

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	support 20170328-015	一部の患者が受付の一覧から消えてしまう現象につきましてsyslogを取得いたしましたので確認いただけたらと思います。	システム管理の排他制御を「0しない」と設定している時、受付と患者登録で同じ患者を別の端末で同時に展開した場合、受付画面で「受付」を行った後で、別端末の患者登録画面で「登録」を行った時、受付が削除されることがありました。 システム管理の設定に関係なく、受付の排他制御を行うように対応しました。	H29.4.26

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	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

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	ncp 20170413-013	12登録画面の保険の継続区分 1継続 2任意 3特別 の違いをご教示いただけますでしょうか。	患者登録で保険の種類「003 一般」で継続区分「3 特別」を選択した時、登録時に継続区分エラーとなっていたので正しく登録できるように修正しました。 主保険名は「一般(特)」で登録します。	H29.4.26
5	request 20170119-002	生活保護と水俣病をお持ちの患者様で、水俣病での受診のためレセ請求も水俣病で行っていたのですが、支払基金様より、生活保護をお持ちの為、水俣病と生活保護併用で請求をしてください、と返戻になりましたとのお問い合わせがありました。 ORCAの登録では生活保護、水俣病それぞれの保険組合せを選ぶようになっていますが支払基金様より、レセプト摘要欄コメントでの記載ではなく2者併用で請求をしてくださいと指摘がございました。 水俣病(法別51)と生活保護(法別12)の併用の保険組合せの選択ができるようにまたは、水俣病(法別51)のみの保険組合せの入力時にも生活保護(法別12)の記載ができるようにしていただけないでしょうか。	「主保険＋特定負無＋(生活保護、残留邦人等)」「(主保険適用期間) 「特定負無＋(生活保護、残留邦人等)」「(主保険適用期間外) 「主保険＋(精神通院、更生、育成)＋(生活保護、残留邦人等)」「(主保険適用期間) の保険組み合わせ作成を可能としました。	H29.4.26
6		患者登録画面で患者番号入力時に受付済みの受付を「受付取消」した後、タブ切替で別タブを表示後、再度、受付タブに戻ると削除した受付が表示され、「受付取消」が解除となっていました。 「受付取消」を押下した時は、受付時間に「*****」を記載して取消表示を行うようにしました。 受付一覧に表示していますので、再度選択して「受付完了」を押下すると受付取消を解除できるようになります。		H29.4.26
7	request 20161026-009	公費の有効期限表示を有に変更した場合、現在は入院中の患者様の診療行為画面には警告が表示されないようになっておりますが、こちらを表示できるようにしてほしいとのご要望がっております。 理由は、入院中の患者様でも公費の期限が切れて登録変更をしなければならないことはよくあるため、とのことでした。	患者登録で公費に有効終了日を表示すると設定した場合、入院の診療行為画面にも外来と同様の表示を行うようにしました。	H29.5.25

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
8		現行、自賠責保険については、システム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分(労災準拠又は健保準拠)の設定を参照し、点数算定を行っていますが、患者単位で、システム管理設定と異なる点数算定区分の設定を可能としました。 1. 患者登録 (1) 労災自賠保険入力画面に「自賠責点数算定区分」の設定項目を追加しました。 0 労災自賠医療機関情報に準拠 (デフォルト) 1 労災準拠 2 健保準拠 (2) 労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分は、自賠責保険登録時に療養開始日が平成29年7月1日以降であれば、「1又は2」の設定を可能とします。 ※システム管理設定と異なる点数算定をしたい場合についてのみ「1又は2」で設定をする事を推奨します。 (3) 労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の変更時は、「警告！自賠責点数算定区分が変更されました。登録済みの診療行為を確認して下さい。」の警告メッセージを表示します。 ※登録済みの診療行為入力がある場合は診療訂正登録を行います。 2. 診療行為 (1) 保険組み合わせ名称を表示する際、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「1」で登録した自賠責保険は、「自賠責保険【労】」、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「2」で登録した自賠責保険は、「自賠責保険【健】」と表示します。 (2) 点数算定をする際、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の設定を反映した点数算定を行います。 ※パッチ適用前に登録した自賠責保険は、自賠責点数算定区分＝0として取り扱う。 3. 照会 (1) (保険 公費タブ)－「保険の種類」のコンボボックスにJB0自賠責(システム設定)・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「0」で登録した自賠責保険の検索	JB1自賠責(患者労災設定)・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「1」で登録した自賠責保険の検索 JB2自賠責(患者健保設定)・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「2」で登録した自賠責保険の検索 を追加し、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の設定内容で検索を可能としました。 ※パッチ適用前に登録した自賠責保険は、自賠責点数算定区分＝0として取り扱う。 4. 明細書 (1) システム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分が「健保準拠」の場合、自賠責(新様式)レセプトの作成処理は不可(「健保準拠」は自賠責(従来様式)レセプトのみ作成可)としていましたが、平成29年7月診療分以降は「労災準拠」分と「健保準拠」分が混在する事から、平成29年7月診療分以降の自賠責(新様式)レセプトの作成処理は可としました。その場合、 (ア)「労災準拠」分のみ自賠責(新様式)レセプトを作成する。 (イ)一括作成で、「労災準拠」分がない場合は、「処理対象のデータがありませんでした」のメッセージを処理結果画面に表示する。 (ウ)個別作成(「1 個別」)で、入力した患者の該当診療年月に労災準拠の算定がない場合は、「該当診療年月に労災準拠の算定がありませんので、自賠責(新様式)では処理できません」のエラーメッセージを表示し、作成処理は不可とする。 (エ)個別作成(「2 訂正日」、「3 受信日」、「4 照会連携」)で、対象となった患者の該当診療年月に労災準拠の算定がない場合は、処理対象外とする。 (2) 平成29年7月診療分以降は「労災準拠」分と「健保準拠」分が混在する事から、平成29年7月診療分以降の自賠責(新様式)レセプトの作成処理時において、「健保準拠」分の請求管理・自賠責印刷データは削除しない。	H29.6.26

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
		(3)システム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分を変更した場合に、登録済みの診療行為入力の診療訂正登録を行わないと該当レセプトが種別不明レセプトとなるが、同様に、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を変更した場合も、登録済みの診療行為入力の診療訂正登録を行わないと該当レセプトが種別不明レセプトとなる。(レセプトにエラー内容の記載は今まで通り行わない) 5. 請求管理 平成29年7月診療分以降の自賠責(従来様式)レセプトの「レセプト種別」を表示する際、「労災準拠」分は「従来様式・労災」、「健保準拠」分は「従来様式・健保」と表示する。但し、パッチ適用前に作成したレセプトについては「従来様式」のみの表示とする。	<補足> 「労災準拠」分とは、以下の自賠責保険を表す。 (1)労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「0」で登録した自賠責保険(該当診療年月のシステム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分が「労災準拠」の場合) (2)労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「1」で登録した自賠責保険 「健保準拠」分とは、以下の自賠責保険を表す。 (1)労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「0」で登録した自賠責保険(該当診療年月のシステム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分が「健保準拠」の場合) (2)労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「2」で登録した自賠責保険 ※パッチ適用前に登録した自賠責保険は、自賠責点数算定区分＝0として取り扱う。	

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
2	request 20160806-001	照会の条件保存が50件までしか登録できないことについて、増やしてほしいとのご要望をお預かりしております。ご検討お願い致します。	照会の条件保存最大件数を50件から200件にしました。	H29.5.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
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

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
9	request 20160720-001	短期滞在手術等基本料3の包括対象の判定についての要望です。 H27.9.24のパッチ提供の、request20150218-002について対応された内容に関してです。 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。 これにより 検体検査判断料は自動算定されなくなりましたが、判断料の加算である「検体検査管理加算」は自動算定されます。 加算は「所定点数に加算する」もので、所定点数がないのに加算のみ算定されるのはおかしいです。 検体検査判断料を算定しない場合は検体検査管理加算も算定しないようにしていただくことを強く要望します。	短期滞在手術等基本料3を算定日以降の同月の外来で、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していることと同様に、検体検査管理加算も包括扱いとするよう修正しました。 (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)」に設定されている場合に機能します。)	H29.4.26
10	request 20160524-007	平成28年度診療報酬改正にともない、地区医師会でとりまとめた質問に対して、回答がありました。地区医師会からその回答が公式文書として配布されました。その中で、 Q 30日を超える長期の処方を行う場合。 A 30日を超える場合、レセプトとカルテの両方に長期投与の理由を記入することを要する。 とありました。対応をお願いします。 私案としては 1) とりあえず、月次統計で、ある月の、1回の診察で30日を超える処方を行った患者を抽出できるようにする。 2) その後可能ならば、データチェックで、1回の診察で30日を超える処方を行った患者にコメントが入っていない場合に抽出できるようにする。 です。 処方した全薬剤をいちいち入力して参照で抽出することは不可能です。 また、すべての薬剤の処方日数制限を30日にしても、後日コメント入力忘れをチェックすることはできません。	以下の対応を行いました。 1. 診療行為 1 処方で30日を超える投薬(内服・頓服)がある場合は登録時に確認メッセージを表示します。コメント入力等で理由が入力されている場合であっても表示します。 チェックを行う場合は、システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の投薬30日超チェックを「1 チェックする」と設定します。 2. 月次統計業務から「長期投薬患者一覧」を作成可能としました。該当患者について投薬内容等を確認したい場合は、会計カード作成の指定をして統計処理を行うと会計カードも併せて作成可能です。 ※マスタ更新有	H29.4.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	support 20170427-002	H29.4.26のパッチとマスタ更新を行いました。 1, システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の投薬30日超チェックを「1 チェックする」と設定すると、診療行為画面で30日超えの処方があるとエラーメッセージで先に進めません。これはエラーではなく警告で良いと思うのですが、警告にする設定はありますか？ 2, 長期投薬患者一覧を出力したのですが、H29.3月分はリストに上がりませんが、H29.4月分をチェックしても30日超えの処方があるはずなのに全くリストに上がりません。 何か他に設定が必要でしょうか？	1については、入院で投薬30日超の入力で表示する警告メッセージが解除できないことがありましたので修正しました。 回数日付指定で*31/2のように1桁目から*回数を入力した場合に警告が解除されませんでした。 2については、改ページ処理に不具合があり一覧に計上されませんでしたので修正しました。	H29.5.25
12	request 20160805-003	21診療行為の入院画面にも外来のように「メモ」機能を追加してほしいとのご要望がありました。 外来のメモ機能を活用されているようで、共通で入院画面からも外来から登録したメモ内容を確認したいとの事です。	入院診療行為画面にメモ機能を追加しました。 入院の診療行為画面の「メモ」ボタンによりメモ登録画面へ遷移します。 「メモ」ボタンは当日にメモがある場合赤で表示します。	H29.5.25
13	nep 20170526-001	特定器材の金額についての質問です。 点数マスタで700600000眼科学的検査用フィルムを160円、金額種別を都道府県購入価格、単位コード006枚、データ区分フィルムと設定。 診療行為の画面で.950保険外の下に700600000を入力すると数量・点数に金額が反映しません。 眼科学的検査用フィルム以外の金額種別が都道府県購入価格の特定器材は同様に金額が反映しません。	診療行為で、.950.960 の保険外に、点数識別が「2 都道府県購入価格」の器材コードを入力した時に金額計算をしていませんでしたので、金額計算を行うように修正しました。 また、商品名コード(058XXXXXX)を入力した場合、商品名コードに金額設定があれば商品名コードに金額を編集していましたので、下の器材コードに金額編集をするように対応しました。	H29.6.26
14	support 20170612-009	EFファイルのデータ、会計カード等を添付致します。 対象患者を H28.8.1 診療訂正で開くと、「警告！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更してください。」とメッセージが出ます。医療機関様へ確認したところ、DPC調査事務局より連絡があつてからは訂正はしていないとのことです。	入院の診療行為入力で、同じ包括対象の検査を別剤で入力する時に剤の分離を*1ではなく、診療種別入力で行った場合、包括検査項目数の判断を回数入力を行うまでまとめて行っていました。 この為、剤の検査が包括検査数以下でもまとまってしまい、訂正の展開で剤分離を行い登録時と違う点数で展開していました。 診療種別の入力で正しい剤分離を行うように修正しました。	H29.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
15	ncp 20170508-036	現在、短期滞在手術等基本料3を算定する場合、包括算定の設定により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退院後の外来でも自動算定しないよう設定できますが生化学的検査(2)も算定できないと支払基金からご指摘のあった医療機関様があります。 詳しい資料が欲しいとの申し出にも厚生省からの通達で見せることはできない、厚生省のホームページをご覧くださいと言われたとのことでした。 弊社でも調べましたが生化学的検査(2)についてはどこにも記載がなく算定してよいのかどうかの判断が付きませんでした。 生化学検査(2)については算定可能と言うことでよろしいのでしょうか？	短期滞在手術等基本料3を算定日以降の同月の外来で、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、検体検査管理加算を包括していることと同様に、生化学的検査(2)判断料も包括扱いとするよう修正しました。(取扱いについて基金本部照会済)	H29.6.26
16	support 20170612-022	添付ファイル(解凍後、1.png～10.png)で5.png～10.png のような入力をした場合、会計照会画面にて5月分のレセプトプレビュー(1.png、2.png)と診療行為入力画面から「訂正」から5月分のレセプトプレビュー(3.png、4.png)を表示した場合、3.pngの赤枠のように×2(赤枠以外にも異なる回数があります)となり、結果が異なる不具合が起きています。(診療行為入力画面のレセプトプレビューが間違い。会計照会、明細書作成でのレセプトプレビューが正しかったです。)	リアルタイムプレビューでプレビュー用のテーブルの構造変更が漏れており、同日3回を超えて受診があるレセプトのプレビュー内容に誤りがありましたので修正しました。	H29.6.26

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
17	6/27 検査項目数 まるめ	6月26日のパッチ適用後から、検査項目数のまるめが適用されないとのお問い合わせがありました。 検査ごとに.600を指定していると、まるめが適用されないようです。 診療行為の入力で診療種別「.600 検査」を入力後、まるめに該当する検査を個別に入力した場合、検査項目数によるまるめ処理が正しく行われませんでした。 まるめの検査項目数(例:生化1の場合は5項目)を満たしている剤の入力がある場合、この不具合は発生しません。 不具合事例(生化1の検査入力) .600 検査A 検査B 検査C 検査D .600 検査E 検査F	入院で上記入力を行われた場合画面右上の「検査追加」ボタンを押下されても、別剤のままとなり、まるめ処理が行われません。 外来で上記入力を行われた場合、自動でまるめ処理が行われません。 包括検査まとめの不具合に該当する可能性のある対象患者を抽出するため、「包括検査誤算定疑い患者一覧」を作成しました。 システム管理の「3002 統計帳票出力情報(月次)」にて統計帳票一覧から「包括検査誤算定疑い患者一覧【平成29年6月28日緊急修正】」を選択し登録します。 登録後に「52 月次統計」より処理を実施してください。 仕様概要 平成29年6、7月診療分の受診履歴(会計データ)をチェックします。 受診履歴毎にまるめ項目数以上の検査が存在したとき、該当する剤が2つ以上であった場合に一覧に編集します。 1剤にまとまるはずの検査が2剤以上存在した場合に、包括検査のまとめができていないと判断します。 入院の場合は、同日に午前・午後など包括検査であってもまとめない検査がありますので、必ずしも対象であるとは限りません。また、診療包括剤であってもチェックしています。	H29.6.28
18		診療行為の請求確認画面で、今回請求額+調整金がマイナスはエラーですが、今回請求額がゼロ円の時、調整金にマイナス金額が入力できていましたので、エラーとするように修正しました。		H29.7.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
19	ncp 20170708-001	レセプトの記載とレセ電データについてです。 ある患者の同会計内に7種類以上の内服薬を投与し薬剤料逓減(90/100)(内服薬)と湿布薬70枚を超えた分の薬剤料減点(湿布薬薬剤料上限超)があったときのレセプト摘要欄に薬剤料逓減(90/100)(内服薬)の記載はなく、薬剤料減点(湿布薬薬剤料上限超)しか記載がされませんでした。 点数欄には内服薬も外用薬も逓減、減点された正しい点数が記載されます。 当月のレセプトを作成すると、総括表の合計点数は正しい点数が記載されますが、レセ電データの合計点数は逓減されていない点数にさらに湿布薬で逓減した点数が足された数になります。 44総括表でレセ電チェックありでレセ電データを作成すると、レセ電データチェックリストには「請求点数が誤っています。」と出ます。 レセ電データの中身の点数チェックを確認するとエラーとなり、該当患者の「再計算点数」に逓減されていない点数にさらに湿布薬で減点した点数が足されて計算され、「請求点数」は正しい点数、「状態」欄に点数不一致と出ます。	診療行為で湿布薬の70枚以上の逓減と内服の7種類以上の逓減が同時にある場合、湿布薬が内服薬より下に入力されていた場合、内服薬に(減)が追加されませんでした。この為、レセプトで不具合が発生していました。正しく表示するように修正しました。	H29.7.25
20		自賠責保険の登録で自賠責点数算定区分を「1 労災準拠」で設定し、診療行為登録を行った後に、「2 健保準拠」に変更した場合、「労災準拠」で登録した診療行為の訂正展開時に警告メッセージを表示しませんでしたので表示するように対応しました。 「健保準拠」から「労災準拠」に変更した場合は「警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。」を表示しましたが、「労災準拠」から「健保準拠」に変更した時は表示しませんでしたので、表示するように対応しました。 但し、初診・再診料のチェックとなりますので、算定がない場合は警告表示はできません。		H29.7.25

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
21	request 20160615-002	現在、心身医学療法を算定した時、20歳未満の場合自動で心身医学療法(20歳未満)加算が自動算定されます。 児童相談所と連携していない医療機関様から、この加算を算定することはできないのに自動算定され、尚且つ消すこともできないので困っているとの問い合わせが有りました。 自動算定しないようにならないでしょうか？	システム管理の設定により、心身医学療法(20歳未満)加算の自動算定を行わないように対応しました。また、自動算定した心身医学療法(20歳未満)加算の削除を可能としました。 1. システム管理「1038 診療行為機能情報」の心身療法20歳未満加算を「1 自動算定しない」と設定した時、心身医学療法を入力時に「心身医学療法(20歳未満)加算」の自動発生を行いません。算定したい場合は加算コードを手入力します。 2. 心身医学療法を入力時に自動算定した「心身医学療法(20歳未満)加算」は手入力扱いとし、自動発生した加算の削除を可能とします。 ※20歳以上となった時にDOで選択した時、手入力扱いの「心身医学療法(20歳未満)加算」は選択対象となるので、展開後削除することになります。なお、パッチ適応前に登録した加算については自動算定なので展開対象外となります。 3. 平成29年7月1日診療分から適応とします。	H29.7.25

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ませんか？	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

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 20170425-014	会計照会からレセプトコメントの登録を行った際に文章によってはsyslogに以下のエラーが表示されます。 panda/aps-orca25[6539]: getset.c:538:iconv failure Invalid argument panda/aps-orca25[6539]: getset.c:543:fixed1.scrolledwindow2.COMMENTLIST.item.[0].column4:A4 改行を変更するとエラーが表示されない場合があり、弊社で確認したところ1行目を40文字、2行目を10文字にした場合はエラーが表示され、1行目を40文字、2行目を0文字、3行目を10文字にした場合はエラーが表示されませんでした。入力した文字は全て「あ」です。	コメント入力画面で、コメント一覧で表示するコメントの50文字目の全角文字が表示できない場合、syslogにメッセージが出力されていたので出力しないように修正しました。	H29.5.25
2		複数科保険入力で使用した2つの保険組み合わせを会計照会の保険一括変更で変更し、収納更新を行った場合、更新後に表示される「会計照会－収納変更一覧」の2番目の今回請求額の表示に不備がありましたので修正しました。 (前回請求額が表示されていた) <例>複数科保険入力 (1)協会＋難病＋地方公費→協会＋難病 (2)協会＋地方公費→協会 この場合、協会の今回請求額の表示に不備がありました。		H29.6.26
3	support 20170609-011	添付資料について問い合わせ致します。 選択番号8－17について、未入状態であるにも関わらず「状態」列には「入金済」と記載されております。 原因調査頂けますでしょうか。 念のためですが、入金方法「05 郵便引落」の登録情報は下記の通りです。 区分コード:05 入金方法:郵便引落 入金方法(短縮名):郵便引落 分類区分:99その他 入金状態 外来:2未入金 入院退院時:2未入金 入院定期請求:3定期請求情報の設定	外来の会計照会で剤の回数追加で受診履歴と収納が追加となる時に、入金状態が「未入金」で入金額がゼロとなる場合も収納の状態が「入金済」となっていましたので、「未入金」とするように対応しました。	H29.6.26

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	ncp 20170413-010	システム管理マスタ5000入院基本の入院加算情報で 医療安全対策加算1 感染防止対策加算1 感染防止対策地域連携加算 患者サポート体制充実加算 にチェックをいれています。 短期滞在手術等基本料3を算定した場合、32入院会計照会で医療安全 対策加算1と感染防止対策加算1と患者サポート体制充実加算は自動 発生されないのですが、感染防止対策地域連携加算のみ自動発生して きてします。 手動でフラグを消せば算定されないのは分かりますが、東北地方厚生 局に確認したところ感染防止対策地域連携加算も算定できないと回答 がありましたので、他の加算と同じく自動発生させない方法があります でしょうか。	入院料加算「感染防止対策地域連携加算(A234-2 感染防 止対策加算の注の加算)」について短期滞在手術等基本料 2、3を算定時に自動発生しないよう修正しました。	H29.4.26
2	4/26 療養病 棟 看護職員 数等経過措置	療養病棟入院基本料(看護職員数等経過措置)で救急・在宅等支援療 養病床初期加算を「算定する」とした場合、入院会計に加算が入ってき てしまう動作となるのですが、現状チェックはおこなっていないのしょう か。	入退院登録画面で療養病棟入院基本料2を算定時にシス テム管理「5001 病棟管理情報」を参照し、夜勤時間超過減 算等の設定が、 「1 月平均夜勤時間超過減算による算定」 「2 夜勤時間特別入院基本料による算定」 「3 看護職員数等経過措置による算定」 の場合は「救急・在宅等支援病床初期加算」のコンボボッ クスを選択不可とし、当該加算を算定不可とするよう修正しま した。	H29.5.25
3	ncp 20170519-006	入退院登録画面で入院登録や退院登録をした際に、指示画面が表示さ れることなく、ユーザプログラムが呼び出される状態で、入院登録APIや 退院登録APIを呼び出してもユーザプログラムが呼び出されないよう です。 なお、他のAPI、例えば、患者登録APIを呼び出した場合には、ユーザプ ログラムが呼び出されます。 入院登録APIや退院登録APIの呼び出しに連動して、ユーザプログラム が起動されるようにしていただけないでしょうか。	入退院登録API(URL:/orca31/hsptinfmodv2)を呼び出した 際に、システム管理[9700 ユーザプログラム起動情報]起動 画面:入退院登録(I01)または入院請求確認 (I04)で、「2 全部 実行 レ実行する」で登録されているシェルの実行を行うよう にしました。	H29.5.25

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	request 20161116-003	入院会計照会画面より食事をクリアした後、転科転棟転室をおこなうと異動日より食堂加算が自動発生します。算定上は問題ないとのことですが、誤解を招くため自動発生しないようにしていただきたい。 入院の異動処理(転科、転棟、転室)で食堂加算の対象病棟に異動を行う際、患者の食事未算定日は食堂加算のカレンダーを立てないよう対応しました。 異動月だけでなく次月分の入院会計作成も同様の動作となります。 【※食事未算定日に食堂加算がカレンダーに立っている場合であっても請求には含めない仕様としていますが、カレンダーが立っていることで利用者に誤解を与えない為、この対応を行うことにしました。】	1. 異動月の次月分について入院会計が既に存在している場合は、次月分も同様の動作とします。 2. 異動取り消しにより取り消し日以降の入院会計を再作成する場合も上記1と同様の動作とします。 3. 異動処理時の食事区分を「0 食なし」で登録した場合は、食堂加算を立てません。 4. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で「外泊登録時に食事・加算」の設定が「1 実更新なし」とされている場合、外泊日の食事は会計照会画面で非表示としていますが、実データの食事カレンダーには「食あり」が記録された状態であることから、この場合は食事未算定として取り扱いません。但し、会計照会画面の該当日は食事と同様、食堂加算のカレンダーは非表示となります。	H29.7.25
5		システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で「定数超過あり」と設定されている場合の療養病棟入院基本料2(看護職員数等経過措置)又は、療養病棟入院基本料2(夜勤時間特別入院基本料)算定時に、入院会計の定数超過入院基本料減額が100分の20で算定される不具合がありましたので100分の10で算定するように修正しました。		H29.7.25
6	nep 20170711-014	出産育児一時金の流れについて確認したいことがあります。 退院登録→出産育児一時金画面で請求年月等入力(請求区分は未請求)→月次統計の出産育児一時金請求書→総括表・公費請求書の公費CSVよりデータ作成を行うと、出産育児一時金画面の請求区分は自動的に請求済みになるということでしょうか。	出産育児一時金の対象となる入院患者の退院再計算を行った際に出産育児一時金画面で戻るボタンより入退院登録画面に戻った場合、該当患者が出産育児一時金請求書の対象外となり、出産育児一時金チェックリストの未請求患者の一覧に計上される不具合がありましたので修正しました。	H29.7.25

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
2	support 20170224-029	お問い合わせとしましては2月2日に退院し本日24日に再入院をされた患者様です。 本日継続にて再入院登録した所、180日以上の日付表示がおかしいと連絡がありました。 検証すると今回の再入院の前からの表示もおかしく、一度入院歴を全部削除して再登録しても現象は解決しておりません。	(I41)入院会計照会画面の通算入院日数表示欄(91日以上と180日以上)について、(I03)入院歴作成画面で登録した入院歴から引き続きの入院登録を行われている場合、表示内容に誤りがありましたので修正しました。	H29.6.26

4.1 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20170601-002	「103チェックマスタ」チェック区分B診療行為の併用算定(同会計内)で再診(112007410)と角膜曲率(160083150)を各々エラー処理9で登録してあります。 例:5/10に75歳の誕生日を迎える患者 ・5/9 国保 再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 ・5/25 後期高齢 再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 ・5/30 後期高齢 再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 「41データチェック」を行うと 国保:診療行為が併用算定誤りです(同会計)【再診、角膜曲率 9日】のみしかチェックされません。 例にあるように5/25.30にも同様の内容を算定してあります。 例の内容を5/9.25.30で同じ保険(国保など)で算定すると 国保:診療行為が併用算定誤りです(同会計)【再診、角膜曲率 9日25日30日】という風に全診療分チェックされます。 どうやら同じ診療内容で月中で保険が変わると後半部分がチェックされないようです。	保険変更後もチェック対象とするように修正しました。	H29.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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す。		H29.3.27
3	support 20170222-017	高額療養の患者の入院レセプトの計算結果がおかしいということで連絡を頂きました。 問題の患者の登録画面とレセプトの情報を添付させていただいていますが、負担金額が間違っているということで返戻になったとのことでした。 正:82,902 誤:82,896 レセプトを再計算しても正しい金額にならないということで、正しい負担金額にする方法を教えてください。	入院期間外の入院診療行為入力チェック(レセプト処理時)入院患者の退院登録を「退院登録(診療保存)」で行い、入院期間外に入院診療行為入力が存在する場合、該当患者の入院レセプトが正しく作成できなくなる事から入院レセプト処理時にチェックを行い、「入院期間外の入院診療行為入力確認」のエラーメッセージを表示し処理を停止するようにしました。	H29.4.26
4	support 20170308-010	レセプト分割の際、特定疾患(972長期)で自己負担額が10000円の患者様で2枚に分割した際、それぞれに上限10000円の記載されてしまう症状について対応をご教授いただければと思いメールを致しました。 ポイントとして公費の日付が区切られていないかとのご指示がありましたので確認したのですが、登録画面上は得に分割されておりません(添付資料レセプト分割1) 特記事項・レセプト分割の画面もお送り致します。(レセプト分割2) 設定がうまくできていないのでしょうか？	レセプト保険欄ー一部負担金記載修正(入院・外来) (例)高齢者、国保(1割)、月途中で記号番号のみ変更(保険者は変更なし) 主保険変更前:国保+972 請求点数15000点 主保険変更後:国保+972 請求点数15000点 ※患者登録ーレセプト分割の設定を行い、レセプトを変更前後に分けて提出 この場合、主保険変更後のレセプト保険欄ー一部負担金が10000円で記載されていたので0円で記載されるよう修正しました。	H29.4.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
5		レセプト入退院履歴・入院年月日記載(記録)修正 1日退院で、同日に他保険で再入院があった場合、1日退院のレセプトの「摘要欄－入退院履歴」が入退院履歴の文言のみ記載され、かつ、「90入院－入院年月日」が0年0月0日と記載される不具合がありましたので修正しました。 (例) 医保レセプトに不具合がでる場合 3月21日～4月1日: 医保で入退院 4月1日: 自賠責で同日再入院		H29.4.26
6	support 20170324-022	短手3にてH29. 2.28からH29. 3. 1に入院された患者様なのですが、H29. 3. 1に診療行為及び食事が無かった為、レセプトが作成されません。国保連合会様に問い合わせましたが、このような場合でもレセプトを提出して下さいとのことなのですが、ORCAではどのように対処すればよいでしょうか。	請求金額0円レセプト作成対応 <例1> 入院料「短手3」で入院(H29. 2.28～H29. 3. 1) H29. 3. 1は、診療行為入力及び食事の算定は無し (請求点数0点、食事療養費0円) <例2> 外来、院外処方のみ、診察料・処方せん料は他保険で算定 (請求点数0点) 現在、上記例のような請求金額が0円のレセプトは作成されませんが、システム予約コード099999929(【レセプト】請求金額0円レセプト作成)を該当の保険組み合わせで診療行為入力する事で、請求金額0円のレセプト作成を可能としました。 労災・自賠責・公害レセプトを除きます。 作成された請求金額0円のレセプトは、レセ電データの作成対象になります。又、これまで連携基盤用データ(入院)とEFファイル(外来)については、請求金額が0円であってもデータの作成対象となっていた事から連携基盤用データ(外来)とEFファイル(入院)についても同様に、データの作成対象となるよう修正しました。 ※連携基盤用データ・EFファイルは、システム予約コード099999929の診療行為入力がないでもデータの作成対象となります。	H29.4.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7	support 20170510-017	入院患者で、「特別食加算(食事療養)」(197000470)を算定していましたが最終的に会計照会からフラグを消しました。 その場合、回数が0回になったのでレセプトプレビューには載ってこないのですがレセデータを作成し、レセ電ビューアで確認すると特別食加算76×0という形で載ってきてしまいます。 取り急ぎレセデータ自体を修正しオンラインは送れたのですがなぜ0回にも関わらずレセデータにあがってきてしまったのでしょうか。 何か削除の方法が間違っているのでしょうか。	診療行為画面より入力された特別食加算について剤回数0回の状態であってもレセ電データに記録されてしまう不具合がありましたので記録を行わないよう修正しました。	H29.5.25
8	support 20170510-018	労災レセプトデータチェック時に「該当の診療行為に対して、金額又は点数が0又は記録されていません」というエラーが検出されます。 単純撮影(撮影)(手前2枚以上撮影)(デジタル撮影)が対象となっているようなのですが、対象の点数は労災自賠コードは無かったと思うのですが原因として何か考えられますでしょうか。	以下の入力を労災の患者に行った場合、レセ電データには手技料が0点で記録されますが、その際に労災レセ電データチェックでエラーと判断していましたので、0点でも記録がある場合はエラーとしないように修正しました。 .700 胸部 170031350 単純撮影(撮影)(手前2枚以上撮影)(デジタル撮影) 数量1 170021550 単純撮影(イ)の写真診断(手前2枚以上撮影) 数量1 700710000 画像記録用フィルム(半切) 数量1	H29.5.25
9	support 20170605-029	アフターケアのレセプトで、5月3日間来院されている患者様です。 前回の検査年月日に記載されている年月日が、1日だけ、不一致で出力されます。 5/9 H28/9/13 5/10 H28/3/2 5/26 H28/3/2 原因と対応策について、ご指南ください。	アフターケアレセプトの「前回の検査年月日」の記載修正 該当レセプトに関わる診療科と同じ診療科で診療行為入力した直近の「検査病理又は画像診断を行った日」を記載していましたので、診療科に関係なく、直近の「検査病理又は画像診断を行った日」を記載するよう修正しました。	H29.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
10	nep 20170601-011	院内処方湿布薬の下に服用方法コードを入力している医療機関様で、服用方法の枚数が受診日ごとに異なる患者様がいる場合、通常1日1枚とするところを1日2枚、1日3枚というように変更して処方しているようです。 この場合レセプトには、通常、湿布薬が同じでも服用方法ごとに分かれて記載されると思うのですが、今回レセプトを確認したところ1番最初の日付に入力した1日1枚のコメントのみが記載され、1日2枚や1日3枚の記載はなく1日1枚と一緒に集計されてしまうとのことでした。 以前は同じように入力しても分かれて記載されていたとのことでした。 また、服用方法は次のように登録されていました。 今回後ろの「1日 枚使用」の 〇枚の部分を変更しています。 服用方法コード: 001003001 漢字名称 : 湿布薬 全枚 1日 枚使用 カラム位置 : 6、11 コメント区分 : 0服用方法 何か仕様が変更になったのでしょうか？ もしくは、服用方法の登録が誤っているのでしょうか？	湿布薬用法レセプト摘要欄記載修正 システム管理2005ー基本1(2)タブー湿布薬用法レセプト記載の設定が「1」で、かつ、数値入力がある用法コードを用いて診療行為入力を行った場合、用法内容が同一でないにも関わらず、剤がまとまってしまい、X2でレセプト記載されていましてので剤がまとまらないよう修正しました。 診療行為入力例 <1日>院内処方 .230 620007813 30【先】ロキソニンテープ100mg 10cm×14cm 001003001 30 6*1【湿布薬 全30枚 1日 6枚使用】 <10日>院内処方 .230 620007813 30【先】ロキソニンテープ100mg 10cm×14cm 001003001 30 5*1【湿布薬 全30枚 1日 5枚使用】 点数マスタ設定 用法コード:001003001 漢字名称:湿布薬 全枚 1日 枚使用 カラム位置:6、11 コメント区分:0服用方法	H29.6.26
11	support 20170610-004	傷病年金をお持ちで労災で入院された患者様 レセプトプレビューで、★★059で始まる「その他材料コード」が使用されていますと表示されレセプト作成が出来ません。 059で始まるコードは使用しておりません。 同じ患者様の以前作成出来ていたレセプトも今はエラーとなります。 5月25日のプログラム更新も適用済みです	システム管理2005ー(労災・自賠責)ー労災・様式選択(入院)が「1確認様式」で設定されている状態で、労災(入院)レセプトを作成した場合、傷病年金レセプトが無条件に種別不明レセプトとなり、★★059で始まる「その他材料コード」が使用されています★★のメッセージが表示される不具合がありましたので修正しました。	H29.6.26

4.2 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
12	support 20170712-015	先程お電話いただきました内容のデータを送付いたします。 一部負担金欄の(8,000)の部分の削除となります。	レセプト保険欄ー一部負担金の括弧再掲記載について、以下の事例の場合に不要な記載がありましたので修正しました。 <例> 外来、後期高齢(1割)、低所得2、複数科保険入力 (1) 後期高齢+レセプト記載しない地方公費 請求点数15146点 (2) 後期高齢+038肝炎 請求点数0点(院外処方のみ) (8000) 保険 15146 8000 → 8000 公1 0 0 0 (※)括弧再掲を記載しない	H29.7.25

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
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。一度ご確認いただくと幸いです。 【再現手順】 ?システム管理マスタ1001医療機関情報-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-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アウトする。 なお、一番初めにグレー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

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
10	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
11	support 20170411-013	「42明細書」でEFファイルを一括作成後、「44総括表公費請求書」で「EFファイル」のレセ電を作成します。 その後「様式4」を作成しようとする添付ファイルのように確認画面で「F10:プレビュー」「F11:印刷しない」がブランクになってしまい選択することができません。 同様に「42明細書」でEFファイルを一括作成後、先に「様式4」を作成すると確認画面で「F10:プレビュー」「F11:印刷しない」はブランクになりません。 また「EFファイル」作成後、一旦業務メニューまで戻って再度「44総括表公費請求書」で「様式4」を作成するとブランクになりません。 どうやら「EFファイル」作成後直ぐに「様式4」を作成しようすると「様式4」の確認画面がブランクになるようです。 xenial5.0・trusty5.0・trusty4.8全てmonsiajiのみで起こる現象です。 なぜこのような現象が起こるのでしょうか？	monsiajiで「44 総括表・公費請求書」でEFファイルの作成後にレセ電や様式4の作成を行うと、確認画面の「F10:プレビュー」「F11:印刷しない」が選択できませんでしたので修正しました。	H29.4.26
12	4/19 特別療養費 様式4	特別療養費については、レセ電データの出力対象外としているため、EFファイルについても準拠する動作になるものと思われそうですが、様式4については出力対象となるようです。	様式4(医科保険診療以外のある症例調査票)について特別療養費の患者は医療保険外との組合せを“3”(保険請求なし)で記載するよう修正しました。 (特別療養費＝保険の種類「068 特別療養費」「069 退職特別療養費」「040 後期特療費」)	H29.4.26

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
13	support 20170421-014	EFファイルのエラー原因が分からない。	入院Fファイルの「(F-19)行為明細区分情報」3～4桁目にセットする持参薬区分、持参薬処方区分について入院料の記録レコードに誤って記録される不具合がありましたので修正しました。 ----- 形式チェックのエラー内容 エラーコード: 410196 エラーメッセージ: 行為明細区分情報: 薬剤ではないにもかかわらず、退院時処方区分(1桁目)、持参薬区分(3桁目)、持参薬処方区分(4桁目)に0以外の値が設定されています。 ----- ※入院EF作成処理で食事算定の無い入院患者と、持参薬の入力が有る入院患者を連続して処理を行った場合に発生する不具合です。	H29.4.26
14	4/21 EF 出来 高実績点数	療養病棟で入院基本料は第三者行為で入力、処方を健保で入力した場合、「行為薬剤料と出来高実績点数に差異があります」という理由でエラーとなったとのことのお問合せがありました。こちらでも上記条件で入力したところ、処方が包括分入力であるのに出来高実績点数に点数「0」以外が出力されました。	医保以外の保険(例: 公害保険等)で療養病棟入院基本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を修正しました。	H29.5.25
15	ncp 20170619-003	様式4作成時に入院日が退院日以降の日付となる現象が発生しました。該当患者はすべて以下の手順で入退院をおこなった場合に起きております。 入退院登録から入院登録(一般病棟)・・・1 入退院登録から退院登録(一般病棟)・・・2 ※一般病棟⇒介護病棟へ転棟の為 入退院登録のF7入院歴作成から入院歴の作成(介護病棟)・・・3 この場合に様式4を作成すると入院日が介護病棟への入院日・・・3。 退院日が一般病棟の退院日・・・2となってしまいます。 前回請求作成時までは入院日は1、退院日は2と正しく出力されておりました。	様式4(医科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、平成29年4月10日提供の修正プログラムで入院歴作成画面で登録した自院歴から記載を行う対応を行いました。この影響により入院登録→入院歴作成を行われた場合の入院年月日に歴作成分が記載されてしまう不具合がありましたので、この場合は入院登録分を記載するよう修正しました。	H29.6.26

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	request 20160608-002	「レセプト・総括印刷情報」設定にて「直接請求を行う健保組合」がありますが、こちらの機能に地方職員共済組合も追加いただけないでしょうか。 共済組合で運営している診療所があり、請求方法が健保組合同様に組合に直接請求を行っているため、同様の機能を所望しております。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の直接請求する保険者に、地方共済組合(法別32)の登録を可能としました。 紙レセプトの印刷、レセ電データの作成について、システム管理に登録した地方共済組合と他の保険者を分けて処理を行うことを可能としました。 ※地方共済組合(法別32)に対する特定地方共済組合(法別73)は、保険者番号が存在しないため対応しない。 1. 直接請求を行う地方共済組合を登録後レセプト作成を行った場合のレセプト印刷指示画面は、直接請求する保険者以外の社保レセプトを1頁目、地方共済組合のレセプトを2頁目より地方共済組合毎に表示を行います。 2. 「44 総括表・公費請求書」で社保のレセ電データを作成時、システム管理に登録した直接請求を行う保険者と直接請求する保険者以外を選択し、該当するレセプトのみでレセ電データの作成を行うことを可能としました。個別指示の社保分についても同様です。 3. 社保の診療報酬請求書、保険請求確認リストを作成時、システム管理に登録した地方共済組合は分けて出力を行います。 4. システム管理に登録した地方共済組合に該当するレセプトを登録前に作成済みの場合は、再度レセプト作成を行ってください。	H29.6.26
17		入院EFファイルについて「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」の記録方法が平成29年度提出分データから変更となることについて対応しました。 平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の196頁に赤字で記載されている変更箇所に基づいた記録となります。 http://www.prrism.com/dpc/setumei_20170406.pdf ※平成29年4月分以降の入院EFファイルについてはパッチ適用後、「42 明細書」から必ず再処理を行ってください。		H29.6.26

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
18	support 20170719-028	ORCAでH29.4.5.6月入院診療分でEFファイル作成。 厚生局のソフトでEFファイル統合しチェックをおこなったところ 【EF13】データの不足(FF4間) 医科保険のデータ漏れあり。過去分について遡って修正してください。 とある患者のH29.6月分のみチェックされました。 H29.4.10提供された修正プログラムを更新後にEFファイルを作成しましたが同じような内容でチェックされました。 どこに不備があったのでしょうか？	様式4(医科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、平成29年4月10日提供の修正プログラムで入院歴作成画面で登録した自院歴から記載を行う対応を行いましたが、この影響により、以下のような入院登録時の入院年月日記載について不具合がありました。 【不具合事例】 入院期間 1. 入院歴(自院歴)を登録(入院中で登録) H28.4.1～H29.3.31 2. 入退院登録(1. の入院からの継続入院登録) H29.4.1～H29.5.31 3. 入退院登録(1. の入院からの継続入院登録) H29.6.15～H29.6.25 様式4に上記3の記載を行う際の入院年月日が最初に入院歴(自院歴)で登録した入院年月日(H28.4.1)が記載されてしまう不具合となります。 この場合は3. で登録した入院年月日(H29.6.15)を記載するよう修正しました。	H29.7.25

71 データ出力

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
1	ncp 20170512-021	ORCAに登録されている患者の低所得に関する登録データをCSVで確認しようと「71 データ出力」画面にて TNKRRK 年金履歴 TSYRRK 低所得者履歴 の2つを作成したところTNKRRKの分は問題なくCSVとして作成されたのですがTSYRRKの方は項目名のみのデータとなり患者さんのデータが入っていませんでした ただpg_dump -O orca -t tbl_tsyrrk > tsyrrk.txtとして作成したときは患者さんのデータが存在します データ出力でも問題なく作成する方法はございませんでしょうか	低所得者履歴のデータ出力に不具合がありましたので出力可能となるよう修正しました。	H29.5.25

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 20170424-013	いただいた手順をもとに採血料区分の設定をしたところ、「オキシダーゼ染色加算(抹消血液像(鏡検法))」や「ALP染色加算(抹消血液像(鏡検法))」の採血料区分を「2」にすると時間加算の箇所が「下記以外の診療行為」から「時間外算定不可」に自動で切り替わりました。	点数マスタ登録画面の時間加算のリスト内容が初期表示とEnter押下後で差異がありましたので、Enter押下後も初期表示と同じ内容に修正しました。	H29.5.25
2	ncp 20170620-016	6月16日付で更新分の点数マスタに含まれておりました「アリピプラゾール内用液分包3mg「明治」0.1%3mL」ですが、点数マスタ設定画面の「後発医薬品」欄が、3 後発医薬品でないとなっております。ユーザー様より「アリピプラゾール内用液は後発医薬品のはずだが？」とのお問合せを頂き弊社でも調査致しましたがやはりアリピプラゾール内用液は後発医薬品の様です。上記薬剤の後発医薬品区分は正しいのでしょうか？	点数マスタの医薬品の画面で有効開始日が「H29.3.17」以降から後発医薬品のリストに「3 先発なし後発医薬品(加算対象)」 「4 後発医薬品でない(加算対象)」を表示してますが、有効終了日が「H29.3.17」以降でも表示するように対応しました。	H29.6.26

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 薬情の編集が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
2	support 20170512-005	薬袋印刷システム(Windy)を導入されている医療機関様より、001xxxxxxのカラム位置設定をした用法コメントに挿入した数字が反映しないお問い合わせを頂きました。 Claimデータが作成したままの状態では出力されないのですが後から挿入した数字を反映させたデータを出力することは可能でしょうか？	CLAIMで診療行為登録時に送信する、投薬の用法コードの名称に埋め込み数値の入力があった場合、数値の編集をしない名称を返却していましたので、数値編集をした名称を返却するように修正しました。	H29.5.25

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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) <Disease_Single_Code type="string">4309001</Disease_Single_Code> <Disease_Single_Name type="string"></Disease_Single_Name>	H29.3.27
3		受付一覧取得(acceptlstv2)に予約情報を追加しました。また、保険組合せ情報に保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26
4		来院患者一覧(visitptlstv2)を変更しました。 一覧件数の1000件対応と更新日を追加しました。		H29.4.26
5		患者情報取得(patientgetv2)の保険組合せの件数を最大30件に変更しました。また、入金方法等と保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6		受付処理(acceptmodv2)の保険組合せの件数を最大30件に変更しました。また、保険組合せ情報に保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26
7		中途データ作成(medicalmodv2)に、内服1種類区分と継続コメント区分を追加しました。		H29.4.26
8		患者基本情報取得(patientgetv2)にテスト患者区分と死亡区分を追加しました。		H29.5.25
9		患者病名情報の返却(diseasegetv2)で病名单独補足コメントの返却対応を行いました。		H29.5.25
10		全保険組合せ一覧取得(patientlst6v2)で期限切れ保険情報の返却対応を行いました。		H29.5.25
11		収納情報返却(incomeinfv2)に自費項目等の追加を行いました。		H29.5.25
12		患者病名登録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。		H29.6.26

[illegible]

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い合わせがありました。	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
10	4/7 労災 光ディスク等送付書	労災の光ディスク等送付書の様式ですが、3月27日に変更があったようです。(※5の項目追加) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptsystem/index.html	労災の光ディスク等送付書が様式変更になりました。 平成29年3月診療分から新しい様式で作成するように対応しました。	H29.4.26

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11	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。	支払証明書の印刷時に患者請求が発生しない請求情報および未入金状態の請求情報を記載対象外とする区分を新たに追加しました。 請求内容の印字:4 入金分のみ印字する システム管理[1039 収納機能情報]で初期表示設定も可能としました。	H29.4.26
12	ncp 20170413-012	月次帳票の「訪問診療等の状況」(ORCBG028)について、地域包括診療料を算定している医院様があるのですが、再診料(DUMMY)(診療コード:099120001)がカウントされていないのでは、とお話がありました。	診察料のダミーコード 099110001 初診料(DUMMY) 099120001 再診料(DUMMY) を「初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数」の対象とするようにしました。	H29.4.26
13	request 20160723-001	セット画面にてセット登録の一覧印刷機能はありますが、CSV出力機能が現在ありませんので、機能追加をお願い致します。	月次統計業務から「セット登録一覧」を作成可能としました。 CSV出力の指定を行うことでCSVデータファイルの作成も可能となります。 ※マスタ更新有	H29.4.26
14	request 20160802-002	退院後に入院診療録を印刷した際に退院日も記載して頂きたいとご要望いただきました。 帳票名:カルテ(診療録) 入院カルテ1号紙 プログラムID:ORCHCN01 プログラムオプション等で宜しくお願い致します。	退院後に入院診療録(1号紙)を印刷した際にプログラムオプションの設定により退院日の記載を可能としました。 ・入退院登録画面に表示されている退院日を編集する ・プログラムオプションの初期値は「記載しない」とする	H29.5.25
15	request 20160915-002	ORCBD010の前回未収額の合計額も印字するようにお願いします	収納日報の明細表に前回未収額合計額の記載を追加しました。 帳票の様式をプログラムオプションでFORM=0(2行1明細)を設定した場合に前回未収額合計額を記載します。	H29.5.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
16	電話お問い合わせー自院病名リスト	5.0.0の環境で自院病名をリストボタンから印刷したところ、印字がずれて出力されます。	自院病名リストで印字ずれが発生していましたので修正しました。	H29.5.25
17	5/23 点数マスタ 一般名リスト	MS冷シップ「タイホウ」の一般名は、「サリチル酸メチル等配合パップ10g(非温感)」となっていますが、一般名リストを出力すると、「サリチル酸メチル配合パップ剤(冷感)」で出力されます。 その他インドメタシンパップについても同様に差異があるのですが、一般名リストに表示される一般名は、点数マスタと同じではないのでしょうか。	一般名処方マスタの例外対応で12桁コードを導入しましたが、一般名リストが未対応でしたので異なる一般名が表示されていました。正しい一般名を表示するように修正しました。	H29.6.26
18	ncp 20170621-001	113003610 小児科外来診療料(処方せんを交付)再診時 .210 内服薬剤 620005968 ザジテンドライシロップ0.1% 上記のように診療行為を登録しております。 点数の算定は、小児科外来診療料の383点のみです。 月次帳票の「一般名処方加算誤算定疑い患者一覧」を出すと、上記の入力に対して「★一般名処方加算2を算定可能?」と印字されます。 しかも、最終登録者のみ帳票の対象となるようで、同じ登録が何名いても帳票に印字されるのは1名のみです。	一般名処方加算誤算定疑い患者一覧で、今回対象の最後の受診履歴の処方せん料が包括対象となっている場合、最後の投薬内容を疑い一覧の対象としていましたので修正しました。	H29.6.26
19	ncp 20170622-022	診療行為入力画面で1科目を内科で入力し、複数科保険入力で2科目を皮膚科で入力しました。登録ボタンを押下し登録。 請求確認画面の「請求書兼領収書」の発行方法を「全体をまとめて発行」にして登録。 印刷された「診療費請求書兼領収書(ORCHC03V05)」の診療区分毎の合計点数欄を確認すると、二科分の合計点数が集計されていないようです。 1科目が集計されず2科目のみ集計されます。	請求書兼領収書(ORCHC03V05)で複数科診療を行い全体をまとめて出力する際に診療区分別の点数が正しく編集されていませんでした。 複数科分の合計点数を編集するように修正を行いました。	H29.7.25
20		QRコード付きの処方せんについて、オフセット指定にマイナス値が設定された場合、印刷されない不具合がありましたので修正しました。		H29.7.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
21	support 20170711-018	帳票の件での質問になります。 ・使用したプログラムバージョン(4. 8. 0) ・帳票番号: ORCBG006V01 ・帳票名: 診療科別医薬品使用量統計(合計金額)(期間指定) ・問い合わせ内容 添付した帳票について、例として○印の部分なのですが内科で837錠、整形外科で90錠 合計では927錠のはずですが、合計が3286錠になっております。 確認すると「※旧薬価」となっている薬剤に対して合計が合っていないようです。 どのように計算されているのでしょうか？	診療科別医薬品使用量統計(合計金額)で指定した期間内に該当医薬品の点数マスタが改定され、旧マスタと新マスタが同一薬価だった場合、正しく集計ができていませんでしたので、正しく集計するよう修正しました。	H29.7.25

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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

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 50185	千葉県ユーザ様より入院中にて主保険と難病(54)月上限5,000円と重度心身障害者(81)公費の種類:381 障害3をお持ちの患者様のレセプトで療養の給付欄の公費(81)の負担金額欄が300円ととまらず難病(54)の上限と同じ5,000となっており返戻となったとお問い合わせを頂きました。 今のところ医保レセプト(レセ電)の一部負担金等の金額置換編集(第二版)[PDF]で対応しております。 外来同様に入院でも重度心身障害者その他の公費併用時の負担金計算の設定をご教授下さい。	1. システム管理2010(地方公費保険番号付加情報)－負担金計算(4)タブに、「全国公費併用時の日の負担金計算2(入院)」を追加しました。 【設定項目】 <左側の設定項目> 0 全国公費の日の一部負担金と比較しない 1 全国公費の日の一部負担金と比較する <右側の設定項目> 0 日上限額設定のある公費 ※ デフォルト設定は、左右(0. 0)とする。 【項目説明】 0:「地方公費の日の一部負担金」と「全国公費の日の一部負担金」を比較しない。 1:「地方公費の日の一部負担金」と「全国公費の日の一部負担金」を比較し、小さい額を地方公費の日の一部負担金とする。 全国公費の一部負担金が月上限額に達した日以降は、地方公費の日の一部負担金は発生しません。 2. 【全国公費の日の一部負担金の計算対応】は、以下の公費を対象とします。 15更生(月上限額が医療保険の自己負担限度額の場合を除く) 16育成(月上限額が医療保険の自己負担限度額の場合を除く) 24療養介護、 38肝炎治療 52小児特定、 54難病、 79障害児施設 3. この対応は全国公費の一部負担金に影響を及ぼすものではありません。	H29.5.25
		日上限額設定のある地方公費の日の負担金計算(入院)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、全国公費併用時に、「全国公費の日の一部負担金」を超えない地方公費の日の負担金計算を可能としました。 追加項目の設定を行った場合、全国公費の一部負担金が月上限額に達した日以降は、地方公費の日の一部負担金は発生しません。 この計算を可能とするため、入院において【全国公費の日の一部負担金の計算対応】(平成27年1月診療分以降)を行い、日の一部負担金を保持しておきます。		

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
5		減免(減額(割))について、現行と異なる計算方法の対応を行いました。(入外) 【一部負担金を減額する】負担金計算ではなく、【主保険の負担割合を減額する】負担金計算を可能としました。レセプトについても上記計算方法の対応を行いました。 併せて、災害該当の場合に、レセプト欄外上部及び摘要欄に(災1)等の記載(記録)を行っていますが、括弧を省略して記載(記録)するよう変更しました。 1. 患者登録で、公費登録する保険番号は、960減額(割)を使用します。 2. 【主保険の負担割合を減額する】負担金計算を行う場合は、960減額(割)の登録を行う際、「公費負担者番号(1桁目)」に“2”(半角)を入力します。 3. 所得者情報において減額割合を入外別に入力します。 減額割合が1割の場合は、10% 減額割合が2割の場合は、20% <注> - 入力するのは、減額後の負担割合ではなく、減額割合です。 - 入力した減額割合が主保険の負担割合と同じか大きい場合は100%として取り扱う。 - 入力した減額割合が未入力又は0%の場合は減免の取り扱いをしない。 4. 【主保険の負担割合を減額する】負担金計算について (ア)主保険単独時の計算方法 (1)主保険自己負担限度額 (2)請求点数×10円×(主保険の負担割合－減額%) ※(1)と(2)を比較し、小さい金額を患者負担とします。 (イ)公費併用時の計算方法 【全国公費】 (1)主保険負担相当額(アの計算式で算出した金額)	(2)公費自己負担限度額 (3)請求点数×10円×公費の負担割合 ※(1)～(3)を比較し、一番小さい金額を公費一部負担とする。 【地方公費】 (1)主保険負担相当額(アの計算式で算出した金額) (2)公費自己負担限度額 (3)請求点数×10円×公費の負担割合 ※(1)～(3)を比較し、一番小さい金額を公費一部負担とする。 <補足> - 公費が1つの場合は、その公費一部負担を患者負担とする。 - 公費が複数ある場合は、一番金額の小さい公費一部負担を患者負担とする。 5. レセプト (ア)高齢受給者レセプトについては、高額療養費が現物給付されない場合であっても保険欄―一部負担金欄に金額記載(記録)する。 (イ)主保険単独、かつ、該当患者が現物給付対象者、かつ、患者負担額が主保険自己負担限度額に達している場合は、減免の取り扱いをしない。 ※公費併用分について、減免の取り扱いが不要な時には運用にて対処する事。 (該当月の減額割合を0%にする等) (ウ)災害該当の場合に、レセプト欄外上部及び摘要欄に(災1)等の記載(記録)を行っているが、括弧なしで記載(記録)するよう変更する。 (例)(災1)→ 災1	H29.7.25

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
6	kk 50935	減額+熊本市福祉の件でお尋ねです。 熊本地震の被災者で、減額証明書が発行される場合があります。 さらに、熊本市福祉のひとり親1/3・障害1/3負担に該当する場合は、減額と福祉の両方が適用できるとのことです。 例：減額1割(負担割合が1割になる)+ひとり親 総点数300点 の場合 300点×10円×1割×(1/3)=100円 患者登録で公費に「850 減額1割」+「143 ひとり親」を登録しても、診療行為での金額は減額1割で計算されてきます。 減額+ひとり親で計算させることは可能でしょうか？ 計算できない場合、ひとり親は患者にて市へ払い戻し手続きをする形になりますので、ユーザーへはその旨を案内予定です。 (実際にユーザーから問い合わせがあったわけではありませんが、今後出てくる可能性がありますので事前に確認しておきたいと思いご連絡しました) 減額と福祉が併用できることは、熊本市役所子ども支援課、障害保健福祉課に確認を取りました。	熊本県地方公費(保険番号143、342)について、減免(減額(割))適用時の負担金計算対応を行いました。(入外) 【主保険の負担割合を減額する】負担金計算の場合) 1. 熊本県地方公費(保険番号143、342)を併用した保険組み合わせで会計を行います。 2. 【減免(減額(割))適用後の主保険負担相当額】を元に、下記の負担金計算を行います。 3. 負担金計算について 医療費患者負担(入外) (1)主保険負担相当額の累計が21,000円未満の場合 ... 主保険負担相当額の1/3を患者負担とする。 1円未満切り上げ。患者負担は1円単位。 (2)主保険負担相当額の累計が21,000円以上の場合 ... 1/3計算対象外(償還払い) ※主保険負担相当額は10円単位の金額 <注> ・高齢者 ... 1/3計算対象外(償還払い) ・マル長併用時 ... (972の場合)患者負担は最大3334円まで (974の場合)患者負担は最大6667円まで	H29.7.25

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7		平成29年8月診療分以降の和歌山県岩出市子ども医療費の負担金計算対応を行いました。(外来) 1. 和歌山県岩出市子ども医療費の保険番号は「281」です。 2. 小・中学校生の通院に係る医療費について、一部負担金のうち「3分の2」の額を助成し、「3分の1」の額(10円単位に四捨五入した金額)を患者請求額とします。 <計算例1>「主保険(3割)+281」2932点の場合 $2932 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 = 8796 \text{円}$ $8796 \text{円} \times 2 \div 3 = 5864 \text{円}$ $8796 \text{円} - 5864 \text{円} = 2932 \text{円}$(患者請求額2930円) <計算例2>「主保険(2割)+281」2932点の場合 $2932 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.2 = 5864 \text{円}$ $5864 \text{円} \times 2 \div 3 = 3909.333 \text{円}$(少数点以下切り捨て)3909円 $5864 \text{円} - 3909 \text{円} = 1955 \text{円}$(患者請求額1960円) 3. 他公費との併用を行わない制度のため、他公費を併用した保険組み合わせを使用した場合は、他公費の一部負担金が患者請求額となります。(後日償還払い) 4. 同月に他公費適用の診療分が存在する場合は、後日償還払いとなる制度のため、以下の計算を行います。 <事例1> 1日:「主保険+他公費」 2日:「主保険+子ども医療費」・・主保険の一部負担金が患者請求額となる <事例2> 1日:「主保険+子ども医療費」・・「3分の2」の額を助成 2日:「主保険+他公費」 ※この場合、1日の再計算を行うと、主保険の一部負担金が患者請求額となりますので差額を再請求してください。	5. 同月に他公費適用の診療分がない場合について (1)限度額認定証の提示がある場合 1ヵ月の主保険負担割合相当額の累計額が自己負担限度額を超えた場合は、後日償還払いとなる制度のため、超えた場合はその会計から主保険の一部負担金が患者請求額となります。 超えない場合は、「3分の2」の額を助成します。 ※超えた場合は、同月内の診療済分の再計算を行うと、主保険の一部負担金が患者請求額となりますので差額を再請求してください。 (2)限度額認定証の提示がない場合 1ヵ月の総請求点数が26700点を超えた場合は、後日償還払いとなる制度のため、超えた場合はその会計から主保険の一部負担金が患者請求額となります。 超えない場合は、「3分の2」の額を助成します。 ※超えた場合は、同月内の診療済分の再計算を行うと、主保険の一部負担金が患者請求額となりますので差額を再請求してください。 6. 子ども医療費をもつ患者については、同月内に診療済分があれば、確認の意味で、収納業務で一括再計算を行ってください。 (システム管理1039収納機能情報の「一括再計算方法」を”1”で設定する事を推奨します) 7. 子ども医療費はレセプト請求で、公費一部負担金は1円単位の金額を記載します。 8. 子ども医療費が償還払いとなる場合は、レセプト記載はしません。	H29.7.25

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
6		マスタ更新処理について、マスタ更新中にマスタ更新のプロセスが消滅した場合、情報削除が不可となる不具合がありましたので修正しました。		H29.4.26

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
7		第8回パッチにより、以下のテーブル追加及びデータ更新を行いました。 特材品目算定マスタ関連 (TBL_MATERIAL_H_C) (TBL_MATERIAL_H_K) (TBL_MATERIAL_H_M) (TBL_MATERIAL_H_N) (TBL_MATERIAL_H) (TBL_MATERIAL_K) (TBL_MATERIAL_S) また、マスタ更新に特材品目算定マスタを追加しました。 DB管理情報は S-050000-1-20170517-1 となります。		H29.5.25
8		「特材品目・算定データベース／在宅・調剤」よりマスタ化を行い、特定 保健医療材料(在宅・調剤)に対する適応疾患のレセプトチェックを可能 としました。 また、品目情報より特定器材に対する商品名マスタの登録の際に入力 補助の参考として使用可能としました。		H29.5.25

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	support 20170518-004	マスタ更新のスケジュール実行についてご教示いただければ助かります。 現在、本運用は4.8.0で行っており、マスタ更新のスケジュール実行も「(W96)CRON設定情報」にて問題なく使えているのですが、移行前の仮運用として立ち上げたxenial5.0.0版では上手く作動しません。 症状としては、W96画面にてマスタ更新の実行するにチェックを入れて、毎日午前2時に実行させているのですが、xenial版ではマスタメニュー(M00)にて、ライセンスマスタの更新状況に「マスタ更新を異常終了しました」と赤字のメッセージが表示されます。 また、「M96マスタ更新管理一覧」画面では一番下のライセンスマスタ状況の表示にアクセスキーがない旨の表示が赤字でなされます。(キー取得はすでに終わっているのに、「キー取得」実行ボタンは表示されていません。) バッチログやスクリプト等を眺めたところ、run_master_update.shで実行されたときには、アクセスキーがシェルスクリプトに渡されていないようです。 本件と直接的には関係ないのですが、run_master_upgrade.shが動いているときのログで、execshell_main.shの65行目で単項演算子云々のメッセージを吐いてきます。 ginbeeの使用状態を確認している部分で、おそらくMCP_MIDDLEWARE_NAMEがnull値のため起こるのだと思いますが、testコマンドを二重にネスト([[...]])すれば、上記メッセージを吐かなくなりました。	CRON起動によるマスタ更新でライセンスマスタの更新についてはアクセスキーの対応が漏れていましたので対応しました。 エラーメッセージの件についても修正しました。	H29.5.25
10		第9回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 患者労災保険情報テーブル(TBL_PTRSIINF) 低所得者履歴テーブル(TBL_TSYRRK) 年金履歴テーブル(TBL_TNKRRK) 請求管理基本テーブル(TBL_SEIKYU_MAIN) 自賠責印刷データテーブル(TBL_JIBAI_PRT) 診療会計(プレビュー)(TBL_SRYACCT_PRV) DB管理情報は S-050000-1-20170614-1 となります。		H29.6.26

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
11		平成28年4月診療報酬改定における平成29年7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		H29.6.26
12		【平成29年10月改正対応】 平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する患者の生活療養標準負担額が見直されます。この見直しに併せて境界層該当者が医療療養病床に入院している場合の食費、居住費も1食100円、1日0円に減額されることから、(P02)患者登録画面の所得者情報に境界層該当者を識別するコンボボックスを新設しました。 なお、登録した境界層の識別により食費、居住費を算定するプログラムは算定コード公開後の提供を予定しています。(平成29年9月予定)		H29.6.26
13		地域医療情報連携基盤の連携データで診療行為レコード及び医薬品レコードを出力する場合、設定により名称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「診療行為レコード、医薬品レコードに名称を記録」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診療行為レコード及び医薬品レコードの末尾に名称のカラムを追加し記録します。		H29.6.26
14		平成29年8月改正(高額療養費制度の見直し)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。		H29.7.25