「日医標準レセプトソフト」

ORCA Project

システムパッケージリリース情報 Version 2.5.0

平成17年4月7日

社団法人日本医師会

Copyright(C) 2005 Japan Medical Association. All rights reserved.

注意事項

(1)処理時間について

方が無難です。業務に支障をきたさない時間帯に余裕をもって行ってください。

(2)アップグレード中の問い合わせについて (バージョン2.3.1以前からアップグレードを行う場合)

a) /etc/jma-receipt/jma-receipt.env	
パッケージアップグレード中に設定ファイル(/etc/jma-receipt/jma-receipt.env)の扱 いについて問い合わせがあります。 パッケージメンテナのバージョンをインストールするを選択してください。 Vを入力して進めてください	
b) /etc/jma-receipt/dbgroup.inc	
パッケージアップグレード中に設定ファイル(/etc/jma-receipt/dbgroup.inc)の扱いに ついて問い合わせがあります。ただし、このファイルにはデータベースのリダイレクタ についての記述がありますので右記の 2つの方法のどちらかを行ってください。	<pre>方法1:パッケージメンテナのバージョンをインストールする Yを入力して進めてください。アップグレード終了後、該当ファイルの データベースのリダイレクタの設定を環境に合わせて再度設定し直して ください。 方法2:パッケージメンテナのバージョンをインストールしない Nを入力して進めてください。アップグレード終了後、上記ファイルに 対し以下の修正を行ってください。リダイレクタの設定は元の内容が残っ ているはずですので以下の内容を追加してください。 db_group "system" { type "System"; }; db_group "blob_body" { <=ここから追加します type "NativeBLOB"; };</pre>

注意事項 (続き)

(3)端末(クライアントマシン)からの接続コマンドの変更について(バージョン2.3.1以前からアップグレードを行う場合)

	例】
パッケージアップグレー ドにより新MONTSUQI(1.2.2)がインストールされます。 新MONTSUOLのglolientコマンドの-bostオプションが-portオプションに変更になりま	\$ glclient -host 192.168.1.101 -style orcarc ~
した。	\$ glclient -port 192.168.1.101 -style orcarc ~
	なお、オプションの説明は \$ glclient -? で表示することができます。

(4)ユーザカスタマイズプログラムの変更について

a) バージョン2.3.1以前からアップグレードを行う場合のみ	
バージョン2.4.0より複数診療科・複数保険の対応を行いました関係により処方せ ん、請求書兼領収書のプログラムをユーザによりカスタマイズを行っている場合は修	ユーザカスタマイズの修正例は ユーザカスタマイズ留意事項」を参照し てください。
正が必要になります。修正を行わない場合は正しい処方せん、請求書兼領収書が 作成できなくなります。	ユーザの環境及びユーザ固有のプログラムの状況を整理し、すべて準 備が整ってからバージョンアップを行うことを強く推奨します。
b) 全バージョン共通 (バージョン2.3.1以前からアップグレードを行う場合も含みます))
バージョン2.4.0よりカルテ1号紙の傷病名欄に病名の記載をしない対応をしました。カルテ1号紙のプログラムをユーザによりカスタマイズを行っている場合は場合によって修正が必要になります。	ユーザカスタマイズの修正例は「ユーザカスタマイズ留意事項」を参照し てください。

パッケージファイルについて

jma-receipt_2.5.0-2+0jma1_i386.deb (無成	診療所版)
jma-receipt-hosp_2.5.0-2+0jma1_i386.deb	(入院版)

データベーステーブル構造の変更

(1) ジョブ管理情報テーブルを変更した。	

- (2) 患者入院履歴テーブルを変更した。
- (3) 照会ビュー 1を変更した。
- (4) 患者定期請求履歴テーブルを変更した。
- (5) 患者労災保険情報テーブルを変更した。
- (6) レセプト管理テーブルを変更した。
- (7) 受付テーブルを変更した。
- (8) 受診履歴テーブルに対しインデックスを追加した。
- (9) 統計覚書テーブルを追加した。
- (10) バッチ連携パラメタテーブルを追加した。
- (11) ヘルプテーブルを追加した。
- (12) レセプト作成管理テーブルを追加した。
- (13) チェック2テーブルを追加した。
- (14) オーダ帳票テーブルを追加した。
- (15) 算定履歴テーブルを変更した。
- (16) 薬効テーブルを追加した。
- (17) 入院オーダテーブルを追加した。

パッケージ依存関連

バージョン2.3.1以前よりアップグレードを行う場合

(1)MONTSUQIをバージョンアップしました。バージョンは 1.2.2です。

新しくlibmagic パッケージがpanda-serverに必要となりました。これはdebian標準では sarge から含まれますが、woodyには含まれていませんので backport.org(http://www.backport.org/) 提供のパッケージをorcaサイトにも用意しました。(apt-line は変更する必要はありません)。 libmagic パッケージをインストールするとfile パッケージがアップグレードされます。ご注意ください。

さらに netpbm,gs パッケージを強く推奨という扱いにしました。これについては debian標準(gsはこの限りではない)のパッケージを御使用ください。 (netpbmをインストールするとしのであったのです。) netpbm パッケージはJavaクライアントを使用される場合は、サーバマシンにインストールする必要があります。 印刷プレビューを画像に変換するために使用しています。

(2)労災レセプトのOCRフォントを作成しました。

次の 2つのパッケージがアップグレードされます。 jma-fonts (20040915-0+0jma1) パッケージ monpe (0.6.3-0+1jma1) パッケージ

再起動について

| '日レセ」パッケージを更新するとアプリケーションは自動で再起動しますがサブプロセスが終了できずそのまま残る場合があります。 |パッケージ更新後、再起動をしていただくときれいな状態でアプリケーションが起動できます。

テーブル構造変更の確認について

業務メニュー画面の「マスタ更新」を選択するとデータベースの構造バージョンを確認できます。

正常にアップグレード(インストール)が完了すると精造ver(自)」及び構造ver(ORCA)」の表示は次のようになります。

S-020500-2-20050405-3」(平成17年4月6日現在)

パッケージアップグレードの前に

操作に先立って必ずバックアップをおこなってください。 バックアップの方法 kterm などから以下のコマンドを入力します。 \$ pg dump -R orca > バックアップファイル名

マスタ更新データの提供について

(1) 点数マスタ

099800102 脳血管疾患急性発生終了日」というシステム予約マスタを提供する。 099600801 内分泌負荷試験の包括点数」というシステム予約マスタを提供する。

マスタ更新について

業務メニュー画面の「92 マスタ更新」を選択しマスタ更新管理一覧画面より 更新 (F12)」を選択すると更新処理を開始します。

更新が完了すると(状況 (F11)」を選択してください。) レコー ドver(自) 」及び レコー ドver(ORCA) 」の表示は次のようになります。

点数マスタ: R-020200-3-20050406-1」(平成17年4月6日現在)

注意】

1)パッケージをインストール / アップグレードしただけでは各種マスタは更新されません。必ず業務メニュー画面より「マスタ更新」を行ってください。

2)操作に先立ってバックアップをとることを推奨します。

バックアップの方法 ktermなどから以下のコマンドを入力します。 \$ pg dump - R orca > バックアップファイル名

パッケージアップグレードの方法について

/etc/apt/sources.listのエントリに以下の記述があるか確認をしてください。なければ追加してください。

deb ftp://ftp.orca.med.or.jp/pub/debian woody jma

アップグレードするため方法

ktermなどから以下のコマンドを入力します。(root権限) # apt-get update

apt-get dist-upgrade

sudoの設定がある場合は以下のコマンドでも行えます。 \$ sudo apt-get update \$ sudo apt-get dist-upgrade

	·····································
凶血管疾患 急性発症終 了日	(1)脳血管疾患急性発症終了日の入力 要望対応内容 - 診療行為 - 番号4 参照
1 []	この対応に伴って、次のことにご留意願います。
	現行システムにおける 脳血管疾患急性発症日」の算定履歴上の保険組合せは、全て"0000"で作成しています。 当バージョンからは"0000"を健康保険分とし、労災または自賠責についてはそれぞれの保険組合せで算定履歴を作成します。 この仕様変更により、次の作業を行って正しい内容にしてください。 1.照会業務にて、労災又は自賠責により診療行為コード"099800101"を算定しているか検索します。 2.検索の結果該当者がいる場合は、労災又は自賠責で"099800101"を算定している会計内容を、診療行為業務にて訂正で呼び出し再登録をします。 これで、労災又は自賠責での 脳血管疾患急性発症日」の算定履歴が作成できます。 3.診療行為業務にて、2で登録した患者をもう一度呼び出し、算定履歴」ボタン (Shift+ F10キー)で算定履歴の同一診療月分を確認 します。脳血管疾患急性発症日」の保険組合せ"0000"の情報があるはずですので削除します。
薬剤と病名 チェック	(2)薬剤と病名チェックの改善 問い合わせ (不具合)及び改善対応内容 - データチェック - 番号1 参照 問い合わせ (不具合)及び改善対応内容 - チェックマスタ - 番号1 参照
	この対応に伴って、次のことにご留意願います。
	適用病名情報の更新処理について チェックマスタ登録業務およびデータチェック業務の改善を行ったことにより、既にチェックマスタに登録済みの適用病名(薬剤と病名、診療行為と 病名)情報を用いてデータチェックを行う場合は、適用病名情報の更新処理をバージョンアップ後に行う必要があります。 適用病名情報の更新処理は、月次統計業務より実行していただくことになります。
	更新処理では既存のチェックマスタに登録されている適用病名情報をチェックマスタ2 (新設)へ移行します。移行したデータは移行元のマスタから 削除されます。
	この更新処理はバージョンアップ後に1回行えばいいです。
	なお、薬剤と併用禁忌および診療行為の併用算定チェックのデータについては、チェックマスタ2への移行は行いません。既存のマスタよリチェック を行います。

F

1.システム管理へ更新処理プログラムを登録します。

業務メニューより「91 マスタ登録」「101 システム管理マスタ」と進み、システム管理情報設定画面を表示します。 管理コードの中から「3002 統計帳票出力情報 (月次)」を選択します。 区分コードには空き番号となっている001~100までの任意の番号を入力し、有効期間には '00000000 "~ '99999999 'を入力します。 統計帳票出力情報画面では各項目を以下のように設定して登録します。

帳票名 適用病名情報更新

プログラム名 :ORCBCHKSND

他の項目 帳票パラメタ1~ & パラメタ説明)は未入力 (空白のまま)です。

低原語号	001			
帳票名	通用病名情報更新		_	
プログラム名	ORCECHKSND			
帳票パラメタ1		▲必須 → 任意		
2		◆必須 →任意		
3		◆必須 →任意		
4		▲必須 → 任意		
5		▲公須 →任恵		
6		▲必須 → 任電		
7		▲公須 → 任意		
8		◆必須 →任意		
	- MC44			

部号 処理名 開始時間 終打時間 页数 エラーメッセージ 5 0000001 週用病名情報更新 1422.31 1422.54 0 処理件数:200件 1422.48	
(2) アリア F1:便る F11:状態 処理は正常に終了しました	

(699	刘理结果				-	
	参号 処理名	開始時間 終了時間 3	页 数 エラ-	チッセージ	1	
00	20001 適用病名情報更新	14.27.55 14.27.56	0 処理対象のデータ	ぶありませんでした		
					1	
F	1:戻る F11:状態 処理対象の	○データがありませんでした【J	也用病名情報更新】			
「適田病名	 情報更新1室行前にチ	・エックマスタ登録業務	冬上1)滴田病名 (薬	剤と病名 診療行	_ 為と病名 の登録	を行っていた場合 移行元
(チェックマ	(スタ)と移行先のマス・	タ(チェックマスタ2)の	の両方に同じ適用額	病已滿日、 「あるデータが登録」	されている可能性	があります。
この為、「近	動用病名情報更新」処 ¹	里では移行先マスタ	との突合処理を行	ハ、同一適用病名	のデ ータ が存在し	ていた場合は、移行元マス
行い処理家会処理	€行後に確認りストのと まチーック図♪ 診療(出力を行います。 =カコードの単位で行	═╷╷╪╼╆			
天百処理」	よナエック区方 - 診療1	「為」― 「の単位で行	Jいま 9。			
(699)	处理结果 3.				-	
	£₽ 如禰女	開始時間 約7時間 7	百物 イラー	- 2 47 - 27	5	
00/	20001 適用病名情報更新	15.04.12 15.04.40	ペパー イン 21 確認リストを確認し	てください		
1.000				t	t.	
F	k戻る F11:状態 確認リスト	を確認してください【適用病名	名情報更新】			
	**** 適用病名情 薬剤と病名:6104060	報更新確認リスト ***(作)25 アルファロール散 1,68	R成日: 2005.02.14)PAG ≰_00000000-99999999	E L		
	特任先マスタに豆塚 <移行元マスタの病 7330006 骨粗鬆症		丁儿マスタから削除しました	:)		
	薬剤と病名:6104060 移行にマスタに登録	053 エマベリンLカブセル5m 済みでした (移行	ng 00000000-99999999 〒元マスタから削除しました	:)		
	< 特任ルマスタの病 8833421 高重圧症 4029010 高重圧性	心疾患				
	4372003 高血圧性	職症 236 ビーエイ錠 0000000-9	9999999			
	薬剤と病名:610406.	STA. and b A		1		
	薬剤と病名:610406. 移行先マスタに登録 <移行元マスタの病 4660009 急性気管	済みでした 名 > 支 茨	行元マスタから削除しました	:)		

(3)地方単独事業(地方公費)によるレセプト記載要領の対応について

この対応に伴って、次のことにご留意願います。

地方公費に関するレセプトの記載要領は様々でありプログラムをカスタマイズしていただく方法で対応を行っていました。カスタマイズをしなくても 設定を行うことにより対応できる機能を追加しましたが、すべてを網羅できるものでもないですからその場合はカスタマイズをお願いします。 なお、この機能を使用しても提出可能なレセプトまたはレセプト電算データができない場合はサポートまでお知らせください。

神奈川県のユーザの方へ

神奈川県における地方公費(重度障害医療費など)のレセプト電算データ作成では、負担者番号、受給者番号が空白の場合は公費レコードを 記録しないように本体のプログラムで強制的に行っていました。 これを、当機能追加により廃止しましたので設定を行ってからレセプト電算データを作成してください。

設定の方法(神奈川県の重度障害者医療助成制度を例とします)

ルール

 (1)国民健康保険の被保険者証に重度障害者医療助成制度の表示のある該当被保険者は、特記事項欄に80を記載する。
 (2)横浜市国保、県内組合国保で重度障害者医療助成制度の該当被保険者の場合は、特記事項欄に80を記載し、給付割合欄に10を記載する。
 (3)国民健康保険の被保険者で重度障害者医療助成制度の医療証を別途に発行(公費負担者番号、受給者番号)している市町村については、 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号欄に記載する。(80の記載は必要ありません。)

留 意 事 頂

紙レセプト・ レセプト電算 レセプト電算	- 特記事項 :8 筸 - 特記事項	0(全角文字)			
レセプト電算	- 1000-00	:80				
	算 - 公費 レコ−	・ド記録しな	:6 1			
= (061)システム管理部	服ーレセプト特記集団編集制	HERE THE				-
番号 保険番号 1 190 1	制度名	提出先	保険者番号 名	大保健 在我恐	有效開始日	有効樹了日
2 190 11 3 190 11	度障害医療費 度障害医療費	全合款利田 会合款利田	144006 27144005		0000000 00000000	99999999
選択指号 1	有外期間 000000	0] ~ [999999	39			12
	保険器号 180	重皮障害医/	**			
	提出先 2 回保训	哈金 <u>/</u>				
	保険者番号			— J		
	在線影		1			
461 10000						
BLC7F	特記事項 80					
	給什割合					
	資担者番号 必然世界号					
1 10000 1 100	Second 1	1				
U.C. / FIG	4記事項 190 					
	希付割合					
	公費レコード 1記録し	an 1				
	夏祖者書号		-			
	The set of the first					

上市 一 近山元 辿り 日本 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	₹連合会 :144006					
紙レセプト-	特記事項:80全	角文字)				
紙レセノト- レヤプト雷管	紹刊割言:100 「- 特記事項 ·80					
レセプト電算	[- 給付割合:100)				
レセプト電算	[- 公費レコード詞	己録しない				
(N61)システム管理情	また、「おおり、「おおり、「おおり、」	ita.				
番号 保険番号	制度名	提出先	保険者番号	老人保健 在約	診 有効開始日	有約期了日
1 180 M	直障害医療費 真障害医療費	国保護合会	144006		00000000	39999999
3 190 100	芝祥吉也须爱	国际建合会	2/144005		0000000	3333335
建织番号 2	有动期間 00000000 ~	- [33339355]				M.
	保険番号 180	重皮算害医疗费				
	提出先 [2 国保連合会]	1 +#X#				
	老人区分	Gelacity.				
	在総診		1			
	特記事項 80					
	· 通行副音 「100 資担者番号	4				
	受給者番号					
レセプト電	t Inc.					
	特記事項 100 給付割合 100					
	公費レコード 1記録しない ノ	1				
	48.40.22.94.46	1				

保険番号:1	80
提出先 国份	建合会
保険者番号	
紙レセフト-	·特記事項:80(全角文子)
1 秋レセノト- しわず L声管	約111111111111111111111111111111111111
レビノロ电昇したプレート	↓ - 行記事項 .00 [_ 经付割全 ·100
レセプト電筒	- 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
(051)システム管理部	
霍号 保険霍号	制度名 提出光 保険者審号 老人保健 在総総 有効開始日 有効期了日
1 180 1 2 180 1	教育医療者 国保通合会 00000000 995555555 資産書医療者 国保通合会 144005 00000000 995555555
3 180 Urt	2株書医療費 副件連合会 27144005 00000000 995555553
▲祝書号 3	有效網鑽 (0000000) ~ [99999999
	保険器号 180 重度焊管医探索
	提出先 2 国保運合会 /
	保険者番号 27144005 機浜市
紙レセプト	
	給州割合 100
	真祖者最与 📝
	受給者審号 /
レセプト電1	
	神武事項 [65] 続付割合 100
	公園レコード「1部線しない」
	ato 2 4 1
	2011年7日 2011年1日 2011年1月 2011年

1061)977A	11月後-レセント後辺美国会員 11月	50. - -				
番号 保険番号 1 180 2 180 3 180	前度名 重度深寄医源音 重度深寄医源音 重度深寄医源音 重度深寄医源音	提出先 保護 国保運合会 国保運合会 1440 国保運合会 2714	者番号 老人保健 在# 05 4005	1秒 有効開始日 3 00000000 999 0000000 995 0000000 995 0000000 995	99938 99938 99939 99939 99939 99939	
選択番号 🗌	有効期間	~ _			14	
	提出先 律談者留号 老人区分 在結影 *ト 特記事項 給付割合 漁担者編号					
1.100	受給者漏号	i E				
1007	F 地共 新記事項 給付割合 公費レコード 勇祖者編号 受給者編号		_			
原3	707		#IBA	I I	24	

(4)内分泌負荷試験の自動算定

この対応に伴って、次のことにご留意願います。

内分泌負荷試験検査の包括点数 (月上限点数)を自動算定するように機能を追加しました。

当該バージョンにアップグレードされる前に内分泌負荷試験検査を算定していた場合は、自動算定をするために必要な情報が登録されていませんので アップグレード後に、内分泌負荷試験検査の当月内2回目以降を算定されても正しく上限点数の算定ができません。

よって、これに該当する患者については、アップグレート前に算定した内分泌負荷試験検査を訂正入力で再度算定し直してください。これで自動算定をするための情報が登録されますので正しく点数算定が行えるようになります。

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
		保険組み合わせが作成されないというお問い合わせがありました。 生保の受給者番号が変動番号制で患者登録画面にて毎月保険追加を していたようなのですが、今月生保と精神通院の組み合わせが出来な いとのことでした。		
1		こちらで検証したのですが生保の期限を毎月切って精神のみ期限を オール9に設定し保険追加で生保を追加していくと保険組み合わせが生 保単独、生保と精神併用、生保の有効期限の切れた次の日が開始日と なる精神単独が作成され以降、毎月生保単独と生保精神の2種類ずつ できるのですが診療行為入力をせずに保険追加のみを行っていきます と生保と精神の組み合わせは最初の3ヶ月分しか作成されずそれ以降 は生保の組み合わせと精神単独しか組み合わせしかできません。 毎月診療行為入力をし、生保の保険追加をしていくと保険組み合わせ の番号が診療行為入力した時のものとは別の番号になり、もとの組み 合わせ番号が削除となってしまいます。 一度11番まで(5ヶ月分)保険組み合わせが出来き診療行為入力も出 来ますが次の月の生保入力の際に 保険組合の変更で保険期間外の 診療が存在します。診療を保険変更して下さい。』とメッセージが出ま す。 それ以前の2ヶ月分も組合せが削除され別の組合せの番号に変わって います。 6ヶ月目以降は生保単独の組み合わせしか作成されません。 このような場合どのようにすれば生保と精神の保険組み合わせを作成 することができるのでしょうか。 また保険組合せの番号が変わってしまうのはなぜでしょうか。	生活保護の情報が10件以上あった時、保険組合せ、公費 負担額一覧の画面表示でエラーが発生していたので、正しく 表示するように修正しました。 (注意)生活保護の場合は毎月受給者番号が変更になる場 合がありますが、毎月有効期限を切って公費情報を作成す る運用は行わず、レセプH作成時に 生保入力」画面より該 当月の受給者番号を入力する運用を行うようにお願いしま す。	H16.10.26

12 登録(続き)

番号	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	20041101-005	以下の現象がでますので、確認および修正お願いします。 1)http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/chihoukouhi/p01- hokkaido.rhtml を元に地方公費の設定をします 2)患者登録をします。 この時公費の種類を 843 障害課有」とします。 負担者番号を[4101] 受給者番号を[1111] とします。 3) 登録」ボタンを押します 4)同じ患者を患者登録画面で呼び出し、操作を行うと 公費の種別は変 更できません」とエラーダイアログが表示され、修正などの作業が 2度と できなくなります。 5)343は北海道地方公費であり、この負担者番号に市町村を示す 4桁数 値を入力して患者登録してもらいたいのです。 負担者番号4101はその市町村を示す 4桁数値です(受給者証の市町村 記号)ちなみに4101は札幌市清田区です。 6)なお、保険番号マスタの番号チェックは全て チェックしない」になって います。 7)また、4101だけでなく 法則は解からないのですが、他の 4桁数値でも 同様の現象が生じます(1016でもなるようです)。 また、他の地方公費(障害以外の公費)でも同様の現象がでます。 負担者番号から公費番号を自動的に選択する部分のパグでは無いで しょうか? 検証および修正お願いします。	負担者番号が保険者マスタに公費でない保険種類で登録されている場合のチェックを追加します。 ですが、保険者マスタに登録されていない場合の公費種類 の初期表示は変更できません。 新規登録の時、負担者番号の頭2桁を法別番号として公費 の種類を決定しますので、公費の種類の初期表示が本来と 異なる場合があります。	H16.11.5
3	20050203-011	医療機関で、受付が消える?ような現象がでています。受付取り消しを していると思われるのですが、一応そのときのlogを添付いたしますの で、調べていただいてよろしいでしょうか?	患者登録画面の受付取消を押下しても、受付取消をしな かったので削除するようこした。	H17.2.17

12 登録(続き)

番号	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 20050324-014	患者登録で公費を登録し、所得者情報画面で上限額を適用期間を2回 に分けて更新、更新、登録し(NO1)、再び、同じ患者 Dを入力し、所得 者情報画面で先に更新した情報を選択し、この上限額を削除し、残った 情報を選択すると、前に削除した情報が表示され(NO2)、もう一度、削 除すると、削除が出来ない。画面左隣の該当公費を選択すると、前に削 除された情報が出現する(NO3)。これは削除しても、更新しない場合の スペックかもしれない。 その後、これらの情報を1件ずつ、削除、登録し、情報を空にして、同じ 患者の患者登録画面で、公費を削除し、再び所得者情報画面で該当公 費が無いにもかかわらず、適用期間を設けて、上限額が更新(NO4)、 登録できるが、登録後、同じ患者で登録画面を開き、所得者情報画面を 選択しても、上限額は登録されていない。該当公費が無いにもかかわら ず、適用期間を設けて、上限額が何故、更新、登録できるか?	現行では、上限負担額等を入力途中でタグ切り替えにより 画面遷移を行い元の画面に戻ってきた場合、入力途中の内 容を残していました。このため、内容のクリアができなく入力 ミス等の場合は手でクリアする必要がありました。また、入 力途中の公費を削除した場合もそのままの内容が残ってい ました。 入力途中でタグ切り替えにより画面遷移を行った場合は、 入力途中の内容をクリアすることにしました。よって、上限金 額一覧を選択中でもタグ切り替えで選択が解除されます。	H17.3.29

12 登録(続き)

番号	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 20050330-004	上限金額を削除後,残っている内容を選択しても削除した情報が表示され削除ボタンを押してもが出来ないというお問い合わせがありました。 Ver2.4.0のパッチ提供分で下記の動作については 仕様」と言うことになるのでしょうか? 51特定負担有りの公費にて患者の一部負担金額を変更する。 例】= (初) H16.10.1 ~ H17.2.28 負担金額は任意 (2) H17.3.1 ~ H17.3.31 (3) H17.4.1 ~ H17.4.30 (4) H17.5.1 ~ H17.5.30 以上のような公費の一部負担額を変更し、組み合わせを作ります。 一番古い期間から削除するために、 牣」を 削除」ボタンにて削除しま す。この時点では、上記例の番号は「2」の期間が一番上に表示されて います。 諸果】= (初) H17.3.1 ~ H17.3.31 (2) H17.4.1 ~ H17.3.31 (2) H17.4.1 ~ H17.5.31 となります。 それぞれの期間がひとつずつ、上にあがり、 牣」だけが削除されている ように見えます (期間の表示は 3つが残っています)。しかし、この状態で に見えます (期間の表示は 3つが残っています)。しかし、この状態で についま状態)。ここで ゆグ」で切り潜え、再び所得者情報へ 'ゆグ」にて切り 替えると、上記「例】の (初) H16.10.1 ~ H17.2.28と(2) H17.3.1 ~ H17.3.31 の二つの期間が削除されている。このまま 登録」をすると、二つの期間 が削除されてしまいます。 アナウンス文の中の ゆグの切り替えにより選択を解除する」、と言うこと は 削除する」ということでしょうか?	平成17年3月29日に提供したパッチプログラムに不具合 がありました。 所得者情報の公費負担額の明細を削除してタグ遷移をした 後、再度、所得者情報のタグ画面に戻った時、削除した明 細以外の明細も削除されてしまいました。 公費種別一覧が1件しかない場合で、上限額の情報が複数 ある状態で明細を削除した場合にのみ発生します。明細を 削除したらすく登録を押下する。またはタグ遷移をしても、 再度所得者情報のタグ画面に戻らないという操作をしてい ただければ削除はされませんので、直ちにこのパッチを適 用する必要はありません。	H17.4.1

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		入院中の患者様で10/4に躯幹MRI (1回目)1220点を算定しました。 10/14にCT、MRI躯幹)(2回目以降)810点を入力すると警告のメッ セージがでます。 警告!撮影料は 1回目の手技料が算定できます」と表示されます。 このメッセージは必要ないのではないでしょうか。 2.3.1のバージョンでは10/14に躯幹MRI (1回目)を選んでもCT、MRI躯 幹)(2回目以降)に自動で変更して正しく算定されましたが今回の2.4.0 ですと、10/14に躯幹MRI (1回目)を入力するとそのまま登録出来るのは 不具合ではないかと思われます。	バージョン2.4.0において入院でCT、MRを算定した患者に ついてはCT、MRを算定した日の会計を日付の古いものか ら順番に訂正で呼び出しそのまま登録してください。それに より算定歴を正しく作成します。また同一月に2回目以降を 算定している場合はその内容についても訂正で呼び出し登 録してください。 労災保険、自賠責保険で算定した場合はこの処置をする 必要はありません。	H16.10.15
2		訂正を行う場合に入退院登録で設定している診療科以外の診療科の内 容が展開ができなくなっていました。		H16.10.15
3		老人年齢に達していない患者が老人保健を受給していた場合、複数保 険入力で同時に入力する保険が自費であった場合、自費で算定する点 数が一般または老人点数のどちらの点数を算定するかを年齢から判別 できないために表示するメッセージが不適切でありましたので修正しまし た。 訂正前 主保険と老人 一般の判定が複数保険入力はできません。 訂正後 主保険と老人 一般の判定が違います。複数保険入力はできません。		H16.10.15

21 診療行為(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
番号	<u>管理番号</u>	問い合わせ (不具合)及び改善内容 複数科を同時に算定した会計内容を訂正で呼び出し削除 (クリア)を行	対応内容 すでにこの操作により算定日が誤っている場合は次の操作 で正しい内容に訂正してください。 削除をした受診履歴が複数科を算定していて、最終受診の 履歴である場合に、最終来院日と初診算定日が削除後の 最終来院日と初診算定日に変更されません。 この場合、削除した複数診療科で算定した診療科を主科と して、最終来院日以降の日に何か点数を算定して登録しま す。 その後、訂正で削除(クリア)すると正しい最終来院日と初診	備考
4		なった場合、最終来院日が元の内容に変更されない不具合がありましたので修正しました。	その後、訂正で削除(クリア)すると正しい最終来院日と初診 算定日に更新されます。 なお、削除した複数科すべての科を主科ととして行なう必要 があります。 正しい内容に訂正しなかった場合、診療行為の最終来院日 と初診算定日が間違ったままとなります。 特に、削除した内容に初診料があった場合、初診算定日が 誤りですので初診料を自動発生しないようになります。 再診料の場合は、最終来院日のみが違っていますので、再 度、診療行為を登録していただくと正しい最終受診日に変更 されます。	H16.10.15

番号	計 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
番号	号 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容 システム管理1038診療行為情報の入金の取り扱いは4伝票の古い未 収順に入金に設定 複数回数の未収があり診療行為画面の請求確認にて前回までの未収 金を入金、今回分は未収として処理した場合 Ver.2.3.1では収納画面では前回分までの未収が全て入金済みとな り今回分は請求額=未収額となります。 Ver.2.4.0の収納画面では前回分までの未収は全て入金済みとなり ますが今回分が請求額は今回請求額ですが未収額が今回請求額 - 今 回入金額となってしまいます。 収納一覧にも誤差が生じます。 月日 今回請求額 今回入金額 入金日	<u>対応内容</u> (複数科まとめの対応による不具合) 入金の取扱いが、4,5の場合 1.充当後の請求額が、0(ゼロ)になった場合	備考
5		9/1 1000 0 10/1 9/10 3000 0 10/1 9/20 5000 0 10/1 10/1 2000 9000 とした場合10月1日の収納が 9回請求額2000 年収金-7000 収納一覧表(外来)も 請求金額2000 領収金額18000 未収額-7000 となります。 Ver.2.3.1では 請求金額2000 領収金額 9000 未収金額2000 どなっていました。 何か設定が変わりましたでしょうか。	2.登録を押下した時の表示画面が入金額の入力できない条件だった場合(保険の合計) この2つの場合に、今回登録分の入金額の充当を行っていませんでした。	H16.10.20

番号	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		大阪府の地方公費の関係です。 患者負担有り 回 - 上限額・・・500 日 - 上限函数・・・0 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 上限回数 ・・・2 上記の設定で公費を作り、生保険 + その公費」で診療をした場合、 (例 1) 1日 1回目 220円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 2) 1日 1回目 220円 2日 1回目 300円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 3) 1日 1回目 220円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 3) 1日 1回目 220円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 3) 1日 1回目 220円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 3) 1日 1回目 20円 500円を超えるまで徴収したいのですが、そのようなってしまい、2日は500円を超えるまで徴収したいのですが、そのようなのでしょうか。 1日上限額が500円で2日まで徴収出来る場合、どのような設定をすれ ばよるしいでしょうか。	保険番号マスタの設定はこの通りで構いません。負担金計 算を修正しました。 患者負担有り 回 - 上限額 ・・・500 日 - 上限額 ・・・500 日 - 上限回数 ・・・0 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 院外 - 上限額 ・・・1,000 月 - 上限回数 ・・・2	H16.10.26
7	20041022-012	J034 ミラー・アボット管(イレウス管)の中でフィルムを使用しているレ セコンで作成した明細書を見ました。ORCAでフィルムを入力する と、402の処置材料の後でも、器材は入力できません "のエラーになり、 ORCAでの入力方法が分かりません。入力方法を教えてください。	当初より、処置料でフィルム料の算定を不可としていました。算定できるようこしました。	H16.10.26

番号	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		Ver.2.4.0の仕様についてご教授下さい。 院外処方を行っている医療機関で、投薬内容は入力せずに処方箋料を 手入力を行っているところがあるそうなのですがVer.2.3.1では処方 箋料を手入力した場合でも特定疾患の病名がある時には確認画面で、 特定疾患処方管理料が算定出来ます。OKで自動算定します。』とメッ セージが出ていましたがVer.2.4.0では確認画面が出ません。 確認メッセージを登録時のみにして、訂正時には内容を展開するように しました。 訂正時に特定疾患処方管理料などの確認メッセージによる自動算定は 一切しません。 という事は以前回答いただきましたが、処方箋料手入力の際には登録 時にも確認メッセージが出ないのも仕様の変更でしょうか。	投薬の算定がなく 処方せん料のみの算定があった時、特 定疾患処方管理料の確認メッセージを表示していなかった ので表示するように修正しました。	H16.10.26
9	20041101-001	診療行為画面にて患者を入力すると、自動で療養担当手当(入院外)が 算定されるのですがこれは11月より算定できるので良いのですが、そこ で、中途終了をして再度、診療行為画面にて患者IDを入力すると療養担 当手当(入院外)が2つ算定されています。 療養担当手当(入院外)は月に1度しか算定できません。 ORCAで何か設定をしなければならないのでしょうか? マスタ登録の 自動更新・チェック機能」で療養担当手当(北海道)の項 目は算定するとしてます。 現状は、2回算定されているものは、手で消していますが、早急な回答 をお願いします。	11月から自動発生する、療養担当手当(入院外)が、中途 終了から展開した時に二重に自動発生していたので修正し た。 また、行削除をした時、削除した行が剤の最後の場合、次ぎ の剤の自動発生していたコードを削除することがあったので 修正した。(自動発生した指導料のコメント(83XXXXXX) などで埋め込んだ名称がクリアされてしまうことがあった。コ メンド以外は影響なし)	H16.11.5

番号	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		Ver.2.4.0にて保険証を持参しなかった為に自費にて患者登録を行い初診料はダミーにて入力し、保険証持参時に保険登録を行い診療行為画面にて診療訂正で変更しようとすると 算定上限回数を超えています。算定できません。』とエラーが出て保険変更出来ません。 一度初診料ダミーコードを消し、算定履歴で初診料ダミーを削除すると変更可能ですが会計照会での保険一括変更、通常の初診料ではエラーは出ません。また2.3.1で初診ダミーを変更してもエラーは出ませんでした。	初診料ダミー (099110001)を訂正で呼び出し時、上限回数 エラー <i>と</i> なっていたので修正しました。	H16.11.5
11		外来入力で複数診療科をまとめ入力した時、画像診断料を先頭の診療 科以外で算定した場合、登録時に自動発生する診断料が自動発生しな いことがあったので正しく自動発生するように修正しました。		H16.11.11
12		外来入力で複数診療科 保険をまとめ入力した時、検査の生化学的検 査 (1)と生化学的検査 (2)を異なる診療科あるいは保険組合せで算定 した場合、自動発生する検体検査管理加算を後で算定した方で作成し ていましたが、最初に算定した方で作成するように修正しました。		H16.11.11

21 診療行為(続き)

番	弓 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	3 20041104-015	担当の医療機関より、51特定の入力について問合せがありました。 バージョン2.4.0で複数科保険入力を院内処方で行ないました。 1.主保険:再診料、内服薬 2.51特定: 外用薬 と、入力したところ、外用調剤料が51特定に算定されず主保険のみの内 服調剤料と同時に算定されております。 もちろんレセプトも公費分点数の欄にも記載されておりません。	外来入力で複数保険をまとめ入力した、処方料 調剤料 処 方せん料の自動算定する該当保険を最初に投薬を算定し た保険ではなく 麻毒加算のある保険を優先するように修正 しました。 院内分について 1.処方料は麻毒加算のある保険を優先とする 2.内服と外用を別の保険で算定し、それぞれに麻毒加算 が算定できる時、内服の保険で処方料を算定する 3.調剤料は内服と外用で算定している最初の保険か麻毒 加算のある保険とする 4.特定疾患処方管理加算は処方料と同じ保険とする 5.長期投薬加算は28日以上の投薬のある保険とする 処方料の保険と違う場合、処方料を長期投薬加算の保 険にする。但し、麻毒加算があり長期投薬加算と違う保険の 時は麻毒加算の保険で処方料を算定する。この場合、処方 料と長期投薬加算の保険が違うことになる。 院外分について 1.処方せん料 特定疾患処方管理加算は最初の保険とする の方せん料の保険と違う場合、処方せん料を長期投薬 加算の保険にする。 3.処方せん料が手入力されている場合は、投薬の有無に 係らず特定疾患処方管理加算も同じ保険とする。	H16.11.11
1	4	同一剤内でフィルムと特定器材 (フィルム以外)を入力された場合の算 定方法を見直した。	算定点数は今までと同じであり、今後のシステムメンテナンスの都合のため変更を行った。	H16.11.24

番号	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	20041115-005	Ver2.3.1のとき 特処の算定可能な患者に、お薬を出すと特処が算定できます」のメッ セージが出て、診療行為2回面目で自動算定しておりました。同月内で 同じ患者を呼び出した際、診療行為回面では、処方がDoされて表示さ れ、下12.登録」を押すと特処が算定できます」のメッセージが出てき て、自動算定されます。3回目からは、処方のDoは表示されますが、特 処加算のメッセージがでません。 Ver2.4.0のとき 月の1回目は、特処が算定できます」のメッセージが出ますが、2回目 以降Do入力されており、3回目では、いちいち消さないといけなくなって おります。4回目からは、Do表示もされないので問題ないのですが、、、 特処加算の状態が、Ver2.3.1の時は、診療行為2画面目での自動発生 フラグだったものが、Ver2.4.0では、自動発生フラグが外れているので、 当然1画面目での削除操作を必要とします。 上記内容が要望対応だったかどうかを含め、提供資料で見つけられな かったので、確認のメールを出させていただきます。現場としては、 Ver2.3.1の状態が望ましいという声が聞かれたものですから。	バージョン2.4.0からは次の仕様とします。 1.前回処方の展開時に当月の算定回数エラーのもの併用 算定エラーとなるものは展開しない。 2.特定疾患処方管理加算、長期投薬加算は前回に手入力 されていても展開しない。ただし、処方せん料を手入力され ていた場合は展開をする。 3.北海道の療養担当手当てを自動発生した場合、1剤1明 細として回数を*1で展開をする。これは、次の剤が投薬で 診療種別を省略していた場合、療養担当手当てと同じ剤に なってしまうため。よって、コメントを追加される時は*1を削 除してもらうこととなる。	H16.11.24
16		大阪の41老人2割の設定が出来ませんとのお問い合わせを頂きました。 27老人2割と同じく入院の場合の負担金は72300円+(医療費-36 1500円)×1%になるそうです。	大阪 41老人 2割入院 (保険番号マスタの 2桁目から2桁が " 41 "で負担割合が 2割)の場合、月上限額 72300円 + (低 療費 - 361500)X1%)で患者負担金計算を行うよう修正 しました。	H16.11.29

21 診療行為(続き)

番号	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	20041015-022	有床診療所 (19床)バージョン2.3.1 入院の患者さんで、国保/41老人/長期の保険組み合わせでレセプトを 出力したところ、本来レセプトの一部負担金額には長期分の¥10,000 円の金額が印字されるところを41老人の入院月上限金額の¥40,200 円が印字されていました。 診療行為の入力は、3つの保険が含まれる保険ですべて入力しました。 41老人の公費設定は、HPのとおりに設定しています。検証をお願いし ます。	埼玉県41老人+長期のレセプトー部負担金記載対応 保険番号マスタの2桁目から2桁が"41"で、972長期高額 療養費を組合せに持つ場合、41老人の月上限額を1000 0円とし、収納テーブルのレセプト記載用項目の編集を行う 事とした。 注)該当公費をもつ患者については、再計算又は診療行為 訂正を行う必要がある。	H16.11.29
18		福島県乳幼児医療費の制度改正による患者負担算定対応 実施県】福島県 対象公費】乳幼児医療費 実施日】16年12月1日 助成内容】乳幼児医療費の窓口無料化(項目1は従来から実施。今回 項目2が追加実施となる) 1.市町村国保:レセプHこ10割を記載して請求(患者自己負担無し) 2.上以外:1レセプHを1件とし、¥21,000/件未満の一部負担金は 窓口無料(医療機関から所定の請求書で各市町村へ請求 但し、¥21,000以上の一部負担金に付いては全額本人負担となり、 本人が直接請求する償還払方式による助成となる	1.乳幼児医療費の特殊計算対象の保険番号として "245" を作成 *保険番号マスタについて 小来 - 負担区分 「1 患者負担あり」 ・月 - 院内 - 上限額 「21000」 ・月 - 院外 - 上限額 「21000」 ・入院 - 負担区分 「1 患者負担あり」 ・月 - 上限額 「21000」 2.患者に当該公費を登録する 3.入院外について 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000)未満 の場合患者請求は発生しない。(自費を除く) 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000)以上 の場合その会計時点から患者請求が発生する。 ・患者請求が発生した場合、収納業務にて同一月に受診 があるか確認。ある場合は再計算及び診療費請求書兼領 収書の再発行を行う 又、必要に応じて入金処理を行う	H16.11.29

21 診療行為(続き)

番号	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			 4.入院の定期請求について 公費の特性上、公費該当患者については "月末時のみ 請求 "設定での運用を推奨します。 例えば、定期請求が月 2回ある場合です(入退院登録に て、定期請求 (1 医療機関での設定)としていると仮定) 該当公費をもつ方の患者負担) 1回目の定期請求 保険負担分は 0円 (月上限額未満)、食事負担 780X日数分 2回目の定期請求 保険負担分は XXX円 (月上限額 超)、食事負担 780X日数分 となったとします。 その場合、該当患者の入退院登録の定期請求を(2 月 末時のみ請求)と変更し、定期請求を個別に月末一括請求 で行う必要があります。運用上、入返金の扱いも、2回目の 定期請求にて該当公費をもつ患者の公費一部負担金が発 生しているかを請求書から識別するのも煩雑になると想定 できます。 入退院登録される際に、定期請求をおこなっても上限額 を超えるかある程度識別ができるならば、その際、定期請求 の区分を変更しておく事で運用を軽減できるかもしれませ ん。 	前ページか らの続き
19		初診算定日の入力を行うのに診療行為入力で初診日の日付を設定し自 動発生した再診料、外来管理加算等をクリアし何も診療行為のない状 態で請求確認まで登録を行った場合にVer.2.3.1までは次に患者を 呼び出した場合初診算定日、最終来院日に初診日の日付が表示され再 診料が自動発生しますが、Ver.2.4.0では入力を行った時点では初 診算定日の表示はされますが次に患者を呼び出した場合初診算定日、 最終来院日空白で初診料が自動発生します。 算定履歴照会では初診料が表示されますがこちらは仕様の変更でしょ うか。一度再診等入力し、登録を行い診療訂正でクリアにした場合にも 同様となります。	初診料コードの後に初診算定日を入力して初診算定日を決 定する場合、算定履歴だけを作成していたために不具合が 発生してしまいました。(複数診療科まとめ入力対応により 修正ミスがありました。)	H16.12.2

番号	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	20041211-002	単純CT撮影でガストログラフィンの '経口用 'を使用し造影した場合、入 力すると 170011810 躯幹単純CT撮影 170012070 造影剤使用加算 617210010 ガストログラフィン 100m L内服) 上記のよう造影剤使用加算が自動算定されます。しかし、点数表では 単純CT撮影及び特殊CT撮影における造影剤を使用した場合とは」の 注釈に 経口造影剤を使用した場合を除く」とあります。 そうすると、この場合内服のガストログラフィンを使用しているので造影 剤使用加算は算定出来ないのでは無いでしょうか? 手動で、造影剤加算を削除してもまた自動で出てしまいます。確認及び 修正をお願いします。	CT及びMRIEおいて内用薬の造影剤を入力された場合は 造影剤使用加算を自動発生しないようにしました。	H16.12.22
21	20041211-001	相互作用チェックを「1」とし、内服薬を入力すると禁忌薬剤一覧が表示 されチェックがかかるのですが、無視をして前に進むと診療行為確認画 面を登録したところでフリーズしてしまいます。医療機関様より指摘され 当協議会でも現象の確認ができましたので調査していただけないでしょ うか? 入力内容は、ウリアミンS錠 1T+ 2mgセルシン錠 1T」を入力し、別 の日付で「SG顆粒 1g+マクサルト錠 1T」を入力すると禁忌薬剤一 覧が表示されます。現在、チェックを外して使用していただいておりま す。宜しくお願いいたします。	併用禁忌マスタの症状、作用機序の内容に半角と全角が混 在しているが、その処理方法が不十分でした。	H16.12.22

番号	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		 複数科入力について。 前回未収があり、今回診療分と一緒に前回未収分をもらう場合複数科入力にしている場合、入金の取り扱いを「1今回請求分のみ入金」以外に設定しますと入金額に合計金額を入力することは出来ますが領収書の今回入金額には今回請求額のみ印字され収納も前回未収分は未収として残ってしまいます。 例)1月4日 100円未収あり 1月6日 複数科入力 今回請求額500円 請求確認画面にて入金額600円とし領収書を発行 今回請求額500円 前回請求額100円 今回入金額500円 と印字され100円は未収のままになっている。 今回入力を複数科入力ではなく単科のみの入力にしますと今回入金額600円と印字され未収も残りません。 	複数科 保険組合せの場合でも正しく充当されるようにしま した。 また、前回未収額があった時の請求書の前回請求額がす べての請求書に編集されていて、今回請求額に加算されて いました。前回請求額は最初に印刷する請求書にのみ編集 して、今回請求額に加算するように修正しました。 (注意) 請求書発行プログラムを併せて修正しましたので、カスタマ イズプログラムを使用されているユーザは同様に修正を行う 必要があります。別紙を参照してください。	H17.1.25
23	20050125-004	北海道の地方公費の負担金計算を見直しました。	北海道札幌市以外の乳幼児(保険番号マスタ:342で登録 された公費を持つ患者)に関する入院負担金計算におい て、札幌市の乳幼児(同342)と同様の負担金計算をしてい たが、初診料の有無に関わらず1割40200円上限で計算 を行うように修正しました。	H17.1.25
24		検査料、画像診断料、在宅料、その他料(リハビリテーション料など)で酸素の算定ができなかったので算定できるようにした。		H17.2.17

番号	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	20050207-004	同一日に抗てんかん剤を2種類投与した場合特定薬剤治療管理料は2 回算定出来ます。 113000410*2で特定薬剤治療管理料を算定するとエラーメッセージが出 て登録出来ません。 113000410*1 113000410*1と別々に入力すると登録出来ますが中途終了し、再度中 途表示した場合 113000410 しか表示されません。 ひとつ消えてしまいます。 どの様にしたら、消えないようになりますでしょうか。	中途終了時に同し指導料が 2つ入力されていた場合(特定 薬剤治療管理料など)、展開時に 1つしか展開していなかっ たので、正しく展開するようこ修正しました。	H17.2.17
26	20050214-002	検査で、「A/G比」と 蛋白分画」を入力すると、検査の重複算定エ ラーです。」と表示され、どちらかを削除しないと、処理続行できなくなり ます。点数表を確認しましたが、双方が重複算定できないという記載は ありませんでした。支払基金へ確認しましたところ、 点数表の解釈上、 同時算定できない決まりはないですが、 医学的には同時に検査する必 要がないと見なされ、審査 減点の対象となることがあるようです。」との ことでした。 点数表の解釈にない項目なので、エラーではなく警告表示 にしていただくことはできないでしょうか?	検査の重複チェックで、蛋白分画とA/Gの重複チェックを はずしました。	H17.2.17
27		検査の内分泌負荷試験の点数に乳幼児加算を反映していなかったので 加算した点数で算定するように修正した。(画面上は自動発生した乳幼 児加算を表示していたが最終的な点数に含めていなかった。)	内分泌負荷試験の月上限点数の自動算定はバージョン 2.5.0で実装します。	H17.3.29

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		自賠責と医科保険を使用しており8月分の訂正を行いたいが既に受診 履歴に表示されない。訂正したい部分は消炎鎮痛等処置に労災1.5倍 加算を追加したい。 変更したい日(8月9日)は初診で自賠責保険のみを使用。消炎鎮痛等 処置は当日3部位算定している。8月は計36回消炎鎮痛等処置を入 力。全て自賠責保険にて入力。 会計照会で剤変更にて消炎鎮痛等処置に労災1.5倍加算を追加して みたが『1日に3部位まで算定出来ます。既に算定済みです。』とエラー が出て追加出来ない。 次に一度変更したい剤を回数変更で0にし(削除)診療行為画面で、診 療日を8月9日にし自動算定される基本料等を削除して消炎鎮痛等処 置と労災1.5倍を入力してみたが、算定回数を超えています。算定でき ません。』とエラーが出て追加出来ない。 算定履歴で9日の消炎鎮痛等処置の算定履歴を削除してみたが『1日 の算定回数を超えています。』とエラーが出て変更出来ません。 上記の様な場合どの様にして訂正すればよろしいでしょうか。	労災・自賠責保険の内容を変更した時、消炎鎮痛等処置、 リハビリの算定履歴を労災・自賠責毎に変更せずに、健保 (保険ゼロ)で作成していたので正し〈作成するように修正し た。算定履歴が正し〈更新されないので、消炎鎮痛等処置、 リハビリの回数チェックが正し〈行われない可能性がある。 特に労災・自賠責保険と健保の両方で算定している場合に は、算定履歴を直接変更していただきたい。	H16.11.24
2		回数を0回にした場合、算定履歴も回数0で残りますが、その後、診療 行為から登録すると算定履歴の初回算定日が0のままとなっていたので 修正しました。		H16.12.2

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	20041104-007	業務メニューから入退院登録画面が開けなくなりました。入退院登録の ボタンを押すとそのまま固まります。 バージョンは入院版2.4.0でパッチはすべてあてています。 この現象に陥ったタイミングは、退院再計算処理を行った後だそうです。	退院再計算処理の更新処理に失敗すると発生することがわ かりました。	H16.11.5
2		Ver.2.4.0以降にて入院取り消し(会計含む)を行った場合でもCT、 MRDの算定履歴が残っているため新たに会計入力しても2回目以降で 算定される。	入院取消(会計を含む)を行った時、CT,MRの算定履歴 が削除されていなかったので削除するように修正しました。	H16.11.11
3	20041126-014	以下の入力を行うと時計状態のままになります。 1)主保険のみで以下の入退院行為を行う 入院日 2004/11/26 退院日 2004/11/26 2)患者登録画面で同じ患者に[051 特定負有]の公費を追加する 適応期間は 2004/04/01 - 1004/12/31 3)公費負担額を以下とする 適応開始日 2004/12/01 適応終了日 2004/12/31 外来上限額 1000 入院上限額 1000 4)入退院登録で同じ患者を呼び出す [04 照会]のまま ウルテ発行」ボタンと押すと時計状態のままとなる ちなみに[01 入院登録]の場合は問題ない	次の条件に全て該当した場合、カルテ 1号紙の発行を行うと フリーズする不具合を修正しました。 (1)患者が既に退院している (2)システム日付が退院日の翌月以降 (3)退院日と入院日が等しい (4)異動事由に「照会」が選択されている	H16.12.2
4		老人特定入院料の老人性痴呆疾患治療病棟入院料が入院期間が90 日を超えた場合1日に1が110点、2が30点減算となるのですが、日レ セで登録しますと自動で91日目より減算されますが再入院の場合、継 続入院にしましても新しい入院日から91日を起算してきます。	90日を超えた場合に正しい点数算定ができていませんでし たので修正しました。	H17.1.25

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	20050203-003	入院会計照会で食事を2の食事療養+特食に変更し次月を押すと1・食 事療養のみに戻ってしまいます これを次月を押しても2の食事療養のまま反映されるようには出来ませ んでしょうか?病床数200以上の病院さんで毎月結構な数の変更をか けているそうです ご検討よろしくお願いします	入院会計紹介画面で次月ボタンにより会計作成を行った際 に食事の情報が引き継がれなかったので修正しました。(食 堂加算があった場合のみ現象が発生します。)	H17.2.17

33 入院定期請求

番号	子 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	20041117-011	「33入院定期請求」で、個別で入院定期請求をするとします。 患者請求ー個別指示」画面で「氏名検索」ボタンによって氏名検索をします。 ます。 検索結果の患者を選択すると常に「他端末で使用中です」とエラーダイ アログが表示されます。システム管理マスタで排他制御情報を削除して も同し結果です。	定期請求業務 - 個別指示画面から氏名検索画面へ遷移 し、そこで患者を選択すると、多端末からの入力が行われて いないにも係わらず、他端末で使用中です』のエラーメッ セージが表示され患者の選択が正しぐ行われない不具合を 修正した。	H16.11.24

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	20041220-007	対象の画面 :入院患者照会 現象概要 :患者番号を入力すると違う患者様氏名が表示されてしまう 現象詳細 :入院患者照会画面を開き、102310 と患者番号を入力 本来であればAさんの患者氏名が自動で表示されるはずであるが 患者番号2351のBさんの名前が表示されてしまう	5桁を超える患者 D 健者番号ではありません)を持つ患者 に対して患者番号欄に患者番号を入力すると異なる患者の 情報で表示をしていました。	H16.12.22
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	20041129-007	産科有床医院ですが、産科入院の場合に入院管理料を自費で徴収して いて検査、処方のみに保険を使用する場合があります。この時、実日数 のデータチェックがかかりません。データチェックできるような設定方法 等はありますか?	入院の実日数算定チェックについて、入院会計照会業務で 入院料の剤を削除した日についても実日数をカウントしてい たため、削除した日の診療行為に算定回数のカウントを行う 剤の入力があってもエラーとならかった不具合を修正しまし た。	H16.12.2
2		病名登録画面にて21文字以上の編集病名を登録しレセ電データを出 力すると21文字目以降が記録されませんがオペレーターが文字数を計 算して入力するしか、回避方法はないのでしょうか?	患者病名では入力時にチェックを行うようこしています。また、データチェックでも病名業務同様にチェックを行う機能を 実装していますが、こちらについては不具合がありました。 システム管理にてレセプト電算処理を行うよう設定がされて いる場合、データチェックで病名文字数のチェック(20文字 越えチェック)をするようこしているがこのチェックを行う際の 判断に誤りがありました。	H16.12.22

42 明細書

72	り神目							
番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	文	J	応	内	容	備考
		複数科で外来管理加算を算定している医療機関において、レセプト電算 データの外来管理加算について正し、回数で記録できない不具合があ りました(紙レセは問題無し)。						
1		例) 1日に内科で外来管理加算を算定 2日に整形外科で外来管理加算を算定						H16.10.15
		上記の場合、レセ電データに外来管理加算の回数が 2回と記録されず に 1回と記録されていました。						

番号	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		レセプト電算データの記録で漢字氏名及びカナ氏名の先頭が空白の場合はカナ氏名を前に詰めて記録するようこしました。		H16.10.26
3	20041019-019	広島県の地方公費の関係です。 51+90のテストを行っている最中、一部おかしな点がありました。 (例)51(上限額2,250円)+90(上限額2,000円)の患者(3歳未 満)で 1日目 506点・500円徴収 2日目 217点・430円徴収 3日目 217点・430円徴収 3日目 217点・430円徴収 5日目 請求額無し と入力したものをレセプトで出力すると、 公費(1)一部負担金額 2,250円 公費(2) " 1,748円 と印刷されます。 90乳児の一部負担金は窓口徴収額を記載するようになっているので、 1,740円と記載されなくてはなりません。 データによっては端数が出ない場合もあるようです。	収納情報を作成する部分での不具合ですので該当患者の 診療訂正あるいは収納再計算を行ってからレセプト処理を 行って下さい。	H16.10.26
4		レセプト電算データの記録で職務上の事由の次に該当される場合に記録されていませんでした。 ・共済組合の船員組合員で下船後3月以内の傷病により職務上の取り 扱いとなる場合		H16.10.26

番号	· 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	20040928-016	広島県の乳幼児医療の制度情報で次の内容があった。 問4 乳幼児医療一部負担金については、10月 1日からも入院のみ無 料若しくは入院通院とも無料としている市町村があるが、一部負担金が ない場合におけるレセプトの記載はどのようになるのか。 答4 一部負担金額欄は空欄ではなく 0(ゼロ)を記載してください。	地方公費について10月から制度が変わった事によりレセプトの負担金額欄に0(ゼロ)円を記載するように通知が出ている場合があり、対象となる地方公費についてレセプトカスタマイズで0(ゼロ)記載を可能となるようにしました。 レセプトカスタマイズプログラムでの対処方法 入院外レセプトの場合 RECE11-FTNMONEY(添え字1~3)に対して9999999999 (9桁) をセットすることでレセプトの一部負担金額欄に0と表示で きます。 入院レセプトの場合 RECE67-FTNMONEY(添え字1~3)に対して9999999999 (9桁) をセットすることでレセプトの負担金額欄に0と表示できま す。	H16.10.26
6		レセプト電算データ作成で注加算項目の記録順序を見直しました。 (手術、麻酔:入院について)		H16.11.5

番号	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		Ver.2.4.0での労災の入院加算についてのお問い合わせです。 10月22日に新規入院 10月23日に転科転棟転室処理 実際には10月分は10月22~31日までの10日間労災(2週間以内) (1.3倍)×10 となるはずですが 労災(2週間以内)(1.3倍)×4 労災(2週間超)(1.01倍)×6 と出力されます。 こちらで検証しましたが異動日に関係なく10月22日からの入院分は上 記のように出力されます。 こちらで検証しましたが異動日に関係なく10月22日からの入院分は上 記のように出力されます。 ver.2.3.1では異動を行っても労災(2週間以内)(1.3倍)× 10と出力されます。 Ver.2.3.1では異動を行っても労災(2週間以内)(1.3倍)×10と出 力されていました。 また入院日を10月20日にし12日間にしますと 労災(2週間以内)(1.3倍)×2 労災(2週間以内)(1.3倍)×10 入院日を10月23日にし9日間にしますと 労災(2週間以内)(1.3倍)×5 労災(2週間以内)(1.01倍)×4 と出力されました。	再度、労災レセプド作成処理を行ってください。	H16.11.11
8	20041116-026	前月に療養から一般に転棟した患者で今月レセプトを作成するとレセプトの区分欄に、前月の療養が印字されてしまいます。	入退院登録で転棟した場合、レセプト病棟区分の編集時に 該当診療月でない病棟区分も含めて記載していたので修正 しました。	H16.11.24

番号	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	20041113-001	特定抗精神病薬治療管理加算の診療行為レコートが出力されない。 特定抗精神病薬治療管理加算(190117570)が入力されているにも関わ らずレセ電ファイルには診療行為レコートが出力されない。	平成 16年 4月より新設されたコードで考慮から漏れていました。 記録するようこしました。	H16.11.24
10	20041117-004	レセプト電算データ関係 (1)精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算の診療コートが 出力されない。精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算が入 力されているのにレセ電ファイルには診療コートが出力されない。 (2)10月30日までは社保で31日だけ国保の時、31日分、精神科病 棟入院基本料3、夜間勤務等看護加算5、入院時食事療養(1)、特別管 理加算、食堂加算が出力されない。ちなみに社保を29日で切り、国保を 30日からにしてやってみましたら出力されました。	入院診療行為画面で入力した入院料加算についてレセプト 電算データへの記録及び外泊コメン Hこ数字以外の文字 (空白)が混在する不具合を修正しました。	H16.11.24
11		同一剤内でフィルムと特定器材 (フィルム以外)を入力された場合、レセ プト電算データの記録に誤りがありました。 (例)画像記録用フィルム(半切) 339円 2枚 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル(2管一般(1)) 275円 1本 修正プログラム適用前は TO,,1,700710000,2.00 TO,,1,728720000,1.00,96 点数は合算の96点を記録 修正プログラム適用後は TO,,1,700710000,2.00,68 フィルムの点数を記録 TO,,1,728720000,1.00,28 カテーテルの点数を記録 と記録するようになります。		H16.11.24

番	号管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	2	入院レセプト電算データ関係 診療行為入力画面で入院料加算を入力した際に同一剤に併せてコメン ト入力した場合、レセプト電算データ作成時に正しい内容として作成でき なかったのでコメントを除外することにした。	コメントの編集方法を検討しいずれ対応を行う予定です。	H16.11.29
1	3	老人 2割負担患者のレセプト記載について レセプト下部にある 隳養の給付」欄の 負担金額」欄の記載ですが、老 人 2割の患者は一部負担金の上限が 72300円であり、この患者の場 合は 1円単位まで記載することになっております。	入院レセプトで、老人 2割の患者負担が72300超になる場 合、一部負担金の記載が1円単位でなく四捨五入された 金額で記載されていたので修正しました。 レセプト作成処理を再度行ってください。 該当の患者が分かっている場合は個別作成でも構いま せん。	H16.12.2

番号	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	20041201-027	国保と母子を持っている患者さんで、全部で11日受診していて3日が国 保で、9日が母子で受診されています。診療行為は保険を切り替えて入 力しているため、レセプHに実日数、点数、摘要欄などは分かれてでてき ているのですが、療養の給付のところだけ、保険の欄にまとめられてで てきています。実日数がのところに9日と書いてあるのに、療養の給 付のは空白になっています。療養の給付のには公費の点数がでな いといけません。修正をお願いします。	福岡県の 乳 障 母」の地方公費を持つ患者のレセプトで主 保険と地方公費に分点が発生した場合に療養の給付欄に 地方公費の点数を記載するようこしました。	H16.12.22
15	20041203-009	レセー括作成と個別作成で摘要欄の印字が異なります。 一括作成をすると内容に抜けが生じ、個別作成をすると正常に印字され る。	入院レセプトで選定入院患者について、他医療機関受診を 登録した患者のレセプト作成を行うと、点数マスタの読み込 みができなくなる場合が発生し、その影響で摘要欄の記載 漏れを引き起こしていました。	H16.12.22
16		主保険+27老人+51特定負有で在総診の場合の公費 欄の一部負担金の記載についでなのですが現在日レセでは点数及び一部負担金ともに保険分と異点数、異金額の場合のみ記載という仕様だと思いますが点数に関しては同じ場合には省略して差し支えない。と記載されておりますが、一部負担金に関しては明細書の記載要領には 公費 及び公費 の項にはそれぞれ第1公費及び第2公費に係わる医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額 (一部負担金 (標準負担額を含む。)〕の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額を下回る場合には、当該額〕を記載する。 と、記載されております。 愛媛県の医療機関では記載がないために返戻となったそうです。	例えば、主保険 + 27老人 + 51特定負有で在総診の場合 の公費 欄の一部負担金の記載について、保険欄と同額 の場合、省略していたが記載するようこしました。 該当公費は、所得者情報で限度額を入力する公費を対象と した。	H16.12.22

番号	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	20041216-003	レセ電データの職務上のエリアに"9"が記録されているとの事。 弊社の環境でレセ電データを作成すると患者登録の補助区分の 9 1 割」 A 1割職務」などの区分 9」 A」がそのまま記録されている。 本来なら1割は記録しない。職務なら"1"を記録するべき。 今月は見逃してもらいましたが、このままだと返戻になるそうです。	修正漏れでした。	H16.12.22
18		自費 (980)にて .990を宣言しコメント入力してもレセプトに印字されないのですがこちらは仕様でしょうか。剤の最後にコメントを入力した場合、病名または会計照会よりコメント入力した場合は印字されますが、摘要欄の最初にコメントを印字させたい場合どの様にすればよろしいでしょうか。	「.990」を宣言してコメント入力でレセプトに記載するように しました。	H17.1.25
19	20050107-014	国保で乳障母 (例えば母子)の患者さんで、初診で来られた月のレセプト に、一部負担金がでています。ここには何も記載しないはずなのです が、初診の際の負担金がでています。以前はでてなかったのですが、な ぜ出るように設定をしたのですか?早急に修正をお願いします。(地方 公費のバージョンは最新のものを使っています。)	福岡県の 乳 障 母」の地方公費を持つレセプトで負担金が 記載されていたので記載しないようこしました。	H17.1.25
20	20050107-015	入院で 11月30日 ~ 12月1日 治癒 12月24日 ~ 新規 と言う同月2回の継続しない入院履歴がある患者様の入院レセの場合 ORCAでは入院年月日が2004年11月30日と記載されますが2004 年12月24日と記載するのが正しいと連絡がありました。	最新の入院年月日を記載するようこしました。	H17.1.25
21	20041129-006	国保にて福祉医療に関して負担者番号と受給者番号の指定を受けました。既存に受給者番号などは入力されておりそのまま提出すると受付エラーとなります。レセ電においても紙レセのようにカスタマイズが出来るようにならないでしょうか?(受給者番号、負担者番号、記号番号など)	愛知県の地方公費をレセプト電算データで記録する場合に 受給者番号をオール "0 "で記録する必要があったので対応 しました。	H17.1.25

番号	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	20050105-010	レセプト電算データ EF - 胃に於いて当院ではフイルム代及び郵送料を算定していますが、 当院で発行するレセプ Ht、正確に印字されるのですが、基金で印字さ れたものがその部分の集計がされず下の合計欄には加算されている状 態で返戻されました。正確に印字される様に出来ませんでしょうか。	そのた材料(診療行為コード05900001~)を使用した場合 に、当該コードのデータ区分がフィルムになっていた場合に 正しく記録されていなかったので修正しました。	H17.1.25
23		公費請求テーブルの組合せ公費保険番号情報(KOHSKY- KOHNUMHCINF OCCURS 4)の編集で、正しい内容でセットされてい ない不具合がありましたので修正しました。		H17.1.25
24	20050126-002	入院会計照会で 2 治療の為の外泊 3 選定入院中の外泊 が入力されているのにレセ電ファイルには出力されない	入院レセ電の外泊コメン Hこついて記録漏れがありましたの で修正しました。	H17.1.28

番号	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	support 2月18日 - (1)	レセプト電算データ 有床診療所1群1看護配置適合を算定している病棟に入院中で外泊を した方がエラーの対象となっているとのことです。 有床診療所1群1 489点に看護配置適合 15点で計504点となりま すが、外泊の場合基本点数の15%となりますので489×15%=73点 で日レセの点数であっているのですが、レセ電での出力しますと 190109670 有床診療所1群1(看護配置適合) 190107290 外泊(入院基本料の減額),,73 となっているためのエラーのようです。 外泊の場合には加算のない基本料のみの点数のコードとし 190097010 有床診療所1群1 190107290 外泊(入院基本料の減額),,73 とするのではとのことです。 磁気レセプトの手引きに看護比率基準未満で入院基本料を減額に該当 する医療機関での外泊がある場合にの例がありますがそこに入院基本 料の減額は外泊減額対象外であるため減算をしない入院基本料のコー ドを記録する。と記載されております。ご確認いただけますでしょうか。	外泊の場合の入院基本料コードを見直しました。	H17.2.28
26	support 20050113-014	レセプト電算データ 12月から採用している「咽頭・喉頭炎」の病名を入力するも、基金より 咽頭・喉頭炎」の病名入力箇所が空白となっているため、返礼対象とす る旨連絡あり。先日、サポートセンターに電話にて問い合わせた時、CD 表示の状態の画面コピーを送信してくださいとの指示を頂きましたが、 画面コピーをとることができませんでした。 咽頭 ZZZ1801 ・ ZZZC003 喉頭炎 4640013 これらに入力コードを割り当てて患者に登録しています。レセプトプレ ビューでは正しく咽頭・喉頭炎」と表示されるにもかかわらず空白となる のはどうしてでしょうか。	自院病名画面で「・ZZZC003」等の病名の予約コードをコード入力で登録された場合に、編集病名とならずレセ電データに病名が設定されませんでした。 病名登録業務の修正は次バージョンで対応をします。レセフト電算データ作成では今回のパッチプログラムにより該当の データの場合において編集病名に振り替えるように対処しました。	f H17.2.28

番号	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	support 2月17日 - (2)	レセプト電算データ 血漿交換用血漿分離器 733980000 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器 (劇症肝炎用以外)ア24560000 の2点が単位コートが設定されていない場合で単位に省略(スペース)を 入力というエラーとの事です。 その他人工腎臓の夜間休日加算、障害者加算もエラーとなっている様 です。	単位についてはエラーの扱いにはしていますがこれにより 返戻することはないという審査側の取り扱いです。が、単位 の確認がとれたものより順次マスタ更新で提供する予定で す。 人工腎臓については 人工腎臓1 障害者加算 夜間休日加算 の場合に記録順序に誤りがありましたので修正しました。	H17.2.28
28	ncp 20050222-002	レセプト電算データ 月 2回目の EF-胃・十二指腸 1140点 超音波内視鏡加算 300点 粘膜点墨法加算 60点 検査逓減 と入力されています。 合計1500点に90/100逓減をすると 1350点になります オルカでは 1380点と表示されます 超音波内視鏡加算の300点が逓減していないようです	超音波内視鏡加算は逓減対象の所定点数からは除外とな ります。よって、診療行為で算定している点数1380点は正 しいです。 レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修 正しました。	H17.2.28

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		超音波検査で同月内に同一検査を行った場合90/100逓減となりま すが部位等のコメントを入力した場合入力画面及び紙レセでは 超音波検査 検査逓減 コメントコードの順に出力されます。		
29	support 2月17日 - (1)	レセ電では 超音波検査 コメントコード 検査逓減 の順になります。 (入力でこのように入力は出来ませんで した。)	レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修 正しました。	H17.2.28
		査定の理由を医療機関でお問い合わせしたところ検査 (手技)と逓減の 間にコメントが入っているためとの回答だったそうです。		
30	support 3月8日-(1)	月途中で主保険変更(社保) 保険者番号 変更なし 本人 家族へ変更 の場合で老人のレセプトが2枚で出力されます。 老人以外の方であれば2枚出力で問題ありませんが老人の場合、1枚 での出力が正しいそうです。(基金確認済み)	老人または前期高齢者の場合はレセプトをまとめるようこしました。	H17.3.29
31	request 20050228-002	理学療法についてです。基金に確認を行ったところ、理学療法はレセ電 コードが一般 老人でコードが別々でありますが、現在の仕様では一般 であっても老人であってもレセプトの適用欄には 理学療法】と記載が行 われます。レセプトの適用欄には、老人理学療法を行った場合、正式名 称で 医人理学療法】と記載が必要という事です。全国共通の記載の決 まりという事ですので、早急なご対応をお願い致します。 断明細書の記載要領 平成15年4月版 P.47 'ソ欄】	理学療法のレセプト記載について、老人保健点数を算定し た場合は摘要欄の診療名称に '老人 'をつけるようにしまし た。 (例) 理学療法 (1)(個別療法) 老人理学療法 (1)(個別療 法)	H17.3.29

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		日計表について システム管理の医療機関情報 - 基本にて請求額端数区分を 4端数処 理なし以外に設定した場合、自費項目の登録を自費保険ではなく健保 にて.960を宣言し入力した場合、日計表を出力しますと健保分に端数 の金額が計上されてきますがこちらは仕様でしょうか。 調整金や減免による減額だけではなく端数処理による増減額でも同じと いう事でよろしいでしょうか。 お問い合わせ先の医療機関様は産婦人科なので混合診療されていま す。 このような場合現状では自費分は患者登録で自費登録をし自費項目は 健保分では入力せず自費にて入力する以外日計表の健保分に端数を 計上しないようにすることは出来ませんでしょうか。	システム管理医療機関情報 - 基本の請求額端数区分(減 免無)を "4端数処理なし"以外で設定した場合で、自費分の 診療行為入力を自費保険ではなく医保にて .960を宣言し 行った場合、医保分欄で端数処理を行っていたので、調整 金や減免が無い場合に限り、自費分欄で端数処理を行うよ う修正しました。(調整金や減免が伴う場合においては、現 行どうりとします。)	H17.1.25

52 月次統計

_	52				
1	番号	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	20041129-011	月次統計の「診療別医薬品使用量統計」ですが、バージョン2.4から院 外区分の「2 院内 院外処方順に出力」を選択しても院内分のみしか出 力されません。修正をお願いいたします。	修正しました。	H16.12.2
	2	20050202-010	入院会計一括作成 (バッチ処理) 12月の一括作成時では10人ほど同時に算定してきている患者様がい たそうです。会計照会で夜間看護加算の一括修正 (1日~31日に0を立 てる)をすると剤ごと削除されるのでおそらく12月で修正をかけた患者 様は次月より正常に会計作成されると思いますが、一般病棟 療養 病棟に移動した患者に毎月同じ現象がでるのであれば毎回修正しなく てはならないので一括で修正をかけれないとのことでした。	入院会計一括作成で転室した患者の会計を作成した際に、 前歴の入院料加算を算定してしまう不具合があったので修 正しました。	H17.2.17

102 点数マスタ

101				
番号	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	20041025-001	マスタ登録の点数マスタよりリストを作成したところ出力できないものが ありました。 診療行為の診療区分注射料のものです。	抽出条件の誤りでした。	H16.11.5

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	ncp 20050308-008	 処方せん(標準及び新帳票も)で麻薬を処方した場合、処方せんに患者 住所と麻薬施用者免許証番号が出力されますが、下記のような場合、 麻薬施用者免許証番号が出力されません。 前回診療の医師が麻薬施用者免許証番号をもっていない場合、今回診 療した医師が麻薬施用者免許証番号をもっていて、麻薬該当薬を処方 した場合、「麻薬施用者免許証番号をもっていて、麻薬該当薬を処方 した場合、「麻薬施用者免許証番号をもっていて、麻薬該当薬処方 した場合、「麻薬施用者免許証番号なし) 3/1 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号なし) 3/3 診療 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号あり))麻薬該当薬処方 処方せんに麻薬施用者免許証番号あり)) 3/1 診療 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号あり)) 3/3 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号よし)) ホ 、 3/3 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号あり)) ホ 、 第 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 第 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 第 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 第 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 第 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 3/3 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号より)) ホ 、 第 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号より)) 第 Dr.2 (本 当は処方できませんが、、 ※ ※<td>麻薬施用者免許証番号を職員情報から正し〈編集するよう に修正した。</td><td>H17.3.29</td>	麻薬施用者免許証番号を職員情報から正し〈編集するよう に修正した。	H17.3.29

その他

	Ľ			
番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		1つの剤に用法を複数入力した場合薬剤情報(お薬情報)に最後に入力した用法のみしか印字されなかったので修正しました。		H16.10.15

1	2	<u> 곳옷 신크</u>
- 1	2	豆邨

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040723-004	患者登録をする際に同姓同名のチェックがかかるようになっています が、久しぶりに来院され、結婚などで名前が変っている場合があります。 その場合は同じ患者さんを重複して登録してしまいますので、名前とは 関係なく生年月日が同じ場合でもメッセージを出してほしい。	二重登録疑いの判定方法を医療機関の運用に合わせて選択できるようこした。 システム管理の「1017 患者登録機能情報」の二重登録 疑い区分により設定を行う。 0 カナ氏名+性別+生年月日:カナ氏名、性別、生年月 日の一致する患者 1 カナ氏名+漢字氏名+性別+生年月日:カナ氏名、 漢字氏名、性別、生年月日の一致する患者 2 性別+生年月日:性別と生年月日の一致する患者 以上の条件により、カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日の いずれかかが変更された時に二重登録疑いリストを表示す る。	
2	20040609-001	ある患者の患者番号を新しくふりなおす機能の追加の希望をユーザ様 よりうけました。 つまり 1.患者Aに患者番号00001を登録 2.診療行為入力 3.患者番号をいれ間違えた事にきずく 4.患者Aの患者番号を00002にふり直す 5.当然 2で入力した診療行為はそのままできる という事がしたいのです。 たぶんptidはそのままでptnumだけ変更されるという事だと思います。 一度つけると二度と変更できないというのもおかしなはなしなので、ぜひ ご検討お願い致します。	登録済みの患者番号を別の患者番号に付け替える。患者 番号のみの変更であるので、登録内容の変更はない。 登録済みの患者情報を呼び出し表示している時、再発行 (S hift + F5)を選択すると患者番号付替え画面を表示する。 制限事項として新しい患者番号は自動採番の時、連番号よ り大きい番号へは変更できないこととする。また、変更前に 作成したレセプト・定期請求などの内容は変更しないので再 度処理をすること (印刷物の患者番号が旧番号となっている 場合)。	

12 登録(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
3	20040527-016	患者基本情報の保険者番号入力欄に有効期限開始日終了日が必須入 力項目としてありますが、通常運用下において本日日付を入力するパ ターンがほとんどです。その中で、日付を入力する方法を簡便化する手 段を求められています。同様に公費の適応開始日の入力方法について も同じことを指摘されています。 対応案1:何も入力しないでエンターキーを入力した場合システム日付を セット 対応案2:代替キーを押したときにシステム日付をセット(テンキーエリア に近いキーが望ましいので"+ "や"-"などのキーが望ましい)	保険と公費の開始日を入力されなかった場合システム日付 を編集するようこした。	
4	20041115-006	特定疾患 (51)を複数の疾病で受給されているPの患者登録ができま せん。	保険番号「051特定負有」、「091特定負無」、「052小児 特定」の場合、有効(認定)期間が重複しても登録できるよう にした。 保険組合せ履歴」タブ画面の保険組合せ一覧」に受給者 番号を表示するようにした。また、所得者情報」タブ画面の 公費負担額で特定疾患を選択した時、該当の受給者番号を 表示する。	
5	20041022-002	数管(日雇い)』と『19原爆』の保険を持っている患者さまの場合、すべてを『19原爆』が負担するため、『19原爆』の公費単独としてレセプトの記載を行うようにしてください。 数管』と『19原爆』の場合は、『19原爆』単独で記載する必要がありません。 日レセソフトでは、当該の患者さまの保険組合せは、数管(日雇い)+ 老人1割+19原爆』と数管(日雇い)+老人1割』の組合せしかありません。 現状の仕様では、このことを考慮して保険の登録を行わなければならないので、保険の入力が行いにくい状況にあります。保険の再登録等の 手間が発生しております。保険組合せの作成時に、『19原爆』公費単独の組合せができるようこ改良を要望します。	原爆受給者で特別療養 (日雇)の場合に原爆単独の保険組 合せを作成できるようこした。	

1	3	昭会
_		

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040825-006	照会画面の病名検索で、 疑い病名/疑い病名でないもの 急性/慢性 ・主治医ごとの検索 ・入院/外来 の検索が出来るよう項目を追加してほしいとのことです。折角照会機能 がついているのですがユーザー様からはもう少し細かく絞り込めれば利 用の幅がふえるのだかとの声を頂きました。ご検討宜しくお願いします。	疑い病名」項目に指定した条件により次の処理を行うな お、疑い病名とは患者病名登録にて9疑い」または5急性 かつ 疑い」が指定された病名を持つ場合をいう 未設定・・・疑い病名を考慮せず検索を行う 含まない・・・疑い病名を検索対象から除外する。 疑い病名のみ・・・疑い病名のみを検索の対象とする。 「入外」項目に指定した条件により次の処理を行うなお、患 者病名登録にて入外区分の指定がない病名については入 院、外来どちらにも有効な病名として検索を行う 検索条件を外来」とした場合、 病名、以外指定なし、・・検索対象となる。 病名、外来・・・検索対象となる。 病名、気院・・・検索対象となる。	

21 診療行為

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040928-002	在宅末期総合診療料はまるめ点数ですので処方せん料は算定できない のですが、院外処方を行っている医院様で在宅末期総合診療料を算定 した場合、処方せんを出すために薬剤を入力すると処方せん料が自動 発生します。現在は確認画面で削除していただいておりますが、寝たき り老人在宅総合診療料のように自動発生をしないように変更していただ けませんでしょうか。(在宅を専門とされている医院様もあり、毎回削除 するのは大変なようです。)よろしくお願い致します。	在宅末期総合診察料を算定している時、処方せん料の自動 発生をしないようこした。	

21 診療行為(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
2	20041015-002	診療行為入力で例えば、特記事項09 (099990109) 実日数算定 (099409901)・コメント (810000001)を入力して、それぞれ後ろに*1を入 力し、区切ります。そのときは良いのですが、訂正診療日で再度開いた 時にこれらがまとまって表示されてしまいます。 特に、特記事項に他のコメント等がついたまま登録すると、レセプトの 特記事項」のところに表示されず、コメントに付随する形で摘要欄のとこ ろに表示されてしまいます。医院様より訂正する度に*1を入力しなけれ ばならないので非常に面倒であるというご指摘もあります。また、実際業 務中ですとそこまで処理しきれないこともあります。できましたら、それぞ れが独立して表示されるようこしていただきたいですが、せめて入力し た*1が消えないようこはしていただきたいと思います。	コメントのみの剤を入力した時、診療種別(990)を入力せ ずに回数入力で剤分離をした場合、展開時にコメントが前の 剤と一緒になっていた。 診療種別を省略された時、990を診療種別に追加編集する ようこ修正した。訂正で展開時に、.990 コメントの行が自 動発生することになる。	
3	20040707-004	診療行為入力でのエラーについてですが、例えば、特定疾患療養管理 加算と在宅関係は同時算定できませんので中途終了や登録をクリックし た時にエラーになります。この動作はなにも問題はないですし上記二つ が同じページにある時はどちらかを消せばいいんですが、これが別の ページに入力してしまった場合はとたんに面倒になります。上記の例で 言えば、最初患者を呼び出した時に特定疾患療養管理加算が自動で入 力され、処方、検査等を入力し、一杯なったので次項をクリックして次の ページに在宅関係を入力した場合、前項をクリックして特定疾患療養管 理加算を消そうとしても同時算定できないというエラーダイアログが出る ばっかりで前項には戻れず折角入力した在宅関係を一回消さなければ なりません。上記はほんの一例としてあげましたが診療行為入力でのエ ラーダイアログ全般に言えることで、要は中途終了、登録ボタンの場合 は今の仕様でよいと思いますがその他のボタンをクリックしてエラーダイ アログが出た場合は、エラーダイアログのOKボタンクリック後の遷移先 はそのボタン通りにしてほしいということです。全部が無理であれば上記 例の前項、次項だけでもお願いします。	診療行為画面で、前頁·次頁、算定履歴画面、他業務画面 への遷移をする時、算定回数·併用算定エラーなどがあって も遷移できるようにした。 マスタの基本エラー、入力値のエラーがあった時は遷移でき ません。 ・基本チェック 老人適用チェック、病院診療所適用チェック、入外適用 チェック、 施設規準適用チェック、対象年齢チェック、病床数チェッ ク、 労災・自賠責チェック、通則加算コードチェック 数量等の入力値チェック 埋め込みコメントの場合の埋め込み内容のエラー 数量ゼロがセット登録可能で、ゼロの数量がある時 コメントの全角エラー	

21 診療行為(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
4	20040630-004	3月1日に来院し、仮にAという病名で脳血管疾患急性発症日を入力し 消炎鎮痛等処置を算定させる場合、七回目までは減算されませんが、A という病名が4月で治癒しました。6月1日に新しくBという病名が開始さ れ、脳血管疾患急性発症日を算定していないにも関わらず、3月に入力 していた情報がORCAにまだ残っているために、全く脳血管疾患とは関 係のない病名にも関わらず七回目までは減算されないようになっていま す。以前お電話で質問させていただいた際の回答は、会計照会画面か ら削除してくださいとのことでしたが、その場合3月の診療行為の内容の 訂正に支障をきたすことになります。脳血管疾患急性発症日があるので あれば、脳血管疾患急性発症終了日を入力できるようにお願い致しま す。	脳血管疾患急性発生終了日を入力できるようにした。 り99800102 脳血管疾患急性発生終了日」というマスタをマ スタ更新で提供する。また、脳血管疾患急性発生日の算定 を健保と労災・自賠責で別々に登録できるようにした。終了 日については健保のみ入力できることにする。	
5	20040708-001	診療行為画面の F2 (患者取消)を押下したとき、 患者取消をします。よ ろしいでしょうか?」などというような確認メッセージを表示していただけ ないでしょうか? 先日、導入を検討している医療機関様でデモを行った 際にスタッフの方に実際に入力をしていただいたところ、診療行為画面 が2頁に渡った時に誤って「F2」を押下した途端に今まで入力したもの が一瞬にして消えてしまいました。先生他スタッフの方は、呆然としてし まい、この現象が不安を抱かせてしまいました。既に導入されている医 療機関様でも同様の経験は少なからずあると思いますので、検討してい ただけないでしょうか?	患者取消を押下した時、確認メッセージを表示するようにした。 システム管理の「1007 自動算定・チェック機能制御情報」 に患者取消確認チェックを追加した。これを「1 チェックす る」とした場合、患者取消を押下時に診療行為内容が表示されている時、確認メッセージを表示する。 診療内容がない場合(入院の初期画面など)はメッセージを 表示せずクリアする。	
6		検査の入力について 血漿交換前後に生化学 1検査を行っているそうなのですが前後両方に 総コレステロール、LDHコレステロールを入力しますと .610を宣言して入力しても 験査の重複算定エラーです』とエラーが出 て入力することが出来ません。	検査の重複算定チェックで診療種別「.610 検査 Ø水包 括対象外)」で入力された検査も含めていたが含めずチェッ クするようにした。	

21 診療行為(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
7	20040825-003	入院の診療行為のところで、検査の包括を外来と同じようにならないで しょうか?包括と包括外が入れ子になった時に自動で包括してくれる機 能、(600と宣言したときはまとまらないなど)また、同一項目を何度入れ ても検査項目数にカウントされてしまうの外来は削除メッセージが出る)な ど包括に関しあまりにも違うため戸惑ってしまうと同時に、全て意識して 登録しないといけないため、入力処理に必要以上の時間がかかってしま います。	診療種別「.610検査 (外来包括対象外)」で入力された 場合、また、入院での検査入力の仕様を変更した。 1.同一剤内で同一検査があった場合はエラーとする。ただ し、自動で削除は行わない。 2.同一剤内で重複算定できない検査を入力した場合はエ ラーとする。	
8	20040712-001	現在、日レセでは検査名に関しては、厚生労働省提供のマスターを使用 しています。ところが、この名称と医科点数表の解釈」での名称や検査 会社が使用している名称とは、異なる場合が多々あります。したがって、 他の名称を使用している場合に、その名称が日レセでの検査名称のど れに該当するのかわからない場合があります。そこで、それを調べる手 がかりとして、検査の点数から日レセの検査名称を逆引きできないで しょうか。そういう機能をつけていただくと、日レセでのどの検査に該当 するのか調べやすくなると思います。 例)日レセでの名称 尿一般」、 医科点数表の解釈」での名称 尿 中一般物質定性半定量検査」、ある検査会社の検査依頼書での名称 尿一般(定性)」 この場合に、カルテにはただ単に 尿 28点」と書いてあったとします。こ れがどの検査なのかわからない場合があります。このようなときに、 28 点」と引くと、28点」に該当する検査の一覧が表示されると非常に便利 だと思います。この例は、適当な例とは思われませんが、あまり頻繁に 実施されないような検査の場合だと、受付事務員の方がどの検査項目 で入力したらよいのかわからない場合に、役立つのではないでしょうか。 ぜひ、このような機能を搭載していただくようお願い申し上げます。	検査マスタを点数により検索できるようこした。 診療行為検索一覧画面の入力コード欄で「/」+点数で検 索する。 「/ 点数 - 点数」で指定した点数の範囲を条件に検索もでき る。 (/、-、点数はすべて半角とする) %加算(碱算)マスタは対象外とする。また、労災の検査も 選択中の保険に関係な、対象とする。 診療行為画面の入力コード欄から、「/ / / 12 - 20」のよ うに入力を行い検索することもできる。 検索結果の一覧に包括対象検査の場合は包括の種類毎に 記号を表示する。 血液化学検査 肝炎ウイルス関連検査 腫瘍マーカー :4以外の腫瘍マーカー 出血・凝固検査 :自己抗体検査	
9	20040525-006	診療行為画面で診療行為に 「/」を入力すると検索画面が表示され、 「F7 次頁」をクリックすると、次のページに移りますが、 前頁」等のボタ ンを付けて、前の画面に戻れるようこしてほしい。	診療行為検索一覧画面に、前頁」(Shift + F7)を追加した。また、選択中の行(番号の横に「*」が表示されている行)を再度、マウス等で選択した場合、解除とするようにした。	

21 診療行為(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
10	20041213-001	労災点数マスタに診療区分40で 切診時ブラッシング料 91点」がある と思うのですが、創傷処理など手術と同時にブラッシングを行う場合もあ りますので、診療区分50でも 切診時ブラッシング料 91点」のマスタを 作成していただきたいとのご要望を医療機関様よりいただきました。RIC に問い合わせたところ、診療区分は40でも50でもかまわないとのご回 答をいただきましたが、手術の流れで行った診療行為は、50のコードで まとまるほうが入力もしやすいと思いますので、ご対応いただけますで しょうか。	初診時ブラッシング料を手術でも算定できるようにした。 初 診時ブラッシング料を入力した行の直前が手術の剤である 場合は手術として算定し、それ以外の場合は処置とする。	
11	20040806-001	有床診療所において、外来で慢性疼痛疾患管理料を算定した患者様が 入院され、消炎鎮痛処置を行った際に入院で消炎鎮痛等処置を算定す ると、慢性疼痛疾患管理料算定済みです。併用算定はできません。」と エラーが表示されます。広島県支払基金に確認したところ、外来と入院 では別々と考えるため双方での算定はできます」との回答を頂きました。 外来で慢性疼痛疾患管理料を算定している患者様が、入院で消炎鎮痛 処置を行った場合に消炎鎮痛等処置を算定できるようにして頂けないで しょうか。	入院で消炎鎮痛等処置と理学療法(4)を算定した時、慢性 疼痛疾患管理料を算定済みの場合併用算定エラーとなって いたが、慢性疼痛疾患管理料との併用算定は外来のみ行う ようこした。	
12	20040806-001	有床診療所において、外来で慢性疼痛疾患管理料を算定した患者様が 入院され、消炎鎮痛処置を行った際に入院で消炎鎮痛等処置を算定す ると、慢性疼痛疾患管理料算定済みです。併用算定はできません。」と エラーが表示されます。広島県支払基金に確認したところ、外来と入院 では別々と考えるため双方での算定はできます」との回答を頂きました。 外来で慢性疼痛疾患管理料を算定している患者様が、入院で消炎鎮痛 処置を行った場合に消炎鎮痛等処置を算定できるようにして頂けないで しょうか。	外来で慢性疼痛疾患管理料を算定済みの場合でも、同月 内で入院において消炎鎮痛等処置、理学療法 (4)を算定で きるようにした。慢性疼痛疾患管理料と肖炎鎮痛等処置 介 達牽引 理学療法 (4)の併用算定チェックは外来分のみで 行う。	

21 診療行為(続き)

番号	号 受付番号	要望内容	対応内容	備考
13	20041102-006	診療行為入力画面で投薬日数28日以上では長期投薬加算が算定でき ます。Ver2.3.1ではきちんと動作します。しかしVersion2.4.1では主たる診 療科で病名がついてないときちんと動作しません。以下、例です。病名: 高血圧(主病名)05 特定疾患療養指導料/老人慢性疾患生活指導料 を選択し内科で登録 診療科を耳鼻科にして適当な薬を30日分処方 後、複数科保険ボタンで内科を選択し適当な薬を30日分処方 した後登 録ボタンを押すと"長期投薬加算のメッセージ"はでません。この診療 科の入力順を逆にするときちんとメッセージが出ます。これは主たる診 療科という概念がある場合だと良いのですが、実際の現場では主たる 診療科という概念は無く複数の診療科でどこに先に受診し、ORCAに入 力されるかはその時と場合によります。したがって病名の付いている診 療科から先に入力しなければいけないような仕様は困ります。ぜひ仕様の 変更をお願いいたします。このような仕様ですと複数科を持つ医療機関 には普及していと考えます。	外来での複数診療科分を同時入力した場合、特定疾患療 養指導料、特定疾患処方管理加算等を入力した診療科で 登録されている病名情報から自動算定するようにした。 条件として次のようなことがある。 ・主科を変更することにより主科で特定疾患療養指導料が 算定可能になった場合、主科で指導料を自動発生をする。 この時他科で既に指導料が算定されているか、併用算定で きない場合は自動発生はしない。 ・中途終了分を展開する時、特定疾患療養指導料を再度自 動発生する。この時、既に算定されているか、併用算定でき ない場合は自動発生はしない。 ・訂正時には自動発生はしない。 むい場合は自動発生はしない。 むい場合は自動発生はしない。 できかした場合は、新規の扱いとなるので自動発生の 対象となる。 ・投薬があった時の特定疾患処方管理加算と長期投薬加算 については、最初に特定疾患を算定している診療科で自動 算定することとする。ただし、訂正の時は自動算定の対象と はならない。	

22 病名

番号	; 受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040827-003	病名登録画面のコメントで入院履歴があると退院後も入院のコンボに なってしまえ 診療行為画面から病名登録画面へ移行した場合は外来 か入院か判るはずなので、病名コメントもすくに外来分を表示して欲し い。	無床診療所版の場合は「入院外」のみの表示とする。 病院版の場合は他業務から遷移した場合に入外区分が設定してあれば、設定した入外区分を表示する。また、他業務から遷移していない場合、あるいは遷移しても入外区分が設定されていない場合は該当診療年月の入院歴を参照して	
			表示を行っ	

22 病名(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
2	20040625-001	病名登録時、主病名を設定していない場合に「生病名がありません。更新しますか?」という確認メッセージが表示されますが、このメッセージを 、まっする」、、、しつ確認メッセージが表示されますが、このメッセージを 、まっする」、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、	病名登録についてシステム管理にて表示有無の設定を行え るようこした。 システム管理「1042 病名機能情報」の 生病名確認メッ セージの表示」を設定することにより、メッセージの表示有無 を行う。デフォル Hはメッセージの表示を行うこととする。ま た、システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」で 0 主 病名の編集を行わない」が設定されてる場合は、「1042 病名機能情報」の設定に関わらず確認メッセージの表示は 行わない。	
3	20040522-005	病名入力ですが、「術後」 萎縮」などの「接頭語」 接尾語」は入力の順 番が異なるとエラーで登録できないため、現在は、)やスペースを入力し て編集病名として登録しています。 編集病名 (ワープロ病名)では順番が異なっていても登録できるように機 能強化できないでしょうか?	修飾語コードのみで組み立てられた病名を編集病名として 登録できるようこした。 自院病名画面で修飾語コードのみで組み立てられた病名を 入力した場合、病名種別の変更によって病名として登録が できる。	
4	20040528-002	標準病名にないものを入力する時、「例」偽水晶体眼」のように部位な どで止まる病名が現在入力できません。このようなケースも編集病名と して入力できるようこ改良をお願いいたします。	同上	

22	コロター
23	山X創入

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040903-003	支払証明書の仕様で、現在点数と支払金額が表示されているのです が、支払金額には保険分と自費分が合算されたものが表示されており、 分けてほしいとの要望がありました。また、点数の表示についても選択 できるようにしてほしいとのことです。点数については、レセプトの作業時 に何らかの理由で点数のみの修正を行い、先に患者様へ渡しているも のとの相違があった場合、トラブルの原因となるのを防止するためとの ことでした。検討していただけないでしょうか?	 (1)支払証明書についてカスタマイズを前提とした帳票の扱いとした。システム管理、出力先プリンタ割り当て情報」にてカスタマイズ帳票の指定を可能とした。また、日別と月別の支払証明書の設定を分けた。 (2)支払証明書のレイアウトを変更し自費診療分の編集領域を追加した。自費診療分請求額の編集を行う。 (3)支払証明書の請求内容(保険点数、自費診療分)について印字有無の選択を可能とした。 (4)支払証明書の期間指定を診療日または領収日のどちらかで行えるようにした。 	

24 会計照会

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040604-004	月途中で保険変更があり、尚且つ両保険で診療があった場合、現在は 会計照会の保険一括変更は使用できず、診療行為画面の訂正で1日ず つ保険変更を行っています。会計照会の画面で保険一括変更が出来る ようこならないでしょうか?保険制度が3割負担に統一されてから、患者 様も保険証が変わっても負担割合が変わらないので連絡がない場合や 新しい保険証が出来てから連絡をしてくる場合など以前に比べて多いよ うです。ご検討していただけないでしょうか?	既に登録済みの診療行為内容で保険組合せの期間変更が 月途中であった場合、保険組合せの一括変更を期間指定 することにより、該当の期間のみ変更できるようにする。 1.保険組合せ一括変更画面に追加した変更期間により、 変更する期間を決定する。初期表示は、変更前の保険組合 せでの受診期間とする。 2.変更期間に変更後の保険組合せが期間外となる時エ ラーとする。 3.変更期間内に登録されている変更前の保険組合せを変 更後の保険組合せに変更する。 (ex)保険組合せが19日で終了し、20日から別の保険組 合せに変更する場合、開始を20日、終了を受診最終日とす る。 4.労災・自賠責の変更はできないこととする。 5.老人公費があり年齢が老人年齢でない場合、一般の保 険に変更はできない。その逆もできないこととする。 6.外来の時は変更後、収納更新 (Shift + F9)を押下して収 納の再計算を行うこと。	

24 会計照会(続き)

会計照会ではな、診療行為業務の方で対応をした。	備考
2 20040607-007 合計紹介画面での入院調剤料の自動計算をOFFにしたいと当院の事務 から要望がありましたが、どこで設定すれば自動計算しないようになる のでしょうか?診療行為を訂正し、会計紹介画面で確認すると前回直し たはずの入院調剤料が変更になってしまうので使いづらいとの事です。 料(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな も第(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな も第(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな も第(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな も第(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな も第(24、26)は訂正の画面に表示されないが、投薬がな	

31 入退院登録

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040820-001	現在、退院後同日再入院になった場合の入院登録処理はできないよう になっています。精神科の場合、月1回月報として精神保健福祉課に、 入院患者様の人数と延日数を報告しなければならないそうです。同日の 退院と入院の日数もそれぞれ計算するため、現在の処理方法では実際 の日数と差ができてしまいます。そこで、退院後同日再入院登録ができ るように要望をあげてほしいとのことでした。	 同日再入院の対応を行った。 1.入院登録処理では、前歴の退院日と同日の入院登録が可能とした。ただし、前歴が歴作成により登録された自院歴(他院歴)の場合は退院日の翌日より入院登録が可能とする。 2.退院登録処理では、次の条件とする。 (1)同日再入院の場合、入院日 = 退院日の登録はエラーとする (2)入院日からの請求を行う場合、請求期間の開始は入院日の翌日とする (3)次のような場合、歴 Bの収納 1のみ請求取消となる歴 Bの収納 20計算が正しぐ行われる。また、歴 Aの退院再計算が正しぐ行われる。 歴 A 収納 1:3/1 ~ 3/10 定期請求 収納 2:3/11 ~ 3/15 退院請求 歴 B 収納 1:3/15 ~ 3/20 定期請求 反別院登録の定期請求区分を月末時のみ請求に変更) 	
2	20041202-005	受付番号20040705-004にあるように、入院日と退院日を1日ずらした場合に選定療養の通算日数をカウントする初期日付が違ってしまいます。 入退院が 自院 9/1~9/10(主病)閉塞性黄疸 他医療機関 9/10~10/10(主病)膵頭部癌 自院 12/1~ (主病) " の場合、ORCAに入力する入退院歴が 自院 9/1~9/10(主病)閉塞性黄疸 他医療機関 9/11~10/10(主病)膵頭部癌 自院 12/1~ (主病) " どな以(主病)膵頭部癌の選定療養の通算日数をカウントする日付が9 /11からどなり1日ずれることどな以、レセプトに表示される他医療機関 の入退院歴も1日ずれた入院日で表示されてしまう事になってしまいま す。入院日ど退院日が同日でも入力できるようにならないでしょうか。	同上	

31 入退院登録(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
3	20050205-002	広島県の41老人(地方公費)は、老人保健法に準じて窓口で一部負担 金の徴収をします。そのため入院の場合は、月額限度額を超えないよう に徴収するのですが、現在その制御が無く総点数に対して1割または2 割で無限に請求してきます。そして低所得者()()などもそれにあっ た金額の制御も出来ていないため、レセプトの負担金額欄や入院の請 求書兼領収書の金額を修正しなければ渡せない状態です。患者登録画 面の所得者情報へ登録しても食事の減額はされますが、一部負担金の 減額はありませんでした。レセプト時期だけでなく日々の業務にも支障 がありますので早急に修正していただけないでしょうか?	患者登録の「所得者情報」に低所得又は低年金の設定があ る場合で、北海道地方公費(道老 1割 "141")、大阪府地方 公費(41老人 1割 "141")、広島県地方公費(41老人 1割" 141")の公費を持つ場合、保険番号マスタの低所得、低年 金のタブに設定のある金額を参照し、入院負担金計算を行 う事とした。また、北海道地方公費(道老 2割 "241")、広島 県地方公費(41老人 2割 "241")の公費を持つ場合、723 00円超の入院負担金計算を行う事とした。	
4	20050214-003	北海道の公費で、老人保健法と同基準が適用される老人医療費(道老) という制度についての要望です。ORCAのホームページを基に地方公 費の設定を行ない、本人と低所得について設定を行ないました。しかし レセプト作成時の負担金について、一般(本人)の場合は正しく適用され ていますが、低所得者の場合は適応されていないようです。取りあえず 未使用の保険番号を使用して低所得者の対応をとっておりますが、日レ セでの正式対応をよろしくお願いします。	「31 入退院登録」の番号「3」を参照。	

32 入院会計照会

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040921-001	入院会計照会で9/29~30を食事なしこしました。9/30に入退院登録で 転科・転棟・転室を行ないました。入院会計照会を見ると9/30に食事なし にしていた所に食事有りが復活していました。サポートセンターよりの下 記の通り回答を頂きました。「受付番号 20040917-004 転科転棟転室 処理を行いますと異動日以降の入院会計照会のデータを作り直します ので異動日以降の設定は再度行う必要があります。」何度も行なうのは 手間ですので改善して頂けるよう検討お願い致します。	転科 転棟 転室を行った際に、異動日以降の食事情報(カ レンダー設定された内容)について上書きを行わないように した。	

36 入院患者照会

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040616-003	入院患者照会で検索結果をフリガナ順に並べ替える機能を希望いたし ます。	入院照会業務画面に入院患者検索画面の並び順指定を行 うコンボボックスを追加した。 並び順の指定は以下の内容より選択可能とする。 (1)病棟、病室順 (2)患者番号順 (3)カナ氏名順 並び順の指定が無い場合は病棟、病室順に検索結果の表 示を行う。	

41 データチェック

41				
番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040817-002	月に 1回しか算定できない診療行為が複数ありますが、入力時にエラー とならないものもあり、 気づかずに登録し、 レセプト提出したために減点 されるということを何度か医院様より伺いました。 こういったことをなくす ために、 データチェックでレセプト前にチェックをかけたいのですが、 チェックマスタの "診療行為の併用算定"で、ある診療行為に対し、 同一 の診療行為を登録してもチェックがかかるようにしていただけますでしょ うか。	チェックマスタの '診療行為の併用算定 'においてある診療 行為に対し 同一の診療行為を登録し 算定回数のチェック を行えるようこした。該当する診療行為について 2回以上算 定があった場合はエラーとしリス Hこ表示を行う	

42 明細書

-	. ~				
i	番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
	1	20040608-002	自賠責レセプト、明細書の左下欄の、「上記金額¥ XXXXを***** 殿・・・・」の******殿の部分に「保険会社」名を現状では「手書き」「ゴム 印」でおこなっています。 ORCAでの登録 ・反映を実現していただきた い。	自賠責保険の担当医と保険会社名を患者登録の保険登録 画面から入力できるようにした。担当医はコードを4桁(受付 等の画面で表示されているドクターコード)を入力することに より医師名を表示する。また、診療科を選択することにより、 該当の医師名を一覧表示するので選択することもできる。保 険会社名は全角入力とする。	

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
2	20040915-001	以前、問い合わせをした件 20040727-006)で、処置名 処置薬剤 処置 材料をそれぞれ単独で入力をした場合・・・・ 処置名 処置薬剤 処置 材料の順にレセプト表示されないことに問い合わせに対して、対応な し、まとめて入力してください」との回答がありました。まとめて入力を行 うと、剤の内容が変わるたびに剤が増えるため、単独で入力をしたほう がレセプト点検時に1ヶ月の回数が一目で分かるとの意見もあります。 導入先の医療機関様でそれぞれ入力の仕方は違いますので、まとめて 入力した場合だけでなく 単独で入力した場合も正しい順序で表示して いただくよう再度ご検討願います。既に導入されている医療機関様の要 望ですので強く依頼いたします。	処置名 処置薬剤 処置材料をそれぞれ単独で入力をした 場合、1 処置名、2 処置薬剤、3 処置材料の順にレセプト 摘要欄記載することにした。 (例) 処置材料を先に入力した場合 .400 処置 .402 処置材料 (7 xxxxxx) .401 処置薬剤 (6 xxxxxx) でも *処置 *処置薬剤 (6 xxxxxx) *処置材料 (7 xxxxxx) の順で記載を行う。	
3	20040904-001	同一検査で、糖試験紙法など複数回行う場合、「.600」または「.610」 で「*回数」で入力をしていますが、レセプト出力すると別紙のように 同一項目で複数行に分かれて表示されます。会計照会は別紙のよう に、まとめて回数が表示されています。レセプト表示についても同一検 査については、回数を合算して表示できないでしょうか?	レセプH作成処理で包括対象検査のまとめを行っているが 糖試験紙法など同一日に複数回、月に複数日行うケースに ついては別剤としてレセプHこ記載していたので同一検査は まとめるようこした。	
4	20040527-003	老人 27)・原爆 (19)の方のレセプトと総括の集計についてお願いがあり ます。明細書の記載要領 (平成 14年 4月)の、p5,9,55にもありますが、 レセプトに老人の番号は要らないので単独のレセプトを作成します が、老人被爆のスタンプを押さないといけませんので、レセプトを印字し た時に、老人被爆であるという印 (たとえば、(原)等の印)をどこかに印 字していただけませんか。	公費負担医療においてレセプト記載が不要の場合でも診療 報酬請求書へ日数等の記載を行うようこした。また、老人被 爆者の一部負担金については支払基金からの通達に従っ て診療報酬請求書の記載を行うようこした。(社保分のみ) 老人被爆者の場合、システム管理「2005 レセプト総括 印刷情報」にてレセプト記載の有無を選択できるが、一部負 担金についてはこの設定に関わらず記載を行う。	

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
5	20040522-009	27老人の入院一部負担金の上限額 (40,200円)で月途中に主保険 がかわりレセプトを2枚に分けた場合、それぞれのレセプトに40,200 円と表示されます。前保険で既に満額の40,200円に達した場合、後 者の保険では負担金額の表示はないようにお願い致します。トータルで 40,200円の上限にしていただけないでしょうか?	高齢者の月途中での保険変更に対する一部負担金上限額の記載を見直した。	

44 総括表·公費請求書

番号	受付番号		対応内容	備考
1	20040707-003	レセ電の返戻レセには紙の場合と違い、返戻分の総括表が必要になり ます。総括表が出力出来るようになりませんでしょうか?	返戻されたレセプトを再請求する場合に返戻分のみの診療 報酬請求書を作成できるようこした。総括表・公費請求書作 成指示画面より、対象帳票」内より、総括表・社保」- 返戻 分」、総括表・国保」- 返戻分」を選択する。なお、返戻分 のレセプトであることを識別するために請求管理業務で該当 のレセプトに対し、返戻年月」を正し〈登録してお〈必要があ る。	
2	20041117-003	受付番号 20040707-003」と同じ要望です。総括表で選択した(返戻等) 患者のみ総括表(紙)へ記載する機能を追加してほしい。(レセプト電算 データで請求する場合)返戻があって再請求する場合、返戻分とレセプ ト電算データとは分けた総括表(紙)で提出して下さい。と支払基金から 言われました。国保の場合は、今月請求分と合算した総括表(紙)で提出 できるので(要望一覧 20040830-001」で調査中となっていますが・・・)一 応操作で回避できます。愛媛県ですよろしくお願いします	受付番号20040707-003と同じ。	
3	20041013-001	総括画面よりチェックリストを出力すると、生保患者様の実日数が 0で表 示されています。生保患者様についても、実日数が正しく表示されるよう にしていただけないでしょうか。早急な対応をお願いいたします。	公費の実日数を表示するようこしました。	

51 日次統計

番号	· 受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040813-001	現状の統計業務(日次・月次)のメニュー画面では、パラメタの説明がな いので指定方法がわかりません。処理区分 1: 2: みた いな説明が入れられるように対応願います	日次統計業務画面の帳票番号をボタン化を行い、このボタンが押下された場合にパラメータ説明画面を表示するようにした。 パラメータ説明画面では説明文の表示およびパラメータの 入力も行える。 月次統計業務も同様とする。 参照】システム管理の番号1	
2	20040520-004	調整金を入力した患者のリス Ht、でますか?	調整金一覧表を作成した。 システム管理で統計表の登録を行う、 設定については標 準提供なので該当帳票のパラメータを複写することを推奨 する。) 条件を指定された診療期間における調整金を含んだ収納情 報を対象として編集を行う。 出力順については次の中から選択できるようにした。 患者番号 (昇順) ・診療年月日 (昇順) ・患者カナ氏名 (昇順) 診療科別のに編集を行うか否かを選択できるようにした。	

52 月次統計

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040823-001	院外処方の場合でも月次統計 会計カード」に処方薬剤名を表示して頂 けないでしょうか? これは医療機関様からの問い合わせですが、 レセ 作成前に処方薬剤に対して病名の漏れがないかを確認したい。」との事 です。現在の方法ですとレセと会計照会画面とを1件1件照らし合わせる しかありません。この方法だとかなりの時間がかかります。 レセプト点検 時間を短縮するために会計カードの院外処方薬剤表示対応をご検討宜 しくお願い致します。	院外処方の薬剤および、院内処方の包括入力分薬剤について会計カードへ編集を行うようにする。 診療区分ごとに以下の順に表示を行う。 (1)院内処方分 (2)院外処方分 (3)院内処方の包括入力分 院外処方の薬剤と院内処方の包括入力分の薬剤について は、診療区分表示の左側に印(""、"")の編集を行い、 区別ができるようにする。	
2	20040922-001	院外処方を選択されている医療機関の場合、レセプHに投薬した薬は印 字されませんが、病名と処方した薬とをチェックしたい為、処方した薬も レセプHに印刷するモードを作ってほしい。と医療機関より要望を受けま した。	受付番号20040823-001の対応とします。	
3	20041230-001	月次作業を行う時に過去のデーターが蓄積されている中で、蓄積した データーの最初から該当月までを見に行くようなシステムになっており、 毎月、月が増す事に時間がかかっているのが現状です。病院クラスにな るとデーター量も多くなり、時間が非常にかかってしまうので、改善をお 願い致します。	チューニングをしてみました。	

101 システム管理

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040813-001	現状の統計業務(日次・月次)のメニュー画面では、パラメタの説明がな いので指定方法がわかりません。処理区分 1: 2: みた いな説明が入れられるように対応願います	システム管理「3001 統計帳票出力情報(日次)」及び「30 02 統計帳票出力情報(月次)」にて 複写」(F4キー)を押 下すると統計帳票一覧画面を表示するので該当の帳票を選 択することによりパラメータの設定と説明文を簡単に登録す ることができるようにした。ただし、帳票一覧画面では標準 提供されている帳票のみである。	

101 システム管理(続き)

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
2	20041125-001	現在のORCAの選定療養の患者一部負担金は病棟ごとに定額金額を 設定するか、入院点数の定率で計算するかの2パターンで登録できるよ うになっています。しかしある医療機関様では、定率計算で金額を求め た後、10円未満を四捨五入したものを設定しています。金額を病棟ごと の定額設定では、一般患者と老人患者の点数が違うので片方の金額し か設定できません。また定率設定にすると、1円未満を四捨五入してしま いますので、誤差が生じます。選定療養の患者一部負担金は社会保険 事務局に届出をしている金額ですので、簡単に変えることは出来ませ ん。次回の機能強化に定率設定の端数処理で1円未満及び10円未満 で、四捨五入、切り上げ、切捨ての設定が出来るようにするか、定額設 定で、病棟ごとでの設定に加え一般老人でも設定できるようにしていた だけますよう、お願い申し上げます。	選定入院患者の患者自己負担金について選定定額設定と する場合に、一般患者と老人患者でそれぞれ患者負担金を 設定可能とした。 システム管理 5000 医療機関入院基本情報設定」と5006 病棟選定入院料情報設定」で、定額設定時に一般患者及び 老人患者の設定を行う。既に入力されていた定額の金額に ついても画面設定は残してあり、 一般 / 老人」の共通金額 の扱いとする。 会計カードに記載する金額についても対応を行った。	
3	20041222-003	今回は、導入予定の病院からのご依頼です。この病院では、病棟の選 定療養費について、老人と一般(老人以外)で点数単価を変えているそ うです。ですので、病棟の選定療養費の設定画面で、1つの病棟につい て2つ以上の選定療養費を設定できるようにし、算定時に選択できるよ うにして頂きたいと思います。なお、老人と一般などに別れていて、老 人保険を算定している場合は自動的に老人に設定した選定療養費が算 定されるようこなっていればなお便利だと思います。	同上	

102 点数マスタ

番된	号 受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20041222-002	ドレニゾンテープ 0.3mg7.5m×10m 「662640221」ですが、単 位が空白となっています。この品目にマスタ管理の画面から入力CD コードを付けようをしても、付けることが出来ません。入力CDコードを3つ までにするのであれば、診療行為入力画面で付けることが出来ますが、 4つ以降は無理です。単位が空白でも、入力することを可能としていただ けるようお願い申し上げます。	薬剤コードで単位が無いマスタはエラー <i>と</i> なっていたのでエ ラーとしないようこした。	

番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
1	20040922-008	CLIAM連携で、受付時に受付医師の情報 (D、名称)も通知するようこし てほしい	ドクター名、ドクターコード情報の送信 受付時にドクターが選択されている場合 予約請求モジュールの <docinfo contentmoduletype="claim">内に以下の形式で 送信するようこした <mmipsi:personalizedinfo> <mmicm:id <br="" mmicm:type="facility">mmICm:tableId="MML0024"> 10003>ドクターコード </mmicm:id> <mmipsi:personname> <mminm:name <br="" mminm:repcode="I">mmINm:tableId="MML0025"> <mminm:name <="" mminm:repcode="I" td=""><td></td></mminm:name></mminm:name></mmipsi:personname></mmipsi:personalizedinfo></docinfo>	
			ドウター名 尚、電子カルテからこの位置にドウターコードを設定して 日レセに送信されると内容チェック後にワーク診療行為テー ブルへの取り込みも可能とした	

CLAM

要望対応内容

- the l	F	785
104	Æ	≝
- IT I		215

<u> </u>	<u> </u>			
番	引 受付番号			備考
1	20040803-003	帳票類 (処方箋、請求書、カルテ、統計表)についてですが、印刷をおこ なう際、出力先プリンタを指定して行っています。システム管理マスタ「1 031」で、出力先 (p1など)を登録しますが、地方公費については、総括 表/保険請求書のエリアに登録しますよね。 これを各請求書ごとに、複数の出力先を登録できるようにして頂きたい です。つまり、システム管理マスタ「3004」より、登録したプログラム名 の横に出力先が指定できるようにして頂きたいです。ある県のプログラ ムにつきましては、A4のものとB5のものが混在しており印刷するたび に、出力先を変更しているのが現状です。医療機関様にとっては大変面 倒にことになっており、また、変更忘れもしばしばあるそうです。というこ とで、ご検討をよろしくお願いします。	地方公費の各帳票別に出力先を指定できるようこした。 システム管理「3004 県単独情報設定」の「プリンタ名」に 設定することによって帳票別に出力先を変更できる。 デフォル Hはシステム管理「1031 出力先プリンタ割り当て 情報」の 総括表・保険請求書」で設定したプリンタ名とす る。	
2	20040715-001	当院は老人ホーム等との配置医契約をしており、診療費の請求は 1ヶ月 分まとめて請求という形を以前より行っています。外来診療費の 1ヶ月単 位での請求書が作成できるようこして欲 しい。	外来月別請求書を作成した。 月次統計業務より、条件を指定して出力を行う。 システム管理で帳票の登録を行う、設定については標準 提供なので該当帳票のパラメータを複写することを推奨す る。) 次の条件による作成が行える。 1.編集の方法を次の中から選択できる。 診療科・保険組合せ別に発行 修療科別に発行 ・全体をまとめて発行 ただし労災・自賠責については診療科・保険組合せ 別に発行する。 2.患者番号が指定された場合は対象患者の請求書を発行 する。患者番号の指定がない場合は全患者を対象とする。 3.請求額が0(ゼロ)円となる請求書の発行可否を選択でき る。	
帳票 (続き)

10000				
番号	受付番号	要望内容	対応内容	備考
3	20050222-005	カルテ1号紙・汎用外来用様式(A4)への印刷について 病名の印字について患者登録情報の 1.カルテの病名対象に 0.全 ての病名、1継続病名のみ、以外に病名印字なしの機能を追加する。	システム管理「1017 患者登録機能情報」の「1 :カルテの 病名対象」に「2 病名記載なし」を追加した。 これを設定す れば傷病名については一切記載を行わない。 カルテのカスタマイズを行っている場合は修正の必要有り	

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		保険組合せを選択して登録した場合、診療行為入力で患者を呼び出し た時にその保険組合せを初期値として表示を行う。また、受付一覧情報 に保険組合せの列を追加した。(受付、受付一覧業務共)	診療行為へ選択保険を引き継く場合は、保険組合せ」を入 力して登録を行う必要がある。診療行為で患者を入力した 時に当日に受付情報が存在すればその診療科・保険組合 せを初期表示とする。また、受付において保険組合せが選 択されなかった時、または保険組合せが無効となった場合 は、公費種類の一番多い保険組合せか労災・自賠責を初期 表示とする。同一の診療科で複数の保険組合せで受付をし た場合、診療行為登録時に、受付を受診済み状態にするの は診療科が一致した受付とする。複数の受付情報があった 場合は、保険組合せに関係なくすべて受診済みとする。	

12 登録

12	<u> </u>			
番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		同姓同名チェックを行う機能を追加した。	同姓同名リストの表示を行うか否かを選択できるようこした。 システム管理の「1017 患者登録機能情報」の同姓同名 者リストが「1 表示しない」の場合、カナ氏名が同じ患者が 登録されていても同姓同名リストは表示しない。「0 表示す る」となっていた場合、カナ氏名または漢字氏名に変更が あった時、同姓同名リストを表示する。なお、カナ氏名入力 時ではなく漢字氏名入力時に表示することになる。	
2		1桁の負担者番号が入らないとのお問い合わせを頂きました。 全角での入力をお願いしましたが、半角1桁は入らないのでしょうか。	桁チェックで誤りがありました。1桁でも入力できるようこし た。	

12 登録(続き)

番号	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		患者番号構成管理情報の設定を2標準構成で 区分を2年+連番 年区分を2西暦 連番初期化区分を1初期化する としている場合にシステム日付を2005年にすると患者登録画面で自動 採番しますと年の部分は2005になりますが連番号が初期化されず2004 年の番号を引き継いで来ます。一度システム管理マスタで患者番号構 成管理情報を開き確定を押すと堕番号を初期化して登録します。』と確 認メッセージが出てOKにしますと初期化されますが、こちらは仕様でしょ うか。 初期化しますと2004年の連番号も初期化されシステム日付を2004年に し自動採番させますと20040001の様に採番されますが初期化すると過 去のものも全て初期化される仕様でしょうか。また、初期化後2005年で 1、2番を連番号を自動採番させシステム日付を2004年に戻し自動採番 させると3番が表示されますがこちらも仕様でしょうか。	患者番号を自動発生する時、年が患者番号構成にあった場 合、システム管理の患者番号構成管理情報で設定されてい る年ではなく システム日付の年を使用していたので、シス テム管理の年を使用するように修正した。	
4		労災・自賠責保険を登録する時に保険表示をする必要があったが、別の保険を表示中であっても労災・自賠責の画面へ遷移できるようにした。 1.労災・自賠責保険が1件も登録されていない場合 2.登録されている労災・自賠責がすべて終了日が設定されている場合 3.終了日の設定されていない労災・自賠責が1つだけの場合 上記の場合は直接画面遷移が行え1又は2は新規、3は該当保険を表示する。上記以外の場合は、現行とおり保険を表示してから画面遷移す		
5		受付」タグ画面で受付業務などで選択された保険組合せを表示するようこした。		

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		診療内容毎に1時間に10人を超えて登録を行うと エラー情報 予約件 数をオーバーしています。』とメッセージが出ます。 閉じるを押しますと入力を行うことができますがこのまま登録を行っても 問題ありませんでしょうか。 警告と判断してよろし、いものでしょうか。 実際に1時間に10人以上診察を行っているとの事です。10人を超える 場合には診療内容を分けて入力した方がよろし、いのでしょうか。	表示するメッセージに 警告!」の文言を追加しました。	
2	ncp 20050322-004	システム管理マスタで1012 診療内容情報 30以上内容を登録していま す。01~45、50~53、60~63で登録しています。 予約画面の診療内容は30項目しか表示されませんが、それ以降の項目 を選ぶにはどうしたら宜しいでしょうか。 今までは、40と数字を入力すると診療内容が表示され登録出来たと医 院様ではおっしゃっていますので2.4.0以前のバージョンでは出来たので しょうか。 今日の時点で、診療内容コードの内容に誤りがありますとエラーメッセー ジが出て30以降の項目が選べない状態です。	診療内容の一覧に表示されていないコードを入力して登録 できてしまうことは、不具合ですので登録できないようこ修 正しました。 診療内容の最大登録件数は、30までです。	
3		予約の登録で、診療内容・ドクターが選択エラーの状態でも登録ができ ていたので登録できないように修正した。		

21 診療行為

	日在田丁	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041012-010	問い合わせ (不具合)及び改善内容 バージョンを2.4.0に上げ、Claimを使って複数診療科のあるXMLを送 信しました。 今まで通り、診療行為入力ではそれぞれの診療科に分かれて表示され ます。 今までなら、請求確認欄で複数診療科ありで、他の診療科に切り替え、 もう一度診療行為入力で確認して、最後に請求確認欄で登録を行って、 うまないってましたが、バージョンアップ後は、診療行為入力では若い診 療科コードの診療行為が表示されるのみです。また、請求確認欄に遷移 後、他の診療科に切り替えることもできません。 どのように対処すればいいですか?	対応内容 外来で中途終了のデータの内容を診療行為内容に追加で きるようにしました。 中途終了一覧画面で展開する内容を選択し追加」(F10 キー)を押すと同一会計画面に別診療科分として追加できま す。 例)内科と皮膚科を受診され各科毎に診療行為を入力し中 途終了とした場合 (1)中途終了一覧の中から内科のデータを呼び出す。診察 料は自動発生する) (2)診療行為入力画面から中途表示」ボタンを押し中途終 了一覧画面を表示する (3)中途終了一覧画面から皮膚科のデータを選択し追加」 ボタンを押す (4)診療行為入力画面に他科分として皮膚科の診療内容が 展開される。(皮膚科の診察料は削除される) (5)内容を確認して 登録」を行う (6)会計確認画面から請求書兼領収書を発行すると1枚に	<u>備考</u> Ver2.4.1で 対応

番号	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	20041005-030	バージョン2.3.1および2.4.0の入院診療行為で .810 * リハビリ 099800101*1 脳血管疾患急性発症日 .310 * 皮下筋肉注射 641240040*1 硫酸アトロピン注射液 0.05% 1m L とすると 注射薬は入力できません」とエラーがでます。 順番を入れ替えて .310 * 皮下筋肉注射 641240040*1 硫酸アトロピン注射液 0.05% 1m L .810 * リハビリ 099800101*1 脳血管疾患急性発症日 とすると問題有ありません。 不具合でしょうか? 入力しなおせばすむ問題ですが、一応報告致します。	脳血管疾患急性発生日を入力後、剤分離をして薬剤を入力 しても入力エラー <i>と</i> なったのでエラー <i>と</i> ならないようにした。	
3		入院で初診料を自動発生するように設定している場合で、中途終了から 展開した時に初診料が自動発生できた時、中途終了内容の最初の行が 消去されることがあったので正しく展開するように修正した。また、初診 料を算定している内容を中途終了した場合、展開時に初診料が2回展 開されることがあったので修正した。		

21 診療行為(続き)

番号	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		入院基本料等の情報 (マスダ設定内容)を入力中に確認できるようこした。	入院患者の診療行為画面から算定入院料等の情報が参照 可能なように入院会計照会画面に遷移可能とする。(ファン クションは Shift+ F11とする)併せて診療行為画面から入 退院登録画面への遷移も可能とする。(ファンクションは Shi ft+ F6とする) 1.診療行為画面で入力中の患者及び診療年月を表示対 象とする。患者未選択時でも遷移は可能とする。 2.診療行為画面で入力途中の状態を遷移先から戻った場 合にも保持されている。 3.診療行為画面から入退院登録画面に遷移して、患者の 入院登録を行った場合に、診療行為画面に戻ってその情報	
5		外来の入力で投薬を算定した場合で、複数科のまとめ入力の時、最初 の診療科(主科)でのみ病名の特定疾患の判定をしていたので複数科 入力されても最初に特定疾患区分のある診療科で特定疾患処方管理 加算の確認メッセージを表示するようこした。	を反映させる場合には 前回患者」(F3キー)を押下すること とする。	
6	20041125-009	マスク又は気管内挿管による吸入と併用するプロポフォール全身麻酔 6100点 の24時間を越える場合入力の入力方法をご教授下さい。 24までは、 150272350 1440 で入力できますが、 (分) 上記を超えた数字では、数量が上限を超えています とメッセージが出ます。	きざみ値の上限がある時、入力値が上限値をオーバーした 場合で上下限処理が警告となっている場合に警告でなくエ ラーとしていたので警告を表示して正しい点数計算を行うよ うにした。	

番号	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		複数診療科をまとめて算定した時、診察料を自動発生する場合に病名から特定疾患療養指導料を自動発生したいたが、診察料を算定しない 診療科でも病名に特定疾患の該当があれば自動発生するようこした。 1会計内で1回のみの発生とする。特定疾患のある病名の診療科を入 力順に判定する。なお、中途終了展開時は主科のみ再度自動発生を し、既に算定済みの診療科の方は自動発生しないこととする。ただし、中 途終了分をF10キーで追加した場合は自動発生の対象とする。		
8		自賠責保険において特定保険医療材料を算定する場合に消費税を計 算するようこした。	現在、労災・自賠責保険のため "09593"で始まる診療行 為コードをレセプト請求する特定器材等コードとして登録して いるが、消費税がかかる場合は金額に消費税相当額を加え て登録している。 これからは、消費税相当額を加えないマスタとして作成及び 変更をし、システム管理マスタの設定により、消費税の計算 をするようにした。 1.システム管理マスタ「4001 労災自賠医療機関情報」で 特定器材等消費税」を設定する。 2. 特定器材等消費税」を設定する。 2. 特定器材等消費税」をごすり"とした場合、例外的に消費 税がかからない諸費用等がある場合、該当する診療行為 コードを登録しておく事により消費税計算を回避させる(10 件まで入力可能とする。)。 3.運用について 自賠責保険の特定器材等のコードに消費税相当分を加え て使用していた場合で、ある診療年月から上記の設定を"有 り"にして運用する場合、管理番号「4001」の現在の内容に 対し有効期限を設定していただきたい。又、自賠責保険の 特定器材等のコードの点数マスタの有効期間も、「4001」 の有効期間と同期をとって再登録していただきたい。	

番号	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		複数診療科 保険組合せをまとめて算定している時、再診料を初診料へ 「.110」を入力することで自動変更した場合、複数科のコメントが再診 のままだったので初診へ変更するように修正した。ただし、手入力により 直接診察料を変更した場合は自動で変更はしない。		
10		診療行為コードの先頭が「8」で始まるコードは、「81」、「82」、「83」、 「84」以外は入力エラーとした。	「89」で始まるコー ドはレセプト電算で使用できないコードの ため。	
11		最新の受診履歴を削除した時、次ぎの最終受診履歴が「9999 包括分入力」である場合、包括分入力の日を最終受診日にしていたので包括 分入力は最終受診日としないようこした。		
12		処置の時間外加算について 時間外の診療で、絆創膏固定術500点と腰部固定帯加算180点を入 力を .400 絆創膏固定術 時間外加算 腰部固定帯加算 と入力しますと点数が(500+180)×1.4=952点となります。 腰部固定帯加算は通則の加算となりますので時間外加算は所定点数 の500点のみに加算され880点となるのが正しい計算だと思います。 .403を宣言する、もしくは点数マスタのデータ区分を手技に変更し剤を 分けて入力しますと時間外加算されませんが、こちらは仕様になります でしょうか。	腰部固定帯加算を時間外加算等の通則対象としていたの で点数算定を見直した。	
13		きざみ値のあるマスタに対し数量が小数点以下を入力してもエラーと なっていなかったので整数のみ入力できるようにした。		

番号	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	20041229-004	入院中の患者に深夜に2つの手術を行なった。診療行為画面の右上の時間設定を 3深夜」と設定し .500 手術 150222210 帝王切開術 (選択帝王切開) 15000690 深夜加算 (手術) 27000×1 .500 150216910 子宮筋腫核手術 (腹式) 150268970 2以上の手術の50%併設加算 15000690 深夜加算 (手術) 13050×1 (15000690 深夜加算 (手術) は自動算定) と入力した後、訂正」で内容を呼び出すと 3 15022210 帝王切開術 (選択帝王切開) 150000690*1 深夜加算 (手術) 27000×1 3 150216910 子宮筋腫核手術 (腹式) 150000690*1 深夜加算 (手術) 150268970*1 (空白) 26100×1 と表示され 時間加算はできません」とエラーメッセージが表示され追加 や訂正入力ができません。 外来での入力では問題ないようでした。何か入力方法が違うのでしょう か?	入院で訂正により展開した時、時間外区分で時間外加算を 自動算定していてかつ、2以上の手術の50%併用加算が 算定されている時、時間外のエラーとなっていたので正しく 展開するようこした。	
15		処置で初診時ブラッシング料算定した場合で時間外加算が算定できる時、正しく点数算定をするように修正した。処置で1剤内に複数の手技料を入力した場合、剤分離の警告を表示するようにした。ただし、剤内に時間外加算、乳幼児加算がある場合、警告ではなくエラーとする。		
16		診療行為入力画面にヘルプ機能を追加した。	画面右上の「?」ボタンを押下するとヘルプ画面を表示す る。初期表示はユーザヘルプの目次とするが、ユーザヘル プがなければ標準ヘルプの目次となる。	

番号	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	20050111-003	点数マスタ(薬剤)の以下のものについて確認させてください。 ネオステリングリーン(689430008)は 歯科用薬剤」となっていますが、 「「腔洗浄・含嗽剤」のため 外用薬」として扱うそうです。 診療行為で入力しますと現在の状態では 内服薬」の区分がたちます。 院内処方の場合、 調剤料」の点数が異なりますので、 外用薬」の区分 になるよう修正をお願いいたします。	薬剤の歯科薬剤(薬剤区分 = 8,9)のものは内服薬ではな 〈外用薬として処理をするようこした。	
18	20050114-013	外来患者の診療行為を以下のとおりに入力し、登録ボタンを押した際 に、 警告! 当日の点滴合計液量と点滴手技料が違います」とメッセー ジが表示されました。次の診療行為入力確認画面には進むことができま すが、なにか入力方法に誤りがあるのでしょうか? ご指摘 ください。 <例 > .500 手術 骨折観血手術 (手舟状器) .331 点滴 (手技料なし) ソリタックス - H 500m 1 ロセフィン注点滴静注用 1gビッグ (生理食塩液 100m 1)	外来で点滴の液量と手技料の警告表示で、同一画面内に 手術があり手技料が算定できない場合、同日の算定歴に点 滴がない場合にも警告を表示していたので警告としないよう にした。ただし、前回に点滴と手術が算定されていて、今回 点滴を液量のみ算定された場合は警告の対象となる。	
19		診療行為入力画面に病名を確認できる機能を追加した。	外来の診療行為入力画面に病名を表示するようにした。診療履歴一覧の下に病名一覧を追加した。診療日当日に有効な病名をすべて表示する。疾患区分のある場合、「」を、疑い区分のある場合「」を病名の前に表示する。表示順は、開始日順の診療科順とする。	

番号	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	20050105-013	注射薬剤の「アンプル」 管」の使用量が容量以下で残量廃棄 しない場合、残量廃棄 (099309901)のコメントが自動発生させないようこしたい。 と以前質問しました。 受付番号 20040722 - 009 ORCAサポートセンタ様より 仕様の変更を検討しています。」とのご回答 をいただいたのですが、 どうなりましたでしょうか ?	注射で注射薬剤の数量に小数点以下がある時、自動発生 している残量廃棄コードを削除するために数量の後ろに [®] 」 を入力することで可能とした。 .310 130000510 皮下筋肉注射 6XXXXXX 1.5® 注射薬 入力した [®] 」を削除すると残量廃棄コードを自動発生する。	
21		更生医療、育成医療の負担金計算を見直した。	更生医療、育成医療の患者負担月限度額の入力は患者登録業務の所得者情報タグで入力できるが、月途中で患者負担月限度額が変更になった場合、または、月内で入院・入院外のある場合等の日割計算に対応した。 日割計算を行うまたは、日割計算を行わない、現行通りで入力した金額を患者負担月限度額とする)のどちらかを設定できるようにした。システム管理「1001 医療機関情報 - 基本」の 更正・育成限度額日割計算」で「1 日割計算しない」、「2 日割計算する」の設定を行う。	
22	20041127-001	診療訂正を行い返金したとき入金方法のコンボボックスが現金になって いても、また現金にし直しても"00" が入力され、請求なしの場合には データが入らないようですが返金の時に入金方法で指定したデータが入 るようにはならないでしょうか? " "や"00"は上記以外の時に入力されることはないのでしょうか。	入金額が未設定(請求額なしのもの、返金、入金取消等)の 収納明細について、入金方法が空白である場合と"00"であ る場合があったので"00"に統一した。	
23		処方せん料を手入力された場合、処方せん料に続けて特定疾患処方管 理加算(処方せん料)等を入力すると同一剤になっていたので剤分離す るようこした。		

番号	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	20040412-027	岡山の地方公費の乳幼児は社保との組み合わせの時に63600円まで は、患者負担は発生せずに超えた分を患者が負担するということです が、上手く動作しません。 設定は、下記の通りにしております。 公費設定 保険番号/法別番号/保険・公費種別区分 785/85/7 法別番号チェック区分/検証番号チェック区分 0/2 受給者検証番号チェック区分/公費主保区分 2/3 点数単価/レセプト請求/レセプト負担金額 10/2/1 本人 外来負担区分/外来 1月院内上限額 2/63600 食事療養費 1 患者情報 年齢 6歳未満/保険・社保/公費・乳幼児(785) 診療行為 初診料 初診料(乳幼児加算) 以上の、入力をすると本来なら患者負担はないのですが、患者負担が 690円となります。 設定に間違いがあるのでしょうか、お教えください。	岡山県地方公費乳幼児の入院、外来負担金計算の対応に ついて、下記のような入院、外来負担金計算を行うこととし た。 該当患者の同一月会計時累計金額が上限金額 (#63,600 以下の場合、患者請求は発生しない。 累計金額が上限金額 (#63,601)以上になる場合、その会 計時点から63600円を超える部分の患者請求を発生させ る。 岡山県地方公費乳幼児の入院、外来負担金計算 (対象保 険番号:285)	
25		セット登録一覧表について コメントコード1つにつき40文字まで入力が可能ですがセット登録でコメ ントコードに40文字入力し、セット登録一覧表を出力しますと25文字しか 印字されません。セット登録のコメントがきちんと入力されているか確認 されたいとの事なのですがセット登録一覧表以外にセット登録の内容を 一覧表示させる事は出来ますでしょうか。	明細の名称が25文字までしか印字していなかったので40 文字まで印字するように修正した。 帳票をMONPEに変更した。	

21 診療行為(続き)

番号	¦ 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
26	ncp 20040913-021	3600点限度/月の制限があるが、ゴナドトロピン1600点、成長ホルモン 1200点、甲状腺刺激ホルモン1200点の順で検査を行った場合、最後の 甲状腺刺激ホルモン1200点を800点に置き換えて算定することになって いる。 この場合のオペレーションをご教示 ください。 &00点に置き換えたマスターを探したが、見つからないまたは無いよう なので) また、それ以上下垂体前葉負荷試験を行った場合、0点でレセプHに載 せる必要があれば、その場合の運用も教えてください。	検査の内分泌負荷試験の月上限点数(3600点まで)の自 動算定に対応した。 1. 点数マスタにシステム予約「099600801内分泌負荷 試験の包括点数」を追加する。 マスタ更新データを提供する。 2. 内分泌負荷試験を入力した場合、上限点数を超えた場 合は上限点数までの点数を算定する。上限点数まで既に算 定済みの場合にさらに該当検査を入力した場合はエラーと する。 3. 上限点数まで算定済みの場合で、訂正等で該当検査を 修正 削除したことにより点数に不整合が起こった場合、該 当の検査算定日に対し訂正を行うように警告メッセージを表示する。 1200点、1600点、800点で算定後、1200点の検査 を削除した時、800点の算定の検査は1200点で算定可能 なのでメッセージを表示する。自動で点数を変更することは しない。 4. 会計照会で回数変更、剤変更により修正を行っても同 様にメッセージを表示する。 5. メッセージが表示されたのにも係らず、訂正をしなかった時は、データチェック業務でエラーチェックができる。 6. 警告メッセージが表示された履歴の訂正を行う時、内分 泌負荷試験の点数は自動で変更される。この時、警 告!!登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数 を変更して下さい。」とのメッセージを表示するので、登録を して点数を変更すること。また、この警告メッセージは内分 泌負荷試験に関わらず、診療内容が変更になった場合に表 示する。 7. 算定履歴画面で、内分泌負荷試験に関係する検査の算 定履歴は変更できないこととする。	

番号	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		診療行為のDO検索を使用した入力についてのお問い合わせです。 複数の処置の入力を行い剤の分離を診区の宣言ではなく*回数で入力 した場合で、その後にDO検索からの入力を行うと剤がまとまってしまうと いうご報告がありました。 処置、手術等の剤分離を*回数で入力しその診療行為より下の行に (直下でなくとも)DO検索で入力をすると*1が消えてしまいました。同じ 内容のものをDO検索を使用せずに入力しますと*1は消えません。DO 検索からの入力がない場合や回数が1のものがない場合には現象が起 きないようでした。また、処置等の入力の後に行挿入で処置等の剤より も上の行にDO検索から入力しますと、処置等の最後の行が消えてしま うようです。	剤回数を1回として入力を行い剤分離をしていた場合、DO から診療行為を追加すると、剤回数がクリアされていたので 修正した。	
28		複数保険の入力の仕様についてのお問い合わせです。 労災や自賠責などと健保の入力を行う際に最新の受診歴の日付のもの は保険を切り替えると既に他保険にて受診済みです。OKで他保険にて 算定へ置換えます。と確認画面が出ますが、最新以外のものはこの確 認画面が出ませんがこちらは仕様でしょうか。	健保を算定後、労災・自賠責を入力した時、確認メッセージ を表示後、同日再診料(再診料)への置換えをしていなかっ たので、再診料への置換えを行うように修正した。また、算 定日を遡って入力した時、保険変更の確認メッセージを表示 していなかったので表示するようこした。	
29		コメントと特記事項等のシステム予約コートを診療種別でなく剤回数 (*1)で剤分離した場合、訂正呼び出しでの展開時に剤分離をしないこ とがあったので修正した。システム予約コードの場合、診療種別区分(. 990)を自動発生するのではなく剤回数(*1)を自動表示して剤分離 をするように変更した。なお、通常のコメントの場合は診療種別区分(.9 90)を自動発生する。		
30		診療行為検索一覧画面の「ユーザー登録」に「6 システム」を追加した。 選択することにより、システム予約コードで診療行為入力を行うマスタの 一覧を表示する。		

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
31		初診の自動算定の判定についてのお問い合わせです。 風邪等の場合、1度しか来院されない事が多いので病名登録する際に 転帰も入力してる医療機関があるのですが、その後来院があった場合、 病名登録を複数した場合全ての転帰が治癒の場合に、その後の来院日 が転帰日より前の日付のものがあると来院日には初診料が自動発生し ます。転帰日が全て来院日より後の場合には再診料が自動発生しま す。こちらは仕様なのでしょうか。 3月14日に来院初診 病名を咽頭炎転帰日を3月14日とし治癒 気管支炎転帰日を3月21日とし治癒と登録 3月18日来院初診料を自動発生します。 (本来この場合も再診で算定になりますが) 病名を咽頭炎転帰日を3月21日とし治癒 気管支炎転帰日を3月21日とし治癒 気管支炎転帰日を3月21日とし治癒 気管支炎転帰日を3月21日とし治癒	患者病名の転帰より初診料の算定条件判定の部分で、転 帰日に未来日と過去日が混在していた場合、未来日の方を 対象としていなかったので転帰日の大きい方を対象とするよ うこ修正した。	

番号	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 20050311-021	公費で窓口請求金額を固定としているものがあるのですが、保険番号マ スタで固定金額を設定しても固定の値となりません。下記のような設定と しても負担金額が1200円未満のときに1200円となってくれません。 (1200円未満のときに1200円とならない) 窓口請求金額が異なってしまうので至急対応をお願いします。 設定内容 入院・負担 1(患者負担あり) 回負担割合 0% (100%でも同じ) 回固定額 1200円 回上限額 1200円 日上限額 1200円 日上限額 1 月上限回数 1 月上限回数 1 月上限回数 0 日食事助成 0 食事療養 1(患者負担あり)	新潟県地方公費 (重心、乳幼児、ひとり親)の入院負担金計 算対応 日上限額1200円又は500円の設定で、日の請求金額が1 200円又は500円に満たない場合でも、1200円又は500 円固定額で負担計算をするようにした。(但し、請求期間の 主保険又は上位公費の負担額を上回る額になる場合を除 く)	

番号	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	kk 01480	マル長 (公費の種類 972)+ 障害 (大阪ですと180)で入力した場合で 一部負担金に不具合が出る場合があるのでお知らせします。 大阪の場合 マル長」対象者は障害の地公費「180」を持っておられる 事が多く 保険組み合わせは主保険 + マル障 + 長期で入力することに なります。 1日目の負担額が長期高額療養の上限 1万円を超えた場合 来院 : 1日目 2日目 算出負担額 : 1万円以上 0円 患者負担額 : 500円 0円 となるそうですが、ORCAでは 2日目も500円と計算されてきます。領収 画面で 0円入金 (500円未収)としてもレセプトの一部負担金額は 1000 円と印字され 500円にする方法がありません。 ちなみに 1日目が 1万円を超えず算出負担額が 500円未満の場合はそ の金額が患者負担となります。 例えば 1日目 9800円 (公費 9300円 + 患者負担額になります。	大阪府地方公費 (180障害、182母子、186乳幼児、188 一部負担金助成)+ 長期の外来負担金計算対応 180障害等 1日上限額 500円、月 2日の設定で、1日目の 負担額が長期高額療養の上限 1万円を超えた場合、2日目 は0円とする事とした。又、1日目が 1万円を超えず 2日目の 負担額が 500円未満になる場合は、その金額を患者負担と する事とした。 (例 1) 1日目 3852点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 0円 (1日目で3852点×3割 = 1万円超につき0円) (例 2) 1日目 3200点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 500円 2日目 3158点 患者自己負担額 400円 (1日目で3200点×3割 = 9600円につき400円)	
34		人工腎臓 (導入期)加算と時間外加算が同時に算定できなかったのでで きるようこした。		

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	20041013-011	例 病名入力時に病名欄に直接 脳梗塞」や 脳梗塞症」を入力しても編集病名とならないので標準的な病名マスタがあるもの理解します。ここであえて病名検索から入力しようと 脳梗塞」で検索すると 脳梗塞」はもちろんマスタに存在し 脳梗塞 (症)」は廃止病名であることがわかります。この時に 脳梗塞症」は、病名として標準的なものと理解して良いのかどうか、病名欄に直接入力して編集病名とならなければ標準的な病名であると理解して良いのかどうか今ひとつ納得いかないというご質問を受けました。回答が頂戴できますと幸いです。 脳梗塞 (症)」が廃止病名で 脳梗塞症」は 脳梗塞」と 症」がどちらもコードを持っているので編集病名とならないのであろうと予想は出来るのですが、実際のところはいかがでしょうか?	病名入力画面での入力コード入力時の廃止病名の警告に ついては、自院病名画面での入力コード登録時の警告で判 断をするということで行っていませんでした。随時提供される 傷病名マスタで廃止 <i>と</i> なる場合があるようですので病名入 力画面での警告表示を行うことにした。	

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		外来収納について一括再計算を行えるようこした。 これにより 支払証明」ボタンの位置を変更した。		
2	20041122-019	バージョン2.4.1より収納登録ー請求確認の画面に請求書兼領収書の発 行が追加され、入金額を入力すると自動で「1発行する」が選択され領収 書が印刷されてきます。 もちろん手で「0発行なし」を選択すればいいのですが、毎回毎回は大変 なので、システム管理などで設定を選択登録できるように出来ないでしょ うか	システム管理「1039 収納機能情報」で外来分、入院分の 発行区分の初期値を設定できるようこした。	

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		チェック画面で算定回数を確認できるが食事と入院料加算項目の回数 が外泊期間であってもそのままとしていたので外泊期間についてはカウ ントしないようこした。		
2		剤変更画面で内服など診療種別がない剤に診療種別を追加した時、変 更することができなかったので診療種別の追加についても剤変更できる ようこした。		
3		入院レセプトを個別作成したところ 対象の保険組合せが無い会計があ ります。』とエラーが出て作成出来ないというお問い合わせがありまし た。 診療行為入力での受診履歴の保険組合せの番号、会計照会での全 体、全科、全保険での保険組合せ、入院会計照会での保険組合せ、全 て確認していただきましたが保険組合せは全て同じ(31)で11月分のレ セプトでは有効な保険組合せです。退院請求もきちんと出ている様で す。	剤変更により剤明細を全て削除しても登録できたので明細 がない時はエラーとするようこ修正した。	
4		♪ う 剤変更画面から「/ / C」及び「/ / Y」の検索が行えるようこした。		

24 会計照会(続き)

番号	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		カルテ3号紙について追記できるようこ <i>し</i> た。	 (1) ウルテ印刷」を押下すると開始日、最終印刷頁、最終印刷行を入力する画面を表示する。開始日から月末までを対象とする。最終印刷行の次行から追記する。最終印刷頁を追記の頁とし、次頁があった時、+1を頁とする。 (2)システム管理「1030帳票編集区分情報」にウルテ3号紙、(外来)内容」を追加した。 「0剤毎1行」を初期値とし現行通り剤毎の点数を編集する。 「1日毎1行」とした場合1日分の点数を集計して編集する。 (3)システム管理「1031出力先プリンタ割り当て情報」の外来タグに診療録(ウルテ3号紙)追記」を追加した。また、入院タグに診療録(ウルテ3号紙)」と診療録(ウルテ3号紙)と診療録(ウルテ3号紙)」と診療録(ウルテ3号紙)」と診療録(ウルテ3号紙)」のプリンタ名から出力を行う。 (4)外来のカルテ3号紙の印刷内容を変更した。保険外(円)について別行で編集するのではな(列を追加して編集するようにした。)が、自賠責の円建てでの請求を負担金に別行で編集するのではなく、診療区分毎に点数集計の下段に編集するようにした。内容の前に「*」を編集して区別できるようにした。 (5)会計照会画面で表示中の入外区分により、入院なら入院のカルテ3号紙を、外来なら外来のカルテ3号紙を印刷する。 (6)入院のカルテ3号紙は、入院料だけでも印刷を行うまた、システム日の当日までを編集対象とする。 	

24 会計照会(続き)

番号	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		診療行為に算定回数の上限がある剤を変更した場合、回数が上限回数 を超えた場合に警告を表示するようにした。ただし、内分泌負荷試験検 査の時はエラーとする。なお、算定回数は選択されている剤の回数とす るので複数回算定可能な診療行為の時、別の剤に同じ診療行為がある 場合でも回数チェックの対象とはならない。	複数の診療行為コードによる上限回数(リハビリテーション など)には対応しない。回数による逓減についても対応はで きない。	
7		別削除」(Shift+F2)を追加した。当月の回数が0(ゼロ)となった剤を削除する。また、削除対象の剤に算定履歴の回数が0(ゼロ)のものが存在した時、算定履歴も同時に削除する。		
8		受診履歴を選択中にクリアを押下すると画面がクリアされていたので、 受診履歴の選択内容をクリアするように修正した。		
9		前回の表示が入院で、今回入力した患者に入院履歴があった時入院の 画面を表示していたので、表示した診療年月に入院期間がない時は外 来で表示するように修正した。		

31 入退院登録

51	八匹机豆虾			
番号	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		退院事由の登録が行えるようこした。	システム管理「5013 退院事由情報」にて予め退院事由の コードと内容を登録しておく必要がある。 退院処理を行う際に退院事由の入力(任意入力項目)を行 えるようこした。また、過去の入院歴の退院事由についても 入院歴表示画面から退院事由の登録が行えるようこした。	

32 入院会計照会

番	弓 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		チェック画面で算定回数を確認できるが食事と入院料加算項目の回数 が外泊期間であってもそのままとしていたので外泊期間についてはカウ ントしないようこした。					

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		定期請求処理後にその請求期間の診療内容など訂正されたことによる 差額分を次回の定期請求に反映するようこした。	診療訂正によって発生した差額については、定期請求処理 後に 請求確認」ボタン (F9キー)を押下すると請求確認画 面を表示するので、反映を行う患者については患者番号を 入力し請求内容を呼び出す。差額が発生している場合は、 画面右側に1期~3期の各期間に差額金額を表示している のでそれを参考とし最終的に請求金額欄を変更して登録を 行う、差額分を請求金額に反映させる方法として 請求金 額」ボタン (請求金額欄の横)を押下することにより反映する ことも可能である。 印刷」ボタン (SHFT+ F12キー)を押下することにより請 求書兼領収書の印刷を行うことができるが、差額分につい ては請求書兼領収書の調整金欄に記載を行う	
2		個別作成指示画面のファンクションボタンを見直した。	今まで 追加」(F2)、 変更」(F3)ボタンがあったが、これを 廃止し F2」キーについては ウリア」ボタンに変更した。 患 者番号、請求年月を入力し Enter」キーを押すと自動に追 加するようこした。	

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		薬剤と病名」及び診療行為と病名」のチェックを見直した。	チェックマスタ登録業務」、システム管理「1101 データ チェック機能情報2」の設定により適応病名のチェックを行う。 適応病名エラーとなった薬剤、診療行為は診療行為の 算定日をチェックリストに記載するようにした。また、システ ム管理の設定により患者番号順、カナ氏名順に出力できる ようにした。	
2		内分泌負荷試験検査の上限点数を超過しているかをチェックできるよう にした。		

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		レセプト集計処理を中止する機能を追加した。	42 明細書」の作成処理を実施後の処理中止機能(明細書 印刷処理は今回対応せず) 処理結果画面に中止ボタンを設けこれを押下された場合に 処理を中止する。 制限事項 中止ボタン押下時に即時に停止するのではな〈数十秒以 内での停止となる。 そのため、停止処理が各処理の最終ステップを実行してい る場合には、中止処理が不成功に終わるケースがある。但 し、この場合には、次画面への遷移を可能とする。	
2		社保の方で一人、一括作成、個別作成共にレセプトが印刷されない患 者様が居ます、とのお問い合わせがありました。	ウナ氏名」順で出力を行う場合で、患者氏名の先頭が空白 の場合に出力されなかったので修正した。	

42 明細書 (続き)

番号	· 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		個別作成を行い指定印刷で出力を行った場合、出力済であるかを画面 で確認できるようこした。	出力区分が 指定印刷」の場合に県内・県外を 9 全体 」、出 力内容を 9標準」と設定し、患者番号・カナ氏名での個別指 定がない場合のみ、印刷処理終了後に印刷済を示す 済」 の表示を行う。	
4		福岡県地方公費における入院レセプHc対応した。	設定等については外来レセプト対応と同様である。食事療 養費については必要に応じて設定を見直していただきた い。	
5	20041204-008	16年10月分の自賠責レセプトが返戻になった。 その月に算定した胸部固定帯加算」の点数印字位置が違うと言われ、 点数欄 技術」ではなく薬剤等」のところに記載してほしいとのことだっ た。ためしに、点数マスタで診療区分を 処置薬剤」や 処置材料」にした が、指定の場所に記載する事はできなかった。 薬剤等」に印字する方 法はないだろうか。 このままではレセプト請求ができない。	システム管理「4001 労災自賠医療機関情報」に「固定帯 加算取扱」を新設し技術点あるいは薬剤点のどちらに計上 するか選択できるようこした。	
6		レセプH作成で受診日を指定し、その条件に該当するレセプHのみ作成 できるようこした。	レセプH個別作成画面にて 5 受診日」を選択して対象の受 診日を入力する。なお、受診日指定が行えるのは、入院外 のレセプH作成の場合である。また、 5 受診日」を選択時は 選択番号 患者番号 診療年月 ・入外区分 ・氏名検索の入力 は行えない上に、印刷画面において出力順に 5 入力順」は できないこととする。	

42 明細書(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		福岡県41老人のレセプトで、公費一部負担金欄に患者さんの負担金を 印字するようになっていますが、現在のORCAの仕様だと患者さんの窓 口負担金の合計額が表示されます。これを 請求点×1割の四捨五入し たものを表示するようにしたいのですが、設定するところはありますで しょうか。		
7	20040701-010	例 請求点 1017点 公費負担金額 1020円 (四捨五入したもの) (窓口負担合計は1010円) この場合1020円を表示したい	福岡県公費 (41老人)に関する外来レセプトー部負担金額 欄記載について、窓口徴収額の合計の記載ではなく 請求 点の 1割または 2割 (41老人の負担割合)で記載を行うことと した。 (10円未満の端数四捨五入)	
		もし設定できないようでしたら ・ どちらを表示するか選択できるように していただきたいのですが・・・		
		どうぞ宜しくおねがいいたします。		
8	20041119-009	労災レセプトの入院における病名の印刷優先順を教えて下さい。 主病名が一番最後に出力され開始日も後のものが先に印字されている ものもありました。	入院労災レセプトの病名記載で、主病名が最後に記載され ていたので*主病名*開始日*転帰区分*転帰日となるように 修正した。	
9		患者自己負担額上限がある公費で、一部負担金が 0 (ゼロ)円の場合、 「0」を記載するようこした。		
10	20040802-002	月に細菌薬剤感受性検査(1菌種、2菌種、3菌種以上)だけしか算定し ない場合、再診を算定しない為診療実日数は空欄になりますが、0と表 記できるようこなりますでしょうか。	診療実日数が 0日の場合でも、空白とせず 0 (ゼロ)を記載 するようこした。	

42 明細書(続き)

番号	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	20041022-011	酸素の費用に係わるレセプト記載について 診療点数早見表 医学通信 社 P846 ウのg 参照) オルカでのレセプト記載 酸素吸入 65×1 液体酸素・可搬式液体化酸素容器 (LGC)0.3円 120L 酸素補正率1.3 (1気圧) 5×1 どなります 審査機関に確認したところ (0.3円×120以 × 1.3)÷10=5点との計算式の記載が必要との事。 ORCAではこの数式はレセプト摘要欄に記載されませんが、問題はあり ませんか? 自動で計算式の記載はされないのでしょうか。	酸素の費用に係わるレセプト記載について酸素の計算式を 自動記載するように修正した。	
12	20050124-007	53児童保護単独のレセプトの場合、標準負担額の記載は無しですが、 オルカでは記載されてしまいます。毎月ユーザー様で手修正されて提出 されています。修正を忘れてしまうと支払基金から毎回指導があるとの ことです。	入院レセプトの食事標準負担額の記載について、53児童 保護単独の場合、記載をしないように修正した。	

42 明細書 (続き)

番号	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	20041204-008	16年10月分の自賠責レセプトが返戻になった。 その月に算定した 胸部固定帯加算」の点数印字位置が違うと言われ、 点数欄 技術」ではなく薬剤等」のところに記載してほしいとのことだっ た。ためしに、点数マスタで診療区分を 処置薬剤」や 処置材料」にした が、指定の場所に記載する事はできなかった。 薬剤等」に印字する方 法はないだろうか。このままではレセプト請求ができない。 (補足) 現在、胸部固定帯加算 一般部固定帯加算は、データ区分を 手技」に変 えて単独で点数算定が出来るようにしています。 しかし、これを正規の形 (データ区分を 加算」)に戻しても、印字位置は 変化ありませんでした。 医保レセプトは今のままで全 <問題ないのです が、この度指摘されたのが自賠責のレセプトなので、どのようにすれば よいか考えあくねております。	自賠責の腰部・胸部固定帯加算、創外固定器使用加算に ついて、システム管理「4001 労災自賠医療機関情報」の 固定帯加算等取扱」で、技術点または薬剤等点の設定を 行い、設定により、負担計算及びレセプト記載をするように 修正した。	
14		労災・自賠責レセプトにおいて、下記の診療行為コードの下に労災用コ メントコードを除く「8」または「008」で始まるコメントコードを入力した場 合、右上の円項目の摘要欄に記載されなかったので修正した。 101130010再就労療養指導管理料 101130020療養の給付請求書取扱料 101130030休業証明 101130040看護証明 101130060診断書料(はりきゅう) 101130060診断書料(に般療養とはりきゅう) 101130070診断書料(マッサージ) 101130090診断書料(マッサージ) 101130100介護(補償)給付診断書料		

42 明細書 (続き)

番号	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		個別作成指示画面のファンクションボタンを見直した。	今まで 追加」(F2)、 変更」(F3)ボタンがあったが、これを 廃止し F2」キーについては ウリア」ボタンに変更した。 患 者番号、診療年月を入力し 「Enter」キーを押すと自動に追 加するようこした。	
16		レセプH作成で一括作成を行った後に診療内容を訂正した患者のみレセ プH作成できるようこした。	レセプH個別作成画面にて「2 訂正日」を選択して対象の診 療年月を入力する。ただし、次の条件とする。 1.一括作成を行った翌日からオンライン日付(当日)の間に 訂正を行ったレセプトの作成を行う。 2.訂正日指定を選択できるのは、入院外のレセプト作成の みとする。 3.訂正日指定を選択できるのは、一括作成を行った診療 年月のレセプトのみとする。 (留意事項) 一括作成を行った日の翌日以降に訂正を行ったものを対象 とするので一括作成を行った当日に訂正したものについて は通常の個別作成を行う。	
17		公費負担医療のみの場合で請求点数を老人保健の点数で算定する場合、特記事項に04老保の記載が必要になりますが、生保単独で老人点数で算定する場合は自動で04老保と印字されますが生保 + 精神通院 (公費と公費の併用)で登録をしますと老人点数で算定する場合でも04 老保が印字されません。 診療行為入力で特記事項04老保を入力しますと印字はされますがこちらは仕様で自動で印字させることは出来ないのでしょうか。	公費単独の場合のみ自動記載を行っていたので公費 <i>と</i> 公 費の併用の場合でも事項記載するようにした。	

42 明細書(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		臨床試用医薬品を投与した場合薬剤料は算定せず調剤料、処方料、特定保険医療材料、調剤技術基本料のみを算定しレセプHは薬剤料の摘 要欄に処方ごとに区分して使用した内服薬の種類の数だけ(サ)と記載 する。となっております。		
18	3	日レセでは点数が 0点のものはレセプト表示されないため820000046 (サ)単独で入力し処方料、調剤料等を手入力した場合 (サ)はレセプト には表示されません。他の薬剤と一緒に入力した場合には表示されま すが臨床試用医薬品剤のみを 1剤として入力した場合は (サ)は手書き 対応となりますでしょうか。	剤点数が 0点の場合は摘要欄に記載しないようにしていた が (サ)のコメント入力がある剤については 0点でも記載する ようこした。	
		お問い合わせの医療機関様は紙レセとのことですので手書き対応して 頂く事も可能ですがレセ電で出力した場合に臨床試用医薬品剤のみを 1剤として入力しますとレセ電データに記録されておりません。レセ電の 場合にはどのようにすればよろしいでしょうか。 ご教授下さい。		
		医院様より、ドレにゾンテープについて返戻があった旨の報告があり、内容を確認した所、数量記載不備』との事でした。国保連合会に問い合わせをしたところ、レセプHこは [®] ~枚』と使用数量を記載してください。との事です。		
19	20050228-009	社内で検証したところ確かに、ドレニゾンテープ(他数種類)の数量単位 が無い物は診療行為にて入力し10枚使用の意味合いで×10と入力し 日々の会計では特に問題は無いのですが、レセプトに表記される時は (一枚単価×枚数)× 1の点数表示のみの記載になってしまいます。	点数 (医薬品)マスタで単位のない場合は数量の記載をして いなかったが、単位のない場合でも数量を記載するようこし た。	
		確かに、連合会がいうように枚数表示はされません。連合会が言うよう な表示に標準で入力するにはどうすればよろしいでしょうか?		

42 明細書(続き)

番号	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	20050302-010	099409901 実日数算定 099990109 特記事項09施 と入力 レセプトの特記事項に 09施 を記載されません。 上記のように続けて入力するといけないのでしょうか。 同じ診療区分.990なのに別々に診区を入力しないとレセプトに記載されないのはなぜですか。	特記事項の診療行為コートが単剤として入力された場合は 記載を行っていた。同一剤に他の診療行為コードを入力した 場合でも記載するようこした。	
21	support 20050404-023	ORCAを導入されている病院様で、レセプトー括作成を行った際に orcr0300 comment table overと表示され、上手 〈処理が行われません。 この病院様では、ORCA2.4.0入院版で作成したレセ電データをレセ電 ビューアで確認し、間違いを修正した後で紙レセを出力する形で運用さ れています。	レセプト電算データを作成する処理で1剤内のフリーコメントが10行を超えた場合にエラーとしていたので100行まで記録できるように変更した。	
22		診療年月が平成17年4月以降の場合で特記事項欄に「12材治」と表示 する場合は「12器治」と表示するように変更した。	点数マスタの変更はマスタ更新データにより提供を行う。	

44 総括表·公費請求書

番号	受付番号		対応内容	備考
1		地方公費請求書を個別発行できるようこした。	システム管理「3004 県単独事業情報」で予め地方公費関 係の各帳票について個別処理が行えるように設定を行う 設定は パラメダ種別」に保険者番号または患者番号のどち らかを指定できる。 地方公費請求書を個別に作成するには、診療年月、請求年 月日を入力後 公費個別」ボタン (shift+ F9)を押下すると 公費個別指定画面の表示を行う 該当帳票を選択し設定に 従い保険者番号または患者番号の入力を行う 保険者番号 又は患者番号を入力して 「F2 追加」ボタンによって登録を 繰り返し行う、「F12 処理開始」を押下して処理を開始す る。	

44 総括表·公費請求書(続き)

番号	受付番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
2	20041209-014	今月レセ提出より電子レセに切り替えました。一緒にコメントを紙に印刷 して提出するのですがそのコメント用紙について質問です。 用紙に症状詳記が印刷されます。名前、生年月日、カルテ番号は正 しく載りますが、他おかしなところがあります。 1.保険証番号は印刷されるが記号、番号が印刷されない。 兵庫県支払基金からの請求記載方法ではコメント用紙に保険証番 号、記号、番号を全部記載して提出してくださいと書かれています。	兵庫県のみそのような通知がされたようです。兵庫県以外 において記号番号が記載されていても問題はないようです ので記載するようこした。	
3		地方公費の個別作成指示画面のファンクションボタンを見直した。	今まで 追加」(F2)、 変更」(F3)ボタンがあったが、これを 廃止した。パラメダ設定の内容を入力し「Enter」キーを押す と自動に追加するようこした。	
4		レセプト電算データでの提出における国保連合会用診療報酬請求書を 作成できるようにした。	診療報酬請求書(様式7)(レセプト電算用、国保連合会提 出用)の作成は総括表・公費請求書作成指示画面より)対 象帳票」内よりして電総括表・国保」を選択する。なお、この チェックを有効にするには次の条件が必要である。 (1)システム管理「2005レセプト総括印刷情報」の国保 レセ電出力区分」が「0出力なし」以外である。 (2)システム管理「3004県単独事業情報」の標準総括表 印刷指示」- して電国保」が「有」である。	
5		総括表・公費請求書作成画面を表示した時に 診療年月」および 請求 年月日」に日付をセットするようこした。		

52 月次統計

番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		カルテ3号紙(入院)を作成できるようにした。	カルテ 3号紙一括出力に入外区分を追加した。「1」を入院 分、「2」(またはゼロ)」を外来分として作成する。	

102 点数マスタ

番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041025-001	マスタ登録の点数マスタよりリストを作成したところ出力できないものが ありました。診療行為の診療区分注射料のものです。	判定条件に誤りがありました。	

103 チェックマスタ

番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		チェック区分「1 薬剤と病名」、「2 診療行為と病名」について見直しを した。	適応病名の登録については画面をリニューアルした。次の 機能を実装した。 (1) 未コード化傷病名の適応病名登録 (2) 修飾語コードを伴う傷病名の適応病名登録 (3) 患者病名と適応病名の突合判定を部分一致で行うか完 全一致で行うか指定できるようにした	

109 ヘルプマスタ

105				
番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		診療行為入力画面にヘルプ機能を追加した。	マスタ登録にヘルプマスタ登録業務を追加した。 ヘルプマスタは標準ヘルプとユーザヘルプがある。標準ヘ ルプは予め提供される内容なので変更はできない。ユーザ ヘルプは医療機関での運用など約束事を登録できる。 目次が 2階層となっており下階層の目次に対しヘルプ内容 を登録できる。	

CLAM

番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		保険情報の送信 受付時に保険組合せが選択されている場合 予約請求モジュールの claim:insuranceUid="0af5380a-2e37-11d9-8e35-000b97261a6f"> に選択された健康保険情報モジュールのuidを設定して送信するよう にした		

その	他
----	---

番号	受付番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		入院レセプト処理時に作成する仮収納データ(createkbn="3")を地方公 費プログラムでも使用出来るようデータを残すようこした。(今まではレセ プト処理の先頭で一括 個別を問わず全件削除をしていた)		
2	kk 01319	障害・母子家庭の医療費請求書にて 例えば保険 + 長期 + 障害の組み合わせで総点数が 30000点の場合 窓口徴収額欄は実際に患者が払った長期の上限 10000円と思います が、そのようになっていません。	静岡県地方公費(障害185、母子184)+長期の収納項目 編集対応 保険番号マスタの185障害又は184母子と972長期高 額療養費を組合せに持つ場合、185障害又は184母子の 月上限額を10000円とし、収納テーブルレセプト記載用項 目の編集を行う事とした。	

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.0以降対応

	修正内容
処方せん	診療行為入力で複数診療科及び複数保険の同時入力が可能となったことによる対応について
	処方せん印刷のパラメタの修正について 修正をされない場合、主科・主保険(注1)の処方せんのみを印刷することになります。 主科・主保険組合せ以外での処方せんは印刷できなくなりますの注意が必要です。
	(注1)主科・主保険とは診療行為画面で複数科の入力を行った場合、画面上部のコンボボックスで選択入力を行った診療科、 保険組合せを指します。
	CPORCHC19.INC を次のように修正しました。
	01 ORCHC19AREA.
	* 1:前回処方、空白:今回処方、2:頭書のみ、3:院内分 03 ORCHC19-KBN PIC X(01). *
	* 受診歴の連番(確定しない時、ゼロ) 03 ORCHC19-RENNUM PIC 9(01). *
	* 伝票番号 追加 03 ORCHC19-DENPNUM PIC 9(07). 追加
	診療行為の登録時に発行する場合、主たる伝票番号を編集します。 この伝票番号により、対象の受診履歴を検索して同時に入力した処方せんを診療科・保険組合せ毎に印刷します。
	処方せんプログラムの修正について 複数の処方せんを印刷する為に、DB検索等の方法を大きく変更しました。 また、処理区分毎に処理を分けるように修正しました。
	標準提供プログラム ORCHCM19.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.0以降対応

1.000-PROC-SEC の処方内容編集 200-SYOHOU-HEN-SEC 以下を、印刷処理 400-PRINT-SYORI-SEC に移動しました。 400-PRINT-SYORI-SEC では 1つの診療科 保険組合せの印刷をします。
複数の診療科保険組合せがある時は、400-PRINT-SYORI-SECを複数回処理します。
2 .400-PRINT-SYORI-SEC でドクター、保険組合せを検索しています。
3.帳票編集処理 300-HCM19-HEN-SEC での患者マスタ検索は、100-SYORI-SEC へ移動しました。
4.400-PRINT-SYORI-SEC までの処理は変更しないようこして下さい。 診療科 保険組み合わせ毎に編集しています。
5.診療行為マスタよりワークへの編集処理 2002-SRYACT-SYORI-SEC に変更はありません。

請求書兼
領収書

修正内容
* 訂正前請求金額 07 ORCHC03-0LD-SKYMONEY PIC S9(07). * 訂正前消費税(再揭) 07 ORCHC03-0LD-SKYMONEY-SAI PIC S9(07). * 今回入金額 07 ORCHC03-0LD-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). * 伝票番号枝番(収納からの再発行) 03 ORCHC03-DENPEDANUM PIC 9(02). * ORCHC03-OLD-AREA についてはカスタマイズプログラムで参照する必要はありません。 複数科、複数保険でない単独での診療入力時は請求確認画面の発行方法にかかわらず、発行方法にはゼロを設定します。
複数診療科 保険組合せの同時入力があった場合 (発行方法がゼロ以外) 請求書発行プログラムの中で、集計のサブプログラムを実行して 発行方法に応じた収納情報を返却します。 サブプログラムは、ORCHCO3SUB.CBL です。 CPORCHCO3SUB.INC を参考にして <i>付</i> され。 01 ORCHCO3SUBAREA. *出力 03 ORCHCO3SUB-MAX PIC 9(04). * 03 ORCHCO3SUB-SYUNOU-TBL OCCURS 15. * 収納マスタ 05 ORCHCO3SUB-SYUNOU-TBL OCCURS 15. * 取納マスタ 05 ORCHCO3SUB-SYUNOU-REC PIC X(2000). * 請求額等 05 ORCHCO3SUB-SYUNOU-REC PIC X(2000). * 請求額等 05 ORCHCO3SUB-SYUNOU-REC PIC S9(07). 05 ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). 05 ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). 05 ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). 05 ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). * 同時診療科 05 ORCHCO3SUB-DOUJI-SRYKA-G.

修正内容
07 ORCHC03SUB-D0UJI-SRYKA PIC X(02) OCCURS 10. 項目説明(前頁からの続き) * 同時保険組合せ 05 ORCHC03SUB-D0UJI-HKNCOMBI-G. 07 ORCHC03SUB-D0UJI-HKNCOMBI PIC X(04) OCCURS 10. 「可目説明(前頁からの続き) * の7 ORCHC03SUB-D0UJI-HKNCOMBI PIC X(04) 0CCURS 10. 「可時診療科 ORCHC03SUB-D0UJI-SRYKA-G ···· 保険別に発行する場合に対象の診療科 を返却します(収納の診療科はゼロ) * のCCURS 10. 「同時保険組合せ ORCHC03SUB-D0UJI-HKNCOMBI-G ···· 科別に発行する場合に対象の保険組合せを 返却します (収納の保険組合せはゼロ)
請求書兼領収書プログラムの修正について
標準提供プログラム ORCHC03.CBL 又は ORCHC03V02.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。
1.発行方法により、1枚印刷か複数枚印刷かを判定するようこしました。
2.100-SYORI-SEC の 複数科まとめの収納集計 1001-FUKU-SYUNOU-SECを削除しました。
3.100-SYORI-SEC の 収納マスタ、診療科、保険組み合わせの検索の場所を移動しました。 また、診療科、保険組み合わせ検索のキーを収納マスタの科 保険に変更しました。
 4.帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC の変更個所は以下になります。 公票番号をパラメタからそれぞれの収納の伝票番号としました。 複数の収納をまとめて印刷する場合、最初の収納の伝票番号となります。 ・複数科まとめの ORCHC03-FUKU-DENPNUM に関する行を削除しました。 ORCHC03SUB.CBLで収納のレイアウトに集計します。 ** 'を編集していた老人一部負担金 HC03-ROUJIN、公費一部負担金 HC03-KOUHI はそれぞれ集計値を編集します。 今回請求額、入金額はそれぞれORCHC03SUB.CBLで計算した値を編集します。 訂正の時は、差額を計算します。 複数印刷でない時も、パラメタに計算値が編集されています。 複数科まとめによる変更は必要ありません。

					修正内容
	5. 5	データ部に	こ次の変数を追加しま	した。	
	*	03 WRK 03 WRK	- HKNTEN - KE I - NYUK I N		PIC 9(07)V99. PIC S9(07).
+ + +	*	03 WRK 03 WRK	-NYUKIN-TOTAL -ZENMISYU		PIC S9(07). PIC S9(07).
	*	03 WRK	-SRYKA-MEI		PIC X(30).
	6 .20	1-ONLY-	-SYUNOU-SEC 内の次	欠の	箇所に1行追加しました。
+	*	MOVE MOVE	ORCHC03-NYUKIN ORCHC03-ZENMISYU	Т0 Т0	WRK-NYUKIN WRK-MISYUMONEY
	*	帳票印刷 PERFORM	リ開始処理 400-SYOKⅠ-PRINT-SEC		
	7.帳	票編集処	L理 300-HC03-HEN-S	SEC	内の次の行をコメントとしました。
	* *!!!	MOVE 前回未収 PERFORM	WRK-Z72-G X額計算 3101-MISYU-HEN-SEC	т0	HC03-KONNYUKIN
-		MOVE	ORCHC03-ZENMISYU	Т0	WRK-MISYUMONEY
+	****	*MOVE MOVE PERFORM	ORCHCO3-ZENMISYU WRK-MISYUMONEY 800-HENKAN-SEC	Т0 Т0	WRK-MISYUMONEY WRK-Z72
		MOVE	WRK-Z72-G	Т0	HC03-ZENMISYU

Ver 2.4.0以降対応 容 内 修 正 8.202-KAKHOU-SYUNOU-SEC内に次の行(2箇所)を追加しました。 1箇所目 SPA-AREA **ORCHCO3AREA ORCHC03SUBAREA** 入金合計 MOVE ZERO TO WRK-NYUKIN-TOTAL PERFORM VARYING IDX-SYU FROM 1 BY 1 UNTIL IDX-SYU > ORCHC03SUB-MAX ADD ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU) TO WRK-NYUKIN-TOTAL END-PERFORM 入金合計から前回未収額の入金額を求める ORCHC03-NYUKIN IF > WRK-NYUKIN-TOTAL COMPUTE WRK-ZENMISYU = ORCHC03-NYUKIN WRK-NYUKIN-TOTAL -ELSE MOVE TO WRK-ZENMISYU ZERO + END-IF PERFORM VARYING IDX-SYU FROM 1 BY 1 > ORCHC03SUB-MAX UNTIL IDX-SYU 2箇所目 TO WRK-SKYMONEY MOVE ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU) TO WRK-NYUKIN 1枚目に前回未収額を表示する IDX-SYU IF = 1

					レク	Ъ	ф	
		100.75			18		N	り 谷
+		MOVE	ORCHC03-ZENMISYU	TO	WRK-MISYUMONEY			
+		COMPUTE	WRK-NYUKIN	=	WRK-NYUKIN			
+				+	WRK-ZENMISYU			
+		FL SF						
⊥			7EDU	т∩				
T			ZERU	10				
+		END-IF						
	*							
	*	帳票印刷開始	如理					
		PERFORM 400	-SYOKI-PRINT-SEC					
			••••••••••••••••					

	修正内容					
処方せん	ワーク診療行為テーブルが変更となったことによる対応について					
	ワーク診療行為テーブルに医師コー H(DRCD)を追加したことにより処方せんプログラムの次の箇所を修正してください。					
	対象となるプログラムについて バージョン2.4.0の処方せんプログラムを参考にカスタマイズされたプログラムが対象になります。					
	標準版のプログラムでの修正例					
	プログラム名 ORCHCM19.CBL					
	* * * * * * * * * * * * * *					

	修正内容									
カルテ 1号紙	傷病名欄の病名記載ルールに記載なしを追加したことによる対応について									
	システム管理 「1017 患者登録機能情報」の 「1 :カルテの病名対象」に 「2 病名記載なし」を追加しました。 現行の運用において新設の区分 (2)で運用することがない場合は、直ちに修正する必要はありません。ただし、いづれ運用を変更することが 考えられる場合は修正を行っておいて ください。									
	標準版のプログラムでの修正例									
	プログラム名 ORCHC01.CBL									
	* 印刷項目編集 PERFORM 2001-HC01-SYORI-SEC * 病名を印刷する IF SYS-1017-KARUTE-BYOMEI = "2" * 病名なしの時 * カルテ印刷 PERFORM 20031-HC01-PRINT-SEC ELSE PERFORM 2002-BYOMEI-HEN-SEC END-IF									
	EXIT.									

重要度	留意事項
	dbgroup.inc の書き換え (/etc/jma-receipt/dbgroup.inc)
	dbgroup.inc ファイルを変更しました。これによりパッケージのアップグレードを行うとファイルを置き換えるか否かを問い合わせます。 このファイルはデータベースのリダイレクタの設定がありますので、インストールが終了し起動する前に必ず見直してください。 なお、アップグレード中の問い合わせの対処により次の該当する方法を行ってください。
	方法 1 :パッケージメンテナのバージョンをインストールする Yを入力して進めてください。 アップグレード終了後、該当ファイルのデータベースのリダイレクタの設定を環境に合わせて再度設定し直してください。 db_group "log" { priority 100; type "PostgreSOL":
	rype "FosigleSQE", port "xxx.xxx.xxx.xxx"; ここが"localhost"となっていますので従サーバのipアドレスを設定します。 name "orca":
	file "/var/lib/jma-receipt/dbredirector/orca.log"; redirect_port "localhost"; };
	方法 2 :パッケージメンテナのバージョンをインストールしない Nを入力して進めてください。アップグレード終了後、上記ファイルに対し以下の修正を行ってください。リダイレクタの設定は元の内容が残っている はずですので以下の内容を追加してください。 db_group "system" { type "System";
	}, db_group "blob_body" { type "NativeBLOB"; }; この 3行を追加します。

重要度	留意事項							
	クライアント起動オプションの変更について							
	(1)接続先の指定							
	glclient の接続先を指定するオプションは -port になりました。(-host オプションは廃止となりました。) \$ glclient -? でオプションを確認することができます。							
	[例] 192.168.1.101(8000)へ接続する場合 \$ glclient -port 192.168.1.101:8000 -user ~ 又は							
	\$ glclient -port 192.168.1.101 -user ~ ポート番号8000へ接続する場合はポート番号は省略可能です。 また、接続先がlocalhost(8000)の場合は -port オプションが省略可能です。							
	(2)スタイルの指定							
	glclient のスタイルを指定するオプションは -style と更に -gtkrc を追加しました。							
	ユーザによりスタイルを変更しない場合はどちらも指定する必要がなくなりました。 -style オプションはデフォルトで /usr/share/panda-client/jma-receipt.rc を参照します。 よって、ユーザがスタイルファイルを用意した場合は -gtkrc オプションにより指定してください。 スタイル名が同一の場合は -gtkrc オプションで指定した方を優先することになります。							
	(3)ランチャーの起動							
	glclient にランチャー機能を実装しました。							
	\$ glclient -dialog で起動します。							

重安度		
	項目の説明 ホスト接続先のホスド名(Pアドレスでも可)を指定します。 ボート接続先のボード番号を指定します。 ・アブリケーション pandaorca00 を指定します。 ・ユーザ 名を指定します。 ・パスワード・パスワードを指定します。 ・パスワードの保存 同じユーザで接続する場合パスワードの保存を有効にしておくと 接続する度にパスワードを入力する必要がなくなります。	glclient ランチャー サーバ カスタム 基本 詳細 ホスト(ポート) 「ocalhost アプリケーション アプリケーション アロトコル 「V1 ユーザ パスワード 」パスワードの保存



重要度	留意事項	
	サーバの設定	
	 1. 設定」ボタンをクリックし サーバ設定」画面の 新規」ボタンをクリックします。 (2) 説明」にサーバ接続先識別名を入力します。 (3) その他の項目は前述した項目の説明を参考にしてそれぞれ指定します。 キャッシュ及びスタイルはデフォル トを入力して (ださい)。 ログ出力はデフォルトで選択された状態になっています。必要なければクリック して選択を解除して (ださい)。 (4) 'OK」ボタンをクリックして登録します。 	記明 日医 ホスト(ポート) localhost 8000 アプリケーション panda:orca00 プロトコル レ キャッシュ /cache スタイル /usr/share/panda-client/j Gtkrc ロログ出力 ユーザ hogehoge パスワード ******** Ok キャンセル

		V	er 2.4.0以降対応
重要度		留意事項	
	(5) サーバ設定」画面の一覧に追加されます。	ビサーバ設定 説明 ホスト ポート アプリケーション ユーザ 日医 localhost 8000 panda:orca00 hogehoge	
		新規 編集 削除 閉び	22