

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	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、診察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、消えてします。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	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	nep 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	nep 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	「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_seiky_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	nep 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

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	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
9	request 20110831-002	昭和8年4月1日以前にお生まれの方に後期高齢者保険を登録する際に、保険有効期間開始日を空白のままにすると後期高齢者保険の制度が開始された「平成20年4月1日」が自動入力されますが、保険追加の場合も同様の処理をすると「平成20年4月1日」が自動入力されてしまい、「保険期間が重複します」のエラーになります。 他の保険と同じ処理で良い様に、保険有効期間開始日が空白の場合はシステム日付が自動入力されるようお願いいたします。	後期高齢者保険の開始日が未入力であれば、年齢に関係なくシステム日付を入力するようにしました。	H24.7.26
10	request 20120210-002	高額委任払の患者で、すでに入院される前に他医院にて35400円支払ってあるため、入院上限額は0円となり、標準負担限度額等だけの支払いとなる場合があります。 公費の種類で「964 高額委任払」を選択し、所得者情報の月上限額を0円に設定しますが、入院上限額が発生してきます。 これを0円の場合でも設定ができ、入院上限額が発生しないよう、ご検討よろしくお願い致します。	保険番号964(高額委任払)の所得者情報での上限額入力が0円設定(金額設定がない場合も含む)の場合、患者窓口負担(医療費)を0円とするようにしました。	H24.8.28
11	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。	H24.9.26

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
12		テスト患者以外で受診履歴のある患者の削除は、確認メッセージ表示後、再度、確認メッセージを表示して確認を促すようにしました。		H24.10.25
13		生活保護の期間を重複して複数登録ができるようにしました。		H24.11.27
14	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
15		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

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たので対象とするように修正しました。	H23.11.24

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
4		照会業務で現在同一診療月内のみ可能としている診療行為の数値指定検索機能について、最大12ヶ月の期間指定を行えるようにしました。詳細は別途資料を参照してください。		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
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ましたが、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います。 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

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

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. 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

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
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
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 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
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
12	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
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日〇回服用」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、「〇時〇分に服用」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

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、「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-で間違いのないとのこと。 何度登録をしながら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	nep 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いない場合に展開していませんでした。	H23.11.24
17	nep 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が修正しました。	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
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等を入力して下さい。」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
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。	<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
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

番号	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 $49,514 \text{点} \times 10 \text{円} \times 3 \text{割} = 148,542 \text{円}$ (四捨五入) 148,540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
25	お電話でのお問い合わせ12月12日一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

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
29	ncp 20111227-003	診療行為入力画面で設定上限回数を超えたときの警告メッセージです が、入院履歴がない患者において「救急搬送診療料が入院期間中に算 定されています。」のメッセージが表示されるようです。	点数マスタに週上限回数が設定してある時、週上限の警告 メッセージの内容が間違ってい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
30	ncp 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
31	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

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		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
33	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
34		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
35	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

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
36	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
37	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
38	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
39	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のことです。 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
40	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	
41	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

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
42	お電話でのお問い合わせ3月21日ー包括算定オフ設定	Ver.4.6.0でシステム管理マスタ1014包括診療行為設定画面で包括CDより包括対象外としたい場合、オフの設定が可能になっているかと思いますが、オフに設定しても包括対象外となりません。すべては確認しておりませんが慢性維持透析外来医学管理料、小児科外来診療料、有床診療所療養病床入院基本料で検査や処置をいくつかオフにしましたが包括対象外になりませんでした。以前は出来ていたように思うのですが設定等ありましたでしょうか。	ver4.6.0の包括診療行為設定で包括CDから包括オフ指定をしても包括対象外とならないことがありましたので修正しました。	H24.3.28
43		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
44		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

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
45	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
46		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
47	ncp 20120405-015	院外処方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

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
48	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★★」の表示はできますが、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
49	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
50	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
51	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

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	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
53	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
54	support 20120411-010	次のようなお問合せを頂きました。 ----- 2012/2/16 入院の患者様です。 2012/3/27 に、1回目の介護支援連携指導料を算定しました。 2012/4/10 に、2回目の看護支援連携指導料を算定すると、「入院中の上限回数を超えています。」というメッセージが出て、4月分の入力が出来ません。 ----- 制度改定前は、1入院2回まで算定できますが、制度改定後(4/1以降)は、2回目を入力すると、上記エラーメッセージが出てきます。	4月から介護支援連携指導料の入院中2回目の算定がエラーとなっていましたので、入院中2回まで算定でき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
55	ncp 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
56		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
57	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
58	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
59	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
60		4.6.0のみの現象のようですが、セット登録で有効期間を 1.24年3月までの履歴と 2.24年4月からの履歴で区切ったとします。 3.24年4月からの履歴を選択し、グロブリンクラス別ウイルス抗体価を検索します。 4.診療行為一覧選択サブ画面より検査を選択し、Enterキーを押します。 5.選択した検査が(K05)セット入力画面に入力されず、選択状態がクリアされています。 6.再度診療行為一覧選択サブ画面より検索を選択し、Enterキーを押します。 7.(K05)セット入力画面に検査が入力されますが、一番上に同一診療行為コードが重複して表示されます。 上記1, 2の直後に3以下の作業をおこなうと、現象が発生するようです。	セット登録で、有効期間が複数あり、開始日が「00000000」または、終了日が「99999999」の番号を選択した後、そのまま全角文字を入力して診療行為一覧表を表示した場合に、一覧表で選択したコードが正しく反映されませんでしたので正しく編集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
61	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)の外来負担計算修正(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)の外来負担計算について、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
62	ncp 20120501-004	外来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日に外来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。	外来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
63	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
64	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
65	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せんが、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
66	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
67	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
68	ncp 20120330-006	下記の件について、ご確認宜しくお願いいたします。 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
69	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
70	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
71	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
72	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
73	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
74	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
75	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
76	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－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 -----	H24.6.26
77	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
78		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
79		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
80		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
81	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
82	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くなりましたので、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
83	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)×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
84	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
85	nep 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
86	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
87	request 20120116-007	薬剤数のチェックは剤の点数が21点以上の場合にチェックされる仕様となっていると思いますが、剤を分けて入力している場合であっても、薬剤数のチェックは用法の種類が同じ薬剤を1剤としてまとめて、チェックを行うように設定変更できるように要望致します。	処方せん料の内服薬7種類以上の確認で各剤に入力された用法コードを考慮した判定を追加しました。 内服薬剤(院外処方)の剤の最終行の用法コード(001XXXXXX)が同一であれば同じ剤としてまとめて金額と種類数の判定を行います。 用法コードに埋め込み数値がある場合、数値も含めて判定の条件とします。 最終行が用法コードでない場合は剤のまとめ対象外とします。	H24.7.26
88		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
89	お電話でのお問い合わせ7月30日－処方せん料用法判定	27日のパッチにて対応しました処方せん料の用法コードでの判定について、最終行の用法コードが同一であれば同じ剤とし用法まとめでは1剤としてカウントされているようです。 こちらについては仕様でしょうか。 服用時点、服用回数が同じであっても、処方日数が異なる場合は2剤以上として取り扱うとうことになっていますが処方日数が違う場合は、オペレーターの判断が必要ということでしょうか。	処方せん料の内服薬7種類以上の用法まとめ判定に日数を考慮していませんでした。 用法コードと日数が同じ剤をまとめて内服薬の種類判定を行うように修正しました。	H24.8.28
90	support 20120822-002	抗シトルリン化ペプチド抗体定性または定量、MMP-3をおこなった場合、主たるもの1つに限り算定となります。 抗シトルリン化ペプチド抗体定量(160197410)が24年4月から新設されたコードとなり、重複算定のチェックがおこなわれていません。	改定で新規追加となったリウマトイド因子(RF)定量、抗ガラクトース欠陥IgG抗体定量、抗シトルリン化ペクチド抗体定量が主たるもの2つのチェックに対応していませんでしたので、チェックを行うように修正しました。	H24.8.28
91	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日以上投与があれば、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

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
92	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
93	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
94	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
95		投薬で医薬品コードの入力がなく、サンプル薬コメントコード「820000046(サ)」の入力があれば投薬の剤とするようにしました。 これにより処方料、調剤料、入院調剤料、調剤技術基本料(調基)の自動発生を行います。 麻毒加算等については判定ができませんので必要であれば手入力を行ってください。		H24.10.25
96		小児科外来診療料などで投薬が包括されて内服の7種類以上の逡減が発生した場合に登録ができませんでしたので修正しました。 自動発生した減点の剤が包括対象とならず点数エラーとなりましたので包括算定するようにしました。		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
97	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できました。 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
98	10/3 電話問合せ 同1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
99	support 20120924-012	複数科保険を使用したときに領収書の発行フラグが「発行なし」になる現象が出ています。 「発行なし」になる条件。※普段は「発行あり(請求あり)」に設定。 保険+特定負有の患者様で、先に併用内容を入力し、且つ薬剤を入力した場合 検査を入力した場合は「発行あり(請求あり)」になっています。 ※院外処方のお客様 ※同現象は、複数の患者様で出ています。	診療行為の請求確認画面で、システム管理で請求書発行区分の設定が、「発行する(請求額あり)」で設定されていても、請求書兼領収書発行区分の初期表示を請求額がある場合でも、「0 発行しない」と表示することありました。 システム管理の入金・返金額設定が「0 今回請求外のみ」以外の設定であった場合、複数科・保険で算定した時の合計請求額がある場合でも、最後の収納の請求額がゼロの場合は「0 発行しない」を表示していました。 正しく初期表示を行うように修正しました。	H24.10.25
100		外来で同日の受診内容が自費コードのみの時、再診料を自動発生しますが、新規の受診で初診算定の登録がない時は、初診料を自動発生するようにしました。		H24.10.25
101		中途一覧の表示件数が100件以上となった時に、画面表示に不具合が発生して選択できませんでしたので修正しました。		H24.10.25
102	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
103	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
104	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
105	ncp 20121026-023	20121025のプログラム更新を実行すると診療行為の院外で薬の入力はせず、処方せん料のみ入力すると以前表示されていた「特定疾患処方加算が算定できます」が表示されません。 表示されるようにお願い致します。	ver4.6.0で処方せん料のみ手入力をした時、特定疾患処方管理加算の確認メッセージの表示を行いませんでした。 投薬の入力がなくても、処方せん料の入力があれば特定疾患処方管理加算の確認メッセージを表示するように修正しました。	H24.11.27
106	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しまっ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

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
107	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
108		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
109	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
110	お電話でのお問い合わせ11月8日-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

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
111	ncp 20121116-004	システム管理マスタ「1007 自動算定・チェック機能制御情報」で、訂正時の自動発生(入院)「0 算定しない」に設定した時の動作について。 ver4.5では、診療行為確認画面で検査の判断料(自動算定で◎が付いている所)を削除し登録した後、再度訂正で開いても削除した判断料は復活しませんでした。ver4.6では、削除した判断料が復活しています。手術後医学管理料を算定している月は判断料は算定しない為削除していますので、ver4.5の時と同じ動作にしていただけないでしょうか？	システム管理で訂正時の自動発生(入院)が「0 算定しない」と設定されている場合でも、入院の訂正時の登録で検査判断料等の自動発生を行うことができました。 入院の訂正時に「訂正時の自動発生(入院)」ではなく「訂正時の自動発生(外来)」の設定で判定を行っていましたので正しい設定項目で判定するように修正しました。	H24.11.27
112	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
113	support 20121122-011	Ver4.6より労災・自賠責の金額フリーコードが使用できるようになりましたが、健保準拠の場合でも使用できるようにしていただけますでしょうか？ 現在健保準拠で09593XXXXの金額フリーコードを使用すると、訂正で開いた際に.809その他(労災・自賠責入力)というコードが付き、その状態で登録しようすると「この診療種別は外来の労災・自賠責での対象です。入力できません。」とエラーメッセージが表示され、登録ができません。	自賠責保険が健保準拠となっている場合、「.809 その他(労災・自賠責入力)」がエラーとなっていましたのでエラーとしないように修正しました。	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
114		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せ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せを変更した場合は、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
115	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いるも、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

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	病名を入力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。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

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
6	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
7	お電話でのお問い合わせ12月16日ー病名補足コメント	Ver.4.6.0の補足コメントについて以下の2点の動作は仕様でしょうか。 1、病名欄へ病名をワープロ入力 補足コメント欄で入力CD検索を押下すると、自院病名以外のあるので自院病名検索はできませんとエラーになる。 2、補足コメントを先にワープロ入力 その後病名を入力すると補足コメントが消える。	補足コメント欄で入力CD検索を押下すると、「自院病名以外の入力があるので自院病名検索はできません」とエラーになり検索が行えませんでしたので修正しました。 患者病名画面で補足コメントを入力後、入力CD検索より病名を入力した場合に補足コメントが消えましたので修正しました。	H24.1.26
8	ncp 20120210-006	460の新機能、病名の入力CDの変更をととても便利に使っていたのですが高確率で、変更前、変更後の両方が残ってしまう現象が起きています。 お送りした画面キャプチャは左室肥大に対する入力CDを「sasitu」から「sasituhi」に「hi」を追加し変更した画面です。 決して新しく登録した病名ではありません。	「22 病名」の自院病名登録画面で登録済みの自院病名CDを上部の一覧から選択せず、入力コード欄よりコード入力を行いコード変更を行ったときに元のコードの削除処理が行われませんでしたので修正しました。	H24.2.23
9	request 20120704-002	病名が20個以上あるような患者様で新しい病名を追加登録すると、4.5.0etch版の時には自動的にスクロールが1番下に動いて登録した病名がすぐに確認できていたのですが、4.6.0 lucid版では登録をした後、スクロールをしないと病名が見えなくなったそうです。 登録した病名がスクロールをしなくてもすぐ画面上で確認できるようにはできないでしょうか？	登録後、自動的にスクロールするように修正しました。	H24.8.28

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
10		患者病名画面、自院病名登録画面で病名欄から病名を入力時、病名から検索した傷病名コードから未コード化傷病名とならない傷病名コードを優先して返却を行うようにしました。		H24.8.28
11	request 20120301-005	病名コード登録時にコードの一部を入力すると、自院病名検索画面が表示されますが、検索結果が1件の場合も選択番号を入力しなくてはなりません。 診療行為画面(診療行為一覧選択サブ画面)であれば検索結果が1件の場合は選択番号を入力しなくてもEnterで確定がされます。 入力の際に少しでも簡単に入力したいとのことですので、自院病名検索画面も診療行為一覧選択サブ画面と同様の仕様にしてほしいと要望をいただきました。	患者登録画面で自院病名コードの一部を入力した場合、対象の自院病名が1件のときは選択画面で選択しなくてもそのまま確定を可能としました。	H24.8.28
12		患者病名画面で[入力CD]ボタンを押した時に病名の入力があれば、自院病名登録画面に病名を引き継ぎ、自院病名コードの登録を可能としました。		H24.11.27

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
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
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

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
3	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 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$\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
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
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
6	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 医療機関情報ー入院基本]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 医療機関情報ー入院基本]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
7		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
8		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
9	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)が公費登録してあり、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
10	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
11		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)までとする対処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
12	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
13	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す。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
14	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
15	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)であった為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
16	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
17	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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	request 20111115-003	療養病棟入院基本料の算定期間中に65歳になり次月会計テーブルが作成済の場合、転科転棟転室で療養病棟入院基本料(生活療養)を選択し直さないといけないが、入院料の変更漏れを防ぐために、入院会計照会に警告メッセージを表示してほしいとのことです。	療養病棟入院基本料(有床診療所療養病床入院基本料)を算定する患者について、65歳となり生活療養の入院料への変更が行われていない場合、入院会計照会画面に警告メッセージを表示するようにしました。	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
23	お電話でのお問い合わせ 8月9日－災害該当前期高齢者一部負担金	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
24	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
25	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
26	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
27		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
28		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
29	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 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
2		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
3	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

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
4	ncp 20120113-020	包括診療行為設定にて、「522 精神療養病棟入院料」を包括処理している医療機関において、日次統計の「入院診療データ一括登録」を行うと、本来包括される診療行為が、包括されておらず、該当する診療行為が登録されている日付を「21 診療行為」画面で、訂正診療日で開くと、包括診療として、登録されるようです。 訂正診療日で開けば、包括されるとの事ですので、包括診療行為設定には、誤りが無いものと思います。 何が原因でしょうか？	入院診療データ一括登録の処理を行った場合、入院料に包括される項目が包括扱いとならないことがありましたので修正しました。	H24.1.26
5	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
6		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

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
7	request 20110722-002	食堂加算の算定要件を満たしている病棟に入院する患者で、入院初日は絶食だったため“食なし”で入院登録後、食事が取れるようになったので“32入院会計照会”の食事を指定し一括修正で“1/*-*a”のようにまとめて食事を入力しますが、その際食堂加算にも同時に“1”が設定できるように改善をお願いします 食堂加算は、病棟単位で加算ができますので、その病棟に入院していて食事を算定することになったときには、必ず食堂加算も算定することになります	入院会計照会画面で食事算定が無い日(食堂加算も算定されていない)を、食事有りに変更登録した際、該当する病棟が食堂加算を算定可能な病棟である場合は、食堂加算のカレンダーも連動して“1”を設定するようにしました。	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	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、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

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 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とことです。 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(―)(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ました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っていましたので修正しました。	H23.10.26

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
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
5	ncp 20120203-015	データチェックにおいて特定のパターンのデータで病名が誤って表示されるようです。 再現手順 患者1 1/4 外科で初診算定し、病名としてインフルエンザを1/4開始で登録 2/3 内科で初診算定し登録 患者2 1/4 外科で初診算定し、病名として感冒を1/4開始で登録 2/3 内科で初診算定し登録 患者3 1/10 外科で初診算定し、病名として高脂血症を1/10開始で登録 2/3 内科で初診算定し登録 データチェックにて、2月分を「6.診療開始日 2 確認 全印刷」、「院外処方 1 院外処方を含む」でチェックをかけます。 患者1のチェック内容に [内科] 初診算定日から開始になる病名が存在しません[3日] [外科] 初診算定日以前より継続中の病名が存在します[3日] と表示されますが、患者1の外科のチェック結果には、病名が表示されません。 患者3のチェック内容に [内科] 初診算定日から開始になる病名が存在しません[3日] [外科] 初診算定日以前より継続中の病名が存在します[感冒 3日] と表示されますが、患者3の外科のチェック結果に表示される病名が「感冒」となっています。 患者3の病名には「感冒」は存在せず、患者2登録した病名が出力されています。 どうやら、表示する病名を誤ったところから持ってきてしまっているようです。	データチェックの確認項目「6 診療開始日」で行なっている初診算定日の継続病名チェックについて、システム管理「1101 データチェック機能情報」で診療科別のチェックを”する”に設定している場合、エラーメッセージ中の病名が正しく編集されない不具合がありましたので修正しました。	H24.2.23

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
6		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
7	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
8		チェックマスタ「薬剤と病名」の適応病名のグループの設定機能を「診療行為と病名」でも行えるようにしました。		H24.6.26
9	お電話でのお問い合わせ 9月11日—データチェック診療科別診療開始日	データチェックの診療開始日について システム管理マスタ1101データチェック機能情報2の患者病名—診療科別チェックをとした場合診療開始日のデータチェックでも診療科別のチェックを行うとマニュアルに記載されています。 A科の病名に転帰を入力せずB科で初診料算定しますと診療開始日のデータチェックで4. 6. 0ではA科 初診料算定日以前より継続中の病名が存在しますと、チェック対象となります。 4. 5. 0ではチェック対象とならなかったのですがこちらは変更されているのでしょうか。	4.6のデータチェック「6.診療開始日」のチェックについて、システム管理マスタ1101データチェック機能情報2の患者病名—診療科別チェックを「する」とした場合でも診療科別にチェックを行わない不具合がありましたので修正しました。	H24.9.26

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
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

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
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) ----- <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	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
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

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
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																					

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
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もので、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
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

番号	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

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	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
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
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。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
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
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。 入力添付画像02のようにしており、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 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
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
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(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”999999”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+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

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
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、そうに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ます、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えます。 ※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

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		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

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	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
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

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	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

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
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

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	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
43	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

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
44	kk 27210	「86被爆」+「87長崎障害」を使用した場合は問題ありませんでした。 ただし、こちらの確認不足だったのですが「87長崎障害」ではなく「87長崎障円単」を使用した場合の記載の対応がされていないようです。 「87長崎障害」と同様に「87長崎障円単」への対応をお願いいたします。	長崎県地方公費レセプト記載対応 ＜”主保険+186+287”と”主保険+287”＞ 又は、＜”主保険+186”と”主保険+287”＞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ー 一部負担金及び一部負担金再掲記載対応 (例)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+287 請求点 2998点 (11830) (8830) (3000) 保険 11823点 11830 → 11830 公費1 8825点 公費2 2998点	H24.1.26
45		院外処方みの点検用レセプト(請求点数0点公費分)を作成する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-460-16-2012-02-23-seikyuten-zero.pdf		H24.2.23
46	お電話でのお 問い合わせ2 月3日ー包括 入力出来高算 定	.240の入院調剤料を出来高算定(剤)で算定した場合、レセプトの点数欄は2日7点となります。 出来高算定(剤)を使用して1日7点とはならないでしょうか。	下記診療行為入力を行った場合、24調剤の日数記載が2日となっていましたので1日となるよう修正しました。 .240 099999903 出来高算定(剤) 120001110 調剤料(入院)	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
47	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
48	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
49	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
50		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

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
51		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
52	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
53		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
54	ncp 20120424-037	入院で個別レセプトを作成すると、処理が正常に終了する患者としない 患者が発生しています。 4月23日提供のプログラム更新、マスタ更新後作成しました。 調べてみたところ、入院基本料を算定していない患者(産婦人科のため) のレセプトが作成されないようです。 また、一括作成も処理が終了しませんでした。	レセ電データを作成する設定で、入院料を算定されていない 患者が含まれる場合、入院レセプト処理を実施すると(R99) 処理結果画面で「レセ電データ作成」の表示から処理が進 まなくなる不具合がありましたので修正しました。	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
55	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
56	nep 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
57		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
58		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
59	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															
60	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></td><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>保険</td><td>6000</td><td></td></tr><tr><td></td><td>↓</td><td></td></tr><tr><td></td><td>請求点</td><td>一部負担金</td></tr><tr><td>保険</td><td>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																	
61	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															

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																								
62	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																										
63	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
64		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

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
65	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
66	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ー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】保険欄ー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

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	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
68	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
69	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ため、”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
70	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
71	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
72	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
73	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
74	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
75	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																														
76	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
77	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 53400 44400 (※2) 公費1 50000 44400 → 44400 公費2 9000 (※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 10000 12760 (※2) 公費1 15000 5000 → 5000 公費2 17760 (※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 10000 10000 公費1 5000 → 5000 公費2 (※) ”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
78	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
79	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

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
80	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																								
81	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(※)																									
82	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
83	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
84	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

番号	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	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ー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	
86	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

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
87	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
88	nccp 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した。 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
89	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
90	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
91	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
92	8/15 自賠責新 様式 オーバー レイ印刷	標題の件にて、添付レセプトの赤字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
93	ncp 20120731-027	生保をお持ちの患者様で、月の途中で53(児童保護措置)をお持ちになった場合のレセプトですが、明細書の個別作成を行った場合、「ファイル書き込みエラー FILE=RECE090【保険情報編集】」となり明細書の作成が出来ません。	同じ適用開始日で登録した生保(12)と児童保護(53)で同一診療月に診療を行った場合、レセプト作成で保険履歴ファイル作成時にエラーとなりましたので修正しました。	H24.8.28
94	ncp 20120807-001	先月請求のレセプトでは精密持続点滴注射加算がレセプト上に記載されているのですが、今月請求レセプトを確認しましたところ、対象薬剤が入力されているにもかかわらず、精密持続点滴注射加算が記載されていませんでした。 会計カードにて確認しますと、精密持続点滴注射加算が記載されています。 レセプトに記載されるようにはならないのでしょうか。	入院レセプトについて以下の対応を行いました。 手術入力日に精密持続点滴注射加算と注射薬剤を1剤でまとめて入力し、点滴手技料が算定されていない場合のレセプト記載について、摘要欄に精密持続点滴注射加算の明細が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H24.8.28
95		転帰済みの傷病名についてレセプト表示期間を設定した場合に、表示期間が転帰日以降となっても転帰日に該当する診療年月のレセプトまでしか記載できませんでしたが、システム管理の設定により転帰日に関係なく表示期間によるレセプトへの記載可能としました。	システム管理「2005 レセプト・総括編集情報」に「転帰済傷病名記載区分」で表示期間を転帰日より優先する設定を追加しました。	H24.8.28
96		明細書の個別作成画面でコラムリストに表示しきれないデータが登録してある場合、新しいデータを登録後に自動的にスクロールして確認できるように修正しました。		H24.9.26
97		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

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
98	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円にしないで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X10円X0.3=1011円 1011円X0.5=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
99	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
100	support 20121011-005	医療機関様より、オンライン請求時に以下のエラーコードが表示された患者がいるとの事で、確認依頼がありました。 ■エラーコード L2553: 当該項目の桁数が不足しています。	生保と精神入院のように適用開始日が同じで期間を重複して登録された公費が複数あり、同一診療年月にそれぞれの公費で入院レセプトを作成したときに、レセ電データの記録方法に誤りがありましたので修正しました。	H24.10.25
101	nep 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
102		地方自治体独自の医療費助成についてレセプト記載となる都道府県が増え、月途中の患者転居等による負担者番号変更によりレセプトへ記載する公費の数が増えることとなります。 現在、レセプト電算処理システムにおいて公費が4つを超えた場合に該当するレセプト種別が設定されていないため、該当するレセプトについては種別不明レセプトとして作成するようにしました。		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
103		システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に「点検用・提出用初期表示」の項目を新設しました。 これにより、「42 明細書」の初期表示の設定ができます。 デフォルトは「1 提出用レセプト」となります。		H24.11.27
104	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
105	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
106		診療行為入力したコメントのみの剤について、レセプト記載(記録)を行うようにしました。 (現状は限定した診療区分のみ対応していますが、診療区分を限定しないようにしました。)		H24.11.27
107	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

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
108		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

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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		「44 総括表、公費請求書」で入力した診療年月に該当する未実施の未請求解除データが存在した場合、「未実施の未請求解除データがあります」のメッセージが表示できていませんでした。 0点公費記載ありの点検用レセプトも存在した場合に両方のメッセージを表示できるようにメッセージ欄を分けて別々に表示するようにしました。		H24.6.26
2		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
3	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

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		クライアント保存方法をFileEntryウィジェットからPandaDownloadウィジェットに変更した際に二つ目のファイルの保存が出来なくなっていましたので修正しました。		H24.6.26
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		lucid、hardyともに、4.6.0で月次統計から統計データでクライアント保存にて実行すると、正常に保存できた後、接続が切れクライアント終了してしまいます。 どうも6月26日のパッチから発生している現象のようです。	クライアント保存方法をFileEntryウィジェットへ戻しました。	H24.7.4
4	request 20111024-005	統計データで取得するデータには、患者登録の住所データの後半部分が反映されていないので、後半部分のデータも取得できるようにして欲しい。	日次統計、月次統計より出力する統計データの住所欄に、患者登録画面で入力された番地方書を含めた内容を入力するようにしました。	H24.8.28
5		(1)日次・月次統計業務より、標準帳票・公開帳票の登録を行えるようにしました。 (2)登録順の変更を行えるようにしました。		H24.8.28
6		日次・月次統計業務のパラメータ説明画面にユーザーが自由に入力を行えるメモ欄を追加しました。標準帳票のパラメータ説明への補足を記述したりすることが可能です。		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
7	ncp 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 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

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
4		「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

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	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)は追加されていないため、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
6		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
7	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
8	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室分で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
9		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
10	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
11	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
12		システム管理[3002 統計帳票出力情報(月次)]より月次統計業務で、ユーザー用の「メモ欄」の入力のある帳票を選択して登録処理を行った場合にメモ欄の内容がクリアされてしまう不具合がありましたのでこれを修正しました。 (注) ・プログラム名が変更された場合は「メモ欄」のクリアを行います。 ・「メモ欄」の入力は月次統計業務の(G03)月次統計ーパラメータ説明画面の「メモ欄」より行います。		H24.11.27

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
2	support 20111015-012	点数マスター帳票出力設定画面のCSVファイル出力についてと問いわ せです。 点数マスタ→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
3		医薬品リストに一般名を表示したリストを作成できるようにしました。 画面で一般名をチェックすることで作成できます。		H24.7.26
4		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		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
2	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
3	request 20110518-004	チェックマスタの「薬剤と病名」をお使いの医院様より「リストに終わった薬剤が印刷されてきて来て、かなりの枚数が出る。何とかありませんか？」と問合せがありました。 経過措置が終了した薬剤は、薬剤と病名で登録されている薬剤リストの対象外となるようにお願いできますでしょうか。	(X91)チェックマスター帳票出力設定画面に基準日の項目を追加し、基準日時点で有効期限の切れの薬剤・診療行為はチェックマスター一覧に編集しないようにしました。 (基準日の初期値はシステム日付とし、任意の日付に変更が可能です。)	H24.8.28
4	ncp 20120830-015	①マスタ登録→チェックマスタにて「1薬剤と病名」を選択 ②620003796 プリンペラン注射液10mg 0.5% 2ml を呼び出します。 ③次画面にて、「M 適応病名」を選択するとその時点でその端末は「呼び出し中です・・」でフリーズします。 その後別の端末では、チェックマスタの画面に入ろうとした時点でフリーズします。	チェックマスタ設定時、長い病名を入力したときに処理がループする場合があります。 41文字以上の病名を検索した場合の病名コード検索条件に不備がありましたので修正しました。	H24.9.26

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
5	request 20120217-004	(X04)チェックマスタ設定?適用コード設定(病名)において、画面下部の病名コード欄に入力コードまたはマスタコードを入力することが可能ですが、この欄で入力したときの動作を「22病名」と同様にしていただきたいです。(下記2点) ①入力コードを全て入力せずにEnterした場合に、候補のサブ画面を表示する。 ②病名／病名／病名と続けて入力を可能にする。(現状では、続けて入力すると病名病名…と1行に繋がってしまいます)	病名入力コード検索の対応を行いました。 1. (X04)チェックマスタ設定ー適用コード設定(病名)画面 ・病名追加時に病名コード欄に入力コードまたは病名マスタコードにて複数の病名の入力を行えるようにしました。 ※病名変更時に複数病名のコードが入力された場合は現状どおり1つの病名としてみなされます。 ・病名コード欄に入力コードの最初の数文字のみが入力された場合、入力内容を元に自院検索画面の表示を行うようにしました。 ・入力コード検索ボタンを追加しました。入力コード検索ボタンをクリックするか、または病名コード欄で“／／”が入力された場合、自院検索画面の表示を行うようにしました。 2. (X01)チェックマスタ設定画面 ・チェック区分に「8 病名と薬剤」または「9 病名と診療行為」が選択された際に、病名コード欄に入力コードの最初の数文字のみが入力された場合、入力内容を元に病名一覧選択画面の表示を行うようにしました(入力コードの部分一致検索を可能としました)。	H24.10.25

CLAIM

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

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	nep 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
5	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
6	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
7	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
8		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		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
6		患者登録の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。		H24.7.4
7	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

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
8		患者情報返却で「禁忌」「アレルギー」「感染症」「コメント」等の項目を追加しました。		H24.11.27

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
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

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) 【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。	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

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
9	ncp 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、8000000000～8999999999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8000000000～8999999999が対象外となっていましたので修正しました。	H24.1.26
10	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

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
11		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
12		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
13	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
14	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
15	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「059xxxxx」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
16	ncp 20120501-010	何度か外来の会計カードを弊社でも作成させていただいたのですが、処理件数が150件時点で処理が止まってしまい、15分程で会計カードの作成に失敗しましたとエラーコメントが出てきます。 エラーコメント 会計カードの作成に失敗しました。患者番号: ? (ID: ○○○) ある患者番号で止まっているみたいですが、その患者番号を確認しましたところ、診療内容、収納内容、病名共に入力なく、病院様にも確認しましたが7年以上来院がない方でした。	月次帳票の会計カードに不具合があり、診療行為業務で診療種別「.990」を入力後にフリーコメントコード(810000001)を入力し、内容を未入力にした場合、会計カードが印刷されない不具合がありましたので修正しました。	H24.5.16
17		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

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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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。 (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)	(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。 ＜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。)	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
23	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
24	request 20111110-001	ORCBG01V01診療科別医薬品使用統計量で院内処方分のみ薬剤使用 量を出したいが処置薬剤まで含まれてくる。処置や検査などで診療区分 を区切ってある薬剤を除いた、院内処方分のみを抽出できるようにして いただきたいと要望がありました。	診療科別医薬品使用量統計の抽出条件に診療区分を追加 しました。	H24.8.28
25		(1)会計カードに表示している傷病名について補足コメントの記載を行う ようにしました。補足コメントを加えた文字数が1行の最大文字数を超え る場合は次の行に折り返して編集します。 (2)傷病名欄の1行の最大文字数を全角26文字から全角28文字に増 やしました。		H24.8.28
26	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
27	support 20120830-023	28日あるいは29日のプログラム更新を行ったところ月次統計の会計カー ド(ORCBG007)でタイトル部分と作成日の部分が重なって印字されるよう になりました。	作成日と入院・外来の項目位置がずれていましたので修正 しました。	H24.9.26

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
28		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

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
29		お薬手帳について以下の改修を行いました。 (1)QRコード対応 JAHIS 電子版お薬手帳データフォーマット仕様書Ver.1.0を参考とし作成します。 以下の設定によりQRコードを出力できます。 システム管理「1910プログラムオプション情報」から、プログラム名 ORCHC62 を選択します。 オプション内容に QRKBN=1 を追加します。 ----- #COMMENT2=0 QRKBN=1 ----- ※プログラム名 ORCHCN62 (入院対応)も同様です。 (2)特定器材が商品名コードで入力されている場合、商品名の出力を可能としました。 プログラムオプションに SHOHIN=1 を追加して下さい。 商品名コード(058XXXXXX)で器材コードを入力している時、商品名コードの名称を出力します。 商品名コードに単位の設定がある時は商品名コードの単位名称を出力します。 (3)入院のお薬手帳では特定器材は対象外としていましたが、在宅料として入力された特定器材のみ対象とするように修正しました。	QRコード対応仕様 QRコードは別葉にまとめて出力します。 QRコードのバージョンは14で作成し、分割QRコードとなる場合は最大15まで作成します。 投薬剤の最後に入力された用法コードを301用法レコードに記録し、その他に入力された用法コードは311用法補助レコードに記録します。 用法コードの入力がない場合、用法レコードの用法関係の項目を省略して作成します。(仕様書では必須となります) コメントコードで入力された場合は用法としては扱いません。	H24.10.25

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
30		処方せんQRコードの記録内容について以下の改修を行いました。 (1)医師レコード 医師コード項目にドクターコード4桁を記録します。 プログラムオプション内容に QRDRCD=1 を設定すると記録します。 (2)患者氏名レコード 患者コード項目に患者番号(最大15桁)を記録します。 プログラムオプション内容に QRPTNUM=1 を設定すると記録します。 (3)麻薬施用レコード 麻薬施用者免許番号項目に麻薬施用者免許番号(先頭15桁)を記録します。 処方せん備考欄に麻薬施用者免許番号が表示される場合は、同様に記録します。ただし、麻薬施用者免許番号が半角文字で登録されている場合に限りです。		H24.10.25

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		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。 「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		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

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

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
11	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
12	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
13		(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

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
14	ncp 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
15		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
16		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
17	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
18		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
19		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
20		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
21		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
22	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
23		第25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-040600-1-20120511-2 となります。		H24.5.16
24		第28回パッチにより、以下の1テーブルのスキーマを変更しました。 オンライン返戻明細(TBL_HENREI_BODY) DB管理情報は S-040600-1-20120621-1 となります。		H24.6.26
25		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
26	request 20111028-001	「診療行為一覧選択サブ」の画面にて、医保と労災保険の診療コードが同じ一覧で上がってきますが、違いが分かりづらい為、労災コードのみに解るように記号を付ける等の対策をして頂きたいです。 例)再診で検索実施 番号 名称 単価 診療 1 再診 69.00 12 2 再診(夜間・早朝等)加算 50.00 12 3 再診(乳幼児時間外)加算 135.00 12 : : : : 9 再診料(DUMMY) 12 10 再診料算定料: 11 再診料 1360.00 12 労災の場合は11の「再診料」算定ですが、名称・点数共にわかりにくい為、改善をお願い致します。	診療行為一覧に表示する労災専用コードの名称の先頭に【労】を表示します。 公害専用コードの名称の先頭に【公害】を表示します。	H24.7.26

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
27		タイトルバーにログイン中のユーザ名を表示するようにしました。		H24.8.28
28		第32回パッチにより、以下の1テーブルのスキーマを変更しました。 統計覚書(TBL_TOUKEIMEMO) DB管理情報は S-040600-1-20120821-1 となります。		H24.8.28
29		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
30		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
31		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