

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

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

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ていませんでした。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

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「該当無し」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「該当無し」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)患者登録ーオンライン認証」画面の「限度」「特疾」の位置を氏名の前に移動しました。 「(P033)患者登録ー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

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 〒00000000 東京都江戸川区西葛西0番地0丁目0 ・ももとの登録 〒00000000 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 〒00000000 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、もともと入力があった番地は残り、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

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

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ください。 先程ORCAサポート電話にお問い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?」を表示するようにしました。		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

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、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

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

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

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、削除分也表示します。 P032は、(全体)の時に削除分也表示します。 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

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、出来高算定とすように対応しました。	R3.5.27
2	nep 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

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

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

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

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

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	nep 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、851100004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

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

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たのですが、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

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てください。 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「トーフ」 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

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－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いるのですが、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－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

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、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

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

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なかっ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

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

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。 月途中で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

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

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

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くださいませんか。	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

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か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

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 エフビー錠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合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合せを使用した場合も1枚にまとめるようにしました。	R4.2.24

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

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

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	nep 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○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○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「○」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。 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。	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。 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。	R3.12.22

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に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たので修正しました。	R3.7.28

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
4	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。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

4.4 総括表、公費請求書

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備 考
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「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。」と記載される不具合を修正しました。	R3.11.24

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。 1/13に診療を行い、入金なし 請求額:¥1,000 入金額:¥0 未収金:¥1,000 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 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

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

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。 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。	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。		

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た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 プロチゾラム錠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

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

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

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

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

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

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

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 Xenia5.0.0 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。 Xenia5.0.0 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おりましたので、返金欄に集計されるように修正しました。	R3.11.24

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、保険番号マスター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。	

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、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。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

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	nep 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

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、かつ、過去診療分が(0しない)の状態で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て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してので作成するように修正しました。	R4.1.26
14	nep 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した場合、『処方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で行っていましたが、「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

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	nep 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

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」のメッセージが表示がされず、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 マル長タブー負担金計算(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	

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)タブー 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なかっ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)タブー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

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

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のでしょうか	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