

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		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
2		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
3	ncp 20150630-027	ORCAを12台でお使いの医院様よりのお問合せです。 Aの端末で患者様を呼び出し、処理を終了しBの端末で同じ患者様を呼び出すと、Aの端末で使用中と表示される。 Aの端末に戻って確認すると、患者様は呼び出された状態ではなく再度Aの端末で同じ患者様を呼び出した後終了しBの端末に戻ると、通常通り患者様を呼び出す事が出来る。 という状態が多発しているようです。 部屋の移動を伴うので、確実に処理は終了させてから移動している。 と仰っております。 排他制御がかかっているのであれば、Aの端末でも使用できないはずだと思います。 A、Bは特定の端末ではありません。	受付で患者を選択したまま、患者登録へ遷移して「クリア」を行ってから受付へ戻った時など、受付内容がクリアされることがあります。 この時、受付に戻っただけでは前回の受付の排他解除がされませんでした。 この為、患者の入力がないのに排他中になっていましたので、受付へ戻った時に排他解除をするように修正しました。	H27.7.27
4	ncp 20150806-019	受付からカルテ印刷を行っておられる医院様から4.8.0にバージョンアップ後受付画面で患者を呼び出し、保険を選択し、カルテを発行ありにして「受付完了」を行ってもカルテが印刷されないとお電話がありました。 「印刷」をクリックすると印刷されてきます。	受付画面で受付登録時に、カルテ印刷・処方せん印刷を発行する時、クライアント印刷では印刷できませんでしたので印刷するように修正しました。	H27.8.26

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	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. 患者登録ー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. 患者登録ー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
2	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
3	request 20150226-002	H27.2.24のパッチで診療科および保険組合せコンボボックスのリスト数が変更されましたが、11受付も同様に選択できるようにしてください。	診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は患者登録と受付です。 また、患者登録と受付の当日の保険組合せの表示件数を15件から30件に変更しました。	H27.6.25

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	support 20150528-008	難病法の負担金を修正した際の日レセの動きについて確認させていただきます。 修正の手順は以下の通りに行っております。 1. 平成27年4月から平成27年9月末日までの負担金(5000円)の歴を「次月複写」で作成し、登録。 2. 診療行為等を入力後、負担金の設定の間違いに気づき、平成27年9月から、さかのぼった順番でそれぞれ選択し削除を行い、4月分のみ選択し、直接金額を2500円に修正し、「次月複写」を行ったところ、平成27年10月からの歴で「5000円」と修正前の負担金で歴が作成される。 3. 負担金の歴を全て削除し、4月分を「2500円」で再度作成後、「次月複写」を行ったところ、やはり、「5000円」で作成される。	患者登録で所得者情報タブの公費負担額の登録で、既に登録された負担額の履歴を削除後、そのまま[次月複写]押下で負担額の複写追加をした場合、削除した履歴の内容を複写の対象としていましたので含めないように修正しました。	H27.6.25
5		「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療の給付に係る公費負担者番号及び受給者番号の設定について」の一部改正について	難病の実施機関番号追加対応 難病の公費負担者番号は法別番号2桁・都道府県番号2桁・実施機関番号3桁・検証番号1桁の計8桁の算用数字で構成されています。 平成27年7月1日から実施機関番号に「602」が追加される事になりましたので「602」についても、「601」・「501」同様の難病対応(平成27年1月改正対応資料参照)を行いました。 「602」・・・自己負担限度額が0円で、食事自己負担なしの方 <補足> 既に支給認定された患者の医療受給者証の変更時期にばらつきがある事を想定し、「601」+自己負担限度額が0円の場合(食事負担が免除とならない方を除く)は、今までどおり食事自己負担なしとします。	H27.6.25

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	request 20150129-001	患者登録画面で患者を呼び出したときに最初に表示される保険ですが、国保と自費の登録がある場合に、国保の有効期限が入力してあると、必ず自費が表示されます。 医療機関様では、国保の場合有効期限の記載があるため、患者登録時に有効期限の入力をされていますが、保険確認時に最初に表示されるのが自費のため、大変煩わしいとのこと。 おそらく、表示の優先順位の最初の条件が、適用終了日の日付が大きいものから表示しているかと思いますが、適用終了日の入力があっても、有効期限前であれば、適用終了日を99999999とみなせば、保険が優先されて表示されるかと思えます。 国保と自費の登録があり、国保の有効期限が入力されている場合でも、有効期限前であれば、保険が優先されて表示されるように要望致します。	患者登録画面での主保険の表示について優先表示するようにしました。 システム管理の「1017 患者登録機能情報」の保険初期表示区分を設定して、保険の初期表示を変更します。 ・「1 自費以外」 有効期間内の自費保険(98X)以外の保険とする。 対象の保険がなければ1件目となる。 ・「2 自費・労災・自賠責・治験以外」 有効期間内の自費・労災・自賠責・治験等(9XX)以外の保険とする。 対象の保険がなければ1件目となる。 なお、保険の表示順はシステム管理の設定に関係なく、従前通り有効開始日順となります。初期表示の保険が1件目とは限りません。	H27.6.25
7	ncp 20150623-011	患者登録で公費を入力した後に禁忌薬剤を開きますと、先ほど入力した公費が消えてしまいます。	患者登録で、「禁忌薬剤登録画面」へ遷移して戻った時、遷移前の入力中の情報がクリアされていたので、クリアしないように修正しました。 また、遷移前のタブ画面に戻るようにしました。	H27.7.27
8	support 20150723-003	主保険が国保で、公費を2つお持ちの患者さん [62 B型肝炎と、91 重度心身障害者医療費(一日上限200円×月上限4回まで)]の入力、レセプト表示に関する問い合わせです。 一つ目は、B型肝炎の公費はどの公費とも三者併用にならないのですがなぜか。 国保+62、国保+91はできますが、国保+62+91ができません。	062B型肝炎と地方公費の公費登録が有る場合、062B型肝炎+地方公費の保険組み合わせが作成されるよう修正しました。	H27.7.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
9	request 20140730-004	公費の種類「964高額委任払」ですが、上限額がはっきり決まっている場合には所得者情報で設定が可能です、下記のような上限額の場合設定することが出来ないとサポートセンターの方に確認致しました。 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ 国保連合会様へ確認すると、患者様の窓口負担は限度額適用認定証B区分と同じで、レセプトの記載は一般の方と同じ(特記事項、一部負担金の記載無し)になるそうです。 高額委任払の負担金計算で、$+ \alpha$の負担金計算を可能としました。 (例80100+@)(2015年1月診療分以降で対応) 条件等 1. 高齢者、又は、70歳未満の方で限度額適用認定証を提示された方は、現物給付計算される為、高額委任払の対象とはならない。 2. 現物給付計算対象外の方で、高額委任払を行う場合は、患者登録で保険番号964(高額委任払)の公費登録を行う。 3. 該当する所得区分の高額療養費の金額で委任払の計算を行う場合は、公費登録する際、受給者番号欄の1文字目に所得区分(ア～オ)を全角で入力する。 4. 保険番号964の受給者番号欄の1文字目に所得区分(ア～オ)の入力がある場合、入院・外来共に、該当する所得区分の高額療養費の金額で委任払の計算を行う。	5. 保険番号964の受給者番号欄の1文字目に所得区分(ア～オ)の入力がない場合、所得者情報－公費負担額欄で入力されている上限額で委任払の計算を行う。 所得者情報－公費負担額欄で上限額が入力されていない場合は0円とみなす。 6. 外来のみ委任払の計算を行いたい場合は、所得者情報－公費負担額欄で【入院上限額】を 999999 又は 9999999 で入力する。 入院のみ委任払の計算を行いたい場合は、所得者情報－公費負担額欄で【外来上限額】を 999999 又は 9999999 で入力する。 7. システム管理1017(患者登録機能情報)－公費上限額履歴チェックが「1チェックする」で設定されている場合で、かつ、所得者情報－公費負担額欄で上限額が入力されていない公費がある場合、「警告！！公費負担額の設定がない公費があります。」のメッセージ表示を行うが、保険番号964の受給者番号欄の1文字目に所得区分(ア～オ)の入力がある場合は、所得者情報－公費負担額欄で上限額が入力されてなくてもその対象としない。 (公費適用開始が2015年1月1日以降の場合)	H27.7.27

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	request 20130919-005	明細書のみを発行希望する患者が多いため、現在は、21診療行為の請求確認画面で請求書の「0発行なし」に変更しているが、12患者画面の「領収・明細」のフラグを「請求書不要・明細書必要」のフラグを準備してほしいとのご要望をいただきました。	患者登録の領収・明細区分に「請求書不要・明細書必要」を追加しました。 「8 請求書不要・明細書必要」 「9 請求書不要・明細書必要(請求あり)」 「A 請求書不要・明細書必要(訂正時なし)」 上記の区分を選択した時、診療行為の請求確認画面の初期表示で請求書兼領収書は「0 発行なし」、診療費明細書は選択した区分によって「1 発行あり」・「0 発行なし」を表示します。 選択した領収・明細区分の名称を画面に表示します。	H27.8.26

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		照会業務で画面がフリーズする不具合がありましたので修正しました。 以下の入力を行った際に現象が発生します。 (1)照会業務で診療月ボタンをクリック (2)検索条件に点数を指定して検索 (3)適当な患者を選択し診療行為業務に遷移 (4)照会業務に戻る ==> フリーズ発生		H27.5.27
2	support 20150604-013	「13照会」にて期間指定を行い、診療行為を回数指定で検索します。 検索結果では1患者複数月あった場合は月ごとに表示され、回数及び合計が一番上に記載され件数はあっています。 そのデータをCSV出力で抽出すると、1患者複数月あった場合は月ごとに表示され、回数及び合計とも全ての行に同じ件数が記載されていますので、結果重複している計算となります。	CSVファイルの編集を画面に合わせました。 1患者につき診療行為の回数の編集を複数月分行う場合、2月目以降については診療年月と算定日以外の項目については編集を行わないようにしました。	H27.6.25

14 予約

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

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	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
2		診療行為入力画面から前回処方ボタンよりお薬情報の印刷を行うと、薬剤のイメージが印刷されない不具合がありましたので修正しました。		H26.12.18
3		向精神薬多剤投与により逡減となる場合、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。 逡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、逡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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	support 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
5	nep 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。	<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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
6	ncp 20150216-018	(K05)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(K05 1)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
7	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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	request 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
9	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は通減されてきます。 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通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回目の通減で、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」が他の検査との通減対象になっていませんでしたので対応しました。	H27.3.25
10	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します。 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

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	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き「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き「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たので削除するようにしました。	H27.3.25
12	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の中途終了データと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が、数量等の編集を行うように修正しました。	H27.4.8
13	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

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
14	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
15	nep 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

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16		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】公費欄ー一部負担金金額置換」、「099999922 【レセプト】第三者行為ー金額置換」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
17		外来分入力で投薬での薬剤を50明細以上入力した時、「登録」ボタンで画面がフリーズしましたので修正しました。		H27.6.25
18	request 20130906-010	「1030帳票編集区分情報」にて後発医薬品への変更可署名を「1変更可(一般)」としているユーザです。 ジェネリックを希望しない患者については、「099209903後発変更不可」コードを入力していますが、これだと1つ1つの薬剤に対して入力する必要があります。 他レセコンだと一括で後発不可にできるコードがあるそうですが、日レセにも同様の機能を搭載していただけないでしょうか？	院外投薬で後発品変更不可の処方毎の予約コードを入力し、処方せん単位の指定を可能としました。 システム予約マスタ 099209910 後発品変更不可(処方単位) ＜留意事項＞ 処方単位での後発品変更不可指示の入力対応について 厚生労働省では「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を平成25年4月に策定し、目標を達成するために促進策を検討しています。 また、財務省からは後発医薬品の使用割合の目標を年度中に80%に引き上げ、16年度の診療報酬改定で対応する必要があると提言を行いました。 このような国の取り組みに対し今回実装する本機能は、相反するものではありますが、決して先発品を推奨するものではなく、ごく少数ではあるが先発品を希望する患者へのサービスとして、医療事務員の負担軽減を目的としたものです。 この機能を使用する場合で処方せんプログラムをカスタマイズしている場合は修正する必要がありますのでご注意ください。	H27.6.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	ncp 20150617-014	以下3つの検査を行った場合、主たるもの1つしか算定できないはずですが、診療行為画面で2つの検査が入力できてしまいます。 抗シトルリン化ペプチド抗体定量 抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 MMP?3 診療行為に抗ガラクトース欠損IgG抗体定量を入力し、MMP?3、抗シトルリン化ペプチド抗体定量の順に入力すると、「抗シトルリン化ペプチド抗体定量、MMP?3上記検査は重複算定できません」とエラーが出ます。 MMP?3を削除すると抗シトルリン化ペプチド抗体定量、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量の2つが入っていても登録できてしまいます。 本当であれば、抗シトルリン化ペプチド抗体定量、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量も重複算定できませんとエラーが出るべきではないでしょうか。	検査の重複チェックで、抗シトルリン化ペプチド抗体と抗ガラクトース欠損IgG抗体が重複エラーとなっていましたので、重複エラーとなるように修正しました。	H27.6.25
20	特定薬剤 エラーメッセージ	特定薬剤の警告メッセージが「4月日」ではなく、「4月目」ではないでしょうかとの問い合わせがありました。	診療行為の特定薬剤治療管理料の4月目以降のメッセージが、4月日となっていました。 「警告！ 特定薬剤治療管理料は4月目以降の算定に変更して下さい。」と表示するように修正しました。	H27.7.27
21	support 20150804-012	Precise4.8.0の7/27までのパッチが当たっている状況で領収書の複数診療科、複数保険使用時の診療科記載が入力内容に依って異なってしまうという現象がありました。	診療行為で複数科・複数保険組合せの入力をした時、請求書兼領収書を「4 全体をまとめて発行」の場合、全ての診療科が表示されないことがありましたので全て表示するように修正しました。 1つ目の診療科に1つの保険組合せ、2つ目の診療科に複数の保険組合せでの入力を行った場合です。 また、同じ受診履歴を訂正した時、請求確認画面で初期表示する伝票番号が、請求書兼領収書の伝票番号ではありませんでした。 こちらでも全科・全保険表示の時は受診履歴の最初の伝票番号を表示するように修正しました。	H27.8.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
22	support 20150805-007	点滴を包括入力されている詳細を伺っておりませんが、点滴容量が250ml以上500ml未満の場合に警告メッセージが表示されるようです。	外来の点滴が包括剤となっている時、訂正時に登録で警告を表示することがありましたので表示しないように修正しました。 包括対象の点滴は、当日の液量合計の対象外となっておりませんが、訂正時の集計に誤りがありました。 この為、当日の液量合計と点滴手技料が不整合となることがありました。 包括対象の点滴は当日液量合計の対象としないように変更しました。	H27.8.26
23		システム管理の「1014 包括診療行為情報」の小児科外来診療料を「包括算定する」と設定している時、小児科外来診療料を算定した日に、自賠責保険で算定をした時に自賠責保険の診療内容が包括対象となっていました。 自賠責保険の診療内容は包括対象としないように修正しました。 「包括算定しない」の設定時と同じ仕様となります。		H27.8.26
24	support 20150811-025	日レセ操作中にpostgresダウンしたユーザがあり、原因がわからず、調査をお願い致します	CLAIMと診療行為画面で同じ中途終了データに同時に更新を行った時に、DBエラーとなり診療行為画面がフリーズしましたので、フリーズしないように修正しました。	H27.8.26

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	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) ご確認をお願いします	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
2	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
3	nep 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
4		診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は病名、レセプト作成、予約、コメント入力です。		H27.7.27

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	request 20141212-002	医療機関様からオンライン請求時に「瘢痕部妊娠」と登録している患者が受付不能になり請求できなかったとお問い合わせがありました。 受付・点検ASPのエラーコードを調べると4222「保険請求可能な傷病名(傷病名マスタの保険請求外区分が「0」)が記録されていない。」となっており、実際入力された病名の入力CDを確認すると「ZZZ5148瘢痕、ZZZ2059部、9999203妊娠」となっており、支払基金の傷病名マスタを調べますと、「9999203妊娠」は“保険請求対象外の傷病名”となっておりませんでした。 データチェックでも、レセ電チェックでもチェックがかかりませんでしたので、保険請求対象外の傷病名が登録されている場合はどちらかでチェックがかかるようにして欲しいとご要望がありました。 又、この「瘢痕部妊娠」の病名ですが、入力すると上記の様に自動的にコード化され「9999203妊娠」が登録されてしまう為、編集病名にもならずそのままではオンライン請求ができません。「妊娠」と付く病名でマスタにない場合は編集病名として登録できる様にならないでしょうか。	「瘢痕部妊娠」(ZZZ5148瘢痕、ZZZ2059部、9999203妊娠)のように保険請求対象外の傷病名コードを含んだ患者病名の登録がある場合、レセ電データ作成時に未コード化傷病名として記録を行うようにしました。 ただし、「妊娠」(9999203妊娠)のように保険請求対象外の傷病名コードのみの患者病名の場合は、今までどおり傷病名コードのままで記録を行いますので受付エラーとなる可能性があります。 これについてはデータチェックにおいてエラーの扱いで対象としますので確認を行い対処してください。	H27.7.27
6		(C02)病名登録画面の一覧に登録日付、登録時間の項目を追加しました。		H27.8.26

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	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
2	nep 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
3		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桁で編集されていたので正しく編集するように修正しました。		H27.3.25
4	support 20150331-027	会計照会で診療行為の診療日のフラグを追加したときに診療行為画面に名称が表示されない件	会計照会で剤の回数を追加した時に、追加した日の受診履歴が連番の1以外の受診履歴のみ登録されていた場合、受診履歴の更新を行っていませんでしたので修正しました。	H27.4.8
5	request 20150305-003	保険一括変更画面に40件の保険組合せが表示されますが、表示されていない保険組合せ番号のため変更後に手入力をしたがエラーになり一括変更ができません。手入力できるようにしてほしいとのことです。	会計照会の保険一括変更画面に表示する保険組合せの内、削除分については当月に入力のある保険組合せのみ表示するようにしました。	H27.6.25

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	お電話でのお問い合わせ12月18日ー同日再入院入力	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
2	お電話でのお問い合わせ1月13日ー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た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応としている為、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

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3		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－入院基本」 「5001 病棟管理情報」 「5002 病室管理情報」		H27.1.27
4	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

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	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
6	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。こ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を修正しました。	H27.5.27
7	6/1 難病患者 生活療養減額	難病患者については、重篤な病状または集中的治療を要する者に該当するため、生活療養標準負担額の減額対象者に加える旨の通知が出ています。 上記の件で1食260円の計算にしない方法がないか問合せがありました。支払基金の担当者から指摘があったとのこと。	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の対象となる患者が難病公費で入院した場合に、「重篤な症状又は集中的治療を要する者」として生活療養標準負担額の算定を可能とするよう修正しました。 (厚生労働大臣告示第四百八十八号の規定追加に伴う対応となります。)	H27.6.25
8		入院時食事療養(2)算定時に、診療行為で、 197000470 特別食加算(食事療養)、又は、 197001570 特別食加算(生活療養)の入力を行った場合、入退院登録・定期請求・レセプト・退院時仮計算の各処理においてエラーメッセージを表示するようにしました。		H27.7.27

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	support 20150624-017	月途中で後期高齢者に該当した場合に、食事の計算対応ができていない件です。 国保連合会に問い合わせをした結果、前期高齢者の場合は翌月から生活療養の対象になるが、後期高齢者の場合は誕生日からということでした。	療養病床に入院する患者で、広域連合が一定の障害の状態にあると認め、65歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となった場合について後期高齢者医療制度が適用された日から生活療養の入院料選択を可能とするように対応しました。	H27.7.27

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 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																
2	support 20150624-019	お電話でお問い合わせさせていただいた件です。 とくに修正履歴も確認したのですが、うまく見つけれませんでした。 <table><tr><td><病棟></td><td><病室></td><td><入院日></td><td><退院日></td></tr><tr><td>回復期リハビリテーション</td><td>2C-19</td><td>H26.12.11</td><td>H26.12.25</td></tr><tr><td>〇〇病院</td><td>他院</td><td>H26.12.25</td><td>H27.1.14</td></tr><tr><td>回復期リハビリテーション</td><td>2C-19</td><td>H27.1.14</td><td></td></tr></table> H27.3.9 が表示されていました。 H27.3.11 が正しいかとおもうのですが、ご確認お願い致します。	<病棟>	<病室>	<入院日>	<退院日>	回復期リハビリテーション	2C-19	H26.12.11	H26.12.25	〇〇病院	他院	H26.12.25	H27.1.14	回復期リハビリテーション	2C-19	H27.1.14		お問い合わせにある入力時に、入退院日の重複がある日について正しくカウントできず、「91日以上」欄が正しく表示できませんでしたので修正しました。	H27.7.27
<病棟>	<病室>	<入院日>	<退院日>																	
回復期リハビリテーション	2C-19	H26.12.11	H26.12.25																	
〇〇病院	他院	H26.12.25	H27.1.14																	
回復期リハビリテーション	2C-19	H27.1.14																		

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		定期請求処理の一時ディレクトリ対応に不備があり、定期請求処理でエラーが発生した直後に再度定期請求を実行した場合、[収納データ作成]処理から先に進まなくなる不具合がありましたので修正しました。		H26.12.18

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 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

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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
2	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

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3		適応病名関係をリニューアルしました。 薬剤と病名のチェックについて仕様から見直しを行いました。 主な内容 チェックマスタ「薬剤と病名」、「診療行為と病名」マスタについて、適応病名参照区分を追加しました。 参照区分が「参照する」の場合、データチェック時にチェックマスタに加えて適応病名からもデータチェックを行います。 (システム管理「1101 データチェック機能情報2」の設定をチェックマスタ単位で可能とする。) 詳細はホームページを参照してください。 マスタの適用について プログラム更新によりテーブルを新設します。プログラム更新処理が完了した後にマスタ更新を実施してください。マスタ名は医薬品傷病名マスタとなります。なお、従前の適応病名マスタは検査と病名としてそのまま残ります。		H27.6.25
4	support 20150629-025	プログラム更新:6月27日 マスタ更新: 6月27日 に実施している医療機関様のデータチェックエラー内容について確認致します。 1101データチェック機能情報2の画面で適応病名マスタからの直接データチェックの薬剤と病名は「1行う」で設定してあります。 103チェックマスタの1薬剤と病名 リーゼ錠5mg610422300に対するマスタ登録はしていません。 この状況でデータチェックを行うとリーゼ錠5mgがチェックに引っかかりますがチェックマスタ適応病名が表示されなくなりました。 6/26まではチェックマスタ適応病名が表示されていました。 更新後チェックマスタに表示されなくなったにはなにかあるのでしょうか。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の適応病名マスタからの直接データチェックの薬剤と病名を「1行う」で設定してある状態でデータチェックを行った場合、チェックマスタに登録のない薬剤でエラーとなった時に(D04)データチェックエラー内容確認画面のチェックマスタコラムリストに該当エラーの適応病名が表示されない不具合がありましたので修正しました。	H27.7.1

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	support 20150630-013	システム管理の適応病名直接データチェックの設定は「1行う」とし、チェックマスタで「0チェックしない」と設定している場合について チェックマスタで病名が設定されている場合にはチェック対象外となりますが、未設定の状態であると、チェック対象となってしまうようです。	以下の条件で、データチェックを行った場合、適応病名 チェック対象外の薬剤がチェック対象となる不具合がありましたので修正しました。 ・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]―[薬剤と病名の設定] の設定を「1行う」とする。 ・チェックマスタ[薬剤と病名]の設定で病名の登録を行わず に「0チェックしない」を設定する。	H27.7.1
6	nep 20150701-016	システム管理の1101データチェック機能情報2の設定で、適応病名マスタからの直接データチェック＝“行う”、チェックマスタ「薬剤と病名」に未登録の薬剤の有無＝“チェックする”としております。 本日、プログラム更新、マスタ更新を実施後、データチェックを行った際に、エラーリストに「チェックマスタ「薬剤と病名」に登録がありません」のエラーが大量に出るとの問い合わせを受けました。 確認したところ、エラーリストに記載された薬剤は新薬ではなく、コロネル錠、ディオバン錠、マイスリー錠等、以前からある薬剤ばかりです。	問い合わせにあるシステム管理の設定でデータチェックを行った場合、チェックマスタに登録がなく、適応病名マスタ(医薬品傷病名マスタ)に登録のある薬剤が[チェックマスタ未登録]のエラーとなる不具合がありましたので修正しました。	H27.7.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	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・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
2		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

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
3	お電話でのお問い合わせ 1月9日ー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
4	お電話でのお問い合わせ 1月8日ー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ー「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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		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
6		入院レセプト処理時のエラーメッセージ表示修正(医保・労災・自賠責) 入院レセプト処理時に行っているチェックのエラーメッセージが正しい内容で表示されていませんでしたので修正しました。 (例) 外泊日に、入院料加算の診療行為入力がある場合 仮収納データがありません(患者番号:XXXXX) ↓ 外泊日に入院料加算有(患者番号:XXXXX)		H27.1.27

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考								
7	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								
8	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 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>(10040)</td> <td>(40)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(10000)</td> <td></td> </tr> </table> 保険 37962 10040 10040 公費1(010) 36 20 → 10020(※) 公費2(015) 37926 2500 2500 (※) 10020=20+10000		(10040)	(40)				(10000)		H27.2.24
	(10040)	(40)										
		(10000)										
9	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								

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	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
11		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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																
12		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																
13	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 <table><tr><td></td><td></td><td>(10000)</td><td>(80)</td></tr><tr><td>保険</td><td>37184</td><td>10080</td><td>10080</td></tr><tr><td>公費1(054)</td><td>75</td><td>150</td><td>→ 150</td></tr><tr><td>公費2(182)</td><td>37109</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>			(10000)	(80)	保険	37184	10080	10080	公費1(054)	75	150	→ 150	公費2(182)	37109	0	0	H27.3.25
		(10000)	(80)																	
保険	37184	10080	10080																	
公費1(054)	75	150	→ 150																	
公費2(182)	37109	0	0																	

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備考
14		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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15	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 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。 (※)点検用タブー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

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	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
17	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
18	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

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	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点以下の場合是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1500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を修正しました。(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を修正しました。	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を修正しました。 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))	

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
20	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
21	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した)	H27.5.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
22	kk 35869	患者様の住民票は神戸にあり、現住所は神奈川県です。 この公費を、使用することは可能です。 神戸市の障害者支援課の自立支援医療担当に確認しました。 負担額も自立支援医療受給者証の通りです。 兵庫県では、公費として100がありますが、他県での対応はどうすればよいでしょうか？ 保険組み合わせは、003 国保 精神通院 自立支援 (284117)であっても、会計時に患者負担があがりません。 国保と自立支援の組み合わせは、不可という認識で正しいでしょうか？	神戸市地方公費神奈川県対応 神戸市用公費(100、200)を神奈川県の医療機関で使用した場合のレセプト対応 自立支援+神戸市用公費の保険組合せを使用した場合、レセプトの自立支援の一部負担金額欄に神戸市用公費の負担金額を記載します。 <注意事項> 神戸市の方については、神戸市用の自立支援の受給者証しか所持されていませんが、自立支援と神戸市用公費の両方を登録して下さい。 又、所得者情報で、自立支援の入外上限額は必ず”9999999”、他一部負担累計は”0”と入力して下さい。 生活保護の方は、入外上限額を”0”として下さい。 (生活保護の方は、神戸市用公費の登録は不要です。)	H27.6.25
23	support 20150515-011	難病を持っている入院中の患者様ですが、入院目的が難病対象外のため、難病患者等入院診療加算のみ難病として算定している。 ORCAでは難病患者等入院診療加算が算定されているが、返礼レセプトでは、算定されていないことになっており、「請求点数と打ち分けが不一致です」と返礼されてくる。	入院料算定している保険組合せと、診療行為入力画面で入力した入院料加算の保険組合せが異なる場合、当該入院料加算がレセ電データの診療行為レコード(レコード識別:SI)に記録されないケースがありましたので修正しました。 (請求点数等は問題ありません) レセ電の記録から漏れるケース 診療行為入力した入院料加算の保険組合せと、該当日の入院料算定の保険組合せが異なる場合で、加算算定日以外の入院料算定に、入院料加算を算定した保険組合せが存在する場合。 不具合事例 入院料の保険組合せ 5月1日～5月1日 0001(協会) 5月2日～ 0002(協会+公費) 診療行為入力から入力した入院料加算 5月1日に保険組合せ0002(協会+公費)	H27.6.25

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
24	support 20150602-027	EFファイルについて、エラーで帰ってきたとの報告がありました。	EFファイル作成処理で保険組合せの有効期間の切れた診療が対象月に含まれていた場合、該当する保険組合せの診療がEFファイルの記録から欠落する不具合がありました。 業務メニュー「42 明細書」でEFファイル用の処理を実行した際に保険組合せの切れた診療がある場合は、処理結果画面に患者番号と「レセプトが種別不明です」とエラーメッセージを表示するようにしました。	H27.6.25
25	nep 20150604-027	5月27日のパッチ提供により、特記事項「09 施」と初・再診ダミーコードがある場合に「【配】〇回」というコメントが自動表示されるよう設定されましたが、ある医療機関様では「配2回」等のコメント(配にカッコが付かないもの)を登録されていた為にコメントが重複する現象が発生しています。この場合にコメント記載済みとして処理できるようにする対応をお願いします。	配置医師の診察回数コメント自動記載修正 (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」又は、診療行為入力画面で「診療区分99で入力したコメント」に 配〇回 配〇〇回 配〇〇〇回 のいずれかで始まるコメントがある場合、配置医師の診察回数コメントを自動記載しないよう修正しました。 ※〇は任意の文字	H27.6.25

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
26	kk 35975	後期(1割)+54難病+89マル福のレセの一部負担金欄に何も記載されない事例があり、記載漏れで返戻になったそうです。 負担金記載のコメントマスタで入力すれば対応可なのですが、同様の保険組合せで会計しても算定点数によっては記載されます。 高額療養費現物給付判定修正(レセプト) システム管理2010-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(分点ありの場合) 「主保険+地方公費」分の高額療養費現物給付判定について、 ・上記システム管理設定が「0」 (主+地の主保険負担相当額)と(主保険の月上限額)を比較し、 (主+地の主保険負担相当額)>(主保険の月上限額)となる場合、 【高額療養費が現物給付される】とみなします。(変更なし) ・上記システム管理設定が「1」 「0」の場合と同様の判定を行っていましたが、 (主+地の主保険負担相当額)と(主保険の月上限額-公費1の一部負担金) を比較し、 (主+地の主保険負担相当額)>(主保険の月上限額-公費1の一部負担金) となる場合、【高額療養費が現物給付される】とみなすよう修正しました。	(例)外来 後期高齢1割+54難病+愛知県地方公費189 請求点数6000点 後期高齢1割+愛知県地方公費189 請求点数6000点 ※低所得2、難病の月上限額5000円 (6000) (8000)(※3) 保険 12000 → 9000 公費1(a) 6000 5000 5000 公費2(b) 12000 (主+地の主保険負担相当額)・・・1割6000円(※1) (主保険の月上限額-公費1の一部負担金)・・・8000円 (低所得2)-5000円=3000円(※2) (※1)>(※2)となる為、【高額療養費が現物給付される】とみなす。 (保険欄-一部負担金の記載がされます) <補足>(※3)について 愛知県地方公費は、公費1の一部負担金を括弧再掲(下)に加算する設定がされているので、 3000円+5000円=8000円で記載がされています。	H27.6.25
27	support 20150611-007	Ubuntu14.04-V4.8をWinPCにてJAVAを使用しレセプトの自賠責の印刷を行おうとした際に、選択したもののすべてにチェックされたままになります。 例)新様式にチェック→従来様式にチェックと選択すると両方にチェックがついた状態となる。 実際には最後に選択した形式での発行となるようですがこれは何か設定が足りないのでしょうか。	monsiaj(Java版クライアント)の「その他の設定」でルック&フィールが“Nimrod”の場合、「42 明細書」のレセプト作成指示画面で自賠責項目(新様式、従来様式、第三者行為)を一度選択状態にした後、他のレセプト項目を選択しても未選択状態に戻らない不具合がありましたので修正しました。	H27.6.25

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																														
28	お電話でのお問い合わせ6月16日ー食事回数レセプト記載	第一公費 難病、第二公費生保で食事療養は難病単独、特別食加算のみ生保の場合 レセプトの第二公費の食事回数が紙レセだと空欄、レセ電だと0となります。 第一公費と別の回数の場合でも、同じ記載でした。 入院レセプト食事回数欄記載修正 主保険又は公費の食事請求額が入院時生活療養の環境療養のみの場合 食事回数が空欄となっていましたので、「0」を記載するよう修正しました。 (例) 入院料は協会単独(前期高齢)の保険組み合わせで算定。(生活療養)食事なし。入院時生活療養の環境療養のみ算定。 ＜食事の内容＞ 入院時生活療養(1)環境療養 398×30 ＜レセプト＞ <table><tr><td></td><td>回</td><td>請求円</td></tr><tr><td>保険</td><td></td><td>11940</td></tr><tr><td></td><td>↓</td><td></td></tr><tr><td>保険</td><td>0</td><td>11940</td></tr></table>		回	請求円	保険		11940		↓		保険	0	11940	主保険又は公費の食事請求額が特別食加算のみの場合 食事回数が空欄となっていたので、特別食加算の食数を記載するよう修正しました。 (例) 入院料は難病単独の保険組み合わせで算定。食事あり。 生保単独の保険組み合わせで特別食加算を診療行為入力。 ＜食事の内容＞ 難病:入院時食事療養(1) 3食 1920×30 生保:特別食加算(食事療養) 3食 228×1 ＜レセプト＞ <table><tr><td></td><td>回</td><td>請求円</td></tr><tr><td>公費1(難病)</td><td>90</td><td>57600</td></tr><tr><td>公費2(生保)</td><td></td><td>228</td></tr><tr><td></td><td>↓</td><td></td></tr><tr><td>公費1(難病)</td><td>90</td><td>57600</td></tr><tr><td>公費2(生保)</td><td>3</td><td>228</td></tr></table>		回	請求円	公費1(難病)	90	57600	公費2(生保)		228		↓		公費1(難病)	90	57600	公費2(生保)	3	228	H27.6.25
	回	請求円																																
保険		11940																																
	↓																																	
保険	0	11940																																
	回	請求円																																
公費1(難病)	90	57600																																
公費2(生保)		228																																
	↓																																	
公費1(難病)	90	57600																																
公費2(生保)	3	228																																
29	7/6 入院 病名 受診科のみ表示	システム管理マスタ2005より、傷病名名記載区分を「受診科のみ表示」と設定している場合、入院ではこの設定が有効にならず、すべての診療科の病名が表示される動作となるのでしょうか。 (例) 27.5.25 内科で入院 (内科病名登録) 27.7.1 精神科病棟へ転棟 (精神科病名登録) 7月のレセプトで、精神科のみの病名が表示されず、すべての病名が表示される。	システム管理2005 の傷病名記載区分を「0 受診科のみ記載」と設定している場合、レセプト作成時に入院履歴から対象となる診療科を取得するときに診療年月より前に異動処理が行われた入退院履歴の診療科も対象となり、受診科以外の傷病名が入院レセプトに記載されてしまいました。 例) H27.4.10 入院(01内科) H27.6.15 転棟(02精神科) それぞれの診療科で病名を登録 7月レセプトに内科、精神科の病名が記載 入退院履歴からの診療科の取得条件を修正しました。	H27.7.27																														

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
30	kk 35609	東京都の後期高齢者+83の患者様において保険分の一部負担金額欄の誤りで連合会より連絡がありました。 この場合は保険点数10656点なので保険一部負担金欄は(8000)/ 8920ではなく8000円が正しいそうです。 今回は請求先で修正してもらうことになりましたが、今後も請求が続くため一部負担金額欄の計算式についてご確認をお願いいたします。	東京都地方公費レセプト記載対応 ・「国保前期高齢+東京都地方公費全般」のレセプト ・「後期高齢+東京都地方公費全般」のレセプト について、以下のような記載となるよう対応しました。 例1) 外来、後期高齢1割、低所得2 東京都難病(保険番号183)月上限額5000円 「後期高齢+183」・・・請求点9741点 「後期高齢単独」・・・請求点915点 (8000) (8000) 保険 10656 8920 → 8000 公1 9741 5000 5000 例2) 外来、後期高齢1割、低所得2 東京都難病(保険番号183)月上限額5000円 「後期高齢+183」・・・請求点6000点 「後期高齢単独」・・・請求点6000点 (6000) (6000) 保険 12000 9000 → 8000 公1 6000 5000 5000	H27.7.27
31		システム管理マスタ2005レセプト総括印刷情報－自賠責様式選択の初期値を「1.19年4月改正様式」にして欲しい。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の【労災・自賠責タブ】－「自賠責・様式選択」の初期表示を変更しました。 従来様式:「0 旧様式」から「1 平成19年4月改正様式」に変更 新様式 :「0 旧様式」から「2 OCR様式」に変更 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の【労災・自賠責タブ】－「自賠責・様式選択」が未設定の状態では自賠責レセプトの作成処理を行った場合、初期表示の値が設定されてあるものとし、レセプト作成処理を行います。	H27.7.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
32	support 20150709-026	国保連合会の受付・事務点検ASPチェックリストにて紙レセプトとレセ電データの相違が発生したとのお問い合わせがありました。 【内容】 ・エラーコード4501「請求点数が誤っています」 診療識別 空白 事項名 29302 点数(誤) (正)14265 ・エラーコード4454「入院基本料及び特定入院料の算定回数が診療実日数を超えています」 診療識別 90 事項名 精神病棟15対1入院基本料 824×15 レセ電データとコードを確認したところ、入院基本料の記載が誤っているように見受けられます。 なお、ORCAの登録状況に誤りは見受けられませんでした。レセ電チェックでは「45010」のエラーが発生していました。 (エラー内容は4501と同じ) 該当患者様は月途中で保険変更が発生しています。 但し、変更部分は家族区分と番号のみとなっています。	第13回(6月25日)パッチ提供で「support20150515-011」の対応に一部修正ミスがあり、以下のような入院時にレセ電記録に不具合がありました。 例)入院日 7月10日～ 保険組合せ 0001 国保 7月 1日～ 7月 2日 0002 国保 7月 3日～ 99999999 (0001と0002は保険者変更なし。記号番号のみ相違) 上記の場合に、保険組合せ0002で算定された入院料が重複して記録されます。不具合となる対象患者は「44 総括表・公費請求書」でレセ電出力時に「レセ電チェック」を実行されている場合「45010 請求点数が誤っています。」と表示されます。	H27.7.27

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
33	ncp 20150714-006	5月のレセプトで被保険者証番号の先頭の0が記録されず記載内容不一致リストが送られてきた医療機関様があります。 すべて同じ保険者番号の患者様ですが5月の同保険者の診療は退国保を含め117名おりましたが該当の患者様は国保8名退国保1名でした。 例) 被保険者番号 正)003463 不一致リスト)03463 国保連合会様に確認をした所確かにレセプトデータには6桁で記録されており間違いはないのですが9名の患者様だけ国保のシステム上5桁と認識してしまっているための不一致エラーとのことでした。 また国保連合会様に確認前、5月のレセプト提出時の作成済レセプト再印刷画面で提出時の内容を確認しようとしたところ国保が165件あるにも関わらず「該当レセプトがありません」と表示されプレビュー画面を見ることが出来ませんでした。 初期設定の出力順は下記のとおりです。 社保 06編綴順 国保 01 種別・保険者番号・カナ氏名順 広域 01 種別・保険者番号・カナ氏名順 これを国保のみ04 患者番号順として指定印刷で国保のみ選択するとプレビューが見られず社保、国保、広域すべてを04 患者番号順として指定印刷で国保のみ選択するとプレビューが見られます。 これも何か原因が連動したのものと考えられますでしょうか。	「42 明細書」の印刷指示画面で、平成24年4月診療分以降の入院外レセプトについて、社保の印刷順を「06 編綴順」、国保の印刷順を「03 カナ氏名順」または「04 患者番号順」と設定すると、画面の1行目に「編綴順」、3行目に「国保」と表示になり、国保分が印刷処理の対象外となりました。 この設定のときに広域の印刷順を「03 カナ氏名順」または「04 患者番号順」と設定すると4行目に「広域」と表示になり、広域分も印刷の対象外となりました。 社保の印刷順を「06 編綴順」と設定した場合、平成24年3月診療分までは2行目に「編綴順(在医総管または編綴順)」を表示していましたが、4月診療分以降に表示しない対応で漏れがありました。 例) 社保「06 編綴順」 国保「03 カナ氏名順」または「04 患者番号順」 広域「03 カナ氏名順」、「04 患者番号順」以外 国保分が印刷対象外 社保「06 編綴順」 国保「03 カナ氏名順」または「04 患者番号順」 広域「03 カナ氏名順」または「04 患者番号順」 国保、広域分が印刷対象外	H27.7.27
34	support 20150810-027	下記現象が起きていましたので、ご連絡致します。 レセプトプレビューでも、42明細書__個別作成後のプレビューでも同現象が起きていたのですが、診療行為に入力した点数と、レセプトに記載されている注射の点数にかなりの差異が出ております。 レセプトの30注射__33その他の欄です。 診療行為にて入力した点数→14099点 レセプトに表示された点数→6754004点	入院患者の点滴注射に係る加算を薬剤と同一剤で入力し、これに該当する剤の件数が20件以上となった場合、レセプト「33 その他」欄に正しい点数が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H27.8.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考												
35		マル長患者で、月途中で公費が追加となった場合のレセプト記載修正 (外来、高齢者＋低所得者) (例) 前期高齢(1割)、低所得2、マル長あり。 月途中で(7月16日)で更生(自己負担限度額5000円)が適用となる。 7月10日・・・「前期高齢(1割)＋マル長」で診療 請求点数20000点 7月20日・・・「前期高齢(1割)＋更生＋マル長」で診療 請求点数5000点 この場合の保険欄―一部負担金記載について修正しました。 <table><tr><td></td><td>(0)</td><td>(0)</td><td></td></tr><tr><td>保険</td><td>25000</td><td>10000</td><td>→ 8000</td></tr><tr><td>公費1</td><td>5000</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>		(0)	(0)		保険	25000	10000	→ 8000	公費1	5000	0	0		H27.8.26
	(0)	(0)														
保険	25000	10000	→ 8000													
公費1	5000	0	0													
36	support 20150729-016	支払い基金より、療養の給付の保険欄に記載される一部負担金について下記の指摘がありました。 該当の患者様は社保と生保の併用で自己負担金が24600円あり多数該当の高額エの保険の方です。 支払い基金からは社保、生保の併用で負担金が発生する場合の上限金額は35400円なので療養の給付の保険欄に記載される一部負担金については35400円を記載するように連絡が医療機関様へあったようです。	70歳未満現物給付のレセプト記載修正 (主保険＋生保、高額4回目以降) (例) 協会(3割)、生保(自己負担限度額24600円)、公費登録(967、965) 請求点数15000点 この場合の保険欄―一部負担金記載について修正しました。 (高額4回目以降についても35400円を上限とし記載する) <table><tr><td>保険</td><td>15000</td><td>24600</td><td>→ 35400</td></tr><tr><td>公費1</td><td></td><td>24600</td><td>24600</td></tr></table>	保険	15000	24600	→ 35400	公費1		24600	24600	H27.8.26				
保険	15000	24600	→ 35400													
公費1		24600	24600													

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
37	support 20150730-023	患者登録を以下の内容で登録 生年月日:昭和19年10月4日 現在の年齢70歳 保険の種類:002 船員 補助:E 2割下船 レセプトを出したところ、職務上の事由のところに「下船後3カ月以内」の記載がありません。 70歳未満の年齢では「下船後3カ月以内」の記載がされますが、70歳以上になると職務上の事由が空白になります。 ただし、提出用のレセ電を作成してレセ電ビューアでレセプトを確認すると、職務上の事由に「下船後3カ月以内」の記載が確認できます。 レセ電ビューアで作成されるレセプトとORCAの個別作成で作成されるレセプトで違いが生じるのはなぜでしょうか。	保険「002 船員」で補助「E 2割下船」のときに入院外レセプトの職務上の事由欄が記載されませんでしたので修正しました。	H27.8.26
38	kk 36038	和歌山の医院様から4月のレセプトで公費②の請求点が0点と記載され返戻されたところのご連絡がありました。 保険+公費②で入力した場合は、請求点が集計されますが公費①の[54難病]を含んだ保険組み合わせで入力した場合に、公費②には請求点が集計されません。 (今回のレセプトは主保険と同点数なので、空白となるはずです。) 公費②に正しい請求点が記載されるようにご対応お願い致します。 ※シス管[1001医療機関-基本]の都道府県を和歌山県以外で登録した場合は公費①②を含んだ保険組み合わせで入力した内容も請求点が集計されます。 主保険:後期高齢者 公費①:54難病(上限2500円) 公費②:85後期重身(負担無し) 和歌山県地方公費対応(平成22年4月診療分以降) システム管理2010-レセプト(1)タブー全国公費併用分請求点集計 和歌山県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(1、1)としてレセプト記載を行っていましたが、平成22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22年3月診療分までは、内部的に設定値を(1、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8月診療分) ＊ ＊ 後期高齢+054+和歌山県地方公費(185) 1000点 後期高齢+和歌山県地方公費(185) 500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H27.8.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
39	nep 20150810-003	主保険と主保険+54難病で複数科保険で受診している方の配置医師コメント自動記載について教えてください。 主保険で処方があり処方せん料算定、主保険+54難病で処方のみの場合。 54難病では算定点数が0点にもかかわらず、配置医師のコメントレセ記載が「以下 難病 適用分」の下に記載されます。 それが原因で返戻された医療機関様がありました。 手入力でコメントを入力すれば対応できますが、難病では点数が0点なので、「再診(DUMMY)」を算定している主保険のコメントとして自動記載できないでしょうか。	配置医師の診察回数コメント自動記載修正 (例) 患者登録にて特記事項09を登録 複数科保険で診療行為入力(投薬は院外処方) ＜協会＞ .110初診料(DUMMY) .210投薬 ＜協会＋難病＞ .210投薬 上記例のような場合(公費併用分が0点の場合)、診察回数コメントが公費併用分として記載されていたので単独分として記載するよう修正しました。	H27.8.26
40	お電話でのお問い合わせ8月10日ー超重症児(者)算定開始日	超重症児(者)加算の算定開始について 月途中で算定開始日が変更になる場合に、手入力でそれぞれコメントコードを入力しても、剤は別になりますがレセプトにはどちらも同じ日付で記載されます。 それぞれを記載する方法は、ありませんでしょうか。 重症児(者)入院診療加算のコメント自動記載修正 ・超重症児(者)入院診療加算(6歳以上)及び(6歳未満) ・準超重症児(者)入院診療加算(6歳以上)及び(6歳未満) 以下の事例において、 算定開始日のコメントが正しく記載されませんでしたので修正しました。 (例)入院 平成27年6月12日～平成27年7月2日 平成27年7月13日～ (※いずれも入院登録の初回は「1 初回」で登録)	7月診療行為入力 ＜1日～2日＞ .900 190076570 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 840000056 算定開始 27年 6月 12日 ＜13日～15日＞ .900 190076570 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 840000056 算定開始 27年 7月 13日 7月レセプト * 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 算定開始 27年 7月 13日 400×2 * 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 算定開始 27年 7月 13日 400×3 ↓ * 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 算定開始 27年 6月 12日 400×2 * 超重症児(者)入院診療加算(6歳以上) 算定開始 27年 7月 13日 400×3	H27.8.26

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	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、データが残っている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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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。 また、レセ電データチェック処理で外部エンコーディング指定が漏れていたため、医保、労災ともレセ電チェックが実行できませんでしたので修正しました。	H26.12.18
2	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、月途中で乳幼児公費(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？	月途中で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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
3	ncp 20141202-021	EFファイル出力時に「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な方法でしょうか。 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
4	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
5	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を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。 ー 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。 ー 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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	nep 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
7	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「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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	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
9	ncp 20150421-004	包括診療分の点検用レセプト記載対応についてですが包括分の入力を行って点検用レセプトを作成しレセ電データを作成したところ44総括表のレセ電チェックで合計点数エラーが発生しました。 その後、レセ電ビューアを確認しましたが種別点数情報では包括分も含まれた点数が合計となりレセプトプレビューをみると合計点数は包括分を含まない点数でした。 点検の為にレセ電ビューアや他チェックソフトを使用する医療機関様がこの仕様だとチェックできないので修正をお願い致します。	レセ電データチェックで包括診療分の剤をチェック対象としていましたが対象外とするように修正しました。	H27.4.23
10	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
11	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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
12		入院EFファイルの記録内容について、点数マスタの点数識別が「6 % 減算」の時はFファイルの行為明細点数(F-14)に“0”を設定することとされていますが、入院会計で他医療機関受診の減算を入力された場合、“0”以外の値が記録される不具合がありましたので修正しました。 記録内容の詳細については以下を参照してください。 平成27年度DPC導入の影響評価に係る調査関連情報 (http://www.prrism.com/dpc/15dpc.html) に掲載されている「平成27年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」の136頁「行為明細点数:(F-14,EF-14)」		H27.6.25
13		入院EFファイルの記録内容について、平成27年度より外泊の記録方法が変更となり対応を行いました。 (1) 平成27年3月迄の記録 Eファイル、Fファイルとも外泊コードのみ記録(各1レコード) (2) 平成27年4月以降の記録 Eファイル(1レコード)、Fファイル(入院基本料と外泊の2レコード) また入院期間が180日を超えた期間に外泊し、請求が発生しない場合について外泊と同様の記録とすることとされましたので対応を行いました。 (1) 平成27年3月迄の外泊記録 請求自体が無い為、記録なし。 (2) 平成27年4月以降の記録 Eファイル(1レコード)、Fファイル(入院基本料と外泊の2レコード) 外泊分の出来高実績点数(F-18)は入院基本料100%減算分のマイナス点数記録。 記録内容の詳細については以下を参照してください。 平成27年度DPC導入の影響評価に係る調査関連情報 (http://www.prrism.com/dpc/15dpc.html) に掲載されている「平成27年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」の138頁「外泊の扱い」		H27.6.25

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
14		入院EFファイルの記録内容について、平成27年度より特定入院料算定時の記録として「特定入院料を算定しないとした場合に算定する入院料等」を包括分として記録することになりました。 上記、包括分の入力、事前にシステム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の包括登録設定を「1 包括分入力をする」として、診療行為入力より保険組合せ「9999 包括分入力」で入力してください。 入力例 .900 190117710 一般病棟7対1入院基本料 190079470 一般病棟入院期間加算(14日以内) 190***** ← 他にも入院料加算の算定があれば続けて入力してください。 190***** ← (同 上) */3-16 ← 該当期間が3日から16日の場合 外泊日は、次のように入力します。 .900 190117710 一般病棟7対1入院基本料 190107290 外泊(入院基本料の減額) 記録内容の詳細については以下を参照してください。 平成27年度DPC導入の影響評価に係る調査関連情報 (http://www.prrism.com/dpc/15dpc.html) に掲載されている 「平成27年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」記録事例(179頁)「d) 特定入院料に包括される診療項目作成例」		H27.6.25
15	support 20150626-015	EFファイル作成に際し「対象データがありませんでした」となってしまう	第13回(6月25日)パッチ提供で入院EFファイルの特定入院料包括記録対応を提供しましたが、この対応に一部誤りがあり、「42 明細書」から入院EFファイルを作成時に「対象データがありません」と表示されデータの作成ができなくなる不具合がありましたので修正しました。 なお、第13回(6月25日)パッチを適用した状態で処理が正常に終了した場合であっても、必ず最新パッチ適用後に「42 明細書」から再処理を実施してください。	H27.7.1

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16	support 20150714-022	平成27年4月度より「特定入院料を算定しないとした場合に算定する入院料等」を包括分として記録することになったことについて 公式ホームページに掲載されている付属資料「日レセEFファイル」のページより手順を確認。 試行としてH27.4入院患者3名分のみ実施。 「21 診療行為」→患者を指定→保険組み合わせを「9999 包括入力分」を選択→ →「.900 入院(入院料)」「療養病棟入院基本料」「＊／1-30」 「42 明細書」でEFデータ作成 「44 総括表・公費請求書」でEFファイル作成・保存を実施 統合前のFファイルを確認したところ、該当患者のデータに包括分に入力した入院料のレコードが確認できませんでした。	入院EFファイルについて、包括項目の記録が必須となる特定入院料の算定時のみ「9999 包括分入力」で入力された入院料及び入院料加算の記録を行っていましたが、下記以外の特定入院料についてもEFファイルに包括分として記録できるよう対応しました。 [包括項目が記録必須の特定入院料] A300 救命救急入院料 A301 特定集中治療室管理料 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A301-4 小児特定集中治療室管理料 A302 新生児特定集中治療室管理料 A303 総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 A305 一類感染症患者入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料 A4003 短期滞在手術等基本料3	H27.7.15
17	support 20150702-007	昨日のパッチ更新にてEFファイルを作成することができました。 作成はできたがプリズムのチェックをかけたところ、「Eファイルに欠けデータが存在します」と表示されエラーになるとのことでした。 上位3名は短手3で3月に入院し、4月は食事料のみの請求です。 データ区分(E5)に92が記載されていないことが原因でしょうか。	短期滞在手術等基本料3の入院患者について、入院料の算定が無い日について「9999 包括分入力」で入力された入院料及び入院料加算をEFファイルに記録可能とするよう対応しました。	H27.7.15
18	support 20150706-028	EFファイルを厚労省のソフトで結合した際に 【EF-3】出来高実績点数確認 の箇所で「不整合有り」というメッセージが出てしまう。 日レセから出力されるEFファイルを調査しました所 該当の患者様のデータの、Eファイルの11カラム目に本来Fファイルに記載されている入院料が入ってくるべき所が何故か0になってしまっているという状況が確認出来ました。	入院EFファイルの「E-11 行為点数」について入院料の点数がゼロ点で記録されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H27.7.15

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	support 20150718-007	EFファイルについてお尋ねします。 【EF-3】出来高実績点数確認 不整合有とDPC調査局のチェックソフトにかけたらエラーになりました。 データを確認した所、Fファイルの閉鎖循環式全身麻酔の点数が違った 為エラーとなっているようです。 閉鎖循環式全身麻酔2 14600点(195分) 閉鎖循環式全身麻酔5 600点(10分) それぞれ点数が違うのではないのでしょうか…？	30分を超えない部分のきざみ点数の算定で、実施時間の長い順にすると誤りがあり正しく算定ができていません でしたので修正しました。	H27.7.27
20		地域包括ケア病棟でデータ提出加算を算定しているのですが、F-10解釈番号がA245ではなく、A308-03で記録されるようです。	入院Fファイルの「F-10 解釈番号」について、入院料の明細、かつ、行為明細番号が002以降のデータについて、行為明細番号001に記録している解釈番号と同じ値を記録していましたので診療報酬点数上の区分番号をセットするように修正しました。	H27.7.27
21	お電話でのお問い合わせ7月21日-EFファイル主科未設定エラー	労災入院で、健保にて自費コードのみ入力した場合にEFファイル作成時に、主科未設定とエラーで処理が止まります。 自費保険に入力変更すると、エラーは解消されたとのことです。	お問い合わせにある入力を行われた場合、健保に該当する診療が主科未設定と判定していましたので、該当診療分はEFファイル作成時に読み飛ばすよう修正しました。	H27.7.27
22		レセ電データチェックについて、向精神薬多剤投与時の薬剤料逓減点数が0点のものをエラーと判断していましたのでエラーとしないように修正しました。		H27.7.27
23	request 20131209-009	4.7verより、「労働者災害補償保険診療費請求書」の出力が可能となりましたが、ORCAから印刷したものを提出したところ、広島労働局より、指定用紙(様式1号)ではないと受け付けないとの指示を受けたとの事です。 「労働者災害補償保険診療費請求書」の専用用紙へ「枠なし」で印刷が可能となるよう改善をお願い致します。	労災総括表(労災診療費請求書及びアフターケア委託費請求書)について、OCR専用様式での印刷(枠あり、枠なし)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【総括表タブ】に労災総括表(労災診療費請求書及びアフターケア委託費請求書)の様式選択設定と枠記載区分設定を追加しました。 デフォルトは様式選択は「1 確認様式」、枠記載区分は「1 枠を記載する」となります。 ※確認様式は今までどおり、枠ありのみとなります。	H27.8.26

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
24	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。	H27.8.26
25	support 20150808-016	レセ電チェックのエラーで重症者加算の記録が間違っていると表示されます。 レセプトを確認しても問題ないのですがレセ電ビューアでみると〇〇区の点数がORCAで作成した国保請求書と誤差が生じています。 レセ電コードを個別でみると『重症者加算』が2重に記録されているようです。 国保請求書⇒40113点 レセ電ビューア⇒41853点 レセ電ビューアのレセプト⇒40113点 何度も削除し入力し直してみたのですが結果は一緒でした。	平成27年6月25日にパッチ提供した「support20150515-011」の対応に不具合があり、以下の入院登録時のレセ電記録に不具合がありました。 例)入院期間 7月1日－7月31日 保険組合せ 0001 国保 7月 1日－ 7月 2日 精神療養病棟入院料 0002 国保 7月 3日－ 7月31日 精神療養病棟入院料 (0001と0002は保険者変更なし。記号番号のみ相違) 診療行為入力画面で7月 1日から入院料加算を入力 保険組合せ 0001 国保 7月 1日－ 7月 2日 重症者加算1 0002 国保 7月 3日－ 7月31日 重症者加算1 上記登録時に保険組合せ0002で診療行為入力された入院料加算(重症者加算1)がレセ電データに重複して記録される不具合です。不具合となる対象患者は「44 総括表・公費請求書」でレセ電出力時の「レセ電チェック」を実行されている場合、「45010 請求点数が誤っています。」と表示されます。	H27.8.26

51 日次統計

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		日次・月次統計業務について、バッチ処理の強制終了対応を行いました。 日次・月次統計データ作成についても対応しています。 レセプト業務での実装と同様に、情報削除画面より処理の削除を行った際に関連するバッチ処理の強制終了を行います。		H27.1.27

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20150509-008	医療機関様より、統計データの出力が出来ない月があると連絡があり、調査しておりますが、解決に至っておりません。 お手数をお掛け致しますが、エラーメッセージ(STS=22)の意味、原因、解決方法等、ご教授頂けると助かります。	入院の月次統計データ作成時に対象診療年月に保険等の変更で保険組合せ番号が変更になり、入院会計に登録されていた保険組合せ番号が存在しない状態の患者が複数対象となる場合、統計データ作成時の患者情報設定に不具合があり、エラーとなりましたので修正しました。 例) 協会 保険組合せ0001 国保 保険組合せ0002 協会を削除して国保を登録、入院会計は保険組合せ0001から変更せず エラーメッセージ: 月次統計データ(基本情報) 書き込みエラー STS=22	H27.6.25
2	ncp 20150610-024	月次統計メニューから適応病名情報更新(薬剤)を処理しました。しかし、診療行為に使用している点滴薬剤(ユナシン)のチェックマスタが自動作成されませんでした。	月次統計より【適応病名情報更新(薬剤)】を実行してチェックマスタの登録を行う際、診療入力の情報から薬剤を取得する場合は[投薬]で入力されたもののみを対象としていましたが、[投薬]以外で入力された薬剤についても適応病名マスタに存在するものは対象とするように修正しました。	H27.6.25
3		適応病名情報更新(薬剤) 適応病名情報更新(検査) 対象となる薬剤、検査について、チェックマスタの登録の仕様を変更しました。 適応病名マスタの内容をチェックマスタに複写を行うのをやめ、新しい設定項目の[適応病名マスタからの直接データチェック]の設定を「1 行う」として登録するように変更しました。		H27.6.25

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		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。		H27.1.27
2	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
3		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ーレセプト(1)タブー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

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
4	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「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
5		シス管で9000,9800の有効期間を切ってしまった場合、画面操作が修正できなくなるケースがある。 管理番号9800の場合は、 ----- 001 00000000～H27.3.31 002 H27.4.1～99999999 ----- 上記の状態の場合は、画面展開ができ、自動で修正できるが、 ----- 001 H27.4.1～99999999 ----- 上記の場合は、「有効期間の変更はできません。期間なしで登録して下さい。」と表示され画面展開ができない。 管理番号9000の場合は、いずれも展開できない。	9000 CLAIM接続情報、9800 排他制御情報について以下の修正を行いました。 1.有効期間は00000000-99999999のみ登録可とする。 2.既に00000000-99999999以外の有効期間の登録がある場合、その期間を選択して設定画面への遷移を可能とする。(エラーとしない) 3.設定内容登録時、有効期間を00000000-99999999固定で登録する。	H27.5.27

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	お電話でのお問い合わせ7月13日ー チェックマスタ 例外登録	システム管理の設定を、直接データチェックを行うとしたときにチェックマスタの、適応病名マスタからの直接データチェックが9システム管理の設定に従うに初期表示がなりますがこの場合に、左側に病名の登録がないと例外病名の登録ができません。 1行うにするに変更すると登録できるようですが9の場合にはできないものなのでしょうか。	チェックマスタ業務にて薬剤と病名のマスタの登録を行なう際に[適応病名マスタからの直接データチェック]の設定が[9 システム管理の設定に従う]となっている場合、例外薬剤のみの登録はできませんでしたので登録できるように修正しました。	H27.7.27
2	ncp 20150722-024	「薬剤と病名」 ?5月にある薬に対して、世代H27.5.1?9999999で適応病名を登録 ?7月になり、確認した履歴を残すため開始月をH27.7.1?9999999に上書きして登録画面へ進む ?5月に登録した適応病名が左側からきえている。同じ病名を再登録しようとしても登録できない。 →以前は開始月を変更しても、登録画面をひらくと左側に適応病名が残っていた。	該当レコードの抽出条件に誤りがあり表示されませんでしたので修正しました。	H27.7.27

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 20150427-024	jma-reciept4.7.0/ubuntu12.04 からJma-receipt4.8.0 にアップグレードインストールしました。 4.7.0の時に使用していた薬情の画像ファイルフォルダ (/home/oruser/yakujiyo)にある画像ファイルは、1?8医薬品画像取り込み処理に従いすべて取込成功しています。 \$ sudo -u orca /usr/lib/jma-receipt/bin/medphoto_store.sh 今回、薬剤の形状が変更になったので新しい薬情画像ファイルを元の /home/oruser/yakujiyo に上書きアップロードしましたが、変更が反映されません。医薬品画像取り込み処理も試みましたが、「設定済のため処理は中止します」となり画像を変更できません。 どうしたら新しい画像に変更ができるのでしょうか。ファイル名を変更すると画像取込可能になることは確認しています。古いファイル名上書きでは無理なのでしょうか？	薬剤情報マスタより、[画像]を押下し、登録していただくことで、データベースへの書き込みが完了します。 なお、画像を登録済みの場合(一時ファイルとしてファイルが存在する場合)、同一ファイル名では登録(更新)ができない不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27

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	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
2	nep 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
3		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

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	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
2		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
3		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
4		「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
5		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
6		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

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
7	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ないように修正しました。	H27.5.27
8	support 20150716-012	名称項目は次のようになっております。 <Medication_Name type="string">[1日2ml3回]</Medication_Name> こちらの名称については、点数マスタの情報と異なり、括弧で装飾された値となっています。 電子カルテとしましては、用法・容量の名称にについては、点数マスタの名称を利用する形で統一しておりますので、日レセAPIのレスポンス名称をそのまま採用できない状況です。 用法・容量の装飾は必ず「[」,「]」囲みでしょうか？	APIの診療情報の返却で、用法コードの名称に[]を付けていましたが、【】にするように修正しました。	H27.7.27
9	support 20150728-004	ORCA API(/api21/medicalmod)で病名登録をしようとしたところ、結果コード:80 メッセージ:「全ての病名の更新に失敗しました(追加時にエラー)」で返却されました。どのようなことが原因として考えられますでしょうか。 こちらで確認した点としましては、 ・同じ内容をCLAIM形式で送信すると、問題なく登録されました。 ・ORCAの再起動し、API送信を試してみましたが、エラーが再現しました。	APIの中途終了データ作成で、送信された診療日付(Perform_Date)時点の医療機関IDがシステム日付での医療機関IDと異なる時、中途終了データ作成・病名登録でエラーとなっていましたので修正しました。	H27.8.26
10	request 20140523-003	入院患者に対して「診療情報の返却」のAPIを実行したとき、外来患者と同様に診療情報が返却されるようにして欲しい。	診療情報の返却のリクエスト項目に、入外区分(InOut)を追加しました。入外区分(InOut)が「I」の時、入院の内容を返却します。 なお、受診履歴を検索するclass=01(受診履歴取得), class=02(受診履歴診療行為内容)は、受診履歴を作成しない入院調剤料は対象外となります。class=03(診療月診療行為取得)で確認して下さい。	H27.8.26

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
11	request 20150624-001	APIインターフェースで「薬剤単位」の情報を取得出来る様にしてください。 現行の診療行為情報取得(/api01rv2/medicalgetv2 class=2)に追加していただければ助かりますが、独立でマスター情報を取得する形でもかまいません	class=02(受診履歴診療行為内容), class=03(診療月診療行為取得)に単位(Unit_Code)、単位名称Unit_Code_Name)を追加しました。 薬剤・器材コードは、単位=000も返却しますが、診療コード、商品コード(058)、特定器材コード(059)は、単位がある時のみ返却します。 併せて、包括剤区分(Medical_Inclusion_Class)を追加しました。 包括対象の剤は、「True」を返却します。	H27.8.26

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	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
2		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
3	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られません。レセプトでは通減されております。 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。 多剤投与の通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
4		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

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		入院分のお薬情報(薬剤情報提供書)が再印刷の対象となっていましたので対象外としました。		H27.1.27
6	support 20141218-013	Ubuntu10.04(lucid)4.7.0環境より、Ubuntu14.04(trusty)4.8.0へデータ移行した医療機関様での現象です。 請求書兼領収書は標準プログラムの「ORCHC03V04」を使用しています。 21診療行為画面の請求確認画面より印刷をかけると、合計金額欄の¥マークが文字化けします。 再印刷からのプレビューでは¥マーク表示はされていました。	現象はTrustyの環境でのみ発生します。 印刷関連のパッケージが更新されTakao明朝の円記号がマッピングから外れてしまったのが原因のようです。 円記号のフォントをTakaoEx明朝に変更することで対応を行いました。	H27.1.27
7	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れてしまいました。 フリガナの位置を元に戻しました。	H27.1.27
8		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
9	ncp 20150216-023	Ubuntu10.04の4.7から、Ubuntu14.04の4.8にバージョンアップしたところ、日計表(診療年月日)ORCBD003を実行したときに、「国保」列の「総合計(円)」、「総合計(点)」等に、四角の中にバツが入ったマークが表示され、数字の表示位置が、それに押し出されるように右側にずれていくようになってしまいました。 日計表を設定したままバージョンアップを行った影響かとも思い、一度削除して再設定してみたのですが、状況変わりません。	当該帳票についてtrustyからpdfに埋め込まれるフォントが変更された関係で、monsiajでプレビューした場合とプリンタのアイコンをクリックして印刷を行った場合に文字化けが発生するようです。 解決方法は不明ですが、現象が出ないように対応しました。	H27.2.24

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考																																																	
10	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きました。 例)★診療行為画面での入力 <table><tr><td>12:再診</td><td>72×1</td><td>72</td></tr><tr><td>12:外来管理加算</td><td>52×1</td><td>52</td></tr><tr><td>13:てんかん指導料</td><td>250×1</td><td>250</td></tr></table> 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 <table><tr><td>[区分]</td><td>[項目名]</td><td>[点数]</td><td>[回数]</td><td>[合計]</td></tr><tr><td>初・再診料</td><td>*再診</td><td>72</td><td>1</td><td>72</td></tr><tr><td></td><td>*外来管理加算</td><td>52</td><td>1</td><td>52</td></tr><tr><td></td><td>(小計)</td><td></td><td></td><td>124</td></tr><tr><td>医学管理等</td><td>*てんかん指導料</td><td>250</td><td>1</td><td>250</td></tr><tr><td></td><td>*特定薬剤治療管理料</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>*診療情報提供書(1)</td><td>250</td><td>1</td><td>250</td></tr><tr><td></td><td>(小計)</td><td></td><td></td><td>970</td></tr></table> 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。	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	[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	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。 また、ver4.8.0の診療費明細書の様式をA5サイズで印刷した時、プログラムオプションでコメント印字の設定をしている場合、すべてのコメントコードが対象となっ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
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																																																			
[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																																																	

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	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
12	nep 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教えてください。 「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した。	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
13	support 20150318-003	医療機関様にて、プレビュー表示をすると件数が表示されるところが、「×」になっていると連絡がありました。 出力をすると正常に件数が表示されるようで、プレビューだけおかしいとの事です。	月次帳票の指定診療行為件数調をmonsiajでプレビューすると現象が発生しましたので修正しました。	H27.4.23

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
14	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
15	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と一緒に印刷されていきましたので、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
16	support 20150507-015	社保総括表 転送のアップグレードをした結果、Windowsクライアントでのプレビュー表示のみ添付のように表示されます。 実際の印刷には印字されていないとのこと。 クライアントの更新で改善されるのでしょうか。	サーバUbuntu14.04、クライアントWindows(monsiaj)の環境で診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)を印刷した場合、医保本人欄より下の標準負担額の編集が文字化けする不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27
17	support 20150522-005	未収金一覧表についてお伺いします。 一覧表の下欄に、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
18	support 20150604-005	24 会計紹介→(Shift)+(F12)カルテ印刷→(F12)で印刷 で印刷される診療の点数等(外来)で、合計の負担金がマイナス金額なのにプラス金額で印刷されます。マイナスが表示されません。	外来のカルテ3号紙で、負担金がマイナスとなる時に合計の負担金がマイナス表示になっていませんでしたので、マイナス表示するように修正しました。	H27.6.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	support 20150525-009	■ ORCA Ver4.8.0(Precise) 【13 照会】からの検索結果と「カルテ3号用紙一括出力(ORCBZ002)」の処理結果に1000件以上の誤差があります。 <処理内容> 【13 照会】 診療年月日:H27.4.1~H27.4.30 入外区分:2 外来 ※処理件数・・・1610 【52 月次統計】カルテ3号用紙一括出力 診療開始年月:H27.4 診療終了年月:H27.4 診療科コード:空欄 入外区分:2(外来) 患者番号:空欄 ※処理件数・・・358 H27.3でも同様に処理を行いましたが、同じように1000程誤差がありました。 一括出力時に印刷されていない患者についても患者番号を指定して処理すると3号用紙は出力可能でした。	ver4.8.0で月次統計からカルテ3号用紙一括出力を実行した時、対象の患者でカルテ3号用紙の対象データが存在しなかった場合に処理を終了していました。 対象がなくても次の患者の処理を行うようにしました。 カルテ3号用紙にプログラムオプション[保険適応編集]の追加に対応していませんでした。 [保険適応編集] HKNCOMBIKBN=1,2 の時に印刷対象がない患者が発生します。	H27.6.25
20	nep 20150609-022	レセ電ビューアで確認した点数と日レセから出力した社保総括表の点数が合わないにご連絡がありました。 点数が合わないのは、「医保本人と公費の併用」でした。 レセ電データと総括表・保険請求確認リストでの照合を行いました点数が合いませんでした。 他の項目はすべてレセ電ビューアの点数と総括表の点数が一致しているのは確認しました。	保険請求確認リストのプログラムに不備がありましたので修正しました。	H27.6.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
21	ncp 20150617-005	薬剤と病名のチェックマスター一覧表に内服、外用薬、点滴、注射と種類別に印刷したいのですが良い方法がありますでしょうか。 出力順指定を「区分番号順」にしてみたのですが、上記のような分け方にはなっていないようでした。	出力順指定に区分番号順が選択された場合、薬剤については薬剤の種類(内服薬、外用薬、注射薬)、カナ名称順に編集を行うよう修正しました。	H27.6.25
22		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: 2619702QAZZZ グルコン酸クロルヘキシジン消毒用液5W/V%「ファイザー」 一般名コード: 2649731SAZZZ フェルビナクパップ70mg「サワイ」 一般名コード: 2649732SAZZZ フルルビプロフェンテープ20mg「ユートク」 一般名コード: 2649732SBZZZ フルルビプロフェンテープ40mg「ユートク」		H27.6.25
23	request 20150326-002	プログラム名: ORCHC03V04について 外国人の患者様が多い医療機関様です。患者氏名が15文字程度で印字が切れてしまい、氏名が長い患者様へ領収書をお渡しするのに、失礼であるし、不便であるのご意見がありました。 レセプト電算請求では全角20文字まで請求可能です。せめて全角20文字まで印字させるようにできないでしょうか。もしくは、カタカナ半角で40文字まで印字させるような設定方法の追加をお願いします。 ※標準帳票の処方箋は氏名が長い場合改行されて印字されます。改行でも良いです。	請求書兼領収書および診療費明細書の患者氏名について、最大25文字まで印字するようにしました。	H27.7.27

帳票

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		光ディスク送付書の「CD」「MO」「FD」の○をつける箇所をプログラムオプションの制御で任意の場所に付く様にして欲しい。現在、レセ電データの出力先がMOに付きます。弊社ではCDに焼くケースが多く光ディスク送付書にはMOに○が付いてしまう為、お客様には○を2重線で取り消しし、CDに○を付け直すということをお願いします。補足ですがISOイメージをORCAで作成する場合にはCDに○が付くと思いますが、以下、理由で弊社ではそれを行っていません。 1. そのままの状態ではレセ電ビューアで確認ができない為。 2. ISOイメージをCDに焼くと極稀に提出先で読み取れない事例があった為。	光ディスク送付書の媒体種類についてシステム管理で設定可能としました。 条件等 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の【レセ電タブ】に「光ディスク送付書媒体設定」を追加した。 「0 設定なし」(デフォルト) 「1 フロッピー」 「2 MO」 「3CD-R」 2. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「光ディスク送付書媒体設定」の設定が「0 設定なし」の場合は、従前通り「44 総括」でレセ電作成時に選択したファイル出力先に従って光ディスク送付書の媒体種類の記載を行う。 「3 システム管理設定場所(フロッピー用)」…FD 「4 システム管理設定場所(MO用)」…MO 「5 クライアント保存」…記載なし 「6 クライアント保存(CD-R)」…CD-R 3. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「光ディスク送付書媒体設定」の設定が「0 設定なし」以外の場合は、システム管理の設定に従って光ディスク送付書の媒体種類の記載を行う。	H27.7.27
25		収納日報のプログラムオプションで「網掛けなし」とした場合に、見出し[収納日報]の右側に表示される[(外来)],[(入院)]が表示されない不具合がありましたので修正しました。		H27.8.26

地方公費・負担金計算関係

番号	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 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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
2		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/nannbyousyoumannheiyouunitsuite.html		H27.1.7
3	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

地方公費・負担金計算関係

番号	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 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ー負担金計算(1)の「患者登録ー所得者情報ー月上限額入力」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＞ 患者登録ー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ー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、公費欄ー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)で公費欄ー一部負担金の記載を行う。 ＜補足＞ 保険欄ー一部負担金の記載は、システム管理2010ーレセプト(2)の「保険欄ー一部負担金記載(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ー律”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るれば、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 ー律”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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備 考
5		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

地方公費・負担金計算関係

番号	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	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なかったもので修正しました。 ※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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7	kk 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ーレセプト(1)タブー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
8		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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	kk 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/nannbyousyoumannheiyouunitsuite.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しますでしょうか。	東京都地方公費対応(保険番号588(マル子)) システム管理2010ー負担金計算(3)タブー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

地方公費・負担金計算関係

番号	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 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ー負担金計算(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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	kk 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	請求点数55551点 $80100 + (555510 - 267000) \times 0.01 = 82985$ $82985 \div 3 = 27661.666$ (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 $12345 \times 10 \times 0.3 = 37035$ $37035 \div 3 = 12345$円 <患者負担> 12350円 (10円未満四捨五入)	H27.4.8
		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)	【2日目】請求点数12345点 $12345 \times 10 \times 0.3 = 37035$ $37035 \div 3 = 12345$円 <患者負担> 12350円 (10円未満四捨五入) 【3日目】請求点数12345点 $80100 + (370350 - 267000) \times 0.01 = 81134$ $81134 - (37035 + 37035) = 7064$ $7064 \div 3 = 2354.666$ (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) <レセプト公費一部負担金> $80100 + (370350 - 267000) \times 0.01 = 81134$ $81134 \div 3 = 27044.666$ (1円未満切り上げ) 27045円	

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
12	kk 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 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ことです。 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ー負担金計算(3)タブー全国公費併用 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

地方公費・負担金計算関係

番号	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	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

地方公費・負担金計算関係

番号	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 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

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15	kk 35631	短期滞在手術等基本料を算定する入院が月をまたぐ場合の患者請求について【広島県地域公費】 平成27年4月1日診療分から、短期滞在手術等基本料を算定する入院が月をまたいだ場合は、手術又は検査を行った月に、該当入院の合計日数分の一部負担金を患者負担として徴収することとなりました。 日レセ(ORCA)の対応としては、システム管理情報2010地方公費保険番号付加情報の短期滞在手術等基本料2、3の特別計算への登録というご回答でしたが、前記に登録した場合でも短期滞在手術基本料を算定する入院初月の日数分しか公費一部負担金が発生しません。翌月退院日までの公費一部負担金も発生するよう、修正をお願い致します。入院の場合、収納→再発行から請求金額を修正することもできません。 短期滞在手術等基本料算定時の入院負担金計算対応 平成27年4月診療分から、広島県の「乳幼児90」「ひとり親家庭92」「重度91」の受給者が入院し、短期滞在手術等基本料が算定された場合、次のとおり取扱うこととなりました。 (1)一部負担金は、入院日数分を徴収すること。 (2)入院が月をまたいだ場合は、手術又は検査を行った月に、当該入院の合計日数分の一部負担金を患者負担として徴収すること。 ＜対応方法＞ 1. 入院会計照会で、手術又は検査を行った日の短期滞在手術等基本料に「1」をたてる。 2. 入院日数分の一部負担金を徴収する為、システム管理2010－負担金計算(3)タブー短期滞在手術等基本料2、3の特別計算を「1」で設定する。(該当の地方公費は全て) 入院が月をまたがない場合は、この設定をしておけば、入院日数分の一部負担金の算定が可能となる。 3. 【入院が月をまたいだ場合】は、手術又は検査を行った月に、当該入院の合計日数分の一部負担金を患者負担として徴収する為、以下の診療行為入力を行う。	(1)短期滞在手術等基本料に「1」をたてた日に、対象の保険組合せで「099409908」(一部負担金まとめ算定)の診療行為入力を行う。 「099409908 * 回数」の入力を行う事で、日額 × 回数(日数)で計算した額の算定が可能となる。 (2)一部負担金を0円にしたい日がある場合は、該当日に対象の保険組合せで「099409909」(一部負担金算定対象外)の診療行為入力を行う。(複数日有る場合は、対象の保険組合せで、日毎に入力が必要) ＜重要＞ 日額 × 回数(日数)で計算した額が請求期間の「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。 (入力例) 後期高齢＋広島県地方公費191の保険組合せで4月29日に入院。 4月30日に手術又は検査を行い、5月3日に薬剤が支給され、退院。 1. 入院会計照会で、4月30日の短期滞在手術等基本料に「1」をたてる。 2. 診療行為で ・4月30日・・・後期高齢＋広島県地方公費191の保険組合せで、「099409908 * 5」の入力を行う。 200円 × 5日 = 1000円の一部負担金を算定。 ・4月29日、5月1日、5月2日、5月3日・・・該当日の一部負担金を0円にする必要がある為、後期高齢＋広島県地方公費191の保険組合せで、日毎に099409909の入力を行う。 ※広島県の「乳幼児90」「ひとり親家庭92」「重度91」に特化した対応では有りません。 ※日上限額設定がある地方公費を対象とし、短期滞在手術等基本料算定時で、該当のシステム予約コードの入力がある場合、上記の動作とします。	H27.6.25

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16	kk 36297	H27年8月1日～実施の千葉県重度心身障害者医療費助成制度の # 通称:マル長 と 重度心身障害者医療費助成との併用について 一部負担金の上限額及び自己負担金の徴収にかかわる考え方は 更 正医療等と同様とあります。(千葉県医療 P62 参照) 現状orca設定では、マル長の一部負担金の上限をこえても、重度心身 自己負担金が発生しております。	(例) 千葉県地方公費(281)について、長期併用時の特別計算 (外来)を「2」で設定した場合 ＜後期高齢(1割)、低所得者＞ ・8月1日(1回目)・・後期+281+972 請求点数9000点 患者負担200円 ・8月1日(2回目)・・後期+281+972 請求点数2000点 患者負担0円 ・8月5日・・後期+281+972 請求点数2000点 患者負担0円 (8月1日(1回目)で、長期の負担相当額(1割)が8000円 に達する為、以降は0円となります)	H27.8.26
		千葉県地方公費対応 システム管理2010ー負担金計算(3)タブー長期併用時の特別計算 (外来) 上記の設定について、日上限額設定のある公費を対象としていた が、回上限額設定のある公費も対象とするよう修正しました。 (千葉県地方公費に特化した対応ではありません) ＜重要＞ 平成27年8月1日実施の千葉県重度心身障害者医療費助成制度に該 当する保険番号についてはシステム管理2010ー負担金計算(3)タブ ー長期併用時の特別計算(外来)の設定を「2」で行ってください。	＜後期高齢(1割)、一般所得者＞ ・8月1日(1回目)・・後期+281+972 請求点数9000点 患者負担200円 ・8月1日(2回目)・・後期+281+972 請求点数2000点 患者負担200円 ・8月5日・・後期+281+972 請求点数2000点 患者負担0円 (8月1日(2回目)で、長期の負担相当額(1割)が10000 円に達する為、以降は0円となります) 併せて、千葉県地方公費対応という事ではないですが、シ ステム管理2010ー負担金計算(3)タブー現物給付対象者 の特別計算(高齢者・外)の設定についても同様に回上限 額設定のある公費も対象とするよう修正しました。	

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		マスタ更新画面のレイアウトを若干変更しました。 ・マスタ更新管理情報コラムリストの縦幅を長くしました。 ・[相互作用～著作物です。]の注意書きを画面右に移動しました。 ・monsiajでDB管理情報、マスタ更新JOB管理情報にスクロールバーを出さないようにしました。		H26.12.18
2		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
3		(XB01)ジョブ一覧画面について、処理中止が不可な処理を実行中は処理終了をできないようにしました。 現在はレセプト業務のみが対象となります。 それから、マスタ更新画面についてバッチ処理強制終了対応を行いました。情報削除ボタンでバッチを強制終了します。ただし、DBの更新処理中はエラーメッセージを表示し、強制終了不可としています。 また、cron起動のマスタ更新スクリプトについても強制終了対応を行いました。		H27.1.27
4	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

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5	support 20150105-007	orca4.7(ubuntu10.04)では正常に取り込めるのに、orca4.8(ubuntu14.04)ではエラーになってしまう件、ご確認の程よろしく願いいたします。 標準出力には下記メッセージが表示されます。 *(ORCVTPTBYOMEI)* ISAM-FILE OPN STS[35] ****(ORCVTPTBYOMEI)*** CNT-CSV[000000] *(ORCVTPTBYOMEI)* CSV /I CNT[000006] *(ORCVTPTBYOMEI)* PTBYOMEI/O CNT[000000] *(ORCVTPTBYOMEI)* ERR /O CNT[000007]	患者病名のデータ移行で労災保険の限定対応を行いました が、ORCADC.PARAの設定がないためにエラーとなりました。 設定がない場合でも処理が行えるようにしました。	H27.1.27
6	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
7		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
8		以下の業務についてクライアント印刷の対応を行いました。 ・入退院登録 ・入院会計照会 ・入院定期請求 ((O04)定期請求一請求確認画面から印刷する請求書兼領収書、診療費明細書) ・退院時仮計算		H27.1.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
9	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
10	ncp 20150129-019	マスタ(ライセンスマスタ)更新中に間違って日レセを停止してしまいました。 service jma-receipt stop 再起動後、マスタ更新が終了しないので、処理中止をクリックしましたが処理中止手続き中です。と表示されたまま処理が終了しません。	マスタ更新処理、又はレセプト作成処理中に日レセを停止する、あるいは電源切断をする等が行われた場合、その後、再処理を実施するため情報削除をしてもチェックがかかり削除することができませんでしたので修正しました。 なお、更新処理中の情報削除は不可とするチェックは中止することにしました。	H27.2.9
11		第7回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 排他制御監視テーブル(TBL_LOCK) DB管理情報は S-040800-1-20150224-1 となります。		H27.2.24
12		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
13	ncp 20150219-007	4.8.0で、プリンタへのデータ送信を「帳票毎に送信」と設定した医院様からログイン後、1人目の印刷は明細書、領収書、2人目以降は領収書、明細書の順で印刷される。気になったので、毎日午前午後で確認してもそうになっている。 気持ち悪いですけど。と、お問合せがありました。 原因は何が考えられますでしょうか？	処理の見直しを行い対応しました。	H27.2.24
14		プログラム更新で「更新」ボタンを押下するとsyslogにtbl_sysbaseが見つからないというメッセージが出力されていました。 該当テーブルの設定がありませんでしたので追加しました。		H27.2.24

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
15		第8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-040800-1-20150325-1 となります。		H27.3.25
16	nep 20150306-001	グループ診療を利用の医療機関様のご要望により、システム管理マスタ「CRON設定情報」によるマスタ更新を設定をご案内しました。 マニュアルには、『医療機関番号01の医療機関のマスタのみ更新(グループ診療は未対応)』と書いてありますが、此方は「医療機関番号01以外の医療機関のマスタ更新は自動で行われられないため、手動で実施して下さい。」と解釈しました。 しかし実際は、医療機関番号01以外の医療機関のマスタ更新も実施しようとするが処理がうまく行われず、「マスタ更新中です」のままで止まってしまうようです。「処理中止」も動作せず、「情報削除」を行ってから手動でマスタ更新を実施しています。 CRON設定情報によるマスタ更新のグループ診療未対応とは、グループ診療を利用している場合は設定NGということだったのでしょうか。	cronでマスタ更新を実行する際に、グループ診療設定時の分院の処理が行われない不具合がありましたのでこれを修正しました。	H27.3.25
17		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
18		画面の背景色の日付を跨いだ場合の切り替えは、環境設定画面へ遷移しないと変わりませんでしたが、業務メニューを表示した時にマシン日付とシステム日付を比較し変更するように修正しました。		H27.5.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19		第13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。 医薬品傷病名DB傷病名リンクテーブル(TBL_TEKIOU_DISEASE) 医薬品傷病名DB医薬品テーブル(TBL_TEKIOU_MEDICINE) チェック2テーブル(TBL_CHKSND) また、マスタ更新に医薬品傷病名マスタを追加しました。 DB管理情報は S-040800-1-20150625-4 となります。		H27.6.25
20		第17回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 患者病名テーブル(TBL_PTBYOMEI) DB管理情報は S-040800-1-20150826-1 となります。		H27.8.26