

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
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)患者登録ー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)患者登録ー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

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	nep 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。 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。	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	nep 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、「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」が取り込みましたが、1桁多かった為にエラーとなっていました。	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

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。 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。	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

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	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

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

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	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

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	nep 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

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のでしょうか。	「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

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) で入力を行ってい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

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	nep 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

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(時間外緊急院内検査加算)」とす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)の通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) 検査通減 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

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

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。 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

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

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、「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)」となってしまう、算定入院料とのチェックでエラーとなる場合があります。(※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

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

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

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

4.1 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。	R4.6.27
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

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
21	nep 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

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のでしょうか。 (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

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

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

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

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。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

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が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	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○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

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て、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

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を行いません。 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

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

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。		

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、「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

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

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のでしょうか？ 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

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

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

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
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

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	以下のリプレイスにおきまして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

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)の状態で 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、『処方分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で行って行っていたので、「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

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	monpel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られません。 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 口(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

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ますのですが、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

帳票

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

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

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

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すので修正しました。 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

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

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_TENSUPPLUS2) 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

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