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	request 20201029-001	受付画面の項目ですが、氏名の読みが分からない患者様が来院された際に毎回患者登録画面に移動する必要があるため、受付画面にふりがなを表示できませんでしょうか	受付画面にカナ氏名を表示するようにしました。	R3.7.28
2		受付(U02)画面と受付一覧(U01)画面でオンライン資格確認データの資格有効性を一覧表の背景色として反映するようにしました。 オンライン資格確認一覧(P031)(P032)画面の一覧表の背景色も同様に変更しました。 受付(U02)画面では現在の予約・受付状況一覧の患者番号で資格確認結果データを検索します。 受付一覧(U01)画面でも同様です。来院済の一覧も同様に行います。	資格確認結果データの資格有効性(SIKAKU_YUKO)を判断します。 1:有効　であり、保険証確認の時で、枝番が照会と結果で一致しない場合 ベビーブルー　(変更) 2:無効 サーモンピンク 3:無効(新しい資格あり) ラベンダー 4:資格該当なし エクルベージュ (変更) 5:複数該当 淡い黄緑色 ※(変更)はオンライン資格確認一覧の背景色を変更しました。また、枝番が資格照会結果と一致しない場合に、1:有効であることを追加しました。	R3.8.25
3	support 20220203-025	他端末で患者登録修正中の患者に対し、メモ登録を実行すると、カルテ番号は表示されるが、氏名が表示されないのは仕様ですか？	受付で患者番号が他端末で処理中の時、氏名から生年月日を表示していませんでしたので、受付から予約登録・メモ登録へ遷移した時に氏名などを表示しないことがありました。 他端末で処理中であっても患者氏名から生年月日を表示するように修正しました。 この場合、患者カナ氏名を赤色表示します。 この修正に併せて、予約画面の対応を行いました。 受付・診療行為から予約画面へ患者番号を引き継いで遷移する時、排他処理を行うようにしました。	R4.7.26

Copyright(C)2021 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		受付一覧のオンライン資格確認結果の背景色対応に、保険証OCRのデータの反映が漏れていました。 保険証OCRの資格確認結果も反映するように修正しました。		R5.1.30
5	ncp 20230426-009	業務メニューの「11.受付」ボタンを押した際、全端末(クライアント)で「読み込み中」となったまま受付画面が開かない障害が発生しております。 (一定時間経過すると通信エラーが表示されクライアント画面が閉じられます。)	オンライン資格確認で保険証資格確認を行い、カードリーダーからOCR機能により公費資格証のデータ取込を行った患者の受付を行った場合、次に受付画面を呼び出すとフリーズしましたので修正しました。 受付一覧画面も同様に修正しました。	R5.4.26
6		受付の現在の予約、受付状況一覧、受付一覧で受付患者のオンライン資格確認データが「被保険者資格証明書」、「医療扶助」の時、患者登録のP031画面と同様の背景色を設定するようにしました。		R6.3.26
7	support 20240411-028	(U01)受付一覧の上部「受付」リスト枠外右の↑ ↓ボタンを押下して受付順を変更したところ、添付の画像のようにリスト内の表示が崩れてしまいます。 monsiajとglclient2共に現象を確認したことから、サーバ機要因での現象と考え下記を実施しましたが現象解消いたしませんでした。	(U01)受付一覧から受付順を「↓」「↑」で変更した時、画面表示が乱れる現象がありましたので、正しく表示するように修正しました。	R6.4.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

11 受付

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	support 20240502-039	日レセソフトで「11 受付」を開き、患者番号を入力して「受付完了」を押下すると「現在の予約、受付状況」という欄の下に患者情報が表示されます。 その患者情報の中で、後期高齢者になり、負担割合が変わったという方がいたのですが、その方の背景色が変化しないというご質問をいただきました。 ORCAのオンライン資格確認操作手引きを拝見しますと、「オン資格」を押下した後の画面では、保険者番号・記号・番号と一致する有効な資格確認結果かつ、患者番号が登録されている場合、本人家族区分・負担割合(高齢者のみ)が一致しない時:「#f3bf88(淡香 うすこう)」が背景色として表示されるとありますが、受付の画面でも同様に背景色は変わりますでしょうか。	受付一覧に反映するオン資格確認の情報で、本人家族区分・負担割合(高齢者のみ)が一致しない場合の背景色:#f3bf88(淡香 うすこう) の表示をしていませんでしたので表示するように修正しました。	R6.6.18
9	support 20250604-021	最初登録済保険情報でのオンライン資格確認結果は「無効(新)」でした。 11受付にて受付をしています。背景色は紫色です。 その後、新しい保険証で番号等確認し患者登録へ保険追加をしました。 オンライン資格確認結果は「有効」になりました。 11受付画面では背景が紫色から変わりません。 改めて受付をしますが背景が紫色です。 既に受付された行の背景色の更新はしないことと、有効な保険情報の登録後受付を行った場合でも背景色の変更は行わない仕様でしょうか。	受付一覧のオン資格確認は患者登録前に確認することを想定していましたので、背景色は該当の資格確認レコードが未処理のデータ(患者登録で利用して登録していない)を対象としています。 この為、新しい保険を登録した後も、最初のオンライン資格確認の「無効(新)」となっていることがありました。 新しい保険で照会したオンライン資格確認データを選択して患者登録した場合、処理済みとなり受付では対象外となっていた為です。 処理済みに関係なく、最後に照会したオンライン資格確認データを対象として背景色を設定するように修正しました。	R7.6.25

Copyright(C)2021 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
10		患者メモ登録は受付と診療行為から遷移できますが、受付と診療行為では排他制御が掛かりません。 この為、受付と診療行為で同じ患者番号で患者メモ登録を行ったときに重複登録することがありましたので対応しました。 1. 新規のメモを登録する時、「登録」を押下し確認メッセージを表示したままの状態で、別業務で他端末から同じ患者番号、診療科でメモを登録した後に、確認メッセージの「OK」押下でメモ登録した時、診療科で複数登録していました。 後に登録したメモ内容で更新するようにしました。 2. メモ一覧を選択した時、選択したメモが他端末で削除されていたとき、診療科を空白、メモ内容空白で展開していましたが、「選択したコメントがありません。「クリア」押下で一覧更新を行って下さい。」とエラーメッセージを表示するようにしました。		R7.8.26
11	support 20250812-002	国保から社保に保険変更した患者において、顔認証を行うと受付画面において有効であるはずの社保が無効(新)の背景色になります。	受付一覧で対象とするオンライン資格確認は処理実行日時の降順の1件目を対象としています。 これにより、顔認証で新しい保険を取得した後、受付から古い保険で照会をした場合、顔認証の保険で保険追加をして患者登録を行っても、受付一覧の背景色は後から照会した受付の資格確認の「無効(新)」を対象としていました。 当日に有効な資格確認があればそれを対象とするようにしました。 有効な資格確認がなければ、当日最後に照会したデータを対象とします。	R7.9.25
12	support 20260114-008	ORCA操作中に固まった。戻る等押しても反応しない。	受付画面で存在しない患者番号を入力してエラーとなった時に、患者番号をそのままで「診療行為」ボタン押下した時、異常終了となりました。 患者番号空白で診療行為に遷移するように修正しました。 また、「病名登録」「会計照会」へ遷移した時は、エラーの患者番号をそのまま表示していましたので空白とするようにしました。	R8.1.27

Copyright(C)2021 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
１３	request 20250521-001	予約、受付システムで診療中に動作が停止するという事象が発生しました。 調べてもらったところ、APIで取得した受付一覧の中で「ドクター」が空欄のまま受付登録された患者がいたために、データ異常と判断されて動作停止したとのことでした。 確認してみると、「１１受付」で「診療科」「診療内容」は選択チェックがされますが、「ドクター」は空欄のまま受付できてしまいます。 「ドクター」も選択チェックするようにできないでしょうか。	受付のドクターコードが未設定の時はエラーとすることをシステム管理に設定を追加しました。 1. システム管理「1045 予約・受付機能情報」の＜受付＞ドクター設定区分を「1 空白チェックあり」と設定します。 2. 受付画面で「受付完了」を押下した時、ドクターが空白の場合は「ドクターを選択して下さい」とエラーメッセージを表示します。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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		資格確認中の状態で、再度、資格確認を可能としました。 患者登録画面で患者番号を入力して「オン資格」ボタン押下で遷移する「(P032)患者登録ーオンライン認証」画面より操作します。 (P032)患者登録ーオンライン認証画面で、「F8 強制確認」ボタン押下で、資格確認照会を行います。 資格確認照会を行った場合、「資格確認を照会しました。」とメッセージを表示します。 資格確認照会を行わなかった場合、「資格対象外の保険のみ、または当日資格確認済みの返却があります。照会しません。」とメッセージを表示します。		R3.5.27
2		資格確認データの処理中を解除可能としました。 ●患者登録で資格確認データの選択中に異常終了となった場合、選択していた資格確認データの処理中を解除する処理を追加しました。 患者番号を入力せず「オン資格」ボタン押下で遷移する「(P031)患者登録ーオンライン認証」画面より操作します。 1. (P031)患者登録ーオンライン認証画面で、他端末で選択中の資格確認データを選択した時、「他端末で処理中です。OPID:[AAAAA](2021-05-11 10:33:11)」を表示します。 []内に選択したOPID、()に選択時間を表示します。 2. 選択時間から1分以上が経過している場合、「F3 処理中解除」ボタンを表示します。 異常終了したデータで処理中を解除したい場合、「F3 処理中解除」ボタンを押下します。 3. 確認メッセージ 「他端末で処理中でないことを確認して下さい。OPID:[AAAAA](2021-05-11 10:33:11)」を表示します。 OPIDの端末が処理中でないことを確認後、「OK」ボタンを押下します。 4. 再度、確認メッセージ 「他端末で処理中でないことを確認して下さい。「OK」で他端末処理中を解除します。」を表示します。 「OK」ボタン押下で処理中を解除します。	●処理中解除を間違って行った場合の対応 ((P033)患者登録ーオンライン資格確認画面で処理中であった場合) (P033)患者登録ーオンライン資格確認画面は、患者登録へ遷移する前に処理中であることを再度確認します。 資格確認データが処理中でなかった時は、処理中を設定して「資格確認処理中が解除となっていました。処理中設定をしました。」とメッセージを表示します。 再度、「F12 患者登録」などを押下して患者登録画面を遷移します。 また、患者登録画面で「他端末で使用中です。更新できません。」の時、「オン資格」ボタンが押下できないように対応しました。	R3.5.27

Copyright(C)2021 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	support 20210414-025	オンライン資格確認の際に、オンライン認証画面で水色で表示される患者は何を意味しているのでしょうか。	患者登録のオンライン資格確認一覧表示で、資格確認結果の保険情報が空白の時に背景色を「薄赤色」で表示していましたが、状態が「該当無(資格有効性が「4:資格該当なし」)」の時に「薄赤色」で表示するようにしました。	R3.5.27
4	ncp 20210428-014	コロナの入院の方で、感染症で負担額が2万円です。 前期高齢者のかたです。負担額はどこにどのように登録するとよいでしょうか？	感染症の入院で所得による自己負担が発生する場合の負担額を患者登録画面(所得者情報タブ画面)の公費負担額で登録可能としました。対象の公費は以下となります。 ・028 感染症入院 ・029 新感染	R3.5.27
5	support 20210524-012	オン資ボタンより、後期高齢者医療証を持っている方を選択して「患者確認」「保険変更」を実行すると、エラー ・エラー内容 オンライン資格確認の保険と選択されている患者の保険が違います。保険変更できません。 ・差異がなかった部分 保険者番号、記号・番号、負担割合 ・差異があった部分 交付年月日、被保険者氏名、有効終了日、本人家族 ※ORCAには、被保険者氏名、有効終了日、本人の登録がありました。この場合、既存の保険の変更は出来ず、新規で保険追加するしかないのでしょうか。	オンライン資格確認で後期高齢者の本人家族区分に返却値がないことを考慮していませんでしたので、後期高齢者の本人家族区分が患者登録の保険と一致しませんでした。 これにより、保険変更ができませんでしたので、後期高齢者は本人と判断するように対応しました。	R3.5.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6		患者登録のオンライン資格確認結果データから患者の保険情報を更新する時、資格確認結果データの返却値が空白の場合の対応をしました。 XMLレイアウト（オンライン資格確認）の出現回数が0となっているカナ氏名、郵便番号、住所、被保険者氏名が空白の時、更新対象から外しました。 (P033)オンライン資格確認画面で資格確認結果データと選択した患者の情報が一致しない場合、項目を赤色表示していますが資格確認結果データ空白の時は赤色表示しないようにしました。		R3.6.24
7		患者登録の「P033 オンライン資格確認」で、顔認証データを選択し「F8 新規患者」とした時に、患者番号を「＊」でなく、直接手入力した場合に「同姓同名リスト」を表示した時、「戻る」を押下しても再度、「Enter」で同姓同名者リストを表示し続けていましたので、表示しないように修正しました。 また、「P033 オンライン資格確認」で新規患者とした時、または、カナ氏名を変更するようにした時、患者登録画面で展開後、「Enter」押下で「P100 漢字選択画面」（人名辞書）を表示していましたので、表示しないようにしました。		R3.7.28
8	support 20210414-025	オンライン認証画面では「該当無し」になっていますが、push通知画面に「複数該当」と表示されます。	オンライン認証画面では「該当無」になっていますが、ステータス通知では「複数該当」と表示していましたので「該当無」と表示するように修正しました。	R3.7.28
9		オンライン資格確認の画面表示を変更しました。 「(P031)患者登録－オンライン認証」画面の「限度」「特疾」の位置を氏名の前に移動しました。 「(P033)患者登録－オンライン資格確認」画面の右上に資格有効性の内容を表示するようにしました。 「無効」「無効（新しい資格あり）」「該当資格なし」は「窓口で確認して下さい。」を追加し赤字で表示します。 「複数該当」は青色で表示します。		R3.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	ncp 20210708-038	オンライン資格確認から得た結果を使用して住所を変更した場合、以下不都合な点がございました。 例) ・オンライン資格確認の住所 〒0000000　東京都江戸川区西葛西0番地0丁目0 ・もともとの登録 〒0000000　東京都江戸川区西葛西　0-0-0 ・オンライン資格確認の住所部分にチェックして「患者情報変更」を押した場合 〒0000000　東京都江戸川区西葛西0番地0丁目0　0-0-0 ※住所が左の枠にすべて入ってしまうため、もともと入力のあった番地は残り、番地以降が二重に入力された状態になります。	オンライン資格確認から返却された住所の全角空白を取り除くようにしました。 患者登録の「P033　オンライン資格確認」で、住所を変更する時、患者登録画面の展開時に郵便番号から住所マスタを検索して住所と番地番号を判定しますが、判別できなかった場合は住所にそのまま編集しますが、番地番号を変更していませんでした。 この場合は、番地番号をクリアするようにしました。	R3.7.28
11		患者登録で患者番号再発行をした時に、照会番号を変更登録するため資格確認処理をするように対応しました。 なお、オンライン資格確認システムに登録する照会番号を患者IDから患者番号に変更しました。		R3.7.28
12	ncp 20210719-018	オンライン資格確認の交付年月日についてご質問があります。 患者登録画面で社保の登録。その際、資格取得日をH25.4.1と入力。 有効と出た後に「オン資格」ボタン押下→「患者確認」ボタン押下。 オンライン資格確認を確認すると、資格取得日ではなく「交付年月日」が表示されます。 交付年月日がH25.4.10の場合、「保険変更」ボタンを押下すると、患者登録画面の資格取得日(H25.4.1)が交付年月日の(H25.4.10)に変更されてしまいます。 社保も国保も資格取得日＜交付年月日の組合せは多くあります。 資格取得日＜診療日＜交付年月日の場合、毎回、資格取得日を元に戻さなければなりません。 それとも、私の考え違いで、交付年月日が資格取得日より優先されるのでしょうか。	オンライン資格確認で、保険の資格取得日に被保険者証交付年月日を編集していましたが、被保険者証有効開始年月日を資格取得日に編集するよう対応しました。 併せて画面の表示を「資格取得日」に変更しました。	R3.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

12 登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	support 20210812-021	保険証の本人家族区分を誤って登録してしまっていた患者をオンライン資格確認してもORCAで「有効」と表示されてしまうため誤りに気が付けないと問い合わせがございました。 本人家族区分の誤りもレセプト請求では返戻対象となる誤りです。 枝番の差異については枝番未設定のメッセージかつ背景色が水色になるかと存じますが、本人家族区分等についても今後対応予定等ございますでしょうか。	オンライン資格確認について、資格「有効」のときに日レセに登録してある本人家族区分と資格確認結果の本人家族区分の値が異なる場合は、「有効(本人家族区分　誤)」を返却するようにしました。	R3.8.25
14	ncp 20210813-009	患者登録の際、同姓同名の方の多重登録を防ぐため、患者検索での目視チェックと二重登録疑い判定の設定をしているが、両方とも該当せず、登録したところ、過去カルテが存在する患者様でした。現在は検索や同名チェックに引っかかります。 こういったことの原因として何が考えられるでしょうか。	患者登録でカナ氏名、漢字氏名の変更をしても二重登録疑いの処理を行っていませんでしたので、カナ氏名、漢字氏名の変更で二重登録疑いの処理を行うようにしました。 カナ氏名、漢字氏名変更で二重登録疑いリストが表示されるようになります。 また、カナ氏名変更で人名辞書を使用した時に漢字氏名の変更がない場合、同姓同名リストの処理を行っていませんでしたので同姓同名リストを表示するようにしました。	R3.8.25
15		オンライン資格確認(P033)に保険確認処理を追加しました。 表示している資格確認結果の保険情報と選択した患者登録情報の保険情報の内容が一致している場合、「F11 保険確認」押下で保険の確認年月日をシステム日付に更新する処理を行います。 保険の確認年月日をシステム日付に変更する時 「表示している保険の確認年月日を更新します。元に戻すことはできません。よろしいですか？」を表示します。 「OK」押下で保険の確認年月日をシステム日付に更新、確認年月日の履歴を追加、資格確認結果データの処理済み処理を行います。 保険の確認年月日がすでにシステム日付の時 「表示している保険の確認年月日は既に更新済みです。処理済み対応を行いますか？」を表示します。 「OK」押下で、資格確認結果データの処理済み処理を行います。		R3.8.25

Copyright(C)2021 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	support 20210826-020	資格確認情報のポップアップに「資格確認結果:有効(本人家族区分誤)」と表示される理由を教えて頂きたいです。 先程ORCAサポート電話にお問合わせさせて頂きましたところ、「保険は有効だが、本人家族区分が誤っている可能性が高い」と教えて頂きましたが、該当患者は後期高齢者で本人家族の区分に「1 本人」の登録をしており、正しい登録が出来ているように見受けられます。	オンライン資格確認について、資格「有効」のときに日レセに登録してある本人家族区分と資格確認結果の本人家族区分の値が異なる場合は「有効(本人家族区分　誤)」を返却しますが、後期高齢者(039)で日レセが「1」、資格確認結果が空白のときは「有効」を返却するようにしました。	R3.9.27
17	8/30　原爆認定の件	原爆認定(法別18)については、疾病に対する認定のため、受給者証が複数発行されている場合、登録することができません。 右眼、左眼で受給者番号のみが異なるとのことでした。	公費の原爆認定(018)の重複登録を可能としました。	R3.9.27
18	support 20210826-027	オンライン資格確認 8月25日付けパッチ後、添付ファイルの1行目の様に、表示がおかしくなりました。	患者毎に表示する(P032)オンライン資格確認画面の一覧表の対象件数が40件を超えた時、不具合が発生していました。 1頁を最大50件まで正しく表示するように対応しました。	R3.9.27
19		「(P033)患者登録ーオンライン資格確認」画面で、顔認証からの資格確認結果データの保険を患者情報に反映する時、登録済み保険が当日有効期間外で保険の内容が一致しているとき、「F12 保険追加」ボタンをクリックした時の確認メッセージ「0104」に内容を表示していませんでした。 「オンライン資格確認と同一の保険があります。保険追加でよろしいですか？」を表示するようしました。		R3.10.12
20	ncp 20211104-014	「数字6桁＋カタカナ1文字」の患者番号で登録されてしまっている患者様がいらっしゃいます。 照会や患者検索では検索されますが、患者登録を開こうとすると該当患者がいないとのエラーメッセージが表示されて患者登録情報の表示及び患者削除が出来なくなってしまっております。	患者登録で患者番号の構成が拡張構成の時、フリーの項目に全角文字の入力が可能となっていましたので、全角文字はエラーとするように対応しました。 患者番号は半角文字のみとしていますので、登録後に全角文字のある患者番号を入力してもエラーとなり展開することができません。	R3.11.24

Copyright(C)2021 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
21	request 20210204-001	弊社システムでは、患者情報はORCAで登録しPUSH-API経由で通知を受け、情報を取り込む運用をとっております。 そこで今回問題となったのが、以下のリンクの操作を行った際、PUSH通知が送られてこない(仕様)ため、変更前の番号(どの番号が欠番となったか)を知ることができず、弊社のシステムとORCAで患者情報に差異が出てしまいます。 https://manual.orca.med.or.jp/5.1/html/?page=43 ■こちらPUSH-APIによる再発行実行時に通知を出す機能の追加をしていただきたく思います。	患者登録画面の「P015 患者番号再発行」画面で患者番号を変更した時に、新患者番号と旧患者番号のPUSH通知を行うようにしました。	R3.11.24
22	ncp 20211102-019	患者登録画面の所得者情報タブの低所得者の認定日(終了日)を入れるときに「2021.11.30」というような入力をすると、入力後に「R 3.11. 3」というような表記に変わってしまいます。 基本情報タブでは「2021.11.30」→「R 3.11.30」と同じ日付での変換となるので、同じようにして欲しい。	患者登録画面の低所得者情報の低所得者2の認定日、終了日、長期入院該当年月日と低所得者1の認定日、終了日の入力を「2021.11.01」と10文字で入力した時、9文字のみ反映していましたので、「R03.11.0 」となっていました。 正しく10文字反映するように修正しました。	R3.11.24
23		オンライン資格確認システムからの照会結果より、限度額認定証・特定疾病療養受療証の公費・低所得者情報登録対応を行いました。 また、アルメックス社提供のカードリーダーにおける地方公費等受給者証の券面読み取りからの公費情報登録対応を行いました。 なお、こちらについてはクライアント側ツール(onshi-tools)のアップデートが必要となります。 詳細は別途資料をご参照ください。		R3.11.24

Copyright(C)2021 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	ncp 20211202-027	資格確認後、オンライン資格確認画面の患者登録情報に候補の患者が挙がってきますが、この候補の患者が50件を超えており、資格確認を行った当該患者が一覧に表示されず、またオンライン資格確認画面の下部にも表示されません。 患者の照会番号はオンライン資格確認システム側に登録済みです。 50件を超える理由としてはレセコンがORCAに変更になる際にデータ移行を行ったのですが、その際に古いの患者の生年月日を1973/01/01に統一して移行を行ったため、実際の生年月日が1973/01/01の患者が資格確認を行った結果、50件を超えたようです。 50件を超える場合の、対処方法を教えていただけないでしょうか。	オンライン資格確認で、オンライン資格確認一覧を選択して遷移する「P033」画面の患者登録情報を表示する時、オンライン資格確認データの生年月日の患者が50件以上存在する時に、患者一覧表にオンライン資格確認データの患者番号が存在しないと患者番号を決定することができませんでした。 オンライン資格確認データの患者番号が決定している場合、一覧に対象がなければ先頭に対象の患者番号を表示するように対応しました。	R3.12.22
25	support 20211204-005	オンライン資格確認の件でお尋ねいたします。 12登録画面より、「オン資格」ボタンから、該当患者様を選択し、「F12患者確認」ボタンをクリックすると「患者登録-オンライン資格確認」画面が表示されますが、オンライン資格情報と患者登録情報の保険、住所の情報に相違なかったため、「F11保険確認」ボタンをクリックしたところ、「オンライン資格確認の患者番号と選択した患者番号が違います。保険変更を行って下さい」のエラー情報が表示されました。	顔認証で後期高齢者の場合に、保険情報からの患者決定ロジックに誤りがあり患者番号の設定が出来ていませんでしたので修正しました。 また「保険確認」を押下した時、患者番号が一致していない時にエラーメッセージ「オンライン資格確認の患者番号と選択した患者番号が違います。保険変更を行って下さい。」を表示していますが、オンライン資格確認の患者番号が決定していない時は、「オンライン資格確認の患者番号が決定されていません。保険変更を行って下さい。」に変更しました。	R3.12.22

Copyright(C)2021 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		保険証確認時の限度額情報取込み対応 患者登録ーオンライン認証の一覧(P031,P032)で保険証の資格確認を選択し「F12 患者確認」押下時、限度額認定証の情報がある場合、「限度額情報が設定されています。患者さんの同意が得られていますか？」の確認メッセージを表示します。 「OK」で同意あり、「NO」で同意なしとなります。 同意ありの場合、次の(P033)オンライン資格確認画面に限度額認定証の内容を表示します。 「保険変更」押下で患者登録画面での限度額認定証からの公費・低所得者情報の確認を行います。 この同意は今回の患者登録のみで有効であり、患者基本情報タブに[同意]を表示します。		R4.1.26
27		保険証による資格確認結果の限度額適用認定証の同意日の履歴を保存するように対応しました。 1. 患者登録のオンライン資格確認の一覧で、保険証による資格確認結果の限度額適用認定証がある場合に表示する確認メッセージ「限度額情報が設定されています。患者さんの同意が得られていますか？」を「OK」とした時の患者登録で「登録」押下時にマシン日付を同意日として登録します。 同意日は1日1回とし、最大99件まで登録します。 2. 同意日の履歴は、患者登録の「その他」タブの「保険証限度額認定証同意日」に最終の同意日を表示します。 同意日の横の「履歴」ボタン押下で、同意日の履歴を降順に表示します。(1件目が最終の同意日です)		R4.2.24
28	support 20220126-034	オンライン資格確認において薬剤情報と特定健診情報についてですが、TBL_ONSHI_KENSHIN_XXXおよびTBL_ONSHI_YAKUZAI_XXXに格納されてるデータですが取得PDFと差があるようですがXMLを受信したものになりますでしょうか？	オンライン資格確認の薬剤情報の調剤機関毎連番(GrpNum1)、処方機関毎連番 (GrpNum2)の取扱に考慮漏れがあり、一部のデータで不具合が発生していましたので対応しました。	R4.2.24

Copyright(C)2021 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		患者登録のオンライン認証一覧画面(P031、P032)に「F11 変更無し」と「F3 削除」の処理を追加しました。 1. 処理済みとするデータを選択後、「F11 変更無し」押下で、「選択した情報を処理済みとします。よろしいですか？」を表示します。 「OK」で処理済みとします。 2. 削除とするデータを選択後、「F3 削除」押下で、「選択した情報と関係するデータをすべて削除します。よろしいですか？」を表示します。 「OK」で削除します。 3. 処理済み、削除となるデータは、患者登録の「登録」で処理済みと設定するデータです。 公費照会のデータも含まれます。 4. P031は、【全体】(全対象)の時に、削除分も表示します。 P032は、(全体)の時に削除分も表示します。 削除分は、区分に「×」を表示し、背景色を「薄灰色」で表示します。 削除分は選択できません。(削除を解除することはできません)		R4.2.24
30		オンライン資格確認での公費医療券他、公費更新(追加)対応を行いました。 [(P033)患者登録－オンライン資格確認]画面で公費照会のデータがある資格確認を選択している場合は、「F8 新規患者」「F10 保険変更」「F12 保険追加」押下でメッセージ表示後、[(P034)患者登録－オン資格限度額認定証・公費照会]画面へ遷移するようにしました。		R4.3.14
31	support 20220317-019	オンライン資格確認(ubuntu18.04)の環境にて、ある特定の患者で以下となります。 ・患者登録画面で、オン資ボタンを押すとnullと表示される ・診療行為画面で、患者番号をいれると「資格確認情報　その他のエラー」とポップアップされる	オン資にて「その他エラー」となった場合、その保険を正しく変更しても資格確認が行われない問題を修正しました。	R4.4.25

Copyright(C)2021 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	ncp 20220419-045	4/16と4/18にID46928の方が受診(既存ID)され、それぞれの日に顔認証されたところ、「(P031)患者登録-オンライン認証」画面で4/16分はID46928となっているが、4/18分はID46999とIDが違っているが表示されている情報はID46928の方のもの。 正しいIDは46928です。 患者登録画面でそれぞれ確認すると別の患者です。(名前も生年月日も違う) おかしくないでしょうか？ どのように対応すればよいでしょうか。 ちなみに、「(P031)患者登録-オンライン認証」画面で4/18のID46999を選択して"F12患者確認"をクリックして「(P033)患者登録-オンライン資格確認」画面を開くと以下の状態です。 ＜画面上部＞のID表示は46999となっているが患者情報はID46928の方のもの、 ＜画面中部＞の患者登録情報にはID46928はあるがID46999はない、 ＜画面下部＞はID46928となっており患者情報も同じ方のもの。 なお、4/18のID46928の方の受付業務はオンライン認証画面からではなく、画面に直接IDを入力する方法で行われたとのことです。	顔認証資格確認結果を利用して新患登録を行った場合、照会番号も合わせて登録依頼をしますが、そのときの照会番号が患者番号ではなくて患者ID(ptid)で依頼していましたので、これを患者番号で依頼するよう修正しました。	R4.4.25
33	ncp 20220512-052	患者登録でオンライン資格確認情報に限度額認定証が有となっていたため、所得者情報タブにて、低所得者2の選択番号に／ONを入力して取込みしようとすると、「オンライン資格確認からの低所得者2の登録情報はありません」とエラーになります。 すでに終了日も手入力された状態で取込みを行なうとエラーが表示される仕様となっているのでしょうか。 上書きにて取込むことは可能なのでしょうか。 また、低所得者2の手入力されていたものを削除してから取込みを行なうと「低所得者2の認定終了日がエラーです。」と表示されました。 終了日に「99999999」が取り込ましたが、1桁多かった為にエラーとなっておりました。	患者登録画面で、低所得者2の終了日を「9999999」と9を7つ以外で入力した時にエラーとしていましたが、保険・公費の終了日と同様に、先頭から7桁が「9999999」であれば、「9999999」とするように修正しました。 低所得者1の終了日、その他タブの介護保険情報、介護認定情報の有効終了日も同様の修正をしました。	R4.5.25

Copyright(C)2021 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
34	ncp 20220419-045	4/16と4/18にID46928の方が受診(既存ID)され、それぞれの日に顔認証されたところ、「(P031)患者登録-オンライン認証」画面で4/16分はID46928となっているが、4/18分はID46999とIDが違っているが表示されている情報はID46928の方のもの。 正しいIDは46928です。 患者登録画面でそれぞれ確認すると別の患者です。(名前も生年月日も違う) おかしくないでしょうか？ どのように対応すればよいでしょうか。 ちなみに、「(P031)患者登録-オンライン認証」画面で4/18のID46999を選択して"F12患者確認"をクリックして「(P033)患者登録-オンライン資格確認」画面を開くと以下の状態です。 ＜画面上部＞のID表示は46999となっているが患者情報はID46928の方のもの、 ＜画面中部＞の患者登録情報にはID46928はあるがID46999はない、 ＜画面下部＞はID46928となっており患者情報も同じ方のもの。 なお、4/18のID46928の方の受付業務はオンライン認証画面からではなく、画面に直接IDを入力する方法で行われたとのことです。	照会番号をPTIDで登録したものを、患者番号で再登録するように修正しました。 あわせて、顔認証で照会番号が設定されている場合で日レセに登録されている保険情報と異なる場合には、POP通知に「保険変更」を表示するように修正しました。	R4.5.25
35	request 20211008-001	「12登録」画面で患者番号を入力し患者の名前や保険情報が表示されます。 そのまま「予約登録」(F10)をクリックすると予約画面へ遷移されますが「12登録」で展開していた患者番号や名前が引き継がれません。 「12登録」からも「11受付」や「21診療行為」から予約画面へ遷移する時のように患者番号や名前が引き継がれるようにしてほしい、と要望がありました。	患者登録から予約へ遷移する時、患者番号を連携するようにしました。 システム管理「1045 予約・受付機能情報」の患者番号連動を「2 連動する(受付・診療行為・患者登録)」を追加しました。 「2 連動する(受付・診療行為・患者登録)」と設定した時、患者登録画面から「予約登録」した時、患者登録の患者番号が登録済みであれば予約画面に患者番号を引き継ぎ展開します。 患者登録済みでない新規の患者番号は引き継ぐことはできません。 なお、予約氏名などは登録済みの患者情報の内容を表示しますので、患者登録画面の患者氏名を引き継ぐことはできません。	R4.7.26

Copyright(C)2021 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
36		患者登録画面から表示する「（P031）患者登録ーオンライン認証」 「（P032）患者登録ーオンライン認証」の各画面で、オンライン資格確認一覧に「照会番号」を表示するようにしました。		R4.7.26
37		オンライン資格確認システムでの資格照会結果でステータス表示にて【その他エラー】としていた場合ですが、システムからのエラーコードとエラーメッセージを追加して表示するようにしました。 なお、エラーメッセージが長文の場合は途中で切れる場合があります。		R4.8.29
38	support 20221004-026	1）入院レセプト一括作成　及び　入院レセプト個別作成にて 1名の患者さまのみ「請求管理DBに追加できませんでした」 「印刷データ編集」となる。 診療入力画面にてレセプトプレビュー作成はできる。 28460509（PCR検査）公費を削除するとレセプト作成成功する。	患者登録で公費の登録件数が59件で、今回公費を追加し60件となった時に追加した公費を削除して「登録」した場合、不具合が発生していました。 不要な患者公費情報テーブルを作成したためレセプト作成時にエラーとなりました。 不要な患者公費情報テーブルを作成しないように対応しました。	R4.10.25
39	support 20221107-017	労災エラー情報をお送りいたします。 請求先より、住所が文字化けされているし、RS欄について通常「,」が13個だが「12」個しか記録されていない。修正は病院では行えないのでシステム会社に直してもらってくださいとの回答との事です。	患者登録の労災自賠保険入力で入力した労働基準監督署コードが労働基準監督署テーブルに存在しない時は、警告表示後に登録できます。 これにより、全角での登録が出来ていました。 全角入力はエラーとするように修正しました。	R4.11.28
40		顔認証資格確認レコードの検索条件に不備があり、顔認証全件を対象としていたものを当日のもののみとするよう変更しました。		R4.11.28
41		保険証画像を確認して内容修正後、資格確認をおこなうと画像が削除されるので残したままにして欲しい。	画面からの画像の削除を行わないようにしました。	R5.1.30

Copyright(C)2021 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
42	support 20221222-017	本人の申し出(退職した等)により、保険の有効期限を先月までに短縮すると、以後、パネル表示が添付ファイルのような変な表示になります。	オンライン資格確認のポップアップ通知で、資格確認結果が「その他のエラー」の時、【エラーコード】とエラーメッセージを表示しています。 エラーコードに返却がない時も【】を表示していましたので、エラーコード等がない時は【】表示をしないように修正しました。	R5.1.30
43	support 20230111-021	12患者登録「オン資格」の件で、以下、ご質問がございます。 (1) 12患者登録で登録している「資格取得日」を、オンライン資格確認情報に表示する資格取得日へ変更したい時、「F10保険変更」を押下しても、12患者登録画面でオンライン資格確認情報の資格取得日を表示しません。 オンライン資格取得日情報の資格取得日を表示させるには、他に方法はございますか。 この時の患者の「状態」(資格確認結果)は「有効」です。	前期高齢者の時、オンライン資格確認のP033画面で表示している資格確認結果の保険の資格取得日は高齢受給者証有効開始日を表示していますが、「F10 保険更新」で患者の保険情報に反映するのは保険証有効開始日としています。高齢受給者証有効開始日を資格取得日に反映するように修正しました。	R5.1.30
44	ncp 20230113-025	オンライン資格確認で保険証読取り後、オン資の一覧から新患を選択して登録するのですが、カルテ発行が「なし」になっているようです。 本来、新患は「発行あり」になっているかと思うのですが、オン資格から開いた場合は「発行あり」にならないのでしょうか。操作の問題でしょうか。	オンライン資格確認のP033画面で、「F8 新規患者」で新規患者とした場合、システム管理の「患者登録のカルテ発行(新規患者の時)」をカルテ発行区分に反映していませんでしたので反映するように修正しました。	R5.1.30
45		P033のオンライン資格確認画面で、資格確認結果の性別と患者登録済みの性別が異なっていた場合に性別をチェックすることで性別変更を可能としました。 なお、性別が1又は2の時のみ可能とします。		R5.1.30
46		100件登録された状態で、「次頁」を押下して50番以降の情報を削除しようとすると、「選択番号入力エラー」となりました。	オンライン資格確認の一覧表(P031、P032)で「次頁」押下で51件目からを表示した時、選択番号を入力後「削除」ボタンを押下するとエラーとなりましたのでエラーとならないように修正しました。	R5.1.30

Copyright(C)2021 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
47		オンライン資格確認のP032画面のオン資格一覧で保険証OCRと紐づく公費情報に「公」の表示をしていませんでしたので表示するように修正しました。		R5.2.27
48	support 20230210-036	【現象】 ・ 特定の患者においてオンライン資格確認情報に、照会・確認していない情報が入ってくる。 ・ 当日、当該患者での受付・患者登録は無。 ・ 画面情報を添付致します。 ※ 他患者の資格確認は正常に実施可能です。 対応・確認方法についてご教授頂けますでしょうか？	保険証OCRで確認結果の保険情報が返却されなかった場合、保険情報が設定されていない後期高齢者の保険を持つ患者と紐づいていました。 確認結果の保険情報が返却されなかったときは患者保険情報の検索による患者の検索を行わないようにしました。	R5.2.27
49	ncp 20230309-005	(更)(追)の文字がマウスをもっていくと表示が消えます。消えないようにできないか。	(P034)患者登録ーオン資格確認限度額適用認定証・公費照会画面で、公費・低所得者内容でチェックボタンにカーソル移動した時、「(追)」などが消えることがありましたので修正しました。	R5.3.27
50		保険証による資格確認での特定健診pdfファイル名に誤りがありましたので修正しました。 TTK～.pdf(誤) TKK～.pdf(正)		R5.3.27

Copyright(C)2021 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
51		オンライン資格確認について以下の改修を行いました。 1.保険証OCRの限度額同意確認ダイアログの停止 2.保険証OCR画像表示画面(P035)に警告ラベル(赤字)追加 「※保険証画像と資格確認結果が一致していることをご確認下さい。 一致していない場合は、入力内容を修正後、再度資格確認を行ってください。」 3.P035画面で「F6 公費画像確認」押下から公費画像表示画面(P037)の初期表示時の以下のダイアログを停止 「保険証の生年月日で照会済みであることを確認して下さい。」 4.資格確認一覧画面(P031、P032)項目追加及び配置変更 以下の同意情報を追加 手術、診療、薬剤、健診		R5.4.5
52	support 20230327-042	オンライン資格確認で限度額認定証の情報を取得し、添付画面にて[F10公費更新]を押しますと、「対象の公費が複数あります・・・」のエラーが出ます。 公費取込操作手引き https://ftp.orca.med.or.jp/pub/etc/onshi/onshi-koh-manual-20221226.pdf のP15に「登録済の公費で、負担者番号、公費の種類、受給者番号が同一のものが複数存在する場合は変更できません」とあるため変更できないエラーというのはわかりますが、対象となる公費の行に色が1行目と3行目だけ付いていて、2行目だけ同情報であるのに色なしになっているのは何故でしょうか。 「966高額アイ」「967高額ウエオ」の場合は低所得者情報とちがい、公費情報の登録情報が1つであればその情報を[F10公費更新]で更新できるという認識でよろしいでしょうか	患者登録の(P034)オン資格限度額認定証・公費照会画面で公費を選択した時、患者登録情報の公費情報の同じ内容の公費の背景色を設定します。 同じ内容で有効期間内の公費が2件超の登録があった場合、リストの最初と最後の履歴の背景色を設定していましたが、最初とその次の履歴の背景色を設定するようにしました。 有効期間内の公費が複数あり「F10 公費変更」の対象が決定できないことの確認となります。 また、有効期間内に同じ内容の公費がなく、有効期間外のみ2件以上ある時に、リストの最後の履歴(最初の期間)の背景色を設定していましたが、最初の履歴とするようにしました。	R5.4.25
53	オンライン資格確認結果画面 F9:全対象	オンライン資格確認結果画面で、F9:全対象をクリックして表示できるがキーボードのファンクションキーを押下しても表示できないとお問い合わせがありました。	(P031)患者登録一オンライン認証画面で「F9 全対象」ボタン押下で、全体表示になりますが、キーボードのファンクションキーを押下しても全体表示になりませんでしたので修正しました。	R5.4.25

Copyright(C)2021 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
54	ncp 20230331-059	公費照会画面に表示される公費の有効期間の終了日を変えても反映しません。 ----- □02 (追)＊＊＊＊＊＊　負担者番号:　受給者番号:1111111　R3.3.31～H27.2.20 ----- チェック入れて、[F5 公費変更選択]押下、中央の適用期間の終了日(例:5060331)を変更してEnter押下したら「公費有効開始日≦有効終了日で入力して下さい。」と出て変更できません。	患者登録の(P034)オン資格限度額認定証・公費照会画面で、公費OCRの公費を選択し「F5 公費変更選択」した時、終了日の変更ができませんので、変更可能となるように修正しました。 また、monsiajでは、公費の番号項目が画面表示されていませんでしたので表示するように修正しました。	R5.4.25
55	support 20230412-053	オンライン資格確認で限度額認定証の照合した場合の操作方法についてご教示ください。 ①　既存患者　限度額認定証から既に公費の種類を登録している患者 オンライン資格の有効期間　R2.8.1～9999999 ORCAで登録している期間　　H29.8.1～R5.7.31 オンライン資格と登録されている有効期間に相違がある場合、【公費更新】を押しても期間を確認してくださいとエラーになり更新されず、【公費追加】を押すと、同じ公費の種類でオンライン資格の有効期間のものが入力され、重複した期間のものが2行で出てしまいます。 どのような操作を行ったらよろしいでしょうか。 ②　①の場合と同様に、低所得をお持ちの方で所得者情報の有効期間がオンライン資格とORCAで既に登録されている期間で相違がある場合、どのような操作を行ったらよろしいでしょうか。 ③オンライン資格認証画面のリストで、背景色がグレーになっている方はどのような方でしょうか。 ④既存患者で、既に限度額認定証を証書で確認している方が、マイナンバーカードで同意をしているにもかかわらず、オンライン資格認証画面のリストで限度額の項目が空白になっているのはどのようなことが考えられますでしょうか。	オン資格確認で限度額認定証から決定する「946 高齢者現役」の受給者番号を全角の「１」「２」としています。 患者登録されている公費の受給者番号が半角の「1」「2」の時、受給者番号が一致しないと判断し公費の更新対象としていませんでした。 「946 高齢者現役」の受給者番号「１」「２」は全角・半角のどちらでも可能ですので、半角で登録があっても同じ公費と判定するように修正しました。	R5.4.25

Copyright(C)2021 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
56	support 20230401-016	マイナタッチをご利用の医療機関様より、オンライン資格確認公費医療券OCR画面が見切れるとのご連絡がございました。 上下幅最大に画面表示しても、ボタンの下半分が見切れます。	monsiajでオン資格の(P037)患者登録ーオンライン資格確認公費医療券OCR 画面のボタンの下半分が見切れていましたので修正しました。	R5.4.25
57	ncp 20230322-037	オンライン資格確認の動作について伺いたいのですが、4/1～保険証が変わる方で、今日の時点で新しい保険証も持ってこられたため、ORCAで登録済みの状態で、【オン資格】ボタンより進み、次の画面で現在の保険情報と新しい保険情報が2行表示されているので、現在の保険情報の行をクリックし患者確認で進んだ場合、次の画面で上段にオンライン資格情報【被保険者証照会】で現在有効な保険情報が表示されるのですが、下段の患者登録情報の画面には、新しく登録した4/1～の保険情報が表示されてしまいます。 最新の保険証しか確認できない仕様でしょうか。	(P033)患者登録ーオンライン資格確認画面で、患者登録情報で表示する保険は最新の保険(最大の終了日)としています。 この為、未来日(システム日付より後)の開始日で次の保険が登録済みの時に、未来日開始の保険を表示していました。 未来日開始の保険は表示の対象外とするようにしました。	R5.4.25
58	support 20230412-007	保険証を手入力した際に枝番を間違えて登録してしまったようで、状態が「該当無」になってしまいました。 その後、枝番を変更したようですが再度資格確認が行われません。 枝番を変更したので、再度資格確認が行われるかと思いましたが、診療行為画面で該当患者を展開しても【資格確認結果:該当資格なし】となり、オンライン認証画面も該当無の1行のみとなります。 再度資格確認が行われる条件を満たしてないのでしょうか。	枝番が空白の保険のときに、患者登録画面で間違えて枝番を入力し資格確認が「該当無」になり、再度枝番を空白で入力しても資格確認が行われませんでした。 変更した保険の枝番が空白のときも資格確認が行われるように修正しました。	R5.4.25
59	support 20230508-011	患者の禁忌薬剤を登録する際に、禁忌開始日よりも前の日付で投与開始日を入力した場合に「0009 禁忌開始日＞投与開始日で入力して下さい」と表示されますが、禁忌開始日と同じ日に投与開始日を入力した場合はエラーが表示されません。 つまり、メッセージの表示内容は同日を含む禁忌開始日≧投与開始日が正しいと思われます。	患者登録の「禁忌薬剤」登録で、薬剤コードの登録時に投与開始日と禁忌開始日の両方を入力した時、禁忌開始日＜投与開始日の時のエラーメッセージが「禁忌開始日>投与開始日で入力して下さい」でしたので、「禁忌開始日≧投与開始日で入力して下さい」に修正しました。	R5.5.24

Copyright(C)2021 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
60	support 20230517-006	アルメックスのカードリーダーで公費受給者証の画像読み取りをした際に、毎回公費医療券OCRの画面が見切れてしまって、下のボタンが表示されません。	患者登録画面を全画面とした時、(P037)患者登録ーオンライン資格確認公費医療券OCRの画面下が見切れていましたので表示できるように修正しました。	R5.5.24
61	ncp 20230420-013	(P032)患者登録・オンライン認証画面にて対象患者のF12患者確認を行った際、(P033)画面において中段のリストに生年月日が同じ方が出て、且つ、カナ氏名も一致の場合リスト内にヒットした行が選択されていると認識しております。 保険者(特に協会けんぽ)ではカナ氏名のッやョが　→　ツやヨで登録しているのが見受けられます。この場合、前述のリストはカナ氏名の相違のためなのか、選択行がありません。 この中段枠が狭いため、多数リストアップされると探すのが困難となるとの苦情を頂いております。 なにか中段リストの検索手段がないものかと相談を頂いています。	(P033)患者登録ーオンライン資格確認の患者登録情報の上限件数が50件ですので、同じ生年月日の患者が50件以上登録がある場合、表示されない患者番号が存在しました。 上限件数を99件としました。 オンライン資格確認データに患者番号が設定されていれば、患者登録情報に表示しますが、患者番号が設定されていない場合は、患者登録情報から該当する患者番号を選択する必要があります。	R5.5.24
62	request 20220322-001	昨年末から限度額認定証も確認できるようになったり、オルカ上で操作できる項目は増えたのですが、負担割合が間違って登録されているのにもかかわらず、登録後にガイド画面で「資格確認結果:有効」と表示され、そのまま間違って会計してしまったケースがありました。 本人家族などはチェックが入るようですが、負担割合の登録ミスのエラーも表示できるようになりませんか？負担割合もオンラインで確認できているのに、チェックに引っかからないのは不便です。 チェックしてくれる項目としてくれない項目が混ざると、かえって資格確認結果:有効に惑わされて確認不足になって起こるミスが時々起こっています。 70歳以上が3割負担、2割負担、1割負担が混在し、昨年1割でも翌年3割になっているケースも多々ありますので、ご検討お願いいたします。	資格確認時、前期高齢者(70歳以上)、後期高齢者の日レセに登録済みの負担割合と資格確認結果での負担割合が異なる場合は、POP表示を行うようにしました。 1. 前期高齢者(70歳以上)、後期高齢者の日レセに登録済みの負担割合と資格確認結果での負担割合が異なる場合、POP表示に「有効(負担割合　誤)」を表示する。 2. 前期高齢者(70歳以上)の日レセに登録済みの負担割合、本人家族区分と資格確認結果での負担割合、本人家族区分が異なる場合、POP表示に「有効(本人家族区分、負担割合　誤)」を表示する。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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
63		患者登録のオンライン資格確認で、P033で資格確認内容を確認後、「戻る」で選択を解除し、そのまま「戻る」で患者登録画面に戻った時、P033で確認した限度額適用認定証の情報が残っていました。 この為、そのまま患者番号入力し「登録」をした時に前の資格確認の限度額適用認定証情報から 「警告！オンライン資格確認からの低所得者2の登録情報があります。」など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。		R5.6.26
64	kk 79148	国保(3割負担)、021通院精神(上限:2,500円)、121精神補助(京都公費)、141マル老2割(京都公費2割負担、上限あり)の患者のレセプトについてお尋ねします。 保険組み合わせとしては自動で作成されない「国保＋021＋121＋141」を作成することは可能でしょうか。	「主保険＋021精神通院＋121精神補助＋その他の地域公費(141マル老2割 等)」の保険組み合わせ作成を可能としました。	R5.6.26
65	request 20220308-001	医療機関様から、12登録画面でオンライン資格確認を行いオンライン資格確認サーバから資格確認結果が返ってきた際にPush通知に「その他のエラー 記号番号「・null」というように表示され、医療機関様からこのエラーは何が問題なのか？というお問い合わせがありました。 色々調べたところ医療機関様が保険の番号をORCAに入れていない状態でオンライン資格確認を行った際に、オンライン資格確認サーバに送るリクエストXML内に番号(/XmlMsg/MessageBody/QualificationConfirmSearchInfo/InsuredIdentificationNumber)タグがありませんでした。 この状態でオンライン資格確認を行うとオンライン資格確認サーバから返ってくるレスポンスXMLにInsuredIdentificationNumberタグ(/XmlMsg/MessageBody/QualificationConfirmSearchInfo/InsuredIdentificationNumber)が追加され、タグ内にnullと入っていました。 オンライン資格確認する際に番号など必要の項目はORCAでオンライン資格確認を問い合わせする際に、必須項目として入力がない場合に医療機関様にわかるようにして頂きたいです。	保険証資格確認において保険の番号が未入力の場合、エラー情報に「null」と表示されエラーの内容がわからないため、保険の番号が未入力の場合は資格確認依頼を行わず、ステータス通知に「保険の番号未入力」と表示を行うようにしました。又、P032画面で「強制確認」を押下した場合も、番号未入力のため照会は行わない旨ダイアログの表示を行います。	R5.7.26

Copyright(C)2021 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
66	support 20230630-011	一人の患者様にて6月分のレセプト作成が出来ません。「レセプト明細に更新できませんでした」とでてしまいます。	患者登録で労災保険の都道府県名に半角空白が混在しても登録が可能でした。 これによりレセプト処理でエラーとなりました。 労災登録画面の都道府県名リストに存在しない都道府県名をエラーとするように修正しました。	R5.7.26
67	request 20230710-003	患者登録画面より「Shift＋F1オン資格」を押下して表示されるオン資格一覧画面についてですが、一覧画面をスクロールして最下部を表示後に患者を選択すると、画面表示が最上部の表示に戻ってしまい、選択した患者の表示が画面から消えてしまいます 選択した患者を確認するために再度スクロールしなければならないのが手間だとクレームがありました	患者登録画面で患者番号未入力で表示する「(P031)患者登録－オンライン認証」で一覧をスクロールして番号選択後に一覧が先頭からの表示になっていましたので、選択した行が画面に表示されないことがありました。 選択した行を画面表示するように修正しました。	R5.8.24
68	support 20230821-026	添付ファイル001では、「日レセの登録情報」「資格確認の結果」ともに、資格取得日はR4.8.1です。 上の状態から「保険変更」押下で添付ファイル002になるのですが、資格取得日はR5.7.28になっています。 なぜR5.7.28になるのかがわかりません。	患者登録でオンライン資格確認の保険情報を患者の保険情報に更新する時、保険の資格取得日は変更がある時のみ変更しています。 これにより、高齢者では高齢受給者証有効開始年月日が資格取得日と同じ場合、被保険者証有効開始年月日を資格取得日に編集していました。 高齢者の場合は被保険者証有効開始年月日を反映しないように修正しました。	R5.8.24
69		オン資格照会（P033）の患者一覧にテスト患者も含めていました。 テスト患者は対象外とするように修正しました。		R5.11.27

Copyright(C)2021 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
70	request 20220222-001	12患者登録で生保の受給者番号を入力すると、42明細書の生保等入力にも、受給者番号が入力されますが、12患者登録で受給者番号に入力していた番号を空白にした場合は、生保等入力にはもともと入力されていた数字が残ります。(別の数字に変更した場合は更新されます) 受給者番号を空白に変更した場合にも、生保等入力が更新されるようにならないでしょうか。	患者登録で「生活保護」「残留邦人等」の受給者番号を設定して登録後、受給者番号を空白に変更した時、月代り受給者番号テーブルも空白に変更する処理をシステム管理の設定で可能としました。 1. システム管理「1017 患者登録機能情報」の19:生活保護・残留邦人受給者番号クリア区分を「1 月代り受給者番号をクリアする」と設定した時に以下の処理を行います。 2. 患者登録で生活保護を負担者番号・受給者番号を設定して登録し、「生活保護・中国残留邦人等まとめ入力画面」で、受給者番号の変更をしていない場合、患者登録で受給者番号をクリアして「登録」した時、開始年月の月代り受給者番号もクリアします。 3.「残留邦人等」も同様となります。	R5.11.27
71	request 20221114-003	患者登録画面でオンライン資格確認の情報を確認する際に、医保の情報を取り込みすると公費情報が確認できるようになっていると思います。医院様より、医保は取り込み不要で公費のみ取り込みもしくは情報確認を行いたい場合があるので、医保取り込みの手順を踏まずに直接公費情報の画面を表示できるような機能が欲しいとのお話がありましたのでご報告致します。	1.(P033)患者登録ーオンライン資格確認画面の「F7 保険変更なし」を押下することで、オン資格の保険情報を反映しないで患者登録画面を表示します。 公費情報・低所得者情報の反映は行います。 患者登録画面に遷移後、「登録」押下で、オン資格を処理済みとします。 2.「F7 保険変更なし」押下時、オン資格照会が「有効」または「複数該当」の時、選択した患者の保険情報と一致する時は、「患者保険情報の変更はしません。よろしいですか?」の確認メッセージを表示します。 保険情報と一致しない時は、「オンライン資格確認の保険と患者の保険が違います。「保険変更なし」でよろしいですか?」の確認メッセージを表示します。	R5.12.25
		「オンラン資格確認で選択したオン資格確認の保険情報の反映をしないで公費情報のみを患者登録に反映することを可能としました。	3. 2. の時、オン資格照会が「有効」または「複数該当」でない場合でオン資格照会の患者番号が決定してない場合は、「オンライン資格確認の患者番号が決定できていません。この患者でよろしいですか?」の確認メッセージを表示します。	

Copyright(C)2021 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
72	request 20220922-001	[オン資格](Shift+F1)画面について、[F10保険証]を押すとボタンの名称表示が[F10顔認証]や[F10公費照]に切り替わるが、分かりにくいので、最初から[保険証][顔認証][公費照]などのボタンを作っておいてほしいと要望ありました。 また、一番見たいのは[顔認証]との事で、F10を2回押さないと見れない点も改善してほしいとのことでした。 「オンライン認証画面（P031）に「顔認証照会」「保険証照会」など表示内容指示を可能としました。	1．オンライン認証画面（P031)の表示リストボックスの選択で表示対象を選択します。 リストは以下の順で表示します。 「★ 顔認証照会」「◎ 登録済保険情報」「◆ 保険証OCR照会」「公 公費OCR照会」選択した内容のみを表示します。 2．表示リストボックスの選択中の表示の切替ボタン「F10」は「F10 全体」を表示します。 連携は行いません。 表示リストボックスの空白選択で全体表示とします。 3．選択番号欄にカーソルがある時に選択番号未入力で「Enter」押下した時は表示リストボックスへカーソル移動します。	R5.12.25
73		資格確認結果リスト(P031,P032)に「本人・家族区分」と「負担割合」を追加し、取得した資格結果と登録内容が異なっている場合の背景色を設定しました。 1．P031、P032の一覧に、本人家族区分・負担割合（高齢者のみ）を追加しました。 2．オン資格の照会結果が「有効」かつ患者番号が決定できている保険情報と患者登録済み保険情報の登録内容の判定を追加しました。 オン資格照会の保険者番号・記号・番号と一致する照会日付で有効な患者保険情報が登録されている場合、本人家族区分・負担割合（高齢者のみ）が一致しない時、背景色「#f3bf88（淡香 うすこう）」を設定します。 ※枝番については、今まで通り保険証照会であり、照会した枝番と結果の枝番が一致しない時のみ背景色を設定します。 （顔認証・保険証OCRで、患者番号が決定できてる時は、枝番が登録済みです）		R5.12.25

Copyright(C)2021 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
74		オン資格の照会結果の「被保険者証区分」が「05 被保険者資格証明書」の対応 1. P031、P032の一覧の背景色「#fbdac8(シェルピンク)」を設定します。 背景色の優先順位は一番低いこととします。 2. P033のオン資格照会 ・【被保険者資格証明書】と画面右側に表示します。 ・被保険者証区分が「05 被保険者資格証明書」の時、保険者番号から決定する保険の種類を変更します。 「060 国保」→「068 特療費」 「067 退国保」→「069 退特療費」 「039 後期高齢者」→「040 後期特療費」 ※国保・退国保・後期高齢者以外の保険で「05 被保険者資格証明書」の時は、【被保険者資格証明書】の表示のみ行います。 ※外来マニュアルの P.137 2.2.10 特別療養費(被保険者資格証明書)の患者登録処理 参照	・オン資格情報の保険の種類を変更し患者登録済みの保険の種類と異なる時は、保険の種類を青色・赤色表示します。 ・登録済みの保険が「国保」で、オン資格が「特療費」の場合 オン資格の開始日が、登録済みの保険の開始日より後であれば「保険追加」をします。 登録済みの患者保険情報の保険の種類は変更できませんので、「保険変更」はできません。 保険追加できない期間では「国保」を削除し「特療費」で保険を追加する以外に方法はありません。 ・登録済みの保険が「特療費」、オン資格が「国保」の場合も同様に「保険追加」をします。	R5.12.25
75	kk 91509	大阪府のクリニック様より、主保険＋石綿＋地方公費(80障害)の保険組み合わせが、ORCAの診療行為の画面で表示がないため、お会計が出来ないとお問い合わせがありました。 上記の組み合わせで請求をするようにと、国保連合より返戻があったとの事です。	主保険＋066石綿＋地域公費 の保険組み合わせの作成を可能としました。	R6.1.29

Copyright(C)2021 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
76	support 20240228-024	複数の医院様よりここ数日(27日以降？)、オンライン資格確認の薬剤情報PDFがフォルダに作成されなくないときがあるとお問い合わせがありました。 私が確認させていただいた医院様の症状として、 ・初診の患者様の薬剤情報PDFがORCAに登録後もpdfフォルダに落ちてこない。 (区分も済になっている。) 今までは初診の患者様も取得情報よりORCAに登録後、PDFが作成されていたはず。 ・再診の患者様の薬剤情報等PDFは"C:/Program Files (x86)/Onshi/data/pdf" へ落ちてきている。 といったことが見受けられました。 ・再診の患者様は出力されているためフォルダの共有は問題ないと判断。 ・システム管理マスタの1051も「紹介する」「出力する」になっておりました。	2024年2月19日のパッチ提供により実装しました医療扶助対応により、顔認証資格確認結果を利用して新患登録を行った際、onshi-toolsにpush通知で渡す処理に一部情報漏れが発生したために、薬剤情報等の取得依頼が行われないようになってしまいました。 薬剤情報等の取得依頼が行われるように修正しました。	R6.2.29
77	support 20240328-008	医療扶助をお持ちの患者様を[12 登録]で展開した際に、資格確認のポップアップが表示されません。 「91＞101＞1051 オンライン資格確認等情報」は「医療扶助 [1 照会する]」になっています。 該当の患者は、公費単独・受給者番号の登録があります。 また、[オン資格]のボタンを押しても本日分の資格確認情報が表示されません。 [F8 強制確認]を行うと「資格対象外の保険のみ、または当日資格確認済みの返却があります。照会しません。」と表示されます。 昨日は資格確認ができていたように見えます。 資格確認できない条件があるのでしょうか。 本日早朝に「パッチ提供(第55回)」の適用を行っているのですが、関係ありますか。	「P032 オンライン認証」の「強制確認」ボタンを押下したときの資格確認の処理に医療扶助の対応が漏れていましたので修正しました。 又、「P02 患者登録」の「再発行」ボタンを押下したときの患者番号の再発行時の資格確認の処理についても医療扶助の対応が漏れていましたので修正しました。	R6.4.25

Copyright(C)2021 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
78	ncp 20240329-034	医療扶助のオンライン資格確認についてお尋ね致します。 医療機関様において、ORCAに登録のある生保のオンライン資格確認でプログラム更新をしたのに右上に「資格確認中」のポップアップも出ない、当然、確認結果も返って来ません。と連絡がありました。 1051 オンライン資格確認等情報画面を開いて「登録」ボタン押下で「資格確認中」のポップアップがでるようになりました。 全ユーザー「登録」ボタン押下が必要でしょうか。	システム管理1051の「医療扶助」のデフォルトを「0 照会しない」としていたため医療扶助の資格確認ができていませんでした。 デフォルトを「1 照会する」とするようにしました。	R6.4.25
79		オンライン資格確認の医療扶助対応で併用(医療保険と医療扶助、日レセ登録済保険)の対応を行いました。		R6.4.25
80	support 20240508-010	4月に保険が変更になった患者様の確認をしていると公費欄に高額療養の「エ」と「ウ」の2段あり、適用期間が被っています。 この状態で登録出来ていたのですが、エラーは出ないのでしょうか？	オン資格確認でP034画面から公費情報を追加した時、患者登録の公費に追加展開後そのまま「登録」した場合に現象が発生していましたので、公費の重複チェックを行うように修正しました。	R6.5.23

Copyright(C)2021 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
81	support 20240307-037	掲題の保険証OCR読み取りでの資格確認結果について質問事項があります。 当社に複数の医療機関様より、保険証OCR読み取りを行った際にカードリーダー側で完了になっているにも関わらず情報の取り込みが行われないという症状の連絡をいただいております。 リモートにて調査をいたしましたところ、Onshi-reciever等ORCAのオンライン資格連携ソフトウェアは正常動作しており顔認証での資格確認等はできている状態でした。 通常OCRで情報がうまく読み取れず保険照会が成功しなかった場合には、「(P031)患者登録-オンライン認証」画面にて◆マークで行追加され、読み取れた情報が保険者番号や記号・番号等に表示され、照会できなかった氏名等の情報が空欄として登録されると認識しています。 今回の症状ではこの照会できなかった情報が空になっている行の登録もされない状態です。 当社といたしましても原因の所在が不明でありますが可能な範囲で情報収集を行えればと考えております。 つきましては可能な範囲で下記の質問事項についてご回答いただければ幸いです。 ①OCRで保険証読み取りされたデータが「(P031)患者登録-オンライン認証」画面上で反映されない条件について。 　調査の中でxmlファイルを確認すると「【エラー】保険者番号は必ず入力してください。」というエラーが含まれた状態で返却されておりました。 　bakフォルダに移動していたことから取り込みはされているかと思われるのですが、こういったエラーが表示された場合に取り込み対象から除外されるなどの仕様はありますでしょうか。 　その他、OCR読み取りした情報がORCAに反映されない条件などありましたらご教授のほどお願いしたいです。	医療扶助対応に伴う保険証OCR取込み不具合対応 医療扶助対応により保険証OCRで取り込むべきデータが一部取り込めなくなりましたので修正しました。	R6.5.23

Copyright(C)2021 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
82	support 20240610-051	協会と生活保護を併用している特定の患者様でオン資格を行うと、「致命的エラー」が表示されると申し出がありました。 協会、生活保護共に適用期間が有効な状態で登録があります。 12登録画面では、生活保護の受給者番号を空欄にしており、42明細書の「生保等入力」にて登録する運用です。 【現象】 1)生活保護の受給者番号が空欄の状態 2)オン資格にて照会 3)致命的エラーとなる(★、◎共に同じエラーが表示される) 4)12登録画面で受給者番号を手入力 5)致命的エラーが解消される 6)再度、オン資格にて照会 資格確認結果:主保険:該当資格なし、生保:疑資格 7)オンライン認証の表示 状態:主保険:有効、生保:該当無 8)主保険を選択して、患者確認に進むとエラー情報を表示 「保険併用の医療扶助照会中です。選択出来ません。」がでる 9)メッセージを閉じて、再度患者確認すると照会画面に進む 【質問】 1)何が原因で「致命的エラー」が表示されるのでしょうか 2)上記現象の「6」「7」の表示が矛盾していると思われますが、 登録に問題がありますでしょうか 3)上記現象の「8」で表示されるエラー情報は、生保との併用時に 必ず表示される仕様でしょうか	・不要な資格確認依頼(生保(医療扶助))対応 生保の負担者番号または受給者番号が設定されていない場合は資格確認を行わないようにしました。 ・POP通知不具合対応(生保の判定誤り対応) 併用の場合、生保の判定誤りによりPOP通知が逆転する場合がありこの対応を行いました。 生保で資格確認を行う場合、仮として最初に資格確認レコードを作成するときに被保険者証区分に「A1」を設定しますが、資格確認結果が返却された時に「該当なし」等の場合は資格確認結果が全て空白で戻ってくるので、資格確認レコードの被保険者証区分が空白で更新されていました。 このため、保険と生保が併用のときに、どちらも被保険者証区分がA1以外となりPOP通知の保険と生保の表示が逆になっていました。 資格確認レコードの被保険者証区分が「A1」のときは被保険者証区分の更新は行わないようにしました。	R6.6.18

Copyright(C)2021 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
83	support 20240610-051	協会と生活保護を併用している特定の患者様でオン資格を行うと、「致命的エラー」が表示されると申し出がありました。 協会、生活保護共に適用期間が有効な状態で登録があります。 12登録画面では、生活保護の受給者番号を空欄にしており、42明細書の「生保等入力」にて登録する運用です。 【現象】 1)生活保護の受給者番号が空欄の状態 2)オン資格にて照会 3)致命的エラーとなる(★、◎共に同じエラーが表示される) 4)12登録画面で受給者番号を手入力 5)致命的エラーが解消される 6)再度、オン資格にて照会 資格確認結果:主保険:該当資格なし、生保:疑資格 7)オンライン認証の表示 状態:主保険:有効、生保:該当無 8)主保険を選択して、患者確認に進むとエラー情報を表示 「保険併用の医療扶助照会中です。選択出来ません。」がでる 9)メッセージを閉じて、再度患者確認すると照会画面に進む 【質問】 1)何が原因で「致命的エラー」が表示されるのでしょうか 2)上記現象の「6」「7」の表示が矛盾していると思われますが、 登録に問題がありますでしょうか 3)上記現象の「8」で表示されるエラー情報は、生保との併用時に 必ず表示される仕様でしょうか	資格確認で主保険と医療扶助の併用の場合で生保が資格該当なしの場合に、擬資格のチェックに誤りがありました。 このため、患者登録でのステータス表示に「主保険:擬資格 生保:資格該当なし」と表示されていましたので修正しました。	R6.7.23

Copyright(C)2021 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
84		オンライン資格確認に医療保険の資格取得年月日が追加となりましたので、医療保険の資格取得年月日を患者保険情報の資格取得日に反映するように対応しました。 患者登録のP033 オンライン資格確認画面のオンライン資格情報の資格取得日に医療保険の資格取得年月日を表示します。 資格取得年月日がない場合は今まで通り、被保険者証有効開始年月日を資格取得日とします。 また、終了年月日を有効期間とし、被保険者証有効開始年月日から被保険者証有効終了年月日を表示するようにしました。		R6.8.28
85	support 20240806-048	「12 登録」所得者情報タブの公費負担額について、右側の上限額を登録するBOXの項目数が200件を超えるとORCAの動作に異常が発生することが分かりました。 一つ目は、201件目以降の上限登録時に発生します。 適用期間と限度額を入れて更新ボタンを押した後に別タブ(基本情報など)に移動すると、今入力していた201件目の項目が消えてしまいます。 二つ目は、200件登録した公費以外の公費がある場合です。 新規で上限額を更新していないにも関わらず別タブ(基本情報など)に移動すると、今まで登録した項目が二重登録されてしまい、同じ操作をすると倍々に増えていきます。 おそらく項目の登録上限を200件に設定されていることで何らかの影響が出ているのではと思います。	患者登録の所得者情報タブで公費負担額を201件目の登録した時に不具合が発生していましたので正しく登録できるように修正しました。 公費負担額の上限件数は300件としていますので300件まで登録可能です。	R6.8.28
86		日レセの保険情報として「国保」として登録されている患者の資格確認結果にて、「被保険者資格証明書」が交付されその情報が返却された場合、POP通知にて「保険変更(特別療養費関連)」と表示するようにしました。 1. マシン日付に有効な患者保険情報が「060 国保」、資格確認結果の被保険者証区分が「05」のとき、又は患者保険情報が「068 特別療養費」、資格確認結果の被保険者証区分が「05」以外のとき、保険情報が枝番まで一致した場合に「保険変更(特別療養費関連)」のPOPUP表示を行う。		R6.8.28

Copyright(C)2021 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
87	ncp 20241011-015	既存の患者で任意継続の保険を持っている患者をオンライン資格確認を行うと以下のような現象が発生いたします。 1. 患者呼び出ししていない状態でオン資格ボタンを押下 2. 患者を選択し患者確認ボタンを押下 3. オンライン資格確認で返却された保険証の有効期限が99999999のため保険変更ボタンを押下 4.「継続時の適用終了日以降の終了日です」とエラーが表示される 5. 閉じるボタンを押下 6. 患者番号のみが表示されて患者情報がすべて真っ新の12登録画面が表示される 任意継続の保険は有効期限が2年間のため「99999999」で返却されることがおかしいとは思いますが、任意継続では保険変更や保険追加は使用せず手動で追加(修正)することになるのでしょうか。	患者登録で患者番号未入力の状態で「オン資格」へ遷移し、P033画面で「F10 保険変更」押下後、P02患者情報を展開した時に更新対象の保険の継続区分が「2 任継」で、オン資格の保険終了日が「99999999」の時、終了日がエラーとなり、患者情報を展開していませんでしたので展開するよう修正しました。	R6.10.24
88	ncp 20241118-030	後期高齢者の年齢になった後初めて患者登録画面を開くと、「後期高齢者に到達しました。」後期高齢者の保険を登録してください」とメッセージが出ますが、資格情報で登録するために「オン資格」ボタンを押しても「後期高齢者に…」のメッセージが表示されて資格情報を開くことができません。 保険証を持参されていない患者の場合に対処できなくなるので、資格情報を平出後期高齢者の保険を登録できるようにできないでしょうか。	患者登録画面で患者番号入力後に「オン資格」押下時に患者登録画面内容のチェックをしています。 この為、前期高齢者・後期高齢者になった時、登録されている保険が前期高齢者・後期高齢者の保険でない場合、保険を登録しないと「(P032 患者登録ーオンライン認証」に遷移できませんでしたのでチェックしないように修正しました。	R6.11.26
89	ncp 20241205-008	67歳の患者様が、国保から後期高齢者(2割)+マル福に変更になりました マイナンバーカードで受付を行い、オン資格より保険追加を行ったところ「警告！適用開始日時点での年齢が75歳未満です」とエラーメッセージが表示され「閉じる」を押下すると、資格取得日「20241107」と表示されカーソルも選択されているのでエンターを押下→「R6.11.7」と表示されたが、補助の欄の負担割合が「1割」と表示されました。オンライン資格確認結果も、患者様がお持ちの保険証も「2割」となっているが、「1割」と表示されてしまったのはなぜでしょうか	オンライン資格確認で75歳未満で保険が後期高齢者保険の時に保険追加をした場合、患者登録画面で展開する保険の負担割合(補助区分)がオンライン資格確認の負担割合でなく初期表示の1割で展開していました。 展開時に75歳未満の警告メッセージを表示した為に設定したオンライン資格確認の負担割合をクリアしていました。 オンライン資格確認の展開時に警告メッセージを表示しないように修正しました。 患者登録画面に展開後、「Enter」押下で警告メッセージを表示します。	R6.12.23

Copyright(C)2021 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
90	support 20241211-020	【内容】 マイナンバーカードでオンライン資格確認をおこなってもらったが、限度額適用認定証が以下のエラーで取り込めない。 「0094 適用開始日が保険適用の開始日以前です」 上記エラーメッセージが表示されたため、保険開始日を限度額適用認定証の日(資格取得日)に合わせて再度「公費確定」をおこなったが、同メッセージが表示されていまい取り込めない。 【確認】 限度額適用認定証の日付が保険開始日以前(同じ日を含む)だと取り込めない認識でしょうか。 この場合は、保険開始日を資格取得日より前に設定することはできないため、(保険有効期限より前は使用ができない期間)限度額適用認定証は手入力するということでよろしいでしょうか。	患者登録でオンライン資格確認の限度額認定証から公費を追加する時、限度額認定証の開始日が追加する公費の保険番号マスタの開始日より前であった場合、患者登録画面に公費展開後に「適用開始日が保険適用開始日以前です」のエラーとなっていました。 追加する公費の開始日が保険番号マスタの開始日より前であった場合、保険番号マスタの開始日で展開するように修正しました。	R6.12.23
91	ncp 20241202-027	医療扶助の資格確認情報について確認させていただきます。 「オンライン資格確認操作手引き」に 資格確認情報:「有効(医療扶助 未登録)」が表示されるケースとして、 ・該当医療機関が福祉事務局の委託先ではない(有効な医療券・調剤券情報は存在するが、委託先医療機関コードが一致しない) ・無効(福祉事務局より委託されていたが、有効期間が過ぎている(当月有効な医療券・調剤券情報がない)) ・その公費負担者番号、受給者番号では、まだ医療券・調剤券情報が登録されていないと記載があります。 オンライン資格確認の手引なので、顔認証の患者についての記載のみです。 顔認証ではない医療扶助の患者ですでに患者登録に医療扶助の登録がされている患者が再来されたときの動作として、患者登録または診療行為を開いた時の資格確認情報にも「有効(医療扶助 未登録)」が表示される仕様でしょうか。さらに、オンライン認証の状態欄も空欄でしょうか。	オンライン資格確認一覧(P031、P032)で医療扶助で資格有効性が「6:有効(未登録)」の時、状態が空白でしたので「有効(未)」を表示するように修正しました。	R6.12.23

Copyright(C)2021 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
92	support 20250110-011	マイナ保険証で保険の取込をおこないました。 新しい保険だったので新保険が取り込まれると思いますが、旧保険の有効期限の終了日を手入力で入れていました。 新保険を取り込む際に、前回の保険の終了日を取り込むかで「はい」を選択すると自動的に保険を取り込んだ日の前日に日付が入ってしまいました。	オンライン資格確認から保険を追加する時、高齢者保険・被保険者資格証明書以外は、環境設定のシステム日付を保険開始日に設定して展開します。 この時、システム日付がオン資格確認の被保険者証有効開始年月日より前であってもシステム日付で展開していました。 システム日付より被保険者証有効開始年月日が後日であれば被保険者証有効開始年月日を設定するように修正しました。	R7.1.28
93	support 20250115-017	患者登録の画面で、後期高齢の保険が被っているという内容が出てくる。 後期高齢と生活保護の期間はかぶっていないように見受けられます。	患者登録画面で「前↑」「次↓」「←タブ切替」「タブ切替→」を押下する時、保険・公費の期間重複エラーは表示しないようにしていますが、後期高齢者と生活保護の期間重複がある時はエラーを表示していました。 これにより、画面表示していない公費・保険を表示することが出来ず期間変更が出来ませんでした。 「前↑」「次↓」「←タブ切替」「タブ切替→」押下時は、後期高齢者と生活保護の期間重複エラーも表示をしないように修正しました。 国保・後期高齢者と残留邦人等の重複も同様にしました。	R7.1.28
94	support 20250129-004	患者登録のオン資格より保険追加する際の操作につきまして、前期高齢者・3割負担の照会結果を患者登録に反映させるにあたり患者情報(漢字氏名・住所)にチェックを入れて保険追加を押すと患者登録画面の補助区分が空欄になり、Enterを押すと「2割」の表示に切り替わると、医療機関様よりお問合せがございました。 資格確認した負担割合と患者登録に反映された補助区分に相違が生じる現象を確認しております。 なお、患者情報(漢字氏名・住所)にチェックを入れず保険追加を押せば補助区分は空欄にならず、照会結果通りの3割負担が患者登録画面に反映される状況です。 保険追加時に患者情報にチェックを入れるか否かで動きが変わる点につきまして、対処方法などはあるのでしょうか。	患者登録でオンライン資格確認から保険追加と氏名変更を同時に行った時、高齢者の負担割合が反映できませんでした。 患者登録画面展開時に氏名変更の確認メッセージ「漢字氏名が変更されました。OKで旧姓履歴に追加します。」を表示していたため、高齢者の負担割合の反映が出来ず、初期表示の補助区分を展開していました。 オンライン資格確認の展開時に確認メッセージを表示しないように修正しました。 オンライン資格確認情報展開後に「Enter」押下で氏名変更の確認メッセージを表示します。	R7.2.25

Copyright(C)2021 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
95	support 20250204-014	オンライン資格確認との連携(取込)について質問させて頂きます。 オンライン資格確認からマイナンバーで取得した保険をORCAに取り込んだ際に2割が1割となる(後期高齢者) オン資から取得した保険は、後期高齢者2割で有効期間が 「R4.10.1～99999999」 ORCAに既に登録されている保険が、後期高齢者1割で有効期間が 「R7.1.30～R7.1.30」 その際に下記操作を行うと手順3で負担割合が2割→1割となります 【操作方法】 1. オン資からの保険確認を行った際にオン資から取得した保険の有効期間内にある同一保険の有効期間が最新のものとチェック 2. オン資から取得した保険が2割でORCAに既に登録されている保険が1割なので「保険変更」で取得すると下記エラー 「オンライン資格確認の保険と選択されている患者の保険が違います。保険変更できません」 3.「保険変更」ができないので「保険追加」←この際に2割のはずが1割になる 4. 期間が重複しているので今回オン資から取り込んだ開始日を最新の履歴よりもあとにする 5. 登録 上記の動きから期間重複が起こった際にオン資からの情報で負担割合が設定されていない様に思われる 期間重複が発生しない状態で追加したら正しく2割となります。	患者登録でオンライン資格確認から保険追加を行った時、追加した保険が重複エラーとなる場合、高齢者の負担割合が反映できませんでした。 患者登録の展開前に重複エラーメッセージを表示していた為に高齢者の負担割合の反映が出来ず初期表示の補助区分を展開していました。 オンライン資格確認の展開後に重複エラーメッセージを表示するように修正しました。	R7.2.25

Copyright(C)2021 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
96	support 20250218-012	オンライン認証で医療補助(生活保護)の患者の保険証番号を入力すると、「医療補助対象前の情報です」と表示される。 なにか設定が必要だとおもうが、ORCAとマイナンバーの機械のどちらで行えばよいのか。	オンライン資格確認で登録済みの医療扶助(生保)で照会した時に資格有効性が「4　資格無し」で返却された時、画面P031とP032で選択しても「医療扶助対応前の情報です。選択できません」とエラーとなっていました。 選択を可能とし登録済保険情報照会の「4 資格無し」と同じ処理をするように修正しました。 また「4 資格無し」の対応を以下のようにしました。 画面P031で選択して「F12 患者確認」押下した時、そのままP02に戻っていましたが、患者番号をP02に展開して患者情報を表示するようにしました。 なお、選択しているオンライン資格確認情報の選択は今まで通り解除します。 画面P032で選択して「F12 患者確認」押下した時、「資格確認エラーです。選択できません。」とエラー表示していましたが、「資格で「該当なし」となっています。選択できません。」に変更しました。	R7.3.25
97	support 20250129-039	WebORCAオンプレ版ご利用中の医療機関様で患者登録画面の「オン資格」ボタンを押下した際に表示されるオン資確認結果一覧の画面にて同一の患者さんが違う患者番号で表示されています。	顔の資格確認のとき医療扶助の対象患者決定処理に誤りがありました。 医療扶助の資格有効性=6 で資格確認結果の負担者番号、受給者番号が空白で返却されたとき、患者公費情報テーブル(TBL_PTKOHINF) を検索し、該当する公費が1件の場合にその患者ID(PTID)を設定していました。 負担者番号、受給者番号が空白の場合は検索を行わないよう修正しました。	R7.4.23

Copyright(C)2021 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
98	ncp 20250411-031	名字の変更があった患者の登録時に、チェックボックスにチェックを入れ「F9患者情報変更」を押して日レセの患者登録画面に新しい氏名の情報を反映させた後 次に限度額認定証の情報を患者登録画面に反映させて登録を押すと「漢字氏名が変更されました。OKで旧姓履歴に追加します」のメッセージが表示されず登録が完了してしまいます。その場合「入力履歴」に旧姓の登録がありません 旧姓履歴のメッセージが表示されないのはなぜでしょうか	患者登録でオンライン資格確認で氏名変更を行い、患者登録画面を表示後にそのまま「オン資格」を押下してP034 オン資格限度額認定証・公費照会画面を表示した場合、氏名変更の確認メッセージ「漢字氏名が変更されました。OKで旧姓履歴に追加します。」を表示しませんでした。 「オン資格」押下時に確認メッセージを表示するように修正しました。	R7.4.23
99	support 20250423-027	先ほど、20時くらいにプログラムアップデートを実施した後、ORCAからのオンライン資格確認がエラーとなる旨の連絡を医事課より受けております。 オンライン資格確認からのレスポンス(res)ファイルを参照したところ「<ProcessingResultMessage>【エラー】限度額適用認定証提供同意フラグは必ず入力してください。</ProcessingResultMessage>」 が出るようになりました。	限度額適用認定証提供同意フラグの設定が抜けていましたので修正しました。	R7.4.24
100	request 20240202-001	オンライン資格確認との連携についてご要望がありました。 「オン資格」画面に「一覧更新」がございますが、それと別に数秒おきの自動更新なども設定で選択できるように追加していただけないでしょうか？	患者登録の(P031)患者登録一オンライン認証の一覧内容を30秒ごとに更新するようにしました。 選択中(選択番号に入力がある時)は自動更新しません。	R7.5.28
101	request 20240311-001	限度額適用・標準負担額減額認定証で交付年月日がR6.3.11である場合、ORCAの所得者情報の低所得1(または2)の認定日はR6.3.1にする必要があると思います。 しかし、このように登録すると、オン資で開始日が違うと毎回ひっかかるため、認定証の開始日の通りORCAで入っていても、負担額の計算ができるように要望させて頂きます。	オン資格限度額認定証・公費照会画面(P034)で限度額適用認定証区分から追加する公費を1日始まりとした時、登録後は公費期間不一致の対象外としました。 オン資格限度額認定証・公費照会画面(P034)で限度額適用認定証区分から追加する公費と登録済みの公費が開始日付の日以外が同じ内容で登録済みの公費の開始日付が1日であれば登録済みとします。 低所得情報も同様とします。	R7.5.28

Copyright(C)2021 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
102	kk 121975	「020 精神入院」の公費と仙台市の子ども公費が併用になるとの情報をいただきました。 現状、「医保＋精神入院」と「医保＋仙台市子ども」の保険組み合わせはありますが「医保＋精神入院＋仙台市子ども」の保険組み合わせが無いため、第二公費の請求点数がレセプトに正しく表示されず、返戻となったケースがございました。	主保険＋020精神入院＋地域公費 の保険組み合わせが作成されるよう対応しました。	R7.5.28
103	support 20250530-026	特定の患者における保険データ取り込みの不具合 　当院の特定の患者様において、訪問診療の同意のデータを取り込めない状況です。(これまで一括ツールを使用した同意情報は取り込めていました) 状況: 　オンライン資格確認の訪問診療同意のリストにて当該患者をクリック、保険登録(変更)画面に移行、取り込む動作はできました(IDも同じ)。 しかし、取り込んだ動作のあとの再度オン資格をクリック(本来なら限度額情報の登録)した画面に、当該患者の限度額情報が表示されません。 　その後、当該患者の登録画面での資格履歴に当該の訪問診療同意の情報は出てきませんし、当初の訪問診療同意一覧でもステータスが済にもなりませんので情報を取り込めない状況になっていると思われます。 　当該の減少は、少なくとも外国人でミドルネームがあり氏名の空白複数ある患者で発生しているようです。また、うち一人は氏名に「ヴ」が含まれています。 　これまでの一括ツールでは限度額情報も表示され取り込むことができていましたし、現状一括ツールでは限度額情報が表示されていますので、データ自体に問題はないかと思います。とはいえORCA本体では取り込めない状態ですので状況の確認と修正をお願いします	訪問(オン診)同意一括処理において、資格確認テーブル(tbl_onshi_kaku)への限度額適用認定証提供同意フラグの設定が漏れていましたので修正しました。	R7.6.25

Copyright(C)2021 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
104	request 20240326-001	マイナ保険証から新規患者を登録すると、高額療養費の区分が自動で入力されます。1つ問題点があって、区分が変更になっても、保険確認で現在の区分が反映されていないので、登録画面の基本情報と照らし合わせなければ、比較できません。高額療養費に関係のない診療の初診時に入力されてしまい、その後区分に変更があってもそのまま、間違った区分のまま計算されてしまうのではないでしょうか？ 初回カルテ作成時の取込みの際に、所得情報をオルカに取込むか取込まないかの選択ができればと思います。または、現在の保険確認の下の現在の情報の表示に出して頂き、変更があれば、赤字にして頂きたいと思います。 実際は、高額医療は額が大きいですので、間違えやすい自動取込みは外して、本人から高額医療利用の申請のあった時のみ取込むというようにして頂ければありがたいと思うのですが、いかがでしょうか？わたくしの使い方、認識が間違っていればお知らせください	オンライン資格確認画面(P033)から患者登録画面に遷移する前に、オンライン資格確認情報の限度額適用認定証区分等から公費・低所得者情報がある場合も公費確認画面(P034)へ遷移するようにしました。 1. P033画面で限度額認定証・特定疾病受給者証から公費・低所得者情報がある場合、「F7 保険変更なし」「F8 新規患者」「F10 保険変更」「F11 保険確認」「F12 保険追加」を押下した時「公費照会の情報があります。公費の確認画面を表示します。」とメッセージを表示しP034画面に遷移します。	R7.6.25
105	request 20240401-002	医療法人化に伴って、医療機関コードが変更される場合があります。 新しい医療機関コードが決まるまでの間処方箋への医療機関コードの印字は空白として、処方箋備考でコメントを入れるようにとの通達が出ております。 現在のオン資格の連携時に医療機関コードを使っておりますが、医療機関コードを0にすると連携できない状態となります。 新しい医療機関コードが決まるまでの間は旧医療機関コードで問合せする事は、オン資格としては問題ないとの事ですが、旧医療機関コードのままとしていた場合は、処方箋の方にも旧医療機関コードで印字されるため上記通達に従っていない事になります。 そのため、オンライン資格との連携で使用する専用の医療機関コードと処方箋で使う医療機関コードは分けた方が良いのではないかと思い。要望しました。	承継前医療機関コードによりオンライン資格確認を可能としました。 詳細は別途お知らせします。	R7.6.25

Copyright(C)2021 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
106	ncp 20250630-046	協会 と 生活保護の併用の場合ですが、 (保険者番号01270016 家族 記号14420130 番号399 枝番02 負担者番号12272613 受給者番号0226167) あらかじめ日レセに保険と公費を患者登録して資格確認すると「資格確認結果:主保険:有効 生保:有効(医療扶助 未登録)」とポップアップされます。 「オン資格」ボタンを押すと、主保険、生活保護の行がそれぞれ表示されており主保険の方を選択し「患者確認」を押し、進んでいき(P034)患者登録ーオン資格限度額認定証・公費照会 画面 に進むと01 (追)****** 負担者番号: 受給者番号: R6.11.5～99999999 という行があり、「公費確定」を押すと患者登録画面に適用期間だけ反映されました。 すでに生活保護は手入力しているので何もしなくてよいかな、と思うのですが上記のような公費の情報(負担者番号なし、受給者番号なし)が表示された場合、ユーザーさんはどのような操作をすればよいでしょうか。	患者登録で顔認証のオンライン資格確認が社保と医療扶助の併用の時、社保は資格有効であっても医療扶助の負担者番号・受給者番号が空白の場合がありました。 この時、P034で負担者番号・受給者番号のない公費内容を表示していました。 この為、公費追加で負担者番号・受給者番号がない空白の公費を追加していました。 医療扶助で負担者番号または受給者番号が空白の時は、公費内容が確定できないので公費内容を表示しないようにしました。 また、この時P033 の【医療扶助の情報があります。】の表示を【医療扶助の情報があります】(対象公費なし)と表示するようにしました。	R7.7.28
107	request 20250409-001	マイナンバーカードを通し、オン資格の情報をORCAへ取り込む際、保険者番号は以前と変更ないが記号と番号などが変わっている場合に[F10 保険変更]が押せてしまう。 間違って[F10 保険変更]を押した場合に保険情報を上書きしてしまう前に一度警告などを出してもらうなど改善の余地がないでしょうかとのご要望。	「(P033)患者登録-オンライン資格確認」で、保険の記号・番号のみが変更となった時は「F12 保険追加」にカーソル移動を行います。 また、記号・番号の変更時に「F10 保険変更」押下した時、確認ダイアログを表示します。 1, オン資格の保険情報と登録済みの保険の保険者番号・本人家族区分・負担割合(高齢者)が一致し、記号・番号が変更となっている時、オン資格の保険情報の開始日が登録済みの保険の開始日より後の時は、フォーカスを「F12 保険追加」に設定します。 2.「F10 保険変更」を押下した時、記号・番号が変更となっている時は、「オンライン資格確認と記号番号が異なります。保険情報を上書きします。よろしいですか？」と確認メッセージを表示します。	R7.8.26

Copyright(C)2021 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
108	support 20250805-009	当院で登録・来院もしていない方がオン資格で名前がでる。	原因は不明ですが、照会番号が誤って設定されている場合があるため、それを打ち消す(クリア)対応を顔、保険証等の資格確認結果に対して行いました。 また、訪問(オン診)診療患者の「保険変更」のPOP通知が漏れていましたので対応しました。	R7.8.26
109	ncp 20250828-026	患者登録画面や診療行為画面で患者情報を呼び出した際のステータス通知について質問がございます。 〇マイナンバーカードを通された患者 ・ORCAに登録されている保険情報の有効期間 有効期限R6.8.1～R7.7.31 ・マイナンバーカード(★)の保険情報の有効期間 有効期限R7.8.1～R8.7.31 ・顔認証資格確認結果が有効(照会番号有) ・保険はORCAに登録されている情報と顔認証資格確認結果と同じ ・有効期間がORCAに登録されている情報と異なり、ORCAに登録されている保険の有効期間がマイナンバーカードを通した時点で切れている 上記の条件の方を患者登録画面で呼び出すとステータス通知が「【資格確認結果:その他のエラー】」と表示されます。 ORCAに登録されている保険の有効期間が切れている場合、資格確認は行わないため患者登録画面で患者を呼び出した場合はステータス通知は表示しない認識でしたが、顔認証資格確認結果が有効(照会番号有)である場合はステータス通知を表示するという認識でよろしかったでしょうか？ またその場合は「その他のエラー」というステータス通知になる仕様でしょうか？ 複数のユーザより問い合わせを受けており「その他のエラー」というステータス通知ですとシステムの内部で何かエラーが起こっているように感じてしまうため「有効期間外」などもう少し分かりやすい表示に変更していただくことはできませんでしょうか？	日レセの保険が切れている患者に対して、有効な顔認証資格確認結果が返却された場合、POP通知で「その他エラー」と表示していました。 これを「保険変更」と通知するよう修正しました。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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
110	support 20250902-006	患者様でマイナ登録した方がいる 補助区分というところに2割をいれたが、「前期高齢者の補助区分ではないため登録できない」と表示された 現在、外来2割 入院1割で登録している 当院入院はないがこのままの登録でかまわないのか教えてほしい	患者登録で国保の補助区分「4 外1割 入0割」「5 外2割 入1割」「6 外3割 入2割」で登録している時、外来の負担割合を負担割合としていました。これにより、オンライン資格確認の高齢者の負担割合「2割」と国保の補助区分「5 外2割 入1割」の負担割合が一致していました。 P033で負担割合のみ不一致であっても、負担割合も同じと判断していましたので「保険追加」が出来ませんでした。 国保の補助区分「4 外1割 入0割」「5 外2割 入1割」「6 外3割 入2割」は高齢者の負担割合と一致しないように修正しました。 また、資格確認一覧(P031,P032)、受付一覧でも保険情報一致と判断していましたので一致しないようにしました。	R7.9.25
111	ncp 20250829-028	アルメックス製のオン資格カードリーダーを使用 数日前より下記状態ですが、どういった理由が考えられますでしょうか 保険証OCR→公費OCRの順に読み取りすると保険情報のみORCA反映され、公費情報が反映されない状態 オン資リスト上「◆」のみで「公」の表記なし オン資確認画面で公費画像表示を選択しても「公費医療圏画像情報が存在しません～」の表記 マイナンバーカード→公費OCRの順で読み取りするとORCAに保険と公費情報が反映されます オン資リスト上は「★」の下に「公」の表示あり C:¥Program Files (x86)¥Onshi¥log¥onshi-receiver.logにはエラー記載なし OnshiReceiverを停止した状態で、保険→公費の順で読み取るとオン資端末のalmexフォルダにはxml、公費画像、保険画像が送られていることが確認できました	OCR機で保険証および公費医療券を読み込んだ場合で、保険情報による資格確認結果での保険情報が日レセに登録してある場合に、公費情報の紐付け処理に誤りがあり、P031(P032)に公費情報が表示されない場合がありました。これを正しく表示するよう修正しました。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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
112	request 20240801-001	医療扶助の資格確認について ORCAの「オン資格」ボタンより、オンライン資格確認の結果を確認しますが、医療券の自己負担額の表示が無く、金額の確認方法がありません。 一括取得ツールを用いて医療券情報から自己負担額を確認することは可能ですが、一括取得ツールをインストールしていないユーザーがいることや、操作性の面からORCAの画面上で確認が出来るようになることを希望します。 医療扶助の自己負担額を患者登録画面で確認可能としました。 1. (P033)オンライン資格確認画面、(P034)公費照会画面の医療扶助の医療券情報に自己負担額を表示します。 本人支払額未決定の時は「未決定」、ゼロの時は「なし」を表示します。 (P033)では、保険と併用の時は医療券情報の内容確認はできません。 (P034)に[交付番号があります]または[自己負担額があります]の表示がある時、「F6 資格切替」で医療券情報を確認して下さい。 2. (P034)公費照会画面で、公費・低所得者内容から生活保護を選択し「F10 公費更新」または「F11 公費追加」押下し「F12 公費確定」を押下します。 医療扶助の自己負担額がある場合は、公費負担額の登録が必要となります。 公費(生活保護)が登録済みであれば、「F10 公費更新」で登録済みの公費と紐づける必要があります。	3. (P02)患者登録画面で展開後、所得者情報タブに移動します。 公費負担額の一覧から(P034)でオン資格と紐づけした公費(生保)を選択します。 「医療扶助」ボタンの押下が可能となります。 「医療扶助」ボタン押下で(P0241)医療扶助情報画面を表示します。 4. (P0241)医療扶助情報画面に診療年月、外来上限額(外来の自己負担額)、入院上限額(入院の自己負担額)を表示します。 本人支払額未決定の時は「本人支払額未決定」、ゼロ円の時は「本人支払額なし」と表示します。 5. 「F12 展開」押下で、診療年月の1日から月末日を適応期間に外来上限額・入院上限額を各入力項目に展開します。 展開後、「更新」ボタン押下で公費負担額一覧に追加を行います。 入院・外来とも本人支払額未決定の時は、展開できません。 また、患者公費負担額一覧が選択中の時は、展開できません。 6. 入院・外来とも本人支払額がない時は、「F12 展開」押下時に「本人支払額がありません。公費負担額の登録は不要ですが展開しますか？」を表示します。 「OK」で 外来上限額・入院上限額をゼロ(空白)で展開します。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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
113	ncp 20250929-008	先日ORCAの更新で公費の読み取りに関する修正がされたと思います。 その後、医療機関より以下の問い合わせがありました。 ===== オン資の公費から患者登録の頭書きをしています。 その際、以前は公費の有効期限が自動で登録されていたものが、バージョンアップ後は開始年月日が「99999999」になっており、都度手入力で変更する必要があります。	オンライン資格確認で医療券から公費情報を読み込みした時に公費開始年月日が取込みできなかった場合、「P037 オンライン資格確認公費医療券OCR」、「P034　オン資格限度額認定証・公費照会」で公費の開始年月日を手入力することになります。 この時、公費の開始年月日を変更しないで、空白のまま「P02　患者登録」画面に公費を追加展開した時、開始年月日に「99999999」を展開していました。 公費開始年月日が空白の時は、システム日付で展開するように対応しました。 また、公費開始年月日が空白の時、P034画面の表示を「*********」で表示するようにしました。	R7.10.28
114	support 20251001-036	マイナ保険で資格確認した方の、資格確認結果のPOP通知が、『保険変更』となっている。 保険情報は「有効」で、資格確認システムの登録情報に相違はない。 継続通院中の方で、今まで同様のエラーになったことはない。 ＜状況＞ 医療扶助が未登録(社保との併用)のためエラーと推測いたしました。 更生医療を使用のため、福祉からは「生活保護」は使用しないように言われているとのことでした。 詳細確認し、今までは「その他のエラー」となっていたとの申告がありました。 9/25のプログラム更新の際に、『日レセの保険が切れている患者に対して、有効な顔認証資格確認結果が返却された場合、POP通知で「その他エラー」と表示していましたが、これを「保険変更」と通知するよう修正しました。』 上記対応に関連しての動作変更なのか、ご確認をお願いいたします。	資格確認結果にて新しい保険情報が返却された場合、その資格確認結果を利用したにもかかわらず、新しい保険に入れ替えないで登録した場合、POP通知を正しく表示するよう修正しました。	R7.10.28

Copyright(C)2021 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
115	request 20240823-002	オンライン資格確認の登録時に低所得1や低所得2の登録時に履歴がなければ「/on」で登録する事ができますが、履歴が存在している場合もあります。 上記の場合は、「/on」では情報更新ができません。 そのため、すでに登録情報がある場合でも追加登録できるように仕様変更を要望いたします。 動作としては、登録されている低所得者情報の履歴を参照して、終了日の翌日を開始日として、終了日を99999とする情報を「/on」の操作で追加するような動作です。ご検討をお願いします。 オンライン資格確認からの低所得情報の登録・更新の対応として、P02患者登録の所得者情報タブ画面で内容確認を可能としました。 1. オンライン資格確認の限度額認定証の内容から低所得者2の情報がある場合、P02 患者登録の所得者情報タブの低所得者2の右側に(限度額認定証あり)を表示します。 赤色:同じ内容の登録がない場合 (追加を行います) 青色:最終履歴が同じ内容で認定終了日が異なる場合 (最終履歴と期間が重複しなくても青色です。追加または終了日変更を行います) 黒色:最終履歴が同じ内容で認定終了日が一致する場合 「限度額確認」ボタンを有効とします。 2.「限度額確認」ボタン押下で、P0241 画面に限度額認定証内容を表示します。 「展開」押下で、低所得者2の入力項目に内容を展開します。	3. 低所得者2の追加 選択番号に「/ON」または、P0241画面の「展開」押下で、低所得者2に内容を展開します。 「/ON」は、同じ内容で登録がない時、または、同じ内容で登録があっても最終履歴と期間が重複しない時、1回のみ可能とします。 内容展開後「更新」押下で低所得者2の一覧に追加します。 この時、追加する認定有効期間と最終履歴が期間重複する時「認定期間が重複します。前の低所得者2を終了します。よろしいですか？」と確認メッセージを表示します。 「OK」で最終履歴の終了日を今回追加する開始日の前日に変更します。 履歴の開始日と今回分の開始日が一致しているなど、終了日変更できない時はエラーとなります。 オン資格情報からの展開に限らず、追加の「更新」時に、期間重複の終了日設定を行います。 4. 低所得者2の変更 認定終了日の変更のみ行う時は、変更する履歴を選択後、P0241を表示し「展開」を押下します。 選択中と同じ内容であれば、認定終了日のみ展開します。 展開後、「更新」を押下します。 5. 選択番号に「/ON」を入力した時、(限度額認定証あり)の表示があり展開内容がない時は、「低所得者2の追加対象はありません。「限度額確認」で確認して下さい。」を表示します。 6. 低所得者1も同様とします。 7. 低所得者2, 低所得者1の登録上限件数を20件から40件にしました。	R7.10.28
116		令和7年9月25日提供パッチにて医療扶助の自己負担額表示対応を行いましたが、訪問同意一括の処理で自己負担額の設定が漏れていましたので修正しました。		R7.10.28

Copyright(C)2021 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
117	request 20241009-003	従来から患者登録で任意継続を登録する際、有効期限が2年を超えるとエラーが表示されるようになっております。 (エラー内容:継続時の適用終了日以降の終了日です) 任意継続の患者様がマイナンバーカードを利用して資格確認を行った際に、有効期間終了日が99999999と登録されている方がいました。 その状態で保険変更を選択すると上記のエラーが表示されてしまいますが、マイナンバーカードの情報を保険変更として登録する場合、エラーが出ずに登録できる方法はないでしょうかとご相談いただきました。	患者の保険が任意継続の時、終了日が開始日の2年超である時のエラーを警告に変更しました。 1. 患者の保険の継続区分が「2 任継」の時、終了日が開始日の2年超である時、「警告！継続時の適用終了日以降の終了日です。」と警告メッセージを表示します。 開始日、終了日のいずれかに変更があった時にチェックを行います。 他の継続区分の終了日も同様に適用終了日以降の時は警告メッセージを表示します。	R7.10.28
118	support 20251010-019	「オ」で「該当なし」になるため、患者登録から確認をして、「有効」と返ってきたのを確認しています。 この方は最近同意一括取得で「訪問診療」も選んだそうですが、「オ」になったとのことです。	訪問(オン診)同意状態の患者がP032の「強制確認」を押下した場合、同意患者としての資格確認依頼ではなく、保険証による資格確認依頼となっていました。 これを同意患者としての資格確認依頼とするよう修正しました。	R7.10.28
119		オンライン資格確認で薬剤情報のXMLを取得しない機能を追加しました。 1. システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」に「薬剤情報DB格納」を追加しました。 2. オンライン資格確認照会を「0 照会しない」と設定したとき、「薬剤情報DB格納」は「1 しない」とします。 3. オンライン資格確認照会を「1 照会する」と設定したとき、「薬剤情報DB格納」は「0 する」とします。 4. 「薬剤情報PDF」または「薬剤・診療情報PDF」が「1 出力する」と設定されていても、「薬剤情報DB格納」が「1 しない」のときは、薬剤情報のXMLの取得は行いません。		R7.11.25

Copyright(C)2021 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
120		デジタル庁が推進する「自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム(Public Medical Hub:PMH)」に対応(参考提供)しました。 オンライン資格確認より、PMHに登録された情報が返却された場合は情報を取込み、日レセへの登録を可能としました。 主な機能は公費の追加、更新処理であり、他の公費と同様(P034)オン資格限度額認定証・公費照会画面からの公費の追加、更新および、(P02)患者登録画面に戻ってからの公費負担額の追加、更新となります。 (P0341)医療費助成情報画面を新設していますが、この画面ではPMHから取得した情報(受給者証発行元、所得区分、自己負担額等)の内容確認を可能としています。 なお、デジタル庁のホームページでは、 PMH先行実施事業一覧 医療費助成のオンライン資格確認のシステム整備が完了している自治体一覧です。実際の運用状況については、各自治体へお問い合わせください。 PMH(医療費助成)先行実施自治体一覧(PDF／534KB)(2026年1月9日更新) と掲載されていますのでご参照ください。		R8.1.27

Copyright(C)2021 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
121	request 20250904-003	R7.7の末日に日レセの「同意一括」を「オンライン診療」で行った後、別日にORCAの患者登録画面を開くだけで「該当なし」で返ってくるようになりました。9月に入っても患者登録画面を開く度に「該当なし」で返ってきますので、困惑しています。 保険についてオンライン資格確認、及び保険者様に確認しましたところ、有効とのご回答を頂いています。 そのため、この資格確認を止める方法について、御社のお問い合わせ窓口にてご質問しましたところ、一度、日レセの「同意一括」からオンライン診療として登録されると、該当患者はオンライン診療による資格確認がおこなわれてしまいます。 一度オンライン診療として登録処理をしてしまうと該当患者を日レセからの資格確認時にオンライン診療として資格確認されてしまう仕様のため、現状止めることができません。 とのご回答を頂きました。	訪問診療（オンライン診療）で同意切れ（資格有効性=4（該当なし）の場合、再度、保険証として資格確認依頼をするよう修正しました。	R8.1.27
122	support 20260129-009	1/27のプログラム更新でシステム管理マスタ1051　医療費助成（PMH）が追加されましたがここを「0　しない」にしているときはP034 オン資格限度額認定証・公費照会画面の「PMH詳細」ボタンを見えないように（またはボタンの文字列を見えないように）していただきたいです。	システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」で医療費助成（PMH）を「0 しない」と設定している時、患者登録の(P034)患者登録－オン資格限度額認定証・公費照会画面の「S+F10 PMH詳細」ボタンを表示しないように対応しました。 また、「1 する」と設定している時は、選択した公費情報が（PMH）の時に「S+F10 PMH詳細」を表示するようにしました。	R8.2.25
123	ncp 20251210-029	医療機関様よりご連絡があり、訪問診療の患者さんの資格確認ができていないようです。 患者登録で登録ボタンを押して、再度呼び出すと、「資格確認中」としか表示されず、「オン資格」ボタンを押しても何も表示されません。 ただ、薬剤情報や健診などの医療情報のファイルは取れています。 他の医療機関様では訪問診療の患者様も資格確認できていますでしょうか？	訪問患者にて「資格確認中」のまま、資格確認結果が反映されない場合がありました。 システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」の「電子処方箋」を「1 する」とした場合、資格確認情報の更新処理後、電子処方箋の処理でエラーが発生し、全てロールバックされ、元の情報に戻っていましたので、電子処方箋管理情報の更新処理の修正を行い、資格確認結果が反映されるようにしました。	R8.2.25

Copyright(C)2021 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
124	support 20260201-002	オンライン資格薬剤情報、診療情報、特定健診のPDFは /mnt/onshi/pdf/にpdfファイルダウンロードされないのに TBL_ONSHI_***に情報があることがあります。	オンライン資格確認から取得した診療情報を登録する際、xmlを読み込んだ際のメモリクリアに問題があり、前の医療機関の情報の一部を次の医療機関へ設定する場合がありましたので修正しました。	R8.2.25
125	request 20240409-002	オンライン資格確認時、資格確認情報とオルカ登録情報が異なる場合、異なる部分が双方色付けされます。 （資格確認情報のほうが青、オルカ登録情報のほうが赤色） 最近多いのが、枝番のみがオルカに登録されていない時、資格確認情報の枝番のところだけが青色で数字表示されるだけなので、青色は気づきにくく、見落としするケースが頻繁に起こっています。 現場スタッフ曰く、赤色なら分かりやすとのことなので、赤と青を入れ替える、又は枠内が色付けされるなど、もう少し気づきやすくしていただけると助かります。	「(P033)患者登録－オン資格確認」画面でオンライン資格情報の保険に枝番があり、選択した患者登録情報の保険の枝番が空白の時、保険の枝番を「XX」の赤字で表示するようにしました。	R8.3.25
126		患者登録の(P033)オンライン資格確認画面で医療費助成（PMH）公費のみある時、(P034)オン資格限度額認定証・公費照会画面を表示しないで(P02)患者登録画面を展開していましたので、P034を表示するようにしました。		R8.3.25
127	support 20260414-026	以前政府管掌保険で受診があり、久しぶりに後期高齢者保険で受診をされた場合のオン資保険追加についてお尋ねです。 現象：　オン資格の保険追加で後期高齢者を登録したが、政管の保険が登録されたままになる 政府管掌健康保険が登録してある場合に、後期高齢者の保険追加を行う場合は、先に期限を切らないといけないのでしょうか。	患者登録でオンライン資格確認から既存の患者に保険と公費の追加を行い、患者基本画面に遷移後、そのまま「再発行」を押下した場合、(P015)患者登録一患者番号再発行画面で「確定」押下した時、「1015」のみ表示する確認メッセージを表示することがありました。 「再発行」押下時にエラーメッセージ、確認メッセージがある時は、先にメッセージを表示するように修正しました。 エラーメッセージ、確認メッセージの処理を行ってから、「再発行」を押下することになります。	R8.6.24

Copyright(C)2021 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
128	kk 129818	お問い合わせ件名:2026年7月より国公費と福祉医療費併用開始 情報元:兵庫県HP 資料　:下記リンク先よりダウンロードをお願いいたします。 https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf07/hw06_000000038.html	システム管理1001(医療機関情報－基本)の都道府県番号が「28 兵庫」の医療機関において、「主保険＋自立支援医療(015,016,021)＋兵庫県地域公費(保険番号100)＋その他の兵庫県地域公費(重心など)」の保険組み合わせ作成を可能としました。	R8.6.24
129	support 20260703-040	社保と生保の併用の患者様のオンライン資格確認の際のエラーについて問い合わせです。 マイナンバーカードで読み取った情報をオンライン資格で確認後に、公費照会画面で生保を選択し公費更新を押下したところ「PMH公費と重複しています。選択できません。」というエラーが表示されてしまい患者登録画面に反映されません。 患者登録画面ではすでに同じ負担者番号・受給者番号で登録されていますが有効期間は1カ月ごとで区切られています。 他の生保単独でマイナンバーカードで確認された患者様は公費更新を押下しても同様のエラーは表示されませんでした。	患者登録で(P034)オン資格限度額認定証・公費照会の画面で、医療扶助(生保)を選択して「F10 公費更新」を押下した時、エラーではないが「PMH公費と重複しています。選択できません。」とエラー表示することがありましたので表示しないように修正しました。	R8.7.28
130	support 20260717-028	12登録＞「所得者情報」タブより、登録公費についての限度額情報を登録すると「公費負担額対象公費が60件以上です」とエラーメッセージが表示され登録できません。 「基本情報」画面での公費欄での登録は8件しかなく、直近の保険組合せも「0024」で登録されていることから、公費が60件に満たないことは確実なので上記エラーには該当しないと思われますが、他に確認する箇所がございましたらご教示いただきたいです。	患者登録で公費負担額を登録する同じ公費が複数登録があり、それぞれの公費に対する公費負担額の履歴の期間が複数重複していた場合、公費の登録が60件以下でも公費負担額で公費を選択した時、「公費負担額対象公費が60件以上です。」とエラーとなることがありましたので修正しました。	R8.7.28
131		訪問(オン診)診療のPMH対応 マイナンバーカードの利用による資格確認および訪問診療患者(オンライン診療)の資格確認時に公費・地単公費についての情報を取得し、それを利用して、日レセへの公費の取込みを可能としました。 ※onshi-toolsのアップデート必須		R8.8.25

Copyright(C)2021 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
132	support 20260828-024	「ORCAには主保険の情報のみ取り込まれるだけで、PMHの情報は取り込まれません。」とお問い合わせがありました。	PMH情報の自己負担上限額種別(Type)が以下の値以外のとき、公費の情報(負担者番号、受給者番号等)を取り込んでいませんでしたので、この場合には負担者番号、受給者番号の情報のみを取り込むようにしました。 Type： 05：医科入外合算 06：医科入院 07：医科外来	R8.9.28
133	support 20260902-015	日レセのPMH機能を本日より使用しておりますが、患者の自己負担限度額が日レセのPMH画面に表示されないようで、受給券の内容を確認することができませんでした。 これまで使用していたPMHツールでは、受給券の画面から自己負担限度額等を確認できておりましたが、日レセのPMH機能では、どのように確認すればよろしいでしょうか。 該当患者は精神通院(法別21)になります。	患者登録画面のオンライン資格確認のPMH詳細画面(P0341)患者登録一医療費助成情報画面に表示する内容の最終行が表示できていませんでしたので表示するように修正しました。 また、患者情報にPMHの公費を展開後、「所得者情報タブ」で公費負担額から公費を選択し、「PMH」押下で表示する(P0241)患者登録一医療扶助・限度額認定情報 に以下の対応をしました。 公費負担額の入力項目の見出しが「入外上限額」「他一部負担累」と表示されている時、PMHデータに入外合算の自己負担額上限額がなく、外来の自己負担額上限金額のみある場合、入外上限額0円と記載していましたが、外来の自己負担額上限額を入外上限額とするようにしました。 入院の自己負担のみある場合も同様となります。	R8.9.28
134	support 20260911-028	医療扶助の方で区分が有効のものを選択したときに下記のエラーが表示される方がいます。 「エラー情報　0018　医療扶助対応前の情報です。選択出来ません。」 8/5から区分が「訪　訪問診療」となっていて、その部分を選択すると出ています。 その前は8/3で、区分は「◎登録済み保険情報」になっておりそちらはエラーは出ていません。	「12 登録」等で、訪問(オン診)該当患者で医療扶助(生保)単独の資格確認を行った場合、返却された資格確認結果の情報をP031で選択したときに、「0018　医療扶助対応前の情報です。選択出来ません。」と表示され、選択できない不具合を修正しました。	R8.9.28

Copyright(C)2021 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
135	support 20261105-021	照会中の患者について、12登録業務にて保険情報を入力後、登録操作を行ったところ、画面が応答しなくなったとのことです。 その後、再度患者を照会したところ、患者情報が消えていたとの申告がありました。 削除情報画面より履歴を確認したところ、該当する時間帯に患者情報が削除された履歴が残っていることを確認しております。 12登録の患者削除ボタンは、操作ミスを防止する目的から非活性にしており、通常の操作では押せない状態となっております。 しかしながら、上記の事象が発生していることから、患者削除ボタンが非活性の状態であっても、何らかの条件によって削除処理が実行される可能性はございますでしょうか。	患者登録画面で、患者番号を入力後に「オン資格」でP032を表示して選択後にP033画面を展開した時、オンライン資格確認の保険情報と登録済み保険情報と一致する保険が当日有効でない時、確認メッセージ「0103」「オンライン資格確認と同一の保険の期間変更を行います。よろしいですか？」を表示しますが、すでに未来日で保険が登録済みであった時、「保険終了日の変更で次の保険と期間が重複します。次の保険の期間変更をして下さい。」とエラーとなります。 この時、確認メッセージ「0103」が残ったままでした。 これにより「戻る」でP02画面に戻った時、ENTER押下で確認メッセージ「0103」を表示していました。 P02患者登録での確認メッセージ「0103」は「該当患者のデータをすべて削除します。復元はできません。よろしいですか？」と患者削除の確認メッセージとなりますので、そのまま「OK」押下することで患者削除を行っていました。 P033画面の確認メッセージをクリアするように修正しました。	R8.11.25

Copyright(C)2021 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	support 20221121-022	13照会機能で後期高齢者2割負担の条件入力が可能になりましたが、診療年月日:R4.10.1～・後期高齢者2割負担の条件を入力し条件保存をしても、呼び出した際に負担割合欄がリセットされ空白となってしまいます。 後期高齢者2割負担の条件保存についてご対応される予定はございますでしょうか。	「13 照会」で「保険 公費タブ」の負担割合を「6 後期高齢者2割」としたとき、「条件保存」で保存した条件に負担割合が抜けていましたので保存するように修正しました。 「条件変更」についても変更するように修正しました。	R4.11.28
2		保険者マスタの保険番号拡張後、照会から公費の種類で「946 高齢者現役」等を登録している人を検索しようとしても、プルダウンに表示されないため、検索することができません。	(Q01)患者照会画面の「公費の種類」に表示する公費の件数を150件から200件に拡張しました。	R5.12.25
3	照会画面で固まってしまう	ベンダーより照会ボタンを押した瞬間に固まると報告がありました。 調査したところ、保険番号マスタが保険公費種別区分が1 Or 4　Or 8 Or 9のレコードが46件を超えると固まってしまうようです。 46件を超えるという事例は考えづらいかと思いますが、900～919:治験、980～989:自費のところに検証用のマスタを作成していたようでした。	照会画面の「保険の種類」選択は表示上限件数が50件迄の為プログラム内部で初期セットしている SYA 社保 KOK 国保 KOU 後期 JB0 自賠責(システム設定) JB1 自賠責(患者労災設定) JB2 自賠責(患者健保設定) を除いた44件まで表示できる仕様ですが、この上限件数を超えて保険登録がされいてる場合に内部エラーが発生して画面がフリーズする不具合がありましたのでエラーとならないよう修正しました。(表示件数の上限に変更はありません)	R5.12.25
4	ncp 20250217-018	13照会で検索条件を「975 公害保険」+「1点以上」にし検索をかけたところ条件に該当する患者は存在しませんでしたとなるとお問い合わせがありました。 42明細書で公害保険の明細書作成を行っており、43請求管理でも点数が表示されることを確認しております。 13照会の点数での検索は公害保険は集計対象外なのでしょうか。	「13 照会」の基本情報で点数の条件を設定したときに、公害保険が対象外でしたので対象とするよう修正しました。	R7.2.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

13 照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	request 20250709-001	13照会画面の資格照会(F11)を不必要に押してしまい、日常の運用に多大な影響が出ております。 患者登録件数も10万件以上登録がある施設が多いため、長時間にわたりCPU高負荷状態が発生して最悪の場合、日中のサービス再起動を必要とする状況であるため、患者さまにもご迷惑をおかけする事態になっております。13照会画面の資格照会(F11)を通常は非表示にしていただけないでしょうか。	システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」に「資格照会(照会番号一括登録)」を追加し、「0 しない」と設定した場合は、「13 照会」の「資格照会」の処理を行わないようにしました。 1. 「資格照会(照会番号一括登録)」が「0 しない」のとき、「13 照会」のF11に「資格照会」の表示は行わない。 2. 「オンライン資格確認照会」が「1 照会する」のとき、「資格照会(照会番号一括登録)」のデフォルトは「0 しない」とする。 3. 「13 照会」の「資格照会」を押下し処理を実行後、システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」の「資格照会(照会番号一括登録)」は「0 しない」に変更し、「13 照会」の「資格照会」のボタンは非活性となる。	R8.4.23
6	support 20260227-021	患者登録にて一部環境依存文字にて氏名登録している場合、13照会より、s-jisにてCSVデータ出力時、全く違う文字で出力され、帳票作成などに使用する場合、文字が違う事に気づかない事がある、とお問い合わせをいただきました。 ORCAでは特に問題なく登録できている状態です。 今回例で言われた文字は”綟”という漢字でORCAでの登録はきちんとこの文字で登録されていますが、13照会からCSV出力、文字コードをs-jisにて出力すると全く違う”惲”となり見た目で明らかに違う文字であることの判断ができないとの事です。 この場合、●や■での出力はできないのでしょうか？ また以前は患者登録にて”髙”を登録した場合は●等になっていたかと思うのですが、現在はEnterを押すと勝手に”高”に変わってしまいます。	患者登録で氏名の一部を「綟」のような第三、四水準文字で登録したとき、「13 照会」で文字コードに「1 EUC」、「2 S-jis」を設定してCSVデータ出力を行った場合、全く違う文字で出力されていました。 「綟」は「惲」で出力されます。 文字コードに「1 EUC」、「2 S-jis」を設定した場合は、第三、四水準文字を「■」に変換して出力するように対応しました。	R8.7.28

Copyright(C)2021 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
7	support 20260708-027	こちらの障害病棟の40/100の入力のご対応ありがとうございました。 しかし、照会から検索をかけたところ、検索結果にあがってこないと医療機関様よりお問い合わせがございました。 照会には対応しておりますでしょうか。	令和8年5月21日パッチで、入院料「障害者施設等10対1入院基本料(慢性腎臓病の患者)」を算定している患者に対して他医療機関受診40%減の負担金計算を可能としましたが、その際の修正に不備があり、上記入院料で外泊登録(他医療機関受診40%減)を行った患者が「13 照会」(検索条件:診療行為"190108890")で抽出対象とならない不具合がありましたので修正しました。 【注】パッチ適用後において、上記入院料で外泊登録(他医療機関受診40%減)を行った患者が抽出対象となります。	R8.9.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

14 予約

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	ncp 20220712-021	予約登録画面で、予約氏名が「シンカン」で、1時間単位で1名ずつ事前に登録している医院様がいます。 例: 予約氏名:　シンカン　予約日:R4.9.12予約時間:10:00 予約氏名:　シンカン　予約日:R4.9.12予約時間:11:00 実際に次回診療の予約する新患さんが現れた場合、該当する時間帯の予約枠を選択し、「シンカン」→登録した患者氏名(カタカナ入力)に変更し、登録を行っています。 もし、既に登録している患者様がいた場合は、予約氏名を入力したときに「同姓同名の患者が存在します。患者を変更するなら再度予約して下さい」とエラーメッセージが表示されるのですが、カタカナ読みで同姓同名の方が2名いる場合、予約氏名をカタカナ入力した場合に、エラーメッセージが出ません。 ここで、新患さんか再来院の方かも確認しているとのことで、同姓同名(カナ)が2名以上いる場合、エラーメッセージを出したいのですが、出す方法はございますでしょうか。	予約で予約氏名のみで予約をした後、予約変更で予約氏名を変更した場合、予約氏名が患者情報のカナ氏名、または漢字氏名と一致する患者情報が1件のみ存在した時に、「同姓同名の患者が存在します。患者を変更するなら再度予約して下さい」を表示していますが、複数件存在した場合は表示しませんでした。 予約氏名とカナ氏名、または漢字氏名が一致する患者情報が1件でも存在した場合に「同姓同名の患者が存在します。患者を変更するなら再度予約して下さい」を表示するように修正しました。	R4.7.26
2	ncp 20240708-013	ある患者様で、先日来院時に、予約画面にて7/8に診察の予約登録を行いました。 本日(7/8)、受付画面(U02)の一覧を確認すると、予約時間10:10で表示されています。 先ほど来院され、姓が変わったとの事で、患者登録画面にて氏名の変更を行いました。 しかし、受付画面(U02)に戻ると、患者氏名が旧姓のまま変わりません。 該当する行を選択すると、画面上部に表示される氏名のカナは新姓で表示され、氏名(漢字氏名)は、旧姓のままでした。 一覧更新をかけても変化なし。 試しに受付完了を押下しても変化なし。 新規で患者番号を入力すると、新姓になりましたが、元々ある行の方は旧姓のままでした。 患者登録画面、診療行為画面、予約画面は新姓で表示されています。 受付画面の氏名、患者氏名を新姓に変更するには、どうしたら良いのでしょうか。	予約登録画面で予約済みの予約を選択した時、患者番号の設定がある場合は患者情報の氏名を予約氏名に表示しますが、「予約登録」で予約更新をしても、予約氏名の更新はしませんでした。 「予約登録」で予約氏名も更新するように修正しました。 なお、受付画面の予約・受付状況一覧の予約は予約氏名を表示していますので、予約後に患者情報の氏名の変更を行い、予約氏名の変更をしてない予約から受付をした時は、氏名変更前の氏名となります。	R6.7.23

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20210524-023	診療科が小児科で「小児科外来診療料」を算定しています。 令和3年5月12日に新設された「160226450 SARS−CoV−2・インフルエンザウイルス抗原同時検出」で算定したところ。 判断料がまるめに含まれてしまうようになったとのことです。 「160223350 SARS−CoV−2核酸検出（検査委託）」 「160223450 SARS−CoV−2核酸検出（検査委託以外）」 で算定していた際は、判断料は公費分として算定されていたとのことです。 検査方法等の違いによって生じているのでしょうか？	「160226450 SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 」を入力した時、免疫学的検査判断料が包括対象となる場合、出来高算定とするように対応しました。	R3.5.27
2	ncp 20210804-001	■現象 登録後にドクター名欄の医師名が、空白になる ■質問 環境設定ボタンのシステム設定画面の「ドクター」の名称表示について、300名までしか取得できないなどのORCAの仕様はありますか？	環境設定の「当日担当医設定」で、当日に有効なドクターが300件以上登録がある場合に不具合がありました。 システム管理の職員情報で先頭から300件以上になるドクターコードを入力して担当医設定した時、「登録」後に再表示した一覧表にドクターの名称を表示していませんでしたので正しく表示するようにしました。	R3.8.25

Copyright(C)2021 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
3		「160226450 SARS−CoV−2・インフルエンザウイルス抗原同時検出」など点数マスタの開始日が月の中途からとなるコードの対応を行いました。 1. 入院診療行為のまとめ日付指定で点数マスタの開始日より前の日を指定しても登録出来ていましたのでエラーとするように対応しました。 診療日付　R03.05.12 「160226450 SARS−CoV−2・インフルエンザウイルス抗原同時検出」 「＊/10,12」 10日がエラーとなります。 「12日開始のコードです。点数マスタ開始日以前の日が指定されています。変更して下さい。」 2. 会計照会の剤回数変更で選択した剤内に当月中途開始日のコードが存在する時、開始日より前に回数を設定した場合「F8 変更確定」押下で警告メッセージを表示するようにしました。 診療年月 R03.05 「160226450 SARS−CoV−2・インフルエンザウイルス抗原同時検出」」の剤を選択し、診療回数　10日に1を設定 「F8 変更確定」押下 「警告！！　12日開始の点数マスタがあります。算定日を確認して下さい。」 診療内容の名称は、最初の算定日でマスタを検索しますので、マスタの開始日以前に算定をしている場合は、画面にコードが表示されます。 名称にコードを表示をしている剤は算定日を変更する必要があります。	3. 算定履歴画面でマスタの開始日が月中途の診療コードを選択した時、算定日が開始日以降でも「Enter」押下でエラーとなっていましたので、正しくなるように対応しました。 「ニコチン依存症管理料1(初回)(診療報酬上臨時的取扱)」などが対象となります。 また、開始日以前の日に回数を入力してもエラーになりませんでしたのでエラーとするようにしました。	R3.8.25

Copyright(C)2021 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		「救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(往診)」等について診療行為入力での対応をしました。 また、「医科外来等感染症対策実施加算」のエラーメッセージの変更を行いました。 ※新規のメッセージ 注加算コードのある「救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)」と剤内にある手技料の注加算コードが一致しない場合、加算の名称を上段にメッセージを下段に表示するようにしました。 「0192」 「救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(往診)」 「手技料と注加算コードが一致しません。加算のコードを確認して下さい。」 ※メッセージ内容の変更 ・注加算コードがない「医科外来等感染症対策実施加算(在宅医療)」などを違う診療種別区分の手技料に入力した場合、上段に名称を下段にメッセージを表示するうように変更しました。 「0190」 「医科外来等感染症対策実施加算(在宅医療)」 「この加算のコードを確認して下さい。」 ・「.143 在宅加算料」など加算のみの入力をした場合 上段に名称を下段にメッセージを表示するうように変更しました。 「K191」 「医科外来等感染症対策実施加算(在宅医療)」 「警告！この加算は手技料と同一剤に入力してください。」	※「救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(往診)」など年齢加算の設定がある加算に年齢加算を自動算定するように対応しました。 「救急医療管理1(診療報酬上臨時的取扱)(往診)」を入力した時、年齢加算に設定のある 「乳幼児加算(救急医療管理加算・診療報酬上臨時的取扱)(往診)」または 「小児加算(救急医療管理加算・診療報酬上臨時的取扱)(往診)」を直下に自動算定するようにしました。 自動算定した加算は削除できません。 また、手技料を入力しない「.143」で「救急医療管理1(診療報酬上臨時的取扱)(往診)」を入力した時は、「乳幼児加算」等を自動算定していましたが、警告が表示され続け登録することができませんでした。 警告表示は自動算定した「乳幼児加算」等には行わないようにしました。	R3.8.25

Copyright(C)2021 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
5	包括算定の表示について	8月25日のパッチ適用後から画面の表示が変更になったとのことで、お問合せがございました。 生活習慣病管理料の包括算定を「1 包括算定する」で一旦処方と検査を入力し、中途終了します。 生活習慣病管理料の包括算定を「0 包括算定しない」へ変更し、[1.]の中途データを展開させると、7月28日のパッチ適用環境では先に中途データを展開させてからエラーが表示されているようで、処方および検査の点数等が表示されていました。 8月25日のパッチ適用後の環境では、中途からデータを展開すると、先にエラーが表示されるようで、エラー行を削除しないと数量･点数が表示されなくなりました。	診療行為で中途データ展開時に包括エラーがある場合でも点数を表示していましたが、前回のパッチで点数表示をしなくなりましたので、点数表示をするように修正しました。	R3.9.27
6		小児科外来診療料の包括算定方法を「0 包括算定しない」と設定している時、「113033650 二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)」の入力ができませんでしたので入力可能としました。		R3.10.12
7		小児科外来診療料の包括算定方法を「0 包括算定しない」と設定している場合に「113033650　二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)」の入力対応を行いましたが、外来まとめ入力での対応を行いました。		R3.10.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	request 20200807-001	電子カルテから再診料を算定してデータを送信すると、ORCA側で継続病名がない場合は自動的に初診に変換されてしまいます。 再診を算定したいのに初診に変換されていることに気づかずにそのまま登録してしまうことがあるため「継続病名ないため初診に切り替えていいですか？」等のアラートが出るようにしていただくことはできないでしょうか。	CLAIM、APIからの外来診察料展開時に初診・再診の変換をせず自動算定を行う処理を可能としました。 1. システム管理「9000 CALIM接続処理」の外来診察料展開の「2 初再診変換なし」を選択します。 CLAIM、APIから作成した中途データを診療行為画面で展開時に送信内容の初診・再診で自動算定して展開します。 2. 再診料を送信した時、継続病名がない等で初診料を自動算定する場合も再診料で自動算定して展開します。 初診算定日の登録がない新規患者の時も再診料で自動算定します。この場合、「Enter」押下で「初診算定日がありません。初診算定日を登録して下さい。」とエラーメッセージを表示します。 再診料で算定するには、先に初診算定日を「移行履歴画面」から登録して下さい。 初診料で算定する場合は、「.110」を入力して初診料へ変換します。 3. 労災・自賠責（労災準拠）で初診料を送信した時は、当日に受診があっても初診料で展開します。また、当日の受診が労災・自賠責の初診料のみの場合で他保険で初診料を送信した場合も初診料で展開します。 この場合「Enter」で確認メッセージ「すでに当日診察料を算定しています。OKで同日再診へ振り替えます。」を表示します。「戻る」で初診料での算定、「OK」で同日再診料へ変換します。 ※（3. ）以外で同日に受診がある場合は、初診料・再診料で送信しても同日再診料などに変換します。	R3.10.26

Copyright(C)2021 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	ncp 20211022-019	医師の表示順の変更方法についてお伺いいたします。 システム管理マスタ1010 職員情報で 0000　D医師 0002　A医師 0003　B医師 0004　C医師 と登録されているユーザー様で、診療行為画面で0000　D医師が初期表示されるが新患患者には0002　A医師を初期表示したいとのことです。 診療行為画面の医師名表示欄右の▼から診療科担当医選択画面に進み、表示順変更ボタンを押してから表示順を変更しましたが後日、新患患者の画面でやはり0000　D医師が初期表示されるとのことです。 診療行為画面の医師名表示欄右の▼から診療科担当医選択画面に進み、表示順変更ボタンを押して表示順を変える方法も、当日のみ有効なのでしょうか。	外来診療行為の医師コードの初期表示で受付や前回受診などがなく、医師コードをリストの1件目で設定する時に、医師コードのリストに「0000」の医師コードが存在した時、リストの1件目でなく「0000」の医師を初期表示していましたので、1件目を表示するように対応しました。	R3.11.24
10	support 20211112-028	「時間外緊急院内検査加算」について教えてください。 添付テキストにて送信したときの入外の挙動がことなります。 外来の場合、検査開始時刻851100004が自動発生しますが、時間外緊急院内検査加算と同一剤となります。 XMLの入外を入院にして送信すると、8551100004は区分99として展開され、別剤となります。	診療行為の入力で、「時間外緊急院内検査加算」「時間外緊急院内画像診断加算」に「*1」を入力した場合、自動算定したコメントコードが別剤となっていましたので、同一剤となるように対応しました。 なお、コメントコードは開始時刻を入力する必要がありますので「*1」は省略するように対応しました。 「*1」で剤分離を行っている場合は省略できませんので「*1」を展開します。	R3.12.22
11		左心耳閉鎖術併施区分の「3」「4」のチェックを対応しました。 手術で左心耳閉鎖術併施区分が「1」の手術を入力した時、「2」の手術の入力がない場合と左心耳閉鎖術併施区分が「3」の手術を入力した時、「4」の手術の入力がない場合に「警告！左心耳閉鎖術併施の手術(開胸又は胸腔鏡下)の算定がありません。」の警告メッセージを表示します。		R3.12.22

Copyright(C)2021 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
12		診療行為の診療行為確認画面(K08)で削除剤番号の番号の行のみ背景色を変更していますが、剤削除を選択した剤の背景色を変更するように対応しました。		R3.12.22
13		小児科外来診療料などで検査判断料を包括対象外とする対応で令和3年12月31日から適用となる新型コロナウイルス検査を追加しました。		R3.12.22
14		診療行為の資格確認有無の設定 システム管理「1051 オンライン資格確認設定」の診療行為資格確認有無を「0 無し」と設定した時、診療行為画面からはオンライン資格確認の照会を行いません。 診療行為画面でポップアップに表示するのは、受付・患者登録で照会した情報となります。		R4.1.26
15	ncp 20220131-043	180065850　救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(COV外来診療) 180065950　救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)(外来・中和抗体薬) についてです。 小児科外来診療料を算定しています。 1014包括診療行為設定情報の設定を 202小児科外来診療料 包括算定方法:0算定しない　の場合は「小児科外来診療料以外です」とエラーが表示され入力できません。 包括算定方法:1包括算定する(会計データ作成)/2包括算定する(エラー扱い)の場合はエラーは表示されず登録できました。 院内トリアージ実施料や二類感染症患者入院診療加算のように包括算定方法:0算定しない　の場合でも入力できる方法はありませんか？	小児科外来診療料の包括算定を「0 包括算定しない」と設定した時、「救急医療管理加算1(診療報酬上臨時的取扱)」が入力できませんでしたので入力できるようにしました。	R4.2.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	ncp 20220401-085	114021010　在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114029070　持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) を算定しようとしたところ「手技料と注加算コードが一致しません。加算のコードを確認して下さい。」とメッセージが表示され会計が出来ないとご連絡をいただきました。	点数マスタ(診療行為)の注加算コードの設定がある加算コードを入力した時、同じ剤の手技料と注加算コードが一致しない時はエラーとするようにしましたが、警告とするように変更しました。 ※他の算定できる組み合わせでも警告が発生するケースがありますので確認して算定をしてください。	R4.4.7
17		耳鼻咽喉科乳幼児処置加算の自動算定について、診療科毎に設定可能としました。 システム管理「1005 診療科目情報」より自動算定する診療科目コードの「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算算定」をチェックします。 診療行為で該当診療科コードで、該当処置を入力すると加算を自動算定します。 自動算定した「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算」は削除可能とするため、自動算定は入力時1回のみとなります。 中途データ展開時は、「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算」を自動算定します。 この時、中途データに「6歳未満乳幼児加算(処置)(55)」の算定があっても自動算定します。 展開時にエラーとなりますので不要な加算を削除して下さい。 それから、「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算算定」をチェックしていない診療科コードで入力した「J113 耳垢栓塞除去」の注加算を自動算定した「6歳未満乳幼児加算(処置)(55)」は削除可能とするため、自動算定は1回のみとなります。		R4.4.7
18		小児かかりつけ診療料の施設基準変更について対応しました。 施設基準の設定 「3763」の場合は「小児かかりつけ診療料1」 「3764」の場合は「小児かかりつけ診療料2」 を自動算定します。 両方に設定がある場合は、小児かかりつけ診療料2を優先します。		R4.4.14

Copyright(C)2021 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	support 20220405-030	「耳鼻咽喉科乳幼児処置加算」が削除できない件と類似の事象が発生しております。 ＜事象＞ 「在宅患者訪問診療料(1)1(同一建物居住者以外)」と「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」を入力したときにそれぞれに「外来感染対策向上加算(在宅医療)」が算定され、重複エラーとなって会計が回せなくなります。	「在宅患者訪問診療料」と「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」を同会計で入力した時に、「外来感染対策向上加算(在宅医療)」「連携強化加算(在宅医療)」「サーベイランス強化加算(在宅医療)」を両方に自動算定していましたので、最初に入力した方にのみ自動算定するように対応しました。 別件となりますが、「外来感染対策向上加算(在宅医療)」、「連携強化加算(在宅医療)」、「サーベイランス強化加算(在宅医療)」は「地域包括診療料」又は「認知症地域包括診療料」の包括対象です。 先に「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」を入力した場合、自動算定した「外来感染対策向上加算(在宅医療)」などが「地域包括診療料」の包括対象となり算定できません。 先に「地域包括診療料」を入力して、「外来感染対策向上加算(医学管理等)」などを算定して下さい。	R4.4.14
20	労災、自賠責(労災準拠)での「外来感染対策向上加算」等の自動算定	診療所の設定で、施設基準コード994、995、996を設定している運用で、保険が労災、自賠責(労災準拠)の場合 「外来感染対策向上加算」、「 連携強化加算」、「 サーベイランス強化加算」が初診時は自動発生されず、再診時は自動発生します。 上記加算は労災固有の点数･金額による算定には該当しませんので初診時も算定可能と思われますが、自動発生するよう対応は可能でしょうか。	労災・自賠責で初診料を自動算定する時、「外来感染対策向上加算(初診)」「連携強化加算(初診)」「サーベイランス強化加算(初診)」の自動算定をしていませんでしたので、算定可能であれば自動算定するように対応しました。	R4.4.14
21	support 20220415-038	外来感染対策向上加算(在宅医療)、連携強化加算(在宅医療)、サーベイランス強化加算(在宅医療)について 昨日のパッチで動作が変わり、加算可能な算定が2つ以上あった時に1つ目の算定の方に加算を付ける動きになったと伺いました。 弊社の電子カルテからORCAに添付のORCA.txtの情報を送信すると、ORCA.PNGのように施医総管に3つの加算がつきます。 施医総管にはつかない加算なので「加算可能な算定が2つ以上あった時」には当たらないと思うのですがなぜ施医総管についてしまうでしょうか。	「外来感染対策向上加算」「連携強化加算」「サーベイランス強化加算」を自動算定する時、対象の診療コードでなく次の診療コードに加算を展開していました。 対象の指導料・在宅料に加算を自動算定するように修正しました。	R4.4.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
22	ncp 20220401-085	114021010　在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114029070　持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) を算定しようとしたところ「手技料と注加算コードが一致しません。加算のコードを確認して下さい。」とメッセージが表示され会計が出来ないとご連絡をいただきました。 算定内容の誤りの可能性があったため 管理番号: support20150410-006にあった 114021010 在宅自己注射指導管理料(複雑な場合) 114028970 持続血糖測定器加算(5個以上) 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) で入力を行ってみましたが同様のエラーが表示され会計の登録が行えません。	「持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプ連動)」と「持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ)」を入力した時は、必ず警告メッセージを表示しています。 「持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプ連動)」と「持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ)」の入力は、正しい入力ですので警告メッセージを表示しないように対応しました。	R4.4.25
23	support 20220419-020	別々にて入力は可能ですが、複数科保険にて入力すると 再診料(同一日複数科受診時の2科目)が消えてしまい同じ画面にて入力ができません。 ・外来腫瘍化学療法診療料1 ・再診料(同一日複数科受診時の2科目) 疑義解釈資料の送付について(その3)より、算定可能になっております。	外来腫瘍化学療法診療料を算定時に、同一画面内で、「同一日2科目」の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。 複数科で「再診料(同一日複数科受診時の2科目)」などの「同一日2科目」を入力した時、「警告！！診察料を複数科・保険組合せで算定しないで下さい。」を表示しますが、そのまま登録して下さい。	R4.4.25
24		4月診療分から医学管理で特定器材を入力できるようにしましたが、.130の管理料の下にフィルム料・酸素窒素以外の器材の入力ができていました。3月診療分までも同様に入力可能となっていました。 3月診療分までは、診療区分=13は、特定器材コードをエラーとしました。 4月診療分からは、「.132 管理器材」以外の診療区分=13は、特定器材コードをエラーとしました。		R4.5.25

Copyright(C)2021 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	support 20220506-009	複数科保険入力時に診療行為確認画面で下の方に赤字で表示される「処方せん料は他保険で算定済」メッセージですが、ある患者さんのみ添付のように「処方せん料」の部分が切れて表示されてしまいます。	診療行為で複数保険の入力を別々で登録した時、各々の会計で処方箋料、または処方料を算定した時に「診療行為確認画面」の画面下に表示する「処方せん料は他保険で算定済。※国保」などの表示に不具合がありましたので修正しました。 今回の診療行為で「処方箋料(リフィル以外・7種類以上内服薬)」または「処方箋料(リフィル以外・その他)」の算定があり、前回の診療行為が「処方箋料(リフィル以外・7種類以上内服薬)」または「処方箋料(リフィル以外・その他)」以外の処方箋料の場合、「処方せん料」の表示がありませんでしたので表示するように修正しました。 また、今回と前回で違う処方箋料を算定しており、今回の会計が「処方箋料(リフィル以外・7種類以上内服薬)」「処方箋料(リフィル以外・その他)」以外の処方箋料を算定している時は、「処方せん料は他保険で算定済。※国保」の表示を行っていませんでしたので表示するように修正しました。 処方料も「処方料(7種類以上内服薬)」「処方料(その他)」以外の算定時は同様に「処方料」を表示していませんでしたので修正しました。	R4.5.25
26		診療行為で湿布薬の剤内にコメントコード「830100204」の入力がない場合、警告メッセージを表示していますが、院外投薬の剤は警告メッセージを表示しないように修正しました。		R4.5.25
27	ncp 20220405-070	システム管理の1007自動算定情報・チェック機能制御設定で時間外加算の区分を「1　算定する」に設定しています。 再診料の場合は自動で加算が発生しますが、再診料(情報通信機器)73点を入力すると、加算が自動で発生しません。 この時環境設定にて「1　時間外」に変更しています。 情報通信機器のマスタを使用した場合、加算は自動算定されないのでしょうか。	診療行為で「初診料(情報通信機器)」「再診料(情報通信機器)」など「(情報通信機器)」の初再診料を手入力した時、「初診料」「再診料」などの自動算定時と同じ加算を自動算定するように修正しました。	R4.5.25

Copyright(C)2021 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
28	support 20220430-013	時間外緊急院内検査加算の入力についてお尋ねがあります。 選択式コメントが変更になっているかと存じますが、時間外緊急院内検査加算を入力すると、従来の 「851100004　検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)；　時　　分　」 が自動で入力されてきます。 こちらを削除しようとしても削除できず、新設コメントを入力するとコメントが重複してしまいます。	「160000210 時間外緊急院内検査加算」の入力時に自動算定するコメントコードを開始日時のコメントコード「853100001 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)」とするように対応しました。 「170016010 時間外緊急院内画像診断加算」は「853100003 撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算)」を自動算定します。 なお、2022年6月診療分以降となります。 5月診療分までは、「851100004 検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)」を自動算定しますが、「853100001 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)」の入力があれば、「851100004 検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)」の自動算定を行いませんので、「851100004 検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)」を削除を可能とします。 「170016010 時間外緊急院内画像診断加算」のコメントも同様です。 6月診療分からは、「853100001 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)」を必ず自動算定しますので、「851100004 検査開始時刻(時間外緊急院内検査加算)」の入力があっても「853100001 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)」の削除はできません。	R4.5.25
29		悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)とEGFR遺伝子検査(血漿)の逓減に関係する包括点数計算で誤りがありましたので修正しました。 (例)修正後 EGFR遺伝子検査(血漿)　2100 × 1 EGFR遺伝子検査(血漿) 検査逓減 ALK融合遺伝子検査(血液)　4000× 1 修正前は2回目に3790点と計算していました。		R4.5.25

Copyright(C)2021 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
30		「830100797 撮影部位（単純撮影）：肩__；」を選択式コメントとして入力できるように修正しました。 撮影部位の選択式コメントはコードの５桁目が８であるルールがありましたので、「830100797 撮影部位（単純撮影）：肩__；」を撮影部位の選択式コメントと判断していませんでしたが、６月診療分から選択式コメントとして手入力を可能としました。		R4.5.25
31		「在医総管（機能強化在支診等・病床有・月２回以上・通信機１人）」など、在医総管と施医総管の通信機のコードに対し、加算を自動算定するように対応しました。 「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」「在宅療養実績加算１」「在宅療養実績加算２」「処方箋無交付加算（在医総管・施医総管）」「在医総管・施医総管（在支診等以外）（１００分の８０）減算」の加算が対象となります。		R4.6.27
32	ncp 20220413-016	リフィル処方の回数入力について、厚労省の個別改定項目に総使用回数3回までと記載ありますためリフィル処方なし、リフィル2回、リフィル3回のいずれかでの対応になると思われますがORCAでは1回～3回まで入力・印字できる状態になっているようです。 1回は入力時エラーや警告になるように対応予定でしょうか。	「099208102【リフィル】 回」の回数を、２又は3回のみ可能とするように修正しました。 エラーメッセージは「リフィル回数は2又は3です。」としました。	R4.6.27
33	support 20220525-008	「別表II 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」の項番3 ″アコファイド錠１００mg″の下記コメントについて、 850600001 上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠１００mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ 850600002 上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠１００mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ 厚労省マスタにはすでに適用されておりますが、ORCAマスタには未適用だと現場から問い合わせがありました。	「別表II 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」 の対応を行いました。 該当の医薬品を入力すると選択肢を表示します。 ※要マスタ更新	R4.6.27

Copyright(C)2021 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	request 20211207-001	施設に入所している(09施)の患者に対して、点滴を実施。 点滴薬剤については、別の診療所？が用意したもの。 連合会に確認をし、手技料は130003810「点滴注射」(98点)を算定し、コメントを記載するように指示があったとのことです。 ORCAで入力すると薬剤の入力が無いため、どうしても98点から49点に置換されてしまいます。 置換しないように入力する方法を用意して頂ければと思います。	外来の点滴手技料を剤内の薬剤に関係なく手入力を可能としました。 1. 診療種別区分に「335 点滴注射(手技料変換なし)」を追加しました。 「.335 点滴注射(手技料変換なし)」を入力後、直下に点滴手技料のコードを手入力します。 コメントコード、注射薬剤を入力する場合は、点滴手技料の下に入力して下さい。 「.335 点滴注射(手技料変換なし)」の直下にコメントコード、注射薬剤を入力し続けて点滴手技料を入力した場合は別剤となります。 2.「335 点滴注射(手技料変換なし)」は外来のみで、令和4年4月診療分から入力可能とします。	R4.6.27
35	support 20220630-024	処方薬に対して選択式コメントが必要になり、ORCAの更新によって表示されるようになりましたが、電カルから送られた際に「銘柄名記載」を自動で入力している先で薬剤名と「銘柄名記載」の間に選択式コメントが入ってしまうようです。こちらは改善される予定はありますでしょうか？	薬剤のレセプト記載コメントを選択式コメント一覧から選択した時、薬剤の直下に展開していましたが、「【一般名記載】」「【銘柄名記載】」など投薬の予約コードがあれば予約コードの下に展開するようにしました。 「【一般名記載】」などは薬剤の直下に入力があることが前提で処理をしていますので、間にコメントがあるとエラーになります。 レセプト記載コメントを入力後に、「【一般名記載】」などを入力する時は、薬剤の下に入力して下さい。	R4.7.14
36	SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出 判断料	7月1日提供の以下マスタについて、 160234550 SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出(検査委託) 160234650 SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出(検査委託以外) 小児科外来診療料等を算定時のSARS−CoV−2・インフルエンザ核酸同時検出と同様に、検査判断料を出来高算定とする対応の予定はありますでしょうか。	小児科外来診療料などの算定時に包括対象となる検査判断料を「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)」検査算定時に出来高とする対応に、7月1日からの検査 「160234550 SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出(検査委託)」 「160234650 SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出(検査委託以外)」を追加しました。	R4.7.14

Copyright(C)2021 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	ncp 20220704-022	入院患者様に対して621985801 ロゼレム錠8mg の薬品を電子カルテで入力し、日医標準レセプトソフトへデータを送ると、「17日開始のコードです。点数マスタ開始日以前の日が指定されています。変更して下さい。」とエラーが表示されました。 102点数マスタで確認をすると、該当マスタは6/16までのコードも6/17以降のコードも番号が同じでした。 この場合どのような処理を行えばエラーは表示されないのでしょうか。	点数マスタの期間変更が月途中である場合、変更の年月が診療年月である時、診療日付が期間変更後で入院の日付指定が期間変更前の日の時、日付指定エラーとなっていましたので、正しくチェックするように修正しました。	R4.7.14
38	ncp 20220707-060	.700 腹部 単純撮影(デジタル撮影) 1 幼児加算(画像診断・エックス線診断) 単純撮影(イ)の写真診断 1 撮影部位(単純撮影):腹部 造影剤使用撮影(デジタル撮影) 3 幼児加算(画像診断・エックス線診断) 造影剤使用撮影の写真診断(他方と同時併施) 3 電子画像管理加算(造影剤使用撮影) 造影剤注入手技(膀胱内) 薬剤 と入力した場合に、薬剤以外の部分の合計点数が本来867点となるべきところ、775点となり、オンライン請求ASPチェックで固定点数誤りとなります。 単純撮影と造影剤使用撮影を別剤にすれば点数は正しい計算となりますが、支払基金の「電子レセプト作成の手引き」第14章摘要情報(診療行為、医薬品、特定器材及びコメントの各レコード)共通の記録方法の「同一部位に同時に2以上のエックス線撮影を行った場合」に相当する為、同一剤で算定するのが正しいかと思います。 同一剤で算定しても正しい点数となるようご対応いただけないでしょうか。	画像診断で乳幼児に単純撮影と造影剤使用撮影を同時併施で行った場合、同じ剤の後の撮影料に乳幼児加算の%加算を計算していませんでしたので、正しく点数計算を行うように修正しました。	R4.7.14

Copyright(C)2021 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
39	ncp 20220723-005	ORCAの診療行為画面で、059000001などのコードで単位コードを「039 バイアル」と設定すると診療行為画面では、単位が「B」と表示されます。 それ以外では、カタカナの「バイアル」と印字されます。 弊社サポートの医療機関様から、設定単位がバイアルなら表示されるべき単位は、一般的に「V」ではないでしょうか？ とのお問合せがありました。	診療行為画面で表示する単位名称の単位コード「039 バイアル」を「B」で表示していましたが、「V」と表示するように修正しました。	R4.8.29
40	support 20220802-026	7月のパッチ提供にて「院外投薬選択式コメントに関する自動記載対応」がされ院外処方薬の選択式コメントが「80その他」に記載されるようになりましたがコメントで文字数オーバー部分を下記のようにまとめて入力 .210 A薬剤 選択式コメント 810000001（フリーコメント）にてオーバー分を入力 上記のように入力してみましたが 810000001のコメントはレセ記載されず、院外処方箋へ記載されました。 こういった場合の入力はどのようにしたら宜しいでしょうか。	診療行為入力で、コメントパターン「83」のコメント内容を入力する「(K025）診療行為一コメント入力」で、投薬のコメントは処方箋記載の為、名称＋入力値で69文字としていますが、処方箋に記載しない別表2のコメントコードについては、判定の対象外としました。	R4.8.29
41	support 20220813-004	HAORIの/api21/medicalmodv32 の ″Request_Number″=>″02″を使用して診療行為の登録を行っています。 その際、令和4年度診療報酬改定で追加されたコメント「SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1」（850600020）にコメント埋め込みコードを西暦年で年月日の3件指定すると、「警告！入力値は年月のみです。」（K854）が返却されてしまいます。	診療行為入力でコメントパターン「50」の名称に「日」がない場合、年月日の入力をした時に警告メッセージを表示していますが、画面に表示する漢字名称で判断していました。 その為、画面名称に年月日の表示がないと年月日入力で警告メッセージを表示していました。 正式名称で判断するように修正しました。	R4.8.29
42		小児かかりつけ診療料の同日算定チェックを追加しました。 当日に「小児かかりつけ診療料1（初診）」を算定後、同日再診で展開した時、「小児かかりつけ診療料1（再診）」や「同日再診料」を自動算定しエラーとなっていましたので修正しました。		R4.9.26

Copyright(C)2021 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		「160234850 SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出（定性）」を入力した時、免疫学的検査判断料が包括対象となる場合、出来高算定とするように対応しました。		R4.9.26
44	request 20210705-002	診療行為のユーザプログラムから実行される引数の「伝票番号」は、処理した伝票番号がセットされますが、診療行為削除時は「0000000」がセットされてしまいます。 正しい伝票番号がセットされるように対応をお願い致します。 診療行為Pushの場合、削除時でも正しく伝票番号がセットされるので、こちらに合わせていただければ幸いです。	診療行為を削除した時にユーザープログラムへ削除した伝票番号を渡すように修正しました。	R4.10.25
45	support 20220927-087	昨日のマスタ更新にて追加されました「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の医学管理等につきまして、ORCAの診療行為での入力時に警告のポップアップが出てくるのですが、こちらは必ず出てくるメッセージで回避方法はございませんでしょうか。	システム管理「1014 包括診療設定情報」で「202 小児科外来診療料」の包括算定を「0 包括算定しない」と設定している時、検査などの入力時に「警告！小児科外来診療料算定時に算定可能か確認して下さい。」を表示していましたが、令和4年10月から警告表示を廃止しました。 小児かかりつけ診療料の包括算定を「0 包括算定しない」と設定した時と同様となります。 また、同じように警告表示を行っている、「203 生活習慣病管理料」と「206 在宅がん医療総合診療料」についても、同様に「0 包括算定しない」の時の警告表示を廃止しました。 算定不可のコードをチェックしたい場合は、「2 包括算定する（エラー扱い）」と設定して下さい。	R4.10.25
46	ncp 20221110-016	第三者行為のプレビュー画面についてお伺いいたします 診療行為、会計照会でプレビュー画面を確認するとレセプトは確認はできるのですが、左下に赤文字で「処理対象のデータがありません」と表示されます。入力内容に問題はないと思われるのですが、なぜデータがないと表示されるのでしょうか。	リアルタイムプレビューのとき自賠責は従来様式、新様式の両方のレセプトを作成しますが、第三者行為のレセプトは従来様式のみ作成を行うため、新様式のレセプト作成時に「処理対象のデータがありません」のエラーファイルが作成され、画面に表示されてしまう不具合がありました。 第三者行為のときは新様式の処理は行わないようにしました。	R4.11.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47		11月１日にマスタ提供された検査について以下の対応をしました。 「160235250 SARS－CoV－２・インフルエンザ・RS核酸同時検出（委託）」 「160235350 SARS－CoV－２・インフルエンザ・RS核酸同時検出（委託外）」 を入力した時、微生物学的検査判断料が包括対象となる場合、出来高算定とするように対応しました。 「160235450 SARS－CoV－２・インフルエンザ・RS抗原同時検出（定性）」を入力した時、免疫学的検査判断料が包括対象となる場合、出来高算定とするように対応しました。		R4.11.28
48		新設された労災初診料コード「101110060 初診料（文書による紹介がない患者）（同一日複数診療科受診）」について対応しました。 「101110050 初診料（文書による紹介がない患者）」を入力して、複数科入力をした時、 「101110060 初診料（文書による紹介がない患者）（同一日複数診療科受診）」を自動算定します。 その他のチェックについては「101110040　初診料（同一日複数診療科受診）」などと同様となります。 診療費明細書の対応をしました。 「初診料（文書による紹介がない患者）（同一日複数診療科受診）」はゼロ円で記載するようにしました。 留意事項 入院分の診療費明細書をカスタマイズされている場合は対応が必要となります。		R4.12.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	support 20221122-049	弊社、ユーザにて診療行為画面で訂正をしようと開くと「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」とエラーメッセージが表示されます。 そのまま、登録し、再度訂正で開いても同様のメッセージが表示されます。 点数マスタも最新で問題ありませんし、弊社検証環境で同じ内容を入力しても、エラーメッセージは表示されません。 何が原因でしょうか。	診療行為の訂正時の展開で、自動算定した「特定疾患処方管理加算」を展開する時、診療種別区分の展開をしていませんでしたので、診療種別区分を展開するうように対応しました。 診療種別区分の展開がない為、前の剤がリハビリテーション料で最終行がコメントコードの場合、「特定疾患処方管理加算(処方箋料)」が同じ剤に展開されていました。 登録時と剤内容が一致しない為、「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」を表示していました。 なお、この場合「Enter」押下で「特定疾患処方管理加算(処方箋料)」は別剤に剤分離しますので、そのまま登録しても問題はありません。	R4.12.26

50	support
	20221212-020
		患者登録で自賠責保険を以下の内容で登録しました。
		・傷病の部位に11文字以上の傷病名を設定
		・自賠責点数算定区分に「1 労災準拠」を設定。
		このあと、診療行為HAORIで診療行為の登録を試みた場合、
		/api21/medicalmodv32 "Request_Number": "03"
		のところで、以下のエラーが発生しました。
		``
		"Medical_Message_Information": {
		"Medical_Result": "8000",
		"Medical_Result_Message1": "労災保険の診療コードです。入力できません。",
		"Medical_Position": "1",
		"Medical_Item_Position": "1",
		"Medical_Result_Code": "101110010"
		}
		``
			自賠責保険の傷病の部位を11文字以上で登録し、自賠責点数区分を「1 労災準拠」「2 健保準拠」と設定した時、HAORIで不具合が発生していましたので修正しました。	R4.12.26

Copyright(C)2021 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 20220425-024	1/31に初診を算定した患者に対し、2/28に皮膚科特定疾患が自動算定され、該当レセプトが返戻となっています。 特定疾患療養管理料と同様の動作となっているようですが、皮膚科特定疾患の算定要件には、特定疾患療養管理料の算定ルールである、「区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌々月の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日(その末日が休日の場合はその前日)に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。」の記載はありません。 特に規定がない場合の期間の考え方は民法143条の通りとなる為、 1/31が初診の場合、皮膚科特定疾患が算定できるのは3/1からとなります。	特定疾患療養管理料以外で初診算定日から1月のチェックを行っている指導料について対応しました。 診療日付と初診算定日＋1月が同じ年月の場合で、診療日付－1月＜初診算定日の時、算定開始日を翌月の1日からとしました。 初診算定日　1/29　診療日　2/28　　算定可能日　3/1から 初診算定日 10/31　診療日　11/30　算定可能日　12/1から 2/28、11/30は、病名から自動算定する皮膚科特定疾患管理料及び難病外来指導管理料は自動算定しません。 また、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患管理料などを手入力した時に警告を表示します。	R5.3.27
52		オンライン資格確認システムで各種情報提供の同意の内容を画面上部に表示するようにしました。 同意された内容のみ「同意:手術・診療・薬剤・健診」の順で表示します。		R5.4.11
53	ncp 20230322-019	外来放射線照射診療料を、前回算定日から7日後に再度算定する際、算定日が休日になる場合は、前日または翌日に入力し算定日コメントを記載することで当該休日に算定したとみなされます。 (以下、問36参照) https://www.hospital.or.jp/pdf/14_20120420_01.pdf#page=11 今回のケースでは、3月21日が本来の算定日ですが、祝日のため20日に入力したいとのことです。 しかし、20日に入力しようとすると「外来放射線照射診療料が算定中です。 算定できません。」とエラーになり入力できません。 この場合、一時的に制限を解除し、20日に入力する方法がございましたらご教示いただけないでしょうか。	外来放射線照射診療料の算定から7日以内で再診料ダミーを自動算定している場合、外来放射線照射診療料の入力をエラーとしていますが、エラーを警告とするように修正しました。 7日後が休日であれば前日の算定が可能な為です。 また、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料の入力チェックを再診料ダミー算定中であるかで判定していましたが、それぞれの算定日からの日数でチェックするようにしました。	R5.5.24

Copyright(C)2021 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
54	support 20230502-019	WebORCAと電子カルテを連携している医療機関様で、添付ファイルのようにダミーの再診料を削除し、時間外加算の再診料と明細書発行体制等加算を追加したところ、「既に違う時間外区分があります。入力できません。」というメッセージが表示されるとのことです。	診察料に時間外加算がある中途データを展開する時に、診察料を再診料ダミーに置き換えた場合など時間外加算コードを展開しない時も、中途データの時間外区分を保持していました。 この為、展開後に再診料と時間外区分を手入力した時に、中途データの時間外区分と異なっていた場合は、「既に違う時間外区分があります。入力できません。」とエラーとなりましたのでエラーとならないように修正しました。	R5.5.24
55	ncp 20230309-049	電子カルテと連携してお使い頂いている医療機関様からの問合せです。 時間外対応加算1が算定される場合とされない場合があるとの申し出です。 【医療機関様の設定】 ・1006:施設基準＞H30.4.1～＞3001:時間外対応加算1＞フラグ:1 ・1007:自動算定情報・チェック機能制御設定＞外来初診・再診料:0　算定しない 施設基準の設定は出来ていますが、基本的には電子カルテから会計を飛ばしたものを取り込んでおりますのでオルカで手入力はしておりません。 また、自動算定で初再診は「算定しない」で設定しております。 医療機関様曰く、電子カルテでは一切「時間外対応加算1」は入力していないとの事で「オルカで算定されているのでは？」との申し出です。 再診料、電話等再診料では「時間外対応加算1」が入ってこない様ですが、同日再診料を算定した時に算定される方、されない方がいる様に見えるとの事です。 【問い合わせ】 ・医療機関様の設定に問題がありますでしょうか。 ・算定される方とされない方の違いは何でしょうか。	同日再診となる時に再診料などを入力した時、「すでに当日診察料を算定しています。OKで同日再診へ振り替えます。」を表示し、「OK」で同日再診に変更します。 この時、システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の初診・再診料を「0 算定しない」と設定している時も、同日再診料の加算を自動算定していましたので、加算の自動算定をしないように修正しました。 また、この時、「再診料(情報通信機器)」なども「同日再診料」に変更していましたので、「同日再診料(情報通信機器)」などに変更するようにしました。	R5.5.24
56		「電話等再診料(特例)」を入力した時、時間外対応加算は算定できないとありましたので自動算定を行っていませんでしたが、算定可能と確認できましたので自動算定するように対応しました。		R5.5.24

Copyright(C)2021 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
57	support 20230525-027	「エブリスディドライシロップ60mg」が44日分の処方された患者様に対して、21診療行為で「点数が桁数オーバーします。数量と回数を確認して下さい。（エラーNo.0249）」とエラーメッセージが表示されます。 日数制限は解除された薬なのですが、薬価が高額なためか登録しようとするとエラーとなります。	診療行為で剤合計点数（剤点数×回数）が7桁超はエラーとしていますが、院外投薬の場合は剤点数が7桁までであれば回数に関係なく登録できるようにしました。	R5.6.26
58	support 20230531-021	番号12番の調剤料11点が表示されてくるということで、この入力で問題ないかというご質問でした。	外来の院内投薬で、主保険単独で外用薬を、主保険＋治療薬補助で内服薬を算定した時、主保険＋治療薬補助の方に「調剤料（内服薬・浸煎薬・頓服薬）」を自動算定していました。 主保険単独の方に「調剤料（内服薬・浸煎薬・頓服薬）」を自動算定するように対応しました。	R5.6.26
59	request 20220726-001	・1001医療機関情報入力設定：請求書発行フラグを「2発行する（請求あり）」 ・1038診療行為機能情報：3請求書発行方法を「2保険組合せ別に発行」 10請求書発行する（請求あり）対象を「1今回請求額あり」 上記の場合、診療費請求書兼領収書の今回請求額が0円となる診療費請求書兼領収書の発行をしませんが ・1001医療機関情報入力設定：請求書発行フラグを「2発行する（請求あり）」 ・1038診療行為機能情報：3請求書発行方法を「1診療科・保険組み合わせ別に発行」 の場合 ・1038診療行為機能情報：10請求書発行する（請求あり）対象を「1今回請求額あり」 で設定しても、今回請求額が0円となる診療費請求書兼領収書が発行されます。 「1診療科・保険組み合わせ別に発行」でも診療費請求書兼領収書が発行されないよう対応をお願い致します。	診療行為の請求確認画面で請求書兼領収書を「2 発行する（請求あり）」で初期表示する場合、システム管理「1038 診療行為機能情報」の10. 請求書発行する（請求あり）対象を「1 今回請求額あり」の設定で、請求書兼領収書を複数枚発行する時、請求額がゼロ以外の請求書兼領収書のみ発行します。 この時、発行方法が「1 診療科・保険組合せ別に発行」の時は対象としていませんでしたので、「1 診療科・保険組合せ別に発行」の時も請求額がゼロの請求書兼領収書は発行しないように対応しました。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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
60	ncp 20230410-014	公害保険で受診の患者様で、初再診料は公害保険で算定、江東区の書類に公害保険では医療情報システム基盤整備体制充実加算は算定できない記載があったため算定せず。 あわせて通常の診療もあったため一般保険でお薬処方し、こちらで医療情報システム基盤整備体制充実加算のみを算定しようとしたところエラーになって入力できないとお問合せいただきました。 東京都の保険医協会に問い合わせたところ算定可能と回答をいただいたようです。	「医療情報システム基盤整備体制充実加算(初診)」を入力した時、初診料の入力がない時はエラーとしていましたが、再診料などの診察料の入力がない場合は、「.114 初診加算料」と「医療情報システム基盤整備体制充実加算(初診)」の入力で 「警告！初診の入力がありません」と警告表示後、登録を可能としました。	R5.6.26
61	包括算定方法「包括算定する(エラー扱い)」のメッセージについて	「1014 包括診療行為設定情報」で包括算定方法を「2 包括算定する(エラー扱い)」で運用している場合、入院診療行為ではメッセージ文が途中で切れてしまって、全文表示されていないようです。 入院では「2 包括算定する(エラー扱い)」を設定するケースはあまりないと思いますが、ご確認いただけますと幸いです。	入院の診療行為で、入院料の包括算定方法を「2 包括算定する(エラー扱い)」と設定している時、入力内容に包括対象がある場合「登録」押下で表示する確認メッセージが途中までの表示でした。 「包括算定エラーの項目があります。「戻る」で包括項目確認を「OK」で包括項目削除をします。」と表示するように修正しました。	R5.8.24
62	support 20230726-021	電子カルテで「112026570 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(再診)(経過措置)」を入力してORCAに送信しても、ORCAに反映されないようです。 国保や社保では大丈夫で、労災自賠のときだけ起きるようです。	診療行為で中途データを展開時に診察料を再度算定する時に、200床未満の病院で労災・自賠責保険の場合、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(再診)(経過措置)」を展開しませんでしたので展開するように修正しました。	R5.8.24
63	ncp 20230809-030	中途終了の登録APIの動作に関してお問合せさせてください。 弊社電子カルテからの会計情報の連携に中途終了の登録API(/api21/medicalmodv2?class=01)を使用しているのですが、その際、検査と自費が混在する場合に検査が意図せず自費の剤に算定される事象が発生しております。 例えば以下のようなリクエストを投入すると、.950の自費の剤の中に包括対象外のため剤分割された「CRP」と医学管理料の「がん患者指導管理料...」が算定されます。 こちらは正常な動作でしょうか？	診療行為で包括検査をまとめる時に、まとめた包括検査の診療種別区分を削除しています。 包括検査と包括検査の間に診療種別区分が保険外(950,960)の剤がある時、後の包括検査の前の保険外(950,960)が金額ゼロの自費コード以外の時、検査の診療種別区分を削除することで下の包括検査以外コードが保険外の剤となることがありましたので、保険外の剤終了を「＊1」とするように対応しました。	R5.8.24

Copyright(C)2021 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
64	support 20231102-013	91-101-1038 診療行為機能情報の＜請求選択＞を添付と通り設定しますと1つ目の保険(健保)で請求0円、複数科保険(自費)で請求ありの場合、自費の請求書兼領収書が発行されません。 10:請求書発行する(請求あり)対象の「1 今回請求額あり」としてる場合、2つ目の保険は対象外となるのでしょうか。 「0 すべて対象」とすれば複数科保険で入力した自費の請求書は発行されます。 動作について一度ご確認いただけないでしょうか。	システム管理「1038 診療行為機能情報」の10:請求書発行する(請求額あり)対象が「1 今回請求額あり」の時、複数保険で診療行為入力を行い、最初の保険の収納の請求額がゼロで次の収納の請求額がゼロ以外であった場合に「4 全体をまとめて発行」で請求書兼領収書を発行した時に発行されませんでした。 また、最初の保険の収納の請求額がゼロ以外で、次の収納の請求額がゼロの時、最初の収納の情報で請求書兼領収書を発行していました。 「4 全体をまとめて発行」の時は、まとめた内容で発行するように修正しました。	R5.11.27
65	support 20231108-041	電子カルテで深夜往診のセットを作成しています。 ある患者様で、そのセットを使用し、ORCAに送ります。 ORCA側では、中途表示画面から該当診療日を選択→確定を押下。 診療行為画面に算定内容を表示させる処理をしています。 今回ある特定の患者様でその処理を行うと、 「114029670　深夜往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)」 のマスタだけ添付画像のように名称が空白になりました。 登録ボタンを押下すると名称と点数は正常に表示され、戻るボタンを押下して入力画面に戻ると、名称が表示されます。 前回患者で再度中途表示から読み込み直しても、新しく電カルから送り直しても同じ現象になります。 試しに別のIDの患者様で試したところ、正常に表示されました。 入力CDも厚労省コードではなく、ORCAで設定した入力CDで表示されました。	診療行為入力で入力したコードが「時間外加算は1件です」などの重複エラーの時、点数マスタの名称編集をしてないことがありましたので編集するようにしました。	R5.11.27

Copyright(C)2021 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
66	request 20220531-001	診療行為入力の際に、同じ名前のものを検索する際(ex.施医総管)に出る検索結果を名前順や点数順に並べ替えられるようにしてほしいです。何かしらの法則があって並んでいるのだと思うのですが、加算や人数などの条件がランダムに並んでいるように見えて探しにくいので。 診療行為選択サブ画面を全角文字入力で名称検索する場合で「F6 診療行為」の時は、区分番号順、点数順で一覧表示できるようにしました。また、区分番号＋項番での検索を可能としました。 1. 診療行為で表示する(K98)診療行為一覧サブで、全角文字で「F6 診療行為」検索で、(全体)表示の時、表示順リストを選択して表示順の変更を行います。 「F6 診療行為」で表示する診療行為コードは、薬剤・器材以外のすべてのコードです。(コメントや自費コードなども含みます) 2.「F6 診療行為」の「診療行為(全体)」で表示した時に表示順を選択できます。 「1:診療行為(全体)(カナ順)」 「診療行為(全体)」表示となります。自動でリストを選択します) 入力した全角文字で検索した診療行為コード(薬剤・器材コード以外のすべてのコード)をカナ順に表示します。 同じカナ名称の時は順不同です。	「2:診療行為(区分番号順)」 入力した全角文字で検索した診療コードのみを区分番号枝番項番順に表示します。 労災のコード(【労】表示)は、区分番号の設定がありませんので先頭になります。 (リハビリテーション料を除く) 「3:コメント(カナ順)」 入力した全角文字で検索したコメントコードのみをカナ名称順に表示します。 同じカナ名称の時はコード順となります。 「4:その他(カナ順)」 入力した全角文字で検索した診療コード・コメントコード以外のコード (用法コードや自費コードなど)をカナ名称順に表示します。 同じカナ名称の時はコード順となります。 3. 診療コードを区分番号で検索する時、枝番の指定を可能とします。 *区分番号-枝番　で入力します。 4. 外来まとめ、会計照会、点数マスタ登録画面の検索も同様とします。	R5.12.25
67	request 20221020-001	業務メニューから「21 診療行為」へ画面遷移し、患者を呼び出した後に「F1 戻る」ボタンを押すと、確認画面が出て「処理を終了します。よろしいですか？」と確認してくれるが、「11 受付」画面で患者を選択して「F6 診療行為」ボタンから画面遷移した場合、診療行為入力後、誤って「F1 戻る」ボタンを押しても確認画面が表示されないのはなぜか？業務メニューから遷移した時と同様に確認メッセージを表示してほしいとのご要望がありました。	受付から診療行為へ遷移した時、「戻る」を押下した時に患者番号の入力がある場合は、「処理を終了します。よろしいですか？」の確認メッセージを表示するようにしました。 入院の診療行為も同様となります。	R5.12.25

Copyright(C)2021 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	ncp 20231222-021	複数科処方 向精神薬多剤 内服薬7種以上 心療内科で向精神薬多剤の処方があり、内科で7種以上の処方入力を行った時の診療行為画面で登録を押した際に向精神薬多剤のメッセージは出ますが、7種以上のメッセージが表示されず、診療行為確認画面では内科の処方箋料は7種類以上の40点に減算されます 複数科入力を使用せず、それぞれ診療行為を登録すればそれぞれで多剤のメッセージは出ますが、複数科入力の際は確認メッセージは出ない仕様なのでしょうか この場合7種未満の点数としたい場合は手入力するしかないのでしょうか	診療行為で複数科入力した時、院外投薬の最初の診療科が「向精神薬多剤投与」の対象で、次の診療科が「内服7種類以上」の対象の時、確認メッセージ「向精神薬多剤投与となります。逓減しますか？」で「OK」した時に、「内服薬剤が7種類以上になります。7種類以上の処方せん料にしますか？」の確認メッセージを表示しませんでした。 「向精神薬多剤投与」を確定しても、診療科が違う場合は「内服薬剤の7種類以上」の確認メッセージを表示するようにしました。	R6.1.29
69	ncp 20240115-023	特養入所者で患者登録の特記事項09施を設定している患者に、21診療行為で自動発生した初診料(DUMMY)のコードの後に空白を1文字置いて7桁で初診算定日を入力した際、過去に診察料を算定しない入力をしている場合「エラー情報0902　今回算定済み　1日の算定上限回数を超えています。算定できません。」のメッセージが出て再診料(DUMMY)への切り替えができません。 過去に診療入力がなければ上記操作で再診料(DUMMY)への切り替えが可能です ダミーコードではない通常の初診料であれば過去に診療入力があっても再診料への切り替えは可能ですが、これは仕様でしょうか。	診療行為で「09 施」を登録し、「初診料(DUMMY)」を自動算定した時に、「初診料(DUMMY)」の横に初診算定日を入力し、「再診料(DUMMY)」に変換しますが、最終来院日がない場合は、エラー「初診料が算定されていません。初診料を入力して下さい。」になっていました。 エラーとならないように対応しました。	R6.1.29
70		D006-27 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿) 検査包括項目点数の改正がありましたので対応しました。		R6.2.5

Copyright(C)2021 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
71	ncp 20240404-006	システム管理マスタ「1014包括診療行為設定情報」在宅がん医療総合診療料の包括算定方法:2包括算定する(エラー扱い)と設定されている医療機関様から下記の問い合わせがございましてご教示いただきたくご連絡いたしました。 診療行為は電子カルテから中途データを受け取り登録を行うのですが、登録時の確認画面にて「OK」で包括項目削除をするを選択し削除を行うと包括項目の選択式コメントだけが残ってしまいレセプトに記載されてしまいます。 システム管理マスタ「1014包括診療行為設定情報」在宅がん医療総合診療料の包括算定方法:1包括算定する(会計データ作成)の設定時は選択式コメントも包括対象となっている為、エラー扱いの設定時も選択式コメントを含め削除させたいのですが設定可能でしょうか。	システム管理「1014 包括診療行為設定情報」で包括算定方法を「2 包括算定する(エラー扱い)」と設定している場合、確認メッセージ「包括算定エラーの項目があります。「戻る」で包括項目確認を「OK」で包括項目削除をします。」の「OK」押下時に包括対象のコードを削除しています。 コメントコードは削除対象外となっていましたので、包括対象のコードを削除することによって剤がコメントコードのみとなる場合は、コメントコードも削除するように対応しました。 剤内に出来高算定のコードがある場合はコメントコードの削除は行いませんので、不要であれば手で削除して下さい。 この時、包括対象の診療行為コードが剤の先頭で診療種別区分の入力がない時は、診療種別区分を表示するようにしました。 (投薬・器材は出来高で診療行為が包括となる場合に同じ剤に診療行為コードと投薬を算定した場合等を想定してます) なお、剤分離を回数入力で行われている場合、包括対象コードを削除することで剤分離が変更となる場合があります。 剤分離が正しくない場合は、手で変更して下さい。	R6.4.25
72	他端末で使用中	入院診療行為入力画面より、6月1日以降処方のみを入力して登録すると、「他端末で使用中です。」のエラーとなり、登録できないとのご報告がございました。	システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の調剤技術基本料を「1 算定する」と設定している場合で、院内投薬を入力して「登録」した時に現象が発生しましたので修正しました。	R6.5.29

Copyright(C)2021 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
73	ncp 20240528-026	6月からの診療報酬改定で新設された113702590 発熱患者等対応加算(医学管理等)のチェックについて問い合わせさせていただきます。 発熱患者等対応加算(医学管理等)は点数マスタの外来感染症対策向上加算等に値(9)が設定されています。 この項目に値が設定されている加算については診療行為画面で同一剤に算定可能な手技料が入力されていない場合にエラーが表示される認識ですが、発熱患者等対応加算(医学管理等)についてはエラーが表示されません。例えば、 .130 113705270 医療情報取得加算1(医学管理等) 113033990 サーベイランス強化加算(医学管理等)(外来感染症対策向上加算等は3) と入力した場合は、 0193　サーベイランス強化加算(医学管理等) 上記加算が算定できる手技料の入力がありません。 とエラーが表示されますが、発熱患者等対応加算(医学管理等)はエラーが表示されません。	点数マスタの外来感染症対策向上加算等区分に以下が追加されましたので、該当の区分の加算を入力した時の手技料入力チェックを行うようにしました。 7:抗菌薬適正使用体制加算(医学管理料等)自体 8:抗菌薬適正使用体制加算(在宅医療)自体 9:発熱患者等対応加算(医学管理料等)自体 A:発熱患者等対応加算(在宅医療)自体	R6.5.29
74	ncp 20240528-070	5/31で特例措置が終了することにより、小児科外来診療料で出来高算定可能であった微生物学的検査判断料および、免疫学的検査判断料が6/1より包括されるようになる認識です。 5/23のパッチ提供を行った上、動作確認を行いましたが、判断料を自動算定する場合は判断料が包括診療となりましたが、判断料を手入力した場合は出来高のまま算定されました。	新型コロナ特例の終了により小児科外来診療料や小児かかりつけ診療料での検査出来高算定の対応を廃止しました。	R6.5.29
75	生活習慣病管理料 6月以内のチェック	生活習慣病管理料の6ヶ月以内のチェックについて、生活習慣病管理料(2)の注5に生活習慣病管理料(1)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(2)は、算定できないと記載されていますが、生活習慣病管理料(1)のほうには、記載されていません。 生活習慣病管理料2算定月から起算した6月以内の期間の生活習慣病管理料1の警告チェックは不要ではないでしょうかとのお問合せがございました。	6月から生活習慣病管理料1を算定した時、生活習慣病管理料2の算定が6か月以内にある時に警告表示していましたが 警告表示を廃止しました。	R6.5.31

Copyright(C)2021 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
76	ncp 20240530-064	再診＋往診料を算定した患者に、R6.6診療報酬改定の新設コード「医療情報取得加算(再診)」を入力したときに、「往診の入力があります。算定できません。」とエラーが出て登録ができないと連絡がありました。	往診と医療情報取得加算をエラーとしないように修正しました。	R6.5.31
77	support 20240601-034	小児特定疾患カウンセリング料(医師)(2年以内・月の2回目) 診療行為コード:113703010 を入力すると「小児特定疾患カウンセリング料は算定済みです。」とエラーが出て入力できません。	「小児特定疾患カウンセリング料(医師・2年以内・1回目)」の当月算定があっても「小児特定疾患カウンセリング料(医師・2年以内・2回目)」を入力した時にエラーとなりましたので修正しました。	R6.6.3
78	ncp 20240531-016	初診(11)から在宅(14)の入力がない場合に、短期滞在手術等基本料1算定時にベースアップ評価料が自動算定されない不具合があるようです。	短期滞在手術等基本料1では診察料ダミーの入力がないと外来・在宅ベースアップ評価料の自動算定はしませんがダミーなしでも自動算定するように対応しました。	R6.6.3
79	小児特定疾患カウンセリング料 訂正時エラー	小児特定疾患カウンセリング料(医師)(2年以内･月の1回目)を診療行為から訂正画面で展開すると、「登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。」と表示され、点数が非表示になります。 上記メッセージを閉じると、「小児特定疾患カウンセリング料は選定済みです」のエラーとなり、登録ができない状態となります。	「小児特定疾患カウンセリング料(月の1回目)」と「小児特定疾患カウンセリング料(月の2回目)」の算定がある時、「小児特定疾患カウンセリング料(月の1回目)」の受診履歴を訂正で展開した時エラーとなっていました。 「小児特定疾患カウンセリング料(初回)」・「小児特定疾患カウンセリング料(月の1回目)」の入力時に「(月の2回目)」の算定があるとエラーとしていましたがエラーとしないように修正しました。 「(月の2回目)」以外の小児特定カウンセリング料の算定があればエラーとします。	R6.6.5
80	support 20240604-092	今月から時間外対応加算4を算定しますが、白紙の診療行為入力画面で電話再診を入力すると電話対応加算1～3の場合は施設基準のフラグを立てていれば自動で加算されるのですが、4に関しましては、電話再診を入力しても自動算定されないとのことでした。	電話等再診料を入力した時に時間外対応加算を自動算定しますが、時間外対応加算4の自動算定をしませんでしたので自動算定するように修正しました。	R6.6.5

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
81	ncp 20240604-007	処方箋料が自動算定されず、手入力しても包括されるとのメッセージが出るとのお問い合わせを数件いただいております。	オンプレミス版でも発現する場合がありました。 プログラムを修正しました。	R6.6.5
82	ncp 20240603-111	システム管理[1007 自動算定・チェック機能制御情報]にて外来初診・再診料を自動算定しない設定としています。 今回の改定で追加された発熱患者等対応加算は手入力となることから、小児科外来診療料と発熱患者等対応加算のセットを作成しましたが、このセットで入力を行った場合、外来感染対策向上加算(医学管理等)等の加算が自動算定されない不具合を確認しました。	外来感染症対策向上加算等を算定可能な、医学管理料・在宅医療を入力した時、算定可能であれば外来感染対策向上加算・連携強化加算・サーベイランス強化加算を自動算定しますが、発熱患者等対応加算の入力がある時は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。	R6.6.11
83	在医総管・施医総管 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算自動発生	在医総管・施医総管入力し、自動発生した加算(在宅緩和ケア充実診療所・病院加算)の間に、行挿入で「.143」を入力し、剤を分けて登録する運用をされていたユーザーがあったそうです。 6月分から訂正で展開する際に「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。」のメッセージが発生し、展開時に在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が自動発生するようです。 ＜例＞ .140 114038910 施医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) .143 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(施医総管)(2～9人) ↓↓↓ 訂正にて展開 .140 114038910 施医総管(在支診等以外・月1回・2～9人) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(施医総管)(2～9人) .143 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(施医総管)(2～9人) 診療年月が5月以前は、訂正時に警告メッセージも出ませんし、展開時に自動発生もされません。 5月以前の動作に戻すことは可能でしょうか。	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で自動算定する「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」などを自動算定後に「.143 管理加算料」で別剤にして登録した時、訂正展開時に新設となった在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の剤に加算を自動算定していました。 訂正時は自動算定しないように修正しました。	R6.6.11

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
84	support 20240603-030	21診療行為で生活習慣病管理料2を算定し登録した後に再度同日再診で開き、自費保険を選択した状態で.950のあとに健康診断の料金を入力し、登録で進もうとすると「K177　警告！！当月に生活習慣病管理料を算定しています。」が出てくると連絡がありました。 社内環境(WebORCAクラウド)でも確認してみたところ、複数科保険では同じエラーが出てこず、一度生活習慣病管理料2をいれて登録した後に再度同じ患者を開き、保険を変更せずに同日再診料などが入っているだけで登録を押しても同じエラーを確認しました。	生活習慣病管理料1または生活習慣病管理料2を算定した日に同日算定で診療行為を入力し「登録」押下した時、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修正しました。	R6.6.11
85	support 20240516-003	処置で使用する特定器材の請求点数についてお問い合わせがありました。 特定器材商品(058000064)-器材コード(710010006)2630円＝263点 レセプトで「5点」と表示されている診療日が複数あります。 該当する診療日(例:4/23)を訂正表示の上Enterを押したところ点数が2195点→2458点となりましたが本来は2453点が正しい点数となります。 この差分の5点はどこから発生しているのでしょうか。 また、特定器材を2つ使用しているが算定は1回のみ可の為か電子カルテ送信データの取込みを行うと2つ目は(器材コード)のみで表示されています。 なお、2つ目の(器材コード)を削除すると正しい点数2453点と表示が変わりました。	診療行為入力で商品名コードと商品名コードから自動算定する紐づけある器材コードの間に行挿入が出来たので出来ないように修正しました。 商品名コードと紐づけてある器材コードの間に別のコードを挿入した場合、訂正時で展開した時、商品名コードの直下に器材コードがないので再度器材コードを展開します。 この為、登録時の器材コードと重複していました。	R6.6.18
86		チェックマスタに「特定疾患処方管理加算」と「生活習慣病管理料2」などを併用算定エラーで登録した時、診療行為で「生活習慣病管理料2」の算定があり「特定疾患処方管理加算」が算定可能な時、確認メッセージ「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します。(併用算定警告該当有)」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。 この時、「OK」押下でも「特定疾患処方管理加算」の算定は行いませんでした。 なお、チェックマスタに警告(エラー区分:9)で登録した時は、上記の確認メッセージを表示し、「OK」押下で「特定疾患処方管理加算」を算定します。		R6.6.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
87	ncp 20240621-023	113000810:小児特定疾患カウンセリング料(医師)(月の1回目)を令和4年6月24日に算定している患者様で、令和6年6月19日に 113702910:小児特定疾患カウンセリング料(医師)(2年以内・月の1回目)を入力した時に警告が出るというお問い合わせがありました。 警告内容 「初回日:令和4年6月24日 警告！小児特定疾患カウンセリング料の初回からの算定期間が違います」 令和4年7月など、違う月に初回算定している場合は警告は表示されませんでした。 暦月でも日数でも2年以内かと思います。	小児特定疾患カウンセリング料の初回算定日からの期間を歴月で判定していましたが歴日で判定するように修正しました。 また、(2年以内・月の2回目)の入力時に(1年以内・月の1回目)または(2年以内・月の1回目)の算定があれば算定可能としました。	R6.7.9
88	障害者施設入院基本料 調剤料	障害者施設等入院基本料(慢性腎臓病の患者)で、診療行為登録時、調剤料は包括で登録されるのですが、会計照会を確認すると被包括として登録されています。	入院料で入院調剤料が包括対象である時、診療行為確認画面では包括対象でも登録時に出来高算定の入院調剤料を登録する場合がありましたので、正しく算定するように修正しました。 入院調剤料は診療行為登録時に1月分を一括登録しますが対応漏れがあり出来高算定となる場合がありました。	R6.7.9

Copyright(C)2021 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	ncp 20240712-012	外来データ提出を行っている医療機関にて、EFファイルに包括診療行為を記録させるため、保険組み合わせ「9999包括分入力」にて外来管理加算を入力しようとしているが、入力しても消えてしまうとのお問い合わせをいただいております。 社内検証機にて試したところ、在がん医総については、複数科保険とせず、別会計とすれば、外来管理加算を包括対象として入力することができましたが、該当医療機関様にて算定していた生活習慣病管理料2については、別会計として入力しても消えてしまいます。 生活習慣病管理料2を算定する患者の包括分入力に外来管理加算を入力するには何か設定が必要でしょうか。	初診・再診料が算定できない医学管理・在宅料を入力した時、初診・再診料を削除しています。 在がん医療総合診療料を入力した時、再診料・外来管理加算の先頭に「099999908 包括算定(剤)」の入力があれば削除しないように対応しました。 「.120 再診料」「099999908 包括算定(剤)」と入力します。 生活習慣病管理料入力時の外来管理加算も同様とします。 なお、システム管理「1014 包括診療行為情報設定」の在がん医療総合診療料を「2 包括算定する(エラー扱い)」と設定している場合は、包括対象は削除しますので「099999908 包括算定(剤)」も削除対象となります。 また、外来管理加算を算定できない処置や手術の入力がある場合は、「099999908 包括算定(剤)」の入力があっても外来管理加算を削除します。 この場合、「099999908 包括算定(剤)」のみ残りますので、剤削除して下さい。 中途データ展開時に診察料を再度自動算定する時に、中途データの診察料の剤に「099999908 包括算定(剤)」があればそのまま展開するように対応しました。	R6.7.23
90	support 20240731-022	特定疾患療養管理料225点を算定している患者様で外用薬:アドエア100ディスカスを処方しており、特定疾患処方管理加算56点が算定出来るので手入力で対応しています。 その際、入力順の問題かと思いますが、下記メッセージが表示されます。 (K038) 「警告！処方箋料を算定しません。特定疾患処方管理加算2(処方箋料)のみの算定となり」 令和6年度診療報酬改定に伴い、「特定疾患処方管理加算2」のマスタは有効期間が終了していますので、表示される名称の修正を頂く事は可能でしょうか。	「特定疾患処方管理加算2」が「特定疾患処方管理加算」に改定となりましたが、診療行為で「特定疾患処方管理加算」を入力した時の警告メッセージ、エラーメッセージが「特定疾患処方管理加算2」のままでしたので「特定疾患処方管理加算」に変更しました。	R6.8.28

Copyright(C)2021 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 20240801-011	患者様の診療行為を訂正で開くと「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」とエラーメッセージが表示されます。 そのまま、登録し、再度訂正で開いても同様のメッセージが表示されます。点数マスタは最新です。また登録時と内容は同じです。	生活習慣病管理料を算定した日は外来管理加算を削除していますが、同日に労災保険で診療行為を入力した時は外来管理加算を削除しないように修正しました。 「外来管理加算(読み替え加算)」となる場合は自動算定していますので、訂正で展開した時「外来管理加算(読み替え加算)」を削除後、「外来管理加算(読み替え加算)」を自動算定している為に展開時の剤点数がクリアされ、点数が一致していないと判断していました。	R6.8.28
92		診療行為の請求確認画面のpush通知に処方箋発行区分(Prescription_Issue)を追加しました。 請求書確認画面の処方せん区分を返却します。 「0 発行なし」 : No 「1 発行あり」 : Out 「2 院内処方発行」:In 処方せん区分の内容を返却しますので、処方箋が発行されない場合もあります。 実際に処方箋を発行する時にのみ返却したい場合は、投薬の有無を判断して処方せん区分を選択して下さい。		R6.8.28
93	support 20240814-001	ORCA送信後、診療行為画面でのコメントの反映位置が理想的ではありません。 ORCA送信リクエストおよびレスポンスXMLを添付いたしますので、ご確認いただけますでしょうか。 また、現状と希望する診療行為のスクリーンショットも添付いたしますので、ご確認をお願いいたします。 なお、「医療DX推進体制整備加算(初診)」は送信リクエストに含まれていないため、おそらくORCA側で自動的に追加されたものと思われます。 コメント820100816は820100990の真下に表示されて欲しいとのことです。 111014210 *S初診料(情報通信機器) 820100990 Fオンライン診療の適切な実施に関する診療である(初診料) 820100816 Fオンライン診療の適切な実施に関する処方である(初診料)	診療行為で「初診料(情報通信機器)」を入力した時、初診の加算を自動算定しますが、「初診料(情報通信機器)」の最初の選択式コメントの下に自動算定していました。 複数の選択式コメントを続けて入力してる場合はその下に自動算定するように修正しました。	R6.8.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
94	support 20241002-019	長期収載品対象の薬剤(コメント記載なし)を入力したあとに、通院精神の入力をしてから「F12登録」を押すと、「警告！長期収載品の選定療養に関する取扱いのコメント入力がありません」のメッセージが出ない。 先に、「手帳記載加算(薬剤情報提供料)を算定します。よろしいですか？」のメッセージが出てきてしまう。 OKを押し、診療行為画面に進んだ後、「F1戻る」で画面をもどってもう一度「F12登録」を押すと次は長期収載品のコメントについての警告メッセージが表示されます。	システム管理「1007 自動算定・チェック制御機能情報」の外来管理加算チェックを「4 削除後の自動発生・確認なし」で設定している時、外来管理加算と外来管理加算を算定できない手術等の入力があった場合に「登録」押下に「警告！長期収載品の選定療養に関する取扱いのコメント入力がありません」の警告表示をしていませんでしたので表示するように修正しました。	R6.10.15
95	support 20241001-007	マイナ保険証利用率　0% 警告！マイナ保険証利用率から算定できる医療DX推進体制整備加算の区分が合いません。 と警告が出てきます。	システム管理「1006 施設基準情報」の「医療DX」で設定するマイナ保険証利用率が0%の時、手入力した医療DX推進体制加算と利用率のチェックをしないようにしました。	R6.10.15
96	ncp 20241001-058	システム管理で「変更不可」の設定になってる医療機関様で、点数マスタで「一般名を記載する」にしている薬剤を入力すると、「警告！長期収載品の選定療養に関する取扱いのコメント入力がありません」と表示されます。一般名で処方されるためコメントは不要かと思うのですが、これは警告が出ないようにはならないでしょうか。	診療行為の院外投薬の時、長期収載品の選定療養に関する取扱いのコメントの入力がない時の警告表示を以下の時は表示しないように修正しました。 ・長期収載品の下に「099209907【銘柄名記載】」の入力がある ・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を「0 変更不可」と設定している場合で長期収載品の点数マスタの一般名記載区分を「1 一般名を記載する」または「3 処方名称(一般名)を記載」と設定している	R6.10.15

Copyright(C)2021 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	support 20240728-005	存在しない診療科が診療行為に表示されています。 04の診療科を作成し削除したこともないとの事です。 もし削除していても診療行為で＃で区切っている形跡も残っていません。 添付資料の診療行為訂正画面では【登録】を押しても処方箋料が2つ入っているので進むことができませんでした。 収納では会計が2つに分かれていました(スクリーンショットはとれていません) この後すでに正しく修正されており会計照会の画面などは現在見ることができません。 電子カルテを使用しておりORCAに送信後会計をしたとの事です。	外来の診療行為入力で複数科指定「$」を入力した時、「$」の次が2桁の診療科でない時に診療科・ドクターコードのチェックをしていませんでした。 これにより、複数科の診療科が1桁や存在しない診療科で受診履歴などを登録していました。 複数科指定「$」の次に入力があればチェックするように修正しました。	R6.10.24
98	ncp 20240926-060	9月25日のパッチ更新後より検査に対する選択式コメントの表示が変更になったと問い合わせがありました。 160147310 骨塩定量検査(MD法、SEXA法等)を算定した際 いままでは選択式コメントの850190033 前回実施年月日(MD法、SEXA法等))または820190033　初回(骨塩定量検査(MD法、SEXA法))が表示され自動で日付も入ってきていましたが9月25日のパッチ更新後、81000001(初回実施)や840000087　前回実施が表示され対応する選択式コメントコードが表示されません。 102点数マスタよりユーザーから前回検査日を1表示する(初回コメント)で設定を行っております。 外来版操作マニュアルver5.2.0を確認すると前回検査日については「選択式コメントがある検査の場合、対応する選択式コメントコードを表示します。」とありますが仕様の変更等ありましたでしょうか。	骨塩定量検査に対する前回実施年月日の選択式コメントが複数設定されたことにより不具合となることが判明し、他検査方法のコメントについては選択式コメントから削除しました。 削除した選択式コメントを復活させるに合わせて従前通りに自動発生するように修正しました。 自動発生した前回実施の検査方法が違う場合は自動発生したコメントの下に//sでコメントの選択肢を表示し入力してから自動発生のコメントを削除します。 ※要マスタ更新	R6.10.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
99	support 20241106-040	自動算定についてご教示いただきたいのですが、外来受診後入院された患者様がいらっしゃいます。 ベースアップ評価料を外来・入院共に算定しておりますので、外来は自動算定・入院は手入力しております。 ある患者様で10月29日に初診で来院し、入院された患者様がいらっしゃいます。 本来外来ベースアップ評価料は10月29日に算定されるはずですが、入力を行った10月31に自動算定されています。 どのような原因・又は対処法がございますでしょうか？	入院の診療行為で初診料を日付指定で入力しても、登録時に自動算定する「外来・在宅ベースアップ評価料」を診療日付で算定していました。 初診料を算定する日付で算定するように修正しました。	R6.11.26
100	診療費明細書 はり･きゅう 特別地域加算	労災のはり･きゅうの手技料に特別地域加算を入力すると、診療費明細書にはり･きゅうの金額(または点数)が反映されないとのお問合せがございました。	労災で「はり・きゅう(１術)」または「はり・きゅう(２術)」に「特別地域加算」を入力した時、診療費明細書に「特別地域加算」の金額のみ表示していました。 正しい金額を表示するように修正しました。 また、「特別地域加算」を「はり・きゅう(１術)」「はり・きゅう(２術)」以外の加算として入力された場合、「手技料と注加算コードが一致しません。加算のコードを確認して下さい。」のエラーとするように修正しました。 また、収納－再計算、入院－退院計算、レセプト作成が正しく行われるよう修正しました。 例)入力例 .800 101801010 101807000 (留意事項) 剤内に複数の点数識別が金額の労災コードが存在した為、テーブル内部の集計に不具合がありました。 既に登録済み場合は、必ず訂正で展開し登録し直して下さい。 訂正展開しても点数に変更はありませんので警告表示は出ませんが、登録するテーブル内容を更新する必要があります。	R6.11.26

Copyright(C)2021 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	support 20241025-020	入院中の患者の入院期間中の外来診療を自費以外の保険で入力しようとすると「入院中です。アフターケア・自費保険以外ですので入院画面へ遷移します」と出て、入力できない仕様と認識しておりますが、メッセージを「NO」で進み、中途表示より電子カルテから送信した保険診療分のデータをF12確定で取り込んだ際、そのまま登録で会計まで進むことができます。そのため、入院期間中の外来診療分が登録された状態になってしまうのですが、中途表示からの取り込みに限って登録可能なのは以前からの仕様でしたでしょうか。 (該当の診療行為を取り込んだ後に、診療行為入力画面上の保険種別を手動で変更しようとすると前述のメッセージが出て登録できなくなります) 中途表示から診療行為を取り込み、保険をいじらなければ登録できるというのが意図した動きであるとすれば、これは登録できないような仕様にははりませんでしょうか。	入院期間中に外来の診療行為の入力は、自費保険・アフターケアのみ可能としていますが、外来の中途データの保険組合せが公費単独の時、そのまま展開し登録することが出来ていましたので展開できないように修正しました。	R6.11.26
102		令和6年12月から医療情報取得加算の見直しがありますが、再診の算定回数チェックが正しく行われるように見直しました。		R6.11.26
103	ncp 20241209-018	C005　在宅患者訪問看護・指導料　の注6に規定する厚生労働大臣が定める者に該当する患者に対し、114741270 乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))(厚労大臣が定める者)を算定しようとすると、入力しても消えて114016270 乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))に置き換わってしまい、.143で剤を区切り、手技料とは別剤で入力すると、 K191乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))(厚労大臣が定める者) 警告！この加算は手技料と同一剤に入力してください。 と警告表示されます。 114741270は注加算コード1415の通番2の為、手技料と同一剤に入力する必要がある項目かと存じますが、114016270に自動で置き換わらないようにするにはどのように入力すればよろしいでしょうか。	診療行為で6歳未満の患者に「在宅患者訪問看護・指導料」を入力した時、「乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))(厚労大臣が定める者)」を入力しても「乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))」自動算定していました。 剤内に「乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))(厚労大臣が定める者)」の入力がある時は、「乳幼児加算(訪問看護・訪問看護(同一))」を自動算定しないように修正しました。	R6.12.23

Copyright(C)2021 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		医療DX推進体制整備加算の対象となる利用率は2月適用分より「レセプト件数ベース利用率」のみとなります。 例えば、2月適用分の算定にあたっては、9月～11月診療月のレセプト件数ベース利用率の最高値を用いることができますが、11月（3月前）診療月の利用率のみ参照して点数を自動算定していましたので、9月～11月の3月間を参照するように修正しました。		R7.1.28
105	support 20250121-011	ジャディアンス錠に対するコメントが21診療行為画面では未入力ですが24会計照会画面には表示されています（レセプトにも印字される） 21診療行為でどのような入力を行っておりこのようにコメントが記載されるのでしょうか。	診療行為で名称を入力する「830XXXXXX」のコメントコードに数量（埋め込み値）を入力した時、埋め込み値が必要でないコメントコードでも埋め込み値を登録していました。 この為、訂正で展開した時、入力したコメント名称でなく点数マスタの名称が展開されていました。 「830000020 初診料算定科；」「830000021 再診料算定科；」は埋め込み値に診療科2桁を入力して、診療科名称を展開しますが、それ以外の埋め込み値の必要のない「830XXXXXX」は、埋め込み値（数量）の入力があっても登録しないように修正しました。	R7.3.25
106		入院の診療行為で点滴手技料のみを日付まとめで複数日を入力した時「登録」押下時に「警告！点滴手技料の算定できる液量ではありません。」の表示が終了しませんでした。 警告の日をすべて表示後、登録するように修正しました。 合わせて複数日付の時は警告メッセージに日を表示するようにしました。		R7.3.25

Copyright(C)2021 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 20250318-004	厚生労働省から長期収載品の選定療養について、追加の疑義解釈(その4)が出ました。 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001451205.pdf 【包括される薬剤料について】 問2　薬剤料が包括される小児科外来診療料、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料等を算定し院内処方を行った場合も長期収載品の選定療養の対象となるか。 (答)長期収載品の選定療養の対象とはならない。	小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料等を算定時に包括される院内投薬は長期収載選定療養の対象外となります。 包括される院内投薬に「099209909 先発医薬品患者希望」又は(選)の薬剤の入力時がある時、長期収載品選定療養患者負担額の対象外とすることは出来ませんので警告表示を行うように対応しました。 1. 包括される院内投薬に「099209909 先発医薬品患者希望」の入力時 「警告！選定療養対象外となりますので(患者希望)は入力しないで下さい。」 2. 包括される院内投薬に(選)の薬剤の入力時 「警告！選定療養対象外となりますので(選)の医薬品は入力しないで下さい。」 3.「登録」または「包括診療」押下時に包括処理を行い、包括対象となった院内投薬に「099209909 先発医薬品患者希望」又は(選)の薬剤がある時 「警告！選定療養対象外ですが、選定療養費(特別料金)が発生します。」を表示します。 そのまま「登録」した場合、長期収載品選定療養患者負担額を計算し登録します。 4. 包括される院内投薬の長期収載品の選定療養に関する取扱いのコメントの有無はチェックしません。	R7.4.23

Copyright(C)2021 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
108	request 20241127-001	令和6年12月以降、「医療情報取得加算」の自動算定機能を要望いたします	初診料等診察料を自動算定する時、医療情報取得加算の自動算定を可能としました。 1. システム管理「1006 施設基準情報」の「0991 医療情報取得加算(自動算定)」に設定がある時、診察料自動算定時に医療情報取得加算を自動算定します。 2. 初診料・再診料・外来診療料・小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の自動算定に算定可能であれば、医療情報取得加算を自動算定します。 また、初診料(情報通信機器)・再診料(情報通信機器)・外来診療料(情報通信機器)の手入力時に算定可能であれば、医療情報取得加算を自動算定します。 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料を手入力した時、外来腫瘍化学療法診療料・外来リハビリテーション料などを手入力した時は今まで通り、医療情報取得加算は手入力となります。 3. 自動算定は令和7年4月1日の診療日から行います。	R7.4.23
109	【WebORCAオンプレミス】	WebORCAオンプレ(Ubuntu22.04)のグループ診療環境について、診療行為画面にて「@02」を入力してEnterを押下すると、全てのボタンが無効となりましたので修正しました。		R7.5.28

Copyright(C)2021 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	ncp 20250425-015	医療機関様より請求書兼領収書の発行フラグの件に関してご質問がありました。 シス管1001　請求書発行フラグ:発行あり(請求あり) シス管1038　入金の取り扱い:今回分・伝票の古い未収順に入金 入金・返金額設定:今回請求額のみ 上記設定の状況下で今回請求額が未収金を下回ると請求書兼領収書のフラグが発行なしになってしまいます。 例) 4/20　請求金額:100円　入金額:660円　→未収金額:-560円 4/25　請求金額:8100円　調整金額:-8000円 上記を入力すると入金額欄には100円が上がり 請求書兼領収書を発行すると今回請求額に「100円」と記載されますが 請求書兼領収書のフラグは「発行なし」になります。 上記の場合でも請求書を発行する、にしたい場合はシス管1001　請求書発行フラグ:発行ありに変更するしかないでしょうか。	システム管理などの設定で、請求書兼領収書の発行区分が「2 発行する(請求あり)」で設定されている時、請求確認画面の今回診療分請求額がゼロかマイナスの時に請求書兼領収書を「2 発行する(請求あり)」ではなく「0 発行なし」で表示しています。 この時、調整金入力時に調整金を反映した請求額によって請求書兼領収書を「0 発行しない」または「2 発行する(請求あり)」に変更していますが、この請求額に前回までの過入金額・未収金を反映していました。 そのため、過入金額がある場合、今回診療分請求額があっても「0 発行しない」に変更することがありました。 調整金を反映した今回診療分請求額で判断するように対応しました。 前回までの過入金額・未収金は初期表示と同じく反映しません。 診療費明細書の発行区分を「2 発行する(請求あり)」で設定されている場合も同様です。 なお、請求書兼領収書および診療費明細書の発行区分は確認して必要であれば変更するようにしてください。	R7.5.28
111		6月2日公表診療行為マスターで新設された「画像等手術支援加算(実物大心臓3Dモデル)」の入力チェックを追加しました。 ・手術と「画像等手術支援加算(実物大心臓3Dモデル)」を入力した時、手術の「画像等手術支援加算区分」が「7」以外の時はエラーとしました。		R7.6.25
112		健保準拠の自賠責は従来様式のレセプトのみ作成を行います。 自賠責のリアルタイムプレビューを行ったときは新様式、従来様式どちらの処理も行いますが、健保準拠の自賠責レセプトのみ存在するときに新様式の処理で対象がなかったときのエラーメッセージを画面に表示していました。 新様式の対象がないときは従来様式の処理だけ行うようにし、エラーメッセージを表示しないように修正しました。		R7.6.25

Copyright(C)2021 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		長期収載品の選定療養対象となった医薬品を含む会計で7種類以上の医薬品を処方した場合、選定療養適用後の保険給付薬価により種類数の算出をしていましたので薬価基準収載薬価により算出するように修正しました。		R7.6.25
114	support 20250602-028	医療情報取得加算を自動算定設定に変更後、再診料ダミーを入力した場合に下記のエラーが自動的に消えず手作業で削除しています。今までは再診料と他加算は自動的に振替されていました。 (例) 再診料 明細発行体制等加算 外来感染対策向上加算(再診) 連携強化加算(再診) 医療情報取得加算(再診) が自動算定された後、診区:12　診療コード:099120001　名称:再診料(DUMMY)を入力。 ↓ 下記エラーが発生し、「医療情報取得加算(再診)」でカーソルが止まるため、当該加算のみ削除し、エンターキー押下で処理します。 [KERR2]エラー情報 0192 医療情報取得加算(再診) 手技料と注加算コードが一致しません。加算のコードを確認して下さい。 他のエラーと同様、自動的に非表示にされないでしょうか。	診療行為画面で再診料を展開してる時、最終行に「099120001 再診料(DUMMY)」入力で再診料の剤を削除しますが、医療情報取得加算の算定がある時は医療情報取得加算がエラーとなり削除されませんでしたので削除するように修正しました。 「099110001 初診料(DUMMY)」の入力時も同様です。	R7.6.25

Copyright(C)2021 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
115		通院・在宅精神療法の算定で1回の処方について2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬の投与の有無により、選択式コメント「820101188 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並び」の入力チェックを追加しました。 1. 通院・在宅精神療法(I002)の算定があるとき、同じ診療科の投薬に2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬の投与がある場合で選択式コメント「820101188」の入力がないとき、「登録」押下時に警告メッセージ「警告！2種類以上の抗うつ薬又は抗精神病薬がありますが説明済みコメントがありません」を表示します。 2. 通院・在宅精神療法(I002)と選択式コメント「820101188」の入力があるとき、同じ診療科の投薬に2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬の投与がない場合は「登録」押下時に警告メッセージ「警告！2種類以上の抗うつ薬又は抗精神病薬の処方入力がありません。コメント不要です」を表示します。 3. 選択式コメント「820101188」は通院・在宅精神療法(I002)と同じ剤内の入力をチェックします。		R7.7.28
116	support 20250724-013	ユーザー様より「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。」の警告についてお問い合わせをいただいております。 いつも入力をしている内容だが、該当の患者様(禁忌薬剤を処方時)にだけメッセージが出るとのことです。 ◎該当患者様の入力は以下になります。 [自賠責保険] 禁忌薬剤あり(622466101:モーラスパップ×R120mg) [診療行為入力] ・再診料、明細書発行体制等加算　143点、外来管理加算(読み替え加算)52点 ・再診時療養指導管理料　92点 ・院内処方　622466101:モーラスパップ×R120mg　14枚　40点 ・消炎鎮痛等処置(器具等による療法)1回目額　35点、2回目腰　52点 請求点数は間違いはないとのことですが、ORCAで診療行為画面で通り直しをしても訂正で開くと該当の警告がでるとのことです。 社内機で検証しましたが、禁忌薬剤を処方している時に消炎鎮痛等処置を2回算定すると該当の警告が出てきます。	外来診療行為の労災・自賠責の訂正展開時に、処置等の外来管理加算の特例の対象が複数存在していて、かつ、禁忌薬剤の入力があった時、内容の違いがなくても「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。」を表示していましたので表示しないように修正しました。	R7.8.26

Copyright(C)2021 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
117		「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」の算定がある時、通院・在宅精神療法開始日(099830102)の算定がない時は警告メッセージを表示します。 1. 初診料と「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を算定した時、「通院・在宅精神療法開始日」の入力または算定履歴に登録がない時は、警告メッセージ「警告！通院・在宅精神療法開始日(099830102)の算定を行ってください。」を表示します。 初診料(同一日複数科受診の2科目)で「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を算定した時も同様です。 2. 初診料と「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を算定した時、「通院・在宅精神療法開始日」の算定履歴の登録が過去日であれば、警告メッセージ「警告！通院・在宅精神療法開始日(099830102)の算定を行ってください。」と登録済みの開始日を表示します。 3. 初診料以外で「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」の算定がある時、「通院・在宅精神療法開始日」の入力または算定履歴に登録がない時は、警告メッセージ「警告！通院・在宅精神療法開始日の履歴登録がありません。」を表示します。 4. 「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」の精神科初回受診年月日の選択式コメントコードが同一剤にあれば警告メッセージの表示は行いません。 5. 「児童思春期精神科専門管理加算」の算定時も同様とします。		R7.8.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
118	support 20250718-020	同月内に医療保険と労災の診療があり、どちらも初診を算定しています。 医療機関様の方で確認されたところ、医療保険・労災それぞれで医療情報取得加算が算定できるとのことでした。 102点数マスタから医療情報取得加算を開き、ユーザー設定でエラー処理を「9」に変更したのですがエラーが表示され登録ができませんでした。	医療情報取得加算を健保と労災でそれぞれで算定する時、点数マスタのユーザー設定で上限回数のエラー処理を「9」に設定しても、同月に医療情報取得加算の算定がある時は、「0061 医療情報取得加算は算定済みです。」のエラーとなっていました。 入力した医療情報取得加算の上限回数のエラー処理が「9」であれば、警告メッセージ「警告！医療情報取得加算は算定済みです。」を表示するように修正しました。 また、上限回数が他月数に設定があり、エラー処理が「9」の時、上限回数を超えた時の警告メッセージが「K004 警告！既に今月算定済みです。」でしたので、「K093 警告！算定上限回数を超えています。」とするように修正しました。 中途データ展開時に診察料を自動算定する時も上限回数がエラー・警告対象であれば、医療情報取得加算の送信(電子カルテなどから)があっても自動算定は行いません。展開後に医療情報取得加算を手入力して下さい。 また、同月で初診を算定した後に再診と医療情報取得加算(再診)を送信された時は自動算定します。展開後に警告メッセージを表示します。	R7.8.26
119	ncp 20250829-013	通院・在宅精神療法を行った場合の20歳未満加算ですが、【当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。】というルールかと思います。 最初に受診した日以降久々に来院し(1年未満)初診を取った場合、以下のメッセージが出るようになりましたが、ここで起算日を変更するのはルールに合わなくなるのではないか？、と指摘がありました。 通院・在宅精神療法開始日:過去日 警告！通院・在宅精神療法開始日(099830102)の算定を行ってください。 変更すると、加算もここからまた1年で計算されるようです。 動きに問題は無いか、ご確認いただけますと幸いです。	初診料と通院・在宅精神療法(20歳未満)加算を入力してる時に、通院・在宅精神療法開始日が算定履歴に登録済みの時、警告メッセージと算定日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。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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
120	診療行為訂正展開時発症日なしのメッセージ	疾患別リハビリテーション料と併せて、リハビリテーション開始日を入力済みであるにもかかわらず、診療行為、訂正にて展開後、登録時に「警告！！該当のリハビリテーション発症日がありません。」のメッセージが出力するようになったと報告をいただきました。 昨日提供のパッチ更新適用後の環境で「1007 自動算定・チェック機能制御情報」、＜その他＞、「剤登録順」が「入力順」の場合に発生しております。	診療行為入力で画面内にリハビリテーション料とリハビリテーション開始日の入力がある場合、訂正で展開した時に「警告！！該当のリハビリテーション発症日がありません。」と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修正しました。	R7.9.25
121		医療DX推進体制整備加算等の要件の見直しについて 令和7年10月からと令和8年3月からの要件見直しの対応を行いました。 マイナ保険証利用率の実績要件が変更されます。		R7.9.25

Copyright(C)2021 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	request 20240516-001	リアルタイムレセ電作成について、外来診療があった場合は即時にレセプト電算作成を行い内容の確認が行えますが、入院会計を確認する際は同様に確認ができません。確認が行えるよう機能を改修いただけないでしょうか。 「診療行為確認」画面より、入力途中の診療データを含めた該当患者の入院のレセ電データの作成を可能としました。 1. 医保分のみ対象とする。 2. 「K08 診療行為確認」画面で入院の診療行為のとき、以下の条件に全てあてはまる場合に「レセ電作成」ボタンの表示を行い、該当患者の入院のレセ電データの作成が行えるようになる。 ・システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「リアルタイムレセ電作成の有無」の設定が「1 作成する」のとき ・システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「レセ電出力区分」の医保分が全て「2 入院のみ」又は「3 入院・入院外」で設定されていること ・保険組合せが医保分で特別療養費ではないこと、公費だけのときは全国公費が存在すること ・該当患者がテスト患者ではないこと ・該当職員のクライアント保存の設定が可能となっていること	3. 「レセ電作成」ボタンを押下した場合、「XC01 プレビュー選択画面」へ遷移、「レセ電データ作成中です」の表示を行う。 4. 「44 総括」と同じようにクライアント保存で作成したレセ電データを保存する。 5. 月途中で社保から国保のように提出先が変更になった場合は、「K08 診療行為確認」の保険組合せに該当する提出先のレセ電データを作成する。 6. レセ電データは入院外と同様にシステム管理「1038 診療行為機能情報」の「レセプトプレビュー」の設定に関係なく点検用として作成し、ファイル名は「RECEIRTM_xxxxxx_yyyymmdd.UKE」とする。 xxxxxx:患者番号 yyyymmdd:マシン日付 7. 作成したレセ電データは入院外と同様に「K08 診療行為確認」から作成したことがわかるように、レセプト共通レコードの請求情報に「real time」を記録する。	R7.10.28
123	【WebORCA】	APIの中途終了データ作成から電子処方箋情報がある中途データを登録した場合、診療行為の訂正時に中途一覧から「追加」を不可としました。 1. 中途終了データ作成のclass=01(登録)、class=03(変更)、class=04(外来追加)で電子処方箋情報がある中途データを登録した場合、診療行為の訂正時に「中途終了一覧」で該当の中途データを選択し「追加」した時は、「中途データに電子処方箋情報があります。訂正時の追加は出来ません。」のエラーとします。		R7.11.25

Copyright(C)2021 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	【WebORCA】	APIの中途終了データ作成により電子処方箋情報がある場合で診療行為入力画面で展開した時の処理を見直しました。 1．電子処方箋情報と紐づく中途終了データを展開し「電処」の表示がある時、診療科または保険組合せを変更した場合は電子処方箋情報の紐づけを解除しますが「電処」の表示のままでした。 診療科または保険組合せを変更した時は、「電子処方箋情報と連携できない変更となります。OKで紙の処方箋に変更しますがよろしいですか？」の確認メッセージを表示するようにしました。 「OK」で電子処方箋情報を解除し「電処」を「院外」へ変更します。 「戻る」で変更前の診療科と保険組合せに戻します。 2．診療科または保険組合せを変更した時に変更した診療科・保険組合せで中途終了データが存在した時は、「この保険の中途終了データが存在します。OKで中途終了内容へ置換えます。」の確認メッセージを表示し、「OK」で中途終了データを展開します。 この時、展開した中途データが電子処方箋情報と紐づいていても「電処」対象とはなりませんでしたので「電処」の対象となるようにしました。		R7.11.25
125	【WebORCA】	令和7年11月25日提供のパッチで、APIの中途終了データ作成から電子処方箋情報がある中途データを登録した場合、診療行為の訂正時に中途一覧から「追加」を不可としましたが、電子処方箋情報の引換番号が空白以外のデータを対象としていました。 これにより、処方箋発行形態「1:電子処方箋」「2:紙の処方箋（引換番号付）」以外のデータも追加エラーとなっていました。 処方箋発行形態「1:電子処方箋」「2:紙の処方箋（引換番号付）」のデータのみを追加エラーとするように対応しました。		R7.12.23

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
126	support 20251216-011	通院・在宅精神療法と同時に、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を入力した場合の警告表示についてご教示ください。 マニュアルに記載されていますように、登録時に「警告！通院・在宅精神療法等の減算規定に該当します。算定コードを確認して下さい。」とチェックがかかります。 算定要件を満たしている場合は「閉じる」後，再度「登録」を押して算定してください。 算定要件を満たさない場合は，逓減コードを手入力してください。 こちらは理解しているのですが、同時に「心理支援加算」の入力があると、こちらコードでもチェックがかかり、再度同じ警告が表示されるようです。 「心理支援加算」ついても、算定コードの確認が必要なため警告表示されているのでしょうか。	通院・在宅精神療法と3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬が投薬入力されている場合に、「警告！通院・在宅精神療法等の減算規定に該当します。算定コードを確認して下さい。」と警告メッセージを表示しますが、「心理支援加算」などの加算も警告対象となっていました。 対象としないように修正しました。	R8.1.27
127	support 20251224-009	今年の8月から入院料の減額を行わなければならない医療機関様がいらっしゃいます(医師の退職の関係で) [5000 医療機関情報−入院基本]-[標欠による減額]の設定を行いまして、入院料が減額されました。 しかし、療養病棟に入院している患者様の[21診療行為]にて生化学検査や末梢血液検査を入力すると、包括になりません。 いままで減額されていない時は包括になっていたのですが、包括させたい場合「包括算定(剤)」を入力しなければならないのでしょうか？	入院料の剤に入院料と標欠コードが登録されている時に包括対象の診療コードが包括されませんでした。 正しく包括算定するように修正しました。	R8.1.27
128		一般名処方加算の算定対象の判定に独自に設定していた後発品区分を使用していましたが、公表されている医薬品マスターに一般名処方加算対象区分があるのでこれを使用して判定を行うように修正しました。 1．一般名処方加算対象区分により判定は令和8年4月診療分以降とする。 2．点数マスタ(医薬品)は令和8年4月薬価改定対応にて後発品区分を公表された区分を設定する。 3．令和8年4月診療分からの医薬品の画面名称付加文字(【】内)で一般名処方加算対象区分「1」又は「2」はそのまま数字を表示する。 詳細は別途資料を参照してください。		R8.3.25

Copyright(C)2021 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
129	support 20260406-007	薬剤の最低薬価の表示についてお伺いいたします。 [21 診療行為]の入力コード欄で薬剤の一般名を入力し、「診療行為一覧選択サブ」画面で【Shift＋F2 一般名】を押した際、一般名の並びに表示される括弧内の単価は、同一剤形・規格内の最低薬価という認識で相違ないでしょうか。 一方、入力コード欄で薬剤名を入力し、「診療行為一覧選択サブ」画面から薬剤を一つ選択した状態で【Shift＋F2 一般名】を押すと、一般名の並びには、先ほどの操作で表示される単価とは別の単価が表示されます。 (例) ・「ピタバスタチン」で検索＞【Shift＋F2 一般名】＞ピタバスタチンCa錠2mgの並びには「単価:(11.60)」が表示 ・「ピタバスタチン」で検索＞ピタバスタチンカルシウム錠2mg「日医工」(単価:11.60)を選択＞【Shift＋F2 一般名】＞ピタバスタチンCa錠2mgの並びには「単価:(12.90)」が表示 上記2つの操作で表示される括弧内の単価は何を意味しているのか、どのような違いがあるのかをご教示いただけますでしょうか。	診療行為画面の「(K98) 診療行為一覧選択サブ」で、薬剤コードを選択して「Shift+F2 一般名」で一般名の一覧を表示した時、一般名の単価(最低薬価)が最新でないことがありましたので修正しました。	R8.4.23
130	警告:剤内に包括診療コード以外の算定があります	6月1日以降の入院診療行為入力で、出来高算定の入院料などでも、表題の警告メッセーージが出力するとの報告をいただきました。	6月からの入院包括算定チェックで包括対象でない入院料の時に包括対象となることがありましたので修正しました。	R8.5.27
131	support 20260602-041	111000110　初診料 190873110　短期滞在手術等基本料1(イ以外の場合)(1以外の場合) 上記の組み合わせで登録進むと、診療行為確認画面でベースアップ評価料と物価対応料が初診時と再診時の分がそれぞれ重複される現象を確認致しました。	外来・在宅ベースアップ評価料と物価対応料の自動算定で対象の診療行為コードの入力があれば算定していましたが診療科毎に1つ算定するように修正しました。	R8.6.8
132	賃上実施未届出医療機関減算(労災)	労災入院で特定入院料算定時、賃上実施未届出医療機関減算コードを「.920」で入力したときに、「手技料を入力して下さい」のエラーが表示されます。 医保では同様に入力してもエラーとはなりませんが、労災の場合、「.920」の指定ができません。	入院の診療行為で労災保険の「賃上実施未届出医療機関減算(ヲ)(労災用)」、「賃上実施未届出医療機関減算(ル)(労災用)」を「.920 入院(特定入院料・その他)」で入力できませんでしたので入力できるように修正しました。	R8.6.8

Copyright(C)2021 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	support 20260523-001	令和8年の診療報酬改正において近視進行抑制薬(リジュセアミニ点眼液)が選定療養になり、診察料、検査料、処方料等が保険適用になったと思います。 薬剤は引き続き自費ですので、処方料は自動算定されません。 手入力しても院内処方がないと表示されエラーになり、登録できません。	近視進行抑制薬が選定療養となり、処方料等が算定可能となりましたが、近視進行抑制薬以外の投薬がない時に処方料が入力できないことがありました。 システム管理「1007 」訂正時の展開(処方料)が「1 展開する」と設定している時に投薬がないためエラーとなっていましたが警告とするように修正しました。 なお、処方箋料が算定可能の時に処方料を入力した時はエラーとなります。 また、訂正時の展開(処方料)の設定が「0 展開しない」の時も「1 展開する」と同様に手動入力した処方料等のチェックを行うように対応しました。 なお、訂正時の展開(処方料)が「0 展開しない」の時は、月の最初が処方料を自動算定、次に同じ処方料を手動入力した場合、訂正時に処方料を展開しませんので注意して下さい。	R8.6.8
134	リハビリ開始日入力順により警告出力	改定対応以降(おそらく5月21日提供パッチ以降)リハビリテーション料より開始日の入力順が後になった場合に、「リハビリテーション発症日がありません。」と警告メッセージが出力するとの報告をいただき、こちらでも事象を確認いたしました。 電子カルテ連携の医療機関で、リハビリテーション料＞開始日の順で入力のオーダーを中途表示より展開した際に発生しています。	疾患別リハビリテーション料を疾患別リハビリテーション開始日より前に手入力した場合、警告メッセージ「警告！！該当のリハビリテーション発症日がありません。」を表示しますが、中途データ展開、訂正展開時でも警告メッセージを表示していました。 中途データ展開、訂正展開時は警告メッセージを表示しないように修正しました。	R8.6.8
135		K939 画像等手術支援加算 注1「イについては、区分番号K558、K567の3、K576の1、K576の2、K579-2の2、K580の2、K582の3、K583の1、K583の3、K584の2、K585及びK587に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。」 を算定すると警告になりましたので警告とならないように修正しました。		R8.6.8

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
136	support 20260603-023	療養病棟で、点滴手技料、処置、検査などが包括されないとのことです。 「1014 包括診療行為設定情報」＞「501 療養病棟入院基本料・障害者施設等（医療区分）」で包括するの設定にはなっているとのことですが、他に何か設定が必要でしょうか？	入院の包括診療行為算定の判定で、入院料に定数超過減算などの複数のコードがある場合、包括の対象外となっていましたので包括対象とするように修正しました。	R8.6.24
137	support 20260411-004	国保＋障害医療で以前より継続入院中の患者様でアフターケアでの請求が発生する事となったようで、その際に3月の入院分までは超重症児（者）入院診療加算が算定できていたのですが、アフターケアでの登録をした後より該当マスタを入力すると”算定できない年齢です”とエラー表示され、算定できないようです。	入退院登録の保険組合せが有効期間外で使用できない時に、入院診療行為画面で初期表示する保険組合せが「労災保険（アフターケア）」であった時、年齢計算をしていませんでしたので年齢計算するように修正しました。 また、入院の診療行為の初期表示に「労災保険（アフターケア）」を初期表示しないようにしました。 保険組合せが「労災保険（アフターケア）」のみであれば「労災保険（アフターケア）」を初期表示します。	R8.6.24
138		新設された「難病外来指導管理料2」について、初診の日から1月以内、退院日から1月以内のチェックを行うようにしました。		R8.6.24
139	support 20260618-022	令和8年（2026年）の診療報酬改定にともない新設された「電子的診療情報連携体制整備加算」のORCAでの設定方法について従来の「医療DX推進体制整備加算」の際には、システム管理マスタ（1006 施設基準情報等）内に「医療DX」ボタンから、マイナ保険証の「利用率」を入力する仕様になっていたかと存じます。 しかし、今回の改定により同加算が廃止され、新たに「電子的診療情報連携体制整備加算」へ移行されてからは、該当のボタンを押下しますと「（4035）医療DX推進体制整備加算の設定がありません。」と案内が表示され利用率の入力欄がございません。 マイナ保険証利用率が30%以上の月があれば、電子的診療情報連携体制整備加算定を算定する診療月も出てくると思いますが、電子的診療情報連携体制整備加算に変更になって、利用率はどのように登録するのでしょうか。	電子的診療情報連携体制整備加算の算定要件にあるマイナ保険証利用率の設定について 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準の設定があり、マイナ保険利用率が30%未満（利用率設定が1から29）の時はシステム内部的に施設基準の設定なしとするように対応しました。 システム管理の施設基準設定の「医療DX」で表示するマイナ保険利用率画面の該当月の利用率に設定します。 利用率の設定が0の場合は満たしているとしますので、30%未満となる場合のみ設定で構いません。	R8.6.24

Copyright(C)2021 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
140	support 20260601-023	6月診療分より、地域包括診療加算2(認知症を有する患者等の場合)算定時に、K257の「警告！認知症地域包括診療の算定があります。投薬種類数の算定上限を超えています。」の警告メッセージが投薬数に関係なく表示されなくなったと医療機関様からお問い合わせがありました。 これまで再診料の注13においては、認知症患者について以下の要件が規定されていたと認識しております。 認知症以外に1以上の疾患(疑いのものを除く。)を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。 しかし、今回の改定により、この文言は再診料注13から削除されました。 一方で、地域包括診療加算の注12には、引き続き以下の定義が残されております。 (ハ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの このことから、制度上は引き続き投薬上限に関する制限が存在しているものと考えております。 つきましては、今回の改定に伴い、当該制限に係る警告メッセージについては表示しない仕様へ変更されたとの認識でよろしいでしょうか。 また、医療機関様からは、投薬数に応じて従前のように警告メッセージを表示してほしいとの要望もいただいております。	「地域包括診療加算(認知症を有する患者等の場合)」、「地域包括診療料(認知症を有する患者等の場合)」の算定がある時、投薬のチェックを行っていませんでしたのでチェックを行い、「警告！地域包括診療(認知症)の算定があります。投薬種類数が算定上限を超えています」と警告メッセージを表示するようにしました。	R8.6.24
141	support 20260625-068	システム管理マスタ(1006 施設基準情報等)にて「電子的診療情報連携体制整備加算」の施設基準フラグを「1」に設定し、「医療DX」ボタンより該当月(R8.6月)のマイナ保険証利用率を1～29%で登録した場合、施設基準を満たしていない扱いとなり、同加算は算定不可となるものと認識しております。 しかし、「21診療行為」にて確認したところ、エラー等は表示されず、同加算を算定できる動作となりました。	マイナ保険利用率が30%未満の時、電子的診療情報連携体制整備加算を自動算定しないよう対応しましたが、手動入力時の対応ができていませんでした。 手動入力した時、マイナ保険証利用率画面で当月に1から29と設定してある時は、「マイナ保険証利用率30%未満のため算定できません」とエラーメッセージを表示するように修正しました。	R8.7.1

Copyright(C)2021 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
142	support 20260623-029	【発生している事象】 長期収載品である「フェブリク錠」を処方入力する際、以下の現象が発生しております。 フェブリク錠にコメントを追加しようとすると、「保険組み合わせがありません」とエラーが表示される。 コメントを入力する前に保険組み合わせを選択し直すと、入力していたフェブリク錠から下の診療行為（処方等）がすべて消えてしまう。 【ご教示いただきたい点】 ・上記のように、保険組み合わせを切り替えた際に入力済みの診療行為が消えてしまう原因、および回避する操作手順はございますでしょうか。 ・もしくは、該当の入力画面を開いた時点で、有効な保険（002等）が初めから選択されている（デフォルト）状態に設定することは可能でしょうか。	外来の診療行為で診療内容の入力中に行挿入したまま、保険組合せを変更した時、行挿入した空白行の後を削除していましたので削除しないように修正しました。 中途データで展開した保険組合せが無効で変更後の保険組合せが後期高齢者の場合や健保を労災保険に変更した時になります。	R8.7.28
143	support 20260625-036	昨日ご提供いただいたパッチプログラム適用済の電子カルテ連携医療機関様において、「099509901　労災（加算なし）」が機能しない事象が発生しております。 操作：電子カルテより消炎鎮痛等処置および099509901　労災（加算なし）を入力して送信 パッチ適用前環境：以下のみ反映される 消炎鎮痛等処置 099509901　労災（加算なし） パッチ適用後環境：四肢加算が自動算定される。ORCA側で画面展開後手で削除すれば、中途終了して再度中途表示から展開等を行っても四肢加算は自動算定されない。 消炎鎮痛等処置 101400020 S労災（１．５倍）（処置） 099509901　労災（加算なし） パッチドキュメントには特に本件に関する制限事項について記載がありませんでしたが、「101400020 労災（１．５倍）（処置）」と「099509901　労災（加算なし）」をカルテ入力して送信した場合は、ORCAで四肢加算を手で削除する仕様に変更となったのでしょうか。	労災の四肢加算コードに選択式コメントが追加されたことにより、労災四肢加算を自動算定した時も手動入力扱いとしました。 このため、自動算定した「労災（2倍）（処置）」等の下に「労災（加算なし）」を手動入力してもそのままとなっていました。 労災四肢加算を自動算定した時に、「労災（加算なし）」または、別の労災四肢加算を手動入力した時は自動算定した労災四肢加算を削除するように修正しました。 なお、訂正展開した場合は四肢加算の自動算定をしませんので削除はしません。 登録した労災四肢加算コードを変更する時は、手動入力により修正・削除して下さい。	R8.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
144	request 20251028-001	「早期診療体制充実加算(通院・在宅精神療法の加算で、精神科を最初に受診してから3年間算定可能)」の自動算定機能を要望いたします 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算を通院・在宅精神療法開始日を初回として自動算定するようにしました。 1. システム管理「1038 診療行為機能情報」10:精神早期診療体制充実加算「0 自動算定しない」(デフォルト)を「1 自動算定する」に設定した場合、通院・在宅精神療法を入力した時に早期診療体制充実加算を自動算定します。令和8年6月診療分以降となります。 2. 早期診療体制充実加算の施設基準の設定が複数ある時は、1から順に対象とします。	3. 精神科を最初に受診した日は「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の算定日とします。 算定日の登録がない時は、初診算定日または「初診料(同一日複数科受診時の2科目)」算定日とします。 4. 早期診療体制充実加算の自動算定があり「099830102 通院・在宅精神療法開始日」の算定がない時は、20歳未満の加算算定時と同様に警告メッセージを表示します。 初診料の入力時「警告！通院・在宅精神療法開始日(099830102)の算定を行ってください。」を表示します。 初診でない時「警告！通院・在宅精神療法開始日の履歴登録がありません。」を表示します。	R8.7.28
145	support 20260707-002	公害健康被害補償制度の請求時に電子的診療情報連携体制整備加算が算定できないため、診療行為画面で削除します。その後算定可能な明細書発行体制等加算を算定しようとすると、「電子的診療情報連携体制整備加算を算定します。算定出来ません。」と出てきて先に進めません。 区役所の担当者から「電子的診療情報連携体制整備加算を削除して、明細書発行体制等加算を算定するように」と連絡がありました。どのような設定をすればよろしいでしょうか？	電子的診療情報連体制整備加算の施設基準設定がある時、明細書発行体制加算は算定できませんが、公害保険を使用時は手動入力を可能としました。 入力時に「警告！電子的診療情報連携体制整備加算を算定しますがよろしですか？」と警告メッセージを表示します。	R8.7.28
146	support 20260706-057	オンライン請求時に在宅薬剤の点数が違うとエラーになっているとの問合せがありました。 レセプトは在宅薬剤1706点ですが、オンライン請求では1707点ではないかとのことです。入力している薬剤は以下2剤です。 ・マンジャロ皮下注5mgアテオス　0.5mL　×4(単価3848) ・ランタスXR注ソロスター450単位　×1(単価1674) 注射薬と注射薬の間に注入器用注射針の診療行為コードが入力されていますが、レセ電作成時は診療行為と医薬品レコード別に記録する動作になっているものと思いますが、現状上記動作となっていないようです。	在宅医療でレセプトに点数記載する診療コードが薬剤と薬剤の間にある時、正しく点数計算ができていませんでした。 在宅医療で薬剤間に診療コードがある時は、「薬剤の間に診療があります。薬剤はまとめて入力して下さい。」とエラーとするように修正しました。	R8.7.28

Copyright(C)2021 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
147	support 20260729-008	7月28日のパッチ適用後から、初回算定時に開始日を入力しているにもかかわらず、「警告！！ 該当のリハビリテーション発症日がありません。」とのメッセージが表示されるようになったと、医療機関様よりお問い合わせをいただいております。 当該医療機関様では、以下の内容をセット登録されています。 099800131　運動器リハビリテーション開始日 830100217　疾患名(運動器リハビリテーション料) 180756610　運動器リハビリテーション料(3)(イからハ以外) 検証のため、開始日とリハビリテーション料の入力順を入れ替えて試しましたが、同様の警告が表示されました。	疾患別リハビリテーション開始日と疾患別リハビリテーション料を入力した時、リハビリテーション開始日の算定がない旨の警告が出るようになっていましたので、疾患別リハビリテーション料より前に入力があれば警告を表示しないように修正しました。 また、疾患別リハビリテーション料を複数同時に入力した時、上限回数のチェックが出来なくなっていましたので修正しました。	R8.7.29
148	support 20260722-006	リフィル処方を入力されている医院様より 5/15　処方時は以下のように入力 .212　内服薬剤(院外処方) 622287301　アムロジピンOD錠5mg「ケミファ」 099208102 【リフィル】2回 622168601　ロサルタンカリウム錠25mg「サワイ」 099208102 【リフィル】2回 001000106*30 【1日1回朝食後に】 特にメッセージは出ず入力出来ていた。 7/22　処方時にDOで同じように入力すると、登録時に0289 「リフィルは1剤に1つ入力して下さい。」とメッセージが出て登録出来ないとお問い合わせがありました。 それぞれに用法を入力すればメッセージが出ず登録できましたが、5月迄は出ていなかったメッセージとの事で何か仕様が変更されたのでしょうか？	令和8年6月診療分より院外投薬の剤内に「099208102 【リフィル】 回」が複数入力された場合にエラーとするように対応しました。 複数の入力された場合は最下行のリフィル回数を有効としていますので無効となるリフィル回数があることを把握するためです。 改定対応に含めて5月に提供しています。	R8.7.29

Copyright(C)2021 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
149	support 20260729-021	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の入力についてセットを添付ファイルのように組んでいる医療機関様からのお問合せです。 少し前までは、添付ファイルのセットで入力を行うと、 C**在宅持続陽圧呼吸療法用塗料器加算(CPAPを使用) 1 当月分 2 翌々月分 3 翌月分 4 前月分 5 前々月分 の一覧選択サブの表示がされていたようですが、本日(7/29)に入力したところ一覧選択サブが表示されなくなったと連絡をいただきました。 社内で7/28の更新作業を行う前の環境で動作確認を行ったところ、更新前は一覧選択サブの表示がありました。 何か仕様の変更がありましたでしょうか？	システム管理「1038 診療行為機能情報」の選択式コメント一覧を「2 自動表示する(選択コメントなし)」と設定している時、選択式コメントの対象となる診療コードと剤内の次に対象となる診療コードの間に選択コメントがなくても、診療コードの下に選択式コメントコードがあれば選択式コメント一覧を自動表示しませんでした。 対象となる診療コードと次に対象となる診療コードの間に選択コメントなければ自動表示するように修正しました。	R8.8.25
150	support 20260729-032	同月2回目の往診料に対し、「算定上限回数を超えています。算定できません。」のエラーが表示されると医療機関からお問合せがありました。 現象を確認したところ、当該診療日(7/28)のオーダーには ・114000110　往診料 ・160181250　NT−proBNP が含まれており、上記2件は7/7に既に算定済でした。 7/28診療分のオーダーを中途表示から取り込むと「算定上限回数を超えています。算定できません。」のエラーが表示されエラーメッセージを閉じると【114000110　往診料】の入力コード欄が赤色に反転し、【160181250　NT−proBNP】を削除したところ、エラーが解消され診療行為が登録できることを確認しております。 弊社の検証機でも、往診料の入力コード欄が黄色になる現象を確認いたしました。 往診料に対するエラーではなくNT−proBNP(月1回算定)に対するエラーかと存じますが、往診料の入力コード欄の色が変わる原因についてご教示いただけますでしょうか。	システム管理「1038 診療行為機能情報」の選択式コメント一覧を「1 自動表示する」、「2 自動表示する(選択コメントなし)」と設定している場合、診療行為で中途データ展開時に、選択式コメント一覧の表示対象の診療コードより下に算定回数エラーなどエラーの診療コードが存在した時、エラーメッセージを表示した後のカーソル位置は選択式コメント一覧を表示する診療コードになっていました。 また、この時、エラーメッセージを閉じて、カーソル位置がある選択式コメント一覧対象のコードを削除した場合、同じエラーメッセージ表示後のカーソル位置が削除したコードの位置のままでした。 中途データ展開時にエラーがある場合、選択式コメント一覧の処理をしないように修正しました。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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
151	support 20260804-014	21診療行為での実日数の登録の挙動がおかしいとお問い合わせがありました。 症状としては添付画像1，2，3の順の操作で、まず中途表示から展開して、手動で実日数といれて1の画像のように実日数算定を選び確定を押すと、2の画像のように裏の診療行為の画面に戻らず、選択していた実日数算定のフォーカスが消えるだけ。再度実日数算定を選んで確定を押すと3の画像のように、2か所に実日数算定の登録がされる。という状況です。	システム管理「1038 診療行為機能情報」の選択式コメント一覧を「1 自動表示する」、「2 自動表示する(選択コメントなし)」と設定している場合、診療行為で中途データ展開後に「実日数」などを入力して診療行為一覧を表示した時、選択したコードが、選択式コメント一覧の表示対象の診療コードの下に展開されていましたので正しく表示するように修正しました。	R8.8.25
152		中途終了一覧(K10)に次頁ボタンを追加し、200件毎の表示を可能とする。 1．中途終了一覧で対象が200件超ある時、画面右下に「次頁有り」と表示します。 「F7 次頁」押下で次の200件を表示します。 「F6 前頁」押下で前の200件を表示します。 表示する対象は中途データの件数で判断します。 中途終了データは他端末から追加・削除が可能ですので、次頁の先頭が前頁の続きになるとは限りません。また、前頁が前回と同じ内容であるとは限りません。	2．画面右下に「次頁有り」の表示がない時に「F7 次頁」押下した場合、または「前頁有り」の表示がない時に「F6 前頁」押下した場合は、中途データを再度検索し現在表示しているページを再表示します。 3．画面右下に「次頁有り」「前次頁有り」の表示がある時に「F7 次頁」を押下した場合に次の頁の対象がない時は「次ページはありませんでした。」と表示し、カーソルを「F6 前頁」に移動します。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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
153	support 20260817-003	一般名処方加算の動きについて確認させてください。 以下、カルテより送信済の全院外処方の内容です。 一般名加算の対象薬剤どちらも一般名に切り替わる状態のため、一般名加算1で問題ないように思われますが、この際に一般名処方加算が自動算定されません。 ----- .210 620488901 2 ピコスルファートNa錠2．5mg「サワイ」 099209908 【一般名記載】 620004078 1【1】マグミット錠500mg 099209908 【一般名記載】 用法*14 .210 622969601 1【睡】クービビック錠25mg 099209908 【一般名記載】 用法*14 .220 621278401 10【2】ピコスルファートNa内用液0．75%「トーワ」 099209908 【一般名記載】 用法*1 ----- 試しにORCAのシス管1030を「1 変更可（一般）」にして【一般名記載】を全て削除して処方した場合は一般名処方加算1が自動発生しました。 検証したところ、ピコスルファートNa錠2．5mg「サワイ」の下に099209908【一般名記載】を入れると一般名加算1を取れなくなる動き（他の3種の下にはあっても問題なし）のようです。	一般名処方加算の算定で、一般名処方加算の対象でない薬剤に「【一般名記載】」を入力した時、薬剤の下に一般名コードの頭7桁が同じ薬剤で一般名処方加算の対象薬剤の入力があった時、一般名処方加算の対象薬剤が一般名処方加算の対象になりませんでした。 一般名処方加算の対象でない薬剤に「【一般名記載】」を入力しても正しく一般名処方加算を算定するように修正しました。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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
154	support 20260907-048	外来感染対策向上加算および電子的診療情報連携体制整備加算について、第三者行為対象診療と対象外診療を異なる診療日で行った場合、どちらの診療日に対しても算定されてしまい、データチェックをかけてもエラーとなりません。 1日目に　協会＋第三者行為　で再診 　→　外来感染対策向上加算、電子的診療情報連携体制整備加算が自動算定される 2日目に　協会　で再診 　→外来感染対策向上加算、電子的診療情報連携体制整備加算が自動算定される これが協会＋難病と協会単独で同様の例だと、1日目の協会＋難病のみ外来感染対策向上加算、電子的診療情報連携体制整備加算が自動算定され、2日目の協会単独には自動算定されません。 点数マスタの上限回数は月1回になっています。 第三者行為の有無に関係なく回数のチェックがかかるようにするにはどのようにすればよろしいでしょうか。	労災・自賠責の外来感染症向上加算、電子的診療情報連携体制整備加算などの初再診料の加算を保険組合せ毎に算定するように算定履歴に保険組合せを設定するように6月改定より対応しました。 第三者行為も同様の扱いとしていましたので、2026年10月診療分から第三者行為は健保と同様に算定履歴に保険組合せを指定しないように修正しました。 既に登録済みの算定履歴に対応することは出来ませんので、9月までは不要な加算は手動にて削除して下さい。	R8.9.28
155	support 20261013-005	ユーザー様より、今回オンライン請求で「初診算定なのに“物価対応料1(外来・在宅物価対応料)”は[再診]の算定がされている」と請求時のエラーで上がってきたとの事。 確かに元々再診で算定しており初診の方へ変更した際に警告が出たが、何らかの修正ミスで“物価対応料1(外来・在宅物価対応料)(再診時等)ロ”の方を算定した状態にままとなっていたようです。 ただ今回のように初診の算定しか行ってないのにも関わらず“物価対応料1(外来・在宅物価対応料)(再診時等)ロ”の方を算定している場合にオンライン請求する前に【データチェック】や【レセ電作成】時にORCAの方でエラー等かからないものなのかとのご相談をお受けいたしました。	診療行為の訂正時に物価対応料を展開している場合、再診料を初診料に変更した時に「物価対応料1(外来・在宅物価対応料)(再診時等)ロ」がそのまま登録可能でした。 外来・在宅ベースアップ評価料と同様のチェックを物価対応料でも行うようにしました。 入力した物価対応料を算定可能な診療行為の入力がなく、ほかの物価対応料が算定可能である場合にエラーとしました。 また、物価対応料を算定可能な診療行為がない時は、警告を表示するように対応しました。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
156		令和8年10月13日公表された診療行為マスターの対応 通則加算所定点数対象区分に区分「2」が追加されました。 通則加算の「臓器移植実施体制確保加算」の所定点数に通則加算所定点数対象区分「2」の「移植臓器提供加算」を含めないようにしました。 また、手術の時間外加算を自動算定する時、「臓器移植実施体制確保加算」「外科医療確保特別加算」の下に自動算定していましたので、加算の上に自動算定するようにしました。 時間外加算は所定点数対象の診療コードの下(通則加算以外の診療コード)に自動算定するようにしていますが、「臓器移植実施体制確保加算」「外科医療確保特別加算」を通則加算と判定していませんでした。		R8.10.27
157	support 20261028-012	10月27日のパッチを適用した医療機関様で、診療行為画面より物価対応料を入力すると「K884　警告！物価対応料の算定可能な診療行為の算定がありません」と出てきます。 以下のような場合です。※パッチ適用していない医療機関様は出ておりません。 ①療養病棟入院料1(入院料4)を算定している 180821910　物価対応料2(療養病棟入院料1の入院料4)ソ　を入力した場合 ②一般病棟・療養病棟入院料1(入院料25)を算定している 180824010　物価対応料2(療養病棟入院料1の入院料25)ユ　を入力した場合	前回パッチで物価対応料を入力時に同一画面内に算定可能な診療行為入力がない時に警告を表示するように対応しましたが、入院の物価対応料もチェック対象に含めていましたので、入院の物価対応料は対象外としました。	R8.11.25
158		診療行為から投薬で「830100949 栄養保持を目的とした医薬品を投与した理由(薬剤料・処方箋料);」を入力した時、(K025)診療行為一コメント入力で入力するコメントを50文字まで入力できるように対応しました。 「.980 処方箋備考」で入力した場合は、今まで通り点数マスタの名称＋コメンで69文字以内の入力となります。		R8.11.25

Copyright(C)2021 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
159	support 20261105-017	電カルで「特定機能病院等紹介患者受入加算」を入力した時のORCAの動きについてご質問です。 ある医院様で 初診　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等) 往診 と電カルで登録し、ORCAにデータを飛ばすと、ORCAでは 11　初診 　機能強化加算 　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診) 13　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等) 14　往診料 と特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)が自動発生し、特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等)と両方が算定されます。 電カルで 　初診 　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診) 　往診 とすると、ORCAでは特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等)は発生しません。 電カルで 　小児科外来診療料 　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診) と入力すると、ORCAでは 　小児科外来診療料 　特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等) 　往診 と変換されます。 電カルで 初診料と特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等) を算定する時だけORCAでは 特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)と特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等) が算定されます。この動きは正しいのでしょうか。	診療行為で中途データを展開した時、中途データに初診料と「113711710 特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等)」がある時、初診料の加算「111703970 特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)」を追加展開しますが、 「113711710 特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等)」もそのまま展開していました。 初診料の時は「113711710 特定機能病院等紹介患者受入加算(初診)(医学管理等)」は展開しないように修正しました。	R8.11.25

Copyright(C)2021 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		病名入力CDのCSVデータについてクライアント保存の対応を行いました。		R4.8.29
2	ncp 20220902-005	労災アフターケアの患者 リナックスでは、病名登録からコメントを選択し右上にある「アフターケア診療日」に診療日が3番まで表示されていますが、4番目の診療日が選択できません。対応方法をご教示お願い致します。 (WINDOWSのクライアントでは「アフターケア診療日に」にスクロールバーがあり表示ができます。)	(C50)コメント入力画面で、アフターケア診療日リストに縦スクロールがありませんでしたので、診療日が3日以上ある場合に表示できませんでした。 縦スクロールを表示するように修正しました。	R4.9.26
3	ncp 20220927-012	対象端末:Linux 病名や会計照会からコメントボタンを押下し、コメント入力した際の表示、編集について問合せです。 既にコメント登録済みの場合、左枠の診療年月を選択すると右上部枠にコメント内容が表示され、番号を選択すると右下部枠にコメントの内容が表示され全文を確認、編集ができるようになっていました。(全てマウスで選択が出来ました) 本日プログラム更新、マスタ更新を行った後から右上部枠の選択がマウスでのクリックができなくなっております。(monsiajは以前同様の動きです) 入力枠に項番を入力すれば表示させることはできますが、以前と同様にマウス操作で処理が出来る様にするにはどの様にしたら宜しいでしょうか。	令和4年9月26日提供パッチで「(C50)コメント入力画面」のアフターケア診療日リストに縦スクロール機能を追加した影響で、画面右側のコメント一覧リストがマウスによる直接選択が出来なくなる不具合がありましたので修正しました。 なお、この不具合事象はglclientのみ発生しmonsiaj(orcamoclient)では発生しません。	R4.9.28

Copyright(C)2021 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
4	request 20250724-001	Push-APIに病名登録通知を追加して頂きますよう、是非お願いします。 ORCAのデータチェック機能では、チェック結果から適応病名を選択して患者病名を追加登録することができる優れた機能があります。 しかし、多くのORCA連動型の電子カルテではこの機能を使うことができず、エラー結果の紙を見ながら電子カルテに入力されている医院様が多くあります。このような状況のときに「連動型は操作が煩雑でダメだ、一体型でなくてはダメだ」と言われてしまいます。	「22 病名」において、追加、更新、削除がおこなわれた場合に、該当患者の病名が更新された旨のPUSH通知機能を実装しました。 (1件単位の通知ではなく、該当患者の処理終了時に一度PUSH通知を行います) 患者番号を入力したとき、氏名検索で別患者を選択したとき、「F1:戻る」「F2:クリア」を押下したとき、それ以前の患者で病名の登録、変更、削除が行われていた場合は、更新が行われた旨のPUSH通知を行います。	R8.9.28

Copyright(C)2021 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	support 20230511-043	明細書についてご質問です。 入院した患者さん1名、退院後の明細書の発行が出来ない状態になっております。 「23収納登録」の請求確認から領収書の発行は出来ますが、明細書の発行は出来ておりません。 再印刷を確認しますが、履歴が出ていないため、プリンタ側の原因ではないと考えております。 診療費明細書が発行できない原因は収納に記録された保険組合せ番号と入院会計・診療会計に記録された保険組合せ番号(以下、保険組合せ)に差異があることが原因でした。 以下のような事例となります。 ・患者登録されている保険組合せ 保険組合せ　　有効期間 0001 協会　20230101-20230430 0002 協会　20230501-99999999	5月の入退院登録を保険組合せの切り替え前に行われており、収納の保険組合せは0001と記録されていましたが、退院登録後に患者登録画面から保険組合せ0002の追加登録、及び入院会計・診療会計の保険組合せを0002に訂正登録されていたことから収納の保険組合せとアンマッチになり、診療費明細書に印字する内容が見つからない状態で発行できませんでした。 (入退院登録画面で退院再計算を行うことにより収納に記録される保険組合せが0002に置き換わり診療費明細書が発行可能となる) これについて収納に記録された保険組合せが収納一覧画面で名称だけだった為、診療費明細書が発行されないことの原因が特定し辛いことから(S02)収納登録－請求一覧画面の保険欄に保険組合せ番号の表示を追加しました。 (S03)収納登録－請求確認画面についても同様に保険組合せ番号の表示を追加しました。	R5.7.26
2	ncp 20230915-011	月の負担上限金額が18000円であるのに、レセプトにて一部負担18028円と表記される患者様がいます。 (一か月分の自己負担金額を計上すると実際に18028円請求・支払いがあります) 28円以上の支払いがある日を【21診療行為】にて開いてそのまま登録を行うと今回診療請求額欄が【-28】となり、上限額通りの正しい請求になります。 通常日レセでは負担上限を超えると自動でその金額以上の請求はしない、や一括再計算を促す表示をするなどをして負担上限以上の請求を防止してくれると思いますが、今回はなぜ負担上限を超える請求をしてしまったのでしょうか。 この原因とこれを防ぐためにはどうすればよいでしょうか。	後期高齢2割の患者負担配慮措置について、以下事例の収納業務－一括再計算が正しく行われていませんでしたので修正しました。 ＜事例＞外来　後期高齢2割の患者負担配慮措置計算 主保険単独での算定 1日:4970点 患者負担7970円 2日:8440点 患者負担8440円 3日: 891点 患者負担 891円 4日: 571点 患者負担 571円 5日:1214点 患者負担 128円 この後、3日の診療に訂正入力で複数科保険入力を行う。 (主保険単独で異なる診療科で入力) (3日) 28点 患者負担　0円(※) この状態で、収納業務－一括再計算を行った場合、 (※)が28円となっていたので、0円となるよう修正しました。	R5.10.26

Copyright(C)2021 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	ncp 20210601-008	現在入院中の患者様で間違えて外来の登録をしたため、外来診療分の入力を削除するところです。 会計照会の剤変更、剤削除を使用して削除しようとしましたが、剤変更後に登録ボタンを押すと、「他端末で使用中です。」とエラーが出ました。 他の端末では開かれておらず、診療行為画面等の他の画面を操作することは出来ます。	退院登録した患者の外来診療行為を登録後、外来の診療行為を削除しないまま退院取消を行った時、会計照会で外来の診療内容のクリア処理で不具合が発生していました。 会計照会画面で「1 入院」を表示後、「2 外来」に変更しても当月に外来の期間がない場合、画面右下の受診履歴一覧が入院のままでした。 この為、剤の回数変更後、「登録」でエラーになっていましたので、外来の受診履歴を表示するように対応しました。 また、この時のエラーメッセージが「他端末で使用中です。」となっていましたので、受診履歴更新エラーのメッセージを表示するように対応しました。	R3.6.24

Copyright(C)2021 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
2	support 20211215-014	レセプト備考欄80湿布薬の記載についてお教えください。 院外処方 1030帳票編集区分情報、後発医薬品への変更可署名:2変更可(点数マスタ) 診療行為入力(一部省略) 113001810 特定疾患療養管理料(診療所) (自動) 620009127 1 ニューロタン錠50mg 621375001 1 バファリン配合錠A81 81mg Y01001 *30 【1日1回朝食後に】 612170539 2 アダラートL錠10mg Y02001 *30 【1日2回朝夕食後に】 611120055 1 ハルシオン0．25mg錠 Y01008 *30 【1日1回就寝前に】 613390006 1 エパデールカプセル300 300mg Y01005 *30 【1日1回夕食後に】 621687301 2 ファモチジンOD錠10mg「トーワ」 Y02001 *30 【1日2回朝夕食後に】 620008571 2 ユリーフ錠4mg 620005090 2 ブラダロン錠200mg Y02001 *30 【1日2回朝夕食後に】 620098801 2 ロキソニン錠60mg Y02001 *15 【1日2回朝夕食後に】 620007813 70 ロキソニンテープ100mg 10cm×14cm 810000001 腰・肩 830100204 *1 湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤等・処方箋料):1日1回 .980 コメント(処方せん備考) 099209911 *1 後発品変更可(処方単位) 上記の入力内容で登録し、会計照会でレセプトプレビューで確認すると、レセプト摘要欄区分80の湿布薬コメントが商品名の「ロキソニンテープ100mg 10cm×14cm 70枚」で表示されます。 薬剤が7種を超えていなかったり、特定疾患療養管理料(診療所)を算定していなかったりすると、一般名の「ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm非温) 70枚」になります。	会計照会やレセプトで院外投薬を一般名で表示する時、一般名で表示しない剤がありましたので、修正しました。	R3.12.22

Copyright(C)2021 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
3	support 20220704-058	6/7, 6/21　受診された患者様・処方は各日14日分処方 診療行為ではそれぞれ処方日数は正しい14日分の登録になっていますが、会計照会で6/21の処方に対し、診療回数が28と入力されているため処方薬の行を選択し、診療回数に14を入力すると「会計照会-回数入力」の画面が表示されます。 1回目14 2回目14　←2回目の14を削除し「登録」、「変更確定」をクリックすると、ORCAがフリーズしてしまい回数の変更ができない現象が起こりました。 6/21の診療行為は14日分の登録しかないのですが、会計照会で28日分の入力がされている、「会計照会-回数入力」が表示されてしまう理由を教えていただけますでしょうか。	会計照会で外来の剤の回数変更を行う時、同日に複数履歴から回数入力がある場合に表示する「J022 会計照会一回数入力」から回数を変更する時、受診履歴の存在しない箇所を変更した時に異常終了することがありましたので修正しました。 受診履歴の存在しない箇所は、回数変更する剤の診療科・保険組合せが一致する受診履歴の(N)が存在しないN回目の箇所となります。 また、「J022 会計照会一回数入力」で受診履歴の存在しないN番目の箇所に回数入力がある場合はエラーとするようにしました。	R4.7.26

Copyright(C)2021 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 20210427-028	101システム管理マスタ-5000医療機関情報入院基本で入院感染症対策実施加算(入院基本料)、入院感染症対策実施加算(特定入院料・その他)にチェック。 一般病棟で入院基本料が地域一般入院料3。 入院90日超えで一般病棟・療養病棟入院料を算定しています。 90日超えで一般病棟・療養病棟入院料が算定された患者様に入院感染症対策実施加算(入院基本料)10点、入院感染症対策実施加算(特定入院料・その他)10点の両方算定され計20点算定されてしまいます。	システム管理5000 医療機関情報－入院基本で設定された入院感染症対策実施加算の自動算定について ・A100 一般病棟・療養病棟入院料1(入院基本料) ・A317 特定一般病棟・療養病棟入院料1(特定入院料) が電子点数表において同一グループの取り扱いとされていることから、一般病棟・療養病棟入院料1算定時に「入院感染症対策実施加算(特定入院料・その他)」も算定してしまう不具合がありましたので、算定しないように修正しました。	R3.6.24
2	更新処理エラー	他院の入院日を起算日として同日に退院･入院している場合、他院歴の通算日数を減算しますかのメッセージが表示されますが、「OK」を押下すると「更新処理に失敗しました」となります。 (他院歴は「2」と「3」両方です。)	入院登録時に他院歴の日数減確認画面を表示した後、引き続き登録処理を行った際に「更新処理に失敗しました」と表示されて処理ができなくなる不具合がありましたので修正しました。	R3.6.24
3	support 20210616-005	有床診療所一般病床初期加算の自動算定についてなのですが、「医療機関情報一入院」と「施設基準」、「自動算定情報」でのフラグをチェックしているのに自動算定ができない状況です。 具体的には入院登録時、対象の加算の項目が「2・算定しない」になっています。 今のところ、入院登録の転科転室で算定し直して対応していただいてるのですが、自動算定にするには何か別のフラグが必要でしょうか。	システム管理「5000 医療機関情報一入院基本」の加算初期設定コンボボックスの設定内容が入院登録時に参照できていない不具合がありましたので修正しました。	R3.6.24

Copyright(C)2021 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 20201028-001	他院でR2.10.10入院しR2.10.20退院 そのままR2.10.20に〇〇病院へ入院しR2.10.20に死亡したため退院。 入力手順として 1.「31入退院登録」にある「入院歴作成」で初回　2他院歴　入院日　R2.10.10　退院日R2.10.20　と入力し登録 2.01入院登録を選択し入院日　R2.10.20　継続　初歴1　と入力し「登録」とすると「入院日が他院退院日と重複します。 他院歴の通算日数を減算しますか？」と確認画面が表示されるので「OK]をクリック 3.02退院登録を選択し、退院日R2.10.20 「登録」とすると「同日再入院の場合、同日の退院登録は行えません」とエラーが表示されます。 手順1の時の「入院歴作成」で退院日をR2.10.19と登録すれば、このエラーメッセージは表示されませんでしたが、実際の退院日と異なるのでカルテと差異がでてしまい困るとのこと。 同日入退院登録ができるよう改善を要望します。	歴作成された他院歴の退院日と同日の入退院登録を可能としました。 また、Claim,APIについても同様に同日での入退院登録を可能としました。	R3.8.25
5	request 20210329-001	R3.1.29～R3.3.26入院されて、R3.3.26に再入院し、そのまま死亡されてR3.3.26で退院日にしたいがORCAの入力上、退院登録を行うと「同日再入院の場合、同日の退院登録は行えません」とエラーが出てくる。 同日でも退院を可能にしてほしいとのことでした。	自院の退院日について同日の入退院登録を可能としました。 ただし、退院日→同日入退院→ここから更に同日での入院登録は不可となります。	R3.10.26
6		令和4年1月1日以降に出産となる子供について産科医療補償制度の掛金が1.6万円から1.2万円に引き下げられることに伴い、出産育児一時金が40.4万円から40.8万円に変更となります。(総額は42万円で据え置きです) これについて出産育児一時金画面及び出産育児一時金APIの対応を行いました。 また、産科医療補償制度の掛金を自費マスタで登録している場合は令和4年1月1日以降の金額登録が必要となります。 詳細については改定対応資料を参照してください。		R3.12.22

Copyright(C)2021 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	support 20220401-049	栄養管理体制未適合の設定となっている場合、4月1日で退院登録しようとすると、「負担金計算に失敗しました。包括点数の治験減点分の点数を確認してください」のエラーが表示され、退院登録することができません。	システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の栄養管理体制の設定が「1 栄養管理体制基準未適合」とされている場合で、短期滞在手術等基本料3(以下、短手3)を算定した際の入院会計(令和4年4月以降)に「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)」の剤が自動作成されてしまうことにより退院登録時に「負担金計算に失敗しました。包括点数の治験減点分の点数を確認してください」のエラーが表示され退院登録ができない不具合がありました。 これについて短手3算定時の判定を見直し栄養管理体制減算規定該当の剤を作成しないように修正しました。 既に短手3の入院患者に不要な「栄養管理体制減算規定該当」の剤が作成されている場合は「32 入院会計照会画面」でカレンダーをクリアする事で退院登録が可能となります。	R4.4.7
8	support 20220407-040	入院基本料を緩和ケア病棟入院料を算定しています。 診療行為画面でデータ提出加算4と提出データ評価加算を入力し、登録を押すと「算定入院料では算定できない入院料加算です。」と警告がでます。	入院の診療行為で「190207270 提出データ評価加算」の入力時に算定入院料とのチェックを行いますが、当該入院料加算は「データ提出加算」の注の加算であることから、そのままでは電子点数表を用いてのチェックが出来ないことから、プログラム内で上位の加算である「データ提出加算」に読み替えてチェックを行っていますが、加算の読み替え結果が「190207110 データ提出加算2(許可病床数200床未満)」となってしまい、算定入院料とのチェックでエラーとなる場合がありました。(※提出データ評価加算がデータ提出加算2と4の注加算である為) 「190207270 提出データ評価加算」について算定入院料とのチェックを行わないよう対応しました。	R4.4.14

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 20220418-023	入院患者についてR4.4.1で転科転棟転室を行ったところ、添付資料の通り4)[0]と5)[99999912]という行が出てきております。 プログラム更新、マスタ更新については最新となっており5000医療機関情報-入院基本,5001 病棟管理情報はR4.4.1～履歴を作成しています。	入院登録処理時(又は転科転棟転室処理時)にシテム管理に設定された入院料加算の自動発生を行う為、これを取得してプログラム内で入院料と入院料加算の突き合わせを行い算定可否を判断しますが、設定された入院料加算が多い場合でプログラム内の加算退避領域に収まりきらない場合にプログラムが異常処理となり外泊と室料差額の剤が正常に作成されない不具合がありました。 加算退避領域の拡張を行い異常処理とならないよう対応しました。	R4.4.25
10	support 20220513-028	入院患者のR4.5.2～「精神科急性期治療病棟入院料1(急性増悪による点灯管じゃ)へ異動処理をしても、入院会計照会画面が変わらない件について、指示のありました画像を添付致します。 入院歴表示は下記です。入院病棟とその病室の詳細情報の画像を添付します。 H30.3.1～R4.4.30　精神療養2 R4.4.30～R4.5.2　基本3 R4.5.2～急性期	精神科急性期治療病棟入院料1又は2を「急性増悪による転棟患者」で異動処理(転科・転棟・転室)した場合に、入院履歴登録分に「通算対象日数(うち特定入院料対象日数)」の日数登録分を通算して入院料の算定を行っていましたので、「急性増悪による転棟患者」時は通算しないように修正しました。	R4.5.25
11	緩和ケア病棟入院料(31日以上) 連携強化加算	緩和ケア病棟入院料で入院期間が90日を超えた診療日で連携強化加算(感染対策向上加算2又は3)を入力すると、「算定入院料では算定できない入院料加算です」の警告が表示されるとのお問合せがありました。こちらの環境でも緩和ケア病棟入院料(31日以上60日以内)、(61日以上)の場合に同様となりました。	緩和ケア病棟入院料で入院時に31日以上の入院期間で感染対策向上加算の注の加算(連携強化加算とサーベイランス強化加算)を入力した場合に「算定入院料では算定できない入院料加算です」の警告メッセージが表示される不具合がありました。これらの加算については算定入院料とのチェックを行わないよう修正しました。	R4.5.25

Copyright(C)2021 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	support 20220530-011	診療録管理体制加算が自動算定されない患者様がいらっしゃいました。 入退院登録で転科転棟転室、入院訂正をしても入院会計照会に入ってきません。	療養病棟の特定入院料(回復期リハビリテーション病棟入院料)で入院登録に引き続き、一般病棟に入院登録を行った別患者の入院料加算判定に不具合が発生し、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で設定した入院料加算(診療録管理体制加算、感染対策向上加算)が自動算定されない不具合がありましたので修正しました。	R4.6.27
13	ncp 20221012-027	地域包括ケア入院医療管理料1についてご質問です。 病室設定に病室種別「01　一般病室」「地域包括ケア入院医療管理料1」を設定している病室に入院している患者んさんの場合、この管理料の算定要件が60日までとなっているため、今までは「31入退院登録」で「08 転科　転棟　転室」で入院料選択「地域包括ケア入院医療管理料1」、その右横のコンボボックスを「1 算定要件に該当しない患者」にすると、自動で算定入院料「療養病棟入院料1(入院料I)」になるので、その状態で登録を行っていました。 しかし、R4年4月から新設の「地域包括ケア入院医療管理料1(療養病床)」を病室設定で選択した場合、「31入退院登録」で「08 転科　転棟　転室」で入院料選択「地域包括ケア入院医療管理料1(療養病床)」になっていると、右横のコンボボックスがグレーアウトして機能しません。 60日越えの条件としては「地域包括ケア入院医療管理料1」と同様で、「療養病棟入院料1(入院料I)」(もくしくは療養病棟入院料2(入院料I))を算定するようになるかと思うのですが、なぜこの動きの差があるのでしょうか？ 今後は入院料選択から手で選択するしかないでしょうか？	令和4年4月改正で追加となった以下の特定入院料について入退院登録画面の「算定要件に該当しない患者」が選択できない不具合について修正しました。 ・回復期リハビリテーション病棟入院料5 ・地域包括ケア病棟入院料(療養病床) ・地域包括ケア入院医療管理料(療養病床)	R4.11.28
14		令和5年4月からの出産育児一時金について対応しました。 産科医療補償制度の加算対象となる出産に係る出産育児一時金等の支給額 令和5年3月31日迄の出産:40.8万円 ＋ 加算額 1.2万円　総額 42万円 令和5年4月1日以降の出産:48.8万円 ＋ 加算額 1.2万円　総額 50万円 ※産科医療補償制度の対象外医療機関は48.8万円上限(3月迄は40.8万円)		R5.3.27

Copyright(C)2021 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		令和5年12月31日に経過措置期間が終了する「後発医薬品使用体制加算(経過措置)」について システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の当該加算非表示と有効期間切換えに対応しました。 詳細は改正対応資料を参照してください。		R5.12.25
16	request 20220518-001	31入退院登録の「入院歴表示」を押したときに表示されます(I02)入院歴表示 画面におきまして、「転科(転棟・転室)履歴」の一覧が100件までしか表示されず、確認を行うことができません。 基本的には直近のものが参照できる必要がございますので、並び順を逆にしていただくか、100件以上表示されるように改善をお願いできますと幸いです。	入院歴表示画面(I02)の表示順をシステム管理で切り替え可能としました。 1. システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」に異動歴表示順の切り替え設定項目を追加する。(デフォルトは異動歴の古い順)	R6.2.27
17	WebORCA 入院歴作成画面で病名4の入力ができない	WebORCAで、他院入院歴を登録する際に、[(I03)入院歴作成]にて病名4のみが入力できないと報告をいただきました。 こちらでもWebORCAオンプレ、クラウドで、病名4のみ病名入力してEnter押下のタイミングで消える事象を確認いたしました。	WebORCA(オンプレ・クラウド)環境で(I03)入院歴作成画面の「病名４」が文字入力できない不具合を修正しました。	R6.3.26
18		療養病棟入院料2の経過措置終了に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.3.26
19	support 20240328-012	入院転科転棟転室時、初歴に誤った”歴”が表示される件でお尋ねします。 【現象】 3/27に初歴にて入院。 　初歴:112　病室:501 3/28　病室:507へ転科転棟転室　登録すると 　初歴112ではなく「12」を表示する。 　変更もできない ○　初歴”112”で転科転棟転室させる方法をご教授頂けないでしょうか。	入院登録(初歴)が100件を超える場合に初回/継続の右の初歴欄が正しい初歴番号の下2桁しか表示されない不具合を修正しました。	R6.4.25

Copyright(C)2021 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	support 20240530-014	入院会計照会で5/23に入院された患者さまの6月分を開くと入院して10日ですが入院基本料が31日以上60日以内で算定されております。	以下の特定入院料を算定時に6月からの入院会計が正しく作成されない不具合を修正しました。 ・認知症治療病棟入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料) ・特定集中治療室管理料4(広範囲熱傷特定集中治療)	R6.5.31
21	support 20240603-054	入院料　:　短期手術3 入院期間　:　5/30～6/3 食事代　:　6月分は3430円が正しい。 1470円としか計上されない。 室料差額がある場合　室料差額について会計照会で「1」がたっているが、会計画面で全く計上されない。	短期滞在手術等基本料3について令和6年改正で新設された手術で入院登録、退院登録を行うと入院料の未算定日の食事療養費、食事負担額が算定できない不具合がありましたので修正しました。	R6.6.3
22	support 20240603-079	退院登録時に「負担金計算に失敗しました。包括点数の治験減点分の点数を確認してください」と表示されて退院登録できませんでした。 6月1日で転科・転棟・転出を行いましたが変わりませんでした。 入院会計照会を確認すると6月から「栄養管理体制減産規定該当(短手3)」のフラグが立っており、フラグを削除するとエラーが表示されなくなり、退院登録を行うことができました。	<令和6年改正対応> 短手3の入院料フラグが立ってない日に 190876890 栄養管理体制減算規定該当(短手3) 190876910 身体的拘束最小化減算規定該当(短手3) の算定がある場合、退院登録において「負担金計算に失敗しました。入院料未算定日に入院料加算(減算)が算定されています」のエラーメッセージを表示する事としました。 又、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においても同内容のエラーメッセージを表示する事としました。 ※「短手3の入院料フラグが立ってない日」の減算規定該当についてはフラグをクリアしてください。	R6.6.11

Copyright(C)2021 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
23	support 20240607-061	(I03)入院歴作成画面で 初回:1初回　初歴:1 他院/自院:3 他院歴(特別な関係にある医療機関) コメント:〇〇病院(DPC病院) 入院日:R6.4.26 退院日:R6.6.6 通算対象日数:42 (うち特定入院料対象日数:0) として他院入院歴を作成し、自院(病棟種別:一般病棟)入院歴を 入院日:R6.6.7 初回/継続:2継続 初歴:1 で登録しました。 この状態で入院会計照会を確認すると、入院料(地域包括ケア病棟入院料1)が40日以内(2838点)で算定されます。 自院入院の時点で通算入院日数は42日となるため、41日以上(2690点)で算定されるのでは？とのお問い合わせがありました。	入退院登録画面の「入院歴作成」で登録した入院歴のうち「特定入院料対象日数」取得に不具合があり、入院歴に継続して特定入院料による入院登録を行った場合に正しく入院会計が作成できない不具合がありましたので修正しました。	R6.6.18
24	ncp 20240620-041	療養病棟特別入院基本料を算定する指定難病の患者の生活療養食事療養標準負担額が、2024年5月までは「生活療養(1)食事療養標準負担額(指定難病)(医療区分2・3)(一般)」の1食260円で算定されておりましたが、2024年6月から、「生活療養(1)食事療養標準負担額(一般)」の1食490円で算定されております。 2024年6月改定の通知や事務連絡では金額の改定の記載はありましたが、療養病棟特別入院基本料の指定難病の算定要件の変更については記載が見つけられませんでした。	以下の状態で入院する患者の生活療養標準負担額に算定誤りがありましたので修正しました。 ・療養病棟入院基本料(特別入院基本料)(生活療養)を算定 ・医療区分は2又は3 ・入院保険組合せに難病公費を含む パッチ適用前の算定 生活療養(1)食事療養標準負担額(一般) 生活療養環境療養標準負担額 パッチ適用後の算定 生活療養食事療養標準負担額(指定難病)(医療区分2・3)(一般) 生活療養環境療養標準負担額は算定なし	R6.6.25

Copyright(C)2021 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	指定難病 回復期リハ 算定要件に該当しない患者	指定難病で回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)を算定している患者が、算定要件に該当しない患者として入院料27に切り替えた場合、ADL入力画面より「24 その他の指定難病等」のフラグを登録していても、1食280円の計算が適用されないようです。	以下の条件で入院した患者の生活療養標準負担額について食事療養標準負担額が280円、環境療養標準負担額は0円とならない不具合を修正しました。 ・生活療養患者 ・特定入院料の算定要件に該当しない場合で療養病棟入院料(入院料27)を算定 ・難病公費で入院 ・(I47)医療区分・ADL区分登録画面で医療区分2又は3が登録	R6.7.23
26	ncp 20240705-010	90日超え入院の場合のみ療養病棟入院基本料1を算定されているユーザー様です。 5001 病棟管理情報にて＜入院料加算＞に『慢性維持透析管理加算』を設定しており、5月まできちんと上記加算が自動算定されてきておりましたが、6月以降の入院会計を確認すると上記加算が算定されてきておりません。 5001 病棟管理情報はR6.6.1～期限を切って改定対応の入院料で登録しており、R6.6.1～の病棟履歴を選択しても＜入院料加算＞には変わらず上記加算が設定されている状態です。改定対応後、入院会計一括置換もしておりますし、現に入院料自体はきちんと改定後の療養病棟入院基本料で算定されてきております。 ユーザー様ではほとんどの方が長期入院で上記入院料と加算を算定される患者様となります。該当患者様すべて手入力にて対応するしかないのでしょうか。	「一般病棟・療養病棟入院料1」の算定時に[入院料加算]で設定した慢性維持透析管理加算が自動算定されない不具合を修正しました。	R6.7.23
27	ncp 20240624-014	現時点で入退院登録画面の通算が「147日」の患者様で本日、継続入院を行うと「203日」に変更になってしまうと医療機関様よりご連絡がありました。 5/1より病院から診療所へ変更となった医療機関様ではございますが何かこちらの現象との関連性は考えられますでしょうか？ ※同患者様で5/27も日帰り入院されており、その際は特に問題なかったようです。	(I01)入退院登録画面に表示する入院歴の表示件数が100件迄のため、入院歴の件数がこれを超えた場合に通算日数の表示が誤った値になることから最大表示件数を200件に変更しました。	R6.7.23

Copyright(C)2021 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	support 20230605-026	医療機関様より会計照会で確認すると診療行為が6/3～なぜか勝手に出来高にかわっていると問い合わせがあった件に関しまして、詳細を添付いたしますのでご確認お願い致します。 内容:生活保護で入院中の患者様です。 【入院履歴】 1回目:H30/7/2～R4/7/7 2回目:継続入院でR4/7/13～入院中 R5/5/25より「特定入院料:精神科救急急性期医療入院料」を算定するため「3階病棟」より「1階病棟」へ転科転棟 医療機関様より会計照会で確認すると診療行為が6/3～なぜか勝手に出来高にかわっていると問い合わせあり。 入院会計照会を確認すると下記のようになっております。 【R5.5】 R5/5/24までは「精神療養病棟入院料」を算定 R5/5/25～5/31は「精神科救急急性期医療入院料(30日以内)2400点」が算定されている 【R5.6】 R5/6/1～6/2は「精神科救急急性期医療入院料(30日以内)1900点」が算定されている R5/6/3からは「精神病棟15対1入院基本料」が算定されている	システム管理の病棟設定に特定入院料「精神科救急急性期医療入院料」を設定した病棟に入院する患者について入退院登録画面から「08 転科 転棟 転室」処理を行う際、特定入院料選択欄で「精神科救急急性期医療入院料(急性増悪による転棟)」を選択可能としました。 これを選択して異動処理を行った場合、異動日を算定初日と見なして入院料の算定を行います。 ※要マスタ更新	R6.8.28
29	ncp 20240826-023 【WebORCA】	31 入退院登録で02 退院登録を選択して登録ボタン押下。退院日以降に診療歴がある場合に「退院後の診療日で入力された診療行為は削除されます。確認してください」のメッセージが表示され、OKを押下。画面が移り登録ボタンを押下した際に「該当の患者は存在しません」というメッセージが表示され、閉じると退院登録処理が済みます。この「該当の患者は存在しません」というメッセージが表示されるのは正しい動作でしたでしょうか。	入退院登録画面から請求確認画面に遷移する際「退院後の診療日で入力された診療行為は削除されます。確認してください」のメッセージが表示された場合に、請求確認画面の登録ボタン押下で入退院登録画面に戻る際の患者番号セットに不足がありましたので修正しました。	R6.8.28

Copyright(C)2021 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
30		特定入院料の以下算定例に対応しました。 (事例1) R6.4.22 入院　地域包括ケア入院医療管理料1 R6.6. 1 転室　ハイケアユニット入院医療管理料 パッチ適用前 R6.6.1～　病棟設定された入院基本料を算定 パッチ適用後 R6.6. 1～R6.6.21　ハイケアユニット入院医療管理料1を算定 R6.6.22～　　病棟設定された入院基本料を算定 (事例2) R6.4.1～R6.4.20 入院　回復期リハビリテーション病棟入院料1 R6.5.1～R6.5.20 再入院　地域包括ケア入院医療管理料1(R6.4.1の継続入院) R6.6.1～R6.6.20 再入院　地域包括ケア入院医療管理料1(R6.4.1の継続入院) パッチ適用前 R6.6. 1～R6.6.20　地域包括ケア入院医療管理料1(41日以上)を算定 R6.6.21～　　病棟設定された入院基本料を算定 パッチ適用後 R6.6. 1～R6.6.20　地域包括ケア入院医療管理料1(40日以内)を算定 R6.6.21～R6.7.10　地域包括ケア入院医療管理料1(41日以上)を算定 R6.7.11～　　病棟設定された入院基本料を算定		R6.9.11

Copyright(C)2021 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	ncp 20250312-031	R7.2月から栄養管理体制の基準を満たさなくなったので、5000.医療機関情報－入院基本で栄養管理体制:1栄養管理体制基準未適合で設定しました。 一般病棟の設定で地域包括ケア入院医療管理料1を算定している患者様について、60日以上となったので、転科転棟転室で「算定要件に該当しない患者」で登録しました。 入院会計照会で一般病棟特別入院基本料612点が算定されましたが、この日についても栄養管理体制減算規定該当(入院基本料)40点が発生し、40点減算されます。 特別入院基本料については、栄養管理体制減算の対象外と思われます。 一般病棟特別入院基本料の算定日について、減算とならないようにする方法を教えて頂けますでしょうか。	一般病棟特別入院基本料を算定時に点数マスタのコード表用番号から判定を行い栄養管理体制減算の自動算定を行わない仕様としていますが、令和6年改正で一般病棟特別入院基本料のコード表用番号が変更されたことで減算が自動算定されてしまう状態でしたので、これを修正しました。	R7.3.25
32	緩和ケア病棟入院料 入院期間が通算されない	緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関様で、10月から「1」へ基準が変更になるため、「5001 病棟管理情報」の棟歴を区切り、特定入院料の設定を変更後、入院中患者について転科・転棟・転室をおこなったところ、入院期間が通算されないと報告をいただきました。 ＜具体例＞ 入院日:R7.9.1 9/1～30:緩和ケア病棟入院料2(30日内) 10/1～　:緩和ケア病棟入院料1(30日内) (正:緩和ケア病棟入院料1(31日以上60日内) 自端末で認知症ケア病棟入院料と動作比較いたしましたが、こちらは、転科・転棟・転室後に算定する入院料の起算日は入院日からのようで、31日以上の入院料を算定しております。 緩和ケア病棟についても同様の動作になるよう変更は可能でしょうか。	緩和ケア病棟入院料の通算日数取得について入院料1と2を通算可能としていましたが、令和6年改正対応時にこの部分の移植が漏れていたことから通算できない状態となっていましたので修正しました。	R7.10.28

Copyright(C)2021 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
33	request 20240620-002	病院様より自動算定についてのご要望がございました。 現在、外来・在宅ベースアップ評価料は施設基準を設定すると診療行為確認画面で自動算定されますが、入院ベースアップ評価料は手動での算定となっており、毎月、150名の入院患者へ入力するのが手間になっているため、入院ベースアップ評価料も自動算定にして欲しいとのご要望がございました。	入院ベースアップ評価料についてシステム管理に設定により自動算定を行い、負担金計算、レセプト記載(医保、労災、自賠責、公害)、各種帳票(診療費明細書、会計カード等)の記載対応を行いました。 1. 自動算定の設定はシステム管理「5000 医療機関情報ー入院基本」から設定可能とする。 システム管理の有効年月が令和6年6月以降で設定可能とする。 2. 設定後に入院登録、異動処理等をおこない入院会計を作成した場合に併せて入院ベースアップ評価料の剤を作成します。作成された剤は「32 入院会計照会」に表示される。 ※入院会計作成には月次統計の入院会計一括置換[制限事項で置換できない場合を除く]を含む 3. 入院ベースアップ評価料は外泊時も算定可能なことから外泊登録時もカレンダーの消去はおこなわない。 4. 退院登録、定期請求等で請求書兼領収書の「その他」に点数集計をおこなう。 5. 入院レセプト(医保、労災、自賠責、公務災害、公害)についても記載をおこなう。 (レセプト電算提出用データ、入院EFファイルについても同様とする)	R7.12.23
34	request 20240509-002	外来のお会計は、入金額に「*」Enterを入れると今回請求額+未収金の金額が反映する入院のお会計でも使用したい	退院時の(I04)請求確認画面で「入金額」欄に「*」入力することで一括入金を可能としまた。	R8.1.27
35		システム管理「5001 病棟管理情報」の特定入院料に回復期リハリハビリテーション病棟1から5が設定されている場合に(I01)入退院登録画面の特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟5(100分の80)」を選択して入院登録をできるよう対応しました。		R8.5.27

Copyright(C)2021 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 20260528-007	地域包括医療病棟入院料1の入院料1，2，3を算定予定のユーザー様の「5001病棟管理情報」設定についてお尋ねします。 R8.6.1より特定入院料欄について、地域包括医療病棟入院料1は入院料1から3の3項目のうちどれか1つを選択する形になっています。 「31入院登録」では上で設定した1つの入院料のみ選択可能です。 他2種の入院料も算定する場合は、病棟を2つ追加登録する必要があるのでしょうか。	令和8年年6月改正で見直しとなった「A304　地域包括医療病棟入院料」について、令和8年6月1日以降に有効なシステム管理「5001 病棟管理情報」の特定入院料に ・地域包括医療病棟入院料1（入院料1） ・地域包括医療病棟入院料1（入院料2） ・地域包括医療病棟入院料1（入院料3） のいずれかを設定されている場合、入退院登録画面に地域包括医療病棟入院料1の（入院料1）から（入院料3）を表示するようにして、入院登録を可能としました。 ・地域包括医療病棟入院料2（入院料1） ・地域包括医療病棟入院料2（入院料2） ・地域包括医療病棟入院料2（入院料3） についても同様に、地域包括医療病棟入院料2の（入院料1）から（入院料3）を表示します。 入退院登録画面で特定入院料の表示順を1，2，3にされたい場合は病棟に（入院料1）を設定することを推奨します。 また、入退院登録API(/orca31/hsptinfmodv2)についても同様に病棟設定以外の入院料を登録可能とするよう対応しました。	R8.5.29
37	support 20260529-006	R8.4以前のレセプトのうち、低所得Ⅱ.Ⅰ登録者全員の食事療養標準負担金が240円で計算されず510円になっている。（R8.5.29日時点）	5月21日のパッチ提供で令和8年改正の入院時生活療養の食費、居住費の処理を追加したプログラムを提供しましたが、このプログラム内の期間判定に記述ミスがあり令和7年改正分の期間判定（令和7年4月から令和8年5月）について所得等の判定処理を通過しない不具合がありました。 このことによりパッチ適用後に入院患者の所得等の判定ができない状態となったことから、この判定を修正しました。	R8.5.29
38		短期滞在手術等基本料3について令和8年改正で新設された手術で入院登録をおこない、退院登録をおこなうと入院料が未算定日の食事療養費、食事負担額が算定できない不具合がありましたので修正しました。		R8.6.8

Copyright(C)2021 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
39	support 20260528-050	算定入院料「有床診療所入院基本料1」 ■入院切替作業の流れ 5/27提供パッチ、マスタを適用 ↓ 「5000 医療機関情報−入院基本」設定の切り替え 地域加算を変更 ↓ 「5001 病棟管理情報」設定の切り替え 切り替えのみ ↓ 「52 月次統計」入院会計一括置換 処理 ―――――――――― ■入院日が「8年5月1日以降」の「32入院会計照会」 （1）「R8.6」で表示すると「物価対応料」のカレンダー表示が空欄です。 （2）「R8.7」で表示すると「物価対応料」のカレンダー表示は「1」を表示します。 ■入院日が「8年5月1日以前」の「32入院会計照会」 （3）「物価対応料」のカレンダー表示は「保険組合番号」を表示します。 ―――――――――― 入院切替作業後に、8年5月以降の入院日で入院登録をし、「32入院会計照会」で「物価対応料」を確認すると、カレンダー表示は「1」を表示します。 ―――――――――― 【ご質問】 （1）の時、カレンダー表示方法をお教えくださると幸いです。 （3）の時、「1」で表示するには何か設定が必要でしょうか。	令和8年6月算定分の入院会計に自動算定する物価対応料について、次の不具合が発生する場合がありました。 ・有床診療所入院基本料の物価対応料にカレンダーの値がセットされない不具合。 ・有床診療所入院基本料、又は特定入院料で物価対応料のカレンダーに保険組合せの値がセットされてしまう不具合。 ※この不具合はシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」に入院ベースアップ評価料の値をセットしてる場合は発生しません。 修正プログラムのパッチ適用後に月次統計から「入院会計一括置換」を再処理することで正しいカレンダーの値に修正されます。	R8.6.8
40	support 20260602-046	療養病棟入院料のADL入力についてです。 【疾患・状態に係る医療区分2】内の「47　86に該当、かつ、1～46（14を除く。）に該当しない場合」にフラグを立てると、上部の区分欄「処置等に係る医療区分」が変更されます。 そのため、正しく入院料が反映されないと問い合わせがありました。 改定で処置等に係る医療区分に変更になりましたでしょうか。	「47　86に該当、かつ、1～46（14を除く。）に該当しない場合」の医療区分の判定に誤りがあり、「処置等に係る医療区分2」と判定していたことから正しい入院料となりませんでした。 「疾患・状態に係る医療区分2」と判定するように修正しました。	R8.6.8

Copyright(C)2021 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
41		令和8年改正で追加された「回復期リハビリテーション病棟入院料5（生活療養・100分の80）」を算定する入院患者の生活療養標準負担額について厚生労働大臣が定める者（医療区分2．3）として計算するように修正しました。		R8.6.8
42	support 20260622-022	6月1日より算定可能となった下記の「物価高対応料2」について、算定ができない事象を確認しております。 【対象】 物価高対応料2（急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算）チ 58点 ご提供いただいた改定資料「令和8年6月診療報酬改定対応（入院）」の記載に従い、システム管理「5001 病棟管理情報」の病棟設定画面から、F10押下で遷移する（W201）入院料加算設定画面にて「190890010 看護・多職種協働加算1（277点）」を設定しております。 しかしながら、入院会計照会画面では、物価高対応料2について「45点（ト）（チの場合を除く）」が表示されており、「58点（チ）」が算定されません。 なお、理由は不明ですが、異動登録を実施した場合に限り、15日以降から？「58点（チ）」のコードが入院会計照会画面に表示されることを確認しております。 当方の認識では、当該点数は入院初日から算定可能と解釈しております。	入院物価対応料の自動算定について ・ハ 急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算（※）を算定する場合 ・チ 急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算（※）を算定する場合 を算定する場合は、システム管理「5001 病棟管理情報」から遷移する（W201）入院料加算設定画面で対応する ・190890110 看護・多職種協働加算2 255 点 ・190890010 看護・多職種協働加算1 277 点 を設定することとしていますが、（W201）入院料加算設定画面で当該加算の下に他の入院料加算を設定してる場合、加算の設定有無が正しく判定できない不具合がありましたので修正しました。	R8.6.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	入院物価対応料、短手3算定時	現状、短手3算定時の物価対応料2については1日1回自動算定をおこなう動作になっておりますが、6月17日付け、疑義解釈その8にて「短期滞在手術等基本料3を算定する場合、物価対応料について、当該基本料を算定した日において、1回に限り算定する。」とされました。 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001712853.pdf PDF11ページ【物価対応料】問2	短手3算定時の入院物価対応料について、令和8年6月17日疑義解釈で「短期滞在手術等基本料3を算定する場合、物価対応料について、当該基本料を算定した日において、1回に限り算定する。」とされたことから、入院登録で短手3の入院日だけ物価対応料の入院会計に1を立てるよう対応しました。（但し、短手3の算定日を入院会計照会カレンダーで変更された場合は、併せて物価対応料の算定日もカレンダーで変更が必要です。） また、この対応に併せて短手3算定時の入院物価対応料については「32 入院会計照会」のカレンダー操作時に「入院基本料が設定されていない日です。内容の変更はできません。」のチェック対象から外しました。 令和8年6月17日疑義解釈 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001712853.pdf	R8.7.1
44	support 20260630-023	入院会計についてお尋ねさせていただきます。 今回の改定で、6月以前より入院中の患者の会計を変更するため、入退院登録画面で、移動日を「令和8年6月1日」として移動処理しました。 6月の入院会計照会画面では、物価対応料が自動算定されておりましたが、7月の入院会計照会で確認すると、物価対応料が自動算定されていませんでした。 何か考えられる原因がありますでしょうか？ その後、入院会計の一括置換プログラムで処理したところ、7月以降の物価対応料は自動算定されました。	入院物価対応料の自動算定について、有床診療所入院基本料の入院患者を異動処理（転科転棟転室）した場合に異動処理の翌月分が自動算定されない不具合を修正しました。 また、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」で療養入院会計表示の設定を「0 算定入院料のみ表示」以外にしている場合の療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者を異動処理した場合も同様の不具合がありましたので修正しました。	R8.7.6
45	support 20260702-046	「地域包括ケア病棟」に入院している患者に対し「物価対応料2（地ケア入院料1等（40日以内））」が算定されている患者とそうでない患者がいますが、どのような条件が影響するのでしょうか？」 との問い合わせが来ております。	入退院登録画面で入院登録済みの患者について異動区分「01 入院登録（訂正）」で処理を行った場合、次月の物価対応料の算定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。	R8.7.28

Copyright(C)2021 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
46	support 20261015-014	指定難病の公費を使用し、かつ、精神病棟の長期入院者に対する食事療養費がORCAで計算すると経過措置の金額にならないため、請求ができなくなっているため改善してほしいと問い合わせがありました。 HOPEでは、精神病棟の長期入院のため、一食260円　かつレセプトに「＊標準負担額経過措置(精神)入院年月日:平成26年10月17日」のコメント表示を7月分まで記載していた。 今まで通り請求できるように、.990 099999926【精神病床】食事負担据え置き対象 840000136 26_5_7　標準負担額経過措置(精神)入院年月日:平成26年10月17日の入力をした場合は、入院基本料が難病の組わせを使用していても、260円かつレセプト表示ができるように入力をしたい。とのことでした。	指定難病で精神病床に長期入院している患者について、精神病床食事負担据え置き対象[099999926]のコードを入力しても 難病公費を優先して計算していたため食事負担を1食330円として計算していましたが、1食260円で計算するよう修正しました。	R8.11.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20210629-019	入院会計のADL入力ボタンより、医療区分・ADL区分登録を行う際、期間指定を行い、一括入力を行おうとすると、「一括修正の入力に誤りがあります」と表示され、一括登録出来ません。 操作は、選択番号に対象番号を入力し、一括修正の下の枠に「1/1-30」と入力しています。	(I47)医療区分・ADL区分登録画面のADL区分点数入力時に期間指定(例:1/1-30)で入力した場合に「一括修正の入力に誤りがあります」のエラーメッセージが表示される不具合を修正しました。	R3.7.28
2	support 20210908-005	【32 会計照会】より、食事の算定を手入力したところ、食堂加算が自動算定されない方がおられました。 入院料:回復期リハビリテーション病棟入院料1 を算定している方です。 いつもは「食あり」を手入力すると、自動で食堂加算が算定され、欠食の入力をすると自動で食堂加算が削除されていました。	病棟の食堂加算設定が「算定する」となっている場合に入院会計照会のカレンダーより食事の算定を入力した際に食堂加算のカレンダーが連動して「1」が立たない不具合を修正しました。	R3.9.27
3		以下の特定入院料で生活療養の算定対象患者が通常の入院料を算定している場合に入院会計照会画面で「生活療養の入院料が算定されていない期間があります。」の警告メッセージが表示されない不具合がありましたので修正しました。 ・回復期リハビリテーション病棟入院料5 ・地域包括ケア病棟入院料(療養病床) ・地域包括ケア入院医療管理料(療養病床)		R4.11.28
4	support 20230517-020	入院会計照会画面について下記ご質問を頂きました。 24外来会計照会、12登録の保険組合せ履歴などには「後期高齢者 感染症入院 高齢重度 長期」と表示されますが、入院会計照会の保険組み合わせには「後期高齢者 感染症入院 高齢重度」までしか表示されないのはどうしてか。 以下の2種類の保険組み合わせについて、入院会計照会画面ではどちらも「後期高齢者 感染症入院 高齢重度」と表示されてしまい判別がつかないとの事です。 0012 後期高齢者 感染症入院 高齢重度 0013 後期高齢者 感染症入院 高齢重度 長期	(I41)入院会計照会画面の画面上部に表示する保険組合せの 名称について16文字までの表示から25文字まで表示できるよう修正しました。(枠内に表示しきれない文字は横スクロールで表示可能としました)	R5.5.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
5	support 20230613-011	5000 医療機関情報―入院基本マスタ設定内にあります次月作成時の食事の項目について1の最終日の状態で算定と設定した場合月末日の3食のいづれかが食ありなら次月作成はすべて食ありすべてが食なしなら次月作成はすべて食なしということで間違いないでしょうか？	(I41)入院会計照会画面の次月ボタン(F7)押下により次月の入院会計データを作成時に、システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の「次月作成時の入院食事」設定が「1 最終日状態で算定」である場合でも最終日の夕食の状態で次月の食事会計が作成されてしまう不具合を修正しました。	R5.6.26
6		(I41)入院会計照会画面の外泊入力時に表示するエラーメッセージの"～"を"―"(全角ダッシュ)に変更しました。 変更文例 変更前:外泊で入力可能な区分は0～6、8、9、13～17の いずれかです。 変更後:外泊で入力可能な区分は0―6、8、9、13―17の いずれかです。		R5.6.26
7	support 20231102-026	弊社お客様の環境で9月入院された患者様についてお問い合わせがありました。 該当患者様は9月25日に入院し現在も継続治療中です。 入院会計照会を見ると9月は在宅患者支援療養病床初期加算(療養病棟入院基本料)が算定され、10月は算定されていません。 この加算は10月8日まで算定できると思うのですが、なぜ自動算定されていないのでしょうか。	月次統計から処理を行う「入院会計一括置換」処理について 入退院登録登録画面から設定した入院料加算の算定済日数判定に誤りがあり、入院→退院、再入院を行なわれた患者の再入院分の入院会計を「入院会計一括置換」処理で置換した際に当該入院料加算が算定できない不具合がありましたので修正しました。	R5.11.27
8	ncp 20240524-043	改定後の6月分の医療区分ADL区分登録画面で、30番と31番の間に区切りがあり、「疾患状態に係る医療区分」という見出しになっておりますが31番までが「疾患状態に係る医療区分」で、32番からが「処置等に係る医療区分」ではないでしょうか。 また、「11番:スモン」と「12番:重度四肢不自由」や「13番:86に該当かつ1～41の1項目以上」とを併存されている場合でも入院料30でよろしいでしょうか。	「32 入院会計照会」の「I47 医療区分ADL・区分登録」で6月以降の医療区分の表示で、「31 86に該当、かつ、1～1(13を除く。)に該当しない状態」の前に「疾患状態に係る医療区分2」と表示されていましたので、「31 86に該当、かつ、1～41(13を除く。)に該当しない状態」の後に「処置等に係る医療区分2」と表示するように修正しました。	R6.5.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
9	support 20240603-011	病院様は、療養病棟入院基本料を算定しています。 改定対応で6/1異動日の転科転棟処理は行っています。 6/1の入院会計照会で確認すると、医療区分の処置等に係る医療区分を入力しても入院料が「特」の表示のままになっている。 R6年6月からは番号記載されるはずですが、設定等に何か不備はございますでしょうか？	(I47)医療区分・ADL区分入力画面について以下の入院料を算定する患者の算定入院料に「特」と表示される不具合、及び医療区分・ADL点数から正しい見込み入院料が表示されない不具合を修正しました。 「一般病棟・療養病棟入院料１」 「特定一般病棟・療養病棟入院料１」	R6.6.3
10	ncp 20240604-094	療養病棟入院料を算定している医療機関様よりお問合せがありました。 32入院会計照会よりADL入力よりADLを入力し入院料変更を行ったところ32入院会計照会-カード入力画面の「療養病棟入院料１（入院料３）（生活療養）」が「療養病棟入院料１（入院料３）」になっていしまうということでした。（（生活療養）がなくなっていまっている） 病棟設定としてはR6.6.1～99999999で病棟種別：04療養病棟、入院基本料：15療養病棟入院料１（入院料13）を設定されています。	療養病棟入院料１の生活療養算定患者を(I47)医療区分・ADL区分入力画面から(F11)入院料変更した場合に(I41)入院会計照会画面に「療養病棟入院料１（入院料３）」が表示されてしまう不具合を修正しました。 ※システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の療養病棟 入院会計表示設定が「1 入院料１－30表示」で現象が発生します。	R6.6.5
11	support 20240605-059	回復期リハビリテーション病棟入院患者かつ回復期リハビリテーション病棟入院料算定要件に該当しない患者に対し6月1日以降「療養病棟入院基本料１（入院料27）」で転科・転棟・転室を行った。 上記患者のADL入力画面を確認したところ、「入院料と医療区分・ADL区分の評価が一致しない日があります」とメッセージが表示されてしまう。	回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料等の病棟、病室に算定要件に該当しない患者が入院し「療養病棟入院料１（入院料２７）」「療養病棟入院料２（入院料２７）」を算定時は(I47)医療区分・ADL区分登録画面に「入院料と医療区分・ADL区分の評価が一致しない日があります」のメッセージを表示しないよう修正しました。	R6.6.11
12	ADL入力 医療区分の引継ぎ	システム管理マスタ5015の医療区分の引継ぎが「2 前月の状態を引継ぐ」の設定であっても、6月以降で医療区分の前月の状態が引き継がれていないとのお問合せをいただきました。	入院会計照会画面から遷移して入力する(I47)医療区分・ADL区分登録画面について、システム管理「5015 医療区分・ADL点数情報」の医療区分引継ぎ設定が「2 前月の状態を引継ぐ」にされている場合でも令和6年7月以降で前月の状態を引き継げない不具合を修正しました。	R6.7.23

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	ncp 20241010-041	療養病棟入院基本料を算定中の患者が65才になられた場合に条件により入院時生活療養費の負担が発生しますが、該当の患者は7/7で65才になり本来は8月分から生活療養費の負担をしないといけなかったのですが負担が発生してきませんでした。 原因は入院料に(生活療養)がついていなかったからなのですが転科・転棟・転室で手動で入院料を切り替えないといけないにしても警告などの表示が何も出ないのでしょうかと言うお問合せがありました。	入院時生活療養の対象患者について生活療養の入院料が算定されていない場合に入院会計照会画面に表示する「生活療養の入院料が算定されていない期間があります。」の警告メッセージが表示されない不具合を修正しました。	R6.11.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

34 退院時仮計算

番号	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	weborca-support 07628 【WebORCA】	弊社で入院請求書兼領収書(ORCHCN03V03)をカスタマイズしたプログラムにおいて入院概算書の様式で印刷したところ、今回請求額以外印字されない事象が発生しました。 カスタマイズプログラムを確認したところ、点数印字部分は標準帳票と全く同じロジックであり特に問題となる箇所は見受けられませんでした。 そこで、標準のORCHCN03V03をプログラムIDだけ変更して作成したカスタマイズをWebORCAデモ環境に入れて試したところ、添付のようになり現象が再現できました。 印字できていない箇所は収納テーブルから取得しているようですが、パラメタ「ORCHCN03AREA」の内容を元に収納テーブルを呼び出しているので、こちらが上手く取得できていないように感じます。	「34退院時仮計算」から概算書としてカスタマイズした入院請求書兼領収書を印刷した場合に一部記載項目が印字されない不具合を修正しました。 (現象はWebORCAクラウドのみ発生)	R6.11.26
2	support 20241128-021	退院登録後に収納画面を開くと退院登録の履歴が2行出てきていて片方は未入金になっているとお問い合わせを受けました。 ORCA収納画面を確認すると、確かに2行履歴が作成されているのですが、未入金になっている方は伝票番号が「9999003」となっており、下部の明細部分に何も表示が無い状態です。	令和6年11月26日に提供した「34退院時仮計算」から印刷する入院概算書の不具合修正プログラムで概算書用に作成される仮収納データが削除されず収納画面に表示されてしまう不具合があったことから、当日作成分の仮収納データも削除対象に含めることとし、(I51)退院時仮計算画面から「戻る」(F1)押下で業務メニューに戻るタイミングで削除を行うよう修正しました。	R6.12.3

Copyright(C)2021 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	request 20211020-001	データチェック業務で、枝番が入力されているか確認をしたいとの要望がありました。	データチェックで枝番の未入力チェックを可能としました。 1．確認項目の「2.被保険者記号・番号」を「2.被保険者記号・番号・枝番」に変更し、「2 確認　全印刷」を選択したときは枝番の未入力チェックも行います。 2．診療年月が2021年9月以降について、枝番の未入力チェックを行います。 3．「039 後期高齢者」、「040 後期特療費」は、枝番の未入力チェックの対象外となります。 ~~※必須チェックとはしないで欲しいという要望が多数寄せられたため、一旦取り下げました。~~ 「D01 レセプトチェック指示」の確認項目に「22.被保険者枝番」を追加する対応を行いました。	R4.6.27 R4.6.28 R4.11.28
2	request 20210511-001	労災患者で「労働保険番号」が未登録の場合、 ・41データチェック ・42明細書の種別不明 ・44総括表・公費請求書でのレセ電チェックリスト のいずれかで、エラーにかかるよう要望いたします	データチェックで労災患者の労働保険番号、年金証書番号の未登録チェックを可能としました。 1．短期給付のときに労働保険番号、傷病年金のときに年金証書番号の未入力チェックを行います。 2．データチェックのいずれの確認項目にも属さないチェック項目（必須チェック項目）とします。	R4.6.27
3	ncp 20221129-008	11/28のパッチ後、データチェックにおいて、患者登録で枝番を登録している患者も枝番未入力として出力されます。	「41 データチェック」の枝番チェックに不具合があり、枝番の未入力チェックを行う場合に「2.被保険者記号・番号」、「22.被保険者枝番」の両方の設定を「2 確認　全印刷」としないと枝番が設定されている場合でも未入力のエラーになっていました。 「22.被保険者枝番」のみ「2 確認　全印刷」と設定して正しくチェックするように修正しました。	R4.12.26

Copyright(C)2021 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
4	ncp 20230216-027	データチェックをかけた時に下記のチェックがかかります。 「レセ電算データの場合、保険情報の記号に空白が入力されています」 保険の記号欄には「警察・警視」が登録されております。 空白は登録されておりません。 このようなチェックがかかる理由が分かりません。	保険の記号欄に「警察・警視」と登録して、データチェックで「2.被保険者記号・番号」を「2 確認 全印刷」と設定してチェックを行うと「レセ電算データの場合、保険情報の記号に空白が入力されています」とエラーとなりました。 記号の空白チェックに不具合がありましたので修正しました。	R5.3.27
5	データチェック 算定回数	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、3ヶ月に3回を限度として算定する方法になりますが、3回を超えて算定した場合、(D04)データチェック-エラー内容確認画面にて、算定日と回数の表示が算定履歴で登録している回数と一致していません。 算定履歴 ■6月1日　前月、当月分の2回算定 ■7月1日　当月分の1回算定 ■8月1日　当月分の1回算定 データチェック ■6月1日　1回 ■7月1日　1回 ■8月1日　2回 (D04)データチェックエラー内容確認画面において、算定日・回数表示の不具合がありましたので修正しました。 (事例)診療行為入力(外来) <6/1> .140 114040810　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 .143 114041710*2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 <7/1>及び<8/1> .140 114040810　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 114041710　在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	※システム管理1101(データチェック機能情報2) 設定2<診療行為算定回数>電子点数表マスタ「1参照する」 この状態で、41データチェック ・診療年月:R6.8 ・入外区分:2外来 ・確認項目:20診療行為算定回数「2確認」 を行った場合、【114041710 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算】の算定が3ヶ月に3回を超えるため、エラー内容"上限回数を超えています(以降、省略)"のエラーとなりますが、(D01)レセプトチェック指示画面の「エラー内容」(F9)押下により遷移する(D04)データチェックエラー内容確認画面で該当エラー分を選択すると算定日・回数表示が不具合により 算定日　回数 R6.8.1　2 R6.7.1　1 R6.6.1　1 となっていました。 R6.8.1　1 R6.7.1　1 R6.6.1　2 での表示となるよう修正しました。	R6.9.11

Copyright(C)2021 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	request 20240403-001	エンレスト錠を処方時に「投与が必要と判断した理由（エンレスト錠50mg等）;」を地域によって院内/院外でコメントが必要だそうです。 41データチェックにて「;」の後が未入力の場合、エラーが出るかと思いますが院外処方だとチェックが外れてエラーが出なくなってしまいます。 院外処方時でもエラーを出してきてほしいとご要望です。	医薬品に対する選択式コメントのコメント内容有無チェックで、院外処方として入力した医薬品についてはチェック対象外としていたためチェック対象としました。 システム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の「院外投薬コメント記載（処方箋料包括時）」が「0 記載しない」設定はチェック対象外とします。	R7.7.28
7	ncp 20250730-012	医院様より、データチェックで「コメント内容が未入力です」が急にでてくるようになったとお問い合わせがございました。 確認したところ、コード：0084*****で作成したコメントでコメント文の間に数字の入力がないものが引っかかっているようです。 社内機でも検証したところ、28日付のパッチの影響かと思われますが、データチェック部分の対応内容には、院外の選択式コメントの修正についての記載しかありませんでした。 0084*****だけでなく、他のコメントコードなどもデータチェック部分変更があったのでしょうか？	前回のパッチ提供にて院外処方の医薬品に対する選択式コメント内容有無チェックを追加しましたが、チェック対象とする条件が不適切でしたので修正しました。	R7.8.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

41 データチェック

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
8	ncp 20251106-036	処方箋料が包括となる場合、[[2005 レセプト・総括印刷情報]「基本1(2)」タブ 院外投薬コメント記載(処方箋料包括時)を「1 記載する」に設定が必要とのことですが、こちらR7.2.25に実装された項目かと思います。 対応内容を確認すると、 〈対応内容〉 院外処方で、かつ、処方箋料の算定が包括の場合、「湿布薬コメント」・「投薬選択式コメント」・「長期収載品の選定療養に関する取扱いに係るコメント」は摘要欄記載(診療区分80)の対象外としていますが、システム管理2005に設定項目【※】を追加し記載可能としました。 とのことですが、 「動脈血酸素飽和度(%)(在宅酸素療法指導管理料)；　」 このコメントは在宅酸素療法指導管理料(その他)の選択式コメントであって上記の処方にかかる「湿布薬コメント」・「投薬選択式コメント」・「長期収載品の選定療養に関する取扱いに係るコメント」ではないと思います。 院外投薬コメント記載(処方箋料包括時)を「1 記載する」の動作で在宅管理料の選択式コメントまでチェックがかからなくなるのは正しいのでしょうか。	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「院外投薬コメント記載(処方箋料包括時)」の設定にかかわらず、チェックがかかるように修正しました。	R7.12.23
9	support 20260630-036	労災 消炎鎮痛等処置 選択式コメントいれているのに、データチェックで選択式コメントが未入力です確認してください　とチェックかかってしまいます	健保で未入力エラーとなるため該当のコメントコードを対象外とする措置をしましたが、労災自賠等ではチェックするように修正しました。	R8.7.1
10	support 20260703-044	自賠責で第三者行為の入力がありますが、データチェックで「選択式コメントが未入力です。確認してください。【消炎鎮痛等処置(器具等による療法)〇日】」と表示します。 7/1のパッチ提供で労災自賠責等ではチェックするように修正しましたとありますが、第三者行為は労災・自賠責・第三者行為のくくりだからチェックとしてだしてているのでしょうか？	消炎鎮痛等処置と労災分での選択式コメントコードでは、労災保険と自賠責(労災準拠)の場合にデータチェックの対象とするように修正しました。	R8.7.28

Copyright(C)2021 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		以下のマスタについて紙レセでの集計先を「深夜・緊急」にしました。 114051150 緊急往診加算(在支診等以外)(臨時的取扱) 114051250 緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)(臨時的取扱) 114051350 緊急往診加算(在支診等)(臨時的取扱) 114051450 緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)(臨時的取扱)		R3.5.27
2	support 20210526-011	労働基準監督署より公務災害の診療報酬明細書(2号紙)の押印が不要となったと連絡があったようですが、医療機関の証明欄の㊞を外すことは可能でしょうか？	公務災害の診療報酬明細書(2号紙)の押印欄が不要となったため削除しました。	R3.6.24
3	ncp 20210527-006	告示等識別区分(1)7の点数マスタについて質問がございます。 医院様にて「114021010　在宅自己注射指導管理料(複雑な場合)1230点」を算定され、付随する加算「114010110　血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症)830点」、「114028870持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプ連動・3個又は4個)2640点」、「114029070　持続血糖測定器加算　(プログラム付きシリンジポンプ)3230点」を全て診療区分「.140」でまとめて入力されています。レセ電コードはそれぞれ単独で点数が記載されていました。 支払基金より告示等識別区分7なので、合計点数がレセ電コードには記載されてくるようにして欲しいと言われたそうです。 オルカで加算分のみを診療区分「.143」で告示等識別区分(1):1「114010110血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症)830点」の下に告示等識別区分(1):7「114028870」「114029070」を入力してみたのですが、レセプトUKEファイルのデータはそれぞれ単独の点数が記載されてきました。 レセ電データ内で上記点数を合算して記載する方法が何かありますでしょうか。	注加算コード1419で告示等識別区分1に「7 加算項目」が設定されている下記の診療行為コードについて、レセ電データ作成時に基本項目単位に点数が記録されていませんでしたので修正しました。 114029070 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ) 114029170 持続血糖測定器加算(プログラム付きシリンジポンプ以外) 例 修正前 SI,14,1,114021010,,1230,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114010110,,830,1,842100048,6O,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114028870,,2640,1,820100657,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114029070,,3230,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, 修正後 SI,14,1,114021010,,1230,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114010110,,830,1,842100048,6O,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114028870,,,1,820100657,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,1,114029070,,5870,1,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	R3.6.24

Copyright(C)2021 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
4		公害の入院外レセプト作成で対象のレセプトが0件のときにエラーファイル名が正しく設定されず、印刷処理まで流れてから処理を終了していましたので修正しました。		R3.6.24
5	support 20210709-031	レセプト点数欄に表示される処置薬剤の合計点数と会計カード等にて算出した処置薬剤の合計点数が一致しない件について該当患者のレセプトと会計カードを送付いたします。 〈不一致内容〉 処置薬剤 レセプトの点数欄:6477点 会計カード等にて算出した合計:6597点	剤の1番目から5番目までをレセプト記載しないコメントコードで診療行為入力した場合、入院レセプト作成で、該当剤の剤点数が診療区分別点数欄に集計されず、「請求点数と点数欄の合計が不一致です」のエラーとなっていましたので修正しました。 診療行為入力事例 .400 008600001　コメント1 008600002　コメント2 008600003　コメント3 008600004　コメント4 008600005　コメント5 620005243 1 ワソラン静注5mg　0．25%2mL 810000001　回路から注入　　24×1	R3.7.28
6	request 20210217-001	020 精神入院+093 PCR レセプトが2枚になる 支払基金へ確認していただきましたが1枚にまとめて提出して下さいとのことでした。	「20 精神入院」と「093 PCR検査」を1枚のレセプト(公費併用)にまとめて作成するようにしました。 月次統計データのレセプト種別を公費併用として作成します。	R3.7.28

Copyright(C)2021 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		二類感染症患者入院診療加算の対応を行いました。 (1)111014170 二類感染症患者入院診療加算(電話等初診料・診療報酬上臨時的取扱) ・初診欄　・・　回数カウントは行わない。 ・摘要欄　・・　名称記載を行う。 (2)112024170 二類感染症患者入院診療加算(電話等再診料・診療報酬上臨時的取扱) ・再診欄　・・「再診」へ集計する。基本点数に点数を加算する。 回数カウントは行わない。 ・摘要欄　・・　名称記載を行う。		R3.8.25
8	kk 66669	添付しておりますレセプトの印字について質問がございます。 月途中に国保から国保に保険の変更があった患者様で公費に長期、更生、障害(福岡県:公費の種類455)をお持ちです。 レセプトが添付のようにできるのですが、請求点数②を保険と①の点数と合わせるようにと返戻になったそうです。	以下事例のレセプト記載が正しくなかったので修正しました。 月途中で主保険(国保)の記号番号が変更となる。 公費:015更生(月上限額2500円) 455福岡県地方公費(保険番号マスタの「レセプト記載」設定は「1」) 972長期 (1)国保3割(変更前)+015+455+972　請求点数:12247点 診療4日 (2)国保3割(変更後)+015+455+972　請求点数: 4787点 診療2日 この場合、(2)の診療分について、455の請求点数と実日数が集計されていなかった。 請求点数 国保 17034　　17034 015　17034 →(上記と同点のため、記載省略) 455　12247　(上記と同点のため、記載省略) 実日数 国保 6　　6 015　6 →(上記と同日のため、記載省略) 455　4　(上記と同日のため、記載省略)	R3.9.27

Copyright(C)2021 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
9	request 20200804-003	42明細書＞個別作成＞訂正日を選択した場合の処理について、以下の通り改善を要望致します。 訂正日を選択した場合、現在の仕様では一括作成を行った翌日からシステム日付までに訂正された患者分が対象となっています。 医療機関様にお尋ねしますと、一括作成後、即日訂正を行うケースが多く見受けられます。 その後個別作成＞訂正日を指定しますと、当日行った訂正分が対象外となるため、いつも「個別」で患者を一人ひとり指定していただいています。 人数が多いとかなり手間がかかります。 この対象となる日付範囲を「一括作成を行った日からシステム日付まで」としていただくか、自由に手入力できるよう、改善をご検討いただきますようお願い致しします。	「42 明細書」の「訂正日」を指定した時、一括作成を行った日からシステム日付までに訂正を行った患者を対象として処理をするようにしました。 1.「6 訂正日(含む当日)」を追加し、一括作成を行った日時より後に訂正を行った患者を対象として処理をします。 2. 入院外の場合のみ選択可能とします。 3. 個別でレセプト作成を行っても、再度一括作成を行うまでは訂正日の対象となります。	R3.9.27
10	support 20210409-008	入院患者さんがコロナ検査をして3/1から3/17までは負担者番号 28132993　受給者番号9999996で登録 入院中の分3/18から3/27までの負担者番号　28132910　受給者番号 7018989で登録(保健所に確認) そのあと3/28から期限登録なしで負担者番号　28131993　受給者番号 9999996で登録 組み合わせがそれぞれできているので、それぞれで入力して個別レセをかけてレセを作成したら種別不明レセとして作成され、公費が4つありますというエラーが出ています。	1レセプトで公費が5つ(マル長とレセプト請求する地方公費を含めて公費が5つ)となる場合のレセプト作成処理において、種別不明エラー(メッセージ内容:公費が4つを超えています)とならないようレセプト作成処理でのマル長の取り扱い方法を見直しました。 1. 医保の入外レセプトにおいて対応を行う。 2. 1レセプトで公費が5つ(マル長とレセプト請求する地方公費を含めて公費が5つ)となる場合の一例 ・主保険＋全国公費a＋地方公費a＋972 ・主保険＋全国公費b＋地方公費b＋972 この2つの保険組み合わせを使用して算定 (総請求点数は主保険の負担割合相当額が10000円を超える点数(特記事項に02長が記載される点数)であること) 3. システム管理2005(レセプト総括・印刷情報)で主科設定がされている場合、オンライン又は一括バッチで主科情報を取得する際の種別対応も行う。(「不明分」とならないよう対応)	R3.9.27

Copyright(C)2021 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
11	support 20210908-014	三者併用レセプトの一部負担金について教えてください。 レセプトを添付しております。 主保険:後期高齢者 第一公費:PCR検査(28343507) 第二公費:難病(54346010) 第三公費:障害(91340083) レセプトの一部負担金の表示なのですが、上の再掲に第一、第二公費の合計の負担金が表示されます。 こちらはもう、一部負担金の金額編集で編集していただくしかないのでしょうか？	以下事例のレセプト記載が正しくなかったので修正しました。 事例:入院 後期高齢、093PCR検査、054難病、広島県地方公費291 入院料:後期高齢＋291 診療行為入力:後期高齢＋093＋291　請求点数1500点 後期高齢＋054＋291　請求点数 133点 このケースで、レセプト保険欄の括弧再掲が(1,630)と記載される不具合がありましたので、2段で (1,500) (　130)と記載されるよう修正しました。	R3.9.27
12		資格確認・受診日等・窓口負担額レコードのレセプト電算記録対応 令和3年9月診療分以降のレセプト電算記録(医保)において、新たに追加された資格確認・受診日等・窓口負担額レコードの記録対応を行いました。 1. 令和3年9月診療分以降のレセプト電算記録(医保)において対応を行います。(入外) 2. 資格確認・受診日等・窓口負担額レコードの記録は、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)の仕様に準拠します。 (1)資格確認(SN)レコードは、1レコード記録する。(主保険がある場合のみ記録を行う) (2)受診日等(JD)レコードは、1レコード～最大5レコード記録する。(主保険及び公費1～4毎に1レコード記録する) (3)窓口負担額(MF)レコードは、1レコード記録する。 3. 各レコード内の記録内容については、レセプト電算処理システム電子レセプトの作成手引きを参考とした。		R3.9.27
13		同じ開始日の公害保険を複数登録し、同一診療年月にレセプトを作成したとき、請求管理が入院、入院外でそれぞれ一件しか作成されていませんでしたので修正しました。		R3.11.24

Copyright(C)2021 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 20211110-020	保険別請求チェック明細表のある患者さんの保険組み合わせの出かたが、同じ入力方法をしているのに7月と10月診療で異なります。 後期高齢保険とPCRとマル障の組み合わせで7月の公費の出かたは10000円とPCR検査分の600円の10600円になっていますが10月分はなぜか同じ保険組み合わせなのに18600円と8000円多く出ています。 正しい数字は10600円だと思うのですがなぜ数字が変わってしまったのかを教えていただけますでしょうか。	以下事例のレセプト保険欄一部負担金が正しい金額で記載されていませんでしたので修正しました。 ・主保険＋地方公費＋長期 ・主保険＋全国公費＋地方公費 で算定(地方公費は、請求書で請求する地方公費の場合) 事例:外来 後期高齢、093PCR検査、福島県地方公費146、マル長 診療行為入力:後期高齢＋146＋972　請求点数34883点 後期高齢＋093＋146　請求点数　600点 <レセプト> (600)　(600) 後期　35483　18600 → 10600(ここの金額記載) 093　600　0	R3.11.24
15	request 20190823-001	H30.2より労災保険にて診療を継続中の患者様 毎月患者様へ休業証明をお渡ししている。 休業証明のみの月があるため、その場合は証明日が反映するように期限を切り、保険追加している。 療養は継続中の為、保険追加をするのが面倒であるし、番号等の誤りの元になる。 そもそも療養は継続中なのだから、そのような操作を行わなくても、システムコードで休業証明用の日付を反映するように実装願いたい。	労災・自賠責保険レセプトで、文書料のみ請求する場合の療養期間記載について記載方法を見直しました。(令和3年4月診療分以降のレセプト) 詳細については別途資料を参照してください。 ※要マスタ更新	R3.12.22

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	request 20200831-001	10月診療分より「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」を算定している場合、 850100143　初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 842100047　直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);****** 830100099　睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);****** 850100144　睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 830100100　算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);****** この中で、初回の指導管理年月日や、睡眠ポリグラフィー実施年月日について、自動記載されるようにならないでしょうか？ 所見や自覚症状、低呼吸指数などの記載内容は、医師に確認しなければ分らないような内容なので、医師に疑義照会をかけて、帰ってきた内容を後で手入力する形になるとは思いますが、初回指導日は、実施年月日が自動記載されると手間が半減できるように思います。	令和4年2月診療分以降を対象としてレセプト処理時に在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の選択式コメントを自動記載するようにしました。 1.「114040710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1」又は、「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の算定がある場合、レセプト摘要欄に、該当指導管理料の初回の指導管理年月日を「850100143 初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)」のコメントで自動記載する。 ※同一剤に「850100143」のコメント入力がある場合は自動記載しない。 2. 令和4年2月診療分以降に「114040710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1」又は、「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」を算定した場合、「850100143 初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)」のコメントは「(K98)診療行為一覧選択サブ」画面に表示しない。 ※要マスタ更新	R4.1.26
17		経口抗ウイルス薬の診療行為入力を事例のように行った場合、レセプト特記事項に「11薬治」が自動記載される不備がありましたので修正しました。 事例: (薬評)の剤に、ウイルス薬を入力し、投薬に関してのコメント入力を行ったケース .211 820000094 (薬評) 059xxxxxx ラゲブリオカプセル200mg 810000001 ○○○○○		R4.2.2

Copyright(C)2021 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	ncp 20220128-026	1/26パッチ提供分にある「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬の対応について」です。 1007訂正時の展開（処方料）：展開しない 院内処方 「21診療行為」画面 .210　　内服薬剤 820000094　（薬評） 059000001△8　ラゲブリオカプセル200mg　（カナ名称にコロナトクレイ） Y02001*5　　1日2回朝夕食後に .241　　内服調剤料 120000710　　調剤料（内服薬・浸煎薬・頓服薬） .250　　処方料 120001210　　処方料（その他） と入力。レセプト摘要欄を確認すると 80　＊（薬評） ラゲブリオカプセル200mg　　と表示されました。 正しくは（21）欄に記載ですが、これは資料にあるように院内処方の場合、診区.211内服薬剤（院内処方）で入力しないと今回のプログラムが対応されない、ということでしょうか？ また、059から始まるコードでラゲブリオカプセル200mgを登録しますが、その時カナ名称に「コロナトクレイ」と入力しないで登録した場合、上記のように院内処方で診区.210内服薬剤で入力するとレセプトは 21　＊（薬評） ラゲブリオカプセル200mg　　と表示されました。 これはなぜでしょうか？	診療行為入力では[.210]で入力された剤が0点の場合は、院外分としての取り扱いとなりますが、レセプト処理では院内分としての取り扱いとなっており、以下事例の場合、入力内容をレセプト記載していましたので、記載しないよう修正しました。（令和4年3月診療分以降で修正） 事例1：(薬評)の剤に経口抗ウイルス薬でない医薬品を入力した場合 （カナ名称の先頭が「コロナトクレイ」ではない医薬品） .210 820000094　（薬評） 059xxxxxx　エフピー錠2．5 ※摘要欄へ記載しないよう修正 特記事項欄に「11薬治」を自動記載しないよう修正 事例2：コメントのみの剤 .210 810000001　コメント1 810000001　コメント2 ※摘要欄へ記載しないよう修正	R4.2.24
19	児童保護　コロナ軽症	主保険なしの児童保護、PCR検査、コロナ軽症のレセプトにて、それぞれ公費単独の保険組合せで入力していても、レセプトが1枚にまとまらず、児童保護で1枚、PCR検査とコロナ軽症の併用で1枚と、別々に作成されます。	入院外のレセプトについて、主保険なしで児童保護、PCR検査、コロナ軽症のそれぞれ公費単独の保険組み合わせを使用した場合にレセプトを1枚にまとめるようにしました。 また、主保険なしで児童保護、コロナ軽症のそれぞれ公費単独の保険組み合わせを使用した場合も1枚にまとめるようしました。	R4.2.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
20	support 20220201-040	「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」を算定するより以前に「114009710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」を算定していた場合、自動記載される日付が「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の日付を引いてきているようです。 以前は手入力をしていたため問題ありませんでした。 「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の日付は意図しないものなので「114009710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」の日付を引いてくる方法がないか、もしくは自動記載できないように設定はできないでしょうか。	令和4年1月26日提供のパッチで、令和4年2月診療分以降を対象として「114040710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1」又は、「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の算定がある場合、レセプト摘要欄に、該当指導管理料の初回の指導管理年月日を「850100143 初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)」のコメントで自動記載するよう対応しましたが、過去に「114009710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」の算定がある場合は、「114009710」の初回の指導管理年月日を自動記載するよう修正しました。 尚、「850100143」のコメント自動記載は剤の最終行に行います。	R4.2.24
21	ncp 20220301-015	愛知県国保連合会より、日レセから出力している紙レセプトの枝番の番号の記載位置が誤っており、正しくは明細書記載要領に記している通り『枝番は「(枝番)」の後ろに記載すること』となっているため、2月診療分より返戻の対象とすると、対象の医療機関へ個別に電話連絡がありました	医保レセプト及び続紙の枝番を「(枝番)」の後ろに記載するように変更しました。 システム管理「1038 診療行為機能情報」「1043 会計照会機能情報」でリアルタイムプレビュー時のレイアウト設定を「1一画面表示」と設定している場合の表示についても変更しました。	R4.3.14
22	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)前回算定年月の自動記載	令和4年2月以降のレセプトについて、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2と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)を同一剤で入力した場合、[850100145 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)前回算定年月]が自動記載されないとのお問合せがありました。 2月以降、管理料のコメント[850100143 初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧…]は自動記載ですが、これを手入力した場合は[850100145]は自動記載されました。	「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」と 「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)」 を同一剤で算定した場合、「850100145 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)前回算定年月」が自動記載されない不具合がありましたので修正しました。	R4.3.24

Copyright(C)2021 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 20220401-090	第3公費の紙レセの表示について確認です 2006レセプト特記事項編集情報設定にて添付画面キャプチャの通り設定していますが第1・第2公費には設定どおり 負担者番号81230005 受給者番号9999996 であがりますが、第三公費の場合添付レセプトの通り患者登録で入力している負担者番号・受給者番号が印字されます 負担者番号(81) 受給者番号(12345678) こちらは第三公費には対応していないということでしょうか	紙レセプトの摘要欄に記載する第3公費、第4公費について、レセプト特記事項編集情報の負担者番号、受給者番号の設定があるときの対応が漏れていましたので修正しました。	R4.4.25
24	support 20220407-013	自賠責レセプト(OCR様式)について質問です。 (1)検査のBNPとNT-proBNPを同会計内で算定した場合のレセプト記載 「内分泌的検査(2項目)」と記載されます。(1項目)が正しいのではないでしょうか。 (2)OCR様式の続紙の摘要欄 続紙の摘要欄が正しく記載できない場合があります。 注射薬を1銘柄削除すると正しく記載されます。1剤の明細数に制限があるのでしょうか。	自賠責(新様式)－OCR様式のレセプト作成で、以下の不具合がありましたので修正しました。 (事例1) 「160162350 BNP」と「160181250 NT－proBNP」を算定した場合、 60＊内分泌学的検査(2項目) BNP 検査実施　○○日 ＊内分泌学的検査(2項目) NT－proBNP 検査実施　○○日 現在、(△項目)の記載が(2項目)となっており、(1項目)で記載されるよう修正しました。(入外) (事例2) 1剤50明細までの診療行為入力が可能となっていますが、1剤のレセプト摘要欄の記載が100行を超える場合、101行目以降の記載が正しくできていませんでしたので修正しました。(外)	R4.5.25

Copyright(C)2021 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
25	特記事項 14制超	以前は検選、リハ選、精選のコメント入力時に特記事項[14 制超]が自動記載されていましたが、現在のコードで自動記載の対応をおこなう予定はありますでしょうか。	「830100457 検選;」「830100372 リハ選;」「830100534 精選;」のいずれかを診療行為入力した場合、レセプト作成処理で特記事項欄に「１４制超」を自動記載するよう対応しました。	R4.5.25
26	ncp 20220509-064	入院レセ作成の際に「入院料加算の保険組合せ確認」のエラー表示にて入院レセが作成できません 対象患者の状況はコロナ陽性患者で透析もされており、療養病棟入院料は「主保険＋28コロナ軽症」で算定し、入院料加算「190167970慢性維持透析加算」は「主保険」で算定されています 透析に関連する点数はコロナ軽症に関係がないため、主保険での算定になることで間違いないのではないかという医療機関の判断です	主保険＋028(感染症入院)で入院料を算定 主保険単独で「190167970 慢性維持透析管理加算(療養病棟入院料１)」を診療行為入力した場合、入院レセプト作成処理(仮収納データ作成)で「入院料加算の保険組合せ確認」のエラーとなっていたため、エラーとならないよう修正しました。 又、退院登録の際もエラーとなっていたため、エラーとならないよう修正しました。	R4.5.25
27	ncp 20220509-064	入院レセ作成の際に「入院料加算の保険組合せ確認」のエラー表示にて入院レセが作成できません 対象患者の状況はコロナ陽性患者で透析もされており、療養病棟入院料は「主保険＋28コロナ軽症」で算定し、入院料加算「190167970慢性維持透析加算」は「主保険」で算定されています 透析に関連する点数はコロナ軽症に関係がないため、主保険での算定になることで間違いないのではないかという医療機関の判断です	・4/14-4/23 主保険＋028(感染症入院)で入院料を算定 4/24-4/30 主保険単独で入院料を算定 ・4/14-4/30 主保険単独で以下の加算を診療行為入力 「190167970 慢性維持透析管理加算(療養病棟入院料１)」、又は 「190242610 慢性維持透析管理加算(有床診療所療養病床入院基本料)」 このケースの場合、入院レセプト作成処理(仮収納データ作成)で「入院料加算の保険組合せ確認」のエラーとなっていたためエラーとならないよう修正しました。 又、退院登録の際もエラーとなっていたため、エラーとならないよう修正しました。	R4.6.27

Copyright(C)2021 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	ncp 20220610-004	時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算の選択式コメントについてお尋ねします。 先月のパッチ提供で新しい選択式コメントが自動入力されるようになりましたが、レセプトで確認すると上記コメントとは別に「検査日〇日」の記載があります。 6月以降のレセプトには検査日が重複して記載されるということになるのでしょうか。 それとも今後「検査日〇日」のコメントは削除される予定なのでしょうか。	2022年6月診療分以降は 160000210 時間外緊急院内検査加算については 853100001 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)を 170016010 時間外緊急院内画像診断加算については 853100003 撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算) を診療行為入力時に自動発生していますので、2022年6月診療分以降の紙レセプトには検査日△日の自動記載をしないよう修正しました。 ※この検査日はレセ電には記録を行っていない為、紙レセプトのみの修正となります。	R4.6.27
29	request 20211011-001	紙レセプトで点検している同環境下の医療機関様からもお問い合わせをいただいております。 小児科外来診療料、院内トリアージ、二類感染症加算を算定しているレセプトを見ると摘要欄への記載が ＊二類感染症患者入院診療加算(外来診療) ＊小児科外来診療料 乳幼児感染予防策加算 ＊院内トリアージ と表示されていますが、入力した順と同じ記載順になりませんか？ レセプト点検時に見づらいです。	診療区分13，14の紙レセプト記載順について修正しました。 1．現状の診療区分13，14の記載順は、表用番号・公表順序番号、剤点数、剤番号の昇順 注)表用番号・公表順序番号は、剤の先頭コード(コメント及びシステム予約コードを除く)の点数マスタの数値。剤の先頭コードが医薬品及び特定器材の場合は、記載順を手技料や加算より後にするため、表用番号・公表順序番号の数値を大きな数値に変更している。コメント及びシステム予約コードのみの剤の場合は、数値はゼロになる。 2．剤の先頭コード(コメント及びシステム予約コードを除く)の点数マスタの告示等識別区分2が「7」(加算項目)、かつ、コード表用番号の区分が「A」の場合、記載順を手技料より後にする。 3．現状、上記対象の診療行為コードは以下の2コード 「113033650 二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)」 「113044350 二類感染症患者入院診療加算(電話等診療・臨取)(重点措置)」	R4.6.27

Copyright(C)2021 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 20220616-018	入院診療行為で入力した労災・病衣がレセプト電算データに記載されない	労災レセ電データの記録(入院)で、病衣貸与料が記録されない不具合がありましたので修正しました。 (紙レセプトには記載あり) 条件 1. 入院料が診療区分92に集計する入院料 2. 検査の判断料がある 3. 紙レセプトで説明すると、検査の判断料の下が 　診療区分92の記載となるレセプト この場合に、病衣貸与料が記録されていませんでした。	R4.6.27
31		「令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」より 廃用症候群リハビリテーション料の初期加算の疾患名コメントコード「830100799 疾患名(初期加算);」が新設されたため、診療行為入力で、廃用症候群(早期・初期)リハビリテーション加算開始日(システム予約コード)と同一剤に、疾患名のコメント入力を行った場合、令和4年4月診療分以降は上記コメントコードを自動記載するよう対応しました。 算定履歴ーコメント(F8)で入力された場合も同様に、令和4年4月診療分以降は上記コメントコードを自動記載するよう対応しました。 これまでは「830100531 疾患名(早期リハビリテーション加算);」を自動記載していました。		R4.6.27

Copyright(C)2021 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	request 20210610-001	精神科デイケアとデイケアの早期加算を毎日算定している医療機関になります。 精神科デイケアに関しては初回日を算定履歴にて登録すると自動でレセプト記載されますが、早期加算については初回日が自動記載されません。 現状医院では、初回日リストを別作成し、手入力しています。 DO入力をお勧めしましたが、電子カルテ使用の医療機関になるため消し込み作業が負担になるそうです。 デイケア早期加算の初回日について自動記載される機能を要望させていただきます。 レセプト処理時に、精神科デイ・ケア等早期加算の選択式コメントを自動記載する。(令和4年7月診療分以降のレセプト) 1.「180033370 早期加算(精神科ショート・ケア)」 「180033470 早期加算(精神科デイ・ケア)」 「180036270 早期加算(精神科ナイト・ケア)」 「180036370 早期加算(精神科デイ・ナイト・ケア)」 上記精神科デイ・ケア等早期加算を算定した場合、レセプト摘要欄に精神科デイ・ケア等早期加算の初回算定年月日を「850100247 初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算)」のコメントで自動記載します。 ※同一剤に「850100247」又は「850100248」のコメント入力がある場合は自動記載しません。	2. 自動記載する初回算定年月日について 現状、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」を診療行為入力(算定履歴でも可)することで、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・ケアの初回算定年月日コメントの自動記載を可能としていますが、上記精神科デイ・ケア等早期加算を算定した場合、その日を初回算定年月日として自動記載します。 3. 令和4年7月診療分以降に、上記精神科デイ・ケア等早期加算を算定した場合、「850100247 初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算)」のコメントは(K98)診療行為一覧選択サブに表示しません。 ※要マスタ更新	R4.6.27
33		別表2診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(薬価基準)における、院外投薬分のレセプト自動記載について対応しました。 なお、8月診療分以降での対応となりますのでご留意ください。 詳細は別途資料を参照してください。		R4.7.26

Copyright(C)2021 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	support 20220701-033	【622629001 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」】 の医薬品マスタの選択式コメントである 【850600062 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラス; 年 月 日】 のマスタについてなのですが、入力コード欄に実施年月日を入力しても入院レセプトだと記載が切れてしまう旨、医療機関様よりお問合せがございました。 ※外来レセプトに関しては問題なく記載されております。 レセプトの記載だけでなく、レセ電コードにも載ってこない状態です。 本件、対応は予定されていますでしょうか？	【修正前】 レセプト: 33＊トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 1瓶 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラス;令和 4年 5 1912× 1 レセ電: IY,33,1,622629001,1,1912,1,810000001,HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラス;令和 4年 5,,,,,,(略)	R4.7.26
		入院点滴で以下事例の診療行為入力を行った場合、コメントの記載(記録)が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (コメント内容が40文字を超える場合) 診療行為入力例 .330 622629001 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 850600062 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与) (トラス;令和 4年 5月 1日	【修正後】 レセプト: 33＊トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 1瓶 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等);令和 4年 5月 1日 1912× 1 レセ電: IY,33,1,622629001,1,1912,1,850600062,5040501,,,,,,(略) ※入院点滴のコメント記録はフリーコメントに置き換えて記録していましたが、修正後はフリーコメントに置き換えません。	
35	ncp 20220705-041	先月5.2.0にバージョンアップしたら、主科設定した後に主科まとめ入力画面から変更できないとご連絡をいただきました。 5.1.0の時、主科まとめ入力画面で患者を選び主科を内科から婦人科へ変更すると「入力科」に婦人科のコードが記載される。 5.2.0の時、主科まとめ入力画面で患者を選び主科を内科から婦人科へ変更すると「選択された主科は診療がありません。更新しますか」と表示され、OKを押下しても「入力科」に何も表示されません。訂正診療で科を変更してから行っています。なので診療は婦人科でしています。	「42 明細書」の「R97 主科まとめ入力」で対象の診療年月に該当患者の診療がない診療科を主科で選択したときに、「選択された科は診療がありません。更新しますか。」で「OK」を選択しても入力科が変更されませんでしたので修正しました。	R4.7.26

Copyright(C)2021 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 20220704-047	1日目 再診料 明細書発行体制等加算 時間外対応加算1 地域包括診療加算1 外来感染対策向上加算(再診) 連携強化加算(再診) 夜間・早朝等加算(再診) 2日目 再診料 明細書発行体制等加算 時間外対応加算1 地域包括診療加算1 のように、日ごとに算定項目が異なる等により、点数が異なる場合、レセプトの12再診欄には、 　×2回　217点 のように、×の左側は空欄とするのが正しい記載となりますが、現状、地域包括診療加算1または地域包括診療加算2の算定がある場合に、 113×2回　217点 と記載されております。 正しい記載となるようご対応いただけないでしょうか。	記載すべきでないケースで記載される不具合がおきていましたので修正しました。 診療行為入力事例: ＜1日＞ .120 112007410　再診料 112015570　夜間・早朝等加算(再診) 112016070　時間外対応加算1 112015770　明細書発行体制等加算 112021770　地域包括診療加算1 112024370　外来感染対策向上加算(再診) 112024470　連携強化加算(再診) ＜2日＞ .120 112007410　再診料 112016070　時間外対応加算1 112015770　明細書発行体制等加算 112021770　地域包括診療加算1 外来感染対策向上加算(再診)と連携強化加算(再診)の(判定用)回数カウントがされず判定対象外となっていました。	R4.7.26
		外来レセプト 12再診欄「再診」の基本点数の記載については【再診料の回数】と【12再診欄「再診」に集計する各加算の回数】が全て一致している場合は記載し、1つでも不一致なものがあれば記載しないこととしていますが、再診料の剤の明細が5つを超える場合、6つ目以降の加算の(判定用)回数カウントがされておらず、正しい判定がされていませんでした。	修正前:再診　113×2回　217 修正後:再診　　×2回　217	

Copyright(C)2021 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	request 20211129-001	2005レセプト総括印刷情報＞受付エラーチェック区分:1チェックする 労災保険を2つ登録してある患者がいます。 例:0001　労災保険 短 　0002　労災保険 短 両保険共に労災自賠責保険入力画面にある「傷病の部位」は未登録。 保険組合せ0001のみ病名登録(保険適用欄で0001労災保険短選択済み)。 保険組合せ0002は病名未登録 R3.11.10　保険組合せ0001で診療内容を登録 R3.11.11　保険組合せ0002で診療内容を登録 「42明細書」で労災の一括作成を行いましたが、種別不明になりません。 外来版操作マニュアルを確認すると「レセプト電算時に受付エラーになるレセプトをチェックし種別不明にできます。」とあります。 問い合わせた所、現状は医保レセプトのみ対応とのことですが、労災もレセプト電算で請求します。 労災も医保レセプトと同じように種別不明になるよう対応をお願いします。	システム管理「2005レセプト総括印刷情報」の受付エラーチェック区分が「0 チェックしない」以外の設定の時、労災レセプト作成時に受付エラーチェックを行うようにしました。 1. システム管理「2005レセプト総括印刷情報」の受付エラーチェック区分が「0 チェックしない」以外の設定の時、対象病名なし、コメント未入力、単位コード未入力のチェックを行う。 2. システム管理「2005レセプト総括印刷情報」の受付エラーチェック区分が「0 チェックしない」の設定の時、チェックは行わない。 3. エラーとなった時はエラーメッセージをレセプトに記載し、種別不明分として作成する。 4. アフターケアは病名漏れのチェックは行わない。 5. 公務災害は受付エラーチェックは行わない。 6. 医保分と同様にレセ電作成を行わない場合も受付エラーチェックを行う。	R4.7.26
38		在医総管・施医総管の情報通信機器を用いた診療を行った場合の選択式コメントが別表1で以下のように変更になりました。 在医総管:「850100106」→「850100492」 施医総管:「850100107」→「850100493」 選択式コメント変更に伴い、これまで情報通信機器を用いた診療を行った場合に行っていた「850100106」及び「850100107」の自動記載は取り止めることとしました。 ※「850100492」及び「850100493」のコメントは診療行為入力時に (K98)診療行為一覧選択サブ画面で選択して入力ください。 ※要マスタ更新		R4.8.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	support 20220802-039	公務災害レセプトの「再診 点数欄」に記載する回数について、ご質問がございます。 対象は京都市の医療機関様が京都市の公務災害を扱うケースです。 レセプト記載例 【再診 点数欄】 再診　27×　2回　27 【摘要欄】　　時間外対応加算　3×　1 明細書発行体制加算　1×　1 再診料加算　23×　1 この再診の回数を2回ではなく1回で記載するためには、何か入力方法があるのでしょうか。 「再診料加算」を入力しない場合ですと、1回で記載されます。 提出先で回数を訂正するように指摘を受けられていますので、お教えくださると幸いです。	公務災害(労災準拠)の外来レセプトについて 以下の診療行為入力を行った場合の再診欄「再診」の回数記載を修正しました。 診療行為入力事例: .120 101120010　再診料 112015670　時間外対応加算2 112015770　明細書発行体制等加算 .120 101989030　再診料加算 レセプト(再診欄「再診」) 27×2回　27 ↓ 27×1回　27	R4.8.29
40	support 20220812-014	薬剤に対する選択式コメントのレセプト記載の件でお問い合わせがありました。 21診療行為画面で、 620005561　S【後】ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 820600107　F食事療法及び運動療法を3?6ヶ月間行っても改善されなかった(ベイ 830600081　　耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0．2等); 830600082　高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0．2等); 850600073　耐糖能異常と判断した年月日(ベイスン錠0．2等);　年　月　日　と入力したにもかかわらず、レセプト摘要欄の「80 その他」の処方箋料の下には、食事療法及び運動療法を3?6ヶ月間行っても改善されなかった(ベイスン錠0.等): 耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0．2等);の2つのみしか反映されない原因を知りたいとのことです。 高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0．2等); 耐糖能異常と判断した年月日(ベイスン錠0．2等);　年　月　日は反映されないものでしょうか？	院外投薬選択式コメントに関する自動記載対応について、 以下の院外投薬の診療行為入力を行った場合、 「830600082」と「850600073」のコメント内容が診療区分80に記載(記録)されませんでしたので記載(記録)するよう修正しました。 診療行為入力事例: .212 620005561 820600107 830600081 830600082 850600073	R4.8.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
41	support 20220816-010	湿布のコメントについてご教授お願いします。 (計〇回院外処方)のコメントがレセプトに自動表示されるようになったとお客様より問い合わせがありましたが、湿布の処方があっても表示されていない場合もあるようです。 8月診療分より自動表示されるという認識で間違いないでしょうか？ また、自動表示される条件としては院外処方で、湿布の処方があり、なおかつ「830100204湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤料);」の選択式コメントが入力されている場合に自動表示されるという認識でよろしいでしょうか？	「院外処方の湿布薬」と同一剤に「830100204」の入力を行った場合、「院外処方の湿布薬」と「830100204」の内容を診療区分80に記載(記録)していますが、令和4年8月診療分から(計△回院外処方)のコメントが最終行に付加されていましたので修正しました。 診療行為入力事例: .232 620007813 830100204	R4.8.29
42		10月新設分の看護職員処遇改善評価料について入院分レセ電データと入院EFファイルに単剤で記録するよう対応しました。(入院料加算と異なり外泊日についても算定可能であることから単剤での記録としています)		R4.10.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
43	後期高齢2割負担、入院レセプトに食事療養標準負担額が記載されない	後期高齢、2割負担の患者で療養病棟・生活療養を算定している場合10月分入院レセプトの摘要欄に、生活療養・食事標準負担額や生活・環境負担額が記載されなくなったとご連絡をいただきました。 こちらでもご指摘の事象を確認いたしました。 食事療養費や環境療養費は記載されますか、負担分金額の記載がされておりません。 （レセ電でも97でコードの記録がありません） 食事生活療養費欄の標準負担額欄は紙レセでは記載されていますがレセ電算では97の記録がないため0円となっています。	1．入院レセプト 後期高齢者2割の方で、入院時生活療養に係る食事療養・環境療養を算定した場合のレセプトについて、レセプト摘要欄に、生活療養食事療養標準負担額及び生活療養環境療養標準負担額が記載されない不具合がありましたので修正しました。 2．外来レセ電データ 後期高齢者2割の全てのレセ電データについて、保険者レコード（HOレコード）の職務上の事由に″2″が記録される不具合がありましたので修正しました。 3．入院レセ電データ 後期高齢者2割の全てのレセ電データについて （1）保険者レコード（HOレコード）の職務上の事由に″2″が記録される不具合がありましたので修正しました。 （2）診療行為レコード（SIレコード）の診療識別97の記録で、標準負担額のデータが記録がされない不具合がありましたので修正しました。	R4.10.28
44		以下の診療行為事例のように剤点数が0点となる場合のレセ電データについて点数の記録を省略していましたが、オンライン請求で「L3307 点数の記録が必要な箇所ですが、点数が記録されていません。」とエラー扱いになることから、点数に0を記録するよう修正しました。 例） 111014310　*S 初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器） 820100990　F オンライン診療の適切な実施に関する診療である（初診料） 111015470　（選）病床数が200以上の病院初診（186点減算） ※111015470のレコードに点数0を記録するよう修正 労災の入院外についても対応しました。 例） 112016210　*R外来診療料（同一日複数科受診時の2科目） 112026370　（選）病床数が200以上の病院再診（37点減算） ※112026370のレコードに点数0を記録するよう修正		R4.11.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	ncp 20221108-035	10月診療分以降の第三者行為の自賠責レセプトにおいて、再診料の金額欄が空欄になり、10診察の小計欄に集計されなくなりました。	令和4年10月診療分以降の第三者行為レセプト(外来)について、再診料等の金額(点数×点数単価)が12再診「再診」の金額欄と10診察の「小計」の金額欄に集計されない不具合がありましたので修正しました。	R4.11.28
46	support 20221109-017	医療機関様より以下の請求点数について返戻があった旨お問い合わせがありました。 療養介護と生活保護を併用する場合、レセの請求点数は第1公費の療養介護に反映、第2公費の生活保護は0点と表記されます。 しかしPCR公費を使用することにより、生活保護にも療養介護と同じ請求点数が反映されます。 返戻理由としては「療養介護か生活保護のいずれかに請求点数を記載し、もう一方は0点と記載すること。」 第3公費の生活保護を0点に変更することは可能でしょうか。	以下事例の医保入院レセプトで、012生活保護のレセプト請求点が[0]となるよう対応しました。 ・入院料:「(024療養介護又は079障害児施設)＋012生活保護」で算定(食事標準負担額が14880円未満となる場合) ・診療行為入力:「(024療養介護又は079障害児施設)＋012生活保護」と「093PCR検査」単独で算定 この場合、レセ電で診療行為レコード(SIレコード)を記録する際、食事を除き、「(024療養介護又は079障害児施設)＋012生活保護」の算定分は「(024療養介護又は079障害児施設)」単独の負担区分を記録します。	R4.11.28
47	ncp 20221108-033	「リハ選」の入力についてお尋ねいたします。 .800 8330100372 *143　リハ選;脳血管等リハビリテーション 2，350円 と入力を行った際に、レセプトには .800 リハ選;脳血管等リハビリテーション 2，350円×43 と印字されます。 入力する回数に上限はございますでしょうか。 143回としたい場合には、どのような入力を行えばよろしいでしょうか。	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合のレセプト対応 830100372 リハ選; 上記コメントコードで診療行為入力を行った場合、入力されたコメントの末尾に回数を自動記載しますが、2桁までの回数記載としていましたので修正しました。 (入力例) .800 8330100372 *143　リハ選;脳血管等リハビリテーション 2，350円 80*リハ選;脳血管等リハビリテーション　2，350円 ×43 ↓ 80*リハ選;脳血管等リハビリテーション　2，350円 ×143	R4.11.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
48	別表2 選択式コメント記録	別表2の選択式コメント記録方法について、エムガルティ皮下注シリンジやミカトリオ錠などで4つ以上の選択式コメントを入力した場合、3つまではIYレコード内に記録されますが、残りの1つがIYレコードの上の行に記録されるとの問合せがありました。 SI,31,1,130000510,,22,1,,,

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		レセプト請求する地域公費のレセプト保険欄－一部負担金金額記載(記録)について、配慮措置計算での金額記載(記録)を可能としました。(外来) 1. システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」のレセ(2)に保険欄－一部負担金記載(後期2割)の設定項目を追加する。 ・「左側の設定内容」 0 一般区分計算での金額記載(記録)とする 1 配慮措置計算での金額記載(記録)とする ・「右側の設定内容」 0 レセプト請求分全て ※デフォルト設定は【左0, 右0】とする。 2.「後期高齢2割＋地域公費a」又は「後期高齢2割＋地域公費a＋地域公費b」の保険組み合わせで算定した場合において、地域公費aがレセプト請求する地域公費であり、かつ、地域公費aの保険番号で上記設定項目が「1」で設定されてある場合、レセプト保険欄－一部負担金金額記載(記録)は、配慮措置計算での金額記載(記録)とする。 ※配慮措置計算:「6,000円＋(医療費－30,000円)×0.1」		R4.11.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50		新設された労災初診料コード「101110060 初診料(文書による紹介がない患者)(同一日複数診療科受診)」について対応しました。 レセプト摘要欄記載 ・101110060と同一剤に、830100002「2つ目の診療科(初診料);」コメント を自動記載します。 ・「複数診療科受診」コメントを自動記載します。 (例) ＊初診料(文書による紹介がな い患者)(同一日複数診療科 受診) 2つ目の診療科(初診料); 整形外科　　0×　1 ＊複数診療科受診 内科 1日 整形外科　1日 レセ電記録(RIレコード) (例) RI,11,101110050,,,1820,1,,,,,,1,(省略) RI,11,101110060,,,0,1,830100002,整形外科,,,,1,(省略)		R4.12.26
51	support 20221220-006	後期高齢者1割の方で、船員保険職務上の登録がある方ですが、R4.10月分を請求した所、社会保険診療報酬支払基金より、「特記事項の不備です。船員保険の方です。特記事項記載不要かと思われますので、ご再調下さい。」と返戻されました。 船員保険分は、特記事項「29区エ」が自動記載されています。 ※後期高齢分は、特記事項「42区キ」の記載になっているので問題はありませんでした。 今回の返戻分は手書き対応出来ますが、船員保険職務上で受診がある12月診療分以降の請求について、特記事項を自動記載しないようにするにはどの様に処理したら宜しいでしょうか。	後期高齢年齢(75歳以上)の船員保険(補助区分A～I)のレセプトについて、特記事項(26区ア～30区オ)を記載(記録)しないよう修正しました。 又、患者登録についてですが、後期高齢年齢(75歳以上)の船員保険登録時の補助区分に、2割の補助区分を含めるよう対応しました。	R5.1.30

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	kk 67663	主保険:後期高齢者 第一公費:PCR検査(28231504) 第二公費:コロナ軽症(28230605) 第三公費:マル福(89231005) レセプトの一部負担金の表示ですが、第三公費の負担金が表示されません。 また、第二公費の負担金も正しく計算されていません。 一部負担金の金額編集で編集していただくしかないのでしょうか。 第3公費及び第4公費の公費給付対象額計算対応を行いました。 又、レセプト保険欄に金額記載(記録)が必要となるレセプトの第2公費以降の公費給付対象額について、全国公費・地域公費に関わらず、無条件に記載(記録)する対応も行いました。 1. いずれについても、令和5年1月診療分以降の入外レセプトを対象とします。 2.「第3公費及び第4公費の公費給付対象額計算対応」の対象保険組み合わせについて ※(　)の公費は必須ではない (1)「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが2つある以下のケース ＜ケース1＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋地域公費a ＜ケース2＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋地域公費a＋マル長 ＜ケース3＞ 主保険＋全国公費a 主保険＋全国公費b 主保険＋マル長	(2)「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが3つある以下のケース ＜ケース1＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a) ＜ケース2＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a) 主保険＋地域公費a (3)「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが2つあり、かつ、全国公費併用分の保険組み合わせにマル長が含まれている以下のケース ※全国公費a、全国公費bの保険組み合わせのうち、少なくとも1つにマル長が含まれているケース ※全国公費a、全国公費b、マル長は該当月1日以前から適用 ＜ケース1＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋地域公費a ＜ケース2＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋地域公費a＋マル長 ＜ケース3＞ 主保険＋全国公費a＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(マル長) 主保険＋マル長 (4)「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが3つあり、かつ、全国公費併用分の保険組み合わせにマル長が含まれている以下のケース ※全国公費a、全国公費b、全国公費cの保険組み合わせ	R5.1.30

Copyright(C)2021 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
		のうち、少なくとも1つにマル長が含まれているケース ※全国公費a、全国公費b、全国公費c、マル長は該当月1日以前から適用 ＜ケース1＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a)＋(マル長) ＜ケース2＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋地域公費a ＜ケース3＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a)＋(マル長) 主保険＋地域公費a＋マル長 ＜ケース4＞ 主保険＋全国公費a＋(マル長) 主保険＋全国公費b＋(マル長) 主保険＋全国公費c＋(マル長) 主保険＋マル長 (※)想定していない保険組み合わせについて ＜ケース1＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a) 主保険＋地域公費a＋マル長	＜ケース2＞ 主保険＋全国公費a 主保険＋全国公費b 主保険＋全国公費c 主保険＋マル長 ＜ケース3＞ 主保険＋全国公費a＋(地域公費a) 主保険＋全国公費b＋(地域公費a) 主保険＋全国公費c＋(地域公費a) 主保険＋全国公費d＋(地域公費a) 3.「第3公費及び第4公費の公費給付対象額計算対応」の対象保険組み合わせについて、公費給付対象額の計算結果を元に、レセプト保険欄に金額記載(記録)が必要となるレセプトかどうかの判定を行います。 4. レセプト保険欄に金額記載(記録)が必要となるレセプトの第2公費以降の公費給付対象額を無条件に記載(記録)するため、令和5年1月診療分以降のレセプト作成処理において、システム管理2010(地方公費保険番号付加情報)の以下の設定項目は「1　記載(記録)する」が設定されてあるものとしての取り扱いをします。 ・レセ(3)－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) 主＋全＋地　　(分点なしの場合) 主＋全＋地＋長　(分点なしの場合) ・レセ(4)－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) 主＋全＋地　　(分点なしの場合) 主＋全＋地＋長　(分点なしの場合)	

Copyright(C)2021 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 20230207-055	令和5年1月診療分より添付レセプトにおいて、レセプト療養の給付欄の一部負担金欄に再掲上、再掲下の括弧書きが記載されるようになりました 添付レセプトの保険/公費詳細 ・後期(1割) ・015更生(自己負担上限5000円) ・189マル福 ・マル長(10000円) 同条件で令和4年12月診療分のレセプトには括弧書きが記載されないため2023/1/30パッチ対応、管理番号:kk67663によるものと思われますが、以下2点質問です ①保険と公費(今回だと第2、3公費)が同点数の場合でも括弧書きの記載は必要でしょうか ②添付レセプトで括弧書きを記載した場合再掲下は(5000)となるのが正しいと愛知県国保連合会に確認しましたがこれは正しい動作でしょうか 透析医療機関では上記の公費を使用した対象患者が多いためこのままレセを提出して問題ないかの確認です	(※) ・レセ(3)－保険欄の括弧再掲(下)記載(高齢者) 主＋全＋地　(分点なしの場合) 主＋全＋地＋長　(分点なしの場合) ・レセ(4)－保険欄の括弧再掲(下)記載(70歳未満) 主＋全＋地　(分点なしの場合) 主＋全＋地＋長　(分点なしの場合) 【補足】 地域公費で、分点が無い場合も括弧再掲記載(記録)を行いたい場合は「1　記載(記録)する」で設定を行ってください。 (例)外来(R5.2月診療分レセプト) ・後期高齢1割(一般所得者) ・015更生(月上限額:10000円)、180地域公費(患者負担なし) (180地域公費のシステム管理2010の上記の設定項目は「0」) ・後期高齢＋更生＋地域公費でのみ診療行為入力(請求点数:20000点)	R5.2.27
		レセプト保険欄に金額記載(記録)が必要な公費2併用レセプトの括弧再掲記載(記録)について、R5.1.30のパッチ提供で、R5.1月診療分以降のレセプトを対象として、全国公費・地域公費に関わらず、無条件に括弧再掲記載(記録)を行う対応をしましたが、以下の点について修正しました。 1. 分点が無い場合は、括弧再掲記載(記録)を行わないよう修正しました。 2. 1の修正に伴い、システム管理2010の以下の設定項目(※)については、「1　記載(記録)する」が設定されてあるものとしての取り扱いをやめました。	=== 公費2併用レセプト === (18000) (　0) 20000　18000　→　18000 10000　10000	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54	support 20230217-028	12月に、 国保＋障がい(大分地域公費184)＋マル長の保険組み合わせ 国保＋公費(PCR、コロナ軽症)＋障がい(大分地域公費184)＋マル長の保険組み合わせで算定したところ、レセプトの自己負担金額欄に (600) (2040) 10000と表示されていたそうです。 1月に低所得2に該当する健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を持ってこられて、開始日がR4.12.1になっていたそうなのですが、12月は既に健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証が無い状態で処理・請求をしていたので患者さんとの支払いも理解の上済ませ、登録画面での所得者情報には健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証に記載のと折り R4.12.1で入力したそうです。 ただその後確認のため、12月の収納情報を一括再計算をすると、レセプトへの記載が変わり、自己負担金額欄が空欄になってしまったため、所得者情報の低所得2欄の認定日をR5. 1. 1に変更し、再度収納での一括再計算を行いましたが、元に戻らないため、どうすれば元に戻せるかとの問い合わせがありました。	R5.1.30のパッチ適用後、R4.12月診療分以前のレセプト作成で、以下事例のレセプト保険欄の記載に不具合がありましたので修正しました。 事例:R4.12月診療分、前期高齢2割、一般所得 ・国保＋大分県地域公費184＋972　請求点数:42206点 ・国保＋093＋大分県地域公費184＋972　請求点数:300点 ・国保＋094＋大分県地域公費184＋972　請求点数:1018点 <R5.1.30のパッチ適用前>　R4.12月診療分の上記レセプト (600) (2040) 43524　10000 300　0 1018　0 <R5.1.30のパッチ適用後>　R4.12月診療分の上記レセプト 43524 300　0 1018　0 ※<R5.1.30のパッチ適用前>のレセプト記載となるよう修正しました。	R5.2.27

Copyright(C)2021 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
55	support 20230227-034	主保険＋マル長＋公費で診療を行った患者様の一部負担金の記載についてお問い合わせがございました。 医療機関様該当の都道府県では、同一月に主保険＋公費＋マル長と主保険＋マル長が混在する場合、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記載するようご指摘があり、システム管理2010マル長タブにて 972(長期)でレセプト保険欄一部負担金記載(負担金計算0設定時)「1患者徴収額と主＋公＋長の公費負担額の合算額を記載」へ設定させていただきました。 公費の種類 093 PCR検査との併用の際、PCR検査の適用期間を月途中開始～月途中終了で登録を行うと、正しく表示されず、1日～月末で登録すると、かっこ書き及び一部負担金欄に正しく表示されるようです。 システム管理2010マル長タブにて 972(長期)を行っていない場合は、公費の登録においては月途中開始ではなく、1日～月末で登録を行う必要があるのかご教示ください。	公費の種類「972 長期高額療養費」で、システム管理2010(マル長タブ)を ・負担金計算(主＋長)＝「0」 ・レセプト保険欄一部負担金記載」＝「1」 で設定した場合のレセプト記載に不具合がありましたので修正しました。 事例:外来 2/ 1:後期高齢1割＋972長期　　請求点数11381点 2/15:後期高齢1割＋972長期　　請求点数 194点 〈複数科保険入力〉 後期高齢1割＋093PCR検査＋972長期 請求点数444点 2/16:後期高齢1割＋094コロナ軽症＋972長期 請求点数449点 ※公費の適用開始日は1日で登録 レセプト (440) (440) (450) (450) 12468 10000 → 10890 444 0 0 449 0 0 ※主＋公＋長の保険組み合わせが2種類ある場合、レセプト保険欄に患者徴収額と主＋公＋長の公費負担額の合計額が記載されていなかった。 又、2/15の(K03)診療行為入力－請求確認画面(右下部)に、不要なメッセージを表示(★★ 収納業務で一括再計算を行ってください ★★)していましたので表示しないように修正しました。	R5.3.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
56	kk 79938	2023年1月30日提供のパッチにて保険欄一部負担金の記載対応がされ、2023年2月27日提供のパッチにて分点のない場合のレセプト記載(しない)対応が行われましたが、広島県の国保連合会より、分点がある場合も再掲下の記載は必要ないため、返戻されるとの連絡があったとのこと。 現状、分点がある場合の再掲下を記載させない設定などがないため、透析医療機関において、2月診療分のレセプトの対応に困られています。 2023年1月30日提供のパッチで、令和5年1月診療分以降のレセプトのうち、「保険欄に金額記載(記録)が必要なレセプト(分点が有る場合)」を対象として、全国公費・地域公費に関わらず無条件に括弧再掲を記載(記録)する対応を行いましたが、括弧再掲の記載(記録)が不要な地域公費がありましたので、地域公費の「括弧再掲を記載(記録)しない」を可能としました。 1. システム管理2010について (1)レセ(3)タブ－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)に「2 記載(記録)しない」を追加しました。又、「0」の文言を修正しました。 「0 記載(記録)しない」 ↓ 「0 記載(記録)しない【2023年1月以降は、記載(記録)する】」	(2)レセ(4)タブ－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)に「2 記載(記録)しない」を追加しました。又、「0」の文言を修正しました。 「0 記載(記録)しない」 ↓ 「0 記載(記録)しない【2023年1月以降は、記載(記録)する】」 2. 保険欄に金額記載(記録)が必要なレセプト(分点が有る場合)について 上記の設定が「2」で設定された場合、該当地域公費について、「括弧再掲を記載(記録)しない」。 (例)外来(R5.4月診療分レセプト) ・後期高齢1割(一般所得者) ・015更生(月上限額10000円)、180地域公費(患者負担なし) (180地域公費のレセ(3)タブの上記設定項目は左「2」右「0」で設定、レセ(3)タブの上記設定項目以外は左「0」右「0」で設定) ・後期高齢＋更生＋地域公費 請求点数20000点 後期高齢＋地域公費　　請求点数20000点 (18000)　(18000) (18000) 40000　　36000　→　36000 20000　　10000　　10000 20000 ※括弧再掲の下段は記載(記録)されない	R5.4.25

Copyright(C)2021 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		外来後発医薬品使用体制加算(経過措置) 施設基準0993の設定を行って「外来後発医薬品使用体制加算(経過措置)」が算定されることは確認できましたが、レセ記載時に回数がカウントされているようです。	令和5年4月医科診療行為マスタ追加に伴う対応(外来レセプト) 以下の算定がある場合、投薬欄の「処方」の項に当該点数を集計します。 ただし、当該加算回数は回数カウントしません。 120005170 外来後発医薬品使用体制加算1(経過措置) 120005270 外来後発医薬品使用体制加算2(経過措置) 120005370 外来後発医薬品使用体制加算3(経過措置)	R5.4.25
58	support 20230606-013	キイトルーダ点滴静注の選択式コメントの記載について、お問合せがありました。 キイトルーダ点滴静注を算定した際の選択式コメント いくつか入力するコメントがありますが、その中で、 830600118　PD1-L1の発現を確認した検査結果のコードが今回、レセプト記載されなくなったとお問合せがありました(入院) 試してみると、診療行為では入力されているが、レセプト記載されません。 外来で入力すると、 830600118　PD1-L1の発現を確認した検査結果のコード記載されます。	入院レセプトで、以下事例の"830600118"のコメント内容が摘要欄記載されていませんでしたので記載するように修正しました。 (点滴注射薬のコメント入力で、"622515801"に対するコメントが6つありますが、5つまでしか記載されていませんでした。) (例)入院の点滴注射薬の診療行為入力 .330 643310356　大塚生食注 50mL 643310225　大塚生食注 100mL 622515801　キイトルーダ点滴静注100mg 4mL 820600191　施設要件ウ(キイトルーダ点滴静注) 820600195　施設要件エ(キイトルーダ点滴静注) 820600198　施設要件オ(キイトルーダ点滴静注) 820600146　医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) 850600133　PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注 830600118　PD-L1の発現を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴; 620002215　生食注シリンジ「NP」 10mL	R5.6.26

Copyright(C)2021 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	ncp 20230508-026	院内処方でリカルボン錠50mg1錠を4/5と4/27に処方しております。 4/5の処方では .210 622094601リカルボン錠５０mg　１錠 8100000014月分 【起床時に　4週に1回1錠（内服）】×1 4/27の処方では .210 622094601リカルボン錠５０mg　１錠 8100000015月分 【起床時に　4週に1回1錠（内服）】×1 となっております。 レセプトには *リカルボン錠５０mg　１錠 　４月分　　１８９×２ となっており、4/27のコメントの「５月分」の記載がありません。 このような場合、入力方法をどのように行うとよろしいでしょうか。	外来レセプトの薬剤料逓減に関する摘要欄記載について、薬剤料逓減の剤は該当薬剤と対で摘要欄記載していますが、該当薬剤にコメントが含んでいる場合、コメント内容の比較に不具合があり、剤がまとまって記載されていたので修正しました。 （例）外来の内服薬剤（院内処方）の診療行為入力 .210 A薬剤 .210 B薬剤 .210 C薬剤 .210 D薬剤 .210 E薬剤 .210 F薬剤 .210 G薬剤 810000001 ○○○ ※上記の入力を1日と2日に行い、810000001のコメント内容のみ違えた場合、剤がまとまって記載されていました。	R5.6.26
60	support 20230614-032	WebORCA、42明細書の未請求設定画面の件で医療機関様よりお尋ねがございました。 未請求設定画面で氏名検索から該当患者様検索し選択。 その後、未請求設定画面の患者番号の枠に氏名検索で選択した患者が選択されて自動で患者番号が表示されるはずが表示されない。現在直接、患者番号を打っています。とのご指摘を受けました。	未請求設定画面で氏名検索で患者を選択して戻ったときに、画面項目の設定に不具合があり、選択した患者番号が表示されませんでした。 WebORCAのみの現象でした。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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	request 20220616-002	帳票ID:HCM58V02.red 公害診療報酬明細書の右上に「診療開始日」の欄があり、例えば昭和なら「63年○月○日」、平成なら「30年○月○日」のように数字始まりで記載されます。 レセプトの提出先から元号を記載するよう指摘があったとのことです。 取り急ぎは手書きでの対応をお願いしています。	公害レセプトの診療開始日に元号の記載を行うようにしました。	R5.7.26
62		レセプト作成時に「病名名称文字コード不正」のエラーが発生した場合、どの病名で発生したか特定ができないので、確認できるようにしてほしい。	レセプト作成時に病名に不正な文字(拡張漢字)がある場合、エラー表示に開始日、病名も表示するようにしました。 1. 拡張漢字の前までを病名として表示する。 2. 拡張漢字が病名の先頭の場合は病名は表示しない。	R5.7.26
63	kk 86447	美幌町の福祉医療担当者様に確認いたしましたところご教示いただきました、下記添付資料の制度通りということでございました。 「レセ(5)」タブ”一部負担金1円→10円単位記載”の設定は必要ということかと存じますので、改修をご検討いただけたら幸いです。 以下事例のレセプト記載が正しく行われていませんでしたので修正しました。 事例:外来、70歳未満 ・システム管理1001 都道府県番号「01 北海道」 ・システム管理2010【保険番号164(北海道地域公費)で設定】 (レセ5)一部負担金1円→10円単位記載 (高齢者・外)「3」 (高齢者・入)「3」 (70未・外)「3」 (70未・入)「3」 (レセ5)一部負担金記載1円未満端数処理(外来)「1」(※) 一部負担金記載1円未満端数処理(入院)「1」	・システム管理2005(公費記載順設定) 【保険番号293(北海道地域公費)】 【保険番号164(北海道地域公費)】 の順で設定 8/1 主保険＋293＋164 請求点数425点 (※)の設定によるレセプト記載する164の一部負担金: 425点×10円×5%=212.5円(1円未満切り上げ)213円 8/2 主保険＋293＋164 請求点数199点 (※)の設定によるレセプト記載する164の一部負担金: 199点×10円×5%=99.5円(1円未満切り上げ)100円 計:213+100=313円 一部負担金1円→10円単位記載の設定があると、164の一部負担金が212+99=311円になっていましたので313円になるよう修正しました。	R5.9.26

Copyright(C)2021 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
64	support 20230823-028	添付している患者様の上限額が実際は35,400円なのですが、なぜか43,120円で上がってきております。 こちらを35,400円にするためにはどのようにすればよろしいでしょうか。 R5.4.25パッチの修正不備により、以下の条件全てに該当する場合、入院レセプト作成処理において、保険欄一部負担金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。 (条件) ・70歳未満で限度額認定証の公費登録がある場合 ・月途中で保険変更があるが、レセプトは1枚にまとめて作成する場合 ・保険変更後の請求点数に対する負担割合分が21000円未満の場合 事例: ※入院、70歳未満、公費登録(保険番号967)、所得者情報(低所得2)	※保険変更は、保険者の変更はなく、記号・番号の番号が変更 ・保険登録 (変更前) R5.4. 1-R5.7.18 国保(3割) (変更後) R5.7.19-R5.7.31 国保(3割) ・入退院登録 R5.7. 1-R5.7.18 国保(3割) 請求点数 35200点 医療費患者負担 35400円 R5.7.19-R5.7.19 国保(3割) 請求点数　2572点 医療費患者負担　　0円 ・入院レセプト(保険欄一部負担金) 保険変更後の請求点数に対する負担割合分(7720円)が加算された金額(35400+7720=43120円)が記載されていたので、35400円が記載されるよう修正しました。	R5.9.26
65		レセプト作成処理の印刷データ編集処理で「Shift＋F9:中止」による処理中止を行えるよう対応しました。(医保、労災自賠、公害) 印刷データ編集処理で処理を中止された場合は、中止になるまでに作成したレセプト関係のデータがテーブル内(TBL_RECEPRT、TBL_SEIKYU_MAIN、TBL_KOHSKY)に残りますが、最後まで処理を行われた状態ではないことから、そのままでの請求処理は行わないでください。 処理中止をした場合は再度レセプト作成処理を最初から行ってから請求処理を行ってください。		R5.9.26
66		以下の算定がある場合、外来レセプトの病床数を記載するよう対応しました。 113045950 特定疾患療養管理料(100床未満・罹患後症状持続)(特例) 113046250 特定疾患療養管理料(100床未満の病院)(特例)(10月以降)		R5.10.26

Copyright(C)2021 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	request 20220418-001	システム管理マスタの機能追加の要望をさせて頂きたいと思います。 91マスタ登録の101システム管理のマスタ2005レセプト・総括印刷情報の0点全国公費レセプト記載を「0　記載しない」に設定すると、請求点数0点の公費は記載されませんが、現在の仕様ですと社保・国保両方ともに0点の記載が適用となります。 しかし、レセプト記載について支払基金・愛知県国保連合会に質問した所、支払基金では公費の請求点数が0点の時でも記載が必要であるが、愛知県国保連合会からは公費の請求点数が0点の場合は0点記載が不要であるとご回答がありました。 その為、社保・国保それぞれで請求点数のレセプトの記載が違いましたので、レセプトの記載について社保・国保それぜれに対応できるように設定変更を要望致します。	請求点数が0点の全国公費をレセプト記載するか否かの設定について、一部のレセプトにのみ記載することを可能としました。 1．システム管理2005(レセプト・総括印刷情報)－「基本1(1)」－【0点全国公費レセプト記載(提出用)】に 「2記載する(社保)」 「3記載する(国保・広域)」 を追加する。 2．「2記載する(社保)」を設定した場合は、請求点数が0点の全国公費を社保レセプト(公費のみのレセプト含む)にのみ記載する。(入外) 3．「3記載する(国保・広域)」を設定した場合は、請求点数が0点の全国公費を国保レセプト及び後期高齢レセプトにのみ記載する。(入外)	R5.10.26

Copyright(C)2021 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	request 20221117-004	後期高齢2割＋地方公費併用について、現状は保険番号マスタにて外来負担割合に100が設定されている地方公費のみ配慮措置対象としてレセプトに一部負担金記載されるようになっておりますが、地方公費が配慮措置対象外となることが通達等で明確となっている都道府県は以下の8都道府県のみです。 北海道:道内分、栃木県、東京都、神奈川県、大阪府:府内保険者、兵庫県、島根県、高知県 以下の県では窓口負担なしや上限額がある地方公費も配慮措置対象となっており、返戻されたり、10月診療分は修正対応するが11月診療分以降は返戻とする旨増減点連絡書や電話等で医療機関に連絡が入る状況となっております。 北海道:道外分、秋田県、山形県、福島県、茨城県、 群馬県:法別77・87、千葉県、愛知県、滋賀県、大阪府:府外保険者、和歌山県、山口県、福岡県 保険番号マスタかシス管2010にて配慮措置対象とするかどうか設定できるようご対応をお願いいたします。	レセプト記載(記録)について(外来) (1)【保険欄－一部負担金記載(後期2割)】の右側の設定に、「1　都道府県内保険者のみ」及び「2　都道府県外保険者のみ」を追加する。 ＜補足＞ 現状、【保険欄－一部負担金記載(後期2割)】の左右の設定を「1，0」で行っている場合は、「後期高齢2割＋地域公費a」で算定した場合、又は、「後期高齢2割＋地域公費a＋地域公費b」で算定した場合において、地域公費aがレセプト請求する地域公費であれば、都道府県内外を問わず、保険欄－一部負担金記載(記録)を配慮措置計算としている。 (2)右側の設定を「1」で行った場合 配慮措置計算での金額記載(記録)は都道府県内保険者のみとする。 ※システム管理1001(医療機関情報－基本)【都道府県番号】と該当保険者番号の3桁目から2桁の値が同じ場合を都道府県内保険者とする。 (3)右側の設定を「2」で行った場合 配慮措置計算での金額記載(記録)は都道府県外保険者のみとする。 ※システム管理1001(医療機関情報－基本)【都道府県番号】と該当保険者番号の3桁目から2桁の値が異なる場合を都道府県外保険者とする。	R5.11.27

Copyright(C)2021 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	kk 90796	レセプト一部負担金記載についてです。 後期(2割)、マル障(80)、コロナ治療薬補助の公費(28)を使用した患者様でマル障の負担はありません。 院外処方の医院さまで、後期＋マル障で普段のお薬と、後期＋マル障害＋治療薬補助でラゲブリオが出されています。 福岡県は国保より、0点の場合は公費を記載しないようにと通達がされているため 2005 レセプト・総括印刷情報]で『0点全国公費レセプト記載(提出用)』を「0記載しない」にしており現在は公費番号も一部負担金額も空欄の設定です。 また、システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」のレセ(2)保険欄－一部負担金記載(後期2割)の設定項目を ・「左側の設定内容」　1 配慮措置計算での金額記載(記録)とする ・「右側の設定内容」　0 レセプト請求分全て　にしています。 3,000点を超えた場合は表示が出ると思うのですが、コロナ治療薬補助の公費(28)を使用すると一部負担金額が空欄になってしまいます。 今回、『特記事項「41区カ」より、配慮措置該当の方のため保険一部負担金欄に「1割負担の金額＋3,000円の金額の記載が必要です』と返戻になったとのことです。 治療薬補助の公費番号は載せず、一部負担金額だけを表示させるにはどのような設定になるでしょうか。	「後期高齢2割＋全国公費＋地域公費a」(請求点数0点) 「後期高齢2割＋地域公費a」 で算定した場合の以下事例のレセプト保険欄－一部負担金記載が正しくされていませんでしたので修正しました。 事例:外来 ・後期高齢2割＋096治療薬補助＋福岡県地域公費180(請求点数0点) ・後期高齢2割＋福岡県地域公費180(請求点数5032点) ※福岡県地域公費180について システム管理2010－レセ(2)－保険欄一部負担金記載(後期2割)の設定を左右(1,0)で設定 ※システム管理2005－0点全国公費レセプト記載(提出用)の設定を(0記載しない)で設定 この場合、レセプト保険欄－一部負担金記載が空欄となっていましたので、8032円が記載されるよう修正しました。	R5.12.25
70	support 20240104-004	当院労災にて入院中の患者様のレセプトについての問い合わせになります。 療養病棟入院中コロナに感染したため、在宅患者支援療養病床初期加算(療養病棟入院基本料)(特例)350点を算定しておりますが、後期高齢のレセプトには反映されるのですが、労災での算定を行うとレセプトに反映されません。 設定等で反映させることはできますでしょうか？	労災又は自賠責(労災準拠)での入院で、「190291450 在宅患者支援療養病床初期加算(療養病棟入院基本料)(特例)」を算定した場合、レセプト摘要欄に「190291450」の名称及び点数回数が記載されない不具合がありましたので修正しました。 (レセプト　・・　摘要欄以外は問題なし) (レセ電データ　・・　問題なし) 又、会計カード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。	R6.1.29

Copyright(C)2021 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	request 20220630-001	第三者行為で受診中の患者が、月の途中で前期高齢から後期高齢の保険に変わった場合(1ヶ月間、第三者行為の受診がある場合) 健保のレセプトは2枚に分かれ、摘要欄にそれぞれの保険の期間が載りますが、保険会社へ提出する第三者行為のレセプトは2枚に分かれるが、「診療期間」は区切られず、摘要欄にも期間の記載がないため、いつ保険が変わったのかが分からないとのことでした。 「診療期間」に有効な保険の期間(前期高齢、後期高齢)と同様の日付がそれぞれのレセプトに印字されるようにならないでしょうか？というお問い合わせがございました。	自賠責(第三者行為)レセプトの「診療期間」の記載について改善を行いました。 1. 自賠責(第三者行為)レセプト(入外)を対象とする。 2. 月途中で医療保険が変更となった場合 (1)医療保険変更前の自賠責(第三者行為)レセプトの「診療期間」(至)を医療保険(有効終了日)より大きな日付で記載しないようにする。 (2)医療保険変更後の自賠責(第三者行為)レセプトの「診療期間」(自)を医療保険(有効開始日)より小さな日付で記載しないようにする。 3. 補足 入院は、入院会計の保険組み合わせに第三者行為を含む保険組み合わせがない場合の「診療期間」の記載について、上記の改善を行う。	R6.1.29
72		生活保護(医療扶助)の交付番号について レセプト摘要欄に交付番号の記載が必要な場合、現行はコメント入力にて対応していただいていますが、受給者番号と同様に交付番号も一覧入力を可能とし、レセプト記載する対応をしました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.1.29
73	support 20240130-052	本日、お昼にマスタ更新をかけた後から、自賠責レセプトの「至」日付が、どの患者も載らない状態となっています。 患者登録で自賠責の有効期間の終了日は入っています。 何か原因や日付を載せる設定等ありましたら、ご教示いただけますと幸いです。	自賠責(従来様式)レセプトの「診療期間」(至)に日付が記載されない不具合がありましたので修正しました。 ※R6.1.29パッチ提供にて 自賠責(第三者行為)レセプト対応で不備がありました。	R6.2.1
74		令和6年3月から医療扶助におけるオンライン資格確認の実施が開始されることに伴い、令和6年3月診療分から公費レ コード(公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ)に対応する資格確認レコードを記録するように対応をしました。		R6.2.27

Copyright(C)2021 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
75	support 20240228-014	医療機関様より治験レセプトについて問い合わせがありました。 摘要欄に保険情報精神通院・生活保護の情報が載っているがこれは仕様でしょうか？ 載せないことはできるのでしょうか？	診療月内で保険の変更があった場合、レセプト摘要欄に保険の履歴を記載していますが、治験レセプト、自費レセプトについては保険履歴を記載しないように対応しました。	R6.3.26
76	3/27 EFファイル 看護職員処遇改善評価料	「42 明細書」から「7 EFファイル用」を選択して全件でEFファイルを作成した場合、看護職員処遇改善評価料が出力されないとお問合せがございました。 全件作成では看護職員処遇改善評価料が出力されず、個別作成した場合は出力されました。	「42 明細書」で入院EFファイルを一括作成した場合に「看護職員処遇改善評価料」が記録されない不具合を修正しました。また、「42 明細書」で個別作成した場合は同日の「看護職員処遇改善評価料」が重複して記録される不具合もありましたので修正しました。	R6.4.25
77	support 20240404-005	ORCA>診療行為の登録画面で下記の内容に関して登録を行いました。 [image: image.png] 対象の患者様の3月分のレセプトを確認したところ140【在宅料】に関して下記の画像の内容で記載がされていました。 [image: image.png] 患家診療時間加算(往診料)は、往診を行い尚且つ所定の時間を超えた為、算定できた加算なので赤枠の中に記載されるはずですが対象の加算が赤枠に入っていませんでした。 医療機関様の方で対象の加算に関しては、赤枠内に記載してくださいと言われたそうでした。 在宅加算料の診療種別区分【.143】を消してレセプトを確認しましたが状況は変わりませんでした。 どのように診療行為を登録すれば赤枠内に患家診療時間加算(往診料)が記載されるのでしょうか？	診療区分14の紙レセプト記載順は「剤の先頭コード(コメント及びシステム予約コードを除く)の点数マスタの表用番号・公表順序番号」、剤点数、剤番号の昇順としていますが、以下の診療行為入力を行った場合の記載順が上記の通りとなっていませんでしたので修正しました。 ＜診療行為入力事例＞ A:114000110 往診料 B:114001110 在宅患者訪問診療料(1)1(同一建物居住者以外) C:114033110 在医総管(在支診等・月1回・1人) D:114000970 患家診療時間加算(往診料) E:114007270 死亡診断加算(往診料) ＜修正前の記載順＞ A,B,C,D,E ＜修正後の記載順＞ A,D,E,B,C	R6.4.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
78	ncp 20240626-052	発熱患者等対応加算の下にフリーコメント(810000001)でコメントの入力をすると、レセプトプレビューでは摘要欄の上部に表示されてしまいます。 (再診の場合は摘要欄12の一番上) これを入力した発熱患者等対応加算の下に記載させるにはどうしたらよいでしょうか。 レセ電では、発熱患者等対応加算の下に記録されています。	<初再診料の剤に関する紙レセプト記載について> レセプト記載しない診察料があるため、加算等について単剤編集を行いレセプト記載していますが、剤にコメント入力がある場合、コメントが分離してしまう不具合がありました。 コメント入力がある剤については、単剤編集を行わないよう修正しました。 (例) <診療行為入力> .120 112007410 再診料 112015770 明細書発行体制等加算 112708670 発熱患者等対応加算(再診) 810000001 ○△□　　96x　1 <レセプト記載> 12*○△□ *明細書発行体制等加算　　1x　1 *発熱患者等対応加算(再診)　20x　1 ↓ 12*明細書発行体制等加算 発熱患者等対応加算(再診) ○△□　　21x　1	R6.7.23

Copyright(C)2021 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		紙レセプトの酸素計算式自動記載について、酸素の点数が0点の場合、酸素の記載は行っていませんが、計算式が自動記載されていましたので修正しました。 ※酸素計算式自動記載については紙レセプトのみです。 (例) <診療行為入力> .400 140005610　酸素吸入 739220000 2 酸素ボンベ・大型 770020070　酸素補正率1．3(1気圧) <レセプト記載> 40*酸素吸入 (0.42円X2LX1.3)÷10＝0点 65X 1 ↓ 40*酸素吸入　65x 1		R6.7.23

Copyright(C)2021 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 20240705-046	レセ電作成時に「レセ電データチェック 46410注加算の記録順序が誤っています。医療情報取得加算1(初診)」というエラーが出ております。 入院の患者様で、初日に、初診＋医療情報取得加算1(初診)＋医療DX推進体制整備加算(初診)を算定されていらっしゃいます。 加算の入力順序を入れ替えてみてもエラー解消しませんでした。 (レセプトプレビューでは加算の点数は正しく表示されております。) データチェックにはひっかからず、レセ電作成時のみにエラーが出るような状況です。	入院のレセ電データについて、初診の加算の記録方法について誤りがあり、注加算通番順に記載が行われませんでしたので修正しました。 入力 111000110　初診料 111013770　機能強化加算(初診) 111703370　医療DX推進体制整備加算(初診) 111703270　医療情報取得加算2(初診) レセ電データ パッチ提供前 SI,11,2,111000110,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111013770,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111703370,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111703270,,380,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, パッチ提供後 SI,11,2,111000110,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111013770,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111703270,,,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, SI,,2,111703370,,380,1,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	R6.7.23
81	ncp 20240805-018	オンライン請求時のエラーについてお問い合わせがございました。 時間外加算を算定している患者様に 140006610　直腸ブジー法(150点)を算定した時自動的に 140000190　時間外加算2(イ該当を除く)(処置) が表示されレセプトにも記載されますがレセ電データにすると直腸ブジー法　210点の記録のみとなり(加算後の点数)時間外のコードも名称も入らず「固定点数が誤っています」のエラーとなります。 6月から直腸ブジー法の点数が変更となり加算対象のはずですが点数マスタでは時間外算定不可となっております。	レセ電データについて、処置の時間外加算の記録方法に誤りがあり、時間外加算の記録が行われませんでしたので修正しました。 入力 140006610　直腸ブジー法 140000190　時間外加算2(イに該当を除く)(処置) レセ電データ パッチ提供前 SI,40,1,140006610,,210,1,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,¥r パッチ提供後 SI,40,1,140006610,,,1,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,¥r SI,,1,140000190,,210,1,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,¥r	R6.8.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
82	support 20240731-019	入院レセプトで会計照会・会計カード上には区切りが分かれて印刷されているにもかかわらず、レセプトを作成すると印字されないという事象がございました。 コメントの内容を変更しても認識しなかったため、コメントの個数を1行増やし、「再入院分」と入れたところ、レセプトに記載されました。 廃用症候群のコメントの為、病名＞コメント側で記載する運用ではなく、診療行為側で入力の運用をされている医療機関様ではございました。 レセプト処理で、同じ剤内容の場合は剤まとめを行っていますが、同じ剤内容であるかのチェックにおいて、コメント内容については先頭から10件分のコメントで内容比較を行っていたため、以下事例で剤がまとまる不具合があり修正しました。 （例）診療行為入力 <8/1> .990 810000001 コメント1 810000001 コメント2 810000001 コメント3 810000001 コメント4 810000001 コメント5	810000001 コメント6 810000001 コメント7 810000001 コメント8 810000001 コメント9 810000001 コメント10 810000001 コメントA <8/2> .990 810000001 コメント1 810000001 コメント2 810000001 コメント3 810000001 コメント4 810000001 コメント5 810000001 コメント6 810000001 コメント7 810000001 コメント8 810000001 コメント9 810000001 コメント10 810000001 コメントB ※この場合、剤がまとまり8/2のコメント内容がレセプト記載されませんでした。	R6.8.28
83		湿布薬のコメント「830100204」を院外処方で保険給付の対象として入力した場合、剤が2つに分かれてしまいます。 剤を1つにまとめることは可能でしょうか。	令和6年10月改正の修正です。 院外処方の「長期収載品の選定療養に関する取扱いに係るコメント」についての自動記載対応に関して、院外湿布薬コメントの記載（記録）方法を見直しました。（令和6年10月診療分以降）	R6.11.26

Copyright(C)2021 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		院外投薬コメント記載対応(処方箋料包括時) <対応内容> 院外処方で、かつ、処方箋料の算定が包括の場合、「湿布薬コメント」・「投薬選択式コメント」・「長期収載品の選定療養に関する取扱いに係るコメント」は摘要欄記載(診療区分80)の対象外としていますが、システム管理2005に設定項目【※】を追加し記載可能としました。 (R6.10月診療分以降のレセプトについて対応) 【※】システム管理2005－基本1(2) 院外投薬コメント記載(処方箋料包括時) 0 記載しない (デフォルト) 1 記載する <入力事例> ・システム管理1014－「204 在宅時医学総合管理料」 包括算定方法「1 包括算定する(会計データ作成)」で設定	・診療行為入力(院外処方) .140 114034010　在医総管(在支診等以外・月1回・1人) .210 612140702 3 アーチスト錠10mg 820101320*30 医療上必要:効能・効果に差異 ※この場合、処方箋料の算定は包括となる。 <レセプト> ・システム管理2005 院外投薬コメント記載(処方箋料包括時)「1 記載する」で設定 ・摘要欄記載(診療区分80) 80＊アーチスト錠10mg　3錠 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため (計30日分院外処方)	R7.2.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
85	kk 110437	国保+021精神通院+180マル障負有+967高額ウエオ(エ) 20代の方のレセプトについて医療機関よりお問い合わせがございました。 R6年11月分　自立支援上限:5000円　他一部負担入力:1040円 国保連合会より返戻があり、第二公費負担額を端数で記載するようにとのことでした。 実際のレセプトは、第一公費の自立支援が3964円、第二公費のマル障が3960円と記載されています。(マル障は3960円ではなく、3964円が正しいそうです。)	地域公費の一部負担金レセプト記載修正(全国公費併用時) <事例> 70歳未満、外来レセプト (1)患者登録-公費情報 精神通院(入外上限額5000円、他一部負担1040円) 東京都地域公費180 (2)診療行為入力(複数科保険入力(院外処方)) 国保+021+180 請求点数3964点 国保+180 請求点数0点(投薬のみ) (3)レセプト(請求点数、一部負担金) <修正前> 保険 3964 公1 3964(※1) 3964 公2 3964(※2) 3960(※3) <修正後> 保険 3964 公1 (記載省略) 3964 公2 (記載省略) 3964 (※1)(※2)は紙レセプトにおいて記載省略とし、 (※3)は3964で記載(記録)されるよう修正しました。	R7.2.25

Copyright(C)2021 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
86	ncp 20250305-038	疾患別リハビリテーション料と15円以下の薬剤を入力した際に、レセプトに実施日数のコメントが記載されません 入力例) ＊その他(リハビリ) R運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)　1単位 【般先長】ロキソニンゲル1%〔25／本〕 3g 91-101-2005 レセプト・総括印刷情報「基本1(2)」タブの設定が15円以下薬剤レセプト記録 「0記載しない」だと実施日数のコメントが記載されず、「1 記載する」の設定に変更すると実施日数のコメントが記載されます 以下事例のコメント自動記載(実施日数コメント記載)が正しく行われていませんでしたので修正しました。 (薬剤(薬剤点が0点)を含む剤に対してコメント自動記載を行う事例) 事例1:シス管2005-15円以下薬剤レセプト記載「0 記載しない」 【診療行為入力】 .800 180756010 1 運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合) 622000401 3 ロキソニンゲル1% (※この入力の場合、薬剤点が0点となる)	【レセプト記載(記録)】 80*運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)　1単位　　17OX　1 ↓ 80*運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)　1単位 実施日数　1日　　17OX　1 事例2:シス管2005-15円以下薬剤レセプト記載「1 記載する」 【診療行為入力】 上記と同じ 【レセプト記載(紙レセプトのみ)】 80*運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)　1単位　　17OX　1 ロキソニンゲル1%　3g 実施日数　1日　　0X　1 ↓ 80*運動器リハビリテーション料(2)(理学療法士による場合)　1単位 実施日数　1日　　17OX　1 ロキソニンゲル1%　6g　　0X　1 ※事例2の対応については、薬剤点が0点でない入力事例においても修正しました。	R7.3.25

Copyright(C)2021 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		レセプト作成処理で編集する地方公費請求書テーブル(TBL_KOHSKY)について、高額療養費が現物給付されていない場合も「負担金額1(FTNMONEY1)」の金額記録がされていたので修正しました。 ※全国公費(法別51,52,54を除く)＋地域公費(請求書で請求)の併用ケース 【事例】:外来 協会3割＋015更生(月上限額5000円)＋地域公費(負担なし) 請求点数:3000点 所得区分:一般(公費欄に967の登録あり) ＜TBL_KOHSKY「FTNMONEY1」＞ 修正前:9000 修正後:0		R7.4.23
88	request 20240321-002	自賠責レセプト旧様式の右上にある「診療の種類」欄の○印を変更、または無しに設定変更できるよう要望いたします	自賠責レセプト(従来様式)の「診療の種類」欄について、システム管理の設定により○印の記載を行うようにしました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「労災・自賠責」タブに「自賠責・従来様式(診療の種類)」の自賠責、第三者行為を追加し、自賠責レセプトの従来様式、第三者行為の作成時、自賠責、第三者行為の設定に従って「診療の種類」欄の○印の記載を行う。 設定項目の内容 0:○を記載しない 1:「健保関係」に○を記載 2:「労災」に○を記載 3:「自由診療」に○を記載 4:「その他」に○を記載 2. デフォルトは、「自賠責・従来様式(診療の種類)」の自賠責は「3「自由診療」に○を記載」、第三者行為は「1「健保関係」に○を記載」とする。	R7.5.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
89	レセプト摘要欄記載順	施医総管と当該加算の剤を分けて入力した場合、在医総管ではレセプト摘要欄が「在医総管」から編集されるのですが、施医総管の場合、表用番号・公表順序番号、剤点数、剤番号の昇順で編集されるようで、施医総管が一番下に編集されます。	紙レセプトの記載順対応(診療区分14の在医総管・施医総管) 以下の診療行為入力を行った場合、紙レセプトの記載順が加算・施医総管の順となっていましたので、施医総管・加算の順となるよう修正しました。 <診療行為入力> .140 114035810 施医総管(機能強化在支診等・床有・月2回～1人) 114039370 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(施医総管)(1人) .143 114016070 在宅移行早期加算(在医総管・施医総管) .143 114043870 包括的支援加算(在医総管・施医総管) .143 114057970 在宅データ提出加算(在医総管・施医総管) .143 114723810 在宅医療情報連携加算(在医総管・施医総管)	R7.7.28

Copyright(C)2021 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
90	ncp 20250728-021	ある透析の医療機関様でR7.1の返戻が返ってきた R6/11/29～R7/1/6　15更生 R7/1/7～R7/1/18　協会　15更生　82マル障 R7/1/19～　15更生 レセプトにR7/1/19～の履歴が反映しないとお問い合わせがありました。 患者登録では 保険登録:協会の保険がR7/1/7～1/18 公費登録:更生　R6.11.29～9999999 82　182マル障　R7/1/7～R7/1/18 所得者情報の公費負担額:更生　R6.11.29～9999999　負担金は0円 保険組合せの履歴を確認すると更生の負担割合が　R6/11/29～ R7/1/6　15更生とR7/1/19～　15更生とで分かれた状態で保険組合せができておりました。 レセプトに反映させないのは保険組間瀬が1/19～になっているのではと思い、R6/12/31できって、同じ番号でR7/1/1～登録しても同じような現象で2つ保険組合せが採番されました。 どのようにしたらレセプトに反映するようになりますでしょうか？	月内に同じ公費で公費単独、保険＋公費、公費単独となった場合は、1枚にまとめて併用レセプトを作成しますが、公費単独の保険組合せ番号の小さい番号からひとつだけまとめていましたので、後の公費単独分に該当する日数、診療の記載、点数の集計が漏れていました。 同じ公費の保険組合せは全てまとめるように修正しました。 例) 更生:R6.11.　1～99999999 協会:R7.　7.10～R7. 7.20 保険組合せ 0001:更生　　R6.11.　1～R7.　7.　9 0002:協会＋更生　R7.　7.10～R7.　7.20 0003:更生　　R7.　7.21～99999999 保険組合せ0002と0001のみまとめるため、保険組合せ0003に該当する日数、診療の記載、点数が記載されない。	R7.8.26

Copyright(C)2021 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	request 20240402-001	地方公務員共済組合(32380115)の患者様が主ですのですが、併せて 31370026:法務省共済組合検察庁高松支部 34380014:公立学校共済組合愛媛支部 も直接請求の対象となっているそうです。 サポートセンターに電話でお尋ねした際「32、33から始まる番号のみ直接請求の対象として登録できる」と回答をいただいていおりますが、31または34など他の共済組合番号も登録の対象としていただけないでしょうか？ システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「直接請求を行う保険者」に、国家公務員共済組合(法別31)、公立学校共済組合(法別34)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国家公務員共済組合、公立学校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。 ※国家公務員共済組合(法別31)に対する国家公務員特定共済組合(法別72)、公立学校共済組合(法別34)に対する公立学校特定共済組合(法別75)は、保険者番号が存在しないため対応はしません。	1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「直接請求を行う保険者」から直接請求を行う国家公務員共済組合、公立学校共済組合の登録を行う。 2. 直接請求を行う国家公務員共済組合、公立学校共済組合を登録後、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、設定した国家公務員共済組合、公立学校共済組合のレセプトを2頁目より保険者毎に表示を行う。 3. 「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のレセ電データの作成を行うことが可能となる。 個別指示の社保分についても同様とする。 4. 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国家公務員共済組合、公立学校共済組合は別に作成を行う。 5. システム管理に登録した国家公務員共済組合、公立学校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、再度レセプトの作成を行う必要がある。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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
92		レセプト保険欄一部負担金の記載(記録)について、システム管理2010 ・レセ(3) 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) ・レセ(4) 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) 左側を「1記載(記録)する」で設定した場合、右側が「0」以外の設定であっても「0」と同様の記載(記録)となっていましたので修正しました。 【事例】 <患者情報> 70歳未満、協会健保、限度額適用認定証:ウ <公費登録> 保険番号967 保険番号015(月上限額5000円) 保険番号180(患者負担なしで作成した仮番号) <システム管理2010> レセ(4) 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)を左右(1,1)で設定 <診療行為入力>(外来) 協会＋015＋180(請求点数30000点) 協会＋180(請求点数40000点) <レセプト> 設定では括弧再掲(下)の記載を国保・後期高齢レセプトのみとしているが、社保レセプトも括弧再掲(下)の記載(上記事例では(81430))がされていたため、記載しないよう修正しました。		R8.3.25

Copyright(C)2021 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	kk 128857	令和8年5月請求分からの群馬県福祉医療費請求に係る併用明細書の手引きについて 群馬県国民健康保険団体連合会から発行された資料を送付させていただきます。	---------- 【レセ(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) <現在> [群馬県地域公費全般]のデフォルト設定:左右(1,4) <R8.4診療分以前,以降> 過去診療分に遡ってデフォルト設定はないものとします。 設定:左右(0,0)での動作となります。	R8.4.23
		R8.4からの群馬県福祉医療費制度改正に併せて、システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」における群馬県のデフォルト設定を見直しました。(レセプト部分) ※該当保険番号でシステム管理2010自体の登録がされていない場合はプログラム内部で以下の設定項目についてデフォルト設定をしています。 ---------- 【レセ(1)】 全国公費併用分請求点集計 <現在> [群馬県地域公費全般]のデフォルト設定:左右(4,4) <R8.4診療分以前,以降> 過去診療分に遡ってデフォルト設定はないものとします。 設定:左右(0,0)での動作となります。	---------- 【レセ(5)】 入院時食事療養記載(公費2欄置き換え) <現在> [群馬県地域公費全般]のデフォルト設定:左右(1,4) <R8.4診療分以前,以降> 過去診療分に遡ってデフォルト設定はないものとします。 設定:左右(0,0)での動作となります。 ---------- ※なお、該当保険番号でシステム管理2010の登録を既にされている場合は、医療機関様にて設定修正が必要となりますが、<R8.4診療分以前,以降>の設定についてはマスタ登録設定ガイドをご参照ください。	

Copyright(C)2021 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
94	kk 128857	令和8年5月請求分からの群馬県福祉医療費請求に係る併用明細書の手引きについて 群馬県国民健康保険団体連合会から発行された資料を送付させていただきます。 R8.4からの群馬県福祉医療費制度改正(レセプト対応) 月途中で福祉医療費(以下「福祉」)を取得したケースにおいて「国公費の患者負担額(一部負担金)に対する福祉該当額」をレセプト摘要欄に記載(記録)するよう対応しました。 【対応内容】 (1).R8.4診療分以降のレセプトで、国公費と福祉[群馬県地域公費全般]を併用するレセプトを対象とします。 〈補足〉 ・レセプト請求する[群馬県地域公費全般]を福祉とみなします。 ・保険者や、高齢者・70歳未満の縛りはありません。 ・1レセプトに複数の福祉を含む場合は対象としていません。	(2).上記対象レセプトのうち、国公費の患者負担額(一部負担金)に対して、福祉が該当する算定と該当しない算定の両方があるレセプトの場合は、国公費の患者負担額(一部負担金)に対する福祉該当額をレセプト摘要欄の下部に"公費患者負担額のうち福祉該当額　〇〇〇〇円"と記載(記録)します。 3. <事例>外来・70歳未満 国保:R8.4.1～、精神通院:R8.4.1～(月上限額5000円) 福祉(保険番号180):R8.4.15～ 1日:国保+精神通院 請求点数2000点 15日:国保+精神通院+180 請求点数2000点 <レセプト> 請求点数　一部負担金 保険 4000 公1 4000　4000(※1) 公2 2000 ・(※1)が国公費の患者負担額(一部負担金)→4000円 ・上記に対する福祉該当額→2000円 この場合、レセプト摘要欄の下部に"公費患者負担額のうち福祉該当額　2000円"と記載(記録)します。	R8.4.23

Copyright(C)2021 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	support 20260408-019	事情があり、R8．2月分、3月分の全件をこれから請求する医療機関様です。 数日前に一括作成した際には、問題なく集計されましたが、44総括表でレセ電を作成すると「該当データなし」とエラーになってしまいました。 種別不明等が関係しているか確認のため、再度、42明細書で一括作成をやり直した所、なぜか「社保本人単独」のみ集計が上がってきません。 念の為、「社保本人単独」の該当者を個別作成してみた所、問題なく作成出来ました。 その後、一括作成を行ってみましたがやはり「社保本人単独」のみが集計されません。 2月分、3月分共に「社保本人単独」のみが集計されない現象が起こっておりますが、どのようにしたらデータが作成されますでしょうか。 また、レセ電を作成しようとした際にでたエラーが関係しているのでしょうか。	(R02) レセプト印刷指示画面で、印刷順を「01 種別・保険者番号・カナ氏名順」又は「02 種別・保険者番号・患者番号順」としたとき、種別毎の件数又は頁数が1万を超えた場合に表示が行われませんでした。 また、頁数が1万を超えた場合は、該当種別を0頁と誤判定してしまうことから、印刷ができませんでした。 表示桁数を1桁拡張し、1万を超えた場合でも件数・頁数が表示されるように修正しました。	R8.6.24
96	support 20260608-005	①措置入院で 後期高齢保険+020精神入院の組み合わせで4/3～4/22まで 精神科救急急性期医療入院料　入院ベースアップ評価料25　20回算定しています。 ②措置入院から医療保護入院で 後期高齢保険+群馬県公費177高齢障の保険組み合わせで4/23～4/30まで 精神科救急急性期医療入院料　入院ベースアップ評価料25　8回算定しています。 ORCAではエラーにならずレセプトの表記や入院会計照会で重複は見られませんでしたが「オンライン請求時のAPIチェックとレセプト博士で入院ベースアップ評価料が重複している部分があります。」となります。 またオンライン請求では要確認になります。	入院患者で月途中に保険組合せを変更した月のレセプト電算提出用データと入院EFファイルについて「入院ベースアップ評価料」と「物価対応料」の明細行が重複して記録される不具合がありましたので修正しました。	R8.6.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
97		令和8年6月改定レセプト対応 「早期リハビリテーション加算」の入院年月日コメント記載(記録)について、以下の事例について対応が不足していましたので修正しました。 <事例> 5/29:早期リハビリテーション加算開始日(転院前)を登録 6/1:転院にて、自院入院 〃 :早期リハビリテーション加算を算定 6/6:退院 6/15:自院再入院 〃 :早期リハビリテーション加算開始日(自院)を登録 〃 :早期リハビリテーション加算を算定 ※この場合、転院前の入院年月日コメントが記載(記録)されませんでしたので修正しました。		R8.7.1
98	長期収載品院外処方時のレセプト	長期収載品を院外処方するケースで、レセプト80に医薬品名、選択式コメント〇回処方等のコメントが記載されなくなったとご報告をいただきました。	令和8年6月診療分以降のレセプトにおいて、院外処方の「長期収載品の選定療養に関する取扱いに係るコメント」がレセプトに自動記載(記録)がされない不具合がありましたので修正しました。	R8.7.1

Copyright(C)2021 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 20260702-026	レセプト生成ができない事象が発生しており、対応方法についてご教示いただきたくご連絡いたしました。 ■ 発生している事象 特定の患者様において、6月分のレセプト作成時にエラーが発生し、生成できない状態です。 (6/2 入院 ⇒ 退院済、6/16 再入院 ⇒ 退院済) ■ 要因として想定される点 6月中旬に以下の設定変更を行っております。 変更内容:「5000 医療機関情報－入院基本」にて、入院ベースアップ評価料の自動算定設定を追加 変更前後の状態: 設定変更前(同月内の最初の入院):入院ベースアップ評価料を「手入力」で算定 設定変更後(同月内の再入院時):入院ベースアップ評価料を「自動算定」 「同月内に2回入院」があり、1回目の入院時は手入力、2回目の入院時は自動算定となっている状態です。	入院レセプト作成処理(診療区分別点数集計)の物価対応料及び入院ベースアップ評価料に関する剤編集処理で不具合があり、"ファイル書き込みエラー"が発生いましたので修正しました。 ＜事例＞ ■6/2入院登録、6/2退院 「入院料、物価対応料」を算定 ■退院後に、システム管理設定5000(医療機関情報－入院基本)で、 ・5級地地域加算を設定 ・入院ベースアップ評価料を設定 ■6/16再入院登録、6/16退院 「入院料、5級地地域加算、物価対応料、入院ベースアップ評価料」を算定 この際、入院ベースアップ評価料の入院会計照会カレンダー「6/2」には手入力でフラグを立てます。 ※この状態において入院レセプト作成処理を行った場合、"ファイル書き込みエラー"が発生していました。	R8.7.6
100	support 20260708-051	短手3の入院手術対応加算の入力で現在.920入力後に加算のコードを入れ会計していますが、レセプト送信時にエラーとして請求点数が誤っていますと出てきました。(エラーコード:4501) システムに電話確認したところ入力方法に間違いはないと思いますと言われ、支払基金にも問い合わせてみたのですが、加算が短手3に紐づいていないのでエラーとして出てきていますと言われました。 加算が独立して算定されている状態でレセプトデータが作成されている状態なので、どう入力したら短手3と加算が紐づくか教えていただきたいです。	診療行為画面から入力した短期滞在手術基本料等基本料3に対する入院手術対応加算がレセプト電算データに記録されない不具合を修正しました。	R8.7.9

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
101	support 20260707-047	オンライン請求時に「L2998　診療識別を省略した摘要レコードが連続して98レコードを超えて記録されています。」の受付不能エラーとなる患者様が複数名存在するとご連絡がありました。 レセ電データを確認したところ、98レコード以上あるのは入退院履歴でした。(日帰り再入院をほぼ毎月繰り返している患者様とのことです)	入院のレセ電データに記録する入退院のコメントは、先頭のレコードのみ診療識別を記録していましたが、継続入院で入退院を繰り返している場合に入退院のコメントレコードが98レコードを超えるとオンライン請求時に「L2998　診療識別を省略した摘要レコードが連続して98レコードを超えて記録されています。」となることから、入退院のコメントは診療識別を全て記録するよう変更しました。 パッチ適用前の記録例 CO,90,1,840000513,080708 CO,,1,840000514,080710 CO,,1,840000513,080710 CO,,1,840000514,080715 CO,,1,840000513,080715 パッチ適用後の記録例 CO,90,1,840000513,080708 CO,90,1,840000514,080710 CO,90,1,840000513,080710 CO,90,1,840000514,080715 CO,90,1,840000513,080715 該当患者のレセ電データの記録を変更するには、パッチ適用後、レセプト再処理が必要です。	R8.7.9
102	support 20260706-020	6/24のレセプト対応にて、初診にて【同一日複数科受診】の算定がある場合、コメント 「830100923　1つ目の診療科(初診料);」および 「830100002　2つ目の診療科(初診料);」を自動記載すると思いますが、一方が(DUMMY)だった場合、コメントが記載されませんでした。 健診にて算定済みのため、DUMMYとなっています。 DUMMYの場合は記載が必要ないのでしょうか？ 複数診療科受診 内科　○日 眼科　○日の記載はあります。	令和8年6月からのレセプトコメント自動記載対応 1つ目の診療科で「099110001 初診料(DUMMY)」または「099120001 再診料(DUMMY)」を算定、2つ目の診療科で【同一日複数科受診】を算定した場合、1つ目の診療科及び2つ目の診療科コメントが【同一日複数科受診】の剤に自動記載(記録)されませんでしたので修正しました。	R8.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
103	support 20260701-041	WebORCAクラウドをご使用中のユーザー様で、特定の患者様1名のみ、レセプトプレビューが表示されなくなりました。 「会計照会－プレビュー」、「診療行為－登録－プレビュー」いずれの場合も表示されず、「帳票DBに更新できませんでした。SPRT-RETURN=001」という赤字のエラーメッセージが表示されます。 42明細書から個別作成するとレセプト作成可能で、印刷・プレビュー表示も可能です。 R8.1月～6月の今までのレセプトすべて、R8.7月で「再診料のみ」登録した場合でも、現象が確認されています。 ユーザー様曰く「訂正診療で6月の特定疾患処方管理加算を削除するまでは、プレビュー表示できていた」ということでした。 明細書が作成できていますので、請求には問題ないかと思われますが、何か考えられる原因がありますでしょうか。	プレビュー関係のテーブルが不正な状態の場合にリアルタイムプレビューが表示できない場合がありましたので、「戻る」押下時に該当するレコードを削除するようにしました。	R8.7.28
104		「C02 病名登録」等から遷移する「C50 コメント入力」で「99 レセプト摘要欄コメント」を選択して入力したコメントは、レセ電データに先頭のレコードのみ診療識別「99」を記録していましたが、コメントレコードが98レコードを超えるとオンライン請求時に「L2998　診療識別を省略した摘要レコードが連続して９８レコードを超えて記録されています。」となることから、診療識別を全て記録するよう変更しました。 パッチ適用前の記録例 CO,99,1,810000001,コメント１ CO,,1,810000001,コメント２ CO,,1,810000001,コメント３ CO,,1,810000001,コメント４ CO,,1,810000001,コメント５ パッチ適用後の記録例 CO,99,1,810000001,コメント１ CO,99,1,810000001,コメント２ CO,99,1,810000001,コメント３ CO,99,1,810000001,コメント４ CO,99,1,810000001,コメント５		R8.7.28

Copyright(C)2021 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
105		「19999件」のレセプトでプレビューを試しました。 「R02 レセプト作成-印刷指示」画面では総件数、総頁ともに「19999件」と表示されたのですが、プレビューをおこなった際、処理結果に表示された処理枚数は「9999枚」でレセプトにはページ数が記載されておりませんでした。 プレビューでも「番号:9900」までしか表示することができず、「番号:10000」以上のレセプトを確認することができませんでした。	「R02 レセプト印刷」で1万枚以上のレセプトを処理したとき、処理結果画面の頁数を正しく表示するようにしました。 また、プレビュー画面で1万枚以降の帳票を表示できるようにしました。	R8.7.28
106	support 20260805-025	同日複数科受診時のレセプトコメント自動記載につきまして、想定通りの仕様であるかご確認いただきたくご連絡いたしました。 〈1日の診療内容〉 1. 眼科:初診料を算定 2. 耳鼻咽喉科:初診料(同日複数科算定の2科目)を算定 3. 耳鼻咽喉科(同日再診):同日再診料を算定 〈現象〉 上記の場合、以下のレセプトコメントが自動記載されなくなります。 ・830100923 1つ目の診療科(初診料);眼科 ・830100002 2つ目の診療科(初診料);耳鼻咽喉科 ※なお、同日再診料を眼科で算定した場合は、コメントが正常に自動記載されます。 コメントを手入力することで対応可能かと存じますが、正常な動作であるかという点につきまして、ご確認・ご教示をお願いいたします。	【同一日複数科受診】コメント自動記載修正 ＜事例＞以下、同日の診療 ・眼科で「初診料」を算定 ・耳鼻咽喉科で「初診料(同一日複数科受診時の2科目)」を算定 ・耳鼻咽喉科で「同日再診料」を算定 この場合、「初診料(同一日複数科受診時の2科目)」に 「830100923 1つ目の診療科(初診料);」コメント 「830100002 2つ目の診療科(初診料);」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。	R8.8.25
107		院外で栄養保持医薬品を処方した場合のコメント記載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。		R8.9.28

Copyright(C)2021 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
108	support 20260901-006	医療機関様より、112015570「夜間・早朝等加算(再診)」を8月1日、8日、22日、29日(計4回)算定している患者様のレセプトについて、回数表記がおかしいとのお問い合わせがございました。 夜間・早朝等加算は「8 112007410」と入力することで算定可能と認識しておりますが、当該医療機関様では夜間・早朝等加算を再診料と同一剤内に手入力されており、入力内容は以下のとおりでした。 1日 112007410 *C再診料 112016070 時間外対応体制加算1 112024370 外来感染対策向上加算(再診) 112024470 連携強化加算(再診) 112024570 サーベイランス強化加算(再診) 112709570 電子的診療情報連携体制整備加算(再診) 112015570 夜間・早朝等加算(再診) 8日、22日、29日 112007410 *C再診料 112016070 時間外対応体制加算1 112015570 夜間・早朝等加算(再診) 会計照会＞レセプトプレビューを確認したところ、レセプト右側の区分12欄には「夜間・早朝等加算 50点×4回」と表示されていましたが、左側の「12 再診」の時間外欄では「50点×3回」と表示され、合計200点となっておりました。 私の検証環境でも医療機関様と同様の入力を行ったところ、同じ現象を確認いたしました。また、この状態でレセ電を出力して確認したところ、レセ電上では「×4回」となっておりました。 また、試しに8月1日診療分を「8 112007410」で入力し直したところ、レセプト左側の「12 再診」の時間外欄が「50点×4回(200点)」と表示され、回数が正常に表示されることを確認いたしました。 以上の結果から、8月1日診療分の夜間・早朝等加算について、レセプト左側の回数集計において正常にカウントされていないように見受けられます。	紙レセプト再診欄の回数記載修正 再診欄「時間外・休日・深夜」に集計する診療行為が剤の6番目以降である場合、「時間外・休日・深夜」の回数が正しく記載されていませんでしたので修正しました。 ＜診療行為入力事例＞ .120 112007410 再診料 112016070 時間外対応体制加算1 112024370 外来感染対策向上加算(再診) 112024470 連携強化加算(再診) 112024570 サーベイランス強化加算(再診) 112709570 電子的診療情報連携体制整備加算(再診) 112015570 夜間・早朝等加算(再診)【※】 【※】は時間外に集計する診療行為 パッチ適用後は回数が正しく記載されます。 12再診「時間外 50× 回」→「時間外 50×1回」	R8.9.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
109	kk 130438	東京都のマル障についての問い合わせになります。 都内在住でマル障の交付を受けている方が、都内で違うエリアに転居されて、自治体が変わる為、月の途中から新たに異なる負担者番号・受給者番号のマル障交付を受けた患者さんがおります。 月の途中で番号が変わる為、レセプト表示上は第二公費、第三公費に別れてしまうのですが、それで請求すると、80マル障公費は医療費と同じ総点数で記載して請求してくださいと、返戻がきました。 支払基金にも相談して摘要欄に理由を書いて、合算した実日数と総点数を記載して請求をしましたが、結局総点数を記載してくださいと、レセコンの問題で表示できないのであれば、紙で請求してくださいとの返戻になりました。 マル障については、疾病ではなくその人に対しての公費になる為、月の総点数という事は理解が出来るのですが、番号が変わってしまう為、処理方法がわかりません。 こういった場合のORCAでの対応方法をあるのでしょうか？	システム管理1001:都道府県番号「13 東京」の医療機関 患者登録(公費登録)で保険番号180の適用期間を月途中で区切り、 「社保＋保険番号182＋保険番号180(受給者証変更前)」 「社保＋保険番号182＋保険番号180(受給者証変更後)」 で診療行為入力を行い、レセプト作成を行った場合、保険番号180(受給者証変更後)がレセプト記載されない不具合がありましたので修正しました。	R8.9.28
110		栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化における選択式コメントのレセプト記載の対応を行いました。 令和8年10月診療分以降となります。 詳細は別途資料を参照してください。		R8.9.28
111	request 20250121-002	有床診療所在宅患者支援病床初期加算(有床診療所入院基本料)について選択式コメントが直下に入っていないということで、オンライン送信時に国保連合から連絡が入り 入力場所が違う 国保連合では今回通しますが保険者からどういわれるか分かりませんと指摘があったとのこと 現在は加算自体を診療行為で入力し選択式コメントを入れている状況です。	診療行為から入力された入院料加算の選択式コメントについてレセ電データの記録位置をコメント単独から診療行為レコードへの記録に見直しを行いました。 1. 対象診療年月は令和8年11月以降とする。 2. 今回実装の対象は医保分の入院レセプトとする。 (特に問題等無ければ今後労災、自賠責等も対応検討) 3. 選択式コメントに限らずフリーコメント等も記録位置の見直し対象とする。 4. 診療行為画面からコメント単剤で入力を行われた場合は、従前と同様にコメント単独の記録とする。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
112		医保で請求分に第三者請求がない場合でも、第三者行為の病名を医保レセプトに記載可能としました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「基本1(2)」タブに「第三者行為の請求がない医保レセプトの病名記載」を追加し、医保レセプトの作成時、設定に従って第三者行為の病名の記載を行う。 設定項目の内容 0:第三者行為の病名を記載しない 1:第三者行為の病名を記載する 2. デフォルトは「0 第三者行為の病名を記載しない」とする。 3. 「0 第三者行為の病名を記載しない」を設定したとき、医保レセプトで請求分に第三者行為がない場合は、今まで通り第三者行為の病名の記載は行わない。 4. 「1 第三者行為の病名を記載する」を設定したとき、医保レセプトで請求分に第三者行為がない場合は、設定されている第三者行為に関係なく、有効な病名の記載を行う。		R8.10.27
113	support 20260909-031	入院患者様のレセプト作成において、【21 診療行為】画面にて以下の手技料および必要な選択式コメントを登録しております。 ---------- 150375310 S経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症) ---------- レセプトを作成しレセ電ビューア上で内容を確認すると登録していた選択式コメントの一部が手技料の上の行に表示されてしまいます。 試しに正しく表示されていた選択式コメントを一度削除し登録し直してみたところ、登録した4つのコメントのうち1つのみが手技料の上に表示されました。	レセ電データに記録する手術の選択式コメントについて、4つ目以降のコメントは剤の先頭に記録していたので、剤の最後に記録するよう対応しました。 パッチ適用前の記録例 CO,50,1,851100064,2015 SI,,1,150375310,,24380,1,830100573,こめんと1,830100575,こめんと2,851100063,2015,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,, パッチ適用後の記録例 SI,50,1,150375310,,24380,1,830100573,こめんと1,830100575,こめんと2,851100063,2015,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,, CO,,1,851100064,2015	R8.10.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
114	support 20261023-016	前回の検査年月日が正常(？)に日付を引っ張ってこない症状が起きています。 入力誤りでしたら改善方法、調査が必要であれば必要な情報を提供します。	＜アフターケアレセプト＞ 以下の患者登録一労災自賠保険入力事例において、前回検査年月日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。 【患者登録一労災自賠保険入力事例】※健康管理手帳番号は架空の番号 (1)アフターケア:健康管理手帳番号(2599000001000) 損傷区分00、療養期間(R6.1.1-R7.9.30)で保険登録 ※R6.3.5に受診(診療行為で検査入力あり) (2)アフターケア:健康管理手帳番号(2599000001001) 損傷区分00、療養期間(R8.10.1-R9.9.30)で保険登録 ※療養期間に登録誤りがあり訂正、療養期間(R7.10.1-R8.9.30)で再登録 ※訂正前後で療養期間が重複しないケースは訂正前の保険組み合わせは削除扱いとなり、別番号となる。 ※R8.9.18に受診(診療行為で検査入力あり) (3)アフターケア:健康管理手帳番号(2599000001002) 損傷区分00、療養期間(R8.10.1-R9.9.30)で保険登録 ※R8.10.22に受診 ※R8.10.22のアフターケアレセプトで、「前回の検査年月日」がR6年3月5日となっていたため、R8年9月18日となるよう修正しました。 (「前回の検査年月日」の内部検索に不具合がありました。)	R8.11.25

Copyright(C)2021 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
115		レセプトの確定指示を画面から可能とし、確定指示したレセプト以前の一括処理は実施不可とする機能を追加しました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「基本1(2)」タブに「レセプト確定処理(一括)」を追加し、医保レセプトの一括処理時、設定に従って診療年月の確定設定行う。 設定項目の内容 0:なし(デフォルト) 1:あり 2.「0 なし」を設定したとき、医保レセプト一括作成後の最新の診療年月の表示は行わず、確定設定、確定解除の設定は行わない。 3.「1 あり」を設定したとき 3－1. 確定指示した場合は、該当の診療年月以前の一括処理は、不可とする。 3－2. 確定解除した場合は、該当の診療年月の実施を可能とし、それより前の診療年月の実施は、不可とする。 3－3. 確定指示、解除は、入院、入院外それぞれでの設定を可能とする。 4. 一括処理でエラーになったときは、診療年月の更新は行わない。 5. 医保以外は対象としない。 6. 提出用レセプト以外は対象としない。 7. 個別作成は対象としない。 8.「R99 処理結果画面」で処理終了を確認すること。 確認せず戻った場合、最新の診療年月の表示が行われない。 9. HAORIは未対応のため、「1 あり」を設定したときは画面から一括作成を行う必要がある。		R8.11.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対応内容	備考
116	request 20250513-003	重度認知症患者デイ・ケア料を算定している医療機関では 180703710 重度認知症患者デイ・ケア料 180039670 早期加算(重度認知症患者デイ・ケア料) を算定した際、最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載する必要があります。 850100256 重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" こちらの開始日コメントを、精神科デイ・ケア開始日のように、開始日登録コードにより自動表記させることはできないでしょうか？ 重度認知症患者デイ・ケア料早期加算の選択式コメント対応 システム予約コード入力により、レセプト作成処理において、「重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算)」コメントの自動記載(記録)を可能としました。 併せて、「重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算)」コメントの自動記載(記録)も可能としました。(外来) (令和8年12月診療分以降において対応) 1. 点数マスタにシステム予約コードを新設する。 「099830110 重度認知症患者デイ・ケア料開始日」 (有効年月日:R8.1.1-99999999) 2.【(K061)算定履歴一移行履歴登録】画面について 「099830110 重度認知症患者デイ・ケア料開始日」を新設する。 3. システム予約コードの入力等について 該当患者が最初に「180703710 重度認知症患者デイ・ケア料」を算定した日にシステム予約コード「099830110」を診療行為入力又は【(K061)算定履歴一移行履歴登録】画面で履歴登録を行っていただくことにより、コメントの自動記載(記録)が可能となる。 ＜補足＞ システム予約コード「099830110」の診療行為入力や算定日の登録は令和8年1月1日以降において可能としている。 令和8年12月診療分で、「180039670 早期加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」又は「180038970 夜間ケア加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」を算定する場合は、該当患者が最初に「180703710 重度認知症患者デイ・ケア料」を算定した日は令和8年1月1日以降であるため。 4.【(K98)診療行為一覧選択サブ】画面について(令和8年12月診療分以降) (1)「180039670 早期加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」の算定時に「850100256 重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算)」コメントは選択候補表示しない。 (2)「180038970 夜間ケア加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」の算定時に「850100258 重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算)」コメントは選択候補表示しない。 5. コメントのレセプト自動記載(記録)について(令和8年12月診療分以降) (1)「180039670 早期加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」の算定がある場合 システム予約コード「099830110」の診療行為入力や【(K061)算定履歴一移行履歴登録】画面での履歴登録を参照し、「850100256 重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算)」コメントを自動記載(記録)する。 ※同一剤に「850100256」又は「850100248」のコメント入力がある場合はコメントを自動記載(記録)しない。 (2)「180038970 夜間ケア加算(重度認知症患者デイ・ケア料)」の算定がある場合 システム予約コード「099830110」の診療行為入力や【(K061)算定履歴一移行履歴登録】画面での履歴登録を参照し、「850100258 重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算)」コメントを自動記載(記録)する。 ※同一剤に「850100258」のコメント入力がある場合はコメントを自動記載(記録)しない。 6. マスタ更新が必要である。	R8.11.25

Copyright(C)2021 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
117		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2(情報通信機器)の選択式コメント対応(令和8年6月診療分以降において対応) ※2026年11月12日のコメント関連テーブル追加に伴う対応 ＜対応内容＞ 「114741710 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2(情報通信機器)」の算定がある場合、「850100143 一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)」コメントを自動記載(記録)します。 (同一剤に「850100143」のコメント入力がある場合を除く) ＜補足＞ 算定履歴の初回算定日を参照して自動記載(記録)しますが、前月以前に「114040810 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の算定履歴があり、その初回算定日の方が古い場合はその日付を自動記載(記録)します。		R8.11.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1		「43 請求管理」の返戻一覧の右端のエラーコードが途中までしか表示ができず確認ができませんでしたので横スクロールを追加しました。		R3.9.27
2		「43 請求管理」の返戻一覧の上部の一覧について、社保のRECEIPTC.SAH のときに「保」の表示がありませんでしたので修正しました。		R3.9.27
3		社保の保険者からの返戻ファイル(RECEIPTC.SAH)を取り込んだとき、「43 請求管理」の(H02)返戻情報設定画面及び「44 総括表、公費請求書」の(T05)データ取込画面の一覧の「返」欄に「保」の表示がありませんでしたので修正しました。		R3.10.26
4	(H03) 返戻データ一覧画面	(H03) 取込み済返戻データ一覧画面の記号･番号について、項目名が「記号･番号」となっているのですが、現状記号しか表示されません。	「43 請求管理」の「H03 取込み済返戻データ一覧」の記号･番号欄について、記号のみ表示していましたので番号も表示するようにしました。	R3.12.22
5	ncp 20211203-012	「43　請求管理」画面で表示される「返戻情報設定」画面の中の「返」「補」「施設」「災」欄はどのような場合にどのような表示がされるのでしょうか。 補助の「補」の項目については、船員保険で下船のレセプトが返戻された場合に「下」を表示する方法でよろしかったでしょうか? 10月に同様のお問合せがあり、検証したときには補助区分下船で登録したデータは「下」と表示されたことを確認したような気がするのですが、現在下船で返戻となったレセプトを返戻情報から確認しても、「補」の項目に「下」が表示されません。	「H02 返戻情報設定」の「補」欄に返戻データに紐づけたレセプトが下船三ヶ月の場合に「下」の表示を行うようにしました。	R3.12.22

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
6	ncp 20211109-022	「返戻情報設定」の表示について問い合わせです。 43請求管理の設定時に「返戻有」の紐づけをしています。 マニュアルでは、44総括表でレセ電データ作成後、「返戻確認」すると「済」欄に〇印を表示すると表記されています。 今回2件の返戻データがあり、全く同じ手順で処理しましたがそれぞれ表示が異なる状況が発生しています。 ・1件は、マニュアル通りの表示で問題なし。 ・もう1件は、「済」欄に〇印は付かず、請求区分も「1未請求」のままになっている。 ※返戻情報設定で表示される文字が青色 保険請求確認リストやレセ電を確認すると、データはきちんと反映されています。 返戻情報設定の「済」欄に「〇」が付く場合と付かない場合の違いをご教授下さいます様、宜しくお願い致します。	例) 1.2021.08のレセプト作成 2.2021.10を請求年月として請求管理より紐付け 3.紐付けを解除せずに再度レセプト作成 4.2021.11を請求年月として請求管理より紐付け 5.紐付けを解除せずに再度レセプト作成 6.2021.10を請求年月として請求管理より紐付け 7.2021.10でレセ電データ作成 この場合、返戻データの紐づけ情報に2021.10と2021.11の請求年月と請求管理のkey情報が設定されています。 2021.10でレセ電データ作成時に返戻データの2021.11の紐づけ情報を更新していたため、「H02 返戻情報設定」で2021.10のデータではなく2021.11のデータに「済」と表示となりました。 同じレセプトで複数の請求年月の紐づけ処理が行われるのは想定していませんでした。	R3.12.22
		返戻データの紐づけ処理を行ったレセプトを再度作成後、違う請求年月で返戻データの紐づけ処理を行い、再度レセプト作成後に最初の請求年月で紐づけ処理を行った後にレセ電データの作成を行うと、返戻データに二回目に紐づけた違う請求年月の情報に作成済等の更新が行われていました。	レセ電データ作成時の2021.10の紐づけ情報を更新するように修正しました。 パッチ適用後に再度レセ電データ作成を行うと、2021.10のデータに「済」が表示されます。	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	request 20211110-003	今後、オンライン請求を行っている医療機関様では紙での返戻がなくなる方針です。 オンライン請求のデータをDLした場合にレセ電ビューアーでは、補足事項(返戻理由)が見れますが43請求管理画面では、別表7に定める返戻事由コードまでが表示される仕様です。 返戻に関しての修正方法を質問される事がありますが43請求管理画面で、取込まれたデータの補足事項(返戻理由)が参照できると効率的なサポートが行えるように思います。 また、医療機関様もデータを取込む作業だけを先に実施して、後で返戻理由を確認する事が出来るようになります。 オンライン請求でDLしたファイル名は固定の名前です。 従来は返戻の付箋で紙で確認できていた、補足事項(返戻理由)を確認するためにレセ電ビューアーでファイルを開くのも手間になります。 ORCA単独で表示できるような機能改善を要望いたします。	「43 請求管理」の「返戻一覧」より該当のレセプトを選択することでエラー内容の詳細表示を可能としました。 1.「43 請求管理」の「返戻一覧」で上部の一覧から返戻データを選択したとき、「F5 返戻詳細」でレセプト毎の返戻理由データの返戻事由コード、返戻理由、補足事項の表示を行います。 2.「返戻一覧」で選択した返戻データが医保分の場合のみ、「F5 返戻詳細」が選択できます。	R4.9.26
8	request 20220706-003	43請求管理の返戻一覧で取込み返戻データを確認していたところ、件数が190件中の件数が100件までしか表示されず、残りの90件が表示しませんでした。 現状100件までしか表示されないとのことですので、取込んだ返戻データが100件以上ある場合は次頁や前頁などで100件以上あったときすべての返戻データが取込み確認ができるよう対応して頂きたいです。	「43 請求管理」の「H03 取込み済返戻データ一覧」の明細一覧について改ページを可能とし、返戻レセプトが100件を超える場合でも表示するようにしました。 「H04 返戻詳細」についても同様となります。	R5.6.26
9	返戻ファイル 患者番号　変更	請求管理の返戻一覧画面の表示について、下記マニュアルに赤字表示の場合は、紐づけできないデータ(患者削除など)と記載されています。 https://manual.orca.med.or.jp/5.2/html/?page=763-763 たとえば、令和5年1月で提出したときの患者番号が「00002」として、現在は再発行により「01002」へ変更している場合、返戻一覧で赤字となりますが、請求管理で紐づけができている状態で、そのままレセ電ファイルが作成されます。 上記のケースについては、紐づけ可能なのでしょうか。	「43 請求管理」の「H03 取込み済返戻データ一覧」「H04 返戻詳細」に返戻データを表示するとき、返戻データ取込時にエラーがあるデータは青字、取込後に該当患者が削除されて紐づけができないデータは赤字で表示しています。 返戻データを取込後に患者番号を再発行したときは紐づけが可能ですが、上記チェックの対象となり赤字で表示されていましたので、色をつけないように修正しました。	R5.7.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10		移行データ、患者番号一括変更等により、日レセの患者番号と返戻データの患者番号が異なる場合において、返戻データの患者番号を日レセの患者番号と紐付けることによりそれらの返戻データのオンラインによる請求を可能としました。 1. 保険情報による患者番号の紐付けは、上部の一覧から選択時に行う。 紐づけ処理を行いたい返戻データを選択すると、紐づけできなかった返戻レセプトの保険情報又は公費情報で検索処理を行い、対象の患者が1件だった場合は自動的に紐づけを行う。 2. 返戻レセプトの保険情報と患者の保険情報が枝番まで完全に一致した場合、該当する患者と紐づけを行う。 3. 返戻レセプトの保険情報と患者の保険情報が枝番を除いて一致し、他に対象の保険情報と一致する患者が存在しない場合に該当する患者と紐づけを行う。 4. 公費単独の返戻レセプトの場合、第一公費の公費情報と患者の公費情報が完全に一致した場合、該当する患者と紐づけを行う。 5. 第一公費の負担者番号の先頭が「28」、受給者番号が「9999996」のときは第二公費の公費情報で検索を行う。 このとき、レセプト種別の左に「*」を表示する。 6. マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができないレセプトの場合、保険情報での検索ができないため紐づけできない。 7. 紐づけできた返戻レセプトについて、診療年月に該当の保険が存在しないときは下段の患者番号の左に「*」を表示する。 8. 紐づけできなかった返戻レセプトについて、一致する保険情報がないときは「※※該当患者なし※※」と表示する。	9. 紐づけできなかった返戻レセプトについて、一致する保険情報が複数存在するときは「※※　複数該当　※※」と表示する。 10. 負担者番号、受給者番号の先頭の空白は除いて検索を行う。 11. 記号番号の先頭の空白は除き、全角変換を行って検索を行う。 ※レセ電データに半角での記録が可能なため、他社レセコンで作成したレセ電データの返戻の場合に対応 12. 紐づけ処理を行いたい返戻データを選択したときに表示するのは、取込時に紐づけできなかった返戻レセプトのみとする。 13. 請求管理と紐づけてある返戻レセプトの患者番号の解除はできない。 14. 氏名検索で選択した患者がテスト患者のときは紐づけできない。 15. 「H01 レセプト請求管理登録」で患者番号を入力している場合は、「患者設定」に遷移できない。 16. 「H05 患者番号設定」で紐づけした返戻レセプトは、「H03返戻データ一覧」、「H04 返戻詳細」で患者番号の左に「*」を表示する。 17. 紐づけを解除した返戻レセプトは、一覧から返戻データを選択しても自動で紐づけ処理は行わない。 18. 医保分のみ対象とする。 19. 返戻データ取込時に、全ての返戻レセプトが患者番号で紐づけができなかった場合でもデータの取り込みを行う。	R5.10.26
11	ncp 20231109-056	webORCAの環境で「43請求管理」から「患者設定」画面に遷移すると、「患者設定」画面の下部が見切れてしまいます。 こちらは仕様でしょうか？下部に配置されているであろうボタンが全く見れない状態です。 下部が見切れないようにすることは可能でしょうか？	「H05 患者番号設定」画面の定義に不備があり、画面下部に配置されているボタンが表示できませんでしたので修正しました。 WebORCAでの現象となります。	R5.11.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12	support 20240511-001	ORCAに登録のある患者番号と.HEN .SAH内の患者番号が違った場合にもデータ取込ができるようになりましたが43請求管理→【患者設定】で紐づけする際に保険者・記号番号が同じ家族が表示されました。 該当患者をクリックすると家族と紐づけされてしまいましたが【解除】をクリックし【氏名検索】から該当の患者を紐づけすることができました。 該当患者をクリックする前には【氏名検索】が押せずどのように紐づけする方法が正しいのでしょうか。	「44 総括」のデータ取込で患者番号から患者情報の取得ができなかった返戻データを「43請求管理」の「F6 患者設定」で紐づけを行ったとき、保険者番号、記号番号が一致する患者が複数存在する場合に紐づけた患者情報とは違う氏名、生年月日、性別の表示を行っていましたので修正しました。	R6.6.18
13	request 20230308-001	返戻レセプトを43請求管理の返戻一覧よりエラー内容を返戻詳細より参照ができますが、画面上でエラー内容が確認するだけではなく、一覧もしくは患者一人ずつでもいいのでエラーに内容を印刷できるように改善を要望致します。	取込み済返戻データー覧の明細の印刷を可能としました。 1.「H03 取込み済返戻データー覧」で返戻データを選択したとき、返戻レセプト毎の返戻理由レコードから返戻事由コード、返戻事由、補足事項の印刷を行う。 2. 返戻データを選択していないときは、「F12 印刷」ボタンは押下できない。 3. 労災、アフターケアの返戻データには返戻理由レコードが記録されないため、医保分のみ対象とする。 4.「H05 患者番号設定」で紐づけした返戻レセプトは、「H03 返戻データー覧」の表示と同じように患者番号の左に「*」を記載する。 5.「H03 取込み済返戻データー覧」をメイン画面に変更。	R6.8.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	support 20240918-039	扶養者の変更による同一保険だが番号のみ異なる(被保険者名のみ異なる)保険について一旦分割せずに請求し、返戻対象となったため、レセプト分割を行い、通常通り返戻請求を行った(返戻データの取り込み紐づけ)ところ、支払基金より連絡があり、「オンラインによる一次請求返戻ファイル及び再審査等返戻ファイル並びに再請求ファイルに係る記録条件仕様(医科用)」 (https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iryokikan/download/index.files/rezept01.pdf) 2P(4)8行目「また、再審査等返戻レセプト及び再請求返戻レセプト(再審査等返戻分)を複数枚に分けて再請求する場合、2枚目以降については、一次請求分の請求ファイルを作成して請求する。」に該当するため、2枚目以降は月遅れ請求として提出するようにと指示があった。 しかし請求管理画面でレセプトは分割されて表示されるが、番号が同一のため、識別ができない状態となっています。	月途中で保険者番号、記号は同じで番号だけ変更になったとき、「43 請求管理」の「H99 レセプト検索」の記号番号欄が10文字の表示のため、記号が8文字以上の場合に番号が全て表示されず、レセプトの識別ができませんでしたので番号を表示するように修正しました。 例) 記号12345678　番号11 記号12345678　番号12 「H99 レセプト検索」の記号番号欄の表示 12345678　1 12345678　1	R6.9.25
15	support 20241108-043	請求管理の返戻一覧から返戻内容の印刷が出ないとご相談をいただきました。 現地の環境は、WebORCA オンプレ版クライアント印刷で行っております。 印刷を押すと「処理は正常に終了しました」と表示されますが、右上のダウンロードにもデータは作成されません。 プレビューは作成されるため、プレビューからの印刷は可能です。 帳票類の印刷は問題なく出ます。 返戻一覧からの印刷方法で確認できることはございますでしょうか。	「43 請求管理」の返戻一覧からの印刷処理にクライアント印刷の対応が漏れていましたので修正しました。	R6.11.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	support 20250507-008	1月分のレセプトが後期単独と老健併用の2枚あり、老健併用のレセプトが2月に返戻になった。(保険者からの返戻) 内容が間違っていたため後期単独を取り下げ。 今月の返戻データで取り下げ分が戻ってきたため、後期単独を返戻登録し、老健併用を登録しようとしたところ以下のエラーが表示されました。 「選択されたデータより後の日付の返戻データが存在します」 どのように登録したらいいのかご教示くださいますようよろしくお願いします。	レセプトに紐づける返戻データについて、該当する返戻データが複数月返戻されている場合、最新の返戻データと紐づけるようにチェックを行っています。 最新以外の返戻データを選択した場合、レセプトとレセプト種別、保険者番号、記号、番号が一致するときはエラーとしていますが、同月に入所中とそれ以外のレセプトが存在する場合の考慮が漏れていました。 番号まで一致したときは入所中の有無についてもチェックを行い、違う場合は警告を表示し選択できるように修正しました。 例 2025年1月請求 後期高齢者レセプト 後期高齢者レセプト(特記事項「07老併」) 2025年2月返戻 後期高齢者レセプト(特記事項「07老併」) 2025年3月返戻 後期高齢者レセプト 後期高齢者レセプト(特記事項「07老併」)返戻分を2025年4月分に含めて請求しようとした場合、 【パッチ適用前の挙動】 2025年2月の返戻データを選択するとエラーとなり紐づけできない 2025年3月の返戻データを選択すると紐づけ可能 【パッチ適用後の挙動】 2025年2月の返戻データを選択すると警告を表示するが紐づけは可能	R7.5.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	request 20240823-003	返戻データの返戻理由の表示について要望させていただきます。 現在、返戻理由レコードは識別「HR」のみ対象とのことですがHRに「その他」と記録されていた場合詳細な返戻理由が返戻一覧の画面で確認することができません。 今回お問い合わせのあった医療機関様はHRにその他、MDに詳細な返戻理由が記録されており請求管理画面の返戻詳細には「その他」のみの表示で何の返戻かわからないので困るのでわざわざビューアを見ずに表示させてほしいとの強い要望がございました。	請求管理業務で(H04)返戻詳細画面で返戻データのMDレコードを表示するようにしました。 (H03)取込み済返戻データー覧画面から印刷する取込済み返戻データー覧に返戻データのMDレコードを記載するようにしました。 1. (H03)取込み済返戻データー覧画面上部の一覧から返戻データを選択したとき、「F5 返戻詳細」でレセプト毎の再審査等請求データの再審査等申し出(MD)レコードの理由番号、理由番号補足、理由内容(フリー入力)、補足の表示を行う。 2. 1で「F12 印刷」ボタンを押下したとき、理由番号、理由番号補足、理由内容(フリー入力)、補足の印刷を行う。 3. 理由番号補足、理由内容(フリー入力)、補足のいずれかの項目が記録されている場合に表示又は印刷を行う。	R7.7.28
18	support 20250819-025	しばらく前から「43 請求管理」の「返戻一覧」にて印刷時にプレビューが出ず、即印刷されてしまう。 システム管理情報の職員情報設定でログインユーザの「クライアント印刷時ダイアログ表示」は「1 表示する」の設定で使用されている医療機関となります。 社内環境のWebORCAクラウド及びWebORCAオンプレで検証しましたが当該医療機関と同様の現象でした。 2025-04-23のパッチ提供(第80回)にて、【「43 請求管理」の返戻一覧からの印刷処理にクライアント印刷の対応が漏れていましたので修正しました。】とありますが、確認できた現象はこの対応の影響によるものでしょうか。	「43 請求管理」の「返戻一覧」で一覧からデータを選択、「F12 印刷」押下で「F12 印刷する」を選択したときに、システム管理「1010 職員情報」でログインユーザの「クライアント印刷時ダイアログ表示」を「1 表示する」と設定していても表示が行われませんでした。 「クライアント印刷時ダイアログ表示」の設定に従い表示するように修正しました。	R7.8.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

43 請求管理

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	ncp 20250808-013	返戻データ取り込んで、43請求管理にて返戻一覧から返戻詳細を押して患者様を選択した場合(H04)返戻詳細の画面下に返戻事由コードが記載されますが下記のように同一患者様が数か月に渡って返戻になった場合に新しい返戻ファイルを取り込んだ場合【返戻事由コード】は------の上に追加されますか？ それとも下に追加されますでしょうか？ ---------- 【返戻事由コード】L6005 【返戻事由】症状について詳記願います。 【補足事項】＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ ―――――――――――――――――――――――――――― 【返戻事由コード】L5999 【返戻事由】その他 【補足事項】5／20　＊＊様　ご確認済 ―――――――――――――――――――――――――――― 【返戻事由コード】L6003 【返戻事由】傷病名・診療内容を再確認願います。 【補足事項】＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ ―――――――――――――――――――――――――――― 今回の場合は【返戻事由コード】L5999の上が新しいものでしょうか？ それとも下が新しいものでしょうか？	複数回返戻されているレセプトの返戻データについて、「43請求管理」の「返戻一覧」の返戻情報の印刷、「返戻詳細」の返戻情報の表示が過去の返戻情報についても対象としていたので、最新の返戻情報のみ対象とするようにしました。	R7.9.25

Copyright(C)2021 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		2021年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に於いて Kファイル生成用データの「カナ氏名」項目について従来のカタカナ記録に加えてアルファベットの記録が認められたことから、2021年4月以降のデータについて患者情報カナ氏名に記録されたアルファベットを半角英字で出力します。 -- Kファイル生成用データの仕様については以下実施説明資料の130-131頁を参照のこと https://www01.prrism.com/dpc/2021/file/setumei_20210401.pdf		R3.6.24
2		「43 請求管理」で取り込んだ返戻データとの紐づけ処理後に再度返戻データの取り込みを行い、紐づけ処理を再度行わないままレセ電データ作成を行ってエラーとなる問い合わせが多数あることから、エラーメッセージに患者番号と診療年月を追加しました。 「設定返戻データ存在エラー　患者番号＝xxxxxx 診療年月＝yyyymm」		R3.6.24
3	support 20210611-018	オンライン返戻のデータの取り込みついてのお問い合わせです。 【44総括表・公費請求書】の画面でデータ取り込みをし、RECEIPTC.SAHをデータ転送しますと添付のような画像のエラーがでます。	「データ取込」の取込済みの返戻データの削除処理対応時の不正文字がある場合のエラー処理に誤りがあり、不正文字のある返戻データを取り込んだときに関係のない確認画面が表示されていましたので修正しました。	R3.7.28

Copyright(C)2021 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	support 20210513-014	EFファイル　検証用レセプト　検証結果 特定入院料に包括される項目の設定について不備があったとのことです。 特定入院料に包括されるCT撮影が設定されていないと連絡が来たとのことで診療項目のレコード設定の方法をご教授願います。 尚、減算分の点数が「0」で設定されているとのこと。 減算分の点数を”－”（マイナス）付きで設定する方法も併せてご教授願います。	診療料又は入院料の包括分として入力した画像診断について、先頭が手技、剤内に選択式部位コメントが含まれている場合に先頭の手技が点検用レセプト、入院EFファイルに記録されない不具合がありました。（点検用レセプトは外来・入院の医保、労災、自賠責、公害が対象） 不具合発生事例（以下の診療を包括剤として入力） .700　　画像診断 170011810 CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） 830189100 撮影部位（CT撮影）（その他）;肺 170028810 電子画像管理加算 先頭の手技（事例ではCT撮影）が欠落しないよう修正しました。	R3.8.25
5	request 20200707-001	公害の総括表は各区役所へ提出しています。 ORCAでは一枚にまとまってしまうため、今後市区町村で分けて出せるようにしていただきたい。	公害の総括表について、患者の住所で市区町村別に作成を可能としました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に「公害診療報酬請求書(標準のみ)」を追加し、「0 記号で分ける」「1 住所で分ける」を選択します。 2. デフォルトは「0 記号で分ける」とします。 3. 「1 住所で分ける」の設定のとき、標準の診療報酬請求書のみ住所で分けて作成します。 4. 患者の住所は郵便番号からの入力等による正確な住所での登録を前提とするため、町村の場合に郡が省略されているときは住所を空白として処理を行います。	R3.10.26
6	support 20211108-009	44 総括表画面から公害総括表の処理をしましたところ「ファイル書き込みエラー」のメッセージが表示されます。 どのような原因が考えられますでしょうか？	令和3年10月26日提供のパッチで「公害総括表の市区町村別作成」の対応を行いましたが、同月に複数の公害レセプトをもつ患者のケースについて不具合があり、総括表作成でエラーとなりましたので修正しました。	R3.11.24

Copyright(C)2021 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
7	support 20211105-021	レセ電データチェックリストにて「2111　請求データ内に履歴管理ブロックが記録されているか又は履歴管理ブロック内に請求データが記録されています。」とエラーが出るという件でご連絡いたしました。	9月診療分以降の返戻データ取込みを実施した際の取込み済返戻データ一覧に誤ったエラーコード「E99」が表示される不具合を修正しました。 また、9月診療分以降の返戻データを紐づけたレセプトを対象としたレセ電データ作成を実施した際のレセ電データチェックリストに「21111　請求データ内に履歴管理ブロックが記録されているか又は履歴管理ブロック内に請求データが記録されています。」と記載される不具合を修正しました。	R3.11.24
8	ncp 20220225-021	(H03)取込み済返戻データ一覧で労災の返戻ファイルの明細を表示させた際に、短期給付、業務災害の種別の表示が「傷病・業務」となります。	「44 総括表・公費請求書」の「データ取込」で労災の返戻データの取込を行ったときに、入院外の短期給付を傷病年金、入院の傷病年金を短期給付として取り込んでいましたので修正しました。	R4.3.14
9	request 20211007-001	DPC調査提出データ 入院EFファイルの病棟コードにつきまして、2021年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料を見ますと「病棟の単位は、原則、病院の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする」という要件が示されています。 現在のORCAの仕様では[5001 病棟管理情報]の病棟コードがEFファイルに出力されるようになっているので、看護体制の1単位の中で入院基本料と特定入院料を算定している場合、それぞれを別の病棟として設定してしまうと同じ病棟コードが出力されません。 しかしながら、月次統計での病棟別の集計の関係等で特定入院料の病室をあえて別の病棟として設定したいケースもあるように思います。(当院の場合はそうです。) 病床機能報告の病棟コードについては設定用の項目が用意されているため、病棟が異なっていても同一の病棟コードを出力することが可能になっています。 入院EFファイルの病棟コードにつきましても、病床機能報告の病棟コードと同じように設定項目を設け、病棟が異なっていても同一の病棟コードが出力できるように改善をお願いしたいと思います。	入院EFファイルに記録する病棟番号について病棟管理画面に専用の項目を追加して記録可能とする対応を行いました。 1. システム管理「5001 病棟管理情報」にEFファイル用病棟番号の設定項目を追加する。 2. EFファイル用病棟番号を設定された場合、入院EFの病棟コードにはこちらの設定内容を記録する。 3. 未設定時は従来項目からの病棟番号記録とする。	R4.6.27

Copyright(C)2021 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	request 20210526-005	データ取込画面に記載される「対象年月」は返戻医療機関レコード内の処理年月（査支払機関が返戻処理を行った年月）を読み取り、表示しているようですが、わかりにくいため表示名を「対象年月」→「返戻処理年月」へ変更するか、レセプトの診療年月を拾って表示するよう変更したほうが良いです。 また、「件数」は返戻レセ電ファイルのレコード数(データの行数)を表示しているとのことですが、現場で使用する者からはわかりにくいため、人数の件数を表示していただきたい。	「44 総括表・公費請求書」の「データ取込」で取り込んだ返戻データについて総件数とは別にレセプト件数を表示するようにしました。	R4.6.27
11		2022年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料で示された記録変更の対応を行いました。 EFファイル以外のKファイルについても保険者情報の記録項目が追加され対応しました。 1. 2022年度改正で新設、削除された入院料（特定入院料、短期滞在手術基本料）の対応を行いました。 2. 新設された退院時投薬コメントコード「840000634」「840000635」「820101042」が入力された薬剤について入院Fファイルの退院時処方区分に"1"を記録します。 3. Kファイルの記録項目に保険情報番号、被保険者記号、被保険者番号、枝番を追加しました。 4. Kファイルについて同月内で保険者番号が変わらず記号又は番号が変更になった場合は保険履歴より保険情報を記録します。 5. Kファイルについて公費単独分は保険情報番号、被保険者記号、被保険者番号、枝番の記録を行いません。 6. システム管理「9102 EFファイル作成」で公費のみのレセプトを「1　EF記録しない」と設定している場合は、Kファイルについても公費単独分の記録は行いません。 7. 外来EFファイルの「医学管理料等包括項目区分」と「リフィル処方箋区分」は10月診療分より記録を行うため、今回は未対応とし次回以降で対応します。		R4.6.27

Copyright(C)2021 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	request 20210802-001	支払基金のホームページの様式集の中に診療報酬請求書が掲載されており、押印欄が削除されております。	2022年4月診療分以降の社保の診療報酬請求書の押印欄を削除しました。	R4.6.27
13	ncp 20220629-018	今回下記の通り、ご対応頂きましたが、 2022年4月診療分以降の社保の診療報酬請求書の押印欄を削除しました。 同様に「光ディスク等送付書」もご対応頂くことは可能でしょうか。	光ディスク送付書について、押印欄の削除、点数表区分欄の変更を行いました。	R4.7.26
14	support 20220711-008	Kファイルを DPCデータ提出支援ツールで処理したところ1件エラーログが出ました。 ---------- 他の行のデータと重複しています。 ---------- この方が船員(下船後)で入院していますが、入院期間中に下船後以外の診療行為があったので船員保険で登録しているものもあります。 それが関係しているのか同じデータが2行出力されていてエラーになります。	Kファイル作成時に、同じ保険者番号、記号番号、枝番の船員と船員(下船後)で受診等があった場合、同じレコードが2件作成されエラーになりました。 保険情報(保険者番号、記号番号、枝番)が同じ場合は1件だけ作成するように修正しました。	R4.7.26
15		2022年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料で示された記録変更の対応を行いました。 1. 外来Fファイルの医学管理料等包括項目区分、リフィル処方箋区分の対応を行いました。 2. 対象診療年月は2022年10月以降となります。		R4.9.26

Copyright(C)2021 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 20210909-001	アフターケアのレセ電を作成する際に、労災レセ電のように傷病の経過がない時にエラーになるようにチェックをして欲しいです。	労災アフターケアレセ電データ作成時の処理に、厚生労働省「労災レセプト電算処理システム」HPの「アフターケア委託費　受付前点検（医科）チェック条件表」に基づいたチェック機能を実装しました。 1．「44 総括表・公費請求書」の「レセ電チェック」が「1 チェックする」のとき、チェックを行います。 2．チェック対象は令和2年12月診療分以降のレセ電データとなります。 3．労災と同様に主にチェック一覧のR1,R2,R3エラーチェック内容を実装しました。 4．エラーコードは日レセ独自のチェックを追加することを考慮し日レセ独自に採番を行います。 5．エラーメッセージはチェック一覧の記述に沿ったものとなります。 6．エラーがあった場合、チェックリストの作成を行います。 7．提出用・点検用どちらで作成してもチェックを行います。 8．個別指示で作成した場合もチェックを行います。	R4.9.26
17	後期高齢者診療報酬請求書	標準の後期高齢者診療報酬請求書の様式について、「後期高齢者一般･低所得」の決定の欄に「※」がありません。	標準提供の後期高齢者診療報酬請求書について、「後期高齢者一般･低所得」の決定の欄に「※」が記載されていませんでしたので追加しました。	R5.2.27

Copyright(C)2021 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		2023年度（令和5年度）「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」 実施説明資料で示された「外来Kファイル生成用データファイル」の作成対応を行いました。（令和5年4月以降） https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001082083.pdf 1.「44 総括表・公費請求書」画面から「外来Kファイル生成用データファイル」を出力可能とする 2. 同日受診について実施説明資料に「データは日毎に作成をする」と説明されていることから、当該ケースは対象のデータを1件作成することとする。 3. 対象診療年月は2023年4月以降とする		R5.5.24
19	ncp 20230524-023 【WebORCA オンプレミス】	weborcaでレセ電チェックありで社保レセ電、国保レセ電を作成すると「存在しない傷病名コードが記録されています」（高血圧症をいれただけです）や「存在しないか又は現在有効ではない概要コード（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。」（初診を算定しただけの患者）などのエラーがでます。	コマンドのパス指定に誤りがありエラーとなっていましたので修正しました。	R5.5.30
20	ncp 20230602-021	労災のレセ電記録について確認させていただきます。 労災で入院料を算定し、私病分の請求もある患者様で、私病分（医保）で「病棟薬剤業務実施加算1」を算定した場合、同日の労災の入院料に点数は反映しないのですが、コードはレセ電に記録されてしまいます。 オンライン請求を行った場合、「固定点数の誤りです」とエラーとなり、そのまま請求されました。	労災保険の入院期間中に診療行為画面より他保険で入力した入院料加算が労災保険提出用レセ電データに記録されてしまう不具合を修正しました。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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
21	support 20230530-039	190273570 在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料・臨時的取扱)300点 EFファイルに記録されていないとDPC調査事務局から連絡が入ったそうです。 後期高齢+コロナ軽症 :地域包括ケア病棟入院料1 看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料) 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料) 二類感染症患者入院診察料加算 在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料・臨時的取扱) なぜか「在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料・臨時的取扱)」だけ記録されません。 保険組合せ;包括分で一般病棟特別入院基本料 は入力してあります。	診療行為入力された「190273570 在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料・臨時的取扱)」がEFファイルに記録されない現象は確認できませんでしたが、当該加算が入院料とは別の単独剤で記録される不具合が確認できたことから、これについて同一剤で記録するよう修正しました。 原因については令和4年10月に新設された「看護職員処遇改善評価料1～165」(診療コード:190273510-190289910)が外泊日も算定可能であった為、当該加算を入院料と別の単独剤として記録する対応を行っていますが、対象コードの判定時に「在宅患者支援病床初期加算(地域包括ケア病棟入院料・臨時的取扱)」の診療コードが「看護職員処遇改善評価料」のコード範囲に含まれていたことにより単独剤として記録されていました。 「看護職員処遇改善評価料」のコード判定方法について見直しを行い「在宅患者支援病床初期加算」の記録に影響が無いよう修正しました。	R5.6.26
22	ncp 20230704-033	「093PCR検査」を使用した2023年5月以前診療分のレセプトの月遅れ請求や返戻再請求において、社保総括表2枚目の公費再掲欄に件数と点数のみ記載され、負担者番号と公費名称が記載されません。 「093PCR検査」の終了日2023/5/31を削除すると、負担者番号と公費名称が記載されるようになりますが、終了日を削除すると患者登録で入力できてしまう為、「093PCR検査」の終了日が設定されたままの状態でも総括表に公費名称等が記載されるよう修正いただけないでしょうか。	「44 総括」から作成する社保の診療報酬請求書、標準提供の国保、広域連合の診療報酬請求書は、公費欄の名称、法別番号について公費の保険番号から保険番号マスタを検索して記載を行いますが、プログラム内の保険番号マスタ検索を請求年月の1日固定で行っていた為、有効終了日が2023年5月31日の「93 PCR検査」「94 コロナ軽症」を記載したレセプトを2023年6月以降に月遅れ請求や紙で返戻再請求した場合に検索ができない不具合がありました。 これにより公費欄の記載ができなかったことから請求年月の1日で検索できなかった場合は、有効開始日が一番新しい保険番号マスタを検索するように対応しました。	R5.7.26
23	support 20230805-004 【WebORCA オンプレミス】	総括表・公費請求書作成−社保レセ電 を実行すると、レセ電データチェックにおいて存在するコードなのに「コードが存在しない」という大量のエラーメッセージが出力されます。(おそらく全てのレセプトに対して)	コマンドのパス指定に誤りがありエラーとなっていましたので修正しました。	R5.8.9

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
24	support 20230810-028	EFファイル作成について、お伺いしたく存じます。 添付資料1にありますように、入院外のEFファイルを作成すると DB更新処理エラー　TABLE=tbl_efout【EFファイル作成】 のエラーが出てしまい次に進むことができませんでした。 入院の場合は通常通り作成することができること確認取れております。	外来EFファイル作成処理時に外来Kファイルも併せて作成を行いますが、作成データの処理件数が多い場合プログラム内部で保持してる処理連番の記録オーバーが発生し異常終了する不具合がありましたので修正しました。	R5.10.26
25	support 20231002-026	ORCAの画面操作で患者の受診診療科の修正を行った時に、ORCA画面表示・請求情報は修正後の診療科になっていますがEFファイルで出力すると、一部項目が修正前の診療科のままになっています。 また、複数科を受診した履歴のある患者の診療情報を電子カルテから取り込んだ時に、今回以外の診療科で取り込まれる事があり医事職員が全件目視で確認して手直し対応している状況です。	外来EFファイルの診療科記録について実際に算定を行った診療科を記録するように修正しました。	R5.10.26
26	support 20231025-012	2023年度　形式チェック機能(試行用)でチェックをしたところ、添付画像のエラーが出たと問い合わせがありました。 お客様は産婦人科様です。 エラーが出ている3名の患者様ですが、全員同日再入院の患者様とのことです。	以下の条件で入院登録を行った患者について様式4ファイルに出力されない不具合を修正しました。 ・自費保険で入院登録 ・入院登録時の(I01)入退院登録画面は以下の設定で入院登録 (1).入院会計「1 入院料を算定しない」 (2).食事「0 食なし」 ・同日再入院で自費保険による診療行為(自費)のみ入力されている 【登録事例】 入退院期間10/1～10/5(自費保険による入院登録) 入退院期間10/5～10/10(自費保険による再入院登録) 診療行為は10/1～10/10に自費保険で095*****による入力のみ	R5.11.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	ncp 20240801-041	R6.6月診療分で一般病棟・療養病棟入院料１（入院料４）や（入院料２２）を算定されている患者様について、EFファイルにADL区分（ADLa ベッド上の可動性６点等）が出ていないようで、EF統合時にエラーとなっております。	令和６年６月以降に入院料「一般病棟・療養病棟入院料１」を算定した患者について(I47)医療区分、ADL区分登録画面で登録した内容が入院EFファイルに出力されない不具合を修正しました。	R6.8.28
28	support 20250115-045	医院様よりORCAから出力されたEFファイルをチェックツールで確認したところ「622973901　ビルダグリプチン錠５０mg」が診療明細名称がセットされていませんというエラーが出ると問合せを受けています。	入院料の包括分として診療行為画面より「9999 包括分入力」で入力した薬剤の名称が入院EFファイルに記録されない場合がある不具合を修正しました。 入院EFファイルの対象診療年月と薬剤の点数マスタ有効開始年月が同じで薬剤の開始日が月途中からの場合、現象が発生しました。（点数マスタからの薬剤名称取得を診療年月の１日で参照していた為）	R7.1.28
29	support 20250523-025	44総括表・公費請求書の社保総括表について質問がございます。 お客様より、院内で大まかな受診状況を把握するために総括表を出力していたところ、社保総括表の1ページ目に集計された数字が異常だったとご相談をいただきました。 系列である別の医療機関の集計と比較したところ、系列医療機関では同じ事象が見られないため調査を希望されています。 お客様に伺った状況は以下の通りです。 ・社保総括表の1ページ目に記載されている数字が飛んでいるように見える ・カンマの位置がおかしい ・H27年～R4年1月、2月、3月までが異常な集計になっている	標準の社保総括表（医科・入院外）について、2024年12月の一部負担金の桁数追加対応で新しい帳票(HCM3CV04.red)を作成しましたが、診療年月が2022年3月以前のときは対応前の帳票(HCM3CV02.red)を使用するようにしていました。プログラムの不整合のため正しく帳票が作成できていませんでしたので修正しました。	R7.5.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

44 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
30	support 20260106-031	12月診療分から入院ベースアップ評価料をシステム管理マスタから自動算定出来るように設定しましたがDPCデータ提出支援ツールの単体チェックでエラーが出てしまいました。 エラー内容は「行為明細番号が000の場合、レセプト科区分は適正範囲のコードで入力してください。」IDは「4-720-01-02-723-E」です。 自動算定にしたことによりEnファイルの行為明細番号もしくはレセプト科区分が変わってしまったという事でしょうか？	令和7年12月にパッチ提供した「入院ベースアップ評価料の自動算定」で自動算定をおこなった場合の入院ベースアップ評価料について、入院Eファイルの[E-19 レセプト科区分][E-20 診療科区分]が記録されない不具合を修正しました。	R8.1.13
31		診療科目が救急科（システム管理1005 診療科目情報のレセ電診療科コードが[39 救急科]）で算定した診療についてEFファイル（入院・入院外）の[E-19 レセプト科区分][E-20 診療科区分]が記録されなかったため以下の記録を行うように修正しました。 ・E-19 レセプト科区分は"39"を記録 ・E-20 診療科区分は"460"を記録		R8.1.27
32	support 20260123-001	入院のEFファイルを出力し、EFファイルを様式1チェックにかけると「診療行為点数と出来高実績点数の合計が一致しない」とエラーになります。 造影剤使用撮影の写真診断（他方と同時併設）を算定すると Eファイルの診療行為点数は725点 Fファイルの出来高実績点数の合計は707点 となっており、これがエラーとなります。	画像診断の写真診断（他方と同時併施）を2回以上算定算定した場合に入院・外来Fファイルの[F-14 行為明細点数][F-18 出来高実績点数]に誤った点数が記録される不具合を修正しました。 【点数記録誤りとなる入力例】 ＊ 画像診断 胸部 造影剤使用撮影（デジタル撮影） 4 造影剤使用撮影の写真診断 4 電子画像管理加算（造影剤使用撮影） 造影剤使用撮影（デジタル撮影） 2 造影剤使用撮影の写真診断（他方と同時併施） 2 電子画像管理加算（造影剤使用撮影） 1000 X 1 造影剤使用撮影の写真診断（他方と同時併施）について36点＋きざみ点数36点の72点を記録するよう修正。	R8.2.25

Copyright(C)2021 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
33	support 20260310-023	R8年1月からORCAを使用されている医院様からのお問い合わせです。 今回ORCAを使用する前のオンライン返戻が届き、44総括表からデータ取込まで行いました。 しかし43請求管理の右上に”返戻データあり”の表示が上がらず紐づけが行えません。 当時のレセコンでは患者番号3194で登録されており、ORCAでは患者番号3145で登録されています。 旧患者番号3194は現在ORCAでは全くの別患者として登録もあります。 戻ってきた返戻と今のORCAでは患者番号が相違している状況です。 43請求管理で患者の呼び出しをせずに患者設定をクリックしても取り込んだデータが表示されませんでした。 今回ORCAで修正したデータは患者番号と生年月日以外は当時と変更なく、請求先も国保のままです。 このような状況下での43請求管理の返戻データ紐づけ操作はどのように行えばよろしいでしょうか。 他社レセコンからORCAに変更された場合で、他社レセコン請求分が返戻となった場合にORCAで返戻データ取り込み（「44 総括」の「データ取込」）実施時に誤った患者に紐づけしてしまうケースがありましたので修正しました。	不具合となる具体例 ・他社レセコンでの患者番号は4桁 ・ORCAの患者番号は6桁 ※システム管理「1009 患者番号構成管理情報」が以下の設定時に不具合事象が発生します。 ---------- 患者番号構成区分：2（標準構成） 区分：4（連番号） ---------- 連番号桁数：6 ←（他社レセコンと異なる桁数） ・返戻データに記録された患者番号　1110：Aさん ・ORCAの患者番号　001110：Bさん 返戻データの取り込みで、返戻データの患者番号1110をシステム管理に設定された桁数に読み替え（このケースでは001110）したうえで紐づけ処理をおこなっていたため別の患者（001110：Bさん）に紐づいてしまう事象であったことから、返戻データに記録されている患者番号のまま紐づけ処理を行うように修正しました。 この修正パッチ適用後は、患者番号1110と001110は紐づかない動作となります。	R8.4.23
34	support 20260806-026	DPCデータ提出支援ツールにてORCAで作成したEFファイルを読み取った際にエラーになるとお問合せを頂きました。 確認しましたらEファイルの診療科区分が「000」となりレセプト科区分が空白となっておりました。 ファイル確認しましたら入院ベースアップ評価料で上記の症状が出ておりました。 入院ベースアップ評価料に診療科区分やレセプト科区分をセットする方法についてご教示頂けますでしょうか。	令和8年6月改正で追加となった入院ベースアップ評価料166～250を自動算定した場合に入院Eファイルの[E-19 レセプト科区分][E-20 診療科区分]が記録されない不具合を修正しました。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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	support 20260909-036	レセ電チェックでエラーが2件発生しております。 登録には間違いはないと思うのですが。 令和8年8月高額療養費制度の改定により高齢者で難病併用、低所得者2の多数回該当で8月以降の入院レセプトの特記事項が「35 多オ」となる患者でした。	令和8年8月高額療養費制度の改定により、高齢者で難病併用、低所得者2の多数回該当で入院レセプトの特記事項が「35 多オ」となる場合、「44 総括」でレセ電チェックを「1 チェックする」でレセ電データ作成を行ったときに、「30060 高齢受給者一般レセプト及び高齢受給者7割レセプトについて、特記事項に所得区分又は多数回該当が記録されていません。」「30090 当該レセプト種別では記録できない多数回該当が特記事項に記録されています。」のエラーとなる不具合を修正しました。	R8.9.28

Copyright(C)2021 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	request 20210224-001	収納日報(ORCBD010)において、以下の手順で収納の処理が行われた場合、今回未収額が正確に記載されなくなります。 ※日付に関しては、実際の案件の日付を使用していますが別の日付でも再現できます。 1. 1/13に診療を行い、入金なし 請求額:¥1,000 入金額:¥0 未収金:¥1,000 2. 1/15の診察時に1/13の支払いを行う。 入金額:¥1,000 未収金:¥0 3. 1/13の診療内容に不足があったので訂正する(診療項目追加) 請求額:¥500　※訂正分 入金額:¥0 未収金:¥500 1/15の訂正時に発生した¥500の未収金が、収納日報(1/13、1/15)に記載されません。記載されるよう改善をお願いします。	日次統計:収納日報(ORCBD010)の今回未収額の計上が正しくされないケースがありましたので修正しました。 事例: 8/10:初診料算定 入金0円(未収額860円) 8/12:再診料と外来管理加算算定 入金1240円(10日の未収額860円＋今回請求額380円) 8/12:8/10の診療入力内容に不足があり、創傷処置90点を診療訂正で登録する。 入金0円(未収額270円) 収納日報(ORCBD010)を処理日(R3.8,12)で作成する。 8/10診療分の今回未収額が0円となっていたので、270円が計上されるよう修正	R3.8.25
2	support 20221227-006	51日次統計→統計データにてデータを抽出した際に出力される患者の条件がわからず、ご連絡致します。 診療年月日:R4.12.1　1入院 個人情報有無:記録する 文字コード:S-jis 日付を指定しているので、その日に入院していた患者が出力されるものと考えておりましたが明らかに異なり、どのような患者が上がってくるのか全く検討がついておりません。	「51 日次統計」からF4で遷移する日次統計データ作成において入院分のデータ作成時に、患者入院履歴テーブル(TBL_PTNYUINRRK)の入院履歴枝番号(RRKEDANUM)が"1"のデータのみを対象していたため、データ作成時に指定した診療年月日が転科転棟転室等を行った後の期間に該当した場合の入院データが出力対象とならない不具合を修正しました。	R5.1.30

Copyright(C)2021 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
3	support 20260511-042	日次統計データ作成からCSV出力した際の「保険負担金額」の項目について、ORCA内のどのデータを参照しているのかが判断できない状況です。 テスト環境にて検証を行ったところ、以下の事象を確認しております。 ・自費保険で診療した患者→「保険負担金額」に保険点数が反映されている ・国保・社保で診療した患者→「保険負担金額」が0点のままとなっている 上記の動作が仕様によるものなのか、または設定や運用上の問題によるものなのかを含め、「保険負担金額」がどのデータを参照して生成されているのか、ご教示いただけますでしょうか。	日次統計から作成する統計データの「保険負担金額」は、収納基本テーブル(TBL_SYUNOU_MAIN)のTOTAL_MONEY(合計－金額)、KOH_FTN(公費一部負担金)を集計して設定していますが、TOTAL_MONEY(合計－金額)については自費保険の場合に限り合計点数を記録する仕様であったため、「保険負担金額」について以下の値となっていました。 ・主保険のみ(自費保険以外)の場合は未設定 ・自費保険の場合は保険点数 ・主保険＋公費の場合は公費分の負担金額 このことから「保険負担金額」の集計を収納基本(TBL_SYUNOU_MAIN)のHKNTEKMONEY(保険適用金額)とKOH_FTN(公費一部負担金)から集計するよう見直しを行いました。	R8.9.28

Copyright(C)2021 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		患者調査スクリプト(check_ptinf.sh)の実行結果にオンライン資格確認用のテーブルを追加しました。 1. 追加対象のテーブルは以下の5つとなります。 ・資格確認照会結果格納テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) ・資格確認薬剤情報格納基本テーブル(TBL_ONSHI_YAKUZAI_MAIN) ・資格確認薬剤情報格納副テーブル(TBL_ONSHI_YAKUZAI_SUB) ・資格確認特定健診情報格納基本テーブル (TBL_ONSHI_KENSHIN_MAIN) ・資格確認特定健診情報格納副テーブル (TBL_ONSHI_KENSHIN_SUB) 2. 抽出項目は個人情報となるものを除きます。		R4.7.26
2		(G01)月次統計画面から実行する「患者チェックスクリプト処理(レセプト)」の返却内容にオンライン返戻明細テーブル(tbl_henrei_body)を追加しました。		R5.6.26
3	統計データ、診療「明細名称」について	統計データ、診療についてCSVファイルに、有効期間の開始日が月途中の自費の「明細名称」が出ていないと指摘をいただきました。 自費マスタに限らず、診療行為、5.5.8開始の新型コロナ、特例対応関連のマスタも同様でした。 「明細名称」が記録されるように変更は可能でしょうか。	「52 月次統計」の月次統計データ作成で、統計データに記録する点数識別、点数金額、明細単位コード、明細単位名称、明細名称、明細正式名称、薬価基準コードについて診療行為コードから点数マスタを検索して記録を行いますが、プログラム内の点数マスタ検索が診療年月の1日固定で行っていた為、点数マスタの有効開始日が月途中の自費コード、有効開始日が2023年5月8日のコロナ特例対応関連の診療行為コード等について有効期間の開始年月と診療年月が同じ場合に検索ができない不具合がありました。 これにより統計データに値の記録ができなかったことから有効期間に関係なく、診療年月の最初の診療日で検索するよう対応しました。	R5.7.26

Copyright(C)2021 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		「患者チェックスクリプト処理」で返却内容を変更しました。 1. テーブルを追加しました。 ・受付テーブル(TBL_UKETUKE) 2. 項目を追加しました。 ・資格確認テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) 保険者番号(照会内容) SHO_HKNJANUM 記号(照会内容) SHO_KIGO 番号(照会内容) SHO_NUM 枝番(照会内容) SHO_EDABAN 生年月日(照会内容) SHO_BIRTHDAY 処方箋発行形態(照会内容) SHO_SHOHO_KEITAI 保険者番号 RES_HKNJANUM 記号 RES_KIGO 番号 RES_NUM 枝番 RES_EDABAN 本人・家族の別 RES_HONKZKKBN 生年月日 RES_BIRTHDAY		R5.9.26
5		「患者チェックスクリプト処理(レセプト)」で返却内容を変更しました。 1. テーブルを追加しました。 ・請求管理公費テーブル(TBL_SEIKYU_KOH) ・請求管理他テーブル(TBL_SEIKYU_ETC) ・オンライン返戻管理テーブル(TBL_HENREI_KANRI)		R5.9.26
6		「患者チェックスクリプト処理」で返却内容を変更しました。 1. テーブルを追加しました。 ・医療扶助交付番号格納テーブル(TBL_ONSHI_AIDLST) 2. 項目を追加しました。 ・資格確認テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) 医療扶助UID FUJYO_UUID 診療区分 ONSHINRYO_KBN		R6.3.26

Copyright(C)2021 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
7	support 20250331-029	WebORCA用のカスタマイズ帳票にて、固定長テキストで患者情報データを出力するカスタマイズプログラムがあります。 COBOLプログラム内でカナ氏名を半角カナに変換し、月次の「CSV出力」からクライアント保存にて文字コードを「UTF8」で保存すると添付のテキストデータのとおり、全角カナのままで出力されます。 tbl_toukeicsv_bには添付画像の通り半角で格納されておりますので、本体のクライアント保存側の処理と判断してお問合せさせていただきました。 ちなみに文字コードを「S−jis」とすると半角カナで正常に出力されますがこのファイルを取り込む上位システムがUTF8のため、UTF8での対応を希望されております。 こちらについて、UTF8での半角カナ出力の対応は可能でしょうか。	「51 日次統計」「52 月次統計」の「CSV出力」で、文字コードを「3 UTF−8」で選択してCSVデータを作成したとき、半角カナの項目が全角カナで出力していましたので半角カナで出力するように修正しました。	R7.4.23
8		月次統計からの患者チェックスクリプト処理で対象テーブルを指定可能としました。 1. 月次統計画面からのテーブル指定は最大4つまで可能とする。 　指定がない場合はスクリプト内に記述されたテーブル情報を全て取得する。 2. テーブル名はデータベース定義書に記述されたテーブル名とする。		R7.7.28
9	support 20260601-042	システム管理マスタ1031は一体型の請求書兼領収書(ORCHC03V05)を指定した状態で、外来月別請求書(ORCBG013)から請求書兼領収書を印刷しても、バーコードが印字されません。 プログラムオプションはBARCODE=1でしております。 通常の診療行為確認画面から印刷した場合は印字されます。 他の様式(ORCHC03V03A5)の場合は、外来月別請求書から出力してもバーコードが印字されます。	システム管理「1031 出力先プリンタ割り当て情報」の請求書兼領収書に"ORCHC03V05"を設定時、「52 月次統計」から外来月別請求書(ORCBG013)を実行して出力した診療費請求書兼領収書にバーコードが印字されない不具合を修正しました。「52 月次統計」からの実行時にバーコード印字に対応する前のレイアウトで出力されていたことが原因でした。 ※この修正により出力される帳票のredファイルがHCM03V05.redからHCM03V05A.redに変わります。	R8.6.8

Copyright(C)2021 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		令和3年9月30日で廃止となりました「入院感染症対策実施加算」についてシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」から当該加算を削除した新たな有効期間「R 3.10. 1 ～ 99999999」を自動で作成する対応を行いました。 最新の有効期間を選択し「(W24)システム管理情報－医療機関入院管理情報設定」画面を開くことで「R 3.10. 1 ～ 99999999」の有効期間を自動作成します。(既に手動で有効期間を区切られている場合、この操作は必要ありません)		R3.10.12
2		システム管理マスター1001 医療機関情報－基本の有効期限を2021.12.31に切って、2022.01.01～の分を作成しようとしている最中に異常終了してしまった。 再度日レセを立ち上げたら01 医事業務のボタンが非活性になって押せない。 環境設定のボタンも非活性になっている。	メニューの「環境設定」ボタンを押せるようにしました。	R4.1.26

Copyright(C)2021 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
3	request 20201019-001	・1001医療機関情報入力設定…請求書発行フラグを「2発行する(請求あり)」 ・1038診療行為機能情報　…請求書発行方法を「2保険組合せ別に発行」 上記2点の設定環境での請求書兼領収書の発行についてですが、複数科保険にて、主保険分は負担有り・公費分は負担無しとなる入力があった場合、公費分は負担額が0円なのに0円の請求書が発行されてしまいます 請求書発行方法に則った請求書(今回であれば、保険別)で発行の要・不要を判断していただくよう要望いたします	1. システム管理「1038 診療行為機能情報」に 「10:請求書発行する(請求あり)対象」 「0 すべて対象」、「1 今回請求額あり」を追加します。 システム管理「1001 医療機関情報―基本」又は「1010 職員情報」の請求書発行フラグ、患者登録の領収・明細で設定している請求書発行フラグが「発行する(請求あり)」の時に反映します。 2. システム管理等で請求書発行フラグが「2 発行する(請求あり)」と設定している場合に「10:請求書発行する(請求あり)対象」を「1 今回請求額あり」と設定した時に以下の処理をします。 診療行為の請求確認画面、今回診療分請求額がゼロ以外の時に診療費請求書兼領収書を発行する時、診療費請求書兼領収書の今回請求額がゼロとなる診療費請求書兼領収書の発行をしません。	R4.1.26
		システム管理の設定により外来請求書兼領収書で請求額がない場合、発行をしない対応を行いました。 ※システム管理「1001 医療機関情報―基本」又は「1010 職員情報」の請求書発行フラグ、患者登録の領収・明細で設定している請求書発行フラグは請求確認画面の請求書兼領収書の区分の初期表示の為の区分です。 「2 発行する(請求あり)」は、今回診療分請求額がゼロの時、「0 発行しない」に変更します。これは訂正時も同様です。 「0 発行しない」又は「1 発行する」は今回診療分請求額に関係なく、設定の区分を表示します。 「3 発行する(訂正なし)」は、訂正は診療分請求額に関係なく「0 発行しない」と表示します。	今回請求額がゼロの時は請求書兼領収書を「0 発行しない」と初期表示しますが、これを「2 発行する(請求あり」に変更した場合は、請求額がゼロの請求書を発行すると判断しますのですべて発行します。 3. システム管理等で請求書発行フラグを「2 発行する(請求あり)」と設定していれば、請求確認画面で「1 発行する」に変更しても、システム管理等の請求書発行フラグで判定します。 訂正時は「1 発行あり(訂正)」、「2 発行あり(合計)」である為です。 4. 収納画面から「再発行」や「外来月次」で発行する請求書では反映できません。	

Copyright(C)2021 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	入院料加算 施設基準	システム管理の入院料加算設定時の施設基準については無効としますとのご回答をいただき、それ以降はチェック対象外だと思っていたのですが、連携強化加算(感染対策向上加算2又は3)について、病棟管理情報の入院料加算から設定しようとすると、「必要な施設基準が設定されていません/3827」のエラーが表示されます。 連携強化加算(感染対策向上加算2又は3)と連携強化加算(再診)の施設基 準コード(1)が「3827」で設定されています。 上記については感染対策向上加算、外来感染対策向上加算の注加算となりますので、感染対策向上加算を算定するうえでは外来感染対策向上加算の届出がないこと、外来感染対策向上加算を算定するうえでは感染対策向上加算の届出がないことと記載されております。 施設基準で設定してしまうと、外来感染対策向上加算が自動算定されてしまい、現状入院料加算から自動算定するように設定しても施設基準のチェックがかかって自動算定がおこなえないため、チェックがかからないよう、ご対応いただけますでしょうか。	システム管理「5001 病棟管理情報」の病棟管理情報設定画面から「F10 入院料加算」で遷移する(W201)入院料加算設定画面について施設基準チェックを行わないように対応しました。	R4.4.25
5		障害者施設等入院基本料の医療区分評価による算定分の包括設定用にシステム管理「1014 包括診療行為設定情報」の「501 療養病棟入院基本料」を「501 療養病棟入院基本料・障害者施設等(医療区分)」に変更しました。		R4.5.25
6		令和5年4月からの以下入院料加算についてシステム管理 「5000 医療機関情報－入院基本」で設定を可能としました。 ・190290510 後発医薬品使用体制加算1(経過措置) ・190290610 後発医薬品使用体制加算2(経過措置) ・190290710後発医薬品使用体制加算3(経過措置) ※既に令和5年4月以降の入院会計が作成済みの患者については システム管理設定後に入退院登録画面から異動処理を行って入院会計の更新を行ってください。		R5.3.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7		システム管理「5001 病棟管理情報」の病棟有効期間を変更時に設定されている入院基本料が他の入院基本料に置き換わる不具合がありましたので修正しました。 例1） ・病棟設定の入院基本料が「09 地域一般入院料1」 ・有効期間が「R 4.4.1－99999999」 この病棟の有効期間開始日を「R 4.10.1」以降に変更時に入院基本料が「09 地域一般入院料1(診療報酬上臨時的取扱)」に変わる不具合 例2） ・病棟設定の入院基本料が「06 急性期一般入院料6(経過措置)」 ・有効期間が「R 4.4.1－99999999」 この病棟の有効期間開始日を「R 4.10.1」以降に変更時に入院基本料が「06 急性期一般入院料6」に変わる不具合 原因は令和4年9月30日で廃止となった入院基本料「急性期一般入院料6(経過措置)」が「R 4.10.1」以降は入院基本料選択コンボボックスに表示されなくなりますが、表示自体は入院基本料左横の2桁の番号で表示を行っていた為です。 例1の場合は「09 地域一般入院料1」をそのまま表示することとし、例2の場合は入院基本料選択コンボを空欄で表示するよう修正しました。		R5.3.27
8		管理コード「1051 オンライン資格確認情報」の文言を「1051 オンライン資格確認等情報}に変更しました。		R5.10.26

Copyright(C)2021 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
9	support 20240530-040	ORCAのシステム管理マスタ【5001 病棟管理情報】にて病棟に紐付ける入院基本料についてご質問です。 これまでは「障害者施設等〇〇対１入院基本料」のみでしたが、令和6年6月改定で「障害者施設等〇〇対１入院基本料(慢性腎臓病の患者)」が新設されています。 障害者病棟に入院する患者は基本的に前者の入院料を算定し、透析患者の場合のみ後者を算定したい場合はどうすればよいかとお問い合わせがありました。 現状、1つの病棟に対して入院基本料は1つしか設定できない認識ですが、今回のように1つの病棟に対して複数の入院基本料が存在する場合、どのように設定・入力すればよいかご教示ください。 医療機関様の運用としては、診療行為画面で入院料の手入力はしておらず、入院登録画面から入院料を登録・算定しています。	システム管理「5001 病棟管理情報」で令和６年６月１日以降の有効開始日、かつ病棟種別「05 障害者施設等」の病棟情報登録時、入院基本料選択欄に(慢性腎臓病の患者)の入院料が表示される不具合を修正しました。 パッチ適用後は(慢性腎臓病の患者)の入院料は非表示となります。 (※慢性腎臓病の入院料は入退院登録画面で選択登録する方法となります)	R6.5.31
10	request 20221220-001	12登録画面、21診療行為の患者番号入力後に表示するステータス通知(資格確認情報)について。 通知が被る部分について表示が消えるまで待つ時間が必要になったことと別な画面に遷移しても表示が消えないことから日常業務の中で視覚的にもストレスになるようです。 表示を消す方法はないか複数件ご相談をいただいています。 表示秒数の管理または表示有無の設定などご対応の予定はありますでしょうか。	診療行為で表示するオンライン資格確認のステータス通知表示時間の指定を可能としました。 システム管理「1051 オンライン資格確認等情報」から「診療行為資格通知時間」で設定します。	R6.10.24
11	support 20241025-035	弊社システムはHAORIのマスタ取得API(masterexportv3)を使用して「tbl_syskanri」を取得しております。 「1005　診療科目情報」で「診療科名」を変更した際に、<Base_Date>で日付を指定すると更新された診療科名のデータを取得することができませんでした。<Base_Date>を空にした場合は取得することができたのですが、<Base_Date>を指定すると診療科名のデータを取得できないのでしょうか？	システム管理「1005 診療科目情報」に登録日付・更新日付・更新時間の設定がありませんでしたので、登録日付・更新日付・更新時間を設定するように修正しました。 また、設定のなかった以下のシステム管理も登録日付・更新日付・更新時間の設定を追加しました。 「1006 施設基準情報」 「1009 患者番号構成情報」 「1030 帳票編集区分情報」 「1031 出力先プリンタ割り当て情報」	R6.11.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

101 システム管理マスタ

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
12		システム管理「1006 施設基準情報」の更新を複数端末で同時に行った場合、期間が重複することがありました。 複数の端末から同じ最終履歴を選択し、一方の端末で終了日を更新後、新しい履歴を追加した後、別の端末で終了日の変更なしで更新した場合に、最初の履歴と新しい履歴で期間重複していました。 登録時にシステム管理を検索し、選択時の期間以外の履歴の期間と今回の期間が重複するかチェックを行うようにしました。		R7.1.28
13		・システム管理「5001 病棟管理情報」について 令和8年6月1日以降の有効期間で病棟設定を表示した場合に、見直しとなった「地域包括医療病棟入院料」を特定入院料コンボボックスに表示しないよう対応しました。 ・システム管理「5014 医療区分表示情報」について 改正後の医療区分表示に対応しました(システム管理5000等と同様に最終の有効期間を選択表示することで自動的に令和8年6月1日以降の期間を作成します) この対応に併せて評価票の見直しにより医療区分項目が増えた対応として設定画面をスクロールシートに変更しました。		R8.5.27
14		管理コード1010職員情報の登録において、オペレーターIDの項目でormasterの場合はオペレータIDの変更を不可としました。		R8.7.28

Copyright(C)2021 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
15		病床機能報告用の病棟コードについて令和8年7月より「回復期機能病棟」の名称が「包括期機能病棟」に変更となりました。(マスタについては7/15マスタ更新提供済み) (例) 漢字名称:「回復期機能病棟01」→「包括期機能病棟01」 カナ名称:「カイフクキキノウビョウトウ01」→「ホウカツキキノウビョウトウ01」 この対応としてシステム管理「5001 病棟管理情報」「5002 病室管理情報」の病床機能報告コンボボックスの選択名称を有効期間の開始年月で変更する対応を行いました。 ・有効期間の開始年月が令和8年6月迄「3 回復期」 ・有効期間の開始年月が令和8年7月以降「3 包括期」 名称の変更だけでレセプト電算提出用データに記録する病棟コードに変更はありません。 このことから病棟、病室の有効期間を区切る対応は必須ではありません。		R8.7.28

Copyright(C)2021 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 20210913-044	経過措置等により有効期限切れになり使用できないコードに対して、「期限切置換」を実施したところ「0200　チェックマスタ更新エラー」が表示されと登録できないとお問い合わせをいただきました。 バルプロ酸Na錠100mg「TKC」9/30経過措置　⇒　バルプロ酸ナトリウム錠100mg「アメル」	「(Z01)点数マスタ設定」画面から行う「期限切置換」の処理で、チェックマスタ「1 複写する」と設定があり、チェックマスタのチェック区分「4 薬剤と併用禁忌」に旧診療行為コードで登録があり、新診療行為コードで登録がない場合、「チェックマスタ更新エラー」となり、置換処理ができませんでしのので正しく処理をするように修正しました。 ユーザーが登録したチェックマスタ(tbl_chk_user)に対して処理を行います。 チェック区分「5 診療行為の併用算定(同月内)」「A 診療行為の併用算定(同日内)」「B 診療行為の併用算定(会計内)」も同様に対応しました。	R3.10.12
2	request 20201021-002	院内処方薬剤を分包機を利用し調剤をされいるいる医療機関様です。 このたびVer.5.0→5.1へ変更しました。 今までは102点数マスタの価基準欄の変更ができたため問題なかったのですが、5.1へ変更後から薬価基準を変更できなくなったため薬剤の名称が異なり分包機が動かない状況です。 例を挙げますと 620038802　ブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」 薬価基準よりメーカー名の判断ができないことにより分包機が動かない。 以前のように薬価基準欄をユーザー欄にて編集できるようにしていただくことはできませんでしょうか。	薬価基準コードは一般名等検索条件となるため、連携用とした薬価基準コードを登録できるようにしました。 (Z04)点数マスタ設定－医薬品設定画面に「連携用薬価基準」という項目を追加しました。 入力された連携用薬価基準コードは点数付加2テーブルの連携用薬価基準コードに格納します。	R4.2.24
3	【WebORCA】	服用方法(001から始まるコード)の登録について、電子処方箋の用法マスタと紐づけの対応を行いました。 参考のための事前提供となります。 詳細は別途資料を準備しますのでアナウンスをお待ちください。		R5.10.26

Copyright(C)2021 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
4	request 20220204-001	「058******」で作成した器材マスタの“商品名称(漢字名称)”と“保険請求名称(算定器材名称)”の組合せで一覧を出力できるよう要望いたします	点数マスターリスト(器材商品)に保険請求名称の表示を追加する。 表示の有無は(Z91)点数マスター帳票出力設定画面で設定可能とする。 初期値は「表示しない」設定とします。	R5.12.25
5	ncp 20241010-009	薬剤の点数マスタにて月上限回数を登録したいのですが 1桁だと入力内容が消え、登録ができません。 2桁で入力すると、1桁になります。 (例:45→4)	点数マスタ設定ー医薬品設定画面で、画面右下の月上限回数が1桁しか入力できませんでしたので、3桁入力できるように修正しました。	R6.10.24
6	support 20250630-020	「102 点数マスタ」の登録画面((Z02)点数マスタ設定-コメント設定)で有効開始日と有効終了日を同日で入力にすると、「1010　有効開始年月日≧有効終了年月日で入力して下さい」と表示されるが「有効開始日＜有効終了日で入力してください」が正しいと思われる。	点数マスタ登録業務の各画面で有効年月日を有効開始年月日≧有効終了年月日で入力した時、登録時のエラーメッセージを「有効開始年月日≧有効終了年月日で入力して下さい」と表示していましたので、「有効開始年月日＜有効終了年月日で入力して下さい」と表示するように修正しました。 また、(Z010) 点数マスタ設定ーユーザー設定登録画面も修正しました。	R7.7.28
7	【WebORCA】	(Z06)点数マスタ設定－用法コード設定画面にある標準用法コードで別期間の用法を表示可能としました。 別期間がある場合[標用履歴]ボタンにて循環式に用法が変わります。		R7.10.28

Copyright(C)2021 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	support 20260403-019	以下の医薬品の一般名の表記の状況について教えていただけますでしょうか。 診療行為コード:621521801 フェルビナクテープ70mg「久光」 10cm×14cm 点数マスタの「基本情報2」のタブを確認すると 一般名コードには 2649731SBZZZ 【般】フェルビナクテープ70mg(10×14cm非温感)が設定されていますが、「基本情報」のタブでは一般名はフェルビナクパップ70mg(10×14cm非温感)で2649731SAZZZ のものが表示されています。 診療行為の入力を行うと【般】フェルビナクテープ70mg(10×14cm非温感)で表示されますが、基本情報のタブはなぜフェルビナク「パップ」70mg(10×14cm非温感)となっているか差し支えなければ教えていただけないでしょうか。	令和8年4月診療分から一般名コードがある場合は一般名コードに対する一般名を表示するように修正しました。	R8.4.23
9	support 20260904-020	91マスタ登録 →102点数マスタ 「095」から始まる自院コードの登録についてです。該当の診療行為は1ヵ月ごとに金額の変動があるようで、その都度有効期間を区切って運用していたようです。 項目番号が30以降になってからORCA内部データには登録されているようですが、(Z01)点数マスタ設定画面からは閲覧することも編集することも出来なくなってしまいました。これはシステムの限界値という認識でよろしいでしょうか。 対処方法として新しい自院コードを作成していただき、古いコードは30番目で有効期限を区切っていただくように案内しておりますが、他に方法がありましたらお教えいただきたく存じます。	点数マスタ設定画面で履歴一覧は最大30件でしたので、100件にしました。 また、「改正」の時、最終履歴以外を選択しても有効終了日を「99999999」に変更すれば、「登録」が可能でした。 この為、最終履歴と有効期間が重複するマスタを作成していました。 「改正」の時、選択番号が最終履歴でない時はエラーとするようにしました。	R8.9.28
10	support 20260924-006	特定器材の商品名を「058000000」から登録しました。 マニュアルには「058000000～058999999」と記載されておりますが、点数マスタのリスト「器材商品」から出力されるリストに「058000000」だけが出力されてきません。	点数マスタリストで、その他器材、器材商品のリストの対象に「059000000」「058000000」が外れていましたので含めました。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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 20210714-027	Ubuntu16.04の日レセを5.0.0→5.1.0にバージョンアップを行っています その際、診療情報内及びユーザーマスタチェックリストにリストアップされるエラー内容を修正しておりますが対象のマスタが存在しない為、修正できないエラーが発生しています。	チェックマスタ登録の「5 診療行為の併用算定(同月内)」「A 診療行為の併用算定(同日内)」「B 診療行為の併用算定(会計内)」の処理で、基準年月で対象の適応コードがなく空白表示の時、「前月」「次月」押下でエラーとなっていましたのでエラーとしないように修正しました。 また、この時、直接基準年月を変更できませんでしたので、変更できるように修正しました。	R3.7.28
2	ncp 20240129-017	病名の入力CDについてご教示下さいませ。 医療機関様において 虚血性心疾患に対して「kyoketu01」という入力CDを当てています。 この入力CDをチェックマスタ登録画面(薬剤と病名)で入力すると 「kyoketu01」「kyoket」では呼び出せますが「kyoketu」と入力すると「病名コードがありません」と表示されます。	「X01 チェックマスタ」で「1 薬剤と病名」「2 診療行為と病名」「6 投与禁忌薬剤と病名」を選択し、「X04 チェックマスタ設定」の病名コード入力欄に自院病名コードを入力した際、入力されたコードの桁数が7桁の場合は自院病名マスタ検索を行い、完全一致しなかった場合は病名マスタ検索を行っていますが、病名マスタに対象がなかった場合に「病名コードがありません」のエラーが表示される不具合がありました。(入力された桁数が7桁以外ではこの不具合は発生しません) また、「X01 チェックマスタ」で「8 病名と薬剤」「9 病名と診療行為」を選択し、病名コード入力欄に自院病名コードを7桁で入力した際も同様の不具合がありました。	R6.2.5
3	ncp 20240613-015	生活習慣病管理料2を算定している患者に、「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します。」のメッセージが出てきてしまうため、チェックマスタ 「5 診療行為の併用算定(同月内)」で生活習慣病管理料2に特定疾患処方管理加算を追加しようとしたが適用コードが600件までであり、項目に空きがなく追加も削除もできない状態です。 これ以上チェックマスタに適用コードを追加することはできないのでしょうか。	チェックマスタ設定画面で「5 診療行為の併用算定(同月内)」の画面(X08)の上限件数を600件から700件にしました。	R6.6.18

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

105 保険者マスタ

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 20201120-001	現在、「105:保険者マスタ」で、「記号」を登録しています。 5.1.0へバージョンアップした場合、「記号」へ登録した保険者マスタは ユーザ作成マスタになり、これらのマスタは保険者番号等に変更があった際マスタ更新で更新されなくなるという解釈でいいでしょうか？ 現在、5.1.0へバージョンアップした医療機関様はユーザ作成マスタを削除して、「記号」の登録を削除しています。 多数の医療機関様より、以前のように「記号」を登録できるようにして欲しいとご要望があります。	保険者マスタの記号について、ユーザーマスタを作成しなくても設定可能としました。 1. [(N01)保険者マスタ登録]画面に以下の項目を新設しました。 ・ユーザー記号 ・標準記号オフ 2. ユーザー記号は提供マスターのみ存在する保険者番号について設定が可能です。 3. 標準記号オフは提供マスターのみ存在する保険者番号について記号が設定されている場合に設定が可能です。 4. [(P02)患者登録]画面の記号欄が空白の場合、ユーザー記号、提供マスターの記号の順番で設定がある場合は初期表示します。 5. 提供マスターの記号が設定されており、標準記号オフにチェックがある場合は初期表示から除外します。	R4.3.14
2	request 20221019-002	「105 保険者マスタ」画面の保険番号のボックスについて、表示上限が99件となっているため、今回追加設定を行う予定であった保険番号を選択することができない状態です。 そこで保険番号ボックスの表示上限数の追加、もしくは表示する保険番号の種類の入れ替えを可能とする機能を要望いたします。	保険者マスタ画面の保険番号選択を99件から200件に拡張しました。	R5.11.27

Copyright(C)2021 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		薬剤情報設定画面内の薬剤一覧の表示順序を薬剤名称(漢字)で並ぶようにしました。		R3.9.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

CLAIM

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
1	support 20220325-025	令和4年4月1日の日付で小児かかりつけの患者を受付した場合、初再診料が代入される部分がカラになります。(小児かかりつけ診療料が代入されていません) 初再診料および小児科外来診療料は4月1日でも代入されています。 3月31日以前は初再診料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料が代入されています。	CLAIMで受付時に返却する小児かかりつけ診療料の改定対応を行いました。	R4.3.30
2		CLAIMの受付で返却する「小児かかりつけ診療料」について、小児かかりつけ診療料1の現在の施設基準「3763」の設定があれば、問題ないですが、今回変更となる「3467」のみの設定の場合に、小児かかりつけ診療料2の方を返却していましたので、小児かかりつけ診療料1を返却するようにしました。		R4.4.25
3	support 20250430-029	病名のエラーについてお問合せがございました。 特定の患者様で「不整脈」「心房細動」を入力すると「登録してあります」とエラーがでます。 全科、全病名に変更しても病名はございませんでした。	claim の診断履歴情報モジュールで病名登録を行うとき、疾患開始日(startDate)、疾患終了日(endDate)に暦日チェックを追加し、エラーの場合該当病名を登録しないように対応しました。 (開始日が不正なまま登録され、画面上表示されずこの病名に対して削除、更新等が出来ない状態となります) <mmlRd:startDate>r1.1.1</mmlRd:startDate> <mmlRd:endDate>2025-04-28</mmlRd:endDate> tbl_ptbyomei sryymd　(開始日)r1.1.1 tenkiymd (転帰日)20250428	R7.5.28

Copyright(C)2021 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	support 20210624-004	患者連携で使用しているORCAのPushAPIの仕様書を確認したところ、以下の記載がありました。 https://ftp.orca.med.or.jp/pub/data/receipt/tec/push-api/push-api-spec.pdf 9ページ目 「. PUSH 通知の機能的制限 日レセ PUSH 通知には以下の制限がある。 ● pusher クライアントが通信切断時など未接続の期間に発生したPUSH通知を、クライアント再接続後に受信することはできない。 ➢ PUSH 通知の受信確認および未配達 PUSH 通知の保存機能はない。 例えば患者登録の PUSH 通知を利用し連携機器側に患者情報を保存する処理を行っているようなケースで、一時的に通信回線のダウンがありpusher との接続が切断された場合、再接続までの間に登録された患者の PUSH通知は送信されない。そのため該当患者の登録情報が連携機器に登録されないといった事態が考えられる。 このような場合は、別途日レセ API を利用しその日登録された患者一覧を比較するなどの同期確認処理が必要となる。(別途機能を提供)」 最後の方に記載されている別途機能を入手したいのですが入手方法についてご教授ください。	APIのPUSH通知一括取得について、オンプレミスでも処理可能としました。	R3.7.28
2	request 20210129-001	業務メニュー [01 医事業務]-[22 病名] で、[転記]に[2 死亡]を選択して登録すると、業務メニュー [01 医事業務]-[12 登録] の [死亡区分] にチェックが入ります。 しかし、API 患者病名登録2 /orca22/diseasev3 で 転帰区分 Disease_OutCome が死亡 D の病名を送信すると、業務メニュー [01 医事業務]-[22 病名] に、[転記]が[2 死亡]の病名が登録されますが、業務メニュー [01 医事業務]-[12 登録] の [死亡区分] にチェックが入りません。 APIで転帰区分が死亡の病名を送信した場合も、業務メニュー [01 医事業務]-[22 病名] で、[転記]に[2 死亡]を選択して登録した場合の動作と同様に、業務メニュー [01 医事業務]-[12 登録] の [死亡区分] にチェックが入るような選択肢を追加してください。	API 患者病名登録2 /orca22/diseasev3 で患者病名の転帰区分が「死亡」のとき、患者情報の死亡区分の更新を行うようにしました。	R3.8.25

Copyright(C)2021 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
3	support 20210906-021	下記のXMLにて中途送信した結果、オルカ画面上には --- .900 190172010*1 .900 830100026*1 .900 810000001*1 .900 831110002*1 -- で表示されますが、医療機関様から「.900」の下に4つの基金コードを並べたいと要求されております。XMLの書き方を教えて下さい。	CALIM、APIで中途データを作成する時、入院の診療種別区分が900又は920であれば、1剤1明細で剤分離して作成しています。 コードの判定をしていませんでしたので、診療コードとコメントコードを同じ剤で送信されても、別の剤に分離していました。 診療コードで剤分離するように対応しました。	R3.9.27
4	support 20211022-022	中途終了データ作成API（/api21/medicalmodv2）につきまして質問があります。 ある入院診療のオーダで添付の内容のリクエストデータを送ったところHTTPステータスコード「500 Internal Server Error」が返却され処理ができませんでした。 ORCAへの通信は正常であり、同じ内容で入外区分（InOut）を外来で送信したところ、問題なく登録できます。 調査しましたところ、添付の182行目の診療種別区分を「900」から変更すると処理が正常に処理されるのでこのコメント008500001を「900」で送信するとNGとなることが分かりました。 HTTPエラー500となる理由をご教示いただけますでしょうか。 送信内容が問題なのであれば、エラー内容をレスポンスとして返却していただくことは可能でしょうか。	API、CLAIMの入院診療行為の中途データ作成で、入院診療種別（900、920）で送信した剤の先頭が、コメントコードなど診療コード以外の場合、エラーとなり中途データを作成できませんでしたので正しく作成するように対応しました。	R3.11.24

Copyright(C)2021 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
5	request 20210115-002	電子カルテにORCAで登録している旧姓履歴を表示したいと要望がありました。 産婦人科のため、旧姓と変更年月日を電子カルテ上で参照したいようです。 旧姓履歴を引用できるAPIを用意して頂きたいです。	患者の旧姓履歴情報を取得するAPIを追加しました。 (api01rv2/patientlst8v2)	R3.11.24
6	support 20220105-014	/orca14/appointlstv2?class=01　で予約情報を取得した際、レスポンスでPhysician_WholeNameを取得できない場合があります。 具体的には、ORCAに登録済みの医師100人目あたり以降の医師に対する予約情報を取得した場合、レスポンスのなかに、 Physician_WholeNameのタグそのものがなく、値を取得できません。 Physician_Codeは想定通り該当医師の値を取得できます。 ちなみに、現在同一診療科の医師を114件登録しています。	APIの予約一覧取得(/api01rv2/appointlstv2)で、ドクターコードが100件目以上の時、ドクター氏名を返却しませんでしたので返却するように修正しました。	R4.1.26
7	support 20220117-039	電子カルテより下記のとおりORCAへ送信したところ、Not Foundで送信失敗となってしまうとお問い合わせがございました。 ・クラウドORCAで検証し、再現 ・投薬オーダで、1剤内に23項目分を送信 ※22項目までなら問題なく送信ができました。 ※ただし、22項目でもコメントが二つある場合はNGでした。 ・エラーコード:404 Not Found Medication_infoは繰り返しが40まで可能との認識だったのですが、エラーとなる原因がわからず、教えていただきたく存じます。	APIで剤の薬剤コードが23件以上で、それぞれの薬剤コードに<Medication_Generic_Flg type="string">no</Medication_Generic_Flg>の設定がある場合、薬剤コードに予約コード「099209907 銘柄名記載」を追加することにより、明細数が多くなった場合の中途データ登録に不具合がありましたのでエラーとなりました。 正しく登録するように対応しました。	R4.1.26
8		APIの処方箋データにリフィル回数の項目を追加しました。 また、「099208102 リフィル回数」を登録する時、数量に埋め込み値を設定していましたので、数量＝1で登録するように対応しました。 「099208101　分割調剤」についても同様でした。埋め込み値の1番目を数量に編集していました。		R4.3.30

Copyright(C)2021 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
9	request 20210701-001	以下のリプレースにおきましてAPI受付登録時にPUSH通知が出来ないことが問題となっております。緊急で申し訳ございませんがご対応頂ければと思います。 従来 ドクターキューブ　－＞　電子カルテ一体型（島津） 2021/07/01より ドクターキューブ　－＞　ORCA　API受付 　－＞　電子カルテ（コアクリエイトシステム）	受付API（/orca11/acceptmodv2）にPUSH通知区分（Acceptance_Push）を追加しました。 受付登録、受付取消、新規患者の受付更新（患者番号設定）の時、PUSH通知を行います。 Acceptance_Push＝No で PUSH通知は行いません。	R4.6.27
10	request 20211013-002	API退院時仮計算情報（/api01rv2/hsacsimulatev2）についてですが、室料差額を載せていただけないでしょうか？ 類似の情報を扱っている「収納情報（/api01rv2/incomeinfv2）」には、 ・7-21　Room_Charge室料差額（外来またはゼロは非表示） ・7-22　Tax_In_Room_Charge室料差額消費税再掲（外来またはゼロは非表示） 上記の通り室料差額が得られるようになっておりますので、同様に退院時仮計算でも得られるようにしていただきたいです。	退院時仮計算API(/api01rv2/hsacsimulatev2)のレスポンス項目に室料差額を追加しました。 追加の返却項目は以下の2つです。 ・室料差額（MI_Room_Charge） ・室料差額消費税ー再掲（MI_Tax_In_Room_Charge）	R4.8.29
11	support 20221005-014	オルカの新患者登録API（/orca12/patientmodv2?class=01）のことでお聞きしたいことがございます。 後期高齢者の患者で2割負担(Rate_Classタグに20を設定)で登録すると、ORCAには1割で登録されてしまいます。 私のAPIの設定に問題があるのか、それともORCAのAPIのホームページ上 https://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/patientmod.html には「高齢者の負担割を%で設定します。未設定または、10、30以外は1割負担とします。」と記載があり、まだORCAでは高齢者の2割負担が対応してないのではないかとも思いご連絡いたしました。	APIの患者登録（/orca12/patientmodv2）で高齢者負担割（Rate_Class）に後期高齢者の2割を対応しました。 補助区分（HealthInsuredPerson_Assistance）に2を設定することで2割で登録します。	R4.10.25

Copyright(C)2021 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
12	support 20220829-018	受付連携の並び順についてバグを発見しました。 プログラムは以下のように分を変えると期待通り時間順に並びますが、 <Acceptance_Time type="string">10:03:00</Acceptance_Time> <Acceptance_Time type="string">10:01:00</Acceptance_Time> <Acceptance_Time type="string">10:02:00</Acceptance_Time> プログラムは以下のように秒の場合は時間順に並びません。 おそらく並び順に時分までで、秒が使われていないのではと思います。 <Acceptance_Time type="string">10:00:03</Acceptance_Time> <Acceptance_Time type="string">10:00:01</Acceptance_Time> <Acceptance_Time type="string">10:00:02</Acceptance_Time>	APIの受付一覧(/api01rv2/acceptlstv2)について受付時間の時分順で返却していましたので秒までとして返却するよう修正しました。 また、受付画面の「現在の予約、受付状況」一覧についても同様に秒までで並び変えるよう修正しました。 受付時間の時分が同じであれば、受付順に返却していましたが、受付順と受付時間が逆順である時に現象が発生していました。	R4.10.25
13		システム管理情報取得(機能追加)(日レセ　ver 5.1.0以上) システム管理「1041 入金方法」から登録した入金方法情報の取得を追加しました。		R4.12.26
14		点数マスター括取得の高速化 マスタの検索方法について現在の基準日に加え、有効日の指定項目を追加しました。 https://www.orcamo.co.jp/api-council/members/standards/?haori_medication_masterlst 1. 有効日は"Base_Date2"とする。 2. 有効日は歴日のも指定可能とする。 3. 基準日と有効日の同時指定は不可とする。(指定時はエラーを返却) 4. 有効日(Base_Date2)を設定してリクエストすることで有効日以降に有効な点数マスタの返却を行う。		R4.12.26
15	【WebORCA】	受付一覧取得APIについてOFFSET指定を可能としました。 ※WebORCAのみの機能となります。		R5.2.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	ncp 20230221-060	帳票データ取得API（https://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/push-api/report_data_api.html）を使用してお薬手帳のデータを取得し印刷を行っております。 日レセの診療行為画面で薬剤に50文字の用法を入力しましたが、APIを使用して返却されたJSONには40文字しか載っていませんでした。 返却される文字数に半角80文字（全角40文字）の制限がございますでしょうか？	帳票印刷APIのお薬手帳印刷API （/api01rv2/medicinenotebookv2）返却で 薬剤情報の薬剤名等（Name）が80バイトでしたので120バイトに変更しました。 合わせて電子版お薬手帳の薬品名称が80バイトでしたので120バイトに変更しました。	R5.3.27
17		請求金額返却API（/api01rv2/acsimulatev2）で送信内容に、選択式コメントの選択が必要な内容があった時、途中で処理を終了してしまい、正しい請求金額を返却できませんでしたので修正しました。 システム管理「1038 診療行為機能情報」が「1 自動表示する」「2 自動表示する（選択コメントなし）」と設定してる場合に現象が発生していました。		R5.4.25
18	support 20230501-030	医療機関様の納品準備をオンプレ版にて行っていたところ、自費マスタの不具合が発生いたしました。 自費のリストを確認したところ、ある番号（096000027～）以降の自費マスタの名称は記載されているのに金額と集計先が表示されません。 また、（096000038～）に関しては、名称すら印字されておりません。 点数マスタで該当の番号を開くと、名称・金額・集計先全て登録がなされております。 どの様な原因が考えられるでしょうか。	APIの点数マスタ情報登録（/orca102/medicatonmodv2）で名称に改行コードがあってもそのまま登録できましたので、名称に改行コードがある場合はエラーとするように修正しました。	R5.5.24
19	support 20230606-045	収納情報を取得するAPIで、Income_Informationがないレスポンスがありました。 このようなレスポンスとなる原因について、教えていただけますでしょうか。	APIの収納情報取得（/api01rv2/incomeinfv2）で一時ファイル名の指定が固定でしたので、一時ディレクトリを作成して取得するように修正しました。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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
20		中途終了データ作成API（/api21/medicalmodv2）のリクエストにてPush通知指示がある場合、API処理後にPush通知を可能としました。 1．中途終了データ作成APIのリクエストに項目を新設する。 ・Push通知指示（Medical_Push） 2．Push通知を行う場合は、Push通知指示に”Yes”を設定する。 3．APIの受け側ではリクエストによる処理を行い、Push通知指示によりPush通知を発行する。 4．リクエストによる処理がエラーとなる場合はPush通知指示があってもPush通知は行わない。		R5.6.26
21		WebORCAで中途終了データ作成APIにて登録時に送信した電子処方箋情報を処方箋管理テーブルに登録しますが、診療行為画面の「（K10）診療行為入力一中途終了一覧」から「F4 削除」で中途データを削除する時、中途データに紐づいている処方箋管理テーブルの削除を行っていませんでしたので削除するように修正しました。 削除されずレコードが残っていた為、再度同じ内容で中途終了データを送信しても処方箋管理テーブルの登録ができませんでした。 なお、現在、削除されずに残ってる処方箋管理テーブルのデータはSQLで直接削除する以外に方法はありません。		R5.9.26
22	request 20221012-001	日医標準レセプトソフトとのAPI連携について 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者の算定入院基本料は医療区分に関わらず入院料Iの算定となるかと思いますが入院患者の医療区分・ADL点数情報をAPI連携で取得した際に「Evaluation_Daily」にはFが返されました。 https://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/hospadlinfo.html 上記URLのレスポンス一覧には「Evaluation_Difference」の情報がございましたが返された情報に「Evaluation_Difference」はありませんでした。 今回の患者のような場合に実際の算定入院料の入院料Iの情報を取得できるように機能追加を要望させていただきます。	入院患者医療区分・ADL点数情報返却API (/api01rv2/hsptevalv2)に算定入院料の返却項目を追加しました。	R5.10.26

Copyright(C)2021 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
23	support 20231114-009	弊社電子カルテ「MAPs for CLINIC with ORCA」という製品にて、ORCAとAPI連携させていただいておりますが、「/api21/medicalmodv2(中途終了データ作成)」で、診療内容をORCAに送信する際、処方箋料や一般名処方加算についても、診療データに登録して送信をしているのですが、ORCAの中途データに処方箋料、一般名処方加算が表示されず、「登録」時に処方箋料等が自動算定される動作となっております。	CLAIM、APIの中途データ登録処理で、「処方箋料」は送信があっても対象外としていますが、追加となった「リフィル処方箋料」は対象外にしていませんでしたので、対象外とするように修正しました。 対応したのは、 「処方箋料(リフィル処方箋・その他)」 「処方箋料(リフィル処方箋・7種類以上内服薬)」 「処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与)」です。 「処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬長期処方)」は 「処方箋料(リフィル以外・向精神薬長期処方)」と同様に送信があればそのまま展開します。 (向精神薬長期処方)を自動算定するには予約コードが必要である為、直接の送信を可能としてます。	R5.11.27
24	request 20220805-003	お客様がORCAを導入したことにあわせて、既存の予約システムをORCAとAPI連携するように改修して運用を開始しております。 しかしながら、ORCA APIでエラーが発生し、お客様の業務に支障が出ているため、改修のご検討をお願い致します。 このクリニックでは、同一の患者番号の患者が、同じ時間帯で予約を移動したり複数の予約枠を確保したりといったことが頻繁に行われています。 ORCAとAPI連携して以降、同一の患者番号を引数にして /orca14/appointmodv2?class=01 で予約を入れようとすると以下のエラーが発生して、予約ができません。 「診療内容・ドクター・予約時間帯で予約登録済みです。」 ORCAMOクライアントではエラーなく予約を入れることができますので、APIでも予約できるようにしていただけないでしょうか？	API予約登録で予約する患者番号が同じ予約枠で登録済みの時、警告を返却し予約登録を可能としました。 1. リクエストに追加した重複区分(Duplicate_Mode)に「Yes」と設定があれば、同じ患者番号が同じ予約枠で登録済みの時、警告メッセージ(Api_Warning_Message)に「診療内容・ドクター・予約時間帯で同じ患者が予約登録済みです。」を返却し、予約登録します。 患者番号のない新規患者の時は、同じ予約氏名で登録済みの時となります。 2. 予約取消の時、予約IDの送信がなく、同じ予約枠で同じ予約時間で同じ患者番号が複数登録されている場合は、最後に予約した予約を削除します。 患者番号のない新規患者の時は、同じ予約氏名で複数登録された場合とします。	R5.12.25

Copyright(C)2021 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		オンライン資格確認対応の「予約患者一括取得API」 （/api01rv2/appointlstv2）のレスポンスに保険情報を追加しました。 予約日時点で有効な保険情報（オンライン資格確認対象の保険）を返却します。		R5.12.25
26	【WebORCA】	中途終了データ作成でリクエスト番号05（処方箋情報提供CSV返却）の処理で、処方箋コメント情報のコメントに設定があっても、処方箋情報の処方箋ID、引換番号が空白の時は電子処方箋の提供診療情報レコード「301 レコード」を作成しませんでした。 処方箋ID、引換番号がなくても、処方箋コメント情報のコメントがあれば「301 レコード」を作成するようにしました。 なお、リフィル回数のある処方箋の場合は、リフィル回数の指定が必要です。		R6.3.26
27	【WebORCA】	医療扶助単独でも電子処方箋CSV作成の対象とするようにしました。 保険レコード（21）は保険種別=1（国保 OR 公費）で作成します。		R6.3.26
28	【WebORCA】	API中途データ登録時(/api21/medicalmodv2）で中途データを登録後、再度中途データを送信して置換となる場合、中途データを削除後、今回分を登録しています。 この時、処方箋管理テーブルを削除しませんでした。 この為、再度送信したAPI中途データの処方箋管理テーブルを登録できませんでしたので、中途データを削除する時は、処方箋管理テーブルを削除するように対応しました。 また、中途データ管理API（URL:/api21/tmedicalmodv2）で中途データを削除する時、処方箋管理テーブルの削除をしていませんでしたので、削除するように対応しました。 なお、これらの場合は、診療日・診療科・保険組合せで中途データを削除しますので、処方箋管理テーブルも診療日・診療科・保険組合せが一致する処理済みでないデータ（伝票番号がゼロ）をすべて削除するようにしています。		R6.4.25

Copyright(C)2021 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
29	support 20240527-061	診療報酬改定施行日に以下の項目をカルテから送信したところ、一部の加算がORCAに取り込まれないとお問い合わせがございました。 ＜送信した項目＞ ・初診料 ・機能強化加算(初診) ・外来感染対策向上加算(初診)　★受信しない加算 ・発熱患者等対応加算(初診) ・連携強化加算(初診) ・医療情報取得加算1(初診) ＜受信した項目＞ ・初診料 ・機能強化加算(初診) ・発熱患者等対応加算(初診) ・連携強化加算(初診) ・医療情報取得加算1(初診) 外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算いずれかひとつであれば受信します。 また、ORCA側で直接入力は可能です。 APIのレスポンスでエラーは発生せず成功となっています。 再診料であっても同様です。 リクエスト･レスポンスの電文をお送りいたしますので、原因について教えていただけますでしょうか。	API、CLIAMで中途データに「発熱患者等対応加算」を送信された時、中途データ展開時に外来感染対策向上加算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。	R6.5.29
30	support 20240605-044	APIにて「院患者医療区分・ADL点数登録」を連携した際、DesignRの項目が入院会計照会のADL画面にて反映されません。 医療区分(処置・患者状態)とADLは反映されています。 何が原因でしょうか。	入院患者医療区分・ADL点数登録API (/orca32/hsptevalmodv2)を実行した際のレスポンス項目[DESIGN-Rの合計点(Designr_Total_Score_Daily)]に正しい値が返却されない(患者の算定入院料が返却されてしまう)不具合を修正しました。なお、[DESIGN-Rの合計点]の登録自体は正しく行われます。	R6.6.11

Copyright(C)2021 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
31	ncp 20240612-053	令和6年6月以降の療養病棟入院基本料1を算定している医療機関様より電子カルテからADL評価表の内容をAPIにてORCAへ送信した際に以下状況でORCA側の入院料が正しい表示にならないと連絡がありました 電子カルテ：「疾患状態区分3」「処置区分3」→「入院料１」でORCAへ送信ORCA：「疾患状態区分3」「処置区分3」→「入院料４」となる 他の疾患状態区分と処置区分の場合は正しい入院料でORCAに表示されているとのことです。	API(/orca32/hsptevalmodv2)で医療区分・ADL点数を登録した際の疾患状態区分の判定に誤りがあり、正しい入院料が登録されない不具合を修正しました。	R6.6.18
32	support 20240624-026	ORCAの受付情報を弊社の電子カルテと連携するために、受付一覧取得API（acceptlstv2）を使用してしています。 ORCA上に有効な医師が200件以上登録されている場合、受付一覧取得APIのレスポンスにPhysician_WholeName（ドクター名）が含まれなくなる事象が起きました。 また、医師の有効期限を変更し、有効な医師の数を減らすと、Physician_WholeNameが含まれるようになることもわかりました。	指定された日付の受付一覧返却API（/api01rv2/acceptlstv2）で受付日に有効なドクターが200件以上登録されている場合、201件目以降のドクター名を返却に編集されていませんでしたので編集するように修正しました。	R6.7.23
33	support 20240619-040	6/1以降で入院された患者様をAPIで入院登録を行うとエラーコード「0030：入院料が算定できません。」というエラーで登録できません。 入院料は「療養病棟入院料１（入院料１）（生活療養）」を設定しております。	入退院登録API（/orca31/hsptinfmodv2）で令和6年6月からの療養病棟入院料コードで入院登録ができない不具合を修正しました。	R6.7.23
34		患者番号一覧の取得API（/api01rv2/patientlst1v2）のリクエストに開始時間（Base_StartTime)を追加しました。 class=01（新規・更新対象）で開始時間を設定した場合、患者番号テーブル（tbl_ptnum）の更新年月日が開始日と一致し、更新時間か開始時間以降であれば対象とします。 開始時間は、「00:00:00」から「23:59:59」までを設定します。 患者登録API（/orca12/patientmodv2）のclass=02 患者情報更新の時、患者番号テーブル（tbl_ptnum）の更新年月日と更新時間を更新するように対応しました。		R6.7.23

Copyright(C)2021 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		患者病名情報の返却API（api01rv2/diseasegetv2）のリクエストに 開始年月日(Base_StartDate)、開始時間（Base_StartTime)を追加しました。 開始年月日、開始時間を設定した場合、 患者病名テーブル（tbl_ptbyomei）の更新日時が開始年月日、開始時間以降を対象とします。 開始時間は、「00:00:00」から「23:59:59」までを設定します。 開始年月日のみ指定の場合は、その日以降のものを対象とします。 レスポンスに開始年月日、開始時間、対象となった患者病名の更新日、更新時間の返却を追加しました。		R6.7.23
36		診療情報の返却API（/api01rv2/medicalgetv2）のcalss=01 受診履歴取得のリクエストに開始日付(Base_StartDate)と開始時間(Base_StartTime)を追加しました。 calss=01で対象となった受診履歴の更新日付と開始時間が開始日・開始時間以降であれば対象とします。 開始時間のみの送信であれば、開始日はシステム日付とします。 開始時間は、「00:00:00」から「23:59:59」までを設定します。 また、calss=01 のレスポンスに受診履歴の登録日(CreateDate)、更新日(UpdateDate)、更新時間(UpdateTime)を追加しました。		R6.7.23
37	support 20241001-085	9月25日の更新分から、診療費明細書印刷API （/api01rv2/statementv2）のレスポンスにおいてTotal_Pointの項目が4桁以上の場合、半角カンマが付くようになりました。 ただし半角カンマが付かない値もあるので法則が不明です。	診療費明細書印刷API（/api01rv2/satementv2)の返却項目の「初・再診料」の合計点数（Total_Point）が4桁以上の時、カンマを編集する場合がありましたのでカンマ編集しないように修正しました。	R6.10.15
38		「症状詳記区分(01～07)と情報」名称取得の対応をしました。 /api01rv2/subjectiveslstv2 (症状詳記情報取得)に リクエスト＝03（症状詳記区分一覧返却）を追加しました。 リクエスト＝03で症状詳記区分リスト（Subjectives_Detail_Information）を返却します。		R6.10.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39		「入院患者医療区分・ADL点数登録」API(/orca32/hsptevalmodv2) についてリクエストの医療区分(ID)に「11:スモン」が設定された場合の判定に誤りがあり、「疾患状態区分3（スモンを除く）」として判定されてしまうことによる以下の不具合を修正しました。 ・入院会計の入院料が入院料28－30で更新されない不具合 ・APIレスポンスの「日毎の患者の状態評価：Evaluation_Daily」に 入院料28－30が返却されない不具合		R6.11.26
40		「受付」API（/orca11/acceptmodv2）にリクエスト=00を追加し、指定した患者の受付情報と診察料（初再診料など）を返却可能としました。		R6.11.26
41	request 20231101-001	診療行為にて、複数科まとめ入力をした場合にはオンプレ版では「収納基本.まとめ入力伝票番号(TBL_SYUNOU_MAIN.GRP_DENPNUM)」により、同時入力された複数伝票を紐づける情報が取得可能でした。 WebORCAに対応するにあたり、APIの仕様を確認しておりますが、収納情報の取得(/api01rv2/incomeinfv2)等には上記のまとめ入力伝票番号が無いため、追加を要望致します。	「収納情報返却」APIのレスポンスに「まとめ伝票番号（Group_Invoice_Number）」を追加しました。	R6.11.26
42	ncp 20241118-044	電子カルテ側から保険証の資格確認が有効か、無効かなどを取得したいのですが、APIのPatientGetv2を使用してみたところ、ORCAで保険証での資格確認を行った時に有効と返ってきますが、APIで取得した資格有効性（QualificationValidity）は何も返ってきてませんでした。保険証の時は取得できないのでしょうか？ マイナンバーカードの時（rubyで登録したもの）は資格有効性は取得できてます。	APIの患者基本情報取得について、保険証による資格確認についてQualificationValidity(資格有効性)も返却するように修正しました。	R6.11.26

Copyright(C)2021 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
43	request 20230620-001	診療行為コード毎に紐付く選択式コメントコードと名称の全リストを取得する。 ※ 紐付くコメントコードがない場合はNULL。	API入力・診療コード内容取得(/api01rv2/medicationgetv2)を新設しました。 リクエスト番号＝02 リクエストコードに設定した診療行為コードに紐づく選択式コメントを取得します。 1. リクエストコードに9桁の診療コードを設定します。 設定した診療コードと基準日で点数マスタを検索し、基準日で無効の時はエラーとします。 点数マスタの内容を診療行為コード情報に編集します。 2. 診療行為が特定できない選択式コメントは、レセプト記載事項テーブルの診療行為コードを設定します。 現在、「199999999(医科診療行為特定不能のコメント)」、「819999999(長期収載品の選定療養コメント)」が該当します。 これらのコードは点数マスタに存在しませんので、診療行為コード情報は編集しません。 3. 診療コードでレセプト記載事項テーブル(tbl_recekisai)を検索し、全件選択式コメント内容に返却します。 コメントコードと基準日で点数マスタ検索し、無効の時は対象外とします。 返却は最大200件とします。	R6.11.26

Copyright(C)2021 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	request 20230620-001	ORCAの入力CDから、診療行為コード(9桁)を取得するAPIを希望します。 従来、電文仕様の制約(9桁コードが格納できない)から、他システムから診療行為内容がORCAの入力CDで渡されるシステムがあります。 従来は直接DBを参照することで入力CDから9桁コードを取得しAPIで診療内容を登録していましたが、WebORCAクラウド版等への移行のため、DB直接参照ではなくAPI経由で取得できるようになることを希望します。	API入力・診療コード内容取得(/api01rv2/medicationgetv2)を新設しました。 リクエスト番号＝01 リクエストコードに設定した入力コードに紐づく診療コードを取得します。 1. リクエストコードに入力コードを設定します。 設定した入力コードで入力コードテーブル(tbl_inputcd)を検索し診療行為(セット)コードを取得します。 2. 診療行為(セット)コードがセットコードである時は、セットコードと表示名を返却します。 また、セットコードである旨を返却します。 3. 診療行為コードで点数マスタを基準日で検索し、点数マスタの内容を返却します。 基準日で存在しない場合は、最終履歴の内容を返却し、基準日では無効である旨を返却します。	R6.11.26
45	【WebORCA】	電子処方箋CSVで医師氏名と患者氏名について最大文字数を超えて記録していましたので20文字までに修正しました。		R6.12.23
46	request 20231004-001	診療科・ドクターコードはシステム管理マスタに登録し、且つAPIのレスポンスにも診療科・診療科名称、ドクターコード・ドクター名の両方の値が返ってきます。 が、診療内容についてはシステム管理マスタに登録されますが、レスポンスには診療内容名称の項目は無く、説明にも「システム管理マスタの診療内容情報の診療内容コードを参照して下さい。」とあるのみで、これが為にデータベースへの直接アクセスが避けられない状態です。(受付一覧:/api01rv2/acceptlstv2) いずれもシステム管理情報に登録されるものなので、診療内容についても区分のみでなく名称の項目を返すようにして下さい。	APIシステム管理情報の取得(/api01rv2/system01lstv2) リクエスト番号(Request_Number)=06 または class=06 でシステム管理「1012 診療内容情報」の返却を実装しました。 レスポンス(xml_medicalinfv2res)は基準日で有効なデータを最大100件返却します。	R6.12.23

Copyright(C)2021 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
47	request 20230106-001	先月、システム管理情報取得API（/api01rv2/system01lstv2）に入金区分を取得する機能が追加されましたが、同様に状態コードを取得する機能を追加してほしいです（状態１～３） 状態区分を活用する医療機関がかなり増えており、その情報を連携させるために必要なAPIとなります。	APIシステム管理情報の取得（/api01rv2/system01lstv2） リクエスト番号(Request_Number)=07 または class=07 でシステム管理「1018-1020 患者状態コメント情報」の返却を実装しました。 １．レスポンス（xml_ptconditionv2res）は基準日で有効なデータをそれぞれ最大100件返却します。 Condition1_Information（患者状態コメント情報１）にシステム管理「1018 患者状態コメント情報」を編集します。 Condition2_Information（患者状態コメント情報２）にシステム管理「1019 患者状態コメント情報」を編集します。 Condition3_Information（患者状態コメント情報３）にシステム管理「1020 患者状態コメント情報」を編集します。 ２．患者状態コメント情報１から３に登録なかった場合は「対象がありません」を返却します。 ３．患者状態コメント情報１から３のいずれかに１００件超がある場合は「対象が１００件以上となる患者状態コメント情報があります」を返却します。	R6.12.23
48	request 20230908-001	診療行為コード9桁をキーに、点数マスタの名称を取得するAPIを要望致します。	API入力・診療コード内容取得（/api01rv2/medicationgetv2） リクエスト番号＝03 リクエストコードに設定した診療行為コードの情報を取得します。 １．診療行為コードで点数マスタを基準日で検索し、点数マスタの内容を返却します。 基準日で存在しない場合は最終履歴の内容を返却し、基準日では無効である旨を返却します。	R7.1.28
49		電子カルテ共有サービスでの同意情報がオンライン資格確認システムへ連携されましたので、患者基本情報の取得（/api01rv2/patientgetv2）にて同意情報を返却するようにしました。 なお、この同意情報を取得するには最新のonshi-toolsが必要となります。		R7.1.28

Copyright(C)2021 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
50	support 20250213-013	APIの基本患者情報取得(/api01rv2/patientgetv2)にて、地域包括診療対象疾病(Community_Disease)は繰り返しが4となっています。 2022年4月の診療報酬改定にて対象病名が6病名となり、ORCAの患者登録も6個登録出来るようになっていますが、APIでは以前と同様に4病名しか取得出来ません。 今後の修正で6病名取得出来るようになるでしょうか。	患者基本情報の取得API(/api01rv2/patientgetv2)で地域包括診療対象疾病の返却に慢性心不全、慢性腎臓病の返却がありませんでしたので6件返却可能なように修正しました。	R7.2.25
51	support 20241107-041	「入院会計照会:ADL入力」の「3. 消化管出血」(※出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。)につきまして、画面からは連続して8日間以上の入力ができるのですが、APIから送ると「結果コード[0151]:連続して算定可能な日数を超えています」というエラーとなります。	入院患者医療区分・ADL点数登録 API(/orca32/hsptevalmodv2)で医療区分「3　消化管等の体内からの出血が反復継続している状態」を8日以上送信した場合にエラーとならないよう修正しました。	R7.3.25
52	densyo_APIMD 02893	ORCAと連携をするクラウド型電子カルテを利用されているユーザー様より引き換え番号付き紙の処方箋を出力しようとすると「ORCA」から以下のエラーが返却されました。 エラーコード　W3 が表示される、とご連絡がありました。 1月にリリースされている「電子処方箋対応【ダミーコード等対応】」に関連するものと推察されますが、実際の処方内容を確認したところ、ダミーコードを記録する例に当てはまらないようにも思われます。 エラーとなった処方内容は以下の2つです 処方1 Rp　アムロジンOD錠5mg　1錠 アジルバ錠10mg　1錠 リピディル53.3mg　1錠　分1朝　35日分 Rp　モーラスパップ30mg　63枚	モーラスパップ30mgの一般名コードがダミーコードで記録されていました。 SQLの条件が不足していたことが原因でしたので修正しました。	R7.3.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

API

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
53	request 20240215-001	従来版ではbyomeiテーブルとjoinするクエリを用いて患者病名に関するICD10情報を取得できていましたが、APIでは同処理を行えないため、実装検討いただきたく、よろしくお願いします。	患者病名返却のAPI(/api01rv2/diseasegetv2)の返却にICD10情報を追加しました。 1．病名コード毎にICD10_1_2、ICD10_2_2の返却を行う。 2．対象の病名コードが修飾語コード、予約コードのときは返却を行わない。	R7.5.28
54	【WebORCA】	中途終了データ作成より返却される処方箋情報提供CSVデータで患者氏名レコード（１１）の患者コードに患者番号（先頭から最大15文字）を記録するようにしました。		R7.6.25
55		入退院登録API(/orca31/hsptinfmodv2)で医療観察法の入院登録、入院登録（訂正）、転科転棟転室を処理した際に以下のエラーが返却され処理できない不具合がありましたので修正しました。 Api_Result：0155 Api_Result_Message：算定要件非該当区分の入力に誤りがあります		R7.7.28
56	【WebORCA】	処方箋情報提供CSVデータで公費の負担者番号が数値8桁、受給者番号が数値7桁でない場合は特殊公費レコード（30）に記録、また、負担者番号がなく受給者番号のみの公費は備考レコード（81）に記録するようにしました。 1．公費の負担者番号が数値8桁、かつ、受給者番号が数値7桁または空白の時公費レコード（27)(28)(29）に記録します。 これ以外の時は特殊公費レコード(30)に記載します。 特殊公費レコードが複数となる場合は、最初の公費を特殊公費レコードとし、他は備考レコード(81)に記録します。 2．負担者番号が空白で受給者番号がある公費は、備考レコード(81)に記録します。 これにより、エラー「69 負担者番号のない公費があります。」は廃止とします。	3．1または2はプログラムオプション（ORCHC02Q）の公費備考欄印刷指定の対象でない公費に対して行います。 下記のプログラムオプションで公費備考欄印刷を設定します。 (3)地方公費備考欄の印字 KOHKBN=0 (13)公費備考欄印刷の個別指定 KOHNUM_1=000 4．備考レコード(81)の内容はプログラムオプションの公費備考欄記載と同じ内容とします。 備考種別（省略） 備考　：公費の短縮制度名　負担者番号：XXXXXX 受給者番号：XXXXXX	R7.7.28

Copyright(C)2021 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	request 20240815-001	患者情報取得APIで患者内部IDの取得ができるよう改修をお願いしたいです。	患者基本情報取API/api01rv2/patientgetv2）のレスポンスに患者ID（Patient_Internal_ID）を追加しました。	R7.7.28
58	request 20240114-001	APIについての要望です。 [メモ2]について、[取得]はAPIで可能になっていますが、[登録]を可能にするAPIが見つかりません。 [メモ2]を[登録]する機能をもったAPIを作っていただけないでしょうか？ 用途としては[再来受付用アプリ(自作)で患者本人から連絡事項を取得し、診察室で確認する]という場面を想定してます。	APIで患者メモ登録の登録・更新・削除を可能としました。 1．API患者メモ登録（/orca06/patient_memomodv2）でメモの更新処理を行います。 指定した患者番号、診療科（00:全科）、登録日（未設定はシステム日付）でメモ2を更新します。 メモ区分に「1」の指定があればメモ1を更新します。 排他チェックは受付と行います。受付・患者登録で処理中はメモ登録出来ません。 診療行為との排他チェックは行いません。 2．患者メモ登録　Request_Number = 01 患者番号、診療科、登録日でメモ2またはメモ1のメモ内容を登録します。 登録済みの時はエラーとします。 3．患者メモ更新　Request_Number = 02 患者番号、診療科、登録日でメモ2またはメモ1のメモ内容を更新します。 更新するメモの登録がない時はエラーとします。 4．患者メモ削除　Request_Number = 03 患者番号、診療科、登録日でメモ2またはメモ1を削除します。 診療科の送信がない時は、すべての診療科のメモを削除します。 5．処理後にpush通知(push_accept02)を行います。 メモ登録画面（XF01）と同じ内容です。	R7.8.26
59	【WebORCA】	電子処方箋CSVデータで銘柄名記載とした経過措置対象の薬剤が含まれる場合はワーニングメッセージを返却していましたが、令和7年9月診療日以降はワーニングメッセージの返却を廃止しました。		R7.8.26

Copyright(C)2021 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		病名登録の開始日などの日付に「R07.07.01」を設定すると、そのままデータベースに登録されてしまいます。 (例) XML <Disease_StartDate type="string">R07.07.01</Disease_StartDate> データベース 1434,01,R07.7.1,1,8834829,,,,,,1,8834829,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,0,,0,,0,,,睫毛乱生症,5,睫毛乱生 症,5,,,,,,,,,,api02,20250814,20250814,142254,1,9999,,,,,0,142254,,0,0 上記のデータが登録されてしまうと、画面上に表示されず、同じ日付で同じ病名が登録できない状況になってしまいます。	患者病名登録API(/orca22/diseasev2、/orca22/diseasev3)の暦日チェックに誤りがあり、開始日、転帰日に「R07.07.01」を設定すると、そのままデータベースに登録されてしまいました。 「yyyy-mm-dd」の形式以外の設定のときはエラーとなるように修正しました。	R7.8.26
61	【WebORCA】	電子処方箋のCSVデータで患者氏名または医師名称に含まれる拡張文字を■に変換していましたので変換しないように修正しました。		R7.9.25
62	ncp 20251024-025	患者病名情報一括取得（URL:/orca51/patientdiseaseallv3）にて患者病名情報を一括で取得させていただいています。 本APIのレスポンス内容について確認させてください。 ORCAの病名登録画面にて 「疥癬後皮膚そう痒症」（未コード化傷病名）を入力した状態で取得を行ったところ、レスポンスには以下のように複数の病名が含まれて出力されました： ・疥癬（8831027） ・後（ZZZ2010） ・皮膚そう痒症（8841388） このように、1つの病名に対して複数のコード化病名が含まれる形式で出力される挙動は、当該APIの仕様でしょうか？ もし仕様である場合、弊社側で受信時の対処処理を検討いたします。 また、御社の病名登録画面においては、1つの病名に複数の病名を設定できないよう制限があると認識しております。 可能であれば、上記のようなケースでは「未コード化傷病名」のままで出力いただけると非常に助かります。	「疥癬後皮膚そう痒症」のように複数の病名で組み立てられているが、並び等で未コード化傷病名となるような場合、その病名が未コード化傷病名か判別できるように、患者病名情報一括取得APIに病名編集フラグの返却を追加しました。	R7.11.25

Copyright(C)2021 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
63		APIの患者基本情報取得の引数により訪問診療・オンライン診療の資格確認結果を取得可能としました。 1．患者基本情報取得(/api01rv2/patientgetv2)の引数にclassを指定することで、資格確認結果に訪問診療またはオンライン診療の資格確認結果を返却します。 class=02 は訪問診療の資格確認結果 class=03 はオンライン診療の資格確認結果 class 指定なし または 01 は顔認証の資格確認結果 classが上記以外はエラー「91 処理区分に誤りがあります。」		R7.11.25
64	support 20251218-004	中途終了データ作成API(/api21/medicalmodv2)において、 Medical_Classが空の場合、レスポンスのMedical_WarningにM05が返却される認識でしたが、特にエラーは返却されずApi_Resultも00で正常登録扱いとなります。 しかし、中途終了には何も入ってきておらず、Medical_Uidも空となっております。 こちらについては仕様となりますでしょうか。	API中途終了データ作成(/api21/medicalmodv2)は、診療種別区分(Medical_Class)空白で処理を終了しますので、診療行為コードの送信があっても1件目の診療種別区分(Medical_Class)が空白であれば、中途終了データ作成なしで終了して「登録処理終了」を返却しています。 診療行為コードの送信があっても中途終了データを作成しなかった時は、処理結果コード「20」「中途データが登録できませんでした。」を返却するように修正しました。	R8.1.27
65	support 20251219-026	患者病名情報一括取得API(/orca51/patientdiseaseallv3)を実行して患者の病名を取得しています。先日ユーザー様の環境で本APIを実行したところ、レスポンスデータ内に下記の不正なデータが複数含まれていました。 試しに弊社のORCA環境で同じAPIを実行したところ、同様にごみのような不正データが含まれています。以前同環境で同APIを実行したときには、このようなデータは含まれていませんでした。何故このようなデータが出力されるのか、原因と対応をお教えいただけますか。	11月のパッチ提供で患者病名情報一括取得API(大容量API)に病名編集フラグの返却を追加する対応を行いましたが、定義体の対応に漏れがあり、アプリケーションと定義体にずれが発生してゴミが設定された状態で作成されていましたので、定義体の修正をしました。	R8.1.27

Copyright(C)2021 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
66		API受付登録から受付のCLAIM送信状態の設定を可能としました。 1. API受付登録(/orca11/acceptmodv2) リクエスト番号＝04(受付送受信状態設定) Claim_Send_Info(送受信状態区分(CLAIM連携))に送信状態を設定し、受付の送受信フラグに設定します。 00:送済 01:閉塞 02:送誤 03:会待 以外はエラーとします。 2. 送信は、患者番号、受付日(未設定はシステム日付)は必須です。 受付IDの送信があれば受付IDで受付を決定します。 受付IDの送信がない時は、受付時間・診療科は必須です。 この時、保険組合せの送信があれば一致する受付を対象とします。 対象となった受付が会計済みの時はエラーとします。 この対応により、受付一覧(/api01rv2/acceptlstv2)のClaim_Infometion(claim情報)が1桁でしたので2桁に変更しました。		R8.1.27
67	request 20240718-002	削除病名一括削除を行うAPIを要望します。 弊社電子カルテからORCAへ病名連携を行う際、病名の削除が必要で削除された病名が200件以上になる患者は病名連携APIがエラーとなってしまいます。 削除病名は手動で削除するしかないとのことですがユーザーにORCAの病名を触らせたくないので何とかしていただきたいです。	患者病名が同一開始日、診療科で削除病名があっても99件存在すると病名登録ができません。 削除病名の実削除は画面でのみ可能でしたが、患者病名登録APIでの実削除および連番付け替え機能を追加し、患者病名登録APIでの病名登録を可能としました。	R8.1.27

Copyright(C)2021 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
68	support 20260206-028	サポートしているご施設様からのご相談です。 2026年1月の会計照会にて、気が付いたら 1/5～1/18の食事が抜けているとのことで、原因や何が起きたのかのご相談がありました。 当該施設では電子カルテとの連携をしており、ORCAの操作をした様子ではないのですが、電子カルテベンダに確認しても、そのようなAPIリクエストをしていないそうで、どのような経緯でそのような結果になったのか、全く判断ができません。 そこで、御社にて当該患者様の入院会計照会(食事)部分が、いつ更新されたか、それがAPIリクエストによるものか、ORCAの操作によるものかを確認いただくことは可能でしょうか。 もし、可能であればお調べいただけないでしょうか。 特定入院料を算定する患者に対して入退院登録API(/orca31/hsptinfmodv2)で転科転棟転室処理を行った際、指定した異動日(Update_Date)の翌月に特定入院料の算定上限日数に到達し、病棟設定の入院基本料を算定した場合に、異動月の食事カレンダーが欠落する不具合がありました。 【食事カレンダーが欠落する事例】 1. 令和7年11月12日入院日で入院登録。 　算定入院料は精神科救急急性期医療入院料(90日上限)を算定 2. 1. の状態で入院カレンダーは12月迄の作成となることから「32 入院会計照会」画面の次月(F7)押下で1月分の入院会計を作成。 3. 令和8年1月15日異動日で転科転棟転室のAPIリクエスト実行。 リクエスト内の入院料(Hospital_Charge)は精神科救急急性期医療入院料(190264010)とする。 4. 令和8年1月10日から1月14日の食事が欠落。	【食事欠落の原因】 3. のリクエスト処理は通常、異動月プラス1月(翌月分)まで入院カレンダーをまで入院カレンダー作成をおこなうがこのケースでは精神科救急急性期医療入院料の算定上限日数90日を超えた令和8年2月10日からシステム管理「5001 病棟管理情報」に設定された入院基本料で入院カレンダーを3月分まで作成している。 よってプログラムの内部処理は1月15日の異動処理と2月10日の異動処理をおこなっているが、このとき食事のカレンダーが存在してる場合は異動処理前にプログラム内でワーク領域に退避をおこない入院料の書き換え終了後にワーク領域から復元している。 ・1月15日の異動処理時(食事の退避→入院料の更新→食事の復元) ・引き続き2月10日の異動処理(食事の退避→入院料の更新→食事の復元) 既に存在している1月分食事カレンダーから1/15～1/31の期間について食事を退避して復元を行うのが正しい処理だが、この退避復元処理時に内部で処理を行う2月10日からの異動処理用に保持している2月10日の日付「10日」が1月分食事カレンダーの復元をおこなう開始日となってしまい1/10～1/31の食事を復元する処理となってしまった。 元の退避処理では1/10～1/14は退避対象の範囲外であることから「″0″ = 食なし」と上書きされてしまう。 【修正内容】 食事復元時の開始日を正しくセットするよう修正しました。	R8.3.25

Copyright(C)2021 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
69		・入院患者医療区分・ADL点数登録API(/orca32/hsptevalmodv2)について、評価票の見直しにより医療区分項目増加に対応してリクエストとレスポンスの医療区分項目(ID)を従来の最大50件から55件に増やしました。 ・入院患者医療区分・ADL点数情報API(/api01rv2/hsptevalv2)について、評価票の見直しによる医療区分項目増加に対応してレスポンスの医療区分を従来の最大50件から55件に増やしました。		R8.5.27
70	support 20260525-057	バイオ後続品のあるバイオ医薬品を一般名処方した場合のリクエストについて 令和8年度診療報酬改定の表題の件についてです。 電子カルテより、該当のバイオ医薬品を一般名処方してORCAへ送信しましたが、一般名記載になりませんでした。 Generic_Flg type=yes で送信しています。 ORCAで直接入力すると一般名処方が可能で加算も自動発生します。 また、内服薬等も従来どおり一般名処方が可能で、注射薬のみが不可でした。	API中途終了データ作成(/api21/medicalmodv2)で在宅薬剤(院外処方)(148)に一般処方指示 (Medication_Generic_Flg)の設定をしても「【一般名記載】」「【銘柄名記載】を展開しませんでしたので修正しました。	R8.5.27
71	support 20260515-023	弊社電子カルテとORCAの医療区分・ADL連携についてご教示ください。 弊社電子カルテから修正された医療区分・ADLを送信した際に医療区分・ADLに応じて入院料が自動で変更される方と、入院会計照会＞ADL入力＞入院料変更を押さないと変更にならない方がいらっしゃいます。 弊社にて確認できたのは、入院料18→12に変更になったときは自動で12に変更されましたが、入院料1→4に変更になったときは「入院料と医療区分・ADL区分の評価が一致しない日があります」と警告がでて、「入院料変更」を押さないと変更になりませんでした。 (例:5/1は最初は入院料1で算定していたが、評価間違いがあり、入院料4に変更になった。その分を送ると上記の警告が出てくるときとでてこない時がある) 「入院料変更」を押さないといけない条件はございますか？	入院患者医療区分・ADL点数登録 API(/orca32/hsptevalmodv2) について、療養病棟入院基本料(病院)でスモン(ID:12)を設定して実行した場合に、スモンの入院料(入院料28から30)に更新されない不具合がありましたので修正しました。	R8.6.24

Copyright(C)2021 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
72		1007.自動算定・チェック機能制御情報で薬剤情報提供料（一般）を1算定する（月1回）にしています。 例えば12月1日にカルテから薬剤情報提供料を送信し、ORCAで取込み登録します。 12月15日に受診があり、カルテから薬剤情報提供料を送信すると、ORCAの診療行為画面で中途表示から薬剤情報提供料が展開されません。 ORCAでは「00正常に受け取りました」となっていますが、中途表示データに表示されません。 ORCAで手入力することは可能なので、同様にカルテから受け取れるようにしてほしいです。 やむを得ず、1007.の設定を「0算定しない」で運用しています。 カルテで薬剤情報提供をした旨を記載し、カルテから薬剤情報提供料を送信するようにしていますが、算定漏れとならないよう、ORCAで自動算定の設定にしておきたいです。（その場合、後からカルテ記載する）	中途終了データ作成(/api21/medicalmodv2)で薬剤情報提供料、処方料など中途データ作成時に破棄するコードを取り込むことを可能としました。 1．中途終了データ作成時に破棄するコードに取込み区分（Medication_Import_Flg）「yes」と設定がある時は中途データに取込みます。 2．取込み区分を有効とするのは、薬剤情報提供料・処方料・処方箋料・調基・検査判断料・入院調剤料とします。（減）、薬剤料逓減などの減算コード、外来調剤料は取込み設定があっても破棄します。	R8.6.24
73	request 20260428-003	診療情報返却API（/api01rv2/medicalgetv2）のレスポンス内に「ドクターコード」の追加を要望致します。 ある医療機関様向けに診療情報を一覧取得するアプリを開発しようとしておりますが、受診履歴にあるはずのドクターコードがレスポンスに無く、ドクターコードでの抽出機能が実装できません。	診療情報返却API（/api01rv2/medicalgetv2）のレスポンス内に「ドクターコード」を追加しました。 外来の受診履歴取得（class=01）、受診履歴診療行為内容（class=02）のレスポンスでドクターコード（Physician_Code）、ドクター名（Physician_WholeName）を返却します。	R8.7.28

Copyright(C)2021 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 20260708-022	APIにて注射と加算項目を送信された際に、加算項目の Medical_Class_Numberは「1」になっていますが、ORCAに登録された際に「2」になってしまう現象が発生している医療機関があります。 リクエスト電文を確認させていただきましたが、確かに回数は「1」で送信されているようで、レスポンスにも登録完了と出ているのでエラーが出ているわけで鼻のですが、取り込み時に何故変更されるか分かりますでしょうか。 リクエスト電文について添付させていただきますので、ご確認をよろしくお願いいたします。 対象注射 .340 ＊その他注射 130012010 硝子体内注射 k2 両 620006431 0.3 サンドールP点眼液 620006489 6.7 PA・ヨード点眼・洗眼液 0．2% 629938401 1 アフリベルセプト硝子体内注射用キット40mg／mL 0．05mL 620003853 0.3 キシロカイン点眼液4% 対象加算 130013790 Sバイオ後続品導入初期加算（注射）	API中途データ作成(/api21/medicalmodv2)で、点数マスタのデータ区分が加算のみの剤を送信された場合、前の剤と診療種別区分が一致していれば前の剤の加算とするようにしていますが、診療種別区分が「340 その他注射」で通則加算のみの時は別剤とするようにしました。	R8.7.28
75	request 20260121-001	患者基本情報取得APIにおいて、患者登録画面の「領収・明細」の設定値を取得できるように改善を希望します。	患者基本情報取得API（/api01rv2/patientgetv2）の返却に領収・明細発行区分を追加しました。 領収・明細発行区分 （Print_Invoice_Receipt_Statement_Class） 領収・明細発行区分名称 （Print_Invoice_Receipt_Statement_Class_Name）	R8.8.25
76		電子処方箋のCSVデータで診療科レコードの診療科名を「別表4 診療科コード」の内容で記録するように修正しました。 （例）耳鼻咽喉科→耳鼻いんこう科		R8.9.28

Copyright(C)2021 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	support 20260717-005	薬剤情報取得API（/api/api01rv2/onlinedruggetv2）の Request_Number＝01（一覧取得）について、仕様書上は「設定された月から遡って薬剤情報が存在する12ヶ月の月を返却します。」との記載ですが、一度に6ヶ月分までしか返却されません。正しい動作はどちらになりますでしょうか。	オンライン資格確認　薬剤情報取得API （/api01rv2/onlinedruggetv2）の薬剤情報の年月一覧の取得(Request_Number =01)で基準年月から6か月分を返却していましたので、１２か月分返却するように修正しました。 また、最終の診療年月（MeTrMonth）の医療機関・薬局など情報（MeTrD_Inf）は１件のみ返却していましたので、最大２０件返却するように対応しました。	R8.9.28

Copyright(C)2021 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	ncp 20210512-017	月次統計の【ニコチン依存症管理料に係る報告書】で上手く統計結果が出ないというお問い合わせがありました。 2020年度分からニコチン依存症管理料2が新設されそちらで算定した患者が3名、従来通りのニコチン依存症管理料1で算定した患者が2名の計5名いるとのことですが結果は0名で表示されてしまうとのことです。 2019年度分まではニコチン依存症管理料1の患者しかいない為ちゃんと表示されるそうです。 こちらの機能は現在も使用できるのでしょうか？また正しく結果が出るように設定方法等はございますでしょうか？	月次統計のニコチン依存症に係る報告書について、令和2年診療報酬改定様式対応を行いました。	R3.5.27
2		予約票印刷で対象となる予約が50件を超える場合に不具合が発生していましたので修正しました。 予約票は50件まで印刷します。		R3.6.24
3		月次統計「訪問診療等の状況」の往診の診療行為コードに新設された臨時的取扱の緊急往診加算のコードを追加しました。 114051150 緊急往診加算(在支診等以外)(臨時的取扱) 114051250 緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床なし)(臨時的取扱) 114051350 緊急往診加算(在支診等)(臨時的取扱) 114051450 緊急往診加算(機能強化した在支診等)(病床あり)(臨時的取扱)		R3.6.24
4	request 20201228-001	院外処方箋の枝番と保険番号の間にもう少し間をあけるか枝番号のフォントを変更するか保険番号と枝番号の区別が付きやすいように改善いただきたいです。	処方箋の記号番号の1行の文字数を1文字減らして枝番との間を空けました。 1. 記号・番号が13文字を超えた場合、記号と番号を別行に編集します。 2. 記号・番号が13文字までであれば、記号・番号を1行に編集します。	R3.9.27

Copyright(C)2021 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	ncp 20210930-012	2021/9/27提供のパッチを適用後から、労災患者のQR処方箋を印刷すると、記号番号欄に傷病の部位が印字されております。 帳票プログラム:ORCHC02Q Xenial5.0.0　第82回およびBionic5.1.0　第51回パッチ適用状態では、記号番号の位置に労災番号が1行で記載されます。 Xenial5.0.0　第89回およびBionic5.1.0　第52回パッチ適用後の状態では、記号番号の位置に「短期給付」と傷病の部位が2行で記載され、労災番号が記載されなくなりました。	令和3年9月27日提供のパッチで処方箋の記号・番号を１３文字まで表示するように対応しましたが、労災の労働保険番号が１４文字の時、記号番号欄に編集しない不具合がありました。 労災の時は、そのまま労働保険番号を記載するように修正しました。 ※9月27日提供のパッチファイルを差し替えましたので、再度プログラム更新処理により適用されます。	R3.9.30
6	10/12　後期高齢者　処方箋QRコード	後期高齢者の枝番の記録はおこなっていないため、枝番の項目は省略されると思われますが、現状QRコード読み取ると、最後に「,」が出力されないようです。 (現)　23,,１２３４５６７８,1 (正)　23,,１２３４５６７８,1,	処方箋のQRコードのバージョンを枝番がある保険の時のみ「JAHIS7」の仕様で記録していましたが、令和３年１０月診療分から枝番の有無に関係なく「JAHIS7」で作成するように対応しました。	R3.10.26
7	support 20211021-028	昨日受診された患者様について 本日診療訂正を行い差額1280円の返金処理を行いました。 収納日報の患者一覧では入金額に-1,280が表示されておりますが合計表の入金額計の返金の欄は0となっております。 ちなみに、レジの金額と合計表の現金の額は一致するとのことです	日次統計:収納日報(ORCBD010)-合計表で、以下事例の不具合がありましたので修正しました。 事例: 10/20:「協会(3割)」で診療行為入力 （請求点数640点、患者負担1920円） 入金方法は現金 10/21:10/20の保険組み合わせを 「協会(3割)＋北海道地方公費３９２(1割)」に診療訂正 （請求点数は640点のまま、患者負担は640円となる） 1280円を返金する この状態で、収納日報「処理日(R3.10,21) 明細区分(1) 合計表印刷区分(1)」を作成した場合、合計表の帳票下段にある入金額計の集計で、返金額「-1280」が現金欄に集計されていましたので、返金欄に集計されるように修正しました。	R3.11.24

Copyright(C)2021 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
8	request 20200820-001	保険別請求チェック明細表の公費請求額の集計ですが、7/10のパッチ提供で修正が入り、保険番号マスタで作成した地方公費で、レセプト負担金額「10円未満四捨五入する」と設定しているものについても1単位で記載されるようになってしまいました。 地方公費の「レセプト負担金額」の10円未満の扱いの設定を反映させるようにお願いできないでしょうか。	2. 令和3年11月診療分以降の保険別請求チェック表及び明細表の公費請求額計算について(入外) (地方公費を併用して算定した場合) 上記の(2)で、地方公費を併用して算定した場合の公費請求額計算を以下のように改修しました。 地方公費の保険番号マスター「レセプト負担金額」の設定(公費一部負担金の記載設定)を参照します。 (地方公費を2つ併用して算定した場合は下位の地方公費の設定を参照する) 【1 10円未満四捨五入する】の場合 計算変更:「公費一部負担金(10円単位)を元にして公費請求額を計算」 【2 10円未満四捨五入しない】の場合 計算変更なし:「公費一部負担金(1円単位)を元にして公費請求額を計算」	R3.11.24
		保険別請求チェック表及び明細表作成処理での公費請求額集計について、地方公費の保険番号マスター「レセプト負担金額」の設定を反映させた集計となるよう集計方法を改修しました。(令和3年11月診療分以降) 1. 現状の保険別請求チェック表及び明細表の公費請求額計算について(入外) (1)高齢者、及び、「70歳未満で限度額適用認定証を提示された方」のレセプトのうち、高額療養費が現物給付されたレセプト 「公費一部負担金(10円単位)を元にして公費請求額を計算」 (2)(1)以外のレセプト 「公費一部負担金(1円単位)を元にして公費請求額を計算」	3. レセプト請求する地方公費、請求書で請求する地方公費、いずれの場合も「レセプト負担金額」の設定を参照します。 (地方公費の保険番号マスター「レセプト請求」の設定は関係なし) ＜補足＞以下の点に変更はありません。 (1)公費一部負担金は、収納データを参照する。 (2)公費請求額計算は、レセプト作成処理時に行う。	

Copyright(C)2021 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
9	request 20200925-001	入院の診療費明細書(ORCHCN04)につきまして包括入院料でも明細書に行った検査、診療行為などを記載したいとのことでした。前のレセコンでは出ていたとのことで、院長先生からも何度も催促があるとのことでした。	入院診療費明細書に包括項目を編集するプログラムオプションを追加しました。 1. プログラムオプション(ORCHCN04)の設定で包括項目の編集します。 (16)包括分編集 HKT_PRT=0 :包括分を印刷しません。(デフォルト) HKT_PRT=1 :包括分を印刷します。 (17)包括分編集内容 HKT_KBN=0 :点数、日・回を印刷しません。(デフォルト) HKT_KBN=1 :点数、日・回を印刷します。 2. 包括分編集(HKT_PRT=1)と設定します。 入院診療費明細書の出来高編集の最終行の次行の診療区分に「(包括分)」を編集し、その下の行から包括剤の内容を編集します。 出来高の剤と同じ収納で対象となる包括の剤を続けて編集します。 ※「9999 包括分入力」で登録した剤は、収納の対象外ですので対象外となります。 3. 包括項目は、診療区分と名称のみを編集します。 HKT_KBN=1と設定した時は、点数(金額)、日・回を編集します。合計は編集しません。 ※要マスタ更新	R3.11.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
10	support 20210818-004	保険別請求チェック表の外来(総括)の日数については最大桁数は4桁となるのでしょうか。	月次統計:保険別請求チェック表(総括)「外来」の保険合計(1＋2＋3)の日数の集計で、万の位が桁落ちする不具合がありましたので修正しました。 (「入院」と「入外総計」は桁落ちしません) 事例: 社保小計(1):日数4849 国保小計(2):日数2993 後期小計(3):日数3767 保険合計(1＋2＋3):日数1609　→　11609	R3.12.22
11	support 20211204-007	ORCBD010　収納日報の明細区分を伝票別で出した場合の合計表に出てくる入金額計欄の返金額ですが、どのような場合に計上されるのでしょうか。 入金額計の合計が65,150円、現金が63,940円　返金が1.210円となっており現金と返金を足した金額が合計になることはわかるのですが入金方法は現金以外設定しておらず、現金が63,940円となっていることも理由がよくわかりません。 こちらの現金欄と返金欄の算出方法をご教授いただきたいです。	日次統計:収納日報(ORCBD010)-合計表で以下事例の不具合がありましたので修正しました。 (11/24パッチの修正不備) 事例: 12/ 8:「協会(3割)」で診療行為入力 (請求点数640点、患者負担1920円) 入金方法は現金 12/ 8:上記の診療訂正 (請求点数を500点に訂正、患者負担は1500円となる) 420円を返金する(12/8の入金額は1500円) この状態で、収納日報「処理日(R3.12,8) 明細区分(1) 合計表印刷区分(1)」を作成した場合、合計表の帳票下段にある入金額計の集計で、12/8の入金額「1500」が返金欄に集計していましたので、現金欄に集計するように修正しました。	R3.12.22
12	ncp 20220107-022	2021/12/31から適用となった新しい新型コロナ関連検査項目全てについて、入院診療費明細書のみ、名称の先頭の「*」と単価、日数・回数、合計だけが載り、名称が載らない現象が発生しています。	12月31日より前に入院している患者に12月31日開始の「160229450 SARS−CoV−2核酸検出(検査委託)」を入力した時、12月分の入院診療費明細書にこの検査名称が表示されませんでしたので表示するように修正しました。	R4.1.26

Copyright(C)2021 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
13	support 20211214-025	7月ORCA稼働のお客様で、7月分の保険別請求チェック明細表を作成したのですが、労災分しか出力されません。 8月～の分は、きちんと出ているようですが、どうしてでしょうか。	現状の「システム管理2005－主科設定」の設定が(1する)の状態で、かつ、過去診療分が(0しない)の状態でレセプト作成済である場合の保険別請求チェック表・明細表について、以下事例の不備がありましたので修正しました。 事例: 現状の「システム管理2005－主科設定」の設定が(1する)の状態 主科社保設定(1主科)とし、R3.11診療分が(0しない)の状態でレセプト作成済(社保と労災で診療ありとする) この状態で ・R3.11診療分の保険別請求チェック表を作成した場合 左上部の入外区分の後に「全科合計」の文言が印字されていましたので印字しないように修正しました。 ・R3.11診療分の保険別請求チェック明細表を作成した場合 社保分のチェック明細表が作成されていませんでしたので作成するように修正しました。	R4.1.26
14	ncp 20220202-016	処方箋の発行について以下お尋ねいたします 主保険で投薬は無いが「特定疾患処方管理加算」を算定し、複数科保険で主保険＋コロナ軽症で投薬の入力をした場合、『処方が空白の主保険分の処方箋』と『正しい投薬が印字された主保険＋コロナ軽症分の処方箋』の2枚が発行されます 主保険では投薬が無いため、処方箋の発行は不要です	請求確認画面から処方箋を印刷する時、投薬がなくても処方箋料の入力があれば、処方箋の頭書きを印刷します。 この処方箋料の判断を診療種別区分＝820 で行っていましたので、「特定疾患処方管理加算1(処方箋料)」のみの入力でも、処方箋を印刷していました。処方箋料の加算は対象としないように対応しました。	R4.2.24
15	support 20220328-031	処方箋備考欄への出力(診療種別区分:980、診療行為コード:810000001による入力)を行ったところ、1ページで収まる内容であるにも関わらず、処方箋が2枚返却される。 1枚目:処方欄、備考欄とも出力あり 2枚目:処方欄出力なし、備考欄出力あり	処方箋で「【リフィル】回数」の入力が投薬の剤にのみあり、リフィルなしの処方箋を発行しない場合、リフィル処方箋と備考のみに記載がある処方箋を印刷していましたので、印刷しないように対応しました。	R4.3.30

Copyright(C)2021 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	ncp 20220329-014	monpeにて今回改正の処方箋レイアウトを確認しようとした所、 HC02QV06.redに対して下記のような警告が表示されるようです。 ※HC02QV05.redの場合は表示されておりません。 dia:警告 画像ファイル'いろはにほ012・・・'がありませんでした。	画像ファイルのリンクに誤った文字列が入っていましたので修正しました。 動作には問題ありません。	R4.3.30
17		処方箋のリフィル対応で以下の４点について改修しました。 ・リフィル指示をしない場合、処方箋の「リフィル可　□(　回数)」を取り消し線として「＝」を編集するプログラムオプションを追加しました。 プログラムオプション REFILL_TWO_LINES=1 を設定することで編集します。 なお、診療行為画面「頭書」で発行する処方箋では編集しません。 「取り消し線印字は、患者の希望や利便性を阻害する目的で設定するものではなく、患者さんによる処方箋偽造を防止する必要がある場合に、医療機関の判断のもと設定します。」 ・リフィル回数が同じで剤毎の投与日数(回数)が違う場合は、投与日数別の処方箋を作成するように対応しました。 在宅と外用薬は回数が1ですので同じ処方箋となります。 ・リフィル回数の入力を、在宅(.148 在宅薬剤(院外処方)、.149 在宅材料(院外処方))で入力できるようにしました。 在宅は処方箋料の対象外ですので、在宅で入力したリフィル回数は処方箋料の判断対象としません。 ・「処方箋料(リフィル以外・その他)」などを入力した時に、「リフィル回数」の入力がある、または、「処方箋料(リフィル処方箋・その他)」などを入力した時に「リフィル回数」の入力がない場合、エラーとしていましたが警告に変更しました。 ※プログラムオプションはマスタ更新によりひな形が登録できます。		R4.4.7

Copyright(C)2021 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
18	ncp 20220523-005	月次統計「ORCBG007会計カード」にて下記のように診療日別に、訪問点滴の年月日コメント(850190200)をそれぞれ異なる数値(年月日)で入力しているのにも関わらず、まとまってしまいます。会計照会では、コメント内容の数値を判断してきちんと剤が分かれているのですが、会計カードでは剤がまとまるようです。(月の1番最初分にまとまる)	事例の診療行為入力を行った場合、会計カードで剤がまとまる不具合がありましたので修正しました。 事例:コメントの内容のみが異なる剤があり、コメントの内容が40文字超で、40文字までは内容が同じケース 5/18 .334 620003742 850190200 504 05 18 訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200;令和　4年　5月18日 5/19 .334 620003742 850190200 504 05 19 訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200;令和　4年　5月19日	R4.6.27
19	support 20220603-018	「労災の患者(10割負担)8回領収書をお渡ししたうちの2回、保険分負担金額と今回請求額に差がある。差があって良いものなのでしょうか？ R4.1/20、1/27, 2/10、2/17、3/3、3/17、4/7、4/21のうち、 1/27と3/17に差があります。」 1/27、3/17　保険点数486点　再診料1400円 「保険分負担金額」5832円　(合計点数×12円) 「今回請求額」7232円　(合計点数×12円+再診料1400円) と表示されているようです。 「保険分負担金額」と「今回請求額」は通常同金額になりますでしょうか？ 差が出ている場合はどのようなことが原因になりますでしょうか？	労災・自賠責で患者負担額がある場合、診療費請求書兼領収書(ORCHC03V04、ORCHC03V05)の保険分負担金額(負担金額)に労災自賠責保険適応分の集計がされていませんでしたので集計するように修正しました。	R4.6.27

Copyright(C)2021 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
20	support 20220323-011	厚労省からの「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に記載がある後発医薬品使用体制加算等における加算等の算定対象から除外する品目が現在は含まれた帳票しか作成できないですが対象品目を省いた帳票を月次統計の後発医薬品数量シェア率で作成することは可能でしょうか。	様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1. 除外する品目は、以下の関東信越厚生局より公表のデータを採用しました。 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/kouhatsuiyakuhin_syukkateisi_sochi_00001.html 2. 公表データの薬価基準コードに該当する医薬品を除外する品目とします。 3. 令和4年3月までと令和4年4月以降でデータは異なります。 4. 除外する集計は令和4年9月診療分までとします。 5. カットオフ値については除外しないで集計します。	R4.6.27
21	ncp 20220628-026	ベイスンOD錠0. 2　0. 2mgの選択式コメントが配信されましたが、院外処方で該当コメント 830600082 高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0. 2等); ****** を入力すると、レセプトではなく処方箋に印字されるようになりました。	別表II(薬価基準)のコメントコードを処方箋、お薬手帳、お薬情報、入院の指示箋に記載しないように対応しました。	R4.6.28

Copyright(C)2021 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
22	request 20220706-002	「"月次統計"-"後発医薬品数量シェア(置換え率)"が5月10日に印刷したものと7月にはいって印刷したものを比較すると4月分の"後発医薬品の割合"が5%低くなっている」と医療機関より連絡がありました。6月27日のパッチ提供にて除外する品目を含めずに集計するように修正されたた事が影響していると説明し、一旦、対応が終わったのですが、改めて医療機関より連絡があり、「厚生局に問い合わせたところ、医療機関によっては除外品目を含めずに集計した方が割合が低くなることもあるので、その場合は割合の高い方(除外品目を含めた集計)で届出をして良いと回答がありました。以前と同じように除外品目を含めて集計をかける事はできませんか」との相談を頂きました。 そこで、パラメータ等で集計設定を変更できるように対応頂けないかと思い。要望をあげさせていただきます。	パラメタに「集計区分」を追加しました。 除外する集計が令和4年9月診療分までとなりますので、集計区分の初期値は除外しない集計とします。 除外する場合は「2」を指定してください。 また、カットオフ値の集計のため除外対象の明細を作成する場合は、明細区分に「2」を指定してください。 ※要マスタ更新	R4.7.14
23	request 20210621-001	帳票名　　:未コード化病名一覧 プログラム名:ORCBG021 医療機関様より、CSV出力できるようにしてほしいとの要望がありました。	未コード化病名一覧のCSV出力を可能としました。 CSVデータのファイル名に指定したパラメータを使用します。 患者病名のCSVデータ NNmikodokasyobyomei_YYYYMM_XYZ.csv 例:01mikodokasyobyomei_202207_002.csv 自院病名のCSVデータ NN mikodokajiinbyomei_YYYYMM_XYZ.csv 例:01mikodokajiinbyomei_202207_002.csv NN:医療機関番号 YYYYMM:パラメータの診療年月 X:印刷区分 Y:処理区分 Z:チェック区分	R4.7.26

Copyright(C)2021 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	領収書バーコード Ubuntu18.04 Ubuntu20.04 違い	Ginbeeでは問題なかったが、WebORCAで領収書のバーコードが読み取れないとのお問い合わせがありました。 WebORCAはUbuntu20.04で、GinbeeはUbuntu18.04ですので、オンプレで確認したところ、Ubuntu20.04では左右に縦線が入っており、これが誤認識してしまう可能性があります。 Ubuntu18.04と同じように出力されるよう修正をお願いできますでしょうか。	バーコード画像の作成で左右エッジに影がでないよう修正しました。	R4.7.26
25	request 20211022-001	保険別請求チェック表（標準）ORCBGS100 保険別請求チェック表（総括）のその他計の自費分金額、現状は8桁までの対応となっておりますが、9桁まで対応していただくよう要望致します。	保険別請求チェック表（総括）の自費欄の金額集計について9桁までの対応を行いました。 1．保険別請求チェック表（総括）の自費欄（社保～合計）を対象とします。 2．「入院」、「外来」、「入院・外来　総計」を対象とします。	R4.8.29
26	request 20210419-001	収納日報(HCM51.red)の集計で自費請求額の合計が計算されますが、課税非課税の請求発生時に自費請求額としてまとめられるため消費税の金額がわかりにくいとお話をいただきました。 収納日報に消費税の金額がわかるように表示を増やしていただけますようご検討宜しくお願い申し上げます。	収納日報（合計表）のその他自費欄に消費税再掲を掲載する対応を行いました。 1．システム管理1013請求書自費名称情報は入外別で1から10まで登録が可能ですが、入院・外来別の処理において、該当の登録が1からNの場合、帳票の「消費税再掲」の印字位置は「Nに登録した内容」の印字の次とします。 ※CVS出力については従前より1から10まで登録があるものとしてカラムがとってあるため、「消費税再掲」の記録位置は「10に登録した内容」の記録位置の次とします。 2．入院・外来別の処理において、システム管理1013請求書自費名称情報の該当の登録がない場合（その他自費の入力は行わない）、帳票に「消費税再掲」の印字はしません。 ※CVS出力については従前より1から10まで登録があるものとしてカラムがとってあるため、「消費税再掲」の記録位置は「10に登録した内容」の記録位置の次とします。（ただし、このケースはカラムをとるのみ）	R4.8.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
27	support 20220822-005	【52　月次統計】より、未コード化傷病名使用割合一覧表を出力しようとしたところ、R4.7月分だけが30分経過しても処理中のまま終了しません。 試しに、R4.6月分、R4.8月分をそれぞれ出力したところ、正常に処理終了しました。 R4.6～R4.8月分の3か月間を指定し、出力しようとしたところ、何十分経過しても処理中のまま終了しませんでした。 サーバーの再起動を行い、再度処理してみましたが、解消されませんでした。	月次統計の未コード化傷病名使用割合一覧表で、対象となった患者が月途中に施設を退所、退所前に入院、退所後に入院時と違う診療科で外来受診を行っていた場合、集計処理の一部に問題があり処理が終了しませんでしたので修正しました。 例) 保険登録 「039 後期高齢者」 2020.04.01 ～ 99999999 公費登録 「950 O7入所中」 2022.04.01 ～ 2022.07.14 2022.6.07 ～ 2022.7.13 診療科 02 で入院 2022.7.18 診療科 01 で受診 病名を診療科 01 開始日 2022.7.18 かぜ(疑) で登録 月次統計の「未コード化傷病名使用割合一覧表」を開始診療年月「2022.07」終了診療年月「2022.07」で処理を行うと処理が終了しません。	R4.9.26
28	ncp 20221011-019	月次統計のORCBG026「後発医薬品数量シェア(置換え率) 」について、6月のパッチで後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いの除外品目について、除外の取り扱いがR4.3月末に延長、R4.9月末に再延長となり、除外品目がR3.9～R4.3、R4.4～R4.9、R4.10～で対象薬剤が異なっています。 集計区分を集計区分を「2:除外して集計」とし、診療年月をR4.10とした場合、8月・9月分はR4.4～R4.9の対象薬剤、10月分はR4.10～の対象薬剤で集計されるようになっていますでしょうか。	様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1. 除外する品目は、以下の関東信越厚生局より公表のデータを採用しました。 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/kouhatsuiyakuhin_syukkateisi_sochi_00001.html 2. 公表データの薬価基準コードに該当する医薬品を除外する品目とします。 3. 令和4年9月までと令和4年10月以降でデータは異なります。 4. 除外する集計は令和5年3月診療分までとします。 5. カットオフ値については除外しないで集計します。	R4.10.25

Copyright(C)2021 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
29	ncp 20221008-003	千葉県の医療機関より光ディスク送付状の宛先変更の依頼がありました。 既に連絡があったかもしれませんが令和4年10月1日より、支払基金の組織体制の変更により名称が変更になりました。 千葉県ですと、「社会保険診療報酬支払基金千葉審査委員会事務局」となります。 当面の間は前の名称でもいいとのことでした。	令和4年10月より、支払基金の組織体制の変更により名称が変更になりましたので、令和4年10月診療分以降の提出先名称を「社会保険診療報酬支払基金〇〇審査委員会事務局」とするように対応しました。	R4.10.25
30	月次　統計データ　CSV	患者情報:労災入院　一部医保の診療あり 患者病名:労災病名1件、医保病名1件 上記条件のレセプトでCSV出力すると、レセプト種別医保分において、労災の病名も出力対象となります。	「52 月次統計」から作成する月次統計データで、レセプト種別が医保のときに労災の病名も出力対象となっていましたので対象としないようにしました。	R4.10.25
31	request 20210716-003	療養病棟入院基本料を算定している医療機関様です 医療区分ごとに人数の集計が必要です。 月次統計などで、日別でできるとかなり助かるようです。 医療区分を集計する月次統計の機能でなくとも13照会で検索できる形式でも届け出に必要な情報が確認できるので、大変助かりますとの事でした。	医療区分毎に算定人数の集計表を作成可能としました。 1. システム管理で「3002統計帳票出力情報(月次)」にて「医療区分集計表」を登録します。 2.「52 月次統計」から処理対象年月を指定して処理を行います。 3. 病院、診療所で集計対象となる入院料は別になります。 ※要マスタ更新	R4.12.26
32	support 20230107-004	R4.12.26のパッチで提供された医療区分集計表で、合計のカッコ内に掲載される人数が1000を超える場合に、数字が999となります。 4桁の数字を印字するようにできますでしょうか。	月次統計から作成する医療区分集計表の合計の桁数を増やしました。	R5.1.30
33	support 20230106-037	この患者様のカルテ1号紙だけがうまく出力されないそうです。 調査の方よろしくお願いします。	患者登録で職業は全角半角混在で登録できますが、職業の入力は20バイトでカルテ1号紙の職業欄は16バイトです。 この為、カルテ1号紙の職業欄で不正データとなり正しく編集できませんでした。 カルテ1号紙の職業欄を正しく編集するように修正しました。	R5.1.30

Copyright(C)2021 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
34	ncp 20230123-007	同月に同じ入院料を算定されている患者様なのですが、支払証明を出力した際の実日数欄が1名はきちんと入院日数で記載されるのですが、1名は6日入院にも関わらず『2日』と表示されており、提出先よりご指摘があったとの事です。算定入院料はどちらも『短手3』（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側）で、保険はどちらも後期高齢者単独になります。 もちろん入院日や診療内容に多少の差はございますが、特にこれといった条件の違いはなく、社内機にデータ移して確認致しましたが、退院再計算をしても、退院登録をし直しても実日数は変わらないままでした。 支払証明書の実日数欄はどこのデータを集計しているかご教授いただけますでしょうか。	収納業務で作成する支払証明書の実日数編集（※）に不具合がありましたので修正しました。 （※）短期滞在入院基本料算定時で入院料未算定日がある場合 【例】2月1日入院～3日退院 ・入院料：短手3（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側） （入院会計照会で入院料のフラグは1日のみ"1"） ・診療行為入力は無いものとする (S04)支払証明書印刷 ・支払証明書（2 月別証明書） ・入外区分（1 入院） ・期間指定（1 年月日）R5.2.1～R5.2.3 ・期間区分（1 診療期間） ・請求内容の印字（1 印字する） で作成した場合、実日数1日と印字されていたので実日数3日となるよう修正しました。	R5.2.27
35		処方箋のQRデータ（CSVデータ）の医療機関電話レコード（NO.3）の項目数が3のままとなっていましたので4に変更しました。 バージョン「JAHIS5」からその他連絡先が追加となっていました。		R5.3.27
36	weborca- support 03211	チェックマスタの診療行為と病名のリストについて帳票印刷ができません。 91マスタ登録→103チェックマスタ→リスト(F4) →チェックマスター覧表の「診療行為と病名」にチェック →印刷(F12)→F10プレビューまたはF12印刷 →処理結果「処理は正常に終了しました」 診療行為と病名一覧表　頁数2 帳票印刷処理　　頁数0 ※「CSV出力(F10)」にはデータが出来上がっています。	セットコードの名称欄に半角全角が混在しており、 WebORCAクラウドでは印刷データ生成時に文字化けが発生し、お問い合わせの現象となっていました。 半角全角混在のチェックをして文字化けとならないように修正しました。	R5.3.27

Copyright(C)2021 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
37		様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で、令和5年3月13日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1．除外する品目は、以下の近畿厚生局より公表のデータを採用しました。 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/iryo_shido/iryouka_tyousaka/kouhatu-rinji_00004.html 2．公表データの薬価基準コードに該当する医薬品を除外する品目とします。 3．令和5年1月から3月までの除外品目が改められました。 4．令和5年4月以降の除外品目は異なります。 5．除外する集計は令和5年9月診療分までとします。 6．カットオフ値については除外しないで集計します。		R5.4.11
38	support 20230323-039	処方箋に、二次元バーコードが載る場合と載らない場合があると医療機関様からご連絡がございました。 特定の医薬品の場合とか、種類数の問題ではないようで、パターンがまちまちなのですが、どのような場合にバーコードが載らない仕様となっているのでしょうか。	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を「0 変更不可」と設定している時、院外投薬の剤の薬剤に「後発品変更不可」を自動挿入しますが、挿入することで剤の明細数が50を超えた場合、QRデータが作成されませんでしたので修正しました。	R5.4.25
39	support 20230203-058	医院様より患者番号9万番台が確実に空いているか確認する為、52月次統計の「空き患者番号一覧」で開始患者番号「89999」、終了患者番号「99999」と入力し、処理をかけたところ処理結果が1頁のみ出力され、90000～90119の120件分しか表示されないとお問い合わせがありました。 弊社の検証環境でも確認したところ、医院様と同様に120件しか結果が表示されませんでした。 120件以上の表示に必要な操作がございましたらご教示いただけますと幸いです。	空き患者番号一覧（ORCBZ001）で開始患者番号から終了患者番号で対象となる患者番号の登録がなく、終了患者番号より大きい患者番号が登録済みである時、最初の1枚（120件）のみ発行していましたので終了患者番号まで対象とするように修正しました。	R5.5.24

Copyright(C)2021 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
40	support 20230426-054	在宅料の【在宅酸素療法指導管理料(その他)】で、選択式コメントで入力を行う 「842100044　動脈血酸素飽和度(%)(在宅酸素療法指導管理料);」 「842100072　動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料);」 「850100139　終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);」 「842100045　無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);」 上記のコメントを入力を行うと、お薬手帳へ反映してしまいます。 入力した、ハードコピーと実際に出力されたお薬手帳を添付いたしますのでご確認をお願い致します。	在宅料の剤に在宅料と在宅料の選択式コメントと器材や薬剤の算定がある場合、お薬手帳に在宅料の選択式コメントを記載していましたので、在宅料の選択式コメントを記載しないように修正しました。 また、院内投薬を処方箋で発行した場合も同様でしたので修正しました。	R5.5.24
41	support 20230502-053	「一括再計算該当者チェック表」を処理して【23 収納】再計算該当者一覧に表示された患者で、なぜ上がってきたか原因を特定してほしいと依頼がありました。 R5.4分 58歳、国保(3割)、限度額区分オ 限度額の登録は 3月に行っているため、4月の月途中に登録したわけでもなく、また4月の診療分を診療訂正した履歴もありません。 考えられる要因はありますでしょうか。	月次統計:一括再計算該当者チェック表 で以下の不具合がありましたので修正しました。 (R5.4.25パッチの修正不備による不具合) 事例:令和5年4月診療分、外来、70歳未満(低所得者) 公費登録:967 所得者情報:低所得2 1日目:請求点数　1639点 2日目:請求点数 15279点 1日目の会計時には「総医療費×負担割合の金額」が21000円を超えていないが、2日目以降の診療により、「総医療費×負担割合の金額」が21000円を超える場合、該当患者が一括再計算該当者としてチェック表に掲載される不具合がありました。 (備考欄:該当者チェック抽出分(データ項目値が変更となる収納あり))	R5.5.24

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
42	ncp 20230525-008	本日より急に院外処方箋に「830100204　湿布薬の１日用量又は投与日数(薬剤料)；」が載らなくなったとの連絡を受けました。 何かプログラムが変わりましたでしょうか。	令和5年5月24日パッチ提供でプログラムの不具合がありました。 選択式コメントを対象外とする判定を追加しましたが、範囲等考慮が足りませんでしたので元に戻しました。 また、お薬手帳については在宅料のみ対象とするように修正しました。	R5.5.25
43	request 20220120-001	シス管4100　診療報酬請求書　「01 名古屋市」 シス管2005　総括表　公害診療報酬請求書「0 記号で分ける」 提出した公害の記号「名公11」1名、「名公12」2名 公害診療報酬請求書を記号で分けて2枚で提出したところまとめて提出するよう指摘があったようです。 標準様式で対応している シス管2005　総括表　公害診療報酬請求書「1 住所で分ける」設定を名古屋市の請求書にも適用していただくようお願い致します。	標準帳票以外(名古屋市、北九州市)の公害総括表について、システム管理の設定により患者の住所で市区町村別に作成可能としました。 1. システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「総括表タブ」の「公害診療報酬請求書(標準のみ)」を「公害診療報酬請求書」に変更する。 2. 「1 住所で分ける」の設定のとき、名古屋市、北九州市の診療報酬請求書についても住所で分けて作成を行う。 3. 患者の住所は郵便番号からの入力等による正確な住所での登録を前提とするため、町村の場合に郡が省略されているときは住所を空白として処理を行う。	R5.6.26

Copyright(C)2021 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		・限度額認定証の公費登録がない70歳未満の方 ・「保険番号096 治療薬補助」を併用した保険組み合わせで算定あり この2つの条件を満たす方について、月次統計の保険別請求チェック表及び明細表に集計する保険請求額と公費請求額が正しく計算されていませんでしたので修正しました。(入外) (例) 外来、70歳未満、限度額認定証の公費登録なし 「協会(3割)」請求点数1000点 「協会(3割)＋096 治療薬補助」請求点数5000点 レセプト作成後、保険別請求チェック明細表を作表した場合、 患者負担額【3000】保険請求額【57000】になっていましたので、 患者負担額【3000】保険請求額【42000】公費請求額【15000】 になるよう修正しました。 ※正しい金額で集計するには、パッチ適用後、該当患者の個別レセプト作成が必要です。		R5.7.26
45	request 20220105-002	ORCHC03V05を利用しており、バーコードの印字を行ってそのバーコードを利用して自動精算機と連携を行っております。 未収がある患者様で ・今回請求額　３８０円 ・前回請求額　１０５０円 ・合計請求額　１４３０円 ・今回入金額　１４３０円 です。 バーコードを読み取った際に表示された今回請求額である金額が３８０円でした。 これを今回入金額に設定できるようにするのをご検討いただけないでしょうか。	請求書兼領収書のバーコードに印字している金額(今回請求額)をプログラムオプションで変更可能としました。(今回請求額、合計請求額、今回入金額から選択可) 対象プログラム (1).外来請求書兼領収書(ORCHC03V03,ORCHC03V03A5) (2).領収書兼明細書(ORCHC03V05) (3).入院請求書兼領収書 (ORCHCN03V03,ORCHCN03V03A5) 上記(1)(2)は今回請求額(既存)、合計請求額、今回入金額から選択可。 上記(3)は今回請求額(既存)、今回入金額から選択可。 金額が1円以上～999,999円以下の場合にバーコード印字を行います。 (※今回入金額がマイナスの場合もバーコード印字は行いません。) バーコードに印字する内容はシステム管理「1910 プログラムオプション情報」から設定してください。 ※要マスタ更新	R5.8.24

Copyright(C)2021 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
46	ncp 20230728-018	処方箋ORCHC02Qについてお伺いいたします 処方箋にマル長を印字したいとの事で、1910プログラムオプション設定”公費備考欄印刷個別指定”で「972長期・974長期上位」を設定しています 「保険＋15更生＋マル障（地方公費）＋マル長」など公費が3つ使われているとき、4つ目の公費は印字されないのでしょうか。 また印字させる方法はありますでしょうか	処方箋の公費欄に公費を2件編集したら公費の編集処理を終了しています。 プログラムオプションで地方公費備考の印字、公費備考欄印刷の個別指定の設定がある時に、備考欄印刷の対象となる公費より前に公費欄に公費を2件編集した場合、備考欄に公費を編集しませんでした。 公費欄に2件編集しても、プログラムオプションで公費備考欄の指定があれば備考欄に編集するように修正しました。 また、QRデータも処方箋の備考欄を備考レコードに編集していますので、備考レコードの対象とするよう修正しました。	R5.8.24
47	support 20230728-014	6月分の保険別請求チェック表（標準）の社保外来を印刷したところ公費分の欄に不明なものがあります。公費の名称がなくて1件あがっています。 該当者がだれなのか特定することができません。 保険番号マスタのどれかが間違っているのかもわかりません。 確認する方法がありますか。	月次統計：保険別請求チェック表の「併用公費一覧」に記載する公費名称について、【093：PCR検査】又は【094：コロナ軽症】併用レセプトが令和5年6月以降に月遅れ請求となった場合、該当公費が（）で記載されていましたので 28（PCR検査） 28（コロナ軽症） で記載されるよう修正しました。	R5.8.24
48	ncp 20230904-017	収納処理　外来月別　期間指定で請求書(ORCHC03V03A5)を印刷した際に診療年月の印字が以前と異なります。 以前：〇年〇月〇日～〇年〇月△日 現在：〇年〇月〇日 　※指定期間内に複数診療日が存在した場合、1回目の診療日のみ印字 8月24日の更新以降と推測されますが、仕様変更がございましたでしょうか。 ユーザー様からは、従来の印字（期間内開始日～期間内末日）に戻してほしいとの問合せがございました。	令和5年8月24日にパッチ提供した請求書兼領収書の「バーコード印字金額対応」で対応したプログラム内の一部に文字化けがあり、収納業務の「外来月別」から期間指定で発行した請求書兼領収書の診療日が正しく記載されない、又は点数・金額等が記載されなくなる不具合が発生したことからこれを修正しました。	R5.9.12

Copyright(C)2021 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
49	ncp 20220624-020	処方箋の備考欄について、3行までは1枚に収まりますが、4行目があるときに2枚目に印字されますが、その際備考欄ではなく処方欄に印字されます。 備考欄に印字されないのでしょうか。 使用プログラム:ORCHC02Q	処方箋の備考欄に記載できなかった備考の内容を処方内容に続きとして別に1枚作成していましたが、備考に記載する内容は備考欄に記載するように修正しました。 1. 備考欄は処方内容を記載しているすべての頁に同じ内容を記載していましたが、これを廃止して2枚目からは続きの備考内容を備考欄に編集するようにしました。 2. 備考の別枠に編集する「保険医署名の医師名」「残量を確認した場合の対応の「×」」は、すべての頁に記載します。 3. 2枚目からは「保険医署名欄」の横に編集はしません。その下から備考の続きを編集します。	R5.9.26
50	点数マスタリスト CSV出力 カラム位置	点数マスタリスト(その他)でコメントコードのCSV出力をおこなった際、カラム位置の数値が正しく編集されていないのと、桁数が未出力のようです。 たとえば「840000007」を確認したとき、位置1、位置2、位置3にそれぞれ「1」しか編集されず、桁数の情報は出力されていません。	点数マスタ帳票出力で、コメントをCSV出力した時、コメントのカラム位置と桁数の数値が正しく編集されていませんでしたので正しく編集するように修正しました。	R5.9.26
51	support 20230913-028	標準帳票　ORCBG034　医療区分集計表について 件数が本来の件数より多いと問合せを受け、調べたところテスト患者の分も集計されていることがわかりました。 テスト患者は集計しないように修正していただけないでしょうか。	月次統計の医療区分集計表について、テスト患者が処理の対象になっていましたので対象にならないように修正しました。	R5.9.26
52		お薬手帳WebORCA対応できるようページサイズを幅 83mm×縦 297mmに調整した様式で出力できるようにしてほしい。	帳票プログラムを作成しました。 プログラムID:ORCHC62LP プログラムオプションはORCHC62を使用します。 設定内容 システム管理「1031 出力先プリンタ割り当て情報」よりお薬手帳の標準プログラム名から ORCHC62LP を選択します。	R5.9.26

Copyright(C)2021 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
53	ncp 20230927-005	昨日(9/27)パッチ提供されましたが、その影響なのか「21診療行為」で「頭書き」をクリックし処方箋を印刷すると以下余白と処方箋に印字されるようになってしまいました。 医師が手書きで処方内容を記入しているので、「以下余白と印字されると大変困るとのことです。	処方箋を「頭書」で印刷した時、最初の頁に「以下余白」を記載するようになってしまいましたので記載しないように修正しました。	R5.9.28
54		様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で、令和5年9月21日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1. 除外する集計は令和6年3月診療分までとします。 2. カットオフ値については除外しないで集計します。		R5.10.26
55	request 20220119-002	請求書兼領収書ORCHC03V05　についての要望です。 R.2.26のバーコード対応にて「診療費明細書」の文字がなくなりましたがORCHC03V05　を使用中の全てのユーザーから問い合わせが来ています。 「診療費明細書」の文字がなくなりました。 バーコードを表示する場合はなくたったとしてバーコードを表示しない場合は元のままとして欲しいとの事です。 今まであったものがなくなるのは困るとの事です。	領収書兼明細書(ORCHC03V05)に「診療費明細書」の文字を記載するように修正しました。	R5.12.25
56	request 20220104-001	毎日初再診についての来院状況を収納日報で抽出している医療機関となります。 PCR検査を行うことになったため、再診で来院され保険で再診料・PCR保険で検査入力する場合、収納日報の合計表や基本台帳の再診は、2とカウントされてしまいます。 複数科保険で再診料を算定されない場合は、カウントは1件として数えるように検討していただけないでしょうか？	収納日報(外来)の「初再診欄の表示」及び「再診件数カウント」について改修しました。(令和6年1月診療分以降) 複数科保険入力等で診察料がなく、かつ、「099409901(実日数算定)」又は「099999902(他保険にて診察料算定済)」を算定している会計は、初再診欄に再診を表示せず、再診件数カウントもしないようにしました。	R5.12.25

Copyright(C)2021 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	request 20220527-001	外来診療費明細書について、プログラムオプションでへの包括分の印字有無を選択できるよう要望いたします 外来の診療費明細書に包括分を印刷するプログラムオプションを追加しました。 1．外来の診療費明細書のプログラムオプション(ORCHC04）で包括項目の設定をします。 （15）包括分編集 HKT_PRT=0 :包括分を印刷しません。（デフォルト） HKT_PRT=1 :包括分を印刷します。 （16）包括分編集内容 HKT_KBN=0 : 点数、日・回を印刷しません。（デフォルト） HKT_KBN=1 : 点数、日・回を印刷します。	2．包括分編集（HKT_PRT=1）と設定します。 外来の診療費明細書の出来高編集の最終行の次行の診療区分に「（包括分）」を編集し、その下の行から包括剤の内容を編集します。 出来高の剤と同じ収納で対象となる包括の剤を続けて編集します。 ※「9999 包括分入力」で登録した剤は、収納の対象外ですので対象ではありません。 3．包括項目は、診療区分と名称のみを編集します。 HKT_KBN=1と設定した時は、点数（金額）、日・回を編集します。 合計は編集しません。 4．診療費明細を記載する診療費請求書兼領収書も外来診療費明細書と同様のプログラムオプションの設定で包括項目の編集をします。 対象となるプログラムオプションは、ORCHC03V04、ORCHC03V05 となります。	R5.12.25
58	support 20231225-027	①一括再計算該当者チェック表の【患者請求額に変更のない方】のリストに上がる理由は何でしょうか ②【患者請求額に変更がある方】のリストに上がった方を収納で「一括再計算」処理をした後再度一括再計算該当者チェック表の処理をかけると【患者請求額に変更のない方】に上がりました。 どのような理由によるものでしょうか	月次統計（一括再計算該当者チェック表）に以下の不具合がありましたので修正しました。 ＜事例＞後期高齢者（1割）、低所得2 1日目：請求点数　512点 2日目：請求点数 8125点 この状態で一括再計算該当者チェック表を実施した場合（システム管理1039の一括再計算方法は「0」で設定）、 【患者請求額の変更がない方】 備考欄：該当者チェック抽出分（データ項目値が変更となる収納あり） という内容で該当者となりましたので、該当者とならないよう修正しました。	R6.1.29

Copyright(C)2021 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
59	support 20231205-010	セット登録一覧表にはセットの入力CDが印字されるのですが、ご指摘いただきましたとおり、CSVには出力対象となっていないようです。	月次統計からセット登録一覧（ORCBGSETLST）で出力するCSVデータに入力CDがありませんでしたので、入力CD1から入力CD5として備考の次に追加しました。	R6.1.29
60	support 20240111-027	日次統計の収納日報にて2023年までは初再診の人数と点数等はあっていたとのことですが、1月に入って手術をした際に再診料を取らずに短期滞在手術等基本料を取った患者が初再診の欄が空白になり、当日の初再診の人数としてカウントされておりませんでした。 点数の方はカウントできていたので本日は人数のところだけ手書きしていただきましたが、なにか1月からプログラムの方で修正パッチ等がありましたでしょうか。	令和5年12月25日パッチで対応しました収納日報（外来）の「初再診欄の表示」及び「再診件数カウント」について（令和6年1月診療分以降）、対応条件を修正しました。 <R5.12.25パッチの対応内容> 複数科保険入力等で診察料がなく、かつ、「099409901（実日数算定）」又は「099999902（他保険にて診察料算定済）」を算定している会計は、初再診欄に再診を表示せず、再診件数カウントもしない。 <修正後の対応内容> 医保の「複数科保険入力分」のみを対象とし、診察料がなく、かつ、「099409901（実日数算定）」を算定している会計は、初再診欄に再診を表示せず、再診件数カウントもしない。 ※医保の「複数科保険入力分」でない場合や 医保分以外（自費（治験）・労災・自賠責・公害保険）は、診察料がなく、かつ、「099409901（実日数算定）」を算定している会計も表示およびカウントをする。	R6.1.29
61	ncp 20231226-023	東京のとある診療所からですが、作業簡素化を目指していることから押印を省略する運用をされています。 しかし、現在日レセで利用できる領収書はどれも「領収印なき領収書は無効です」の印字がなされるため、この一文の削除と領収印欄（枠線）の削除する機能を有してほしい、とのことです。	請求書兼領収書に記載されている「※領収印なき領収書は無効です。」の文言を削除しました。 1．標準プログラムの請求書兼領収書が対象。 2．「※領収印なき領収書は無効です。」の下段に注意事項等を印字している場合は該当行を一段上げる。 ※再印刷時の注意事項 パッチプログラム適用前に作成された請求書兼領収書を(XA02)再印刷選択画面から再印刷した場合に、「※領収印なき領収書は無効です。」の文言は削除されますが、バーコードが印刷された請求書兼領収書を再印刷した場合は文言が削除されず作成時の状態で再印刷されます。	R6.1.29

Copyright(C)2021 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
62	ncp 20240116-032	セットの一覧印刷を行ったところ数量と剤型がかぶって印字されます。 18.04の時にはこのような現象はありませんでした。	セット一覧帳票で数量と単位が重なって印刷されていましたので、重ならないように対応しました。	R6.1.29
63	ncp 20240203-001	退院時仮計算画面から概算書を押して印刷する概算書様式について、Ver5.2.0第49回パッチプログラム適用前の環境で印字される以下の箇所が、Ver5.2.0第49回パッチプログラム適用後は印字されません。 ・様式上部に印字されていた帳票タイトルタイトル「入院診療費概算額のお知らせ」 ・様式右側の調整金欄の下に印字されていた「今回請求額」欄 ・様式株の医療機関名の上に印字されていたコメント「※請求額は確定前のものです。実際の請求額とは異なる場合があります。」	入院の請求書兼領収書でシステム管理「1031 出力先プリンタ割り当て情報」に「ORCHCN03」が設定されてる場合に、退院時仮計算画面から概算書を出力した際帳票タイトル等が印字されない不具合がありましたので修正しました。	R6.2.5
64		様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1. 除外する品目は、以下の厚生労働省より公表のデータを採用しました。 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001229243.pdf 2. 公表データの薬価基準コードに該当する医薬品を除外する品目とします。 3. 令和6年3月までと令和6年4月以降でデータは異なります。 4. 除外する集計は令和6年9月診療分までとします。 5. カットオフ値については除外しないで集計します。		R6.3.26
65	処方箋料算定漏れ疑い患者一覧の件	小児科外来診療料、初・再診料の算定に関わらず、処方箋料で乳幼児加算の剤が算定されている患者について、令和6年6月処方箋料等算定漏れ疑い患者一覧に対象者としてあがってきてしまうとのご報告がございました。	処方箋料等算定漏れ疑い患者一覧で、処方箋料と乳幼児加算の算定がある場合に対象となっていましたので除外するように修正しました。	R6.6.18

Copyright(C)2021 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
66		医療区分・ADL評価票について有床診療所の対応を行いました。		R6.7.23
67		月次統計から処理を行う医療区分集計表（ORCBG034）について改正対応をしました。		R6.7.23
68	ncp 20240523-012	令和6年5月22日に事務連絡「令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」が出ております。 後発医薬品数量シェア（ORCBG026）は、この事務連絡に対応予定でしょうか？	様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で令和6年5月22日に事務連絡「令和6年度薬価改定を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 1．カットオフ値の割合を算出に含めるデータは、以下の厚生労働省より公表のデータを採用しました。 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001256047.xlsx 2．カットオフ値の算出に含める、含めないは集計パラメタで指定が可能です。 ※要マスタ更新	R6.7.23
69	support 20240722-038	月次統計処理の会計カード(ORCBG007)の処理を行いますと添付ファイル内赤線の部分においてADL評価表表記がおかしい部分があります。 マスタ設定や帳票設定等で何か対応がございますでしょうか？	「51 月次統計」から処理する会計カード(ORCBG007)について令和6年6月以降に(I47)医療区分、ADL区分登録画面から登録した内容が正しく印字できない不具合を修正しました。	R6.8.28
70	support 20240903-064	52月次統計から出す、外来月別請求書について 請求書兼領収書（ORCHC03V05）をお使いの医院様で、印刷をすると「領収印なき領収書は無効です。」が載ってきてしまいます。 21診療行為や23収納で出した際には、こちらの注意書きは記載されません。 記載されないようにするには、どのようにしたら良いでしょうか。	システム管理「1031 出力先プリンタ割り当て情報」の請求書兼領収書に"ORCHC03V05"を設定して「52 月次統計」より外来月別請求書の処理を行った場合「※領収印なき領収書は無効です。」の文言が印字されてしまう不具合を修正しました。	R6.9.25

Copyright(C)2021 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
71	ncp 20240910-039	月次統計の未コード化病名一覧の処理を進めるとエラーメッセージ、「統計CSVDBに更新できませんでした」となり、帳票が作成されない現象が発生しています。 プラグインの組み込み直しをした後も改善されませんでした。	月次統計の未コード化病名一覧で、自院病名に登録された病名コードの病名と移行先病名の文字数合計が32文字以上の場合にcsvデータが正常に作成できない不具合を修正しました。 自院病名の登録例） 自院コード「aaaaaaa」 病名コード「8845197 新型インフルエンザ（H1N1）」 移行先「8846356 インフルエンザ（H1N1）2009」 自院コード「bbbbbbb」 病名コード「8833647 行動面の機能障害が言及されていない最重度精神遅滞」 移行先「8845288 最重度知的障害・行動機能障害の言及なし」 WebORCAと日レセでは処理結果が異なります。 【WebORCA】 エラーメッセージ「統計CSVDBに更新できませんでした」が表示される。 帳票（未コード化病名一覧）が作成できない。 【日レセ】 統計CSVに途中までのデータが記録された状態。 帳票（未コード化病名一覧）は作成される。	R6.9.25
72		様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で令和6年9月24日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。 ※要マスタ更新		R6.9.30
73	support 20241001-021	お薬手帳に湿布薬のコメントを出力していましたが、本日から出力されなくなりました。 長期収載品に対するコメント有無には関わらず出力されないとのことです。	長期収載品の医療上必要の選択式コメント5件を対象外とするように修正しました。	R6.10.15

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
74	ncp 20240930-024	②診療費明細書について。ORCHC04　GOKEITANI=1で設定。 自費（095，096マスタ）の単価が点数欄に出ていたそうですが、現在合計しか印字されておりません。以前のように点数欄に単価を出すことは可能でしょうか。	診療費明細書のプログラムオプションを「FORM=1　（A5版サイズの様式）」で設定している場合、給付外の点数に金額を記載していませんでしたので記載するように修正しました。	R6.10.15
75		令和6年5月のプログラム更新で北海道の療養担当手当に該当する期間の請求書兼領収書について診療区分名を「その他・療担」とする対応を行いましたが「入院の定期請求処理」、「52 月次統計」から処理する外来月別請求書(ORCBG013)について県番号の判定が正しく行えていなかったことから「その他」と記載されてしまう不具合を修正しました。		R6.10.24
76	support 20241209-017	44総括表から社保分を印刷したところ、医保単独（本人）欄の小計が、本来ならば8桁になるところ、6桁で表示されてしまうと医療機関より問い合わせがありました。	「44 総括表・公費請求書」で作成する社保の診療報酬請求書(医科・入院外)（様式第一（二））の医療保険欄の一部負担金について、一千万の位の記載ができていませんでしたので記載できるように修正しました。	R6.12.23
77	request 20250106-001	出産育児一時金の新様式への変更依頼が医療機関へ届いているようです。 情報を確認したところ、大阪府国民健康団体連合会のホームページに記載がございました。 https://www.osakakokuhoren.jp/index_hk/news/post-319.html	「52 月次統計」より出力する「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」について請求年月が令和7年2月以降から項目見出しの変更を行いました。 「被保険者証記号」→「被保険者等記号・番号の記号」 「被保険者証番号」→「被保険者等記号・番号の番号」 【参考】 厚生労働省サイト「出産育児一時金の支給額・支払方法について」に掲載の帳票サンプル 出産育児一時金等代理申請・受取請求書（専用請求書）（ダウンロード用） https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000504017.xls	R7.1.28

Copyright(C)2021 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
78	診療科別医薬品使用量統計について	12月6日に告示された医薬品(622972001,622971801等)について、診療科別医薬品使用量統計[ORCBG001]に出力されないとのお問合せがございました。 [ORCBG001V01]も同様で、マスタの有効開始日が「1日」になっていないと、リストに反映されないようです。	12月6日に告示された医薬品が診療科別医薬品使用量統計(ORCBG001)の12月分に集計されていませんでしたので対象とするように修正しました。 診療科別医薬品使用量統計(期間指定)(ORCBG001V01)も同様に修正しました。	R7.1.28
79	ncp 20250206-019	後発医薬品数量シェア(ORCBG026)の後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品に、ア経腸成分栄養剤　があると思いますが、以下の薬剤は除外品として集計されていますでしょうか。 622952701　イノソリッド配合経腸用半固形剤	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ソリッド配合経腸用半固形剤が含まれていましたので除外しました。	R7.2.25
80		様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で令和7年3月7日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。		R7.3.25
81		診療録(カルテ1号紙)の文言を変更しました。 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」を「業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」 「被保険者証被保険者手帳」を「被保険者資格に係る情報」		R7.4.23

Copyright(C)2021 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
82	request 20240404-001	現在院外処方せんの「使用期間」の日付は空欄で印刷されるが、患者が日付を書き込んでしまうことがあるので、ORCAからの印刷時に日付を記載できないか。 処方箋の使用期間にプログラムオプションの設定、または、予約コード入力で年月日記載を可能としました。 処方箋の使用期間である交付年月日を含めた4日後を超える使用期間の時は、予約コードで使用期間を入力します。 プログラムオプション設定は交付年月日を含めた4日後を自動記載します。 1. 処方箋の使用期間が交付年月日の4日後より後の時、予約コード「099208103【処方箋使用期間】令和　年　月　日」に年月日を入力することで処方箋の使用期間に年月日を記載します。 「099208103 07 04 15 」の入力で「令和7年4月15日」が使用期間となります。 2. 予約コード「099208103【処方箋使用期間】令和　年　月　日」の年月日のチェックを行います 年月日の暦日チェック 年月日が診療日付(交付年月日)より過去日である場合はエラーとします。 年月日が診療日付(交付年月日)より4日未満の場合は警告とします。 (診療日付4月1日であれば、4月1日、2日、3日が警告対象です) 年月日が診療日付(交付年月日)より180日を超える場合は警告とします。 3. 予約コードは処方箋ごと(診療科・保険組合せごと)に入力します。	4. プログラムオプション 使用期間の印字 USEYMDKBN=0:印字しない(デフォルト) USEYMDKBN=1:印字する USEYMDKBN=1 と設定した場合、処方箋の使用期間に年月日を記載します。 交付年月日(診療日付)を含めた4日後を年月日とします。 (交付年月日が4月1日であれば、4月4日を使用期間に記載します) 予約コード「099208103【処方箋使用期間】令和　年　月　日」の入力があれば予約コードの年月日を優先します。 5. リフィル処方箋、分割調剤の2枚目以降は、使用期間の記載は行いません。 6. 中途データ登録時、診療行為登録時に発行する処方箋に記載します。 「前回処方」から印刷する時は、「再印刷」の時のみ記載します。 「処方箋印刷」では記載しません。 7. 処方箋印刷API(/api01rv2/prescriptionv2)に処方箋使用期間(Expiration_Date)を追加します。 処方箋使用期間を記載する時に設定します。 8. 処方箋使用期間を記載する時にQRデータ、CSVデータ、電子処方箋CSVデータに使用期限年月日レコード「52」を出力します。	R7.4.23

Copyright(C)2021 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
83	request 20241003-001	長期収載品の対応で、院内処方ですが処方箋を発行されている医療機関様より、薬剤毎に「在庫状況等を踏まえ提供困難」が印字されると見づらいとご指摘がありました。 処方箋に「在庫状況等を踏まえ提供困難」を印字しない設定を設けてほしいと強い要望がありました。	院内処方の処方箋についてオプション設定により長期収載品の理由を記載しないようにしました。 1. プログラムオプション 院内処方長期収載品の理由コメント印字 INNAICHOKI=0:印字する(デフォルト) INNAICHOKI=1:印字しない INNAICHOKI=1　と設定した場合、院内処方箋に長期収載品理由コメントを記載しません。 2. 対象外とする長期収載品の理由コメントは以下とします。 「820101320　医療上必要:効能・効果に差異」 「820101321　医療上必要:副作用、相互作用、治療効果に差異」 「820101322　医療上必要:ガイドラインにて切り替えないことが推奨」 「820101323　医療上必要:剤形上の違い」 「820101324　在庫状況等を踏まえ提供困難」	R7.4.23
84	request 20240401-002	医療法人化に伴って、医療機関コードが変更される場合があります。 新しい医療機関コードが決まるまでの間 処方箋への医療機関コードの印字は空白として、 処方箋備考でコメントを入れるようにとの通達が出ております。 処方箋についてオプション設定により都道府県番号と医療機関コードを記載しないようにしました。 また、お薬手帳のCSVデータについてオプション設定により医療機関コードを省略するようにしました。 1. プログラムオプション(処方箋) (nn)医療機関コードの印字 HOSPCD=0:印字する(デフォルト) HOSPCD=1:印字しない	HOSPCD=1 と設定した場合、都道府県番号と医療機関コードを記載しません。 また、備考欄の先頭に「現在遡及指定申請中のため医療機関コード未記入」を記載します。 QRデータとCSVデータの出力は行いません。 2. プログラムオプション(お薬手帳) (6)QRコード等の医療機関コード記録 HOSPCD=0:記録する(デフォルト) HOSPCD=1:記録しない HOSPCD=1 と設定した場合、お薬手帳のQRデータ、電子版お薬手帳のCSVデータの医療機関コードを省略します。 都道府県番号は必須項目ですので省略しません。	R7.5.28

Copyright(C)2021 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
85	request 20240510-003	予約票を印刷すると「※当月初めて受診の際は、保険証をご提示ください。」と文言が記載されますが「保険証」を「マイナンバーカード」に文言の変更が可能でしょうかご検討お願いします。	予約票の文言「※当月初めての受診の際は、保険証をご提示ください。」を廃止し、「※ご来院の際は診察券、予約票をご持参ください。」を「※ご来院の際は診察券、予約票、マイナ保険証または資格確認書をご持参ください。」に変更しました。	R7.5.28
86	ncp 20250527-007	昨日、「令和7年度薬価改定に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いに係る追加対応について」が発出されました。 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001493436.pdf 4月にさかのぼって適用される取り扱いの為、これから、システム対応時期について医療機関様の問い合わせが多数入ると想定されますが、明日夜提供予定のプログラム更新に間に合いますでしょうか。	様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で令和7年5月26日及び令和7年5月29日での事務連絡「令和7年度薬価改定に伴う診療報酬上の臨時的な取扱いに係る追加対応について」の対応を行いました。	R7.6.25
87	support 20250612-019	月次の「後発医薬品数量シェア（置換え率）」をCSV作成すると、 K列（オフ）に「*」が付いてこない薬剤があります。 付くのが正しいのではないでしょうか。 【対象薬剤】 2649735S3217　ロキソプロフェンNaテープ100mg「ラクール」 また、月次の「後発医薬品数量シェア（置換え率）」をCSV作成すると、 K列（オフ）に「*」が付く薬剤があります。 付かないのが正しいのではないでしょうか。 【対象薬剤】 1149019F1013 ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」 2129010F1014 アミオダロン塩酸塩錠100mg「サワイ」	プログラムの不備があり「*」が記録されない場合がありましたので修正しました。 また、4月最初の公表データではカットオフ対象となっていたのですがその後対象外に訂正されていました。令和7年5月29日事務連絡対応による整備しました。	R7.6.25

Copyright(C)2021 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
88	ncp 20250623-015	処方箋のフリーコメント記載についてお問い合わせがあります。 処方せん「ORCHC02」をご使用中の医院様より処方欄にフリーコメントでコメント記載を行った際、文字が途中で途切れることがあるとお問い合わせをいただきました。 「夕食から寝る前までにコップ2杯以上水分摂取した日は内服しない」と登録すると「～内服し」までしか記載されてこず、処方日数の（何日分）が被ってきます。 「夕食から寝る前までにコップ2杯以上水分摂取した日は内服しないように」と入力している患者様はきちんと改行され、全ての文章が処方に載ってきている状態です。 文字数によって、表示されない不具合などが発生しているのでしょうか。	処方箋で日数を記載する剤の最終行の明細が30または31文字の場合、29文字までを記載して日数を記載していましたので正しく記載するように修正しました。	R7.7.28
89	request 20240202-004	「領収印なき領収書は無効です」の印字がなされるため、この一文の削除することはご対応いただきましたが、合わせて改善要望として出されていた領収印欄（枠線）の削除が対応されていません。 医療機関から領収印欄（枠線）の削除ができないのかとお問い合わせがありました。 その為、領収印欄（枠線）の削除ができるように対応して頂きたいですが、完全に削除するのではなく、医療機関の運用に合わせて91マスタ登録-101システム管理マスタ-1910プログラムオプション情報で文字と領収印欄（枠線）を印字するかしないかを変更できるように機能の追加を要望いたします。	請求書兼領収書の「領収印」枠についてプログラムオプションで印字有無を指定可能としました。 1．対象帳票 (1).外来　ORCHC03,ORCHC03V02,ORCHC03V03, ORCHC03V04,ORCHC03V03A5,ORCHC03V05 (2).入院　ORCHCN03,ORCHCN03V02,ORCHCN03V03, ORCHCN03V03A5 2．「領収印」枠の印字有無はシステム管理「1910 プログラムオプション情報」から設定可能とする。（デフォルトは"印字する"） 3．入院分請求書兼領収書の「領収印」枠有無オプションは令和7年6月以降の請求期間分から適用とする。	R7.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
90		お薬手帳(ORCHC62/ORCHC62LP)のフォントをプログラムオプション設定によりゴシック体(Takaoゴシック)で印刷可能としました。 1. プログラムオプション(ORCHC62)にフォント設定を追加します。 (7)フォント設定 FONT=0:明朝体(デフォルト) FONT=1:ゴシック体 FONT=1 の設定でゴシック体で印刷します。 2. 明朝体とゴシック体の帳票IDは異なりますのでオフセット設定には以下の帳票IDに設定します。 ゴシック体の帳票ID ORCHC62　HCM62G.red、HCM62QG.red ORCHC62LP　HCM62LPG.red、HCM62QLPG.red		R7.7.28
91	support 20250717-007	診療費明細書(ORCHC04)の回数欄記載について医療機関からの問い合わせです。 自費薬剤の入力を .960 096000507　自費薬剤 001010079　用法 008500000　コメント 上記のように入力をすると診療費明細書の回数欄が空欄となるとのこと。 .960 096000507　自費薬剤 001010079　用法 上記のようにコメントコードが入っていない場合は回数に「1」が記載されます。 社内検証機でプログラムオプション設定を同様にし検証したところ社内環境ではコメントコードの有無に関わらず回数が記載されました。 医療機関環境とは異なりますが、Jammyで検証した際は医療機関と同様に空欄となりました。	外来の診療費明細書(ORCHC04)でプログラムオプションの(13)コメントの印字に印字したいコメントの設定がある場合、給付外(「950 保険外(消費税なし)」「960 保険外(消費税あり)「961 保険外(消費税あり)数量込みの金額」 の剤に印字しないコメントコードがある時に回数の編集をしない時がありました。 また、コメントコードが最終行の時はコメントコードの行に回数を記載していました。 給付外は金額を記載している行に回数を記載するように修正しました。 給付外にコメントコードを印刷する時は剤の最後でも回数記載をしないようにしました。 外来の請求書兼領収書に診療費明細書が記載されている帳票(ORCHC03V04,ORCHC03V05)も同様になります。 また、入院の診療費明細書(ORCHCN04)も給付外(診療区分「95,96」)でコメントコードが最終行の時は、回数をコメントコードの行に記載してましたので、金額を記載する行に回数を記載するようにし、コメントコードの行には回数記載をしないようにしました。	R7.7.28

Copyright(C)2021 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
92		様式38の3(外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類)に関する後発医薬品数量シェア(置換え率)の集計で令和7年9月25日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。		R7.10.28
93	request 20240806-001	入院中の患者様に対して頓服薬剤を処方した際の入院処方箋で、頓服のため本来"×回分"と表示されてほしい箇所が"×日分"と表示されてしまうので修正要望をお送りいたします。 現在の入院処方箋の記載(例)は下記のようになっております ーーーーーーーーーーーーーーーー 1)ロキソニン錠60mg　　1錠 【医師の指示通りに】 1日から　2日分 以下余白 ーーーーーーーーーーーーーーーー 上記の2日分　の所を　2回分　としたいです。	入院処方箋の頓服の日分の記載を回分に変更しました。	R7.10.28
94	support 20251215-037	後発医薬品数量シェア(置換え率)を出力にて、明細区分:2　集計区分:2として出力すると、診療年月をR7.11以前にした場合は、全医薬品の規格単位数量等の集計から除外対象薬剤が除外され、医薬品の明細も全体と除外品の2枚出力されますが、診療年月をR7.12にすると、集計から除外されず、医薬品の明細が全体しか出力されません。 令和7年9月25日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」において、この取り扱いはR8.3.31までとされており、その後訂正の事務連絡も出ていないように思います。 診療年月をR7.12にした場合は、集計から除外しない仕様としている根拠となる通達はどちらになりますでしょうか。	後発医薬品数量シェア(置換え率)で診療年月を「R 7.12」で実行した場合、除外品・カットオフの対象外となっていましたので正しく集計するように修正しました。	R7.12.23

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
95	【WebORCA】	月次統計より実施する「用法紐づけリスト」に有効期限を追加しました。 標準用法マスタで有効期限が設定されたコードを紐づけしている服用方法を確認できます。 パラメタに有効期限を追加しました。 有効期限を指定すると、紐づけされた標準用法の有効期限がその日付以降であるもののみをリストします。 ※要マスタ更新		R7.12.23
96	support 20260213-006	請求書兼領収書「ORCHC03V05」に対しシステム管理マスタ「1910 プログラムオプション情報」にて「RYOSHUUINWAKU=1」を登録し領収印の枠を印字しないよう設定いたしましたが、52月次時計の「外来月別請求書（ORCBG013）」より請求書兼領収書を発行すると領収印の枠が印字される現象が確認できております。 なお、診療行為の請求確認画面からの発行、収納登録の外来月別からの発行は、設定通り、領収印の枠が印字されません。	「52 月次統計」から出力する外来月別請求書について請求書兼領収書(ORCHC03V05)のプログラムオプション「領収印の枠印字」が有効とならない不具合を修正しました。	R8.2.25
97		様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で令和8年3月5日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。		R8.4.23
98	support 20260526-056	6月からのADL評価票の帳票IDは、「HCN68R08.red」と 「HCN69R06.red」でしょうか？ 印刷したら添付ファイルのように間に空白が入って3枚になるようです。	病院のADL評価票の2枚目の日付欄が右にずれていましたので修正しました。	R8.6.8
99		令和8年度改定の処方箋様式について、記号番号欄が「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」から「被保険者資格に係る記号・番号 」に変更されているとのご報告がありました。	処方箋の記号番号欄の見出しを修正しました。	R8.6.8

Copyright(C)2021 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
100	support 20260626-020	疾患別リハビリテーションの発症年月日と疾患名が、(特定患者)のマスタで入力した際、会計カードに表示されません	令和8年6月に新設されたリハビリテーション料を算定した場合、会計カードに該当のリハビリ発症日コメントが自動記載されませんでしたので修正しました。 <新設されたリハビリテーション料の例> 180764430 脳リハ(1)(理学療法士・特定患者)	R8.7.28
101	support 20260708-014	R8年4月27日に地域包括ケア入院医療管理料2に入院、60日超えでR8.6.26に療養病棟に転出で登録した患者様で、患者様へ請求のための入院診療費明細書を発行したところ、物価対応料2(地ケア入院料2等(41日以上)が、明細書に記載されないと問合せをいただきました。 レセプトや入院診療費請求書には、先の物価対応料分も計上されて問題ないそうです。 医院が言われるには、地域包括ケア入院の60日を超えないで退院した患者では、入院診療費明細書にも記載され問題なさそうとのことです。	月内で療養病棟入院基本料(システム管理5000 療養入院会計表示が「1 入院料1−30表示」と設定)と特定入院料(地域包括ケア入院医療管理料2の40日以内と41日以上)のいずれも算定した患者の入院診療費明細書に「物価対応料2(地ケア入院料2等(41日以上)ニへ」が印字されない不具合がありましたので修正しました。	R8.8.25
102	support 20260810-010	賃上未実施届出医療機関減算を算定すると、入院診療費明細書の入院料がマイナス記載される。	労災保険、又は自賠責保険(労災準拠)で賃上未実施届出医療機関減算を算定した患者について入院診療費明細書の単価欄がマイナス記載される不具合を修正しました。	R8.8.25
103	support 20260810-032	入院診療費明細書のその他の区分に不明項目あり(20行あまり)、名称:空欄、単価:7～8桁の数字有り。 7/29～31まで入院中で、定期請求をされた方です。	システム管理「5000 医療機関情報」の療養入院会計表示が「1 入院料1−30表示」と設定されている場合で、同月内に療養病棟入院料1と療養病棟入院料2をいずれも算定した患者の入院診療費明細書と「52 月次統計」から作成する会計カードの印字内容が崩れる不具合を修正しました。	R8.8.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

帳票

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
104	support 20260715-028	以前弊社より「分娩費用明細が倍額で表示される件」（受付番号 support:20260609-031）で問合せをさせていただきましたが、同医療機関の別患者で同じ現象が発生しました。 倍額になる原因が知りたいとのことです。	出産育児一時金の分娩費用明細書について、印字される金額が2倍となる不具合について以下の処理手順で発生することを把握しています。 ・「34 退院時仮計算」で退院予定患者の概算書を印刷し画面をそのまま開いた状態 ・別クライアント等で該当患者の退院登録→出産育児一金画面に遷移 ・出産育児一金画面に表示される金額に概算書用に作成された内部　データ（仮収納データ）の金額が上乗せされてしまうことから　分娩費用明細書の印字も2倍の金額となる この不具合改善のため、退院登録→出産育児一金画面に遷移する際、概算書用に作成された内部データ（仮収納データ）を読み込み対象外とするように修正しました。	R8.9.28
105		様式38の3（外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類）に関する後発医薬品数量シェア（置換え率）の集計で令和8年9月28日事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の対応を行いました。		R8.10.27
106	support 20261007-005	10月より、支払基金の名称が「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」へ変更となりましたが、ORCA帳票の表記について名称変更の対応予定はございますでしょうか。 ＜対象帳票＞ ・出産育児一時金等代理申請・受け取り請求書　送付書（社保） ・出産育児一時金等代理申請・受け取り請求書（専用請求書）　集計票（社保） ・光ディスク等送付書（社保）	請求年月が2026年10月以降は、下記帳票について支払基金の名称を「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構〇〇審査委員会事務局」として作成します。 ・出産育児一時金等代理申請・受け取り請求書　送付書（社保） ・出産育児一時金等代理申請・受け取り請求書（専用請求書）　集計票（社保） ・光ディスク等送付書（社保）	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
107		出産育児一時金等代理申請・受け取り請求書の様式変更をしました。 11月請求分から、表題の 【正常・異常　分娩】が 【保険診療を伴わない　・　保険診療を伴う　　分娩】 となります。		R8.11.25

Copyright(C)2021 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	ncp 20210819-037	■経緯 054難病の公費を持っている社保の方です。 引っ越しの関係で、054の難病の公費番号を同月に2つ保持しています。 東京都の番号で、上限額が20000円です。 山梨県の番号で、上限額が2500円です。 月途中で上限額が変更になりました。 ■登録状況 (1)以下の様に公費を2つ登録しています 令和3年3月01日～令和3年5月24日…東京都の難病を登録 令和3年5月31日～令和3年5月31日…山梨県の難病を登録 (2)所得者情報の履歴 令和3年5月01日～令和3年5月24日…入外上限額20000円 令和3年5月31日～令和3年5月31日…入外上限額2500円 ■一部負担金の結果 5月24日分の一部負担金は、請求額2140円です 5月31日分の一部負担金は、請求額360円です 二つの合計が2500円となっています。 ■質問したい事 東京都と山梨県に医院様が確認した所 5月31日分は、一部負担金が2500円となるとの事でした。 ORCAでそのような計算をさせるためにはどのように登録をすればよろしいでしょうか？	複数の難病公費登録があり、同一月に複数の難病公費を使用した場合、疾病毎に受給者証を発行される場合を考慮し、別の難病公費の一部負担金も通算して、入外上限額までの計算を行っていましたが、負担者番号が異なる難病公費の一部負担金は通算しないよう修正しました。 (各々入外上限額までの計算となるよう修正) ※小児慢性も同様に修正しました。 事例 R03.03.01-R03.05.24　054難病(負担者番号:54136015)入外上限額20000円 R03.05.31-R03.05.31　054難病(負担者番号:54196019)入外上限額 2500円 054難病(負担者番号:54136015)　・・　入外上限額20000円までの計算 054難病(負担者番号:54196019)　・・　入外上限額 2500円までの計算	R3.9.27

Copyright(C)2021 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	support 20210924-025	月途中に更生医療が追加になった患者様への請求金額につきましてご質問をいただきました。 元々、後期高齢者＋972長期をお持ちで 9/3より015更生（上限5000円）が追加となりました。（添付資料 12患者登録（1）参照） 9/1に後期高齢者＋972長期で2530円の請求 9/3からは後期高齢者＋972長期と後期高齢者＋972長期＋015更生で会計を行っています。（添付資料 23収納 参照） （9/1後期高齢者＋972長期分で）2530円の請求＋（後期高齢者＋972長期＋015更生分で）5000円の請求となり7530円の請求にしたいとご質問いただきました。 調整金を使用すれば対応は可能かと思いますが、それ以外に請求金額を7530円にすることはできますでしょうか。	【診療行為入力（外来）】 9/1：039+972　　3000点　患者負担3000円 9/3：039+015+972 6000点　患者負担5000円 9/5：039+972　　2000点　患者負担1000円 9/7：039+015+972 2000点　患者負担　0円 ※修正前 9/7の請求確認で「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージを表示がされず、一括再計算を行った場合、9/5の患者負担が0円にならなかった。 ※修正後 9/7の請求確認で「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージを表示を行い、一括再計算を行った場合、9/5の患者負担が0円になる。	R3.10.26
		以下事例（更生が月途中で適用となるケース）の負担金計算が正しく行われていませんでしたので修正しました。 ** 事例 ** システム管理2010　公費の種類972 マル長タブ－負担金計算（主＋長）の設定「1」 【患者登録】 主保険：039後期高齢1割　　R03.04.01-9999999 公費　：972長期　　R03.04.01-9999999 　　015更生（月上限額5000円）R03.09.03-9999999	補足1：診療行為入力時の9/5の計算 長期の月上限額10000円-9/1患者負担3000円=7000円 9/3主保険負担相当額(6000点×1割)=6000円 7000円-6000円=1000円 補足2：一括再計算時の9/5の計算 長期の月上限額10000円-9/1患者負担3000円=7000円 9/3主保険負担相当額(6000点×1割)=6000円 9/7主保険負担相当額(2000点×1割)=2000円 7000円-(6000円+2000円)=0円	

Copyright(C)2021 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 68152	広島県地方公費91(障害)を使用した公費一部負担金額（請求書兼領収書記載）について ＜内容＞ 保険組合：後期高齢者＋291 福山障 10/13入院（短手３）→14日退院 10/25～　別疾病で入院（急性期一般入院料4）→入院中 291福山障は、同じ医療機関での１か月の負担金は入院月４日までとなりますので、10/13～14の入院で200円×2日＝400円、10/25～31で200円×2日＝400円、1ヶ月の合計が800円となりますが、日レセ（ORCA）では10/25～31の負担金額が600円で計上され、1ヶ月の合計が1,000円になります。（レセプト記載は、800円になります） H27.6.25　パッチ（kk35631） 　＜対応方法＞ 　１．入院会計照会で、手術又は検査を行った日の短期滞在手術等基本料に「１」をたてる。 　２．入院日数分の一部負担金を徴収する為、システム管理2010−負担金計算（3）タブ− 　　短期滞在手術等基本料2，3の特別計算を「１」で設定する。（該当の地方公費は全て） 　　入院が月をまたがない場合は、この設定をしておけば、入院日数分の一部負担金の算定が可能 　　となる。 とあります。今回は月をまたいでいませんので、099409908（特定公費）一部負担金まとめ算定、099409909（特定公費）一部負担金算定対象外等のコメントの使用は必要ないケースと考えます。 現在は、099409909（特定公費）一部負担金算定対象外のコメントコードを使用し、請求書兼領収書への記載を調整していただいております。	以下事例の入院負担金計算が正しく行われていませんでしたので修正しました。 ** 事例 ** 広島県地方公費291：1日上限額200円、1月上限回数4日 システム管理2010 ：公費の種類291（広島県地方公費） 負担金計算(3)タブ－短期滞在手術等基本料2，3の特別計算の設定「1」 【入退院登録】 10/13-10/14： 保険組み合わせ：後期高齢1割＋広島県地方公費291 入院料：短手３ <退院計算>公費一部負担金：1日200円×2日＝400円 10/25-：（別疾病で入院） 保険組み合わせ：後期高齢1割＋広島県地方公費291 入院料：急性期一般入院料 <定期請求>10/25-10/31 公費一部負担金：1日200円×3日＝600円（※） ↓ 1日200円×2日＝400円 （※）<定期請求>10/25-10/31で、広島県地方公費291の月の計算残日数を求める際に、入院料の算定がない10/14（システム管理2010の設定により200円徴収済み）のカウントがされず、残日数3日として計算していましたので、残日数2日として計算するように修正しました。	R3.11.24

Copyright(C)2021 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 70455	北海道地方公費の独自乳（292）をお持ちの方で、小児かかりつけ診療料2（処方箋を交付）初診時（113037610）を算定した際、初診時580円かかる筈が0円になります。	外来で窓口計算が正しく行われない場合がありましたので修正しました。 条件：以下3つの条件を満たす場合 （1）地方公費を併用した保険組み合わせで診療した場合 （2）診察料が以下の場合（新設された初診料） 111014210　初診料(情報通信機器) 111014310　初診料(文書による紹介がない患者)(情報通信機器) 111014410　特定妥結率初診料(情報通信機器) 111014510　初診料(同一日複数科受診時の2科目)(情報通信機器) 111014610　初診料(同一日2科目・注2から4に規定する場合)(情報通信機器) 111014710　特定妥結率初診料(同一日複数科受診時の2科目)(情報通信機器) 113037210　小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付)初診時 113037410　小児かかりつけ診療料1(処方箋を交付しない)初診時 113037610　小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付)初診時 113037810　小児かかりつけ診療料2(処方箋を交付しない)初診時 （3）併用した地方公費について、システム管理「2010 地方公費保険番号付加情報」-「負担金計算(3)」タブ画面-初診時以外の負担金計算(外来) の設定が「1 一部負担金を発生させない」の場合 パッチ適用後、一部負担金が発生します。	R4.4.7

Copyright(C)2021 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		熊本市医療費助成制度計算変更対応 熊本市医療費助成制度の負担金計算について、計算方法の変更を行いました。 1．計算方法の変更対象は、保険番号143及び342である。 2．2018年12月診療分以降とする。（入外） 3．計算方法は以下の通り変更する。 主保険の負担割合に相当する金額（10円単位）×1／3（少数点以下切り上げ） ↓ 主保険の負担割合に相当する金額（　1円単位）×1／3（少数点以下切り上げ） ※患者窓口負担については、1円単位の金額で請求（変更無し）		R4.5.25
6	kk 65368	島根県出雲市の精神通院につきまして 「021精神通院」の負担額を1／2（1円単位の患者負担）した金額が患者負担となります。（出雲市が半額助成） https://www.city.izumo.shimane.jp/www/contents/1611806773687/files/4iryou.pdf （上記資料の最終頁） 通常、償還払いですが、一部の医療機関は委任払いのようです。 （窓口で患者から半額、医療機関から請求書を送り出雲市から半額）	島根県出雲市の精神通院医療費助成計算対応（外来）を行いました。 1．システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」の負担金計算（1）に精神通院医療費助成計算の設定項目を追加します。 「左側の設定内容」 0 設定なし 1 上位公費（1円単位）×1／2（円未満切り上げ）【患者1円単位】 2 上位公費（1円単位）×1／2【患者10円単位】 3 上位公費（10円単位）×1／2【患者1円単位】 4 上位公費（10円単位）×1／2【患者10円単位】 「右側の設定内容」 0 該当公費対象者全員 ※デフォルト設定は【左0，右0】です。 2．該当の地域公費保険番号で、上記の設定項目を設定します。	R4.6.27

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
7	kk 69186	長期と地方公費の負担金計算につきましてシステム管理マスタ「2010 地方公費保険番号付加情報」の「負担金計算（3）」タブー”長期併用時の特別計算”にて長期の診療済みの負担相当額と地方公費の回・日上限額を比較して患者負担を計算できる設定があります。 https://www.orca.med.or.jp/receipt/update/improvement/improvement_420/improve_rireki-292-2008-03-28.html （管理番号：kk13347） こちらは月途中に保険変更があった場合、保険変更前の診療分は長期診療済み負担額の累計に含まれませんが、含んで計算を行う必要があるようです。 「地域公費＋長期（保険番号972又は974）」を含む保険組み合わせで算定した場合の75歳到達月の負担金計算について、現状と異なる方法での計算を可能とする。 1．システム管理2010－負担金計算(3)－長期併用時の特別計算（外来） （1）「5　1と同様（長期負担相当額に変更前の長期負担相当額も含める）」を 「5　1と同様（長期変更時は変更前を考慮する（75歳到達月を含む））」に変更する。 （2）「6　2と同様（長期変更時は変更前を考慮する（75歳到達月を含む））」を追加する。 2．システム管理2010－負担金計算(4)－長期併用時の特別計算（入院） （1）「2　1と同様（長期負担相当額に変更前の長期負担相当額も含める）」を 「2　1と同様（長期変更時は変更前を考慮する（75歳到達月を含む））」に変更する。	3．これまで、長期併用時の特別計算（外来）を「5」、長期併用時の特別計算（入院）を「2」で設定した場合、この設定で、長期変更時は変更前の長期負担相当額を考慮するという計算を可能としていたが、75歳到達月の現状と異なる方法での計算もこの設定で可能とする。 又、外来において、高齢現物＋低所と同様の計算設定がなかったので、「6」を追加する。 4．75歳到達月の現状と異なる方法での計算 （1）長期併用時の特別計算（外来）を「1」、長期併用時の特別計算（入院）を「1」で設定した場合、75歳到達月は長期の月上限額を5000円とし、誕生日前の長期負担相当額を考慮しない計算を行っていたが、長期併用時の特別計算（外来）を「5」、長期併用時の特別計算（入院）を「2」で設定した場合、75歳到達月であっても通常月と同様に、長期の月上限額を10000円とし、誕生日前の長期負担相当額を考慮した計算を行う。 （2）長期併用時の特別計算（外来）を「2」で設定した場合、高齢現物＋低所の計算を行う際は、75歳到達月は長期の月上限額を4000円とし、誕生日前の長期負担相当額を考慮しない計算を行っていたが、長期併用時の特別計算（外来）を「6」で設定した場合、75歳到達月であっても通常月と同様に、長期の月上限額を8000円とし、誕生日前の長期負担相当額を考慮した計算を行う。	R4.8.29

Copyright(C)2021 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 74209	山口県山陽小野田市の子ども医療費助成制度がR3.8.1より変更になっており助成割合が3割になったため受給者の自己負担がなくなりました。	山口県の保険番号マスタ（261）について、2割の助成計算対応（令和2年8月診療分以降）を行っていましたが、「医療費の患者負担は無し」（令和3年8月診療分以降）に制度変更となりましたので、上記対応を令和3年7月診療分までとしました。 ※保険番号マスタの変更とパッチ適用後については、令和3年8月診療分以降の診療済みの会計は再計算が必要です。 医療費の患者負担は無しとなります。	R4.8.29
9	ncp 20220927-059	2022年10月より、後期高齢者の2割が追加になり動作確認を行いましたが、配慮措置対象外（6000円に満たない）会計が1円単位で会計が計算されます。 厚生省のリーフレットにて「※配慮措置の適用がある場合を含め、窓口負担額の計算は1円単位です。」と記載があったため、こちらの考え方について厚生省コールセンターへ問い合わせしたところ、「現物給付になる場合は1円単位、それがない場合は10円単位」との回答でした。 現物給付対象外の場合は従来通り10円単位ではないでしょうか。	後期高齢2割の患者負担配慮措置対応（外来窓口計算対応）の窓口負担額の計算について、医療費が3,000点以下の場合は10円単位、3,000点超の場合は1円単位の計算となるよう対応しました。	R4.9.28

Copyright(C)2021 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 20221114-035	前期高齢者・3割、以下公費を併用する患者 15 更生医療:上限20,000円 54 指定難病:上限30,000円 (15更生は毎月同じ診療行為を算定) ORCA設定 ・「1039　収納機能情報」 5:一括再計算順 「0 伝票番号順」 6:一括再計算方法 「0 一部負担金を保持し先頭より再計算を行う」 15の患者負担金と54の患者負担金を合わせて、18,000円を高額限度額として計算し、患者負担金が発生します。 上記計算が行われた日以降の診療は、再び一部負担金が計算されます。 また、ある月は、負担金があるはずの15更生が「請求額なし」となり、負担金は発生しませんが、54難病で18,000を超えた負担金は発生します。 対象患者が在宅診療のため、イレギュラーと思われる入力方法をなされています。 ・診療行為入力は日ごとにまとめて入力、訪問の都度入力していない ・診療行為入力時は、診療日順に入力「していない」 ・患者登録「所得者情報の公費負担額」は、毎月末か翌月初めに入力 「他一部負担入力」の他院分入力は、1日日付で他院利用分を合算入力 その後収納登録にて一括再計算している 15更生、54難病個別に、患者負担金を計算する方法はあるのでしょうか。 収納例1・2の画像を添付いたします。(shuunourei1・2)	「高齢者3割＋15更生」の外来負担金計算時に、診療済み患者負担が18,000円以上あると、患者負担が計上されない不具合がありましたので修正しました。 (事例)外来 高齢者3割 54難病(月上限額30,000円)、15更生(月上限額20,000円) 1日目:高齢者3割＋54難病　請求点数16,000点 患者負担30,000円 2日目:高齢者3割＋15更生　請求点数21,000点 患者負担0円 ↓ 患者負担18,000円 計算内訳(一番小さいcが患者負担) a:21,000点×10円×更生1割＝21,000円 b:月上限額20,000円 c:公費負担限度額18,000円	R4.11.28

Copyright(C)2021 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	request 20211109-001	同日に国保（3割）・更生・285磁器マル障・長期と国保・285磁器マル障・長期の診療がある場合の一部負担金計算についてです。（厚生医療の上限は2500円です） 国保連合会に確認したところ、一部負担金額は2500円とのことでしたがORCAでは2500円以上の一部負担金額が発生します。 現状の仕様では、保険組み合わせ「主保険＋地方公費＋マル長」は該当しない為、患者負担が発生するとのことでしたが、医療機関様は、このケースでも一部負担金の計算がされるようシステムの改善をご要望です。 マル長負担金計算対応（主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期） 【主保険＋公費＋長期】分と【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分が同一月に混在する場合の【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算について、これまでの「長期の月上限額まで患者徴収する」計算とは別に、「（長期の月上限額）－（主＋公＋長の主保険負担相当額）」計算も可能としました。 1. 計算対応は令和5年4月診療分以降とする。 2. システム管理2010（地方公費保険番号付加情報）－マル長タブに「負担金計算（主＋地100%＋長）」を新設する。 【設定項目】 ＜左側の設定項目＞ 0　長期の月上限額まで患者徴収する計算 1　（長期の月上限額）－（主＋公＋長の主保険負担相当額）で計算 ＜右側の設定項目＞ 0　長期対象者全員 ※デフォルトは、左右（0. 0） 【項目説明】 0　・・「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	1　・・「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算 ※設定する際は、公費の種類「972　長期高額療養費」で設定を行う事。 （公費の種類「972　長期高額療養費」は、保険番号972と974の共通設定） 3. 公費の種類「972　長期高額療養費」で上記設定項目を「1」で設定した場合は、【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算は「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算する。 ※負担割合100%の地域公費が複数ある場合、その全てがこの計算となる。 4. 公費の種類「972　長期高額療養費」以外で上記設定項目を「1」で設定した場合は、設定は有効とはならない。 5. 上記設定項目を「1」で設定した場合について ＜外来＞ （1）先に【主保険＋公費＋長期】分を診療行為入力し、後に【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分を診療行為入力した場合、【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算は「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算する。 （2）先に【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分を診療行為入力し、後に【主保険＋公費＋長期】分を診療行為入力した場合、トータル点数の主保険負担相当額が長期の月上限額を超える場合に、一部負担金等が変動する可能性があると判断し、(K03)診療行為入力－請求確認画面で、″★★　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う。 （3）収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面にも″★★　【マル長計算】一括再計算を行ってください　★★″とメッセージ表示を行う。	R5.3.27

Copyright(C)2021 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）一括再計算該当者は、収納業務の再計算該当者一覧で確認可能となる。 （5）月次統計「一括再計算該当者チェック表」の備考欄には「マル長計算」と印字を行う。 （6）一括再計算での【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算は「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算する。 （7）一括再計算後は収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面のメッセージ表示は無くなる。再計算該当者一覧からも削除される。 【重要】:メッセージ表示を行った場合であっても、一括再計算を行った結果、一部負担金等が変動しない場合もある。 ＜入院＞ （1）【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算は「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算する。 6. 補足（注意事項） （1）以下については想定していない 同一月に以下が混在 ・【主保険＋公費＋長期】分 ・【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分 ・【主保険＋長期】分 （2）公費が該当月途中から適用 地域公費（負担割合100%）が該当月１日以前（該当月１日を含む）から適用のケース 公費が該当月１日以前（該当月１日を含む）から適用 地域公費（負担割合100%）が該当月１日以前（該当月１日を含む）から適用のケース いずれも、【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分の負担金計算は「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算する。 （3）一括再計算を行う際、システム管理1039（収納機能情報）の以下の設定項目は「1」で設定されてあるものとして計算する。 一括再計算順　:「1診療日順」 一括再計算方法:「1一部負担金をクリアし先頭より再計算を行う」 （4）入院で、例えば、定期請求を月2回行う（1日～15日、16日から月末）の場合 4月15日の定期請求時:【主保険＋公費＋長期】分（※1） 【主保険＋地域公費（負担割合100%）＋長期】分（※2） 4月15日の定期請求時に、（※1）の主保険負担相当額が10000円未満の場合は、（※2）に患者負担が発生するが、4月16日以降に【主保険＋公費＋長期】分で算定があれば、1月まとめて計算すると、実際には（※2）に患者負担が発生しない可能性がある。 【重要】 このような場合は、「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で正しく計算ができないため、月末のみ請求として、定期請求を行う必要がある。 又、退院・再入院で同様のケースがある場合については、調整金で調整を行う必要がある。 7. 上記設定項目を「0」で設定した場合について 設定が「0」の場合も【主保険＋公費＋長期】分を優先した計算を行う。 そのため、項番5，項番6の説明内容は「0」で設定した場合にもあてはまる。 「1」で設定した場合と異なる点は計算方法の違いのみである。 0　・・「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 1　・・「（長期の月上限額）－（【主保険＋公費＋長期】分の主保険負担相当額）」で計算	

Copyright(C)2021 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 80414	長野県の医療機関様より、入院診療費請求書兼領収書の公費一部負担金欄の金額を修正することは可能かとお問い合わせがありました。 内容について、下記と添付ファイル(該当患者レセプト・該当患者会計カード)をご確認ください。 添付ファイル4枚目の1/27～1/31の入院診療費請求書兼領収書の公費一部負担金欄を54297円　→　53410円　にしたいとの要望です。 【内容】 ・7O歳未満　限度額エ　→　ウ(R5.1.1～)に変更となり、転科・転棟・転室している ・199 福祉、093 PCR検査、028 感染症入院を使用 ・1/1～1/10　合計点数:8926点　自己負担(公費一部負担金):26780円 ・1/27～1/31　合計点数:18659点　自己負担(公費一部負担金):54297円 ★1/27～1/31の自己負担は54297円ではなく、53410円ではないかとのことです。 医院様が支払基金に確認したところ、 ①レセプト負担金額106849円から括弧書きを引く 106849-22630-4030＝80189 ②①から1/1～1/10の入院で支払った公費一部負担金を引く 80189-26780＝53409　←結果四捨五入で53410円が正しいとのことです。 今回の場合は適用区分ウの計算で54297円と計算されている状態と思われます。 80100+(総医療費364720－267000)×1%=79123円 81077円一26780円(1/1～1/10)＝54297円 支払基金のいう計算式で53410円と記載させる方法はございますでしょうか。	地域公費(負担割合100%)に関する入院の70歳未満現物給付計算について対応しました。 事例:入院 主保険+028+長野県地域公費199　請求点数 7543点(※1) 主保険+093+長野県地域公費199　請求点数 1344点(※2) 主保険+長野県地域公費199　　請求点数27585点(※3) 【(※3)の負担金計算について】 (※1)と(※2)は、028及び093が患者負担がない公費であるため、70歳未満現物給付の高額療養費計算の合算対象としない。 患者負担は、80100+(275850-267000)x0.01=80189円となります。	R5.4.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
13	support 20221109-046	後期高齢者2割負担で、配慮措置対応のレセプト一部負担金記載についておたずねいたします。 総点数が3001点のとき、レセプト一部負担金記載は6001円になるとの認識なのですが、日レセで操作したところ6000円で記載が挙がりました。	【対応後の計算】 1日目、2日目は変更なし 3日目：369点　累計3001点(上限額6001円) 2割　738円 < [6001-(4450+810)=残741円] 2割の金額が小さいが、累計3001点以上となる場合は、残金額を窓口徴収額とする。 (窓口徴収額)741円 4日目：501点　累計3502点(上限額6502円) 2割 1002円 > [6502-(4450+810+741)=残501円] (窓口徴収額)501円	R5.4.25
		後期高齢2割(配慮措置計算)に関する対応を行いました。 事例：外来(後期高齢2割単独のみの算定) 【対応前の計算】 1日目：2225点　2割 4450円(窓口徴収額)4450円 2日目：407点　2割　814円(窓口徴収額) 810円 3日目：369点　累計3001点(上限額6001円) 2割　738円 < [6001-(4450+810)=残741円] 2割の金額が小さいので、 (窓口徴収額)740円(738円の10円未満四捨五入) 4日目：501点　累計3502点(上限額6502円) 2割 1002円 > [6502-(4450+810+740)=残502円] (窓口徴収額)502円	事例のケースで、既に会計済みの場合は、52月次統計の「一括再計算該当者チェック表」を作表し、金額変動がある場合は"高齢者現物給付(後期高齢2割配慮措置計算)"と印字するので、23収納で「一括再計算」を行ってください。 一括再計算は、一部負担金をクリアし先頭より再計算を行います。 注)以下については、2022年10月診療分～2023年4月診療分までの限定です。 1."高齢者現物給付(後期高齢2割配慮措置計算)"という印字内容 2.【対応前の計算】のように4日目まであり、上限額までの負担金計算が行われている場合は、一括再計算は、一部負担金を保持し先頭より再計算を行うことで、金額変動がないようにします。又、「一括再計算該当者チェック表」で一括再計算該当者としません。	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
14	kk 78727	奈良県の ・こども医療費助成制度 ・ひとり親家庭等医療費助成制度 ・心身障害者医療費助成制度 について情報提供頂きましたので提出致します。 ご対応をお願い出来ますでしょうか。 奈良市子ども医療費助成制度対応（入院負担金計算） （令和5年6月診療分～） (1)対象保険番号：573 (2)患者負担 外来：月上限1,000円 入院：月上限1,000円（日数が14日未満の場合は500円） ※保険番号マスタの入院月上限額は500円設定	<重要> 入院日数が14日以上となる場合は、負担金計算時に月上限額を1000円として計算します。 <補足> 月途中で、保険者が変更又は公費受給者証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。 月途中で保険者が変更（公費受給者証の変更なし）となった場合は、以下のいずれかの方法で対処ください。 (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-負担金計算(1)-月途中受給者証変更時負担金計算を「7」で設定する。	R5.5.24
15	kk 81314	東京都の子ども医療費助成のマル青189の一部負担金が200円の公費ですが、院内処方の場合、薬代は一部負担金（200円）の算定に含まない。とありますが、会計時に200円の請求が上がってしまうのでご確認をお願い致します。	東京都高校生等医療費助成制度について、外来負担金計算の対応を行いました。（令和5年4月診療分以降） 1．システム管理1001（医療機関情報－基本）の都道府県番号が「13東京」 2．対象保険番号：「189マル青有」 3．「189マル青有」の外来負担金計算（一部負担金計算）は薬代（レセプト「20投薬」に集計する点数）を除いた請求点数で計算を行う。	R5.6.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
16	kk 69870	今回レセプトが返戻になった件について。 主保険は国保です。 公費が24の療養介護と80の〇障をお持ちの入院のレセプトの点数欄なんですが第一公費の欄に療養介護の点数、第二公費の欄にPCRの点数と第三公費の点数（総点数？）が記載されていて、返戻理由が第一公費と第二公費の合計が保険点数超過とのことです。 連合会に問い合わせたところ、第三公費の〇障の公費は0点にならないとおかしいとのことでした。（話では社保と国保ではここの記載方法が違うそうですが・・・） 保険の組み合わせを試しても0点にはなりませんでしたが、方法があるんでしょうか？	東京都地域公費レセプト記載について、レセプトに分点がある場合のみ、「全国公費併用分の請求点集計をしない」を可能としました。 1．システム管理2010－（レセ(1)）－全国公費併用分請求点集計の左側の設定項目に「5　集計しない（分点がある場合のみ）【負担区分対応】」を追加する。 2．該当地域公費について、上記設定項目を「5」で設定した場合、対象とする保険組み合わせで算定した請求点数をレセプトの該当地域公費の請求点欄に集計しない。 （レセプトに分点がある場合のみ） （レセプトに分点がない場合は集計する） 3．入外レセプトを対象とする。 4．対象とする保険組み合わせについては、以下の通り変更なし。 (1)主保険＋全国公費＋該当地域公費 (2)主保険＋地域公費＋該当地域公費 （※(2)は、システム管理1001－都道府県番号が「13東京」の場合のみ） ＜補足＞全国公費併用分請求点集計のデフォルト設定については、以下の通り変更なし。 基本のデフォルト設定　　・・　左右の設定（0,0） デフォルト設定が（0,0）以外の地域公費 10群馬（全ての地域公費）　・・　左右の設定（4,4） 13東京（全ての地域公費）　・・　左右の設定（4,1） 32島根（全ての地域公費）　・・　左右の設定（4,1） 36徳島（全ての地域公費）　・・　左右の設定（3,0）	R5.7.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
17	kk 86925	東京都の医療機関様より、長期とマル都を使用した月について自己負担が正しくあがらないとお問い合わせがありました。 下記＜登録状況＞の診療日★について、負担金をあげるにはどのようにしたらでしょうか。 ＜問い合わせ内容＞ ・70歳未満　社保+974長期（上位）+182マル都負有 ・R5.7月分　上限10000円に達しているはずなのに、自己負担が7940円しかあがらない（レセ一部負担金欄に10000と記載されない） 以下事例の負担金計算が正しく行われていませんでしたので修正しました。 事例：外来、70歳未満 ・システム管理1001 　都道府県番号「13 東京」 ・システム管理1039 　5：一括再計算順「1 診療日順」 　6：一括再計算方法「1 一部負担金をクリアし先頭より再計算を行う」 ・システム管理2010【保険番号182(東京都地域公費)で設定】 （負担金計算1）設定額を助成する負担金計算（外来）「1」 ・システム管理2010【保険番号972で設定】 （マル長）負担金計算（主＋長）「1」	7/3 複数科保険入力 ・主保険＋182＋974 請求点数4903点 患者負担4710円 ・主保険＋974　　請求点数 687点 患者負担2060円 7/6 複数科保険入力 ・主保険＋182＋974 請求点数2609点 患者負担3230円 ・主保険＋974　　請求点数 294点 患者負担 880円 ※「収納業務で一括再計算を行ってください」のメッセージ表示 一括再計算を実施した結果が 　患者負担4710円→4710円 　患者負担2060円→　0円 　患者負担3230円→3230円 　患者負担 880円→　0円 となっていましたので、 　患者負担4710円→4710円 　患者負担2060円→　0円 　患者負担3230円→5290円 　患者負担 880円→　0円 となるように修正しました。	R5.8.24
18	kk 87809	令和5年10月1日より、宮城県富谷市において乳幼児医療費の助成対象範囲が変更になります。 （所得制限なし、食事療養費の全額助成、一部自己負担金の発生が無くなります。）	令和5年10月診療分からの宮城県富谷市乳幼児医療費助成制度変更に伴い、以下の修正を行いました。 公費負担者番号(頭7桁)が「8304028」(富谷町)、かつ、宮城県の保険番号(183,483,583,783,263,363,463,563)の食事負担計算については、食事負担半額助成対応を行っていましたが、対応は令和5年9月診療分までとしました。 ※なお、令和5年10月診療分からは、新たな制度内容に則した保険番号を公費登録して使用する必要があります。	R5.9.26

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
19	kk 86071	下記について和歌山県伊都医師会エリアの医療機関様よりご連絡ありました。 ・内容：子どもの医療費助成の手引き及び医療費助成計算事例について（周知依頼）資料送付とシステムの対応可否について「五條市現物給付調査ご記入のお願い」のアンケートも同時添付ありました。 ・対象医療費制度：乳幼児医療助成制度・ひとり親家庭等医療費助成制度 ・開始時期：令和5年10月診療分 和歌山県における奈良県五條市の子ども医療費助成制度、及び、ひとり親家庭等医療費助成制度についての入院負担金計算対応を行う。 （令和5年10月診療分以降） 1．令和5年10月診療分から下記の全てに該当する子どもが和歌山県の伊都医療圏において現物給付による医療費助成の対象となる。 ・五條市に住所を有する未就学児 ・被用者保険（社会保険）の被保険者 ・五條市発行の乳幼児医療費受給資格証、もしくは、ひとり親家庭等医療費受給者証の提示	2．対象保険番号：273、293（システム管理1001：都道府県番号「30 和歌山」の医療機関 ） 3．対象者の患者負担 外来：月上限額　500円 入院：月上限額1,000円（日数が14日未満の場合は500円） ※保険番号マスタの入院月上限額は500円設定 ＜重要＞ 入院日数が14日以上となる場合は、負担金計算時に、月上限額を1000円として計算する。 ＜補足＞ 月途中で、保険者が変更又は公費受給者証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る。月途中で保険者が変更（公費受給者証の変更なし）となった場合は、以下のいずれかの方法での対処が必要。 （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-負担金計算(1)-月途中受給者証変更時負担金計算を「7」で設定する。	R5.9.26

Copyright(C)2021 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	request 20221129-002	乳幼児医療費請求書(社保用)の一部負担金について 入退院登録を「2継続」で登録した場合も、「1初回」で登録した場合と同じ計算(起算)方式になる設定を要望致します。	＜重要＞ 04宮城(保険番号463,563)を含め、上記設定を「1」で設定し、本運用を行っている場合において、設定を「2」に変更した場合、【「2継続」での入院】の計算方法が変わるため(詳細は補足1)、既に「2継続」で入院している方の計算に影響が出ます。設定する際はご注意ください。	R5.9.26
		システム管理2010(地方公費保険番号付加情報)にある設定項目「1入院@日限度とする特別計算(入院)」の負担金計算について機能追加を行いました。 1. システム管理2010－(負担金計算(3))－1入院@日限度とする特別計算(入院)の左側の設定項目に「2　初回・継続に関わらず、入院日を基準日として負担金計算を行う」を追加した。 2. 該当地域公費の上記設定を「2」で設定した場合、該当入退院履歴が「1初回」「2継続」に関わらず、その入院日を基準日とし、1入院@日限度とする負担金計算を行う。 (@は、保険番号マスタの設定(月－上限回数)) 3. 上記設定を「2」で設定、かつ、同日再入院(1初回」「2継続」に関わらず)の場合は、同日再入院日の翌日を基準日とする。 ※上記設定を「1」で設定、かつ、同日再入院(「1初回」での入院)の場合と同様	＜補足＞ 1. 上記設定の既存分「1」と追加分「2」の相違点は、【「2継続」での入院】の計算方法である。 ＜参考＞「1」で設定した場合 該当入退院履歴の初回入院日を基準日とし、1入院@日限度とする負担金計算を行う。 ・「1初回」での入院の場合は、その入院日(＝初回入院日)が基準日となる。 ・「2継続」での入院の場合は、その入院日が基準日とはならず、初回入院日が基準日となる。 2. 1入院@日限度とする特別計算(入院)のデフォルト設定に変更は無い。 ※基本のデフォルト設定　　・・　左右の設定(0,0) ※デフォルト設定が(0,0)以外の地域公費 04宮城(保険番号463,563)　・・　左右の設定(1,0)	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
21	kk 88359	東京都の医療機関様で、マル青が負担なししか受診しないからと公費の番号「189」にマル青無の設定をしているそうです。 7月のレセプトから公費の一部負担金が記載されていると提出先に指摘され返戻になったそうですが、以下の第40回の対応が関係しているのでしょうか。	東京都高校生等医療費助成制度の外来負担金計算対応 (都道府県「13東京」、保険番号「189マル青有」) を令和5年6月26日パッチで行いましたが、該当保険番号マスタの「日ー上限額」の金額設定が0円の場合、薬代(レセプト「20投薬」に集計する点数)を除いた請求点数の3割計算額が一部負担金となっていましたので修正しました。 ＜事例＞外来　協会＋189 薬代(レセプト「20投薬」に集計する点数)を除いた請求点数288点 患者負担860円 → 0円(※) (※)の計算が0円となるよう修正しました。	R5.10.26
22	ncp 20231013-023	高齢者現役並みの方で治療薬補助の公費併用の場合、院内処方だと9,000円になるはずですが、なぜか上限18,000円となってしまい金額がおかしくなってしまいます。 (例) 10/1　保険単独:8000円 10/5　保険単独:1500円　治療薬補助併用:8500円 診療行為登録後に収納登録より一括再計算をすると、差額分の未収が出てきますが、その後に診療行為で訂正をすると、やはり18,000を超えた分が返金となって出てしまいます。	高齢者(3割負担)＋全国公費併用時(法別15,21,54を除く)の外来負担金計算において、患者自己負担限度額を18000円(公費負担限度額)に置き換えて計算していたため、事例のような不具合がありました。 ＜事例＞外来、高齢者(3割)、096治療薬補助 1日目:主保険単独 3742点 患者負担11230円 2日目:主保険単独　215点 患者負担　650円 　　複数科保険入力 　　主保険+096治療薬補助 9430点 患者負担(※)6120円 →9000円 (※)治療薬の上限9000円 > 18000-(11230+650)=6120円 の計算になっていましたので、患者自己負担限度額を18000円に置き換えて計算しないよう修正しました。 <補足> 一括再計算では公費優先の計算を行うため、正しい計算がされています。	R5.10.26

Copyright(C)2021 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 86635	都道府県：千葉県 システム：WebORCA 千葉県のクリニック様より、公費381（障害3）＋後期高齢2割で使用した場合、配慮措置該当日の請求額は配慮措置が適応された額、レセプトの公負担額も配慮措置が適応された額が正しいと、返戻になった旨相談がありました。 ＜収納＞ 1日目6588点　300円 2日目1091点　300円 3日目78点　160円（78円が正しい） 4日目78点　160円（78円が正しい） ＜レセプト＞分点は無し 7835｜　｜10835 　｜　｜912（756が正しい）	窓口計算について（外来） （1）【現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）】の左側の設定に、「3　1と同様（後期2割の場合、配慮措置計算で算出した金額と比較する）」を追加する。 （2）左側の設定を「3」で行った場合、かつ、後期高齢2割の場合 配慮措置計算で「（月上限額－診療済み主保険負担相当額）」を算出する。 ＜補足＞ 月上限額は「1割負担＋3,000円」（※）又は「18,000円」のいずれか低い額 75歳到達月は「1割負担＋3,000円」（※）又は「 9,000円」のいずれか低い額 （※）計算式：「6,000円＋（医療費－30,000円）×0.1」 （3）「（月上限額－診療済み主保険負担相当額）」と（回・日上限額）を比較し、「（月上限額－診療済み主保険負担相当）」の方が小さい場合は、その金額を患者負担とする。 ＜補足＞ 医療費が30,000円を超える場合は、月上限額が1円単位の金額となるため、「（月上限額－診療済み主保険負担相当）」の方が小さい場合の患者負担は1円単位となる。	R5.11.27

Copyright(C)2021 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		令和5年10月26日のパッチで、後期高齢2割（患者負担配慮措置計算）に関して一括再計算の修正を行いましたが、以下事例で不具合となりましたので再修正しました。 ＜事例＞外来　後期高齢2割の患者負担配慮措置計算 主保険単独のみでの算定 (複数科まとめ差額があり、累計3000点を超える場合) 1日：1222点 患者負担2440円 　<複数科保険入力>(異なる診療科で入力科) 　622点 患者負担1250円(複数科まとめ差額10円含む)(※1) 2日：2000点 患者負担3154円(※2) この状態で、収納業務－一括再計算を行った場合、 (※1)1240円 (※2)3164円 となりましたので、金額が変動しないよう修正しました。		R5.11.27
25	kk 90741	奈良県福祉医療自己負担額計上方法につきまして資料を添付させていただきます。 診療請求書兼明細書（公費一部負担金）：18，269 レセプト（公費①）負担金額：18，269（従来は、18，260で提出を行われておりました） 福祉医療費自己負担額支払明細書（自己負担支払額）：18，270 *※18，269で計上させたい* 福祉医療費自己負担額支払明細書（自己負担支払額）が繰り上がってしまうため、公費一部負担金と同じ金額を計上できないでしょうか。 現在、以下設定を行っております。 「91マスタ登録」＞「104保険者番号マスタ」＞保険者番号「889」（オリジナル） 複写元保険番号 「181マル障」 レセプト負担金額 「2 10円未満四捨五入しない」 「91マスタ登録」＞「101システム管理マスタ」＞「2005レセプト・総括印刷情報」＞「基本1（2）」 法別24・79現物給付一部負担金記載 「0 上限1円単位の10円未満四捨五入なし」	「（024療養介護又は079障害児施設）＋地域公費（負担割合100%）」 （024又は079の医療部分上限額が1円単位の金額の場合）の保険組み合わせで算定を行った場合の以下事例で、tbl_kohskyの金額編集が正しく行われていませんでしたので修正しました。 事例：入院、70歳未満 国保(3割)＋024療養介護＋奈良県地域公費181 ※システム管理1001－都道府県番号「29奈良」 ※請求点数57819点(上記の保険組み合わせのみ) ※024療養介護：医療部分上限額18269円 レセプト作成処理後 tbl_kohskyの「ftnmoney2」の金額が18270円で格納されていたため、18269円で格納されるよう修正しました。 外来で該当する方がいる場合は、パッチ適用後に一括再計算を行ってからレセプト作成処理を行ってください。	R5.12.25

Copyright(C)2021 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 90166	この度、岡山県岡山市の福祉医療費助成制度が令和6年1月より一部助成内容が拡充されるとのことで情報提供いただきました。 つきまして、資料を提供させていただきます。 ＜変更内容＞ 岡山市の子ども医療費助成制度 ・小学生　通院の場合窓口負担が無料となる ・中学生　通院の場合窓口負担が1割となる※ ・高校生　通院の場合窓口負担が1割となる※ ※特定医療費等の受給者証をお持ちで、岡山市福祉医療（子ども、障害、ひとり親）を持つ方につきましては、通院の場合窓口負担が無料となる	中学生・高校生等が特定医療と福祉医療を併用する場合に限り、自己負担を無料化にする外来負担金計算対応を行う。（令和6年1月診療分以降） 1. システム管理1001（医療機関情報－基本）の都道府県番号が「33岡山」 2. 特定医療の対象保険番号 ・小児特定（保険番号052） ・更生（保険番号015） ・育成（保険番号016） ・精神通院（保険番号021） ・難病（保険番号054） 3. 福祉医療の対象保険番号 ・子ども医療費（保険番号455） ・心身障害者医療費（保険番号680） ・ひとり親家庭等医療費（保険番号586） 4. 外来負担金計算について 特定医療と福祉医療を併用する保険組み合わせの場合、福祉医療の一部負担金は「患者負担なし」として計算する。 5. レセプト記載について 特定医療と福祉医療を併用する保険組み合わせのみの場合、福祉医療の一部負担金欄は「0」を記載する。	R5.12.25

Copyright(C)2021 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 90695	「天草市」が実施している「子ども医療費助成事業」「ひとり親家庭等医療費助成事業」が、令和6年1月診療分から開始されます。 「子ども医療費助成事業」及び「ひとり親家庭等医療費助成事業」についての入院・外来負担金計算対応を行いました。（令和6年1月診療分以降） 1. システム管理1001（医療機関情報－基本）の都道府県番号が「43熊本」 2. 子ども（保険番号360） 主保険負担相当額（3割又は2割の金額）の一月の累計金額が ・21000円未満の場合は「患者負担なし」とする。 ・21000円以上の場合は「償還払い（患者負担＝3割又は2割の金額）」とする。 3. ひとり親（保険番号183） （対象者は3割負担の方しかいない（就学前（2割負担）は子どもを優先するため）） 主保険負担相当額（3割の金額）の一月の累計金額が ・21000円未満の場合は「1/3計算」で患者負担を計算する。 ※例「主保険＋ひとり親」 請求点数1357点 1357点×10円×3割＝4071円 4071円×1/3＝1357円（10円未満四捨五入）1360円（患者負担） ・21000円以上の場合は「償還払い（患者負担＝3割の金額）」とする。 4. 子ども・ひとり親共通 同月に「主保険＋（子ども・ひとり親）」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国の公費）併用等）で算定がある場合は、「償還払い」とする。 ※例えば、外来で、同月の最初に「主保険＋子ども」で算定し、後日、「他公費（国の公費）併用」で算定した場合、最初の「主保険＋子ども」は「償還払い」となるので、再計算を行い、追加徴収を行う必要がある。	5. 運用に関する注意事項 【外来】 一月の累計金額が21000円以上となった場合、又は、同月に「主保険＋（子ども・ひとり親）」以外の保険組み合わせで算定がある場合は、「償還払い」となるので、会計後、収納業務で同一月の受診状況を確認し、受診がある場合は念のため一括再計算を行ってください。 「償還払い」となる場合は追加徴収金額が発生します。 【入院】 ・定期請求がある医院さんにおいては、制度内容から、該当公費を使用する場合は、入退院登録－定期請求設定を「2　月末時のみ請求」で設定する事を推奨します。 （例えば、最初の定期請求が累計21000円未満、2回目の定期請求が累計21000円以上となる場合、定期請求設定を「2　月末時のみ請求」に変更し、再度、定期請求を個別で「9　月末一括請求」で行う必要があるため） ・同月内で再入院がある場合で、かつ、退院分が累計21000円未満、再入院分が累計21000円以上となる場合や退院分が「主保険＋（子ども・ひとり親）」、再入院分が「他公費（国の公費）併用」での算定の場合については、退院分の「償還払い」計算をする事が出来ない。この場合、医院さんにおいて追加徴収金額を計算いただき、再入院分の調整金に入力するなどにより請求ください。 6. レセプト記載について ・子ども「患者負担なし」の場合は、公費－一部負担金は「0」を記載する。 ・ひとり親「1/3計算」の場合は、公費－一部負担金は1円単位の金額を記載する。 ※例「主保険＋ひとり親」 請求点数1357点 1357点×10円×3割＝4071円 4071円×1/3＝1357円（公費－一部負担金） ・「償還払い」となる場合は、該当公費をレセプト記載しない。（子ども・ひとり親共通）	R5.12.25

Copyright(C)2021 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 67740	広島県後期高齢者の負担金について教えていただけますでしょうか。 (Vr5.1.0 プログラム更新第53回適用) 主保険：後期高齢者(入院) 第一公費：PCR検査(28343507) 第二公費：難病(54346010) 第三公費：障害(91340083) 請求点数　負担金額 (1,500) (130) 60,219　59,230 1,500　0 133　130 60,219　800 負担金59,230円が59,100円ではないでしょうか。と返戻になったとの事です。 医療機関様から国保連合会に確認して頂いた所、59,100円の内容は公費に係る金額があった場合、引いた金額+再掲金額との事でした。 57,600円(上限金額)ー130円(難病)＝57,470円 57,400円がもともとの負担金額でそれに再掲額1,500円+130円で59,100円になりますとの事でした。	（レセ4）保険欄の括弧再掲（下）金額計算（70歳未満） 主＋全＋地（分点ありの場合）の設定が「1 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－公1負担金）を比較」の場合 2. 上記の設定が「1」の場合、令和5年1月診療分以降の入外レセプトを対象とし、全国公費が複数ある場合の地域公費のレセプト公費給付対象額計算を行う。 ※全国公費が複数ある場合は、（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－複数の全国公費の一部負担金合算額）を比較 ※70歳未満の場合は、【高額療養費計算の合算対象分】でないものは（月上限額－複数の全国公費の一部負担金合算額）の計算に含めない。 3. 対象ケース ※（ ）の公費は必須ではない ※地域公費aはレセプト請求する地域公費 ＜ケース1＞「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが2つある 主保険＋全国公費a＋（地域公費a） 主保険＋全国公費b＋（地域公費a） 主保険＋地域公費a ＜ケース2＞「主保険の次が全国公費」の保険組み合わせが3つある 主保険＋全国公費a＋（地域公費a） 主保険＋全国公費b＋（地域公費a） 主保険＋全国公費c＋（地域公費a） 主保険＋地域公費a	R6.2.19
		地域公費のレセプト公費給付対象額計算について、全国公費が複数ある場合の対応を行いました。 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「1 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－公1負担金）を比較」の場合		

Copyright(C)2021 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 76858	「後期高齢者１割（低所得２）＋地方公費＋地方公費」の保険組み合わせで分点を行わない状態で１日目で高額療養費の上限額8,000円に達しなく ２日目以降で上限額に達した場合、外来レセプトの第１公費の一部負担金欄に保険一部負担金である8,000円を超えた金額が記載されます。 （添付します） 保険一部負担金8000円を超えることはないと思いますが、こちらは正しい値となるでしょうか。 シス管「2010」の設定は行っていなく第一公費の地方公費の保険番号マスタ設定は月上限額が8000円を超えていれば現象が出ると思います。	「主保険＋地域公費a＋地域公費b」の保険組み合わせにおける地域公費a（月上限額がある場合）の負担金計算について修正しました。 患者窓口負担には影響はありません。レセプト（地域公費aの公費欄）の一部負担金記載に関わる対応となります。 1．地域公費aの保険番号マスタに月上限額設定があり、その月上限額が患者自己負担限度額より大きい場合 2．地域公費aの一部負担金を患者自己負担限度額までとする負担金計算を行う 3．事例：外来 後期高齢（１割）（低所得２）＋地域公費a（月上限額18000円）＋地域公費b（患者負担なし） ・地域公費aの保険番号マスタ設定　・・・　患者負担あり（月上限額18000円） ・地域公費bの保険番号マスタ設定　・・・　患者負担なし １日目：請求点数10000点 ２日目：請求点数10000点 の場合、レセプト（地域公費aの公費欄）の一部負担金記載は8000円となる。 （地域公費aの一部負担金を患者自己負担限度額8000円までとする負担金計算を行うため）	R6.3.26

Copyright(C)2021 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 92280	月途中で国保から後期高齢に保険変更された入院患者様のレセプトについて。 （地方公費「191 マル福障」の負担金額については、１日２００円／月１４日までとなっております。） 地方公費の一部負担金額が、 ①国保＋療養介護＋マル福障：１，８００円 ②後期高齢＋療養介護＋マル福障：２，０７０円（←２，８００円にならない） となっております。 お客様より、②に関しては２，８００円ではないのか？との問い合せがきております。	【公費】 ・024療養介護（医療費部分上限23377円、食事療養上限14880円）R6.2.1- ・967高額ウエオ「オ」：R6.2. 1-R6.2. 9まで ・191広島県地域公費　：R6.2. 1-R6.2. 9まで ・191広島県地域公費　：R6.2.10-（期間を区切って公費登録） 【所得者情報】 ・低所得２：R6.2. 1-R6.2. 9まで ・低所得１：R6.2. 1- 【入院料算定保険組み合わせ】 ・国保＋024＋191　：R6.2. 1-R6.2. 9まで（請求点数12927点） ・後期高齢＋024＋191：R6.2.10-R6.2.29まで（請求点数30134点） 【患者負担】 ・国保＋024＋191：1800円 ・後期高齢＋024＋191：2070円 → 2800円となるよう修正 ※後期高齢で併用した024の一部負担金計算が15000-12930=2070円の計算となっていたのが原因で2070円＜191の一部負担金2800円(200円×14日)となり、患者負担が2070円となっていました。	R6.3.26
		以下事例の入院負担金計算が正しく出来ていませんでしたので修正しました。 ＜事例＞入院、月途中で保険変更（S34.2.10生、月途中で65歳） 国保（3割）　：R6.2. 1-R6.2. 9まで 後期高齢（１割）：R6.2.10-		

Copyright(C)2021 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 92505	添付資料のとおり、R6.4.1より静岡県浜松市の乳幼児の通院の助成対象が変更となるようです 新たな保険番号マスタが作成されるか、既存の保険番号マスタであれば どのマスタに当たるかご教示いただけないでしょうか	静岡県浜松市地域公費外来負担金計算対応（R6年4月診療～） ※システム管理1001－都道府県番号「22静岡」、かつ、以下の対象保険番号で算定した場合の外来負担金計算対応 1．子ども医療（乳幼児）【対象保険番号：253】 通常は患者負担なし、時間外の場合は患者負担あり（1回500円上限） 2．ひとり親医療（乳幼児）【対象保険番号：484】 通常は患者負担なし、時間外の場合は患者負担あり（1月500円上限） 3．重度心身障害児医療（乳幼児）【対象保険番号：485】 通常は患者負担なし、時間外の場合は患者負担あり（1月500円上限） 【重要】 時間外の場合(患者負担ありとする場合）は、「099409907」((特定公費)時間外受診)を診療行為入力してください。	R6.3.26

Copyright(C)2021 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 95844	奈良県福祉医療費助成制度における現物給付に係る今後の予定について 資料を添付いたします。(伊都医療圏医療機関用)	【重要】 入院日数が14日以上となる場合は、負担金計算時に月上限額を1000円として計算する。	R6.7.23
		和歌山県における奈良県五條市心身障害者医療費助成制度についての入院負担金計算対応を行いました。(令和6年8月診療分以降) 1. 令和6年8月診療分から下記の全てに該当する子どもが和歌山県の伊都医療圏において現物給付による医療費助成の対象となる。 ・五條市に住所を有する子ども ・被用者保険(社会保険)の被保険者 ・五條市発行の心身障害者医療費受給資格証の提示 2. 対象保険番号:383(システム管理1001:都道府県番号「30 和歌山」の医療機関) 3. 対象者の患者負担 外来:月上限額 500円 入院:月上限額1,000円(日数が14日未満の場合は500円) ※保険番号マスタの入院月上限額は500円設定	【補足】 月途中で、保険者が変更又は公費受給者証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る。月途中で保険者が変更(公費受給者証の変更なし)となった場合は、以下のいずれかの方法での対処が必要。 (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-負担金計算(1)-月途中受給者証変更時負担金計算を「7」で設定する。	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
33	kk 94131	熊本県熊本市の医療機関様より、下記の情報を提供いただきました。 R6.8月診療分から重度心身障害者医療費が、 R6.12月診療分から子ども医療費、ひとり親医療費の請求方法が条件付きでレセプト併用請求に切り替わるとのことで情報をいただきました。 熊本市重度心身障がい者（児）医療費助成制度についての入外負担金計算対応を行いました。（令和6年8月診療分以降） 1．令和6年8月診療分から請求方法などが変更となる。 2．制度内容変更について ・国保（対象保険番号：342） （1）70歳未満の場合 主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）が21000円未満の場合は、レセプト請求する。 21000円以上の場合は、レセプト請求しない。 （2）高齢者の場合 レセプト請求しない。 （3）同月に「主保険＋重心」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国公費）併用等）で算定がある場合 レセプト請求しない。 ・社保及び国保組合（対象保険番号：186） 年齢、主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）、保険組み合わせに関わらずレセプト請求する。 【重要】 ・レセプト請求する場合は、一部負担金を1/3計算した金額を患者負担とする。 ・レセプト請求しない場合は、「償還払い」（1/3計算しない）とする。 （注）例えば、外来で、「同月の1日目が累計21000円未満、2日目が累計21000円以上となる場合」や「同月の1日目を「主保険＋重心」で算定（累計21000円未満）、2日目を「他公費（国公費）併用」で算定の場合」は、同月分全てを「償還払い」（1/3計算しない）とする。 3．1/3計算に関する「高額療養費制度の自己負担限度額」 の適用について（対象保険番号：186） ・高齢者の場合　各所得区分の金額を適用する。	・70歳未満の場合 限度額認定証の提示がある場合 ・・・ 各所得区分の金額を適用する 限度額認定証の提示がない場合 ・・・「一般」区分の金額を適用する ・マル長併用の場合　10000円又は20000円を適用する。 4．1/3計算の方法について（対象保険番号：342及び186） ・「高額療養費制度の自己負担限度額」に達しない場合 （保険番号342はすべてこれに該当する） 主保険の負担割合相当額（1円単位）×1／3（1円未満切り上げ）【1円単位の金額を求める】 ・「高額療養費制度の自己負担限度額」に達する場合 （自己負担限度額－【診療済み】主保険の負担割合相当額（1円単位））×1／3（1円未満切り上げ）【1円単位の金額を求める】 ・他公費（国公費）併用の場合 他公費の一部負担金（1円単位）×1／3（1円未満切り上げ）【1円単位の金額を求める】 【重要】 ・患者負担金額 ・・・ 上記の計算結果を【10円未満四捨五入】した10円単位の金額 ・レセプト記載金額 ・・・ 1ヶ月分をまとめて計算した1円単位の金額 5．運用に関する注意事項（「償還払い」に関して）（対象保険番号：342） 【外来】 累計21000円以上の場合や同月に「主保険＋重心」以外の保険組み合わせで算定がある場合は同月分全てを「償還払い」（1/3計算しない）とするため、会計後に収納業務で同一月の受診状況を確認し、受診がある場合は念のため一括再計算を行ってください。 「償還払い」に該当する場合は患者負担が変動します。	R6.7.29

Copyright(C)2021 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
		【入院】 ・定期請求がある医療機関においては、制度内容から、該当公費を使用する場合は、入退院登録－定期請求設定を「2　月末時のみ請求」で設定する事を推奨します。 （例えば、最初の定期請求が累計21000円未満、2回目の定期請求が累計21000円以上となる場合は、定期請求設定を「2　月末時のみ請求」に変更し、再度、定期請求を個別で「9　月末一括請求」で行う必要があるため） ・同月内で再入院がある場合で、かつ、「退院分が累計21000円未満、再入院分が累計21000円以上となる場合」や「退院分を「主保険＋重心」で算定（累計21000円未満）、再入院分を「他公費（国公費）併用」で算定の場合」は、退院分の「償還払い」計算をする事が出来ません。 この場合は、医療機関において「償還払い」計算を行っていただき、差分を再入院分の調整金に入力するなどの方法で請求を行ってください。		
34	kk 98353	医療機関様より、組合＋難病＋180長崎乳の保険組み合わせで同月に外来、入院を受診されている患者様の窓口負担金額についてお問い合わせがありました。 保険組み合わせ：全日　組合＋難病＋180長崎乳 「難病」月上限：10000円 「180長崎乳」月上限：800円／日、1600円／月（入院・外来合わせて） （外来）5/15：4078点　／窓口負担金額　800円 5/22：126点　／窓口負担金額　250円 （入院）5/24～31：17612点　／窓口負担金額　540円 入院外来　窓口負担額合計：1590円 となり、1600円まで負担額が発生しません。 1600円まで負担金を発生させる方法はございますでしょうか？	入外あわせて上限額までの計算をする地域公費について、全国公費併用時の入院負担金計算に不備があり、正しく計算ができていませんでしたので修正しました。 <事例> システム管理1001－都道府県番号「42長崎」 保険組合せ：主保険＋54難病(月上限額10000円)＋180長崎乳 ※180長崎乳の「システム管理2010－(負担金計算1)－日・月上限額負担金計算」のデフォルト設定は 「1 入外あわせて上限額までの計算をする」 ※外来と入院で受診あり (外来) 5/15 4078点 患者負担800円 5/22　126点 患者負担250円 (入院) 5/24-31 17612点 患者負担540円→550円(※1) (※1)月上限額1600円-(800円+250円)=550円	R6.8.28

Copyright(C)2021 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 99076	熊本市の重度心身障害公費について確認があります。 国保（対象保険番号：３４２） （３）同月に「主保険＋重心」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国公費）併用等）で算定がある場合レセプト請求しない。 とありますが、自費保険で同月内に会計を行うと同様にレセプト請求されないのでしょうか。	令和６年８月診療分以降の熊本市重度心身障がい者(児)医療費負担金計算 (「国保＋342」の負担金計算)について、同月に「国保＋342」以外の保険組み合わせ(主保険単独、マル長併用、他公費(国公費)併用等)で算定がある場合は「償還払い」(1/3計算しない)としていますが、同月に、自費保険・治験・労災・自賠責・公害での算定がある場合も「償還払い」(1/3計算しない)となっていましたので修正しました。 <事例> 外来 システム管理1001－都道府県番号「43熊本」 １日目：自費保険で算定 ２日目：「国保＋342」で算定 請求点数200点 患者負担600円(1/3計算しない)→200円(1/3計算する)	R6.9.25
36		R6.3.26パッチにて、保険番号972でシステム管理2010の登録があり、「負担金計算(主＋長)」が"0"で登録されていても、"1"で登録される動作となっていました。 また「負担金計算(主＋地100%＋長)」が"0"で登録されている場合についても、"1"で登録される動作となっていましたので、R6.10診療分以降、正しい登録内容で動作するように修正しました。 ※現状、上記設定が"0"で登録の場合であって、R6.10診療分以降においても"1"の動作としたい場合は、上記設定を"1"で登録してください。		R6.9.25

Copyright(C)2021 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	support 20241112-012	自費保険は含まれていないとのことですが、 2010　長期の設定は資料通りの設定になっていますが、自費保険を登録し、一括再計算を行うと、主+地方公費+長期の負担金が発生します。 負担金が発生するのは自費保険を入力した時だけです。 不具合なのでしょうか。	マル長負担金計算対応(主保険＋地域公費(負担割合100%)＋長期) で以下の不具合がありましたので修正しました。 ※同月に、自費保険・治験・労災・自賠責・公害で算定がある場合の考慮がもれていました。 <事例> 外来、国保70歳未満、更生(月上限額2500円)、静岡県地域公費285 システム管理2010 保険番号972(マル長タブ)の設定は以下の内容 ・負担金計算(主＋長)"1"で設定 ・負担金計算(主＋地100%＋長)"1"で設定 1日目:複数科保険入力 　国保3割＋015＋285＋972 請求点数5000点,患者負担2500円 　国保3割＋285＋972 請求点数1000点,患者負担0円(※) 2日目:自費保険980 請求点数200点,患者負担2000円 で診療行為入力を行う。 その後、収納で「一括再計算」を行った場合、(※)に患者負担が発生する不具合がありましたので修正しました。	R6.11.26

Copyright(C)2021 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 99901	令和6年12月から、熊本市の子ども医療費とひとり親医療費の請求が、併用レセプトでの請求に変更になります。7月に熊本市ホームページに、重度心身障がい者（児）医療費 の情報とともに、「こども・ひとり親編の取り扱いマニュアル」が修正されておりました。 熊本市こども医療費・ひとり親家庭等医療費助成制度についての入外負担金計算対応を行いました。（令和6年12月診療分以降） 又、熊本市重度心身障がい者（児）医療費助成制度について、国保（患者負担なし）の「償還払い」対応を行いました。（入外）（令和6年8月診療分以降） ※システム管理1001：都道府県番号「43 熊本」の医療機関を対象として対応を行いました。 1．熊本市こども医療費・ひとり親家庭等医療費助成制度について、令和6年12月診療分から請求方法などが変更となる。 2．制度内容変更について ■こども医療費 ・国保（対象保険番号：541（中1～高3） （対象保険番号：441（3歳誕生月の翌月～小6） （対象保険番号：341（0歳から3歳誕生月） （1）主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）が21000円未満の場合は、レセプト請求する。21000円以上の場合は、レセプト請求しない。 （2）同月に「主保険＋こども」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国公費）併用等）で算定がある場合は、レセプト請求しない。 ・社保（対象保険番号：660（中1～高3） （対象保険番号：560（3歳誕生月の翌月～小6） （対象保険番号：180（0歳から3歳誕生月） 年齢、主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）、保険組み合わせに関わらずレセプト請求する。 【重要】 ・レセプト請求する場合は、各年齢の月上限額までの金額を患者負担とする。 ・レセプト請求しない場合は、「償還払い」とする。	（注）例えば、外来で、「同月の1日目が累計21000円未満、2日目が累計21000円以上となる場合」や「同月の1日目を「主保険＋こども」で算定（累計21000円未満）、2日目を「他公費（国公費）併用」で算定の場合」は、同月分全てを「償還払い」とする。 ■ひとり親家庭等 ・国保（対象保険番号：143） （1）70歳未満の場合 主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）が21000円未満の場合は、レセプト請求する。21000円以上の場合は、レセプト請求しない。 （2）高齢者の場合 レセプト請求しない。 （3）同月に「主保険＋ひとり親」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国公費）併用等）で算定がある場合は、レセプト請求しない。 ・社保（対象保険番号：283） 年齢、主保険の負担割合相当額（1ヶ月の累計金額）、保険組み合わせに関わらずレセプト請求する。 【重要】 ・レセプト請求する場合は、一部負担金を1/3計算した金額を患者負担とする。 ・レセプト請求しない場合は、「償還払い」とする。 （注）例えば、外来で、「同月の1日目が累計21000円未満、2日目が累計21000円以上となる場合」や「同月の1日目を「主保険＋ひとり親」で算定（累計21000円未満）、2日目を「他公費（国公費）併用」で算定の場合」は、同月分全てを「償還払い」とする。 3．1/3計算に関する「高額療養費制度の自己負担限度額」の適用について（対象保険番号：283） ・高齢者の場合 各所得区分の金額を適用する。 ・70歳未満の場合 限度額認定証の提示がある場合 ・・・ 各所得区分の金額を適用する 限度額認定証の提示がない場合 ・・・「一般」区分の金	R6.11.26

Copyright(C)2021 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
		額を適用する ・マル長併用の場合 10000円又は20000円を適用する。 4. 1/3計算の方法について（対象保険番号：143,283） ・「高額療養費制度の自己負担限度額」に達しない場合（保険番号143は全てこれに該当する） 主保険の負担割合相当額（1円単位）×1/3（1円未満切り上げ）［1円単位の金額を求める］ ・「高額療養費制度の自己負担限度額」に達する場合 （自己負担限度額－【診療済み】主保険の負担割合相当額（1円単位））×1/3（1円未満切り上げ）［1円単位の金額を求める］ ・他公費（国公費）併用の場合 他公費の一部負担金（1円単位）×1/3（1円未満切り上げ）［1円単位の金額を求める］ 【重要】 ・患者負担金額 ・・・ 上記の計算結果を【10円未満四捨五入】した10円単位の金額 ・レセプト記載金額 ・・・ 1ヶ月分をまとめて計算した1円単位の金額 5. 熊本市重度心身障がい者（児）医療費助成制度について、国保（患者負担なし）の「償還払い」対応を行う。（入外）（令和6年8月診療分以降） ■重心 ・国保（対象保険番号：485） （1）高齢者の場合 レセプト請求しない。 （2）同月に「主保険＋重心」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国公費）併用等）で算定がある場合は、レセプト請求しない。	6. 運用に関する注意事項（「償還払い」に関して）（対象保険番号：541,441,341,143,485） 【外来】 累計21000円以上の場合や同月に「主保険＋こども・ひとり親」以外の保険組み合わせで算定がある場合は同月分全てを「償還払い」とするため、会計後に収納業務で同一月の受診状況を確認し、受診がある場合は念のため一括再計算を行ってください。 「償還払い」に該当する場合は患者負担が変動します。 【入院】 ・定期請求がある医療機関においては、制度内容から、該当公費を使用する場合は、入退院登録－定期請求設定を「2　月末時のみ請求」で設定する事を推奨します。 （例えば、最初の定期請求が累計21000円未満、2回目の定期請求が累計21000円以上となる場合は、定期請求設定を「2　月末時のみ請求」に変更し、再度、定期請求を個別で「9　月末一括請求」で行う必要があるため） ・同月内で再入院がある場合で、かつ、「退院分が累計21000円未満、再入院分が累計21000円以上となる場合」や「退院分を「主保険＋こども・ひとり親」で算定（累計21000円未満）、再入院分を「他公費（国公費）併用」で算定の場合」は、退院分の「償還払い」計算をする事が出来ません。 この場合は、医療機関において「償還払い」計算を行っていただき、差分を再入院分の調整金に入力するなどの方法で請求を行ってください。	

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39	kk 102972	12月1日から変更となった、熊本地域公費「441 熊子ども」と国保の併用で診療行為を入力すると、1月の負担上限700円ではなく、保険割合（2割）の計算となります。 社内で確認したところ、包括分入力が入るとそのような現象が出るようです。 なお、収納登録から2割で計算された日を「再計算」で再計算すると、700円となります。	令和6年12月診療分以降の熊本市こども医療費・ひとり親家庭等医療費負担金計算対応について、以下事例の不具合がありましたので修正しました。 <事例> 外来　3歳 システム管理1001－都道府県番号「43熊本」 複数科保険入力を行う ・「国保＋441」で算定 　請求点数1069点 患者負担2140円→（修正後）700円 ・「9999 包括分入力」で算定 　120002370 薬剤情報提供料 　113701310 手帳記載加算(薬剤情報提供料) ※複数科保険入力において、「9999 包括分入力」で算定がある場合の考慮がもれていたため、「国保＋441」が償還払い扱いとなり、2割計算した患者負担となっていました。	R6.12.23

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
40	kk 103141	大分県の重度障がい者医療費助成制度の医療費自己負担額支払明細書についてご質問をいただき、お力賜りたくご連絡させていただきました。 月途中に75歳になられた患者様で、10/13までは前期高齢者で所得区分は一般、10/14からは後期高齢者で、所得区分は低所得1となっています。また長期高額療養費の対象でもあります。 市役所からは下記の内容で医療費自己負担額支払明細書に記載するようにとの連絡がありました。 前期高齢者：10/1～10/13までの自己負担は5,000円（長期高額療養費の上限額10,000円の半分） 後期高齢者：10/14～は自己負担額は4,000円（後期高齢者低所得1の上限8,000円の半分） しかし、日医標準レセプトソフトで医療費自己負担額支払明細書を出力したところ 前期高齢者：10/1～10/13は5,000円 後期高齢者：10/14～は10,000円と記載されてしまいます。 上記を受け、患者登録画面の「所得者情報」タブにて低所得1の認定日と標準負担額減額開始日が10/14～としていたため 10/1～と変更しましたが、今度は下記のようになりました。 前期高齢者：10/1～10/13は4,000円 後期高齢者：10/14～は4,000円 いずれも市役所からの指示のあった金額になりませんでした。 またレセプトも市役所からの指示の通りであれば、窓口負担は前期高齢者5,000円、後期高齢者4,000円と記載されると思われますが、今現在前期高齢者5,000円、後期高齢者3,000円という記載になっています。	75歳到達月の特例において、以下事例の計算に不備がありましたので修正しました。 <事例> 外来、月途中で75歳に到達 10/13まで：前期高齢者　国保(2割)、所得区分(一般) 10/14から：後期高齢者(1割)、所得区分(低所得1) 公費情報：大分県地域公費184、マル長972(公費は両方共10/1以前から適用) ・国保＋184＋972：請求点数10,000点、患者負担5,000円 ・後期＋184＋972：請求点数10,000点、患者負担3,000円→4,000円【※】 【※】 A:低所得1の自己負担限度額8,000円、B:国保＋184＋972の患者負担5,000円 A−B=3000円(※1)、Aの半額4,000円(※2)、請求点数の1割10,000円(※3) (※1)(※2)(※3)のうち一番小さい金額を患者負担とする計算になっていましたので修正しました。((※1)は比較対象から除外しました)	R7.1.28

Copyright(C)2021 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 114771	和歌山県の公費についてご連絡いたします。 保険番号281　岩出子　ですが、年齢と負担金の変更があったお客様より連絡があり、岩出市ホームページを確認したところそれについての記載がありました。 https://www.city.iwade.lg.jp/kodomo-katei/2019-0404-1820-13.html 患者の計算があったため104保険番号の画面で年齢を18に延長しましたが負担金は1割で発生したため取り急ぎ、146乳幼児で計算してもらいました。 改めて地域公費の更新がありますでしょうか。	平成29年7月25日(2017-07-25)パッチ対応分 「和歌山県岩出市子ども医療費(保険番号281)の負担金計算対応(外来)」について、令和7年1月診療分から制度内容が変更となりましたので保険番号281に対して行っていました制度対応は令和6年12月診療分までとしました。 （令和7年1月診療分からは保険番号146を使用）	R7.4.23
42	kk 121149	熊本市のこども医療についてお尋ねがあります。 月途中で社保から国保へ保険が変更になった患者様の負担金計算についてですが通常、国保でこども医療を持っていると診療行為入力時、別の保険組み合わせで会計をすると償還払いの扱いになり、医保負担として金額が上がってくるかと思います。 今回のように、社保から国保へ変更になった場合、変更前、変更後と合わせて負担金を計算するようにと手引きに記載されています。 しかし、実際に会計を計算しようとすると医保負担で負担金が上がってきます。 この場合、1月分の負担金を変更前と変更後合わせて患者様へ請求することはできますでしょうか。	熊本県地域公費：保険番号[342,485,341,441,541,143,183]については、同月に「主保険＋該当地域公費」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国の公費）併用等）で算定がある場合は「償還払い」の取り扱いをしていますが、同一レセプトでの判定となっていませんでしたので修正しました。 <外来事例>月途中で協会から国保に変更 変更前：協会＋180で算定（請求点数1000点） 変更後：国保＋341で算定（請求点数1000点） ※変更後は「償還払い」の取り扱いとなっていましたが、 現物給付とします。（患者負担は0円）	R7.5.28

Copyright(C)2021 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 114626	熊本市の乳幼児医療をお持ちの3歳の患者様 （月上限額700円の患者様） 3歳児健診にて診療に来られたが、対象外の診療があり、その分の請求を公費を使用して会計を行った。 その場合、上限額が700円となるはずだが、現状780円の窓口負担が発生している状況です。	熊本県地域公費：保険番号[341,441,541](熊本市こども医療費)については、同月に「主保険＋該当地域公費」以外の保険組み合わせ（主保険単独、マル長併用、他公費（国の公費）併用等）で算定がある場合は「償還払い」の取り扱いをしていますが、同一レセプトで主保険単独の算定があっても現物給付となる(償還払いの取り扱いをしない)旨の報告がありましたので対応しました。 <外来事例> ・国保単独で算定（請求点数1000点） ・国保＋441で算定（請求点数390点） ※国保＋441は「償還払い」の取り扱いとなっていましたが 現物給付とします。（患者負担は上限額の700円）	R7.5.28
44	ncp 20250528-027	後期2割負担の患者で当月3000点超えている場合 [Shift＋F6複数科診療]より1科目：内科、2科目：心療内科の入力分の心療内科を訂正により請求金額が増えた場合、3000点を超えていなければ会計画面で心療内科で追加請求されるが、3000点を超えていると内科で請求されます 診療訂正した心療内科ではなく1科目の内科で請求があがるのは仕様でしょうか	後期高齢2割(配慮措置計算)の複数科保険入力分について、2科目の点数を診療訂正した場合の負担金計算に不具合がありましたので修正しました。 事例：外来(診療訂正により3000点を超えるケース) <1日目> ・後期高齢2割(内科):請求点数2000点 患者負担4000円 <2日目>複数科保険入力 ・後期高齢2割(内科):請求点数600点 患者負担1200円 ・後期高齢2割(心療内科):請求点数200点(※) 患者負担400円 この状態で、(※)を診療訂正により200点→500点とした場合、 ・後期高齢2割(内科):患者負担1200円→1700円、今回診療分請求額500円 ・後期高齢2割(心療内科):患者負担400円 となっていましたので、 ・後期高齢2割(内科):患者負担1200円 ・後期高齢2割(心療内科):患者負担400円→900円、今回診療分請求額500円 となるよう修正しました。	R7.6.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
45	kk 92976	対象都道府県:東京都 対象公費:193患者票 東京都の医療機関様より、 後期高齢(1割・低所得上限8000円)＋021精神通院(上限2500)＋193患者票(負担なし) (5990) (0) 14697 ｜ ｜13990→11490が正しい 5980 ｜ ｜2500 ◆ ｜ ｜ この場合の保険単独診療分の自己負担上限額と、レセプトの記載について国保連合会から指摘が入ったと連絡がありました。 ・保険単独診療分の自己負担額は8000円ではなく、2500円分を引いた「5500円」が正しい ・保険の一部負担金額は13390ではなく、2500円分を引いた「11490円」が正しい 次回以降は返戻になるとのことです。 ------- 東京都の国保連合会(03-6238-0397)に以下を確認しました。 ・「193患者票」は本人負担がない場合であっても、本人が負担したとみなされるので限度額に含める ・70歳以上の高齢者の場合は全て該当 レセプト記載だけでなく患者本人の負担額にも影響するため、医療機関様より対応依頼が上がっております。	東京都地域公費(患者票)の負担金計算・レセプト対応 (令和7年7月診療分以降において対応) 1. 対象医療機関・・・システム管理1001:都道府県番号「13 東京」の医療機関 2. 対象者・・・高齢者、かつ、国保・後期高齢の方 3. 同月に以下2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の負担金計算・レセプト対応を行う。 ・主保険＋【010「感37の2」又は021「精神通院」】＋193「東京都地域公費(患者票)」(※) ・主保険単独 4. ＜負担金計算＞ 主保険単独の負担金計算において、診療済みの患者負担を累計する際、(※)については【010又は021】の一部負担金を患者負担とみなして累計し、自己負担限度額までの負担金計算を行う。 (193は"患者負担なし"の地域公費であるため、(※)の実際の患者負担は0円である。) 5. ＜レセプト＞ 高額療養費が現物給付されているか否かの判定は、上記の負担金計算の結果を踏まえて判定する。 又、上記の負担金計算の結果を元に、一部負担金額欄の記載を行う。 6. 令和7年7月診療分以降において対応を行う。	R7.6.25
46		令和1年7月29日(2019-07-29)パッチ対応分 「岩手県奥州市・遠野市子ども医療費(保険番号610)の負担金計算対応(外来)」について、令和6年8月診療分から制度内容が変更となり、既に使用されていない保険番号になりますが、上記の対応は令和6年7月診療分までとしました。		R8.3.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
47		平成31年3月26日(2019-03-26)パッチ対応分 「富山県高齢者医療費(保険番号185,285)の負担金計算対応(入外)」について、保険番号285(低所得1及び2の該当者)は月上限額設定があるため、上記の計算対象としないよう修正しました。 【事例】 <患者情報> 70歳未満、低所得2(認定範囲「2」)、協会健保、限度額適用認定証なし <公費登録> 保険番号285 <システム管理1001> 地方公費保険番号タブ区分「1有効」 <診療行為入力>(外来) 協会＋285(請求点数30000点) 患者負担60000円→8000円		R8.3.25
48	support 20260219-014	診療行為を減免事由(50%)で登録した際の領収書の消費税について質問がございます。 診療費請求書兼領収書の「今回請求額」は自費計の50%になっていますが、その下の「消費税(再掲)」は自費計の消費税額がそのまま記載されています。 「今回請求額」の金額から計算した消費税額を載せる方法はございますか。 また、添付画像のピンクのマーカーを引いている消費税(再掲)欄を250円と記載することは可能でしょうか。	患者登録で減免(定率)の設定を行った場合、負担金計算において「請求金額－消費税(再掲)」も減免(定率)を反映するよう修正しました。 【事例】 <患者情報> 自費保険(非課税)、減免事由・割引率に(※)を設定 <システム管理1001> 減免計算対象区分「1自費分を含む」 <システム管理1026,1027> 定率定額区分「1定率」、割引率「50%」(※) <点数マスタ> 096xxxxxx(金額5000円) <診療行為入力>(外来) .960 096xxxxxx を入力 患者負担2750円(消費税込み5500円の減免50%) <請求書兼領収書>(ORCHC03V03) 今回請求額2750円 消費税(再掲)500円→250円	R8.3.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
49	kk 128806	令和8年4月より、宮城県仙台市のこども医療費制度が変更となりますがORCAでの対応についてのご確認です。 https://ftp.orca.med.or.jp/pub/data/receipt/chihoukouhi/p04/2026-01-09-miyagi.pdf 上記資料を拝見いたしました。 現行の制度では、以下の公費を使用していますが 6歳まで…253:子負無 15歳まで…353:子負有 令和8年4月以降は、18歳まで一律　253:子負無　と同様の制度となるかと思いますので 253:子負無　の年齢上限を6→18に変更、という対応で良いのでしょうか。	【負担金計算(3)】 初診時以外の負担金計算(外来) <現在> 保険番号(263,363,463,563)のデフォルト設定:左右(1,0) <R8.4診療分以降> 保険番号(263,363,463,563)はR8.3まで ---------- 【負担金計算(3)】 1入院@日限度とする特別計算(入院) <現在> 保険番号(463,563)のデフォルト設定:左右(1,0) <R8.4診療分以降> 保険番号(463,563)はR8.3まで ---------- 【負担金計算(3)】 限度額認定証提示が無い場合の特別計算 <現在> 保険番号(583,683,783,363,563,763)のデフォルト設定:左右(1,0) 保険番号(263,463,663)のデフォルト設定:左右(1,2) <R8.4診療分以降> 保険番号(583,683,783)のデフォルト設定は継続 保険番号(363,563,763)はR8.3まで 保険番号(263,463,663)はR8.3まで ---------- ※R8.3までとした保険番号は既に使用されていない、または、 R8.4診療分以降は使用しない保険番号になります。	R8.3.25
		令和8年4月からの仙台市子ども医療費制度改正に併せて、システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」における宮城県のデフォルト設定を見直しました。 ※該当保険番号でシステム管理2010自体の登録がされていない場合はプログラム内部で以下の設定項目についてデフォルト設定をしています。 ---------- 【負担金計算(2)】 「食事療養費」付加設定_本人タブ 食事療養 <現在> 保険番号(183,483,583,783,263,363,463,563)のデフォルト設定:左右(2,0) <R8.4診療分以降> 保険番号(183,483,583,783)のデフォルト設定は継続 保険番号(263,363,463,563)はR8.3まで ----------		

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
50	kk 128857	令和8年5月請求分からの群馬県福祉医療費請求に係る併用明細書の手引きについて 群馬県国民健康保険団体連合会から発行された資料を送付させていただきます。	令和8年4月からの群馬県福祉医療費制度改正に併せて、システム管理2010「地方公費保険番号付加情報」における群馬県のデフォルト設定を見直しました。（負担金計算部分） ※該当保険番号でシステム管理2010自体の登録がされていない場合はプログラム内部で以下の設定項目についてデフォルト設定をしています。 ---------- 【負担金計算(3)】 限度額認定証提示が無い場合の特別計算 <現在> 保険番号(145,245,146,246,143,243)のデフォルト設定:左右(8,1) <R8.4診療分以降> 保険番号(145,245,146,246,143,243)はR8.3まで ---------- ※なお、該当保険番号でシステム管理2010の登録を既にされている場合は、医療機関様にて設定修正が必要となりますが、<R8.4診療分以降>の設定についてはマスタ登録設定ガイドをご参照ください。 ※レセプトの改修は4月以降に行います。	R8.3.25
51	support 20260421-014	入院中の患者様が他医療機関に受診されたとのことで、入院料の減算の入力方法を入院会計照会＞外泊よりご案内いたしました。 障害施設等10対1入院基本料（慢性腎臓病の患者）の入院料を算定されており、40%減算したいとのことで外泊の箇所に4を立てていただきました。 プレビューよりレセプトを確認すると、「他医受診（外泊）の入力誤り」と警告が出てきます。10%減算の登録は可能です。 どのように登録したら、40%の減算の登録が可能でしょうか。	入院料「障害者施設等10対1入院基本料(慢性腎臓病の患者)」を算定している患者に対して、入院会計照会で外泊を「04 他医療機関受診40%減」で登録し、退院登録などの負担金計算を行った場合、エラー「他医受診(外泊)の入力に誤りがあります」となりましたのでエラーとならないよう(40減が可能となるよう)修正しました。	R8.5.21

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
52	kk 129499	令和8年8月奈良県五條市子どもの医療費助成の現物給付方式の一部負担金の変更について	和歌山県において奈良県五條市福祉医療費助成制度の入院負担金計算対応を行っていましたが、制度変更により対応はR8年7月末までとします。 【参考】入院負担金計算対応内容 ・システム管理1001： 都道府県番号「30 和歌山」の医療機関 ・対象保険番号： 子ども(保険番号273)、ひとり親(保険番号293)、障害(保険番号383) ・保険番号マスタの入院月上限額は500円設定(入院日数が14日未満の金額) であるため、入院日数が14日以上となる場合は負担金計算時に月上限額を1000円として計算	R8.7.28
53	自賠責レセプト点数相違	自賠責(健保準拠)および第三者行為のレセプトについて、入院料加算の点数から減算対象となる加算の点数がマイナスされていないようです。	労災自賠責の減算点数集計修正（入院料加算の減算点数） <負担金計算> 自賠責(健保準拠)・公務災害(健保準拠)で、入院料加算の減算を算定した場合、[入院料等]欄の点数集計で減算でなく加算となっていましたので修正しました。 <レセプト> 自賠責(健保準拠)・自賠責(第三者行為)・公務災害(健保準拠)で、入院料加算の減算を算定した場合、[入院]欄の点数集計で減算でなく加算となっていましたので修正しました。 また、摘要欄記載で点数の前に▲を記載するよう修正しました。 <減算コードの例> 190182590 栄養管理体制減算規定該当(入院基本料) 190814310 身体的拘束最小化減算規定該当(入院基本料) 190877610 賃上実施未届出医療機関減算(ロ)	R8.7.28

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

地方公費・負担金計算関係

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
54		「令和8年8月・令和9年8月からの実施を予定している高額療養費制度の見直しの内容について」 令和8年8月診療分から実施の内容について対応を行いました。 ※令和9年8月診療分から実施予定について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。		R8.7.28
55	support 20260810-023	入院時の減算コードについてお問い合わせをいただいております。 減算コードを入力する際、減算コードの直下にフリーコメントで「●日から●日まで」といった期間のコメントを入力されているとのことです。 しかし、フリーコメントを入力した場合、減算されるべき請求点数がマイナスではなく、プラスされているように見受けられます。	医保・公害の減算点数集計修正（入院料加算の減算点数） ※診療行為入力により入院料加算の減算(例：賃上実施未届出医療機関減算)を算定し、同一剤にコメント入力を行った場合 <負担金計算>(退院登録、定期請求) 医保、公害、医保＋(第三者行為)において、[入院料等]欄の点数集計が減算とならず加算となっていましたので修正しました。 <レセプト> 医保、公害レセプトにおいて、[入院]欄の点数集計が減算とならず加算となっていましたので修正しました。	R8.8.25

Copyright(C)2021 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
56	kk 127983	プログラム名 27大阪府 R7.6.25のプログラム更新で東京都の患者票の負担金・レセプト対応をしていただいておりますが(管理番号kk92976)、大阪府の121自立補助も同じ理由で、毎月返戻となっている医療機関様がございます。 医療機関様から国保連合会にお問合せしていただきましたが、患者票で対応していただいた内容と同じご指摘でした。 039後期高齢者 1割 低所得1 8000円 021精神通院 入外上限額 5000円 他一部負担なし 121自立補助 患者負担なし レセプト請求 印刷不可 (5780円) 保険欄 7390点｜13780円 →12960円が正しい 公費① 2890点｜820円 自己負担額8000円から公費①の負担額820円を引いた7180円に5780円を足した金額12960円が正しいそうです。 現在は一部負担金の置換編集にて対応していただいております。 12960円となる設定はございますでしょうか。	大阪府地域公費(自立補助)についての特殊計算対応(本体内部対応)を行う。(外来) (令和8年11月診療分以降において対応) 1. 対象医療機関 システム管理1001:都道府県番号「27 大阪」の医療機関 2. 対象者 高齢者、かつ、国保・後期高齢の方 3. 同月に以下2種類の保険組み合わせで診療を行った場合の負担金計算・レセプト対応を行う。 ・主保険＋021「精神通院」＋121「大阪府地域公費(自立補助)」(※) ・主保険単独 4. ＜負担金計算＞ 主保険単独の負担金計算において、診療済みの患者負担を累計する際、(※)については【021】の一部負担金を患者負担とみなして累計し、自己負担限度額までの負担金計算を行う。 (121は"患者負担なし"の地域公費であるため、(※)の実際の患者負担は0円である。) 5. ＜レセプト＞ 高額療養費が現物給付されているか否かの判定は、上記の負担金計算の結果を踏まえて判定する。 又、上記の負担金計算の結果を元に、一部負担金額欄の記載を行う。 6. 令和8年11月診療分以降において対応を行う。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
57	support 20260915-022	労災のオンライン請求時に「固定点数が誤っています」というエラーが出るとのお問い合わせを受けました。 確認したところ、「賃上実施未届医療機関減算」は労災（1.3倍）の乗算対象外となるべきところ、ORCA上では乗算対象として計算されてしまっていることが原因のようです。 【① 現状のORCAでの計算】 ※エラー対象 急性期一般入院料4：1597点 賃上実施未届医療機関減算：▲85点 （1597点 － 85点）× 1.3倍 ＝ 1966点 一般病棟入院期間加算：450点 合計：2416点 【② 正しい計算】 ※医療機関様からのご指摘 急性期一般入院料4：1597点 1597点 × 1.3倍 ＝ 2076点 賃上実施未届医療機関減算：▲85点（※乗算対象外） 一般病棟入院期間加算：450点 合計：2441点 つきましては、②の正しい計算（減算を1.3倍の対象外とする）にするための、ORCAでの入力方法をご教示いただけないでしょうか。	【労災】入院基本料の点数計算に関する入院料加算の取扱いにおきまして、身体的拘束最小化減算規定該当及び賃上実施未届出医療機関減算を1.30倍、1.01倍の対象としていましたが対象外とするよう修正しました。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
58	support 20261013-013	■ 事象 入院中の患者さん1名を、自賠責保険(健保準拠)で計算しています。 自賠責の入院レセプトと、収納の入院診療明細書とで、金額が50円合いません。 ・対象期間:2026年9月25日～9月30日 ・入院レセプトの金額:464,150円 ・収納(入院診療明細書)の金額:464,200円 医療機関様でも調べていただきましたが、どこが違うのか、なぜ合わないのかが分かっていません。 ■ ご確認いただきたい内容 1. 収納の請求確認画面で、負担金額がレセプトより300円少なくなっています。 総点数はレセプトと同じですが、負担金額だけが違います。 原因として考えられる設定や計算を教えてください。 また、自賠責の分を通常の入院の請求書で請求してよいのかもあわせて教えてください。 2. 50円の差額がどの項目から出ているのか、特定する方法を教えてください。 3. 健保準拠の自賠責では、09593から始まる自費コードは使えないと伺いました。 自賠責の診断書(09591～)と明細書(09592～)の点数マスタも別途作成されておりますが、健保準拠では請求できないはずなので、医療機関様に確認してみます。 請求できない場合、診断書料・明細書料はどのように請求するのが正しいか教えてください。	自賠責保険(「1 患者請求する(100%)」)の定期請求・退院請求の負担金計算において、入院会計で【入院ベースアップ評価料又は物価対応料】(※)を算定している場合、(※)の算定点数の取り扱いに不備があり、技術点ではなく、薬剤等点としての負担金計算となっていましたので修正しました。 ＜事例＞入院、自賠責保険(「1 患者請求する(100%)」)、健保準拠 ・シス管4001【健保準拠】(入院)技術点単価25円、薬剤等点単価20円 ・入院登録:9/25-9/30 入院料:療養病棟入院料2(入院料24) 「物価対応料2(療養病棟入院料2の入院料24)イネ」(10点)を入院会計で算定 【修正前】 1262点×6日＝7572点、7572点×25円＝189300円 10点×6日＝60点、60点×20円＝1200円 189300円＋1200円＝190500円 【修正後】 (1262点＋10点)×6日＝7632点、7632点×25円＝190800円 ※10点×6日＝60点が薬剤等点としての負担金計算となっていましたので技術点として負担金計算がされるよう修正しました。 ※不備は上記の負担金計算のみであり、レセプトプログラムについては同様の不備はありません。	R8.10.27

Copyright(C)2021 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
59	kk 128413	秋田県地域公費(乳幼児)の負担金計算・レセプト対応 秋田県地域公費(乳幼児)についての特殊計算対応(本体内部対応)を行いました。(入外)(令和8年12月診療分以降において対応) 参考資料: https://www.akita-kokuhoren.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/03/kinyurei_ika_kakudai.pdf (PDF9頁「事例8」) 1. 対象医療機関　・・・　システム管理1001:都道府県番号「05 秋田」の医療機関 2. 対象地域公費　・・・　保険番号374(乳市国有)、保険番号474(乳社組有)、保険番号280(市町村) 3. 上記対象地域公費を含む保険組み合わせで診療を行った場合の負担金計算・レセプト対応 (保険番号マスタ【本人タブの設定内容】を参照する患者) 4. ＜負担金計算＞ (1) 現状、上記対象地域公費については以下の特殊計算対応(本体内部対応)が実装されている。 実装内容としては、保険組み合わせが「主保険＋052(小児特定)＋374(乳市国有)」「主保険＋374(乳市国有)」など対象地域公費が第何公費であっても【主保険の一部負担金[1円単位の金額]×1/2(10円未満四捨五入)】で患者負担(窓口請求額)を計算する。(月上限額は1000円) (2) 参考資料を元に以下の対応を実装する。 (2-1) 対象地域公費が第一公費である場合は計算方法の変更はない 例)「主保険3割＋374(乳市国有)」請求点数303点 主保険の一部負担金(1円単位):303点×10円×0.3＝909円 909円×1/2＝454.5円 454.5円を10円未満四捨五入する。 患者負担＝450円(※1) ※同月内で2回目以降の来院の場合は、 (月上限額1000円－前回までの対象地域公費の患者負担累計)と(※1)を比較して、前者が小さい場合は前者を患者負担(窓口請求額)とする。	(2-2) 対象地域公費が第二・三・四公費である場合は計算方法が変更となる。 ＜計算方法＞ ・主保険の一部負担金[1円単位の金額]、上位公費の一部負担金[1円単位の金額]のうち、 小さい金額を求める。 ・【求めた金額[1円単位の金額]×1/2(10円未満四捨五入)】で患者負担(窓口請求額)を 計算する。 例)「主保険3割＋052(小児特定)＋374(乳市国有)」請求点数303点　(052の月上限額は2500円とする) 主保険の一部負担金(1円単位)　:303点×10円×0.3＝909円 小児特定の一部負担金(1円単位):303点×10円×0.2＝606円 小さい金額は606円 606円×1/2＝303円 303円を10円未満四捨五入する。 患者負担＝300円(※2) ※同月内で2回目以降の来院の場合は、(月上限額1000円－前回までの対象地域公費の患者負担累計)と(※2)を比較して、前者が小さい場合は前者を患者負担(窓口請求額)とする。 5. ＜レセプト＞ 現状、レセプト公費欄－一部負担金(一部負担金が月上限額1000円に満たない場合)について 特殊計算対応(本体内部対応)が実装されている。 負担金計算式の「10円未満四捨五入」する前の金額を累計した金額 (1円未満の端数がある場合は切り上げ)を記載する。 この点に変更はないが、(2-2)の計算方法変更に伴い、金額編集方法を見直す。 6. 令和8年12月診療分以降において対応を行う。	R8.11.25

Copyright(C)2021 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
60	kk 131032	長野県公費【199福祉】の自己負担額について問い合わせさせてください。 ■詳細 ・【006組合】（高額イ・高額4回目対象者）+長野県公費【199福祉】の20代の入院患者 　分点はなし ・9/27から月途中で記号番号の番号が変わり、保険組み合わせが変わった ・9月前半期間で既に高額4回目の上限額93000円に達して負担額はストップ ・にもかかわらず、9月後半期間にも保険3割分の自己負担額（5120点→15360円）が発生する という事例が起きています。 通常この保険変更の事例であれば、後半は負担額が発生しないと認識しております。 医療機関からもその点のご指摘がありました。 ■検証 あくまでも社内環境ですが検証を行うと、入院料と【199福祉】の掛け合わせで現象が再現する可能性を発見。 （【199福祉】有り） ・精神療養病棟入院料だと後半に金額が発生する　※対象患者と同じ状況 ・療養病棟入院料、急性期一般入院料だと後半に金額が発生しない ・精神療養病棟入院料、療養病棟入院料、急性期一般入院料、どれも後半に金額が発生しない 精神療養病棟入院料に対して、何か特別対応などがありますでしょうか？ このような動きをする設定が思い浮かばず、どのような対応を行えばよいかご教授いただけましたら幸いです。 なお、9月レセプトの負担額は93000円で記載されているため、おそらく問題はないように思われます。	主保険＋地域公費(負担割合100%)の現物給付計算修正 ※月途中で記号番号の変更あり(保険者番号の変更なし) 【事例】R8.9 入院、70歳未満、限度額適用認定証(適用区分):イ ＜主保険＞R8.9.27から記号番号が変更 ＜患者登録(公費登録)＞ 966 高額アイ(受給者番号欄の1文字目に"イ"(全角)) 965 高額4回目 199 福祉(長野県地域公費) ＜入院登録＞ 9/1-26(記号番号変更前)主保険＋長野県地域公費199 請求点数33,280点 医療費の患者負担93,000円(高額4回目) 9/27-30(記号番号変更後)主保険＋長野県地域公費199 請求点数 5,120点 医療費の患者負担15,360円（※） （※）が0円となるよう修正しました。 ＜補足＞ 主保険＋地域公費(負担割合100%)の負担金計算において、記号番号変更後の請求点数が7000点未満の場合、記号番号変更前後の高額療養費の合算計算がされていませんでしたので修正しました。	R8.11.25

Copyright(C)2021 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
61		愛知県大府市子ども医療費助成制度の外来負担金計算対応を行っていましたが、制度変更により対応はR8年9月診療分までとします。 https://www.city.obu.aichi.jp/kenko/hokeniryo_jyosei/iryojyosei/1004998/index.html ---------- 【参考】外来負担金計算対応内容 ・システム管理1001:「23愛知」の医療機関 ・対象保険番号:581,681 ・計算対応事例(R8.8以前の高額療養費の事例) 外来、限度額適用認定証(適用区分):ウ ＜1日目＞請求点数12345点 12345点×10円×3割＝37035円 37035円×1/3＝12345円(10円未満四捨五入)患者負担12350円 ＜2日目＞請求点数12345点 12345点×10円×3割＝37035円 37035円×1/3＝12345円(10円未満四捨五入)患者負担12350円 ＜3日目＞請求点数12345点 80100＋(370350－267000)×0.01＝81134円 81134－(37035＋37035)＝7064円 7064円×1/3＝2354.6(1円未満切り上げ)2355円 (10円未満四捨五入)患者負担2360円		R8.11.25

Copyright(C)2021 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		HAORIの診療行為で作成した帳票の再印刷画面での業務名が「その他」になっていましたので「診療行為」と表示するように修正しました。		R3.9.27
2		「検査採血料区分設定」処理のデータを最新にしました。 (2021年10月15日時点)		R3.10.26
3		第8回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　資格確認照会結果格納テーブル（TBL_ONSHI_KAKU） DB管理情報は S-050200-1-20211104-1 となります。		R3.11.24
4		「検査採血料区分設定」処理のデータを最新にしました。 (2021年11月18日時点)		R3.11.24
5	support 20220114-011	・ラゲブリオカプセルのみを院内処方した際に、「院内投薬がありません」のエラーが表示され登録が出来ません。 自費（0円）で作成したマスタを入力した場合でも、入力しない場合でも同様のエラーが表示されます。 この場合、どのような入力方法になるのでしょうか。 ・ラゲブリオカプセルを入力する場合、公費は094コロナ軽症の公費になるのでしょうか。 ・院外処方で処方する場合、特定器材のマスタでラゲブリオカプセルを作成しても問題ないでしょうか。	新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬の対応について 詳細については別途資料を参照してください。	R4.1.26

Copyright(C)2021 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
6	support 20220127-009	「プログラム更新を実行せず、マスタ更新のみを実行した場合」に整合性確認メッセージが表示されるとありますが、正しくは、「マスタ更新を実行せず、プログラム更新のみを実行した場合」に整合性確認メッセージが表示されるのではないでしょうか	下記ケースにおいて、メッセージが表示されない現象を確認できましたので修正しました。 ケース: 令和４年１月２６日提供のパッチが未適用であるが、プログラム更新画面では、提供日に”R 4. 1.26”の行(例えば、”提供されている最新の状態でした。”)がある場合、令和４年１月２６日提供のマスタ更新を適用してもメッセージが表示されません。	R4.2.24
7		第11回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　点数付加2テーブル（TBL_TENSUPLUS2） 　資格確認照会結果格納テーブル（TBL_ONSHI_KAKU） 　資格確認薬剤情報格納基本テーブル（TBL_ONSHI_YAKUZAI_MAIN） 　資格確認薬剤情報格納副テーブル（TBL_ONSHI_YAKUZAI_SUB） DB管理情報は S-050200-1-20220215-3 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R4.2.24
8	support 20220216-023	商用版登録済みの医療機関様ですが、「商用版登録情報はありませんでした。」と表記が変わりません。2月にアクセスキーの再発行をして頂き、再取得を行っていますが、変わらない状態です。	マスターメニュー画面にて[Shift+F12]により商用版契約情報の照会ができますが、照会処理が起動されていませんでしたので修正しました。	R4.3.14
9		第12回パッチにより、以下のテーブルを新設しました。 　保険者情報付加テーブル（TBL_HKNJAINF_PLUS） DB管理情報は S-050200-1-20220302-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R4.3.14

Copyright(C)2021 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
10		第13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_MASTER） 　点数ユーザーテーブル（TBL_TENSU_USER） DB管理情報は S-050200-1-20220314-3 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R4.3.24
11		令和4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。		R4.3.24
12	kk 72028	「（T99）処理結果」画面から「（XC01）プレビュー選択」画面を表示する場合、通常分・返戻分がまとめて表示されます。 その際、通常分か返戻分かの判別の為、「タイトル」欄の変更を考えていると思われます。	「XC01 プレビュー選択画面」のコラムリストのタイトルに帳票名が途中までしか表示できませんでしたので、全て表示できるように修正しました。	R4.6.27
13		「検査採血料区分設定」処理のデータを最新にしました。 （2022年5月20日時点）		R4.6.27
14		オンライン資格確認システムでクライアント側（onshi-tools）でエラーが発生した場合、日レセに通知しステータス表示する機能を実装しました。 ※クライアント側（onshi-tools）の対応についてはアナウンスをご確認ください。		R4.8.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
15		第23回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 オンライン資格確認照会結果テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) オンライン資格確認薬剤情報(主)テーブル (TBL_ONSHI_YAKUZAI_MAIN) オンライン資格確認薬剤情報(副)テーブル (TBL_ONSHI_YAKUZAI_SUB) 以下のテーブルを新設しました。 オンライン資格確認診療情報(主)テーブル (TBL_ONSHI_SHINRYO_MAIN) オンライン資格確認診療情報(副)テーブル (TBL_ONSHI_SHINRYO_SUB) オンライン資格確認歯科情報(副)テーブル(TBL_ONSHI_SHIKA_SUB) 資格確認状態通知テーブル(TBL_ONSHI_COND) DB管理情報は S-050200-1-20220822-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R4.8.29
16		「リアルタイムレセ電データ作成」機能を実装しました。		R4.9.26
17		令和4年10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。		R4.9.26
18		第24回パッチにより、以下のテーブルを追加しました。 資格確認保険証画像テーブル(TBL_ONSHI_IMAGE) DB管理情報は S-050200-1-20220920-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R4.9.26
19		令和4年10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。		R4.10.25

Copyright(C)2021 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	ncp 20220914-004	保険番号:052、適用期間:H14.3.31～H17.4.1の公費データの移行処理を行うと下記のように2件のデータが登録されました。 負担者番号 / 公費の種類 / 適用期間 ① 52396025 / 052 小児特定 / H27. 1. 1～H17. 4. 1 ② 52396025 / 052 小児特定 / H14. 3.31～H17. 3.31 ①の適用期間の大小関係がおかしな状態で登録されているのですが何か設定作業が必要でしょうか。 保険番号:052の有効期間は下記の通りの設定です。 ① H 2. 1. 1～H17. 3.31 ② H17. 4. 1～H26.12.31 ③ H27. 1. 1～99999999	患者公費情報のデータ移行で対象となる保険番号マスタの履歴が3件存在している時に患者公費情報データの有効期間が履歴の1件目から2件目の期間に該当する場合、作成した公費の有効期間に誤りがありましたので正しく作成するように修正しました。 保険番号マスタ「052」の有効期間 「H2. 1. 1～H17. 3.31」「H17.4.1～H26.12.31」 「H27.1.1～99999999」 患者公費情報の移行データ 法別番号「52」有効期間「H14.3.31～H17.4.1」の時 有効期間「H14.3.31～H17.3.31」と「H17.4.1～H17.4.1」の公費「052」を作成します。	R4.10.25
21	request 20210625-001	業務メニューの下面に設置している削除情報に、削除した端末名を記載してほしいと医療機関から要望がございましたので、実装に向けてご検討をぜひ宜しくお願い致します。	業務メニューの「削除情報」で表示する患者情報削除一覧画面にオペレーターＩＤを表示するようにしました。	R4.10.25
22	ncp 20221118-024	他社からのデータを元に、新規ユーザー様用にPTHKNINF.CSV 移植データを作りました。 その中で、数名の後期高齢者の移行ができませんでした。 結果として「ORCVTPTHKNINF02_ERR.txt」で下記のエラーが出ています。 068887 ERR [5]患者番号:078559　　患者ID:0000078438　保険番号:039 連番: 1 期間:20200401-99999999 後期二割、は移行不可でしょうか。私のやり方が悪いでしょうか。	データ移行の(7)患者保険組合せ設定処理を行った時、後期高齢者保険の補助区分＝2(2割)が補助区分不整合のエラーとなっていました。 正しく保険組合せを作成するように対応しました。	R4.11.28
23		第30回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 オンライン資格確認照会結果テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) DB管理情報は S-050200-1-20230111-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R5.1.30

Copyright(C)2021 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		「push-exchangerが起動していない」等の資格確認ステータス通知が煩わしいという意見を多々いただくので、シス管1051にて表示秒数を指定できるようにしてほしい。	資格確認状態通知のステータス表示をしない又は表示秒数の設定を可能としました。 システム管理の「1051 オンライン資格確認情報」の「資格確認状態通知時間」を設定します。 資格確認情報通知と同様で999：通知なしで非表示となります。	R5.2.27
25		令和5年4月診療報酬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。		R5.3.27
26		第32回パッチにより、以下のテーブルを新設しました。 処方箋管理テーブル（TBL_SHOHO_KANRI） DB管理情報は S-050200-1-20230201-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R5.3.27
27	ncp 20230320-025	あるカスタマイズ帳票を作成するため、tbl_jyurrkのst_key1を呼び出そうとしたら、DBエラーとなりました。 st_key1を確認したら、ORDER BY句の「a.DOUJI_RENNNUM」が「N」が一つ多くなっており、構文エラーになったものと思われます。 こちらを「a.DOUJI_RENNUM」と正しい名称に修正していただけないでしょうか？	tbl_jyurrkのst_key1のORDER BYの「a.DOUJI_RENNUM」が「a.DOUJI_RENNNUM」になっていましたので修正しました。 tbl_jyurrk_prv のst_key1についても修正しました。	R5.4.25
28		新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う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対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		R5.5.1

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ（不具合）及び改善内容	対　応　内　容	備　考
29		新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う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。		R5.5.24
30		日次統計・月次統計の帳票作成、又はチェックマスタからのリスト作成時に併せて作成される統計CSVデータについて、現状は「(XG01)CSV出力選択」画面から1件単位での削除しかできないことから、システム管理「8000 印刷データ等削除機能情報」の設定に従い削除可能としました。 1. 削除対象テーブルは統計CSVテーブル(tbl_toukeicsv_h、tbl_toukeicsv_b)とする。 2. システム管理「8000 印刷データ等削除機能情報」の日次帳票で設定した保有期間を過ぎた日次統計のCSVデータの削除を行う。 3. システム管理「8000 印刷データ等削除機能情報」の月次帳票で設定した保有期間を過ぎた月次統計、チェックマスタリストのCSVデータの削除を行う。	4.「44 総括表・公費請求書」で総括表、公費請求書、レセ電データの作成を行った場合に削除処理を行う。 5. マシン日付を起点として保有期間の計算を行う。 但し、マシン日付が20日以降のときは翌月として計算する。 例：マシン日付が2023年5月10日のとき1カ月分を保有の場合、2023年4月以降の統計CSVデータを残す。 マシン日付が2023年5月22日のとき1カ月分を保有の場合、2023年5月以降の統計CSVデータを残す。	R5.5.24
31		新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う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。		R5.6.26
32		第42回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 オンライン返戻明細テーブル（TBL_HENREI_BODY） DB管理情報は S-050200-1-20230817-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R5.8.24
33		「マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合における診療報酬等の請求の取扱いについて」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。		R5.8.24

Copyright(C)2021 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
34		新型コロナウイルス感染症の感染症法上の取扱いについて 特例の見直し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		R5.9.26
35		新型コロナウイルス感染症の感染症法上の取扱いについて 治療薬補助の対応で不具合について修正を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		R5.10.26
36		第46回パッチにより、以下のテーブルを新設及び変更しました。 　オンライン返戻明細テーブル(TBL_HENREI_BODY) 　患者公費情報テーブル(TBL_PTKOHINF) 　用法テーブル(TBL_YOUHOU) 　用法コード対応テーブル(TBL_YOUHOUCHG) DB管理情報は S-050200-1-20231010-2 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R5.10.26
37	support 20230927-020 【WebORCAオンプレミス】	WebORCAオンプレ版の以下環境でclaimが動作しない現象が発生しました。 claim.err.logを見るとNo such file or directoryと出ており、claimサービスの再起動で正常化はしたのですが、原因調査をいたしたく。 想定できる原因ありますでしょうか？	WebORCAのプログラム更新処理でClaimサーバの再起動を行っていませんでしたので再起動するように修正しました。	R5.10.26
38		第49回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 　月代り受給者番号テーブル(TBL_MONTHLYNUM) 　処方箋管理テーブル(TBL_SHOHO_KANRI) DB管理情報は S-050200-1-20240118-2 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.1.29

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

その他

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対　応　内　容	備　考
39		第52回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認照会結果格納テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) DB管理情報は S-050200-1-20240205-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.2.19
40		オンライン資格確認における医療扶助資格確認の機能を実装しました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.2.19
41		剤番号がズレることがまれに発生する。診療行為登録でエラーになってしまう。画面から修正できるようにしてほしい。	ORCAデータベースの診療会計テーブルに記録される剤番号(ZAINUM)と患者情報テーブルに記録される最大剤番号(MAXZAINUM)の不整合発生時にバッチ処理で修復を可能としました。 1.「52 月次統計」から修復プログラムを実行する。	R6.2.27
42		受付IDの最大値がズレることがまれに発生する。受付登録でエラーになってしまう。画面から修正できるようにしてほしい。	ORCAデータベースの受付テーブルに記録される受付ID(UKEID)不整合発生時にバッチ処理で修復を可能としました。 1.「52 月次統計」から修復プログラムを実行する。	R6.2.27
43		収納番号がズレることがまれに発生する。診療行為登録でエラーになってしまう。画面から修正できるようにしてほしい。	ORCAデータベースの収納テーブルに記録される伝票番号(DENPNUM)とシステム管理に記録する最大伝票番号の不整合発生時にバッチ処理で修復を可能としました。 1.「52 月次統計」から修復プログラムを実行する。	R6.2.27
44		オンライン資格確認における医療扶助資格確認の機能を追加しました。 詳細は別途資料を参照してください。 ※システム管理マスタ1051に追加された「訪問診療」「オンライン診療」は今後実装する機能の準備として追加したものになりますので、現時点では利用できません。		R6.3.26

Copyright(C)2021 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
45		新型コロナ入院特例点数の令和6年3月31日廃止に対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.3.26
46		第55回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認交付番号格納テーブル(TBL_ONSHI_AIDLST) 資格確認照会結果格納テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) DB管理情報は S-050200-1-20240314-2 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.3.26
47		第56回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認照会結果格納テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) DB管理情報は S-050200-1-20240420-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.4.25
48		第57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_MASTER) 点数ユーザーテーブル(TBL_TENSU_USER) DB管理情報は S-050200-1-20240501-3 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.5.23
49		令和6年6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。		R6.5.23
50		令和6年6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。		R6.6.25

Copyright(C)2021 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		第68回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認照会結果格納テーブル（TBL_ONSHI_KAKU） DB管理情報は S-050200-1-20240815-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R6.8.28
52		「検査採血料区分設定」処理のデータを最新にしました。 （2024年8月5日時点）		R6.8.28
53		特定疾患療養管理料の対象疾患から「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」が削除され、「アナフィラキシー」、「ギラン・バレー症候群」が追加されました。 管理料の自動発生のため時限的措置（令和6年9月30日まで）により対応しましたが、6月に病名マスタの疾患区分が見直されましたので、患者病名の疾患区分を一括更新するプログラムを提供します。 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「患者病名疾患区分一括更新」を選択して実行してください。 プログラムの処理内容やパラメタ等の説明など詳細は別途資料を参照してください。	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”患者病名疾患区分一括更新”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。	R6.9.11
54		令和6年10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。		R6.9.25

Copyright(C)2021 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
55		令和6年9月11日提供の「患者病名疾患区分一括更新」について 【WebORCA】 更新対象の患者病名情報の作成年月日、更新年月日、更新時間が関係ないデータで更新される不具合がありましたので修正しました。 これらの項目はレセプト処理には影響はありません。 また、自賠責（第三者行為）に指定した病名が疾患区分の更新対象になる場合はクリアされている可能性があります。 こちらについては確認していただくようお願いします。 【日レセ】 上記のような更新不具合は確認できておりませんが、更新結果一覧からいくつか病名登録画面にて確認をお願いします。		R6.9.25
56		令和6年10月診療報酬改定における「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対応について」で令和6年9月25日事務連絡「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その3）」の問1の対応を行いました。 注射料については長期収載品の選定療養の対象から除外しました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.9.30
57		令和6年9月11日提供の「患者病名疾患区分一括更新」について 【WebORCA】 その後の対応内容及び対処方法について整理をしました。 詳細は別途資料を参照してください。		R6.9.30
58		令和6年10月診療報酬改定における「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対応について」に関して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。		R6.10.24

Copyright(C)2021 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
59		第77回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認照会結果格納テーブル(TBL_ONSHI_KAKU) DB管理情報は S-050200-1-20250120-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R7.1.28
60		令和7年4月診療報酬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。		R7.3.25
61		第80回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認訪問診療テーブル(TBL_ONSHI_HOUMON) DB管理情報は S-050200-1-20250327-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R7.4.23
62		オンライン資格確認における訪問診療とオンライン診療の機能を実装しました。 詳細は別途資料を参照してください。		R7.4.23
63		リアルタイムプレビュー時に一時的に利用するreceymに999999を設定して作成したレセプト明細書(tbl_receprt)が、「XC01 プレビュー選択画面」の戻るボタン押下時に削除できていませんでした。 削除できなかったレセプト明細書(tbl_receprt)については「44 総括表・公費請求書」業務で処理を行ったときに削除するようにしました。		R7.5.28

Copyright(C)2021 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
64	ncp 20250605-005	他社システムからWebORCAクラウドの移行ユーザでオンプレ版でデータ移行テストしています。その中で御社の移行ツールで処理5のプログラム実行したところ、下記のようなエラーが表示されます。 000743 ERR [3]患者番号:0000000118 患者ID:0000000101 公費:015 連番: 1 区分:　期間:20200401-99999999 保険番号なしとのエラーのようですが015については標準で登録がある認識でいますがどのように対処すればよろしいでしょうか？。同様に012もエラーとしてログが出ております。	データ移行の患者公費情報の公費データは患者番号で20件を上限としていますが、20件超の公費データがあった時に不具合が発生していました。 公費データが20件超あった時は「 [9]公費件数超」のエラーとするように修正しました。 患者保険情報のデータ移行も同様に保険データが20件超あった時は「[9]保険件数超」のエラーとするように修正しました。	R7.6.25
65		患者照会テーブル(tbl_ptsrh)について自動的に削除されなかった不要レコードの削除機能を実装しました。 1. (T01)総括表・公費請求書作成画面で「F1:戻る」をクリックしたタイミングで削除を行います。 2. 削除対象は患者照会テーブル(tbl_ptsrh)の作成日(CREYMD)にシステム日付の前日以前が記録されたデータとなります。		R7.8.26

Copyright(C)2021 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	support 20250917-019	導入作業の一環でデータ移行作業を実施していたところ、該当行のみ疑いフラグが移行されないという現象が発生いたしました。 該当の病名は"直腸膣瘻"となり、添付ファイルの516行目となります。 こちらの病名をorcvt_exec.shを使用して取り込んだところ、病名・開始日などは取り込まれるが疑いフラグが立っていない状態になりました。 なお、前後行の病名に関しては問題なく疑いフラグが立っていることを確認しております。 また該当病名を別の名称へ変更したところ、別の名称＋疑いの形で移行ができることを確認いたしました。	患者病名のデータ移行で病名から病名コードを取得するとき、ひとつの病名コードで検索できたときにその病名コードに移行先コードが設定してあり、置換できる病名コードがないときの処理に誤りがあり、疑いフラグの設定がクリアされていました。ただし、「直腸膣瘻の疑い」のように病名に「の疑い」があるときは、疑いフラグは返却します。 疑いフラグの設定をクリアしないように対応しました。 例) ・疑いフラグが正しく設定されない病名例 直腸膣瘻　病名コード 6191003　移行先コード 8837788 置換コード なし 食物中毒　病名コード 0059008　移行先コード 0059003 置換コード なし ・疑いフラグが正しく設定される病名例 細菌性赤痢　病名コード 0049003　移行先コード 0049005 置換コード ZZZ3064(細菌性) 0049005(赤痢) 急性感染性腸炎　病名コード 0090014 移行先コード　0090003 置換コード ZZZ4012(急性) 0090003(感染性腸炎)	R7.9.25
67		第87回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 用法テーブル(TBL_YOUHOU) DB管理情報は S-050200-1-20251002-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R7.10.28

Copyright(C)2021 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
68	request 20240127-002	患者登録のその他で電子版お薬手帳の’QRコード出力する’ ’データフォーマットVer1.0’に設定すると、診療行為で薬剤情報手帳記載しないにしても薬剤情報の電子版QRコードが印刷されます。 薬剤情報手帳記載するを選択した時のみQRコードが印刷する様に改善をお願いします。	電子版お薬手帳QRコード作成をお薬手帳発行時のみ出力することを可能としました。 1．患者登録画面のその他タブの電子版お薬手帳　QRコードを「3 出力する（印刷時CSV出力）」と設定し、データフォーマットを選択した場合に、診療行為に院内投薬があり請求確認画面のお薬手帳「0 発行なし」で登録した時、電子版お薬手帳のCSVデータの出力を行いません。 お薬手帳を印刷した時は、QRコードを印刷し、電子版お薬手帳CSVデータを出力します。	R7.12.23
69		第91回パッチにより、以下のテーブルを新設及び変更しました。 資格確認PMH情報格納テーブル（TBL_ONSHI_PMH） 資格確認照会結果格納テーブル（TBL_ONSHI_KAKU） 資格確認訪問診療テーブル（TBL_ONSHI_HOUMON） DB管理情報は S-050200-1-20260115-3 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R8.1.27
70		第93回パッチにより、以下のテーブルを変更しました。 資格確認訪問診療テーブル（TBL_ONSHI_HOUMON） DB管理情報は S-050200-1-20260311-1 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R8.3.25
71		院外処方箋で一般名記載を行った場合、一般名の内容を一般名記載ログテーブル（tbl_generic_log）へ記録していましたが、記録しないようにしました。テーブルはそのままとします。		R8.3.25
72		「検査採血料区分設定」処理のデータを最新にしました。 （2026年3月18日時点）		R8.3.25

Copyright(C)2021 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
73	support 20260403-021	御社データコンバートセンターより納品されたデータをインポートする作業を行った際に、法別番号:67の患者において開始日が空欄で登録されてしまう事象が発生しております。 (省略) 067退国保　の保険番号マスタはR6.3.31の有効終了日となっている状況に対して、患者の保険開始日がR8.3.1となっているため発生した問題ではあるかと思いますが、インポート作業時にエラーが発生しませんでした。 こちらはエラーにならないのでしょうか。	患者保険情報のデータ移行で、移行の患者保険情報データの期間が該当する保険番号マスタの期間外の時、開始日が空白の患者保険情報を作成していました。 [3]保険番号なし　のエラーとするように修正しました。	R8.4.23
74	support 20260323-026	ORCAのデータ移行仕様について、不具合と思われる事象がございましたので、ご共有いたします。 左が元データ、右が移行後データとなりますが、入院・入院外区分「0(入外共通)」として移行されているにもかかわらず、重複病名としてエラーになっておりませんでした。 添付画像の通りの状態となっておりました。 ・経口摂取困難　入院外 → 外来レセプトに記載 ・経口摂取困難　入外共通 → 外来レセプトおよび入院レセプトに記載 本来であれば、同一病名かつ期間重複等の条件により、ORCA登録時にエラーとなる認識ですが、データ移行時にはそのまま取り込まれている状況でした。	患者病名のデータ移行処理で、既に登録済みの患者病名と重複チェックができないケースがありましたので修正しました。 重複チェックができないケースは診療科、開始日、病名が同一の内容で患者病名に登録済みの入院区分が「1 入院」又は「2 入院外」、移行データの入外区分が「0:入院外来共通」の場合となります。 また、病名登録画面では病名と補足コメントで病名の重複チェックを行っていますが、データ移行処理では病名のみで行っていたので、病名と補足コメントで重複チェックを行うよう修正しました。	R8.4.23
75		第95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_MASTER) 　点数ユーザーテーブル(TBL_TENSU_USER) 　包括診療コードテーブル(TBL_HKTSRYCD) DB管理情報は S-050200-1-20260515-2 となります。 ※データベーススキーマチェックは最新版をダウンロードしてください。		R8.5.21
76		令和8年6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。		R8.5.21

Copyright(C)2021 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
77		[orca-biz:11056] お知らせ◆病名登録APIによる更新時の注意喚起 「なお6月末のパッチにて、月次統計から該当の病名で転帰されていない病名を持つ患者一覧の出力機能を追加します。」 これの対応をしました。 月次統計より 帳票名:病名マスタ新旧名称相違対象患者一覧 プログラム名:ORCBG035 を設定して処理を実施してください。		R8.6.24
78		令和8年6月診療報酬改定におけ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。		R8.6.24
79	support 20260625-024	月次帳票「病名マスタ新旧名称相違対象患者一覧」について 確認対象を効率的に絞り込めるよう、以下のいずれかの対応をご検討いただけますでしょうか。 ・一覧に「最終受診日」を追加する ・診療年月で対象患者を絞り込めるようにする	月次統計「病名マスタ新旧名称相違対象患者一覧」について、既に提供済みの内容にパラメタ(転帰区分、診療年月)を追加しました。 また、CSVデータ作成も可能としました。	R8.7.1
80		令和8年6月からの医療観察法入院の改定対応を行いました。 詳細は別途資料を参照してください。		R8.7.28
81		セキュリティ上の脆弱性が確認されましたので、本脆弱性の対応をいたしました。		R8.11.25

Copyright(C)2021 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.