

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	2/6 管理料自動算定	1月26日にパッチ提供しました管理料の自動算定について、管理料(診療区分=13)の手技料のみとなります(ただし、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料は除く)とパッチ対応内容に記載されていますが、この条件にかかる診療コードは、点数マスタの区分が「13」、入外区分「入院外」、マスタ名称に「管理料」と付くものが対象となるということでしょうか。 実際上記条件に該当しないコード(再診時療養指導管理料、外来リハビリテーション診療料等)を患者登録で登録できますが、診療行為で自動算定されないため、自動算定できないものであれば、登録できないようチェックをかけてほしい。	患者登録画面の管理料等自動算定に入力するコードが労災固有のコードの時はエラーとするように対応しました。 また、管理料等自動算定で表示する一覧表も労災固有のコードは表示しないようにしました。	H29.2.22
2	nep 20170202-024	労災の患者様について、労働保険番号が入力されていれば頭の5桁が自動的に労働基準監督署コードの欄に入力されますが、労働基準監督署コードが不明の場合は入力省略出来る筈なので削除して確定すると、「警告！！労働基準監督署コードで再入力して下さい」というメッセージが表示され、労働基準監督署コードが削除前の状況に戻ってしまい、つまるところ未入力の状態に出来ません。更に、労働保険番号の頭5桁から引っ張ってきた労働基準監督署コードは存在しないらしく、データチェックにおいて「存在しない労働監督署コードが設定されています」と出てしまいます。 労働保険番号を入力しつつ、労働基準監督署コードは未入力、という事は出来ないのでしょうか？(まあ県と監督署コードは労働保険番号から判明しているので、後は所掌の番号が「3」の雇用保険であれば「1」の労働基準監督署にすれば正しい労働基準監督署コードを導き出せそうで、それであればデータチェックにも引っかからなそうですが)宜しくお願い致します。	患者登録で労災保険の「1 短期給付」を入力するとき、労働保険番号の頭5桁を労働基準監督署コードに複写しますが、複写したコードが労働基準監督署テーブルに存在しない時は、複写しないように対応しました。 所掌コードが「3」の場合は複写しませんので、手入力することになります。 また、空白での登録も可能となります。 なお、「2 傷病年金」の場合も同様となります。 労働基準監督署コードが未入力、または、労働基準監督署テーブルに存在しない時の警告メッセージを変更しました。 「警告！管轄の労働基準監督署を確認し、該当する労働基準監督署コードを入力して下さい」を表示します。	H29.2.22
3	kk 50700	社保、21精神通院、93患者票、80障害負担無しをお持ちの患者様において、精神通院対象となる診療行為と、対象外の診療行為があった場合の保険組合の選択方法についてご教示ください。	東京都地方公費保険組み合わせ作成対応 主保険+(021、010、011)+193患者票+地方公費(心身障害者等)の保険組み合わせを作成可能としました。	H29.2.22

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		照会の検索結果で診療行為情報の表示を行う際、検索条件に該当した診療行為にきざみ値または数量の入力がある場合、1行に纏めて表示を行っていましたが、きざみ値、数量の入力内容毎に表示を行い、その後ろに合計行を表示するように変更しました。		H29.2.6

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	ncp 20170201-008	平成29年1月26日第59回のパッチ提供の登録画面、その他タブに実装された管理料等自動算定欄ですが、てんかん指導料の入力コードで検索からの入力ではなく、入力コードで直接入力してしまった場合、登録後再度画面確認すると入力コードだけが欄に残り、てんかん指導料の表示は消えてしまいます。 入力コードで直接入力してもマスタコードでの入力と同じような対応にしていだけませんか？	患者登録の管理料等自動算定の項目に点数マスタの入力CDを入力した場合、入力CDで登録していました。 この為、診療行為で自動算定ができていませんでした。 入力CDの入力時に9桁の点数マスタのコードに変更するように修正しました。	H29.2.6
2	1/31 診療行為確認画面表示	診療行為入力から自費0円のコードを*2以上で入力したとき、診療行為確認画面で2段にわたって*2と表示されるため、*4で入力されているように見えてしまうとのお問合せがありました。	診療行為で自費コードで金額がゼロ円のコードに回数を1以上で入力した場合、診療確認画面で回数を複数行表示していましたので表示しないように修正しました。	H29.2.6
3	request 20170117-002	現在、在宅療養実績加算2について、日レセで施設基準設定を行うと、在医総算定時に自動算定されますが、算定内容によっては実績加算2を算定しない場合もあるとのことです。 実際に実績加算2を算定したレセプトが連合会より返戻になったとのことです。 診療行為入力時、自動算定後に手動削除が可能となるよう改善をお願いいたします。	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の入力時に自動算定した在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2について削除を可能としました。 1. 間違って削除した場合は在宅時医学総合管理料等を削除後、再度入力して加算を自動算定してください。 加算を手入力した場合のチェックは行わないので手入力する場合は注意してください。 2. 加算を削除後「中途終了」押下で中途終了した場合、中途データ展開時に再度、自動算定を行いますので、「登録」時に加算の削除を行います。	H29.2.22

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	request 20161109-002	パッチ提供◆日医標準レセプトソフト 4.8.0(第55回)において要望対応の「環境設定で設定した場合、休日(日曜日)に6歳未満患者は小児科特例休日加算を自動算定されてきますが6歳以上の患者に対しては休日加算を自動算定してくるような動きにできませんでしょうか。」に対して「外来時間外区分の小児科特例休日、小児科特例深夜を6歳以上の休日、深夜とするようにしました。」と提供されておりますが、受付番号20130823-006「休日(日曜日)に6歳未満患者は小児科特例休日加算を自動算定し、6歳以上患者は夜間・早朝加算を自動算定」できるように、又は、「6歳未満です、小児科特例休日加算を算定してください」又は「6歳以上です、夜間・早朝加算を算定してください」のメッセージや警告を出すようににはできませんでしょうか。	ver4.8.0第55回(10月26日)パッチ提供で休日加算へ振り替えたのは誤りでしたので修正しました。 外来時間外区分が「5 小児科特例夜間」、「6 小児科特例休日」及び「7 小児科特例深夜」の時、6歳以上の患者は診療行為入力画面で時間外区分を「8」に振り替えます。 「8 夜間・早朝」が環境設定の外来時間外区分に存在する時のみの変更になります(診療所で施設基準(672)が1の場合)。 ※ver4.8.0第55回(10月26日)パッチ内容は「Ver4.8.0に対する修正プログラム提供内容」の21診療行為の番号95となります。	H29.2.22
5	request 20160331-002	「後発品変更不可(処方単位)」のように、「一般名記載」にも「一般名記載(処方単位)」のようなコードを追加して欲しいと要望をいただきました。 今回の改正で、全て一般名処方しないと「一般名処方加算1(処方せん料)」(3点)が算定できないので、処方単位で設定できるとありがたいです。	院外投薬で後発品変更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 099209911 後発品変更可(処方単位) 1. システム管理「1030 帳票編集区分情報」の後発医薬品への変更可署名「1 変更可(一般)」と設定している場合は入力不可とします。 2. 予約コードを入力した場合、処方単位で一般名処方加算が可能な薬剤を一般名で記載します。 システム管理を「1 変更可(一般)」と同様の処理となります。 3. 処方せん料の判定、処方せんの印刷を予約コードに沿った内容で行います。 4. 診療行為等の画面の一般名表示を予約コードに沿った内容で行います。 5. 平成29年3月診療分からの対応となります。	H29.3.27

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	request 20151009-001	弊社のユーザー様より処方料を自動算定し、診療行為画面で訂正画面をひらいた場合処方料が表示されないため、本当に算定したかすぐにわからず点検しづらいというお声をいただいております。 処方せん料、特処、長期、薬剤情報提供(外来)、調基、採血料(外来)、検査判断料、画像診断管理加算は訂正画面で見れるようにする設定があるので処方料も設定で見れるようにしていただけますでしょうか。	2. 処方料のチェックは以下となります。 登録押下時に投薬内容と画面の処方料が一致しない場合は警告表示を行います。 処方料が算定できない場合(院内投薬がない、または院外投薬がある)はエラーとします。 湿布薬が70枚以上となり、処方料の算定ができない場合はエラーとします。 「処方料(向精神薬多剤投与)」入力時に、投薬内容が向精神薬多剤投与でない場合は減点計算ができません。そのまま登録をすればレセプトエラーとなりますので注意してください。 「処方料(7種類以上)」入力時に、内服薬が7種類未満の時は内服点数を減額します。本来必要でない減点を行うこととなりますので注意してください。 但し、地域包括診療算定時は減算対象外なので減額しません。 3. システム管理を「1 展開する」と設定した場合は、DO画面に自動算定した処方料を表示します。 但し、診療種別区分「250 処方料」のみ対象としますので「260 麻毒加算」は対象外となります。 4. DO画面に「99 全内容確認」を追加しました。 初・再診料、自動算定した処方料・調剤料などすべてを表示対象とします。 但し、表示のみとなりますので剤選択はできません。 5. 平成28年4月診療分からの対応となります。	H29.3.27
		処方料を算定している場合、訂正呼び出しで処方料の表示有無を設定可能としました。 1. システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」に「訂正時の展開(処方料)」を追加しました。 「1 展開する」と設定した場合、訂正展開時に処方料を表示します。 調剤料、減点剤は表示しません。 また、訂正時ではなくても処方料を手入力した場合のチェックを行います。		

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
7	request 20161116-002	検索結果で請求に利用できない別紙番号08(=調剤)のものを検索結果から除外できないか? それが難しい場合、画面上で「01 医科 在宅医療」「02 医科 その他の部」「08 調剤」が分かるように表示できないか? 例えば 「皮膚欠損用創傷被覆材(皮下組織に至る創傷用・標準型)」を探したい時、「皮膚欠損」と前方一致で検索すると、「皮膚欠損用創傷被覆材(皮下組織に至る創傷用・標準型)」が、3つ並んで表示されるがコードが表示されないの、まず、この時点でどれが「調剤」にあたるものか判断できない。 3つを全て選び、「調剤」にあたるものをコード対照表を見ながら除外しないといけないので、非常に効率が悪い。	診療行為画面と診療行為で表示する診療行為一覧選択画面で、特定器材の別表番号=01(在宅医療)の時「【在】」を、別表番号=08(調剤用)の時「【調】」を名称の先頭に表示するようにしました。	H29.3.27
8	nep 20170328-012	3月27日提供のプログラム更新・マスタ更新を行い、3月28の日付で以下の入力を行うと、一般名処方加算が正しく反映されませんでした。(更新前と点数が異なります) 院外処方 ・薬剤A(アダラート)(一般名記載) ・薬剤B(ローコール)(一般名記載) ・薬剤C(ロキソニン)(銘柄名or後発不可) ⇒全てが一般名処方になっていませんが、一般名処方加算1(3点)が算定されてしまいます。 4月1日以降に同じ入力を行うと、正しく一般名処方加算2(2点)で算定されました。 また、4月以前に入力した内容を訂正で表示すると、一般名処方加算2(2点)の対象ではありませんと表示が出ます。	平成29年3月17日以降同月31日までの一般名処方加算判定で、後発医薬品区分=1, 2の医薬品に対し銘柄名指定がある時も2品目以上が一般名であった場合、一般名処方加算1を算定していました。 一般名処方加算2を算定するように修正しました。 一般名処方加算1を算定していた場合は訂正により正しい点数に変更して下さい。 【留意事項】 平成28年4月に月次統計業務にて”一般名処方加算誤算定疑い患者一覧”を公開しましたが、今回の算定要件には対応していませんのでご注意ください。	H29.3.28 H29.4.4訂正

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	ncp 20170404-002	自院病名登録画面で、入力コード、病名、補足コメントを入力して登録 自院病名登録画面で入力コードを入力し呼び出すと、病名、補足コメントとも登録されているが病名登録画面で、上記入力コードを使って病名を呼び出すと補足コメントのみが表示されません。	「C02 患者病名」で病名コード欄より自院病名を入力したとき、自院病名に登録してある補足コメントが表示されませんでしたので修正しました。	H29.4.4

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	ncp 20170130-020	1月26日のプログラム更新において、月次統計より「一括再計算該当者チェック表」の作成が可能となりましたが、プログラムオプションで「SKYNOT_IKT=1(自動で一括再計算を行う)」を設定した場合、「患者請求額の変更がない方」の収納画面で該当月の診療日を選択すると、処理欄(画面右下)には再計算分の処理日が「00.00.00」で表示されます。 自動処理した日付の表示は行われないのでしょうか？	一括再計算該当者のリストアップ対応修正 1月26日に提供した一括再計算該当者のリストアップ対応に以下の不具合がありましたので修正しました。 (内容) システム管理1910(プログラムオプション情報)－プログラム名ORCBG030の設定を「SKYNOT_IKT=1」で設定して、52月次統計業務で【一括再計算該当者チェック表】の処理を行った場合、「患者請求額の変更がない方」について、該当者チェック時に自動で一括再計算を行うが、一括再計算をする際の不具合で、収納明細データの処理日が正しく編集されず、23収納業務で該当月の収納データを選択すると表示される右下明細欄の自動再計算分収納明細データの処理日が「00.00.00」で表示される不具合がありました。 (対応) 修正パッチ適用以降は、収納明細データの処理日が正しく編集されるよう修正しました。又、処理日が正しく編集されなかった収納明細データについても、同プログラム内で、処理日を修復するよう対応しました。 ※再度、52月次統計業務で【一括再計算該当者チェック表】の処理を行い、処理後、自動再計算分収納明細データの処理日表示が改善されている事を確認してください。 ※処理日が「00.00.00」で表示される状態で、51日次統計業務で【収納日報】の処理を行った場合、自動再計算分収納明細データが反映されません。	H29.2.6

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
2		一括再計算該当者のリストアップ対応(追加対応) 52月次統計業務一括再計算該当者チェック表で、診療行為で訂正登録が必要な収納がある方は、チェックができない為エラーとしていましたが、エラーとなった方についてもリスト出力をするよう対応しました。 見出し・・・【該当者チェックでエラーとなった方】 備考欄・・・診療行為で訂正登録が必要な収納あり。訂正登録後に再チェック。	該当者チェックでエラーとなる場合 (例1) システム管理4001の自賠責区分・公務災害区分の設定を変更し、訂正登録をしていない場合 1. 自賠責区分(1労災準拠)で、自賠責の診療行為入力を行う 2. 自賠責区分(2健保準拠)に変更する (例2) システム管理1038の複数科まとめ集計の設定を変更し、訂正登録をしていない場合 1. 複数科まとめ集計(0集計をする)で、診療行為入力(複数科保険)を行う 2. 複数科まとめ集計(1集計をしない)に変更する	H29.2.22

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		入院の会計照会で、診療年月を「前月」「次月」ボタンで当月以外に変更して剤回数を変更後、直接診療年月を変更して更新した場合、更新しないことがありました。 正しく更新するように修正しました。 なお、この時食事を99で変更した場合は、当月の翌月分から更新していました。 当月とは患者番号入力時、または、他画面から戻った時に表示している診療年月のことです。		H29.3.27

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20170210-013	明細書の一括作成で作成した特別療養費分のレセプトの印刷について、出力区分が全件印刷の状態で印刷処理を行うと、社保の出力順が「06編綴順」以外であれば特別療養費のレセプトも全件印刷に含まれて印刷できるのですが社保の出力順が「06編綴順」の時だけ一緒に印刷されません。	「42 明細書」の「R02 印刷指示」で、社保の印刷順を「06 編綴順」に設定して印刷したときに、特別療養費(国保)分が印刷できませんでしたので修正しました。	H29.2.22
2		自賠責レセプト新様式に編集している「マル印」の文字が機種依存文字でしたのでTakao明朝に修正しました。 変更前の状態では環境によってマッピングされるフォントが異なり、その影響でmonsiajのプレビューが枠だけ表示される場合がありました。		H29.3.27

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20170123-002	ORCAからEFファイルを作成し、チェックソフトにかけるとADL区分の不足というエラーが表示されます。 Fファイルの内容を確認するとある一人の患者の1日分だけ【トイレの使用 6点】が抜けていました。 ただ、レセプトやADL入力画面を確認すると正しく表示されていました。 入力をし直しても記載はありませんでした。	入院EFファイルの編集プログラム内で1日分の入院料(入院料加算)及び医療区分、ADL点数を編集する為に使用する記録域が20明細分までだった為、21明細以降の項目がFファイルに出力されない不具合がありました。 これについて50明細までの出力を可能とするよう修正しました。	H29.2.22
2	support 20170208-003	生年月日が昭和16年12月1日の方が、平成29年1月17日に船員保険療養補償証明書(下船後の療養補償)を持って来られて受診されました。 受診時には75歳になられており、通常であれば後期高齢者の保険になるはずですが、全国健康保険協会船員保険部様にお問い合わせした所、75歳以上の下船後の方は船員保険と後期高齢者の保険をそれぞれ持っている形になり、乗船中での病気等で業務に関わるものでなければ、下船後3ヶ月以内は船員保険(船員保険療養補償証明書)を使用する形になるとお伺いしました。 患者様の負担も無く1割船員保険から出る形になります。 患者登録にて船員保険の保険者番号・記号・番号を入力し、有効期限は下船後に初めて受診された平成29年1月17日にしています。 また、補助区分ですが「B1割下船」にし登録しました。 保険登録時にエラーもせず、そのまま診療行為も登録し、レセプトにも職務上の事由で「下船後3ヶ月以内」と記載されている事を確認しました。 明細書(レセプト)・総括を作成し、レセ電データにする為、社保レセ電をクリックし処理をした所、レセ電データチェックで「31380 高齢受給者証または後期高齢者に該当する年齢です。項目名[生年月日]内容[3161201]レコード内項目位置[7]」のエラーが出ました。 患者登録の補助区分を「H3割下船」でも試してみましたが、同じエラーが出ます。	船員保険で下船後の療養補償に該当する場合は年齢のチェックを行わないよう修正しました。	H29.2.22
3		医療情報連携基盤のデータ作成で個別作成の処理手続きに不具合があり作成できませんでしたので修正しました。		H29.2.22

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
4	3/7 医療機関コード 対象期間	月途中で医療機関コードが変更になった場合のレセ電・総括表作成において、対象期間を指定し、「月途中に医療機関コードが変更されているので、この期間の処理はできません」を「閉じる」とすると、以前は対象期間が非表示となりましたが、現在非表示とならないため、レセ電データ等を作成することができません。	「44 総括」を選択して「T01 総括表・公費請求書作成」に初期表示する診療年月が月途中で医療機関コードを変更した年月の場合、診療年月の下に期間指定が非表示となりませんでしたので修正しました。 また、初期表示の場合は「月途中に医療機関コードが変更されている診療年月のため、期間指定による処理はできません」のエラー表示ができないため、診療年月の下に「月途中に医療機関コードが変更されている診療年月です」と赤字で表示するようにしました。 月途中で医療機関コードを変更した年月を入力した場合も、エラー表示後に表示します。 「T06 レセ電作成-個別指示」についても同様に修正しました。	H29.3.27
5	ncp 20170308-016	44総括表・公費請求書の診療年月の下に医療機関コードを区切ると出来る枝番がグレースアウトしてしまいます。マスタメニューまで戻ってから総括表を開き直してもグレースアウトしたままですが、ORCAを一度落として再度立ち上げ直すと元に戻ります。 再現ができましたので手順をお伝えいたします。一度ご確認いただけると幸いです。 【再現手順】 ?システム管理マスタ1001医療機関情報ー基本から一度医療機関コードをどの期間も「0000000」にして登録 ?44総括表・公費請求書の診療年月の下に医療機関コードを区切ると出来る枝番が消えたことを確認 ?システム管理マスタ1001医療機関情報ー基本から一再度、医療機関コードを「0000000」ではない番号(1234567)、(2222222)などにして登録し直す。 ?44総括表・公費請求書の診療年月の下に医療機関コードを見ると枝番は出来ているがグレースアウトする。 なお、一番初めにグレースアウトしていることが発覚した際、システム管理マスタは触っておらず気がついたときは既にグレースアウトしていました。	monsiaj20170210で月途中に医療機関コードを変更した場合に、「44 総括」の「T01 総括表・公費請求書作成」「T06 レセ電作成-個別指示」で診療年月の下に表示する期間指定が、表示は行われますが非活性となり選択ができなくなりましたので修正しました。 なお、glclient2では現象は発生しません。	H29.3.27

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	support 20170208-011	下肢末梢動脈疾患指導管理加算がレセ電ファイル出力時のデータチェックで46410 注加算の記録順序が誤っています。となってしまいます。 入力としては 下肢末梢動脈疾患指導管理加算以外は更生医療を含めた保険 下肢末梢動脈疾患指導管理加算は更生医療ではない保険 で入力しています。(下記) 今までは下肢末梢動脈疾患指導管理加算を更生医療で算定していた為、特に問題なかったようなのですが更生相談所より下肢末梢動脈疾患指導管理加算を更生医療で算定しないように指導された為、1月分よりこのような入力を行ったところ、レセ電データチェックでエラーとなってしまいました。 このままでは透析患者様のレセプトがすべて提出できないような状況です。 以上、宜しくお願いします。 入力例(協会以外の保険でも同様です) 協会 更生 長期 .400 処置行為 140052810 人工腎臓(慢性維持透析濾過)(複雑) 140052970 透析液水質確保加算2 .402 処置材料 710010006 ヘモダイアフィルター 810000001 (fineflux FIX?210 S eco) 協会 長期 .403 処置加算料 下肢末梢動脈疾患指導管理加算	レセ電ファイル出力時に処理を行うレセ電チェックについて、注の加算のみが記録される剤の場合は記録順序エラーとしないよう対応しました。	H29.3.27
7	support 20170228-002	公害保険のEFファイルについてお尋ねします。 この度、公害保険＋後期高齢者 94歳の方のEFファイル関連チェックが添付ファイルの様にエラーになりました。 以前、公害保険の際に点数の記載が出来るよう修正いただいたのですがこの度のEファイルに点数が記載されておらず、エラーになっている様です。	医保以外の保険(例:公害保険等)で入院料を算定した患者について、診療行為入力画面から医保により包括診療を入力した場合、Fファイルの「(F-19)行為明細区分情報」2桁目にセットする入院料包括項目区分がセットされない不具合がありましたので修正しました。	H29.3.27

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
8	support 20161220-015	ORCAでH28.10月診療分を入院分でEFファイルを作成。 厚生局のソフトでEFファイル統合ツールで統合し同じく厚生局のソフトで平成28年形式チェックソフトを行った結果添付ファイル(EFファイルチェック結果)のように 関連チェック ・【EF-13】データの不足(F4間) ～医療保険のデータ漏れ有り。 過去分についてが遡って修正下さい。 とチェックされましたが、どこに不備があったのか不明です。 該当患者のように入院歴を作成して入退院登録している患者は他にもいますが、なぜかこの患者のみチェックされました。 EF単体エラーチェックではOKだったそうですがパッケージングしたらエラーになったそうです。	様式4(医療保険診療以外のある症例調査票)に記載(記録)する入院年月日について、(I03)入院歴作成画面で登録した自院歴(入院中で登録されたもの)から引き続きの入院登録分である場合は、自院歴で登録された入院日を記載(記録)するよう修正しました。	H29.4.10
9	support 20170316-012	先程、お電話で問合せしたEFファイルの件 EFファイルデータと、エラー内容を添付しております。 ORCA保険組合せ 0002...031 国公(2 下船3月) 0003...031 国公 H29.2.2～入院...0002...031 国公(2 下船3月) 2/2～2/12 一般病棟10対1入院基本料 2/12～2/28 地域包括ケア入院医療管理料1 2/3～2/12にかけて0003...031 国公での検査、投薬あり 2/28 0003...031 国公 退院時処方あり	複数の保険を持つ患者について退院時処方を入院料算定と異なる保険組合せで算定し、保険組合せ「9999 包括分入力」で包括対象となる入院料を入力した場合に、「9999 包括分入力」入力分がFファイルの特定入院料直下に記録されない不明な記録(余分な記録)が発生する不具合がありましたので修正しました。 (不具合が発生する登録例) ・保険A(国公 下船3月)で特定入院料(例:地域包括ケア病棟入院料)を算定 ・保険B(国公 補助区分なし)で退院時投薬(出来高算定剤)を入力 ・保険組合せ「9999 包括分入力」で包括となる入院料を入力 ・EFファイルを作成すると、Fファイルに「9999 包括分入力」で入力した行だけの不明なレコードが記録される。	H29.4.10

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	ncp 20170316-019	入院中の手術で、閉鎖循環式全身麻酔を行っています。 150332810 閉鎖循環式全身麻酔2 163分 150333210 閉鎖循環式全身麻酔4 35分 150233410 閉鎖循環式全身麻酔5 65分 で入力し、16460点で点数は問題ありません。 ただ、この入力でEFファイルを作成すると、Fファイルでは、 L008 閉鎖循環式全身麻酔2 0000163.000 001 00014600 L008 閉鎖循環式全身麻酔4 0000035.000 001 00001320 L008 閉鎖循環式全身麻酔5 0000065.000 001 00001200 Eファイルでは、L008 閉鎖循環式全身麻酔2 000016460 と記録されます。 この記録だと、Fファイルの閉鎖循環式全身麻酔4の点数が異なるようですが、問題ないのでしょうか。	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」が誤りとなる不具合がありましたので修正しました。	H29.4.10

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	request 20151218-001	医療機関様よりご要望がございましたので申します。 保険外の薬剤で院内処方をする際、薬情を出力したいので保険外でも 薬情の編集をできるシステムがほしいとのことです。 提案としましては診療行為コードの 「095000001?095009999」「096000001?096009999」 「095210001?095279999」「096210001?096279999」 に薬剤の登録をすると「107薬情マスタ」で薬情の編集ができるようにし ていただければと思います。	保険適用外の医薬品について点数マスタ及び薬剤情報マスタへの登録及び薬剤情報提供書への出力を可能としました。 1. 保険適用外の医薬品(095210001~095279999、096210001~096279999)を点数マスタに登録する際、単位コードと薬剤区分の設定を可能としました。 2. 保険適用外の医薬品を薬剤情報マスタ設定で検索・編集を可能としました。 但し、参照・複写の機能は使用不可とします。 3. 保険適用外の医薬品を薬剤情報マスタリスト、薬剤情報登録漏れリスト、薬剤情報画像無しリストの出力対象としました。 4. 保険適用外の医薬品を薬剤情報提供書の出力対象としました。 但し、前回処方からの出力は不可となります。	H29.3.27

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		入院CLAIMで転棟または転室処理を行った際、入退院登録画面の担当医の設定がクリアされる不具合がありましたので修正しました。		H29.2.22

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		患者基本情報返却に以下の対応をしました。 患者基本情報返却APIは、リクエスト文なし(GETメソッド)のため、返却値としてその直前の値が使用されてしまいます。(直前がxml なら返却もxml。jsonなら返却もjson) この場合、例えばPUSH APIを利用した直後にこのAPIを使用すると、返却はjsonとなってしまいます。 この対応の為、引数にformatを追加し、値がjson以外の場合はxmlを返却するよう対応しました。		H29.3.27
2	電話お問い合わせ-中途終了データ送信APIの病名登録について	ユーザより、単独病名の登録を病名コードのみでおこなったところ、[登録出来ない病名が存在します]となったこととお問合せいただきました。 上記について、Disease_Single_Name がいないため、エラーとなることをご案内させていただきましたが、中途終了データ送信APIの病名登録について、こちらの環境でも以下の動作を確認できました。 【確認内容】 病名登録時、下記のように単独病名コードのみ指定した場合、病名登録がおこなわれず、Result_Messageとして[登録出来ない病名が存在します]となり、病名登録をおこなうことができませんでした。 <Disease_Single_Code type="string">4309001</Disease_Single_Code>	api,claimで単独病名で病名コードのみ指定した場合、病名コードからの病名の編集に誤りがあり、「登録出来ない病名が存在します」とエラーなり病名の登録が行えませんでしたので修正しました。 例) <pre><Disease_Single_Code type="string">4309001</Disease_Single_Code> <Disease_Single_Name type="string"></Disease_Single_Name></pre>	H29.3.27

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		システム管理マスタの設定内容出力で管理番号1031指定の場合、1032、1034、1035等の記録内容を結合して出力するようにしました。これにより、管理番号1032、1034、1035を指定した場合は出力対象外としました。		H29.2.22
2	support 20170204-005	先日のプログラム更新後から使用できる【ORCHC03V05】ですが、医療機関様より今まで記載されていた返金予定の金額が印字されないとのこと連絡をいただきました。弊社検証機で確認したところ、同様の現象を確認いたしました。	金額がマイナスの場合に0円が表示される不具合がありましたので修正しました。	H29.2.22
3	2/22 会計カード 同一剤	同一剤ではあるが、使用量が異なる点滴薬剤について、会計カードで剤が1つにまとまってしまうとのことのお問合せがありました。	別剤となるように修正しました。	H29.3.27
4	support 20170119-012	支払証明書の日別証明書について教えてください。 ●76歳 後期高齢者一般(上限:12,000円) 1月5日 請求額12,000円 入金額12,000円 1月12日 請求額なし 支払証明書:日別証明書 期間指定 H29.1.1~H29.1.31 「期間開始日前診療分の支払い」 支払額に含める、含めないのフラグ変更だけで12日の診療日の記載が変更になります。 期間開始日前診療分の支払いになるので、H29.1.1月以前の診療分の支払が1月中に支払われた際に支払証明書に記載されるかどうかになると思ったのですが違うのでしょうか？	「期間開始日前診療分の支払い」の設定が[2 支払額に含めない]となっていた場合、入金のない収納情報が支払証明書の記載対象となっていましたので、記載対象としないように修正しました。自費内訳明細書についても同様に記載対象となっていましたので、こちらについても修正を行いました。 (別件) 入院の日別自費内訳明細書は診療日に請求期間の開始日のみしか記載していませんでしたので、終了日も記載を行うように修正しました。	H29.3.27

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	request 20150708-003	保険別請求チェック表(標準帳票)ORCBGS100 ”社保+181マル子(愛知県公費)”のレセデータを「43請求管理」にて返戻登録した場合は【2.png】、正しく帳票出力されるのですが【2a.pdf】、同じ患者の”181マル子(愛知県公費)”のみのレセデータを「43請求管理」にて返戻登録した場合は【1.png】、マル子の公費分が計上されません【1a.pdf】 公費分のみの返戻登録でも、正しく帳票に計上されるよう対応お願いいたします 公費請求書で請求する地域公費を含む保険組み合わせで診療行為入力や入院料の算定を行った場合、レセプトと公費請求書で医療費及び食事療養費の請求を行う事となりますが、レセプトと公費請求書の請求年月が異なる場合もあります。現在の保険別請求チェック表の集計は、レセプトと公費請求書の請求年月が異なる場合であってもレセプト請求年月の保険別請求チェック表にトータルの請求額を集計していますが、平成29年4月診療分以降は、レセプトと公費請求書の請求年月が異なる場合は、それぞれの請求年月の保険別請求チェック表にそれぞれの請求額を集計します。 保険別請求チェック明細表も同様とします。 又、上記の対応とは別に特別療養費に関する対応も行いました。 1. レセプト分のみの集計を行う場合、公費請求書分の公費請求額は除いて集計する。 併用公費一覧に公費請求書で請求する公費は集計しない。 保険別請求チェック明細表も同様とする。 又、該当分は保険別請求チェック明細表の保険区分欄の先頭に○を印字する。	2. 公費請求書分のみの集計を行う場合、件数・公費請求額・食事公費請求額のみ集計する。 日数・点数・患者負担額・保険請求額・食事回数・食事標準負担額・食事保険請求額は集計しない。(レセプトの方で集計する。重複集計しない。) 併用公費一覧にレセプトで請求する公費は集計しない。 保険別請求チェック明細表も同様とする。 又、該当分は保険別請求チェック明細表の保険区分欄の先頭に◇を印字する。 3. 特別療養費に関して (1)保険別請求チェック表 特別療養費も労災・自賠責・公害と同様に請求管理から請求情報を集計可能とする。 「他保険集計元」パラメタが0の場合、請求管理から集計する。 (0の場合、月遅れ・返戻分は請求年月の保険別請求チェック表に集計される) (2)保険別請求チェック明細表 特別療養費も保険別請求チェック明細表の出力を行う。 請求管理から請求情報を集計する。 (月遅れ・返戻分は請求年月の保険別請求チェック明細表に集計される) 保険番号068、069、040毎に小計も印字する。 「出力帳票」パラメタが5の場合、特別療養費のみ出力する。 「出力帳票」パラメタがBの場合、特別療養費・労災・自賠責・公害を出力する。	H29.3.27
6		特定器材マスターの改定に伴う未コード化特定器材の記録についてこの対応に伴い、処方せんに商品名で記載可能としました。 処方せんプログラムのプログラムオプション設定で「商品名の編集」を新設しました。商品名で記載する場合は設定を行います。		H29.3.27

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
7	4/3 保険別請求チェック表	保険別請求チェック表(総括)の保険区分が、一部編集されませんとのお問合せがありました。	保険別請求チェック表(総括)の外来分で以下の保険区分の見出しの表示が漏れていましたので修正しました。 社保 高一公費併用 高一単独 国保 一般高一 後期 高9	H29.4.4
8	ncp 20170403-009	3月28日パッチ提供で下記のようにありましたが、4月から「一般名処方加算誤算定疑い患者一覧」は使えなくなるという認識なのですが、毎月これでチェックしていたユーザーさんにはどのようにチェックすればよいでしょうか？ また、今後対応予定はありますでしょうか？	一般名処方加算誤算定疑い患者一覧(ORCBGGEREP)に「099209911 後発品変更可(処方単位)」と、H29年3月17日から新設された後発医薬品区分の対応を行いました。 【留意事項】 以下のことにご留意ください。 この集計表の結果はチェックの参考とするものであり、必ずしも正しいものではないこと。 平成29年3月診療分について、一般名処方マスタの適用日と疑義解釈より算定根拠が曖昧であること。	H29.4.4
9	support 20170330-024	主保険+地方公費の組合せで、月途中で公費の上限に達した後も受診日(請求額なし)が数日あった場合、23収納「支払証明(日別)」を出すと請求額なしの受診日分が支払証明に記載されません。 医療機関様より以前は記載されていたとのことですが、仕様が変わったのでしょうか。	第4回パッチ提供にて請求額が0円の請求情報は支払証明書の記載対象外としましたが、パッチ提供前の状態(記載対象とする)に戻しました。 今月末パッチでは両方の出力を可能としますが、それまでの暫定対応となります。	H29.4.4

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	kk 50355	後期高齢(1割)と公費89助成(大阪)と限度額認定証(区分I)をお持ちの患者様 10月29日で公費89助成を喪失 実日数5日で4日間が公費併用 公費併用の4日間で診療点数が9688点で8000円の窓口負担上限を超えています、5日目窓口負担が920円発生します。 レセプトには、 保険請求点 10603点 公費①請求点 9688点 保険一部負担金(8000)円 8920 円 とあがっています。 5日目の窓口負担は発生せずに、レセプトの保険一部負担金も8000円が正しいのではないのでしょうか。	＜主保険単独の負担金計算方法＞ 月初めは「主保険＋地方公費」、公費適用終了以降は「主保険単独」で診療行為入力を行った場合、「主保険単独」の負担金計算は以下に行います。 対応前・・(月上限額－診療済み患者負担額)の金額を超えない負担金計算 対応後・・(月上限額－診療済み主保険負担相当額)の金額を超えない負担金計算 ＜計算例＞ 外来、後期高齢(1割)、低所得1、 大阪府地方公費189(公費適用終了2月15日) 大阪府地方公費189の上記システム管理設定は「2」で設定済 ・2月10日:後期高齢＋大阪府地方公費189 請求点数5000点 患者負担500円(診療済み主保険負担相当額5000円) ・2月20日:後期高齢 請求点数1000点 患者負担1000円(診療済み主保険負担相当額1000円) ・2月25日:後期高齢 請求点数8000点 患者負担2000円(※) (※)月上限額8000円－診療済み主保険負担相当額 6000円＝2000円 ＜重要＞ パッチ適用前の会計済分については、パッチ適用後、上記システム管理設定を「2」で設定し、収納業務で一括再計算を行ってください。	H29.2.22
		大阪府地方公費負担金計算対応 地方公費が月途中で公費適用終了となった場合の「主保険単独」の負担金計算対応を行いました。(高齢者の外来診療) ＜対象となる地方公費の条件＞ 回・日上限額設定のある地方公費で、かつ、システム管理2010－負担金計算(3)タブー現物給付対象者の特別計算(高齢者・外)が「2」で設定されてあること。		

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	kk 50732	後期高齢者で84歳で公費が143障害初有をお持ちの方なのですが、最初内科で再診で受診したのち、次に整形外科で初診(同一複数科受診時の2科目)141点でそのあと診療行為を入力したのですが自己負担金が0ででした。 現在使用されている他社のレセコンでは普通に580円の初診時の負担金が発生するそうです。 今までもそれでやっていて請求も通っているとのことでした。 なにか入力の仕方がありますでしょうか？ こちらでは先に後期高齢者と障害初有の保険組合せで内科を再診で入力したのち、複数科保険で受診科とドクターを切り替えて入力しております。	初診時のみ負担金を発生させる負担金計算(※)で、「111011810 初診(同一日複数科受診時の2科目)」は、初診時以外の取り扱いとしていましたので修正しました。 (※)システム管理2010ー負担金計算(3) 初診時以外の負担金計算(外来) 初診時以外の負担金計算(入院) (例)外来、主保険+北海道地方公費143 (1)複数科保険入力でなく、同一日に別々に会計を行った場合 内科:再診(72点)、外来管理加算(52点) 患者負担0円 整形外科:初診(同一日複数科受診時の2科目)(141点) 患者負担0円→420円 (2)複数科保険入力を行った場合 内科:再診(72点)、外来管理加算(52点) 患者負担0円→370円 整形外科:初診(同一日複数科受診時の2科目)(141点) 患者負担0円→210円(上限580円-370円) この場合、診療全体を一会計とし、一会計に該当コードがあるためこのような負担金計算となります。	H29.2.22

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
3	kk 50759	茨城県の医療機関様から医療福祉(マル福)の診療報酬明細書の公費記載点数について国保連合会様から指摘があったとの連絡がありました。 今回の該当患者様は、後期高齢(39)+難病(54)+重度高齢医療費(85)の3者併用の方で、難病対象と対象外のレセプトになります。 現在 レセプトには 保険請求:9370 公費1:7466 公費2:1904 と記載されているのですが、実際は公費2の請求点数には9370の保険請求点数を記載するのが正しいようです。 平成22年3月診療分以降は全点数を記載するとの通達も来ておりましたので、対応をお願いいたします。	茨城県地方公費対応(平成22年3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 茨城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左右(4、1)としてレセプト記載を行っていましたが、平成22年3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2月診療分までは、内部的に設定値を(4、1)としてレセプト記載を行います。 <レセプト記載例(平成29年3月診療分)> 国保+全国公費+茨城県地方公費 1000点 国保+茨城県地方公費 500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H29.3.27

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1		マスタ更新画面で「更新」ボタンをクリックすると確認ダイアログの表示と併せて画面内メッセージを不適当な内容で表示していましたので変更しないように修正しました。		H29.2.22
2		「出産育児一時金等の支給申請及び支払方法について」の一部改正等に対応しました。 詳細は別途改正資料を参照してください。		H29.2.22
3		地域医療情報連携基盤の連携データで傷病名レコードを出力する場合、設定により傷病名を記録可能としました。 システム管理「9101 医療情報連携基盤情報」に「傷病名称全記録」という設定項目を追加しましたので、これにチェックすると傷病名レコードの傷病名の項目に病名を記録します。		H29.2.22
4		平成28年4月診療報酬改定における平成29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		H29.3.27
5		平成29年4月診療分以降、未コード化特定器材コードを使用したレセ電請求が不可となる事に伴う対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H29.3.27