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の端末で同じ患者を呼び出した後終了しBの端末に戻ると、通常通り患者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。 と仰っておられます。 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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
5	request 20141128-001	受付や診療行為画面で医師を選択する場合の表示件数は100件のみで医師登録は100件以上の登録は可能のようです。 医療機関様は200名以上の医師がいます。 入力出来るのは職員コードなので、101名以降の医師については、どの職員コードがどの医師なのか？が分かっている必要があり覚える事は難しいです。 医師全員が表示されるように表示件数の制限をなくしていただけますでしょうか。	3. 選択終了後、F12「登録」を押下して表示順の表示されているドクターを診療科担当医に登録します。 登録した医師の表示順に受付・外来診療行為のドクターリストに表示します。 同じ診療科で環境設定(M95)の当日担当医に設定があっても、診療科担当医を優先します。 4. ＜表示順変更＞の時、変更する表示順の番号を選択し、「↑」「↓」ボタン押下で順番を変更できます。 ＜医師選択＞＜表示順変更＞の切替えは、F5「医師選択」「表示順変更」で行います。 5. F3ボタン押下で、【カナ氏名順】→【コード順】に　＝＝診療科担当未選択＝＝　行以下の未選択の医師一覧の表示順を切替えます。	
		受付から診療科担当医設定画面へ遷移して、当日に勤務している医師の選択・削除を可能としました。また、外来診療行為画面からも遷移できます。 1. 受付のドクターリストの最終行「****　医師一覧」を選択、または、1桁目に「*」を入力して、診療科担当医設定一覧画面へ遷移します。(外来診療行為入力画面の上部のドクターリストからも同様です。) 2. 診療科毎に当日に有効な医師一覧から当日の担当医を選択・削除します。 ＜医師選択＞の時、選択順に表示順を付加します。すでに選択済みの医師は選択解除となります。 F10「確定」押下で表示順に表示し直します。 ＝診療科担当未選択＝＝　行の下に選択されていない医師の一覧を表示します。 最大選択件数は99件、1頁は200件となります。	6. F4「一括削除」押下で、診療科担当医に登録されている医師コードを削除できます。 7. F9ボタン押下で、全体→専門科→非表示なしの順に、未選択の医師一覧を切替えます。 専門科:職員情報の専門科1から専門科5のいずれかが診療科と一致している、または、専門科の設定がない医師を対象とする。 非表示なし:職員情報で表示区分が「1　非表示」と登録されている医師以外を対象とする。 全体:専門科・表示区分に関係なくすべてを対象とする。 8. 受付・診療行為の入力処理中(患者番号入力有)に遷移した時、診療科の変更はできません。 「F12　登録」押下で、元の画面へ戻り、最後に選択したドクターをドクターリストに反映します。 「F11　今回選択」押下で、診療科担当医の登録は行いません。最後に選択したドクターをドクターリストに反映しますが、今回のみの追加となりますので診療科変更等で元に戻ります。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
6	ncp 20160122-011	【11受付】画面で表示されている予約患者様を選択して「受付完了」を押すと、予約の分と新たに受付された分と2行表示されます。 ubuntu10.04(lucid)4.7.0の場合に、下記手順で現象確認できております。 【受付】画面にて Aの端末で患者さんを選択 Bの端末で同じ患者さんを選択すると「他端末で使用中」となる Aの端末でクリアして選択を解除し、Bの端末ではそのまま受付完了をする 上記の手順で同現象が発生しました。 ubuntu12.04(precise) 4.8.0 も同様の動きになるのでしょうか？ ubuntu14.04(trusty) 4.8.0 では同現象発生しませんでした。	受付で予約患者を選択中に他端末で同じ予約患者を選択して排他中のエラーとなった時、最初に選択した端末で「クリア」等で排他解除となり、排他中の端末でそのまま「受付完了」をした時、予約選択なしの受付を行っていました。 「受付完了」時に、選択番号の内容が受付に反映されていない時はエラーとし、再度選択をするように対応しました。 また、新規患者の予約の場合は排他制御が掛かりませんので、複数端末で同時に同じ予約患者を選択した時、同じ予約に複数の受付登録をしていまし た。 「受付完了」時に来院済みの登録があればエラーとし、再度選択をするように対応しました。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150113-022	平成27年1月1日より使用の公費番号54患者様で負担者番号が同じで受給者番号が異なる患者様がいた場合に登録番号を押下しますとエラーメッセージが発生し、患者登録が出来ない状況でございます。 弊社ユーザ様で実際に受給者証を2つお持ちの方が来院されております。 公費番号51は上記の場合でも登録が可能となっておりますので、登録ができるようにご対応をお願い致します。	平成27年1月改正対応 難病(保険番号054)の公費複数対応 1. 患者登録で、複数の難病の公費登録を可能とする。 (難病の適用期間が重複する登録がある場合、エラーとしない) 2. 患者登録－保険組合せ履歴の保険組合せ欄の受給者番号表示を行う。 3. 患者登録－所得者情報の公費負担額欄の受給者番号表示を行う。 4. 窓口計算について、同一月に複数の難病の診療が有る場合、受給者番号が異なる難病の一部負担金も通算して、上限額までの計算(※)を行う。 (※)上記の窓口計算を行う為、公費負担額欄の入力について ・複数の難病の入外上限額は、同額としてください。 ・管理表は1枚。管理表に記載されている薬局等の一部負担は複数の難病に対して入力を行ってください。	H27.1.27
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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です。 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います。 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ましたので、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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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が、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)×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、＋α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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	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
11	support 20150915-011	生活保護と難病の併用についてお尋ねします。 入力を「難病　生活保護」の組合せでされており基金より負担区分が7では使用できませんと返戻になりました。 本来の入力は「難病」、もしくは「生活保護」の単独の組合せですべきところですが「難病　生活保護」の組合せも表示される仕様になっているのは、併用で入力するケースがあるからということでしょうか？ 間違って組合せを選択して返戻になるため、不要であれば精神通院と同様に単独しか表示されない仕様にすることは可能でしょうか。	保険組み合わせ作成修正 適用開始が平成27年1月以降の以下の保険組み合わせを作成しないよう修正しました。 054難病＋012生活保護 054難病＋025残留邦人等 052小児特定＋012生活保護 052小児特定＋025残留邦人等	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	お電話でのお問い合わせ10月14日－難病と生保の併用組合せ	協会+生保+難病お持ちの方で 難病の自己負担上限額10000円 生保の負担金0円 の方がいるとのことです。 難病の負担金を生保で負担するということで、生保+難病の組合せが必要とのことでした。 難病の受給者証発行元と、支払い基金に確認していただきましたが間違いないとのことです。 生保が後から追加になった場合に、区分を引き継ぐということでそのような場合があるとのことでした。	第20回(9月24日)パッチ提供において適用開始が平成27年1月以降の場合、 ・054難病＋012生活保護 ・054難病＋025残留邦人等 ・052小児特定＋012生活保護 ・052小児特定＋025残留邦人等 の保険組み合わせを作成しないよう修正しましたが、主保険の適用期間については、上記の保険組み合わせを作成するよう再修正しました。 (例)協会・難病・生保の場合 協会:平成27年4月1日～平成27年10月15日 難病:平成27年4月1日～ 生保:平成27年4月1日～ 作成する保険組み合わせ (1)協会:平成27年4月1日～平成27年10月15日 (2)協会＋難病:平成27年4月1日～平成27年10月15日 (3)協会＋生保:平成27年4月1日～平成27年10月16日 (4)協会＋難病＋生保:平成27年4月1日～平成27年10月15日 (5)難病:平成27年10月16日～ (6)生保:平成27年10月16日～ ※(4)の保険組み合わせを作成するよう再修正	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	request 20150911-002	生保＋更生医療の保険組合せの患者様のレセプトを4分割で請求という事例が発生しました。 更生医療は、1つの受給者証につき1つの医療機関のみ登録となり、登録の無い医療機関は使用できません。 入院施設の無い医療機関で申請を行った場合、入院される時には入院先医療機関での再申請となり、入院で使用された更生医療は退院と同時に終了され、退院後透析を受けるには、入院前に受診されていた医療機関であっても再申請が必要との事。 さらに、更生医療は治療計画に基づき申請されますので、入院を伴わない場合であっても「手術」という通常の「透析」と異なる診療を行われる場合には、また再申請という形になるそうです。 今回は短期の入退院を繰り返された事により、受給者番号が3回変更され、レセプトを4分割する必要が出てきました。 現在の仕様では、公費のみの保険組合せでは3分割以上の分割は不可との事ですので、上限の無いレセプトの分割機能の対応をお願いいたします。	患者登録の「特記事項・レセプト分割タブ」のレセプト分割について、公費のみの保険組み合わせによる設定を同月に2回以上可能としました。 また、保険組み合わせの種類に関係なく、同月のレセプト分割の設定を10回までとしました。 患者毎にレセプト分割の設定が最大50件なので、レセプト分割一覧の表示を最大10件から50件に変更しました。	H27.11.25
14	request 20150617-002	第三者行為の保険登録画面で、「第三者行為　現物給付」の規定値が『1　対象外』となっていますが、通常運用では『2 対象』を必ず指定することとなる為、規定値を『2 対象』とするか、もしくは規定値の変更を可能としていただきたいです。	患者登録ー労災自賠保険入力で、労災自賠保険区分「6第三者行為」の登録時は「第三者行為　現物給付」の設定を行いますが、「第三者行為　現物給付」の初期表示をシステム管理で設定可能としました。 システム管理4001労災自賠医療機関情報に設定項目を追加しました。 ＜第三者行為固有設定＞ 現物給付区分初期設定 　1対象外 　2対象 ※デフォルトは「1」となります。	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	お電話でのお問い合わせ12月21日－老健施設入所中コード使用時の操作について	12/8 外来 老健施設入所中以外 12/8～12/17入院 12/17 外来 老健施設入所中 の場合に、950入所中の有効期間を12/17にして登録をすると保険組合せの履歴が、12/17から新たに組合せが作成されるので12/17で異動処理をしないとレセプト作成ができません。 異動処理をして、レセプト作成をすれば、レセプトは問題なく作成されるようですが、領収書、明細書が2枚に分かれます。 上記の場合に、外来のせれプトはは2枚に分け、入院の領収書、明細書は1枚にする方法はありますでしょうか。	「入所中」に関する保険組み合わせ適用期間対応 「入所中以外」(入院・外来)と同日に「入所中」(外来)がある場合の対応として、950(07入所中)又は951(08入所中)を公費入力する際、受給者番号1桁目に”1”(半角)を入力すると、「入所中以外」の保険組み合わせの適用期間を1日延ばす事としました。 (例) 12/8～12/17 入院「入所中以外」 12/17 外来「入所中」 「950」の公費入力:適用期間(平成27年12月17日～) 保険組み合わせの適用期間 ・「入所中以外」 ・・・ ～平成27年12月16日 ・「入所中」 ・・・ 平成27年12月17日～ 【受給者番号1桁目に”1”(半角)の入力あり】 保険組み合わせの適用期間 ・「入所中以外」 ・・・ ～平成27年12月17日(※) ・「入所中」 ・・・ 平成27年12月17日～ (※)1日延ばす	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	request 20160129-002	12患者登録から、同じ公費を重複期間で2つ登録する場合 通常の基本情報画面だと「0088公費期間が重複しています」と出て、強行登録できません。 保険組み合せ履歴画面からだと、エラーなく登録できます。 通常の基本情報画面からも、強行登録できるようにならないでしょうか。 よろしくお願いいたします。	公費期間重複チェック修正 患者登録の公費登録において、同一保険番号の適用期間が重複する登録を行う場合、特定の公費を除き、「公費期間が重複しています」のエラーメッセージを表示して、登録を不可としていますが、【保険組合せ履歴タブ】に切り替えてから登録ボタン(F12キー)を押下した場合、登録が可能でしたので登録できないように修正しました。 また、京都府地方公費745(京都市子ども医療)については、入院用と外来用の受給者証が別々に発行される為(入院・外来で負担者番号が異なり、受給者番号は同一)、適用期間開始が平成25年9月1日以降の場合、適用期間が重複する登録を可能にしました。 主保険＋745＋745の保険組み合わせは作成しません。 併せて、【保険組合せ履歴タブ】の中ほどに保険組合せ番号・保険・公費1～4・適用期間・特定受給者番号・表示の表示がありますが、京都府地方公費745を含む場合は、判別が可能となるよう特定受給者番号欄に京都府地方公費745の負担者番号を表示するようにしました。	H28.2.23
17		患者登録画面の特記事項・レセプト分割タブ画面の特記事項に「37　申出」を追加しました。		H28.4.5

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		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、回数及び合計は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
3	request 20140902-004	照会画面にて負担割合の検索機能が現在ありません。 検索ができると負担割合チェックが楽になると医療機関様からご要望がございましたのでご対応をお願い致します。	前期高齢者、後期高齢者の負担割合を条件に患者を検索する機能を追加しました。 負担割合検索時、診療年月日の期間指定は必須としますが月を跨ぐ指定は不可とします。 条件保存時は診療年月日が未入力の状態でも可能です。	H27.9.24
4		・検索結果画面((Q02)患者照会－検索結果(患者情報))のコラムリストに地域連携IDの列を追加しました。住所の右となります。 検索結果リストと、CSVファイルについても地域連携IDの編集を追加しました。 検索結果リストは住所欄の右下に編集し、CSVファイルはカナ氏名の次のフィールド(最後尾)に編集を行います。 ・検索項目に[地域連携情報提供]を追加しました。 [0 同意しない]または[1 同意する]を選択し、[患者登録業務]－[その他タブ]－[情報提供]に設定が行われている患者の検索を行います。		H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

14 予約

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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逓減となる場合、外用薬の診療種別区分が省略されていた場合に算定点数に誤りがあることが分かりました。 逓減の確認メッセージのみ表示された場合に、外用の剤が1剤1明細で診療種別区分が省略されている時、剤点数の集計を重複していましたので正しく点数を算定するように修正しました。 なお、逓減の確認メッセージの後に他の確認メッセージが表示された場合は現象は発生しません。		H27.1.9

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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	ncp 20141205-019	労災レセプトをオンライン請求しています。 10月分のレセプトの分で、労災情報センターからご指摘があったそうです。 「診療が53点以下の場合は、入力コード101120020:外来管理加算(読み替え加算)で良いですが、その点数以外のときは、入力コード112011010:外来管理加算で算定するようになっています。」 「10月分は、修正しておきますので、次回から正しくお願いします。」といわれたそうです。 こちらで検証しましたが、労災保険の診療行為で入力コード112011010の入力が出来ません。	＜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	H27.1.27
		労災・自賠責(労災準拠)の外来管理加算算定修正(平成27年2月診療以降) 労災保険情報センターより指摘があり、平成27年2月診療分以降の労災レセ電記録において、外来管理加算に関する特例に該当しない診療時は、健保の外来管理加算で記録を行うよう対応しました。	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,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	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は逓減されてきます。 なぜ上記の入力をした場合、3/5に算定した加算平均心電図による寝室遅延電位測定は逓減されないのでしょうか？ 他に入力方法があるのでしょうか？	検査の月2回目の逓減で、D208の心電図検査で「加算平均心電図による心室遅延電位測定」が他の検査との逓減対象となっていませんでしたので対応しました。	H27.3.25
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ができません。 下記資料に、療養がすべて特定医療の対象となるものである場合には、特定医療費単独の請求とする。 と記載されています。 一般の方であれば入力できますが、高齢者の場合はどのように入力すればよろしいでしょうか。	診療行為で高齢者の時、難病単独の保険組合せで入力できませんでしたので対応しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	ncp 20150226-012	■内容 労災の再診で受診後、国保で同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」と「外来管理加算」のコードが自動発生されます。 自費の再診で受診後、国保の同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生します。 労災と国保の同日再診の時も、「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生させることは可能でしょうか。 ■101システム管理の設定 1007自動算定・チェック機能制御情報 ＜チェック制御機能＞外来管理加算チェックの設定は「3 自動発生なし」になっております。	システム管理の外来管理加算チェックが「3　自動発生なし」となっている時、労災保険で再診料を自動発生した後、保険を健保に変更した場合、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。 併せて、同日再診料から「099999902 他保険にて診察料算定済」「830000021 再 診料算定科:」へ保険変更・診療科変更により自動変更する時も、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。	H27.3.25
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の中途終了データを呼び出したときの数量・点数欄の表示が、第66回パッチ適用環境までは、再診の区分の点数×回数、外来管理加算の点数×回数、点滴の数量、点数×回数が表示され、.330にカーソルが表示されますが、第77回パッチ適用環境は、いずれの区分も数量、点数、回数が一切表示されておらず、点滴薬剤の単位のみが表示された状態で.330にカーソルが表示されています。	中途データを展開する時に展開内容にエラーがある場合、コードと名称のみ表示していましたので、数量等の編集を行うように修正しました。	H27.4.8
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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－－部負担金金額置換 」、「099999922 【レセプト】第三者行為－－金額置換 」が表示されていませんでしたので表示するように対応しました。 ※会計照会、外来まとめ入力、点数マスタの一覧選択画面		H27.5.27
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、相反するもののようではありますが、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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	ncp 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せんでしたので、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お問合せがありました。	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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	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いますが、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
25	8/27 併用禁忌 悪性腫瘍	1.薬剤と併用禁忌において、2つ目の薬剤を入力したとき、登録ができない。 2.検査一覧を自動表示している場合、悪性腫瘍特異物質治療管理料入力後検査項目が表示されますが、検査を選択すると、選択した(60)の検査 コードが入力されてしまい、コメントに変換されません。	診療行為で中途データのDB更新エラー対応で、禁忌薬剤画面等を表示した時、 直前に入力したコードが消去された状態となりましたので正しく表示するように修正しま した。	H27.8.27
26		診療行為画面でDOを表示後、「F5 受診履歴」で受診履歴画面の最終行を選択後、DO画面で剤を選択します。 その後、DO画面から受診履歴画面を表示した時、表示画面が最終行を表示する位置となっていましたので先頭から表示するように修正しました。		H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	ncp 20150905-018	2015-08-26のプログラム更新で対応頂きました「support 20150811-025」につきまして、問題の再発が確認された為、ご連絡をさせて頂きました。 ・問題の発生が確認された操作 診療行為画面の「前回患者」ボタンを押下し、指定の患者で中途終了データを呼び出す 再発が確認された際、システムログにトランザクションの重複を示すメッセージと、 ---------- PostgreSQL: ERROR: could not serialize access due to concurrent update ---------- 以下のメッセージが記録されております。 ---------- Illegular execution [ORCGK02] widget [B03] event [CLICKED] ---------- ・問題の発生が確認された操作 「11. 受付」で患者を選択後に「診療行為」ボタンを押下し、中途終了データを呼び出す 「13. 照会」で検索した患者を選択後に「診療行為」ボタンを押下し、中途終了データを呼び出す 「氏名検索」で検索した患者を選択後に、「診療行為」ボタンを押下し、中途終了データを呼び出す	診療行為の中途終了データの更新エラー対応で、受付、照会から患者を選択して診療行為へ遷移した時に更新エラーが発生するとフリーズしましたので対応しました。 また「中途データの更新に失敗しました」とエラーメッセージを表示します。 エラーが発生した時は、「前回患者」ボタンを押下して再度処理を行ってください。	H27.9.24
28	お電話でのお問い合わせ9月17日ー外用薬残量廃棄	システム管理1038診療行為機能情報ー残量廃棄算定の設定をすべての診療区分とした場合処置等で、単位が管の外用薬でも、残量廃棄のコメントが自動発生します。 コメントは自動発生しますが、点数は1管の点数ではなく入力した数値の点数になります。	システム管理の「1038 診療行為機能情報」の残量廃棄算定を「2 すべての診療区分」と設定している時、外用薬剤で単位が「014 アンプル」「022 管」「046 管(瓶)」の時に数量に端数があれば、「099309901 (残量廃棄)」を自動発生しますが、点数計算で数量の端数切り上げを行っていませんでした。 外用薬剤に「099309901 (残量廃棄)」があれば端数切り上げの計算を行うように修正しました。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29		診療行為一覧画面でセットコードの内容確認を可能としました。また、セット入力画面のセットコードを入力CDにより検索可能としました。 1. 診療行為で展開した診療行為一覧画面でセットコードを選択後、「Shift+F5 セット展開」押下で選択したセットコードの内容を画面に展開します。 2. ≪セット内容展開中≫を表示し、名称に診療コード＋名称、単価に数量を編集します。点数マスタの期間対象外であれば≪削≫を名称の前に表示します。 3. セット内容を展開したまま「F12　確定」押下で診療行為画面にセットを展開します。 「Shift+F5 セット展開」押下でセット展開解除を行い展開前の画面に戻ります。 4. セット入力画面のセットコードにセットに登録した入力CDを入力して、対象のセットコードを診療行為一覧画面に表示します。 初期表示はセットコードのみ表示しますが、一覧画面で再度入力コードを入力した時はセットコード以外のコードも対象となります。 5. セット入力画面から診療行為一覧画面でセット内容を展開する時、選択したセットが有効期間外の場合は履歴の最後の内容を展開します。		H27.9.24
30	request 20150218-002	短期滞在手術基本料3を算定した場合は全て総括なので、入院で検査や画像診断などは算定できません。 退院後、外来でも算定不可のようです。 しかし現在はチェックがかからないので、そのまま提出してしまい査定されているそうです。 短期滞在手術基本料3を算定した場合、同月内で外来で検査や画像診断を算定したらデータチェックでチェックされるようにして欲しい。と要望がありました。	短期滞在手術等基本料3算定月の診療で血液学的検査判断料、生化学的検査(1)判断料、免疫学的検査判断料を包括扱いとしました。 システム管理「1014 包括診療行為設定情報」で短期滞在手術等基本料3の包括算定方法が、「1 包括算定する(会計データ作成)」「2 包括算定する(エラー扱い)」の設定時に、算定月の包括チェックを行います。但し、短期滞在手術等基本料3を算定した月の入院前日までに算定した場合は包括対象外とします。	H27.9.24
31		診療行為から入力CDの登録、セット登録をした時、入力コードテーブル(TBL_INPUTCD)、入力セットテーブル(TBL_INPUTSET)のオペレータIDを編集するようにしました。		H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	ncp 20150930-006	自賠責保を使用し、整形外科で暫く通院されていたが皮膚科も受診されることになり同日に同医療機関の皮膚科を初診で受診。 診療行為画面にて初診(同一日2科目)のコードを入力するとエラーとなってしまいます。 【エラー情報】8002 この労災保険の診察は既に入力済みです。 初診料は算定出来ません。 上記のようなエラーが表示されてしまい算定が出来ません。	自賠責保険の健保準拠の時、「初診(同一日2科目)」を初回算定日以外の算定をエラーとしていましたが算定できるようにしました。	H27.10.27
33	request 20140715-005	地域包括診療加算を算定されている医療機関様です。 診療行為入力画面で画面展開した時、「再診＋時間外対応加算＋明細書発行体制等加算＋地域包括診療加算＋外来管理加算」が表示されますが、再診を電話等再診に変更した場合、外来管理加算は自動的に削除されますが、地域包括診療加算は削除されません。 表示されている内容を一旦クリアし、電話等再診を手入力すると地域包括診療加算は発生されませんが、患者様の多い医療機関様の為、クリアすることが負担になられているようです。 算定できない加算になりますので、外来管理加算同様自動的に削除されるよう変更して頂けませんでしょうか？	再診料と地域包括診療加算を算定している時、再診料を電話再診のコードに直接変更した時、地域包括診療加算を削除するようにしました。	H27.10.27
34	request 20151006-003	8月22日初診の高血圧症の方で、4連休前の9月19日に再診となった。「1か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料のに掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる」という特例によって、9月19日に特定疾患療養管理料を算定しようとしたが、入力不可能である。こんな場合でも算定できるようにしてほしい。	8月22日に初診を算定した時、9月19日に特定疾患療養管理料が入力できませんでしたので入力できるように対応しました。 休日判定にH27/9/22とH27/5/6が含まれていませんでしたので追加しました。	H27.10.27
35		出来高算定(日)(入院料包括)[099999904] を入力した場合、包括診療となるものはすべて包括対象外となりますが、調剤料・調基について、4.8.0では包括診療のままとなります(4.7.0では包括対象外となっていました)。	「099999904 出来高算定日(入院料)」入力時の登録時自動発生剤に対する包括対象外判定を修正しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
36	ncp 20151016-014	[診療区分60] 入院患者にセットで作成している生化学的検査と末梢血液一般を入力したあとに生化学の項目を追加したところ剤が分かれるはずの末梢血液一般と追加した項目が同剤になるという現象が生じました。 セットの中身を確認し、「*1」を末梢血液一般のコードに付けたところ剤がきちんと分かれました。 「*1」で剤を分けないといけないのでしょうか。	入院の診療行為で「検査追加」となっている時、包括検査の下に違う検査があった場合、上と同じ包括検査を追加した時に剤分離に不具合が発生することがありましたので正しく剤分離するように対応しました。 また、この時、包括検査まとめ対象の判断を全入力内容で行っていました。この為、他の検査の前後で包括対象件数以下でも、全体で包括まとめとなる時にそれぞれ検査をまとめていました。 包括対象検査以外の入力で、包括対象判定を終了とするように対応しました。	H27.10.27
37	ncp 20151028-003	医療機関様より10/27のプログラム更新を行い、自賠責の患者様の入力をしたところ(K08)診療行為入力?診療行為確認画面の右側に表示される「合計点数」の計算が変わっているとのご連絡がありました。 確認したところ、労災・自賠責保険の場合以前は再診料1390円などが点数計算されて合計点数に含まれていましたが、プログラム更新後は含まれていませんでした。 仕様が変更となったのでしょうか？	第22回(10月27日)パッチ提供において診療行為確認画面の合計点数を剤点数の合計から、円建て以外の点数合計へ変更しましたが元の集計方法(剤点数の合計)に戻しました。 (お詫び)この件、パッチ提供時の対応内容に記載が漏れていました。	H27.10.28
38	ncp 20151014-026	あらかじめ再診と短期滞在手術等基本料1を併用算定できないようにチェックマスタ(診療行為の併用算定(同会計内))で登録しておりました。 他ベンダーの電子カルテから再診、短期滞在を送信したときに診療行為入力画面を表示すると今までは(先月の末ごろ)併用算定できないエラーが通知されたあとに削除するべき再診の行が赤色表示、カーソル移動されていたが、残したい方の短期滞在の方が赤色表示、カーソル移動されるようになったと言われました。	外来の診療行為で中途データを展開時に禁忌薬剤一覧を表示していました。この為、最初の併用算定エラーが表示されませんでした。 中途データ展開時に禁忌薬剤一覧・悪性腫瘍特異物資治療管理料の検査一覧の表示はしないようにしました。 展開内容のエラーがなくなった時に一覧表示を行います。 また、入院では中途データ展開時に禁忌薬剤一覧の表示は行っていませんが、悪性腫瘍特異物資治療管理料の検査一覧の表示をしていますので併せて対応しました。	H27.11.25
39		診療行為で表示する (K99)p力画面の「後退 --」、「‘ 04」ボタンのラベル表示が切れていましたのでボタン幅を変更しました。		H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40		システム管理「1038 診療行為機能情報」で残量廃棄算定を「2 すべての診療区分」に設定した場合、セットについては対応していませんでしたので注射の診療区分と同様の処理を行うようにしました。 パッチ適用前後の動作の違い(注射以外の診療区分) 1. セット登録について ・残量廃棄コードを自動発生していませんでしたが、自動発生するようになります(ただし手入力された残量廃棄コードはそのままです) ・パッチ適用前に登録されたセット内容で残量廃棄コードの入力がない場合は数量の横に「@」を表示します。 2. 診療行為でセットコードを入力した場合 ・残量廃棄の対象となる薬剤に対して残量廃棄コードを自動発生していましたので、セット内容に残量廃棄コードが登録してある時のみ残量破棄コードを展開するようにしました。 ・セット内容に残量廃棄コードがない場合は、該当薬剤の数量の横に「@」を表示します。		H27.11.25
41		日付変換サブルーチンに山の日の対応をしました。 2016年から8月11日を祝日とします。		H27.12.21
42	ncp 20151127-006	東京都の後期高齢者+マル都(182)を持っている患者様で月途中で後期高齢者が12000円の上限額に達しました。 マル都は4600円です。 この状態で、後期高齢+マル都で会計を入力すると診療行為請求確認画面で一括再計算を行う様指示が出ます。 収納で一括再計算を行っても診療行為画面の表示は消えませんが何回一括再計算を行うのでしょうか？	外来現物給付の請求確認画面メッセージ表示修正 高額療養費の外来現物給付化対応で、1月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額に達する場合は、(K03)診療行為入力－請求確認画面に、"★★ 収納業務で一括再計算を行ってください ★★"とメッセージ表示を行っていますが、会計後に収納業務で一括再計算を行い、その後、診療訂正で登録を行った場合(合計点数に変更なし)は、請求確認画面に上記のメッセージ表示を行わないよう修正しました。	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43		システム管理「1038 診療行為機能情報」で残量廃棄算定を「2 すべての診療区分」に設定している時、診療行為画面で入力中の内容をセット登録画面へ引継ぐ時の残量廃棄の展開に誤りがありました。 診療行為画面で注射以外の診療区分で自動発生した残量廃棄コードを「@」入力で削除していても、セット登録画面では残量廃棄コードを自動発生していましたので自動発生しないように修正しました。		H27.12.21
44	お電話でのお問い合わせ11月27日－中途データ数量点数等非表示	中途終了データ展開時にエラー(警告)があると、複数診療科(保険)で追加で中途データー展開したときに、数量、点数、回数等が表示されないようです。	外来の診療行為で中途データを追加で展開した時にエラー(警告)があった場合、処理を中止してエラー(警告)を表示していました。 これにより、剤分離、数量、点数、回数の編集を行っていませんでしたので、剤分離、数量、点数、回数の編集を行うように修正しました。	H27.12.21
45	ncp 20151202-026	再診料、自費、指導料を算定する際、自費、再診、指導料の順で入力した中途終了データを、中途表示から展開すると、再診、自費、指導料の順となり、指導料が自費の診療区分内に含まれてしまいます。 何かの定でこのようになるのでしょうか。	中途データ展開時に診察料を自動発生すると設定している時、中途データが自費(950、960)、再診料、指導料の順で登録されていた時、展開時に指導料が自費(950、960)の直下となり自費の剤に含まれてしまいました。 正しく剤分離するようにしました。 再診料が先頭になるので診療種別を省略する指導料が自費の直下になった為です。	H27.12.21
46	support 20160108-011	電子カルテからClaim送信で診療内容を送信しているのですが診療行為入力画面にて訂正を行う時に中途表示から「追加」すると、追加前の診療内容がない場合、処方日数が最後の剤以外が1日に変わってしまいます。	外来で診療行為画面をクリアして、中途終了データを追加展開した時、1行目に複数科・保険の行を挿入する為、複数科保険のエラーとなっていました。 この為、中途データの剤分離が行われていませんでしたので、回数・点数を表示しないことがありました。 正しく展開するように修正しました。	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47	support 20160113-020	単純撮影レセ電記録について 診療入力内容とレセ電への記録に差異が生じるという現象がおきました。 このような現象が起きた原因について何か考えられることは有りませんでしょうか。 詳細は下記の通りです。 日レセにて添付①のとおり診療入力されているがレセプレビューは添付②－a、bのとおりで、レセ電の記録は添付③のとおり170000410単純撮影(イ)の写真診断の枚数が「1」で記録され、実際にオンライン請求の受付不能でエラーとなった患者がいます。 該当患者の単純撮影のある診療行為入力日を訂正で開き、何もせずに最後まで登録を行なったところ、レセプレビューの写真診断の回数は「2回」となりレセ電の記録は170000410単純撮影(イ)の写真診断の枚数が「2」で記録されオンライン請求でもエラーなく送信できました。	現象が確認できないため以下の対処を行いました。 診療行為確認画面でフィルム枚数から決定する画像診断の撮影料、撮影料の数量を反映する診断料の数量の表示を行っていませんでした。 撮影料・診断料の数量の確認を行うことができるように、撮影料・診断料の数量も表示するように対応しました。	H28.2.23
48	ncp 20160202-013	「初診算定履歴を登録したのにうまく反映しない」というお問合せがあり、算定履歴を確認すると点数マスタに存在しないマスタが登録されていました。 (自費も登録可能です) 警告は表示されますが、登録されます。 Tabキーで進めていくと警告すら出ません。 何か目的があっての動きでしょうか？ 間違って入力できないように出来ませんか？と仰っておられます。	算定履歴画面で、診療コードがエラーの時、そのまま「F12登録」の押下が可能でしたのでエラーとなるように修正しました。 また、新規に初診料コードを入力して追加する時、既に初診料コードの登録があれば警告メッセージを表示するようにしました。 初回算定日より後の日で初診料コードを算定履歴から直接登録しても、初診算定日に反映できないことがありますので、不具合の原因となる可能性がある為です。 併せて、初診料コードの登録がなくても算定日が最終来院日より後であれば警告メッセージを表示するようにしました。 最終来院日と初診算定日が不整合となる為です。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	ncp 20160212-007	診療科が2科で電子カルテを使用している医院様です(眼科と内科)。 眼科では再診、内科では初診でそれぞれのカルテデータを飛ばす。眼科で診療内容を展開し中途表示から内科分の診療内容を追加で展開した時に、自然発生する内科分の「.120　＊再診料」を「?」エンターで削除するが、一度では削除できず、二度目の「?」エンターで削除できます。 普通に診療行為画面から複数科保険で診療科の追加をしたときに自動発生する「.120　＊再診料」は一度目の「?」エンターで削除できるのに、中途表示から追加で自動発生する「.120　＊再診料」が一度で削除できないことになにか理由がありますか。 なお、弊社検証機でも片方の診療を中途終了にして別の診療科で診療登録後、中途表示の追加で複数科診療をしたときに自動発生した「.120　＊再診料」の削除に2回の「?」エンターを要しました。	外来診療行為画面で、中途データを追加展開した時に複数科・複数保険で自動発 生する「.120 再診料　再診料算定科:XX」などの剤を剤削除する時、一度ENTERをしないと削除できませんでしたので、ENTERをしなくても削除できるように修正しました。	H28.2.23
50	ncp 20160330-046	H28.4の新設マスタ　114030310　在宅患者訪問診察料(同一建物居住者)を4月分で入力してみたところ、再診料が消えずに残ってしまいます。他の訪問診察料は自動で削除されていると思います。	対応漏れでしたので修正しました。	H28.3.30
51	support 20160326-002	平成28年診療報酬改定において下記～～～～～～～～の部分が追加され、26年度改定の解釈から変わっている様に思います。 しかしながら同様に向精神薬以外も低減されますが、問題ないのでしょうかとの確認です。 平成28年度診療報酬改定の概要、厚生労働省保険局医療課　2016年3月4日版 処方料、薬剤料、処方せん料 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。 (略) 処方料 20点 薬剤料 所定点数の100分の80(※) ※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る ～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～	向精神薬多剤投与の減算規定が改定されていましたので、剤単位に向精神薬のみ対象とした点数計算を行い、内服、頓服、外用毎に100分の20とする点数を減算するように修正しました。	H28.3.31

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52		セット登録について 診療行為画面の患者番号を未入力のままセット登録画面へ遷移した場合、年齢チェックを廃止しました。(患者番号を入力した場合は患者の年齢でチェックします。) 屈折検査が項目の分割により年齢別にコードが新設されましたので緊急対応としてセットを一本化するための対処となります。 セット中に年齢別のコードをすべて登録していただき診療行為で展開すると算定できるコードのみ展開するという仕組みになります。	【留意事項】 セット登録において年齢チェックをしないモードはセット登録の仕様として今後も継続します。 なお、セットコード入力による展開時のエラー確認や、年齢別コードの置き換えの機能などを実装検討いたします。	H28.4.5
53	ncp 20160401-047	「099830102:通院・在宅精神療法開始日」入力日より1年以上経っているのに、「180031010:通院精神療法(30分未満)」を入力すると、「180007250:通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が自動算定されてきてしまうようです。30分以上、在宅精神療法も同様です。 逆に、「099830102:通院・在宅精神療法開始日」入力日より1年経っていないのに、家族通院精神療法，家族在宅精神療法では「180007250:通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が自動算定されてこなくなっています。 「システム管理?1006施設基準情報」の「3039　児童・思春期精神科入院医療管理料」の項目に「0」が設定されています。	通院・在宅精神療法の20未満の加算について、180047270 児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)を自動発生する時、施設基準(3039 児童・思春期精神科入院医療管理料)の判定を行っていませんでした。 これにより16歳未満で開始日から2年以内であれば、「180047270 児童思春期精神科専門管理(16歳未満)」を自動発生していましたので修正しました。 施設基準の設定がない場合、1年以内は、「180020570 通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を自動発生します。	H28.4.5
54		依存症集団療法(I006-2)の開始日の対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.5
55		疾患別リハビリテーションの早期加算及び初期加算の起算日の対応を行いました。 また、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションでの最初に診断された日がリハビリテーション料の起算日となる場合(リハビリテーション発症日を「診断日」として記載する場合)のレセプトでの診断日記載対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.5

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56	ncp 20160405-032	平成28年4月改定で特定疾患療養管理料が、退院後1カ月算定できないものが、当院を退院した日から1カ月算定不可となりました。 外来患者が来院された場合、特定疾患の病名を登録されていれば、21診療行為にて特定疾患療養管理料を自動算定されますが、他院歴として入院歴を登録した場合、21診療行為では「他院退院日より、1月以内です。算定できません」と表示され、算定ができません。	他院退院日のチェックを廃止しました。	H28.4.5
57	ncp 20160406-008	診療行為で湿布を70枚以上投与し、湿布薬剤制限枚数解除と0083000001のコメントで超過理由を入力しました。 コメントを入力しているのにもかかわらず、「警告！湿布薬が70枚を超えています。投与理由のコメントを入力して下さい。」とメッセージが出ます。 また、湿布薬の下にコメントが入力されていない状態では、この警告メッセージは表示されず、「警告！湿布薬の投薬があります。全量・1日量のコメントを入力して下さい。」の警告のみ表示されます。 文字数の関係で「830000052」を使用しない医療機関様もございますが、「830000052」のコードが作成されたための動きでしょうか。	湿布薬が7O枚以上となる時、「099200201 湿布薬制限枚数解除」を入力した場合に、「83000052 7O枚を超えて湿布薬を投与した理由:」の入力がない時の警告メッセージが表示されないことがありました。 警告対象の湿布薬に「警告！湿布薬の投薬があります。全量・1日量のコメントを入力して下さい。」を表示した時です。 警告対象を、「099200201 湿布薬制限枚数解除」の行とするように修正しました。	H28.4.13
58	ncp 20160407-035	院内処方の状態で在医総管・施医総管を当月入力されている場合、管理料と同会計の薬剤は包括となりますが、管理料を算定していない診療日の薬剤の入力が院内処方時に点数算定されてしまいます。	システム管理の包括診療行為設定情報の「205　施設入居時等医学総合管理料」を「0　包括算定しない」と設定している時、施設入居時等医学総合管理料を算定した時、算定日以外で「. 213 内服薬剤(処方のみ)」等が入力できませんでしたので入力できるように修正しました。	H28.4.13
59		前回処方画面から処方せんを印刷した時、必要なテーブルの設定がないためQRデータの一般名コードが正しく記録されていませんでしたので修正しました。		H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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
7	ncp 20151030-032	22病名にて転帰区分を死亡にし、登録を行うと患者登録の死亡にチェックがつくようになっているかと思いますが、病名登録にて一括で転帰を「死亡」と登録した場合、患者登録の死亡にチェックが入りません。	「C02 病名登録」で病名番号欄又は「C10 簡単修正」から転帰区分に「2 死亡」を設定して登録したときに、患者情報の死亡区分を更新するように修正しました。	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20151203-006	自院病名登録画面にて病名入力時、同じ病名を入力した場合でも異なる挙動が見られます。 今回自院病名登録画面にて入力した手順は以下の通りです。 1. 病名入力欄に「心性喘息」を入力 ⇒ エラーメッセージ等表示されず登録可能 2. 病名入力欄に「好酸球性喘息」を入力 ⇒ 病名コード置き換え確認画面が表示＞OK又はNOを選択＞自院病名登録 3. 病名入力欄に「心性喘息」を入力 ⇒ 廃止エラーメッセージが表示される 4. APサーバーを再起動 5. 病名入力欄に「心性喘息」を入力 ⇒ エラーメッセージ等表示されず登録可能 「心性喘息」は「tbl_synonym」に登録があり「tbl_byomei」には登録がない病名になりますので、本来であれば廃止エラーメッセージは表示されないものと認識しております。 不明点は以下2項目になります。 (1)何故、病名コード置き換え確認画面が表示される前後で挙動が異なるのか。 (2)APサーバーを再起動するとエラーメッセージが表示されなくなるのか。	「22 病名」の自院病名登録画面で、「好酸球性喘息」「左膝ガングリオン」等の病名コード置き換え確認画面を表示する病名を入力後、「心性喘息」を病名欄から入力すると廃止エラー画面が表示されてしまいました。 「心性喘息」を病名欄から入力後、内部的にコード変換して未コード化傷病名 (0000999)として返却しますが、未コード化傷病名として返却する場合は設定しない「喘息」の移行、廃止の条件をそのまま返却していたため、正しく処理が行えず廃止エラー画面を表示する処理を行っていましたので修正しました。 例) 「心性喘息」 0000999「心性」 4939020「喘息」廃止年月日H15.5.31 移行先4939008 0000999 があるため、未コード化傷病名(0000999)として返却 「心性喘息」は推奨病名があるため、病名置き換え確認画面の表示が行われるようになります。 また、「心性喘息」を患者病名画面の病名欄から入力した時に病名置き換え確認画面の表示がされなかったため表示するようにしました。	H27.12.21
9		「(C02)病名登録」画面の病名一覧に表示している「保険適用」と「第三者行為」について、該当の保険組合せが患者登録画面より削除された場合、空白表示としていましたが、空白表示ではどの病名に保険適用、第三者行為の指定が残っているのかが一覧で判らないことから、削除された「保険組合せの名称」「第三者行為の部位」を表示するように変更しました。 なお、一覧から病名を選択した場合の画面下の「保険適用」と「第三者行為」については従前のままとします。(「保険適用」欄は削除済みの保険組合せ番号の表示。「第三者行為」欄は空白。)		H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	request 20130909-007	病名画面で、死亡の転帰をつけた場合、それが誤りで修正を行った場合にも、患者登録画面に死亡フラグが立ったままになってしまいます。電子カルテ画面上にも「死亡」と表示されるため、複数の医院様からクレームを多くいただいております。 転帰を修正した場合でも、死亡フラグが残るという動きはいかがなものでしょうか？	(C02)病名登録画面で転帰区分を「2 死亡」として病名を登録した場合、患者情報の死亡区分を「死亡」として更新していますが、これに以下の機能を追加しました。 1. 患者情報の死亡区分が「死亡」の患者について、患者病名画面で転帰区分が「2 死亡」として登録されている病名を「2 死亡」以外に変更して更新する場合、患者情報の死亡区分を「生存」に更新します。ただし、変更する病名以外に転帰区分が「2 死亡」として登録されている病名が存在する場合は死亡区分の更新は行いません。 2. (C02)病名登録画面で転帰区分の変更により患者情報の死亡区分を更新する際、死亡区分を更新する旨の確認メッセージを表示可能としました。 確認メッセージの表示有無はシステム管理「1042 病名・コメント機能情報」に「死亡区分更新確認メッセージの表示」を設定することにで可能となります。初期設定は「0 表示する」となります。	H28.2.23
11	request 20150626-001	病名登録画面にて、『逆流性食道炎(再発再熱を繰り返す)』や『逆流性食道炎(維持療法)」』の様に、病名と補足コメントを使用してコード付き病名で入力するケースが多々ありますが、病名と補足コメントをセットにして1度で入力出来ないかとのご質問をよく受けます。	自院病名登録画面で補足コメントの登録を可能とし、患者病名登録画面から自院病名を入力時に病名と補足コメントを一度に入力可能としました。 補足コメントのみの登録はできません。 1. 患者病名登録画面、自院病名検索画面で複数病名入力時に補足コメントを登録した自院病名または補足コメントを登録した自院病名を含むセットコードを入力したときは補足コメントはクリアします。 2. セット登録で補足コメントを登録した自院病名を入力したときエラー表示等は行いません。 3. 自院病名一覧に補足コメントの出力を追加しました。	H28.3.24
12		病名登録画面に原疾患区分、合併症区分を新設しました。 原疾患となる病名と合併症となる病名を対応づける組合せを最大5つまで管理できます。		H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	request 20140408-001	?収納登録画面の支払証明書より自費内訳明細書が発行できますが、支払証明書印刷画面の自費内訳明細書の発行フラグをあらかじめ「1日別明細書」又は「2月別明細書」に変更できませんでしょうか。 1039収納機能情報に組み込みできませんか。 ?自費内訳明細書の網掛け部分を網掛けなしにできませんか。 診療費明細書等のように「1910プログラムオプション」から「網掛けなし」変更できればありがたいです。	支払証明書印刷時の自費内訳明細書の発行区分のデフォルト設定をシステム管理に追加しました。また、支払証明書印刷画面を閉じた際の各設定内容を保持するようにしました。 システム管理[1039 収納機能情報]に自費内訳明細書の発行区分のデフォルト設定を追加しました。初期値は[0 発行しない]とします。 支払証明書印刷画面で変更した設定内容は同画面でクリアボタンをクリックするか、業務メニューに戻るまで保持することとします。 自費内訳明細書の網掛け有無をプログラムオプションより指定可能としました。初期値は網掛けありとします。	H27.10.27
2	request 20151001-001	「23収納」業務の「Shift＋F8　一括入金」での一括入金同様に、”一括返金”または”一括入返金”を収納業務から処理できる機能を要望いたします 診療行為入力請求確認画面からの一括入返金処理が可能なことは分かっていますが、実際には診察がなくお金の精算にだけ来られる場合もあるため、収納業務からの一括入返金処理が必要です	収納業務の一括入金画面に一括返金機能を実装しました。 ・一括入金画面に返金額の入力項目を追加しました ・診療年月指定も可能としました	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20150903-013	月またぎで入院でハイリスク妊娠分娩加算(1入院20回まで算定可)が21回以上算定できてしまいます。 診療行為画面にて同月に21回算定した場合は、20回算定済みですとエラー表示 会計照会画面では同月21回以上の入力はできます。	会計照会で剤の診療回数を変更した時、剤の内容がハイリスク妊娠管理加算など加算コードのみの場合に上限回数の警告チェックを行っていませんでしたので、警告を表示するように修正しました。 また、診療行為入力画面で「ハイリスク妊娠管理加算」の入院期間中の回数チェックを行うように対応しました。入院期間中に20回以上の算定はエラーとなります。平成27年4月からの対応となります。	H27.9.24
7	support 20151013-006	包括算定コードの下に入力した判断料が訂正でもう一度開くと判断料の記載が消えているという件につきまして必要なデータをお送り致しますのでご確認お願いいたします。 また、別日に検査を算定した際、包括で一度登録をしているのにもかかわらず判断料が再度発生するという事象も確認できましたのでデータをお送り致します。	会計照会の剤変更で、診療行為の登録時に自動発生した剤にコードを追加した時、訂正展開時に追加したコードのみ展開することがありました。 システム管理で訂正の算定を「1　算定する」としている時、自動発生したコードは展開対象外ですが、手入力したコードは対象となる為です。 登録時に自動発生した剤の剤変更を行った場合は、自動発生を解除するようにしました。 また、剤変更の剤が包括対象剤の時、算定履歴の登録を行っていませんでしたので登録するように修正しました。	H27.10.27
8	support 20160120-014	症状詳記登録画面の複写機能について確認がございます。 外来操作盤マニュアルP616の注意事項として、「複写元コメントを複数選択していた場合は複写できません。」との記載がございますが、「コピー」(F5)押下＞登録済みコメントを選択(この時H28.01とH28.02を選択)＞複写開始年月と複写月数を入力＞「登録」(F12)とした場合、特にエラーメッセージは無く登録が出来てしまいます。 複写できているのは「H28.02」分のコメントのみとなりますが、注意事項の複数選択した場合複写が出来ないというのは、複数選択した場合最新のコメントのみ複写されるという認識でよろしいのでしょうか。	コメント入力画面で、選択番号に複数行を入力して「F12登録」を押下した時、1件目の選択行を対象として処理を行っていました。 複数行の処理は削除処理の時のみ可能としなければいけませんのでエラーとするように修正しました。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	request 20150409-004	レセプトコメントは1件につき1200文字まで入力が可能ですが、1200文字以上入力してから登録をする際、確認メッセージが表示されるようにしていただきたいです。文例登録の際には400文字以上で確認メッセージが表示されます。	レセプトコメントを2400文字(全角1200文字)を超えて入力した場合、登録する前に文字数チェックを行い、超えている場合はエラーメッセージを表示するようにしました。 「F10 入力」、「F12 登録」押下時にチェックを行います。 コメントの表示文字数は2420文字になります。 2420文字以上のコメントは表示できません。	H28.2.23
10	ncp 20160404-036	「24会計照会」で患者番号を入力すると「当月の受診履歴が100以上になります。全体の受診履歴表示はできません」と表示され、「閉じる」を選択しても内容が何も表示されません。 00全体のコンボボックスをクリックして01全体(診区順)を選択するとまた「当月の受診履歴が100以上になります。全体の受診履歴表示はできません」と表示され、「閉じる」を選択するとやっと内容が表示されます。 該当病院は診療科ごと、保険組合せごとに診療内容を分けて入力しています。 その為、同入院日でも診療科や保険組合せが違うと複数登録しています。 100以上なると受診履歴が表示されないのは仕様なのでしょうか？ もし仕様だとしても一度閉じると選択したら診療内容が表示されないのは不具合ではないでしょうか？	会計照会で、表示する受診履歴が100件以上存在した時、患者番号入力時にエラーメッセージを表示します。 この時、メッセージを閉じても、診療内容が表示されませんでしたので表示するように修正しました。	H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ12月18日－同日再入院入力	同日再入院対応で、下記の場合 (1)12/18入院　12/18退院 (2)12/18　同日再入院 診療行為画面で、「同日入院」のボタンを押下しても画面が切り替わりません。 (2)入院分が表示されたままです。 表示されないので、追加入力しますと(1)入院分で登録されます。 会計照会で、(2)入院分の剤のフラグの診療回数を上書きしますと回数入力画面は表示されます。 こちらを2回目入力分に回数入力をしますと、会計は(2)入院分として計上されますが、診療訂正で2回目入院分に変更したものを展開時に“同日再入院日ではありません。内容をクリアして受診歴を削除して下さい。”とエラーが表示されます。 そのまま登録しますと最初の状態に戻ります。 このような場合の登録はどのようにすればよいのでしょうか。	入院の同日再入院の判定で、同日に入院と退院を行い、再度、同日再入院を行っ た場合、同日再入院日の判定が正しくなかったので修正 しました。	H27.1.27
2	お電話でのお問い合わせ1月13日－短期滞在手術等基本料フラグ	短期滞在手術基本料3算定時に異動処理をした際、入院日以外にも基本料が算定されるとお問い合わせがありました。 H26.3.31提供パッチの問い合わせ及び改善内容に短期滞在手術等基本料で入院登録を行った場合の入院会計について、基本料は入院日だけ"1"を立るように対処しました。 ※この対応は入院登録時のみの対処としている為、退院取消、異動処理等を行った場合、入院日以外にも"1"が立ちます。これについては動作を改善したパッチを改めて提供する予定です。 と記載されております。	短期滞在手術等基本料で入院中の患者について異動処理、退院取消を行った場合に、入院会計の該当日のカレンダーに"1"が立つ不具合がありましたので修正しました。	H27.1.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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ましたので、表示しないように修正しました。 なお、患者番号が表示されていませんでしたので、前回患者番号はクリアされています。	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	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が、これの影響により初回入院で算定した特定入院料と同一の特定入院料で継続再入院した場合の通算日数判定に誤りがありましたの修正しました。	H27.5.27
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円の計算にする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です。	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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
9	support 20150624-017	月途中に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
10	support 20150914-028	CLAIM通信での入退院登録の動作を検証しています。 ORCAの31入退院登録-オーダーで表示される入院オーダー確認の画面に表示はされるのですが、ERRCD=0030となり処理されないデータが有ります。 画面のハードコピーの例では4病棟には正常に入院登録されますが、1病棟はエラーとなります。 また、4病棟に入院後、転棟で1病棟に異動するデータを送信しても、同様のエラーとなります。 エラーとなっているデータについて、画面上で情報の修正や登録をしようとすると「java.io.EOFException」が発生し、強制終了となります。 転棟のオーダ情報でERRCD=0030となっているものは、その行をクリックするだけで「java.io.EOFException」が発生します。 ERRCD=0030が発生する原因としては何が考えられるでしょうか。	システム管理[5003 短期滞在手術等基本料3情報]にて全項目を選択した状態で(I06)入院オーダー確認画面で療養病棟の入院登録エラーの修正を行った場合、入院料選択コンボボックスが文字化けする不具合がありましたので修正しました。	H27.9.24
11	お電話でのお問い合わせ10月5日ー特定入院基本料(障碍者施設等入院基本料)レセプト診療区分	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)を算定するとレセプトの診療区分が92になるとお問い合わせがありました。 マスタの期限は、H24.4.1～H26.3.31とH26.4.1～9999999しか区切られてませんが H26.10.1以降、診療区分が92となるようです。 H26.9.30で他の特定入院料が廃止になっていますが、こちらの影響でしょうか。 また、上記のためかわかりませんが、月平均夜間超過を超過ありに設定し特定入院基本料(障碍者施設等入院基本料)にして入院登録をすると更新処理に失敗するようです。	H26.9.30に「特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)」以外の特定入院基本料が廃止になりましたが、「特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)」算定時に廃止となったマスタから診療区分の判定を行っていたことから、誤った診療区分で入院会計が作成される不具合がありましたので修正しました。 また、「特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)」算定時に入院登録ができない不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	ncp 20151002-023	「5000医療機関情報-入院基本」で「救急在宅等加算」を「初期算定する」に設定している医療機関様より以下のお問い合わせを頂きました。 一般病棟で14日以上入院、救急・在宅等加算を算定患者で療養病棟に転棟した場合は「31入院登録」画面で救急在宅等加算を「算定する」にしていても自動で通算して救急・在宅等加算を14日算定しているので療養病棟分は加算を算定してきません。 一般病棟から地域包括ケア入院医療管理料へ転室した場合は通算せずに一般病棟と地域包括ケア入院医療管理料それぞれに救急・在宅等加算を算定してしまいます。 病棟と病室は 病棟1:一般病棟13対1入院基本料 病棟2:療養病棟 地域包括ケア入院医療管理料:病棟1の一般病棟内の病室に設定しています。 どこか設定変更すれば療養病棟と同じように通算で計算することは可能でしょうか。	入退院登録画面から異動処理で 「190152470 救急・在宅等支援病床初期加算(特定一般病棟入院料)」 「190177170 救急・在宅等支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料)」 を算定した場合に、異動前に算定済みの 「190142970 救急・在宅等支援病床初期加算(一般病棟入院基本料)」 「190143370 救急・在宅等支援療養病床初期加算(療養病棟入院基本料1)」 と正しく日数が通算されませんでしたので修正しました。	H27.10.27
13	request 20140909-007	出産育児一時金入力を金額の部分を抜い出産数まで事前に入力ができるようにしてほしいとご要望がございました。 産科で入院をさせた時点で出産一時金のボタンをアクティブにしていただければと存じます。	産科または産婦人科での入院時、退院登録前に出産育児一時金画面に遷移可能とし、在胎週数等の入力を可能としました。	H27.10.27
14	11/4 有床診療所一般病床初期加算 退院取消	有床診療所一般病床初期加算 退院取消で下記の操作手順をおこなうと、7日間を超えて算定されるとのお問合せがありました。 1.入院日11月1日で登録し、11月7日で退院登録する。 2.退院取消をする。 上記2の時点で7日間超えてフラグが立っている状態となります。 ちなみに11月6日や8日で退院取消した場合は、7日間までの算定となりました。	有床診療所一般病床初期加算の算定上限日(入院7日目)に退院及び退院取消しを行った場合の加算算定に不具合がありましたので修正しました。	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	support 20151105-016	労災レセプトをオンライン請求さえている医療機関様です。 請求時、“要確認”としてエラーがありました。 【エラー内容】 エラコード:3303 エラー又は確認事項:存在しない摘要コード(診療行為コード、医薬品コード、特定器材コード又はコメントコード)が記録されています。 診療識別:90 エラー労災医科診療行為(20レコード目) エラーレセ電は、190141590 入院基本料減算(他医受診)でした。 44総括表・公費請求書の「労災レセ電」操作よりレセ電を作成すると、該当のレセ電は作成され記録されます。 厚労省の「労災レセプト電算の手引き」p56には、“労災保険では、私傷病で他の医療機関に通院した場合でも、入院基本料は減額しません(「入院基本料減算(他医受診)」等は記録しません)。“と記載があります。 この度のエラーは、記録しないとされるレセ電が記録されたことによるものだと思われます。	労災・自賠責(労災準拠)・公務災害(労災準拠)の他医受診チェック 入院会計の外泊入力で、「4」～「7」又は「13」の入力がある場合、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(他医受診(外泊)の入力誤り)を表示するよう対応しました。 なお、エラーがある状態でプレビュー(入院会計照会・診療行為入力・会計照会)を行ってもレセプトは表示されません。	H27.11.25
16	11/18　入院初日　入院料加算　退院取消	入院初日のみ算定される診療録管理体制加算等について、9月18日から9月23日の入院期間で6日間フラグが立って いる状態とのお問合せがありました。 過去に問合せさせていただいた件名:11/4　有床診療所一般病床初期加算　退院取消と類似した事例ではないかと思い、こちらで検証したところ、退院取消したタイミングでフラグがすべて立っている状態となりました。 1.入院日11月17日で登録し、11月17日で退院登録する。 2.退院取消する。 上記2の時点で算定フラグがずっと立っている状態となります。	算定上限日数が1日だけの入院料加算について、入院登録→退院登録(入院日での退院)→退院取消しを行った場合に、該当加算が2日目以降も入院会計で算定されてしまう不具合がありましたので修正しました。	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	ncp 20151116-003	回復期病棟しかない医療機関様に、回復期の期間を過ぎた患者様が入院し続けた場合で、ADL評価票で医療区分3に該当する診療を行った場合、入院料の区分は変えずに、ADL区分は一番低い医療区分1で算定しなければならないそうですが、医療区分を1にして登録すると赤文字で「入院料と医療区分・ADL区分の評価が一致しない日があります」とエラー表示されます。 エラーメッセージが表示されないよう登録するにはどのように登録すればいいでしょうか。	入退院登録業務で特定入院料に回復期リハビリテーション病棟入院料を選択し、特定入院料右のコンボボックスに[1 算定要件に該当しない患者]を選択すると、入院料は[療養病棟入院基本料I]で算定を行いますが、この場合については、入院会計照会業務の(I47)会計照会－医療区分・ADL区分登録画面で問い合わせにあるメッセージを表示しないよう修正しました。	H28.1.26
18		入退院登録画面で以下の異動取消を行った場合に、入院会計の食事と外泊が初期状態となってしまう不具合がありましたので修正しました。 【不具合が発生する事例】 1．1月に入院登録 2．異動日2月1日で「転科　転棟　転室」を実施 3．(I41)入院会計照会画面から3月分入院会計の食事と外泊を変更登録 4．異動取消を実施すると3月分入院会計の食事と外泊が初期状態に戻る		H28.1.26
19		精神病床に4月1日時点で1年を超えて入院する患者について、食事負担の据え置き判定用のシステム予約コードを入力した際の食事負担計算に誤りがありました。 同月に2回以上の入退院がある場合で、それぞれの入院期間中に診療行為からシステム予約コード"099999926"を入力した場合に2回目の入院期間について食事負担額が据え置きとなりませんでしたので修正しました。		H28.4.5

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 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。 ＜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 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。	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
3	入院会計照会 91日以上　表示	1.H27.7.14～H27.7.15　精神科急性期治療病棟入院料1(2日間) 2.H27.7.16～H27.7.23　精神療養病棟入院料(8日間) 3.H27.8.20～継続再入院　精神病棟入院基本料15:1 上記内容で登録したときの91日以上の表示について、「H27.11.9」と表示されています。 91日目をカウントすると、「H27.11.8」になるものと思われますので、ご確認いただけますと幸いです。	(I41)入院会計照会画面の「91日以上」欄が誤った日付で表示されていましたので修正しました。	H27.9.24
4		「医療区分・ADL区分に係る評価票」に平成28年4月から追加となった「38　酸素療法を実施」について、専用のコメントコードが新設されたことから、(I47)医療区分・ADL区分登録画面で該当の医療区分を登録時に、下記コメントコードをテーブルに記録するよう変更しました。 820000232「38　酸素療法を実施(密度の高い治療を要する状態を除く)」		H28.3.30

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

33 入院定期請求

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

36 入院患者照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20141121-017	システム管理マスタの「1005診療科目情報」に登録した診療科が「36入院患者照会」の検索条件の診療科の項目に一部表示されない現象がでております。 入院患者紹介以外の画面では、診療科目情報に登録したすべての科が表示されます。 表示されない診療科目については有効期限が「H24.3.1 ？ 99999999」で登録されていることが分かっています。	入院患者照会業務について、有効期間の開始日が"00000000"ではない診療科がコンボボックスに表示されない不具合がありましたので修正しました。	H26.12.18

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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に対してのマスタ登録はしておりません。 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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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	ncp 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
7	support 20150829-005	レセプトチェックを実行後、エラー内容を表示した際、該当患者をクリックしても該当患者のチェック処理が選択出来ません。 一旦レセプトチェック指示画面に戻り再度エラー内容を表示すると正常な処理が可能です。 不具合か否か確認をお願いできないでしょうか。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の設定2タブ[患者毎の例外設定機能]を[1 使用する]としている状態でデータチェック業務[(D04)データチェック-エラー内容確認画面]に遷移してエラー内容を選択した場合、例外設定コンボボックスが選択可能にならず非活性の状態でしたので修正しました。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20160329-030	データチェック(チェックマスタ:7診療行為どうしの算定漏れ)にて不具合が生じましたので、ご報告させていただきます。 〔ubuntu14.04／ver.4.8／パッチ提供(第31回)適用済〕 チェックマスタ「7診療行為どうしの算定漏れ」にて 160084650　スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査　に対し 621200201　フローレス眼検査用試験紙0．7mg　を設定。 同日に、下記のように検査区分で入力していても .600 160084650　　スリットM(前眼部)後生体染色使用再検査 621200201*1　フローレス眼検査用試験紙0．7mg ・診療画面左上が「院外」設定 ・データチェック時に「院外含まない」、の場合 「該当の診療行為に対して同日の算定漏れがあります」とデータチェックにかってしまいます。	検査日に院外処方があった場合に現象が発生してましたので修正しました。 [H28.3.31] 検査日に院外処方があり、データチェックの指示画面で[院外処方の処理]を[2 院外処方のみ]としてデータチェックを行った場合にエラーとなるのを修正しました。	H28.3.30 H28.3.31

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20141117-010	「42明細書」の入院のレセプト処理で、レセプト出力順を病棟別出力を設定しレセプト印刷画面にて処理を実行すると該当のレセプト件数はあるのに、「該当のレセプトはありませんでした」と表示されて、印刷・プレビューが表示されません。 一旦、出力順をカナ順などに変更し処理を実行後病棟別で処理を実行すると、正常に処理が実行されます。 [2005レセプト総括印刷情報]の[編綴順]＞[病棟別出力設定(入院)]で「1病棟別出力をする」に設定されていると起きるようです。 [病棟別出力順(入院)]の「1カナ氏名」、「2患者番号」どちらでも起きました。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の設定が 主科対応の有無　0:しない 医師別出力設定　1:医師別出力をする 病棟別出力設定　1:病棟別出力をする 一括作成出力順(全体)入院 12:病棟別順 のときに入院レセプトの一括作成を行うと、診療科の初期表示が「00 全科」となりレセプトの印刷ができませんでしたので、初期表示が空白となるように修正しました。	H26.12.18
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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 (10040)　(40) (10000) 保険　37962　10040　10040 公費1(010)　36　20　→　10020(※) 公費2(015)　37926　2500　2500 (※)10020=20+10000	H27.2.24
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備 考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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 としていますが、全国公費は、提出用・点検用レセプト共に、請求点数0点公費を記載するよう対応しました。 (※)点検用タブ－点検用レセプト記載【0点公費記載設定】 (例)外来、実日数1日、複数保険入力 生保(再診、院外処方、処方せん料) 請求点140点 精神通院(院外処方) 請求点0点 公費2併のレセプトを作成 ＜診療実日数＞ 保険 公費1(021)　1 公費2(012)　1 ＜請求点数・一部負担金＞ 保険 公費1(021)　0　0 公費2(012)　140　0	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	12/3 複数科保険入力 発症日記載	公費と公費対象外と打ち分けたときに、保険適用分と公費適用分とで、それぞれ2つずつ発症日が記載されます。	レセプト摘要欄のリハビリ開始日記載修正 以下のような事例のリハビリ開始日記載を修正しました。 (例) 3月30日:後期高齢＋難病(054) 運動器リハビリテーション開始日 運動器リハビリテーション料(1) 4月1日:後期高齢＋難病(054) 運動器リハビリテーション料(1) 4月3日:後期高齢 運動器リハビリテーション開始日 運動器リハビリテーション料(1) ＜4月レセプト摘要欄＞ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ＝＝＝ 以下 難病 適用分 ＝＝＝ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ↓ ＊運動器リハ:発症 27年4月 3日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1) ＝＝＝ 以下 難病 適用分 ＝＝＝ ＊運動器リハ:発症 27年3月30日 ＊運動器運動器リハビリテーション料(1)	H27.4.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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点以下の場合は一部負担金の記載不要です。と国保連合会様より医療機関様に連絡がありました。) 6000点以下は一部負担金が記載しないようご対応願います。	(例1) 5月1日:後期高齢(1割)＋地方公費a＋972　請求点1000点 5月2日:後期高齢(1割)＋地方公費b　請求点2000点 保険欄－一部負担金の記載は不要であるが、記載していましたので記載しないよう修正しました。 (例2) 5月1日:後期高齢(1割)＋地方公費a　請求点1000点 5月2日:後期高齢(1割)＋地方公費b＋972　請求点15000点 (10000)　(1000) (10000) 保険　16000　11000　→　11000 公費1(a)　1000 公費2(b)　15000	H27.5.27
		レセプト一部負担金記載修正 「主保険＋地方公費」と「主保険＋地方公費＋長期」の保険組み合わせで診療を行った場合のレセプト記載について、保険欄－一部負担金の記載に関する判定が正しく出来ていなかったので修正しました。(記載不要な場合も記載がされていた) 又、括弧再掲の金額が正しく記載されない場合があったので修正しました。	第二公費が長期併用の保険組み合わせの場合、括弧再掲の金額が正しく記載されていなかったので修正しました。 併せて、全国公費の併用が無く、2つの地方公費があるレセプトの場合、第二公費の括弧再掲も記載するように修正しました。 (例のように複数の保険組み合わせで診療行為入力(長期併用の有無は関係なし))	

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20	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しまいます。請求金額、収納ともに2，500円なのですがレセプトの負担金の金額は1円単位(2、495円～2，499円)になっております。 この場合、レセプトの一部負担金は2，500円が正しい記載になりますので修正をお願い出来ればと思います。実際に返戻になっている医療機関様もございます。	レセプト一部負担金記載修正 「70歳代前半の特例措置(1割据え置き)＋054難病」の公費欄－一部負担金記載について修正しました。 (例)難病(月上限額2500円)、請求点数2498点 この場合、公費欄－一部負担金が2498円で記載されていたので、2500円で記載されるよう修正しました。 ※2割計算額(4996円)＞月上限額(2500円)となる為、2500円を記載します。(難病の月上限額が2500円の場合、2495点～2499点は2500円の記載となっていませんでした)	H27.5.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	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	ncp 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処をお願い致します。	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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	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ーレセプト(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(主保険の月上限額ー公費1の一部負担金) を比較し、 (主＋地の主保険負担相当額)＞(主保険の月上限額ー公費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) (主保険の月上限額ー公費1の一部負担金)・・・8000円 (低所得2)ー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。 (保険欄ーー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にとなる。 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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
28	お電話でのお問い合わせ6月16日－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＞ 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＞ 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
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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が、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～ 9999999 (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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	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おります。 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ましたところ国保が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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35		マル長患者で、月途中に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(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。 (0)　(0) 保険　25000　10000　→　8000 公費1　5000　0　0		H27.8.26
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) 保険　15000　24600　→　35400 公費1　24600　24600	H27.8.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	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ブランクになります。 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ーレセプト(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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41	request 20150304-001	自賠責保険のレセプト請求金額表示について10円未満四捨五入表示対応の要望を頂きました。システム管理「1001医療機関情報?基本」請求額端数区分の自賠責(減免無・保険分)を10円未満四捨五入と設定した場合、窓口請求は10円単位での請求になりますが、自賠責レセプト内の診療内容金額、その他、総請求額、レセプト左下の上記金額欄は1円単位での表示となります。請求額端数設定を10円未満四捨五入とした場合、レセプトの診療内容金額、その他、総請求額、レセプト左下の上記金額欄に表示される金額も10円未満四捨五入の記載となるよう、ご検討の程お願いいたします。	2. 自賠責・請求金額欄端数処理区分　自賠責　の設定は、労災自賠保険区分「4自賠責保険」の自賠責レセプト(入院・外来)を対象とします。 【1】又は【2】を設定した場合、システム管理1001－「請求額端数区分　自賠責(減免無・保険分)」の設定に準拠した端数処理を行います。又、【2】を設定した場合は、労災自賠保険区分「4自賠責保険」の自賠責レセプトのうち、自賠責請求区分「1患者請求する(100%)」の自賠責レセプトのみ対象とします。	H27.9.24
		自賠責レセプトの請求金額欄(総合計を記載する金額欄)の10円未満端数処理について、システム管理2005(レセプト・総括印刷情報)に設定項目を追加し、システム管理1001(医療機関情報－基本)－「請求額端数区分」の設定に準拠した端数処理を可能としました。 1. システム管理2005－労災・自賠責タブに設定項目を追加しました。 自賠責・請求金額欄端数処理区分 自賠責 第三者行為 【設定内容】 0　10円未満端数処理なし　・・・　デフォルト 1　医療機関情報に準拠 2　医療機関情報に準拠(患者請求分のみ)	3. 自賠責・請求金額欄端数処理区分　第三者行為　の設定は、労災自賠保険区分「6第三者行為」の自賠責レセプト(入院・外来)を対象とします。 【1】又は【2】を設定した場合、システム管理1001－「請求額端数区分　第三者行為(減免無・保険分)」の設定に準拠した端数処理を行います。又、【2】を設定した場合は、労災自賠保険区分「6第三者行為」の自賠責レセプトのうち、自賠責請求区分「1患者請求する」の自賠責レセプトのみ対象とします。	
42	request 20130805-002	現状1001システム管理情報の開設者名がの責任者氏名に記載されるようになっておりますが、開設者と院長が異なる場合、院長を管理者として労災保険指定医療機関指定申請書を提出する場合もございます。 その場合、責任者氏名は院長の氏名になるかと思います。 労働者災害補償保険診療費請求書(1号様式)の責任者氏名を開設者名又は管理者氏名(院長)のどちらか選択できるようにしていただけないでしょうか。	システム管理「1901 医療機関編集情報」の「編集内容タブ」に開設者名を追加し、指定した帳票等への開設者名の編集を可能としました。また、編集内容設定で医療機関名称が未入力の場合、帳票等の医療機関名称欄を空欄としていますが登録時の警告表示がありませんでしたのでチェックを追加し警告表示を行うようにしました。 診療報酬請求書(労災)の場合は、労働者災害補償保険診療費請求書の責任者氏名、アフターケア委託費請求書の代表者氏名に設定した開設者名から記載を行います。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	request 20140307-005	月途中に保険変更した場合、レセプトに種別・有効期間・保険者番号・記号番号が自動記載されますが、保険者番号と記号番号は個人情報のため記載をしないようにしてほしいと要望がありました。 支払基金HPのQ&Aに「摘要欄にその旨（国保から社会保険に変更など）を記載」および「レセプトの摘要欄に「保険者変更」と記載」とありますが、番号についての明記はありませんでした。 また支払基金本部に確認しましたが、返戻等でなければ番号までの記載はなくても問題ないと回答いただきました。	月途中に保険変更があった場合にレセプトに記載する保険履歴について、個人情報(保険者番号、記号番号等)の記載の有無をシステム管理より設定できるようにしました。 システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」に新設した「基本1(2)」タブに保険履歴記載区分を追加し、医保分の紙レセプト、レセ電データの保険履歴への個人情報(保険者番号、記号番号等)の記載の有無の設定を行います。デフォルトは「0 個人情報を記載する」とします。 ※システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」の「基本１」タブは、「基本1(1)」タブに変更しました。	H27.9.24
44	お電話でのお問い合わせ8月28日－自賠責OCR様式手書き編集	自賠責のOCR様式について 上記金額の、受領済金額および受領先については編集していないとのことですが、手書きで請求しても問題ないのでしょうか。	自賠責レセプト（新様式－OCR様式）の受領金額欄記載対応 レセプト下部の上記金額欄（2段）の記載について、見直しを行いました。 （1）【自賠責請求区分】が「2患者請求しない（0%）」のレセプト レセプト総合計額を上段の請求金額欄に記載する。 請求先には【自賠責保険会社名】の入力内容を記載する。 （2）【自賠責請求区分】が「1患者請求する（100%）」のレセプト レセプト総合計額を下段の受領金額欄に記載する。 支払元には該当患者の漢字氏名を記載する。 又、以下の内容についても対応しました。（詳細は別途資料を参照してください） 1．一部の金額を「受領」とし、残りの金額を「請求」とする事を可能とする。 2．支払元の変更を可能とする。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	request 20121122-003	オンライン請求による返戻レセプトの再請求を行ったものについては総括表に含まれないとのことですが，これに関係して【43.請求管理】にて請求区分が「未請求」のままで残ってしまい，画面上で請求したものか未請求のものか確認ができません。 これからは紙レセでの請求がなくなるので，できれば【44.総括表】の画面にてレセ電のファイル出力処理をした際に，【43.請求管理】の請求区分が「請求済み」となるようにしていただけないでしょうか。	「44 総括表・公費請求書」からレセ電データの作成を行った場合、作成対象となったレセプトの請求管理データの請求区分を更新するようにしました。 「44総括表・公費請求書」から医保分、労災分のレセ電データの作成を行った場合、対象の請求管理データの請求区分を「2 請求済」に更新します。なお、「1 提出用」を選択時のみ請求区分の更新を行います。	H27.9.24
46	kk 36545	千葉県のユーザー様で、患者様の保険組み合わせが後期高齢者+難病+障害なのですが、障害の公費種類は「381」を使用しています。 難病の限度額は5000円です。 月の中で4日と11日に来院していて4日だけ会計の入力をした場合、レセプトの表記は 保険の請求点…2870、公費1の一部負担金…2870、公費2の一部負担金…300 ここまでは正しい動きをするのですが、8月11日の会計を入力する前に、他一部負担金に8月5日の日付で2130円登録して会計を入力したところ、その後のレセプト表記は 保険の請求点…3165、公費1の一部負担金…2870、公費2の一部負担金…305 となってしまいます。 請求点と公費1は正しいかと思いますが、公費2が正しく表記されません。	レセプト公費欄－一部負担金の記載修正 下記例の場合、公費欄－一部負担金の記載に誤りがありましたので修正しました。 (例)外来 後期高齢(1割)＋054＋千葉県地方公費381 (難病の月上限額5000円) 8月4日 請求点数2865点 患者負担300円 8月5日(他一部負担)2130円・・・難病の月上限額5000円に達する 8月11日 請求点数300点 患者負担0円 この場合、千葉県地方公費381のレセプト公費欄－一部負担金が「305」となっていたので、「300」となるよう修正しました。 ※パッチ適用後、8月11日の再計算を行ってからレセプトの再作成をお願いします。	H27.10.27
47	ncp 20151008-025	42明細書の個別作成についてお尋ねします。 入院外、医保の個別作成で、「1個別」で患者指定したところ、ある患者だけ氏名の先頭に「削除」と表示されました。 該当患者はH27.5診療分で返戻になり、生年月日を修正しました。 「削除」と表示される場合とされない場合があると思いますが、今回表示された理由をご教示いただけないでしょうか？	「42 明細書」の個別作成時に、レセプト作成後に対象診療年月の診療データのクリアを行い会計がなくなった患者を入力したとき、「対象の診療会計がないので作成済の請求データを削除します。よろしいですか。」の確認メッセージが表示され「NO」を押した場合に、次に入力した患者に「削除」と表示を行っていましたので修正しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	request 20150910-004	後期高齢者3割で難病保険を持っている患者で、適用区分?です。負担金は5000円です。 後期高齢者3割と難病保険を登録すると特記事項「17上位」で自動記載されてきます。 難病保険の適用区分?ですので、特記事項は「18一般」になります。 公費の種類に「967高額ウエオ」を入力しましたが、特記事項は「17上位」のままです。 特記事項・レセプト分割の特記事項欄に「18一般」を入力しました。 レセを確認すると「17上位」と「18一般」が記載されています。 「17上位」を消したいが消すことができません。 後期高齢者3割と難病保険の登録で「17上位」が表示されるのではなく、難病保険の適用区分で特記事項を入力できるようにして欲しい。	特定疾病給付対象療養(51，52，54)の特記事項自動記載修正(平成27年1月診療分～) 現在、レセプト処理で適用区分・多数該当から該当する特記事項を決定し、自動記載を行っていますが、患者登録、又は、診療行為で特定疾病給付対象療養の特記事項入力がある場合、レセプト処理では特定疾病給付対象療養の特記事項自動記載を行わないよう修正しました。	H27.10.27
49	10/14 転医始診 回数 2回目以降	転医始診については、継続分(2回目以降)として編綴するよう労災医療のあらましの12ページ(PDF18ページ)に記載されています。 (今回のケースは、指定医療機関から指定医療機関への転医です。) http://saitama-roudoukyoku.jsite.mhlw.go.jp/library/saitama-roudoukyoku/seido/rousai/aramashi26.pdf 現状転医始診レセプト初回月であった場合、回数は「1」となり、初回分に含まれる動作となります。 回数を「2」にすれば継続分となるのですが、福岡県の労働局に確認していただいたところ、回数は「1」で、電算ファイルは2回目以降とするよう回答されたとのことです。	労災レセプト回数1回目の「継続請求分」対応 現在、労災レセプト回数が1回目の場合を「初回請求分」、2回目以降の場合を「継続請求分」とし、労災レセ電データや労災診療費請求書の作成を行っていますが、労災レセプト回数が1回目であっても「継続請求分」と出来るよう対応しました。 労災レセプト回数が1回目であっても「継続請求分」とする場合は、対象レセプトの診療行為入力で099999924(【レセプト】労災－継続請求分該当)を入力してください。 ※要マスタ更新	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50	kk 36916	札幌市重度心身障害者医療費請求書について、一括再計算をおこなっても現象が解消しませんでした。	公費請求テーブルの公費一部負担金の記録修正 下記例の場合、公費請求テーブルの公費一部負担金の記録が正しくされていませんでしたので修正しました。 (例)外来 主保険＋015＋北海道地方公費343(更生の月上限額5000円) 1日目 請求点数4783点 2日目 請求点数3000点 この場合、公費請求テーブル(tbl_kohsky)の公費一部負担金(FTNMONEY2)が5000円でなく、5003円になっていましたので修正しました。 ※パッチ適用後、一括再計算を行ってからレセプトの再作成をお願いします。	H27.11.25
51	12/7 レセプト 生保併用 一部 負担金	社保＋生活保護の保険組合せで下記のように入力しています。 生活保護患者負担上限額:2,860円 1日目　468点　1,400円 2日目　485点　1,460円 上限額に達しているのですが、公費(1)のレセプト負担金額が2,859円で記載され、返戻対象となったようです。	全国公費一部負担金レセプト記載修正 「該当レセプトの全国公費一部負担金(10円単位)＝月上限額」の場合は、その金額をレセプト公費欄ー一部負担金に記載するよう修正しました。 例)協会(3割)＋生保(外来月上限額2860円) 請求点数 1日目 468点 1,400円(10円単位) 2日目 485点 1,460円(10円単位) レセプト 保険　953 公1　2859 ↓ 保険　953 公1　2860	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	お電話でのお問い合わせ12月7日－労災レセプト療養担当手当表示	療養担当手当と、リハビリ開始日及びリハビリテーション料がある場合のレセプトの表示順が医保と労災で違います。 労災の場合開始日とリハビリテーション料の間に、療養担当手当が表示されますが、医保と同じように療養担当手当が間に入らないようにしたいとのことです。 順番は変更できないと思いますが、表示順はどのような規則になってるのでしょうか。	労災レセプト記載順修正 労災レセプト診療区分80の記載順について、リハビリと療養担当手当がある場合、医保レセ同様リハビリが先に記載されるよう修正しました。 80＊運動器リハ:発症 ○○年○月○日 ＊療養担当手当(入院外) ＊運動器リハビリテーション(2) ↓ 80＊運動器リハ:発症 ○○年○月○日 ＊運動器リハビリテーション(2) ＊療養担当手当(入院外)	H27.12.21
53	request 20151104-001	後期高齢者又は高齢受給者と24療養介護医療の併用で高額療養費が現物給付の場合、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載と記載要領にあるのですが、現在対応されていません。 先日問い合わせフォームより問い合わせていただくと、所得者情報の医療上限額で対応するか、レセプト一部負担金額置換編集から対応するようにとありますが、このような対応ではなく医療上限額欄は公費の受給者証にある金額を登録した上で自動的に10円未満の端数を四捨五入してほしいと要望がありました。 この記載要領の詳細は診療報酬明細書の記載要領に関する事項 33　療養の給付欄について オ　の項をご確認お願いします。	法別24・79の医療費月上限額が【1円単位の金額】の場合、かつ、その一部負担金が月上限額に達した場合、レセプト公費欄－－部負担金には月上限額(1円単位の金額)を記載していますが、レセプト保険欄－－部負担金の記載がある場合(高額療養費が現物給付された場合)において、「月上限額(1円単位の金額)を10円未満四捨五入した金額」で記載する事を可能としました。 1. システム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の基本1(2)タブに法別24・79現物給付一部負担金記載の設定項目を追加しました。 法別24・79現物給付一部負担金記載 0　上限1円単位の10円未満四捨五入なし 1　上限1円単位の10円未満四捨五入あり ※　デフォルトは「0」 2. 法別24・79の医療費月上限額が【1円単位の金額】の場合、かつ、その一部負担金が月上限額に達した場合、かつ、レセプト保険欄－－部負担金の記載がある場合(高額療養費が現物給付された場合)において、システム管理2005の上記項目の設定が「1」であれば、「月上限額(1円単位の金額)を10円未満四捨五入した金額」で記載します。	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	ncp 20151207-014	労災のレセ電データ作成時、レセ電チェック「1チェックする」の状態で労災レセ電を作成すると「レセ電データチェックの処理でエラーが発生しました」と表示されて処理が進みません。 レセ電チェック「0チェックしない」だとレセ電データは作成できます。 42明細書作成ではエラーが無く作成はできいると思います。	医保および労災のレセ電データチェックを行う際、dbsの設定ファイルが正しく参照できなかった場合、レセ電データチェックが異常終了する不具合がありましたので修正しました。 dbsは利用していませんのでこのケースでは処理を続行するようにしました。	H27.12.21
55		レセプト摘要欄記載(器材の単価記載)対応 特定器材商品名コード「058XXXXXX」の点数マスタの金額が0円でない場合(算定器材コードの点数マスタの金額が0円の場合)、器材の単価記載(括弧内)を行うように対応しました。 又、これまでフィルムについては単価記載をしていませんでしたが、記載するように対応しました。 (例1) 「058000004」の作成 商品名称:医療用ガス1号(Heガス) 金額:21円 算定器材コード:770090000 診療行為入力 .600 058000004　　医療用ガス1号(Heガス) 770090000 3　(検査等で使用したガスの費用) ＜レセプト記載＞ 60＊医療用ガス1号(Heガス) 　　(検査等で使用したガスの費用　21円　3L) ※21円を記載する	(例2) 診療行為入力 .700 002XXXXXX　　胸部 170001910　　単純撮影(アナログ撮影) 170000410　　単純撮影(イ)の写真診断 700030000 1　大角 ＜レセプト記載＞ 70＊胸部 　　単純撮影(アナログ撮影)　1回 　　単純撮影(イ)の写真診断　1回 　　大角　　117円　　1枚 ※117円を記載する	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56		医保レセプト病名記載修正(第三者行為の病名登録分について) ・患者登録 主保険と第三者行為を登録 ・診療行為入力 主保険単独の保険組み合わせで診療行為入力 ・病名入力 「第三者行為の病名設定用コンボ」で、「第三者(傷病の部位)」を選択し、登録 この状態で、医保レセプト作成を行った場合、第三者行為の病名登録分は医保レセプトに記載されませんが、患者登録で第三者行為を削除し、医保レセプト作成を行った場合、第三者行為の病名登録分が医保レセプトに記載されていましたので記載しないように修正しました。		H28.1.26
57	request 20150416-002	同日に、第三者行為と第三者行為外の診療があった場合のデータチェックにて、診察料を算定していない方の保険で”実日数がゼロ日です”とエラーに計上されてしまいます 正しい入力をしているのにエラーとなってしまうのはおかしいと医療機関から指 摘がありましたので、対応をお願いいたします	同日に、「通常の診療」と「第三者行為の診療」があり、後の診療で診察料を算定しない場合(「他保険にて診察料算定済」のコメントが自動発生する場合)、医保レセプトには「他保険にて診察料算定済」のコメントを記載しないようにしました。 1. 同日診療で、先が「通常の診療」、後が「第三者行為の診療」の場合 ・医保レセプトには「他保険にて診察料算定済」のコメントを記載しない。 ・現行どおり、自賠責(第三者行為)レセプトには「他保険にて診察料算定済」のコメントを記載する。 2. 同日診療で、先が「第三者行為の診療」、後が「通常の診療」の場合 ・医保レセプトには「他保険にて診察料算定済」のコメントを記載しない。	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
58	support 20160201-005	レセプト一括作成の結果、「処理は正常に終了しました」と表示されますが、同時に「プレビューDBの追加でエラーになりました」というエラーも表示されました。再度レセプト一括作成を行っても同じ結果になります。このままレセ電データの作成を行って問題ないでしょうか？	第26回(1月26日)パッチ提供においてプレビューデータの作成方法を変更しましたが、この影響によりレセプトのプレビューデータが2重更新される不具合が発生しましたので修正しました。	H28.2.2
59	support 20160127-016	他保険にて診察料算定済コメントについてお尋ねです。 同日に自賠責と協会の診療があり、協会の診療内容に”他保険に診察料算定済”を入力しましたがレセプトのプレビューを確認するとコメントとして反映されていませんでした。 実日数は1日としてカウントできているようです。 他の患者様も同じ入力をしていますが、コメントが出ないのはこの患者お一人だけとなります。	第26回(1月26日)パッチ提供において医保レセプト「他保険にて診察料算定済」コメント不記載対応(第三者行為に関わる対応)を行いましたが不備がありました。 以下の事例の場合、医保レセプトに「他保険にて診察料算定済」コメントが記載しなくなりましたので記載するよう修正しました。 (例1) 同日診察で、診察料を算定しない協会単独を先に診療行為入力し、診察料を算定する自賠責を後で診療行為入力する。 (1)協会単独 ・診察料を算定しない ・投薬の診療行為入力 ・「他保険にて診察料算定済」コメント(099999902)を診療行為入力 (2)自賠責保険 ・診察料を算定する ・投薬や処置の診療行為入力 (例2) 協会と自賠責保険を別々の患者で登録 (1)協会単独 ・診察料を算定しない ・投薬の診療行為入力 ・「他保険にて診察料算定済」コメント(099999902)を診療行為入力	H28.2.2

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
60		医保レセプト「他保険にて診察料算定済」コメント不記載対応 (第三者行為に関わる対応)について、平成28年1月26日及び2月2日にパッチ提供を行いましたが、以下の事例の場合(診療科が異なる場合)も医保レセプトに「他保険にて診察料算定済」コメントを記載しないよう修正しました。 (例)同日診察 (1)協会単独 【内科】 ・診察料を算定する ・投薬や処置の診療行為入力 (2)協会＋第三者行為 【整形外科】 ・診察料を算定しない ・投薬や処置の診療行為入力 ・「他保険にて診察料算定済」コメントあり		H28.2.23
61	request 20150304-002	医院様では処方については医師が一般名でカルテに記載しています。 ORCAでの処方入力は一般名による検索ができるので問題ないのですが、レセプト点検時にカルテと照合する際に付け合わせができず、非常に困るそうです。 そこで下記のような機能を要望いたします。 ・点検用レセプトに記載する薬剤名を一般名と銘柄名で切り換えられるようにする。 ・診療行為画面の薬剤表記も確認画面と同様に切り替えができるようにする。	点検用レセプトの摘要欄記載において、一般名処方を一般名で記載可能としました。 1. システム管理2005レセプト・総括印刷情報の点検用タブに設定項目を追加しました。 (「点検用レセプト記載」に4つ目の設定項目を追加する) 0一般名処方を銘柄名で記載する 1一般名処方を一般名で記載する ※デフォルトは「0」となります 2. 上記設定項目を「1」で設定した場合、点検用レセプトの摘要欄記載において一般名処方を一般名で記載します。 ＜対象の医薬品＞ 診療区分が「14」「21」「22」「23」の院外処方の医薬品で、院外処方せんに一般名で記載される医薬品を対象とします。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
62	kk 35983	<動作環境> プラグインバージョン:23aichi1.14 <問い合わせレセプトの保険組合せ> 主保険:後期高齢者1割負担 第1公費:10結核 第2公費:15更生(自己負担上限金額5000円) 第3公費:89マル福 第4公費:972長期(自己負担上限金額10000円) 表題の件についてですが、該当患者のレセプト一部負担金額欄の記載が国保連合会が正しいとする記載金額と異なりました。 結核医療分の保険組合せは「後期高齢＋10結核＋89マル福」 それ以外の医療分の保険組合せは「後期高齢＋15更生＋89マル福＋972長期」にして登録しています。 結核医療分の保険組合せを「後期高齢＋10結核＋89マル福＋972長期」 それ以外の医療分の保険組合せは「後期高齢＋15更生＋89マル福＋972長期」にして登録すると第2公費までの一部負担金額記載は正しい記載になりますが、第3公費であるマル福の一部負担金額が載ってきません。 しかし、本来結核医療分には972長期は含めないと思いますので結核医療分の保険組合せが「後期高齢＋10結核＋89マル福」 それ以外の医療分の保険組合せは「後期高齢＋15更生＋89マル福＋972長期」を登録した場合に添付ファイルの“正しい一部負担金額記載レセプト.pdf”の記載になるようにプログラムの修正お願い致します。 「レセプト(レセ電)の保険欄－一部負担金等の金額置換編集」で現物給付レセプトの第3第4公費の公費給付対象額記載(記録)を可能としました。 1. 0083で始まる任意のコードでコメントマスタを2件作成する。 漢字名称は必ず「(再掲3):」と「(再掲4):」で作成する事。 (再掲3): ・・・ 第3公費の公費給付対象額記載(記録)用 (再掲4): ・・・ 第4公費の公費給付対象額記載(記録)用	2. 対象レセプトの診療行為入力分に併せて下記の診療行為入力を行う事で、現物給付レセプトの第3第4公費の公費給付対象額記載(記録)を可能とする。 99 099999910【レセプト】保険欄－一部負担金記載あり 0083***** (再掲3): 0083***** (再掲4): ※【099999910】の入力を行い、同一剤に作成したコメントマスタ【0083*****】を入力する事。 (記載(記録)が必要な箇所のコードのみ入力) ※金額は漢字名称の後ろに最大6桁までで入力する事。前ゼロは不要。 ※金額の入力がない場合は無効。 ※第3公費がない場合、(再掲3):の入力は無効。 ※第4公費がない場合、(再掲4):の入力は無効。 ※保険欄－一部負担金等の金額置換編集も行う場合、別剤とせず一剤で入力する事。 (例) 99 099999910【レセプト】保険欄－一部負担金記載あり 0083***** (再掲上): 0083***** (再掲下): 0083***** 保険負担金: 0083***** (再掲3): 0083***** (再掲4): 3. レセプト記載について 第3第4公費の負担者番号・受給者番号・実日数は摘要欄に記載しているが、公費給付対象額(入力された金額)は実日数の次行に記載する。 4. レセ電記録について 公費給付対象額(入力された金額)は(外来)該当の公費レコード(KO)の「公費給付対象外来一部負担金」に記録する。 (入院)該当の公費レコード(KO)の「公費給付対象入院一部負担金」に記録する。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
63	support 20160303-009	公害レセプトを 東京都江東区に提出したところ、「療養担当手当は、1点10円の欄に記載し算定する事」との査定を受けました。 現ORCA動作(15円算定)が正しいのでしょうか？	公害レセプトの療養担当手当の点数集計先修正 療養担当手当の点数集計先を80その他－手技欄から、80その他－薬剤欄に修正しました。	H28.3.24
64		主科設定時に「42 明細書」の「R02 印刷指示画面」で国保の出力順が「06 編綴順」の設定のとき、主科を「00 全科」以外に設定すると広域分のプリンタ設定が行われていませんでしたので修正しました。		H28.3.24
65	support 20160307-024	以下の入力をした場合に返戻がありました。 【詳細】 診療日　保険 ① H28.1.19　後期高齢 ＋ 972マル長 ② H28.1.21　後期高齢 ＋ 972マル長 ③ H28.1.23　後期高齢 ＋ 972マル長 ④ H28.1.26　後期高齢 ＋ 972マル長(この日、窓口上限¥10,000に到達) ⑤ H28.1.28　後期高齢 ＋ 972マル長 ＋ 189マル福(窓口請求¥0) ⑥ H28.1.30　後期高齢 ＋ 972マル長 ＋ 189マル福(窓口請求¥0) こちらのユーザ様が、透析による運用の関係で①→②→⑤→⑥→④→③　のように、バラバラの順番で診療行為を入力する事があります。 この場合、レセプトの一部負担金額の再掲上に(0)が表示されるはずが(3,180)など　金額が表示されてしまいます。 (一括再計算をかけても変わりませんでした) 「(再掲上):0」コメントを入力して(0)を印字することは可能ですが、バラバラで入力をした場合もはじめから(0)を印字させることは可能でしょうか。	マル長患者で、月途中に公費が追加となった場合の対応修正 以下の順で診療行為入力を行った場合のレセプト括弧再掲額記載について修正しました。 (例) 後期高齢1割:平成27年4月1日～ マル長(972):平成27年4月1日～ 愛知県地方公費(189):平成28年2月16日～ 外来 入力順 (1)2月1日:後期高齢＋マル長 請求点数3000点 (2)2月3日:後期高齢＋マル長 請求点数3000点 (3)2月16日:後期高齢＋189＋マル長 請求点数1000点 (4)2月18日:後期高齢＋189＋マル長 請求点数1000点 (5)2月5日:後期高齢＋マル長 請求点数1000点 (6)2月7日:後期高齢＋マル長 請求点数4000点 ＜レセプト＞ (2000)　(0) 保険　13000　10000　→　10000 公1　2000	H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
66	kk 37602	条件: ・入院、70歳未満、限度額適用区分(ウ) ・主保険＝社保 ・52小児慢性or54難病公費併用(患者上限負担金額10000円) ・185精神障害者医療(愛知県公費)併用(以下185精神) ・公費対象医療【6110点】と公費対象外医療【33784点】あり ・公費対象外医療で高額療養が発生 内容: 下記①②の入院レセの療養の給付欄の保険の負担金額欄の表示が異なっています。 ①社保＋185精神＋967高額ウエオ(ウ)、社保＋54難病＋185精神【添付①185あり】 ②社保＋967高額ウエオ(ウ)、社保＋54難病【添付②185なし】 愛知県の場合、185精神は社保か国保組合の場合、医療費請求書での請求となります。 そのためレセプトには反映しないため①②は同じレセ表示になるかと思うのですが、添付資料のように負担金額欄の計算が異なるのはなぜでしょうか。 ちなみに支払基金のHP(下記URL)にあるレセプト請求計算事例【事例8】は②と同じ計算になっております。 http://www.ssk.or.jp/keisanjirei/files/keisan_07.pdf 185精神の公費が併用となった場合に①のような計算になるのはどうしてか教えて頂けませんでしょうか。	70歳未満現物給付レセプト保険欄－一部負担金記載修正 以下の事例のレセプト記載について修正しました。 事例 ・地方公費はレセプト請求でない ・全国公費併用分は高額療養費計算の合算対象外(3割分が21000円未満) ＜例＞ 入院、70歳未満、限度額適用区分(ウ)、54難病(月上限額10000円) 協会＋54難病＋愛知県地方公費185　請求点数6110円 協会＋愛知県地方公費185　請求点数33784点 (18330)　(18330) 保険 39894 89749 → 99138 公1 6110 10000 10000	H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
67	お電話でのお問い合わせ3月7日－月途中で保険変更になった場合の点数欄、公費分点欄記載	月途中で、社保単独、社保+生保、生保単独と変更になっている方のレセプトの点数欄、公費分点数欄の記載について 社保単独　2日 社保+生保　1日 生保単独　5日 上記で入力しましたが、点数欄は生保使用分、公費点数欄は社保単独と生保単独分の点数を記載しているように見受けられました。 (外来管理加算の公費分点欄ところだけ違うような気がします。) 生保単独から、併用になった場合の例は記載してありましたがそれ以外の資料は確認できませんでした。 公費分点欄に、社保単独分が集計されていますがこのような記載になるのでしょうか。 基金に問い合わせしたところ、点数欄には総点数、公費分点欄には生保使用分を記載するようにと回答されたようです。 また添付の入力で、外来管理加算の公費分点欄だけが社保単独と生保単独分の記載になってなかったようなのですが、どのような記載に現状なってるのでしょうか。	レセプト診区別点数欄の記載修正 月途中で、協会単独、協会＋生保、生保単独に変更になった場合のレセプト診区別点数欄の記載について、下記例のように修正しました。 (例) 社保単独 300点 社保＋生保 200点 生保単独 50点 の場合、 診区別点数欄 ・・ 総点数を記載(縦計550点) 診区別公費分点数欄 ・・ 生保に係る点数を記載(縦計250点)	H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	4/9 請求管理 第三者行為	第三者行為から健保へ変更となったときに、レセプト個別作成で削除扱いとしても請求管理を開くと、データが残っていますと のお問合せがありました。	第三者行為から医保に変更等で自賠責の診療がなくなった患者をレセプトの自賠責の個別作成で指定したときに、作成済みの請求管理の削除を行う選択を行った場合の削除処理の条件に不備があり、自賠責の請求管理が削除できませんでしたので削除できるようにしました。	H27.4.23
2		患者毎のレセプト作成時間を画面上で確認できるように業務メニュー「43 請求管理」から表示する(H01)請求管理登録画面に追加しました。 表示箇所は既存の作成日表示(画面右上)に続けて表示します。		H27.9.24
3		「44 総括」の「データ取込」より取込んだ返戻データについて、「43 請求管理」から取込み済返戻一覧の表示を行い、紐付け対象患者の詳細情報の確認等を可能としました。 請求管理画面より処理年月を指定し、当該処理年月に該当する取り込んだ返戻データの一覧表示を行います。 表示した返戻データの一覧よりデータを選択し、取り込んだレセプト情報の一覧表示を行います。 取込み時にエラーとなったデータは青字で表示を行います。 ※取込み時のエラーコードについては以下の一覧を参照してください 取込み時にエラーがなく、一覧表示時に患者番号が存在しない等で紐付けできないデータは、赤字で表示を行います。 「H01 請求管理登録」で入力した患者番号に同一の患者番号のデータは該当行の色を変更して表示を行います。 ・取込み時のエラー一覧 【返戻理由データ 返戻理由レコード】 W01 処理年月エラー W02 返戻区分エラー W03 返戻事由コードエラー W04 返戻理由エラー W05 増減点連絡書年月エラー W07 複数レセプト検索番号エラー E01 検索番号エラー(医保) 電算処理受付番号エラー(労災)	【返戻合計データ 返戻合計レコード】 W08 総件数エラー W09 総合計点数エラー W10 マルチボリューム識別情報エラー 【履歴管理ブロック】 W20 行番号エラー W21 枝番号エラー E99 データ識別エラー 【履歴管理ブロック チェックデータ レコード管理情報レコード】 E02 管理情報エラー 【請求データ レセプト共通レコード】 W40 レセプト番号エラー W41 診療年月エラー W42 生年月日エラー W43 患者番号エラー ※先頭のデータに設定 E10 履歴返戻理由データなし E11 チェックデータなし	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	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、月途中に乳幼児公費（宮崎県）の変更があった場合には 公費1:（新）乳幼児公費 公費2:（旧）乳幼児公費 と印字されてしまいます。 特定疾患公費のように、乳幼児公費でも古いものが公費1に新しいものが公費2に印字されるように変更する設定などありませんでしょうか？	月途中に同一公費の負担者番号、受給者番号が変更になった場合、保険番号に関係なく変更前を第一公費、変更後を第二公費に記載を行うようにしました。 異なる保険番号であっても法別番号が同じであれば、同一公費とします。 システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」の公費記載順設定に該当する公費の設定が行われている場合は設定された保険番号での記載順を優先とし、同一法別番号による記載は行いません。 要望がありアプリケーションで内部的に記載順の変更を行っている都道府県の公費については対応はしていません。 ※内部的に記載順変更を行っている都道府県と公費(左の公費から順に記載) ・北海道　290＋191 ・愛知県　191＋012 ・長崎県　186＋012 ・山梨県　241＋143 ・山梨県　141、241＋051、091 ・東京都　021＋193＋182 ・東京都　182＋180 都道府県についてはシステム管理の都道府県番号で判定しています。	H27.1.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	ncp 20141202-021	EFファイルを出力した際に「01_EF_FILE_201411」というフォルダが作成され、フォルダ内のファイル名が「En_医療機関番号_2611.txt」「Fn_医療機関番号_2611.txt」となっております。 ファイル名に診療年月が記載されているかと思いますが、その記載が現在和暦「2611」になっておりますが、西暦「1411」で記載するにはどのようにしたらよろしいでしょうか。 厚労省の「平成26年「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」13ページ「各様式と入力要領」にて診療年月は西暦で記載されております。	EFファイルのファイル名について、西暦の下2桁でファイルを作成するように対応しました。 例)平成26年12月診療分の入院Eファイル (対応前)01En_@@@@@@@@@_2612.txt (対応後)01En_@@@@@@@@@_1412.txt	H27.1.27
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超えていたので患者窓口負担は0円・・添付ファイル(3) 該当患者のレセプト・・添付ファイル(4) H27.1月診療分を「42明細書」で一括作成後、「44総括表公費請求書」で国保レセ電データをレセ電チェックをチェックするにして作成しました。 エラーリストが作成され、添付ファイル(5)のようにチェックされましたが、エラーになった内容の意味がわかりません。 なぜチェックされたのでしょうか？ レセプトが0円と記載されているからでしょうか？	「44総括表公費請求書」で行うレセ電チェックについて、特記事項のチェックを以下の条件で行うよう修正しました。 -- 診療年月が平成26年12月以前 (1) 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」(上位)「18」(一般)又は「19」(低所)(医保高齢受給者7割の場合、「22」(多上)含む)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52の公費がない。 (2) 本人、未就学、家族レセプトの特記事項に「22」(多上)「23」(多一)又は「24」(多低)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52の公費がない。 -- 診療年月が平成27年1月以降 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」(上位)「18」(一般)又は「19」(低所)(医保高齢受給者7割の場合、「22」(多上)含む)が記録されているが、法別51(601・602)又は法別52、法別54(501・601)の公費がない。	H27.2.4

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20150126-007	EFファイルの病棟コードのところに、0、2、3、4というコードが落ちています。 なんの情報が落ちていて、それぞれのコードは何を指していますか？	入院Eファイルの[E-21医師コード][E-22 病棟コード][E-23 病棟区分]について 以下のパターンで入力された診療行為分について記録できない不具合がありましたので修正しました。 ※病棟区分については一般病棟で入院した場合に、'0'(一般)を記録するのが正しいですが、病棟の情報が正しく取得できていない為、'1'(一般以外)と記録される不具合です。 ・パターン1 短期滞在手術等基本料の2又は3を算定し、入院料を算定しない日に入力された診療行為分。(例、2月2日に短期滞在で入院登録を行い、2日3日に診療行為入力画面より入力した診療行為について正しく記録されない) ・パターン2 労災保険で入院期間中に、該当入院期間に医保で入力を行った診療行為分。	H27.2.4
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、退院時処方は「F-19 出来高・包括フラグ」に"1"をセットする必要がありますが、退院時処方の剤の明細数が5明細を超えた場合に、剤内の1～5行目に退院時投薬のコメントが入力されている場合に"1"がセットできない不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14		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、包括分の入力は、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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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
26		EFファイルの記録について、主保険を使用しない公費のみの診療出力可否をシステム管理で設定可能としました。 システム管理「9102 EFファイル作成」に公費のみの診療の出力可否選択項目を追加しました。入院EFファイル、入院外EFファイルともシステム管理設定によりファイル作成を行います。		H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27		入院EFファイルの記録内容について、以下の変更を行いました。 特定入院料等に包括される投薬を入力時、該当する剤内に退院時投薬のコメントが入力されている場合に、入院Fファイルの「F-19 出来高・包括フラグ」を退院時処方をあらわす「1」をセットしていましたが、形式チェック時に相関チェック時にエラーとなることから、これを特定入院料等に包括される診療をあらわす「6」をセットするよう変更しました。		H27.10.27
28	ncp 20151019-003	EFファイルチェックソフトで外来のチェックを行った所「結果：不可」となりました。EファイルとFファイルの出来高点数確認というエラー内容で、原因がわかりません。 ・頂いた資料から該当の患者のエラーとなっている診療は以下のように入力されていました。 .400 四肢ギプス包帯(上肢、下肢)(片) ギプス(乳幼児)加算 時間外特例加算2(イに該当を除く)(処置) EファイルとFファイルの出来高点数が異なるようです。	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように処置(手技＋加算A＋加算B)を入力した場合、2つめの加算(加算B)の「F-18 出来高実績点数」が記録されていない不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27
29	support 20151019-008	EFファイルにつきましてご確認をお願い出来ますでしょうか。 【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。 Fファイル 閉鎖循環式全身麻酔2(190分)　14600点 閉鎖循環式全身麻酔4(50分)　1320点 閉鎖循環式全身麻酔5(35分)　1200点 硬膜外麻酔(頸・胸部)併施加算(260分)2625点 となっており、計算をした所 閉鎖循環式全身麻酔2 14600点⇒15800点 閉鎖循環式全身麻酔5　1200点⇒600点 となると思うのですが、Fファイルには違う点数が記載されております。	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように麻酔を入力した場合、各麻酔の「F-18 出来高実績点数」に不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30		DPC調査用の様式4（医科保険診療以外のある症例調査票）を作成可能としました。 業務メニュー「44 総括表・公費請求書」押下にて遷移する「(T01)総括表・公費請求書作成」画面より処理を行うこととし、画面より入力された診療年月に退院した患者を対象に処理を行います。 様式4は「施設コード、データ識別番号、入院年月日、退院年月日、医療保険外との組合せ（1～5を記録）」を記載します。CSVファイルの出力も可能です。		H27.11.25
31	kk 37027	岐阜県の「福祉医療費CSV」の項目「カナ氏名」は半角カナでの記録となっており、半角カナへ変換を行い、tbl_cvs_infoへ半角カナで登録されるのですが、ファイルへ保存すると文字化けが起こります。（EUCで読むと文字化けが起こらないのですが、該当ファイルはSJISで保存します） 他県でも半角カナで記録する公費CSVのプログラムがありますが、半角カナで記録する項目以外に全角で記録する項目がある為、正常に半角カナで記録されているようで、保存するCSVファイルに半角カナしかない場合に文字化けが起こっているように見受けられます。	「44 総括」の「公費CSV」で、文字コードを「Shift-jis」に変換したときの半角カナの記録を可能としました。	H27.11.25
32	ncp 20151210-023	先日提供して頂いた「様式4作成対応」ですが、医療機関様に作成して頂きましたところ、テスト患者が含まれて作成されているようです。 ひとまずテスト患者の入退院を取り消して作成して頂くようお伝えしていますが、今後もそういった方法での回避となるのでしょうか。	様式4でテスト患者を処理対象としないように修正しました。	H27.12.21
33	ncp 20151130-009	閉鎖循環式全身麻酔2を43分、閉鎖循環式全身麻酔4を80分と同じ剤の中に入力しています。 EFファイルを作成したいのですが次のようなエラーが表示されています。 相関チェック【EF-3】出来高実績点数確認 データ区分　54 診療行為点数　14754 出来高実績点数の合計　14094	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように麻酔を入力した場合、閉鎖循環式全身麻酔4の「F-14 行為明細点数」及び「F-18 出来高実績点数」が0となる不具合がありましたので修正しました。	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
34	support 20151221-002	2015-11-25に提供されたパッチでの様式4作成に関してですが医科保険を使用しない公費単独、および公費のみの併用については医療保険外との組合せを「3」で出力されているようですがDPC調査事務局様より生活保護単独等の公費単独や生活保護＋更生医療等の公費のみの併用等は「5」とするよう指示されています。	様式4の「医療保険外との組合せ」項目について、主保険の無い公費のみの場合「1:医科レセプトのみ」を記録していましたが、「5:その他」を記録するよう変更しました。	H28.1.26
35		「44 総括表・公費請求書」でシステム管理「3004 県単独事業情報」で設定した処理の実行前に処理スクリプトの有無をチェックし、不備がある場合は処理を実行せずエラーとするようにしました。 また、システム管理「3004 県単独事業情報」で処理対象を設定時に処理スクリプトの有無をチェックし、不備があるときは赤字でメッセージ等の表示を行うようにしました。なお、処理対象としない又は処理名称を空白とした場合は処理対象としないため、処理スクリプトの有無についてチェックは行いません。		H28.2.23
36		「44 総括表、公費請求書」から診療年月を指定して労災レセ電作成時に再請求ファイルの作成ができませんでしたので修正しました。		H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

51 日次統計

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

52 月次統計

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20151113-006	月次統計の統計データで処理区分:統計データ(病名)のみ、診療年月:1入院、個人情報有無:記録する、作成内容区分:包括を含まないと設定しデータ作成した際、入院登録を自費保険で1日だけ登録し、入院料や診療行為入力データが無く入院時の会計が発生しない患者において、作成したデータの病名が別の患者の病名として作成されてしまいます。	「52 月次統計」の「F4 統計データ」から統計データ作成を行ったときに、診療データがない患者の病名データが別の患者のデータとして出力されていました。 診療データのない患者の病名データは作成しないようにしました。	H27.11.25
5	request 20150703-004	月次統計よりカルテ3号用紙一括出力(ORCBZ002)を使用し、施設などの特定多数の患者の3号用紙を出力されます。 多数の患者のため、1名ずつカルテ3号用紙一括出力を行う、若しくは全患者プレビューより1名ずつ選択して発行するのはとても時間がかかり、以前のレセコンではできていた機能だそうです。 例えば、照会より該当患者を検索することはできるので、カルテ3号用紙一括出力も月次連携が行えるようにはなりませんでしょうか。	月次帳票のカルテ3号紙一括出力について、照会連携の対応を行いました。 連携データを元にカルテ3号紙の印刷を行う場合、入力パラメタの患者番号に“*”を入力します。 連携対象の患者について、カルテ3号紙の入力パラメタの条件に該当しない場合は、処理の対象外とします。(照会の検索結果で対象を絞り、さらに帳票の出力条件で対象を絞る。) ※マスタ更新有	H28.1.26
6	request 20151026-002	月次統計の「入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)」にて、今現在の仕様としては、基準日を設定し、処理区分、 1.基準日に入院している患者 2.基準日に入院している患者及び、基準日に属する月に退院した患者を設定し出力しますが、この処理区分に、 基準月に入院している患者及び、基準日に属する月に退院した患者の処理区分を追加する事は出来ませんでしょうか。 基準日だけの入院患者だけではなく、一カ月分の入院患者、退院患者及び、入院日・退院日・通算日数の一覧を出力したい為です。	月次帳票の入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)について、基準日の属する月の全入院患者を対象とする処理区分を追加しました。 ・処理区分[2]を新たに追加し、これが指定された場合は基準日の属する月の全入院患者を対象とします。この際、通算日数は月末日を元に計算を行います(帳票の基準日は月末日を編集する)。 ・帳票の項目に連番を追加しました。 ※マスタ更新有	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		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に割り当てていたプリンタ名が、表示されておりました。 tbl_syskanriにて、kanricd='1031'、kbncd='該当の5桁の職員番号'のレコードが残っており、これが原因と思われます。(kanricd='1032'、kbncd='該当の5桁の職員番号'についてもレコードが残っていることを確認しました。) 1010職員情報にて、再度該当の職員番号で職員を登録した後、1031出力先プリンタ割り当て情報で該当職員の登録内容を見ると、上記のレコードの内容が反映されました。 マスタ1010における職員の削除に伴い、他のシステム管理マスタの該当職員の設定が削除されるようにご検討いただけますでしょうか。	システム管理マスタの「1010 職員情報」を削除した際に、該当する職員の「1031　出力先プリンタ名割り当て情報」も削除するようにしました。 なお、有効期間で区切られた職員情報を削除した場合、他の有効期間で該当の職員情報が残っている場合は出力先プリンタ名割り当て情報は削除しません。	H27.1.27
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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と「必要な施設基準が設定されていません/0151」とエラーになり追加が出来ません。 施設基準の設定を確認しましたが、「151」にフラグは立っております。 設定がもれているところがあるのでしょうか？	施設基準の判定条件に不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25
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
6		システム管理[5003 短期滞在手術等基本料3情報]で一番下の項目[短手3(子宮鏡下子宮筋腫摘出術)]のチェックボタンが反応しない不具合がありましたので修正しました。		H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7		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、機能を追加しました。 1. 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 【負担金計算(1)タブ】 ・月途中受給者証変更時負担金計算(左側の設定項目に「5」を追加) ・自立支援医療の特別計算【新設】 【負担金計算(3)タブ】 ・現物給付対象者の特別計算(高齢者・外)(左側の設定項目に「2」を追加) 2. 月途中受給者証変更時負担金計算について＜外来・入院共通の設定項目＞ 【設定項目】(左側の設定項目に「5」を追加) 5　変更前の負担を考慮する(同一市町村のみ)(保険者変更時を除く) 【項目説明】 5　・・・　月途中で地方公費受給者証の変更があり、変更前後が同一市町村である場合、変更後について、変更前の患者負担を考慮した負担金計算を行う。(月途中での保険者変更時を除く) 3. 自立支援医療の特別計算【新設】について＜外来・入院共通の設定項目＞ 【内容】 神戸市の自立支援医療費助成の独自負担金計算(※)を可能とする。 神戸市の自立支援医療費助成の保険番号について、新設項目の設定を行い、「自立支援＋自立支援医療費助成」の保険組み合わせを使用する事で、独自負担金計算を可能とする。(神戸市の自立支援医療費助成は全国で使用可能である) (※)自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する 【設定項目】 ＜左側の設定項目＞ 0　設定なし 1　自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する	＜右側の設定項目＞ 0　該当公費対象者全員 ※デフォルト設定は、以下のものを除き、左右(0. 0)とする。 ※デフォルト設定を左右(1. 0)とする保険番号 12千葉　(100、200)　27大阪　(100、200) 14神奈川(100、200)　28兵庫　(100、200) 26京都　(100、200)　39高知　(100、200) 【項目説明】 0　神戸市の自立支援医療費助成の保険番号でない。 1　神戸市の自立支援医療費助成の保険番号である。 自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する。 ＜注意事項＞ 患者登録－公費登録で、自立支援と自立支援医療費助成公費の両方を登録してください。 所得者情報において、自立支援の入外上限額は"9999999"又は"999999"、他一部負担累計は"0"で登録してください。 (生活保護の方については、自立支援医療費助成公費の登録は不要です。この場合、自立支援の入外上限額は"0"、他一部負担累計は"0"で登録してください。) 4. 現物給付対象者の特別計算(高齢者・外)について＜高齢者、かつ、外来の設定項目＞ 【設定項目】(左側の設定項目に「2」を追加) 2　1と同様(診療済み主保険負担相当額に主保険単独分も含める) 【項目説明】 2　(月上限額－診療済み主保険負担相当額)と(回・日上限額)を比較した負担金計算を行う。診療済み主保険負担相当額に主保険単独分も含め、負担金計算を行う。併せて、「主保険＋地方公費」レセプトについては、保険欄－－部負担金の記載対応を行う。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	request 20140501-003	自賠責・健保準拠　技術点単価　薬剤等点単価　についての単価設定が1箇所しかなく、外来・入院と切り分けができません。 自由診療の自賠責損保会社との調節において、値段交渉することは頻繁に御座います。その為単価設定する領域を外来・入院枠にて設定できるようにして頂きたい要望がユーザ様から強く上がっておりますので、何卒ご検討の程お願い申し上げます。	システム管理4001(労災自賠医療機関情報)で設定する「自賠責(健保準拠)」の点数単価について、入外別に点数単価(技術点・薬剤等点)の設定を可能としました。 入外別に設定した点数単価で負担金計算・レセプト記載を行います。 既存の「自賠責(健保準拠)」の点数単価を【外来分】とし、新たに【入院分】の点数単価(技術点・薬剤等点)の設定を追加しました。 【入院分】の点数単価のデフォルトは、【外来分】と同じ点数単価とします。	H27.10.27
9		「1010 職員情報」の登録処理で不具合がありましたので見直しました。 有効期間の開始日を変更して登録すると「期間が重複しています」とエラーとなりましたので訂正を可能とするため更新登録するようにしました。 有効期間が複数存在している時に最終有効期間以外の期間について終了日を変更した場合、追加登録となり有効期間が重複して作成されていましたので更新登録するようにしました。 また、有効期間の選択後、有効期間の選択番号をクリアせずに有効開始日・終了日の両方を変更した時、期間の重複がない場合は追加登録を可能としました。「OKで職員情報を追加登録します。よろしいですか？」 を表示しますので「OK」で追加登録します。「戻る」で「職員情報を更新します」を表示しますので「OK」で更新します。「戻る」で元の画面に戻ります。		H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10		システム管理2010のデフォルト設定修正 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 システム管理2010が未設定の場合、一部の都道府県で内部的に下記デフォルト設定を行い、レセプト処理を行っていますが、現在のデフォルト設定では、オンライン請求時のレセ電データチェックにおいて、「L4503」(要確認)のエラーがでる為、デフォルト設定(左側)を修正する事としました。 ＊＊＊デフォルト設定＊＊＊ 08茨城(地域公費全般):修正前 左右(2、1)→ 修正後 左右(4、1) 10群馬(地域公費全般):修正前 左右(2、4)→ 修正後 左右(4、4) 13東京(地域公費全般):修正前 左右(2、1)→ 修正後 左右(4、1) 32島根(地域公費全般):修正前 左右(2、1)→ 修正後 左右(4、1) 36徳島(地域公費全般):修正前 左右(2、0)→ 修正後 左右(4、0) 38愛媛(地域公費全般):修正前 左右(1、1)→ 修正後 左右(3、1) 併せて、システム管理2010が設定済の場合(都道府県を問わず)で、左側の設定が 「1」の場合・・「3」に読み替える 「2」の場合・・「4」に読み替える 事としました。	(例) 主保険＋全国公費＋地域公費 請求点数 500点 主保険＋地域公費 請求点数 1000点 ・上記設定(左側)が「2」の場合 ＜レセプトの請求点数欄の記載＞ 保険　1500 公1　　500 公2　1000 ＜レセ電データの診療行為レコード(SI)等の負担区分＞ 「主保険＋全国公費＋地域公費」での入力分・・・【4】で記録 「主保険＋地域公費」での入力分・・・【3】で記録 ・上記設定(左側)が「4」の場合 ＜レセプトの請求点数欄の記載＞ 同上 ＜レセ電データの診療行為レコード(SI)等の負担区分＞ 「主保険＋全国公費＋地域公費」での入力分・・・【2】で記録(※) 「主保険＋地域公費」での入力分・・・【3】で記録 (※)【2】で記録する事により「L4503」(要確認)のエラーがでない	H27.12.21
11	support 20151221-015	職員情報設定画面にて、有効開始日・終了日が10番までしか登録できない。 しかし、H27.10.26以降の11月12月に同じ先生が登録でき、診療行為入力画面で指定することが出来た。 だが、有効開始日・終了日がH27.12.21のものだけ、診療行為入力画面で医師を指定することが出来なかった。 (該当の医師が一覧になかった) 有効開始日・終了日を11番以上作成する方法をお教え下さい。	システム管理の職員情報の履歴表示は10件としていますが、期間が異なれば11件以上の登録が可能となっていました。 追加時に履歴が10件存在した時はエラーとするようにしました。	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12		システム管理の設定により業務処理が不能とならないかチェックし、不能の可能性が想定される場合は業務画面から復帰できないようにしました。 1.「1001 医療機関情報－基本」で登録時に以下のチェックを行います。 ・当日有効なレコードが存在すること ・複数の有効期間がある場合に連続であること ・最終有効期間の有効終了日がALL"9"であること 2.「1010 職員情報」では以下のチェック及び仕様変更を行いました。 ア　一般ユーザー(ログイン時に管理者でないユーザー) ・自身の職員情報のみアクセスを可能とする ・管理者権限は変更不可とする ・削除後に全くレコードがない状態になった場合、メニュー画面に戻る前であれば新たな登録は可能であるが、メニュー画面に戻った場合はログアウトするしかできない イ　管理者ユーザー(ログイン時に管理者であるユーザー) ・削除時、登録時に管理者存在チェックを行い、条件を満たさない場合は削除、登録はできない	※管理者存在チェック オペレータIDがスーパーバイザー(ormaster)以外のユーザーで、本日　有効なレコードで管理者フラグがONであり、業務処理権限のシステム管理がONであるユーザーが少なくとも一人存在する 【注意】 管理者がスーパーバイザー(ormaster)のみで運用している場合、職員情報登録画面へ進むと別のユーザーで管理者を設定しない限り戻れなくなりますのでご注意ください。	H28.2.23
13	request 20151125-001	1006施設基準情報設定で設定中の施設基準をリストで出力できるようにして頂けませんでしょうか。 登録漏れ等の確認に使用したく思います。	「1006 施設基準情報」で表示切替の機能を追加しました。F10キーを押下すると切替ができます。 画面上部の見出しは≪有効分≫→≪設定分≫→≪全コード≫と変わります。 有効分:施設基準コードの有効なものを一覧表示 設定分:施設基準コードを設定したものを一覧表示 全コード:コードを連番に一覧表示(現行) また、点数マスタの施設基準の項目10個について1～6、7～9及び10となるように項目の間隔を変更しました。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	request 20140417-002	システム管理マスタ1010職員情報の画面で、例えば医師を100名以上登録できますが、番号・氏名のコンボボックスには100件までしか表示できません。 登録済みの医師のコードがわかっている場合にはそのコードを入力して呼び出すことができますが、コードがわからない場合には、101番目以降の医師を呼び出して、変更、削除等を行うことができません。 コードがわからなくなってしまった場合に、101番目以降の医師を、例えば医師名等で画面に呼び出す手段を提供していただきたい。 また、どうしても対応できない場合、例えば職員情報のリストを作成出来る等の、医師のコードを知る方法を提供していただきたい。	3.「F4 表示切替」押下で、(当日有効)、(最終履歴)、(全部)と表示内容を変更します。 当日有効は、システム日付で有効な職員コードを表示します。 最終履歴は、職員コードの最終履歴の情報を表示します。 全部は、職員コードの全履歴情報を表示します。 4.「F9 表示変更」押下で、医師コードに他画面のドクターリストの表示有無を設定します。 選択番号入力で入力した職員コードが表示であれば非表示に、非表示であれば表示に設定します。 すべての表示変更を終了したら「F12 登録」を押下して、画面表示内容の更新と表示変更処理解除を行いいます。 ≪表示変更≫と表示されている間は、表示切替等の画面変更はできません。	H28.2.23
		システム管理の職員情報設定で登録済みの職員一覧表を表示し、職員の選択を可能としました。また、一覧表から最終履歴の終了日の設定、職員の非表示設定も可能としました。 1. 入力者が管理者の場合、職員情報設定画面の「F5 職員一覧」を押下して職員一覧を表示します。 2. 職員情報設定画面で選択している職員区分の職員一覧を表示します。 初期表示は、システム日付で有効な職員を職員コード順に1ページ100件表示します。 選択番号入力をして、職員情報設定画面に選択した職員コードの情報を表示します。	5.「F10 終了日変更」押下で、表示している職員の最終履歴の終了日の一括変更を行います。 終了日付に今回変更する終了日付を入力後、変更対象の職員を選択します。 終了日が終了日付に変更となり、後ろに「＊」を表示します。 選択した職員情報が最終履歴でない時はエラーとなります。 すべての表示変更を終了したら「F12 登録」を押下して、画面表示内容の更新と終了日変更処理解除を行います。 ≪終了日変更≫と表示されている間は、表示切替等の画面変更はできません。	
15		第29回(2月23日)パッチ提供で実装したシステム管理の職員情報登録での管理者チェックに不具合があり、グループ診療構成で医療機関識別番号が2以上の医療機関で操作を行うと復帰できなくなっていましたので修正しました。		H28.3.1

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	support 20160329-024	病棟管理情報設定画面で、誤って0番の病棟を作成してしまい、0番の病棟が削除できません。(選択もできません)	システム管理[5001 病棟管理情報]で新規に病棟を追加する際、病棟番号の必須入力チェックが漏れていましたので修正しました。	H28.3.30
17		システム管理の「1014　包括診療行為設定情報」を変更しました。 1.「205 特定施設入居時等医学総合管理料」を 「205 施設入居時等医学総合管理料」に変更しました。 2.「524　地域包括ケア病棟入院料」 平成28年4月から「手術」が包括対象外となりましたので、有効開始日を平成28年4月1日に変更して新規登録する時、診療区分の手術を「0 包括しない」となるように対応しました。 【注意事項】 既に登録されている場合は、システム管理の期間変更が必要となります。変更しない場合、手術・麻酔の薬剤・器材が包括対象となります。		H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20160119-012	コメントマスタ008200001に金額を設定したところ、.950を宣言して入力するとリハビリ欄自費分(円)欄に計上されましたが、これはどのような際に使用するための仕様なのでしょうか？	点数マスタ設定画面でユーザコメントコードに金額を設定した場合、.950,.960の診療種別でコメントコードを入力した時に金額を判定していました。 点数マスタ設定画面で自費コード(095xxxxxx,096xxxxxx)以外で金額を入力した時はエラーとするように修正しました。 併せて、ENTERでカーソル移動を行う場合、コメントコードの範囲によって移動する項目を変更しました。 また、既に金額が登録してあるコメントコードを診療行為で使用した時、金額は反映しないようにしました。	H28.1.26
2	ncp 20160121-008	院外処方の医療機関様よりお問い合わせいただきました。 622448701　ロコアテープ　10cm×14cmを一般名処方した場合、処方せんに記載される単位が「枚」ではなく「g」になりますがこちらは仕様でしょうか？ 薬局様から「枚」ではないかとのご指摘があったそうです。	医薬品マスタでは一般名の単位名を一般名テーブルの単位コードから変換して表示していましたが、一般名テーブルの単位名をそのまま表示するように修正 しました。 ※処方せん等では一般名テーブルの単位名を記載しています。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

103 チェックマスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ7月13日－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
3	お電話でのお問い合わせ9月4日－チェックマスタ登録漏れ確認リスト	チェックマスタ登録漏れ確認リストについて システム管理マスタの設定で、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、または2チェックマスタにない薬剤のみ行うの場合 画面左側に登録がないとリストの対象となります。 こちらについては現状の仕様でしょうか。 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欄を1行うとした場合には対象とはなりませんでした。	チェックマスタ業務(X91)チェックマスター帳票出力設定画面よりチェックマスタ登録漏れ確認リストを印刷する際、チェックマスタの設定が、「(X04)チェックマスタ設定－適用コード設定(病名)」画面で以下のように登録されている場合は、確認リストの対象としていましたが、この場合について適応病名マスタが存在する場合はチェックマスタの登録があるものとし、確認リストの対象外とするよう修正しました。 ＜チェックマスタ「(X04)チェックマスタ設定－適用コード設定(病名)」画面の設定＞ 適応病名マスタからの直接データチェック　:「1 行う」 画面左側の適応病名コラムリスト　　:　登録なし	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

104 保険番号マスタ

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		保険番号を新規作成または追加する際に登録済の保険番号を指定して複写を可能としました。 1. 保険番号設定画面の都道府県の前に複写元保険番号を追加しました。 2. 保険番号が新規の場合、または登録済みでも最終レコードの有効終了年月日がALL"9"でない場合、複写機能を可能とします。 3. 複写元保険番号が指定されている場合は、保険番号マスタから複写元保険番号の情報を取得し、それを初期値として次画面を展開します。保険情報が存在しない場合は、通常の初期値として次画面を展開します。		H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

107 薬剤情報マスタ

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150306-012	ORCAのclaim設定についてお伺いしたいことがあります。 添付ファイルのキャプチャにあるようにオルカから再診の深夜加算を登録しています。 その際にORCAのclaimで、添付ファイルのデータにあるように、xmlで情報が返還されているのですが、xmlのデータの中に深夜加算がなくなってしまっています。 この現象はORCAの仕様なのでしょうか？	診療行為の登録時にCLAIMに送信する内容に、再診料の時間外加算が送信されないことがありましたので修正しました。	H27.3.25
2	ncp 20150305-035	電子カルテとCLAIMにて連動している病院です。 058000からの特定器材商品名ユーザー登録を使用しています。 このコードの使用量として1を電子カルテに入力した際に、ORCAで展開すると05800のコードのあとに＊1となり、その下の器材コードと別れてしまいます。正しい計算ができません。 使用量を数量としてORCAで展開するためにどうしたらいいのかと電子カルテメーカー様から問い合わせがありました。 どのようにすればいいかご教示ください。	CLAIM, APIで作成した中途データを展開する時、商品名コード(058XXXXXX)が剤の最後でかつ、回数指定で剤分離を行っている時に自動発生した特定器材コードに商品名コードの回数指定を反映していませんでした。 この為、特定器材コードが次の剤の1行目となりエラーとなっていましたので、商品名コードの回数を特定器材コードの回数にするように修正しました。 商品名コードと特定器材コードの両方を送信している場合は発生しません。	H27.3.25
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
4	ncp 20151007-005	電子カルテと、日レセを連携使用していただいているユーザー様からのお問合せです。 電子カルテより、内科-初診、整形外科-初診(同一日2科目)で、日レセに送信するのですが、日レセにおいて、 .110　　＊初診料 830000020　01　初診料算定科:内科 に置き換わっています。 何が原因でしょうか？ ちなみに、電子カルテからは、診療行為ワークテーブルにデータを書き込みし、中途表示よりデータを展開していただく方法となっています。	CLAIM, APIで登録した中途データを展開する時、送信内容の「初診(同一日2科目)」を、他科にて受診済みへ変換することがありました。 「初診(同一日2科目)」はそのまま展開するように変更しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20151203-030	電子カルテとORCAでCLAIM連携をしているお客様から相談を受けて弊社にて機能の検証を行ったところ、次の現象が発生しました。【お使いの環境はPrecise V4.8です。】 【現象】 まず前提として医院様の運用に合わせて電子カルテにて全ての算定を入力するため、システム管理マスタ1007自動算定情報の設定は自動算定機能はOFFとしています。 この状況で電子カルテにて ・小児科外来診療料（処方せんを交付しない）再診時 ・小児科外来診療料（再診時乳幼児休日）加算 上記入力を行いORCAに送信して、中途表示から展開をすると時間外区分コードが入った状態で展開されます。 この状態から「登録」を押して先に進もうとすると「小児科特例時間外区分は算定できません」と表示され、先に進めません。 【調査事項】 ・小児科外来診療料については初診時・再診時、処方せん交付あり、なし関わらず発生 ・時間外区分コードの6を外すと問題なく先に進めることができる。 ・電子カルテから送信しているインスタンスを調べると、上記算定の厚労省コードしか入っていない。 ・他の時間外、夜間など他の1～8の時間外区分コードに該当するパターンで試したところ、時間外区分コードが頭に付いた状態で展開されるのは「6小児科特例（休日）」と「8早朝・夜間」。（内エラーとなるのは6のみ） 上記より中途表示からの展開処理、またはCLAIM受信時の内部展開の処理に問題があるように見受けられます。 電子カルテから受け取った情報をそのまま反映する（時間外区分コードが付かない状態で展開する）よう修正をお願いします。	CLIAM・APIの中途データ作成で、小児科外来診療料の時間外加算コードを送信した時、時間外区分への変換に誤りがありました。 2：休日と3：深夜を、6：小児科特例休日と7：小児科特例深夜に変換していましたので、正しい時間外区分となるように修正しました。 診療行為の展開時に小児科特例が入力できない場合、時間外エラーとなっていました。	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20151224-015	電子カルテで在宅の入力をしており、在宅酸素療法指導管理料と酸素ボンベ加算を入力して、 「※在宅加算料(.143)」＋気管切開患者用人工鼻加算 「※在宅加算料(.143)」＋血糖自己測定器加算 を入力しました。 電子カルテからはclaimでそれぞれ(.143)と加算を送っていますが、ORCAで中途表示から診療内容を展開すると(.143)の後に気管切開患者用人工鼻加算と血糖自己測定器加算が同じ剤にまとまってしまい、点数もまとまってレセプトに載っています。 レセプトで分けて点数表示したいので、それぞれに(.143)をつけて送っています。 分けて表示するには何か設定などあるのでしょうか。	API、claimで中途データを作成する時、剤の内容が加算コードのみで診療種別区分が前の剤と同じ時は、前の剤に内容を含めています。 展開時に加算コードがエラーとなることを避ける為です。 診療種別区分が「143 在宅加算料」などの加算料の診療種別でも剤をまとめていましたので、加算料の診療種別の時は含めないように修正しました。	H28.1.26
7		CLAIMの中途データ作成で、小児かかりつけ診療料等の乳幼児夜間加算を送信しても展開時に反映していませんでしたので反映するように対応しました。		H28.3.30

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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し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・容量の名称にいついては、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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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＝OOO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
12		ユーザー管理情報APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.9.24
13	ncp 20151202-006	APIでの患者登録/orca12/patientmodv2 class=02　患者情報更新での現象ですが、勤務先の郵便番号をAPIで登録した場合、その郵便番号が存在しない郵便番号の場合日レセがフリーズしてしまいます。	APIの患者登録処理で勤務先の郵便番号が住所マスタに存在しない場合に異常終了となりましたので正しく処理を行うように修正しま した	H27.12.21
14	request 20151029-001	◆日レセAPI 中途データ登録 保険組合せ番号の指定ができないため、公害、労災、自賠責などの保険で、同一期間内に有効な保険が複数存在する場合、電子カルテから正確な保険情報を特定できない。 ◆受付・患者登録(CLAIM) 保険情報がMML-CLAIM規格で変換された形で送られてくるため、日レセAPIのIFに指定する保険情報と一致しない。 また、保険組合せ番号が送信されてこないので、電子カルテ側に正確な保険情報を保持できない。	APIの中途データ登録、受付に保険組合せ番号を追加しました。	H27.12.21
15		セット登録APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16		APIの診療情報の返却に受診履歴の伝票番号を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.12.21
17		出産育児一時金APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H28.1.26
18		入院登録APIで、以下の対応を行いました。 ・分娩区分を追加しました。 ・直接支払制度利用区分を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H28.1.26
19		入院登録変更APIで、以下の対応を行いました。 ・分娩区分を追加しました。 ・直接支払制度利用区分を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H28.1.26
20		転科転棟転室APIで、以下の対応を行いました。 ・分娩区分を追加しました。 ・直接支払制度利用区分を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H28.1.26
21		外泊等登録APIで、以下の対応を行いました。 ・終了日を追加しました。 ・外泊等区分に以下の区分を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	ncp 20160201-036	電子カルテからORCA APIを使用してORCAに保険診療を送信しました。 ORCAの中途表示で保険診療を取り込んだら、保険診療の他に、セットの自費項目が勝手に保険診療の下行に追加されていまいます。 Ubuntu14.04とORCA 4.8を最新バージョンにしたときのみ発生します。 勝手に自費項目が追加されてしまうので困っています。	APIの中途データ登録で、環境によって前回の送信内容がクリアされないことがありましたので領域のクリア処理を追加しました。 また、他のAPIについてもXMLの読込領域のクリア処理がありませんでしたので追加しました。	H28.2.8
23	support 20160301-015	電子カルテ→ORCAに連携させた結果　入外それぞれで入力していた病名が最後に更新されたデータに上書きされてしまう。	同一病名で入外それぞれが存在する場合、日レセAPI(claim)で一方の更新データが送信された場合に両方に対して更新していましたので修正しました。	H28.3.24
24	support 20160322-026	API通信による転科転棟転室について質問がございます。 所持しているはずの保険情報を指定してリクエストをしているのですが、「0005　保険組み合わせの入力に誤りがあります」というエラーとなります。 患者情報やリクエスト内容を添付しますので、書式の誤りや回避方法等ご教示頂きたいと思います。	入退院登録 API(転科転棟転室) /orca31/hsptinfmodv2 (Request_Number=08) について、入院日より後の日付から開始となった保険情報を異動日のリクエストに設定された場合、保険組合せが正しく編集できない不具合がありましたので修正しました。	H28.3.24
25		日レセの入院会計照会API(/orca31/hsacctmodv2)または入院claimより2016年4月1日の診療日で流動食の登録ができない不具合がありましたので修正しました。		H28.3.30

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	support 20160405-018	電子カルテからの送信データに処方箋＋一般名加算が記録されています。 処方せん料は破棄されていますが、一般名加算が破棄されておりません。 「日レセ連携システム(電子カルテ等)における対応について」には 4.処方せん料の算定 電子カルテ側からの送信データに処方せん料(一般名記載加算1又は2を含む)を記録された場合、処方せん料については破棄し、日レセ側で自動算定します。 と記載されておりますが、一般名加算が破棄されないのはどうしてなのでしょうか。	CLAIM、APIの中途データ作成で、「一般名処方加算1(処方せん料)」を対象外としていませんでしたので対象外とするように修正しました。	H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	request 20141107-001	自費の保険で「回-負担割合」を”108”で設定した場合、領収書右上の「負担割合」が”0.8割”と印字されてしまいます 表示しきれない場合は、印字しないか正しい印字をしていただくよう対応お願いいたします	問い合わせの例の場合、負担割合の表示が桁落ちしていましたので、桁落ちしないように修正しました。 該当する帳票は以下のとおりです。 ・請求書兼領収書(外来)(ORCHC03～ORCHC03V03A5まで全て) ・領収書兼明細書(ORCHC03V04) ・診療費明細書(外来)(ORCHC04) ・診療費明細書(入院)(ORCHCN04)	H26.12.18
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りません。レセプトでは逓減されております。 頓服で処方した場合でも、一覧表に反映するようにお願いいたします。	向精神薬投与患者一覧の対象に不具合がありました。 多剤投与の逓減を行った受診日で、内服と頓服など複数の診療区分での投薬があり、診療区分順に登録している場合、最初の診療区分以降の投薬が対象外となっていましたので修正しました。	H26.12.18
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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ましたが、12月のプログラム更新後から変更された模様です。	前回のパッチ提供で診療費請求書兼領収書を修正しましたが、フリガナの位置がズレてしまいました。 フリガナの位置を元に戻しました。	H27.1.27
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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ましたので、保険欄に集計するように修正しました。 (例) 後期高齢1割、3月1日入院、3月10日退院、退院処理3月10日 入院料:療養病棟入院基本料1(入院基本料A)(生活療養) 請求点数:17950点 医療費負担:17950円(17950点×1割) 食事負担:7800円(1食260円×30食) 室料差額:20000円(1日2000円×10日) 入外別日計表(伝票発行日別)のパラメタを「伝票発行日H27. 3. 10」「入外区分1」として処理を行う。 後期高齢欄:17950円 自費欄:27800円 ↓ 後期高齢欄:25750円 自費欄:20000円	H27.3.25
12	ncp 20150311-002	入院診療費請求書兼領収書ORCHCN03V03A5と入院診療費明細書ORCHCN04の病室の文字数が違うので、同じ文字数にする方法がありましたらお教えください。 「kaifuk」と言う病室があり、入院診療費請求書兼領収書は6文字「kaifuk」と印字され、入院診療費明細書には5文字「kaifu」までしか印字されず、患者様から指摘があったとのことです。	入院の診療費明細書の病室の文字数が5文字でしたので6文字に変更しました。	H27.3.25
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そうで、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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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」の服用時点に登録をしております。 例えば、眼・耳用リンデロン軟膏を処方した場合、「１日１回就寝前に」という服用方法を入力しました。 薬剤情報提供書を出力した際、服用時点の「寝」に「１５」と表示されてしまいます。「全１５g」と出てほしいところですが、「全g」と表示されてしまいます。	外用薬については服用時点の編集をやめて全量を正しく編集するように修正しました。	H27.4.23
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が一緒に印刷されていましたので、正しく印刷するように修正しました。 また、受付で処方せんを印刷する時、前回の受診履歴に院外投薬が存在しなかった時、頭書きの処方せんを複数枚印刷していましたので修正しました。	H27.4.24
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。 一覧表の下の欄に、合計金額が表示されますが、単純に　請求額＝未就額+入金額　だと思うのですが、入院の合計はあっているのですが、外来の合計が合いません。 外来の合計の差額は、入院の入金額と一致しており、入院の入金額が加算されているようです。	未収金一覧表（伝票別）の入金合計の初期化がされておらず、入院、外来を続けて出力した際に外来の入金合計に入院分が含まれる不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	ncp 20150617-005	薬剤と病名のチェックマスター覧表に内服、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、不便であると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います。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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24		光ディスク送付書の「CD」「MO」「FD」の〇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に〇が付いてしまう為、お客様には〇を2重線で取り消しし、CDに〇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に〇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 フロッピィ」 「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(フロッピィ用)」…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
26	request 20130906-007	日レセVer4.7.0より、レセプト出力を「ターミナルデジット方式」で出力されて、大変便利に活用させて頂いております。 レセプトの内容点検において、来院履歴と併せて確認したいという観点から、以前より、月次統計の「会計カード」一括発行機能を使っています。 会計カードの並び順の設定値に、「ターミナルデジット方式」を採用してほしいです。	会計カードでターミナルデジット方式を出力順とする印刷を可能としました。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	request 20110420-004	運動器リハビリを行っている医療機関様で、リハビリ開始日に099800131(運動器リハビリテーション開始日)と810000001(リハビリ病名)を1剤として入力しています。 その際の会計カードの表示なのですが、リハビリ開始月にのみ上記の入力をしますので、開始月移行の月の会計カードには、リハビリ開始年月日(発症日)と病名が表示されません。リハビリ開始月移行の月でもレセプト表示では、印字されるのですが、会計カードにも印字していただけないでしょうか。	会計カードにリハビリテーション料を算定した際の疾患名・治療開始日(発症日)コメントを記載するようにしました。	H27.9.24
28	request 20130628-004	会計カード印刷について、◎表示がついている包括診療分について、設定に「印字する」「印字しない」の設定を追加して欲しい。 レセプト点検のために活用しており、レセプトデーターに関係のない項目が印字されると点検しづらい。	包括診療分([◎]がついている剤)の編集指定をパラメタに追加しました。 ・保険組合せ[9999]で入力したものについても対象外とする。 ・パラメタ[編集区分]に[4]を追加する。[4]が指定された場合、包括分を対象外とする。 ・編集区分の指定方法を変更し、区分番号の複数指定を可能とする。例えば、[14]が入力された場合、[1](診療科毎に編集)と[4](包括分対象外)の両方が指定されたこととする。	H27.9.24
29	request 20130515-010	現在、会計カードの点滴注射は1日纏めの計算を行っていません。 現状のままですと、退院登録時の請求確認やレセプトでの点数と合致しないケースが生じてしまいます。 会計カードはレセプトや請求書との算定日の確認に用いますが、基本的には会計カード・レセプト・請求書の点数は合致していることが前提となるかと思います。 会計カードの点滴注射に関しても、1日纏めでの計算となるよう要望致します。	入院会計カードの点滴注射の薬剤点について、1日の纏めで計算を行い編集を行うようにしました。 以下のいずれかのパラメタが指定された場合(診療科毎の編集が指定された場合)は1日纏めでの計算は行いません。 ・パラメタ[診療科]が指定された場合 ・[編集区分]に[1](診療科毎に編集)が指定された場合 ・[編集区分]に[3](診療科毎に編集し、病名を非表示)が指定された場合	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	request 20141007-002	.980(処方せん備考)で入力したコメントの内容がお薬手帳にも印字されるので、印字する/しないの設定ができるようにしてほしい。	お薬手帳でプログラムオプションを設定することにより、処方せん備考欄コメントの表示可否を可能としました。 プログラムオプションに「BIKOU」を追加しました。 BIKOU=0: 　　処方せん備考欄コメントを編集しない BIKOU=1:(デフォルト) 　　処方せん備考用コメントを編集する	H27.9.24
31	request 20140702-006	ADL入力後のADL評価票の発行を入院中の全患者分一括発行できるよう要望いたします(毎月患者へ渡さなければならず、病院規模になると1人1人の発行では時間がかかります)	医療区分・ADL区分に係わる評価票の一括発行を可能としました。 マスタ更新により最新の状態にしてから、システム管理の3002　統計帳票出力情報(月次)で新規登録をします。複写ボタンをクリックして月次統計帳票一覧から"医療区分・ADL区分に係わる評価票一括発行"を選択して登録してください。 処理は「52 月次統計」から実行してください。 パラメタの病棟番号に指定する病棟は患者の最新の病棟番号とします(退院している場合は退院時の病棟です)。 並び順の病棟も同様です。	H27.9.24
32	request 20130920-002	「調整金一覧表」をCSVにおとしたいとご要望がありました。	調整金一覧表にCSV出力機能を実装しました。	H27.9.24
33	request 20131018-002	帳票名:長期入院対象患者一覧表 プログラム名:ORCBG005 同帳票の内容のCSVデータがほしいです。 CSV出力機能で、吐き出せるようにして下さい。	長期入院対象患者一覧表にCSV出力機能を実装しました。	H27.9.24
34	request 20131018-003	帳票名:入院患者通算日数一覧表 プログラム名:ORCBG004 同帳票のCSVファイルがほしいです。 CSV出力で、吐き出せるようにして下さい。	入院患者通算日数一覧表にCSV出力機能を実装しました。	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	support 20150928-017	【経過措置薬剤更新リスト】エラーについて プログラム更新・マスタ更新・プラグイン更新を実施したにも関わらず「チェックマスタの更新に失敗しました」というメッセージが出ている。 とのお問い合わせをいただきました。	チェックマスタ[薬剤と病名]に移行先の薬剤が登録されており、マスタの設定が、 適応病名マスタからの直接データチェック:行う 適応病名:登録なし の状態で経過措置薬剤更新リストの処理を行った場合に現象が発生しました。 正しく処理を行うよう修正を行いました。	H27.9.29
36	support 20151001-032	入院会計カードの点滴につきましてご確認をお願い出来ますでしょうか。 ・ver 4.8 プログラム更新第20回まで実施済 後期高齢者＋指定難病　79歳の患者様 同じ後期高齢者＋指定難病の患者様2名につきましても同じ現象となっておりました。 ①会計カード 診療年月日、患者番号、入外区分　登録有(診療科コード設定なし) ⇒点滴薬剤の記載がなく点数のみ記載となっております。 ②上記①の設定＋診療科コード　登録 ⇒点滴薬剤の記載があります。 ※点滴は全て1日の点滴は同じ剤にまとめて入力して下さっています。 また、ver 4.8 プログラム更新19回までのディスクに同じ病院様のデータを入れ試した結果、①の診療科設定なしの会計カードでも点滴薬剤の記載がありました。	第20回(9月24日)パッチ提供分を適用後、月次統計業務より入院の会計カードの処理を診療科を未入力で実行した場合、複数保険で入力がある患者について、最初に印字される保険組合せに点滴注射以外の入力があると、後になる保険組合せで入力した点滴注射の内容が印字されない不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27
37	request 20130913-007	プログラム名:収納日報 プログラム名:ORCBD010 収納日報の合計表に、保険別の「今回請求額計」だけではなく、「今回保険点数計」も印字するようにして欲しい。	収納日報および収納日報(期間指定)の合計表に保険点数欄を追加しました。 CSVファイルの合計表データの編集に保険点数のレコードを追加しました。 CSVファイルのタイトルを編集しているレコードに診療日、作成日および集計区分=1[診療科毎]の場合は診療科の編集を追加しました。	H27.10.27

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38		月次統計より傷病名マスター一覧を作成可能としました。 パラメタから出力区分の設定を行うことにより、傷病名、傷病名(廃止)、傷病名(移行)、修飾語の対象となる病名の一覧作成を可能とします。また、出力順の設定も可能です。 CSVデータの作成も可能です。 ファイル名は医療機関番号+「shobyomeimasuta_」+処理区分+出力順+「.csv」		H27.10.27
39	request 20140708-001	お薬手帳にもプログラムオプション情報の設定でお薬情報に出力しているものと同様の”効能効果”や”注意事項”を出力できるようにしていただけないでしょうか。	お薬手帳でプログラムオプションを設定することにより、別葉で効能効果・注意事項の出力を可能としました。 プログラムオプションに「KOUNOU」を追加しました。 KOUNOU=0:(デフォルト) 　　効能効果・注意事項を編集しない KOUNOU=1: 　　効能効果・注意事項を編集する	H27.10.27
40	request 20140502-002	退院登録時等に発行される分娩費用明細書の印字について、タイトルの下に(異常分娩)と印字されるのを印字させないようまたは印字の有無の設定を追加していただくよう要望させていただきます。 正常分娩時には特に支障はないのですが異常分娩時に(異常分娩)と印字されるのはやはり患者様にそのままお渡しづらいとのことでご指摘をうけました。	分娩費用明細書の表題下に記載する正常分娩または異常分娩の記載の有無をプログラムオプションにより設定可能としました。 また、氏名欄の最大文字数を25文字に拡張し、フリガナの記載をプログラムオプションにより設定可能としました。	H27.10.27
41	request 20151003-001	H27.9.24パッチでADL評価票の一括発行に対応していただきましたが、該当月に退院済みの患者様分も印刷されます。 入院中の患者様のみに限定して発行することは可能でしょうか。 退院患者を含む/含まないオプションを付けていただきたい。	医療区分・ADL区分に係わる評価票一括発行について月末日時点で退院している患者を対象外とするパラメータを追加しました。 ※要マスタ更新	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	ncp 20151127-003	月次統計の診療科別医薬品使用量統計(合計金額)(期間指定)について確認したいことがありご連絡致しました。 ＜パラメーター指定＞ 開始年月日:H27.9.1 終了年月日:H27.9.30 薬剤区分 :0 全体 院外区分 :0 院内処方のみ 入外区分 :0 全体 処理区分 :0 診療科別 診療区分 :00 全体 上記の指定で集計をかけると「対象データがありません」と表示されます。 しかし、診療区分を「00」ではなく「空白」にすると診療全体のデータが集計されました。 パラメータ説明には「診療区分 00または空白:全体」と記載されていますが「00」にすると「対象データがありません」となるのはなぜでしょうか。	月次統計の 診療科別医薬品使用量統計(合計金額)(期間指定) [ORCBG006V01] と 診療科別医薬品使用量統計(合計金額) [ORCBG006] について、パラメータ説明には「診療区分 00または空白:全体」とありますが、実際には「空白」のみが「全体」となっていましたので「00」も「全体」となるように修正しました。	H27.12.21
43		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「ユートク」		H27.12.21
44	request 20150616-001	ORCBG001　診療科別医薬品使用量統計　において、エンシュア・リキッドの使用量が正しく出てこない。合計10万mlを超えているので6桁以上だと正しく表示されてこないのかもしれない。6桁以上の数値でも正しく表示するようにして欲しい。	整数部を5桁から10桁に増やしました。 また、ORCBG001V01についても同様に対応しました。	H28.1.26

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	request 20150902-003	国保の患者さん、月の途中で国保と難病の併用に変更し、請求書を出すと、請求期間の表示が、後の保険は変更日から末日となるが、先の保険も末日までの表記になっている。患者さんから二重請求ではないかと疑われてしまうので、期間を区切って表示できないかとのことでした。	入院請求書兼領収書の請求期間を保険組合せの利用期間を元に編集を行うようにしました。	H28.2.23
46	request 20150417-002	患者様にお渡しする予約票に、決まった定型文を全ての予約票に載せたい(枠外で良い)とのことで、請求書件領収書のメモの様に、予約票にもプログラムオプションによるメモ機能を要望されています。	予約票(ORCHC67)にプログラムオプションで設定したメモ内容を記載可能としました。 プログラムオプションのメモ欄有効開始日、メモ欄有効終了日がシステム日付の期間内であれば、メモ欄の内容を予約票の下部に記載します。メモ欄は全角50文字とします。 ※要マスタ更新	H28.2.23
47	ncp 20160311-015	後期＋長期 後期＋第三者行為　※←この保険で入院基本料算定 で入院レセを作成した際に、保険別請求チェック表の総括で、食事の標準負担額の集計が、自賠責(第三者行為)　食事・生活療養　保険請求額に表示されているのに、後期高齢者食事・生活療養　公費請求額の中にも同額が含まれています。 「第三者行為対応(自賠責保険)」のP12、対応内容「16.保険別請求チェック表」ではア)医保分の集計について(2)食事:第三者行為の標準負担額は集計しません。となっているのですが、なぜ重複して後期の公費欄に集計が上がっているのでしょうか。	保険別請求チェック表・保険別請求チェック明細表の集計修正(医保分の食事欄) 第三者行為(入院)で現物給付計算を行った場合、上記帳票の医保分の食事欄(標準負担額欄もしくは公費請求額欄)に食事標準負担額が集計されていましたので修正しました。(食事標準負担額は第三者行為分に集計しているので、金額が重複しています) ※正しい保険別請求チェック表・保険別請求チェック明細表を作成するには、パッチ適用後、該当者のレセプト処理を再度行う必要があります。 例) ・患者登録 後期高齢 第三者行為(労災自賠保険入力:現物給付「2対象」) ・入院登録 保険組み合わせ:後期高齢＋第三者行為	H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48		診療費明細書に記載される診療行為名称について、点数マスタに設定した出力名称が入院料と食事について記載されませんでしたので修正しました。		H28.3.30
49		後発医薬品数量シェア(置換え率)について見直しを行いました。 (1)パラメタに入外区分を追加しました。 (2)「後発」欄の値に誤りがありましたので修正しました。 2、3以外をすべて0としていましたので正しい区分を編集するようにしました。 「後発」欄の区分 0:以下以外 1:後発医薬品がない先発医薬品(後発医薬品の上市前の先発医薬品等) 2:後発医薬品がある先発医薬品(先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む。ただし、全ての後発医薬品が経過措置として使用期限を定められている場合を除きます。) 3:後発医薬品 4:後発医薬品がある先発医薬品(後発医薬品と同額又は薬価が低いもの) 5:後発医薬品(先発医薬品と同額又は薬価が高いもの)		H28.3.30
50		処方せんの「備考」欄 地域包括診療料、認知症包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算の算定がある場合、プログラムオプションの設定により、「備考」欄の右上に算定の内容を記載するようにしました。 また、「備考」欄に収まらない場合は続きを別葉の「処方」欄へ記載するようにしました。		H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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－負担金計算（3）タブ－全国公費併用時の特別計算（外来） 東京都地方公費全般について、システム管理2010の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を（1，0）としていますが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0．0）に変更します。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（1，0）で設定済みの場合は、（0．0）に設定変更が必要です。 （0．0）で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を（1，0）として処理を行います。 ◆平成27年1月診療分以降の計算例 主保険（3割）＋054＋東京都地方公費180 （054の自己負担限度額5000円） 1日目：2200点 患者負担2200円 2日目：1000点 患者負担600円 3日目：2000点 患者負担 0円 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/nannbyousyoumannheiyounitsuite.html		H27.1.7
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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。	（2）特記事項の記載を行う。 【高齢者】※高齢者は元々現物給付対象としての取り扱いをしている。 レセプト記載 （1）特記事項の記載を行う。 （注：上位所得者・低所得者については、適用区分の入力は任意の為、適用区分の入力が無い場合においても、特記事項の記載を行う） （2）70歳代前半の特例措置（1割据え置き）の場合で、公費欄－一部負担金が上限額に達していない場合、2割計算した額（上限額を超えない額）で公費欄－一部負担金の記載を行う。	H27.2.4
		平成27年1月改正対応 難病・小児慢性（都道府県単独事業）の医療受給者証の適用区分対応 システム管理2010－負担金計算（1）の「患者登録－所得者情報－月上限額入力」に【3 入外上限額・他一部負担累計を入力する（難病・小児慢性適用区分対応）】を追加しました。 難病・小児慢性（都道府県単独事業）について、医療受給者証に適用区分の記載があり、負担金計算やレセプト記載で以下の対応が必要な場合は、3に設定を変更してください。 ＜適用区分対応＞ 患者登録－公費登録で保険番号（956・957）の入力（適用区分の入力）を行った患者は、以下の取り扱いとします。 【70歳未満】 負担金計算 （1）同一月に、該当公費を含む保険組み合わせでの診療がある場合、医保単独分について現物給付計算を行う。 レセプト記載 （1）高額療養費が現物給付された場合は保険欄－一部負担金の記載を行う。	＜補足＞ 保険欄－一部負担金の記載は、システム管理2010－レセプト（2）の「保険欄－一部負担金記載（高齢者）」・「〃（70歳未満）」に準じた記載とします。 デフォルト設定は【1一律”一般区分”での金額記載（記録）とする】【2社保（請求分内）】となっていますので、国の難病と同様に、社保・国保ともに特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載する必要があれば、設定を【0所得区分に準ずる金額記載（記録）とする】【0レセプト請求分全て】に変更してください。 参考： 【0 所得区分に準ずる金額記載（記録）とする】 特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載 【”1 一律”一般区分”での金額記載（記録）とする】 以下の基準額で記載 ・高齢者：（外来）12000円 （入院）44400円 ・70歳未満：（入外）80100円＋（医療費－267000円）×1%	

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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ませんでしたので修正しました。 ※2月4日パッチ提供時の修正に不備がありました。 （例）入外上限額2500円、他一部負担累計1200円の場合 入院負担金計算で、自医の一部負担金が1300円でなく、2500円になっていました。1300円になるように修正しました。 ＜重要＞ 小児慢性の他一部負担累計の入力がある方について、2月4日のパッチを適用後、退院計算又は定期請求を行った場合や入院レセプト作成処理を行った場合は、2月9日のパッチ適用後、再処理を行ってください。	H27.2.9

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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－レセプト（1）タブ－全国公費併用分請求点集計 京都府地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を（2、1）としてレセプト記載を行っていましたが、平成23年4月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0、0）としてレセプト記載を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（0、0）以外で設定済みの場合は、（0、0）に設定変更が必要です。 （0、0）で設定変更した場合であっても、平成23年3月診療分までは、内部的に設定値を（2、1）としてレセプト記載を行います。 ＊＊レセプト記載例（平成27年2月診療分）＊＊ 国保＋052＋京都府地方公費（745） 1000点 国保＋京都府地方公費（745） 500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H27.2.24
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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/nannbyousyoumannheiyounitsuite.files/200ennhutanarikisaihouhou.pdf 難病、小児慢性に限らず、他の全国公費でも同様とのことです。 全国公費につきましてはシステム管理マスタの「2010　地方公費保険番号付加情報」で設定可能ですが、都難病は設定できません。 負担金計算の対応をお願いできますでしょうか。	東京都地方公費対応（保険番号588（マル子）） システム管理2010－負担金計算（3）タブ－全国公費併用時の特別計算（外来） 平成27年1月7日でパッチ提供した東京都地方公費対応について、保険番号「588」は、平成27年1月診療分以降も、全国公費併用時の特別計算を行う必要がありましたので、システム管理2010に「588」の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010に「588」の設定がある場合で、上記項目が「0」で設定済みの場合は、「1」に設定変更が必要です。 又、主保険＋東京都地方公費の都難病（183・283・383・483）＋588の保険組み合わせの場合においても、全国公費併用時の特別計算を行うよう対応しました。 ＜計算例＞主保険＋183＋588（183の自己負担限度額5000円） 外来 1日目：3000点 患者負担200円 2日目：3000点 患者負担200円 3日目：3000点 患者負担200円 ※183が月上限額に達した日以降も588の一部負担金を発生させます	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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－負担金計算（2）タブー「食事療養費」 付加設定 本人タブー食事療養 保険番号（352、353、354）は、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を（2、0）として食事負担計算を行っていましたが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0、0）として食事負担計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（0、0）以外で設定済みの場合は、（0、0）に設定変更が必要です。 （0、0）で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を（2、0）として食事負担計算を行います。	H27.3.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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）×0．01＝82985 82985÷3＝27661．666（1円未満切り上げ）27662円 ＜患者負担＞27660円（27662円の10円未満四捨五入） ＜レセプト公費－一部負担金＞27662円 例2）外来、70歳未満現物給付（限度額認定証：区分ウ）、実日数3日 【1日目】請求点数12345点 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円（10円未満四捨五入）	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 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円（10円未満四捨五入） 【3日目】請求点数12345点 80100＋（370350－267000）×0．01＝81134 81134－（37035＋37035）＝7064 7064÷3＝2354．666（1円未満切り上げ）2355円 ＜患者負担＞2360円（2355円の10円未満四捨五入） ＜レセプト公費－一部負担金＞ 80100＋（370350－267000）×0．01＝81134 81134÷3＝27044．666（1円未満切り上げ）27045円	

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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円に達しているので 2/6(1)の一部負担金は上がってこないと思うのですが、180円であがってくるのはなぜかというところです。 2つ目の質問として、 レセでの一部負担金額は、054難病公費で350円、380障低所で1058円となっているのですが、国保から、障低所の一部負担金額は1058円ではなく1062円です、と訂正の連絡が入ったそうです。 4円の端数はどこから生じたのでしょうか。	負担金計算時の収納内部項目編集修正 システム管理2010－負担金計算(3)タブ－全国公費併用時の特別計算（外来）の設定が「1」の場合の収納内部項目編集に不備がありましたので修正しました。 （例）国保（3割）＋054難病（上限2500円）＋岡山県地方公費380 2月2日：国保＋054＋380（173点）患者負担170円 2月6日（1）：国保＋054＋380（882点）患者負担180円 2月6日（2）：国保＋380（712点）患者負担710円 他一部負担入力 2月4日 1670円 2月5日 480円 ＜レセプト＞ 保険　1767 公費1（054）　1055　350　→　350 公費2（380）　1767　1058　1062（※） （※） 2月6日（1）の負担金計算時の収納内部項目編集に不備がありました。パッチ適用後に再計算又は診療訂正登録を行い、再度レセプト作成すると「1062」が記載されます。 ＜補足＞ 岡山県地方公費全般について、システム管理2010に設定がない場合、「全国公費併用時の特別計算（外来）」のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行っています。	H27.4.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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。	（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
		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－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。		

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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－負担金計算（3）タブ－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ましたが、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－負担金計算（3）タブ－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－負担金計算（3）タブ－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。	

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
17	kk 36515	パッチ提供（第17回）プログラム更新内容にございます、千葉県公費（重度心身障害者医療費）の一部負担金計算対応 ①前期高齢者（1割）＋長期＋重度障害について 上記の保険組合せを使用し、診療行為の登録を行うと一部負担金の計算が、2割計算されてしまうようです。 （例）前期高齢者（1割）＋長期＋381障害3 現在ORCAで診療行為を入力すると、以下のように計算されます。 1日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 2日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 3日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 4日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 千葉県国保連合会様にご確認致しましたところ、前期高齢者（1割）の場合、4日目までは一部負担金が発生して良いとのことでした。	千葉県地方公費対応（平成27年8月診療分～） システム管理2010－負担金計算（3）タブ－長期併用時の特別計算（外来） システム管理2010－負担金計算（4）タブ－長期併用時の特別計算（入院） この負担金計算に関して、千葉県の前期高齢者（1割据え置き）は、長期負担相当額の計算を1割計算で行うよう修正しました。 （重要） パッチ適用後、該当者については収納業務で一括再計算を行ってください。 （例）外来 前期高齢者（1割）＋千葉県地方公費（381）＋972　＜一般所得者＞ 千葉県地方公費（381）について、長期併用時の特別計算（外来）を「2」で設定 1日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 2日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 3日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 4日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 5日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 ↓ 1日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 2日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 3日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 4日目 請求点数：2500点 一部負担金：300円 5日目 請求点数：2500点 一部負担金：0円 （4日目で、長期負担相当額が10000円に達する為、以降は0円となります）	H27.9.1

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
18	kk 36408	平成27年10月から東京都マル子の計算方法が変わります。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/iryoujoseiseikyuuhouhou.html http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/iryoujoseiseikyuuhouhou.files/ziritsu-maruko-itibureseputo.pdf 現在、東京都で保険番号588の場合、システム管理マスター「2010　地方公費保険番号付加情報」の「負担金計算（3）」タブー”全国公費併用時の特別計算（外来）”のデフォルト値が「1」となっていると思います。 平成27年10月以降はデフォルト値の設定が不要となると思われます。	東京都地方公費対応（保険番号588）（平成27年10月診療分以降） システム管理2010－負担金計算（3）タブー全国公費併用時の特別計算（外来） 保険番号588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10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27年9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。 ＜計算例＞ 主保険+052+588（052：自己負担限度額5000円）（就学前） 外来 1日目：1200点 患者負担200円（052：一部負担2400円） 2日目：1250点 患者負担200円（052：一部負担2500円） 3日目：2000点 患者負担100円（052：一部負担100円） 4日目：1000点 患者負担0円（052：一部負担0円）	H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
19	お電話でのお問い合わせ10月9日－小児慢性低所得2登録時の食事代	小児慢性の所得区分オ、限度額認定証の提示なし 主保険+052小児慢性+957オ+低所得2を登録 月内の診療は医保単独分のみの場合に入院の食事代が低所得2の金額の1食210円になりレセプトに低所得2と記載されます。 70歳未満の957で医保単独分のみの場合は、現物給付の取扱いとならないようですが、食事代は対象外なのでしょうか。	特定疾病給付対象療養（51，52，54）の食事負担計算修正（平成27年1月診療分以降） 70歳未満で、限度額適用・標準負担額減額認定証の提示がなく、特定疾病給付対象療養の受給者証で適用区分確認を行った場合の食事負担計算について、医療費が現物給付計算対象外となる場合は、所得者情報に低所得の入力（標準負担額減額開始日も入力）があっても、食事負担額を「一般」の金額で算定するよう修正しました。 （例） 主保険：協会（限度額適用・標準負担額減額認定証の提示なし） 公費　：052 小児特定（上限額2,500円）（適用区分オ） 公費の種類に"957 公費ウエオ"を入力 所得者情報：低所得2を入力（標準負担額減額開始日も入力） 入院で月内の診療が協会単独のみの場合、現物給付計算対象外となることから食事療養標準負担額を1食210円→1食260円で算定するよう修正しました。（「一般」の金額で算定） 協会と小児特定の併用となる場合は、従前どおり1食210円で算定を行います。	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
20	kk 36786	地方公費の件でお問合せがありました。 使用したプログラムバージョン：4.8.0 都道府県：北海道（稚内市） 詳細は以下になります。 北海道稚内市の「精神通院医療付加給付金」制度について。 稚内市役所・保険年金グループに問い合わせたところ、稚内の市町村国保＋【021 精神通院】+「精神通院医療付加給付金」をお持ちの場合、患者様の一部負担金が1/2になるそうです。 医療機関窓口の負担金は1円単位で行ってほしいとのこと。 助成分は連合会より自動で振り込まれるため、併用または別用紙での請求書は不要との事です。	北海道地方公費対応（保険番号221） （平成18年4月診療分以降） 稚内の市町村国保の方で、21精神通院を持つ場合、21精神通院の一部負担金の1/2（1円単位）を患者窓口負担としました。 該当の方は、「国保＋21＋221」の保険組み合わせを使用してください。 計算方法 （例）21精神通院の月上限額2500円 ・1日目：請求点数543点 543点×10円×1割＝543円 543円÷2＝271．5円（1円未満切り上げ）272円 ・・・ 患者窓口負担 ・2日目：請求点数543点 543点×10円×1割＝543円 543円÷2＝271．5円（1円未満切り上げ）272円 ・・・ 患者窓口負担 ・3日目：請求点数3000点 3000点×10円×1割＝3000円 3000円＞1414円（2500円－543円－543円） 1414円÷2＝707円 ・・・ 患者窓口負担	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
21	kk 37032	東京都の医療機関より主保険+282マル都負無+588マル子の場合（NO1参照） 82マル都負無の診療内容の場合の保険組合せは主保険+282マル都負無+588マル子。 それ以外の診療内容の場合の保険組合せは主保険+588マル子。 10/29に上記の保険組合せで入力してあります（NO2参照） 10/29は主保険+588マル子の診療分200円が発生しています（NO3参照） しかし 11/19に上記の保険組合せで入力しました（NO4参照）が 11/19は主保+588マル子の診療分200円が発生しません。（NO5参照） 同じ内容・同じ保険組合せで入力してあるのに主保険+588マル子の負担金額が発生しないのでしょうか？ 11/2にプログラム更新を行っており第23回までのパッチ提供は行っていました。 どうやらその後から発生していないようです。	東京都地方公費（保険番号588）負担計算修正 第22回（10月27日）パッチ提供分において、診療行為入力時の収納データ編集に不備があり、正しく負担計算がされない不具合がありましたので修正しました。 東京都地方公費（保険番号588）はレセプト20投薬に該当する点数は負担計算の対象外ですが、処方せん料の点数も対象外となっていましたので、以下のケースで患者負担（日上限額200円）が発生しませんでした。 （例）外来：複数科保険入力、院外処方 ・主保険＋282＋588 再診料 ・主保険＋588 投薬 処方せん料	H27.11.25

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
22	kk 37121	都道府県：東京都 国保3割＋【967 高額ウエオ】＋【965 高額4回目】＋【283 都難病経過】を併用している患者様がいます。 ※【283 都難病経過】自己負担無なので、所得者情報で上限額0円で登録 10月分の診療行為入力が以下です。 国保＋【283 都難病経過】→1136点・負担無 国保のみ→15725点・44400円 レセプトの記載は以下です。 請求点 ｜　　｜一部負担金 ---------- 16,861 ｜　　｜ (3,410) 　　｜　　｜ 37,810 ---------- 1,136 ｜　　｜ 0 国保より、一部負担金は37,810（3,410）ではなく44,400（3,410）という記載が正しいと連絡がありました。 国保より医療機関へ連絡確認後、返戻にはせず修正受付する、という対応のようです。 東京都国保連合会・事務審査課に確認したところ、「診療報酬請求書等の記載要領等について」に書かれている負担金額の原則は国の公費の話であって、地方公費である「都難病」の記載とは違うとのこと。 地方公費のルールが記載してある資料を求めたのですが、見せられる資料がない、との返事でした。	東京都地方公費レセプト記載対応 「国保（70歳未満）＋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） ＜患者登録＞ 国保3割（70歳未満）、限度額認定証区分ウ 283都難病経過（月上限額0円） 967高額ウエオ 965高額4回目 ＜診療行為入力（外来）＞ 「国保3割＋283」・・・請求点1136点 「国保3割単独」・・・請求点15725点 ＜レセプト＞ (3410)　　(3410) 保険　16861　47810　→　44400（※） 公1　1136　0　0 （※）保険欄－一部負担金は高額療養費の算定基準額を超えない額とする。（区分ウの高額4回目以降は44400円）	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
23	kk 35203	全国公費が月上限額に達した日の地域公費のレセプト一部負担金計算対応（外来） 全国公費併用レセプトの公費欄－一部負担金記載について、全国公費が月上限額に達した日は地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算を行い、岡山県障害福祉課のレセプト記載事例に沿ったレセプト記載を可能としました。 （2015年1月診療分以降で対応） ※全国公費は、月上限額がある事 ※地域公費は、保険番号マスタのレセプト負担金額が「2　10円未満四捨五入しない」である事 1．システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」の負担金計算（4）タブに全国公費併用時の特別計算2（外来）の設定項目を追加しました。 全国公費が月上限額に達した日は地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算を行います。 地域公費のレセプト一部負担金（1円単位）の計算について、通常計算の場合、全国公費のレセプト一部負担金（1円単位）と比較し、特別計算の場合、全国公費のレセプト一部負担金（10円単位）と比較し、小さい金額をその金額とします。 ※この設定の有無で、患者窓口負担金が変わる事はありません。 【設定項目】 ＜左側の設定項目＞ 0　設定なし　・・・　地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算は行わない。 1　全国公費が月上限額に達した日はレセプト一部負担金の特殊計算を行う　・・・　全国公費が月上限額に達した日は地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算を行う。地域公費のレセプト一部負担金（1円単位）の計算について、通常計算の場合、全国公費のレセプト一部負担金（1円単位）と比較し、特別計算の場合、全国公費のレセプト一部負担金（10円単位）と比較し、小さい金額をその金額とする。	＜右側の設定項目＞ 0　該当公費対象者全員 1　国保・広域 2　社保 ※　デフォルト設定は、左右（0．0）とする。 2．該当地域公費について、システム管理2010の上記項目の設定を行います。 3．全国公費が月上限額に達した日に地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算を行う条件 （1）「他院分の一部負担金と合算で全国公費が月上限額に達した場合」を対象とする （2）他院分の一部負担金は患者登録－所得者情報－公費負担額入力の「他一部負担入力」で入力されてある事 （3）全国公費が月上限額に達した日以降（達した日を含む）の日付で他院分の一部負担金がない事 （4）全国公費が月上限額に達した日の全国公費の一部負担金について、1円単位の一部負担金も10円単位の一部負担金も月上限額に達していて、「（1円単位の一部負担金＞10円単位の一部負担金）となる場合」を対象とする 4．レセプト記載について 全国公費が月上限額に達した日に地域公費のレセプト一部負担金の特殊計算を行った場合は以下のレセプト記載を行う。 （1）全国公費の公費欄－一部負担金記載（保険欄－一部負担金の記載がない場合） 「全国公費が月上限額に達しない日の全国公費のレセプト一部負担金（1円単位）」＋「全国公費が月上限額に達した日の全国公費のレセプト一部負担金（10円単位）」の合計額を公費欄－一部負担金に記載する。 （2）地域公費の公費欄－一部負担金記載 「通常計算で求めた地域公費のレセプト一部負担金（1円単位）」＋「特殊計算で求めた地域公費のレセプト一部負担金（1円単位）」の合計額を公費欄－一部負担金に記載する。	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
24	kk 36310	愛媛県の3歳児視覚聴覚精密健康診査に関するレセプト記載対応 愛媛県の3歳児視覚聴覚精密健康診査に関するレセプト記載について、愛媛県国保連合会のレセプト記載事例に沿ったレセプト記載（以下）を可能としました。 1．3歳児視覚聴覚精密健康診査は、レセプト請求でなく、3歳児視覚聴覚精密健康診査受診票で請求する為、医療費総点数の全てが3歳児視覚聴覚精密健康診査の対象点数である場合、レセプトは主保険単独で請求する事となるが、国保レセプトに限り、国保＋乳幼児福祉医療の2併レセプトで請求する。 公費1欄の請求点数には「0」を記載する。 2．3歳児視覚聴覚精密健康診査を行った場合、国保レセプトの摘要欄に3歳児視覚聴覚精密健康診査の対象点数のコメントを記載する。 入力等について 1．3歳児視覚聴覚精密健康診査の診療行為入力は、「主保険＋3歳児視覚聴覚精密健康診査」の保険組み合わせで行う。 3歳児視覚聴覚精密健康診査以外の診療行為入力は、「主保険＋乳幼児福祉医療」等の【3歳児視覚聴覚精密健康診査】を含まない保険組み合わせで行う。	2．医療費総点数の全てが3歳児視覚聴覚精密健康診査の対象点数で、かつ、国保の場合、国保＋乳幼児福祉医療の2併レセプトで請求する必要がある。 その場合、「主保険＋乳幼児福祉医療」の保険組み合わせで、診察料等はクリアし、システム予約コード099999925（【レセプト】0点地域公費記載）を診療行為入力する。その入力により、国保＋乳幼児福祉医療の2併レセプトが作成される。 公費1欄の請求点数には「0」が記載される。 ＊＊＊　補足　＊＊＊ 愛媛県以外の地域公費についても、保険者を問わず、システム予約コード099999925（【レセプト】0点地域公費記載）を入力した場合、提出用レセプトに0点公費を記載する事が可能である。 3．3歳児視覚聴覚精密健康診査を行った場合、国保レセプトの摘要欄に「3歳児精密健診〇〇〇点」のコメントを自動記載する。 ※要マスタ更新	H27.12.21

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
25	kk 37330	北海道（290＋291）のレセプト一部負担金記載について 【内容】 1月診療分　実日数1日 協会＋290＋291で請求点数439点 ↓ レセプトの第一公費の一部負担金欄は439 レセプトの第一公費の一部負担金欄は440 になる 104保険番号マスタを確認すると両公費とも「10円未満使者五入しない」になっています。 第二公費欄も四捨五入していない金額（439円）が正しい記載と思います。 プログラムの仕様確認お願いします。	レセプト公費欄の一部負担金記載修正 下記例の場合、レセプト公費欄の一部負担金記載に不備がありましたので修正しました。 （例）外来 保険組み合わせ：協会＋北海道地方公費290＋北海道地方公費291 実日数：1日、請求点数：439点 保険番号マスタ（290）（291）共に、レセプト負担金額の設定は「2　10円未満四捨五入しない」 ＜レセプト＞ 公費1（290）の一部負担金「439」 公費2（291）の一部負担金「440」 ↓ 公費1（290）の一部負担金「439」 公費2（291）の一部負担金「439」 ※公費2（291）の一部負担金が「439」になるよう修正しました。 ※パッチ適用後、該当月の一括再計算を行ってからレセプトの再作成をお願いします。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
26	kk 37401	千葉県内の医療機関様からのお問い合わせです。 保険組合せ　社保＋自立支援＋重度心身障害者(381)の場合の一部負担金の記載について ※1日の患者負担金が300円に満たない場合 ①自立支援(全国公費)の一部負担金欄→1円単位で記載 ②重度心身障害者の一部負担金欄→1円未満四捨五入で記載されてしまう。 ②の一部負担金欄を1円単位で記載するように社保より返戻されてしまったとの事です。 検証した結果、社保＋重度心身障害者の保険組合せの場合は一部負担金を1円未満で記載されますが、社保＋全国公費＋重度心身障害者の場合は重度心身障害者の一部負担金が1円未満四捨五入されて記載されてしまいます。 このような場合、重度心身障害者の一部負担金を1円単位で記載する設定方法を至急、ご教授頂けますようお願い申し上げます。	レセプト公費欄の一部負担金記載修正 下記例の場合、レセプト公費欄の一部負担金記載に不備がありましたので修正しました。 (例)外来 保険組み合わせ:協会(3割)＋更生(上限5000円)＋千葉県地方公費381 1日目:443点(患者負担300円) 2日目:183点(患者負担180円) 保険番号マスタ(381)のレセプト負担金額の設定は「2　10円未満四捨五入しない」 2日以上診療があり、患者負担が300円の日と300円未満の日が混在する ＜レセプト＞ 公費1(015)の一部負担金「626」 公費2(381)の一部負担金「480」 ↓ 公費1(015)の一部負担金「626」 公費2(381)の一部負担金「483」 ※パッチ適用後、該当月の一括再計算を行ってからレセプトの再作成をお願いします。	H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
27	2/12 文書料 複数科 消費税	4001労災自賠医療機関情報の文書料消費税「あり」と設定していて、第三者行為で複数科入力したとき、1038診療行為機能情報の複数科まとめ集計するとした場合、消費税分が発生しないようです。	第三者行為の消費税計算修正（外来） （システム管理1038の「複数科まとめ集計」を「0複数科まとめ集計をする」で設定、かつ、複数科入力時） （1）システム管理4001の「文書料消費税」が「2有り」の場合、文書料の消費税計算をしていませんでしたので修正しました。 例）協会＋第三者行為の複数科入力 【内科】 再診 投薬 【整形外科】 診断書料（095910001） （2）システム管理4001の「特定器材等消費税」が「2有り」の場合、特定器材等の消費税計算をしていませんでしたので修正しました。	H28.2.23
28	kk 37525	添付資料『レセプト』の最下行 療養の給付②が本来『698』の所、四捨五入され『700』になるとの問合せがありました。	レセプト公費欄－一部負担金の記載修正 下記例の場合、公費欄－一部負担金の記載が正しくされていませんでしたので修正しました。 （例）外来 後期高齢（1割）＋更生（上限5000円）＋新潟県地方公費161 1日目：請求点数4832点 161のレセプト記載負担額530円 2日目：請求点数4000点 161のレセプト記載負担額170円→168円 新潟県地方公費161のレセプト公費欄－一部負担金が「700」となっていましたので、「698」となるよう修正しました。 ※パッチ適用後、該当月の一括再計算を行ってからレセプトの再作成をお願いします。	H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

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
29	kk 37560	兵庫県の医療機関様より限度額請求について問い合わせがありました。 国保+低所得者Ⅰ+141マル老1割　68歳患者 月途中で保険証が変わりました。 例) H28.2.25迄は保険者番号284083兵庫区(神戸市)公費41284084公費種類141 H28.2.26から保険者番号284059垂水区(神戸市)公費41284050公費種類141 受診日2月3日8732点　請求金額8000円 受診日2月26日1072点　請求金額1070円 連合会に確認しました。 例の場合は月途中に保険者番号が変わってますが同じ神戸市なので8000円超えても新保険者番号(284059)1070円の請求はありませんとの回答でした。 新保険者番号(284059)で1070円の請求額が発生するため91マスタ登録＞101システム管理マスタ＞2010地方公費保険番号不可情報141マル老1割　負担金計算(1)　月途中受給者証変更時負担金計算　1変更前の負担を考慮する　1同一法別番号　を設定した所、新保険での請求金額は発生しませんでした。 但し、この設定にすると神戸市以外の保険に変わった場合も請求が発生しません。 保険者ごとの限度額請求と認識していますが上記の設定をすると月途中に保険が変わった場合も請求が発生しません。	兵庫県地方公費負担金計算対応 システム管理2010の負担金計算(1)タブの「月途中受給者証変更時負担金計算」について (1)月途中で地方公費の受給者証が変更になり、負担者番号(3桁目から5桁)の変更が下記内での変更であれば同一市町村とみなします。 28401・28402・28403・28405・28406 28407・28408・28409・28410・28411 (2)月途中で保険者が変更になり、保険者番号の変更が下記内の変更であれば、同一保険者とみなします。 284018・284026・284034・284059・284067 284075・284083・284091・284109・284117	H28.3.24
30		地方公費を含む保険組み合わせの外来負担金計算対応 (システム管理2010－負担金計算(3)タブ「初診時以外の負担金計算(外来)」の設定が「1」の場合の対応) 以下の算定がある場合、一部負担金が発生するよう対応しました。 113019710 小児かかりつけ診療料(処方せんを交付)(初診時) 113019910 小児かかりつけ診療料(処方せんを交付しない)(初診時)		H28.3.30

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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お願いいたします。 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－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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

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

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
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
21	request 20140902-005	中途表示の中のデータを一括で削除できる機能を追加して頂きたい。	月次統計から中途終了データ一括削除を行う処理を実行することで可能としました。 登録されている中途終了データを入院・外来毎に診療年月日が指定した日付の範囲内のデータを削除します。	H27.9.24
22	ncp 20150828-010	印刷ジョブの削除を行うべく、(M01)業務メニュー画面に於いてF7:印刷削除を押下したところ、印刷ジョブが削除できていませんでした。 印刷関連の導入設定を見直したところ、「プリンタ設定:ユーザーにジョブのキャンセルを許可する」にチェック有、"/etc/cups/cupsd.conf"に"MaxJobs 0"の記述もありました。 "orc_cups_del.sh"に記述されているコマンド $ cancel -a -u orca を端末上で実行したところ、同様にジョブの削除はなされませんでした。 (尚、Ubuntu12.04(pricise)4.8.0では動作しました。)	印刷削除にはcancelコマンドを使用していますが、Ubuntu14.04のcups1.7ではパラメタが必要となりましたので追加しました。	H27.9.24
23		環境設定で日付を変えた場合、「03　プログラム更新」画面へ遷移すると日付を現在日付へ変更していましたが、設定された日付を保持するように修正しました。		H27.9.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24		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以下の修正を行いました。 ・地域連携IDが未設定については作成対象とする ・データがない場合ファイルは作成しない ・自動実行スクリプトで一時ディレクトリ対応を行った ・自動実行スクリプトで作成した場合広域分が作成されていなかった ・自動実行スクリプトで作成した場合ファイル名が間違っていた		H27.10.27
25		第22回パッチにより、以下のテーブルを追加しました。 　API一時データテーブル(TBL_API_PARA) DB管理情報は S-040800-1-20151027-1 となります。		H27.10.27
26	support 20151203-007	外来カルテ一括発行を患者番号順では無く、カナ氏名順に行いたく、以前よりORCBZ003.CBLをカスタマイズしておりました。 db検索のためにrecord/tbl_jyurrk.db　keyにある以外のSQL文を実行したく思います。メール末尾のa.RENNUMをc.kananameにするだけ変更です。	受診履歴の検索条件(key61)を追加しました。	H27.12.21
27	support 20160105-019	ORCAのクライアント印刷が失敗となるクリニックが複数あります。 42明細書で、再印刷後にポップアップで表示されるレセプトをプリンタマークより印刷すると、印刷が止まり、(数枚印刷して止まることもあれば全く出ないこともあります。)プリンタの状態を見ると「スプール中」となったままのクリニックが複数あります。 一方で、うまくクライアント印刷できるクリニックもあります。	クライアント印刷をダイアログ表示しない場合については帳票データのPDFファイルを50ページ毎に分割してクライアントに送信するように修正しました。 また、これとは別に月次統計、日次統計および再印刷業務からのプレビューは、全ての帳票データの作成が終わるのを待って行っていましたが、個々の帳票データの作成が完了したものから順次行えるようにしました。	H28.1.26
28		第29回パッチにより、以下のテーブルを追加しました。 　診療科担当医テーブル(TBL_LIST_DOCTOR) DB管理情報は S-040800-1-20160128-1 となります。		H28.2.23

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29		平成28年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.3.24
30		第31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。 変更分 　患者病名テーブル(TBL_PTBYOMEI) 　自院病名テーブル(TBL_USERBYOMEI) 　点数テーブル(TBL_TENSU) 　収納入院テーブル(TBL_TENSU) 　収納プレビューテーブル(TBL_TENSU) 　包括診療コードテーブル(TBL_HKTSRYCD) 　電子点数表2テーブル(TBL_ETENSU_2) 　電子点数表2追加テーブル(TBL_ETENSU_2_JMA) 　最低薬価テーブル(TBL_GENERIC_PRICE) 追加分 　医薬品分類テーブル(TBL_GENERIC_CLASS) 　向精神薬成分コードテーブル(TBL_PSYCHOTROPIC) DB管理情報は S-040800-1-20160302-4 となります。		H28.3.24
31	support 20160225-007	メディコムからORCAへの処方データを、orcvt_exec.sh ORCVTRECEDEN　にて実施した所、RECEIPT.UKEに不要なコメントレコードが入っていることが判明しました。 ＜不要なコメント＞ CO,21,1,810000001,【院外処方】 これを削除する為、ORCADC.PARAに以下を追加しorcvt_exec.sh ORCVTRECEDENを再実行しました。 @12-001:810000001 その結果、元々コメントがあった.210(内服薬剤)が消えてしまいました。 恐らく、コメントのスキップにより21も読み飛ばされた為かと考えられます。	レセ電データからのデータ移行でパラメタに対象外のコメントコードを設定している時、そのコメントコードが剤の1行目に存在した場合に剤がすべて対象外となっていましたのでコメントコードのみ対象外とするように対応しました。	H28.3.24

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32		院外処方せんCSVデータ出力内容に残薬確認欄レコードを出力するようにしました。(院外処方せん2次元シンボル記録条件規約Ver.1.2(平成28年4月診療報酬改定対応版))		H28.3.30
33		医療観察法(入院対応)の改正について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.5
34		医薬品マスタの後発品区分の設定誤りにより一般名処方加算が正しく算定されていない疑いがある会計情報をレポートする統計プログラムを提供します。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.13

Copyright(C) 2014-2016 Japan Medical Association. All rights reserved.