

## 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		受付一覧画面で、一覧の横の「」、「」を押下した時、画面が壊れる現象がありましたので修正しました。		H19.5.16
2	ncp 20071126-013	<p>受付患者消える現象が多発しています。</p> <p>受付番号をシステムが上書きをしてるようです。詳しくは現在調査中ですが本来新規受付時に新しい受付番号をとる必要があるのですがその前に受け付けた患者と同じ受付番号を取得し更新が行われているようです。</p> <p>保険組み合わせが無かった時に発生しているようですがすべての患者で発生するわけではないようです。</p> <p>現象が特定できていませんが早急に対応が必要と思われます。</p> <p>受付が業務上重要な院所で大きな問題となっておりますので早急に現象を確認しご連絡いただければと思います。</p>	<p>受付画面で受付番号を選択した状態から患者登録へ遷移した場合で選択した受付内容が患者登録済みの場合、患者番号に'*'を入力して新規患者登録をすると、選択した受付番号の患者情報が新規患者登録した内容で上書きされました。</p>	H19.11.30

## 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	お電話でのお問合せ 患者削除機能	システム管理マスター1017患者削除機能なしの設定にしていますが、有効になりませんとのお問合せがありました。	患者登録の削除ボタンがシステム管理に設定をしているにも係らず非活性になりませんでしたので修正しました。	H19.4.24
2	ncp 20070619-008	先日お電話で問い合わせしました月途中での限度額適用認定証開始の件でメール致します。 社保 5月 21日まで 国保 5月 22日から (限度額適用証も22日より開始) 5月分社保点数 : 26,056点 負担額 : 17,170円 5月分国保点数 : 11,263点 負担額 : 2,992円で計算されてきていましたが国保負担額は5月 22日からの限度額適用証も開始になるので1ヶ月の点数ではなく22日からの点数で負担額が計算されるようにしてほしいとの連絡がありました。資料として「国民健康保険限度額適用認定証」をFAX致します。よろしく御願い致します。	70歳未満現物給付について、月途中で保険者が変更となった場合、保険者単位で負担計算するよう修正しました。 (* 公費の患者負担は引き継ぎます。) <注意事項> 966高額(上位所得者) 967高額(一般 低所得者) 965高額 4回目以降についてです。  保険者変更後から当月適用となる場合は、主保険の有効開始年月日を公費適用開始年月日として入力して下さい。 (保険者変更前から引き続き適用となる場合は、適用期間を区切る必要はありません。) * 翌月以降に適用する場合は、1日を公費適用開始年月日として入力して下さい。	H19.8.27
3	ncp 20070829-010	以下の操作を行うと、画面上その患者は表示されていないのに「他端末で使用中です」となってしまいます。 対応の方法はありますでしょうか? 1.U.P.でサンプルのupsample01.shを登録する。 2.患者登録画面の登録ボタンにより、ユーザプログラム実行画面にする 3.戻るボタンで患者登録画面に戻る 4.この時、患者登録画面には患者は表示されていない 5.別の端末でその患者を呼び出すと排他制御がかかる 6.tbl_lockを確認すると、該当のptidで排他がかかったままのようである 不具合であれば対応お願ひします。	患者登録と受付で登録時にユーザプログラム起動画面を表示した場合、元の画面に戻っても排他制御が解除されませんでした。 ユーザプログラム起動画面に遷移する前に解除するように修正しました。	H19.9.26

## 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
4	kk 11553	<p>岡山県の公費について対応をお願い致します。</p> <p>2007年1月11日(受付番号 kk:07527)に特定疾患+マル障併用のレセ記載について対応をしていただきましたが、特定疾患+86ひとり親(85乳幼児)のレセ記載も同様のレセ記載になります。</p> <p>(例)</p> <p>合計点数1000点のうち公費(特定負担)が900点の場合、公費2(マル親)の点数には100点と記載されますが、正しい記載は合計点数の1000点です。</p>	<p>岡山県地方公費に関する保険組み合わせで、091+地方公費(全般)の保険組み合わせを作成するように修正しました。</p>	H19.10.29
5	ncp 20071129-001	<p>法別番号:03(日雇特例保険者)と生保併用患者さんの入力で承認がある病気については日雇保険と生保併用で計算(0%負担)、それ以外の病気は生保単独にて請求する事になっており、診療行為保険組合せで生保単独のみの選択肢がないため入力ができません</p>	<p>一般療養(保険番号003)と特別療養(同004)の患者について、生活保護の公費を持つ場合、生活保護単独の保険組合せを作成するようにしました。</p> <p>レセプト記載については未対応ですのでご留意のほどお願いします。</p>	H19.12.25
6	ncp 20071221-007	<p>和歌山支払基金に確認したところ、やはり 01日雇+012生保 日雇で承認された病名のみ 011結核入院(0割負担) 感染症のみ請求 、 以外の疾患にかかる請求を012生保で請求することになります</p> <p>現在、011結核入院単独の保険組合せがないため処理できません。</p>	<p>一般療養(保険番号003)と特別療養(同004)の患者について、感染症(結核入院)の公費を持つ場合、感染症(結核入院)単独の保険組合せを作成できるようにしました。</p> <p>レセプト記載については未対応ですのでご留意のほどお願いします。</p>	H19.12.25
7	ncp 20080202-007	<p>ORCAのバグと思われる現象がありましたので報告させて頂きます。</p> <p>・1017 患者登録機能情報で「3.患者登録のカルテ発行」を「2発行する(保険組合せ自動)」に設定</p> <p>患者情報の基本的な情報(名前等)と住所欄の右側の欄(番地)に何らかの文字を入力する</p> <p>・カルテの発行前に受付から受付完了を選択</p> <p>登録</p> <p>上記の手順でカルテ発行を行うと文字化けした2枚目が出力されてしまいます。</p> <p>現在医院様には受付をする前にカルテ発行を行うようにして頂いております。</p>	<p>患者登録画面からカルテを2枚以上発行する時、2枚目以降が正しく印刷されないことがありましたので修正しました。</p> <p>また、新規患者登録でシステム管理がカルテ発行するで設定されていた場合、受付タグのカルテ区分も、カルテ発行をするになっていましたので、受付では発行しないを初期表示にするように修正しました。</p>	H20.2.5

## 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		<p>下記の手順を行った場合、エラーが表示され、受付取消を一度に行うことができません。1件ずつ取消して[登録]を押下すれば削除できます。</p> <p>1.患者登録-基本情報画面より展開する。      2.受付タブで保険組合せを指定し カルテ発行「2続紙頭書」[受付完了] [登録]をする。      3.前回患者で呼出して、受付タブを押下する。      4.前回受付した情報を残したまま、保険組合せを指定し カルテ発行「2続紙頭書」[受付完了]する。      5.基本情報タブから保険組合せを選択し、「1.カルテ発行あり」にして[登録]する。      6.前回患者で呼出し受付タブを押下する。      7.受付2件分を1件ずつ選択し [受付取消]をする。      8.[登録]ボタンを押下する。      9.「適用期間がマスタの範囲をこえています」のエラーが表示されます。</p>	<p>患者登録で登録済みの受付を削除後、新しく受付を行った時、「適用期間がマスタの範囲をこえています」とエラーメッセージが表示される不具合がありましたので修正しました。</p>	H20.2.26

## 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		<p>バージョン3.4.0で実装しました包括診療チェック(外来診療料のみ)の処理で、投薬料の入力があった場合に、投薬料の直前の剤の診療種別を変更していましたので修正しました。診療種別の最終桁を無条件に'3'へ変更していました。</p> <p>包括診療チェックを行うようにシステム管理で設定している場合に現象が発生します。</p>		H19.4.2
2	お電話のお問い合わせ 3月30日 - Ver3.4.0 上限回数エラー	検査のセットにB-Vを組込み複数のセットを入力した場合にVer3.4.0でB-Vが上限回数エラーとなるとお問い合わせがありました。	バージョン3.4.0で実装しました包括保険同時入力により入力チェックの順番を変更しました。 これにより、セット展開時に算定回数エラー、併用算定エラーがあっても展開していましたので、算定回数・併用算定チェックを同時に行い、エラーについては展開しないように修正しました。	H19.4.2
3	support 20070330-016	<p>ユーザ様から、診療行為画面で「前回処方」ボタンを押した時に、前回処方内容が表示される日と、されない日があるという問い合わせがあり、弊社でも確認したところ、同様の現象が確認できました。内容は下記のとおりです。</p> <p>診療行為入力画面で3頁まで内容を入力し、3頁の17行目から処方薬剤の入力を行い登録を行うと、前回処方」ボタンを押した時に、その日の処方内容が表示されない現象が出ています。薬剤を3頁目の17行目より前に入力していた場合は、「前回処方」に処方内容が出てきます。</p>	前回処方画面またはDO画面で投薬のある受診履歴一覧に、投薬が診療行為の15剤以上後に算定されてる場合、対象としていませんでしたので修正しました。	H19.4.24
4	request 20070131-006	外来管理加算チェックを0チェックなしor1チェックありの設定の場合。慢性疼痛疾患管理料を算定した日に同日再診を算定。この時、外来管理加算は入ってきません。この同日再診の内容を訂正で開こうとすると警告が出て外来管理加算が入ってきてしまいます。行削除も効かないのでもいちいち外来管理加算チェックを2自動発生なしに設定してから訂正画面を開かなければいけません。慢性疼痛疾患管理料を算定後は外来管理加算がとれないで訂正で開いたときも入ってこないようにお願いします。	慢性疼痛疾患管理料を算定した時、登録時に削除された外来管理加算が訂正時に自動発生することがあったので自動発生しないように修正しました。	H19.4.24

## 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
5	お電話でのお問い合わせ 4月9日 - 労災四肢加算	<p>労災で下肢静脈瘤手術に四肢加算を入力しますと四肢加算ができないコードです。労災加算を削除してください。とエラーとなり入力することができません。</p> <p>四肢加算が算定できる手術の中に神経、血管の手術とあります。下肢静脈瘤手術は静脈の手術ですので血管の手術に該当しますが入力可能としていただけますでしょうか。その他動脈、静脈の手術に関してもお願いいいたします。</p> <p>労災保険情報センター(RIC)へも確認しましたが四肢の傷病に係わる手術であれば算定可能ということでした。</p>	<p>労災の手術で労災(四肢)加算の自動発生はしないが算定できる場合について、労災加算を入力してもエラーとなっていたので入力チェックを廃止しました。</p> <p>現在、労災加算を自動発生している手術はそのまま自動発生を行います。</p>	H19.4.24
6		<p>画像診断料以外でフィルムを算定した場合、フィルムの分画数を1として登録していますが、DOから展開した時はゼロで登録していました。これにより剤が分かれてしまっていますので以下のように修正しました。</p> <p>フィルムの分画数は画像診断料で算定した場合のみ設定するようにしました。</p>		H19.4.24
7	ncp 20070414-002	<p>バージョンアップ前は診療行為画面で診療区分.110や.120と入力するなどの位置でも入力出来ましたが、3.4.0からは初・再診の診療区分.110や.120と入力すると消えてしまいます。</p> <p>項目の間に挿入して入力すれば出来るのですが項目一番下の行に.110と入れても消えてしまいます。</p> <p>どうして入力出来なくなってしまったのでしょうか？ 入力方法が変わってしまい困っている医院様がありますので、早急に修正をお願いします。</p>	<p>診療行為で最終行に.120を入力した時、初診料を再診料に置き換えるようにしましたが置き換え対象外の剤でも入力された.120を削除していました。</p> <p>再診料が算定されていて置き換え対象外の剤について.120を削除しないように修正しました。</p> <p>.110については、当初からの仕様です。</p>	H19.4.24

## 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
8	request 20070323-006	長期(10,000円)と91(障害一日100円まで月に4回までの請求)をお持ちの外来患者様で不具合がありますので修正をお願いします。月初めの1回目の診察で患者負担金額が10,000円を超えた場合、窓口負担金は100円で、101円から10,000円までを91が公費負担する様になり、10,000円以上は長期が公費負担します。2回目以降の来院では患者負担が10,000円を超えていたので、請求が発生しません。しかし現在は月4回までは自動的に請求が発生してしまいます。広島県障害福祉課等に確認しましたところ、このケースは月100円の請求が正しいと解答頂いております。	広島県地方公費重心(191、291)+長期対応(1日100円、月4回の設定)  外来負担計算において、例えば初日に患者負担金相当額が10000円を超える場合、患者負担は初日の100円のみで、2日目以降は請求なしとしました。	H19.5.16
9	kk 09030	北海道旭川市の障課のマスタ設定を追加していただきましたが、以下のマスタの新設をお願い致します。  マスタ新設 743 旭川障老課  ・1ヶ月の外来負担上限がありません。 ・外来会計計算は643 旭川障課と同じで 初診 1割-580円負担 再診 1割負担 （5月の診療が始まっているので本体側の早期の修正をお願い致します。） ・重度心身障害者医療費請求書には初診の患者様のみ備考欄580丸囲みで記載し請求します。 旭川障老課は再診の患者様の公費請求はしません。	北海道旭川市地方公費重心対応(743)について(入外)  初診料算定時:1割相当額から初診時一部負担金(580円)を差し引く対応をしました。	H19.5.16
10	support 20070517-011	労災で入院中の患者さんで血糖検査を国保で入力した時、入院日だけ「更新出来ませんでした」となります。	入院分での診療行為登録時に、当日に同一科で別保険により登録された15剤以上の受診履歴がある場合、受診履歴の更新でエラーとなりましたので修正しました。	H19.5.29

## 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
11	お電話でのお問い合わせ - 北海道初診自己負担につきまして	回復期リハビリテーション病棟入院料算定時も初診時一部負担金を患者から徴収することで国保連へ確認したところ、回復期リハビリテーション病棟入院料には初診料も含まれるので患者から徴収できるとの回答でした。 患者負担が発生するように出来ますでしょうか。	北海道地方公費(入院時) 初診料が包括される入院料算定時に099110001(初診料DUMMY)を診療行為入力した場合、初診料を算定したとみなし、負担金計算を行うように修正しました。	H19.5.29
12	お電話でのお問合せ 5/23 皮膚科特定疾患 診療訂正	複数科入力で皮膚科特定疾患を削除しているにもかかわらず、請求確認画面で指導料が発生しますとのお問合せがありました。	診療行為の複数科入力で自動発生した特定疾患療養指導料・皮膚科特定疾患指導料を削除して登録した会計内容を訂正で展開後、Enterキー等押下すると指導管理料が自動発生していました。訂正時には指導管理料を自動発生しないように修正しました。	H19.5.29
13	kk 09086	こちら広島県なのですが、3歳児の精密健康検査請求書と「乳初診有」の公費をお持ちの場合の対応について質問があります。  3歳児の精密健康検査請求書がある場合、初診料・検査料は市へ請求し、その他の点数は患者請求します。(初診料・検査料の点数はレセプトにも記載しません) 「乳初診有」の公費を登録して、診療入力で初診料・検査料を削除するのですが、「乳初診有」は、初診時のみ上限500円請求の公費マスターのため、初診料を削除することで患者請求もなになってしまいます。 初診料・検査料を除いた金額が請求額に上がらないため、現状では、請求書兼領収書・レセプトは、印刷できても手書き修正しないと使用できませんし、日計表にも影響します。  特殊なケースなのでプログラムが対応していませんが、このような場合どのように対応すればいいでしょうか?	広島県乳幼児(保険番号390)(外来)の負担計算を修正しました。  初診料の代わりに"099110001"(初診料DUMMY)を入力することにより一部負担金を発生するようにしました。	H19.6.26

## 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
14	お電話でのお問い合わせ 6月15日 - 中途終了処方せん発行	院外処方で059～で作成したコードのみを投薬の宣言を行い入力した際に059～コードのみの入力で中途終了からの処方せん発行からの場合に処方せんが発行されません。 059～コードのみでも請求確認画面から発行の場合、中途終了からの処方せん発行で他に投薬の入力のある場合には発行されました。 上記の動作は仕様なのでしょうか。	院外処方で投薬内容が059～で作成したコードのみの場合、中途終了から処方せん発行を指示しても作成されませんでしたので修正しました。	H19.6.26
15	support 20070620-005	診療行為画面で造影剤使用撮影時に .731を入力して点滴手技料を算定しますが、点滴手技料で剤が終了するので点滴注射 * 1を入力し、そのまま下に13番コードのもの(薬情や診療情報提供料)を入力して登録。 その後、訂正で展開すると、点滴の後ろの * 1が消えてしまうためK99警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。が表示されます。 また * 1を追加、又は .130を追加して登録する必要があります。 13コードの代わりに14番コードを入力したり、薬剤 21内服を入力したとしても上記現象は起こりませんでした。 これについては修正していただけないでしょうか？	外来分の入力で、診療種別区分731「造影剤・注入手技(点滴)」の次の診療区分が13の時、訂正で呼び出すと731「造影剤・注入手技(点滴)」の剤に次の診療コードが含まれていましたので剤分離をするように修正しました。 診療区分13の直前の剤の診療種別区分が731の時は、診療種別区分130を自動発生するようにしました。	H19.6.26
16	support 20070617-001	リハビリテーション医学管理料を算定した月に消炎鎮痛処置を算定しようとした際、算定できないというエラー警告を表示することはできないでしょうか。	疾患別リハビリテーション医学管理料の初回算定前に算定していたリハビリ・消炎鎮痛等処置を算定後に算定してもエラーになりませんでしたのでエラーとするように修正しました。 例えば、 6/2 介達牽引 6/10 運動器リハビリ医学管理料(初回) 6/11 運動器リハビリ料 エラーになります 6/11 介達牽引 エラーになりませんでした。	H19.6.26

## 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
17	お電話でのお問い合わせ 6月29日 - 臨時投薬エラー	<p>同月の初回に在総診を入力し、次に受診時に臨時投薬の入力を行った際、290を宣言した場合エラーは出ませんが、院内院外ボタンを院内とし290、291、292を宣言した場合院内院外ボタンを院外とし291を宣言した場合「在宅時医学総合管理料を算定時算定できません」とエラーが表示され入力できません。</p> <p>院内院外ボタンを院外とし、292を宣言した場合入力はできますが訂正展開時に同じエラーが表示されます。</p>	<p>在宅時医学総合管理料等を算定し投薬が包括されている場合で院内院外ボタンが院内になっている時、292 内服薬剤(臨時投薬)(院外)が算定できませんでしたので修正しました。</p> <p>2006年4月診療分以降について対応しました。</p>	H19.7.30
18	お電話でのお問い合わせ - 自費コード数量入力	<p>自費コードの09593で始まるコードで包帯1m=500円で作成し、労災自賠で数量0.5で入力(スペース0.5と入力)しても数量1として計算されますとお問い合わせがありました。</p> <p>数量2などを入力しますと数量・金額は入力できませんとエラーとなります。</p> <p>0.5は入力できて回数1と計算されるのは仕様でしょうか。</p> <p>数量入力を*回数と入力した場合*2の場合にはエラーは表示されず正しく計算されますか*0.5の入力はエラーとなります。</p> <p>回数0.5を正しく計算させることはできないのでしょうか。</p> <p>健保分に09593で始まるコードを使用し0.5と入力した場合は0.5として計算されてきます。</p>	<p>診療行為で労災・自賠責保険入力時に、自賠責の判断料等(09591xxxx ~ 09594xxxx)を入力時に、数量を0.5と入力できただので1以外はエラーとするように修正しました。</p>	H19.7.30
19	お電話でのお問い合わせ 7/6 小児科療養指導料	6/30に初診料を算定しており、7/5に小児科療養指導料を入力しようとすると、「初診料算定日より、1ヶ月以内です。算定できません。」のエラーメッセージが表示されますとのお問い合わせがありました。	小児科療養指導料を初診算定日から1ヶ月以内の算定をエラーとしていましたので同月内であればエラーとするように修正しました。なお、退院日からのチェックは今まで通りです。	H19.7.30

## 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
20	support 20070706-002	<p>平成17年より入院の患者さんです。入院時より労災(短期給付)の保険でしたが、平成19年6月1日より労災(傷病年金)に変更になりました。以前の労災保険はそのままで、保険追加で傷病年金の保険を継続で作成し、傷病年月日・療養開始日も平成17年のまま登録しました。</p> <p>「31入退院登録」画面で「転科・転棟・転室」を選び、保険を変更しました。</p> <p>レセプト作成すると、6月1日から14日までの入院基本料が、労災(2週間以内)(1.3倍)で計算されます。</p> <p>労災(2週間超)(1.01倍)で計算されるにはどのようにしたらいいでしょうか?</p>	<p>労災短期給付で入院し、傷病年金に切り替わった場合、傷病年金の入院料の計算について、切り替わった日から14日間1.3倍していましたので、短期給付で入院した日を起算日とするよう修正しました。</p> <p>(起算日は初回入院日としました。)</p>	H19.7.30
21	kk 09698	北海道地方公費 乳幼児請求に関する資料を入手しましたので、送付します。	<p>北海道地方公費(乳幼児)負担金計算対応</p> <p>保険番号 190、291、292(入外)、842(入)</p> <p>初診時のみ一部負担金が発生するように対応しました。</p> <p>* 保険番号 190、291、292は、平成19年8月診療分以降での適用となります。</p>	H19.7.30
22	お電話でのお問い合わせ 7月27日 - リハビリ医学管理料開始日	<p>リアルタイムプレビューにおける疾患別リハビリテーション医学管理料の開始日の表示についてご教授ください。</p> <p>6月10日に運動器リハビリテーション医学管理料1回目を算定</p> <p>7月26日に2回目の管理料を算定</p> <p>上記の場合で、7月26日の診療行為入力中及び診療訂正でのプレビューでは開始日が7月26日と表示されます。</p> <p>7月27日の入力時や会計照会からのプレビュー、明細書には開始日6月10日と表示されますがこちらの動作は仕様でしょうか。</p>	診療行為からのプレビューで算定履歴の取扱に誤りがありましたので修正しました。	H19.8.27

## 21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
23	ncp 20070727-010	<p>ユーザー様からのお問い合わせで、当日の診療内容の確認を訂正診療で内容を展開すると、エラーが出るところで検証してみました。</p> <p>診療行為で包括検査の下に、DO入力で投薬の入力を行います。</p> <p>例) CEA精密 CA19-9 .210 内服薬剤*28</p> <p>登録後、訂正診療で展開すると【エラー K999】登録時と診療内容が違います。</p> <p>と表示され、.210の区分が消えて、検査と薬剤が同じ剤にまとまってしまいます。</p> <p>当月初めての薬剤の場合は.210の区分は消えないのですが、2回目以降の薬剤の場合に.210が消えてしまいます。</p> <p>包括検査の後に投薬は入力しないようにするしか方法はないでしょうか？</p>	<p>外来分入力で包括検査の後ろに投薬を入力した場合、同月に診療種別がない同じ投薬剤がある時は、展開した時に検査の後ろの投薬が剤分離されず検査の剤に含まれていました。</p> <p>包括検査は回数 = 1 を削除して包括処理を行なうので検査の回数が削除され、後の投薬剤にも診療種別がないので剤が分離できませんでした。</p> <p>投薬で診療種別がなく直前の剤が検査であれば訂正展開時に .210 を自動発生して剤分離するように修正しました。</p> <p>検査であれば包括でなくとも診療種別の自動発生を行います。処置など検査以外であれば回数で剤分離します。</p>	H19.8.27
24	orca-biz 01894	<p>中越沖地震に係る一部負担金減免について</p> <p>「中越沖地震に係る一部負担金減免」に関わる資料を、新潟県国保連合会殿よりいただきましたので公開させていただきます。</p> <p>「orca-biz:01876」でお知らせしました中越沖地震関連の続報です。</p> <p>減額対象患者は添付資料「減額対象患者入力方法について」のとおり設定をお願いいたします。</p>	<p>* 全国公費についても減額計算を行いました。</p> <p>960(減額(割))で、患者負担がある全国公費の併用がある場合</p> <p>例) 国保 + 51特定疾患 減額 5割 (51特定疾患 月上限 2000円) 医療費 50000円(3割)の場合 国保 50000円 × 0.3 = 15000円 15000円 × 0.5 = 7500円 51 2000円 × 0.5 = 1000円 (* 5割減の計算を行う)</p> <p>患者負担 7500円 &gt; 1000円 ⋯ 1000円</p> <p>この事例の場合、患者負担が 2000円となっていたので、1000円となるよう対応しました。</p>	H19.9.26

## 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
25	kk 10584	平成19年10月からの東京マル子につきまして資料をいただきましたので添付します。  本人負担がある場合とない場合があります。 ある場合は自己負担は2割なのですが、高額療養費の場合、自己負担は自己負担額の2/3になります。	東京都地方公費マル子対応  保険番号:588 平成19年10月診療分~  下記の計算式で負担額を計算します。 主保険の患者負担相当額(1円単位)×2/3(10円未満四捨五入)	H19.9.26
26	kk 10688	所沢市乳幼児の資料をいただきました。  新座市等の公費と同じで、21000円までは現物給付で窓口負担が無く、21000円を超えたならその場で今までの自己負担分全額を払い、償還払いとなるようです。 新座市等の公費と異なり、入院も上記請求方法のようです。	埼玉県所沢市乳幼児対応  保険番号:543 平成19年10月診療分~  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)  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円)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。また、必要に応じて入金処理を行ってください。	H19.9.26

## 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																				
			<p>&lt;入院&gt;</p> <p>1.定期請求に関して</p> <p>公費の特性上、該当患者については、入退院登録 - 定期請求設定を (2月末時のみ請求)とし、運用する事を推奨します。 (例)定期請求設定を(1 医療機関での設定)としている定期請求が月2回ある 1回目の定期請求分が21000円未満 2回目の定期請求分が累計21000円以上となる場合、定期請求設定を(2月末時のみ請求)と変更し、定期請求を 個別に月末一括請求で行う必要があります。</p> <p>2.同月内で再入院がある場合</p> <p>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。</p>																					
27	ncp 20070925-008	<p>生年月日 :S5.9.19 保険133132国保 家族 公費 27138395 老人1割 21136015 精神通院 公費上限額設定 H19.9.1 ~ 9999999 外来上限額 9999999</p> <p>上記設定を行った患者様の一部負担金が発生しないのはなぜでしょうか?</p> <p>その際の国保組合(133132東京食品販売)のため患者窓口負担は0になるとお電話にてご返答いただいたのですが、その後保険者(133132東京食品販売)さまより、老人のため一部負担金が発生するとの事でした。 患者様の自立支援医療受給者証の月額自己負担上限額欄には「医療費の1割」と記載されています。</p>	<p>特定保険者 + 021精神、010結核の場合で、老人保健がある場合は、患者負担無しにしないように対応しました。</p> <p>特定保険者は以下となります。</p> <table> <tbody> <tr><td>133033全国土木建築</td><td>133280全国板金業</td></tr> <tr><td>133041東京理容</td><td>133066東京芸能人</td></tr> <tr><td>133074文芸美術</td><td>133090東京料理飲食</td></tr> <tr><td>133116東京技芸</td><td>133132東京食品販売</td></tr> <tr><td>133140東京美容</td><td>133157東京自転車商</td></tr> <tr><td>133165東京青果卸売</td><td>133173東京浴場</td></tr> <tr><td>133181東京写真材料</td><td>133199東京都弁護士</td></tr> <tr><td>133207東京都薬剤師</td><td>133223東京都医師</td></tr> <tr><td>133249東京建設職能</td><td>133256東京建設業</td></tr> <tr><td>133272東京土建</td><td></td></tr> </tbody> </table>	133033全国土木建築	133280全国板金業	133041東京理容	133066東京芸能人	133074文芸美術	133090東京料理飲食	133116東京技芸	133132東京食品販売	133140東京美容	133157東京自転車商	133165東京青果卸売	133173東京浴場	133181東京写真材料	133199東京都弁護士	133207東京都薬剤師	133223東京都医師	133249東京建設職能	133256東京建設業	133272東京土建		H19.10.29
133033全国土木建築	133280全国板金業																							
133041東京理容	133066東京芸能人																							
133074文芸美術	133090東京料理飲食																							
133116東京技芸	133132東京食品販売																							
133140東京美容	133157東京自転車商																							
133165東京青果卸売	133173東京浴場																							
133181東京写真材料	133199東京都弁護士																							
133207東京都薬剤師	133223東京都医師																							
133249東京建設職能	133256東京建設業																							
133272東京土建																								

## 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
28		入院の診療確認画面で負荷検査の点数警告が発生する内容で指示せん印刷画面を表示した場合、警告を表示せず処理後も診療確認画面のままでしたので、警告を表示後、診療行為画面へ戻るように修正しました。		H19.10.29
29	お電話でのお問い合わせ 10月 19日 - 処方せん(減)印字	同日に院内、院外の両方の処方をする場合に院内院外ボタンを院外に設定し、院内処方分を.211で7種類以上入力し、院外処方分を.210で入力しますと処方せんの薬剤名の上に(減)と印字されます。 診療行為確認画面にも(減)と表示されます。  院内院外ボタンを院内に設定し、院外分を.212とし入力した場合は(減)は印字されません。  処方せんに(減)の文字は不要と思われますが印字されないようにはどうでしょうか。	(減)コメントの差し込みに誤りがあり処方せんに(減)が記載されていましたので記載しないように修正しました。	H19.10.29
30		ver3.4.0から複数保険に「9999 包括入力」を入力できるようにしましたが、中途終了一覧から「9999 包括入力」の保険は追加できませんでしたので追加できるように修正しました。		H19.10.29
31	ncp 20071026-004	点数マスタにて、「059~」のコードで器材を作成するときに、上下限年齢という項目がありますが、ここで年齢を設定して、診療行為を入力しても、すべての患者に入力ができてしまいます。  この上下限年齢という項目は、どういう使い方で設定するものなのでしょうか?	ユーザ設定する器材コード(059~)に上限年齢を設定しても、診療行為入力でチェックをかけていませんでしたので、チェックをかけるように修正しました。	H19.10.29

## 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
32	ncp 20071212-007	医療機関様から、診療行為で複数保険を使用の患者さんの場合に在宅末期医療総合診療料を入力し、複数科保険で別の保険を選択して確定すると「在宅末期医療総合診察料を算定時、算定できません。」とエラーが表示され入力ができないとお問合せがありました。 複数科保険の機能を使わずに1つずつで登録すると入力できるのですが在宅末期医療総合診察料の入力時は複数科保険の機能は使用できないのでしょうか？	在宅末期医療総合診療料を入力後、複数保険・科を入力した場合、エラーが発生していましたので複数保険・科が入力できるように修正しました。	H19.12.25
33	電話お問合せ 12/28 小外診 コメント	小児科外来診療料加算の割にコメントを付加したいとのお問合せがありました。 810000001のフリーコメントでは入力可能ですが、0082xxxxのユーザコメントでは添付画面のようにエラー表示されてしまい、入力することができませんでしたとのことです。 厚生省コードとユーザコメントでは仕切りがあるのでしょうか。	小児科外来診療料を算定時に'008'で始まるユーザコメントがエラーとなり入力できませんでしたので修正しました。	H20.1.25
34	support 20071024-012	ORCA Ver3.4.0の現象ですが、 国保組合(133074)+27老人3割+感37の2の保険組合せ 国保組合+27老人3割で在宅医学総合管理料を算定 国保組合+27老人3割+感37の2で注射を算定 ORCAの窓口負担が国保組合+27老人3割で¥12,000-を超えて しまうと、国保組合+27老人3割+感37の2の窓口負担が発生しなくなります。  東京都国保連合に確認した所、患者の負担金額の月上限は、¥44,400-となり国保組合+27老人3割+感37の2の窓口負担は¥12,000-までは請求するとの事です。 窓口計算が国保連合の解釈と異なっているかと判断しますが、国保組合+27老人3割+感37の2窓口金額が発生するようにしていただけるようお願いします。	高齢者3割+在総診の負担計算修正(外来) (例)主保険+27老人3割+010 主保険+27老人3割 の2種類の保険組み合わせで診療した場合、 1日目:主保険+27老人3割で在宅医学総合管理料を入力 (2473点×3割=7420円) 2日目:主保険+27老人3割+010 (30000点×0.5割=15000円 4580円)  1日目:主保険+27老人3割で在宅医学総合管理料を入力 (2473点×3割=7420円) 2日目:主保険+27老人3割+010 (30000点×0.5割=15000円 12000円)  公費併用分の上限12000円で計算 単独分も含めた患者負担の上限は44400円で計算となるように修正しました。	H20.1.25

## 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
35	kk 12531	<p>埼玉県川島町で、子育て支援医療費支給事業」が1月診療分より窓口払い廃止扱いになりましたので、資料を送付(FAXにて全17枚)させていただきました。</p> <p>ご確認お願い致します。</p> <p>内容ですが、</p> <p>限度額月額21000円</p> <p>対象年齢外来15歳(入院12歳)に達する日以後の最初の3月31日</p> <p>明細書公費欄に公費負担番号、受給者番号の記入</p> <p>請求書公費負担医療欄に「81子育て支援医療費」と記載し、件数、日数、点数の記入</p> <p>国保総括表に「81子育て支援医療費」と記載し、件数、日数、点数の記入</p> <p>この限度額月額21000円については所沢公費等と同様の特殊処理を行なっていただく必要があるかと思います。</p>	<p>埼玉県川島町&lt;子育て支援医療&gt;対応(平成20年1月 診療~)</p> <p>対象保険番号:381</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ウ)レセプト記載 21,000円未満の場合、レセプトに記載する 21,000円以上の場合、レセプト記載しない</p> <p>注意事項 &lt;外来&gt; 会計時に、1ヶ月の累計金額が上限金額(21,000円)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う事。又、必要に応じて入金処理を行う事。</p> <p>&lt;入院&gt; 定期請求について 公費の特性上、該当患者については、入退院登録 - 定期請求設定を(2月末時のみ請求)とし、運用する事を推奨します。 (例)定期請求設定を(1 医療機関での設定)としている定期請求が月2回ある 1回目の定期請求時 21000円未満 2回目の定期請求時 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。</p>	H20.1.25

## 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
36	support 20080124-009	<p>経過措置期限切れ剤の診療コード+ 数量を入力コード欄に入力し、Enterを押すと経過措置期限切れ剤が変換されるがその際に同時に入力していた数量がおかしくなる。</p> <p>おかしくなる例</p> <p>例 1 : 612220034 0.25」 612220034 0.2」      例 2 : 613130141 1.25」 620003585 1.2」      例 3 : 613130141 1000」 620003585 100」</p> <p>正常な例</p> <p>例 1 : 612220034 .25」 612220034 .25」</p> <p>3.4Sarge版をご使用の医療機関をサポートされているところからのご連絡を頂きましたが、その後4.0etch版でも同様の現象を確認しました。</p>	経過措置医薬品の代替コード自動置換で、数量が入力されている時に置換後での数量が変更されてしまう場合がありましたので、入力された数量となるように修正しました。	H20.1.25

## 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
37	ncp 20080206-016	<p>表題につきまして例えば、保険組み合わせが 0001 国保 0002 自費 0003 国保 + 公費</p> <p>の場合にて、入院の診療行為画面で同日で1回ずつ診療行為を行い、診療行為画面の右側のリストへ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. H20.2.1(1) 内 0001</li> <li>2. H20.2.1(1)1 内 0002</li> <li>3. H20.2.1(1)2 内 0003</li> </ol> <p>と表示されるようにします。</p> <p>3.」を診療行為の訂正で開き保険の組み合わせを「0003」から「0002」へ変更し登録します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. H20.2.1(1) 内 0001</li> <li>2. H20.2.1(1)1 内 0002</li> <li>3. H20.2.1(1)2 内 0002</li> </ol> <p>上記状態で「2.」もしくは「3.」を診療行為の訂正で開き、内容をクリアして登録し、診療行為の削除を行おうとしますと 「0005 更新ができませんでした」</p> <p>とエラーとなり、診療行為の削除が出来ませんでした。</p> <p>「1.」は削除出来ましたので、「1.」削除後でしたら「2.」「3.」も削除可能になりますが、正しい動作になりますでしょうか。</p> <p>「1.」は削除せずに「2.」「3.」を削除出来ないでしょうか。</p>	入院の診療行為の訂正で、同日に科の同じ保険組合せの受診履歴が複数あった場合、クリアをして受診履歴を削除する時、受診履歴の上から順番に行わないとエラーになっていました。削除するように修正しました。	H20.2.26
38	support 20080227-014	<p>例えば施設基準の有効期限を 1.00000000 ~ H19.3.31 2.H19.4.1 ~ 99999999</p> <p>として</p> <p>「1.」の「0121 小児科外来診療料」のフラグを「0」、 「2.」の「0121 小児科外来診療料」のフラグを「1」で設定します。</p> <p>システム日付は平成19年4月以降で平成19年3月以前の診療行為を訂正で開き登録しようとすると「0044 小児科外来診療料以外です」とエラーが出ます。</p> <p>ご確認いただけますでしょうか。</p>	小児科外来診療料の施設基準の設定が、システム日は「1」、訂正日は「0」の時、訂正で展開をすると小児科外来診療料の設定を「1」と判断していました。	H20.3.6

## 2.2 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	お電話でのお問い合わせ 4月4日 - Ver.3.4.0 病名	Ver3.4.0の病名登録でカルテ病名を入力しますと病名欄の病名がカルテ病名に変換されます。	カルテ病名の半角カナチェックの結果を病名欄に編集していましたので修正しました。	H19.4.5
2		レセプト電算処理システムの症状詳記レコードに新設区分が追加されましたので対応しました。  50 厚生労働大臣の定める選定療養第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る治験概要 51 疾患別リハビリテーション(心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器及び呼吸器)に係る治療継続の理由等の記載	会計照会も同様、また、レセプト等にも見出しが記載されます。	H19.4.24
3	ncp 20070511-011	病名登録画面で、病名に半角スペースを入力すると、ver.3.3.0では自動的に全角スペースに置き換わりましたが、ver.3.4.0では置き換わらずに半角スペースに置き換わりません。 医療機関様で、ある理由で先頭にスペースを入れて病名を入力する場合があり、ver.3.3.0では全角スペースに置き換わって入力されていたので特に問題は無かったのですが、ver.3.4.0では半角スペースのまま登録されてしまい、例えば「急性胃炎」と入力した場合に、レセプトに「急性急性胃炎」と表示されてしまいます。 なぜ挙動が変わったのかは解りませんが、対応の程、よろしくお願ひいたします。	病名登録画面で病名とカルテ病名の入力時のカナチェック後の文字編集に誤りがあり、半角スペースのまま登録されましたので修正しました。  <b>レセプト処理は、半角スペースを全角スペースに変換するように対処しました。レセプト以外の処理でも不具合が発生する可能性がありますので該当する病名は再登録をお願いします。</b>	H19.5.16
4	ncp 20070511-011		<b>2.2病名の番号「3」の対応において労災・自賠責保険のレセプト処理についても同様の対応をしました。</b>	H19.5.29

## 2.2 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
5	お電話でのお問い合わせ 6月20日 - 病名 - 入力診療科表示	Ver3.4.0の病名入力画面にて初期表示の表示期間を変更した際(初期表示当月を全体に変更等)入力診療科が保持されず空欄になるとお問い合わせがありました。	病名選択時に表示期間、入外区分の変更をした場合、選択した病名が表示されたままのため、ver.3.4.0から表示を消すように修正しましたが、診療科の表示も消していましたので修正しました。	H19.6.26
6	お電話でのお問い合わせ 6月20日 - 病名 - 入力診療科表示	Ver3.4.0の病名入力画面にて初期表示の表示期間を変更した際(初期表示当月を全体に変更等)入力診療科が保持されず空欄になるとお問い合わせがありました。	6月26日に提供しましたパッチにて対応しましたが、ファンクションキー操作での表示切替時の表示の修正が漏れていますので修正しました。	H19.10.29
7		登録済みの病名を選択後更新を行なうと作成年月日が初期化されましたので修正しました。		H20.2.26

## 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	ncp 20071010-016	定期請求後の請求取消し返金について	収納業務において、請求取消後の入院収納データの履歴修正処理に不具合がありましたので修正しました。 請求取消後の返金処理されたデータについては、履歴修正ができない場所が処理ができませんでした。	H19.10.29

## 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	お電話でのお問い合わせ 5月2日 - リハビリ医学管理料初回算定日	リハビリテーション医学管理料入力後に会計照会の剤変更にて展開し登録しますと算定履歴の初回算定日が1日に変更されます。	会計照会で疾患別リハビリテーション医学管理料を変更した場合、算定履歴の初回算定日が当月1日として登録されていましたので修正しました。	H19.5.16
2	ncp 20070510-002	<p>ある医療機関のある一人の患者でおきた現象です。 継続して入院中の患者の診療データにて、4月1日分以外の診療データが登録したはずなのに、表示されない。会計照会で参照すると4月分のデータが存在します。</p> <p>サポートセンターの担当者様からは排他制御の設定を尋ねられましたが稼働当初から「する」の設定となっていました。 「しない」に設定した医療機関様で同様の現象が発生した内容はお伺いしておりますが、今回は「する」の設定となっています。</p>	会計照会で次頁がある場合、1頁目にある剤の回数を変更し剤更新後、次頁ボタンを押し、その頁にある剤の回数を変更した場合、受診履歴の内容に矛盾が発生し不具合となっていましたので修正しました。	H19.5.29
3	お電話でのお問い合わせ 6月4日 - 受診日変更	<p>Ver.3.4.0にて会計照会より受診日変更を行った際にコンピューター断層診断の算定履歴が変更されないとお問い合わせがありました。</p> <p>こちらでの検証で受診日を2日から3日に変更したところ会計照会画面では正しく変更されているようですが、算定履歴ではCT,MRI算定が3日に2回となり、コンピューター断層診断が2日に1回となりました。 その後3日を訂正で展開するとコンピューター断層診断が自動発生しません。 そのまま登録しますと会計照会のコンピューター断層診断が削除されます。</p>	<p>会計照会において、CT,MRIの剤の診療日変更を行なった場合、算定履歴が正しく更新されていませんでしたので修正しました。</p> <p>CT,MRIの算定履歴を登録した後で登録される算定履歴情報がすべてCT,MRIの算定履歴情報として回数累積されました。</p> <p>不正となった算定履歴情報を正しく修正するには、算定履歴画面から直接変更していただくしか方法がありません。</p>	H19.6.26

## 3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		退院処理時にシステム管理の「5010 定期請求情報」の登録がない場合、プログラム内で数値例外エラーが発生する現象が分かり修正しました。 この不具合による影響はほとんどありません。		H19.4.5
2	support 20070406-002	入退院登録画面の担当医表示についてですが、現在、50人までしか表示されず、それ以上の先生が表示されません。 当院は、外部から来られる先生等もマスターに登録している為軽く50人以上はあります。 また、順番がどのような順で並んでいるのかよく分かりませんが常勤の先生が隠れてしまう為、このままでは担当医の登録ができません。 表示件数を、50人以上にする、もしくはここに表示される先生をマスター等で設定できる(常勤の先生のみにする)等ならないでしょうか? できれば、並び順に関しても、アイウエオ順等に並ぶと良いのですが。	登録されているドクターが50人を超える場合、入退院登録画面、入退院登録 - 請求確認画面について50人までしか選択できませんでした。 コンボボックスで直接コードを入力することでリストに表示されていないドクターを選択できるようにしました。	H19.4.24
3		収納訂正として退院再計算を行う場合、請求確認一覧の明細数が1件のみのときに訂正前後の請求金額が表示されませんでしたので修正しました。 また、請求金額の下限チェックに誤りがあり、訂正後の請求額が元の請求額の半額を下回る場合、エラーが表示されて登録ができませんでしたので修正しました。 例えば、訂正前 1000円 訂正後 490円 (今回請求額 - 510円)という場合です。		H19.4.24
4	お電話でのお問い合わせ 4月 13日 - 入院日 数	入院日数の計算が1日合わないとお問い合わせがありました。 2004年1月15日～2007年4月13日の入院日数が実際には1185日だが日レセで1184日となるとのことです。 こちらで検証しましたところ2005年1月14日までの日数はあっておりこの時点で366日となります。1月15日でも366日となりこれ以降の日付で1日差異が生じています。2004年がうるう年なのですが入院から1年経過すると1年 = 365日と計算されているのでしょうか。	通算日数の算出に誤りがありましたので修正しました。	H19.4.24

## 3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
5	support 20070824-004	継続入院で、精神病棟15対1入院基本料の91日以上をとられていて、月の途中で老人性認知症疾患治療病棟入院料に変更になられました。その場合、転科 転棟 転室にて移動させておりますが、老人性認知症疾患治療病棟入院料が移動日より90日以内の1300点を取ってきます。	入院の異動処理で老人性認知症疾患治療病棟入院料の通常日数判定に不具合があり、異動処理時の会計作成で過去の自院歴を考慮しない日数での入院料を作成する不具合がありましたので修正しました。	H19.9.26
6	request 20070606-003	入退院登録の特定入院料選択リストで、療養病棟 老人の場合に、療養病棟入院基本料?(入院基本料?)などの(生活療養)のないものをリストに表示しない様にしてほしいとの要望がありました。	療養病棟に入院中の患者が70歳以上または65歳以上で老人医療受給者の場合、入院基本料コンボボックスに生活療養ではない療養病棟入院基本料を表示しないようにしました。	H19.9.26
7		9月26日に提供しましたパッチに考慮漏れがありましたので修正しました。 (1)入退院登録業務にてH18.7～H18.9の期間の老人患者の療養病棟入院基本料がコンボボックスより選択できない不具合がありました。 (2)療養病棟に入院中で以下の特定入院料を算定する場合、老人かどうかを判断して一般または生活療養の特定入院料をコンボボックスに表示するようにしました。 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 診療所老人医療管理料 短期滞在手術基本料 2		H19.10.29
8	ncp 20071016-006	入退院登録画面に入院歴が5件あります。1番の最新の入院歴の退院証明書を再発行したく1番の行を選び退院再計算をさせ、退院証明書を発行させた所5番目の入院日と退院日が印刷されました	入退院登録業務にて退院再計算時処理で退院証明書を発行する際、複数の入院歴がある患者については過去の入院期間が編集されていましたので修正しました。	H19.10.29
9	ncp 20071017-015	入院登録で食事を「2特食」で登録後、転科転棟転室にて室料差額を変更し、定期請求をしました。訂正があったため一度異動取消を行ったところ、入院会計照会で食事のフラグが「2特食」ではなく「1食あり」に変更してしまいました。転科転棟転室では食事の部分を触れないため、入院会計照会にて2へ戻すしかできません。入院登録時に「2特食」を選んでいるのに、なぜ自動で1番に変更されてしまうのでしょうか？	入退院登録画面で「異動取消」を行った際に、異動日以降で設定された食事の情報(入院会計の食事データ)が全て「1：食あり」に書き換わる不具合がありましたので修正しました。	H19.10.29

## 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
10		過去入院の通算日数判定時に他院歴も含めた日数で判定を行ってしまう誤りがありましたので修正しました。		H19.11.28
11	support 20071107-014	帳票PG名 ORCBG017 入外区分に1を渡して実行すると以下のエラー。 印刷 DBIに更新できませんでした【診療行為別集計表】	精神科急性期治療病棟入院基本料から精神病棟15:1入院基本料への転科転棟転室処理を行い、その後異動取り消しを行うと入院会計に不正な割が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。 問い合わせの現象はこの不正な割によるものでした。	H19.11.28
12	support 20071115-006	~2007/10/31 特定疾患療養病棟 2 2007/11/01 ~ 障害者施設等 10対 1 と、病棟設定が変更になった医療機関様で病棟番号を分けてそれぞれの病棟管理情報を作成しました。 該当病棟に入院中の患者様の入院会計照会で 10月 食事欄に1が立っている 11月 食事欄が空白になっている 12月 食事欄に1が立っている という現象が起こっています。マスタの設定方法に何か問題があったのでしょうか？	入院の異動処理(転科 転棟 転室)を行った際に、入院会計データが存在しない日を異動日として処理を行った場合に、異動月の食事データが作成されない不具合がありましたので修正しました。 不具合事例 9月 1日に入院(この時点で9月～10月の入院会計データが作成される)。 11月分の入院会計データが未作成状態で11月 1日に異動処理。 この結果 11月入院会計データの食事データが未設定状態となる。	H19.11.28
13	ncp 20080121-011	法別番号(11)結核入所で所得により一部負担金(上限あり)が発生する場合があり、現在のところ上限額が入力できず、患者請求・レセプトが発行できません。 生保(12)でも同様な場合があります。 イメージとして特定疾患の所得者情報入力形式のようになれば...と思います (患者さんにより一部負担限度額が異なります)資料あり 資料	結核入院(011)の患者負担がある場合の対応 (平成19年4月以降で対応しています) 患者負担がある場合は、患者登録 - 所得者情報 - 公費負担額において入院上限額を入力します。医療券に記載されている金額を日割する必要がある場合は日割した金額を入力して下さい。 負担金計算では、通常10円単位での患者負担計算を行いますが、入院上限額が1円単位での入力かつその上限に達した場合は1円単位での患者負担計算とします。	H20.2.5

## 3.1 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
14	ncp 20080201-004	<p>現在、導入中の医療機関様で(本日2/1から本稼動) 標欠時の外泊計算の解釈が異なる。</p> <p>離島等所在保険医療機関 100分の 97 現時点の日レセ 入院基本料 X 97 ÷ 100 X 0.15 = 外泊点数 日レセ導入前のレセでは 入院基本料 X 0.15 = 外泊点数</p> <p>先月、医療機関様から北海道支払基金に再度確認していただきましたが、その際にも日レセ導入前のレセ計算で良いとの回答をいただいております。</p>	<p>標欠医療機関の外泊点数計算を「入院基本料 X 0.15 = 外泊点数」となるように修正しました。 (この修正は退院時計算、レセプト摘要欄記載、レセ電データ作成、会計カード作成が対象となります)</p>	H20.2.5

## 3.2 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	お電話でのお問合せ 6/6 退院登録後 エラー表示	6/1で異動処理を行い、退院登録後に会計照会を開くと「算定入院料と病棟設定が異なります」のエラー表示が出ますとのお問合せがありました。 こちらでも確認しました結果、退院登録を行うとエラーが表示されるようです。	入院会計照会画面での患者算定入院料と病棟設定のチェックに誤りがありましたので修正しました。 月の1日に異動処理を行った患者を退院処理した場合に、入院会計照会画面に「算定入院料と病棟設定が異なります」のメッセージが表示されます。	H19.6.26
2	お電話でのお問い合わせ 7月 11日 - 入院会計照会 91日以上表示	6月26日までのパッチが適用された状態で再入院の場合に入院会計照会の91日以上の表示が入院起算日からではなく再入院の入院日から91日となる日付を表示しています。 一般病棟入院の方は以前は継続入院であれば入院起算日から91日を表示しており、障害者施設等入院基本料等の期間の対応を1月12日、2月14日にしていただいているが、そのときの検証では障害者施設等入院基本料の期間を含めた入院通算日より91日以上となることを確認しております。 現在一般病棟、障害者施設等入院基本料どちらの場合も再入院の入院日より91日以上となる日付を表示しているようです。	入院会計照会画面の91日以上年月日表示欄の計算に誤りがありましたので修正しました。障害者施設等入院基本料を算定した場合に過去の継続入院分が考慮されない日付で表示される不具合でした。	H19.7.30
3		入院会計照会画面で表示を行っている病棟入院日数に誤りがありましたので修正しました。 誤りが発生する事例として、8月1日から入院中の患者に対して8月10日に異動処理(入院科変更、保険変更など病棟異動が伴わない異動処理)を行いシステム日付10日で入院会計照会を確認すると病棟入院日数の表示が11日と表示されてしまう不具合でした。(正しい表示は10日です) 内部計算で異動処理日について重複して日数カウントを行っていました。		H19.8.27

## 4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	お電話でのお問い合わせ 4月24日 - データチェック病名と診療行為	Ver3.4.0のデータチェックで病名と診療行為の設定を行いチェックを行ったが診療行為の入力がないのにチェックにかかるない方がいるというお問い合わせがありました。  病名に逆流性食道炎を入力 チェックマスターではコメントコードを入力しています。 データチェックを行いますとページ数が0となります。	チェックマスターに「病名と診療行為」の登録がある場合に、「病名と診療行為」のチェックを行うべきところ、「病名と薬剤」の登録がある場合にチェックを行うようにしていましたので修正しました。	H19.5.16
2	お電話でのお問い合わせ 4/27 データチェックリハビリ	4/2 運動器リハビリテーション料2 80点 4/20 運動器リハビリテーション料2(120日超) 65点 4/25 運動器リハビリ医学管理料 220点 上記の順で算定した場合、データチェックで併用算定チェックがかかってしまいますとのお問い合わせがありました。	暫定的な対応として疾患別リハビリテーションについてはチェック対象から外しました。	H19.5.16
3	support 20070524-006	Ver3.4.0データチェックにおいて、個別と全件それぞれ確認全印刷処理を行った結果、同一患者様でエラー件数が異なりますとのお問い合わせがありました。個別チェックの場合、実日数を超えた回数を算定しています」の内容が表示されます。	データチェックの個別処理について入院会計の検索条件に誤りがあり、入院会計料との突合チェックが正常にできない不具合がありましたので修正しました。	H19.5.29
4	ncp 20070625-004	Woody => sarge(無床)へデータ移行した際、日常運用には支障ないのですがデータチェックを行った際、すべての患者を患者情報が参照できません」と返してきます。 データ移行の際はテーブルの構造変更を行っております。(データベース構造変更処理)	調査した結果、システム管理[1101 データチェック機能情報2] - チェックマスター - 適応病名チェックにてコードでの突合せの設定が「X」(チェックしない)になっている場合、データチェックの薬剤と病名(診療行為と病名)のチェック時にSQLが異常終了し、その後の他のチェックが正しく処理できなくなっていましたので修正しました。	H19.7.30

## 4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
5	電話問合せ 12/27 データ チェック 小外 診 院外	小児科外来診療料を院内 院外で入力されている場合、「コメントが記載 がされているか確認してください」のエラーメッセージが表示されますが、 その横に小児科外来診療料院内 日、院外 日の表示で、院外の診 療日表示に不備があるようすとのお問合せがありました。 こちらでも確認しましたが、院外診療日を4日で入力していますが、"40 日"と表示されます。	小児科外来診療料を院内で10日以降、院外で9日以前の 日付でを入力した場合、エラーメッセージの院外の日付が正 しく表示されませんでしたので修正しました。	H20.1.25
6	電話問合せ 1/4 データ チェック 保険 組合せ	12月診療分のデータチェックにおいて2名のみ 保険組合せが存在しま せん」とエラーリストに上がってくるようす。 会計照会の保険組合せと12月で有効な保険組合せは一致しているそ うです。	有効期間に関係なく削除されていない保険組合せが100 件を超えると、保険組合せの整合性チェックが正しく行われ ない不具合を修正しました。	H20.1.25

## 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
1		<p>主科設定と月次統計データ作成の際に行うレセプト種別決定で特例退職者医療と老人保健医療(本人)の組合せを使用した場合に誤ったレセプト種別が設定される不具合がありましたので修正しました。</p> <p>特例退職医療と老人保健医療(本人)の組み合わせはあり得ないので通常のレセプト処理ではレセプト種別不明となります。主科設定処理と月次統計データ作成処理でのレセプト種別決定では老人単独のレセプト種別が設定されていました。</p>		H19.4.24
2		<p>レセプト電算の特定器材レコードの記録を変更しました。</p> <p>特定器材の入力例(1剤内)</p> <p>画像記録用フィルム(大四ツ切) 246円/枚 1枚</p> <p>液体酸素・定置式液化酸素貯槽(CE) 0.18円/L 2790L</p> <p>酸素補正率1.3(1気圧)</p> <p>膀胱留置ディスポーザブルカテーテル(2管一般(2)) 729円/本 1本</p> <p>吸引留置カテーテル(受動吸引型 チューブドレーン チューブ型) 980円/本 1本</p> <p>その他材料( ) 32484.06円/1枚 1枚</p> <p>胃管カテーテル(シングルルーメン) 94円/本 1本</p> <p>( )その他材料は059000001~059999999の範囲で登録された器材</p> <p>上記器材の合計点数は3519点となりますが、レセ電データを提出すると審査側では3518点となり返戻となりました。</p> <p>パッチ適用後も器材合計点数は3519点と変わりませんが修正した記録データで提出すると問題ないようです。</p> <p>右がレセ電データの記録内容です。</p>	<p>修正前の記録内容</p> <p>TO, 1,700750000,1.000, , ,6, , ,      TO, 1,739200000,2790.000, , ,37,0.18, ,      TO, 1,770020070,1.000, , , , ,      TO, 1,728730000,1.000, , ,7, , ,      TO, 1,733430000,1.000, , ,7, , ,      TO, 1,777770000,1.000, , ,32484.06,その他材料,      TO, 1,733300000,1.000,3519,1,7, , ,</p> <p>修正後の記録内容</p> <p>TO, 1,700750000,1.000,25,1,6, , ,      る点数、回数を記録      TO, 1,739200000,2790.000, , ,37,0.18, ,      TO, 1,770020070,1.000,65,1, , ,      点数、回数を記録      TO, 1,728730000,1.000, , ,7, , ,      TO, 1,733430000,1.000, , ,7, , ,      TO, 1,777770000,1.000, , ,32484.06,その他材料,      TO, 1,733300000,1.000,3429,1,7, , ,      その他材料に      係る点数、回数を記録</p>	<p>H19.4.24</p> <p>フィルムに係 る点数、回数を記録</p> <p>酸素に係る 点数、回数を記録</p> <p>その他材料に 係る点数、回数を記録</p>

## 4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
3	ncp 20070405-033	<p>2005レセプト総括印刷情報「生科設定」</p> <p>主科対応の有無 1</p> <p>主科設定情報(入院)2</p> <p>主科設定情報(入院外)1</p> <p>主科の候補が~1</p> <p>主科情報 1</p> <p>主科社保設定 1</p> <p>主科国保設定 0 で設定してあります。</p> <p>「4.2明細書」の「生科設定」で入院で全体で「一括取得」した後、未入力分も確認し検索されてこなかったので、レセプトを入院で一括作成しました。</p> <p>全科を主科未設定にした所、件数があがってきたのでその患者を再度「生科設定」で患者番号を入れたら該当診療年月のレセプトがありません」とエラーが出て主科を取得する事が出来ません。なぜ取得する事ができないのでしょうか？</p>	入院基本料のカレンダーがALL "0"であった場合でも主科テーブルを作成するように修正しました。また、プログラム内でデータベースアクセスの誤りがありましたので修正しました。	H19.4.24
4	support 20070413-012	<p>先日、支払基金より、レセプトの区分の表示内容を変更するように指導がありました。</p> <p>現在の表示は、「療養」となっているのですが、これを「07 療養」または「療養病棟」にするようにとの指示です。</p> <p>変更は可能でしょうか？</p>	<p>入院レセプトの「区分」欄の記載について、名称のみの記載となっていましたので、コードと名称を記載するように修正しました。</p> <p>「療養」「07療養」</p>	H19.4.24

## 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
5		<p>「中心静脈注射用カテーテル挿入」と「自家血清の眼球注射」についてレセプト摘要欄の記載順を修正しました。</p> <p>摘要欄記載順(誤)            中心静脈注射            自家血清の眼球注射            中心静脈注射の薬剤            中心静脈注射用カテーテル挿入</p> <p>摘要欄記載順(正)            中心静脈注射            中心静脈注射用カテーテル挿入            中心静脈注射の薬剤            自家血清の眼球注射</p> <p>「自家血清の眼球注射」を手技+薬剤で入力した場合にはパッチ適用前でも最下部に記載されます。</p>		H19.4.26
6	お電話でのお問合せ レセプト作成 個別指示	レセプト作成-個別指示画面より一度患者を指定し、その後削除ボタンを押下しますと、画面の表示が崩れますとのお問合せがありました。	新機能対応で画面表示項目を増やしましたが削除処理のときに誤った処理をしていましたので修正しました。	H19.4.26

## 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
7	support 20070502-008	<p>1月で外来、入院がある場合の入力について 先に外来で主保険+老人1割+更生(上限5000円)+岡山障害(280)+長期(972)の組合せで入力。 月の途中から入院で、入院基本料は全て主保険+老人1割+岡山障害で入力。 診療行為入力で主保険+老人1割+更生+岡山障害+長期を入力。</p> <p>こちらでも上記内容で確認いたしましたが、3月診療分では入院の特記事項が印字されません。全く同じように4月診療分で入力しますと、特記事項が自動記載されます。</p>	<p>入院レセプト(高齢者)の特記事項"02長"記載に関する長期の患者負担相当額(収納内部項目)編集修正 (平成19年3月診療以前分)</p> <p>例)主保険+老人1割+岡山障害(280) 主保険+老人1割+更生(上限5000円)+岡山障害(280)+長期(972)</p> <p>上記のような保険組み合わせ(複数)で、入院登録 診療行為入力を行った場合、長期の患者負担相当額(収納内部項目)編集に不具合があり、10000円に達している場合でも、特記事項"02長"が記載されなかつたので記載するように修正しました。</p>	H19.5.16
8	support 20070507-016	<p>本日お問い合わせさせていただいた件に関して、遅くなりましたが関連資料を添付させていただきます。</p> <p>尚、レセプトについては現在手修正したものを添付しています。</p>	<p>レセプト第2公費一部負担金記載について(入・外)</p> <p>例)主保険+老人1割+地方公費 主保険+老人1割+全国公費+地方公費</p> <p>上記のような保険組み合わせ(複数)を使用し分点がある場合の第2公費一部負担金記載についてですが、保険一部負担金額欄に記載する金額と第2公費一部負担金額欄に記載する金額が同じ場合、第2公費一部負担金が記載されない不具合がありましたので修正しました。</p>	H19.5.16

## 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
9	ncp 20070510-003	<p>自賠自費の分を09593****で作成してレセプト請求に使用してもらっていますが、10円未満のもの作成してもレセプトに記載できません。</p> <p>このマスタでは数量の入力ができないので 1cmの金額を登録し(例えば伸縮包帯 4円)4cm計算したい場合 * 4 を入力してもらっています。これでも記載できません。</p> <p>設定例) 095930001 伸縮包帯 4円 診療行為画面の入力 095930001 * 1 (又は 095930001 * 10 などでも同じ)</p> <p>操作方法が間違っているのでしょうか?</p>	<p>労災・自賠責で、09593で始まる特定器材等のコードの点数単価を10円未満と設定し、診療行為入力した場合、レセプトの記載対象外となっていましたので修正しました。</p> <p>また、外来で再計算をした場合、その額が集計の対象外となっていましたので修正しました。</p>	H19.5.16
10	support 20070514-014	<p>京都のユーザー様から、主保険 + 51(自己負担有) + 41のレセプトの印字がおかしいとご指摘を受けました。</p> <p>51対象医療と対象外医療で受診され 51の外来月額負担限度額が2250円の場合 公費対象医療が18000円、公費対象外医療が12000円だった場合。</p> <p>総点数が3000点、公費 が1800点 一部負担金額欄が2250円、公費 が1200点 一部負担金額欄が3000円となるのが正しいのですが、現状では、公費 の点数が3000点となってしまうので手修正をされています。保険組合せは主保険 + 51 + 41と主保険 + 41で入力されています。</p>	<p>京都府 051 + 41老人レセプト記載対応(入外)</p> <p>主保険 + 051 + 41老人と主保険 + 41老人の2つの保険組み合わせを使用した場合、41老人の請求点は、(主保険の請求点 - 051の請求点)で求めた点数を記載するよう修正しました。</p>	H19.5.29

## 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
11		<p>注射(診療区分33)のレセプト記録順を剤内の注加算通番と通則加算の並びとする対応を行いました。</p> <p>事例 外来の乳幼児に点滴注射 + 麻薬注射(通則加算)+無菌製剤処理加算を入力した場合</p> <p>パッチ適用前のレセプト記録順</p> <p>33 点滴注射(乳幼児) 点滴注射(乳幼児加算) 麻薬注射 点滴注射(無菌製剤処理(細胞毒性を有するもの)加算)</p> <p>パッチ適用後のレセプト記録順</p> <p>33 点滴注射(乳幼児) 点滴注射(乳幼児加算) 点滴注射(無菌製剤処理(細胞毒性を有するもの)加算) 麻薬注射</p>		H19.5.29
12		<p>点滴注射と中心静脈注射について入院レセプト記載及びレセプトデータの記録を手技料+加算とする対応を行いました。</p> <p>この変更によりレセプト電算処理提出データについても同様の記録となります。</p> <p>事例 点滴注射で無菌製剤処理加算を入力した場合の入院レセプト摘要欄記載とレセプト電算処理記録例。</p> <p>パッチ適用前のレセプト摘要欄記載とレセプト記録</p> <p>33 点滴注射 95 × 1 33 点滴注射(無菌製剤処理)加算 40 × 1</p> <p>パッチ適用後のレセプト摘要欄記載とレセプト記録</p> <p>33 点滴注射 点滴注射(無菌製剤処理)加算 135 × 1</p>		H19.6.26

## 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
13	kk 09302	長崎市乳幼児福祉医療費公費 80の取扱いにつきまして、別添ファイルのとおり通知がなされました。	<p>長崎市乳幼児(保険番号 180)のレセプト記載について(平成19年4月診療分以降)</p> <p>外来の場合 患者負担額が月上限1600円に達していない、かつ、日上限800円に達する日がない場合は、"レセプト記載なし"とします。</p> <p>入院の場合 患者負担額が月上限1600円に達していない場合は、"レセプト記載なし"とします。</p>	H19.6.26
14	お電話でのお問い合わせ 6月6日 - 労災コメント	<p>労災で入院室料加算にコメントコードを付加した際に、提供されている労災コードの場合には、その他の項の摘要欄に印字されますが、フリーコメントやユーザー登録したコメントコードの場合には、摘要欄へ剤が分離され印字されます。</p> <p>09593～で作成したコードにコメント付加した際にはフリーコメントやユーザー登録したコメントコードの場合でもその他の項の摘要欄に印字されます。</p> <p>先方では入院室料加算にユーザー登録したコメントもその他の項の摘要欄に印字されたいとのことですがそのような印字は可能でしょうか。</p>	労災・自賠責レセプト(入院)で、入院室料加算と同一剤に入力したコメントが分離して記載されていましたので修正しました。	H19.6.26
15	お電話でのお問い合わせ 6月4日 - 明細書食事欄	老人 + 公費で食事療養のない場合に食事欄の「保険」の項は空欄で「公費(1)」の項へ0が印字されているというお問い合わせがありました。	医保レセプト(入院)で、食事療養費がない場合の食事・生活療養公費欄記載方法を修正しました。 (例)保険 + 公費(食事負担有り)の場合 公費欄の"0"記載を空白とするようにしました。	H19.6.26

## 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
16	support 20070619-009	確認試験の事務点検確認リストと該当者のレセ電データ(患者情報 架空データに変更済)を添付します。	<p>レセプト電算データで入院料加算マスタに記録順の不具合がありましたので修正しました。</p> <p>(誤った記録順) 有床診療所入院基本料1(7日以内) 乳幼児加算 看護配置適合加算 複数医師及び看護配置適合加算</p> <p>(正しい記録順) 有床診療所入院基本料1(7日以内) 複数医師及び看護配置適合加算 看護配置適合加算 乳幼児加算(診療所)</p>	H19.6.26

## 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
17	お電話でのお問い合わせ 6月 27日 - 複数診療科受診明細書表示	<p>複数診療科受診時の明細書の表示についてお問い合わせです。 通常複数診療科受診があった場合すべての受診日を摘要欄に記載を行っているようですが、生保と精神で複数保険入力を行った場合一部しか表示されません。</p> <p>1日 内科 生保単独 10日 精神科 生保単独 15日 内科 生保単独 20日 精神科 精神単独 26日 精神科 精神単独 内科 生保単独 (複数診療科受診) 上記のように入力した場合に明細書に 内科 26日 精神科 20日 26日 と表示されます。 これが主保険単独と主保険 + 精神の打ち分けをした場合や主保険のみですべて受診した場合には 内科 1日 15日 26日 精神科 10日 20日 26日 と表示されます。 この動作の違いについてご教授いただけますでしょうか。</p>	<p>外来レセプトで、複数診療科受診日のコメントを自動記載していますが、例えば、自立支援単独や生保単独など、単独の保険組み合わせを2つ使用した場合で、第1公費欄に記載する公費の受診がなく第2公費欄に記載する公費の受診がある日がコメント記載されませんでしたので修正しました。</p> <p>(例)</p> <p>1日 内科 生保単独 10日 精神科 生保単独 15日 内科 生保単独 20日 精神科 精神単独 26日 精神科 精神単独 内科 生保単独 (複数診療科受診)</p> <p>* 複数診療科受診 内科 26日 精神科 20日、26日</p> <p>* 複数診療科受診 内科 1日、15日、26日 精神科 10日、20日、26日</p>	H19.7.30
18	support 20070709-009	添付の画面コピーのように入力しますと材料の点数がレセプトデータに記録されません。	<p>点数附加情報の器材点数の編集において剤内にフィルムがない時は、器材点数を編集していませんが、レセプト電算の器材再編集でこの判定がしてなかったため、剤内に酸素(窒素)と器材がありフィルムがなかった場合に、レセプト電算の器材点数が編集されていませんでした。</p> <p>剤内にフィルムがない時は、診療会計の器材点数から酸素+窒素を引いた値をレセプト電算の器材点数とするように修正しました。</p>	H19.7.30

## 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
19	support 20070705-015	<p><b>現象</b> システム管理マスタ 5000 医療機関情報 - 入院基本にて7/1より単独型及び管理型臨床研修病院入院診療加算(入院初日)40点を追加した所、6月分の入院レセプトが全員分、摘要欄 診療区分 20~80までの回数・点数・OCRコードが印字されないという現象が発生しました。</p> <p><b>検証内容</b></p> <p>7/1付けで加算を登録した状態 レセプト一括作成 (A) 正常に印刷されました (recept9a.log) 個別作成 (B) 不正(加算あり) recept9b.log )</p> <p>7/1付けの加算を登録しない状態 レセプト一括作成 (A) 正常に印刷されました 個別作成 (B) 正常に印刷されました(加算無し _recept9b.log )</p> <p>以上です。</p>	システム管理 5000が期間を区切って10超になった場合、レセプト個別処理においてレセプト編集が正しく処理できない不具合がありましたので修正しました。	H19.7.30
20	kk 10117	「70歳未満の者の入院等に係る高額療養費の現物給付化に伴う類似老人医療(41)の請求について」の資料をお送りいたします。	<p>&lt;主保険 + 北海道41老人&gt;の70歳未満現物給付対応(平成19年4月診療分以降)</p> <p>主保険について、一律"一般"の区分(80100+@)で計算するようにしました。</p> <p>(高額4回目以降の場合、44400とします。)・ver3.4.0以降 高額療養費が現物給付されない場合は、今まで同様保険欄の一部負担金の記載はしません。</p> <p>北海道41老人の一部負担金が主保険の一部負担金と同額の場合、省略せず記載するようにしました。</p>	H19.7.30

## 4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
21	support 20070806-009	<p>H19年7月9日に入院した患者様なのですが、 7月9日～7月19日が療養病棟入院基本料(入院基本料E) 7月20日～7月23日が療養病棟入院基本料(入院基本料C) 7月24日が療養病棟入院基本料減算(他医療期間受診) 7月25日～7月31日が療養病棟入院基本料(入院基本料C) で登録してあります。</p> <p>このうち7月9日～7月22日までは労災(2週間以内)の1.3倍にならないといけないはずですが上記の入院基本料すべて労災(2週間超)の1.3倍になってしまいます。</p> <p>この患者様は入退院登録情報にH5年5月28日～H5年6月5日までの自院歴があり、この情報を取りあえず他院歴に変更すると 7月9日～7月19日の療養病棟入院基本料(入院基本料E)と 7月20日～7月22日の療養病棟入院基本料(入院基本料C) が労災(2週間以内)の1.3倍にて算定されました。</p> <p>H19年7月30日に提供されたパッチに労災入院基本料の算定起算日に 関する修正が含まれているようですが関係のない自院歴を参照する状態 になっているのでは無いでしょうか。</p>	<p>7月30日に提供したパッチプログラムに修正ミスがありました。 入退院登録業務の自歴作成機能で作成した自院入院歴を持つ患者については労災(2週間以内)の期間であっても労災(2週間超)と判断し1.01倍で計算してしまう不具合がありましたので修正しました。 また、保険組合せが今回入院と同一であり初回番号が異なる過去の入院期間を基本料加算の日数計算の対象としていましたので修正しました。</p>	H19.8.9
22	support 20070804-002	昨年ニコチン依存管理料を算定した患者が、禁煙に失敗したため、再チャレンジで一年後に受診した。すべての病名は中止になっており、またこの初診から入力をしたが、レセプトには、ニコチン依存管理料初回算定日の欄に、前回の日付がでてしまうのはなぜですか?訂正する手順があれば教えてください。	ニコチン依存症管理料の初回算定日のレセプト摘要欄自動記載について、再チャレンジで2回目のニコチン依存症管理料(初回)を算定した場合に、1回目の算定日が記載されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H19.8.27

## 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
23	kk 10523	支払基金から連絡がありまして、国保と患者負担金が異なることになるが在宅も「上限 80100+@」で計算してください、とのことでした。	<社保+北海道41老人>の70歳未満現物給付対応 (平成19年4月診療分以降)  ・主保険について、一律"一般"の区分(80100+@)で計算します。 (ただし、高額4回目以降の場合は44400とします。) ・高額療養費が現物給付されない場合は、今まで同様保険欄の一部負担金の記載はしません。 ・北海道41老人の一部負担金が主保険の一部負担金と同額の場合、省略せず記載する事とします。(入院のみ)	H19.8.27
24	kk 10480	北海道の自治体医療(乳幼児公費)の登録法について教えてください。  設定ガイドで言う「乳1割(90)」と「市乳負無(91)」の併用の場合、登録を順番に1段目に「90」、2段目に「91」としているにもかかわらずレセプトには「公費 91」、「公費 90」と印字され、当然一部負担金も上下逆に印字されてきます。 患者登録で公費入力を逆にしても結果は同じでした。 どのように入力したら正規に印字されるのでしょうか。	北海道地方公費290+191のレセ記載について、公費1欄に"290"、公費2欄に"191"の内容を記載するよう対応しました。	H19.8.27
25		レセプト個別作成で対象患者を照会連携から指定した場合、レセプト電算データの作成に関わるテーブルのタブル削除処理がされていなかつたためエラーとなっていましたので修正しました。		H19.9.26

## 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
26	ncp 20070911-011	<p>自賠責保険の明細書(新様式)についてですが、入院の患者に点滴注射を行った際に、手技料と薬剤の点数が合算されてあがってきております。</p> <p>レセプトの右側には、剤がわかれでててあります。</p> <p>しかし、左側の点数のみの部分については、合算されてあがってきている状態です。</p> <p>外来については、きちんと分かれて表記されております。</p> <p>今回は、手で修正を行っていただくようにお願いいたしましたが至急対応を行って頂きたいと存じます。</p>	<p>自賠責入院レセプト(新様式)において、点滴の手技と薬剤の合算した点数が薬剤欄に集計されていましたので修正しました。</p>	H19.9.26
27	kk 10395	<p>2007.07.26更新されました地方公費(宮崎県)のプログラムで、保険番号"190""195"について地方公費請求書がoutputできました。</p> <p>つきましては、出力されたレセプトの記載内容の変更をお願い致します。</p> <p>"195"のレセプト記載について</p> <p>療養の給付欄と、食事・生活療養欄については、社保(地方公費請求書分)・国保とも必要な記載は全てお願い致します。(保険欄の負担金額、食事の回数、請求、標準負担額が記載されておりません。)レセプトのイメージを添付しておりますのでご参照下さい。</p> <p>"190"の設定方法とレセプト記載について</p> <p>104保険番号設定に、1000円の上限金額がありますが、190公費の場合は償還払いになっておりますので、上限額はなく患者様の負担金をそのまま窓口徴収する設定に変更をお願い致します。</p> <p>例: 健保 + 190の場合は、3割負担の場合は3割 1割負担の場合は1割の徴収 (健保 + 老保 + 190の場合も同様)</p> <p>例: 健保 + 各種公費 + 190の場合は、健保負担金 + 公費負担金の徴収</p> <p>レセプトの負担金欄に負担額が記載されますが、190公費の場合は、記載の必要はないようです。</p> <p>インストールしましたプログラムファイル名 : p45-miyazaki.3.4.0.ver02.tgz</p>	<p>宮崎県地方公費 母子・父子・寡婦等・重度心身医療費助成事業に係るレセプトとレセ電データについて対応を行いました。</p> <p>対象公費番号 190(保険番号マスタでは国保のみレセプト記載する設定) レセプト 資格証に記載された公費負担者番号、受給者番号を印字します。 ただし、種別は単独扱いとします。(公費の一部負担金等も記載しない) レセ電データ REレコード…レセプト種別に該当地方公費(190)を除外した種別を記録します。 KOレコード…レコード識別情報、負担者番号、受給者番号のみ記録を行い他の項目は記録しません。 SLレコード…負担区分は県単公費を含む区分を記録します。(例: 国保 + 公費 190の場合は、2併の区分を記録)</p>	H19.9.26

## 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
28		中越沖地震に係る一部負担金減免について レセプト等の対応を行いました。	別途資料を参照してください。 中越沖地震に係る一部負担金減免について(レセプト等)	H19.9.26
29	kk 11282	秋田県国保乳幼児負担なしのレセプト一部負担金印字について質問が ございます。 地方公費情報 秋田県の一番下情報一覧に掲載されております、2005-08-05 秋田市 障害福祉課発行資料によりますと、患者負担無しの場合は、レセプト一部負担金欄に「0」と記載するよう 案内が出ていますが、現在、ORCAにて保険番号「174」の「乳市国無」の患者のレセプトには、「0」が印字されません。	秋田県乳幼児(保険番号 174 患者負担無し)のレセプト一部負担金記載について、「0」記載をするように修正しました。	H19.10.29
30	ncp 20071004-018	この度の中越沖地震にかかる減免対応プログラムについて、レセプト処理関連について確認のため質問をさせて頂きます。 月の前半は他県の政府管掌保険(減免対象外)での会計で、月の後半は組合保険(減免対象)となる場合ですがレセプトを印刷すると前半、後半の保険ともに「災1」となり減免対象として印字されてしまいます。 患者登録では、「961」及び「962」の開始日は月の途中からを登録していますがだめなようです。 ユーザー様ではレセプト電算を行っているため、月の前半他県の政府管掌保険(減免対象外)についてのレセプトデータがFDにおとせず、月の前半部分をFDに入れる対応方法がわかりません。	月途中で保険者が変更となり、保険者変更時に減免対象となる場合のレセプト等の対応を行いました。 (保険者変更前分も、減免対象となっていたが、減免対象としない対応)  減免に関わる保険番号の公費登録について、保険者変更時に当月適用となる場合は、保険者変更後の有効開始年月日を公費適用開始年月日として入力して下さい。	H19.10.29
31	kk 06726	療養の給付欄について 保険番号 051、091及び外来レセプト: 保険と公費が同点数、同金額の場合に記載が省略されていますが 51 の道単独事業分においては記載してください。 記載が無いために返戻になっています。 負担額の括弧書きも必要です。	北海道 51(道単独事業)に関するレセプト記載修正 1. 保険欄一部負担金額欄の( )再掲記載について、保険欄一部負担金と同額でも省略せず記載するようにしました。 2. 請求点記載について、保険欄請求点と同点でも省略せず記載するようにしました。	H19.11.28

## 4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
32		中越沖地震に係る老人減免の外来レセプト保険欄一部負担金記載について、在宅時医学総合管理料または在宅末期医療総合診療料の算定がない場合においても、(減額後の金額)を記載するようにしました。		H19.11.28
33	support 20071106-017	<p>療養の給付欄について イ.「一部負担金額」の項には、「公費」及び「公費」の項に、それぞれ第一公費及び第二公費の受給券等に記入されている公費負担医療の患者負担額(0円の場合は、「0」と記入。)を記入します。</p> <p>-----</p> <p>「患者負担額(0円の場合は、「0」と記入。)」とありますが、日レセから出力したレセプトの療養の給付欄には、「0」が記載されていません。ご確認いただけますでしょうか。</p>	千葉県乳幼児(保険番号183 患者負担無し)のレセプト一部負担金記載について、"0"を記載するよう対応しました。	H19.11.28
34	ncp 20071105-001	<p>病名をScreenshot.png(添付)のように登録している患者様なのですがレセプトを作成したところ</p> <p>1 喘息 2 クラミジア・ニューモニ工感染症(疑) 3 急性気管支炎 4 アレルギー性鼻炎</p> <p>の順番で印刷されてきました。</p> <p>一旦、病名を削除した後、再度Screenshot.png(添付)のとおりに登録したところ今度はScreenshot.png(添付)の順番のまま印刷されるようになりました</p>	レセプト作成処理における病名読み込みの条件を修正しました。	H19.11.28
35		<p>新潟県中越沖地震請求関係について</p> <p>70歳未満現物給付に関わるレセプトの高額療養費が現物給付された場合の「保険」欄 - 「一部負担金額」欄の記載方法に変更が入り、「減免を考慮しない通常どおりの記載」となるよう対応しました。</p>		H19.11.30

## 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	support 20071116-013	<p>北海道では地方単独事業としての51公費が存在します。受給者番号が「789」から始まる番号が道の公費です。</p> <p>道の51公費については、70歳未満の一般は80,100円+医療費×1%、低所得者は35,000円、等と記載方法が今まで通りなんら変更がございません。</p> <p>しかし先日、全国公費としての51で高額に該当する場合の一部負担金を一律、一般の自己負担限度額 80,100円+医療費×1%」でレセプトに記載されるように変更になり、OSC様にお電話でお問い合わせをさせていただきました。</p>	<p>北海道特定疾患道単独事業(保険番号051、受給者番号の頭が71~88、91~95)の公費がある場合のレセプト記載対応(入・外)</p> <p>高齢者や70歳未満現物給付で、保険欄の一部負担金欄記載を行う場合、地方公費と同様な記載(下記参照)しました。</p> <p>(例)70歳未満現物給付の場合 一律 80100円 + @ (高額4回目 44400円)</p> <p>上位 150000円 + @ (高額4回目 83400円) 一般 80100円 + @ (高額4回目 44400円) 低所 35400円 (高額4回目 24600円)</p>	H19.12.25
37	support 20071206-004	<p>高額療養で月途中に保険者番号の変更なく記号番号のみ変更になった場合にレセプトの一部負担金欄に金額が印字されないとのことです。こちらで検証行いましたところ、変更前の保険組み合わせの点数が7000点未満の場合に一部負担金欄への印字がされないようです。6999点だと印字されず7000点だと印字されます。</p> <p>窓口負担については正しく計算されています。</p>	<p>(入院レセプト)&lt;70歳未満現物給付&gt;</p> <p>月途中に保険者番号の変更はなく記号番号のみ変更になった場合で、かつ、高額療養費が現物給付されている場合において、変更前の保険組み合わせの一部負担金が21000円未満である場合に、保険欄 - 一部負担金欄に金額が記載されませんでしたので修正しました。</p>	H19.12.25
38	ncp 20071112-003	<p>長崎市の医療機関より提出されたレセプトで生活保護(国公)と被爆(県単公費)の併用患者の公費負担者番号の印刷順が第一公費・被爆、第二公費・生保にならなければならないとの指摘を長崎県支払基金から受けたとのことでした。支払基金に確認の電話を入れたところやはり、被爆、生保の順でなければいけませんとのことでした。</p>	<p>長崎県の被爆体験医療(公費番号186)について生活保護と併用の場合、レセプトの「公費負担者」欄に被爆体験医療の負担者番号、受給者番号を記載、公費負担者欄に生活保護の負担者番号、受給者番号を記載するようにしました。</p> <p>診療実日数欄、療養の給付欄、食事・生活療養の欄、レセプト電算用提出データの公費レコードの並びについても同様の扱いとしました。</p>	H19.12.25

## 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
39	kk 12391	<p>国保 + 更生 (15)+ マル長 + 京都府地方公費 :マル障 (43)のレセプト</p> <p>主な診療は透析のため上記対象の保険組合せで入力しますが、更生医療対象外の診療行為が存在する時に、国保 + マル障の組合せでで入力します。</p> <p>するとレセプトの請求点欄</p> <p>(1)の欄 更生適応分点数 (対象保険組合せ)</p> <p>(2)の欄 トータル点数 (保険の欄の点数)</p> <p>で記載がされるのですが、(2)の請求欄をトータルではなく マル障 (43)適応分のみの点数 (国保 + マル障での入力分)で記載をする事となっています。</p> <p>記載要項の「公費分点数」と同じ様に扱いをするととの事で国保連合会に確認しております。</p>	<p>京都府地方公費対応 (レセプト請求点欄記載)</p> <p>・主保険 + 全国公費 + 地方公費</p> <p>・主保険 + 地方公費</p> <p>の 2つの保険組み合わせを使用した場合の地方公費の請求点欄記載について、&lt;主保険 + 地方公費&gt;での点数のみを請求点欄に記載するよう対応しました。</p>	H20.1.25
40	kk 12333	<p>来年2月分のレセプトよりマル乳、マル重関係の被用者保険が、現在の別立ての請求書から国保と同様の併用による請求となるようです。</p> <p>本日、支払基金より通知がまいりましたので添付いたします。</p> <p>徳島県の公費につきまして改訂の準備の程よろしくお願い申し上げます。</p>	<p>徳島県地方公費対応</p> <p>(平成 20年 2月診療分以降の国保レセの一部負担金額欄記載)</p> <p>国保 + 保険番号 245 (乳幼児月上限 600円) + 法別番号 48 (乳幼児助成用)の場合、公費 1 (保険番号 245)の一部負担金額欄の記載をしないよう対応しました。</p>	H20.1.25
41	support 20080118-009	<p>再診料算定科コメント830000021の後ろに診療科コードの数値が全角で記録されます。そのため、エラーとなつたようです。</p> <p>磁気レセプトの手引きを参照しましたところ、コメントコードの後は数字ではなく 診療科名称を表示するようです。</p> <p><a href="http://www.ssk.or.jp/rezept/jiki_i/jiki_i01.pdf">http://www.ssk.or.jp/rezept/jiki_i/jiki_i01.pdf</a> (PDF105ページ)</p> <p>仮に830000021 01の01を消してデータを確認すると 診療科名称で記録されます。</p>	<p>埋め込みのコメントで入力項目と表示項目が違う場合に記録方法に誤りがありましたので修正しました。</p>	H20.1.25

## 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
42	support 20080204-004	<p>岡山県の70歳未満の現物給付のレセプト負担金額について、お問い合わせさせて頂きます。</p> <p>70歳未満で「380障低所」と「967高額(一般)」で低所得の設定を行っているレセプトの、保険の負担金額が正しい記載にならない現象を確認しました。</p> <p>「一般」の基準額ではなく「低所得」の限度額35,400円が記載されています。</p> <p>岡山県の70歳未満で現物給付の公費併用の場合、正しくは、医療保険の所得区分に関わらず「一般」の基準額を記載するようになっています。</p>	<p>岡山県地方公費対応 &lt;70歳未満現物給付&gt; 主保険 + 岡山県地方公費(全般)のレセプト記載(社保・国保)</p> <p>・保険欄一部負担金額欄 一律「一般」の区分(80100+@)で計算し記載します。 (高額4回目以降の場合、44400とします。)</p> <p>・公費欄一部負担金額欄 保険欄一部負担金額欄の記載があり、公費一部負担金が1割計算の場合、10円単位の記載としていましたが、1円単位の記載とします。</p>	H20.2.26
43		<p>宮崎県地方公費(公費番号:190、制度名:母子寡婦重心等)のレセプト記載及びレセプト電算データの記録方法を変更しました。</p> <p>変更前</p> <p>紙レセプト: 該当公費の負担者番号、受給者番号のみ記載を行い、公費に対応する他の項目(実日数、療養の給付、食事・生活療養)については記載しない。 レセプト種別は該当公費を除外した種別を記載する。 (例:国保 + 該当公費の場合は単独レセプト)</p> <p>レセプト電算データ: 共通(RE)レコードのレセプト種別は該当公費を除外した種別を記録する。 公費(KO)レコードには該当公費の負担者番号、受給者番号のみを記録する。</p> <p>変更後: 紙レセプト: 該当公費を記載した併用レセプトとする。 レセプト電算データ: 共通(RE)レコードのレセプト種別は該当公費を含んだ種別を記録する。 公費(KO)レコードには通常の併用レセプトと同様全ての項目を記録する。</p>		H20.2.26

## 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
44	ncp 20080208-006	<p>処方料のレセプト記載についておたずねします。 以下の条件で入力した結果レセプトの記載に不具合が発生しました。 ・実日数 2日間 &lt;1/10の入力&gt; 　　処方料(その他)×1回 　　特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 &lt;1/24の入力&gt; 　　処方料(その他)×1回 　　特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 　　(施設訪問分)コメント この結果、レセプト表記が、 25処方 × 3回 114 と記載されてしまう。 摘要欄で、 特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 　　(施設訪問分) と記載されるのはこのままが良い。 今回は手書きで 25処方 × 3回 114 25処方 × 2回 114 と修正て頂いた。 25処方 × 2回 114 と記載されるようにする為の入力方法はありますか？</p>	<p>処方料のレセプト回数表記 &lt;1/10の入力&gt; 　　処方料(その他)×1回 　　特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 &lt;1/24の入力&gt; 　　処方料(その他)×1回 　　特定疾患処方管理加算(処方料)×1回 　　(施設訪問分)コメント 上記の場合、 25処方 × 3回 114 となっていましたので、 25処方 × 2回 114 となるよう修正しました。</p>	H20.2.26

## 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
45	support 20070619-027	<p>レセ電提出で返戻対象となりました件で至急ご対応願います。</p> <p>東京都の 79公費+12公費のレセプトです。食事療養費の不備 記載漏れで返戻になっています。返戻付せんを添付させていただきます。ご確認下さい。</p> <p>東京都支払基金に確認した所標準負担額の記載がなければ返戻対象に今後もしますとの事でした。</p> <p>レセ電フォーマットには標準負担額の項目がないのであれば紙で提出して下さいとも言われています。紙提出は現実運用では無理です。</p>	<p>79(障害児施設)+12(生活保護)(生保険なし)に関わる入院レセプト食事療養費欄記載とレセ電食事標準負担額記録の修正</p> <p>&lt;入院レセプト&gt;</p> <p>79の食事療養上限額設定が0円でない場合、79の食事療養費欄が"0"記載となっていましたが、食事療養に係る回数、請求円、標準負担額を記載するようにしました。</p> <p>&lt;レセ電&gt;</p> <p>食事標準負担額の記録を行うようにしました。</p> <p>&lt;レセ電記録例&gt;</p> <p>SI,97,5,197000110,3,1920,29 SI, ,5,197000810,3,780,29 食事標準負担額の記録</p>	H20.2.26

## 44 総括表・公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	kk 09194	<p>岡山県地方公費についてですが、プログラム更新およびシステム管理マスタ設定確認後、総括処理を行いましたが、社保のみ公費が法別ごとに集計されませんでした。</p> <p>80重心は1つに集計され、今回あらたに作成した保険番号(441、541、685、785、386、486)のみ別集計されます。</p>	<p>岡山県で4月から適用開始となった地方公費番号について、診療報酬請求書の法別による集計がされるように修正しました。</p>	H19.5.29
2	kk 09700	北海道自治体医療に係る審査支払事務の受託等についての資料を送付致します。	<p>北海道地方公費(法別番号90、91、92)に關わる社保診療報酬請求書の「公費と医保(老人)の併用」欄の記載について、平成19年8月診療分以降、下記のように集計し記載するよう対応しました。</p> <p>90 (保険番号190、290を集計し、"90"と記載)    91 (保険番号191、291を集計、"91"と記載)    92 (保険番号192、292、392を集計し、"92"と記載)</p>	H19.8.27

## 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		日次統計の統計データ作成処理で入院分の作成処理を実行すると、 「処理対象のデータがありませんでした」の結果表示となり統計データが 作成されない不具合がありましたので修正しました。 データベースアクセスの不具合でarge版でのみ現象が発生します。		H19.6.26
2	support 20070907-018	【2月次帳票 レセプトチェック(プレビュー)出力】の添付ファイルで す。	印刷用データテーブルに書き込む際に全角文字のコードが 欠落する場合がありましたので修正しました。(30文字以上の 場合)	H19.10.29

## 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		編綴順詳細設定画面でレセプト請求しない地方公費(保険番号マスターのレセプト請求が1または3)はエラーとしていますが、そのまま登録ができていましたので登録できないように修正しました。		H19.4.24
2	お電話でのお問合せ 5/2 病棟選定入院料設定	システム管理マスター5006より、選定入院料の設定を定額から定率に変更しようとしても、設定が反映されませんとのお問合せがございました。	データベースへのアクセス方法に誤りがありましたので修正しました。	H19.5.16
3		システム管理の管理番号9800「 <u>排他制御情報</u> 」の「情報削除」で、排他データを個別で削除する時、選択したデータでなく最終行のデータを削除していましたので、正しく削除するように修正しました。		H19.6.26
4		システム管理1901をW01画面で一覧に表示するときに有効開始日順に表示されませんでしたので修正しました。		H20.2.26

## 102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	お電話でのお問合せ 5/7 点数マスタ 長期投与日数	Ver.3.4.0において、レンドリミニ錠0.25 (611120110)で長期投与日数を「14」と設定しても、「0」になってしまいますとの問合せがありました。	医薬品マスタの登録画面で経過措置品目移行コードが登録されている場合、長期投与日数や一般名を経過措置品目移行コードのマスタの長期投与日数、一般名で再表示していましたので正しい内容となるように修正しました。	H19.5.16

## 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		チェックマスタの「薬剤と病名」に登録された経過措置医薬品に対する代替品の登録を行えるようにしました。	<p>パッチモジュール適用後、「システム管理の管理番号3002 統計帳票出力情報(月次)」から複写ボタンで該当帳票を選択することができます。</p> <p>システム管理マスタ登録後、月次統計業務にてパラメタに有効終了日を設定し更新処理を実行するとチェックマスタに登録されている経過措置医薬品より代替医薬品のチェックデータを作成します。なお、更新処理は「薬剤と病名」の区分のみを対象としています。</p>	H19.9.26

## 107 薬剤情報マスタ

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 20070908-001	<p>薬剤情報マスタ設定画面の効能、効果を手入力する際に不具合がありました。</p> <p>効能、効果の部分に「 療法」と入力、登録まで進むと 登録ができませんでした」とメッセージが表示され登録ができません。</p> <p>調べた結果「法」という漢字が登録できないようです。</p> <p>但し 条件があり 療法 登録できない 法律 登録できる このように「法」の位置が単語の前後にあることによっても登録状況は変わります。</p>	改行コード処理の誤りのため不具合が発生していましたので修正しました。	H19.9.26

## CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		<p>CLAIMでシステム管理「9000 CLAIM接続情報」で「診療科レセ電送信」を「有」とした場合に送信内容に一部不具合がありましたので修正しました。</p> <p>不具合内容 診療科名称、診療科コードが一部設定されない場合がありました。</p>		H19.11.28
2		<p>CLAIMによるフィルム分画数の取り込みについて 日レセで取り込む予約請求モジュールでのフィルムの分画数の取り込み機能を追加しました。</p>	<p>取り込み方法 claim:itemのclaim:code="xxxxxxxx"のcodeが"700080000"等のフィルムの場合に限りclaim:numberの設定を-(ハイフン)で区切ることにより フィルム枚数 * 分画数として取り込みます。 フィルム枚数 max 99999 分画数 max 999 (例) &lt;claim:number ...&gt;3-2&lt;/claim:number&gt; フィルム 3枚 2分画 &lt;claim:number ...&gt;3&lt;/claim:number&gt; フィルム 3枚 &lt;claim:number ...&gt;-2&lt;/claim:number&gt; フィルム 1枚 2分画 &lt;claim:number ...&gt;3-&lt;/claim:number&gt; フィルム 3枚 1分画</p> <p>注意事項 フィルム以外のclaim:numberにこの設定をすると値が「1」となります。</p>	H20.1.25

## 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
1	ncp 20070409-012	<p>市町村合併で3/31より新住所になった医院様からのお問い合わせですが旧住所を3/30まで期限を切り、3/31より新住所で登録をして診療報酬請求書を発行すると国保は新住所で印刷され、社保は旧住所で印刷されますとの事でした。</p> <p>弊社でも検証しましたが3/30で期限を切っても3/31で期限を切っても同じ現象が確認できました。何か設定方法が間違っているのでしょうか。</p>	国保診療報酬請求書(パッケージ提供分)について、医療機関情報を請求年月日に有効な内容で抽出していたために誤った内容を記載していましたので修正しました。	H19.4.24
2	request 20070619-003	同日に患者30名とテスト患者1名の診療行為の入力した場合に、日計表1枚に患者数が印字されるはずなのに、2枚に分かれて印刷されています。1枚目に連番、患者番号、患者氏名、保険点数、社保本人等が印字され、2枚目に総合計(円)(点)、総件数のみ印字されます。テスト患者の入力分の氏名、件数は印字されていないのですが、1枚に印刷することができません。テスト患者の診療行為を消去すると日計表は正常に印刷されます。	テスト患者の処理に不具合がありましたので修正しました。	H19.6.26
3	ncp 20070906-005	<p>薬剤情報の用法・用量欄に印字される部分で用量が正しく記載されていませんでした。</p> <p>例えば、「セフゾン細粒小児用10%」を2.25gと、「塩化リゾチーム細粒「TS」10%」を0.9gを3日分処方し、薬情を印刷すると、薬情には「塩化リゾチーム細粒「TS」10%」は3日分、0.9gと印字されますが、「セフゾン細粒小児用10%」は3日分、3日分とグラムは印字されずに日数が2つ印字されます。</p> <p>薬情では最初に印字される薬剤の用法・用量の印字のみがそのようになります。</p>	全数量の編集に誤りがありましたので修正しました。	H19.9.26
4	電話でのお問合せ 8/27 52 月次統計 診療科別医薬品使用量統計	<p>1005診療科目情報より02でH19.6.1より精神科を追加登録したのですが、診療科別医薬品使用量統計を7月分で出力した際、帳票に精神科が印字されませんとのお問合せがありました。</p> <p>こちらでも同様の動作となりました。 有効期間は00000000~99999999で登録しないと、反映されない動作なのでしょうか。</p>	有効期間の判定に誤りがありましたので修正しました。	H19.9.26

## 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
5	ncp 20071026-013	<p>1.点数マスターより「095500001」で、自費点数を作成しました。100000円の自費手術です。</p> <p>2.患者登録より、保険と自費の2通りの保険をお持ちの方の患者を登録しました。</p> <p>3.「診療行為」画面より、下記のように診療行為を入力しました。また、その際に、領収書は正しく印刷されていました。</p> <p>.950 保険外(消費税無し) 095500001 自費手術</p> <p>4.「会計照会」画面より、上記の診療行為を登録した患者の3号用紙を印刷したところ、自費項目にその100000円の金額が正常に印刷される患者と、印刷されない患者がありました。</p> <p>5.印刷されなかった患者につきまして、「診療行為」画面より、訂正診療行為にて、登録し直したところ、3号用紙が正常に印刷されるようになりました。</p> <p>問題は以上です。</p>	外来カルテ3号紙で自費コードのみの日の自費金額の下5桁がゼロで、かつ、会計照会画面で対象の剤の後に自費の剤があった時、自費のみの日が印刷されませんでしたので修正しました。	H19.11.28
6	お電話でのお問い合わせ 1月18日 - 支払い証明	<p>入院のある患者の支払証明を印字したところ、外来の12月分のみ印字がされないとお問い合わせがありました。</p> <p>支払証明の入外区分を全てに設定し、期間指定を年月日で1年分を指定しますと、入外両方ある場合に併せて12行しか印字されません。</p> <p>例 入外区分 全て 期間指定 19.1.1~19.12.31 1月~12月すべて外来受診あり 6月7月入院あり 上記の場合、外来分が1月~10月までしか印字されません。入院が3ヶ月分になると9月までしか印字されません。</p>	正しく編集するように修正しました。	H20.1.25
7	ncp 20080207-002	入院処方箋印刷(注射箋含)の際に、医師名を印刷しないで、印刷することは可能ですか?	入院指示箋、処方箋、注射箋でドクターを未選択で印刷しても、システム管理の最初のドクター名が印刷されていました。ドクターが選択されていないときは、空白で印刷するようにしました。	H20.2.26

## 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
8	request 20080207-007	入院の社保総括表の備考欄の一部負担金の所に金額ではなく点数で記載されているとの指摘がありました。支払基金に問い合わせた所、点数での記載はおかしいとの指摘があったそうです。	入院社保総括表 2枚目備考欄の一部負担金欄編集について、患者単位の金額編集を1円単位で行っていたので、10円単位で行うよう修正しました。	H20.2.26

## 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
1		平成19年4月改定対応。		H19.4.24
2		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 今年度は試験的にいくつかの医療機関と契約を行い実施するものです。現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.4.24
3	ncp 20070428-002	4月提供(20, 21回)のパッチを更新したところ、例えば、高額一般で低所得は月額上限が35400円ですが、同月内で2回入院があった場合、1回目の入院時の会計では負担上限額で請求が行われますが、2回目の入院時にも負担上限額を計算してきます。2回目の入院時には、医療費の部分は0円になるはずです。 レセプト改正対応の為、現時点ですべての医療機関様がパッチの更新を行っております。窓口請求及びレセプト請求に関わりますので、至急の対応をお願い致します。	平成19年4月改定対応。  主保険単独で、同月に退院もしくは定期請求を行っている患者について、再入院分・2回目の定期請求の負担計算において、退院分・定期請求済分の患者負担額が累計されない不具合がありましたので修正しました。	H19.4.29
4		一般老人置換マスタに対するマスタ更新プログラムを修正しました。 医薬品の経過措置品目移行コードの重複登録チェックのため登録できないケースが発生するため事前対策です。		H19.5.16

## 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
5		平成19年4月改定対応。	<p>平成19年4月改定対応資料を参照してください。            ・70歳未満の者の入院・外来に係る高額療養費の現物給付化</p> <p>70歳未満現物給付に関する医療保険+全国公費併用時の高額4回目以降のレセプト保険欄負担金額欄記載方法を修正しました。</p> <p>高額4回目以降の公費負担限度額は44400円でなく80100円+@で計算し記載を行います。            高額療養費が発生する場合はその額を差し引き記載します。</p>	H19.6.26
6		一般老人置換マスタに対するマスタ更新プログラムを追加しました。  医薬品の経過措置品目移行コードの重複登録チェックのため登録できないケースが発生するための対応です。		H19.8.27
7		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 入院データ作成で健康保険と労災保険を使用されている場合に両方に入院料を記録していました。 入院データ作成で室料差額を合計レコードの点数へ含めていました。  現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.8.27
8		定点調査研究事業で使用するプログラムを修正しました。 同一月に複数保険組合せで算定を行っている場合、実日数が実際より大きい値となっていました。  現在の運用に影響を及ぼすものではありません。		H19.10.29

## 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
9		<p>ユーザー プログラム起動でユーザー プログラム起動画面から起動する場合、ユーザー プログラムがシステム管理で全部実行の設定になっていると、パラメータのドクター コード(職員コード)が、 10001 -&gt; 1000 と下の1桁が落ちた4桁になっていました。これは受付業務、診療行為業務に共通な現象です。 正し14桁を渡すように修正しました。</p>	<p>ユーザー起動によるプログラムでドクター コード(職員コード)を使用されている場合は、見直しをお願いします。</p> <p>留意事項 Ver4.0.0からは、5桁に統一いたします。</p>	H19.11.28