11 受付

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		当日対象のドクターが100件以上ある時、受付で100件目以降となるドクターコードで受付を行った時、受付の「現在の予約、受付状況」のドクター名が表示されていませんでしたので表示するように修正しました。 また、受付一覧の選択一覧で、ドクターリストに表示されていないドクターでの受付があった時に名称が表示されませんでしたので修正しました。 この時、ドクターリストは受付一覧に表示されているドクターのみ表示するように変更しました。		H27.4.23
2		受付の未確認保険公費の一覧を「次↓」で2ページ目を表示後、そのまま次の患者番号を入力した時、未確認保険公費を2ページから表示していましたので1ページ目を表示するように修正しました。 次の患者が未確認対象が5件以内の時、未確認保険公費が空白で表示されていました。		H27.5.27
3	ncp 20150630-027	ORCAを12台でお使いの医院様よりのお問合せです。 Aの端末で患者様を呼び出し、処理を終了しBの端末で同じ患者様を呼び出すと、Aの端末で使用中と表示される。 Aの端末に戻って確認すると、患者様は呼び出された状態ではなく再度Aの端末で同じ患者を呼び出した後終了しBの端末に戻ると、通常通り患者を呼び出す事が出来る。 という状態が多発しているようです。 部屋の移動を伴うので、確実に処理は終了させてから移動している。 と仰っておられます。 排他制御がかかっているのであれば、Aの端末でも使用できないはずだと思います。 A、Bは特定の端末ではありません。	受付で患者を選択したまま、患者登録へ遷移して「クリア」を行ってから受付へ戻った時など、受付内容がクリアされることがあります。 この時、受付に戻っただけでは前回の受付の排他解除がされませんでした。 この為、患者の入力がないのに排他中になっていましたので、受付へ戻った時に排他解除をするように修正しました。	H27.7.27
4	ncp 20150806-019	受付からカルテ印刷を行っておられる医院様から4.8.0にバージョンアップ後受付画面で患者を呼び出し、保険を選択し、カルテを発行ありにして「受付完了」を行ってもカルテが印刷されないとお電話がありました。 「印刷」をクリックすると印刷されてきます。	受付画面で受付登録時に、カルテ印刷・処方せん印刷を発行する時、クライアント印刷では印刷できませんでしたので印刷するように修正しました。	H27.8.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

11　受付

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

11　受付

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20160122-011	【11受付】画面で表示されている予約患者様を選択して「受付完了」を押すと、予約の分と新たに受付された分と2行表示されます。 ubuntu10.04(lucid)4.7.0の場合に、下記手順で現象確認できております。 【受付】画面にて Aの端末で患者さんを選択 Bの端末で同じ患者さんを選択すると「他端末で使用中」となる Aの端末でクリアして選択を解除し、Bの端末ではそのまま受付完了をする 上記の手順で同現象が発生しました。 ubuntu12.04(precise)　4.8.0　も同様の動きになるのでしょうか？ ubuntu14.04(trusty)　4.8.0　では同現象発生しませんでした。	受付で予約患者を選択中に他端末で同じ予約患者を選択して排他中のエラーとなった時、最初に選択した端末で「クリア」等で排他解除となり、排他中の端末でそのまま「受付完了」をした時、予約選択なしの受付を行っていました。 「受付完了」時に、選択番号の内容が受付に反映されていない時はエラーとし、再度選択をするように対応しました。 また、新規患者の予約の場合は排他制御が掛かりませんので、複数端末で同時に同じ予約患者を選択した時、同じ予約に複数の受付登録をしていまし た。 「受付完了」時に来院済みの登録があればエラーとし、再度選択をするように対応しました。	H28.2.23
7	request 20151029-002	新患さんの場合、頭書きの登録に時間がかかってしまうため受付をするとどうしても受付時間が違ってしまったり、受付順番が後になったりしてしまいます。 そこで、割り込みや受付時間の変更ができるようにしてほしいと要望がありました。 受付業務で受付の順番を変更可能としました。 1．受付で「現在の予約、受付状況」一覧に予約が存在しない時に受付順 　変更を可能とし「Shift+F3　受付順変更」を表示します。 　予約が存在する時は「予約/受付」押下で「現在の受付状況」に切り替え 　て受付順変更を行います。 2．「Shift+F3　受付順変更」を押下し受付順変更を開始します。 　受付一覧から変更する受付を選択し「Shift+F6　前↑」「Shift+F7　次↓」 　で受付順を変更します。	3．受付順変更後「Shift+F3　受付順更新」を押下して受付順 　を登録します。 　受付順変更で選択した受付は、受付時間の横に「＊」を表示します。 4．一覧に予約が存在する時は、予約時間・受付時間順での 　表示となります。 　受付時間に「＊＊」表示があれば「予約/受付」押下し「現在 　の受付状況」を表示して受付順を確認します。 5．受付一覧画面・受付画面で変更した受付順は相互に反映 　します。	H28.12.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

11　受付

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20161007-015	「14予約」 同じ時間帯に同じ患者を複数登録。 同じ時間帯に別患者を登録。 「11受付」 複数登録した同じ患者の間になぜか別患者が入って表示されます。 なぜ同じ患者番号の間に別患者番号が入ってしまうのでしょうか？	受付画面の「現在の予約、受付状況」一覧で予約時間が同じ予約が存在する時、表示順が受付一覧更新毎に違うことがありましたので同じ順番で表示するように対応しました。	H28.12.21
9	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150113-022	平成27年1月1日より使用の公費番号54患者様で負担者番号が同じで受給者番号が異なる患者様がいた場合に登録番号を押下しますとエラーメッセージが発生し、患者登録が出来ない状況でございます。 弊社ユーザ様で実際に受給者証を2つお持ちの方が来院されております。 公費番号51は上記の場合でも登録が可能となっておりますので、登録ができるようにご対応をお願い致します。	平成27年1月改正対応 難病（保険番号054）の公費複数対応 1．患者登録で、複数の難病の公費登録を可能とする。 （難病の適用期間が重複する登録がある場合、エラーとしない） 2．患者登録－保険組合せ履歴の保険組合せ欄の受給者番号表示を行う。 3．患者登録－所得者情報の公費負担額欄の受給者番号表示を行う。 4．窓口計算について、同一月に複数の難病の診療が有る場合、受給者番号が異なる難病の一部負担金も通算して、上限額までの計算（※）を行う。 （※）上記の窓口計算を行う為、公費負担額欄の入力について ・複数の難病の入外上限額は、同額としてください。 ・管理表は1枚。管理表に記載されている薬局等の一部負担は複数の難病に対して入力を行ってください。	H27.1.27
2	support 20150127-019	ユーザー様の登録画面にて添付資料の赤太枠の「未」ボタンを押しても「済」にならないという現象が起きています。 主保険の国保、又は更生医療の公費については「済」になります。	患者登録の基本情報画面で、公費の1行目に「第三者行為」が表示されている 時、3行目の公費の確認年月日の「未」ボタンを押下しても確認年月日の変更ができませんでしたのでシステム日付を設定するように修正しました。	H27.2.4
3	request 20150226-002	H27.2.24のパッチで診療科および保険組合せコンボボックスのリスト数が変更されましたが、11受付も同様に選択できるようにしてください。	診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は患者登録と受付です。 また、患者登録と受付の当日の保険組合せの表示件数を15件から30件に変更しました。	H27.6.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

１２ 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
１０	request 20130919-005	明細書のみを発行希望する患者が多いため、現在は、21診療行為の請求確認画面で請求書の「0発行なし」に変更しているが、12患者画面の「領収・明細」のフラグを「請求書不要・明細書必要」のフラグを準備してほしいとのご要望をいただきました。	患者登録の領収・明細区分に「請求書不要・明細書必要」を追加しました。 「8 請求書不要・明細書必要」 「9 請求書不要・明細書必要（請求あり）」 「A 請求書不要・明細書必要（訂正時なし）」 上記の区分を選択した時、診療行為の請求確認画面の初期表示で請求書兼領収書は「0 発行なし」、診療費明細書は選択した区分によって「1 発行あり」・「0 発行なし」を表示します。 選択した領収・明細区分の名称を画面に表示します。	H27.8.26
１１	support 20150915-011	生活保護と難病の併用についてお尋ねします。 入力を「難病　生活保護」の組合せでされており基金より負担区分が7では使用できませんと返戻になりました。 本来の入力は「難病」、もしくは「生活保護」の単独の組合せですべきところですが「難病　生活保護」の組合せも表示される仕様になっているのは、併用で入力するケースがあるからということでしょうか？ 間違って組合せを選択して返戻になるため、不要であれば精神通院と同様に単独しか表示されない仕様にすることは可能でしょうか。	保険組み合わせ作成修正 適用開始が平成２７年１月以降の以下の保険組み合わせを作成しないよう修正しました。 ０５４難病＋０１２生活保護 ０５４難病＋０２５残留邦人等 ０５２小児特定＋０１２生活保護 ０５２小児特定＋０２５残留邦人等	H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

１２ 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	request 20160129-002	12患者登録から、同じ公費を重複期間で2つ登録する場合 通常の基本情報画面だと「0088公費期間が重複しています」と出て、強行登録できません。 保険組み合せ履歴画面からだと、エラーなく登録できます。 通常の基本情報画面からも、強行登録できるようにならないでしょうか。 よろしくお願いいたします。	公費期間重複チェック修正 患者登録の公費登録において、同一保険番号の適用期間が重複する登録を行う場合、特定の公費を除き、「公費期間が重複しています」のエラーメッセージを表示して、登録を不可としていますが、【保険組合せ履歴タブ】に切り替えてから登録ボタン（F12キー）を押下した場合、登録が可能でしたので登録できないように修正しました。 また、京都府地方公費745（京都市子ども医療）については、入院用と外来用の受給者証が別々に発行される為（入院・外来で負担者番号が異なり、受給者番号は同一）、適用期間開始が平成25年9月1日以降の場合、適用期間が重複する登録を可能にしました。 主保険＋745＋745の保険組み合わせは作成しません。 併せて、【保険組合せ履歴タブ】の中ほどに保険組合せ番号・保険・公費1～4・適用期間・特定受給者番号・表示の表示がありますが、京都府地方公費745を含む場合は、判別が可能となるよう特定受給者番号欄に京都府地方公費745の負担者番号を表示するようにしました。	H28.2.23
17		患者登録画面の特記事項・レセプト分割タブ画面の特記事項に「37　申出」を追加しました。		H28.4.5
18	request 20160414-002	患者登録画面の保険確認年月日について、「基本情報」での確認年月日「未」をクリックし登録することで更新されますが、上部タブ「保険組合せ履歴」の右上の確認「未」をクリックし登録しても、更新がされません。 社内でも確認されました。更新されるように修正をお願い致します。	患者登録の保険組合せ履歴タブで、基本情報タブで表示していた保険の確認年月日を押下後、そのまま登録した場合、基本情報で表示していた保険の確認年月日が更新されていませんでしたので更新するように修正しました。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	support 20161015-002	もともと自賠責保険で受診があった患者様が途中から熊本地震で一部負担金免除になった際の入力についてお尋ねします。 下記期間の設定を行っている患者様です。 自賠責保険の適用期間　:H28．9．5?9999999 国保（免除）の適用期間:H28．10．13?H29．2．28 免除の登録前は問題なかったのですが、免除の登録後から自賠責保険の適用期間が3つに分かれるようになりました。 自賠責保険の具体的な適用期間の分かれ方は以下の通りです。 1．自賠責保険開始日?国保開始日 2．国保開始日?国保終了日 3．国保終了日? 上記期間を1つにまとめる方法はありますでしょうか。 ※試しに公費の種類から「災害該当」と「免除」を削除すると自賠責保険の適用期間分かれることはありませんでした。	9月26日に提供した災害該当レセプト作成に関わる対応で、「959災害該当」を平成28年10月以降の適用開始日で登録した場合、「959災害該当」の適用開始日で保険組み合わせを区切って作成するようにしましたが、労災保険・自賠責保険・自費保険・治験については保険組み合わせを区切らず作成するよう修正しました。	H28.10.17
20	複数公費　一覧　選択	複数公費がある場合の公費選択画面について、番号を選択してEnterキーを押下した場合には選択されますが、マウスでクリックした場合、11番目以降が選択できないようです。	患者登録の公費の種類を選択する公費選択画面で、11件目からリスト選択できませんでしたので選択できるように修正しました。	H28.10.26
21	kk 50286	通常そのような入力はしないと思いますが、システム管理マスター「1017患者登録機能情報」の”17:法別毎公費一覧表示区分”を「1　自動表示する」の設定で患者登録画面で3箇所ある公費登録箇所の1行目を未入力で2行目から登録する場合、公費選択画面で1度の選択では決定されず、1行目の設定も行っているようです。 「0　自動表示しない」設定の場合のように1行目へ移動させることは出来ますでしょうか。	患者登録で法別毎公費一覧表示を「1　自動表示する」と設定しているとき、新規の公費負担者番号を前に空白行がある行に入力した時、表示した「公費選択画面」から戻った時、負担者番号の行はそのままで前行に公費の種類を表示していました。 空白行を詰めて表示するように修正しました。 また、登録済みの公費が開始日などの警告対象である場合、「/A」で行挿入をした時、警告表示を行い行挿入ができませんでしたので行挿入できるように修正しました。	H28.11.28
22		「その他」タブ画面に医療等IDの項目を追加しました。 地域医療情報連携システム等の実証試験を想定した機能追加となります。		H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23	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よろしいのでしょうか。 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
24	ncp 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は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ものでしょうか？（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
25	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み合わせ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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	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まし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
27	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
28		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
29	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あっております。 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、とのことです。	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
		（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。	
31	10/31 小児特定 児童保護	社保と小児特定、児童保護をもっている患者がいるが、3者併用の保険組合せが作れられないとのお問合せがありました。 医療機関が支払基金宮崎支部へ確認したところ、小児特定の自己負担は児童保護がもつので、患者負担はないとのことです。	患者登録で主保険の登録、及び052小児特定と053児童保護の公費登録がある場合、「主保険＋小児特定＋児童保護」の保険組み合わせを作成するように対応しました。	H29.11.27
32		患者登録画面内、[その他]タブの右上にあります、連携用IDの登録について、最大件数である20件まで登録をおこなうと、すでに登録されている連携用IDを削除することができなくなりました。 ＊19件であれば正常に削除されます	その他タブのID識別、介護保険情報、介護認定情報を上限数まで登録後に削除をした場合、不具合が発生していました。 正しく削除できるように対応しました。	H30.1.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		照会業務で画面がフリーズする不具合がありましたので修正しました。 以下の入力を行った際に現象が発生します。 (1)照会業務で診療月ボタンをクリック (2)検索条件に点数を指定して検索 (3)適当な患者を選択し診療行為業務に遷移 (4)照会業務に戻る ==> フリーズ発生		H27.5.27
2	support 20150604-013	「13照会」にて期間指定を行い、診療行為を回数指定で検索します。 検索結果では1患者複数月あった場合は月ごとに表示され、回数及び合計は一番上に記載され件数はあっています。 そのデータをCSV出力で抽出すると、1患者複数月あった場合は月ごとに表示され、回数及び合計とも全ての行に同じ件数が記載されていますので、結果重複している計算となります。	CSVファイルの編集を画面に合わせました。 １患者につき診療行為の回数の編集を複数月分行う場合、２月目以降については診療年月と算定日以外の項目については編集を行わないようにしました。	H27.6.25
3	request 20140902-004	照会画面にて負担割合の検索機能が現在ありません。 検索ができると負担割合チェックが楽になると医療機関様からご要望がございましたのでご対応をお願い致します。	前期高齢者、後期高齢者の負担割合を条件に患者を検索する機能を追加しました。 負担割合検索時、診療年月日の期間指定は必須としますが月を跨ぐ指定は不可とします。 条件保存時は診療年月日が未入力の状態でも可能です。	H27.9.24
4		・検索結果画面((Q02)患者照会－検索結果(患者情報))のコラムリストに地域連携IDの列を追加しました。住所の右となります。 検索結果リストと、CSVファイルについても地域連携IDの編集を追加しました。 検索結果リストは住所欄の右下に編集し、CSVファイルはカナ氏名の次のフィールド(最後尾)に編集を行います。 ・検索項目に[地域連携情報提供]を追加しました。 [0 同意しない]または[1 同意する]を選択し、[患者登録業務]－[その他タブ]－[情報提供]に設定が行われている患者の検索を行います。		H28.3.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5		照会業務の検索項目［特記事項］に「37　申出」を追加しました。		H28.4.25
6	5/31　照会 NOT	照会でNOT検索したとき、指定した公費の入力がない患者がリストに表示されると思うのですが、OR・ANDと同じ検索結果が表示されるようです。	公費の種類でNOT検索を行った場合、NOTで指定した公費の入力の診療内容については除外して患者の検索を行いますが、NOTで指定した公費の種類の他に、保険組合せに含まれない公費の種類（957公費ウエオ等）の登録がある患者は検索対象としていましたので、これを検索対象としないように修正しました。併せて、NOT検索を行う場合、保険組み合わせに含まれない公費の種類は照会業務のコンボボックスの項目から除外しました。	H28.10.26
7	request 20160209-002	患者登録の「その他」で介護認定情報を登録できるようになっているが、照会で検索できるようにして欲しい。	介護保険、介護認定の情報より患者の検索を行えるように対応しました。	H28.10.26
8	request 20151207-002	13照会の明細書連携機能について現在は最大500人分のデータを反映させることが可能となっていますが、こちらの上限人数をなしにするか、もっと2000件ぐらいに増やしてして欲しいと要望がありました。 該当の小児科の医療機関様では、包括項目のある小児科外来診療料を算定しているのですが、こちらを算定していない患者のみレセプト印刷をしたいと言われ、照会の診療行為NOT検索後に明細書連携することを提案したのですが、秋?冬にかけてインフルエンザ予防接種等で来院する患者様が多く500人を超えてしまいます。社保国保分ける、男女分ける等、ヒット件数を絞る検索方法をご提案しましたが、作業効率が悪いので最大件数を増やして欲しい、とのことです。	照会業務の明細書連携機能の上限件数を500から2000に変更しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 20161107-014	岐阜県の地方公費（乳児・母子・障害）を持っていない患者の検索を照会より実施してい ました。9月までは検索できたのですが、本日　実施したら「条件に該当する患者は存在 しませんでした」と表示されました。 【照会の設定】 診療年月：H28.10.1?H28.10.31 公費の種類：（145　乳児、143　母子、146　障害）をNOT条件 【プログラム更新実施日】H28.10.31 以前は公費の種類をNOT条件にした場合、公費の種類別にORで検索していたのですが、プ ログラム更新後、ANDで検索されているようです。 プログラムの不具合だと思われますので、修正をお願いいたします。	2つ以上の公費の種類でNOT検索を行うと検索に失敗する不具合がありましたので修正しました。	H28.11.28
10	request 20150831-008	「13照会」の機能で2点要望がございます。 ・医師を選択する機能 ・病名、診療行為を検索する際、複数の診療行為に対してそれぞれ算定月の指定をする機能 例えば4月に初診、7月に再診どちらも算定されている患者を検索する場合に、 初診にH27．4．1?H27．4．30、 再診にH27．7．1?H27．7．31 と病名・診療行為に個々に設定する機能になります。	照会業務の検索項目に[ドクター]を追加しました（外来限定）。 ・受診履歴より、指定されたドクターを受診した患者の検索を行う。 ・ドクターでの検索は外来に限定する。 （ドクターが検索項目に選択された場合、入外区分を外来に自動選択する。） ・診療行為の指定があった場合、指定されたドクターで診療行為の登録がある患者の検索を行う。 ・点数の指定があった場合、「指定されたドクターを受診し、〇〇点以上の患者」の検索を行う。 （明細書業務とは異なり、最終受診日のドクターに限定しない）。 ・診療年月日の期間指定を必須とする。（最大12ヶ月間の指定を可能とする。）	H28.11.28
11		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

１３ 照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
１２	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

14 予約

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20141226-019	サーバーにて予約票が印刷されない事が頻発しています。 何度、予約画面で発行しても印刷されず、Windowsの端末からだと1度で印刷されます。 【1045 予約・受付機能情報】の予約票発行区分は【発行する】に設定されており、再度印刷しようとした際も、必ず【発行する】になっている事を確認してから【予約登録】を押しているが、予約票が印刷されません。	入院の診療行為画面から予約へ遷移して、予約票・予約一覧等を印刷しても印刷できませんでした。 正しく印刷するように修正しました。	H27.2.24
2	support 20171205-012	ORCA予約画面について 弊社保守のORCAユーザーにおいて、予約画面で医師指定無しで日毎の予約人数を照会したところ、ORCAがjava IO Exceptionのエラーで落ちてしまう現象が発生しました。 恐らく原因がORCAに登録されており現在有効な医師が100人以上存在すると、予約画面の医師指定欄に全員が表示できず落ちてしまっているようでしたので、何人かの医師の有効期限を付けていただいたところ現象が解消しました。 つきましては、これがORCAの仕様上の問題であるのかどうかと解決方法があれば教えていただけないでしょうか。	予約の予約一覧画面で、対象のドクターが９９件以上あり、ドクターリストに表示されていないドクターの予約が予約一覧の対象となっている時に処理が異常終了していましたので正常終了となるように対応しました。 なお、ドクターリストの最終行を該当のドクターに置き換えますので、置き換え前の最終行のドクターがリストから削除されます。このドクターを選択をする時はドクターコードを手入力して下さい。	H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20140819-012	lucid4.7.0をご使用の医療機関で、21診療行為画面では7/26の診療日が表示されているのに、23収納画面で履歴が表示されていない患者がいます。 7/26のときに作成された日計表明細（窓口領収金）には、きちんと履歴が表示されていました。 なぜ収納に履歴が出てこないのか医療機関より問い合わせがありましたので、ご回答をお願いいたします。	診療行為で患者を選択したまま、会計照会へ遷移して保険一括変更など受診履歴の内容を変更後に診療行為へ戻った時、訂正中でなかった場合は、「警告！会計照会で受診履歴に変更がありました。前回患者ボタンを押下して下さい。」を表示しています。 「警告」を無視して、そのまま会計照会で保険変更となった受診履歴を訂正して登録した場合、受診履歴と収納に不整合が発生していましたので、「警告」を「エラー」に変更しました。 会計照会で受診履歴に変更があった場合は、必ず「前回患者」を押下するようになります。 入院では不整合は発生しませんが、外来に合わせてエラーにしました。	H26.12.18
2		診療行為入力画面から前回処方ボタンよりお薬情報の印刷を行うと、薬剤のイメージが印刷されない不具合がありましたので修正しました。		H26.12.18
3		向精神薬多剤投与により逓減となる場合、外用薬の診療種別区分が省略されていた場合に算定点数に誤りがあることが分かりました。 逓減の確認メッセージのみ表示された場合に、外用の剤が1剤1明細で診療種別区分が省略されている時、剤点数の集計を重複していましたので正しく点数を算定するように修正しました。 なお、逓減の確認メッセージの後に他の確認メッセージが表示された場合は現象は発生しません。		H27.1.9

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	support 20150108-034	レセプト電算データについてお尋ね致します。 ある患者様がオンライン請求でエラーとなり、確認したところレセプトの各項目の点数を合計した点数と、保険の請求点数に計上される点数が一致していませんでした。	入院の診療行為入力より中心静脈注射と特定器材を同一剤で入力を行った場合、レセプト摘要欄に特定器材が記載できないことから、入力時にチェックを行い、同一剤での入力時はエラーメッセージを表示するように対応しました。 【入力例】 .340 130004410　中心静脈注射 733100000　中心静脈用カテーテル（抗血栓性型） 【エラーメッセージ】 「入院の中心静脈注射の器材は別剤で入力してください。」	H27.1.27
5	ncp 20141205-019	労災レセプトをオンライン請求しています。 １０月分のレセプトの分で、労災情報センターからご指摘があったそうです。 「診療が53点以下の場合は、入力コード101120020：外来管理加算（読み替え加算）で良いですが、その点数以外のときは、入力コード112011010：外来管理加算で算定するようになっています。」 「１０月分は、修正しておきますので、次回から正しくお願いします。」といわれたそうです。 こちらで検証しましたが、労災保険の診療行為で入力コード112011010の入力が出来ません。	＜診療行為入力時（労災・自賠責（労災準拠））＞ ・外来管理加算に関する特例に該当しない診療時は、 101120020 外来管理加算（読み替え加算）でなく、 112011010 外来管理加算で算定する。（健保の外来管理加算） ・外来管理加算に関する特例に該当する診療時は、今までどおり 101120020 外来管理加算（読み替え加算）で算定する。 ＜労災レセ電記録例＞ （１） ２月２日（特例に該当しない）「外来管理加算」で算定 ２月３日（特例に該当する）「外来管理加算（読み替え加算）」で算定 RI,12,112011010,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, RI,12,101120020,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, （２） ２月２日（特例に該当しない）「外来管理加算」で算定 RI,12,112011010,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, （３） ２月３日（特例に該当する）「外来管理加算（読み替え加算）」で算定 RI,12,101120020,,52,,1,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	H27.1.27
		労災・自賠責（労災準拠）の外来管理加算算定修正（平成２７年２月診療以降） 労災保険情報センターより指摘があり、平成２７年２月診療分以降の労災レセ電記録において、外来管理加算に関する特例に該当しない診療時は、健保の外来管理加算で記録を行うよう対応しました。		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20150216-018	（K05）診療行為入力-行為セット入力画面にて、あるセット項目を表示させた直後に別のセット項目を表示させた際、後で表示させたセット項目の有効期間が複数存在する場合に、有効期間を選択せずに（K051）診療行為入力-入力コード画面を表示させると、直前に表示していた別のセット項目の入力コードが表示されてしまっています。	セット登録で、登録済みのセットコードを展開後、直接、セットコードを別の登録済みのコードに変更した時、前のセットコードの入力CDがクリアされていないことがありました。 複数の履歴が存在して選択番号が空白の時です。 履歴を選択すれば正しい入力CDに変更となりますが、履歴選択をしないで登録 した場合は入力CDがエラーとなり登録ができませんでした。 正しい入力CDを編集するように修正しました。 併せて、登録済みのセットコードを入力した時、「セットコードが存在します。 修正をしますか？」の確認メッセージで「戻る」を押下した時、履歴と入力CDの内容が前回の内容のままでしたので、入力したセットコードの内容を編集するように修正しました。また、カーソルをセットコードに移動するようにしました。	H27.2.24
7	ncp 20150223-002	既に登録されているセットの有効期限（10個目）を追加しようと前の期限を切り、新たにH27.2.1開始で登録（11個目）しようとしたら「追加エラー」となりました。 もう一度前有効期限を選択して追加登録しようとしましたが「追加エラー」となり、前有効期限の診療内容が2行ずつ表示されたような状態になり、これを正しく診療内容を1行にして変更登録しても内容がかわらず2行のままで、11個目も追加登録ができませんでした。 医療機関様への対応は新しくコードを追加して登録しましたが、 ・セットの有効期限は10個までしか登録できないのでしょうか。 ・また、コピーしようとした10個目のセットの診療内容が2行ずつ表示されているのを修正できずに困っております。	セット登録で期間履歴は10件表示していますが、登録時に履歴件数のチェックをしていませんでしたので登録ができていました。 履歴が10件以上となる時はエラーとするように対応しました。 なお、履歴が10件以上登録ができていましたので、セット登録画面に表示されない履歴が存在します。 画面表示されない履歴は期間チェックができませんので、期間が一部重複した履歴の登録ができていました。 この場合、過去の履歴を削除して正しい期間に変更して下さい。	H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	request 20141024-003	【操作】 システム管理（1005:診療科目情報）で診療科を42件以上、登録した後、診療行為入力の診療科の選択で43件目以降がコンボボックスに表示されない為、その診療科を選択することが出来ません。 直接コードを入力しましたが選択されませんでした。 【要望】 この選択を可能にして頂けますでしょうか。	診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は診療行為（外来まとめ）、会計照会です。 また、診療科の対応と併せて、保険組合せについても30に変更しました。 診療行為画面は30件、会計照会は40件としました。	H27.2.24
9	ncp 20150305-018	例：3/3　ECG12　を算定 　3/5　加算平均心電図による寝室遅延電位測定　を算定 上記の検査は、同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降は所定点数の90/100を算定です。 同一検査とはD208心電図検査「1」から「5」～（以下省略）それぞれ同一検査として扱うとあります。 ECG12は、D208心電図検査「1」 加算平均心電図による寝室遅延電位測定検査は、D208心電図検査「4」です。 例えば、2/2　ECG12　を算定 　　2/5　VCG を算定するとVCGは逓減されてきます。 なぜ上記の入力をした場合、3/5に算定した加算平均心電図による寝室遅延電位測定は逓減されないのでしょうか？ 他に入力方法があるのでしょうか？	検査の月2回目の逓減で、D208の心電図検査で「加算平均心電図による心室遅延電位測定」が他の検査との逓減対象となっていませんでしたので対応しました。	H27.3.25
10	お電話でのお問い合わせ3月5日一高齢者難病単独入力	難病患者で、生活保護受給者、高齢者の場合 難病単独での診療行為入力ができません。 下記資料に、療養がすべて特定医療の対象となるものである場合には、特定医療費単独の請求とする。 と記載されています。 一般の方であれば入力できますが、高齢者の場合はどのように入力すればよろしいでしょうか。	診療行為で高齢者の時、難病単独の保険組合せで入力できませんでしたので対応しました。	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	ncp 20150226-012	■内容 労災の再診で受診後、国保で同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」と「外来管理加算」のコードが自動発生されます。 自費の再診で受診後、国保の同日再診の入力をすると「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生します。 労災と国保の同日再診の時も、「他保険にて診察料算定済」のコードのみを自動発生させることは可能でしょうか。 ■101システム管理の設定 1007自動算定・チェック機能制御情報 ＜チェック制御機能＞外来管理加算チェックの設定は「3 自動発生なし」になっております。	システム管理の外来管理加算チェックが「3　自動発生なし」となっている時、労災保険で再診料を自動発生した後、保険を健保に変更した場合、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。 併せて、同日再診料から「099999902 他保険にて診察料算定済」「830000021 再 診料算定科：」へ保険変更・診療科変更により自動変更する時も、外来管理加算が残っていましたので削除するようにしました。	H27.3.25
12	ncp 20150327-013	同月に算定できない項目がある場合の中途終了データ展開時の数量・点数欄表示が第67回パッチ適用後から変わっているようです。 たとえば3/26で21診療行為にて再診、外来管理加算、点滴を入力して中途終了します。 その後、3/1で再診、生活習慣病管理料を入力して会計登録します。 その後、3/26の中途終了データを呼び出したときの数量・点数欄の表示が、第66回パッチ適用環境までは、再診の区分の点数×回数、外来管理加算の点数×回数、点滴の数量、点数×回数が表示され、.330にカーソルが表示されますが、第77回パッチ適用環境は、いずれの区分も数量、点数、回数が一切表示されておらず、点滴薬剤の単位のみが表示された状態で.330にカーソルが表示されています。	中途データを展開する時に展開内容にエラーがある場合、コードと名称のみ表示していましたので、数量等の編集を行うように修正しました。	H27.4.8
13	support 20150327-015	21診療行為にて内容入力後、登録ボタンを2回押して会計画面にて最後の登録を押したときに「診療行為CLAIM送信選択サブ」画面が出てF11登録のみを押しても登録されずに会計画面のままになる患者様が1名います。 他の患者様は問題なく登録できます。	診療行為の登録時にCLAIM送信画面を表示して登録を行った場合、登録エラーとなってもエラーメッセージを表示しませんでした。 CLAIM送信画面でもエラーメッセージを表示するように修正しました。	H27.4.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

２１　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
１４	request 20150313-002	１）外来迅速検体検査加算の自動算定で、D017の3を複数回おこなった場合は複数回分の登録となるようにしてほしい。 D017の3の場合は複数回あったら加算も複数項目分として請求できると社会保険診療報酬支払基金から指摘されたので。	検査から外来迅速検体検査加算を自動発生する時に、検査が＊２で入力された場合に1項目としていましたので、２項目とするように修正 しました。	H27.4.23
１５	ncp 20150415-005	産婦人科のクリニック様で、外来で特定疾患を算定していた患者様が、お産で入院となりました。 退院後、また外来受診をされましたが、その際、特定疾患が算定できず、手入力してもエラーとなりました。 長野県国保連合会審査管理課にこの場合の算定について問い合わせたところ、関東信越厚生局に問い合わせしてくださり、点数表のB000特定疾患療養管理料の注3の記載は保険での入院の場合に該当し、お産等の自費入院の場合は退院から1月以内であっても特定疾患療養管理料が算定できるとの回答だったとのことでした。 現状、エラーではじかれ、特定疾患の算定ができない為、レセプト提出ができておりません。	退院日から1月以内のチェックで自費保険の入院は警告とするようにしました。 管理料算定日の直近の退院日の保険組合せが自費保険（保険の種類の頭が「９８」）であれば警告とし「警告！退院日より1月以内です」を表示します。 自費保険以外であればエラーとなります。 これは管理料の手入力の場合のみ入力可能となります。 病名からの自動発生では退院日の保険判定は行いませんので、1月以内であれば自動発生しません。 現在、プログラムによりチェックしている管理料は以下となります。 初診算定日と退院日の1カ月チェック 113001810　特定疾患療養指導料（診療所） 113001910　特定疾患療養指導料（１００床未満） 113002010　特定疾患療養指導料（１００以上） 113700610　慢性疾患生活指導料（診療所） 113700710　慢性疾患生活指導料（１００床未満） 113700810　慢性疾患生活指導料（１００床以上） 113002310　皮膚科特定疾患指導管理料（２） 113000910　皮膚科特定疾患指導管理料（１） 113002910　難病外来指導管理料 113002210　小児療養指導料　　※退院日のみチェック 113002850　てんかん指導管理料 113010110　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	H27.4.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16		診療行為一覧選択画面でユーザ登録「6：システム」を選択した時、「099999921 【レセプト】公費欄ーー部負担金金額置換 」、「099999922 【レセプト】第三者行為ーー金額置換 」が表示されていませんでしたので表示するように対応しました。 ※会計照会、外来まとめ入力、点数マスタの一覧選択画面		H27.5.27
17		外来分入力で投薬での薬剤を50明細以上入力した時、「登録」ボタンで画面がフリーズしましたので修正しました。		H27.6.25
18	request 20130906-010	「1030帳票編集区分情報」にて後発医薬品への変更可署名を「1変更可（一般）」としているユーザです。 ジェネリックを希望しない患者については、「099209903後発変更不可」コードを入力していますが、これだと1つ1つの薬剤に対して入力する必要があります。 他レセコンだと一括で後発不可にできるコードがあるそうですが、日レセにも同様の機能を搭載していただけないでしょうか？	院外投薬で後発品変更不可の処方毎の予約コードを入力し、処方せん単位の指定を可能としました。 システム予約マスタ 099209910 後発品変更不可（処方単位） ＜留意事項＞ 処方単位での後発品変更不可指示の入力対応について 厚生労働省では「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を平成25年4月に策定し、目標を達成するために促進策を検討しています。 また、財務省からは後発医薬品の使用割合の目標を年度中に80%に引き上げ、16年度の診療報酬改定で対応する必要があると提言を行いました。 このような国の取り組みに対し今回実装する本機能は、相反するもののようではありますが、決して先発品を推奨するものではなく、ごく少数ではあるが先発品を希望する患者へのサービスとして、医療事務員の負担軽減を目的としたものです。 この機能を使用する場合で処方せんプログラムをカスタマイズしている場合は修正する必要がありますのでご注意ください。	H27.6.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	support 20150805-007	点滴を包括入力されている詳細を伺っておりませんが、点滴容量が250ml以上500ml未満の場合に警告メッ セージが表示されるようです。	外来の点滴が包括剤となっている時、訂正時に登録で警告を表示することがありましたので表示しないように修正しました。 包括対象の点滴は、当日の液量合計の対象外となっていますが、訂正時の集計に誤りがありました。 この為、当日の液量合計と点滴手技料が不整合となることがありました。 包括対象の点滴は当日液量合計の対象としないように変更しました。	H27.8.26
23		システム管理の「1014 包括診療行為情報」の小児科外来診療料を「包括算定する」と設定している時、小児科外来診療料を算定した日に、自賠責保険で算定をした時に自賠責保険の診療内容が包括対象となっていました。 自賠責保険の診療内容は包括対象としないように修正しました。 「包括算定しない」の設定時と同じ仕様となります。		H27.8.26
24	support 20150811-025	日レセ操作中にpostgresダウンしたユーザがあり、原因がわからず、調査をお願い致します	CLAIMと診療行為画面で同じ中途終了データに同時に更新を行った時に、DBエラーとなり診療行為画面がフリーズしましたので、フリーズしないように修正しました。	H27.8.26
25	8/27 併用禁忌 悪性腫瘍	1.薬剤と併用禁忌において、2つ目の薬剤を入力したとき、登録ができない。 2.検査一覧を自動表示している場合、悪性腫瘍特異物質治療管理料入力後検査項目が表示されますが、検査を選択すると、選択した(60)の検査 コードが入力されてしまい、コメントに変換されません。	診療行為で中途データのDB更新エラー対応で、禁忌薬剤画面等を表示した時、 直前に入力したコードが消去された状態となりましたので正しく表示するように修正しま した。	H27.8.27
26		診療行為画面でDOを表示後、「F5　受診履歴」で受診履歴画面の最終行を選択後、DO画面で剤を選択します。 その後、DO画面から受診履歴画面を表示した時、表示画面が最終行を表示する位置となっていましたので先頭から表示するように修正しました。		H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56	ncp 20160405-032	平成28年4月改定で特定疾患療養管理料が、退院後1カ月算定できないものが、当院を退院した日から1カ月算定不可となりました。 外来患者が来院された場合、特定疾患の病名を登録されていれば、21診療行為にて特定疾患療養管理料を自動算定されますが、他院歴として入院歴を登録した場合、21診療行為では「他院退院日より、1月以内です。算定できません」と表示され、算定ができません。	他院退院日のチェックを廃止しました。	H28.4.5
57	ncp 20160406-008	診療行為で湿布を70枚以上投与し、湿布薬剤制限枚数解除と0083000001のコメントで超過理由を入力しました。 コメントを入力しているのにもかかわらず、「警告！湿布薬が70枚を超えています。投与理由のコメントを入力して下さい。」とメッセージが出ます。 また、湿布薬の下にコメントが入力されていない状態では、この警告メッセージは表示されず、「警告！湿布薬の投薬があります。全量・1日量のコメントを入力して下さい。」の警告のみ表示されます。 文字数の関係で「830000052」を使用しない医療機関様もございますが、「830000052」のコードが作成されたための動きでしょうか。	湿布薬が70枚以上となる時、「099200201 湿布薬制限枚数解除」を入力した場合に、「83000052 70枚を超えて湿布薬を投与した理由：」の入力がない時の警告メッセージが表示されないことがありました。 警告対象の湿布薬に「警告！湿布薬の投薬があります。全量・1日量のコメントを入力して下さい。」を表示した時です。 警告対象を、「099200201 湿布薬制限枚数解除」の行とするように修正しました。	H28.4.13
58	ncp 20160407-035	院内処方の状態で在医総管・施医総管を当月入力されている場合、管理料と同会計の薬剤は包括となりますが、管理料を算定していない診療日の薬剤の入力が院内処方時に点数算定されてしまいます。	システム管理の包括診療行為設定情報の「205　施設入居時等医学総合管理料」を「0　包括算定しない」と設定している時、施設入居時等医学総合管理料を算定した時、算定日以外で「．213 内服薬剤（処方のみ）」等が入力できませんでしたので入力できるように修正しました。	H28.4.13
59		前回処方画面から処方せんを印刷した時、必要なテーブルの設定がないためQRデータの一般名コードが正しく記録されていませんでしたので修正しました。		H28.4.13
60	4/18　約束処方　数量変更	約束処方で数量を変更し、入力することができますが、訂正画面で展開してそのまま登録すると、数量が「1」へ変更となってしまいます。	約束セット（Sxxxxx）に数量を 0.5 など1未満で登録後、訂正で展開した時、数量を1にしていましたので正しい数量で展開するように修正しました。	H28.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
61	support 20160401-039	検査セットを複数入力すると、いつもならすぐに「0160包括検査で同じ検査があります。OKですべての同一検査削除します」や「0064同一検査があります。削除して下さい」とエラー情報が表示されるのに、本日4月1日からこのエラー画面が出るまでにかなりの時間がかかるようになりました。	検査展開でエラーとなり異常終了することが判明しましたので修正しました。 診療行為の画面をクリア後、1行目にDOで剤を展開してから検査のセットコードを複数入力した場合に発現します。	H28.4.25
62	support 20160419-048	生保と更生を持っている患者。 ・4/19　更生で再診や検査などを入力後、複数科保険で生保を選択し薬を入力 ・4/20　19日同様。 ・4/21　生保のみで再診を消して薬のみ入力 ・4/22　更生で再診のみ算定 ・4/23　19.20日同様に更生で再診や検査などを入力後、複数科保険で生保を選択。 この時099409901：実日数算定のコードを消して薬を入力し登録。 次画面の確認画面で実日数算定コードは消えています。 しかし、最新の4/13に提供されたパッチ提供（プログラム更新）を行い、上記のように入力すると、最後の複数科保険で生保を選択後に削除した実日数算定コードが次画面の確認画面で復活します。	外来の診療行為で、複数保険入力（＃XXXX）を行い自動発生した「099409901　実日数算定」を削除後、次行にDOで剤を展開した場合、再度、「099409901　実日数算定」を自動発生していましたので修正しました。	H28.4.25
63	70枚超え湿布薬　薬剤情報	湿布薬70枚超えの処方入力時、薬剤情報提供料が自動発生しないようです。	湿布薬を70枚超入力した時、薬剤情報提供料の自動発生を行っていませんでしたので行うように修正しました。	H28.4.25
64		疑義解釈資料（その2）の問22による向精神薬多剤投与と内服薬多剤投与の算定ルールが示されましたので対応を行いました。 現行は向精神薬多剤投与に該当する場合は、内服薬多剤投与の逓減は行わないとしていましたが、その場合でも向精神薬以外の内服薬で7種類以上になる場合は向精神薬以外の薬剤料について逓減を行うとなりました。 向精神薬多剤投与の減算を行った後、向精神薬以外の内服薬が7種類以上ある場合は確認メッセージの表示を行い、OKで逓減算定を行うようにしました。	平成28年4月分について確認する場合は、統計プログラム（向精神薬多剤投与時の内服逓減疑い患者一覧）を提供しましたので設定して処理を行ってください。 このプログラムでは、630010005 薬剤料逓減（80／100）（向精神薬多剤投与）が存在し、630010002 薬剤料逓減（90／100）（内服）の存在しない会計データを対象とします。 パラメタは、診療年月、処理区分です。 処理区分＝1　で薬剤を表示（向精神薬の前に”☆”を表示）します。	H28.4.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
65		算定履歴より早期・初期リハビリテーション開始日コードを入力した場合[F8コメント]ボタンが非活性であるため、手術日等に置き換えたい場合、入院期間中であれば診療行為から入力すればよいのですが、入院日以前の場合、置き換えすることができません。	算定履歴画面及び算定履歴画面の履歴登録画面から、各（早期・初期）リハビリテーション開始日を登録後、選択してもリハビリコメント登録画面へ遷移できませんでしたので修正しました。	H28.4.28
66		システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」で「501 療養病棟入院基本料」を包括算定する設定をしている場合、「障害者施設等入院基本料（医療区分１又は2）」を算定している患者を呼び出すとフリーズすることがありましたので修正しました。		H28.4.28
67		小児科外来診療料を算定する場合で施設基準の設定がない場合は自動算定とならず手入力になりますが、3歳到達月の誕生日前に小児科外来診療料の算定があっても誕生日以降で算定すると年齢エラーとなりましたので修正しました。		H28.5.25
68	ncp 20160511-010	診療行為入力画面にて、小児科外来診療料 → 小児かかりつけ診療料に変更 投薬診療行為入力 → 登録 確認のため、訂正にて再度画面を開くと、「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。」という警告が表示されます。 確認の為だけで訂正が無い場合においても再度「登録」をして終了する必要があるのでしょうか？ ちなみに、そこで「登録」を行うと、次からは訂正で開いても警告は表示されません。 訂正画面にて一度「登録」を行う場合と行わない場合とでは、レセプトの摘要欄への表示内容が変わってきます。登録をした場合には、「包括診療」という記載と共に調剤料や処方料なんかも記載されてきます。l（点数に違いはありません。） また、弊社で検証した際には、レセプトに薬剤も表示されるのですが、病院様の方では薬剤の表示もされていないようですが、何かの設定に違いがあるのでしょうか。	システム管理の包括診療行為設定で「209　小児かかりつけ診療料」を「１　包括算定する」を設定している時、診療行為入力で患者番号入力時に設定区分をクリアしていました。 この為、院内投薬の入力をすると、「２１３　院内投薬（投薬のみ）」の入力となりましたので、正しく処理を行うように修正しました。 なお、中途データ一覧からの展開、患者番号入力後に日付の変更を行うと、再度、設定を行いますので正しく処理を行っています。	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
69	support 20160601-016	包括外病棟から障害者病棟区分1へ転棟 ↓ 診療訂正で薬を登録しなおし ↓ 会計カードを確認しても調剤料が包括にならない 上記のような現象がでております。 ご確認いただけないでしょうか？	療養病棟入院基本料2（A）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（B）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（B）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（C）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（C）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（D）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（D）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（E）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（E）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（F）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（F）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（G）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（G）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（H）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（H）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（I）（夜勤時間特別入院基本料） 療養病棟入院基本料2（I）（生活療養）（夜勤時間特別入院基本料）	H28.6.3
		入院調剤料の自動算定で包括剤となるべき剤が出来高剤で登録されるケースが分かりました。 診療確認画面では【包括診療】と表示されていますが、登録された剤は出来高算定剤となっていました。 包括する入院料に該当するのは右の療養病棟入院基本料となります。 【重要】 パッチを適用後に診療行為により投薬を算定した会計データを少なくとも一つ訂正するか、又は、会計照会画面で「入院調剤変更」ボタンを押すことで一月分の入院調剤料を訂正します。	障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2の患者に相当するもの） 障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1の患者に相当するもの） 障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2の患者に相当するもの） 障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1の患者に相当するもの） 障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2の患者に相当するもの） 障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1の患者に相当するもの） 障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2の患者に相当するもの） 障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1の患者に相当するもの） 障害者施設等7対1入院基本料（医療区分2）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等7対1入院基本料（医療区分1）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等10対1入院基本料（医療区分2）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等10対1入院基本料（医療区分1）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等13対1入院基本料（医療区分2）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等13対1入院基本料（医療区分1）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等15対1入院基本料（医療区分2）（夜勤時間超過減算） 障害者施設等15対1入院基本料（医療区分1）（夜勤時間超過減算）	

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	support 20160610-007	四肢ギプス+乳幼児加算+休日加算2の点数が違うとオンライン請求受付エラーとなったとの事。	処置のギブス（乳幼児）加算と時間外加算を入力した時、算定点数に誤りがありましたので修正しました。 時間外加算の所定点数を求める段階で%加算・%減算の端数処理を行っていましたので最後に四捨五入するようにしました。 なお、医学管理及び在宅医療についても同様の修正を行いました。	H28.6.14
71	support 20160606-015	長期投与日数、投与量チェック時の警告メッセージについて確認事項がございます。 点数マスタより、長期投与日数・投与量につきまして以下設定を行いました。 診療行為コード：620098401 漢字名称：ロキソニン細粒10% 長期投与日数：14 投与量：3 エラー処理（長期投与）：9 エラー処理（投与量）：9 診療行為入力画面にて上記診療行為を入力し、長期投与日数・投与量の警告を表示しましたところ、操作マニュアル上 1行目に「長期日数の上限は14日です」 2行目に「長期投与日数以上です」 と表示されるところ、「長期投与日数以上です」というエラーしか表示されませんでした。 以前まで（恐らく四ヶ月以上前となります）は操作マニュアル通り 1行目に「長期日数の上限は14日です」 2行目に「長期投与日数以上です」 と表示されていたかと存します。 警告表示について表示内容が変更となったのでしょうか。	診療行為入力の薬剤投与量チェックでエラー・警告メッセージ上部の上限数量・上限日数が表示されていませんでしたので修正しました。	H28.6.14

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
72	ncp 20160526-017	厚生労働省保険局医療課から平成28年3月31日に出された疑義解釈資料の送付について（その１）の41ページの「注射」（問133）に以下のように記載されています。 区分番号「E200」の注３又は区分番号「E202」の注4を算定した場合、同一日に区分番号「G004」点滴注射は算定できないが、当該点滴注射により生物学的製剤等の投与を実施した場合に、注射の部通則3から6までの加算は算定可能か。 （答）このような場合においては、注射の部通則3から6までに規定する加算について、それぞれの算定要件を満たす場合であれば算定を行っても差し支えない。 CT撮影（造影剤使用加算）を入力時に、注射で手技料なしの区分がないため、例えば精密持続点滴注射加算を入力することができません。 どのように入力したら、レセプトの注射区分に加算だけあがるようにできるのでしょうか。	診療行為入力の外来で、CT撮影算定時に算定できる注射加算の入力ができませんでした。 入院での注射加算の入力と同様に、「.332 点滴注射（手術以外）」、「.340 その他注射」の直下に注射加算のみの入力を可能としました。算定可能と記載のある通則加算（G000）のみ可能となります。	H28.6.14
73	ncp 20160525-008	診療行為画面でフェルビナクテープ70mg「EMEC」10cm×14cmを検索し、一般名というボタンを押すとフェルビナクテープが先発品がある後発品の薬剤であるにも関わらず、先発品の薬剤が出てきません。 先発品はセルタッチテープ70で、一般名もフェルビナクテープ70mg「EMEC」と同じ名称ですが、一般名ボタンを押した後に表示されないのはなぜでしょうか。 本来一般名ボタンを押すと、該当の一般名になる先発品や後発品の薬剤が全て表示されると思うのですが、表示がありませんのでその理由を教えていただきたいと思います。	一般名処方マスタの例外コードについて対応できていませんでしたので対応しました。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
74	support 20160607-013	ORCA外来操作マニュアルVer4.8.0 平成28年度版(最終更新日2016年5月17) P307に記載されている「＜数量ゼロがあるときでも遷移できる画面＞」につきまして、確認事項がございます。 遷移可能な画面として「DO」(F8)とございますが、実際「F8」を押下しても数量ゼロの部分にカーソルが移動し入力コード欄が赤色(エラー色)となります。 なお、DO入力を行う診療日(該当行)を直接マウスで選択した場合は(K09)診療行為入力-診療行為選択画面へ遷移します。 上記動作は仕様でしょうか。	システム管理の数量ゼロ入力項目が「1　入力エラーとする」と設定されている時、診療行為入力で数量がゼロの行があった場合、「F8　DO」押下しても遷移しませんでしたので遷移するように対応しました。	H28.6.27
75	request 20120910-002	チェックマスタの「診療行為の併用算定エラー」や、点数マスタの算定上限回数の設定をしている場合セット入力にて診療登録を行うと、自動で併用エラー項目が削除になります。 このときに削除したことが分かるよう、コメント表示の有り無しを設定できないでしょうか。	診療行為入力でセット内容を展開する時、エラー項目についても展開するようにシステム管理で設定可能としました。 システム管理の「1038 診療行為機能情報」の＜その他＞8:セット内容展開を「1　全展開」と設定した時、セット内容に年齢エラー等があってもすべて展開します。	H28.6.27
76	ncp 20160614-004	注射の技術料自動算定について質問です。 通常 .330　点滴注射を入力し、.320　静脈注射を入力すると.321(手技料なし)と自動で切り替えますが、.340中心静脈注射を入力後、.320　静脈注射を入力しても、.321(手技料なし)に切替えされず、手技料を算定します。 どの様な理由で切替えが出来ないのでしょうか？ またこのような場合は、オペレータ判断で.321(手技料なし)で入力しなければならないのでしょうか？	診療行為入力で、G006 中心静脈注射(植入型カテーテル)とG001 静脈注射、G004 点滴注射、G005 中心静脈注射が同日算定できていましたので、算定できないように対応しました。 会計照会で入院の点滴を変更した時、G006 中心静脈注射(植入型カテーテル)とG005 中心静脈注射が同日に算定されている場合は、重複算定のエラーメッセージを表示するようにしました。自動削除は行いません。	H28.6.27
77		診療行為入力画面と診療行為一覧選択サブ画面(K98)で医薬品名の先頭に向精神薬の種類を識別できるようにそれぞれ【不】、【睡】、【う】、【精】の文言を表示するようにしました。		H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
78	support 20160628-030	6月27日付のパッチ提供で、.340その他注射、中心静脈注射（植込型カテーテル）の後、剤を.350で区切らないと注射薬剤が入らなくなりました。 このパッチが提供される前まで、 .340　　その他注射 130008510　中心静脈注射（植込み型カテーテル）：125点 643310347　ラテック注 と剤を分けずに入力していたようです。 パッチ提供後 .340　　その他注射 130008510 .350 643310347 パッチ提供後、剤を分けて登録するのは構わないが、今まで入力した「.350」で剤を分けないで入力した分は修正を入れずに、レセ電データを作成しても、レセ電コードは正しくできますか？ と問い合わせを受けています。	第46回（6月27日）パッチ提供を適用後、入院において中心静脈注射（植込型カテーテル）と薬剤を同一剤に入力した時、エラーとなりましたのでエラーとならないように修正しました。	H28.6.29
79	ncp 20160623-014	後期高齢の対象年齢の患者様で、生保の公費を持たれた方になります。 患者登録の公費部分に他に「066石綿」を登録しています。 公費に「977後期非該当」を入れているのですが21診療行為の画面で、保険組合せを「066石綿」として登録を押してもエラー1027「老人の保険割合が設定されていません。保険を登録し直してください」と表示されてしまいます。 「976高齢非該当」を入れた場合ですと、そのエラーが出なくなり同じ操作をしても登録ができるようになりました。 後期高齢の対象の患者様のはずですが、「976高齢非該当」を使わないとなりません。動きが違うのはなぜですか？	70歳以上の高齢者の「066 石綿」公費単独の保険組合せが診療行為入力できませんでしたので入力が可能となるように修正しました。	H28.7.14
80	7/4　中心静脈訂正時　エラー	中心静脈（植込み型カテーテル）を登録後、訂正展開するとエラーが表示され、訂正入力ができないようです。	中心静脈注射（埋込型カテーテル）を登録後、訂正で展開した時、同時入力のエラーとなり登録ができませんでしたので正しく展開するように修正しました。	H28.7.14

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
81	神経ブロック深夜加算	深夜で神経ブロック併施加算を算定した場合、ASPチェックで固定点数誤りになるとのお問合せをいただきました。	閉鎖循環式全身麻酔の時間外加算等における「所定点数」の対応を行いました。	H28.7.14
82	support 20160725-003	難病公費と主保険単独分とで打ち分けしているものの、主保険単独分では請求額が発生していません。 主保険の入力分が先で請求額が充当されていて、公費併用分が後で上限額に達するときに表示されるメッセージであると思っていたのですが、お問合せのようなケースの場合でも、診療行為訂正時に赤字で「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージが表示される動作なのでしょうか。	現物給付対象者の一括再計算該当判定修正（外来） １月内に主保険単独分と公費併用分が混在し、主保険単独分の診療より公費併用分の診療が後にある場合で、患者負担合計が自己負担限度額に達した場合は、請求確認画面に「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージ表示を行っていますが、請求点数0点の会計分については判定の対象にしないよう修正しました。 後期高齢（1割） 自己負担限度額12000円 難病（月上限額12000円） （例1） 7月1日：後期＋難病 請求点数8000点 患者負担8000円 7月2日：後期単独 請求点数0点 患者負担0円 7月3日：後期＋難病 請求点数5000点 患者負担4000円 ※3日の会計時にメッセージ表示をしないよう修正 （例2） 7月1日：後期＋難病 請求点数8000点 患者負担8000円 7月2日：後期単独 請求点数5000点 患者負担4000円 7月3日：後期＋難病 請求点数0点 患者負担0円 ※3日の会計時にメッセージ表示をしないよう修正	H28.8.24
83	request 20150623-002	併用禁忌の登録をされている医療機関様よりご要望を頂いています。 チェックマスタに登録した薬剤が診療行為入力時ではなく、データチェック時に併用禁忌であるのがわかるのは非常に不便です。とのことです。 「41データチェック」を個別で行って下さいと返答していますがこれだと何度も画面を登録し直しをする必要があります。 「21診療行為」の確認画面内で個別にデータチェック出来るような機能が追加とならないでしょうか。	システム管理の相互作用チェック対象区分を「1 チェックマスタのみを対象」と設定した時、チェックマスタの「4　薬剤と併用禁忌」で設定したコードのみを診療行為の禁忌薬剤一覧の対象としました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
84	request 20150916-002	システム管理マスタ「1014包括診療行為設定情報」の小児科外来診療料の包括算定方法が「0包括算定しない」としたままでも自賠責保険(健保準拠)の場合は、自賠責保険に関わる自費の095910001、095920001、095930001から始まるコードが入力出来るようにして欲しいとのことです。	小児科外来診療料が包括算定なしの場合、自賠責(健保準拠)で小児科外来診療料を算定している時、自賠責自費コード(09591xxxx～09593xxxx)が入力エラーとしていましたので入力可能としました。	H28.8.24
85	support 20160809-023	【101 システム管理マスタ】 1038 診療行為機能情報 ＜表示選択＞ 4:悪性腫瘍検査一覧　1自動表示する 【21 診療行為】 ＜基金コード＞　＜名称＞ 113000510　特定薬剤治療管理料(第4月目以降) 8400000--　特定薬剤治療管理料初回算定　25年1月 8300000--*1　血中濃度測定薬剤名:〇〇〇 113001310　悪性腫瘍特異物質治療管理料(その他・1項目) 上記入力を行い、表示された検査項目を選択 → [F12 確定]をした所選択した検査名称が非選択状態に戻り、登録が確定できませんでした。この時、再度検査項目を選択すると正しく腫瘍マーカー検査名のコメントが表示されませんでした。なお、「*1」を入力せず診療行為を登録したときは問題なく入力できます。	診療行為入力で悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力時に検査コードから腫瘍マーカー検査名コメントを編集する時、前の剤が医学管理料で回数の入力があった場合、コメント編集ができていませんでしたのでコメント編集するように修正しました。	H28.8.24
86		区分番号 K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術と多椎間又は多椎弓実施加算それぞれに入力された数量を合計して加算部分の数量が4を超えない範囲で点数計算を行うようにしました。 レセプト等に記載される数量は入力された数量のままとなります。 また、多椎間又は多椎弓実施加算が脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術より先に入力された場合は数量まとめができませんので警告を表示します。		H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
87		平成28年10月診療分から手術の労災加算を点数マスタの四肢加算（労災）区分で判断するように対応しました。 1．労災四肢加算（2倍、1．5倍）の自動発生の判定を区分番号から点数マスタの四肢加算（労災）区分により行うようにしました。 手技料の四肢加算区分がゼロ以外の時、労災保険の四肢特例区分により以下の自動発生を行います。 「1　四肢」の時、「101500020　労災（1．5倍）（手術）」 「2　手指」の時、「101500010　労災（2倍）（手術）」 ※四肢特例区分と四肢加算区分が一致していない時は、自動発生した加算コードをエラーとします。正しい加算に変更するか、加算なしコードに変更する必要があります。 2．手技料の四肢加算区分と労災加算コードのチェックを追加しました。 手技料が労災コード（101xxxxxx）であれば、四肢加算区分のあるコード（デブリードマン加算など）を対象とします。 手技料の四肢加算（労災）区分＝0 「101500020　労災（1．5倍）（手術）」、「101500010　労災（2倍）（手術）」の入力があれば、警告メッセージを表示します。 手技料の四肢加算（労災）区分＝2 「101500010　労災（2倍）（手術）」の入力があれば、警告メッセージを表示します。 手技料の四肢加算（労災）区分＝3 「101500020　労災（1．5倍）（手術）」の入力があれば、警告メッセージを表示します。 ※1．で自動発生したコードである時は、エラーとします。 登録した四肢特例区分と違うので、正しい四肢加算に変更するか、「099509901 労災（加算なし）」に変更して下さい。 手入力の場合は、警告となります。		H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
88	ncp 20160829-007	B型肝炎の受給者証をお持ちの方の場合、再診料の時間外・加算と腹部超音波検査のパルスドプラ加算が入力できないとお問合せがありました。 お話を聞くと再診料と腹部超音波検査は主保険＋B型肝炎の保険組み合わせで算定する。 時間外加算とパルスドプラ加算はB型肝炎の公費が使えないため、主保険のみで算定できるとのこと。 「複数科保険」ボタンから保険組み合わせを分けたあと、パルスドプラ加算は.603 検査加算料の下に入力すれば登録可能ですが、時間外加算のみの入力はエラーがでて入力できません。	特定B型肝炎ウイルス感染者の方について、診察料の夜間・早朝等加算が公費で算定不可であることの対応を行いました。診察料について加算コードのみ入力できる診療種別区分を追加しました。 114 初診加算料 124 再診加算料 133 指導加算料	H28.9.26
89	ncp 20160908-010	＜現象＞ 一旦登録済みのセットコードを削除後、再度同じセットコードで登録しようとすると「5005追加エラー」が表示される。 ＜手順＞ 1. (K05)診療行為入力?行為セット入力画面を表示する。 2. セットコード(P99999)を入力し、セット内容を登録する。 3. 上記で登録したセットを「削除」ボタンで削除する。 4. 削除したセットコード(P99999)で新規に登録しようとすると「5005追加エラー」。 (P入力しセット一覧を表示し、同一セットコードが存在しないことも確認しています)	セット登録画面でセットを削除する時、履歴の選択番号をクリアされた場合は画面の開始日と終了日でセット内容を削除していました。 この為、開始日と終了日の一致するセットが存在しない場合、セットコードのみ削除していました。 「F4　削除」押下時に、選択番号未選択はエラーとするように修正しました。	H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
90	request 20160318-001	2016年4月診療報酬改定対応にて、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算と投薬の種類数に係る算定要件のチェックは行わないとなっておりますが、チェックされることを希望いたします。	認知症地域包括診療料又は認知症地域包括診療加算と投薬の種類数に係る算定要件チェックを行うようにしました。 1．認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算を算定している時、内服薬を5種類超、又は向精神薬が3種類超の入力があれば警告を表示します。 2．チェックの条件は以下となります。 診療行為の画面内の診療科毎に1処方とします。 内服薬の種類は1薬剤コードを1種類とします。 臨時投薬で投与日数が2週間超の内服投薬も対象とします。 同一処方で院内・院外が混在した場合もまとめて対象とします。 向精神薬の判断は向精神薬多剤投与の判断と同様とします。 3．認知症地域包括診療料の入力時のチェックも同一画面内の投薬内容のみで行います（当日以外に算定された投薬内容のチェックはしません）。	H28.9.26
91		10月14日施行の向精神薬に指定された医薬品（以下、該当医薬品）について、入院調剤料の麻薬等加算の自動算定に下記のとおり不具合がありましたので修正しました。 以下のケースでは13日以前に麻薬等加算を自動算定してしまいます。 (1) 該当医薬品が13日以前から算定済みであり14日以降にも回数を立てている場合で麻薬等加算が未算定の場合に投薬の会計入力をした場合 (2) 13日以前に該当医薬品を算定済みで14日以降に同一剤の算定をした場合		H28.10.17

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
92	support 20161018-014	マスタ更新とプログラム更新で、該当の向精神薬の麻毒加算が10/14から算定されるということで更新がありました。医療機関様から、 .210 アタラックスーPカプセル25mg ヒルナミン錠（5mg） アモバン錠7．5　7．5mg レンドルミン錠0．25mg を入力していた場合、入院調剤料の麻毒加算が10/1～10/13は自動算定されてきません。 アモバンについては該当薬剤になっていましたが、アタラックス、ヒルナミン、レンドルミンはこの度のマスタ更新の該当薬剤ではありませんでした。 麻毒加算が算定できるものではないのでしょうか？	第53回（10月17日）パッチ提供で麻薬等加算の対応を行いましたが、同一剤内に麻薬等加算対象の薬剤が複数ある場合に、より先頭に入力された麻薬等加算の薬剤の内容で自動発生を決定していたために現象が発生していましたので修正しました。	H28.10.20
93	support 20160926-019	診療行為入力画面　排他制御について確認がございます。 他端末で排他制御されてる患者を開き、中途終了データを追加します。 その状態で戻るとtbl_wksryact.mod_flg=1のままになっています。	診療行為で排他中の患者番号を入力後、中途終了一覧を表示した時、「F12　確定」はエラーとなりますが、「F10　追加」で中途データを追加展開しています。 この場合、該当の画面で「患者取消」等を行っても、中途データ展開中の解除ができませんので、排他中の場合は、「F10　追加」もエラーとするように対応しました。 また、排他中に他画面で展開中の中途データが存在した場合、展開中の中途データ以外を選択して「F12　確定」を押下した場合、「既に診療内容が展開中です。現在の内容はクリアされます。・・」と確認メッセージを表示していましたが、排他中のエラーを表示するようにしました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
94	request 20160209-001	介護認定を受けている患者が開始日から150日を超えて継続してリハする場合は点数が変わりますが、今のところその患者が介護認定を受けているかは患者登録の「その他」の介護認定情報の登録内容で確認しています。 毎回、患者登録画面を開かなくても介護認定情報があった場合、診療行為画面に表示するようにならないでしょうか？	患者登録の介護認定状態を診療行為画面の下部のコメント欄への表示を可能としました。 1．システム管理「1038 診療行為機能情報」のリハビリ・患者登録・介護認定情報表示に「介護認定情報」を追加した。 2．「介護認定情報」を設定した時、患者登録の介護認定情報を診療行為画面へ表示する。介護認定情報は診療日付が有効開始日から有効終了日で有効な履歴を対象とする。入院・外来まとめも同様とする。	H28.10.26
95	~~request~~ ~~20151207-004~~	~~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。~~	~~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。~~ ~~1．外来時間外区分を「6　小児科特例休日」と設定している時、診療行為画面で患者番号入力時に自動発生する時間外区分を6歳以上の患者は「2　休日」とする。~~ ~~2．外来時間外区分を「7　小児科特例深夜」と設定している時、診療行為画面で患者番号入力時に自動発生する時間外区分を6歳以上の患者は「3　深夜」とする。~~	H28.10.26 H29.2.22 問い合わせ内容の誤りのため削除
96	ncp 20161117-002	電子カルテと連動している医療機関様より問合せです。 該当患者様の前提条件：H20年10月に高脂血症（特定疾患病名） 前回来院日：H28.8.3　再診＋特定疾患療養管理料（診療所）＋薬剤（院外処方） 今回：H28.11.16　薬剤（院外処方）＋再診料（DUMMY）＋特定疾患療養管理料（診療所）＋自費 ※中途表示から展開すると上記のような「薬剤」「再診DUMMY」「特定疾患管理料」の順で表示されました。 今回の11.16を中途表示から展開すると「0034初診料算定日より、1月以内です。算定できません。」とエラー情報が表示され登録できません。 該当患者様の算定履歴照会を8月?11月まで確認しましたが、初診算定の歴はありませんでした。	診療行為のシステム管理で最終来院日から初診までの期間（月数）の設定があり、患者番号入力時に初診料を自動算定する場合に、再診料ダミーと特定疾患療養管理料を入力した時、初診算定日から1月以内のエラーとなっていましたので、エラーとしないように修正しました。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
97	ncp 20161024-011	【内容】 1．労災保険登録時に「四肢特例区分」を「2．手指」で登録 2．診療行為入力画面で処置を入力 3．自動発生する四肢加算の区分が誤っている 【該当の処置】 1．四肢加算1．5倍対象の処置に対して2倍のコードが自動発生する ・150017850　絆創膏固定術 ・150017650　鎖骨骨折固定術 ・150017450　肋骨骨折固定術 2．四肢加算1．5倍の処置に対してコードが自動発生しない ・140051510　皮膚科光線療法（中波紫外線、308nm以上313nm以下） 介達牽引や、消炎鎮痛処置（器具、マッサージ）の1．5倍対象の処置は1．5倍のコードが自動表示されます。 何かこちらで設定等確認の必要な箇所はございますでしょうか。 労災保険で設定した四肢特例区分によって自動発生する処置の労災四肢加算のについて以下の対応を行いました。 判定方法を点数マスタの区分番号から、四肢加算（労災）区分に変更しました。 平成28年10月診療分からとします。 四肢加算（労災）＝1　四肢特例区分によって「労災（1．5倍）処置」または「労災（2倍）処置」を自動発生します。	四肢加算（労災）＝2　四肢特例区分が「1　四肢」または「2　手指」の時「労災（1．5倍）処置」を自動発生します。 労災加算を手入力した場合、四肢加算（労災）と一致しない時は警告を表示します。 対応により変更となる処置は以下となります。 1．四肢特例区分が「2　手指」の時、労災加算の自動発生をしていませんでしたので、「労災（1．5倍）処置」を自動発生します。（「1　四肢」は行っています） 140051510　皮膚科光線療法（中波紫外線、308nm以上313nm以下） 2．四肢特例区分が「2　手指」の時、「労災（2倍）処置」を自動発生していましたので、「労災（1．5倍）処置」を自動発生するようにしました。 150017850　絆創膏固定術 150017650　鎖骨骨折固定術 3．労災加算が算定できませんが、労災加算を自動発生していましたので、労災加算を自動発生しないようにしました。 労災加算の手入力を行った場合、警告メッセージを表示します。 150017450　肋骨骨折固定術 150017550　肋骨骨折固定術の2回目以降の絆創膏貼用 140056710　歩行運動処置（ロボットスーツ）	H28.11.28
98		診療行為画面から入力CDの登録処理を行った時、対象のコードにすでに3つ以上の入力CDが登録されていた場合、画面表示されていない入力CDを同じコードの入力CD項目に変更編集した場合、DB登録エラーとなっていました。 この為、入力CDの更新を行っていませんでした。 同じコードは登録しないように対応しました。		H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
99	ncp 20160926-003	弊社の電子カルテと連携しており、下記のような運用をされております。 Dr2名体制で診療することがあり、当日特に担当医は決めておらず、一旦仮Drで受付し、現場の状況に合わせて診察するDrを振り分けます。 ORCAにて以下Drが存在。 0001：A Dr 0002：B Dr 0003：仮Dr 1.0003：仮DrでORCA受付→ddtopチェックイン 2.現場の状況により、手の開いている0001：A Dr又は0002：B Drが0003：仮Drでチェックインされた患者さんを診察する。 3.診察したDrにより、レセプト送信。 上記の運用をすると以下のような現象が起きるそうです。 1.0003：仮Drでチェックイン 2.0001：A Drでプログレスシート登録→レセプト送信 3.ORCA中途表示画面で0001：A Drで登録されていることを確認。 4.ORCA診療行為画面で0001：A Drで展開されることを確認。 5.登録→登録と進み、会計画面が表示されるとDr名が0003：仮Drになる現象が発生。 現象に気づかず、会計登録すると診療行為自体が0003：仮Drで登録され、処方せんも0003：仮Drの名前で印刷される。 会計画面で現象に気づき、いちど「戻る」にて診療行為画面に戻り、再度、中途表示から取り込みしなおすと今度は会計画面では「0001：A Dr」で表示され処理できる。 弊社の電子カルテと連携する場合、弊社独自Claimを使用しておりますが、今回の医療機関様以外の医療機関様では、同様の運用をしても上記現象は発生しません。 上記現象の原因と回避方法をご教授いただけますでしょうか。	受付がある場合に診療行為から患者登録へ遷移後、「登録」で診療行為画面へ戻った時、受付のドクターを診療行為のドクターと変更しますが、中途データ展開中の時、中途データのドクターを画面表示していました。 この為、受付のドクターと中途データのドクターが違う時、請求確認画面で受付のドクターになっていました。 患者登録から診療行為画面へ戻った時に、受付の診療科が診療行為の診療科と同じ時、受付のドクターで診療行為画面表示を行うように修正しました。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
100	request 20150929-002	102点数マスタで、ボスミン注やオムニパーク（造影剤）の投与量の設定を行っています。 診療行為画面で.310など注射薬の診区で入力をおこなうと「投与量の上限は〇です。投与量以上です。数量を変更して下さい。」とメッセージが表示されます。 しかし、手術や処置、画像診断で入力した場合にはメッセージが表示されません。 現在、投薬・注射・在宅の区分をチェック対象にしているとのことですが、そのほかの手術・処置・画像診断等でもチェックがかかるようにしていただきたいと強くご要望いただきました。	点数マスタに投与量チェックの設定がある時、すべての診療区分に対してチェックを行う設定をシステム管理に追加しました。 1．システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の「薬剤投与量チェック」を「1　すべてを対象」と設定する。 2．1．の時、投与量の設定をした薬剤入力時の投与量チェックをすべての診療区分で行う。 月総投与量は当初よりすべての診療区分で行っていますので、システム管理の設定に関係なく行います。	H28.11.28
101	ncp 20161110-013	外来操作マニュアルP219に記載のある「リハビリテーションのコメントで「手術日」、急性増悪日を記載する方法」として、「コメント入力時にコメントの1行目に手術◇日　または　急性増悪◇日（◇は空白！）と入力します」とあります。 1行目と2行目で入力したとレセプトプレビューでは同じでした。必ず1行目に入力しなければならないのでしょうか。レセ電記録がうまく記載されない等の理由がありますでしょうか。	算定履歴のリハビリコメント登録画面で、コメント行の空白行削除でコメントの間に複数行の空白行がある場合、行削除が正しく行われていませんでした。 この為、コメントの前行に空白行があるまま「登録」をした時、空白行後のコメントを登録しないことがありましたので、正しく行削除するように修正しました。	H28.11.28
102		疾患別リハビリテーション料の減点コードを入力したときの警告表示で、開始日前日の判定が漏れていましたので修正しました。 例えば、11月20日が減点開始日の時、11月19日に「リハビリテーション料（リ減）」を入力しても警告表示しませんでした。		H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
103	ncp 20161130-023	1日目に初診と他医撮影のコンピュータ断層診断450点を算定。 2日目にMRI撮影（1.5テスラ以上の機器）とEEG脳波検査（8誘導以上）を算定した場合、2日目の方で登録をした時にコンピュータ断層診断450点が自動算定されてきてしまいます。 ただ、MRI撮影のみを入れて登録をかけると、コンピュータ断層診断は自動算定されてきません。 なぜか一緒に脳波検査を入れると自動算定されてきます。 点数本を確認しても、脳波検査を行った時にコンピュータ断層診断が取れるという記載が見つけられませんでした。 どういう解釈で自動算定しているのか、教えて頂ければと思います。	診療行為入力で、画像診断入力時に登録時に自動発生する画像診断管理加算等がチェックマスタにより併用算定エラーとなる時、同時に脳波検査判断料の対象検査の入力があった場合、併用算定エラーとなっていませんでした。 併用算定エラーとして自動発生しないように修正しました。	H28.12.21
104	request 20151225-002	診療行為画面（右下）の簡易病名欄の表示ですが、病名登録時に「レセプト表示期間」を設定している病名は設定期間を過ぎてもそのまま表示されてしまいます。 医療機関様より、診療行為入力時に簡易病名欄で確認を行っているが、レセプト記載されない病名がそのまま表示されているのはおかしいとのご指摘がありました。（他社レセコンでは対応しているそうです。） 簡易病名欄は、レセプト記載される病名と同じ表示にしていただきますようお願い致します。	システム管理に設定することでレセプト表示期間外の病名を診療行為入力画面で表示対象外とすることを可能としました。 表示対象外であっても診療行為入力で自動算定などの適応は行います。 1. システム管理の「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の病名表示区分を「2 表示する（レセプト表示のみ）」と設定します。 2. 病名にレセプト表示期間の設定がある時、診療年月がレセプト表示対象外であれば外来分診療行為入力画面の病名欄に表示しません。 また、レセプト表示区分が「1　表示しない」の病名は有効期間に関係なく画面表示しません。 画面表示はしませんが、病名は存在するので初・再診料、指導料等の自動算定の対象とします。画面に表示しない病名が存在する場合、＜非表示病名あり＞を最終行に表示します。	H28.12.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
105	request 20151006-001	「てんかん指導料」の自動算定について、病名登録で「てんかん」を登録していた場合、診療行為画面で「てんかん指導料」を自動算定してくるようにして欲しい。現在自動算定されません。 神経内科を標榜していた場合、特定疾患療養管理料や難病外来指導管理料のように病名が登録されていると自動算定してきて欲しい。 てんかん指導料など管理料で自動算定している項目について、自動算定の要・不要を設定可能としました。 1．患者登録画面　その他タブの「管理料等自動算定」に管理料のコードを最大3件まで設定をします。 管理料（診療区分＝13）の手技料のみとなります。但し、小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料については、他の条件により診察料として自動算定するので入力不可とする。	2．システム日付に対し期間外の管理料コードがある時、警告メッセージを表示します。自動算定の対象外となりますので、削除するか有効なコードに変更します。また、空白行の削除、重複チェックは行いません。 3．診療行為画面で患者番号入力時に自動算定する初診・再診料と一緒に指定した指導料コードを次行に自動算定します。 病名の疾患区分と診療科により自動算定する指導料は次行に自動算定します。 4．併用算定エラー・算定回数などの基本エラーとなった場合は展開しません。初診算定日から1月以内などの固有コードに対するチェックは展開後に行います。 疾患区分からの発生と同様に労災・自賠責保険（労災準拠）の時は自動算定を行いません。 5．平成28年4月診療分からとなります。	H29.1.26
106	support 20170116-022	診療情報提供書（API連携）の動作について、医療機関様及び電子カルテメーカー（API連携）より要望を頂きました。 診療情報提供書算定について、外来では問題ありませんが、入院算定時について、外来と動作が違うので、同じ仕様にしていただきたいと要望を頂きました。 外来の場合、電子カルテで診療情報提供書を飛ばした場合、ORCAで診療情報提供書と〔840000052〕診療情報提供料算定日コメントが自動表記され、日付が自動で入力されます。 入院の場合、同じ操作を行うと、ORCAで診療情報提供書と〔840000052〕診療情報提供料算定日コメントが自動表記されますが、日付が空白になりますとのことです。	入院の診療行為で中途データを展開する時、剤の最終行のコードから埋め込み数量のあるコメントコードを自動発生した時、画面に埋め込み数量が表示されませんでしたので正しく展開するように修正しました。	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
107	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ただけませんでしょうか？	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
108	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
109	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
110	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はできませんでしょうか。	第55回パッチにより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）。	H29.2.22
111	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．平成29年3月診療分からの対応となります。	H29.3.27
112		ver4.8.0のシステム管理「1038　診療行為機能情報」の5：確認画面処方名称表示にver5.0.0からの機能である「2 一般名表示（全画面）」が表示されていましたので削除しました。 既に「2 一般名表示（全画面）」を設定されていた場合は、一般名表示は診療確認画面のみの表示とするように対応しました。		H29.3.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
114	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で、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
115	ncp 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留意ください。~~	H29.3.28 H29.4.4訂正

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
116	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
117	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ない場合に抽出するようにする。 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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
118	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でしょうか？ 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すが、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
119	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
120	ncp 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
121	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っ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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21　診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
122	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
123	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
124	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合せがありました。 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。	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
		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		
125		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
126	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
127		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
128	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
129	ncp 20170726-008	外来の診療行為入力画面において、医師の選択を行わず（空白で）登録を行ったばあい、医師別の帳票などで該当医師なしとなってしまいます。 対象データを確認するために診療行為入力画面で、「訂正」から開いたときに、医師コードが空白に設定されず、前回選択されたものがそのまま表示されてしまう。 このため、受診履歴テーブル（tbl_jyurrk）のDrコードが空白になっている入力を確認することができません。 開きなおしたときに、空白にすることは可能でしょうか？	外来の診療行為でドクターを空白（未選択）で登録した場合、訂正時に初期表示のドクターを表示していました。空白のまま展開するように修正しました。 また、受付でドクターを空白で受付した時も診療行為画面では、空白でなく診療科の初期表示のドクターを表示していましたので空白で展開するようにしました。	H29.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
130	request 20160824-001	20150924-004と同様の内容ですが、月の2度目以降の受診時に生活習慣病管理料を算定する際、前回受診時に包括内容が含まれていた場合エラーにならず会計入力が可能です。 対応なしとの事ですが、医療機関様より会計が変わってしまうのは困ると強いご要望がありましたので弊社からも要望を提出させて頂きます。	月毎に包括算定すると設定している指導料・在宅料の入力時に、すでに当月の受診履歴の登録があれば、登録内容を確認する旨の警告を表示するようにしました。 1. システム管理「1014 包括診療行為設定情報」で「包括算定する」と設定している包括算定区分が「3 算定月において包括する」である指導料・在宅料についてチェックを行います。 システム管理が「0 包括算定しない」の時はチェックできませんので注意が必要です。 2. 外来の診療行為で該当の指導料・在宅料を入力して「shift+F11 包括診療」「F12 登録」押下で包括処理を行う時に当月受診履歴が存在した場合は警告メッセージ「警告！当月に受診があります。登録済みの診療内容の包括確認をして下さい。」を表示します。 登録済みの受診履歴の内容チェックはできませんので、包括対象が存在するかは入力者で判断します。 訂正時は対象の指導料・在宅料を追加した時のみ警告メッセージを表示します。	H29.9.21
131	support 20170710-015	労災の時間外に手術をしたときの入力についてお尋ねします。 下記のように入力してオンライン請求を行ったときに「点数が誤っています」というエラーが出たとのことでした。 [101500030]創傷処理（筋肉に達しない）（手の指1本） [101500080]手指の創傷に係る機能回復指導加算 [150000490]時間外加算（手術） 医療機関様より労災オンラインヘルプデスクへ確認いただいたところ下記順番で入力すると問題ないとの回答でした。 [101500030]創傷処理（筋肉に達しない）（手の指1本） [150000490]時間外加算（手術） [101500080]手指の創傷に係る機能回復指導加算 上記順番でオンライン請求をしたところ再度同じエラーが出たとのことでした。 ヘルプデスクからはレセコンのシステム上のエラーではないかと言われたそうなのですが、何が原因なのでしょうか。	手術で剤内に複数の手技料が存在する時、先頭の手技料で時間外加算、乳幼児加算を算定する場合、次の手技料が時間外加算、乳幼児加算の対象外である時にエラーとするように対応しました。 労災で時間外に手術の創傷処理と「手指の創傷に係る機能回復指導加算」を同じ剤に入力した場合などです。 また、「中心静脈注射用埋込型カテーテル設置」を乳幼児に算定した時も対象となります。	H29.9.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
132	request 20160627-004	1枚550円で設定をしており税込みで594円です。 今回、0．75枚使用したのでオルカ上では445．5円となり領収書は小数点未満切り下げの445円です。 しかし、レジと合わせる関係で、「444円」又は「446円」と小数点未満を切り上げ又は切り下げをしたいです。（レジが小数点未満入力出来ない為） 1円未満での切り捨て、または切り上げのできる機能を追加できないでしょうか。 自費コード（095,096）の金額の端数処理をシステム管理で設定可能としました。 数量に端数を入力した場合の金額の端数が対象となりますので、消費税額の端数処理とは別となります。 1．システム管理「1001 医療機関情報-基本」の自費コード数量計算端数区分を設定します。 「1　1円未満四捨五入」 「2　1円未満切り捨て」 ※初期設定 「3　1円未満切り上げ」	2．「.950　保険外（消費税なし）」「.960　保険外（消費税あり）」で自費コード（095xxxxxx、096xxxxxx）に金額が設定されているコードに対して、単価×数量の端数処理を設定した内容により行います。 金額がゼロのコードには数量入力はできませんので端数処理の対象外となります。 「.961（保険外（消費税あり）数量込みの金額」では、端数処理をしない（単価×数量）に対して消費税額を求め、消費税額（整数）＋（単価×数量）の値に対して端数処理を行います。（消費税額の計算は今まで通りで行います。） 3．自費コード以外のコードに対しては変更はありません。 （薬剤・器材など点数識別が金額は単価×数量を四捨五入、点数は切り捨て） 4．平成29年9月1日から適応となります。 自費コード数量計算端数区分の変更を行った場合、訂正時に金額が変更となることがありますので注意してください。 5．単価×数量の内部領域を小数点以下2桁から5桁に変更しました。 消費税端数処理を切り上げと設定している時は消費税額が変わる場合があります。	H29.9.21
133	support 20170821-014	複数科保険で湿布薬を70枚以上処方しコメントを入力していない場合通常警告メッセージが出るはずが電子カルテから送信して取り込むと警告メッセージが出ない件でご連絡いたしました。	外来の診療行為で中途データを展開後、そのまま別の中途データを追加展開した時、先に展開した中途データの最初の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修正しました。	H29.10.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
134	ncp 20171026-022	今回は診療行為画面で患者を呼び出した後、登録画面を開き、別の患者の新規登録をしようとしたときに起こる不具合についてご質問がありま す。 出現の方法は、診療行為画面で患者を呼び出し、入力中に患者登録画面を開く→IDをBackSpaceで消す→新規のIDを入力（*でも可）後、Enterを押す。 ⇒漢字氏名にBackSpaceで消す前の患者氏名が残る。 この時点で世帯主名が残っていることもあります（発生はランダム）。 この状態で、カナ氏名を入力後「F1:戻る」を押してしまいますと、被保険者名が最初に表示されていた患者様の情報で登録されてしまいます。 世帯主名も同様です。	診療行為画面で患者を選択したまま、患者登録へ遷移した後、患者番号を直接変更して新規患者登録とした時、患者の氏名に前の患者の氏名を表示していましたので表示しないようにしました。	H29.11.27
135		診療行為入力で検査項目の重複チェックで以下の対応を行いました。 (1)リウマトイド因子（RF）定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP-3）、抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量、C1q結合免疫複合体、モノクローナルRF結合免疫複合体、IgG型リウマトイド因子、C3d結合免疫複合体のうち３項目以上を併せて実施した場合主たるもの２つに限り算定 (2)抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量、マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP-3）、抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、抗ガラクトース欠損IgG抗体定量、C1q結合免疫複合体、モノクローナルRF結合免疫複合体、IgG型リウマトイド因子、C3d結合免疫複合体のうち２項目以上を併せて実施した場合主たるもの１つに限り算定 (2)のチェックで(1)の検査と重複している検査は(2)の主たるもの１つに限るのチェックをしていませんでしたので重複エラーとするようにしました。		H29.11.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
136	12/6 負荷試験 剤分離	.600 160120110 ＊下垂体前葉負荷試験副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) 621196001 ヒトCR静脈用100μg「タナベ」 .600 160120310 ＊副腎皮質負荷試験糖質コルチコイド 上記の順番で入力しても、2つ目のコードを入力した時点で、下記のように順番が変わります。 .600 160120110 ＊下垂体前葉負荷試験副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) 160120310 ＊副腎皮質負荷試験糖質コルチコイド 621196001 ヒトCR静脈用100μg「タナベ」 点数マスタの包括検査に「8」が設定されているため、このような動作となっているのでしょうか。	内分泌負荷試験検査は包括対象検査のため、診療行為画面で検査をまとめています。この為、複数の内分泌負荷試験を入力した時、最初の検査に検査薬剤を入力しても、最後の検査の薬剤となっていました。 内分泌負荷試験の包括は項目数でなく点数ですので検査のまとめを廃止して、検査薬剤は入力した検査の薬剤となるようにしました。	H29.12.20
137	request 20171005-002	往診料と患家診療時間加算のセットを作成する場合について、「1007自動算定情報・チェック機能制御情報設定」にて数量ゼロ入力を「１入力エラーとする」に設定し、上記セットを作成する際に患家診療時間加算の数量を「0」にしたいのですが、「数量が下限値以下です」と表示されてゼロ入力ができません。 分数は毎回違うのでゼロ入力で解決できればと思います。	システム管理で数量ゼロ入力を「１　入力エラーとする」と設定している時、セット登録で数量入力できる診療コードは数量＝0で登録できますが、「患家診療時間加算（往診）」のように点数マスタのきざみ値のエラー処理が「２」の時は数量エラーとなっていました。 数量を0で入力した時はエラーとしないように対応しました。	H29.12.20
138		12月20日にマスタ提供した、システム予約コード「099999930 食事保険指定」について、以下の画面で表示するように対応しました。 ・診療行為入力から遷移する「(K98)診療行為一覧選択サブ」画面でユーザー登録コンボに「6:システム」を選択時 ・会計照会の「(J04)剤内容変更」から遷移する「(J98)診療行為一覧選択サブ」でユーザー登録コンボに「6:システム」を選択時 ・「102 点数マスタ業務」の「(Z01)点数マスタ設定」から遷移する「(Z98)点数マスター覧選択サブ」でユーザー登録コンボに「6:システム」を選択時		H30.1.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
139	support 20180111-029	帳票:未収金一覧表(患者別)(ORCBG010) 詳細:23収納の画面でみる未収額と未収金一覧表の金額で差が生じました。 21診療行為の訂正画面から調整金1に請求額のうち一部金額をマイナスをつけて入力、同じ金額を返金部分にも入力した時。 未収金一覧表は期間指定をし処理区分は「2」未収金区分は「0」。 調整金に入力した金額が反映されておらず未収金一覧表の方が金額が多い状態になります。 この動作は正しいのでしょうか。また未収金一覧表はどこの部分を集計しているのでしょうか。 例として、請求額1,080円が未入金の状態で訂正画面より調整金1に「-80」返金額に-「80」で登録し、収納画面では未収額「1,000円」なのに対し未収金一覧表では「1,080円」であがってきます。	診療行為の訂正で、今回請求額がゼロで調整金をマイナス入力した時、前回の入金額より今回返金額が多い場合、収納の入金額がマイナスになっていました。 今回返金額が前回の入金額より多い時は、エラーとするように対応しました。 なお、収納業務でこの不具合に該当する収納の履歴修正を行った際に入金額を修正するようにしました。	H30.1.23
140	ncp 20180122-006	データチェックにて「診療年月に院外処方がありません。【小児科外来診療料(処方せんを交付(〇〇日】」のエラーが出ます。 診療入力内容は下記で、院外入力で包括診療として処方せん料も自動算定されています。 (1014 包括診療行為設定情報、小児科外来診療料【1包括算定する(会計データ作成)】を設定) (1101 データチェック機能情報2、小児科外来診療料または小児かかりつけ診療料を「処方せん交付」で算定した月に院外処方がない場合【1チェックする】を設定】) 113003510　小児科外来診療料(処方せんを交付)初診時 .230 620009062　　ベネトリン吸入液0．5% 059000001　　大塚生食注 001000106*1　1日1回朝食後 処方内容に059?作成したコードが含まれているためエラーになっている様ですが、処方せん料は自動算定されているためエラーにならない様にすることはできないでしょうか？	診療行為の包括剤設定で、投薬が包括対象で診療種別が院内・院外の指定がない剤に薬剤と「059xxxxxx」の入力がある時、院外投薬でも包括剤となっていました。 院外投薬(剤点数がゼロ)の剤は、包括剤としないように対応しました。 剤点数がゼロで「059xxxxxx」のみの剤も包括剤となっていましたが、院外投薬ですので包括対象外となります。 また、薬剤・器材の入力が前にない時、「059xxxxxx」のみの剤の包括判定を行っていませんでしたので行うようにしました。	H30.2.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
141	包括診療行為設定情報について	小児入院医療管理料および緩和ケア病棟入院料の包括設定について、現状システム管理1014の在宅医療が「包括する」設定になっています。 いずれも第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料が包括対象外ですので、初期値を「包括しない」へ変更していただくことは可能でしょうか。 なお緩和ケア病棟については、第12部放射線治療も包括対象外となりますので、あわせてご検討いただけますと幸いです。 システム管理「1014 包括診療行為設定情報」に以下の対応をしました。 1．平成28年4月からの改正で包括診療の内容が変更となった入院料について、新規追加時の初期表示を変更しました。 「518 緩和ケア療養入院料」の開始日が「H28.4.1」以降の時、診療区分の放射線治療と在宅医療の初期表示を「0　包括しない」とします。 「514 小児入院医療管理料1、2」、「515 小児入院医療管理料3、4」、「516 小児入院医療管理料5」の開始日が「H28.4.1」以降の時、診療区分の在宅医療の初期表示を「0　包括しない」とします。 「524 地域包括ケア病棟入院料」の開始日が「H28.4.1」以降の時、診療区分の手術の初期表示を「0　包括しない」とします。（H28.4に対応済みです） これらの場合、新規追加時は診療区分の変更はできません。変更する場合は登録後に変更して下さい。 なお、記載のない診療区分はH28.3.31までと同じ内容です。	2．改正により診療区分の「包括しない、包括する」が変更となった場合、「F12　登録」押下時に、有効期間内で診療区分に変更ある場合、警告表示を行います。 「新規」の時は、「警告！平成28年4月から診療区分の包括内容に変更があります。期間変更して下さい。」を表示し、開始日にカーソル移動します。 「変更」時は、「警告！平成28年4月から診療区分の包括内容に変更があります。期間追加して下さい。」を表示し、「F12　登録」へカーソル移動します。 対象は以下となります。 「518 緩和ケア療養入院料」 「514 小児入院医療管理料1、2」 「515 小児入院医療管理料3、4」 「516 小児入院医療管理料5」 「524 地域包括ケア病棟入院料」 3．「514 小児入院医療管理料1、2」、「515 小児入院医療管理料3、4」「516 小児入院医療管理料5」の新規追加時の「放射線治療」の初期表示が「1　包括する」となっていましたので、開始日に関係なく新規追加時は「0　包括しない」と初期表示するようにしました。	H30.2.26
142	4/2　療養病棟入院基本料提出データ評価加算	療養病棟入院基本料等の入院料において、データ提出加算は包括対象外としてマスタ提供されていますが、提出データ評価加算については、電子点数表マスタに設定されていないため、診療行為入力時に警告がかかるようです。	入院基本料等加算（A200番台）を診療行為画面からの入力する際のチェックで、提出データ評価加算のように注の取り扱いとされる加算について算定入院料との算定不可チェックが正しく動作しない不具合がありましたので修正しました。	H30.4.3
143		オンライン診療料で処方料又は処方箋料は算定できますが、これに係る注の加算及び減算については適用されないとされましたので対応しました。		H30.4.3

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
144		「電話等再診料（30年3月以前継続）」は時間外加算の算定ができませんが、時間外区分を手入力した時は、自動算定していました。 初再診料で点数マスタの時間加算区分が「0　時間外算定不可」の手技料に時間外区分を入力した時はエラーとするように対応しました。		H30.4.3
145		血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を算定した場合の警告チェックを廃止しました。		H30.4.3
146	ncp 20180402-072	電子カルテ連動でORCAをご利用頂いているお客様より、電子カルテ側で「乳幼児育児栄養指導料」を入力してORCAへ送信を行っているにも関わらず、「乳幼児育児栄養指導料」のみが算定されないとのお問い合わせがありました。 H30.3.31以前の診療では電子カルテに入力した「乳幼児育児栄養指導料」が正常に送信されていましたが、H30.4.1以降の診療分から送信されていないようです。 電子カルテ側の仕様は変わっていないと、電子カルテメーカーより確認しておりますが、ORCA側で「乳幼児育児栄養指導料」のマスタに関する変更がありましたでしょうか？	中途データ展開時に初診料の機能強化加算を自動算定する為、初診料が登録されている時も診察料の自動変換を行うようにしました。 自動算定の対象である乳幼児育児栄養指導料も展開時に削除していますが、システム管理で育児栄養指導加算を「0 算定しない」と設定している場合も削除していました。 システム管理が「0 算定しない」と設定している時は、乳幼児育児栄養指導料を削除しないように対応しました。	H30.4.11
147		外来まとめの画面から初診料を自動算定する時、機能強化加算が自動算定されていませんでしたので対応しました。		H30.4.11

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
148		101418490 創傷処置（100cm2未満）（労災） 45点 このコードを外来管理加算の読み替え対象としました。	労災診療費算定基準の一部改定に伴う運用上の留意事項について 1 四肢以外に行った創傷処置（100cm2未満）の取扱い 今般の診療報酬の改正により、創傷処置（100cm2未満）が45点から52点に引き上げられたが、労災診療費の取扱いについては、本年4月1日以降の診療においても、当該処置を四肢以外の場所に行った場合に限り、従来どおり45 点として算定し、外来管理加算の特例の取扱いの対象として差し支えないこと。 四肢加算のない「140000610 創傷処置（100cm2未満）」を算定している場合は、「101418490 創傷処置（100cm2未満）（労災）」が算定できますので入力の見直しをして下さい。 また、創傷処置などの労災診療行為マスタの合成コードについても同様です。	H30.4.11
149	support 20180411-011	夜間看護体制加算についてお尋ねです。 4月の日付で夜間看護体制加算を算定しようとすると、「入院会計で算定済みの入院料加算です」のメッセージが表示されます。 入院会計を確認しましたが該当加算は算定されていません。 3月までは算定できたとのことです。	診療行為入力より入院料加算を入力した際の入院会計との加算重複チェックに不具合がありました。 入力された入院料加算が注の加算に該当する場合、そのままでは電子点数表テーブルで入院料との併算定チェックができないことから、プログラム内で注加算通番ゼロの加算に読み替えてチェックを行っていますが、これの影響で加算重複チェックについても注加算通番0に読み替えた算定コードで行ってしまった事から、誤った重複チェックとなりました。 読み替え前の算定コード（入力されたコード）で加算重複チェックを行うよう修正しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
150	ncp 20180409-053	分割指示に係る処方箋について、日レセの099208101分割調剤マスタは30日以上の投与日数の場合しか使用できませんが、30日以内の処方の場合は分割処方箋を使用することができないのでしょうか 30日以上の処方時にしか分割処方箋を発行できない仕様にされているということは根拠があってされてるかと思いますが、30日以内の処方時に分割処方箋が使用できない通知などあればご教示いただけないでしょうか	投与日数30日以上の調剤という要件は誤りでしたのでチェックを廃止しました。	H30.4.25
151	support 20180421-006	『精神科継続外来支援・指導料（１日につき） 55点』の算定条件について教えて下さい。 抗うつ剤2種類、抗不安薬2種類、睡眠薬2種類、を処方されておりますが、登録時に「警告！向精神薬多剤投与となります。精神科継続外来支援・指導料は算定できません」と表示されました。 どれも3種類以上には満たしていないので何故警告が出るのか問合せがありました。 また、4月改定にて「向精神薬多剤投与（4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬）」という改定がされていますが、精神科継続外来支援・指導料（１日につき）算定の条件には含まれないと思っております。	精神科継続外来支援・指導料の処方チェックで、向精神薬多剤投与の追加された算定要件である4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬を算定した場合も警告対象としていましたので、対象としないように対応しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20141202-025	コメント入力画面にて、コメントを2行登録（詳記区分は同じで2行の登録）してある場合の「F7次月」での複写についてお尋ねします 内容を編集後に複写したい為、1行ずつ選択して複写したいのですが、2つ目の複写が出来ません（エラー表示も無し） ご確認お願いします	コメント入力画面で、登録済みのコメントを一行ずつ、「次月」へ複写する時、「コピー」を押下しないでコメント行を選択して「登録」した場合に、連番が1以上のコメントを複写しないことがありました。 「コピー」を押下しない時も、複写先に同じ連番のコメントが存在しない時は、追加するように修正しました。	H26.12.18
2	support 20150414-014	例えば、「もやもや病」という病名をコード登録後、患者病名として病名コード入力した場合の疾患区分の表示に青文字で表示されるはずの”特定疾患対象”の文字が表示されません いったん病名コード登録した後に、再表示すると表示されます また、病名欄に直接入力した場合も表示されます	特定疾患コードと難病外来コードの両方が設定された病名を登録した自院病名を患者病名登録画面で入力したときに、右上の「特定疾患対象」の表示が行われませんでしたので修正しました。 例)もやもや病	H27.4.23
3	ncp 20150424-003	4月23日の第70回パッチ適用後より、特定疾患該当病名より疾患フラグを外した自院病名（例：気管支喘息）を患者病名登録画面にて自院コードを入力し該当病名を呼び出すと、自院病名設定時に外した疾患区分が設定されるようになっております。	4月23日提供のパッチ対応で、特定疾患コードと難病外来コードの両方が設定された病名を登録した自院病名を患者登録画面で入力したときの特定疾患の表示について対応しましたが、これにより特定疾患をクリアして登録した自院病名を入力した場合に、クリアする前の特定疾患コードが表示されてしまいましたので修正しました。 例)気管支喘息の「05 特定疾患療養管理料」をクリアして登録	H27.4.24
4		診療科コンボボックスのリスト数を99としました。 修正範囲は病名、レセプト作成、予約、コメント入力です。		H27.7.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	request 20141212-002	医療機関様からオンライン請求時に「瘢痕部妊娠」と登録している患者が受付不能になり請求できなかったとお問い合わせがありました。 受付・点検ASPのエラーコードを調べると4222「保険請求可能な傷病名(傷病名マスタの保険請求外区分が「0」)が記録されていない。」となっており、実際入力された病名の入力CDを確認すると「ZZZ5148瘢痕、ZZZ2059部、9999203妊娠」となっており、支払基金の傷病名マスタを調べますと、「9999203妊娠」は“保険請求対象外の傷病名”となっておりました。 データチェックでも、レセ電チェックでもチェックがかかりませんでしたので、保険請求対象外の傷病名が登録されている場合はどちらかでチェックがかかるようにして欲しいとご要望がありました。 又、この「瘢痕部妊娠」の病名ですが、入力すると上記の様に自動的にコード化され「9999203妊娠」が登録されてしまう為、編集病名にもならずそのままではオンライン請求ができません。「妊娠」と付く病名でマスタにない場合は編集病名として登録できる様にならないでしょうか。	「瘢痕部妊娠」(ZZZ5148瘢痕、ZZZ2059部、9999203妊娠)のように保険請求対象外の傷病名コードを含んだ患者病名の登録がある場合、レセ電データ作成時に未コード化傷病名として記録を行うようにしました。 ただし、「妊娠」(9999203妊娠)のように保険請求対象外の傷病名コードのみの患者病名の場合は、今までどおり傷病名コードのままで記録を行いますので受付エラーとなる可能性があります。 これについてはデータチェックにおいてエラーの扱いで対象としますので確認を行い対処してください。	H27.7.27
6		(C02)病名登録画面の一覧に登録日付、登録時間の項目を追加しました。		H27.8.26
7	ncp 20151030-032	22病名にて転帰区分を死亡にし、登録を行うと患者登録の死亡にチェックがつくようになっているかと思いますが、病名登録にて一括で転帰を「死亡」と登録した場合、患者登録の死亡にチェックが入りません。	「C02 病名登録」で病名番号欄又は「C10 簡単修正」から転帰区分に「2 死亡」を設定して登録したときに、患者情報の死亡区分を更新するように修正しました。	H27.11.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	ncp 20160614-015	病名コード欄で「急性咽喉頭炎」につけている病名コードを入力すると推奨する移行病名の候補が表示され置き換えますかのメッセージに沿ってOKを選択すると急性病名にも関わらず急性のフラグが立ちません。 NOを選択するとそのまま急性のフラグが立ちます。 置き換えた場合であっても急性には変わりないので急性のフラグが立つように変更していただけませんでしょうか。	「C04 自院病名検索」で選択した自院病名を「CID6 病名コード置換確認画面」で置換病名コードへ変更して「C02 病名登録」へ戻ったときに、置き換えた病名コードの疑いフラグが画面表示できていませんでしたので修正しました。	H28.6.27
14	ncp 20160915-015	自院病名リストの件で質問させて頂きます。 22病名＞入力CD＞リストから「プリンタ出力」を選択したとき、リストが存在するのに処理結果の頁数・件数が0件になり出力されません。CSV出力ではデータ出力できます。 現在このプリンタ出力機能は使えないのでしょうか。	自院病名が大量に登録されている場合に自院病名一覧の印刷が正しく行われない現象がありましたので修正しました。 検証したところ約3700件の登録で現象が発生しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	ncp 20161115-017	「22病名」で 1.病名欄に前壁心筋梗塞と手入力します。 置換確認画面が表示され 入力された病名　前壁心筋梗塞 8836577　前壁心筋梗塞　廃止年月日平成19年9月30日 移行先病名　急性前壁心筋梗塞 8832401　急性前壁心筋梗塞 置換病名コード ZZZ2066　8834919　前壁心筋梗塞 移行先病名へ変更を選択すると疾患区分に特定疾患療養管理料が表示されますが置換病名コードへ変更を選択すると疾患区分は空白になります。 2.「病名検索」（F5）で検索病名に前壁心筋梗塞と入力 移行先◎　前壁心筋梗塞　廃止年月日H19.9.30　コード8836577　と表示されEnterすると置換確認画面が表示されます。 この時に置換病名コードへ変更を選択し確定すると疾患区分に特定疾患療養管理料が表示されます。 CD表示を確認すると1.2両方とも同じコードです。 なぜ1のように手入力した時は疾患区分が空白になったのでしょうか？ 医療機関様は気付かず本来は指導料が算定出来るのに算定していなかったそうです。これは不具合ではないでしょうか？ 他にも「本来なら指導料が算定できるのに自動発生されなかったケース」があるのではないでしょうか？	システム管理「1042 病名・コメント情報」で「移行病名・推奨病名警告メッセージの表示」を「0 表示する」と設定したときに、病名登録画面で特定疾患の設定がない病名を入力後「置換病名コードへ変更」を選択すると、置換病名コードに疾患区分の設定がある場合でも特定疾患の表示が行われませんでしたので表示するように修正しました。 例)前壁心筋梗塞を入力	H28.11.28
16	request 20160407-004	病名の転帰日の入力について、登録済みの病名を1つ選択し転帰を選択すると、転帰日欄には本日の日付が反転した状態で入り、そのまま日付入力を進めることができます。 しかし、病名番号欄で複数の病名を選択して一括変更を行う場合は、転帰を選択すると転帰日欄は本日の日付が確定状態で入ってしまい、日付を一度削除しなければ正しい日付へ変更できない状態となっています。 病名一括変更の時も、個別で転帰を入れる時と同じように転帰日を反転させた状態で表示させるよう要望を頂いております。	患者病名の簡単修正画面の転帰日欄にシスム日付を表示する時、反転して表示を行うようにしました。	H28.12.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

22 病名

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	7/10 自院病名 補足コメント	補足コメント付きの自院病名を入力後、病名コードを削除して別の病名を入力しても補足コメントが残ります。	病名コード欄より補足コメントを登録した自院病名コードを入力後、自院病名コードを削除しても補足コメントをクリアしていませんでしたのでクリアするように修正しました。	H29.9.21
18		「22 病名」の原疾患区分と合併症区分で、合併症区分のみ入力した場合に登録ができませんでしたので修正しました。		H29.10.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	request 20140408-001	?収納登録画面の支払証明書より自費内訳明細書が発行できますが、支払証明書印刷画面の自費内訳明細書の発行フラグをあらかじめ「1日別明細書」又は「2月別明細書」に変更できませんでしょうか。 1039収納機能情報に組み込みできませんか。 ?自費内訳明細書の網掛け部分を網掛けなしにできませんか。 診療費明細書等のように「1910プログラムオプション」から「網掛けなし」変更できればありがたいです。	支払証明書印刷時の自費内訳明細書の発行区分のデフォルト設定をシステム管理に追加しました。また、支払証明書印刷画面を閉じた際の各設定内容を保持するようにしました。 システム管理[1039 収納機能情報]に自費内訳明細書の発行区分のデフォルト設定を追加しました。初期値は[0 発行しない]とします。 支払証明書印刷画面で変更した設定内容は同画面でクリアボタンをクリックするか、業務メニューに戻るまで保持することとします。 自費内訳明細書の網掛け有無をプログラムオプションより指定可能としました。初期値は網掛けありとします。	H27.10.27
2	request 20151001-001	「23収納」業務の「Shift＋F8　一括入金」での一括入金同様に、”一括返金”または”一括入返金”を収納業務から処理できる機能を要望いたします 診療行為入力請求確認画面からの一括入返金処理が可能なことは分かっていますが、実際には診察がなくお金の精算にだけ来られる場合もあるため、収納業務からの一括入返金処理が必要です	収納業務の一括入金画面に一括返金機能を実装しました。 ・一括入金画面に返金額の入力項目を追加しました ・診療年月指定も可能としました	H28.2.23
3		一括入金画面から入金処理をおこないましたが、プログラムオプションで発行日区分を「1」としても、発行日が今日（環境設定）の日付になりませんでした。 入院の未収で動作確認しましたが、外来でも同様でした。	収納業務の一括入金画面から請求書兼領収書を発行する際、プログラムのオプション設定で再発行時の伝票発行日(HAKKOUBIKBN)の設定がHAKKOUBIKBN=1となっている場合、請求書兼領収書の発行日の編集を元々の伝票発行日ではなく本日の日付とするように修正しました。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	一部負担金保持　一括再計算	先月7月26日のパッチにて、後から限度額認定の登録をおこなったときに一括再計算のメッセージを表示するよう対応しましたが、一括再計算方法が「0：一部負担金を保持し先頭より再計算を行う」で実行した場合、一括再計算を実行したのにもかかわらず、（S02)で一括再計算を実行する旨のメッセージが表示されます。	7月26日パッチ提供で、「70歳未満現物給付の高額公費適用チェック（外来）」を行いましたが、以下のケースにおいて、収納業務の（S02）収納登録－請求一覧画面のメッセージ表示に不備がありましたので修正しました。 例）協会（3割）、システム管理1039の一括再計算方法は「0」で設定 9月1日 ・診療点数5000点 患者負担15000円 9月2日 ・診療点数5000点 患者負担15000円 9月5日 ・高額公費「967」（適用区分：エ）を公費登録（適用期間9月1日～） ・診療点数10000点 患者負担27600円 ・請求確認画面の右下に”収納業務で一括再計算を行ってください” のメッセージが表示される。 ・収納業務の（S02）収納登録－請求一覧画面で、一括再計算前に″【70歳未満現物給付】一括再計算を行ってください″のメッセージが表示されているが、一括再計算後もそのメッセージが消えずに表示されていた。 ※一括再計算後はメッセージが表示されないよう修正しました。	H28.9.26
5	request 20151225-001	診療行為にて会計処理をする時に常に未収にするようにしており、会計専用端末で収納登録を開き、入金処理をしてます。当月以外の未収金があった時に、収納登録画面では気づくことができません。 そこで、収納登録画面の初期表示を【3未収一覧】に設定することができないかと要望がありました。 恐れ入りますが、システム設定等で収納登録画面表示をデフォルト設定にできるようご検討いただけませんか。	システム管理［1039 収納機能情報］に収納業務の請求一覧画面コラムリストの初期表示設定を追加しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	request 20151203-001	支払証明書は、医療機関編集情報の帳票別指定の対象とはなっておりませんが、法人格を付けた名称にとの指導が役所からあったとのことでご要望があり、対応しましたが法人格併記の名称では文字数超過となり記載できません。 そのような状況に対応すべく、帳票別指定の対象としていただきたく、よろしくお願い申し上げます。	システム管理[1901 医療機関編集情報]に支払証明書と自費内訳明細書の設定が行えるように対応しました。	H28.10.26
7	ncp 20161102-003	23収納画面（収納一覧（月）表示）の動きについて 患者呼びだし ↓ 診療年月に過去年月を入力 ↓ 外来月別から一月の請求書発行 ↓ F2クリアボタン押下 ↓ （1）患者番号がクリアされる （2）診療年月がシステム日付にクリアされる これまでは患者番号のみクリアされ、診療年月は過去年月のままの表示でした。先日のパッチ提供で上記仕様の変更がございましたでしょうか。	クリアボタンクリック後も診療年月を変更しないよう修正しました。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20161130-025	医療機関様より、外来月別領収書の記載がおかしいとお問合せがありました。 保険一括変更後の収納更新が行われていない状態でしたので、一括再計算を行うと月２日上限にもかかわらず、３日目に一部負担金が発生してきました。 以前はこのような動きではなかったと記憶していますがどのような原因が考えられますでしょうか？	・会計照会で１日目の保険一括変更（後期高齢→後期高齢＋１８７）を行います。 ・会計照会で収納更新又は保険変更した日の診療訂正登録は行っていません。 ２日目：後期高齢＋１８７ 請求点数２００点 患者負担２００円 ３日目：後期高齢＋１８７ 請求点数１０００点 患者負担０円 この状態で、収納業務－一括再計算を行った場合、３日目の患者負担は０円となるのが正しいですが、５００円で計算されてしまいます。 再度、一括再計算を行うと０円になります。 ＜補足＞ 会計照会で収納更新又は保険変更した日の診療訂正登録を行っている場合は不具合は起きません。不具合が起きる方は、現物給付対象者で、かつ、同月に主保険単独と公費併用が混在する場合です。 事例の場合、不具合により１日目を主保険単独と内部的に判定してしまい、正しい計算がされていませんでした。	H28.12.21
		会計照会の保険一括変更時の処理（収納データ項目クリア）に不備があり、事例の不具合が起きていましたので、収納データ項目クリアについて見直しを行いました。（パッチ適用後に、事例の手順で入力を行った場合、不具合が起きないよう修正） （事例）外来、後期高齢１割、大阪府地方公費１８７（日上限額５００円、月２回） １日目：後期高齢 請求点数２００点 患者負担２００円		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	request 20150728-003	高額療養費の一部負担金上限額に達した後診療行為内容の修正を行い、一括再計算を忘れた場合レセプトの一部負担金がおかしくなってしまいます。 このレセプトをデータチェック等でリストアップを行うもしくは、自動で一括再計算を行うようにして欲しい 外来診療分について、一括再計算が必要な方のリストアップを可能としました。 1．52月次統計業務にプログラム名ORCBG030（一括再計算該当者チェック表）を追加します（システム管理にて）。 2．入力パラメタは診療年月です。 3．システム管理の「1910 プログラムオプション情報」で、「ORCBG030」のプログラムオプションの設定が可能です。 ＜設定内容＞ （1）患者請求額の変更がない方の一括再計算 SKYNOT_IKT=0：該当者チェック時に自動で一括再計算を行わない（デフォルト） SKYNOT_IKT=1：該当者チェック時に自動で一括再計算を行う 4．一括再計算該当者チェックの内容について （ア）該当診療年月に収納データがある方を抽出します。 （イ）抽出した方について、システム管理1039（収納機能情報）ー「5：一括再計算順」と「6：一括再計算方法」の設定に応じた一括再計算を【内部的】に行います。（収納データは更新しない） （ウ）一括再計算該当者チェック前の収納データと内部的に行った一括再計算後の収納データを1件ずつ比較します。 （エ）患者請求額の変更有無に関わらず、データ項目値が変更となる収納が1件でもあった方は、一括再計算該当者とします。 ※内部的な一部負担金等のデータ項目値がレセプト記載等に関わるため、「患者請求額の変更がない方」についても一括再計算が必要となります。 ※一括再計算該当者となった方は、内部項目に識別するためのフラグをたてます。（収納データを更新する）	（オ）一括再計算該当者を「患者請求額の変更がある方」と「患者請求額の変更がない方」に分類します。 （カ）システム管理1910（プログラムオプション情報）の設定で、「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事を可能とします。 「SKYNOT_IKT=1」の場合、該当者チェック時に自動で一括再計算を行います。（収納データを更新する） 5．一括再計算該当者チェック表について （ア）「患者請求額の変更がある方」、「患者請求額の変更がない方」の順で作表します。 （イ）1頁50件印字可能とし、分類変更は改ページします。 （ウ）見出しに【患者請求額の変更がある方】又は【患者請求額の変更がない方】を表示します。 システム管理1910（プログラムオプション情報）の設定が「SKYNOT_IKT=1」の場合、「患者請求額の変更がない方」の見出しを【患者請求額の変更がない方】 ※該当者チェック時に自動で一括再計算済とする。 （エ）それぞれ患者番号順に一括再計算該当者を印字します。 （オ）備考欄に下記内容のいずれかを印字します。 該当する内容のうち、最上位の内容を印字する。 1．第三者行為現物給付（通常診療分の優先計算該当） 2．70歳未満現物給付（公費併用分の優先計算該当） 3．高齢者現物給付（公費併用分の優先計算該当） 4．収納更新未処理（会計照会【収納更新】未処理の収納あり） 5．該当者チェック抽出分（データ項目値が変更となる収納あり） （カ）それぞれ最終頁の欄外に合計件数を印字します。 （次ページへ続く）	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9		6．23収納業務について （ア）一括再計算該当者となった方は、該当診療年月の(S02)収納登録ー請求一覧画面の中段に下記内容のいずれかを表示する。 該当する内容のうち、最上位の内容を表示する。 1．★★ 【第三者行為現物給付】一括再計算を行ってください ★★ 2．★★ 【70歳未満現物給付】一括再計算を行ってください ★★ 3．★★ 【高齢者現物給付】一括再計算を行ってください ★★ 4．☆ 再計算を行ってください（会計照会【収納更新】未処理） 5．★★ 【該当者チェック抽出分】一括再計算を行ってください ★ （イ）一括再計算該当者となった方は、該当診療年月の(S10)患者一覧画面（再計算該当者一覧）に患者番号等を表示する。 （患者番号順）（MAX100件） 区分欄に下記内容のいずれかを表示する。 該当する内容のうち、最上位の内容を表示する。 1．第三者行為現物給付 2．70歳未満現物給付 3．高齢者現物給付 4．収納更新未処理 5．該当者チェック抽出分	補足：システム管理1910（プログラムオプション情報）の設定が「SKYNOT_IKT=1」の場合、「患者請求額の変更がない方」については、該当者チェック時に自動で一括再計算を行うため、その時点で実質一括再計算該当者ではなくなります。 よって、その方は、(S02)収納登録ー請求一覧画面のメッセージ表示はされません。 又、(S10)患者一覧画面（再計算該当者一覧）にも患者番号等の表示はされません。 要マスタ更新	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

２３ 収納

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

23 収納

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11		一括再計算該当者のリストアップ対応（追加対応） 52月次統計業務ー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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150114-022	コメントの剤は出来高包括算定日のチェック対象外であると思われるのですが、短手3で登録すると、包括算定日のチェックがかかります。	会計照会で、選択した入院の剤が入院料の包括対象チェックであるかの判定を、コメントのみの剤等でも行っていました。 診療コード・薬剤コード・器材コードのない剤と院外投薬の剤は包括対象チェッ クの対象外とするように変更しました。	H27.1.27
2	ncp 20150127-025	長期入院(H26.9.1から)されており、毎日投薬、処置、検査などの入力をされている患者様で、会計照会にて、特定の薬剤(ワソラン錠40mg [620004629]zainum=625)を選択すると、syslogにsegfaultを吐き出して、glclient2(もしくはmonsiaj)が切断されます。 該当患者のmaxzainumは730となっています。 会計照会画面で、表示を「00 全体」から「20 投薬」に絞ると、該当薬剤を選択しても特に問題がありません。 エラーで落ちないように、何か良い方法はございますか？	会計照会で、画面表示に次ページがある時、最後の剤内容が包括検査で最終行の名称が8文字以上となる場合に、1行目の剤を選択した時に異常終了していましたので、正しく処理を行うように修正しました。 また、この時、最後の剤が表示途中で最大行数になっても表示している検査数で最終行に「項目数：XX」を表示していましたので、すべての剤内容を表示する時のみ表示するようにしました。	H27.2.24
3		会計照会で外来の剤の日を追加して、新しい収納を作成した時に収納のドクターコードが4桁で編集されていましたので正しく編集するように修正しました。		H27.3.25
4	support 20150331-027	会計照会で診療行為の診療日のフラグを追加したときに診療行為画面に名称が表示されない件	会計照会で剤の回数を追加した時に、追加した日の受診履歴が連番の１以外の受診履歴のみ登録されていた場合、受診履歴の更新を行っていませんでしたので修正しました。	H27.4.8
5	request 20150305-003	保険一括変更画面に40件の保険組合せが表示されますが、表示されていない保険組合せ番号のため変更後に手入力をしたがエラーになり一括変更ができません。手入力できるようにしてほしいとのことです。	会計照会の保険一括変更画面に表示する保険組合せの内、削除分については当月に入力のある保険組合せのみ表示するようにしました。	H27.6.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

24 会計照会

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	request 20150409-004	レセプトコメントは1件につき1200文字まで入力が可能ですが、1200文字以上入力してから登録をする際、確認メッセージが表示されるようにしていただきたいです。文例登録の際には400文字以上で確認メッセージが表示されます。	レセプトコメントを2400文字（全角1200文字）を超えて入力した場合、登録する前に文字数チェックを行い、超えている場合はエラーメッセージを表示するようにしました。 「F10 入力」、「F12 登録」押下時にチェックを行います。 コメントの表示文字数は2420文字になります。 2420文字以上のコメントは表示できません。	H28.2.23
10	ncp 20160404-036	「24会計照会」で患者番号を入力すると「当月の受診履歴が100以上になります。全体の受診履歴表示はできません」と表示され、「閉じる」を選択しても内容が何も表示されません。 00全体のコンボボックスをクリックして01全体（診区順）を選択するとまた「当月の受診履歴が100以上になります。全体の受診履歴表示はできません」と表示され、「閉じる」を選択するとやっと内容が表示されます。 該当病院は診療科ごと、保険組合せごとに診療内容を分けて入力しています。 その為、同入院日でも診療科や保険組合せが違うと複数登録しています。 100以上なると受診履歴が表示されないのは仕様なのでしょうか？ もし仕様だとしても一度閉じると選択したら診療内容が表示されないのは不具合ではないでしょうか？	会計照会で、表示する受診履歴が100件以上存在した時、患者番号入力時にエラーメッセージを表示します。 この時、メッセージを閉じても、診療内容が表示されませんでしたので表示するように修正しました。	H28.4.13
11	request 20150924-003	透析のまとめ入力を行っています。 決まった処置や再診を週3日入力します。 どの患者様も実施日は同じなので、下記の例のように1つだけ間違いなく入力して、後はコピー＆ペーストで利用したいが、一括回数変更欄に文字数制限があり実現できない。 結局、カレンダーに「1」を立てていくしかなく入力スピードが落ちてしまう上に、フラグ位置を間違える可能性もある。 早急に、文字数制限をなくして頂きたいです。 【入力例】 1/1,3,5.8,10,12,15,17,19,22,24,26,29,31	会計照会の一括変更欄の入力桁数を最大99文字（半角）としました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	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ましたので出力しないように修正しました。	H29.5.25
13		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
14	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

３１　入退院登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3		入院登録時のシステム管理再取得対応 入院登録時に2ヶ月分の入院会計を作成する際の入院料及び入院料加算等の算定は入院日に該当するシステム管理設定に基づいて算定を行っていましたが、入院日翌月分の入院会計について該当月のシステム管理情報から作成を行うように処理を見直しました。 参照を行うシステム管理設定 「5000 医療機関情報－入院基本」 「5001 病棟管理情報」 「5002 病室管理情報」		H27.1.27
4	support 20150310-028	以下の画面移動を行うと、入退院登録に名前のみが表示されてしまいます。 この動作が確認できたのは、ver4.8です。 ◆移動順序 業務メニューの「入退院登録」画面で患者番号を入力。 登録もしくはクリア。 ↓ 業務メニューの「診療行為」の入院入力画面の状態で、「前回患者」をクリックして患者を表示。 登録もしくは患者取消。 ↓ 「入院診療行為」画面の「入院会計」をクリック。 「前回患者」をクリックして患者を表示。 登録もしくはクリア。 ↓ 「入院診療行為」画面の「入退院登録」をクリック。 「入退院登録」の氏名にこの流れで使用していた患者の名前のみ表示されます。 またこの状態をクリアをして「前回患者」をクリックしても、何も表示されません。	入院の診療行為画面で患者番号を入力後、患者番号がクリアされている状態で入院会計照会へ遷移し「前回患者」で患者情報を表示後、診療行為画面へ戻り、そのまま入退院登録画面へ遷移した時、患者番号が空白で入院会計照会で表示していた患者の氏名等が表示されていましたので、表示しないように修正しました。 なお、患者番号が表示されていませんでしたので、前回患者番号はクリアされています。	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	ncp 20150129-025	下記のように入院登録を行った患者にハイケアユニット管理料が算定されてほしいところが、一般入院基本料が算定されているそうです。 H26.08.29 ? H26.10.10 療養病棟 回復期リハ H27.01.27 一般病棟 ハイケアユニット算定の病室 回復期リハの入院が関係しているのでしょうか。	入院登録時の特定入院料の通算日数のカウントについて修正しました。 特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算していましたが、これについて、施設基準で治療室を単位として算定を行う特定入院料に限り、既に算定済みの特定入院料（治療室単位で算定するものに限る）と日数を通算するように修正しました。 例：救命救急入院料を算定した後にハイケアユニット入院医療管理料の算定を行う場合、ハイケアユニットの上限日数２１日から、救命救急入院料を算定済みの日数を控除して日数を限度して算定を行う。 なお、施設基準が治療室単位でない特定入院料の場合は、他の算定済み特定入院料と日数の通算は行わないものとします。	H27.4.23
6	ncp 20150514-013	認知症治療病棟入院料の算定患者で、先月退院し、今月再入院で入退院登録も継続入院にしているが、認知症治療病棟入院料が30日以内となってしまう。明細書の入院日は初歴の入院日が表示され、入退院履歴もきちんと表示されています。	平成27年4月23日提供のパッチプログラムで特定入院料の通算日数判定について対応を行いましたが、これの影響により初回入院で算定した特定入院料と同一の特定入院料で継続再入院した場合の通算日数判定に誤りがありましたの修正しました。	H27.5.27
7	6/1 難病患者 生活療養減額	難病患者については、重篤な病状または集中的治療を要する者に該当するため、生活療養標準負担額の減額対象者に加える旨の通知が出ています。 上記の件で1食260円の計算にする方法がないか問合せがありました。 支払基金の担当者から指摘があったとのことです。	地域包括ケア病棟入院料、及び地域包括ケア入院医療管理料について生活療養の対象となる患者が難病公費で入院した場合に、「重篤な症状又は集中的治療を要する者」として生活療養標準負担額の算定を可能とするよう修正しました。 （厚生労働大臣告示第四百八十八号の規定追加に伴う対応となります。）	H27.6.25
8		入院時食事療養（2）算定時に、診療行為で、 197000470 特別食加算（食事療養）、又は、 197001570 特別食加算（生活療養）の入力を行った場合、入退院登録・定期請求・レセプト・退院時仮計算の各処理においてエラーメッセージを表示するようにしました。		H27.7.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 20150624-017	月途中に後期高齢者に該当した場合に、食事の計算対応ができていない件です。 国保連合会に問い合わせをした結果、前期高齢者の場合は翌月から生活療養の対象になるが、後期高齢者の場合は誕生日からということでした。	療養病床に入院する患者で、広域連合が一定の障害の状態にあると認め、65歳の誕生日から後期高齢者医療制度の被保険者となった場合について後期高齢者医療制度が適用された日から生活療養の入院料選択を可能とするように対応しました。	H27.7.27
10	support 20150914-028	CLAIM通信での入退院登録の動作を検証しています。 ORCAの31入退院登録-オーダーで表示される入院オーダー確認の画面に表示はされるのですが、ERRCD=0030となり処理されないデータが有ります。 画面のハードコピーの例では4病棟には正常に入院登録されますが、1病棟はエラーとなります。 また、4病棟に入院後、転棟で1病棟に異動するデータを送信しても、同様のエラーとなります。 エラーとなっているデータについて、画面上で情報の修正や登録をしようとすると「java.io.EOFException」が発生し、強制終了となります。 転棟のオーダ情報でERRCD=0030となっているものは、その行をクリックするだけで「java.io.EOFException」が発生します。 ERRCD=0030が発生する原因としては何が考えられるでしょうか。	システム管理［5003 短期滞在手術等基本料3情報］にて全項目を選択した状態で(I06)入院オーダー確認画面で療養病棟の入院登録エラーの修正を行った場合、入院料選択コンボボックスが文字化けする不具合がありましたので修正しました。	H27.9.24
11	お電話でのお問い合わせ10月5日－特定入院基本料（障碍者施設等入院基本料）レセプト診療区分	特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）を算定するとレセプトの診療区分が92になるとお問い合わせがありました。 マスタの期限は、H24.4.1～H26.3.31とH26.4.1～9999999しか区切られてませんが H26.10.1以降、診療区分が92となるようです。 H26.9.30で他の特定入院料が廃止になっていますが、こちらの影響でしょうか。 また、上記のためかわかりませんが、月平均夜間超過を超過ありに設定し特定入院基本料（障碍者施設等入院基本料）にして入院登録をすると更新処理に失敗するようです。	H26.9.30に「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）」以外の特定入院基本料が廃止になりましたが、「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）」算定時に廃止となったマスタから診療区分の判定を行っていたことから、誤った診療区分で入院会計が作成される不具合がありましたので修正しました。 また、「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）（夜勤時間超過減算）」算定時に入院登録ができない不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	ncp 20151116-003	回復期病棟しかない医療機関様に、回復期の期間を過ぎた患者様が入院し続けた場合で、ADL評価票で医療区分3に該当する診療を行った場合、入院料の区分は変えずに、ADL区分は一番低い医療区分1で算定しなければならないそうですが、医療区分を1にして登録すると赤文字で「入院料と医療区分・ADL区分の評価が一致しない日があります」とエラー表示されます。 エラーメッセージが表示されないよう登録するにはどのように登録すればいいでしょうか。	入退院登録業務で特定入院料に回復期リハビリテーション病棟入院料を選択し、特定入院料右のコンボボックスに[1 算定要件に該当しない患者]を選択すると、入院料は[療養病棟入院基本料I]で算定を行いますが、この場合については、入院会計照会業務の（I47)会計照会－医療区分・ADL区分登録画面で問い合わせにあるメッセージを表示しないよう修正しました。	H28.1.26
18		入退院登録画面で以下の異動取消を行った場合に、入院会計の食事と外泊が初期状態となってしまう不具合がありましたので修正しました。 【不具合が発生する事例】 1．1月に入院登録 2．異動日2月1日で「転科　転棟　転室」を実施 3．(I41)入院会計照会画面から3月分入院会計の食事と外泊を変更登録 4．異動取消を実施すると3月分入院会計の食事と外泊が初期状態に戻る		H28.1.26
19		精神病床に4月1日時点で1年を超えて入院する患者について、食事負担の据え置き判定用のシステム予約コードを入力した際の食事負担計算に誤りがありました。 同月に2回以上の入退院がある場合で、それぞれの入院期間中に診療行為からシステム予約コード"099999926"を入力した場合に2回目の入院期間について食事負担額が据え置きとなりませんでしたので修正しました。		H28.4.5
20	5/23　特別入院基本料　栄養管理体制減算	栄養管理体制加算基準未適合について、通則8に第1節（特別入院料を除く。）と記載されています。 3月まではシステム管理の設定が「未適合」であっても減算されませんでしたが、4月より減算コードが発生するようです。	栄養管理体制加算基準未適合の特別入院基本料判定について、点数マスタの入院基本料区分で行っていましたが、平成28年4月以降この項目が廃止されたことにより、誤算定となっていましたので判定条件を修正しました。	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	support 20160614-014	労災診療費での継続入院の際に、入院基本料の倍率が平成28年4月に改定された算定方法で計算されない現象が発生致しました。 ＜現象の問題点＞ 労災での入院について再入院が1回目の入院日より退院している期間を含み2週間を超える場合は、健康保険点数の1．01倍の点数が算定されるはずが、退院している期間を含まないで計算されてしまう。 ＜詳細＞ 新潟労働局労働基準部労災補償課より頂いた資料によりますと、平成28年4月1日以降の請求分から取り扱いが変更されたとのことです。 (例) 1回目の入院:4月1日から4月10日 計10日間 2回目の入院:4月20日から再入院 [31 入退院登録]の画面では「継続」に設定しレセプトを確認すると、下記の通りになっております。 ---- 労災(2週間以内)(1．3倍)1126×14 労災(2週間超)(1．01倍)681×7 ---- 平成28年4月に改定された算定方法で10日から20日までの退院期間を含むと以下のように計算されるのではないでしょうか。 ---- 労災(2週間以内)(1．3倍)1126×10 労災(2週間超)(1．01倍)681×11 ----	＜労災診療費算定基準の入院基本料について＞ 入院の日から起算して2週間以内の期間は健康保険点数の1．30倍、2週間以降の期間は健康保険点数の1．01倍の点数を算定することができる。 入院起算日が変わらない再入院をした場合の2週間以内・超の計算について、これまでは退院している期間を除いて計算をしていたが、平成28年4月診療分以降は、退院している期間を含めて計算する事としました。 (再入院日が当初の入院日より2週間を超えている場合は、健康保険点数の1．01倍の点数を算定する。) (例1) 初回入院:平成28年3月20日～3月29日(10日間) 継続入院:平成28年4月2日～ (退院の期間が3日ある) この場合の4月診療分は、 2日 ・・・ 1．3倍 (入院起算日から14日目) 3日以降 ・・・ 1．01倍 (入院起算日から15日目以降) (例2) 初回入院:平成28年3月20日～3月29日(10日間) 継続入院:平成28年4月5日～ (退院の期間が6日ある) この場合の4月診療分は、入院起算日から15日目以降なので すべての日 ・・・ 1．01倍	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22		平成28年4月に新設となった有床診療所在宅復帰機能強化加算についてシステム管理「5001 病棟管理情報」に設定可能とし、入院日から起算して15日以降の自動算定を可能としました。 パッチ適用後はシステム管理「5001 病棟管理情報」の加算設定の表示が「在宅復帰機能強化加算（療養病床）」から「在宅復帰機能強化加算」に変更となり、該当加算を「算定する」とした場合、算定する入院料によって以下入院料加算のいずれかを算定します。 有床診療所入院基本料を算定時 　算定する加算：有床診療所在宅復帰機能強化加算（有床診療所入院基本料） 有床診療所療養病床入院基本料を算定時 　算定する加算：有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算		H28.7.26
23		平成28年4月以降の入院患者（低所得者は除く）について難病医療・小児慢性特定疾病医療の公費を適用した日は食事負担が1食260円に据え置く計算（生活療養患者にあっては環境療養標準負担額も0円）となりますが、これについて新設するシステム予約コード（2件）を診療行為から入力することで該当日の負担額を変更可能としました。 ※要マスタ更新 システム予約コード 「099999927 難病等食事負担据え置き」 　公費算定有無に関わらず食事負担等を据え置きによる計算を行う。 　（患者が低所得者の場合は無効） 「099999928 難病等食事負担据え置き対象外」 　公費算定有無に関わらず食事負担等を据え置きでない計算を行う。		H28.7.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	support 20160722-007	71歳前期高齢者の患者様で、限度額適用認定証と特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちの方が当院地域包括ケア病棟に入院されていたのですが、退院会計計算時に本来かからないはずの生活療養環境療養標準負担額が組み込まれてしまうため、ご確認をお願い致します。	地域包括ケア病棟病棟入院料（生活療養）、又は地域包括ケア入院医療管理料（生活療養）を算定する患者が低所得患者、かつ難病公費の適用であった場合に、居住費（生活療養環境療養標準負担額）を算定してしまう不具合がありましたので修正しました。 該当患者は「重篤な症状又は集中的治療を要する者」と見なして算定すべきところを、6月27日提供のパッチプログラムで通常の難病公費判定と同様に低所得患者は難病による負担軽減対象外としたことによる不具合でした。	H28.7.26
25		入退院登録業務より退院処理を行った際、収納マスタ(TBL_SYUNOU_MAIN)のCREYMD項目について編集していませんでしたので、編集するように修正しました。		H28.8.24
26	support 20160803-014	入退院登録で1度のみ当月に分娩入院（異常分娩）として入院歴がある患者にて入退院登録で出産育児一時金画面での登録時に、「出産年月日の同じデータが既に登録されています」と、エラー情報画面が表示されてしまう。 対象患者はH28.7に産婦人科としての入院歴が2回ありますがうち1回の入退院登録の分娩区分は「0 分娩入院でない」になっております。 対象患者の入院歴の詳細は以下の通り。 ①H28.7. 3～H28.7. 4 産婦人科 分娩区分「0 分娩入院でない」 →入退院登録画面の「出産一時金」ボタンは非表示になっています。 ②H28.7.10～H28.7.14 産婦人科 分娩区分「2 異常分娩」	入院登録時の出産育児一時金画面で出産年月日は過去の入院歴で登録されている出産年月日と同じ日付の入力は認めないようにしていますが、出産年月日を入力後に「0 分娩入院でない」に変更された入院歴についてもチェックを行うようにしていましたので、この場合はチェックの対象から除くように修正しました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	在宅復帰機能強化加算　異動処理	在宅復帰機能強化加算は15日目以降から算定する方法となりますが、15日目以前で異動処理をおこなうと、算定フラグがクリアされていしまい、再入院日から15日目となる日で算定フラグが設定されるようです。 [入院歴] 1.9月1日～9月13日 2.9月24日～　（入院歴1.の継続再入院） 3.9月25日　転科転棟転室　→　在宅復帰機能強化加算の算定フラグがクリアされてしまう。	「有床診療所在宅復帰機能強化加算（有床診療所入院基本料）」の入院会計自動算定について継続再入院後に異動処理を実施した場合、加算算定開始日の計算が正しく行われない不具合がありましたので修正しました。	H28.10.26
28	request 20160108-001	産婦人科の場合、保険から自費への入院中の移行が多くその際食事がありからなしに変更になります。 転科転棟転室処理の際、食事の設定も変更できる様にご検討ください。	入院中の患者について転科転棟転室時の食事変更を可能としました。なお、現在の仕様である転科転棟転室時に算定済みの食事会計を保持する区分も選択可能としました。 1. 入退院登録画面の食事区分について異動区分「08 転科　転棟　転室」の際も設定を可能とし、設定された食事区分により異動日以降の入院会計作成を可能とします。 2. 入院会計の食事内容を変更することなく異動処理を行う場合は食事区分に「A 変更無し」を設定することで可能です。 異動区分「08 転科　転棟　転室」時の初期表示は「A 変更無し」とします。（入院登録時に「A 変更無し」を選択された場合はエラーメッセージを表示します） 3. 入院当日に「08 転科　転棟　転室」を行う場合は、入院時に指定した食事時間区分以降の食事を変更します。 4. 入院当日に「08 転科　転棟　転室」を行う場合、入院時に指定した食事時間区分が「0 食なし」の場合、翌日以降の食事を変更します。	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29	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は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
30	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でしょうか。	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
31	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	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
33		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
34	ncp 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よろしいでしょうか。	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	request 20160607-004	出産費用内訳明細情報設定のユーザー様です。出産一時金入力画面で現在産科医療保障制度の欄で2対象分娩でないを選択しても代理受取額が42万円の対象分娩の金額になってしまいます。自動登録設定なので代理受取額の変更の入力もできません。妊婦合計負担額を40万4000円になるように手修正すれば代理受取額は40万4000円になりますが、その場合差額請求に矛盾が発生してしまいます。ORCAサポートセンターに確認した所、分娩期間管理番号の登録がある施設は産科医療制度の欄の設定に関係なく対象分娩になるとの事でした。しかし、医院様で出産予定であったが、間に合わず医院様以外(自宅等)で出産された場合は産科医療制度外となります。産科医療制度の欄の設定で代理受取額が変更になる仕様へ変更をお願いいたします。	産科医療補償制度の対象、対象外または混在の状況に応じて代理受取額が変更になる場合の対応を行いました。 産科医療補償制度のコンボボックスで選択された内容に応じて代理受取額の計算を行います。また、妊婦合計負担額が代理受取額に満たない場合は妊婦合計負担額を代理受取額とします。 ・[1 対象分娩]の場合 代理受取額 = 420,000円 ＊ 出産数 ・[2 対象分娩でない]の場合 代理受取額 = 404,000円 ＊ 出産数 ・[3 混在]の場合 代理受取額 = 404,000円 ＊ 出産数 + 項目[産科医療補償制度]の金額(出産数＊16000円)	H29.8.24
36	support 20170817-001	収納登録に入院期間が重複した履歴が存在する。 (重複期間) 6/1～26 (←正しい履歴) 6/5～19 (←原因不明の履歴) (定期請求) 定期請求は月末のみの設定	(1)入退院登録業務にて患者Aの退院再計算処理を選択 (2)入院会計照会業務に遷移し、退院再計算の期間に含まれる入院会計が存在する患者 B(退院済み)の入院会計を開く (3)入退院登録画面に戻り、患者Aの退院再計算を登録まで行う このような処理をした場合、(2)で入院会計を開いた患者Bの収納情報を更新していましたので更新しないよう修正しました。 今回の事例では不具合報告を頂いた患者が患者Bに相当します。 例)患者A 入院履歴 H29.6.5 - H29.6.19 (退院済) 患者B 入院履歴 H29.6.1 - H29.6.26 (退院済) 誤って作成された収納は請求取消を行ってください。 今回の不具合は入院レセプトの作成処理には影響しません。	H29.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37		システム管理5000－「入院時食事療養」が未設定の場合、退院登録・退院時仮計算・入院定期請求・入院レセプト・データチェックの各処理時にエラーメッセージ（入院基本設定「入院時食事療養」が未設定です）を表示するようにしました。		H29.9.21
38	support 20170930-001	第73回パッチ適用後より、入退院登録で、退院登録しようとすると「エラー3033　負担金計算に失敗しました。入院基本設定「入院時食事療養」が未設定です」と表示されて、先へ進めません。 当院は、有床診療所ですが、術後等「食べられない」期間の短期入院のみで、食事提供はしておりません。入院時食事療養費の届出もしておりません。 このため、「入院時食事療養」の項目は空白のまま運用しておりました。 パッチ適用までは、特に問題なく運用しておりました。	システム管理5000－「入院時食事療養」の未設定チェック修正 平成29年9月21日のパッチ提供で、システム管理5000－「入院時食事療養」が未設定の場合、退院登録・退院時仮計算・入院定期請求・入院レセプト・データチェックの各処理時にエラーメッセージを表示するよう対応しましたが、食事療養費・生活療養食事療養費・生活療養環境療養費が発生しない場合（入院カレンダーで食事のフラグがクリアされ、生活療養環境療養費も発生しない入院の場合）は、「入院時食事療養」が未設定であってもエラーメッセージを表示しないよう修正しました。	H29.10.24
39	request 20161207-001	精神病棟から認知症病棟への異動した場合の起算日が、現行は認知症病棟へ異動した日を起算日で算定しておりますが、精神病棟に入院した日を起算日として算定するように検討お願いします。	精神病棟入院基本料を算定する患者を異動処理で認知症治療病棟入院料の算定に変更した場合、入院料起算日を精神病棟入院基本料の算定日としました。 1．入院料変更だけでなく、退院後の継続再入院についても同様の対応とします。 2．「A314 認知症治療病棟入院料」の告示及び通知に、入院起算日について特に規定する場合が示されていないことから、精神病棟入院基本料以外の入院期間も通算対象日数に含めます。 3．(I03)入院歴作成画面で登録した入院歴については「1 自院歴」「3 他院歴（特別な関係にある医療機関）」で登録した通算対象日数を含めます。	H29.11.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40		(I01)入退院登録画面から退院取消を行った際の食事会計（カレンダー）について、退院日の最終食（夕食）が「0 食事なし」の場合に退院翌日からの食事会計を「1 食事療養のみ」として入院会計を作成していました。これについて「0 食事なし」として入院会計を作成するよう修正しました。		H29.11.27
41	support 20171128-020	医療機関様から退院取消時に[4008 更新処理に失敗しました]とエラーになり、取消ができないと問い合わせがありました。	収納明細の枝番号の採番の際に番号に空き(1,2,4等)があった場合に発生していました。 通常日レセでの登録では空き番号が発生することはありませんが、空き番号があった場合でもエラーとならないよう修正しました。	H29.12.20
42	request 20170105-004	肝炎治療は入院の場合、食事療養費が助成対象にならないことになっています。主保険＋肝炎治療で入院登録をした場合、退院時の請求確認画面で食事療養費が主保険＋肝炎治療の組み合わせに表示されています。助成対象にならない食事療養費が肝炎治療の保険に入るのは違うのではないかと指摘がありました。 またレセプトも、「肝炎治療　適用分」の欄に食事療養費の記載がされます。 21診療行為から保険組み合せを主保険として食事療養費を登録しても「食事・生活療養」の欄に金額が表示されません。 主保険＋肝炎治療で入院登録をした場合、下記2点をお願いできればと存じます。 1．請求確認画面で主保険のみに食事負担額を表示する。 2．レセプトの「主保険　適用分」に食事負担を記載する。	食事の保険組合せを入院料の保険組合せと異なる組合せで算定可能としました。 食事の保険組合せ指定は診療行為画面よりシステム予約コード入力により行います。 対応範囲はレセプト（レセ電）、負担金計算、会計カード、診療費明細書、入院EFファイルです。 1．この対応は平成29年10月以降の食事算定より可能とします。 2．食事の保険指定はシステム予約コード「099999930 食事保険指定」を診療行為画面より入力します。日毎の食事保険指定を可能とします。食毎の食事保険指定は不可です。ただし、同日再入院日は、退院分、再入院分毎に食事保険指定を可能とします。 3．同日再入院日の食堂加算は先に食事を算定した保険組合せで算定を行います。 4．入院時生活療養の居住費については食事算定有無に関わらず、従前どおり入院料算定の保険組合せで算定を行います。 ※要マスタ更新	H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31　入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43		[ORCA-ANNOUNCE:04444] でお知らせした「療養病棟入院料2（経過措置2）」を算定時の乳幼児加算、幼児加算について、「疑義解釈資料の送付について(その1)」に基づいて、特別入院基本料の例により算定するよう修正しました。 （正）190100570 乳幼児加算（病院）（特別入院基本料） （正）190100870 幼児加算（病院）（特別入院基本料） （誤）190100470 乳幼児加算（病院） （誤）190100770 幼児加算（病院） 併せて、療養病棟入院基本料の注13の夜間看護加算についても疑義解釈に基づき療養病棟入院料2の経過措置1と経過措置2の算定時は自動算定を行わないように修正しました。 既に該当する入院料を算定する患者で入院会計に誤った加算が算定されている場合はパッチ適用後、4月1日異動日で異動処理を行い、正しい入院会計に更新してください。		H30.4.3

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150226-014	入院会計照会の食事のフラグにおいて、2月なのに、29日～31日に「1」がたっている患者様がいる。	入院の異動処理で特定入院料の算定を行った際、異動日の翌月中に特定入院料の算定上限日数に到達した場合、上限日翌日以降の入院会計を病棟設定された入院基本料で作成しますが、併せて作成する食事の会計について終了日に誤りがあった為、これを修正しました。	H27.3.25
2	support 20150624-019	お電話でお問い合わせさせていただいた件です。 とくに修正履歴も確認したのですが、うまく見つけれませんでした。 ＜病棟＞　＜病室＞　＜入院日＞　＜退院日＞ 回復期リハビリテーション　2C-19　H26.12.11　H26.12.25 〇〇病院　他院　H26.12.25　H27.1.14 回復期リハビリテーション　2C-19　H27.1.14 H27.3.9　が表示されていました。 H27.3.11　が正しいかとおもうのですが、ご確認お願い致します。	お問い合わせにある入力時に、入退院日の重複がある日について正しくカウントできず、「91日以上」欄が正しく表示できませんでしたので修正しました。	H27.7.27
3	入院会計照会 91日以上　表示	1.H27.7.14～H27.7.15　精神科急性期治療病棟入院料1(2日間) 2.H27.7.16～H27.7.23　精神療養病棟入院料(8日間) 3.H27.8.20～継続再入院　精神病棟入院基本料15:1 上記内容で登録したときの91日以上の表示について、「H27.11.9」と表示されています。 91日目をカウントすると、「H27.11.8」になるものと思われますので、ご確認いただけますと幸いです。	(I41)入院会計照会画面の「91日以上」欄が誤った日付で表示されていましたので修正しました。	H27.9.24
4		「医療区分・ADL区分に係る評価票」に平成28年4月から追加となった「38　酸素療法を実施」について、専用のコメントコードが新設されたことから、(I47)医療区分・ADL区分登録画面で該当の医療区分を登録時に、下記コメントコードをテーブルに記録するよう変更しました。 820000232「38　酸素療法を実施(密度の高い治療を要する状態を除く)」		H28.3.30

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	お電話でのお問い合わせ4月28日－療養病棟出来高算定入院料	療養病棟入院基本料算定で、注3に該当する場合 入院基本料Iで算定しますが、ADL評価表を発行する際に入院料の更新がされてしまいます。 入院料が変更されないようには出来ないでしょうか。	入院会計照会業務の[(I47)会計照会―医療区分・ADL医療区分]画面より評価票を発行する際、確認ダイアログより入院料の変更を行わずに発行を行うことを選択できるようにしました。	H28.5.25
6		難病公費によらない入院料算定であっても、診療行為で難病公費を入力された日は食事負担が1食260円となりますが、入力された診療行為が入院料の包括分であった場合1食260円の計算対象となりませんでしたので対象となるよう修正しました。		H28.6.27
7	難病　生活療養	難病患者における生活療養標準負担額について 難病公費患者であっても、療養病棟入院基本料G～Iに該当する場合、（食事療養1の場合）1食460円、1日320円の負担金が発生します。 難病患者であれば医療区分が高いものとして、A～Fに属する考え方で変更はないでしょうか。 回復期リハ病棟に入院した患者が入院料に係る算定要件に該当しない場合、療養病棟入院基本料であれば「I」を算定する方法になりますが、この場合についても上記に準拠する解釈で差し支えありませんでしょうか。	生活療養の対象患者が回復期リハ病棟の算定要件に該当しない入院となり「療養病棟入院基本料（I）（生活療養）」を算定する場合で、難病公費による算定を行われた場合、かつ「(I47)医療区分・ADL区分登録画面」で医療区分3又は2の該当日の食事負担を1食260円で計算するように対応しました。（生活療養環境療養標準負担額も0円となります。）	H28.6.27
8	support 20160916-003	9/14まで国保、9/15から生保の入院患者についてお尋ねしたいことがございます。 患者登録で登録済みでレセプトにも反映されていることは確認済みですが、入院会計照会のカード入力を確認すると保健組み合わせの欄で15日以降が空欄になっています。 下の診療回数を見ると保険組み合わせは反映されているように見えます。 何か登録漏れがあるのでしょうか。	(I41)入院会計照会画面のカレンダー表示は表示桁数2桁かつ、ゼロは非表示の為、保険組合せ番号が100の場合に該当日のカレンダーが表示されませんでした。 これについて保険組合せ番号が100を超えた場合は下2桁を表示するよう修正しました。 （カレンダー表示例） ・保険組合せ番号100は″00″と表示 ・保険組合せ番号101は″01″と表示 ・保険組合せ番号　1は従来通り″ 1″と表示	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9		(I41)入院会計照会画面から[剤変更]押下により遷移する(I44)剤内容変更画面について、診療種別区分を変更入力して登録した場合にデータの診療区分が変更できないことから、変更入力時に「診療区分は変更できません。」とエラーメッセージを表示するよう修正しました。		H28.11.28
10	request 20160311-003	療養病棟の入院会計ができている場合調剤料は自動的に包括診療になるのですが、月末に複数日分投薬される場合、翌月の数日間調剤料が発生してしまいます。 その後投薬があれば、包括診療として調剤料は消えるのですが、そのまま死亡退院されるなど投薬が発生しない場合に手動で消すのを忘れることがあり困っているとお問い合わせがありました。 チェックマスタの診療行為の併用算定（同日内）で療養病棟入院基本料と調剤料（入院）を登録することでレセプトの前にはチェックをかけて発見することはできるのですが、退院登録時にわかるよう又は自動で算定されないように要望を上げさせていただきます。	投薬等が包括となる入院料を算定する患者が月末に複数日分の投薬入力を行い翌月に入院調剤料の自動算定がある場合に該当月の入院会計が未作成である時は、入院料が存在していない旨のメッセージを表示するようにしました。 1．投薬等が入院料で包括対象となる時に、翌月分の入院料未作成時の場合、内服の投薬回数から翌月分の入院調剤料を自動算定する場合、「警告！翌月の入院料算定がありません。翌月の入院調剤料は出来高で作成します。」と警告メッセージを表示します。	H29.1.26
11		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
12	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	support 20171024-012	【入院会計照会】画面の91日以上の日付の表示についてですが表示されない場合があるのでしょうか？ 継続で再入院した患者なのですが表示されていません。 テスト患者でまったく同じように入退院履歴を登録すると表示されなかったのですが他の患者では継続で再入院をしていても表示されている患者がほとんどです。 どういった条件で表示されるかされないかが決まるのかご教示いただけないでしょうか？	(I41)入院会計照会画面の通算入院日数表示欄(91日以上)について、過去入院で特定入院料を算定し、再入院時点で91日を経過している場合に当該項目が表示されない不具合を修正しました。	H29.11.27
14		入院会計の次月分を作成時に引き継ぐ食事は既存入院会計の最終日の夕食を対象としていますが、これをシステム管理設定により最終日の朝、昼、夕食の状態で次月分の入院会計を作成可能としました。 1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」に次月会計作成時の食事設定選択コンボボックスを新設し、「最終夕食で算定」「最終日状態で算定」を選択可能とします。(デフォルトは「最終夕食で算定」です) 2. システム管理の設定内容に基づいての食事会計作成は以下の処理を対象とします。 ・業務メニュー「32 入院会計照会」の(I41)入院会計照会画面で次月ボタン押下による入院会計データ作成時。 ・業務メニュー「52 月次統計」から処理を行う「入院会計一括作成」による入院会計データ作成時。 ・業務メニュー「42 明細書」から入院レセプト一括作成時に対象診療年月の翌月分入院会計データ作成時。		H29.11.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	ncp 20171213-005	「入院会計照会」の件ですが、180日以上の日付が1日少ないという現象が確認されました。（該当の患者様は入退院を繰り返している方です。） 社内で同じような患者様を作成し確認したところ、【バージョン5.0】では正しい日付が表示されましたが、【バージョン4.8】では医療機関様と同じように1日少ない日付が表示されました。（91日以上はどちらも正しい日付が表示されています。） H29．8／18　初回入院 H29．9／15　退院 H29．10／13　継続入院 H29．11／11　退院 H29．12／12　継続入院 入院会計照会 91日以上　H30．1／12 180日以上　誤H30．4／10 正H30．4／11 誤の日付が表示されています。	最新の入院登録が一般病棟入院料以外の場合、入院会計照会画面に表示される「180日以上」の表示年月日が1日ずれる不具合がありましたので修正しました。	H30.1.23
16	ncp 20180413-025	療養病棟療養環境加算1を算定している医療機関からお問い合わせがありました。 入院会計照会画面にて、療養病棟に入院中の患者の入院料の区分（A?I）が変更になった際に、手動、若しくは入院料変更ボタンから変更の操作を行っています。 例えば、元々は入院料Hに1を立てていたものを、入院料Iに変える場合、入院料Hに立っている1を0に入力し直し、入院料Hの欄に1を立て、登録する操作を行います。 その際に、療養病棟療養環境加算1の行に立っていた1が、削除した入院料の日数と同じ分だけ消えてしまうという現象が発生しています。 消えた1は新しい入院料の欄に1を入れ直しても自動で反映しないので、都度手入力をする必要があります。（病院様の負担になっています。） 通常の療養病棟入院基本料の場合は当現象は発生せず、（90/100減算経過措置）の設定を入れた場合のみ当現象が発生します。 入院料を削除した場合でも、療養病棟療養環境加算が消えないように、もしくは新しい入院料に1を立てたら療養病棟療養環境加算にも自動で1が立つようになりませんでしょうか。	入院会計照会画面で療養病棟入院料のカレンダーを削除時に、入院料加算のカレンダーを削除しないようにしていますが、この入院料判定に4月から新設された療養病棟入院料2の経過措置1と経過措置2の判定が漏れていましたので追加しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

３２　入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
１７	support 20180423-020	有床診療所療養病床入院基本料を算定されており、[３２　入院会計照会」画面で以下の手順を行うと入院料の加算が削除されます。 【手順】 １．[３２　入院会計照会]画面で削除したい入院料（例は入院料Ｂ）を選択する。 ２．診療回数欄で「0/11-30」とし、Enter後、「Ｆ８　変更確定」を押下する。（この時点で、栄養管理実施加算や地域加算等、システム管理マスタで設定している加算が削除されています） ３．入院料Ｃを算定するため診療回数欄へ「1/11-30」とし、Enter後、「Ｆ８　変更確定」を押下する。 ４．「Ｆ１２　登録」を押下する。	入院会計照会画面で療養病床入院料のカレンダーを削除時に、入院料加算のカレンダーを削除しないようにしていますが、有床診療所療養病床入院料について改正後の点数マスタ（入院基本料加算区分）による判定が漏れていた為、判定に追加しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

33 入院定期請求

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		定期請求処理の一時ディレクトリ対応に不備があり、定期請求処理でエラーが発生した直後に再度定期請求を実行した場合、[収納データ作成]処理から先に進まなくなる不具合がありましたので修正しました。		H26.12.18

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

36 入院患者照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20141121-017	システム管理マスタの「1005診療科目情報」に登録した診療科が「36入院患者照会」の検索条件の診療科の項目に一部表示されない現象がでております。 入院患者紹介以外の画面では、診療科目情報に登録したすべての科が表示されます。 表示されない診療科目については有効期限が「H24.3.1 ? 99999999」で登録されていることが分かっています。	入院患者照会業務について、有効期間の開始日が"00000000"ではない診療科がコンボボックスに表示されない不具合がありましたので修正しました。	H26.12.18
2	request 20160511-002	[入院患者数](F8)の検索結果画面を、CSVまたは紙で出力ができるようにしていただけますでしょうか	入院患者照会業務の入院患者数確認画面に表示内容の印刷機能およびCSV出力機能を追加しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20141114-013	データチェックにてチェックをかけると『6 投与禁忌薬剤と病名』でエラーになった患者が日にちごとに行が分かれて記載されます。 他のチェック項目のように1行で日にちが記載されるようにはならないのでしょうか？	同じ病名に同じ禁忌薬剤が複数日処方されている場合、エラー内容を1行で日にちを記載するように修正しました。	H26.12.18
2	support 20141202-010	以前にお問い合わせをさせて頂いたデータチェックと病名転帰の＜移行＞についてですが、パッチ提供により改善されましたが、新たに以下の問題が発生しました。 （例） 気管支炎　開始：H26.11.1　転帰：H26.12.1（移行） このようにH26.12.1時点で移行にした後に、41データチェックをH26.11月分で行うと、『診療年月に有効な外来病名が存在しません』とチェックがかかります。 12月に転帰（移行）をしているので11月診療分のレセプトには病名が記載されますが、転帰が移行になっているためにエラーになってしまうのでしょうか？ 11月には有効な病名であるので、上記のような場合にはエラーの対象とならないように修正をして頂けないでしょうか？	病名の転帰が"移行"ものについて、転帰日の考慮を行わずにデータチェックの対象外としていましたが、転帰日を考慮するように修正しました。	H26.12.18

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20150630-013	システム管理の適応病名直接データチェックの設定は「1行う」とし、 チェックマスタで「0チェックしない」と設定している場合について チェックマスタで病名が設定されている場合にはチェック対象外となりますが、未設定の状態であると、チェック対象となってしまうようです。	以下の条件で、データチェックを行った場合、適応病名 チェック対象外の薬剤がチェック対象となる不具合がありましたので修正しました。 ・システム管理［1101 データチェック機能情報2］―［適応病名マスタからの直接データチェック］―［薬剤と病名の設定］の設定を「1行う」とする。 ・チェックマスタ［薬剤と病名］の設定で病名の登録を行わずに「0チェックしない」を設定する。	H27.7.1
6	ncp 20150701-016	システム管理の1101データチェック機能情報2の設定で、適応病名マスタからの直接データチェック＝″行う″、チェックマスタ「薬剤と病名」に未登録の薬剤の有無＝″チェックする″としております。 本日、プログラム更新、マスタ更新を実施後、データチェックを行った際に、エラーリストに「チェックマスタ「薬剤と病名」に登録がありません」のエラーが大量に出るとの問い合わせを受けました。 確認したところ、エラーリストに記載された薬剤は新薬ではなく、コロネル錠、ディオバン錠、マイスリー錠等、以前からある薬剤ばかりです。	問い合わせにあるシステム管理の設定でデータチェックを行った場合、チェックマスタに登録がなく、適応病名マスタ（医薬品傷病名マスタ）に登録のある薬剤が［チェックマスタ未登録］のエラーとなる不具合がありましたので修正しました。	H27.7.27
7	support 20150829-005	レセプトチェックを実行後、エラー内容を表示した際、該当患者をクリックしても該当患者のチェック処理が選択出来ません。 一旦レセプトチェック指示画面に戻り再度エラー内容を表示すると正常な処理が可能です。 不具合か否か確認をお願いできないでしょうか。	システム管理［1101 データチェック機能情報2］の設定2タブ［患者毎の例外設定機能］を［1 使用する］としている状態でデータチェック業務［(D04)データチェック-エラー内容確認画面］に遷移してエラー内容を選択した場合、例外設定コンボボックスが選択可能にならず非活性の状態でしたので修正しました。	H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20160329-030	データチェック（チェックマスタ：7診療行為どうしの算定漏れ）にて不具合が生じましたので、ご報告させていただきます。 〔ubuntu14.04／ver.4.8／パッチ提供(第31回)適用済〕 チェックマスタ「7診療行為どうしの算定漏れ」にて 160084650　スリットM（前眼部）後生体染色使用再検査　に対し 621200201　フローレス眼検査用試験紙0．7mg　を設定。 同日に、下記のように検査区分で入力していても .600 160084650　　スリットM（前眼部）後生体染色使用再検査 621200201*1　フローレス眼検査用試験紙0．7mg ・診療画面左上が「院外」設定 ・データチェック時に「院外含まない」、の場合 「該当の診療行為に対して同日の算定漏れがあります」とデータチェックにかってしまいます。	検査日に院外処方があった場合に現象が発生してましたので修正しました。 [H28.3.31] 検査日に院外処方があり、データチェックの指示画面で[院外処方の処理]を[2 院外処方のみ]としてデータチェックを行った場合にエラーとなるのを修正しました。	H28.3.30 H28.3.31
9	お電話でのお問い合わせ4月26日ーデータチェックリハビリ	リハビリの入力で、最初に診断された日が起算日になる場合の入力について診療行為より、“8400000058診断　日”を入力しますと、データチェックでコメント内容が未入力です、とエラーになります。	840000058(　　日） のコードは内容未入力のチェックを行わないよう修正しました。	H28.4.28
10	ncp 20160728-011	データチェック中にglclient2がフリーズすると連絡がありました。 コマンド操作や他の操作(glclient2を開き、診療行為の入力等)はできます。 同様の事例はあるでしょうか？	データチェック業務のエラー内容確認画面を操作中に別端末からデータチェックを行った際、前回データチェック時とエラー件数に増減が発生した場合にエラー内容確認画面を操作している端末で「薬剤と病名」のエラーに関するエラー内容をクリックすると画面がフリーズする不具合がありましたので修正しました。	H28.8.24
11	request 20160310-002	自動算定で設定している調剤技術基本料は月初めに算定されますが、外泊があった場合でも算定されてしまうため、気が付かず請求すると返戻されてきます。これを防ぐためにデータチェックでチェックをかけれるようにするなど、外泊時に調剤技術基本料が算定できないように対策をしていただきたいとのことです。	外泊日に調剤技術基本料が算定されている場合、データチェック時にエラーとするように対応しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	request 20151217-002	診療開始日のデータチェックですが、初診日に病名登録＋間違って再診料を算定した場合に「初診料が算定可能か確認してください」とエラーが発生しませんでした。確認をした所 3. 初診算定日から再診料の算定日の間に治癒あるいは中止後1月を経過した病名が存在する（移行データの考慮） こちらの要件が該当せずにエラーにあがらなかった様です。小児科になりますので初診算定の間隔が短く、前月中止⇒今月初診はよくあるとの事です。この場合に間違って再診料を算定した場合、日レセ(ORCA)でエラーとなりませんので医療機関様が大変困られています。 1.「次の条件に全て該当する場合はメッセージを編集する」 「全て」ではなく1?3のいずれかに該当する場合はメッセージが出るように変更出来ませんでしょうか？ 2.（移行データの考慮）とありますが、長年お使い頂いている医療機関様には関係がありません。システム管理で3番のチェック自体のチェックをかけるかどうか選べられるように変更出来ませんでしょうか？ 1.又は2.で、対応して頂けませんでしょうか？	システム管理［1101 データチェック機能情報2］に初診料が算定可能かチェックを行う際の病名転帰「中止」の取り扱いについての設定を追加しました。	H28.10.26
13	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41　データチェック

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	4/12　データチェック　再診（同一日複数科受診時の2科目）	4月分のデータチェックで、再診（同一日複数科受診時の2科目）と時間外対応加算、明細書発行体制加算の同会計の併算定チェックがかかるとご連絡がありました。 加算については、1科目で算定しており、2科目では算定していません。 電子点数表マスタでそのように変更されているようですがこちらは、無視していただくしかないのでしょうか。 併せてこちらは3月以前もですが、外来管理加算の算定出来ない診療行為の入力がなくても、同じく同会計の併算定のチェックがかかってきますがこちらも無視していただくのでしょうか。	複数科の纏めの入力の場合は診療科毎に同会計のチェックを行うよう修正しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20141117-010	「42明細書」の入院のレセプト処理で、レセプト出力順を病棟別出力を設定しレセプト印刷画面にて処理を実行すると該当のレセプト件数はあるのに、「該当のレセプトはありませんでした」と表示されて、印刷・プレビューが表示されません。 一旦、出力順をカナ順などに変更し処理を実行後病棟別で処理を実行すると、正常に処理が実行されます。 [2005レセプト総括印刷情報]の[編綴順]＞[病棟別出力設定（入院）]で「1病棟別出力をする」に設定されていると起きるようです。 [病棟別出力順（入院）]の「1カナ氏名」、「2患者番号」どちらでも起きました。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の設定が 主科対応の有無　0:しない 医師別出力設定　1:医師別出力をする 病棟別出力設定　1:病棟別出力をする 一括作成出力順（全体）入院 12:病棟別順 のときに入院レセプトの一括作成を行うと、診療科の初期表示が「00 全科」となりレセプトの印刷ができませんでしたので、初期表示が空白となるように修正しました。	H26.12.18
2		平成27年1月改正対応（初再診料・低妥結率対応のレセプト対応） 111012710 初診（妥結率5割以下） 112016610 再診（妥結率5割以下） 112016750 電話等再診（妥結率5割以下） 112016850 同日再診（妥結率5割以下） 112016950 同日電話等再診（妥結率5割以下） 上記の初再診料に関して、同一月に剤内容が異なる診療行為入力があった場合、レセプト摘要欄の記載がまとまっていませんでしたのでまとめるよう修正しました。 （例） .120 112016610 再診（妥結率5割以下） 112001110 再診（時間外）加算 .120 112016610 再診（妥結率5割以下） ＜レセプト＞ 12＊再診（妥結率5割以下）　53X1 ＊再診（妥結率5割以下）　53X1 ↓ 12＊再診（妥結率5割以下）　53X2		H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5		入院レセプト処理時の点滴入力チェック対応 診療種別「．３４０」で、【加算＋（薬剤又は特定器材）】を同一剤に入力した場合（レセプト集計が正しく行えない剤である場合）、入院レセプト処理時にエラーメッセージを表示するように対応しました。 エラーメッセージ ： 診療種別「．３４０」の診療行為入力確認 このメッセージが表示された場合は（薬剤又は特定器材）は別剤で入力を行ってください。 【加算＋特定器材】を同一剤に入力した例 .350 621458102　ヴィーン3G輸液 ５００ml .340 130000110　生物学的製剤注射加算 710010400　中心静脈注射用カテーテル		H27.1.27
6		入院レセプト処理時のエラーメッセージ表示修正（医保・労災・自賠責） 入院レセプト処理時に行っているチェックのエラーメッセージが正しい内容で表示されていませんでしたので修正しました。 （例）外泊日に、入院料加算の診療行為入力が有る場合 仮収納データがありません（患者番号：XXXXX） ↓ 外泊日に入院料加算有（患者番号：XXXXX）		H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	support 20150204-016	自賠責保険にて新様式を出力した時に会計照会プレビューと明細書の処理で表示の仕方が違っていました。	自賠責外来レセプトの不具合修正 自賠責外来レセプト作成において、レセプト作成対象者の中に、「再診（乳幼児）加算」を算定した患者が含まれる場合、以下の不具合が起こる事がわかりましたので修正しました。 ＜42明細書の場合＞ レセプト処理順番の2番目以降に「再診（乳幼児）加算」を算定した患者がいる場合、以降のレセプトについて、摘要欄の点数・回数や数量が正しい数値で印字されない。 ＜リアルタイムプレビューの場合＞ 「再診（乳幼児）加算」を算定した患者の新様式レセプトについて、摘要欄の点数・回数や数量が正しい数値で印字されない。	H27.2.9
8	support 20141028-004	後期高齢+感37の2+更生+長期を持っている患者のレセプトの一部負担金額についてお尋ねです。 この患者様は通常、後期高齢+更生+長期の組み合わせで透析治療を受けていますが、2日だけ後期高齢+感37の2の組み合わせで薬剤の処方がありました。 その際、同日に更生医療でも薬剤の処方があったため、後期高齢+感37の2の組み合わせでは特定疾患処方管理加算のみを算定しました。 レセプトで請求したところ保険欄の一部負担金の上部に（　）書きで10000円と印字していましたが、国保より10040円と印字してほしいと連絡がありました。	レセプト一部負担金記載修正 以下のケースのレセプト記載について、修正しました。 後期高齢1割＋015＋長期（972） 請求点37926点 後期高齢1割＋010 請求点36点 （10040）　（　40） （10000） 保険　37962　10040　10040 公費1（010）　36　20　→　10020（※） 公費2（015）　37926　2500　2500 （※）10020=20+10000	H27.2.24
9	support 20141125-009	自賠責保険の第三者行為対応についてご教示いただきたいのですが新しく特記事項「10第三」の記載有無が選択できるようになりましたが記載無を選択しても摘要欄に第三者行為の点数と一部負担金額が記載されます。 この機能はどのような時に使用するのでしょうか？	第三者行為に関わる医保レセプト記載修正 労災自賠保険入力の「第三者行為」の登録で、特記事項を【2「10第三」記載無】で設定した場合、医保レセプトの特記事項欄に「10第三」を自動記載しないよう対応しましたが、摘要欄の（第三者行為）請求点、一部負担額、食事回数、食事療養費、標準負担額についても、記載しないよう修正しました。 又、リハビリ開始日の記載についても、”（第三者行為）”をつけないよう修正しました、	H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	support 20150207-005	例1： 噴門胃切除術（悪性腫瘍切除術） 院内感染防止措置加算（手術） 自動吻合器加算　1個 自動縫合器加算　4個 超音波凝固切開装置加算　　で登録してあります。 例2： 胃切除術（悪性腫瘍手術） 院内感染防止措置加算（手術） 自動縫合器加算　4個 超音波凝固切開装置加算　　で登録してあります。 この登録状況のままオンライン請求すると 「通則加算と注加算の記録順が誤っています」とエラーになります。	レセ電データの診療行為コードは「基本項目→加算項目→通則加算項目」の順で記録を行います。 診療行為入力時に通則加算項目が「通則加算対象外」の加算項目より先に入力してある場合に通則加算項目、加算項目の順での記録となっていましたので正しく記録するように対応しました。 例） 修正前の記録順） .500 150168010 胃切除術（悪性腫瘍手術）基本項目 150297990 院内感染防止措置加算（手術）通則加算項目 150339210 自動縫合器加算　加算項目（通則加算対象外） 150286990 超音波凝固切開装置加算　加算項目（通則加算対象外） 修正後の記録順） .500 150168010 胃切除術（悪性腫瘍手術）基本項目 150339210 自動縫合器加算　加算項目（通則加算対象外） 150286990 超音波凝固切開装置加算　加算項目（通則加算対象外） 150297990 院内感染防止措置加算（手術）通則加算項目	H27.2.24
11		公費併用のレセプトについて、レセプト作成を行い請求管理の請求区分を「0 請求しない」と設定、その後公費に誤りがあるため変更して再度レセプト作成を行った場合に、請求管理の公費情報（公費番号、公費ID）の更新が行われていませんでしたので修正しました。 例） 後期高齢者+015から後期高齢者+180（東京　180心身障害者）に変更 レセプトの公費欄は180で記載されているが後期高齢者の診療報酬請求書の公費負担医療欄の公費番号が15と記載されたままになる。		H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12		同日再入院の登録をした際に、レセプトの入院履歴が26年12月18日～としか記載されません。 (1)の26年12月18日～26年12月18日分の記載は不要なのでしょうか。	同日再入院のときのレセプトの入退院履歴の記載について、退院日の記載がありませんでしたので修正しました。	H27.2.24
13	kk 35020	東京都で54難病と82マル都＋長期の分点において、レセプト療養の給付欄保険 一部負担金額の再掲について記載が間違っているとのことで、国保連合会 二部三課から指摘があったとのことです。 【該当患者の保険・公費】 ・前期高齢者 1割 限度額：区分Ⅲ 054難病 182 マル都負有 長期 ・使用した保険組合せ…国保＋054難病、国保＋182 マル都負有＋長期 【療養の給付欄】 　　請求点　一部負担金額 保険　37,184　10,080　再掲上段(10,000) ①　　75　　150 ②　37,109　　0 【連合会からの指摘内容】 保険：一部負担金額　10,080　再掲上段(10,000)の記載について 1．再掲上段は第一公費なので、82長期の10,000が記載されるのはおかしい。 　第一公費の54難病の(80)を記載すること。 2．再掲下段（第二公費）に(10,000)を記載すること。 3．記載要領通りに記載してほしい。 ※明細書の記載要領（33)「療養の給付」欄について (イ)「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に( )で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。	レセプト一部負担金括弧再掲記載修正 「主保険＋全国公費」と「主保険＋地方公費＋長期」の保険組み合わせで診療を行った場合のレセプト記載について修正しました。 （例） 国保（前期高齢1割）＋東京都地方公費（182）＋972　請求点37109点 国保（前期高齢1割）＋054　請求点75点 　　(10000)　　(　80) 保険　37184　10080　　10080 公費1（054）　75　150　→　150 公費2（182）　37109　0　　0	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容		備　考
14		在宅医療の訪問診療コメント対応（外来レセプト（労災・自賠責・公害）） 在宅医療の訪問診療コメントについて、レセプト摘要欄に記載するよう対応しました。 ＜入力例＞ （10日） . 140 114018010 在宅患者訪問診療料 . 991 099140011 訪問診療にかかる記録書 008300001 要介護度：3 008300002 認知症の日常生活自立度：3a 008300003 理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難 . 991 099140012 *6 診療人数合計【10日（6人）】 （27日） . 140 114018010 在宅患者訪問診療料 . 991 099140012 *8 診療人数合計【27日（8人）】	＜レセプト摘要欄記載例＞ ＊訪問診療にかかる記録書 要介護度：3 認知症の日常生活自立度：3a 理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難 診療人数：10日（　6人） 27日（　8人） ＜レセ電記録例＞（労災） CO,99,1,810000001,訪問診療にかかる記録書 CO,,1,810000001,要介護度：3 CO,,1,810000001,認知症の日常生活自立度：3a CO,,1,810000001,理由：下半身の膠着が進行しているため通院が困難 CO,,1,810000001,診療人数：10日（　6人） CO,,1,810000001,　　27日（　8人） 併せて、（C50）コメント入力画面で入力した「90 上記以外の診療報酬明細書」のコメントをレセプト摘要欄に記載するよう対応しました。（外来レセプト（労災・自賠責・公害））	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	ncp 20150213-018	生保と自立支援をお持ちの患者様で113015810地域包括診療料を生保で算定している患者様で、 1日目生保：再診ダミー 113015810地域包括診療料 処方内容（処方せん料なし） 自立支援：実日数算定 処方内容（処方せん料なし） 2日目生保：再診ダミー 処方内容（処方せん料なし） 3日目自立支援：再診ダミー 処方内容（処方せん料なし） 4日目生保：再診ダミー 処方内容（処方せん料なし） 上記のような入力をしていて、1日目の生保地域包括診療料1503×1以外、点数が無いのですが、実日数が、生保：3日、自立支援2日になるかと思いますが自立支援の日数がレセプトが記載されません。 支払基金様に医療機関様が問い合わせたところ、記載が必要との回答でした。 実日数を記載する方法はありますでしょうか？	請求点数0点公費のレセプト記載対応（全国公費） 請求点数0点公費のレセプト記載について、 提出用レセプト・・・記載しない 点検用レセプト・・・システム管理2005の設定（※）に準ずる記載 としていますが、全国公費は、提出用・点検用レセプト共に、請求点数0点公費を記載するよう対応しました。 （※）点検用タブー点検用レセプト記載【0点公費記載設定】 （例）外来、実日数1日、複数保険入力 生保（再診、院外処方、処方せん料）　請求点140点 精神通院（院外処方）　請求点0点 公費2併のレセプトを作成 ＜診療実日数＞ 保険 公費1（021）　1 公費2（012）　1 ＜請求点数・一部負担金＞ 保険 公費1（021）　0　0 公費2（012）　140　0	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	request 20140624-004	施設入所者の配置医師による診療の摘要欄に「配　回数」記載について、現在orcaでは手入力する他ないということですが、該当患者が100人近くいる医療機関もあり毎月回数の入力に大変手間がかかっております。 配置医師として行った診察に対する専用の実日数をカウントコードなどを作成頂き、該当患者に自動記載できるようなシステムをご検討いただけないでしょうか。 配置医師が特別養護老人ホーム等に赴き入所中の患者の診察を行った場合、レセプト特記事項欄に「09施」と記載し、摘要欄に「配」と表示して回数を記載する必要があります。 外来レセプト作成処理において、特記事項欄に「09施」の記載がある場合は配置医師の診察回数コメントを摘要欄に自動記載するようにしました。（配置医師の診察回数コメントが診療行為等で入力済みの場合は自動記載しません） 1．特記事項欄に「09施」の記載があり、配置医師の診察回数が0回でない場合は、【配】X回、又は、【配】XX回のコメントを摘要欄に自動記載します。	2．配置医師の診察回数は、該当レセプトに関わる保険組み合わせで算定した初診料ダミー（099110001）と再診料ダミー（099120001）の剤回数を合算した回数とします。 3．配置医師の診察回数コメントが診療行為等で入力済みの場合は自動記載しません。 以下の入力がある場合、コメント入力済みとみなします。 （1）24会計照会画面の「コメント」、又は、22病名画面の「コメント」押下により遷移する（C50）コメント入力画面で、区分99（レセプト摘要欄コメント）で入力したコメントに【配】・（配）・「配」の文字列を含むコメントがある場合 （2）診療行為入力画面で、診療区分99で入力したコメントに【配】・（配）・「配」の文字列を含むコメントがある場合 4．自動記載する配置医師の診察回数コメントは、レセプト摘要欄下部へ記載します。（診療種別（．991）で入力したコメントと同様の記載位置になります） 5．複数の保険組み合わせを使用した場合は、後に記載する保険組み合わせのコメントとして合計回数を記載します。（保険組み合わせ毎に記載はしません）	H27.5.27
18	ncp 20150501-019	都道府県により対応が異なるのかは分りませんが、0点公費をレセプト記載しない、または、0点公費のレセプト記載の有無を設定できる様な機能を設けることは可能でしょうか。	請求点数0点の全国公費レセプト記載対応 システム管理2005－レセプト・基本1タブに【0点全国公費レセプト記載（提出用）】を追加しました。 0記載しない 1記載する（デフォルト） ＜請求点数0点の全国公費レセプト記載について＞ 「0」を設定した場合 提出用レセプト・・・記載しない 点検用レセプト・・・点検用タブ－点検用レセプト記載に準ずる記載 「1」を設定した場合 提出用レセプト・・・記載する 点検用レセプト・・・記載する	H27.5.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	kk 32978	前期高齢者＋972長期＋182マル都医療＋280マル障負無の保険組み合わせ登録 4/14（1）1　前期高齢者＋マル都医療＋長期で登録→1082点 4/14（1）2　複数科保険で　前期高齢者＋マル障負無で登録→35点 4/21　前期高齢者　マル障負無で登録→179点　総点数1296点 患者さまの一部負担金もなく6000点以上ではないのにレセプト療養の給付保険点数の一部負担金額に（1080円）1300円記載されてきます。 （前期高齢者でマル都・マル障関わらず6000点以下の場合は一部負担金の記載不要です。と国保連合会様より医療機関様に連絡がありました。） 6000点以下は一部負担金が記載しないようご対応願います。	（例1） 5月1日：後期高齢（1割）＋地方公費a＋972　請求点1000点 5月2日：後期高齢（1割）＋地方公費b　請求点2000点 保険欄－一部負担金の記載は不要であるが、記載していましたので記載しないよう修正しました。 （例2） 5月1日：後期高齢（1割）＋地方公費a　請求点1000点 5月2日：後期高齢（1割）＋地方公費b＋972　請求点15000点 （10000）　（ 1000 ） （10000） 保険　16000　11000　→　11000 公費1（a）　1000 公費2（b）　15000	H27.5.27
		レセプト一部負担金記載修正 「主保険＋地方公費」と「主保険＋地方公費＋長期」の保険組み合わせで診療を行った場合のレセプト記載について、保険欄－一部負担金の記載に関する判定が正しく出来ていなかったので修正しました。（記載不要な場合も記載がされていた） 又、括弧再掲の金額が正しく記載されない場合があったので修正しました。	第二公費が長期併用の保険組み合わせの場合、括弧再掲の金額が正しく記載されていなかったので修正しました。 併せて、全国公費の併用が無く、2つの地方公費があるレセプトの場合、第二公費の括弧再掲も記載するように修正しました。 （例のように複数の保険組み合わせで診療行為入力（長期併用の有無は関係なし））	

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20	support 20150410-006	レセ電チェックで、在宅自己注射指導管理料と持続血糖測定器加算を算定している場合、「基本項目に対して、算定できない注加算です。」とエラーになります。 注加算コード1419が設定されている下記の診療行為コードを入力し、レセ電データを作成した場合、入力順に関係なく加算項目が先に記録されてしまいました。 併せてレセ電チェックを「1 チェックする」とした場合「基本項目に対して、算定できない注加算です。」とエラーが表示されていたので、エラーとならない記録順とするよう修正しました。 基本項目（注加算コード1419 注加算通番 0） 114028770 持続血糖測定器加算（2個以下） 114028870 持続血糖測定器加算（4個以下） 114028970 持続血糖測定器加算（5個以上） 加算項目（注加算コード1419 注加算通番 1） 114029070 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ） 114029170 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ以外）	診療行為入力例 .140 114021010 在宅自己注射指導管理料（複雑な場合） 114029070 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ） 114028970 持続血糖測定器加算（5個以上） 修正前のレセ電記録順 114021010 在宅自己注射指導管理料（複雑な場合） 114029070 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ） 114028970 持続血糖測定器加算（5個以上） 修正後のレセ電記録順 114021010 在宅自己注射指導管理料（複雑な場合） 114028970 持続血糖測定器加算（5個以上） 114029070 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ）	H27.5.27
21	support 20150515-002	難病の前期高齢者のレセプト一部負担金についてお伺いします。 （患者例1） 73歳（経過措置にて1割） 主保険＋難病（上限2，500円）　受診回数1日 2，494点までは2割計算の上限までの負担金が記載されますが、2，495点～2、499点は1割の1円単位の金額がレセプトに記載されてしまいます。請求金額、収納ともに2，500円なのですがレセプトの負担金の金額は1円単位（2、495円～2，499円）になっております。 この場合、レセプトの一部負担金は2，500円が正しい記載になりますので修正をお願い出来ればと思います。実際に返戻になっている医療機関様もございます。	レセプト一部負担金記載修正 「70歳代前半の特例措置（1割据え置き）＋054難病」の公費欄－一部負担金記載について修正しました。 （例）難病（月上限額2500円）、請求点数2498点 この場合、公費欄－一部負担金が2498円で記載されていたので、2500円で記載されるよう修正しました。 ※2割計算額（4996円）＞月上限額（2500円）となる為、2500円を記載します。（難病の月上限額が2500円の場合、2495点～2499点は2500円の記載となっていませんでした）	H27.5.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	support 20150602-027	EFファイルについて、エラーで帰ってきたとの報告がありました。	EFファイル作成処理で保険組合せの有効期間の切れた診療が対象月に含まれていた場合、該当する保険組合せの診療がEFファイルの記録から欠落する不具合がありました。 業務メニュー「42 明細書」でEFファイル用の処理を実行した際に保険組合せの切れた診療がある場合は、処理結果画面に患者番号と「レセプトが種別不明です」とエラーメッセージを表示するようにしました。	H27.6.25
25	ncp 20150604-027	5月27日のパッチ提供により、特記事項「09　施」と初・再診ダミーコードがある場合に「【配】〇回」というコメントが自動表示されるよう設定されましたが、ある医療機関様では「配2回」等のコメント（配にカッコが付かないもの）を登録されていた為にコメントが重複する現象が発生しています。この場合にコメント記載済みとして処理できるようにする対処をお願い致します。	配置医師の診察回数コメント自動記載修正 （C50）コメント入力画面で「区分99（レセプト摘要欄コメント）で入力したコメント」又は、診療行為入力画面で「診療区分99で入力したコメント」に 配〇回 配〇〇回 配〇〇〇回 のいずれかで始まるコメントがある場合、配置医師の診察回数コメントを自動記載しないよう修正しました。 ※〇は任意の文字	H27.6.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	support 20150709-026	国保連合会の受付・事務点検ASPチェックリストにて紙レセプトとレセ電データの相違が発生したとのお問い合わせがありました。 【内容】 ・エラーコード4501「請求点数が誤っています」 　診療識別　空白 　事項名　29302　点数（誤）（正）14265 ・エラーコード4454「入院基本料及び特定入院料の算定回数が診療実日数を超えています」 　診療識別　90 　事項名　精神病棟15対1入院基本料　824×15 レセ電データとコードを確認したところ、入院基本料の記載が誤っているように見受けられます。 なお、ORCAの登録状況に誤りは見受けられませんでしたが、レセ電チェックでは「45010」のエラーが発生していました。 （エラー内容は4501と同じ） 該当患者様は月途中で保険変更が発生しています。 但し、変更部分は家族区分と番号のみとなっています。	第13回（6月25日）パッチ提供で「support20150515-011」の対応に一部修正ミスがあり、以下のような入院時にレセ電記録に不具合がありました。 例）入院日 7月10日～ 保険組合せ　0001 国保　7月 1日～ 7月 2日 　　0002 国保　7月 3日～ 9999999 （0001と0002は保険者変更なし。記号番号のみ相違） 上記の場合に、保険組合せ0002で算定された入院料が重複して記録されます。不具合となる対象患者は「44 総括表・公費請求書」でレセ電出力時に「レセ電チェック」を実行されている場合「45010 請求点数が誤っています。」と表示されます。	H27.7.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
37	support 20150730-023	患者登録を以下の内容で登録 生年月日：昭和19年10月4日　現在の年齢70歳 保険の種類：002　船員　　補助：E　2割下船 レセプトを出したところ、職務上の事由のところに「下船後3カ月以内」の記載がありません。 70歳未満の年齢では「下船後3カ月以内」の記載がされますが、70歳以上になると職務上の事由がブランクになります。 ただし、提出用のレセ電を作成してレセ電ビューアでレセプトを確認すると、職務上の事由に「下船後3カ月以内」の記載が確認できます。 レセ電ビューアで作成されるレセプトとORCAの個別作成で作成されるレセプトで違いが生じるのはなぜでしょうか。	保険「002　船員」で補助「E　2割下船」のときに入院外レセプトの職務上の事由欄が記載されませんでしたので修正しました。	H27.8.26
38	kk 36038	和歌山の医院様から4月のレセプトで公費②の請求点が0点と記載され返戻されたとのご連絡がありました。 保険＋公費②で入力した場合は、請求点が集計されますが公費①の[54難病]を含んだ保険組み合わせで入力した場合に、公費②には請求点が集計されません。 （今回のレセプトは主保険と同点数なので、空白となるはずです。） 公費②に正しい請求点が記載されるようにご対応お願い致します。 ※シス管[1001医療機関-基本]の都道府県を和歌山県以外で登録した場合は公費①②を含んだ保険組み合わせで入力した内容も請求点が集計されます。 主保険：後期高齢者 公費①：54難病（上限2500円） 公費②：85後期重身（負担無し） 和歌山県地方公費対応（平成22年4月診療分以降） システム管理2010－レセプト（1）タブ－全国公費併用分請求点集計 和歌山県地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を（1、1）としてレセプト記載を行っていましたが、平成22年4月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0、0）としてレセプト記載を行うよう修正しました。	＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（0、0）以外で設定済みの場合は、（0、0）に設定変更が必要です。 （0、0）で設定変更した場合であっても、平成22年3月診療分までは、内部的に設定値を（1、1）としてレセプト記載を行います。 ＊＊レセプト記載例（平成27年8月診療分）＊＊ 後期高齢＋054＋和歌山県地方公費（185）1000点 後期高齢＋和歌山県地方公費（185）500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H27.8.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
68	ncp 20160427-007	食事療養標準負担額、生活療養標準負担額の精神病床据え置きのコメント自動記載の、入院年月日の日付が日レセを導入時に入院歴作成で登録した入院日付ではなく表の入院日の記載がされています。実際の入院日は入院歴作成の日付になりますのでご確認宜しくお願い致します。	平成28年3月31日に既に1年以上継続して精神病床に入院する患者の食事負担が据え置きとなる場合にレセプト摘要欄に記載する、コメント「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成〇〇年〇〇月〇〇日」について、入退院登録画面から遷移する「(I03)入院歴作成」画面で登録された、入院日を考慮するよう修正しました。 レセプト記載例 1．自院歴　H26.8.1～H27.1.31（入院中として登録） 2．入院登録　H27.2.1～（1の継続入院として登録） 3．レセプト摘要欄の「標準負担額経過措置（精神）入院年月日」を平成26年8月1日と記載します。 注意事項 医療機関の病棟登録に精神病棟だけが登録されている場合に限りこの自院歴からの日付記載行います。医療機関に精神病棟以外の病棟が混在して登録されている場合は、自院歴作成分が精神病棟であることの自動判別できないことから、この処理は行いません。（上記例では平成27年2月1日が摘要欄に記載されますから、コメントコード「840000136」入力による日付の修正が必要となります。）	H28.4.28
69		レセプト摘要欄のコメント自動記載修正 依存症集団療法の治療開始日コメント自動記載について、「188010710 医療観察依存症集団療法」を算定した場合、治療開始日コメントが自動記載されませんでしたので修正しました。 又、認知療法・認知行動療法の初回算定日コメント自動記載について、「188010610 医療観察認知療法・認知行動療法（精神保健指定医と看護師が共同）」を算定した場合、初回算定日コメントが自動記載されませんでしたので修正しました。		H28.5.2

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	ncp 20160430-001	提供していただいている「830000052　70枚を超えて湿布薬を投与した理由：」のコメントについてご教授願います。 .960　　コメント（処方せん備考） 830000052　70枚を超えて湿布薬を投与した理由： 810000001　理由本文 830000052　の「：（コロン）」の後に何も入力しないで、 810000001　のコメントコードで理由本文を入力すると、41データチェックでチェックがかからないのに、42明細書でレセプトを作成すると、種別不明・・・理由はコメントがありませんになるのは、仕様になりますか。 830000052のあとに別のコメントコードが入っているときは、「：（コロン）」の後に コメントがなくても種別不明ならないようになりませんか。	院外湿布薬70枚を超えて投与した理由の記載（記録）に係る修正 . 980 830000052 70枚を超えて湿布薬を投与した理由： 810000001 ○○のため 上記の診療行為入力を行った場合【「理由：」の後ろに文字の入力なし】で、システム管理2005の受付エラーチェック区分を「1」又は「2」で設定し、レセプト作成処理を行うと該当レセプトがレセプト種別不明となるためレセプト種別不明とならないよう修正しました。 又、診療種別区分980を宣言して、「830000052」のコメント入力を行った場合、その剤内容を診療区分「80」でレセプト記載（記録）しますが上記の診療行為入力を行った場合、コメントレコードの文字テータの記録がない状態となるため、以下の記録となるよう対応しました。 （「830000052」のコメントに文字入力がある場合も「810000001」に置き換えます） CO,80,1,830000052, CO,,1,810000001,○○のため ↓ CO,80,1,810000001,70枚を超えて湿布薬を投与した理由： CO,,1,810000001,○○のため	H28.5.2

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
71	お電話でのお問い合わせ5月2日ー休日往診加算レセ記載	4月より新設された、休日往診加算ですがレセプトの点数欄で、夜間の項ではなく、往診の項に集計されています。 記載要領では、夜間若しくは休日は、夜間の項に記載とあります。 ご確認いただけますでしょうか。	レセプト点数集計修正 下記の算定がある場合、14在宅の「往診」の項でなく、「夜間」の項に点数集計を行うよう修正しました。 114029270 休日往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり） 114029370 休日往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし） 114029470 休日往診加算（在支診等） 114029570 休日往診加算（在支診等以外） 114029970 休日特別往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり） 114030070 休日特別往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし） 114030170 休日特別往診加算（在支診等） 114030270 休日特別往診加算（在支診等以外）	H28.5.2
72		入院レセプト初診回数欄記載修正 .110 099999903 出来高算定（剤） 111000110 初診 を診療行為入力した場合、入院レセプト初診回数欄が2回と記載していましたので1回と記載するように修正しました。		H28.5.9
73		廃用症候群リハビリテーション料の「実施日数」コメントのレセ電記録修正 廃用症候群リハビリテーション料を算定した場合、レセプト摘要欄に「実施日数」コメントを自動記載しますが、その「実施日数」コメントがレセ電に記録していませんでしたので記録するよう修正しました。		H28.5.9

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
74	support 20160506-025	食事の精神病床据え置きの入院年月日の自動記載につきまして	平成27年4月1日以前から精神病床に入院し、平成28年4月1日時点で入院が継続している患者について、平成27年4月1日以降に異動処理により精神病床以外に入院をされている場合、精神病床長期入院による食事負担据え置きの対象にはなりませんが、プログラムの判定誤りの為、この場合の平成28年4月からの食事負担額が据え置き対象の１食260円で計算されてしまう不具合がありました。 また、該当患者のレセプト摘要欄に不要なコメント「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成〇〇年〇〇月〇〇日」が記載されてしまうことから、これについて修正しました。 誤った計算を行う事例1 H27. 2. 1 ー H27. 6.30 精神病床に入院 H27. 7. 1 ー 99999999 異動処理により精神病床以外（一般病棟等）に入院 誤った計算を行う事例2 H27. 2. 1 ー H27. 6.30 精神病床に入院 H27. 7. 1 ー H27. 7.31 異動処理により精神病床以外（一般病棟等）に入院 H27. 8. 1 ー 99999999 異動処理により精神病床に入院	H28.5.9
75	お電話でのお問い合わせ5月6日ー入院レセプト食事回数	入院レセプトで、難病の分点数があると「食事・生活」欄の基準の項の右の回数に流動食の回数が重複して集計されるようです。 食事90回流動食90回では99回となり食事90回流動食1回では91回と記載されます。	入院レセプト「９７食事・生活」回数欄記載修正 ７０歳未満で、難病の分点があり、食事に流動食が１食でもある場合、「９７食事・生活」回数欄記載に誤りがありましたので修正しました。 （例） 協会、７０歳未満、難病（適用区分エ）（９５７を公費登録） 入院時食事療養（１） 入院料算定：協会単独（流動食３食×３１日） 診療行為入力：協会＋難病 この場合「９７食事・生活」回数欄が５７５×９９回と記載されていましたので、５７５×９３回と記載されるよう修正しました。	H28.5.9

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
76	support 20160506-040	「840000136標準負担額経過措置(精神)入院年月日:平成　年　月　日」のコメントの自動記載についてお尋ねします 入退院歴がある場合、現状のORCAの自動記載年月日は”最終”の入院年月日が自動記載されていますが、愛知県支払基金　審査企画課に確認したところ”初回”の入院年月日が正しいとのことです 理由は、添付資料の4ページ目(資料下部には”3”と記載)の下部の文言、 ―――――――――――― (※)入院年月日については、当該者が、平成28 年3月31 日において継続して1年以上精神病床に入院していたことが確認できるよう、精神病床に入院した当初の入院年月日を記載すること ―――――――――――― にある通り、精神病床に入院した当初の入院年月日となるため、初回入院年月日となるとの回答でした	平成27年4月1日以前から精神病床長期入院する患者について紙レセプト及びレセ電データに記録するコメント「標準負担額経過措置(精神)入院年月日:平成　年　月　日」に埋め込む年月日をプログラムで自動取得した場合、平成27年4月1日時点の入院履歴から入院日を記載(記録)していましたが、該当患者が過去に精神病棟に入退院登録している履歴がある場合で、その履歴が平成27年4月1日の入院履歴と継続入院の関係にある場合は、該当する過去履歴から年月日の記載(記録)を行うよう修正しました。 [H28.5.10] (I03)入院歴作成画面より登録された履歴についても、初回入院の履歴を検索し、入院年月日を記載(レセ電記録)するよう修正しました。なお、医療機関の病棟登録に精神病棟だけが登録されている場合に限り自院歴からの日付記載を行います。	H28.5.9 H28.5.10
77	生保の入院食事療養費について	精神科の入院において電子レセプトの食事療養費が正しく記録されないようです。 生活保護の患者様については、食事については、レセプトの「食事・生活」の公費①の請求欄に金額が記載され、標準負担額欄には記載されず、レセ電データでもそのような記録となりますが、入院年月日が昭和の患者様については、レセ電データのみ、摘要欄に標準負担額が記録されます。	入院レセ電の食事標準負担額記録修正 公費単独(生保等)で、レセプトの食事標準負担額欄に金額記載をしない場合、入院レセ電のSIレコードに食事標準負担額の記録は不要ですが、指定難病・小児慢性特定疾病患者、又は、平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院しており、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院する場合、食事標準負担額の記録をしていましたので記録しないよう修正しました。 (例)精神1年超の場合 SI,97,5,197000110,3,1920,30,(省略) SI,,5,197003410,3,780,30,(省略) ↓ SI,97,5,197000110,3,1920,30,(省略)	H28.5.9

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
78	support 20160506-037	本日労災レセプト送信時にエラーがでました。 エラーコード:4301 エラー内容:固定点数が誤っています。90　一般病棟10対1入院基本料2484×7 固定点数のため、点数マスタ何か変更ありましたでしょうか。 該当の患者様は4／1に転科転棟転室処理を行っております。	平成28年度改定で新設された入院料加算「190190770 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)」を労災入院患者で算定した場合に、レセ電データの該当加算記録位置が労災の入院期間加算(1．3倍又は1．01倍)より上段に記録していましたので、下段に記録するよう修正しました。	H28.5.9
79	support 20160510-008	レセ電データの記録で、4/2の食事(普通食1、流動食2)が4/1の食事(普通食2、流動食1)と同じところに記録されるためオンラインエラー:4534　食事療養費の請求額が誤っていますとなります。	入院レセ電データ作成時の食事療養費の処理について 複数日で普通食と流動食を混在して算定されている場合のデータ作成処理に不具合がありましたので修正しました。	H28.5.10
80		平成28年5月18日に新設されたコメントコード「840000140 標準負担額経過措置(精神)入院年月日:昭和　年　月　日」のレセプト記載(レセ電記録)対応を行いました。 詳細は入院改定対応資料の47頁を参照してください。		H28.5.25
81	support 20160518-026	災害該当レセプトについてお尋ねです。 4/5に受診した患者が5月の初旬に来院し地震の免除を申し出たため、患者登録にて災害該当と免除を4/16?で登録しました。 4月の受診は5日のみです。 災害該当と免除は4/16?で期限を切っているにもかかわらず、4月のレセプトに災1と印字されていました。 地震前にしか受診が無かった場合は、免除などの期限は5/1?としたほうがよいのでしょうか？	減免や災害該当の適用開始日を月途中の日で登録した場合で、適用開始月の受診が開始日より前にしかなければ、その月のレセプトは、減免や災害該当とみなさないよう修正しました。 (例)外来 4月5日 受診 5月2日 受診 ※この時、地震による免除の申し出があり、959災害該当と962免除を適用開始4月16日で登録 この状態で4月レセプトを作成した場合、(災1)が記載されたレセプトを作成していましたので記載しないように修正しま	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	support 20160506-020	H28年4月より疾患別（早期・初期）リハビリテーション加算も開始日をレセプトに記載することになりました。これに伴ってORCAで早期・初期リハビリテーション加算開始日のコードを作成されていると思います。 入力・登録方法は、診療行為画面または算定履歴より登録いただいているのですが、レセプト電算コードを作成すると、レセ電でうまく作成されずレセプト送信時エラーとなります。 CO,80,,810000001,早期・初期リハ加算： 80と810000001の間は1が入らなければならないのではないでしょうか。 また早期・初期リハ加算が2つ存在し、1つは正しい記載になります。	＜1人目＞ 入院料算定：主保険単独で算定 診療行為入力：主保険＋公費で算定 4月15日 ・呼吸器リハビリテーション料（1） 早期リハビリテーション加算 初期加算（リハビリテーション料） ・呼吸器リハビリテーション開始日 ・呼吸器（早期・初期）リハビリテーション加算開始日	H28.5.25
		リハビリ加算の発症日レセプト記載（記録）修正 （レセプト一括作成を行った場合の不具合修正） レセプト一括作成で、以下の事例等で不要なリハビリ加算の発症日コメントがレセプト記載（記録）される不具合がありましたので修正しました。 ==（事例）== レセプト処理対象の患者の中に、公費併用の分点があり、「リハ＋（早期リハ加算・初期加算）」を公費併用の保険組み合わせで算定している患者がいる。 （※リハは、心大血管疾患又は呼吸器又は廃用症候群） 上記の患者より後にレセプト処理を行う患者で、「リハ＋（早期リハ加算・初期加算）」の算定があり、その患者のリハビリ加算開始日の入力が上記患者のリハ算定日と同日、又は、リハ算定日より前の日である場合に不要な リハビリ加算の発症日コメントがレセプト記載（記録）される。 （※リハは、上記患者のリハと同じである事）	＜2人目＞ 入院料算定：主保険単独で算定 診療行為入力：主保険単独で算定 4月11日 ・呼吸器リハビリテーション料（1） 早期リハビリテーション加算 初期加算（リハビリテーション料） ・呼吸器リハビリテーション開始日 ・呼吸器（早期・初期）リハビリテーション加算開始日 ※負担区分（80と810000001の間）の記録がないCOレコードが作成される CO,80,,810000001,早期・初期リハ加算：発症 28年 4月11日 ====	

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
83	ncp 20160329-008	37歳の方で、国保診療分は限度額認定「30区オ」対象ですが、食事療養費のみ一般（一食260円）の場合、公費登録欄に「967　オ」を登録、所得者情報タブの低所得2欄に　認定範囲-0すべて対象（認定日は公費の適用期間と同じH28/01/01?H29/07/31）、標準負担額減額開始日を空欄にて登録しました。 保険の負担金額、食事・生活療養の請求円と標準負担額は正しく記載されています。 97食事・生活の行にある【低所得2】を記載しないようにと国保連合会より指摘がありました。記載しない入力方法はありますでしょうか？	入院レセプトの低所得2記載修正（70歳未満） （標準負担金額の上の欄） 70歳未満の場合は、標準負担額が低所得2の対象である場合に「低所得2」又は「低所得2　3月超」を記載するよう修正しました。 （例）70歳未満、限度額認定証（適用区分オ） 所得者情報にて、低所得者2の登録を行う。 （認定範囲：0すべて対象、標準負担額減額開始日：空欄） この場合、標準負担金額の上の欄に「低所得2」を記載しないよう修正しました。 又、レセ電のREレコードの「一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分」の記録についても同様に、70歳未満の場合は、標準負担額が低所得2の対象である場合に「1」又は「2」を記録するよう修正しました。	H28.5.25
84	support 20160513-017	レセプトに斜線がでる。	乳幼児、かつ、誕生の日が1日の患者で、下記のような診療行為入力を行った場合、斜線が印字され内容不明なレセプトが作成される不具合がありましたので修正しました。 （例）生年月日：平成25年2月1日 平成28年4月診療行為入力 1日： 112007410 再診 112014770 再診（乳幼児時間外）加算（入院外） 2日： 112007410 再診 112001110 再診（時間外）加算（入院外） 又、再診の算定回数と再診乳幼児加算の算定回数が異なる場合に「〇月〇日まで乳幼児」のコメントをレセプト摘要欄に自動記載していますが、このコメント記載は、月途中で6歳になる患者（誕生の日が2日以降）に限り記載するよう修正しました。（上記例のような場合は記載しません）	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
85		「42 明細書」で「R01 個別指示」から「XB01 情報削除」に遷移し、再度「R01 個別指示」に戻ってから「R03 作成指示」に戻ると、画面上部の印刷指示、入外区分、レセプト作成区分が空白で表示されてしまいました。 情報削除画面から個別指示画面へ遷移時の設定に漏れがありましたので修正しました。		H28.5.25
86	ncp 20160610-019	下記レセプトの療養の給付欄の計算についてお伺いします。 保険組合せ：社保＋21精神通院 実日数：4日 総点数：2488点 療養の給付公費1の一部負担金額：2500円 点数内訳↓ 1日目：626点=630円 2日目：616点=620円 3日目：616点=620円 4日目：630点=630円 1ヶ月に点数をまとめると2488点なので2488円で記載するように返戻になったと医療機関様から問い合わせがありましたが実際は患者様に2500円お支払い頂いています。 一部負担金額を1ヶ月にまとめた点数で記載するような設定はありますでしょうか？ また、こちらの記載についてですが、明細書の記載要領（平成28年版）P79（33）「療養の給付」欄についてのオに「10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載」とありますが、なぜ四捨五入後の金額で計算される仕様になっているのでしょうか？ 支払基金愛知支部審査企画課に確認したところ、患者様には1日ごとに四捨五入した金額で窓口負担してもらえば良いが、レセプト上は1日ごとの四捨五入する前の点数を請求点数に記載し、一部負担金額も四捨五入する前の金額を記載すると言われました。	全国公費一部負担金レセプト記載修正 「全国公費一部負担金（10円単位）＝月上限額」の場合でも月上限額＞全国公費一部負担金（1円単位）であれば、公費欄－一部負担金は1円単位の金額で記載するよう修正しました。 例）協会（3割）＋精神通院（外来月上限額2500円） 請求点数 1日目：626点 患者負担630円 2日目：616点 患者負担620円 3日目：616点 患者負担620円 4日目：630点 患者負担630円 レセプト 保険　2488 公1　2500 ↓ 保険　2488 公1　2488	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
87	support 20160617-036	レセ電データの点数がおかしいと支払基金から連絡があったそうです。 ORCA上は特に問題なく「18240点」で表示されますが、レセ電を作成すると「114003710　在宅酸素療法指導管理料（その他）」が400点で記録され、「16240点」になってしまいます。	一つの剤にデータ区分が「2 加算」で告示等識別区分1が「1」の加算項目が11以上入力があった場合、レセ電データ作成時に誤った点数を記録していましたので修正しました。 例） .140 114003710 在宅酸素療法指導管理料（その他） 114006210 酸素濃縮装置加算 114006310 酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ） 114015710 呼吸同調式デマンドバルブ加算 114041610 在宅酸素療法材料加算（その他） 114006210 酸素濃縮装置加算 114006310 酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ） 114015710 呼吸同調式デマンドバルブ加算 114041610 在宅酸素療法材料加算（その他） 114006210 酸素濃縮装置加算 114006310 酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ） 114015710 呼吸同調式デマンドバルブ加算 114041610 在宅酸素療法材料加算（その他）	H28.6.27
88	ncp 20160609-001	難病単独の方で、レセプトを作成した際には一部負担金の記載が0円で上がっていたので、オンライン請求にてレセプト送信したのですが、「支払基金から一部負担金に金額を記載しないでください。」と返戻で返ってきたようです。 実際に送ったデータをレセ電ビューワで確認したところ、一部負担金には金額が0円でした。 返戻で帰ってきたレセプトには金額が記載されていました。	主保険がないレセプトの公費欄－－一部負担金記載修正 主保険がないレセプト（公費のみのレセプト）で、レセプトに記載する公費が以下（※）の場合、かつ、その公費の自己負担限度額（上限額）が0円の場合、公費欄－－一部負担金は「0」でなく、空欄とするよう修正しました。 （※）該当公費 ０１５、０１６、０２１、０２４、０３８、０５１、０５２、０５４、０７９、０１２、０２５	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
89	ncp 20160507-006	熊本地震での保険の登録についてお尋ねします。 「保険者番号」が特定で、「記号・番号」が不明の場合レセプト上部に（不詳）と印字されます。 「105：保険者マスタ」で「記号」を登録していたら「12：患者登録」で「保険者番号」を入力すると「記号」欄に自動で「記号」が登録されます。 「記号・番号」共に空欄でないと、（不詳）が印字されません。 「記号」欄を空欄にするためには、「105：保険者マスタ」で登録した「記号」を削除しないと「12：患者登録」で「記号」を消すことはできません。 「番号」だけ空欄の場合も、（不詳）が必要だと思いますが（不詳）を印字するためには、「記号・番号」共に空欄で登録する方法しかないでしょうか？	災害レセプト対応（保険者番号と記号は特定、番号が未確認の場合） 災害該当の方で、「保険者番号と記号は特定、番号が未確認」である場合、”不詳”の取り扱いをするよう対応しました。 （「保険者番号は特定、記号・番号が未確認」の場合と同様の取り扱いをする） ※上記に該当する場合、記号は未入力であるものとしてレセプト処理を行います。	H28.6.27
90	ncp 20160630-002	（大阪府）後期高齢（39）＋助成89（公費の種類【189】）+10（公費の種類【010】）の組み合わせで、三者併用レセプトで、公費?の助成89分の一部負担金額が印字されません。実際は89助成で　500/月2回　なので窓口負担金発生しているのでレセプトに印字されるべきではないかとご指摘がありました。 確認した点 104保険番号マスタの保険番号情報入力にて登録に誤りがないか →ありませんでした。 レセプトには後期高齢、公費1に10、公費2に89の公費番号はあがっておりました。 実際窓口負担で患者様へ負担金発生しています。 （助成なので　500/月2回）	地方公費一部負担金レセプト記載修正 第一公費が010（感37の2）、第二公費が地方公費 かつ 第一公費と第二公費の請求点が同じ かつ 地方公費の一部負担が0円でない かつ 保険欄一部負担金が空欄の場合、地方公費の一部負担が0円で記載される不具合がありましたので修正しました。 例）後期高齢（1割）＋010（感37の2）＋大阪府地方公費189 請求点数 1日目：2000点 患者負担500円 2日目：2000点 患者負担500円 レセプト 保険　4000 公1 公2　0 ↓ 保険　4000 公1 公2　1000	H28.7.14

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
91	support 20160704-018	「高額療養費区分エを持ってきた患者様を登録したが、今月の請求金額は57,600円を超えているのに、レセプトを出した時に、一部負担金欄に金額があがって来ない」との問い合わせを受けました。	70歳未満現物給付の高額公費適用チェック（外来） （例）協会（3割） 7月1日：診療　請求点数10000点 7月6日：限度額認定証の提示あり 　高額公費967（区分エ）を登録（適用期間7月1日～） 　診療　請求点数10000点 高額公費の適用期間を7月1日以降で登録しているが、7月1日の会計時点では高額公費は未入力で、高額公費が適用されていない状態で会計を行っている。 70歳未満現物給付レセプトの保険欄－一部負担金記載判定については、高額公費が適用されている状態で会計を行った収納データを元に判定をしているため、上記のケースではレセプトの保険欄－一部負担金が記載されません。 これを防止する為、会計時にチェックを行い、該当する診療済み収納データがあれば、請求確認画面（右下）に「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージを表示し、再計算を行っていただくことで、保険欄－一部負担金記載判定が正しくできるよう対応しました。 （上記例では7月6日の会計時にメッセージを表示します）	H28.7.26
92	support 20160801-017	H28.6分レセの難病の一部負担金について、診療点数が71点で公費(1)の一部負担金が「140円」と記載されていますが、「142円」が正しいのではないか？との指摘があったようです。 該当患者はほぼ毎月受診しており、H28.5やH28.7も同じ点数・負担額でしたが、一部負担金はどちらも「142円」と記載されていました。 H28.6の一括再計算を行ってみましたが、一部負担金の記載は変わりませんでした。 H28.6.27のパッチ適用前の環境で同じように入力してみましたが、H28.6分の一部負担金は「142円」と記載されました。	レセプト難病一部負担金記載について修正しました。 （例）主保険（3割）＋難病（上限額2500円） ・6月21日 自院診療 71点 ・6月22日 他一部負担入力を行う 2360円 この時点でレセプト作成を行った場合、難病一部負担金は142円で記載されますが、6月21日診療分の再登録（再計算）を行うと、記載される一部負担金が140円になる不具合がありましたので修正しました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
93	ncp 20160802-015	入院レセプトについてお尋ね致します。 精神病棟に平成24年12月25日より入院していた患者（68歳で高額療養イに該当）が、平成28年7月1日より療養病床へ移動しています。 平成28年7月のレセプトに、『標準負担額経過措置（精神）入院年月日：平成24年12月25日』のコメントが自動発生していますが、上位所得者のため1食460円で負担金額は計算されていると思われます。 1食460円で負担金額を計算する場合でも、精神病棟の入院年月日コメントは必要でしょうか。	入院時生活療養算定時で、入院医療の必要性の高い患者でない場合、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日」のコメントをレセプト記載しないよう修正しました。	H28.8.24
94	support 20160817-003	レセプト一部負担金変換マスタについてお尋ねです。 難病と水俣病を併用する患者で難病の負担上限が2500円ですが水俣病公費が全てみるため公費2の一部負担金に2500の印字が必要とのことで一部負担金変換マスタを使用しました。 紙レセプトには印字されましたがレセプト電算データになったときにKOレコードが記録されませんでした。	「公費欄ー一部負担金の金額置換編集」で、法別51（「51601」で始まる負担者番号）の一部負担金金額置換編集を行った場合、一部負担金がレセ電（KOレコード）に記録されませんでしたので修正しました。	H28.8.24
95	request 20160201-002	現在、レセプト作成時に不明分または主科未設定のレセプトが存在する場合、処理結果画面に赤文字で「主科未設定分又は種別不明分がありますので印刷画面で確認してください」と表示されますが、「生活保護」と同様に、「残留邦人等」の負担者番号または受給者番号の記録がない場合も、チェックがかかるようご検討の程よろしくお願い致します。	レセプト作成時に生活保護と同様残留邦人等の負担者番号、受給者番号の記録有無のチェックを行うようにしました。 1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の受付エラーチェック区分を「1 チェックする」と設定した時、レセプト作成時に「025 残留邦人等」の負担者番号、受給者番号の記録有無のチェックを行います。 2．「025 残留邦人等」の負担者番号又は受給者番号の記録がない場合は、レセプト種別不明分としてレセプトを作成します。	H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
96		災害該当分のレセプト作成時に、非減免対象分と減免対象分が混在する場合は1枚にまとめて作成していますが、システム管理の設定により非減免対象分と減免対象分をそれぞれ分けたレセプトの作成を可能としました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に追加した「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の設定に従い、災害該当分のレセプトの作成を行います。 2.「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の初期設定は「0 分割しない」となります。 3.「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の設定が「1 分割する」の時は、非減免対象分と減免対象分を分けたレセプトの作成を行います。 4. 主保険がない場合（公費のみの場合）は「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の設定が「1 分割する」であっても該当する「959 災害該当」の「公費負担者番号」の一桁目に「1」（半角）の入力がある場合のみ非減免対象分と減免対象分を分けたレセプトの作成を行います。 5.「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の設定に関係なく「959 災害該当」を平成28年10月以降の適用開始日で登録した場合、保険組み合わせを「959 災害該当」の適用開始日で区切って作成します。 6. 非減免対象と減免対象のレセプトの区別ができるように、主科設定画面、請求管理画面、レセ電の個別指示画面の一覧に「災」の表示を行うようにします。但し、請求管理画面での返戻データの「災」の表示については、パッチ適用後に作成したレセプトのみ表示を行います。主科設定画面は「災害該当分分割（非減免対象と減免対象）」の設定が「1 分割する」かつ「959 災害該当」の適用開始日が平成28年10月以降の災害該当レセプトのみ、「災」の表示を行います。 7. 平成28年10月診療分以降のレセプトを対象とします。		H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
97	ncp 20160909-003	社保と54難病併用の方のレセプトの一部負担金が上限額を超えた額で記載されるとお問い合わせがありました。 対象の方の保険が、社保（協会健保・3割負担）・54難病（月上限額5000円・適用区分エ）で、患者登録の公費の種類に「957公費ウエオ」、所得者情報タブの公費負担額の欄にはきちんと1ヶ月ごとで上限額5000円で登録されており、他一部負担金支払いはありません。 上記をきちんと入力した状態で、下記の通りに診療行為を入力しています。 1日目・・・再診（72点） リハビリテーション総合計画評価料（300点） 運動器リハビリテーション料（1）2単位（370点） →合計点数742点　負担金1480円 2日目・・・再診（72点） 運動器リハビリテーション料（1）2単位（370点） →合計点数442点　負担金880円 3日目?5日目・・・2日目と同様 総合計の点数は2510点、負担金の総合計は上限額と全く同じ5000円になります。 しかしレセプトの一部負担金が5020円で記載され、総合計の点数の2510点を2倍しているように思われます。 また、医院様の方は1001医療機関情報-基本にて「請求額端数区分医保（減免無・自費分）」を「10円未満端数処理なし」に設定されております。 社内で検証した所、「請求額端数区分医保（減免無・自費分）」を「10円未満端数処理なし」に設定した状態で、54難病の上限額と日々の負担金の合計がぴったり同じ場合に一部負担金が総点数の2倍になってしまうようです。 上限額を超えた場合はきちんと上限額の5000円で記載されます。	8月24日パッチで提供したsupport 20160801-017の修正不備により、難病一部負担金が正しく記載されないケースがありましたので修正しました。 ＜正しく記載されない条件＞：1から3を全て満たす場合 1．難病一部負担金が月上限額に達している。 2．「難病の請求点数×10円×難病の負担割合」の金額（1円単位）が難病一部負担金の金額より大きい。 3．診療毎の「難病の請求点数×10円×難病の負担割合」の金額（10円単位）の累計金額が難病一部負担金の金額と同額である。 （例）70歳未満、社保3割、難病（月上限額5000円） ＜社保＋難病＞総点数2510点 1日目：742点（患者負担）1480円 2日目：442点（患者負担）880円 3日目：442点（患者負担）880円 4日目：442点（患者負担）880円 5日目：442点（患者負担）880円 ※「難病の請求点数×10円×難病の負担割合」の金額（1円単位）：5020円 ※診療毎の「難病の請求点数×10円×難病の負担割合」の金額（10円単位）の累計金額：5000円（1480円＋880円＋880円＋880円＋880円） ※この例は上記条件を満たす この例の場合、一部負担金が5020円で記載されていましたので5000円を記載するように修正しました。	H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
98		平成28年9月6日提供された労災医科診療行為マスタ対応 新設されたマスタ ・入院室料加算の差額請求（101801150～101801180 ） ・特別労災付添看護料の差額請求（101801190～101801420） について、労災・自賠責レセプトの金額欄（80その他欄）に金額集計するよう対応しました。 （自賠責レセプトについて、入院室料加算の差額請求は入院室料加算と区別し、その他欄に金額集計します） 又、入院室料加算の差額請求について、提供されたマスタと異なる金額設定をしたい場合は、下記ルールにより診療行為コードを作成してください。 適用開始は平成28年4月1日以降の日としてください。 ・入院室料加算（個室・甲地）差額請求 ・・・ 0959421xx ・入院室料加算（2人部屋・甲地）差額請求 ・・・ 0959422xx ・入院室料加算（3人部屋・甲地）差額請求 ・・・ 0959423xx ・入院室料加算（4人部屋・甲地）差額請求 ・・・ 0959424xx （XXは01から99まで任意の数字） 上記コードで診療行為入力を行った場合、労災レセ電データ作成時には下記診療行為コードに自動置き換えし記録するよう対応しました。 0959421xx → 101801150 0959422xx → 101801160 0959423xx → 101801170 0959424xx → 101801180 又、データチェックで行っている09594で始まるコードのチェックについて（レセ電出力設定がされている場合、かつ、短期給付と傷病年金が対象）、平成28年4月診療以降で入力された0959421XX～0959424XXはエラーとしないよう対応しました。		H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
99	ncp 20160921-015	茨城県の災害患者が持ってきた後期高齢者の保険証で、負担金の箇所に4分の一と記載のある保険証を確認しました。 国保連合会に確認したところ、レセプト請求においては一部負担金に「2.5割減額」、「4分の1」といったような記載をしてくださいと案内されました。 それは電算処理でも変わらないようです。 窓口負担金においては、患者請求額の4分の1を割引した75%分を請求とのことでした。 レセプトの一部負担金に上記記載を入力する場合、手段はございますでしょうか？	レセプト保険欄－一部負担金に記載する減額割合のコメント記載修正 災害公費960（減額（割））の減額割合の1の位が0でない場合（例えば、25%）、減額割合のコメントに1の位の値が記載されていませんでしたので修正しました。 25%の場合、「減額 2割」→「減額 2割5分」	H28.10.26
100	request 20160229-001	在宅に注力している医療機関様からご要望がありました。 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を行ったときに在宅患者訪問診療料のように自動記載で訪問診療を行った日を登録してほしいとの事でした。 「レセプトへのコメントの手入力が必要な診療内容一覧」に掲載しているその他の行為に関しても、算定要件に記載が必要なのもは自動記載を要望いたします。	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合、レセプト作成時に同一剤に算定日を自動記載するように対応しました。 1．同一剤に自動記載するコメント内容は、「訪問指導　○○日」とする。 2．同一剤に「日」の文字を含むコメント入力がある場合は、自動記載しない。 3．平成28年11月診療分以降の外来レセプトで対応する。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
101	request 20160301-001	処置薬剤や手術薬剤など、15円未満のものは入力はできますが、レセプトには反映されません。 薬剤名が記載されていないと、返戻になるとのことです。 現在はコメント入力で対応していますが、システム管理の設定等により、15円未満の薬剤名印字有無を、ユーザーで選択できるようにしていただければと思います。	診療区分40～80で入力した15円以下薬剤（剤点数0点）について、システム管理の設定により、提出用レセプトへの記載（記録）を可能としました。 1．システム管理2005（レセプト・総括印刷情報）に「15円以下薬剤レセプト記載」の設定を追加する。 ＜設定内容＞ 0　記載しない（デフォルト） 1　記載する 2．設定を「1」とした場合 （1）レセプト摘要欄に、診療区分40～80で入力した15円以下薬剤の記載を行う。剤点数は「0」を記載する。 （2）レセプト電算の医薬品レコード（IYレコード）に、診療区分40～80で入力した15円以下薬剤の記録を行う。剤点数は「0」を記録する。 3．医保、労災・自賠責、公害の入外レセプトを対象とする。	H28.10.26
102	11/4 15円以下薬剤記載	15円以下の処置薬剤にコメントを付加して入力した場合、10月26日のパッチ適用前まではコメントの記載はおこなっていませんでしたが、適用後からはコメントのみの記載がおこなわれるようです。	10月26日パッチで提供しました15円以下薬剤の提出用レセプト記載（記録）対応の不備により、システム管理2005ー「15円以下薬剤レセプト記載」の設定が「0」で、以下のような診療行為入力を行った場合（剤点数0点）、コメントのみレセプト記載（記録）される不具合がありましたので修正しました。 .401 620002619 2　アズノール軟膏0．033%　2g 810000001　　右手	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
103	request 20151126-003	医療機関様より、国民健康保険一部負担金減免承認証明書のORCAでの登録方法についてお問い合わせがございました。 患者様は70歳未満ですが一部負担金の8000円までを窓口でお支払いになり、それを超えた額が減免となるようです。 現状のORCAでは964高額委任払を使用すれば限度額までで負担額は止まりますが、負担金記載のコメントマスタ（099999910）を使用しても一部負担金欄に記載する必要が無い場合は負担金が記載されません。 一部負担金欄に記載する必要が無い場合でも負担金記載のコメントを使用すれば一部負担金欄に金額があがるようにしていただけませんでしょうか。 もしくは、専用のマスタを作成していただけませんでしょうか。 減免（減額（円））について、保険番号を追加し、新たな計算方法の対応を行いました。 設定上限額超の一部負担金を減免金額とする負担金計算・レセプト記載（記録）を行います。（平成27年4月診療分以降で対応） 1．マスタ更新で、保険番号953「減額（円）（設定上限額超の一部負担金減額」を追加しました。（短縮制度名は、「減額（円超」） 2．保険番号953は、患者登録－公費欄へ登録します。 3．保険番号953は、保険組み合わせには含めません。 4．保険番号953について、患者登録－所得者情報－公費負担額で、外来上限額・入院上限額の入力を可能とし、入力した金額を患者負担上限額とする負担金計算を行います。（設定上限額超の一部負担金を減免金額とする）	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）保険欄－一部負担金欄に金額記載（記録）する場合は、保険欄－一部負担金欄の下部に「減額後金額」の文言、右隅に「円」の文言を印字する。 ウ）保険欄－一部負担金欄に金額記載（記録）しない場合は、保険欄－一部負担金欄の下部に「減額金額」の文言、減額金額、右隅に「円」の文言を印字する。 ※減額金額は、「A－B」で求める。 A・・（請求点数×10円×負担割合）（1円単位）の金額 B・・設定上限額 エ）以下の場合は、減免の取り扱いをしない。 （1）該当患者が現物給付対象者の場合 高額療養費の自己負担限度額＜＝設定上限額　・・・減免対象外 「※1」の金額＜＝設定上限額　・・・　減免対象外 （2）該当患者が現物給付対象者でない場合 「※1」の金額＜＝設定上限額　・・・　減免対象外 ※1　・・（請求点数×10円×負担割合）（10円単位）の金額（外来の場合は診療日毎の累計金額） ※要マスタ更新	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
104	ncp 20161206-022	4月より追加された遠隔モニタリング加算を算定した場合、前回算定日のコメント記載が必要です。 ORCAでは、これが自動記載されるよう対応されていますが、心臓ペースメーカー指導管理料を毎月算定し、遠隔モニタリング加算を4ヶ月に1度、4月分で算定していた医療機関のレセプトにおいて、遠隔モニタリング加算の前回算定日に前月が自動記載されたため、審査支払機関により遠隔モニタリング加算の前回算定日が前月であると判断され、査定されたそうです。 点数マスタやシステム管理マスタで設定が見つけられないのですが、遠隔モニタリング加算の算定日を自動記載させる設定はどちらにございますでしょうか。 レセプトコメント自動記載修正 遠隔モニタリング加算の前回算定年月コメント記載に不備がありましたので修正しました。 （例） 平成28年4月診療 113001610　心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 平成28年6月診療 113001610　心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 113018070 1 遠隔モニタリング加算	平成28年8月診療 113001610　心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 平成28年10月診療 113001610　心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 113018070 1 遠隔モニタリング加算 ＜修正前＞ 6月レセプト ＊心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 遠隔モニタリング加算　1月 前回算定年月　28年　4月　　420X1 10月レセプト ＊心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 遠隔モニタリング加算　1月 前回算定年月　28年　8月　　420X1 ＜修正後＞ 6月レセプト ＊心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 遠隔モニタリング加算　1月　　420X1 10月レセプト ＊心臓ペースメーカー指導管理料（イ以外） 遠隔モニタリング加算　1月 前回算定年月　28年　6月　　420X1	H28.12.21
105	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
106		自賠責レセプト新様式に編集している「マル印」の文字が機種依存文字でしたのでTakao明朝に修正しました。 変更前の状態では環境によってマッピングされるフォントが異なり、その影響でmonsiajのプレビューが枠だけ表示される場合がありました。		H29.3.27
107	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
108	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でしょうか？	レセプト保険欄－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－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－一部負担金が10000円で記載されていましたので0円で記載されるよう修正しました。	H29.4.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
109		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
110	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くてもデータの作成対象となります。	H29.4.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
111	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
112	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
113	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
114	ncp 20170601-011	院内処方の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そうです。 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す。 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す。 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－基本1（2）タブ－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た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
115	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－（労災・自賠責）－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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
116	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－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
117	ncp 20170801-019	7月25日のパッチ適用後より、7月以前の多数該当となる入院患者レセプトの自己負担金上限が多数該当とならない状況が発生しております。 ・70歳未満 ・所得区分「オ」（公費欄に「054 難病」「957 公費ウエオ」、所得者情報タブの「低所得者2」に情報入力済み） ・多数該当（「958 特疾4回目」入力済み） 以上の情報を登録しておりますが、自己負担金上限が多数該当の24600円ではなく35400円で計算されてしまいます。	平成29年8月改正対応（高額療養費制度の見直し）で対応に不備があり、70歳未満の特定疾病給付対象療養（法別51,52,54）の多数回該当の場合、入院レセプト（70歳未満）の保険欄－一部負担金が多数回該当が適用されていない金額で記載される不具合がありましたので修正しました。 （平成27年1月診療分以降のレセプトが対象） （例）70歳未満 「054難病（適用区分オ）、957公費ウエオ、958 特疾4回目」を公費欄に登録 所得者情報で「低所得者2」を入力、難病の月上限額5000円 保険　30000　35400　→　24600 公1　5000　5000	H29.8.2
118	support 20170822-014	地域包括ケア入院医療管理料1を算定する病室に入院しており、算定要件に該当しない場合に療養病棟入院基本料1のIを算定すると、自動でADLがレセプトに記載されてきます。 ※ADLの入力をしていないので点数は0点です。 上記の場合にADLを記載していても問題無いか国保連合会に確認すると、元は地域包括の為ADLは記載しないよう言われました。 ADLをレセプトに記載しないようにする方法はありますでしょうか？	特定入院料の算定病棟（又は算定病室）に入院する患者が算定要件に該当しない場合であって、療養病棟入院基本料を算定する場合は該当する期間について医療区分、ADL点数をレセプト記載しないよう対応しました。	H29.9.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
119		平成29年10月改正（入院時生活療養の窓口負担変更）について、境界層に該当する算定をおこなった患者の紙レセプト「摘要」欄に「境界層該当」を記載するよう対応しました。		H29.10.24
120	support 20171031-007	[42 明細書]にて種別不明分があがり、『請求点数と点数欄の合計が不一致です』となっておりますが、計算しても、一致します。 退院再計算後個別作成し直しても同様でした。 解決策をご教授いただきたく、ご連絡させていただきました。	レセプト診療区分別点数欄（第2公費欄）の点数集計修正 以下の事例において、レセプト作成処理を行うと、レセプト診療区分別点数欄（第2公費欄）の点数集計（※）に不備があり、種別不明レセプト（請求点数と点数欄の合計が不一致です）となっていましたので、種別不明レセプトとならないよう修正しました。 （※）レセプト上、第2公費の診療区分別点数欄はありませんが、内部的に集計しています。 例）入院 平成29年7月1日～9日：国保単独 平成29年7月10日～31日：国保＋更生＋重心（保険番号195）（愛媛県地方公費） ※更生と重心は平成29年7月10日から適用 重心について、システム管理2010－レセプト（1）タブ－全国公費併用分請求点数集計を左右（3．1）で設定	H29.11.27
121	support 20171116-012	10/1～10/2　第三者行為にて入院 10/26～現在　後期高齢者にて入院 所得者情報の標準負担額減額開始日に第三者行為での入院期間10/1～2が含まれていると健保、第三者行為ともにレセプトのプレビューが表示されません。 開始日を第三者行為での入院期間を除外するとプレビューは表示されます。 ユーザ環境だけでなく、弊社社内環境でも同現象が確認できました。 減額開始日は第三者行為の期間は分けて登録したほうがよろしいのでしょうか	70歳未満の低1チェック修正（レセプト処理等） 後期高齢＋第三者行為 ※低所得1の入力あり（「標準負担額減額開始日」の入力あり） ※第三者行為の登録で、「現物給付」の設定は「1対象外」 第14回パッチ提供（入院時生活療養の窓口負担変更対応）で、70歳未満の患者で低所得1の「標準負担額減額開始日」に入力がある場合（平成29年10月診療分以降）、退院登録・退院時仮計算・入院定期請求・入院レセプト・データチェックの各処理時にエラーメッセージを表示するよう対応しましたが、上記の患者（保険組み合わせ「後期高齢＋第三者行為」で入院）についてもチェック対象となり、エラーとなっていましたのでエラーとならないよう修正しました。	H29.11.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
122	support 20171212-011	すでに退院した自賠責の患者がおり、その際は労災準拠で登録を行っていたがその後健保準拠で請求を行うよう修正を行うこととなった。 これを受け、システム管理「4001」にて世代を区切り、〈自賠責固有設定〉にて健保準拠へと変更を行い、診療行為にて労災マスタをしようしていたところを健保用のマスタへ修正を行いました。 その後、「42　明細書」から自賠責（従来様式）からレセプトを出そうとしたところ「レセプト種別不明」になり、さらにレセプトは1枚紙か表示されなかったのですが文章が途中で途切れており続紙があるような状態となりました。 表示された1枚のプレビューを確認すると「在宅復帰機能強化加算（労災マスタ）」とあり、レセプト種別不明になるのはこちらが問題かと思われ、一度退院取り消しをし転科転棟転室を行ったのですが「在宅復帰機能強化加算（労災マスタ）」はついたままで、「42　明細書」からレセプトを出そうとすると「レセプト種別不明」となっております。	自賠責レセプト摘要欄記載修正 190168070「在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）」 101900140「在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）（労災用）」 これまではどちらで算定を行っても、レセプト摘要欄には「在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）（労災用）」で記載を行っていましたが、労災準拠の場合は、在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）（労災用）、健保準拠の場合は、在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）で記載するよう修正しました。 又、以下の加算についても、上記同様に記載するよう修正しました。 一般病棟看護必要度評価加算（一般病棟入院基本料） 一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料） 重度認知症加算（精神病棟入院基本料） 慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料） 栄養管理体制減算規定該当（入院基本料） 栄養管理体制減算規定該当（特定入院料及び短期滞在手術等基本料2）	H29.12.20
123	ncp 20171212-023	公害の患者様で「199000410：包括点数の公費補償法減点分」を入力する際の入力方法を教えていただきたいです。	点数マスタの訂正を行いマスタ更新データを提供します。 199000410「包括点数の公害補償法減点分」のレセプト摘要欄記載について、剤点数の先頭に▲を記載するよう対応しました。	H29.12.20
124	ncp 20171213-023	ADL入力ボタンの中にある医療区分についてです。 医療区分に1のフラグを立てた時、レセプトには番号の小さい順で表示されるかと思うのですが、《1．24時間持続して点滴を実施　9．頻回の血糖検査を実施　13．中心静脈栄養を実施》この3つを入力した際に、「9」「13」「1」の順にレセプトに表示されます。「1」「9」「13」の順番で表示させたいのですが、この番号は何かを基準に並べられているのですか？	医療区分記載の並び替えに不具合がありましたので、昇順で正しく記載するよう修正しました。	H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
125	1/22 0点公費のレセプト記載 入院 外来	請求点数0点公費のレセプト記載は外来のみの対応でしたでしょうか。	入院基本料を「後期高齢単独」で算定 包括された投薬を「後期高齢＋010（感37の2）」で算定 上記の状態で、点検用レセプトを作成した場合、システム管理2005－点検用タブ－点検用レセプト記載が 「1　0点公費を記載する」 「1　包括診療分・持参薬を記載する」 であれば、該当公費の0点記載を行うよう修正しました。	H30.2.26
126		自賠責（第三者行為）入院レセプト記載修正 入院基本料を「主保険＋第三者行為」で算定し、180日を超える入院（選定入院）となった場合の自賠責（第三者行為）入院レセプト記載で、請求点数に入院基本料の点数が集計されていましたので選定入院料の点数が集計されるよう修正しました。 又、入院料の摘要欄記載についても、入院基本料の名称・点数が記載されていましたので選定入院料の名称。点数が記載されるよう修正しました。		H30.2.26
127	support 20171031-018	「精神通院+生活保護」のレセプト一部負担金の件でご連絡いたしました。 審査機関へ確認をしたところ、レセプトの一部負担金の記載については「東京都福祉保健局精神保健福祉課」の資料を基に審査しているようです。 審査機関のレセプトチェックシステムが「精神通院+生活保護」を持っている場合、公費①の一部負担金に「0円」と載せると初めて「精神通院+生活保護」で請求してきたとわかるようなシステムになっているようです。 ※レセプト自体は精神単独で請求となるようです。 そのため、「精神通院+生活保護」の場合にレセプト一部負担金に「0円」を記載していないと「注意」と引っかかり、エラーの通知をするようです。 現状、医療機関様には「精神通院+生活保護」の組み合わせの場合レセプト一部負担金に「0円」と記載するために「一部負担金金額置換」コードを使用していますが、なにかシス管の設定で簡単に変更出来る機能はありませんでしょうか。もしない場合は機能追加を検討していただけますと幸いです。	公費のみのレセプトで、レセプト記載する全国公費の月上限額が0円の場合、システム管理設定により、公費一部負担金の「0」記載を可能としました。 1．システム管理2005（レセプト・総括印刷情報）「基本1(2)」タブに設定項目「全国公費一部負担金記載（公費のみのレセプト）」を追加しました。 0　上限0円時は「0」を記載しない（デフォルト） 1　上限0円時は「0」を記載する 2．対象とする全国公費の公費番号は、015、016、021、024、038、051、052、054、079、012、025で、月上限額が0円の場合です。 3．設定が「1」であっても、012（生活保護）単独レセプト、及び、025（残留邦人等）単独レセプトの場合は、「0」を記載しません。	H30.2.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20141202-014	4.7.0でのオンライン請求でファイル出力先「1 usb」として.ukeファイルをデスクトップへ作成して、それをubuntuで送信しておりましたが、4.8.0で同様にしますと「レセ電データチェック処理でエラーが発生しました」と出て進みませんので、チェックしない設定にするとどこかへ出力しているようですが、「1 usb」では保存場所を聞いてこないのですが、デスクトップに.ukeファイルを作成する手順が変更されているのでしょうか？	ファイル出力先の入力時のチェックで、名称まで手入力した場合のチェック処理に不具合があり、コンポボックスに存在しない出力先がエラーとなりませんでしたので修正しました。 また、レセ電データチェック処理で外部エンコーディング指定が漏れていたため、医保、労災ともレセ電チェックが実行できませんでしたので修正しました。	H26.12.18
2	kk 31223	保険と特定疾患公費を併用しており、月途中で特定疾患公費の変更があった場合だと 公費1:（旧）特定疾患公費 公費2:（新）特定疾患公費 の順番で印字がされるが、保険と乳幼児公費（宮崎県）を併用しており、月途中に乳幼児公費（宮崎県）の変更があった場合には 公費1:（新）乳幼児公費 公費2:（旧）乳幼児公費 と印字されてしまいます。 特定疾患公費のように、乳幼児公費でも古いものが公費1に新しいものが公費2に印字されるように変更する設定などありませんでしょうか？	月途中に同一公費の負担者番号、受給者番号が変更になった場合、保険番号に関係なく変更前を第一公費、変更後を第二公費に記載を行うようにしました。 異なる保険番号であっても法別番号が同じであれば、同一公費とします。 システム管理「2005 レセプト総括印刷情報」の公費記載順設定に該当する公費の設定が行われている場合は設定された保険番号での記載順を優先とし、同一法別番号による記載は行いません。 要望がありアプリケーションで内部的に記載順の変更を行っている都道府県の公費については対応はしていません。 ※内部的に記載順変更を行っている都道府県と公費(左の公費から順に記載) ・北海道　290＋191 ・愛知県　191＋012 ・長崎県　186＋012 ・山梨県　241＋143 ・山梨県　141、241＋051、091 ・東京都　021＋193＋182 ・東京都　182＋180 都道府県についてはシステム管理の都道府県番号で判定しています。	H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
3	ncp 20141202-021	EFファイルを出力した際に「01_EF_FILE_201411」というフォルダが作成され、フォルダ内のファイル名が「En_医療機関番号_2611.txt」「Fn_医療機関番号_2611.txt」となっております。 ファイル名に診療年月が記載されているかと思いますが、その記載が現在和暦「2611」になっておりますが、西暦「1411」で記載するにはどのようにしたらよろしいでしょうか。 厚労省の「平成２６年「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料」13ページ「各様式と入力要領」にて診療年月は西暦で記載されております。	EFファイルのファイル名について、西暦の下２桁でファイルを作成するように対応しました。 例）平成２６年１２月診療分の入院Eファイル （対応前）01En_@@@@@@@@@_2612.txt （対応後）01En_@@@@@@@@@_1412.txt	H27.1.27
4	1/21 Eファイル 診療科コード	療養担当手当（入院）を自動算定したとき、E-19レセプト科区分が記録されないようです。	入院Eファイルの[E-19 レセプト科区分]と[E-20 診療科区分]について、自動算定した「199000510療養担当手当（入院）」に該当項目が記録されない不具合がありましたので修正しました。	H27.1.27
5	support 20150129-021	例： 後期高齢+54難病（適用区分Ｉ） 入外上限額：2500円（他一部負担累計2500円）・・添付ファイル（1）（2） 1/27に受診した時点で他医院で上限額超えていたので患者窓口負担は0円・・添付ファイル（3） 該当患者のレセプト・・添付ファイル（4） H27.1月診療分を「42明細書」で一括作成後、「44総括表公費請求書」で国保レセ電データをレセ電チェックをチェックするにして作成しました。 エラーリストが作成され、添付ファイル（5）のようにチェックされましたが、エラーになった内容の意味がわかりません。 なぜチェックされたのでしょうか？ レセプトが0円と記載されているからでしょうか？	「44総括表公費請求書」で行うレセ電チェックについて、特記事項のチェックを以下の条件で行うよう修正しました。 -- 診療年月が平成26年12月以前 (1) 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」（上位）「18」（一般）又は「19」（低所）（医保高齢受給者7割の場合、「22」（多上）含む）が記録されているが、法別51（601・602）又は法別52の公費がない。 (2) 本人、未就学、家族レセプトの特記事項に「22」（多上）「23」（多一）又は「24」（多低）が記録されているが、法別51（601・602）又は法別52の公費がない。 -- 診療年月が平成27年1月以降 高齢受給者レセプトの特記事項に「17」（上位）「18」（一般）又は「19」（低所）（医保高齢受給者7割の場合、「22」（多上）含む）が記録されているが、法別51（601・602）又は法別52、法別54（501・601）の公費がない。	H27.2.4

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20150126-007	EFファイルの病棟コードのところに、0、2、3、4というコードが落ちています。 なんの情報が落ちていて、それぞれのコードは何を指していますか？	入院Eファイルの[E-21医師コード][E-22 病棟コード][E-23 病棟区分]について 以下のパターンで入力された診療行為分について記録できない不具合がありましたので修正しました。 ※病棟区分については一般病棟で入院した場合に、'0'（一般）を記録するのが正しいですが、病棟の情報が正しく取得できていない為、'1'（一般以外）と記録される不具合です。 ・パターン1 短期滞在手術等基本料の2又は3を算定し、入院料を算定しない日に入力された診療行為分。（例、2月2日に短期滞在で入院登録を行い、2日3日に診療行為入力画面より入力した診療行為について正しく記録されない） ・パターン2 労災保険で入院期間中に、該当入院期間に医保で入力を行った診療行為分。	H27.2.4
7	support 20150316-015	薬剤の処方数が多いと剤ごとに退院時処方のコメントを入れても包括フラグが0のまま変わらないとご指摘があり検証を行いました。 620003931 クラリスロマイシン錠200mg「サンド」 610443053 バイアスピリン錠100mg 610462010 タケプロンOD錠15　15mg 610463198 マグミット錠330mg 610431117 プレドニゾロン錠1mg（旭化成） 612450118 プレドニン錠5mg 610433147 ラニラピッド錠0．05mg 以上の薬剤を入力されていたため順番に数を減らして検証 薬剤数が3つ（下記の内容）になった段階でフラグが1になることを確認 620003931 クラリスロマイシン錠200mg「サンド」 610443053 バイアスピリン錠100mg 610462010 タケプロンOD錠15　15mg 包括フラグに薬剤数や点数などは影響がありますでしょうか？	入院EFファイルについて、退院時処方は「F-19 出来高・包括フラグ」に"1"をセットする必要がありますが、退院時処方の剤の明細数が5明細を超えた場合に、剤内の1～5行目に退院時投薬のコメントが入力されている場合に"1"がセットできない不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20150324-008	DPCの実施説明資料136ページ F-14行為明細点数については、出来高実績点数と同様にきざみ計算後の点数を記録するよう記載されております。 現状は所定点数が記録されており、上記記録方法にはなっていません。	点数マスタのきざみ点数による点数計算を行う診療行為についてEFファイルのF-14行為明細点数にきざみ計算後の点数を記録するように修正しました。	H27.4.23
9	ncp 20150421-004	包括診療分の点検用レセプト記載対応についてですが包括分の入力を行って点検用レセプトを作成しレセ電データを作成したところ44総括表のレセ電チェックで合計点数エラーが発生しました。 その後、レセ電ビューアを確認しましたが種別点数情報では包括分も含まれた点数が合計となりレセプトプレビューをみると合計点数は包括分を含まない点数でした。 点検の為にレセ電ビューアや他チェックソフトを使用する医療機関様がこの仕様だとチェックできないので修正をお願い致します。	レセ電データチェックで包括診療分の剤をチェック対象としていましたが対象外とするように修正しました。	H27.4.23
10	ncp 20150507-012	オンライン請求の紐つけについてですが、SAHファイルをダウンロードして取込を行い、請求管理で処理を行おうとしたところ返戻ありの赤字が表示されず返戻ありにチェックが入れられませんでした。 その後、取込画面を確認すると空白になっていて再度取込を行うとDB取込済となり処理が出来ません。 確認ですが、 1.SAHファイルは請求管理で返戻ありチェックは出来ないものでしょうか 2.総括画面のデータ取込は再度開くと表示が消える仕様でしょうか	「44 総括表・公費請求書」のデータ取込で取込む返戻ファイルの文字コードがShift-JIS 以外の場合、取込み処理で文字コードの変換が正常にできないため内部的に患者情報が取得できず、請求管理画面から返戻の紐付け処理ができませんでした。 取込み処理時に返戻ファイルの文字コードのチェックを追加しました。	H27.5.27
11	support 20150417-010	オンラインで返戻データを取り込み、訂正をし、請求管理で紐付けしようとしたら、請求画面の右上に『返戻データあり』の表示が出ず、紐付けができませんでした。 返戻理由は、患者登録の画面で本当は性別が女性ですが男性と入力していたからだそうです。 男女の変更は紐付けができないということでしょうか。	オンラインでレセ電データを提出後に患者番号の桁数を変更した場合、「44 総括表・公費請求書」のデータ取込で取込んだ返戻データの患者番号から内部的に患者情報が取得できず、請求管理画面から返戻の紐付け処理ができませんでした。 返戻データの全ての患者について患者情報が取得できなかった場合、エラー表示を行うようにしました。	H27.5.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	support 20150718-007	EFファイルについてお尋ねします。 【EF-3】出来高実績点数確認 不整合有とDPC調査局のチェックソフトにかけたらエラーになりました。 データを確認した所、Fファイルの閉鎖循環式全身麻酔の点数が違った為エラーとなっているようです。 閉鎖循環式全身麻酔2　14600点(195分) 閉鎖循環式全身麻酔5　　600点(10分) それぞれ点数が違うのではないでしょうか…？	30分を超えない部分のきざみ点数の算定で、実施時間の長い順にするところで誤りがあり正しく算定ができていませんでしたので修正しました。	H27.7.27
20		地域包括ケア病棟でデータ提出加算を算定しているのですが、F-10解釈番号がA245ではなく、A308-03で記録されるようです。	入院Fファイルの「F-10 解釈番号」について、入院料の明細、かつ、行為明細番号が002以降のデータについて、行為明細番号001に記録している解釈番号と同じ値を記録していましたので診療報酬点数上の区分番号をセットするように修正しました。	H27.7.27
21	お電話でのお問い合わせ7月21日－EFファイル主科未設定エラー	労災入院で、健保にて自費コードのみ入力した場合にEFファイル作成時に、主科未設定とエラーで処理が止まります。 自費保険に入力変更すると、エラーは解消されたとのことです。	お問い合わせにある入力を行われた場合、健保に該当する診療が主科未設定と判定していましたので、該当診療分はEFファイル作成時に読み飛ばすよう修正しました。	H27.7.27
22		レセ電データチェックについて、向精神薬多剤投与時の薬剤料逓減点数が0点のものをエラーと判断していましたのでエラーとしないように修正しました。		H27.7.27
23	request 20131209-009	4.7verより、「労働者災害補償保険診療費請求書」の出力が可能となりましたが、ORCAから印刷したものを提出したところ、広島労働局より、指定用紙（様式１号）ではないと受け付けないとの指示を受けたとの事です。 「労働者災害補償保険診療費請求書」の専用用紙へ「枠なし」で印刷が可能となるよう改善をお願い致します。	労災総括表（労災診療費請求書及びアフターケア委託費請求書）について、OCR専用様式での印刷（枠あり、枠なし）を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の【総括表タブ】に労災総括表（労災診療費請求書及びアフターケア委託費請求書）の様式選択設定と枠記載区分設定を追加しました。 デフォルトは様式選択は「1 確認様式」、枠記載区分は「1 枠を記載する」となります。 ※確認様式は今までどおり、枠ありのみとなります。	H27.8.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	support 20140712-002	労災レセ電にて請求を行っているのですが、他の病院から転医となり、初診算定を行った場合チェックリストにてエラーになります。 この設定は合っていますでしょうか？	労災のレセ電チェックについて、初診算定日に診療開始となる病名がある場合でも、患者登録業務の(P02D)患者登録-労災自賠保険入力画面の新継再別に[3 転医始診]が選択されている場合、[46340 初診料の算定回数が算定可能回数を超えています。]のエラーとしていましたが、エラーとしないように修正しました。	H27.8.26
25	support 20150808-016	レセ電チェックのエラーで重症者加算の記録が間違っていると表示されます。 レセプトを確認しても問題ないのですがレセ電ビューアでみると〇〇区の点数がORCAで作成した国保請求書と誤差が生じています。 レセ電コードを個別でみると『重症者加算』が2重に記録されているようです。 国保請求書⇒40113点 レセ電ビューア⇒41853点 レセ電ビューアのレセプト⇒40113点 何度も削除し入力し直してみたのですが結果は一緒でした。	平成27年6月25日にパッチ提供した「support20150515-011」の対応に不具合があり、以下の入院登録時のレセ電記録に不具合がありました。 例）入院期間 7月1日－7月31日 保険組合せ 0001 国保　7月 1日－ 7月 2日　精神療養病棟入院料 0002 国保　7月 3日－ 7月31日　精神療養病棟入院料 （0001と0002は保険者変更なし。記号番号のみ相違） 診療行為入力画面で7月 1日から入院料加算を入力 保険組合せ 0001 国保　7月 1日－ 7月 2日　重症者加算1 0002 国保　7月 3日－ 7月31日　重症者加算1 上記登録時に保険組合せ0002で診療行為入力された入院料加算（重症者加算1）がレセ電データに重複して記録される不具合です。不具合となる対象患者は「44 総括表・公費請求書」でレセ電出力時の「レセ電チェック」を実行されている場合、「45010 請求点数が誤っています。」と表示されます。	H27.8.26
26		EFファイルの記録について、主保険を使用しない公費のみの診療出力可否をシステム管理で設定可能としました。 システム管理「9102 EFファイル作成」に公費のみの診療の出力可否選択項目を追加しました。入院EFファイル、入院外EFファイルともシステム管理設定によりファイル作成を行います。		H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27		入院EFファイルの記録内容について、以下の変更を行いました。 特定入院料等に包括される投薬を入力時、該当する剤内に退院時投薬のコメントが入力されている場合に、入院Fファイルの「F-19 出来高・包括フラグ」を退院時処方をあらわす「1」をセットしていましたが、形式チェック時に相関チェック時にエラーとなることから、これを特定入院料等に包括される診療をあらわす「6」をセットするよう変更しました。		H27.10.27
28	ncp 20151019-003	EFファイルチェックソフトで外来のチェックを行った所「結果：不可」となりました。EファイルとFファイルの出来高点数確認というエラー内容で、原因がわかりません。 ・頂いた資料から該当の患者のエラーとなっている診療は以下のように入力されていました。 .400 四肢ギプス包帯（上肢、下肢）（片） ギプス（乳幼児）加算 時間外特例加算2（イに該当を除く）（処置） EファイルとFファイルの出来高点数が異なるようです。	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように処置（手技＋加算A＋加算B）を入力した場合、2つめの加算（加算B）の「F-18 出来高実績点数」が記録されていない不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27
29	support 20151019-008	EFファイルにつきましてご確認をお願い出来ますでしょうか。 【EF-3】出来高実績点数確認 不整合有とDPC調査局のチェックソフトにかけたらエラーになりました。 データを確認した所、Fファイルの閉鎖循環式全身麻酔の点数が違った為エラーとなっているようです。 Fファイル 閉鎖循環式全身麻酔2(190分)　14600点 閉鎖循環式全身麻酔4(50分)　1320点 閉鎖循環式全身麻酔5(35分)　1200点 硬膜外麻酔（頸・胸部）併施加算(260分)2625点 となっており、計算をした所 閉鎖循環式全身麻酔2 14600点⇒15800点 閉鎖循環式全身麻酔5　1200点⇒600点 となると思うのですが、Fファイルには違う点数が記載されております。	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように麻酔を入力した場合、各麻酔の「F-18 出来高実績点数」に不具合がありましたので修正しました。	H27.10.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
34	support 20151221-002	2015-11-25に提供されたパッチでの様式4作成に関してですが医科保険を使用しない公費単独、および公費のみの併用については医療保険外との組合せを「3」で出力されているようですがDPC調査事務局様より生活保護単独等の公費単独や生活保護＋更生医療等の公費のみの併用等は「5」とするよう指示されています。	様式4の「医療保険外との組合せ」項目について、主保険の無い公費のみの場合「1:医科レセプトのみ」を記録していましたが、「5:その他」を記録するよう変更しました。	H28.1.26
35		「44 総括表・公費請求書」でシステム管理「3004 県単独事業情報」で設定した処理の実行前に処理スクリプトの有無をチェックし、不備がある場合は処理を実行せずエラーとするようにしました。 また、システム管理「3004 県単独事業情報」で処理対象を設定時に処理スクリプトの有無をチェックし、不備があるときは赤字でメッセージ等の表示を行うようにしました。なお、処理対象としない又は処理名称を空白とした場合は処理対象としないため、処理スクリプトの有無についてチェックは行いません。		H28.2.23
36		「44 総括表、公費請求書」から診療年月を指定して労災レセ電作成時に再請求ファイルの作成ができませんでしたので修正しました。		H28.4.13
37	support 20160420-024	入院患者の手術料に関して、プリズムの相関チェックにて下記エラーが出力されます。 EF-3　出来高実績点数確認 26218・30958に不整合あり DPC事務局に確認したところ、EファイルとFファイルに不整合があるとのことでした。 入力内容は、 腱縫合術(指)11320点 骨折観血的手術(その他)9480点 2つ以上の手術併施加算(50%減算) 創外固定加算　10000点 です。同じ剤に入力し、創外固定加算の下に薬剤を入力しています。 Eファイルでは　9480点が50%減算され、Fファイルでは　9480点のままになっています。	診療コード「150261110　骨折観血的手術(指)」のように点数マスタにきざみ点数が設定されている手術を減算した場合のEFファイル記録について、「150268970 2以上の手術50%併施加算」の出来高実績点数(F-18)が記録されない不具合がありましたので修正しました。	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38		レセ電チェックに以下の特記事項のチェックを追加しました。 --- エラー内容　平成26年12月診療分以前で、特記事項に「26」～「35」が記録された。 平成27年1月診療分以降で、特記事項に「23」、「24」が記録された。 エラーコード　30070(L3007) エラーメッセージ　適用期間外の所得区分は記録できません。 --- エラー内容　平成27年1月診療（調剤）分以降で、医保本人、未就学者、家族レセプト以外の特記事項に「26」（区ア）、「27」（区イ）、「28」（区ウ）、「29」（区エ）、「30」（区オ）が記録された。 エラーコード　30080(L3008) エラーメッセージ　当該レセプト種別では特記事項に「26」（区ア）、「27」（区イ）、「28」（区ウ）、「29」（区エ）、「30」（区オ）は記録できません。 ---	エラー内容　平成27年1月診療分以降で、医保本人、未就学者、家族の入院レセプト以外の特記事項に「31」（多ア）、「32」（多イ）、「33」（多ウ）、「34」（多エ）、「35」（多オ）が記録された。 エラーコード　30090(L3009) エラーメッセージ　当該レセプト種別では特記事項に「31」（多）、「32」（多イ）、「33」（多ウ）、「34」（多エ）、「35」（多オ）は記録できません。	H28.6.27
39	ncp 20160623-011	歯科用薬剤（ネオステリングリーンうがい液0.2%）を院内処方しました。 診療行為で入力はできましたが、「44　総括表・公費請求書」でレセ電作成時に、レセ電チェックでエラー(23950)となりました。	チェック条件に誤りがありました。 また、チェック条件に該当する薬剤はマスタ提供をしていないため、チェックは行わないよう修正しました。 労災のレセ電チェックについても同様に修正を行いました。	H28.6.27
40	6/28　レセ電データチェック	6月27日のパッチ適用後から。レセ電チェックで「30160　特記事項に所得区分がきろくされていますが、難病医療又は特定疾患医療がありません。」のエラーが表示されるようになりましたとのお問合せがありました。	高齢者のレセ電データの特記事項に17、18又は19の記録があり、難病の公費レコードの記録がある場合、下記のエラーが編集される不具合がありましたので修正しました。 ---- 特記事項に所得区分が記録されていますが、難病医療又は特定疾患医療がありません。	H28.6.29

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41		DPC導入の影響評価に係る調査関連情報サイト http://www.prrism.com/dpc/16dpc.html に掲載されている、平成２８年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいてEFファイルと様式４の対応を行いました。 なお、平成28年度10月分より記録必須となる「持参薬の登録とEF記録」「医療区分・ADL区分のEF記録」については、今回のパッチには含みません。 これについては９月以降に改めて提供となります。		H28.7.14
42	support 20160714-014	区分70のところをチェックしたら、幼児加算が８８点となっており、65点、102点、57点と合計されているため、65+102+88+57＝312点　となっているのではないでしょうか？ 本来であれば、（43点×1.5＝65点）+（68点×1.5＝102点）+（68点×1.5×0.3＝31点）+57点＝255点 となると考え、EFファイルの中の、幼児加算00000088を、0000031に手入力で変更し、再度チェックかけたら、とりあえず、合格し、提出データは出来上がりましたが、これで提出しても問題ないでしょうか？	EFファイルの記録について画像診断で「170034170 幼児加算（画像）」と電子画像管理加算を算定した場合に、電子画像管理加算の点数が幼児加算の(F-18)出来高実績点数に足し込まれてしまう不具合がありましたので修正しました。	H28.7.15
43	support 20160715-026	EFファイルについて、エラーが発生致しました。 第４８回プログラム更新をした後でも同様のメッセージ「実施年月日:退院年月日=…」 が表示されました。	入院患者のEFファイルについて、(E-3)退院年月日、(E-4)入院年月日、(F-3)退院年月日、(F-4)入院年月日が正しく記録できない場合がある不具合を修正しました。正しく記録できなかったのは以下の事例となります。 例）５月１月から５月３日まで医保以外（公害保険等）による入院 ５月31月から医保による入院 ５月１月から５月３日までの入院期間中に医保による診療行為入力 この場合、医保以外（公害保険等）での入院料はEFファイルの記録対象外となることから該当期間は入退院日の取得を行っていなかった事により、５月１日から３日までに医保で入力された診療行為に記録する退院年月日、入院年月日が誤った記録となりました。医保以外で入院料を算定した場合も該当入院期間の取得を行い記録を行うよう修正しました。	H28.7.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
44		社保の診療報酬請求書について、災害該当の未確定分を分けて作成していますが、システム管理の設定によりまとめて作成することを可能としました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に追加した「災害該当未確定分」の設定に従い、社保診療報酬請求書の作成を行います。 2.「災害該当未確定分」の初期設定は「0災害該当未確定分を別作成する」となります。 3.「災害該当未確定分」の設定が「1災害該当未確定分を別作成しない」のときは、災害該当未確定分を別作成はせず備考欄のみに集計します。		H28.8.24
45	ncp 20160805-009	労災レセ電チェックリストに下記の内容でエラー又は確認事項が表示されました。 「40070　初診料が記録されていますが、新継再別が「１」（初診）となっていません。項目名［新継再別］内容［3］レコード内項目位置［8］」 他院から転医された場合の新継再別は「転医始診」になると思いますが、なぜエラーになるのでしょうか。	労災レセ電データチェックの新継再別の妥当性チェックに誤りがありましたので修正しました。 ＜修正前＞ 初診料の算定があった場合、新継再別が「１」（初診）以外の場合はエラーとする。 ＜修正後＞ 初診料の算定があった場合、新継再別が「１」（初診）、「３」（転医始診）、又は「７」（再発）以外の場合にエラーとする。	H28.8.24
46	support 20160905-003	EFファイルのチェックコメント「F19退院時処方区分A」の項目が要確認として約180件の指摘がありました。 傾向といたしましては、今までと同様に、同じ服用方法の薬剤をまとめて3種類入力した直下にマスターコード「840000006　退院時　日分投薬」を入力すると、2番目以降に入力した薬剤が個別入院EFファイルチェックの要確認リストに載ってきているようです。 そのリストの 「F19退院処方区分」の項目をみると、退院時処方に該当する薬剤の場合「1」と記録されるはずが、それ以外の場合の「0」と表示してあります。 ちなみに1種類の薬剤の場合は、個別入院EFファイルの要確認リストには載ってはいないようです。	入院EFファイルに退院時処方を記録する際、剤内の投薬が2種類以上ある場合に2種類目以降の薬剤に退院時処方区分が記録されない不具合がありましたので修正しました。 ※退院時処方区分＝入院Fファイルの行為明細区分情報(F-19)1桁目	H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47		入院EFファイルの持参薬及び医療区分・ADL区分の記録について対応を行いました。 対応内容については別途資料「入院EFファイル（持参薬、医療区分・ADL区分記録対応）（平成28年度）」を参照してください。 入院EFファイルの持参薬、医療区分・ADL区分の記録詳細については、prism.comに掲載されている資料を参照してください。 平成28年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料 http://www.prrism.com/dpc/setumei_20160630.pdf 以下の頁が持参薬に該当する箇所となります。 147頁　1）Eファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報） 150頁　・出来高実績点数：（F-18、EF-16） 151頁　・行為明細区分情報：（F-19、EF-17） 153頁 【持参薬の扱い】 以下の頁が医療区分・ADL区分に該当する箇所となります。 154頁 【医療区分・ADL区分の扱い】		H28.9.26
48	support 20161017-008	EFファイルで、【EF-3】出来高実績点数確認　というエラーが出たと問合せがありました。 Fファイルは以下のようになっていました。 閉鎖循環式全身麻酔5　6700点（145分） 神経ブロック併施加算　45点 時間外特例医療機関加算（麻酔）　2698点 時間外特例医療機関加算（麻酔）の100分の40の加算ですが、 6700×0.4＝2680点・・・① 45×0.4＝18点・・・② Fファイルは①＋②の合算ですが、日レセ(ORCA)では①のみの算定となっています。	EFファイルで閉鎖循環式全身麻酔の時間外特例医療機関加算に対する出来高実績点数を算出する場合に神経ブロック併施加算の点数を所定点数に含めていましたので含めないように修正しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	11/7 レセ電 医療区分	紙レセに出力された医療区分とレセ電データに出力された医療区分が異なるとの報告をいただきました。	療養病棟（病床）入院患者の医療区分記録について、複数の医療区分を入力してADL点数が変わらない場合に、後で入力した医療区分が作成したレセ電データに記録されない不具合がありました。 不具合例） 10月1日～10月4日 「 1 24時間持続して点滴を実施」 10月5日～10月31日「13 中心静脈栄養を実施」 ADL点数は毎日6点 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 10月5日～10月31日「13 中心静脈栄養を実施」がレセ電データに記録されませんでしたので修正しました。	H28.11.7
50	request 20150616-003	医療機関コードが変更になり、医療機関変更前の返戻再請求レセプトを請求管理で登録した場合に、変更前分（変更前医療機関コード）だけの総括表が作成できるようにならないでしょうか？ （昨年度に同じ要望が出ていて検討中となっている内容です。） また、医療機関変更前の月遅れレセプトを請求管理に登録した場合に、変更前分（変更前医療機関コード）だけのレセ電データを作成できるようにもならないでしょうか？	医療機関コード変更前のレセ電、総括表、地方公費請求書について、月遅れ及び返戻分の処理を別に行えることを可能としました。 1. 医療機関コードを変更した場合、「44 総括・公費請求書」より医療機関コード別の期間を選択してレセ電データ、総括表、公費請求書の作成を可能とします。これにより、月遅れ及び返戻分の処理を別に行うことができます。 2. 医療機関コードが月途中で変更された月については別途処理手順に従って処理を行います。 3. レセ電の履歴保存を行う場合、最後に作成したレセ電データのみ保存を行います。 4. 医療機関コード変更前後それぞれの返戻データの取込みを可能とします。 5. 請求管理の返戻一覧より変更前後の表示を可能とします。 6. 医保分の総括表、公費請求書、レセ電データの作成のみ対象とします。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51	ncp 20161104-015	2016-10-26パッチ提供で提供された 診療区分40～80で入力した15円以下薬剤（剤点数0点）について、システム管理の設定により、提出用レセプトへの記載（記録）を可能としました。 この対応ですが、設定内容を「1記載する」にした場合、44総括表の社保レセ電・国保レセ電で保存時に次のエラーリストが出力されるようになりました。 「エラーコード33070　点数の記録が必要な箇所ですが、0又は点数が記録されていません。」 手術に使用した薬剤が15円以下のためレセ記載されず返戻となった医療機関に設定いただいたのですが、L3エラーのためオンライン請求で要確認件数にあがってくるかと思いますがこれが正しい動作なのでしょうか。	システム管理2005－「15円以下薬剤レセプト記載」の設定を「1」とし、レセ電データに15円以下薬剤の記録を行った場合、44総括表・公費請求書のレセ電データチェックで、「エラーコード33070」のエラーとなっていましたのでエラーとならないよう修正しました。 （33070 点数の記録が必要な箇所ですが、0又は点数が記録されていません。）	H28.11.28
52		自賠責レセプト（PDFファイル）を作成し、クライアント保存を可能としました。 PDFファイルは、請求管理データの請求区分・請求年月の設定に従い、該当診療年月の入院・入院外分（月遅れ請求分を含む）をまとめて作成します。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に追加した「自賠責・PDFファイル」の設定に従い、自賠責レセプトのPDFデータの作成とクライアント保存を行う。 2. 「自賠責・PDFファイル」の初期設定は「0 作成しない」とする。 3. 「42 明細書」でレセプト作成時の設定が「2 点検用レセプト」の場合は、PDFデータの作成は行わない。 4. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の設定が、 ・自賠責・枠記載区分 「0枠を記載しない」 ・自賠責・様式選択 新様式 「0旧様式」または「1平成19年4月改正様式」 の場合、レセプトは「枠なし」で作成するがPDFデータは「枠あり」で作成を行う。	5. 「44 総括・公費請求書」で「Shift+F2 自賠責PDF」を押下したとき、ファイル出力先、入外区分の設定に関係なく、入院、入院外を対象としてPDFファイルの作成を行い、クライアント保存のみ可能とする。 6. 「43 請求管理」の請求区分、請求年月の設定に従ってPDFファイルの作成を行う。 7. PDFファイルはレセプト毎に1ファイルとして作成を行う。続紙がある場合も1枚目と同一ファイルとする。 8. PDFファイルは命名規約に沿ったファイル名称とする。（別途記載） 9. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「自賠責・PDFファイル」の設定が「1 作成する」のとき、「43 請求管理」で表示した自賠責レセプトにPDFデータが存在しない場合はメッセージを表示する。 10. 保険請求確認リストに自賠責の記載を追加する。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	support 20161019-027	ORCAでH28.7月診療分を外来分で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ら添付ファイル（EF外来ファイルチェック結果参照）のようにレセプト科区分がセットされていませんとチェックされました。 チェック結果を確認した所、どうやら包括算定の内容がエラーになっているようです（添付ファイルEF参照）。 ORCAで作成したEFファイル（Eファイル）にはレセプト科区分は登録されているようですが、統合すると包括診療分が記録から消えてしまうのでしょうか？	外来EFファイルに包括となる診療を記録する場合、入院分と同様、包括点数を「F-18 出来高実績点数」に記録すると相関チェックにおいて「【EFg-1】出来高実績点数確認」のエラーとなることから、これについてゼロ点を記録するよう修正しました。	H28.12.21
54	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10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でず、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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	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
56		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
57	ncp 20170308-016	44総括表・公費請求書の診療年月の下の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。一度ご確認していただけると幸いです。 【再現手順】 ?システム管理マスタ1001医療機関情報一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の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医療機関情報一基本から一再度、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の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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
58	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
59	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ファイル相関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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
60	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、診療年月の下の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
61	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 相関チェック ・【EF-13】データの不足（FF4間） ～医科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ジングしたらエラーになったそうです。	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、(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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
62	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
63	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
64	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ますが、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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
65	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と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」を作成しようとすると「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？	monsiaj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
66	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
67	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
68	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
69		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
70	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いました。	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が、これ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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
71	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、これの影響により、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
72	support 20170724-016	EFファイルで、統合チェックソフトにかけたときのエラーについてお伺いいたします。 事象としては同日再入院の患者で手術をしている患者様なのですが、本来入るべき入院期間じゃない方に手術記録があがってしまっているようです。 恐らく、Fファイルになるかと思います。 （具体例） 骨折非観血的整復術（下腿） このため様式1というカルテデータの方と手術記録が一致しない現象が出ておりましたが修正に時間を要する可能性がございましたので、本来あるべき形ではありませんが様式1側をEF側にあわせることでエラー回避をしております。	入院EFファイルについて、同日再入院後の再入院日に登録した診療行為に記録する入退院日（E-3,E-4,F-3,F-4）に再入院前の日付が記録される不具合がありましたので修正しました。	H29.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
73	ncp 20170724-002	地域包括ケア病棟に入院した患者様のEFファイルの出力がおかしいと医療機関様より問合せがありました。 地域包括ケア病棟への入院日に時間外再診にて受診されたということで、入院にて時間外加算のみ算定しました。（地域包括ケア病棟なので包括算定）そして、Eファイル、Fファイルを出力して統合しようとした際に、時間外加算が重複しているとエラーになったそうです。EFファイルの提出を優先する為に時間外加算を消してEFファイルを作成したのですが、何か入力時に気を付ける点などありますでしょうか。保険組合せは9999の包括分入力ではなく、通常の保険組合せにて入力されています。	入院EFファイルについて、「112017790 再診（時間外）加算（入院）」等の加算は特定入院料算定時であればデータ区分″92″で記録を行いますが、これの順序番号(E-6,F-6)について診療行為画面より「9999 包括分入力」で入力した「特定入院料を算定しないとした場合に、医療機関で届け出た入院基本料」を記録した順序番号からの連番として記録を行っていた為、Eファイル、Fファイルの統合時に特定入院料の順序番号と重複エラーになる場合があることから順序番号の採番部分を修正しました。	H29.8.24
74	support 20170906-003	ある患者様でH29.6.21～H29.7.13、H29.7.20～H29.8.13に入退院をしている患者様の7月分のEファイルを出力した際に一般病棟10対1入院基本料の入院年月日と実施年月日がずれてしまうことがございました。 6月21日～7月12日までの一般病棟10対1入院基本料は 6月21日～7月13日までの入院に含まれておりますが 7月13日の一般病棟10対1入院基本料のみ 7月20日～8月13日の入院に含まれてしまっている状態でございます。 上記現象が数名の患者さんで起きており、いずれも7月中に2度の入退院履歴がある患者でございました。 同月内での入退院の処理を行う際に処理を間違えると上記の現象が起きてしまうのでしょうか。 またどういった処理を行うと上記の現象が起きてしまうのかご教授いただきたく存じます。	入院EFファイルについて、８月２４日に提供したパッチプログラムで同日再入院の記録修正を行いましたが、この際の修正不具合により月内で再入院がある患者で、食事を3食算定していない日、または診療行為より入力した入院料等加算の未算定日について入退院日の記録に不具合がありましたので修正しました。	H29.9.21
75	support 20170908-035	「44総括表・公費請求書」画面にて「レセ電データチェックリスト」（労災）を出力したところ、「48410 小計点数が適用データの点数の合計と一致していません」とエラーが表示されました。	労災保険で入院する患者について診療行為画面より「101910060 病衣貸与料」を入力時に剤内にコメントを併せて入力した場合、作成したレセ電データの入院料点数に病衣貸与料の点数が含まれてしまう不具合があり、これによりレセ電チェック結果に誤ったエラーメッセージが表示されていたことから、これを修正しました。	H29.9.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
76	support 20170720-022	抽出したEFファイルについて、厚生局の形式チェックソフトを実行すると、相関チェックのエラーが発生し 出来高実績件数確認 施設コード　データ識別番号　退院年月日　入院年月日　データ区分 順序番号　診療行為点数　出来高実績件数の合計 データ区分　70 順序番号　0004 点数　134 133 とメッセージが表示されます。 EファイルとFファイルで点数が異なっているという事でしょうか?	EFファイルについて、点数きざみ値のある診療行為（点数マスタに1点以下の端数が有る場合）の「F-14行為明細点数」、「F-18 出来高実績点数」が正しく記録されない場合がありましたので修正しました。 （例）.700 　胸部 　170028310　単純間接撮影（デジタル撮影） 　170000910　単純間接撮影（イ）の写真診断 上記入力時の「単純間接撮影（イ）の写真診断」に記録する点数 （誤）42点→（正）43点	H29.9.21
77	ncp 20170907-018	■内容 [総括表・公費請求書]の[レセ電チェック]で下記のエラーが出ました。 『30090　当該レセプト種別では特記事項に「31」（多）、「32」（多イ）、「33」（多ウ）、「34」（多エ）、「35」（多オ）は記録できません。 項目名[レセプト特記事項]内容[34]』 ■患者様の登録内容 保険：後期高齢者 公費：難病／特疾4回目／高額ウエオ ※レセプトの特記事項に『34　多エ』が印字されています。 ■ご回答頂きたい内容 ?8月診療分から上記の患者様の場合、レセプトの特記事項に「34　多エ」を印字する認識でしたが、認識に誤りがございますでしょうか。 ?登録内容に誤りや抜けがございますでしょうか。	問い合わせの条件でレセ電データチェックを行った場合にH29.8診療分以降のものについ てはエラーとならないよう修正しました。 また、別にH29.8診療分以降のものについて法別52、法別54又は法別51（601）が記録されていない高齢受給者一般レセプトの特記事項に「34」（多エ）が記録された場合、以下のエラーとするようにしました。 30160 特記事項に所得区分が記録されていますが、難病医療又は特定疾患医療がありません。	H29.9.21
78		「災害に係る一部負担金減免」の設定がある公費単独（月上限設定あり）のレセ電データチェックが異常終了する不具合がありましので修正しました。		H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
79	support 20180105-006	EFファイルのエラーについて、ご指示頂いておりました資料を送付させていただきます。 会計カードで提示いたしました患者様は、10月2日～12月30日の間入院されておりましたが、DPCデータチェック上で【診療明細名称がセットされておりません】とエラーメッセージが出るのは、10月のみでした。	12月20日のパッチ提供で対応した「食事の保険組合せ指定」でプログラム対応に不備があった為、食堂加算を算定する病棟に入院日の食事を昼食から算定した場合に、以下の不具合がありましたので修正しました。 ・昼食から算定した日の食堂加算が入院EFファイルに記録されない。 ・食堂加算の名称(E-10、F-11）が記録されない日が発生する場合がある。 （不具合が発生する入院EFファイルは平成２９年１０月分以降が対象です）	H30.1.9
80	ncp 20180106-005	今までと同じ入力をしていたのにオンライン請求時にエラーで上がってきた項目があります。 エラーコード：4534 エラー内容：食事療養費の請求額が誤っています。 内容を見る限り、特に問題はなさそうでした。 何かプログラムの修正等をしたのでしょうか。	12月20日のパッチ提供で対応した「食事の保険組合せ指定」でプログラム対応に不備があった為、入院会計画面で入院料の算定が無い日について食事のカレンダーが立っている場合に、該当日の食事がレセ電データに記録されてしまう不具合がありました。該当日の食事は記録を行わないよう修正しました。	H30.1.9
81	support 20180117-007	EFファイルの区分の記録についてご連絡致します。 救急搬送診療料を入力し、退院登録をおこなうと、地域包括ケア入院料の診療区分が「90」で記録されてしまうようです。	特定入院料を算定する患者に診療行為画面より「114003010 救急搬送診療料」を登録した日の入院EFファイルについて、特定入院料に記録する「E-5 データ区分」「F-5 データ区分」が「90」と記録される不具合がありましたので「92」と記録するように修正しました。	H30.1.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	support 20180125-006	EFファイルで診療行為名称の右側に半角数字が入っている現象が見られます。 例）Amy　　0005 上記現象は最新のプログラム更新(1/24時点)を適用している当バージョンの日レセにて発生しております。 当方が確認てきている情報としては、以下項目の出力で上記現象の発生が確認できております。 ・診療行為コード：160019210　診療行為名称：クレアチニン ・診療行為コード：160020310　診療行為名称：Amy また、外来のFファイルにも上記項目含まれておりますが、半角数字が入っている現象は1レコードも確認できませんでした。 ※入院のFファイルでも上記項目にて半角数字を含まずに出力されているレコードも存在しているようです。 診療行為名称の右側に半角数字が入っている表示は正しいのでしょうか。	12月20日のパッチ提供で対応した「食事の保険組合せ指定」でプログラム対応に不備があり、入院Fファイルの「F-11診療明細名称」に不要な半角数字が混入する場合がありましたので修正しました。	H30.2.26
83	support 20180309-016	労災の患者を添付資料の様に診療内容を入れ、44総括表・公費請求書でレセ電チェックを「1チェックする」にしたところ添付資料の様にチェックリストが作成されました。 医保（社保）の患者に同じように登録してもチェックリストは作成されませんでした。 労災のみでチェックリストが作成される理由をお教え願います。	労災レセ電データのデータチェックについて、適用情報の点数を集計する際に、薬剤料逓減点数をプラス値で集計していたため、労災レセプトレコード(RR)の小計点数と不一致となる不具合がありましたので修正しました。	H30.3.26
84		EFファイル（入院、外来）について平成30年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づく対応を行いました。 詳細は「EFファイル記録対応（平成30年度）」(PDF)を参照してください。		H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

51　日次統計

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

52 月次統計

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20151113-006	月次統計の統計データで処理区分:統計データ(病名)のみ、診療年月:1入院、個人情報有無:記録する、作成内容区分:包括を含まないと設定しデータ作成した際、入院登録を自費保険で1日だけ登録し、入院料や診療行為入力データが無く入院時の会計が発生しない患者において、作成したデータの病名が別の患者の病名として作成されてしまいます。	「52 月次統計」の「F4 統計データ」から統計データ作成を行ったときに、診療データがない患者の病名データが別の患者のデータとして出力されていました。 診療データのない患者の病名データは作成しないようにしました。	H27.11.25
5	request 20150703-004	月次統計よりカルテ3号用紙一括出力(ORCBZ002)を使用し、施設などの特定多数の患者の3号用紙を出力されます。 多数の患者のため、1名ずつカルテ3号用紙一括出力を行う、若しくは全患者プレビューより1名ずつ選択して発行するのはとても時間がかかり、以前のレセコンではできていた機能だそうです。 例えば、照会より該当患者を検索することはできるので、カルテ3号用紙一括出力も月次連携が行えるようにはなりませんでしょうか。	月次帳票のカルテ3号紙一括出力について、照会連携の対応を行いました。 連携データを元にカルテ3号紙の印刷を行う場合、入力パラメタの患者番号に“*”を入力します。 連携対象の患者について、カルテ3号紙の入力パラメタの条件に該当しない場合は、処理の対象外とします。(照会の検索結果で対象を絞り、さらに帳票の出力条件で対象を絞る。) ※マスタ更新有	H28.1.26
6	request 20151026-002	月次統計の「入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)」にて、今現在の仕様としては、基準日を設定し、処理区分、 1.基準日に入院している患者 2.基準日に入院している患者及び、基準日に属する月に退院した患者 を設定し出力しますが、この処理区分に、 基準月に入院している患者及び、基準日に属する月に退院した患者の処理区分を追加する事は出来ませんでしょうか。 基準日だけの入院患者だけではなく、一カ月分の入院患者、退院患者及び、入院日・退院日・通算日数の一覧を出力したい為です。	月次帳票の入院患者通算日数一覧表(ORCBG004)について、基準日の属する月の全入院患者を対象とする処理区分を追加しました。 ・処理区分[2]を新たに追加し、これが指定された場合は基準日の属する月の全入院患者を対象とします。この際、通算日数は月末日を元に計算を行います(帳票の基準日は月末日を編集する)。 ・帳票の項目に連番を追加しました。 ※マスタ更新有	H28.1.26
7		「52　月次統計」で例えば11個目の[011]のボタンを押して対象帳票を登録する、もしくは登録せずにそのまま戻ると最初の画面([001]からの画面)に戻ります。	画面の切り替えをしないように修正しました。	H28.7.14

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

52 月次統計

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20171129-001	端末A・B ORCA1「12　登録」 ORCA2「21　診療行為」 ORCA3「氏名検索」　　を使用 この状態で、端末Cにて「51　日次統計」「52　月次統計」を開き、帳票を追加しようとすると下記エラーが出ます。 ********** (GERR)エラー情報 0104 他端末で月次統計業務使用中のため、実行できません ********** 現地で端末A・BのORCAを終了させたところ、エラーなく帳票の追加ができました。 弊社でも同じ環境を作成し、テストしたところ、「氏名検索」を開いていると帳票が追加できなくなるようです。 「氏名検索」と「51　日次統計」「52　月次統計」はなにか結びついている部分があるのでしょうか？	日次統計、月次統計での帳票登録が別端末で氏名検索画面を表示中は不可となっていましたので可能とするよう修正しました。	H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		有効期間の変更が不可である[2005 レセプト・総括印刷情報]の有効期間の変更が可能となっていました。有効期間の変更ができないよう修正しました。		H27.1.27
2	ncp 20141208-020	101システム管理マスタ＞1010職員情報にて、職員を「F3 削除」にて削除したのですが、1031出力先プリンタ割り当て情報で、「F10 印字テスト」を押して、右下のプリンタ名に削除した職員のみに割り当てていたプリンタ名が、表示されておりました。 tbl_syskanriにて、kanricd='1031'、kbncd='該当の5桁の職員番号'のレコードが残っており、これが原因と思われます。(kanricd='1032'、kbncd='該当の5桁の職員番号'についてもレコードが残っていることを確認しました。) 1010職員情報にて、再度該当の職員番号で職員を登録した後、1031出力先プリンタ割り当て情報で該当職員の登録内容を見ると、上記のレコードの内容が反映されました。 マスタ1010における職員の削除に伴い、他のシステム管理マスタの該当職員の設定が削除されるようにご検討いただけますでしょうか。	システム管理マスタの「1010 職員情報」を削除した際に、該当する職員の「1031　出力先プリンタ名割り当て情報」も削除するようにしました。 なお、有効期間で区切られた職員情報を削除した場合、他の有効期間で該当の職員情報が残っている場合は出力先プリンタ名割り当て情報は削除しません。	H27.1.27
3		システム管理2010のデフォルト設定値表示修正 システム管理2010－レセプト(1)タブ－全国公費併用分請求点集計 以下都道府県の地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値表示(右側)に不備がありましたので修正しました。 30和歌山:修正前(1、0) 修正後(1、1) 38愛媛:修正前(1、0) 修正後(1、1) 08茨城:修正前(2、0) 修正後(2、1) 13東京:修正前(2、0) 修正後(2、1) 32島根:修正前(2、0) 修正後(2、1) 10群馬:修正前(2、0) 修正後(2、4) 26京都:修正前(2、0) 修正後(0、0)(※) (※)京都府地方公費対応に伴い、(0、0)とします		H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	ncp 20150226-009	5001病棟管理情報のF10入院料加算の設定画面で「190106770重症皮膚潰瘍管理加算」の追加をしようとすると「必要な施設基準が設定されていません/0151」とエラーになり追加が出来ません。 施設基準の設定を確認しましたが、「151」にフラグは立っております。 設定がもれているところがあるのでしょうか？	施設基準の判定条件に不具合がありましたので修正しました。	H27.3.25
5		シス管で9000,9800の有効期間を切ってしまった場合、画面操作が修正できなくなるケースがある。 管理番号9800の場合は、 ---------- 001 00000000～H27.3.31 002 H27.4.1～99999999 ---------- 上記の状態の場合は、画面展開ができ、自動で修正できるが、 ---------- 001 H27.4.1～99999999 ---------- 上記の場合は、「有効期間の変更はできません。期間なしで登録して下さい。」と表示され画面展開ができない。 管理番号9000の場合は、いずれも展開できない。	9000 CLAIM接続情報、9800 排他制御情報について以下の修正を行いました。 1.有効期間は00000000-99999999のみ登録可とする。 2.既に00000000-99999999以外の有効期間の登録がある場合、その期間を選択して設定画面への遷移を可能とする。（エラーとしない） 3.設定内容登録時、有効期間を00000000-99999999固定で登録する。	H27.5.27
6		システム管理[5003 短期滞在手術等基本料3情報]で一番下の項目[短手3（子宮鏡下子宮筋腫摘出術）]のチェックボタンが反応しない不具合がありましたので修正しました。		H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7		システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）に設定項目を追加し、機能を追加しました。 1．システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）に設定項目を追加 【負担金計算（1）タブ】 ・月途中受給者証変更時負担金計算（左側の設定項目に「5」を追加） ・自立支援医療の特別計算【新設】 【負担金計算（3）タブ】 ・現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）（左側の設定項目に「2」を追加） 2．月途中受給者証変更時負担金計算について＜外来・入院共通の設定項目＞ 【設定項目】（左側の設定項目に「5」を追加） 5　変更前の負担を考慮する（同一市町村のみ）（保険者変更時を除く） 【項目説明】 5　・・・　月途中で地方公費受給者証の変更があり、変更前後が同一市町村である場合、変更後について、変更前の患者負担を考慮した負担金計算を行う。（月途中での保険者変更時を除く） 3．自立支援医療の特別計算【新設】について＜外来・入院共通の設定項目＞ 【内容】 神戸市の自立支援医療費助成の独自負担金計算（※）を可能とする。 神戸市の自立支援医療費助成の保険番号について、新設項目の設定を行い、「自立支援＋自立支援医療費助成」の保険組み合わせを使用する事で、独自負担金計算を可能とする。（神戸市の自立支援医療費助成は全国で使用可能である） （※）自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する 【設定項目】 ＜左側の設定項目＞ 0　設定なし 1　自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する	＜右側の設定項目＞ 0　該当公費対象者全員 ※デフォルト設定は、以下のものを除き、左右（0．0）とする。 ※デフォルト設定を左右（1．0）とする保険番号 12千葉　（100、200）　27大阪　（100、200） 14神奈川（100、200）　28兵庫　（100、200） 26京都　（100、200）　39高知　（100、200） 【項目説明】 0　神戸市の自立支援医療費助成の保険番号でない。 1　神戸市の自立支援医療費助成の保険番号である。 自立支援の一部負担金は自立支援医療費助成公費の上限額で計算する。 ＜注意事項＞ 患者登録－公費登録で、自立支援と自立支援医療費助成公費の両方を登録してください。 所得者情報において、自立支援の入外上限額は″9999999″又は″999999″、他一部負担累計は″0″で登録してください。 （生活保護の方については、自立支援医療費助成公費の登録は不要です。この場合、自立支援の入外上限額は″0″、他一部負担累計は″0″で登録してください。） 4．現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）について＜高齢者、かつ、外来の設定項目＞ 【設定項目】（左側の設定項目に「2」を追加） 2　1と同様（診療済み主保険負担相当額に主保険単独分も含める） 【項目説明】 2　（月上限額－診療済み主保険負担相当額）と（回・日上限額）を比較した負担金計算を行う。診療済み主保険負担相当額に主保険単独分も含め、負担金計算を行う。併せて、「主保険＋地方公費」レセプトについては、保険欄－一部負担金の記載対応を行う。	H27.10.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	support 20160329-024	病棟管理情報設定画面で、誤って0番の病棟を作成してしまい、0番の病棟が削除できません。(選択もできません)	システム管理[5001 病棟管理情報]で新規に病棟を追加する際、病棟番号の必須入力チェックが漏れていましたので修正しました。	H28.3.30
17		システム管理の「1014　包括診療行為設定情報」を変更しました。 1.「205 特定施設入居時等医学総合管理料」を 「205 施設入居時等医学総合管理料」に変更しました。 2.「524　地域包括ケア病棟入院料」 平成28年4月から「手術」が包括対象外となりましたので、有効開始日を平成28年4月1日に変更して新規登録する時、診療区分の手術を「0 包括しない」となるように対応しました。 【注意事項】 既に登録されている場合は、システム管理の期間変更が必要となります。変更しない場合、手術・麻酔の薬剤・器材が包括対象となります。		H28.4.13
18		システム管理「5003 短期滞在手術等基本料3情報」について、有効期間 00000000～H28. 3.31 の内容を表示した際の短手3が改定後(H28. 4 以降)の名称で表示されていましたので修正しました。 誤った表示 　有効期間　00000000～H28. 3.31 　表示名称(誤)短手3(水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側) 　　(正)短手3(水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他のもの) 算定への影響はありません。		H28.5.25
19		システム管理の「1014　包括診療行為設定」画面で包括対象に履歴が存在する時に履歴を選択しないで有効開始日でEnter押下し、エラー表示後に履歴を選択して「F12　登録」を押下した時、履歴更新ではなく新規追加となっていました。この為、追加エラーとなっていましたので更新処理を行うように修正しました。		H28.7.14

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20	support 20160728-007	26日配信のパッチ提供にて有床診療所の一般病棟でも在宅復帰機能強化加算が自動算定できるように変更になったかと思います。 8/1より在宅復帰機能強化加算を算定することになった医療機関にて、システム管理5001にて設定を行おうとしたところ施設基準が設定されていませんのメッセージが表示されます。 施設基準の設定は既に完了しています。	システム管理「5001 病棟管理情報」の加算設定で病棟種別「08 有床診療所」かつ「在宅復帰機能強化加算」設定時の施設基準チェックを修正しました。 修正前:施設基準3446(有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算)を参照 修正後:施設基準3445(有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算)を参照	H28.8.24
21	request 20160219-002	公費番号まとめ情報設定の公費番号欄をふやしていただけませんか？ 福岡県の乳幼児公費の場合現在使用中の乳幼児公費の種類だけで13種類あり、県内すべての公費を登録できない状況になっております。又福島子などの他県公費も一部あり現状は医院様ごとに使用する可能性の高い公費を登録しております。しかし急に登録していない公費の種類の患者様がいらっしゃた場合登録に時間がかかりご迷惑をかけております。	公費番号の設定枠を10から20にしました。	H28.9.26
22	ncp 20161012-001	「5001病棟管理情報」についてです。 療養病棟入院基本料2を算定している病院でH28.10.1から95/100を算定することになり夜勤時間超過減算等にある「3看護職員数等経過措置による算定」を設定することになりました。 従来は 入院基本料　02療養病棟入院基本料2 夜勤時間超過減算等　0該当なし 加算1、加算2　算定しない 有効期間　開始日H28.4.1～終了日9999999　継続　となっていたのを 有効期間　開始日H28.10.1～終了日9999999へ変更すると夜勤時間超過減算等がブランクになり選択することができません。 結局一旦ブランクのまま「追加」で登録し、再度夜勤時間超過減算等を選択しなおして「変更」しました。 新たに設定する時は夜勤時間超過減算等はブランクになりませんが、既に登録済みの履歴を追加で設定しようとするとブランクになります。	夜勤時間超過減算等のコンボボックスがブランクにならないように修正しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
23	ncp 20161027-002	10/26に提供されたプログラム更新でデータチェック機能情報2に「中止」の取り扱いの項目が追加されましたが、選択肢の「1」が「転帰日から1ヶ月経過後に初料診算定可能」と「初料診」ではなく「初診料」ではないでしょうか？	修正しました。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20160119-012	コメントマスタ008200001に金額を設定したところ、.950を宣言して入力するとリハビリ欄自費分（円）欄に計上されましたが、これはどのような際に使用するための仕様なのでしょうか？	点数マスタ設定画面でユーザコメントコードに金額を設定した場合、.950,.960の診療種別でコメントコードを入力した時に金額を判定していました。 点数マスタ設定画面で自費コード（095xxxxxx,096xxxxxx）以外で金額を入力した時はエラーとするように修正しました。 併せて、ENTERでカーソル移動を行う場合、コメントコードの範囲によって移動する項目を変更しました。 また、既に金額が登録してあるコメントコードを診療行為で使用した時、金額は反映しないようにしました。	H28.1.26
2	ncp 20160121-008	院外処方の医療機関様よりお問い合わせいただきました。 622448701　ロコアテープ　10cm×14cmを一般名処方した場合、処方せんに記載される単位が「枚」ではなく「g」になりますがこちらは仕様でしょうか？ 薬局様から「枚」ではないかとのご指摘があったそうです。	医薬品マスタでは一般名の単位名を一般名テーブルの単位コードから変換して表示していましたが、一般名テーブルの単位名をそのまま表示するように修正 しました。 ※処方せん等では一般名テーブルの単位名を記載しています。	H28.2.23
3		単位に「061 カセット」を追加しました。		H28.9.26
4	点数マスタ　時間加算	下記、4月に新設されたマスタの時間加算名称が表示されないようです。 1.112017890　再診（休日）加算（入院） 2.112017990　再診（深夜）加算（入院） 3.112018190　再診（乳幼児休日）加算（入院） 4.112018290　再診（乳幼児深夜）加算（入院） 5.112018390　再診（時間外特例医療機関）加算（入院） 6.112018490　再診（乳幼児時間外特例医療機関）加算（入院）	正しく区分を表示するように修正しました。	H28.9.26
5	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

102　点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	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
7	ncp 20180406-006	医療機関様より自院用入力CDが登録できないマスタがあるとの連絡がありました。 該当コードは、今回の改定で新設された「114045670　遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2）」です。 点数マスタ画面から自院用入力CDを登録しようとしたところ、エラー「単位がありません」が表示されました。 内容を確認したところ、データ規格欄が「131 月」と初期表示されていますが、登録ボタンを押すと表示が消えます。（コンボボックス内のリストに「131」は存在しないようです）	単位コード一覧に「131 月」を追加しました。	H30.4.11

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

103 チェックマスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	お電話でのお問い合わせ7月13日－チェックマスタ例外登録	システム管理の設定を、直接データチェックを行うとしたときにチェックマスタの、適応病名マスタからの直接データチェックが9システム管理の設定に従うに初期表示がなりますがこの場合に、左側に病名の登録がないと例外病名の登録ができません。 1行うにするに変更すると登録できるようですが9の場合にはできないものなのでしょうか。	チェックマスタ業務にて薬剤と病名のマスタの登録を行なう際に[適応病名マスタからの直接データチェック]の設定が[9 システム管理の設定に従う]となっている場合、例外薬剤のみの登録はできませんでしたので登録できるように修正しました。	H27.7.27
2	ncp 20150722-024	「薬剤と病名」 ?5月にある薬に対して、世代H27.5.1?9999999で適応病名を登録 ?7月になり、確認した履歴を残すため開始月をH27.7.1?9999999に上書きして登録画面へ進む ?5月に登録した適応病名が左側からきえている。同じ病名を再登録しようとしても登録できない。 →以前は開始月を変更しても、登録画面をひらくと左側に適応病名が残っていた。	該当レコードの抽出条件に誤りがあり表示されませんでしたので修正しました。	H27.7.27
3	お電話でのお問い合わせ9月4日－チェックマスタ登録漏れ確認リスト	チェックマスタ登録漏れ確認リストについて システム管理マスタの設定で、適応病名マスタからの直接データチェックの設定を1行う、または2チェックマスタにない薬剤のみ行うの場合 画面左側に登録がないとリストの対象となります。 こちらについては現状の仕様でしょうか。 チェックマスタの適応病名マスタからの直接データチェック欄を1行うとした場合には対象とはなりませんでした。	チェックマスタ業務(X91)チェックマスター帳票出力設定画面よりチェックマスタ登録漏れ確認リストを印刷する際、チェックマスタの設定が、「(X04)チェックマスタ設定－適用コード設定（病名）」画面で以下のように登録されている場合は、確認リストの対象としていましたが、この場合について適応病名マスタが存在する場合はチェックマスタの登録があるものとし、確認リストの対象外とするよう修正しました。 ＜チェックマスタ「(X04)チェックマスタ設定－適用コード設定（病名）」画面の設定＞ 適応病名マスタからの直接データチェック　:「1 行う」 画面左側の適応病名コラムリスト　　:　登録なし	H27.11.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

103 チェックマスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	request 20151218-003	「月次統計」から出力される「チェックマスター覧」または、チェックマスタから出力される一覧表について、CSV出力できるようにならないでしょうか。印刷されるページ数が多いため、CSVでの出力で利用できればと考えています。	チェックマスタ業務にチェックマスター覧CSV出力機能を追加しました。 1．チェックマスター覧表の印刷を行う際に、CSVファイルを出力します。 2．月次統計のチェックマスター覧表の印刷を行う際に、CSVファイルを出力します。	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

104 保険番号マスタ

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

107 薬剤情報マスタ

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150427-024	jma-reciept4.7.0/ubuntu12.04 からJma-receipt4.8.0 にアップグレードインストールしました。 4.7.0の時に使用していた薬情の画像ファイルフォルダ(/home/oruser/yakujyo)にある画像ファイルは、1?8医薬品画像取り込み処理に従いすべて取込成功しています。 $ sudo -u orca /usr/lib/jma-receipt/bin/medphoto_store.sh 今回、薬剤の形状が変更になったので新しい薬情画像ファイルを元の/home/oruser/yakujyo に上書きアップロードしましたが、変更が反映されません。医薬品画像取り込み処理も試みましたが、「設定済のため処理は中止します」となり画像を変更できません。 どうしたら新しい画像に変更ができるのでしょうか。ファイル名を変更すると画像取込可能になることは確認しています。古いファイル名上書きでは無理なのでしょうか？	薬剤情報マスタより、[画像]を押下し、登録していただくことで、データベースへの書き込みが完了します。 なお、画像を登録済みの場合（一時ファイルとしてファイルが存在する場合）、同一ファイル名では登録（更新）ができない不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27
2	request 20151218-001	医療機関様よりご要望がございましたので申します。 保険外の薬剤で院内処方をする際、薬情を出力したいので保険外でも薬情の編集をできるシステムがほしいとのことです。 提案としましては診療行為コードの 「095000001?095009999」「096000001?096009999」 「095210001?095279999」「096210001?096279999」 に薬剤の登録をすると「107薬情マスタ」で薬情の編集ができるようにしていただければと思います。	保険適用外の医薬品について点数マスタ及び薬剤情報マスタへの登録及び薬剤情報提供書への出力を可能としました。 1．保険適用外の医薬品（095210001～095279999、096210001～096279999）を点数マスタに登録する際、単位コードと薬剤区分の設定を可能としました。 2．保険適用外の医薬品を薬剤情報マスタ設定で検索・編集を可能としました。 但し、参照・複写の機能は使用不可とします。 3．保険適用外の医薬品を薬剤情報マスタリスト、薬剤情報登録漏れリスト、薬剤情報画像無しリストの出力対象としました。 4．保険適用外の医薬品を薬剤情報提供書の出力対象としました。 但し、前回処方からの出力は不可となります。	H29.3.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20150306-012	ORCAのclaim設定についてお伺いしたいことがあります。 添付ファイルのキャプチャにあるようにオルカから再診の深夜加算を登録しています。 その際にORCAのclaimで、添付ファイルのデータにあるように、xmlで情報が返還されているのですが、xmlのデータの中に深夜加算がなくなってしまっています。 この現象はORCAの仕様なのでしょうか？	診療行為の登録時にCLAIMに送信する内容に、再診料の時間外加算が送信されないことがありましたので修正しました。	H27.3.25
2	ncp 20150305-035	電子カルテとCLAIMにて連動している病院です。 058000からの特定器材商品名ユーザー登録を使用しています。 このコードの使用量として1を電子カルテに入力した際に、ORCAで展開すると05800のコードのあとに＊1となり、その下の器材コードと別れてしまいます。正しい計算ができません。 使用量を数量としてORCAで展開するためにどうしたらいいのかと電子カルテメーカー様から問い合わせがありました。 どのようにすればいいかご教示ください。	CLAIM，APIで作成した中途データを展開する時、商品名コード（058XXXXXX）が剤の最後でかつ、回数指定で剤分離を行っている時に自動発生した特定器材コードに商品名コードの回数指定を反映していませんでした。 この為、特定器材コードが次の剤の1行目となりエラーとなっていましたので、商品名コードの回数を特定器材コードの回数にするように修正しました。 商品名コードと特定器材コードの両方を送信している場合は発生しません。	H27.3.25
3		入院claimの退院登録で作成された収納データを収納業務より確認すると、伝票発行日がゼロで表示される不具合がありましたので修正しました。		H27.4.8
4	ncp 20151007-005	電子カルテと、日レセを連携使用していただいているユーザー様からのお問合せです。 電子カルテより、内科-初診、整形外科-初診（同一日2科目）で、日レセに送信するのですが、日レセにおいて、 .110　　＊初診料 830000020　01　初診料算定科：内科 に置き換わっています。 何が原因でしょうか？ ちなみに、電子カルテからは、診療行為ワークテーブルにデータを書き込みし、中途表示よりデータを展開していただく方法となっています。	CLAIM，APIで登録した中途データを展開する時、送信内容の「初診（同一日2科目）」を、他科にて受診済みへ変換することがありました。 「初診（同一日2科目）」はそのまま展開するように変更しました。	H27.10.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20151224-015	電子カルテで在宅の入力をしており、在宅酸素療法指導管理料と酸素ボンベ加算を入力して、 「※在宅加算料（.143）」＋気管切開患者用人工鼻加算 「※在宅加算料（.143）」＋血糖自己測定器加算 を入力しました。 電子カルテからはclaimでそれぞれ（.143）と加算を送っていますが、ORCAで中途表示から診療内容を展開すると（.143）の後に気管切開患者用人工鼻加算と血糖自己測定器加算が同じ剤にまとまってしまい、点数もまとまってレセプトに載っています。 レセプトで分けて点数表示したいので、それぞれに（.143）をつけて送っています。 分けて表示するには何か設定などあるのでしょうか。	API、claimで中途データを作成する時、剤の内容が加算コードのみで診療種別区分が前の剤と同じ時は、前の剤に内容を含めています。 展開時に加算コードがエラーとなることを避ける為です。 診療種別区分が「143 在宅加算料」などの加算料の診療種別でも剤をまとめていましたので、加算料の診療種別の時は含めないように修正しました。	H28.1.26
7		CLAIMの中途データ作成で、小児かかりつけ診療料等の乳幼児夜間加算を送信しても展開時に反映していませんでしたので反映するように対応しました。		H28.3.30
8	request 20150427-002	自費マスタの金額をその都度入力するマスタをCLAIM連携を行った場合、ORCAの会計用ワークテーブル「tbl_wksryact」の数量フィールド「SRYSURYO_x」の定義が5桁となっているようですが、6桁までの定義としていただけないでしょうか。 金額の設定は、さまざまな金額の設定があるため、金額の設定を行わずに運用されております。	CLAIM又はAPIで中途データ作成で送信する自費の金額を7桁までとしました。 自費コード（095xxxxxx,096xxxxxx）で点数マスタに金額をゼロで登録しているコードの数量を自費金額として整数7桁を編集します。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	ncp 20160627-017	6/27の第46回のバッチ提供にて、次の項目の挙動が変更されています。 特定検診などで0円の項目を電子カルテから数量1として、CLAIMで送信した時に、従来は 095000001 となっていたものが、パッチ適用後から 095000001 1 というようになり、明細書等にも「1円」と記載されるようになりました。 これを従来通り0円のものは0円として登録するには、どのように設定、ならびに登録すればよろしいでしょうか。	第46回（6月27日）パッチ提供において、CLAIM対応で自費コードの数量を金額へ編集するようにしましたが、数量＝1でも金額へ編集していましたので金額が1円となっていました。 数量＝1の場合は金額へ編集しないようにしました。	H28.6.29

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	ncp 20160810-020	[CLAIM1] <content><claim:ClaimModule> <claim:information claim:timeClass="3" claim:admitFlag="false" claim:PerformTime="2016-08-10" claim:orderTime="2016-08-10" claim:status="perform"/> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="120"> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="112007410" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>再診</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item></claim:bundle> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="120"> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="112001310" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>再診（深夜）加算（入院外）</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item></claim:bundle> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="211"> <claim:administration claim:adminCodeId="tbl_tensu" claim:adminCode="001000206">1日2回朝夕食後に</claim:administration> <claim:bundleNumber>7</claim:bundleNumber> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="620005822" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>ジェニナック錠200mg</claim:name> <claim:number claim:unit="016" claim:numberCodeId="Claim004">2</claim:number> </claim:item></claim:bundle> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="130"> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="113000410" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>特定薬剤治療管理料</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item></claim:bundle> </claim:ClaimModule></content> [CLAIM2] <content><claim:ClaimModule> <claim:information claim:timeClass="3" claim:admitFlag="false" claim:PerformTime="2016-08-10" claim:orderTime="2016-08-10" claim:status="perform"/> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="120"> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="112007410" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>再診</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item>	<claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="112001310" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>再診（深夜）加算（入院外）</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item></claim:bundle> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="211"> <claim:administration claim:adminCodeId="tbl_tensu" claim:adminCode="001000206">1日2回朝夕食後に</claim:administration> <claim:bundleNumber>7</claim:bundleNumber> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="620005822" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>ジェニナック錠200mg</claim:name> <claim:number claim:unit="016" claim:numberCodeId="Claim004">2</claim:number> </claim:item></claim:bundle> <claim:bundle claim:classCodeId="Claim007" claim:classCode="130"> <claim:item claim:tableId="tbl_tensu" claim:code="113000410" claim:subclassCodeId="Claim003"> <claim:name>特定薬剤治療管理料</claim:name> <claim:number claim:unit="" claim:numberCodeId="Claim004">0</claim:number> </claim:item></claim:bundle> </claim:ClaimModule></content> [CLAIM1]のCLAIM情報をORCAへ送信した場合、診療行為入力画面にて指導管理料にも深夜加算が追加されてしまいます。 [CLAIM2]のCLAIM情報を送信した場合は、指導管理料に深夜加算が追加されません。 CLAIMの中途データ登録で「再診（時間外）加算（入院外）」等の時間外加算コードを再診料と同じ剤ではなく、1剤1明細で送信した場合、次の医学管理料に時間外区分を設定していました。 時間外加算が算定できない医学管理料には時間外区分の設定をしないように対応しました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	request 20150617-001	労災、自賠責の本人家族区分「familyClass」について、falseではなくtrue、又は空白（空白が認められていなければダメですが。）でCLAIM通信して頂きたい。 理由：電子カルテは受け取った情報をそのまま表示してしまいますので家族と表示されてしまいます。	受付から送信する保険の本人家族区分について労災・自賠責の時は本人にするように対応しました。	H28.10.26
12		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
13	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しか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
14	support 20171211-007	claim送信時に診療行為が異なる診療区分で送信される現象が起きましたのでご確認をお願いいたします。確認できたのは下記1件です。 mmlログを確認しましたところ、診療種別区分が.700で登録されている ・単純撮影（デジタル撮影） ・単純撮影（イ）の写真診断 ・電子画像管理加算（単純撮影） が、ログ上は診療種別区分が.990で出力されています。	CLAIMの診療行為内容送信で、送信する剤が30件以上となる時は30件目に編集していましたが、30件目の明細に30件目からの内容が残ることがありました。 30件以上となる時は、編集をしないようにしました。 この時、30 bundle目の先頭のitem に以下を出力するように対応しました。 ---------- 〈claimA:event〉 明細数がオーバーしました 〈/claimA:event〉 ----------	H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15	support 20180125-010	現在弊社のカルテではclaimを使ってオルカの診療行為をカルテに反映していますが、自費のコメントは返却されていないようです。 （画面キャプチャの自費コメントテストの内容がorcaclaim返信.txtには含まれていない） これはオルカの仕様なのでしょうか？	CLAIMの請求確認画面での返却で、診療区分が保険外（95,96）の剤にコメントコードが入力されている時、点数マスタの名称を編集していましたので、コメントコードの入力内容を編集するように対応しました。	H30.2.26
16	support 20180411-023	ORCAの設定で「患者登録／その他／妊婦」にはチェックを付けずにCLAIM送信しても反映されているのでしょうか。 どのような設定方法で電子カルテからの妊婦加算のClime送信が反映できるのかを教えていただけますでしょうか。 ORCAでの妊婦加算の手入力は可能です。 弊社のORCAの設定は　患者登録／その他／妊婦　にはチェックは入っておりません。 カルテからORCAにオーダ送信してもORCAで削除されているとしか思えないのですが、いかがでしょうか。 算定漏れになりませんでしょうか。	CLAIMで時間外区分（claim:timeClass）と妊婦時間外加算コードの両方を送信した時、患者登録の妊婦設定がない場合、妊婦加算を自動算定しませんでしたので対応しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20141126-007	今回、外部システムからORCAの予約メニューに予約情報を連携することになっております。 相手先の予約システムから予約コメント（メモ）情報を取り込んだ際に25文字まで取り込みできているようですが、それ以上は取り込めないようです。 予約システムからは、API通信でORCAに対して情報を送信しているようで25文字以上送信することができないようです。 ORCAの予約一覧帳票をみると、印字できる最大文字数は80バイトのようですがAPI通信の場合、制限がかかる仕組みなのでしょうか。	APIで予約登録を行う時、予約のメモを25文字で登録していましたので、オンラインと同じ40文字まで登録できるように修正しました。	H26.12.18
2		APIの受付登録、予約登録、中途データ登録で、ドクター以外の職員コードでの登録が可能となっていましたので、ドクターコードの1桁目が「1」以外の時はエラーとするようにしました。		H27.1.27
3		APIの患者登録の患者情報更新で、性別・生年月日の変更に対応しました。		H27.1.27
4		「API患者すべての来院日の取得」対応で、患者受診履歴取得に月数指定を追加しました。		H27.1.27
5		APIの患者基本情報返却で労災・自賠責保険の情報を返却するようにしました。		H27.1.27
6		入院オーダー確認画面（入院CLAIMの受付状況確認画面）より、入退院登録APIおよび外泊、食事登録、医療区分・ADL点数登録APIのリクエスト情報の確認も可能となるよう変更を行いました。また、リクエストがエラーとなった場合、同画面よりリクエスト情報の訂正を可能としました。 日次統計帳票の［入院オーダー確認リスト］についてもAPIのリクエストを処理対象とするよう変更を行いました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	support 20150521-009	退院当日(退院手続き済)に日レセAPI中途データ送信、入外区分(I:入院)で送信した際、次のワーニングメッセージが出力されます。 「入院中ではありません。入院で展開できません。」 中途データは正常に反映されているように見えます。 上記メッセージが返却された場合、ORCAの入院業務として、どのような問題がありますでしょうか？	APIの中途データ登録で退院日に入院のデータを送信した時、「入院中ではありません。入院で展開できません。」と警告メッセージを送信していましたので送信しないように修正しました。	H27.5.27
8	support 20150716-012	名称項目は次のようになっております。 <Medication_Name type="string">〔１日２ml３回〕</Medication_Name> こちらの名称については、点数マスタの情報と異なり、括弧で装飾された値となっています。 電子カルテとしましては、用法・容量の名称にいついては、点数マスタの名称を利用する形で統一しておりますので、日レセAPIのレスポンス名称をそのまま採用できない状況です。 用法・容量の装飾は必ず「〔」、「〕」囲みでしょうか？	APIの診療情報の返却で、用法コードの名称に〔〕を付けていましたが、【】にするように修正しました。	H27.7.27
9	support 20150728-004	ORCA API(/api21/medicalmod)で病名登録をしようとしたところ、 結果コード：80 メッセージ：「全ての病名の更新に失敗しました（追加時にエラー）」 で返却されました。どのようなことが原因として考えられますでしょうか。 こちらで確認した点としましては、 ・同じ内容をCLAIM形式で送信すると、問題なく登録されました。 ・ORCAの再起動し、API送信を試してみましたが、エラーが再現しました。	APIの中途終了データ作成で、送信された診療日付（Perform_Date）時点の医療機関IDがシステム日付での医療機関IDと異なる時、中途終了データ作成・病名登録でエラーとなっていましたので修正しました。	H27.8.26
10	request 20140523-003	入院患者に対して「診療情報の返却」のAPIを実行したとき、外来患者と同様に診療情報が返却されるようにして欲しい。	診療情報の返却のリクエスト項目に、入外区分（InOut）を追加しました。入外区分（InOut）が「I」の時、入院の内容を返却します。 なお、受診履歴を検索するclass=01（受診履歴取得）, class=02（受診履歴診療行為内容）は、受診履歴を作成しない入院調剤料は対象外となります。class=03（診療月診療行為取得）で確認して下さい。	H27.8.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	request 20150624-001	APIインターフェースで「薬剤単位」の情報を取得出来る様にしてください。 現行の診療行為情報取得（/api01rv2/medicalgetv2 class=2）に追加していただければ助かりますが、独立でマスター情報を取得する形でもかまいません	class=02（受診履歴診療行為内容），class=03（診療月診療行為取得）に単位（Unit_Code）、単位名称Unit_Code_Name）を追加しました。 薬剤・器材コードは、単位＝000も返却しますが、診療コード、商品コード（058）、特定器材コード（059）は、単位がある時のみ返却します。 併せて、包括剤区分（Medical_Inclusion_Class）を追加しました。 包括対象の剤は、「True」を返却します。	H27.8.26
12		ユーザー管理情報APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.9.24
13	ncp 20151202-006	APIでの患者登録/orca12/patientmodv2 class=02　患者情報更新での現象ですが、勤務先の郵便番号をAPIで登録した場合、その郵便番号が存在しない郵便番号の場合日レセがフリーズしてしまいます。	APIの患者登録処理で勤務先の郵便番号が住所マスタに存在しない場合に異常終了となりましたので正しく処理を行うように修正しま した	H27.12.21
14	request 20151029-001	◆日レセAPI 中途データ登録 保険組合せ番号の指定ができないため、公害、労災、自賠責などの保険で、同一期間内に有効な保険が複数存在する場合、電子カルテから正確な保険情報を特定できない。 ◆受付・患者登録(CLAIM) 保険情報がMML-CLAIM規格で変換された形で送られてくるため、日レセAPIのIFに指定する保険情報と一致しない。 また、保険組合せ番号が送信されてこないので、電子カルテ側に正確な保険情報を保持できない。	APIの中途データ登録、受付に保険組合せ番号を追加しました。	H27.12.21
15		セット登録APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H27.12.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
26	support 20160405-018	電子カルテからの送信データに処方箋＋一般名加算が記録されています。 処方せん料は破棄されていますが、一般名加算が破棄されておりません。 「日レセ連携システム（電子カルテ等）における対応について」には 4.処方せん料の算定 電子カルテ側からの送信データに処方せん料（一般名記載加算1又は2を含む）を記録された場合、処方せん料については破棄し、日レセ側で自動算定します。 と記載されておりますが、一般名加算が破棄されないのはどうしてなのでしょうか。	CLAIM、APIの中途データ作成で、「一般名処方加算１（処方せん料）」を対象外としていませんでしたので対象外とするように修正しました。	H28.4.13
27	ncp 20160511-019	日レセAPI /orca31/hsacctmodv2を使用して、食事登録を実施しているのですが、要求を出して、応答が戻るまでに毎回、約２２秒ほど掛かります。	入院会計照会業務の次月ボタンで未来月の入院会計が作成されている場合にレスポンスの返却に時間がかかっていましたので修正しました。	H28.5.25
28	ncp 20160513-009	日レセAPIを使用して、食事登録を実施しているのですが、結果メッセージ（Api_Result_Message）の内容が ″0076″ と表示し、メッセージの意味がわかりません。	入院会計が作成されていない月の診療日でリクエストを送信された場合のエラーメッセージの編集処理に誤りがありましたので修正しました。	H28.5.25
29	request 20151126-002	中途終了データ作成のAPIにおいて、Medical_Class_Numberの最大バイト数の拡張を要望させてい頂きたいと思います。 https://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/medicalmod.html 処方の隔日服用などの場合、服用日を日指定で 「*1/1,3,5,7,9,11,13,15,17,19」のようにすると、最大22バイトの制限のため、正常に連携できません。	CLAIM又はAPIで中途データ作成で入院の剤の日付指定の桁数を５０桁までとしました。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	support 20160721-004	患者番号一覧の取得（/api01rv2/patientlst1v2?class=01）を実行し、 Postデータの内容StartDate、EndDateを2016-06-23としリクエスト送信。 ---------- <Base_StartDate type="string">2016-06-23</Base_StartDate> <Base_EndDate type="string">2016-06-23</Base_EndDate> ---------- レスポンスとして返答される患者番号一覧の中に、 <CreateDate type="string">2016-06-03</CreateDate> <UpdateDate type="string">2016-07-21</UpdateDate> で返答される患者番号が含まれてしまい、正しい患者番号一覧が取得出来ていないように思います。 class=01　新規及び更新患者対象で、StartDate・EndDateをリクエスト送信した時にレスポンスされる患者番号一覧は、CreateDate、UpdateDateがリクエストした期間内であるという認識をしているのですが、どのような仕様となるのか？又はプログラムの不具合なのか？を知りたく問い合わせさせて頂きました。	APIの患者番号一覧の取得（patientlst1v2）で開始日・終了日を同じ日に設定した場合、対象外の患者番号が返却されていました。 登録日・更新日のいずれかが、開始日・終了日の範囲内の患者番号を返却するように対応しました。	H28.7.26
31	support 20160810-005	症状詳記のAPIについて確認させてください。 保険組み合わせが正しく反映されていない動きが確認できましたので原因をご教示願います。	APIの症状詳記登録で、保険情報のみ送信した場合に前回送信の公費が反映されていました。 この為、保険組合せを正しく返却することができませんでしたので修正しました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	support 20160728-014	先日、問い合わせさせて頂きました件について2016-07-26パッチ提供(第50回)の修正内容に含まれておりましたので、更新を実施し確認しておりました。 以下パターンでリクエスト送信した時にレスポンスされる患者一覧が正しく取得出来ていないように思います。 1. リクエスト(開始日・終了日を同じ日に設定した場合) <CreateDate type="string">2016-03-02</CreateDate> <UpdateDate type="string">2016-03-02</UpdateDate> レスポンス <Api_Result_Message type="string">該当患者がありません。 </Api_Result_Message> として返答有。 2. リクエスト <CreateDate type="string">2016-03-02</CreateDate> <UpdateDate type="string">2016-03-04</UpdateDate> レスポンス8件あり。この中に <CreateDate type="string">2016-03-02</CreateDate> の患者1件がありますが、この1件は、開始日・終了日を同じ日に設定(1.) <CreateDate type="string">2016-03-02</CreateDate> <UpdateDate type="string">2016-03-02</UpdateDate> リクエスト送信してもレスポンスデータに含まれてきません。	APIの患者番号一覧取得(patientlst1v2)で正しい患者情報が返却できないことがありましたので、正しく返却するように修正しました。 開始日・終了日より後の更新日の患者が期間対象外であった場合、処理を終了していました。	H28.8.24
33	request 20160208-002	日医標準レセプトソフト APIを使って、指定した患者について、ORCAに登録されているすべての患者病名を取り出す機能を追加していただけると幸いです。 現在の患者病名情報の取得API(diseasegetv2)では、転帰済みの病名が取得できず、医療機関様のご要望にお応えできません。	リクエスト電文に転帰済選択区分(Select_Mode)を追加して対応を行いました。 詳細についてはホームページを参照してください。	H28.9.26
34	request 20160201-001	現在、ORCA⇒電子カルテclaim受信で受付、登録、会計完了を行っています。 要望2　レスポンスの受付一覧情報 (繰り返し500)には保険組合せ番号も付加してほしい。	受付一覧取得(acceptlstv2)の返却内容に保険組合せ番号を追加しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
35	support 20161006-021	ORCA APIでの「システム管理情報（/orca101/manageusersv2） ユーザー管理情報」について、1点不具合と思われる箇所がありましたのでご報告いたします。 Request_Number: 02: ユーザー登録 03: ユーザー変更 のAPI送信時に、3-5　Kana_Name　ユーザーカナ氏名に「ャ」「ュ」「ョ」「ッ」が含まれているとエラーになってしまいます。	カナ氏名にカタカナの小文字が含まれる場合、ユーザー登録でエラーとなりましたのでエラーとならないよう修正しました。	H28.10.26
36	request 20151114-002	APIで患者情報更新（patientmodv2）の際に必要なデータを患者基本情報取得（patientgetv2）にて取得できるようにお願いします。 現在のAPIでは患者自宅情報、連絡先情報が取得できないため 患者情報の一部だけを更新したい場合、ORCAに直接入力された患者自宅情報、連絡先情報が削除（nullで上書き）されてしまいます。	患者情報取得（patientgetv2）に連絡先情報・勤務先情報・帰省先情報を追加しました。	H28.10.26
37		API患者情報取得（patientgetv2）の介護状態情報のテーブル数を10から50に変更しました。オンラインが50件なので同じ件数にしました。		H28.10.26
38	ncp 20161215-022	日レセAPIの診療行為（/api21/medicalmodv2 ）で以下のレスポンス項目名がどこかのタイミングで変更されていました。 番号　:15-3 項目名:Disease_Warning_Inf　→　Disease_Warning_Info 内容　:病名警告情報（繰り返し 50） 第何回のプログラム更新を実施すると項目名が変更されるのか教えてください。 また、項目名が変更されるような情報は、どこで確認することができますでしょうか？	中途終了データ作成API 項目名変更について 項目名統一のため、レスポンス内の以下の二つの項目名を変更しました。 Medical_Warning_Inf　--> Medical_Warning_Info Disease_Warning_Inf　--> Disease_Warning_Info	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	support 20161205-023	APIより来院患者一覧を取得した際に、Physician_Codeと Physician_WholeNameが一致しないことがありました。 /api01rv2/visitptlstv2に対して下記の内容でリクエストを送りました。 Request_Number 01 Visit_Date 2016-12-05 Department_Code 27 上記リクエストに対して3件の "Visit_List_Information/Visit_List_Information_child"が帰ってきましたが、 そのうち最後の1件のPhysician_CodeとPhysician_WholeNameが一致しないものでした。 例：1件目 Physician_Code 10004 Physician_WholeName 森田 2件目 Physician_Code 10005 Physician_WholeName 宮崎 3件目 Physician_Code 10005 Physician_WholeName 森田 ※3件目の正しい値はCode 10004 WholeName 森田です。 バグだと思うのですが調査いただけないでしょうか。	APIの来院患者一覧（visitptlstv2）で来院患者一覧に既にドクターコードが存在している場合、前行のドクターコードを編集していました。 この為、ドクターコードとドクター名が違うことがありましたので、正しく編集するように修正しました。	H28.12.21
40		患者基本情報取得に患者個人番号を追加しました。		H29.1.26
41	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]となったことをお問合せいただきました。 上記について、Disease_Single_Name がないため、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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42		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
43		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
44		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
45		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
46		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
47		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
48		患者病名情報の返却(diseasegetv2)で病名単独補足コメントの返却対応を行いました。		H29.5.25
49		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
50		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51	support 20170630-004	「診療行為 中途終了データ作成API」について、1点確認をさせてください。 画像に関する診療行為情報の中途データを登録しようとして、添付しているXMLファイルの内容でデータ送信を行いました。 XMLの内容としましては、 ・胸部（参考マスタ） ・単純撮影：2枚 ・六ツ切：10枚 （画像診断はORCA側で自動算定） として登録を行おうとしているのですが、ORCAクライアントで送信した中途データの内容を確認すると、添付したエクセルの1シート目の状態で表示されました。 XMLとしては、添付したエクセルの2シート目のように、単純撮影が2枚、六ツ切が10枚となるようにしているつもりなのですが、こちらはどのようなXMLを送信すればよろしいでしょうか。	APIの中途データ作成で、画像診断の撮影料に撮影回数を数量に設定していても、フィルムがあればフィルムの枚数から撮影回数を編集しています。 撮影料の撮影回数を2以上で送信された場合は、フィルムの枚数でなく撮影料の撮影回数を優先するように対応しました。	H29.7.25
52	support 20170713-023	複数科目存在する病院にシステム導入時、以下の現象が起こりました。 来院患者一覧（visitptlstv2）のAPIでリクエスト後、以下の情報が返却されました。 ▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼▼ …前略 </Patient_Information> <Department_Code type="string">17</Department_Code> <Department_Name type="string">眼科</Department_Name> …中略… <Department_Code type="string">17</Department_Code> <Department_Name type="string">皮膚科</Department_Name> 後略… ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲ 該当テスト患者が眼科に受診した後、同日に皮膚科に受診しました。 返却データDepartment_Name には眼科と皮膚科が記載されており、正しいデータでしたが、Department_Code には眼科と皮膚科も17となってしまいました。正確のは眼科16、皮膚科17です。 原因を教えていただけますでしょうか?	APIの来院患者一覧（visitptlstv2）で対象に同じ診療科コードが存在した時、直前の診療科コードを返却することがありました。診療科コードと診療科名称が違うことがありましたので、正しく編集するように修正しました。	H29.7.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	ncp 20171031-022	■経緯 ORCAでは、公費の登録上限が60件かと思います。 その状態でも、電子カルテから公費を追加登録する事ができるようです。 その際に保険組合せの番号が、一気に増加するような動きになっています。 ■質問 この件に関係して、ORCAの保険組合せの上限を心配しています。 現在、保険組合せの番号が「384」となっておりますが9999までは、可能なのでしょうか？教えてください	APIの患者登録で、保険・公費の追加を行った時に上限件数の判定をしていませんでした。 この為、上限件数以上の公費が登録できていましたのでオンラインと同様に保険40件、公費60件以上でエラーとするように対応しました。 なお、上限件数以上の公費の送信があった場合、送信した公費の2件目から追加登録していましたが、1件目は登録していませんでした。 また、登録済みの公費の保険組合せが削除されていました。 この場合、オンラインの患者登録画面で「登録」をして新しい保険組合せを作成する必要があります。	H29.11.27
54	ncp 20171106-004	全保険組合せ一覧取得機能において、レスポンスXMLの構成に一部おかしい箇所があります。 ・有効な保険組合せが存在する患者情報を用意する。 ・先の患者に労災情報の「労働保険番号」を11桁入力する。 ・患者番号指定で先の患者を指定しAPIを実行、レスポンスXMLを得る。 ・レスポンスXML内にある労働保険番号の項目 <Accident_Insurance_Number>が戻らない。 　何故か、年金証書番号の項目<PensionCertificate_Number>に先頭9桁が戻される。	APIの全保険組合せ一覧取得（patientlst6v2）で労災の短期給付の労災保険番号、アフターケアの健康管理手帳番号が年金証書番号に編集していましたので正しく編集するように修正しました。	H29.11.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
55	request 20170113-001	会計情報を作成するAPI、会計情報が存在する月を確認するAPIを提供していただきたい。 理由： 食事情報の登録や外泊情報の登録には会計情報が作成されていることが必須になっている。 連携機器から会計情報の作成や確認ができないため、連携機器からのデータ送信の自動化が難しいため。	入院会計照会API（食事登録、外泊等登録） 入院会計が作成されていない診療日のリクエストが送信された場合、入院会計を作成後登録を行うようにしました。 ※　リクエストの診療日がシステム日付の属する診療年月からその3ヶ月後の診療年月の間に含まれる場合に限ります。 例）入院日：平成29年8月20日 作成済み入院会計：平成29年8月～平成29年10月 システム日付：平成29年11月1日 登録可能期間　平成29年8月20日～平成30年2月28日 （11月から2月はリクエスト時に診療日の属する診療年月の入院会計を作成） ※　外泊、食事が未設定の入院会計を作成します。 ※　前月以前の入院会計が未作成の場合、入院会計作成APIより入院会計の作成を行ってください。 ※　入院会計の作成状況は入院会計未作成チェックAPIより確認が可能です。	H29.11.27
			入院会計照会API 入院会計作成機能を追加しました。	
			入院会計未作成チェックAPI 入院会計の未作成をチェックするAPIを作成しました。	
56		入院会計照会APIの外泊等登録、食事登録リクエストのレスポンス[保険組合せ詳細]について、保険組合せ番号以外の項目の返却が漏れていましたので、返却を行うよう修正しました。		H29.12.20

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	support 20180110-014	ORCA API「受診履歴一覧取得」でリクエストにDepartment_Code（診療科コード）を指定していなにもかかわらず、Api_Result_Messageが「診療科が存在しません」になりました。 レスポン(XML)を見ると、Department_Codeが A1 になっていて、ORCAの診療科目コード規則（2桁の任意の数字）に反します。 【確認1】 リクエストにDepartment_Code（診療科コード）を指定していなにもかかわらず、Api_Result_Messageが「診療科が存在しません」になった場合は、受診履歴中の診療科が「診療科が存在しません」と解釈してよいでしょうか？ 【確認2】 データ移行時にUKEファイルからorcvt_exec.shで取り込んだ際の受信履歴と考えられますが、診療科A1となるのは正しいでしょうか？	APIの診療行為取得（medicalgetreq)の受診履歴取得にレセ電データ移行分の診療科＝「AX」が対象にあった時に「診療科が存在しません」と返却していましたが、エラーとしないように対応しました。 また、診療科＝「A1」の診療科名称に前の診療科名称を編集していましたので空白とするようにしました。	H30.1.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	request 20141107-001	自費の保険で「回-負担割合」を”108”で設定した場合、領収書右上の「負担割合」が”0.8割”と印字されてしまいます 表示しきれない場合は、印字しないか正しい印字をしていただくよう対応お願いいたします	問い合わせの例の場合、負担割合の表示が桁落ちしていましたので、桁落ちしないように修正しました。 該当する帳票は以下のとおりです。 ・請求書兼領収書（外来）（ORCHC03～ORCHC03V03A5まで全て） ・領収書兼明細書(ORCHC03V04) ・診療費明細書（外来）(ORCHC04) ・診療費明細書（入院）(ORCHCN04)	H26.12.18
2		会計カードにて、再診時療養指導管理料の剤内にコメントを付加していると、920円×回数の表示がおこなわれないようです。	月次帳票の会計カードで労災保険の初診、再診、医学管理等で最後の行にコメントの記録がある場合、点数（金額）・回数の記録が漏れていましたので修正しました。	H26.12.18
3	support 20141211-015	向精神薬投与患者一覧表についてですが、頓服で処方された患者さんが反映されておりません。レセプトでは逓減されております。 頓服で処方した場合でも、一覧表に反映するようにお願いいたします。	向精神薬投与患者一覧の対象に不具合がありました。 多剤投与の逓減を行った受診日で、内服と頓服など複数の診療区分での投薬があり、診療区分順に登録している場合、最初の診療区分以降の投薬が対象外となっていましたので修正しました。	H26.12.18
4		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード：2649731SAZZZ 　フェルビナクパップ70mg「東光」 また、以下の医薬品については平成26年12月12日より例外コードの記録を中止しました。 一般名コード：2649735SAZZZ 　ロキソプロフェンNaテープ50mg「三友」 一般名コード：2649735SBZZZ 　ロキソプロフェンNaテープ100mg「三友」		H26.12.18

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5		入院分のお薬情報（薬剤情報提供書）が再印刷の対象となっていましたので対象外としました。		H27.1.27
6	support 20141218-013	Ubuntu10.04(lucid)4.7.0環境より、Ubuntu14.04(trusty)4.8.0へデータ移行した医療機関様での現 象です。 請求書兼領収書は標準プログラムの「ORCHC03V04」を使用しています。 21診療行為画面の請求確認画面より印刷をかけると、合計金額欄の￥マークが文字化けします。 再印刷からのプレビューでは￥マーク表示はされていました。	現象はTrustyの環境でのみ発生します。 印刷関連のパッケージが更新されTakao明朝の円記号がマッピングから外れてしまったのが原因のようです。 円記号のフォントをTakaoEx明朝に変更することで対応を行いました。	H27.1.27
7	ncp 20141226-017	標準帳票「診療費請求書兼領収書（ORCHC03V03）」（A4サイズ）のフリガナの記載位置ですが、診療日の直下に記載され、氏名欄の文字と離れています。 以前は氏名欄の直ぐ上に記載されていましたが、12月のプログラム更新後から変更された模様です。	前回のパッチ提供で診療費請求書兼領収書を修正しましたが、フリガナの位置がズレてしまいました。 フリガナの位置を元に戻しました。	H27.1.27
8		月次帳票の会計カードについて、昨年の11月末のパッチ提供にて金額合計の編集を追加しましたが、入院の会計カードの場合、金額合計に入院時食事療養費と標準負担額の金額の両方が含まれていましたので、標準負担額を金額合計に含めないように修正しました。 また、標準負担額の明細について、合計欄の金額を括弧で囲んで編集するようにしました。		H27.1.27
9	ncp 20150216-023	Ubuntu10.04の4.7から、Ubuntu14.04の4.8にバージョンアップしたところ、日計表（診療年月日）ORCBD003を実行したときに、「国保」列の「総合計（円）」、「総合計（点）」等に、四角の中にバツが入ったマークが表示され、数字の表示位置が、それに押し出されるように右側にずれていくようになってしまいました。 日計表を設定したままバージョンアップを行った影響かとも思い、一度削除して再設定してみたのですが、状況変わりません。	当該帳票についてtrustyからpdfに埋め込まれるフォントが変更された関係で、monsiajでプレビューした場合とプリンタのアイコンをクリックして印刷を行った場合に文字化けが発生するようです。 解決方法は不明ですが、現象が出ないように対応しました。	H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	support 20150304-015	システム管理マスタ、1910:プログラム管理オプションから、領収書(ORCHC03V04)のコメントの印字を設定すると、診療行為画面において直下に二つ以上のコメントが入力されている診療行為の点数が、領収書の明細書部分に記載されません。 コメント印字の設定は、どのコメントコードを設定しても同様の現象が起こりました。 例)★診療行為画面での入力 12:再診　72×1　72 12:外来管理加算　52×1　52 13:てんかん指導料　250×1　250 13:特定薬剤治療管理料 特定薬剤治療管理料初回算定　26年10月 血中濃度測定薬剤名:カルバマゼピン　470×1　470 13:診療情報提供書(1) 診療情報提供書算定:3日　250×1　250 ★領収書・明細書部分での印字 [区分]　[項目名]　[点数][回数][合計] 初・再診料　＊再診　72　1　72 ＊外来管理加算　52　1　52 (小計)　124 医学管理等　＊てんかん指導料　250　1　250 ＊特定薬剤治療管理料 ＊診療情報提供書(1)　250　1　250 (小計)　970 以下余白 上記例ですと、医学管理等の合計点数は正常なのですが、特定薬剤治療管理料の点数・回数・合計が空欄で印刷されます。 他診療区分でも試行しましたが、同様に印刷されます。	外来の診療費明細書で、プログラムオプションのコメントの印字でコメントコードを設定している時に、剤の最後に対象外のコメントコードが複数行存在した場合、剤点数の記載をしていませんでしたので正しく編集するように修正しました。 領収書兼明細書の明細書編集も同様でしたので修正しました。 また、ver4.8.0の診療費明細書の様式をA5サイズで印刷した時、プログラムオプションでコメント印字の設定をしている場合、すべてのコメントコードが対象となっていましたので正しく編集するように修正しました。	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	support 20150309-034	ORCBD006入外別日計表(伝票発行日別)について 【現象】 ORCBD006入外別日計表(伝票発行日別)を入院分で処理した際、「自費」の項目欄に集計されてくる内容が患者によって異なる。 ①診療行為から自費内容の入力、室料差額等の自費内容がある場合、食事療養費 は自費に含まれる。 ②診療行為から自費内容の入力、室料差額等の自費内容がない場合、食事療養費 は各保険分内に含まれる。 収納の内容を確認しても特に特異な点があるようには思えません。 社内で検証したところ、プログラム更新が最新(第66回)まであたっている状態 では・診療行為からの自費内容、室料差額等は自費項目に、食事療養費は各保険分内に集計される動きをしました。 しかし、医療機関の環境を最新(第66回)まであたっている状態にしても、状況が改善されることはなく、一度定期請求をかけ直し等を行い収納内容を新しくしても結果は同じでした。	入外別日計表（伝票発行日別）の集計修正（入院分） 室料差額等の自費分があり、かつ、生活療養の食事負担がある場合、生活療養の食事負担が自費欄に集計されていましたので、保険欄に集計するように修正しました。 （例） 後期高齢1割、3月1日入院、3月10日退院、退院処理3月10日 入院料：療養病棟入院基本料1（入院基本料A）（生活療養） 請求点数：17950点 医療費負担：17950円（17950点×1割） 食事負担：7800円（1食260円×30食） 室料差額：20000円（1日2000円×10日） 入外別日計表（伝票発行日別）のパラメタを「伝票発行日H27．3．10」「入外区分1」として処理を行う。 後期高齢欄：17950円 自費欄：27800円 ↓ 後期高齢欄：25750円 自費欄：20000円	H27.3.25
12	ncp 20150311-002	入院診療費請求書兼領収書ORCHCN03V03A5と入院診療費明細書ORCHCN04の病室の文字数が違うので、同じ文字数にする方法がありましたらお教えください。 「kaifuk」と言う病室があり、入院診療費請求書兼領収書は6文字「kaifuk」と印字され、入院診療費明細書には5文字「kaifu」までしか印字されず、患者様から指摘があったとのことです。	入院の診療費明細書の病室の文字数が5文字でしたので6文字に変更しました。	H27.3.25
13	support 20150318-003	医療機関様にて、プレビュー表示をすると件数が表示されるところが、「×」になっていると連絡がありました。 出力をすると正常に件数が表示されるそうで、プレビューだけおかしいとの事です。	月次帳票の指定診療行為件数調をmonsiajでプレビューすると現象が発生しましたので修正しました。	H27.4.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	support 20150403-038	薬剤情報提供書につきまして、ご連絡いたします。 点数マスタで「1日1回就寝前に」の服用時点に登録をしております。 例えば、眼・耳用リンデロン軟膏を処方した場合、「1日1回就寝前に」という服用方法を入力しました。 薬剤情報提供書を出力した際、服用時点の「寝」に「15」と表示されてしまいます。「全15g」と出てほしいところですが、「全g」と表示されてしまいます。	外用薬については服用時点の編集をやめて全量を正しく編集するように修正しました。	H27.4.23
15	4/24　前回処方　処方内容	1.診療行為入力の「前回処方」から[F4：前回処方] で「OK」する。 2.別の患者で前回処方をおこなうと、上記1（直前）の患者の処方内容も印字される。	処方せんを前回処方の再印刷指示画面の「前回処方」から印刷した時、前に印刷した処方内容が一緒に印刷されていましたので、正しく印刷するように修正しました。 また、受付で処方せんを印刷する時、前回の受診履歴に院外投薬が存在しなかった時、頭書きの処方せんを複数枚印刷していましたので修正しました。	H27.4.24
16	support 20150507-015	社保総括表 転送のアップグレードをした結果、Windowsクライアントでのプレビュー表示のみ添付のように表示されます。 実際の印刷には印字されていないとのこと。 クライアントの更新で改善されるのでしょうか。	サーバUbuntu14.04、クライアントWindows(monsiaj)の環境で診療報酬請求書（医科・歯科　入院・入院外併用）を印刷した場合、医保本人欄より下の標準負担額の編集が文字化けする不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27
17	support 20150522-005	未収金一覧表についてお伺いします。 一覧表の下の欄に、合計金額が表示されますが、単純に　請求額＝未就額+入金額　だと思うのですが、入院の合計はあっているのですが、外来の合計が合いません。 外来の合計の差額は、入院の入金額と一致しており、入院の入金額が加算されているようです。	未収金一覧表（伝票別）の入金合計の初期化がされておらず、入院、外来を続けて出力した際に外来の入金合計に入院分が含まれる不具合がありましたので修正しました。	H27.5.27
18	support 20150604-005	24 会計紹介→（Shift)+(F12)カルテ印刷→（F12)で印刷　で印刷される診療の点数等（外来）で、合計の負担金がマイナス金額なのにプラス金額で印刷されます。マイナスが表示されません。	外来のカルテ3号紙で、負担金がマイナスとなる時に合計の負担金がマイナス表示になっていませんでしたので、マイナス表示するように修正しました。	H27.6.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	ncp 20150617-005	薬剤と病名のチェックマスター覧表に内服、外用薬、点滴、注射と種類別に印刷したいのですが良い方法がありますでしょうか。 出力順指定を「区分番号順」にしてみたのですが、上記のような分け方にはなっていないようでした。	出力順指定に区分番号順が選択された場合、薬剤については薬剤の種類（内服薬、外用薬、注射薬）、カナ名称順に編集を行うよう修正しました。	H27.6.25
22		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード：2619702QAZZZ 　グルコン酸クロルヘキシジン消毒用液5W／V%「ファイザー」 一般名コード：2649731SAZZZ 　フェルビナクパップ70mg「サワイ」 一般名コード：2649732SAZZZ 　フルルビプロフェンテープ20mg「ユートク」 一般名コード：2649732SBZZZ 　フルルビプロフェンテープ40mg「ユートク」		H27.6.25
23	request 20150326-002	プログラム名：ORCHC03V04について 外国人の患者様が多い医療機関様です。患者氏名が15文字程度で印字が切れてしまい、氏名が長い患者様へ領収書をお渡しするのに、失礼であるし、不便であるとご意見がありました。 レセプト電算請求では全角20文字まで請求可能です。せめて全角20文字まで印字させるようにできないでしょうか。 もしくは、カタカナ半角で40文字まで印字させるような設定方法の追加をお願いします。 ※標準帳票の処方箋は氏名が長い場合改行されて印字されいます。 改行でも良いです。	請求書兼領収書および診療費明細書の患者氏名について、最大25文字まで印字するようにしました。	H27.7.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24		光ディスク送付書の「CD」「MO」「FD」の〇をつける箇所をプログラムオプションの制御で任意の場所に付く様にして欲しい。現在、レセ電データの出力先がMOに付きます。弊社ではCDに焼くケースが多く光ディスク送付書にはMOに〇が付いてしまう為、お客様には〇を2重線で取り消しし、CDに〇を付け直すということをお願いします。補足ですがISOイメージをORCAで作成する場合にはCDに〇が付くと思いますが、以下、理由で弊社ではそれを行っていません。 1．そのままの状態でレセ電ビューアで確認ができない為。 2．ISOイメージをCDに焼くと極稀に提出先で読み取れない事例があった為。	光ディスク送付書の媒体種類についてシステム管理で設定可能としました。 条件等 1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の【レセ電タブ】に「光ディスク送付書媒体設定」を追加した。 「0 設定なし」（デフォルト） 「1 フロッピィ」 「2 MO」 「3CD－R」 2．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「光ディスク送付書媒体設定」の設定が「0 設定なし」の場合は、従前通り「44 総括」でレセ電作成時に選択したファイル出力先に従って光ディスク送付書の媒体種類の記載を行う。 「3 システム管理設定場所（フロッピィ用）」…FD 「4 システム管理設定場所（MO用）」　…MO 「5 クライアント保存」　…記載なし 「6 クライアント保存（CD－R）」　…CD－R 3．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「光ディスク送付書媒体設定」の設定が「0 設定なし」以外の場合は、システム管理の設定に従って光ディスク送付書の媒体種類の記載を行う。	H27.7.27
25		収納日報のプログラムオプションで「網掛けなし」とした場合に、見出し［収納日報］の右側に表示される［（外来）］、［（入院）］が表示されない不具合がありましたので修正しました。		H27.8.26
26	request 20130906-007	日レセVer4.7.0より、レセプト出力を「ターミナルデジット方式」で出力されて、大変便利に活用させて頂いております。 レセプトの内容点検において、来院履歴と併せて確認したいという観点から、以前より、月次統計の「会計カード」一括発行機能を使っています。 会計カードの並び順の設定値に、「ターミナルデジット方式」を採用してほしいです。	会計カードでターミナルデジット方式を出力順とする印刷を可能としました。	H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	ncp 20151127-003	月次統計の診療科別医薬品使用量統計（合計金額）（期間指定）について確認したいことがありご連絡致しました。 ＜パラメーター指定＞ 開始年月日：H27.9.1 終了年月日：H27.9.30 薬剤区分 ：0 全体 院外区分 ：0 院内処方のみ 入外区分 ：0 全体 処理区分 ：0 診療科別 診療区分 ：00 全体 上記の指定で集計をかけると「対象データがありません」と表示されます。 しかし、診療区分を「00」ではなく「空白」にすると診療全体のデータが集計されました。 パラメータ説明には「診療区分 00または空白：全体」と記載されていますが「00」にすると「対象データがありません」となるのはなぜでしょうか。	月次統計の 診療科別医薬品使用量統計（合計金額）（期間指定） ［ORCBG006V01］ と 診療科別医薬品使用量統計（合計金額） ［ORCBG006］ について、パラメータ説明には「診療区分 00または空白：全体」とありますが、実際には「空白」のみが「全体」となっていましたので「00」も「全体」となるように修正しました。	H27.12.21
43		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード：2649731SAZZZ 　フェルビナクパップ70mg「ユートク」		H27.12.21
44	request 20150616-001	ORCBG001　診療科別医薬品使用量統計　において、エンシュア・リキッドの使用量が正しく出てこない。合計10万mlを超えているので6桁以上だと正しく表示されてこないのかもしれない。6桁以上の数値でも正しく表示するようにして欲しい。	整数部を5桁から10桁に増やしました。 また、ORCBG001V01についても同様に対応しました。	H28.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51	request 20150805-005	医療機関様より「退院証明書」の4．傷病名欄が自動記載されるよう対応してほしいとの要望がありました。 病名登録画面で指定した病名が記載されるようにできないでしょうか？	病名登録画面で退院証明書の記載対象の傷病名を指定可能とし、対象の傷病名を退院証明書「4．当該保険医療機関の入院に係る傷病名」欄に記載可能としました。 傷病名の記載を行う場合は事前にシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の退院証明書記載設定に”4”を記載する設定を登録してください。	H28.4.25
52	ncp 20160425-010	処方せん（ORCHC02Q）の2枚目の処方欄に ― 「備考」欄　続き　― 以下余白 のみが印字された処方せんが発行されました。 診療行為画面でもプログラムオプションでも、備考欄に印字されるものは入力しておりません。 処方せんの処方内容の行数が、区切りの空白行含め、18行のときに発生しました。 その際の1枚目の最終行は“次ページへ続く”が印字されています。 処方せん（ORCHC02）では、同内容の処方せんで、1枚目の最終行が“以下余白”になっております。 処方せん（ORCHC02Q）の修正を、お願いいたします。	QR付き処方せんで、QRコードのみのページが存在する時、そのページに”備考続 き”を編集していましたので、編集しないように修正しました。	H28.4.25
53	support 20160422-002	同月内に、2回入院のある患者で、2回目の退院時に退院証明書の2の（1）に記載される入院基本料等の種別について質問させていただきます。 （例）入院期間①：4／14－15　入院基本料等種別：短手3 入院期間②：4／21－22　入院基本料等種別：短手3 上記（例）のとき退院証明書には、短手3　1日間、 短手3　2日間と表示されます。	同月内に複数回、異なる短手3の算定を行われた場合、退院証明書の「入院基本料等の種別」欄に前回入退院分の短手3の名称と日数を記載する不具合がありましたので、今回退院分だけを記載するよう修正しました。（記載されている日数も誤ったものとなります） 「算定期間」欄の日数表示についても前回入退院分の日数を加算していましたので、今回退院分だけを記載するよう修正しました。	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54		会計カードに記載する診療行為点数について、診区90（入院料関係）は「外泊」「他医受診」等により点数計算を行って記載を行う必要があることから該当診療月に有効な点数マスタから点数記載を行っていましたが、入院料加算については入院会計テーブルに記録された点数を記載するよう修正しました。		H28.5.25
55		心大血管疾患リハ、呼吸器リハ、廃用症候群リハと同一剤に「180033870 初期加算（リハビリテーション料）」又は「180030770 早期リハビリテーション加算」の算定がある場合、該当の「（早期・初期）リハビリテーション加算開始日」の入力を元にして、レセプト摘要欄に早期・初期リハ加算の「発症日」コメントを自動記載していますが、会計カードにもその「発症日」コメントを記載するよう対応しました。		H28.5.25
56	support 20160527-011	退院証明書の算定期間についてお尋ねしたいことがあり連絡させていただきました。 添付しております画面コピーでは、算定期間が767日になっているにも関わらず算定期間の日付の日数を計算しても767日にはなりません。 この患者様の場合は入院履歴の初回がH25.3.23ですので、この初回の日付から日数が計算されているようです。 退院証明書に印字される算定期間の日数と日付が合うようにすることは可能でしょうか。	第42回（5月25日）パッチ提供において同月内に複数回の短期滞在3を算定された場合の記載不具合について対応を行いましたが、修正不具合により入院歴作成のある患者の退院証明書について算定期間の集計表示に誤りがありましたので修正しました。	H28.5.31
57	support 20160606-029	精神療養病棟に1年以上入院している患者は経過措置として食事療養費が260になるかと思います。 レセプトでは260円計算をして印字できていますが、会計カードから印刷すると360円計算された形で印字されます。 精神療養病棟の患者のみ出ている現象で、精神科の一般病棟であれば260円計算の形で印字されます。	(G01)月次統計より会計カードを作成する際のパラメタに開始日、終了日を指定された場合に、対象期間以外の診療会計について読み込み対象外と処理するようにしていた為、4月1日に入力されたシステム予約コードを読み込むことができず食事負担が260円と記載することができませんでしたので修正しました。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
58	ncp 20160617-012	短期滞在入院等基本料3を算定する患者で入院期間が6日以上になるとき、6日目以降は届出の一般病棟入院基本料を算定します。ORCAでは転科転棟転室処理で入院料の変更を行う仕様だと思います。 この条件のとき、退院証明書の記載2(1)入院基本料等の種別が”短手3”のみになり一般病棟10対1入院基本料の記載はありません。 6日目以降に算定している一般病棟10対1入院基本料の記載は不要なため記載しない仕様なのでしょうか。	短期滞在手術等基本料3を算定後に6日目以降引き続き入院して退院した場合の6日目以降の入院料算定期間が退院証明書に記載されていませんでしたので修正しました。	H28.6.27
59	request 20160704-003	日レセの52月次統計にある向精神薬投与患者一覧の最終ページに出力される多剤投与患者数の結果で、「抗うつ薬3種以上又は抗精神病薬3種以上投薬している患者数」を出力して頂けないでしょうか。 【例】「多剤投与患者数:[人数](抗不安薬:[人数]、睡眠薬:[人数]、抗うつ薬・抗精神病薬患者数:[人数](抗うつ薬:[人数], 抗精神病薬:[人数])) 様式40にある向精神薬多剤投与を受けている患者数の「うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投薬を受けている患者数?」に対して、現在は日レセの帳票結果一覧から抗うつ薬3種以上と抗精神病薬3種以上の両方に該当する患者を手動で人数を確認し、抗うつ薬3種以上投薬している患者数と抗精神病薬3種以上投薬している患者数の合計人数から、手動で確認した重複患者を差し引いて計算する必要があります。 精神科の医療機関様では大変手間がかかっているという声もあり要望として挙げさせていただきます。	向精神薬投与一覧(ORCBG022)について、以下の対応を行いました。 1. 様式40の向精神薬多剤投与に係る報告書の、(8)の患者数を集計するようにしました。 2. パラメタに処理区分を追加し、処理区分＝1を指定した時は、診療年月分のみ対象として処理を行うようにしました。 ※要マスタ更新	H28.7.15
60	support 20160712-014	診療行為別集計表についてお尋ねします。 改正後から開始になったマスタ(例114030310　在宅患者訪問診療料(同一建物居住者))を、H27.7.1?H28.6.30のように改正をまたいだ期間で集計をかけたときに件数として反映されていないようです。 H28.4.1?H28.6.30で集計をかけると件数として反映されます。 H27.7.1?H28.6.30で出てくるようにする方法はありますでしょうか。	診療行為別集計表及び医薬品使用量統計で点数マスタの改定日を挟む期間指定を行った場合に、指定した開始日をマスタ基準日として処理を行ったため正しく抽出されず、一覧には改定日以降が集計されない、旧点数が表示されるという不具合がありましたので修正しました。	H28.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
61	ncp 20160730-002	【日計表（診療年月日） ORCBD003】を出力する際に、高額療養の上限に到達していて、負担金額に端数が生じる場合で、窓口負担金の端数処理をシステム管理で四捨五入するように設定している時に下記の問題が発生しております。 対応方法があれば押してください。 例） 負担金額　19円　　自費請求金額　500円 窓口負担金　520円　となる場合 【日計表（診療年月日）】を発行すると、保険欄：19円　自費欄；501円となる。 →保険欄を20円とできないか？ 　例えば、上記例のうち、自費請求金額の500円がなかった場合は、 　【日計表（診療年月日）】を発行すると保険欄が「20円」となります。 　自費請求有無によって、動きがことなるようですので、統一した動きになるようにするにはどうしたらよいでしょうか？	保険（或いは自費）のみが端数処理の対象となる場合については該当する方で端数処理を行うように修正しました。	H28.8.24
62	support 20160907-002	「収納日報」の記載に関しましてご教示いただきたくご連絡致します。 ＜現象の問題点＞ 入院会計の訂正処理を行った患者様において、収納日報を出力したところ、未収金が無いのに『今回未収額』に金額が記載されている。 ＜詳細＞ 入院会計の訂正を行った際、調整金等にて発生した返金について返金処理を行ったところ、当日の日計表・収納日報の『今回未収額』に金額が記載されてしまった。 実際の収納画面では、未収額は過去分も含めて表示されなく、月計表・未収金一覧表（伝票別）にて確認しましたが、対象患者は記載がありませんでした。 『今回未収額』を記載しないようには行えるのでしょうか。	自費保険で調整金2を入力された場合の処理に誤りがありましたので修正しました。 下記の入力を行うと現象が発生します。 9/1 自費保険 2820円 入金額 2820円 9/1 収納業務の履歴修正処理で調整金2に-820円を入力 9/2 上記収納データの返金処理を行う 9/2 日次統計業務より9/2分の収納日報の処理を行うと、820円の今回未収額が計上される	H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
63	ncp 20160813-002	入院の食事療養標準負担額について 指定難病の公費をお持ちの場合 「197003310　食事療養標準負担額（指定難病・小児慢性特定疾病患者）（一般）」を自動算定して患者負担は自動減額されてくるかと思うのですが入院診療費明細書の記載が減額前の260円×（回数）であがり請求書の患者負担金額と誤差がでています。 入院診療費明細書の記載も減額後の患者負担金額が載るようにはできませんでしょうか。	入院診療費明細書に記載している食事標準負担額は公費の助成がある場合でも医療保険に基づいた金額の記載を行っています。 これについて、注意書きを下記のように変更しました。 プログラムオプション［合計の単位］が［0］（金額記載）の場合 （変更前） ※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金は保険公費による負担割合分となります。 （変更後） ※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金等は保険公費による負担割合分となります。 プログラムオプション［合計の単位］が［1］（点数記載）の場合 （変更前） ※合計欄は点数での表示をしています。患者一部負担金はこの点数より計算（1点＝10円）し、保険公費による負担割合分となります。 （変更後） ※合計欄は点数での表示をしています（1点＝10円）。患者一部負担金等は保険公費による負担割合分となります。	H28.9.26
64	ncp 20161015-003	入院の患者にて、 1?5日までは自費保険 6?10日までは国保 11?15日までは自費保険 と保険組み合わせが変更となった場合、6?10日までの国保分の入院基本料が会計カードに印字されないのですが、仕様でしょうか？ 開始日、終了日をそれぞれ6、10と入力すると印字されます。	入院会計カードの編集の際に保険組合せのチェックに不備がありましたので修正を行いました。 入院会計に［保険組合せAの期間］と［保険組合せBの期間］の入力があり、入院会計照会で［保険組合せAの期間］→［保険組合せBの期間］→［保険組合せAの期間］と入力があった場合、［保険組合せBの期間］の入院料の編集が行われていませんでした。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
65	request 20160318-003	入院診療録（カルテ１号紙）ORCHCN01の件で要望させていただきます。 外来診療録（カルテ１号紙）ORCHC01に、保険の本人・家族区分を表示させているように、入院診療録にも表示していただきたいです。	入院診療録に本人・家族区分の記載をするよう対応しました。	H28.10.26
66	request 20160519-004	退院証明書に傷病名が記載されるようになりましたが、入院日以前に登録されている病名を退院証明書に記載するよう設定を行っても、記載されません。 予定入院の場合、入院日以前に病名が登録される場合もございます。 入院日以前に登録・設定されている場合も、退院証明書に傷病名が記載されるよう修正できませんでしょうか。	退院証明書の「４．当該保険医療機関の入院に係わる傷病名」欄に記載する対象傷病は入院期間中に有効な傷病としていることから、対象傷病の判定を「入院日≦病名開始日」かつ「退院日≧病名開始日」としていましたが、これの判定方法を見直し、入院日より前に開始日となる傷病であっても入院期間に係るものであれば記載の対象とするよう変更しました。	H28.10.26
67	request 20150413-002	保険別請求チェック表（帳票プログラム名：ORCBGS100)についてですが、患者請求せず、医療保険を使用して入院の第三者行為請求を行った場合の標準負担額について現在の仕様ですと総括の「自賠責（第三者行為）」の保険請求額欄に計上されていますが、医療機関様より「社保や国保、後期高齢分にも標準負担額を計上して欲しい」と要望がありました。該当の医療機関様の場合、第三者行為の請求を行う再、自賠責保険は使用しないそうで尚且つ普段は総括の帳票は印刷せず、社保、国保、後期高齢のみを印刷するので標準負担額の集計に誤差が発生するのは困るとのことで対応して欲しいと強く要望がありました。	現在、「医保＋第三者行為」の医療費一部負担額と食事標準負担額は、【自賠責（第三者行為）分】として集計していますが、システム管理１９１０（プログラムオプション情報）にプログラム名ORCBGS100を追加し、その設定により【医保分】（社保・国保・後期高齢者）として集計する事を可能としました。併せて、保険別請求チェック明細表も、システム管理１９１０にプログラム名ORCBGS120を追加し、その設定により同様の集計を可能としました。 １．マスタ更新で、システム管理１９１０（プログラムオプション情報）にプログラム名ORCBGS100（保険別請求チェック表）とプログラム名ORCBGS120（保険別請求チェック明細表）を追加した。 ＜設定内容＞ （第三者行為）医療費一部負担額・食事標準負担額の集計先 DAISAN_SAKI=0：自賠責（第三者行為）（デフォルト） DAISAN_SAKI=1：医保 ※要マスタ更新	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
68	ncp 20161015-001	【プログラムオプション　ORCHC01】 (10)保険適応病名編集 　HKNCOMBIKBN=1:労災・自賠責のみ保険適応病名の判定を行う 上記の設定を行い、1号用紙の印刷をしています。 また、1017 患者登録機能情報　カルテの病名対象 「0全て」で設定をしています。 自賠責の療養終了日を月末で終了させます。 例）療養終了日 28年9月30日 　翌月（10月）に保険を選択して1号用紙の印刷を行うと、自賠責で登録した病名も印字されてきてしまいます。 　同月内（9月）に保険を選択して1号用紙の印刷を行うと、自賠責で登録した病名は印字されません。 自賠責の療養終了日が影響されているようですが、保険の1号用紙に自賠責の病名を印字させない方法は他にありますでしょうか。	カルテ1号紙の病名編集を、プログラムオプションの保険適応病名編集を　HKNCOMBIKBN=1　:労災・自賠責のみ保険適応の判定を行う　と設定している時、労災・自賠責の保険終了日以降の日に他保険組合せでカルテを発行した時に、労災・自賠責の病名を対象としていましたので対象としないように修正しました。	H28.10.26
69	request 20150716-001	「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成27年度調査）の調査票について」が全国の医療機関様に届いているとのことです。 ●外来患者（初診・再診を行った患者の実人数）のうち550点以上の検査・画像診断・処置を実施した患者数 ●外来患者（初診・再診を行った患者の実人数）のうち550点未満の検査・画像診断・処置を実施した患者数 上記を確認しようとすると、照会で（　）点以上の検索は可能ですが、（　）点未満の検索ができないため、一人一人の患者様を診療行為画面で確認するしかありません。月次統計も確認をしましたが、該当する帳票がなさそうです。	月次統計より条件（診療区分と所定点数（下限点数（〇〇点以上）、上限点数（〇〇点以下）））に該当する患者一覧表「診療区分別指定点数該当患者数調べ（ORCBG029）」を作成可能としました。 1．包括分と自費診療の剤は処理の対象外とします。 2．パラメタの所定点数（下限点数、上限点数）との比較は剤点数で行います。 3．上限点数、下限点数の指定は両方または片方のみの指定を可能とします。（どちらも指定なしは不可） 4．1明細は1患者1剤単位に編集を行います。剤の明細が［手技＋加算］等複数となる場合は（手技、加算、その他の順で）優先順位付けした中から1明細のみ編集を行います。 5．明細の編集は診療区分毎に行います。 ※要マスタ更新	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
70	request 20150727-003	カルテ3号用紙の点数記載について要望があります。 例えば、ORCA入力画面は .330 ラクテック注500ml(155円) 3袋　46点 .330 セファチアム塩酸塩静注用1mg日医工(344円)　1袋 生食溶解液キットH100ml(169円) 1kit　51点 と剤を分けて入力しているためカルテ3号用紙は(46+51)97点が注射欄に計上されます。レセプトは98点にです。 カルテ3号用紙は会計データの点数ではなく、レセプトデータの点数を記載するようできないでしょうか？	入院カルテ3号紙のプログラムオプションで点滴薬剤を日毎に金額集計し再計算した点数を表示するようにしました。 入院のカルテ3号用紙に計上する注射点数で、点滴の剤を2剤以上入力された場合でもまとめた点数で計算します。 1．入院カルテ3号紙（ORCHCN33）のプログラムオプションを追加しました。 （2）点滴点数集計 TENTEKI=0:剤点数を集計する。（デフォルト） TENTEKI=1:日毎に薬剤集計後点数計算する。 2．プログラムオプションをTENTEKI=1　と設定した時、以下の処理をする。 入院の点滴薬剤を日毎に集計し、薬剤点数を再計算して剤点数に集計する。 集計対象の診療種別は、「330 点滴注射」「331 点滴注射（手技料なし）」「350 中心静脈注射」「352 中心静脈注射（手技料なし）」「332 点滴注射(手術以外）」とする。 カルテ3号紙の発行条件で点滴薬剤を集計するので、印刷対象によりレセプトと点数が異なることがあります。 ※マスタ更新データ有	H28.11.28
71	request 20160210-001	薬剤情報の飲み方欄に数量を印字する場合に使用する不均等投与コード（099200011　◆朝：?099200014　◆寝：）ですが、この指示内容を院内処方箋にも印字できるよう要望いたします 現状、薬情用と院内処方箋用のそれぞれのための不均等コードの入力をしなければならないため、手間がかかるとのクレームがありました	不均等投与コードですが、現在処方せんの不均等の対応として用法コードにおける用量差し込みを可能としています（用法コードのコメント区分＝2）。 しかしながら、用法コードでは薬剤情報の服用時点の用量記載に対応していませんでしたのでこれを可能としました。 リクエストとは異なる対応となりますが、特に院内処方せんと薬剤情報を出力する運用をされている場合は不均等投与コードから用法コードへの見直しを検討してください。 なお、薬剤情報の服用時点の用量記載ですが、不均等投与コードと用法コードの両方を入力された場合は不均等投与コードを採用します。混在入力不可のチェックは行いませんのでご注意ください。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
72	request 20151026-001	診療費明細書についてですが、外来版ではORCHC04の中に様式パラメータが存在し、A5を選択出来ますが、入院版のORCHCN04には同様のパラメータが存在しない為、A5で出力が出来ません。 入院版でもA5出力したいとの要望がありましたのでご検討をお願い致します。	入院診療費明細書のA5版を作成可能としました。 1．入院診療費明細書（ORCHCN04）のプログラムオプションを追加しました。 （15）様式 FORM=0:A4サイズの様式で印刷します。（デフォルト） FORM=1:A5サイズの様式で印刷します。 2．プログラムオプションをFORM=1と設定した時、A5サイズで印刷します。 外来と同様に明細下にはプログラムオプションの注意書きのみ記載します。 「※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金等は保険公費による負担割合分となります。」などの記載は省略しています。 ※マスタ更新データ有	H28.11.28
73	request 20160330-001	4月改定にて処方箋に残薬確認欄の編集にて以下予約コードを入力しなければなりませんが、099209921疑義照会　099209922情報提供 医療機関様より、デフォルトの設定をシステム管理にて設定できるようにしてほ しい。毎度毎度、情報提供へチェックとしたいが、情報提供の予約コードを入力 するのは漏れてしまう可能性もある。	処方せんの残薬確認欄のチェックをプログラムオプションで設定可能としました。 1．プログラムオプションを追加しました。 （16）「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」欄のチェック ZANYAKU_1=0:チェックしない（デフォルト） ZANYAKU_1=1:チェックする （17）「保険医療機関へ情報提供」欄のチェック ZANYAKU_2=0:チェックしない（デフォルト） ZANYAKU_2=1:チェックする それぞれ「チェックする」と設定した時、処方せんの残薬確認欄に「×」を記載します。 2．チェックを解除する時は、「099209923 処方せん残薬確認設定解除」を入力します。 3．予約コード「099209921 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」、「099209922 保険医療機関へ情報提供」の入力があればプログラムオプションに関係なく記載します。 ※マスタ更新データ有	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
74	support 20161117-005	後発医薬品数量シェア（置換え率）の数量と診療科別医薬品使用量統計の数量が大幅に異なるため調査願います。 2つの帳票は、H28.10・入院・投薬で処理しています。 見比べると、殆どの薬剤で後発医薬品数量シェアの数量が少ないです。 その中でも添付資料に★印を付けた薬剤に関しては2000以上数量が異なります。	「9999　包括入力分」により入力された医薬品が集計対象外としていましたので対象とするように修正しました。	H28.12.21
75	ncp 20161203-001	医療機関様より、プログラムの仕様変更の有無についてお問合せがありました。 一例としては、月次統計の保険請求確認リストの提出先区分の変更について、今までは広域連合の区分は6だったが、先月か今月からか区分が4に変更になっている。とのことでした。	第57回（11月28日）パッチ提供において「自賠責レセプト（PDFファイル）のクライアント保存」対応時に保険請求確認リストに自賠責を記載する対応を行った際の不具合です。 本来は入力パラメタとCSV出力の提出区分は異なる値でしたが入力パラメタと同じ値をCSV出力の提出区分にセットしていましたので元の区分に修正を行いました。 月次統計の入力パラメタの提出先区分 0:全部、1:社保、2:国保、3:特別療養費、4:広域連合、 5:労災、6:アフターケア、8:自賠責、9:公害 CSV出力データの提出先区分 1:社保、2:国保、3:特別療養費6:広域連合、7:労災、 8:アフターケア、9:公害、10:自賠責	H28.12.21
76		A5サイズの診療費請求書兼領収書（診療費明細書付）に診療区分別の点数欄を追加しました。 1. システム管理の「1031 出力プリンタ割り当て情報」で、請求書兼領収書の標準プログラム名「ORCHC03V05」を選択します。 2. システム管理の「1910 プログラムオプション情報」で、 「ORCHC03V05」のプログラムオプションの設定が可能です。 要マスタ更新		H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
77		システム管理マスタの設定内容を出力可能としました。 1．月次統計画面で指定した管理番号に該当するレコードがシステム管理テーブルに存在する場合に内容を出力します。 2．パラメタの管理番号に「*」を指定すると、全ての管理番号（1001～9999 ）を指定したこととして処理します。 （例えば管理番号に「1*」を指定すると、1001～1999の管理番号が出力対象） 3．管理番号に該当するデータを検索し、各管理番号ごとのレコード定義をもとに項目名と設定値を出力します。 ※現在対応済のレコード定義（管理番号） 1001、1002、1003、1006、1007、1017、1031、1038、1039 2005、2010、4001、5000、5001、5002 4．レコード定義が未対応の場合は、レコード定義未提供としてデータを出力します。 要マスタ更新		H29.1.26
78	request 20160518-002	病院様からのご要望です。 外来処方せん（ORCHC02Q）の場合、2ページに渡るときは同じ剤であれば分割されることなく、1ページにまとめて記載されますが、入院処方せんの場合は剤の途中で分割されてしまいます。 院内の薬剤師さんからも見難いとの意見が出ているため、入院処方せんも外来処方せん同様の仕様としていただけないでしょうか？	入院処方せんで剤単位に同一ページ内に記載することをプログラムオプションの設定により可能としました。 1．プログラムオプション（ORCHC501）の剤内容の同ページ記載をPAGECNT=1 と設定します。 2．入院処方箋の剤内容の途中で改ページとなる場合、改ページ後に剤内容を記載します。 ※マスタ更新有	H29.1.26
79	support 20170116-019	退院証明書を出力したところ、入院日数（算定日数）に誤りのある事象が発生いたしましたので、ご確認をお願いいたします。	退院証明書の「2．（2）算定期間」に記載する日数について入院期間内の算定入院料が10種類を超えた場合に、超過分の算定入院料について日数の集計対象外となってしまう不具合がありましたので、20種類まで集計可能とするよう修正しました。	H29.1.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
80		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
81	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ご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
82	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
83	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
84	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	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。	H29.3.27
		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〇を印字する。	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。	
85		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
86	4/3 保険別請求チェック表	保険別請求チェック表（総括）の保険区分が、一部編集されませんとのお問合せがありました。	保険別請求チェック表（総括）の外来分で以下の保険区分の見出しの表示が漏れていましたので修正しました。 社保　高一公費併用 　　高一単独 国保　一般高一 後期　高9	H29.4.4
87	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
88	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回パッチ提供にで請求額が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
89	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
90	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
91	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
92	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
93	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
94	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
95	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
96	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、同じ登録が何名も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
97	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、例として〇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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
98	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
99	support 20170802-003	適応病名マスター覧表(薬剤)の印刷において 対象薬剤の件数が増えると処理は正常に終了しますが異常に時間が掛かり印刷ボタンが出ず再印刷にも履歴が作られません プレビュー選択時も同様です 対象処理 チェックマスター→リスト→適応病名マスター覧表(薬剤チェック) 入力コード付与数　約1800 処理結果　687頁 以下社内検証 入力コードが100件程度の場合→OK 他のサーバーに同数程度の入力コードを付与→NG	帳票と同時に作成しているCSVデータの件数が上限(99,999件)に達したことにより帳票の印刷が不可となっていました。 CSVデータの件数上限を拡張する対応を行いました。 (99,999,999件)	H29.8.24
100	request 20160624-003	52月次統計の会計カード(ORCBG007)にADL入力で登録した内容も表示していただけますでしょうか	月次帳票の会計カードに医療区分、ADL区分の記載を追加しました。 ・実行時パラメタの[編集区分]に"5"を追加します。"5"が設定された場合、会計カードに医療区分、ADL区分の記載を行います。 ・診療区分90のコメントとして編集します。 ・入院会計照会の(I47)会計照会－医療区分・ADL区分登録画面で入力が行われている項目のみ記載します。 ・医療区分に該当する日にちについて、カレンダー部分に"1"を記載します。 ・スモン等月毎に評価を行う項目については、日毎に"1"を記載します。	H29.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
101	ncp 20180113-002	月次統計の3号紙印刷から複数年を指定した場合、途中で保険が変わったり、自費保険で診療があると1枚目の保険表示とそれ以降の保険表示が異なります。 どこの保険組み合わせを見て保険を記載しているのでしょうか。 また、月次でも保険ごとに印字する方法はないでしょうか。	月次統計から期間指定して印刷した時のカルテ3号紙に編集する保険組合せについて、最初の診療年月で対象となった保険組合せのみ編集していました。 2ページからは1ページで対象となったすべての保険組合せとページ内で最初の診療年月で対象となった保険組合せを編集していました。 1ページ目はページ内の診療年月で対象となったすべての保険組合せ、2ページ目からは1ページ目から対象となった保険組合せと、ページ内の診療年月で対象となった保険組合せを編集するようにしました。	H30.1.23
102	support 20180115-015	32.入院会計照会画面の180日以上の日付表示と入院患者通算日数一覧表（ORCBG004）の91日以上、180以上の日付表示がおかしいとのご連絡がありました。 【患者情報?】 他院通算　31日　入院日　H29.10.28　継続入院 32.会計照会画面より表示 91日以上「H30.1.26」〇 180日以上「H30.3.24」× 通算日数「148日」他院通算（31日）を計算して「179日」 また、入院患者通算日数一覧表より表示 91日以上「H30.1.25」× 180日以上「H30.3.25」〇	入院患者通算日数一覧表について、問い合わせの事例で日付の計算が1日ずれる不具合がありましたので、修正をを行いました。 また、長期入院対象患者一覧表についても同様の不具合がありましたので、併せて修正を行いました。	H30.1.23
103	4/2　処方箋料手入力時受付から発行されない	処方内容を入力せず、手入力で処方せん料を算定していた場合に4月の日付で、診療行為確認画面又は受付画面から処方箋“発行あり”にしても処方箋が発行されません。	4月からの新様式の処方箋で、診療内容に投薬がなく処方箋料のみの入力の時に、請求確認画面・受付から処方箋が発行できませんでしたので発行できるようにしました。	H30.4.3

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
104	ncp 20180403-033	新様式の処方箋の2次元バーコードについて質問です。 JAHIS院外処方箋2次元シンボル記録条件規約Ver.1.4(JAHIS5)にあわせた対応をしていただきましたが、一部不足する点を見つけました。 レコード番号：181 用法補足レコード　ですが、ORCAにて処方箋(JAHIS5)を出力すると、以下の通り出ます。 181,1,1,,下痢時に 規約通りに合わせると、 181,1,1,,下痢時に,, であると思われます。 一度、ご確認いただけないでしょうか。	JAHIS院外処方箋2次元シンボル記録条件規約Ver.1.3 で変更がありました No.181 用法補足レコード No.221 不均等レコード No.281 薬品補足レコード のレイアウトに対応しました。	H30.4.3
105	support 20180406-019	ORCA業務メニュー【11　受付】より、処方箋発行フラグを「1:発行あり」して受付を行ったところ、同じ内容の処方箋が11枚印字された患者がいるようです。 （該当は1名のみ。他の患者については問題ありません。）	受付から処方箋を印刷するとき、対象の受診履歴に院外投薬が存在するまで、院内投薬分の頭書きを印刷していましたので、院内投薬のみの受診履歴は対象としないように対応しました。	H30.4.11
106	support 20180324-007	早速ですが、特定の入院患者の薬剤情報が一部きちんと印字されない現象が出ており、原因が分かりません。 薬剤情報の最後の5つの薬剤のみ、薬剤名、注意事項ともに印字されず、用法の印字欄（通常は〇日分全〇錠といった記載が必要な所）に、全128848.9656といったよく分からない数字が印字されます。 現在この現象が出ている患者はお一人で、同じ環境でテスト患者にて下記入力を行った所問題なく薬剤情報は印字されました。 .210 611190026 1　グラマリール錠25mg 622047201 1　メマリー錠10mg 620491801 1*1　アローゼン顆粒 .230 620004821 1*1　フランドルテープ40mg .230 620335601 1*1　ニトロダームTTS25mg　10cm2 .230 620006407 1*1　カリーユニ点眼液0．005%　5mL	入院の帳票印刷から薬剤情報提供書印刷で、一度に印刷する薬剤の33件目から正しい内容で編集されませんでしたので対応しました。	H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	kk 34274	≪神奈川県公費≫182マル都＋299都障負有＋974（長期上位）を使用した場合の患者負担金について ・主保険＋182マル都＋299都障負有＋974（長期上位）を使用した場合、患者自己負担は10000円が発生すると思いますが、10000円未満でストップします。 シス管1001の都道府県番号を13東京にし、同条件で再計算をすると10000円上がります。 神奈川県の場合でも1万円上がるようになりますでしょうか	神奈川県地方公費負担金計算修正 （保険組み合わせが主保険＋182＋299＋974の場合） ＜補足＞ 182・・・10000円を助成 299・・・1割負担で、月上限12000円 例）社保（3割）＋182＋299＋974 12/1　5282点 患者負担5280円 12/2　2078点 患者負担2080円 12/3　4280点 患者負担0円　→　2640円 ＜重要＞ パッチ適用後、299について、システム管理2010の設定を行ってください。 負担金計算タブ（3） 「全国公費併用時の特別計算（外来）」を1で設定	H26.12.18

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
2		東京都地方公費対応（平成27年1月診療分以降） システム管理2010－負担金計算（3）タブ－全国公費併用時の特別計算（外来） 東京都地方公費全般について、システム管理2010の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を（1，0）としていますが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0．0）に変更します。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（1，0）で設定済みの場合は、（0．0）に設定変更が必要です。 （0．0）で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を（1，0）として処理を行います。 ◆平成27年1月診療分以降の計算例 主保険（3割）＋054＋東京都地方公費180 （054の自己負担限度額5000円） 1日目：2200点 患者負担2200円 2日目：1000点 患者負担600円 3日目：2000点 患者負担 0円 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/nannbyousyoumannheiyounitsuite.html		H27.1.7
3	kk 34451	宮城県国保連合会 国保だより　第41号 を入手致しましたので送付いたします、 美里町の食事療養費ですが半額助成→助成なしに変更になりました。	宮城県地方公費対応 乳幼児医療費助成制度について、 美里町（負担者番号83040790）の食事負担が 平成26年9月30日まで・・・半額患者負担 平成26年10月1日以降・・・全額患者負担 に変更になりましたので、平成26年10月1日以降、全額患者負担となるよう対応しました。	H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
4	kk 34587	H27.1.1月から難病医療制度が始まりましたが、それに伴って都道府県によっては国の負担者番号とは別に各都道府県で負担者番号が新設されました。 提供された保険番号の登録を「104保険番号マスタ」で行い、「2010地方公費保険番号付加情報」の設定も行えば窓口請求など日々の業務には問題ありません。 しかし、レセプト特記事項に適用区分が記載されません。 例：埼玉県難病（51116028）・適用区分ウ　の場合 添付ファイルのように登録しましたがレセプト特記事項に適用区分が記載されません。 他都道府県でも同様に記載されませんでした。 平成27年1月改正対応 難病・小児慢性（都道府県単独事業）の医療受給者証の適用区分対応 システム管理2010－負担金計算（1）の「患者登録－所得者情報－月上限額入力」に【3 入外上限額・他一部負担累計を入力する（難病・小児慢性適用区分対応）】を追加しました。 難病・小児慢性（都道府県単独事業）について、医療受給者証に適用区分の記載があり、負担金計算やレセプト記載で以下の対応が必要な場合は、3に設定を変更してください。 ＜適用区分対応＞ 患者登録－公費登録で保険番号（956・957）の入力（適用区分の入力）を行った患者は、以下の取り扱いとします。 【70歳未満】 負担金計算 （1）同一月に、該当公費を含む保険組み合わせでの診療がある場合、医保単独分について現物給付計算を行う。 レセプト記載 （1）高額療養費が現物給付された場合は保険欄－一部負担金の記載を行う。	（2）特記事項の記載を行う。 【高齢者】※高齢者は元々現物給付対象としての取り扱いをしている。 レセプト記載 （1）特記事項の記載を行う。 （注：上位所得者・低所得者については、適用区分の入力は任意の為、適用区分の入力が無い場合においても、特記事項の記載を行う） （2）70歳代前半の特例措置（1割据え置き）の場合で、公費欄－一部負担金が上限額に達していない場合、2割計算した額（上限額を超えない額）で公費欄－一部負担金の記載を行う。 ＜補足＞ 保険欄－一部負担金の記載は、システム管理2010－レセプト（2）の「保険欄－一部負担金記載（高齢者）」・「〃（70歳未満）」に準じた記載とします。 デフォルト設定は【1一律”一般区分”での金額記載（記録）とする】【2社保（請求分内）】となっていますので、国の難病と同様に、社保・国保ともに特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載する必要があれば、設定を【0所得区分に準ずる金額記載（記録）とする】【0レセプト請求分全て】に変更してください。 参考： 【0 所得区分に準ずる金額記載（記録）とする】 特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額で記載 【”1 一律”一般区分”での金額記載（記録）とする】 以下の基準額で記載 ・高齢者：（外来）12000円（入院）44400円 ・70歳未満：（入外）80100円＋（医療費－267000円）×1％	H27.2.4

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容		備　考
5		平成27年1月改正対応 難病・小児慢性の患者食事負担計算修正 ・難病（保険番号054） 食事負担が1／2自己負担でない方の公費負担者番号について、実施機関番号が「601」に統一される事となりました。 （「501」の食事負担を一律1／2自己負担とする為） よって、「501」の場合は、自己負担限度額が0円であっても、食事負担を1／2自己負担として計算するよう修正しました。 実施機関番号が「601」の場合は、食事負担は全額自己負担ですが、生活保護（自己負担限度額が0円）の場合は、【食事自己負担なし】です。 但し、自己負担限度額が0円であっても、境界層該当者で、食事負担が免除とならない場合がある為、他一部負担累計に999999又は9999999の入力がある場合は、食事負担を全額自己負担とするよう対応しました。 ＜重要＞ 現在、実施機関番号が「501」＋自己負担限度額が0円であり、【食事自己負担なし】で計算をしたい場合は公費負担者番号を訂正して、レセプト作成を行う必要があります。 審査支払機関からの食事療養費標準負担額の請求で、「501」については、1／2 の額を公費で請求されることとなる為です。	・小児慢性（保険番号052） 食事負担が1／2自己負担でない方の公費負担者番号について、実施機関番号（頭2桁）が「70」に統一される事となりました。 （「80」の食事負担を一律1／2自己負担とする為） よって、「80」の場合は、自己負担限度額が0円であっても、食事負担を1／2自己負担として計算するよう修正しました。 （「70」の場合は、食事自己負担なし） ＜重要＞ 現在、実施機関番号（頭2桁）が「80」＋自己負担限度額が0円であり、【食事自己負担なし】で計算をしたい場合は公費負担者番号を訂正して、レセプト作成を行う必要があります。 審査支払機関からの食事療養費標準負担額の請求で、800番台については、1／2 の額を公費で請求されることとなる為です。	H27.2.4

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	2/6 小児慢性他一部負担累計	小児慢性　入院 （入力例） 入外上限額：2,500円 他一部負担累計：1,200円 上記例で退院仮計算したところ、公費一部負担が1,300円ではなく、上限額の2,500円が上がってきます。	小児慢性の負担金計算修正（入院） 小児慢性の負担金計算（入院）について、他一部負担累計（他医の一部負担金）が計算に反映されていませんでしたので修正しました。 ※2月4日パッチ提供時の修正に不備がありました。 （例）入外上限額2500円、他一部負担累計1200円の場合 入院負担金計算で、自医の一部負担金が1300円でなく、2500円になっていました。1300円になるように修正しました。 ＜重要＞ 小児慢性の他一部負担累計の入力がある方について、2月4日のパッチを適用後、退院計算又は定期請求を行った場合や入院レセプト作成処理を行った場合は、2月9日のパッチ適用後、再処理を行ってください。	H27.2.9

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	kk 34758	745 京都子と小児特定を併用したところ、請求点が間違っていると返戻になったとのことです。 ・使用した保険組合せ：国保＋小児特定＋京都子（実日数1日） 国保＋京都子（実日数3日） ・療養の給付 請求点：保険　21,839　①20,915　②924 ・返戻理由：第二公費と保険総点数を合わせてください。 都道府県設定を他県にすると第二公費は総点数が記載されました。 京都府だと小児特定を差し引いた点数になります。 2013-08-19　京都府国民健康保険団体連合会発行の書類を確認すると、8頁目の事例7，8の保険と第二公費は同点数が記載されていました。 取り急ぎ、医療機関様にはシス管2010の全国公費併用分請求点集計を「0集計する」に変更し対応していただいております。	京都府地方公費対応（平成23年4月診療分以降） システム管理2010－レセプト（1）タブ－全国公費併用分請求点集計 京都府地方公費全般について、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を（2、1）としてレセプト記載を行っていましたが、平成23年4月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0、0）としてレセプト記載を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（0、0）以外で設定済みの場合は、（0、0）に設定変更が必要です。 （0、0）で設定変更した場合であっても、平成23年3月診療分までは、内部的に設定値を（2、1）としてレセプト記載を行います。 ＊＊レセプト記載例（平成27年2月診療分）＊＊ 国保＋052＋京都府地方公費（745） 1000点 国保＋京都府地方公費（745） 500点 レセプト 保険 1500 公1 1000 公2 1500 の記載になります。	H27.2.24
8		大阪府地方公費に関する負担金計算対応について システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）に設定項目を追加し、設定内容による大阪府地方公費に関する負担金計算を可能としました。		H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	kk 34983	東京都マル子におきまして全国公費または都難病との併用時は全国公費の上限額に達していても一部負担金が発生します。 下記資料に記載があります。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/nannbyousyoumannheiyounitsuite.files/200ennhutanarikisaihouhou.pdf 難病、小児慢性に限らず、他の全国公費でも同様とのことです。 全国公費につきましてはシステム管理マスタの「2010　地方公費保険番号付加情報」で設定可能ですが、都難病は設定できません。 負担金計算の対応をお願いできますでしょうか。	東京都地方公費対応（保険番号588（マル子）） システム管理2010－負担金計算（3）タブ－全国公費併用時の特別計算（外来） 平成27年1月7日でパッチ提供した東京都地方公費対応について、保険番号「588」は、平成27年1月診療分以降も、全国公費併用時の特別計算を行う必要がありましたので、システム管理2010に「588」の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010に「588」の設定がある場合で、上記項目が「0」で設定済みの場合は、「1」に設定変更が必要です。 又、主保険＋東京都地方公費の都難病（183・283・383・483）＋588の保険組み合わせの場合においても、全国公費併用時の特別計算を行うよう対応しました。 ＜計算例＞主保険＋183＋588（183の自己負担限度額5000円） 外来 1日目：3000点 患者負担200円 2日目：3000点 患者負担200円 3日目：3000点 患者負担200円 ※183が月上限額に達した日以降も588の一部負担金を発生させます	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	kk 35207	埼玉県さいたま市の公費について 353：子育て支援 353：心身障害者 354：ひとり親 →H27年1月1日から食事療養標準負担額が半額助成が廃止になり、全額負担へ変更になります（添付資料参照） 現在、プログラムで食事療養費標準負担額が1/2が支給の対象となっているようなので、対応お願い致します。 H27年1月1日から変更だったので、1月分の該当患者のレセプトが返戻されてきているそうです。 既に提出してしまった、2月分に関しては仕方ないとのことなので、3月請求分に間に合うよう対応お願い致します。	埼玉県地方公費対応（平成27年1月診療分～） 対象の保険番号（352、353、354） 平成27年1月診療分以降の食事療養に係る患者負担について、「半額助成」が廃止となり、「全額患者負担」に変更になりました。 システム管理2010－負担金計算（2）タブー「食事療養費」付加設定 本人タブー食事療養 保険番号（352、353、354）は、システム管理2010が未設定の場合、上記項目のデフォルト設定値を（2、0）として食事負担計算を行っていましたが、平成27年1月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0、0）として食事負担計算を行うよう修正しました。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（0、0）以外で設定済みの場合は、（0、0）に設定変更が必要です。 （0、0）で設定変更した場合であっても、平成26年12月診療分までは、内部的に設定値を（2、0）として食事負担計算を行います。	H27.3.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
11	kk 34748	愛知県の一部の市町村にて、子ども医療費一部現物給付となりますので、対応のほどよろしくお願いいたします 愛知県地方公費対応（平成27年4月診療分～） 対象保険番号 （外来：581・681・781・271、入院：781・271） 限度額認定証の提示が有り、 3割負担相当額が月上限額に達する場合、以下のような計算にて 患者負担及びレセプト公費－－部負担金を算出するよう対応しました。 計算式： 例1）入院、70歳未満現物給付（限度額認定証：区分ウ）	請求点数55551点 80100＋（555510－267000）×0．01＝82985 82985÷3＝27661．666（1円未満切り上げ）27662円 ＜患者負担＞27660円（27662円の10円未満四捨五入） ＜レセプト公費－－部負担金＞27662円 例2）外来、70歳未満現物給付（限度額認定証：区分ウ）、実日数3日 【1日目】請求点数12345点 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円（10円未満四捨五入） 【2日目】請求点数12345点 12345×10×0．3＝37035 37035÷3＝12345円 ＜患者負担＞12350円（10円未満四捨五入） 【3日目】請求点数12345点 80100＋（370350－267000）×0．01＝81134 81134－（37035＋37035）＝7064 7064÷3＝2354．666（1円未満切り上げ）2355円 ＜患者負担＞2360円（2355円の10円未満四捨五入） ＜レセプト公費－－部負担金＞ 80100＋（370350－267000）×0．01＝81134 81134÷3＝27044．666（1円未満切り上げ）27045円	H27.4.8

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	kk 35518	倉敷市の医院さんで、054難病（上限2500円）と380障低所の公費を持っている患者さんの問い合わせを受けました。 内容としては、 2/2は国保・難病・障低所で173点、一部負担170円 2/6（1）は国保・難病・障低所で882点、一部負担180円 2/6（2）は国保・障低所で712点、一部負担710円 他一部負担入力画面では、 2/2自院350円 2/4他院1670円 2/5他院480円 2/6自院0円 となっています。 まず1つ目の質問として、 2/5の時点で、難病公費での上限額が2500円に達しているので 2/6（1）の一部負担金は上がってこないと思うのですが、180円であがってくるのはなぜかというところです。 2つ目の質問として、 レセでの一部負担金額は、054難病公費で350円、380障低所で1058円となっているのですが、国保から、障低所の一部負担金額は1058円ではなく1062円です、と訂正の連絡が入ったそうです。 4円の端数はどこから生じたのでしょうか。	負担金計算時の収納内部項目編集修正 システム管理2010－負担金計算（3）タブー全国公費併用時の特別計算（外来）の設定が「1」の場合の収納内部項目編集に不備がありましたので修正しました。 （例）国保（3割）＋054難病（上限2500円）＋岡山県地方公費380 2月2日：国保＋054＋380（173点）患者負担170円 2月6日（1）：国保＋054＋380（882点）患者負担180円 2月6日（2）：国保＋380（712点）患者負担710円 他一部負担入力 2月4日 1670円 2月5日 480円 ＜レセプト＞ 保険　1767 公費1（054）　1055　350　→　350 公費2（380）　1767　1058　1062（※） （※） 2月6日（1）の負担金計算時の収納内部項目編集に不備がありました。パッチ適用後に再計算又は診療訂正登録を行い、再度レセプト作成すると「1062」が記載されます。 ＜補足＞ 岡山県地方公費全般について、システム管理2010に設定がない場合、「全国公費併用時の特別計算（外来）」のデフォルト設定値を「1」とし、負担金計算を行っています。	H27.4.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	support 20150421-010	難病と生保併用で入院のレセプトの標準負担金額の公費1（難病）と公費2（生保）にそれぞれ23400円が記載されている事例がありました。基金に問い合わせされたところ、公費2の欄を「0」で記載するようにとのことでした。 標準負担金額の公費2の欄に「0」を表示することは可能でしょうか。	難病（54）・小児慢性（52）の食事負担計算修正 ・難病単独で入院登録 （生活保護世帯、月上限額0円、公費負担者番号（5桁目から3桁）が「601」） この場合、食事が全額自己負担になっていましたので、「食事負担なし」となるよう修正しました。 ・小児慢性単独で入院登録 （生活保護世帯、月上限額0円、公費負担者番号（5桁目から2桁）が「70」） この場合、食事が半額自己負担になっていましたので、「食事負担なし」となるよう修正しました。	H27.4.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	kk 35612	請求額が変更される件につきまして 外来負担金計算修正（システム管理2010の機能について） 現状、システム管理2010の ・現物給付対象者の特別計算（高齢者・外） ・長期併用時の特別計算（外来） ・負担金未発生分の回数カウント（外来） の機能（設定値が0でない場合）について、診療済みの負担相当額や回数を収納データから取得する際、計算対象の収納データの伝票番号より小さい伝票番号の収納データのみを参照して計算を行っています。 （計算対象の診療データの伝票番号より大きい伝票番号の収納データは参照していません） 上記の機能（設定値が0でない場合）をシステム管理1039の「一括再計算順」が「1 診療日順」で設定されている場合、診療済み収納データの参照判断を【伝票番号】でなく、【診療日】を元に行うよう修正しました。 ・計算対象の収納データの診療日より小さい診療日の収納データは参照します。 ・計算対象の収納データの診療日より大きい診療日の収納データは参照しません。 ・計算対象の収納データの診療日と同じ診療日の収納データは伝票番号を元に判断します。	（例）後期高齢1割＋広島県地方公費191、所得区分：一般 システム管理2010の「現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）」・・・「1」で設定済 システム管理1039の「一括再計算順」・・・「1」で設定済 ＜外来＞ 3月11日 15000点（主保険負担相当額）15000円 3月25日 15000点（主保険負担相当額）15000円 3月1日　 15000点（主保険負担相当額）15000円 上記の順で診療行為入力を行った場合、入力時の患者負担はそれぞれ 3月11日 200円 3月25日 0円 3月1日　 200円（※11日と25日の収納データは参照しない） となります。 この場合、3月11日分は再計算で0円にする必要があります。 （1日の診療で、診療済み主保険負担相当額が12000円以上になる為） ＜重要＞ 診療日順に入力を行っていない場合は、上記例のように診療済み分について再計算が必要となる場合があります.	H27.5.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
18	kk 36408	平成27年10月から東京都マル子の計算方法が変わります。 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/iryoujoseiseikyuuhouhou.html http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/iryoujoseiseikyuuhouhou.files/ziritsu-maruko-itibureseputo.pdf 現在、東京都で保険番号588の場合、システム管理マスター「2010　地方公費保険番号付加情報」の「負担金計算（3）」タブー”全国公費併用時の特別計算（外来）”のデフォルト値が「1」となっていると思います。 平成27年10月以降はデフォルト値の設定が不要となると思われます。	東京都地方公費対応（保険番号588）（平成27年10月診療分以降） システム管理2010－負担金計算（3）タブー全国公費併用時の特別計算（外来） 保険番号588について、システム管理2010の設定がない場合、上記項目のデフォルト設定値を（1，0）としていますが、平成27年10月診療分以降の対応として、デフォルト設定値を（0．0）に変更します。 ＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（1，0）で設定済みの場合は、（0．0）に設定変更が必要です。 （0．0）で設定変更した場合であっても、平成27年9月診療分までは、内部的に設定値を（1，0）として処理を行います。 ＜計算例＞ 主保険+052+588（052：自己負担限度額5000円）（就学前） 外来 1日目：1200点 患者負担200円（052：一部負担2400円） 2日目：1250点 患者負担200円（052：一部負担2500円） 3日目：2000点 患者負担100円（052：一部負担100円） 4日目：1000点 患者負担0円（052：一部負担0円）	H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
31	kk 37805	[東京都地方公費]マル都・マル障算定時の患者自己負担 ＜現状の問題点＞ 平成28年4月の外来・透析患者にて外来診療を計算した際、1万円の上限金額まで計算されなかった。 ＜詳細＞ 該当の患者が使用している保険は以下となります。 ・協会けんぽ(65歳) ・974　長期(上位) ・966　高額　イ ・182　マル都 ・180　マル障 使用している組合せは以下となります。 [1]　協会＋マル都＋マル障＋長期(上位 [2]　協会＋マル障 今月受診が以下となり、合わせて算定した点数・金額を記載いたします。 点数　金額 4/1(1)[1]　5259　5260 4/1(2)[2]　88　90 4/4[1]　3060　3060 4/5[1]　300　300 4/6[1]　2777　1290 合計 10000 4/1(2)ですが、[2]の保険を使用しているため、[1]の集計とは別計算と考えております。 この場合、以下のどちらとなるのが正しいのでしょうか。 ・[1][2]を含めた金額が1万円となる。 ・[2]の金額は別とし、[1]のみで1万円となる。 →　4/6の金額は1380円となり、合計は10090円となる。	東京都地方公費負担金計算修正 (例)70歳未満、限度額認定証適用区分「イ」(966を公費登録) 保険組み合わせ: ・協会＋182マル都＋180マル障＋974長期(上位 (※1) ・協会＋180マル障 (※2) 1日目:複数科保険入力 (※1) 5259点 患者負担5260円 (※2) 88点 患者負担90円 2日目:(※1) 3060点 患者負担3060円 3日目:(※1) 300点 患者負担300円 4日目:(※1) 2777点 患者負担1290円 → 1380円 4日目の患者負担が「1380円」になるよう修正しました。 パッチ適用後、収納業務で一括再計算を行ってください。	H28.5.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32	support 20160421-026	医療機関様より原爆単独の方についてご質問がございました。 診療を添付しおります内容ですが、原爆をお持ちの方で、保険未加入の場合に患者が7割支払うとの記載がございますが、その場合のORCAでの入力方法をご教授いただけますでしょうか。	19原爆一般単独の負担金計算・レセプト対応 （平成28年4月診療分以降で対応） 保険未加入者（生活保護受給者を除く）の場合、公費負担は3割分で、残りの7割分は患者負担となります。 ＜該当患者の対応について＞ 1．患者登録－所得者情報－公費負担額欄の入力 （1）公費の適用開始日が平成28年4月1日以降である場合に公費負担額欄の入力を可能とします。 （2）登録済みの公費の適用開始日が平成28年4月1日以前の場合は、適用期間を区切って登録してください。 （3）「外来負担（%）」「入院負担（%）」と表示された入力欄に「70」を入力してください。 （4）システム管理1017（患者登録機能情報）の「13：公費上限額履歴チェック」について、19原爆一般はチェック対象外としますので、この設定が「1チェックする」、かつ、公費負担額欄が未入力であっても警告メッセージ（警告！！公費負担額の設定がない公費があります。）は表示しません。 2．負担金計算 上記の入力を元に、7割分を患者負担とする負担金計算を行います。 3．レセプト （1）公費欄－一部負担金欄は空欄とします。 （2）摘要欄に「自己負担 7割」を記載します。	H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	kk 38155	平成28年8月より、熊本県菊池市のひとり親家庭医療費助成が現物給付となります。 医療機関は市へ専用請求書での請求となりますが、患者負担が一部負担の3分の1となります。 窓口で手計算を行うことは医療機関側の負担となるため専用のマスタを作成して頂いてもよろしいでしょうか？ 熊本県菊池市ひとり親家庭等医療の負担金計算対応 （平成28年8月診療分からの制度）（外来のみ） 対象保険番号：443 （1）主保険一部負担金（負担割合相当額）の一月累計金額が21000円未満の場合、1/3計算対象で、その会計の主保険一部負担金の1/3の金額を患者負担とする。 21000円以上となる場合、1/3計算対象外で、その会計の主保険一部負担金を患者負担とする。 （2）マル長や他公費を併用する場合は、1/3計算対象外で、公費一部負担金を患者負担とする。 （マル長や他公費併用分は、主保険一部負担ではなく、患者負担の金額を累計する） 【重要】 一月累計金額が21000円以上となる場合、その会計から1/3計算対象外となるため、同一月に1/3計算した「主保険＋ひとり親」の診療済み分があれば、再計算を行い、その会計の主保険一部負担金を一旦支払っていただく必要があります。 同一月に「主保険＋ひとり親」の診療済み分があれば、確認の意味で、会計後に収納業務の一括再計算を行うようにしてください。（患者負担が変われば差額を徴収してください） （例1）【1日目】協会3割＋ひとり親　2932点の場合 2932点×10円×0.3＝8796円（10円未満四捨五入）8800円 一月累計金額：8800円 21000円未満なので、1/3計算対象 患者負担： 8800円×2÷3＝5866．666円（少数点以下切り捨て）5866円 8800円－5866円＝2934円	（1/3計算対象の場合、上記計算での1円単位の金額が患者負担となる） 【2日目】協会3割＋ひとり親　4937点の場合 4937点×10円×0.3＝14811円（10円未満四捨五入）14810円 一月累計金額：8800円＋14810円＝23610円 21000円以上となるので、1/3計算対象外 患者負担：14810円 （1/3計算対象外の場合、その会計の主保険一部負担金の金額が患者負担となる） ◎このケースでは、【1日目】の再計算を行い、主保険一部負担金を一旦支払っていただく必要があります。 （例2）【1日目】協会3割＋難病（上限5000円）＋ひとり親3000点の場合 マル長や他公費を併用する場合は1/3計算対象外 患者負担：5000円 【2日目】協会3割＋ひとり親 4000点の場合 4000点×10円×0.3＝12000円 一月累計金額：5000円（※）＋12000円＝17000円 （※マル長や他公費併用分は、患者負担の金額を累計する） 21000円未満なので、1/3計算対象 患者負担：4000円 （例3）【1日目】協会3割＋ひとり親 6000点の場合 6000点×10円×0.3＝18000円 一月累計金額：18000円 21000円未満なので、1/3計算対象 患者負担：6000円 【2日目】協会3割＋難病（上限5000円）＋ひとり親 3000点の場合 マル長や他公費を併用する場合は1/3計算対象外 患者負担：5000円 ◎このケースでは、一月累計金額が（18000円＋5000円＝23000円）で21000円以上となるため、【1日目】の再計算を行い、主保険一部負担金を一旦支払っていただく必要があります。	H28.7.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
34	request 20160520-003	静岡県の医療機関において、長期の負担金計算が正しくされません。 H25.4.1 ?H28.4.25「社保」＋「185マル障」＋「972長期」 H28.4.26?9999999 「国保」＋「185マル障」＋「974長期(上位」 上記のように、月途中で「社保」→「国保」になるとともに「972長期」→「974長期(上位」に変更になった場合、社保で¥10,000、国保で20,000 と計算されるべきですが、社保で¥10,000、国保で10,000 と計算されてしまいます。 「185マル障」の期間を「?H28.4.25」「H28.4.26?」に区切ると正しく計算がされますが、自動で正しく計算されるように対応をお願いいたします。	日・月上限額設定のない地方公費＋マル長の負担金計算で、月途中でマル長の適用期間を区切った場合（地方公費の適用期間は区切っていない）、保険組み合わせ変更後の地方公費負担金計算において、地方公費の適用期間を区切ることなく、保険組み合わせ変更前の地方公費の一部負担金を引き継がない計算を行うように対応しました。	H28.10.26
35	kk 50132	難病とマル都をお持ちの患者さんで、難病の上限は、20,000円です。 マル都が10,000円を負担するため、10,000円を超えた場合、負担金が上がるはずですが、上がっていない時がありますが、操作に誤りがありますでしょうか。 上がっている金額が誤っている気がするとのことです。 月の途中で、マル都を入力したようです。診療行為の訂正登録は、すべての日で行ったとのことです。	設定額を助成する負担金計算修正 以下の事例の場合、正しく負担金計算ができていませんでしたので修正しました。 （例）外来 協会（3割）＋難病（上限20000円）＋東京都地方公費１８２＋９７４（マル長上位） （１８２：患者負担を10000円助成する公費） １日目：請求点数 2000点 患者負担0円（難病の4000円を助成） ２日目：請求点数 3500点 患者負担1000円（難病の6000円を助成） ３日目：請求点数 5000点 患者負担3500円→9000円（※） （※） ３日目の９７４（マル長上位）の一部負担金が3500円で、9000円と3500円を比較して、小さい金額を患者負担としていましたので、その計算部分を修正しました。	H28.10.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
36	kk 50074	【徳島県】ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書記載方法について（通知） 徳島県地方公費対応（ひとり親149） （平成28年10月診療分以降） 外来負担金計算について、全国公費併用（保険番号010を除く）の場合、公費一部負担金は償還払いとなります。 ＜事例1＞外来、難病上限2500円 1日目：主保険＋難病＋149　請求点数5000点　患者負担2500円（償還払い） 2日目：主保険＋149　請求点数3000点　患者負担1000円 （2日目の149の負担金計算 ・・・ 全国公費併用の149の一部負担金は考慮しない） レセプト記載（社保・国保同様） 保険　8000 公1　5000　2500 公2　3000　1000 （※）公2の請求点数は8000－5000=3000 （※）公2の一部負担金は2500を計上しない。1000のみ計上する。	＜事例2＞外来、難病上限2500円 1日目：主保険＋難病＋149　請求点数8000点　患者負担2500円（償還払い） レセプト記載（社保・国保同様） 保険　8000 公1　2500 公2　0 （※）公2の請求点数は8000－8000=0 （※）公2の一部負担金は2500を計上しない。0ではなく、空欄とする。 （レセ電も0の記録はしない） 又、システム管理2010－レセプト（1）タブ－全国公費併用分請求点集計の「36徳島（地域公費全般）」のデフォルト設定を左右（4、0）から左右（3、0）に変更しました。 ＜重要＞ 既にシステム管理2010に登録がある保険番号については、左右（3、0）に設定変更する必要があります。	H28.11.28
37		現物給付対象者で、月途中で所得者情報の入力を行った場合（1日に遡るなど）、同月の診療済分について再計算を行う必要がありますが、再計算をされていない場合、同月内に所得区分が異なる会計が存在する事となります。 このような場合は、所得区分毎に月上限額に達するまでの負担金計算を行う事としていますが、後期高齢についてはこの対応ができていませんでしたので修正しました。 （補足） 月途中で所得者情報の入力を行った場合は、その時点で、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の「6：一括再計算方法」を「1」で設定し、「一括再計算」を行う事を推奨します。		H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
38	kk 50074	【徳島県】ひとり親家庭等医療費助成事業に係る診療（調剤）報酬明細書記載方法について（通知） の資料が医療機関に届いていますのでご報告させていただきます。	徳島県地方公費対応（ひとり親149） （平成28年10月診療分以降） 入院負担金計算について、全国公費併用（保険番号010を除く）の場合、公費一部負担金は償還払いとなります。 （補足） 外来負担金計算については、同様の対応を平成28年11月28日パッチで提供済みです。	H28.12.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	kk 50183	外来レセプトの一部負担金が違うのではないかと国保から指摘を受けたと言われました。 その患者さんの保険情報は、 主保険：後期高齢者、低所得1 公費1：更生（5000円／月） 公費2：91障害（200円×4回） 公費：長期（10000円／月） 提出されたレセプトの一部負担金額欄には、 保険　14000 公費1　4580 公費2　　600 と記載されており、国保からの指摘としては、保険の部分の14000円の記載が、13420円ではないか、とのことです。 8000円＋（10000円－4580円） 　低所得　　長期　　更生	2．この項目の広島県地方公費全般のデフォルト設定を左右（1、1）から左右（3、1）に変更しました。 ※既にシステム管理2010に登録がある広島県地方公費については、設定を左右（3、1）に変更していただく必要があります。 設定変更がされていないと下記レセプト記載はされません。 3．この項目が「3」で設定された場合は、（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額一公1負担金）を比較する際、月上限額は10000円でなく、8000円で計算を行います。 ＜例＞ 外来、後期高齢（1割）、低所得1、更生（月上限額5000円） 1日目：後期高齢＋更生＋広島県地方公費191＋972 　請求点数20000点 2日目：後期高齢＋広島県地方公費191＋972 　請求点数 4000点 レセプト記載 　　（10000）　（10000） 保険　24000　14000　→　13000（※） 公1　20000　5000　　5000 公2　24000　　200　　200 （※） 主＋地＋長の主保険負担相当額＝4000円 月上限額8000円－公1負担金5000円＝3000円 3000円の方が小さいので、保険欄の括弧再掲（下）の金額は、3000円 よって、保険欄－一部負担金の金額は、 10000円＋3000円＝13000円となります。	H29.1.26
		広島県地方公費レセプト対応 外来＋高齢者＋低所得者で、かつ、「主保険＋全国公費＋地方公費＋マル長（分点ありの場合）」のレセプトについて、これまでとは異なる保険欄の括弧再掲（下）の金額計算を可能としました。 ＜対応内容＞ 1．システム管理2010－レセプト（3）タブ 　保険欄の括弧再掲（下）金額計算（高齢者） 　主＋全＋地＋長（分点ありの場合） 　の左側の設定項目に「3　1と同様（外来＋高齢＋低所の場合、低所の月上限額で計算を行う）」を追加しました。		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40	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が、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のように行います。 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－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。		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41	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ででました。 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－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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	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－レセプト（１）タブ－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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	kk 50185	千葉県の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円でとまらず難病（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と他の公費併用時の負担金計算の設定をご教授下さい。 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。	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
44		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
46		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点×10円×0．3＝8796円 8796円×2÷3＝5864円 8796円－5864円＝2932円（患者請求額2930円） ＜計算例2＞「主保険（2割）＋281」2932点の場合 2932点×10円×0．2＝5864円 5864円×2÷3＝3909．333円（少数点以下切り捨て）3909円 5864円－3909円＝1955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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47	kk 51477	福島県会津若松市 H29年10月1日から重度心身障がい医療費の助成方法が変更になるようです。 社保の場合は点数に係わらず元々ある保険番号マスタ（282：飯障）で対応できると思います。 国保、国保組合、後期高齢の場合は点数によって請求方法が異なるようなので新たな保険番号マスタが必要のようです。 福島県会津若松市重度心身障がい医療費負担金計算対応 （平成29年10月診療以降）（入外） （1）社保及び後期高齢の方　・・・　保険番号382を使用 （2）国保及び国保組合の方　・・・　保険番号482を使用 一月累計点数が7000点未満の場合　→　医療費の患者負担なし、食事の患者負担あり 一月累計点数が7000点以上の場合　→　医療費の患者負担あり（償還払い）、食事の患者負担あり ※国保で、一月累計点数が7000点以上で、高額療養費の申請書が提出された場合は、現物給付（医療費の患者負担なし）が可能となる。その場合は、保険番号を382に変更して対応ください。 （3）受給者証に「償還」と記載された方　・・・　保険番号582を使用 ※保険番号482に関する注意事項について （1）システム管理2010－負担金計算1タブ－設定額未満・以上で異なる負担金計算 医療費負担金計算（外来）及び医療費負担金計算（入院）の左側の設定項目を「2」で設定してください。 （2）＜外来＞ 一月累計点数が7000点以上となる場合、現物給付ができなくなるため、医療費の一部負担金を一旦支払っていただく事になります。 同一月に「重度心身障がい医療費」の診療済み分があれば、確認の意味で、会計後に必ず収納業務の一括再計算を行うようにしてください。 患者負担が変われば差額を徴収してください。 使用する保険組み合わせによっては、一月累計点数が7000点以上となる会計でも患者負担が発生せず、診療済分で患者負担が発生する場合もあります。	（例）国保＋15更生（上限5000円）＋保険番号482 1日目 6000点 患者負担0円 2日目 2000点 患者負担0円（1日目で15更生は上限5000円に達しているため） 再計算で1日目の患者負担が5000円となる。 （3）＜入院＞ 1．定期請求に関して、公費の特性上、該当患者については、入退院登録－定期請求設定を（2 月末時のみ請求）とし、運用する事を推奨します。 （例）定期請求設定を（1 医療機関での設定）としている 定期請求が月2回ある 1回目の定期請求分が7000点未満 2回目の定期請求分が累計7000点以上となる場合、定期請求設定を（2 月末時のみ請求）に変更し、定期請求を個別に月末一括請求で行う必要があります。 2．同月内で再入院がある場合 退院分が7000点未満、再入院分が累計7000点以上となる場合、退院分について、退院再計算で請求額を発生させる事が出来ませんので、手計算頂き、再入院分に調整金として入力して下さい。 ※医療費負担金計算（外来）及び医療費負担金計算（入院）の左側の設定項目を「2」で設定した場合について（「1」で設定した場合との相違点） 左側の設定項目を「1」で設定した場合（月上限額21000円の保険番号マスタ）、例えば、国保＋15更生（上限5000円）＋地域公費や国保＋地域公費＋長期（上限10000円）の場合、点数が高くなっても、それぞれの上限が21000円未満のため、患者負担相当額が21000円以上になる事はなく、現物給付（医療費の患者負担なし）になるのですが、保険番号482は点数が判定基準のため、一月累計点数が7000点未満は現物給付（医療費の患者負担なし）で、一月累計点数が7000点以上は現物給付ができなくなるため、医療費の一部負担金を一旦支払っていただく事になります。	H29.9.21

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	kk 51794	大阪の医療機関さまより、29年7月に「主保険」と「186マル乳」を持参された患者さまで、7月7日、11日、14日、18日、21日、25日、31日と受診されました。 7/7と7/11に500円2回の請求ですので、本来は14日から支払いなしとなりますが、7月31日に受診の時に 「主保険」と「182マル母」の保険証を提示され、7月26日からマル母が有効となり、マル母を登録し、診療行為を計算したところ、請求が500円となりました。 マル母の発行元に、負担金について問い合わせたところ、支払わなくても良い負担金とわかっているものは請求せずにシステム上で処理をしてくださいと言われたとのことです。 このような場合、マスタ登録などで登録をすることで、月後半分の負担金を請求しないよう設定することができるのでしょうか？	大阪府地方公費負担金計算対応（入外） 「患者の所持する地方公費が月途中で法別番号の異なる地方公費に変更になった場合」の変更後の地方公費の負担金計算で、変更前の地方公費の一部負担金や診療回数の引き継ぎを可能としました。 1．システム管理2010（負担金計算1タブ）ー「月途中受給者証変更時負担金計算」の右側の設定項目に、「グループ（A）設定」～「グループ（J）設定」を追加します。（複数のグループ設定が可能となるようA～Jの10グループを追加します） 2．引き継ぎを行いたい場合 （（例）月途中で乳幼児医療費（法別86）から母子家庭医療費（法別82）に変更となった場合）は、乳幼児医療費・母子家庭医療費ともに、「月途中受給者証変更時負担金計算」の右側の設定項目をA～Jのうち同じ区分で設定し、さらに左側の設定項目も同一設定にしておきます。 3．上記の設定を行う事により、法別番号に関係なく、引き継ぎが可能となります。 上記の例で、変更前（乳幼児医療費）に2回の患者負担があれば、変更後（母子家庭医療費）は患者負担無しとなります。又、変更前（乳幼児医療費）に1回の患者負担があれば、変更後（母子家庭医療費）は残り1回の患者負担となります。（乳幼児医療費・母子家庭医療費は、ともに「1日上限500円（月2回まで）」の患者負担がある制度です）	H29.10.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	support 20171018-013	食事負担金のことでお尋ねします。 協会＋更生＋難病（54）＋障害（91）＋長期の保険を持たれている患者様ですが、協会＋更生＋障害＋長期で入院登録をおこなっております。 診療行為入力画面で、それぞれ下記の組合せで登録しています。 ①協会＋更生＋障害＋長期 ②協会＋難病＋障害＋長期　←難病治療が無い日は実日数算定のコードを入力 難病の治療があるため、食事の標準負担額とが260円となるはずが、360円の負担となるということで連絡をいただきました。 データを確認いたしましたが、実日数算定を難病の保険組合せに入力しているにも関わらず食事負担の計算が260円×日数となりません。	算定月に有効な難病公費を含む保険組合せが10件を超えている場合に、11件目以降の保険組合せで診療入力を行った場合、該当日の食事負担額が1食260円の据え置き金額とならない不具合がありましたので修正しました。	H29.10.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50	kk 52189	熊本市の子ども医療費助成制度が変更となります。 平成29年12月31日まで ※一部負担金が21,000円以上の場合は償還払い 0歳～2歳…無料 3歳～小学3年生…500円/月 平成30年1月1日から ※一部負担金が21,000円以上の場合は償還払い 0歳～2歳…無料 3歳～小学3年生…700円/月 小学3年生～中学3年生…1,200円/月 以下、対応が必要と思われます。 いかがでしょうか？ 0歳～2歳までは現行制度と新制度ともに変更がないので今まで通り「341　熊乳幼児」を使用可。 3歳～小学3年生は一部負担金が500円/月から700円/月へ変更なので「241　乳幼児」の一部負担金を500円から700円へ変更。 小学3年生～中学3年生の一部負担金が1,200円/月の制度は平成30年1月1日から新しくできた制度なので公費の種類の追加が必要。	＜小学4年～中学3年＞ 入院　21，000円未満の場合、患者負担無し 　　21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い） 外来　21，000円未満の場合、月上限額1200円 　　21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い） 上記の負担金計算を可能とするため、システム管理2010 地方公費保険番号付加情報－負担金計算（1）タブ 　設定額未満・以上で異なる負担金計算 　　医療費負担金計算（外来） 　　医療費負担金計算（入院） の左側の設定項目に「3　＜未満＞通常計算＜以上＞患者負担あり（全額）【設定額 21000円】」を追加しました。 又、熊本県には【設定額 20000円】の設定が必要な地方公費もある事から併せて「4　＜未満＞通常計算＜以上＞患者負担あり（全額）【設定額 20000円】」も追加しました。 熊本県熊本市子ども医療の該当保険番号については、マスタ登録設定ガイドに従って 　設定額未満・以上で異なる負担金計算 　　医療費負担金計算（外来） 　　医療費負担金計算（入院） の設定が必要となります。 1か月の患者負担相当額の累計額が21，000円未満までは月上限額を超える患者負担は発生しませんが、累計額が21，000円以上となる会計分から「主保険又は上位公費の一部負担金」が患者負担となります。 そうなる場合は、同月診療済分も「主保険又は上位公費の一部負担金」を患者に支払っていただく必要があります。 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う事を推奨します。計算差額が発生したら患者に再請求してください。	H29.12.20
		熊本県熊本市子ども医療負担金計算対応 平成30年1月診療分からの熊本県熊本市子ども医療の患者負担は以下のように変更になります。 ＜0歳～2歳＞ 　入院・外来 　　21，000円未満の場合、患者負担無し 　　21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い） ＜3歳～小学3年＞ 　入院　21，000円未満の場合、患者負担無し 　　21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い） 　外来　21，000円未満の場合、月上限額700円 　　21，000円以上の場合、全額患者負担（償還払い）		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
51	kk 52564	・都道府県名：愛媛県 ・発　行　元：愛媛県国民健康保険団体連合会 ・タイトル・資料名：第二公費以降に地方単独福祉医療が発生する場合の請求方法（国保・後期レセプト）について ・提供資料：ファイルにて添付いたします。（地域公費および国保総括表・請求書対応プログラム　愛媛県資料提供に同文章展開ございます。2017-04-10） https://ftp.orca.med.or.jp/pub/data/receipt/chihoukouhi/p38/2017-04-07-ehime.pdf ≪内容≫ 平成30年2月からの請求支払いシステムが更改されることに伴い、平成29年12月31日までに標準システムの請求方法に統一してほしい。未対応の場合は、該当レセプトを返戻する場合がある。 愛媛県国民健康保険団体連合会様へ詳細を伺ったところ、平成29年12月診療分より対応してほしいとのことでした。	＜対応方法＞ これまでは、愛媛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、システム管理2010地方公費保険番号付加情報－レセプト（1）タブ 「全国公費併用分請求点数集計」の設定値を左右（3、1）とみなし、レセプト記載（記録）を行っていましたが、平成29年12月診療分からは設定値を左右（0、0）とみなし、レセプト記載（記録）を行うよう変更します。 又、愛媛県地方公費全般について、システム管理2010を設定登録する際の「全国公費併用分請求点数集計」のデフォルト設定値を左右（3、1）としていましたが、左右（0、0）に変更します。	H29.12.20
		愛媛県地方公費レセプト記載（記録）対応 これまでは、国保及び後期高齢レセプトで、全国公費と愛媛県地方公費を併用する場合、 (1)「全国公費＋愛媛県地方公費」の保険組み合わせの算定点数を地方公費の請求点数欄に集計しない。 (2)「全国公費＋愛媛県地方公費」の保険組み合わせの算定実日数を地方公費の実日数欄に集計しない。 の記載（記録）方法でしたが、平成29年12月診療分からは (1)「全国公費＋愛媛県地方公費」の保険組み合わせの算定点数を地方公費の請求点数欄に集計する。 (2)「全国公費＋愛媛県地方公費」の保険組み合わせの算定実日数を地方公費の実日数欄に集計する。 の記載（記録）方法に変更します。	＜重要＞ システム管理2010の設定がある場合で、上記項目が（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29年11月診療分までは、内部的に設定値を（3、1）としてレセプト記載（記録）を行います。	

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	kk 52189	平成29年12月20日にパッチ提供しました「熊本県熊本市子ども医療負担金計算対応」の追加対応です。 レセプト請求する地方公費で、かつ、 保険番号マスタの「レセプト記載」設定が「0」で、かつ、 システム管理2010－負担金計算（1）タブ 　設定額未満・以上で異なる負担金計算 　　医療費負担金計算（外来） 　　医療費負担金計算（入院） の左側の設定が「1～4」の場合、1か月の患者負担相当額の累計額が設定額以上となる場合であっても該当地方公費がレセプト記載されてしまうため、以下の設定を追加し、設定額以上となる場合はレセプト記載しないとすることを可能としました。 ========== システム管理2010－レセプト（2）タブ 　「レセプト記載」付加設定 　　設定と異なる記載（外来） 　　設定と異なる記載（入院） の左側の設定項目に「3　設定額以上記載なし（設定額未満・以上で異なる負担金計算）」を追加 ==========	（例）熊本県地方公費380（月上限額500円） 保険番号マスター「レセプト請求」・・・「0」 保険番号マスター「レセプト記載」・・・「0」 （500円未満の場合もレセプト記載する） 熊本県地方公費380について、 システム管理2010－負担金計算（1）タブ 　医療費負担金計算（外来）・・・　左右（4、0） システム管理2010－レセプト（2）タブ 　設定と異なる記載（外来）・・・　左右（3、0） で設定した場合、 外来レセプト 患者負担相当額20000円以上の場合、380はレセプト記載しない 患者負担相当額20000円未満の場合、380はレセプト記載する となります。	H30.1.23

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	request 20161209-001	主保険+限度額適用認定証（区分オ）の患者に対して自己負担分を患者請求する場合の第三者行為の窓口精算について下記URLのP21(2)に「通常診療分と第三者行為診療分が同一月で混在する場合は、通常診療分を優先します。」とありますが、 https://ftp.orca.med.or.jp/pub/data/receipt/outline/update/improvement/pdf/daisanshakoui-taiou-jibaiseki-2016-01-26.pdf 医療機関様より、第三者行為診療分を優先したいので例えば上限額35400円を超える治療を第三者行為で行った場合の請求書兼領収書の入金額は第三者行為で35400円、通常診療分は0円として印字させたいという要望がありました。 例えばシステム管理マスタ「4001労災自賠医療機関情報」でどちらを優先させるか変更出来るようになりませんでしょうか？	2．外来の場合、収納業務の一括再計算で、第三者行為診療分を優先した負担金計算を行います。 第三者行為を含む保険組み合わせで「099999931」の診療行為入力を行った際は、(K03)診療行為入力－請求確認画面において、″★★ 収納業務で一括再計算を行ってください★★″とメッセージ表示を行います。 一括再計算該当者は、収納業務の再計算該当者一覧において確認可能とします。 一括再計算を行った場合、再計算該当者一覧から削除します。 3．入院の場合、退院計算・定期請求・退院時仮計算・レセプト仮収納データ作成時に、第三者行為診療分を優先した負担金計算を行います。 （定期請求に関して、入退院登録－定期請求設定を（月末時のみ請求）とする事を推奨します） 4．外来・入院ともに、第三者行為診療分を優先した負担金計算を行う条件として、第三者行為を含む保険組み合わせで「099999931」の診療行為入力があっても、該当月に公費併用分がある場合は、その計算を行いません。 5．月次統計で「一括再計算該当者チェック表」の処理を行い、一括再計算該当者となった場合、チェック表の備考欄には「第三者行為現物給付（第三者行為分の優先計算該当）」と記載します。 6．医保レセプト－摘要欄（（第三者行為）一部負担額）の金額記載（記録）や自賠責（第三者行為）レセプト－患者負担額欄の金額記載について、第三者行為診療分を優先した金額記載（記録）を行います。	H30.1.23
		第三者行為現物給付に関わる負担金計算対応 外来・入院の現物給付計算（窓口計算）について、通常診療分と第三者行為診療分が同一月で混在する場合、第三者行為診療分を優先した負担金計算を可能としました。併せて、レセプト記載（記録）の対応も行いました。 1．第三者行為診療分を優先した負担金計算を行う場合は、診療行為入力から外来・入院ともに第三者行為を含む保険組み合わせでシステム予約コード「099999931 第三者行為分優先計算」の入力を行います。		

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	kk 52920	愛媛県地方公費の第二公費集計方法についてご連絡致します。 H29.12診療分より集計方法が変更されておりますが、国保連合会より、H29.11診療分以前のレセプトについてもH29.12以降に月遅れで請求する場合は、H29.12以降の集計方法で提出するようにと連絡がありました。	愛媛県地方公費レセプト記載（記録）修正 平成29年12月20日にパッチ提供した愛媛県地方公費レセプト記載対応で、【システム管理2010－レセプト(1)タブ－「全国公費併用分請求点数集計」が(0、0)であっても、平成29年11月診療分までは、内部的に設定値を(3、1)としてレセプト記載（記録）を行います。】としましたが、平成29年11月診療以前分（月遅れ請求分）も平成29年12月診療以降分と同様の記載が必要なため、上記【】の対応は取り止めました。	H30.2.26
55	support 20180105-026	社保・生保併用の入院レセプト 東京支部の回答は 療養の給付 　保険　負担金額　15000円 　公費①　　36520円（福祉事務所が支払能力に応じて決定した金額） 上記の記載が正しいといわれています。 また、窓口負担（実際に患者様が病院で支払われる額）も36520円といわれています。	生活保護の医療券に記載された入院の月上限額は、医療費部分だけでなく、食事負担も含むものとして負担金計算を行います。 1．生活保護の食事負担計算について、「（生活保護の医療券に記載された月上限額）－（計算した生活保護の一部負担金）」（※1）が0円でない場合、（※1）と食事標準負担額を比較し、小さい方を食事負担とする。 2．生活保護単独の場合は、（※1）と食事療養費を比較し、小さい方を食事負担とする。 3．生活保護のレセプト公費一部負担金は、一部負担金と食事負担の合計額を記載する。 4．「残留邦人等」も生活保護同様に取り扱う。	H30.2.26
56		難病法関連通知 指定都市に居住する難病患者の公費負担者番号変更対応 （平成30年4月1日～） 公費負担者番号の実施機関番号（公費負担者番号の5桁目から3桁）が「601」の方は700番台に、「602」の方は800番台に変更になります。 実施機関番号が800番台で、難病の月上限額が0円の場合、患者食事負担は「患者負担なし」で計算します。		H30.4.5

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		マスタ更新画面のレイアウトを若干変更しました。 ・マスタ更新管理情報コラムリストの縦幅を長くしました。 ・[相互作用～著作物です。]の注意書きを画面右に移動しました。 ・monsiajでDB管理情報、マスタ更新JOB管理情報にスクロールバーを出さないようにしました。		H26.12.18
2		平成26年4月診療報酬改定における1月1日実施について対応しました。 また、以下の各種制度の改定についても対応しました。 ・難病対策 ・薬事法等の一部改正 ・高額療養費制度 ・産科医療補償制度の一部改定 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H26.12.18
3		(XB01)ジョブ一覧画面について、処理中止が不可な処理を実行中は処理終了をできないようにしました。 現在はレセプト業務のみが対象となります。 それから、マスタ更新画面についてバッチ処理強制終了対応を行いました。情報削除ボタンでバッチを強制終了します。ただし、DBの更新処理中はエラーメッセージを表示し、強制終了不可としています。 また、cron起動のマスタ更新スクリプトについても強制終了対応を行いました。		H27.1.27
4	request 20140116-002	レーザープリンタ(IPSIO SP4010)にて処方箋、明細書、領収書を印字しています。 印刷をすると処方箋の1枚目→明細書→処方箋の2枚目→領収書の順番で印刷されます。 処方箋を2枚続けて印刷できるようにしたいのですがどうぞ宜しくお願い致します。	診療行為等から出力される、請求書、処方箋等を帳票単位で一まとめにし、各帳票が複数枚ある場合に、それぞれが混ざらないように対応しました。 システム管理[1010 職員情報]の個別設定タブの[プリンタへのデータ送信]で[帳票毎に送信]を設定してください。 デフォルトは[1ページ毎に送信](従来方式)とします。	H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20150105-007	orca4.7(ubuntu10.04)では正常に取り込めるのに、orca4.8(ubuntu14.04)ではエラーになってしまう件、ご確認の程よろしくお願いいたします。 標準出力には下記メッセージが表示されます。 *(ORCVTPTBYOMEI)* ISAM-FILE OPN STS[35] ***(ORCVTPTBYOMEI)*** CNT-CSV[000000] *(ORCVTPTBYOMEI)* CSV　　/I CNT[000006] *(ORCVTPTBYOMEI)* PTBYOMEI/O CNT[000000] *(ORCVTPTBYOMEI)* ERR　　/O CNT[000007]	患者病名のデータ移行で労災保険の限定対応を行いましたが、ORCADC.PARAの設定がないためにエラーとなりました。 設定がない場合でも処理が行えるようにしました。	H27.1.27
6	das 14113	現在運用しているORCAに関しまして、数日前より特定のプロセスが増加するという現象が発生しております。 各種ログを追っておりますが、気になる箇所があります。 01datainfection2_real.log 　undefined method ～ というログがたてつづけて出力されています。 ログ出力の元となっているのは、感染症データ送信処理と思われます。 プロセスが増大することにより、CPU負荷が高くなっておりますがこちら正常な動作なのでしょうか。	ORCAサーベイランスでセンター側のサーバ不調により接続が集中したためタイムアウトが頻発していました。 同時多発としたサーバ接続を見直し、送信処理を1プロセスに集約しました。	H27.1.27
7		JAHIS 院外処方せん2次元シンボル記録条件規約を基本仕様とし日レセ改造版として仕様追加した連携データ作成機能を実装しました。		H27.1.27
8		以下の業務についてクライアント印刷の対応を行いました。 ・入退院登録 ・入院会計照会 ・入院定期請求 　((O04)定期請求－請求確認画面から印刷する請求書兼領収書、診療費明細書) ・退院時仮計算		H27.1.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	ncp 20150131-003	54の難病の公費のデータがデータ移行の患者公費情報移行チェックプログラムでエラーになりますが、これの対応はいつぐらいになりますでしょうか？（1/31時点でのフォーマット仕様書には54の公費の情報はありませんでした。）	公費のデータ移行で法別番号「５４」難病を追加しました。	H27.2.4
10	ncp 20150129-019	マスタ（ライセンスマスタ）更新中に間違って日レセを停止してしまいました。 service jma-receipt stop 再起動後、マスタ更新が終了しないので、処理中止をクリックしましたが処理中止手続き中です。と表示されたまま処理が終了しません。	マスタ更新処理、又はレセプト作成処理中に日レセを停止する、あるいは電源切断をする等が行われた場合、その後、再処理を実施するため情報削除をしてもチェックがかかり削除することができませんでしたので修正しました。 なお、更新処理中の情報削除は不可とするチェックは中止することにしました。	H27.2.9
11		第7回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　排他制御監視テーブル（TBL_LOCK） DB管理情報は S-040800-1-20150224-1 となります。		H27.2.24
12		JAHIS 医療情報連携基盤実装ガイド（レセコン編）の連携データ作成機能で日レセ独自の仕様追加を行いました。		H27.2.24
13	ncp 20150219-007	4.8.0で、プリンタへのデータ送信を「帳票毎に送信」と設定した医院様からログイン後、１人目の印刷は明細書、領収書、２人目以降は領収書、明細書の順で印刷される。気になったので、毎日午前午後で確認してもそうなっている。 気持ち悪いですけど。と、お問合せがありました。 原因は何が考えられますでしょうか？	処理の見直しを行い対応しました。	H27.2.24
14		プログラム更新で「更新」ボタンを押下するとsyslogにtbl_sysbaseが見つからないというメッセージが出力されていました。 該当テーブルの設定がありませんでしたので追加しました。		H27.2.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15		第8回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　入院オーダーテーブル（TBL_ORDER） DB管理情報は S-040800-1-20150325-1 となります。		H27.3.25
16	ncp 20150306-001	グループ診療を利用の医療機関様のご要望により、システム管理マスタ「CRON設定情報」によるマスタ更新を設定をご案内しました。 マニュアルには、『医療機関番号01の医療機関のマスタのみ更新（グループ診療は未対応）』と書いてありますが、此方は「医療機関番号01以外の医療機関のマスタ更新は自動で行われないため、手動で実施して下さい。」と解釈しました。 しかし実際は、医療機関番号01以外の医療機関のマスタ更新も実施しようとするが処理がうまく行われず、「マスタ更新中です」のままで止まってしまうようです。「処理中止」も動作せず、「情報削除」を行ってから手動でマスタ更新を実施しています。 CRON設定情報によるマスタ更新のグループ診療未対応とは、グループ診療を利用している場合は設定NGということだったのでしょうか。	cronでマスタ更新を実行する際に、グループ診療設定時の分院の処理が行われない不具合がありましたのでこれを修正しました。	H27.3.25
17		平成26年4月診療報酬改定における平成27年4月1日実施について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H27.3.25
18		画面の背景色の日付を跨いだ場合の切り替えは、環境設定画面へ遷移しないと変わりませんでしたが、業務メニューを表示した時にマシン日付とシステム日付を比較し変更するように修正しました。		H27.5.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19		第13回パッチにより、以下のテーブルを追加又は変更しました。 医薬品傷病名DB傷病名リンクテーブル（TBL_TEKIOU_DISEASE） 医薬品傷病名DB医薬品テーブル（TBL_TEKIOU_MEDICINE） チェック2テーブル（TBL_CHKSND） また、マスタ更新に医薬品傷病名マスタを追加しました。 DB管理情報は S-040800-1-20150625-4 となります。		H27.6.25
20		第17回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 患者病名テーブル（TBL_PTBYOMEI） DB管理情報は S-040800-1-20150826-1 となります。		H27.8.26
21	request 20140902-005	中途表示の中のデータを一括で削除できる機能を追加して頂きたい。	月次統計から中途終了データ一括削除を行う処理を実行することで可能としました。 登録されている中途終了データを入院・外来毎に診療年月日が指定した日付の範囲内のデータを削除します。	H27.9.24
22	ncp 20150828-010	印刷ジョブの削除を行うべく、(M01)業務メニュー画面に於いてF7:印刷削除を押下したところ、印刷ジョブが削除できていませんでした。 印刷関連の導入設定を見直したところ、「プリンタ設定：ユーザーにジョブのキャンセルを許可する」にチェック有、"/etc/cups/cupsd.conf"に"MaxJobs 0"の記述もありました。 "orc_cups_del.sh"に記述されているコマンド $ cancel -a -u orca を端末上で実行したところ、同様にジョブの削除はなされませんでした。 （尚、Ubuntu12.04(pricise)4.8.0では動作しました。）	印刷削除にはcancelコマンドを使用していますが、Ubuntu14.04のcups1.7ではパラメタが必要となりましたので追加しました。	H27.9.24
23		環境設定で日付を変えた場合、「03　プログラム更新」画面へ遷移すると日付を現在日付へ変更していましたが、設定された日付を保持するように修正しました。		H27.9.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
32		院外処方せんCSVデータ出力内容に残薬確認欄レコードを出力するようにしました。（院外処方せん2次元シンボル記録条件規約Ver.1.2（平成28年4月診療報酬改定対応版））		H28.3.30
33		医療観察法（入院対応）の改正について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.5
34		医薬品マスタの後発品区分の設定誤りにより一般名処方加算が正しく算定されていない疑いがある会計情報をレポートする統計プログラムを提供します。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.13
35		平成28年4月診療報酬改定における診療報酬請求に係る月次業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H28.4.25
36		第46回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 点数テーブル（TBL_TENSU） 薬価基準コード列のインデックスを追加しました。 DB管理情報は S-040800-1-20160627-1 となります。		H28.6.27
37		マスタ更新処理の際にデータベースの更新処理でエラーとなった場合、確認リストにマスタの名称ではなく管理番号を編集していましたが、この場合も名称を編集するように修正しました。		H28.6.27
38		平成28年4月診療報酬改定における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		H28.6.27

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39		平成28年6月入院分の電子レセプト（レセ電データ）に病床機能報告用の病棟コードを記録することとされましたので対応しました。 詳細については別資料「病床機能報告対応」を参照してください。 ※要マスタ更新 総括表・公費請求書作成業務におけるレセ電チェックに以下のチェック内容を追加しました。 --- エラー内容　病床機能報告用レコードに診療識別の記録がない。 エラーコード　23410(ASPチェックL2341相当) エラーメッセージ　病床機能報告用レコードに診療識別が記録されていません。 --- エラー内容　病床機能報告用レコードに診療識別が「90」または「92」以外で記録されている。 エラーコード　23411(L2341) エラーメッセージ　病床機能報告用レコードに診療識別が「90」または「92」で記録されていません。 ---	エラー内容　病床機能報告用レコードが単独で記録されていない。 エラーコード　23412 エラーメッセージ　病床機能報告用レコードが混在して記録されています。 --- エラー内容　病床機能報告用レコードの点数が「0」以外が記録された。 エラーコード　23420(L2342) エラーメッセージ　病床機能報告用レコードの点数が「0」ではありません。 --- エラー内容　病床機能報告用レコードのコメントコード、コメント文字データ、数量データに不要な値が記録された。 エラーメッセージ　23430(L2343) エラーメッセージ　病床機能報告用レコードに不要な記録があります。	H28.6.27
40		ユーザプログラム起動で処理スクリプトへ渡すパラメータに伝票番号を追加しました。パラメータは${13}となります。 なお、起動画面「請求確認（KO3）」から起動する場合のみ伝票番号は有効値となり、その他の起動画面から起動する場合はALL″0″をセットします。		H28.6.27
41		第52回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 オンライン返戻明細テーブル（TBL_HENREI_BODY） 災害該当分（非減免対象と減免対象）レセプトの分割対応による変更となります。 DB管理情報は S-040800-1-20160926-1 となります。		H28.9.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42		平成28年4月診療報酬改定における10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		H28.9.26
43		電子版お薬手帳データフォーマットVer2．1対応 電子版お薬手帳データフォーマットVer1．1以降Ver2．1までの仕様変更による内容から必要と思われる項目を取り込みVer2．1に合わせたデータ作成を可能としました。 1．Ver2.1対応により改修する項目は以下となります。 ・バージョンレコード（既存レコード） ・バージョン情報 ・出力区分 ・患者情報レコード（既存レコード） ・患者郵便番号 ・患者住所 ・患者電話番号 ・緊急連絡先 ・患者氏名カナ ・患者特記レコード（新設レコード） ・調剤年月日レコード（既存レコード） ・レコード作成者 ・調剤－医療機関等レコード（既存レコード） ・医療機関等郵便番号 ・医療機関等住所 ・医療機関等電話番号 ・レコード作成者	・調剤－医師・薬剤師レコード（既存レコード） ・医師・薬剤師連絡先 ・レコード作成者 ・薬品レコード（既存レコード） ・レコード作成者 ・薬品補足レコード（既存レコード） ・レコード作成者 ・用法レコード（既存レコード） ・レコード作成者 ・用法補足レコード（既存レコード） ・レコード作成者 ・備考レコード（既存レコード） ・レコード作成者 2．患者登録画面のその他タブ画面の電子版お薬手帳のデータフォーマットに「2　Ver.2.1」を追加しましたのでデータ作成する場合は患者別に使用するバージョンを設定します。 3．患者登録画面のその他タブ画面の電子版お薬手帳のQRコードにCSVデータを作成しない区分「2　出力する（CSV出力なし）」を追加しました。QRコードをお薬手帳に印刷し、CSVデータは必要ない場合はこれを設定してください。	H28.11.28

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
44		第57回パッチにより、以下のテーブルを追加又は変更しました。 受診履歴照会テーブル（TBL_RRKSRH） 診療行為照会テーブル（TBL_SRYSRH） オンライン返戻明細テーブル（TBL_HENREI_BODY） オンライン返戻管理テーブル（TBL_HENREI_KANRI） オンラインレセ電明細テーブル（TBL_ONRECE_BODY） オンラインレセ電管理テーブル（TBL_ONRECE_KANRI） 自賠責印刷データテーブル(TBL_JIBAI_PRT) DB管理情報は S-040800-1-20161114-5 となります。		H28.11.28
45	support 20161221-009	スクリプトを起動させる為に、ユーザープログラム起動画面の設定をしたのですが、ドクターのデフォルトの表示がおかしい現象が発生しています。	ユーザプログラム起動画面で保険組合せが15件以上存在した場合、画面が崩れていましたので、正しく表示するように修正しました。上限を診療行為画面と同じ30件としました。	H29.1.26
46		第59回パッチにより、以下のテーブルを追加及び変更しました。 患者個人番号テーブル（TBL_PTMYNUMBER） APIパラメタテーブル（TBL_API_PARA） 患者照会テーブル（TBL_PTSRH） 請求管理照会テーブル（TBL_SKYSRH） 病名テーブル（TBL_BYOMEI） DB管理情報は S-040800-1-20170106-1 となります。		H29.1.26
47		「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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48		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
49		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
50		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
51		第68回パッチにより、以下のテーブルを追加及び変更しました。 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-040800-1-20170614-1 となります。		H29.6.26
52		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

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53		【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
54		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
55		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
56		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。 レセプト特記事項記載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。		H29.8.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
57	ncp 20170828-003	■現象 毎朝、当日担当医設定を環境設定のシステム設定から行っています。 本日設定しようとすると 診療科　「1」 診療科名称「★削除★」という名称が診療科名称に出ている。 ■質問 これを出ないようにするにはどうしたらよろしいか教えてください ■その他 1005 診療科目情報は、通常2桁での設定になります。 この医院様でも、「01 内科」と設定しています。 「1」という一桁での設定はそもそもできないと認識しております。 1005 診療科目情報で診療科を消すと「★削除★」になるのは確認しました。 ただし、一桁での登録ができない状態です。	環境設定の当日担当医設定処理で、診療科一覧を表示している場合に「登録」を押下した時、画面の診療科と表示しているドクターで登録していましたので、診療科一覧表示中は登録処理をしないように対応しました。 また、診療科に数値1桁を入力した時、そのままチェックをしていましたので、数値1桁は数値2桁に変換するようにしました。	H29.9.21
58		平成29年10月改正（入院時生活療養の窓口負担変更）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。		H29.9.21
59	support 20171004-023	「電子レセプトの病棟コード記録」についてお伺い致します。 H29.6のレセプトを確認した際に、「101 システム管理マスタ」で設定されている病棟コードが記録がされません。 「101 システム管理マスタ」以外でも設定が必要でしょうか？	病床機能報告用にレセプト電算提出用データに記録する病棟コードについて システム管理（5001:病棟管理情報、5002:病室管理情報）の有効期間を区切って、有効期間毎に異なる病棟コードを設定した場合、記録される病棟コードが最も古い有効期間の設定内容が記録される不具合がありましたので、診療年月に該当する期間の設定内容を記録するよう修正しました。	H29.10.24
60	ncp 20170922-012	公費のデータ移行にて 法別番号　062 保険者番号　62130018 の移行を行ったところエラーとなってしまいました。	患者公費情報のデータ移行で、公費の法別番号の判定に「62　B型肝炎」がありませんでした。 これにより、法別番号エラーとなりデータ移行できませんでしたので修正しました。	H29.10.24

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
61	support 20171012-021	「環境設定」での「当日担当医」の設定についてお尋ねします。 「環境設定」で「当日担当医」を登録しました。 登録後、「11：受付」「21：診療行為」共にシステム管理で、登録されている「0001」の先生の名前が表示されます。 「環境設定」の「当日担当医」が反映されていません。	ver4.8.0第73回（9月21日）パッチ提供で、環境設定の「当日担当医設定」で、診療科を1桁で入力した時に2桁にするように対応しましたが、診療科が1桁で登録されているデータが存在した時、選択して削除することができませんでした。 診療科1桁のデータが存在した時、選択して削除できるように修正しました。	H29.10.24
62		JAHIS 医療情報連携基盤実装ガイド（レセコン編）の連携データ作成で、当日受診された患者についてのみ出力する機能を追加しました。 なお、この機能はcron設定による自動実行の場合のみ可能としています。 cron設定を行い、システム管理「9101 医療情報連携基盤情報」の「連携基盤用データ作成（当日受診分）」の設定を行うことで作成できます。		H29.12.20
63		第78回パッチにより、以下のテーブルを追加しました。 　診療情報システム用レセ電データテーブル（TBL_RECEDEN_TMP） DB管理情報は S-040800-1-20180110-1 となります。		H30.1.23
64		平成30年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H30.3.26
65		第80回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　点数テーブル（TBL_TENSU） 　患者入院履歴テーブル（TBL_PTNYUINRRK） 　入院オーダ項目テーブル（TBL_ODRITEM） DB管理情報は S-040800-1-20180322-2 となります。		H30.3.26

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
66		平成30年4月診療報酬改定における窓口業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。	・処方箋（別紙）にA4サイズを追加しました。 ・施設基準コードの範囲が拡大されましたので登録できるように対応しました。 ・その他点数算定の不具合など修正しました。	H30.3.29
67		平成30年4月診療報酬改定における診療報酬請求に係る月次業務に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H30.4.25

Copyright(C)2018 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.