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
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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	ncp 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。 「2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？	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ができていました。 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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	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
6	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ませんでしたので削除するようにしました。	H23.9.26
7	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ましたので修正しました。	H23.10.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 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
2	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と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
3	support 20111101-016	バージョン4.6.0で機能アップされた内容で、照会業務の月の総点数を指定した場合ですが、月点数を指定＋保険の種類でSYA社保と指定して検索すると検索結果の対象から生活保護(公費単独)患者が除外されています。月点数を指定しない場合は生活保護(公費単独)患者は含まれます。	報告されている条件で検索した場合に公費単独分の患者が除外されていましたので対象とするように修正しました。	H23.11.24

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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が、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ので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・初診算定日が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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	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
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「c」または「C」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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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） （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１０００００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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	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み合わせで診療行為入力） 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
9	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」のようになっており、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み合わせで診療行為入力） 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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	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 頚椎 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_i01.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
11	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。 マル福を使っ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った場合においても、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った場合は、診察料がない場合とみなす。	H23.9.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	support 20111005-013	岡山県栄田郡西粟倉村の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　西粟倉村（栄田郡） 所在地　　岡山県英田郡西粟倉村大字影石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
13	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
14	ncp 20111028-010	ユーザ点数マスタ登録について、お尋ねしたいことがあります。 院外処方の医療機関様への導入のため、点数マスタより服用方法を登録しています。 「1日○回服用」等、1以上の数字の入る服用コメントは問題ないのですが、「○時○分に服用」等、ゼロが入る場合に行削除されてしまい、登録ができず困っています。 （10時30分ならOK、10時00分だとNG） どうにか登録できる方法はないでしょうか？	用法コード、コメントコードの埋め込み数値にゼロがある場合、行削除となることがありました。 埋め込み数値がすべてゼロの場合のみ、行削除とするように修正しました。	H23.11.24

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	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、「生+51負担無+80」で診察をし、窓口負担が￥0- 3日目、「生+80」で診察の入力をすると、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。 何度登録をしなお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
16	ncp 20111031-017	システム管理で薬情を月1回自動で算定する設定されている場合、最初の1回目は自動で薬情が算定されます。同月内で受診があり手入力で薬情を算定した後、訂正診療でもう一度確認すると手入力したはずの薬情が画面から消えていました。（会計照会でのレセプトプレビューでは算定されています。） 自動で月1回算定の設定であっても、月の初回に手入力した場合は別の日に手入力した薬情は訂正診療で呼び出しても消えていませんでした。 自動算定の設定をせず、最初から薬情を手入力している場合は別の日を訂正診療で呼び出しても消えていませんでした。 一度登録した内容を訂正診療で確認する事は多いと思いますので、入力した内容が正しく表示されるように修正していただけないでしょうか？ （ver4.5では訂正診療で呼び出しても正しく表示されていました。）	診療行為の訂正で、自動発生した薬剤情報提供料の展開をしないことがありましたので修正しました。 システム管理で自動発生を月 1回と設定している時に月の上限が 2回以上となった場合は展開しますが、手帳加算を算定してない場合に展開していませんでした。	H23.11.24
17	ncp 20111116-021	91マスタ登録＞101システム管理マスタ＞1038診療行為機能情報の発行日変更を1変更可能　とした場合、例えば環境設定のシステム日付が本日で、過去診療分を訂正して過入金の状態になったとします。 発行日をその過去診療日に変更してから一括返金ボタンを押した場合、変更した発行日が本日の日付に勝手に戻ってしまいます。	診療行為の請求確認画面で発行日を変更した後で、一括入金、一括返金及び一括入返金ボタンをクリックすると発行日がシステム日付に戻っていましたので修正しました。	H23.11.24

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
18		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
19	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でしょうか。	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
20	ncp 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、レセプト摘要欄及び点数欄から薬剤分の記載が欠落する現象がありました。 また、該当薬剤が中心静脈注射の薬剤と判定もできなくなることから、上記のように入力された場合は、「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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	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。 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）	＜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） 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－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。	H23.11.24

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	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
23	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用し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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	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点×10円×3割＝148,542円（四捨五入）148540円 80,100＋（495,140－267,000）×0.01）＝82,381円 148,540円－82,381＝66,159円 （この金額を患者負担に加算）	H23.12.21

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
25	お電話でのお問い合わせ12月12日－病名疾患区分からの自動発生	Ver.4.6.0からの病名疾患区分より難病外来指導管理料の自動算定についてのお問い合わせです。 リリース情報には、主病区分により優先が決定できない時は、「09 難病外来指導管理料」を優先とします。と記載されています。 疾患区分に「05 特定疾患療養管理料」と「09 難病外来指導管理料」がある場合でどちらも主病名の場合上記に該当すると思うのですが診療開始日が「05 特定疾患療養管理料」病名が先の場合、特定疾患療養管理料を自動発生します。 診療開始日が同じ場合、登録順が「05 特定疾患療養管理料」病名が先の場合特定疾患療養管理料を自動発生し、「09 難病外来指導管理料」病名が先の場合難病外来指導管理料を自動発生します。 入力順を変更（⇓↑にて）しても登録順が先の管理料を自動発生します。 どちらも主病名ではない場合は事例1のように難病外来指導管理料を自動発生しますが上記の場合の事例がないのですがこの動作は仕様でしょうか。 胃炎　開始日23. 4. 1　主病名　特定疾患療養管理料 スモン　開始日23. 4. 2　主病名　難病外来指導管理料 特定疾患療養管理料を自動発生 胃炎　開始日23. 4. 1　主病名　特定疾患療養管理料　先に登録 スモン　開始日23. 4. 1　主病名　難病外来指導管理料　後に登録 特定疾患療養管理料を自動発生 スモン　開始日23. 4. 1　主病名　難病外来指導管理料　先に登録 胃炎　開始日23. 4. 1　主病名　特定疾患療養管理料　後に登録 難病外来指導管理料を自動発生 ご確認いただけますでしょうか。	病名の疾患区分から自動発生する指導料で、同じ診療科で疾患区分09と05の病名が共に主病だった場合、先の病名の疾患区分が05であれば、難病外来指導料ではなく、特定疾患指導料を算定していました。 疾患区分が09の病名が主病であれば、難病外来指導料を算定するように修正しました。	H23.12.21

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26		薬剤の併用禁忌チェックについて チェックマスタの「4 薬剤と併用禁忌」でユーザが登録した併用禁忌 チェック内容を診療行為入力時にも行うようにしました。		H23.12.21
27		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
28		入院診療行為入力で、算定日をまとめて入力する時に1行に22文字以 上入力した場合、警告が解除できませんでした。 日付の行は22文字以上入力した時はエラーとするように修正しました。		H23.12.21

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20110819-015	管理コード1042病名・コメント機能情報の「移行病名・推奨病名警告メッセージの表示」の設定を「表示しない」にした状態で、22病名から移行病名扱いの病名を登録、または移行病名扱いの病名を変更しようと思い呼び出そうとするとORCAがフリーズします。	自院病名登録画面の推奨病名のチェックに不備があり、システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の「移行病名・推奨病名警告メッセージの表示」を「0 表示しない」と設定した場合にフリーズしましたので修正しました。	H23.8.25
2	9/2 自院病名疾患区分 自動発生	自院病名登録において、特定疾患療養管理料を空白で設定した病名を病名登録画面より入力コードで入力すると、特定疾患療養管理料が自動発生してしまいます。 4.5.0までは疾患区分が編集されなかったのですが、4.6.0では編集されるようです。	病名マスタに特定疾患療養管理料が設定されている病名を自院病名登録画面から特定疾患療養管理料を空白で設定した場合、病名登録画面でこの自院病名を入力したときに、病名マスタに設定されている特定疾患療養管理料を優先して表示していました。	H23.9.26
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と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 20111122-002	病名の入力CDで、病名に「偽水晶体眼」を入力すると、病名種別が「部位」と表示されます。 ver4.5.0では、病名種別を「部位」から「病名」に変更すると「病名コードでの組み立てができませんでした。編集病名とします。」と表示されますが、登録は可能でした。 ver4.6.0では、同じように入力しても登録できません。	自院病名画面で入力した病名コードまたは病名から設定した病名種別が「病名」以外のときに「病名」に変更した場合、編集病名に変更するメッセージの表示を行いますが、その後登録処理を行うと再度編集病名に変更するメッセージの表示を行い登録処理が行うことができませんでしたので修正しました。	H23.11.24
5	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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が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のようですがこれは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
2	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	support 20111216-005	◇入院期間：H23.9.5～H23.11.1 保険組合せを［001 後期高齢者］から［002 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. ［001 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［001 後期高齢者］から［002 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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 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日締めの請求書を発行するため 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が、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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

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した。 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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 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頂きます。 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とのことです。 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「－」(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「―」(jis:213d)も加えてチェックするように修正しました。	H23.9.26
2		配合錠チェック機能を追加しました。 詳細については、以下を参照してください。 http://www.orca.med.or.jp/receipt/outline/update/improvement/pdf/PD-460-06-2011-09-26-tablets-check.pdf		H23.9.26
3	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ましたので修正しました。	H23.10.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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（20002370）と手帳記載加算コード（13701310）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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	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） ----- <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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	ncp 20110620-021	MR撮影時に、電子画像管理加算（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）」と「ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断」を入力したところ、レセ上では、電子画像管理加算（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）」が70画像診断の一番上に表示されます。 「ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断」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（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）」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（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）」と「ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断」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（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）」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（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀ断層診断料）　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（ｺﾝﾋﾟ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（ｺﾝﾋﾟ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（ｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ断層診断料）	H23.6.27

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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、保険組合せで「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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	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」 　　請求点　　負担金額 保険　50,000　　44,400 公費１　　2,800 「B市後期高齢者レセプト」 　　請求点　　負担金額 保険　50,000　　44,400 公費１　　800 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」 　　請求点　　負担金額 保険　50,000　　0 公費１　　800 となります。	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－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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	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円単位であげてくだ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（1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
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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	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
15		システム管理の管理番号2005の病名編集区分の設定を「0 連結表示」とした場合、紙レセプトに補足コメントが記載されませんでしたので修正しました。		H23.8.25

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	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）することとなっており、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
17	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す。 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とのことです。 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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	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ませんでしたので修正しました。	H23.8.25
19	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
20	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
21	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	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
23	support 20110929-002	医療機関さまから連絡があり、国保連からレセ電エラーの連絡があったようです。 添付画像01の18行目付近のSIレコードが空白になっています。 入力は添付画像02のようになっており、一番上の行の注入器用注射針加算（その他）にSIコードが入っていません。 過去の1月～7月までは全く同じ入力で、レセ電エラーは発生していませんでした。 7月末に日レセバージョンを4.6.0にアップして、8月診療分でレセ電エラーになったようです。 昨日、現地でプログラム更新を行って最新の状態にしても同じでした。	基本項目で加算項目扱い(データ区分=2)のマスタのみを.143で入力された場合にレセ電データの診療区分の記録が漏れていましたので修正しました。 入力例 .143　　＊在宅加算料 114011070　注入器用注射針加算（その他） 6nnnnnnnn　(医薬品マスタ)	H23.9.30
24	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 7－23 931"となる	H23.10.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	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（0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と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＋015 限度額適用Ｂ 請求点73958点 保険　73958　84826 公費１　73960 → 73958	H23.10.26
27	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＋051”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 051 7390 189 140	H23.10.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	request 20110916-003	Ver4.6.0から病名に補足コメントが入力できるようになりましたが、紙レセプトを印刷した際に、病名とその補足コメントを合わせた文字数がレセプト病名欄1行の文字数（病名が摘要欄にあふれた場合には摘要欄1行の文字数）を超過した場合、超過分が印字されません。 補足コメントも病名と同じように折り返し表示されるようお願いいたします。	病名の補足コメントの追加によりレセプトに記載する傷病名が長くなったため3行まで記載できるように対応をしました。	H23.10.26
29	support 20111021-025	レセ電の傷病名レコードのエラーで10件ほど返戻になりました。 慢性鼻副鼻腔炎（急性増悪）が本来編集病名としてレセ電に記録されなければならないものが、そうなっていないようで、レセ電データをみると、確かに修飾語レコードが不正に思えます。 同一の患者で、8月診療分については問題ありませんでした。 環境はubuntu10.04LTS 日レセバージョン4.6.0（9月に4.5.0から4.6.0へバージョンアップしました）	患者病名登録済みの過去データについて予約コード（閉じ括弧等）が含まれている場合に病名編集フラグが設定されない場合があり、このデータについてレセ電作成時に未コード化病名とする処理で不具合がありましたので修正しました。	H23.10.26
30	ncp 20111104-014	42.明細書 レセプト一括作成時、診療年月を入力しない状態でshift+F11（入・外）を押した際にフリーズします。 ＜診療年月入力エラー＞と言うメッセージが出ている部分かと思います。 ※最上段の入外ドロップダウンでは問題なく動作いたします。	「42明細書」の一括作成時に、診療年月が未入力の状態で「入・外」ボタンをクリックするとフリーズしましたので修正しました。	H23.11.24
31	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32		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
33		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
34		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
35	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」と言う意味であるため、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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
36	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
37	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) 四ツ切（4分割）　1枚　4分画 ↓ 四ツ切（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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	support 20111203-006	レセプト電算テーブルのレセ電データ項目で、検査の場合に回数は、1回なのに、日にちの情報は、全ての日に1のフラグがたつ場合があります。 入院データで事象が発生しました。（外来はまだテストしていません。）	入院分のレセプト電算データに記録する算定日情報について、検査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ていました。また、特別食加算を算定時に算定日以外に回数が記録されていましたので修正しました。 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 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 修正後の記録内容 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 ※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。	H23.12.21

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40		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
41	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	ncp 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が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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

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ので「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い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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

71 データ出力

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20110818-006	入院の特定入院基本料についてお聞きします。 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
2		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
3	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

102 点数マスタ

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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		チェックマスタ業務の(X01)チェックマスタ設定画面にて、登録済みの設定に重なる期間を指定して確定ボタンをクリックすると、フリーズする不具合がありましたので修正しました。 （例） 登録済み期間 414.4.1 - 418.3.31 418.4.1 - 99999999 入力有効期間 0000000 - 99999999		H23.10.26

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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で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
2	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
3	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		患者一覧、複数患者取得一覧、患者検索一覧、診療科・職員情報一覧の各APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H23.8.25
3		診療行為内容返却と患者病名返却の各APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H23.9.26
4		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
5		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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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
2	ncp 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
3	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	support 20111007-030	※Ver 4.5.0（Etch／有床版） 【2　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。	ver4.6.0では出力ファイル名を/var/tmp/01BG01401.csvとしていましたので/var/tmp/01ORCBG014.csvに修正しました。	H23.10.26
5		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
6	11/7　入院患者検索結果一覧表	入院患者検索結果一覧表を出力した際、各ページの最終行が空欄で印字されますとのお問合せがありました。（4.6.0 のみの現象のようです）	入院患者検索結果一覧表について4.6.0で項目を追加したことにより印刷データが退避領域をオーバーしていましたので修正しました。	H23.11.24
7		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
8		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) "＃"が編集さていている病名（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ていている病名（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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		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「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		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が、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こりました。 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とき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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		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
8	ncp 20110801-006	他社のレセコンから、初めて患者病名を移行しました。 他社からの患者病名のデータ移行をしたときに、慢性疾患区分の設定ができません。 自院病名のデータ移行をした場合は、慢性疾患区分も設定できるのですが。 患者病名のデータ移行をしたときに、慢性疾患区分の設定ができないのは、プログラムの仕様がそのようになっているのでしょうか。それとも、どこかに設定があり、それを設定しないといけないのでしょうか。	慢性疾患区分の設定部分でプログラムの誤りがありましたので修正しました。	H23.8.25
9	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	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

Copyright(C) 2011 Japan Medical Association. All rights reserved.