできないでしょうか？	入院レセプトの一括作成時に病棟別出力を行ったとき、対象診療月の翌月以降に転科転棟した場合も病棟設定の対象としていたために対象診療月と異なる病棟が設定されていましたので修正しました。	H23.12.21
87	ncp 20111104-009	診療行為の画像診断の入力で、単純撮影のフィルム四つ切1枚を2分画で撮影した場合 レセプトプレビューでは「四つ切 1枚 2分画」と確認できるので、入力方法は間違っていないと思うのですが、レセ電ビューアのレセプトプレビューで確認すると「四つ切 1枚」となっていて、レセ電には2分画である情報が含まれていないため返戻となるようです。	画像診断フィルムのレセプト記載及びレセ電記録について以下の対応を行いました。 (点数マスタ診療行為コードの先頭1桁目が”7”でデータ区分が”3”であるものが対象) (1)名称に(○分割)がつくフィルムの場合 分画数入力が1を超える場合、レセプト記載で”○分画”の記載をしません。 (例) 四つ切(4分割) 1枚 4分画 ↓ 四つ切(4分割) 1枚 (2)名称に(○分割)がつかないフィルムの場合 分画数入力が1を超える場合、レセ電記録で特定器材レコード(TO)に”○分画”のコメントを記録します。	H23.12.21

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
88		レセプト作成時に作成する以下のテーブルについて作成年月日、更新年月日にマシン日付ではなく環境設定画面で変更可能なシステム日付を記録していましたので、マシン日付を記録するように変更しました。 ・請求管理テーブル(TBL_SEIKYU_MAIN) ・地方公費請求書テーブル(TBL_KOHSKY) ・レセプト電算テーブル(TBL_RECEDEN)		H23.12.21
89	kk 26855	東京都 国保+21通院精神+93患者票+82マル都医療のレセプト記載について連合会より連絡があったそうです。 国保と国保+マル都医療と国保+21通院精神+93患者票の保険組み合わせで入力しました。 レセプトに 公費1 21通院精神 公費2 82マル都医療 公費3 93患者票 の順番で負担者番号や実日数、療養の給付が記載されますが東京都国保連合会管理課に確認した所、21通院精神と93患者票はセットなので 公費1 21通院精神 公費2 93患者票 公費3 82マル都医療 の順番で記載するようにとのことです。(レセ電データも同様です) 現状のORCAでは、紙レセプト・レセ電データ共に 公費1 21通院精神 公費2 82マル都医療 公費3 93患者票 の順番で記載されるので実日数や療養の給付も同様です。 現状のORCAの記載では間違いの為毎回医院へ連絡をするそうなので 公費1 21通院精神 公費2 93患者票 公費3 82マル都医療 の順番で記載するよう修正願います。	東京都地方公費のレセ記載順対応 地方公費の優先順位を(193)、(182・282)、以下保険番号順とします。 (例)主保険+021+193と主保険+182+180で診療行為入力を行った場合 第1公費:021 第2公費:193 第3公費:182 第4公費:180 の順で記載します。	H23.12.21

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																																				
90		入院分レセプト電算データの記録について、算定日情報の記録に準じて食事の記録を以下のように見直しました。 例 入院期間 11月1日から11月30日(食事は3食／日) 特別食加算 11月1日に1食、11月2日と3日に2食 修正前の記録内容 <table><tr><td>97 入院時食事療養(1)</td><td>3食</td><td>1920 × 30</td></tr><tr><td>特別食加算(食事療養)</td><td>1食</td><td>76 × 1</td></tr><tr><td>特別食加算(食事療養)</td><td>2食</td><td>152 × 2</td></tr><tr><td>食事療養標準負担額(一般)</td><td>3食</td><td>780 × 30</td></tr></table> 修正後の記録内容 <table><tr><td>97 入院時食事療養(1)</td><td>3食</td><td>1920 × 1</td></tr><tr><td>特別食加算(食事療養)</td><td>1食</td><td>76 × 1</td></tr><tr><td>食事療養標準負担額(一般)</td><td>3食</td><td>780 × 1</td></tr><tr><td>97 入院時食事療養(1)</td><td>3食</td><td>1920 × 2</td></tr><tr><td>特別食加算(食事療養)</td><td>2食</td><td>152 × 2</td></tr><tr><td>食事療養標準負担額(一般)</td><td>3食</td><td>780 × 2</td></tr><tr><td>97 入院時食事療養(1)</td><td>3食</td><td>1920 × 27</td></tr><tr><td>食事療養標準負担額(一般)</td><td>3食</td><td>780 × 27</td></tr></table> ※紙レセプトの摘要欄に記載されているイメージでの記録となります。	97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 30	特別食加算(食事療養)	1食	76 × 1	特別食加算(食事療養)	2食	152 × 2	食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 30	97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 1	特別食加算(食事療養)	1食	76 × 1	食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 1	97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 2	特別食加算(食事療養)	2食	152 × 2	食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 2	97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 27	食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 27		H23.12.21
97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 30																																						
特別食加算(食事療養)	1食	76 × 1																																						
特別食加算(食事療養)	2食	152 × 2																																						
食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 30																																						
97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 1																																						
特別食加算(食事療養)	1食	76 × 1																																						
食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 1																																						
97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 2																																						
特別食加算(食事療養)	2食	152 × 2																																						
食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 2																																						
97 入院時食事療養(1)	3食	1920 × 27																																						
食事療養標準負担額(一般)	3食	780 × 27																																						
91	kk 26717	広島県福祉医療公費負担制度に係るレセプト等の記載について、福山医師会様から[2011/10/12]付けで資料が提示されておりますが、同内容につきまして広島国保へ確認したところ、資料内容にある「負担金額欄・・・患者窓口負担が、負担区分に応じた高額医療費の自己負担限度額を超えない場合は空欄とします」とは、「地方公費(90・91・92)の患者窓口負担額が高額療養の上限額を超えることはないのでレセプトの負担金額欄へ記載が必要無い」という意味であるため、それに順ずるようにレセコン側で対応して欲しいとのことでした。	広島県地方公費(法別90,91,92)のレセプト記載(記録)対応国保の70歳未満現物給付対象者で、上記地方公費を含むレセプトが対象となります。 (国保＋全国公費＋地方公費や国保＋地方公費 など) 高額療養費が現物給付されている場合 保険欄――一部負担金欄の記載をする ↓ 保険欄――一部負担金欄の記載をしない(空欄)	H23.12.21																																				

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
92		災害レセプト(災2)のコメント記載(記録)修正 (災2) 猶予措置等に係る診療等とそれ以外の診療等を区別することが困難な 明細書 ”それ以外の診療等”に関わる一部負担金と食事標準負担額の記載(記録)について下記のように修正しました。 平成23年3月診療分 【震災以前一部負担金】 ○○○円 【震災以前食事生活療養標準負担額】 ○○○円 上記以外の診療分 【非減免対象分扱い一部負担金】 ○○○円 【非減免対象分扱い食事標準負担額】 ○○○円		H23.12.21
93	kk 27152	先日、東大阪市より「国民健康保険一部負担金の減免及び徴収猶予の 取扱い」の変更についての通知が送付されました。 この「国民健康保険一部負担金の減免及び徴収猶予の取扱い」とは、 国保の一部負担金分を東大阪市が助成するというもので、これまでは 健保分は通常通りレセプト請求し、一部負担金分は書面で東大阪市に 別請求するという扱いになっておりました。 患者負担はありません。 これが、H24年1月請求分より国保連合会に請求することとなり、該当の 患者レセプトには下記の通り記載するよう通知されました。 ・電子レセプトの場合 レセプト情報内の「保険者レコード(HOレコード)」内にある「証明書番 号」に、「国民健康保険一部負担金減免徴収猶予承認不承認通知書」 に記載されている「決定区分」の番号1又は2を入力する。 ・紙レセプト 摘要欄に「国民健康保険一部負担金減免徴収猶予承認不承認通知書」 に記載されている「決定区分」の番号「決定区分1又は2」と記載する。	東大阪市国保の減免レセプト記載(記録)対応 保険者番号”270280”又は”67270280”の減免対象者 について、減免公費登録(960～963)を行う際、公費受給 者番号欄(1桁目)に「国民健康保険一部負担金減免徴収 猶予承認不承認通知書」に記載されている決定区分の番 号”1”又は”2”を入力して下さい。 ”1”又は”2”の入力を行った場合は、下記の通りとなりま す。 ＜レセプト＞ 摘要欄に”決定区分1”又は”決定区分2”を記載します。 ＜レセ電＞ HOレコードの証明書番号欄に”1”又は”2”を記録します。	H23.12.21

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
94	kk 27218	国保＋マル都負無(282)＋マル障負無(280)＋長期(972) 月の合計金額が1万円以上の場合 レセプト負担者番号欄→公負①8218009・公受①6406078 公負②記載なし・公受②記載なし 上記の場合に診療行為を登録する前にリアルタイムプレビューでレセプトを作成すると公負①・公負②も負担者番号欄にも番号記載は確かにあります。 しかし登録完了後に会計照会からプレビューでレセプトを作成した場合には公負②の番号は記載されません。	東京都地方公費のレセ記載順対応修正 12月21日パッチで、東京都地方公費のレセ記載順対応を行いました。長期(972・974)が保険組み合わせに含まれる場合に以下の不具合がありましたので修正しました。 (例)国保＋282＋280＋972の保険組み合わせで診療行為入力 レセプト作成処理で972が10000円に達する場合に280がレセ記載されません	H23.12.27
95	support 20120110-005	食事療養費オンラインエラーの件でファイルを添付させていただきますので、お忙しいところお手数おかけいたしますが、よろしくお願いいたします。 エラー内容: エラーコード 4534 食事療養費の請求額が誤っています。 点数 1280 エラーコード 4535 第一公費食事療養費の請求額が誤っています。 点数 1280 【補足】 特別食が1食または2食のとき、食事回数がそれぞれ1回または2回で記録されなければいけないのですが、3食で記録されるようです。(12月21日のパッチ適用環境において)	入院の特別食加算の算定が有る日と無い日が混在する入院患者の食事レセ電記録について、特別食が1食または2食を算定している場合に、食事療養費の食数が3食として記録されてしまう不具合がありましたので修正しました。 (注意)パッチ適用後に入院レセプトの再処理を行いレセ電データの再作成を実施してください。 なお、紙レセプトについてはこの不具合はありません。	H24.1.10

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
98	support 20120208-025	労災のアフターケアで請求点数が2倍で計算される現象が発生しております。 1ヶ月に5回労災で受診されている患者様で4日目と5日目のレセプトで、摘要欄の点数及び回数は正しい表示となっておりますが、診察料と点数欄が2倍で表示されます。すべての日で同日の健康保険の診療登録もごさいます。	労災(アフターケア)レセプト点数集計修正 同日に異なる診療科で受診があり、同一剤(例 処置b)が別の日(同一診療科)にもある場合、レセプト点数集計が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (下記例では、14日のレセプト点数集計が正しく行われていませんでした。) 2月13日 内科 再診料 処置a 2月13日 外科 処置b 2月14日 外科 再診料 処置b	H24.2.23
99	kk 27518	法別82 マル都医療券医療費のレセプト負担金額についてレセプトの①一部負担金額を1円単位まで記載するようにと支払基金から返戻になりました。 マスタ登録設定ガイドは「1 10円未満四捨五入する」となっていますが、返戻対応および1月診療分提出するため、『2 10円未満四捨五入しない』に変更しました。 <添付資料参照> ・診療2日分 ・主保険+182マル都+長期(上位)の場合、 請求点:5,782 ①一部負担金額:7,343 となります。 正しい計算だと、7,346円になるかと思ひます。 長期(上位)を外して、主保険+マル都の組合せで行なうと7,346円と正しく計算されました。	東京都地方公費(182マル都)レセプト一部負担金記載修正 主保険+182+974で、(182マル都)保険番号マスタのレセプト負担金額設定が”2”の場合、レセプト一部負担金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。 (例) 1日 2991点 2日 2791点 レセプト 保険 5782 公費1 7343 → 7346 ※パッチ適用後は収納業務で一括再計算を行って下さい。 その後、レセプト処理を行って下さい。	H24.2.23

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
100	kk 26914	北海道特定疾患で「183」+後期高齢者を使用している患者(高入一)のレセプトで減点がございました。 請求点数が7801点、窓口請求額7800円の患者様で特定疾患併用ですので、公費①の欄には7801点が表示されますが、「7800」が正しい記載方法との事でした。 以前(今年の3月)にも同じようなパターンで、北海道国保から減点がありその時の言い分とまったく逆でしたので再度国保へ電話で確認致しました。 3月のときの問い合わせは”高外一”で今回は”高入一”で表示方法が違うとの事でした。	北海道地方公費(183)レセプト一部負担金記載修正 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1円単位で記載していましたが、10円単位で記載するよう修正しました。	H24.3.21
101		災害入院レセプト(公費併用分)の記載(記録)対応 入院時食事療養費及び入院時生活療養費の自己負担免除措置が終了した平成24年3月診療以降の災害入院レセプトについて 1. 併用する公費が食事・生活療養費を給付の対象としない場合(全額患者負担となる場合) 今まで通り、主保険単独レセプトとする。 2. 併用する公費が食事・生活療養費を給付の対象とする場合(全額患者負担とならない場合) 公費併用レセプトとする。公費欄の請求点は”0”を記載(記録)する。 (例1)協会3割+51(上限額5000円)の場合 入院:3月1日~31日 請求点 負担金 回数 請求円 標準負担 保険 38914 免除 93 59520 24180 公費1 0 5000 (例2)後期高齢1割+15(上限額0円)の場合(低所得1) 入院:3月1日~31日 請求点 負担金 回数 請求円 標準負担 保険 38914 免除 0 93 59520 9300 公費1 0 0		H24.3.28

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
102		労災新様式対応 システム管理2005の「労災・自賠責」タブ画面において、労災・様式選択を追加し、レセプトの様式設定(旧様式又は改正様式)を可能としました。(入外別) 改正様式は、専用用紙ではなく、枠ありで作成します。 ※システム管理設定値 0 旧様式 <デフォルト> 1 改正様式 ※改正様式の特徴・・右上・左上・左下に■の印字あり ※注意点・・ 短期給付(入・外)と傷病年金(入・外)レセプトについて、改正様式の「病院等の名称」欄(レセプト上部)は横長に変更となります。 システム管理1901で、医療機関名称の設定を行っている場合は、(1行目)(2行目)(3行目)の各文字列を空白を1文字あけて合体させ「病院等の名称」欄に1行で記載します。 レセプト作成時には、「病院等の名称」欄の確認を行ってください。		H24.4.23
103	kk 28125	福岡県地方公費 プログラム名:p40-fukuoka.4.5.0.ver12.tgz 不具合についてご報告いたします。 高額療養費の現物給付化、医保と地方公費のみの併用で、17上位・19低所の限度額認定書が提示された場合、レセプトの療養の給付、保険の負担金額欄は、限度額認定書の提示額の計算となっております。 これを、限度額認定書の提示された場合であっても、一律一般の所得区分までの計算となるよう、お願い致します。 資料に関しては、地域公費および国保関係制度、書式等情報一覧2012-02-10「福岡市医療費助成事業に係る審査支払事務の委託先変更について」 資料が上がっておりますので再度ご確認をよろしくお願い致します。	福岡県福岡市地方公費レセ記載対応 (平成24年4月診療分～) 社保(前期高齢者、70歳未満現物給付)+福岡市地方公費 のレセプト保険欄―一部負担金欄記載について <対象保険番号> 子ども :251 障害 :450 ひとり親:260、360、460 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)	H24.4.25

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
104		月途中で後期高齢の保険者が変更となった場合の外来レセプト 保険欄―一部負担金記載の修正(平成24年4月診療～) 高額療養費が現物給付であるかの判定を修正しました。 (例)後期高齢(1割) 月上限額12000円 ・4月15日まで 後期高齢A ・4月16日から 後期高齢B 後期高齢A(4月10日) 9000点 患者負担9000円 後期高齢B(4月20日) 9000点 患者負担3000円 (12000円－9000円) (修正前) ・後期高齢Aのレセプト 請求点 一部負担金 保険 9000 ・後期高齢Bのレセプト 請求点 一部負担金 保険 9000 (修正後) ・後期高齢Aのレセプト 請求点 一部負担金 保険 9000 ・後期高齢Bのレセプト 請求点 一部負担金 保険 9000 3000		H24.4.25
105	お電話でのお問い合わせ4月26日ーVer.4.5.0検査判断料レセ電算算定日記録情報	Ver.4.5.0で電子レセプトの算定日情報で検査の判断料が入院中のすべての日に記録されています。	入院分のレセプト電算提出用データに記録する算定日情報について、検査の判断料の直後に診療識別90、92、97のいずれかが記録される場合に、検査判断料の算定日以外に回数が記録される不具合がありましたので修正しました。	H24.4.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
106	support 20120427-028	診療費請求(労災)で今までは 21、内服 薬剤 調剤 22、屯服 薬剤 23、外用 薬剤 調剤 と記載するようになっていましたが、本日(4/27)プレビュー又は、印刷を して確認したら 21、内服 薬剤 器剤 22、屯服 薬剤 23、外用 薬剤 器剤 と調剤が器材になっていました。	短期の労災レセプトの文字を訂正しました。	H24.5.1
107	ncp 20120509-001	(3).退院時共同指導料1の算定がある場合かつ下記の算定がある場合に、レセプト摘要欄の退院時共同指導料特別管理指導加算の剤に、算定日コメントを自動記載します。 113014370 退院時共同指導料特別管理指導加算 と平成24年4月診療報酬改定対応(レセプト対応)資料に書かれていますが2つの診療行為を入力し、レセプトを作成しても算定日が自動で記載されませんがマスタ等何か設定をしなくていけないところがあるので しょうか？	算定日コメントの自動記載修正 113008610 退院時共同指導料1(在宅療養支援診療所) 113014370 退院時共同指導料特別管理指導加算 上記の診療行為入力がある場合、退院時共同指導料特別管理指導加算の剤に、算定日コメントが自動記載されてい ませんでしたので修正しました。	H24.5.16
108		複再算定診療科:コメントの自動記載修正 112015810 再診料(同一日2科目) 112015950 電話等再診(同一日2科目) 112016210 外来診療料(同一日2科目) 101120100 再診料(同一日2科目) 上記の診療行為入力がある場合、当該診療科名コメント(複再算定診療科:)を摘要欄に自動記載していますが、830000051 複再算定診療科:のコメントコードが同一剤にある場合は自動記載しないよう修正しました。		H24.5.16

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
109		自賠責のレセプト記載修正(外来)(平成24年4月診療～) 以下のように修正しました。 ・自賠責(新様式) (1)101120100 再診料(同一日2科目)は、 金額欄－10診察－12再診の回数に含めない ・自賠責(従来様式) (1)112015810 再診料(同一日2科目)、 112015950 電話等再診(同一日2科目)、 112016210 外来診療料(同一日2科目)は、 点数欄－10診察－再診欄の”〇〇×〇回”記載に含めない (2)時間外対応加算、明細書発行体制等加算は、 点数欄－10診察－その他欄に点数集計する		H24.5.16
110	kk 28294	例えば、国保＋15公費＋89マル福(名古屋市福祉給付金制度対象)患者で、月途中で国保の記号・番号のみ変更となった場合、レセの“診療実日数”・“療養の給付”欄の「保険」「①」「②」全てに同じ実日数・点数が印字されてしまいますが、愛知県国保連合会に確認したところ、月途中で国保の記号・番号が変わった場合でも、「①」「②」の実日数・点数記載は必要ないとの回答でした 国保＋15公費または国保＋マル福の各々組み合わせで、国保の記号・番号を月途中で変更しても「①」「②」の印字が無いのと同様に、国保＋15公費＋89マル福の組み合わせでも、正しい印字になるよう対応お願いいたします	レセプト記載(実日数・請求点)の修正 主保険の記号・番号が月途中で変更(公費に変更は無し)となった場合で、下記のような事例のレセプト記載(実日数・請求点)について修正しました。 (例) 1日目(記号・番号変更前) 国保＋15＋地方公費 請求点500点 2日目(記号・番号変更後) 国保＋15＋地方公費 請求点300点 保険組み合わせに公費が2つ以上あり、1日目と2日目で使用する保険組み合わせの公費は同一である。 【実日数欄】 保険 2 → 2 公費1 2 → 記載省略 公費2 2 → 記載省略 【請求点欄】 保険 800 → 800 公費1 800 → 記載省略 公費2 800 → 記載省略	H24.5.16

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考										
111	support 20120501-006	以前に以下の内容でお問合せさせて頂き、「医療機関コードが月途中で変更になる場合のレセプト等作成手順」を拝見して、テストしておりましたところ、以下の内容について、不明な点がございましたので、ご指導下さい。 作成手順のP9に、70歳未満の現物給付判定について、という注釈があり、70歳未満で現物給付対象となった方の一部負担金の記載が行えない旨、書かれております。 この記載内容から、70歳以上の方は対応ができると考えていたのですが、テストすると、実際には70歳未満と同様に記載が行われません。記載を行うには、どのようにすればいいか、ご指導下さい。	月途中医療機関コード切り替え処理の外来レセプト記載修正 高齢者・70歳未満現物給付の単独レセプトについて、【切り替え後のレセプト】保険欄—一部負担金額欄が記載されない不具合がありましたので修正しました。(下記例参照) ※前期高齢(1割据え置き)の単独レセプトは、対応困難な為、未対応です (例)4月16日から医療機関コードが変更となる 後期高齢1割単独(自己負担限度額12000円) 4月 5日 請求点数 8000点 患者負担 8000円 4月20日 請求点数 6000点 患者負担 4000円 【切り替え後のレセプト】 <table><tr><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>保険 6000</td><td></td></tr><tr><td>↓</td><td></td></tr><tr><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>保険 6000</td><td>4000</td></tr></table> ※システム管理1001の【切り替え前】と【切り替え後】の医療機関コードが同一の場合、【切り替え後のレセプト】処理時と判断します。	請求点	一部負担金	保険 6000		↓		請求点	一部負担金	保険 6000	4000	H24.5.16
請求点	一部負担金													
保険 6000														
↓														
請求点	一部負担金													
保険 6000	4000													
112	kk 28310	先日メールさせて頂いてました、支払基金(佐賀支部)からの一部訂正の資料を添付致します。 こちらに関しては、「一律一般」の資料は含まれておりませんでした、支払基金のHP上に資料がありましたので、参考にして頂けたらと思います。 http://www.ssk.or.jp/goannai/jigyonaio/chitan/chitan_04.html	社保(前期高齢者、70歳未満現物給付)+地方公費(都道府県問わず)のレセプト記載修正 保険欄—一部負担金額欄の記載について、上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載するよう修正しました。 <前期高齢者> 外来12000円、入院44400円 <70歳未満現物給付> 80100+@円 (高額4回目以降の場合も、80100+@円)	H24.5.16										

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																								
113	support 20120509-038	「後期高齢者+自立支援+マル長+低所得」の保険組み合わせのレセプトですが、全国公費が含まれている為、一律一般の金額12000円が適用になるので、マル長10000円よりも高い為、特記事項には「02 長」、適用欄には「低所得」が表示され、且つ、一部負担金欄には10000円が表示されなければならないのですが現在、8000円が表示されてしまっています。	高齢者+015(更正)+972(低所得)の外来レセプト記載修正 (例) 後期高齢1割+015+972(低所得) 請求点 30000点 ※更正の月上限額0円 <table><tr><td>保険</td><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>公費1(015)</td><td>30000</td><td>8000</td></tr><tr><td></td><td></td><td>0</td></tr></table> <table><tr><td>保険</td><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>公費1(015)</td><td>30000</td><td>10000</td></tr><tr><td></td><td></td><td>0</td></tr></table>	保険	請求点	一部負担金	公費1(015)	30000	8000			0	保険	請求点	一部負担金	公費1(015)	30000	10000			0	H24.5.16						
保険	請求点	一部負担金																										
公費1(015)	30000	8000																										
		0																										
保険	請求点	一部負担金																										
公費1(015)	30000	10000																										
		0																										
114	ncp 20120508-032	外来レセプトの一部負担金額の記載についてお尋ねがあります。 患者保険情報: 生年月日 昭和16年5月30日(70歳) 協会健保(01430016) 家族 負担割合1割 生活保護 一部負担金額0円 更生医療 一部負担金額0円 長期 レセプト請求点数: 請求点:33577点 公費①:32065点(協会+長期+更生) 公費②:1512点(協会+生保) この時、一部負担金額が14000円、(8000円) と記載されますが、この一部負担金額の計算方法がわからない為、大変申し訳ありませんが何卒ご教授頂けないでしょうか？	協会+012(生保)と協会+全国公費のレセプト記載対応 (例1)外来 協会(前期高齢1割)+015(更正) 請求点30000点 協会(前期高齢1割)+012(生保) 請求点10000点 ※更正と生保の月上限額0円 <table><tr><td></td><td></td><td>(12000) (8000)</td></tr><tr><td>保険</td><td>40000</td><td>20000</td></tr><tr><td>公費1(015)</td><td>30000</td><td>0</td></tr><tr><td>公費1(012)</td><td>10000</td><td>0</td></tr></table> (例2)外来 協会(前期高齢1割)+015(更正)+972 請求点30000点 協会(前期高齢1割)+012(生保) 請求点10000点 ※更正と生保の月上限額0円 <table><tr><td></td><td></td><td>(10000) (8000)</td></tr><tr><td>保険</td><td>40000</td><td>18000</td></tr><tr><td>公費1(015)</td><td>30000</td><td>0</td></tr><tr><td>公費1(012)</td><td>10000</td><td>0</td></tr></table>			(12000) (8000)	保険	40000	20000	公費1(015)	30000	0	公費1(012)	10000	0			(10000) (8000)	保険	40000	18000	公費1(015)	30000	0	公費1(012)	10000	0	H24.5.16
		(12000) (8000)																										
保険	40000	20000																										
公費1(015)	30000	0																										
公費1(012)	10000	0																										
		(10000) (8000)																										
保険	40000	18000																										
公費1(015)	30000	0																										
公費1(012)	10000	0																										

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
115		医療観察のレセプトコメント自動記載対応 1)算定日コメント自動記載 188003110 医療観察退院前訪問指導料 (例)5月20日に算定 * 医療観察退院前訪問指導料 算定 20日 380 X 1 注)840000079(精神科退院前訪問指導料算定 日)のコメントコードが 同一剤にある場合は自動記載しない。 2)初回算定日コメント自動記載 188006210 医療観察認知療法・認知行動療法(イ以外の場合) 188007010 医療観察認知療法・認知行動療法(精神科救急体制の精神 保健指定医) (例)5月20日に初回算定 * 医療観察認知療法・認知行動療法(イ以外の場合) 初回算定日 5月20日 420 X 1		H24.5.29

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
116	request 20120517-002	自賠責で再就労療養指導管理料を算定した場合は、その回数と合計金額を指導管理欄に記入する。とあるのですが、現在あるコードを使用すると80その他に記載されてしまいます。件数が多いので手書きは厳しいとのことで早急な対応をお願いいたします。	労災・自賠責レセプトの再就労療養指導管理料の集計先変更 101130005 再就労療養指導管理料(精神疾患を主たる傷病とする場合) 101130010 再就労療養指導管理料(その他の疾患の場合) 「点数」欄 点数集計先 80その他 → 13指導 へ変更 「摘要」欄 診療区分 80 → 13 へ変更 【重要】 マスタ更新を行ってからレセプト作成を行ってください。 (該当点数マスタの診療区分、診療種別、点数欄集計先識別を変更) 診療訂正を行わなくても上記記載となるよう対応しています。	H24.5.29

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
117	ncp 20120312-006	月途中で前期高齢→後期高齢へ変更になり在総診を算定している患者のレセプト一部負担金記載についてお教え願います。 例: 1/10で75歳になる患者 ～H24.1.9まで 国保(1割) H24.1.10～ 後期高齢(1割) で登録してあります。 1/5 在宅時医学総合管理料 を算定 1/15 在宅患者訪問診療料 を算定 しました。 1月のレセプトは国保分と後期高齢分が出てきて各々のレセプトに一部負担金が記載されます。 連合会へ提出した所、後期高齢分が一部負担金記載不要と返戻されてきました。 以前同様な内容で問い合わせた時に >お問い合わせいただきました内容での一部負担金の記載は必要です。 >返戻の対象となった理由につきましては、おそらく在医総管を算定していないレセプトの摘要欄に >在医総管算定患者である旨注記が必要であったのではないかと思います。 と回答をいただいたので、その旨を伝えました。 医院が埼玉県国保連合会業務1課に確認した所、注記があっても在医総管を算定していないレセプトに一部負担金の記載があった場合は返戻します。 と言われたそうです。 このような場合、一部負担金を記載させない方法はあるのでしょうか？	月途中で前期高齢から後期高齢に保険変更時のレセプト対応 (平成24年3月診療分以前の外来レセプト対応) 前期高齢で在総診を算定 (月1回の算定の為、後期高齢では在総診の算定は無し) 上記の場合、後期高齢も現物給付対象である事から保険欄一部負担金の記載を行っていますが、在総診の算定がない為、記載すると返戻になるとの事で、“記載なし”にも出来るよう対応しました。 【重要】 マスタ更新を行い、“記載なし”にしたいレセプトの保険で、099999909【レセプト】保険欄一部負担金記載なしを診療行為入力してください。その後、レセプト作成を行ってください。	H24.5.29

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
118	request 20111201-001	運動器リハビリテーションを行っている患者。同月内に入院と外来がある場合であって、入院と外来で対象病名が異なる時、開始日及び終了日コードを該当診療日に入力していても入院・外来の両レセプトに入院・外来の両リハビリの開始日等コメントが記載されます。 例) 8月10日に入院?11月25日に退院、11月30日に外来あり 入院中のリハビリ開始日:H23.8.11 (H23.8.11に開始日コード、H23.11.25に終了日コードを入力) 外来のリハビリ開始日:H23.11.30 (H23.11.30に開始日コードを入力) 入院レセプトには入院中対象のリハビリコメント、外来レセプトには外来対象のリハビリコメントが記載されるようにならないでしょうか? 対象期間に開始日及び終了日コードで入力しているにもかかわらず、レセプトに正しく反映されないのでは困りますので、早急な対応をお願いします。	リハビリ発症日のレセプト記載修正 1. 当月にリハビリ開始日がある場合で、当月のリハビリ開始日(複数ある場合は先頭)より前に、該当レセプトのリハビリ算定日がなければ、前月以前の直近のリハビリ開始日は記載しないよう修正しました。 2. 当月にリハビリ開始日がある場合で、当月の各リハビリ開始日より後(開始日含む)に、該当レセプトのリハビリ算定日がなければ、そのリハビリ開始日は記載しないよう修正しました。 (例1) 4月レセプト ・外来 3月1日:運動器リハ開始日 4月15日:運動器リハ開始日 4月15日:運動器リハ算定 <4月外来レセプトは、4月15日のリハ開始日のみ記載> (例2) 4月レセプト ・入院(3月1日~4月10日) 3月1日:運動器リハ開始日 4月10日:運動器リハ終了日 4月5日:運動器リハ算定 ・外来 4月15日:運動器リハ開始日 4月15日:運動器リハ算定 <4月入院レセプトは、3月1日のリハ開始日のみ記載> <4月外来レセプトは、4月15日のリハ開始日のみ記載> (例3) 4月レセプト ・外来 4月1日:運動器リハ開始日 4月10日:運動器リハ開始日 4月15日:運動器リハ開始日 4月1日:運動器リハ算定 4月15日:運動器リハ算定 <4月外来レセプトは、4月1日と15日のリハ開始日のみ記載>	H24.5.31

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
119	support 20120528-011	日雇い特別療養費(04040010)で免除証明書を持っている患者の扱い。 につきまして、宮城県支払基金に問い合わせましたところ、十分ありえます。とのことで、通常の患者さんと同じように、免除扱いになるそうです。	災害対応 日雇特例被保険者の特別日雇(特別療養)について、減免等の取扱いとしないよう対応していましたが、保険者番号の上4桁が”0404”の保険者については、減免等の取扱いとするよう変更しました。 ※患者登録画面での保険の種類「004 特別」がこれに該当します。	H24.5.31
120	support 20120530-032	先日ご回答いただいた件ですが、3割負担だと「0」がでないのはなぜかというお問い合わせがありました。	高齢者＋免除(962)の外来レセプト記載修正 前期高齢(1割据え置き)以外の高齢者について、保険欄一部負担金額に”0”が記載されていなかったのを、”0”が記載されるよう修正しました。 (※免除の場合、高額療養費が現物給付されているものとして取り扱います。)	H24.5.31
121	support 20120427-034	医療機関様より、国保から3月分の51公費＋災害の入院のレセプトが全て返戻されてきた。 公費分点数①の縦計と療養の給付欄の公費①の点数の不一致になるので、公費分点数①には点数を出さないようにして頂きたい。との事でした。	災害入院レセプト(公費併用分)のレセ電負担区分記録対応 (入院時食事療養費及び入院時生活療養費の自己負担免除措置が終了した平成24年3月診療以降の災害入院レセプト) 併用する公費が食事・生活療養費を給付の対象とする場合(全額患者負担とならない場合)公費併用レセプトとし、公費欄の請求点は”0”を記載(記録)するよう対応済みですが、公費欄の請求点を”0”記載(記録)する事から、レセ電(SI:診療行為レコード)の負担区分を主保険単独の負担区分「1」で記録するよう対応しました。(食事療養・生活療養(診療識別:97)を除く)	H24.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
122	5/28 介護療養 (法別24) レセ プト	障害児施設(法別79)で、食事療養上限額(14,880円)を超えた場合、生活保護との併用である場合には、障害児施設単独でのレセプト請求となります。レセプトの取扱いについては、療養介護(と生活保護併用)についても障害児施設に準拠する方法となるのでしょうか？	24(療養介護)+12(生活保護)の入院レセプト対応 (主保険がない場合) ア)食事療養に係る標準負担額が14880円以上の場合 は、24(療養介護)単独のレセプトとする。 イ)併用レセプトの場合(食事療養に係る標準負担額が 14880円未満の場合)の12(生活保護)の請求点は "0"を記載(記録)する。 レセ電(SI:診療行為レコード)の負担区分を公費単独の 負担区分「5」で記録する。(食事療養・生活療養(診療識 別:97)を除く)	H24.6.26
123	support 20120607-014	特別食加算の自費での算定方法を教えてください。 .950 保険外(消費税なし) 197000470 特別食加算(食事療養) という入力をしてプレビューで確認をしたところレセプトに記載はされてい なかったということでそのままオンライン請求をしていただくとコード4534 でエラーになってしまいました。 先月はそのまま請求をしたそうですが、基金から連絡があり「食事のとこ ろに本人に請求をするはずのものが記載されています。」というご指摘を 受けたそうです。 今月も同じ入力でコード4534のエラーが出た為なぜエラーになるのかと いうことでお問い合わせがありました。 レセ電データを確認させていただくと特別食加算の記載がされていまし た。	診療行為入力画面で入力された特別食加算について、診 療種別区分が.950、.960の保険外で入力された場合でもレ セ電データに含まれてしまう不具合がありましたので、.970 (食事)の場合のみレセ電データに含めるよう修正しました。	H24.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
124	support 20120605-005	福岡国保連合会のレセプト担当者様に伺いましたが、前期高齢者の場合、点数が6001点以上となれば一部負担金の記載が必ず必要とのことでした。 福岡県支払基金にも確認しましたが、国保連合会と一緒にの回答でした。2割相当額が¥12,010を超えているということではなく、点数(6001点以上)によって高額療養の判断を行っているとのことでした。 至急対応をお願いできないでしょうか？	レセプト高額療養費の現物給付判定修正 高額療養費が現物給付されたかどうかの判定を見直しました。 外来:高齢者現物給付(主保険単独、公費併用) 外来:70歳未満現物給付(主保険単独、公費併用) 入院:70歳未満現物給付(主保険単独、公費併用) 請求点数X10円X負担割合(1円単位)の累計(負担相当額)が上限額を超えている場合を高額療養費が現物給付されたとみなします。 (例1)前期高齢単独(1割据え置き)(一般) ・6001点以上の場合・・高額療養費が現物給付されたとみなします (6001点X10円X2割=12002円>12000円) ・6000点以下の場合・・高額療養費が現物給付されたとみなしません (6000点X10円X2割=12000円=12000円) (例2)後期高齢単独(1割)(一般) ・12001点以上の場合・・高額療養費が現物給付されたとみなします (12001点X10円X1割=12001円>12000円) ・12000点以下の場合・・高額療養費が現物給付されたとみなしません (12000点X10円X1割=12000円=12000円) ※災害免除は請求点数に関係なく、現物給付されたとみなします	H24.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
125	kk 28516	山梨県のマル老(141)併用時のレセプト記載についてご要望がございます。 4月診療分(入院)について、国保連合会より下記内容について指摘があったそうです。 【登録内容】 ・入院患者 ・国保(限度額認定証C:上限35400)+141マル老1割(低所得:上限24600円) ・「31入退院登録」および「21診療行為」の保険組み合わせは国保+141マル老1割 ・高額療養費の現物給付対象 【レセプト特記事項欄】 ・19低所 【レセプト療養の給付欄の負担金額欄】 ・保険欄→空白 ・①欄→24600円 【連合会からの指摘内容】 ・特記事項欄に19低所得の記載があり、高額療養費の現物給付対象であれば、レセプト療養の給付欄の負担金額の保険欄に35400円の記載が必要である。 ・19低所得に限らず、高額療養費の現物給付対象であれば上限金額を記載してください。との事です。 また、現在は返戻にはしていないが、今後返戻になる可能性がある。	山梨県地方公費41老人のレセプト記載対応(平成24年4月診療分～) 70歳未満現物給付で、主保険+41老人の場合、高額療養費が現物給付されている場合でも、保険欄—一部負担金額は空欄としていましたが、平成24年4月診療分からは金額記載するよう対応しました。	H24.6.26
126	kk 28624	愛知県独自の特定疾患医療給付事業の対象としています血清肝炎・肝硬変の高額療養制度における所得区分の取扱いについてです 平成24年3月までは一律の金額でしたが、平成24年4月以降からは所得に応じて変更になりました	愛知県地方公費”191”のレセプト記載対応(平成24年4月診療分～) 国保・後期高齢レセプト(現物給付)の保険欄—一部負担金額の記載について、所得区分に応じた金額での記載とするよう対応しました。 ※平成24年3月診療分までは、一律一般の金額で記載	H24.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																														
127	kk 28639	後期高齢者＋972マル長＋89マル福(名古屋市福祉給付金制度対象)患者で、月の途中から15更生医療公費になった患者のレセ印字について、愛知県国保連合会より、療養の給付の一部負担金印字が誤っていると指摘がありました 現在の印字は、添付資料のとおりですが、()書きの下段の“(0)”は“(5000)”が正しいとのことでした ※更生医療負担分の5000円を89マル福が負担するので、(5000)になるとの指摘	愛知県後期高齢レセプト記載(記録)対応(入・外) (1)”後期＋全国公費＋地方公費”と”後期＋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(記録)対応 (例)外来 後期1割＋021(上限5000円)＋189 請求点15000点 後期1割＋189 請求点410点 (12000) (12000) (410) (5410)(※) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">保険</td> <td style="width: 10%;">15410</td> <td style="width: 10%;">12410</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">12410</td> </tr> <tr> <td>公費1</td> <td>15000</td> <td>5000</td> <td>→</td> <td>5000</td> </tr> <tr> <td>公費2</td> <td>15410</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> (※)公費1一部負担金(5000円)を加算する。 (2)”後期＋全国公費＋地方公費＋長期”と”後期＋地方公費＋長期”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載(記録)対応 (例)外来 後期1割＋015(上限5000円)＋189＋972 請求点15000点 後期1割＋189＋972 請求点410点 (10000) (10000) (0) (5000)(※) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">保険</td> <td style="width: 10%;">15410</td> <td style="width: 10%;">10000</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">10000</td> </tr> <tr> <td>公費1</td> <td>15000</td> <td>5000</td> <td>→</td> <td>5000</td> </tr> <tr> <td>公費2</td> <td>15410</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> (※)公費1一部負担金(5000円)を加算する。	保険	15410	12410		12410	公費1	15000	5000	→	5000	公費2	15410				保険	15410	10000		10000	公費1	15000	5000	→	5000	公費2	15410				H24.6.26
保険	15410	12410		12410																														
公費1	15000	5000	→	5000																														
公費2	15410																																	
保険	15410	10000		10000																														
公費1	15000	5000	→	5000																														
公費2	15410																																	

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
128	kk 28519	国保+更正(15)+身障(法別81、公費の種類195)+マル長のレセプトの保険一部負担が10000円となっているが、12760円と記載してください。と国保より連絡がありました。35668点が国保+更正(15)+身障(法別81、公費の種類195)+マル長で2760点が国保+身障(法別81、公費の種類195)+マル長の入力をしています。診療実日数は保、公1、公2共、全日数がが必要です。 愛媛県国保・後期高齢レセプト記載(記録)対応(高齢者のみ)(入・外) (1) ”主保険+全国公費+地方公費”と”主保険+地方公費” 又は”主保険+全国公費”と”主保険+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(記録)対応 (例)入院 国保(前期)1割+015(上限999999設定) 請求点50000点 国保(前期)1割+195 請求点9000点 (44400) (44400) (0) (※1) 保険 59000 公費1 50000 公費2 9000 53400 44400 → 44400 44400 (※2) (※1)記載(記録)を行う。 (上限額－公費1一部負担金)と(公費2のみに関わる主保険の負担相当額) を比較し、小さい金額を記載(記録)する。 44400円－44400円＝0円(上限額－公費1一部負担金) 9000円(公費2のみに関わる主保険の負担相当額) 0円<9000円 (※2) 44400円+0円＝44400円(再掲(上)(下)の合算金額)	(2) ”主保険+全国公費+地方公費+長期”と ”主保険+地方公費+長期”又は ”主保険+全国公費+長期”と ”主保険+地方公費+長期”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載(記録)対応 (例)外来 後期1割+015(上限5000円)+195+972 請求点15000点 (10000) (10000) (2760) (※1) 保険 17760 公費1 15000 公費2 17760 10000 5000 → 5000 12760 (※2) (※1)記載(記録)を行う。 公費2のみに関わる主保険の負担相当額を加算する。 0円+2760円＝2760円 (※2) 10000円+2760円＝12760円(再掲(上)(下)の合算金額) (3) ”主保険+全国公費+地方公費+長期” の保険組み合わせで診療を行った場合の記載(記録)対応 (例)外来 後期1割+015(上限5000円)+195+972 請求点15000点 (10000) (10000) (0) (※) 保険 15000 公費1 公費2 10000 5000 → 5000 10000 (※) ”0”記載(記録)を行う。	H24.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
129	support 20120627-002	平成24年4月分の返戻レセです。 (返戻理由) 請求内訳と合計点数をご確認下さい。 明細内訳の合計値と、請求点数(保険)の点数に1000点の差異があります。 <収納登録の該当伝票の明細> ■後期高齢者(単) 合計点数=12,016点 ■後期高齢者+特定負担有 合計点数=3,625点 12,016+3,625=15,641点 <レセプトの請求点> ■保険 16,641点 ■①公費 3,625点 双方を突き合わせると、収納の各伝票の合計値と、保険欄の請求点に差異がありますので、おそらく、収納のデータが原因と推測されます。 退院再計算すると、収納データも更新されるのでしょうか？	入院料加算である「190101770 難病患者等入院診療加算」を診療行為入力画面より入院料と異なる保険組合せで登録を行った場合に、当該加算についてのレセ電データの記録が入院料と同一剤で記録されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H24.7.4
130	nep 20120621-013	高齢者で災害該当患者の場合、レセプトの一部負担金に0円と記載されてしまう。 一部負担金に0円が入っていると審査機関でレセ電データを読みこんだときにエラーに毎回なってしまうとのことで、0円と記録しないようにしてほしいとのこと。 岩手県の医療機関の場合、該当数が多数になるのでできるだけ対応をしてほしいと審査機関よりいわれております。	災害(免除・支払猶予)のレセプト記載修正 災害(免除・支払猶予)の場合は、入院・外来、高齢者・70歳未満の現物給付レセプトにおいて、保険欄一部負担金欄の"0"記載を行わないよう修正しました。	H24.7.4

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
131	ncp 20120619-014	生保と日雇の併用レセプトについてお問い合わせさせていただきます。 0001 一般＋生保 0002 一般 0003 生保 上記の保険組み合わせの中の、0001と0003を使用し診療行為を入力していましたが、日雇保険の有効期限が終了した為、日雇保険を切りました。 0004 生保 上記の保険組み合わせが新たに発生するのですがその新しく出来た保険組み合わせで診療行為を入力してもレセプトに集計されてきません。	生保と日雇の併用レセプト・保険組み合わせ修正 一般<003>(6月1日～6月15日) 生保<012>(6月1日～) この場合、以下の保険組み合わせを作成していました。 0001 一般＋生保(6月1日～6月15日) 0002 一般(6月1日～6月15日) 0003 生保(6月1日～6月15日) 0004 生保(6月16日～) 診療行為入力で、【0001】、【0003】、【0004】の保険組み合わせを使用した場合、レセプトに【0004】の診療行為入力分が集計されない不具合がありました。 <対応方法> 上記2つの生保単独分の保険組み合わせを使用した場合に1枚のレセプトに正しく点数集計ができない為、生保単独の保険組み合わせの適用期間を変更する事としました。 パッチ適用後、患者登録で再登録を行うと、 0003 生保(6月1日～6月30日) 0004 生保(7月1日～) に適用期間が変更されます。 6月の診療行為入力において、【0004】の診療行為入力分を【0003】に訂正し、再度レセプト作成をお願いします。 ※生保と日雇に関わる生保単独の保険組み合わせ適用期間変更は日雇の適用終了日が平成24年6月1日以降のものについて行います。	H24.7.4

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																								
132	6/12 感染症(結核)と長期一部負担金記載	レセプト事例 [入院] 保険種類:後期高齢者(1割)+結核(法別10)+長期 <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額 (13,020)</td></tr><tr><td>(保) 11,614点</td><td>13,020円</td></tr><tr><td>(1) 3,020点</td><td>1,510円</td></tr></table> 福山市医師会様より、上記負担金額の記載で差し支えないのでしょうかとのお問合せがございました。 <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額 (3,020)</td></tr><tr><td>(保) 11,614点</td><td>13,020円</td></tr><tr><td>(1) 3,020点</td><td>11,510円</td></tr></table> お問合せの場合、上記のように記載されるパターンを想定していたのですが、前者の記載方法で正しいのでしょうか？	請求点	負担金額 (13,020)	(保) 11,614点	13,020円	(1) 3,020点	1,510円	請求点	負担金額 (3,020)	(保) 11,614点	13,020円	(1) 3,020点	11,510円	前期高齢(1割据え置き)+010+マル長のレセプト記載対応 前期高齢(1割据え置き)+010 請求点数3020点 前期高齢(1割据え置き)+972 請求点数8594点 ＜対応方法＞ 【前期高齢(1割据え置き)+010】の診療行為入力分を 【前期高齢(1割据え置き)+010+972】に訂正し、パッチ適用後、再度レセプト作成をお願いします。 <table><tr><td></td><td></td><td>(3020)</td><td>(3020)</td></tr><tr><td>保険</td><td>11614</td><td>10000</td><td>10000</td></tr><tr><td>公費1</td><td>3020</td><td>8490</td><td>→ 5470(※)</td></tr></table> (※) 主保険+010+マル長と主保険+マル長の場合、 ＜010の一部負担金+(10000円-括弧再掲額)＞ 1510+(10000-3020)=8490円 としていましたが、主保険が前期高齢(1割据え置き)の場合は、 ＜010の一部負担金+(10000円-2割相当額)＞ 1510+(10000-6040)=5470円 で記載するよう修正しました。			(3020)	(3020)	保険	11614	10000	10000	公費1	3020	8490	→ 5470(※)	H24.7.4
請求点	負担金額 (13,020)																											
(保) 11,614点	13,020円																											
(1) 3,020点	1,510円																											
請求点	負担金額 (3,020)																											
(保) 11,614点	13,020円																											
(1) 3,020点	11,510円																											
		(3020)	(3020)																									
保険	11614	10000	10000																									
公費1	3020	8490	→ 5470(※)																									
133	support 20120704-015	後期高齢者(76歳)入院の方の5月分レセプトが大分県国民健康保険団体連合会から負担金の記載が無いとの事で返戻となりました。 5月入院の方ですが、事故で自賠責を使われております。 返戻分のレセプトは持病で老人保険を使ったものです。 入院は高額医療に関係なく負担金の記載が必要とのご回答でした。	高齢者の労災・自賠責・公害入院時対応(平成24年4月診療分以降) 医保分で診療行為入力があった場合、医保分の負担金計算は、現物給付計算をしない(上限計算しない)事としていましたが、入院現物給付計算をするよう修正しました。 レセプト保険欄ー一部負担金欄についても、記載(記録)する事となります。	H24.7.26																								

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
134	support 20120726-010	高額長期疾病に係る特定疾病療養受領証を提出した70歳の前期高齢者1割負担の患者さんのレセプトです。 現在、点数が5000点の時、2割計算をすると一部負担金は10000円となり特記事項欄に「02長」が印字されます。 特記事項に「02長」の記載をするのは、「1万円を超えた場合」＝「10001円以上」であり10000円では記載しないようにと国保連合会から連絡があったと医療機関様より報告がありました。 支払基金にも問い合わせましたが同じ回答でした。	レセプト特記事項(02長)記載修正 (平成24年4月診療分以降で対応) 記載条件を下記のように修正しました。 マル長の上限10000円に達した場合に記載 ↓ マル長の上限10000円を超えた場合に記載 (例1)前期高齢(1割据え置き)+972 請求点数5000点の場合(5000点×10円×2割＝10000円)は02長の特記事項記載をしない (例2)後期高齢(1割)+972 請求点数10000点の場合(10000点×10円×1割＝10000円)は02長の特記事項記載をしない	H24.8.28
135	kk 29114	広島県ユーザー様より、下記理由にて、レセプトが返戻された旨、対応してほしいとのご連絡がありました。 ■返戻理由 一部負担金額をご確認ください。 保険の一部負担金額は、15,420円、公費10の一部負担金額は15,000円ではないでしょうか？ また公費91に係る点数は全点数をご記載下さい。 ■レセプトに記載されている内容 主保険…> 後期高齢者 公費①…> 結核(感37の2)(法別10) 公費②…> 重度心身障害(法別91広島県単独公費) (療養の給付欄) 保険…> 請求点=57,535点、負担金額=15,840円(840円) ① …> 請求点=841点 負担金額=15,420円 ② …> 請求点=56,694点 負担金額=800円 尚、同レセプトは、7/4のパッチプログラム適用前に作成、請求されております。	広島県後期高齢レセプト記載(記録)対応(入・外) ”主保険+全国公費+地方公費”と”主保険+地方公費”又は”主保険+全国公費”と”主保険+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(記録)対応 (例)入院 低所得1 後期1割+010 請求点 841点 後期1割+291 請求点 56694点 (840) (840) 保険 57535 15840 15420(※1) 公費1 841 15420 → 15000(※2) 公費2 56694 800 800 (※1) 15000円(上限)ー420円(公費1一部負担)=14580円 840円+14580円=15420円 (※2) 420円+14580円=15000円	H24.8.28

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
136	kk 28941	福祉医療費公費負担制度に係るレセプト等の記載が変更となりますので対応をよろしくお願いいたします。	(例1)入院 後期1割+015(上限5000円)+191+972 請求点82444点 後期1割+191+972 請求点11142点 (10000) (10000) 保険 93586 10000 15000 (※) 公費1 82444 5000 → 5000 公費2 93586 2800 2800 (※) ・10000円－5000円＝5000円 ・(後期1割+191+972) 11142点X10円X1割＝11140円 5000円<11140円で、5000円を加算する	H24.8.28
		広島県国保・後期高齢レセプト記載(記録)対応(入・外) ”主保険+全国公費+地方公費+長期”と”主保険+地方公費+長期”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載(記録)対応 (月上限－公費1負担金)と(主+地+長の主保険負担相当額)を比較し、小さい金額を保険欄一部負担金に加算する	(例2)入院 後期1割+015(上限5000円)+191+972 請求点7000点 後期1割+191+972 請求点4000点 (7000) (7000) 保険 11000 10000 11000 (※) 公費1 7000 5000 → 5000 公費2 11000 2800 2800 (※) ・10000円－5000円＝5000円 ・(後期1割+191+972) 4000点X10円X1割＝4000円 5000円>4000円で、4000円を加算する	
137	support 20120809-033	オンライン請求で返戻レセプトデータを含めて送ったところ、お一人だけエラーになったとのこと。 こちらでデータを確認いたしましたが、原因がわかりません。 エラー内容▼ 「請求データと履歴管理ブロックの検索番号が一致していません。又は検索番号の不備です。請求データ…」	返戻データの取込み時にcsvデータの取込み条件に不備があり、検索番号が返戻理由レコード(レコード識別HR)の500バイト以降に記録されている場合に当該番号の取込みができず、再請求時のレセ電データへの記録ができない不具合がありましたので修正しました。	H24.8.28

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
138	kk 28904	http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-096.pdf 上記URL49頁のウ(ア)より 分点が発生した場合、レセプトの保険一部負担金額欄には括弧での再掲が記載されますが、括弧での再掲は記載不要とのことです。 記載要領に則っていない記載であることは承知の上で、広島支払基金のシステム上エラーとなるようです。	レセプト保険欄一部負担金(再掲)記載修正(括弧2つ)(長期併用時) 下記例のような全国公費+長期の2種類の保険組み合わせを使用した場合の記載について (例)外来 協会3割+015(上限5000円)+972 36445点 協会3割+051(上限2250円)+972 416点 (10000) (10000) (1250) (0)(※) 保険 36861 10000 → 10000 公1 36445 5000 5000 公2 416 1248 1248 (※)10000円-10000円(再掲(上))=0円	H24.8.28
139	nep 20120720-011	70歳未満の低所得2の入院レセプトですが、5月診療分のレセプトが国保連合会より返戻となりました。 理由は、高額療養費の現物給付をされている方の一部負担金は10円未満四捨五入してくださいとのことです。 現状では公費一部負担金額が10円未満端数処理なしで記録されています。	70歳未満現物給付に関わる010(感37の2)のレセプト記載修正 (010が高額療養費計算の合算対象外である場合) 010の公費欄一部負担金について、1円単位で記載していましたが、10円単位で記載するよう修正しました。 (例)入院、70歳未満現物給付(低所得2)、高額4回目以降 主保険単独 15812点 主保険+010 2876点 (8630) (8630) 保険 18688 33230 → 33230 公1 2876 26038 26040	H24.8.28

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
140	kk 29013	医療機関様より再度提出先にご確認して頂きました。 やはり患者様から高額療養費の上限を超えたお金を医療機関で頂いているかどうかを関係なく総点数から計算して、高額療養費の上限額を超えていた場合は記載が必要とのことです。 90, 91, 92の場合であっても、記載は必要のようです。 前回サポートセンター様より頂いている添付資料については 入院に関わる資料になっており、入院に関しては制度に変わりないようですが、外来は一部負担金欄に今回の場合35400円の記載とその上にカッコ書きで35400円の記載が必要とのことです。	広島県地方公費(法別90・91・92)のレセプト記載(記録)対応修正 以前の対応について、それぞれ修正を行いました。 外来レセプト … 対応を取り止める 入院レセプト … 平成24年9月診療分から対応を取りやめる ---以前の対応--- 広島県地方公費(法別90・91・92)のレセプト記載(記録)対応 国保の70歳未満現物給付対象者で、上記地方公費を含むレセプトが対象 (国保+全国公費+地方公費や国保+地方公費 など) 高額療養費が現物給付されている場合 保険欄---一部負担金欄の記載をする ↓ 保険欄---一部負担金欄の記載をしない(空欄) ---	H24.8.28
141	お電話でのお問い合わせ 8月9日ー旧自賠レセその他欄記載	健保と旧自賠を併用していて、健保で生活習慣病管理料を算定し、旧自賠で処方せん料を算定したい。 旧自賠で、820宣言し出来高算定(剤) 処方せん料を手入力すると自賠責のレセプトの80その他欄の処方せんとリハビリの両方に処方せん料が計上され80その他の小計欄にも両方の点数、金額で計算されています。 合計は正しく計算されます。	レセプト点数欄(80その他)記載修正 . 820 099999903 出来高算定(剤) 120002910 処方せん料(その他) 上記の診療行為入力を行った場合、点数欄(80その他)記載に不具合がありましたので修正しました。 <点数欄(80その他)> 処方せん 68点 68点 ← 不要な記載がされていた 薬剤	H24.8.28

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
142	kk 29080	入院で国保・特疾(負担なし)・県障 低2 3ヶ月越の方のレセプトが返戻になりました。 いままでは国保のほうで修正していただいていたそうです。 食事療養の記載で①も②も回数、金額が載ってきています。 ①特疾も②県障害も食事をもつのであがってくるのだと思いますが、①特疾が食事をもつので、②県障はゼロになればいいとおもいます。 返戻せんでどちらか一方とのことになっているのでどのように修正すればいいですか？	新潟県国保・後期高齢レセプト記載(記録)対応(入) レセプト食事療養の記載(記録)対応 (例)国保(低所得2) (ア)保険と公費1の内容が異なり、保険と公費2の内容が同じ場合 ・入院会計保険組み合わせ(国保+091+261 と 国保+261) 保険 90 57600 18900 90 57600 18900 公費1 18 11520 3780 → 18 11520 3780 公費2 90 57600 18900 72 46080 15120 (イ)保険と公費1と公費2の内容が同じ場合 ・入院会計保険組み合わせ(国保+091+261) 保険 90 57600 18900 90 57600 18900 公費1 (記載省略) → (記載省略) 公費2 (記載省略) 0 0 0 ※国保+091+261の保険組み合わせ分について、レセ電”97”の負担区分は、“4”→”2”となります。	H24.8.28
143	8/15 自賠責新 様式 オーバー レイ印刷	標題の件にて、添付レセプトの赤枠部分を以下の名称に変更していただけますよう、お願いいたします。 (誤)単位 (正)単価	自賠責レセプト(新様式)の平成19年4月改正様式(枠あり)について、請求額の計算欄の文言に誤りがありましたので修正しました。 ＜入院外＞ A(イX単位X) → A(イX単価X) B(ロX単位) → B(ロX単価) ＜入院＞ A(イX単位X) → A(イX単価X) B(ロX単位) → B(ロX単価)	H24.8.28

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
144		レセプト(レセ電)の保険欄―一部負担金等の金額置換編集 レセプト(レセ電)の保険欄―一部負担金、括弧再掲の金額置換編集を可能としました。 診療行為入力対象レセプトの診療行為入力分に併せて金額入力を行う事で編集可能となります。 詳細は別途資料を参照してください。		H24.9.26
145	kk 29393	秋田県公費(474乳社組有)について 8月に受診した患者(3割負担)で提出先より指摘をいただいたことです。 レセプト点数:337点 公費①一部負担金:505円 この一部負担金が506円ではないのか?と指摘されたとのことです。 おそらく計算としては、3370円の3割=1011円この半額の505.5円を506円にしろさいということだと思います。 (1円未満四捨五入) この対応は可能でしょうか?	秋田県地方公費(374、474、280)のレセプト記載修正 公費欄―一部負担金の記載について (例)主保険(3割)+374 請求点337点の場合 337点×10円×0.3=1011円 1011円×0.5=505.5(1円未満四捨五入)506円 で記載するよう修正しました。	H24.10.3

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
146	kk 29404	大阪府のレセプトの記載について以下の2点で返戻がありました。 [ケース1] 協会＋小児特定(52)＋マル乳(86)＋967高額一般 11歳 診療実日数1日 負担限度額 5750円 18一般 診療点数 ① 協会＋小児特定(52)＋マル乳(86) 38785点 ② 協会＋マル乳(86) 68点 レセプト記載(請求点欄) 請求点 一部負担金額 (81309) 保険 38853 81509 ① 38785 5750 ② 38853 500 保険欄の一部負担金額が (81309) (81309) 81509 となっていますが、 (200) 81509 と記載して下さいとの事です。 (200)の意味はマル乳(86)が負担する、特定疾患以外の診療分68点の 3割分(204円→200円)との事です。 [ケース2] 国保＋小児特定(52)＋マル障(80)＋967高額一般＋低所得者2 19歳 診療実日数1日 負担限度額0円 19低所 診療点数 ①国保＋小児特定(52)＋マル障(80) 23714点 ②国保＋マル障(80) 68点 レセプト記載(請求点欄) 請求点 一部負担金額 (35400) 保険 23782 35600 ① 23714 0 ② 23782 204 ②の一部負担金額欄が 204 となっておりますが 200 と記載して下さいとの事です。	大阪府地方公費のレセプト記載修正 (70歳未満現物給付) (例1)主保険(3割)＋052(上限5750円)＋186(外来) 主保険＋052＋186 38785点 主保険＋186 68点 (81309) (81309) (200) 保険 38853 81509 → 81509 公1 38785 5750 5750 公2 38853 500 500 (例2)主保険(3割)＋052(上限0円)＋186(外来、低所得2) 協会＋052＋186 38785点 協会＋186 68点 (35400) (35400) (200) 保険 38853 35600 → 35600 公1 38785 0 0 公2 38853 204 200 1. 括弧再掲(下)の金額を記載するよう修正しました。 2. 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円単位で記載するよう修正しました。	H24.10.3

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
147	ncp 20121018-016	同月内で生保単独の期間と社保＋生保併用期間が発生し、その両方の期間で診療があった患者様で確認された事象ですが、該当するレセプト作成後、請求管理登録画面にて月遅れ請求登録や保留登録をしようとする、主保険分および公費分、ともに合計点数が勝手に変わってしまいます。	社保＋生保、生保単独の診療行為入力分が混在するレセプトの請求管理分点欄点数集計修正 例) 協会(平成24年4月1日～平成24年10月15日) 生保(平成24年4月1日～) 協会＋生保 500点 生保単独 1000点 レセプト請求点欄 保険 500点 公費1 1500点 43請求管理画面 点数欄・公費点数1欄の縦計が合計点数(500点・1500点)と合致していませんでしたので、合致するよう各項目の点数集計を修正しました。 ※再度、該当レセプトの個別作成処理を行ってください。	H24.10.25
148	ncp 20121017-011	労災指定病院で、入院の公務災害レセプトを作成しています。すると1枚目のレセプトに斜線が入り、全ての点数が続紙に記載されます。斜線が入るのは、病院の入院公務災害レセプトのみで、病院の外来、同バージョンの診療所では入りません。	労災(公務災害)の入院レセプト作成処理修正 入院料が特定入院料で、その入院略称が4文字以上である場合にレセプトが正しく作成されませんでしたので修正しました。 (例)入院料(回復期リハビリテーション病棟入院料1) 入院略称 "復り入1"	H24.10.25
149	support 20121102-012	第3公費の負担者番号・受給者番号がレセプト1枚目の摘要欄へ表示されますが、病名が摘要欄30?34行目の場合は第3公費の情報部分が表示されなくなります。2枚目にも表示がない状態です。正しく表示されるよう修正お願い致します。	特記事項の記載があるレセプトについて摘要欄に第3、第4公費の情報を記載する場合、次頁に跨って記載を行うときの記載方法に不備があり次頁の先頭行が空白となりましたので修正しました。	H24.11.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
150	ncp 20121030-013	0086のレセプト印字しないコメントについてお尋ねがあります。 運動器リハビリ料を算定し、その下に0086のコメントを入力するとレセプトには反映しませんが、運動器リハビリ料を算定しその下のリハビリ開始日を入力し、開始日の下に0086のコメントを入力するとレセプトに反映してしまいます。 これは0086のコードをORCAは認識できないのでしょうか？	リハビリ開始日と同一剤に0085又は0086で始まるコメントコードを入力した場合、レセプト摘要欄においてリハビリ開始日の下に0085又は0086で始まるコメントコードの内容が記載されていたので記載しないよう修正しました。	H24.11.27
151	ncp 20121109-005	明細書作成では種別不明であがってこない(正常に明細書作成ができている)患者様が、主科設定の画面で種別が『不明分』と出てしまうが、請求管理の画面で見ても種別は認識している。 どういった場合に、主科設定の画面で種別『不明分』と出てしまうのでしょうか？	同日再入院の入院登録時の保険組合せの適用開始日が月途中の場合に、主科設定の種別判定条件に誤りがあり、主科設定の種別が不明分となりましたので修正しました。	H24.11.27
152		972(長期)と974(長期(上位))が混在するレセプト編集修正 以下の例のような場合のレセプト編集について修正しました。 (例)月途中で974から972に変更となる 組合(3割)+015+974 請求点数 12270点 組合(3割)+015+972 請求点数 26073点 1)特記事項に”02長”しか記載していませんでしたので、”02長”と”16長2”が記載されるよう修正しました 2)公費2欄に974の内容(請求点、一部負担金)が記載されていたので、記載されないよう修正しました 3)摘要欄に、”==以下 長期(上位 適用分==”と記載されていたので、記載されないよう修正しました。 4)右上の種別が”3併”となっていたので、”2併”となるよう修正しました。		H24.11.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
153	kk 29860	自立支援医療受給者証をお持ちの患者が医療機関様を受診されました。 ですが、1日につき400円等の上限設定ができないとの事で問い合わせがありました。こちらは、兵庫県の地方公費を併用しておられるという認識で、間違いないでしょうか？ あるいは、何か入力方法があるのでしょうか？	神戸市用(100、200)の公費を高知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。) ※パッチ適用後は、上記登録及び自立支援医療+神戸市用の保険組合せ分について再計算をしてからレセプト作成を行ってください。	H24.12.25

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	nbp 20110609-013	愛知県の医療機関で、ある条件でレセプトを作成した場合、請求管理で公費請求書分の指定ができないことがあります。 具体的な現象は次の通りです。 ＜例＞ ①主保険(社保)のみの保険組合せのレセプトを作成し、請求管理で「0請求しない」で登録。 ②主保険(社保)+全国公費(021精神通院)+自治体公費(185精神)に保険組合せを変更し、レセプトを再作成。 ③請求管理で、2回目に作成したレセプト(併用)を選択すると、公費請求書分の請求年月が入力できない。 公費請求書分のある保険組合せだと思いますが、なぜ指定できないのでしょうか。	レセプト作成時の公費請求書と請求管理の紐付けに誤りがあり、請求管理画面で月遅れ等の入力該当するレセプトができませんでしたので修正しました。 例) 「009協会」、「021精神通院」、「185精神」(地方公費、社保の場合レセプト記載なし) を持つ患者で 1.「009協会」でレセプト作成後、請求管理で「0請求しない」と設定 2.「009協会」+「021精神通院」+「185精神」の組み合わせに保険変更後、レセプトを再作成 3.請求管理で2で作成した併用レセプトを選択すると公費請求書分の入力ができない 1.を選択すると、公費請求書分の入力ができる	H23.6.27

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
2	ncp 20110901-019	「43請求管理」について医院よりお問い合わせです。 例:H23.7月診療 国保で保険者番号138271 記号1111 番号2222 の場合。 保険証の確認が取れていなかったで「43請求管理」で請求区分0請求しないとして登録。 本日(9/1)保険証の確認が取れて記号が間違っていた事がわかり「12登録」で記号1111を3333へ上書きで変更し登録。 「42明細書」個別作成でH23.7月分を作成し記号が3333へ変更になっている事を確認。 「43請求管理」でH23.7月を開いてみると画面右上に表示される記号は1111のままで作成日もH23.7.31のままでした。 「12登録」できちんと上書き訂正をしてレセプトでも変わっていた事を確認したのになぜ「43請求管理」で表示が変わらないのでしょうか?と問い合わせがありました。 こちらで検証した所「43請求管理」で請求区分0請求しないになっている国保や社保の場合、記号や番号が変わっただけでは、訂正後のデータに更新されないようです。 請求区分1未請求にして登録し直して再度個別作成後、請求管理で確認すると訂正後のデータになっていました。 請求区分が0請求しないとなっても生保などは訂正後のデータに更新されます。 これは不具合ではないのでしょうか?	作成済みのレセプトの請求管理が「請求しない」で設定されている場合、保険の記号番号を変更後、レセプトの再作成を行ったときに保険の記号番号を更新するようにしました。	H23.9.26
3	請求管理公費 番号	請求画面の記号番号欄の表示の仕様についてご教授ください。 以前[ncp:20110901-019] 請求管理で問い合わせした際に > 公費の負担者番号等は請求管理にはありません。 > 公費単独のレセプトが複数枚ある場合、レセプトの識別のために > 患者公費データより表示しています。 と回答いただいているのですが、生保や残留邦人、児童保護では記号番号欄への表示が確認できたのですが、精神通院、更正では表示されませんでした。 表示されるものとされないものがあるのでしょうか。	請求管理画面で生活保護、中国残留邦人、精神入院、児童保護、自立支援の公費単独レセプトについては記号・番号欄に該当の患者公費データ(tbl_ptkohinf)より負担者番号、受給者番号を表示するようにしていましたが、自立支援の表示が行えていませんでしたので修正しました。	H24.7.26

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

4.4 総括表・公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
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
7		業務メニュー「44 総括表・公費請求書」よりレセ電データ作成して審査支払機関に提出したが、提出したデータに全ての患者が記録されていない場合がある。 後日改めてレセ電データの作成を行うと全ての患者が正常に記録される。	この問い合わせが複数ユーザから寄せられましたが、再作成時に現象が再現しないことから原因の特定が困難となっていました。 このことから、レセ電データの作成漏れを防ぐ為と、早急な原因特定を可能とする為、請求管理テーブルにデータが存在し、かつレセ電テーブルにデータが存在しない場合について、「44 総括表・公費請求書」でレセ電データ作成時に「レセ電データが存在しません」とエラーメッセージを表示します。(該当患者の患者番号も併せて表示を行います) 個別指示画面でのレセ電データ作成時は既に画面でのチェックを行っていますので、一括作成時のみとします。 また、該当患者については請求管理画面の年齢欄の下に「レセ電データがありません」と表示します。 ただし、下記に該当するレセプトについてはエラーとしていません 1.システム管理2005 で保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記録を記録しないと設定してる場合 2.システム管理2005 でレセ電出力区分の設定を行っていない場合	H24.6.26

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	support 20120615-007	サポートセンタ様より下記お返事をいただきましたので、病院様にお伝えしレセプト提出先へ確認をしていただきました。 ’L2118のエラーについて不備な点が見当たりませんでした。 レセプト提出先へご確認いただけますでしょうか。’ 病院様より国保連合会様からの下記お答えをいただきました。 ’ 返戻データを取り込みます時に、一人の患者様に対して ①書き換え可能なデータと②変更してはいけないデータの2種類を準備しています。 修正して”L2118 履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。” というエラーが出る原因として考えられますのは、’ 傷病詳記が途中で切れてしまっていること’ か ’ 元とデータが変わってしまっていること’ と思います。 データを取り込む時か請求する時に傷病詳記が切れてしまっているのではないのでしょうか。’	症状詳記文字数拡張に伴う対応に一部不備があり、症状詳記レコードを含む患者が返戻となった場合にその文字数により返戻データが途中で切れた形式で取り込まれたり、まったく取り込まれない場合がありますので修正しました。	H24.6.26
9		下記ダイアログで画面右上の×ボタンを押すと、以降のボタン操作が行えなくなっていましたので修正しました。 「44総括表・公費請求書」の「データ取込」ボタンを押すと開く、「データ取込(T05)オンライン請求結果データ取込」の画面		H24.12.25

51 日次統計

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	request 20120703-002	収納日報(期間指定)を出力した直後(正確には締め処理の直後)に会計登録を行うと、翌日の日報に計上されない患者が発生する場合があります。仕様上『締め処理の1分後が翌締め処理の開始時間となる』ため発生していると思われるが、これを改善して欲しい。 との事でした。 具体的には『?X:00』と『X:01?』の間の約60秒の間に登録を行った患者が抽出対象から漏れている為、内部的な仕様の変更が必要かと思いますので、よろしくお願い致します。	日次統計「収納日報(期間指定)」について、日次統計業務で締め処理を行った直後に診療行為入力を行った場合、診療行為の登録時刻が「分」の単位まで同じだと締め処理を行う前の期間の収納日報に収納が計上されていたので、この場合でも締め処理後の期間の収納日報に収納を計上するように修正しました。	H24.8.28

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
2		統計データ作成から、CSVファイルをクライアント保存する際に、処理結果画面の頁数の表示が現在の「0」だと、対象データがないかのような印象を受けるので、CSV出力処理のように件数を表示するようにしました。		H24.7.4
3	nep 20121019-019	[21 診療行為]で診療行為コード 630010002 [薬剤料逡減(90/100)(内服薬)]が発生した場合、[24 会計照会]画面では、-(マイナス)有りで表記されます。 一方、[52 月次統計]-[統計データ]から出力したCSVファイルでは、-(マイナス)無しで表記されます。 CSV出力するプログラムに欠陥があるのでしょうか？	以下のコードについて該当項目をマイナス記録するように修正しました。 630010001 薬剤料減点(合算薬剤料上限超) 薬剤点数をマイナス記録 630010002 薬剤料逡減(90/100)(内服薬) 199000210 包括点数の治験減点分 手技点数1をマイナス記録	H24.11.27

71 データ出力

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20100325-033	4.4から4.5にバージョンアップしたところ、データ出力でSRYACCT_MAINとSRYACCT_SUBが一覧表示されずSRYACCTのみ表示されています 但し、SRYACCTのフィールドは1つも表示されません データベースはあるのですが、どうすればデータ出力の一覧に表示されるようになるのでしょうか	データ出力、外部媒体業務について、診療会計、請求管理、収納マスタが分割前のスキーマを元に出力するようになっており、処理に失敗していました。 この為、分割後のスキーマを元にするように修正しました。 外部媒体業務は、スキーマの選択ボタンに1つ分の空きしかなかったため、各スキーマの選択は分割する前のボタンにまとめました。 ↓ ☐ SEIKYU_MAIN, KOH, ETC ☐ SRYACCT_MAIN, SUB ☐ SYUNOU_MAIN, NYUIN	H22.3.30
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
3	support 20110610-014	処理) 「71 データ出力」より、PTINFをIDを患者番号に変換チェックを入れ、「PTID」「HOME_POST」「HOME_ADRS」「HOME_BANTI」の4項目を出力。 保存先は、/tmp/PTINF.TXTです。 症状) 出力されたファイルの所有権をchownにてorcauserに変更後、 #chown orcauser:orcauser PTINF.TXT テキストエディットにて、確認したところ一定の患者様以降の患者番号が空白となっています。	患者番号が正しく編集されるように修正しました。	H23.6.27
4	ncp 20120418-028	4.5verでデータ出力した場合と4.6verで出力した場合とでは薬価基準の番号が違うのはどうしてでしょう？	データ出力処理より点数マスタの出力を行った場合、薬価基準番号が正しく設定されていませんでしたので修正しました。	H24.4.23

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		システム管理の職員情報で職員区分を切り替えた際に個別情報と他院設定がクリアされておらず、それまでの操作での職員情報が残ってしまう不具合がありましたので修正しました。		H22.3.19
2	ncp 20100401-057	今回の改定より新設された 190135910 急性期看護補助体制加算1 190136010 急性期看護補助体制加算2 はなぜ自動発生ではなく手入力なのでしょうか？ 一般病棟1対7か1対10が対象となるが、診療行為画面で該当ではない入院基本料の場合も入力できてしまう。 5001の病棟管理で加算のフラグを立てる所もない。	システム管理[5001 病棟管理情報]より設定を行えるようにしました。 別件ですが、同画面で病棟種別に「一般病棟」を選択した際に入院基本料コンボボックスで4月から特別入院基本料が設定可能でしたが、入退院登録画面の方で設定する入院料でしたので、このコンボボックスでは表示しないように修正しました。	H22.4.2
3		今年度開発項目 ・一般病棟看護必要度評価加算のシステム管理設定 ・休日リハビリテーション提供体制加算のシステム管理設定 についてパッチ対応を行いました。 「一般病棟看護必要度評価加算」、「休日リハビリテーション提供体制加算」について、システム管理「5001 病棟管理情報」に算定有無の設定を可能としました。 有効期間が平成22年4月1日以降の病棟において設定が可能です。 「2 算定する」と設定した後に入院登録、異動処理(転科、転棟、転室)を実施されると入院会計に当該加算が算定されます。		H22.8.26
4		システム管理[5000 医療機関情報－入院基本]の医療機関入院基本情報設定画面について、画面左下の入院加算情報のチェックボックスが画面定義体(W24.glade)の問題でmonsiajで表示されない不具合がありましたので修正しました。		H22.8.26

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		システム管理「5002 病室管理情報」にて一般病棟など無菌治療室管理加算の算定可能な病棟の病室を選択し、無菌治療室管理加算の設定を「2 算定する」として登録した場合、再度同じ病室を選択した時に画面の表示が「1 算定しない」となる不具合がありましたので修正しました。 ※画面表示の不具合であり、データは「2 算定する」で登録されています。		H22.10.27
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
7	ncp 20110209-012	システム管理マスタの職員情報にて 医師の麻薬施用者免許証番号についてですが2年に1度更新されます。 有効期限を区切り、登録しようとしたのですが、例えば、20年1月1日～21年12月31日までとした場合、次の22年1月1日～23年12月31日を登録しようすると、20年1月1日～21年12月31日の履歴が残らなかったのですが、履歴を残す方法はありますでしょうか？	システム管理の職員情報登録画面で、職員が100件以上登録されている時は当日有効な職員のみをリストに表示しますが、最終履歴が当日有効でない場合は対象外となっていました。 当日に有効な期間があれば表示するように修正しました。	H23.6.27
8	ncp 20110818-006	入院の特定入院基本料についてお聞きます。 後期高齢者の方は、後期高齢者入院基本料算定の時点で、1014包括診療行為設定-502後期高齢者特定入院基本料「1 包括算定する」にすると、検査、画像診断等、包括診療分が振り分けられると思うのですが、一般の入院の方で、特定入院基本料算定の患者さんの場合でも、同様の機能はありますでしょうか？ 包括対象の診療行為(検査など)の時に、21診療行為「9999包括分入力」を選び、入力していく方法のみとなりますでしょうか？	システム管理「1014 包括診療行為設定情報」について、“502 後期高齢者特定入院基本料”を“502 特定入院基本料”、“503 有床診療所療養病棟入院基本料”を“503 有床診療所療養病床入院基本料”と名称変更しました。	H23.8.25

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9		システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」のレセ電タブの記号番号の編集設定について、区切り文字の対象となる文字コードに全角ダッシュ(JIS文字コード"213d"= EUC文字コード"A1 BD")を追加しました。		H23.9.26
10	support 20110901-006	ORCAの「1901医療機関編集情報」の下記のように有効年月日の修正を行いたいのですが、重複してますと表示され変更ができません。どのようにしたら変更ができるのでしょうか。	システム管理1901「医療機関編集情報」について削除機能を追加しました。	H23.9.26
11		「4. 病棟設定に入院料加算のユーザ設定画面新設」で「入院料加算(F10)」を押下した後に表示される「入院料加算設定」画面に、施設基準で登録されていない加算が登録できてしまうようです。	施設基準のチェックを行うようにしました。 また、システム管理「5001 病棟管理情報」、「5002 病室管理情報」にて入院会計で自動算定を行う加算を設定する際、入院料との算定可否チェックを行なっていましたが、システム管理を登録するタイミングでは実際に算定する入院料が確定しない場合があり、厳密なチェックができないこと、また入退院登録業務で入院料が確定した際に厳密なチェックを行なっていることからシステム管理でのチェックは廃止しました。	H24.3.28
12	3/26 施設基準設定	1006施設基準情報設定において、有効期間を新たにH24.4.1から開始とした直後に展開した場合、新設された施設基準コード(3001以降)は追加されていनाため、エラーが表示されます エラーをスキップして登録すると、「新規の登録をします」のメッセージが表示され、3001以降のコードが表示されるようになりますが、基本新たな有効開始日を追加した場合には、登録後に施設基準コードを設定する方法でよいのでしょうか。	4月1日からの施設基準情報を登録するため、継続中の期間を区切り新たに追加した場合、施設基準コード3001以上の登録ができませんでしたので修正しました。	H24.3.28

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
13		システム管理「5001 病棟管理情報」の設定で、病棟種別が「障害者施設等」、「専門病棟」かつ、有効期間開始日が”H24. 4. 1”以降の場合に、入院基本料選択欄に以下の入院料が表示設定できてしまう不具合がありましたので表示を行わないように修正しました。 ・特定入院基本料(障害者施設等入院基本料) ・特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(特別入院基本料等患者) ・特定入院基本料(専門病院入院基本料) ・特定入院基本料(専門病院入院基本料)(特別入院基本料等算定患者)		H24.3.30
14	support 20120330-020	療養病棟入院基本料1(栄養管理経過措置)で、病室設定時にエラーが出ます。 エラー画面と施設基準設定画面、病棟設定画面をお送り致します。	「5002 病室管理情報設定」画面で療養病棟の病室を追加する際に、入院基本料コンボボックスから、療養病棟入院基本料を選択し、療養病棟療養環境加算コンボボックスより加算を選択すると、登録時に療養病棟療養環境加算では必要のない施設基準の未設定エラーが表示されて追加できませんでしたので修正しました。	H24.3.30

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15	support 20120416-016	【現象】 医療機関様で、一般病棟(10:1)の病室数32部屋分につき、「療養環境加算:1算定しない→2算定する」に変更するため、下記処理を実施 ①5001病棟管理情報 で該当の病棟を選択し「病室」をクリック ②5002病棟管理情報に遷移 該当の病棟番号を選択し、「選択番号」欄に「1-32」を入力し、「療養環境加算:2算定する」に変更し「変更」をクリック ③画面中央に砂マークが表示され、画面が固まってしまった 社内(Windows Java版)でも同様の手順で動作確認をしたのですが、同現象となりました。 ①5001病棟管理情報:該当の病棟を選択し「病室」をクリック ②5002病棟管理情報に遷移:該当の病棟番号を選択し、「選択番号」欄に「1-5」を入力し、「療養環境加算:2算定する」に変更し「変更」をクリック *1-5室分に変更処理をしましたが、画面が固まってしまいました。 *1室ずつの変更処理は可能 *1-5室分でも、「療養環境加算:2算定する→1算定しない」への変更処理は変更可能	システム管理[5002病室管理情報]で、有効開始日がH24.4.1以降に設定されている病室を選択番号欄より、1,2,4などと複数選択した後、療養環境加算に「2算定する」を選択し、「変更」ボタンをクリックした際、選択番号に4番以降の数字が含まれていると、次に表示される確認ダイアログでOKボタンをクリックした際に、画面がフリーズする現象がありましたので修正しました。	H24.4.23
16		システム管理2005の「労災・自賠責」タブ画面－労災・様式選択のコンボ内名称を下記の名称に変更しました。 ＜システム管理設定値＞ 0 OCR専用様式 1 確認様式 ※確認様式は、専用用紙ではなく、枠ありで作成します。		H24.5.16
17	ncp 20120623-004	職員情報で管理職を追加しようとしたところ、オペレータIDを入力しているにもかかわらず、「オペレータIDを入力してください」と出てしまい、登録できません。	システム管理の職員情報登録で、既に登録されているオペレータIDを入力した時に「オペレータIDを入力して下さい」とエラーメッセージを表示していましたので、「既にオペレータIDが登録されています。オペレータIDを変更して下さい」と表示するように修正しました。	H24.7.4

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
18	support 20120718-007	5001病棟管理情報の設定が出来なくなっていました。 変更のボタンを押すと、「必要な施設基準が設定されていません、夜間緊急体制確保加算0391」と表示され、カーソルが看護補助加算の位置に移動します。 また、試しに0391を施設基準に追加しても801,802施設基準を要求されます。 これらのコードは診療所の施設基準と思われます。 この医療機関は平成21年3月1日に、有床診療所から病院になったので、それがこのような不正な動作の原因なのかと考えています。 病棟の設定は2つありますが、番号1の方は上記のエラーが出ますが、番号2の方は正常に動きます。 現状で、7月1日から看護必要度加算2を算定するために設定を変更したいのですが、全く出来ない状態です。	入院料加算の施設基準のチェックを行う条件に不具合がありましたので修正しました。	H24.7.26

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20100430-034	160076810 誘発筋電図(1神経につき)ですが現状、点数マスタ画面より登録した場合に“データ規格なし:エラー”で登録ありません 以前は140神経という単位がありましたが4月改正後も同様に神経単位で請求しますのでマスタ確認のほど、よろしくお願いいたします	点数マスタ登録画面の単位に以下を追加しました。 単位コード:140 単位名 :神経	H22.5.27
2		点数マスタリストの診療行為について、CSV出力したデータに不要なカラムが2つありましたので削除しました。 医療機関番号,診療行為コード,有効開始年月日,【不要】,有効終了年月日,~省略~,上限回数,通則年齢,下限年齢,【不要】,上限年齢,検査実施グループ,~省略 ↓ 医療機関番号,診療行為コード,有効開始年月日,有効終了年月日,~省略~,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
3		点数マスタ更新で改正処理を行う時、該当の点数マスタの履歴番号を選択せずに期間を入力して登録ができていました。これにより、期間が重複するデータが登録できました。改正処理を行う時は、点数マスタの履歴番号の選択がない時はエラーとするように修正しました。		H23.6.27
4	support 20110527-006	点数マスタ → リスト → 「自費」項目のみCSV出力を行いたい。 そこで、出力形式指定を入力コード点数マスター一覧を選択した場合、OUTPUT007.CSV ファイルが作成されません。	点数マスター帳票出力設定画面から自費の入力コード一覧をCSVファイルに出力する機能で、実際にはファイルへ出力されていませんでしたので修正しました。	H23.6.27
5	support 20111015-012	点数マスター帳票出力設定画面のCSVファイル出力についてと問い合わせです。 点数マスター→リスト→「医薬品」項目のみにチェックをつけ、出力形式指定を「入力コード点数マスター一覧を選択した場合、OUTPUT002.csv ファイルが作成されません。	点数マスター一覧のCSV出力結果をクライアント保存する際に最初の出力結果が0件の場合、それ以降の処理をスキップしていましたので修正しました。	H23.10.26

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
6		点数マスタ登録で、改正処理を行うなど有効期間を変更した時に、警告を表示するようにしました。 対象コードは以下となります。 診療行為(1xxxxxxxx) 医薬品(6xxxxxxxx) 特定器材(7xxxxxxxx) コメント(8xxxxxxxx) 点数マスタ設定画面で「確定」ボタンをクリックした時、各画面で「登録」ボタンをクリックした時に警告メッセージを表示します。		H24.8.28

103 チェックマスタ

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 20120720-009	「103チェックマスタ」より「リスト」を選択。 チェックマスター一覧表の「薬剤と病名」にチェック。 出力順指定で「2カナ名称順」で印刷開始をすると「処理対象のデータがありませんでした。【薬剤と病名一覧表】」となり、リストがだせません。	DBのエンコーディングがUTF8の場合、チェックマスター一覧表をカナ順で出力することができませんでしたので修正しました。	H24.7.26

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(112008350)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(112015770)が自動付加されない。 補足:ちなみに再診(112015770)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

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

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】 というふうにより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が連続する場合により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

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
7	orca-claim 01309	外用薬の院外処方を診療区分(232)でORCAへ送信しているのですが数量が展開されないようです。 ORCAのシステム管理情報の 1001 医療機関情報-基本 院外処方区分は「院内」に設定しているのですが、院内に無い薬品を院外処方を出すケースがあるとの事で、院外処方を出しているのですが、外用薬の院外処方が数量展開されないようです。(内服は展開されます)	CLAIMの中途終了データ作成で、外用薬の回数を未設定で送信された時に数量をゼロで編集していました。 外用で数量×回数の総量を編集する時、回数=0で計算していたためです。 回数=0は1で編集しますので、計算時も1で計算するように修正しました。	H23.6.27
8	ncp 20110824-024	入院のCLAIM送信にて、下記内容を送信した所 .230 660407074 MS温シップ「タイホウ」100g 001000701 医師の指示通り *1/20 syslogに下記エラーが表示され、日レセにCLAIMデータを取り込む事が出来ませんでした。 Aug 24 21:12:53 *****-sv1 panda/dbstub[15637]: module ORCL0030: /var/tmp/claim_rcv_0 Aug 24 21:12:53 *****-sv1 panda/dbstub[15637]: Received signal 11 errno 0 Aug 24 21:12:53 *****-sv1 panda/dbstub[15637]: SI code = 1 (Address not mapped to object) Aug 24 21:12:53 *****-sv1 panda/dbstub[15637]: Fault addr = 0x4accf1fc	CLAIMによる中途終了データ作成で、入院の外用で算定日と回数を*で指定した時、異常終了することがありましたので修正しました。	H23.9.26
9	support 20111122-025	新APIの病名登録時、一連病名による登録方法で『急性上気道炎の疑い』などを送信した場合、疑いフラグが『急性かつ疑い』ではなく『疑い』のみで登録されてしまいます。	CLAIMで病名コードの設定はなく病名のみ設定の場合、「急性上気道炎の疑い」のように疑いフラグに「急性」「の疑い」が設定される病名のとき疑いフラグの設定ができていませんでしたので修正しました。	H23.12.21

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
10	ncp 20120427-010	電子カルテからClaimにて「電話等再診」のみ送信しました(保険情報は送信していません) ORCAの「診療行為入力」画面で該当患者さまの患者番号を入力後、「中途表示」ボタンを押し、診療日のデータを展開した場合、「電話等再診」と表示されます。 この時、保険組合せは空白の状態ですので保険組合せから「後期高齢者」を選択した場合、「電話等再診」が削除され「再診」が自動発生されてしまいます。 (保険組合せが「国保」や「協会」の場合は「電話等再診」は削除されませんでした) 「後期高齢者」の場合でも「電話等再診」が削除されないようにする設定などありますか？	CLAIMからの中途終了データを展開した時、保険組合せが「0000」で、電話等再診が登録されている場合、展開後に保険組合せを後期高齢者の保険組合せに変更した時に、電話等再診が再診料に置換していましたので置換しないように修正しました。	H24.5.16
11	orca-claim 01394	サポート病院から報告があり、20バンドル目が6項目目以降を受け取れないケースがあるようです。 CLAIMインスタンスとL0030.log を添付します。 <pre><claim:item claim:code="160019010" claim:tableId="ORCA"> <claim:name>BUN</claim:name> </claim:item></pre> 此处まで取込が終わっているようです。 ORCAは 4.6J の最新パッチ適用(5/16)です。	レコードの読み込み方法に不備があり、最後の数百バイトの読み込みに失敗し、その部分の情報が欠落していましたので修正しました。	H24.5.29

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
12	support 20120703-005	電子カルテにて、ORCAに対してclaimでオーダーを送信しております。外用薬でclaimを送るところで、全量でなく、チューブやボトルの薬剤、パッケージの薬剤などで、例えば5gのチューブを3本等としたときに、3本の部分の数量がORCAで受け取られなくなっています。 ただこれが、コメントを加えて送ると受け取られること確認しており、claimの文ではコメントの有る無しのみとなっております。 必要ないのにコメントを加えるわけにも行かないので、数量を常に送るためにはどうすれば良いか、思案しております。 何かの宣言を行うなど、正しい手続きがありますでしょうか。	CLAIMの中途データ作成で、改正対応で追加した一般名指示区分を外用薬に設定した場合、回数の取得ができていないことがありました。 この為、外用薬の総量が正しく編集されませんでしたので、正しく回数を取得するように修正しました。 一般名指示のある外用薬コードで剤が終了した時で、回数が1以上であれば発生していました。	H24.7.26
13	nep 20120829-005	電子カルテと連動されている医院様からお問い合わせがありました。今日の朝から現象が発生したそうですが、中途表示で診療内容を展開したときに電子カルテから送っていない該当の点数マスタのないコードが入っているということでした。 薬剤名と用法の間にその言葉が入っています。 8/28付けのマスタ更新とプログラム更新をされています。	8月28日提供のパッチでAPI関係の修正を行いました。CLAIMと共通部分の修正に漏れがあり、中途データに不正な文字が含まれることがありましたので修正しました。	H24.8.29
14		電子カルテから、処方情報と病名情報を別々に送信した場合、診療行為で該当の処方データの登録時に病名情報が送信された場合オンラインからとclaim側で同時に受付データ(tbl_uketuke)に更新が行われ、オンラインからの登録がエラーとなる場合がある。	病名のみのclaim送信の場合は、受付データ(tbl_uketuke)を更新しないよう変更しました。	H24.11.27

API

番号	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		APIの中途データ登録に病名の日付のチェックを追加しました。 病名開始日の設定がない、あるいは暦日エラーでも登録していました。 病名開始日が未設定の時は、診療日付を設定します。 暦日チェックと、開始日>転帰日のチェックを追加しました。		H23.6.27
2		APIの中途データ登録に変更、削除の対応を行いました。		H23.10.26
3		APIの予約登録処理の予約取消で、予約IDの指定なしで削除を行った時、削除対象なしとなっていましたので正しく削除するように修正しました。		H23.11.24
4	request 20120731-003	現在、OrcaのAPIを使用し、診療行為をORCAに送っているのですが、フリーコメントで入力した内容が25文字で切られてしまい、コメントの全文が連携されません。 最低でも、ORCAで入力出来る40文字フル桁連携出来るように修正して頂きたいのですが。	APIの中途データ登録で、フリーコメントのコメント内容が25文字までの登録となっていましたので、40文字まで登録できるように修正しました。 また、APIでは剤の明細数を40まで登録可能としていましたが、20までしか登録できませんでしたので、40まで登録できるように修正しました。	H24.8.28

帳票

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

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、金額表示されずとのお問合せがございました。 1.点数表示されていないのと、医療機関名称等の内容が、帳票の下部に表示されないようです。 2.また、プレビュー画面から明細書を選択して印刷ボタンを押下しても印刷処理が行われません。それと、プログラムオプションの網掛けの設定が「0」になっていても、プレビュー画面から出力すると、薄い網掛けの印字が行われてしまうようです。	お問い合わせの内容について修正を行いました。	H22.3.30
6	ncp 20100410-011	入院の退院証明書について、医療機関様よりお問合せがあり社内で調査しましたが、解決できずにあります。設定方法、登録方法等に不備がありましたら、ご教授頂ければ幸いです。 ■ 現象 退院証明書の項目「2」の入院基本料等の種別で、4/1以降の入院基本料「有床診療所入院基本料2」が印字されない。 ＝項目「2」の印字内容＝ 有床診療所入院基本料1 31日間 <ここに印字されない> 8日間	4月改定により入院料が有床診療所入院基本料1から2に変更となる場合に、退院証明書の入院基本料種別の記載に不具合がありました。(4月以降分の入院料名称が印字されませんでした) 併せて、4月から新設の有床診療所入院基本料3についても未対応でしたので修正しました。	H22.4.14
7		医科分の診療報酬明細書(レセプト)(入院、入院外)について罫線を多少ですが太くしました。 変更した帳票プログラム HCM11V01.red : 診療報酬明細書(医科入院外) HCN09V01.red : 診療報酬明細書(医科入院) HCM12V01.red : 診療報酬明細書(続紙(1)) HCM13V01.red : 診療報酬明細書(続紙(2)) HCM14V01.red : 診療報酬明細書(続紙(3))		H22.4.19

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8		3月から有床診療所入院基本料1で入院している患者を、4月から有床診療所入院基本料2に変更を行い、入院基本料2の会計が複数存在する日(入院期間により所定点数が異なる状態)での退院証明書発行を行うと、入院基本料の種別欄に有床診療所入院基本料2が重複して記載されていたので修正しました。 4月1日以降に入院登録を行われた患者についてはこの現象は発生しません。		H22.4.19
9	ncp 20100422-030	月次統計の「ORCBG010 未収金一覧(患者別)」で印刷される「備考」は日レセ上のどこかで入力したものが、反映されるものなのでしょうか？	ORCBG010 未収金一覧(患者別)の対象患者が入院中の場合、備考欄に病棟番号と病室番号が表示されるはずが、表示がありませんでしたので修正しました。	H22.5.27
10	ncp 20100609-007	入院で定期請求を行って、請求書を発行したら、部屋が間違っていた。転室について正しく登録しなおして、定期請求をやりなおし、再発行すると請求書は正しく印字された。明細書を発行すると、部屋が以前のままだになっているので、どのように変更すればいいのか？ 削除してやりなおすのか？ 教えていただきたい。	入院の診療費明細書の病棟・病室を収納作成日でなく、発行日での内容で表示するように修正しました。請求書と同様になります。	H22.6.15
11	ncp 20100622-009	最新のプログラム更新とマスタ更新後に入院診療費明細書を印字した所室料差額の合計欄に金額が記載されなくなったようです	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

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すか？	診療費明細書で単位コードのない薬剤の数量を編集していませんでした。また、単位コードのない器材は数量が1以上の時のみ編集していました。 薬剤、器材は単位コードがなくても数量を編集するように修正しました。 ただし、内服通減などのコード(点数＝ゼロ または 点数識別＝1、2以外)は数量編集しません。	H22.8.26

帳票

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

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	support 20100811-011	ORCHC30、COMMENT2=1また2を設定して、薬剤情報を発行する際に、薬剤の用法なしの薬情が、薬剤＋用法なし以前に入力された薬剤＋用法ありの薬剤数量と用法なしの薬剤数量が同じ場合に、用法なしの薬剤に用法ありの用法が勝手に印字されますので、数量が同じでも用法が出ない様に対応をお願いします。 (入力例:外用の用法未入力) 内服 ソラナックス0.4mg錠 2錠 1日2回昼食後及び就寝前 30日分 外用 オルベスコ200μgインヘラー56吸入用11.2mg3.3g 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たので修正しました。	H22.8.26

帳票

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

帳票

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

帳票

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

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

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(カルテ) (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日ー領収書兼明細書	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した。 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

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ーでの確認のみです。 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す。 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	nep 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

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	「44.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が、【F12】「印刷開始」で集計も出来ております。 (レセデータも作成済み) 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

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
43	ncp 20110628-003	「保険別請求チェック表(標準帳票)」の総括表(外来)の労災の箇所に「テスト患者」の件数、点数が含まれておりました。 社内で検証したところ、テスト患者として登録しその後、診療内容を登録。 「保険別請求チェック表(標準帳票)」の作成をすると点数が計上されることが確認できました。 また、「患者」として登録してしまい、診療行為を登録後に「テスト患者」として再度登録しなおしても、点数は計上されました。 他保険(社保・国保・広域)でのテスト患者の点数は計上されませんが、労災・自賠責では「テスト患者」のデータは「保険別請求チェック表(標準帳票)」に反映されるのでしょうか？	保険別請求チェック表(標準帳票)の集計修正(総括) 1. (総括)保険計欄の集計 特別療養費・自費保険・治験・労災・自賠責・公害について、テスト患者分も集計していましたので集計しないように修正しました。 2. (総括)その他計欄の集計 テスト患者分も集計していましたので集計しないように修正しました。	H23.7.27
44	ncp 20110704-027	lucud_orca4.5の環境です。 点数マスタ>リストにて「自費」、出力形式「入力コード点数マスター一覧」で印刷開始をします。 印刷を選択しても印刷されません。 プレビューを選択しても「帳票データ作成中です」のままです。	Lucid環境から帳票ファイルの形式をredに統一しましたが、対応ができていませんでしたので修正しました。	H23.7.27
45	ncp 20110806-006	出産一時金請求書(プログラム名 ORCBGCHILDBIRTH)について、医療機関様より以下のご指摘をいただきました。 月次統計で、出産一時金請求書を印刷。請求年月「平成23年2月」、提出日区分「1:10日請求」、提出先「0:社保及び国保」、集計票/送付書「3:作成しない」 同じ協会けんぽ(01260017)が8名あり、この時点ではまだ連記式のため3頁印刷されるはずが、1頁目・2頁目は印刷されず、3頁目が3枚印刷される。 また、出産一時金チェックリストにて、患者氏名が旧姓で印字されるとご指摘を受けております。	平成23年3月までの連記式の出産一時金請求書について、同一保険者で複数枚となる場合に最終頁が枚数分作成されていなかったため修正しました。	H23.8.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
46	nep 20110926-006	自賠責保険(第三者行為)の入力についてご教示ください。 自賠責保険用の診断書料・明細書料のマスタをそれぞれ次のように作成しました。 診断書料:096915001 明細書料:096925001 これを第三者行為で使用したとき、請求書兼領収証の表示が入院と外来で異なります。 入院:自費欄に集計 外来:保険分欄(80リハビリ)に集計 医保で自賠責保険のマスタを使用した場合、自費欄に集計されるのが正しいと思いますがこれは誤りでしょうか。	自費分コード(09691xxxx,09692xxxx,09693xxxx,09694xxxx)を外来分で入力した時、集計先がリハビリ(その他)の自費分に集計していました。 点数マスタの点数欄集計先識別(外来)で設定した集計先に集計するように修正しました。 元々、09691xxxxは診療区分別に集計するコードですが、入院の方が09591xxxxを.950で入力したのと同じように点数欄集計先識別を使用していましたので、外来分も合わせるようにしました。 (注意)点数欄集計先識別に設定がないと収納情報に集計できませんので設定をするようにして下さい。	H23.10.26
47	support 20111012-006	標準帳票の「保険別請求チェック表(総括)」が、「保険請求確認リスト」と比較しても、入院の後期高齢者の分が合いません。 なんで合わないのでしょうか？	月次統計の「保険別請求チェック表(標準帳票)」の入院分の後期高齢者と総括表の集計について、「高9」の欄からレセプト種別1337(医科・後期高齢者と2種の公費併用・一般・低所得者・入院)に該当する患者の集計が漏れていましたので修正しました。	H23.10.26
48	support 20111007-030	※Ver 4.5.0(Etch／有床版) 【52 月次統計】で[保険請求確認リスト(ORCBG014)]を印刷orプレビュー処理すると、/var/tmp/に「01BG01401.csv」が作成されます。	保険請求確認リストをcsv出力する際にver4.5.0では/var/tmp/01BG01401.csvというように拡張子の前にブランクがあるファイル名で作成していましたので/var/tmp/01ORCBG014.csvというファイル名になるように修正しました。	H23.10.26
49		処方せんの二次元バーコードの記録でデータに拡張漢字文字が含まれていた場合、「■」に変換せず作成していましたので修正しました。		H23.10.26
50		保険別請求チェック表を作成しますと大量に作成される場合があります。どの帳票も、全科合計が同じものが何枚も作成されているようです。また出力順も診療科コードの大きいものが先に来ているようです。	診療科分だけ実行されるべき印刷処理が、対象となった診療科コードの最大番号分処理が行われていましたので修正しました。	H23.11.24

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
51		入院診療費明細書および月次帳票の会計カードについて、自費保険の入院時食事(生活)療養費の標準負担額の編集を行わないようにしました。 (自費保険の場合、入院時食事(生活)療養費＝標準負担額となるためです)		H23.12.21
52		チェックマスタリストの「1 薬剤と病名」、「2 診療行為と病名」及び「6 投与禁忌薬剤と病名」について以下の修正を行いました。 (1)“#”が編集されている病名(疑い病名を認めない設定がされている病名)が明細にある場合、帳票の見出しに“#”の説明を記載するようにしました。 (2)“完”・“前”・“後”の一致条件が編集されている病名(部分一致以外の条件が指定されている病名)が明細にある場合、帳票の見出しに“完:完全一致”等の説明を記載するようにしました。		H23.12.21
53	nep 20120110-011	点数マスタよりリスト抽出を実施すると、84000001「電話再診(回)」の抽出が出来ない。 リストの対象範囲には、コメントのその他は、800000000～899999999も含まれると明記されている。 抽出条件として、 ①「コメント」と「その他」にチェックで「入力コード点数マスター一覧」では、抽出不可 ②「診療行為」「医薬品」「コメント」にチェックで「入力コード点数マスター一覧」では、抽出可能 本来は、①のチェックのみで抽出可能ではないでしょうか? 84・・・から始まるコメント以外にも抽出にかかっていないものが有るかもしれません。 あわせての確認をお願い致します。	入力コード点数マスター一覧を出力する際に「コメント」の「その他」の条件から800000000～899999999が対象外となっていましたので修正しました。	H24.1.26

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
54	ncp 20120215-018	亜急性期、回復期、一般病棟を有している複合病棟の医療機関様からのご相談です。 各病棟のレセプトの算定実日数の集計と、各病棟の入院患者延数を比較する為に、各入院基本料の診療行為コードより、指定診療行為件数調をつかって、該当者のTotal件数を調べたところ、患者延数と合いません。 亜急性期の入院基本料算定患者で調べたところ、他医受診(外泊)等の患者様のデータが抜けているように見受けられます。 各病棟の入院患者延数は、毎日、入院患者照会より、夕方、規定時間において各病棟の在院中の患者様の一覧を出力管理しているデータより集計しました。 条件指定が悪いのでしょうか？ 減算ではありますが、入院基本料の診療行為コードは同じではないのでしょうか？	・指定診療行為件数調(ORCBG016) ・診療行為別集計表(ORCBG017) ・診療行為別集計表(期間指定)(ORCBG017V01) について、外泊日の入院料が集計に含まれていませんでしたので含めるよう修正しました。	H24.2.23
55		処方せんの「処方」欄に記載する一般名について表示できる文字数を増加しました。 最大全角47文字まで表示できましたが55文字まで表示できるように修正しました。 ※今後さらに増やす予定です。 【般】+一般名(55文字)+【含量規格変更不可】+【剤形変更不可】=76文字 また、QRデータに記録する薬品レコードの薬品名称を最大全角50文字まで編集していましたので規格の全角40文字に修正しました。 ※QR対応の処方せんには用紙の下方欄外にコメントを表示するようにしました。		H24.4.6

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
56	ncp 20120406-047	レセプト確認用として会計カードを利用している医療機関様から、レセプトに記載される病名と会計カードに記載される病名が異なるとの報告がありました。 以下の現象を確認しました。 1. レセプト表示期間を設定している病名がレセプト対象月以外でも会計カードでは記載されます。(指定期間は「1」のみで、転帰は未設定のまま) 2. 病名欄入力時、病名編集状態であって末尾に「～の疑い」がない場合、会計カードでは「～の病名」が二重に記載されます。(「～の疑い」が病名末尾にある場合は、問題なし) 【例】病名「胎盤機能不全症の疑い 妊娠40週」(病名編集)→会計カード「胎盤機能不全症の疑い 妊娠40週の疑い」	月次統計帳票の会計カードについて、下記の事例に該当する病名の編集を行う際、「～の疑い」が二重に編集されないよう修正しました。 ----- 2. 病名欄入力時、病名編集状態であって末尾に「～の疑い」がない場合、会計カードでは「～の病名」が二重に記載されます。(「～の疑い」が病名末尾にある場合は、問題なし) 【例】病名「胎盤機能不全症の疑い 妊娠40週」(病名編集)→会計カード「胎盤機能不全症の疑い 妊娠40週の疑い」 -----	H24.4.23
57		処方せんの記載について下記の対応を行いました。 1. 一般名称の最大100文字(全角100文字、200バイト)に対応しました。 【般】+一般名称(100文字)+【含量規格変更不可】【剤形変更不可】 2. システム管理で「0 変更不可」と設定されている時、後発品又は先発品のある後発品に対して、099209905【含量規格変更不可】、099209906【剤形変更不可】及び099209908銘柄名記載を入力した時、「×」の記載を編集しないようにしました。 3. 099209905【含量規格変更不可】、099209906【剤形変更不可】が入力された時、保険医署名に医師名を記載するようにしました。 ※薬剤の種類に係らず医師名の記載を行います。 4. システム管理で「後発医薬品表示名称」に設定がある場合、後発区分が1であれば無条件に名称に追加していましたが、一般名記載の時は追加しないようにしました。 5. システム管理で「0 変更不可」と設定されている時、診療行為画面の[頭書き]ボタンにて処方せんを発行した場合、「保険医署名」欄に処		H24.4.23

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
58	4/13 お薬手帳発行について	処方区分が「院内」の医療機関にて、お薬手帳の発行フラグと院外処方の発行フラグを「発行あり」で設定しているとき、院内処方ではお薬手帳のみの発行となります。 院外処方にした場合、処方せんのみ発行されるものと思うのですが、臨時処方の入力があると、お薬手帳も発行されてしまうようです。	請求確認画面で、お薬手帳が「1 発行あり」と設定されている場合に発行するお薬手帳は院内投薬に対して行いますが、院外投薬で .290 内服薬剤(臨時投薬)で入力されている場合、お薬手帳の対象となっていました。 「1 発行あり」は院内投薬のみ対象とするように修正しました。	H24.4.23
59	support 20120418-006	処方せんの最終行の薬剤の錠数が印刷されないというお問い合わせがありました。 調査の結果最終行の薬剤が名称の長い一般名で、通常数量が印刷される部分まで名称の印字があり改行部分に「次ページへ続く」と印字されています。 文字数の問題かと思われますがこちらは修正可能でしょうか？	1剤の明細数が1頁以上ある場合で、1頁目の最終行が回数だけの行であった時に回数行が「次ページへ続く」になっていましたので正しく表示するように修正しました。	H24.4.23
60	お電話でのお問い合わせ 4月25日ー換算値設定時処方せん印字	059～で始まるコードで医薬品を登録し(単位を変更したいためとのこと)、院外処方では医薬品マスタで換算値、単位を設定したコードの直下に059～で作成したコードを入力しますと059～で作成したコードの数値が正しく院外処方せんに印字されないとお問い合わせがありました。	処方せんで、器材コード(「7xxxxxxx」または「059xxxxxx」のコード)の前の薬剤コードに換算値指定があった場合、前の薬剤の換算値を器材コードでも使用していましたので使用しないように修正しました。	H24.5.1
61		保険請求確認リストに記載する作成日がマシン日付ではなく、環境設定のシステム日付となっていましたので、マシン日付に変更しました。		H24.5.16
62	support 20120509-029	バージョン4.5.0 etch無床 診療費明細書の印字の件でお尋ねします。 ①同じ22項目の生化の検査をしただけの場合 ②他に画像診断や点滴をした場合 どちらも行数は1枚で収まるはずなのですが ②の場合、1行ごとに空白があいて2枚になってしまいます。 何桁目を過ぎると、2枚になるような設定になっているのでしょうか？	診療費明細書で、名称が2行になった項目の次の明細から1行毎に空白行を挿入していましたので、正しく編集するように修正しました。	H24.5.16

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
63	ncp 20120502-040	退院証明書の記載についてお尋ねします。 次の条件の場合、算定期間の記載で不明な点があります。 ・退院証明書記載: 2と3を記載する ・栄養管理経過措置: 栄養管理体制基準未適合 ・有床診療所療養病床入院基本料D ・65歳以上 ・入院期間: H24.4.11～H24.5.10 「2. 当該保険医療機関における入院基本料(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間(複数ある場合はそれぞれ記載のこと)」の「(1)入院基本料等の種別」が、 有床診療所療養病床入院基本料D(生活療養)(栄養経 20日間 有床診療所療養病床入院基本料D(生活療養)(栄養経 10日間 と記載されます。 有床診療所療養病床入院基本料D(生活療養)(栄養経過措置) 30日間 と記載するべきだと思いますが、4月と5月が別々に記載されるのはなぜでしょうか？	退院証明書の「入院基本料等の種別」欄に記載する入院料名称について、月を跨る入院で、入院料の名称が25文字を超える場合に正しくまとまらない不具合がありましたので修正しました。	H24.5.16
64	support 20120622-013	添付ファイルAのような内容で、処方箋を発行しますと処方箋が一枚となりQRコードの4つめが、出力されません。 添付ファイルBのように、コメントなどを1行足しますと正常に2枚出力され、QRコードの4つめが、出力されます。 添付ファイルAの状態ですと、薬局側のシステムで正常に読み取りが出来ません。	QR処方せんで、QRデータが4つ以上となる場合でも、処方内容が処方せん1枚に収まる状態であった場合は、処方せんを1枚のみ印刷していた為、4つ目以降のQRデータが印刷されない状態でしたので、これを修正しました。 1枚目の処方せんに、「次ページへ続く」と記載し、2枚目の2行目に「以下余白」と記載して4つ目以降のQRデータを印刷可能としました。	H24.7.4
65	genericname 20120803-002	ミルタックスパップ30mg(620007796)を一般名処方した時に、一般名は「ケトプロフェンパップ30mg」で出ていますが、一般名コードが、「2649729S1ZZZ」となっています。 厚生労働省のリストでは例外品目となっており、「2649729SAZZZ」が、正しいコードになるかと思っています。	QRコードについて 厚生労働省一般名処方マスタ(平成24年7月1日現在)の例外コードに対応しました。	H24.8.28

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
66	request 20110906-002	集計テーブルが処理日のため、定期請求をかける前に環境設定で3/31に変更し、定期請求処理をかけていただければ未収金一覧にあがってきます。処理後は必ず環境設定を当日の日付に戻してください。	(1)実行パラメータの処理区分に下記の区分を追加しました。 3:期間内の請求分(期間外の訂正・入金を含む) 4:期間内の請求分(期間外の訂正・入金含まない) これらの区分が指定された場合は収納(収納明細)の最初の処理日が期間内のものを対象に未収金一覧表の作成を行います。 (2)未収金一覧表(伝票別)について、入外区分のパラメータに“0”が指定された場合、入院・外来両方の未収金一覧表を作成するようにしました。	H24.8.28
67	request 20120206-003	会計カード(ORCBG007)のフォームについて。 病名が多いと、病名印字の為に複数ページ使ってしまうことがあり用紙が無駄になる。会計カードは入力した内容の確認の為に使用している為、病名印字は不要な場合が多い。印刷時の設定で病名印字の有無を決められるようになると良い。 また印字項目について他メーカに比べると絞り込みの機能がない。診区の範囲を指定できるようになるなどして欲しい。 説明文の中に病棟別や診療科別の設定があるか、数字1桁なのか2桁なのか等の説明を加えて欲しい。	(2)パラメータ説明について、下記内容の変更を行いました。 (1)病棟番号の必須桁数の記載を追加しました。 (2)診療科について、診療科コードを入力するように記載を変更しました。 (3)入外区分の指定が0の場合、外来の会計カードの編集を行う記載を追加しました。 (3)システム管理業務で日次・月次統計帳票の登録を行う際のパラメータ形式について、現状のPTNUM,YM,YMDなどに加え、数値、半角項目チェックを行う識別子を新たに追加し、日次・月次統計業務よりパラメータを入力する際のチェック強化を行うようにしました。	H24.8.28
		(1)現在のパラメータ「診療科区分」を「編集区分」に変更し、下記の区分内容に変更を行いました。 ※2、3を新たに追加 1:会計カードを診療科毎に編集する。 2:病名を非表示にする。 3:会計カードを診療科毎に編集し、病名を非表示にする。(1+2)	<追加する識別子> A:半角項目 A1~A10:半角項目(Aの後の数字は最大文字数。) N1~N10:数値項目 (Nの後の数字は最大桁数。必須項目の場合、初期値に“0”を編集する。) N01~N010:数値項目 (Nの後の数字は最大桁数。入力内容が最大桁数に満たない場合は前ゼロを補完する。)	

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
68	request 20111130-003	入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)で、処理区分『1 基準日時点で入院している患者および基準日に属する月に退院した患者』を選択した場合、既に退院した患者さんも出てきますが、いつ退院したか分からない為、退院日の項目の追加を要望されました。	入院患者通算日数一覧表および長期入院対象患者一覧表に退院日を追加しました。	H24.8.28
69	support 20120811-003	請求書兼領収書:標準プログラム名 ORCHC03V03A5 本日8/11に自費保険で診察料は算定せず自費の検査を入力後「複数科保険」で組合を選択し院外処方内容を入力し登録した所請求書兼領収書の合計点数が*****と表記されました。 請求確認画面の発行方法は 4全体をまとめて発行	外来の請求書兼領収書(ORCHC03, // V02, // V03, // V03A5)を診療行為業務から発行する際、自賠責保険で患者負担が無い場合の請求書兼領収書を発行した直後に複数保険入力を行った患者の請求書兼領収書を「4全体をまとめて発行」で発行すると、合計点数欄が“*****”と編集される不具合がありましたので修正しました。	H24.8.28
70		社保診療報酬請求書における一部負担金の記載方法について見直しがありましたので対応しました。 ・様式第一(一) 平成24年4月分以降の請求分について、一部負担金欄の最下段の「①合計」以外の斜線を全て削除します。 平成24年4月分以降の診療分について、該当する一部負担金の記載を行います。 ・様式第一(二) 斜線の記載は元々ありません。 平成24年4月分以降の診療分について、該当する一部負担金の記載を行います。		H24.9.26
71		処方せんQRコードについて 厚生労働省一般名処方マスタ(平成24年12月14日現在)の例外コードに対応しました。	2171700SAZZZ:硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」 2649731SAZZZ:フェルビナクパップ70mg「NP」	H24.12.17

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
72	support 20121128-003	.210+薬剤+10行のコメント+用法でフリーズが発生しました。	投薬の剤にコメントコードを10件以上入力した場合、薬剤情報提供書を発行時に、処理がフリーズしていたので正しく処理を行うように修正しました。	H24.12.25

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		ログインユーザー一覧画面について 同時に複数のユーザがログインユーザー一覧画面を開いている時に一方が一覧更新を行うと他のユーザの画面にも内容が反映されてしまう不具合がありましたので修正しました。		H22.3.19
2		平成22年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※診療報酬請求書、診療報酬明細書等、審査機関への請求関係についての対応は含まれていません。		H22.3.19
3		データ収集閲覧画面について ログ件数が100件以上になると一覧表示されない不具合がありましたので最新から99件表示するように修正しました。		H22.3.19
4	support 20100326-015	データ移行プログラムにてデータ移行してみました。保険情報以外の部分はほぼ問題なく完了しましたが、保険だけは殆ど成功しませんでした。保険者番号が昔の国保の6桁や政府管掌の4桁のレコードは移行できてるのですが、現在の協会けんぽの保険者番号が8桁のとか後期高齢者の保険者番号が8桁のは全部ダメでした。 これはどうしてなのでしょう？	患者保険情報のデータ移行で、保険番号マスタの終了に対応していませんでした。 政管の終了日が、2010.03.01 より後のデータを移行した時、患者情報取得失敗のエラーとなっていました。 患者保険情報の終了日が、保険番号マスタの終了日以降であった時、保険番号マスタの終了日にするように修正しました。	H22.3.30
5	ncp 20100401-078	グループ診療設定をしているお客様環境にて、52月次統計→本院分院マスター複写を行った際に、「印刷DBに更新できませんでした【マスター複写(入力セット)】」というメッセージが出力されてしまい、処理頁数が"0"となります。 印刷DBという表記でしたので、他の月次統計処理をしましたが問題なく処理されました。 考えられる原因はありますか？	「本院分院マスター複写」のレコード追加処理に誤りがあり、処理が正常に終了できない不具合を修正しました。	H22.4.2

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6		画面プログラムに誤りがあり「X」で画面が閉じてしまう不具合がありましたので修正しました。 (GFIL)クライアント保存画面 (I2FIL)クライアント保存画面 (LFIL)クライアント保存画面 (N21FIL)画像選択画面 (QFIL)クライアント保存画面 (TFIL)クライアント保存画面 (ZFIL)クライアント保存画面		H22.4.19
7		平成22年4月診療報酬改定における診療報酬請求に係る月次業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.4.19
8		日本医師会 平成22年度レセプト調査の集計票について対応を行いました。		H22.5.7
9		日本医師会 平成22年度レセプト調査の集計票について5月7日にパッチ提供を行いました。調査票のFAX番号とTEL番号に誤りがありましたので修正しました。 正しくは、FAX03-3942-6507／TEL03-3942-6504 です。		H22.5.10
10		定点調査の収集データで入院料加算点数など診療行為入力分が記録されない場合がありますので修正しました。		H22.5.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	nep 20100525-018	主従の二重化構成において、主サーバに対してプログラム更新を行うと、最後に「接続が切れました」という「エラー」ダイアログが表示されますが、プログラム更新は正常に終了します。その後、従サーバのプログラム更新を行うために、従サーバ上で従サーバのプログラム更新の画面を開くと「処理中です」と表示された状態でした。このまま「更新」ボタンを押しても「処理中です」のダイアログが開いてしまい、プログラム更新を行うことができませんでした。 (F2キーを押して情報削除を行えば更新は行えますが) これは仕様なのでしょうか？ このままでは主従二重化構成の従サーバに対して、プログラム更新を行えないのではないのでしょうか？	プログラム更新処理はジョブ管理の情報をリダイレクトしないようにしていましたが、ミドルウェアのバージョンアップによりリダイレクトの対処が漏れていました。 リダイレクトしないように修正しました。 ※パッチ適用後、次のプログラム更新から現象が解消します。	H22.6.15
12		定点調査の収集データで外泊の剤に入院料の内容を編集するようにしました。		H22.6.15
13		平成22年4月診療報酬改定における診療費明細書に係る改修を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.6.15
14		「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」の一部改正について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.7.16
15		「平成22年7月中国地方豪雨」による被災に関する診療報酬の請求等の取扱い等について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H22.8.26

その他

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

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すので修正しました。		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

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月診療分までとじていましたが、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

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
36	nep 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したでしょうか？	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

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
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
38	ncp 20110526-019	monsiaj-20110419版を使用しているのですが、明細書の印刷指示画面を開きますと、スクロールが出来ず最下行にある「レセプト種別不明」が確認できませんでした。 画面サイズの縦の設定を解像度より少ない数字にしてみました。現象に変化はありませんでした。 monsiaj-20110304版でも同様の現象が起きました。 明細書の印刷指示画面ではスクロールが出来ないのでしょうか？	monsiajにて明細書業務の印刷指示画面を開いた時、スクロールバーにて一番下の項目まで確認できない現象がありましたので修正しました。 また、請求確認画面についても同様の現象が確認できましたので同様に修正しました。	H23.6.27
39	ncp 20110602-022	日次統計画面で項番010下部罫線が処理結果ボタンの上まで引かれているので修正して頂きたいとの依頼が医療機関様からありました。 外見上だけで動作には支障ありませんが、解消方法を教えてください。	ver4.5.0の日レセにglclient2で接続した場合、(L01)日次統計画面画面の処理結果確認ボタンに罫線が重なって表示されていましてので修正しました。	H23.6.27
40		感染症サーベイランスの修正を行いました。	従サーバ接続時にもバッチ処理を起動していましたので起動しないようにしました。 システム管理業務でデータ収集感染症区分を変更した場合にデータ送信するようにしました。	H23.6.27
41	ncp 20110624-004	業務メニュー画面より、「F5再印刷」についてですが、一番左列の番号が“308”までは正常に再印刷出来ますが、“309”以降については、「頁の入力が違います」とエラー表示され、再印刷することはできません(複数日で確認しましたが、どの日も“309”以降再印刷できません)	業務メニューからの再印刷画面(XA02)で2頁以降の頁チェックに誤りがありエラーとなって印刷処理ができませんでしたので修正しました。	H23.7.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
42	ncp 20111031-010	2台構成でDBリダイレクタを使用。 職員情報にてユーザーを追加し、通常の窓口業務は2台の端末で同期処理を行っています。 それぞれの端末に「マスタ更新とプログラム更新」のみを行うアイコンを追加。 DBリダイレクタを設定した場合、クライアント側の日レセでは「マスタ更新」が行えない設定になっていると思いますが、「01:医事業務」がグレーアウトしているにもかかわらず、テンキーにて「01」と入力すると業務を選択できるようになっています。 他の業務でグレーアウトしている項目を選択した場合、「この業務は選択できません」と表示されるが、「01:医事業務」を選択番号にて選択した場合、エラーが表示されず業務が使用できる状態となっています。	従サーバ接続時の選択番号入力チェックに漏れがありましたので修正しました。	H23.11.24
43	das 07158	エラーメッセージの件について、再度医院様へ確認したところ、 1. 定点調査ファイルを作成しますか？→「いいえ」をクリック 2. 定点調査データを作成しますか？→「いいえ」をクリック と、画面を進め、最後に年月が表示される画面で9月が表示されず、「ファイルサイズが不正です」とメッセージが表示されるとの事をお聞きいたしました。	定点調査の報告データを作成する場合に「収集サーバへアップロードする前にデータを確認しますか？」で「はい」とした場合、作成された報告データのサイズによっては「ファイルサイズが不正です」というエラーで終了することがありましたので修正しました。	H23.11.24
44	ncp 20111216-006	データ移行ツールについてご質問がございます。 患者公費情報の「負担者番号」ですが、「データ移行仕様書:データフォーマット編(第8版)」によると属性は「英数」と表記されていますが、実際に全角文字の項目を移行しようとするとエラーとなり移行されません。 日レセに直接入力を行うと、負担者番号欄には全角入力が可能ですのでこちらについて改善は可能でしょうか。	負担者番号について全角文字の移行を可能としました。	H24.1.26

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
45	orca-biz 04233	東日本大震災に係わる一部負担金等の免除措置の延長について	災害に係る一部負担金減免について(食事対応) (962免除+959災害該当)又は(963支払猶予+959災害該当)の食事対応 1. 患者負担計算 入院時食事療養費及び入院時生活療養費の自己負担免除は平成24年2月29日までとし、3月以降は患者食事負担を発生させる。 2. 入院レセプト食事標準負担金額欄記載 3月以降は食事標準負担金額を記載する。 3. レセ電記録 3月以降は食事標準負担金額を記録する。 SI,97,1,197000110,3,1920,31 SI,,1,197000810,3,780,31 ← 食事標準負担金額の記録	H24.2.23
46		(M00)マスターメニューに表示する感染症サーベイランス参加の文言を修正しました。		H24.2.23
47	nep 20120220-003	「診療行為入力画面」で患者様を呼び出さずに「病名登録画面」へ遷移し、そこで患者様を呼び出す。その後、[戻る]で患者様が選択されていない「診療行為画面」へ戻り、そのまま「入退院登録画面」へ遷移すると、患者様が選択されているわけではないが、「病名登録画面」で呼び出していた患者様の情報が表示のみされている。しかしそのままでは何も処理できず、患者番号入力欄にカーソルを合わせ患者番号を入力し呼び出すか、一旦クリアして患者番号を呼び出すなどしなければならない。[前回患者]ボタンは効かなくなる。	病名登録から戻る際にプログラム内部で保持している患者IDをクリアしていませんでしたので修正しました。	H24.2.23
48		平成24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。		H24.3.21

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
49		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24年3月診療分までとしていましたが、平成25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25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。		H24.3.21
50	ncp 20111205-028	5年以上つかっているかなりデータ量もおおくなっている病院ユーザです。 610412202パリエット錠10mgの点数マスタに以下の設定がしてあります。 月上限回数 1 月総投与量 30.00 この設定がある場合、この薬剤を診療行為で入力したり、DOや訂正でこの薬剤を使用している日のデータをよびだしたりするときに、非常に動作が重くなります(時計マークのままがしばらくつづく)。 実際にtopでloadの数値をみると2から3になったりします。	SQL文を見直し改善を図りました。	H24.3.21

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
51		診療情報提供サービスから3月26日に提供された診療行為マスターにおいて施設基準コードが見直されました。 変更のありました中でも、自動算定を行っている時間外対応加算2の施設基準が訂正されたことによる影響を考え時限的な対応を行いました。 4月1日から施設基準 3155 (時間外対応加算2)に設定がない場合、時間外対応加算2の自動算定は行いませんので、算定する場合はこちらを設定してください。 4月1日からの施設基準情報の設定が、754から3155へ変更となっていない場合について、平成24年4月2日までは、マスターメニューから業務メニューへ遷移する時に、「施設基準コードの地域医療貢献加算が時間外対応加算2へ変更されていません。」と表示します。 表示の条件は、3月31日又は4月1日時点の施設基準754(地域医療貢献加算)が”1”で、3001、3155、3002(時間外対応加算)がすべて”0”であった場合に表示します。 ※マスタ更新処理を行い最新の状態にしてください。		H24.3.28
52		医療観察法(入院)について改定対応を行いました。 ※別途資料を参照してください。		H24.4.6
53		マスタ更新とプログラム更新の同時実行を不可としました。 処理を実施する時、他方が処理中の場合はエラーメッセージを表示し、処理が終わるまで実行できないようにしました。		H24.4.6
54		平成24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。		H24.4.23

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
55	ncp 20120410-047	「診療行為」>「氏名検索」をする際に結果が出るまでに2分近く掛かってしまう。	SQL文等を見直し改善を図りました。	H24.4.23
56	ncp 20120424-019	4月23日に提供されていますパッチ(プログラム更新)・マスター更新を行った後に帳票データ等の印刷データがプリンターに行かないと言う現象が数件寄せられていますのでご報告させていただきます。 確認されたのが51日次の「日計表合計」、52月次の「会計カード」、42明細書よりレセプトデータを作った時のレセプト等です。 51・52については処理開始から印刷した時には出てこないのですがプレビュー作成した後に1枚ずつなら印刷できるという現象で明細書については個別での印刷もできないとの事でした。(その他の処方箋や領収書はちゃんと印刷されるようです)	印刷スクリプトの修正で旧バージョンに対する考慮漏れがありましたので修正しました。 ver4.5.0の環境でmonpeパッケージのバージョンが0.6.7の場合に現象が発生します。 monpeパッケージのバージョンが0.6.8以降の場合は現象は発生しません。 スクリプトで0.6.7の状態でも印刷できるように対応しました。	H24.4.24
57		第57回パッチにより、以下の2テーブルのスキーマを変更しました。 一般名(TBL_GENERICNAME) 最低薬価(TBL_GENERIC_PRICE) DB管理情報は S-040500-1-20120511-2 となります。		H24.5.16
58		感染症サーベイランスの修正を行いました。	送信データのレイアウトを変更しました。	H24.7.6
59		平成24年10月診療報酬改定について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H24.9.26
60		感染症サーベイランスの改修を行いました。	文言について見直しをしました。	H24.10.25
61		マスターメニュー画面で感染症サーベイランスへ参加を促すメッセージが表示される場合、患者番号構成の年切り替えに該当する状態になってもそのメッセージが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。		H24.10.25