11 受付

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20170328-015	一部の患者が受付の一覧から消えてしまう現象につきましてsyslogを取得いたしましたので確認いただけたらと思います。	システム管理の排他制御を「0 しない」と設定している時、受付と患者登録で同じ患者を別の端末で同時に展開した場合、受付画面で「受付」を行った後で、別端末の患者登録画面で「登録」を行った時、受付が削除されることがありました。 システム管理の設定に関係なく、受付の排他制御を行うように対応しました。	H29.4.26
2	ncp 20180816-005	受付画面より特定の患者の処方箋を印刷した際に、同じ処方箋が複数（63枚）印刷されました。 以前も同様の症状が発生（support:20180406-019）し、対応頂きましたが本日同現象が再発致しました。	受付から処方箋を印刷する時、受診履歴に院外投薬がなく院内投薬と「.980 コメント（処方せん備考）」の登録があった場合、「.980 コメント（処方せん備考）」を対象として処方箋を印刷後、院外投薬が存在するまで受診履歴を検索して頭書き印刷していました。 院外投薬のない受診履歴の「.980　コメント（処方せん備考）」は対象としないように対応しました。 また、対象の受診履歴に1件でも「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」の算定があれば、処方せん記載の対象としていましたので、院外投薬のある受診履歴で算定している場合のみ対象とするように対応しました。	H30.8.27
3	ncp 20180828-018	受付画面から処方箋の発行をしている医療機関様からのお問合せです。 8月27日提供のプログラム更新後より、受付画面から処方箋を発行すると、現在の有効な保険情報ではなく、有効期間が終了している前の保険情報が印字されます。 該当の医療機関様は、診療行為で投薬の入力はしておりません。 処方箋料のみ登録をしています。	受付から処方箋を印刷するとき、受付した診療科・保険組合せで院外投薬のある受診履歴が存在しない場合、受診日が最初の受診履歴の内容で処方箋の頭書きを印刷していましたので、受付した診療科・保険組合せ・ドクターで印刷するように修正しました。	H30.8.29

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
4	ncp 20181129-007	受付のメモ登録もしくは診療行為のメモから文例選択にて文例を選択し置換後、別の文例を追加しようと再度文例選択より選択し追加を押下したところ、メモ欄が空白となり先に登録していた文例も追加で登録した文例も表示されないようになっています。 お問い合わせのあった医療機関様によると以前は複数追加して使用できていたとのことでした。 メモ機能での文例選択の追加ボタンは使用できない仕様でしょうか？	メモ登録画面で、「文例選択」の文例検索画面から文例を選択して「F11 追加」をした時、メモ内容がクリア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。	H30.12.25
5	support 20181001-043	「11受付」で患者番号を入力し「受付完了」とすると「1006　既に受付IDが登録されています。再度受付登録をしてください」とエラー情報が表示されます。 特に他の端末で受付したり既に受付完了ではありません。 なぜこのエラーが表示されるのでしょうか？	原因不明のため対策として「受付取消」時に取消対象の受付のIDがゼロの時はエラーとするチェックを追加しました。	H31.1.28
6	ncp 20190516-011	Ubuntu14.04時から「前回保険組合せ相違チェック」を「1　チェックする」の設定を行っています医療機関様です。Ubuntu16.04へUP後、警告の表示がされなくなったと2度程お電話がありました。本日もお電話頂き、「診療行為では出るが受付ででない」との事です。警告がでるのは1回のみである事はご存知です。 弊社でも検証を行った所、R01.5.31で精神通院が切れる方が数名おられた為、6/1の環境で呼び出しを行いましたが「受付」では警告はでず、「診療行為」では警告が表示されました。どの方も最終の保険組合せが主保険+精神併用である為、通常であれば精神が切れた場合警告の表示がされるという認識でしたがそうではないのでしょうか？それとも、主保険単独の保険組合せの使用履歴が過去に1度でもある場合は警告が表示されないのでしょうか？	システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の前回保険組合せ相違チェックが「2 チェックする（すべて）」と設定している時、受付で前回保険組合せのチェックを行っていませんでしたのでチェックするように対応しました。	R1.5.28

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
7	support 20191101-005	受付の保険公費組合せ欄で保険を選択し、他の保険に選択しなおした際に先に選択した保険に薄いオレンジ色の背景色が表示される。 時間が立つと背景色は消えるが、他の保険を選択すると再度、薄いオレンジ色の背景色が表示される。 現在、受付等の動作に不具合はみられないが、医療機関様から原因究明依頼を受けております。	受付の保険公費組合せリストを選択した時にカーソル移動の指示がなかったため、カーソル位置が前に選択した保険公費組合せにあり背景色が表示されていました。 保険公費組合せ選択後は、「受付完了」にカーソル移動するようにしました。 また、「受付順変更」を行っている時の受付の選択も同様でしたので、現在の予約、受付状況リストで受付を選択した時は、選択番号へカーソル移動するようにしました。	R1.11.27
8	時間未指定予約患者の受付取消時の動作について	【事象】 ・「14 予約」にて予約を登録。予約日のみ指定、時間は空白で予約登録 ・予約日当日、受付一覧に表示。 　時間未入力予約なので、予約時間「00：00」 ・上記患者を一度受付しますが、その後受付取り消し →受付一覧から消える ※時間未指定予約患者の受付取消後、予約一覧を確認すると、予約一覧では「来院」となっています。	予約登録で予約時間00:00で予約した患者を受付で選択して受付した後、受付一覧に予約時間が表示されれませんでした。 これにより「受付取消」をしても予約と連動できず「来院済み」のままになっていましたので、予約時間がゼロでも正しく処理をするように対応しました。	R2.10.27
9	support 20201030-003	10/27提供のUbuntu16.04 ORCA5.1.0向けのプログラム更新についてご相談がございます。 当社サポートの医療機関様で、予約システムからORCAへ受付情報を送っている医療機関様があるのですがこの予約システムの連携がtbl_uketukeのyyktimeにだけ予約時間を書き込み、tbl_yykに触れないものであることが分かりました。 これまではこの連携で、(U02)受付に予約時間が描画されていたのですが10/27提供のプログラム更新後、これまで通りtbl_uketukeのyyktimeに時間が書き込まれているにも関わらず(U02)受付画面には予約時間が描画されないようになってしまいました。 対応システム側から、tbl_yykに整合性のとれる情報を書き込めるようプログラムの改修を行う予定はあるも、ORCAの受付描画機能だけ臨時対応で一時的にロールバックはできないか、という依頼を頂いております。	前回のパッチで予約時間ゼロの受付取消対応をしましたが、テーブルを直接更新している連携システムに不具合が発生したため予約時間帯ゼロの対応をしました。	R2.11.25

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
1	2/6 管理料自動算定	1月26日にパッチ提供しました管理料の自動算定について、管理料（診療区分＝13）の手技料のみとなります（ただし、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料は除く）とパッチ対応内容に記載されていますが、この条件にかかる診療コードは、点数マスタの区分が「13」、入外区分「入院外」、マスタ名称に「管理料」と付くものが対象となるということで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
2	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
3	kk 50700	社保、21精神通院、93患者票、80障害負担無しをお持ちの患者様において、精神通院対象となる診療行為と、対象外の診療行為があった場合の保険組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
4	ncp 20170413-013	12登録画面の保険の継続区分 1継続　2任意　3特別 の違いをご教示いただけますでしょうか。	患者登録で保険の種類「003 一般」で継続区分「3 特別」を選択した時、登録時に継続区分エラーとなってい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
5	request 20170119-002	生活保護と水俣病をお持ちの患者様で、水俣病での受診のためレセ請求も水俣病で行っていたのですが、支払基金様より、生活保護をお持ちの為、水俣病と生活保護併用で請求をしてください、と返戻になりましたとのお問い合わせがありました。 ORCAの登録では生活保護、水俣病それぞれの保険組合せを選ぶようになっていますが支払基金様より、レセプト摘要欄コメントでの記載ではなく2者併用で請求をしてくださいと指摘がございました。 水俣病(法別51)と生活保護(法別12)の併用の保険組合せの選択ができるようにまたは、水俣病(法別51)のみの保険組合せの入力時にも生活保護(法別12)の記載ができるようにしていただけないでしょうか。	「主保険＋特定負無＋（生活保護、残留邦人等）」（主保険適用期間） 「特定負無＋（生活保護、残留邦人等）」（主保険適用期間外） 「主保険＋（精神通院、更生、育成）＋（生活保護、残留邦人等）」（主保険適用期間） の保険組み合わせ作成を可能としました。	H29.4.26
6		患者登録画面で患者番号入力時に受付済みの受付を「受付取消」した後、タブ切替で別タブを表示後、再度、受付タブに戻ると削除した受付が表示され、「受付取消」が解除となっていました。 「受付取消」を押下した時は、受付時間に「*****」を記載して取消表示を行うようにしました。 受付一覧に表示していますので、再度選択して「受付完了」を押下すると受付取消を解除できるようになります。		H29.4.26
7	request 20161026-009	公費の有効期限表示を有に変更した場合、現在は入院中の患者様の診療行為画面には警告が表示されないようになっておりますが、こちらを表示できるようにしてほしいとのご要望があっております。 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
8		現行、自賠責保険については、システム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分（労災準拠又は健保準拠）の設定を参照し、点数算定を行っていますが、患者単位で、システム管理設定と異なる点数算定区分の設定を可能としました。 1．患者登録 （1）労災自賠保険入力画面に「自賠責点数算定区分」の設定項目を追加しました。 0労災自賠医療機関情報に準拠　（デフォルト） 1労災準拠 2健保準拠 （2）労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分は、自賠責保険登録時に療養開始日が平成29年7月1日以降であれば、「1又は2」の設定を可能とします。 ※システム管理設定と異なる点数算定をしたい場合についてのみ「1又は2」で設定をする事を推奨します。 （3）労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の変更時は、”警告！自賠責点数算定区分が変更されました。登録済みの診療行為を確認して下さい。”の警告メッセージを表示します。 ※登録済みの診療行為入力がある場合は診療訂正登録を行います。 2．診療行為 （1）保険組み合わせ名称を表示する際、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「1」で登録した自賠責保険は、「自賠責保険【労】」、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「2」で登録した自賠責保険は、「自賠責保険【健】」と表示します。 （2）点数算定をする際、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の設定を反映した点数算定を行います。 ※パッチ適用前に登録した自賠責保険は、自賠責点数算定区分＝0として取り扱う。 3．照会 （1）（保険　公費タブ）－「保険の種類」のコンボボックスに JB0自賠責（システム設定）・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「0」で登録した自賠責保険の検索 JB1自賠責（患者労災設定）・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「1」で登録した自賠責保険の検索 JB2自賠責（患者健保設定）・・労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分を「2」で登録した自賠責保険の検索 を追加し、労災自賠保険入力－自賠責点数算定区分の設定内容で検索を可能としました。 ※パッチ適用前に登録した自賠責保険は、自賠責点数算定区分＝0として取り扱う。 4．明細書 （1）システム管理4001労災自賠医療機関情報－自賠責区分が「健保準拠」の場合、自賠責（新様式）レセプトの作成処理は不可（「健保準拠」は自賠責（従来様式）レセプトのみ作成可）としていましたが、平成29年7月診療分以降は「労災準拠」分と「健保準拠」分が混在する事から、平成29年7月診療分以降の自賠責（新様式）レセプトの作成処理は可としました。その場合、 （ア）「労災準拠」分のみ自賠責（新様式）レセプトを作成する。 （イ）一括作成で、「労災準拠」分がない場合は、”処理対象のデータがありませんでした”のメッセージを処理結果画面に表示する。 （ウ）個別作成（「1 個別」）で、入力した患者の該当診療年月に労災準拠の算定がない場合は、”該当診療年月に労災準拠の算定がありませんので、自賠責（新様式）では処理できません”のエラーメッセージを表示し、作成処理は不可とする。 （エ）個別作成（「2 訂正日」、「3 受信日」、「4 照会連携」）で、対象となった患者の該当診療年月に労災準拠の算定がない場合は、処理対象外とする。 （2）平成29年7月診療分以降は「労災準拠」分と「健保準拠」分が混在する事から、平成29年7月診療分以降の自賠責（新様式）レセプトの作成処理時において、「健保準拠」分の請求管理・自賠責印刷データは削除しない。	H29.6.26

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。	
9	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
10		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.

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
１１	support 20180519-005	国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限が１日だけの患者さんがおり、低所得2を登録しようとしますが「低所得者2の認定開始日＜終了日で入力して下さい」とアラートが表示され、登録することができません。	患者登録の低所得者２、低所得者１の認定日＝終了日を入力エラーとしていましたので、エラーとしないように対応しました。	H30.5.28
１２	ncp 20180605-016	12患者登録画面のその他のタブにある認知症地域包括診療料算定のチェックについて、 webマニュアル（https://manual.orca.med.or.jp/4.8/html/） P124に ＜認知症地域包括診療料算定＞ 認知症地域包括診療料算定を自動算定する場合に，患者ごとに対象疾患を設定します。とありますが、施設基準コード3339地域包括診療料2、3585地域包括診療料1を施設基準情報設定で登録して、12患者登録画面のその他のタブにある認知症地域包括診療料算定のチェックをつけても「認知症地域包括診療料」の自動算定はされません。 施設基準で加算の設定をすれば「認知症地域包括診療加算」の自動算定されますが、この自動算定は加算のみで対象ということでよろしいでしょうか。	患者登録画面のその他タブの「認知症地域包括診療料算定」を「認知症地域包括診療加算算定」に変更しました。	H30.6.27
１３	support 20180718-003	12登録で保険追加をした場合に保険期間が重複のメッセージが出て登録ができませんでした。 通常であれば有効期間の終了日が9999999となっていると自動で保険期間を終了させてくると思いますが、自動では切れず手動で期間を区切れば登録できました。 どこも保険期間は重複していないと思われます。	患者登録で前期高齢者の時に、船員（002)共済組合(031,032,033,034）保険を追加した場合、前の保険と期間が重複する時に補助区分の設定があるので終了日を自動設定しないでエラーとしていました。 補助区分が「7 3割」「8 2割」の時は重複する前の保険の終了日の自動設定対象とするようにしました。	H30.7.25

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
１４	ncp 20180820-011	受付取消の機能についての確認です。 Webサイトの取扱説明書に説明がなかったため、弊社内でも動作確認を実施をして下記の動作をしているように見受けられましたので、仕様の確認のため、お問い合わせさせていただきました。 下記の認識で合っておりますでしょうか。 (1)省略 (2)「１２　登録」の「受付」タブにおいても受付の取消ができますが本機能において、受付取消が可能な患者は ・予約登録された患者でないこと 上記を満たす患者という認識でよいでしょうか。 （つまり、予約患者でなければ会計が済んでいても受付状況一覧から消すことができる） (3)省略	患者登録の「受付タブ」で予約登録のある受付済みの受付を「受付取消」しても「登録」で受付取消の処理は行っていませんでしたので受付取消するように修正しました。	H30.8.27
１５	support 20180911-012	医療機関様より保険の種類「007 自官」と「031 国公」をどちらも有効なものをお持ちで同日に使用された患者様の入力ができないとのお問い合わせをいただきました。 当該患者様は「007 自官」の保険でH28.6月より継続的に受診しており、当該保険で保険請求を行ったところ、支払基金より返戻となったとのことです。 返戻内容について、H30年5月7日以降の新規傷病については「031 国公」の保険で請求するようにとのことでした。 医療機関様より支払基金へ確認を行ったところ、明細書の傷病名欄⑦急性上気道炎（診療開始日：H30年5月29日）に対する治療のみを「031 国公」で請求、それ以外の継続傷病の治療は「007 自官」で請求するようにとのことでした。 現状、患者登録にて保険の種類「007 自官」と「031 国公」をそれぞれ有効期間で登録しようとすると、「0064 保険期間が重複しています」とエラーメッセージが表示され登録ができませんが、当該患者様は同日に⑦急性上気道炎と継続傷病に対する治療を行った日がございます。	患者登録の保険登録で「007 自官」と「031 国公」の重複登録を可能としました。	H30.9.25

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
16	ncp 20180903-043	管理コード1018患者状態コメント情報で00?99個登録しています。 しかし「12登録」で「状態」を選択すると00?98までしか表示されません。 手入力で「99」と入力すると「状態入力エラー」となります。 なぜ99個登録してあるのに表示が98個なのでしょうか？	患者登録画面の状態区分の表示件数の上限を99件としていましたので、システム管理で登録できる上限の100件に変更しました。	H30.9.25
17	request 20170414-003	患者登録時のその他のタブにあります介護認定情報についてご要望を上げさせていただきます。 介護認定情報に「事業者対象」を追加していただきたいです。	介護認定情報の要介護状態に事業対象者を追加しました。	H30.9.25
18	support 20181017-012	患者登録画面にて、以前の制度の27の老人公費についての警告メッセージが出る方がおり、メッセージの内容は「K123　警告！！H20年3月まで老人公費が適用されていました。」となっております。 対象の方は国保と27の老人公費がH20．3．21～H20．3．31までで登録されており、H20．4．1～で後期高齢者の保険が登録されております。 H20．3．31までは老人公費が使用できると思うのですが、何故この警告メッセージがでるのでしょうか？	平成20年3月で廃止となった「027　老人」がH20.3.31で終了している場合、H20.4.1から後期高齢者保険を登録するように促す為の警告メッセージを当日に後期高齢者保険の登録がない場合に表示をしていました。 システム日付が平成30年4月以降である時は、表示しないように対応しました。	H30.10.25
19		患者番号の構成が自由構成で英数字型、又は拡張構成の場合、新規の患者番号チェックで患者番号に「¥」がある場合はエラーとしました。 「¥」がある患者番号で登録した場合、患者番号の検索ができません。 また、患者番号の再発行で、患者番号の途中に空白があっても登録できましたので、新規患者番号と同様にエラーとしました。		H30.10.25

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
20	kk 54678	広島県の392ひとり親（母負担無）の「療養の給付」欄の表記について 社会保険支払基金　広島支部より、指定した場所へ入力するよう連絡があり、検証しましたが、うまくいかない状況です。 当初、「協会　精神通院　精神通院補」＋「392ひとり親（母負担無）」でレセプトを提出していました。 返戻になり、問合せを行ったところ、社会保険支払基金　広島支部からは、「392ひとり親（母負担無）は全点数が対象になり、総点数のみでしか受けるけないルールです。 ただし、21の入力については間違っていない」と言われています。	広島県地方公費保険組み合わせ作成対応 主保険＋(021,010,011)＋193精神補助＋地方公費（392母負担無　等） の保険組み合わせ作成を可能としました。	H30.11.27
21	ncp 20181203-017	社会保険、38肝炎治療、53児童福祉の3併の入力方法について教えていただけますでしょうか。 上記内容で患者登録を行い、21.診療行為の登録をしようとしたときに社保+38肝炎もしくは、社保+53児童福祉のどちらかの組み合わせしか出てこないで社保+38肝炎+53児童福祉の3併選択ができません。 薬局、38肝炎の公費発行元からは、3併での請求になるはずとの見解をいただいたうえで、神奈川県支払基金・業務業務3課1係からも3併での処方箋記載およびレセプト請求を行うようにとご指示いたいただいております。	保険組み合わせ作成対応 038（肝炎治療）＋053（児童保護）の保険組み合わせ作成を可能としました。	H30.12.25
22		患者登録の患者削除で予約を削除するとき、予約メモの削除対象も対象外としていましたので修正しました。		H31.1.28
23		患者登録の保険組合せ履歴タブで保険組合せを選択後、「前↑」「次↓」を押下して保険組合せ一覧を改ページした時、選択した内容をそのまま表示していましたので、選択をクリアするように対応しました。 「前↑」「次↓」押下で改ページしない場合は、選択内容のクリアは行いません。		H31.2.25

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
24		患者登録の介護認定情報の要介護状態区分に存在しない区分を入力した時のエラーメッセージが「介護保険者番号か介護被保険者番号を入力して下さい。」でしたので「要介護状態区分がありません。」に修正しました。 また、介護認定情報の選択番号のエラーメッセージが「有効期間が重複しています。」でしたので「介護認定選択番号がありません。」に修正しました。		R1.5.28
25	request 20180621-002	患者様が、「生保」と「小児慢性」併用になるので「生保」と「小児慢性」の保険組み合わせを作成してほしいとのご要望がありました。 「生保」と「小児慢性」が併用になるということは支払基金の方に確認はされてあります。 複数科保険の機能をご紹介しましたが、実際の診療行は「生保」の「小児慢性」の適用するので、それでは保険がわかれるので使用できないとのことでした。 「生保」と「小児慢性」併用の保険組み合わせを作成していただけませんでしょうか。 【15更生、16育成、21精神通院、52小児特定、54難病】と12生活保護を持つ場合、主保険のない期間の主保険のない「難病等＋生保」の保険組み合わせ作成を可能としました。（25残留邦人等も同様です） 1. 患者登録画面－保険組合せ履歴タブに「□　難病等＋生保の組合せ作成」（主保険のない期間）を追加しました。 ※通常は、主保険のない「難病等＋生保」の保険組み合わせは不要なため、設定により作成可能となります。 2. 設定（チェック）すると、「警告！この設定は主保険のない難病等＋生保の組合せを作成する設定です。」のメッセージを表示します。 3. 保険組み合わせは、登録（F12キー）を押下で作成及び登録されるが、基本情報タブに戻り、保険組合せ（F5キー）を押下、又は、保険組合せ履歴タブに遷移する事で、作成された保険組み合わせの確認が可能となります。 ※新たに作成可能とした保険組み合わせ	・「更生＋生活保護」「更生＋残留邦人等」 ・「育成＋生活保護」「育成＋残留邦人等」 ・「精神通院＋生活保護」「精神通院＋残留邦人等」 ・「難病＋生活保護」「難病＋残留邦人等」 ・「小児特定＋生活保護」「小児特定＋残留邦人等」 4. 設定登録してある状態で、設定を解除（チェックをはずす）すると、「警告！この設定を解除すると主保険のない難病等＋生保の組合せがすべて削除されます。」のメッセージを表示します。 5. 2・4のメッセージは、主保険、該当公費、該当保険組み合わせの有無に関わらず、設定又は設定解除する事でメッセージを表示します。 6. 実際に、主保険のない「難病等＋生保」の保険組み合わせが存在する状態で、設定を解除して登録すると、主保険のない「難病等＋生保」の保険組み合わせをすべて削除します。 再度、設定をし直しても、その際に作成される保険組み合わせ番号は別番号で作成される事となり、元の保険組み合わせ番号で復元する事はできませんので、設定解除する際は注意が必要です。 7. レセプト対応 診療区分別点数欄の記載について、【15更生、16育成、21精神通院】と12生活保護の併用レセプト（主保険なし）の場合、左側の欄には合計点数を記載しますが、今回作成可能とした保険組み合わせを使用した際の点数集計対応を行います。	R1.6.25

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
26	ncp 20190222-007	現在ORCAでは10結核公費と51水俣病公費の併用の保険組み合わせができない仕様になっているかと思いますが、以下確認内容より10結核公費と51水俣病公費（熊本県と鹿児島県）の併用レセプトをORCAで作成できるようにしていただきたいのですが可能でしょうか。	０１０（感３７の２）と０９１（特定負無）の公費を持つ場合、「０１０（感３７の２）＋０９１（特定負無）」の保険組み合わせを作成するよう対応しました。	R1.6.25
27	ncp 20190613-006	ある患者の保険組み合わせが消えてしまった、とお問い合わせがありました。 患者登録画面の保険組み合わせ履歴を確認すると、該当する保険組み合わせは存在していないにもかかわらず、その保険組み合わせに含まれていた保険情報は残っている状態でした。 （基本情報画面で「次↓」ボタンで保険は表示されました） ORCAの画面からの通常の操作では起こらない現象だと思うのですが、何が起こったのか調べることはできないでしょうか。	省庁対応マスタに関わる保険組み合わせ作成修正 省庁対応時に使用する保険番号マスタ（９９０～９９９）を公費登録する際（同一患者に省庁対応マスタの公費登録がすでにある場合）登録済の省庁対応マスタの適用期間と今回入力した省庁対応マスタの適用期間が１日でもあいていると、作成済の保険組み合わせのうち、適用期間が「登録済の省庁対応マスタの適用期間（始期）」～「今回入力した省庁対応マスタの適用期間（終期）」に該当する保険組み合わせが削除される不具合（労災、自賠責、公害、自費、治験、第三者行為、省庁対応マスタ（９９０～９９９）を含む保険組み合わせを除く））がありましたので、削除しないように修正しました。 （例）公費登録 990 H29.12.22-H30.4.30 990 R 1. 6.12-99999999 ※990 R 1. 6.12-99999999を公費登録すると、適用期間がH29.12.22-99999999に該当する保険組み合わせが削除される。	R1.6.25
28		電子メールアドレスは全角文字の入力を許可していますが、拡張漢字も入力できていましたので■に変換するように対応しました。		R1.8.28

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
29		患者登録画面で公費の種類を「972 長期 」で登録済みの時、「972 長期」を「060 国保」に変更してもエラーになりませんでした。 「972 長期」など法別番号が空白の公費の種類を「060 国保」など公費のリストにない保険に変更した為にチェックから漏れていました。 公費の種類に保険の種類を入力した時にエラーとするように対応しました。		R1.11.27
30	support 20191122-011	社内ORCAにて、動作確認を行っていたところ空き番号であるはずの「123456」に対し、新規患者を登録しようとすると「患者番号が登録済みです。再度入力して下さい。」とエラーが出てしまい患者登録が行えませんでした。 社内にある、Ubuntu18.04 ORCA5.1、Ubuntu16.04 ORCA5.0のORCAにて確認しましたがいずれも同様のエラーが出てしまいました。(Windows クライアントにて確認) パッチは今日時点最新のものが当たっている状態です。 上記の設定では、患者番号「123456」は使用できないのでしょうか。	システム管理に登録してある患者番号の構成桁数以上の患者番号の登録がある場合、新規の患者番号と先頭からすべて一致する桁数以上の患者番号が登録されている時に更新前のチェックでエラーとしていました。 患者番号が全桁一致する患者番号が登録済みでない時は、登録できるように対応しました。 ※患者番号の桁数は全患者合わせるようにしてください。	R1.12.24
31	ncp 20200104-002	シス管1009患者番号構成管理情報において、 年切替え月:04 患者番号構成区分:2標準構成 区分:1年+連番号+検証番号　または　2年＋連番号 年区分:1和暦 としている医療機関では、環境設定の日付が2020/1/1～2020/3/31の場合で発番した患者番号の上3桁は本来501となるべきですが、431となっています。 シス管1009患者番号構成管理情報で登録ボタン押下後再度試してみましたが431のまま変わりません。 2020/4/1～2021/3/31については502となっており問題ありませんでした。 今年だけ何か不具合があるのでしょうか。	システム管理の「1009 患者番号構成管理情報」の患者番号構成区分が「2 標準構成」で区分「1」また「2」、年区分「1」和暦、年切替え月が「04」(または、02,03)の時、年は「2019」となっています。 新規患者の患者番号の年の取得を、システム日付の年を患者番号構成管理情報の年に置き換えていますので1月から「2019.01.06」で和暦変換し、年が「431」で始まる患者番号を取得していました。「501」で始まるように修正しました。 既に「431」で登録した患者番号は、登録後に「再発行」押下で「患者番号再発行画面」から「431」を「501」に変更してください。	R2.1.28

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
32		「特記事項」の入力でレセ電区分毎の期間重複チェックに不具合があり、同じ期間で登録が可能でしたので、期間重複エラーとなるように修正しました。		R2.2.26
33	法別52　複数受給者証	小児慢性特定疾患について、疾患別に2枚受給者証が交付された患者がいるのですが、現状日レセ上では難病と同様に複数の公費登録ができません。	小児慢性（保険番号052）の複数公費登録対応 1．患者登録で適用期間が重複する公費登録を可能としました（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います。 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います。 4．窓口計算について、同一月に複数の小児慢性の診療が有る場合、受給者番号が異なる小児慢性の一部負担金も通算して、入外上限額までの計算（※）を行います。（難病と同様） （※）上記の窓口計算を行う為、公費負担額欄で複数の小児慢性の入外上限額は、必ず同一金額を入力してください。受給者証に記載されている上限額が異なる場合は、発行元の自治体に上限額を問い合わせてください。 又、他一部負担入力（他医院及び薬局等の負担額入力）についても、管理票を元に、複数の小児慢性に対して、必ず同一金額を入力してください。	R2.3.24
34	ncp 20200428-034	患者登録画面の「保険組合せ履歴」にある「非表示区分」を選択している場合保険組合せを選択してカルテ発行を行いましたがカルテに保険組合せが表示されません	患者登録からカルテを印刷する時、選択した保険組合せが「入院のみ非表示」「外来のみ非表示」の設定をしている場合は対象としていませんでしたので対象とするようにしました。	R2.5.26

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
35	ncp 20200608-021	ある特定の患者を患者登録画面で開き、保険等の確認後に「登録」ボタンを押すと、エラーが発生して画面が落ちてしまう現象が発生しています。 その後、再度現象を確認したところ、患者登録画面で開いた後「保険組み合わせ履歴」等のタブを切り替えるだけで、エラーが発生することがわかりました。 表示されるエラーダイアログには「jsonrpc error code:-20002 message:Session Abort」と表示されています。	公費併用保険組み合わせ作成の見直し 主保険の有効期間が途切れた回数が多い、かつ、大阪府の保険組み合わせ作成で「021＋121＋地方公費」の保険組み合わせを作成可能とした対応部分が影響し、一時的に作成する保険組み合わせが内部的にもっている保険組み合わせ作成領域を超えてしまい、画面が固まる不具合がおきていましたので修正しました。	R2.7.10
36		患者登録の公費負担額の登録で、公費負担の適用開始日＞終了日の時のエラーメッセージが「公費負担適用開始日＜終了日で入力して下さい」となっていましたので「公費負担適用開始日≦終了日で入力して下さい」に変更しました。 また、他にも以下のエラーメッセージを変更しました。 「保険有効開始日＜有効終了日で入力して下さい。」を「保険有効開始日≦有効終了日で入力して下さい。」 「保険有効開始日＜有効終了日で入力して下さい。」を「公費有効開始日≦有効終了日で入力して下さい。」 「有効開始日＜有効終了日で入力して下さい」を「有効開始日≦有効終了日で入力して下さい」		R2.7.27
37	kk 60808	新設された保険番号マスタ「PCR検査（保険番号093）」に対して千葉県障害は併用してのレセプト記載が必要のようで返戻となりました。	保険組み合わせ作成対応 主保険＋093PCR検査＋地方公費 主保険＋094コロナ軽症＋地方公費 の保険組み合わせ作成を可能としました。	R2.7.27
38		保険を「労災・自賠責保険」のみ1件登録している場合、「労災・自賠責保険」を削除後、そのまま、公費を入力し「F5 保険組合せ」を押下した時、削除した「労災・自賠責保険」の情報を保険に表示していました。 これにより入力エラーとなり処理が終了できませんでしたので、表示しないように対応しました。		R2.10.27

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		照会の検索結果で診療行為情報の表示を行う際、検索条件に該当した診療行為にきざみ値または数量の入力がある場合、1行に纏めて表示を行っていましたが、きざみ値、数量の入力内容毎に表示を行い、その後ろに合計行を表示するように変更しました。		H29.2.6
2	request 20160806-001	照会の条件保存が50件までしか登録できないことについて、増やしてほしいとのご要望をお預かりしております。ご検討お願い致します。	照会の条件保存最大件数を50件から200件にしました。	H29.5.25
3	ncp 20180702-015	「13照会」の照会結果をクライアント印刷で印刷しようとしたところ、通常の照会結果であれば問題なく印刷することができましたが、「病名　診療行為」タブで診療行為を指定した上で「数値指定」の1?3いずれかを選択し数値と比較条件を指定して検索した結果（結果に数量、回数、合計等を含むもの）を印刷することができませんでした。	クライアント印刷の対応が不十分のため現象が発生していましたので修正しました。 また、照会で点数と診療年月で検索を行った際の検索結果についても同様に印刷ができませんでしたので修正しました。	H30.7.25
4	ncp 20181005-019	13照会の「病名　診療行為」タブにある「診療コード」・「診療行為」欄について質問です。 こちらの1?5の5個目の「診療コード」欄を入力すると「診療行為」欄の名称が薄くなります。 何か意味があるのでしょうか。	13照会の「病名　診療行為」タブにある「診療コード」・「診療行為」欄について、1から5の5個目の「診療コード」欄を入力すると「診療行為」欄の名称が薄くなる不具合を修正しました。	H30.12.25
5		「保険　公費」タブを開き、負担割合欄に1～5以外の値を入力してEnterすると、エラー内容が空白のダイアログが表示されていましたので「負担割合の入力に誤りがあります」と表示するように修正しました。		R1.6.25

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
6	support 20190626-005	昨日（6/25）パッチ提供の照会についてです。 「保険 公費」のタブを開き、「負担割合」欄に1～5以外の数字を入力するとエラー内容が表示されるようになりましたが、「本人家族」欄に数字「11」とを入力しEnterすると「1本人」が表示されます。 同様に「負担割合」欄に数字「11」と入力Enterすると「保険者番号」欄にカーソルが移動します。（添付ファイル参照）。 どうやら「1本人」「2家族」の該当数字を入力すると「本人家族」欄では反応するようですが、「負担割合」欄では「1前期高齢者1割」～「5後期高齢者3割」の該当数字を入力しても反応しません。	先頭が[1,2,3,4,5]の複数桁の番号を入力すると、カーソルが移動してしまいましたので修正しました。 ※インストールされているミドルウェアが古い場合、照会結果が0件となりましたので対応しました。	R1.7.29 R1.8.1パッチファイルを更新しましたので、発現する場合はプログラム更新を行ってください。
7	ncp 20200303-019	状態コメント1に　99番までコメントを登録している医療機関からの問い合わせです。 状態1の99に施設名を入れている。患者登録画面の状態1には、ちゃんと99番目まで表示されるが、13照会の画面で、状態をキーに検索をかけようとすると、98番目までしか表示されず、「99」を手入力すると「状態1の入力に誤りがあります」とエラーになります。 状態の99番目の項目で検索をかけるにはどうしたらいいでしょうか。	状態1を99まで選択可能となるよう修正しました。また状態2、状態3についても同様に修正しました。	R2.3.24

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	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	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
2	1/31　診療行為確認画面表示	診療行為入力から自費0円のコードを*2以上で入力したとき、診療行為確認画面で2段にわたって*2と表示されるため、*4で入力されているように見えてしまうとのお問合せがありました。	診療行為で自費コードで金額がゼロ円のコードに回数を1以上で入力した場合、診療確認画面で回数を複数行表示していましたので表示しないように修正しました。	H29.2.6
3	request 20170117-002	現在、在宅療養実績加算2について、日レセで施設基準設定を行うと、在医総算定時に自動算定されますが、算定内容によっては実績加算2を算定しない場合もあるとのことです。 実際に実績加算2を算定したレセプトが連合会より返戻になったとのことです。 診療行為入力時、自動算定後に手動削除が可能となるよう改善をお願いいたします。	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の入力時に自動算定した在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1・2について削除を可能としました。 1. 間違って削除した場合は在宅時医学総合管理料等を削除後、再度入力して加算を自動算定してください。 加算を手入力した場合のチェックは行わないので手入力する場合は注意してください。 2. 加算を削除後「中途終了」押下で中途終了した場合、中途データ展開時に再度、自動算定を行いますので、「登録」時に加算の削除を行います。	H29.2.22

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	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。	ver4.8.0第55回（10月26日）パッチ提供で休日加算へ振り替えたのは誤りでしたので修正しました。 外来時間外区分が「５　小児科特例夜間」、「６　小児科特例休日」及び「７　小児科特例深夜」の時、６歳以上の患者は診療行為入力画面で時間外区分を「８」に振り替えます。 「８　夜間・早朝」が環境設定の外来時間外区分に存在する時のみの変更になります（診療所で施設基準（672）が１の場合）。 ※ver4.8.0第55回（10月26日）パッチ内容は「Ver4.8.0に対する修正プログラム提供内容」の２１診療行為の番号95となります。	H29.2.22
5	request 20160331-002	「後発品変更不可（処方単位）」のように、「一般名記載」にも「一般名記載（処方単位）」のようなコードを追加して欲しいと要望をいただきました。 今回の改正で、全て一般名処方しないと「一般名処方加算１（処方せん料）」（3点）が算定できないので、処方単位で設定できるとありがたいです。	院外投薬で後発品変更可の処方毎の予約コードを入力し、処方せん単位の指定を可能としました。 システム予約マスタ 099209911 後発品変更可（処方単位） １．システム管理「1030 帳票編集区分情報」の後発医薬品への変更可署名「1　変更可（一般）」と設定している場合は入力不可とします。 ２．予約コードを入力した場合、処方単位で一般名処方加算が可能な薬剤を一般名で記載します。 システム管理を「1　変更可（一般）」と同様の処理となります。 ３．処方せん料の判定、処方せんの印刷を予約コードに沿った内容で行います。 ４．診療行為等の画面の一般名表示を予約コードに沿った内容で行います。 ５．平成２９年３月診療分からの対応となります。	H29.3.27

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	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
7	request 20161116-002	検索結果で請求に利用できない別紙番号08(=調剤)のものを検索結果から除外できないか? それが難しい場合、画面上で「01 医科 在宅医療」「02 医科 その他の部」「08 調剤」が分かるように表示できないか? 例えば 「 皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用・標準型）」を探したい時、「皮膚欠損」と前方一致で検索すると、「 皮膚欠損用創傷被覆材（皮下組織に至る創傷用・標準型）」が、3つ並んで表示されるがコードが表示されないので、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
8	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
9	request 20160720-001	短期滞在手術等基本料3の包括対象の判定についての要望です。 H27.9.24のパッチ提供の、request20150218-002について対応された内容に関してです。 -------- 短期滞在手術等基本料3算定月の診療で血液学的検査判断料、生化学的検査（1）判断料、免疫学的検査判断料を包括扱いとしました。 -------- これにより 検体検査判断料は自動算定されなくなりましたが、判断料の加算である「検体検査管理加算」は自動算定されます。 加算は「所定点数に加算する」もので、所定点数がないのに加算のみ算定されるのはおかしいです。 検体検査判断料を算定しない場合は検体検査管理加算も算定しないようにしていただくことを強く要望します。	短期滞在手術等基本料3を算定日以降の同月の外来で、血液学的検査判断料、生化学的検査（1）判断料、免疫学的検査判断料を包括していることと同様に、検体検査管理加算も包括扱いとするよう修正しました。 （システム管理「1014 包括診療行為設定情報」で短期滞在手術等基本料3の包括算定方法が、「1 包括算定する（会計データ作成）」「2 包括算定する（エラー扱い）」に設定されている場合に機能します。）	H29.4.26
10	request 20160524-007	平成28年度診療報酬改正にともない，地区医師会でとりまとめた質問に対して，回答がありました。地区医師会からその回答が公式文書として配布されました。その中で， Q 30日を超える長期の処方を行う場合。 A 30日を超える場合，レセプトとカルテの両方に長期投与の理由を記入することを要する。 とありました。対応をお願いします。 私案としては 1) とりあえず，月次統計で，ある月の，1回の診察で30日を超える処方を行った患者を抽出できるようにする。 2) その後可能ならば，データチェックで，1回の診察で30日を超える処方を行った患者にコメントが入って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
11	support 20170427-002	H29.4.26のパッチとマスタ更新を行いました。 1，システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の投薬30日超チェックを「1 チェックする」と設定すると、診療行為画面で30日超えの処方があるとエラーメッセージで先に進めません。これはエラーではなく警告で良いと思うのですが、警告にする設定はありますでしょうか？ 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
12	request 20160805-003	21診療行為の入院画面にも外来のように「メモ」機能を追加してほしいとのご要望がありました。 外来のメモ機能を活用されているようで、共通で入院画面からも外来から登録したメモ内容を確認したいとの事です。	入院診療行為画面にメモ機能を追加しました。 入院の診療行為画面の「メモ」ボタンによりメモ登録画面へ遷移します。 「メモ」ボタンは当日にメモがある場合赤で表示します。	H29.5.25
13	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
14	support 20170612-009	EFファイルのデータ、会計カード等を添付致します。 対象患者を　H28.8.1　診療訂正で開くと、「警告！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更してください。」とメッセージが出ます。医療機関様へ確認したところ、DPC調査事務局より連絡があ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
15	ncp 20170508-036	現在、短期滞在手術等基本料3を算定する場合、包括算定の設定により血液学的検査判断料、生化学的検査（1）判断料、免疫学的検査判断料を退院後の外来でも自動算定しないよう設定できますが生化学的検査（2）も算定できないと支払基金からご指摘のあった医療機関様があります。 詳しい資料が欲しいとの申し出にも厚生省からの通達で見せることはできない、厚生省のホームページをご覧くださいと言われたとのことでした。 弊社でも調べましたが生化学的検査（2）についてはどこにも記載がなく算定してよいのかどうかの判断が付きませんでした。 生化学検査（2）については算定可能と言うことでよろしいのでしょうか？	短期滞在手術等基本料3を算定日以降の同月の外来で、血液学的検査判断料、生化学的検査（1）判断料、免疫学的検査判断料、検体検査管理加算を包括していることと同様に、生化学的検査（2）判断料も包括扱いとするよう修正しました。（取扱いについて基金本部照会済）	H29.6.26
16	support 20170612-022	添付ファイル（解凍後、1.png～10.png）で5.png～10.png のような入力をした場合、会計照会画面にて5月分のレセプトプレビュー（1.png、2.png）と診療行為入力画面から「訂正」から5月分のレセプトプレビュー（3.png、4.png）を表示した場合、3.pngの赤枠のように×2（赤枠以外にも異なる回数があります）となり、結果が異なる不具合が起きています。（診療行為入力画面のレセプトプレビューが間違い。会計照会、明細書作成でのレセプトプレビューが正しかったです。）	リアルタイムプレビューでプレビュー用のテーブルの構造変更が漏れており、同日3回を超えて受診があるレセプトのプレビュー内容に誤りがありましたので修正しました。	H29.6.26

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

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 20170708-001	レセプトの記載とレセ電データについてです。 ある患者の同会計内に7種類以上の内服薬を投与し薬剤料逓減（90/100）（内服薬）と湿布薬70枚を超えた分の薬剤料減点（湿布薬薬剤料上限超）があったときのレセプト摘要欄に薬剤料逓減（90/100）（内服薬）の記載はなく、薬剤料減点（湿布薬薬剤料上限超）しか記載がされませんでした。 点数欄には内服薬も外用薬も逓減、減点された正しい点数が記載されます。 当月のレセプトを作成すると、総括表の合計点数は正しい点数が記載されますが、レセ電データの合計点数は逓減されていない点数にさらに湿布薬で逓減した点数が足された数になります。 44総括表でレセ電チェックありでレセ電データを作成すると、レセ電データチェックリストには「請求点数が誤っています。」と出ます。 レセ電データの中身の点数チェックを確認するとエラーとなり、該当患者の「再計算点数」に逓減されていない点数にさらに湿布薬で減点した点数が足されて計算され、「請求点数」は正しい点数、「状態」欄に点数不一致と出ます。	診療行為で湿布薬の70枚以上の逓減と内服の7種類以上の逓減が同時にある場合、湿布薬が内服薬より下に入力されていた場合、内服薬に（減）が追加されませんでした。 この為、レセプトで不具合が発生していました。 正しく表示するように修正しました。	H29.7.25
20		自賠責保険の登録で自賠責点数算定区分を「1 労災準拠」で設定し、診療行為登録を行った後に、「2 健保準拠」に変更した場合、「労災準拠」で登録した診療行為の訂正展開時に警告メッセージを表示しませんでしたので表示するように対応しました。 「健保準拠」から「労災準拠」に変更した場合は「警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。」を表示しましが、「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
21	request 20160615-002	現在、心身医学療法を算定した時、20歳未満の場合自動で心身医学療法（20歳未満）加算が自動算定されます。 児童相談所と連携していない医療機関様から、この加算を算定することはできないのに自動算定され、尚且つ消すこともできないので困っているとの問い合わせが有りました。 自動算定しないようにならないでしょうか？	システム管理の設定により、心身医学療法（20歳未満）加算の自動算定を行わないように対応しました。また、自動算定した心身医学療法（20歳未満）加算の削除を可能としました。 1．システム管理「1038 診療行為機能情報」の心身療法20歳未満加算を「1 自動算定しない」と設定した時、心身医学療法を入力時に「心身医学療法（20歳未満）加算」の自動発生を行いません。算定したい場合は加算コードを手入力します。 2．心身医学療法を入力時に自動算定した「心身医学療法（20歳未満）加算」は手入力扱いとし、自動発生した加算の削除を可能とします。 ※20歳以上となった時にDOで選択した時、手入力扱いの「心身医学療法（20歳未満）加算」は選択対象となるので、展開後削除することになります。なお、パッチ適応前に登録した加算については自動算定なので展開対象外となります。 3．平成29年7月1日診療分から適応とします。	H29.7.25
22	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
23	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
24	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
25	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
26	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
27	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。 改善できないでしょうか。	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
28		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
29	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
30	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
31		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
32	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
33	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
34	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
35	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
36		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
37		「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
38		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
39	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
40		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
41		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
42	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
43	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
44	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
45	ncp 20180501-004	H30.4.29にプログラム更新して以降処方箋の頭書きが発行されない不具合が生じています。 診療入力から請求確認画面で、処方箋発行フラグを「発行あり」にした場合は発行されているので、現在そちらで対応して頂いています。	クライアント印刷の対応が不十分のため現象が発生していましたので修正しました。	H30.5.9

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
46	ncp 20180425-011	下記にて入力をした時に、請求確認画面の右下へ『★★収納業務で一括再計算を行ってください★★』とメッセージがでますが、メッセージが出る条件を教えていただけますでしょうか。 また、一括再計算は必要でしょうか。 【患者登録】 70才未満 主保険：組合（06140248） 公費：54336011 適用区分：957公費ウエオ 公費負担金上限：40000 【診療行為】 ●院外処方 ●複数化保険の入力となります。 syosin　初診料　282×1 .600　検査 160208110　コンタクトレンズ検査料1 810000001　（注記）。。。。　200×1 ↑上記　組合保険のみ ↓以下　難病適用分 #0002　≪組合　難病（06140248）≫　################## 099409901*1　実日数算定 62195701 5　ジクアス点眼液3%　5mL　5瓶 001000912*1 【1日2?3回】　（　319）×1 .820　処方箋料 120002910　処方箋料（その他）　68×1	外来請求確認画面メッセージ表示修正 ・70歳未満 ・主保険と主保険＋難病の複数科保険入力（保険組み合わせは組合単独） ・患者登録－公費欄に957の入力あり の場合で、一部負担金が高額療養費算定基準額に達していないにも関わらず、外来請求確認画面の下部に、不要なメッセージ （収納業務で一括再計算を行ってください）が表示される不具合がありましたので修正しました。 （例）組合と組合＋難病の複数科保険入力 保険組み合わせは組合単独 11 初診料 60 コンタクトレンズ検査料1 ## <<組合 難病>> 99 実日数算定 23 ジクアス点眼液3%　5mL	H30.5.9
47	ncp 20180507-021	170002270：脳脊髄腔造影剤使用撮影加算を入力すると「警告！撮影料の合計数量と違います。同じ数量を入力して下さい。」と警告が出ます。今まではこのような警告は出てこなかったかと思うのですがいつのパッチで対応されたのでしょうか。	平成30年4月改定対応に併せて造影剤使用撮影と脳脊髄腔造影剤使用撮影加算の点数算定について見直しを行いました。 これにより、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算の数量と造影剤使用撮影料の合計数量が違う場合、警告を表示するようにしました。	H30.5.9

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
48	ncp 20180501-018	妊婦検診の際に同時に保険診療を行った場合、診察料は検診に含まれるため、コメントを入れて保険請求を行っています。 妊婦加算のみを算定したいのですが、「.114」や「.124」で入力しても入力できません。 加算のみを算定する方法はありますでしょうか。 それとも、この場合は加算のみの算定は不可ということでしょうか。	「.114 初診加算料」「.124 再診加算料」「.133 管理加算料」に妊婦加算の入力ができませんでしたので、加算のみ算定可能としました。ただし、問い合わせのケースにて妊婦加算の算定可否については不明確のためユーザーの判断で行ってください。 併せて、妊婦加算の関係で以下の修正を行いました。 会計照会の剤変更で妊婦加算のある剤を展開した時、年齢エラーとなっていましたので修正しました。 外来まとめで妊婦加算を算定している初・再診料に時間外区分を入力した時、妊婦加算はそのままで通常の時間外加算コードを自動算定していましたので正しく算定するように修正しました。	H30.5.28
49		通院・在宅精神療法の20歳未満加算を自動算定する時、「180047270 児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満）」の自動算定を施設基準の「3039」の設定がある場合のみ行っていましたので、施設基準「0023」と「0003」「3039」「3491」のいずれに設定があれば自動算定するように修正しました。		H30.5.28
50	support 20180523-003	「セット登録画面でのエラー表示」	診療行為画面で例えば「在宅患者訪問診療料」を入力後にセット登録画面へ遷移すると「在宅患者訪問診療料」がエラーとなりセット登録ができないケースがありましたので修正しました。	H30.5.28

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
51	ncp 20180510-006	特定薬剤治療管理料1に関して抗てんかん剤を同一月に2種以上投与し個々に管理を行った場合は、月2回の算定が可能ですが、エラーで入力ができないとのお問い合わせをユーザー様よりいただきました。改定により薬剤名の記載が不要になったとのことで、下記（※例1）のような入力をしていました。 （※例1） 113000410　＊特定薬剤治療管理料1 840000038　特定薬剤治療管理料初回算定　○年　○月 820100047*2　（ロ）てんかん患者で抗てんかん剤を投与 （※例1）の入力を行うと「008　回数は1回のみです。」と完全エラーで入力できません。 （※例2） 113000410　＊特定薬剤治療管理料1 840000038　特定薬剤治療管理料初回算定　○年　○月 820100047　（ロ）てんかん患者で抗てんかん剤を投与 113000410　＊特定薬剤治療管理料1 840000038　特定薬剤治療管理料初回算定　○年　○月 820100047　（ロ）てんかん患者で抗てんかん剤を投与 （例2）の入力にするとエラーなく登録ができますが、該当の診療行為を訂正で開いた際に「K999　警告！！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。」と表示があり（例1）の入力状態になってしまい再度エラーとなります。	医学管理等（診療区分（13））で回数が2以上入力された場合の入力エラーを警告に変更しました。 回数チェックをしていない管理料（傷病手当金意見書交付料など）は警告表示は行いません。	H30.5.28
52	support 20180312-018	日付：平成30年3月10日 医師：0006 「13照会」で上記を指定して検索すると、3月10日で0006の医師で診察していない患者様が結果に表示されました。 医師の登録について診療行為の担当医以外で、確認する箇所がありましたらご教授願います。	外来の診療行為で複数診療科と複数保険組合せを入力した時、複数科が前の診療科と同じでも保険組合せが違えば受診履歴は別となりドクターも複数科で入力したドクターで登録しますが、訂正で展開した時、診療科が同じ時は複数科の行を展開していませんでした。 訂正展開で診療科が前行と同じでもドクターコードが違う場合は複数科の行を展開するようにしました。	H30.6.27

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
53		小児鎮静下MRI撮影加算の対応について 1.「170036170 小児鎮静下MRI撮影加算」を「2回目以降減算（CT、MRI）」の算定がある時、撮影料の点数に%加算していましたが、「2回目以降減算」を行った点数に対して%加算するようにしました。 2.「170036370 小児鎮静下MRI撮影加算（3テスラ以上・共同利用施設）」など追加となったコードを入力した時、MRI撮影方法が違う場合はエラーとするようにしました。 「小児鎮静下MRI撮影加算（3テスラ以上・共同利用施設）」を入力した時、「MRI撮影（3テスラ以上の機器）（共同利用施設）」以外をエラーとします。 「小児鎮静下MRI撮影加算」の算定できない撮影料（MRI撮影（1又は2以外）とのチェックはできません。 3.「小児鎮静下MRI撮影加算（3テスラ以上・共同利用施設）」を「2回目以降減算（CT、MRI）」の算定時に入力した時、「小児鎮静下MRI撮影加算（3テスラ以上・共同利用・2回目以降）」に変換します（逆も行います）。		H30.6.27
54		時間外緊急院内画像診断加算の算定確認の警告メッセージの時間外対象に、妊婦時間外等追加しました。 地域包括診療料、認知症地域包括診療料の時間外コードの判定もしていませんでしたので追加しました。 現行と同様に時間加算区分コードが「1、2、3、4」の時のみ警告表示対象となります。		H30.6.27
55	投与量　警告解除不可	ヒルドイドローション0.3%について、点数マスタより投与量と数量換算値等の設定をおこなっています。 設定した投与量を超える数量を換算入力すると警告が表示されますが、警告解除入力ができません。	薬剤の点数マスタに投与量の設定をエラー処理「警告」で登録し、かつ、数量換算値の設定がある場合、診療行為で薬剤の数量を換算値入力した時に投与量がオーバーした時の警告メッセージが解除できませんでしたので修正しました。	H30.7.25

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
56	support 20180508-045	検査の重複算定について問合せがありました。 以下の検査を同時に実施しています。 ・リウマトイド因子（RF）定量 ・MMP-3 ・抗ガラクトース欠損IgG欠損抗体定性 算定本には、「3項目以上を併せて実施した場合、主たるもの2つに限り算定する」とあります。 ・抗ガラクトース欠損IgG欠損抗体定性 ・MMP-3 上記2項目を算定すると「抗ガラクトース欠損IgG欠損抗体、MMP-3　上記検査は重複算定できません」とエラーになります。 算定本を確認しましたが、同時算定できないとの記載はありませんでした。 ただし、(6) 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量については以下の記載ありましたが、該当しないので算定できるのではないかとの指摘がありました。 イ「16」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量、「８」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性又は定量、「８」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（MMP－３）、「11」のC1q結合免疫複合体、「14」のモノクローナルRF結合免疫複合体、「16」のIgG型リウマトイド因子及び「16」の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には、主たるもの１つに限り算定する。 ORCAの動作は正しいのでしょうか。	D014-7　MMP－３ D014-8　抗ガラクトース欠損IgG抗体定性 D014-8　抗ガラクトース欠損IgG抗体定量 D014-12 C1q結合免疫複合体 D014-20 モノクローナルRF結合免疫複合体 D014-22 IgG型リウマイド因子 これらの検査を重複算定エラーとしていましたが、警告に変更しました。 D014-23 抗シトルリン化ペクチド抗体・定量と上記検査を含めてどれか１つと記載がありますが、D014-2　RF定量と上記検査のどれか２つとの記載もありますので警告としました。 なお、警告は検査毎に行いますので、２回警告メッセージを表示します。	H30.7.25
57	support 20180712-002	造影剤使用撮影を6回行った場合、点数は678点です。 そこに脳脊髄腔造影剤使用撮影加算（148点）を算定すると、678＋148＝826点になると思いますが894点で計算されます。 これはなぜでしょうか、入力方法に誤りがありますでしょうか。	画像診断で造影剤使用撮影の数量が1より大きく脳脊髄腔造影剤使用撮影加算の数量が1の時に点数計算に誤りがありましたので正しく計算を行うように修正しました。	H30.7.25

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
58	ncp 20180604-004	3月末までは、退院支援加算2を手入力した際には、算定不可のメッセージが出ていたのですが、4月からは、入退院支援加算2を手入力した所、メッセージが出なくなったので、算定可能なのでしょうか？ 入院料は、「療養病棟入院基本料2　看護職員等経過措置」（80%）を算定しています。	診療行為から入院料加算を入力時に電子点数表による算定入院料との併算定チェックを行っていますが、平成30年4月からの「A246 入退院支援加算」はこれができなかった事から判定対象外としていましたが、判定対象とするように修正しました。 但し「A246 入退院支援加算」の以下「注の加算」は電子点数表でのチェックができない事からチェック対象外です。 チェック対象外の「注の加算」 190192870 地域連携診療計画加算（入退院支援加算） 190207370 小児加算（入退院支援加算1又は2） 190207470 入院時支援加算（入退院支援加算）	H30.7.25
59	ncp 20180724-028	医療機関様より、医保分の入力で「小児かかりつけ診療料（処方箋を交付）再診時」を算定し、同日にて、自賠責分として「初診料」を算定したいという事で、先に医保分の入力を行い一旦登録を行い、再度患者様を呼び出し、手入力で、「初診料」を入力し、「既に他保険で受信済みです。OKで他保険にて算定済へ置き換えます」を「NO」を選択し、「初診・再診は重複できません」のエラーメッセージを「閉じる」で閉じると、同日再診料、各加算等が表示される為、「初診料」と「乳幼児加算（初診）」のみ残し削除し、登録を行うと「警告!剤内に包括診療行為コード以外の算定が有ります。剤分離をして下さい。」と表示されます。 警告メッセージを閉じ、登録をしようとすると、初診料、乳幼児加算（初診）が包括分として計算されてしまいます。 包括算定しないように登録を行いたいとのことでした。 （※本来は医保分、自賠責のどちらかで初再診料は算定するのでは？と確認した所、当院ではそれぞれの保険で診察料を算定するとの事でした） また、小児科外来診療料にて同じように、保険分、自賠責にてそれぞれ診察料を入力した所、正しく算定出来ました。	小児かかりつけ診療料を「1 包括算定する」と設定している時、小児かかりつけ診療料を算定した日に、自賠責保険で初・再診料を算定しても包括対象となっていましたので、包括対象外とするように対応しました。	H30.8.27
60		中途終了から処方箋を印刷した時、再印刷データを作成していませんでしたので作成するようにしました。		H30.8.27

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
61	support 20180719-018	特定疾患療養管理料の自動算定について 特定疾患病名の登録があるにもかかわらず、自動算定が行われないという現象が発生しております。（その為、現在管理料を手入力している状態です。） 対象患者について、初診より1ヶ月以上経過しており、入院歴はございません。（「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の疾患区分からの自動発生は“算定する”に設定しております。） 病名は、内科病名と透析科病名が登録されており、それぞれの診療科の病名には特定疾患病名が含まれています。 診療行為画面で内科を選択した場合は、疾患区分に従い特定疾患療養管理料が自動算定されるのですが、透析科を選択した場合のみ、特定疾患病名の登録があるにもかかわらず自動算定されません。 特殊な操作として、透析科で登録している「頻脈性不整脈」以外の特定疾患病名は疾患区分の設定を空白に変更している状態です。 普段空白で登録している特定疾患病名の疾患区分を「05特定疾患療養管理料」へ変更し、診療行為画面にて透析科を表示すると特定疾患療養管理料が自動算定できるようでしたので、「頻脈性不整脈」の病名に対して自動算定されないようです。なお、「頻脈性不整脈」を一度削除し登録し直しましたが改善はされませんでした。 社内にて検証を行いましたが、現象の再現ができない状態です。（ユーザ環境でも今のところ他患者では同様の現象は起きていないとのことです。） 上記内容について、特定疾患療養管理料が自動算定されるようにするにはどうしたら良いかご教示頂けますでしょうか。	外来の診療行為の病名表示はレセプト表示しない病名も含めて100件を対象として処理をしています。 疾患区分のある病名が101件目以降に登録されている場合、病名が対象外となり特定疾患療養管理料の自動算定をしませんでした。 病名表示対象に関係なく、疾患区分の判定を行うようにしました。 また、レセプト表示しない病名も含めて100件を処理対象としていましたが、処理対象を999件として病名編集（100行）を行うようにしました。 システム管理が「2 表示する（レセプト表示のみ）」の時にレセプト表示しない病名が100件以上あった場合にレセプト表示する病名が病名表示の対象外になることがある為の対応です。	H30.8.27
62	support 20180827-009	セットの入力コードについてお尋ねです。 入力コードに半角で「￥」を登録したのですが、実際の診療行為の画面で「￥」を入力すると該当のセットが表示されませんでした。 入力コードとして登録はできているのですが、入力できない原因をご教授頂いてもよろしいでしょうか。	入力CDに「¥」記号を使用して登録することができますが、入力CDの検索でエラーとなり検索できませんでしたので修正しました。 「¥」記号がエスケープ文字となり検索できませんでした。 また、病名業務では、自院病名の自院病名コード、セットコードの先頭に半角の「¥」記号で登録したときに検索ができませんでしたので修正しました。	H30.9.25

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
63		レセプト記載事項の別表１（コメント関連テーブル　支払基金提供）におけるコメントコードの選択一覧表示及び入力補助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。 ※要マスタ更新		H30.9.25
64		診療行為の請求確認画面の入金の取扱いの名称が「1 今回請求分のみ入力」となっていましたので、「1 今回請求分のみ入金」に修正しました。		H30.9.25
65		初診と外来診療料の注2、注3の病床数の500床以上の算定要件を10月診療分より400床以上とし、チェック箇所の見直しを行いました。		H30.9.25
66	ncp 20180928-011	外来にて在医総管を算定し、同月に入院となった患者の入院診療行為で投薬を入力した場合、以前は登録ができたそうですが、第33回パッチプログラムを適用後にその診療日を訂正で呼び出して登録すると、「1402　在宅時医学総合管理料を算定時、算定できません」とエラーになります。 社内機にて検証したところ、第30回パッチを適用した環境ではエラーとならず登録できましたが、その環境でプログラム更新し、第33回パッチが適用された状態で再度該当患者を訂正で呼び出して登録すると、上記エラーとなります。	システム管理「1014 包括診療行為設定情報」で外来関係（例：在宅時医学総合管理料など）の設定を 包括算定方法：0 包括算定しない 包括算定区分：3　算定月において包括する と設定している場合に、同月の入院でも包括チェック対象となってしまう不具合がありましたので修正しました。 【留意事項】 パッチ適用前では、例えば、投薬の診療種別が「.210」が「.213」に自動変換されて、剤点数が0点となることがありますので上記設定の場合は再確認をお願いします。	H30.9.28

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
67	ncp 20181015-019	注射薬ビタミンB1、ビタミンB2へそれぞれ入力CDをB1、B2と付けて入力していたが、この度薬の名前が変わったようで、薬剤名称が変更されている。 ※名前は変わっているが、同じ薬のようと言われてます※ ↓ 今まで通りB1、B2と入力すると、（620680414）（620695105）と診療行為CDが変換されて表示される。 ↓ （620680414）（620695105）の点数マスタを開いて再度入力CDを設定しようとすると”既に使用されています”のメッセージが出て登録できないが入力CDは空になっている。 ↓ 今まで通り、入力CDを表示させたい。 --- 質問? 上記薬剤の名称変更がありましたでしょうか。 ※お客様自身でマスタ変更されていたかの確認はできておりません※ 質問? ORCAの設定にて診療行為CDと入力CDを置き換える設定がありますでしょうか。 今まで通り入力CD表示されたいということですので、まずは入力CD、B1・B2が何へ振られているのか確認したいところですが、先方のご担当者さまと22日まで連絡が取れない状態です。 名称が変わっても同じ診療行為コードでしたら、設定済の入力CDが表示されるという認識で相違ないでしょうか。	診療行為画面から入力CDを登録する時、入力CDの登録済みのエラーメッセージに登録している診療コードと有効終了日、名称（先頭18文字まで）を表示するようにしました。 セットコードの場合はセットコードのみ表示します。 なお、点数マスタ画面の入力CD登録済みのエラーメッセージには診療コードの追加のみ行っています。	H30.10.25

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
68		短期滞在手術等基本料3算定日以降の同月内における包括判定について対象診療行為（自動算定する判断料等、月１回上限）を追加しました。 1．短期滞在手術等基本料3算定日以降の包括対象に以下診療行為を追加しました。 ・尿・糞便等検査判断料 ・微生物学的検査判断料 ・コンピュータ断層診断 ・画像診断管理加算１（写真診断） ・画像診断管理加算１（基本的エックス線診断） ・画像診断管理加算１（核医学診断） ・画像診断管理加算１（コンピュータ断層診断） ・画像診断管理加算２（核医学診断） ・画像診断管理加算２（コンピュータ断層診断） ・画像診断管理加算３（核医学診断） ・画像診断管理加算３（コンピュータ断層診断） 2．短期滞在手術等基本料3算定日以降の同月内の再入院期間についても「1．」の診療行為を包括対象とします。		H30.10.25
69	kk 54714	レセプトのリアルタイムプレビューで質問があります。 今月2度来院していて1度目は国保+親初の保険組合せで保険外診療（インフルワクチン）のみの会計でした。 2度目に同じく国保+親初の保険組合せで診療行為入力をして登録を押したあと 会計前にリアルタイムプレビューでレセプトを確認しようとしたところ、親初の公費欄の印字がなく、国保分の保険しか印字されませんでした。 会計後であればプレビューに親初の分も公費欄に印字されるようですが、会計前から親初も出す方法はありますでしょうか。	以下の事例において、２日目の診療行為確認画面のリアルタイムプレビュー（提出用レセプト）で、地方公費がレセプト記載対象外となり、主保険単独レセプトになっていましたので、公費併用レセプト となるよう修正しました。 == レセプト請求する地方公費で、保険番号マスタの「レセプト記載」が「０」 １日目：主保険＋地方公費　.950の自費分のみ入力　請求点数０点 ２日目：主保険＋地方公費　診察料等入力　請求点数１０００点 ==	H30.12.25

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
70		診療日が平成31年1月以降の場合、妊婦加算の自動算定をしないようにしました。 患者情報に「妊婦」の設定をしている場合、患者登録画面では（妊婦）の表示をしますが、診療行為画面では（妊婦）の表示はしません。		H30.12.25
71	support 20190218-024	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）を算定する場合のORCA操作について確認したいことがあります。 セット登録で以下の＜セット?＞のように登録されている場合、診療行為で登録するとレセプト選択式コメントが表示され、例で「820100255　経皮的内視鏡下胃瘻造設術」を選択し入力するとさらに「施設基準不適合減算（手術）（100分の800）」が表示されます。＜セット?＞ ＜セット?＞ .500　手術 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む） 施設基準不適合減算（手術）（100分の800） キシロカイン注射液1% ＜セット?＞ 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む） 施設基準不適合減算（手術）（100分の800） 820100255　経皮的内視鏡下胃瘻造設術 施設基準不適合減算（手術）（100分の800） キシロカイン注射液1% このような場合は、どのように対処すればよろしいでしょうか。 「施設基準不適合減算（手術）（100分の800）」のコードを削除するしか方法はないのでしょうか。	セット内容に「150171610　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）」と「胃瘻造設術」に対する選択式コメントコードが登録されていない場合、セット展開時に選択式コメントコード一覧を展開して、コメントコードを選択しますが、コメント選択後、「150382490 施設基準不適合減算（手術）（100分の800）」がセットに登録されていても、「150382490 施設基準不適合減算（手術）（100分の800）」を自動追加していましたので、算定しないように対応しました。 選択したコメントコードを「胃瘻造設術」の直下に展開する為です。 この時、セット内容の「150382490 施設基準不適合減算（手術）（100分の800）」がコメントコードの下になりますが、「Enter」または「登録」押下で、再度、施設基準不適合の処理を行いますので「胃瘻造設術」の直下になります。	H31.2.25

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
72	2/8 エラーチェック 同日再診 外来管理加算	チェックマスタの診療行為の併用算定(同日内)を「同日再診」と「外来管理加算」で設定しています。 外来管理加算は自動算定です。 シス管1038で「同日再診、訂正選択」を0とした状態だと、診療行為で登録押下時にチェックがかかりますが、1または2として同日再診を選択した場合は登録押下時にチェックがかかりません。 上記について、動作が異なる理由をご教授いただけますでしょうか。	同日再診料と外来管理加算にチェックマスタで併用算定の警告チェックを登録している場合、患者番号入力後、確認メッセージの表示があった場合に警告メッセージを表示しませんでした。 同日再診料の自動算定後に警告メッセージを表示するように対応しました。	H31.2.25
73	ncp 20181212-013	収納にて一括入金を行った際に「更新に失敗しました」とエラーが出て入金処理ができないとのお問い合わせをいただきました。 未収金が本日時点で540520円あり、11/26付で20000円の入金処理をしたいとのことで、入金処理の操作は問題ないのですがエラーが出て入金できない状態です。 一括入金画面の履歴は番号：35までになっています。	外来診療行為の訂正で、収納明細の枝番が99を超えた場合のエラーメッセージを「訂正の上限回数をオーバーします。更新できません。」と表示するように対応しました。	H31.3.26
74	support 20190305-026	ORCAとリハビリのシステムを連携され使用されている医療機関様にて、リハビリのシステムにて、運動器リハビリテーション料4単位、早期リハビリテーション加算4単位と記録し、ORCAへ送信を行っております。 21診療行為の画面では、運動器リハビリテーション料4単位、早期リハビリテーション加算4単位と入力されているのですが、24会計照会画面を見ると、運動器リハビリテーション料4単位、早期リハビリテーション加算（空白）となっております。 ただ、合計点数は合っており、レセプトもそれぞれの単位数が表記されております。 通常、ORCAで入力する際には、会計照会画面でもそれぞれの単位数が表記されておりますが、上記のような状態でも特に問題はございませんでしょうか。	入院診療行為を日次統計の「入院診療データ一括登録」から登録した時、会計照会の画面表示で早期リハビリテーション加算の数量を表示しませんでしたので、数量が2以上であれば表示するように対応しました。 会計照会の画面の診療コードの数量は、手入力した数量のみ表示しています。 中途データを診療行為画面で展開して登録すれば手入力となりますが、一括登録では画面展開しませんので対象となっていませんでした。	H31.3.26

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
75	support 20190205-009	医療機関様より、外来のまとめ入力で受診日を指定して登録したところ「中間データに不整合が発生しました。再度診療行為から入力して下さい 」とメッセージがでてきます 一度そのメッセージを閉じて再度登録したら登録はで きます　との現象がでているとご連絡がありました 状況としては ① 同じ患者ではない 毎月違う患者さん ② H30．7から稼動だが稼動翌月からこのメッセージがでる ③ まとめ入力し登録した時点で入金になるはずだが、収納登録で該当の患者さんが1日入金がない日があり登録が出来ていないことがあった 昨日サポートセンターお問い合わせした前は以上把握できておりましたが、後に医療機関様から再度連絡があり 　まとめ入力で登録し、レセプトプレビュー画面で確認したら、入力した患者さん以外のレセプトが、プレビュー画面に表示されています。との連絡があり確認したところ 　PC2台、それぞれでまとめ入力をし、その1台で入力されていた方のレセプトが、プレビュー画面に表示されていました。 　画面戻り再度プレビュー画面では表示されませんでした	外来まとめ画面で、複数端末から同時に別の日を入力した時に同時に処理を行うと日付が別端末の日付になり、登録エラーとなることがありましたので修正しました。	H31.4.23
76	ncp 20190412-012	レセプトチェック時に、”精神療法”のオーダーが電子カルテに登録漏れがあり、ORCAに取り込めていない事に気づいたので、4/8に電子カルテにオーダー登録した。 その追加したオーダーをORCAへ送信したが、加算が自動算定されなかった。 弊社側で少し確認をしました。 同一患者様で、4/12の診療行為画面にて、 精神療法：180031010 を入力した際、20歳未満の加算（180020570）がきちんと自動算定されました。 診療行為を訂正展開し、精神療法を入力すると、20歳未満の加算が自動算定されないようです。 この挙動は仕様でしょうか？	診療行為で訂正展開時に「中途終了一覧」から中途データを「F10 追加」で展開した時、通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満の加算を自動算定すると設定していても、自動算定しませんでしたので、自動算定するように対応しました。	H31.4.23

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
77		維持期リハビリ経過措置の警告メッセージを変更しました。		H31.4.26
78	ncp 20190514-023	特定薬剤治療管理料初回コメントコードを自動算定する設定にしている医療機関で、特定薬剤治療管理料を昭和58年からずっと算定している患者については、算定履歴から昭和58年の初回算定日で算定履歴を登録しておくと、特定薬剤治療管理料を入力した際に「特定薬剤治療管理料初回算定　58年　〇月」とコメントが自動算定されておりました。 改元対応において、初回算定日が平成31年4月までの場合は840000038を、令和元年5月以降の場合は840000538を自動算定するようになっており、和暦年を含むコメントコードの入力チェックにおいて、平成のコメントコードは、入力年月が31年5月以降はエラーになるようになっている為、昭和で算定履歴登録されていると、「特定薬剤治療管理料初回算定　平成58年　〇月」が自動算定され、登録時に「0820　平成は31年4月までです。」とエラーになります。 このコメントコードを削除して、810000001で「特定薬剤治療管理料初回算定　昭和58年　〇月」を入力しても、別途、平成58年の記載で840000038が自動算定されてエラーとなり、会計登録できません。 840000038の年月の入力を実際の初回算定日ではない適当な年月に変更すれば、「K822　警告！コメントの元号と年を確認して下さい。」や「K133　初回算定日には診療年月を入力して下さい。」などの警告は出るものの、会計登録はできますが、これだとレセプトが虚偽記載となってしまいます。 年月の入力を削除すれば、先ほどのK133の警告は出るものの、会計登録はできますが、これだとオンライン請求時にL3エラーとなります。 初回コメントの自動算定はやめたくない場合、何か設定やマスタ登録で回避可能でしょうか。 特定薬剤治療管理料初回算定年月の昭和対応について 1.コメントコードを作成します。	必ず年月の差し込みが必要のため先頭0084台で任意のコードで作成します。 マスタの有効年月は開始年月日が令和1年5月1日とします。 ※コメントコードの作成は、マニュアル（P.1161）を参照していただき、複写元コードに「840000038」を入力して展開後、漢字名称の”平成”を”昭和”に変更して登録するという方法で作成します。 2.特定薬剤治療管理料のコードを入力して、自動発生した初回算定コード（840000038又は840000538）を1で作成した昭和のユーザーコメントコードに変更します。 入力チェックについて ・0084のユーザーコメントですので、年月の妥当性チェックは行いません。 ・初回算定年月の入力判定を、以下の平成と令和のコメントコード、又は、0084のユーザーコメントコードが剤内にあるということで判定します。よって、初回算定年月のユーザーコメントではない、別の0084ユーザーコメントが入力されていても初回算定年月が入力済みと判断します。 840000038 特定薬剤治療管理料初回算定　平成〇〇年〇〇月 840000538 特定薬剤治療管理料初回算定　令和〇〇年〇〇月 レセ電データについて 0084のユーザーコメントコードはCOレコードに記録されます。 SIレコードの「コメント」に記録したい場合は、コメントコードの後ろに「c」又は「C」を入力してください。	R1.5.28

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
79		診療行為の(K03)請求確認画面で診療科や保険組合せをリストにない内容を入力してエラーとなった時、そのまま「F5　保険切替」「F6 診療科切替」を押下した場合に処理が終了しない等の不具合がありましたので、入力エラーがあれば処理に進めないようにしました。		R1.5.28
80	request 20180920-003	■.232 外用薬在(院外処方) 「620004805 5」ジクロード点眼液0．1％ 「001040003」 1日左眼3回 ■.232 外用薬在(院外処方) 「620004805 5」ジクロード点眼液0．1％ 「001030003」 1日右眼3回 ■要望 上記入力の場合に 「120004270」一般名処方加算1（処方箋料） →処方加算1が自動発生して返戻になったそうです。 　加算2を算定するようにとの理由での返戻です。 分けて入力した場合でも、同一薬剤の場合は加算2が自動発生するような仕様を要望されていました。	一般名処方加算の判定で同じ医薬品コードは1件とするように対応しました。 月次統計の「一般名処方加算誤算定疑い患者一覧」も同様に対応しました。 1．院外投薬の一般名処方加算の種類数判定を、医薬品コード（9桁）又は、一般名コードが一致する薬剤は1種類とします。 　※一般名名称が同じでも一般名コードが一致しない場合がありますので、同じ一般名であれば同じ薬剤コードで入力することをお勧めします。 2．平成30年4月診療分からの対応となります。	R1.5.28
81	ncp 20190529-016	医療機関様より対象疾患の修正の為、平成20年2月1日の診療行為を訂正で開いたところ当時算定していた「180027810　運動器リハビリテーション料（1）」に対して”リハビリテーション料が1日9単位以上になります。”というエラーが表示され登録ができないと問い合わせがありました。（実際に算定していたのは1単位のみです） 確認したところ、平成18年4月～平成22年3月それぞれの月の1日（2月1日や3月1日等）で「運動器リハビリテーション料（1）」を算定しようとすると同様のエラーが表示され、2日や10日などほかの日付ではエラーが表示されず登録ができました。（他の疾患別リハビリテーション料も同じでした）	平成18年4月から平成22年3月まで、1日に各リハビリテーション料を入力した時にエラーとなりましたので修正しました。	R1.6.25

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
82	support 20190605-038	21診療行為のメッセージについて質問がございます。 右下の登録ボタンを押すと「K268確認！長期投薬のため理由の記載が必要となる場合があります。」とメッセージが出て用法のところがあかくなるのはわかるのですが、在医総管のコードが赤くなるのはどうしてなのでしょうか。 無視して登録はできますが、もし何かわかればと思いご連絡させていただきました。	システム管理で選択式コメント一覧を「1 自動表示する」、投薬30日超チェックを「1 チェックする」と設定している場合に現象がありました。 中途データ内容に選択式コメントコードが必要な診療コードに選択式コメントコードがなく、内服投薬が30日以上の警告表示対象が存在した時、中途データ展開後に、先に警告メッセージ表示を行い、カーソル位置が選択式コメントコードが必要な診療コードの行になっていました。 警告メッセージ表示前に選択式コメント一覧を表示するように対応しました。 なお、選択式コメント一覧でコメントを選択後、警告メッセージを表示しますので、選択したコメントコードの確認は警告メッセージを閉じた後に行うことになります。	R1.6.25
83	ncp 20190617-022	ユーザー様において、当月初回の受診で難病外来指導管理料を算定し、30日の処方を入力して登録をしようとしたところ警告！すでに特処加算1を算定済みです。特処加算2を算定する場合は削除して下さいとエラーメッセージが表示され、特処加算2を入力することができません。 弊社検証機にて、上記と同様の入力をし登録したところ特定疾患処方管理加算2が算定できます。OKで自動算定します。（併用算定警告該当有）と表示され、特処加算2を自動算定できます。 ユーザー様でも、弊社検証機と同じ動きになるはずではないでしょうか？ そもそも、当月初回の受診であるのに「すでに特処加算1を算定済みです」のメッセージが表示されるのはなぜでしょうか？	特定疾患処方管理加算2を自動算定する時に併用算定エラーとなった場合、特定疾患処方管理加算2の算定を促す為に表示する警告メッセージに、併用算定となった対象を表示するようにしました。 チェックマスタをユーザが変更した時に併用算定対象が特定疾患処方管理加算1でない場合の対応となります。	R1.7.29
84		「病理診断管理加算1（組織診断）」、「病理診断管理加算2（組織診断）」を入力した時、「組織診断料（他医療機関作製の組織標本）（デジタル病理画像）」の入力があっても、組織診断料の入力がないとの警告メッセージを表示していましたので、表示しないように対応しました。 「病理診断管理加算1（細胞診断）」、「 病理診断管理加算2（細胞診断）」も同様でしたので、「細胞診断料（他医療機関作製の標本）（デジタル病理画像）」の入力があれば警告表示しないように対応しました。		R1.7.29

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
85	request 20180615-001	事例） 1.3/15外来：運動器リハ2　開始（病名１）以降病名１で運リハ2を算定 2.5/08入院：運動器リハ2　開始（病名２）以降病名２で運リハ2を算定 3.5/15退院：運動器リハ2　終了（病名２） 4.5/18外来：運動器リハ2　（病名１のリハビリを継続） このような事例があった場合、5/18の入力時に下記のエラーとなります。 「K839　警告！！該当のリハビリテーション発症日がありません。」 以前このご質問をさせていただいた際、 2.の前に病名１の終了日を入力 4.の前に病名２の終了日を入力 ここで入院レセを出力、レセ電データを作成、その後、以下を削除 ・病名１の終了日 ・病名２の開始日 ・病名２の終了日 これら削除が終わったら、病名１が継続していることになるので、4.が正しく算定できるというアドバイスをいただき、この方法でうまくいきましたが、現在はこれが仕様だとのご回答をいただきました。 こういったケースが続き、医療機関様には、その都度同様の方法で対応していただいています。 本来あるべきこれら3つを削除せず、正しく算定できるよう改善をお願い致します。	同じリハビリテーション開始日が複数あり終了日の登録がない場合、診療行為でリハビリテーション終了日を入力した時、リハビリテーションがすべて終了する旨の警告メッセージを表示します。 個別終了であれば、算定履歴画面の「履歴登録」で終了日を登録するように促します。 1．疾患別リハビリテーション終了日を入力した時、同じリハビリテーションで継続中の開始日が複数ある場合、警告メッセージを表示します。 対象は、心大血管疾患リハビリテーション終了日、脳血管疾患等リハビリテーション終了日、運動器リハビリテーション終了日、呼吸器リハビリテーション終了日、廃用症候群リハビリテーション終了日、摂食機能療法終了日です。 例 運動器リハビリテーション開始日　R01.5.10 運動器リハビリテーション開始日　R01.6.3 運動器リハビリテーション終了日を診療行為画面で入力時 「前回継続発症日：令和１年５月１０日」 「警告！運動器リハビリ開始日が複数あります。個別終了は履歴登録で行います」を表示します。 R01.6.3の運動器リハビリテーション開始日のみ終了としたい場合は、「算定履歴」の「履歴登録」画面で該当の開始日に終了日を登録します。R01.5.10の運動器リハビリテーション開始日が有効となります。 ※レセプト関係の対応あり「４２明細書　６５」を参照してください。	R1.7.29

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
86	support 20190725-002	7/21（休日）に当日入院となった患者様です。 入院登録後、診療行為を入力し「中途終了」「登録」をしました。 再度中途表示で診療行為に 閉鎖循環式全身麻酔4 閉鎖循環式全身麻酔5を追加すると休日加算（麻酔）が算定されます。 誤りと分かり閉鎖循環式全身麻酔4のみ削除すると休日加算（麻酔）も一緒に削除されます。 上記内容について休日加算（麻酔）が削除されないようにすることは可能でしょうか。 閉鎖循環式全身麻酔5は点数マスタ：時間加算：「1 時間外算定可能」となっており、単項目で入力した場合休日加算（麻酔）が算定されます。	入院の診療行為で、画面上部の時間外区分から時間外加算コードを自動算定している時、時間外加算コードを自動算定している手技料を削除した場合、自動算定しているすべての時間外加算コードを削除していましたので修正しました。	R1.7.29
87		ニコチン依存症管理料が施設基準不適合の時に自動算定する「施設基準不適合減算（医学管理等）（100分の70）」を手入力した時、減算対象である施設基準不適合の減算区分が「2」の診療コードの入力がない場合、エラーになりませんでしたのでエラーとするように修正しました。		R1.8.5
88	support 20190819-011	診療行為入力→診療行為確認画面からのレセプトプレビュー表示についてお尋ねします。 7/10　一般病棟（地域一般入院基本料）から地域包括ケア病棟（地域包括ケア入院医療管理料）に転棟された方ですが、 7/3　6日分処方→レセプトプレビュー　処方日数6日 ～7/9　レセプトプレビュー　処方日数6日 7/10　7日分処方→レセプトプレビュー　処方日数13日 7/11以降レセプトプレビュー　処方日数6日 となります。（処置・点滴等の包括項目も同様の動きになります） 包括入力されているにも関わらず、7/10のプレビューのみ処方日数が13日となる理由をご教示いただけませんでしょうか？	診療行為確認画面からのレセプトプレビューで、今回入力の包括対象の剤と同じ内容の出来高の剤が登録済みの時、出来高の剤に今回分の回数を追加していましたので、包括対象の剤とするように修正しました。	R1.8.28

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
89	support 20190809-009	21診療行為入力　当月点数累計　小児科外来診療料 例えば、8/2、8/7日受診しそれぞれ小児科外来診療料（383点）を算定していますが、当月点数累計が837点となっています。 383×2＝766点のはずですが、71点多く表記されてしまいます。 社内で検証したところ、社内では766点と正しく表記されてきました。	小児科外来診療料を包括算定すると設定している時、小児科外来診療料と処方箋料を手入力して登録した後、訂正で展開した時、処方箋料の剤が包括対象となっていても、当月累計点数に累計されていましたので累計しないように修正しました。	R1.8.28
90	ncp 20190801-020	運動器リハの発症日および病名コメントがレセプト記載されない患者がいるとのお問い合わせをいただいています。 （運動器リハビリテーション料、単位、実施日数はレセ記載されています） 現象がおきているのは特定の患者のみで、それ以外の患者については同様の登録方法（※）で正常にレセ記載されているようです。 ※算定履歴画面より、「履歴登録」にて登録しています。 各リハビリテーション開始日を診療行為画面と算定履歴の履歴登録画面から入力する時、開始日で各リハビリテーション終了日の予約コードが登録済みの時、エラーとするようにしました。 リハビリテーション終了日の入力では開始日のチェックをしていましたが、リハビリテーション開始日の入力時にチェックをしていませんでしたので、レセプト記載が不適切となることがありました。 （例）診療行為入力画面から、「099800132 運動器リハビリテーション終了日」を登録します。 登録後、同日で「099800131 運動器リハビリテーション開始日」を入力時にエラーとなります。	算定履歴画面の「履歴登録」で「099800131 運動器リハビリテーション開始日」を追加します。 この時、算定日を1．で運動器リハビリテーション終了日を登録した診療日付としたときにエラーとなります。 併せて、同じ月に同じリハビリテーション開始日を複数日登録している場合に、算定日毎の終了日付を「リハビリコメント登録画面」から登録した時に、終了日付の設定がない算定日が存在する場合、「履歴登録画面」の履歴一覧の終了日付の横に（※）を表示するようにしました。 複数の算定日がある場合、終了日のある最後の算定日の終了日を表示しますので、どの算定日の終了日か確認するためです。 （例）運動器リハビリテーション開始日を同じ月に2回入力します。 算定履歴の「履歴登録」で月2回算定した開始日を選択して「F8 コメント」でコメント登録画面へ遷移します。 最初の日を選択して、終了日付を登録します。 戻った時、該当のリハビリテーション開始日の終了日付に（＊）を表示します。	R1.8.28

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
91	ncp 20180606-013	医療機関様よりここ数か月月に1回処方料を自動算定してこない患者がいるとご相談がございました。 現象が発生する患者はばらばらで、これといって共通点がございません。 診療行為確認画面から「削」を押したのではないかと話したのですが、先方は今までそんな機能も知らなかったので触るはずがないと言われています。	診療行為の診療行為確認画面（K08）で削除剤番号を入力していて、リストに「削」を表示している行の背景色を変更するように対応しました。 剤削除でないのにリストを確認するときに誤って選択していたなど、背景色を変更することで認識可能としました。	R1.9.24
92	support 20191001-020	算定履歴から「R1.9.3」の初診コードを削除しましたが、診療行為入力画面下部の初診算定日が「R1.6.7」に更新されないとのことです。	データ移行で登録した初診算定日の「初診料ダミー」を算定履歴画面から更新・削除する時、診療行為画面で選択している診療科とデータ移行した診療科が一致しない場合、初診算定日の更新ができませんでしたので、対象の初診算定日を登録している診療科を対象とするようにしました。 また、算定履歴の「移行履歴」から初診料ダミーを登録する時、診療行為画面の診療科で受診履歴がなく別の診療科の受診履歴の登録があった時、初診算定日を更新できませんでしたので、登録されている診療科履歴を更新するようにしました。	R1.10.28
93		院外投薬の剤の明細が50行ある時に一般名称編集を行うと異常終了していましたので正しく処理するように対応しました。		R1.11.27
94	ncp 20191111-018	10月1日～10月31日入院している患者で10月31日の診療行為から「登録」で進んだ確認画面にあるレセプトプレビューで確認した調剤料と、別の日（例えば10月2日）の診療行為から「登録」で進んだ確認画面にあるレセプトプレビュー、24会計照会で確認したレセプトプレビューの調剤料の回数と点数が異なります。 10／31：調剤料30日　210点 10／2：調剤料31日　217点 24会計照会：調剤料31日　217点 どうしてこのようなズレがおこりますか。	入院の診療行為確認で「プレビュー」を行う時、診療月の診療内容に今回分を反映してレセプトを作成しますので、今回投薬があった時に当月の入院調剤料を再作成しますが、この時、前月の投薬から算定する入院調剤料の反映ができていませんでした。 前月分の投薬内容を反映して入院調剤料を算定できるように対応しました。	R1.11.27

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
95	ncp 20191224-005	一度診療行為登録を行った後に、訂正画面を呼び出し、診療行為画面の「患者登録」ボタンから苗字の変更を行い（旧姓履歴登録済）、再度領収書などの発行物を出した際に、処方箋は修正後の苗字で印字されますが、領収書や明細書が修正前の苗字で印字されます。	診療行為で訂正中に患者登録画面へ遷移し、患者情報を変更して戻った場合、診療行為では変更内容の反映は行いません。この為、氏名変更をした場合、請求確認画面で請求書件領収書や診療費明細書の氏名が変更前の氏名となっています。 また、訂正中の保険組合せが対象外となるような変更を行ってもそのまま登録ができていました。 訂正中に患者登録画面へ遷移し、氏名・カナ氏名・性別・生年月日、保険組合せ情報にのいずれかに変更があった場合は「患者登録で変更がありました。前回患者ボタンを押下して下さい。」を表示して「前回患者」押下を行うように対応しました。 入院では氏名変更を行っても画面表示以外に問題はありませんが、保険組合せの変更対応の為外来と同様に対応しました。	R2.1.28
96	ncp 20191224-013	診療行為画面で同日複数科受診している患者様の会計をクリアした際、金銭画面で主科の返金額しか表示されませんが、入金時同様に診療科ごとの返金額及び全科の返金額を表示することは可能でしょうか。	外来の診療行為で訂正により診療内容をクリアして削除処理を行った時、請求確認画面の今回診療分請求額と合計未収額に削除前の請求額をマイナス表示していましたのでゼロ表示するように対応しました。 削除前の請求額（複数科保険を含む）の合計を「入金額」項目の下に「＜削除＞（合計請求額：-XXX）」と表示するようにしました。 また、削除前の調整金を請求確認画面に表示し今回請求額に反映していましたし、調整金の変更も可能でした。 診療行為削除時は調整金をクリアし、入力不可とするように対応しました。	R2.1.28 R2.2.4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
97	ncp 20200116-003	休日に小児科外来診療料（処方箋を交付しない）初診時を算定したくて環境設定で休日にしたあと患者を呼び出した際に初期値は院外で小児科外来診療料（処方箋を交付）になるので診療行為で上部の院内・院外フラグを切り替えた際に「エラー情報　0013　手技料を入力して下さい」というメッセージが出ます。 これは何故出るエラーなのでしょうか。 関連して院内・院外フラグを切り替えた際に療養担当手当（入院外）が一つずつ増えてしまい、算定できてしまうのでこちらも直していただけると助かります。	システム管理で「療養担当手当（北海道）」を「1 算定する」と設定して、診療行為画面で「小児科外来診療料の初診時」と「療養担当手当（入院外）」を算定している時に「院内」「院外」の切替ボタンを押下した時、「療養担当手当（入院外）」を複数自動算定していましたので、小児科外来診療料のコードのみ変換するように対応しました。 なお、時間外区分の入力がなく環境設定で設定がある場合は、今まで通りに環境設定の時間外加算コードを自動算定します。	R2.1.28
98	2/12　包括分 入力外泊点数	診療行為画面で9999包括分入力として、急性期一般入院料7と外泊を入力した際に、画面上の点数が208点になります。 Fファイルへの記録も-1174となります。 1382点の15%を算定ですので207点ではないでしょうか。	入院の診療行為で入院料を手入力した時に減算がある場合の端数処理に誤りがありましたので修正しました。	R2.2.26
99		コメント内容の４０文字までが同じで４１文字から違う内容のコメントを同じ内容と判断していました。 コメント内容の４１文字からが違う場合に同一剤となっていましたので別剤となるように修正しました。		R2.3.31
100	ncp 20200403-010	システム管理マスタ　1038　診療行為情報　＜その他＞1:同日再診、訂正選択　で　0選択しない　にしてあり、小児科外来診療を算定している医療機関様からの、診療行為入力画面の操作に関する問合せです。 1）3月31日以前で4歳～5歳だったため、再診料を算定し診療行為を登録している 2）本日再診があったため、小児科外来診療料を算定し登録した 3）同じ患者を表示し、続けて1）の（3/31以前の）診療行為の内容を訂正で表示し登録を押すと、「小児科外来診療料以外です。」と表示され、登録ができない。 一度本日の診療内容を訂正で表示してから、前回の診療内容を訂正で表示し登録すると、「小児科外来診療料以外です。」は表示されないので、登録できます。	3歳以上で3月までは出来高で4月から小児科外来診療料を算定している患者で当日に小児科外来診療料の算定がある場合に、3月までの受診履歴を展開した時、エラーとなることがありましたので対応しました。 患者番号入力後、小児科外来診療料の同日再診の画面（明細が空白）を表示している時に訂正で3月までの受診履歴を展開した場合に現象が発生していました。	R2.4.22

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
101	ncp 20200421-012	4月に小児科外来診療料を、6歳到達月の誕生日前及び誕生日後でそれぞれ算定致しました。 2回の受診は共に時間外の受診でしたので、小児科外来診療料の入力コード先頭に1とスペースを追加致しました。 誕生日前の入力では乳幼児時間外加算の行が追加されましたが、誕生日後の入力では加算等の追加はありませんでした。 誕生日後の小児科外来診療料に時間外加算を算定するにはどのような操作を行えばよろしいでしょうか。	6歳到達月に小児科外来診療料の算定があり、6歳の誕生日後に算定した小児科外来診療料に時間外区分を入力しても、時間外加算コードを自動算定しませんでしたので自動算定するように修正しました。	R2.4.22
102	ncp 20200423-022	5.1.0第23回および5.0.0第60回適用環境に置いて、 システム管理マスタ1007「自動算定・チェック機能制御情報」 ＜自動算定情報＞ 外来初診・再診料 中途終了展開時の自動発生：1算定する の設定となっている環境において、 111013850　初診料（新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱） を診療行為入力して中途終了し、該当患者を該当診療日で呼び出すまたは中途表示を押して該当患者を選択すると、 111000110　初診料 に置き換わります。 5.1.0第22回および5.0.0第59回の環境ではこの現象は発生しません。	「初診料（新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱）」の算定がある中途データを展開した時、初診料に変換して展開していました。 変換しないように対応しました。 ※4月22日提供 5.0.0(第60回)のパッチファイルを訂正しました。	R2.4.23
103	ncp 20200430-039	生活保護をお持ちで公費の種類「093新型コロナ」を登録されている患者様の場合 診療行為画面で「主保険＋新型コロナ」の組み合わせがないため、新型コロナのみの保険組み合わせを選択すると「エラー情報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下さい。」が表示され、登録を進めることができません。	診療行為入力で高齢者で「093 新型コロナ」単独の保険組合せを選択した時、「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下さい。」のエラーとなりましたので修正しました。	R2.5.7

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
104	ncp 20200512-012	113032310　診療情報提供料3　150点についてご質問です。 ある患者様で、この提供書を2つの別の医療機関に同時に提供する予定ですが、エラー「0」で進むことができません。医療機関ごとに1通ずつ算定できると思うのですが、エラー「9」にはならないでしょうか。 ユーザー設定でも既定の設定が優先されるようです。	診療行為入力で、診療情報提供料（3）を同時に複数行入力した時、エラーとなりましたのでエラーとしないように修正しました。	R2.5.26
105		「別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」で示された撮影部位（選択式コメント）の対応を行いました。 単純撮影の撮影部位は、ユーザーマスタの撮影部位コードに選択式コメントコードを設定することにより自動発生を可能としました。 入力方法については別紙を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.5.26
106	support 20200528-017	撮影部位の選択式コメントですが、「F12　登録」時に表示され、選択していないと会計処理に遷移できないユーザと選択式コメントを選択していなくても会計処理ができるユーザがおります。 環境の違いはない為、操作的な問題なのか、検証していても判断できませんでした。 （ORCAバージョン、PG更新：5/26適用済みで環境に差異はございません。 「システム管理：1038　自動算定情報・チェック機能制御設定」に関して、選択式コメント一覧も「　1　自動表示する」と設定されていいます。）	選択式コメント一覧を自動表示する診療コードを入力しても剤内にコメントコードがあれば自動表示しませんが、条件のコメントコードは「820～」「810000001」「008～」としていました。 剤内に選択式コメントコードの入力があれば自動表示しないように対応しました。 CT、MRI撮影と「830～」の部位選択式コメントコードを同時に入力した操作（中途データ展開、DO展開、セット展開の場合）に、選択式コメント一覧を自動表示していましたので、選択式コメントコードが剤内に存在すれば自動表示しないように対応しました。 また、選択式コメントコードを入力後、対象となる診療コード（CT、MRI撮影料）を変更した場合も同様でした。	R2.5.26 R2.5.29 パッチファイルを訂正しましたので、改めてプログラム更新を行ってください。

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	support 20200610-003	医療機関様より、一般名処方加算について問い合わせがありました。 支払基金より連絡があり、下記の処方に対して減算されたとのことです。 下記のうち、後発品は1品のみです。（621078403） マスタを見ますと、確かに一般名はついていないようですが、日レセでは一般名処方加算2が自動算定されます。 本当に一般名処方加算が取れない医薬品なのでしょうか。 （処方内容） .210 620006084　ビブラマイシン錠100mg .230 662640418　リンデロン―VG軟膏0．12％ .230 621078403 【般後】ピペラシリンナトリウム注射用1g「日医工」 667120028　親水ワセリン 620007559　アクロマイシン軟膏3％　30mg （基金からの連絡書） 『一般名処方マスタ収載の加算対象医薬品がなく、一般名処方加算が算定されています。後発医薬品のある医薬品について算定できると定められています。ご留意ください。』	院外の外用薬に注射薬の入力があった場合、処方箋料の一般名処方加算の対象としていましたので、内用・外用薬のみ対象とするように対応しました。 システム管理の「1030 帳票編集区分情報」で後発品への変更可署名が「1 変更可（一般）」と設定されている時に、対象薬剤の名称に【般】を記載していますが、こちらも対象を内用・外用薬のみとしました。	R2.6.25
108	ncp 20200612-015	日医標準レセプトソフト外来版マニュアル Ver.5.0.0のp512「目標設定等支援・管理料の算定と算定チェックについて」にて、”チェックを行うには患者登録画面－「その他」タブの「介護認定情報」を登録します。” ”＜リハビリ算定時のチェック＞各リハビリテーションの標準的算定日数の3分の1が経過後，直近3ヶ月以内に目標設定等支援・管理料の算定がない場合に減算対象のメッセージを表示します。”と記載されています。 介護認定情報の登録がない場合でも、この減算対象のメッセージが出るようですがなぜでしょうか。	診療行為で介護状態でない患者を展開中に、別端末から介護状態の患者を展開し、介護状態でない患者のリハビリテーション料が算定されている受診履歴を訂正展開した時、「警告！目標設定等支援・管理料の算定が3月以内にありません。減点対象です。」の警告メッセージを表示していました。 表示しないように対応しました。	R2.6.25

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
109	ncp 20200601-021	エックス線撮影の撮影部位コードについてです。 腰椎から股関節にかけて撮影を行った際、今までは ---------- .700　　*画像診断 002000103　腰部 810000001　両股関節 170027910　単純撮影（デジタル撮影） 170000410　単純撮影（イ）の写真診断 170000210　電子画像管理加算（単純撮影） ---------- と入力をして請求していたようです。 今後はどうしたらいいか、医療機関からレセプト提出先に問い合わせたところ、撮影部位のコメントも2つ入れたらいいと教えてもらったようです。 ---------- .700　　*画像診断 002000103　腰部 810000001　両股関節 170027910　単純撮影（デジタル撮影） 170000410　S単純撮影（イ）の写真診断 170000210　電子画像管理加算（単純撮影） 820181310　撮影部位（単純撮影）：腰椎 830181370　撮影部位（単純撮影）：股関節__；両 ---------- と上記のように入力しようとすると、「異なる撮影部位コードの入力があります。」というエラーが表示されてしまいます。 部位が2つになる場合、どのように入力したらいいでしょうか？	剤内に異なる撮影部位の選択式コメントコードの入力エラーを廃止しました。 これにより、剤内の撮影部位の選択式コメントコードが撮影料に対応しないものが含まれる場合はエラーとしました。 該当する撮影料（診断料）が複数ある場合は、直前の撮影料（診断料）で判断します。	R2.6.25

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
110	support 20200626-001	Ubuntu18.04 Ver5.1　6月25日パッチ、マスタ更新実施後 腫瘍マーカー検査の一番下「添付画像PSA1.png参照」でのPSAを１回クリック、または1 Enterでは展開できず、２回クリック、または1 Enterを２回行うと展開はされますか、「今回査定済み、算定上限回数を超えています。算定できません。」のアラートが表示され、「S前立腺特異抗原（PSA）」が２回展開されています。（添付写真PSA2.png） 「検査名（悪性腫瘍特異物質治療管理料）；PSA」（添付画像PSA3.png）の様に展開される必要があると思います。 診療日６月以前では、この問題はありません。	７月から悪性腫瘍特異物資治療管理料を入力後に検査一覧を自動表示して検査を選択した時、選択した検査に選択式コメントがある場合、再度、検索一覧を表示していました。 また、この時自動算定した「830100060 検査名（悪性腫瘍特異物資治療管理料）；」に不具合が発生し「ENTER」で名称の検査名がクリアされていました。 正しく処理を行うように対応しました。 なお、７月から検査一覧を表示後、検査を選択しないで「戻る」を押下した時、「830000014 腫瘍マーカー検査名；」を自動表示していましたので、「830100060 検査名（悪性腫瘍特異物資治療管理料）；」を表示するように対応しました。	R2.6.26 R2.6.25 パッチファイルを訂正しましたので、改めてプログラム更新を行ってください。
111	ncp 20200629-013	[83～」のコメントコード漢字名称記号が 6/30まで「：（コロン）」 7/1から「；（セミコロン）」への修正プログラムが6/26に提供されました。 orcabiz:08306にあります【注意事項】についてです。 例：「830000015腫瘍マーカー検査名：」 .130 113001310　悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他1項目） 830000015　腫瘍マーカー検査名：CEA とセット登録（P13001)しています。 6/30までは「：（コロン）」で表示されますが 7/1以降にセットコード（P13001)で入力しても「；（セミコロン）」にならず 「：（コロン）」のままです。（DO入力も同様）。	DO、セット展開、中途データ展開の時、コメントパターン「３０」の点数マスタ名称と入力コメント名称が一致しない場合、点数マスタ名称で再編集するようにしました。 ７月から：（コロン）が；（セミコロン）に変更となる対応です。 ６月診療分からとなります。 また、訂正展開時は、登録内容をそのまま展開します。点数マスタ名称と一致しない場合は「/C 」入力でコメント入力画面で確認し訂正して下さい。	R2.6.30
112	support 20200626-058	ニコチン依存症管理料2が自動で減算されません。 施設基準は612を設定しています。ニコチン依存症管理料1は自動で減算になりますがニコチン依存症管理料2の方は手動で減算コードを入れないといけないのでしょうか？	ニコチン依存症管理料2について施設基準未適合の対応を行いました。	R2.6.30

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	ncp 20200629-020	「S特定薬剤治療管理料1」をセット登録から展開させた場合の表示の仕方についてご教授願います。 【セット登録】 P98007、入力CD：1305 「113000410：特定薬剤治療管理料1」 「840000538：特定薬剤治療管理料初回算定　令和　　年　　月」 今迄は、入力CD：1305で呼び出すと、先ずは選択式コメントの一覧が自動で表示され、コメントを選択すると、 「113000410：S特定薬剤治療管理料1」 「（イ）（ロ）（ハ）・・・の選択式コメント」 「840000538：特定薬剤治療管理料初回算定　令和　　年　　月」」 と表示されていた。 6/27のパッチ提供後、以前と同様に入力CD：1305で呼び出すと 「113000410：S特定薬剤治療管理料1」 「840000538：特定薬剤治療管理料初回算定　令和　　年　　月」 上記、2項目だけが呼び出され、選択式コメントが自動表示されません。 「//s」やDOで引っ張れば、選択式コメントの入力は可能ですが、入力及び表示の仕方について、仕様変更が生じているのでしょうか。	今回、選択式コメント一覧の自動表示の条件を、剤内にコメントコードが存在しない時に変更しました。 この為、セットで特定薬剤治療管理料と初回コメントを登録してあるセット展開時に選択式コメント一覧を自動表示しないようになりました。 自動算定している以下の日付のコメントは対象としないようにしました。 「840000038　特定薬剤治療管理料初回算定　平成　年　月」 「840000538　特定薬剤治療管理料初回算定　令和　年　月」 「840000052　診療情報提供料算定　日」	R2.6.30
114	入院まとめ入力時間外緊急院内加算	入院分で時間外緊急院内画像診断加算を算定すると撮影開始時刻（時間外緊急院内画像診断加算）；のコメントが発生しますが、Enterキーを押す度にコメントが追加されます。	入院の場合に同一会計内で時間外緊急院内画像診断加算より上に入力されている剤の回数指定で先頭が*(アスタリスク）で始まる行がある場合に発生していましたので修正しました。	R2.7.3
115	ncp 20200706-004	日曜診療を行っている小児科様からのお問い合わせです。月途中で6歳になった患者で5歳で診療し、月途中で6歳になり、日曜日に診療に来ました。環境設定で「8夜間早朝」に設定してある場合、この患者に対して113003810小児科外来診療料（処方箋を交付しない）再診時を入力した場合、5歳の時に自動で算定されてきた「113007370乳幼児夜間加算（小児科再診）（小児科外来診療料）」は自動で上がってこないようになっているようですが、この動きとしては正しいものでしょうか。 「113007470乳幼児休日加算（小児科再診）（小児科外来診療料）」は手入力するほかないのでしょうか。	小児科外来診療料を算定している患者で6歳到達月に6歳前に算定をしていて6歳以上となる場合、環境設定の外来時間外区分を「8 夜間・早朝」と設定しても、診療行為で時間外区分を自動算定しませんでしたので、時間外区分を「5 」に変更して自動算定するように対応しました。 この時、小児科特例の時間外区分の「5 小児・産・産婦人科特例夜間」「6 小児・産・産婦人科特例休日」「7 小児・産・産婦人科特例深夜」が入力ができませんでしたので入力できるように対応しました。	R2.7.10

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	ncp 20200702-001	7/1から選択式コメントの地域連携（小児）夜間・休日診療料のあとに約束処方セットのある入力で問題発生しています。 以下のような入力画面です。 　初再診など 　地域連携（小児）夜間・休日診療料 .210 S***** 10*3 .230 　外用薬など 中途終了させた上記入力を表示、あるいは後から地域連携を追加すると選択式コメントの入力ダイアログ画面が上がりますが、2回目を取ることはめったに無いのでそのまま確定でダイアログを閉じます。 するとS***** 10*3のコード行の下の行にS***** 10*3が追加されてしまうようです。 上記ですと.230の部分がS***** 10*3で置き換わってしまいます。 区分宣言コードならまだ修正しやすいのですが、次の剤のコードが置き換えられてしまうため問題です。	診療行為で中途データ展開時に、約束セットの前に選択式コメントが必要な診療コードがあり、選択式コメント一覧を自動表示後に選択なしで戻った時、約束セットに不具合が発生していましたので修正しました。	R2.7.10
117	ncp 20200708-020	自賠責保険患者様に診断書や明細書を算定のために、 ”095910001″～″095919999″、95920001″　～″095929999のマスタを作成し使用しています。 都度金額の変更ができるように点数マスタの「金額」欄は「0」の設定です。 「診断書」「明細書」マスタを診療行為画面で入力した後に、訂正診療で開きますと、入力したはずの金額が消えてしまうそうです。 例）3000円の診断書の場合下記の入力になりますが、 　095910001　3000 訂正診療で開くと下記のようになります。 095910001　　←3000が消えてしまいます。 その金額が消えた状態で「登録」「登録」を行いますと、訂正診療前に算定していた「診断書」「明細書」の金額消えてしまうそうです。 6月分のレセプトで気が付きました。	診療行為で労災・自賠責保険で、 「.809 その他（労災・自賠責入力）」で「09591XXXX～09594XXXX」に金額を入力して登録した後、訂正展開時に金額展開をしていませんでしたので修正しました。 金額を展開していませんので、金額入力なしとなりゼロ円となっていました。 また、DO選択又は中途データからの展開も同様でしたので対応しました。	R2.7.10

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	ncp 20200701-057	血糖自己測定器加算の選択式コメントで「血糖自己測定回数（血糖測定器加算）」の点数マスタに「；」が入っておりません。 回数の数字を入れると「；」が表示されるのですがこのような仕様でしょうか？ 他の点数マスタのように「；」まで表示することは出来ませんか？	コメントパータン「42」で入力値を入力していない時、名称に点数マスタの名称のみ編集していましたので、「；」を追加編集するようにしました。	R2.7.10
119		診療行為の選択式コメント一覧自動表示をシステム管理の設定よって変更できるようにしました。 システム管理の「1038 診療行為機能情報」の「6．選択式コメント一覧」に「2 自動表示する（選択コメントなし）」を追加しました。 「2 自動表示する（選択コメントなし）」を選択した場合、選択式コメントを表示する診療コードを入力した時、コードの下に選択式コメントの入力がない場合に選択式コメント一覧を自動表示します。 ただし、自動算定した加算に対する選択式コメントは自動で一覧表示することはできません。 「乳幼児頭部外傷撮影加算」「2回目以降減算（CT・MRI）」などが自動表示の対象外です。		R2.7.27
120	ncp 20200710-002	薬剤調整加算につきまして、選択式コメントを入力しています。 薬剤調整加算のコメントを0で入力したいのですが、0で入力すると行ごと消失してしまいます。 842100019__7他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；7 842100020__0他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；0 0でコメントを入力できる方法はございますでしょうか？	コメントパターン「42」「52」で入力値　0（ゼロ）入力ができませんでしたので、0の入力を可能としました。 これらの場合の行削除は、「0　0」と入力した場合に行うようにしました。 「842100001 0 」 入力値＝0 「842100001 0　0 」 行削除 また、コメントパターン「40」で埋め込み値が1つのみのコメントも同様に0（ゼロ）の入力を可能としました。 埋め込み値が複数あるコメントはゼロ入力で行削除を行います。	R2.7.27
121		まとめ入力画面でのコメントパターン「30」専用入力画面を追加しました。		R2.7.27

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
122	support 20200713-031	入力例① 1)160220810(SALK融合遺伝子検査(肺癌)) 2)820100663(F該当検査(悪性腫瘍遺伝子):肺癌におけるALK融合遺伝子検査) → 2500点 -----処方が区切れる----- 3)160220910(SRAS遺伝子検査(大腸癌)) 4)820100667(F該当検査(悪性腫瘍遺伝子):大腸癌におけるRAS遺伝子検査) → 2500点 入力例② 1)160220810(SALK融合遺伝子検査(肺癌)) 2)160220910(SRAS遺伝子検査(大腸癌)) 項目数:2 3)820100663(F該当検査(悪性腫瘍遺伝子):肺癌におけるALK融合遺伝子検査) 4)820100667(F該当検査(悪性腫瘍遺伝子):大腸癌におけるRAS遺伝子検査) → 4000点(処方は区切れない) 上から順にコードを入力していくと、入力例①のように、検査項目①入力→選択式コメントを選択 ⇒ 検査項目②入力 → 選択式コメントを選択のような入力となり正しく点数算定をされてこないように思いますが、入力の仕方を間違えていますでしょうか？	診療行為入力で、包括対象検査の包括区分 「13:悪性腫瘍遺伝子検査(処理が容易なもの)」「14:悪性腫瘍遺伝子検査(処理が複雑なもの)」の検査が包括対象検査数になっても検査の間にコメントコードの入力がある場合、包括算定になりませんでしたので包括算定するように対応しました。	R2.7.27
123	ncp 20200730-009	6歳未満の患者に地域包括診療料の時間外区分「4 時間外特例」を入力すると「113016970 乳幼児時間外特例医療機関加算(再診)(地域包括診療料)」が算定されず、「113016870 時間外特例医療機関加算(再診)(地域包括診療料)」が自動算定されます。 「113016970 乳幼児時間外特例医療機関加算(再診)(地域包括診療料)」を算定するには手入力になるのでしょうか。 ちなみに同じ操作で認知症地域包括診療料を入力したときには 113019270 乳幼児時間外特例医療機関加算(再診)(認知症地域包括診療料)が自動算定されます。	地域包括診療料を6歳未満で入力して、時間外区分を「4」で入力した時、「時間外特例医療機関加算(再診)(地域包括診療料)」を自動算定していましたので、「乳幼児時間外特例医療機関加算(再診)(地域包括診療料)」を自動算定するように修正しました。	R2.8.26

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
124		麻酔の「未熟児加算（麻酔）」を入力後に、「新生児加算（麻酔）」又は「乳幼児加算（麻酔）」を入力した時、「新生児加算（麻酔）」にカーソル移動しますが、エラーメッセージを表示しませんでしたので、「未熟児加算が有ります」とエラーを表示するようにしました。		R2.8.26
125	ncp 20200805-024	血液ガス分析をした患者に外来であればB-Aに加えて乳幼児加算（B-A）が自動算定されますが、入院で入力したときにはB-Aのみが自動算定されます。 訂正で入力した日を開くと「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下さい。」とメッセージが出ます。 入院のときにも乳幼児加算（B-A）が自動算定できないのでしょうか。	入院で採血料区分「3 動脈採血」の設定がある検査を入力し、登録時に「Ｂ－Ａ」（動脈血採取）を自動算定する時に「乳幼児加算（動脈血採取）」を自動算定していませんでしたので算定するように修正しました。	R2.8.26
126	ncp 20200817-012	3歳未満の患者にオンライン診療料と処方箋料を算定するとき、「21診療行為」の第一画面で診療内容を呼び出すと、乳幼児加算（処方箋料）が自動算定されるケースがあるようです。 オンライン診療料と乳幼児加算（処方箋料）は併用算定しないため、チェックマスタ「B 診療行為の併用算定（同会計内）」にて、下記2項目をエラー区分「0」として登録し、点数マスタの算定履歴区分を「1有効」としました。 ・112023210：オンライン診療料 ・120002470：乳幼児加算（処方箋料） しかし、乳幼児加算（処方箋料）が自動算定される現象は変わらないのですが、設定等不備があればご教示願います。	オンライン診療料と投薬を入力時に自動算定する処方箋料・処方料の乳幼児加算を自動算定しませんが、訂正時に処方箋料・処方料を展開した時に乳幼児加算を自動算定していましたので算定しないように対応しました。 また、オンライン診療料と投薬と処方箋料を入力した時、一般名処方加算が算定可能の場合に警告メッセージを表示していましたので表示しないようにしました。	R2.8.26
127		手術の「極低出生体重児加算（手術）」を算定できない手術料に入力した時、エラーになりませんでしたのでエラーとするように修正しました。 なお、「極低出生体重児加算（手術）」が算定できる手術料に「極低出生体重児加算（手術）」を入力すると、「乳幼児加算（手術）（3歳未満）」は自動算定しませんが、算定できない手技料では「乳幼児加算（手術）（3歳未満）」を自動算定しますので、年齢加算が2つ表示されます。		R2.8.26

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
128	request 20190509-001	ORCAでは、同一成分の別規格の薬を一般名処方した場合に「一般名処方加算1」が自動算定されます。 ■処方例として、以下の様な例です。 ジェイゾロフト錠50mg 　⇒一般名：セルトラリン錠50mg ジェイゾロフト錠25mg 　⇒一般名：セルトラリン錠25mg 【1日1回夕食後に】 ■経緯 支払基金の本部にも確認をして頂いたところ。上記の様な事例では「一般名処方加算2」の算定が正しいそうです。 ■要望内容 ORCAの判定で、同一成分の別規格については1剤として、「一般名処方加算2」が自動判定できるようにして欲しい	一般処方加算の算定ルールの内、品目数の計算について一般的名称で行うように修正しました。 併せて、統計表「一般名処方加算誤算定疑い患者一覧」も見直しました。	R2.8.26
129		公務災害を労災準拠と設定している場合、麻酔の外来管理加算特例の読み替え処理に不具合がありましたので対応しました。 麻酔の対象は「150242010 神経幹内注射」「150232110 迷もう麻酔」です。 外来管理加算の算定対象になっていますが、他に「鼻処置」などより点数の低い診療を同時に算定した場合、「神経幹内注射」が52点でなく25点のままでした。		R2.9.24
130		労災の「初診時ブラッシング料」を剤の先頭に、同じ剤に労災加算のない処置と時間外加算コードを入力した時、時間外加算の%加算を2回行っていましたので正しい点数計算を行うように修正しました。 入力例 「初診時ブラッシング料」 「創傷処置（300cm2以上600cm2未満」 「時間外加算2（イに該当を除く）」		R2.9.24

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
131	ncp 20201016-015	労災同一日複数科診療の中途表示の展開についてお教えください。 電子カルテでの入力で、労災保険の患者様で以下の内容を送信 1科目（仮に外科） 101120010（労災）再診料 2科目（仮に循環器） 101120040（労災）再診料（同一日複数診療料受診） 180016110診療情報提供料（1） 上記内容で1科目を展開後、2科目を中途表示から「追加」で展開すると、 .120再診料 830000021再診料算定科；外科 に置き換わってしまい、101120040の労災の再診料（同一日複数診療料受診）が算定されません。 手入力なら入力可能なのですが、追加時に101120040が置き換わらないように設定することはできませんでしょうか？	外来の診療行為で中途終了一覧から「F10 追加」で労災・自賠責に複数科で追加する時、中途データに「101120040 再診料（同一日複数診療科受診）」があっても「830000021再診料料算定：XXX」を自動算定していましたので、「再診料（同一日複数診療科受診）」を展開するように対応しました。	R2.10.27
132		システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」で「包括算定する」と設定している場合、「PCR検査」が出来高で「免疫学的検査判断料」「微生物学的検査判断料」が包括対象の場合、診療行為入力画面内に出来高のPCR検査があれば「免疫学的検査判断料」「微生物学検査判断料」も出来高で算定するように対応しました。 画面内で「PCR検査」の下に手入力した「判断料」も同様と扱いとしますが、「判断料」を「PCR検査」より前行に入力した場合は、電子点数表で判断します。 「113003810 小児科外来診療料（処方箋を交付しない）」 「160062110 免疫学的検査判断料」　※包括対象 「160223550 SARS－CoV－2抗原検出」 ※出来高 また、検査が包括となる入院の場合、「PCR検査」と他の免疫学的検査、微生物学検査を同時に入力した場合、「免疫学的検査判断料」「微生物学的検査判断料」は「PCR検査」の入力があるため「出来高」となりますが、日付は最初の検査で行いますので、訂正時に出来高が包括となる場合がありますので注意して下さい。	「PCR検査」を5日、他の免疫学的検査を1日で入力した場合、「免疫学的検査判断料」は1日に出来高で自動算定しますが、1日を訂正で展開した場合、「PCR検査」が画面内に存在しませんので、包括対象となります。 この場合、5日の「PCR検査」を先に登録後、1日分を入力するか、「免疫学的検査判断料」を日付指定で手入力することになります。 なお、会計照会での包括対象の判定は、「PCR検査」の判定はできませんので、電子点数表での判定となります。 会計照会で「免疫学的検査判断料」の剤を選択した時、包括対象と表示されます。	R2.10.27

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
133	ncp 20201015-013	診療行為で湿布薬の入力を行うと「K019　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。」のメッセージを出してきますが、このメッセージを出すポイントは何でしょうか。例えば点数マスタの剤型フラグが0に設定してる薬剤が対象というように。	湿布薬の投薬があり、剤内にコメントコード、または用法コードの入力がない場合に警告メッセージ「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。」を表示していますが、令和2年10月診療分から選択式コメントコード「830100204 湿布薬の1日用量又は投与日数（薬剤等・処方箋料）；」の入力がない場合、警告メッセージ「警告！湿布薬に関わるコメントを確認してください。[830100204]がありません。」を表示するようにしました。	R2.10.27
134	10/1　院内トリアージ	システム管理マスタの包括設定を「包括しない」で運用している場合、小児科外来診療料で院内トリアージ実施料(診療報酬上臨時的取扱)[113032950]を入力した場合、「小児科外来診療料以外です」のエラーとなり、入力することができません。	算定可能となるように修正しました。	R2.10.27
135		乳幼児感染予防策加算の対応について 1.乳幼児感染予防策加算のコードを診察料の剤に手入力します。自動算定の対応はありません。 2.乳幼児感染予防策加算の入力がある初診、再診、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料を含む会計データを、中途表示によるデータ展開などした場合に、診察料の自動算定により乳幼児感染予防策加算を削除していましたので、削除しないように対応しました。 API,CLAIMで送信した内容を展開する時も同様です。 3.乳幼児感染予防策加算の入力がある場合、「院内」「院外」切替や、.11、.12で診察料を自動変更した時に乳幼児感染予防策加算を算定します。 4.乳幼児感染予防策加算の各コードと初診、再診、小児科外来診療料の対応判定は行っていません。正しい加算コードを入力してください。 なお、入力後、最終行に.110 , .120 を入力して初再診料を再度自動算定すれと正しい加算を算定します。 5.レセプトは後日対応を行います。		R2.12.16

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	ncp 20170404-002	自院病名登録画面で、入力コード、病名、補足コメントを入力して登録 自院病名登録画面で入力コードを入力し呼び出すと、病名、補足コメントとも登録されているが病名登録画面で、上記入力コードを使って病名を呼び出すと補足コメントのみが表示されません。	「C02 患者病名」で病名コード欄より自院病名を入力したとき、自院病名に登録してある補足コメントが表示されませんでしたので修正しました。	H29.4.4
2	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
3	10/4　病名　未来日　警告表示	病名を未来日で入力したときの警告表示について、4.8.0と5.0.0の動作に差異があるようです。 （入力例） Ver.4.8.0 病名：肝炎 病名開始日：H29.10.9　→　警告表示 疑いフラグを立てる Ver.5.0.0 びょ名：肝炎 病名開始日：H29.10.9　→　警告表示 疑いフラグを立てる　→　警告表示 5.0.0の場合、病名開始日入力時点で警告解除していますが、疑いフラグを立てたときも警告表示が出るようです。	「22 病名」で病名開始日に未来日を入力時の警告表示後、他の項目を入力した場合に再度警告表示をしていましたので修正しました。	H29.10.24
4		「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.

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	ncp 20180105-009	医療機関様よりレセプトプレビューでレセプト点検を行っていたところ病名が文字化けしレセプトに点線の斜線が入っているとのお問い合わせがありました。 お調べしたところ病名にインフルエンザ、補足コメントに半角でAが登録されていました。 補足コメント欄にカーソルがある場合「全角入力してください」のエラーメッセージが表示されますが他の欄にカーソルがあると登録できてしまいます。 全角で入力し直して頂き文字化けは解消しましたが半角入力できてしまう動きは正しいでしょうか？	「22 病名」で登録時の補足コメントのチェックに誤りがあり、補足コメントに半角で入力を行い、補足コメント欄にカーソルがない状態で登録処理を行った場合に登録が可能となっていましたのでエラーとするように修正しました。	H30.1.23
6	request 20180122-002	病名登録の際、病名コードを使用し診療科を指定して入力しています。 （例） 病名コード0001胃炎、0002急性気管支炎で同日病名登録する場合 バージョン4.8であれば、 病名コードに0001を入力⇒エンター⇒0002を入力⇒エンター⇒登録⇒診療科を忘れていたらエラーメッセージ⇒診療科を指定⇒登録 となっていました。 バージョン5.0となり上記の操作をしたところ 病名コードに0001⇒エンター⇒診療科を忘れているとエラーメッセージが表示されるようになっております。 同じ診療日に多くの病名登録をする際にとても手間なので、バージョン4.8のときのように診療科エラーメッセージが出るタイミングを元に戻してほしいと要望がございます。	病名コード等の入力時に同時に診療科のチェックを行っていたのを、診療科入力又は「F12 登録」を押下した場合にチェックするように修正しました。	H30.7.25
7		「22 病名」の「C03 自院病名登録」で、入力コードは先頭が「.」「/」で始まるか、最後が「-」、「+」、「－」、「＋」で終わる場合はエラーとしていますが、2,3番目の入力コードが登録可能でしたので修正しました。		H30.12.25

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	ncp 20190206-032	医療機関様よりご質問がございましたので申し上げます。 該当患者：月途中(1月28日より)で国保から後期高齢へ保険変更 　更生医療(15)・マル長・愛知公費の福祉医療（窓口負担が0円になる）をもっている 上記患者について、月途中で保険が変更になったので病名登録にて病名を一括で中止し保険適用を「国保・更生・愛知県公費・長期」に選択後、複写で1月28日から保険適用を「後期高齢者・更生・愛知県公費・長期」に選択しようとしたところ、該当の保険組み合わせが表示されません 患者登録を確認しましたが、適用期間もあっており、診療行為では「後期高齢者・更生・愛知県公費・長期」で選択することができます 一つ気になるのが、該当患者は保険の変更が多いため、現在保険組合せの番号が126まであるということです 試しに自費を追加したところ、診療行為では「0127　自費」の保険組合せが表示されましたが、病名登録では表示されませんでした 病名登録では保険適用の表示の制限があるのでしょうか	「22 病名」の保険組合せを200件まで表示できるようにしました。	H31.2.25

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	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
2		一括再計算該当者のリストアップ対応（追加対応） 52月次統計業務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
3	ncp 20180821-010	会計照会と収納登録についてお伺いします。 7月25日のパッチ提供後からだと思うのですが後期高齢者1割負担の患者で診療行為入力画面で1日のみ再診料を入力後、再診料のフラグを2日以上追加して「変更確定」後に登録をすると、会計照会画面では特に収納更新をするよう促すメッセージは表示されませんが、収納登録画面で「再計算該当者一覧」に患者番号が載るようになり、画面を開くと赤字で「★★【高齢者現物給付】一括再計算を行ってください★★」というメッセージが表示されるようになりました。 8月の高額療養費制度の改定に伴って何か仕様を変更されたのでしょうか？	70歳未満現物給付対象者、又は、高齢者の患者に、24会計照会業務で、剤のカレンダーに2日以上フラグをたてて、変更確定・登録を行った場合、上記患者が23収納業務の「再計算該当者一覧」に該当者表示される不具合がありましたので該当者表示されないよう修正しました。 ※現在、一覧に該当者表示された方は、再計算を行ってください。 （修正パッチ適用後であっても、再計算を行わないと一覧からは削除されません）	H30.8.27
4	ncp 20181106-006	「23　収納」画面で「再計算該当者一覧」ボタンを押下するとTimeOutで画面が閉じる事象はglclient2とmonsiajで発生します。	検索条件の変更等見直しを行いました。	H30.11.27

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
5	ncp 20200727-005	当社のお客様から収納の再印刷時、領収書と明細書の印刷を押下しても領収書が2枚出て、明細書が発行されないと問い合わせを受けています。 明細書と領収書は別のプリンターから発行しています。 ORCAのログを確認するも確かに該当時間に明細書と領収書の印刷データを作成し、CUPSに送っていることが確認できました。しかしCUPS側では領収書に同じデータが2度送られ、明細書のデータが送られていません。プリンターも同様です。その結果明細書2枚のみ発行されています。	診療費明細書と請求書兼領収書の再発行を 1.診療費明細書再発行 2.請求書兼領収書再発行 の順で2回に分けて行われた際に、2の請求書兼領収書再発行の処理を即座に行われると、ごく稀に帳票データの作成が正しく行われず、請求書兼領収書が2枚発行される不具合がありましたので修正しました。	R2.10.27

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 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
2		複数科保険入力で使用した2つの保険組み合わせを会計照会の保険一括変更で変更し、収納更新を行った場合、更新後に表示される「会計照会－収納変更一覧」の2番目の今回請求額の表示に不備がありましたので修正しました。 （前回請求額が表示されていた） ＜例＞複数科保険入力 （1）協会＋難病＋地方公費→協会＋難病 （2）協会＋地方公費→協会 この場合、協会の今回請求額の表示に不備がありました。		H29.6.26
3	support 20170609-011	添付資料について問い合わせ致します。 選択番号8－17について、未入状態であるにも関わらず「状態」列には「入金済」と記載されております。 原因調査頂けますでしょうか。 念のためですが、入金方法「05 郵便引落」の登録情報は下記の通りです。 区分コード：05 入金方法：郵便引落 入金方法（短縮名）：郵便引落 分類区分：99その他 入金状態　外来：2未入金 　　入院退院時：2未入金 　　入院定期請求：3定期請求情報の設定	外来の会計照会で剤の回数追加で受診履歴と収納が追加となる時に、入金状態が「未入金」で入金額がゼロとなる場合も収納の状態が「入金済」となっていましたので、「未入金」とするように対応しました。	H29.6.26

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
4		会計照会、入院会計照会で、一括回数変更の項目を「回数/日-日」でなく「日-日/回数」のように「-」「.」の前に「/」の指定がない入力の場合、「日指定の前に回数の指定をして下さい。」とエラーとするようにしました。		H30.8.27
5		会計照会の外来処理で、剤の回数を追加して受診履歴を追加した時に、追加した受診日を受診履歴番号で選択して変更後、診療日で日付を変更した場合、収納の診療日が変更前の日付でしたので修正しました。		H30.11.27
6	support 20190201-016	自費の保険変更についてお伺いします。 入院されている方ですが、自費を課税から非課税に登録しました。 保険変更を行おうとしたところ、外来は自費以外の保険変更ができません。 とメッセージが表示されます。 自費の保険変更を指定して行っているのですが、変更することができません。 どのようにすれば、正しく登録できるのでしょうか。	入院中に外来で受診した自費保険を別の自費保険に保険一括変更する時、変更前の自費保険が当月の保険一覧に存在しない場合、エラーとなり保険一括変更できませんでしたので、保険一括変更できるように修正しました。 また、入院中の外来を診療行為で訂正する場合、保険組合せが削除となっている時に診療内容を展開できませんでしたので展開できるように対応しました。 併せて、訂正時の保険組合せを有効な保険組合せに自動変更する時、入院中の外来でアフターケアがない場合は自費保険を表示するようにしました。	H31.2.25
7		会計照会画面で剤の変更番号に存在しない番号を入力してエラーとなった時、そのまま「F8 変更確定」「F4 剤変更」を押下した場合に異常終了する不具合がありましたのでエラーとするようにしました。		R1.5.28

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
8		診療年月で受診がない時「対象の診療年月に受診はありません。」とエラー表示し、診療科を空白で表示しますが、この時「算定履歴」「保険一括変更」へ遷移できていましたので、「診療科を選択して下さい。」とエラー表示するように対応しました。 「算定履歴」「保険一括変更」は診療科が「00 全科」での遷移ができませんが、診療科が空白の時に遷移できていましたのでエラーとしました。		R2.8.26

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	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
2	4/26　療養病棟　看護職員数等経過措置	療養病棟入院基本料（看護職員数等経過措置）で救急・在宅等支援療養病床初期加算を「算定する」とした場合、入院会計に加算が入ってきてしまう動作となるのですが、現状チェックはおこなっていないのでしょうか。	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
3	ncp 20170519-006	入退院登録画面で入院登録や退院登録をした際に、指示画面が表示されることなく、ユーザプログラムが呼び出される状態で、入院登録APIや退院登録APIを呼び出してもユーザプログラムが呼び出されないようです。 なお、他のAPI、例えば、患者登録APIを呼び出した場合には、ユーザプログラムが呼び出されます。 入院登録APIや退院登録APIの呼び出しに連動して、ユーザプログラムが起動されるようにしていただけないでしょうか。	入退院登録API（URL:/orca31/hsptinfmodv2)を呼び出した際に、システム管理[9700 ユーザプログラム起動情報]起動画面:入退院登録(I01)または入院請求確認 (I04)で、「2 全部実行　レ実行する」で登録されているシェルの実行を行うようにしました。	H29.5.25

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
4	request 20161116-003	入院会計照会画面より食事をクリアした後、転科転棟転室をおこなうと異動日より食堂加算が自動発生します。算定上は問題ないとのことですが、誤解を招くため自動発生しないようにしていただきたい。 入院の異動処理（転科、転棟、転室）で食堂加算の対象病棟に異動を行う際、患者の食事未算定日は食堂加算のカレンダーを立てないよう対応しました。 異動月だけでなく次月分の入院会計作成も同様の動作となります。 【※食事未算定日に食堂加算がカレンダーに立っている場合であっても請求には含めない仕様としていますが、カレンダーが立っていることで利用者に誤解を与えない為、この対応を行うことにしました。】	1. 異動月の次月分について入院会計が既に存在している場合は、次月分も同様の動作とします。 2. 異動取り消しにより取り消し日以降の入院会計を再作成する場合も上記1と同様の動作とします。 3. 異動処理時の食事区分を「0 食なし」で登録した場合は、食堂加算を立てません。 4. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で「外泊登録時に食事・加算」の設定が「1 実更新なし」とされている場合、外泊日の食事は会計照会画面で非表示としていますが、実データの食事カレンダーには「食あり」が記録された状態であることから、この場合は食事未算定として取り扱いません。但し、会計照会画面の該当日は食事と同様、食堂加算のカレンダーは非表示となります。	H29.7.25
5		システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で「定数超過あり」と設定されている場合の療養病棟入院基本料2（看護職員数等経過措置）又は、療養病棟入院基本料2（夜勤時間特別入院基本料）算定時に、入院会計の定数超過入院基本料減額が100分の20で算定される不具合がありましたので100分の10で算定するように修正しました。		H29.7.25
6	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
7	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
8	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
9		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
10	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
11	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
12		(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
13	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
14	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
15		[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
16		入院関係APIの修正に関連して、日レセの入退院登録業務の機能追加を行いました。 ・入院登録、転科転棟転室処理時に食事の種類を食事時間（朝、昼、夕）毎に指定を可能としました。 ・入院登録（訂正）処理を追加しました。		H30.5.28
17	support 20180531-003	同日に入院登録をし、退院登録をしようとしたところ、「同日再入院の場合、同日退院できません」とエラーメッセージが表示され、退院登録ができません。	以下の操作を行った場合に、退院登録時に同日再入院のエラーが表示される不具合がありましたので修正しました。 1 他院歴作成（退院日 5/29） 2 入院登録(5/29) 3 他院歴削除 4 退院登録(5/29)	H30.6.27

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
18		労災保険・自賠責（労災準拠）の入院基本料労災乗数点数計算において、 190205970 介護連携加算1（有床診療所入院基本料） 190206070 介護連携加算2（有床診療所入院基本料） の算定があった場合、1．3倍、1．01倍の対象としていましたが、対象としないよう修正しました。		H30.6.27
19	support 20180531-019	入院食事負担金についての問い合わせです 53歳男性　公費種類967（エ）　高額4回目 【精神病棟入院】 入院歴 H22．10．20～H22．12．28 H23．　1．25～H28．　9．30 H28．10．　7～H29．10．　4 H29．10．11～H30．　5．　1 H30．　5．16～ 5月16日から継続で再入院 1年以上精神科の入院で入院食事据え置き対象の方なので1食260円だが5月16日から入院の食事負担金が1食460円の計算でレセプトに記載 4月のレセプトは260円で計算している。 5月1日で退院の計算済み 5月1日の診療行為に【099999926】のコード入力 コード入力しないと460円の計算になる 5月16日再入院 16日の日に【099999926】コード入力 レセプト確認するが食事が460円？の計算 食事負担金　21680円　回数48回　とレセプト記載	精神病床に入院している患者の食事負担額を据え置く場合に入力するシステム予約コード「099999926【精神病床】食事負担据え置き対象」について、診療行為入力画面より入院期間中1回入力すれば当該入院期間中の食事負担額の据え置きを行いますが、これについて入院期間中に毎日システム予約コードの入力を行われた場合など食事負担額の据え置き判定プログラム内でシステム予約コードの入力年月日を退避する領域に入りきらなくなり、正しく据え置き判定ができなくなることから、1患者についてシステム予約コードの入力回数が20回を超えた場合はエラーメッセージを表示する対応を行いました。 退院登録時・・・負担金計算に失敗しました【精神病床】食事負担据え置き対象コードの診療入力確認 入院レセプト処理時・・・【精神病床】食事負担据え置き対象コードの診療行為入力確認	H30.6.27

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
20		以下のように画面遷移を行った後で画面を遡る際に、入退院登録画面から入院患者照会画面への遷移が行われず、業務メニューに戻る不具合がありましたので修正しました。 業務メニュー ↓ 入院患者照会画面 ↓ 入退院登録画面 ↓ 入院オーダー確認画面		H30.7.25
21	support 20180703-008	H29.1.11～H29.9.16一般病棟 H29.9.17～H30.6.29介護病棟自院歴作成 H30.6.30～　　一般病棟 で入退院登録をしております。 6月に人工呼吸を外来の会計照会から入れようとすると、「入院日です。外来での算定はできません。」と表示され、会計照会からの入力ができません。 診療行為画面では入力できますが、会計照会からの入力ができないのは仕様でしょうか？	入退院登録で自院歴を登録した時、自院歴の期間は外来と入院の両方で診療行為登録できますが、会計照会では自院歴の期間が外来で入力できませんでしたので対応しました。	H30.7.25

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
22	ncp 20180828-005	入院基本料算定の件でお問合せさせて頂きます。 H30.5.1より回復期リハビリテーション病棟へ入院されH30.7.20退院、H30.7.28急性期一般入院料5 再入院され、H30.8.3に地域包括ケア病棟へ転棟されたのですが登録後入院会計照会で確認すると急性期一般入院料5で算定されます。解釈に「特定入院料を算定できる2以上の治療室に入院した場合、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する」に準じてかと思われます。ユーザ様よりご指摘を頂き特定入院料の「一般事項」の文言に（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除く。以下この項において同じ）とあり回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料は控除対象とならない思いますとの事です。	特定入院料「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」について、他の特定入院料を算定した日数を含めて、上限日数の計算をしていましたので修正しました。	H30.8.29
23	システム管理 選定対象外	システム管理[5000 医療機関情報-入院基本]のH30.4.1より「選定対象外」の設定としていても、入院歴のある退院済み患者について入院登録をおこなうと、「選定対象」となり、設定値が反映されません。 入院歴のない患者については設定値が反映されるのですが、現状の仕様となるのでしょうか。	過去入院歴が存在していた場合に、システム管理の選定入院設定を読み込む基準日が、入退院登録画面で患者番号を入力して入院日欄に表示される前歴の入院日としていましたので修正しました。	H30.10.25
24	support 20180926-021	入院患者さんの後発医薬品使用体制加算の自動発生について確認したいことがあり連絡しました。 回復期リハビリテーション病棟に入院される患者さんで非該当の患者さんになるため、療養病棟入院基本料Iを算定されます。 療養病棟入院基本料を算定すると、後発医薬品使用体制加算は算定できないかと思いますが上記で入院登録すると、入院日に後発医薬品使用体制加算が自動発生しました。	特定入院料の算定要件に該当しない患者が療養病棟入院料Iを算定した際の入院料加算算定を一般病棟の特別入院基本料の例により行っていましたが、これについて一般病棟入院基本料に90日を超えて入院する患者が療養病棟入院基本料1を算定する際の加算算定に併せるよう処理を見直しました。	H30.11.27

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
25	11/8 急性増悪 指定難病食事負担	A101 療養病棟入院基本料(1)に該当する指定難病患者(生活療養対象)について、急性増悪により転棟する3日前までの間は、入院料Iを算定することになりますが、この期間の食事負担は1食260円とはならないのでしょうか。 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000205632.pdf (PDF28ページ)	療養病棟入院基本料を算定する患者が急性増悪により転棟（又は転院）する場合、以下の期間において入院料Iを算定できる。 ・同一医療機関の一般病棟へ転棟する場合はその前日を1日目として3日前までの期間 ・別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの期間 この期間について生活療養に該当する難病患者の食事負担を1食260円に据え置き算定可能とするシステム予約コードを新設しました。 診療行為画面より該当日に以下のシステム予約コードを入力してください。 「099999934 難病等食事負担据え置き（急性増悪による転棟）」 ※要マスタ更新	H30.11.27
26	ncp 20181120-009	平成30年9月末まで緩和ケア入院料1を算定し平成30年10月より緩和ケア入院料2を算定する際に、病棟設定で特定入院料設定となるため、「入院会計一括置換」をかけましたが入院料が1から2へ変更されませんでした。 入退院登録画面より、「転科・転棟・転室」を行いました。入院料は1から2へ変更となりましたが、緩和ケア入院料1の引き続きの日数計算にならず、30日以上の入院であるにもかかわらず、30日以内の点数算定となりました。 引き続きの日数をカウントをするようにするにはどのように操作をすればよろしいでしょうか。	「緩和ケア病棟入院料1」から「緩和ケア病棟入院料2」に算定入院料が変更となる場合について、「緩和ケア病棟入院料1」で算定済みの入院期間を考慮するよう対応しました。 （※「緩和ケア病棟入院料2」から「緩和ケア病棟入院料1」も同様です。）	H30.11.27
27		入退院登録業務の変更処理で何れかの項目を変更した際に、初歴番号の下に表示される初回入院日の表示が消える不具合がありましたので修正しました。		H30.11.27

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
28	ncp 20181127-017	入院患者・高齢者3割負担の方で1期の定期請求後に「現役並み1」の提示があり、患者登録画面に「946高齢者現役」を2018．11．1～で登録 ↓ 2期の定期請求を行うと、1期と2期を合わせると限度額に達しますが、請求金額が限度額で止まらなかった …月途中で限度額の登録をした場合、何か処理をしないといけないでしょうか。 　今までは特になにもすることなく計算してくれていたような気がしますが、設定が変更になりましたでしょうか。	現物給付対象者の請求計算処理時のチェック対応（入院）（入退院登録、入院定期請求、退院時仮計算） 当月に退院や定期請求の請求済分がある方について入退院登録、入院定期請求、退院時仮計算で請求計算処理を行う場合、当月請求済分計算時と現処理時で所得区分が異なれば、「当月請求済分計算時と所得区分が異なります（要確認）」のエラーメッセージを表示する事としました。 ※当月請求済分計算後に、月初に遡って限度額認定証の入力・変更等を行ったという事であれば、当月請求済分の再計算（再処理）を行う必要があります。再計算（再処理）により、当月請求済分の請求金額が変更となる場合があります。その他の場合は、同一月で所得区分が異なる入力がされていないか確認をしてください。	H30.12.25
29	ncp 20181206-019	11月1日より施設基準が変更となり（12月になってから施設基準の変更を行った）「地域包括ケア入院医療管理料2」→「地域包括ケア入院医療管理料1」に変更となりました。 本来であれば、【32入退院登録】より「転科・転棟・転室」で入院料の変更を行えばいいのでしょうが、11月中に「転科・転棟・転室」を複数行っているため、【32入院会計照会】より「剤変更」で入院料の変更を行っても問題ございませんでしょうか。	地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料について施設基準の変更により算定する入院料が変更になった場合の特定入院料算定期間について、施設基準変更前の入院料算定期間を考慮して上限日数まで算定を行うよう修正しました。	H31.1.28
30	2/15　自院歴 特定入院料通算	自院歴を入院起算日として地域包括ケア入院医療管理料の入院歴を作成したとき、特定入院料対象日数を登録していても、入院日数が通算されないとのお問合せがありました。 こちらで検証したところ、30年8月29日のパッチ以降より通算されていないように思われます。	地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料の通算日数の判定について、30年8月29日パッチ[ncp:20180828-005]で修正を行いましたが、この際に「入院歴作成」で登録された特定入院料対象日数の考慮が漏れていた為、日数判定に含めるよう修正しました。	H31.2.25

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
31	support 20190517-009	退院処理時に当月請求済分計算時と所得区分が異なります(要確認)が表示される患者様がいるのですが、平成30年12月25日のパッチ対応で限度額認定証の入力、変更等を行っていると表示されるとなっているのですがこの患者様は限度額認定証の入力、変更等行っておらず、定期請求をやりなおした後、再度退院処理を行ってもメッセージが表示されてしまいます。 使用している保険は 国保　長期と国保　難病で 国保　難病を国保　難病　長期に変更するとメッセージは表示されなくなり退院処理出来るようになるようです。	負担金計算時の所得区分チェック修正 以下の事例で退院計算を行った際の不具合で、「負担金計算に失敗しました。当月請求済分計算時と所得区分が異なります。(要確認)」のエラーメッセージが表示されたので、エラーとならないよう修正しました。 (例)入院、70歳未満 <公費登録> 972 長期　　R1.5.1～ 054 難病(負担者番号:54136015) R1.5.1～ 957 公費ウエオ(受給者番号:ウ) R1.5.1～ 入院料算定:協会＋長期　R1.5.1～5.17 診療行為入力:協会＋難病(投薬(包括分のみ)) R1.5.16	R1.5.28
32	ncp 20190603-020	4/27入院、5/8退院の患者が、5/31に再び入院しました。 入院登録画面では「継続」としています。 この場合、入院の起算日は前回入院日となるので、有床診療所在宅復帰機能強化加算は初めの入院日から15日めの6/2から算定できるはずだが、入院会計紹介画面では6/14から算定をはじめます。 同加算と同様入院15日めから算定を始める、有床診療所入院基本料1の「15日以上30日以内」は6/2から算定を始めています。	有床診療所在宅復帰機能強化加算の算定開始日について以下の条件の場合、初回入院分の日数が考慮されない不具合を修正しました。 ・継続入院、かつ継続入院日の翌月が加算算定の開始日となる場合	R1.6.25
33		退院再計算修正 入院日と同日に退院、同日に再入院のケースにおいて、正しく退院再計算ができませんでしたので修正しました。 ＜事例＞ 1. 9/18-9/18:協会単独入院(同日退院) 2. 9/18-　:協会単独入院(同日再入院) この内容で、1の退院再計算を行った場合、正しく退院再計算ができません。		R1.9.24

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
34	ncp 20191004-005	現在、労災入院中の患者様にて。 労災診療行為の「⑬合計額」費用が8桁（1000万円）以上になってしまう場合、ORCAの処理がエラーになってしまう。 ⇒　入退院登録（退院登録）、会計照会（プレビュー）、明細書（一括・個別作成） 以前までは「⑬合計額」が空欄で処理できていた、システムを戻して処理できないか。 もしくは8桁以上になる場合でも処理してほしい。	入院労災金額チェック修正 労災指定医療機関（システム管理4001－労災指定医療機関「1」）で、該当月の請求点数合計が7桁以内、かつ、請求点数合計×点数単価＝7桁超（1000万円以上）の場合 この事例において、入退院登録・定期請求・退院時仮計算・入院レセプト作成でエラーメッセージが表示され、処理不可となりましたが、処理可となるよう対応しました。 注意点： （1）労災入院レセプトのOCR部分の総合計金額欄は7桁での記載ですので、7桁超の場合は空欄とします。（記載しません） ※レセ電データのRRレコードの合計額は正しく記録されます。 （2）該当患者の日計表に記載する金額（患者負担相当額）については、9999999で記載します。	R1.10.28
35	support 20191010-008	９月３０日退院後、同日再入院された患者様の定期請求を行ったところ退院分に含まれている診療行為等が請求に上がってしまいます。 再入院分の診療行為は診療行為入力画面の同日再入院ボタンにて切り替えて入力してあります。	同日再入院分の定期請求計算修正 2019.9.24提供の「31入退院登録－退院再計算修正」の修正不備により、同日再入院分の定期請求の計算期間が１日の場合、正しく定期請求計算がされない不具合がありましたので修正しました。 ＜事例＞ １．9/ 1-9/30：協会単独入院 ２．9/30-　：協会単独入院（同日再入院） この状態で、９月の定期請求処理（該当患者の定期請求の計算期間は（9/30-9/30）の１日）を行った場合、正しく定期請求計算ができない。	R1.10.28

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
36	support 20190906-019	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の施設基準についてご教授願います。 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）は入院日～14日間算定できるものだと思いますが、14日を超えてフラグが立っている状態の患者さんがおります。	入院会計に入院料加算を自動算定した場合について、該当患者の退院登録、退院取消を実施した際に加算が誤って算定されてしまう不具合がありました。 例として算定上限日数が14日間の入院料加算を算定した場合に、入院日から14日目で退院登録を行い、引き続き退院取消を行った場合に当該加算が入院から15日目以降も自動算定されてしまう不具合となります。 退院取消時の加算上限日数判定の誤りでしたのでこれを修正しました。	R1.10.28
37	ncp 20200127-013	外泊（他医受診）減算後の点数に誤りがあるとのことで返戻になった事例がございました。 通常算定：一般病棟特別入院基本料　標欠（100分の10減額）　546点 外泊時：入院基本料減算（100分の10）（他医受診）（出来高入院料）　標欠（100分の10減額）　491点 返戻事由：他医受診による減算時は「491点」ではなく「492点」でしか受け付けられない 入院期間中に他医療機関を受診した場合に、入院基本料を減算する必要があり、入院基本料の100分の10を減算するフラグを外泊欄に立てていらっしゃいます。 計算すると、546点×0.9＝491.4点となります。 しかしながら、返戻事由を確認すると、端数処理の仕方が問題で返戻になっているように見受けられます。	入院料の標欠と他医受診が同日であった場合の点数計算について 減算コード毎に端数処理（四捨五入）を行っていたのを、計算の最終結果に対してのみ端数処理を行うよう見直しました。 （計算途中の端数は保持しています。） ---------- ＊行の計算結果に対して端数処理 【パッチ適用前の端数処理】 　一般病棟特別入院基本料 ＊入院基本料減算（100分の10）（他医受診）（出来高入院料） ＊標欠（100分の10減額） 【パッチ適用後の端数処理】 　一般病棟特別入院基本料 　入院基本料減算（100分の10）（他医受診）（出来高入院料） ＊標欠（100分の10減額） ---------- 紙レセプト、会計カード、カルテ3号紙の点数記載、レセ電データ、入院EFファイルの点数記録について修正を行いました。	R2.4.22

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
38	support 20200619-012	出産育児一時金画面にて 「請求年月」の入力を忘れ、「請求区分」を未請求として登録出来てしまうため、請求漏れをしてしまうとユーザより連絡がありました。 月次統計の一時金チェックリストでも未請求として計上されません。 請求漏れをなくす為に、対応方法はございますでしょうか。	退院登録画面から出産育児一時金画面に遷移後に戻るボタンをクリックして入退院登録画面に戻った場合、出産育児一時金画面の情報が未登録のため、チェックリストの対象としていませんでしたが、これを"未請求"の扱いでチェックリストの対象とするように変更しました。（パッチ適用後の退院登録より有効となります。）	R2.7.27
39		A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注9（経過措置）の点数算定における対応を行いました。 詳細は改定対応資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.9.24
40	support 20201006-026	該当の患者様は、難病をお持ちの患者様です。 難病とは関係なく入院をしていますが、リハビリに関しては難病として入力をされています。 入院期間：H30.8.27～H30.11.2 算定項目：180016610　摂食機能療法（30分以上） 難病医療で診療が入力されている日に関しては、難病の食事代（1食260円）に据え置きされる認識です。 該当患者において、リハビリの診療行為をを毎日難病医療として算定しておりますが、食事代が一般の460円になっているのはなぜかと医療機関様からお問い合わせがありました。 医療機関様は、レセプトに記載のある「生活療養（Ⅰ）食事療養標準負担額（一般）3食　1380×30」の点数を3食分で割ると1食分が460円となるので一般になっていると思われたそうです。 なぜ据え置きされないのか、ご確認いただきないでしょうか。	地域包括ケア病棟入院料（生活療養）、地域包括ケア入院医療管理料（生活療養）の入院料を算定する患者について、入院料の算定に難病公費が適用されていない場合であっても、診療行為の算定に難病公費を適用された日は食事負担額を据え置きの１食260円（低所得2で入院日数が90日以下は1食210円、低所得2の入院日数が90日超は1食160円、低所得1は1食100円）で算定するよう修正しました。	R2.10.27

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
1		入院の会計照会で、診療年月を「前月」「次月」ボタンで当月以外に変更して剤回数を変更後、直接診療年月を変更して更新した場合、更新しないことがありました。 正しく更新するように修正しました。 なお、この時食事を99で変更した場合は、当月の翌月分から更新していました。 当月とは患者番号入力時、または、他画面から戻った時に表示している診療年月のことです。		H29.3.27
2	support 20170224-029	お問い合わせとしましては2月2日に退院し本日24日に再入院をされた患者様です。 本日継続にて再入院登録した所、180日以上の日付表示がおかしいと連絡がありました。 検証すると今回の再入院の前からの表示もおかしく、一度入院歴を全部削除して再登録しても現象は解決しておりません。	(I41)入院会計照会画面の通算入院日数表示欄（91日以上と180日以上）について、(I03)入院歴作成画面で登録した入院歴から引き続きの入院登録を行われている場合、表示内容に誤りがありましたので修正しました。	H29.6.26
3		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
4	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
5	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

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
6	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
7	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.

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
8	5/17 施設基準 入院会計照会 剤変更	算定入院料：急性期一般入院料5 施設基準：3529 フラグ1 上記で入院会計照会から入院料を選択して剤変更を押下すると施設基準エラーとなります。 (3198または3206もフラグ1とすれば剤変更画面が展開します。)	入院会計照会で入院料の剤を選択して「剤変更」押下時に施設基準チェックをしていましたが廃止しました。 施設基準チェックは、剤内容変更画面のみで行います。 また、剤内容変更画面での施設基準チェックを正しく行うように対応しました。	H30.5.28
9	request 20180409-003	褥瘡対策加算を算定されている医療機関様かより医療区分・ADL区分に係る評価票」の（褥瘡の状態の評価・DESIGN-Rの合計点）へのORCAからの入力はできないのかとの問い合わせをいただきました。 社内でも検証してみましたができなかったため可能な場合は入力方法をご教授いただけますでしょうか？ また、できないのであれば要望とさせていただいてもよろしいでしょうか？	医療区分・ADL区分に係る評価票の「褥瘡の状態の評価」の入力および印刷機能を実装しました。 1．医療区分、ADL点数との複数選択は不可とします。 2．0点から66点までの入力を可能とします。 3．医療区分・ADL区分に係る評価票の「褥瘡の状態の評価」（DESIGNーRの合計点）に入力された点数の編集を行います。 4．会計カードパラメタ[入外区分]に"1"、[編集区分]に"5"を設定して実行した場合、「褥瘡の状態の評価」に入力された点数をカレンダーに編集します。 5．入院患者医療区分・ADL点数情報取得API（/api01rv2/hsptevalv2)のレスポンスにDESIGNーRの合計点を追加しました。 ＊レスポンス項目追加 ＊DESIGN-Rの合計点（深さの点数は加えない） (Designr_Total_Score_Daily) 6．入院患者医療区分・ADL点数登録API（/orca32/hsptevalmodv2)のリクエストよびレスポンスにDESIGNーRの合計点を追加しました。 ＊リクエスト項目追加 ＊DESIGN-Rの合計点（深さの点数は加えない） (Designr_Total_Score_Daily) ＊レスポンス項目追加 ＊DESIGN-Rの合計点（深さの点数は加えない） (Designr_Total_Score_Daily) ※要マスタ更新	H30.9.25

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
10	support 20181003-005	入院患者様につきまして、ADL入力内の「DESIGN-R」入力について2点お尋ねいたします。 ①いつから入力ができるようになったのか ②0点の患者様を一括で入力したいので、一括入力の箇所に「0/1-31」などと入力するが数字を入力できない。「1/1-31」など入れると1点で1～31日に入力ができる。 なお、日付毎のマスに1日ずつ0と入力すると0点で入力ができる。 一括で0を入力することはできないか。	②の件について対応を行いました。 また、一括入力でDESIGN-Rの欄をクリアしたい場合は"-/開始日-終了日"と指定できるようにしました。	H30.10.25
11		入院会計照会画面で剤の変更番号に存在しない番号を入力してエラーとなった時、そのまま「F8 変更確定」「F4 剤変更」を押下した場合に異常終了する不具合がありましたのでエラーとするようにしました。		R1.5.28
12	support 20200430-024	ADL入力画面で一括修正に指定した日付を入力後に「日別入力エラー」が表示され修正が出来ません。 個別修正で各日でフラグを削除を行い、変更確定をクリックすると「日別入力エラー」のエラーが発生し登録が出来ない状態になっております。 個別でフラグ削除で変更確定でエラーが発生しない場合もあります。	入力値の判定に誤りがありましたので修正しました。	R2.5.26
13	他医受診　食事	[5000 医療機関情報-入院基本]より、外泊登録時の食事･加算が「2 実更新あり」の設定のとき、外泊の項目に「14」他医受診5%減算を入力すると、食事がクリアされてしまう。	システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」情報の「外泊登録時の食事・加算」設定が「2 実更新あり」の時、入院会計照会画面の外泊欄に「14 他医療機関受診5％減」～「17 特定曜日＋特定曜日＋他受5％減」を登録した際、該当日の食事と入院料加算がクリアされてしまう不具合がありましたので修正しました。	R2.9.24

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
1	ncp 20170601-002	「103チェックマスタ」チェック区分B診療行為の併用算定（同会計内）で再診（112007410）と角膜曲率（160083150）を各々エラー処理9で登録してあります。 例：5/10に75歳の誕生日を迎える患者 ・5/9　国保　再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 ・5/25　後期高齢 再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 ・5/30　後期高齢 再診と角膜曲率を算定。警告メッセージは閉じて登録。 「41データチェック」を行うと 国保：診療行為が併用算定誤りです（同会計）【再診、角膜曲率　9日】のみしかチェックされません。 例にあるように5/25.30にも同様の内容を算定してあります。 例の内容を5/9.25.30で同じ保険（国保など）で算定すると 国保：診療行為が併用算定誤りです（同会計）【再診、角膜曲率　9日25日30日】という風に全診療分チェックされます。 どうやら同じ診療内容で月中で保険が変わると後半部分がチェックされないようです。	保険変更後もチェック対象とするように修正しました。	H29.6.26
2	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.

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		選択式コメントの入力漏れチェックを追加しました。 1．確認項目「21 選択式コメント」が選択された場合にチェックを行います。 2．チェック対象となる診療内容（診療コード）について、必要となるコメントの入力が同一月内にあればOKとします（コメント入力位置の妥当性のチェックは行いません）。 3．(D04)データチェックーエラー内容確認画面でのチェックマスタ表示（選択候補のコメントの表示）は未対応です。 チェック対象の診療コードは別紙を参照してください。		H30.11.27
4		以下２点の修正を行いました。 ・チェックリストの確認項目を表示している部分の上部にデータチェック実行時に選択した院外処方の処理区分と、診療日の期間指定の記載を行うようにしました。 ・院外処方の処理の初期表示を「0 含まない」から「1 院外処方を含む」に変更しました。また、初期表示の設定をシステム管理「1101 データチェック機能情報２」の設定２タブより行えるようにしました。		H31.1.28
5	support 20190722-009	お電話で相談させていただいたデータチェックの２枚目の情報の一部が表示されない事象の画面キャプチャーをPDFにして添付いたします。 エンコードはUTF-8でした。	拡張漢字を含む氏名での登録文字が１５文字以上（丂二三四五六七八九〇一二三四五等）となる場合、不具合が発生していましたので修正しました。	R1.8.5

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
6		コメント関連テーブルの新規追加分（条件区分2、3）の対応を行いました。 1.確認項目の「21. 選択式コメント」が選択された場合、チェックを行います。 2.レセプト記載マスタの条件区分が2の場合、レセプト記載マスタの入外区分に応じて選択式コメントの入力漏れチェックを行います。 3.レセプト記載マスタの条件区分が3の場合、レセプト記載マスタの算定回数に応じて選択式コメントの入力漏れチェックを行います。 4.対象となるコメントの記録が同一月内にあればOKとします（コメントの記録場所の妥当性はチェックしない）。 ※パッチ提供時点では条件区分2又は3の有効データはありません。		R2.2.26
7	support 20200401-042	小児科外来診療料（処方せんを交付）のデータチェック機能について （診療行為コード：113003610） 「院内処方を行わない場合は「1.処方箋を交付する場合」で算定する。」に準じて計算をしますが、処方をしていない診療行為のケースで該当のコードを算定した所、データチェックにてエラーが挙がってきます。	４月以降は当該チェックを行わないようにしました。	R2.4.22
8	ncp 20200528-014	今月単純撮影の写真診断を入力していて、データチェックをかけたときのエラーについてご質問です。 新しいプログラムとマスタの提供があり、今朝更新をかけました。 その後データチェックをかけました。 すると エラー「選択式コメントが未入力です。確認してください 【単純撮影（イ）の写真診断】28日」 と出ました。	９月まで撮影部位の選択式コメントの入力チェックは行わないように対応しました。	R2.5.26 R2.5.29 パッチファイルを訂正しましたので、改めてプログラム更新を行ってください。

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
9	ncp 20200428-012	照会画面で、診療日：R2.4.1～R2.4.30と設定したとき、人数が272人います。 データチェックで、4月分診療と設定したとき、「処理は正常に終了しました」とメッセージが出たとき、チェック済み患者数が200人となりました。 人数が272人なので、チェック済み患者数は250人となるかと思いますが、どうでしょうか。 医院様は以前は50人単位で出ていたとおっしゃっています。 表示がされていないだけで、残りの72人はチェックがかかっているのでしょうか。	テスト患者を件数にカウントしないように修正しました（患者選択時を除く）。	R2.6.25
10	support 20200626-018	6月25日パッチ適用及びマスタ更新実施後、6月26日にデータチェックを実施したところ、添付しています1.jpgのようにコメント名称のエラーが発生するようになりました。 6月25日のマスタ更新により、「830000028」の漢字名称の記号が「：」から「；」に変更されている影響かと推測されます。 データチェックにて上記内容が表示されないように出来ないでしょうか。	エラーとならないように修正しました。 （末尾の″：″と″；″は同じ文字として比較するよう修正しました。）	R2.6.30
11	ncp 20200508-003	電話再診料と診療情報提供料（1）が同会計内にあった場合に「診療行為が併用算定誤りです（同会計）」となってきますが、2020年診療報酬改定で「4月からは、電話再診時に受診を指示した救急医療機関に対する情報提供を行なった場合、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能になります。」となったようなのですが、「救急医療機関に対する情報提供を行なった場合」とあることから、ORCAの動きとしては正しいものなのでしょうか。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]-設定2タブ-＜診療行為併用算＞-電子点数表マスタの設定で″1 参照する″とした場合、電話再診料と診療情報提供料(1)の入力を併算定エラーとしていましたが、令和2年4月以降は電子点数表マスタの設定に関わらずエラーとしないようにしました。	R2.7.27
12		令和2年10月診療分以降について、レセプト処理で自動記載を行う選択式コメントはチェック対象外としました。 ※要マスタ更新		R2.9.24

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
13	ncp 20200924-009	選択式コメントのデータチェック 自動記載分も手入力分もどちらもデータチェックで上がってくるようですが。	オンライン診療料の開始年月日の選択式コメントについて、チェックの対象から除外しました。 頭痛に関するコメント以外はレセプトで自動記載のため、データチェックの段階でコメント漏れのチェックが難しいためです。	R2.9.30

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	ncp 20170210-013	明細書の一括作成で作成した特別療養費分のレセプトの印刷について、出力区分が全件印刷の状態で印刷処理を行うと、社保の出力順が「06編綴順」以外であれば特別療養費のレセプトも全件印刷に含まれて印刷できるのですが社保の出力順が「06編綴順」の時だけ一緒に印刷されません。	「42 明細書」の「R02 印刷指示」で、社保の印刷順を「06 編綴順」に設定して印刷したときに、特別療養費（国保）分が印刷できませんでしたので修正しました。	H29.2.22
2		自賠責レセプト新様式に編集している「マル印」の文字が機種依存文字でしたのでTakao明朝に修正しました。 変更前の状態では環境によってマッピングされるフォントが異なり、その影響でmonsiajのプレビューが枠だけ表示される場合がありました。		H29.3.27
3	support 20170222-017	高額療養の患者の入院レセプトの計算結果がおかしいということで連絡を頂きました。 問題の患者の登録画面とレセプトの情報を添付させていただいていますが、負担金額が間違っているということで返戻になったとのことでした。 正：82,902 誤：82,896 レセプトを再計算しても正しい金額にならないということで、正しい負担金額にする方法を教えてください。	入院期間外の入院診療行為入力チェック（レセプト処理時） 入院患者の退院登録を「退院登録（診療保存）」で行い、入院期間外に入院診療行為入力が存在する場合、該当患者の入院レセプトが正しく作成できなくなる事から入院レセプト処理時にチェックを行い、「入院期間外の入院診療行為入力確認」のエラーメッセージを表示し処理を停止するようにしました。	H29.4.26
4	support 20170308-010	レセプト分割の際、特定疾患（972長期）で自己負担額が10000円の患者様で2枚に分割した際、それぞれに上限10000円の記載されてしまう症状について対応をご教授いただければと思いメールを致しました。 ポイントとして公費の日付が区切られていないかとのご指示がありましたので確認したのですが、登録画面上は得に分割されておりません(添付資料レセプト分割1) 特記事項・レセプト分割の画面もお送り致します。（レセプト分割2） 設定がうまくできていないでしょうか？	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
5		レセプト入退院履歴・入院年月日記載（記録）修正 １日退院で、同日に他保険で再入院があった場合、１日退院のレセプトの「摘要欄－入退院履歴」が入退院履歴の文言のみ記載され、かつ、「90入院－入院年月日」が0年0月0日と記載される不具合がありましたので修正しました。 （例）医保レセプトに不具合がでる場合 ３月21日～４月１日：医保で入退院 ４月１日：自賠責で同日再入院		H29.4.26
6	support 20170324-022	短手3にてH29. 2.28からH29. 3. 1に入院された患者様なのですが、H29. 3. 1に診療行為及び食事が無かった為、レセプトが作成されません。 国保連合会様に問い合わせましたが、このような場合でもレセプトを提出して下さいとのことなのですが、ORCAではどのように対処すればよいでしょうか。	請求金額0円レセプト作成対応 ＜例１＞入院料「短手３」で入院（H29. 2.28～H29. 3. 1） H29. 3. 1は、診療行為入力及び食事の算定は無し （請求点数0点、食事療養費0円） ＜例２＞外来、院外処方のみ、診察料・処方せん料は他保険で算定 （請求点数0点） 現在、上記例のような請求金額が0円のレセプトは作成されませんが、システム予約コード099999929（【レセプト】請求金額0円レセプト作成）を該当の保険組み合わせで診療行為入力する事で、請求金額0円のレセプト作成を可能としました。 労災・自賠責・公害レセプトを除きます。 作成された請求金額0円のレセプトは、レセ電データの作成対象になります。又、これまで連携基盤用データ（入院）とEFファイル（外来）については、請求金額が0円であってもデータの作成対象となっていた事から連携基盤用データ（外来）とEFファイル（入院）についても同様に、データの作成対象となるよう修正しました。 ※連携基盤用データ・EFファイルは、システム予約コード099999929の診療行為入力がな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
7	support 20170510-017	入院患者で、「特別食加算（食事療養）」（197000470）を算定していましたが最終的に会計照会からフラグを消しました。 その場合、回数が0回になったのでレセプトプレビューには載ってこないのですがレセデータを作成し、レセ電ビューアで確認すると特別食加算76×0という形で載ってきてしまいます。 取り急ぎレセデータ自体を修正しオンラインは送れたのですがなぜ0回にも関わらずレセデータにあがってきてしまったのでしょうか。 何か削除の方法が間違っているのでしょうか。	診療行為画面より入力された特別食加算について剤回数0回の状態であってもレセ電データに記録されてしまう不具合がありましたので記録を行わないよう修正しました。	H29.5.25
8	support 20170510-018	労災レセプトデータチェック時に「該当の診療行為に対して、金額又は点数が0又は記録されていません」というエラーが検出されます。 単純撮影（撮影）（手前2枚以上撮影）（デジタル撮影）が対象となっているようなのですが、対象の点数は労災自賠コードは無かったと思うのですが原因として何か考えられますでしょうか。	以下の入力を労災の患者に行った場合、レセ電データには手技料が0点で記録されますが、その際に労災レセ電データチェックでエラーと判断していましたので、0点でも記録がある場合はエラーとしないように修正しました。 .700 胸部 170031350 単純撮影（撮影）（手前2枚以上撮影）（デジタル撮影） 数量1 170021550 単純撮影（イ）の写真診断（手前2枚以上撮影） 数量1 700710000 画像記録用フィルム（半切） 数量1	H29.5.25
9	support 20170605-029	アフターケアのレセプトで、5月3日間来院されている患者様です。 前回の検査年月日に記載されている年月日が、1日だけ、不一致で出力されます。 5/9 H28/9/13 5/10 H28/3/2 5/26 H28/3/2 原因と対応策について、ご指南ください。	アフターケアレセプトの「前回の検査年月日」の記載修正 該当レセプトに関わる診療科と同じ診療科で診療行為入力した直近の「検査病理又は画像診断を行った日」を記載していましたので、診療科に関係なく、直近の「検査病理又は画像診断を行った日」を記載するよう修正しました。	H29.6.26

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	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
11	support 20170610-004	傷病年金をお持ちで労災で入院された患者様 レセプトプレビューで、★★059で始まる「その他材料コード」が使用されていますと表示されレセプト作成が出来ません。 059で始まるコードは使用しておりません。 同じ患者様の以前作成出来ていたレセプトも今はエラーとなります。 5月25日のプログラム更新も適用済みです	システム管理2005－（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
12	support 20170712-015	先程お電話いただきました内容のデータを送付いたします。 一部負担金欄の（8,000）の部分の削除となります。	レセプト保険欄－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
13	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

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
14	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
15		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
16	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

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	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
18	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
19	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

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	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
21	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
22		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

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
23	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.

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 20180508-029	2018/3/31まで「感染防止対策加算1」のみ算定されていた病院様で、2018/4/1～「感染防止対策地域連携加算」を新しく算定されているのですが、労災のレセプトをオンライン請求で確認送信を行った場合に、【固定点数が誤っています】というエラーメッセージが表示されるようです。 また、ORCA総括でのチェックでも【基本項目に対して算定できない注項目があります】とのメッセージが出ているようです。 プログラム更新は2018/4/25時点が最新になっており、入院基本料は「急性期一般入院基本料5」を算定されています。	労災入院で入院料加算 ・感染防止対策加算1・・・注加算コード:9071 注加算通番:0 ・感染防止対策地域連携加算・・・注加算コード:9071 注加算通番:1 を算定時のレセ電データ記録について、「感染防止対策地域連携加算」の記録位置に誤りがあったことから注加算通番0の「感染防止対策加算1」の直下に記録するよう修正しました。 この不具合については、 ・データ提出加算2・・・注加算コード:9097 注加算通番:0 ・提出データ評価加算・・・注加算コード:9097 注加算通番:1 のように入院料加算同士で注の加算となる入院料加算を算定している場合についても同様です。 パッチ適用後に「42 明細書」よりレセプト処理、「44 総括表・公費請求書」よりレセ電データの再作成を実施してください。	H30.5.9
25	ncp 20180428-004	【注射薬(管) 残量廃棄 レセプト記載について】尋ねします。 643310190 大塚生食20ml 0.45管使用の場合、→自動コメント記載にて、(残量廃棄)と表示されます。 .310 130000510 643310190 0.45 皮下筋肉注射 皮内、皮下及び筋肉内注射 大塚生食20ml 0.45管 (残量廃棄)　　26×1 【レセプト表示】では下記のように廃棄になった量が記載されます。 643310190 大塚生食20ml 1管 (残量廃棄)0.55管 レセプト記載要綱等に詳細の記載がないか確認しましたが見当たりませんでした。 レセ記載の際には、使用量でなく、破棄量の記載が必要なのでしょうか？	使用薬剤の残量廃棄コメント記載内容修正（レセプト摘要欄） これまで使用薬剤に残量廃棄がある場合、コメント内容に残量廃棄量を記載（記録）していましたが、使用量を記載（記録）するよう修正しました。 (例) ＜診療行為入力＞ .331 643310190 0.45 大塚生食注　20mL 099309901　　（残量廃棄） ＜レセプト摘要欄＞ 33＊大塚生食注　20mL 1管 （残量廃棄） 0．55管 ↓ 33＊大塚生食注　20mL 1管 （使用量　0．45管　残量廃棄）	H30.5.28

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
26		オンライン診療料等の管理料等算定開始年月コメント自動記載修正（レセプト摘要欄） ・112023210 オンライン診療料 ・113023890 オンライン医学管理料 ・114043970 オンライン在宅管理料（在医総管（月１回訪問診療）） ・180058270 精神科オンライン在宅管理料 の算定がある場合、管理料等の算定履歴を参照して算定開始年月コメントを自動記載していますが、管理料等の算定履歴の参照方法を見直しました。 ＜管理料等の算定履歴の参照方法＞ 現状は、対象となる管理料等のうち直近の算定履歴１件を検索し、その初回算定日を元に、算定開始年月コメントを自動記載していますが、対象となる管理料等毎の直近の算定履歴を検索し、その中で一番古い初回算定日を元に、算定開始年月コメントを自動記載するよう修正しました。又、同一剤に「管理料等算定開始年月」又は「管理料算定開始年月」の文言で始まるコメント入力がある場合は算定開始年月コメントを自動記載しないよう修正しました。		H30.5.28
27	ncp 20180516-015	乳腺炎重症化予防ケア・指導料(初回)の入力について、同月内に「初回」と「2回目から4回目」どちらも算定していれば通算回数は自動記載されますが、「初回」のみの算定の場合通算回数が自動記載されません。 こちらは記載要領に「通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること」と記載がございます。 該当の医療機関様が4月分の請求を行ったところ、「初回でも通算回数を記載してください」と連絡があり返戻になったそうです。 支払基金へ改めて確認しましたが、、「「初回の場合は省略しても差し支えない」等の文言が無いので初回でも通算回数を記載する必要がある」と回答をいただきました。	乳腺炎重症化予防ケア・指導料の通算実施回数コメント自動記載修正（レセプト摘要欄） 「113024510 乳腺炎重症化予防ケア・指導料（２回目から4回目まで）」の算定がある場合、通算実施回数コメントを自動記載していましたが、該当月の算定が「113024410 乳腺炎重症化予防ケア・指導料（初回）」のみの場合も通算実施回数コメントを自動記載するよう修正しました。	H30.5.28

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
28		労災レセプト電算処理システムの「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」の変更対応を行いました。 レセプト共通レコード（RE）に【予備１０】及び【患者の状態】の２項目を追加しました。 ＜追加項目の記録について＞ （1）【予備１０】 　記録を省略します （2）【患者の状態】（平成３０年４月診療分以降） 　コメントレコード（CO）に、診療識別コード「01」で 　「820100348」（妊婦）の記録がある場合、「001」を記録します。 ＜項目追加に関して＞ 平成３０年５月２８日提供のパッチプログラム適用前に作成したレセプトについては、６月以降の請求にあたり、パッチプログラム適用後にレセプトの再作成を行う必要はありません。労災レセプト電算提出用データを作成する際に項目追加（カンマの追加）を行います。 但し、平成３０年５月２８日提供のパッチプログラム適用前に作成した平成３０年４月診療分以降のレセプトについて、必須ではありませんが、「患者の状態」に「001」の記録を行いたい場合は、パッチプログラム適用後にレセプトの再作成を行う必要があります。		H30.5.28
29		通院・在宅精神療法のコメント自動記載修正（レセプト摘要欄） ２０歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の入力を元にして、精神科を初めて受診した日のコメントを自動記載していますが、平成２８年４月診療分以降は、下記加算の算定がある場合に限り、コメントを自動記載するよう修正しました。 180020570 通院・在宅精神療法（２０歳未満）加算 180047270 児童思春期精神科専門管理加算（１６歳未満） 180047370 児童思春期精神科専門管理加算（２０歳未満）		H30.5.28

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
30	support 20180601-011	精神通院＋生活保護の件 0点公費を記載するの設定にすると、公費（2）で算定している初診料の点数がレセプトに印字されません。 表示されなくても問題ないのでしょうか。 0点公費を記載しないの設定にしますと、印字されます。	レセプト診療区分別点数欄の集計修正 （例） 主保険なし 021精神通院 H30.4.27～ 012生保A　H30.4.13～H30.4.26 012生保B　H30.4.27～ 精神通院単独分、生保A単独分、生保B単独分の診療があった場合のレセプト記載で、診療区分別点数欄の左側（通常は主保険分の点数を集計する欄）に、公費1～3の診療区分別点数合計が記載されるべきところ、公費2の点数が含まれていませんでしたので修正しました。	H30.6.27
31	support 20180607-025	レセプトを会計照会からプレビューまたは個別作成した時に「請求点数と点数欄の合計が不一致」と出てきます。 内服薬のところで点数欄が91単　の1472点ですが、摘要欄は内服薬を合計していくと1412点になります。 診療行為画面から内服薬を合計しても、会計照会から内服薬を合計しても点数は1412点です。 なぜ点数欄が1472点になるのかわかりません。 この患者さんは一旦この12月分を国保で請求していました。 ところが月途中で社保に変わったことがわかり、患者登録で正しい保険を登録した上で、会計照会より保険一括変更で保険組合せを変更しました。 再度、診療行為画面で内服のあった日を訂正で呼び出し最後まで登録することで、レセプトも正しい点数である1412点になりました。 これでレセプトの請求はしていただいたのですが、点数欄が違っていた原因がわかりません。	レセプト診療区分別点数欄の集計修正（【21内服薬剤】の欄） （例）外来 協会：6月1日 .210 内服薬剤7種類以上の入力（※） .210 内服薬剤1種類以上の入力 協会：6月20日 .210 内服薬剤7種類以上の入力（6月1日の（※）と同じ内容） ※1日と20日の薬剤料逓減の剤点数は違う この状態で、 6月　1日～：協会→6月　1日～15日：協会 6月16日～：国保 の保険変更、会計照会で保険一括変更、レセプト作成を行うと、保険変更後レセプト（国保）の【21内服薬剤】の診療区分別点数が正しい点数で記載されない不具合がありましたので修正しました。	H30.6.27

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
32	ncp 20180614-005	保険　労災 　　国保+長期＋更生 現在、療養病棟に労災で入院中。外来から人工透析を1日おきにされている。 労災で算定可能な診療行為 ・療養病棟入院料1 ・一般食事代 国保＋長期（更生は入院では使用不可） ・慢性維持透析管理加算　100点 ・人工腎臓 ・特別食加算 人工透析にかかる分は労災では認められないので、分けて請求をする必要があります。 入院登録を労災で登録。 診療行為で国保＋長期を選んで .900　慢性維持透析管理加算　100点 .400　人工腎臓 ・970　特別食加算 このように登録をしたら、労災も国保＋長期の両方とも、プレビューを押すと「帳票データ作成中です。」と赤字で出て、先に進みません。 このような算定の場合、どのような入力をしたらいいのですか？	入院料と診療行為画面から入力した入院料加算の保険組合せが異なる場合、レセプト作成時にエラーメッセージを表示し処理を停止していますが、問い合わせ内容の算定パターンを考慮して入院料を労災、自賠責、公害保険で算定、慢性維持透析管理加算を医保で算定した場合は医保分のレセプト作成をエラーとしないよう修正しました。	H30.6.27
33	ncp 20180625-002	レセプト摘要欄において、電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）がMRI撮影（その他）より先に記載される現象が発生しているとの連絡を受けております。	レセプト摘要欄記載順修正 （電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）） 下記診療行為入力を行った場合、電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）がMRI撮影（１又は２以外）より先に記載されていましたので、後に記載されるよう修正しました。 .700 170015210 MRI撮影（１又は２以外） .704 170028810 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	H30.6.27

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
34		リハビリ開始日・発症日のレセプト記載について、以下の修正を行いました。 （例） ・21診療行為ー算定履歴ー履歴登録で、 運動器リハビリテーション開始日の算定履歴を作成する。 算定日は、H29.10.4とH29.10.19 ・21診療行為ー算定履歴ーコメントで、 H29.10.19の終了日付（画面の左側）に「H30.6.10」を入力する。 この状態で、H30.6.20に運動器リハを診療行為入力し、H30.6診療分のレセプトを作成すると、 ″＊運動器リハ：発症　29年10月19日″と記載していたので、 ″＊運動器リハ：発症　29年10月　4日″と記載するよう修正しました。 ※H29.10.19の算定履歴の終了日がH30.6.10なので、H30.6.20の運動器リハの直近の開始日はH29.10.4になるため		H30.6.27
35	kk 53466	8月診療分からの北海道子ども医療費助成制度事業の事例が出ましたが、その中で事例No8（月の途中で他の市町村へ転居した場合）のようにORCAではレセプト表示出来ません。 北海道地方公費のレセプト記載対応 北海道子ども医療費助成制度の法別90と法別91を持つ患者が月の途中で他の市町村へ転居した場合、転居前後でそれぞれ診療があるときの紙レセプト、レセ電データの公費の記載について適用開始日、法別番号の順に記載を行うようにしました。	システム管理「2005　レセプト・総括印刷情報」の「S+F10　公費記載順設定」の設定の有無に関係なく行います。 例） 北海道地方公費の保険番号290（法別90）保険番号191（法別91）を持ち、月途中に転居した場合 (A)　保険番号290（平成30年4月　1日～6月15日） (B)　保険番号290（平成30年6月16日～　　） (C)　保険番号191（平成30年4月　1日～6月15日） (D)　保険番号191（平成30年6月16日～　　） レセプト記載 公費1　(A) 公費2　(C) 公費3　(B) 公費4　(D)	H30.7.25

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
36	ncp 20180628-014	[orca-biz:07263] パッチ提供◆日医標準レセプトソフト 5.0.0(第29回)/4.8.0(第88回) 修正内容のPDF　P.62　番号34　リハビリ開始日・発症日のレセプト記載についての修正の件で、お尋ねします。 上記の修正を受け、更新後に以下の２例を試しました。 例１） 改善内容の事例内容に、H30.6.6に運動器リハを診療行為入力を加えてみました。 開始日はH29.10.19となりました。 つまり、6月はH29.10.19開始のリハと、H29.10.4開始のリハ、両方が存在するようにしました。 この状態で6月レセを確認したところ、”運動器リハ：発症　２９年１０月１９日”となりました。 これは、正しいでしょうか。 例２） 外来と入院でそれぞれ運動器リハを開始するよう、以下のように入力しました。 H30.3.15外来にてリハ開始（病名１）以降5.2まで外来でリハビリを算定（病名１） H30.5.8入院にてリハ開始（病名２）以降5.14まで入院でリハビリを算定（病名２） H30.5.15退院、診療行為入力＞算定履歴＞履歴登録にてH30.5.8開始日に終了日追加 H30.5.18外来にてリハビリ算定（病名１） この状態で入院・外来ともにレセプトを確認したところ、入院レセ＝”運動器リハ：発症　３０年５月８日”と記載されました。 外来レセ＝”運動器リハ：発症　３０年３月１５日”と”運動器リハ：発症　３０年５月８日”の両方が記載されました。 外来レセの記載は正しいでしょうか。	リハビリ開始日・発症日のレセプト記載について、以下の修正を行いました。 （例） ・21診療行為ー算定履歴ー履歴登録で、運動器リハビリテーション開始日の算定履歴を作成する。 算定日は、H30.3.15とH30.5.8 ・21診療行為ー算定履歴ーコメントで、H30.5.8の終了日付（画面の左側）に「H30.5.15」を入力する。 この状態で、外来で、H30.5.2とH30.5.18に運動器リハを診療行為入力し、H30.5診療分の外来レセプトを作成すると、 ″＊運動器リハ：発症　３０年　３月１５日″と ″＊運動器リハ：発症　３０年　５月　８日″の２つの発症日が記載されていましたので、 ″＊運動器リハ：発症　３０年　３月１５日″のみが記載されるよう修正しました。 ※H30.5.8の算定履歴の終了日がH30.5.15なので、この期間に外来分の運動器リハがないため、H30.5.8の発症日は記載しない	H30.7.25

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
37		24療養介護又は79障害児施設単独レセプトの食事欄記載修正 24療養介護又は79障害児施設（食事療養上限額が0円）で、公費単独レセプトの場合、食事欄ー標準負担額欄が空欄になっていましたので、標準負担額を記載するよう修正しました。 （標準負担額の全額を患者が支払ったものとして記載します） 食事欄記載例 公費1　93回　59520　　空欄（金額記載なし） ↓ 93回　59520　42780		H30.7.25
38	support 20180723-006	精神科退院前訪問指導料の記載要領について ORCA外来外来版操作マニュアル（平成30年度版）の「コメントの手入力が必要な診療一覧」のP362 「精神科退院前訪問指導料」2回以上算定した場合は各々の訪問指導日を記載 「840000079　精神科退院前訪問指導算定日」 とありますが、診療報酬情報提供サービス事務局　様へ確認したところ、このコードは算定日＝退院日であって指導日は別途記載が必要との回答でした。	「180018310 精神科退院前訪問指導料」の算定がある場合、算定日コメントを入院レセプト摘要欄に自動記載していましたが、算定日の記載は不要のため自動記載を止めました。	H30.7.25
39	support 20180907-017	静岡県の医療機関様よりお問合せがありました。 ＜船員保険をお持ちの70歳以上3割下船3か月の方＞ 患者登録画面の補助「H　3割下船」を選択してある患者様でレセプト特記事項に「29区エ」と表示されています。 オンライン請求でエラーとなり、支払基金へ確認していただきましたがレセプト特記事項「29区エ」ではなく、「26区ア」と表示されるのが正しいと回答がありました。	平成30年8月診療分以降の高齢者レセプト特記事項記載修正 前期高齢者の「002船員」で補助区分がG,H,Iの場合、又は、前期高齢者の「031国公」・「032地公」・「033警察」・「034学校」で補助区分がHの場合、″29区エ″を記載していましたので、″26区ア″″27区イ″″28区ウ″のうち該当する所得区分の特記事項を記載するよう修正しました。	H30.9.25

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
40	support 20180905-018	医療機関様より　後期高齢者の入院でオンライン請求を行おうとしたところ、エラーが出たと問い合わせをいただきました。 後期高齢者　入院　低所得者1 959：災害該当 962：免除 の患者さんの特記事項でエラーがでているようです。	平成30年8月診療分以降の高齢者レセプト電算記録修正（入院） 平成30年8月診療分から「受付・事務点検ASPに係るチェック」のL3550のチェック内容が変更となり、高齢者（低所得者）で、かつ、災害による一部負担金減免の方、かつ、食事の算定が無い方が「一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コード」の記録がなく、上記チェックでエラーとなりましたので記録をするよう修正しました。	H30.9.25
41	support 20180905-005	レセプトの一部負担金についてお尋ねします。 後期（1割）＋低所2＋更生（5000円）＋長期＋障害の保険組合せで 別添①「後期＋長期＋障害」の保険組合せで入院登録 別添②「後期＋長期＋障害」の保険組合せで診療内容入力 別添③「後期＋更生＋障害」の保険組合せで実日数カウントコードを入力 別添④レセプトを確認すると、3314点にも関わらず6620円の2割負担分が表示されてしまいます。 別添③の実日数カウントは必要ないもののように思うのですが、医療機関様は更生医療を持っていることを保険者に知らせたいとの事と、実日数カウントも付けたいと仰られています。 レセプトが正しく1割分が記載されるようになりませんでしょうか。	（例1）入院、後期高齢（1割）、低所得2 後期＋広島県地方公費291で入院（8月1日～2日） 後期＋更生015＋広島県地方公費291で診療行為入力（実日数算定コードのみ） ※システム管理2005－「0点全国公費レセプト記載」の設定は、「1」 ※広島県地方公費291のシステム管理2010－レセプト(3)－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）」の設定は、左右（1，4） 請求点数が4200点の場合、保険欄－－部負担金を8400円で記載していましたので、4200円を記載するよう修正しました。 （例2）外来、後期高齢（1割）、低所得2 後期＋大阪府地方公費190で診療行為入力 後期＋精神通院021＋大阪府地方公費190で複数科保険入力（院外処方のみ） ※システム管理2005－「0点全国公費レセプト記載」の設定は、「1」 ※大阪府地方公費190のシステム管理2010－レセプト(3)－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）」の設定は、左右（1，4） 請求点数が9530点の場合、保険欄－－部負担金を16000円で記載していましたので、8000円を記載するよう修正しました。	H30.9.25
		レセプト保険欄－－部負担金金額記載修正 システム管理2010－レセプト(3)－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）」の設定がある地方公費と請求点数0点の全国公費を併用するレセプトについて、保険欄－－部負担金が正しく記載されない以下の不具合がありましたので修正しました。		

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
42	kk 53968	第30回パッチ提供内容（管理番号：kk53466）に対し、追加の依頼があります。 事例No.5 転居前の公費（45）・公費（46）転居後の公費（45）・公費（46） の五者併用、 http://www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/chitan/jutaku/01_hokkaido.files/01_hokkaido_judo.pdf 事例No.8 転居前の公費（93）・公費（94）転居後の公費（93）・公費（94） の五者併用 http://www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/chitan/jutaku/01_hokkaido.files/01_hokkaido_hitorioya.pdf 上記のレセプトも事例の通りにレセプト表記できませんので対応をお願いします。	北海道重度心身障がい者医療費助成制度の法別45、46又は北海道ひとり親家庭等医療費助成制度の法別93、94を持つ患者が月途中に他の市町村へ転居した場合、転居前後に診療がそれぞれあるときのレセプトの公費の記載を適用開始日、法別番号の順に行うようにしました。	H30.9.25
43	support 20180914-023	岩手県の国保連より、岩泉町の災害該当5割負担のレセプトの一部負担金を記載しないようにしてください。と連絡がきた。 と医療機関様より問い合わせをいただきました。 ・前期高齢者 ・台風の災害該当で5割負担 ・高額療養費まで達していない の場合のレセプト記載だと思います。 また、H29.2.27付のレセプトの記載例が岩手県国保連のHPに載っていました。	ASPチェック（エラーコードL3525）のチェック内容変更に伴い、高齢者減額レセプト（外来）の保険欄ーー部負担金記載（記録）について、「無条件記載」から「高額療養費が現物給付された場合に記載」に修正しました。 （平成30年8月診療分以降で修正） （例） 外来、前期高齢（2割）、一般所得者、960減額（割）【減額割合：50%】、959災害該当 請求点数208点の場合 保険　208　　210 減額 5割 ↓ 保険　208　　空欄 減額 5割	H30.9.25

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
44	入院-同一日複数科受診日の2科目目	初診料（同一日複数科受診日の2科目）を入院で入力した場合のレセプトに、複初算定受診科のコメントが表示されますが診療科が表示されません。 マニュアルには、上記のコードは外来のみ自動記載とありますが入院では、上記は算定出来ないのでしょうか。	レセプト摘要欄コメント自動記載修正 111011810 初診料（同一日複数科受診時の2科目） 111012610 初診料（同一日複数科受診時の2科目・文書による紹介がない患者） 111012810 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の2科目） を算定した場合、同一剤に「複初算定診療科：〇〇科」のコメントを自動記載していますが、入院レセプト（医保・公害）において、〇〇科の部分が記載されない不具合がありましたので修正しました。	H30.10.25
45		レセプト記載事項の別表1（コメント関連テーブル　支払基金提供）におけるコメントコードのレセプト記載（記録）について対応を行いました。		H30.10.25

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
46	support 20181024-007	UBUNTU14 ORCA5．0 平成30年9月28日適用版にて エンドユーザー様からご依頼がありご質問させていただきます。 レセプトプレビュー時とオンラインレセプトファイルからレセ電ビューワーでレセプト表示させてたものが点数が違って表示されます。 添付ファイルの処方頓服欄がまず違っておりまた合計点数も違ったものになると考えます。 薬剤料逓減（向精神薬多剤投与）に関するレセプト記載（記録）修正 薬剤料逓減（向精神薬多剤投与）がある場合に、該当薬剤と逓減剤を対で記載（記録）していますが、その際のレセプト処理（剤編集）に不具合があり、以下の診療行為入力を行った場合、5日入力分の頓服薬剤がレセプト摘要欄に記載（記録）されませんでしたので修正しました。 （例） ・診療行為入力 ＜1日＞ .211 620006897 2 621932101 2 611170435 3*5 .221 621920901 1*2 .221 620150306 1*6	＜5日＞ .211 620006897 2 621932101 2 611170435 3*5 .221 621920901 1*4 .221 620150306 1*4 ・レセプト（修正前） 22*（精減） ブロチゾラムOD錠0．25mg「サワイ」1錠 1X 2 *（精減） エチゾラム錠1mg「トーワ」1錠 1X 6 *薬剤料逓減（80／100）（向精神薬多剤投与） ▲2X 2 ・レセプト（修正後） 22*（精減） ブロチゾラムOD錠0．25mg「サワイ」1錠 1X 2 *（精減） エチゾラム錠1mg「トーワ」1錠 1X 6 *薬剤料逓減（80／100）（向精神薬多剤投与） ▲2X 1 *（精減） ブロチゾラムOD錠0．25mg「サワイ」1錠 1X 4 *（精減） エチゾラム錠1mg「トーワ」1錠 1X 4 *薬剤料逓減（80／100）（向精神薬多剤投与） ▲2X 1	H30.11.27

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
47	ncp 20181101-004	42明細書-一括作成（医保・全体）で作成したときに自費の件数が「4件」と出てきますが印刷プレビューを行うと「3件」しか出力されませんでした。 こちらで出力されない1件分の確認を行うと外国人患者の情報が確認出来ました。 該当患者の氏名が「アイ　ネット　システムズ」のように、2つのスペースで区切られていました。 このことが原因なのでしょうか。	データベースのエンコーディングがUTF8のとき、「42 明細書」の印刷指示画面で出力順にカナ氏名を指定した場合で、カナ氏名が英字で登録されている患者のレセプトが処理対象外になりましたので修正しました。	H30.12.25
48	support 20181228-040	【社保＋更生＋長期】【社保＋更生＋生保】の組み合わせだと、社内機で検証すると保険一部負担金額が10,000で記載されるはずが、医療機関様の環境だと14,000となる。 原因がわからない為、お調べいただきたく思います。 基金には10,000円で記載するよう指示されたそうです。	レセプト保険欄－一部負担金記載修正 協会＋015更生＋972長期と協会＋015更生＋012生保の2種類の保険組み合わせを使用した場合、入力順で保険欄－一部負担金欄に記載される金額が10000円とならない場合がありましたので修正しました。 例）前期高齢者2割 協会＋015更生＋972長期　請求点数32331点 協会＋015更生＋012生保　請求点数　3615点 診療行為入力順 1日：協会＋015更生＋972長期　11000点 2日：協会＋015更生＋012生保　　1000点 3日：協会＋015更生＋972長期　11000点 4日：協会＋015更生＋012生保　　1000点 5日：協会＋015更生＋972長期　10331点 6日：協会＋015更生＋012生保　　1615点 （8000） 保険　35946　14000　→　10000 公1　35946　　0　　0 公2　　3615　　0　　0	H31.1.28

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
49	support 20190205-012	「24療養介護又は79障害児施設単独レセプトの食事記載修正」について 病院様が高知市の障がい福祉課（24療養介護：発行元）より送られた資料を添付いたしますので、ご確認をお願いいたします。	法別24・79の入院レセプト食事欄記載（記録）対応 システム管理2005－レセプト・基本1タブの「法別24・79食事欄記載」に関して、 主保険併用で食事を算定した場合（食事上限額が0円の場合） ・「0」（患者食事負担がある場合と同様の記載（記録）） ・「1」（患者食事負担がない場合と同様の記載（記録）） の2種類の設定が可能となっています。デフォルトは「0」。 法別24・79単独で食事を算定した場合（食事上限額が0円の場合） ・患者食事負担がある場合と同様の記載（記録） の固定の記載（記録）方法のみでしたので、上記設定に「21と同様（単独分の標準負担は空欄）」を追加し、主保険併用で食事を算定した場合、及び、法別24・79単独で食事を算定した場合の両方について、患者食事負担がない場合と同様の記載（記録）が可能となるよう対応しました。 （例）法別24・79単独で食事を算定した場合、設定「2」 公費1　84回　53760　　38640 ↓ 84回　53760　　空欄（金額記載なし）	H31.2.25
50		レセプトの一括作成時に、マシン日付の1年以上前の診療年月を指定した場合に、確認メッセージを表示するようにしました。 例)マシン日付 2019年2月の場合 診療年月 2018年2月　確認メッセージ表示あり 診療年月 2018年3月　確認メッセージ表示なし		H31.2.25

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
51	support 20190226-017	京都のユーザー様より、対応依頼がありましたので報告させて頂きます。 【京都府・京都市の地公災特別加算】 救急医療管理加算の加算（21点）算定時は、 ①レセの右側の表示は、診区80ではなくて診区11で記載して下さい。 ②レセの左側の点数も、初診欄に初診料加算（63点）に足した84点で記載して下さい。 以上、2点の指摘を受けたとの事です。 ※救急医療管理加算の加算は、初診時に算定する加算なので、診区11との事です。	公務災害レセプト集計修正 101989050 救急医療管理加算の加算（入院） 101989060 救急医療管理加算の加算（入院外） 点数は「初診」欄に集計し、摘要欄は診区11で記載されるよう修正しました。	H31.3.26
52		コメントコード（840000001）のコメント内容が平成31年4月から「電話再診（　回）」→「電話等再診（　回）」に変更となったため、レセプト摘要欄に自動記載しているコメント内容について修正しました。 1．電話等再診料を算定した場合 H31.4月診療分から ・・ 電話等再診（　回） H31.3月診療分まで ・・ 電話再診（　回） 2．同日電話等再診料を算定した場合 H31.4月診療分から ・・ 同日電話等再診（　回） H31.3月診療分まで ・・ 同日電話再診（　回） 3．電話等再診料（30年3月以前継続）を算定した場合 H31.4月診療分から ・・ 電話等再診（30年3月以前継続）（　回） H31.3月診療分まで ・・ 電話再診（30年3月以前継続）（　回） 4．同日電話等再診料（30年3月以前継続）を算定した場合 H31.4月診療分から ・・ 同日電話等再診（30年3月以前継続）（　回） H31.3月診療分まで ・・ 同日電話再診（30年3月以前継続）（　回）		H31.4.23

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
53	support 20190403-013	下記内容にて問合せがありましたので御確認をお願い致します。 ①レセプト点検の為、13照会より検索した一ヶ月分のデータを明細書連携よりデータを作成しました。（約1,200件）（患者番号順） ②42明細書より、個別作成にて照会連携で点検用レセプトデータを作成しました。 ※システム管理の「2005 レセプト・総括印刷情報」→基本2→個別作成出力順（医保）は「05入力順」で設定しています。 ③その後に印刷をしましたが、1,000件以降から患者番号順での印刷ではなく番号がバラバラで印刷されてきました。 ④印刷からプレビュー画面にて確認したところ、やはり1,000件以降の患者番号がバラバラな順番で表示されてました。続紙も離れてました。 確認をお願いします。	「42 明細書」の個別作成の「4 照会連携」で1000件以上の明細書連携データを対象にレセプト作成を行った場合、印刷指示画面から「05 入力順」で印刷又はプレビューをした場合の1000件以降のレセプト印刷順が順不同になりましたので修正しました。	H31.4.23
54		労災レセプトの【OCR専用様式】について、以下の２種類のレセプトレイアウトを連続帳票のレイアウトから単票帳票のレイアウトに変更しました。 ・短期給付（入院）　帳票種別：34721（新帳票） ・短期給付（外来）　帳票種別：34722（新帳票）		H31.4.26
55		労災レセプトの【OCR専用様式】について、以下の２種類のレセプトレイアウトを連続帳票のレイアウトから単票帳票のレイアウトに変更しました。 ・傷病年金（入院）　帳票種別：34723（新帳票） ・傷病年金（外来）　帳票種別：34724（新帳票）		R1.5.9
56	ncp 20190520-008	自賠責レセプト（従来様式・新様式、平成19年4月改正様式）について 続紙がある場合に、以前は右上に１頁目「1/2」２頁目「2/2」が記載されていましたが現在は、１頁目「1/2」が記載されなくなっています。 プログラム更新等は最新の状態にしています。 どこか設定箇所等ありますか？	自賠責レセプトの平成19年4月改正様式について、続紙がある場合の一枚目に「1/N」（Nは総頁）の頁記載が行われていませんでしたので修正しました。	R1.5.28

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
57	kk 55569	70歳未満の「社保」で「高額エ」と「143マル障」ををお持ちの入院患者様のレセプトですが、高額が限度額を超えるため、「955　01公」を登録しました。 「入院会計照会」で「社保+マル障」の保険を選択し、レセプトを作成しますと、社保レセプトの一部負担金に「57600円」が印字されました。 ORCAの外来マニュアル（P76）にも記載があるように、「01公」の場合、一般所得の高額療養を記載しなければいけません。 「マル障」を外し、「社保」単独に保険を変更すると、正しく一般所得で表示されました。 これでは公費が適用されず、患者様に請求が発生します。 「社保+マル障」を選択した状態で、一般所得の高額療養費で記載されるようにする方法をご教授いただけますでしょうか。	特記事項01公に関わる対応見直し 以前、特記事項01公に関わる対応において、医保・後期高齢単独レセプト、かつ、現物給付対象者で、所得区分が一般所得以外であっても、一般所得の金額計算を行い、その金額を保険欄ーー部負担金に記載する対応を行いましたが、算定の保険組み合わせについて、「主保険単独」の場合から「主保険＋地方公費（レセプト請求しない）」の場合に修正し、対応する事としました。 （例）70歳未満、協会（3割） 公費登録 ・143 マル障（京都府地方公費） ・967 高額ウエオ（所得区分「エ」 ・955 01公該当 <入院レセプト>「協会＋143」で算定 特記事項：29区エ、01公 　請求点数　一部負担 協会　151,600　57,600 → 92,590	R1.5.28
58	kk 55764	レセプトの一部負担金欄について教えて頂きたいです。 添付したレセプトの、(0)の部分が（10000）でないとおかしいと国保から返戻になったそうです。どのようにしたら、10000の印字にできますでしょうか？	レセプト保険欄ーー部負担金括弧再掲記載修正 以下の事例において、括弧再掲が正しく記載されない不具合がありましたので修正しました。 （例）外来、複数科保険、院外処方、更生（月上限2500円） ・後期高齢（1割）＋更生＋愛知県地方公費189＋972 　請求点数43381点（診察料、投薬（0点）、その他） ・後期高齢（1割）＋愛知県地方公費189＋972 　請求点数0点（実日数算定コメント、投薬（0点）） <レセプト> 　請求点数　一部負担 　　(　0)　(10,000) 　　(2,500) → (2,500) 協会　43,381　10,000　10,000 015　43,381　2,500　2,500 189　43,381	R1.5.28

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
59	kk 55773	福岡県公費の780水巻障の公費と低所得2の患者で食事の算定がない場合や所得者情報の標準負担額開始日が空欄の場合、レセプト右下に「低所得2」の記載が出ないとのことでしたが国保連としては記載が必要と返戻が返ってきました。 印字する方法はございませんでしょうか。	入院レセプト（70歳未満）の低所得2記載修正 患者登録－所得者情報に「低所得2」の入力（標準負担額減額開始日の入力あり）があっても、食事の算定がない場合は、「低所得2」（長期入院該当年月日の入力がある場合は「低所得2　3月超」）の記載を行っていませんでしたが、記載するよう修正しました。（標準負担金額の上の欄） 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、食事の算定がない場合は、「1」（長期入院該当年月日の入力がある場合は「2」）の記録を行っていませんでしたが、記録するよう修正しました。	R1.5.28
60	request 20181108-002	113008910　退院時共同指導料2 に関しまして、共同指導を行った日を記載すること。となっております。手入力ですと、入力漏れに繋がるため、 113011710　介護支援等連携指導料 と同じように、自動記載されることを希望します。	レセプト摘要欄記載で、「113008910 退院時共同指導料2」の算定がある場合、「113008910 退院時共同指導料2」と同一剤に、指導日コメントを自動記載（記録）するようにしました。 但し、「113008910 退院時共同指導料2」と同一剤に、「840000110 退院時共同指導日　　日」のコメント入力がある場合は自動記載（記録）しません。 1．医保・労災・自賠責・公害の入院レセプトについて対応しました。 2．平成30年4月診療分以降での対応となります。	R1.5.28

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
61	ncp 20190524-005	アフターケアの請求書の「前回検査年月日」が印字されないとのことなんですが、手書きしていただくしかないんでしょうか？	アフターケアレセプト「前回の検査年月日」の記載対応 （例1） H30.4.1-H31.3.31 健康管理手帳番号　1234567890000 H31.4.1-99999999 健康管理手帳番号　1234567890001 （例2） H30.4.1-H31.3.31 健康管理手帳番号　1234567890 H31.4.1-99999999 健康管理手帳番号　1234567890001 上記例のような健康管理手帳番号の更新で枝番号が変更となった場合で、前回の検査が更新前の健康管理手帳番号での算定であった場合、その検査日が更新後のアフターケアレセプトの「前回の検査年月日」として記載するように対応しました。	R1.6.25

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
62	6/7 公費の適用区分での特記事項記載	後期3割+難病(適用区分3)をお持ちの方で、役所に確認したところレセプト特記事項を「29区エ」とするように指示されたとのことです。 同様のケースで、管理番号：request20150910-004にてパッチ対応していますが、H30年8月改定以降の特記事項では、公費の適用区分での特記事項の記載は不可となるのでしょうか。	レセプト特記事項自動記載修正 （特定疾病給付対象療養（法別51，52，54）を併用するレセプト） 患者登録－特記事項、又は、診療行為で、特定疾病給付対象療養に関わる特記事項の入力がある場合、レセプト処理での特記事項自動記載は行わない事としていましたが、２０１８年８月診療分以降については、入力があっても自動記載していましたので、入力がある場合は自動記載しない（入力分を優先する）よう修正しました。 （例）高齢者３割＋５４（保険番号９４６の公費登録なし） 患者登録－特記事項で「２９区エ」を入力 レセプトに「２６区ア」、「２９区エ」の２つの特記事項が記載されていましたが、「２９区エ」のみの記載となるよう修正しました。	R1.6.25
63	kk 56642	本日沖縄県のクリニック様より 精神通院＋精障特別で主保険なしの状態で会計を進めた患者がいるが明細書を作成しようとするも対象のレセプトがないと表示されるとのご申告がございました。 弊社内にて確認すると確か同現象確認し、明細書が作成できない状態となっております。	沖縄県の「121 精障特別」について、主保険なしで「精神通院＋精障特別」の保険組合せを使用した場合にレセプトが作成できませんでしたので修正しました。	R1.7.29
64	7/25－船員保険特記事項	船員保険で、75歳以上の方で補助区分H下船後3割で登録してもレセプトの特記事項が29区エで記載されます。 H30.9.25のパッチで前期高齢者の場合は該当する所得区分の特記事項を記載するように修正していますが、後期高齢者の場合は対象外でしょうか。 後期高齢者3割の方でも、特記事項は29区エとなるのでしょうか。	船員レセプト特記事項記載修正 後期高齢者の「002船員」で補助区分がG,H,Iの場合、特記事項に″29区エ″を記載していましたので、″26区ア″″27区イ″″28区ウ″のうち該当する所得区分の特記事項を記載するように修正しました。	R1.7.29

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
65	request 20180615-001	対応1：月途中で直近の発症日が終了し、終了日以降（同一月）にリハビリを算定した場合に、該当月に有効な過去発症日（終了していない発症日）があれば、その発症日をレセプト記載する。 対応2：該当月に有効な過去発症日（終了していない発症日）が複数あり、該当月のリハビリに直近の発症日に対するリハビリではなく、直近の一つ前の発症日に対するリハビリがある場合、その発症日をレセプト記載可能としました。 ●対応2について 1．リハビリ毎のシステム予約コード（【レセプト】リハビリ開始日指定）をマスタ更新で提供します。 （診療区分は「99」） ・099999935 【レセプト】リハビリ開始日指定（心大血管疾患） ・099999936 【レセプト】リハビリ開始日指定（脳血管疾患等） ・099999937 【レセプト】リハビリ開始日指定（運動器） ・099999938 【レセプト】リハビリ開始日指定（呼吸器） ・099999939 【レセプト】リハビリ開始日指定（摂食機能療法） ・099999940 【レセプト】リハビリ開始日指定（廃用症候群） ・099999941 【レセプト】リハビリ開始日指定（心大早期・初期加算） ・099999942 【レセプト】リハビリ開始日指定（呼吸器早期・初期加算） ・099999943 【レセプト】リハビリ開始日指定（廃用早期・初期加算） 2．レセプトに記載されたリハビリ発症日を変更したい場合は、対象レセプトの診療行為入力分に併せて、上記の該当リハビリのシステム予約コードを診療行為入力します。 ※リハビリの算定がある保険組み合わせで入力する事。 ※リハビリの算定が複数の保険組み合わせである場合は、保険組み合わせ毎に入力する事。 （入力がない保険組み合わせ分は変更なし） 3．リハビリの算定がある保険組み合わせで上記のシステム予約コードが入力された場合、その保険組み合わせ分に該当リハビリ発症日は自動記載しない事とし、システム予約コードと同一剤に、「840000061」又は「840000561」の診療行為コードを使用し診療行為入力する事で該当リハビリ発症日記載の変更を可能とします。	※レセプト記載したい該当リハビリ発症日の元号が 平成の場合　・・・「840000061」 令和の場合　・・・「840000561」 の診療行為コードを使用し診療行為入力する事。 4．上記のシステム予約コードの診療行為入力例（運動器リハビリ） 発症日を「平成31年4月9日」と「令和1年7月27日」に変更する例 .990 099999937　　【レセプト】リハビリ開始日指定（運動器） 840000061 31 04 09　　平成31年　4月　9日 840000561 01 07 27　　令和　1年　7月27日 5．診療行為入力に関する補足 （1）「840000061」又は「840000561」に入力する日付は【該当リハビリ開始日】 （例：運動器リハビリテーションの場合、「099800131運動器リハビリテーション開始日」）が登録済の日である事。 （2）入力日付に【該当リハビリ開始日】の登録がない場合はその日付入力分は無効とする。 （3）「840000061」又は「840000561」の診療行為入力は日付順で入力しなくてもよい。 （4）該当リハビリ発症日記載の変更については、以下の条件にあてはまる範囲で変更を可能とする。 ・当月分の発症日 ・該当月に有効な過去発症日（終了していない発症日）のうち、直近又は直近の一つ前の発症日 （それより前の過去発症日は記載対象としない） 6．医保・労災・自賠責・公害レセプトの外来・入院レセプトについて対応しました。 7．会計カードのリハビリ開始日記載も対応しました。	R1.7.29

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	support 20190801-004	運動器リハビリテーション料を算定しているレセプトで、複数の開始日と疾患名が表示されます。 添付画像にありますように、算定履歴の履歴登録には運動器リハビリテーション開始日の登録が、8つあります。全て、終了日付は入っていません。 レセプトには、直近の3つのリハビリテーション開始日が表示されます。 レセプトに表示しないリハビリテーション開始日の場合終了日付を、登録する必要があると思うのですが終了日付の登録有無に関係なく、レセプトに表示されるリハビリテーション開始日と、表示されないそれがあります。 病名登録では、履歴登録の5~10の病名は、中止になっています。	リハビリ発症日レセプト記載修正 令和元年7月29日にパッチ提供した「リハビリ発症日レセプト記載対応」に不備があり、下記3つの条件を満たす場合に、事例の不具合となりましたので修正しました。 (1)レセプト該当月にリハビリテーション開始日の入力がある (2)レセプト該当月にリハビリテーション料の算定がある ((1)のリハビリテーション開始日以前と以降に各1回以上） (3)レセプト該当月以前にリハビリテーション開始日の入力が2回以上ある （例）診療行為入力 H30.10.13　099800131運動器リハビリテーション開始日を入力 H31. 3. 2　099800131運動器リハビリテーション開始日を入力 R 1. 7.10　運動器リハビリテーション料を算定 R 1. 7.22　099800131運動器リハビリテーション開始日を入力 運動器リハビリテーション料を算定 令和元年7月レセプト 80 *運動器リハ：発症　平成30年10月13日（※） *運動器リハ：発症　平成31年 3月 2日 *運動器リハ：発症　令和 1年 7月22日 *運動器リハビリテーション料 （※）の発症日が記載される不具合です。	R1.8.5

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	support 20190806-004	6月分の返戻です。 返戻理由は「療養の給付」欄の保険の一部負担金額に金額が記載している上に（18,000）と記載されているのが、返戻理由です。 ◉「12登録」では後期高齢者　現役並所得3割　難病（上限額20000円） 精神通院　をお持ちの方です。 ◉在宅患者さんです。 ◉治療は精神通院では院外の投薬のみなので、保険請求はしていません。 ◉難病では在医総管と在宅患者訪問治療料を算定しています。 5月までは「療養の給付」欄の保険の一部負担金額に金額の記載がされなかったのに6月のレセプトから記載されるようになった。 （7月のレセプトも記載されている） 社内のでも同じ様にやってみたところ、同じ現象になりました。 ６月から何か仕様が変わったのでしょうか？ （18,000）と記載されていると返戻になるのでしょうか？	レセプト保険欄－－部負担金の記載判定修正 以下の事例の場合、レセプト保険欄－－部負担金の記載判定に不備があり、不要な保険欄－－部負担金が記載される不具合がありましたので修正しました。 ＜事例＞ 後期高齢（３割）、946高齢者現役「1」（28区ウ） 54難病（上限額:20,000円）と21精神通院の公費あり ・後期高齢＋54　請求点数6030点 　診察料、院外処方、処方せん料 ＜複数科保険入力＞ ・後期高齢＋21　請求点数0点 　院外処方のみ ※システム管理2005－レセプト・基本1（1） 　０点全国公費レセプト記載を「0 記載しない」で設定 不要な保険欄－－部負担金が記載されていた 　　（ 18,000） 後期　6030　　18,090 054　　12,060 【修正後】 後期　6030 054　　12,060	R1.8.28

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
68	kk 57195	愛媛地方公費195をご使用の患者様でレセ電ファイルを出力したところ、レセ電コードの負担区分が消失してしまいます。 ・主保険　国保 ・195　マル障 ・054　難病（区分供 7月分につきましてレセ電コードエラー CO,01, ,810000001,福祉　30日	愛媛県地方公費に関するレセ電記録修正 愛媛県地方公費を含む保険組み合わせで診療した日をレセプト摘要欄に「福祉　〇〇日」のコメント記載（記録）していますが、以下の事例の場合、「福祉　〇〇日」のコメント記録で負担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。 ＜事例＞ 1日：　国保単独　.950で自費コードのみを入力 2日：・国保＋54＋愛媛県地方公費195　請求点数あり 診察料、院外処方、処方せん料 〈複数科保険入力〉 ・国保＋愛媛県地方公費195　請求点数0点 院外処方のみ 「福祉　〇〇日」のコメント記録で負担区分が記録されない CO,01,,810000001,福祉　〇〇日 【修正後】 CO,01,4,810000001,福祉　〇〇日	R1.8.28

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
69	support 20191010-006	第三者行為の自賠責レセプトの患者負担の負担割合欄についてご確認したい事がございます。 健保準拠で第三者行為の負担金は「負担金額10円未満四捨五入」の設定にしています。 下記の通りに受診した方がいらっしゃいます。 9/20　同一日複数科受診　2365点 　　（内科　504点　整形外科　1861点） 9/24　420点 9/27　124点 9/30　348点 社保の3割負担の方の為、総点数の3257点に3を掛けると9771点になり、四捨五入すると9770円になります。 また、1日ずつの点数に3を掛けて四捨五入し、その金額を足していっても同じ金額の9770円になります。 自賠責レセプトの負担割合欄は上記の計算のいずれかになるのではと思いますが、ORCAの自賠責のレセプトの負担割合欄には「9760円」と記載されます。 9760円にするには、1日ずつの点数に3を掛けて四捨五入し、その金額を足していく計算方法で、なおかつ9/20の複数科受診分を科ごとにわけた点数でそれぞれ3倍して四捨五入する形になります。 負担割合欄はこれで正しいのでしょうか？	自賠責（第三者行為）外来レセプトー患者負担額欄記載修正 以下事例の場合、患者負担額欄が正しい金額で記載されない不具合がありましたので修正しました。 ＜事例＞協会3割＋第三者行為、複数科入力 　　システム管理1038ー複数科まとめ集計「0」 1．内科：1861点 2．整形：504点 ※患者負担（相当額）・・・　7100円（5580円＋1520円） この場合、患者負担額欄がまとめ集計しない場合の金額7090円（5580円＋1510円）で記載されていたので7100円で記載されるよう修正しました。 又、医保外来レセプトー摘要欄「（第三者行為）一部負担額」記載についても、同様に7100円で記載するよう修正しました。	R1.10.28

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
70	support 20191121-006	労災で入院している患者に在宅酸素療法指導管理料と酸素濃縮装置加算や呼吸同町式デマンドバルブ加算などを当月分、前月分合わせて入力しました（NO1参照）。 「42明細書」で入院労災を一括作成し、紙レセで印刷した所、在宅の点数は15160点となっています（NO2.3参照）。 その後「労災レセ電」でレセ電データを作成しCD−Rで提出したら、労働基準監督署より「レセ電データや総合計点数は合っているが、在宅の点数が12960点になっている」と連絡があったそうです。 こちらでそのレセ電データをレセ電ビューアのレセプトプレビューで確認した所、確かに在宅の点数が12960点になっていました。 内容を確認したら、摘要欄の在宅酸素療法指導管理料（その他）が本来なら2400点なのに200点と記載されています（NO4.5参照）。 診療行為の入力を当月分と前月分を分けて入力し直しました（NO6参照）。 その後再度労災レセを一括作成し、「労災レセ電」でレセ電データを作成し直して確認したらレセ電ビューアのレセプトプレビューで在宅の点数が15160点になりました。 当月分と前月分を分けて入力すれば解決されることはわかりましたが、なぜ当月分と前月分を合わせて入力した時に、紙レセで印刷した内容とレセ電データを確認した内容の記載に違いが起こるのでしょうか？	在宅で一つの剤にデータ区分が「2 加算」、告示識別区分1が「1」の加算項目が11以上入力があった場合、労災のレセ電データの点数の記録に誤りがありました。 例） 在宅酸素療法指導管理料に酸素濃縮装置加算や呼吸同調式デマンドバルブ加算などを当月分、前月分合わせて入力 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） 114041310 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（CPAPを使用） 114041710 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 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） 114041310 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（CPAPを使用） 114041710 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 レセ電データでは、 114003710 在宅酸素療法指導管理料(その他)の点数が 誤った点数で記録される。	R1.11.27

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
71	support 20180110-012	以下のケースにおいて、返戻となりました。 入院レセプト 実日数 　国保、前期高齢者1割＋マル長　12日 　　〃　＋　15更正医療（患者負担2，500円） 　　11日 レセプト　療養の給付 　　負担金額　円 　　（8，860円） 　保険　31，244点　　10，000円 　（1）　30，100点　　2，500円 弊社の説明 　マル長は、全実日数にかかわるので患者負担は、10，000円。 　公費の1日分（1，144点、1，140円）は公費医療ではないので 　（　）内は、10，000円－1，140円＝8，860円。 　患者は1，140円＋2，500円を支払った。 　保険者は、31，244点分ー10，000円を支払う。 　公費は、　8，860円－2，500円＝6，360円を支払う。 京都府国保連合会の見解 　弊社の説明と会わない部分のみ 　公費負担医療は（30，100点X2割＝60，200円）であり 　10，000円を超えているので、10，000円が対象になる。 　したがって下記でレセプトを出してほしい。 　　負担金額　円 　　（10，000円） 　保険　31，244点　　11，140円 　（1）　30，100点　　2，500円 　保険者は、31，244点分ー11，140円を支払う 　公費は　10，000円－2，500円＝7，500円を支払う レセプト記載要領の療養の給付を読んでも、この部分は明確にわからず ご教授いただきたくメール致しました。	同一月において、【主保険＋公費＋長期】分と【主保険＋長期】分が混在する場合のレセプト保険欄一部負担金記載について、「長期の月上限額に達するまで患者から負担金を徴収する」計算で負担金計算を行う場合、従来の「長期の月上限額を上限とする」金額記載とは別に、「患者徴収額と【主保険＋公費＋長期】分の公費負担額の合算額」での金額記載もシステム管理設定で可能としました。 令和2年1月診療分以降について金額記載対応を行います。 【重要】 審査支払機関に「長期の月上限額に達するまで患者から負担金を徴収する」計算で負担金計算を行い、「患者徴収額と【主保険＋公費＋長期】分の公費負担額の合算額」での金額記載を求められた場合以外で、金額記載方法を変更する場合は、必ず審査支払機関に確認が必要です。 詳細は別途資料を参照してください。	R1.12.24

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
72	11/29-特定器材0点コメント	処置に使用した特定器材0点のコードの下に、コメントを付加した際、紙レセプトではコメントは表示されませんが電算ではコメントのみ表示されます。 このような仕様でしたでしょうか。	レセプト摘要欄コメント記載修正（器材点数0点時） 処置等で器材点数が0点の場合、器材コードはレセプト記載の対象外としていますが、器材コードの直下に入力したコメントコードもレセプト記載の対象外としていましたので、コメントコードがレセプト記載の対象となるよう修正しました。 （コメントコードの後ろに「C」又は「c」の入力があるものは除く） （例）.400 140000610　　創傷処置（100cm2未満） 736730000 0.1　皮膚欠損用創傷被覆材（真皮に至る創傷用） 810000001　　あいうえお レセプト摘要欄 ＊創傷処置（100cm2未満） 　↓（修正後） ＊創傷処置（100cm2未満） 　あいうえお	R2.1.28
73	ncp 20200117-012	一部負担金のある社保と生保の併用請求の患者様で返戻となった事例です。 所得者情報に「5360」円の一部負担金を一ヵ月単位で登録しております。 当月の請求点数が「1785」点となっております。 ORCAのレセプトの療養の給付欄では公費①に一部負担金額、5360 と記載されている状態です。 この状態で提出したところ、返戻となりました。 福島県支払基金審査業務1課に確認したところ請求点数を下回る場合は、請求点数×3割分で計算した一部負担金を1円単位で記載するとの事です。 つまり、今回の場合は「5360」ではなく「5355」と記載してください。との事でした	レセプト生保一部負担金記載(記録)修正 以下の事例のレセプト生保一部負担金が正しく記載(記録)できていませんでしたので修正しました。 （患者負担は月上限額に達し、1円単位の金額は月上限額に達していない場合） （例）協会（3割）＋生保（月上限額5360円） 外来：1/10　協会＋生保　1785点　患者負担：5360円 ＜レセプト＞ 　　請求点　　一部負担金額 保険　1785 公1　　5360　→　5355 この場合、レセプト生保一部負担金が5360円となっていましたので、5355円になるよう修正しました。	R2.1.28

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
74	support 20191204-004	入院の明細書の一括作成が出来ない件 現在の状況は下記となります。 ・入院の42明細書の一括作成でR1．11月分のみ入院会計作成で処理がとまってしまう。 ・個別作成、レセプトプレビューは問題無し。 また、気になる点としては下記があります。 今回の件の原因はこれでは無いかもしれませんが、こちらで11/30で設定変更した点は以下のみです。 ・地域包括病室（下記）をR1．11/30で切って、一般病棟で下記病室の期限をR1．12．1からにした。 ※元々上記病室は一般病棟から地域包括、再度一般病棟という風に状態が変わっており、一般病棟から地域包括に変更となる際に病室の期限をH28．11．30で切って地域包括病棟で新規追加としてH28．12．1からで登録しております。 しかし、また一般病棟に戻る為、地域包括病棟分（H28．12．1開始分）をR1．11．30で切りました。 一般病棟でH28．11．30で切っていた分を、R1．12．1からで期限追加し、一般病棟でのH28．12．1～R1．11．30の間は空白の期間となっております。	入院レセプト一括作成処理の最後に入院会計データ（※1）の作成処理を行いますが、作成対象となる患者が特定入院料を算定する患者であり、入院している病棟の有効期間切れにより作成対象年月（※2）の病棟情報取得に失敗した場合、一括作成処理が終了しない不具合がありましたのでエラーメッセージ「病棟情報が取得できませんでした。」を表示し処理を停止するよう修正しました。 また、対象患者が特定入院料算定患者で無い場合、処理自体は終了しますが作成対象年月（※2）の入院会計データが作成されない状態となる事から、同様にエラーメッセージを表示して処理を停止します。 ※1　入院会計データ：業務メニュー「32入院会計照会」に表示する入院料、入院料加算、食事等のデータ。 ※2　作成対象年月　：画面から入力した診療年月の翌月 なお、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」についても同様の対応を行いました。 ※既に入院会計作成済みの患者についてリストの処理結果欄に「入院会計作成済み」と表記する対応も併せて行いました。	R2.1.28
75		1．短期給付・傷病年金レセプト（新様式・枠あり）の「9仮元」を「9令和」に、傷病年金レセプト（新様式・枠あり）の生年月日の「仮」を「令」に修正しました。 2．アフターケアレセプト（枠あり）の診療区分名称の「検査病理」を「検査」に修正しました。 3．労働者災害補償保険診療費請求書（新様式・枠あり）の「9仮元」を「9令和」に修正しました。 4．アフターケアレセプトの摘要欄に記載する診療識別名称について、診療区分54（麻酔）の場合、「手術」と記載していたので「麻酔」に修正しました。		R2.3.11

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 20190522-023	労災レセプト新様式34722を使用 用紙左上に「災害区分」（「ギョウム」や「ツウサイ」など）が印字されますが、新様式の用紙で印刷すると、同じく左上に印字されている「診機様式第3号」の文字と重なってしまいます。 このまま提出しても問題ないか、あるいは位置を変更することは可能でしょうか。	短期給付・傷病年金レセプト（新様式）の上部に印字している「ギョウム」「ツウサイ」の文言が専用用紙の「診機様式第〇号」の文言と重なっていましたので印字位置を右へ移動させました。	R2.3.11
77	support 20191024-006	アフターケア委託費請求書（帳票種別：37700）の下段日付欄の元号「令和」が用紙に元々記載されているにもかかわらず、更に「令和」と印字されてくるとのことです。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「総括表」タブの設定は以下の通りです。 「0 旧様式」 「0 OCR専用様式」 「0 枠を記載しない」	アフターケア委託費請求書の中ほどにある請求年月日の元号記載について（枠なし：専用用紙で印刷する場合）、改元対応当時には専用用紙には「平成」の文字がプリントされていたため、「請求年月日の元号が平成の場合はプログラムでは「平成」を印字しない」仕様としていましたが、現在では「令和」の文字に変更されたため、「請求年月日の元号は印字しない」仕様に修正しました。	R2.3.11
78	support 20200205-004	労災レセプト用紙新様式の左下、プリンタ印刷の小計と、レセプト用紙の「点」が重なってしまいます。 枠付き印刷を行うと、「点」の下に小計は印刷されています。 本レセプト用紙は「物品番号 7232」入院外、診機様式3号、単票でありこれで間違いないと思います。	短期給付・傷病年金レセプト（新様式）について、平成30年11月に作成された専用用紙と平成31年4月に作成された専用用紙ではレイアウト（印字位置）が変更されており、両方の版で印字が可能となるよう印字位置を調整しました。 ・短期給付（入院）34721 90入院基本料・加算欄の縦が長くなり、92特定入院料・その他欄と小計欄が下がる ・短期給付（外来）34722 80その他欄の縦が長くなり、小計欄が下がる ・傷病年金（入院）34723 92特定入院料・その他欄の縦が長くなり、小計欄が下がる ・傷病年金（外来）34724 変更なし	R2.3.11

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
79	request 20200219-002	労働者災害補償保険診療費請求書　帳票種別：34720（新帳票）に関しましてOCR専用様式で印刷した場合に、上の枠に印字を合わせると、下の日付や医療機関名の印字がずれるとお問い合わせがありました。確認いたしましたところ、実際の請求書とORCAから出力される請求書の枠（下の日付や医療機関名を記載するアンダーライン等）がずれていることが分かりました。 （枠ありで印刷した様式と下地が一致しない。）	労働者災害補償保険診療費請求書（新様式）について、平成30年11月に作成された専用用紙と平成31年4月に作成された専用用紙ではレイアウト（印字位置）が変更されており、両方の版で印字が可能となるよう印字位置を調整しました。 ・診療費請求書34720 OCR印字項目を除き、全体の印字位置が上がる	R2.3.11

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
80	ncp 20200409-011	特定器材の商品名マスタを診療行為入力した場合に、単位が正しくレセ記載およびレセ電記録されないとのお問い合わせが医療機関様からあり、社内検証機でも現象が再現しましたので、不具合であれば、修正をお願いいたします。 例 点数マスタにて058xxxxxxで A器材　器材コード:736420000(基金マスタの単位:000)　単位:010個 B器材　器材コード:736410000(基金マスタの単位:033g) の登録を行う。 診療行為画面で、 A器材　1 B器材　100 の順で入力した場合に、診療行為画面での入力時点では、 A器材　1個 B器材　100g となっていますが、レセプト記載およびレセ電記録が A器材　1個 B器材　100個 となります。 B器材　100 A器材　1 の順で入力した場合は B器材　100g A器材　1個 と、正しい記載となります。 同一剤でA器材のような単位登録した商品名マスタの下に、B器材のような単位登録のない商品名マスタが複数ある場合、それらが全てA器材と同じ単位で記載されるようです。	特定器材の単位記載修正 以下の事例の場合、単位が正しくレセプト記載(記録)されない不具合がありましたので修正しました。 (例) 点数マスタ:058000002 ・算定器材コード:736420000(マスタの単位は「000 」) ・単位コード:「010個」を設定 点数マスタ:058000003 ・算定器材コード:736410000(マスタの単位は「033g」) ・単位コード:設定なし 【診療行為入力】 .400 058000002 736420000 1 058000003 736410000 100 【レセプト】 736410000 の単位が100「個」で記載(記録)していましたので、100「g」で記載(記録)するように修正しました。	R2.4.22

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
81	support 20200427-044	複数科保険の際に「099999902他保険にて診察料算定済み」と併せて“他保険”の部分を変更するために「008200002　保険名称変更：自費」のコメントを作成し入力されている医療機関様より、本日【42明細書】でレセプトプレビューにて確認したところ以前と記載方法が変わっているとご連絡がありました。	診察料を他保険で算定済みの場合に自動発生する「他保険にて診察料算定済」の″他保険″部分をレセプト摘要欄記載時に別の名称に置き換える事を可能としていますが、その置き換えが正しくできなくなっていましたので修正しました。 （例） 1．「008200001　保険名称変更：自費」のコメントマスタを作成する。 2．診療行為入力で以下の入力を行う。 .990 099999902 他保険にて診察料算定済 008200001 保険名称変更：自費 3．レセプト作成で、摘要欄に″自費にて診察料算定済″と記載されない。（″自費　00にて診察料算定済″となる）	R2.5.7
82	ncp 20200501-010	今回新設された診断書料（障害の状態に関する診断書　様式第10号、第16号の7）について、労災レセプトを確認すると“80その他”へ集計されず、摘要欄の印字も上段ではなく下段へ印字されますがこれが誤っているのではないかと医療機関様よりお問い合わせがございました。	令和2年4月に「101801440：診断書料（障害の状態に関する診断書　様式第10号、第16号の7）」が新設されましたが、正しくレセプト金額項目欄への集計がされていませんでした。又、外来再計算や入院退院登録・定期請求についても正しく労災自賠保険適用分（円）への集計がされていませんでしたので対応しました。	R2.5.7
83	ncp 20200430-027	レセプトの点数が100万点を超える場合、診療費明細書（レセプト）の請求点数が正しく印字されていないようです。（例：1,073,417点　→　73,417点） 総括表やレセ電は正しい請求点数が出ているようです。	入院外のレセプトについて、請求点数が100万点を超える場合に正しく記載が行われませんでした。 請求点数の桁数を7桁から10桁に変更し、1000万の単位まで記載できるようにしました。	R2.5.26

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
84	support 20200601-034	労災レセプト作成時にエラーで作成出来ない患者がおります。	労災（入院）レセプト作成処理において、画像診断（診区70）の剤に選択式コメント（部位コメント）がある場合、ファイル書き込みエラー【コメント編集（労災・自賠責）（レセ電用）】を表示し、処理が停止する不具合がありましたので修正しました。 入力例 .700 002000001 170027910 170000510 830181430　←選択式コメント（部位コメント）	R2.6.4
85	ncp 20200701-049	7月1日から在宅料にて選択式コメントより年月日を下記のように入力し、 .140　在宅料 114001110　S在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者以外） 850100095 502 07 01　訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（1））；令和　2年　7月　1日 レセプトプレビューを表示するとレセプト摘要欄に以下のようにダブって記載されると連絡を受けました。 在宅患者訪問診療料（1）1（同一建物居住者以外） 訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（1））；令和　2年　7月　1日 訪問診療を行った年月日（在宅患者訪問診療料（1））；令和　2年　7月　1日 これは今後出るプログラム更新やマスター更新で修正されますでしょうか？ また以前のように年月日の自動記載は可能でしょうか？	在宅患者訪問診療料（1）の「850100097」コメントの自動記載（記録）修正 自動記載（記録）の条件に同一剤に「830100088」「850100094」「850100095」のコメント入力がある場合を除くを追加しました。	R2.7.27
86		介護支援等連携指導料の「850100073」コメントの自動記録修正 介護支援等連携指導料のSIレコードのコメントとして記録されていませんでしたので修正しました。		R2.7.27

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
87	ncp 20200702-012	別表1の項番142　C001　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）に関してですが、（当該月又はその前月に往診料を算定している場合）当該訪問診療を行った日を記載すること。とあり、850100097　訪問診療を行った年月日（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））:を記載するとありますが、往診料を算定しているかどうかに関わらず在宅患者訪問診療料（Ⅰ）を算定した患者全てに自動でこのコメントが出てきてしまっているようです。	在宅患者訪問診療料（1）の「850100097」コメントの自動記載（記録）修正 自動記載（記録）の条件に「当該月又はその前月に往診料を算定している場合」をつけて自動記載（記録）するよう修正しました。	R2.7.27
88	ncp 20200701-051	訪問点滴のコメントですが、 .334 点滴薬剤 と入力するとレセプトに「訪点」と自動発生すると思います。 今回7月から対応されました訪問点滴の選択式コメント「820100642」は入れなくても以前と同じように自動発生するので入力の仕方に変更はないという認識であっていますでしょうか。	診療種別.334の「820100642」コメントの自動記載（記録）対応 これまでは、「810000001（訪点）」で自動記載（記録）していましたが、「820100642」コメントで自動記載（記録）するよう対応しました。	R2.7.27
89	ncp 20200630-040	各種リハビリテーション料を入力した際、「治療開始年月日」と「疾患名」のコメントが入ると書かれています。 「治療開始年月日」は「リハビリテーション開始日」のマスタが入っていることで自動記載されることは確認できましたが、「疾患名」の方は入ってきません。 算定履歴のコメントで入力するとレセプトには印字されますが、「疾患名～」という文言が入りませんでしたので何かほかに入力方法がございますでしょうか。	疾患別リハビリテーション料の疾患名コメントの自動記載修正 紙レセプトで疾患名を記載する際、選択式コメントコードの名称「疾患名（〇〇〇リハビリテーション料）;」の文言が記載されていませんでしたので修正しました。	R2.7.27
90	ncp 20200720-022	「在宅患者訪問診療料2」を入力すると、レセプトプレビューに”　日”と入力した日付が自動記載されます。 レセプト記載事項に”当該月またはその前月に往診料を算定している場合）当該訪問診療を行った日を記載すること。”が加わりましたが、この件と自動記載は同じでしょうか。該当しない場合は記載する必要はないと思いますが、自動記載は毎回記載されるようです。	在宅患者訪問診療料（2）の算定日コメントの自動記載（記録）修正 自動記載（記録）の条件に「当該月又はその前月に往診料を算定している場合」の条件をつけて自動記載（記録）するよう修正しました。	R2.7.27

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
91	support 20200714-034	ニコチン依存症管理料2（113031710）の選択式コメントの自動記載についてですが、算定しても初回算定年月日（ニコチン依存症管理料）（850100064）がレセプトプレビューに表示されません。 以前提供いただいた記録要領（別表1）に掲載された選択式コメントコードによる自動記載（記録）には自動表記の対象となっております。	ニコチン依存症管理料2を算定した場合、「850100064」コメントが自動記載（記録）されませんでしたので修正しました。	R2.7.27
92	ncp 20200702-045	入院で運動器リハビリのみを行っている患者のレセプトを作成すると種別不明となりエラー内容に「コメントの入力がありません」となる。 特にコメントの入力がないということもありませんが、原因と対処を教えてください。 疾患別リハビリテーション料の疾患名コメントの自動記載修正 令和2年4月診療分以降のレセプトは、疾患名の選択式コメントコードで記載（記録）するため、0083のコードを8301のコードに編集して、自動記載（記録）を行っていますが、システム管理2005の受付エラーチェック区分「チェックする」の場合、かつ、リハ開始日コード（0998のコード）と同一剤に「0083xxxxx」で疾患名を入力【点数マスタに登録した文言以降に入力がない】場合、令和2年6月診療分のレセプト作成で、未入力のコメントありのエラーとなり、該当レセプトが種別不明となりましたので修正しました。	（例）運動器リハ 令和2年3月 .810 099800131 運動器リハビリテーション開始日 008300001 （病名：腰椎椎間板症） ※点数マスタ「008300001」は「（病名：腰椎椎間板症）」で登録 【診療行為入力で、点数マスタに登録した文言以降に入力は無し】 令和2年6月 .800 180032710 運動器リハビリテーション料（1） 併せて、「0083xxxxx」で疾患名入力した場合のレセプト電算記録について、現状は、点数マスタに登録した文言以降の入力内容を記録していますが、【点数マスタに登録した文言＋入力内容】で記録するよう修正しました。 上記事例の場合 ・紙レセプト 疾患名（運動器リハビリテーション料）；（病名：腰椎椎間板症） ・レセプト電算 830100217,（病名：腰椎椎間板症） になります。	R2.7.27

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
93	ncp 20200630-031	「19003031退院前訪問指導料」算定時、別表1のレセ記載条件として“（2回算定した場合）各々の訪問指導日を記載すること。”となっていますが、1回のみの算定でも自動で「850100084訪問指導年月日」コメントがレセ記載されます	退院前訪問指導料の「850100084」コメントの自動記載取り止め 令和2年7月診療分以降、退院前訪問指導料の「850100084」コメントの自動記載を取り止めます。	R2.7.27
94	support 20200728-009	院内処方時のレセプトの表記について 特定の投薬グループを追加したタイミングで、投薬の内服調剤欄で調剤料の「11×〇回　〇〇点」と記載されるところ、11点の部分が「（空欄）×〇回　〇〇点」と表示されてしまう。	レセプト「21内服調剤」の基本点数記載修正（外来） 以下の診療行為入力事例の場合、レセプト「21内服調剤」の基本点数【▲▲×〇回　の▲の部分】が記載されていませんでしたので修正しました。 (例)院内処方 7/29 .211 薬剤 7/30 .211 薬剤a 薬剤b 薬剤c 薬剤d 薬剤e 099209907又は099209908 7/30の薬剤の剤の6番目が099209907又は099209908の場合に「21内服調剤」の基本点数が記載されていませんでしたので修正しました。 ※ 7/29,30の内服調剤料は同一剤）	R2.8.26

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
95		外来診療料の診療科コメント記載修正（労災・自賠責レセプト） 労災又は自賠責（労災準拠）の場合、かつ、 ・112016210 外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） ・112016410 外来診療料（同一日複数科受診時の2科目・文書紹介申出患者） ・112017610 特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） を算定した場合、自動記載する診療科コメントがレセ電には記録されていましたが、紙レセプトには記載されていませんでしたので修正しました。 （例） ＜修正前＞ ＊外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） 37×　1 ＜修正後＞ （7月診療分まで） ＊外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） 複再算定診療科；〇〇科　37×　1 （8月診療分から） ＊外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） 2つ目の診療科（外来診療料）；〇〇科 37×　1		R2.8.26

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
96	support 20200910-017	入院中患者に「遠隔モニタリング加算」を数量1で入力した場合、レセ電チェックでエラーになってしまうお問合せをいただきました。（Ver.5.1） ＜入力内容＞ .140 114040810　　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 114045670 1*1 遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧～管理料2） ＜レセ電チェックエラー内容＞ 33040 きざみ計算診療行為の数量データが記録されていません。 項目名[数量データ] 内容[] レコード内項目位置[5] （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） ⇒ レセ電を見たところ、数量だけ記録されていませんでした。 検証環境にて入力したのですが、外来で入力した場合は問題なく、 入院の場合だけこうなってしまいました。 なぜ入院の場合だけ記録されないか、ご教授いただけますでしょか。	入院で遠隔モニタリング加算の数量が1のときに、数量の記録方法の条件に誤りがあり、レセ電データに数量が記録されませんでしたので修正しました。	R2.9.24
97	request 20190117-001	診療報酬請求書等の記載要領の別表？ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）項番304には、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。と明記されておりますが、現状は、算定年月日コメントを作成し、毎月算定年月日を手入力しています。 また、データ移行を伴った導入の際には、デイケアの履歴登録を行う事が出来ないためユーザーから大変不便がられております。 精神科デイケア等の初回算定日自動記載、及びデイケア等初回算定日の算定履歴登録のご対応いただきたく存じます。	精神科デイ・ケア等の初回算定日自動記載対応 令和2年11月診療分以降のレセプトで対応しました。 （1）診療行為又は算定履歴での入力について 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した日に、システム予約コード「099830108 精神科デイ・ケア等開始日」を診療行為又は算定履歴で入力してください。 （2）レセプト記載（記録）について 精神科デイ・ケア等の算定があった場合は、直近の「099830108」を検索し、その算定日を精神科デイ・ケア等のうち最初に算定した日として、同一剤に「850100246 初回算定年月日（精神科デイ・ケア等）」を自動記載します。 （同一剤に「850100246」又は「820100745」のコメント入力がある場合を除く） ※要マスタ更新	R2.10.27

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
98		災害レセプト記載（記録）修正 同月に災害対象外診療と災害対象診療が混在する場合、かつ、公費併用の保険組み合わせで算定があった場合のレセプト記載（記録）について修正しました。 （例） 協会（3割）、更生（月上限額5000円） 962免除（9/10～）、959災害該当（9/10～） ・9/1　協会＋更生　請求点数500点 ・9/10 協会＋更生　請求点数300点 この場合、「9/10 協会＋更生」（災害対象診療）が協会単独扱いとする記載（記録）になっていませんでしたので修正しました。 ・システム管理2005－災害該当分分割の設定が「0」の場合 （災2）公費併用レセ 保険 800　　免除 公1　　500 ↓ （災2）公費併用レセ（災害対象診療を協会単独扱いとする） 保険 800　　免除 公1 500　　500 ・システム管理2005－災害該当分分割の設定が「1」の場合 （災害対象診療のレセプト） （災1）公費併用レセ 保険 300　　免除 公1　　0 ↓ （災1）協会単独レセ（災害対象診療を協会単独扱いとする） 保険 300　　免除		R2.10.27

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
99	support 20200908-019	7月分の入院レセプトにおいて、「境界線該当」という記載がないとの理由から返戻があったと問合せがありました。 データを確認したところ、ORCAのレセプトプレビューでは、レセプトの適応欄のところに、「境界線該当」の記載がありますが、該当ファイルをレセ電ビューアーに読み込んで、プレビューを展開すると「境界線該当」の記載がありません。	入院時生活療養の算定患者で、かつ、境界層該当患者の場合、レセプト摘要欄に「境界層該当」を記載していますが、レセ電データ（コメント（CO）レコード）にも「境界層該当」を記録するよう対応しました。	R2.10.27
100		レセプト様式（枝番）について、令和2年4月診療分以降のレセプトで対応しました。 記号・番号欄の上段（右）に”（枝番）”を印字します。 記号・番号欄の下段（右）に枝番を印字します。 枝番がない場合も”（枝番）”の文言は印字します。 なお、記号・番号のいずれかが14文字以上の場合は、記号・番号を小さい文字サイズで印字します。		R2.10.27
101	ncp 20201016-004	診療情報提供サービスの「コメントレコード等での算定日の記録が不要な診療行為一覧」の中に⑤別添2-1「コメントレコード等での算定日の記録が不要な診療行為一覧」の資料があります。 https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/receMenu/doReceInfo その中の「診療情報提供料（1）、（2）」につきまして、現在、ORCAで診療情報提供料（1）または（2）を入力しますと、算定日マスタ（8400000052）が自動記載されてきます。 こちらは、レセ電データ場合には不要ではないでしょうか？と考察しましたが、今後のパッチ等変更予定はありますか？	診療情報提供料算定日コメントのレセ電記録不要対応 （令和2年10月診療分以降） 「180016110 診療情報提供料(1)」又は「113009510 診療情報提供料(2)」の診療行為入力時に「8400000052 診療情報提供料算定日」を自動発生していますが、レセ電データにおいて該当コメントの記録は不要のため、令和2年10月診療分以降は記録しないよう対応しました。	R2.10.27

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
102		入院時食事療養費について月途中で食事の基準が変更となった場合のレセプト電算提出用データ記録について変更された内容で記録可能とするよう対応しました。（従来はレセプト対象診療年月の1日時点にシステム管理に設定されている食事の基準で記録を行っていました。） また、65歳以上の療養病床入院患者が算定する入院時生活療養費についても同様に月途中の食事基準変更に対応しました。 ※食事の基準：「システム管理5000 医療機関情報－入院基本」の「入院時食事療養費」欄		R2.11.25
103	support 20201102-030	湿布薬のコメントについてお尋ねしたい事がございます。 「1014包括診療行為設定情報」の在医総管を「包括算定しない」設定にし、在医総管を算定した際に院内処方で「．233」で湿布薬を処方し、湿布のコメントの830100204を入力した場合、湿布薬剤自体が包括となる為点数は算定されずレセプトに記載されませんが、湿布のコメントのみが何故かレセプトの80番の区分に記載されます。 院内処方にしているのでせめて投薬の区分にあがるのが正しいと思いますが、何故80の区分であがってくるのでしょうか？ また、薬剤自体が包括となる為コメントの記載は不要なのではないでしょうか？ 「1014包括診療行為設定情報」の在医総管を「包括算定する」設定にし、「．230」で院内処方で湿布とコメントを入力した場合は、レセプトに湿布のコメントは記載されませんでした。（包括の為）	院外湿布薬コメントの自動記載対応（外来） 修正 ・システム管理1014（包括診療行為設定情報）で、 在医総管を「0 包括算定しない」設定 ・在医総管を算定した際に、院内処方で「.233」で湿布薬を処方 （同一剤に830100204のコメント入力あり） この場合、湿布薬の剤を「院外分」とみなし、摘要欄「80」に湿布薬コメントを記載していましたので、「.233」の場合は記載しないよう修正しました。	R2.11.25

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
104	kk 55873	レセプト自己負担額欄表記について 地方公費の公費給付対象額レセプト記載（記録）について、現在未対応である事例の対応を行いました。 1．高齢者レセプトの場合 算定に使用された保険組み合わせが（※）に該当する場合で、かつ、該当地方公費のシステム管理2010－（レセプト（3）タブ）の設定が以下である場合、地方公費の公費給付対象額レセプト記載（記録）対応を行います。 ・保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者） 主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）の設定　・・「1」 又、上記に加えて、 ・保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者） 主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）の設定　・・「1」 である場合は併せて金額加算の対応も行います。 2．70歳未満の方のレセプトの場合 算定に使用された保険組み合わせが（※）に該当する場合で、かつ、該当地方公費のシステム管理2010－（レセプト（4）タブ）の設定が以下である場合、地方公費の公費給付対象額レセプト記載（記録）対応を行います。 ・保険欄の括弧再掲（下）記載（70歳未満） 主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）の設定　・・「1」 又、上記に加えて、 ・保険欄の括弧再掲（下）金額加算（70歳未満） 主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）の設定　・・「1」 である場合は併せて金額加算の対応も行います。	（※）算定に使用された保険組み合わせ （1）「主保険＋全国公費」と「主保険＋全国公費＋地方公費」の場合 （2）「主保険＋全国公費＋長期」と「主保険＋全国公費＋地方公費＋長期」の場合 （3）「主保険＋全国公費＋地方公費A」と「主保険＋全国公費＋地方公費B」の場合 （4）「主保険＋全国公費＋地方公費A＋長期」と「主保険＋全国公費＋地方公費B＋長期」の場合 （5）「主保険＋全国公費A」と「主保険＋全国公費B＋地方公費」の場合 （6）「主保険＋全国公費A＋長期」と「主保険＋全国公費B＋地方公費＋長期」の場合 （7）「主保険＋全国公費A＋地方公費」と「主保険＋全国公費B＋地方公費」の場合 （8）「主保険＋全国公費A＋地方公費＋長期」と「主保険＋全国公費B＋地方公費＋長期」の場合 （9）「主保険＋全国公費A＋地方公費A」と「主保険＋全国公費B＋地方公費B」の場合 ＜補足＞ 公費給付対象額の記載（記録）位置 1．レセプト 該当地方公費が第2公費となる場合は「保険欄一部負担金」に記載 該当地方公費が第3公費又は第4公費となる場合は「摘要欄」に記載 2．レセ電 該当地方公費のKOレコードの「公費給付対象外来一部負担金」・「公費給付対象入院一部負担金」に記録	R2.11.25

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
1	ncp 20170123-002	ORCAからEFファイルを作成し、チェックソフトにかけるとADL区分の不足というエラーが表示されます。 Fファイルの内容を確認するとある一人の患者の１日分だけ【トイレの使用　６点】が抜けていました。 ただ、レセプトやADL入力画面を確認すると正しく表示されていました。 入力をし直しても記載はありませんでした。	入院EFファイルの編集プログラム内で１日分の入院料（入院料加算）及び医療区分、ADL点数を編集する為に使用する記録域が２０明細分までだった為、２１明細以降の項目がFファイルに出力されない不具合がありました。 これについて５０明細までの出力を可能とするよう修正しました。	H29.2.22
2	support 20170208-003	生年月日が昭和１６年１２月１日の方が、平成２９年１月１７日に船員保険療養補償証明書（下船後の療養補償）を持って来られて受診されました。 受診時には７５歳になられており、通常であれば後期高齢者の保険になるはずですが、全国健康保険協会船員保険部様にお問い合わせした所、７５歳以上の下船後の方は船員保険と後期高齢者の保険をそれぞれ持っている形になり、乗船中での病気等で業務に関わるものでなければ、下船後3ヶ月以内は船員保険（船員保険療養補償証明書）を使用する形になるとお伺いしました。 患者様の負担も無く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
3		医療情報連携基盤のデータ作成で個別作成の処理手続きに不具合があり作成できませんでしたので修正しました。		H29.2.22

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
4	3/7 医療機関コード 対象期間	月途中で医療機関コードが変更になった場合のレセ電・総括表作成において、対象期間を指定し、「月途中に医療機関コードが変更されているので、この期間の処理はできません」を「閉じる」とすると、以前は対象期間が非表示となりましたが、現在非表示とならないため、レセ電データ等を作成することができません。	「44 総括」を選択して「T01 総括表・公費請求書作成」に初期表示する診療年月が月途中で医療機関コードを変更した年月の場合、診療年月の下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
5	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
6	support 20170208-011	下肢末梢動脈疾患指導管理加算がレセ電ファイル出力時のデータチェックで46410　注加算の記録順序が誤っています。となってしまいます。 入力としては 下肢末梢動脈疾患指導管理加算以外は更生医療を含めた保険 下肢末梢動脈疾患指導管理加算は更生医療ではない保険 で入力しています。（下記） 今までは下肢末梢動脈疾患指導管理加算を更生医療で算定していた為、特に問題なかったようなのですが更生相談所より下肢末梢動脈疾患指導管理加算を更生医療で算定しないように指導された為、1月分よりこのような入力を行ったところ、レセ電データチェックでエラーとなってしまいました。 このままでは透析患者様のレセプトがすべて提出できないような状況です。 以上、宜しくお願いします。 入力例（協会以外の保険でも同様です） 協会 更生 長期 .400　処置行為 140052810　人工腎臓（慢性維持透析濾過）（複雑） 140052970　透析液水質確保加算２ .402　処置材料 710010006　ヘモダイアフィルター 810000001　（fineflux　FIX?210　S　eco） 協会 長期 .403　処置加算料 下肢末梢動脈疾患指導管理加算	レセ電ファイル出力時に処理を行うレセ電チェックについて、注の加算のみが記録される剤の場合は記録順序エラーとしないよう対応しました。	H29.3.27
7	support 20170228-002	公害保険のEFファイルについてお尋ねします。 この度、公害保険＋後期高齢者　94歳の方のEFファイル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
8	support 20161220-015	ORCAでH28.10月診療分を入院分でEFファイルを作成。 厚生局のソフトでEFファイル統合ツールで統合し同じく厚生局のソフトで平成28年形式チェックソフトを行った結果添付ファイル（EFファイルチェック結果）のように 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
9	support 20170316-012	先程、お電話で問合せしたEFファイルの件 EFファイルデータと、エラー内容を添付しております。 ORCA保険組合せ 0002…031 国公（2 下船3月） 0003…031 国公 H29.2.2～入院…0002…031 国公（2 下船3月） 2/2～2/12　一般病棟10対1入院基本料 2/12～2/28　地域包括ケア入院医療管理料1 2/3～2/12にかけて0003…031 国公での検査、投薬あり 2/28　0003…031 国公　退院時処方あり	複数の保険を持つ患者について退院時処方を入院料算定と異なる保険組合せで算定し、保険組合せ「9999 包括分入力」で包括対象となる入院料を入力した場合に、「9999 包括分入力」入力分がFファイルの特定入院料直下に記録されない不明な記録（余分な記録）が発生する不具合がありましたので修正しました。 （不具合が発生する登録例） ・保険A（国公 下船3月）で特定入院料（例：地域包括ケア病棟入院料）を算定 ・保険B（国公　補助区分なし）で退院時投薬（出来高算定剤）を入力 ・保険組合せ「9999 包括分入力」で包括となる入院料を入力 ・EFファイルを作成すると、Fファイルに「9999 包括分入力」で入力した行だけの不明なレコードが記録される。	H29.4.10

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
10	ncp 20170316-019	入院中の手術で、閉鎖循環式全身麻酔を行っています。 150332810　閉鎖循環式全身麻酔2　163分 150333210　閉鎖循環式全身麻酔4　35分 150233410　閉鎖循環式全身麻酔5　65分　で入力し、16460点で点数は問題ありません。 ただ、この入力でEFファイルを作成すると、Fファイルでは、 L008 閉鎖循環式全身麻酔2 0000163.000　001 00014600 L008 閉鎖循環式全身麻酔4 0000035.000　001 00001320 L008 閉鎖循環式全身麻酔5 0000065.000　001 00001200 Eファイルでは、L008 閉鎖循環式全身麻酔2　000016460　と記録されます。 この記録だと、Fファイルの閉鎖循環式全身麻酔4の点数が異なるようですが、問題ないのでしょうか。	EFファイルの記録内容について、お問い合わせにあるように麻酔を入力した場合、閉鎖循環式全身麻酔4の「F-14 行為明細点数」及び「F-18 出来高実績点数」が誤りとなる不具合がありましたので修正しました。	H29.4.10
11	support 20170411-013	「42明細書」でEFファイルを一括作成後、「44総括表公費請求書」で「EFファイル」のレセ電を作成します。 その後「様式4」を作成しようとする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

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	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
13	support 20170421-014	EFﾌｧｲﾙのエラー原因が分からない。	入院Fファイルの「(F-19)行為明細区分情報」3～4桁目にセットする持参薬区分、持参薬処方区分について入院料の記録レコードに誤って記録される不具合がありましたので修正しました。 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 形式チェックのエラー内容 エラーコード：410196 エラーメッセージ：行為明細区分情報：薬剤ではないにもかかわらず、退院時処方区分(1桁目)、持参薬区分(3桁目)、持参薬処方区分(4桁目)に0以外の値が設定されています。 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ ※入院EF作成処理で食事算定の無い入院患者と、持参薬の入力が有る入院患者を連続して処理を行った場合に発生する不具合です。	H29.4.26

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	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
15	ncp 20170619-003	様式4作成時に入院日が退院日以降の日付となる現象が発生しました。 該当患者はすべて以下の手順で入退院をおこなった場合に起きております。 入退院登録から入院登録（一般病棟）・・・1 入退院登録から退院登録（一般病棟）・・・2 ※一般病棟⇒介護病棟へ転棟の為 入退院登録のF7入院歴作成から入院歴の作成（介護病棟）・・・3 この場合に様式4を作成すると入院日が介護病棟への入院日・・・3。 退院日が一般病棟の退院日・・・2となってしまいます。 前回請求作成時までは入院日は1、退院日は2と正しく出力されていました。	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
16	request 20160608-002	「レセプト・総括印刷情報」設定にて「直接請求を行う健保組合」がありますが、こちらの機能に地方職員共済組合も追加いただけないでしょうか。 共済組合で運営している診療所があり、請求方法が健保組合同様に組合に直接請求を行っているため、同様の機能を所望しております。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の直接請求する保険者に、地方共済組合(法別32)の登録を可能としました。 紙レセプトの印刷、レセ電データの作成について、システム管理に登録した地方共済組合と他の保険者を分けて処理を行うことを可能としました。 ※地方共済組合(法別32)に対する特定地方共済組合(法別73)は、保険者番号が存在しないため対応しない。 1. 直接請求を行う地方共済組合を登録後レセプト作成を行った場合のレセプト印刷指示画面は、直接請求する保険者以外の社保レセプトを1頁目、地方共済組合のレセプトを2頁目より地方共済組合毎に表示を行います。 2.「44 総括表・公費請求書」で社保のレセ電データを作成時、システム管理に登録した直接請求を行う保険者と直接請求する保険者以外を選択し、該当するレセプトのみでレセ電データの作成を行うことを可能としました。個別指示の社保分についても同様です。 3. 社保の診療報酬請求書、保険請求確認リストを作成時、システム管理に登録した地方共済組合は分けて出力を行います。 4. システム管理に登録した地方共済組合に該当するレセプトを登録前に作成済みの場合は、再度レセプト作成を行ってください。	H29.6.26
17		入院EFファイルについて「特定入院料を算定しないとした場合に算定する入院料等」の記録方法が平成29年度提出分データから変更となることについて対応しました。 平成29年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料の196頁に赤字で記載されている変更箇所に基づいた記録となります。 http://www.prrism.com/dpc/setumei_20170406.pdf ※平成29年4月分以降の入院EFファイルについてはパッチ適用後、「42 明細書」から必ず再処理を行ってください。		H29.6.26

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
18	support 20170719-028	ORCAでH29.4.5.6月入院診療分でEFファイル作成。 厚生局のソフトでEFファイル統合しチェックをおこなったところ 【EF13】データの不足（FF4間） 医科保険のデータ漏れあり。過去分について遡って修正してください。 とある患者のH29.6月分のみチェックされました。 H29.4.10提供された修正プログラムを更新後にEFファイルを作成しましたが同じような内容でチェックされました。 どこに不備があったのでしょうか？	様式4（医科保険診療以外のある症例調査票）に記載（記録）する入院年月日について、平成29年4月10日提供の修正プログラムで入院歴作成画面で登録した自院歴から記載を行う対応を行いましたが、これの影響により、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
19	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
20	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
21	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
22	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
23	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
24	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
25		「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
26	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
27	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
28	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
29	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
30	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
31		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.

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
32	support 20180122-011	EFファイルのエラーについて エラーの内容といたしましては、【EF3】不整合あり　出来高実績点数確認　です。 Eファイル 患者番号：58319 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻増設術を含む）6897点 患者番号：25885 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻増設術を含む）6878点 Fファイル 患者番号：58319、25885ともに、 胃瘻増設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）6070点 施設基準不適合減算（手術）（100分の80）　ー1214点 胃瘻造設時嚥下機能評価加算　2500点 施設基準不適合減算（手術）（100分の80）　0点←0点のため不適合	.500　＊手術 150171610 胃瘻増設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む） 150382490施設基準不適合減算（手術）（100分の80） 150380510 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 150382490施設基準不適合減算（手術）（100分の80） を算定時のEFファイルについて、「施設基準不適合減算（手術）（100分の80）」 の「F-18 出来高実績点数」が記録されない不具合を修正しました。 ※上記例の場合、パッチ適用後は-500点を記録します。	H30.6.27
33		「44 総括表・公費請求書」より自賠責PDFを作成した際に、レセプトの摘要欄に金額項目の記載がある（"¥"の記載がある）レセプトのPDFが文字化けする不具合がありましたので修正しました。		H30.7.25
34	ncp 20180717-004	EFファイルのデータ区分に関しての問い合わせです。 地域包括ケア入院医療管理料3算定病床に入院の患者様で、診療行為画面にて「9999 包括分入力」で112017790時間外加算（再診）（入院）の入力を行いました。 EFファイルを作成したところ、当該診療明細のデータ区分が「12」で作成されましたが、データ提出時にデータ区分「12」がエラーとなりました。 出来高入院料の場合は保険で入力を行いますが、その場合はデータ区分「90」となるようです。包括の場合はデータ区分「12」になってしまうので、入力方法等ご教授いただければ幸いです。	入院患者について診療行為画面にて「9999 包括分入力」で入力した再診等の時間外加算についてEFファイルの「E-5 データ区分」「F-5 データ区分」を「92」で記録するように修正しました。	H30.7.25

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
35	ncp 20180718-013	夜間看護体制特定日として設定した日に、他医療機関の受診（外泊）があった患者がおられたようです。 EFファイルで他医療機関受診（外泊のコード）の方はマイナスの点数が記録されていましたが、夜間看護体制特定日減算の方が0点で記録されており、出来高の点数が不一致とエラーになったようです。 最終的にお客様がマイナスの点数に手修正したところ、エラーが解消されたとの報告がありました。	夜間看護体制特定日と他医療機関の受診（外泊）が重複した日について、他医療機関受診の入院Fファイル「F-18 出来高実績点数」がゼロ点で記録される不具合を修正しました。	H30.7.25
36		受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（医科）の更新に伴い、レセ電データチェックの対応を行いました。		H30.9.25
37	EFファイル、様式4の出力について	様式4(FF4)についても、システム管理マスタ9102のEFファイル用ディレクトリで指定した出力先へ出力されますが、EFファイル作成後、様式4を作成すると、先に保存されていたEFファイルがクリアされてしまいます。 ファイル名が異なるので残るものと思っていたのですが、クリアされてしまう仕様なのでしょうか。	様式４ファイル(FF4)をシステム管理「9102EFファイル作成」に設定したディレクトリに出力する際、既に作成済みのEFファイルが同ディレクトリに存在していた場合これを消去していましたが、消去しないように変更しました。 また、EFファイル出力時の様式４ファイル(FF4)についても同様の挙動でしたので、この場合も消去しないよう変更しました。	H30.10.25
38		労災レセプトの電子媒体での請求について FD及びMOによる請求の受付は平成30年12月10日(月)をもって終了し、今後、電子媒体で請求する場合は、CD・DVDで請求する事となりました。それに伴い、労災光ディスク送付書の様式が変更となりましたので対応しました。 ※CD・DVDで請求する場合は、44総括表・公費請求書で、ファイル出力先を「6クライアント保存（CD－R用）」とし、労災レセ電データを作成してください。 ※ファイル出力先が「6」の場合、システム管理2005－レセ電タブ－光ディスク等送付書媒体設定が「0設定なし」「3CD－R」であれば、労災光ディスク送付書の媒体種類欄はCDに○が付きます。 ※DVDで請求する場合は、手書きで○付け（訂正）を行ってください。		H31.1.28

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
39	support 20191108-008	101システム管理マスタの4100公害医療機関情報で診療報酬請求書「01名古屋市」と設定して出力される公害診療報酬等請求書について、2019年10月より消費税増税に伴い手数料の計算が以下の通り変更となっていますのでご修正いただけないでしょうか 2019年9月まで　件数×324円乗じた金額 2019年10月から　件数×330円乗じた金額	名古屋市の公害診療報酬等請求書について、手数料の計算の消費税増税対応を行いました。	R1.11.27
40	ncp 20200212-027	R1.12.4～R1.12.6に初回入院（短手3を算定。） R2.1.17～R2.1.18に継続入院（短手3を算定せず。保険算定は食事料のみ）となった患者様で、R2年1月分様式4のファイル内に該当の患者様の入退院歴が作成されません。	短期滞在手術等基本料3（又は2）を算定する退院患者が月内で入院料の算定が無く、診療行為も[9999 包括分入力]のみであった場合、様式4に出力されない不具合がありましたたので、出力するように修正しました。	R2.2.26
41	ncp 20200427-013	コロナで新設されたコード（113032850）でレセ電作成時にエラーとなります。 「33031　存在しないか又は現在有効でない適用コード（診療コード、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。」	点数マスタの検索条件を見直してエラーとならないように修正しました。	R2.5.7
42		2020年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に追加されたKファイル生成機能の元データとなる「Kファイル生成用データ」を作成可能としました。 従来のEFファイルと同様に業務メニュー「42 明細書」から「7 EFファイル用」を選択し処理実行後、「44 総括表・公費請求書」より「8 EFファイル・Kデータ」を選択、Shift+F6[E・F]を押下することで対象データが出力されます。 作成されるデータのファイル名は「Kn_県番+医療機関番号_年月.csv」となります。 （システム管理場所に出力する場合、EFファイル同様ファイル名の先頭に2桁の医療機関識別番号を付加します。）		R2.5.26

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
43		「医政地発0316 第1号」に於いて令和3年度以降の病床機能報告用の病棟コード記録（レセプト電算用提出データへの記録）が従来の6月診療分から全ての診療月が記録対象となることに対応しました。 なお、令和2年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて全診療月での記録を行うこととされたことから、日レセでは令和2年6月診療分以降について全ての診療月を対象に記録を行うように対応しました。 「医政地発0316 第1号」については以下病床機能報告サイトを参照してください。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html		R2.6.25
44	ncp 20200602-038	先日、実装されました　データ提出加算　Kファイル生成用データ作成機能にて月の途中で保険が変わった患者様（今回該当した患者様は　国保→後期高齢）におきまして同じレコード（入院日、退院日等　数値が同じもの）が2重で作成され、DPC事務局提供ソフトで「Kファイル作成」をそのまま行った際、エラーとなってしまいます。	令和2年5月26日にパッチ提供を行った「Kファイル生成用データ」作成機能について、入院期間中に保険組合せの変更があった場合に、対象患者について入院日、退院日、カナ氏名等が同一のデータが複数件作成される不具合がありましたので修正しました。	R2.6.25
45	ncp 20200612-018	ユーザ様より令和1月、2月、3月とEFファイルを作成しDPCのチェックソフトでエラーをチェックしたところEF3出来高実績点数確認とエラーとなったと連絡を受けました。 エラーの対象だと思われる方は入院会計照会画面で外泊のところに特定時間退院減算をしている場合が怪しいとのことでした。	令和2年4月22日にパッチ提供を行った管理番号【ncp20200127-013】で入院点数の端数処理について修正を行いましたが、入院Fファイルの(F-18)出来高実績点数が正しく記録できないケースがありました。 入院EFファイルのプログラムで入院料に係る減算コードの判定に点数テーブルの入院基本料等減算対象識別(MICMESUKSN)を参照するよう4月22日パッチプログラムで対応しましたが「特定時間退院減算、特定曜日入退院減算、夜間看護体制特定日減算」については点数テーブルの該当項目に値の設定が無いことから、該当減算コードの(F-18)出来高実績点数に端数処理の行われていない点数が記録されてしまう不具合がありました。これについて減算コードの判定を見直し、正しく端数処理を行った点数を記録できるよう修正しました。	R2.6.25

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
46	support 20200911-020	EFファイルとKファイルのファイル統合チェックをかけたとのころ、「Kファイルにありますが EFファイルにありません。」とのワーニング出るとのことでした。 該当患者を確認すると、（産科で）正常分娩をされ自費のみの入力になる方は、Kファイルは作成されるが、EFファイルは入力内容が自費のみになるためかデータ自体作成されていないという状態でした。 こういった自費のみの入力になる方についてEFファイルを作成するための入力方法などございますでしょうか。	自費保険で入院し医療保険の診療が無い患者についてはKファイル作成対象外ですが、Kファイル作成時の対象診療年月に以下の入力があった場合Kファイル作成対象となってしまう不具合がありましたので修正しました。 ・医療保険の保険組合せでコメントコードの入力がある ・又は、医保の保険組合せで自費の算定コードを入力している	R2.9.24
47	support 20201026-013	9/24第33回パッチ提供にてEFファイルとKファイルの対応をしていただいている件で問い合わせいたします。 □対応範囲：総括表、公費請求書 □管理番号：support20200911-020 プログラム更新をしていますが、エラーがでています。	EFファイルについて以下の不具合がありましたので修正しました。 ・自費保険で入院していた患者が退院日の同日に医保で再入院を行った場合に、再入院日に医保で入力した点滴注射（又は中心静脈注射）に記録される入退院日が最初に自費保険で入院していた入院期間で記録されてしまう不具合。 また、Kファイルについても以下の不具合を修正しました。 ・最初の入院期間が1日間で入退院を行われ、更に同日再入院を行われた場合に同日再入院分の期間が記載されない。 ・医保の診療が無い入院期間が記録されてしまう。	R2.11.25
48	ncp 20201116-005	社保総括表の記載方法についてお尋ね致します。 公費　21（精神通院）と12（生保）併用の患者様です。 21で診察料、処方箋料等を算定し、12では処方のみで実際は0点の時社保の総括表の「公費と公費の併用」の欄の 12（生保）の点数は空白となりますが、支払基金様より0点と記載するように、との指示があったそうです。 0点と記載する方法をご教示頂けないでしょうか。	21(精神通院)と12(生保)の併用の患者で21(精神通院)は診察料、処方箋料等を算定し、12(生保)は処方のみで12(生保)が0点となる場合、社保の診療報酬請求書の「公費と公費の併用」欄の12(生保)に該当する点数が0点の場合は空白となりますが、支払基金より0と記載するように指示がありました。 公費と公費の併用の場合に、0点の公費については0を記載するようにしました。 また、保険と公費の併用で公費分が0点になる場合についても、「公費と医保の併用」欄の点数欄に0を記載するようにしました。	R2.11.25

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
49	ncp 20200612-013	医療機関様より、EFファイルのエラーチェックをかけた際のエラー解消方法について問い合わせがございました。 解消に向け、どのように入力を修正したら良いか不明なため、問い合わせさせていただきます。 エラー内容: 診療行為点数と出来高実績点数エラー エラーは超音波検査を二回実施した方が対象となっています。 レセ電点数はEFファイルと一致しています。 減算コードが入っています。	新生児の入院患者について以下の算定を行った場合の入院Fファイル「F-18 出来高実績点数」について点数記録誤りを修正しました。 ---------- 不具合となる算定例 .600 160072210 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部） 160000190 検査逓減 160155290 新生児加算（生体検査） ---------- 新生児加算（生体検査）の出来高実績点数が478点と記録されていたのを477点と記録するよう修正しました。	R2.11.25

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	support 20181015-006	電子カルテ・リハビリシステムにより送信された中途データを 「51月次統計」ー「入院診療データー括登録」にて実施しているなかで検査の重複算定のエラーが出ております（添付参照） その中の患者番号5400の方は実際に検査を行っている方なのでエラーが出現するのは正常な動きかと思います。 ただ、それ以下の患者番号5522以下の方は ″保険の組合わせ″がないのでエラーが表示されるのはよいのですが、「Tcho、HDL…、LDL…」の表示は実際に中途データにこの検査項目は入っていないのに表示されるのはどのようなことが考えられるでしょうか？	日次統計の入院診療データー括登録（ORCBNYUALL）で保険組合せ不整合のエラーの場合、前データの診療行為エラーメッセージを一覧に表示することがありましたので、表示しないようにしました。	H30.10.25

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
1	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
2	ncp 20190531-030	52 月次統計で作成する帳票にチェックをし、処理開始→プレビューで進む処理が終了するとプレビューボタンが押下できるようになりますが、1分ほどそのままにしておくと、プレビューボタンがグレイアウトし押下できずプレビュー画面に進めないという現象が発生しています ・弊社のごく一部のユーザー様に現象が発生しています ・日次統計には問題はないようです ・特定の帳票に現象が起きているのではなく、どの月次統計も同じ状態です	在庫管理用の大容量APIの処理状況の判定方法に誤りがあり、日レセでの月次統計実施後に在庫管理システム側からこの大容量APIを実施した場合に、「処理結果画面」のプレビューボタンが押下できずプレビュー画面に進めませんでしたので修正しました。	R1.6.25
3	support 20190709-022	「月次統計の個別指示画面で削除できない患者様がいる」とのお問い合わせがありました。	複数ユーザーで個別指示の登録を行った場合、他のユーザーが登録した患者の削除ができませんでしたので修正しました。	R1.7.29

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	support 20200513-006	4月の入院患者様で、 4/1～4/25 協会+生保 4/26～4/30　生保単独 の患者様の4/26～4/30のデータが、月次統計データに反映されていません。	月途中で協会+生保から生保単独になった場合、「52 月次統計」から作成する月次統計データに生保単独での診療データの記録が行われませんでしたので修正しました。	R2.5.26

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		1. 管理コード「1031 出力先プリンタ割り当て情報」のユーザプログラム名をコンボボックスに変更し、選択リストに公開帳票のうち該当するものを含めました。 2. 管理コード「9600 CRON設定情報」及び管理コード「9700 ユーザプログラム起動情報」のプログラム実行可否を設定するチェックボタンのラベルをチェックの有無に係わらず「実行する」（固定）に変更しました。 変更前 □ 実行しない レ 実行する ↓ 変更後 □ 実行する レ 実行する		H29.8.24
2		システム管理［5005 室料差額設定］の画面に基準日の項目を追加しました。 基準日の初期表示はシステム日付とし、基準日に有効な設定のみ表示を行うよう変更しました。 また、登録最大件数を30件から99件に変更しました。		H29.12.20 H30.5.28内容訂正
3		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で下記のとおりでしたので修正しました。 ・医療費負担金計算（入院）の左側の設定項目が″3″又は″4″、かつ、食事負担金計算（入院）の左側の設定項目が″1″の場合、設定額未満であっても「患者負担あり（全額）」の計算をしていた ・医療費負担金計算（入院）の左側の設定項目が″3″又は″4″、かつ、食事負担金計算（入院）の左側の設定項目が″2″の場合、設定額以上であっても「患者負担あり（半額）」の計算をしていた		H30.6.27

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
4		システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」画面で、履歴を選択した時に履歴リストの選択行を表示するようにしました。 また、履歴が複数存在している場合に履歴を選択しないで開始日を入力した時に空白のままでしたので、開始日時点の初期表示を編集するようにしました。		H30.6.27
5		管理コード1910「プログラムオプション情報」画面内のオプション内容の右側に”（オプションを有効にする場合は先頭の # を削除してください）”とコメントを表示しました。		H30.7.25
6	【クラウド版】	クラウド環境下でカスタマイズプログラムの登録に制限を設けました。 1. システム管理［3001 統計帳票出力情報（日次）］に［複写］ボタンをクリックして表示される統計帳票以外のプログラムの登録を不可としました（レポジトリ名の設定がある場合を除く）。 2. システム管理［3002 統計帳票出力情報（月次）］に［複写］ボタンをクリックして表示される統計帳票以外のプログラムの登録を不可としました（レポジトリ名の設定がある場合を除く）。 3. システム管理［1031 出力先プリンタ割り当て情報］でユーザプログラム名を登録する際、コンボボックスにないプログラム名の登録を不可としました。 パッチ適用前の状態ですでに1～3の制限に該当するプログラムの登録がある場合、1と2については、それぞれ日次統計、月次統計業務で該当するプログラムの実行を不可とし、3については該当するプログラムの実行をスキップするようにしました。		H30.8.27
7		システム管理マスタ 1010 職員情報でユーザID（オペレータID）に使用可能な文字を半角英数字と下線符号（アンダーバー）に限定としました。		H30.10.25

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
8	ncp 20181023-004	システム管理マスタ 1010 職員情報につきまして、ユーザー様の方で医師として、9999に職員情報を登録してしまったとご連絡がありました。 1 医師 9999 先生名　で表示される状態です。 情報を削除したいのですが、削除ボタンでの削除ができません。 どのような操作が必要でしょうか。	システム管理の職員登録で、職員コード「9999」は入力エラーとなりますが、エラーを無視して登録することが可能でしたので、「登録」押下時にもエラーとするように対応しました。 また、登録済みの「9999」はコードの展開時にエラーとなり、展開できませんでした。 エラーメッセージ表示後に展開し、削除のみできるように対応しました。	H30.10.25
9		システム管理［1005 診療科目情報］のレセ電診療科コードの入力をコンボボックスに変更しました。		H30.12.25
10	ncp 20181217-004	91-101-1031印刷情報設定画面にて、診療録（カルテ1号紙）をユーザプログラム名に設定し出力しております。 カルテ1号紙に年度を入れているため、2つのユーザプログラムを使い分けており、年末に、翌年分のカルテを印刷するため、1つは今年30年が印字され、1つは翌年の31年が印字されるようにしています。 上記2つのカルテを分ける為、ログインユーザで設定を分けたいのですが、、標準に1つ設定し、事務職で1つ設定するのですが、事務職で登録しても、標準が優先され事務職の設定が標準と一緒になってしまいます。 以前はそれぞれ登録できていたかと思うのですが、診療録（カルテ1号紙）はユーザ毎に設定することは出来ないのでしょうか。	プリンタ名が標準設定から変更されている場合にのみユーザプログラム名が保持されるようになっていましたので修正しました。	H30.12.25
11		管理者でログインしている場合は、管理コード1010「職員情報」画面の職員区分のリストボックスに「9 ログイン中」を表示するようにしました。 「9 ログイン中」を選択すると自身の情報を呼び出します。		R1.6.25

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
12	request 20181030-001	日レセVer5.0.0よりQRコード付き処方箋等の再印刷機能を実装した際に、処方箋のpdfをDBに格納するようにした、と回答を頂きました。 外来数が過多の医院にて、処方箋が多いため、処方箋の発行数に連動してバックアップデータ量が日々増大しております。 これは、システム管理[8000 印刷データ等削除機能情報]の[日次帳票]の設定にしたがって、業務メニュー[44 総括表・公費請求書]より総括表の印刷処理がおこなわれた際に削除しているようですが、総括表の印刷を行った後から一週間経過時点で一日辺り500MB強の容量となり、バッグアップの保存デバイスの容量が足りなくなる他、所要時間の増大になっており非常に不便になっています。 DBを直接操作する処理を開示できないとのことから、「処方箋のpdfをDBに格納」を「する/しない」と、設定を切り替えるようにしていただけませんでしょうか。 領収書と同様に、処方箋を再発行する必要性がDBに格納する程、多いとは感じられず、バックアップの負荷をかけてまでデータで保持する必要がないため、処方箋のpdfを保持しないようにする設定を付加していただけませんでしょうか。	日次帳票の再印刷データについて、期限を設定して削除を可能としました。 1．デフォルト値は、システム管理「8000 印刷データ等削除機能情報」の日次帳票の設定月数とし（30＊（日次帳票の設定月数））、この値を再印刷データを残す期間に変更して一括削除を可能とします。（MAX値は、99日とする。） 2．マシン日付を起点として残す期間の計算を行います。 例：マシン日付２０１９年５月８日のとき１０日分を残す場合、２０１９年４月２９日以降の再印刷データを残す。 3．日数の最小は1日とし、マシン日付に作成分の再印刷データの削除は行いません。	R1.7.29
13		システム管理「4001 労災自賠医療機関情報」の損傷区分リストを選択した際にプログラム内でカーソル移動の指示が無かったため、カーソル位置が前に選択した損傷区分にあり背景色が表示されていました。 損傷区分リスト選択後は、損傷区分名にカーソル移動するよう修正しました。		R1.11.27

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
14	ncp 20191217-014	システム管理マスタ1045「予約・受付機能情報」の＜予約＞初期表示ドクターですが、1010職員情報の有効終了日が「R 2.12.31」等で、本日時点で登録が有効なドクターが選択肢に表示されません。 職員情報の有効終了日を「99999999」で登録すると、初期表示ドクターの選択肢に表示されるようです。 また、職員情報の有効期間が「R2. 1. 1」～「99999999」のように本日現在で有効でない場合でも、予約の初期表示ドクターの選択肢に表示されました。	システム管理の「1045 予約・受付機能情報」の初期表示ドクターのリストにシステム管理の有効終了日と有効終了日が一致するドクターコードを表示していましたので有効開始から有効終了日の期間で有効なドクターコードを表示するようにしました。 表示件数は99件のため表示されない場合はドクターコードは入力してください。 選択したドクターコードの有効終了日がシステム管理の有効終了日より前であった時は、有効終了日を画面に表示するようにしました。また、選択したドクターコードの有効終了日はシステム管理の有効終了日と同じでも有効開始日がシステム管理の有効開始日より後であった場合は、有効開始日を画面に表示するようにしました。 (例)「1045 予約・受付機能情報」の有効期間が「00000000から99999999」 ドクターの有効期間が00000000からR1.11.30を選択した時 「有効終了日：R01.11.30」 ドクターの有効期間がR02.1.1から99999999を選択した時 「有効開始日：R02.1.1」	R1.12.24

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 20170424-013	いただいた手順をもとに採血料区分の設定をしたところ、「オキシダーゼ染色加算(抹消血液像(鏡検法))」や「ALP染色加算(抹消血液像(鏡検法))」の採血料区分を「2」にすると時間加算の箇所が「下記以外の診療行為」から「時間外算定不可」に自動で切り替わりました。	点数マスタ登録画面の時間加算のリスト内容が初期表示とEnter押下後で差異がありましたので、Enter押下後も初期表示と同じ内容に修正しました。	H29.5.25
2	ncp 20170620-016	6月16日付で更新分の点数マスタに含まれておりました「アリピプラゾール内用液分包3mg「明治」0．1%3mL」ですが、点数マスタ設定画面の「後発医薬品」欄が、3　後発医薬品でないとなっております。ユーザー様より「アリピプラゾール内用液は後発医薬品のはずだが？」とのお問合せを頂き弊社でも調査致しましたがやはりアリピプラゾール内用液は後発医薬品の様です。上記薬剤の後発医薬品区分は正しいのでしょうか？	点数マスタの医薬品の画面で有効開始日が「H29.3.17」以降から後発医薬品のリストに「3 先発なし後発医薬品（加算対象）」「4 後発医薬品でない（加算対象）」を表示してますが、有効終了日が「H29.3.17」以降でも表示するように対応しました。	H29.6.26
3	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
4	点数マスタ　期限切置換　入力コード　10桁以上　入力ができてしまう	新診療行為コードに10桁以上入力が出来てしまいます。 このように気付かず登録した入力CDで入力し、エンターキー押下すると、（K98）診療行為一覧選択サブ画面が再度表示され、再度該当薬剤を選択するという操作がループします。 点数マスタ＞期限切置換＞入力コードでも10桁以上入力できないようにできないでしょうか。	点数マスタ設定の自院コード期間切れ置換の画面で、入力コードの1件目の表示入力コードの桁数が半角10桁超でも登録できていましたのでエラーとするようにしました。	H31.3.26

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
5	ncp 20190401-004	3/31で期限が切れるマスタ 620006482パテルテープ20　7×10cm 置き換えになるマスタ 621414703ケトプロフェンテープ20mg「パテル」 7×10cm この場合で4月からパテルテープの代わりにモーラステープを処方することに院内で決めましたが、3月分をDo入力すると自動でケトプロフェンテープが自動で入力されてしまいます。 Do入力した時に自動でケトプロフェンテープが自動で入力されるのを止めることは可能ですか。 また、Doで入力した時にモーラステープが入力されるような動きにすることは可能でしょうか。	薬剤の点数マスタ画面で、経過措置品目移行コードを変更した時に経過措置品目移行コードが他のコードに登録済みの場合にエラーと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、ユーザが入力できる項目にエラーがあっても登録できていましたので登録できないようにしました。	H31.4.23
6		「手術、検査、入院」タブ画面の「通則加算対象外」を「通則加算所定点数」と項目名称を変更しました。		H31.4.23
7		自院コード期限切れ置換画面で「再印刷」を押下して「再印刷画面」から戻った時、遷移前の内容がクリアされていましたので、遷移前の画面内容を表示するように修正しました。		R1.8.5

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
8		2019年10月からの消費税増税に関する帳票記載内容の変更となります。 ユーザーが点数マスタに登録している自費コードについて金額項目に消費税込みの金額を設定し、かつ金額内容項目を「4 税込み」設定されているコードについては、2019年10月から10%の消費税を含んだ金額に変更して登録を行って頂く必要があります。 これについて対象となる自費コードの確認が容易となるよう、以下の2帳票に金額内容項目の記載を行うよう対応しました。（CSV出力した場合も同様） ・点数マスターリスト（自費）・・・未使用だった「部位区分」欄に税抜き、税込みの記載を行うよう対応 ・入力コード点数マスター覧・・・・自費コードについて名称の先頭に【税込】【税抜】の記載を行うよう対応 上記帳票を確認し、点数マスタに「4 税込み」設定されている場合は、	以下手順でマスタの有効期間を追加登録してください。 1．(Z01)点数マスタ設定画面で該当自費コードを入力する。 2．画面左上の「通常」ボタンを押下し「改正」に切り替える。 3．有効年月日欄を「R 1.10.1　～99999999」と上書きし「確定(F12)」を押下する。 4．金額欄を10%の税込み金額に変更し、「登録(F12)」を押下。 「更新します。よろしいですか？」のメッセージはそのまま「OK」を押下する。 5．(Z01)点数マスタ設定画面に戻り、「前回CD(F3)」を押下するか、自費コードの再入力を行い、有効開始年月日に「R 1.10.1　～99999999」が追加されていることを確認する。（次画面で金額が10%税込み金額に置き換わっている事も確認）	R1.8.28
9		・(Z02)コメント設定画面に［部位の選択式コメントコード］の項目を追加しました。 ・医薬品、特定器材及び器材商品名の設定画面で金額欄の整数桁数がそれぞれ7桁と8桁としていましたので9桁に変更しました。		R2.5.26
10		コメントコードマスタ（標準提供分）について変更を不可としました。		R2.6.25

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
1	ncp 20191216-001	またチェックマスタ登録時に短手3が名称検索にかかりません。 短期滞在手術等基本料2もかかりません。	短期滞在手術等基本料2、3の判定に誤りがありましたので修正しました。 患者照会画面の検索画面でも同様のため修正しました。	R1.12.24

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	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
2	support 20171021-005	monsiaj web start版を使用しています。現在の最新バージョンになってから、107　薬剤情報マスター画面で画像を登録しようとすると、ファイルが存在するにもかかわらず、「ファイルが存在しません」というメッセージが出て登録できません。	薬剤情報マスタ登録画面で画像ボタンを押下して画像ファイルを選択した際にファイル存在エラーとなりましたので正しく取り込むように修正しました。	H29.11.27
3	ncp 20180601-002	主従構成のお客様にて、薬剤情報の写真を従サーバ側で「薬剤情報マスタ設定」の「画像」より写真の登録を行いました。登録直後には「薬剤情報マスタ設定」に登録した写真が表示されるのですが、glclient2を一度「終了」し再度起動すると、登録した写真が表示されません。 今回の原因は薬情の登録に使用しました写真が300KBを超えていたためでした。 以前（4.8.0のあたりの時）は300KB超えの写真の登録を行うとすると「登録できない」旨のメッセージが表示された記憶がありますが、最近は表示されなくなったのでしょうか？	薬剤情報マスタで画像登録を行う際に画像ファイルのサイズ超過チェックを行いますが、エラーメッセージが表示されていませんでしたので修正を行いました。	H30.7.25

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		入院CLAIMで転棟または転室処理を行った際、入退院登録画面の担当医の設定がクリアされる不具合がありましたので修正しました。		H29.2.22
2	support 20170512-005	薬袋印刷システム（Windy)を導入されている医療機関様より、001xxxxxxのカラム位置設定をした用法コメントに挿入した数字が反映しないお問い合わせを頂きました。 Claimデータが作成したままの状態で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
3	support 20171201-016	ORCAの会計収納処理終了後からCLAIM送信プログラムにデータが渡されるまでの時間が、Ubuntu14.04(trusty) 4.8.0時は平均10秒位だったものが、Ubuntu14.04(trusty) 5.0.0にアップデートしてからは、最大平均10分位になり、遅延する発生することがあります。	ORCAサーベイランスに参加されている場合に発現することが分かりました。CLAIM送信処理とORCAサーベイランス処理の順番を変更しCLAIM送信処理に遅延が発生しないよう対応しました。	H29.12.20
4	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
5	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
6	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
7		claim-receiverを利用しているユーザから病名登録で主病名が設定されないというお問い合わせがありました。	claimでの主病名設定項目名に誤りがあり、正しく情報を受け取れませんでしたので修正しました。	R2.4.22
8	ncp 20200603-020	電子カルテ側より、食事の変更をCLAIMで送信し、ORCAの入退院登録画面よりオーダー取込みを行うと、食事の取り込みでエラーが出る。先週からでるようになった。 エラー内容：エラーコード（0029） 「算定要件非該当区分の入力に誤りがあります」 何か原因考えられますでしょうか。	プログラムに不具合が見つかりましたので修正しました。	R2.6.4

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		患者基本情報返却に以下の対応をしました。 患者基本情報返却APIは、リクエスト文なし(GETメソッド)のため、返却値としてその直前の値が使用されてしまいます。(直前がxml なら返却もxml。jsonなら返却もjson) この場合、例えばPUSH APIを利用した直後にこのAPIを使用すると、返却はjsonとなってしまいます。 この対応の為、引数にformatを追加し、値がjson以外の場合はxmlを返却するよう対応しました。		H29.3.27
2	電話お問い合わせ-中途終了データ送信APIの病名登録について	ユーザより、単独病名の登録を病名コードのみでおこなったところ、[登録出来ない病名が存在します]となったこと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
3		受付一覧取得（acceptlstv2）に予約情報を追加しました。また、保険組合せ情報に保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26
4		来院患者一覧（visitptlstv2）を変更しました。 一覧件数の1000件対応と更新日を追加しました。		H29.4.26
5		患者情報取得(patientgetv2)の保険組合せの件数を最大30件に変更しました。また、入金方法等と保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26

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
6		受付処理(acceptmodv2)の保険組合せの件数を最大30件に変更しました。また、保険組合せ情報に保険組合せ非表示区分を追加しました。		H29.4.26
7		中途データ作成(medicalmodv2)に、内服1種類区分と継続コメント区分を追加しました。		H29.4.26
8		患者基本情報取得（patientgetv2）にテスト患者区分と死亡区分を追加しました。		H29.5.25
9		患者病名情報の返却(diseasegetv2)で病名単独補足コメントの返却対応を行いました。		H29.5.25
10		全保険組合せ一覧取得(patientlst6v2)で期限切れ保険情報の返却対応を行いました。		H29.5.25
11		収納情報返却(incomeinfv2)に自費項目等の追加を行いました。		H29.5.25
12		患者病名登録APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H29.6.26

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
13	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
14	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
15		受付業務、患者登録業務、診療行為業務でPUSH通知（PushAPI）を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H29.8.24
16		診療情報取得（medicalgetv2）に伝票番号を追加しました。		H29.8.24
17	患者病名登録API(/orca22/diseasev2)のレスポンス	患者病名登録API(/orca22/diseasev2)のレスポンスを確認したところ、下記のような動作になっています。 ・Disease_Scode2が抜けている。 ・本来、Disease_Scode2に入るべきコードがDisease_Scode3に格納されて返却される。 ・本来、Disease_Scode3に入るべきコードが返却されない。	患者病名登録API(/orca22/diseasev2)のレスポンスで補足コメントコードの設定方法に誤りがあり、2番目以降の補足コメントコードが正しく返却されていませんでしたので修正しました。	H29.8.24
18		セット登録APIのレスポンス電文項目[コメント埋め込み数値]のタグ名を変更しました。 Medication_Input -> Medication_Input_Code		H29.8.24
19		患者病名登録APIについて補足コメントのみ「病名/api01rv2/diseasegetv2」と同じ定義にしたAPIを別フォーマットとして追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H29.9.21
20		患者病名登録APIで、補足コメントコードを4桁の自院病名コードで登録している場合、対象があるのにエラー(E34)となる不具合がありましたので修正しました。		H29.9.21

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
21	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
22	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
23		予約一覧取得（appointlstv2）に予約IDを追加しました。		H29.11.27
24		患者予約状況取得（appointlst2v2）に予約IDを追加しました。		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
25	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。 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。	H29.11.27
26		診療情報の返却（medicalgetv2）に項目（包括検査項目数、点数識別 、点数）を追加しました。		H29.11.27
27		入退院登録APIの入院登録、転科転棟転室リクエストに保険組合せの設定を追加しました。		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
28		受付で患者情報未登録患者の受付に対応しました。		H29.12.20
29		患者番号一覧の取得に更新時間、受診日指定による来院患者一覧に患者情報更新日と更新時間を追加しました。		H29.12.20
30		中途終了患者情報一覧に同日再入院区分を追加しました。 また、システム管理［5005 室料差額設定］の画面に基準日の項目を追加しました。 基準日の初期表示はシステム日付とし、基準日に有効な設定のみ表示を行うよう変更しました。		H29.12.20
31		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
32		室料差額登録APIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H29.12.20

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
33	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)にレセ電データから移行した受診履歴を対象とする、しないを設定出来る項目（Contain_Migration)を追加しました。 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
34		入退院登録APIについて以下の機能追加を行いました。 1　入院登録リクエスト ・リクエストに入院料の初期値設定を行う項目を追加しました。 ・療養病棟に対する入院の際に、リクエスト項目の入院料が未設定の場合も療養病棟入院基本料を算定を行うようにしました。 ・生活療養に該当する場合の入院料のコード置き換えを行うようにしました。 2　転科転棟転室リクエスト ・前回異動日より遡った日でのリクエストを可能としました。 ・リクエストに入院料の初期値設定を行う項目を追加しました。 ・療養病棟に対する転棟の際に、リクエスト項目の入院料が未設定の場合も療養病棟入院基本料を算定を行うようにしました。 ・生活療養に該当する場合の入院料のコード置き換えを行うようにしました。 3　退院登録リクエスト ・定期請求未実施状態で退院登録が通常不可となるケースでの退院登録を行えるようにしました。		H30.1.23

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		入院患者食事等情報APIのレスポンスに入院料の情報を追加しました。		H30.2.26
36		入退院登録時にPUSH通知を行うようにしました。		H30.2.26
37		PUSH通知一括取得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。		H30.3.26
38	ncp 20180319-028	転科転棟転室登録API（/orca31/hsptinfmodv2）に、2018-01-23より追加されました「入院料初期値設定区分」についてお尋ねします。 システム管理マスタで特定入院料が設定されている病床への移動入力を、monsiaj画面より行った場合は特定入院料が初期値として入るのですが、転科転棟転室登録APIから「入院料初期値設定区分」を「1：初期値設定を行う」にて送信した時には入院料が移動前の入院料のまま登録されてしまうようです。 ◆入力パターン(1)?(4) (1)3/10 一般病棟に入院 ⇒ 3/16 一般病棟に転棟　OK (2)3/10 一般病棟に入院 ⇒ 3/16 療養病棟に転棟　OK (3)3/10 一般病棟に入院 ⇒ 3/16 療養病棟の地域包括 （システム管理[5001 病棟管理情報]で特定入院料を設定）　NG (4)3/10 一般病棟に入院 ⇒ 3/16 療養病棟内の地域包括 （システム管理[5002 病室管理情報]で特定入院料を設定）　NG 『入院』API登録では特定入院料がある場合でも画面操作時と同じ初期値が入ります。 『転科転棟転室』登録APIでも同様になりませんでしょうか。	転科転棟転室登録リクエストで入院料初期値設定区分」に「1：初期値設定を行う」が設定されていた場合、入院登録時と同じ条件で入院料の初期値設定を行うように修正しました。	H30.3.26
39	ginbee-support 00461	弊社のユーザーさまで「日レセ クラウド版」と「push-exchanger (Ver0.0.24)」を利用しているのですが、患者登録時に漢字氏名に「濵」という漢字を入力して登録した際に、push-exchangerを使用したカルテの印刷が出ないとのご指摘をうけております。明細書や領収書は出るとの事です。	帳票APIから印刷を行う際、氏名にJIS第3水準,第4水準に該当する文字が含まれている場合に印刷処理に失敗する不具合を修正しました。 （例）濵田　太郎	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
40		患者病名登録2（/orca22/diseasev3） 急性フラグ追加と病名コード増の対応を行いました。		H30.5.28
41		入院関係のAPIについて以下の修正を行いました。 ・入院会計照会APIの食事登録リクエストに[食事継続区分]を追加しました。 ・入退院登録APIの入院登録リクエストに[保険組合せ仮番号設定区分]を追加しました。 ・入院患者基本情報APIにのレスポンスに以下の項目を追加しました。 ・入院日の食事開始時間 ・算定要件非該当区分 ・入院日の入院加算（繰り返し　最大3） ・検索時患者表示 ・食事の種類 ・食事の種類（朝） ・食事の種類（昼） ・食事の種類（夕） API URL /api01rv2/hsptinfv2 /orca31/hsptinfmodv2 /orca31/hsacctmodv2		H30.5.28
42		入院患者基本情報APIについて、レスポンス項目の算定要件非該当区分が特定入院料以外の場合も返却される不具合がありましたので修正しました。 API URL /api01rv2/hsptinfv2		H30.6.27
43		APIの患者病名登録（/orca22/diseasev2、/orca22/diseasev3）で「急性散在性脳髄膜炎の疑い」のように未コード化傷病名コードに変換され「急性」と「の疑い」が含まれる病名を登録した場合に、疑いフラグ「3 急性かつ疑い」の設定がありませんでしたので修正しました。		H30.8.27

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
44		患者病名登録2について、以下の対応を行いました。 ・転帰区分に「P:中止」を追加 ・削除条件から疑いフラグ、急性フラグを除外		H30.10.25
45		患者基本情報の取得（/api01rv2/patientgetv2）に、禁忌薬剤情報、認知症地域包括診療加算算定、小児かかりつけ診療料算定、指導料等自動算定を追加しました。		H30.10.25
46		ユーザ管理API(/orca101/manageusersv2)について、権限設定機能を実装しました。		H30.10.25
47		システム管理情報の返却項目追加(医療機関情報－基本情報)を対応しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H30.11.27
48		受付一覧（/api01rv2/acceptlstv2）にメモ登録情報を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H30.11.27
49		入退院登録APIの［転科転棟転室リクエスト］について、リクエスト保持区分の設定を"0"（残さない）とした場合もリクエストの履歴が残る（日レセの「オーダ確認画面」に表示される）不具合がありましたので修正しました。		H30.11.27
50		入退院登録APIに入院登録（訂正）リクエストを実装しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H30.11.27

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
51		処方箋印刷APIで「099209905 含量規格変更不可」「099209906 剤形変更不可」の入力に対し薬剤名称に【剤形変更不可】【含量規格変更不可】の記載がありませんでしたので薬剤名称に編集するように対応しました。		H31.1.28
52	support 20190121-004	日医標準レセプトソフト API（/api01rv2/appointlst2v2） 予約時間を[16:30]で登録した「予約メモ内容(Appointment_Note)」が取りり込めない。 （[16:00]の予約では取り込める） 分が指定されていると、取り込めない気がします。	APIの患者予約情報（/api01rv2/appointlst2v2）で予約時間に30分など分の指定がある時、メモ内容の返却をしていませんでした。 正しく返却するように対応しました。	H31.1.28
53	ncp 20190124-005	入退院登録API「/orca31/hsptinfmodv2」にて 「08:転科転棟転室」を送った際、「0056 退院登録月の入院会計が存在しません」というメッセージが返却されたのですが、どういうケースで返されるメッセージでしょうか。 現時点では、該当患者の今回入院に対する退院は入っていないようなので、「退院登録月の入院会計」が何を指すのかがわかっておりません。 病棟種別が関係するのでしょうか。	異動日が含まれる診療年月の入院会計が存在しない場合のエラーメッセージを変更しました。 変更前 0056 退院登録月の入院会計が存在しません 変更後 0206 異動日を含む診療年月の入院会計が存在しません また、新たに異動日の前月の入院会計が存在しない場合のエラーメッセージを追加しました。 0206 異動日を含む診療年月の入院会計が存在しません	H31.1.28
54		ユーザ管理情報APIよりユーザ登録を行う際に、半角のユーザ名登録が可能となっていました。不可とするよう修正しました。		H31.2.25

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
55	ncp 20190315-004	収納情報返却APIを利用して精算機との連携をしている有床診療所様がおります。 診療行為で療養担当手当を登録しているのですが、外来分を収納情報APIで取得すると「療養担当手当」に該当する点数がレスポンスに含まれております。 <AC_Point_Code type="string">001</AC_Point_Code> <AC_Point_Name type="string">療養担当手当</AC_Point_Name> <AC_Point type="string">　　7</AC_Point> しかし、入院分を収納情報APIで取得すると上述のタグが含まれておりません。	療養担当手当を返却するよう修正しました。	H31.3.26

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
56	ncp 20190314-017	電子カルテからAPIにて会計データを取り込んでいますが、ある患者様だけ0993?マスタ（自賠責材料マスタ）の数量が反映しません。 電子カルテのメーカにも問い合わせサーバを確認いただきましたが、ORCA中途データまで数量が入っている状態でデータを送ることができているが中途データをORCAで展開した際に数量が弾かれてしまっているようだとのことです。 展開している内容は以下のとおりです .120 101120010　再診料 112016070　時間外対応加算１ 112015770　明細書発行体制等加算　145×1 .400 140000710　創傷処置（１００cm２以上５００cm２未満） 620007579　10 【般先】イソジン液１０％ 620008993　3 【般先】ゲンタシン軟膏０．１％　1mg 008300001　右下腿　66×1 .809 095930001　自賠責その他（材料、器材、私費等　←電子カルテで数量280入力 008300001　キノシリーズ .809 095930001　自賠責その他（材料、器材、私費等）←電子カルテで数量180入力 008300001　ニチバンサージカルテープNo１２ となっています。前述させていただきましたが他の患者様では数量が入ったことを確認し、現在確認できる限りこの患者だけ数量が反映しないようです。	API、CLAIM、HAORIで自賠責判断料の「09591xxxxx」から「09594xxxxx」と金額を診療種別「800 その他（リハビリ）」で送信した場合、数量は入力ができませんので展開時にエラーになりますが、点数マスタの金額をゼロで登録しているコードは数量でなく金額になりますが、「800」は金額入力できませんので金額は破棄していましたが破棄しないように対応しました。 中途データ展開後の剤分離で点数マスタの金額がゼロのコードは診療種別区分を「809 その他（労災・自賠責入力）」に変更しますので「800」で送信したことが確認できませんので対応しました。	H31.4.4

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	ncp 20190513-015	APIの室料差額登録で室料差額を設定しておりますが、一部の患者様で室料差額の請求額が0になる現象が発生しました。 確認したところ、tbl_nyuinacctのzaikaisuが0になっているのが原因のようです。 入院会計照会で室料差額を手動で変更確定すると請求額が発生するようになりました。 API経由だとtbl_nyuinacctのday_1～day_31の部分は変更されますがzaikaisuが変更されない場合があるのではないでしょうか。	室料差額登録APIで患者の入院会計の更新を行った場合に入院会計テーブルの剤回数が更新されなかったことにより退院時の会計に室料差額が計上されない不具合がありましたので剤回数を更新するよう修正しました。	R1.5.28
58	request 20180802-001	病名　患者病名情報の取得 /api01rv2/diseasegetv2 の件についてですが、ORCAで登録項目としてあるものがレスポンス一覧にないものがありますので、対応していただくと助かります。 ※ORCAで入力できる項目は全てです。 ●退院証明書記載 ●原疾患区分 ●合併症区分 etc	API患者病名情報の退院証明書記載の取得に対応しました。	R1.5.28
59	request 20181121-001	・「患者基本情報の取得(patientgetv2)」で取得できる割引、状態、入金方法等について、「API患者登録(patientmodv2)」で登録できるようにしてほしい ・「API患者登録(patientmodv2)」で登録できる保険の資格取得日を「患者基本情報の取得(patientgetv2)」で取得できるようにしてほしい	API患者情報取得（/api01rv2/patientgetv2）の返却に保険の資格取得日、公費の確認日を追加しました。 API患者保険組合せ取得（/api01rv2/patientlst6v2）の返却に公費の確認日を追加しました。 API患者情報一括取得（/orca51/patientbasisallv3）の返却に公費の確認日を追加しました。 API患者登録（/orca12/patientmodev2）に減免事由、割引率、入金方法を追加しました。	R1.6.25
	request 20190115-001	患者基本情報API（/api01rv2/patientgetv2）で、公費単独の保険確認日を取得できるようにしてほしい。		

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
60	request 20181010-001	ORCA APIを使い受付一覧を取得する機能がありますが，ORCA上で受付順変更を行っても，APIで返されるXMLには新しい順番の情報は無く，<Acceptlst_Information_child>の出力順も，もともとの順番と変わりがありません. 受付変更の結果をなんらかの形で取得できるようにして下さい.	API受付一覧（/api01rv2/acceptlstv2)にて受付順変更を反映するようにしました。	R1.6.25
61		API患者病名情報（api01rv2/diseasegetv2）の第三者行為の取得に対応しました。		R1.7.29
62	support 20190719-006	帳票データ取得API（/api01rv2/formdatagetv2）につきまして質問があります。 明細書一体型請求書兼領収書（ORCHC03V05）をPushAPIで印刷通知を受け取り、「帳票データ取得API」で取得した請求書Jsonを使用して帳票を印刷するシステムを作成しております。 請求書兼領収書Jsonの診療明細情報 [Statement]に明細の情報が記載されますが同じ患者の印刷処理をする度に、診療明細情報の頭に明細行数分の空白行ができてしまいます。 異なる患者で処理した場合は現象が発生しません。 また、同患者でも日レセを再起動した場合、明細情報は再び1行目から出力されます。	空白行を記録しないように修正しました。	R1.7.29
63		帳票印刷APIを追加しました。 ・請求書兼領収書（外来）（/api01rv2/invoicereceiptv2） ・診療費明細書（外来）（/api01rv2/statementv2） ・請求書兼領収書（入院）（/api01rv2/invoicereceipthv2） ・診療費明細書（入院）（/api01rv2/statementhv2）		R1.7.29

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
64	support 20190827-011	日レセAPI「患者病名情報の返却」につきまして、以下確認させてください。 Select=Allで病名を全件取得する場合、上限は200件とのことですが、以下条件において、取得件数が0件になってしまいます。 ＜条件1＞ 　最新開始日の病名が登録されている月において、病名登録数が200件を超える。 ＜条件2＞ 　病名取得時の基準月が 条件1 の月以降。 例： 　基準月：2019年9月（最新開始日の病名が登録されている月） 　病名登録数： 　　7月　　8月　　9月　　結果 　　---------- 　A 5件　196件　　4件　→　200件取得（8月・9月分） 　B 5件　196件　200件　→　200件取得（9月分のみ） 　C 5件　196件　201件　→　0件取得（「対象病名がありません」エラー） 　D 0件　　0件　201件　→　0件取得（「対象病名がありません」エラー） 　※2019年6月以前は病名登録なし 確認1 　病名数が200件を超える場合は前月までを取得とのことですので、上記例でいうと、C と D は2019年10月分を取得しようとし、対象なしエラーになっているのではないかと推察するのですが、合っておりますでしょうか？ 確認2 　上記例の C、D の場合については、API利用側からすると、病名が本当にないのか、病名が200件を超えているのか判別できないため、エラー内容を変更いただくか、200件越えエラーとともに200件分までは返却いただくよう変更いただくことは可能でしょうか？	API「患者病名情報の返却」で、対象が200件を超えた場合のエラー内容が「対象病名がありません」になっていました。 200件超えのエラーを設定していますが、返却が0件のため再度そのエラーを設定していましたので修正しました。	R1.9.24

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
65	API 中途終了データ作成 病名登録エラー	中途終了データ作成APIで、削除も含め、同一科同一診療日で99件以上、病名登録すると、不正な動作してしまいます。 ginbeeですと、httpステータスコード404を返してしまうようですので、アプリ側で適切なApi_ResultとApi_Result_Messageを返却していただけないでしょうか。	中途終了データ作成APIで、同一診療科同一診療日で削除分を含めて99件以上の病名登録を行おうとした場合、不正な動作をしていましたので、適切なエラー処理を行うように修正しました。 患者病名登録についても対応しました。	R1.9.24
66	support 20191001-033	中途終了患者情報一覧API（/api01rv2/tmedicalgetv2）にて以下の現象が起きました。 診療科は01内科、02精神科の病院様において 同日で「01内科」と「02精神科」の複数科で中途データを登録しておりますが、該当患者以降の中途データの診療科が全て「01精神科」と記録されたxmlが返却されコードと名称が合わない状態となってしまいました。 中途終了画面、およびtbl_wksryactは「02精神科」です。 該当患者以前の中途データの診療科は全て「02精神科」と正しい状態です。	APIの中途終了患者情報一覧（/api01rv2/tmedicalgetv2）で、診療科コード・ドクターコードをデータの内容でないコードで編集することがありましたので、正しく編集するようにしました。 診療科名称、ドクター名称を中途データ一覧情報リストに存在すればリストから編集していますが、診療科コード・ドクターコードはリストに存在しなかった時にシステム管理を検索した時の最後のコードを編集していました。	R1.10.28

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

67		各帳票印刷APIに帳票のPDF作成機能を追加しました。
		＊ 処方せん印刷API
		＊ お薬手帳印刷API
		＊ カルテ1号紙（外来）印刷API
		＊ カルテ1号紙（入院）印刷API
		＊ カルテ3号紙（外来）印刷API
		＊ カルテ3号紙（入院）印刷API
		＊ 請求書兼領収書（外来）印刷API
		＊ 請求書兼領収書（入院）印刷API
		＊ 診療費明細書（外来）印刷API
		＊ 診療費明細書（入院）印刷API
		※右記の内容のためパッチを10月29日に再提供しました。
			push-exchangerから電文を取得した際の電文情報から以下の患者情報(Patient)の電文が欠落していましたので修正を行いました。
			{
			"Information_Date": "2019-10-29",
			"Information_Time": "12:48:10",
			"Api_Result": "0000",
			"Api_Result_Message": "処理終了",
			"Form_ID": "karte_no1",
			"Form_Name": "カルテ1号紙",
			"Print_Date": "2019-10-29",
			"Print_Time": "12:48:10",
			"Patient": {
			"ID": "00001",
			"Name": "日医　太郎",
			"KanaName": "日医　太郎",
			"BirthDate": "1995-01-01",
			"Sex": "1"
			},
			(略)
			通常のpush-exchangerからの印刷では問題ありません。
				R1.10.28
				R1.10.29

68		保険・公費一覧取得（/api01rv2/insuranceinf1v2）の公費情報の返却件数が99件でしたのでオンラインと同じ200件に修正しました。		R1.11.27
69		push-exchangerより処方箋のデータを取得する設定の場合、診療行為画面で「頭書き」で処方箋を印刷した時、処方箋のデータに前回の処方箋データの情報が残っていましたので、正しく作成するように対応しました。		R1.11.27

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
70		APIの症状詳記登録（/orca25/subjectivesv2）で診療年月に和暦など数値以外が送信された場合に診療日付エラーでなく診療科エラーとなっていましたので診療日付エラーとするように修正しました。		R1.12.24
71		画像データ取得APIで、無効な画像取得用IDがリクエストに設定された場合、404(Not Fond)をhttpステータスに返却し結果として問題ありませんが、プログラムの不具合が見つかりましたので修正を行いました。 画像取得用のIDは画像を含む帳票データ取得APIのレスポンスに返却しています(処方箋、お薬手帳,お薬情報)。		R2.1.28
72		APIの患者病名登録で、エラーコード「E27」のエラーメッセージを修正しました。 また、第三者行為の更新処理に誤りがありましたので修正しました。 ・第三者行為の設定がない病名に同一診療科、開始日、病名で第三者行為を設定するリクエストをしたとき、第三者行為の設定がある病名が新規で登録していましたので更新するように修正。 ・同一診療科、開始日、病名で複数の第三者行為で登録してある病名に医保分(保険組合せが設定なしか医保分)を設定するリクエストをしたとき、エラーとするように修正。(「E37」を追加)		R2.2.26
73	ginbee-support 02962	クラウドORCA本環境におきまして、中途終了患者情報一覧API（/api01rv2/tmedicalgetv2）を使用して患者検索した際に、指定した患者IDの患者が存在しない場合、その旨のエラーメッセージ（エラーコード：10）と併せ、レスポンスに別の患者情報が入って返却されます。 また、その患者は当該医療機関に実在しない患者になります。 エラーメッセージについては仕様通りの挙動ですが、別の患者情報が返却される点につきましては、御社のAPI仕様ページに説明がなく、 挙動的には不具合のように見受けられます。	APIの中途データ取得（/api01v2/tmedicalgetv2）で存在しない患者番号を送信した時、前回検索した患者の情報を返却していましたので返却しないように修正しました。	R2.4.22

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
74	support 20191129-005	ご指示通り、 ＜Print_Mode type ="string"＞PDF＜/Print_Mode＞ と設定してAPIをたたきましたところ、添付したjsonが返ってきております。 http://orcaのIP:8000/blobapi/a4ca1bdf-8ea9-4850-9db3-71d47d7a8d29 ＜http://172.20.0.227:8000/blobapi/a4ca1bdf-8ea9-4850-9db3-71d47d7a8d29＞ をブラウザで表示しようとしたところ、ID、パスワードを求められました。 ormaster, oruserでログインを試みましたが、404エラーが返ってきてしまいます。 どのようにしたらPDFファイルを取得することができるでしょうか。 なお、Ubuntuにログインし、/var/tmp/print001/に該当PDFそのものができていることは確認しております。	昨年の10月にパッチ提供した、"API帳票PDF対応"について、対応不備がありましたので対応しました。	R2.4.22
75		入退院登録APIについて新型コロナウイルス感染症の特定入院料算定対応を行いました。 ※要マスタ更新		R2.5.26
76	support 20200819-001	https://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/medicatonmod.html こちらのAPIを使用して点数マスタ登録を行う際に点数マスタ設定画面の「部位の選択式コメントコード」も同時に設定したいという依頼がありました。 これは「リクエスト一覧」のどの項目にデータをセットする事で対応可能でしょうか。	点数マスタ情報登録（medicatonmodv2）に「部位選択式コメントコード」（Location_Comment_Code）を追加しました。 部位コード（002xxxxxx）登録時に設定があれば、マスタに登録します。	R2.9.24

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
77	request 20190108-002	食堂加算は入院時に発生しますが、APIで食事が送信されてきた時に食堂加算が発生させるようにできないでしょうか？ 食事は1日ずつ送信されますが、 ?欠食を送信しても食堂加算が消えない ?転科転棟転室処理を行うと、まだ食事が送られていない日に関しては食堂加算が消えてしまい、その後食事を送信しても食堂加算のフラグがたたないといった不具合が生じております。	食事登録API（又はclaim）で食事の登録時に該当日が食堂加算の算定可能病棟である場合、入院会計の食堂加算を"1"として更新するよう対応しました。 食事登録APIで「食事の種類（Meal_Type）」に「0:食止め」（又はclaimで「食止め」）を送られた場合、該当日に食事の算定が無い場合は食堂加算を"0"として更新します。 食事登録APIについては「食事継続区分（Meal_SameAfter）」が「1:継続指定あり」とされた場合も同様に食堂加算に反映します。	R2.10.27
78	request 20191016-001	日レセクラウドの「診療行為」APIについて、現在薬剤についてはMedication_Pointで金額しか取得できませんが、Claimの場合は「claimの場合は点数を返却するために、原則薬剤、器材の場合は点数マスタに登録されている各薬剤・器材の(金額 * 数量 /10) + 0.5 として値を返却しています。(実際のレセプトの請求点数ではありません)」と伺いました。 APIでも同様の値を取得できるようにしていただけませんでしょうか。	APIの診療行為返却（/api01rv2/medicalgetv2）の診療行為剤内容返却（xml_medicalget02v2res）にClaimと同様にコード毎の参考点数を返却します。 追加項目 Medication_info　{ Medication_Refer_Point　varchar(10); 返却内容 薬剤・器材コードは、点数マスタの金額に数量と回数を反映した点数 （（点数マスタの金額×数量）÷ 10 + 0.5 ）×　回数 診療行為コードは、点数マスタの点数に数量（きざみ値入力がある場合のみ）と回数を反映した点数 ※数量を反映しただけの参考点数のため請求点数ではありません。	R2.11.25

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
79		APIの診療行為内容返却（/api01rv2/medicalgetv2）にコメントの入力値を返却するようにしました。 追加項目 Medication_Input_Info { Medication_Input_Code　varchar(10); } [5]; 返却内容 コメントコード、または、服用方法コードなど数値を入力し名称に変換するコードに数値入力があれば内容を返却します。		R2.11.25

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

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	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。	
6		特定器材マスターの改定に伴う未コード化特定器材の記録について この対応に伴い、処方せんに商品名で記載可能としました。 処方せんプログラムのプログラムオプション設定で「商品名の編集」を新設しました。商品名で記載する場合は設定を行います。		H29.3.27

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
7	4/3 保険別請求チェック表	保険別請求チェック表（総括）の保険区分が、一部編集されませんとのお問合せがありました。	保険別請求チェック表（総括）の外来分で以下の保険区分の見出しの表示が漏れていましたので修正しました。 社保　高一公費併用 　　高一単独 国保　一般高一 後期　高９	H29.4.4
8	ncp 20170403-009	３月２８日パッチ提供で下記のようにありましたが、４月から「一般名処方加算誤算定疑い患者一覧」は使えなくなるといういう認識なのですが、毎月これでチェックしていたユーザーさんにはどのようにチェックすればよいでしょうか？ また、今後対応予定はありますでしょうか？	一般名処方加算誤算定疑い患者一覧（ORCBGGEREP）に「099209911　後発品変更可（処方単位）」と、Ｈ２９年３月１７日から新設された後発医薬品区分の対応を行いました。 【留意事項】 以下のことにご留意ください。 この集計表の結果はチェックの参考とするものであり、必ずしも正しいものではないこと。 平成29年3月診療分について、一般名処方マスタの適用日と疑義解釈より算定根拠が曖昧であること。	H29.4.4
9	support 20170330-024	主保険＋地方公費の組合せで、月途中で公費の上限に達した後も受診日(請求額なし)が数日あった場合、23収納「支払証明（日別）」を出すと請求額なしの受診日分が支払証明に記載されません。 医療機関様より以前は記載されていたとのことですが、仕様が変わったのでしょうか。	第４回パッチ提供にで請求額が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
１０	4/7 労災　光ディスク等送付書	労災の光ディスク等送付書の様式ですが、3月27日に変更があったようです。（※5の項目追加） http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rezeptsystem/index.html	労災の光ディスク等送付書が様式変更になりました。 平成29年3月診療分から新しい様式で作成するように対応しました。	H29.4.26

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 20170330-024	主保険＋地方公費の組合せで、月途中で公費の上限に達した後も受診日(請求額なし)が数日あった場合、23収納「支払証明（日別）」を出すと請求額なしの受診日分が支払証明に記載されません。 医療機関様より以前は記載されていたとのことですが、仕様が変わったのでしょうか。	支払証明書の印刷時に患者請求が発生しない請求情報および未入金状態の請求情報を記載対象外とする区分を新たに追加しました。 　請求内容の印字：4 入金分のみ印字する システム管理［1039 収納機能情報］で初期表示設定も可能としました。	H29.4.26
12	ncp 20170413-012	月次帳票の「訪問診療等の状況」（ORCBG028）について、地域包括診療料を算定している医院様があるのですが、再診料(DUMMY)（診療コード:099120001)がカウントされていないのでは、とお話がありました。	診察料のダミーコード 　099110001 初診料（DUMMY） 　099120001 再診料（DUMMY） を「初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数」の対象とするようにしました。	H29.4.26
13	request 20160723-001	セット画面にてセット登録の一覧印刷機能はありますが、CSV出力機能が現在ありませんので、機能追加をお願い致します。	月次統計業務から「セット登録一覧」を作成可能としました。 CSV出力の指定を行うことでCSVデータファイルの作成も可能となります。 ※マスタ更新有	H29.4.26
14	request 20160802-002	退院後に入院診療録を印刷した際に退院日も記載して頂きたいとご要望いただきました。 帳票名：カルテ（診療録）　入院カルテ１号紙 プログラムID：ORCHCN01 プログラムオプション等で宜しくお願い致します。	退院後に入院診療録（１号紙）を印刷した際にプログラムオプションの設定により退院日の記載を可能としました。 ・入退院登録画面に表示されている退院日を編集する ・プログラムオプションの初期値は「記載しない」とする	H29.5.25
15	request 20160915-002	ORCBD010の前回未収額の合計額も印字するようにお願いします	収納日報の明細表に前回未収額合計額の記載を追加しました。 帳票の様式をプログラムオプションでFORM=0（２行１明細）を設定した場合に前回未収額合計額を記載します。	H29.5.25

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

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	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
22	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→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
23	support 20170809-005	「お薬情報」印刷すると、ある特定の薬剤の画像が"Broken image"及び×印（イメージ）が印刷されます。 ※複数薬剤があり、改ページ後の先頭に印刷 なお、別の患者で当該薬剤を印刷したら正常でした。 また、薬剤情報マスター上、当該薬剤の画像は正しく表示されます。 さらに、「再印刷」→プレビュー画面では、印刷物と同様の画像になります。	複数科入力で同じ薬剤をそれぞれの診療科で入力してお薬情報を印刷した際に、２科目のお薬情報の同じ薬剤の画像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。	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
24	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
25	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

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
26	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
27	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
28	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
29	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

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	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
31	ncp 20180413-004	プログラム名：ORCBGSKLST 帳票名：システム管理設定内容リスト ですが、システム管理マスタ1901 医療機関編集情報を設定していると全て対象の「＊」または指定対象の「1901」が処理されず処理中に止まってしまいます。 1901を含めない個別対象は問題なく処理が終了しました。	月次統計のシステム管理設定内容リストで関連した複数の管理コードをまとめて処理する際に存在しない管理コードの処理がループする不具合がありましたので修正しました。	H30.4.25
32	support 20180508-032	ORCAから出力したEファイル、Fファイルの傷病名の件数と月次統計から出力した「未コード化傷病名使用割合一覧表」の件数に相違があります。 （E,Fファイルの傷病名件数は、区分「SY」のものを抽出して算出しています）	未コード化傷病名使用割合一覧表について、入院外の傷病名カウントから施設入所中の患者（患者登録の公費欄に"948","949","950","951"の登録がある患者）が漏れる不具合がありましたので修正しました。	H30.5.28

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
33	support 20180612-011	同薬剤が用法・日数が違うので2回入力されていて前回処方で薬剤情報を印刷する場合に、画像が印刷されてこないという現象が起きています。	前回処方からお薬情報を印刷する際に用法・日数の異なる同薬剤がある場合、後の頁に編集される同薬剤の画像が正しく表示されませんでしたので修正しました。	H30.7.25
34	support 20180718-005	収納日報において、自費請求額が保険請求額欄へ集計されてしまう現象が発生いたしましたので、ご確認いただきたく存じます。 【対象帳票】 収納日報　ORCBD010 【内容】 自費82円のうち最初に80円を請求し、後から発生した請求金額2円分が保険請求額欄へ集計されてしまう。 以下の手順で操作しています。 ①システム管理マスタ1001は以下の設定 ・請求額端数区分医保（減免無・保険分）「1　１０円未満四捨五入」 ・請求額端数区分医保（減免無・自費分）「0　保険分に準ずる」 ②095******で82円の自費マスタを作成 ③診療行為→医療保険で②のマスタを登録→80円の請求額が発生 ④システム管理マスタ1001を変更 ・請求額端数区分医保（減免無・自費分）「4　１０円未満端数処理なし」 ⑤診療行為訂正で展開し、登録→2円の追加請求額が発生 ⑥収納日報で確認すると、自費請求額に集計されるはずの2円が保険請求額へ集計される	この事例の場合、後から発生した請求金額を自費請求額欄に集計するよう修正しました。	H30.7.25

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
35	support 20180730-011	会計カード補助区分について質問があります。 会計カードを出力すると補助区分がある国保後期は2割などの割合が入ってくるのですが、社保はもともと区分を使用していないので、70才未満に関しては会計カードの補助区分が入らないのが正しいと思われますが、70才以上の患者さんには対しては補助区分を入れているので、国保後期のように2割などの割合を出すことは可能かという質問をうけました。 社保で70才以上の患者さんに対して補助区分を会計カードに印字させる設定などがあるのでしょうか？ それとも社保に関しては会計カードの補助区分に負担割は出せないのでしょうか？	70歳以上の社保の補助区分（2割）の編集を追加しました。	H30.8.27
36	ncp 20181107-023	北海道で11月から4月に算定する療養担当手当ですがORCHC03V05の様式について上部の初・再診料から入院料等に点数の表示がなく合計点数のみ加算されているため患者様から医療機関様にソフトウェアの不具合ではないのかと問い合わせがありました。修正されるご予定はありますでしょうか？	見出し「リハビリテーション」を「リハビリ、その他」と変更し、療養担当手当をここに集計するようにしました。	H30.11.27
37	support 20181204-012	「ORCBG016」指定診療行為件数調　の結果と会計カードの結果を添付します ■質問 算定しておりませんが、なぜか「113009510」診療情報提供料（2）の算定が11/30に9回と(ORCBG016)指定診療行為件数調で集計されています。	指定診療行為件数調に不具合（配列外参照）があり、診療コードの参照を誤った項目から行う場合がありましたので修正しました。	H30.12.25
38	support 20190215-011	病院様より、支払証明の自費内訳明細書に計上されている自費マスタのおむつ代が入浴サービス料（自費マスタ）が登録されている日だけ、2行又は3行になって計上されているとのお指摘を受けました。 入力順等を変えて入力しても1行にまとまらないので、患者様に説明する際に困っているとのことでした。	収納業務から印刷する自費内訳明細書について、同じ自費項目の明細が別れて編集される不具合がありましたので修正を行いました。	H31.2.25

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
39	ncp 20190212-001	請求管理にて同様の登録を行っていますが保険別請求チェック表の当該診療分以外の集計に反映されない方がいます。 ※月遅れリストでは2つ反映されています。 沖縄県地方公費を利用し今月公費のみ月遅れ請求 1.【281（こども負無）】→　反映されない 2.【299（こども）　】→　反映される 2つの違いは、「1」は返戻取込みを行っているデータで請求管理画面で【返戻データあり】の表示が出ています。	保険別請求チェック表、チェック明細表の集計修正 例）外来：協会（3割）＋沖縄県地方公費299（負担割合100％） ※平成31年1月診療分　※保険番号299はレセプト請求しない 請求管理画面で、（公費請求書分）の請求年月に平成31年2月を入力 この場合、公費請求書分の集計は、平成31年2月分のチェック表及びチェック明細書に集計する事となりますが、公費請求額が0円のため、集計対象外となっていました。 上記の場合も集計対象となるよう修正しました。 修正後は、平成31年2月分のチェック表の併用公費一覧に保険番号299の請求情報が集計されます。又、それ以外の集計については、公費請求額が0円ですので件数に1が集計されるのみとなります。	H31.2.25
40	support 20190318-020	月次統計「ORCBG016」件数について 労災、自賠責の組合せで褥瘡対策管理加算の件数が正しくカウントされませんでした。	自賠責保険の入院時（労災準拠の場合）、診療行為画面から入力した入院料加算が「労災（2週間以内）（1．3倍）」「労災（2週間超）（1．01倍）」に含まれる加算だった場合に、該当加算について指定診療行為件数調のカウントが2重にカウントされてしまう不具合がありましたので修正しました。 労災保険の入院時についても同様となります。 診療行為別集計表（ORCBG017） 診療行為別集計表（期間指定）（ORCBG017V01） についてもORCBG016と同様の不具合がありましたので修正しました。	H31.3.26

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
41	ncp 20190415-009	向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧についてのお問い合わせです。 平成31年3月末で期限切れの医薬品マスタの中に向精神薬長期処方の対象医薬品の成分一覧で対象となる医薬品（例：611120097　ロヒプノール錠1　1mg）がありますが、期限切れの対象医薬品が平成31年4月以降、向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧に集計されなくなっています。	向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧（ORCBG033）で対象の年月より前に終了となった薬剤が対象となっていませんでしたので対象とするように修正しました。 対象年月H31.4で処理を行うと、H31.3.31以前に廃止となった医薬品が処理の対象となっていませんでした。	H31.4.23
42	support 20190601-008	月次統計の向精神薬長期処方対象医薬品投与患者一覧についてお尋ねします。 対象年月を平成31年4月で処理をかけると問題ないが、令和1年5月で処理をかけると10分以上かけても処理が終わらない、とお問い合わせがありました。	受診履歴の検索に時間がかかっていましたので、検索条件の見直しを行いました。	R1.6.25
43	6/4　帳票編集 医療機関名称	出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書）集計票と送付書に記載される医療機関名ですがシステム管理マスタ1901帳票編集情報で編集した場合1行目に登録した名称が、20文字までと2行目に登録した5文字目までで改行し26文字目以降が2行目に印字される仕様でしょうか。 1行目が20文字以内の場合でも、最終の文字以降は空白とし2行目の5文字までは1行目に印字されるのでしょうか。	・出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書）集計票 ・出産育児一時金等代理申請・受取請求書　送付書 上記2帳票に記載する「医療機関等名称」について、システム管理「1901 医療機関編集情報」に設定した医療機関名称より編集を行う場合の記載方法を以下のように変更しました。 （例） ・システム管理「1901 医療機関編集情報」の設定内容 医療機関名称（1行目）AAAAAAAAAABBBBBBBBBB 医療機関名称（2行目）CCCCCCCCCCDDDDDDDDDD ・変更前の「医療機関等名称」記載 AAAAAAAAAABBBBBBBBBBCCCCC CCCCCDDDDDDDDDD ・変更後の「医療機関等名称」記載 AAAAAAAAAABBBBBBBBBB CCCCCCCCCCDDDDDDDDDD ※「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」の記載に併せました。	R1.6.25

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
44	70歳以上　船員下船　処方箋QRコード	70歳以上　船員下船　処方箋QRコード 70歳以下ではNo.25職務上の事由レコードが25,2で出力されますが、70歳以上で補助区分「E 2割下船」で登録するとNo.25の情報が出力されないようです。	QR処方箋を船員保険の70歳以上の高齢者補助区分が「D 2割職務」「E 2割下船」「F 2割通勤」で発行した時、QRデータの職務上の事由レコード（NO.25）が作成されていませんでした。 正しく作成するように対応しました。 処方箋QRデータと処方箋連携用データです。	R1.6.25
45	ncp 20190702-009	収納日報を作成した際、ある患者様のお名前の途中から、その下の20人ほどが印字されず空白行のままになり、途中からはまた通常通り印字されてくるという現象が起こっています。ユーザー様では拡張漢字もご使用されており対象患者様に「焱」という第4水準の漢字が使用されています。社内機で検証したところ「焱」という文字を使用していれば必ず現象が起こるわけではない様ですが、対象患者様とまったく同じ氏名で登録した場合同じ現象が起こりました。	10文字以上の氏名で10文字目までに3バイト文字が含まれていた場合に帳票が正しく編集できない不具合がありましたので、この場合は9文字目まで編集を行うよう修正しました。	R1.7.29
46	8/8　後発医薬品数量シェア除外薬	月次統計―後発医薬品数量シェア（置き換え率）について エンシュア・リキッド等の経腸成分栄養剤は除外されますがイノラス配合経腸用液が除外されていないようです。 5月29日収載の新薬ですが、除外対象とはならないのでしょうか。	後発医薬品数量シェア（置き換え率）での対象医薬品にイノラス配合経腸用液が含まれていましたので除外しました。	R1.9.24
47	ncp 20190924-006	今回は領収書の診療科の印字についてお問合せです。 ユーザ様の「領収書兼明細書」の帳票プログラム名は「ORCHC03V04」をご使用されているのですが、診療科の印字が「病児保育科」という診療科を設定しているのですが「診療行為画面-請求確認画面」から領収書を印刷指示を行うと「診療科」の科目名は「病理保育科」を印字されるのですが「収納登録画面」から「再印刷」をから印刷指示を行うと91マスタ登録→101システム管理マスタ→1005診療科目情報の「短縮名２」の「病理保」で診療科が印字されてくるのですが、他の領収書等は「短縮名２」を印字されていると思われますが、今回の場合は何故「病理保育科」と印字されるのでしょうか。	領収書兼明細書の診療科の表記が診療行為から発行した場合は短縮名１を、収納から再発行した場合は短縮名２を設定していました。 他の領収書兼請求書と同様に、診療行為から発行した場合は短縮名２を設定するよう修正しました。	R1.10.28

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
48		1回の処方で処方箋の枚数が10枚以上となる場合に異常処理していましたので10枚以上でも印刷するように対応しました。 最大枚数を50枚までとし、51枚目の内容は破棄します。 また、中途終了時に院内投薬の処方箋・お薬手帳を印刷する時、在宅で院内薬剤の入力があり薬剤点数が0点の剤が印刷対象となっていませんでしたので対象とするように対応しました。		R1.11.27
49	support 20200108-008	月次統計・保険別請求チェック表について確認させて頂けますでしょうか ORCBGS120保険別請求チェック表 「食事標準負担額」と「食事・生活請求円」が逆ではないでしょうか	保険別請求チェック明細表のCSVについて、「食事標準負担額」と「食事・生活請求円」の編集位置が逆になっていましたので修正しました。	R2.1.28
50	11/13－保険別請求チェック明細表災害該当	災害該当分のレセプトを分割しないの設定で、月途中で災害該当となったとき災害該当以前の診療分の患者負担額、公費負担額が保険請求チェック明細表に集計されません。 分割するの場合は集計されますが、しないの場合は正しく出ないのでしょうか。	保険別請求チェック表・チェック明細表の集計修正 月途中で、962免除及び959災害該当を公費登録し、該当月が災2レセプト（非減免分と減免分が混在するレセプト）となった場合、保険別請求チェック表・チェック明細表の集計が正しくできませんでしたので修正しました。 （システム管理2005－基本1(2)の災害該当分分割の設定「0」） （例）962免除及び959災害該当を公費登録（適用期間1/16～） 外来 1/10 非減免分：協会（3割）単独　1000点 1/20 減免分　：協会（3割）単独　2000点 保険請求額30000円で集計 ↓ 患者負担額3000円、保険請求額27000円で集計になるよう修正 ＜注＞ レセプト作成済み分について、上記の集計を行うには、再度、該当レセプトの個別レセプト作成処理を行った後に保険別請求チェック表・チェック明細表の作成処理を行う必要があります。	R2.1.28

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
51	ncp 20200507-030	「23収納」 外来月別で1か月の請求書と明細書を出したときに明細書に 「113032850 ＊慢性疾患の診療（新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱）」の項目名称が印字されません。レセプトには点数も名称も入ってきます。日ごとの明細書にも印字されます。 外来月別で発行した明細書には印字されませんでした。 出る場合と出ない場合があり、1回目は電話再診のみで2回目に慢性疾患の診療147点を入力した場合は出ませんでした。	名称を表示するように修正しました。	R2.5.26
52	support 20200512-005	診療行為別集計表（ORCBG017）に 113032850：慢性疾患の診療（新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱）が集計されません。 【状況】 ４月で処理をかけた場合：集計されない ５月で処理をかけた場合：集計される マスタの開始日4/10～が影響しているのでしょうか？	マスタの開始日が月途中からとなるものについて対象とするように修正しました。また指定診療行為件数調(ORCBG016)についても同様の不具合がありましたので修正しました。	R2.5.26
53	support 20200520-024	期間を選択して複数日分まとめて収納日報を出力する際指定期間の最終日だけ診療年月日のところが空欄になるのですが最終日も日付が表示されるようにする方法はございますでしょうか。 （1日分の場合は診療年月日はすべて空欄になるかと存じます。）	収納日報(ORCBD010)の明細欄の診療年月日（入院の場合は伝票発行日）の編集について、期間指定の場合（入力パラメタの終了処理日の設定があった場合）は必ず編集を行うようにしました。	R2.5.26

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
54	support 20200522-019	ORCBGS100　保険別請求チェック表（標準帳票）についてお尋ねします。 「公費請求額」欄ですが、外来社保・国保・後期高齢者および入院社保・国保は1円単位で集計されますが、入院の後期高齢者だけ四捨五入された額で集計されます。同様に、総括は後期高齢者欄のみ四捨五入されます。 「保険別請求チェック表の本体取り込みについて」の「（参考）保険別請求チェック表の対応に関する仕様」を見ると、1円単位で計算されるよう記載されておりますが、入院の後期高齢者のみ四捨五入されるのは、どういったルールになりますでしょうか？	保険別請求チェック表・明細表の【公費請求額】集計修正 「入院で高齢者＋公費、かつ、高額療養費発生しない、かつ、公費の月上限に達する」に該当する場合の【公費請求額】の集計に不備がありましたので修正しました。 （例）入院：後期高齢（1割）＋54難病（上限額5,000円） 　請求点29893点の場合 【患者負担額】5,000円 【保険請求額】269,037円 【公費請求額】24,890円　→　24,893円 （※）24,893円となるよう修正 （注）【公費請求額】集計修正には、再度、個別レセプト作成後に保険別請求チェック表・明細表の作成を行う必要があります。	R2.7.10
55	診療行為別集計表_在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院料1）	労災の入院患者で「在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院料1）」を算定している場合診療行為別集計表（ORCBG017）に集計されていないと問い合わせをいただいております。 健保の患者の場合、[190168070]は帳票に出力しますが労災の患者の場合、[101900140]の算定になるかと思いますがこの場合、診療行為別集計表（ORCBG017）に集計されておりませんでした。	労災の入院患者で「在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院料1）」を算定している場合、診療行為別集計表（ORCBG017）に集計されない不具合を修正しました。 指定診療行為件数調(ORCBG016)についても同様でしたので併せて修正を行いました。	R2.7.27
56	ncp 20200729-016	令和2年4月診療報酬改定対応(レセプト)(六版)　の ■記載要領（別表1）に掲載された選択式コメントコードによる自動記載（記録）分 「労災・自賠責・公害レセプト：令和2年8月診療分以降で対応」 についてお尋ね致します。 今回の自動記載のコメントに関しましても月次統計の帳票「コメント重複疑い患者一覧」にて抽出する事が出来ますでしょうか？	「コメント重複疑い患者一覧」に労災のコードを追加しました。	R2.8.26

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
57		疾患別リハビリテーション料の治療開始年月日及び疾患名記載対応（会計カード） 会計カードに記載している疾患別リハビリテーション料の治療開始年月日及び疾患名記載について、令和2年8月診療分以降は、レセプト記載と同様に、記載要領（別表1）に掲載された選択式コメントコードの名称で 記載を行うよう対応しました。		R2.8.26
58	support 20200805-032	月次統計　傷病名マスタ（ORCBG025)についてお伺いいたします。 特定疾患等対象区分と難病外来対象区分の欄の数字は、病名画面の疾患区分を参照しているのではと推測しています。 （例）傷病名マスタの「05　特定疾患」＝病名画面の疾患区分「05 特定疾患療養管理料」 処理結果をCSV出力してExcel等で開くと、00以外の数値が入る場合「特定疾患等対象区分」と「難病外来対象区分」の両方に同じ数値が入っているようです。	月次統計の傷病名マスター覧のCSVデータの作成に誤りがあり、難病外来対象区分に特定疾患等対象区分を記録していました。	R2.8.26
59	ncp 20200714-023	診療科別医薬品使用量統計（合計金額）（期間指定）(ORCBG006V01)を6月1日～30日の期間で出力したところ、ディレグラ配合錠の薬価欄に＊が印字され、欄外に「＊旧薬価」と印字されました。 ディレグラ配合錠は6月19日提供のマスタ更新にて薬価は変更ありませんでしたが、後発医薬品フラグが0から2へ変更されていましたが、その事が原因でしょうか？	診療科別医薬品使用量統計(合計金額) 同じ薬剤で発行日と薬価と異なる場合に＊マークを表示するように修正しました。 また、診療科別医薬品使用量統計については、同じ薬剤で複数の薬価が存在する場合に＊マークを表示するように修正しました。	R2.8.26
60	ncp 20200817-016	月次統計「ORCBG017V01　診療行為別集計表」についてですが、入外区分を11：包括含まないとし、診療区分を90：入院にて確定させますと療養病棟入院料に加算されます褥瘡対策加算が統計の方に記載されないようです。先月までは記載されておりました。何か変更された部分があったのでしょうか。	診療行為別集計表（ORCBG017,ORCBG017V01)及び指定診療行為件数調（ORCBG016)で、医保分の褥瘡対策加算が集計されない不具合がありましたので修正しました。 前回のパッチにより不具合が発生しました。	R2.8.26

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
61	ncp 20200911-002	請求書兼領収書の明細書一体型（ORCHC03V05）をPushAPI経由でJSONで出力するようにしています。 診療は協会＋自費といった複数科保険で出力すると、JSONの明細部分（Statement）が以下のようになります。 1つ目の保険の明細が3行の場合、2つ目の保険の明細は4行目から記録される（1～3行目は空白行）	2つ目の保険の明細の先頭に不要な空データが編集されていましたので編集しないように修正しました。	R2.9.24
62		QRコード付きの処方箋について 被保険者証等の枝番の記録に対応しました。 令和2年10月診療分から枝番の登録がある場合は、バージョン情報を「JAHIS7」として、記号番号レコードの被保険者証枝番を記録します。 枝番の登録がない場合は、現行のバージョン情報「JAHIS5」の規約のままとします。		R2.10.27
63		処方箋（様式）の枝番対応で表示方法を変更しました。 枝番の登録がある場合のみ項目名として”（枝番）”を記載していましたが、枝番がなくても”（枝番）”を記載するようにしました。		R2.10.27

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
1	kk 50355	後期高齢（1割）と公費89助成（大阪）と限度額認定証（区分I）をお持ちの患者様 10月29日で公費89助成を喪失 実日数5日で4日間が公費併用 公費併用の4日間で診療点数が9688点で8000円の窓口負担上限を超えていますが、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
2	kk 50732	後期高齢者で84歳で公費が143障害初有をお持ちの方なのですが、最初内科で再診で受診したのち、次に整形外科で初診（同一複数科受診時の2科目）141点でそのあと診療行為を入力したのですが自己負担金が0ででました。 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
3	kk 50759	茨城県の医療機関様から医療福祉（マル福）の診療報酬明細書の公費記載点数について国保連合会様から指摘があったとの連絡がありました。 今回の該当患者様は、後期高齢（39）+難病（54）+重度高齢医療費（85）の3者併用の方で、難病対象と対象外のレセプトになります。 現在　レセプトには 保険請求：9370 公費１：7466 公費２：1904　　と記載されているのですが、実際は公費2の請求点数には9370の保険請求点数を記載するのが正しいようです。 平成２２年３月診療分以降は全点数を記載するとの通達も来ておりましたので、対応をお願いいたします。	茨城県地方公費対応（平成２２年３月診療分以降） システム管理２０１０－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
4	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
5		減免（減額（割））について、現行と異なる計算方法の対応を行いました。 （入外） 【一部負担金を減額する】負担金計算ではなく、【主保険の負担割合を減額する】負担金計算を可能としました。レセプトについても上記計算方法の対応を行いました。 併せて、災害該当の場合に、レセプト欄外上部及び摘要欄に（災1）等の記載（記録）を行っていますが、括弧を省略して記載（記録）するよう変更しました。 1．患者登録で、公費登録する保険番号は、960減額（割）を使用します。 2．【主保険の負担割合を減額する】負担金計算を行う場合は、960減額（割）の登録を行う際、「公費負担者番号（1桁目）」に“2”（半角）を入力します。 3．所得者情報において減額割合を入外別に入力します。 減額割合が1割の場合は、10% 減額割合が2割の場合は、20% ＜注＞ ・入力するのは、減額後の負担割合ではなく、減額割合です。 ・入力した減額割合が主保険の負担割合と同じか大きい場合は100%として取り扱う。 ・入力した減額割合が未入力又は0%の場合は減免の取り扱いをしない。 4．【主保険の負担割合を減額する】負担金計算について （ア）主保険単独時の計算方法 （1）主保険自己負担限度額 （2）請求点数×10円×（主保険の負担割合－減額%） ※（1）と（2）を比較し、小さい金額を患者負担とします。 （イ）公費併用時の計算方法 【全国公費】 （1）主保険負担相当額（アの計算式で算出した金額）	（2）公費自己負担限度額 （3）請求点数×10円×公費の負担割合 ※（1）～（3）を比較し、一番小さい金額を公費一部負担とする。 【地方公費】 （1）主保険負担相当額（アの計算式で算出した金額） （2）公費自己負担限度額 （3）請求点数×10円×公費の負担割合 ※（1）～（3）を比較し、一番小さい金額を公費一部負担とする。 ＜補足＞ ・公費が1つの場合は、その公費一部負担を患者負担とする。 ・公費が複数ある場合は、一番金額の小さい公費一部負担を患者負担とする。 5．レセプト （ア）高齢受給者レセプトについては、高額療養費が現物給付されない場合であっても保険欄－一部負担金欄に金額記載（記録）する。 （イ）主保険単独、かつ、該当患者が現物給付対象者、かつ、患者負担額が主保険自己負担限度額に達している場合は、減免の取り扱いをしない。 ※公費併用分について、減免の取り扱いが不要な時には運用にて対処する事。 （該当月の減額割合を0%にする等） （ウ）災害該当の場合に、レセプト欄外上部及び摘要欄に（災1）等の記載（記録）を行っているが、括弧なしで記載（記録）するよう変更する。 （例）（災1）→　災1	H29.7.25

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	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
7		平成29年8月診療分以降の和歌山県岩出市子ども医療費の負担金計算対応を行いました。（外来） 1．和歌山県岩出市子ども医療費の保険番号は「281」です。 2．小・中学校生の通院に係る医療費について、一部負担金のうち「3分の2」の額を助成し、「3分の1」の額（10円単位に四捨五入した金額）を患者請求額とします。 ＜計算例1＞「主保険（3割）＋281」2932点の場合 2932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
8	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
9	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
10	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
11	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。 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）	＜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

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 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
13	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
14	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
15	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
16	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
17		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.

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	support 20180511-021	70歳未満 高額療養費「区分オ」 ①入院期間：3/7～3/8・・・国保 ②入院期間：3/22～　・・・国保、国保＋難病の保険組合せが混在 ★難病の入外上限額：5,000円（他一部負担累計なし） ①での一部負担金は「35,120円」で、②での公費一部負担金は「5,000円」となっているのですが、 ②での国保の請求が「請求額なし」となります。 医療機関より、②での国保の請求が「280円」になるのが正しいのでは？と問い合わせを受けております。	70歳未満現物給付計算修正（入院） 以下の事例の入院負担金計算について修正しました。 （例）70歳未満、限度額認定証（適用区分：オ）、自己負担限度額35400円 060（H29.9.8～99999999） 054（H30.3.19～H30.9.30）負担者番号：54386016　月上限額：5000円 967（H30.3.1～H30.7.31）所得者情報：低２（H30.3.1～H30.7.31） ・入院期間（3月 7日～ 8日） 国保単独　請求点数：11705点　一部負担金：35120円 ・再入院期間（3月22日～31日） 国保＋難病　請求点数：118597点　一部負担金：5000円 → 280円（※） 国保単独　請求点数：3047点　一部負担金：　0円 （※）公費優先計算の関係で一部負担金が5000円になっていましたが、自己負担限度額35400円－退院分一部負担金35120円＝280円になるよう修正しました。	H30.5.28
19	support 20180517-010	ORCAの自費登録では金額欄に9桁まで入力して登録できるようですが、その上でこれを診療行為画面で呼び出すと8桁になります。 ところが、この後で画面右下の登録を押すと7桁になってしまいます。 自費の金額について、ORCA は何桁まで保証しているのでしょうか？	点数マスタ登録で「095xxxxxx」「096xxxxxx」のコードの金額が7桁を超えても登録できていましたのでエラーとするようにしました。 既に8桁以上で登録済みでも診療行為での金額は7桁までの編集とします。 診療行為入力で、「.950」「.960」で手入力した金額や数量、回数入力で金額が7桁を超えた時はエラーとするようにしました。 また、「.950」「.960」の合計金額が7桁を超える場合もエラーとします。 併せて負担額、請求額が7桁を超える場合のチェックも追加しました。	H30.6.27

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
20	kk 53630	平成30年8月診療分からの旭川市の旭川市重度心身障害者医療費助成に係る医療費の請求方法の資料をお送りいたします。	北海道旭川市地方公費対応修正 （保険番号643、644） 上記の地方公費については、初診算定時は「1割相当額から初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額」を一部負担金とする負担金計算を行っていますが、保険番号マスターレセプト負担金額の設定が「2」の場合、該当公費の収納内部項目（※）の格納値が「1割相当額の金額」になっていましたので、平成30年8月診療分以降は、1割相当額から初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額になるよう修正しました。 （※）該当公費が第一公費の場合＝KOH1COMPFTN、第二公費の場合＝KOH2COMPFTN ＜補足＞ この修正は、患者窓口負担に影響がでるものではありません。請求方法変更に伴う不具合修正になります。	H30.7.25
21	kk 52879	・長野県 H30年8月1日から長野県内市町村で福祉医療費が現物給付へ変更になるようです。 システム管理2010「食事療養費付加設定」の機能追加対応 システム管理2010－（負担金計算（2）タブ）－「食事療養費付加設定」の各設定項目に「4　患者負担あり（他公費助成後の半額）」を追加し、該当地方公費の患者食事負担を「主保険又は上位公費の患者食事負担の半額」とする負担金計算を可能としました。 1．上記の患者食事負担計算を行う場合は、該当地方公費についてシステム管理2010－（負担金計算（2）タブ）－「食事療養費付加設定」の設定を行う必要がありますが、設定する際に各タブ（本人タブ・低所得タブ・低年金タブ）の「食事療養、生活療養（食事）、生活療養（環境）」は全て「4」で設定します。（各タブ毎に設定が可能）	2．該当地方公費の保険番号マスター「食事療養費」は、「1　患者負担あり」で設定します。 3．設定を行った場合の患者食事負担計算について （1）上位公費が52小児慢性（公費負担者番号の5桁目から2桁が「80」）の場合 小児慢性の食事負担は半額負担のため、標準負担額の1/4を患者食事負担とする。 （2）上位公費が24療養介護又は79障害児施設（食事療養上限額が0円でない）の場合 療養介護又は障害児施設の食事負担が食事療養上限額に達した場合はその食事負担の半額を患者食事負担とする。 （3）上位公費の食事負担が0円の場合、患者食事負担を0円とする。 （4）上記以外の場合は、標準負担額の半額を患者食事負担とする。 4．レセプト食事・生活療養欄の記載は、標準負担額の全額を公費で負担する場合と同様の記載となります。	H30.7.25

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
22	support 20180725-003	社保で限度額認定証「エ」+更生を持っている人がいます。 「更生」は6/18-20のみ使用できます。更生の上限額は患者自己負担額になると書いてあります。 2回入院しており、1回目は「社保　限度額　区分エ」、2回目は「社保　限度額区分エ」+「更生」で継続入院しています。 この場合、療養の給付：公費?の一部負担金は「57600」、療養の給付：保険の負担金額は「80100*0.1%で計算した金額」、特記事項は「区分エ」、患者自己負担金は1回目の上限額は「限度額　区分エの上限額57600円」、2回目は「更生の上限額までだが、既に57600円を1回目にもらっているため、自己負担金は0円」となると基金に言われました。 しかし患者負担金が「57600円」で打ち止めされません。 どうしたら「57600」になりますか。 ≪青森県支払基金に確認したこと≫ ・限度額認定証+公費の場合は「限度額認定証は「ウ」で計算」となります。 ・限度額のみの日があってもひと月で考えますので「ウ」で計算となります。 今回の場合は単独の日は「エ」、公費を取得した日からは「ウ」で計算です。 ・更生の方は上限額は患者自己負担額になると記載があるため「限度額　エの上限額57600円」になります。 15の公費分で「57600円」となります。自己負担額は更生の上限額が57600円なので57600円までもらうこととなります。 ・特記事項は「エ」を持っていますので計算は「ウ」ですが「エ」を記載してください。	70歳未満現物給付対象者(適用区分：エ)で、主保険＋「法別51,52,54 を除く全国公費」の入院負担金計算を行う際、主保険の自己負担限度額を適用区分エの「57600円」でなく、特定給付対象療養（法別51,52,54 を除く全国公費）の高額療養費算定基準額の「80100＋@円」で計算を行っていたのが原因で、以下の事例のような場合、正しく負担金計算がされない不具合がありましたので修正しました。 （月に2回患者請求があり、1回目：主保険単独、2回目：主保険＋「法別51,52,54 を除く全国公費」の場合） （例） 7月1日～15日：主保険単独 請求点数30000点 患者負担57600円 7月21日～31日：主保険＋更生（更生の月上限額57600円） 請求点数60000点 患者負担28830円（※1） （※1）の計算 80100+(総医療費900000-267000)*0.01=86430円 86430円-負担済の金額57600円=残28830円 28830円が更生の月上限額57600円より少ないので、患者負担28830円 となっていましたので 7月21日～31日：主保険＋更生（更生の月上限額57600円） 請求点数60000点 患者負担0円（※2） （※2）の計算 57600円-負担済の金額57600=0円 0円が更生の月上限額57600円より少ないので、患者負担0円 となるよう修正しました。	H30.8.27

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
23	kk 53761	北海道におきまして「総医療費1割から初診時一部負担金を助成」という変わった制度（旭川市）がありますが、平成30年8月より法別47,95（新十津川町）で同様の制度があります。 http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/hotnews/files/00001100/00001124/hitori01.pdf （15頁） http://www.hokkaido-kokuhoren.or.jp/hotnews/files/00001100/00001124/jyudo1.pdf （16頁） 保険番号447,595で同様の本体対応をお願いすることは出来ますでしょうか。	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、「初診時の負担金計算（外来）」「初診時の負担金計算（入院）」を追加しました。 【設定項目】（外来・入院ともに設定内容は同じ） ＜左側の設定項目＞ 0　通常計算 1　初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額を一部負担金とする ＜右側の設定項目＞ 0　患者負担のある公費 ※デフォルトは、左右（0．0）とする。 但し、北海道（642、643、644、743）のデフォルトは、外来・入院ともに左右（1．0）とする。上記以外は必要に応じて設定を行います。 【項目説明】 0　通常計算を行う 1　初診算定時の負担金計算において、初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額を一部負担金とする 2．上記項目が「1」で設定された場合は、初診算定時の負担金計算において、初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額が一部負担金となります。但し、計算後の一部負担金が主保険又は上位公費の一部負担金より大きい場合は、主保険又は上位公費の一部負担金が該当地方公費の一部負担金となります。	H30.9.25
		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、初診算定時の負担金計算において、初診時一部負担金（580円）を差し引いた金額を一部負担金とする計算を可能としました。		

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
24	ncp 20180910-027	生活保護（入院上限額61,840円）の場合、下記のとおりの計算になります。 ８月１０日～１０日分請求・保険2,074点、生活療養1,506円、公費一部負担22,246円 ８月１１日～２０日分請求・保険21,686点、生活療養7,304円、公費一部負担39,590円 ８月２１日～３１日分請求・保険21,426点、生活療養19,336円、公費一部負担0円 ８月１１日～２０日分の公費一部負担を39,594円にするにはどのようにすればよいでしょうか。	生保単独の入院負担金計算が正しくされない場合がありましたので修正しました。 （例）入院、生保単独（入院上限額61840円）、高齢者 　　入院料：療養病棟入院料１（入院料I）（生活療養） 9月1日入院～2日退院 請求点数1600点　　公費一部負担金16000円 生活療養費3566円　生活負担額3566円（食事5回） 9月5日入院～12日退院 請求点数6400点　　公費一部負担金42270円→【42274円】（※） 生活療養費16276円　生活負担額0円（食事23回） （※）1円単位の金額になっていませんでしので修正しました。 　61840円－（16000円＋3566円）＝残42274円	H30.10.25
25		平成３０年８月２７日提供パッチ 地方公費・負担金計算関係（support:20180725-003）の修正に不備があり、以下の事例のような正しく負担金計算がされない不具合がありましたので修正しました。 （例）入院、７０歳未満現物給付対象者(適用区分：ウ） 　　主保険＋０１５更生（入外上限額：999999） 　　請求点数８０１０５点 　　主保険の患者負担相当額が「80100＋＠円」で計算されず 　　上限額が80100円で計算されていたため、 　　80100円＜80110円(80105点×10円×1割(10円未満四捨五入)) 　　で患者負担が80100円となり、80110円にならなかった。		H30.11.27

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
26	kk 54311	宮城県乳幼児医療費助成制度の窓口負担について 初診時のみ500円の負担金が発生する市町村があります。 複数科受診時で片方の科が再診で片方の科が初診の場合は窓口負担は無しとのことでした。	1傷病の診療継続中（再診料算定時）に他の傷病が発生して、複数科保険入力で、新たに別の診療科を初診として受診した場合（同一日複数科受診時の2科目）などにおいて、初診料を算定しているが初診料未算定扱い（初診時以外の取り扱い）とする負担金計算を可能としました。 1．点数マスタにシステム予約コードを新設しました。 「099409906（特定公費）初診料未算定扱い」 2．システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）－負担金計算（3）タブ ・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） 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 ・初診時の負担金計算（外来） ・初診時の負担金計算（入院） の負担金計算において、診療行為入力で、「099409906（特定公費）初診料未算定扱い」の入力があった場合は、初診料未算定扱い（初診時以外の取り扱い）とする負担金計算を行います。 3．上記システム予約コードはレセプト記載（記録）はしません。 ※要マスタ更新	H30.11.27

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
27	kk 54255	群馬県の重度心身障害（児）、母（父）子家庭等の70歳以上の高額療養についてご教示頂きたくご連絡致しました。 ＜現在問題点＞ 70歳以上の方で、高額療養になる際、限度額認定証の登録をしていないのに、自己負担金が発生しない。 ※70歳未満の方は自己負担金発生します。 群馬県地方公費負担金計算対応 高齢者3割の方（現役並み所得者）で、かつ、限度額認定証の提示がない場合（現役並みIIIの方を含む）の負担金計算において、現役並みＩの月上限額超の額を患者負担に加算する負担金計算を可能としました。（平成30年8月診療分以降） 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、「限度額認定証提示が無い場合の特別計算（高齢者）」を追加する。	【設定項目】 ＜左側の設定項目＞ ０　設定なし ２　現役並みＩの月上限額超の額を患者負担に加算（高額4回目適用） ＜右側の設定項目＞ ０　該当公費対象者全員 １　社保・国保組合 ２　社保 ３　国保組合 ※デフォルトは、左右（０．０）とする。 必要に応じて設定を行う事。 【項目説明】（左側の設定項目） ０　・・　特別計算は行わない。 ２　・・　現役並みＩの月上限額超の額を患者負担に加算する。（高額4回目適用） （1）現役並みIIIとして計算した場合の一月の患者負担相当額 ・252600＋（医療費－842000）×１％　【140100】 ・3割負担相当額（10円未満四捨五入） のどちらか小さい金額を算出 （2）現役並みＩとして計算した場合の一月の患者負担相当額 ・ 80100＋（医療費－267000）×１％　【 44400】 ・3割負担相当額（10円未満四捨五入） のどちらか小さい金額を算出 （3）（1）－（2）の金額を患者負担に加算する。	H30.12.25

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
28	kk 54993	【592　美幌92】ですが、867点の請求点のレセプトに対し、一部負担金の記載が433円と表示されますが、審査機関から小数点以下切り上げで表示して下さいと言われたとの事です。（正しくは434円と表示したい） 患者負担割合（%）が5%等（1桁目が0でない）の地方公費制度で、かつ、その地方公費がレセプト請求で、かつ、レセプトの該当公費一部負担金に1円単位での金額記載が必要な場合、一部負担金の1円未満を切り上げた金額で記載可能としました。 1．システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）－レセプト（5）タブに、「一部負担金記載1円未満端数処理（外来）」「一部負担金記載1円未満端数処理（入院）」を追加する。	【設定項目】（外来） ＜左側の設定項目＞ ０　1円未満を切り捨てた金額記載 １　1円未満を切り上げた金額記載 ＜右側の設定項目＞ ０　レセプト請求分全て 【設定項目】（入院） ＜左側の設定項目＞ ０　1円未満を切り捨てた金額記載 １　1円未満を切り上げた金額記載 ＜右側の設定項目＞ ０　レセプト請求分全て ※デフォルトは、左右（0．0）とする。 【項目説明】 ０　・・　1円未満を切り捨てた金額を積み上げ記載する。 １　・・　1円未満を切り上げた金額を積み上げ記載する。 （端数処理は、収納データ単位で行う）	H31.3.26

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
29	kk 55186	昨日3月14日に更新された、群馬県地方公費、「下部注意書きの「障害社国」「障害組合」「母子社国」「母子組合」に文面追加(2019-03-14)」について、「地方公費保険番号負荷情報」より設定を行いまいした。 「母子社国」「母子組合」については、正常に登録することができましたが、「障害社国」「障害組合」を設定しようとするとエラーが発生して登録できません。 発生するエラーは、「食事療養費」負荷設定に登録不可な組み合わせが設定されています【本人タブ】 プラグイン等は最新のもので、保険番号マスタからの登録も誤っていないことを確認しております。	システム管理2010の有効期間を区切らない場合 本人タブ　:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）　0設定なし 生活療養（環境）　0設定なし 低所得タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）　3患者負担あり（全額） 生活療養（環境）　3患者負担あり（全額） 低年金タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）　3患者負担あり（全額） 生活療養（環境）　3患者負担あり（全額）	H31.3.26
		群馬県地方公費食事負担金計算対応（平成31年4月診療分～） （保険番号146,246,177,187） これまでシステム管理2010－負担金計算（2）の「本人タブ」のデフォルト設定を 本人タブ　食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）　3患者負担あり（全額） 生活療養（環境）　3患者負担あり（全額） としていましたが、平成31年4月診療分以降の制度改正に伴い、上記デフォルト設定を取り止める事としました。 これによって、パッチ適用後のデフォルト設定は、 本人タブ　食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）　0設定なし 生活療養（環境）　0設定なし となります。 平成31年3月診療分までの生活療養（食事）及び生活療養（環境）の食事計算については、上記設定であってもプログラム内部で「患者負担あり（全額）」の計算となるよう対応を行いました。 パッチ適用後は、システム管理2010－負担金計算（2）の設定を以下のように行ってください。	システム管理2010の有効期間を区切る場合 有効期間　　～ 20190331 本人タブ　:食事療養　　0設定なし　　又は　0設定なし 生活療養（食事）3患者負担あり（全額）　　0設定なし 生活療養（環境）3患者負担あり（全額）　　0設定なし 低所得タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）0設定なし 生活療養（環境）0設定なし 低年金タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）0設定なし 生活療養（環境）0設定なし 有効期間　20190401 ～ 本人タブ　:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）0設定なし 生活療養（環境）0設定なし 低所得タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）3患者負担あり（全額） 生活療養（環境）3患者負担あり（全額） 低年金タブ:食事療養　　0設定なし 生活療養（食事）3患者負担あり（全額） 生活療養（環境）3患者負担あり（全額）	

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
30	kk 54634	富山県のユーザ様より、来年4月より福祉医療費の請求方法が変更になる旨ご連絡いただきました。（併用レセプト方式にての請求へ変更となります） 資料を添付しますので、ご確認のほどよろしくお願いいたします。 最新情報は下記からもご確認いただけます。 http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1205/kj00019646.html 富山県地方公費の高齢者医療費助成（保険番号は「185」「285」）について、限度額認定証の提示がない70歳未満の方【主保険は「社保」に限る】の窓口計算対応を行いました。（平成31年4月診療分～） 1．富山県地方公費の高齢者医療費助成（保険番号は「185」「285」）の窓口計算対応 2．限度額認定証の提示がない70歳未満の方【主保険は「社保」に限る】が対象	3．計算方法 ・所得区分ウの自己負担限度額80100円＋（総医療費－267000円）×1%（※1） ・保険番号185の場合は1割負担相当額、285の場合は2割負担相当額（※2） ・（※1）と（※2）を比較し、小さい金額を患者負担とする。 4．補足 ・国保で、限度額認定証の提示がない70歳未満の方については、通常の1割又は2割計算とし、（※1）との比較はしない。 ・保険者が月途中で国保から社保に変更になった場合の社保分の計算においては、国保分の点数等は引き継がない。	H31.3.26

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
31	kk 55383	こども医療費及びひとり親家庭等医療費支給事業の変更について（通知） この件につきまして、埼玉県春日部市5月から上限がなくなるとの事です。 公費追加もしくは日付区切り対応等々ご教授の程お願い申し上げます。	埼玉県地方公費（保険番号281）の制度改正対応 （令和1年5月診療分からの制度改正対応） 保険番号281について、システム管理2010が未設定の場合、負担金計算（1）タブ 医療費負担金計算（外来）　左右（1、0） 医療費負担金計算（入院）　左右（1、0） 食事負担金計算　（入院）　左右（2、0） とみなし、負担金計算を行っていましたが、令和1年5月診療分からは上記設定値を左右（0、0）とみなし、負担金計算を行うよう変更しました。 又、システム管理2010を設定登録する際のデフォルト設定値も上記設定項目全て左右（0、0）に変更しました。 ※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31年4月診療分までは、内部的に上記設定値で負担金計算を行います。但し、食事負担金計算は平成22年9月診療分までとします。	H31.4.23

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
32	kk 55615	佐賀県の子供医療助成制度（181）の対象患者で3月に2日間の診療がありました。 1日目　社保+佐賀県子供医療助成（81公費（181）） 　保険点数：845点 　患者負担：500円（佐賀子供医療助成） 2日目　社保+児童保護（53公費） 　保険点数：845点 　患者負担：0円（児童保護） 上記の診療内容でレセプトを出したところ、保険：社保、第1公費：53公費、第2公費：81公費の3併のレセプトが作成されましたが、第2公費の一部負担金額に患者負担分の500円が記載されませんでした。 この記載で正しいのでしょうか。	レセプト一部負担金編集修正 第一公費：全国公費、第二公費：地方公費 第一公費と第二公費の請求点数が同じで、かつ、第一公費（全国公費）の一部負担金が0円の場合、第二公費（地方公費）の一部負担金も0円になっていましたので修正しました。 （例） 3/ 1　協会＋佐賀県地方公費（181）請求点数845点　患者負担500円 3/15　協会＋児童保護（053）　　請求点数845点　患者負担　0円 <レセプト> 　　請求点数　　一部負担 協会　　1690 053　　845 181　　845　　0 → 500	R1.5.9
33	support 20190607-034	対象入院患者の保険：後期高齢者1割＋更生負担金なし（0円）＋マル長／低所得者1年金なし この患者について、定期請求時および退院請求時に食事療養費が請求なし（0円）となり、レセプト「食事・生活療養」の公負1に金額が記録されます。 更生は食事療養の負担はないため、この場合において患者負担にするための入力、登録方法があるのでしょうか。	自立支援（更生又は育成）の患者食事負担計算対応（入院） 患者登録－所得者情報－公費負担額において、自立支援（更生又は育成）の入外上限額が0円の場合は、患者食事負担も【負担なし（0円）】で計算を行っていますが、他一部負担累計に「999999」又は「9999999」を入力した場合は、患者食事負担を【負担あり】で計算するよう対応しました。	R1.6.25

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
34	kk 55538	岩手県の地方公費が変更になると情報がありましたのでご報告させていただきます。 都道府県：岩手県 お問い合わせの詳細：未就学児・妊産婦から小学生へ拡充 奥州市・遠野市で自己負担定率（1/2）給付 時期：2019年8月から 令和元年８月診療分以降は「小学生」も現物給付対象となるため、該当者が「小学生」の場合、一部負担金の2分の1の金額を助成する外来負担金計算の対応を行いました。 １．保険番号「６１０」について、子ども医療費外来負担金計算対応を行います。 ２．一部負担金の2分の1の金額に10円未満の端数が出た場合は、10円未満を切り上げた金額を患者負担とします。（1会計毎） ３．他公費を併用する場合は、他公費の一部負担金の2分の1の金額を助成します。 ４．計算方法については、以下の通りとする。（1会計での計算例） （1）「主保険＋子ども医療費」の場合	【計算例】主保険の負担割合3割、請求点数223点 223点×10円×０．３＝669円 （10円未満四捨五入）670円 670円÷２＝335円（10円未満切り上げ）340円 （2）「主保険＋小児慢性＋子ども医療費」の場合 【計算例】主保険の負担割合3割、小児慢性の負担割合2割（上限2500円）、請求点数223点 223点×10円×０．２＝446円 （10円未満四捨五入）450円 450円÷２＝225円（10円未満切り上げ）230円 （3）「主保険＋子ども医療費」の場合 【計算例】主保険の負担割合3割、請求点数26710点、限度額認定証あり（所得区分：ウ） （267100円－267000円）×０．０１＝1円 80100円＋1円＝80101円（自己負担限度額） 26710点×10円×０．３＝80130円 （10円未満四捨五入）80130円 80130円＞80101円 80101円÷２＝40050．５円 （10円未満切り上げ）40060円	R1.7.29

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
35	kk 56144	奈良県の公費医療変更について すでにご承知かと思いますが、上記の通り、8月から自動償還方式から現物支給方式へ変わります 令和元年8月診療分以降は、子ども・心身障害者・ひとり親家庭等に対する医療費助成のうち「未就学児」が現物給付対象となるため、該当者が「未就学児」の場合の負担金計算対応を行いました。 1．月途中で公費受給者証が変更となった場合や月途中で保険者が変更となった場合は、それぞれ（変更前後）で一部負担金を徴収する必要があります。 【重要】保険者が変更となったが、公費受給者証については変更がない場合において、保険者変更前後で一部負担金を徴収するためには以下のどちらかの方法で対処する事。 （1）公費の適用期間を保険者が変更となった日で区切って登録する。 （2）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－月途中受給者証変更時負担金計算に「7　変更前の負担を考慮しない（保険者変更＋受給者証未変更時を含む）」を追加したので、対象となる保険番号について設定を行います。 2．入院については、該当月の入院日数が14日未満の場合は500円、14日以上の場合は1000円とする負担金計算対応を行います。 （1）対象保険番号は「173」「183」「193」とする。 （2）日数カウントは、保険者＋公費受給者証毎とする。 （3）保険番号マスタの入院月上限額は500円設定。 14日以上となる場合はプログラム内で月上限額を1000円とする対応を行う。 3．入院の計算事例 （1）協会＋奈良県地方公費「173」、年齢5歳 入院　8月　1日～退院9月10日（入院日数：8月は31日、9月は10日） ・8月　1000円 ・9月　500円	（2）協会＋奈良県地方公費「173」、年齢5歳 入院　8月1日～退院9月20日（入院日数：8月は31日、9月は20日） ・8月　1000円 ・9月　1000円 （3）協会＋奈良県地方公費「173」、年齢5歳 入院　8月1日～退院9月10日（入院日数：8月は31日、9月は10日） 再入院　9月28日～退院9月30日（入院日数：通算で13日） ・8月　1000円 ・9月　500円 ・9月　再入院分　0円 （4）協会＋奈良県地方公費「173」、年齢5歳 入院　8月1日～退院9月10日（入院日数：8月は31日、9月は10日） 再入院　9月25日～退院9月30日（入院日数：通算で16日） ・8月　1000円 ・9月　500円 ・9月　再入院分　500円 （5）協会＋奈良県地方公費「173」、年齢5歳 月途中で保険者が変更となり、国保＋奈良県地方公費「173」に変更 公費受給者証については変更なし 保険番号173について、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－月途中受給者証変更時負担金計算を「7」で設定 入院　8月1日～10日　協会＋奈良県地方公費「173」（入院日数：10日） 8月11日～31日　国保＋奈良県地方公費「173」（入院日数：21日） ・協会＋奈良県地方公費「173」　500円 ・国保＋奈良県地方公費「173」　1000円	R1.7.29

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 57242	札幌市の障害（保険番号：843）を使用した際の患者負担金の上限について確認させてください。 まず前提として、札幌市障害の患者負担の上限月額は、院内処方で6,000円、院外処方で3,000円ですが、同月内に、院外処方の受診日、院内処方の受診日、両方がある場合は、上限額は院内処方の6,000円を適用できます。 （札幌市内のが眼科クリニック様が札幌市に確認されました） しかし、日レセで診療行為を入力する際に、１日目を院外処方、２日目を院内処方とした場合、上限額は院外処方の3,000円が適用され、２日目の院内処方の算定でも3,000円のままになります。	北海道地方公費負担金計算修正（外来） 事例の場合の負担金計算について修正しました。 ＜事例＞ ・システム管理１００１－院外処方区分を「0院内」で設定 ・システム管理２０１０－負担金計算（１）－ 「月－院内－上限額」参照条件（外来）を「１」（※）で設定 ・主保険３割＋北海道地方公費８４３（院内上限額６０００円、院外上限額３０００円） 診療行為入力（日付の右横は「院内」の状態） １日：院外処方を .212（内服薬剤（院外処方）） 薬剤 で入力。１日の請求点数３０００点の場合 この場合、院内上限額６０００円を参照して計算をしていましたので、院外処方の場合は（※）の条件の対象外とするように修正しました。 修正後は、患者負担が６０００円→３０００円となります。	R1.8.28

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
37	request 20180418-001	更生医療と長期を使用した場合の患者負担について要望致します。 例えば更生医療の上限が2500円で更生医療の上限に達している場合、現状日レセでは保険+長期で入力した分は10000円までの差額7500円を請求してくるかと思います。 しかし、支払基金熊本支部より患者の負担は2500円が正しいと資料を頂きました。 現在のレセプトでは、更生医療から差額7500円が入ってくる上に患者に対しても7500円を請求する2重請求となっています。 また、国保連合会より公費の負担がマル長の上限10000円を超えない場合は、10000から括弧の再掲を引いた額を患者請求するようにと指摘がありました。 以前より同様のお問い合わせを何度かさせていただいており、その度に調整金と一部負担金変換マスタを使用して調整するようにとご回答頂いていますが、医療機関様より調整金を使った領収書を出すと患者の信用問題に関わるので正しい領収書を出せるようにしてほしいと言われています。	同一月において、【主保険＋公費＋長期】分と【主保険＋長期】分が混在する場合の【主保険＋長期】分の負担金計算について、従来の「長期の月上限額に達するまで患者から負担金を徴収する」計算とは別に、「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」での計算もシステム管理設定で可能としました。 令和2年1月診療分以降について計算対応を行います。 詳細は別途資料を参照してください。	R1.12.24

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
38	kk 59041	秋田県健康福祉部長寿社会課(018-860-1351)に確認をおこなったところ、下記URLに掲載している内容が正式文書であり、その内容に準拠していることから300円が正しいとのことでした。 2005-07-06：乳幼児福祉医療制度改正の詳細についてのお知らせ http://www.orca.med.or.jp/receipt/chihoukouhi/p05/p05-akita-siryo_old.html 具体的には、 ---------- 3. 一部自己負担金の計算方法について 各医療機関等におかれましては、一部負担金のある受給者から医療費の一部負担金の半額を受領する際の計算方法として、2割または3割の一部負担金を算出し、この額を半額にしていただきますが、"1位の値を四捨五入して10円単位として受領していただきます" ---------- 日レセでは304.5を小数点以下で四捨五入していますが、304の1の位を四捨五入して300円にする解釈だそうです。	秋田県地方公費負担金計算修正 （保険番号：「374」「474」「280」） 患者窓口負担は、主保険負担相当額（1円単位）の半額を10円未満四捨五入した金額となりますが、以下の事例の計算方法に誤りがありましたので修正しました。 （例）外来　協会3割＋保険番号474 【正】1日：請求点数203点×10円×0.3＝609円 609円×0.5＝304.5円 304.5円を10円未満四捨五入する。 患者負担＝300円 【誤】1日：請求点数203点×10円×0.3＝609円 609円×0.5＝304.5円 304.5円を1円未満四捨五入する。305円 305円を10円未満四捨五入する。 患者負担＝310円	R2.1.28

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
39		小児慢性（保険番号052）の実施機関番号追加に伴う対応 （令和2年4月～） 令和2年4月から、小児慢性の実施機関番号（公費負担者番号の5桁目から3桁）に「710」と「810」が追加になります。 2015年1月以降の小児慢性の負担金計算・レセプト記載は「実施機関番号の頭2桁が「70」又は「80」である場合」に現状の対応を行ってきましたが、追加に伴い「実施機関番号の頭1桁が「7」又は「8」である場合」に変更しました。 又、令和2年4月から、生活保護受給世帯であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者は実施機関番号の頭1桁が「8」で付番されることになるため、患者食事負担計算が変更となります。 ・実施機関番号の頭1桁が「7」の場合（変更なし） ・・・ ″食事負担なし″ ・実施機関番号の頭1桁が「8」の場合（変更あり） ・・・ 自己負担限度額が0円でない場合は″食事半額負担″ ・・・ 自己負担限度額が0円の場合は″食事負担なし″ （※）但し、他一部負担累計に999999 又は9999999 の入力した場合は″食事負担なし″としない。（″食事半額負担″）		R2.3.31
40	kk 60102	福岡県飯塚市でひとり親世帯の公費番号は国保・基金　ともに保険番号260を使っています。上限800円にて再診等で800円未満でも一部負担が表示されます。 飯塚市以外（桂川）で基金の複写式レセを提出する必要がある市町村に対して保険番号390を使うと初診の時は800円が表示されますが再診の一部負担金が表示されません。保険番号590を試しに使ってみましたが再診の一部負担金は表示されませんでした。	福岡県地方公費負担金計算対応 現在の福岡県地方公費制度においては、(V03)公費付加情報設定画面で設定を行う必要はありませんが、過去に登録した設定に有効終了日登録がされていない場合、該当地方公費の負担金計算がその設定内容を優先した計算となっていましたので、有効終了日登録がされていない場合であっても平成28年4月診療分以降はその設定内容を参照しないよう対応しました。 （補足）(V03)公費付加情報設定について <都道府県番号=40(福岡)>の場合、(V01)保険番号設定画面のF5（公費付加）押下で設定可能となる。	R2.5.26

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
41	kk 61111	山口県の医療機関様より、「261　山陽こども」の負担金についてお問合せがありました。 患者請求は自己負担分（例えば自立支援公費を併用の場合1割）のうち1割分となるのが正しいとのことです（医療機関様にて役所に確認済み）。 地域公費および国保関係制度、書式等情報一覧の2020.7.6提供の資料「福祉医療費助成の拡充」のなかに「助成の範囲：医療費の自己負担分（通常3割部分）のうち2割を助成します（受診者の自己負担は1割となります）」「こども医療費の助成割合を医療費の1割から2割に引き上げます」とあります。 「781　宇部こども」のように患者負担部分から助成される計算になりますでしょうか。 山口県山陽小野田市地方公費対応（保険番号：261） （令和2年8月診療分～） 子ども医療の助成割合が令和2年8月診療分より医療費の1割から2割に引き上げられたため、以下の計算方法で窓口計算を行う事としました。 例1）入院、70歳未満現物給付（限度額認定証：所得区分 一般） 主保険＋261 請求点数55551点 80100＋（555510－267000）×0．01＝82985 82985×2÷3＝55323．333（1円未満四捨五入）55323 82985－55323＝27662（10円未満四捨五入）27660 ＜患者負担＞27660円 例2）外来、実日数1日 主保険＋261 請求点数5551点 5551×10×0．3＝16653 16653×2÷3＝11102 16653－11102＝5551（10円未満四捨五入）5550 ＜患者負担＞5550円	例3）外来、マル長併用、実日数1日 主保険＋261＋972 請求点数5551点 5551×10×0．3＝16653 16653＞10000なので、患者負担相当額10000円 10000×2÷3＝6666．666（1円未満四捨五入）6667 10000－6667＝3333（10円未満四捨五入）3330 ＜患者負担＞3330円 例4）外来、全国公費併用、実日数3日 精神通院の自己負担限度額5000円 【1日目】主保険＋021＋261 請求点数1237点 1237×10×0．1＝1237 患者負担相当額1237円 1237×2÷3＝824．666（1円未満四捨五入）825 1237－825＝412（10円未満四捨五入）410 ＜患者負担＞410円 【2日目】主保険＋021＋261 請求点数1237点 1237×10×0．1＝1237 患者負担相当額1237円 1237×2÷3＝824．666（1円未満四捨五入）825 1237－825＝412（10円未満四捨五入）410 ＜患者負担＞410円 【3日目】主保険＋021＋261 請求点数3000点 3000×10×0．1＝3000 5000－（1237＋1237）＝2526 3000＞2526なので、患者負担相当額2526円 2526×2÷3＝1684 2526－1684＝842（10円未満四捨五入）840 ＜患者負担＞840円	R2.9.30

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
42	kk 56432	843札幌障課ですが、上限額が院内6000円、院外3000円になっております。 基本院外処方で院内処方もあるお客様のところでは、院内処方を行う場合、診療区分で.211（院内）にして入力しておりました。 その場合ですと上限額3000円で計算されてしまいます。 色々みていて21　診療行為の院外・院内ボタンで院内に切り替えすると6000円で計算されたのですが、ここを切り替えしないと上限額計算が正しくされないということなのでしょうか。 正直初期値をどちらかにするかという程度しかここのボタンは重要視しておりませんでした。 診療区分で院内・院外の判断して計算されるようにはできないでしょうか。	各設定の内容説明 ・設定が「0」の場合（デフォルト） 診療行為入力で日付の右横が「院内」の状態で登録された収納データのみの場合は、該当月はすべて【月-院内-上限額】を参照します。 「院外」の状態で登録された収納データが1件以上ある場合は、該当月はすべて【月-院外-上限額】を参照して負担金計算を行います。 ・設定が「1」の場合 診療行為入力で日付の右横が「院内」の状態で登録された収納データのみで、かつ、1回以上院内処方がされている場合（投薬点数が0点でない収納がある場合）は、該当月はすべて【月-院内-上限額】を参照します。 条件を満たさない場合は、該当月はすべて【月-院外-上限額】を参照して負担金計算を行います。 ・設定が「2」の場合 診療行為入力で日付の右横が「院外」「院内」に関係なく、1回以上院内処方がされている場合（投薬点数が0点でない収納がある場合）は、該当月はすべて【月-院内-上限額】を参照します。条件を満たさない場合は、該当月はすべて【月-院外-上限額】を参照して負担金計算を行います。 ※月途中で参照する月上限額が変更になる場合は、該当月の再計算が必要になります。 問い合わせのケース ・システム管理1001-院外処方区分「1 院外」 ・主保険＋北海道地方公費843（院内6000円、院外3000円） 1日目：処方なし 2日目：診療種別.211（内服薬剤（院内処方））で入力 この場合、「2」で設定すると 1日目は、【月-院外-上限額】を参照します。 2日目は、条件を満たすため、該当月はすべて【月-院内-上限額】を参照して負担金計算を行う事になります。 そのため、1日目は再計算が必要になります。	R2.10.27
		北海道地方公費外来負担金計算対応 保険番号マスタ-【月-院内-上限額】と【月-院外-上限額】の金額が違う 地方公費制度の外来負担金計算について、システム管理2010に機能追加を行いました。 <補足> システム管理1001-院外処方区分「1 院外」で運用している場合で、かつ、院内処方がある場合向けの機能になります。 ※システム管理2010-負担金計算(1)-「月-院内-上限額」参照条件（外来）に、「2 該当月に院内処方がある場合」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
43	kk 56170	制度について松阪市役所地域福祉課へ確認いたしました >　1. 患者負担は1入院で1000円 となるようですが、例のように月またぎで入院となったときは 4月20日～4月30日までで1000円 5月　1日～5月19日までで1000円 と月ごとに上限までとなるそうです。 また1月に複数回入院される場合は1回の入院で1000円までということです 三重県松阪市の障がい者・こども・一人親家庭等に対する医療費助成のうち「未就学児」についての入院負担金計算対応を行う。 （対応は令和2年12月診療分以降で行う） ※【重要】 　入院の場合、限度額適用認定証が提示された場合に現物給付となるため、提示された事を確認の上、該当公費を併用した保険組み合わせを使用していただくこととなる。 1. 1月の月上限額は1000円で、同月に退院があり、再入院がある場合はそれぞれで月上限額が1000円となる。 2. 対象保険番号は「361」「363」とする。 3. 計算事例 （1）協会＋三重県地方公費「361」、年齢5歳 　入院　12月　1日～退院1月10日 　・12月　　請求点数　70845点　　患者負担　1000円 　・　1月　　請求点数　19830点　　患者負担　1000円 （2）協会＋三重県地方公費「361」、年齢5歳 　入院　12月　1日～退院1月10日 　再入院　1月28日～ 　・12月　請求点数　70845点　　患者負担　1000円 　・　1月　請求点数　19830点　　患者負担　1000円 　・　1月（再入院分） 　　請求点数　　7932点　　患者負担　1000円	（3）協会＋三重県地方公費「361」、年齢5歳 　入院　12月　1日～退院1月10日 　再入院　1月31日～ 　・12月　請求点数　70845点　　患者負担　1000円 　・　1月　請求点数　19830点　　患者負担　1000円 　・　1月（再入院分） 　　請求点数　　248点　　患者負担　　500円 （4）協会＋更生（1割、月上限額5000円）＋三重県地方公費「361」、年齢5歳 　入院　12月　1日～退院12月10日 　　請求点数　24330点 　・更生の一部負担金 　　24330点×10円×1割＝24330円 　　24330円＞更生月上限額5000円を比較して小さい金額の5000円が更生の一部負担金となる。 　・5000円と1000円を比較して、少ない金額1000円が患者負担となる。　　患者負担　1000円 　再入院12月28日～　　請求点数　9732点 　・更生の一部負担金 　　9732点×10円×1割＝9732円 　　9732円＞更生月上限額0円（5000円－5000円）を比較して小さい金額の0円が更生の一部負担金となる。 　・この場合、再入院分の更生の一部負担金は0円だが、一月まとめて計算した更生の一部負担金は5000円なので、4000円（更生一部負担金5000円－退院分患者負担1000円）と1000円を比較して、少ない金額1000円が患者負担となる。　患者負担　1000円 4. レセプト作成処理時の公費一部負担金の集計について レセプト作成処理では、レセプト用の収納データ（1月分をまとめて計算）を作成し、その収納データを元に公費一部負担金の集計を行っている。（1月分をまとめて計算した場合、上記公費は1入院としての計算になってしまう） 計算事例（2）（3）（4）は2入院として計算した一部負担金の集計が必要なため、上記公費については独自対応として、退院又は定期請求の会計済の収納データを元に公費	R2.11.25

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
			一部負担金の集計を行う事とする。 ※【重要】 上記公費はレセプト請求しない公費のため、公費請求テーブルに公費一部負担金の集計が行われる。 5. レセプト作成処理時の公費一部負担金の集計チェック 再入院がある場合で、かつ、退院又は定期請求の会計済分に点数の追加等があり再計算が未実施の場合は、正しく一部負担金の集計がされない可能性があるため、それに該当する場合は【三重県松阪市地方公費】当月退院又は定期請求の再計算が必要です。のエラーメッセージを表示する。（診療区分別点数集計）	

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		マスタ更新画面で「更新」ボタンをクリックすると確認ダイアログの表示と併せて画面内メッセージを不適当な内容で表示していましたので変更しないように修正しました。		H29.2.22
2		「出産育児一時金等の支給申請及び支払方法について」の一部改正等に対応しました。 詳細は別途改正資料を参照してください。		H29.2.22
3		地域医療情報連携基盤の連携データで傷病名レコードを出力する場合、設定により傷病名を記録可能としました。 システム管理「9101 医療情報連携基盤情報」に「傷病名称全記録」という設定項目を追加しましたので、これにチェックすると傷病名レコードの傷病名の項目に病名を記録します。		H29.2.22
4				H29.3.27
5		平成29年4月診療分以降、未コード化特定器材コードを使用したレセ電請求が不可となる事に伴う対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		H29.3.27
6		マスタ更新処理について、マスタ更新中にマスタ更新のプロセスが消滅した場合、情報削除が不可となる不具合がありましたので修正しました。		H29.4.26

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

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

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
11		平成28年4月診療報酬改定における平成29年7月1日実施について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新必須		H29.6.26
12		【平成29年10月改正対応】 平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する患者の生活療養標準負担額が見直されます。この見直しに併せて境界層該当者が医療療養病床に入院している場合の食費、居住費も1食100円、1日0円に減額されることから、(P02)患者登録画面の所得者情報に境界層該当者を識別するコンボボックスを新設しました。 なお、登録した境界層の識別により食費、居住費を算定するプログラムは算定コード公開後の提供を予定しています。（平成29年9月予定）		H29.6.26
13		地域医療情報連携基盤の連携データで診療行為レコード及び医薬品レコードを出力する場合、設定により名称を記録可能としました。 システム管理「9101 医療情報連携基盤情報」に「診療行為レコード、医薬品レコードに名称を記録」という設定項目を追加しましたので、これにチェックすると診療行為レコード及び医薬品レコードの末尾に名称のカラムを追加し記録します。		H29.6.26
14		平成29年8月改正（高額療養費制度の見直し）について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H29.7.25
15		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
16	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
17		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
18	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
19	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
20		クライアント保存の文字コード選択にUTF-8を追加しました。 対象処理 1　患者照会 ・検索結果CSV出力 2　入院患者照会 ・検索結果CSV出力 ・入院患者数CSV出力 3　日次統計 ・CSV出力 ・統計データ出力 4　月次統計 ・CSV出力 ・統計データ出力 5　点数マスタ ・点数マスタCSV出力 6　チェックマスタ ・チェックマスタCSV出力		H29.10.24
21	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。	ver5.0.0第14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

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
22	support 20171101-027	33 入院定期請求　メニューから一括作成で新規作成した定期請求－請求書印刷を行うと、請求書兼領収書はlp2に, 診療費明細書はlp1に分けて印刷する様に(マスタ登録、1031出力先プリンタ割り当て情報にて)設定してあるにも関わらず、請求書兼領収書と診療費明細書が混在して一つのプリンタに印刷されてしまいます。 9月に8月分の定期請求書作成時まではこの様な問題は有りませんでした。サーバーのマスターとプログラム、プラグインは全て最新に更新して有り、ミドルウエアは9月時点の状態です。この間に行ったプログラムパッチ等の影響かと思っています。	第14回パッチ提供にて印刷スクリプトを修正しましたが、再印刷画面からクライアント印刷を行う際に1明細分の印刷データの中に複数のプリンタ指定があった場合、正しく振り分けが出来なくなる不具合がありましたので修正しました。	H29.11.27
23	request 20160702-002	クライアント印刷の「印刷できる業務」の拡張をお願い致します。 プレビューからの印刷ではなく通常の印刷ボタンからの印刷を望まれております。特に一度に大量に出すレセプト印刷ができず困っております。つきましては下記の業務もクライアント印刷ができるよう要望いたします。 41データチェック、42明細書、44総括表・公費請求書、52月次統計	以下についてクライアント印刷の対応を行いました。 ・照会　患者一覧表 ・病名　自院病名リスト ・入院照会 　入院患者数一覧表／入院患者検索結果一覧表 ・データチェック　チェックリスト ・明細書　件数一覧表／診療報酬明細書 ・総括表・公費請求書 　総括表／公費請求書／症状詳記／集計表／ 　総括チェックリスト ・月次統計　各種統計表 ・システム管理マスタ 　印刷設定確認画面（1031 出力先プリンタ割り当て情報） ・点数マスタ　点数マスター覧／入力コード点数マスター覧 　／経過措置医薬品の置換マスター覧 ・チェックマスタ 　チェックマスター覧表／適応病名マスター覧表／ 　算定回数チェック一覧表／ 　チェックマスタ登録漏れ確認リスト ・薬剤情報マスタ 　薬剤情報マスタリスト／薬剤情報登録漏れリスト／ 　薬剤情報画像なしリスト	H29.12.20

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
25		第19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-050000-1-20180110-1 となります。		H30.1.23
26		第20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ファイル管理テーブル（TBL_FILE_MIS） DB管理情報は S-050000-1-20180222-1 となります。		H30.2.26
27		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
28		第21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-050000-1-20180322-2 となります。		H30.3.26
29		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

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
30		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
31	【クラウド版】	クラウド版にてシステム管理【1010 職員情報】のクライアント印刷の設定が[0 しない]としてレセプト印刷を行った場合、レセプトのPDFファイルを1ページ毎作成していましたが50ページ毎に纏めて作成をするように変更しました。		H30.5.28
32	【クラウド版】	バッチログ画面でログ情報の抽出条件に誤りがあり、ログ内容が表示されないケースがありましたので正しく抽出するように修正しました。		H30.5.28
33	support 20180524-003	monsiaj環境の印刷プレビュー画面で横表示にした状態で選択番号の欄に存在しない番号を入力すると、「該当の選択番号はありません」のエラー情報が表示されるが、”閉じる”ボタンを選択しエラー情報画面を閉じると、その後フリーズする。	プレビュー画面プロラムの修正を行いました。 横表示画面からエラーダイアログを表示した際の戻り先が縦表示画面としていましたので修正しました。	H30.5.28
34	support 20180618-024	バージョン16.04　5.0で診療行為入力画面、訂正で開き、 ①氏名検索を押すと「開発中！！（しばらくお待ちください）」のメッセージが出てきて画面が固まり、マウスやキーボードが効かなくなる ②患者取消を押すと画面上、エラーなどは表示されないが、マウスやキーボードが効かなくなる ①②ともに、時間が経つと、日医標準レセプトソフトが消えるという現象が出ております。 特定の患者ではないそうです。	日レセ4.8でも発生していたglclient2の描画に関する不具合と思われます。日レセ5.0でも環境変数GLCLIENT_DELAY_DRAW_WINDOWによる対策は有効と考えますのでそちらを試してください。 https://www.orca.med.or.jp/receipt/update/package/middleware-20170306.html また、オンライン帳票の再印刷画面でF9を押された場合、「開発中！！（しばらくお待ちください）」とエラーダイアログが表示される不具合を修正しました。	H30.6.27

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
35		システム管理［1010 職員情報］でクライアント印刷の設定が「1 する」としている状態でプレビュー画面よりレセプトの印刷を行った後、状態ボタンを何度かクリックすると、プレビューの表示が消えてしまう不具合がありましたので修正しました。		H30.7.25
36	ncp 20180709-011	前回のミドルウェア更新後の主従構成の動きについてですが、請求業務をされた数時間後に不整合がでる医院様が何件もありました。 まだ数件程度しかあげてはいませんが、その大半でこの請求期間中に不整合が発生しました。 以前の不整合の不具合の件で、ほかのベンダーさんで総括の処理をまわすと100%と再現するとの情報をいただいたことがございます。 事実かどうかはわかりませんが、修正が完了していないということでしょうか？	総括票作成関係の処理で過去データの削除を行っていますが、ミドルウェアの変更に対しアプリケーション側の対応が必要でしたので対応を行いました。	H30.7.25
37		平成30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。		H30.7.25
38		平成30年8月改正（高額療養費制度の見直し）についてレセプト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。		H30.8.27
39		肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療の対応を行いました。 （入院）（平成30年12月1日施行） 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		H30.11.27
40		肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療についてレセプト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。		H30.12.25

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
41	ncp 20181210-010	電子カルテから中途終了データ登録のAPIで、下記のような内容を何人かの患者に送っています。 （電文省略） ORCAの設定では、 ・人工呼吸＝包括ではない ・酸素＝包括 としています。 ORCA日次統計の『入院診療一括登録』でデータを取り込む際、「剤が分かれていない」というエラーが出たり出なかったりします。 エラーになっていない時には、酸素が包括になって取り込まれています。 常にエラー（確認項目）とする方法がありますでしょうか。	入院診療データ一括登録処理で、入院料の包括処理で剤内に包括対象の診療行為コードと包括対象外の診療行為コードが混在している場合は警告をエラーとして処理を終了しますが、一度警告となった場合、後のデータの警告が対象となっていませんでした。 また、最初の警告対象データに翌月の入院料の登録がない場合は、警告をエラーでなく警告処理としてそのまま登録していました。 警告となったデータはエラーとして処理を終了するようにしました。	H30.12.25
42		平成30年4月診療報酬改定における平成31年4月1日実施の向精神薬長期処方減算について月次統計業務から参考資料作成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。 ※マスタ更新有		H31.2.25
43		平成30年4月診療報酬改定における平成31年4月1日実施の以下の対応を行いました。 ・向精神薬長期処方減算についての点数算定 ・経過措置　維持期・生活期リハビリテーション 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新有		H31.3.26

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
44		改元対応（一部）を行いました。 ・日付和暦変換 2019年5月1日以降の日付はパッチ適用後に令和又はR等の表示に変わります。 （予約票、請求書兼領収書、診療費明細書、お薬手帳、薬剤情報など元号を編集している帳票は新元号の編集が可能となります。） ・年月日入力 年号区分　5又はR　・・　令和 ・診療録（カルテ）、処方箋 ”平成”がプレプリントされている帳票についてはフォームの変更を行いました。 ※上記以外の改元対応は次回以降に行います。		H31.4.4
45		改元対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※マスタ更新有		H31.4.23
46	【クラウド版】	バッチログのダウンロードに失敗していましたので修正しました。		R1.5.28
47		バッチ処理のログファイルの記録方法を変更し、処理の最後に非同期で記録するようにしました。		R1.7.29

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	ncp 20190703-008	「データ移行仕様書」を見ながらデータ移行プログラム（P21）を実行中の現象なのですが、処理1（患者情報移行プログラム）～処理5まで完了し、労災情報はないので処理6は飛ばして処理7（患者保険組合せ設定プログラム）を実行したところ、 P02W2 SPA-NAI-COMBKBN: 〃 〃（何行も続く） P02W2 SPA-NAI-COMBKBN: *(ORCVTHKNCOMBI)* PTINF　/I CNT[019297] *(ORCVTHKNCOMBI)* PTHKNINF/I CNT[021890] *(ORCVTHKNCOMBI)* PTKOHINF/I CNT[018765] *(ORCVTHKNCOMBI)* HKNCOMBI/O CNT[050982] *(ORCVTHKNCOMBI)* ERR　　/O CNT[000000] と端末に表示されました。 実際にORCAで確認したところ、正常に移行されていましたが、今までのデータ移行（16.04、5.0）では”P02W2 SPA-NAI-COMBKBN”が表示されることはなかったのですが、エラーということなのでしょうか？	保険組合せ作成処理で不要なメッセージを表示していましたので表示しないように修正しました。	R1.7.29
49		令和元年10月からの消費税税率改定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。 また、マスタ改定もありますので、マスタ更新のアナウンスを参照してください。		R1.9.24
50		令和元年10月からの消費税増税に伴い入院料の点数が変更になることについて作成済み入院会計の点数を置換するプログラムを準備しました。 詳細については改正対象資料を参照してください。		R1.9.24

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
51		「32入院会計照会」では点数が更新されていましたがレセプトプレビューで確認すると旧点数（R1.9月までの点数）ままです。	９月２４日にパッチ提供した「入院会計点数置換（消費税対応）」(ORCBNYUINUPD)について入院会計テーブルの手技点数１の点数更新が漏れていた為、プログラム実行後の(I41)入院会計照会画面の点数表示が正しい場合であっても、紙レセプトの摘要欄に記載される入院点数が旧点数となる不具合がありましたので修正しました。（手技点数１は画面上では確認できない項目となります。） 既にプログラムを実行済みの環境であってもプログラム更新でパッチを再適用していただき、再度月次統計画面から実行して頂くことで、正しい紙レセプト記載となります。	R1.9.25
52		令和元年１０月改定対応で提供しました医薬品マスタで改定後の薬価が現行のマスタに設定されたミスがありました。 ９月分で該当する医薬品を算定した患者の一覧表を作成するプログラムを提供します。 ※パッチ及びマスタを９月２６日に再提供しました。 右のプログラムの登録方法に従い設定を行います。 月次統計業務から「令和１年９月薬価誤り算定患者一覧」を選択して実行してください。 パラメタ 　診療年月は未設定（令和１年９月分が対象）で構いません。 　診療年月日を指定すると該当日の受診データを対象とします。※優先処理区分に1を指定すると令和１年９月２４日以降更新された受診履歴を対象とします。 　CSV区分に1を指定するとCSVデータが作成できます。 令和１年９月薬価誤り算定患者一覧の仕様について ・該当医薬品が１件見つかった時点でその会計情報をレポートします。 ・一会計内に該当する医薬品が複数あっても最初の１件のみをレポートします。 ・レポートされた会計は必ずしも点数誤りであるとは限りません。 ・院外処方で入力されていてもレポートします。 ・投薬だけでなくすべての診療区分を対象に検索します。	プログラムの登録方法 マスタ更新を実行し最新の状態にします。 システム管理マスタより以下の方法で登録します。 (1) 管理コードに3002「統計帳票出力情報（月次）」を選択します。 (2) 区分コードに登録する空き番号を入力します。 (3) 有効年月日を空白のままEnterキーを入力します。 “00000000” ～ “99999999“ (4)「確定」ボタンをクリックします。 (5)「複写」ボタンをクリックして”令和１年９月薬価誤り算定患者一覧”を選択して「確定」ボタンをクリックします。 (6)「登録」ボタンをクリックします。	R1.9.25 R1.9.26

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
53		患者削除ログ(診療行為を含む)	患者登録での「患者削除」及び診療行為(外来)での「診療削除」時において、削除された患者の情報を新設のテーブル(tbl_push_info)に格納するようにしました。 尚、API等からの操作時も同様となります。	R1.10.28
54		グループ診療構成でタイトルバーの医療機関名に他医療機関の名称が表示される不具合がありましたので修正しました。		R1.11.27
55	request 20181030-001	日レセVer5.0.0よりQRコード付き処方箋等の再印刷機能を実装した際に、処方箋のpdfをDBに格納するようにした、と回答を頂きました。 外来数が過多の医院にて、処方箋が多いため、処方箋の発行数に連動してバックアップデータ量が日々増大しております。 これは、システム管理[8000 印刷データ等削除機能情報]の[日次帳票]の設定にしたがって、業務メニュー[44 総括表・公費請求書]より総括表の印刷処理がおこなわれた際に削除しているようですが、総括表の印刷を行った後から一週間経過時点で一日辺り500MB強の容量となり、バッグアップの保存デバイスの容量が足りなくなる他、所要時間の増大になっており非常に不便になっています。 DBを直接操作する処理を開示できないとのことから、「処方箋のpdfをDBに格納」を「する/しない」と、設定を切り替えるようにしていただけませんでしょうか。	QR付き処方箋の再印刷データの保存についてプログラムオプションで指定可能としました。 システム管理より「ORCHC02Q」のプログラムオプションで再印刷データを作成しない　SAIPRT=1 と設定した時、QR付き処方箋の再印刷データを作成しません。 業務メニューの「再印刷」の再印刷選択画面に印刷情報を作成しません。 ※マスタ更新有	R1.11.27
56		2020年祝日について対応しました。 国民祝日は、以下のURLにある”「国民の祝日」について”を参照してください。 https://www8.cao.go.jp/chosei/shukujitsu/gaiyou.html		R1.12.24

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		2019-11-27提供のオプションマスタを更新すると、追加していたオプション情報が消えてしまいます。	プログラムオプションに帳票データ取得用のオプション(API_DATA,API_CUSTOM_ID)を設定していた場合はその設定を保持するようにしました。 なお、マスタ更新後は当該オプションは最下部の配置となります（仕様上、提供マスタのオプションの並びに整列されるため。当該オプションは最後の定義の扱い）。 当該オプションが設定されていなかった場合、オプションの追加は行いません。 また、別件ですがコメントの状態のオプションをユーザーが設定変更していた場合にマスタ更新の際に更新データの内容に上書きされていましたが、この場合も更新前の値を保持するよう修正しました。	R1.12.24
58		第55回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　アクセスキーテーブル（TBL_ACCESS_KEY） DB管理情報は S-050000-1-20200115-1 となります。		R2.1.28
59		日レセ商用版パッケージの一部対応を行いました。 利用申込における契約状態の表示です。 利用制限は含まれていません。 詳細は別途資料を参照してください。 契約状態の表示を従サーバへ同期するよう対応しました。		R2.1.28 R2.2.4訂正
60		第19回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　レセプト記載テーブル（TBL_RECEKISAI） DB管理情報は S-050000-1-20200218-1 となります。		R2.2.26
61		グループ診療の本院分院で他院へ切替後、日レセ商用版対応の参照処理起動（Shift+F12）を行うと、元の医院へ戻っていましたので修正しました。		R2.2.26

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
62		日レセ商用版パッケージの一部対応を行いました。 利用申込における契約状態の表示で”教育版”の対応を行いました。 利用制限は含まれていません。		R2.3.11
63		新型コロナウイルスに係るPCR検査の保険適用について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.3.11
64		第58回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 入力セットテーブル（TBL_INPUTSET） オーダ帳票テーブル（TBL_ORDERPRT） 患者コメントテーブル（TBL_PTCOM） 患者コメント（プレビュー）テーブル（TBL_PTCOM_PRV） 点数テーブル（TBL_TENSU） ワーク診療行為テーブル（TBL_WKSRYACT） DB管理情報は S-050000-1-20200312-1 となります。		R2.3.24
65		令和2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。 ※診療行為入力の行挿入機能に不具合が見つかり、3月25日に修正を行いました。		R2.3.24 R2.3.25

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		3月24日提供の診療報酬改定対応パッチプログラムでは紙レセプト、レセ電データ、診療報酬請求書及び公費請求書の改正対応は含んでいません。 これについては4月下旬に対応プログラムを提供予定ですが、それまでの期間に誤って令和2年度のレセプトを作成提出されることがないよう、「42 明細書」「44 総括表・公費請求書」にメッセージを表示するようにしました。 ・「42 明細書」画面の表示メッセージ ＜重要　令和2年4月診療分以降のレセプトは対応作業中です。対応プログラム提供をお待ちください。＞ ・「44 総括表・公費請求書」画面の表示メッセージ ＜重要　令和2年4月診療分以降のレセ電作成等は対応作業中です。対応プログラムの提供をお待ちください。＞ 4月下旬提供予定の対応プログラムを適用後はメッセージ内容を変更し、パッチ適用が行われているかの判断を対象画面で可能とします。		R2.3.31
67		第60回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　患者保険情報テーブル（TBL_PTHKNINF） DB管理情報は S-050000-1-20200410-1 となります。		R2.4.22
68		令和2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。 ※要マスタ更新		R2.4.22
69		保医発0430第4号（令和2年4月30日）「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における　公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について」の新設された公費負担者番号による入力対応を行いました。 なお、レセプト対応は5月下旬のパッチで行います。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.5.7

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
70		保医発0430第４号（令和２年４月30日）「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における　公費負担医療の提供に係る費用の請求に関する診療報酬明細書等の記載等について」 レセプト対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		R2.5.26
71		5月26日事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その19）」 について対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.6.4
72		第64回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　入力セットテーブル（TBL_INPUTSET） 　患者コメントテーブル（TBL_PTCOM） 　患者コメント（プレビュー）テーブル（TBL_PTCOM_PRV） 　ワーク診療行為テーブル（TBL_WKSRYACT） DB管理情報は S-050000-1-20200610-1 となります。		R2.6.25
73		令和2年4月診療報酬改定における 別表I　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科） に基づきにコメントコードの入力、記載（記録）対応を行いました。 令和2年7月診療分からとなります。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		’R2.6.26 R2.6.25 パッチファイルを訂正しましたので、改めてプログラム更新を行ってください。

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
74		コメント対応でレセプト処理による自動記載（記録）とフリーコメントコード等による入力のためコメントが重複して記載（記録）されてしまうものがあるためチェックをするプログラムを準備しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.7.3
75		令和2年4月診療報酬改定におけるコメント対応（7月対応分）を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.7.27
76		ファイル署名用証明書及びCA証明書更新による対応を行いました。 該当する処理はマスタ更新、プログラム更新、薬剤情報の雛形参照、となります。 詳細はアナウンスをご確認ください。		R2.8.26
77		令和2年4月診療報酬改定におけるコメント対応（9月対応分）を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新		R2.9.24

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