11 受付

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20140117-004	受付をした際、ある患者様で下記の現象が発生しました。 AさんとBさんを受付した際、受付の画面にAさんの患者番号に、Bさんの氏名が表示される現象が発生しました。 TBL_UKETUKEを見ると、別の患者に同じPTIDが振られていました。	複数端末で受付処理を行われている時に、一方の受付で受付済みの患者番号を入力して確認メッセージ「患者番号で受付があります。受付を選択しますか？」の表示中に、他方で別の患者番号で受付を行い、確認メッセージを「NO」押下で新規の受付とした時に、他方で入力した患者の氏名が受付の患者氏名に編集されていました。 この為、受付の患者番号と患者氏名に不整合が発生していました。正しい患者氏名を編集するように修正しました。	H26.1.28
2		当日対象のドクターが100件以上ある時、受付で100件目以降となるドクターコードで受付を行った時、受付の「現在の予約、受付状況」のドクター名が表示されていませんでしたので表示するように修正しました。 また、受付一覧の選択一覧で、ドクターリストに表示されていないドクターでの受付があった時に名称が表示されませんでしたので修正しました。 この時、ドクターリストは受付一覧に表示されているドクターのみ表示するように変更しました。		H27.4.23
3		受付の未確認保険公費の一覧を「次↓」で2ページ目を表示後、そのまま次の患者番号を入力した時、未確認保険公費を2ページから表示していましたので1ページ目を表示するように修正しました。 次の患者が未確認対象が5件以内の時、未確認保険公費が空白で表示されていました。		H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20121128-021	日レセの「(XF01)メモ登録」画面から[メモ2]を送信後、「(XF01)メモ登録」画面を開いたままにしていると、[送信]ボタンを押していないのに[メモ2]が自動的に再送されます。 これは、日レセの仕様ですか？	メモ2の内容をCLAIM送信する時、システム管理の複数ホスト送信が「有」と設定されていて、送信時ポップアップも「有」であった時に、メモ送信時のCLAIM送信先選択画面で、送信先を選択しても、すべての送信先に送信していました。 選択した送信先にだけ送信するように修正しました。	H24.12.25
2	2/5 患者登録 特記事項 削除	患者登録画面の特記事項タブより、登録済みの特記事項が削除不可能となりました。同様に新規登録も無効化となります。 1月28日提供分のパッチ適用により、上記動作となっているようです。	1月28日提供分のパッチプログラムにより、患者登録の特記事項の更新ができませんでしたので修正しました。	H25.2.6
3	support 20130220-007	以下のバージョンにて動作確認を行っていたところ患者登録の保険確認の履歴を表示した場合にファンクションキーの[F1]を押しても画面が戻りません。「F1戻る」をクリックすると画面は戻りますが、戻った患者登録基本情報の画面でもファンクションキーが効かなくなってしまいます。業務メニューまで戻り、再度「患者登録」に画面を切り替えるとファンクションキーが効くようになります。 動作についてご確認お願いいたします。 monsiajバージョン:20130115 OSバージョン:windows XP-5.1-x86 Javaバージョン:1.7.0_13 ORCAバージョン:4.7.0	患者登録の保険の履歴確認画面の表示でカーソルを設定する項目名が間違っていましたので、正しく動作するように修正しました。	H25.2.25
4	2/27 患者登録 画面遷移 再発行	診療行為入力で患者を呼び出さずに、患者登録画面へ遷移し、再発行ボタンをおすと、(「*」Enterで採番をしていないのですが)採番されてしまいます。	診療行為で患者番号を空白のまま患者登録へ遷移した後、「再発行」ボタンをクリックした場合に、患者番号を採番して新しい患者番号を表示していましたのでエラーとするように修正しました。	H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	ncp 20130321-021	「協会」+「51特定負有」+「51特定負無(水俣病)」の併用の患者さんです。 支払基金に問合せをしましたところ 1:「この患者さんは、協会+特定負有+特定負無の併用で請求して下さい」 2:レセプト公費?欄には、「51特定負有」一部負担額 3:レセプト公費?欄には、「51特定負無」 4:患者さんへの窓口負担額は発生しません。 という回答でした。 ORCAでは、「協会+特定負有」と「協会+特定負無」のふたつの組合せしかありません。	特定負有(051)＋特定負無(水俣)(091)の保険組み合わせ作成対応 上記保険組み合わせの作成を行います。 特定負無(水俣)(091)について、対象となる負担者番号は以下のとおりです。 ＜51153013＞＜51153021＞＜51153039＞＜51153047＞ ＜51433019＞＜51433027＞＜51433035＞＜51433043＞ ＜51463016＞＜51463024＞＜51463032＞	H25.5.27
6	support 20130701-002	101システム管理マスタ-1017患者登録機能情報 3:患者登録のカルテ発行(新規患者の時)が2発行する(保険組み合わせ自動)のとき、患者登録画面で保険を入力しており、1カルテ発行ありでは保険情報が印刷されるが、3カルテ発行あり(病名なし)を選択するとカルテに保険情報が印刷されない。 病名なしのときに保険情報が印刷されないのはおかしいのではないでしょうか。	システム管理の患者登録のカルテ発行(新規患者の時)を「2　発行する(保険組合せ自動)」と設定した時に、患者登録のカルテ発行区分を「3　カルテ発行(病名無)」で発行した時、保険組合せが自動選択されませんでした。 保険組合せが選択されていない時は自動選択するようにしました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	ncp 20130912-005	12登録での公費の登録にて不具合が発生しておりますので、ご報告いたします。 4.5.0までは、公費を終了日無しで登録し、同じ公費を先に登録した公費と期間が重なるような登録を行うと、エラー表示され、重複して同じ公費を登録することができませんでした。 例えば、生保を期間が重なるよう登録しようとすると、「(PERR)エラー情報　0127　生活保護・残留邦人等の期間が重複しています」というエラーが表示されます。 しかし、4.6.0および4.7.0では、エラーが表示されず、登録することができてしまいます。 期間が重複している状態で、重複した公費のいずれかの開始日を変更すると、適用期間が9999999-0000000となる不正な保険組み合わせが作成されます。 現象は以下の例のような手順で再現できます。 (例:協会けんぽと生保の併用) 1. 協会けんぽと一緒に生保をH24.7.1?H24.7.31で登録 2. 新たに生保をH24.8.1-H25.6.30で登録 3. 新たに生保をH25.7.1-9999999で登録 4. 1.で登録した生保の終了日を削除して登録	生保に関わる保険組み合わせ修正 主保険(社保)＋生保の保険組み合わせ作成において、 (1)生保の公費登録が複数ある。(適用終了日:99999999) (2)【主保険の適用開始日＜生保の適用開始日】で公費登録されている。 の場合、適用開始日が99999999～00000000の保険組み合わせが作成されていましたので、正しい適用期間で作成するよう修正しました。 (例) 協会 H25. 4. 1～99999999 生保(1) H25. 7. 1～99999999 生保(2) H25. 9. 1～99999999 保険組み合わせ ・協会　適用期間:H25. 4. 1～99999999 ・協会＋生保(1)　適用期間:H25. 7. 1～99999999 ・協会＋生保(2)　適用期間:99999999～00000000	H25.9.25
8	support 20130930-002	第17回のプログラムパッチを摘要すると、患者登録画面の保険組合せ欄の下にある"選択した組合せ番号が表示される欄"(診療科の左にあった欄)が消えてしまいました。 glclient2では表示されましたが、monsiajでは消えてしまう為、不具合になるかと思います。	画面定義体にmonsiajでは影響がある設定をしていましたので修正しました。	H25.10.3
9		患者登録での労災自賠保険入力において、新継再別、転帰事由の未設定(空白)チェックを追加しました。 未設定(空白)の場合は、エラーメッセージを表示します。		H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	ncp 20131112-008	ORCA4.7より、患者登録画面、保険組合せタブで非表示設定をしても基本情報タブの右上の組合せ欄に「●非」の表示がされません。	患者登録で保険組合せを非表示に設定しても、基本情報画面の保険組合せ一覧に「●非」等が表示されませんでしたので修正しました。 また、システム管理の患者登録のカルテ発行(新規患者の時)が「2　発行する(保険組合せ自動)」と設定されている時、カルテの保険組合せの自動設定に非表示分も対象としていましたので、非表示とした保険組合せは自動設定の対象外とするようにしました。 保険組合せ履歴タブで非表示に設定する前に選択していた場合は、戻った時に選択を解除します。	H25.11.26
11		患者登録で公費上限額履歴チェックが「1　チェックする」と設定されている時、対象の公費を削除した時に「警告！！公費負担額の設定がない公費があります」と警告を表示していましたので表示しないように修正しました。		H25.12.24
12	request 20130909-003	2012/11/27付けのパッチで、生保の重複登録が可能になりましたが間違って同じ生保を登録してしまう事があります。 適用期間の重複する生活保護を登録しようとした場合確認メッセージが出るように出来ないでしょうか？	患者登録で生活保護を入力した時に、他の生活保護と期間が重複した場合、警告メッセージを表示するようにしました。 ver4.7.0で生活保護の重複登録を可能としましたが、以前は新しい生活保護を追加した場合、期間が重複していれば自動で期間変更を行っていました。現在はそのまま登録しますので、警告によりチェックをお願いします。	H25.12.24
13	ncp 20131226-021	既に保険登録のある患者様に、労災保険を追加する場合、「労災・自賠」を選択して「登録」しようとすると「保険の種別は変更できません。新しく保険を追加して下さい」とエラーが出ます。エラーメッセージを閉じると、保険者番号にカーソルが点滅します(保険者番号欄には、既に登録のある保険者番号が入ってしまっています)。 4．6．0では、同じことをすると、保険者番号は空白で、特に問題なく登録できていました。	患者登録で労災保険の追加を行った時、他の保険が画面に表示されている状態で労災登録画面に遷移して登録した場合、表示されていた保険に上書きさ れていました。 正しく登録できるように修正しました。	H25.12.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14		患者登録画面に出生時体重の項目を追加しました。 登録された出生時体重より、特定入院料の算定上限日数の判定を行います。		H26.2.25
15		「その他」タブ画面に介護保険情報の項目を追加しました。 保険情報は最大10まで、認定情報は最大50まで登録できます。		H26.2.25
16		患者登録の労災・自賠責登録で、労災自賠保険区分を空白のまま「F12」をクリックした時、内容が空白の労災保険データを登録していましたので、労災自賠保険区分が空白はエラーとするように修正しました。		H26.4.11
17	support 20140403-084	労災(外来) H26.2.5　初診 労災自賠責保険入力　にて　H26.3.29　療養終了日を登録し基本情報の登録を行うと、「警告！保険組合せ更新で期間外の診療と病名が発生します。よろしいですか？」とメッセージがでて、保険組み合わせが変わるようです。	労災・自賠責の登録処理で、労災・自賠責の患者保険情報の本人家族区分に「1」が設定されることがありました。 労災・自賠責の本人家族区分は空白での登録になりますが、「1」で保険組合せを作成している為、再度、保険組合せを作成する時に本人家族区分が変更となるため、削除して新しい番号を採番していました。 労災・自賠責の保険組合せ作成では、本人家族区分を空白で判断するように修正しました。	H26.4.11

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	support 20140311-019	労災自賠保険入力画面にて第三者行為の保険組合せを削除したそうですが、患者登録画面には第三者行為の保険が残ってしまっているとのことです。	患者登録で労災・自賠責画面から第三者行為を削除した時、遷移前の患者情報画面の公費欄に該当の第三者行為が表示されていなかった場合、公費の第三者行為データが削除されていないことがありました。また、第三者行為の内容を変更した時も反映されないことがありました。 画面に表示されていなくても更新・削除を行うように修正しました。 また、上記エラーにより第三者行為の公費データのみ残っていた場合、労災・自賠責画面で保険区分の選択なしで登録できていた時の空白データが存在した場合に患者登録画面で削除状態にするようにしました。 患者番号入力時に、「労災保険情報に不整合なデータが存在します。登録で削除します。登録押下して下さい。」を表示しますので、「F12　登録」を押下して削除して下さい。	H26.4.23
19	ncp 20140507-003	船員保険の被扶養者の患者さまで5月から前期高齢者となり2割で登録を行ったそうなのですが、登録の際に「補助区分は老人割合のみ入力可能です」とエラーが表示されて登録ができないとのご連絡がありました。	患者登録で5月１日から前期高齢者となる患者が、船員の家族の場合、補助区分＝８がエラーとなっていましたので修正しました。 家族の場合、補助区分＝DからIがエラーとなります。	H26.5.7
20		患者登録で地域包括診療対象疾病の設定を登録した後、すべての設定を解除した場合に患者個別設定テーブル（tbl_ptconf）のレコードを削除せずに残ることがありましたので削除するように修正しました。 地域包括診療対象疾病の患者個別設定テーブルへの登録は疾病の設定が少なくとも1つ以上ある場合に作成します。		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	kk 32336	支払基金より指摘された内容を記載致します。 【保険・公費】 保険　:社保 公費①:児童保護　※12/27～適用の公費 公費②:法別番号90こども医療費(単子課税)　※以前からお持ちの公費 保険公費を3つお持ちの患者で、12月中に3実日数の診療があり、 12/9　社保＋公費②　自己負担あり 12/19　社保＋公費②　自己負担あり 12/27　社保＋公費①　自己負担なし という保険組合せで会計を行いました。 レセプトは3者併用で、実日数は、保険:3日公費①:1日公費②:2日 請求点数は、保険:1760公費①:192公費②:1568 一部負担金額は、保険:なし公費①:なし公費②:1060 となっております。 支払基金の担当者がおっしゃる内容として、月初めから単子課税を持っているのであれば、月途中で児童保護が適用されても「実日数」「請求点数」は保険と同じでなければならないとのことです。 上記内容ですと、実日数は、保険:3日公費①:1日公費②:2日　→　3日 請求点数は、保険:1760公費①:192公費②:1568　→　1760 となります。 不具合かどうかは判断できかねますが、ORCAでは指摘されたような動作をしておりませんでしたのでご連絡致します。	児童保護(053)に関する保険組み合わせ作成 児童保護と地方公費の公費登録がある場合、児童保護＋地方公費の保険組み合わせを作成するようにしました。	H26.5.20
22		保険組み合わせ名称修正 国公(保険番号031)の(補助区分2) 地公(保険番号032)の(補助区分2) 警察(保険番号033)の(補助区分2) 学校(保険番号034)の(補助区分2) 上記の保険登録時の保険組み合わせ名称が「船員下船後」となっていましたので、それぞれ「国公下船後」、「地公下船後」、「警察下船後」、「学校下船後」となるよう修正しました。		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23	ncp 20140530-024	患者登録のカルテ発行で、2カルテ発行あり(保険組み合わせ自動)で設定している医療機関様からの問い合わせでお聞きしたいことがあります。 1.初めに自費保険を登録しており、診療内容の入力がない患者さんに後に自費保険を/dで削除後上書きで保険情報を登録しカルテ発行区分をありにしてF12登録するとカルテが発行されます。 2.初めに自費保険を登録しており、自費にて診療内容がある患者さんに後に自費保険を/dで削除後上書きで保険情報を登録しカルテ発行区分をありにしてF12登録するとカルテが発行されません。(登録後開きなおしカルテ発行をしていただいてます) ご質問のあった医療機関様はカスタマイズカルテを使用されていますが、社内で標準のカルテで試した場合も同様でした。 1.2ではどうして動作が違うのでしょうか。 2の場合に開きなおすのが不便といったご指摘がありましたので質問させていただきました。	患者登録画面でカルテを発行する時、患者情報登録後に「保険組合の変更で保険期間外の診療が存在します。診療を保険変更して下さい。」を表示した時にカルテ発行をしませんでしたので発行するようにしました。	H26.6.25
24		患者登録の公費負担額の上限額履歴の登録件数を100件から300件に変更しました。 「015　更正」など月毎に履歴が必要な公費で来月にも100件となるケースがあり得ます。		H26.6.25
25	support 20140716-009	前期高齢者登録をしたのですが、「1067　補助区分2割は前期高齢者の補助区分ではありません」とメッセージがでております。何がいけないのでしょうか。	今年の4月以降に70歳となり、前期高齢者の負担が2割となる場合に患者登録でエラーとなることがありました。 国保で前期高齢者到達月以前の開始日で補助区分を2割で登録している場合、前期高齢者の到達月後に患者登録で「登録」を行うと、「補助区分2割は前期高齢者の補助区分ではありません。変更して下さい」とエラーになっていましたので修正しました。 国保の補助区分は前期高齢者の場合のみチェックを行いますので、一般でも2割の登録が可能です。 前期高齢者到達月以前では2割でも診療行為の登録はできますので、開始日の年齢で正しい補助区分を設定するようにして下さい。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	ncp 20140730-004	元々船員の家族で登録をしており、前期高齢者の3割負担になったため、保健追加を行いました。 すると、前期高齢者の負担を確認して下さいとメッセージがでます。 そのまま登録しようとすると、期間が重複しています、とのメッセージが出てきて、登録ができません。 古い方の保健の有効期間をこちらで変更することで登録は可能でしたが、現状ではスムーズな登録ができません。	患者登録で船員の家族が前期高齢者となった時、前期高齢者の保険を手入力した場合、前の船員保険の終了日の変更は行いませんでした。 この為、登録で重複エラーとなっていましたので船員の家族の場合は、前の船員保険の終了日を設定するように対応しました。 船員本人の場合は、補助区分が異なれば重複登録を可能としていますので、該当の保険の終了日を手入力して下さい。 どちらも保険に変更がない時は、保険の追加を行わず「F5保険組合せ」をクリックして確認メッセージを表示後、前期高齢者に自動切替えを行っ て下さい。	H26.8.1
27	support 20140801-023	以下の保険を持っておられる患者のレセプトの負担金記載が国保連合会から指示があった通りに作成できません。 後期高齢者 更生(5000円自己負担) 特定負無 マル長 該当の患者の場合、慢性腎不全の原疾患が特定疾患対象疾患であるため更生と51特定疾患を使用し3併用のレセで請求になるとのことなのですがORCAでは保険組合せが更生と特定負無が一緒になったものが作成されず診療行為も更生と特定疾患の入力を明確に分けることも出来ません。 更生の5000円分を特定負無でみるので患者の負担金は発生しないという考え方とのことです。 国保連合会からは一部負担金額の項の『保険』の項に10000と記載し上段に(10000)下段に(5000)と記載。公費①の項に5000と公費②の項に0の記載が必要とのことでした。	更生(015)＋特定負無(091)の保険組合せ作成を可能としました。	H26.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	support 20140731-011	後期高齢受給者証39012083　自己負担1割と 51016020特定疾患(大動脈炎症候群)自己負担金額、入院4500円、外来2250円と 51016020特定疾患(重症筋無力症)自己負担金額、入院4500円、外来2250円の保険証をお持ちの方。 ※北海道国保連合会へのご相談内容と致しましては 上記患者様が第1腰椎椎体骨折にて、平成26年6月入院となりましたが51016020特定疾患(大動脈炎症候群)治療に対するステロイドによる骨粗鬆症での原因との事で、退院時処方に対するレセプトの請求方法に対してもありましたので入院時からのレセプト請求に対しましてご相談したところ、入院時のレセプトから3者併用での記載をして頂き、退院時処方に対しての処方については該当となる保険別(51016020特定疾患(大動脈炎症候群)または51016020特定疾患(重症筋無力症))での入力をして下さいとのご回答でした。	特定負有(051)＋特定負有(051)の保険組合せ作成を可能としました。	H26.8.27
29	ncp 20140821-008	労災・自賠保険入力画面のアフターケアでの損傷区分に「37」の項目の表示がされません。 システム管理マスタ「4001　労災自賠医療機関情報」の有効期限を平成20年3月31日で区切り平成20年4月1日より設定致しましたが「36」までの表示になります。 「37」を表示させるにはどのような設定を行えばよろしいのでしょうか。	患者登録のアフターケアで損傷区分の最大件数を30件としていたため表示しない区分が存在しましたので表示するように修正しました。	H26.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	support 20140627-031	・75歳以上（78歳） ・海外居住者の為、後期高齢者医療には加入しておらず、短期ビザで日本に滞在しており、協会けんぽの被扶養者 ・「健康保険高齢受給者証」を持っている 患者様の負担割合が2割になるのではないかとの事でした。 ◆協会けんぽ 大阪支部 業務第三グループに確認したところ、「75歳以上で海外居住者の方は後期高齢者医療には加入せず、協会、健保組合に加入することになり、高齢受給者証を提示した場合、H26.5診療分からは所得に合わせ2割または3割負担となる。 毎年高齢受給者証は3/10～3/18頃に発送しているが、今回の件の該当者には更にH26.4.30にも被保険者宛で発送している」との事でした。 資料を求めましたが、ホームページや公式文書等はないとの事で、割合変更内容は被保険者のみに書面通知しているとの事でした。	75歳以上の海外居住者2割対応 75歳以上の海外居住者は、後期高齢非該当である為、「977後期非該当」を公費登録し、前期高齢者として患者登録を行いますが、社保の平成26年5月1日以降の負担割合については、「2割」又は「3割」のいずれかで登録可能となるよう対応しました。（国保は従来通り変更なし。「1割」も登録可能） 又、社保・国保で、「2割」で患者登録した場合のレセプト等の対応を行いました。対応内容は以下の通りです。（患者登録と診療行為は社保のみの対応） （1）患者登録・・・保険開始日が平成26年5月1日以降の場合、補助区分の選択を「2割」又は「3割」としました。又、既に1割で登録済みで、平成26年5月1日以降の負担割合が1割であれば、登録時等でエラーメッセージを表示します。 （2）診療行為・・・診療日が平成26年5月1日以降で、負担割合が1割であれば、登録時等でエラーメッセージを表示します。 （3）診療報酬明細書・・・2割の場合、「前期高齢者一般・低所得」として作成します。 （4）診療報酬請求書・・・2割の場合、「70以上一般・低所得」に集計します。 （5）保険請求確認リスト・・・2割の場合、「70歳以上一般・低所得」に集計します。 （6）処方せん・・・2割の場合、備考に「（高一）」を記載します。	H26.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
31	support 20141006-038	以下の保険を持っておられる患者のレセプトの負担金記載が国保連合会から指示があった通りに作成できません。 後期高齢者 結核入院 マル障 6月分の請求なのですが6月24日までで『結核入院』の期限が切れるため6月24日までは『後期高齢者＋結核入院』 6月25日より『後期高齢者＋マル障』で入力をされていたのですがレセプトの請求点数の保険欄と公費②欄の点数は同じにするようにと返戻になったようです。 同じにするためには『後期高齢者＋結核入院＋マル障』での入力が必要かと考えられるのですが3併の保険組合せが作成されないため入力が出来ません。	011結核入院と地方公費の公費登録が有る場合、011結核入院＋地方公費の保険組み合わせを作成するようにしました。	H26.10.27
32	support 20150113-022	平成27年1月1日より使用の公費番号54患者様で負担者番号が同じで受給者番号が異なる患者様がいた場合に登録番号を押下しますとエラーメッセージが発生し、患者登録が出来ない状況でございます。 弊社ユーザ様で実際に受給者証を2つお持ちの方が来院されております。 公費番号51は上記の場合でも登録が可能となっておりますので、登録ができるようにご対応をお願い致します。	平成27年1月改正対応 難病(保険番号054)の公費複数対応 1. 患者登録で、複数の難病の公費登録を可能とする。 (難病の適用期間が重複する登録がある場合、エラーとしない) 2. 患者登録－保険組合せ履歴の保険組合せ欄の受給者番号表示を行う。 3. 患者登録－所得者情報の公費負担額欄の受給者番号表示を行う。 4. 窓口計算について、同一月に複数の難病の診療が有る場合、受給者番号が異なる難病の一部負担金も通算して、上限額までの計算(※)を行う。 (※)上記の窓口計算を行う為、公費負担額欄の入力について ・複数の難病の入外上限額は、同額としてください。 ・管理表は1枚。管理表に記載されている薬局等の一部負担は複数の難病に対して入力を行ってください。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	support 20150127-019	ユーザー様の登録画面にて添付資料の赤太枠の「未」ボタンを押しても「済」にならないという現象が起きています。 主保険の国保、又は更生医療の公費については「済」になります。	患者登録の基本情報画面で、公費の1行目に「第三者行為」が表示されている 時、3行目の公費の確認年月日の「未」ボタンを押下しても確認年月日の変更ができませんでしたのでシステム日付を設定するように修正しました。	H27.2.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20130322-012	未来(H25.3.31)入力してある患者についてですが、H25.3.22本日のシステム日付けで「13照会」した場合、患者検索結果の画面上の最終受診日は“H24.3.31”と表示されているのに、印刷すると“H25.3.7”と印字されます 検索結果画面は、入力してある最新日(未来日)を表示し、印刷はシステム日付以前までの日付けを印字する仕様となっているのでしょうか？ 検索結果画面と印刷物の最終受診日をどちらかに統一することはできませんでしょうか？	最終受診日＞システム日付となる場合、検索結果画面と帳票及びCSVファイルの最終受診日の日付が異なっていましたので、検索結果画面の最終受診日の日付で統一しました。	H25.4.25
2	support 20130410-001	13照会で診療行為を数値指定で検索した時、検索結果を印刷すると、患者氏名が一部入れ替わって印刷されてしまいます。	氏名の7行目と9行目、12行目と14行目、27行目と29行目が入れ替わって印刷されていましたので正しい内容となるように修正しました。	H25.4.25
3	request 20120410-001	検索結果後、表題が空白の為リストを印刷した場合など何の検索をしたかわかりません。 手動で登録すればいいのですが、初めから表題、若しくはどこかに検索した診療行為などが記入されているようにお願いします	検索条件の登録および変更を行う際に、登録名を検索結果の表題として使用するか否かを指定できるようにしました。	H25.7.25
4		検索項目に病名の診療開始日を追加しました。		H25.7.25
5	request 20120908-001	入院がある医療機関様にて、入院基本料に包括される診療行為(検査等)を入力し、「52 月次統計」の「指定診療行為件数調」で診療行為の件数を調べたら、包括で算定している患者も件数に反映されてくる。 また、「13 照会」の画面で指定の診療行為を行った患者を検索すると包括で算定している患者も結果として表示されてくる。 包括されてしまう診療行為を入力しても、「指定進行行為件数調」や「13照会」で、結果として表示されない様に、パラメタで選択できるようにして欲しいとの事でした。	(1)保険組合せ[9999 包括分入力]として入力した診療行為および、[包括算定]として入力した診療行為を検索対象から除外する検索項目を追加しました。 [病名　診療行為]タブの検索項目[包括分]に[含まない]を選択して検索を行った場合、包括分を除いた診療行為の検索を行います。 (2)月次帳票の[指定診療行為件数調]および[診療行為別集計表]について、入外区分のパラメタに包括分を除いて処理を行う区分を追加しました。 詳細はパラメタ説明を参照下さい。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20130927-011	「13　照会」で「診療年月日:当日」「診療コード:複数指定」「数値指定:数量を指定する」という条件で検索を行った後、検索結果画面で「印刷ボタン」を押下し、印刷処理をした後、検索結果画面から「F1キー」で前の画面に戻ろうとすると、F1キーがきかず前の画面に戻れないとのことでした。	照会業務の(Q02A)患者照会－検索結果(点数情報)画面または、(Q02B)患者照会－検索結果(診療行為情報)画面より「印刷ボタン」を押下し、印刷処理をした後、検索結果画面のファンクションキーが効かなくなる不具合がありましたので修正しました。	H25.10.28
7	support 20140710-014	「13照会」から診療行為検索を行うと名称欄に診療コードを表示するものがある。 4月以降廃止のコードは名称欄に表示しているが4月以降開始のコードが名称欄に診療コードを表示している。 期間:平成25年7月1日～平成26年6月30日 診療行為:数量指定「1数量を指定する」 「114012310」or「114025710」比較条件　数量:「1」「2:以上」 検索開始期間が診療コード有効開始日より以前の場合には名称欄に名称を表示できないのでしょうか。	照会業務検索項目の[診療年月日]、[診療コード]、[数値指定]を条件に検索を行った際、検索結果の診療行為名称を[診療年月日]の開始日時点で有効でないものはコードの表示を行なっていましたが、この場合も名称で表示を行うように修正しました。	H26.7.24
8	request 20130702-001	「13 照会」でテスト患者のみの検索機能を追加していただけないでしょうか？ 産婦人科様の場合、新生児の保険証情報が不明である為、レセプト作成をしないよう「テスト患者」で登録を行っています。保険証を確認し登録し直す際、「テスト患者」を「患者」に戻し忘れることがあり、レセプト作成時に該当患者を割り出すのに大変時間が掛かっております。	患者照会業務にテスト患者の検索機能を追加しました。	H26.10.27
9	request 20130515-008	申請の手続きを行う必要があるため、公費「21通院精神」を登録している患者で有効期限切れとなる患者を検索出来るようにして欲しい。 有効期限が切れる2ヶ月前から患者様に連絡をして手続きを行う必要があるそうです。 現在「13照会」画面では公費検索は可能ですが、有効期限の項目がありません。	患者照会の検索項目に公費の適用期間終了月を追加し、その月に適用期限切れとなる公費の登録のある患者の検索を可能としました。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	request 20140129-005	13照会画面を様々な条件を指定し検索をされていますが、一覧の印刷のどこかに検索条件も印字されるようにしてほしいと要望がありました。現在、表題に手入力されていますが自動で印字できれば便利とのことです。	検索条件を保存する際の登録名の最大文字数を15文字から50文字に拡張しました。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		予約画面で患者番号を入力したまま、予約一覧・来院一覧・週間一覧・受付一覧へ遷移して予約画面に戻った時、患者番号がクリアされますが、排他制御が掛かったままでした。 この為、他端末で遷移前の患者番号を入力すると排他中のメッセージを表示していました。 予約一覧等へ遷移時に排他制御の解除を行うように修正しました。		H24.12.25
2	ncp 20130613-018	1日に多くて5件、毎日のように他端末使用中と表示されるのでその度に、91-101-9800で情報削除を行っている。 同じ患者様は同時に開いてはいないのに、頻繁に起こる原因を教えて欲しいとの事です。	予約の予約日検索で、氏名検索画面で患者を選択した時に排他制御が掛かり、予約画面に戻っただけでは排他解除を行っていませんでした。 このため、予約画面では患者の入力がないのに、患者登録で排他エラーとなることがありました。 予約日検索で氏名検索を行った時は、排他制御を行わないようにしました。	H25.6.25
3	support 20140820-013	ORCAにて下記手順で操作を行うと、別患者の予約情報を参照してしまう現象が発生します。 ①A患者とB患者の予約を登録。 2名とも予約日時、診療内容等をすべて同じにし、ドクターだけ別にする。 ・A患者 → テスト医師A ・B患者 → テスト医師B ②ORCA受付画面にて、A患者のドクターをテスト医師Aからテスト医師Bに変更して受付登録を行う。 ③A患者の患者登録画面を開き、F12[登録]をクリックして患者情報を更新する。 ④ORCA受付画面からB患者が消える。 ⑤A患者の会計を行う。 (予約画面右側は患者ID:21(テスト患者21)が表示されていますが、選択すると左側には患者ID:22(テスト患者)と別患者の情報が表示されます。)	予約を選択して受付を行う時にドクターコードを変更した後、続けて患者登録で登録を行った場合、受付で変更したドクターで同じ時間に予約をしている予約を受付したとして変更することがありました。 患者登録で受付を予約に反映する場合、患者番号が一致しない時は反映しないようにしました。	H26.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
4	ncp 20141226-019	サーバーにて予約票が印刷されない事が頻発しています。 何度、予約画面で発行しても印刷されず、Windowsの端末からだと1度で印刷されます。 【1045 予約・受付機能情報】の予約票発行区分は【発行する】に設定されており、再度印刷しようとした際も、必ず【発行する】になっている事を確認してから【予約登録】を押しているが、予約票が印刷されません。	入院の診療行為画面から予約へ遷移して、予約票・予約一覧等を印刷しても印刷できませんでした。 正しく印刷するように修正しました。	H27.2.24

 Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		「診療行為」、「会計照会」及び「入院会計照会」の各業務から表示できる明細書のリアルタイムプレビューで、表示イメージを変更して摘要欄等必要な情報を一画面で表示できるようにしました。		H24.12.25
2		セット登録で、明細が2ページある場合に1ページ目のフリーコメント行の回数を変更するなど、名称にカーソル移動を行う場合、2ページ目を表示してカーソル移動を行うなど、名称へのカーソル移動を正しく行わないことがありましたので修正しました。 また、会計照会の剤変更も同様でしたので修正しました。		H24.12.25
3		通院・在宅精神療法を入力した時に自動発生する「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が改定で施設基準を満たしていれば16歳未満は初診算定日から2年以内の算定が可能となりましたが、判定する施設基準に漏れがありました。 児童・思春期精神科入院医療管理料(3039)のみ判定していましたので、児童・思春期精神科入院医療管理料(栄養管理経過措置)(3146)を追加しました。 施設基準(3146)が設定してあれば、16歳未満で初診算定日から2年以内であれば、「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を自動算定します。		H24.12.25
4	support 20121210-008	以下理由により、返戻されたとの報告がありましたので、ご連絡致します。 (対象者について) 75歳誕生月において、後期高齢者適用前に、死亡した。 (返戻理由) 75歳到達月ですが、誕生日前の死亡の場合、一部負担金は1/2となりません。	75歳到達月の特例計算について、該当月であっても、特例計算非該当とする対応を行いました。 (その月の誕生日前に死亡された場合など) 患者登録ー公費欄に保険番号954(特例非該当)を入力してください。 その適用期間は特例計算非該当となります。 (例)10月27日が75歳の誕生日、10月23日に死亡 954 適用期間:平成24年10月1日～10月23日	H24.12.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	kk 29824	2012/11/27付けパッチ提供の診療行為112「kk29734」に関しまして 国保1割＋187＋972から後期1割＋187＋972に変更となる75歳到達月の一部負担金は 1日目:国保1割＋187＋972　6001点　500円 2日目:国保1割＋187＋972　3000点　0円 3日目:後期1割＋187＋972　1000点　0円 4日目:後期1割＋187＋972　1000点　0円 となります。 1日目で上限に達した場合、後期での一部負担金は発生せず後期レセ摘要欄に、国保で上限に達した旨をコメント記載する。 という回答を大阪府国保連合会　業務管理部　管理課第2係より頂きました。	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応再修正(外来) 平成24年11月27日パッチで大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応修正を行いましたが、修正前の内容が正しいという事が分かりましたので修正しました。 (例) 75歳到達月 1日目:国保＋187＋972 7000点 500円 2日目:国保＋187＋972 3000点 0円 3日目:後期＋187＋972 1000点 500円 4日目:後期＋187＋972 1000点 0円 (例) 75歳到達月 1日目:国保＋187＋972 7000点 500円 2日目:国保＋187＋972 3000点 0円 3日目:後期＋187＋972 1000点 0円 4日目:後期＋187＋972 1000点 0円	H24.12.25
6	1/7　入院期間中　自費保険外来入力	入院期間中に自費保険にて外来入力へ切り替えたとき、保険組合せを自費から後期高齢者へ変更した場合、「入院中です。アフターケア・自費保険以外 は入力できません」の確認画面が表示されず、後期高齢者での診療行為が登録可能となります。 訂正時にはチェックがかかるのですが、入力時にはチェックはかからないのでしょうか。	入院中に外来の診療行為画面で自費保険を選択後、再度、保険組合せを後期高齢者に変更した場合、入院へ遷移する確認メッセージを表示しませんでし た。 このため、そのまま処理を行うと入院中に後期高齢者で登録ができていました。 入院中に外来で後期高齢者の選択を行った場合は、入院へ遷移するよう確認メッセージを表示するように修正しました。	H25.1.28
7	12/19　セットコード入力カーソル位置	検査セットを入力したとき、カーソル位置が最終行ではなく、先頭の.600に移動されるとのお問合せがありました。 こちらで調べたところ、セットコードの一部を入力し、診療行為一覧選択サブ画面から選択する場合には最終行へ移動されますが、セットコードすべてを入力した場合においては、診療種別へカーソル位置が移動されるようです。	診療行為の画面でセットコードを直接入力してセット内容を展開した時、展開後のカーソル位置がセットコード入力位置となっていましたので、最終行 の下に移動するように修正しました。	H25.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20130117-014	月の始めに特定疾患処方管理加算が自動算定されてきました。 月2回目の受診時に処方日数が28日のため、登録しようとしたところ、「警告！既に特処加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除して下さい。」とメッセージが出るので、メッセージを閉じて、登録を押下したところ、特定疾患処方管理加算の確認メッセージが出ません。 「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の薬剤情報提供料を「1算定する（月1回）」に設定していると聞いてきません。 薬剤情報提供料の自動算定を「しない」にした場合は、メッセージを閉じたあとに特定疾患処方管理加算の算定を聞いてきます。 薬剤情報提供料を「1算定する」の場合でも特定疾患処方管理加算を聞いてくるようにしていただけませんでしょうか。	診療行為の登録時に、「警告！既に特処加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除して下さい。」を表示した後に、「手帳記載加算（薬剤情報提供料）を算定します。よろしいですか？」の表示がある場合に、特定疾患処方管理加算の確認メッセージが表示されませんでした。 長期投薬加算の警告メッセージ表示後に続けて「登録」をクリックした時、「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します」の表示を行うようにしました。	H25.1.28
9	ncp 20130125-011	院内処方時の多剤投与についてですが、外来版操作マニュアル4.7.0のP397に、『「.290」の診療種別区分で入力された薬剤は種類数にカウントをしないため、例では6種類の薬剤投与となり薬剤料の逓減はありません。』とあり、確かにそのような動きをしますが、解釈の再確認をお願いします 7種類のカウントには確かに臨時投薬は含めませんが、臨時投薬を除いて7種類以上の内服薬を投薬した場合は臨時投薬も含めて全ての薬剤が減額の対象となるはずです この解釈を知った上での、このような動きなのでしょうか	院内投薬の内服薬の7種類以上の逓減で、逓減の判定に反映しない臨時投薬の14日以内の投薬が逓減の対象外となっていましたので、逓減の対象とするように修正しました。 逓減点数と（減）の剤の対象となります。 平成24年4月診療分から適用するようにしました。	H25.2.25
10	お電話でのお問い合わせ1月29日－人工腎臓算定上限超えエラー	人工腎臓の算定について、妊娠中の患者であれば月14回の算定上限除外となりますが、月内を同一のコードで算定する場合は警告解除で入力できますが、複数コードが混在する場合エラーとなり解除ができません。 点数マスタの上限回数を変更する以外入力することはできませんでしょうか。	人工腎臓（慢性維持透析）（4時間未満）と人工腎臓（慢性維持透析）（5時間以上）など複数の人工腎臓を合わせて月に14回以上算定した時、エラーとなっていましたので警告とするように修正しました。 また、警告メッセージにコード名称を表示しないようにしました。 警告メッセージには、「人工腎臓の当月の上限回数を超えています。」と表示します。	H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	support 20130204-007	診療行為入力を行い、レセプトを作成しました所、電子レセと紙レセで点数が異なります。 電子レセの方は四ツ切フィルムを12枚で計算しています。 電子レセ　紙レセ 内視鏡他　1366点　1366点 内視鏡フィルム　77点　96点 ーーーーーーーーーーーーーーーーーーーーー 1443点　1462点	診療行為のX線撮影で同時併施がありそれぞれの撮影料でフィルムの入力があった場合、最後のフィルムの下に造影剤注入など撮影料以外の手技の入力があった場合、レセ電のフィルム料の点数が正しく編集されませんでしたので修正しました。	H25.2.25
12	ncp 20121217-005	診療行為入力画面では 単純撮影(アナログ撮影) 2 単純撮影(イ)の写真診断 2 大四つ切 2 235点×1 と登録されているが、レセプトプレビューで見ると写真診断が1回で表記されている(点数は235点で変わらず)。 なぜ診療行為画面とレセプトの表記が違っているのか？とお問い合わせを頂きました。	外来の診療行為を登録後、登録した保険組合せを削除して新しい保険組合せに変更する訂正を当日に行い、「当日に受診があります。OKで同日再診、NOで訂正表示を行います。」などの確認メッセージで訂正展開した場合に、画像診断の診断料の回数をすべて1回で登録することがありました。 正しい回数を登録するように修正しました。 訂正の展開後、そのまま「登録」ボタンをクリックして、「警告！！有効な保険組合せに変更しました。必ず登録して下さい。」を表示後、「閉じる」ボタンをクリックします。 そのまま、再度「登録」ボタンをクリックして、手帳記載加算算定や内服逓減等の確認メッセージが表示された場合です。 一度でも、ENTER等を押下して、「警告！！有効な保険組合せに変更しました。必ず登録して下さい。」を「登録」ボタンクリック前に表示していた場合は、現象は発生しません。 また、確認メッセージが表示されない場合も現象は発生しません。	H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	お電話でのお問い合わせ2月26日－悪性腫瘍検査自動表示	システム管理マスタ1038診療行為機能情報－悪性腫瘍検査一覧を1自動表示するに設定し、点数マスタで悪性腫瘍のマスタのユーザ設定上限回数で他月数3　他1に設定した場合の動作についてご確認です。 上記のマスタを検査として登録後3ヶ月以内(別の月)で管理料として登録 エラー処理0とした場合 悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力するとマーカー検査の一覧されますが上記のマスタの番号を選択するとクリアされます。 クリアされた状態で、再度登録を押下するとコメントコードに変換されず上限回数エラーとなります。 クリアされた状態で、再度番号を選択すると悪性腫瘍特異物質治療管理料の入力行にも選択したマスタが表示されます。 エラー処理9とした場合 悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力するとマーカー検査の一覧されますが上記のマスタの番号を選択するとクリアされます。 クリアされた状態で、再度登録を押下するとコメントコードに変換されます。 クリアされた状態で、再度番号を選択すると悪性腫瘍特異物質治療管理料の入力行にも選択したマスタが表示されます。 選択したものがクリアされる点とエラー処理0のときコメントに変換されないのは仕様でしょうか。	悪性腫瘍特異物資治療管理料を入力した時に対象の検査一覧表示を行う設定がある場合、選択した検査が上限回数エラーだった時、検査の選択を終了しても、再度、検査一覧を表示していました。 一覧表の選択が終了したら診療行為画面を表示するように修正しました。 エラーとなった検査はそのままエラーとなりますので、削除後、コメントコードを手入力して直接名称を入力して下さい。 なお、警告エラーの場合は、警告表示後コメントコードに変更します。	H25.3.26
14		診療行為入力のカーソル位置について、入力した行が最終行でも入力した内容に対して別コードが自動発生され最終行ではなくなった場合に、カーソル位置が入力行のままでしたので、最終行にセットするように修正しました。 例えば、労災加算が自動発生する場合などです。		H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	ncp 20130301-030	入院調剤料(7点)は、入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき)算定できるとありますが、同日に国保＋特定疾患で診療、国保単独での診療で投薬を行った場合、ver4.6までは同日に複数保険で診療を行った場合でも調剤料1回の算定になっているのですが、ver4.7では複数保険で診療を行った場合それぞれで調剤料を算定してきます。	入院の投薬を同日に複数の保険・診療科で算定した時、入院調剤料を複数自動発生していましたので、正しく算定するように修正しました。	H25.3.26
16	kk 30106	北海道の中標津町のひとり親についてです。 通常は親は入院のみなのですが、中標津町は親も外来で使用可能となっており、提出先は、親だけ町に別請求書で提出致します。 制度的には「144　親初有」と全く同じなのですが、ひとり親の親も子も負担者番号が同じ為、一緒の帳票で出力されてしまいます。 その為、「144　親初有」と全く同じで、中標津ひとり親の親用のマスタの作成をお願い致します。	北海道地方公費負担金計算対応(保険番号:364) システム管理2010において、364の設定を行ってください。 負担金計算(3)タブ ・初診時以外の負担金計算(外来)を"1"で設定 ・初診時以外の負担金計算(入院)を"1"で設定	H25.3.26
17		通院精神療法で自動発生する「通院・在宅精神療法(20未満)加算」の初診算定日から1年(2年)の判定で、「初診料(同一日2科目)」の算定履歴が算定日から6カ月前のままでしたので、2年前の算定履歴から判定するように修正しました。 同一科で「初診料(同一日2科目)」を算定した日が初診算定日より後であれば初診日となります。		H25.3.26
18	ncp 20130321-019	地域連携計画加算を算定する患者で有床診療所入院基本料1を算定しているのですが、診療行為画面で、地域連携計画加算を直接入力する際、警告で「算定入院料では算定できない入院料加算です、入院会計照会を確認してください。」と表示されます。 地域連携計画加算について解釈本で確認したところ、地域連携計画加算を算定できないという記載はないのですがこの警告は何のチェックで表示されているのでしょうか。 また、警告を無視して登録はできますが、特に問題はないでしょうか。	入院料加算である地域連携計画加算について診療行為入力画面より入力時に、加算が算定可能な入院料を算定している場合であっても、「算定入院料では算定できない入院料加算です。」と誤った警告メッセージを表示していましたので修正しました。	H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	ncp 20130322-014	労災の患者さんで診療行為で入力し、入力確認画面でレセプトプレビューを確認しました。 明細書の作成処理は行っていないのですが、当月の保険請求確認リストを作成すると労災の患者さんがリストに記載されてきました。 「43請求管理」で確認すると、労災の患者さんの請求データが作成されています。 労災の明細書作成処理は行っていません。 労災の場合レセプトプレビューを行うと、明細書データが作成されてしまう仕様でしょうか？ 自賠責の場合もレセプトプレビューを確認すると請求データが作成されました。	労災、自賠責の入院外レセプトをリアルタイムプレビューより表示を行った場合、請求管理データが作成されていましたので作成しないように修正しました。	H25.3.26
20	ncp 20130405-026	入院診療行為入力画面での自費コード表示について問い合わせがありました。 自費コード(095、096)を入力した時、「数量・点数」欄の表示で金額の1の位が途中で切れた状態で表示される為、金額確認が正しく行えない。	入院の診療行為画面で点数の最後の文字が一部表示されないことがありましたので正しく表示するように修正しました。	H25.4.15
21	support 20130324-004	夜間・早朝加算を算定した場合　検査全般を入力し確定すると K160”警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認してください”というメッセージがでる。 ”閉じる”をクリックするとメッセージが消え、その後はメッセージが出ることなく最後まで入力できる。 夜間・早朝加算算定時には時間外緊急院内検査加算は原則算定できないと支払い基金からコメント頂いております。 また移行前のubuntu lucid orca 4.6では出なかった症状です。	夜間・早朝加算を入力時、検査を入力し時間外緊急院内検査加算を入力していない時、「警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認して下さい。」の表示をしていましが、警告表示を行わないように修正しました。 また、環境設定が「8　夜間・早朝」で、初再診が他科にて受診済みなどのコメントであった場合、画像診断を入力し時間外緊急院内画像診断加算の入力がない時、警告メッセージを表示していましたので警告表示をしないように修正しました。	H25.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	お電話でのお問い合わせ3月28日一入院診療行為画面で受付へ遷移すると外来画面に切り替わる	入院診療行為画面で、入院中の方を呼び出し受付へ画面遷移後、患者登録等へ画面遷移しそのまま戻ると外来の診療行為画面になります。 診療行為の入力途中の場合、そのまま外来として入力が出来てしまいます。	診療行為の入院画面で入力中に受付へ遷移してそのまま患者登録などへ遷移した場合、受付から戻った時に入院画面ではなく外来面を表示していまし た。 そのまま外来で登録が可能でした。 入院画面へ戻るように修正しました。 これに関連して、受付などで診療行為で入力していた患者番号と違う患者番号の処理を行った場合、診療行為に戻った時の前回患者が、診療行為で入力している患者番号とはなっていませんでしたので、診療行為に戻った時に表示している患者番号を前回患者とするように修正しました。	H25.4.25
23	support 20130409-018	自賠責で登録をされた方を診療訂正で開くと、「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。」というエラー情報が出て、閉じるボタンでそのエラー画面を閉じると読み替えで52点になっていた処置点数が元の点数に戻ってしまうという現象がありました。 処置のみ算定している場合はエラーは出ず、処置とリハを登録している時にこのエラーが出るようです。	労災・自賠責で診療行為の訂正展開時に、投薬の投与量の警告などの警告表示がある場合、処置などが外来管理加算読み替え点数で算定されている場合、「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。」が表示されていました。 展開時に警告エラーとなった場合、外来管理加算(読み替え)の処理を行わなかったことが原因でしたので、展開時は警告チェックを行わないようにしました。	H25.4.25
24		診療行為画面で訂正の展開時、中途データ展開時に表示後すぐに「次頁」「前頁」を押下した時、最初の投薬の月上限回数・月総投与量の警告メッセージが表示されないまま登録していました。 「Enter」や「登録」を押下した時に警告メッセージを表示するように修正しました。		H25.4.25
25		セット登録で、遷移前の診療行為が空白、または労災・自賠責以外の保険を選択していても、労災コードでセット登録できるようにしました。 なお、遷移前の診療行為で労災・自賠責保険を選択中であれば、今までと同 様に健保のリハビリコードはエラーとなります。		H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	ncp 20130402-011	現在訂正診療行為の登録が遅い状況に困っております。 透析の医療機関ですが、新規の診療行為はよいのですが訂正からの登録時に30秒ほどかかります。	診療行為の訂正時の登録処理で診療科履歴の更新に時間がかかることが分かりました。 受診した診療科がひとつで、受診履歴が多い場合の現象となります。 診療科履歴の初診日算定の診療科決定の検索方法を見直しました。 また、訂正で診療科履歴の初診日2に診療科での初診算定がなくても最後の初診算定日を編集することがありましたので、編集しないようにしました。 なお、移行した初診料ダミーが算定履歴に存在する時は、編集することがあります。	H25.5.27
27	kk 30333	H25．4．1より秩父市において子ども医療費支給制度が変更になると、医療機関様より連絡を受けました。	埼玉県秩父市(法別82(重心))の負担金計算対応(社保分) (保険番号:772)(平成25年4月診療分～) 社保分で70歳未満で限度額認定証の提示がない場合に使用してください。 主保険の一部負担金相当額が一般所得の上限額(80100＋@)を超える場合、超える額を患者負担に加算します。 (例)入院 請求点数 55555点 主保険3割 の場合 55555点×10円×3割＝166665円(四捨五入)166670円 80100＋((555550－267000)×0.01)＝82986円 166670－82986＝83684円 (この金額を患者負担に加算) システム管理2010において、772の設定を行ってください。 負担金計算(3)タブの「限度額認定証提示が無い場合の特別計算」を下記で設定してください。 左側の設定:1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算 右側の設定:0 該当公費対象者全員	H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	kk 30237	小児慢性特定疾患(法別52)の大阪市拡大助成のようです。 【内容】 http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000188066.html	大阪府大阪市(法別92(こども難病))の負担金計算対応 (保険番号:192)(平成24年11月診療分～) 1. 患者登録－公費欄の入力について "192"の適用期間(開始日)は、平成24年11月1日以降の日付で登録してください。 2. 患者登録－所得者情報－公費負担額欄の入力について 「入外上限額」「他一部負担累計」の入力を可能とします。 入外上限額については、入院がある場合は入院の自己負担限度額を、入院がない場合は外来の自己負担限度額を入力してください。他一部負担累計については、入力不要です。 3. 負担金計算 自医院分(入院と外来)で自己負担限度額までの負担金計算を行います。 患者食事負担も自己負担限度額に含みます。 システム管理2010において、192の設定を行ってください。 負担金計算(1)タブの「患者登録－所得者情報－月上限額入力」を「2 入外上限額・他一部負担累計を入力する」で設定してください。	H25.5.27
29		前頁・次頁ボタン押下で警告メッセージの表示をしていませんでしたが、表示するようにしました。画面遷移を行わないので警告メッセージを表示しない意味が無くなった為です。		H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	support 20130324-004	夜間・早朝加算を算定した場合　検査全般を入力し確定すると K160”警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認してください”というメッセージがでる。 ”閉じる”をクリックするとメッセージが消え、その後はメッセージが出ることなく最後まで入力できる。 夜間・早朝加算算定時には時間外緊急院内検査加算は原則算定できないと支払い基金からコメント頂いております。 また移行前のubuntu lucid orca 4.6では出なかった症状です。	時間外区分が「1　時間外」「2　休日」「3　深夜」「4　時間外特例」で自動算定する時間外加算コードの算定がある場合に、時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算が算定可能であれば警告メッセージを表示するようにしました。	H25.5.27
31	support 20130329-008	同月内にリハビリテーション料が13単位を超えていないのに警告が表示されます。 実際の同月単位数は4単位です。 この警告表示は「リハビリ発症日から180日以上です。」と「月13単位を超えました」の二つにチェックがかかり表示されているものでしょうか？ それとも、どちらかのチェックに掛かれば表示されるのでしょうか？	疾患別リハビリテーション料を算定日数上限を超えて算定した場合の月13単位警告の回数をすべてのリハビリテーション料で判定していましたので、疾患別リハビリテーションごとに判定するように修正しました。 平成25年4月診療分からの対応となります。	H25.5.27
32	support 20130517-002	H25.2.12に3歳になった患者さんですが、特定疾患の病名をもっており、ずっと継続して来院し、小児科外来診療料を算定していました。 3才になった後も先生が気づかず、電子カルテで小児科外来診療料を入力してORCAに飛ばしたところ、以前は「算定できる年齢でありません」というようなエラーになっていたのが、再診料と外来管理加算に自動で変更になっている。 質問1 小児科外来診療料を3才以上の患者に入力してORCAに飛ばした場合、自動で再診料に変更されるようになったのでしょうか。 質問2 電子カルテで再診料を入力してORCAに飛ばした場合、特定疾患管理料は自動算定されるのですが、今回の小児科外来診療料を飛ばして再診料に変更された場合、特定疾患管理料が自動算定されません。 これはなぜでしょうか。	CLAIMからの中途データ展開で、3歳以上でデータに小児科外来診療料が設定されていた時に、再診料へ変更した場合、病名からの特定疾患療養指導料の自動発生をしませんでした。 小児科外来診療料を再診料へ変更した時も特定疾患療養指導料等の自動発生をするようにしました。	H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33		J038人工腎臓とJ038－2持続緩徐式血液濾過を併せて月14回を超える算定で警告を表示しますが、平成24年4月から追加された「人工腎臓(慢性維持透析濾過)(複雑)」が対象となっていませんでしたので対象とするように修正しました。		H25.6.25
34	ncp 20130606-021	6歳未満の患者、体重8．3Kgです。 自己血貯血液状保存を実施、貯血量80mlを使用しました。 自己血貯血(6歳未満)(液状保存)150327710を数量80mlで入力すると、輸血(乳幼児)加算も足されて5026点と計算されます。 体重1Kgにつき4mlを1単位として算出しますので、患者の体重が8．2Kgであることより、32．8mlにつき250点1単位とし、当該単位またはその端数を増すごとに所定点数を算定する取扱いになると思われます。 3単位750点で計算したいのですが、入力方法はどうすればよろしいでしょうか？	自己血輸血(6歳未満)、自己血貯血(6歳未満)の体重と輸血量による点数計算の対応を行いました。 輸血コードを入力すると患者体重のコメントコード(84000082)を発生しますので輸血数量と患者体重コメントの値(1g単位)を入力してください。	H25.6.25
35	request 20130430-004	22　病名画面で病名の表示順番を移動しました。 その順番が診療行為画面の病名欄に反映しないので反映するようにして欲しいとの事。	病名登録で病名表示順を変更した場合、診療行為画面、外来まとめ画面及びデータチェックの[(D04)データチェックーエラー内容確認画面]の病名表示に反映するようにしました。	H25.6.25
36	ncp 20130618-005	診療行為で次のように入力しレセ電データを支払基金(北海道支部)へ提出したところ、固定点数誤りで増点となりました。 .400 皮膚科軟膏処置(500cm2以上3000cm2未満) アズノール軟膏0．033%　　1.5g ロコイド軟膏0．1%　　1.5g 創傷処置(100cm2未満) ゲンタシン軟膏0．1%　1mg　0.5g　133×1　(処置手技130点+薬剤3点) 補正・査定後の薬剤点数　4×1 診療区分で皮膚科軟膏処置と創傷処置を区切らずに入力するなら、薬剤点数は支払基金の補正のとおり3剤の合計薬価37.335円/10→4点となるべきではないでしょうか？	処置の同一剤に手技料が複数あり、それぞれの手技料に薬剤が入力されている場合、「手技と薬剤が混在しています。手技毎に剤分離するか、剤をまとめて下さい。」のエラーとするようにしました。器材も同様です。 複数の手技と時間外加算コードがある時と同様にレセプトで点数エラーとなる可能性があるためです。 なお、平成25年7月分からの対応となります。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	request 20130508-005	システム管理マスタにて自動算定・チェック機能制御情報にて外来カーソル移動を2診療科で設定しておりますが、21診療行為画面にて患者呼び出し後、診療科にカーソル移動しますが、診療科選択の上、Enterを押下すると、診療行為を残すか選択確認Msg画面が表示の後、診療行為入力コード画面までカーソルが移動してしまい、その診療科に属するDr選択を改めてマウス操作の上選択しなおさなければならない為、手間である。 Enter押下の後に職員情報Dr専門科コードに紐付いてDr選択できるようにDr選択箇所へ移動してほしい。もしくはDr空白の上、Drコードを手入力できるようにして欲しい。また、現状診療科選択の上、Enter押下せず、tabキー2回でDrコードを手入力しEnter押下した場合には診療科がデフォルトの表示の診療科になってしまい、職員情報にて医師の専門科コードで登録しているが、Dr名に診療科に結びついて画面展開しない為、それらをDr名からも紐付けて診療科が展開できるようにしてほしい。	システム管理の外来カーソル移動の設定により、診療科の次にドクターにカーソル移動を行うようにしました。	H25.7.25
38	request 20120705-005	外来で請求書を出力した際に、未収金があると「前回請求額」欄に金額が表示されてきます。 再発行時のマスタ設定の様に、最初から「前回請求額」欄に表示させない設定を作って頂きたいです。	外来請求書兼領収書のプログラムオプションに前回請求額の印字をしない設定を追加しました。	H25.7.25
39	support 20130703-017	ORCAデータベース内の併用禁忌のマスタと思われるデータを参照したところ、二つの薬剤[A-B][B-A]それぞれで異なるデータが登録されているように見受けられます。 弊社で確認した薬剤の一例 A:クレストール B:ベザレックス ORCA画面上でA→B、B→A何れの順番で薬剤を入力しても、症状と作用機序内容は[A-B]の内容のものしか表示されません。 併用禁忌のマスタに関して、画面に表示するための優先順位や条件がありましたら教えて頂けますでしょうか？	医薬品の投与順序については厳密に考慮せず、該当医薬品の添付文書の禁忌情報をすべて確認できるようにしました。 方向については、禁忌薬剤名称の1桁目に、「→」「←」を表示するようにしました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40	kk 30898	843札幌市障害医療費の上限設定は、院内6,000円、院外3,000円 になっていますが、札幌市・保険企画課に確認したところ、通常、院内の医療機関でも、処方がない場合は上限が3,000円になるということでした。 オルカは、診療行為の「院内/院外」で判断しているようですので、処方がない場合は、院内を院外に変更後会計を登録してもらっています。 ただし、その後院内で処方があれば上限6,000円になるようですので、月の初めに院外にしてしまうと、院外の3,000円が上限になってしまいます。 障害児の通院が多い医療機関のため、作業がとても煩雑になってしまうので困られています。	＜計算例＞外来 協会(3割)＋地方公費 (「院内」で診療行為入力) (「月－院内－上限額」6000円・「月－院外－上限額」3000円) (「1「院内」分のみで、該当月に処方がある場合」で設定) ＊1日目 1645点 (処方なし) 2645点×10円×0.3＝7935円(四捨五入)7940円 患者負担3000円 (処方がない為、「月－院外－上限額」を参照して負担金計算を行う) ＊2日目 313点 (処方あり) 313点×10円×0.3＝939円(四捨五入)940円 患者負担 940円 (処方がある為、「月－院内－上限額」を参照して負担金計算を行う) (2日目は最大で3000円(月上限額6000円－1日目3000円)までの患者負担が発生する可能性がある) ＜重要＞ 該当月の「初回の処方日」が診療2回目以降である場合は、必ずその日以前の診療分について再計算が必要となります。 月全体を「月－院内－上限額」を参照して負担金計算を行う必要がある為です。 上記例では、1日目の再計算を行うと、患者負担が3000円から5060円(6000円－940円)に変更になります。	H25.7.25
		システム管理2010機能追加 負担金計算(1)タブに、「月－院内－上限額」参照条件(外来)の設定項目を追加しました。 ＜設定項目＞ (左側) 0「院内」分のみの場合 1「院内」分のみで、該当月に処方がある場合 (右側) 0 該当公費対象者全員 ※デフォルトは(0、0) ＜項目説明＞ 0:「院内」分のみの場合に、保険番号マスタの「月－院内－上限額」の設定額を参照し、外来の負担金計算を行う。 1:「院内」分のみで、該当月に処方がある場合に、保険番号マスタの「月－院内－上限額」の設定額を参照し、外来の負担金計算を行う。		

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41	kk 30954	兵庫県尼崎市のユーザー様より、平成25年7月1日開始の新制度の資料を頂きました。 糖尿病の診療分に限り、月2万円(院外処方の場合は1万円)までは尼崎市が負担し、超過分を患者様が負担するということです。 システム管理2010機能追加 負担金計算(1)タブに、 設定額を助成する負担金計算(外来) 設定額を助成する負担金計算(入院) の設定項目を追加しました。 ＜設定項目＞ (左側) 0 設定なし 1 設定額を助成する(設定額超の金額を患者負担とする) (右側) 0 該当公費対象者全員 ※デフォルトは(0、0) ※13東京(保険番号182、382) ・・・(1、0) 　14神奈川(保険番号182)　　・・・(1、0)	＜項目説明＞ 0:設定額を助成する制度でない。 1:負担金計算において、主保険の患者負担相当額、又は上位公費の患者負担相当額の内、保険番号マスタ設定額(外来「月－院内－上限額」又は「月－院外－上限額」の該当する方。入院「月－上限額」)を助成する。設定額を超える金額は患者負担とする。 ＜計算例＞外来 協会(3割)＋地方公費 (「院外」で診療行為入力) (「月－院外－上限額」10000円) (「1 設定額を助成する」で設定) ＊＊1日目＊＊ 2645点 2645点×10円×0.3＝7935円(四捨五入)7940円 患者負担 0円 助成額 7940円 ＊＊2日目＊＊ 913点 913点×10円×0.3＝2739円(四捨五入)2740円 患者負担 680円(2740円－2060円) 助成額 2060円	H25.7.25
42	ncp 20130710-019	まとめ入力の画面から診療入力し、確認画面で「shift+F1プレビュー」すると「接続が切れました。」と出てオルカの画面が終わる。 ubuntu10.04 orca ver.4.7.0でお使いいただいてます。 社内検証で上記入力してみたところ、 ubuntu10.04 orca ver.4.6.0→プレビュー画面で帳票を確認出来ました。 ubuntu10.04 orca ver.4.7.0→「接続が切れました。」 ubuntu12.04 orca ver.4.7.0→プレビュー画面で帳票作成中で画面表示されない。となりました。	外来まとめの診療行為確認で、「プレビュー」ボタンをクリックすると異常終了していましたので、レセプトプレビューを行うように修正しました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	request 20120817-001	院外処方を行っている場合、宣言コード「.142　在宅材料」で材料を入力すると処方せんには材料が印字されませんが、[前回処方]から処方せんを発行した際には在宅材料が印字されるようになっています。 「.142　在宅材料」で入力している材料については処方せんに印字されないようにしてほしい。	外来の前回処方で院内・院外投薬が混在している受診履歴から各帳票を印刷する時、院外分のみ対象とするようにしました。	H25.7.25
44	診療行為ー禁忌薬剤一覧表示	7/25のパッチ適用後のようですが、薬剤と併用禁忌でユーザ側で登録したものの場合に、禁忌薬剤一覧の禁忌対象薬品名の先頭文字が表示されません。	診療行為の禁忌薬剤一覧で、チェックマスタで登録した禁忌の時、選択した禁忌対象薬品名の名称の頭1文字が削除されていましたので修正しました。	H25.8.27
45	support 20130805-012	労災対象患者 P02D労災自賠保険入力　四肢特例区分　1、四肢 診療区分　80リハビリ 入力内容　摂食機能療法　185点 上記の入力をしたときに、摂食機能療法も四肢加算(10180010労災(1.5)(リハビリテーション))がついてしまいます。 摂食機能療法は四肢加算の対象ではないので、自動出力される加算分を消したいのですが消すことができません。	労災の診療行為でリハビリテーションの摂食機能療法・視能訓練にも「労災(1．5倍)(リハビリテーション)」の自動算定を行っていましたので、算定できないようにしました。 手入力でもエラーとなります。 疾患別リハビリテーションのみ労災四肢加算の対象とします。	H25.8.27
46		初診・再診料を自動発生する設定において、電話等再診を手入力した場合に再診料加算の自動発生を行うようにしました。		H25.8.27
47		時間外診療時の、時間外緊急院内検査加算等の算定なしの警告表示の有無をシステム管理で設定可能としました。		H25.8.27
48	request 20130802-005	診療行為入力におけるDO検索の(K09)診療行為入力-診療行為選択画面に、059000000?059999999のコードで作成してあるその他材料の数量が表示されていないので、薬剤やフイルム等と同じように数量まで表示させてほしいとの要望がありました。	ユーザが設定する器材(059nnnnnn)を診療行為で入力後、DO・会計照会で展開した時に数量を表示していませんでしたので、数量を表示するように修正しました。	H25.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	kk 31128	山口県　福祉医療費請求書 福祉請求書に関しては正常な数字に更新されました。 なお、新たな質問として福祉請求書の一部負担金が1005円になっていますが、ORCAにて患者様の請求額は1510円のままです。 この部分についての対応は不可能でしょうか？	例2)外来、実日数1日 主保険＋781 請求点数5551点 5551×10×0．3＝16653 16653÷3＝5551 16653－5551＝11102(四捨五入)11100 ＜患者負担＞11100円 例3)外来、マル長併用、実日数1日 主保険＋781＋972 請求点数5551点 5551×10×0．3＝16653 16653＞10000なので、患者負担相当額10000円 10000÷3＝3333．333(1円未満四捨五入)3333 10000－3333＝6667(四捨五入)6670 ＜患者負担＞6670円	H25.8.27
		山口県宇部市子ども医療(保険番号781)負担金計算対応 (平成25年9月診療分以降で対応) 負担金の計算方法を2割計算から主保険又は上位公費の患者負担相当額(1円単位)の1割を助成する計算に修正しました。 ※平成25年8月診療分までの【限度額認定証の提示がある場合】や【マル長又は他公費併用がある場合】の患者負担については、必要に応じて調整金で対応をお願いします。 計算式: 例1)入院、70歳未満現物給付(限度額認定証:所得区分 一般) 主保険＋781 請求点数55551点 80100＋(555510－267000)×0．01＝82985 82985÷3＝27661．666(1円未満四捨五入)27662 82985－27662＝55323(四捨五入)55320 ＜患者負担＞55320円	例4)外来、全国公費併用、実日数3日 精神通院の自己負担限度額5000円 【1日目】主保険＋021＋781 請求点数1237点 1237×10×0．1＝1237 患者負担相当額1237円 1237÷3＝412．333(1円未満四捨五入)412 1237－412＝825(四捨五入)830 ＜患者負担＞830円 【2日目】主保険＋021＋781 請求点数1237点 1237×10×0．1＝1237 患者負担相当額1237円 1237÷3＝412．333(1円未満四捨五入)412 1237－412＝825(四捨五入)830 ＜患者負担＞830円 【3日目】主保険＋021＋781 請求点数3000点 3000×10×0．1＝3000 5000－(1237＋1237)＝2526 3000＞2526なので、患者負担相当額2526円 2526÷3＝842 2526－842＝1684(四捨五入)1680 ＜患者負担＞1680円	

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50	ncp 20130731-009	医保の特定疾患療養管理料と労災の再診時療養指導料の同時算定についてなのですが、文書では同時算定不可と書かれているのですが、ある医療機関様で厚生支局と労働局にその件で問い合わせをかけると、両方算定してよいと言われたそうです。 両方算定できるような設定は可能でしょうか？	1. 労災・自賠責保険の時 「101130190 再診時療養指導管理料」を入力時に、 「113001810 特定疾患療養管理料」が当月に算定済みの時、「警告！上記算定済みです。労災では併用算定はできません。保険の確認をして下さい」を表示します。 また、「113001810 特定疾患療養管理料」を入力時に、 「101130190 再診時療養指導管理料」が当月算定済みの時も同じ警告メッセージを表示します。 2. 健保(労災・自賠責保険以外)の時 「113001810 特定疾患療養管理料」を入力時に、 「101130190 再診時療養指導管理料」が算定済みでも警告表示はしません。	H25.8.27
51	ncp 20130902-002	生活習慣病管理料を算定しており、院外処方をされている方の点検用レセプトで薬剤が表示される方とされない方がいます。 .149で在宅材料が入っている方は点検用レセに薬剤が記載されず、入っていない方は記載されていました。 なにか登録がいけないのでしょうか。	外来の診療行為入力で、投薬が包括対象となっている時、ユーザ器材コード(059XXXXXX)の入力があった場合に下行で診療種別が「.210 内服薬剤」等で院外処方となる剤がすべて包括剤となっていました。 院外処方は包括対象外ですが、包括剤となっていたので点検用レセプトの対象外となっていました。 院外処方は包括対象としないように修正しました。	H25.9.25
52	kk 31327	H25.8.27に提供された山口県公費のプログラム修正を弊社で検証しましたところ、 主保険＋781＋他制度 で入力した場合、対応内容のような公費一部負担金の計算にはならないようです。	山口県宇部市子ども医療(保険番号781)広島県対応 広島県においても、山口県宇部市子ども医療(保険番号781)の負担金計算対応を行いました。 (平成25年9月診療分以降で対応) 計算方法は山口県と同様です。 ※診療行為-49(平成25年8月27日)を参照してください	H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	9/6 算定履歴コメント	算定履歴から保険組合せ空欄でリハビリ開始日およびコメントを登録後、労災の保険組合せを入力して更新すると、登録したコメント内容がクリアされてしまうのですが、現状の仕様でしょうか。	1. 算定履歴の履歴登録画面(K061)で各リハビリテーション開始日の算定日、または保険組合せを変更した時に、リハビリコメントの登録があった場合は「算定履歴が変更となります。リハビリコメントは削除します。よろしいですか？」と確認メッセージを表示するようにしました。 「OK」で算定履歴の変更とリハビリコメントの削除を行います。 また、終了日付があればリハビリコメントの登録がなくても区分に「コ」を表示していましたので、リハビリコメントの登録がある場合のみに「コ」を表示するようにしました。 2. 履歴登録画面(K061)で複数日に算定があるコードを選択し「F12　登録」を押下した時、「算定日が複数日登録されています。この画面で更新はできません。」とエラーメッセージを表示するようにしました。 そのまま登録できていた為、算定履歴の算定日に不整合が発生していました。 3. 算定履歴画面(K06)で算定履歴の保険組合せを変更した時はエラーとするようにしました。	H25.9.25
54	support 20130921-002	診療行為画面におけるエラーの原因とその対処方法について、お問合せ頂きました。 対象となるデータは、おそらく、院内処方の減点コードだと推測しておりますが、エラーメッセージの原因と、対処方法について、分からないので教えて下さい。 ■エラーメッセージ内容 エラーコード:0224 減点分の診療区分の合計点数がマイナスとなります。 減点点数を変更して下さい。	診療行為の複数保険の指定で、#0001、#0002を交互に入力して内服投薬を算定した時、#nnnnの指定が7つ以上となった時、内服逓減の計算でエラーが発生していましたので修正しました。 また、#nnnn毎に逓減の剤を作成していましたので、保険組合せ番号毎に1件の逓減の剤を作成するようにしました。	H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	ncp 20130820-016	「1014包括診療行為設定情報」で「501療養病棟入院基本料」の包括算定方法「1包括算定する(会計データ作成)」に設定している医療機関様よりお問い合わせいただきました。 orcaバージョンアップ前は療養病棟で「21診療行為」画面で包括診療入力した時は青文字で表示していたのに、バージョンアップ後黒文字で表示されており、非常にわかりづらい。 確認したところ、サーバで入力した場合には青文字で表示されていますが業務は全てWindows端末を使用される医療機関様のため早急に対応をお願いいたします。	診療行為画面の包括項目の青色表示、患者禁忌薬剤の赤色表示について、Windowsマシンの対応ができていませんでしたので色表示となるように修正しました。	H25.10.28
56	kk 31581	滋賀県福祉医療費について対応お願い致します。 添付しました資料の※2)通院の場合、1診療報酬明細当り500円となっております。 入院の場合は、1日1000円、月額14000円限度となっています。 例)182　障老負有　外来の場合500円/月です。 月中でA国保からB国保になった場合 A国保+障老負有で500円/月 B国保+障老負有で500円/月となりますが ORCAでは A国保+障老負有で500円/月 B国保+障老負有では、負担金は発生しません。 また、Ver4.7.0の91-101-2010　負担金計算(1) 月途中受給者証変更時負担金計算を4に設定した場合は、外来も入院も別々に負担金が発生します。 外来のみ1診療報酬明細当り500円を発生です。	滋賀県地方公費負担金計算対応 システム管理2010の「月途中受給者証変更時負担金計算」の設定で 外来・・・保険者変更時を除き、変更前の負担を考慮する 入院・・・保険者変更時も含めて、変更前の負担を考慮するが可能となるよう対応しました。 例:外来(月途中保険者変更) 主保険A＋182（患者負担500円） 主保険B＋182（患者負担500円） (重要) システム管理2010の「月途中受給者証変更時負担金計算」の設定に「6 変更前の負担を考慮する(入院は1と同様、外来は4と同様)」を追加しましたので、設定を行い、負担金計算を行ってください。	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	request 20130613-002	(K062)算定履歴照会-リハビリコメント登録 画面 のリハビリコメント毎に登録できる「終了日付」ですが、ここに入力登録してしまった「終了日付」を削除することができるようにしていただけないでしょうか？ 現状、一旦すべてのリハビリコメントを削除して改めてリハビリコメントを入力し直すか、同じリハビリコメントを空いている行に追加入力するしかないようですが、いかがでしょうか？	算定履歴のリハビリコメント登録画面で、コメントの終了日に登録をした後、終了日に空白を入力しても終了日の削除ができませんでしたので修正しました。	H25.10.28
58		労災電子化加算の労災認定別(労災保険組合せ別)に算定履歴を作成する対応を行いました。		H25.11.5
59	11/1 統計データ　手技点数	統計データを出力したときに、手技点数1と手技点数2が同じ点数で記録されるレコードがあるのですが、この項目の違いについて、ご教授いただけますと幸いです。	診療行為の登録で、診療会計テーブル(tbl_sryacct_main)のsyuten2に必要のない点数も編集していましたので、労災の外来管理加算読み替え対象の点数、画像診断のフィルムのみ編集するように修正しました。	H25.11.26
60	request 20130509-004	公務災害について、京都の公務災害の場合に、再診料加算については23点を算定されている状況です。 ORCA側では点数マスタには存在しないように思われます。 京都府・京都市の地公災特別加算についてご対応いただけませんでしょうか？ 初診料加算　61点 同一日他病別診療科初診料加算 (2つ目の診療診療科に限る)　30点 再診料加算　23点 救急医療管理加算の加算　入院　100点 外来　20点 再診時療養指導料加算　15点	京都府での地公災特別加算のマスタを追加し、負担金計算及びレセプト記載対応を行いました。	H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
61	ncp 20131121-017	入院患者初回加算についてお尋ねします。 11月10日に外来で診察があり生化1の検査を15項目しました。 同日、入院になり11月15日に生化1の検査を15項目しました。 その場合、入院患者初回加算を自動算定しません。 診療行為画面で、「入院患者初回加算」を手動で算定することは可能でした。 システム管理の設定は、「入院患者初回加算」は「自動算定する」になっています。 外来診察と同日で入院になった場合は、手動で算定する方法でいいでしょうか。	入院で生化学的検査(1)の入院時初回加算を自動発生する時、入院日に外来で生化学的検査(1)判断料を算定していた場合、入院日の翌日に生化学的検査(1)(入院後初回)を入力した時に入院時初回加算を自動発生しませんでした。 入院日より後に初回の検査入力をしても自動発生するように修正しました。	H25.11.26
62		後期高齢者が月途中で他県に転出した場合の一部負担金の取扱いについて	後期高齢者の月途中県外転入出時の外来負担金計算について、保険者変更前の患者負担を通算しないよう修正しました。 (平成24年4月診療分以降) 例)後期高齢1割(39131057)から後期高齢1割(39141023)へ12月5日に保険者変更 ＜外来負担金計算＞ 12月1日 請求点数15000点 患者負担12000円 12月8日 請求点数20000点 患者負担12000円 (保険者変更前の患者負担を通算しない為、自己負担限度額まで患者負担が発生する)	H25.12.4
63	request 20120704-001	大阪府八尾市においても国民健康保険一部負担金減額証明書が金額記載になっています。大阪府国保連合会様へ確認しましたところレセ電データでも減額金額を入れるところがあるはずなのでそこへ金額を入れて請求して下さいとのことでした。ORCAは現在、「961減額(円)」の入力ができません。オンライン請求をされている医院様ですのでご対応をお願い致します。	医療費減免制度(一部負担金の減免制度)について、減額(金額)設定での減免を可能としました。 減額する金額を設定し、設定内容に応じた負担金計算・レセプト記載(記録)対応を行いました。	H25.12.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
64	support 20131210-027	「登録した初診算定日が消えてしまう」という件で、 対象の患者様において、診療入力の流れは以下となります。 (同一日での作業での現象です) ー自費診療ー 1. ORCAにて患者を自費保険で受付。電子カルテにて診療行為登録 2. 電子カルテのDBS連携にて送付された自費保険の診療行為を「クリア」にて削除 3. フリーコメントのみを手入力にて登録し、自費診療の会計を登録 ー保険診療ー 4. ORCAにて患者を一般保険で受付、電子カルテにて診療行為登録 5. 同じく送信された一般保険の診療行為を中途表示より選択 6. 初診料が表示されている為初診コードの後ろに当日の日付を入力 7. 初診算定日が登録され、診療内容をクリアとする ※ この時点で、初診算定日の表記がある 8. 電子カルテの診療内容を手入力にてORCAに入力し会計登録 ー再表示ー 9. 再度患者を表示すると、「初診算定日の表示が無い」 10. 該当の患者は、当日は同日再診となり、翌日移行は初診となる	外来の診療行為で、最初の受診履歴が自費などで診察料の算定がなく、次の受診で自動発生した初診料の横に初診算定日を設定して、初診算定日を登録する場合に不具合がありました。 登録済みの受診履歴の診療科以外の診療科で初診算定日を設定すると診療科履歴を作成しませんでしたので、登録済みの受診履歴の診療科履歴に初診算定日を設定するようにしました。	H25.12.24
65	support 20131216-004	診療行為の入力時と訂正時での点数差異について 閉鎖循環式全身麻酔5だけで所定点数8300点となるのですが、会計照会で剤登録されている点数が1361点となっています。 訂正時に警告メッセージが表示され、「閉じる」とすると正しい点数になるそうですが、原因について調べる方法はありますでしょうか。	閉鎖循環式全身麻酔を2行入力した後、1行目の閉鎖循環式全身麻酔を削除して下の閉鎖循環式全身麻酔の時間を変更しなかった場合、点数計算で不具合が発生していました。 複数の閉鎖循環式全身麻酔を削除して1つになった時に時間の変更がなくても正しい点数計算をするように修正しました。	H25.12.24
66	request 20131003-001	血液検査項目にございます総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)を同時に入力した場合、以前は重複算定不可のエラーがかかりましたが現在は同時入力しても算定できてしまいます。	診療行為入力で検査の重複チェックを追加しました。 不飽和鉄結合能(UIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)の主たるもの一つのチェックを行うようにしました。	H26.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
67		入院の診療行為入力で、「.731 造影剤・注入手技(点滴)」で点滴手技料を算定した日より後の日で、「.731 造影剤・注入手技(点滴)」で点滴手技料と「.330点滴」と薬剤(点滴手技料の算定可)を入力した時、登録時に点滴手技料を自動算定することがありましたのでエラーとするように修正しました。 また、「.731 造影剤・注入手技(点滴)」の点滴手技料と「.330点滴」と薬剤(点滴手技料の算定可)を同時に入力した時のエラーメッセージを、「点滴手技料が算定ができます。造影剤注入の点滴手技は算定できません」としました。		H26.1.28
68	support 20140129-022	入院会計においてはまとめて送信して会計を行っているのですが、取込んだ会計を登録できないという現象が発生いたしました。 診療行為入力画面から中途表示から会計を取込み、「登録」ボタンをおすとORCAクライアントがフリーズしてしまい、jma-receiptの再起動を行わないと再接続もできない状況となってしまいます。	診療行為入力で、薬剤コードの入力がない投薬の剤があり、全体で300行以上の入力があった場合、「F12　登録」押下を行うとフリーズしていましたので修正しました。	H26.2.25
69	初診算定日エラー表示	在がん医総を初診日から算定する際に、初診料は算定できないのでダミー等で入力後、訂正で展開するとエラーが表示されます。 警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録して点数を変更して下さい。 このメッセージが表示され、閉じるを押下しますと初診料が算定されていません。初診料を算定後、算定して下さい。とエラー表示されます。 翌日以降の入力や訂正ではエラーは表示されません。 初診算定日の日付は入っていますが、このエラーが出るのは何が原因でしょうか。	診療行為で新規患者に「在がん医総」を算定する為に、当日に初診算定日をダミーで設定した場合、訂正時に初診算定日未登録のエラーとなっていましたので修正しました。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	ncp 20131226-011	自賠責保険の患者様で、小児科外来診療料を算定したい場合の入力の仕方を教えてください。 小児科外来診療料が取れないことはわかりました。 そこで、[労]初診コードを入れてみましたが、「小児科外来診療料以外です」と出て入力できません。 小児科外来診療料のコードを入れると、「労災保険の診療コードを入力してください。」と出て入力できません。 初診コードを入れても「小児科外来診療料以外です」と出て入力できません。 設定が何か影響しているのでしょうか？	システム管理の外来初診・再診料を「0　算定しない」と設定している時、当月に小児科外来診療料が算定済みの場合に、自賠責保険で初診・再診料の手入力ができないことがありました。 診療行為で初期表示した保険が自賠責以外で、保険組合せを自賠責に変更後、労災コードを手入力した時にエラーとなっていましたので修正しました。	H26.2.25
71	kk 31358	保険組み合わせの負担割合につきまして 以下の現象がありましたのでご確認いただけますでしょうか。 保険番号マスタの設定で本人タブの設定を行わず、低所得タブのみ設定を行う場合があります。 (兵庫県保険番号141:低所得者のみ資格を有する為) 例えば、低所得の患者で診療行為、請求確認画面の「保険7割＋保険番号141」の保険組み合せの負担割合は「10%」となりますが、負担割合が表示されません。 仮に保険番号141の本人タブの負担割合を「20」とした場合、該当保険組み合わせの負担割合は「20%」となります。 負担金計算は負担割合が表示されない場合も「20%」と表示される場合も正しく「10%」で計算を行う為、表示上のみの問題になります。 表示を変えることは出来ますでしょうか。	負担割合表示に関する修正 例)兵庫県地方公費141・281 現状は、患者登録－保険組合せ履歴で保険組合せを選択すると表示される「通常」欄の負担割合を元に、診療行為入力画面・請求確認画面・請求書兼領収書等の負担割合表示を行っていますが、保険番号マスタの設定で、本人タブと低所得・低年金タブの負担割合の設定が異なる地方公費を併用する保険組み合わせを使用し、かつ、低所得・低年金に該当する場合、正しく負担割合の表示がされていませんでしたので修正しました。 患者登録－保険組合せ履歴 ・「低所得」欄の負担割合を表示する条件 (1)システム管理1001－地方公費保険番号タブ区分が「1有効」である事 (2)低所得タブの設定が「0使用しない」以外の設定となっている事 ・「低年金」欄の負担割合を表示する条件 (1)システム管理1001－地方公費保険番号タブ区分が「1有効」である事 (2)低年金タブの設定が「0使用しない」以外の設定となっている事	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
72		労災・自賠責はり・きゅう及び施術加算対応 (平成25年7月診療分以降) はり・きゅう及び施術加算に関する負担金計算・レセプト・診療費明細書・カルテ3号紙の対応を行いました。 101801010 はり・きゅう(1術) ＜2550円＞ 101801020 はり・きゅう(2術) ＜3950円＞ 101801030 施術加算 ＜20%加算＞ (計算例) . 800 101801010 はり・きゅう(1術) 101801030 施術加算 2550円X0. 2＝510円 2550円＋510円＝3060円		H26.2.25
73	ncp 20140217-004	(K01)診療行為入力-患者番号入力画面で診療日を変更したところ、過去に受診歴がない患者様の場合、診療科の番号が消えてしまい、診療科を選択し直さなければならなくなる	診療行為の(K01)患者番号入力画面で、カレンダーで日付を遡った時、最初の受診履歴より前の日付を選択した場合に、診療科コードと保険組合せ番号を空白で表示していました。 診療科コードはリストの1件目、保険組合せ番号は変更しないように修正しました。	H26.2.25
74	request 20130823-004	診療行為の入力画面において、スクロールバーが出て、次頁、前頁ボタンをおさずして全て閲覧できるようになったのは良いのですが、画面上、まだ、入力可能な行はあるのに、勝手にスクロールが移動されてしまい、先に入力した内容を見ながら入力するのに、結局、スクロールして位置を戻さなければならず、手間です。なんとかしてほしい。とのご相談がありました。 ■具体な操作の実例 入力枠がまだ、4行開いているのに、自動的にスクロールされる。 移動した分、先の内容を確認する為に、スクロールバーの位置を戻さなければならない。	入力明細数が表示枠明細数を超える場合、最終行のカーソル位置を画面最下行に移動させるようにしました。 エラーや警告等で最終行以外へカーソルを移動する場合は画面中ほどに移動します(現行通り)。 また、最終行でない明細の数量などを訂正した場合は、Enterで訂正明細行を画面中ほどに移動します(現行通り)。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
75	外来まとめ画面データチェック	外来まとめ入力のチェック画面でデータチェックの表示が正しくないようです。 戻るを押下する度に頁数が増えますが、最終頁しか表示されず患者IDオール0　患者氏名空欄、結果もエラーとなる項目はありません。 となります。	外来まとめ画面データチェックから起動するシェルの参照先について、パッチ対応の考慮が漏れていましたので修正しました。	H26.2.27
76		第三者行為の負担金額10円未満四捨五入対応 ＜1＞システム管理1001に設定項目追加 (1)第三者行為の(医療費)負担金額計算設定を追加 第三者行為(医療費)負担金額計算区分 1 負担金額10円未満四捨五入 2 負担金額10円未満端数処理なし ※デフォルト設定値は、「2」とする。 (2)請求額端数区分に第三者行為の設定を追加 第三者行為(減免無・保険分) ・・・コンボの設定内容は他の保険分と同様 第三者行為(減免無・自費分) ・・・コンボの設定内容は他の自費分と同様 ※デフォルト設定値は、自賠責の設定値とする。 ＜2＞負担金計算 第三者行為(医療費)負担金額計算区分を「1」で設定した場合、【患者請求する】で登録した第三者行為の患者について、(医療費)負担金額を「10円未満四捨五入」で計算する。 補足 (1)【患者請求する】で登録した第三者行為の患者について、診療済分があれば必要に応じて再計算を行ってください。 (2)第三者行為(医療費)負担金額計算区分を「1」で設定した場合 請求額端数区分 第三者行為(減免無・保険分)の設定を「1 10円未満四捨五入」で設定する必要はありません。 (3)レセプトは1円単位で、窓口は10円単位としたい場合 第三者行為(医療費)負担金額計算区分を「2」、請求額端数区分 第三者行為(減免無・保険分)を「1」で設定すれば可能となります。	＜3＞)レセプト記載 第三者行為(医療費)負担金額計算区分を「1」で設定した場合、以下のレセプト記載とする。(【患者請求する・しない】に関わらず) ・医保レセプト 一部負担額(負担割合相当額)は、10円単位で記載する。 (外来分は、診療毎の10円単位の積み上げとする) ・自賠責レセプト 一部負担額(負担割合相当額)は医保と同じ。 社会保険への請求額も10円単位で記載する。 ((医療費－一部負担額)の金額とする)	H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
77		公務災害(労災準拠)の点数単価設定を可能とし、設定内容による負担金計算やレセプト記載を行うようにしました。		H26.3.24
78		労災・自賠責の保険外併用療養費(初診時自己負担金)対応 ・負担金計算 労災自賠保険適用分(円)の「その他」欄に金額を集計します。 ・レセプト 金額項目集計欄の「その他」欄に金額を集計します。 ＜重要＞ 101801040保険外併用療養費(初診時自己負担金)の点数マスタの金額は「99999」となっていますので、各医療機関にて金額を変更し使用してください。		H26.3.24
79	ncp 20140315-002	同一日に「心電図2回」実施。 　ECG12・・・・130点 　ECG12　検査逓減・・・・117点 別の日に「携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図1回」実施 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図　検査逓減・・・・135点 全て登録はきちんと出来ますが、心電図2回行った日を診療行為訂正画面で表示すると「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。」とエラーが出て 　ECG12　検査逓減・・・・117点 が削除されてしまいます。	診療行為で、月2回目から逓減を行う検査を複数の検査で算定した時、訂正で逓減のある検査を展開した時、診療日が別の検査の最初の算定日より前であった時に逓減されませんでしたので修正しました。	H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
80	support 20140324-024	保険/記号/番号 国保 060004 / 4 / 23 971 労災保険 / 短期給付 / 足 3月24日第30回プログラム更新後から、4月1日以降の診療日にて、保険を労災に変更時、再診料が自動で挿入されません。 手順 1. K02診療行為入力画面にて、患者番号を入力 2. 保険選択のプルダウンリストをクリック 3. デフォルトで選択されている国保から労災保険に変更する 再診料の入力コードが自動挿入されません。 そのため、時間外対応加算が入力された行にて「手技料を入力してください」とのエラーメッセージが出ます。 また、その後プルダウンにて保険を国保に選択しなおすと、労災保険選択時の一部の診療行為が残ったままになります。 患者番号を入力した後、クリアボタンをクリックし、診療行為を空にして、労災保険を選択すると再診料が自動で挿入されます。 国保から労災保険に変更する際、再診料が自動で挿入されるよう修正をお願いします。	4月診療分以降の入力で保険を健保から労災へ変更した時に、再診料が自動発生せず、時間外対応加算等の加算のみを自動発生していましたので、正しく自動発生するように修正しました。	H26.3.27
81	ncp 20140326-018	2014年4月からの新設項目である、『114023070在宅療養実績加算(在宅患者訪問診療料)』について。 この点数は『114012910在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等以外入居者)』の診療コードを入力すると自動発生し、削除不可となっています。 当方では『114023070在宅療養実績加算(在宅患者訪問診療料)』は在宅ターミナルケア加算への加算であると解釈しておりますが、この解釈が正しければ『114012910在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等以外入居者)』と『114018370在宅ターミナルケア加算(在支診等)』を算定する場合に限り、『114023070在宅療養実績加算(在宅患者訪問診療料)』が入力可能なように自動発生を解除し、診療コードを入力して算定することになるのではないでしょうか？	在宅患者訪問診療料(同一建物居住者)(特定施設等以外入居者)の入力で、在宅療養実績加算(在宅患者訪問診療料)を自動発生していましたが自動発生しないように修正しました。	H26.3.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	support 20140320-005	創傷処置100cm2未満(45点)であれば2013年5月13日にマスタを更新しておりますが、創傷処置100cm2以上500cm2未満 (55点)については、もともと非包括の設定で提供しており、包括CDにも項目がないため、包括算定となる原因がわかりません。(電子点数表 2013年更新分の内容についても見あたりません。) 現在は訂正展開したあとに登録すると非包括となるようです。	入院の包括算定チェックで、診療区分が「1　包括する」と設定されている時、包括対象外の診療コードを入力しても、下に「＊」で算定日をまとめ入力した場合、包括対象となっていました。 正しく包括チェックするように修正しました。	H26.3.27
83	ncp 20140328-035	処置の時間外加算について、150点以上のものは加算2、1,000点以上のものは加算1が算定可能ですが、それに該当しない耳垢栓塞除去(複雑)(片)100点を時間外の環境設定にして入力すると加算2が発生します。その他の150点以下の処置コードを入力すると加算は発生しないのですが、こちらで正しい解釈でしょうか。	処置の時間外加算の自動発生の判定に、マスタの時間加算区分を判定していましたが、点数が150点以下でも時間外加算を自動発生するようになりますので、点数で判断をするように修正しました。 マスタの時間加算区分が、乳幼児加算を含めた点数が150点以上の時に「1時間外算定可能」とされたようです。	H26.3.31
84	ncp 20140329-008	最新のパッチがあたっている病院様から、療養棟病棟に入院している患者様で投薬を*/でまとめ入力すると包括の対象外になってしまうとお問い合わせがありました。	入院の包括剤判定で、投薬の包括剤に「*/2-10」等の日付指定をした場合、包括対象外となっていました。 正しく包括算定するように修正しました。	H26.3.31
85	ncp 20140401-092	電子カルテから1歳の患者の診療行為[初診]を送信し、ORCAの中途表示から開いたところ、初診料と乳幼児加算のままで、小児科外来診療料が自動算定されない。 再診の患者については、電子カルテから再診で送信しても、ORCAの中途表示で開くと小児科外来診療料に切り替わっていて動作上問題ないそうです。 上記について、0121の施設基準のフラグが立っていること、「1014 包括診療行為設定情報」の「202 小児科外来診療料」の設定も問題ありませんでした。 初診だけが自動で切り替わらない条件等はございますでしょうか。	システム管理の「9000　CLAIM接続情報」の外来診療料展開が「0　標準変換」と設定されている時、小児科外来診療料が算定可能な患者に初診料を送信した場合、中途データ展開時に初診料をそのまま展開しています。 3月まではエラーとなりますが、4月からはエラーとなりません。 小児科外来診療料が算定可能な患者については、システム管理の設定に関係なく、診察料を変換するようにしました。 初診料を算定したい場合は、展開後に「.113」を入力して小児科外来診療料を初診料へ変換して下さい。	H26.4.2

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
86		入院調剤料の自動発生で、「099999903 出来高算定(剤)」「099999908 包括算定(剤)」と入院調剤料を手入力して登録した場合、入院調剤料を自動算定する時に優先するようにしました。 入院調剤料を算定する投薬の入力がない日の回数削除も行います。 短期滞在手術料3の退院時投薬に、退院時処方を出来高算定するための対応となります。		H26.4.2
87		マスタ更新処理が正常終了しているが改定の点数にならないケースが発生しています。 最小限のチェックとして4月診療分外来分入力で以下の診療行為の点数をチェックし改定点数となっていない場合は、 「警告！！4月改定の点数ではありません。至急、点数マスタをチェックしてください。」と警告を表示するようにしました。 自動発生した場合は、「Enter」キーや「F12」キーなど次のアクションの時に1回表示されます。 改定点数チェック診療行為 初診 再診 外来診療料 小児科外来診療料 在宅患者訪問診療料	なお、このチェックは完全なものではありません。 これによりチェックする診療行為は正しくても他のマスタで不正となっている場合も考えられます。 点数マスタ更新チェックツールで調査をしてください。	H26.4.2
88	お電話でのお問い合わせ4月2日－地域包括診療料時間外等加算入力	地域包括診療料について、月1回の算定となりますので同月内の再診料はダミーとなりますが、包括診療料算定日以外の時間外等の加算が現在入力できません。 再診料の注加算5から注8に規定する加算は算定可と記載されていますが算定できないのでしょうか。	小児科外来診療料の時間外加算のみの入力と同じく、.130を宣言後、地域包括診療料の時間外加算コードを手入力して下さい。 .130 113016470 地域包括診療料(再診時深夜)加算 ~~※訂正時に再診ダミーと同一剤となりエラーとなりますが、130の診療種別区分を入力して剤分離してください。後日、修正を行います。~~　この件修正しました。	~~H26.4.2~~ H26.4.3

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
89	ncp 20140402-021	2科受診の入力についてお伺いしたいことがあり、ご連絡いたしました。 整形外科で第三者行為の内容を入力し、登録まで終わらせ、次に同日再診で診療科を内科に変えて協会の保険で内容を入力します。 そして、同日再診のコードを削除して、再診料(同一2科目)のコードを入力すると、警告が出て入力できません。	診療行為で第三者行為で登録後、同日に別の科で診療行為を入力する時、「再診料(同一日2科目)」の入力ができませんでしたので、入力できるよう に修正しました。	H26.4.3
90	ncp 20140402-067	4月から通院精神療法に対する加算「通院・在宅精神両方(20歳未満加算)」の算定要件が追加され、加算を算定する患者と算定しない患者が出てきます自動算定を活かしたまま、患者頃に自動算定を外す方法をご指導ください	「通院精神療法(30分未満)」等を入力後、自動発生した「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を削除可能としました。 一度、削除した加算は自動発生しませんが、中途データ展開時には、再度、自動発生しますので、削除するタイミングを注意して下さい。 なお、訂正時でも、新しく「通院精神療法(30分未満)」を入力した場合は、新規入力ですので、加算の自動発生を行います。	H26.4.3
91		地域包括診療料の算定月内で、算定した日より前に初診料を算定した会計は出来高算定が可能ですが、訂正した場合、自動で出来高算定とすることはできません。 訂正した場合、「099999905 出来高算定(合計)」を入力して下さい。 また、地域包括診療料の算定月内で、「099999905 出来高算定(合計)」を入力した場合、内服投薬の7種類以上の逓減を行うように修正しました。		H26.4.11
92		往診料(区分番号C000)を入力した時、地域包括診療加算を自動で削除するようにしました。 一度、削除した地域包括診療加算は往診を削除しても、再度自動発生することはありません。地域包括診療加算コードを入力するか、「. 12」を入力して再診料を再発生して下さい。		H26.4.11

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
93		通院・在宅精神療法の20歳未満の算定ルールが改定され、起算日が精神科を最初に受診した日とされたことから、該当日に「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の登録を行ってください。 診療行為から入力する場合は、診療区分「80」、診療種別「830」で1剤1明細となります。 算定履歴画面の履歴登録画面からも登録は可能です。 この開始日の登録がある場合は、算定日から1年以内(16歳未満の場合は2年以内)の期間に加算を自動発生します。 開始日の登録がない場合は、従前通り初診料を算定した日を起算日とします。		H26.4.11
94	support 20140411-012	在宅精神療法(30分未満)と通院・在宅精神療法(20歳未満)加算 4/10にプログラム更新・マスタ更新もお願いしましたがやはり、「加算は算定できません」のエラーがでます。 3月までは順調に入力できております。	在宅精神療法を算定時に通院・在宅精神療法(20未満)加算を入力してもエラーとなりましたので修正しました。 また、算定可能の場合は自動発生も行うようにしました。	H26.4.11
95		外来・入院の診療行為画面の前・次頁の対応を行いました。 システム管理の「1010 職員情報」の個別設定－入力スクロール設定でユーザ毎に頁行数の指定を可能としました。 初期の行数は、外来＝24行、入院＝28行となります。 「次頁」押下時のカーソル位置から、頁行数の行数下の行を1行目に表示します。 「前頁」押下時は、頁行数の行数前の行を1行目に表示します。 これにより、先頭行へ移動するには「Ctrl」+「Home」キーとしました。 また、行挿入に行数指定を可能としました。 数値1桁を＋に続けて入力します。3行挿入する場合は、＋3と入力します。 Enterキーを押すと空白行は消去されますので「↓」キーでカーソル移動し入力コード続けて入力します。 なお、約束セット(Snnnnn)の前に挿入する場合、複数行指定しても1行のみの挿入となります。		H26.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
96	request 20131220-001	Ver4.7.0になってから診療行為を訂正で開いた時に、カーソルが一番上の入力コードの後ろに来る為、気付かずそのまま入力してしまう事が多々あり手間だそうです。以前は一番下の入力コードの後ろにカーソルが来ていました。	訂正で呼び出した時に明細が頁行数設定値を超えていた場合は先頭行に、頁行数設定値未満の場合は明細数の次行にカーソルをセットするようにしました。	H26.4.23
97	support 20140421-030	K02診療行為入力において、300行前後の診療行為を入力したあとに、複数科保険ボタンをクリックしても、K97診療行為-診療科・保険選択画面が表示されません。 大量の診療行為が入力されている場合でも、K97画面が表示されるよう修正をお願い致します。	外来の診療行為画面で、200行以上の入力があった時に、「Shift+F6 複数科保険」をクリックしても機能しませんでしたので修正しました。	H26.4.23
98		疑義解釈資料の送付について(その4)の問24でリハビリテーション料等の計算方法について対応しました。 180042770 施設基準不適合減算(脳血管疾患等リハビリ料)(100分の90) 180043370 施設基準不適合減算(運動器リハビリ料)(100分の90) を算定している日を訂正で展開した時にエラーとなります。 「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。」を表示します。 その後、「施設基準ではありません。算定できません。」を表示しますので、各リハビリテーションの施設基準不適合当の算定コードに訂正して下さい。 この時、逓減コードは発生しません。 また、会計照会の剤変更で該当の剤を展開した時は、逓減コードを展開します。自動での削除は行いませんので手入力により削除して下さい。	※各リハビリテーションの施設基準不適合当の算定コードは、平成26年4月25日提供のマスタ更新のアナウンスを参照してください。	H26.4.25
99		疑義解釈資料の送付について(その4)の問24でリハビリテーション料等の計算方法についての対応により施設基準チェックを診療行為マスターの仕様に合わせ厳密に行うようにしました。 ※平成26年4月25日提供のマスタ更新のアナウンスを参照してください。		H26.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
100	お電話でのお問い合わせ4月28日－入院リハビリ要介護	リハビリテーション施設基準不適合の医療機関について 入院で要介護のリハビリを、不適合ではないコードで入力しますと施設基準ではありません、とエラーになります。 入院では施設基準不適合減算にはなりませんので適合のコードを入力することになりますが、この場合施設基準適合の施設基準を設定しなくてはいけないのでしょうか。	プログラムで外来のみ不適合のチェックを行うように修正しました。 ※要マスタ更新	H26.4.30
101	support 20140501-024	4月に70歳の誕生日で5/1から2割が摘要となった患者様で高額療養の低所得2があります。 患者登録より低所2を登録しますが、上限額が￥8000ではなく、￥12000になってしまいます。 いろいろ資料などを確認しましたが、低所得Ⅰ・Ⅱは2割の場合も1割の時と同じ金額になります。	前期高齢者2割(低所得又は低年金)の負担金計算修正(外来・入院)(平成26年5月診療分～) 「平成26年5月診療分から2割負担となる方(誕生日が昭和19年4月2日以降の方)」かつ、「低所得又は低年金に該当する方」の負担金計算について、一般所得の上限額(外来12000円、入院44400円)が適用されていましたので低所得又は低年金の上限額が適用されるよう修正しました。	H26.5.2
102		リハビリテーションの労災四肢加算の点数計算を、単位毎に加算するようにしました。 点数マスタの点数ときざみ値点数にそれぞれ%加算を行い、端数を四捨五入した点数とします。この点数できざみ値の点数計算を行います。		H26.5.20
103	ncp 20140528-004	システム管理マスタの1014包括診療行為設定情報で、小児科外来診療料に対し"0包括算定しない"の設定の状態で、3歳の誕生日が属する月に3歳の誕生日前と後に小児科外来診療料を算定した場合についてお尋ねします(包括診療分は＃9999≪包括分入力≫を使用しています) 会計登録後、3歳誕生日後の診療データを診療訂正で呼び出し登録しようとすると、「算定できない年齢です」とエラー表示され登録することができません (＃9999≪包括分入力≫の入力がなければ修正登録できます)	3歳に到達する月で小児科外来診療料を算定している時、3歳到達後に小児科外来診療料と複数保険で「9999　包括保険」の入力を行った場合、訂正で展開した時に小児科外来診療料がエラーとなりましたので修正しました。	H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
104	6/2 特定器材商品名	特定器材商品名コードを1剤に5つくらい入力し、その中の1つを行削除すると、算定器材コードがすべてクリアされてしまうとのことです。	商品名コードを1剤に複数行入力後、商品名コードを削除した時、下の商品名コードから自動発生した特定器材コードがすべて削除されていました。 削除した商品名コードの特定器材コードのみ削除するように修正しました。	H26.6.25
105		小児科外来診療料を算定している場合、小児科外来診療料以外の診療行為の算定年齢チェックがエラーと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。 また、自動発生した小児科外来診療料をクリアして、初再診料を手入力した時も、同様に算定年齢チェックがエラーと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。		H26.6.25
106	6/12　早期リハビリテーション加算　チェック	早期リハビリテーション加算の30日超えチェックについて、現状入院のみチェック対象となっていますが、外来ではチェックはかからないのでしょうかとのことです。	外来で早期リハビリテーション加算、初期加算(リハビリテーション料)を算定した時、各リハビリ発症日から30日後、14日後のチェックを行っていませんでしたので、入院と同じチェックを行うように対応しました。	H26.6.25
107	support 20140611-005	地域包括診療料と介護支援連携指導料の算定について 外来診療で地域包括診療料を算定し、その後、入院となり、介護支援連携指導料を算定しようとすると、エラーとなります。 算定要件などを確認するのですが、「併用算定はできない」という記述が見当たりません。設定変更箇所などございますでしょうか	診療行為のチェックマスタの併用算定チェックで、チェックマスタの入外区分が「1」で設定しているコードが、外来の訂正で入院中の算定内容とのエ ラーとなることがありましたので修正しました。	H26.6.25
108	お電話でのお問い合わせ7月1日－3歳誕生月小外診算定エラー	6月25日のパッチ適用後3歳誕生月の誕生日後に手入力にて小児科外来診療料を入力しますと算定できない年齢ですとエラーが表示され入力できません。	当月に3歳になる患者で3歳までに小児科外来診療料を算定した場合は、3歳になっても小児科外来診療料を自動発生して算定できますが、小児科外来診療料を手入力した場合に年齢エラーとなりましたので、手入力でも算定できるように修正しました。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
109	お電話でのお問い合わせ7月8日－院内感染防止措置加算固定点数誤り	院内感染防止措置加算(手術)150297990ですが、4月以降マスタの通則加算対象外が0になっています。 時間外等加算と併せて入力をしますと院内感染防止措置加算にも時間外等の加算がされて固定点数の誤りとなるようです。	手術の通則加算は通則の時間外加算・乳幼児加算等%加算の所定点数の対象外となりますが、通則加算対象外区分が「0」であると対象となってしまいます。 マスタの告示識別区分1＝9の加算を通則加算として、%加算の所定点数の対象外とするようにしました。 ※通則加算対象外区分を1とするマスタ更新データを提供済	H26.7.24
110	support 20140711-028	点数マスタのユーザ設定上限回数に2年間はエラーとする。と、設定してあるにもかかわらず、算定出来る患者がいる。	点数マスタの他月数の算定回数チェックは、検査の複数月の算定チェックで使用することを想定していました。この為、12月以上の設定があった時、正しくチェックがかかりませんでした。 電子点数表の算定回数テーブルにある5年(60カ月)を最大他月数としてチェックを行うように対応しました。 61～98の設定でも60としてチェックを行います。	H26.7.24
111		マル長患者で、月途中から公費(全国公費又は地方公費)が適用となった診療月の対応で7月24日にパッチ提供した対応に不具合がありましたので修正しました。(外来分) 例:患者登録 ・後期高齢1割(H26.4.1～99999999) ・972(H26.4.1～99999999) ・015(H26.7.16～99999999)月上限額10000円 ＜外来＞ 7月1日 後期高齢1割＋972 請求点数7000点 7月10日 後期高齢1割＋972 請求点数7000点 7月16日 後期高齢1割＋015＋972 請求点数15000点 ◆7月分レセプト (10000) (0) 保険 29000 10000 → 10000 公1 15000 0 0 「主保険＋マル長」・「主保険＋公費＋マル長」のいずれかの保険組み合わせで、複数日の診療がある場合、括弧再掲が正しく記載されていませんでしたので修正しました。		H26.7.29

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
112		「101800080 労災リハ(1．2倍)」に関する点数計算対応 ．800 101800280 運動器リハビリテーション料(1) 2単位 101800080 労災リハ(1．2倍) 101800010 労災(1．5倍)(リハビリテーション) ＜上記診療行為入力の点数計算＞ 185点×1．5＝278点 278点×2単位＝556点 185点×0．2＝37点(※) 556点＋37点＝593点となります。 (※)労災リハ(1．2倍)の点数計算は、1単位の点数を0．2倍します。 また、労災・自賠責保険の四肢加算区分から「101800010 労災(1．5倍)(リハビリテーション)」を自動発生する時、「101800080 労災リハ(1．2倍)」の下に自動発生するようにしました。		H26.8.1
113	お電話でのお問い合わせ9月10日－包括分入力警告メッセージ	保険組合せ9999包括分入力で、リハビリテーションの早期加算を算定した際、発症日の登録をしていても発症日の登録がありません、と警告が表示されます。 早期加算がなければ表示されないようですが、こちらが表示されるのは仕様でしょうか。	「9999　包括分入力」で「早期リハビリテーション加算」を算定した時、発症日が存在しないと警告表示をしていました。 「9999　包括分入力」で「早期リハビリテーション加算」を算定した時は、各リハビリ開始日とのチェックを行わないようにしました。 併せて、「初期加算(リハビリテーション料)」「精神科ケア早期加算」についてもチェックを行わないようにしました。 また、各リハビリテーション料のチェックを、主保険が「9999　包括分入力」では行っていませんが、複数保険の「9999　包括分入力」で算定 した時には、チェックしていましたので、同様にチェックしないようにしました。	H26.9.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
114	support 20140722-011	【問い合わせ】 ネバナック懸濁性点眼液0.1%を2本処方した際に 「ネバナック懸濁性点眼液0.1%　5ml」 「左眼」←コメント 「1日3回」＊2 と入力した。 返戻があり、×2回と入力があるので修正してくださいと国保連合会より通知がありました。 【確認】 診療行為画面にて入力を確認したところ、警告メッセージが表示されました。 「警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録して点数を変更して下さい。」 ・・・特に何も変更点はないのになぜ？ →　サポートセンタへ問合せしたところ、会計照会にて修正をしていないか？との事でしたが、社内にて剤変更を行い、検証しましたが、同現象は起きません。 【現象】 レセプトプレビューには、ネバナック懸濁性点眼液0.1%　5ml×2と表示されます。 社内にて＊2と入力した場合、ネバナック懸濁性点眼液0.1%　10ml×1となります。 ※恐らく、診療訂正を行えばネバナック懸濁性点眼液0.1%　5ml×2がネバナック懸濁性点眼液0.1% 10ml×1へ変更されると思います。	外来で請求確認画面の登録を押下した時、外用薬剤（診区23）の回数が1以上となる場合は「外用薬剤の回数が1回以上になります。同じ剤は回数をまとめて入力して下さい。」のエラーメッセージを表示して登録処理を中止するようにしました。 同一画面内で同じ剤内容が複数存在した場合は回数を集計しますが、外用薬の場合は、処方せん等が正しく編集できません。	H26.9.24 （記載漏れのため H26.9.30追加）
115	ncp 20140925-013	処方せんを手書きしていてレセコンに薬を入力していない医療機関様があるのですが、この場合の処方せん料（向精神薬多剤投与）を入力しようとするとエラー情報0250「向精神薬多剤投与ではありません。処方せん料を確認してください」となります。 薬剤を入力せず処方せん料を入力する方法はありますでしょうか？	診療行為で「処方せん料（向精神薬多剤投与）」を手入力した時、投薬内容が向精神薬多剤投与対象でない場合、エラーとしていました。 他の処方せん料と同様に投薬の入力がある場合は警告を、投薬がなく処方せん料のみ手入力した場合はチェックをしないように修正しました。	H26.9.29

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
116	support 20140925-017	オンライン請求時の「固定点数の誤りがあります」とのメッセージがでてしまう件について .540(麻酔区分) 麻酔手技料 幼児加算 休日加算 使用薬剤 で入力した際に、エラーとなりました。 .541(麻酔薬剤)区分で分けて請求していただいたところエラーにならずに請求することができました。 入力内容につきまして、ご確認いただければ幸いです。	麻酔で乳幼児加算を自動発生する場合に同じ剤内に酸素の入力をした時、乳幼児加算の自動発生ができませんでしたので、正しく自動発生するように修 正しました。	H26.9.29
117	ncp 20141001-006	向精神薬多剤投与の逓減についてお尋ね致します。 10月より、4種類以上の向精神病薬の投与を行った場合、処方料、処方せん料が逓減されますが、「.290」臨時投薬区分を入力して臨時薬処方を行った場合に処方日数によって、逓減メッセージが出る時、出ない時があります。 以下、処方内容になります。 .210 アキリデン錠1mg 1錠 カルバマゼピン錠200mg「アメル」 1錠 リスペリドン錠3mg「アメル」3錠 メジャピン錠50mg 3錠 カルバマゼピン錠200mg「アメル」 1錠 ブロムペリドール錠6mg「アメル」 1錠 アキリデン錠1mg 1錠 ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」 1錠 アズレン錠2mg「ツルハラ」 1錠*28 .220 フルニトラゼパム錠1mg「アメル」 1錠*28 .220 アキリデン錠1mg 1錠*28 .220 リスペリドン内用液1mg／mL 2ml*28 .290 セロクエル25mg錠*14 臨時薬のセロクエルを14日で処方した時は、逓減確認メッセージが出るのですが、14日以下で入力した時はメッセージが出ません。臨時に投与する場合の投与期間は2週間以内のものと解釈しているのですが、14日は2週間以内とは解釈しないのでしょうか？	向精神薬多剤投与の判定で、臨時投薬について14日未満を対象外としていましたので、14日以内を対象外とするように修正しました。 また、頓服を臨時投薬の扱いとしていましたが、臨時投薬の扱いを削除しました。 頓服(診療区分＝22)であれば、日数に関係なく向精神薬のカウント対象となります。 ※頓服の臨時指定については後日改めて対応いたします。	H26.10.2

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
118		第三者行為診療分の現物給付計算について、現在は現物給付計算を行っていませんが、現物給付の対象か否かの設定項目を追加し、現物給付計算を可能としました。負担金計算・レセプト記載は設定に準じて行います。 なお、平成24年4月診療分以降で対応しています。		H26.10.27
119	request 20130830-005	診療行為で外来管理加算を削除し診療内容を入力後、ShifT+F5で患者登録へ遷移し、保険確認後に登録(F12)を押して診療行為画面に戻った際、最初に削除した外来管理加算が表示されています。入力した診療内容は残っていますが、削除した外来管理加算が算定されていることに気付かずに誤って請求につながることもあるため、訂正した内容がそのまま残るよう改善してほしいと要望を頂いています。再診料を初診料へ変更した場合も同様に再診料に戻っています。	診療行為から患者登録へ遷移後、復帰した時の診察料の自動変換を廃止しました。	H26.10.27
120	request 20131023-001	自費マスタをあらかじめ0円で設定していた場合、オーダ入力時に金額の入力ができますが、宣言コード「.960保険外(消費税あり)」を入力した際に消費税を自動で計算するようにしてほしい　との要望をいただきました。	自費コードに税込みの金額を手入力する時、金額に消費税を加算する対応を行いました。 また、自費コードの金額×数量を消費税対象金額とする対応も行いました。 診療種別「.960 保険外(消費税あり)」で0円自費コードと金額を入力する時、金額の後ろに「@」(アットマーク)を追加して「Enter」キーを押します。「@」は削除され入力金額は消費税込みの金額「金額＋(金額×消費税率)」に置換します。「@」は何度でも入力できますので、税抜き金額に対して入力してください。 「.961 保険外(消費税あり)数量込みの金額」で金額有り自費コードの(金額×数量)を消費税対象の金額としまた。 (金額×数量)＋((金額×数量)×消費税率)が剤の金額となります。 (金額×消費税率)の消費税額の端数処理はシステム管理の設定によります。金額は小数点第2位までを有効とし消費税率を掛けます。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
121	support 20141014-021	処方せん発行時、”1021　処方料・処方せん料は1つのみの算定です。”のメッセージがでて登録できません。あそこで、診療区分のみ削除すると、登録できます。 また、投薬の剤が複数あり最後の投薬の診療区分が残った状態では”0250　向精神薬多剤投与ではありません。処方せん料を確認してください。”のメッセージにかわります。 同じ患者さんの他日にDo入力で投薬を登録すると診療区分が表示されない状態で登録されます。診療区分を追加すると上記と同じメッセージがでてしまい登録できません。	診療行為で登録時に、院外投薬を用法コードでまとめて判定を行う時、用法でまとめた時の明細数が50件を超えた時に不具合が発生しました。 正しく処理を行うように修正しました。	H26.10.27
122	support 20141017-012	労災のオンライン請求をされている医療機関より、エラーリストの件で問合せがありました。 施術加算を入力しても、20%加算点数が反映されていないようです(26年4月以降)。	診療行為で労災の「はり・きゅう」と「施術加算」を入力した時、施術加算の加算をしていませんでしたので修正しました。	H26.10.27
123		事務連絡　平成26年10月17日 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成26年3月5日保医発0305第3号)(別添3) により向精神薬多剤投与に係る医薬品の対象が変更され、以下を追加しました。 睡眠薬　フェノバルビタールナトリウム 1125700 抗精神病薬　ペルフェナジンマレイン酸塩 1172013 レボメプロマジンマレイン酸塩については既に該当としていました。		H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
124	support 20141030-016	自賠責患者負担100%で外来診療料を算定しているデータについて、負担金額が正しい金額で上がらないようです。	自賠責(患者請求する(100%))の負担金計算修正(外来) 包括診療分(技術点)がある診療日の負担金計算に不具合がありました。 内部的な技術点・薬剤等点の点数集計において、包括診療分(技術点)の点数を含めていた為、正しく負担金計算ができていませんでした。 (例)健保準拠、技術点単価20円、薬剤等点単価20円の場合 .120 112011310 外来診療料 73x1 .400 140000610 創傷処置(100cm2未満) 45x1←【包括診療】 .401 620007579 7 イソジン液10% 7ml 2x1 負担金額(円) (修正前)3220円 (修正後)1500円	H26.11.4
125	ncp 20141021-018	特定薬剤治療管理料の初回加算を他の薬剤で算定しているので、今回は470点の点数のみを算定したいそうです。 算定履歴を今月で登録をしましたが診療行為画面で入力をすると加算が自動算定されます。 加算コードを算定履歴で登録もしてみましたが加算があがってきます。 算定履歴を先月に設定すれば加算はあがってきませんが、初回算定日が先月であがってくるのでおかしいから嫌だとの事です。 1007の特定薬剤を「算定しない」にするしかないのでしょうか？	システム管理で、特定薬剤治療管理料を「1　算定する」と設定している時、「特定薬剤治療管理料初回算定日」のコメントを前回の年月で自動発生した後、年月を診療年月に変更した場合に「特定薬剤治療管理加算」を自動発生しませんでした。 当月1回目の場合、加算を自動発生するように修正しました。 訂正時には、コメントの年月が診療年月で当月1回目の場合、加算を自動発生していますので、展開時に「警告！！登録時と診療内容が違いま す。・・」のメッセージが表示されていました。	H26.11.25
126		包括剤の判定で、診療区分が「1　包括する」の時、入力した診療コードが包括対象外のコードでも剤内の「099999908 包括算定(剤)」などの診療コード以外が包括対象となっていました。 診療区分毎の包括判定は、剤内に薬剤・器材コードがある場合のみ行うように修正しました。		H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
127	support 20141118-001	診療行為画面で登録ボタン(F12)押下すると『該当患者がいません(1003)』表示され登録処理ができないとの連絡が17時ごろにありました。 日レセサーバーを再起動をし、数名の患者の診療行為登録ができましたが、上記の様に登録ができなくなりました。 プログラム更新・マスタ更新を実施したら、診療終了までの1時間ぐらいは正常動作しました。障害が発生した時のパッチは第57回提供のもので10/24に実施したものです。 第57回提供パッチでこの様な事象が発生し、第58回提供パッチで改修されたのでしょうか。	原因は不明です。 診療行為より患者情報の検索を行った際にPTINF-HOSPNUMの内容が未設定であった場合、syslogにその旨のログ出力を行うようにしました。	H26.11.25
128	ncp 20141105-008	外来迅速検体検査加算の自動算定機能を使用しており、「1016外来迅速検体検査加算設定情報」にて「クレアチニン(尿)」(コード:160132150)を加算算定対象としていました。 しかし先日、支払基金鹿児島支部より「外来迅速検体検査加算の算定対象にクレアチニン(尿)は含まれない。告示には検体が尿とは記載していないので、算定できない。あくまで対象は血液化学検査の中のクレアチニンとなる。」という解釈が示されました。 確かに解釈本上は「医科点数表区分番号D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの」として「クレアチニン」と記載されております。ちなみに「血液化学検査」という記載があるので、クレアチニン(尿)が当該加算の対象ではない、という正式な記載も通知もないそうです。 カルシウム(尿)や尿素窒素(尿)なども同様だそうです。 こちらの返答をいただいたのは、あくまで支払基金本部から厚生労働省へ照会した結果をご連絡いただきました。 この解釈に基づき、「1016外来迅速検査加算設定情報」の登録済み外来迅速検査項目からクレアチニン(尿)を除外すると、クレアチニン(尿)を算定した同日に他の加算対象検査項目があっても検体検査加算が全く算定できなくなる、という動作となってしまいます。 クレアチニン(尿)を診療行為で入力していても、他の加算対象検査項目を算定しているときには、自動算定できるようにお願いできないでしょうか。	160131950　BUN(尿)・・尿素窒素 160132150　クレアチニン(尿) 160132250　UA(尿)・・尿酸 160132450　ナトリウム及びクロール(尿) 160132650　カリウム(尿) 160132750　カルシウム(尿) について、外来迅速検体検査加算の対象から外しました。 「1016外来迅速検査加算設定情報」の登録済みの内容に含まれる場合は名称が空白になりますの削除して登録しなおしてください。 なお、削除しなくても診療行為入力では加算対象から除外します。	H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
129		外来まとめの診療行為確認で登録をクリックした時、外用薬剤の回数が1以上となるエラーが発生した時にエラーメッセージの内容が表示されませんでした。メッセージ内容を表示するように対応しました。		H26.11.25
130	support 20140819-012	lucid4.7.0をご使用の医療機関で、21診療行為画面では7/26の診療日が表示されているのに、23収納画面で履歴が表示されていない患者がいます。 7/26のときに作成された日計表明細(窓口領収金)には、きちんと履歴が表示されていました。 なぜ収納に履歴が出てこないのか医療機関より問い合わせがありましたので、ご回答をお願いいたします。	診療行為で患者を選択したまま、会計照会へ遷移して保険一括変更など受診履歴の内容を変更後に診療行為へ戻った時、訂正中でなかった場合は、「警告！会計照会で受診履歴に変更がありました。前回患者ボタンを押下して下さい。」を表示しています。 「警告」を無視して、そのまま会計照会で保険変更となった受診履歴を訂正して登録した場合、受診履歴と収納に不整合が発生していましたので、「警告」を「エラー」に変更しました。 会計照会で受診履歴に変更があった場合は、必ず「前回患者」を押下するようになります。 入院では不整合は発生しませんが、外来に合わせてエラーにしました。	H26.12.18
131	kk 34274	≪神奈川県公費≫182マル都＋299都障負有＋974(長期上位)を使用した場合の患者負担金について ・主保険＋182マル都＋299都障負有＋974(長期上位)を使用した場合、患者自己負担は10000円が発生すると思いますが、10000円未満でストップします。 シス管1001の都道府県番号を13東京にし、同条件で再計算をすると10000円上がります。 神奈川県の場合でも1万円上がるようになりますでしょうか	神奈川県地方公費負担金計算修正 (保険組み合わせが主保険＋182＋299＋974の場合) ＜補足＞ 182・・・10000円を助成 299・・・1割負担で、月上限12000円 例)社保(3割)＋182＋299＋974 12/1　5282点 患者負担5280円 12/2　2078点 患者負担2080円 12/3　4280点 患者負担0円　→　2640円 ＜重要＞ パッチ適用後、299について、システム管理2010の設定を行ってください。 負担金計算タブ(3) 「全国公費併用時の特別計算(外来)」を1で設定	H26.12.18

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
132		東京都地方公費対応(平成27年1月診療分以降) システム管理2010ー負担金計算(3)タブー全国公費併用時の特別計算(外来) 東京都地方公費全般について、システム管理2010の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を(1，0)としていますが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を(0．0)に変更します。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が(1，0)で設定済みの場合は、(0．0)に設定変更が必要です。 (0．0)で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を(1，0)として処理を行います。 ◆平成27年1月診療分以降の計算例 主保険(3割)＋054＋東京都地方公費180 (054の自己負担限度額5000円) 1日目:2200点 患者負担2200円 2日目:1000点 患者負担600円 3日目:2000点 患者負担 0円 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/nannbyousyoumannheiyounitsuite.html		H27.1.7
133		向精神薬多剤投与により逓減となる場合、外用薬の診療種別区分が省略されていた場合に算定点数に誤りがあることが分かりました。 逓減の確認メッセージのみ表示された場合に、外用の剤が1剤1明細で診療種別区分が省略されている時、剤点数の集計を重複していましたので正しく点数を算定するように修正しました。 なお、逓減の確認メッセージの後に他の確認メッセージが表示された場合は現象は発生しません。		H27.1.9

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
134	support 20150108-034	レセプト電算データについてお尋ね致します。 ある患者様がオンライン請求でエラーとなり、確認したところレセプトの各項目の点数を合計した点数と、保険の請求点数に計上される点数が一致していませんでした。	入院の診療行為入力より中心静脈注射と特定器材を同一剤で入力を行った場合、レセプト摘要欄に特定器材が記載できないことから、入力時にチェックを行い、同一剤での入力時はエラーメッセージを表示するように対応しました。 【入力例】 .340 130004410　中心静脈注射 733100000　中心静脈用カテーテル(抗血栓性型) 【エラーメッセージ】 「入院の中心静脈注射の器材は別剤で入力してください。」	H27.1.27
135	ncp 20141205-019	労災レセプトをオンライン請求しています。 10月分のレセプトの分で、労災情報センターからご指摘があったそうです。 「診療が53点以下の場合は、入力コード101120020:外来管理加算(読み替え加算)で良いですが、その点数以外のときは、入力コード112011010:外来管理加算で算定するようになっています。」 「10月分は、修正しておきますので、次回から正しくお願いします。」といわれたそうです。 こちらで検証しましたが、労災保険の診療行為で入力コード112011010の入力が出来ません。 労災・自賠責(労災準拠)の外来管理加算算定修正(平成27年2月診療以降) 労災保険情報センターより指摘があり、平成27年2月診療分以降の労災レセ電記録において、外来管理加算に関する特例に該当しない診療時は、健保の外来管理加算で記録を行うよう対応しました。	＜診療行為入力時(労災・自賠責(労災準拠))＞ ・外来管理加算に関する特例に該当しない診療時は、 101120020 外来管理加算(読み替え加算)でなく、 112011010 外来管理加算で算定する。(健保の外来管理加算) ・外来管理加算に関する特例に該当する診療時は、今までどおり 101120020 外来管理加算(読み替え加算)で算定する。 ＜労災レセ電記録例＞ (1) 2月2日(特例に該当しない)「外来管理加算」で算定 2月3日(特例に該当する)「外来管理加算(読み替え加算)」で算定 RI,12,112011010,,52,,1,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, RI,12,101120020,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, (2) 2月2日(特例に該当しない)「外来管理加算」で算定 RI,12,112011010,,52,,1,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, (3) 2月3日(特例に該当する)「外来管理加算(読み替え加算)」で算定 RI,12,101120020,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
136	kk 34451	宮城県国保連合会 国保だより　第41号 を入手致しましたので送付いたします、 美里町の食事療養費ですが半額助成→助成なしに変更になりました。	宮城県地方公費対応 乳幼児医療費助成制度について、 美里町(負担者番号83040790)の食事負担が 平成26年9月30日まで・・・半額患者負担 平成26年10月1日以降・・・全額患者負担 に変更になりましたので、平成26年10月1日以降、全額患者負担となるよう対応しました。	H27.1.27
137		平成27年1月改正対応 難病・小児慢性の患者食事負担計算修正 ・難病(保険番号054) 食事負担が1／2自己負担でない方の公費負担者番号について、実施機関番号が「601」に統一される事となりました。 (「501」の食事負担を一律1／2自己負担とする為) よって、「501」の場合は、自己負担限度額が0円であっても、食事負担を1／2自己負担として計算するよう修正しました。 実施機関番号が「601」の場合は、食事負担は全額自己負担ですが、生活保護(自己負担限度額が0円)の場合は、【食事自己負担なし】です。 但し、自己負担限度額が0円であっても、境界層該当者で、食事負担が免除とならない場合がある為、他一部負担累計に999999又は9999999の入力がある場合は、食事負担を全額自己負担とするよう対応しました。 ＜重要＞ 現在、実施機関番号が「501」＋自己負担限度額が0円であり、【食事自己負担なし】で計算をしたい場合は公費負担者番号を訂正して、レセプト作成を行う必要があります。 審査支払機関からの食事療養費標準負担額の請求で、「501」については、1／2 の額を公費で請求されることとなる為です。	・小児慢性(保険番号052) 食事負担が1／2自己負担でない方の公費負担者番号について、実施機関番号(頭2桁)が「70」に統一される事となりました。 (「80」の食事負担を一律1／2自己負担とする為) よって、「80」の場合は、自己負担限度額が0円であっても、食事負担を1／2自己負担として計算するよう修正しました。 (「70」の場合は、食事自己負担なし) ＜重要＞ 現在、実施機関番号(頭2桁)が「80」＋自己負担限度額が0円であり、【食事自己負担なし】で計算をしたい場合は公費負担者番号を訂正して、レセプト作成を行う必要があります。 審査支払機関からの食事療養費標準負担額の請求で、800番台については、1／2 の額を公費で請求されることとなる為です。	H27.2.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
138	kk 34587	H27.1.1月から難病医療制度が始まりましたが、それに伴って都道府県によっては国の負担者番号とは別に各都道府県で負担者番号が新設されました。 提供された保険番号の登録を「104保険番号マスタ」で行い、「2010地方公費保険番号付加情報」の設定も行えば窓口請求など日々の業務には問題ありません。 しかし、レセプト特記事項に適用区分が記載されません。 例:埼玉県難病(51116028)・適用区分ウ　の場合 添付ファイルのように登録しましたがレセプト特記事項に適用区分が記載されません。 他都道府県でも同様に記載されませんでした。 平成27年1月改正対応 難病・小児慢性(都道府県単独事業)の医療受給者証の適用区分対応 システム管理2010－負担金計算(1)の「患者登録－所得者情報－月上限額入力」に【3 入外上限額・他一部負担累計を入力する(難病・小児慢性適用区分対応)】を追加しました。 難病・小児慢性(都道府県単独事業)について、医療受給者証に適用区分の記載があり、負担金計算やレセプト記載で以下の対応が必要な場合は、3に設定を変更してください。 ＜適用区分対応＞ 患者登録－公費登録で保険番号(956・957)の入力(適用区分の入力)を行った患者は、以下の取り扱いとします。 【70歳未満】 負担金計算 (1)同一月に、該当公費を含む保険組み合わせでの診療がある場合、医保単独分について現物給付計算を行う。 レセプト記載 (1)高額療養費が現物給付された場合は保険欄－一部負担金の記載を行う。	(2)特記事項の記載を行う。 【高齢者】※高齢者は元々現物給付対象としての取り扱いをしている。 レセプト記載 (1)特記事項の記載を行う。 (注:上位所得者・低所得者については、適用区分の入力は任意の為、適用区分の入力が無い場合においても、特記事項の記載を行う) (2)70歳代前半の特例措置(1割据え置き)の場合で、公費欄－一部負担金が上限額に達していない場合、2割計算した額(上限額を超えない額)で公費欄－一部負担金の記載を行う。 ＜補足＞ 保険欄－一部負担金の記載は、システム管理2010－レセプト(2)の「保険欄－一部負担金記載(高齢者)」・「〃(70歳未満)」に準じた記載とします。 デフォルト設定は【1一律”一般区分”での金額記載(記録)とする】【2社保(請求分内)】となっていますので、国の難病と同様に、社保・国保ともに特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載する必要があれば、設定を【0所得区分に準ずる金額記載(記録)とする】【0レセプト請求分全て】に変更してください。 参考: 【0 所得区分に準ずる金額記載(記録)とする】 特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載 【”1 一律”一般区分”での金額記載(記録)とする】 以下の基準額で記載 ・高齢者:(外来)12000円 (入院)44400円 ・70歳未満:(入外)80100円＋(医療費－267000円)×1%	H27.2.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
139	request 20141024-003	【操作】 システム管理(1005:診療科目情報)で診療科を42件以上、登録した後、診療行為入力の診療科の選択で43件目以降がコンボボックスに表示されない為、その診療科を選択することが出来ません。 直接コードを入力しましたが選択されませんでした。 【要望】 この選択を可能にして頂けますでしょうか。	診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は診療行為(外来まとめ)、会計照会です。 また、診療科の対応と併せて、保険組合せについても30に変更しました。 診療行為画面は30件、会計照会は40件としました。	H27.2.24
140	kk 34758	745 京都子と小児特定を併用したところ、請求点が間違っていると返戻になったとのことです。 ・使用した保険組合せ:国保＋小児特定＋京都子(実日数1日) 国保＋京都子(実日数3日) ・療養の給付 請求点:保険　21,839　①20,915　②924 ・返戻理由:第二公費と保険総点数を合わせてください。 都道府県設定を他県にすると第二公費は総点数が記載されました。 京都府だと小児特定を差し引いた点数になります。 2013-08-19　京都府国民健康保険団体連合会発行の書類を確認すると、8頁目の事例7，8の保険と第二公費は同点数が記載されていました。 取り急ぎ、医療機関様にはシス管2010の全国公費併用分請求点集計を「0集計する」に変更し対応していただいております。	京都府地方公費対応(平成23年4月診療分以降) システム管理2010－レセプト(1)タブ－全国公費併用分請求点集計 京都府地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を(2、1)としてレセプト記載を行っていましたが、平成23年4月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を(0、0)としてレセプト記載を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が(0、0)以外で設定済みの場合は、(0、0)に設定変更が必要です。 (0、0)で設定変更した場合であっても、平成23年3月診療分までは、内部的に設定値を(2、1)としてレセプト記載を行います。 ＊＊レセプト記載例(平成27年2月診療分)＊＊ 国保＋052＋京都府地方公費(745) 1000点 国保＋京都府地方公費(745) 500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H27.2.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
141	ncp 20150216-018	(KO5)診療行為入力-行為セット入力画面にて、あるセット項目を表示させた直後に別のセット項目を表示させた際、後で表示させたセット項目の有効期間が複数存在する場合に、有効期間を選択せずに(KO51)診療行為入力-入力コード画面を表示させると、直前に表示していた別のセット項目の入力コードが表示されてしまっています。	セット登録で、登録済みのセットコードを展開後、直接、セットコードを別の登録済みのコードに変更した時、前のセットコードの入力CDがクリアされていないことがありました。 複数の履歴が存在して選択番号が空白の時です。 履歴を選択すれば正しい入力CDに変更となりますが、履歴選択をしないで登録 した場合は入力CDがエラーとなり登録ができませんでした。 正しい入力CDを編集するように修正しました。 併せて、登録済みのセットコードを入力した時、「セットコードが存在します。 修正をしますか？」の確認メッセージで「戻る」を押下した時、履歴と入力CDの内容が前回の内容のままでしたので、入力したセットコードの内容を編集するように修正しました。また、カーソルをセットコードに移動するようにしました。	H27.2.24
142	ncp 20150223-002	既に登録されているセットの有効期限(10個目)を追加しようと前の期限を切り、新たにH27.2.1開始で登録(11個目)しようとしたら「追加エラー」となりました。 もう一度前有効期限を選択して追加登録しようとしましたが「追加エラー」となり、前有効期限の診療内容が2行ずつ表示されたような状態になり、これを正しく診療内容を1行にして変更登録しても内容がかわらず2行のままで、11個目も追加登録ができませんでした。 医療機関様への対応は新しくコードを追加して登録しましたが、 ・セットの有効期限は10個までしか登録できないのでしょうか。 ・また、コピーしようとした10個目のセットの診療内容が2行ずつ表示されているのを修正できずに困っております。	セット登録で期間履歴は10件表示していますが、登録時に履歴件数のチェックをしていませんでしたので登録ができていました。 履歴が10件以上となる時はエラーとするように対応しました。 なお、履歴が10件以上登録ができていましたので、セット登録画面に表示されない履歴が存在します。 画面表示されない履歴は期間チェックができませんので、期間が一部重複した履歴の登録ができていました。 この場合、過去の履歴を削除して正しい期間に変更して下さい。	H27.2.24
143		大阪府地方公費に関する負担金計算対応について システム管理2010(地方公費保険番号付加情報)に設定項目を追加し、設定内容による大阪府地方公費に関する負担金計算を可能としました。		H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
144	ncp 20150226-012	■内容 労災の再診で受診後、国保で同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」と「外来管理加算」のコードが自動発生されます。 自費の再診で受診後、国保の同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生します。 労災と国保の同日再診の時も、「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生させることは可能でしょうか。 ■101システム管理の設定 1007自動算定・チェック機能制御情報 ＜チェック制御機能＞外来管理加算チェックの設定は「3 自動発生なし」になっております。	システム管理の外来管理加算チェックが「3　自動発生なし」となっている時、労災保険で再診料を自動発生した後、保険を健保に変更した場合、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。 併せて、同日再診料から「099999902 他保険にて診察料算定済」「830000021 再 診料算定科:」へ保険変更・診療科変更により自動変更する時も、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。	H27.3.25
145	ncp 20150305-018	例:3/3 ECG12 を算定 3/5 加算平均心電図による寝室遅延電位測定 を算定 上記の検査は、同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降は所定点数の90/100を算定です。 同一検査とはD208心電図検査「1」から「5」～(以下省略)それぞれ同一検査として扱うとあります。 ECG12は、D208心電図検査「1」 加算平均心電図による寝室遅延電位測定検査は、D208心電図検査「4」です。 例えば、2/2 ECG12 を算定 2/5 VCG を算定するとVCGは逓減されてきます。 なぜ上記の入力をした場合、3/5に算定した加算平均心電図による寝室遅延電位測定は逓減されないのでしょうか？ 他に入力方法があるのでしょうか？	検査の月2回目の逓減で、D208の心電図検査で「加算平均心電図による心室遅延電位測定」が他の検査との逓減対象となっていませんでしたので対応しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
146	お電話でのお問い合わせ3月5日一高齢者難病単独入力	難病患者で、生活保護受給者、高齢者の場合 難病単独での診療行為入力ができません。 下記資料に、療養がすべて特定医療の対象となるものである場合には、特定医療費単独の請求とする。 と記載されています。 一般の方であれば入力できますが、高齢者の場合はどのように入力すればよろしいでしょうか。	診療行為で高齢者の時、難病単独の保険組合せで入力できませんでしたので対応しました。	H27.3.25
147	kk 34983	東京都マル子におきまして全国公費または都難病との併用時は全国公費の上限額に達していても一部負担金が発生します。 下記資料に記載があります。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/nannbyousyoumannheiyounitsuite.files/200ennhutanarikisaihouhou.pdf 難病、小児慢性に限らず、他の全国公費でも同様とのことです。 全国公費につきましてはシステム管理マスタの「2010　地方公費保険番号付加情報」で設定可能ですが、都難病は設定できません。 負担金計算の対応をお願いできますでしょうか。	東京都地方公費対応(保険番号588(マル子)) システム管理2010－負担金計算(3)タブ－全国公費併用時の特別計算(外来) 平成27年1月7日でパッチ提供した東京都地方公費対応について、保険番号「588」は、平成27年1月診療分以降も、全国公費併用時の特別計算を行う必要がありましたので、システム管理2010に「588」の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010に「588」の設定がある場合で、上記項目が「0」で設定済みの場合は、「1」に設定変更が必要です。 又、主保険＋東京都地方公費の都難病(183・283・383・483)＋588の保険組み合わせの場合においても、全国公費併用時の特別計算を行うよう対応しました。 ＜計算例＞主保険＋183＋588 (183の自己負担限度額5000円) 外来 1日目:3000点 患者負担200円 2日目:3000点 患者負担200円 3日目:3000点 患者負担200円 ※183が月上限額に達した日以降も588の一部負担金を発生させます	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
148	kk 35207	埼玉県さいたま市の公費について 353:子育て支援 353:心身障害者 354:ひとり親 →H27年1月1日から食事療養標準負担額が半額助成が廃止になり、全額負担へ変更になります(添付資料参照) 現在、プログラムで食事療養費標準負担額が1/2が支給の対象となっているようなので、対応お願い致します。 H27年1月1日から変更だったので、1月分の該当患者のレセプトが返戻されてきているそうです。 既に提出してしまった、2月分に関しては仕方ないとのことなので、3月請求分に間に合うよう対応お願い致します。	埼玉県地方公費対応(平成27年1月診療分～) 対象の保険番号(352、353、354) 平成27年1月診療分以降の食事療養に係る患者負担について、「半額助成」が廃止となり、「全額患者負担」に変更になりました。 システム管理2010－負担金計算(2)タブー「食事療養費」付加設定 本人タブー食事療養 保険番号(352、353、354)は、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を(2、0)として食事負担計算を行っていましたが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を(0、0)として食事負担計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が(0、0)以外で設定済みの場合は、(0、0)に設定変更が必要です。 (0、0)で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を(2、0)として食事負担計算を行います。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
149	お電話でのお問い合わせ3月26日－処方料手入力時の動作について	Ver. 4. 7. 0で3月25日のプログラム更新、マスタ更新適用後3歳未満の患者に処方料を手入力した場合の自動発生する処方(乳幼児)加算の動作について 手入力した処方料の上の剤に回数入力があり、剤分離していると処方(乳幼児)加算が処方料の上に自動発生し手技料を入力してくださいとエラーとなります。 上の剤に回数入力がない状態だと、処方(乳幼児)加算が処方料の上に自動発生し、診区、点数が表示されません。 そのまま登録可能ですが処方料の点数が計上されません。 訂正時には警告が表示され、閉じると点数は表示されますが加算が上のままで診区は表示されません。	3月25日のパッチで、処方料を手入力した時に乳幼児加算の自動発生位置が処方料の上になっていました。 処方料を手入力しても正しく自動発生するように修正しました。	H27.3.26
150	ncp 20150327-013	同月に算定できない項目がある場合の中途終了データ展開時の数量・点数欄表示が第67回パッチ適用後から変わっているようです。 たとえば3/26で21診療行為にて再診、外来管理加算、点滴を入力して中途終了します。 その後、3/1で再診、生活習慣病管理料を入力して会計登録します。 その後、3/26の中途終了データを呼び出したときの数量・点数欄の表示が、第66回パッチ適用環境までは、再診の区分の点数×回数、外来管理加算の点数×回数、点滴の数量、点数×回数が表示され、.330にカーソルが表示されますが、第77回パッチ適用環境は、いずれの区分も数量、点数、回数が一切表示されておらず、点滴薬剤の単位のみが表示された状態で.330にカーソルが表示されています。	中途データを展開する時に展開内容にエラーがある場合、コードと名称のみ表示していましたので、数量等の編集を行うように修正しました。	H27.4.8

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
151	kk 34748	愛知県の一部の市町村にて、子ども医療費一部現物給付となりますので、対応のほどよろしくお願いいたします 愛知県地方公費対応(平成27年4月診療分～) 対象保険番号 (外来:581・681・781・271、入院:781・271) 限度額認定証の提示が有り、 3割負担相当額が月上限額に達する場合、以下のような計算にて 患者負担及びレセプト公費一一部負担金を算出するよう対応しました。 計算式: 例1)入院、70歳未満現物給付(限度額認定証:区分ウ)	請求点数55551点 80100＋(555510－267000)×0．01＝82985 82985÷3＝27661．666(1円未満切り上げ)27662円 ＜患者負担＞27660円(27662円の10円未満四捨五入) ＜レセプト公費一一部負担金＞27662円 例2)外来、70歳未満現物給付(限度額認定証:区分ウ)、実日数3日 【1日目】請求点数12345点 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円(10円未満四捨五入) 【2日目】請求点数12345点 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円(10円未満四捨五入) 【3日目】請求点数12345点 80100＋(370350－267000)×0．01＝81134 81134－(37035＋37035)＝7064 7064÷3＝2354．666(1円未満切り上げ)2355円 ＜患者負担＞2360円(2355円の10円未満四捨五入) ＜レセプト公費一一部負担金＞ 80100＋(370350－267000)×0．01＝81134 81134÷3＝27044．666(1円未満切り上げ)27045円	H27.4.8
152	support 20150327-015	21診療行為にて内容入力後、登録ボタンを2回押して会計画面にて最後の登録を押したときに「診療行為CLAIM送信選択サブ」画面が出てF11登録のみを押しても登録されずに会計画面のままになる患者様が1名います。 他の患者様は問題なく登録できます。	診療行為の登録時にCLAIM送信画面を表示して登録を行った場合、登録エラーとなってもエラーメッセージを表示しませんでした。 CLAIM送信画面でもエラーメッセージを表示するように修正しました。	H27.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
153	request 20150313-002	1)外来迅速検体検査加算の自動算定で、D017の3を複数回おこなった場合は複数回分の登録となるようにしてほしい。 D017の3の場合は複数回あったら加算も複数項目分として請求できると社会保険診療報酬支払基金から指摘されたので。	検査から外来迅速検体検査加算を自動発生する時に、検査が＊2で入力された場合に1項目としていましたので、2項目とするように修正 しました。	H27.4.23
154	kk 35518	倉敷市の医院さんで、054難病(上限2500円)と380障低所の公費を持っている患者さんの問い合わせを受けました。 内容としては、 2/2は国保・難病・障低所で173点、一部負担170円 2/6(1)は国保・難病・障低所で882点、一部負担180円 2/6(2)は国保・障低所で712点、一部負担710円 他一部負担入力画面では、 2/2自院350円 2/4他院1670円 2/5他院480円 2/6自院0円 となっています。 まず1つ目の質問として、 2/5の時点で、難病公費での上限額が2500円に達しているので 2/6(1)の一部負担金は上がってこないと思うのですが、180円であがってくるのはなぜかというところです。 2つ目の質問として、 レセでの一部負担金額は、054難病公費で350円、380障低所で1058円となっているのですが、国保から、障低所の一部負担金額は1058円ではなく1062円です、と訂正の連絡が入ったそうです。 4円の端数はどこから生じたのでしょうか。	負担金計算時の収納内部項目編集修正 システム管理2010－負担金計算(3)タブ－全国公費併用時の特別計算(外来)の設定が「1」の場合の収納内部項目編集に不備がありましたので修正しました。 (例)国保(3割)＋054難病(上限2500円)＋岡山県地方公費380 2月2日:国保＋054＋380 (173点) 患者負担170円 2月6日(1):国保＋054＋380 (882点) 患者負担180円 2月6日(2):国保＋380 (712点) 患者負担710円 他一部負担入力 2月4日 1670円 2月5日 480円 ＜レセプト＞ 保険　1767 公費1(054)　1055　350　→　350 公費2(380)　1767　1058　1062(※) (※) 2月6日(1)の負担金計算時の収納内部項目編集に不備がありました。パッチ適用後に再計算又は診療訂正登録を行い、再度レセプト作成すると「1062」が記載されます。 ＜補足＞ 岡山県地方公費全般について、システム管理2010に設定がない場合、「全国公費併用時の特別計算(外来)」のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行っています。	H27.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
155	ncp 20150415-005	産婦人科のクリニック様で、外来で特定疾患を算定していた患者様が、お産で入院となりました。 退院後、また外来受診をされましたが、その際、特定疾患が算定できず、手入力してもエラーとなりました。 長野県国保連合会審査管理課にこの場合の算定について問い合わせたところ、関東信越厚生局に問い合わせしてくださり、点数表のB000特定疾患療養管理料の注3の記載は保険での入院の場合に該当し、お産等の自費入院の場合は退院から1月以内であっても特定疾患療養管理料が算定できるとの回答だったとのことでした。 現状、エラーではじかれ、特定疾患の算定ができない為、レセプト提出ができておりません。	退院日から1月以内のチェックで自費保険の入院は警告とするようにしました。 管理料算定日の直近の退院日の保険組合せが自費保険(保険の種類の頭が「98」)であれば警告とし「警告！退院日より1月以内です」を表示します。 自費保険以外であればエラーとなります。 これは管理料の手入力の場合のみ入力可能となります。 病名からの自動発生では退院日の保険判定は行いませんので、1月以内であれば自動発生しません。 現在、プログラムによりチェックしている管理料は以下となります。 初診算定日と退院日の1カ月チェック 113001810　特定疾患療養指導料(診療所) 113001910　特定疾患療養指導料(100床未満) 113002010　特定疾患療養指導料(100以上) 113700610　慢性疾患生活指導料(診療所) 113700710　慢性疾患生活指導料(100床未満) 113700810　慢性疾患生活指導料(100床以上) 113002310　皮膚科特定疾患指導管理料(2) 113000910　皮膚科特定疾患指導管理料(1) 113002910　難病外来指導管理料 113002210　小児療養指導料　　※退院日のみチェック 113002850　てんかん指導管理料 113010110　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	H27.4.23
156		診療行為一覧選択画面でユーザ登録「6:システム」を選択した時、「099999921 【レセプト】公費欄－－部負担金金額置換 」、「099999922 【レセプト】第三者行為－－金額置換 」が表示されていませんでしたので表示するように対応しました。 ※会計照会、外来まとめ入力、点数マスタの一覧選択画面		H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
157	kk 35612	請求額が変更される件につきまして 外来負担金計算修正(システム管理2010の機能について) 現状、システム管理2010の ・現物給付対象者の特別計算(高齢者・外) ・長期併用時の特別計算(外来) ・負担金未発生分の回数カウント(外来) の機能(設定値が0でない場合)について、診療済みの負担相当額や回数を収納データから取得する際、計算対象の収納データの伝票番号より小さい伝票番号の収納データのみを参照して計算を行っています。 (計算対象の診療データの伝票番号より大きい伝票番号の収納データは参照していません) 上記の機能(設定値が0でない場合)をシステム管理1039の「一括再計算順」が「1 診療日順」で設定されている場合、診療済み収納データの参照判断を【伝票番号】でなく、【診療日】を元に行うよう修正しました。 ・計算対象の収納データの診療日より小さい診療日の収納データは参照します。 ・計算対象の収納データの診療日より大きい診療日の収納データは参照しません。 ・計算対象の収納データの診療日と同じ診療日の収納データは伝票番号を元に判断します。	(例)後期高齢1割＋広島県地方公費191、所得区分:一般 システム管理2010の「現物給付対象者の特別計算(高齢者・外)」・・・「1」で設定済 システム管理1039の「一括再計算順」・・・「1」で設定済 ＜外来＞ 3月11日 15000点(主保険負担相当額)15000円 3月25日 15000点(主保険負担相当額)15000円 3月1日　 15000点(主保険負担相当額)15000円 上記の順で診療行為入力を行った場合、入力時の患者負担はそれぞれ 3月11日 200円 3月25日 0円 3月1日　 200円(※11日と25日の収納データは参照しない) となります。 この場合、3月11日分は再計算で0円にする必要があります。 (1日の診療で、診療済み主保険負担相当額が12000円以上になる為) ＜重要＞ 診療日順に入力を行っていない場合は、上記例のように診療済み分について再計算が必要となる場合があります.	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ12月20日－入力CD疾患区分	特定疾患病名の入力CD作成時に、疾患区分のフラグを外して登録した際にVer.4.6.0までは疾患区分は空欄で病名登録画面に反映されてました。 Ver.4.7.0では病名登録画面で入力CDで入力しても、疾患区分のフラグが元の疾患区分を表示します。	疾患区分のフラグを外して登録した自院病名を病名登録画面で入力したとき、疾患区分が表示されていましたので修正しました。	H25.1.28
2	ncp 20130306-006	病名の病名コード置換えについてご教授頂けると助かります。 病名「仮性クループ」に入力CD「ka1」を設定しており、病名コード欄に「ka1」を入力した後、病名コード置換えダイアログで「急性声門下喉頭炎」に置換えた場合、「病名編集」の表示になります。 CD表示で病名コードを確認すると「4640009」とコードが表示されます。 この状態で、レセ電ファイルを確認すると、コードが「0000999」になっております。 患者紹介では、「急性声門下喉頭炎(コード:4640009)」で検索する事が可能です。 病名欄に直接「仮性クループ」を入力後、病名コード置換えダイアログで「急性声門下喉頭炎」に置換えた場合は、「病名編集」の表示はありません。 上記、このような仕様になっているのでしょうか？ それとも不具合なのでしょうか？	患者病名画面で入力した自院病名が「0000999」の未コード化傷病名の場合、病名コード置換確認画面で推奨する病名へ置換えを行うと、編集病名の設定がクリアされていませんでしたので修正しました。 例) 仮性クループ ブドウ球菌食中毒	H25.3.26
3	support 20130315-001	病名登録で簡単修正からの複写機能の不具合の件 ◇現象(病名登録画面) (1)転帰済みの病名を含め200件程度の病名が登録されている。 ↓ (2)「次頁」にて画面を切り替える。 ↓ (3)病名番号に転帰済みの病名番号を入力し、簡単修正画面を表示する。 ↓ (4)「複写」を選択し、登録を実行。 ↓ (5)(3)で選択していないはずの病名が転帰されていない旨のエラーを表示して登録出来ない。	患者病名画面で同一画面に同じ開始日の病名が全て表示できなくて最大200行の表示を行わずに次頁の表示を行った場合、次頁以降の簡単修正の処理に不具合がありましたので修正しました。 例) 番号200までは「病名番号入力エラー」となる 番号201からは違う番号の病名が対象となる	H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20130325-031	病名入力の際に自院コードを使用すると、不正確な病名コード置換え確認画面が表示されるとの連絡がありました。 システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の移行病名・推量病名警告メッセージ及び廃止年月日警告メッセージの表示を「1 表示しない」で設定しています。 自院用コード「tousinn」(糖尿病性神経障害) 「hensen」(扁桃腺炎)← 未コード化傷病名 病名コード欄に自院用コードの一部(「tou」、「hens」)を入力しEnterキーを押すと、「(C04)自院病名検索」画面が表示され、一覧から該当病名を選択すると、「(CID2)病名コード置換え確認画面」に次の推奨病名が表示されます。 ・糖尿病性神経障害?推奨病名「糖尿病性神経障害」 ・扁桃腺炎?直近に自院コードで入力した病名(tousinnを入力しクリアした後に「hen」で入力すると、推奨病名「糖尿病性神経障害」が表示される) 病名コード欄に自院コードを全て入力した時、及び病名欄で病名を入力した時には「(CID2)病名コード置換え確認画面」は表示されません。 システム管理で「1 表示しない」に設定している場合、自院コード入力時も今までのように確認画面が表示されないようにしていただけないでしょうか？	システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の「移行病名・推奨病名警告メッセージの表示」の設定を「1 表示しない」とした時、「C04 自院病名検索」で推奨する病名がある自院病名を選択すると表示が不正確な病名コード置換え確認画面が表示されていましたので修正しました。 (例) 糖尿病性神経障害 高血圧(症)	H25.4.25
5	5/10 病名コード欄 カーソル位置	入力途中の病名および登録済みの病名にて、病名コード欄にカーソルがある状態でEnter キーを押下すると、病名コード欄の位置により、病名名称が一部だけクリアされる現象が生じているようです。	患者病名画面で病名欄に病名の入力があるとき、病名コード欄から空白を入力すると、病名の一部が消えてしまいました。 ver4.7.0からの未コード化傷病名となる病名の別の病名コードでの組み立てへの移行対応時に、病名コード欄が空白入力時の処理に誤りがありましたので修正しました。	H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		編集病名(未コード化傷病名コードで記録されるもの)で主病名の場合、17文字を超えると警告としていましたが、警告とはしないようにしました。 既に登録済みの病名については、該当する病名を選択して登録処理を行うと内部的なチェックフラグをクリアして登録します。		H25.6.25
7	ncp 20130531-019	5/27付けのPG更新後病名登録画面のカーソルの動きが変わった様ですのでメールさせて頂きます。病名コードで複数コードを入力後Enterをすると補足コメントへ移行後警告メッセージが出て開始日にマウス、クリック操作でしか入力できません、ご確認宜しくお願いします。	5月27日提供のパッチで、患者病名登録で複数病名入力時のカーソル移動に誤りがありましたので修正しました。	H25.6.25
8		システム管理「1042 病名・コメント情報」の廃止年月日警告メッセージの表示を「1 表示しない」、移行病名・推奨病名警告メッセージの表示を「0 表示する」と設定時、自院病名登録画面で移行病名はあるが別のコードで登録可能なコードがない病名コードを入力したときに、病名コード置換え確認画面 (CID2)を表示せず、廃止病名のエラー画面(CERR)を表示していましたので修正しました。 例) 4019011 高血圧(症) 0059008 食物中毒		H25.7.25
9		自院病名の登録時に、ひとつの傷病名に3つまで自院病名CDの入力を可能としました。		H25.8.27
10		複数の自院病名コードを1つにまとめたセットコードを作成できるようにしました。 患者病名画面でセットコードを入力することにより複数の病名が一度に入力可能です。		H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	support 20131101-004	いちご状血管腫(8830498)という病名の補足コメントに陰部(ZZZ1905)を登録しようとすると、病名が消えるがそれはそういう仕様ですか？というお問い合わせを頂きました。 その後再度病名を入力すると登録できるし、補足コメントのカッコ内に直接ワープロ打ちで陰部と入力すると病名が消えると言う現象は出ないようです。 他の病名・部位ではその現象は出ないとの事。いちご状血管腫と陰部の組合せの時にだけ出る現象のようです。	(C02)患者病名画面で病名欄に病名入力後、補足コメントコード欄から入力CDの一部を入力して(C04)自院病名・セットコード検索画面に遷移し、該当する病名を選択して戻った場合に、病名欄の病名を消去していましたので修正しました。	H25.11.26
12	request 20130826-005	病名登録画面の病名欄で「固定蕁麻疹」と入力すると移行病名として「結節性痒疹」への置き換え確認画面表示されます。しかし、「固定じんま疹」では、確認画面が表示されません。 「8841362　固定じんま疹」は平成23年5月31日で廃止病名となっています。 この為の移行病名として「8833128　結節性痒疹」がありますが、「固定じんま疹」と入力しても、「ZZZ5067　固定」「8841304　じんま疹」とコードが割り当てられる為に、移行病名は表示しません。 現在の仕様では、入力された病名が廃止されている場合で、修飾語と病名の組み合わせによりコード化された場合は、それを表示するようにですが、入力された病名が廃止されている場合であり、修飾語と病名の組み合わせによりコード化された場合であっても、移行先病名がある場合は、「病名コード置換確認画面」が表示され、入力候補の選択ができるようにしていただけないでしょうか？	患者病名画面、自院病名画面で「病名」欄から入力時に検索した病名コードに移行先病名がある場合、病名コードを入力した場合と同様に病名コード置換確認画面の表示を行い、移行先病名への置換えを可能とするようにしました。 また、推奨病名、未コード化傷病名とならない別の病名コードへの置換えも可能です。	H25.12.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	request 20131225-001	今回プログラム更新を行う前までは、病名欄に直接「子宮頚管炎」と入力していました。 プログラム更新後は、病名欄に直接「子宮頚管炎」と入力すると病名コード置換確認画面が表示されます。 ---------- 入力された病名　子宮頚管炎 6180007　　頚管炎　　廃止年月日 移行先病名欄　子宮子宮頚管炎 6180008　　子宮頚管炎 ---------- と表示されます。 「子宮頚管炎」は、元々コードがありますので、移行先病名が表示されないようにして欲しい。	病名欄から病名入力を行った場合、複数の病名コードで組み立てるときの移行先コードが入力した病名と一致する場合 には、置換え画面の表示は行わないようにしました。 例) 気管支喘息 子宮頚管炎 併せて、「単純ヘルペス」のように移行先病名、推奨病名がないコードでの組み立てがひとつの場合も、置換え画面の表示を行わないようにしました。 例) 単純ヘルペス 鼻アレルギー	H25.12.27
14	ncp 20140131-021	下記手順にて病名コードを削除した際に「病名コード順がエラーです」とのメッセージが表示され、病名欄に「の疑い」だけが残ります。 入力コード:kotu 病名:骨粗鬆症の疑い が登録されている状態において、病名コード欄に「kotu」を入力し病名欄にてEnterキーを押下した後、病名コードを削除します。 ORCAバージョン4.6までは、入力コードに対する病名全てが削除されていたようです。	「22 病名」で病名コード欄からコードを削除した場合の処理に不具合がありましたので修正しました。 例) 1.「骨粗鬆症の疑い」(7330006+ZZZ8002)のように病名+接尾語で構成する自院病名を病名コード欄から入力 2.病名欄でエンターを押下 3.病名コード欄に戻り、コードを削除 4.病名欄に「の疑い」が残り、「病名コード順がエラーです」とエラーメッセージを表示	H26.2.25
15		病名欄より例えば同義語「細菌性赤痢」と入力した場合に病名コード置換確認画面が表示されませんでしたので表示するよう修正しました。		H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	ncp 20140313-016	病名画面の入力CD設定画面にて 1つの病名に対し複数の入力CDを同時に付与しようとした場合2つめ以降の入力CDを入力したときに入力CDの重複確認が行われず、重複しているコードを入力し登録してしまうと、該当コードの中身(病名)が上書きされてしまう。 2つ目以降の入力コード入力欄でも重複確認が表示されるように機能改善をお願い致します。	「22 病名」の「C03 自院病名登録」で複数の自院病名コードを登録する時に、登録済みの自院病名コードを入力したときのチェックに不具合があり、病名が上書きされてしまいました。 例) 1.自院病名コードに「01」を入力後、「胃炎」を登録 2.自院病名コードに「001」「01」と入力後、「肺炎」を登録 3.「01」を呼び出すと、病名が「肺炎」と表示 登録済みの自院病名コードを入力した場合はエラーとするようにしました。	H26.3.24
17		「22 病名」の「F4 入力CD検索」で、置換え病名コードがある複数の自院病名で作成したセットCDを選択したときに、セットCDの2番目に登録した自院病名の「病名コード置換確認画面」の置換え病名コードと病名の表示に1番目に登録した自院病名の情報が残っていましたので修正しました。 例) 1.膝ガングリオン 7274039 → ZZZ1042 7274003 2.胃潰瘍 ZZZ1202 5239006 → 5319009 胃潰瘍の「病名コード置換確認画面」の置換え病名コードと病名に 5319009 7274003 胃潰瘍ガングリオン と表示(置換え後の病名コードには影響はなし)		H26.6.25
18		複数の第三者行為が登録された患者について、「22 病名」より同一診療科、開始日、病名でそれぞれの第三者行為での登録ができませんでした。 第三者行為入力時の重複チェックに誤りがありましたので修正しました		H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	support 20141202-025	コメント入力画面にて、コメントを2行登録(詳記区分は同じで2行の登録)してある場合の「F7次月」での複写についてお尋ねします 内容を編集後に複写したい為、1行ずつ選択して複写したいのですが、2つ目の複写が出来ません(エラー表示も無し) ご確認お願いします	コメント入力画面で、登録済みのコメントを一行ずつ、「次月」へ複写する時、「コピー」を押下しないでコメント行を選択して「登録」した場合に、連番が1以上のコメントを複写しないことがありました。 「コピー」を押下しない時も、複写先に同じ連番のコメントが存在しない時は、追加するように修正しました。	H26.12.18
20	support 20150414-014	例えば、「もやもや病」という病名をコード登録後、患者病名として病名コード入力した場合の疾患区分の表示に青文字で表示されるはずの”特定疾患対象”の文字が表示されません いったん病名コード登録した後に、再表示すると表示されます また、病名欄に直接入力した場合も表示されます	特定疾患コードと難病外来コードの両方が設定された病名を登録した自院病名を患者病名登録画面で入力したときに、右上の「特定疾患対象」の表示が行われませんでしたので修正しました。 例)もやもや病	H27.4.23
21	ncp 20150424-003	4月23日の第70回パッチ適用後より、特定疾患該当病名より疾患フラグを外した自院病名(例:気管支喘息)を患者病名登録画面にて自院コードを入力し該当病名を呼び出すと、自院病名設定時に外した疾患区分が設定されるようになっております。	4月23日提供のパッチ対応で、特定疾患コードと難病外来コードの両方が設定された病名を登録した自院病名を患者登録画面で入力したときの特定疾患の表示について対応しましたが、これにより特定疾患をクリアして登録した自院病名を入力した場合に、クリアする前の特定疾患コードが表示されてしまいましたので修正しました。 例)気管支喘息の「05 特定疾患療養管理料」をクリアして登録	H27.4.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 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	収納履歴　接続切れ	収納履歴について、99件までの表示となっていますが、100件目を更新すると、100件目の履歴が1番に登録されます。101件目を更新すると「接続が切れました」となり、日レセが落ちてしまいます。	収納業務[(S02)収納登録－請求一覧画面]の収納明細の履歴表示は最大99件となっていますが、再計算を行うことで100件目を更新すると100件目の履歴が1番に登録され、101件目を更新すると「接続が切れました」となり、日レセが落ちる不具合がありました。 収納明細の履歴が99件に到達している状態で、再計算が行われた場合、更新エラーのエラーメッセージの表示を行い、日レセが落ちないよう対応を行いました。	H25.1.28
2		収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面のコラムリストの並び順の指定が[1 診療日順]となっている場合、[診療日、診療科、保険組合せ番号、伝票番号]の小さいものから表示を行なっていましたが、一括再計算を行う際はシステム管理[1039 収納機能情報]－[一括再計算順]の設定が[1 診療日順]になっている場合、[診療日、伝票番号]の順に計算を行うことから、表示順についても[診療日、伝票番号]の順とし、一括再計算の計算順に合わせるよう修正しました。		H25.2.25
3	ncp 20130628-016	収納でいくつもの処理を行うと正しい計算がされない。 390円入金→入金取消→分割入金(340円と50円)→診療訂正-20円未収→-20円返金→入金取消-390円→最後に340円の入金を行うと、請求金額:370円　未収金額:30円と表示されていますが、日報は未収金が50円になります。 入金取消の-390円が本来は-370円でなければいけないかと思います。 4.6.0は正しく計算されました。	分割入金→診療訂正→返金→入金取消の順で処理を行うと、入金取消の金額が正しく計算されない不具合がありましたので修正しました。	H25.7.25
4	request 20120712-004	収納登録画面の一括再計算該当で、高額療養費と公費との絡みで一括再計算が必要な患者様のリストアップが出来るが単純に収納更新が必要な患者様のリストアップも出来るように機能追加をお願いしたい。	[(S10)患者一覧]画面に会計照会業務で[剤変更]または[保険一括変更]後に[収納更新]を行っていない患者の表示を行うようにしました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 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
5	ncp 20130806-008	下記手順で入金処理を行うと「0001　入力エラー」が表示されます。 1.「(S02)収納登録?請求一覧」から「3 未収一覧」を表示。 2. 収納履歴を選択し、入金額に金額を入力。 3. F12【登録】を押下。 4.「0001　入力エラー」が表示される。 エラーを閉じると入金処理自体はできているのですが、どうして入力エラーが表示されるのでしょうか。	コラムリストの内容を[3 未収一覧]にした状態で、コラムリストに表示されている収納の一番下のものを選択して入金処理を行うと現象が発生していましたので修正しました。	H25.8.27
6	support 20130823-020	「23収納」の画面の保険欄が通常は国保とか表示されますが、0142と表示されると連絡がありました。データを確認しましたが、特に問題がありそうにない様です。	患者に登録されている保険組合せが100件を超えた場合に、収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面で100件を超えた番号の保険組合せの名称が番号で表示される不具合がありましたので修正しました。 また、(S06)収納登録－一括入金画面についても同様の修正を行いました。	H25.9.25
7	ncp 20140430-004	弊社は重大トラブル回避の為に日頃よりユーザー様のlogを監視していますが、最近下記のlogがいくつかのユーザー様で出ています。 Apr 30 09:39:49 xxxxxx-server panda/glclient[29663]: widget data [S02.fixed12.NYUGAIKBNCOMBO.NYUGAIKBN] is not found プログラム更新の失敗かと思い、夜間に更新をし直しマスター更新もしましたが改善しません。問題は無いのでしょうか？	glclient2より、入退院登録業務から産婦人科で分娩の退院登録を行った際、(S08)出産育児一時金入力画面から(I01)入退院登録画面に戻った際に、glclient2を実行しているマシンのsyslogに ---- panda/glclient[29663]: widget data [S02.fixed12.NYUGAIKBNCOMBO.NYUGAIKBN] is not found ---- とログが出力される不具合がありましたので修正しました。	H26.5.1
8		収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面より入金処理を行った際、請求書兼領収書および診療費明細書の発行を行う機能を追加しました。 画面の「請求書」「明細書」により発行指示をします。		H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 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
9	ncp 20141126-013	第59回のパッチ提供を適用したところ、(S02)収納登録-請求一覧の画面に請求書発行・明細書発行の欄が追加されていますが、ここのデフォルトを「0発行しない」にしたいとの要望を受けました。 設定箇所はシステム管理の「1001医療機関情報-基本」と「1039収納機能情報」とがあると思いますが、請求書・明細書それぞれどちらの設定を参照しているのでしょうか？ 仮に「1001医療機関情報-基本」の設定を参照しているとすれば、ここを変更すると通常業務の際(診療行為→診療行為確認→請求確認)の請求書発行に影響してしまいます。	収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面の請求書兼領収書発行コンボボックスの初期値について、システム管理[1001 医療機関情報－基本]の設定が[発行する]の時に、システム管理[1039 収納機能情報]の[発行しない]の設定が有効にならない不具合がありましたので修正しました。	H26.11.25 H26.11.28 にパッチファイルを差し替えました

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ3月27日－異動処理時の回数入力表示	Ver.4.7.0で診療行為画面で1日分だけ入力し、会計照会画面にて他の日のフラグを追加しようとすると、異動処理した方に対して同日再入院の回数入力画面が表示されます。	入退院登録で転科・転棟・転室の処理を行った日を会計照会では入退院日と判定していました。 これにより、転科・転棟・転室の異動日が同日再入院日と判断し、診療回数変更時に回数入力画面を表示していました。 また、外来の剤に対しても診療回数が登録できていました。異動日は入退院日としないように修正しました。	H25.4.25
2	ncp 20130403-020	「24会計照会」で番号が1～25まであります。 例えば 1・その中の12を選択 2・診療回数を変更 3・「変更確定」をクリック 以前のバージョン（4.5ver）では「変更確定」をクリックしても選択した画面の位置は変わらず元の画面の位置だったのが4.6verになってから、「変更確定」をクリックすると選択した画面の位置が上に表示されるようになった。	会計照会画面で、剤番号で選択した剤を画面中央に表示しますが、「変更確定」を行うと前回選択した剤が画面上部に表示していましたので、「変更確定」前と同じ画面中央に表示するように修正しました。	H25.4.25
3	support 20130725-008	入院料に包括される診療行為を入力したとき、先方より送付いただいた内容（13区分）を入力すると、会計照会で「出来高算定日」と表示されます。 包括診療となる画像診断等では表示はされませんが、このような動作でしたでしょうか。	会計照会で入院中の剤を選択した時、入院料包括の判定で包括対象の指導料の剤に「出来高算定」の表示を行っていることがありました。 電子点数表でのチェック対応時に、指導料・在宅料・入院料のチェック追加を行っていませんでしたので、包括チェックを行うように修正しました。	H25.8.27
4		会計照会の剤変更処理で、入院の剤の保険変更を行った場合、受診履歴の連番に不整合が発生することがありました。 変更後の保険組合せの受診履歴に剤が15登録されていて、追加する剤番号を受診履歴を追加して登録する時に、枝番でなく同日連番を採番していまし た。この為、同じ保険で複数の受診履歴が作成されていましたので、枝番を採番するように修正しました。 入院の受診履歴は受診日・診療科・保険組合せで1件となります。		H25.12.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5		コメント入力画面(症状詳記)の症状詳記区分に「90 上記以外の診療報酬明細書」を追加しました。		H26.4.25
6	support 20140701-005	6月に1度退院をして、同月6月26日より再入院した患者様です。 前回入院中に算定していた入院料の加算を、剤の一括回数変更をつかって、6月26日～6月30日へフラグ「1」を立てようとすると、「会計照会ー回数入力」という小さなウィンドウが表示されるようになりました。 1回目ー入力欄(退院分) 2回目ー入力欄(入院分) と表記されているのですが、おそらく2回目の入力欄(入院分)の中に、何かしらの値を入力するのだと推測されるのですが、具体的な操作方法を教えてください。	会計照会で、入院日に「転科・転棟・転室」処理を行った場合に入院日を同日再入院日と判断していました。 この為、回数変更時に回数入力画面を表示していましたので、表示しないように修正しました。	H26.7.24
7	ncp 20140922-007	地域包括ケア病棟入院料を算定しているとき、入院料に包括される診療行為(80区分リハビリ)を入力すると、会計照会で「出来高算定日」と赤で表示されます。 レセプトプレビューで確認すると包括診療になっており、算定上問題はありませんが、赤このような表示がされるのはなぜでしょうか？	会計照会で診療科を変更した時、入院の包括判定をしていませんでした。この為、包括の剤を選択した場合にすべての算定が「出来高算定日」で表示されていました。 正しく判定を行うように修正しました。	H26.9.29
8	support 20141024-006	「24会計照会」にて「剤削除」をしようとすると”受診履歴に存在する剤があります。削除はできません。”とメッセージが表示され、削除することができません メッセージの意味がよくわかりません。どのような場合に、そのメッセージが表示されるのでしょうか	会計照会で「剤削除」をクリックし回数ゼロの剤を削除する時、回数がゼロでも受診履歴に登録のある剤はエラーとなり、以降の処理を終了していま したので、エラーの剤以外はすべて削除するように修正しました。 また、エラーとなった剤も、選択して「F8　変更確定」をクリック後、「登録」を行うことで受診履歴から削除するようにしました。	H26.11.25
9	support 20150114-022	コメントの剤は出来高包括算定日のチェック対象外であると思われるのですが、短手3で登録すると、包括算定日のチェックがかかります。	会計照会で、選択した入院の剤が入院料の包括対象チェックであるかの判定を、コメントのみの剤等でも行っていました。 診療コード・薬剤コード・器材コードのない剤と院外投薬の剤は包括対象チェッ クの対象外とするように変更しました。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	ncp 20150127-025	長期入院(H26.9.1から)されており、毎日投薬、処置、検査などの入力をされている患者様で、会計照会にて、特定の薬剤(ワソラン錠40mg[620004629]zainum=625)を選択すると、syslogにsegfaultを吐き出して、glclient2(もしくはmonsiaj)が切断されます。 該当患者のmaxzainumは730となっています。 会計照会画面で、表示を「00 全体」から「20 投薬」に絞ると、該当薬剤を選択しても特に問題がありません。 エラーで落ちないように、何か良い方法はございますか？	会計照会で、画面表示に次ページがある時、最後の剤内容が包括検査で最終行の名称が8文字以上となる場合に、1行目の剤を選択した時に異常終了していましたので、正しく処理を行うように修正しました。 また、この時、最後の剤が表示途中で最大行数になっても表示している検査数で最終行に「項目数:XX」を表示していましたので、すべての剤内容を表示する時のみ表示するようにしました。	H27.2.24
11		会計照会で外来の剤の日を追加して、新しい収納を作成した時に収納のドクターコードが4桁で編集されていましたので正しく編集するように修正しました。		H27.3.25

 Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	kk 30250	社保＋療養介護(024)＋マル障(180)の組み合わせの場合です。 入院されている患者様で2日に外泊をされ場合、公費?の負担金額が757円になってしまいます。 3日以降に外泊された場合は1，000円になり正常に金額がでます。 支払基金に問い合わせを行ったところ、1，000円で提出との事でした。 保険の給付欄の内容は以下の通りです。 保険請求点:68，574 公費①負担金額:5，506 公費②負担金額:757	大阪府地方公費負担金計算修正(入院) 主保険(3割)＋療養介護(024)＋マル障(180)の保険組み合わせの場合 該当月入院2日目に外泊があった場合(2日目の請求点数257点)、マル障(180)の2日目の一部負担金が257円で計算していましたので、500円(上限)で計算するように修正しました。 ＜レセプト＞ マル障(180)の一部負担金は、1000円(1日目500円＋2日目500円)となります。	H25.3.26
2	support 20130515-021	【現象】 51月次統計の出産一時金請求書から漏れてしまう患者がいる。 【詳細】 31入退院登録の出産一時金画面上で「未請求」と登録されているが、出産一時金請求書に出力されない患者がいます。 出産一時金チェックリストを確認致しますと「未請求」として表示されています。 その際、請求日が空欄となっております。 (出産一時金画面には10日請求と入力されております) 画面上での判断となりますので、原因と関連しているかについては不明です。	通常の操作で(S08)出産育児一時金画面で、登録済みの患者に対して、「(I01)入退院登録画面」より「10 退院再計算」を選択し、「(I04)請求確認画面」、「(S08)出産育児一時金画面」と進めていき、「(S08)出産育児一時金画面」で[F12(登録)]を押下せず、[F1(戻る)]を押下した場合、未請求の患者となる不具合がありましたので修正しました。 (該当患者は月次統計から処理を行う「出産育児一時金チェックリスト」で未請求として記載され、「出産育児一時金代理申請・受取請求書」の記載及び「専用請求書CSVデータ」の記録は行われません。) また、出産育児一時金の対象となる入院履歴で定期請求が行われている場合に退院登録後に定期請求期間の収納データの請求取消を行い、再度定期請求を行った場合も未請求の患者になる不具合がありましたので修正しました。	H25.5.27
3		入院歴作成時に退院日の初期設定を行わない機能を追加しました。また、初期表示する歴を「自院歴」とする機能を追加しました。		H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	kk 31411	富谷町福祉部子育て支援課　様に電話で確認しましたところ、「年齢と食事の半額助成以外は仙台市と同じです。」と回答をいただきました。 保険番号183,483と同じように、保険番号263,363,463,563 で富谷町の入院の場合、食事負担金を半額で計算するように対応お願いできないでしょうか。	宮城県富谷町子ども医療費助成制度対応 (平成25年10月診療分～) 保険番号(263、363、463、563)について 以下の公費負担者番号の場合、入院食事負担を半額助成するよう対応しました。 公費負担者番号 83040170(川崎町) 83040287(富谷町) 83040790(美里町) (重要)日レセバージョンが4．7の場合は、以下の点に注意してください。 システム管理2010において、保険番号(263、363、463、563)で、設定登録を行っていない場合は、特に何もする必要はありません。 設定登録を行っている場合は、負担金計算(2)タブの「食事療養費」付加設定－本人タブ－食事療養を「2 患者負担あり(半額)」で設定してください。 保険番号(263、363、463、563)について、上記設定を行った場合は、川崎町・富谷町・美里町のみを半額計算の対象とします。	H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	kk 31443	宮城県宮城郡利府町　子ども医療費助成制度の資料を入手しましたので取り急ぎ送付致します。	宮城県利府町子ども医療費助成制度対応 (平成25年10月診療分～) 保険番号(663)について 社保で、限度額認定証の提示がない場合は、80100＋@を超える金額を患者負担に加算します。 保険番号(763)について 限度額認定証の提示がない場合は、80100＋@を超える金額を患者負担に加算します。 ＜計算例＞ 入院 請求点数49514点 主保険3割 限度額認定証の提示なしの場合 49514点×10円×3割＝148542円(四捨五入)148540円 80100＋((495140－267000)×0.01)＝82381円 148540円－82381＝66159円 (この金額を患者負担に加算)	H25.9.25
6	ncp 20131113-004	H23.11より入院されている患者さまです。(保険情報:後期高齢者) H25.6までは療養病棟入院基本料1(F生活)を算定されています。 H25.9.18に転科転棟転室を行い、亜急性期入院医療管理料1に変更となりました。 亜急性期入院医療管理料1については、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として所定点数を算定するとありますので、通常であれば11/16までしか算定されないのですが、入院会計照会で確認したところ、11/17以降も亜急性期入院医療管理料1が算定され続けています。 入院歴が長く、転室は繰り返されていますが、9/18以降保険の変更などはありません。 こちらで検証したところ、11/16以降はきちんと亜急性期入院医療管理料1が算定されないような動作をするため、現象が再現しません。 他にも亜急性期入院医療管理料を算定されている患者さまはいらっしゃるようですが、そちらはきちんと60日たったら算定されないようになっているとのことです。	平成24年3月31日時点で入院している、かつ、現在まで入院が継続している患者について、異動処理で亜急性期入院医療管理料を算定した場合に、当該入院料を90日上限で算定してしまう不具合がありました。 平成24年改定の経過措置対応に不具合がありましたので修正しました。	H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	ncp 20120928-008	入院会計照会画面についてお伺いします。 一部の患者様の入院会計照会画面(10月以降の画面)で、食事フラグがたっていないという現象が起こりました。 自動でフラグがたつようにしたいのですが、どのように操作すればよいでしょうか。 9/27にプログラム更新、マスタ更新をしています。 5000.医療機関情報?入院基本での設定は「入院時食事療養1」「食堂加算?算定する」「栄養管理経過措置-0栄養管理体制基準適合」です。 5001.病棟管理情報設定は以下の通りです。 「特定入院料-07回復期リハビリテーション病棟2」「病棟種別-04療養病棟」「入院基本料-11療養病棟入院基本料1(入院基本料I)」「休日リハビリテーション提供体制加算-算定する」「食堂加算-算定する」	入退院登録画面で異動処理を行われた際に、入院会計の食事欄が未設定となる場合がありましたので修正しました。 ・未設定となる処理事例 (1). 平成25年10月1日に入院登録を行う。(入院会計は10月、11月分が作成済み) (2). 平成25年12月1日異動日で「転科　転棟　転室」処理を行うと、平成26年1月分入院会計の食事欄が未設定となる。 入院会計作成時の食事は異動月の最終夕食の状態を翌月分の入院会計に反映する処理としていますが、上記事例の場合は異動月の入院会計が存在していない為、最終夕食が取得できないことから、未設定の状態となりましたので、この場合は異動日前月の最終夕食の状態を反映できるよう修正しました。 ※入院会計が存在している月を異動日とした場合は、従前どおり異動月の最終夕食が反映されます。	H25.11.26
8		入院歴作成画面に「入院通算対象日数」とは別に「特定入院対象日数」の項目を新設しました。 登録した入院歴からの継続入院で入院登録を行う際に、算定入院料が特定入院料である場合、特定入院料の算定日数限度から入院歴に登録した特定入院対象日数を控除した日数を限度として特定入院料の入院会計を作成します。		H26.1.28
9	support 20140207-032	「労災」と「後期高齢者」の2つの保険の患者様が療養病棟に入院されている場合、入院料は「労災」保険にて算定しております。 しかし、「重症皮膚潰瘍加算(18点)」の入院加算の点数のみは「後期高齢者」保険にて算定したいのですが、入院料を他保険にて算定しているためレセプトデータ作成時にエラーとなってしまいます。審査支払基金へ確認しましたところ「他保険にて算定済み」のコメントがあれば算定は可能とのことですが、入力方法をご教示下さい。	入退院登録・定期請求・レセプト処理時のチェック修正 労災・自賠責・公害で入院料を算定し、医保で入院料加算の診療行為入力を行った場合、入院料を算定している保険組合せと入院料加算を算定している保険組合せが異なることから入退院登録・定期請求・レセプト処理時にエラーとしていましたが、入院料加算(A200総合入院体制加算～A245データ提出加算)については、エラーとしないように修正しました。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	ncp 20140304-027	後期高齢者の78歳の患者様で、先日追加になった第三者行為の保険を使用して入退院登録にて療養病棟に入院した場合、通常保険だと「入院基本料A(生活療養)」と生活療養の着いた入院基本料の選択肢が表示されますが、第三者保険使用時のみ生活療養の基本料が発生しません。 そのため、入院会計照会にて「生活療養の基本料が算定されていません」のエラーが出ています。 まだ第三者行為の保険は入院には対応していないということでしょうか？	入退院登録において、「高齢者＋第三者行為」で療養病棟に入院した場合、入院料選択に、(生活療養)がつかない入院基本料を表示していましたので、(生活療養)がついた入院基本料を表示するように修正しました。	H26.3.24
11	support 20140326-023	有床診療所一般病床初期加算についてお尋ねします。 H26.4.1?有床診療所入院基本料2を算定することになったため、システム管理マスタの5000と5001でH26.4.1?の世代を作成し、5000で一般病床初期加算を「算定する」で設定し5001の病棟設定で入院基本料2を算定するように設定しています。 実際に4月からの入院基本料の点数を取ってくるか確認するために環境設定のシステム日付を4月に変更しダミーの患者を4月1日で入院登録させました。 すると通常、入院初期加算が表示される欄がグレーアウトして選択できないようになっていました。 入院日を3月の日付にすると、選択できるようになります。 また4月の日付でも入院基本料4?6であれば初期加算を選択することができます。 入院基本料1?3では入院初期加算を算定できないのでしょうか。	入院初期加算を選択できるように修正しました。	H26.3.27
12		短期滞在手術等基本料で入院登録を行った場合の入院会計について、基本料は入院日だけ"1"を立るように対処しました。 ※この対応は入院登録時のみの対処としている為、退院取消、異動処理等を行った場合、入院日以外にも"1"が立ちます。これについては動作を改善したパッチを改めて提供する予定です。		H26.3.31

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13		夜勤時間超過減算の対象となる以下の入院基本料について、入院期間が180日を超える場合の選定入院対応を行いました。 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 190131310 一般病棟7対1入院基本料(夜勤時間超過減算) 190131410 一般病棟10対1入院基本料(夜勤時間超過減算) 190165810 一般病棟13対1入院基本料(夜勤時間超過減算) 190165910 一般病棟15対1入院基本料(夜勤時間超過減算) －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 該当入院料で選定入院となった場合の負担金計算、診療費明細書、カルテ3号紙、会計カードについて対応しました。		H26.3.31
14		4月からの短期滞在手術等入院基本料3について、食事療養、生活療養の算定及び負担額計算に対応しました。		H26.3.31
15		4月からの地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料について生活療養対象時の食事療養、環境療養の算定対応を行いました。		H26.3.31
16	お電話のお問い合わせ4月1日-入退院登録救急在宅支援加算表示	病院版で4月1日以降の入退院登録画面で 救急・在宅等支援病床初期加算 救急・在宅等支援療養初期加算 が表示されないというお問い合わせが来ております。 新規入院では表示される場合と新規でもされない場合があるようです。 施設基準はないと思うのですが何か設定が必要なのでしょうか。	3月まで栄養管理経過措置の入院基本料を算定している場合、4月1日の転科転棟転室処理で救急在宅支援加算が表示されない不具合がありましたので修正しました。	H26.4.2

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	ncp 20140403-023	有床診療所一般病床初期加算100点を主に算定されている医療機関様から問い合わせで質問させていただきます。 算定したくない患者様の場合の入院登録時にコンボボックスより有床診療所一般初期加算を算定しないを選択するも、入院会計照会を確認すると算定されます。	入院会計の一括置換で以下の加算を算定している患者以降に処理対象となった患者(当該加算の算定が必要ない場合)に、当該加算が算定されてしまう不具合がありました。 ・有床診療所一般病床初期加算(有床診療所入院基本料) ・救急・在宅等支援療養病床初期加算(有床診療所療養病床入院基本料) ・救急・在宅等支援療養病床初期加算 ・救急・在宅等支援療養病床初期加算(療養病棟入院基本料1) ・救急・在宅等支援療養病床初期加算(一般病棟入院基本料) ・救急・在宅等支援療養病床初期加算(特定一般病棟入院料) ・救急・在宅等支援療養病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料) 算定入院料と上記加算について突合せを行い、算定不可の加算は算定しないように改修しました。 パッチ適用後に入院会計一括置換の再処理を行って頂くと、誤って算定された加算についても消去します。	H26.4.3
18	request 20140403-001	入院期間が4／1?4／3の患者にて、短期滞在手術基本料(短手3(内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2cm未満))を算定した場合、室料差額が1日分しか算定されませんでした。 本日、オルカサポートセンター様にもお電話で確認いたしましたが、今回の法改正にて、入院の包括診療の入院基本料が入院1日目のみにフラグがたった事が原因で室料差額が算定できなかったと思われます。 包括診療の算定を行っていても、登録した分の室料差額が算定できるようご対処お願いしたく存じます。	短期滞在手術等基本料での入院について入院料のカレンダーが立っていない日についても室料差額を算定可能としました。 (平成26年4月診療分以降)	H26.4.3

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19		短期滞在手術等基本料3を算定する患者が6目以降も入院の必要がある場合、6日目以降の費用については通常通りの診療報酬算定となりますが、短期滞在手術等基本料3を療養病棟で生活療養として算定し、6日目から生活療養でない一般病棟等での算定となった場合の窓口負担計算に不具合がありました。 異動日の入院料判定に誤りがあり、異動を行った日は食事療養標準負担額で計算すべきところ、生活療養の扱いとして負担額の計算を行っていましたので修正しました。		H26.4.11
20	kk 32800	福岡県の地方公費 　例　280 障害負担有 入院時1日につき500円の20日間限度　等 で、短期滞在手術等基本料で入院された場合、入院期間3日間で仮退院計算を行ったところ、患者様の公費一部負担金計算が1日分でしか計算されませんでした。 短期滞在手術等基本料入院時の地方公費の日別負担金計算対応 (平成26年4月診療分～) システム管理2010の負担金計算(3)タブに【短期滞在手術等基本料2，3の特別計算】の設定項目を追加しました。 短期滞在手術等基本料での入院時で、入院料のカレンダーに「1」が立っていない日は日上限額を固定額とする場合、【1】を設定してください。 ＜重要＞ 請求期間の「主保険又は上位公費の一部負担額」を超えない負担金計算を行いますので、「主保険又は上位公費の一部負担額」を超える額になる場合は、「主保険又は上位公費の一部負担額」に置き換えます。	(例1) 主保険＋地方公費(日上限額500円) 短期滞在手術等基本料で、4月1日入院、4月3日退院 (入院料のカレンダーは、4月2日と3日は「1」が立っていない) (請求点数は、1日＝16000点、2日と3日＝0点) 4月1日～3日の負担金計算 設定前の患者負担:500円(500円×1日) 設定後の患者負担:1500円(500円×3日) (例2) 主保険＋地方公費(日上限額500円) 短期滞在手術等基本料で、4月30日入院、5月2日退院 (入院料のカレンダーは、5月1日と2日は「1」が立っていない) (請求点数は、30日＝16000点、1日と2日＝0点) 5月1日～2日の負担金計算 設定前の患者負担:0円 設定後の患者負担:0円 ※請求点数は0点で、主保険の一部負担金が0円の為、患者負担は0円。500円×2日＝1000円とはなりません。	H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21		特定入院料の算定病棟に当該入院料の算定要件に該当しない患者が入院した場合の入院料算定について対応しました。 詳細については入院の改定対応資料を参照してください。		H26.5.20
22	support 20140502-012	一般病棟13:1入院基本料と療養病棟入院基本利用1を採用の病院です。5月1日に一般病棟から療養病棟に転棟させたところ、「救急・在宅等支援療養病床初期加算300点」が5/1～5/9の9回しか自動入力されません。	救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定済み回数の取得に誤りがありましたので修正しました。	H26.5.20
23	ncp 20140428-013	障害者施設等入院基本料を算定している場合は、A211特殊疾患入院施設管理加算・A213看護配置加算が自動算定されてきますが特定入院基本料(966点)を算定すると算定されてきません。 算定可能と考えられるのですが、ご確認いただけないでしょうか？	5月23日に社会保険診療報酬支払基金より公開された医科電子点数表で、A211特殊疾患入院施設管理加算が「特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)」と「特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)」で算定可能とされたことから、当該加算を病棟設定されている場合これを算定可能としました。 なお、A213看護配置加算については算定可能とされなかったことから、従来どおり算定不可とします。	H26.5.27
24	ncp 20140530-017	療養病棟入院基本料2の算定をしている医療機関様で、救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定を入院日より算定されているのですが、月の途中で、病室の移動があり、転科・転棟・転出処理を行った後から、救急・在宅等支援療養病床初期加算が14日以上算定されてきます。 登録情報 患者保険:自賠責保険 算定入院料:療養病棟入院基本料2(入院基本料I) 入院日:H26.5.17 病室異動日:H26.5.28(転科・転棟・転出) 救急・在宅等支援療養病床初期加算　H26.5.17より算定 また、自賠責保険ではなく医保でも同じ現象が確認されました。	「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定済み日数カウントのロジックに誤りがありましたので修正しました。	H26.6.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
25	ncp 20140529-021	救急・在宅等支援病床初期加算の件でご教授お願いします。 平成26年3月26日から4月20日まで一般病棟7対1入院基本料を算定 平成26年4月21日から4月30日まで亜急性期入院医療管理料2を算定 平成26年5月1日から地域包括ケア入院医療管理料1を算定 入退院登録画面より転科・転棟・転出にて、異動日平成26年5月1日より地域包括ケア入院医療管理料1へ変更。 平成26年5月20日より同じ算定入院料(地域包括ケア入院医療管理料1)ではありますが、病室の変更があり、転科・転棟・転出を行ったのですが、病室異動日より、救急・在宅等支援病床初期加算150点が算定されてきます。 救急・在宅等支援病床初期加算150点が算定されてきたのは、入退院登録画面で救急・在宅等支援病床初期加算が「算定する」となっていたからだと思うのですが、地域包括ケア入院医療管理料1から、地域包括ケア入院医療管理料1への移動の場合、救急・在宅等支援病床初期加算150点の算定はできるのでしょうか？ また、平成26年5月1日に転科・転棟・転出処理する際は、救急・在宅等支援病床初期加算の初期表示は出てきませんでした。これは前回の入院料が、亜急性期入院医療管理料2の算定だった為、初期表示で表示されなかったのでしょうか？	「転科転棟転室」処理の際に救急・在宅等支援病床初期加算のコンボボックスを有効とする判断を異動日前日の入院料を元に行なっていましたが、これを取りやめ、算定可能な入院基本料については常に有効とするように変更しました。	H26.6.4
26		入退院登録業務の[転科転棟転室]処理で病室の変更を行われた際に、変更後の病室について、システム管理の[5001 病棟管理情報]および[5002 病室管理情報]の両方に診療科の設定が行われていない場合、現状では変更前の診療科の表示を行なっていましたが、診療科の表示を空白(未設定)とするように修正しました。		H26.6.4
27	support 20140604-018	5/23入院 5/26退院　の患者様です。 入退院登録画面にて、入院処理時に、「有床診療所一般病床初期加算」を算定するとして登録しました。 入院会計画面を確認すると、同加算が、5/23～5/25までしか算定されておらず、5/26(退院日)に、フラグ1がたっていません。	有床診療所一般病床初期加算を算定中の期間に当該加算を算定しない「転科　転棟　転室」処理を行い、異動取消しを行った場合に、異動取消し日以降の有床診療所一般病床初期加算にカレンダーが立たない不具合がありましたので修正しました。	H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	support 20140707-025	【保険・公費】 保険:社保 公費1:15更生(上限10000円) マル長　該当患者(上限10000円) 入院患者なのですが月初めは医保と長期の保険組合せだったのが月途中で医保と更生と長期の組み合わせになった場合について。 医保と長期の組み合わせの期間で既に10000円を超えているのに、1月のレセプトを発行すると15更生の第一公費の負担金額が10000と印字される。 これはおかしいと支払基金から連絡がありました。 確かに仮に退院日を医保と長期の保険組合せの期間だけにすると上限の10000円になるのに、医保と更生と長期の保険組合せでの診療内容を多くすると医保と長期の保険組合せの負担金額が変わってきます。	マル長患者で、月途中から公費(全国公費又は地方公費)が適用となった診療月の対応 月初めは、「主保険＋マル長」の保険組み合わせを使用。 月途中から公費(全国公費又は地方公費)が適用となり、「主保険＋公費＋マル長」の保険組み合わせを使用した場合の負担金計算及びレセプト対応(入院・外来) (マル長患者で、月途中から公費が適用となった診療月は、公費優先ではなく、「主保険＋マル長」を優先して、負担金計算を行う) 例:患者登録 ・後期高齢1割(H26.4.1～99999999) ・972(H26.4.1～99999999) ・015(H26.7.16～99999999)月上限額10000円 ＜入院＞ 7月1日～7月15日 後期高齢1割＋972 請求点数30000点 7月16日～7月31日 後期高齢1割＋015＋972 請求点数30000点 ◆入退院登録(7月1日～7月31日) 後期高齢1割＋015＋972　医療費患者負担10000円 後期高齢1割＋972　医療費患者負担0円 ↓ 後期高齢1割＋972　医療費患者負担10000円 後期高齢1割＋015＋972　医療費患者負担0円 ◆7月分レセプト (10000)　(0) 保険 60000　10000　→　10000 公1 30000　10000　0	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29		7/17に新設された短期滞在手術等基本料3について、入退院登録の算定を可能とする対応を行いました。 ・190182750 短手3(水晶体再建術・水晶体嚢拡張リング・縫着なし) ・190182850 短手3(水晶体再建術・水晶体嚢拡張リング・縫着なし)(生活療養) ※入院日が平成26年7月1日以降で算定が可能です。 ※要マスタ更新		H26.7.24
30		7月31日に提供開始された労災医科診療行為マスタについて対応を行いました。 101900150 栄養管理体制減算規定該当(入院基本料)(労災用) 101900160 栄養管理体制減算規定該当(特定入院料短期滞在手術基2)(労災用) 労災保険で栄養管理体制減算規定該当による40点減算を算定した場合、会計カード、診療費明細書、診療費請求内訳書(レセプト)、レセプト電算データについて、上記労災専用コードに置き換えて表記及び記録を行います。		H26.8.1
31		入院登録で特定入院料を算定時に当該特定入院料に算定上限日数がある場合は上限日数迄特定入院料の算定を行い、上限日数を超えた日以降の入院料は病棟に設定されている入院基本料で作成を行っていますが、療養病棟に入院する患者の場合、患者状態により入院料が変動することから異動処理による入院会計の作成が必須となります。 この状態となった時に入退院登録画面に異動処理を促すメッセージを表示するようにしました。 例 地域包括ケア病棟入院料(60日上限)を療養病棟で10月1日から入院した場合、11月30日以降の入院料が算定できない為、異動処理が必須となる		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	地域包括ケア転棟　異動取消	地域包括ケア病棟で一般から療養へ転棟し、61日目となる日で算定入院料を変更せず、転科転棟転室処理すると、60日限度の算定となるため、61日目以降の入院料フラグは立ちません。 上記の状態で異動取消すると、61日目以降の入院料フラグが立ってしまうのですが、このような動作となるのでしょうか。	療養病棟で算定上限日数がある特定入院料の算定を行い、算定上限日を超えた日に同じ特定入院料で異動処理、異動取消しを行った場合、上限日超えで算定できない特定入院料の会計ができてしまう不具合がありましたので修正しました。	H26.11.25
33	お電話でのお問い合わせ12月18日－同日再入院入力	同日再入院対応で、下記の場合 (1)12/18入院　12/18退院 (2)12/18　同日再入院 診療行為画面で、「同日入院」のボタンを押下しても画面が切り替わりません。 (2)入院分が表示されたままです。 表示されないので、追加入力しますと(1)入院分で登録されます。 会計照会で、(2)入院分の剤のフラグの診療回数を上書きしますと回数入力画面は表示されます。 こちらを2回目入力分に回数入力をしますと、会計は(2)入院分として計上されますが、診療訂正で2回目入院分に変更したものを展開時に“同日再入院日ではありません。内容をクリアして受診歴を削除して下さい。”とエラーが表示されます。 そのまま登録しますと最初の状態に戻ります。 このような場合の登録はどのようにすればよいのでしょうか。	入院の同日再入院の判定で、同日に入院と退院を行い、再度、同日再入院を行っ た場合、同日再入院日の判定が正しくなかったので修正 しました。	H27.1.27
34	お電話でのお問い合わせ1月13日－短期滞在手術等基本料フラグ	短期滞在手術基本料3算定時に異動処理をした際、入院日以外にも基本料が算定されるとお問い合わせがありました。 H26.3.31提供パッチの問い合わせ及び改善内容に短期滞在手術等基本料で入院登録を行った場合の入院会計について、基本料は入院日だけ"1"を立るように対処しました。 ※この対応は入院登録時のみの対処としている為、退院取消、異動処理等を行った場合、入院日以外にも"1"が立ちます。これについては動作を改善したパッチを改めて提供する予定です。 と記載されております。	短期滞在手術等基本料で入院中の患者について異動処理、退院取消を行った場合に、入院会計の該当日のカレンダーに"1"が立つ不具合がありましたので修正しました。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35		入院登録時のシステム管理再取得対応 入院登録時に2ヶ月分の入院会計を作成する際の入院料及び入院料加算等の算定は入院日に該当するシステム管理設定に基づいて算定を行っていましたが、入院日翌月分の入院会計について該当月のシステム管理情報から作成を行うように処理を見直しました。 参照を行うシステム管理設定 「5000 医療機関情報ー入院基本」 「5001 病棟管理情報」 「5002 病室管理情報」		H27.1.27
36	2/6 小児慢性他一部負担累計	小児慢性　入院 (入力例) 入外上限額:2,500円 他一部負担累計:1,200円 上記例で退院仮計算したところ、公費一部負担が1,300円ではなく、上限額の2,500円が上がってきます。	小児慢性の負担金計算修正(入院) 小児慢性の負担金計算(入院)について、他一部負担累計(他医の一部負担金)が計算に反映されていませんでしたので修正しました。 ※2月4日パッチ提供時の修正に不備がありました。 (例)入外上限額2500円、他一部負担累計1200円の場合 入院負担金計算で、自医の一部負担金が1300円でなく、2500円になっていました。1300円になるように修正しました。 ＜重要＞ 小児慢性の他一部負担累計の入力がある方について、2月4日のパッチを適用後、退院計算又は定期請求を行った場合や入院レセプト作成処理を行った場合は、2月9日のパッチ適用後、再処理を行ってください。	H27.2.9

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	support 20150310-028	以下の画面移動を行うと、入退院登録に名前のみが表示されてしまいます。 この動作が確認できたのは、ver4.8です。 ◆移動順序 業務メニューの「入退院登録」画面で患者番号を入力。 登録もしくはクリア。 ↓ 業務メニューの「診療行為」の入院入力画面の状態で、「前回患者」をクリックして患者を表示。 登録もしくは患者取消。 ↓ 「入院診療行為」画面の「入院会計」をクリック。 「前回患者」をクリックして患者を表示。 登録もしくはクリア。 ↓ 「入院診療行為」画面の「入退院登録」をクリック。 「入退院登録」の氏名にこの流れで使用していた患者の名前のみ表示されます。 またこの状態をクリアをして「前回患者」をクリックしても、何も表示されません。	入院の診療行為画面で患者番号を入力後、患者番号がクリアされている状態で入院会計照会へ遷移し「前回患者」で患者情報を表示後、診療行為画面へ戻り、そのまま入退院登録画面へ遷移した時、患者番号が空白で入院会計照会で表示していた患者の氏名等が表示されていましたので、表示しないように修正しました。 なお、患者番号が表示されていませんでしたので、前回患者番号はクリアされています。	H27.3.25
38	ncp 20150129-025	下記のように入院登録を行った患者にハイケアユニット管理料が算定されてほしいところが、一般入院基本料が算定されているそうです。 H26.08.29 ? H26.10.10 療養病棟 回復期リハ H27.01.27 一般病棟 ハイケアユニット算定の病室 回復期リハの入院が関係しているのでしょうか。	入院登録時の特定入院料の通算日数のカウントについて修正しました。 特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算していましたが、これについて、施設基準で治療室を単位として算定を行う特定入院料に限り、既に算定済みの特定入院料(治療室単位で算定するものに限る)と日数を通算するように修正しました。 例:救命救急入院料を算定した後にハイケアユニット入院医療管理料の算定を行う場合、ハイケアユニットの上限日数21日から、救命救急入院料を算定済みの日数を控除して日数を限度して算定を行う。 なお、施設基準が治療室単位でない特定入院料の場合は、他の算定済み特定入院料と日数の通算は行わないものとします。	H27.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	support 20150421-010	難病と生保併用で入院のレセプトの標準負担金額の公費１（難病）と公費２（生保）にそれぞれ23400円が記載されている事例がありました。基金に問い合わせされたところ、公費２の欄を「0」で記載するようにとのことでした。 標準負担金額の公費2の欄に「0」を表示することは可能でしょうか。	難病（５４）・小児慢性（５２）の食事負担計算修正 ・難病単独で入院登録 （生活保護世帯、月上限額0円、公費負担者番号（5桁目から3桁）が「６０１」） この場合、食事が全額自己負担になっていましたので、「食事負担なし」となるよう修正しました。 ・小児慢性単独で入院登録 （生活保護世帯、月上限額0円、公費負担者番号（5桁目から2桁）が「７０」） この場合、食事が半額自己負担になっていましたので、「食事負担なし」となるよう修正しました。	H27.4.23
40	ncp 20150514-013	認知症治療病棟入院料の算定患者で、先月退院し、今月再入院で入退院登録も継続入院にしているが、認知症治療病棟入院料が30日以内となってしまう。明細書の入院日は初歴の入院日が表示され、入退院履歴もきちんと表示されています。	平成27年4月23日提供のパッチプログラムで特定入院料の通算日数判定について対応を行いましたが、これの影響により初回入院で算定した特定入院料と同一の特定入院料で継続再入院した場合の通算日数判定に誤りがありましたの修正しました。	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20130913-003	ADLの登録を通常通り行われているのですが、次月に引き継がれるはずのADL点数が引き継がれないという現象が起きています。 特に、月内すべて同じADL点数の場合に使用する☆欄で登録した際に引き継がれない状態です。	入院会計照会業務の[(I47)会計照会－医療区分・ADL区分登録]画面について、入院会計が未作成の診療年月(前月・次ボタンで診療年月を変更せず、直接診療年月を入力した状態)から同画面に遷移した場合、前月からの引き継ぎデータが空の状態で作成され、正しく引き継ぎデータが作成されない不具合がありました。 対応として、入院会計が作成されていない場合は医療区分・ADL点数の引き継ぎは行わず、入院会計が作成されている場合に引き継ぎ処理を行うように修正しました。	H25.9.25
2		医療区分、ADL区分に係わる評価票の作成を可能としました。		H25.10.28
3	ncp 20131003-017	入院会計照会のチェック画面についてですが、カード入力画面での回数とチェック画面で表示される回数が異なります。異なる項目は、食事の朝・昼・夕、食堂加算、地域加算、幼児加算、特殊疾患入院施設管理で、回数がチェック画面では1回少ない数字で表示されます。同じ回数で表示されるはずだと思うのですが、なぜこのような現象が起こるのか、何か考えられることはありますでしょうか。	会計照会、入院会計照会のチェック画面で、画面表示月の前月分の外泊日を当月にも反映していましたので修正しました。 また、食堂加算の金額を入院点数に含めていましたので含めないようにしました。	H25.10.28
4		入院オーダーについて2件修正しました。 (1)給食(食事)インスタンスについて、保険組合せが当日入退院登録で登録されている保険組合せと異なる場合はエラーとしていましたが、給食のインスタンスについては保険組合せのチェックは行わないように変更しました。 (2)日次帳票の入院オーダー確認リストについて、処理区分が[0:エラー分]の場合に、全てのオーダー情報が印刷されてしまう不具合がありましたので修正しました。		H25.12.4
5		「(I41)入院会計照会」画面の左上部の入院科コンボを診療月内の入院科表示に変更しました。		H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	support 20140206-027	認知症治療病棟入院料の件について	平成26年1月28日のプログラム更新によるパッチ提供で、特定入院料の通算対象日数について対応しましたが、特定入院料で1000日を超えて入院している患者について入院会計を作成(入院会計照会画面の次月ボタンで作成する等)した場合に、入院会計作成プログラムの日数判定に不具合があり、正しく入院会計が作成されませんでしたので修正しました。 不具合の例) 平成23年4月1日に認知症治療病棟入院料1で入院した患者の平成26年1月分の入院料が「認知症治療病棟入院料1(61日以上)」とならず「認知症治療病棟入院料1(30日以内)」となる。また、この状態から異動日を平成26年1月1日を指定して、算定入院料を変更せずに異動処理を行った場合、該当病棟に設定している入院基本料が算定されてしまう。(該当病棟に入院基本料を未設定の場合は「更新処理に失敗しました」と表示される)	H26.2.25
7	3/11 第三者行為 プレビュー 印刷	会計照会から第三者行為の保険組合せを選択して、プレビュー画面から印刷すると、レセプトが出力されないとのお問合せをいただきました。	第三者行為のレセプトを診療行為、会計照会、入院会計照会より「プレビュー」で作成した場合、プレビュー画面から「F12 印刷」で印刷ができませんでした。 リアルタイムプレビュー時のプリンタ設定に誤りがありましたので修正しました。	H26.3.24
8	お電話でのお問い合わせ4月25日ーADL区分一括修正	入院ADL区分登録について、マニュアルには入力方法は会計照会画面のカレンダー入力と同じ方法となります。 と記載されていますが、「回数」/「開始日」ー「終了日」,「日」,「日」のような入力ができません。 一括修正入力エラーとなります。	「回数」/「開始日」ー「終了日」,「日」,「日」 の入力が可能となるよう修正しました。	H26.4.30

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 20140527-014	5/24退院日に救急車Drと乗って他医院に転院しました。救急搬送料を算定しましたので、24日の入院基本料を入院会計照会から手で消去しました。 24日は「朝」「昼」と食事を食べられていましたが、レセプトに反映しなくなったので診療行為より手で入力しました。 そうしますと、ADL区分Eのときには算定できない食事療養1があがってきたとの事です どのようにこれを消去すればいいでしょうか？	救急搬送診療料を算定し、入院会計照会画面より該当日の入院料をカレンダーで削除した場合、入院料の判定が出来なかった為、生活療養に該当する入院患者であっても入院時食事療養を算定してしまう不具合がありました。 該当日の判定を見直し入院時生活療養で算定するよう修正しました。	H26.6.25
10	support 20140701-008	問合せさせて頂いております一括作成の処理が終わらない現象の件です。 システムから、サーバOS再起動後、引き継ぎ、7月30日異動処理 6、7月の入院会計作成(7/30～療養入院料)をした後、明細書の一括作成(入院)を行いますが、同じく入院会計作成で処理が滞ってしまいます。	入院レセプトの一括作成処理で、対象診療年月の翌月分の入院会計一括作成を併せて行っていますが、地域包括ケア病棟入院料(又は地域包括ケア入院医療管理料)を療養病棟で算定する患者が入院会計の作成対象となった場合、処理が終了しないケースがありました。 入院会計作成の該当月が地域包括ケア病棟入院料の算定上限日数(60日)に到達した場合、61日以降は療養病棟入院基本料での算定となりますが、療養病棟入院基本料の算定は、転科、転棟、転室処理で算定入院料を決定する必要があることから、入院会計作成ができない状態となり、処理が終了できなくなっていましたので、これを修正しました。 例)不具合となる事例 地域包括ケア病棟入院料を5月31日に入院登録(療養病棟で算定)を行った患者が存在する場合の入院レセプトの一括作成処理(6月を指定しての処理時)。	H26.7.24
11	ncp 20140710-016	6/28に退院され、その際に退院時処方として8日分の薬を出しました。 その後、6/30に再入院したところ、7/1から7/5に入院調剤料が勝手に表示されました。 会計照会画面から削除しましたが、その後7/10に薬剤の入力をすると、7/1から7/5の入院調剤料が再度表示されました。	入院調剤料を前月分の内服投与日数から自動発生する時に、今月の入院期間外の入院中の投与内容を対象とすることがありました。 正しく判定するように修正しました。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	ncp 20140830-004	入院会計照会が作成されない患者様がいるので問い合わせさせて頂きます。 ●H21.9.1入院 ●精神療養病棟入院料算定 ●H22.2.1、H23.3.1、H25.6.1、H25.10.1に異動歴あり ●自院歴H13.9.27?H20.1.31がありそれを紐付けしてる この患者様の8月分の入院料が算定されません。 入院会計照会を開いても会計がありませんと出るので月次で入院会計一括作成を行ったところ「入院料加算の取得に失敗しました」と表示され作成出来ませんでした。 とりあえずレセプトが作れないのでH26.8.1で異動処理を行ったところ入院料は算定されましたがこの対応で問題ないのでしょうか？	該当患者の入退院登録画面を確認したところ、お問い合わせにある入院履歴以前の過去入院が自院歴として登録された状態となっており、初歴番号が現在入院中の履歴が1、過去の自院歴は2，3，4として登録されていました。(通常は過去入院歴が1，2，3、現在入院中の履歴が4となりますが、入院中の状態から過去の自院歴を追加登録された状態であった為、前述した初歴番号の記録となっていました。) 入院会計を作成する際には最新の入院履歴(初歴番号等に最大値が記録されたデータ)を参照し、入院会計を作成していましたが、今回のケースでは入院歴作成で登録された自院歴(初歴番号が4のデータ)を最新の入院履歴として参照してしまい、該当の履歴には入院病室、算定入院料等の情報が無いことから入院会計の作成に失敗していました。 このことから、入院会計作成時の入院履歴データ参照時に(I03)入院歴作成画面で登録された履歴を参照しないよう修正しました。 入院会計一括作成以外の(I41)入院会計照会画面での次月ボタン押下時の入院会計作成、入院レセプト一括処理時の次月会計作成についても同様でしたので併せて修正しました。	H26.9.24
13	support 20150226-014	入院会計照会の食事のフラグにおいて、2月なのに、29日～31日に「1」がたっている患者様がいる。	入院の異動処理で特定入院料の算定を行った際、異動日の翌月中に特定入院料の算定上限日数に到達した場合、上限日翌日以降の入院会計を病棟設定された入院基本料で作成しますが、併せて作成する食事の会計について終了日に誤りがあった為、これを修正しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20130424-015	33入院定期請求で、印刷区分「3 再印刷(指定年月)」として、期間を指定後、画面右下の「確定」ボタンを押したところ、「印刷処理をしますか？はい or いいえ」の画面が出るまでに非常に時間がかかる。	問い合わせSQL文に問題があり処理時間がかかっていました。 SQL文を見直しました。	H25.5.27
2	ncp 20130703-008	【前提条件】 ・6月28保険後期高齢者で入院?6月30日退院 ・30日退院日に点滴を行なってから退院処理を行なっている(請求額4750円、入金額4750円) ・30日事故により自賠責(患者請求無し)で再入院 上記条件で入退院処理を行い、定期請求を行ったところ、30日の後期高齢分の請求額が別に1580円発生しました。 6月28?6月30日を4750円でお支払いいただいているので30日分1580円が重複請求分になりますが、収納から一括再計算で修正ができません。	月末に同日再入院した場合の定期請求計算修正 (例) 6月1日入院～6月30日退院(後期高齢)＜退院計算済み＞ 6月30日同日再入院(自賠責) 上記の状態で、6月分の定期請求を行った場合、後期高齢も定期請求計算の対象となっていましたので、対象とならないよう修正しました。	H25.7.25
3	9/25 定期請求情報 有効期間	5010定期請求情報より、25年8月31日までは請求時入金処理を「2入金済」、25年9月1日より「1未収金」と有効期間を区切って設定した場合、診療年月を基準として作成されるのではなく、処理日(システム日付)で作成される動作となるのでしょうか。 個別作成を実施した場合の動作について、処理日を9月とした場合、未収の状態になると思いますが、「入金済」となり、履歴欄では入金額が空欄の動作となるようです。	システム管理[5010 定期請求情報]の設定を以下のように設定し、10月1日に定期請求の個別処理を行った場合、9月分の収納データが入金済の状態で作成される一方で、その収納明細が入金額0円で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。 00000000 - H25.9.30 請求時入金処理[2 入金済として処理する] H25.10.1 - 99999999 請求時入金処理[1 未入金として処理する] 修正後は、10月に有効なシステム管理の設定に基づいて処理を行います。(入金額0として処理を行います。)	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20140212-009	「33入院定期請求」で一括作成を行い「印刷」を選択後「F10プレビュー」を選択してもプレビュー画面が表示されません。 以前のバージョン(ver4.5)では表示されていたと思われます。 プレビュー画面を表示させる設定などがあるのでしょうか？	定期請求業務の印刷指示画面で「印刷」ボタンを押す際に、請求書兼領収書、診療費明細書の両方が「0 発行しない」となっている場合にエラーメッセージを出すように修正しました。 また、「1 発行する」が選択された場合で、患者登録業務の請求書・明細書の印刷設定で印刷対象の帳票がなかった場合は処理結果画面に「処理対象のデータがありませんでした」とメッセージを表示するように修正しました。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

36 入院患者照会

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 20130507-012	入院患者照会の処理が終わらない、というお問い合わせを受けました。 病院様の環境で試してみたところ、実際には終わらないのではなく、処理が終わるまでに長い時間(10分?15分)がかかっているということのようです。 検索の手順ですが、まず環境設定で4月の日付に変更した後に、病棟を指定し、「状態」を「当月在院」として「検索開始」としています。	問い合わせSQL文に問題があり処理時間がかかっていました。 SQL文を見直しました。	H25.5.27
2	ncp 20141121-017	システム管理マスタの「1005診療科目情報」に登録した診療科が「36入院患者照会」の検索条件の診療科の項目に一部表示されない現象がでております。 入院患者紹介以外の画面では、診療科目情報に登録したすべての科が表示されます。 表示されない診療科目については有効期限が「H24.3.1 ? 99999999」で登録されていることが分かっています。	入院患者照会業務について、有効期間の開始日が"00000000"ではない診療科がコンボボックスに表示されない不具合がありましたので修正しました。	H26.12.18

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		エラー内容確認画面で全確認項目のエラー内容の表示を行うようにしました。 また、患者毎のチェック対象外の設定を全てのエラー内容について可能としました。		H25.1.28
2	support 20130112-008	昨年6月頃から禁忌薬剤のデータチェックで疑い病名で登録している場合でも"疑い"の文字が表示されなくなった為に、判断がしにくく非常に困っております。疑い病名の場合は、今まで通り、"～の疑い"と印字されるように対応ください。	昨年の5月29日のパッチ提供で、管理番号ncp:20120501-040の対応を行った際、投与禁忌薬剤のチェックでエラーになった疑いフラグが設定されている病名について"疑い"の文字が編集されなくなっていましたので編集するよう修正しました。	H25.1.28
3		薬剤と病名および診療行為と病名のデータチェックについて、適応病名(雛形)マスタより直接チェックを行う機能を実装しました。 (機能を使用する場合、[1101 データチェック機能情報2]の設定が必要です。)		H25.2.25
4	ncp 20130213-003	平成25年1月請求分レセ電データチェックを実施すると、平成18年4月?平成19年3月生まれの人に対して「31290　未就学者に該当しない年齢です。」とエラーがかかります。 平成25年3月末までは未就学者の扱いの為、エラーにならないよう修正をお願いします。	就学前の判定に誤りがあり、年齢の計算を年度ではなく年で行なっていました。 これにより、1月～3月診療分について正しく判定されない不具合がありましたので修正しました。	H25.2.25
5	ncp 20130301-009	レセ電データチェックについて以下のエラーが発生しております。 原因と対処法をご教授ください。 エラー又は確認事項 33130　特定器材の単価が記録されていません。 　項目名〔単価〕内容〔160.00〕 　レコード内項目位置〔9〕(眼底カメラ検査用インスタントフィルム) 点数マスタ(729780000) 　金額:160.00　金額種別:2都道府県購入価格 　単位コード:006枚　データ区分:3フィルム	都道府県購入価格である特定器材の単価チェックについて、レセ電データに正しく記録されているにも係わらずチェックでエラーとなる不具合がありましたので修正しました。	H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	お電話でのお問い合わせ3月14日－2月のデータチェックで29日以降のチェックがかかる	セットの有効期間を2月28日で区切り登録し、2月のデータチェックをかけると、セットの入力のない方でもチェックマスタの病名が登録されていないと29～31日の適応病名未入力とチェックがかかります。	セットコード入力判定に不具合がありましたので修正しました。	H25.3.26
7	5/1 外字チェック	「髙」「﨑」の文字について、データチェックを実行すると、「…外字が入力されています」のメッセージではなく、「…全角文字以外が入力されています」のメッセ―ジが表示されるのですが、現状の仕様でしょうか。	確認項目[患者氏名]のチェックについて、以下の修正を行いました。 (1)拡張漢字(JISX0213:2004)を日レセで使用される場合、拡張漢字が含まれる氏名をチェックでエラーとしないよう修正しました(レセ電データではカナ氏名に変換されるため)。 (2)拡張漢字(JISX0213:2004)を日レセで使用されない環境において、拡張漢字が含まれる氏名をチェックした際に、チェックリストに「…全角文字以外が入力されています」のメッセージが表示されていましたが、これを「…外字が入力されています」のメッセージが表示されるように修正しました。	H25.5.27
8		システム管理[2005 レセプト・総括印刷情報]傷病名記載区分の主病名の設定が[0 主病名の編集を行わない]以外の場合、未コード化傷病名を主病名とした場合に17文字を超えるとエラーとしていましたが、このチェックを行わないようにしました。		H25.6.25
9	support 20130606-014	レセ電データチェックのエラーについて、エラーの原因が不明な項目があり、実際のレセ電データとチェックリストを添付いたします。	レセ電データチェック時に、剤の記録が、 手術後医学管理料 手術後医学管理料(100分の95)逓減 である場合に、手術後医学管理料について、”点数の記録が必要な箇所ですが、点数が記録されていません。”と、誤ってエラーとして判定していましたので、エラーとしないように修正しました。	H25.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	request 20121127-005	補足コメント欄を使用した場合、同一病名(同一マスタ)であっても登録が可能です。 接触皮膚炎(顔)H24.10.10? 接触皮膚炎(趾)H24.11.25? で登録された病名が、データチェックをかけると「同じ病名が複数登録されています。【接触皮膚炎】」とリストアップされてきます。 上記のような場合、レセ電データでもエラーとならず、別な病名として扱うと支払基金にも確認をとりました。 補足コメントを使用した場合には、同一の病名として扱わないように変更をお願いできないでしょうか。	補足コメントの異なる同一病名の登録をエラーとしないようにしました。	H25.7.25
11	request 20130423-005	同一開始日で複数の疑い病名を登録する場合、まず入力コードを使用し病名を登録し、簡単修正機能にて、まとめて疑いフラグの登録を行っています。 その場合、保険請求上疑い病名にはなりますが、データチェック時のエラー内容確認画面の表示は、疑い病名と判断できません。エラー内容確認画面でも疑い病名と分かるよう対応頂けませんでしょうか？ 合わせて、病名登録画面の表示も傷病名と疑いの表示が離れている為、分かり難いというご意見も頂いております。	(D04)データチェックーエラー内容確認画面の患者病名のコラムリストに疑いフラグの表示を追加しました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	request 20130502-004	病名の補足コメントを含めたデータチェックを行うように改善して欲しい。 (理由) 4月より日レセv4.5.0→v4.6.0へと移行したのに伴い、以前から入力されていた括弧書きのコメント付きの長い病名を、v4.6.0からの機能である補足コメント欄に移してみたところデータチェックにて以下のような問題が生じたため。 (例) v4.5.0 病名:統合失調感情障害(統合失調症・躁うつ病) データチェック(薬剤と病名):該当なし ↓ v4.6.0 病名:統合失調感情障害 補足コメント:統合失調症・躁うつ病 データチェック(薬剤と病名):該当多数 ※統合失調症や躁うつ病を適応病名とする処方薬が、本件ではすべて「適応病名なし」としてリストアップされてしまう。 ちなみに統合失調感情障害を適応病名とする薬はない。 一体何のための病名の補足コメント機能なのか疑問を感じる。	データチェックの[薬剤と病名]および[診療行為と病名]のチェックについて病名補足コメントの対応を行いました。 詳細は別紙を参照してください。	H25.7.25
13		データチェック確認項目の[診療開始日]のチェックで、診療年月に開始となった病名の開始日の日数が診療日数より多い場合はエラーとしていますが、このチェックを行うか否かを新設項目の[1101 データチェック機能情報2]の[診療開始日と実日数の比較チェック]の設定で選択可能に変更しました。 さらに、エラーの際のメッセージを次のように変更しました。 (変更前) 病名開始日が正しく入力されているか確認してください。 (変更後) 当月の病名の診療開始日が正しく入力されているか確認してください。 【診療開始日　○日，×日／診療日　○日】		H25.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
14	20120522-001	シス管1101データチェック機能情報2で、検査・処置薬剤のチェックの有無を変更できますが、手術薬剤も同様のチェックの有無を変更できるようにお願いします。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[薬剤と病名及び病名と薬剤]の設定項目に[手術薬剤]および[麻酔薬剤]を追加しました。各項目に[2 チェックしない]を設定することで、手術、麻酔に使われた薬剤を[薬剤と病名]および[病名と薬剤]のチェックの対象外としました。	H25.8.27
15	20130416-001	処方のみの薬剤(診療種別区分「．213」「．223」「．233」で入力された薬剤)がデータチェックの対象となりましたが、「小児科外来診療料」を算定している医療機関様で、「薬剤と病名」のデータチェックでエラーがたくさん出るようになり困っています。 薬剤情報の発行のために投薬内容を入力していますが、その医療機関様では包括分の「薬剤と病名」のチェックは必要ありません。 処方のみの薬剤をチェック対象にするかしないか、設定できるようにしていただけないでしょうか？	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[薬剤と病名及び病名と薬剤]の設定項目に[処方のみの薬剤(213，223，233)]を追加しました。 [2 チェックしない]を設定することで、診療種別区分[213]、[223]、[233]で入力された薬剤を[薬剤と病名]および[病名と薬剤]のチェックの対象外としました。	H25.8.27
16	お電話でのお問い合わせ10月16日－データチェックでのアルファベットのチェックについて	システム管理マスタ1102データチェック機能情報3で、アルファベットの設定を認めるにした際に、大文字ではチェック対象外となりますが小文字だとチェック対象となります。 実際に学校共済で番号1文字目が“a”の方がいるようです。 チェックにかからないようにしていただくことは出来ますでしょうか。	システム管理マスタ1102データチェック機能情報3で、保険者証番号1文字目のアルファベットの設定を[認める]にした際でもデータチェック時に小文字(a～z)の場合はエラーとしていましたので、エラーとしないように修正しました。 また、記号と番号2文字目のアルファベットの設定についても小文字をエラーとしないようにしました。	H25.10.28
17		データチェック業務の(D05)例外一覧設定画面の前頁・次頁ボタンが効かない不具合がありましたので修正しました。		H25.11.26
18		点数マスタ及び電子点数表マスタを用いた算定回数チェックを行う機能を実装しました。		H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	ncp 20140226-013	労災指定医療機関でのデータチェックについて 一般保険と労災保険で受診されている患者さんですが41データチェックの際には、国保、社保、後期高齢者のみにチェックを入れて毎日データチェックをされています 本日(H26/2/26)上記状態でデータチェックをかけたところ当月一般保険と労災保険で受診されている患者さんの[労災分]についてもデータチェックがかかってくるようになってしまいました また、その労災分のデータチェック内容について消炎鎮痛処置など、労災特例で複数回数実施可の項目について[上限(日):1] でチェックがかかってしまいます	診療行為算定回数のチェック対象の診療行為を、社保、国保、後期高齢者、自費保険で入力されたものに限定するように修正しました。	H26.2.27
20	support 20140226-012	2014-02-25プログラム更新、マスタ更新を実行した後、データチェックをかけると薬剤情報提供料を月2回算定すると「上限回数を超えています。」と表示されます。以前の様に表示されないようにお願い致します。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の診療行為算定回数の警告エラーの項目のデフォルトを[1 チェックする]から、[2 チェックしない]に変更しました。 チェックマスタ業務より印刷を行う算定回数チェック一覧表についても、デフォルトでは警告エラーのチェック項目は編集しないよう修正しました。 ※2月25日のパッチ適用後にシステム管理マスタ[1101 データチェック機能情報2]を開いて(内容の変更あり、なしに係らず)『登録』を行っている場合は、パッチ適用後についても「2 チェックしない」に変更されません。これに該当する場合はユーザ側で任意で設定の変更を行なってください。	H26.2.27
21		患者登録業務で介護認定情報を登録し、医療保険と介護保険における重複算定チェックを可能としました。		H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	support 20140228-013	チェックマスタ「病名と薬剤」で画面のように登録してあります。 (「薬剤と病名」の登録は関係ないみたいです。登録があってもなくても結果は同じです。) 患者番号1のテスト患者と患者番号2の日医うめ子で同じように入力しました。 テスト患者では保険と包括入力のみです。日医うめ子では2つの保険組合せと包括入力です。 両方とも薬剤と病名は登録してあります。 データチェックをかけるとテスト患者はエラーにならず、日医うめ子はエラーになりました。	データチェックの【薬剤と病名】のチェックについて、包括分入力(9999)で入力された薬剤についてもチェックの対象としていましたので行わないよう修正しました。	H26.3.24
23	support 20140410-029	病名に疑い病名のみしか入力がないのに、データチェックの際にエラー表示されない。 薬剤と病名のマスタでは、疑い病名は「適応病名としない」と設定しています。 設定に誤りがあるのでしょうか。 ≪対象薬剤≫ ラニラビッド錠　0．05mg ≪設定≫ ・システム設定1101データチェック機能情報2 ・チェックマスタ　薬剤と病名 ・病名登録 ・診療行為 ・データチェック	システム管理[1101 データチェック機能情報2]－[適応病名マスタからの直接データチェック]の設定について、薬剤と病名のチェックの設定を[1 行う]又は、[2 チェックマスタに未登録の薬剤のみ行う]として、適応病名マスタから直接データチェックを行った場合、適応病名マスタについては、疑い病名でもエラーとしていませんでしたが、疑い病名の扱いについては、システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[薬剤と病名及び病名と薬剤]の設定に従いチェックを行うように修正しました。	H26.4.11

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	support 20140611-007	第三者行為レセプトのデータチェックエラーについてお伺い致します。 データチェックをかけようとしたところ、主保険＋第三者行為の保険組合せのレセプトのチェックがかかりませんでした。同じ患者様でも主保険単独であればチェックはかかります。 かけたかったチェックはチェックマスタ「薬剤と病名」にて設定した「マイスリー5mg」に対して患者病名に適応病名である「不眠症」が入ってない、というチェックです(チェックマスタ設定は登録済みです) データチェック画面にて「労災・自賠責・第三者行為」にチェックを入れる他に第三者行為のレセプトをデータチェックにかけたい場合は特別な設定が必要なのでしょうか？	データチェックで主保険＋第三者行為の保険組合せで入力された診療内容のチェックが機能しない不具合がありましたので修正しました。	H26.6.25
25		1. 電子点数表より併用算定チェックを行う機能を実装しました。 (事前にシステム管理[1101 データチェック機能情報2]の設定が必要です。) 2. チェックマスタ[B 診療行為の併用算定(同会計内)]の併用算定チェックは診療行為業務のみで行っていましたが、データチェックでも行うようにしました。		H26.7.24
26	ncp 20140725-003	今までは診療行為入力時に相互作用マスタからの禁忌薬剤一覧画面が出ていた場合でもデータチェックにはエラー出力が出ていませんでしたが、2014-07-24付のパッチ提供後より「併用禁忌の薬剤が入力されています(相互作用マスタより)」のエラーが出るようになりました。 今回のパッチ提供内容には下記2点が改善内容として記載されているのは確認しましたが、薬剤の併用禁忌についても変更があったのでしょうか。 1. 電子点数表より併用算定チェックを行う機能を実装しました。 (事前にシステム管理[1101 データチェック機能情報2]の設定が必要です。) 2. チェックマスタ[B 診療行為の併用算定(同会計内)]の併用算定チェックは診療行為業務のみで行っていましたが、データチェックでも行うようにしました。	7月24日提供のパッチ適用前はデータチェックの薬剤と併用禁忌チェックの動作として、薬剤と併用禁忌マスタに登録がある場合に相互作用マスタからのチェックを行なっていましたが、パッチ適用後は薬剤と併用禁忌マスタに登録がない場合も相互作用マスタからのチェックを行うようになっていましたのでパッチ適用前の動作となるように修正しました。	H26.7.29

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	ncp 20140725-012	H26.7.24のプログラム更新とマスタ更新を行った状態で、データチェックを行った結果「診療行為が併用算定誤りです(同会計)」が多数発生したと医療機関様からご連絡をいただきました。 ”鼻処置”を算定した患者様全員同様の結果がでていました。 設定を確認したところ、「103データチェック」の「B診療行為の併用算定(同会計内)」で”鼻処置”に設定が作成されており、下記の2項目が設定されていました。 ・140019810　口腔咽頭処置 ・140019710　鼻処置 診療行為には1回の診療には鼻処置は1回しか入っていないことも確認しました。また、診療行為で登録時にエラーメッセージは表示されていません。 試しに、「103データチェック」の「B診療行為の併用算定(同会計内)」の”鼻処置”から「鼻処置」を外してデータチェックを行ったところエラーはなくなりました。 医療機関様は同会計内で誤って鼻処置を2回いれないようにするため設定を作成されていたようなのですが、「103データチェック」の「B診療行為の併用算定(同会計内)」に今回のような登録を行っていても登録している診療行為が2回以上登録されていなければチェックにひっかからないのではないでしょうか。	「103データチェック」の「B診療行為の併用算定(同会計内)」について、適用コードにチェックマスタと同じ診療行為コードの登録を行った場合、その診療行為を1回のみ算定した場合でもデータチェックで同一会計の併用算定エラーとなる不具合がありましたので修正しました。	H26.7.29
28	support 20140805-015	添付の「問い合わせ1」のように、「有床診療所一般病床初期加算」の算定回数が8回としてエラー計上されています。(18日に2回カウントされている) ところが、「問い合わせ2」「問い合わせ3」を見ていただくと分かるように、7/12－7/18の計7回しか当該加算は算定されていません。 このようなエラーが計上されるのはなぜでしょうか？ 因みに、加算を取り消して再度入力しなおしても改善しませんでした。	データチェックの診療行為算定回数のチェックについて、入院基本料の算定日と同日に入院若しくは外来で救急搬送診療料(114003010)を算定されている場合、該当日の入院加算を2重にカウントしてしまう不具合がありましたので修正しました。	H26.8.27
29		データチェックの診療行為算定回数のチェックについて、入院期間の判定に誤りがありましたので修正しました。 この不具合により、入院初日に算定可能な加算を他院からの転院時に算定した場合、データチェックでエラーとなっていました。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	ncp 20141105-009	以下の条件でデータチェックを行った際にエラーにはならないが、オンライン請求時のASPチェックで要確認となったため、事前データチェックでエラーにならない理由を尋ねられました。 H26．10月診療分 ＜病名＞ 急性上気道炎　開始:H26.10.01　　転帰:H26.10.1(移行) 急性上気道炎　開始:H26.10.27　　転帰:(継続) ＜診療内容＞ 初診×2 (10/1、10/27) H26.10.1の病名は転帰を移行にしているため、レセプトには記載されていません。 オンライン請求時のチェックでは初診が2回算定されているのに対し病名が1つしかないというような内容でエラーとなったようです。 これは、データチェックの際には診療行為と病名登録画面を参照しているということでしょうか？ 病名の転帰が移行であればレセプト記載がないため、データチェックの対象になってもよいのかと思いますがいかがでしょうか？	転帰に移行が設定されている病名については、データチェック上[レセプト表示しない]病名と同じように処理を行うよう修正しました。 問い合わせの事例については、診療開始日のチェックでエラーとなるようになります。	H26.11.25
31	ncp 20140926-039	併用禁忌薬剤のエラーチェック 問題点を具体的に申し上げますと、 (投薬内容) ニポラジン錠3mg(内服)、ボスミン外用液0．1%(外用)を同日に投薬。 (データチェック内容) 併用禁忌の薬剤が入力されています(相互作用マスタより) 【ボスミン外用液0．1%＊日、ニポラジン錠3mg＊日】 以前はこのエラーは出力されず、 7／24に同現象発生 7／29にパッチ提供で対応済 9／29ほどから、7／24と同現象が発生しました。 このエラーメッセージが出ないよう、設定方法等ありましたらご教示頂けますようよろしくお願い申し上げます。	併用禁忌薬剤のチェックで相互作用マスタを参照するか否かの判断をチェックマスタ[4 薬剤と併用禁忌]のマスタに登録がある場合に行っていましたが、これをシステム管理の設定で行うように変更しました。 今後は、システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[設定1]タブの相互作用マスタの参照設定で判断します。 パッチ適用時の初期値は[2 参照しない]です。	H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	ncp 20140716-015	103チェックマスタの「2　診療行為と病名」で、「疑い病名」の設定が出来ますが、「2　認めない(適応病名としない)」としても、実際のデータチェックでは機能せず、疑い病名が適応病名扱いになりますが、これは仕様でしょうか。 また、「疑い病名」の設定が有効なのは、「1　薬剤と病名」のみでしょうか。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]で薬剤と病名、診療行為と病名の適応病名マスタからの直接データチェックの設定が[1 行う]となっている際に、同じ適応病名がチェックマスタ、適応病名マスタの両方に存在する場合はチェックマスタの内容を優先するよう修正しました。	H26.11.25
33	support 20141114-013	データチェックにてチェックをかけると『6 投与禁忌薬剤と病名』でエラーになった患者が日にちごとに行が分かれて記載されます。 他のチェック項目のように1行で日にちが記載されるようにはならないのでしょうか？	同じ病名に同じ禁忌薬剤が複数日処方されている場合、エラー内容を1行で日にちを記載するように修正しました。	H26.12.18
34	support 20141202-010	以前にお問い合わせをさせて頂いたデータチェックと病名転帰の＜移行＞についてですが、パッチ提供により改善されましたが、新たに以下の問題が発生しました。 (例) 気管支炎　開始:H26.11.1　転帰:H26.12.1(移行) このようにH26.12.1時点で移行にした後に、41データチェックをH26.11月分で行うと、『診療年月に有効な外来病名が存在しません』とチェックがかかります。 12月に転帰(移行)をしているので11月診療分のレセプトには病名が記載されますが、転帰が移行になっているためにエラーになってしまうのでしょうか？ 11月には有効な病名であるので、上記のような場合にはエラーの対象とならないように修正をして頂けないでしょうか？	病名の転帰が"移行"ものについて、転帰日の考慮を行わずにデータチェックの対象外としていましたが、転帰日を考慮するように修正しました。	H26.12.18

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		医療保険単独又は後期高齢者医療単独、かつ、現物給付対象者である場合において、一般所得以外であっても一般所得としての窓口計算及びレセプト保険欄－一部負担金記載が可能となるよう対応しました。 ※平成24年4月診療分から対応		H24.12.25
2	kk 29860	自立支援医療受給者証をお持ちの患者が医療機関様を受診されました。 ですが、1日につき400円等の上限設定ができないとの事で問い合わせがありましたが、こちらは、兵庫県の地方公費を併用しておられるという認識で、間違いないでしょうか？ あるいは、何か入力方法があるのでしょうか？	神戸市用(100、200)の公費を高知県の医療機関で使用した場合のレセプト対応 自立支援医療＋神戸市用(100、200)の保険組合せを使用した場合、レセプトの自立支援医療の一部負担額欄に神戸市用(100、200)の負担金額を記載する。 ＜注意事項＞ 神戸市の方については、神戸市用の自立支援の受給者証しか所持されていませんが、自立支援医療と神戸市用(100又は200)の公費を登録して下さい。 又、所得者情報で、自立支援医療の入外上限額は必ず”9999999”、他一部負担累計”0”と入力して下さい。 生活保護の方については、入外上限額を”0”として下さい。 (その場合、神戸市用(100、200)の公費登録は不要です。) ※パッチ適用後は、上記登録及び自立支援医療＋神戸市用の保険組合せ分について再計算をしてからレセプト作成を行ってください。	H24.12.25
3	request 20111101-005	明細書の発行順について、ターミナルデジット方式(下2ケタでのソート)での印刷ができるように要望致します。	システム管理の設定により、明細書のターミナルデジット方式(患者番号の下2桁)による出力を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「編綴順タブ」にターミナルデジットの出力の設定を追加しました。	H24.12.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	お電話でのお問い合わせ1月4日ー自費レセプト印刷	システム管理マスターレセプト総括印刷情報で自費レセプトの印刷指定を印刷しないに設定。 個別作成で出力順を入力順にした場合に、出力区分のチェックは外れていますが、印刷処理をかけるとプレビューに表示され印刷もされます。	システム管理2005 で自費レセプトの印刷指定を「1 自費レセプトを印刷しない」と設定をしていても、個別作成時の「05 入力順」または「13 ターミナルデジット」での出力で対象としていましたので修正しました。	H25.1.28
5	request 20110809-001	明細書において特記事項「07 老併」の患者の場合 介護老人保健施設に入所している患者で月途中で退所され通院している患者 同月内に施設入所分と退所分が存在する場合の対応 例 施設を15日に退所しました。 1日～15日の診療は、特記事項「07 老併」を記載して診察料を算定しない 16日～月末の診療は、通常の診療 「07 老併」は記載しない、診察料は算定する 上記の理由のため同一保険で2枚の明細書(特記記載(入所中分)、特記無し(退所後))が必要になります。 レセ電データも含めて上記の対応をお願いします。	介護老人保健施設に入所中の患者について、同一月に介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明細書を作成可能としました。 介護老人保健施設に入所中に併設保険医療機関で診察料を算定した場合は保険番号「950　07入所中」、併設保険医療機関以外で診察料を算定した場合は「951　08入所中」を入所日を適用開始日、退所日を適用終了日として登録を行います。 この保険番号の登録により、入所中と入所中以外で保険組合せが作成されますので、それぞれの保険組合せで算定することにより入所中と入所中以外の外来分レセプトを作成します。 特記事項の記載は自動で行います。	H25.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	request 20120410-003	青森県の妊産婦医療費「144 妊婦」について医療機関様からご要望をいただきました。 青森県妊産婦医療費助成制度は、月の途中から助成対象となった場合それまでの保険分の負担7割分と妊産婦助成対象の10割分を、同じ保険者でも2枚に分けて出す必要があるようです。 以前からの制度だったようですが、医療機関様が紙レセ請求だったため、2枚紙レセプトを出し、手書き修正をして出していただいていましたが、オンライン請求をすることになり大変お困りの状況です。また医療機関様は産婦人科標榜の医療機関の為、該当患者が多数いる状況となっています。 青森県国保連合会　審査課2係　にお伺いしたところ、保険者が同じでも割合ごとに2枚出す必要があり、コメント対応では請求できないとの事でした。 現在はオンライン請求ですが、該当患者は紙請求で出していただくようにお願いをしている状況です。	通常は1枚で作成されるレセプトを複数枚レセプトに分割して作成可能としました。 例えば、 ・月途中で記号番号が変更になり、該当月のレセプトを変更前後で分割して作成したい場合 ・月途中で公費が適用または変更となり、該当月のレセプトを公費適用または変更前後で分割して作成したい場合 患者登録画面の「特記事項・レセプト分割タブ」のレセプト分割において、設定を行う事で複数枚レセプト分割が可能となります。設定は患者・診療月毎に行います。 【重要】複数枚レセプト分割を行う為には、分割する日で必ず主保険の適用期間を区切って登録を行う必要があります。	H25.1.28
7	kk 30049	パッチ適用、愛媛県の地方公費プログラムについては最新です。 保険:国保　(67歳) 第一公費:更正(15380017)　上限:,9999,999 第二公費:重心(81380016) ---------- ＜請求点＞　＜一部負担金　円＞ ---------- (114,917) 保 険　466,321　238,979　→　(正)124,062円 (1)　374,871　114,917 (2)　0 ---------- サポートセンターにもお問い合わせさせていただきましたが、公費(1)の一部 負担金の計算がうまくできていない状況です。	レセプト保険欄－一部負担金欄記載修正 下記例の記載について修正しました。 (例)入院、70歳未満現物給付(一般所得)、 015(上限999999) 国保(3割)＋015＋愛媛県地方公費195　374871点 国保(3割)　91450点 (114917)　(114917) 保険　466321　238979　→　124062 公1　374871　114917　114917 公2　0	H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20130201-014	自賠責レセプト「80　その他」欄に100万円の単位が印字されない。 (自費の合計が100万円を超えた場合、100万の桁が印字されない。)	労災・自賠責入院レセプト編集修正 金額記載項目「80その他」欄が100万円以上になる場合、「80その他」欄及び小計欄において、100万円の単位の記載が編集されていませんでしたので修正しました。	H25.2.25
9	お電話でのお問い合わせ2月8日ーレセプトー部負担金記載	後期高齢＋肝炎公費＋低所得2併用の組み合わせで処方せん料を算定して、後期高齢単独分では投薬のみ入力の場合 レセプトが高額に該当していなくても一部負担金が印字されます。 公費併用のみ入力の場合には負担金印字されません。 投薬のみで0点公費がある場合とない場合で動作が違ってきますがこのような記載になるのでしょうか。	レセプト保険欄ーー部負担金欄記載修正 下記例の記載について修正しました。 (例)外来、後期高齢(低所得2)、038(上限10000)、院外処方 ・後期高齢(1割)＋038【11921点】 ・後期高齢(1割)【0点(院外投薬のみ)】 この場合に、保険欄ーー部負担金欄に金額を記載していましたので、しないように修正しました。 又、摘要欄に"低所得2"を記載していましたので、しないように修正しました。	H25.2.25
10	request 20111128-008	同月内で2回目以上の再入院がある場合、入院料を自費のみで算定すると入退院履歴が表示されません。 同月内1回の入院で入院料を自費のみで算定している場合は入退院履歴が表示されているので、同月内2回以上の入院履歴がある場合も同様に表示していただきたいです。	同月内に複数回の入院をした場合、入院基本料を算定する入院と算定しない入院があるときに全ての入退院履歴の記載を行うようにしました。 システム管理「2005 レセプト・総括」に追加した「入退院履歴記載区分(入院)」の設定を行ってください。	H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11		島根県地方公費(191)のレセプト記載対応 ・1月診療分までのレセプト記載(※1) ・2月診療分からのレセプト記載(※2) (※1) ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(県単)の上限を超えない＞場合、福祉(県単)はレセプト記載対象外とします。 (※2) ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(市単)の上限を超えない＞場合、福祉(県単)はレセプト記載対象外とします。 ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(県単)の上限以下、かつ、福祉(市単)の上限超＞の場合、福祉(県単)はレセプト記載対象とします。 その場合の福祉(県単)の一部負担金記載は外来のみ1円単位となります。	(例) 国保・後期高齢(1割)＋191(県単福祉)＋491(市単福祉) 県単負担者番号91320036 (1)外来　請求点数7555点の場合(所得区分:一般) 191は、レセプト記載対象とし、一部負担金は7555円と記載します。 (2)入院　請求点数12555点の場合(所得区分:一般) 191は、レセプト記載対象とし、一部負担金は12560円と記載します。 (システム管理2010において、191の設定を行う。「一部負担金省略記載」を”1”で設定します。)	H25.2.25
12	support 20130228-008	明細書の印刷指示画面にて、印刷されない状況がございますのでご報告申し上げます。 OS Ubuntu 10.04 Ver ORCA v4.7 プログラム更新、地方公費、カスタマイズ帳票は最新です。 ●概要 レセプトを一括作成後、一括印刷をすると国保が印刷されない。 ●条件 国保の編てつ順を「編綴順」に設定されているときに該当のレセプトはありませんと表示され、印刷されない。 国保の編てつ順を変更することで印刷されます。	直接請求する保険者対応時に印刷処理に必要な条件の設定に一部誤りがあり、国保の「06 編綴順」を選択した場合に国保分が印刷対象となりませんでしたので修正しました。	H25.3.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	kk 30243	レセプトに自動記載されるコメント「愛媛県地方公費の受診日」についてです。 施設入居者(特老)に対して訪問診療を行った際、「再診料(ダミー)」コードを使用している。 診療のみで処方(院外処方)が無い日は、「再診料(ダミー)」のみの入力となるが、その場合レセプトの福祉受診日にカウントされていない。(処方等がある受診日のみ記載あり) ＊保険組み合わせは、「後期高齢者(39382015)＋重度障害(保険番号195、81380016)」。 ＊「再診料(ダミー)」のみの受診日の保険組み合わせは、公費併用分で登録。 レセプトの実日数欄には、「再診料(ダミー)」のみの受診日もカウントされています。 ＊保険の実日数欄、及び保険の請求点数欄に記載あり。 (公費①の実日数欄、及び保険の請求点数欄は保険と同じため省略されています) ＊日レセバージョン:4.5.0 Lucid(地方公費ファイル:p38-ehime.4.6.0.ver13.tgz) 福祉受診日コメントは、実日数欄の日数(公費該当分)と同じ日数分を記入することとなっています。	愛媛県地方公費レセプト記載修正(外来) レセプト摘要欄に自動記載している「愛媛県地方公費の受診日」について、「再診料(ダミー)」コードのみの入力の場合、実日数にはカウントしますが、受診日記載で該当日が記載されませんでしたので修正しました。	H25.3.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	kk 30363	今月提出したレセプトの件で、愛媛県国保連合会から一部負担金記載を訂正するよう連絡があった。 「後期高齢者＋地方公費(195重身)」の患者(2併)。請求点数が7900点であるが、保険の一部負担金額欄に「7900円」が記載されている。 負担割合が1割であるため、一部負担金額欄は空欄にすること。 該当患者の保険は、「後期高齢者(1割)＋公費51(適用区分3、負担なし)＋地方公費(195 重身)」。 特医総管と訪問診療、在宅管理料及び院外処方を行っていますが、公費51に該当するのは、院外処方する薬剤の一部のみであるため、請求点数が発生していません。診療行為入力では、複数科保険で公費51の打ち分けを行っていました。 試しに、診療行為入力をすべて「後期高齢者(1割)＋地方公費(195 重身)」の保険情報で入力すると、保険の一部負担金額欄は空欄となりました。 公費51の設定及び入力等に問題があると思われますが、原因がよく分かりません。 一部負担金額が記載されない方法があれば、ご教示いただけないでしょうか？	レセプト保険欄－一部負担金記載判定修正 例)外来 ・後期高齢(1割)＋51＋地方公費(院外処方のみ)(請求点数0点) ・後期高齢(1割)＋地方公費(請求点数1000点) 全国公費を含む保険組み合わせと全国公費を含まない保険組み合わせを使用している場合、かつ、全国公費を含む保険組み合わせの請求点数が0点の場合に、高額療養費が現物給付されていないレセプトにおいても、保険欄－一部負担金の記載をしていましたので修正しました。	H25.3.26
15	お電話でのお問い合わせ3月27日－船員保険レセ電標準負担額	船員保険の下船後3ヶ月以内で生活療養を算定した場合にレセ電データに標準負担額が記録されます。 食事療養の場合には記録されていません。	船員下船後の入院レセプト記載(レセ電記録)修正 (生活療養の入院料を算定している場合) (例) 船員下船後(保険:002船員、補助区分:2下船) 年齢65歳 入院料(回復期リハビリテーション病棟2(生活療養)) 患者食事負担が無いのにも関わらず、入院レセプト摘要欄(97)に生活療養標準負担額を記載していましたので記載しないよう修正しました。 又、レセ電記録でSIレコード(97)に生活療養標準負担額を記録していましたので記録しないよう修正しました。	H25.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16		入院レセプト(仮収納データ作成処理時)のエラーログ出力対応 仮収納データ作成処理時に、入力内容等の不備によるエラーがある場合、エラー内容・患者番号を画面表示して処理を中止しますが、syslogにもエラー内容・患者番号を出力するようにしました。 (例) 入院料を算定した保険組み合わせと診療行為入力した入院料加算の保険組み合わせが異なる場合、入院料加算の保険組み合わせ確認〔患者番号:XXXXX〕を画面表示し、syslogにも同内容を出力します。		H25.4.25
17		システム管理「レセプト・総括印刷情報」で「主科対応の有無」を「0 しない」と設定されている場合、入院レセプトの一括作成時に不要な主科データを作成してしまう不具合がありました。 システム管理参照時の判定に誤りがありましたので修正しました。		H25.4.25
18		診療行為入力でコメントを1行に40文字入力された場合、紙レセプトの摘要欄は40文字記載をしていましたが、レセ電データののコメントレコード(レコード識別″CO″)については、1レコードに記録できる最大バイト数が76バイト(38文字)であった為、最後の2文字が欠落した記録となっていました。 38文字を超えたコメント入力がある場合は、レセ電データ作成時にコメントレコードをもう1行追加して、入力された文字が欠落しない記録となるよう修正しました。		H25.4.25
19		労災の入院外レセプト作成時、印刷指示画面より傷病年金が1枚目となるよう処理した場合に帳票タイトルが空白で設定され、「XC01プレビュー選択画面」及び再印刷からの「XA01 再印刷設定画面」でタイトルが表示されませんでしたので修正しました。		H25.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20	ncp 20130304-023	病名が多く適用欄に記載される場合 4.5.0の時は、病名が8文字記載された後に転帰日が記載されていましたが4.6.0以降は病名が4文字後に転帰日が記載されるので、病名が5文字以上になると転帰日が2行目に記載されます。 病名が多いレセプトは1枚目が病名のみになってしまいます。 紙レセプトを印刷して点検していますので紙の無駄になります。 以前のように病名の文字数が9文字になると転帰日が2行目になるようになりませんか。	2012年8月28日のパッチ提供分の「表示期間によるレセプト記載対応」によりシステム管理2005 の転帰日記載区分が「1 転帰日を記載する」の設定時に転帰日を″月日″で記載するようにした為、病名文字数が4文字を超えた場合に紙レセプト摘要欄への傷病名記載が2行になったことから、「紙レセプトの枚数が増えた」、「点検がし辛くなった」等のお問い合わせを多く頂きました。 これについて、システム管理2005 の転帰済傷病名記載区分が「1 表示期間を優先して記載」の設定時は転帰日を″月日″での記載とすることとし、「0 転帰日を優先して記載」の場合はパッチ対応前と同様に転帰日を″日″の記載とし、病名7文字迄は1行で記載できるよう見直しを行いました。	H25.4.25
21	support 20130409-039	レセプト、患者向け請求書の記載について 後期高齢者、更生医療、マル長を所持している患者で、入院患者なのですが、月の途中で住所転居(鹿児島→福岡)され保険者番号が変更になった際の処理です。 転居前:3月1～28日 　診療によって以下2つの保険組み合わせで診療行為を入力しています。 　①後期高齢者＋マル長(鹿児島)＋更生(5000円) 　②後期高齢者＋マル長(鹿児島) 転居後:3月29～30日 　診療行為は、後期高齢者＋マル長(福岡)で入力しています。 12患者登録公費欄の入力状況は以下になります。 長期　H16.10.6～H25.3.31 更生　H20.11.1～H25.3.31 国保連合(鹿児島、福岡ともに)の返答としては、「既に鹿児島でのレセで上限1万円を算定しているので、患者負担は無し。特記事項にも「02長」の記載は不要」とのことだったようです。	レセプト保険欄－－一部負担金記載修正 後期高齢(マル長をもつ方)で、月途中で保険者が変更となり、使用される保険組み合わせが下記例のようになった場合のレセプト記載について修正しました。 (※患者登録において、マル長の適用期間は保険者が変更となった日で区切られていない) (例)入院 変更前: 「後期高齢A(1割)＋015(上限5000円)＋972」 30000点 「後期高齢A(1割)＋972」 30000点 変更後: 「後期高齢B(1割)＋972」 7000点 変更後レセプトの保険欄－－一部負担金 7000円→0円となるよう修正しました。	H25.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	support 20130424-007	2005 レセプト・総括印刷情報 編綴順のタブ　医師別出力設定ならび医師別出力順を設定していますが、印刷指示画面にて、医師別選択しても該当なしにて、表記されてしまいます。 設定の問題でしょうか？	レセプト記載対象外の公費を持つ患者について、入院レセプトが種別不明となった場合に記載対象外の公費の扱いに誤りがあり、レセプト記載対象外の公費のみのレセプトができてしまいました。 また、「医師別出力設定」を「1 医師別出力をする」と設定していた場合にこのレセプト記載対象外の公費のみのレセプトについて、レセプト明細書テーブル(tbl_receprt)の医師別診療科(DRCD_SRYKA)の記録ができていないため、出力順に「11 医師別順」を選択したときに「該当なし」と表示され、印刷処理ができませんでしたので修正しました。	H25.5.27
23	support 20130613-010	医療機関様より、公費2の点数を記載してください。と返戻になったのですが・・・と問い合わせがありました。 弊社でも試したところ同じ現象が出ましたので報告いたします。 79公費と12公費の両方の公費を持っている患者。 4／1から入院　保険組み合わせ　79公費＋12公費 4／6より　保険組み合わせ変更　12公費 以上の状態で、レセプトを作成しますと、公費1の点数欄には79公費＋12公費該当分の点数が印字されるのですが、公費2の点数欄には0点と印字されます。	「079＋012」レセプトの請求点欄記載修正(入院) 下記のケースにおいて、レセプト公費2欄の請求点が0点となっていましたので、「012単独」分の請求点が記載されるよう修正しました。 (「079＋012」分の請求点は集計しない) ・4/1から入院 保険組み合わせ「079＋012」 請求点10195点 ・4/6より 保険組み合わせ変更「012単独」 請求点46422点 ＜レセプト＞ 請求点　負担金　食事 公費1 10195　0　15　9600　3900 公費2　0　0　90　57600　3900 ↓ 公費1 10195　0　15　9600　3900 公費2 46422　0　90　57600　3900	H25.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	kk 30485	下記の保険組み合わせでひとり親への請求書に記載されない不具合があります。 ---------- ～4/3　　国保(本人)+144(親初有) 4/6～　　国保(家族)単独 ---------- 上記パターンで、4/6以降の診療行為入力がされていない場合は、ひとり親請求書に記載されてきますが、4/6以降の診療行為が入力されている状態ですと、ひとり親請求書が出力されてきません。 使用プログラム名　　p01-hokkaido.4.7.0.ver03.tgz	国保で月途中に本人から家族に変更になったときに給付割合が変わらない場合は1枚のレセプトにまとめますが、このときレセプトに記載しない地方公費があったときに、tbl_kohskyへデータの作成がされませんでしたので修正しました。 (例) ～6/10 0001 国保(本人、3割) + 144(北海道) 6/11～　0002 国保(家族、3割) それぞれの保険組合せで診療があった場合、6月のレセプトは1116として作成しますが、144がtbl_kohskyにデータの作成が行われない。	H25.6.25
25	kk 30822	レセプト公費療養費印字について 3併のレセプトにおいて 同月で主保険だけと公費併用の算定を行い主保険では負担額が発生し、公費併用時は負担額が発生しない場合に療養の給付②に印字しないように設定することはできますでしょうか？ ちなみに②の公費は自立支援法の市町村公費です。 (群馬県伊勢崎市になります)	医保レセプトの請求点欄記載修正 「主保険単独」と「主保険＋公費１＋公費２」の2種類の保険組み合わせで入力があった場合、公費1と公費2の請求点数が同点となりますが、その場合、レセプト公費2欄の請求点が記載省略されていませんでしたので修正しました。 ・主保険単独 請求点728点 ・主保険＋公費1＋公費2 請求点6423点 ＜レセプト＞ 　　請求点 保険欄　 7151 公費1　 6423 公費2　 6423 →(記載省略)	H25.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26		レセプト自動記載コメント(在支援・在支病)の診療区分修正 (外来の医保レセプト) 往診又は特別往診の算定がある場合、かつ、 施設基準3055又は3056又は3168の設定が”1”の場合 ・・ ”在支援” 施設基準3057又は3058又は3169の設定が”1”の場合 ・・ ”在支病” をレセプト摘要欄に自動記載していますが、 ・140036710 人工腎臓(慢性維持透析)(4時間未満) ・140007710 人工腎臓(その他) 併せて、上記どちらかの診療行為入力があった場合、在支援・在支病コメントの診療区分が”14”でなく”40”で記載していましたので修正しました。		H25.6.25
27	request 20130517-004	入退院登録画面にて入院料を算定している保険以外で診療がある場合(労災・自賠責等で入院し保険診療がある場合等)、他保険側のレセプトには入院料を算定している保険名称がそのままコメントで自動記載されています。外来や入院料未算定の場合は記載のコメント内容が置き換えや手入力または「2005 レセプト・総括印刷情報」にて選択できるようなっています。しかし入院料算定時は選ぶことができません。当院では患者の個人情報(入院時の保険内容)を他保険側に知らせる必要はないと考えます。自動記載だけではなく「他保険にて入院料算定済み」と置き換えもしくは選択できるようにしていただきたいと思います。	システム管理2005レセプト・総括印刷情報に、他保険で入院料算定時のコメント自動記載の設定を追加しました。現行は入院料を算定した保険組み合わせに準じて「〇〇にて入院料算定済」のコメントをレセプト摘要欄に自動記載していますが、自動記載しない、又は、”他保険にて入院料算定済”の記載を可能としました。	H25.7.25
28	ncp 20130627-014	『外来操作マニュアル 日医標準レセプトソフト VER4.6.0』の960ページ以降を参照しまして、0082?以降のマスタにてコメントコードを作成しました。 作成してみたところ、コメント名称は50文字が限度の模様です。コメント文が長くなり50文字を超えることもありますが、その場合はどの様にすればよいでしょうか？ 取りあえず、お客様には「複数のコメントをつないで1剤として入力して下さい」とお伝えしています。	ユーザーが登録できる0082 で始まるコメントコードは、コメント文が50文字まで登録可能ですが、レセ電データのコメントの記録が40文字までしか記録できていませんでしたので修正しました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29	request 20130402-007	ver460から「42明細書」でも受付チェックエラーが出来るようになりましたが、自費レセプトをこちらのチェックから外して欲しいという要望が医療機関様よりありました。 自費レセプトに傷病名がない場合「対象の傷病名がありません」というエラーが発生し、レセが種別不明分に含まれて全件印刷時に印刷されてしまいます。	システム管理よりレセプト作成時の受付エラーチェックの設定を行う場合、自費レセプトをチェック対象とするか選択を可能としました。	H25.7.25
30		レセプトの個別作成時、印刷指示画面で「05 入力順」を選択して次頁を押下すると、社保、国保の次に空白の頁を表示し、その次に広域を表示していましたので修正しました。		H25.7.25
31		システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の基本1の公費記載順設定について有効終了日を月末日として設定した場合、有効終了日と同月の診療年月のレセプトの公費の記載順が設定どおりになりませんでした。 (例) システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の公費記載順設定 有効開始日 H25.6.1 有効終了日 H25.7.31 191 190 7月分レセプトの公費の記載順 190 191		H25.8.27
32		労災レセプト電算システムのCSVデータについて、RSレコードの改行コードが不正な記録であることが分かりましたので修正しました。		H25.9.2

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	お電話でのお問い合わせ9月5日－労災自賠責レセプト点数欄集計	月途中で09593で始まるコードの金額を変更し使用すると労災、自賠責のレセプトの点数欄に差額分が集計されます。 月途中で1530円から1610円に変更した場合8点(80円の点数計算？)が労災レセプトでは小計(イ)に、自賠責レセプトでは10～80点数計(イ)に集計されてきます。	労災・自賠責レセプトの点数・金額集計修正 労災・自賠責で使用する09591～94で始まる点数マスタの金額を月途中で変更した場合、レセプト(点数欄小計・金額欄小計・合計欄)の点数・金額集計に誤りがありましたので修正しました。 例)095930007を下記のように金額変更 00000000～H25．9．10　　1530円 H25．9．11～99999999　　1610円	H25.9.25
34	8/9 中心静脈植込型カテーテル	中心静脈の植込型カテーテルの入力について、薬剤は.331で入力するようマニュアルに記載されております。 http://manual.orca.med.or.jp/4.7/hosp-html/?chapter=2.3.8 .331で入力した場合、中心静脈に係る自動加算分(お問合せのケースでは麻薬注射加算)が自動算定されないため、.340で手入力すると、麻薬注射のみであれば欠落しませんが、精密持続点滴+麻薬注射を算定する日がある場合、麻薬注射のみを算定している日が欠落します。 .340で中心静脈植込型カテーテル+薬剤を1剤として入力し、.340で精密持続点滴を入力した場合は中心静脈に係る自動加算分(麻薬注射加算)が自動算定されるため、欠落しません。 後者の入力で不都合がないようでしたら、マニュアルの編集をお願いします。 入院の診療行為で、中心静脈栄養(植込型カテーテル)を算定時に併せて精密持続点滴注射加算と麻薬注射加算を算定した場合に、麻薬注射加算を単独で算定した日についてレセプトの摘要欄記載、及びレセプト電算の摘要情報から該当日の麻薬注射加算が漏れてしまう不具合がありましたので修正しました。 ※請求点数は麻薬注射加算も含んだ点数での請求となっています。	不具合となる事例 ・入院1日目の診療行為 .331　点滴注射(手技料なし) 643310347　ラクテック注　500mL 620000339　ラシックス注　20mg 648110009　モルヒネ塩酸注射液　1%1mL .340　その他注射 130008510　中心静脈栄養(植込型カテーテル) .340　その他注射 130000210　精密持続点滴注射加算 .340　その他注射 130000310　麻薬注射加算 ・入院2日目の診療行為 .331　点滴注射(手技料なし) 643310347　ラクテック注　500mL 620000339　ラシックス注　20mg 648110009　モルヒネ塩酸注射液　1%1mL .340　その他注射 130008510　中心静脈栄養(植込型カテーテル) .340　その他注射 130000310　麻薬注射加算	H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	support 20130924-016	操作マニュアルP470＜例8＞2以上の撮影方法を同時に行った場合図686のような内容で薬剤の直下に画像材料(3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル)を入力した時、レセ電ビューアで確認すると画像材料が2つ表示されてしまいます。 セット登録して以前から同じ方法で入力してますが、剤を分ける必要があるのでしょうか。 バージョン4.6.0、4.7.0で同じ現象になります。	特定器材のレセプト編集で画像診断の撮影料が2つ以上あり、フィルムがそれぞれに入力されている場合、その他の特定器材を複数編集していましたので修正しました。	H25.10.3
36	kk 31076	長崎県地方公費資料をお送りいたします。	長崎県地方公費レセプト記載対応(保険番号188) (平成25年10月診療～) (保険番号マスタの「レセプト記載」は「1」で設定) 社保の自立支援併用レセプト(外来)について、188が助成対象外となる場合であっても、レセプト記載するよう対応しました。 (例)協会＋15(上限5000円)＋188 1日目:500点、2日目:400点、3日目:300点の場合、レセプト記載する (重要)日レセバージョンが4．7の場合は、以下の点に注意してください。 システム管理2010において、保険番号188で、設定登録を行っていない場合は、特に何もする必要はありません。 設定登録を行っている場合は、レセプト(2)タブの「レセプト記載」付加設定－"設定と異なる記載(外来)"を「2 負担上限未満記載あり」及び「2 社保(請求分内)」で設定してください。 保険番号188について、上記設定を行った場合は、社保の自立支援併用レセプトのみ「負担上限未満記載あり」の対象とします。	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	kk 31636	岡山県のユーザー様より、更生医療(15)と岡山県の重度心身障害者医療(80)をお持ちの患者さまの負担金記載について、支払基金等審査機関から下記のようお問い合わせをよく受けると言われました。 例)主保険＋更生医療(15・負担金上限額:5000円)＋マル福障(180) 1日目　　外来　2684点 2日目以降　入院　7686点 だった場合、日レセでは負担金の記載が 外来 公費(1) 2680円 公費(2) 2684円 入院 公費(1) 2320円 公費(2) 2316円 となっているが、外来の負担金のように、公費(1)よりも公費(2)の金額が高くなるのは、レセプト記載上考えられないため、この患者の負担金は何が正しいのか。 といった内容とのこと。 岡山県の地方公費の場合、更生医療との併用になった場合に公費(1)と(2)を比較し、(2)の負担金記載が高くならないよう改修をお願いいたします。	全国公費併用時のレセプト地方公費一部負担金記載修正 全国公費と地方公費の請求点数が同点、かつ、内部的に計算した一部負担(1円単位)が同額の場合、レセプト地方公費一部負担金記載は、全国公費の一部負担と同額を記載するよう修正しました、(都道府県を問わず) 例)協会(3割)＋015(上限5000円)＋岡山県地方公費180 外来 2684点 入院 7686点 ＜外来レセプト一部負担金＞ 公費1 2680円 公費2 2684円→2680円 ＜入院レセプト一部負担金＞ 公費1 2320円 公費2 2316円→2320円	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38		労災レセプト電算提出用データの労災医科診療行為レコードの記録順について、告示識別区分(1)が"1"(基本項目)の入院料加算を「労災(2週間以内)(1．3倍)」又は「労災(2週間超)(1．01倍)」より前に記録すると、オンライン請求システムで正しく点数計算ができなくなり要確認エラーとして扱われてしまうことから、記録順を変更しました。 －要確認エラーとなる記録順－ 190077510 一般病棟13対1入院基本料 190079470 一般病棟入院期間加算(14日以内) 101900100 一般病棟看護必要度評価加算(一般病棟入院基本料)(労災用) 190101770 難病患者等入院診療加算 190105570 療養環境加算 101900010 労災(2週間以内)(1．3倍)　　2165 点 × 14 日 －－ 上記、記録例では「190101770 難病患者等入院診療加算」が告示識別区分(1)＝"1"の入院料加算であることから、これを労災乗数の後に記録するよう変更しました。 －パッチ適用後の記録順－ 190077510 一般病棟13対1入院基本料 190079470 一般病棟入院期間加算(14日以内) 101900100 一般病棟看護必要度評価加算(一般病棟入院基本料)(労災用) 190105570 療養環境加算 101900010 労災(2週間以内)(1．3倍) 190101770 難病患者等入院診療加算　　2165 点 × 14 日		H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	kk 31824	大阪府での入力 前期高齢1割＋51特定負有＋助成88等の公費3併入力でひと月の診療が500点以下の場合。 現状レセプトの一部負担金が、前期高齢の2割計算になり公費②の欄に500円以上の金額が記載されてしまいますが国保より、公費②には実際にいただいた金額を記載するよう指摘をうけております。	全国公費併用時のレセプト地方公費一部負担金記載修正 全国公費と地方公費の請求点数が同点、かつ、内部的に計算した一部負担(1円単位)が同額の場合、レセプト地方公費一部負担金記載は、全国公費の一部負担と同額を記載するよう10月28日パッチ提供時に修正しましたが、不具合がありましたので修正しました。 例)前期高齢(1割据え置き)＋051(上限2250円)＋大阪府地方公費188 請求点184点 実日数1日 外来 ＜外来レセプト＞ 051一部負担金:368 188一部負担金:368→184 (051の一部負担金を2割計算の金額にする際、188の金額もその額に置換していましたので修正しました)	H25.12.4
40	request 20131114-006	療養介護医療(法別24)と障害児入所医療(法別79)の食事負担についてですが、 例)療養介護医療の上限額:1000円 　食事療養の上限額:　　0円 の場合、レセプトの食事・生活療養欄には 保険　93回　　請求　59520円　　標準負担額　24180円 公1　93回　　請求　59520円　　標準負担額　24180円 と記載されます。 ただ、受給者証に記載してある食事の上限額は、医科のレセプトで各々の公費へ請求するのではなく、別に公費負担分のみを市町村へ「療養介護医療費請求書」により請求するということなので、医科レセプトには患者さまが支払ったような記載になると支払基金等から指摘を受けられたと事です。 正しい表記としては 保険　93回　　請求　59520円　　標準負担額　24180円 公1　0回　　請求　　0円　　標準負担額　　0円 となるとのこと。	主保険＋(079又は024)の入院レセプト食事療養記載(記録)修正 (079又は024)の患者登録－所得者情報－公費負担額欄で入力する食事療養上限額が0円の場合、患者食事負担がある場合と同様の記載(記録)を行うように修正しました。 保険　93回 請求 59520円 標準負担額 24180円 公費1 93回 請求 59520円 標準負担額 24180円 ↓ 保険　93回 請求 59520円 標準負担額 24180円 公費1　0回 請求　　0円 標準負担額　　0円	H25.12.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41	kk 29903	プログラムバージョン4.6.0、愛媛県 後期高齢＋更生医療(015)+身障社市(公費の種類195)＋長期(公費の種類972)の保険をお持ちで更生医療(015)の負担上限が5000円の場合－ 処方せん料(68点)を後期高齢＋身障社市(公費の種類195)＋長期の組合せで算定した時、レセプトの保険　一部負担金欄が(10,000) (70) 10,000になっていますが、 更生医療(015)の負担上限が10000円の場合－(10,000) (0) 10,000になります。 (70)と印字するにはどうしたらいいですか。	(※1)計算方法を変更 (主＋地＋長の主保険負担相当額)と(月上限額－公1負担金)を比較 ↓ (主＋地＋長の主保険負担相当額)と(月上限額)を比較 31800＞10000 (※2)8200＋10000＝18200 (重要)日レセバージョンが4．7の場合は、以下の点に注意してください。 システム管理2010の下記項目に設定内容を追加しました。 ◎レセプト(3)タブ－「保険欄の括弧再掲(下)金額計算(高齢者)」 主＋全＋地＋長(分点ありの場合)に”2 (主＋地＋長の主保険負担相当額)と(月上限額)を比較”を追加	H25.12.24
		愛媛県国保・後期高齢レセプト記載(記録)対応(高齢者のみ)(入・外) ”主保険＋全国公費＋地方公費＋長期”と”主保険＋地方公費＋長期”又は”主保険＋全国公費＋長期”と”主保険＋地方公費＋長期”の2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の記載(記録)対応 (例) 後期1割＋015(上限5000円)＋195＋972 請求点8200点 後期1割＋195＋972 請求点31800点 (8200)　(8200) (5000)　(10000) (※1) 保険　40000　13200 →　18200 (※2) 公費1　8200　5000　5000 公費2　31800	※愛媛県地方公費について、この設定項目のデフォルトを”1”→”2”に変更 ◎レセプト(4)タブ－「保険欄の括弧再掲(下)金額計算(70歳未満)」 主＋全＋地＋長(分点ありの場合)に”2 (主＋地＋長の主保険負担相当額)と(月上限額)を比較”を追加 愛媛県の医療機関において、システム管理2010の設定登録を行っていない場合は、特に何もする必要はありません。 設定登録を行っている場合は、レセプト(3)タブ－「保険欄の括弧再掲(下)金額計算(高齢者)」主＋全＋地＋長(分点ありの場合)を”2”に変更してください。	

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	ncp 20130419-011	小児慢性特定疾病医療受療証をお持ちの患者において、小児慢性の限度額未満で主保険が変更となり、変更後の保険との併用時に小児慢性の限度額に達した場合、現状のORCAでは一部負担金が10円未満の端数を四捨五入して記載されます。 例えば、小児慢性(限度額2100円)をお持ちの患者が社保＋52小児慢性で504点の診療を行い、国保＋52小児慢性で347点の診療を行った場合の一部負担金記載は以下のようになっています。 社保＋52小児慢性　1510円 国保＋52小児慢性　590円 しかし、レセプト記載要領 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/tuuchi3-5.pdf) 111ページの「エ」記載によると、「(一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額)を記載すること」となっています。 上記の例において、社保＋52小児慢性の時点ではまだ限度額に達しておらず、高額療養費現物給付の該当にもなっておりませんので、以下のような記載になるかと思います。 社保＋52小児慢性　1512円 国保＋52小児慢性　588円 実際、社保併用を1510円と記載したレセプトが東京都の支払基金より返戻となっています。 高額療養費現物給付の対象外でもそれぞれのレセプトの一部負担金の10円未満を四捨五入するようにしているのには何か根拠があるのでしょうか。	全国公費のレセプト公費欄－一部負担金記載(記録)修正 現在、全国公費のレセプト公費欄－一部負担金記載については、基本的には1円単位ですが、【月上限額に達した場合】または【保険欄－一部負担金欄の記載がある場合】は、10円単位で記載を行っています。 但し、月上限額に達した場合であっても、レセプト保険欄－一部負担金の記載がない場合、「請求点の負担割合分(1円単位)＜10円単位の一部負担金」であれば、1円単位で記載を行っています。 今回、月上限額に達した場合であっても、レセプト保険欄－一部負担金の記載がない場合、下記例のような場合においても、1円単位で記載するよう修正しました。 (例)月途中で社保から国保に保険者変更、052(月上限額2100円) 社保(3割)＋052 請求点504点 保険　504 公費1　1510 → 1512(※) 国保(3割)＋052 請求点347点 保険　347 公費1　590 (※)社保のレセプトでは月上限額に達していないため、1円単位で記載します	H25.12.24
43		労災レセプトについて、レセプト電算データの個別作成を可能とし、該当患者分のみの送信を可能としました。		H26.1.28
44		医保分のレセプトで出力順をターミナルデジットとした場合、続紙を先に出力していましたので修正しました。		H26.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45		点検用レセプト摘要欄記載修正 保険組み合わせの異なる剤が区切り線で分離されていないケースがありましたので修正しました。 (例) 「主保険＋51特定疾患」と「主保険単独」の保険組み合わせにて診療行為入力を行う。(複数保険入力) 「主保険単独」分は、院外処方のみで請求点数0点 点検用レセプトを作成すると摘要欄記載で「主保険＋51特定疾患」分と「主保険単独」分の剤が区切り線で分離されていない		H26.1.28
46	kk 32123	国保＋マル都182＋マル障180＋長期972をお持ちの55歳の患者で、複数日受診がありますが、分点はありません。 H25.11月分は、点数　41432点　②の一部負担金欄には「0円」 H25.12月分は、点数　45614点　②の一部負担金欄には「10，000円」 H25.12月分について、国保連合会から「10，000円」の記載は必要ないと連絡があったようです。 保険変更などもありません。 1日のみ、複数日、点数によって②一部負担金の記載が異なります。	東京都地方公費レセプト一部負担金記載修正(外来) 主保険＋182＋地方公費(＋長期)の保険組み合わせを使用して、診療行為入力を行った場合で、かつ、受診日が2日以上ある場合や分点がある場合に、レセプト公費2欄の一部負担金が正しく記載されない不具合がありました。 (負担金計算時の収納内部項目編集に不具合がありました) 負担金計算時の収納内部項目編集について修正を行いましたので、該当患者については (1)収納業務にて、該当者の一括再計算 (2)再度レセプト作成 を実施してください。	H26.1.30
47	ncp 20140131-033	自賠責の従来様式のレセプトですが、点検用を作成するとファイルOPENエラー　FILE=RECE400【保険情報編集(労災・自賠責)】と表示され作成出来ません。 新様式や従来様式の提出用は問題なく作成が可能です。 検証した結果、第三者行為対応前のものですとエラーが出ず作成可能の様です。	自賠責の従来様式の点検レセプト作成時に、ファイルOPENエラー　FILE=RECE400【保険情報編集(労災・自賠責)】と表示され処理エラーが発生するようになりましたので修正しました。	H26.2.3

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	1/31 第三者行為 レセプト 病名	第三者行為によるレセプト病名の記載について、[第三者行為の診療分のみ]の場合、第三者行為以外の病名があっても記載しないと仕様書に記載されております。 今回上記のケースに該当するそうですが、同日に第三者行為による処方と私病による院外処方をされており、医保レセプトに私病の病名が印字されないため、調剤レセプトと突合点検したときに、査定しまうのではないでしょうかとのお問合せがありました。	第三者行為の医保レセプト病名記載修正 同日に、主保険＋第三者行為と主保険単独での診療行為入力を行い、主保険単独分(私病分)は、院外処方のみ(請求点数0点)となる場合、医保レセプトに私病の病名が記載されていませんでしたので、記載するよう修正しました。	H26.2.25
49	support 20140204-015	H26.1の入院外点検用レセプト一括作成を作成しようとしたところ、処理中に以下のメッセージが表示され処理が中断した。 「DB読み込みエラー　TABLE=tbl_rececom RC=000000007」 Syslogおよび01receipt1a.logを確認したところ、患者番号00502のデータに問題があるようだった。 Tbl_rececomに問題があるようなのでレセプトコメントを削除してみたところ、正常に処理が完了。 また、入院外点検用レセプト個別作成・入院外提出用レセプト個別作成・入院外提出用レセプト一括作成では正常に処理が完了する。 しかし、該当の患者にレセプトコメントが1行でも入っているとエラーが発生してしまう。 入院外点検用レセプト個別作成で作成されたレセプトのプレビューでは、2ページにわたるレセプトが出力されたのだが、2ページ目の摘要欄に出力されたのはレセプトコメントだけだった。	以下内容が全てあてはまる場合、レセプト処理が異常終了しましたので修正しました。 (1) システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「基本2」タブ画面で入院外レセプトの続紙区分を「0 指定なし」と設定されている。 (2) システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「点検用」タブ画面で医師名記載区分を「1 医師名を記載する」と設定されている。 (3) 医保分の入院外レセプトを「点検用レセプト」で一括作成。 (4) 一括作成時の対象患者に、レセプトが複数枚となり「(C50)コメント」画面で入力したコメントがレセプト1枚目の摘要欄最終行と続紙の先頭行に記載される患者が存在する。 上記条件が全てあてはまる場合、(4)の患者を処理する際の続紙に記載する医師名取得時にデータベース読み込み不具合があり、これに起因して処理結果画面に「DB読み込みエラー」と表示しレセプト処理が異常終了しました。 また、システム管理「1038 診療行為機能情報」「1043 会計照会機能情報」でレセプトプレビューを「2 院外処方含む」と設定している状態で、(4)に該当する患者を「(J02)会計照会」画面、「(K08)診療行為確認」画面からレセプトのリアルタイムプレビューを表示した場合も、同様のエラーが原因でプレビュー画面が表示されませんでした。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50	support 20140206-037	公害レセプトにおいて ・摘要欄の入退院履歴が空白 ・点数欄の入院年月日は　0年0月0日　　となる現象がありましたので報告致します。 弊社検証では 42明細書「一括作成」で、上記のような現象 42明細書「個別作成」では、正しく記載できています。 また24会計照会「プレビュー」も正しく記載できています。	公害の入院レセプトの一括作成時に、該当診療年月の入院会計の保険組合せが全て公害以外のレセプトについて ・摘要欄の入退院履歴が空白 ・点数欄の入院年月日は　0年0月0日 となりました。 一括作成時の保険組合せの設定に不具合がありましたので修正しました。	H26.2.25
51		自賠責新様式レセプト作成において、OCR様式での作成を可能としました。 ※パッチ提供時点では参考提供のため、OCR様式での請求はできません。		H26.2.25
52	kk 31880	一宮市の医療機関様で、入院の請求をしたところ「返戻事項　12　一宮市のこども医療費について、小中学生の入院分は公費負担者番号を記載して下さい。」ということで、返戻になったレセプトがあります。愛知県では国保で福祉をお持ちの場合、公費負担者番号と受給者番号に載せる番号が固定で決まっておりますので、2006レセプト特記事項編集情報にて設定をしているかと思います。 一宮市のこども医療の場合、外来は負担者番号に「81xxxxxx」、入院は「81yyyyyy」を載せる必要がありますが、2006レセプト特記事項編集情報では一つの番号しか設定できないため、どのようにすればいいでしょうか？	システム管理「2006 レセプト特記事項編集情報」の条件に入外区分を追加しました。 これにより、入外毎の負担者番号設定を可能としました。	H26.3.24
53	ncp 20140306-028	傷病年金のレセプトを印字したときに印字位置がずれるとの内容で確認したところ、物品番号7724という部分は同じだったのですが生年月日の部分が、ORCAに入っている「明・大・昭」のものでは無く「明・大・昭・平」という風になったものでした 印字を「明・大・昭」のみのもの「明・大・昭・平」となったもの用とで分けることは出来ないでしょうか	労災の傷病年金レセプト(入・外)の生年月日(元号)について、枠を記載する場合、「昭」の右に「平」の文字を印字するよう修正しました。又、平成生まれの場合には「平」の文字を○囲みするよう修正しました。	H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	request 20131209-006	和歌山県老人医療費（公費番号41）のレセプト記載について この件について、再度和歌山県連合会のほうから通達があり、診療識別コードを01とするよう案内が出ています. 会計照会からですと診療識別コードが99となってしまいます。 そのため、診療行為入力画面にて診療区分コード.990でコメント入力するようユーザ様へはご案内しています。 毎月コメント入力が必要になってしまうため、どうにか自動記載されるように出来ないかとご要望をいただきました。	システム管理「2006 レセプト特記事項編集情報」の条件に所得者情報を追加しました。 これにより、適用区分によるコメント設定を可能としました。 （紙レセプト、レセ電データ）	H26.3.24
55	3/12　労災・自賠責　80区分 診療費明細書	労災の80区分のマスタについて、診療種別が.800その他（リハビリ）で設定されているためと思われますが、診療費明細書の区分が「リハビリ」と表示されます。 その他に編集していただくことは可能でしょうか。	労災・自賠責で労災コード（101xxxxxx）の診療区分「80」で金額で設定されているマスタを、診療費明細書では「リハビリ」へ編集していましたので、「その他」へ編集するように修正しました。	H26.3.24
56	ncp 20140319-007	病院様でH25.12.10請求した11月診療分について、これまで同様の試算結果と実際に確定した入金額が異なりました。 この件について思い当たる節のなかった病院様は、国保連合会に問い合わせを行い、結果、下記の件が原因であることがわかりました。 ■食事療養費の?公費の値が、10月診療分と異なる表記方法になった（空白→0）	主保険＋（079又は024）の入院レセプト食事療養記載（記録）対応 平成25年12月24日提供パッチで、（079又は024）の患者登録－所得者情報－公費負担額欄で入力する食事療養上限額が【0円】の場合、（079又は024）の食事欄に「0」を記載するよう修正しましたが、システム管理設定により、 ・「0」を記載する（患者食事負担がある場合と同様の記載（記録）） ・「0」を記載しない（患者食事負担がない場合と同様の記載（記録）） どちらの記載（記録）も可能となるよう対応しました。 ◎システム管理2005（レセプト・基本1タブ）に「法別24・79食事欄記載」を追加 0 食事上限0円時は「0」を記載する 1 食事上限0円時は「0」を記載しない ※デフォルト設定値は、”0”とする。	H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	support 20140401-067	以下の設定を行いました。 2005 レセプト・総括印刷情報　レセプト・基本1 　受付エラーチェック区分　2 チェックする(自費レセプトは除く) その結果、1枚のレセプトが種別不明となり、右上に「コメントの入力がありません」と表示されます。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の受付エラーチェック区分を「1 チェックする」と設定して、レセプト作成を行った場合診療行為で.950 .960 で入力した自費分についてもチェックの対象としていましたので、対象としないように修正しました。	H26.4.3
58	4/7 入所中 入所中以外 レセプト	後期高齢者+更生+マル長の適用がある患者で、入所中と入所中以外のレセプトがある場合、 入所中　3月8日～3月11日, 3月21日～24日(公費の種類:951の期間) 入所中以外　上記以外の期間 入所中以外の期間で10,000円を超える期間が2回あると、特記事項に「02長」が重複して印字(記録)されてしまうようです。	マル長の特記事項重複記載修正 問合せの例を参照 入所中以外の期間毎にマル長の期間を区切り、 ９７２　(１)3月1日～3月7日 ９７２　(２)3月12日～3月20日 ９７２　(３)3月25日～3月31日　として登録。 各マル長適用期間において、一部負担金相当額が10,000円を超える期間が複数あると、特記事項に「02長」が重複して記載(記録)していましたので、重複記載(記録)とならないよう修正しました。	H26.4.23
59	お電話でのお問い合わせ4月24日－超重症児(者)入院診療加算算定開始日	超重症児(者)入院診療加算の算定開始日記載について 現状は、入院年月日以降の最初の算定日を自動記載しますがリプレース等で入院歴作成をしている場合、実際の最初の算定日とは違う算定日が記載されてしまいます。 保険組合せが有効であれば歴作成の期間でも加算を算定すれば実際の算定日で記載できますが、保険組合せがない場合自費保険を追加する等で実際に加算を算定しないと正しく記載できないでしょうか。 他に正しく記載する方法はありますでしょうか。	超重症児(者)入院診療加算等のコメント自動記載修正 同一剤に"840000056"(算定開始 年 月 日)のコメント入力がある場合は「算定開始」コメントを自動記載しないよう修正しました。 又、現在自動記載しているコメント内容も"840000056"のコメント内容にあわせて、文言を修正しました。 (例) ＊超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 　算定開始日 26年 4月 1日 400x 30 　　↓ ＊超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 　算定開始 26年 4月 1日 400x 30	H26.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
60	4/28 施設基準不適合 リハビリ発症日	脳血管および運動器リハビリテーション料(要介護)(施設基準不適合)のマスタが新設されましたが、これらのコードを入力した場合、レセプトに発症日等の自動記載がおこなわれないとのことでお問合せがありました。 脳血管・運動器リハの発症日・実施日数コメント自動記載対応(外来) 右記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「発症日」コメント及び「実施日数」コメントを自動記載します。 (例)運動器リハビリテーション開始日を平成25年11月1日に診療行為入力。 運動器リハビリテーション料(1)(要介護)(施設基準不適合) 1単位を4月1日に算定した場合 4月分レセプト摘要欄記載例 80＊運動器リハ:発症 25年11月1日 ＊運動器リハビリテーション料(1)(要介護)(施設基準不適合) 1単位 実施日数 1日　　147×　1	脳血管疾患等リハビリテーション料1(要介・廃用症以外)基準不適合 ″180043430″ 脳血管疾患等リハビリテーション料1(要介・廃用症)基準不適合 ″180043530″ 脳血管疾患等リハビリテーション料2(要介・廃用症以外)基準不適合 ″180043630″ 脳血管疾患等リハビリテーション料2(要介・廃用症)基準不適合 ″180043730″ 脳血管疾患等リハビリテーション料3(要介・廃用症以外)基準不適合 ″180043830″ 脳血管疾患等リハビリテーション料3(要介・廃用症)基準不適合 ″180043930″ 運動器リハビリテーション料(1)(要介護)(施設基準不適合) ″180044030″ 運動器リハビリテーション料(2)(要介護)(施設基準不適合) ″180044130″ 運動器リハビリテーション料(3)(要介護)(施設基準不適合) ″180044230″	H26.4.30
61	kk 32717	【条件】 (1) 国保および後期高齢者で、愛媛県の身障社市・乳幼社市・母子社市の対象者 (2) 在宅患者訪問看護・指導料など、「実日数0」となる診療行為を算定している患者 【現象】 上記2つの条件を満たす患者には、レセプト摘要欄に「福祉〇〇日」と福祉医療費対象診療となる日付の記録が必要です。 しかし、在宅患者訪問看護・指導料など「実日数0」となる診療行為しか算定されていない日は、摘要欄にその日付の記録がされていません。 【対応依頼】 愛媛県国保連合会からは、実日数にカウントされない日付も「福祉〇〇日」記録の対象とするよう指示されております。	愛媛県地方公費の受診日コメント自動記載に関する修正(外来) レセプト摘要欄に自動記載する「＊福祉 〇〇日、〇〇日」の受診日コメントについて、実日数カウントをしない日は記載対象としていませんでしたが、実日数カウントをしない日であっても請求点がある日は記載対象とするよう修正しました。 (例) 1日:再診料 2日:在宅患者訪問看護・指導料 「＊福祉 1日、2日」とレセプト摘要欄に自動記載	H26.4.30

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
62	ncp 20140428-011	医療保険全件のレセプト一括作成でエラーになる。 エラー内容 ファイル書き込みエラー。 FILE=LECE020 保険情報編集 STS=22 サポートセンタ様に問い合わせさせて頂きましたところ、念のため再起動して再度おこなってほしいとの話を頂き、再起動後に再作成いたしましたが状況が変わりません。 ファイル書き込みエラー　FILE=RECE020【保険情報編集】	有効期間の開始日が同じ治験が複数ある患者について、同一診療月に両方の治験のレセプト作成を行った場合にレセプト作成処理に不具合があり、ファイル書き込みエラー FILE=RECE020【保険情報編集】となりましたので修正しました。	H26.5.7
63	ncp 20140507-005	保険が「007自官」と「第三者行為」との組み合わせだった場合、診療行為のプレビューでプレビューが表示されないです。 「42明細書」で個別作成をしても「対象データがありません」とメッセージが発生します。 レセプト改正対応前はプレビュー表示が出来たそうです。	「007自官」と「第三者行為」との組み合わせの第三者行為のレセプト作成時に給付割合の設定が行われず、レセプトが作成できませんでしたので修正しました。	H26.5.8
64	ncp 20140502-019	往診料と患家診療時間加算(往診)を算定する場合、紙レセプトの右側の往診欄が2回と印字されてきます。 往診に行った回数は1回なので、加算は回数に含めないようにして頂くことは可能でしょうか？	外来レセプト「在宅」欄の回数記載対応 (平成26年4月診療分～) (1)同一診療時に、往診と「114000970 患家診療時間加算(往診)」の算定がある場合、「在宅」欄の往診回数は1回としてカウントします。 (2)同一診療時に、特別往診と「114002470 患家診療時間加算(特別往診)」の算定がある場合、「在宅」欄の往診回数は1回としてカウントします。 (3)同一診療時に、在宅患者訪問診療料と「114001470 患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料)」の算定がある場合、「在宅」欄の在宅患者訪問診療回数は1回としてカウントします。 この対応に関連して、「114001470 患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料)」の点数マスタについて、データ区分を「加算」から「手技」に変更します。	H26.5.8

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
65		明細書の「個別作成」の「訂正日」指定した場合、診療行為の修正分が反映されていませんでしたので修正しました。		H26.5.20
66	ncp 20140512-021	平成26年4月の労災レセプトをオンライン請求した医療機関様ですが、受付前点検ありで送信後、要確認件数でエラーがありました。 エラーコード 「4319」労災治療計画加算100×1 「4301」有床診療所入院基本料6(14日以内)784×1　点数(誤)784点(正)884点 内訳:入院基本料+夜間緊急確保加算+有床診療所一般病床初期加算	労災レセ電データの作成で、 「101910050 労災治療計画加算」 「101910060 病衣貸与料」 については入院料の剤に含めて記録してはいけない診療行為でしたので含めないように修正しました。	H26.5.20
67		平成26年4月2日以降に70歳に達する被保険者等が5月診療分以降に2割負担となる場合のレセプト対応を行いました。 給付割合8割の補助区分で登録された前期高齢者の平成26年5月診療分以降のレセプトについては以下の通りとします。 1. 平成26年4月2日以降に70歳に達した(達する)方については、「高齢者一般・低所得」とする。 2. 平成26年4月1日以前に70歳に達した方については、現在のまま「前期高齢者7割」とする。 . 一部の国保組合の前期高齢者については、以前から給付割合8割の補助区分での登録が可能で、これに該当する方のレセプト種別は「前期高齢者7割」としている。(現在も該当する方が存在するかは不明)		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
68		労災レセプト「新継再別」欄の記載修正 療養開始月に外来と入院が混在する場合、回数が第1回でないレセプトの「新継再別」を”5継続”とするよう修正しました。 (例)患者登録－労災自賠保険入力 短期給付 傷病年月日:H26．4．1 療養開始日:H26．4．1 療養終了日:99999999 新継再別:1初診 (1)外来:4月1日、3日 (2)入院:4月5日～ ＜4月分外来レセプト＞回数:第1回 新継再別:1 ＜4月分入院レセプト＞回数:第2回 新継再別:1　→　5		H26.5.20
69	ncp 20130702-018	先日のパッチ提供にて、労災で「救急医療管理加算」を診療行為入力した場合のレセ摘要欄に算定日を自動印字するようになりましたが、レセ請求上で算定日は必要なのでしょうか？もしくは今度必要になるということでしょうか？ 労災のレセ請求関連の資料を確認しても、そのような記載が見当たりません	労災・自賠責レセプトの救急医療管理加算算定日コメントに関して 現在、救急医療管理加算算定日コメント(入院・外来)は特に必要となっていない事から自動記載しないように修正しました。 (平成25年7月診療分以降)	H26.5.20
70		医保レセプトの特記事項欄記載修正 船員(保険番号002)の(補助区分1，2，3) 国公(保険番号031)の(補助区分2) 地公(保険番号032)の(補助区分2) 警察(保険番号033)の(補助区分2) 学校(保険番号034)の(補助区分2) 70歳未満現物給付の減額認定証の提示が有る場合、患者登録－公費欄に保険番号(966、967)を登録しますが、上記に該当するレセプトの特記事項欄には、(17上位、18一般、19低所)の特記事項を自動記載しないように修正しました。		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
71		190127510 超重症児(者)入院診療加算(6歳未満)(※1) 190076570 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上)(※2) 190127610 準超重症児(者)入院診療加算(6歳未満) 190076670 準超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 1. 入院レセプト「入院年月日」以降に算定した(※1)又は(※2)いずれかの最初の算定日を超重症児(者)入院診療加算の算定開始日(6歳未満・6歳以上共通の算定開始日)とします。 2. (※1)又は(※2)と同一剤に"840000056"(算定開始 年 月 日)のコメント入力があるか検索し(平成26年4月診療分まで遡る)、レセプト該当月を含む直近月にコメント入力がある剤が存在する場合、上記の算定開始日でなく、入力された算定開始日を自動記載する事とします。 3. 準超重症児(者)入院診療加算の算定開始日記載についても同様とします。 4. 加算を複数日算定し、"840000056"のコメント入力を行う場合は正しくコメント記載を行う為、1剤で算定してください。(コメント入力が有る剤と無い剤が別剤とならないよう注意してください。)		H26.5.20
72	ncp 20140522-004	「099830102　通院・在宅精神療法開始日」を入力すると、20才未満の患者は入力日から1年以内の場合、「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が自動算定されて、レセプトにも「精神科を初めて受信した日」のコメントが自動記載されますが、1年を超えたりして「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を算定しない場合、「精神科を初めて受信した日」のコメントもレセプトに記載されません。 支払基金にも確認しましたが、「精神科を初めて受信した日」のコメントは加算に対するコメントではなく、加算の算定にかかわらず必要ですので注意してください。と言われました。 レセプトの記載要領を見ても確かにその通りに受け取れるのですが、コメントを出すようにしていただくことは可能でしょうか。	「精神科を初めて受診した日」コメントの自動記載修正(外来) "通院・在宅精神療法(20歳未満)加算を算定した場合"は、【通院・在宅精神療法開始日(099830102)】の入力を元にして、同一剤に「精神科を初めて受診した日」コメントの自動記載をしていましたが、コメント自動記載の条件を"20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合"に修正しました。	H26.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
73	support 20140520-002	京都府医師会の京都医報　平成26年5月15日号に、4月以降の地方公務員業務上災害診療費の加算点数の変更が記載されていました。 初診料加算　61点　→　63点 同一日2科目目初診料加算　30点　→　31点 同一日2科目目再診料加算　11点　→　12点	公務災害(労災準拠)の地公災特別加算のレセプト対応 101989070 同一日2科目再診料加算について、「再診」欄の再診の項に回数・点数を集計するよう対応しました。 ※点数の改定はマスタ更新データを提供します。	H26.5.27
74	5/26 高齢2割第三者行為 レセプト	前期高齢2割の第三者行為レセプトが作成されないとのお問合せがありました。	社保前期高齢2割＋第三者行為の自賠責(第三者行為)レセプト修正 給付割合の編集が正しくされていなかったのが原因で、自賠責(第三者行為)レセプト(外来)は、請求額が0円となり、レセプト作成対象外となっていました。 自賠責(第三者行為)レセプト(入院)は、医療費患者負担が0円となっていました。 外来・入院共に不具合を修正しました。	H26.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
75	ncp 20140602-024	2005にある主科設定は 主科対応の有無:1する 主科設定情報(入院):3当月の最終入院料 主科設定情報(入院外):1当月の受診回数 主科の候補が複数になる場合の診療科コードの設定:1診療科コードの小さい科で設定 主科情報取得:2一括パッチ 主科社保設定:1主科 主科国保設定:1主科 主科広域連合設定:1主科　　で登録されてあります。 例えば、 4/29に入院し入院会計照会で4/29は昼・夕食のみ算定。 4/30に短期滞在手術基本料3(終夜睡眠ポリグラフィ?1(携帯用装置))と昼・夕食を算定。 5/1に朝・昼食のみ算定し5/1退院登録しました。 5/1には入院基本料が算定されていないので、レセプトを作成するとXX主科未設定となってしまいます。 上記のように月またがって短期滞在3を算定し退院すると主科が設定されないレセプトが作成されてしまいます。 患者登録にある主科設定で患者ごとに主科を設定すれば解決できますが患者数が多数いるので手間です。	入院の主科設定を「3 当月の最終入院科」で設定している場合、月末に短期滞在手術基本料2(又は3)で入院し翌月退院となった場合、退院月の入院基本料は算定されない為、これについて主科設定が行われませんでしたので修正しました。	H26.6.4
76	support 20140603-009	健保再診から労災初診に変更、または労災再診から初診に変更した場合、摘要欄に「外来管理加算(読み替え加算)(検査)」のコメントが自動記載される。 始めの登録時に52点未満の検査を2つ登録しています。 ・スリットM(前眼部)　48点 ・スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査　48点 診療訂正で再診から初診へ変更し登録したところ、レセプトの点数は48点なのに読み替え加算のコメントが記載されてしまいます。	労災保険で処置・検査などが「外来管理加算(読み替え加算)」の対象で52点で計算されていた場合、再診料を初診料へ変更して「外来管理加算 (読み替え加算)」対象外となっても、レセプトに「「外来管理加算(読み替え加算)(検査)」等が表示されていましたので表示しないように修正 しました。 ※既に算定済みの会計は訂正により登録し直してください。	H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
77	support 20140605-033	第三者行為の診療分に関して、レセプト摘要欄に、請求点、一部負担額(負担割合相当額)、食事回数、食事療養費、標準負担額を記載することになっていますが、請求点しか表示されておりません。	医保レセプト(入院)の第三者行為分のコメント記載修正 「主保険＋第三者行為」の保険組み合わせで、入院料や診療行為の算定がある場合、レセプト摘要欄に(第三者行為)請求点や一部負担額等のコメント記載を行っていますが、第三者行為分のコメントが次ページにまたがる場合、次ページに続きのコメントが記載されない不具合がありましたので修正しました。	H26.6.25
78	ncp 20140605-002	44総括表の画面を開くと画面上に「未実施の未請求解除データがあります」というメッセージが出ています、という問い合わせの電話が入りました。 42明細書→個別作成→左下の「個別」を「未請求解除」に選択してもらい、 ・月遅れにしていた4月分が2名 ・月遅れにしようと思っていたが、請求することにした5月分が1名 上記3名が表示され、実行してもらいましたが、集計中にエラーが出ました。 「db更新処理エラー　TALE=tbl reseden」 このエラーが出るため、44総括表画面のメッセージは残ったままです。 上記3名を通常の個別作成してもらいましたが、エラーは出ませんでした。	「42 明細書」の「未請求設定」で未請求設定した患者を未請求解除後、「2 点検用レセプト」を選択してレセプト作成を行い、再度「2 点検用レセプト」で「5 未請求解除」を選択してレセプトの個別作成を行った場合に「DB更新処理エラー TABLE=tbl_receden【レセ電作成】」とエラーとなりました。 入院外レセプトで「5 未請求解除」を選択して個別作成処理を行った場合のデータ削除処理に不具合がありましたので修正しました。	H26.6.25
79	お電話でのお問い合わせ6月5日－月途中マル長追加レセプト	月初めに更生単独で入力し、月途中で主保険(協会)とマル長を追加しますとレセプトが2枚になります。 主保険のみの変更であれば1枚になりました。 主保険のみから月途中でマル長を追加した場合もレセプトは1枚になりました。 更生単独から主保険＋更生＋マル長となった場合は2枚となる動作で正しいのでしょうか。	月途中まで公費単独(生活保護、中国残留邦人等、自立支援、児童保護)でその後、主保険(協会)+長期が追加となった場合、1件となるレセプトが2件に分かれましたので1件となるように修正しました。	H26.6.25
80		「42 明細書」で医保レセプトを個別作成で「3 受診日」を選択したとき、「医保+第三者行為」の患者が対象になっていませんでしたので修正しました。		H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
81	support 20140606-015	後期+更正+マル長+入所中のレセ記載の件 保険組合せが100件超えているため、入所中と入所中以外のレセプトに分かれて出てこないのでしょうか。 こちらで、検証していたときから過去分の入所中の公費を1つ消すとうまくいっておりましたので、どの期間のものを削除しても分割されます。 今回は、3月の期間の入所中を削除されています。	施設入所に関わる外来レセプト作成処理修正 患者登録において、保険番号950(07入所中)又は951(08入所中)の公費登録が10件を超える場合、11件目以降となる公費登録分が該当する外来レセプト作成処理で、レセプトが「入所中」と「入所中以外」に分割作成されない不具合がありましたので修正しました。	H26.6.25
82	support 20140618-009	「ORCA内の登録内容と、ORCAから出力されるレセ電データの内容が一致しない」という内容のお問い合わせを頂きました。	レセプト摘要欄記載(記録)の不具合について修正しました。 「手術の手技料＋(薬剤又は器材)」で1剤50明細の診療行為入力を行い、レセプト処理で手術日のコメント自動記載により1剤51明細となる剤をもつ患者がいる(※1) ＜上記の患者がいる場合＞ レセプト一括処理で、上記の患者以降に処理対象となる患者で、以下の条件に合致する診療行為入力がある場合、その患者(※2)のレセプト摘要欄記載(記録)で不具合が発生する事が判明しました。 ア)「手術の手技料＋(薬剤又は器材)」で1剤49明細の入力があり、レセプト処理で手術日のコメント自動記載により1剤50明細となる剤がある。 イ)「(薬剤又は器材)」(手術の手技料なし)で1剤50明細の剤がある。 不具合内容: (※1)の1剤51明細の剤の【51番目の明細】が(※2)の1剤50明細の剤に51番目の明細として混入してしまい、1剤51明細の剤として、レセプト摘要欄記載(記録)される。	H26.7.24
83	support 20140711-005	EFファイルを作成しようとしたところ、仮収納データ作成でエラーとなり作成できなかった。その際にIDが表示され、調べると未請求設定を行った方でした。EFファイルが作成できなかったことと関係があるのか。	「42 明細書」で医療情報連携基盤、EFファイルの入院分一括作成を行う際、該当診療年月に未請求設定された患者が存在した場合に、「仮収納データがありません」とエラー表示し処理が停止する不具合がありましたので修正しました。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
84	support 20140704-005	レセプトプレビューの画面と、診療行為確認画面を添付します。 診療行為確認画面の赤線で引いた薬剤が、レセプトに印字されておりません。 この患者は入院患者で、毎日かなりの種類の注射を行っております。 レセプトが5枚にわたっており、注射についてはすべて確認致しましたが、診療行為確認画面と同じ明細は発見できませんでした。 点数も異なっており、診療行為画面で1533点となっておりますが、レセプトを確認すると1533点の明細はありませんでした。 プログラム更新は6/26、マスタ更新は7/2に最終の更新をかけております。	入院で月の点滴薬剤の薬剤コードが50以上存在した場合に入院の点滴まとめの対象外としていましたので、正しく編集するように修正しました。	H26.7.24
85	support 20140707-013	併用公費の診療区分のレセプト表示についてお伺いいたします。 保険内容は、26.5.28～26.10.31　10結核公費 24.7.27～26.5.28　生保A市 26.5.29～9999999　生保B市　で登録しております。 レセプトのそれぞれの診療区分に回数は表示されおりますが、合計点数が表示されておりません。 また、合計点数が表示されている場合でも、処置、入院基本料等、2回(2日)と表示されていますが、点数の合計は1回分が表示されております。	レセプト診療区分別点数欄の集計修正 公費登録 ・010(H26.5.28～H26.10.31) ・012(H24.7.27～H26.5.28) ・012(H26.5.29～9999999) 5月診療分で使用した保険組み合わせ ・010＋012(保険組み合わせの適用期間:H26.5.28～H26.5.28) ・012(保険組み合わせの適用期間:H24.7.27～H26.5.28) ・012(保険組み合わせの適用期間:H26.5.29～9999999) このケース(010＋012＋012)のレセプト診療区分別点数欄の集計で、1列目に全体の点数を集計するよう修正しました。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
86	ncp 20140806-005	26年5月20日労災レセ電対応に関するパッチ提供分について、3.労災レセプト「新継再別」欄の記載修正 ＜ver4.7 以降＞の、『療養開始月に外来と入院が混在する場合、回数が第1回でないレセプトの「新継再別」を「5:継続」とするよう修正しました。』とありますが、外来のみの患者様でも「5:継続」となってしまいます。	労災レセプト「新継再別」欄の記載修正 平成26年5月20日パッチで、療養開始月に外来と入院が混在する場合、回数が第1回でないレセプトの「新継再別」を”5継続”とするよう修正しましたが、新継再別「3　転医始診」の以下例の場合について、再度修正しました。 (例)患者登録ー労災自賠保険入力 短期給付 傷病年月日:H26．7．1 療養開始日:H26．7．1 療養終了日:99999999 新継再別:3転医始診 労災レセ回数記載設定　基準年月:H26．7　回数:2 (1)外来:7月1日、3日 (2)入院:7月5日～ ＜7月分外来レセプト＞回数:第2回 新継再別:3転医始診 ＜7月分入院レセプト＞回数:第3回 新継再別: 5継続	H26.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
87	support 20140808-001	入院レセプトを印刷すると続紙に斜線が印字されてしまう患者様がいます。(レセプトコメントの印字もされません) 保険は国保・更生・長期で退院時処方がある患者様です。	診療行為画面より入力されたコメントの文字列内に、不正な改行コードが記録されていた場合、レセプトの記載が正常に行えない状態(摘要欄が正常に印字されない、提出用レセプトに点検用レセプトのような斜線が印字される)となることが判りました。 これについてレセプト処理時に入力されたコメントのチェックを行い、文字列内に不正な改行コードが記録されていた場合は、エラーメッセージを表示しレセプト処理を停止する対応を行いました。(医保レセプト、労災・自賠責レセプト、公害レセプトについて対処) コメント文字列の途中に改行コードが記録されている場合のエラーメッセージ「コメント文字コード不正　患者番号=XXXXX　診療区分=XX　コメント=〇〇〇」 ※〇〇〇は改行コードが記録されるまでのコメント文字を表示します。 コメント文字列の先頭に改行コードが記録されている場合のエラーメッセージ「コメント文字コード不正　患者番号=XXXXX　診療区分=XX　コメント=%%%%%%%%」 ※%%%%%%%%は改行コードが記録されているコメントコードを表示します。	H26.8.27
88	お電話でのお問い合わせ9月5日－診療加算レセ表示	誤って、地域包括診療加算を検査に付加したところレセプト上名称が表示されず、気付かなかったとのことです。 レセ電チェックではチェックがかかりますが、紙レセプトで名称が表示はされないのは仕様でしょうか。	再診料の加算が他の診療区分で診療入力された場合のレセプト摘要欄記載修正 (例) .600 160068410　ECG12 112017270　地域包括診療加算 この場合、レセプト摘要欄に地域包括診療加算を記載していませんでしたので記載するよう修正しました。 60＊ECG12　　150 X 1 ↓ 60＊ECG12 地域包括診療加算　150 X 1	H26.9.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
89	kk 33230	島根県の福祉、乳幼児医療費助成制度の請求様式・記載について資料を送付いたします。	島根県地方公費対応(平成26年10月診療分～) 県単公費(190、290、191、291)＋市助成用公費を併用する場合の対応 県単公費(190、290、191、291)の「レセプト公費一部負担金」(国保・後期高齢分)と「公費請求テーブル公費一部負担金」(社保分)の金額編集について、県単公費の一部負担金ではなく、徴収した一部負担金(市助成用公費の一部負担金)を記載(記録)するよう対応しました。 (レセプト公費一部負担金 ・・・ 0円の場合は"0"を記載(記録)しない) ＜補足＞ (1)平成26年10月診療分以降、福祉(191)の月上限額が変更となります。 (2)福祉の市助成用公費(出雲市以外分)は、平成26年9月30日で適用終了となります。 (3)福祉の市助成用公費(出雲市分)は、平成27年9月30日で適用終了となります。 (4)平成26年10月診療分以降も、乳幼児(0歳～就学前)や福祉(出雲市)については、「主保険＋県単公費＋市助成用公費」の保険組み合わせを使用してください。 (5)上記の記載(記録)対応は、県単公費と市助成用公費の法別番号が同一の場合に限ります。	H26.9.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
90	kk 33454	本年10月診療分から奈良県において、精神障害者医療費助成事業が開始されることになりました。 これは、精神障害者保健福祉手帳1級および2級所持者が対象で、全診療科の入院・通院に対して医療費の助成が行われます。 助成の範囲は、従来の福祉医療費助成事業と同様となります。 今般、奈良県より医療機関向けの周知の資料が出来上がりましたので、添付ファイルにてお届けいたします。	奈良県地方公費対応(平成26年10月診療分～) (法別80(精神障害者医療)) 国保・後期高齢分の対応 (1)レセプト請求であるが、"福祉医療自己負担額支払明細書"への記載が必要な事から、公費請求テーブルの作成も行う。 (2)レセプト公費欄一部負担金の記載(記録)をしない。 補足: 社保分については、"奈良県精神医療"と摘要欄に記載する必要がありますが、システム管理2006にてコメントの記載(記録)設定が可能です。(以下参照) ＜条件＞ 保険番号 ・・ 該当保険番号 提出先 ・・「1支払基金」 ＜紙レセプト＞ 摘要欄上段コメント ・・ 奈良県精神医療「2レセ電に記録する」	H26.9.24
91	ncp 20140909-020	月始めは「協会＋更生＋長期」で算定し、月途中から「更生」のみで診療を行った場合、更生の期限を切らずにそのまま単独で使用するとオンライン請求時にエラーが発生するとのことです。 エラー内容を支払基金に確認したところ、「協会＋更生＋長期」の保険組み合わせを使用した場合は、負担区分が「2」、「更生」単独の場合は負担区分が「5」でなければならないところが、「協会＋更生＋長期」を使用した診療行為の負担区分が「5」となっていたり、「更生」単独の診療行為に「2」となっているとのことでした。 更生の期限を切って新しい更生を単独として使用すると負担区分は問題ないのですが、レセプトが2枚となってしまいます。 この場合、他の入力方法はございますでしょうか。	月途中で保険組み合わせが「協会＋015＋972」から「015単独」となり、特記事項に"02長"の記載があるレセプトの不具合修正 「協会＋015＋972」で入力した剤と同一剤を「015単独」で入力し、レセプトを作成すると、剤がまとまってしまい、レセ電記録で負担区分を「2」で記録していましたので、「協会＋015＋972」の剤は「2」、「015単独」の剤は「5」で記録するよう修正しました。	H26.9.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
92	ncp 20140904-028	結核医療において、負担者番号が同じで受給者番号を2つお持ちの患者様がいらっしゃるようです。 保険者番号 39261011/******** 一般所得 公費1 10261014/******* ?H26.7.15 公費2 10261014/******* H26.7.16? この患者様の7月診療分のレセプトの療養の給付が、以下のように記載されました。 請求点　負担金額 円 (640) (240) 保険 47,763　44,840 公1 635　44,520 公2 240　120 しかし、このレセプトが、公費2の負担金誤りにて返戻となっております。 京都府の国保連合会に確認したところ、公費2の負担金についても公費1と同様、保険の一部負担額から公費2の分点分の点数の5%の負担金を引いた額を載せなければならないと言われたそうです。 この負担金計算をするとレセプト一部負担金記載は以下のようになります。 請求点　負担金額 円 (640) (240) 保険 47,763　44,840 公1 635　44,520 公2 240　44,720 現状、このような記載をする方法が見つけられませんので、システム対応をお願いできればと存じます。	感37の2(010)のレセプト一部負担金記載修正 例)入院、後期高齢1割、月途中で「010」の受給者番号変更 後期単独:46888点 後期＋010(変更前):635点 後期＋010(変更後):240点 (640) (240) 保険 47,763　44,840 公1 635　44,520 公2 240　120 → 44720(※) (※)120＋(44840－240)＝44720	H26.9.24
93		第三者行為の医保レセプト特記事項「10第三」の記載について、現在は自動記載を行っていますが、「10第三」記載有無の設定項目を追加し、自動記載しない事を可能としました。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
94	support 20141002-010	労災入院の患者様で、H26.9月診療分はレセプトが4枚ありますが、2枚目のレセプトに余白がある状態で、3枚目にADLの表示となっています。また、9/19退院の方ですが、ADLの内容が、9/17までの表示となっており、9/17の続きの内容が、摘要欄、縦の点線の欄へ表示されています。	労災・自賠責レセプト摘要欄記載修正(入外) 1つの剤が複数ページにまたがらないような摘要欄記載(複数ページにまたがる場合は改ページして次ページに記載)を行っていましたが、その記載方法はやめて摘要欄の最終行まで記載し、残りの明細を改ページして次ページに記載するよう修正しました。	H26.10.27
95	お電話でのお問い合わせ10月6日－第三者行為複数科入力	第三者行為と、医保単独で入力した際に複数診療科で入力しても、医保レセプトに複数診療科受診のコメントが表示されません。	医保レセプトの複数診療科受診コメント記載修正(外来) 第三者行為分は複数診療科受診コメントの記載対象になっていませんでしたので、例のような場合、医保レセプトに複数診療科受診コメントが記載されませんでした。記載するよう修正しました。 (例) 9/3(国保＋第三者行為)整形外科 .120 112007410 再診 .400 140000610 創傷処置(100cm2未満) 9/3(国保)内科 .120 830000021 再診料算定科:整形外科 .210 615101406 ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用) .820 処方せん料(その他)	H26.10.27
96		全角で入力された公費の負担者番号、受給者番号について、レセ電データへの記録を可能としました。 負担者番号は全角数字のみ、受給者番号は全角数字のみで7文字以内の場合を対象とします。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
97	orca-red 20750	労災レセプトの療養開始日の記載についての質問です。 ---- (回答) 「2、入院と外来を分けて考えるため、外来に変わった日付を療養開始日として記載」でお願いします。 (理由) 入院と外来については、これまでの紙による請求においても、それぞれ分けて請求することとしており、そのため、様式についても、入院、入院外で分けて使用しているため。 (照会事項) 労災で月頭に入院していた患者が、月途中で退院し外来となった場合、外来レセプトの療養開始日は？ 1. 一連の病症なので、外来になった日付ではなく、1日からを療養開始日として記載。 2. 入院と外来を分けて考えるため、外来に変わった日付を療養開始日として記載	労災・自賠責レセプト(外来)の療養期間記載修正 平成25年10月28日パッチで、月途中での入退院と外来診療が混在する場合の療養期間記載について修正を行いましたが、外来と同一労災・自賠責保険で入院の入力がある場合(外来と同一労災・自賠責保険の入院レセプトがある場合)は、修正前の療養期間記載となるよう再度修正しました。 (例)患者登録－労災自賠保険入力 ＜短期給付＞傷病年月日:H26. 9. 1、療養開始日:H26. 9. 1、療養終了日:99999999 (1)外来 診療日 10月5日、10日 　入院 10月20日～ (外来と同一労災・自賠責保険) 短期給付10月分外来レセプト 療養期間 26年10月1日～26年10月31日 ↓ 療養期間 26年10月1日～26年10月19日 (2)入院 10月20日～11月10日 (外来と同一労災・自賠責保険) 　外来 診療日 11月15日、20日 短期給付11月分外来レセプト 療養期間 26年11月1日～26年11月30日 ↓ 療養期間 26年11月11日～26年11月30日	H26.10.27
98	support 20141014-018	9月29日から適用の低所得2と限度額適用認定証を持ってきた入院患者がいます。元々9月22日より入院されていて、今回市内で住所が変更となり、低所得2も合わせて申請されたとの事。 低所得と限度額認定証の入力を9月29日からとしても、低所得として認識されません。 恐らく1日より適用になるのでは？とお伝えし、改めて市役所へ確認していただくようお願いしました。市役所へ確認したところ、9月29日より適用として欲しいとの事でした。	入院レセプトの特記事項欄記載修正 例)月途中で記号番号変更による保険変更(保険者は変更なし) 9月22日～28日　国保(本人3割) 9月29日～　国保(本人3割)　70歳未満現物給付適用 ・公費の登録:「967」(9月29日～) ・所得者情報の登録:「低所得2」(9月29日～) ・入院:9月24日～ この場合、入院レセプトの特記事項欄に「18一般」と記載していましたので「19低所」と記載するように修正しました。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
99	support 20141111-006	医療機関様からのお問い合わせで、「診療行為入力に問題はないはずだが、レセプト電算データの内容がおかしい。」という内容でした。 確認致しましたところ、特定器材のところがおかしいのではないかと思われます。	画像診断フイルム分画数に関わる記載(記録)修正 (名称に(〇分割)がつかないフイルムの場合) 分画数を10以上で入力された場合、レセプト摘要欄のフイルム分画数が正しく記載されていませんでしたので修正しました。 (10の場合、10分と記載されていたので、10分画に修正) 又、レセ電記録で、特定器材レコード(TO)に"〇分割"のコメントを記録しますが、こちらも正しく記録されていませんでしたので修正しました。 (10の場合、1と記録されていたので、10分画に修正) ※レセ電記録の不具合は、医保(入院)又は労災(入院・外来)で、分画数に「0」を含む場合(10，20など) 例) .700 部位 170028110　　造影剤使用撮影(デジタル撮影) 170000810　　造影剤使用撮影の写真診断 700710000 1 10 画像記録用フイルム(半切)	H26.11.25
100		「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様書(医科用)(平成26年4月版)」に追加記載されたレコードの記録方法に基づいて以下の対応を行いました。 ・レセプト電算提出用データ(以下、レセ電データ)のコメントレコードのコメントデータ、症状詳記レコードの症状詳記データが全角空白のみの場合、レコードの記録を行わないようにする。後ろに全角空白がある場合は全角空白を除いて記録するようにする。 ・医薬品レコード、特定器材レコード、診療行為レコードのコメントの文字データについても、後ろに全角空白がある場合は全角空白を除いて記録するようにする。 ・医薬品レコード、特定器材レコードの単価、特定器材レコードの使用量について小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録するようにする。 ・労災保険のレセ電データも同様の記録とする。 【補足】従前の記録方式でもエラーとはならない		H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
101	support 20141117-010	「42明細書」の入院のレセプト処理で、レセプト出力順を病棟別出力を設定しレセプト印刷画面にて処理を実行すると該当のレセプト件数はあるのに、「該当のレセプトはありませんでした」と表示されて、印刷・プレビューが表示されません。 一旦、出力順をカナ順などに変更し処理を実行後病棟別で処理を実行すると、正常に処理が実行されます。 [2005レセプト総括印刷情報]の[編綴順]＞[病棟別出力設定(入院)]で「1病棟別出力をする」に設定されていると起きるようです。 [病棟別出力順(入院)]の「1カナ氏名」、「2患者番号」どちらでも起きました。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の設定が 主科対応の有無　0:しない 医師別出力設定　1:医師別出力をする 病棟別出力設定　1:病棟別出力をする 一括作成出力順(全体)入院 12:病棟別順 のときに入院レセプトの一括作成を行うと、診療科の初期表示が「00 全科」となりレセプトの印刷ができませんでしたので、初期表示が空白となるように修正しました。	H26.12.18
102		平成27年1月改正対応(初再診料・低妥結率対応のレセプト対応) 111012710 初診(妥結率5割以下) 112016610 再診(妥結率5割以下) 112016750 電話等再診(妥結率5割以下) 112016850 同日再診(妥結率5割以下) 112016950 同日電話等再診(妥結率5割以下) 上記の初再診料に関して、同一月に剤内容が異なる診療行為入力があった場合、レセプト摘要欄の記載がまとまっていませんでしたのでまとめるよう修正しました。 (例) .120 112016610 再診(妥結率5割以下) 112001110 再診(時間外)加算 .120 112016610 再診(妥結率5割以下) ＜レセプト＞ 12＊再診(妥結率5割以下)　53X1 ＊再診(妥結率5割以下)　53X1 ↓ 12＊再診(妥結率5割以下)　53X2		H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
103	お電話でのお問い合わせ1月9日－労災レセ電で点滴手技料に金額が記録される	労災レセ電データで、入院室料加算と点滴手技料があった場合点滴手技料の項目の金額に、入院室料加算の金額が記録されます。	労災レセ電データ記録修正(入院) 以下例の入力により、RIレコードの【金額】項目に不要な記録がされていましたので、記録されないよう修正しました。 (例)12月10日労災入院 10日に労災で以下の診療行為入力を行う .330 620007329 ソリタ-T3号輸液500mL .800 101800400 入院室料加算(個室・乙地) ＜レセ電データ(RIレコード)＞ 点滴手技の【金額】項目に入院室料加算(個室・乙地)の金額(9000円)が記録されていた。 RI,33,130003810,,95,9000,1,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,, ↓ RI,33,130003810,,95,,1,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	H27.1.27
104	お電話でのお問い合わせ1月8日－同日再入院コメント記載	システム管理マスタ2005レセプト総括印刷情報 入院料見算定時コメント記載－「自費にて入院料算定済」と記載 入退院登録で、入院料を算定しないで登録し同日再入院にした場合「自費にて入院料算定済」のコメントが自動記載されません。 (1)12/18～12/20　入院 (2)12/20～再入院この場合記載されませんでした。 (2)を12/21～とした場合は記載されました。 同日再入院の場合なぜコメント記載されないのでしょうか。	同日再入院時のコメント記載修正 システム管理マスタ2005レセプト・総括印刷情報の入院料未算定時コメント記載を【1「自費にて入院料算定済」と記載】で設定 入退院登録 (1)12/18～12/20(国保) 全ての日の入院料をおとす、国保にて診療行為入力有り (2)12/20～(国保) 同日再入院 全ての日の入院料をおとす、国保にて診療行為入力有り この状態の場合、レセプト摘要欄に「自費にて入院料算定済」のコメントが記載されませんでしたので記載するよう修正しました。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
105		入院レセプト処理時の点滴入力チェック対応 診療種別「．340」で、【加算＋(薬剤又は特定器材)】を同一剤に入力した場合(レセプト集計が正しく行えない剤である場合)、入院レセプト処理時にエラーメッセージを表示するように対応しました。 エラーメッセージ：診療種別「．340」の診療行為入力確認 このメッセージが表示された場合は(薬剤又は特定器材)は別剤で入力を行ってください。 【加算＋特定器材】を同一剤に入力した例 .350 621458102　ヴィーン3G輸液 500ml .340 130000110　生物学的製剤注射加算 710010400　中心静脈注射用カテーテル		H27.1.27
106	support 20150204-016	自賠責保険にて新様式を出力した時に会計照会プレビューと明細書の処理で表示の仕方が違っていました。	自賠責外来レセプトの不具合修正 自賠責外来レセプト作成において、レセプト作成対象者の中に、「再診(乳幼児)加算」を算定した患者が含まれる場合、以下の不具合が起こる事がわかりましたので修正しました。 ＜42明細書の場合＞ レセプト処理順番の2番目以降に「再診(乳幼児)加算」を算定した患者がいる場合、以降のレセプトについて、摘要欄の点数・回数や数量が正しい数値で印字されない。 ＜リアルタイムプレビューの場合＞ 「再診(乳幼児)加算」を算定した患者の新様式レセプトについて、摘要欄の点数・回数や数量が正しい数値で印字されない。	H27.2.9
107		同日再入院の登録をした際に、レセプトの入院履歴が26年12月18日～としか記載されません。 (1)の26年12月18日～26年12月18日分の記載は不要なのでしょうか。	同日再入院のときのレセプトの入退院履歴の記載について、退院日の記載がありませんでしたので修正しました。	H27.2.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
108	support 20141028-004	後期高齢+感37の2+更生+長期を持っている患者のレセプトの一部負担金額についてお尋ねです。 この患者様は通常、後期高齢+更生+長期の組み合わせで透析治療を受けていますが、2日だけ後期高齢+感37の2の組み合わせで薬剤の処方がありました。 その際、同日に更生医療でも薬剤の処方があったため、後期高齢+感37の2の組み合わせでは特定疾患処方管理加算のみを算定しました。 レセプトで請求したところ保険欄の一部負担金の上部に( )書きで10000円と印字していましたが、国保より10040円と印字してほしいと連絡がありました。	レセプト一部負担金記載修正 以下のケースのレセプト記載について、修正しました。 後期高齢1割＋015＋長期(972) 請求点37926点 後期高齢1割＋010 請求点36点 (10040)　(40) (10000) 保険　37962　10040　10040 公費1(010)　36　20　→　10020(※) 公費2(015)　37926　2500　2500 (※)10020=20+10000	H27.2.24
109	support 20141125-009	自賠責保険の第三者行為対応についてご教示いただきたいのですが新しく特記事項「10第三」の記載有無が選択できるようになりましたが記載無を選択しても摘要欄に第三者行為の点数と一部負担金額が記載されます。 この機能はどのような時に使用するのでしょうか？	第三者行為に関わる医保レセプト記載修正 労災自賠保険入力の「第三者行為」の登録で、特記事項を【2「10第三」記載無】で設定した場合、医保レセプトの特記事項欄に「10第三」を自動記載しないよう対応しましたが、摘要欄の(第三者行為)請求点、一部負担額、食事回数、食事療養費、標準負担額についても、記載しないよう修正しました。 又、リハビリ開始日の記載についても、"(第三者行為)"をつけないよう修正しました、	H27.2.24
110		公費併用のレセプトについて、レセプト作成を行い請求管理の請求区分を「0 請求しない」と設定、その後公費に誤りがあるため変更して再度レセプト作成を行った場合に、請求管理の公費情報(公費番号、公費ID)の更新が行われていませんでしたので修正しました。 例) 後期高齢者+015から後期高齢者+180(東京　180心身障害者)に変更 レセプトの公費欄は180で記載されているが後期高齢者の診療報酬請求書の公費負担医療欄の公費番号が15と記載されたままになる。		H27.2.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
111	support 20150207-005	例1: 噴門胃切除術(悪性腫瘍切除術) 院内感染防止措置加算(手術) 自動吻合器加算　1個 自動縫合器加算　4個 超音波凝固切開装置加算　　で登録してあります。 例2: 胃切除術(悪性腫瘍手術) 院内感染防止措置加算(手術) 自動縫合器加算　4個 超音波凝固切開装置加算　　で登録してあります。 この登録状況のままオンライン請求すると 「通則加算と注加算の記録順が誤っています」とエラーになります。	レセ電データの診療行為コードは「基本項目→加算項目→通則加算項目」の順で記録を行います。 診療行為入力時に通則加算項目が「通則加算対象外」の加算項目より先に入力してある場合に通則加算項目、加算項目の順での記録となっていましたので正しく記録するように対応しました。 例) 修正前の記録順) .500 150168010 胃切除術(悪性腫瘍手術) 基本項目 150297990 院内感染防止措置加算(手術) 通則加算項目 150339210 自動縫合器加算　加算項目(通則加算対象外) 150286990 超音波凝固切開装置加算　加算項目(通則加算対象外) 修正後の記録順) .500 150168010 胃切除術(悪性腫瘍手術) 基本項目 150339210 自動縫合器加算　加算項目(通則加算対象外) 150286990 超音波凝固切開装置加算　加算項目(通則加算対象外) 150297990 院内感染防止措置加算(手術) 通則加算項目	H27.2.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
112	kk 35020	東京都で54難病と82マル都＋長期の分点において、レセプト療養の給付欄保険 一部負担金額の再掲について記載が間違っているとのことで、国保連合会 二部三課から指摘があったとのことです。 【該当患者の保険・公費】 ・前期高齢者 1割 限度額:区分Ⅲ 054難病 182 マル都負有 長期 ・使用した保険組合せ…国保＋054難病、国保＋182 マル都負有＋長期 【療養の給付欄】 請求点　一部負担金額 保険 37,184　10,080 再掲上段(10,000) ① 75　150 ② 37,109　0 【連合会からの指摘内容】 保険:一部負担金額 10,080 再掲上段(10,000)の記載について 1. 再掲上段は第一公費なので、82長期の10,000が記載されるのはおかしい。 第一公費の54難病の(80)を記載すること。 2. 再掲下段(第二公費)に(10,000)を記載すること。 3. 記載要領通りに記載してほしい。 ※明細書の記載要領 (33)「療養の給付」欄について (イ)「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に( )で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。	レセプト一部負担金括弧再掲記載修正 「主保険＋全国公費」と「主保険＋地方公費＋長期」の保険組み合わせで診療を行った場合のレセプト記載について修正しました。 (例) 国保(前期高齢1割)＋東京都地方公費(182)＋972 請求点37109点 国保(前期高齢1割)＋054 請求点75点 (10000)　(80) 保険 37184 10080　10080 公費1(054) 75 150 → 150 公費2(182) 37109 0　0	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備 考
113		在宅医療の訪問診療コメント対応(外来レセプト(労災・自賠責・公害)) 在宅医療の訪問診療コメントについて、レセプト摘要欄に記載するよう対応しました。 ＜入力例＞ (10日) . 140 114018010 在宅患者訪問診療料 . 991 099140011 訪問診療にかかる記録書 008300001 要介護度:3 008300002 認知症の日常生活自立度:3a 008300003 理由:下半身の膠着が進行しているため通院が困難 . 991 099140012 *6 診療人数合計【10日(6人)】 (27日) . 140 114018010 在宅患者訪問診療料 . 991 099140012 *8 診療人数合計【27日(8人)】	＜レセプト摘要欄記載例＞ ＊訪問診療にかかる記録書 要介護度:3 認知症の日常生活自立度:3a 理由:下半身の膠着が進行しているため通院が困難 診療人数:10日(　6人) 27日(　8人) ＜レセ電記録例＞(労災) CO,99,1,810000001,訪問診療にかかる記録書 CO,,1,810000001,要介護度:3 CO,,1,810000001,認知症の日常生活自立度:3a CO,,1,810000001,理由:下半身の膠着が進行しているため通院が困難 CO,,1,810000001,診療人数:10日(　6人) CO,,1,810000001,　27日(　8人) 併せて、(C50)コメント入力画面で入力した「90 上記以外の診療報酬明細書」のコメントをレセプト摘要欄に記載するよう対応しました。(外来レセプト(労災・自賠責・公害))	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
114	ncp 20150213-018	生保と自立支援をお持ちの患者様で113015810地域包括診療料を生保で算定している患者様で、 1日目生保:再診ダミー 113015810地域包括診療料 処方内容(処方せん料なし) 自立支援:実日数算定 処方内容(処方せん料なし) 2日目生保:再診ダミー 処方内容(処方せん料なし) 3日目自立支援:再診ダミー 処方内容(処方せん料なし) 4日目生保:再診ダミー 処方内容(処方せん料なし) 上記のような入力をしていて、1日目の生保地域包括診療料1503×1以外、点数が無いのですが、実日数が、生保:3日、自立支援2日になるかと思いますが自立支援の日数がレセプトが記載されません。 支払基金様に医療機関様が問い合わせたところ、記載が必要との回答でした。 実日数を記載する方法はありますでしょうか？	請求点数0点公費のレセプト記載対応(全国公費) 請求点数0点公費のレセプト記載について、 提出用レセプト・・・記載しない 点検用レセプト・・・システム管理2005の設定(※)に準ずる記載 としていますが、全国公費は、提出用・点検用レセプト共に、請求点数0点公費を記載するよう対応しました。 (※)点検用タブ－点検用レセプト記載【0点公費記載設定】 (例)外来、実日数1日、複数保険入力 生保(再診、院外処方、処方せん料) 請求点140点 精神通院(院外処方) 請求点0点 公費2併のレセプトを作成 ＜診療実日数＞ 保険 公費1(021)　1 公費2(012)　1 ＜請求点数・一部負担金＞ 保険 公費1(021)　0　0 公費2(012)　140　0	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
115	12/3 複数科保険入力 発症日記載	公費と公費対象外と打ち分けたときに、保険適用分と公費適用分とで、それぞれ2つずつ発症日が記載されます。	レセプト摘要欄のリハビリ開始日記載修正 以下のような事例のリハビリ開始日記載を修正しました。 (例) 3月30日:後期高齢＋難病(054) 運動器リハビリテーション開始日 運動器リハビリテーション料(1) 4月1日:後期高齢＋難病(054) 運動器リハビリテーション料(1) 4月3日:後期高齢 運動器リハビリテーション開始日 運動器リハビリテーション料(1) ＜4月レセプト摘要欄＞ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ＝＝＝ 以下 難病 適用分 ＝＝＝ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ↓ ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ＝＝＝ 以下 難病 適用分 ＝＝＝ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1)	H27.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
116	request 20140624-004	施設入所者の配置医師による診療の摘要欄に「配　回数」記載について、現在orcaでは手入力する他ないということですが、該当患者が100人近くいる医療機関もあり毎月回数の入力に大変手間がかかっております。 配置医師として行った診察に対する専用の実日数をカウントコードなどを作成頂き、該当患者に自動記載できるようなシステムをご検討いただけないでしょうか。 配置医師が特別養護老人ホーム等に赴き入所中の患者の診察を行った場合、レセプト特記事項欄に「09施」と記載し、摘要欄に「配」と表示して回数を記載する必要があります。 外来レセプト作成処理において、特記事項欄に「09施」の記載がある場合は配置医師の診察回数コメントを摘要欄に自動記載するようにしました。(配置医師の診察回数コメントが診療行為等で入力済みの場合は自動記載しません) 1. 特記事項欄に「09施」の記載があり、配置医師の診察回数が0回でない場合は、【配】X回、又は、【配】XX回のコメントを摘要欄に自動記載します。	2. 配置医師の診察回数は、該当レセプトに関わる保険組み合わせで算定した初診料ダミー(099110001)と再診料ダミー(099120001)の剤回数を合算した回数とします。 3. 配置医師の診察回数コメントが診療行為等で入力済みの場合は自動記載しません。 以下の入力がある場合、コメント入力済みとみなします。 (1)24会計照会画面の「コメント」、又は、22病名画面の「コメント」押下により遷移する(C50)コメント入力画面で、区分99(レセプト摘要欄コメント)で入力したコメントに【配】・(配)・「配」の文字列を含むコメントがある場合 (2)診療行為入力画面で、診療区分99で入力したコメントに【配】・(配)・「配」の文字列を含むコメントがある場合 4. 自動記載する配置医師の診察回数コメントは、レセプト摘要欄下部へ記載します。(診療種別(. 991)で入力したコメントと同様の記載位置になります) 5. 複数の保険組み合わせを使用した場合は、後に記載する保険組み合わせのコメントとして合計回数を記載します。(保険組み合わせ毎に記載はしません)	H27.5.27
117	ncp 20150501-019	都道府県により対応が異なるのかは分りませんが、0点公費をレセプト記載しない、または、0点公費のレセプト記載の有無を設定できる様な機能を設けることは可能でしょうか。	請求点数0点の全国公費レセプト記載対応 システム管理2005－レセプト・基本1タブに【0点全国公費レセプト記載(提出用)】を追加しました。 0記載しない 1記載する(デフォルト) ＜請求点数0点の全国公費レセプト記載について＞ 「0」を設定した場合 提出用レセプト・・・記載しない 点検用レセプト・・・点検用タブ－点検用レセプト記載に準ずる記載 「1」を設定した場合 提出用レセプト・・・記載する 点検用レセプト・・・記載する	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
118	kk 32978	前期高齢者＋972長期＋182マル都医療＋280マル障負無の保険組み合わせ登録 4/14(1)1　前期高齢者＋マル都医療＋長期で登録→1082点 4/14(1)2　複数科保険で　前期高齢者＋マル障負無で登録→35点 4/21　前期高齢者　マル障負無で登録→179点　総点数1296点 患者さまの一部負担金もなく6000点以上ではないのにレセプト療養の給付保険点数の一部負担金額に(1080円)1300円記載されてきます。 (前期高齢者でマル都・マル障関わらず6000点以下の場合は一部負担金の記載不要です。と国保連合会様より医療機関様に連絡がありました。) 6000点以下は一部負担金が記載しないようご対応願います。	(例1) 5月1日:後期高齢(1割)＋地方公費a＋972　請求点1000点 5月2日:後期高齢(1割)＋地方公費b　請求点2000点 保険欄－一部負担金の記載は不要であるが、記載していましたので記載しないよう修正しました。 (例2) 5月1日:後期高齢(1割)＋地方公費a　請求点1000点 5月2日:後期高齢(1割)＋地方公費b＋972　請求点15000点 (10000)　(1000) (10000) 保険　16000　11000　→　11000 公費1(a)　1000 公費2(b)　15000	H27.5.27
		レセプト一部負担金記載修正 「主保険＋地方公費」と「主保険＋地方公費＋長期」の保険組み合わせで診療を行った場合のレセプト記載について、保険欄－一部負担金の記載に関する判定が正しく出来ていなかったので修正しました。(記載不要な場合も記載がされていた) 又、括弧再掲の金額が正しく記載されない場合があったので修正しました。	第二公費が長期併用の保険組み合わせの場合、括弧再掲の金額が正しく記載されていなかったので修正しました。 併せて、全国公費の併用が無く、2つの地方公費があるレセプトの場合、第二公費の括弧再掲も記載するように修正しました。 (例のように複数の保険組み合わせで診療行為入力(長期併用の有無は関係なし))	

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
119	support 20150410-006	レセ電チェックで、在宅自己注射指導管理料と持続血糖測定器加算を算定している場合、「基本項目に対して、算定できない注加算です。」とエラーになります。 注加算コード1419が設定されている下記の診療行為コードを入力し、レセ電データを作成した場合、入力順に関係なく加算項目が先に記録されてしまいました。 併せてレセ電チェックを「1 チェックする」とした場合「基本項目に対して、算定できない注加算です。」とエラーが表示されていたので、エラーとならない記録順とするよう修正しました。 基本項目(注加算コード1419 注加算通番 0) 114028770 持続血糖測定器加算(2個以下) 114028870 持続血糖測定器加算(4個以下) 114028970 持続血糖測定器加算(5個以上) 加算項目(注加算コード1419 注加算通番 1) 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) 114029170 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ以外)	診療行為入力例 .140 114021010 在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) 114028970 持続血糖測定器加算(5個以上) 修正前のレセ電記録順 114021010 在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) 114028970 持続血糖測定器加算(5個以上) 修正後のレセ電記録順 114021010 在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114028970 持続血糖測定器加算(5個以上) 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ)	H27.5.27
120	support 20150515-002	難病の前期高齢者のレセプト一部負担金についてお伺いします。 (患者例1) 73歳(経過措置にて1割) 主保険＋難病(上限2，500円)　受診回数1日 2，494点までは2割計算の上限までの負担金が記載されますが、2，495点～2、499点は1割の1円単位の金額がレセプトに記載されてしまいます。請求金額、収納ともに2，500円なのですがレセプトの負担金の金額は1円単位(2、495円～2，499円)になっております。 この場合、レセプトの一部負担金は2，500円が正しい記載になりますので修正をお願い出来ればと思います。実際に返戻になっている医療機関様もございます。	レセプト一部負担金記載修正 「70歳代前半の特例措置(1割据え置き)＋054難病」の公費欄－一部負担金記載について修正しました。 (例)難病(月上限額2500円)、請求点数2498点 この場合、公費欄－一部負担金が2498円で記載されていたので、2500円で記載されるよう修正しました。 ※2割計算額(4996円)＞月上限額(2500円)となる為、2500円を記載します。(難病の月上限額が2500円の場合、2495点～2499点は2500円の記載となっていませんでした)	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		同じ0歳未満でも生年月日により請求管理テーブルの「age」が異なる値となるようです。 例えば、平成25年8月診療分を請求する場合、 生年月日　　請求管理テーブル「age」 「平成25年8月1日」　「0」 「平成25年8月3日」　「1」 となります。	年齢取得サブ(ORCSAGECHK)で誕生日が基準日より後の場合、保険年齢(AGECHK-NENREI)に1を返却していましたので、ゼロを返却するように修正しました。 問い合わせの場合、パッチ適用後は、請求管理テーブル「age」の値がどちらも「0」になります。	H25.9.25
2	4/9 請求管理 第三者行為	第三者行為から健保へ変更となったときに、レセプト個別作成で削除扱いとしても請求管理を開くと、データが残っていますと のお問合せがありました。	第三者行為から医保に変更等で自賠責の診療がなくなった患者をレセプトの自賠責の個別作成で指定したときに、作成済みの請求管理の削除を行う選択を行った場合の削除処理の条件に不備があり、自賠責の請求管理が削除できませんでしたので削除できるようにしました。	H27.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		システム管理の設定により、出産育児一時金のCSVデータの履歴保存を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「レセプト(基本ーレセ電)」のレセ電データ履歴保存の有無を履歴保存と変更してレセ電データの履歴保存と共通の設定としました。		H24.12.25
2		システム管理の設定により、公費CSVデータ作成時にクライアント保存としてCD-R用ファイルの出力を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「レセ電」のレセ電データCD-R出力をCD-R出力と変更してレセ電データのCD-R出力と共通の設定としました。 クライアント側は各種書き込みソフトによりCD-Rへの書き込みを行います。		H24.12.25
3	request 20121207-002	千葉県ではレセ電でも国保の総括票のみ1枚郵送することになっています。 4.6.0lucidから4.7.0lucidへ手順書通りにアップグレードしたところ、44総括票・公費請求書の印刷開始ボタンを押すと社保や国保の請求書も含め一式全部が印刷されてしまいます。4.6.0までは印刷開始ボタンを押してもさらに確認画面で印刷しないボタンがあり、処理後の再印刷ボタンから総括票のみ1枚印刷することができました。確認画面での印刷をしないボタンの復活をお願いします。	システム管理2005 の「症状詳記作成」「光ディスク等送付書作成」をどちらも「0 作成しない」と設定し、「44 総括表」でレセ電チェックを「0 チェックしない」と設定して、「処理開始」「主科未設定」「公費個別」「印刷開始」のいずれかの処理を開始したときに「F10:プレビュー」「F11:印刷しない」のボタンが表示されていませんでしたので修正しました。	H24.12.25
4	kk 29997	12月診療1月請求分の福祉医療の請求ファイルが文字コードEUCで作成されているので、来月からは、UTF-8で提出するように連絡がありました。 確認すると、11月診療12月請求分までは、UTF-8で作成されており、12月診療1月請求分のみが、EUCでした。	公費CSV、出産育児一時金のクライアント保存(CDーR)対応のときに条件の判定に誤りがあり、地方公費のCSVデータについてUTF-8で作成するデータがEUCで作成されていましたので修正しました。	H25.1.28
5		「44 総括表・公費請求書」で「公費個別」からプレビューを選択して処理を行った場合、実際には処理が実行されませんでしたので修正しました。		H25.4.25

 Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
6	kk 30451	「44 総括表・公費請求書」の「公費CSV」より「6 クライアント保存(CD−R用)」でisoファイルで作成しますと、中身のファイル名が8.3形式で保存されました。 例:「KENTAN_S_99999999_99999_1.csv.iso」 ↓ 「KENTAN_S.csv」	「44 総括表・公費請求書」でファイル出力先に「6 クライアント保存(CD-R)」を選択して「公費CSV」より処理を行った場合、isoファイルを作成するコマンドのパラメータに不足があり8.3フォーマットで作成していましたので修正しました。	H25.4.25
7		「44 総括表」の公費請求書又は公費個別でCSVデータを作成する地方公費の処理を行い、「T99 処理結果」からプレビュー画面に遷移後「T01 総括表」に戻ったとき、「公費CSV」のボタンが押せませんでしたので修正しました。		H25.5.27
8	support 20130910-019	4.7.0から印刷できるようになった労災の請求書に関して医療機関様からお問合せがありました。 (3)請求金額欄に「金額の頭に￥マークをつけて下さい。」とあり、金額の頭に“￥”が印刷されますが、“￥”ではなくYに横棒1本がマークです。 労災の講習会でも「￥ではありません」と必ず説明があります。 とのことでした。	労災診療費請求書の円マーク修正 「44総括表・公費請求書」で作成する ・労働者災害補償保険診療費請求書 ・アフターケア委託費請求書 の請求金額欄に印字する円マークを ″￥″ から ″Yに横棒1本のマーク″ に修正しました。 ※jam-fontsパッケージをアップグレードする必要があります。 バージョン precise: 20130925-u3jma1 lucid: 20130925-u2jma1	H25.10.3
9		[44 総括表・公費請求書]より、院外処方を含む点検用レセ電ファイルのレセ電チェックを行った場合、チェックリストに === [33071 点数の記録が必要な箇所ですが、点数が記録されていません。] === とエラーが編集される不具合がありましたので、このエラーが表示されないように修正しました。		H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
10	kk 31734	「44 総括表・公費請求書」内の「公費CSV」につきましてお尋ねしたいことがございます。 三重県の新規CSVファイルはカナ氏名を半角カナで記録する必要がありPG内でカナ氏名を半角カナに変換して出力しましたところ、CSVファイルの中身は全角カナで記録されていました。	地方公費CSVデータ作成で文字コードの変換時に、半角カナ文字を全角カナ文字に変換しないように修正しました。	H25.11.26
11		レセ電ファイルを作成する際のレセ電データチェックについて、診療区分11(初診)～14(在宅)に記録されている診療行為の点数マスター告示識別区分1が"1"のものについては、点数の記録が必要であることをチェックしていますが、点数の記録がない場合でもエラーとならない不具合がありましたので修正しました。エラーとなる場合はエラー番号[33070]がチェクリストに記録されます。		H25.12.24
12		労災オンライン請求システムで返戻となったデータに対してデータの取り込みを行い、オンライン再請求を可能としました。		H26.1.28
13	ncp 20140109-016	ORCAレセ電チェックについてご質問があります。 レセ電データ作成時にレセ電チェックをかけたのですが、ある患者さんのみ加算の記録順序が誤っています。とチェックがかかります。 同じ加算を算定している方は数名おり、入力方法の違いはありません。 また、オンライン請求のASPチェックを「あり」にするとそのチェックはかかりませんでした。 今回のチェックがかかった加算は[190121970　褥瘡評価実施加算(療養病棟)15点]です。 入力方法は算定する方全員 .900 190121970　褥瘡評価実施加算(療養病棟) と入力しています。 どのようなことが原因として考えられますでしょうか。	レセ電データ作成時のレセ電チェックについて、基本項目に対して算定不可の注加算が算定されていた場合、[注加算の記録順序が誤っています]とチェックリストにエラーメッセージの編集を行なっていましたが、エラーメッセージを以下のように変更しました。 [基本項目に対して、算定できない注加算です。] このケースではASPチェックではエラーとなりませんが、日レセではエラーの扱いとします。	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
14		システム管理で光ディスク等送付書作成有無の設定により、労災のレセ電データ作成時の光ディスク等送付書の作成を可能としました。		H26.2.25
15		労災レセ電データ作成時の処理に、厚生労働省「労災レセプト電算処理システム」HPの「受付前点検(医科)チェック条件表」に基づいたチェック機能を実装しました。		H26.2.25
16	ncp 20140206-035	オンライン請求を利用しています。 H23.10月診療分がH25.10月に返戻となったので、H25.12月に再請求したところ、再度返戻となった。 改めてレセプトの内容を訂正し「43請求管理」で以下のように登録した。 ・診療年月:H23.10 ・請求年月:H26.1 ・返戻年月:H26.1 あらためてレセ電データを作成し、オンライン請求にて生データで確認したところ、エラー件数があがった。 オンライン確認試験結果リストは下記の通りです。 ・エラーコード:2118 ・エラーまたは確認事項:履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。 エラーを回避するには、日レセ側でどの部分を訂正すればよろしいでしょうか。	レセ電の返戻ファイルの取込み時に、システム上の考慮漏れのために履歴情報の一部が欠落していました。 再審査等で返戻になった場合には、再審査等返戻ファイル(RECEIPTC.SAH)を日レセで取り込んで紐つけを行い請求しますが、これが再度、基金等で返戻になった場合には、返戻ファイル(RECEIPTC.HEN)を取り込みます。 この返戻ファイルには、先に返戻となった(RECEIPTC.SAH)の履歴管理ブロックを含めたものとなりますが、こちらの情報を取り込み対象としていなかったため発生しました。	H26.2.25
17	ncp 20140212-016	労災レセ電作成でデータを作成、クライアント保存後、オンライン請求サイトで確認試験を行ったところ下記のようなエラーが表示されます。 UKKM2134E:労災診療(調剤)費請求書レコードのデータ長異常を検出しました。 レセプトデータを確認してください。 項目名:指定病院の番号 4001 労災自賠医療機関情報には指定病院番号(7桁)は登録してあります。	システム管理「4001 労災自賠医療機関情報」の指定病院番号が先頭が「0」になる番号で登録されていた場合、労災レセ電データ作成時にRSレコードの指定病院等の番号の記録方法に不具合があり、「0」を除いた番号で記録していました。 例) 「0123456」→「123456」	H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
18	ncp 20140509-010	名古屋市の公害診療報酬等請求書の「手数料」計算について H26年4月からの消費税（8%）計算がされておらず5%計算のままになっています。 手数料／1件につき （300円＋税） H26．3月分までは（300円＋5%＝315円） H26．4月分より （300円＋8%＝324円） 名古屋市の公害保険課様へ4月からの手数料については確認済みです。	名古屋市の公害診療報酬請求書の手数料（消費税）計算について、平成26年4月請求分から8%に修正しました。	H26.5.20
19	ncp 20140513-016	労災レセプトの電子請求を行う際、エラーがある場合にレセ電データチェックリスト（労災）が作成されますが、「診療年月が正しい暦年月ではありません」とエラーが出たと問い合わせがありました。 請求情報の記載がデータ上にないというエラーのようですが、これはどの部分が反映されているのでしょうか。該当患者はH26年3月診療分を月遅れ請求しています。	「44 総括」から労災レセ電を作成した時に、請求情報の編集時に不具合があり、請求情報の記録ができない場合がありましたので修正しました。 レセ電チェックリストには「診療年月が正しい暦年月ではありません」とエラーが出力されます。	H26.6.25
20	ncp 20140708-030	総括表・公費請求書作成画面で「レセ電チェック」を「1 チェックする」とし、レセ電データを作成しました。 ところが「46120 同時算定不可の注加算が記録されています。 （大腸CT撮影加算（16列以上64列未満マルチスライス型機器））」とエラーが表示されます。	注加算通番をプログラム上数値項目としていたため、[大腸CT撮影加算（16列以上64列未満マルチスライス型機器）]の注加算通番"A"が正しく処理できていませんでしたので修正しました。 労災のレセ電チェックも同様に修正しました。	H26.7.24
21	support 20140712-002	労災レセ電にて請求を行っているのですが、他の病院から転医となり、初診算定を行った場合チェックリストにてエラーになります。 この設定は合っていますでしょうか？	労災のレセ電チェックについて、初診算定日に診療開始となる病名がある場合でも、患者登録業務の(P02D)患者登録-労災自賠保険入力画面の新継再別に[3 転医始診]が選択されている場合、[46340 初診料の算定回数が算定可能回数を超えています。]のエラーとしていましたが、エラーとしないように修正しました。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
22	support 20140711-013	プリズムのソフトでEFファイルをチェックしたところ添付したファイル内容のエラーが発生し、原因が判明しないためメールさせて頂いております。 包括処理のレセプトを作成し処理しているのに、何か原因があるのでしょうか？	退院時処方の識別をコメントより行い、Fファイルの「出来高・包括フラグ」のセットを行いますが、これについて投薬(内服、頓服、外用)で入力されたコメントのみ判定対象としていましたので、在宅で入力されたコメントについても判定対象とするように修正しました。	H26.7.24
23	support 20140715-032	EFファイルの相関チェックについて、不整合エラーとなっています。 プリズムへ確認したところ、下記における記録について、出来高点数と診療行為点数に差異があるためエラーとなっているそうです。 こちらの対応について、点数マスタを42.5点から43点に変更すべきではないと思うのですが、EFファイルの出力の差異に、対応して頂けないでしょうか？ □対象となる診療行為 他医間接撮影の写真診断(単純撮影:イ)　診療点数:42.5	Fファイルの行為明細点数、出来高実績点数について端数処理を行うように修正しました。	H26.7.24
24	ncp 20140825-017	EFファイルでコードの横に診療行為名称が入りますが G004　点滴注射　など G000とG001は診療行為名称が空白になっています。 おそらく静脈注射だと思いますが、これは空白で正しいのでしょうか？	外来分のEFファイルに「皮内、皮下及び筋肉内注射」「静脈内注射」を記録する際、診療行為名称を編集していませんでしたので修正しました。	H26.8.27
25		EFファイル作成処理について以下の対応を行いました。 1. 平成26年10月からの薬剤料逓減(向精神薬多剤投与)について、外来EFファイルに記録する対応。(逓減点数がゼロ点であっても記録します。) 2. 外来Fファイルの「F-19 出来高・包括フラグ」について、包括分の診療行為に「6」が記録される不具合を修正。(「1」を記録するよう修正。) 3. 外来Eファイルの「E-11 行為点数」「E-12 行為薬剤料」「E-13 行為材料料」について、包括診療分はゼロ点を記録するよう修正。 4. 入院Eファイルの「E-11 行為点数」「E-12 行為薬剤料」「E-13 行為材料料」について、平成26年10月以降診療分で特定入院料に包括される診療はゼロ点を記録するよう修正。		H26.9.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
26	support 20140916-006	EFファイルの作成ができない件で画面キャプチャを添付致します。 「診療区分別点数集計　仮収納データがありません　[患者番号:]」と表示されます。 レセプト作成は問題ありません。	入院EFファイル作成処理で、自費保険での診療入力があり、該当診療行為が全て入院料に包括される診療行為であった場合、自費保険分の仮収納データ作成ができない為エラーとなることが判りました。(EFファイル作成に自費保険は関係ありませんが、一連の処理について通常のレセプト処理と共通のプログラムを使用している為、自費保険についても仮収納を作成取得する必要がありました。) これについて仮収納データを作成可能とし、処理が停止しないよう対応しました。	H26.9.24
27		入院EFファイルの「F-18 出来高実績点数」に栄養管理体制減算規定該当の「-40点」が記録されていませんでしたので記録するよう修正しました。		H26.9.24
28	support 20141015-009	本来診療科コードが「06」で登録されている患者なのですが、診区33(点滴)から記録されていると、一括作成で は診療科コード(E-19)が「01」固定となってしまいます。 個別作成すると、診療科コードが未設定の状態となるようです。 診区33より前に31とか処方の入力があると、正しく記録されました。	点滴注射又は中心静脈注射を算定する入院患者について、E-19(レセプト科区分)とE-20(診療科区分)が記録されない(又は誤った記録となる)不具合がありましたので修正しました。 記録されない事例 診療データが診療区分.330(点滴注射)から始まる入院患者について、(R03)レセプト作成指示画面よりEFファイル作成を個別作成で実施した場合。 誤った記録となる事例 診療データが診療区分.330(点滴注射)から始まる入院患者について、EFファイル作成を一括作成で実施した場合、該当患者以前に処理された患者の診療科内容が記録される。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
29	ncp 20141020-003	【出来高包括フラグ】が[6]の場合、【出来高実績点数】と【行為回数】が[0]になるのが正しいとのこと。 今回、短期滞在手術等基本料3を算定しており、マルメの対象になるため指摘があったようです。	入院EFファイルについて、包括分(出来高・包括フラグ = 6)の時は以下の項目を「0」を記録するように修正しました。 Eファイル ・E-11 行為点数 ・E-12 行為薬剤料 ・E-13 行為材料料 Fファイル ・F-18出来高実績点数	H26.10.27
30	support 20141104-011	添付のEファイル、Fファイルを参照したところ、項目数としては特に重複しているように見受けられませんが、統合時に重複エラーとなるようです。(データ識別番号がALL0になっているため、患者データとの紐付はできませんが…)	EFファイル作成処理で、以下の設定の場合EFファイルのデータ識別番号が正しく記録できない不具合がありましたので修正しました。 ・システム管理「9102 EFファイル作成」のデータ識別番号記録が「0 患者番号設定」 ・システム管理「1009 患者番号構成管理情報」が標準構成で区分が"4"(連番号)以外の設定時 また、2重化運用環境で処理に時間がかかるとの問い合わせがありましたので併せて改善しました。	H26.11.25
31		入院EFファイルのF-18(出来高実績点数)について、特定入院料等に包括される診療項目に関して平成26年10月診療分からは特定入院料等を算定しない場合の点数を記録することとされましたので対応を行いました。		H26.11.25
32	support 20141202-014	4.7.0でのオンライン請求でファイル出力先「1 usb」として.ukeファイルをデスクトップへ作成して、それをubuntuで送信しておりましたが、4.8.0で同様にしますと「レセ電データチェック処理でエラーが発生しました」と出て進みませんので、チェックしない設定にするとどこかへ出力しているようですが、「1 usb」では保存場所を聞いてこないのですが、デスクトップに.ukeファイルを作成する手順が変更されているのでしょうか？	ファイル出力先の入力時のチェックで、名称まで手入力した場合のチェック処理に不具合があり、コンポボックスに存在しない出力先がエラーとなりませんでしたので修正しました。	H26.12.18

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
33	ncp 20141202-021	EFファイルを出力した際に「01_EF_FILE_201411」というフォルダが作成され、フォルダ内のファイル名が「En_医療機関番号_2611.txt」「Fn_医療機関番号_2611.txt」となっております。 ファイル名に診療年月が記載されているかと思いますが、その記載が現在和暦「2611」になっておりますが、西暦「1411」で記載するにはどのようにしたらよろしいでしょうか。 厚労省の「平成26年「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」13ページ「各様式と入力要領」にて診療年月は西暦で記載されております。	EFファイルのファイル名について、西暦の下2桁でファイルを作成するように対応しました。 例)平成26年12月診療分の入院Eファイル (対応前)01En_@@@@@@@@@_2612.txt (対応後)01En_@@@@@@@@@_1412.txt	H27.1.27
34	kk 31223	保険と特定疾患公費を併用しており、月途中で特定疾患公費の変更があった場合だと 公費1:(旧)特定疾患公費 公費2:(新)特定疾患公費 の順番で印字がされるが、保険と乳幼児公費(宮崎県)を併用しており、月途中に乳幼児公費(宮崎県)の変更があった場合には 公費1:(新)乳幼児公費 公費2:(旧)乳幼児公費 と印字されてしまいます。 特定疾患公費のように、乳幼児公費でも古いものが公費1に新しいものが公費2に印字されるように変更する設定などありませんでしょうか？	月途中に同一公費の負担者番号、受給者番号が変更になった場合、保険番号に関係なく変更前を第一公費、変更後を第二公費に記載を行うようにしました。 異なる保険番号であっても法別番号が同じであれば、同一公費とします。 システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」の公費記載順設定に該当する公費の設定が行われている場合は設定された保険番号での記載順を優先とし、同一法別番号による記載は行いません。 要望がありアプリケーションで内部的に記載順の変更を行っている都道府県の公費については対応はしていません。 ※内部的に記載順変更を行っている都道府県と公費(左の公費から順に記載) ・北海道　290＋191 ・愛知県　191＋012 ・長崎県　186＋012 ・山梨県　241＋143 ・山梨県　141、241＋051、091 ・東京都　021＋193＋182 ・東京都　182＋180 都道府県についてはシステム管理の都道府県番号で判定しています。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
35		「E・F」ボタンのShift の設定がなくキーボードからの操作ができませんでした。Shift+F6で操作できるようにしました。		H27.1.27
36	1/21 Eファイル 診療科コード	療養担当手当(入院)を自動算定したとき、E-19レセプト科区分が記録されないようです。	入院Eファイルの[E-19 レセプト科区分]と[E-20 診療科区分]について、自動算定した「199000510療養担当手当(入院)」に該当項目が記録されない不具合がありましたので修正しました。	H27.1.27
37	support 20150129-021	例: 後期高齢+54難病(適用区分Ⅰ) 入外上限額:2500円(他一部負担累計2500円)・・添付ファイル(1)(2) 1/27に受診した時点で他医院で上限額超えていたので患者窓口負担は0円・・添付ファイル(3) 該当患者のレセプト・・添付ファイル(4) H27.1月診療分を「42明細書」で一括作成後、「44総括表公費請求書」で国保レセ電データをレセ電チェックをチェックするにして作成しました。 エラーリストが作成され、添付ファイル(5)のようにチェックされましたが、エラーになった内容の意味がわかりません。 なぜチェックされたのでしょうか？ レセプトが0円と記載されているからでしょうか？	「44総括表公費請求書」で行うレセ電チェックについて、特記事項のチェックを以下の条件で行うよう修正しました。 -- 診療年月が平成26年12月以前 (1) 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」(上位)「18」(一般)又は「19」(低所)(医保高齢受給者7割の場合、「22」(多上)含む)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52の公費がない。 (2) 本人、未就学、家族レセプトの特記事項に「22」(多上)「23」(多一)又は「24」(多低)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52の公費がない。 -- 診療年月が平成27年1月以降 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」(上位)「18」(一般)又は「19」(低所)(医保高齢受給者7割の場合、「22」(多上)含む)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52、法別54(501・601)の公費がない。	H27.2.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
38	ncp 20150126-007	EFファイルの病棟コードのところに、0、2、3、4というコードが落ちています。 なんの情報が落ちていて、それぞれのコードは何を指していますか？	入院Eファイルの[E-21医師コード][E-22 病棟コード][E-23 病棟区分]について 以下のパターンで入力された診療行為分について記録できない不具合がありましたので修正しました。 ※病棟区分については一般病棟で入院した場合に、'0'(一般)を記録するのが正しいですが、病棟の情報が正しく取得できていない為、'1'(一般以外)と記録される不具合です。 ・パターン1 短期滞在手術等基本料の2又は3を算定し、入院料を算定しない日に入力された診療行為分。(例、2月2日に短期滞在で入院登録を行い、2日3日に診療行為入力画面より入力した診療行為について正しく記録されない) ・パターン2 労災保険で入院期間中に、該当入院期間に医保で入力を行った診療行為分。	H27.2.4
39	support 20150316-015	薬剤の処方数が多いと剤ごとに退院時処方のコメントを入れても包括フラグが0のまま変わらないとご指摘があり検証を行いました。 620003931 クラリスロマイシン錠200mg「サンド」 610443053 バイアスピリン錠100mg 610462010 タケプロンOD錠15　15mg 610463198 マグミット錠330mg 610431117 プレドニゾロン錠1mg(旭化成) 612450118 プレドニン錠5mg 610433147 ラニラピッド錠0．05mg 以上の薬剤を入力されていたため順番に数を減らして検証 薬剤数が3つ(下記の内容)になった段階でフラグが1になることを確認 620003931 クラリスロマイシン錠200mg「サンド」 610443053 バイアスピリン錠100mg 610462010 タケプロンOD錠15　15mg 包括フラグに薬剤数や点数などは影響がありますでしょうか？	入院EFファイルについて、退院時処方は「F-19 出来高・包括フラグ」に"1"をセットする必要がありますが、退院時処方の剤の明細数が5明細を超えた場合に、剤内の1～5行目に退院時投薬のコメントが入力されている場合に"1"がセットできない不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
40	support 20150324-008	DPCの実施説明資料136ページ F-14行為明細点数については、出来高実績点数と同様にきざみ計算後の点数を記録するよう記載されております。 現状は所定点数が記録されており、上記記録方法にはなっていません。	点数マスタのきざみ点数による点数計算を行う診療行為についてEFファイルのF-14行為明細点数にきざみ計算後の点数を記録するように修正しました。	H27.4.23
41	ncp 20150507-012	オンライン請求の紐つけについてですが、SAHファイルをダウンロードして取込を行い、請求管理で処理を行おうとしたところ返戻ありの赤字が表示されず返戻ありにチェックが入れられませんでした。 その後、取込画面を確認すると空白になっていて再度取込を行うとDB取込済となり処理が出来ません。 確認ですが、 1.SAHファイルは請求管理で返戻ありチェックは出来ないものでしょうか 2.総括画面のデータ取込は再度開くと表示が消える仕様でしょうか	「44 総括表・公費請求書」のデータ取込で取込む返戻ファイルの文字コードがShift-JIS 以外の場合、取込み処理で文字コードの変換が正常にできないため内部的に患者情報が取得できず、請求管理画面から返戻の紐付け処理ができませんでした。 取込み処理時に返戻ファイルの文字コードのチェックを追加しました。	H27.5.27
42	support 20150417-010	オンラインで返戻データを取り込み、訂正をし、請求管理で紐付けしようとしたら、請求画面の右上に『返戻データあり』の表示が出ず、紐付けができませんでした。 返戻理由は、患者登録の画面で本当は性別が女性ですが男性と入力していたからだそうです。 男女の変更は紐付けができないということでしょうか。	オンラインでレセ電データを提出後に患者番号の桁数を変更した場合、「44 総括表・公費請求書」のデータ取込で取込んだ返戻データの患者番号から内部的に患者情報が取得できず、請求管理画面から返戻の紐付け処理ができませんでした。 返戻データの全ての患者について患者情報が取得できなかった場合、エラー表示を行うようにしました。	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		「クライアント印刷」について、日次統計の再印刷において、クライアント印刷の画面(ダイアログ)が表示されないという不具合がありましたので修正しました。 また、日次・月次統計業務で一度に複数処理を実行した後、再印刷画面で「処理番号」が2番以降となる帳票を選択してクライアント印刷を行うと失敗する不具合がありましたので修正しました。		H24.12.25
2		日次統計処理で行う入院診療データー括登録処理で、中途データに商品名コードのみを設定された時に、展開時に自動発生する器材コードの数量はゼロであり、そのまま数量＝ゼロで点数計算を行っていましたので、器材の点数がゼロとなり点数に不整合が発生していました。 ※診療行為画面で展開した時は、数量がゼロでカーソル移動を行い、数量を入力しないと登録できません。 また、設定されているセットコードの展開内容にコードに数量＝0のデータが存在した場合も、数量＝0のまま計算を行っていました。 数量を設定する薬剤・器材・診療コードの数量がゼロの時にエラーとするようにしました。 エラー内容は、「XXXX(点数マスタの名称)に数量設定がありません」となります。		H26.1.28
3		「51 日次統計」「52 月次統計」の「CSV出力」で、文字コードを「2 S-jis」を設定した場合、半角カナの記録を可能としました。		H26.3.24
4		半角カナが記録されているデータをCSV出力した場合、ファイルでは全角カナとなって出力されます。 文字コードは「2 S-jis」を設定しています。 tbl_toukeicsv_bの内容は半角カナで記録されています。	日次統計、月次統計の「F10 CSV出力」でnkfコマンドのオプションに不足がありshift-JIS変換が正しく出来ないケースがありましたので修正しました。	H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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		・月次統計処理の「適応病名情報更新(検査)」について、チェックマスタ【診療行為と病名】の初期化を行う区分を追加しました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(検査)」について、チェックマスタに登録した検査の確認リストを作成するようにしました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(薬剤)」について、チェックマスタ【薬剤と病名】の初期化を行う区分を追加しました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(薬剤)」について、チェックマスタに登録した薬剤の確認リストを作成するようにしました。		H24.12.25
2		precise版からpanda-fddを廃止としましたので、出力先のデフォルトの表示等を変更しましたが、月次統計データの統計データ(病名)の出力先が「1フロッピィ」のままでしたので修正しました。		H25.6.25
3		「出産育児一時金代理申請・受取請求書」に記載する「医療機関等コード」「分娩機関管理番号」「医療機関の名称及び所在地」等について、月次統計画面のパラメタで指定された請求年月でシステム管理情報を参照し記載していましたが、月内で医療機関コードが変更になった場合に対応して、システム管理を参照する年月を任意で指定可能としました。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

71 データ出力

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		数値項目でマイナスとなるデータについては符号"-"を付けて出力するようにしました。 また、CSVファイルの先頭行にヘッダーレコード(HOSPNUM,PTID等)を出力するようにしました。		H26.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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	1/23 慢性維持透析 包括初期設定	慢性維持透析の包括について、4.5.0と4.6.0で動作が異なるとのお問合せがありました。(検査項目:骨塩 定量検査) 検査包括が「包括する」設定となっていたため、「包括しない」へ変更するようお伝えしたところ、初期状態が「包括する」設定になっているとのことで、こちらでも新規インストールして初期状態を確認したところ、4.6.0から検査と画像診断については「包括する」設定になっていました。 初期設定を「包括しない」へ変更していただくことは可能でしょうか。	ver4.6.0からシステム管理の「1014 包括診療行為設定情報」の「201 慢性維持透析患者外来医学管理料」の包括の初期設定で、検査と画像診断が「1 包括する」となっていましたので、「0 包括しない」とするように修正しました。 【重要】慢性維持透析患者外来医学管理料の包括算定の設定をされている場合は、パッチを適用しても自動で変更しませんので運用に合わせて設定を見直してください。	H25.1.28
2	support 20130427-009	新しい職員も予約などを入力閲覧できるようにと思い、あらかじめコマンドラインのgluseraddにて、ユーザー名を入力したあと、システム管理情報→職員情報から入り、職制から(今回の場合技師)名前、ふりがな、入力できる範囲などを入力したあと、登録をすませました。今回の場合予約、受付、登録、照会のみが出来るようにしました。しかしその後、どこにも名前が出てこないので(医師、看護、事務、技師、管理職、マスターのいずれにも名前が出てこない)、ユーザーごとの設定が修正できないでいます。実際にglclientでそのユーザーとしてログインすると、ログイン出来ます。その時の設定は最初に入力したとおり、予約、受付、登録、照会のみが出来るようにはなっているのですが、修正が出来ないでいます。もう一度同じユーザーネーム(オペレーターID)でorca上で入力しようとすると「既にオペレーターIDガ登録されています。オペレーターIDを変更して下さい」とエラー007が出てしまいます	システム管理の職員情報登録で、「1 医師」などの職員区分の選択がなくても登録時にエラーとならずに登録できていましたので、登録時にエラーと なるように修正しました。	H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
3		システム管理[5001 病棟管理情報]で病棟情報の[変更]処理を行う際、有効終了日の右のコンボボックスより[廃止]を選択して、病室情報の有効終了日を更新する際の処理に不具合がありましたので修正しました。 「廃止」が選択された場合、病室の有効終了日が病棟の有効終了日と同じになるよう病室情報の更新を行いますが、この際の更新対象の病室が“病棟の有効終了日に有効な病室”となるべきところ、“画面項目の[基準日]に有効な病室”となっていました。このため、病棟と病室の有効期間が、それぞれ病棟 H25.8.1 ～ 99999999 H25.4.1 ～ H25.7.31 病室 H25.8.1 ～ 99999999 H25.4.1 ～ H25.7.31 となっている場合に、病棟画面の[基準日]を[H25.8.1]として、[H25.4.1～H25.7.31]の設定の有効終了日を[H25.6.30]に変更後、[廃止]を選択して[変更]処理を行うと、病室の有効期間が H25.8.1 ～ H25.6.30 H25.4.1 ～ H25.7.31 と誤って更新されていました。		H25.7.25
4		職員情報の登録で登録済みの職員の履歴番号を選択後、番号をクリアし、再度番号を選択して有効期間を変更して登録した時、「職員情報を追加登録します」のメッセージを表示して、職員情報を追加登録していました。 これにより、有効期間が重複して登録されることがありましたので、履歴番号が選択された時は更新するように修正しました。		H25.8.27
5	OSC	ormaster の職員情報の業務処理権限を変更できないようにしてほしい。	職員情報登録で、ormasterユーザ(スーパーバイザー)及びシステム管理者とするユーザについて、業務処理権限の一部業務について編集制限をかけることにしました。	H25.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
6	support 20130801-008	「101システム管理マスタ」の「2005レセプト・総括印刷情報」が開けませんでした。 システム管理コードより「2005レセプト・総括印刷情報」を選択し、確定をクリックするとマウスカーソルが時計のマークになり、操作ができなくなります。 2003レセプト作成指示(印刷順)情報や2006レセプト特記事項編集情報、2007公費番号まとめ記載情報は開くことができました。 データベースのバックアップをとり他の端末に展開すると、正常に開くことができました。 また、プログラム更新やマスタ更新、jma-receipt restartもしてみましたが同様の現象でした。	システム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の画面を開こうとした場合、以下の不具合がありました。 ・クライアントが"monsiaj"20130311版の場合 「(W01)システム管理情報設定」画面で管理コード「2005 レセプト・総括印刷情報」を選択し確定(F12)を押下した際に画面がフリーズする。 ・クライアントが"monsiaj"20130418版の場合 「(W12)レセプト・総括印刷情報設定」画面右下の「直接請求を行う健保組合」に、[java.lang.ArrayIndexOutOfBounds Exception: 0 >= 0]」と表示される。 ・クライアントが"glclient2"の場合 「(W12)レセプト・総括印刷情報設定」画面右下の「直接請求を行う健保組合」のコラムリストに項目見出しが表示されない。 平成25年7月25日提供のパッチプログラムでシステム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の「レセプト・基本1」タブ画面について、「直接請求を行う健保組合」のコラムリストのラベルを削除してしまっていたことが原因でしたので修正しました。	H25.8.27
7	ncp 20131107-006	CLAIM接続設定画面を00000000～H25.10.31で終了設定し、新規にH25.11.1～99999999を作成し、「F12登録」ボタン押下。 再び登録内容を開くと、送信アドレス行が2重に登録されており、「F12登録」ボタン押下毎にデータ重複されます。 また新規作成した期間を削除することできないようです。	システム管理の「9000　CLAIM接続情報」で期間を変更して登録した後、再度展開した時に期間外の内容も展開していました。 削除機能がなく期間変更のできないシステム管理ですので、「9000　CLAIM接続情報」は期間変更できないように修正しました。	H25.11.26
8	3/7　室料差額有効期間	入院マニュアルの29ページ有効期間の項に、「通常はゼロから”99999999”を設定しますが、同一区分コードで室料差額が変更になった場合 は、該当年月日を設定してください。」と記載されております。 上記有効期間を区切って新たな有効期間を追加しようとすると、「追加対象のデータは存在します。」と表示され、同一区分での追加ができません。	登録できるように修正しました。	H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
9		システム管理【5000 医療機関情報－入院基本】の有効期間がH24．4．1～H26．3．31のデータを選択して登録を行った場合、栄養管理経過措置の設定に[1 栄養管理体制基準未適合]の設定をされているものが、[0 栄養管理基準適合]に置き換わる不具合がありましたので修正しました。		H26.3.31
10	support 20140416-032	システム管理マスタの「1027割引率情報」の区分コード”00”ではなく、”01”で”100%”を設定し、それを使用すると正常に動作します 知りたいのは、初期表示の区分コード”00”を”100%”にしても、割引されないということです	システム管理の「1026　減免事由情報」「1027 割引率情報」で区分コード「00　該当なし」を登録する場合、割引率区分・定率定額区分の設定がある場合は、警告表示を行うようにしました。 「00　該当なし」で区分を設定されても割引率の処理は行いません。 なお、「00　該当なし」は登録する必要のない区分ですが、先頭に表示します。	H26.4.23
11		システム管理の「1042　病名・コメント機能情報」の詳記区分初期表示に「90　上記以外の診療報酬明細書」を追加しました。		H26.4.30
12		システム管理の「1006 施設基準情報」で診療コードの施設基準の内容がない時に、「→」「←」をクリックすると処理が終了しませんでしたので修正しました。		H26.4.30
13	ncp 20130719-007	医療機関様から、システム管理マスタ9800排他制御情報を期限(有効年月日)を切って登録してしまったので、元に戻したいと問い合わせを受けました。 どのように操作すれば、不要な情報を削除して、元通りの有効年月日「00000000?99999999」に戻すことができるのでしょうか？	9800 排他制御情報の有効期限を設定できないように修正しました。	H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
14	ncp 20140805-010	5001病棟管理情報 ・病棟種別:一般病棟 ・入院基本料:05一般病棟特別入院基本料584点 の場合、90日超えの算定設定枠がなく、設定する事ができません。	~~一般病棟特別入院基本料の90日超えの算定設定が可能となるよう修正しました。~~ 上記について、一般病棟特別入院基本料は90日超で療養病棟入院基本料1の例による算定とならないことから、上記設定を不可とするよう再修正しました。 《重要》 システム管理の設定について一般病棟特別入院基本料を算定する病棟で、90日超の設定を「1 療養病棟入院基本料1の例により算定」と設定されている場合は、パッチ適用前に必ず「0 一般病棟入院基本料を算定」に訂正登録を行われた後に、パッチの適用を行ってください。	~~H26.8.27~~ H26.9.1
15	ncp 20140916-018	患者入力中に何らかの原因でログアウトしてしまい、排他制御から情報削除をしようとしたのですが、本来設定されていないはずの有効年月日が登録されており削除の画面に進めません。数日前のデータを検証機で確認しましたが既にこの状態でした。	システム管理[9800 排他制御情報]について、複数の有効期間の登録がある場合は排他制御情報設定画面に進めないようになっていますが、この場合でも進めるように変更し、排他制御情報設定画面で登録ボタンが押された場合は必ず有効期間を[00000000]-[99999999]で登録するように修正しました。 2015.1.27 この修正により有効期間の変更が不可である[2005 レセプト・総括印刷情報]の有効期間の変更が可能となっていました。有効期間の変更ができないよう修正しました。	H26.9.24 H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
16	ncp 20141208-020	101システム管理マスタ＞1010職員情報にて、職員を「F3 削除」にて削除したのですが、1031出力先プリンタ割り当て情報で、「F10 印字テスト」を押して、右下のプリンタ名に削除した職員のみに割り当てていたプリンタ名が、表示されておりました。 tbl_syskanriにて、kanricd='1031'、kbncd='該当の5桁の職員番号'のレコードが残っており、これが原因と思われます。(kanricd='1032'、kbncd='該当の5桁の職員番号'についてもレコードが残っていることを確認しました。) 1010職員情報にて、再度該当の職員番号で職員を登録した後、1031出力先プリンタ割り当て情報で該当職員の登録内容を見ると、上記のレコードの内容が反映されました。 マスタ1010における職員の削除に伴い、他のシステム管理マスタの該当職員の設定が削除されるようにご検討いただけますでしょうか。	システム管理マスタの「1010 職員情報」を削除した際に、該当する職員の「1031　出力先プリンタ名割り当て情報」も削除するようにしました。 なお、有効期間で区切られた職員情報を削除した場合、他の有効期間で該当の職員情報が残っている場合は出力先プリンタ名割り当て情報は削除しません。	H27.1.27
17		システム管理2010のデフォルト設定値表示修正 システム管理2010－レセプト(1)タブ－全国公費併用分請求点集計 以下都道府県の地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値表示(右側)に不備がありましたので修正しました。 30和歌山:修正前(1、0) 修正後(1、1) 38愛媛:修正前(1、0) 修正後(1、1) 08茨城:修正前(2、0) 修正後(2、1) 13東京:修正前(2、0) 修正後(2、1) 32島根:修正前(2、0) 修正後(2、1) 10群馬:修正前(2、0) 修正後(2、4) 26京都:修正前(2、0) 修正後(0、0)(※) (※)京都府地方公費対応に伴い、(0、0)とします		H27.2.24
18	ncp 20150226-009	5001病棟管理情報のF10入院料加算の設定画面で「190106770重症皮膚潰瘍管理加算」の追加をしようとすると「必要な施設基準が設定されていません/0151」とエラーになり追加が出来ません。 施設基準の設定を確認しましたが、「151」にフラグは立っております。 設定がもれているところがあるのでしょうか？	施設基準の判定条件に不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		・(Z07)自院コード期限切れ置換画面について、経過措置薬剤の置き換え対象に患者禁忌薬剤を追加しました。 ・月次統計処理の「経過措置薬剤更新リスト」についても対象に患者禁忌薬剤を追加しました。		H24.12.25
2	ncp 20130105-006	夜間往診加算のマスタ内で「時間加算」の項目がありますが、入力CDなど追加・変更し「F12」キーを押下すると、「エラー情報:0006:選択種別がありません。」が発生します。 強制で登録は可能ですが、ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。	点数マスタ更新画面で、前回の改定で追加となった時間外加算「7　夜間加算」の診療コードを入力した時、時間外加算チェックでエラーとなっていま したので、正しくチェックを行うように修正しました。	H25.1.28
3		特定器材の登録画面で「特定器材種別2」を「上限価格(酸素)」と変更しました。		H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

103 チェックマスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20130321-025	チェックマスタの「薬剤と病名」にて、「シアナマイド内用液1%」(621320701)で「M 適用病名」を選択したところ、一覧に何も表示されません。 適用病名が提供されていない薬剤、例えば「リリカカプセル25mg」は「M 適用病名」自体選択できませんのでわかりますが、「シアナマイド内用液1%」で「M 適用病名」が選択できるのは不具合なのかそれともマスタ提供されているに一覧に表示されないのでしょうか？	適応病名マスタにはデータが存在していますが、全て廃止病名のため表示されませんでした。 データがない場合と同様に「M 適用病名」を表示しないように修正しました。	H25.3.26
2	ncp 20130409-006	データチェックの薬剤と病名についてお尋ねします。 現時点でチェックマスタの薬剤と病名をM適応病名で設定をし、チェックをかけたところ傷病名が全く入っていない患者様についてはチェックにかかりますが、それ以外の患者様についてはかかってきておりません。 また、傷病名が1つでも登録があればその病名が適応病名でなくてもチェックにかかってこないようになっております。 なお、昔からチェックマスタの登録をしている薬剤については登録をし直さない限りチェックにはかかってきているようです。	2013年3月26日提供パッチで[ncp 20130321-025]の対応を行いましたが、チェック区分[1 薬剤と病名]、[2 診療行為と病名]から[M 適応病名マスタ]を選択して適応病名の登録を行ったチェックマスタについては、データチェックでエラーとならない不具合がありましたので修正しました。 【留意事項】 修正パッチ適用後、データチェック処理を実施されますとマスタは自動修復します。	H25.4.15
3	お電話でのお問い合わせ2月26日ーチェックマスタ登録漏れリスト(薬剤と病名)	2月25日のパッチ適用後に、チェックマスタ登録漏れ確認リストの薬剤と病名のチェックをかけると処理結果が0になります。	チェックマスタ登録漏れ確認リストの実行スクリプトに26日のパッチで算定回数チェック一覧表の印刷を行う為の修正を行いましたが、パラメタ編集に不具合があり処理結果が0となりましたので修正しました。	H26.2.27
4		1診療行為マスタに対する適用コードの組合せを最大400件まで登録可能としました。		H26.3.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

103 チェックマスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20140403-088	薬剤情報に対して、手帳記載加算が入力できないというお問合せがありました。 プログラム更新、マスタ更新は最新の状態でエラーも見受けられません。 改訂対応以前のバックアップデータを復元したところ同じ状態でした。 相違点を検証いたしましたところチェックマスタ「5　診療行為の併用算定(同月内)」に期間重複を見つけました。	チェックマスタ業務の有効期間の重複チェックについて、登録済みのマスタで発生している場合はエラーとしないよう修正しました。 不要な有効期間の削除は通常どおりチェックマスタの登録画面から行なうようになります。 (削除処理は元の有効期間の開始、終了が一致するものについて行いますので、必要な期間のデータまで削除されることはありません。) 点数マスタ業務についても同様の対応を行いました。	H26.4.7
6	ncp 20140410-026	6961004を例とします。 ①病名コードを入力し、確定すると、皮膚科特定疾患管理指導料1が入っています。 (自動で入ってきます。登録した覚えはございません。) ②確定すると、登録メッセージが出ます。 ③同じコードを入力し、確定すると、皮膚科・・・は消えています。 ④この状態で、削除をしても、削除にはなりません。エラーも出ません。一本存在しております。 ⑤内容が消えてしまったその1本に、皮膚科・・・を登録すると、有効期間が2本に増え、どちらも内容(皮膚科・・・)が入っていない空の状態です。	4月7日提供のパッチに不具合がありました。 チェックマスタの有効期間の重複チェックの変更を行った際、チェック区分[8 病名と薬剤]、[9 病名と診療行為]について、既に登録済みのチェックマスタを選択して登録処理を行った場合、同じ有効期間のデータが2重に作成される不具合がありましたので修正しました。	H26.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

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 20130910-001	「91 マスタ登録」⇒「107 薬剤情報マスタ」⇒薬剤を入力⇒「参照」ボタン押下⇒「問い合わせ」ボタン押下⇒表示薬剤選択時に添付資料のような「画像ファイルのパスが正しくありません」エラーが表示される。 「1030 帳票編集区分情報」の薬剤情報-画像ファイルフォルダは初期値で、ディレクトリも存在し権限もORCAユーザの書き込み権が存在しています。 またtbl_yakujyoのレコードに存在する薬剤パスも1030で設定しているパスと同等です。 原因と対処をご教授ください。	しおりの雛形データを取得した段階でジョブが完了した状態にしていたため、その後の画像ファイルの取得に時間が掛かる場合は特にこの現象が発生していました。 ジョブ終了の更新タイミングを修正しました。	H25.9.25
2	ncp 20140327-015	自身で撮った薬剤の写真を薬剤情報の写真に登録しようとしたところ、特にエラーメッセージは表示されないにも関わらず、正しく登録されないというお問い合わせをいただきました。 具体的には画像ボタンから画像選択画面で画像を指定して確定を押すと薬剤情報の画面に戻りますが、この時点では薬の写真が表示されています。 登録後、薬剤情報がクリアされるので再度検索して当該薬剤の情報を開くと、画像のパスにはファイル名が入っているにもかかわらず、画像が表示されません。 /var/lib/jma-receipt/medphoto/01フォルダにもファイルが存在しません。 ls -l /var/lib/jma-receipt/medphoto 、 /var/lib/jma-receipt/medphoto/01の権限も得に問題ありませんでした。 ORCAサーバ上から操作しても同様の現象でした。	薬剤情報設定画面で画像ファイルを選択した際にイメージが表示されない、登録した際に画像ファイルが作成されない不具合がありましたので修正しました。	H26.4.3

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

201 プラグイン

番号	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		ラベルの名称を変更しました。 「ベンダー」→「提供元」 「提供バージョン」→「最新バージョン」		H25.1.28
2		プラグインパッケージのインストールについて2処理で行うものを1処理にまとめました。 ラベルの変更を行いました。 「並び替え」ボタンを追加しました。 プラグインパッケージのアップグレードに個別更新を追加しました。		H25.3.26
3	request 20140626-001	プラグインにて地方公費対応(北海道)01hokkaidoを個別更新するとシステム管理マスタ＞3004県単独事業情報が上書きされてしまいます。 以前は上書きされていなかったのでそのように戻してもらえないでしょうか。 (理由は01hokkaidoの乳幼児医療費請求書・事務手数料請求書は札幌市版となっておりその他地域【渡島・桧山】では使用できないため出力しないように設定しているためです。)	本体側プラグイン機能の各処理でプラグインパッケージへ処理コマンド名を通知するように修正しました。 プラグインパッケージ側では、一括更新、個別更新時の処理手続きを改修します。	H26.7.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		claim、APIで病名の入外区分の判定に誤りがあり、入外区分の設定がされていませんでしたので修正しました。		H25.4.25
2	support 20150306-012	ORCAのclaim設定についてお伺いしたいことがあります。 添付ファイルのキャプチャにあるようにオルカから再診の深夜加算を登録しています。 その際にORCAのclaimで、添付ファイルのデータにあるように、xmlで情報が返還されているのですが、xmlのデータの中に深夜加算がなくなってしまっています。 この現象はORCAの仕様なのでしょうか？	診療行為の登録時にCLAIMに送信する内容に、再診料の時間外加算が送信されないことがありましたので修正しました。	H27.3.25
3	ncp 20150305-035	電子カルテとCLAIMにて連動している病院です。 058000からの特定器材商品名ユーザー登録を使用しています。 このコードの使用量として1を電子カルテに入力した際に、ORCAで展開すると05800のコードのあとに＊1となり、その下の器材コードと別れてしまいます。正しい計算ができません。 使用量を数量としてORCAで展開するためにどうしたらいいのかと電子カルテメーカー様から問い合わせがありました。 どのようにすればいいかご教示ください。	CLAIM，APIで作成した中途データを展開する時、商品名コード(058XXXXXX)が剤の最後でかつ、回数指定で剤分離を行っている時に自動発生した特定器材コードに商品名コードの回数指定を反映していませんでした。 この為、特定器材コードが次の剤の1行目となりエラーとなっていましたので、商品名コードの回数を特定器材コードの回数にするように修正しました。 商品名コードと特定器材コードの両方を送信している場合は発生しません。	H27.3.25
4		入院claimの退院登録で作成された収納データを収納業務より確認すると、伝票発行日がゼロで表示される不具合がありましたので修正しました。		H27.4.8

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		請求金額シュミレーションAPIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.1.28
2		患者病名情報に保険病名フラグの情報を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.8.27
3		指定された日付の受付一覧返却APIを更新しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.9.25
4		受診日指定による来院患者一覧APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.9.25
5		入院基本情報返却APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.9.25
6		病棟、病室情報返却APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.9.25
7	support 20130925-026	ORCAから電子カルテへ受付情報をCLAIM通信で飛ばしています。 ORCAのメニューから手動で受付した場合と、APIで受付した場合とで、 送信するXMLの内容に1ヶ所差異があります。 →予約請求モジュール、「claim:appoint」の「claim:memo」の項目が、 ①ORCAメニューから受付した場合 ”診察1”(診療内容コードに紐付いた名称が入る) ②APIで受付した場合 ”01”(診療内容コードそのものが入る)	受付APIで受付後に送信するCLAIM内容の診療内容を診療内容区分を送信していましたので、受付登録画面から送信するCLAIMと同様に診療内容名称を送信するように修正しました。	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8		中途終了データ作成APIの病名登録に補足区分の対応を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
9		中途終了患者情報一覧APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
10		入院患者食事等情報APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
11		保険者一覧情報APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
12		患者登録APIで一時的にtbl_paraテーブルにデータを追加していますが、 削除していませんでしたので削除するようにしました。		H25.10.28
13		入院患者医療区分・ADL点数情報APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
14		入院患者基本情報(履歴を含む)APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.10.28
15		患者登録APIに保険追加機能を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.11.26
16		仮計算情報返却APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.11.26

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17		入院関係のAPIについて項目名を一部変更しました。 主な変更点は 室料差額をRoom_Chargeに統一 消費税をConsumption Taxに統一 食事をfood -> mealに統一 詳細についてはホームページを参照してください。 ・入院基本情報 ・入院患者食事等情報 ※ サンプルの名称も変更 ・入院患者基本情報 ・病棟・病室情報		H25.11.26
18	ncp 20131125-005	連動先の電子カルテメーカーからAPIで日レセの患者情報、漢字氏名、カナ氏名の更新を掛けると1回目は問題なく修正ができるが、2回目はエラーとなって更新できないとの連絡がありました。 電子カルテ側に表示されるAPIのエラーコードは50と51だそうです。	API患者登録処理で患者氏名を同日に2回変更した時、更新エラーとなっていました。 旧姓履歴に当日の登録がある時は、旧姓履歴の登録を行わないように修正しました。	H25.12.24
19		患者情報に地域連携IDと同意区分の情報を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.12.24
20		収納情報返却APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.12.24
21		診療情報返却APIに診療区分別剤点数(class=04)の機能を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H26.1.28
22		患者情報に介護保険情報・介護認定情報・地域包括診療対象疾病の情報を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23		システム管理情報に医療機関情報取得を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H26.5.27
24		受付・予約・症状詳記の登録処理に警告メッセージの返却項目を追加しました。また、エラーメッセージの内容を変更しました。 患者一覧取得で、エラーメッセージ内容を編集しないエラーがありましたので、編集するように修正しました。		H26.7.24
25	support 20140627-023	ORCA API 診療行為 中途終了データ作成(medicalmodv2)の動作について質問させていただきます。 2つ以上の主保険、公費が登録されている患者で一部の保険組み合わせがORCA APIから選択することが出来ません。 これはこの様な仕様なのでしょうか。	CLAIM, APIの中途データ作成で、当日に保険と公費がそれぞれ複数存在していた場合、指定した保険・公費での保険組合せ番号が別の保険と指定した公費の保険組合せ番号より大きい時に、別の保険と指定した公費の保険組合せで作成することがありました。 正しい保険組合せで作成するように修正しました。	H26.7.24
26		エラー・警告メッセージの強化を図りました。 「中途データ作成API、外来データ送信時の入院中チェック」 「中途データ作成エラーの強化(含む病名)」 詳細についてはホームページを参照してください。		H26.10.27
27		システム状態の取得APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H26.10.27
28	support 20140925-020	主保険の保険番号、公費の保険番号さえ指定すればORCAで保険/公費の識別が可能だとご回答頂きましたが、動作確認してうまくいきませんでした(送信した保険組合せ情報が診療行為画面で表示されない)。 ちなみに主保険の保険番号、公費の保険番号、公費の名称を指定したところ問題なくORCAで保険組合せ情報を認識できました。 公費の名称も必要でしょうか？	APIの中途データ登録で公費の種別のみを送信した場合、保険組合せをゼロで作成していましたので、公費の種別から公費の名称を確定して保険組合せを決定するように修正しました。	H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29	support 20141006-011	ORCAの患者で公費が複数あり、保険組合せのパターンが複数ある場合、受付時のCLAIM電文では、公費の順番が公費の種類のコード番号順になっているように思います。 こちらはあっていますでしょうか？ 日レセAPIの中途データ登録時に、CLAIMで受信した順番で公費を設定し、送信した場合、「保険組合せをゼロで登録しました」となります。 ORCAから各種API(CLAIM/日レセAPI)で公費情報を取得した場合は、公費の種類順になり、電カルからORCAに送信する場合は、ORCAの保険組わせ順に送信しなければ正しい動作にならない。 こちらは仕様通りの動作でしょうか？	CLAIM、APIで返却している保険組合せ毎の公費情報の返却順を保険組合せの登録順にしました。	H26.11.25
30		中途終了データ作成API 　外来診療分の中途データを追加可能としました。		H26.11.25
31		患者基本情報返却API 　・新患来院日、最終来院日を返却可能としました 　・保険組合せの負担割合を返却可能としました 　・保険確認日を返却可能としました		H26.11.25
32	ncp 20141126-007	今回、外部システムからORCAの予約メニューに予約情報を連携することになっております。 相手先の予約システムから予約コメント(メモ)情報を取り込んだ際に25文字まで取り込みできているようですが、それ以上は取り込めないようです。 予約システムからは、API通信でORCAに対して情報を送信しているようで25文字以上送信することができないようです。 ORCAの予約一覧帳票をみると、印字できる最大文字数は80バイトのようですがAPI通信の場合、制限がかかる仕組みなのでしょうか。	APIで予約登録を行う時、予約のメモを25文字で登録していましたので、オンラインと同じ40文字まで登録できるように修正しました。	H26.12.18
33		「API患者すべての来院日の取得」対応で、患者受診履歴取得に月数指定を追加しました。		H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
34		APIの受付登録、予約登録、中途データ登録で、ドクター以外の職員コードでの登録が可能となっていましたので、ドクターコードの1桁目が「1」以外の時はエラーとするようにしました。		H27.1.27
35		APIの患者登録の患者情報更新で、性別・生年月日の変更に対応しました。		H27.1.27
36		APIの患者基本情報返却で労災・自賠責保険の情報を返却するようにしました。		H27.1.27
37		入院オーダー確認画面(入院CLAIMの受付状況確認画面)より、入退院登録APIおよび外泊、食事登録、医療区分・ADL点数登録APIのリクエスト情報の確認も可能となるよう変更を行いました。また、リクエストがエラーとなった場合、同画面よりリクエスト情報の訂正を可能としました。 日次統計帳票の[入院オーダー確認リスト]についてもAPIのリクエストを処理対象とするよう変更を行いました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.3.25
38	support 20150521-009	退院当日(退院手続き済)に日レセAPI中途データ送信、入外区分(I:入院)で送信した際、次のワーニングメッセージが出力されます。 「入院中ではありません。入院で展開できません。」 中途データは正常に反映されているように見えます。 上記メッセージが返却された場合、ORCAの入院業務として、どのような問題がありますでしょうか？	APIの中途データ登録で退院日に入院のデータを送信した時、「入院中ではありません。入院で展開できません。」と警告メッセージを送信していましたので送信しないように修正しました。	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		処方せんQRコードについて 厚生労働省一般名処方マスタ(平成24年12月14日現在)の例外コードに対応しました。	2171700SAZZZ:硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」 2649731SAZZZ:フェルビナクパップ70mg「NP」	H24.12.17
2		データベースエンコーディングがUTF-8に設定している場合、帳票出力すると部分的に文字化けする可能性がありましたので修正しました。		H24.12.18
3	support 20121128-003	.210+薬剤+10行のコメント+用法でフリーズが発生しました。	投薬の剤にコメントコードを10件以上入力した場合、薬剤情報提供書を発行時に、処理がフリーズしていましたので正しく処理を行うように修正しました。	H24.12.25
4	request 20110610-005	退院証明書記載に「3　当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間」があります。ORCA導入時は入院歴作成で、通算対象日数を調整することができますが、入院歴が多数あり、誤って入力した場合、修正するのが困難です。 もっと簡単に登録・変更できるように改善して頂くか、5000 医療機関情報?入院基本に退院証明の記載登録の退院証明記載欄で、2と3の記載をそれぞれ別に設定できるようお願い致します。	退院証明書の「2. 当該保険医療機関における入院基本料(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間」欄と「3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間」欄についての記載有無をそれぞれ設定可能とするため、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の退院証明書記載設定に「2の欄のみ記載する」、「3の欄のみ記載する」の設定を追加しました。	H24.12.25
5	ncp 20130109-021	埼玉県の広域連合分が保険請求確認リストにあがらないユーザーがあります。埼玉県以外の広域連合分はリストにあがっています。リストにあがらない広域連合の患者の[43　請求管理]の請求区分は、請求済みになっています。また、平成24年12月分は上記現象になりますが、平成25年1月分では、すべての広域連合分がリストにあがっています。	保険請求確認リストで広域連合分の処理に不具合がありましたので修正しました。 実際の保険者番号がクリアになっており都道府県の保険者にまとめられて保険者番号ごとの分類ができなくなっていました。 また、複数の都道府県の保険者があった場合に番号の大きい保険者番号のみ印字されていました。	H25.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		患者病名の未コード化傷病名について、コード化が可能な傷病名の一覧作成を可能としました。 末尾の()内の傷病名を補足コメントとして登録した場合に、コード化可能な傷病名についても一覧作成を可能としました。 また、自院病名についても一覧の作成を可能としました。 月次統計画面より新設したパラメタ「チェック区分」の設定をして実行してください。		H25.1.28
7		月次統計帳票の定期請求患者一覧表について、帳票が作成されない(処理対象のデータがある場合でも0件で終了してしまう)不具合がありましたので修正しました。		H25.1.28
8	ncp 20130205-010	以下の条件で、「23収納」から支払証明書を印刷すると、合計欄が印字されず出力されるため、バグだと思われます。 ご確認・検証をお願いします。 ＜条件＞ ?入院患者 ?支払証明書:2 月別証明書 ?期間区分:1 診療機関 ?請求内容の印字:1 印字する ?期間開始日前診療分の支払い:1 支払額に含める ?期間終了日後の支払:2 支払額に含めいない ?印字結果が12ヶ月分 且つ 年をまたぐ場合。(例:平成23年12月?平成24年11月) 上記、条件が合うときのみ、合計欄が印字されませんでした。 印字結果が11ヶ月以内や13ヶ月以上となった場合は、合計欄が印字されます。	支払証明書について、印刷時に1ページの明細欄がちょうど全て埋まる場合に、合計欄の編集が行われない場合がありましたので修正しました。 証明期間には該当しますが、編集条件に該当しない収納が期間の最後に現れると現象が発生します。	H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9		二次元バーコード(QRコード)を読み取る機種により、全角文字部分で文字化けが発生することが分かり、漢字モードによりQRコードを作成するように修正しました。		H25.2.25
10	ncp 20130212-021	未コード化病名一覧の(自院病名)リストについて教えて下さい。 このリストの中に、理由が「廃止病名あり」というものがありますが、どのような事象の場合にリストアップされるのでしょうか。 リストアップされた病名であっても、電レセのデータを確認しますと正しくコード化されていましたので、具体的に何をチェックしたらよいか教えて下さい。 例) 入力コード:001　病名:高血圧症 理由:◎廃止病名あり【廃止日:　0　0　0　8833421　高血圧症 入力コード:002　病名:腰痛症 理由:◎廃止病名あり【廃止日:　0　0　0　8840829　腰痛症 など、自院病名のほとんどがリストアップされています。	月次統計より「未コード化病名一覧」をチェック区分「0」で作成した場合、編集病名となっていない自院病名の廃止のチェックについて不具合がありました。 このため、データコンバートから作成した自院病名は一覧の記載がおかしくなり、画面から登録した自院病名は廃止病名、移行病名等のチェックの対象となっていませんでした。	H25.2.25
11		お薬手帳についてQRコードの仕様を修正しました。 QRコード 　バージョン:14 → 12 　誤りエラーレベル:L → M(原則) と仕様を変更して作成するように修正しました。 また、分割QRコードとなる場合は最大12まで作成するように修正しました。 ※QRコードの間隔が狭いとうまく読み取れない場合があるためです。		H25.2.25
12		公開帳票のカルテのクライアント印刷ができませんでしたが、本体側の不具合でしたので修正しました。		H25.2.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	ncp 20130307-007	薬剤情報の服用方法の印字についてお尋ねします。 1剤に2つの服用方法を入力した場合、 薬剤情報に印字される順序が 入力した順と逆になります。 Ver.4.5.0までは、入力した順に印字されていました。 入力した順に印字することは可能でしょうか？	ver4.6.0から剤としての服用方法の決定を変更しました。 剤の最下行にある服用時点を設定された服用方法を原則剤全体の服用方法としますが、服用時点の設定がない服用方法でも同様に扱っていましたので修正しました。	H25.3.26
14		ver4.6.0から、診療力(カルテ)(ORCHC01)のプログラムオプションの(5)カルテ病名疑い編集 CHARTKBN の判定を行っていませんでした。 このため、CHARTKBN=1 の設定がなくても、UTAGAIKBN=1 が設定されていれば、カルテ病名にも疑い区分を編集していました。 カルテ病名の疑い区分の編集は、CHARTKBN=1 で判断するように修正しました。		H25.3.26
15	support 20130401-015	薬剤情報提供書相当の情報をCSVファイルに出力するカスタマイズプログラムを作成していました。 そのプログラム内で、 PROCEDURE DIVISION USING SPA-AREA ORCHC30AREA. とORCHC30AREAを利用しています。 そこから用法コードなどの情報を取得しています。 MOVE　ORCHC30-YSRYCD(IDX)(6:4) TO　F01-YOUHOUCD この時の動きですが、4.5と4.6で差があるようです。 用法が「0010008221回1個発熱時」のコードですと ORCHC30-YSRYCD(IDX)は空です。 用法が「0010001441日1回夕食間に」のコードですと ORCHC30-YSRYCD(IDX)は 001000144です。 つまり、用法コードによって、ORCHC30-YSRYCDに用法コードがはいったりはいらなかったりしているようです。 4.5の環境ではこのような事は無いようです。	薬剤情報提供書発行のパラメタ(ORCSCH30AREA)の編集内容を変更しました。 剤内に服用時点のある用法コードが存在しない場合、ORCHC30-YSRYCD を空白としていましたが、最初の用法コードを編集するようにしました。 残りの用法コードはORCHC30-YOHOU (1)から(4)に編集します。 入院分も同様に変更しました。	H25.4.15

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16		処方せんQRコードの一般名コードについて 620009040 ビジュアリン眼科耳鼻科用液0．1％ を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードを変更しました。 3月31日まで 1315701QBZZZ 4月 1日から 1315701Q4ZZZ		H25.4.25
17	ncp 20130408-020	平成25年3月31日で経過期限切れのお薬を含む処方内容を、4月の日付で前回処方ボタンより印刷しようとすると、「交付日で対象外のコードがあります。空白で印刷されます」とエラー情報が出るのですが、実際に印刷された処方せんには一行上の内容が重複して印刷されます。	処方せんを前回処方画面から印刷する時、前回の処方を当日の日付で発行した場合に点数マスタが期限切れだった場合、前の薬剤の一般名を記載していました。 薬剤毎に【一般名記載】の予約コードを入力して一般名記載を行っている場合となります。 当日に点数マスタが存在しない時は、名称を空白で印刷するように修正しました。 また、同様の場合、QRコードは作成しないようにしました。	H25.4.25
18	ncp 20130411-020	薬剤情報__ORCHC31__用量欄の表示について 現在、内服7種減額になると (減)日数、数量 が表示されます。	薬剤情報提供書で「(減)」のコメントコードが対象となっていましたので対象外に修正しました。	H25.4.25
19	support 20130501-011	標準帳票　保険別請求チェック表(総括)ORCBGS100の日数合計の表記に関する質問です。 入院(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒7453 外来(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒2737 入院・外来　総計(総括)):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒190 となります。 本来であれば入院・外来　総計(総括)):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒10190となると思いますが、表示がされておりません。	月次統計帳票の[保険別請求チェック表(総括)]について、項目[日数]の最大桁数を4桁に設定していましたが、[入院(総括)]および[入院・外来　総計(総括)]については、[日数]の最大桁数を5桁に拡張しました。	H25.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20		労災の労働者災害補償保険診療費請求書について、公務災害も対象としていましたので対象としないように修正しました。		H25.5.27
21	support 20130501-008	「52月次統計」の会計カードの処理を行うと処理が途中で止まってしまい印刷されません。 何度行っても750件で処理がとまってしまいます。 会計カードの処理区分は 診療年月:H25.4 入外区分:2 並び順:3	月次帳票の会計カードに不具合があり、診療行為業務で診療種別「.990」を入力後にフリーコメントコード(810000001)を入力し、内容を未入力にした場合、会計カードが作成できませんでしたので修正しました。	H25.5.27
22	お電話でのお問い合わせ5月10日ー19年以前の入院領収書で氏名が印字されない	19年8月分の退院再計算を行い請求書兼領収書発行したところ患者氏名のみ印字されないとお問い合わせがありました。	入院請求書兼領収書について、平成20年3月診療分以前のものを退院再計算または、収納業務より再発行した場合、患者の氏名が空白で印刷される不具合がありましたので修正しました。	H25.5.27
23	お電話でのお問い合わせ6月4日ー出産育児一時金保険者番号記載	出産育児一時金代理申請・受取請求書について 退職国保の方の場合に保険者番号欄へは67を除いた6桁が記載されます。 記録条件仕様書には保険者番号を記載するとしか書かれていなかったのですが退職者国保の場合は一般国保と同じ記載でよいのでしょうか。	退職国保の患者の場合、「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」の提出先は通常の国保であることから、保険者番号欄は保険者番号の頭2桁「67」を除いた記載としていましたが、記載するよう変更しました。 また、この変更に併せて「出産育児一時金チェックリスト」についても退職国保の患者で小計を記載するよう変更しました。	H25.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	request 20121022-003	[入院診療費請求書兼領収書]の消費税(再掲)欄についてなのですが、消費税ありの診療行為コード(096******)で自費を入力し会計を処理した際に、 1退院登録時に入金、領収書を発行した場合には[入院診療費請求書兼領収書]消費税(再掲)欄に金額が記載されますが、 2退院登録時には入金無しで処理し、収納画面で入金、領収書を再発行した場合の[入院診療費請求書兼領収書]消費税(再掲)欄には金額が記載されません。 2の状況でも消費税(再掲)欄に金額が記載されるよう改善を希望します。	収納業務の請求確認画面より入金処理にて請求書兼領収書の発行を行う際、入金処理前の入金額が0円の場合(一部入金がなかった場合)、消費税(再掲)欄の編集を行うようにしました。 また、収納または定期請求業務より収納明細を選択して請求書兼領収書の発行を行う場合も、選択された収納明細の直前までの入金額が0円となる場合は消費税(再掲)欄の編集を行うようにしました。	H25.6.25
25	ncp 20130614-022	保険別請求チェック表(標準帳票)にて国保分・総括の印刷指示を行ったところ印字に関して気になる部分がありメール致しました 処理年月　H25.5 入外区分　入院 国保一般高9　の方が1人(診療年月　H25.4)が印字されてくる筈なのですが、帳票には一般高9欄に数字が載っていません 診療年月がH25.4分だからかと思ったのですが、一般の方でもH25.4分の診療の人がいますがその分に関しては問題無く印字されています また、国保の小計欄には上記の方の分と思われる字が含まれた計上がされています	保険別請求チェック表の国保と総括表について、レセプトの種別が1137(医科・国保と2種の公費併用・高齢受給者一般・低所得者 ・入院)となる場合、一般高9欄に集計が行われず合計欄のみに集計が行わる不具合がありましたので修正しました。	H25.6.25
26		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 620334202 硝酸イソソルビドテープ40mg「テイコク」 → 2171700SAZZZ 620587801 クロルヘキシジングルコン酸塩消毒用液5%「NP」 → 2619702QAZZZ 620646004 フェルビナクパップ70mg「ラクール」 10cm×14cm → 2649731SAZZZ		H25.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備　考
27		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード:2649735SAZZZ ロキソニンテープ50mg ロキソプロフェンNaテープ50mg「DK」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「EE」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「FFP」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「JG」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「KOG」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「NP」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「SN」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「TS」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「YD」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「アメル」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「杏林」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「三和」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「タカタ」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「トーワ」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「日本臓器」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「三笠」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「ユートク」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「ラクール」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ケミファ」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「日医工」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ファイザー」	一般名コード:2649735SBZZZ ロキソニンテープ100mg ロキソプロフェンNaテープ100mg「DK」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「EE」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「FFP」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「JG」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「KOG」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「SN」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「TS」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「YD」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「アメル」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「杏林」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「タカタ」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「トーワ」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「日本臓器」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「ラクール」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ファイザー」	H25.7.2
28	support 20130709-012	13照会で検索をかけた際、番号は連番で並ぶと思いますが、検索をかけ、印刷をした時、14件あるうち13番と14番について、患者氏名は検索結果のまま印刷されるのですが、番号のみ、14・13番のように、逆で表示されます。 CSVで保存したときは、検索結果どおり、連番で並びます。 このような表示になってしまうのは何か理由があるのでしょうか。	診療行為の数量または回数を指定して検索を行った場合の検索結果リストについて、番号のみ[13]と[14]が逆に編集していましたので修正しました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29	request 20130501-007	入院診療費請求書兼領収書A00000H03NA4請求期間の記載について、同月内に国保→生保の保険変更の際、国保と生保の2枚作成、記載される請求期間は入院期間ですが、請求期間を各保険適用期間へ分けれるようにして頂けないでしょうか。 生保の関係で市役所より領収書の請求期間について問合せがあっております。	入院請求書兼領収書および診療費明細書について、入院途中で保険が変更になった場合の請求期間を各保険の適用期間とするよう変更しました。 入力事例 入院日:H25.7. 1 退院日:H25.7.31 保険適用期間　国保　　:H25.4. 1 - H25.7.15 保険適用期間　後期高齢者:H25.7.16 - H26.3.31 ↓ 入院請求書兼領収書ー請求期間 ＜変更前＞ 国保　　:H25.7. 1 - H25.7.31 後期高齢者:H25.7. 1 - H25.7.31 ＜変更後＞ 国保　　:H25.7. 1 - H25.7.15 後期高齢者:H25.7.16 - H25.7.31	H25.7.25
30	request 20121208-003	70歳以上で国保をお持ちの方は在宅診療を行うと、保険請求確認リストに一般の方とは別で(在総診または在医総を算定したレセ)として計上されます。 4月改正後、高額療養費の現物給付は在宅診療の有無に関係がなくなりましたので、在宅診療の有無に関わらず一般と同じ扱いで計上していただけますでしょうか。	保険請求確認リストで在総診分と一般分をまとめて集計できるようにしました。 月次統計パラメタの在総診区分に「3:分類しない」を追加し、選択時には分類せずにまとめて集計を行います。 ただし平成24年4月診療分以降を対象とします。	H25.7.25
31	support 20131007-019	標準帳票名:長期入院対象患者一覧表 (事象内容) 基準日:平成25年9月1日　では、処理結果4ページと出力されるが、 基準日:平成25年10月1日では、処理結果0ページとして出力されない。	月次統計帳票の[長期入院対象患者一覧表](ORCBG005)について、入院履歴の検索処理に誤りがあり、これが原因で処理が強制終了してしまう不具合がありましたので修正しました。 [入院患者通算日数一覧表](ORCBG004)についても同様の不具合がありましたので修正しました。	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	support 20131118-011	【ORCBZ002】カルテ3号用紙一括出力の動作についてご質問させていただきます。 在宅の患者さんで同日に、 4/13(1)　院外処方のみ入力・処方箋料なし(0点/0円負担なし) 4/13(2) 在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師・週3日目まで)のみ入力(555点/560円負担) と上記の(1)→(2)の順番で内容を分けて診療行為へ入力を行った際にカルテ3号用紙一括出力を確認すると添付したファイルのように合計点数555点と負担金額560円の記載位置が上下にずれて上がってきていること がわかりました。 診療行為の入力順を 4/13(1)　在宅患者訪問看護・指導料(保健師、助産師、看護師・週3日目まで)のみ入力(555点/560円負担) 4/13(2)　院外処方のみ入力・処方箋料なし(0点/0円負担なし) で入力しなおすと合計点数555点と負担金額560円の記載位置が上段にそろうことが確認できています。合計点数と負担金額が横並びにならなくなる要因をお伺いできればと思います。	外来のカルテ3号紙が、「0 剤毎1行」で設定してある時、収納毎の負担額表示を負担額ゼロでも行っていました。 この為、同一日に複数の収納があり、最初の収納の負担額がゼロの時、当日の1行目が空白で2行目に負担額が表示されるようになっていました。 負担額がゼロは表示しないようにしました。	H25.11.26
33	support 20131127-022	11月26日にパッチ提供された分で質問があります。 カルテ3号用紙について 保険外のみの請求がある場合、今までは月日の印字と別に合計分が印字されていました。 ところが11/26提供のプログラム更新をすると月日は出ず、合計分だけが印字されます。 印刷情報設定のカルテ3号紙(外来)内容は「0　剤毎1行」としています。 今まで通りの印字にしてほしいと医院様から問い合わせがありました。	外来のカルテ3号紙で、「0　剤毎1行」の表示で印刷している場合に、受診内容が自費コードのみの入力であった日の保険外金額の記載をしていませんでしたので正しく編集するように修正しました。	H25.12.4

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
34	support 20131204-006	PTAバルーンカテーテル(一般型・特殊型)についてお尋ね致します。 セット登録より、手術の器材としてPTAバルーンカテーテル(一般型・特殊型)も一緒に登録しました。 セット一覧を印刷すると、PTAバルーンカテーテル(一般型・特殊型)に対して、【経過措置日】H24.12.31と印字されます。 点数マスタで確認しましたが、該当器材の経過措置日は「0000000」のようです。	セット画面から印刷するセット一覧表で、コードの履歴に経過措置年月日の記録がある場合、最終履歴に経過措置年月日の記録がなくても前の履歴の経過措置年月日を記載していました。 最終履歴の経過措置年月日を対象とするように修正しました。	H25.12.24
35		支払証明書の対象期間の開始日に最も近い診療日の収納がその他自費のみの場合、支払証明書の印刷指示の期間区分に[1 診療期間]、請求内容の印字に[3 医保分のみ印字する]を選択して支払証明書の印刷を行うと、日別支払証明書の1行目に診療日のみの明細が編集されていましたので、これを編集しないように修正しました。 同じく月別の支払証明書についても該当の診療月に医保分の入力がない場合は1行目に診療月のみの明細が編集されていましたので、これを編集しないように修正しました。		H26.2.25
36	support 20140325-013	パッチ(第30回)実行後、診療費請求書兼領収書(A5)のMEMO欄が印字されません。 ご確認お願いいたします。	帳票のプログラムオプション取得で、取得するオプション名が1桁目以外でも一致する項目があれば、その項目の内容を返却していましたので正しく取得するように修正しました。	H26.3.27
37	support 20140325-054	法改正の対応テストを行っており、気づいたのですが、「診療費請求書兼領収書」ならびに「診療費明細書(A5)」に関してともに「＊厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。」の一文が半分までしか印刷範囲に入りません。	以下の帳票について、プリンタの印刷領域の制限で今回追加した注意書きのフォントの下半分が切れる場合がありましたので印字位置の調整を行いました。 「診療費請求書兼領収書」(ORCHC03V04) 「診療費明細書(A5)」(ORCHC04 プログラムオプションでA5サイズ指定)	H26.3.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38	ncp 20140328-041	4月1日からの入力に向けて、医療機関様で経過措置となる薬品が含まれるセットの修正をされています。 こちらから「セット登録」-「一覧印刷」を選択し、経過措置日に「H26.3.31」を入力して印刷するようにお伝えしました。 しかし、この印刷方法だと、経過措置が9月30日に延長された薬品なのに【経過措置日】H26.3.31と印刷されて、判断がつきません。 例:620002585　スポラミン注20mg　2%1mL 3月31日で使用できなくなる医薬品のみ含まれるセットを印刷するにはどうしたら良いでしょうか？	セットの一覧表印刷で、経過措置日を設定して印刷した時に、経過措置日が延長となったデータの経過措置日をシステム日付に対し有効な期間の内容で編集 していました。 継続して有効な期間が存在する時は、最終履歴の経過措置日で判定するように修正しました。	H26.4.2
39	support 20140405-005	4/2?4/4入院、短手3(内視鏡的結腸ポリープ・・)を算定した方のレセプトの実日数が「1日」で、退院証明書は算定期間「0日」と記載されている。退院証明書は入院基本料とあるので良いと思うが、レセプトの実日数は「3日」と記載されないとおかしい。との問い合わせがありました。	退院証明書の2.(1)入院基本料の種別に記載する日数と(2)算定期間に記載する日数について、短期滞在手術等基本料2、3を算定していた場合は入院会計に"1"が立っていない日についても、入院日数としてカウントし記載するよう対応しました。	H26.4.11
40		再印刷画面の診療年月日については、現行、入退院登録業務から印刷を行う帳票は内部処理で使っていた日付を編集していましたので、退院日を編集するように修正しました。		H26.4.23
41	support 20140414-028	4月からが退院証明書に反映しない患者様の情報	退院証明書に記載する入院基本料の種別及び算定期間について療養病棟入院基本料AからIで会計作成されている患者の記載に不具合がありました。 4月11日提供のパッチで短期滞在手術等基本料の場合に入院会計のカレンダーが立っていない場合についても日数を記載するようにしましたが、この対応により療養病棟入院基本料でカレンダーが立っていない会計についてもプログラム内部で読み取り対象となってしまった事が原因でした。	H26.4.23
42		月次帳票の会計カードについて、症状詳記区分“90”で入力されたコメントに“上記以外の診療報酬明細書”の見出しの編集を行うようにしました。		H26.4.30

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	5/1 処方せん QRコード 高齢者2割	26年4月以降で前期高齢2割となる患者の一部負担金区分について、高齢者一般(14, 1)ではなく、高齢者7割 (14, 2)で記録されますとのお問合せがございました。	５月１日からの高齢受給者の2割負担について、処方せんの備考欄に「(高8)」と記載していましたので、「(高一)」と記載するように修正しました。 QRデータも高齢者一般である区分１で作成します。	H26.5.1
44		患者の窓口請求額について10円未満の端数処理を行った場合、端数処理で生じた差額を自費の請求がある場合は自費請求額に含めていましたが、保険請求額にのみ10円未満の端数がある場合については、保険請求額に差額を含めるよう修正しました。 (例) 保険請求額　自費請求額 今回請求額 81553円　　8000円　　89550円 の場合、修正前の収納日報では 保険請求額　自費請求額 今回請求額 81553円　　7997円　　89550円 と編集していましたが、修正後は 保険請求額　自費請求額 今回請求額 81550円　　8000円　　89550円 となります。		H26.5.20
45	ncp 20140513-006	5/12の収納日報を印刷したところ1枚目の個人別日計表は問題なかったのですが、2枚目の合計表の件数や金額が実際の2倍くらいの数字が印字されました。 (実際には30名程度なのですが、合計表には60件程で印字されています) プログラム更新・マスタ更新等を行っても改善せず。 また、5/10、5/13(本日)の収納日報は問題ありません。 5/12の日計表だけなのですが、何か考えられる原因がありますでしょうか？	システム上想定外のケースとして、異なる患者の収納に同じ伝票番号が二重採番された場合に収納日報の編集が正しく行えませんでしたが、この場合に正しく編集を行うよう対応を行いました。	H26.5.20 H26.5.27追加修正

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
46		保険別請求チェック表、保険別請求チェック明細表及び保険請求確認リストについて前期高齢者2割の対応を行いました。 〇保険別請求チェック表 ・対象年月が平成26年5月以降の場合、保険区分の名称を以下のように変更しました。 社保　高9公費併用　→　高一公費併用 高9単独　→　高一単独 国保　一般高9　→　一般高一 ・保険別請求チェック表(後期高齢者)について、保険区分の名称を以下のように変更しました。 後期高齢者九割　→　後期高齢者9割 後期高齢者七割　→　後期高齢者7割	〇保険別請求チェック明細表 ・対象年月が平成26年5月以降の場合、保険区分の名称を以下のように変更しました。また、名称の後に給付割合を編集するようにしました。 社保　高9公費併用　→　高一公費併用(9)、高一公費併用(8) 高9単独　→　高一単独(9)、高一単独(8) 国保　一般高9　→　一般高一(9)、一般高一(8) 〇保険請求確認リスト ・該当のレセプトは「70歳以上一般・低所得」に計上するようにしました。	H26.5.20
47	support 20140516-013	ある方だけなのですが入院会計で表示される91日以上の日付と月次統計の入院患者通算日数一覧表及び長期入院対象患者一覧表での91日以上の日付がずれてしまいます。 月次統計帳票が1日多い日付になっております。	入院歴作成で他院の退院日＝自院の入院日となる場合に月次統計の入院患者通算日数一覧表及び長期入院対象患者一覧表の91日以上の日付が1日多くなる不具合を修正しました。 例) 他院歴　入院日 H25.11.11 退院日 H26.2.12 入院登録 入院日 H26.2.12 (継続入院) 修正前は91日以上の表示がH26.5.14となっていましたが、修正後はH26.5.13となります。	H26.5.27
48	ncp 20140604-017	平成26年診療報酬改定にて、向精神薬多剤投与に係る報告書を年1回6月の外来患者様分を提出することになりましたが、これに対応する帳票はございますでしょうか？	向精神薬投与患者一覧を作成しました。 マスタ更新により最新の状態にしてから、システム管理の3002　統計帳票出力情報(月次)で新規登録をします。複写ボタンをクリックして月次統計帳票一覧から”向精神薬投与患者一覧”を選択して登録してください。 処理は「52 月次統計」から実行してください。 なお、様式40のため患者数を計上していますが、参考の件数となりますので必ず内容を確認して使用してください。	H26.6.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード:2649735SAZZZ ロキソプロフェンNaテープ50mg「三友」 一般名コード:2649735SBZZZ ロキソプロフェンNaテープ100mg「三友」		H26.6.25
50	ncp 20140703-010	向精神薬多剤投与一覧についてご質問させてください。 薬価基準収載医薬品コードの先頭7桁に合致する医薬品を対象とします。とあり、スルピリド1179016とあります。 しかし「スルピリドカプセル50MGトーワ」は「2329009」となっているので向精神薬多剤投与患者一覧」には集計されません。 「スルピリド100MG」からは「1179016」せはじまるコードがついているため、集計されます 「スルピリドカプセル50MGトーワ」は除外して大丈夫なのでしょうか？	睡眠薬　フェノバルビタール　1125004 抗精神病薬　スルピリド　2329009 について抽出条件から漏れていましたので追加しました。	H26.7.24
51	support 20140708-022	減免患者(100%)を自費保険で登録したとき、収納日報に減免額がプラスの金額で、自費請求額がマイナスで表示されるとのお問合せがありました。 こちらで検証したところ、自費保険を「課税」で登録している場合、お問合せの事象となりました。	減免患者(100%)を自費保険で登録し、減免前の請求額に10円未満の端数が生じる場合、収納日報に減免額がプラスの金額で、自費請求額がマイナスで表示される不具合がありましたので修正しました。	H26.7.24
52	support 20140808-025	保険請求確認リストを印刷した際とCSV出力した際の表示内容に相違がある。 紙媒体では協会の方がCSVでは退の区分となっている。 医保と公費の併用の方でCSVには併用か単独の区分がなく判断出来ない。	保険請求確認リストのCSV出力データで社保公費併用の場合に詳細区分のセット漏れがあり、直前の詳細区分がそのまま記録されていましたので修正しました。	H26.8.27
53		処方せんの備考欄に記載する前期高齢者の「(高一)」「(高7)」が保険「068　特療費」の場合に記載されていませんでしたので記載するように修正しました。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	request 20131021-002	診療費明細書に右眼や左眼など部位のコメントが記載されません。 保険会社で最近明細書でお支払をして頂けるようですが、部位の記載が必要になります。記載できるようお願いします。	診療費明細書にプログラムオプションで設定したコメントコードを編集対象としました。 また、プログラムオプションの設定で保険外(診療区分＝９５、９６)を点数がゼロでも対象とするようにしました。	H26.10.27
55	kk 33944	11月1日以降、山梨県重度心身障害者医療費助成受給者である県単公費83をお持ちの方の院外処方せんには、レセプトと同様、公費欄への県単公費83に関する記載(掲載)は不要となりますので、記載は行わない仕様としていただけますよう、お願いいたします。公費欄への記載は不可となります。	公費欄は記載せず備考欄に記載するように対応しました。 処方せんのプログラムオプションに、備考記載公費の個別指定のパラメタを追加しましたので該当する公費番号を設定してください。設定できる公費は最大5件とします。 KOHNUM_1=000 ～ KOHNUM_5=000	H26.10.27
56	support 20141028-010	本日プログラム更新とマスタ更新を行われたお客様より、診療費明細書の区分ごとにあった空白が無くなっている、診療情報提供料(1)の診療点数が記載されないとのご連絡をいただきました。 再印刷プレビューで確認したところ、仰ったとおり、行間が消え、診療情報の点数も記載されておりませんでした。 そこで、弊社内でお客様と同じ環境設定を行い出力してみましたが、確かに行間が無くなり、診療情報の点数がありませんでした。 ・社内検証でコメントの印字を設定したときは診療点数が記載されました。 コメントの印字設定がなされていないと、診療点数(金額)が記載されないという状態では困りますので、その点も合わせてご確認ください。	診療費明細書にコメントを表示する対応に誤りがありました。 請求書兼領収書に明細を記載する「ORCHC03V04」で小計がある場合、小計を印刷しませんでした。 また、剤の最後が印刷対象外のコメントコードの場合、合計点数の記載を行っていませんでした。 正しく編集するように修正しました。	H26.10.28
57		会計カードで労災の診療行為で金額で記載を行うものについて、診療区分80(その他)に分類されるものが点数で記載していましたので修正しました。		H26.11.25
58	ncp 20140218-016	支払証明書の住所は37文字まで印字されていますが、自費内訳明細書は30文字で切れています。	自費内訳明細書の医院所在地の最大文字数を50文字に修正しました。	H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
59	request 20141107-001	自費の保険で「回-負担割合」を”108”で設定した場合、領収書右上の「負担割合」が”0.8割”と印字されてしまいます 表示しきれない場合は、印字しないか正しい印字をしていただくよう対応お願いいたします	問い合わせの例の場合、負担割合の表示が桁落ちしていましたので、桁落ちしないように修正しました。 該当する帳票は以下のとおりです。 ・請求書兼領収書(外来)(ORCHC03～ORCHC03V03A5まで全て) ・領収書兼明細書(ORCHC03V04) ・診療費明細書(外来)(ORCHC04) ・診療費明細書(入院)(ORCHCN04)	H26.12.18
60		会計カードにて、再診時療養指導管理料の剤内にコメントを付加していると、920円×回数の表示がおこなわれないようです。	月次帳票の会計カードで労災保険の初診、再診、医学管理等で最後の行にコメントの記録がある場合、点数(金額)・回数の記録が漏れていましたので修正しました。	H26.12.18
61	support 20141211-015	向精神薬投与患者一覧表についてですが、頓服で処方された患者さんが反映されておりません。レセプトでは逓減されております。 頓服で処方した場合でも、一覧表に反映するようにお願いいたします。	向精神薬投与患者一覧の対象に不具合がありました。 多剤投与の逓減を行った受診日で、内服と頓服など複数の診療区分での投薬があり、診療区分順に登録している場合、最初の診療区分以降の投薬が対象外となっていましたので修正しました。	H26.12.18
62		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード:2649731SAZZZ 　フェルビナクパップ70mg「東光」 また、以下の医薬品については平成26年12月12日より例外コードの記録を中止しました。 一般名コード:2649735SAZZZ 　ロキソプロフェンNaテープ50mg「三友」 一般名コード:2649735SBZZZ 　ロキソプロフェンNaテープ100mg「三友」		H26.12.18

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
63	ncp 20141226-017	標準帳票「診療費請求書兼領収書(ORCHC03V03)」(A4サイズ)のフリガナの記載位置ですが、診療日の直下に記載され、氏名欄の文字と離れています。 以前は氏名欄の直ぐ上に記載されていましたが、12月のプログラム更新後から変更された模様です。	前回のパッチ提供で診療費請求書兼領収書を修正しましたが、フリガナの位置がズレてしまいました。 フリガナの位置を元に戻しました。	H27.1.27
64		月次帳票の会計カードについて、昨年の11月末のパッチ提供にて金額合計の編集を追加しましたが、入院の会計カードの場合、金額合計に入院時食事療養費と標準負担額の金額の両方が含まれていましたので、標準負担額を金額合計に含めないように修正しました。 また、標準負担額の明細について、合計欄の金額を括弧で囲んで編集するようにしました。		H27.1.27
65	support 20150309-034	ORCBD006入外別日計表(伝票発行日別)について 【現象】 ORCBD006入外別日計表(伝票発行日別)を入院分で処理した際、「自費」の項目欄に集計されてくる内容が患者によって異なる。 ①診療行為から自費内容の入力、室料差額等の自費内容がある場合、食事療養費 は自費に含まれる。 ②診療行為から自費内容の入力、室料差額等の自費内容がない場合、食事療養費 は各保険分内に含まれる。 収納の内容を確認しても特に特異な点があるようには思えません。 社内で検証したところ、プログラム更新が最新(第66回)まであたっている状態 では・診療行為からの自費内容、室料差額等は自費項目に、食事療養費は各保険分内に集計される動きをしました。 しかし、医療機関の環境を最新(第66回)まであたっている状態にしても、状況が改善されることはなく、一度定期請求をかけ直し等を行い収納内容を新しくしても結果は同じでした。	入外別日計表(伝票発行日別)の集計修正(入院分) 室料差額等の自費分があり、かつ、生活療養の食事負担がある場合、生活療養の食事負担が自費欄に集計されていましたので、保険欄に集計するように修正しました。 (例) 後期高齢1割、3月1日入院、3月10日退院、退院処理3月10日 入院料:療養病棟入院基本料1(入院基本料A)(生活療養) 請求点数:17950点 医療費負担:17950円(17950点×1割) 食事負担:7800円(1食260円×30食) 室料差額:20000円(1日2000円×10日) 入外別日計表(伝票発行日別)のパラメタを「伝票発行日H27. 3. 10」「入外区分1」として処理を行う。 後期高齢欄:17950円 自費欄:27800円 ↓ 後期高齢欄:25750円 自費欄:20000円	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
66	support 20150304-015	システム管理マスタ、1910:プログラム管理オプションから、領収書(ORCHC03V04)のコメントの印字を設定すると、診療行為画面において直下に二つ以上のコメントが入力されている診療行為の点数が、領収書の明細書部分に記載されません。 コメント印字の設定は、どのコメントコードを設定しても同様の現象が起こりました。 例)★診療行為画面での入力 12:再診　72×1　72 12:外来管理加算　52×1　52 13:てんかん指導料　250×1　250 13:特定薬剤治療管理料 特定薬剤治療管理料初回算定　26年10月 血中濃度測定薬剤名:カルバマゼピン　470×1　470 13:診療情報提供書(1) 診療情報提供書算定:3日　250×1　250 ★領収書・明細書部分での印字 [区分]　[項目名]　[点数][回数][合計] 初・再診料　＊再診　72　1　72 ＊外来管理加算　52　1　52 (小計)　124 医学管理等　＊てんかん指導料　250　1　250 ＊特定薬剤治療管理料 ＊診療情報提供書(1)　250　1　250 (小計)　970 以下余白 上記例ですと、医学管理等の合計点数は正常なのですが、特定薬剤治療管理料の点数・回数・合計が空欄で印刷されます。 他診療区分でも試行しましたが、同様に印刷されます。	外来の診療費明細書で、プログラムオプションのコメントの印字でコメントコードを設定している時に、剤の最後に対象外のコメントコードが複数行存在した場合、剤点数の記載をしていませんでしたので正しく編集するように修正しました。 領収書兼明細書の明細書編集も同様でしたので修正しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
67	ncp 20150311-002	入院診療費請求書兼領収書ORCHCN03V03A5と入院診療費明細書ORCHCN04の病室の文字数が違うので、同じ文字数にする方法がありましたらお教えください。 「kaifuk」と言う病室があり、入院診療費請求書兼領収書は6文字「kaifuk」と印字され、入院診療費明細書には5文字「kaifu」までしか印字されず、患者様から指摘があったとのことです。	入院の診療費明細書の病室の文字数が5文字でしたので6文字に変更しました。	H27.3.25
68	support 20150403-038	薬剤情報提供書につきまして、ご連絡いたします。 点数マスタで「1日1回就寝前に」の服用時点に登録をしております。 例えば、眼・耳用リンデロン軟膏を処方した場合、「1日1回就寝前に」という服用方法を入力しました。 薬剤情報提供書を出力した際、服用時点の「寝」に「15」と表示されてしまいます。「全15g」と出てほしいところですが、「全g」と表示されてしまいます。	外用薬については服用時点の編集をやめて全量を正しく編集するように修正しました。	H27.4.23
69	4/24　前回処方　処方内容	1.診療行為入力の「前回処方」から[F4:前回処方] で「OK」する。 2.別の患者で前回処方をおこなうと、上記1(直前)の患者の処方内容も印字される。	処方せんを前回処方の再印刷指示画面の「前回処方」から印刷した時、前に印刷した処方内容が一緒に印刷されていましたので、正しく印刷するように修正しました。 また、受付で処方せんを印刷する時、前回の受診履歴に院外投薬が存在しなかった時、頭書きの処方せんを複数枚印刷していましたので修正しました。	H27.4.24
70	support 20150522-005	未収金一覧表についてお伺いします。 一覧表の下の欄に、合計金額が表示されますが、単純に　請求額＝未就額+入金額　だと思うのですが、入院の合計はあっているのですが、外来の合計が合いません。 外来の合計の差額は、入院の入金額と一致しており、入院の入金額が加算されているようです。	未収金一覧表(伝票別)の入金合計の初期化がされておらず、入院、外来を続けて出力した際に外来の入金合計に入院分が含まれる不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		第3回パッチにより、以下の1テーブルのスキーマを変更しました。 　レセプト明細書(TBL_RECEPRT) DB管理情報は S-040700-1-20121225-1 となります。		H24.12.25
2	support 20121227-013	4.6.0lucidの環境で使用していた帳票のredファイルを、4.7.0へ対応させるためにorcred2convでコンバートを行ったところ、 XXXXXX.red converting...FAILED ## #SOME FILES CAN'T CONVERT BECAUSE OF DATA CORRUPTION!!# ## と表示され、正常にコンバートされませんでした。 そこで、XXXXX.red.err.logファイルを参照して、redファイルを確認したところ、埋め込み文字オブジェクトにダイヤグラム上の表示文字列として指定している文字列に含まれている改行文字でエラーと判定されていることが分かり、この改行文字を取り除いたところ、正常にコンバートできるようになりました。	monpeの帳票に改行コードの入った文字列があるとorcared2conv.shの文字コードチェックに引っかかって変換できませんでし た。 /usr/lib/jma-receipt/scripts/tools/redinspector.rb で改行コードを誤変換するのが原因でしたので修正しました。	H25.1.28
3		第4回パッチにより、以下の11テーブルのスキーマを変更しました。 　患者レセプト分割(TBL_PT_HDIST_DAY) 　チェック例外(TBL_CHKREIGAI) 　請求管理基本(TBL_SEIKYU_MAIN) 　請求管理公費(TBL_SEIKYU_KOH) 　請求管理他(TBL_SEIKYU_ETC) 　請求管理労災(TBL_SEIKYU_RSI) 　地方公費請求書(TBL_KOHSKY) 　レセプト電算(TBL_RECEDEN) 　主科(TBL_SYUKA) 　オンライン返戻明細(TBL_HENREI_BODY) 　オンラインレセ電明細(TBL_ONRECE_BODY) DB管理情報は S-040600-1-20130116-2 となります。		H25.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4		平成25年4月診療報酬改定について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.3.26
5		インストールされていないユーザプログラムの帳票(カルテ、処方せん等のシステム管理[1031 出力先プリンタ割り当て情報]にて登録を行うもの)を診療行為業務等より発行すると画面がフリーズする現象が発生していましたが、帳票を発行しない動作となるように修正しました。 システム管理[1031 出力先プリンタ割り当て情報]について、以下の変更を行いました。 ・ラベルの文言を変更しました(独自開発プログラム → ユーザプログラム)。 ・ユーザプログラムを使用するように設定されている場合、実際に該当するプログラムが存在しない場合は赤で表示するようにしました。 また、「ユーザプログラムがインストールされていません」と注意メッセージの表示を行うようにしました。		H25.3.26
6	support 20130329-017	業務メニュー画面(M01N)から[91 マスタ登録]→[107 薬剤情報マスタ]を押して、薬剤情報マスタ設定画面(N21)にし、コード欄に適当な薬剤などを入力し、右のペインから適当な薬剤名をマウス選択し[参照](F11)を押して、薬剤情報マスター参照情報(N22)のパネルを出現させた瞬間に、stderrに下記のようなエラーが出力されます。 (glclient2:1845): Gtk-CRITICAL **: gtk_accel_group_connect: assertion `accel_key > 0' failed	患者登録画面(P02)、薬剤情報マスタ参照画面(N22)の画面定義体に誤りがあり、警告メッセージが出ていましたので修正しました。	H25.4.15
7		ORCAサーベイランスの報告データでデータ作成区分が空白になる場合がありましたので修正しました。 調査協力ボタンから参加同意した場合に参加状況の報告データが送信されない場合がありましたので修正しました。		H25.4.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	orca-forms 12363	A21000H01A4 のクライアント印刷の動作がうまくいきません。 2名の患者で、ORCHC01 と A21000H01A4 を切り替え、クライアント印刷の設定を切り替えてテストした結果、以下のとおりでした。 ・クライアント印刷[0.しない],ダイアログ表示[0.表示しない] 　ORCHC01.....2名とも印刷できる 　A21000H01A4..2名とも印刷できる ・クライアント印刷[1.する],ダイアログ表示[1.表示する] 　ORCHC01.....2名ともダイアログが表示される 　A21000H01A4..1名ダイアログが表示されない←この部分の報告です！	帳票の印刷枚数が多い時にクライアント印刷の確認ダイアログが表示されないことがありましたので修正しました。	H25.5.27
9		第１１回パッチにより、以下のビューを変更しました。 　入院患者照会(VIEW_I001) DB管理情報は S-040700-1-20130527-1 となります。		H25.5.27
10		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.6.25
11		第１４回パッチにより、以下の2テーブルのスキーマを変更しました。 　患者照会検索条件管理(TBL_SHOUKAIKANRI) 　チェック2(TBL_CHKSND) 　診療行為照会(TBL_SRYSRH) DB管理情報は S-040700-1-20130725-3 となります。		H25.7.25
12	ncp 20130702-014	昨日4.6.0lucidから4.7.0lucidにバージョンアップを手順書通りに進めたところ、プログラムオプションにおいて、「診療費請求書兼領収書」のMEMOを登録しておりましたが、バージョンアップをするとMEMOが消えていました。 何か手順の不手際で発生してることなのか、消えるものなのかを教えてください。	ユーザーにより編集されたプログラムオプションの内容について、マスタ更新データが提供された場合、2回目の提供時にプログラムオプションの内容が初期化されていましたので修正しました。	H25.7.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.7.25
14		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.8.27
15		第15回パッチにより、以下の3テーブルを新設しました。 患者個別設定テーブル(TBL_PTCONF) お薬手帳明細テーブル(TBL_MNOTE_B) お薬手帳管理テーブル(TBL_MNOTE_H) DB管理情報は S-040700-1-20130827-3 となります。		H25.8.27
16	ncp 20130819-004	【登録　診療行為】 グループ診療(本院1・分院12)の設定をしました。 本院・分院の設定前では、問題なく動くのですが 設定後で、接続できないエラーを出しglclientが閉じてしまいます。 検証した結果 10診療所(本院＋分院)までなら動くのですが、超えるとエラーになります。 また、それ以外の受付、予約などはエラーが出ません。 制限や不具合情報がありましたら教えてください。	現行グループ診療構成での本院＋分院の最大件数は10件としており、パッチでは改修できません。 分院を9件として運用をお願いします。 なお、クライアントが接続エラーとなる現象は不具合でしたのでエラーとならないよう修正しました。	H25.8.27
17		JAHIS 電子版お薬手帳データフォーマット仕様書Ver.1.0のQRコード出力はすでに参考提供していますが、CSVデータをクライアント保存によりダウンロードできるようにしました。 将来的には非接触ICカードリーダ／ライタ端末によりスマートフォン等のアプリケーションと連携が可能となります。 これらの機能は参考として提供するものです。 なお、お薬手帳作成プログラムをカスタマイズしてご使用されている場合は、修正が必要となりますのでご留意ください。		H25.8.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	kk 31358	環境設定で日付を変えた場合、「03　プログラム更新」画面へ遷移すると日付が現在日付へ変わりますが、変わらずにすることは出来ますでしょうか。	設定された日付を保持するように修正しました。	H25.9.25
19	ncp 20130830-015	プラグイン機能の「F10一括更新」での更新ですが、今回、地域公費の更新と集計表と統計帳票のプログラムが最新の状態になっていないので一括更新をかけましたが、一度に更新されませんでした。 一回につき一個しか更新されないようなのですが、そのような仕様なのでしょうか？ 「一括更新」のボタンなので一度で更新されるものと思っておりました。 一度で更新されない場合、「個別更新」との違いはあるのでしょうか？	一括更新処理中に古いバージョンの削除処理でエラーが発生してしまい、処理を中断していましたので修正しました。 個別更新も一括更新と同様の処理となっていましたので指定したプラグインのみ処理をするように修正しました。	H25.9.25
20		第17回パッチにより、以下のテーブルを新設しました。 　病名入力セットテーブル(TBL_BYOMEIINPUTSET) DB管理情報は S-040700-1-20130925-1 となります。		H25.9.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21		労災レセプト電算システムについて対応しました。 労災マスタ追加に伴う対応 (平成25年7月診療分以降で対応) 追加となる労災マスタ 101120050　電話再診料 101120060　同日再診料 101120070　同日電話再診料 101120080　電話等再診料(同一複数診療科受診) 1、診療行為入力 　医保同様に、保険に関係なく同日に再診料の算定があれば、同日再診料を自動発生します。(電話再診も同様です) 2、請求確認画面 　労災自賠保険適用分(円)欄の「再診」に該当金額を集計します。	3、レセプト (1)診療実日数　・・・　算定日は実日数1日としてカウントします。 (2)金額　・・・　金額欄の「再診」に集計します。 (3)摘要欄コメント自動記載 ◎101120050　電話再診料 ◎101120060　同日再診料 ◎101120070　同日電話再診料 ・摘要欄への記載は省略します。 ・電話再診回数コメント、同日再診回数コメント、同日電話再診回数コメント を自動記載します。 記載例)＊電話再診(1回) 同日再診(1回) 同日電話再診(1回) ◎101120080　電話等再診料(同一複数診療科受診) ・複数診療科受診コメントを自動記載します。 記載例)＊複数診療科受診 内科　1日、2日 外科　2日 ・複再算定診療科コメントを同一剤に自動記載します。 (「830000051 複再算定診療科:」のコメントコードが同一剤にある場合を除きます) 記載例)＊電話等再診料(同一複数診療科受診) 複再算定診療科:外科	H25.10.3
22	ncp 20131004-001	レセプトをクライアント印刷すると、枚数が多い場合「monsiaj　印刷通知　印刷に失敗しました(印刷試行回数の上限を越えました)」が表示されますが、解決方法を教えて頂けますでしょうか。	大量印刷の場合、印刷データ取得のためリトライ100回の間に印刷データ作成が完了しなかったために発生しました。 リトライ回数を1000回に増やす修正をしました。	H25.10.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.10.28
24	request 20130520-001	プログラム更新を行った際、「日レセを再起動します」と表示され[F1戻る]を押下しなかった場合、メッセージが表示されます。 メッセージの表示が『通信エラー(サーバがPINGに応答しません)』・『writeエラーパイプが切断されました』・『接続がきれました』と3つのメッセージを確認しております。 再起動のタイミングにより表示されるメッセージが異なっているとのご回答をいただいておりますが、ver4.6の時のようにメッセージを1つに統一して頂きたく要望を上げさせて頂きます。	プログラム更新処理で再起動前の接続中端末の強制終了が正しく実施されていないため、端末側の切断メッセージが”通信エラー(サーバがPINGに応答しません)”となっていました。 強制切断の手続きを修正しましたので切断メッセージは”端末は強制終了しました。”となります。	H25.11.26
25		第23回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 患者地域連携テーブル(TBL_PTNUM_PUBLIC) 医療情報連携基盤データテーブル(TBL_RENKEI_TMP) DB管理情報は S-040700-1-20131224-2 となります。		H25.12.24
26		第25回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 患者入院履歴テーブル(TBL_PTNYUINRRK) 患者労災保険情報テーブル(TBL_PTRSIINF) 患者病名テーブル(TBL_PTBYOMEI) DB管理情報は S-040700-1-20140128-3 となります。		H26.1.28
27		自賠責(健保準拠)の第三者行為の対応を行いました。		H26.1.28

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28		第28回パッチにより、以下のテーブルを追加又は変更しました。 チェック例外テーブル(TBL_CHKREIGAI) 診療科履歴テーブル(TBL_SRYKARRK) マスタ管理テーブル(TBL_MSTKANRI) 患者介護保険情報(TBL_PTCARE_HKNINF) 患者介護認定情報(TBL_PTCARE_NINTEI) 介護保険者マスタ(TBL_HKNJAINF_CARE) DB管理情報は S-040700-1-20140220-5 となります。		H26.2.25
29	support 20140217-017	照会での検索についてお尋ねいたします。 照会で最終来院日を指定して検索をすると、「検索中です」と表示されたまま検索が終わらない現象が出ています。 初めは、カルテ廃棄のために5年前の最終来院日で検索をかけましたが1時間以上かけても検索結果が表示されず、ためしに最近の日付で最終来院日をH26.2.14?H26.2.14と指定して検索をかけても検索が終了しませんでした。 その他の、薬剤を指定しての検索など最終来院日を指定しなければ通常通り検索結果が表示されます。	最終来院日と一緒に他の条件を指定すると検索が終わらなくなる(検索に非常に時間がかかる)不具合を修正しました。	H26.2.25
30		マスタ更新に介護保険者マスタ(ライセンスマスタ)を追加しました。		H26.2.25
31		70歳代前半の軽減特例措置の見直し対応 4月以降70歳に達する方は5月診療分より2割と負担となります。また、3月31日以前に70歳に達した方は引き続き1割負担が延長されます。 詳細は別途資料を参照してください。 ※点数マスタ　099990120(特記事項20二割)の有効期間を平成31年3月31日までに延長するマスタ更新データを提供しています。		H26.3.24

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32		平成26年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※消費税税率改定の対応も含みます。		H26.3.24
33		第30回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　点数テーブル(TBL_TENSU) DB管理情報は S-040700-1-20140305-1 となります。		H26.3.24
34		第32回パッチにより、マスタ更新に選定療養費一般コード振替マスタを追加しました。 DB管理情報は S-040700-1-20140331-1 となります。		H26.3.31
35		プログラム更新処理中にマスタ更新処理を起動できなくする対応は以前行いましたが、再起動予告のカウントダウン中にマスタ更新処理を起動することができていましたので起動できないようにしました。 また、マスタ更新プログラムが強制終了した場合でも後続のマスタ更新処理が継続されていましたので修正しました。 プログラムが強制終了した場合はマスタ更新処理を中止し、マスタ更新画面に ========== マスタ更新は異常終了しました。 処理が中止されました。 ========== とメッセージを表示するようにしました。	このパッチは第33回が適用され、次のマスタ更新より機能します。 よって、プログラム更新処理の終了(再起動)を完全に待たずにマスタ更新処理を開始することは絶対にしないでください。	H26.4.2
36	ncp 20140403-035	医師が200名以上登録されている医療機関様で、マスターメニューから「環境設定」→「システム設定」と操作した画面で医師を選択すると、 　readエラー: 　接続が相手からりせっとされました と内容のダイアログが表示されてしまうようです。	環境設定のシステム設定画面で、当日担当医が100件以上となった場合、診療科選択で異常終了となりました。 当日担当医の表示は、100件までとするように修正しました。 1つの科で20件のドクターが登録できますが、20件登録した科が5つ以上あった場合の不具合となります。	~~H26.4.7~~ H26.4.23

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37		医療観察法(入院対応)の改正について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H26.4.7
38	4/3　9月30日 経過措置医薬品　一般名記載	26年9月30日まで経過措置が延長された医薬品について、一般名記載の設定が引き継がれていないとのお問合せ がありました。	引継ぎされなかったマスタについて複写するプログラムを提供しました。システム管理3002「統計帳票出力情報(月次)」で「改正対応(点数付加引継ぎ作成)」プログラムを設定します。 設定後、52月次統計処理から処理を行います。	H26.4.7
39		平成26年4月診療報酬改定における診療報酬請求に係る月次業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H26.4.23
40	support 20140507-006	[101 システム管理マスタ][1010 職員情報]で、 クライアント印刷・・・する、 ダイアログ表示・・・表示しない に設定して、下記の動作を行うと、レセコンがフリーズします。 1. [42 明細書]で一括作成 2. [21 診療行為]で、患者を呼び出し、訂正、処方せん発行 3. [42 個別作成]で、訂正した患者を個別作成。印刷指示画面で、[F11 印刷しない]を選択 4. [42 明細書]から、再印刷を実施。該当データを選択して、[印刷] →[F12OK]を選択するとフリーズする ORCAを再起動して、[42 明細書]から、再印刷を実施すると印刷ができます。	再印刷画面のMCP-PUTTYPEの設定に誤りがあり、場合によってループしていましたので修正しました。	H26.5.8
41		第44回パッチにより、以下のテーブルを追加又は変更しました。 　患者入院履歴テーブル(TBL_PTNYUINRRK) 　EFファイルテーブル(TBL_EFOUT) DB管理情報は S-040700-1-20140512-2 となります。		H26.5.20

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42		データ提出加算の算定要件に必要となるEファイル(診療明細情報)、Fファイル(行為明細情報)の作成を可能としました。 詳細は別途資料を参照してください。		H26.5.20
43		第45回パッチにより、以下のテーブルを追加しました。 　入院料置換テーブル(TBL_NYUINCDCHG) また、マスタ更新に入院料置換マスタを追加しました。 DB管理情報は S-040700-1-20140527-2 となります。		H26.5.27
44		平成26年7月からの栄養管理体制基準未適合の減算について対応しました。 詳細は添付の改定対応資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H26.6.25
45		JAHIS 医療情報連携基盤実装ガイド(レセコン編)を基本仕様とし日レセ改造版として仕様追加した連携データ作成機能を実装しました。		H26.7.24
46		JAHIS 医療情報連携基盤実装ガイド(レセコン編)の連携データで包括算定剤の先頭レコードの診療区分が記録されない不具合がありましたので修正しました。		H26.8.27
47		平成26年4月診療報酬改定における10月1日実施について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H26.9.24
48		第56回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　患者労災保険情報テーブル(TBL_PTRSIINF) DB管理情報は S-040700-1-20141003-1 となります。		H26.10.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49		平成26年4月診療報酬改定における10月1日実施で向精神薬多剤投与の算定のため外用の臨時投薬の診療種別区分を追加しましたが、頓服についても臨時投薬の診療種別区分を追加しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H26.10.27
50	ncp 20141009-007	他社からのデータ移行を「データ移行仕様書」に基づき、行っております。 データ移行プログラムの実行で、処理7患者保険組み合わせ設定プログラムを実行しましたところ、エラーが多数でました。エラー内容は[1]保険番号取得失敗となっていますが、ORCAの患者登録画面を確認すると、主保険情報は移行されているようです。PTKOHINF.CSVには、該当の患者番号のデータはないようです。	患者保険情報のデータ移行で、国保（060）の開始日が平成2年1月1日より前の時、保険番号マスタに登録されている、国保の支払区分＝空白、開 始日＝S2．1．1の範囲内と判断して開始日の変更を行いませんでした。 その為、支払区分＝00のみを対象とする保険組合せ作成でエラーとなっていました。 患者保険情報のデータ移行も、国保の支払区分＝00のみを対象とするように修正しました。	H26.10.27
51		第59回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　マスタ管理テーブル（TBL_MSTKANRI） DB管理情報は S-040700-1-20141114-1 となります。		H26.11.25
52		プログラム更新処理中にマスタ更新処理を起動できなくする対応を以前行いましたが、グループ診療構成環境で医療機関識別番号が1でない医療機関ではマスタ更新処理が起動できていましたのでチェックを追加し起動できないようにしました。 また、反対に医療機関識別番号が1でない医療機関でマスタ更新処理が実行中の場合はプログラム更新処理が起動できないようにチェックと追加しました。		H26.11.25
53		CA証明書更新による対応を行いました。 該当する処理はマスタ更新、プログラム更新、薬剤情報の雛形参照、定点調査、ORCAサーベイランスとなります。 詳細はアナウンスをご確認ください。		H26.11.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54		平成26年4月診療報酬改定における1月1日実施について対応しました。 また、以下の各種制度の改定についても対応しました。 ・難病対策 ・薬事法等の一部改正 ・高額療養費制度 ・産科医療補償制度の一部改定 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H26.12.18
55	das 14113	現在運用しているORCAに関しまして、数日前より特定のプロセスが増加するという現象が発生しております。 各種ログを追っておりますが、気になる箇所があります。 01datainfection2_real.log 　undefined method ～ というログがたてつづけて出力されています。 ログ出力の元となっているのは、感染症データ送信処理と思われます。 プロセスが増大することにより、CPU負荷が高くなっておりますがこちら正常な動作なのでしょうか。	ORCAサーベイランスでセンター側のサーバ不調により接続が集中したためタイムアウトが頻発していました。 同時多発としたサーバ接続を見直し、送信処理を1プロセスに集約しました。	H27.1.27
56		JAHIS 院外処方せん2次元シンボル記録条件規約を基本仕様とし日レセ改造版として仕様追加した連携データ作成機能を実装しました。		H27.1.27
57	request 20140116-002	レーザープリンタ(IPSIO SP4010)にて処方箋、明細書、領収書を印字しています。 印刷をすると処方箋の1枚目→明細書→処方箋の2枚目→領収書の順番で印刷されます。 処方箋を2枚続けて印刷できるようにしたいのですがどうぞ宜しくお願い致します。	診療行為等から出力される、請求書、処方箋等を帳票単位で一まとめにし、各帳票が複数枚ある場合に、それぞれが混ざらないように対応しました。 システム管理[1010 職員情報]の個別設定タブの[プリンタへのデータ送信]で[帳票毎に送信]を設定してください。 デフォルトは[1ページ毎に送信](従来方式)とします。	H27.1.27

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
58	ncp 20150131-003	54の難病の公費のデータがデータ移行の患者公費情報移行チェックプログラムでエラーになりますが、これの対応はいつぐらいになりますでしょうか？(1/31時点でのフォーマット仕様書には54の公費の情報はありませんでした。)	公費のデータ移行で法別番号「54」難病を追加しました。	H27.2.4
59		JAHIS 医療情報連携基盤実装ガイド(レセコン編)の連携データ作成機能で日レセ独自の仕様追加を行いました。		H27.2.24
60		第67回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　入院オーダーテーブル(TBL_ORDER) DB管理情報は S-040700-1-20150325-1 となります。		H27.3.25
61		平成26年4月診療報酬改定における平成27年4月1日実施について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H27.3.25

Copyright(C) 2012-2015 Japan Medical Association. All rights reserved.