

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	ncp 20081208-004	<p>地方公費単独の保健組み合わせの警告が出る患者様がいるが保健組み合わせ履歴の表示がおかしいと問い合わせがありました。</p> <p>現象が出る入力公費の有効期間が保険証より前の日付であり有効終了日が登録されており、保険証の有効終了日は無期限である場合</p> <p>例) 保険証有効期間 H20.12.1 ~ 99999999</p> <p>公費の有効期間 H20.10.1 ~ H21.3.31</p> <p>上記登録を警告を無視して入力した場合の保健組み合わせ履歴の一番下の段に H21.3.31 ~ H21.3.31 の 1 日だけの日付で公費単独の保健組み合わせの表示がされます。</p> <p>保険証の有効開始日と公費の有効開始日を合わせれば保健組み合わせ履歴の表示は消えますが、なぜ保険証の期限内なのに公費単独の保健組み合わせになるのかとのお問い合わせを頂きました。</p>	<p>公費単独分の保険組み合わせ作成修正</p> <p>公費の有効開始日 < 主保険の有効開始日、かつ、公費の有効終了日 < = 主保険の有効終了日の場合、公費単独分の保険組み合わせ作成において、適用期間が「公費の有効終了日 ~ 公費の有効終了日」の保険組み合わせが作成されていましたので修正しました。</p> <p>例) 主保険の有効期間 H20.12.1 ~ 99999999</p> <p>公費の有効期間 H20.10.1 ~ H21.3.31</p> <p>公費単独分で、「H21.3.31 ~ H21.3.31」の保険組み合わせが作成されていたので作成しないようにしました。</p>	H20.12.24
2	support 20090204-004	<p>前期高齢者 (国保) 3割から後期高齢者に変更になった患者の保険追加です。</p> <p>例</p> <p>生年月日が昭和 8 年 1 月 8 日の現在 76 歳。</p> <p>前期高齢者 (国保) で有効期限が H18.10.1 から H19.3.31</p> <p>保険追加をしようすると「補助区分は老人割合のみ入力可能です」とエラー表示が出て先に進めません。</p> <p>そこで、補助区分を以下のように操作すると、保険追加ができます</p> <p>一旦、補助区分を「0 無し」か「1 : 1 割」を選択</p> <p>再度、補助区分を「3 : 3 割」に変更</p> <p>トリッキーな作業が必要となってしまいます。</p>	<p>患者登録で前期高齢者の保険の補助区分と適用開始年月日の判定で、補助区分エラーが適用開始年月日による場合、適用開始年月日のみ修正してもエラー解除になりませんでした。正しくチェックを行なうように修正しました。</p>	H21.2.25

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	ncp 20090305-026	<p>社保 (本人) と生保の併用の場合、 社保の有効が H21.1.1 ~ 9999999 生保の有効が H21.2.12 ~ H21.2.28 このように登録していたものを生保の有効を H21.2.12 ~ 9999999 と上書きして登録した場合、保険組合せ履歴の組合せウィンドウに以下のように表示されます。 番号 保険 公費1 適用開始日 適用終了日 ----- 0002 組合 生活保護 H21.2.12 9999999 0001 組合 H21.1.1 H21.2.11 0003 組合 9999999 9999999 この0003組合の開始日と終了日が9999999 ~ 9999999となるのはこういう仕様なのでしょうか？ どういう理由で9999999 ~ 9999999となるのか教えてください。</p>	<p>不要な保険組み合わせが作成されていたので修正しました。 例 1 政府管掌 H20.4.1 ~ 99999999 生保 H20.3.11 ~ 99999999 生保 99999999 ~ 99999999 が作成されていました。 例 2 政府管掌 H20.4.1 ~ 99999999 生保 H20.4.11 ~ 99999999 政府管掌 99999999 ~ 99999999 が作成されていました。</p>	H21.3.26
4	support 20090327-015	<p>ある患者さんのデータを誤って削除してしまったのですが、同じIDで再入力を試みたところ、「患者番号の連番は管理連番以下にしてください」というメッセージが出て登録ができません。 当院ではIDを元に検査データ・レントゲンデータを管理していますので、同一症例に複数の番号が振られると大変困ります。</p>	<p>患者番号構成が標準構成で年が番号にある区分 1, 2 の時、新規の患者番号を自動採番でなく手入力した時、連番の判定を年に関係なく行なっていました。このため、前年の番号の最大番号が今年の連番号以上だった場合にエラーとなっていました。手入力時の連番号のチェックは、システム管理の年以上の時のみ行なうように修正しました。</p>	H21.4.24
5	ncp 20090708-004	<p>精神科ユーザー様より、以下のようなご連絡がありました。 法別番号20の精神入院の公費において、所得の多い患者の場合、自己負担限度額が発生してくるケースがあるそうです。 法別番号21の精神通院公費同様、所得者情報で自己負担限度額の管理ができるようにしてください。</p>	<p>精神入院 (020) の患者負担がある場合の対応 (平成 19 年 4 月以降で対応)</p> <p>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する。 負担金計算では、通常 10 円単位での患者負担計算を行うが、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する。</p>	H21.7.28

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
6	support 20090715-018	<p>該当月の請求が小児特定の診療のみの場合。 52小児特定と12生活保護のレセプトを併用で作成すると請求点の療養の給付 1に総点数、療養の給付 2は空欄になっています。この状態で提出すると「同点数はありえませんが分けて請求してください」と返戻されたとのことです。</p> <p>奈良県支払基金に問い合わせたところ、公費併用レセプトで療養の給付 1には総点数、2には生活保護に請求がないので「0」を表記してほしいと言われました。</p>	<p>特定疾患 (051又は052)の生保がある場合の保険組み合わせ修正 051又は052単独の保険組み合わせを作成するようにしました。</p> <p>(例)052と012を持つ場合の保険組み合わせ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・012 ・052+ 012 ・052 追加 	H21.7.28

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20090507-021	特定の条件での患者照会で、1時間以上経過しても結果が表示されないとのお問い合わせにsyslogと、現象発生時の設定条件の画面ハードコピーをお送りいただきました。	日レセver4.3以降より照会の検索条件に診療年月日の範囲指定 (数ヶ月) と診療行為を指定して検索を行うとデータ件数によっては検索結果が表示されるまでに非常に時間がかかる不具合がありましたので修正しました。	H21.6.25

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	ncp 20090115-001	<p>予約登録について問い合わせさせていただきます。例えば環境設定を本日の日付で画面上のカレンダーの23日をクリックし23日に予約した患者リストを画面右側に表示させます。画面右側の患者リストから予約取消を行いたい患者を選択し F3予約取消をするとカレンダーが本日の日付に戻ってしまいます。</p> <p>Ver.4.2.0まではカレンダーを選択後は予約取消を行っても日付は戻りませんでした。</p> <p>これはVer.Upによる仕様でしょうか？</p> <p>予約は先生が操作する事が多いので突然変更されると理解できず間違いが増えるので元に戻す様問い合わせがありました。</p>	<p>予約でカレンダーを選択した後、予約取消をした時、予約一覧の日付がシステム日付になっていましたので予約取消日となるように修正しました。</p>	H21.1.23
2		<p>予約登録で、専門科コード設定がしていないドクターで予約登録をする と、登録後の診療科がクリアされていました。</p> <p>専門科コードの設定されていないドクターの場合、診療科コードの1番目 を表示するように修正しました。</p>		H21.3.26

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	11/25 電話問 合せ 精神通院 結核 患者負担 なし	兵庫県医師国保組合 (283077) について、精神通院および結核併用時に、窓口負担0円に対応していただくことは可能でしょうか。 http://www.kokuhoren-hyogo.or.jp/0005iryo-kikan/pdf/1-2.pdf	兵庫県医師国保組合 (283077)+ 021精神通院又は010 (感37の2) の対応 < 負担金計算 > 患者負担を0円とします。(010の入院時、食事負担も0円) < レセプト一部負担金記載 > (021) 本来患者が負担すべき金額を記載します。(1割又は上限額に達するまでの金額) (010) "0" を記載します。 < レセプト入院食事療養記載 > (010) 食事負担がない場合の記載方法で記載します。	H20.12.2
2	support 20081121-005	Ver4.3.0で在宅末期総合診療料の回数入力が可能となりましたが、.140在宅料を入力した後は、「回数は1回のみです」とエラーになり回数登録が出来ません。 .140在宅料なしの場合、在宅末期総合診療料の回数登録は可能ですが、訂正時に「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」とエラーになります。 修正頂きます様、宜しくお願いします。	在宅末期医療総合診療料の回数を1以上登録できるようにしましたが、剤内に.140 など手技料の前に入力があるとエラーとなります。.140 は訂正時に自動発生しますので、訂正で必ずエラーとなります。正しい回数チェックを行うように修正しました。	H20.12.2

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	kk 17577	お忙しい中、大阪ひとり親家庭の資料をお送りいただきありがとうございます。 大阪ひとり親家庭につきましては食事負担がない保険番号マスタの提供を予定していますが、乳幼児につきましてはいただいた資料には書かれていないようです。 乳幼児の食事負担について助成される資料がありましたらお送りいただけますでしょうか。	大阪府地方公費対応 保険番号 "282" の外来負担計算について、長期併用時は下記の通りとしました。 1日目の負担額が長期高額療養の上限を超えた場合、2日目は0円とします。1日目が上限を超えず2日目の負担額が500円未満になる場合は、その金額を患者負担とします。 972との併用例 (例1) 1日目 3852点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 0円 (1日目で3852点×3割 = 1万円超につき0円) (例2) 1日目 3200点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 400円 (1日目で3200点×3割 = 9600円につき400円)	H20.12.24
4	kk 17910	大阪府の地方公費資料をベンダ様よりご提供いただきました。	大阪府地方公費対応 (乳幼児医療費) 保険番号 "286" の外来負担計算について、長期併用時は下記の通りとします。 1日目の負担額が長期高額療養の上限を超えた場合、2日目は0円とします。 1日目が上限を超えず2日目の負担額が500円未満になる場合は、その金額を患者負担とします。 972との併用例 (例1) 1日目 3852点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 0円 (1日目で3852点×3割 = 1万円超につき0円) (例2) 1日目 3200点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 400円 (1日目で3200点×3割 = 9600円につき400円)	H21.1.23

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	お電話でのお問い合わせ 10月15日 - 超音波検査逡減	<p>超音波検査で同月内に 1回目 UCG以外 断層撮影法とMモード法 2回目 断層撮影法 その他 の入力をした場合に 2回目が 100分の90に逡減されません。 UCG以外で断層撮影法とMモード法を併用した場合は「2」の「イ」により 算定すると点数表に記載されておりますが、100分の90の逡減が2回 目が「3」の場合に自動発生しているようです。 お問い合わせ先の医療機関様で撮影部位は別でしたが、減点されきた とのことでした。 UCG以外の断層撮影法とMモード法は断層撮影法と同一の撮影方法で はないのでしょうか。</p>	<p>診療行為で超音波検査の月 2回目以降逡減を行なう検査 の判断で、超音波 (UCG以外) (断層撮影法とMモード法) (160072450) をUCGの検査としていましたが断層撮影法の 検査に変更しました。</p>	H21.2.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	request 20090216-003	<p>後期高齢者 + 障害 + 低所得の患者様の在医管算定時の一部負担金について</p> <p>後期高齢者 + 障害 (広島県地方公費 191・291) + 低所得 (1・2) をお持ちの患者様で、在医管算定時の一部負担金が、ケースを問わず 200 円 × 4回で請求されます。正しい請求は、例えば 1日目の診療で8,000点を超える場合、患者様への請求は1日目の200円のみとなります。長期・インターフェロン治療等と同様で、8,000点を超える場合請求が発生しない様、修正をお願い致します。</p>	<p>後期高齢者 + 広島県地方公費 (保険番号 191、291 障害) の外来負担金計算</p> <p>"低所得者"かつ"在医管算定"かつ"後期高齢者 + 広島県地方公費 (保険番号 191、291 障害)"の保険組み合わせである場合の外来負担金計算を下記のようにしました。 (8000円と診療済みの1割相当分累計額と1日上限 (200 円) を比較する。)</p> <p>例 1</p> <p>1日目の1割相当分が8000円を超えた場合 1日目 9000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 0円 (9000円 > 8000円となる為、0円)</p> <p>例 2</p> <p>1日目の1割相当分が7900円の場合 1日目 7900点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 100円 (8000円 - 7900円 = 100円) (200円 > 100円)</p> <p>例 3</p> <p>1日目の1割相当分が7000円の場合 1日目 7000点 患者自己負担額 200円 2日目 3000点 患者自己負担額 200円 (8000円 - 7000円 = 1000円) (200円 < 1000円)</p>	H21.3.26
7		<p>診療行為の外来で、診療科を変更して訂正した時、受診履歴の連番が更新されないことがありました。</p> <p>訂正内容が複数科 保険組合せでの入力でなく、変更前の診療科で複数の受診があった場合に、変更前の診療科の受診履歴の連番が更新されませんでした。</p> <p>正しく変更するように修正しました。</p>		H21.3.26

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
8	ncp 20090306-009	生活習慣病を算定 月半ばで後期高齢者に変更 生活習慣病管理料で包括扱いになっていた検査などが 後期高齢者保険では算定可 エラーがかかり入力できない	生活習慣病管理料を算定している月途中で、後期高齢者となった場合、生活習慣病管理料に包括される投薬・検査等の算定ができるようにしました。 警告等は一切できませんので、パッチ適用後は生活習慣病管理料の包括がなくなります。 特に訂正では、投薬が算定可能となり処方料・処方せん料が算定されることがあります。 なお、診療行為を老人点数で算定する場合のみとなります。75歳未満で、後期高齢者保険が登録されていても自費保険での入力であれば一般点数ですので、包括されます。 また、チェックマスタから行なう併用算定チェック (生活習慣病管理料と併用算定できない管理料等)についてはチェックをはずすことはできません。生活習慣病管理料を算定していても、後期高齢者保険で他の管理料を算定する場合は、チェックマスタの設定を警告に変更して下さい。	H21.3.26
9		入院中の患者を外来診療行為でアフターケアを表示中に保険を変更して、入院への画面遷移の確認メッセージを表示します。 この時、NO を押下するとそのままの状態で行来診療行為が入力できました。その為、入院中にアフターケア以外の保険で外来が入力できていました。 NO を押下した時は、診療日を入院日に変更するようにしました。		H21.3.26

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
10	ncp 20090224-024	<p>75歳以上の年齢の方で、後期高齢者に該当しない方の患者登録方法を御教示いただけないでしょうか。</p> <p>< 背景 > 私立学校教職員共済の家族の方が来院されましたが、生年月日が昭和7年 8月 16日でした。保険者様に確認したところこの方は海外に住所を有する方との事で、下記のアドレスにある取扱いに従い、後期高齢者に該当しないので、特例として請求してくださいと依頼されました。 尚、この方は「高齢受給者（前期高齢者）」の扱いとなり後期高齢者の点数は算定できず、またレセの右上の記載は「高外一」になると保険者様より教えていただきました。 http://www.kokuho.or.jp/general/roudou_tsuchi/lib/hoho_0220003.pdf (3頁 問 3 75歳到達時に海外に住所を有する者の取扱いはどうなるのか) http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf (14頁 後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する七十五歳以上の者) 患者登録業務で、入力しようすると、「後期高齢者に到達しました。後期高齢者の保険を登録して下さい。」と表示され入力できませんでした。</p>	<p>保険番号マスタ 977 後期非該当 を準備しましたのでマスタ更新により適用してください。 該当する場合は、患者登録で公費情報欄に977 後期非該当を登録します。</p>	H21.3.26

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
11	support 20090311-005	<p>前期高齢者の高額療養費の負担金について 福島県の医療機関より問い合わせです。 入院患者 S9.3.19生 (74歳) 入院日 H20.11.8 保険証 071019 (国保) 1割 本人 記号 XXX 番号 XXXX 有効期間 H20.9.1 ~ H21.2.22 071019 (国保) 1割 家族 記号 XXX 番号 YYYYY 有効期間 H21.2.23 ~ H21.3.18 月の途中で から へ保険変更になり会計を作成したところ での会計 点数83424点 負担金額44,400円 (高額療養費該当) での会計 点数22752点 負担金額22,750円 レセプトの負担金額は67150点となっている。 福島県の国保連合会国保係へ確認 請求先は同じでレセプトは1枚となり、負担者番号は同じで本人から家族 への変更なので1保険とみなすため1か月の2つの保険を合わせて上限 額は44,400円となる。とのご回答でした。</p>	<p>前期高齢者の高額療養費計算修正 (月途中の保険変更時) 同一保険者の場合、本人家族の変更や記号番号の変更があっても、変更前の患者負担等を引き継いで計算するように修正しました。 (今までは保険者、本人・家族、記号番号が同一でない場合は引き継がない計算をしていた。)</p>	H21.3.26
12	support 20090317-013	<p>閉鎖循環式全身麻酔の計算方法についてご教示ください。 閉鎖循環式全身麻酔 2 40分 閉鎖循環式全身麻酔 4 110分 閉鎖循環式全身麻酔 5 5分 を行った場合、ORCAで入力を行うと13520点になりますが、手計算すると13460点になります。どこで間違ってますでしょうか？ * 手計算式 * 基本となる2時間 閉鎖循環式全身麻酔 2 40分 + 閉鎖循環式全身麻酔 4 80分 = 12200点 残りの時間 閉鎖循環式全身麻酔 4 30分 = 660点 閉鎖循環式全身麻酔 5 5分 = 600点 合計で13460点 という計算を行いました。</p>	<p>閉鎖循環式全身麻酔の点数計算に誤りがありました。 麻酔 1、麻酔 2、麻酔 3の算定がある場合、麻酔 1と麻酔 2の時間の合計が2時間 + 30分 (150分) となり、端数がなくなつた場合、端数の麻酔 3の時間を麻酔 2に加算してしまつた。 端数の時間を麻酔 3で加算するように修正しました。</p>	H21.3.26

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
13		1回目小児科外来診療料 (初診) 2回目も同様に小児科外来診療料 (初診) を入力した場合、Ver.4.2.0のときは2回目の小児科外来診療料を再診に置き換えていましたが、Ver.4.3.0では再診に置き換えない動作となっているのでしょうかとのお問い合わせがございました。 システム管理マスタ9000外来診察料の設定は「0」とのことです。	小児科外来診療料を算定している時、訂正で初診料を再診料に変更できませんでした。再診料に変更できるようにしました。	H21.4.24
14	kk 18561	所沢の医療機関様より障害者公費対応を依頼されました。以前より重度障害者の助成制度があった様ですが今回初めて患者様が来院したため登録できないとの問い合わせがありました。所沢の福祉総務課に確認しましたところ所沢乳幼児と同じ扱いで21000円まで無料で21000円を越えた時点で全額負担になるとの事でした。資料の請求をしましたが頂くことが出来ませんでした。通常のマスタでは負担金の設定が出来ませんので対応の程よろしくお願い致します。	埼玉県所沢市地方公費 582障害対応 (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) 保険番号 543乳幼児と同様です。	H21.4.24
15	support 20090413-014	麻酔の点数についてお問い合わせがありましたので、確認頂きます様 お願いします。 閉鎖循環式全身麻酔 2 51分 閉鎖循環式全身麻酔 4 49分 閉鎖循環式全身麻酔 5 35分 日レセで入力すると12,860点になりますが、手計算すると12,800点になります。 Ver4.3.0 6回プログラム更新済 です。	閉鎖循環式全身麻酔の計算で、麻酔が3つ以上あり麻酔 1と麻酔 2の時間の合計が120分以下で、かつ、麻酔 3との合計で120分以上となる場合、点数計算に誤りがありましたので修正しました。 きざみ値の加算を麻酔 3でなく 麻酔 2で行なっていました。	H21.4.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16	kk 18742	平成 21 年 4 月より東京公費の社保の請求方法が、レセプト請求となりましたが、レセプト記載の仕方の変更が必要のようです。	<p>東京都地方公費平成 21 年 4 月改正対応 平成 21 年 4 月診療分からの改正ですが、平成 21 年 3 月診療以前の月遅れ分も同様の記載となる事から対応時期の設定は行いませんので、御注意ください。</p> <p>対応内容</p> <p>< 負担金計算 > 主保険 + マル子 (588) の計算 (限度額認定証がない場合) 社保・一律一般区分として現物給付計算を行う 国保・現状通り。現物給付計算は行わない。</p> <p>< レセプト記載 > 1 公費欄 - 一部負担金欄記載 (マル障 (180、380)、マル親 (181、381)) ア) 保険欄 - 一部負担金の記載がない場合・・・1円単位で記載 イ) 保険欄 - 一部負担金の記載が 10 円単位である場合・・・10 円単位で記載 ウ) 保険欄 - 一部負担金の記載が 1 円単位である場合 (1% 計算となる場合)・・・1 円単位で記載</p> <p>2 保険欄 - 一部負担金欄記載 (地方公費全般) ア) 社保・一律一般区分の金額を元に記載 イ) 国保 後期・現状通り。所得区分に応じた金額を元に記載</p> <p>3 全国公費を併用する場合で、異点数がある場合の請求点記載 (地方公費全般) 国保 後期・保険欄 - 公費 1 = 公費 2 の請求点となる 例) 1000 1000 300 300 1000 700</p>	H21.4.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
17	nep 20090427-013	<p>診療行為の画面で自費の数量を入力するとその数量分の金額が計算されますが、自費が診療行為の画面の次頁に入力されている場合、訂正で呼び出すと数量で計算されない元の金額に戻ってしまいます。</p> <p>例)</p> <p>コード:095000001 名称 :ニューレテラタイ 1m = 600円 金額 600円 で点数マスタ登録</p> <p>診療行為の画面で「次頁」にニューレテラタイの数量を0.15 で入力=>90円で会計</p> <p>095000001 0.15 *ニューレテラタイ ×1 90</p> <p>診療行為の画面で「訂正」で呼び出して、「次頁」を開くと0.15 で90円を入力されていたはずが、600円と表示される。</p> <p>1画面でおさまっている場合は訂正で呼び出しても90円でそのまま表示されます。</p>	<p>診療行為で自費コードに 1以下の数量を入力した時、訂正で展開しても数量が 1になっていました。入力した数量で展開するように修正しました。</p>	H21.5.27

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
18	ncp 20090609-019	<p>セット登録に関してお尋ねします。Ver4.3.0で「前回セット」が、搭載されました。それ以降に起きている現象なのですが、セット登録をし、続けて同じセットコードを入力しても「セットコードが存在します。修正をしますか？」というメッセージが表示されません。</p> <p>P60001 P60002 P60001というように、違うセットコードを呼び出した後に登録済みのセットコード入力した場合には、メッセージが表示されます。登録済みコードを検索画面から、呼び出した場合には、4.2.0以前と同様に「セットコードが存在します。修正をしますか？」というメッセージが表示されます。</p> <p>メッセージが表示されない状態で、同じセットコードに内容を入力し「登録」した場合には「すでに入力済みコードです」とエラーメッセージが表示され登録できないパターンとそのまま「登録」できるけれども、上書きはされないというパターンがあるようです。「S」コードでも、同様の動きをします。</p> <p>大量のセット登録を行っている場合に、同じコードを間違えて入力してしまうこともあり現在は、セットコードからの検索で空きコードを確認しながら登録を行っています。「前回セット」搭載後に変更された仕様なのでしょうか？</p>	<p>セット登録で、セットを続けて登録する時にセット登録後に同じセットコードを入力したとき、セットの修正ではなく、新規セットの登録となっていたので、セットの修正するように修正しました。</p>	H21.6.25
19	ncp 20090119-003	<p>月途中で保険者番号は変更なし(協会健保) 記号番号が変更。本人から本人へ変更。保険変更前より高額療養一般適用の場合レセプト一部負担金額欄の計算が未対応の件ですが、保健者番号が変更ないことから、高額療養は通算にて算定とのことです。</p> <p>医療機関様より全国健康保険協会、福岡支部へ確認して頂きましたのでご連絡いたします。</p>	<p>70歳未満の高額療養費計算修正 (月途中の保険変更時) 国保 (060)・・・同一保険者の場合、本人家族の変更や記号番号の変更があっても、変更前の患者負担等を引き継いで計算するよう修正しました。</p> <p>上記以外・・・同一保険者・本人家族の場合、記号番号の変更があっても、変更前の患者負担等を引き継いで計算するよう修正しました。</p> <p>* 今までは保険者、本人・家族、記号番号が同一でない場合は引き継がない計算をしていました。</p> <p>月途中の保険変更時に所得区分が変更となった場合は対象外とします。</p>	H21.6.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
20	7/2 電話問合せ 自賠責 訂正時 窓口負担	自賠責患者負担100%の場合において、1回目の入力時には処置行為の剤内にコメントを入力し、2回目訂正時において、コメントを別剤 (単独) として入力すると、入金額に金額が計上されてきます。	自賠責保険で訂正を行った時、剤の最後にコメントが登録されていて、訂正でコメントを剤分離して別剤とした場合、請求確認画面の今回請求額に剤分離した剤の点数が加算されていました。剤分離時に内部の剤手技点数をクリアしていませんでした。 コメント剤の点数をクリアするように修正しました。	H21.7.28
21	お電話でのお問い合わせ 7月3日 - 入院診療行為回数表示	入院の薬剤の入力で .210 薬剤 数量 * 回数 / 日付 と入力するところを .210 薬剤 数量 * 回数 * / 日付 と入力していたようなのですがenterを押下すると入力コート欄の * 回数は消えるのですが画面右側に × 回数の表示が残ります。 請求確認画面では回数 × 1となりますがそのまま戻っても * 回数が表示されたままになります。 登録時には回数は 1で登録されるのですが表示が残るのは仕様でしょうか。	入院の診療行為で剤の回数を入力後、* 行で診療日指定を行った時に前の回数を表示していたので、* の行の回数を表示するようにしました。	H21.7.28
22	support 20090731-001	弊社のユーザで電子カルテを使用しており、CLAIM送信で添付したデータを送信したのですが、日レセが受信すると「アテック錠 10 10mg」のみが 28日分として認識され、他の 28日分の処方箋が 1日分となってしまいます。 なにかおかしい部分があるのでしょうか？ 実際送信したCLAIMのデータを添付いたしますので、検証していただけますようお願いいたします。	外来でCLAIMからの中途終了データを展開する時、加算マスタの前に手技料マスタが設定されていないとエラーとなりますが、この時エラー行より前の剤回数が正しく展開されませんでした。 展開内容にエラーがあっても設定されている回数で展開するようにしました。	H21.8.27

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		診療行為画面でコメントコードの '83 ~ '、'0083 ~ ' など点数マスタの名称の後ろに文字を追加入力する場合、名称の開始位置を変更した時に全角文字の不整合が発生し異常終了することがありました。 フリーコメント(810000001、008500000)以外は3桁目からを名称としている為、名称より前2桁に入力があつた場合入力内容を破棄し、再度点数マスタの内容を名称に編集するようにしました。 この時、エラーメッセージの表示はしませんがカーソルが名称に移動します。		H21.8.27
24	nep 20090630-023	アフターケアで、その疾病について指導を行った場合、特定疾患療養管理料の点数を労災診療費(1点12円)に置き換えて初診・再診を問わず月2回を限度として算定できるようですが、しかし、初診時に初診料と同時に特定疾患療養指導料を入力した場合は算定できませんが、その後1月以内に受診され指導を行った時は「初診料算定日より1月以内です。算定できません」とエラーになり入力する事が出来ません。また、初診料と同時に入力していた分を診療訂正を行おうとすると同様に「初診料算定日より1月以内です。算定できません」とエラーになります。 どのようにすれば1月以内でも保健指導(特定疾患療養管理料)を入力できますでしょうか。	アフターケアでは、特定疾患療養指導料が初診・再診に係らず月2回の算定が可能でしたのでアフターケアの時、指導料の初診算定日からの1月以内の判定を行わないように修正しました。 平成20年4月診療分以降となります。 同一月内に健保で初診料を算定していた場合は併用算定エラーとなりますのでチェックマスタを警告に変更する必要があります。	H21.8.27
25		診療行為の訂正で初診料を再診料に変更した時、訂正日より前の初診料が平成18年4月より前であった時に、再診料に変更できませんでした。正しく訂正できるように修正しました。		H21.8.27
26	nep 20090827-008	奈良県の医療機関様で全国土木建築国保(133033)と通院精神医療の公費の組合せで診察を受けられました。1ヶ月の上限金額は10000円で所得者情報の画面で入力済みです。診療行為の入力を終え最後まで登録しても一部負担金額が発生しません。 他の都道府県ではこの動きで問題ありませんが、唯一奈良県だけが患者による償還払いとなるので窓口負担金が発生しないと業務に支障がでております。またレセプトの請求もできません。	奈良県 全国土木(133033)+021(精神通院)010(感37の2)の患者窓口負担計算対応 奈良県は償還払いとなる為、患者窓口負担を発生させるよう対応しました。	H21.9.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
27	kk 20263	<p>愛知県の特定疾患医療給付事業に変更がございますので資料を送付させていただきますのでご査収下さい。</p> <p>概要</p> <p>「51」の一部該当患者が県単独公費「91」として新たに新設されます。</p> <p>1. 計算方法は「51」と同様です。</p> <p>2. レセプトについては、社保・国保とも併用で請求します。</p> <p>3. 総括表の再掲については、社保は「91」として再掲。</p> <p>国保については、福祉ではなくて公費扱いで再掲。</p>	<p>愛知県特定疾患 (国が定める45疾病以外) の対応 (平成 21年 10月診療分～)</p> <p>保険番号 : 191 (法別 91)</p> <p>公費負担者番号</p> <p>全額公費負担 91236018</p> <p>一部公費負担 91236026</p> <p>平成 21年 5月改正の対象外である。</p> <p>1. 負担金計算</p> <p>所得者情報 - 公費負担額欄にて、上限額の入力を行う。</p> <p>入力された金額を元に負担金計算を行う。</p> <p>2. レセプト</p> <p>51に準ずる記載とするが、平成 21年 5月改正の対象外である為、保険欄 - 一部負担金は、一律一般の金額で記載する。</p>	H21.9.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
28	kk 20348	<p>東京都の一部の地域で、小学生・中学生の外来窓口が1回につき200円となるとことで、資料を入手致しましたので、添付させていただきます。 ご対応の程、宜しくお願い致します。</p> <p>都道府県名 東京都 発行元 東京都福祉保健局保健政策部 医療助成課長 タイトル・資料名 義務教育就学児医療費助成制度の改正に伴う医療費一部負担の変更について</p>	<p>東京都地方公費 (保険番号 588マル子) 制度改正対応 (平成 21年 10月診療～) 外来のみ下記の対応を行う < 負担計算 > 診察料がない場合、患者負担なしとする。 < レセプト > 一部負担金が 200円未満の場合、レセ記載の対象としない。(マル子公費負担が発生しない場合) 分点がある場合の実日数記載対応 (国保レセのみ) 例 国保 + 052 + 588 請求点 2000点 診療 5日 国保 + 588 請求点 3000点 診療 4日</p> <p>請求点 5000 実日数 9 2000 5 3000 4</p> <p>とする。 < 保険番号マスタについて > レセプト請求 0 レセプト負担金額 2 レセプト記載 1 * 外来 * 負担区分 1 日 - 上限額 200 日 - 上限回数 1 * 入院 * 負担区分 2 食事療養費 1</p>	H21.9.24

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
29	ncp 20091010-003	オンライン請求した所、確認試験結果リストに固定点数が誤っていますと電子画像管理加算がエラーとなりました。 同様な診療内容が外来や入院でも多数ありますがなぜかリストの患者のみ (入院) エラーとなりました。 例えばあるエラー患者を確認してみると 170011810 CT撮影 (マルチスライス型) 850点 170026810 電子画像管理加算 (核医学診断料 ~) 120点なので 970点となるはずが941点となっています。 4月からオンライン請求で毎月同じ診療内容で請求していますが、今まで1度もエラーになった事がないのに9月分のみエラーとなりました。	画像診断でフィルム料を入力している剤の下に入院回数を入力後、フィルムを削除した時に診療会計テーブルの手技点数 2(syuten2)に削除したフィルム料が編集されていました。その為、レセ電でエラーとなっていました。 頭部 単純撮影 (撮影) 単純撮影 (イ) の写真診断 記録用フィルム 電子画像診断加算 * / 1, 2 電子画像診断加算までを入力して点数計算後、回数を入力してから、記録用フィルムを削除した場合です。 前回のパッチで労災読み替えの点数 (syuten2) の編集方法を変更したことにより発生しました。 正しく編集するように修正しました。	H21.10.28
30	ncp 20091021-012	施設入居者患者を患者登録より特記事項 09 施を設定し、運用しているのですが 1 回目診察を再診ダミーで会計終了後、同日に再び呼び出した場合、確認画面 【KD1】 同日に受診があります。同日再診 OR 訂正 ~ の画面が出力される時とされない場合があります。	外来の診療行為で当日に受診がある時の訂正への確認メッセージ表示が、当日の受診内容に診察料が入力されていない時、表示されませんでした。 受診内容に関係なく、最終来院日と受診履歴の 1 番目が当日であれば確認メッセージの表示を行うように修正しました。	H21.10.28
31	お電話でのお問い合わせ 11 月 9 日 - 頓服薬長期投薬加算	長期投薬加算の自動発生についてご教授ください。特定疾患の病名がある場合、頓服を宣言していても * 28 以上の入力で処方日数が 28 日以上と判断し確認メッセージが表示されます。 頓服の場合単位が日ではなく回なので * 28 以上であっても 28 日以上の処方とはならない。 ロジックミスではと指摘を受けたとのことです。	長期投薬加算の判定に頓服の投薬日数を含めないように修正しました。	H21.11.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
32		長期投薬加算の判定から頓服を削除した修正の影響で、臨時投薬も対象外となっていました。 臨時投薬は長期投薬加算の対象とするように修正しました。		H21.12.21
33	お電話でのお問い合わせ 11月24日 - 08老健診察料変更	登録画面で、特記事項 08老健を設定しますと診療行為入力で診察料が自動的にダミー変更されます。08老健の特記が必要なケースは、介護老人保健施設に入所中の患者の診察料を、併設保健医療機関以外の保険医療機関において算定した場合なので入院以外は算定可能だと思うのですが自動でダミーに変更しているのはどのような理由でしょうか。	診察料の自動発生で、特記事項 08 老健 の時は、診察料ダミーの自動発生を行わないようにしました。なお、通常の診察料を自動発生しますので、診療行為画面上部の "08老健" の表示は行いません。	H21.12.21

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		未コード化傷病名コード(0000999)で登録された病名を病名マスタコードに振り直すことができませんでしたので修正しました。 病名コード欄に0000999が表示されている場合、カーソルを病名欄にもっていきエンターを押下します。この時点で、病名コード欄の '0000999' が消えます。'病名編集' の表示が消えたら、内部的に病名コードの振り直しが成功したことになります。 (振り直された病名コードについてはShift+F10 (CD表示) で確認できます)		H21.3.26
2		病名登録画面で診療科複写または移動を行ったとき、同一病名のチェックの条件設定に不具合がありましたので修正しました。		H21.5.27

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 20090521-004	<p>収納画面より支払証明書を作成する際に立ち上げてから1回目とそれ以降では未収分の印字が違っています。ご確認お願い致します。</p> <p>(例)</p> <p>支払証明 2月別証明書 入外区分 2外来 指定期間 2年 1回目 診療月 :○月 未収のみの月 :保険点数、保険分負担額も印字される 2回目以降 診療月 : 年○月 未収のみの月 :印字されない 再度、立ち上げなおすと1回目のような印字がされます。</p>	<p>収納業務より支払証明書を発行する際、支払証明書印刷画面に日レセを起動して初めて遷移した時は以下の印刷パラメタの設定がシステム管理 [1039 収納機能情報] で初期値として指定した内容にならない不具合がありましたので修正しました。</p> <p>請求内容の印字 期間開始日前診療分の支払い 期間終了日後の支払い</p>	H21.5.27

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20090107-009	<p>EEG8をある保険で入力し、登録しました。その後、会計照会画面よりEEG8の剤を選び、剤変更から保険組合せの変更を行いました。EEG8には脳波検査判断料が算定できるので、これについても剤を選び剤変更から保険組合せの変更を行いました。すると、算定履歴や会計照会には正しい保険が選ばれた脳波判断料が表示され、レセプトも正しく計算されますが、診療行為画面には表示されません。(システム管理マスタの自動算定 チェック機能の訂正時の自動発生 (入院) を「算定しない」にする)</p> <p>もう一つ、算定履歴の回数表記は訂正を行った分もカウントされるようですのでおかしいです。</p> <p>また、CT撮影も同様に検証しました。CT撮影を算定後、自動発生されるコンピュータ断層診断が同じ診療行為画面に表示されません。自動算定される項目を会計照会にて剤変更から保険組合せを変更した場合に不具合が起こるのではないかと思いますのですがいかがでしょうか？このためにサンプル帳票の診療行為区分集計表の保険別と病棟別の合計が合わないのではないかと思います。</p>	<p>会計照会での入院の剤変更で保険組合せを変更した時、算定履歴の更新に不具合がありました。また、受診履歴の最後の剤を保険組合せ変更した場合、受診履歴に剤番号を編集しない不具合がありました。正しく変更を行なうように修正しました。</p>	H21.1.23
2	ncp 20090108-003	<p>72歳の患者。H20.3.31まで社保+27老人を持っていた。H20.4.1から後期高齢で請求していたら後期高齢ではないという事がわかり患者登録で後期高齢を削除して社保の有効期間を延長した。その後4月～11月までの診療内容の保険組合せを変更しようと会計照会の保険一括変更で変更しようとした所、警告！変更前と後の一般 老人判定が違います。変更後診療内容を確認して下さい」とメッセージが表示されますが、閉じる」で閉じれば登録する事ができ、後期高齢から社保へ保険が切り替わってくれます。</p> <p>しかしなぜか4月分だけこの方法ができずメッセージを閉じて登録する事ができません。5月～11月まではできました。</p> <p>なぜ4月分だけできないのでしょうか？</p> <p>診療行為画面で訂正で登録しなおせば4月分も後期高齢から社保へ切り替わってくれました。</p>	<p>会計照会の保険一括変更で、変更前 変更後の保険の一般 老人判定を平成 20年 4月から警告に変更しましたが、平成 20年 4月は変更できませんでしたので、変更できるように修正しました。</p>	H21.1.23

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	お電話でのお問い合わせ 2月18日 - 入院注射入力	<p>入院の注射入力で、.350を宣言し回数を10回以上にしますとレセプトに薬剤が計上されません。10回以上の入力の薬剤が麻薬の場合には会計照会で展開し登録を押下しますと“点滴手技料を削除しました。確認して下さい。”とエラー情報が表示され麻薬注射加算が削除されます。手入力に麻薬注射のフラグを入力しても登録を押下しますと削除され登録が行えません。</p> <p>.330を宣言し入力した場合には会計照会で麻薬注射加算の削除はされませんが、レセプトに計上はされません。</p> <p>9回までであればレセプトも正しく計上されますが回数10回以上は入力ができるが表示はできないのでしょうか。</p> <p>入力は .350 塩酸モルヒネ注射 *10/ 1 - 10 のように入力しているとのことです。</p>	<p>会計照会の入院点滴手技料のチェック 削除で回数が10回の薬剤は手技料を削除していました。点滴薬剤の回数を1桁で判定していた為、10回の算定が0回となり手技料を削除していました。正しく判定するように修正しました。</p>	H21.2.25
4	support 20090224-009	<p>会計照会画面で表示されている薬剤と、チェック画面で表示されている薬剤が異なります。</p> <p>チェック画面では、エlemenミック注・点滴注射用バンコマイシンが表示されていません。またチェック画面を比べても、2/9には表示されているオルガン注が2/10～は表示されていません。</p>	<p>会計照会のチェック画面で表示する明細が100行以上ある時、表示しない明細が発生しました。診療日の降順に最大100行まで、正しく編集するように修正しました。</p> <p>画面の表示は100行ですが、内部の編集は200行としています。明細行が200行以上ある場合は表示しない明細が発生します。コード順に表示しますので、どの明細が表示対象外となるかは不明となります。</p>	H21.3.26
5		<p>会計照会で診療内容の画面編集を中間データに保存していますが、データ長が画面編集領域より短いことが判りましたので修正しました。</p>		H21.4.24

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
6	ncp 20090501-025	<p>入院調剤料についてお伺いします。 先月に処方した分の入院調剤料が月をまたいでいた場合、退院時に消えていた調剤料が復活してしまう現象がありました。</p> <p>(例)</p> <p>(1) 4/25に入院している患者に10日分内服を処方 4/25～5/4まで入院調剤料が発生する</p> <p>(2) 4/30退院 退院日以降の入院調剤料は削除される (5/1～5/4分)</p> <p>(3) 5/10再入院し 内服処方</p> <p>(4) 会計照会画面で確認すると、(2)で削除されたはずの 5/1～5/4分の入院調剤料が復活する その後剤削除しても、処方があるたびにまた出てきてしまうようです。</p>	入院で入院調剤料を自動発生する時、入院日が1日で前月に退院日があった場合、前月の投薬内容を入院調剤料の自動発生に含めていました。入院日が1日の時も前月の投薬は対象外とするように修正しました。	H21.5.27
7	7/1 会計照会 30日超え 回数 入力	<p>システム日付を7月 (または5月) で設定し、会計照会から前月 (6月分) を表示したとき、誤って31日に回数入力を行ってしまうと、診療日が空欄の履歴が作成されてしまいます。</p> <p>システム日付が6月の場合31日の回数入力を行っても反映されませんが、システム日付が異なる月であれば空欄の履歴が作成され、レセプトにもデータが反映されます。こちらは以前からの仕様でしょうか。</p>	会計照会で診療年月を変更した時、月末日の変更をしていませんでした。そのため、剤の診療回数変更で月末日より後の日に回数登録ができていました。正しい月末日でチェックを行うように修正しました。	H21.7.28
8	8/11 労災 読 み替え加算 剤 変更	<p>読み替え加算対象の剤を剤変更から編集しようとした際、手技に対してコメントが未入力ของときでは「対象の剤は労災の外来管理加算読み替え分です。剤変更はできません。」のエラーメッセージが表示されます。</p> <p>手技に対してコメントが登録されている場合には、上記エラーメッセージは表示されず、剤変更より編集がおこなえます。</p> <p>コメント登録の有無により、チェックの有無が生じる動作となるのでしょうか。</p>	会計照会で労災の読み替え加算点数の対象剤である時は剤変更できませんが、手技料の下にコメントなどが登録している場合、剤選択でエラーとなりませんでした。正しく登録を行い剤変更できないようにしました。	H21.8.27

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	ncp 20091014-013	入院の患者様で24会計照会で内服薬剤を診療回数の変更を行います。 該当の薬剤を全て0に変更確定して登録。 会計照会の回は0になっている状態です。 該当の薬剤を再度選択して剤変更 確認画面をOKすると時計マークで固まってしまいます。 jma-receiptの再起動を行わないと会計照会は正常に使用できません。	会計照会でシステム管理の施設基準の開始期間が当月で、選択した剤の回数がゼロの時、剤変更のボタンを押下すると処理がループしていましたが修正しました。	H21.10.28
10	ncp 20091209-021	会計照会画面で登録されている入院調剤料を変更するため変更入力欄で、11月31日の診療回数欄に「1」とフラグを立て、Enterキーを押下すると「月末日以降の日があります。」とエラーメッセージが出るようになっていますが「閉じる」を押下し、診療回数欄の31日にあるカーソルを一括回数変更欄へ移動させEnterキーを押下し「変更確定」を押下すると31日にフラグが立ち登録できるようになります。本来ならばありえない日に強制的に入力されたわけですが医療機関様より入力ミスを防ぐ為、登録が行えないようにして頂けないだろうかとの要望がありました。ご検討のほどよろしくお願い致します。 同じように入院会計照会の入院料も11月31日に登録が行えました。このときエラーメッセージはありませんでした。こちらも入力できないようにご検討のほどよろしくお願い致します。	会計照会で剤回数の変更で、月末日以降の日の回数項目に入力をした時にエラーメッセージを表示します。その後、カーソルを一括回数変更へ移動してENTERを押下してから、変更確定ボタンを押下すると月末日以降の日で登録を行っていました。 変更確定時に月末日のチェックを行うように修正しました。	H21.12.21

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	kk 18152	以前にお知らせいたしました本市の公費負担医療制度導入における資料を添付いたしますので、ご多忙のところ恐縮ですがご参照のほどお願いいたします。	埼玉県さいたま市地方公費 入院時生活療養費患者食事負担対応 (入院) 保険番号 352、353、354 入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額については半額助成対象外とし計算を行います。 レセプト・レセ電についても、半額助成対象外として記載 記録を行います。食事療養と混在する場合は、食事療養分のみの記載となります。	H21.3.26
2	お電話でのお問い合わせ 6月5日 - 入院調剤料	前月の投薬で繰り越しにて自動発生した入院調剤料が再入院で投薬があると削除されてしまいます。 5月 29日に 14日分投薬 (*14/29で入力) この状態で6月分の調剤料が 6月 11日まで自動発生します。 6月に投薬がなくても調剤料は発生していますが一度 6月に退院登録し6月中に再入院し薬剤を入力しますと6月 1日 ~ 6月 11日までの調剤料が削除されてしまいます。 5月 27日のパッチの影響のようです。	月内に退院と入院があった時、退院日までの調剤料は前月投薬分の場合、入院後の投薬後の入院調剤料自動発生で、退院日までの調剤料が削除されました。 正しい入院調剤料を自動発生するように修正しました。	H21.6.25
3	support 20090703-008	orca_ver 4.4 os etch 上記の医院です。 入院日が6/30の患者を転科転棟により6/29にかえる操作をおこなったそうです。その結果、入院履歴が画面のように2つできてしまったとの連絡をもらいました。 DBをみるとtbl_prnyuinrrkに 2行あります。また、操作をおこなった時間のsyslogをみるとDB更新エラーの様なものがあります。結果、この患者の入院に関する操作がおこなえなくなりました。とりあえず、この患者の患者取消をおこない、再入力して頂きました。 とりあえず報告致します。もし原因などわかれば教えて頂けないでしょうか？	入院登録時に入院通算日数の計算でエラーが発生した場合、入院履歴が 2重に登録されてしまうことがありましたので、この時は入院登録を不可とするようにしました。	H21.7.28

32 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
4	kk 20279	埼玉県春日部市の医療機関様よりご連絡を頂きました。 平成21年10月診療分より、重度心身障害者医療費の助成を現物給付へ変更するそうです。 レセプト併用になるので、保険番号マスタの新設をご検討頂ければ幸いです。また、社保・国保総括表への件数の反映も併せてご検討頂ければ幸いです。	埼玉県春日部市地方公費 (保険番号 382) 食事・生活療養に係る患者食事負担対応 (入院) (平成21年10月診療分～) 食事療養及び生活療養 (食事) に係る患者負担・半額助成 生活療養 (環境) に係る患者負担・・・半額助成対象外 (全額患者負担) レセプト ・"食事療養及び生活療養 (食事) 分" と "生活療養 (環境) 分" が混在する場合は、"食事療養及び生活療養 (食事) 分" のみを記載する。 ・"生活療養 (環境) 分" のみの場合は、"0" を記載する。 レセ電 "生活療養 (環境) 分" は、半額助成対象外 (全額患者負担) となる負担区分で記録を行う。	H21.9.24
5	request 20070925-001	特定入院料の精神科急性期治療病棟入院料について、転棟患者等については、1年に1回に限り、1月を限度として算定する」とあり、このとき算定する入院料については「1 30日以内の期間」の高い点数を算定すると、社会保険事務局に確認しているが、ORCAでは通算の入院期間で判断しているので「1 30日以上期間」で算定される。先日サポートセンタに問い合わせてもらったところ、一度退院して、再入院されれば30日以内の点数で算定されるといわれたが、そうすると翌月以降、レセプトの入退院を消したり、入退院の取り消し等の作業が必要になる。該当の患者が多いので、自動で算定するようにして頂きたい。	精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟への転室患者について急性増悪による転室時に高い点数を算定可能としました。 転科 転棟 転室 時に入退院登録画面の特定入院料コンボボックスで「精神科急性期治療病棟入院料 (急性増悪による転棟患者)」を選択し登録を行ってください。ただし、「1月を限度に算定」の機能は実装していないため、転棟日から1月を経過した時点で改めて「転科 転棟 転室」処理を行なってください。	H21.9.24

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	お電話でのお問い合わせ 12月8日 - ADL区分入力算定期間	ADL区分入力で、算定期間に限りがある区分で内部的にチェックをかけているもの (連続する期間のもの) を入力する際に、月末で算定期間に達した場合翌月1日の入力を行ってもエラーとなりません。 1 24時間持続して点滴を実施している状態を11月24～30日を入力しますと12月1日入力時エラーがかかりません。2日入力でエラーとなります。	日数チェックを見直し修正しました。	H20.12.24
2	3/9 入院会計照会 精神科急性期	1月30日より精神科急性期治療病棟入院基本料1で登録し、3月の会計テーブルを登録すると、3,200点で表示されますとのお問い合わせがありました。	精神科急性期治療病棟入院料 1について、1月30日又は31日に入院登録を行い、入院会計照会画面で3月分の会計を作成した場合に、会計作成結果に不具合がありました。30日以内と、31日以上で入院点数が異なる特定入院料について会計作成時の日付設定に考慮漏れがあった為、修正しました。 また、「52 月次統計」より処理を行なう入院会計一括作成処理についても同様の不具合がありましたのでこれについても併せて修正しました。 その他修正対象の特定入院料 精神科急性期治療病棟入院料 2 精神科救急入院料 1 精神科救急入院料 2 精神科救急・合併症入院料	H21.3.26

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20090508-025	大阪のユーザー様で、患者さんの負担金が月/1000円となるはずなのに月/1万円で計算されてしまう とのお問合せがありました。 保険組合 後期高齢者/972長期/187助成 87 入院 H20.6.26入院 請求期間:1期(1~15日)2期(16~末) 4月分の1期の請求までは、患者さん負担金1000円+食事代でしたが2期で9000円となりました。	医保入院定期請求負担計算修正 (地方公費+長期を含む保険組み合わせの場合) 地方公費の保険番号マスク設定が”日-上限額、月-上限回数の設定あり”で、月1回目の定期請求時で月-上限回数に達している場合、月2回目の定期請求時の負担計算が正しく行われませんでしたので修正しました。 (4月24日パッチ(長期併用時対応)での不具合です。)	H21.5.27

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	お電話でのお問い合わせ 11月28日 - 器材単位チェック	Ver.4.3.0の器材単位未設定のデータチェックでフィルム料 (乳幼児) 加算がチェック対象となっているようです。こちらは対象外とはできないのでしょうか。	データチェックの器材の単位コード未設定チェックについて、酸素補正率 1.3 (1気圧 X770020070)、フィルム料 (乳幼児) 加算 (799990070) がチェックの対象となっていましたので、これを対象としないように修正しました。	H20.12.2
2	データチェック 在宅薬剤 院内処方 の処理	在宅薬剤.148を入力し 院外処方の処理を「含まない」と設定した場合、あるいは.141で入力し 院外処方の処理を「院外処方のみ」でチェックをおこなった場合、Ver.3.4.0ではそれぞれの条件に対し エラーリストに上がってこなかったのですが、Ver.4.0.0より院外処方の処理を参照していないようで、エラーリストに上がってきます。 リリース情報等に記載されている箇所が見当たらないのですが、Ver.4.0.0より仕様が変更されているのでしょうか。	データチェックで処理実行時に指定する「院外処方の処理」について、在宅薬剤の院内・院外処方の考慮が漏れていましたので修正しました。	H21.2.25
3	お電話でのお問い合わせ 3月13日 - データチェック診療行為	チェックマスタの診療行為どうしの算定漏れに検査とB-Vがかかるように設定 診療行為コード 検査 適用コード B-V 日毎のチェック 自費で診療行為コードで設定した検査を入力しB-Vを未入力で登録。同日に複数保険入力等で保険の入力も行う 上記内容でデータチェックをかけますと16診療行為どうしの算定漏れだけをチェックした場合は自費分のみ算定漏れチェックにかかりますが全項目のチェックした場合に保険分もデータチェックにかかります。 確認項目の中に10薬剤と併用禁忌もしくは、11診療行為の併用算定があると保険と自費両方でチェックにかかるようです。	データチェックの診療行為どうしの算定漏れのチェックについて対象保険の判定に誤りがありましたので修正しました。	H21.3.26
4	support 20090703-003	器材736680000組織代用人工繊維布の単位コードを設定しているにも関わらずデータチェックでチェックマスタの器材の単位コードが未設定ですとエラーになります。また、エラーメッセージの後ろにいつもなら器材名称 (組織代用人工繊維布) が出るとは思いますがそれも出ていません。	データチェックにて、器材の診療コードの有効期間終了日に日付が設定されている場合、("99999999" の場合) 単位コード未設定チェックが正しく行われない不具合がありましたので、これを修正しました。	H21.7.28

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	8/3 電話問合せ データチェック 診療行為どうしの算定漏れ	診療行為どうしの算定漏れチェックにおいて、入外別チェックを「2する」と設定している場合、同一月に入院 外来の診療行為入力をおこなっているが、外来ではチェックマスタで設定している診療行為コードが未入力であるのに、外来のデータチェック (全件処理) にてエラーとしてリストにあげてしまうようです。 診療行為どうしの算定漏れチェックのみを選択した場合は、エラーリストとして上がりません。	診療行為どうしの算定漏れチェックにおいて、入外別チェックを「2する」と設定している場合、以下のすべての条件に合致する時に入院の算定漏れエラーが外来のデータチェック時にリストに上がっていましたので上がらないように修正しました。 (1)同一月に入院 外来の診療行為入力をおこなっている (2)入院の診療行為の入力で算定漏れのエラーとなる (3)外来ではチェックマスタで設定している診療行為コードが未入力 (4)外来のデータチェック実行時、確認項目を全て選択している	H21.8.27
6	nep 20090908-022	データチェックでエラー対象でないのにエラーになる分があります。 事前設定 :チェックマスタより「診療行為どうしの算定もれ」で障害者等加算に対してコメントを設定。入外別チェックは「する」、同日「0」設定。 入力内容 :入院で 日に障害者等加算算定。同剤内にコメントも入力。同月内、別の日 日に外来で障害者等加算算定。同剤内にコメントも入力。 条件を満たしているのに、データチェックでエラーにならないのが正解かと思えます。 上記状態で、入院のデータチェックをします。チェック確認項目は、「11診療行為の併用算定」と「16診療行為どうしの算定漏れ」とします。このときの該当患者のエラー内容が、該当の診療行為に対して同日の算定漏れがあります (障害者等加算 日) 外来の算定日のエラーが表示されます。 外来のデータチェックを行った場合は、逆に入院の日でエラーが表示されます。 データチェックの確認項目を「16診療行為どうしの算定漏れ」にするとエラーはでません。 他の項目もいくつか試しましたが、「11」のチェックと同時の場合だけにエラーとなるように思います。 設定が足りないのでしょうか。	診療行為どうしの算定もれチェックについて、診療行為の入外区分の判定に誤りがあり、問い合わせにあるような入力が行われると正しい内容もエラーとして判断していましたのでこれを修正しました。	H21.9.24

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
1	kk 17542	p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgzの検証結果、不具合が見つかりましたのでご報告いたします。 保険者番号マスタ「90」の公費利用の「国保入院レセプト」において、窓口支払額が月限度額の12000円に満たない場合も公費併用レセプトとして出力されています。単独扱いレセプトとして出力されるよう改善をお願いいたします。(同条件の社保レセプトに対する「複写レセプト」は、発行されませんので正常の様です。)	福岡県地方公費対応 (平成 20年 10月診療分～) < 保険番号マスタのレセプト記載設定が「1」の場合 > 入院は、月上限設定がある場合の負担額チェックを行っていませんでしたが、外来同様行うよう修正しました。	H20.12.2
2	kk 17544	p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgzの検証結果、更に不具合が見つかりましたのでご報告いたします。 保険者番号マスタ「90」の公費利用の「国保レセプト」において、初診料 1回分のみの点数のレセプト(給付外の点数のみの算定レセプト)においても公費併用レセプトとして出力されています。こちらの分も、診療報酬請求書にも計上されています。単独扱いレセプトとして出力されるよう改善をお願いいたします。(同条件の社保レセプトに対する「複写レセプト」は、発行されませんので正常の様です。)	福岡県地方公費対応 (平成 20年 10月診療分～) 地方公費の請求点が給付外点数のみの場合、レセプト記載しないよう修正しました。 (注 :平成 20年 10月以降分の保険番号マスタの設定について、給付外点数の仕組みが残る保険番号マスタについては、レセ記載設定を「0」「1」の変更が必要です。「1」の場合に請求点が給付外点数のみかチェックします。)	H20.12.2
3	nep 20081201-002	医療機関様から「在宅薬剤 (院外処方)」で薬剤を入力したらレセプトに「在宅薬剤 (院外処方)」で入力した薬剤名が出力されると問合せがありました。 出力されないようにするにはどのようにすればいいでしょうか。	提出用レセ・レセ電の 14在宅の記載 (記録) 修正 院外分 (種別 : 148、149) について 院外分 (剤点数 0点) がレセプト摘要欄に記載 (記録) されていたので、記載 (記録) しないよう修正しました。 (点検用については、記載 (記録) します。)	H20.12.2

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	support 20081201-010	<p>弊社でご導入いただいている医療機関様において、次のような事象が起きました。</p> <p>[42 明細書]画面で、入院外仮レセの一括作成処理を行うと、生保単独のレセのうち数件が自費に集計されました。</p> <p>原因を調べようと、まず[12 登録]画面で該当患者の保険の有効期間を調べましたが負担者番号抜けや公費の種類間違い、適用期間が月途中であるなどのミスは何もみつかりませんでした。</p> <p>次に[24 会計照会]画面で、入力された診療行為の保険組合せを調べましたが、こちらもすべて生保単独で登録されており、自費での登録はみつかりませんでした。また、リアルタイムプレビューを見てみましたが、なぜかきちんと公費単独でのレセが画面に表示されていました。</p> <p>最後に、きちんと公費単独で集計された生保単独患者との違いを探してみましたが特に何も見当たりませんでした。</p> <p>そこで、試しに明細書個別作成にて、自費で集計された生保単独患者のレセを作成してみたところ、きちんと公費単独で集計されていたので、さっきのは偶然のバグか何かかと思い、もう一度一括作成を試みたところ、やはり偶然ではなく何度やってみても同じ患者が自費で集計されてしまいます。</p>	レセプト作成処理で自費レセプトに続いて公費単独レセプトを作成した場合、レセプト種別を決定する際に自費の情報がクリアされず、公費単独レセプトが自費レセプトとして集計されていたので修正しました。	H20.12.2
5	support 20081127-007	<p>ある患者様の入院レセプトにおいて、負担額や食事療養費のレセプト記載がないとの理由で、レセプトが返戻されました。</p> <p>レセプト提出した後、特に修正等はした覚えがなかったので、現時点でどのようになるか確認しようと思い、レセプトを個別作成で出しなおして見ました。すると、同欄は、正しく記録されていました。この違いについて、何が考えられますか。</p>	入院レセプトの仮収納データチェック追加 仮収納データがない場合のレセプト記載で現象が発生することが分かりました。仮収納データが作成されない原因が不明な為、レセプト処理時に仮収納データがない場合はエラー表示 (メッセージ、患者番号)を行うようにしました。	H20.12.24

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	kk 17614	<p>福岡県地方公費 プログラム名 : p40-fukuoka.4.2.0.ver10.tgz 不具合についてご報告致します。 国保 + 保険者番号マスタ【381】の公費において、初診料のみ算定され自己負担限度額を上回る場合、公費併用ではなく単独扱いとしてレセプトが出力され診療報酬請求書に計上されません。単独扱いではなく公費併用で出力されるようお願い致します。 診療行為画面にて、登録の途中のリアルタイムプレビューでは、公費併用で表示されますが、登録確定後の訂正や会計照会からのプレビューでは、単独扱いとして表示し、明細書一括 個別でも単独扱いとして出力されます。 初診料以外に診療の内容が入力され、自己負担限度額を上回る場合には正常に公費併用として出力され、診療報酬請求書の方にも計上されます。</p>	<p>福岡県地方公費対応修正 (平成 20 年 10 月診療分 ~) 地方公費の請求点が給付外点数のみの場合、レセプト記載しないよう平成 20 年 12 月 2 日パッチで対応しましたが、公費付加情報の設定がない場合においても対象となっていましたので、公費付加情報の設定がない場合は対象外としました。</p>	H20.12.24
7	kk 17623	<p>千葉県 乳幼児の公費183.283などは患者一部負担金の上限額があります。この上限額に患者負担額がみえない場合、公費請求しないこととなります。この公費はレセプト請求です。患者負担額が上限額に満たない時にもレセプトに印字されてしまいます。</p>	<p>千葉県地方公費対応 保険番号 "283" 外来 : 月 200 未満 入院 : 月 200 円未満 保険番号 "583" 外来 : 月 300 未満 入院 : 月 300 円未満 の場合、レセプト記載しないよう対応しました。 (保険番号マスタのレセプト記載設定が "1" の場合)</p>	H20.12.24
8		<p>未請求設定画面で自費分が種別不明として表示されていたので修正しました。</p>		H20.12.24

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	support 20081215-022	精神科の医療機関様で、11月分でレセ電の確認試験を行っていましたが、以下の内容でエラーになっているとのご連絡がありました。 対応方法が分からないので、ご教授いただけないでしょうか？ 該当者のレセ電と、紙レセを確認するに、精神科救急入院料を算定している患者様が、他医療機関受診の為、外泊した場合に、レセプト左側には、点数は記載されていますが、右側の記載が？と思いました。 レセ電の該当者欄を、レセプト 入院会計照会画面と合せて添付致しますので、ご確認の上、ご回答をよろしくお願いします。	精神科救急入院料 1の他医療機関受診 (外泊)時の ・レセプト摘要欄記載 ・レセ電記録 会計カード記載 について、正しく記載 (記録)がされなかったので修正しました。	H20.12.24

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
10	ncp 20081218-005	<p>一部負担金について教えてください。 この患者さんは月の途中で引越をされて、11月は2枚レセプトがあります。</p> <p>-----</p> <p>国保(400697) H19. 4. 1 ~ H20.11.20 972長期 H20. 4. 1 ~ 9999999</p> <p>-----</p> <p>国保(400895) H20.11.21 ~ H21. 3.31 972長期 H20. 4. 1 ~ 9999999 015更生 H20.11.21 ~ H21. 6.30 * 所得者情報 公費負担額 H20.11.21 ~ H21. 6.30 * 外来上限額 2,500円</p> <p>-----</p> <p>の保険は 合計点数 3,157点 一部負担金 9,470円 (1万未満のためレセプト記載なし) 実日数 1日</p> <p>-----</p> <p>の保険は 合計点数 12,296点 一部負担金 530円 (レセプト一部負担金額 2,120円) 実日数 4日</p> <p>-----</p> <p>のレセプトは問題ないのですが、 のレセプト一部負担金額が外来上限金額の 2,500円 で、あがってこないのです。 「マスタ登録」「101システム管理マスタ」「1001医療機関情報 - 基本」 更生・育成限度額日割計算のフラグは「日割計算しない」を設定しています。 医療機関さんに確認したところ、日割り計算は必要ないとのことでした。</p>	<p>自立支援のレセプト一部負担金記載修正 (月途中で自立支援適用、マル長併用)</p> <p>月途中で自立支援適用の場合で、 主保険 + 長期 主保険 + 自立支援 + 長期 の保険組み合わせ使用時、自立支援のレセプト一部負担金が正しく記載されませんでしたので修正しました。 外来の場合は、収納業務で一括再計算後、レセプトの再作成を行って下さい。</p>	H20.12.24

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
11	support 20081219-006	同月内で同じ投薬を入力する際に、用法コードを入力した剤と入力していない剤が混在した時に、用法コードが入力されていない分について摘要欄に表示されませんが別剤としてあつかわれたとしても摘要欄に表示してもらうようにしていただけないでしょうか？ 現状の仕様ですと表示がないので、正しくないレセプトが出力されてしまいます。別剤としてでも表示されていれば入力を直すこともできますので、プログラムの修正をお願いします。	内服薬剤逡減に関するレセプト・レセ電編集 用法を除くと同一内容となる場合、剤をまとめる編集が正しく行われない場合がありますので修正しました。	H20.12.24
12		病名登録及び会計照会画面からのコメント入力画面で、症状詳記の選択コンボで「52 廃用症候群に係る評価表」を選択しコメント登録を行った場合、紙レセプトに【廃用をもたらしに至った要因等】と記載されていましたが、これを、【廃用症候群に係る評価表】と修正しました。併せて、症状詳記用紙の記載についても修正しました。		H21.1.23
13	support 20090106-026	後期高齢者で965高額4回目を以前から登録しており、11月診療分のレセプトまでは負担金額が44,400円で表示されていたそうですが、12月診療分のレセプトを作成したところ、80,100円+@で表示されるようになってしまったとのことです。	高齢者 3割、高額 4回目以降の入院レセプト記載 (医保) 高齢者 3割の方、かつ、'主保険 + 地方公費' の保険組み合わせを使用した場合、かつ、高額 4回目以降に該当する場合、レセプト保険欄 - 一部負担金が 80100 + @ 円で記載されていまして、44400 円で記載するよう修正しました。 又、高額 4回目以降の公費情報取得 (該当判定) について、保険者の適用開始日が該当月以前の場合は 1 日で、該当月の場合は適用開始日で行うようにしました。	H21.1.23

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
14	kk 17706	ユーザ様から資料を頂きました。 特定疾患治療研究事業及びウイルス性肝炎進行防止対策 橋本病重症患者対策医療給付事業実施要領の一部改正について	70歳代前半軽減特例措置対応 (北海道 : 保険番号 "183") (医保) < レセプト公費欄 - 一部負担金記載 > "51" 同様 2割記載をしていましたが、1割記載に修正しました。 入院は、受給者番号の頭 2桁が "91" ~ "95" を除き、1割 + 食事負担で記載します。 < 入院食事負担計算 > "51" 同様患者上限 - 2割相当額 = 残での食事負担計算をしていましたが、患者上限 - 1割相当額 = 残での食事負担計算に修正しました。	H21.1.23
15	お電話でのお問い合わせ 1月6日 - 乳幼児加算レセ記載	処方料及び処方せん料の乳幼児加算を算定した際にレセプト摘要欄へ加算の表示がされています。記載要領には、乳幼児加算の記載の必要がないと書かれておりますが記載する仕様となっているのでしょうか。	処方 (乳幼児) 加算の外来レセプト記載 (医保) レセプト摘要欄に処方 (乳幼児) 加算を記載しないよう修正しました。	H21.1.23
16	support 20090109-003	後期高齢者で結核と地方公費福祉と長期の併用のレセプトを添付いたします。返戻分はすでに送ってしまったため添付書類は入手できませんでした。ただし、以下のこととことです。 一部負担金カッコ内の数字がおかしい (10110円)ではなく(110円) 10100円ではなく10000円 の負担金は10000円ではなく、9890円とことです。	マル長併用時のレセ記載対応 (報告事例 : 入院 "後期高齢 1割 + 地方公費 (負担なし) + 長期 972" と "後期高齢 1割 + 010 + 地方公費 (負担なし)" の保険組み合わせを使用した場合) 1) "010 + 長期" の保険組み合わせを作成可能としましたので、患者登録で再登録を行い、下記保険組み合わせを変更して下さい。 "後期高齢 1割 + 010 + 地方公費 (負担なし)" "後期高齢 1割 + 010 + 地方公費 (負担なし) + 長期 972" 2) レセプト記載 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">(10110)</div> <div style="text-align: center;">(110)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">保険 20435 10110 10000</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">公費 1 106 50 9940 (1)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">公費 2 20435</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">(1) 10000 - 110 + 50 = 9940</div> </div>	H21.1.23

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
17	1/20 電話問合せ 自賠責 金額桁数	レセプトの金額欄にて、桁数が6桁となる場合に、6桁目が表示されませんとのお問合せがございました。資料を添付させていただきますので、ご確認いただけますと幸いです。	労災・自賠責レセプトの円項目摘要欄記載修正 金額が10万円以上の場合、10万の位が記載されませんでしたので修正しました。 (例) 診療行為コード"09593XXXX" 部屋代 金額 100000円 部屋代 00000×1 100000×1	H21.2.25
18	support 20081001-016	H20.3診療分のレセプトについて、ORCAの出力内容で返戻になったと医療機関様よりご連絡がございました。 療養の給付」の保険負担金額欄について、“63,260(44,400)”と印字されている為、“44,400”と印字するようことの事です。	高齢者のレセプト保険欄一部負担金記載修正 下記の場合のレセプト記載修正 ・主保険単独 ・主保険 + 全国公費 + 地方公費 (レセ記載しない) (例)入院、前期高齢者 1割、一般区分 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (44400)(A) (44400) </div> 請求点 371286 63260 44400 (1) 公費 1 352430 44400 (B) 44400 (1)(63260 - 44400(A)) + 44400(B) > 44400 (患者負担上限) となる為、 44400 (患者負担上限) - 44400(B) = 0 0 + 44400(A) = 44400 (上記計算結果が患者負担上限を超える場合の対応となります。)	H21.2.25

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
19	kk 17951	山梨県の41老人の51公費併用時のレセプト記載で修正をお願いします。 41老人と51公費の併用時は第1公費が41老人第2公費が51公費で請求しなければ返戻となります。 41老人の一部負担金欄の記載も必要との事です。 レセ電、オンライン時には手書き修正が出来ないので早急の対応をお願いします。	山梨県 "51"+ 41老人のレセ記載対応 (41老人の一部負担金記載について) 負担割合分の一部負担金と41患者上限を比較し、小さい方の金額を記載する事としました。 ・外来:1割又は2割 41患者上限なし ・入院:1割又は2割 41患者上限 1割 (一般) 40200円 (低所得・低年金) 24600円 2割 72300円 70歳未満現物給付対象者について 保険欄一部負担金欄は高額療養費が現物給付されている場合でも空白とします。又、上記で比較した金額と高額療養費の上限を比較し、小さい方の金額を記載する事としました。	H21.2.25
20	お電話でのお問い合わせ 2月3日 - 労災保険自費入力のためのレセ	労災保険で自費コードのみの入力があった場合に点数欄、摘要欄が空白の状態では患者情報や病名のみ印字されたレセプトが作成されますがこちらについては仕様なのでしょうか。 09500~ のコードや .950を宣言して入力した09593~ コードのみ入力した場合にもレセプト集計対象となっています。	労災・自賠責・公害レセプト作成修正 請求金額が0円の場合 (自費分のみ等) でもレセプトが作成されていたので、作成しないよう修正しました。	H21.2.25
21	nep 20090216-011	アフターケアのレセの前回検査実施日の欄について質問です。 アフターケアの大腿部頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折の患者さんは、画像診断も検査の内容として挙げられているのですが、前回検査日に日付があがってきません。 血液検査を入力すると前回検査日に日付があがってくるのですが、画像診断のみはあがってこないのでしょうか？	アフターケアレセプト 検査年月日・前回検査年月日の記載について 下記条件で記載していましたが、 検査年月日 ・診療日に検査 (診区 60、64) があれば記載 前回検査年月日・直近の検査日 (診区 60、64) を記載 条件に診区 70 (画像診断) を追加しました。	H21.2.25

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
22	3/5 電話問合せ レセ電 症状 詳記	在宅時医学総合管理料で213または210で薬剤を入力した場合、症状 詳記 03)を入力してもレセ電データには記録されませんとのお問合せが ありました。(紙レセプトでは表示されている) 詳記区分を99コメントにしても記録されないようです。	在宅時医学総合管理料を算定し、院外処方薬剤を入力した場合、症状 詳記入力した内容がレセ電データに出力され ない不具合がありました。点検用に院外処方薬剤をレセ電 データに含める機能追加を行なった際の不具合でした。 院外処方より診区の大きい注射、処置、手術、検査等が入 力されている場合については現象は発生しません。よって 院外処方で処方せん料が発生するパターンではこの不具合 は該当しません。 対象患者はレセプト再作成 (個別作成でも可) を行った 後、レセ電データの作成を行ってください。	H21.3.5
23	kk 18088	先般、お電話にてお伝えしておりました表題の件について関連する資料 を頂戴致しましたので、転送させていただきます。 今回問題となっている患者は在宅・高齢者 3割・被爆の併用の方で120 00円が上限額となるのではないかとのご指摘を受けております。	高齢者 + 長崎県地方公費 (保険番号 186 :被爆) のレセプト 記載 保険欄 - 一部負担金欄の記載について、上位所得者でも、 低所得者でも、一般扱い (外来 12000円、入院 44400円) で記載するよう修正しました。	H21.3.26
24	kk 18259	地方公費プログラム名 p38-ehime.4.2.0.ver06.tgz 「国保 + 重度 + 長期」の保険組合せで5日診療し、「国保 + 更生 + 重度 + 長期」の保険組合せで9日診療した場合、レセプトの診療実日数欄に 保険 :14日 公費 :9日 公費 :5日 と印字されますが、 保険 :14日 公費 :9日 公費 :14日 と印字するのが正しいとのことで、国保連合会より医療機関に連絡が あったようです。	愛媛県地方公費のレセプト記載 < 地方公費の診療実日数カウントについて > 以前、主保険 + 全国公費 + 地方公費の保険組み合わせ分 は、カウントしないよう対応しましたが、カウントするよう修正 しました。 (平成 20年 4月診療分以降で対応)	H21.3.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
25	ncp 20090303-006	自賠責保険のレセプトの印字についてご報告さしあげます。 平成19年4月改正様式の新様式でレセプトをプレビュー、発行すると特 例加算の (特) が (特 と綴じカッコがない状態で印字されてしまいます。	自賠責レセプト(新様式・外来)の円項目摘要欄記載 外来管理加算の特例で、(特)の記載をしますが、右の括弧 が記載されなかったので修正しました。 (特) × (特) ×	H21.3.26
26	support 20090306-028	75才以前から後期高齢対象者で、75才になった月の請求ですが、現在の ORCAのレセ電上ではコードに810000001のコメントで障害を記録して います。 今回の福岡県国民保険連合団体連合会の通達では、820000143のコード を使うように通達しています。 確認したところ、810000001では記載漏れで返戻になるとの事でした。	75歳到達月の特例に関する「障害」コメント修正 自動記載 (記録) する内容について下記のように修正しまし た。 <レセプト> 障害 (障害) <レセ電> 810000001, 障害 820000143,	H21.3.26
27	3/10 労災レセ プト 請求点 桁数 表示	労災レセプトの点数欄の小計 (請求点) が10万の位の場合、数字が1桁 表示されませんとのお問い合わせがございました。monpeで見ると、1万の 位までとなっているようです。	労災レセプト(外来)の請求点計の記載修正 請求点計 (左下) が6桁になる場合、十万の位の記載がされ なかったので修正しました。 5桁の場合 99,999 6桁の場合 999999 で記載します。	H21.3.26

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	kk 18324	<p>福岡県地方公費対象者のレセプト提出についてご質問致します。 6歳未満の乳幼児の公費をお持ちの方で、同月内で保険が切り替わっており国保と社保で受診されております。</p> <p>< 例 > -----</p> <p>【保険】 国保 H20.4.1 ~ H21.2.1 社保 H21.2.2 ~ 99999 ...</p> <p>【公費】 381乳幼児負担有 H20.4.1 ~</p> <p>-----</p> <p>2/1 国保 + 乳幼児 患者負担額 300円」 2/3 社保 + 乳幼児 " 300円」</p> <p>-----</p> <p>通常、月上減額を満たしていれば公費併用としてレセプトを提出致します。ですが上記の場合、金額的には月上減額を満たしておりますが、国保と社保それぞれ分けてみれば月負担額が300円になり上限額に満たない為、単独レセでの提出になるかと思われます。ですが、日レセでは公費併用として各レセプトが集計 作成される為返戻になっており連合会より 単独レセで提出するように言われたそうです。 こちらは仕様でしょうか？それとも設定上の問題でしょうか？</p>	<p>地方公費のレセプト記載 (負担上限未満記載なし設定) 判定条件修正 (地方公費の保険番号マスク設定で、月上限額設定があり、負担割合設定が無い場合に限る) (* 都道府県限定の対応ではありません。)</p> <p>(1) 月上限額と一部負担金額が同額となる場合の対応 (2) 月途中で保険者が変更となった場合の対応</p> <p>地方公費 月上限額 600円 (レセプト請求) である例</p> <p>(1) の例 就学前 2割 社保 + 地方公費 請求点 300点 一部負担金 600円 レセ記載しない</p> <p>(2) の例 就学前 2割 社保 + 地方公費 請求点 150点 一部負担金 300円 レセ記載しない</p> <p> 国保 + 地方公費 請求点 200点 一部負担金 300円 レセ記載する</p> <p>(2割 400円 > 300円 (600円 - 300円) の為)</p>	H21.3.26
29	kk 18354	<p>滋賀県の病院様より問い合わせがございました。</p> <p>国保一般 (患者年齢 50歳) で972長期と241障害負有を併用の入院のレセプトについてです。</p> <p>241障害負有は 1日負担上限 1000円、1ヶ月上限額は 14000円です。</p> <p>国保+長期+241障害負有の保険組合せで1ヶ月入院したとき、レセプトの療養の給付の負担金額 には 14000と記載されて返戻されたそうです。 には窓口負担した長期の 10000円を記載するそうです。</p>	<p>レセプト公費一部負担金欄記載修正 (長期 (972, 974) 併用時)</p> <p>各公費の上限設定金額を内部的に上限 10000円又は 20000円とし、負担金計算を行うよう修正しました。</p> <p>入院 平成 21年 1月診療分 ~ 外来 平成 21年 5月診療分 ~ (都道府県限定の対応ではありません。)</p>	H21.4.24

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
30	kk 18730	日レセ(ver4.3.0 etch有床)使用の病院です。前期高齢者、月途中福祉(群馬県)のレセプト負担金額につきまして、本日、国保連合会に問い合わせたところ、添付ファイル患者の場合、上限の44,400と印字するようにと確認致しました。	群馬県前期高齢者(国保)レセプト一部負担金記載対応 (「前期高齢単独」と「前期高齢+地方公費」の保険組み合わせ使用時) 月途中から地方公費適用等により分点が出る場合、下記例のように記載します。 (35570) 保険 70184 70180 44400 公費 1 35571	H21.4.24
31		生保のまとめ入力で、更新時に修正のないデータについても全て更新対象としていましたので修正分のみ更新するように修正しました。		H21.4.24
32		主科設定を行い、情報取得を「オンライン」に設定している医療機関での主科情報取得処理を収納登録画面(S02)の再計算にも組み込みました。 「一括再計算」及び「再計算」ボタン押下時に主科情報の再取得を行い、主科テーブルに情報を記録するよう改善しました。		H21.5.27
33	kk 18745	地方公費プログラム名 38ehime.4.2.0.ver06 [国保+更生+重度+長期]の保険組合せで、国保請求書の公費再掲欄の日数に診療日数の倍の日数が記載されています。広域連合総括表も同じです。 先月までは、12日受診していた場合は公費再掲欄の日数に12日と記載されていました。地方公費プログラムも先月からは入れ替えておりません。 3/26に第33回パッチが提供され、愛媛県の「国保+更生+重度+長期」のレセプト実日数の記載について対応されましたが、その影響ではないでしょうか？	愛媛県地方公費のレセプト記載 <地方公費の診療実日数カウントについて> 以前、主保険+全国公費+地方公費の保険組み合わせ分は、カウントしないよう対応しました。 2009.3.26パッチ 報告により、カウントするよう修正しました。 報告誤りにより、カウントしないよう修正しました。	H21.5.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
34	ncp 20090508-017	入院の医保で種別不明があった場合、同月の入院労災一括作成を行うと「仮収納データがありません [患者番号:] [診療区分別点数集計 (労災・自賠責)]」とエラーが出て、一括作成処理が出来ない現象が起こります。 労災の方には特に問題は無く、個別作成も行えます。種別不明を直すと、一括作成が行えました。	労災・自賠責入院レセプト一括作成時の患者抽出対象条件修正 医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある場合、労災・自賠責入院一括レセプト作成をすると、レセプト作成途中でエラーメッセージが表示され、一括作成処理が出来ませんでしたので修正しました。 (医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある患者が対象分として抽出されていました。) (例) 1. (医保分) 主保険 + 公費で入院登録 2. 上記患者の公費を/dで削除 医保分で存在しない保険組み合わせで入院登録がある場合ができます 3. 労災・自賠責レセプト一括作成 レセプト作成途中でエラーメッセージが表示され、一括作成処理が出来ない	H21.5.27
35	ncp 20090414-039	150168110 胃全摘出術 (悪性腫瘍手術) 150250070 自動吻合器 2個 加算 150249570 自動縫合器 4個 加算 150181910 結腸切除術 (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術) 150268970 2以上の手術の50%併施加算 150249470 自動縫合器 3個 加算 上記の内容でオンライン請求をするとエラーコード4623自動縫合器加算が重複して記録されていますとエラーが出てしまう	レセ電作成時に同一剤に複数の基本項目があるときは、基本項目毎に加算項目の記載を行うようにしました。	H21.5.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
36	kk 19145	東京都公費 法別 82 マル都と他公費 (法別 80 マル障、81 マル親のように法別 82より若い番号) を持っている場合、現在レセプト記載は、 若い番号 にマル都が記載されています。 支払基金から「マル都が優先公費になるため、第一公費に 82×××を記載してください」と連絡があり、対応していただくよう依頼がありました。	東京都地方公費のレセ記載順対応 (入 外) 法別 82 (182、282) を地方公費の中で優先し記載します。 例) 主保険 + 182マル都 + 180マル障の場合 第 1公費 : 182マル都 第 2公費 : 180マル障 の順で記載します。 (平成 21年 4月診療以前分もこの記載順での記載とします。) (社保 国保 後期高齢分すべてこの記載順とします。) 注) 使用する保険組み合わせも患者負担に関わりますので御注意ください。 主保険 + 182マル都 + 180マル障 主保険 + 180マル障 + 182マル都 ×	H21.5.27
37	お電話でのお 問い合わせ 5月 25日 - 特定疾 患特記事項	特定疾患の 5月改正にて、70歳以上で補助区分 1割の登録の場合に 特記事項へ 18一般の記載がされます。 特定疾患の受給者証に適用区分の記載がなく 限度額適用認定証が提 示されない場合には一部負担金割合の記載だけでは、一般か低所得 1、2の判断がつかないため特記事項への記載は必要ないと質疑照会 事項に記載されています。 現状 70歳以上では 1割の登録だけで 18一般を記載しますが記載しな いようにはできないのでしょうか。	平成 21年 5月改正対応 高齢者 "18一般" の特記事項記載について、所得区分の確 認がとれた場合のみ記載するよう修正しました。 改正対応資料を参照してください。	H21.5.29

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
38	ncp 20090529-002	明細書の作成時に「レセ電データ作成」の状態では処理が終了しない現象が発生しております。 システム管理マスタにてレセ電データ作成の設定を出力しないにすると印刷まで行えるようになります。 気になる点として、5月27日のプログラム更新を実施すると当該事象が発生しているように思われます。	5月27日提供のパッチでレセプト電算記録順の修正を行いましたが、診療行為コードより先にコメント入力されていたときの処理について誤りがありました。この影響により、レセプト作成時に「レセ電データ作成」と表示された状態で処理が進まなくなりました。 例) レセ電処理が停止してしまう入力パターン .400 コメントコード 診療行為コード レセ電処理が正常終了する入力パターン .400 診療行為コード コメントコード	H21.5.29
39	request 20090528-001	労災の短期給付 (入院外) のレセプトを枠無しの印字でレセプト用紙にオーバーレイ印刷をすると、OCR欄より下 (氏名 傷病の部位欄以降) が少し右にズレすぎます。オフセット設定をして合わせても、OCR枠に合わせて下の部分がかなりずれ、逆に下の部分に合わせてOCR枠に文字がかぶってしまいます。 枠あり印字のものと透かして比べてみると、ORCAで印字される枠と実際の労災レセプト用紙の枠とはOCR部分の数字の枠が1mm程度左右にずれているように思います。 オフセットの帳票IDはHCM22V05.redを設定しています。 どうしても都道府県の の位置がずれたり、摘要欄の回数の数字が枠線にかぶってしまうので、帳票プログラム自体の問題であれば改善していただきたいと思います。	労災短期給付 (入院外) のレセプト印字位置調整 OCR枠内部分の印字位置について、左に 1mm位のずれが生じていた為、調整しました。	H21.6.25

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
40	support 20090218-016	今回レセプト電算の確認試験を受けたのですが、1件エラーがありました。 .500 150221210 吸引娩出術 150221610 会陰裂創縫合術 150000690 深夜加算 (手術) と入力していて、紙レセプトや会計上は問題ありませんでした。ですが、確認試験の結果では、 吸引娩出術 深夜加算 (手術) 会陰裂創縫合術 の順番に変更になっており、それに伴って点数も6714から5394へ下がっていました。レセ電ビューワーを確認しても、確認試験と同じ順番になっていましたので入力方法が間違っているのかと思います。御教示頂ければと思います。	レセ電データ作成時、加減算対象となる複数の基本項目についてまとめて点数・回数を記録する場合、通則加算項目の加減算コードについて各基本項目単位にそれぞれ記録するように修正しました。	H21.6.25
41	support 20071012-008	27+マル長+15+51 (入院) のレセプトの記載方法について 広島県国民健康保険団体連合会 審査第二課様より、27+マル長+15+51 (入院) レセプトの療養の給付 保険の負担金額欄は10,000と上段に (10,000) (10,000) の記載が必要との回答をいただきました。	レセプト保険欄一部負担金 (再掲) 記載対応 (括弧 2つ) (長期併用時) * 下記例のような全国公費 + 長期の 2種類の保険組み合わせを使用した場合の記載対応 (高齢者、70歳未満を問わず) 記載例 後期 1割 + 015+ 972 30000点 後期 1割 + 051+ 972 20000点 (公費上限 0円とした場合) (10000) (10000) 保険 50000 10000 10000 公費 1 (015) 30000 0 0 公費 2 (051) 20000 0 0	H21.6.25

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	nep 20090612-021	レセ電確認試験を開始した医院様から提出先よりFDと紙レセの食道加算の内容が違っていると問い合わせがあったとの事です。 お話を伺うとFDには食道加算が入っており紙レセには入っていないということでした。お調べしたところ医療機関情報 - 入院基本の入院時食事療養費 (2) で食道加算を算定する、病棟管理情報の食道加算が算定するに設定されていました。本来食事療養費 (2) では加算が取れないため紙レセでは自動で算定を外しているようですがFDには算定が入ってきてしまっているようです。以前入院時食事療養 (1) で設定していたため食道加算の設定がそのまま残ってしまっていたようですがFDと紙レセが違った物が出力される仕様という考えでよろしいでしょうか？	システム管理 5000 医療機関情報 - 入院基本 の食事設定を食事療養 (2) としている場合にレセ電データに食堂加算を記録しないよう対応しました。	H21.6.25
43	3/9 電話問合せ レセ電算定日	精神科隔離室管理加算を入力しており、紙レセプトでは算定日が自動記載されていたが、レセ電では算定日が記録されていないとのお問い合わせがありました。	入院レセ電データ (精神科隔離室管理加算算定日のコメント記録) 精神科隔離室管理加算算定日について、紙レセプト摘要欄には自動記載していますが、同様に、レセ電データにも自動記録するよう対応しました。	H21.6.25

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
4.4	support 20080919-001	<p>レセ電の確認試験を実施したユーザー様より悪性腫瘍特異物質治療管理料 (精密・2項目以上) と腫瘍マーカー検査初回月加算を算定している患者様のうち検査名のコメントが4行になっている人だけ結果エラーとなったとの事で、文書をFAXしてもらいました。コメント3行までの分は、エラーになっていないのに、コメント4行の患者様のみ、エラーになっていたのと事でしたので社内環境にて、レセ電データを確認してみました。レセ電の内容に、以下のような相違がみられました。</p> <p>(コメント3行の場合)</p> <p>SI,13,1,113002110,,,,,, SI,,1,113001470,,550,1,,,,, CO,,1,830000015,CEA精密 CO,,1,830000015,CA19-9精密 CO,,1,830000015,PⅣKA2精密</p> <p>(コメント4行の場合)</p> <p>SI,13,1,113002110,,550,1,,,,, SI,,1,113001470,,,1,,,,, CO,,1,830000015,CEA精密 CO,,1,830000015,CA19-9精密 CO,,1,830000015,PⅣKA2精密 CO,,1,830000015,PSA精密</p> <p>550点の点数の記録が、エラーの原因ではないかとおもったので、ご連絡した次第です。</p> <p>確認試験結果リストも合わせて添付致しますので、ご確認の上、対応・ご連絡いただきますよう よろしくお願ひします。</p>	レセ電作成時、医学管理または在宅で基本項目 と加算項目の間にコメントが四つ以上入力された場合に点数、回数の記載に誤りがありましたので修正しました。	H21.6.25

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
45	ncp 20090606-001	<p>外科病院様で、昨年労災で受診され、今年 5 月になって、再発」で登録した患者が、別の病気で入院されたのですが、入院中に労災に関する病気の治療に手術を行って、労災の対象となりました。</p> <p>労災 5 月 11 日 ~ 5 月 12 日 外来受診 保険 5 月 13 日 ~ 入院 労災 5 月 26 日 ~ 5 月 31 日 入院 (26 日に手術を行ったので労災扱い)</p> <p>上記で、13 日に保険で入院登録を行い、26 日に労災で転科転棟登録しました。</p> <p>労災のレセプトでは、が 7 (再発) で、療養期間 5 月 11 日 ~ 5 月 12 日の外来でレセプトが出ます。</p> <p>が 7 (再発) で、療養期間 5 月 26 日 ~ 5 月 31 日の入院でレセプトが出ます。</p> <p>医事の方の話では、入院後手術前の 26 日以前にも、労災の病名に関する診療行為を行っているので、の場合、新継再別」の箇所が、7 (再発) ではなく 5 (継続) ではないか。また、療養期間は 5 月 13 日 ~ 5 月 31 日になるようにしたいということで、R 工 (労災情報センタ) に問い合わせても療養期間は 5 月 13 日 ~ 5 月 31 日」だと言っていたそうです。もちろん、労災対象の入院基本料は 6 日です。</p> <p>上記 では、労災レセプトの場合、入院会計照会において 26 日より労災になっているので、療養期間が 26 日からになっているのは理解できるのですが、医事の方や R 工が主張するように、療養期間は 5 月 13 日 ~ 5 月 31 日で、労災対象の入院基本料は 5 月 26 日 ~ 5 月 31 日といった入力是不可能的なのでしょうか？</p>	<p>労災 (自賠責) 入院レセ療養期間編集修正</p> <p>該当月の入院期間において、労災 (自賠責) で入院料算定日以外の日、診療行為で実日数カウントする入力がある場合を対象とし、該当月の入院期間を療養期間とするよう修正しました。</p> <p>注意)</p> <p>ver4.4 では、処置等の入力分で実日数カウントしますが、ver4.3,4.2 は、実日数算定コード等の実日数カウントする入力が有る場合が対象となります。</p> <p>(例)</p> <p>1. 保険 5 月 13 日 ~ 入院 2. 労災 5 月 20 日 診療行為で処置算定 3. 労災 5 月 26 日 ~ (現状) 療養期間 5 月 26 日 ~ 5 月 31 日</p> <p>(パッチ) 療養期間 5 月 13 日 ~ 5 月 31 日 となります。</p>	H21.6.25
46	お電話でのお問い合わせ 6 月 22 日 - 特定器材商品名コードレセ記載	<p>058 で始まる特定器材商品名コードを入院の点滴で入力した際商品名がレセプトに表示されません。</p> <p>. 320 の入力、外来の . 330 の入力の場合は表示されますが入院で . 330、. 350 等の入力で表示がされません。</p>	<p>入院の点滴編集で特定器材の商品名レコードを対象外としていました。このため、レセプトに商品名が表示されませんでした。</p> <p>商品名を対象とするように修正しました。</p>	H21.6.25

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
47	kk 19624	レセプトの「公費負担者番号」「公費負担医療の受給者番号」「療養の給付の公費」一部負担金」欄に助成対象外の人でも番号等が出力されていると問い合わせがありました。 1日800円以下またはひと月1600円以下の場合は助成対象外なのですが、1日800円ひと月1600円の場合、負担番号等が記載されています。 長崎市乳幼児福祉医療費 現物給付」の取り扱いについて医療機関様から資料を戴きましたので添付いたします。	長崎市乳幼児 (保険番号 180)のレセプト記載について (外来) 患者負担額が日上限 800円と同額以下 (同額含む)の場合のみで、かつ、月上限 1600円と同額以下 (同額含む)となる場合は、レセプト記載しないよう修正しました。	H21.7.28

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
48	ncp 20090406-007	<p>＜主保険＞ 国保 H21.03.18まで 社保 H21.03.19から</p> <p>＜公費＞ D21 精神通院 J・・・月途中の負担者番号変更なし。 自己負担上限額 :1,240円 2,500円 - 他一部負担金累計1,260円)</p> <p>＜レセプト一部負担金＞ 国保 :489円 社保 :751円 H21.3診療分で自己負担上限額は超えていますが、国保、社保のレセプトの一部負担金欄が10円未満四捨五入されていない状態で印字されております。仕様でしょうか？</p>	<p>レセプト一部負担金記載 (全国公費) 修正</p> <p>月上限額に達した場合、10円単位で記載するようにしました。 (元から10円単位の記載である場合は、下記に係らず10円単位で記載しています。)</p> <p>自立支援等 (月上限額が入院・外来の合計) の場合 外来の場合の判定 (一部負担金は10円単位の金額を使用)</p> <p>高齢者 ・(月上限額 - 他一部負担 - 入院一部負担金) と (公費負担限度額) を比較。 ・(小さい金額) と (外来一部負担金) が同額の場合、達するとみなす。</p> <p>高齢者以外 ・(月上限額 - 他一部負担 - 入院一部負担金) と (外来一部負担金) が同額の場合、達するとみなす。 入院の場合の判定 (一部負担金は10円単位の金額を使用)</p> <p>高齢者 ・(月上限額 - 他一部負担 - 外来一部負担金) と (公費負担限度額) を比較。 ・(小さい金額) と (入院一部負担金) が同額の場合、達するとみなす。</p> <p>高齢者以外 ・(月上限額 - 他一部負担 - 外来一部負担金) と (入院一部負担金) が同額の場合、達するとみなす。</p> <p>【次葉へ続く】</p>	H21.7.28

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
			<p>特定疾患等 (月上限額が入院・外来それぞれ) の場合 外来の場合の判定 (一部負担金は 10円単位の金額を使用) 高齢者 ・(月上限額) と (公費負担限度額) を比較。 ・(小さい金額) と (外来一部負担金) が同額の場合、 達するとみなす。 高齢者以外 ・(月上限額) と (外来一部負担金) が同額の場合、 達するとみなす。 入院の場合の判定 (一部負担金は 10円単位の金額を使用) 高齢者 ・(月上限額) と (公費負担限度額) を比較。 ・(小さい金額) と (入院一部負担金) < 食事含まず > が 同額の場合、達するとみなす。 ・(月上限額) と (入院一部負担金) < 51等食事含む > が 同額の場合、達するとみなす。 高齢者以外 ・(月上限額) と (入院一部負担金) < 食事含まず > が 同額の場合、達するとみなす。 ・(月上限額) と (入院一部負担金) < 51等食事含む > が 同額の場合、達するとみなす。</p>	
49	kk 19594	<p>社保で82の医療券気管支喘息と88のマル子負担有りの公費を持っています 社保+182 社保+588の保険組合せで診療内容を分けて登録しています。 この方のレセプトが返戻になりました。 マル子の請求点数は、社保の請求点数と同点の記載との事です。 上記の保険組合せでの診療行為入力間違いなののでしょうか？</p>	<p>東京都地方公費レセプト請求点記載修正 (国保・後期レセ) 下記のような地方公費併用時の場合 (異点数がある場合) ・国保+182+588 ・国保+588 保険欄 - 公費 1 = 公費 2 の請求点とする。 例) 修正前 修正後 国保 1000 1000 公費182 300 300 公費588 1000 700</p>	H21.7.28

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
50	ncp 20090731-020	<p>レセデータの件ですが、詳細をお送り致します。 .330 点滴注射 620007454_1 ビーフリート輸液 500m L 620007483_1 フレスミンS注射液 1000μ g 1m g 620004761_2 ペミロックヘパリンロック用 10単位 / m Lシリンジ 5m L 50単位 710010003_1*1 プラスチックカニューレ型静脈内留置針 (針刺し事故防止機構付加型) 上記内容の区分を「2 会計照会」で回数「0」に変更した場合に、レセデータが以下の様に記録されております。 ・レセ電の場合 :TO,33,1,710010003,1.000,11,,7,,,,,,,,, 紙レセの場合 摘要欄に「プラスチックカニューレ型静脈内留置針 (針刺し事故防止機構付加型) 109円 1本 11×0」と印字されます。 オンライン請求されている医療機関様が国民健康保険団体連合会より連絡を受けておりますので、ご確認をお願い致します。</p>	入院の点滴まとめサブルーチンで器材の回数がゼロの時も値を返却していましたので、返却しないように修正しました。	H21.8.27
51	support 20090706-007	<p>ユーザー様がレセ電データを作成し、オンラインにて請求業務をされたところ、エラーメッセージがでて、請求不能となってしまいました。 エラー番号は「2543」 エラー個所は「特記事項」の欄のようです。 RE レセプト内0001 / レコード内012 と表示されたそうです。 また、支払基金にも問い合わせいたしましたが、その際には特記事項欄に「全角」で数字が入っているためとの回答をいただきました。</p>	レセプト特記事項編集情報の設定を100件までを想定していたため、100件以上登録された場合にレセ電データの特記事項欄に不要な文字が記録されてしまいました。不要な文字が記録されないように修正しました。	H21.8.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考																				
52	kk 20074	<p>群馬県、月途中福祉、高額療養、レセプト負担金額記載方法につきまして。</p> <p>群馬県国保連合会 審査課に確認しましたところ、</p> <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額</td></tr><tr><td></td><td>(82,519)</td></tr><tr><td>国保 60,365</td><td>110,949</td></tr><tr><td>50,890</td><td></td></tr></table> <p>を</p> <table><tr><td>請求点</td><td>負担金額</td></tr><tr><td></td><td>()</td></tr><tr><td>国保 60,365</td><td>83,467</td></tr></table> <p>入 (80100+(603650-26700)*0.01)の四捨五入</p> <p>50,890</p> <p>の様に、負担金額は総点数の高額分を記載してください、との事でした。ローカルルールで申し訳ありませんが、改善の程よろしくお願い致します。</p>	請求点	負担金額		(82,519)	国保 60,365	110,949	50,890		請求点	負担金額		()	国保 60,365	83,467	<p>群馬県国保レセプト(70歳未満現物給付)の保険欄一部負担金記載対応 ('国保単独 'と'国保 + 地方公費 'の保険組み合わせ使用時) 月途中から地方公費適用等により分点が出る場合、下記例のように記載します。</p> <table><tr><td></td><td>(82519)</td></tr><tr><td>保険 60365</td><td>110949</td></tr><tr><td>公費 1 50890</td><td>83467</td></tr></table> <p>80100+ (603650 - 267000)× 0.01= 83467</p>		(82519)	保険 60365	110949	公費 1 50890	83467	H21.8.27
請求点	負担金額																							
	(82,519)																							
国保 60,365	110,949																							
50,890																								
請求点	負担金額																							
	()																							
国保 60,365	83,467																							
	(82519)																							
保険 60365	110949																							
公費 1 50890	83467																							

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									
53	kk 20161	<p>茨城県の後期高齢者+51特定負有+高齢重度について問い合わせさせていただきます。</p> <p>【患者登録】 患者 A (S7.5.5) 39082144 (3割)/ 51086023 (上限額11500円)/ 85080141</p> <p>【診療行為入力】 (後期高齢+高齢重度) 111000110 初診 (後期高齢+特定負有) 120002910 処方せん料 (その他)</p> <p>【レセプト療養の給付】 保険 338点 68点 270点 こちらですと特定疾患分の会計が発生してしまいます。 高齢重度を持っている患者様は特定疾患分負担金は高齢重度が負担する為、上限額があっても会計はなしになります。 会計をなしにする為に</p> <p>【診療行為入力】 (後期高齢+高齢重度) 111000110 初診料 (後期高齢+特定負有+高齢重度) 120002910 処方せん料 (その他)</p> <p>【レセプト療養の給付】 保険 338点 68点 338点 こちらでレセプト提出したところ療養の給付 を270点と記載する様、返戻がございました。 会計なしにする為、51上限額を入力しなかったり、091特定負無をつかったりしましたが一部負担金額欄に金額が記載されない為不可との事です。 会計なしで正しくレセプト記載させる為にはどの様に入力したらよろしいでしょうか？</p>	<p>茨城県地方公費のレセプト請求点記載対応 (国保 後期レセ)</p> <p>全国公費を併用する場合で、異点数がある場合の請求点記載について下記例のように対応しました</p> <p>例)"後期高齢 + 全国公費 + 地方公費 "と"後期高齢 + 地方公費 "</p> <table><tr><td>保険</td><td>338</td><td>338</td></tr><tr><td>公費 1</td><td>68</td><td>68</td></tr><tr><td>公費 2</td><td>338</td><td>270</td></tr></table> <p>* 保険欄 - 公費 1 = 公費 2の請求点とする</p>	保険	338	338	公費 1	68	68	公費 2	338	270	H21.9.24
保険	338	338											
公費 1	68	68											
公費 2	338	270											

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
54	お電話でのお問い合わせ 9月2日 - 小入管レセプト略号表示	小児入院医療管理料算定時にレセプト点数欄の略号が20年4月分以降正しく表示されていません。 項目の見直しのため20年3月以前の略号で表示されています。 管理料 3算定時は略号は小入管 2と表示され 管理料 1算定時は何も表示されません。	入院レセプトの入院略称記載修正 小児入院医療管理料算定時の略称記載について、平成 20 年 4月診療分以降正しく記載されていなかったため、下記のような記載となるよう修正しました。 小児入院医療管理料 1算定時 … “小入管 1”と記載 小児入院医療管理料 2算定時 … “小入管 2”と記載 小児入院医療管理料 3算定時 … “小入管 3”と記載 小児入院医療管理料 4算定時 … “小入管 4”と記載	H21.9.24
55	support 20090903-029	国保の入院のレセプトの記載について質問を受けました。 内容は、70歳未満の「限度額適用・標準負担額減額認定証」区分 Cの方で主保険と公費の併用の場合「療養の給付」の保険の「負担金額」の出力が記載要領と異なるということでした。 患者の自己負担額は区分 Cなので低所得の35,400円で、レセプトの記載は一般所得者の計算結果を記載しなければならないということです。 記載要領につきましては資料を添付しました。 添付資料の1ページ目にある「改正政令等の概要について (別添 1及び 2参照)」 の(1)の部分が該当すると国保の方に指摘されました。	70歳未満現物給付 + 長崎県地方公費 (保険番号 186 :被爆) のレセプト記載 保険欄 - 一部負担金額の記載について、上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額 (入外共 80100+ @ 円) で記載するよう修正しました。 (高額 4回目以降の場合も80100+ @ 円で記載する。)	H21.9.24
56	support 20090907-004	明細書の中の未請求設定に患者番号を入力した際に、一回の登録で未請求患者一覧に同患者が複数表示される現象がありました。 未請求解除をした際も同患者が複数解除されます。マルチテナント型を利用し、ユーザーを複数登録しております。なお、本院 分院登録は行っておりません。	グループ診療対応の漏れがあり、別のhosnumに同じptidの患者が登録されていた場合、未請求一覧および未請求解除一覧に複数行表示されてしまいました。正しく表示するよう修正しました。	H21.9.24

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																																								
57	kk 20359	<p>宮崎県地方公費の重度障害 (公費番号 95)につきまして、広域連合 (保険番号 39)と感染症予防法 (公費番号 10)との併用の場合のレセプトの負担金額の計算について、お問い合わせ致します。</p> <p>< 条件 ></p> <p>広域連合 (保険番号 39)+ 感染症予防法 (公費番号 10)+ 重度障害 (公費番号 95)+ 低所得 2 (上限額24,600)の方</p> <p>現プログラム (p45-miyazaki.4.4.0.ver03.tgz)での記載金額</p> <table><tr><td>広域連合</td><td>39,346点</td><td>負担金額</td><td>25,230</td></tr><tr><td>感染症予防法</td><td>632点</td><td>負担金額</td><td>24,920</td></tr><tr><td>重度障害</td><td>39,346点</td><td>負担金額</td><td>1,000</td></tr></table> <p>今回の場合 (上限額に達している場合)の正しい記載金額</p> <table><tr><td>広域連合</td><td>39,346点</td><td>負担金額</td><td>24,910</td></tr><tr><td>感染症予防法</td><td>632点</td><td>負担金額</td><td>24,600</td></tr><tr><td>重度障害</td><td>39,346点</td><td>負担金額</td><td>1,000</td></tr></table> <p>保険が上限額に達していない場合は現在のプログラムでの記載方法で正しいとことです。</p> <p>現在のORCAで、広域連合 + 感染症予防法の場合 (重度障害がない場合)は、上限額に達している場合の正しい記載で、計算されています。(通常の感染症予防法の記載方法に重度障害が加わるだけで良いです)</p>	広域連合	39,346点	負担金額	25,230	感染症予防法	632点	負担金額	24,920	重度障害	39,346点	負担金額	1,000	広域連合	39,346点	負担金額	24,910	感染症予防法	632点	負担金額	24,600	重度障害	39,346点	負担金額	1,000	<p>宮崎県後期高齢者のレセプト記載対応 ("後期高齢 + 全国公費 + 地方公費"と"後期高齢 + 地方公費")</p> <p>レセプト一部負担金記載 (例)後期 1割 + 010 + 宮崎県地方公費 195 (低所得 2) 後期 1割 + 宮崎県地方公費 195 (低所得 2)</p> <table><tr><td></td><td>(630)</td><td>(630)</td><td></td></tr><tr><td>保険</td><td>39346</td><td>25230</td><td>24910 (1)</td></tr><tr><td>公費 1</td><td>632</td><td>24920</td><td>24600 (2)</td></tr><tr><td>公費 2</td><td>39346</td><td>1000</td><td>1000</td></tr></table> <p>1 38714点 × 1割 = 38714円 38710円 > 24280円 (24600円 - 320円) (010の負担を上限額から差し引き比較する) 24280円 + 630円 = 24910円</p> <p>2 24280円 + 320円 = 24600円</p>		(630)	(630)		保険	39346	25230	24910 (1)	公費 1	632	24920	24600 (2)	公費 2	39346	1000	1000	H21.9.24
広域連合	39,346点	負担金額	25,230																																									
感染症予防法	632点	負担金額	24,920																																									
重度障害	39,346点	負担金額	1,000																																									
広域連合	39,346点	負担金額	24,910																																									
感染症予防法	632点	負担金額	24,600																																									
重度障害	39,346点	負担金額	1,000																																									
	(630)	(630)																																										
保険	39346	25230	24910 (1)																																									
公費 1	632	24920	24600 (2)																																									
公費 2	39346	1000	1000																																									

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
58	ncp 20090908-008	<p>弊社の医療機関さまから7月分のレセプトの記載要領で国保連合会から4件の患者さまについて指摘を受けたと連絡がありました。</p> <p>例 自立支援医療の通院精神医療の公費をお持ちです。 1ヶ月の自己負担上限額は5000円です。他一部負担累計は4020円になっています。 実日数は2日間 1日目 請求点数489円 2日目 請求点数489円 計 978点 レセプトの請求点欄は978点になりますが一部負担金額欄は980円となります。 国保連合会の担当者は記載要領にのっとり1円単位で記載をしてほしいと言ってきています。 7.28付で提供されているパッチをあてていないもので検証するとこのケースのときは978円と記載されています。この動きは正しいのでしょうか。ご検証をお願いします。</p>	<p>レセプト一部負担金記載 (全国公費) 修正 月上限額に達した場合、10円単位で記載するが、保険欄 - 一部負担金額欄に数値を記載しない場合で、かつ上限額に達した場合、10円単位での累計金額と請求点の負担割合分 (1円単位) を比較して、10円単位での累計金額 > 請求点の負担割合分 (1円単位) となる場合は、請求点の負担割合分 (1円単位) を記載するよう修正しました。</p> <p>例1) 精神通院 上限 5000円 他一部負担累計 4020円 請求点 978点 患者負担 (10円単位) 980円 > 978円 (1割分) となる為、978円を記載する。</p> <p>例2) 精神通院 上限 2500円 他一部負担累計 1420円 (月途中保険変更 社保 国保) 社保 請求点 1078点 患者負担 (10円単位) 1080円 > 1078円 (1割分) となる為、1078円を記載する。 国保 請求点 1078点 患者負担 (10円単位) 0円 < 1078円 (1割分) となる為、0円を記載する。</p>	H21.9.24
59	kk 20398	<p>社保と母子のマル福をお持ちの患者様で低所得の認定を受けております。今回、レセプトが返戻になり、支払基金様より負担金額は一般で、特記は低所で、記載するように言われたそうなのですが。そういった場合は、どのように入力したらよろしいのでしょうか？ 公費は、茨城県の188マル母です。 現在は、社保+188マル母+967高額 (一般) + 所得者情報低所得で患者登録されています。レセプトは、負担金額は低所得、特記は19低所で記載されています。 負担金額を一般で、特記を低所となるように、所得者情報を入力せず特記を手入力してレセプトを出すと負担金額は一般になるのですが特記には、18一般と19低所が記載されてしまいます。 該当の医療機関様は、レセ電なので手書き対応をして頂けません。 ご回答のほどよろしくお願い致します。</p>	<p>社保 (70歳未満現物給付、前期高齢者) + 茨城県地方公費 全般のレセプト保険欄 - 一部負担金欄記載修正 上位所得者や低所得者であっても、一律一般の金額で記載するよう修正しました。</p> <p>< 前期高齢者 > 外来 12000円、入院 44400円 < 70歳未満現物給付 > 80100+ @円 (高額 4回目以降の場合も、80100+ @円)</p>	H21.9.24

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
60	9/18 電話問合せ 在宅自己腹膜 殺菌器加算	在宅自己腹膜灌流指導管理料と在宅自己連続携帯式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を1剤として入力していますが、レセ電でエラーになりましたとのお問合せがございました。 こちらでもオンラインでテストしてみましたが、確認エラーとなりました。 また、基本項目 (手技) として別剤で送信した際には、エラーにはなりませんでした。 電子レセプトの手引きにも、在宅自己連続携帯式腹膜灌流液交換用熱殺菌器については、基本項目として記録するとの記述がありました。	在宅自己連続携帯式腹膜灌流液交換用熱殺菌器」の告示識別区分 1が平成 20年 4月より"5" (準用項目) に置き換わったことの対応に伴いレセ電データ記録を見直しました。 診療区分「13医学管理」「14在宅」について、告示識別区分 1が基本項目として取扱いをするものはレセ電データ作成で点数・回数を記録するように修正しました。	H21.10.28
61	ncp 20091111-020	9月の入院分レセ電で返戻がありました。 返戻付せんの内容は以下の通りです。 ----- 21年9月2日の再入院の表示についてご確認ください - レセプト摘要欄 - 90 再入院 21年9月2日 退院 21年9月2日 退院 21年9月9日 ----- 該当患者の入退院の履歴は以下の通りです H21.9.2入院 H21.9.2退院 H21.9.9入院 H21.9.9退院 (H21.9.2以前の入院はありません) 返戻の原因となった再入院のコメントはレセプトプレビューでは表示されていませんでしたが、レセ電の内容を確認すると CO,90,1,840000014,210902 CO,,1,840000013,210902 CO,,1,840000013,210909 と記載がありました。 10月に日帰り入院を2回行った患者が複数いらしたので、レセ電の内容を確認すると同様の記載がありました。 こちらのコメントをレセ電へ記載させない設定はございますでしょうか？	同月に初回の入院が複数ある場合のレセ電データの入退院のコメントの記録に誤りがありました。 REレコードの記録した入院日以降の入退院のコメントのみ記録するようにしました。	H21.12.21

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
62	11/27 電話問 合せ 休日加算	休日加算対象日で肋骨骨折固定術+胸部固定帯加算を1剤の剤として登録したところ、レセ電では休日加算 (140000290) コードが重複して2つ記録されますとのお問合せがございました。	時間加算が「時間外算定不可」の基本項目には、時間加算が「時間外算定不可」以外の加減算コードを記録しないようにしました。	H21.12.21
63	support 20091211-005	原因現象 : レセプト病名印刷が1ページ目最下段 (明細欄 35行目に区切り破線印字状態) で、36行目に「低所得 1」を印字するケースにおいてレセプト印刷起動したら、レセプトの1枚目が印刷されなくて、継紙になる2枚目以降のみ印刷されます。 対応 : 病名を1件削除して34行目に区切り破線印字状態にしたら、35行目に「低所得 1」を印字したレセプト4枚目から正常に印刷出力できました。 実施印刷操作個所 : 「診療行為入力からのリアルタイムプレビュー印刷」と「明細書の個別印刷」で、双方共に同一現象でした。	レセプト処理で自動記載する「低所得 1」「低所得 2」「老福」を摘要欄に記載する場合で2頁目の先頭となる場合に改頁処理に不具合がありましたので修正しました。	H21.12.21

4.3 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	support 20090113-008	<p>公費併用時の請求管理処理ですが、再請求時に点数のみ修正する時に公費の総点数の修正が出来ません。 点数を増やす場合は、公費点数 1欄に増点数を入力すれば可能ですが減点数はマイナス入力が出来ないので処理が出来ません。 総括と月次の保険別請求チェック表の公費点数が合わなくなります。 請求管理でマイナス入力が可能 請求管理で公費併用時は点数欄と同じように算定点数が入力出来る 上記どちらかの対応をお願いします。</p>	<p>4.3請求管理の公費点数欄 (項目別) 表示修正 公費併用時で、主保険と公費の請求点が同じ場合、公費点数欄 (項目別) に点数表示がされませんでしたので、表示するように修正しました。 (請求管理テーブル 項目TENSUについて、主保険と公費の請求点が同じ場合でも編集するよう修正しました。) 注意事項 パッチ適用後にレセプト作成したデータにおいて上記の表示となります。レセプト作成済みのデータを上記表示としたい場合は、レセプトを再作成する必要があります。</p>	H21.2.25
2	nep 20090806-012	<p>(H01)レセプト請求管理登録画面の合計点数がおかしい現象が起きました。 例： 初診 273点 病理検査 180点 処方せん 68点 合計点数 546点 といった具合です。(273+180+68=521) 他の項目に点数の入力があるわけでもないし、合計点数だけを変更する事もできないし、原因も分からず困っています。再度、該当レセプトを個別作成し直して、請求管理を行って頂いたところ、正しい点数表記には戻っていましたが、また同様の現象が起きる事もありえますので、情報が少なく大変ですが、調査をお願いいたします。</p>	<p>請求管理画面で該当患者を表示後、項目入力時にエラーとなった場合に合計点数が不一致となりました。 ver4.3.0で一括入力対応を行ったときの修正に不具合がありました。</p>	H21.8.27

4.4 総括表 公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		レセプト電算データ作成時に特別療養費の月遅れ分ある場合、該当のレセ電データがない旨の警告を表示していましたが表示しないように修正しました。		H21.4.24
2	request 20091030-005	システム管理「2007 公費番号まとめ記載情報」において1つのグループに6つの公費番号を登録した際に、診療報酬請求書の公費欄にて、6つ目の公費番号分は他の5つの公費分とまとまりませんでした。	公費まとめの公費の数が6つ以上登録された場合、6番目以降の公費の判定に誤りがありましたので修正しました。	H21.11.26

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	ncp 20090408-016	<p>福岡の医療機関様よりお問い合わせがあり、月次統計の統計データで、以下の内容でCSVを取得しようとするエラーで途中終了してしまいます。このエラーメッセージが出て、終了する場合はどのような原因が考えられますでしょうか？また、対応方法等ご教授頂ければ助かります。</p> <p>---</p> <p>処理区分 統計データ(病名)のみ 診療年月 H21.2、入院 統計データ(病名)の出力ファイル :クライアント保存、test.csv 個人情報有無 記録する 作成内容区分 :包括を含まない 文字コード S-jis</p> <p>---</p> <p>エラーメッセージ 月次統計データ(統計情報)書き込みエラー</p> <p>---</p> <p>/var/log/jma-receipt/01toukei1.log の下部のエラー内容 ORCSJOB ST =JBE## ORCSJOB ED =+000## cobabort: ORCBT010 月次統計データ(統計情報)書き込みエラー STS=22</p> <p>---</p> <p>上記の条件で、外来の病名のみは正常にCSVファイルが作成できます。 また同様に、入院の診療行為のみも正常にCSVファイルが作成できます。</p>	<p>月次統計データ作成時に処理区分を入院で統計データ(病名)のみで処理した場合、入院基本料等のデータのみ処理していました。作成する月次統計データには出力しませんが、内部的に作成する中間ファイルの連番の初期化を診療会計のデータ作成時のみ行っていたために、連番の初期化が行わず重複キーエラーとなりました。</p>	H21.4.24

101 システム管理マスタ

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	職員情報 有効期間	職員情報でユーザを101件以上で登録してある場合において、ユーザの有効期間を区切った際、00の有効期間が自動的に作られ、職員情報が取得できず、ログインできなくなります。(Ver.4.2.0以上で確認済みです。)	職員情報登録画面で職員が100名以上登録されている時、期間変更をした職員コードが一覧に表示されませんでしたので、正しく表示するように修正しました。また、一覧表に表示されていない職員コードを手入力した時、履歴表示に不具合がありましたので、正しく表示するように修正しました。同じユーザIDで複数の履歴のある職員を削除した時、tbl_sysuser が削除される現象についても修正しました。また、出力先プリンタ割り当て情報で職員情報から表示する端末名の現在有効一覧が、職員情報が 00000000 ~ 99999999 で登録されていないと表示されていませんでした。00000000 ~ 99999999以外のレコードがすべて現在無効になっていましたので、システム日付で有効か無効かを判断するように修正しました。	H20.12.24
2	ncp 20090212-011	アフターケアの傷病コードを表示させたくてマニュアルに記載している通り、システム管理マスタの有効期間をH20.3.31で区切り、H20.4.1-を追加していますが、損傷区分が更新されません。	システム管理「4001 労災自賠責医療機関情報」について有効開始日を平成20年4月1日からとした場合に、アフターケアに係る損傷区分の表示が変更(改正)後の内容に切り替わらない不具合がありましたので修正しました。	H21.2.25
3	orca-red 14430	1031出力先プリンタ割り当て情報 入院タブの薬剤情報のコンボボックスが白抜きになっていません。	修正しました。	H21.4.24
4	kk 18782	ベンダ様より高額委任払いの資料をいただきました。 /file/P27-osaka/2009-04-13-osaka.pdf になります。 高額委任払いの場合、特記事項に「70」と印字する必要があるようで、シス管 - 「2006」で保険番号964(高額委任払い)に対して特記事項を編集するように設定しようと思いましたが、設定が反映されませんでした。 保険番号900番台の場合は対象外なのでしょうか。	システム管理2006で保険番号が900番台のときは登録できないようにチェックを追加しました。	H21.4.24

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	nep 20090902-038	<p>102点数マスタの期限切置換処理で以下の現象に遭遇しました。 一度確認入力コード修正ができなければ改善をお願いいたします。 613950214 塩化リゾチーム顆粒「イセイ」 10% に入力CD[2106]がついている状態で9月30日の期限切置換を表示 移行先がないため診療行為コードに[2106]と入力、Enter 検索結果表 示 F1戻る(画面には2106と入力が表示されている状態) F12登録 以降入力CD[2106]を利用することができなくなりました。 tbl_inputcd にはinputcd=2106, srycd=2106と登録されています。 ver4.2.0でも同様のことがおこっております。 上記の操作を行った医療機関様でいくつかコードが登録できなくなりました。</p>	<p>点数マスタ更新の自院コード期限切れ置換処理で、新診療 行為コードに入力CDなどのコードを入力しても登録が可能 でした。登録前に新診療行為コードのチェックを行うようにし ました。 なお、このチェックで新診療行為コードに既に入力CDが登 録済みであれば登録不可となります。</p>	H21.9.24

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		登録すると、'0014 画像ファイルのデータが存在しません'と表示されていたので、表示しないように修正しました。		H20.12.24

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	support 20081201-001	先月までは使用量が出ていましたが、先月バージョンアップして今月はレポート対象がないと云ってきます。 どこがおかしいのでは？	診療科別医薬品使用量統計でパラメタ取得の不具合があり作成できませんでしたので修正しました。	H20.12.2
2		月次統計業務より出力を行うチェックマスタ・薬剤情報マスタ経過措置薬剤更新リストについて、帳票として処理後に各マスタの (1)移行を行った医薬品の一覧 (2)既にマスタに登録済みの医薬品と移行先の無い医薬品の一覧 を出力するのですが、移行先の無い医薬品の編集が帳票から漏れていましたので修正しました。		H21.2.25
3	お電話でのお問い合わせ 2月4日 - 支払証明診療期間指定	Ver.4.3.0で、支払証明の期間区分の設定を1診療期間にした場合に指定期間外の入金処理分が計上されません。20年12月の定期請求を21年1月に入金処理しますと期間指定20年の支払証明に含まれません。	支払証明書の期間区分の設定を1診療期間にして1月分の日別または月別の支払証明書を発行しようとした場合、2月になってから発生した1月診療分の収納が対象とならない不具合がありましたので修正しました。	H21.2.25
4	support 20090311-018	診療録についてですが、労災の登録で自賠責保険区分と傷病の部位を登録すると、診療録の記号・番号の部分に印字されてしまいます。 前回までは印字されていなかったそうですが、急にということらしいのです。	労災のカルテ1号紙で、傷病の部位が11文字以上であった時、記号・番号に労災名+部位が表示されていました。 記号・番号には編集しないように修正しました。	H21.3.26
5		未コード化傷病名リストの診療科の表示を名称に変更しました。		H21.4.24

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
6	お電話でのお問い合わせ 6月4日 - 支払証明 - 自費内訳明細書	入院で定期等の請求を一度請求取消し後に再度請求処理を行い支払証明書の自費内訳明細書を出力しますと回数や金額が正しく印字されず倍で印字されるとお問い合わせがありました。 取消したものが残っているのではなく現在入力されているコードが取消した分の回数分印字されているようです。 自費 1を入力後 請求取消し後に再度定期請求しますと自費 1が 2回分印字されます。 自費 1を入力し請求処理後に自費 2へ変更し再度請求処理をしますと自費 2が 2回分印字されます。	収納業務から発行する支払証明書の自費内訳明細書について、入院で定期等の請求を一度請求取消し後に再度請求処理を行い支払証明書の自費内訳明細書を出力すると回数や金額が正しく印字されず倍で印字される不具合がありましたので修正しました。	H21.6.25
7	お電話でのお問い合わせ 8月28日 - 会計カード自賠責器材金額	システム管理マスタ4001の自賠責の特定器材等消費税の設定を無しにしているが4.3.0以降の会計カードへの金額表示が消費税有りの金額になります。	正しい金額で表示するように修正しました。	H21.9.24

その他

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		平成 21 年 1 月改正対応 平成 20 年 11 月 21 日公布の「高齢者の医療の確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令」に一部対応しました。 診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正については 1 月に対応を行います。	平成 21 年 1 月改正対応資料をご参照ください。	H20.12.24
2		平成 21 年 1 月改正対応 平成 20 年 11 月 21 日公布の「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について対応しました。	平成 21 年 1 月改正対応資料をご参照ください。	H21.1.23
3		ver4.3 から追加した患者特記事項テーブルの PATH-KEY 記述に一箇所誤りがありました。 「tbl_pttokki_all_csr」のテーブル記述が「tbl_pttokki」とすべきところを「tbl_tokki」としていました。		H21.2.25
4	ncp 20090108-004	先日、支払基金様より推奨病名であるのに未コード化傷病名コードの付いた病名が 19 件ほどあるとして、お願いの形ながら、ご指導を受けた医療機関があります。具体的には、病名が高血圧症なのにコードが 0000999 となっていたとの事です。 現地ににて調査しましたところ、高血圧症の病名登録がなされた患者様の中に 0000999 のコードが入ったものが混在していました。おそらく、他社さんのレセコンからのデータコンバート時に、全ての病名を未コード化傷病名として扱う(こちらが標準)とした時の名残だと思えます。 照会画面にて 0000999 の病名コードを入力、病名欄には「** 未コード化傷病名 **」と表示されましたが、検索をかけても該当無しとなりました。 未コード化傷病名コードが付いている患者さんの検索方法について教えてください。	未コード化傷病名リストを作成できるようにしました。 「52 月次統計」より処理を行うため、システム管理の管理番号 3002 「統計帳票出力情報 (月次)」で予め登録を行います。 「複写」ボタンから帳票名「未コード化病名一覧」を選択して登録を行います。	H21.3.26

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
5		統計メモのマスタ更新でバージョン別の更新データを提供する必要が発生したためにその対応を行いました。		H21.4.24
6	お電話でのお問い合わせ 4月1日 - チェックマスタ経過措置薬剤更新	システム管理マスタの1101データチェック機能情報 2で薬剤と病名の疑い病名の扱いを適応病名としないに設定しORCBG018のチェックマスタ・薬剤マスタ経過措置薬剤更新リストの処理をしますとチェックマスタの疑い病名の扱いが引き継がれません。 疑い病名欄は 0システム管理の設定に従うと表示されますが病名の疑いに×が表示されません。病名を選択しますと疑い病名欄も空欄となります。データチェックでも疑い病名でも適用となりチェック対象外となります。	チェックマスタ2の疑い区分の更新がされていませんでしたので修正しました。 再度月次統計から該当の処理を行っていただくことで疑い区分の更新が漏れているチェックマスタの再登録を行うようにしました。 月次統計処理後にチェックマスタ業務で複写先のマスタを変更されていない限り、複写したチェックマスタ全てが再処理の対象となります。	H21.4.24
7		平成21年5月診療報酬改定における特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担医療に係る高額療養費限度額の見直しに対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H21.4.24
8		平成 21年 5月改正対応 東京都地方公費 (保険番号 151都難病) について 平成 21年 5月診療分より、全国公費 051同様の取り扱いをする事としました。		H21.6.25
9		中国・九州北部豪雨対応 (山口県、福岡県) 別紙対応資料を参照してください。		H21.8.27
10		平成 21年 10月改定 (出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度) の対応について	特記事項「25 出産」のレセプト記載のみ対応を行っています。 正式対応はバージョン4.4.0以降となります。	H21.9.24

その他

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11		平成21年台風第9号対応 (兵庫県、岡山県)を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H21.9.24
12		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて対応を行いました。	【留意事項】 パッチプログラムの適用により、以下のような動作変更がありますのでご留意ください。 業務メニュー画面で入院関係のボタンの表示有無がインストールパッケージ (入院版、無床診療所版) の別に関係なくシステム管理の病床数の設定に依存します。 例えば、無床診療所版をインストールしていても病床数を設定すると業務メニューに入院関係のボタンが表示されます。	H21.12.21
13		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて対応を行いました。	収集データアップロードユーザ設定画面の「事務担当者 (漢字)」の入力で半角空白を全角空白へ置換するようにしました。 登録での送信結果が表示されない場合があり、パスワードに不正な文字が含まれていたことが判明し修正しました。	H21.12.24
14		定点調査研究事業、感染症サーベイランスについて修正を行いました。	・定点参加同意の登録を行っても登録内容が消去される場合がありましたので修正しました。 ・参加同意画面からプロフィールの登録を行い戻ると「設定」ボタンが消えていましたので消えないように修正しました。 ・プロフィールの登録で一度開院時期を入力して登録し、再度開院時期を空白にして登録し直しても消去されていませんでしたので修正しました。	H22.1.20