

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	request 20110125-003	国保と更正医療 (15) と特定負担無 (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+特定負担無の併用で請求 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+特定負担無の二つの組み合わせで国保+更正医療+特定負担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
2	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

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 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 nnnnnnn 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
4	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

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
5	kk 25940	生保険 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

13 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	support 20110712-010	他社レセコンよりデータ移行処理にて病名を登録しましたが、患者照会画面の病名で抽出すると登録されているはずの患者が表示されません。 尚、病名登録で任意の患者を参照すると、移行した病名がすべて登録されています。 そこで、登録されている病名を選択し、登録ボタンを押下すると照会にてその患者さんが正常に抽出されます。 上記について、病名で照会して抽出するにはどのようにすればよろしいでしょうか。	患者病名の転帰日未設定の判定条件の見直しを行いました。	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
1	ncp 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ただきましたので、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
2		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
3	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う。 099999904 出来高算定 (日) (入院料包括) のコード入力、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

2.1 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	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い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
5		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
6		画像診断でフィルムの下にコメントをコメントコードの後に「も」または「じ」を入力する方法で登録した場合、レセ電データの特定器材レコードのコメント欄へ記録されませんでしたので修正しました。		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
7	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、宜しくお願い致します。 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) ③000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. 1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

3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 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
2		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 0 1件目の収納請求額 + 調整金2 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

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	support 20110601-016	lucid 4.6で社保の確認試験を行いました オンライン確認試験結果リストをみると社保の確認試験で エラーコード 4301エラー又は確認事項 固定点数が誤っています。 事項名 明細書発行体制等加算 69× 1 点数 (誤) 69 (正) 73 事項名 時間外 (再診) 69× 1 点数 (誤) 69 (正) 65 となります 支払基金に確認したところ 再診料 69点 地域医療貢献加算 3点 明細書発行体制等加算 1点 計73点 時間外 (再診) 加算 65点 とのことです 夜間・早朝加算でも同様でした lucid 4.5の時はエラーは出ませんでしたよろしくお願いします	時間外再診に地域医療貢献加算または明細書発行体制等 加算がある場合のレセ電データの記録に誤りがありました。 【留意事項】プログラム更新処理によるパッチ適用後に再度 レセプト作成処理を行ってください。	H23.6.2

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
2	ncp 20110609-006	「21診療行為」で投薬内容を入力し「登録」とすると手帳記載加算 (薬剤情報提供料) を算定します。よろしいですか？ と表示されるので「OK」として登録しました。 レセ電データを確認すると 120002370 113701310 13 と表示されオンライン請求でエラーとなりました。 正しい内容は 120002370 10 113701310 3 となります。 こちらで検証した所、診療行為画面で薬剤情報提供料コード (120002370) と手帳記載加算コード (113701310) を手入力すると正しいレセ電データとなりました。 不具合かと思われますので、レセ請求に為至急対応お願い致します。	診療区分13、14 で自動発生したデータが基本項目でデータ区分2の場合にレセ電データの記録方法に誤りがありました。 例えば、薬剤情報提供料と手帳記載加算を自動発生にて算定した場合は以下のようになります。 (誤) 13 120002370 薬剤情報提供料 113701310 手帳記載加算 (薬剤情報提供料) 13点 (正) 13 120002370 薬剤情報提供料 10点 113701310 手帳記載加算 (薬剤情報提供料) 3点 【留意事項】プログラム更新処理によるパッチ適用後に再度レセプト作成処理を行ってください。	H23.6.10
3	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

番号	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	お電話でのお問い合わせ 6月8日 - 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 S I 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) ----- <4.6> ----- 修正前のレセ電記録 SI,80,1,199000510,,,, SI,,1,199000510,,10,19 SI,80,2,199000510,,,, SI,,2,199000510,,10,11 修正後のレセ電記録 SI,80,1,199000510,,10,19 SI,80,2,199000510,,10,11	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
5	ncp 20110620-021	MR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 MR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MR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 MR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
6		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
7	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
8	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
9	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
10		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

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	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	月途中で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 - 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 - 一部負担金を考慮して、変更 後レセプトの保険欄 - 一部負担金の記載を行ってしま 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
12	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、01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
13		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
14	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とのことでした。 主保険 後期高齢者 公費 186 被爆者体験 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

4.3 請求管理

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

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 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

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	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

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	orca-claim 01309	外用薬の院外処方を診療区分 (Q32)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

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

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	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

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		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。 「4 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「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		H23.6.27
2	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
3		クライアント保存でファイル名が未入力の際のエラー画面の表示が正常に行われていませんでしたので修正しました。		H23.6.27
4	ncp 20110610-020	データ移行プログラムにて 自院病名情報移行プログラム (ORCVTUSERBYOMEI) を実行すると以下の様なエラーが出て移行できない。 2011/06/10/17:18:05 W:PostgreSQL.c:1183:PostgreSQL: ERROR: 現在のトランザクションがアボートしました。トランザクションブロックが終わるまでコマンドは無視されます	自院病名のデータ移行プログラムで入力病名コードのチェック部分に不具合がありましたので修正しました。	H23.6.27
5	support 20110610-022	パッチ提供 (第 2回) を実行しましたが、(M97) プログラム更新管理一覧で以前には、「x年x月x日 提供されている最近の状態でした。」と表示されていましたが、今回からは表示されないように変更されたのでしょうか？	表示されなくなっていましたので修正しました。	H23.6.27

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
6		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
7	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