

「日医標準レセプトソフト」

ORCA Project

システムパッケージリリース情報

Version 2.4.0

平成17年 1月25日(二版)
平成16年10月 5日(初版)

社団法人日本医師会

注意事項

| | |
|--|--|
| <p>(1)処理時間について</p> <p>パッケージアップグレードによりテーブルの構造変更を行います。対象のテーブルが件数が多い場合は処理時間がかかりますので、マシンのスペックにもよりますが処理時間は20分から30分の時間を目安としてバージョンアップの計画を立てて行ってください。お昼の休憩時間に行うということは避けていただく方が無難と思いますので業務に支障をきたさない時間帯に余裕をもって行ってください。</p> | |
| <p>(2)アップグレード中の問い合わせについて</p> | |
| <p>a) /etc/jma-receipt/jma-receipt.env</p> | |
| <p>パッケージアップグレード中に設定ファイル(/etc/jma-receipt/jma-receipt.env)の扱いについて問い合わせがあります。</p> <p>パッケージメンテナのバージョンをインストールするを選択してください。Yを入力して進めてください。</p> | |
| <p>b) /etc/jma-receipt/dbgroup.inc</p> | |
| <p>パッケージアップグレード中に設定ファイル(/etc/jma-receipt/dbgroup.inc)の扱いについて問い合わせがあります。ただし、このファイルにはデータベースのリダイレクトについての記述がありますので右記の2つの方法のどちらかを行ってください。</p> | <p>方法1:パッケージメンテナのバージョンをインストールする Yを入力して進めてください。アップグレード終了後、該当ファイルのデータベースのリダイレクトの設定を環境に合わせて再度設定し直してください。</p> <p>方法2:パッケージメンテナのバージョンをインストールしない Nを入力して進めてください。アップグレード終了後、上記ファイルに対し以下の修正を行ってください。リダイレクトの設定は元の内容が残っているはずですので以下の内容を追加してください。</p> <pre>db_group "system" { type "System"; }; db_group "blob_body" { <=ここから追加します type "NativeBLOB"; };</pre> |

注意事項 (続き)

| | |
|--|---|
| c) /etc/gdm/gdm.conf (gdmパッケージをインストールしている場合) | |
| <p>パッケージアップグレード中に設定ファイル(/etc/gdm/gdm.conf)の扱いについて問い合わせがあります。</p> <p>パッケージメンテナのバージョンをインストールするを選択してください。 Yを入力して進めてください。</p> | <p>(注意) パッケージに含めていました画像ファイルを削除しました。このことによりログイン画面にORCAのアイコンが表示されていた場合は表示されなくなります。ログインの可否には全く影響はありません。</p> |
| (3) 端末 (クライアントマシン) からの接続コマンドの変更について | |
| <p>パッケージアップグレードにより新MONTSUQI(1.2.2)がインストールされます。新MONTSUQIのglclientコマンドの-hostオプションが-portオプションに変更になりました。よって、リモートのサーバへ接続するクライアントは起動コマンドの変更を行ってください。</p> | <p>【例】</p> <pre>\$ glclient -host 192.168.1.101 -style orcarc ~</pre> <pre>\$ glclient -port 192.168.1.101 -style orcarc ~</pre> <p>なお、オプションの説明は \$ glclient -? で表示することができます。</p> |
| (4) ユーザカスタマイズプログラムの変更について | |
| <p>今回の修正で複数診療科・複数保険の対応を行いました関係により処方せん、請求書兼領収書のプログラムをユーザによりカスタマイズを行っている場合は修正が必要になります。バージョン対応修正を行わずバージョンアップした場合は正しい処方せん、請求書兼領収書が作成できなくなります。</p> | <p>ユーザカスタマイズの修正例は「ユーザカスタマイズ留意事項」を参照してください。</p> <p>なお、今回のパッケージは改正対応パッケージではありませんのでユーザの環境及びユーザ固有のプログラムの状況を整理しすべて準備が整ってから亜バージョンアップを行うことを強く推奨します。</p> |

パッケージファイルについて

jma-receipt_2.4.0-1+0jma1_i386.deb (無床診療所版)
jma-receipt-hosp_2.4.0-1+0jma1_i386.deb (入院版)

データベーステーブル構造の変更

- (1) 保険者情報テーブルを変更した。
- (2) 収納合計テーブルを追加した。
- (3) 受診履歴テーブルを変更した。
- (4) 収納テーブルを変更した。
- (5) 収納テーブルを参照するビューを再作成した。
- (6) 住所マスタテーブルの置換をした。平成 16年 6月 30日更新分まで対応。

パッケージ依存関連

- (1) MONTSUQIをバージョンアップしました。バージョンは1.2.2です。

新しくlibmagic パッケージがpanda-serverに必要となりました。これはdebian標準では sarge から含まれますが、woodyには含まれていないので backport.org(<http://www.backport.org/>) 提供のパッケージをorcaサイトにも用意しました。(apt-line は変更する必要はありません)。libmagic パッケージをインストールすると file パッケージがアップグレードされます。ご注意ください。

さらに netpbm,gs パッケージを強く推奨という扱いにしました。これについては debian標準(gsはこの限りではない)のパッケージを御使用ください。(netpbmをインストールするとlibnetpbm9も合わせてインストールされます。)
netpbm パッケージはJavaクライアントを使用される場合は、サーバマシンにインストールする必要があります。
印刷プレビューを画像に変換するために 使用しています。

- (2) 労災レセプトのOCRフォントを作成しました。

次の2つのパッケージがアップグレードされます。
jma-fonts (20040915-0+0jma1) パッケージ
monpe (0.6.3-0+1jma1) パッケージ

再起動について

「日レセ」パッケージを更新するとアプリケーションは自動で再起動しますがサブプロセスが終了できずそのまま残る場合があります。
パッケージ更新後、再起動をしていただくときれいな状態でアプリケーションが起動できます。

テーブル構造変更の確認について

業務メニュー画面の「マスタ更新」を選択するとデータベースの構造バージョンを確認できます。

正常にアップグレード(インストール)が完了すると「構造ver(自)」及び「構造ver(ORCA)」の表示は次のようになります。

S-020400-1-20040927-1」(平成16年10月5日現在)

パッケージアップグレードの前に

操作に先立って必ずバックアップをおこなってください。

バックアップの方法

kterm などから以下のコマンドを入力します。

\$ pg_dump -R orca > バックアップファイル名

マスタ更新データの提供について

(1)保険番号マスタ

更生医療(015) 育成医療(016)の負担区分を「なし」から「あり」に変更しました。

(2)点数マスタ

入院初回加算を算定履歴に登録するように区分を変更しました。

マスタ更新について

業務メニュー画面の「92 マスタ更新」を選択しマスタ更新管理一覧画面より「更新(F12)」を選択すると更新処理を開始します。

更新が完了すると(「状況(F11)」を選択してください。)「レコードver(自)」及び「レコードver(ORCA)」の表示は次のようになります。

R-020200-3-20041001-2」(平成16年10月5日現在)

【注意】

1)パッケージをインストール/更新しただけでは各種マスタは更新されません。必ず業務メニュー画面より「マスタ更新」を行ってください。

2)操作に先立ってバックアップをとることを推奨します。

バックアップの方法

kterm などから以下のコマンドを入力します。

\$ pg_dump -R orca > バックアップファイル名

パッケージアップグレードの方法について

/etc/apt/sources.list のエンTRIESに以下の記述があるか確認をしてください。なければ追加してください。

```
deb ftp://ftp.orca.med.or.jp/pub/debian woody jma
```

アップグレードするため方法

ktermなどから以下のコマンドを入力します。(root権限)

```
# apt-get update
```

```
# apt-get dist-upgrade
```

sudoの設定がある場合は以下のコマンドでも行えます。

```
$ sudo apt-get update
```

```
$ sudo apt-get dist-upgrade
```

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|---|------|----------|
| 1 | | 中途終了から展開した時、あるいは、入力途中での診療科、又は保険変更による診察料の置換えをする場合であって、在宅料 (在宅薬剤含む) の内容に、在宅料より前にフリーコメントなど同じコードがあった場合、そのコード以下が削除されていたので正しく診察料を置き換えるように修正した。 | | H16.7.13 |
| 2 | | 新潟県高額療養費委任払制度で、公費負担限度額 12000円上限を適用していた為、12000円を超える患者負担が発生しなかった。公費負担限度額の外来上限 12000円を適用しないよう修正した。 | | H16.7.28 |
| 3 | | 手術料の施設基準不適合による減算及び従たる手術の場合の点数計算に誤りがあったので修正した。 | | H16.7.30 |
| 4 | | 同日同一診療科で複数受診があった場合に会計順序の早い方 (最終の会計情報でない) を訂正で呼び出し診療科を変更した場合に同一日の他の会計情報の剤回数が消えてしまうという不具合があったので修正をした。 会計照会で該当の剤を検索すると回数は表示されているが、診療行為で訂正で呼び出すと回数が 0 のためクリアされた内容で表示される。 | | H16.8.17 |
| 5 | | 労災点数マスタコード (診療行為コードの先頭が 101 で始まるもの) の手術料の算定で時間外加算など % 加算するものが計算されていなかった ので修正した。 【注意】 プログラム更新だけでなく該当のマスタの時間加算区分を「0 時間外算定不可」から「1 時間外算定可能」に変更する必要がある。 マスタ更新データを併せて提供しているのでマスタ更新処理を行っていただきたい。 | | H16.9.7 |

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 | | 入院中の患者について入院会計照会画面で次月ボタン (F7キー) 押下により会計を作成する場合において、会計未作成の年月で画面表示している場合も次月ボタンで会計が作成されてしまう不具合を修正しました。 | | H16.7.13 |
| 2 | | 入院中の患者について入院をされた最初の年月を表示した状態で前月ボタンを押下すると「前月データはありません」と警告を表示するが、そのメッセージを閉じた後、再度前月ボタンを押下した場合に画面がフリーズする現象があったので修正した。 | | H16.9.28 |

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 |
|----|------|--|---------|----------|
| 1 | | 皮下筋肉内注射で1剤内に複数の医薬品を入力した場合、2つ目以降の医薬品が摘要欄へ記載されなくなりましたので修正しました。 修正プログラムを適用する前にレセプト作成された場合は再度一括作成を行うか、該当患者が識別できる場合はその患者を個別作成により作成し直しを行ってください。 | | H16.7.1 |
| 2 | | 入院レセプトで原爆単独時の食事療養費標準負担金額についての記載をしないよう修正した。 | | H16.7.28 |
| 3 | | 国民健康保険で他県分の場合は給付割合を記載するが、前期高齢者の場合に省略していたので記載するように修正した。 | | H16.7.30 |
| 4 | | レセプト電算データ作成で低所得者の場合、一部負担金・食事療養費標準負担額区分を記録する必要があったが記録を行っていなかったため修正した。 | | H16.8.30 |

4.2 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>レセプト電算データ作成で負担区分の記録漏れが起こる不具合が分かり修正した。 この現象が起こる場合は、該当診療月内の診療行為が1つのみ (例えば、初診料) で、かつ、レセプト作成処理でシステムにより自動記載するコメントがある場合に起きる現象であった。 また、一括作成された後で上記に該当する患者のレセプト処理を1人ずつ個別作成で行った場合は、負担区分が正しく記録されるが、一括作成により作成されたデータでは記録されませんでした。</p> | | H16.9.3 |
| 6 | | <p>1日に複数回受診した患者 (再診料 1回、同日再診 1回、外来管理加算 2回) について、摘要レコードの記録順が</p> <p>SI,12,1,112009210,,73,1 再診 (診療所) SI,12,1,112011010,,52,2 外来管理加算 SI,12,1,112010150,,73,1 同日再診 (診療所)</p> <p>のようになっていた為、外来管理加算の算定回数が実日数を越えたとみなされエラーチェックにかかる不具合があった。よって、記録順を以下のように修正した。</p> <p>SI,12,1,112009210,,73,1 再診 (診療所) SI,12,1,112010150,,73,1 同日再診 (診療所) SI,12,1,112011010,,52,2 外来管理加算</p> | | H16.9.28 |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>入院の点滴入力 (.330、.331、.350)した薬剤で、1日量の点数 診療コード計 数量計 明細数が同じであるが、各数量が異なる場合、レセプト摘要欄に別々に記載しないとイケないが、剤がまとまって記載されていたので修正しました。</p> <p>例えば以下の例です。</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>1日目</td> <td>2日目</td> </tr> <tr> <td>ラシックス 20mg</td> <td>64円</td> <td>2管</td> <td>1管</td> </tr> <tr> <td>ブドウ糖 50% 20m L</td> <td>64円</td> <td>2管</td> <td>3管</td> </tr> </table> <p>この場合レセプトには 1日目の数量で× 2と記載されてしまいます。</p> | | | 1日目 | 2日目 | ラシックス 20mg | 64円 | 2管 | 1管 | ブドウ糖 50% 20m L | 64円 | 2管 | 3管 | | H16.10.4 |
| | | 1日目 | 2日目 | | | | | | | | | | | | | |
| ラシックス 20mg | 64円 | 2管 | 1管 | | | | | | | | | | | | | |
| ブドウ糖 50% 20m L | 64円 | 2管 | 3管 | | | | | | | | | | | | | |

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 | | <p>高額日計表 (高額請求添付資料)について、複数ページにわたる印刷を行った場合、改行判定の誤りにより2ページ目以降の印字内容に不具合があったので修正した。</p> | | H16.8.30 |
| 2 | | <p>高額日計表 (高額請求添付資料と診療内容参考資料)について、処理パラメタに点数指定をした場合に、主保険の無い患者 (公費のみでの受診患者)について処理対象とならない不具合があったので修正した。</p> | | H16.9.28 |

11 受付

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|--|----|
| 1 | 20040603-001 | 受付画面でドクターが30人までしか表示されないのので表示件数を増やしてほしい。登録数が30人を超えている診療所があり、コード入力はあるのですが今後もドクターが増える可能性があるためコードを覚えなければならず不便だとの事 | 診療所で医師が20名以上いる場合、病院のように診療科毎に表示するようにした。 | |

12 登録

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|--|----|
| 1 | 20040520-003 | 12登録で自費を登録する際、15歳未満ですと本人家族欄が家族を選択しますが、自費の場合は本人しか受け付けないと思いますので、自動で本人を選択するように修正をお願いいたします。 | 自動で本人とするようにした。 | |
| 2 | 20040630-013 | 関東信越税理士の本人は二割だが、オルカでは自動で三割を引っ張ってくるので、自動で二割になるようにしてほしい。 | <p>国保組合の補助区分を入院 外来で負担割合の違うものを登録できるようにした。</p> <p>【補助区分】</p> <p>4 外来 1割 入院 0割</p> <p>5 外来 2割 入院 1割</p> <p>6 外来 3割 入院 2割</p> <p>保険者番号から保険者マスタを参照し補助区分の初期表示を決定するようにした。保険者マスタに該当の補助区分が無い場合、初期表示は3割とする。</p> <p>自動で正しい割合を表示するためには保険者マスタを整備する必要がある。保険者マスタの更新データを提供するまでは医療機関で保険者マスタを登録していただきたい。</p> <p>別紙「改善・不具合等対応概要」参照。</p> | |

12 登録 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|---|----|
| 3 | 20040810-008 | 患者登録の画面で、登録済みの患者を呼び出した場合、保険者番号を変更することが出来ますが、保険の種類は変更できません。たとえば、国保から社保に切り替わったので、新規で保険を追加せず、現在の保険者番号を変更してしまうと、保険者は表示が変わるのに保険の種類は変えることが出来ません。注意していただいても、なれていなかったりすると、このような入力をしてしまう場合がございます。保険は変更できない、もしくは変更を許すのであればすべて変更させてください。現状ですと、中途半端ですので、おかしなデータが出来てしまいます。 | エラーとするようにした。 法別番号でチェックをしていたため政府管掌と国民健康保険については法別番号が空白だったためエラーとならなかった。 | |

13 照会

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--------------------------------------|----|
| 1 | 20040630-014 | 現行では、患者病名を "両)糖尿病性網膜症" のように接頭語 + 病名で登録しておく、該当病名患者検索で抽出できません。 この件につきまして、医院様より至急対応の要望を受けております。特定病名の患者を抽出するケースがこれから増えてくるだろうとのことです。是非、対応の方ご検討願います。 | 病名の検索について、部分一致の指定が行えるようにした。 | |
| 2 | 20040802-001 | 患者照会の印刷リストに 保険種類と電話番号を追加できないでしょうか | 検索結果画面、帳票、CSVファイルに保険 (公費等) の情報を追加した。 | |

21 診療行為

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--|--------------------|
| 1 | 20040524-003 | 入院患者初回加算を自動算定してほしい。または、現在は入院患者初回加算を複数回登録できてしまうので、すでに1回算定している場合は、メッセージを表示してほしい。 | 同一入院期間で2回以上算定した場合にエラーとする。 自動算定はしない。 (注意)バージョン2.4.0より前のバージョンで算定した初回加算については (正確には点数マスタ更新を行うまで) 算定履歴が作成されないためエラーチェックがかからない。 | pre.6 (文章訂正、マスタ更新) |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|---|----|
| 2 | 20040527-014 | 同日再診において、両方の診察時で一日に2回以上注射を行った場合、2回目以降の注射の手技料を取らないようにするか、不可能ならば、せめてエラーメッセージを発生するようにしていただきたいと思います。 | 外来で同日に点滴手技料を2回以上算定した場合、警告を表示する。 | |
| 3 | 20040527-014 | 一日の注射薬の量が500mlを超えた場合、自動的に手技料を再算定もしくはエラーメッセージを発生するようにしていただきたいと思います。 | 外来で同日の点滴合計液量と算定している点滴手技料が違っていた場合、登録時に警告を表示する。 | |
| 4 | 20040531-002 | 医院様から質問を頂いたのですが、検査で、生化学的検査1のなかに26.サーファクタントプロテインA (SP-A) (160169350)と27.シアル化糖鎖抗原 KL-6 (160168550)と28.サーファクタントプロテインD (SP-D) (160168450)のうちいずれか複数を実施した場合、主たるもののみ算定すると点数表に書いてありますが、ORCAではこの3つの検査を入力するとすべて算定できます。主たるもののみ算定すると書いてありますので、3つの検査を行った場合に重複算定できないようにしてもらえますか？ | 外来の検査の重複チェックに、SP-A, SP-D, シアル化糖鎖抗原 KL-6を追加した。 | |
| 5 | 20040602-004 | 慢性疼痛疾患管理料を算定した場合は、消炎鎮痛等処置が別に算定できませんが、腰部固定帯を使用した場合は腰部固定帯加算を別途算定できると点数表には書いてありますけれども、ORCAだと腰部固定帯加算を単独で算定しようとすると「手技料を算定してください」とエラーメッセージが表示され、登録することができません。慢性疼痛疾患管理料を算定していても腰部固定帯加算を算定できるようにしてもらえますでしょうか。 | 診療種別区分「403 処置加算料」を追加した。 加算マスタを単独で算定する場合に使用する。 | |
| 6 | 20040609-002 | ORCA要望 N-00095 1日に2回超音波検査を行い、その部位が異なる場合は、自動的に検査逡減してほしい。についてですが、私も保守しています医療機関様から、同様の要望を伺いました。同一日に腹部と上半部の検査を行った場合に、現在は自動で逡減されないの、逡減されるようにしてほしいとのことでした。 | 超音波検査 (断層撮影法) (胸腹部) 超音波検査 (断層撮影法) (その他) の検査逡減を2つ併せた回数で行う。 | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--|----|
| 7 | 20040618-001 | 調基の8点を取り、後日院外で処方せん料を取った場合、自動算定され両方取れてしまいます。同月内に両方は取れませんので、自動算定の画面で調基を取ってますや、処方せん料を先に取っていた場合調基を自動発生しないようにしたいのですが、チェックマスタの診療行為と併用禁忌でチェックをかけても調基は自動算定されてきます。 | 処方せん料を自動発生する時に既に調剤技術基本料が算定済みの時、警告を表示するようにした。処方せん料はそのまま自動発生するので、登録後に調基を手動で削除すること。 | |
| 8 | 20040630-006 | 外来で処方せん料を算定していた患者が同月に入院して投薬があった場合、外来で調剤技術基本料を先に算定していた場合と同様に警告が表示され調基(入院)を自動算定しないようにして欲しい。 | 調剤技術基本料を自動発生する時に既に処方せん料が算定済みの時、自動発生しないようにした。警告表示は行わない。 | |
| 9 | 20040706-004 | 超音波検査を月内に2回実施した時、同一検査マスタであれば自動的に検査遡減を行っていますが、例えば断層撮影法(胸腹部)と(その他)を同一月の別々の日に実施した場合、(その他)の点数は90/100になりません。これは、N-00095に要望として上げられている件と同じく、9月対応予定の内容に含まれますか。 | 上記に同じ。 | |
| 10 | 20040804-003 | 退院された後、外来で来られた患者さま(特定疾患対象)に診療行為を入力しようとすると、「特定疾患療養指導料」が自動で算定され、次のメッセージが表示される。(退院後1ヶ月以内)初診料算定日より1ヶ月以内です。算定できません。実際は、退院後1ヶ月以内のために算定出来ず、表示されるメッセージにより混乱を招くので、以下のメッセージに変更して欲しい。退院日より1ヶ月以内です。算定できません。」 | 退院日から1ヶ月以内の場合、エラーメッセージを変更した。 | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--|----|
| 11 | 20040806-003 | 初診を算定してから、3ヶ月以上たちますと、初診が算定できると思います。しかし、現在のORCAでは、診療行為入力時もデータチェックでもひっかかりません。1番の要望としましたら、診療行為時に何らかの確認画面が出ればいいのですが(初診 - 再診の差額分の負担金額をもらい損ねない為)、無理なようでしたら、データチェックで、リストアップできるような機能をお願いします。 | システム管理マスタの管理番号「1007 自動算定 チェック制御機能情報」に、「11 最終来院日から初診までの期間(月数)」を追加した。患者の最終来院日から当日までの期間が設定した月数以上だった場合、病名が継続中であっても初診料を自動発生する。月数がゼロの場合は今まで通りの動作となる。なお、最終来院日はなんらかの診療行為を入力した最後の日となるので、診察料を算定していなくても最終日と判断する。ただし、「9999 包括まとめ」を入力した日は対象としないこととする。 | |

22 病名

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--|----|
| 1 | 20040527-013 | 病名登録画面において、病名を検索する際に前方検索で病名の抽出を行うため、例えば、アレルギー性鼻炎を検索する際に「鼻炎」をキーワードを検索しても検索対象となりません。診療入力画面では、薬剤等の部分検索が可能であるため、同様の機能を病名検索でも可能とさせていただきます。 | 現バージョンでは「* 鼻炎」と入力すると後方検索、「* 鼻炎*」と入力すると部分検索が可能ではある。病名検索画面に「部分検索」及び「後方検索」ボタンを追加した。 | |
| 2 | 20040528-001 | 医院様からいただいた要望ですが、病名登録で、じんま疹等疾患区分が自動でついてくる病名に対して入力コードをつけておき、その入力コードでじんま疹の病名を呼び出し、呼び出した病名の脇に手入力で部位を入力すると、Ver.2.1.1か2.2.2までは疾患区分が消えていなかったのに、Ver.2.3.0だと疾患区分が消えてしまいます。社内にVer.2.1.1の状態のものがあつたので検証してみましたがやはり疾患区分は消えませんでした。手入力にて病名追加をした場合でも疾患区分は消えないようにしてほしいと要望をいただきましたので、検討よろしく願いいたします。 | 疾患区分が設定された病名に入力コードをつけておき、そのコードで入力をした後に部位を入力すると疾患区分が消去されていたので修正した。疑いフラグも同様に消去されていたので併せて修正をした。 | |

22 病名 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|---|----|
| 3 | 20040705-007 | 病名登録画面で、特定疾患・皮膚科特定疾患のある病名を入力する際、()を利用しての部位などの登録をすると病名編集になり、特定疾患療養指導料や皮膚科特定疾患療養指導料の指定がはずれてしまいます。入力するたびに特定疾患を選択しなおさないとならないので、ご検討のほど宜しくお願いいたします。 | 病名 / 番号 2に同じ。 | |
| 4 | 20040729-006 | 病名の登録で開始日に間違っ未来日付を入力をして登録をしてしまった場合その日付になるまで表示できないので、未来日付を開始日付に入力した時には、確認メッセージをだせないでしょうか | オンライン日付より大きい日付を入力された場合は警告を開始日の入力時のみ表示するように修正した。 | |

23 収納

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|---|----|
| 1 | 20040630-001 | 収納登録で未収金に対しての入金方法を振込み等の方法を増やして頂けないでしょうか。 | 収納 - 請求確認画面、一括入金画面について入金方法をシステム管理マスタの管理番号「1041 入金方法情報」で登録した内容より選択できるよう修正した。 入金方法の登録についてはシステム管理を参照。 | |
| 2 | 20040716-002 | 収納 - 入金画面の入金方法について現在、01現金しかありませんがこれに02振り込み等を追加できないでしょうか。もしくはマスタ登録にて追加できるようにならないでしょうか。 | 上記に同じ。 | |

32 入院会計照会

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|-----------------|-------|
| 1 | 20040708-005 | 入院会計照会の画面にて、患者さんに対して外泊の設定や食事なしの設定を行った場合でも、食堂加算が自動では削除されません。入院会計照会の画面で外泊や食事なしが設定された場合には、食堂加算も自動で削除されるようにしていただきたいと思っております。 | 食堂加算を削除するようにした。 | pre.5 |

33 入院定期請求

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|--|----|
| 1 | 20040522-008 | 定期請求書一括 個別発行について、システム管理マスタの定期請求情報で「請求時入金処理」を「2.入金として処理をする」と指定したとき、収納画面だけでなく出力された入院診療費請求書兼領収書の今回入金額欄へも金額の表示をお願いできないでしょうか？ 現在、設定に関わらず今回入金額欄は空白となっており、入金時手書きか再発行での対応となっているようです。 | システム管理の管理番号「5010 定期請求情報」に入金額を「印字する/しない」の選択項目を追加した。 定期請求時に請求データを入金済みとして作成する場合、印刷指示画面より発行する請求書について、入金額を印字するか否かを選択できる。 | |
| 2 | 20040721-002 | 現在、入院は、退院登録・定期請求時、請求額0でも請求書領収書が印刷されてしまいますが、印刷されないようにならないでしょうか。外来は印刷されません。必要な場合、収納画面から印刷しています。 | システム管理の管理番号「5000 医療機関情報 - 入院基本」の請求書の発行区分に「2 発行する(請求額あり)」の区分を追加した。 この区分を選択して退院登録を行った場合、請求がある場合に限り請求書が印刷される。 | |

41 データチェック

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|---|----|
| 1 | 20040806-002 | データチェックで「薬剤と病名」のチェックをしております。ここで、「院外処方を含む」を選択すると院外処方ぶんのチェックができます。ここまではいいのですが、在総診の患者さんで包括入力(213 .223 .233)をしている人までチェックがかかってしまいます。当院では薬の在庫を知るために包括入力は必須ですので、包括入力した薬は「院外処方を含む」でもチェックをかけないようお願いします。あるいは、「包括入力を含む」という項目が追加になればよいと思います。よろしくお願いします。 | 院外処方の処理」の指示で「院外処方を含む」、あるいは「院外処方のみ」を選択された場合、院内処方の処方のみ(213 .223 .233)で入力されたものもチェックの対象となっていたので対象外とするよう修正をした。 | |
| 2 | 20040630-009 | 「6.診療開始日」でデータチェックをかけた場合、初診算定日に病名があればチェックがかからないようですが・・・初診算定日の病名が1つあって、その病名以外の病名が開始日の入力の間違いや転記の入力漏れで初診のある月以前に病名が入力されてしまっている場合もチェックをかけて欲しいと医療機関様より連絡がありました。例 初診 16年6月18日 算定 /病名/ 結膜炎 16年6月18日/近視 16年5月18日 間違い(本当は6月18日) レセ電でレセプト請求されている医療機関様ですのでデータチェックである程度レセプト点検が出来る事を望んでいます。このような場合「初再診不一致」で返戻の対象になってしまうので何かチェックをかける方法があれば教えて下さい。(受付番号の20040628-008)サポートセンタにこのような質問をしたところ 現状では例で示されたようなケースについてはデータチェックおよび他の処理でもチェックを行っておりません。」とご回答をいただきました。データチェック等で「病名開始日と初再診の不一致」のチェックがかけられるように改善をお願いします。 | 患者病名チェック 初診日以前から継続中の病名はエラーとするようにした。 | |
| 3 | 20040731-006 | データチェックで、チェック月に初診を算定していて、初診算定日に病名がない場合は、チェックを行います。その月以前にまだ、病名が残っていた場合のチェックができません。チェックできるようにならないでしょうか?? | 上記に同じ。 | |

4.2 明細書

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|---|-----------------------|
| 1 | 20040602-001 | レセプト作成の際、"生活保護を持っている患者さんの受給者番号を毎回手入力するのは非常に面倒"だとのこと。当院の場合毎月30名を越す生保を扱いますのでこの辺もなんとか考慮していただきたく思います。 | 別紙「改善・不具合等対応概要」参照。 | |
| 2 | 20040604-003 | 入院で、選定入院中に外泊を行った場合、レセプトに何の印字もなく、実日数と入院の日数に差分がでます。外泊中であるというコメントが出るようにならないでしょうか？ | 記載するようにした。 | |
| 3 | 20040701-003 | レセプト作成の際、【2.明細書】の【レセプト印刷指示画面】での【指定印刷】で項目を選択する際、カーソルが項目の上にかかると色が変化しますが、項目の左にある「がくぼん」だけでは総件数と総頁の欄がどの項目のものなのかが見にくいという事でした。選択している際の項目の総件数と総頁を表示する部分も色の変化をさせる事はできないでしょうか？また、【指定印刷】にした際に全体ではなく、現在いくつか指定している項目のみの総件数や総頁を表示する事はできないでしょうか？というご要望がありました。 | 印刷指示画面において「出力区分」を「指定印刷」とした場合、出力を行うレセプト種別を選択したら該当の出力件数、枚数の表示色を変更するようにした。 | pre.6 ミドルウェア 変更 |
| 4 | 20040705-003 | レセプトの個別作成で印刷順を指定できないでしょうか。 | 個別作成処理を行った場合は印刷指示画面の出力順で患者番号の入力順で出力を行えるようにした。 ただし、バージョン 2.4.0以降で作成したレセプトのみ可能となる。 印刷順の初期値設定についてはシステム管理を参照。 | |
| 5 | 20040803-004 | 個別作成で60名くらい出力する場合、個別作成で入力した患者順に印字したい。チェックするのに患者番号順や患者氏名順等に出力されると探すのが大変な為。検討宜しくお願い致します。 | 上記に同じ。 | |
| 6 | 20040617-005 | レセ電の入院対応して欲しいです。 | レセプト電算データ入院分について作成できるようにした。 別紙「改善・不具合等対応概要」参照。 | 確認試験 |

101 システム管理

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|----------------------------|---|----|
| 1 | 20040705-003 | レセプトの個別作成で印刷順を指定できないでしょうか。 | <p>管理番号「2005 レセプト印刷情報設定」に次の設定区分を追加した。</p> <p>(1) 「一括作成出力順 (医保)」 レセプト印刷指示画面において一括作成処理を行った場合の印刷順の初期値として設定することが可能となる。 ただし、医療保険分のみとし労災分等は反映しない。 「01 保険者番号・カナ氏名順」 「02 保険者番号・患者番号順」 「03 カナ氏名順」 「04 患者番号順」</p> <p>(2) 「個別作成出力順 (医保)」 レセプト印刷指示画面において個別作成処理を行った場合の印刷順の初期値として設定することが可能となる。 ただし、医療保険分のみとし労災分等は反映しない。 「01 保険者番号・カナ氏名順」 「02 保険者番号・患者番号順」 「03 カナ氏名順」 「04 患者番号順」 「05 入力順」</p> | |

101 システム管理 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|--|----|
| 2 | 20040630-001 | 収納登録で未収金に対しての入金方法を振込み等の方法を増やして頂けないでしょうか。 | 入金方法を個別に登録できるよう [1041 入金方法情報] を追加した。 ここで登録した入金方法を収納業務の入金時に選択することが可能となる。 (診療行為での指定は今回は未実装となります) 項目説明 (1)区分コード(表示項目) ・各業務より入金方法を入力する際に指定するコードになります。 各医療機関で任意のコード(2桁)を設定します。 (2)入金方法(必須入力項目) ・入金方法の名称を設定します。 (3)入金方法(略称)(必須入力項目) ・入金方法の略称を設定します。 (4)分類区分(必須入力項目) ・コンボよりいずれかの内容を選択し設定します。 01:現金 02:振込み 03:デビットカード 99:その他 分類区分について ・入金方法については各医療機関で任意に登録可能とす るため、区分のもつ意味が医療機関毎に異なることが 予想されます。このため、入金方法の区分と同時に分 類区分の入力を行い、日レセでは分類区分で指定され たコードを元にチェックを行います。 入金方法 [01 現金] はデフォルトとします。 | |

103 チェックマスタ

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|---|----|
| 1 | 20040630-007 | チェックマスタで、適用コード設定をする時、 例) 診療行為と病名で、S-Mに対して、病名を設定する場合、もともと、10病名くらい入力していて、病名を追加する時、検索(F9)から、検索して登録すると、一番上に登録されて、最初から、登録されている病名が消えてしまいます。このような仕様では困りますので、一番下に追加病名がいくようお願いします。 | 適用コード設定画面より検索ボタン(F9)にて診療行為一覧画面を呼び出した場合、ここで選択した診療行為(病名)は既に入力済みの適用コードの後に追加編集するよう修正した。 | |
| 2 | 20040717-001 | データチェックで、チェックマスタを作成する際に「薬剤と病名」、「診療行為と病名」どちらでも病名を検索する時に検索(F9)をクリックして、病名を選択する場合、5つ選択できるようになっているのに、実際には、1つしか入りません。5つ入力できるようには、なりませんか？ | 診療行為検索画面で複数選択が行えるようにした。 | |

105 保険者マスタ

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|---|----|
| 1 | 20040630-013 | 関東信越税理士の本人は二割だが、オルカでは自動で三割を引っ張ってくるので、自動で二割になるように欲しい。 | 国保組合の場合について給付割合を本人・家族の別、入院・外来の別で設定できるようにした。 | |

その他

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|---|----|
| 1 | 20040527-010 | カルテ出しの際、前回来院日を確認する為に氏名検索をしているクリニックがあり、氏名検索画面で、保険(=国保・社保など)の表示があると更に便利だという意見を頂きました。ご検討をお願いします。 | 氏名検索画面に保険(公費等)及び本人家族区分の情報を追加した。表示している保険の本人家族区分から判断するので、労災・自賠責、公費単独の時は空白、自費はすべて本人の表示となる。 | |

その他 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 要望内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|--|----|
| 2 | 20040602-002 | <p>入院のレセプト作成時に、仮収納データ作成の途中で、会計情報の取得に失敗しました【患者番号XXXXXX】と表示されて先に進まない場合があります。慢性疾患患者で、特に変更がない場合にそうなりますが、その場合、前に戻って入院会計照会で当該の患者を開いて登録し、再度レセプト作成指示をしないとうまくいきません。入院定期請求でも同じです。上記メッセージが表示されないように(会計情報の取得に失敗しても自動的に会計情報を作成するように)できませんでしょうか？よろしくお願いします。</p> | <p>入院会計一括作成 (バッチ処理プログラム)</p> <p>システム管理マスタ登録で月次統計の設定を行います。 管理コード:3002 統計帳票出力情報(月次) 区分コード(任意) :001 (空いている番号を指定) 有効年月日 :00000000 ~ 99999999 帳票名(任意) :入院会計一括作成 プログラム名(半角大文字) :ORCBCRENYUACCT 帳票パラメタ(必須) 処理年月 帳票パラメタ右側(半角大文字) :YM</p> <p>実行方法 『52 月次統計』画面から、先に登録した入院会計一括作成を実行してください。処理パラメタには入院会計を作成したい年月を設定します。処理が終了すると、『入院会計一括作成処理結果リスト』が作成されます。</p> <p>会計作成条件 例えば7月分の会計を一括作成する場合は、前月(6月分)の入院会計が存在することが前提となります。 作成できなかった患者については処理結果リストにその旨、印字されますので確認してください。 既に入院会計データが存在する患者については処理対象外となります。</p> | |

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 | 20040525-014 | <p>受付画面でカルテ発行有る無しを以下の操作で行うと印字されます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者呼出し 2.カルテのコンボの三角をクリック 3.クリックで「1:発行あり」を選択 4.カルテ「1:発行有り」と表示される 5.カーソルは処方箋にうつる 6.印刷」ボタンで印字される <p>ところが、以下の操作では印字されません。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者呼出し 2.カルテのコンボの三角をおし、おしたまま(つまりマウスドラックで)「1:発行あり」を選択 3.カルテ「1:発行有り」と表示される 4.カーソルはカルテの部分(処方箋ではない) 5.印刷ボタンを押しても印刷され無い <p>つまり、画面上は「1:発行有り」となっていますが、印刷されません。</p> | <p>印刷」ボタンを押下した時、内容の取り込みをしていなかったため画面の内容を取り込んでチェックするようにした。</p> | |

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 | 20040511-016 | <p>新潟県公費の乳児幼児医療費の法別番号が63なのですが、公費入力をすると退組合の保険が表示されてしまいます。主保険の保険種類を表示させないように改善願います。</p> | <p>公費の負担者番号が保険者マスタに登録されていない場合、負担者番号の頭2桁を法別番号として保険者番号マスタを検索していたが、保険と公費で同じ法別番号があった場合、最初に検索したものを対象にしていたので、保険・公費の判断をするように修正した。</p> | |
| 2 | | <p>保険者番号が保険者マスタに登録されていない場合、検証番号チェック(モジュール10) 保険者番号からの保険の種類自動設定がされない。</p> | <p>自動設定するように修正した。</p> | |

12 登録 (続き)

| 番号 | 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 | 20040716-008 | <p>兵庫県地方公費対応</p> <p>マル難関係 86 難病特定疾患治療 難 小児 一部負担金無し 負担者番号 86****10 (兵庫県) 86****28 (神戸市) 86****36 (姫路市) 一般 一部負担金は51に準ずる 負担者番号 86****44</p> <p>(参考) 特定疾患法別51の一部負担金有りの定義 (兵庫県国保連合資料より) 入院 月額14,000円 (医療費と食事療養費含めて1保険医療期間ごと) 通院 月額2,000円 (1保険医療機関ごと月2回、1日1000円限度) ただし訪問看護、院外処方による調剤薬局での薬剤費については一部負担金はありません。</p> | <p>公費負担額設定に、兵庫県地方公費 (難病特定疾患治療) を追加した。有効開始日が平成15年10月以降のものが対象となる。</p> <p>負担金計算、レセプトも対応した。</p> | |

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 | | <p>最終受診日を検索条件に指定した際、以下のような受診歴をもつ患者が対象となってしまう</p> <p>診療行為 診療科 最終受診日 内科 7月5日 外科 6月5日</p> <p>照会検索条件 最終受診日 :6月30日以前の患者を対象に検索</p> <p>ただし、検索条件の診療科に外科を指定した場合は抽出の対象とします。</p> | <p>対象とならないよう修正した。</p> | |

14 予約

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---|-----|
| 1 | | <p>予約画面での患者一覧についてのお問い合わせです。 診療内容情報にて19番まで登録してあるが予約一覧、未院一覧では19番までと99番の計20個表示されますが患者一覧では9番までと99番の計10個しか表示されません。</p> <p>マニュアルの『システム管理マスター診療内容情報』には予約や受付画面にある『診療内容』欄に表示される表示内容は、変更 追加 削除が行えます。 各画面での最大表示数は30件までとなります。 と記載されています。</p> | <p>患者一覧で診療内容が10件までの表示となっていたので30件まで表示できるように修正した。</p> | |

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 | | DO画面からの受診履歴一覧画面で、入院の場合正しく受診履歴内容に「」を表示されない。 | 正しい内容で表示するよう修正した。 | |
| 2 | | 入院の診療行為画面に表示される負担割合が違う | 外来の負担割合を表示していたので入院の負担割合を表示するよう修正した。 | |
| 3 | 20040616-024 | 入院の診療行為入力で、.700宣言後時間外緊急院内画像診断加算を入力するとメッセージが毎回表示されるますが、表示されないようにできないでしょうか | 入院で時間外緊急院内画像診断加算を算定した時、時間外が算定されていない警告を表示していたので表示しないようにした。 | |
| 4 | | 麻酔で時間を入力していた場合で時間外の点数を算定している内容を訂正で呼び出すと点数が誤って算定される。 | 時間外加算区分を設定していて、数量がある場合、訂正で呼び出した時に数量を入力コードに表示していなかったのを修正した。なお、該当するのは、麻酔で手技に数量 (時間など) があり、時間外区分を入力した場合である。 | |
| 5 | 20040728-025 | 相互作用チェック期間を1に設定した場合、診療行為画面で薬剤併用禁忌同士の薬剤を入力すると、同日の場合はチェックがかかりますが、別日 (1ヶ月以内) で入力すると、チェックがかかりませんでした。基本操作マニュアルには1ヶ月前まで遡ってチェックを行うとなっていますがなぜでしょうか？ | 薬剤禁忌チェックで、院外処方を対象外としていたので院外処方も対象とするように修正した。ただし、同一会計内の入力分は判定をしていた。 | |
| 6 | | 検査の診療種別を指定して複数の検査を入力した場合、包括対象検査は自動でまとまるが「.600」だけの行が残り削除もできない。 | 包括対象検査を包括する時に、「.600」のみの剤は消去するように修正をした。 | |
| 7 | | 患者コメントが正しく表示されない。 | 患者登録業務で入力したコメントを表示するがコメントの内容に半角スペースが混在していた場合に正しく表示できなかったのを修正した。 | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040726-005 | <p>入院患者様で初診 (時間外) 手術 (深夜) 麻酔 (深夜) で算定した場合、訂正で呼び出すと、麻酔の加算が空白になってしまう</p> <p>例) 初診 初診 (時間外) 手術 深夜 (手術) 麻酔 深夜 (麻酔) 訂正で呼び出すと空白になっている</p> <p>ちなみに麻酔の時間外等の加算は手入力でもフラグを立てても訂正で呼び出すと表示されません。</p> <p>また、なぜか麻酔の時間外等加算は do検索、会計照会では表示されません。 診療行為画面では表示はされませんが、訂正 (深夜 時間外になど) も行うことができます。</p> | <p>入院分で時間外加算が3つ以上あった場合に、訂正で呼び出した時に正しく展開されない場合があったので修正した。</p> | |
| 9 | 20040811-004 | <p>下記の通り、入力したところ、tbl_inputsetもしくは、tbl_inputcdのhospidが一部破損し、登録したデータが呼び出せなくなるという現象が発生しております。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 21診療行為画面より、Shift+F3セット登録を押下する 2. セットコード、セット名を新規に入力する。 現象が発生したときは、セットコード:P20035 セット名 :テスト1 3. 入外区分を1入院、一般老人区分を0一般にする 4. 入力コードに、.212を入力する 5. 「この診療種別は外来のみの使用です」というメッセージが表示される 6. 入外区分を2外来に変更する 7. 適当に薬剤を入力して登録する <p>上記の通りの手順をおこないますと、現象が発生しておりますが、ご確認いただけますでしょうか？</p> | <p>セット登録画面で内容を編集集中に、画面の入外区分、老人区分を変更した場合、且つ、セット内容がエラーとなった場合、且つ、区分を戻しそのまま登録をした場合は作成されたセットが正しく登録されないことがあったので修正した。</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040825-012 | <p>セット登録をされていて気づいたことをご報告いたします。 生化学的検査 2の包括の内容を2項目で入力し、その前後に生化学的検査 2の包括外を入力したものを診療行為画面で入力してからセット登録ボタンを押し行為セット入力画面へ行くと600検査の宣言がコードの下に挿入されてしまいます。</p> <p>.600 検査 160033210 FT3精密 160033310 FT4精密 .600 検査 160031710 TSH精密</p> <p>上記内容を診療行為入力画面で入力し、行為セット画面へ行くと</p> <p>.600 検査 160033210 FT3精密 160033310 FT4精密 .600 検査 .600 検査 160031710 TSH精密</p> <p>となります。 修正が可能でしたら.600の宣言が挿入されないように修正をお願い致します。</p> | <p>セット登録画面に診療行為から遷移する場合、包括検査が包括数以下だった時、「.600」を算定検査分自動発生していたので包括検査の時は1つのみとした。</p> | |
| 11 | | <p>訂正するために呼び出した場合に特定疾患処方管理加算、長期投薬加算を入力画面に表示して欲しい。</p> | <p>訂正で特定疾患処方管理加算、長期投薬加算を入力画面に表示するようにした。併せて訂正時に確認メッセージを表示しないようにした。 ただし、登録時に病名に特定疾患があり、訂正時に特定疾患を削除していた場合でも自動で削除したりエラーにはならないので入力者で判断されたい。また、投薬を削除した場合も自動で削除はしないがエラーとなるので削除をすることになる。Doで表示した時に特定疾患処方管理加算等が表示されることになる。</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040717-004 | <p>労災検査 (振動障害検査) の回数に関し、ご教授ください。 回数を「指」でカウントするものについてですが、上限値が「5」となっているのは「片手5本」という解釈でよろしいでしょうか？この解釈が間違っていないければ下記のような回数入力できません。</p> <p>例) 各手 (左、右) で検査指の本数が違う場合 右 : 3本、左 : 4本の場合、計 7本で算定するが、上限値設定のため 7本で算定できない。 また、同コード (同検査) は 1つしか算定できない (同一検査がありません。削除してください。) とのエラーメッセージが表示される)</p> | 検査の同一コード重複チェックで、労災固有のコード (101 で始まる検査) については重複チェックをしないようにした。 | |
| 13 | 20040818-019 | ユーザー登録した器材コード (059 で始まるコード) を自費の診療種別区分 (.950) で算定した場合、領収書にはその金額が計上されません。 | <p>自費 (.950、.960) に、ユーザー登録の器材 (059 で始まるコード) を使用した時、どの項目にも集計していなかったの で、器材としてその他の項目に集計するようにした。</p> <p>集計先が不明のマスタについてはすべてその他に集計をする。</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040820-006 | <p>16年 10月から広島県の乳児医療費制度が改正になります。 (1)広島市 ゼロ歳児および乳児健康相談受診者については、入院は無料、通院は初診算定時に1日500円の自己負担金を徴収 (月4日まで) その他のものは県制度に準じる。 (2)湯来町 入院は無料、通院は初診算定時に1日500円の事故負担金を徴収 (月4日まで)</p> <p>(現行の保険番号マスタで対応できない部分) ・初診算定時に負担金を発生させる (月4日まで算定が可能) という条件立て。 テストで「1月上限回数 4」と作成してみたが、初診・再診に関係せず負担金を発生し、「1月上限回数 1」とした場合は、同月内で初診を算定しても負担金は発生しなかった。</p> <p>初診用・再診用でマスタを分けて作ることも可能だが、その場合レセプトがひとまとめにならないのではという心配がある。広島市内で小児科標榜、地方公費件数もピーク時に300件以上出るユーザーに対しそのような対応は指導できない。</p> | <p>広島県地方公費の外来負担金計算で、初診のみ負担額が発生する公費において、初診用とそれ以外の保険番号をわけなくても同一保険番号マスタで負担金計算ができるように修正した。</p> <p>(北海道地方公費の負担金計算で初診のみ負担額が発生する公費についても同様の修正とする。)</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040818-002 | <p>訂正診療変更時のメッセージについて</p> <p><手順></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診療入力し登録完了します (同一日複数診療で登録) 2. 診療科が間違っていたため、訂正で診療内容を読み出します 3. 診療科を変更します 「診療科が変更されましたよろしいですか」OK 4. 次のメッセージ 「この科の中途終了データが存在します。OKで中途終了内容で置換えます」 NO 再診料他科で診療済コードへ変換される OK 再診料なしの別の診療内容が表示 <p>・中途終了データは一切ないのに4.のメッセージはなぜ表示するのでしょうか？ ・OKするとまた別の診療内容が表示されるのはなぜでしょうか？ ・複数の登録患者で確認しても同じです</p> | <p>システム管理の基本情報で前回処方表示区分を「0 表示する」としていた場合、訂正で診療科を変更すると中途終了があります。」とメッセージを表示していたので表示しない様に修正した。 併せて、登録時に診療科を変更した場合に「診療科が変更されました...」のメッセージの次に「この科の前回内容へOKで置換えます。」を表示するようにした。</p> | |
| 16 | 20040831-010 | <p>労災患者で消炎鎮痛等処置の併施を行った場合の入力が出来ません。</p> <p>例えば、湿布処置「口」+ 湿布処置「イ」+ 器具等による療法」+ 器具等による療法」を行った場合、湿布処置は1日につき所定点数を算定するので、湿布処置 (所定点数) + 器具等による療法 (2部位) 従ってこの場合ですと合計 3項目となり算定できると思うのですが、色々試してはみたのですがどうやってもシステム上では4項目と判断されてエラーメッセージが表示され登録できません。</p> <p>この場合の登録する方法があれば教えていただきたいと思います。また、ないようでしたら登録できるようにしていただきたいと導入ユーザから改善要望があります。</p> | <p>外来の労災・自賠責で、消炎鎮痛等処置の湿布処置を2回とマッサージ等の手技などの処置を2回算定した場合、エラーとなっていたので、湿布処置は1日に1回と判断するように修正した。</p> | |

2.1 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040831-013 | <p>診療行為入力画面でたとえば外用薬ロコイト軟膏を5g入力して登録します。 .230 662640436 5*1 ロコイト軟膏</p> <p>その後ロコイト軟膏10gだったことに気付き、入力方法は間違っているのですが、訂正で別個にまたロコイト軟膏5gで入力登録します。 .230 662640436 5*1 ロコイト軟膏 662640436 5*1 ロコイト軟膏</p> <p>再度訂正画面で呼び出すと .230 662640436 5*1 ロコイト軟膏</p> <p>になっています。入力方法が間違っていることはわかるのですが何故入力した内容が消えてしまう仕様なのかが分かりません。会計照会画面で回数を確認すると2回になっていて混乱してしまいます。実際医院様でこのような入力をしてしまい原因がわかるまでかなりの時間がかかりました。理由があってこのような仕様になっているのでしょうか？</p> | <p>外来で、外用薬の剤内容がまったく同じものを複数同時に入力した場合、登録時に剤回数を2回と登録するが、訂正時に回数を1回としていた。訂正時の入力コードの表示回数を2回にして総量での点数計算を行うようにした。</p> | |
| 18 | 20040903-014 | <p>82歳の方、生活保護で上限8740円患者負担があります。患者登録の所得者情報の公費負担額に8740円と設定</p> <p>診療行為で、上限負担額以上の診療行為を行なった場合請求金額が8000円の老人上限負担額しか記載されません。</p> <p>8740円以上を請求金額に記載させるにはどうしたらよろしいでしょうか？</p> | <p>高齢者の生活保護単独で患者負担上限がある場合、外来8000円入院15000円を上限としていたが、患者負担上限入力された金額まで算定できるよう修正した。</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|---|-----|
| 19 | | <p>山形県の地方公費</p> <p>患者が来院していない場合の診療の患者負担分は地方公費が助成するです。</p> <p>検査の場合、検体を手に入れて、後日結果などが出る場合、</p> <p>1日目 初診 773点 530円 2日目 再診 258点 530円 3日目 再来なし 120点 0円 (1菌種感受性検査のみ) 4日目 再診 160点 480円</p> <p>このような入力になるようです。</p> <p>入力の仕方になりますが、結果が出た3日目で患者は来院していない状態で入力をしても良いですが、後日来院したときにまとめて入力しても良いそうです。</p> <p>この2つの入力方法は結果は同じになると思いますが、この公費では同じにならず、また、公費の助成に回数があった場合も同じにならなくなると思います。</p> | <p>山形県地方公費の外来負担金計算で、患者の来院はないが (診察料なし)検査等の診療があった場合、患者負担が発生しないよう修正した。</p> | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040902-022 | <p>同一月に一度退院した患者が、再度入院してきた場合、入院していなかった期間の入院調剤料が復活してきます。</p> <p>例： 8月 1日～8月10日 当院 一般病棟入院 8月11～8月12日 他病院入院 (入院履歴を他院で作成) 8月13日～8月31日 当院 療養病棟入院</p> <p>診療行為入力で、8月8日に、薬剤10日分を入力 会計照会で、8日～17日に入院調剤料「1」が立つ。 10日に退院登録することで、11日以降の入院調剤料は自動で削除される。 13日に入院登録し、診療行為入力で、13日に、薬剤10日分を入力すると、入院していない、11日と12日の入院調剤料に「1」がたってしまう</p> | 入院調剤料の自動発生について、自院で退院後の他院での入院期間 (歴作成により登録された他院歴期間) についても自動発生の対象期間としていたので、対象としないよう判定方法を修正した。 | |
| 21 | | 検査料の内分秘負荷試験を同一画面で複数入力した時、まとめて一つの剤になっていたため1検査 1剤とするように修正した。 | (お詫び) 内分秘負荷試験の包括算定 (月上限3600点) は現在自動算定できません。 | |
| 22 | | <p>労災の外来管理加算の読み替えで、再診料を算定していない時も読み替えできる点数の時、点数を置換えていたので再診料を算定していない時は読み替えないように修正した。</p> <p>ただし、複数診療科を同時に算定した時は、診察料を算定していない科でも読み替えの対象となる。</p> <p>科毎に別々に登録した時と、点数が違うことになるので注意されたい。</p> | | |

21 診療行為 (続き)

| 番号 | 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 | 20040915-013 | <p>例)8月16日に初診料を算定して糖尿病を病名登録</p> <p>その患者の診療行為画面を9月15日で開くと、特定疾患療養指導料が表示されているが、「初診算定日より1ヶ月以内です。」のエラーコメントが出て登録できない。</p> <p>特定疾患療養指導料のコードを削除すれば登録できるが……</p> <p>ちなみに9月14日では特定疾患療養指導料は表示されない。また、9月16日では自動算定され、登録もできる。(当然これは正しい)</p> <p>9月15日の表示は何か理由があっただけなのではないでしょうか？</p> | <p>外来の診療行為で、病名の特定疾患から特定疾患療養指導料を患者入力時に自動発生する時、初診算定日から1ヶ月目が休日の場合の判定に誤りがあったので正しく算定するように修正した。</p> <p>1ヶ月目が休日の場合、前日でも算定できるが、自動発生はしないこととする。入力者判断で算定した場合は警告を表示する。</p> | |
| 24 | | <p>10円未満の端数処理の扱いを設定できるようにした。システム管理の「1001 基本情報」の「請求金額端数区分 (減免無)」という項目を設定されたい。なお、これに合わせて「減免端数区分」を「請求額端数区分 (減免有)」と項目名を変更した。(但し、労災、自賠責を除く。)</p> <p>別紙「改善・不具合等対応概要」参照。</p> | | |

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 | | <p>21個の修飾語コードと病名コードを入力した場合に未コード化傷病名の扱いにしているが病名編集フラグの設定をしていなかったため修正をした。</p> | | |
| 2 | | <p>簡易修正を行った場合に診療開始日と保険組合せチェックを追加した。</p> | | |
| 3 | | <p>簡易修正画面を表示した場合に項目の内容が正しく表示されない場合がある。</p> | <p>保険組合せ数が多いと保険組合せ以降の項目が正しく表示されなかったため修正した。</p> | |

2.2 病名 (続き)

| 番号 | 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 | | 病名検索画面で改頁処理時にエラーメッセージを表示するようにした。 | | |

2.3 収納

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|--|---|----|
| 1 | 20040831-003 | <p>入院の患者様で退院請求を行い、入金処理を行った後に、診療行為データの訂正を行って、退院再請求を行うと差額 (追加請求額もしくは返金額) が発生しますが、この差額を履歴として残すにはどうしたらよいでしょうか。</p> <p>現状では前回の請求データは請求取消しになり、今回の請求データで入金を行った後、請求取消しになったデータのマイナスの未集金額を返金処理すると差額の履歴が残らないのではないのでしょうか。</p> | <p>収納 - 請求確認画面より差額分の請求書兼領収書を発行できるようにした。</p> | |
| 2 | 20040914-006 | <p>収納データがあるのに「収納はありません」と表示される。</p> <p>収納画面で患者番号を入力する。 診療年月を打ち変える。 指定した診療年月の収納データを表示する。 クリアを押下する。 収納画面で同一患者番号を入力する。 対象の診療年月に収納はありません。と表示される。</p> <p>上記の現象に伴い、 指定診療年月以外の収納が表示される場合もあります。</p> | <p>収納登録 - 請求一覧画面にて、以下の手順で入力を行うと収納データがある診療年月に収納データが表示されないという不具合を修正した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. システム日付の属する月に収納データの無い患者の患者番号を入力する。 2. 診療年月を直接入力し、収納データがある月に変更する。 3. クリアを押下する。 4. 収納画面で同一患者番号を入力する。 対象の診療年月に収納はありません」と表示される。 | |

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 | | チェック画面に手術・麻酔の項目を追加した。他の項目は点数マスタの区分番号毎に集計しているのが、手術・麻酔は算定している手技 (データ区分 = '1') をそのまま表示しているのと同じ区分番号で複数表示することがある。併せて、入院基本点数も表示するようにした。ただし、単純な基本点数の集計なので実際のレセプトの点数とは異なる。参考点数という扱いである。 | | |
| 2 | | 入院分の保険一括変更など負担割合の表示が外来の負担割合だったので入院の負担割合を表示するようにした。 | | |
| 3 | | チェック画面の合計点数に入院の減額が反映されていなかったので修正した。併せて入院の減額は入院点数に集計するようにした。 | | |
| 4 | | 受診履歴に労災・自賠責の時の (労) 等の表示を取りやめ、保険欄に ' 労' 等と表示するようにした。 | | |
| 5 | | 診療科の「00 全科」をリストの先頭に変更した。 | | |

24 会計照会 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>回数の一括変更を可能とした。剤を選択した後、回数変更を一括で指定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回数 / 日 - 日 , が基本である。 ・' / ' が必須である。 ・開始日は必須である。 ・回数を省略した場合 1回とする。 ・期間指定の「 - 日 」は省略可能である。 <p>(例) 1 / 1 - 5 , 2 / 7 , 0 / 8 , / 10 と入力した場合は</p> <ul style="list-style-type: none"> 1日から5日までを1回 7日を2回 8日を0回 (削除) 10日を1回 <p>となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入力内容が正しければ、回数を変更し、一括回数変更欄をクリアする。 ・カーソル位置はそのままと続けて入力可能とする。 ・回数変更した日が同日再診などで複数の会計が存在する場合、どの会計の回数を変更するか指定画面へ遷移する。 <p>【注意】回数指定画面の (1) (2) (3) でそれぞれ算定していた回数を削除して、1つの会計のみ回数有りとなった時、次回から回数指定画面への遷移はされないこととする。</p> | | |
| 7 | | <p>回数変更で外来の場合でも当日の受診履歴がない場合は追加する。選択されている剤の診療科 保険組合せで作成する。</p> <p>変更確定 (F8) を押した時に受診履歴一覧の最後に追加する。</p> <p>回数削除で受診履歴に対象の剤がなくなった場合でも受診履歴は残る。</p> <p>受診履歴を削除する場合は診療行為の訂正で削除を行う。</p> | | |

24 会計照会 (続き)

| 番号 | 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 | | 登録押下時、診療年月、診療科、保険組合せなどの変更時、剤変更押下時、保険一括変更押下時などにそれまでの修正分を登録する。この時外来の場合は収納も併せて修正・追加を行う。 収納の追加・修正で負担金に変更された場合一覧表示を行うので負担金額を確認していただきたい。なお、一覧表の区分に、エラーと表示している場合、収納の再計算ができなかったことを表す。一覧表の下に記載があるように、診療行為の訂正で修正して再計算をしていただきたい。 新規追加した収納は、全額入金として登録を行う。入金方法はすべて「01 現金」とする。また、新規追加した収納と受診履歴のドクターは同じ科・保険組合せで最初に登録されているドクターとする。 | | |
| 9 | | 変更後診療日の入力を日のみとした。 選択した受診履歴が複数まとめでの入力の場合、同時入力したすべての履歴の日を変更する。また、このとき全科・全保険表示をしてすべての受診履歴を表示してから変更していただきたい。 | | |
| 10 | | 月の途中から入院があり当月に外来がない場合、初期表示を入院とするようにした。 | | |
| 11 | | 入院の調剤料の '* 'を外した。 | | |
| 12 | | 回数追加・診療日の変更の場合、保険組合せが期間外のチェックを行う | | |
| 13 | | 入院の時、当月に入退院をくりかえした場合でも追加できるようにした。 | | |

24 会計照会 (続き)

| 番号 | 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 | | 剤変更、保険一括変更後は、収納更新 (Shift+F9) を押して、収納の請求額を変更していただきたい。(収納更新は何度でも選択可能である。) 当月に変更があり、再計算を行っていない 収納の再計算を行う 再計算の結果は、一覧表に表示を行う | | |
| 15 | | 回数変更により追加した履歴の内容を診療行為の訂正で展開した時、診療行為の登録時に自動発生した剤 (処方料、調剤料、検査の判断料等) は展開しない。自動発生する剤は算定できる項目が登録されていることが前提とし、算定できる内容が入力されていれば登録時に自動発生する。なければ削除されるので、訂正する時は注意すること。 | | |
| 16 | 20040913-017 | 「24 会計照会」を選択すると会計照会カードの画面になりますがこの中で、右下の「番号」・「診療日」の明細が出る部分で、1日に数回受診 (同日再診等) の場合、診療日に 月 日 (1) ・ 月 日 (2) というように表示されますが、受診日が1日のみの患者に 月 日 (1) と表示されました。 1日の受診で表示されるのは、なぜでしょうか？ | 受診履歴表示で、同日に1回の受診しかない科でも (1) の表示をしていたので、表示をしないようにした。 併せて、診療行為画面の受診履歴一覧と同じように表示するように修正した。 | |

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 | | 収納業務へ遷移できるようにした。 | | |
| 2 | 20040419-007 | 入院の定期請求ですが、保険と自費 0% の組み合わせの患者の自費の分の請求書も打ち出されてしまいます。 請求額が 0 円の方は請求書はでなくてもいいと言われました。 マスタ等で設定があるのかと思っていたのですが、どこを見てもそれらしき設定がありません。 これは仕方ないのでしょうか？ | 請求確認画面の請求書発行指示に次の区分を追加した。 【2 発行する (請求額あり)】 この区分を選択して退院登録を行った場合、請求金額がある場合に限り請求書を発行する。 | |

3.1 入退院登録 (続き)

| 番号 | 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 | | 月末日で退院登録を行った場合に、翌月分の入院会計データが残る不具合があったので修正をした。(ただし、回数欄は初期化されていた為、この不具合による画面表示、レセプト、患者負担計算への影響はありません。) | | |
| 4 | | 定期請求中の退院登録および退院再計算処理は行えないようにした。 | | |
| 5 | | 入院料未算定時の室料差額について、システム管理マスタの設定により「算定する・算定しない」の切り替えを可能とした。 システム管理マスタの管理番号「5000 医療機関情報 - 入院基本」の設定画面で入院料削除時の扱いを設定すること。 この変更に合わせて、入院会計照会画面で入院料未算定日に室料差額のカレンダー設定を可能とする変更を行った。 | | |

31 入退院登録 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>労災の入院基本料の加算についてです。労災の場合入院の日から起算して2週間以内の期間は健保点数の1.30倍それ以降は1.01倍となっております。</p> <p>この2週間以内の日数計算は再入院の場合には健保での算定と同じだと思っておりますが労災2週間以内の1.3倍が入院していない日も含めて14日しか1.3倍にしていないようです。</p> <p>例) 8月12日～8月19日入院 8月31日 再入院 の場合8月分のレセプト出力しますと</p> <p>* 入院期間加算 (7日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 7</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 1</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間超) (1.01倍) × 1</p> <p>と出力されます。この場合 が8日間で の31日分は9日めなので</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 2</p> <p>になるのではないのでしょうか。</p> <p>また の入院日を8月22日～31日とした場合には</p> <p>* 入院期間加算 (7日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 7</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 5</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間超) (1.01倍) × 2</p> <p>* 入院期間加算 (15日以上30日以内) 労災 (2週間超) (1.01倍) × 4</p> <p>と出力されます。この場合</p> <p>* 入院期間加算 (8日以上14日以内) 労災 (2週間以内) (1.3倍) × 7</p> <p>となるのではないのでしょうか。こちらの解釈が間違っていますでしょうか。</p> | <p>労災保険で入院された患者について、入院基本料に対して2週間以内であれば1.3倍、2週間越えであれば1.01倍の乗数を算定しますが、同一疾病による再入院時に通算日数の判定誤りにより、1.3倍の算定期間に誤りがあったので修正した。</p> | |

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 | | 一括修正を複数の回数指定ができるようにした。 (例) 1日から3日が1回、5及び6日が2回の場合 1/ 1- 3, 2/ 5- 6 このように複数の指定を可能とする。 「,」か「.」を区切りとし「/」、「-」は必須となる。 | | |
| 2 | | 患者変更あるいは診療年月変更をした場合に、診療科を「00 全科指定」で表示するようにした。 | | |
| 3 | | 入院のない患者番号を入力した場合に「この患者に入院の履歴はありません」と表示するようにした。 | | |
| 4 | | 老人の判定を年齢と老人公費が当月にあるか否かで判断するように修正した。また、労災・自賠責の時は老人でも一般と判断するようにした。(入院の保険が自費保険でも老人公費があれば老人と判断する) | | |
| 5 | | 剤変更画面で、入院基本料のみを算定できるように修正した。コメント、薬剤などは入力できない。また、剤点数が表示されてなかったので表示するようにした。 個別のコードの点数は表示しないようにした。また、診療行為一覧選択画面の選択を1つにユーザー登録の選択を削除した。 | | |
| 6 | | チェック画面を会計照会業務のチェック画面と同様にした。診療科の初期表示はすべて「00 全科指定」とする。 | | |

32 入院会計照会 (続き)

| 番号 | 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 | 20030801-006 | <p>入院期間のうち自費と保険診療を混在させて入院料を算定しております。 (例えば1日～10日まで10日間の入院において、1日～7日までは自費、8日～10日は保険診療で入院料を算定します。) 自費算定の日には、入院基本料を削除し、自費項目として入院料を算定させたいのですが、そうすると室料差額料が、入院基本料を削除することにより会計にあがらなく、請求書に記載されません。入院基本料の入力が無い状態で室料差額を算定できるような登録方法の開発を至急お願いいたします。</p> | <p>システム管理マスタの管理番号「5000 入院基本情報」に「入院料削除時の扱い」として室料差額を算定するか否かを設定できるようにした。デフォルトでは「算定しない」となるが算定する場合は「算定する」に設定を変更する。</p> <p>入院会計カードも併せて対応した。</p> | |
| 8 | 20040910-011 | <p>32入院会計照会の操作中に固まります。</p> <p>手順は、 業務メニューで「32入院会計照会」押下 入院患者ではない患者番号を入力してenterボタン押下 エラー情報画面 (0011 この患者に入院履歴はありません)の閉じるボタンを押下 入院会計照会画面の下にある「前月」を押下 上記の操作を行うとマウスのカーソルが時計マーク (処理実行中) になり、 処理が続いている状態になり処理結果が返ってきません。</p> <p>この処理結果が返ってこない状態はどうすれば回避できる方法はあるのでしょうか？ それとも、プログラムの修正 (その1. で閉じるボタンを押下すると32入院会計照会を初期状態に戻す) など行わないといけませんか？</p> | <p>プログラムを修正した。</p> | |

41 データチェック

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|---------|-----|
| 1 | | 減算情報重複チェック システム管理の管理番号「5000 医療機関情報 - 入院基本」で、医療機関減算情報を減算するにしていた場合、診療行為画面で複数同じ減算を入力していた場合はエラーチェック対象とする。 ・院内感染防止対策未実施減算 190080570 (一般) 190799770 (老人) ・医療安全管理体制未整備減算 190111690 (一般) 190809090 (老人) ・褥瘡対策未実施減算 190111790 (一般) 190809190 (老人) | | |
| 2 | | 入院料加算と保険のチェック 入院患者の診療行為で入院料加算 (診区 90、92) を入力した場合に、入院料を算定している保険組合せと異なる保険組合せであった場合はエラーチェック対象とする。 | | |

42 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---------|-----|
| 1 | | レセプト及びレセプト電算データにユーザーコメントを記載あるいは記録するようにした。 | | |
| 2 | | 労災、自賠責レセプトで麻酔料についても (特) を摘要欄に記載するようにした。 | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>自費のレセプトについて 同一の患者さんに2種類の自費を登録し(980と981等)同一月に両方の保険で診療しレセプト作成した場合レセプトが980の自費の方しか出力されませんとのことでした</p> <p>同一患者さんの同一月の自費のレセプト2種類を出力するにはどのようにすればよろしいでしょうか</p> | 同一開始日の複数自費を使用して行為入力を行った場合にレセプトを1枚にまとめていたので自費別に作成するように修正した。 | |
| 4 | | 生活保護の受給者番号一括入力で入力・変更した後のカーソルの動きが、次に空白の行があっても一番最後に移動していたので次の行へセットするようにした。 | | |
| 5 | | 生活保護の受給者番号一括入力の仕様を変更した。 患者登録の受給者番号を初期表示とするが、当該入力画面で入力された受給者番号を優先して表示する。 | | |
| 6 | | 生活保護の受給者番号一括入力の表示順を負担者番号・カナ氏名順にした。また、該当月に労災・自賠償のみ診療がある場合でも、対象患者として表示していたので除外するようにした。 | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>レセプトの給付割合欄について記載要領には国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を で囲むか、 ()の中に給付割合を記載すること。ただし自県分の場合は記載を省略しても差し支えないこと</p> <p>となっておりますが日レセでは、他県の一般の人の給付割合は印字されておりますが、他県の高齢者の場合は空白となっております。</p> <p>本人家族欄に「8高外9」と印字はされていますが給付割合欄を省略していいということは記載されていないようです。</p> <p>給付割合がないとのことで返戻になった医療機関があったとのことでベング様が国保連 (大阪府)に確認したところ高齢者の場合あくまでも国民健康保険もしくは退職者医療の扱いとなるので給付割合の記載がなければ今後も返戻とする。という回答だったそうです。</p> | <p>レセプトの給付割合欄について国保の場合で一部記載されない (高齢者) 場合があったので記載するように修正した。また、退職者医療の解釈で特定退職者医療についても範囲としていたので国保のみとした。よって、社保分レセプトの給付割合欄については記載は一切ないことになる。</p> | |
| 8 | 20040707-021 | <p>例) 自費保険と社保を持っている患者</p> <p>6/1 自費保険で診療</p> <p>6/2 "</p> <p>6/3 社保でE3精密検査 (160034410)とHPL精密検査 (160033710)</p> <p>6/4 自費保険で診療</p> <p>6/5 自費保険で診療後社保でE3精密検査とHPL精密検査</p> <p>以上のように入力しレセプトを出力すると摘要欄には</p> <p>* 内分泌学的検査 (2項目)</p> <p>E3精密、HPL精密 380 × 1</p> <p>* 内分泌学的検査 (2項目)</p> <p>E3精密、HPL精密 380 × 1</p> <p>という風に同じ検査なのに2つに分かれて記載されてきます。</p> <p>同じ検査なので1つにまとめて記載されなくてはいいのではないのでしょうか？</p> <p>自費保険をからませないで社保のみで入力すると1つにまとまり 380 × 2 という風に記載されます。</p> | <p>同一検査の回数まとめて同日再診の場合など2回目以降の受診に同一の検査を行った場合、回数でまとまらず別々の明細として編集していたので修正をした。</p> | |
| 9 | | <p>特例退職者の老人で家族の場合レセプト種別の設定に誤りがあったので修正をした。</p> | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | 福岡県地方公費 (41老人) に関する外来レセプト一部負担金額欄記載について、窓口徴収額の合計の記載ではなく請求点の1割又は2割 (41老人の負担割合) での記載に修正した。(10円未満の端数四捨五入) | | |
| 11 | | 外用として器材の入力を行った場合、外来レセプトにおいて、外用調剤に集計され、又、点数も間違った内容で記載されていたので、外用薬剤に正しく集計されるよう修正した。 | | |
| 12 | | <p>外来労災レセプトで、最終診療日の翌月以降で文書料のみを請求する場合、療養期間を下記のように記載する事とした。</p> <p>1) 休業証明・・・証明期間を療養期間に記載 補足 療養期間を「証明期間 (開始) ~ 文書料入力日」 又は 「証明期間 (開始) ~ 9999999」で、労災保険を新しく追加する事。 休業証明を診療行為入力後、840800001証明期間のコメントの入力も必ず行う事。</p> <p>101130030 休業証明 840800001 証明期間XX月XX日からXX月XX日</p> <p>2) その他・・・診療の最終日を両方に記載 補足 療養期間を「最終診療日 ~ 文書料入力日」 又は 「最終診療日 ~ 9999999」で、労災保険を新しく追加する事。</p> | | |
| 13 | | 月に31回を超える同日複数再診又は電話再診の診療行為入力があった場合、外来レセプトにおいて、同日複数再診又は電話再診のコメント編集時に不具合 (レセプトの内容が記載されない) があったので修正した。 | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | 個別作成処理で入院患者を指定する場合に入院中か否かの判定に誤りがあったので修正をした。 | | |
| 15 | | 月途中で公費が切り替わった場合、レセプト編集・負担金計算が正しく行われなかったため修正をした。 | | |
| 16 | | 特定疾患で、患者負担上限額に満たない場合、入院レセプト<療養の給付 - 公費負担金額欄>の記載について、食事の負担額を含めない金額で記載していたので含めた金額で記載するよう修正した。 | | |
| 17 | 20040524-013 | <p>主保険国保の患者さんが障害の公費を持っている場合、神奈川県各市町村により公費負担者番号・受給者番号がない場合があります。この場合、神奈川県ではレセプト記載のルールとして特記事項に「80障」と記載するそうです。</p> <p>現在日レセでレセプト電算処理のデータを生成すると ・公費の情報レコードが番号なしで出力される ・特記事項欄に80と記載されない</p> <p>神奈川県国民健康保険団体連合会に問い合わせたところレセプト電算でのレコード記載を ・公費レコードの出力はなし(KOの一行はいらぬとのこと) ・特記事項欄に80と記載 をおこなってくださいとのことでした。</p> | <p>神奈川県を所在地とする医療機関でレセプト電算データにより提出する場合、地方公費の負担者番号、受給者番号がない場合は公費レコードを記録しないようにした。 ただし、特記事項コードの記録はカスタマイズにより対応が必要である。</p> | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | <p>広島支払基金より、例えば</p> <p>公費 1 21精神 公費 2 12生活保護</p> <p>の場合で、診療点数が同じ場合、レセプトの請求点欄の2には何も印字しないで欲しい</p> <table border="0" data-bbox="360 550 918 750"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">請求点</td> <td></td> <td style="text-align: center;">請求点</td> </tr> <tr> <td>療 保 険</td> <td></td> <td>療 保 険</td> <td></td> </tr> <tr> <td>の 1</td> <td style="text-align: center;">330</td> <td>の 1</td> <td style="text-align: center;">330</td> </tr> <tr> <td>給</td> <td></td> <td>給</td> <td></td> </tr> <tr> <td>付 2</td> <td style="text-align: center;">330</td> <td>付 2</td> <td></td> </tr> </table> <p>とのお問い合わせがありました。 この記載方法でなければならないという訳ではなく、強く推奨しているそうです。</p> | | 請求点 | | 請求点 | 療 保 険 | | 療 保 険 | | の 1 | 330 | の 1 | 330 | 給 | | 給 | | 付 2 | 330 | 付 2 | | <p>公費 2の請求点の編集を保険の請求点と異なった場合に行なうようにしていたが、公費 1の請求点と異なった場合に行なうように変更した。</p> <p>これに合わせてOCR領域の記載も変更した。</p> | |
| | 請求点 | | 請求点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療 保 険 | | 療 保 険 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| の 1 | 330 | の 1 | 330 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給 | | 給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 付 2 | 330 | 付 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | <p>自費コード(095で始まるコードなど)のみを入力した診療行為はレセプト作成の対象外となるはずが、その場合でも回数・点数の記載を行っていたため出力されていたので作成しないように修正した。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | <p>レセ電提出していますが、症状詳記について伺いたいです。</p> <p>同月内に保険が変更になった患者さんについては症状詳記でその旨が出力されますが、公費負担者番号はどちらも新番号で出力されてしまいます。さらに不思議なことに、公費受給者番号は全く違うものが出力されました。</p> <p>一括作成は9月3日に出たパッチを当てる前に作成しましたので、そこら辺りと関係があるのかもしれませんが、どうなのでしょう。なお患者登録は正確に出来ていました。</p> | <p>月途中で保険の内容が変更されていた場合でも月初の情報から編集をしていました。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | 20040819-010 | <p>和歌山県地方公費 保険番号マスタのレセプト負担金額の件になります。</p> <p>こちらでもレセプト負担金額を「2 10円未満四捨五入しない」で国保 1割で初診のみの診療を行った場合に、四捨五入をすることを確認致しました。</p> <p>ご確認頂けますでしょうか。</p> | <p>和歌山県地方公費に関するレセプト記載で、地方公費の保険番号マスタの設定が「10円未満四捨五入しない」の場合、四捨五入されないケースがあったので修正した。 (例) 国保 1割 + 141老人医療費</p> | |
| 22 | | <p>印刷指示画面及びレセプトプレビュー画面へ処理が終了したら自動的に画面を切り替える機能を追加した。システム管理の管理番号「2005 レセプト印刷情報」で「自動遷移区分」を「1 自動遷移する」に設定するとこの機能を使用できるようになる。</p> | | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | | 医療機関名称の文字数が多くて区切りの悪いところで折り返すため見栄えが悪いのでなんとかできないか？ | <p>システム管理の基本情報はそのままし管理番号「1901 医療機関編集情報」によりユーザ毎に帳票に出力する名称のパターンを登録できるようにした。なお、パターンについては1から99までの番号を付け、次画面 (タグ切り替え) により帳票に合わせてそのパターン番号を指定する。</p> <p>(注意) 紙レセプトの記載にのみ対応しておりレセプト電算データは基本情報の内容で記録を行う。今後、診療報酬明細書だけでなく各帳票で設定できるようにする。また、この医療機関編集情報の画面では1行目、2行目としており特定のパターン番号が特定の帳票と割り当てたものではないので十分記載結果を検証していただきたい。</p> <p>なお、修正したフォームは次のとおりである。 HCM22V03.red 労災・入院外 (短期給付) HCM21V03.red 労災・入院外 (傷病年金) HCM24V03.red 労災 (短期給付 傷病年金の続紙) HCM18V03.red 労災・入院外 (アフターケア) HCM20V03.red 労災・入院外 (アフターケアの続紙) HCN22V03.red 労災・入院 (短期給付) HCN21V03.red 労災・入院 (傷病年金) HCM23V03.red 自賠責・入院外 HCN23v03.red 自賠責・入院</p> | |
| 24 | | 労災レセプトOCR領域のフォントを変更した。 別紙「改善・不具合等対応概要」参照。 | jma-fonts,monpeパッケージもアップグレードする。 | |

42 明細書 (続き)

| 番号 | 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 | 20040825-007 | <p>山口県の診療報酬明細書OCRエリアについてですが、入院分の診療報酬明細書OCRについては、外来分のものと同じだそうです。従って、食事療養費は必要無いとのことでした。フォーマットは平成9年8月のフォーマット集を参考にしているそうです。他の県でも同じようにしているところがあると言っておられました。</p> <p>ですから外来版ORCAを導入している医療機関様はシス管の設定変更で 今月診療分から出そうと思います。入院版に関しては10月診療分(11月提出分)から出せるようにプログラム変更をお願いできないでしょうか</p> | <p>入院レセプトについてOCR領域の出力を可能とした。 別紙「改善・不具合等対応概要」参照。</p> | |
| 26 | 20040817-001 | <p>福岡県の公費(乳児・障害・母子)を持つ患者については、国保に提出するレセプト電算処理データに当該患者の情報を記録せずに、従前どおり紙レセプトでの提出を行うそうです。</p> | <p>福岡県を所在地とする医療機関でレセプト電算データにより提出する場合、公費(乳児・障害・母子)を含んだ患者についてはレセプト電算データの記録対象外とした。</p> | |

44 総括表・公費請求書

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|--------------|--|---|-----|
| 1 | 20040913-011 | <p>日レセの請求書出力についてお願いがあります。 社保の請求書ですが、開設者の印字領域が現在15文字までとなっておりますが、システム管理マスタの画面の開設者入力欄と同じように30文字まで印字するよう拡張していただけますでしょうか? 医院様の中で、法人名と肩書きと氏名を合せて開設者名(15文字で足りない)として各機関に登録されているところがいくつかあり、提出する請求書には登録した開設者名で記入しないと断られたという話を聞きました。 当方でのカスタマイズも考えましたが、今後の運用上ベンダーにてこれの派生プログラムを作ってもいいものか、またWebにも社保のカスタマイズの解説を見つけられなかったため、こちらで質問させていただきました。</p> | <p>社保の診療報酬請求書の開設者氏名が15文字だったため、基本情報で16文字以上入力を行った場合に途中までしか記載されなかったため30文字記載するように修正をした。</p> | |

44 総括表 公費請求書 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---|-----|
| 2 | | <p>生保単独に係る在総診については、一部負担金が発生しないことから記載要領による「その他の診療報酬明細書」と別に診療報酬請求書を作成する必要はありません。</p> <p>記載要領の「在総診等を算定した診療報酬明細書」と「その他の診療報酬明細書」における診療報酬請求書の作成方法は、医療保険の高齢受給者及び老人保健の入院外分に係る規定であり、70歳以上の生保単独で在総診を算定した診療報酬明細書については、診療報酬請求書の「公費単独」欄に記載することになります。</p> | <p>診療報酬請求書では、生保単独で在総診を算定している場合、「在総診または在医総を算定したレセ」の方へ計上していたので「その他のレセ」の方へ計上するようにした。</p> | |

52 月次統計

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---------|-----|
| 1 | | <p>会計カードで自費項目にコメントを編集した場合、コメントに金額 (0円) が編集されてしまう不具合を修正した。</p> | | |
| 2 | | <p>月次統計データにユーザーコメントを記録するようにした。</p> | | |

52 月次統計 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|--------------|---|---|-----|
| 3 | 20040714-012 | <p>入院患者通算日数患者一覧で基準日をH16.6.30迄の患者一覧をH16.7.14に作成した場合、7/1以降に退院した人が記載されません。環境設定で日にちを6/30に戻しても変わりませんでした。なぜ、退院した人が出てこないのでしょうか。</p> <p>他院歴があっても、他院歴～自院日数を合算した人もリストには載らないですか。 180日を超えてる人のみ等条件をつけての印字は出来ますか。</p> | <p>入院患者通算日数一覧表のパラメータに処理区分を追加した。 処理区分 0:基準日時点で入院している患者 (基準日に退院した患者も含む) を対象とする。 1:基準日時点で入院している患者 (基準日に退院した患者も含む) および、基準日と同一月で基準日までに退院した患者を対象とする。</p> <p>新設したパラメータを有効にする場合はシステム管理業務にて設定を変更する必要があります。 (変更後パラメータ) 1 基準日 YMD (必須) 2 処理区分 PSN1 (必須) <--- 新規追加</p> | |
| 4 | | <p>入院定期請求患者一覧表のパラメータに並び順を追加した。 並び順 0:病棟番号、病室番号、診療科、患者番号順に編集 1:患者番号順に編集</p> <p>新設したパラメータを有効にする場合はシステム管理業務にて設定を変更する必要があります。 (変更後パラメータ) 1 処理年月 YM (必須) 2 処理区分 PSN1 (必須) 3 並び順 PSN1 (必須) <--- 新規追加</p> | | |
| 5 | | <p>統計表に記載する診療年月を画面から指定した年月で編集するように修正した。</p> | | |

5.2 月次統計 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|--------------|--|--|-----|
| 6 | | <p>長期入院対象患者一覧表を作成した。</p> <p>システム管理での設定は次のようにします。 帳票名] 長期入院対象患者一覧表 (任意の名称) [プログラム名] ORCBG005 帳票パラメタ1 基準日 YMD (必須) 帳票パラメタ2 処理区分 PNS1 (必須)</p> <p>各パラメタの内容は次の通りとします。 基準日 : 基準日に入力された日付までの入院通算日数を求めます。 処理区分 : 0: 基準日時点で入院している患者 (基準日に退院した患者も含む) を対象とする。 1: 基準日時点で入院している患者 (基準日に退院した患者も含む) および、基準日と同一月で基準日までに退院した患者を対象とする。</p> | | |
| 7 | 20040806-019 | <p>高額日計表 (ORCBG008) が印刷されないとのお問い合わせを頂きました。患者がいるが、処理枚数が 0 となるそうです。</p> <p>日レセバージョン : 2.3.1 パッチ : 全て当てている マスタ : 最新</p> | <p>高額点数に該当するかの条件判定で主保険点数と比較をしていました。公費単独のケースではこの条件から漏れていたため条件を修正しました。</p> | |
| 8 | | <p>薬剤使用量統計に集計する条件として点数が 0 点の剤 (院外処方せん分など) は対象外としていたが、この条件だと処置薬剤などでも集計されない場合があるので院内で使用した薬剤はすべて集計されるように条件を見直した。</p> | | |

101 システム管理

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---------|-----|
| 1 | | 管理番号「1031 出力先プリンタ割り当て情報」の処方せんの標準プログラム名を ORCHC19 から ORCHCM19 に変更した。 | | |
| 2 | | 管理番号「2005 レセプト印刷情報設定」に次の設定区分を追加した。 (1) 自動遷移区分 レセプト作成処理を行い処理が終了したら自動的に印刷指示画面へ遷移するように設定が可能となる。 「0 自動遷移しない」 「1 自動遷移する」 | | |

102 点数マスタ

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|--|-----|
| 1 | | 3 / 31で期限切れの薬剤を期限切置換をマニュアルに沿って変更しました。 例)フェンバール散 10倍散 (CD名・・・1feno01)を置換え しかし、入力CDで検索しても表示されません。 そこで、読みで入力したら検索でき、選択すると、入力コード欄にはきちんと入力CDが表示されています。再度同じ入力CDを手打ちしましたが、「該当する点数マスターが存在しません」のエラーが出ます。 何か設定等に問題があるのでしょうか？ | 期限切置換処理で、入力CDが数字で始まる英数字だった時に入力CDを正しく付け替えていなかった。2件登録されていたので正しく登録するように修正した。 【注意】 既に登録した入力CDについては、この修正を行ったプログラムでも登録画面より変更できないので不具合のあるユーザはサポートセンターまで問い合わせてください。 | |
| 2 | | 入力コードの期限切置換についてです。 本日、17年 3月 31日で経過措置となる薬品の入力コードの期限切置換を行ったところ誤って新診療行為コード空白のまま登録を押してしまったようです。エラー等出ずに登録が出来てしまったようですが診療行為コードがないまま入力コードだけが残り診療行為にてその入力コードを入力すると入力コードが消えてしまい入力コードを消したくても消せないそうです。 もとに戻すにはどのようにすればよろしいでしょうか。 | 期限切置換処理で、新診療行為コードが空白でも登録していたので、空白の場合はエラーとするように修正した。 | |

102 点数マスタ(続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|---------|-----|
| 3 | | ユーザコメントを点数マスタリストへ出力するように修正をした。 点数マスター帳票出力設定画面より[コメント]の [その他] を選択すると出力できる。 また、点数マスタリスト又は入力コードリストでコメントの一覧を作成する場合はユーザコメントを先頭に出力するようにした。 | | |
| 4 | | 自費コード(095、096)を登録する時、自費の集計先 (診療区分) が正しいかどうかのチェックを追加した。エラーの時は警告を表示する。警告のコードを使用すると、集計はすべてその他の項目となる。 | | |

108 住所マスタ

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|---|---------|-----|
| 1 | | 住所マスタの登録業務を追加した。 ただし、ユーザが登録した住所情報は一時的に使用するためという扱いとし最終的には住所マスタ更新データから置き換える仕様とする。 また、患者登録業務での周辺町域情報とは一切連携をしないので周辺町域として登録した住所マスタを削除した場合は再度周辺町域情報を見直していただきたい。 | | |

CLAM

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|---------|-----|
| 1 | | 受付を行っていない患者の点数金額モジュールを作成する際に処方内容が正しくセットされないことがあったので修正した。 | | |
| 2 | | 入院で自動で剤を変更した時の回数編集がおかしかったので正しく編集するように修正した。 | | |

CLAIM (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------|---|--|----|
| 3 | 20040909-009 | claimでORCAに診療行為のコメントで、"16年09月09日開始" というようなコメントを送信したいのですが、診療行為コード008400001に登録してみたのですが、送れませんでした。84系 (例えば840000010) に登録するとうまく送れるのですが、84系の空いている部分にユーザーが追加しても良いのでしょうか？ | claimでユーザー登録のコメントの判定をしていませんでした。 '0082'、'0083'、'0084'で始まるユーザーコメントに対応するように修正します。 なお、'84'で始まるコメントコードは追加しないで下さい。 | |
| 4 | | 複数保険、複数診療科の対応を行った。 複数保険、複数診療科で受診した場合はそれぞれで点数金額モジュールを送信するようにした。 | | |

その他

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|--|---|----|
| 1 | | 再印刷画面より情報削除画面への遷移を行えるようにした。 | | |
| 2 | | 症状詳記に生活保護の受給者番号が表示されない場合があったので修正した。 | | |
| 3 | | 処方せんの「処方」項目の内容が埋まって1ページ場合、「以下余白」が印刷されない。 仕様でしょうか？ お客様の言うには、「処方」項目の内容の最後に「以下余白」印刷するのが普通だそうです。 | 処方せんで明細が1行で終了した場合、最後の行に「以下余白」を編集していなかったので編集するように修正した。 | |
| 4 | | 処方せん印刷で、前回処方印刷で前回の対象がなかった時、印刷をしなかったので頭書を印刷するようにした。 | | |

その他 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|------|--|---|-----|
| 5 | | /etc/dbgroup.inc のパーミッションを660に変更した。 | | |
| 6 | | /etc/jma-receipt/jma-receipt.env にumask066を指定した。 | | |
| 7 | | <p>熊本県地方公費の対応について</p> <p>・重度心身障害者医療費助成 現在のマスター設定表には142、242が掲載されていますが、これは熊本県での扱いとなるので、熊本市用に番号を別途準備します。 重度心身障害者 (熊本市) 保険番号 342 法別番号 ? (制度に合わせて設定) 外来負担区分 1 (患者負担あり) 入院負担区分 1 (患者負担あり) 入院食事療養費 ? (制度に合わせて設定) その他の項目設定はなし</p> <p>・母子家庭医療費助成 母子については県の制度が1/3自己負担ですが、熊本市以外は償還払いなので、この番号を登録するのは熊本市限定になりそうです。 保険番号 143 法別番号 ? (制度に合わせて設定) 外来負担区分 1 (患者負担あり) 入院負担区分 1 (患者負担あり) 入院食事療養費 ? (制度に合わせて設定) その他の項目設定はなし</p> <p>端数処理については、一部負担金の額の1/3を小数点以下切り上げて1円単位まで領収します。</p> <p>レセプト請求については、レセプトへの記載は無しです。福祉請求書等での取扱いになります。</p> | <p>乳幼児医療費助成 これは現状の保険番号マスクで設定可能な為このバージョンでも対応はなし。</p> | |

その他 (続き)

| 番号 | 受付番号 | 問い合わせ (不具合) 及び改善内容 | 対 応 内 容 | 備 考 |
|----|--------------|--|--|-----|
| 8 | 20040730-011 | <p>プログラム更新画面で確認できるパッチの情報(提供日、処理状態、内容)ですが、dpkg-reconfigure jma-receiptをすると消えてしまいます。つまり、画面だけ見ると何もパッチをあてていないという事になります。</p> <p>画面とtbl_pgkanriを確認したところ消えていました。 /usr/lib/jma-receipt-/patch-libにはsoファイルなどは消えずに残っています。</p> <p>dpkg-reconfigureをしても消えないようにしてもらう事はできますか？バージョンアップその他の時に、dbredirecterをとめたい事があります。その時にdpkg-reconfigureを使用しています。その度にパッチの情報が消えるのは困ります。</p> | dpkg-reconfigure を行ってもプログラム管理テーブル(tbl_pgkanri)の行削除はしないように対処した。 | |
| 9 | 20040915-017 | <p>薬剤情報が印刷できなかった患者の登録画面と診療行為画面のハードコピーを送ります。同じ薬剤はテスト患者ではすんなりと薬剤情報が印刷されます。</p> <p>問題の解決よろしくお願いたします。</p> | 患者氏名が20文字の場合、薬剤情報提供書が作成できずエラーとなるので修正をした。 | |

サーバ編

| 番号 | 改善内容 | 設定・留意事項 | 備考 |
|----|---|---|----|
| 1 | 通信のブロック化をして通信速度を改善 通信をある程度ブロック化してから送るように改善した。 特に画面の表示速度(起動や画面切替え時)に効果がある。 | | |
| 2 | ラージオブジェクトに対応 「日レセ」では印刷プレビューで使用している。 印刷プレビューがMONTSUQIを通してクライアントに送られる。 | nfs によるファイルの読込は行わなくても良くなった。 | |
| 3 | wfc を正常終了させるための wfccontrol コマンドを追加した。 | | |
| 4 | UNIX ドメインソケットの対応 UNIX ドメインソケットでの通信をサポートするようにした。 | directoryファイルで記述する必要がある。 2.4.0ではUNIXドメインの設定を施している。 | |
| 5 | 不要なidファイルを読み込まないようにして起動時間の短縮を行った。 「日レセ」では記述が複雑になっていて時間がかかっていたため、不要なidを読み込まないようにした。 | | |
| 6 | メモリーリークの修正 一部メモリーリークしているところの修正を行った。 | | |

サーバ編 (続き)

| 番号 | 改善内容 | 設定・留意事項 | 備考 |
|----|---|---------------------------|----|
| 7 | メモリ使用量の削減 不要なldファイルを読み込まないようにした分とメモリリークの修正によりメモリ使用量が減少した。 | | |
| 8 | directoryファイルの記述変更 機能ついに伴いdirectoryファイルの記述に一部変更があります。 lddir bddir 記述を ddir に統一 UNIXドメインソケットの指定が可能になった。 | 2.4.0ではUNIXドメインの設定を施している。 | |

クライアント編

| 番号 | 改善内容 | 設定・留意事項 | 備考 |
|----|---|----------------|----|
| 1 | 起動ランチャーの追加 起動ランチャを追加した。GUIで接続の指定が可能となった。 | -dialog オプション | |
| 2 | 新しいスタイルファイルの読み込み glclientを自分好みのスタイルに設定できるようになりました。 | -gtkrc オプション | |
| 3 | 起動オプションの変更 -host オプションを廃止して -port ホスト名:ポート番号 で指定するように変更した。 【注意】 リモートに接続しているクライアントはオプションの記述を変更する必要がある。 | -host -> -port | |

クライアント編 (続き)

| 番号 | 改善内容 | 設定・留意事項 | 備考 |
|----|--|---|----|
| 4 | 実行時ログ出力をサポート オプション -mlog を指定すると実行時のログを出力できるようにした。 レスポンス測定等に使用できる。 ログフォーマットはカスタマイズ可能である。 | | |
| 5 | 印刷プレビューの glserver -> glclient 間の通信対応 サーバ側の対応によりクライアントも通信に対応した。 「日レセ」ではNFSの設定等が不要になる。 他のクライアントでも印刷プレビューに対応しやすくなった。 | nfs によるファイルの読込は行わなくても良くなったのでnfsの設定は廃止しても構わない。 | |
| 6 | サーバーとの接続が切断された場合にすみやかに終了するようにした。 (これは接続が切れた後通信しようとするので、サーバ終了時になんらかのボタンを押す等アクションを起こしたときに終了する。) | | |

その他

| 番号 | 改善内容 | 設定・留意事項 | 備考 |
|----|---|---------|----|
| 1 | monpe の改善を行った。 (1) 出力するPostscriptを見直した。 ・フォントとカラーを必要なときだけ変更 ・識別子を短く ・四角を描く関数の追加 (2) 使用できるフォントを追加した。 ・OCRROSAI (労災OCRフォント) ・mincho ・gothic | | |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver2.4.0以降対応予定

| | 改 善 内 容 | | | | |
|--------------------------------|--|---------------|-------------|------|--|
| 国民健康保険組合 の取扱い 患者登録（保険登録） | 国民健康保険組合における負担割合（給付割合）の扱いによる登録について 補助区分の新設 | | | | |
| | 補助区分 | 社保 | 国保 | 自費 | 国民健康保険組合は保険者により給付割合が様々である。また、本人（組合員）と家族の別、外来と入院の別で給付割合も異なる場合もある。 保険者番号（国保組合の例） 1 3 3 0 3 3 全国土木建築組合 1 3 3 2 2 3 医師組合 国保の保険者番号は 先頭 2 桁が都道府県番号 3 桁目～5 桁目が保険者番号 末尾の 1 桁が検証番号 で保険者番号が 3 0 0 番代であれば組合である。 |
| | 空白 | 下記以外 | × | 下記以外 | |
| | 0 | × | 入外 0 割 | × | |
| | 1 | 一般 職務上 | 入外 1 割 | 課税有り | |
| | 2 | 一般 下船 3 月 | 入外 2 割 | 課税無し | |
| | 3 | 一般 通勤災害 | 入外 3 割 | × | |
| | 4 | × | 外：1 割 入：0 割 | × | |
| | 5 | × | 外：2 割 入：1 割 | × | |
| | 6 | × | 外：3 割 入：2 割 | × | |
| | 8 | 前期高齢者 2 割 | × | × | |
| | 9 | 前期高齢者 1 割 | × | × | |
| | A | 前期 1 割 職務上 | × | × | |
| | B | 前期 1 割 下船 3 月 | × | × | |
| | C | 前期 1 割 通勤災害 | × | × | |
| | D | 前期 2 割 職務上 | × | × | |
| | E | 前期 2 割 下船 3 月 | × | × | |
| | F | 前期 2 割 通勤災害 | × | × | |
| 負担金計算 | 保険の種類が「060 国保」の場合で保険者番号が国民健康保険組合の場合は補助区分として「A～C」の区分も入力可能とする。また、保険者マスタに登録された国保組合の給付割合より初期値として該当する補助区分を設定する。ただし、保険者マスタには一般としての給付割合を設定するので、保険者により年齢、公費（結核・精神）により給付割合が違う場合がある。その場合は、該当する負担割合の補助区分に変更を行う。 | | | | |
| | 国保組合のため追加された補助区分を登録した場合は、外来、入院それぞれの割合で患者負担金を計算する。 | | | | |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver 2.4.0以降対応

| | 改善・不具合内容 | 対応内容 |
|---------------|---|--|
| 生活保護 受給者番号 | <p>生活保護（医療扶助）受給者の場合は、自治体によって受給者番号が変らない固定番号制あるいは毎月付番される変動番号制の2通りの運用方法が存在する。</p> <p>変動番号制を採用する自治体が多く医療機関では毎月受給者番号を登録し直す運用を行う必要がある。</p> <p>このためシステムでは当月受診された生活保護受給者の受給者番号を一括入力する画面を準備したが固定番号制の受給者まで毎月入力する運用となったため固定番号の受給者については再入力を行わなくても運用可能となるように改善をする。</p> | <p>患者登録業務</p> <p>患者登録業務で生活保護の情報を公費欄に入力するが、固定番号又は変動番号のどちらの患者であっても今までどおり受給者番号欄に入力を行っても構わない。しかし、これからは変動番号の受給者については受給者番号欄を未入力（空白）として登録することを推奨する。</p> <p>【注意】現在、固定番号の患者で空白もしくは異なった受給者番号が入力されている場合は正しい受給者番号を登録することを強く推奨する。</p> <p>カルテ、処方せんの公費欄の印字</p> <p>公費情報として登録されている内容をそのまま印字する。 よって、受給者番号が未入力の場合は空白のまま出力される。</p> <p>明細書業務（レセプト）</p> <p>生活保護受給者番号一括入力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今までどおり当月受診のあった患者を抽出して一覧表示する。 ・患者登録で受給者番号を入力されている場合はそれを表示する。ただし、一括入力画面より変更を行い登録した場合はそれを表示する。 変動番号の患者（公費情報で未入力）の場合は空白で表示するが、一度でも登録した場合はそれを表示する。 ・全対象患者 受給者番号未登録患者の表示切替（F9）を行えるようにした。 ・一覧表示順を負担者番号 / カナ氏名順とした。 <p>レセプト受給者番号欄</p> <p>生活保護受給者番号一括入力画面で登録された受給者番号を優先して記載する。 当該入力画面より登録を行わなかった場合は患者登録業務で入力された受給者番号を記載する。</p> <p>受診された該当患者に変動番号の患者がいない場合は生活保護受給者番号一括入力画面より登録する必要はないので入力負担が軽減できる。（ただし、患者登録で正しい受給者番号が入力されていることを前提とする。）</p> |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver 2.4.0以降対応

| | 改善・不具合内容 | 対応内容 |
|-------------|--|---|
| 労災レセプトOCR対応 | 労災レセプトのOCR領域に印字しているフォントはOCRBフォントだが、このフォントでは監督署の読み取り装置では認識できない。 | <p>労災レセプト用に新しいOCRフォントを作成した。</p> <p>jma-fonts パッケージに従前のOCRBフォントと今回作成したOCRROSAIフォントを追加してリリースを行う。 これにあわせて印刷するためのプログラムMONPEパッケージもアップグレードされる。</p> <p>医科レセプトと労災レセプトは同じプリンタ名より出力を行っている。 ghostscriptの場合は問題ないが、postscriptで出力を行っている場合はPSフォントファイルをフィルターに追加する必要がある。</p> <p>postscriptで印刷するための設定</p> <p>OCRROSAIフォントのPSフォントファイル(orcaocr.r.ps)はホームページからダウンロードできる。</p> <p>フィルターの変更（例：PSフォントファイルは/home/orca/にあるものとする）</p> <pre><変更前> #!/bin/sh cat /home/orca/orcaocrb.ps - - exit 0</pre> <pre><変更後> #!/bin/sh cat /home/orca/orcaocrb.ps /home/orca/orcaocr.r.ps - - exit 0</pre> <p>これで、同一プリンタ名から医科のOCRBフォントと労災のOCRROSAIフォントが印刷できるようになる。</p> |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver 2.4.0以降対応

| | 改善・不具合内容 | 対応内容 |
|------------|--------------------------------------|--|
| 10円未満の端数処理 | 請求金額に対し10円未満の端数処理を運用に合わせて設定できるようにした。 | <p>請求金額の10円未満端数処理を設定できる機能を追加した。</p> <p>今までは減免区分を設定した患者に対して端数処理を設定することはできていたが、れ以外の患者でも端数処理が行えるようにした。ただし、労災保険又は自賠責保険についてはこの設定とは無関係でありそのままの請求額とする。</p> <p>システム管理マスタの設定 管理番号：1001（医療機関基本情報）に請求額端数区分の減免有と減免無を追加及び変更した。 「請求額端数区分（減免有）」は今までの「減免端数区分」を項目名変更しただけであり実際の処理は今まで全く変わらない。</p> <p>(1) 請求額端数区分（減免無）</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 10円未満四捨五入 2 10円未満切り捨て 3 10円未満切り上げ 4 10円未満端数処理なし <p>デフォルトは「4 10円未満端数処理なし」である。</p> <p>今までは減免対象の患者に対して端数処理ができていたが、新設の項目でそれ以外の患者についても端数処理を可能とした。減免対象患者でもそれ以外でも請求額の端数処理が同じ扱いなら同様の区分をそれぞれに設定する必要がある。</p> <p>この請求額端数区分は最終的な請求額に対して端数処理を行うので保険負担分あるいは自費分（給付外分）または消費税をすべて足してから1円単位の金額を丸めるという処理を行う。</p> |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver 2.4.0以降対応

| | 改善・不具合内容 | 対応内容 | | |
|--------------------------|--|--|--------------------------|--|
| 入院レセプト電算データ作成 | 入院レセプト電算データが作成できるようにした。 | <p>入院レセプト電算データ作成機能を追加した。</p> <p>システム管理マスタの設定 管理番号：2005（レセプト印刷情報）の社保レセ電出力区分（国保レセ電出力区分も同様）の設定内容を次のように変更した。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <変更前> 0 出力なし 1 CSV </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <変更後> 0 出力なし 1 入院外のみ 2 入院のみ 3 入院・入院外 </td> </tr> </table> <p>デフォルトは「0 出力なし」である。 パッケージアップグレードを行っても同一区分を継承する。よって、「1 CSV」を設定していた場合は「1 入院外のみ」として処理を行う。 2.4.0のプレ版で入院データ作成テストをしていた場合は本番系でも設定を間違わないように注意されたい。（区分が1のままでは入院データは作成されない。）</p> <p>レセプト処理～提出データ作成 システム管理マスタの設定に従い一括作成又は個別作成処理を行うとレセプト電算データを作成する。 「44 総括表・公費請求書」業務画面より必要な項目を指定し「社保レセ電」又は「国保レセ電」を選択すると提出データが作成できる。 この時に、「ファイル出力先」及び「入外区分」を設定するとそれに従いデータを作成する。 通常、入院及び入院外分のデータをまとめて記録し提出を行うが、審査機関によっては入院、入院外を分けて記録し提出を求める場合がある。また、既に入院外分は本番提出している場合で入院分を確認試験として提出する場合なども別に作成する必要があると思われるので「入外区分」を使い分けさせていただきたい。</p> | <変更前> 0 出力なし 1 CSV | <変更後> 0 出力なし 1 入院外のみ 2 入院のみ 3 入院・入院外 |
| <変更前> 0 出力なし 1 CSV | <変更後> 0 出力なし 1 入院外のみ 2 入院のみ 3 入院・入院外 | | | |

改善・不具合等対応概要

日医標準レセプトソフト

Ver 2.4.0以降対応

| | 改善・不具合内容 | 対応内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|-------|-------|---------|--------------|---------|---------|--|---------------|-------|-------|---------|---------|---------|--------------|--|-------------|--|---------------|
| <p>入院レセプトのOCR領域出力</p> | <p>診療報酬明細書（入院分）OCR領域について 山口県のケースについて紹介（他県でも同様のケースあり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院分の診療報酬明細書OCRは入院外と全く同じである。よって、食事療養費は必要ない。 ・フォーマットは平成9年8月のフォーマット集を参考している。 | <p>入院レセプトのOCR領域を出力する機能を追加した。</p> <p>システム管理マスタの設定 管理番号：2005（レセプト印刷情報）の社保OCR出力区分、国保OCR出力区分の設定内容を次のように変更した。</p> <p>(1) 社保OCR出力区分</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><変更前></td> <td style="text-align: center;"><変更後></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 OCRあり</td> <td style="text-align: center;">0 OCR（入院外のみ）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 OCRなし</td> <td style="text-align: center;">1 OCRなし</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2 OCR（入院・入院外）</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">デフォルトは「0 OCR（入院外のみ）」である。</p> <p>(2) 国保OCR出力区分</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><変更前></td> <td style="text-align: center;"><変更後></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 OCRなし</td> <td style="text-align: center;">0 OCRなし</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 OCRあり</td> <td style="text-align: center;">1 OCR（入院外のみ）</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2 OCR（入院のみ）</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">3 OCR（入院・入院外）</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">デフォルトは「0 OCRなし」である。</p> <p>パッケージアップグレードを行っても同一区分を継承する。よって、変更の必要がある場合は設定を見直しされたい。</p> | <変更前> | <変更後> | 0 OCRあり | 0 OCR（入院外のみ） | 1 OCRなし | 1 OCRなし | | 2 OCR（入院・入院外） | <変更前> | <変更後> | 0 OCRなし | 0 OCRなし | 1 OCRあり | 1 OCR（入院外のみ） | | 2 OCR（入院のみ） | | 3 OCR（入院・入院外） |
| <変更前> | <変更後> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 OCRあり | 0 OCR（入院外のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 OCRなし | 1 OCRなし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 OCR（入院・入院外） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <変更前> | <変更後> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 OCRなし | 0 OCRなし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 OCRあり | 1 OCR（入院外のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 OCR（入院のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 OCR（入院・入院外） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|------|--|
| 処方せん | <p>診療行為入力で複数診療科及び複数保険の同時入力が可能となったことによる対応について</p> <p>処方せん印刷のパラメタの修正について 修正をされない場合、主科・主保険（注1）の処方せんのみを印刷することになります。 主科・主保険組合せ以外での処方せんは印刷できなくなりますの注意が必要です。</p> <p>（注1）主科・主保険とは診療行為画面で複数科の入力を行った場合、画面上部のコンボボックスで選択入力を行った診療科、保険組合せを指します。</p> <p>CPORCHC19.INC を次のように修正しました。</p> <pre> 01 ORCHC19AREA. * * 1:前回処方、空白：今回処方、2:頭書のみ、3:院内分 03 ORCHC19-KBN PIC X(01). * * 受診歴の連番（確定しない時、ゼロ） 03 ORCHC19-RENNUM PIC 9(01). * * 伝票番号 03 ORCHC19-DENPNUM PIC 9(07). </pre> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">追加 追加</p> <p>診療行為の登録時に発行する場合、主たる伝票番号を編集します。 この伝票番号により、対象の受診履歴を検索して同時に入力した処方せんを診療科・保険組合せ毎に印刷します。</p> <p>処方せんプログラムの修正について 複数の処方せんを印刷する為に、DB検索等の方法を大きく変更しました。 また、処理区分毎に処理を分けるように修正しました。</p> <p>標準提供プログラム ORCHCM19.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。</p> |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none">1 . 000-PROC-SEC の処方内容編集 200-SYOHOU-HEN-SEC 以下を、印刷処理 400-PRINT-SYORI-SEC に移動しました。 400-PRINT-SYORI-SEC では1つの診療科・保険組合せの印刷をします。 複数の診療科・保険組合せがある時は、400-PRINT-SYORI-SECを複数回処理します。2 . 400-PRINT-SYORI-SEC でドクター、保険組合せを検索しています。3 . 帳票編集処理 300-HCM19-HEN-SEC での患者マスタ検索は、100-SYORI-SEC へ移動しました。4 . 400-PRINT-SYORI-SEC までの処理は変更しないようにして下さい。 診療科・保険組み合わせ毎に編集しています。5 . 診療行為マスタよりワークへの編集処理 2002-SRYACT-SYORI-SEC に変更はありません。 |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|---------|---|
| 請求書兼領収書 | <p>診療行為入力で複数診療科及び複数保険の同時入力が可能となったことによる対応について</p> <p>請求書兼領収書のまとめに発行よるパラメタ変更について</p> <p>CPORCHC03.INC を次のように修正しました。</p> <pre> * *****複数科まとめ伝票番号 * 03 ORCHC03-FUKU-DENPNUM PIC 9(07). * まとめ請求額 * 03 ORCHC03-KON-SEIKYU PIC S9(07). * まとめ調整金 *****03 ORCHC03-KON-CHOSEI PIC S9(07). * * 発行フラグ（0：新規、1：再発行、2：訂正、3：入金） 03 ORCHC03-HAKKOFGL PIC 9(01). * 前回未収額 03 ORCHC03-ZENMISYU PIC S9(07). * 前回返金額 03 ORCHC03-HENKIN PIC S9(07). * * 発行方法（1:科・保険別、2:保険別、3:科別、4:全体） * （0:伝票番号分のみ） 03 ORCHC03-HAKHOUFLG PIC 9(01). * 訂正前の内容 03 ORCHC03-OLD-AREA. * 05 ORCHC03-OLD-OCC OCCURS 15. * 伝票番号 * 07 ORCHC03-OLD-DENPNUM PIC 9(07). * 診療科 * 07 ORCHC03-OLD-SRYKA PIC X(02). * 保険組合 * 07 ORCHC03-OLD-HKNCOMBI PIC X(04). </pre> |
| | <p>削除項目</p> <p>ver 2.3.1までの複数科まとめ暫定対応で使用していた項目の為、今回の機能変更で削除としました。カスタマイズプログラムで上記3項目を参照されていたユーザーは修正が必要です。</p> |
| | <p>追加項目</p> <p>発行方法 ORCHC03-HAKHOUFLG ... 0：伝票番号分のみ（単独の発行） 以下は、診療行為の請求書発行時のみ設定 1：診療科・保険別に発行 2：保険別に発行 3：診療科別に発行 4：全体をまとめて発行</p> <p>訂正前の内容 ORCHC03-OLD-AREA ... 診療行為の請求書発行時のみ設定 （発行方法 = 0 以外の時のみ有効）</p> <p>伝票番号 ORCHC03-OLD-DENPNUM ... 伝票番号 診療科 ORCHC03-OLD-SRYKA ... 診療科（科合計の場合はゼロ） 保険組合 ORCHC03-OLD-HKNCOMBI ... 保険組合</p> |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修 正 内 容 | |
|--|---|---|
| <p>* 訂正前請求金額 07 ORCHC03-OLD-SKYMONEY PIC S9(07).</p> <p>* 訂正前消費税（再掲） 07 ORCHC03-OLD-SKYMONEY-SAI PIC S9(07).</p> <p>* 今回入金額 07 ORCHC03-OLD-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07).</p> <p>* 伝票番号枝番（収納からの再発行） 03 ORCHC03-DENPEDANUM PIC 9(02).</p> <p>* ORCHC03-OLD-AREA についてはカスタマイズプログラムで参照する必要はありません。 複数科、複数保険でない単独での診療入力時は請求確認画面の発行方法にかかわらず、発行方法にはゼロを設定します。</p> <p>複数診療科・保険組合せの同時入力があった場合（発行方法がゼロ以外）請求書発行プログラムの中で、集計のサブプログラムを実行して発行方法に応じた収納情報を返却します。 サブプログラムは、ORCHC03SUB.CBL です。</p> <p>CPORCHC03SUB.INC を参考にしてください。</p> <p>01 ORCHC03SUBAREA. *出力 03 ORCHC03SUB-MAX PIC 9(04).</p> <p>* 03 ORCHC03SUB-SYUNOU-TBL OCCURS 15. * 収納マスタ 05 ORCHC03SUB-SYUNOU-REC PIC X(2000).</p> <p>* 請求額等 05 ORCHC03SUB-SKYMONEY PIC S9(07). 05 ORCHC03SUB-SKYMONEY-TAX-SAI PIC S9(07). 05 ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07).</p> <p>* 同時診療科 05 ORCHC03SUB-DOUJI-SRYKA-G.</p> | <p>追加項目（前頁からの続き）</p> <p>訂正前請求金額 ORCHC03-OLD-SKYMONEY … 訂正前請求金額 訂正前消費税（再掲） ORCHC03-OLD-SKYMONEY-SAI … 訂正前消費税 今回入金額 ORCHC03-OLD-NYUKIN-TOTAL … 今回入金額 伝票番号枝番 ORCHC03-DENPEDANUM … 収納からの再発行時に設定</p> | <p>項目説明</p> <p>収納件数 ORCHC03SUB-MAX … 発行する収納の件数 収納マスタ ORCHC03SUB-SYUNOU-REC … 集計した収納マスタの内容を返却します。 この内容で請求書を発行します 今回請求額と消費税（再掲）、入金額は 下記のパラメタで返却します。</p> <p>請求額等 ORCHC03SUB-SKYMONEY … 今回請求額の合計を返却します （訂正の時は差額） ORCHC03SUB-SKYMONEY-TAX-SAI … 消費税（再掲）の合計を返却します （訂正の時は差額） ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL … 入金額の合計を返却します。</p> |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修 正 内 容 |
|--|--|
| <p>07 ORCHC03SUB-DOUJI-SRYKA PIC X(02) OCCURS 10.</p> <p>* 同時保険組合せ</p> <p>05 ORCHC03SUB-DOUJI-HKNCOMBI-G. 07 ORCHC03SUB-DOUJI-HKNCOMBI PIC X(04) OCCURS 10.</p> <p>*</p> | <p>項目説明（前頁からの続き）</p> <p>同時診療科 ORCHC03SUB-DOUJI-SRYKA-G … 保険別に発行する場合に対象の診療科を返却します（収納の診療科はゼロ）</p> <p>同時保険組合せ ORCHC03SUB-DOUJI-HKNCOMBI-G … 科別に発行する場合に対象の保険組合せを返却します（収納の保険組合せはゼロ）</p> |
| <p>請求書兼領収書プログラムの修正について</p> <p>標準提供プログラム ORCHC03.CBL 又は ORCHC03V02.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 . 発行方法により、1枚印刷か複数枚印刷かを判定するようにしました。 2 . 100-SYORI-SEC の複数科まとめの収納集計 1001-FUKU-SYUNOU-SECを削除しました。 3 . 100-SYORI-SEC の収納マスタ、診療科、保険組み合わせの検索の場所を移動しました。 また、診療科、保険組み合わせ検索のキーを収納マスタの科・保険に変更しました。 4 . 帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC の変更箇所は以下になります。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 伝票番号をパラメタからそれぞれの収納の伝票番号としました。 複数の収納をまとめて印刷する場合、最初の収納の伝票番号となります。 ・ 複数科まとめの ORCHC03-FUKU-DENPNUM に関する行を削除しました。 ORCHC03SUB.CBLで収納のレイアウトに集計します。 '*'を編集していた老人一部負担金 HC03-ROUJIN、公費一部負担金 HC03-KOUHI はそれぞれ集計値を編集します。 ・ 今回請求額、入金額はそれぞれORCHC03SUB.CBLで計算した値を編集します。 訂正の時は、差額を計算します。 複数印刷でない時も、パラメタに計算値が編集されています。 複数科まとめによる変更は必要ありません。 | |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|--|--|
| | <p>ここからが（二版）で修正した内容となります。</p> <p>5 . データ部に次の変数を追加しました。</p> <pre> 03 WRK-HKNTEN-KEI PIC 9(07)V99. 03 WRK-NYUKIN PIC S9(07). * + 03 WRK-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). + 03 WRK-ZENMISYU PIC S9(07). + * 03 WRK-SRYKA-MEI PIC X(30). * </pre> <p>6 . 201-ONLY-SYUNOU-SEC 内の次の箇所に 1 行追加しました。</p> <pre> + MOVE ORCHC03-NYUKIN TO WRK-NYUKIN + MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY + * + * 帳票印刷開始処理 + * PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SEC </pre> <p>7 . 帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC 内の次の行をコメントとしました。</p> <pre> + * MOVE WRK-Z72-G TO HC03-KONNYUKIN + * 前回未収額計算 + *!!! PERFORM 3101-MISYU-HEN-SEC - * MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY + * *****MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY + * MOVE WRK-MISYUMONEY TO WRK-Z72 + * PERFORM 800-HENKAN-SEC + * MOVE WRK-Z72-G TO HC03-ZENMISYU </pre> |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|--|---|
| | <p>8 . 202-KAKHOU-SYUNOU-SEC 内に次の行（2箇所）を追加しました。</p> <p>1箇所目</p> <pre> SPA-AREA ORCHC03AREA ORCHC03SUBAREA + * 入金合計 + MOVE ZERO TO WRK-NYUKIN-TOTAL + PERFORM VARYING IDX-SYU FROM 1 BY 1 + UNTIL IDX-SYU > ORCHC03SUB-MAX + ADD ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL (IDX-SYU) + TO WRK-NYUKIN-TOTAL + + END-PERFORM + * 入金合計から前回未収額の入金額を求める + IF ORCHC03-NYUKIN > WRK-NYUKIN-TOTAL + COMPUTE WRK-ZENMISYU = ORCHC03-NYUKIN + - WRK-NYUKIN-TOTAL + + ELSE + MOVE ZERO TO WRK-ZENMISYU + END-IF + + * + PERFORM VARYING IDX-SYU FROM 1 BY 1 + UNTIL IDX-SYU > ORCHC03SUB-MAX 2箇所目 TO WRK-SKYMONEY ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL (IDX-SYU) TO WRK-NYUKIN + + * + * 1枚目に前回未収額を表示する + IF IDX-SYU = 1 </pre> |

ユーザカスタマイズプログラム留意事項（二版）

Ver 2.4.0以降対応

| | 修正内容 |
|---|---|
| + | MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY |
| + | COMPUTE WRK-NYUKIN = WRK-NYUKIN |
| + | + WRK-ZENMISYU |
| + | ELSE |
| + | MOVE ZERO TO WRK-MISYUMONEY |
| + | END-IF |
| * | * |
| * | * 帳票印刷開始処理 |
| | PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SEC |