

医療情報システム更新に関する意見招請依頼（RFC） に係る基幹システム仕様想定書

令和7年4月17日

地方独立行政法人長崎市立病院機構

第1章 非機能要件(基本要件)		回答	備考
1.1 当院の今回のシステム構築に関する基本的な考え			
1.1.1 今回調達をするシステムの構成			
1.1.1.1 全般			
1	今回導入(更新)する電子カルテシステムは、「基幹システムである電子カルテシステム」及び「オプション」または「部門システム」で構成されるものであると考えている。なお、それらを構成する各システム毎の概要については各項を参照すること。		
2	今回更新および導入されるシステムは全て納入後7年を稼働期間とし、「基本要件」に記載された要件を遵守すること。		
3	各項に示す「オプション」または「部門システム」については全て導入(更新)すること。		
4	本調達には、システム更新にあたり、当院が指定する運用に必要なハードウェア、ソフトウェアおよび備品の調達・設定・設置作業、ネットワーク、各種端末、サーバ等、情報機器の調達・設置・設定・接続作業、既存システムとの設定・接続作業、医療機器との設定・接続作業、データ移行作業、操作研修などシステム更新に必要な全ての作業を含むこと。またその費用を含むこと。		
5	医療情報システムは長期的な運用を行うことから、現行取り入れることのできるIT新技術を積極的に反映し、コスト効果、耐障害性に優れたものとする。長期データ運用も想定して、今後柔軟に拡張対応できるシステム構成とすること。		
6	既存システム（HOPE LifeMark-GX）と同等の機能を有すること。ただし、受注者より提供されるシステムの開発思想・表現方法・プログラム構造等の根幹に関わる理由により異なる場合には当院と受注者にて協議の上、変更可能とする。		
7	本仕様は、当院の医療情報システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ導入をおこなうこと。		
8	受注者は詳細打ち合わせ段階で、本仕様に記載されている項目が実状とそぐわない、または改善をおこなった方が良いと判断をした場合、当院と協議の上、必要であればその内容を変更し導入をおこなうこと。		
9	同様に本仕様書に示す機器類の性能について、当院と同規模程度の急性期病院で使用されている機器と比較して性能が劣ると判断される場合は、当院の運用に支障をきたさない性能の機器を提案すること。		
10	全てのシステムは、現在販売されているもので最新のバージョンを提供すること。 * 最新リリース直後のもので稼働安定性に課題がある場合は、十分な開発・フォロー体制をとること。		
11	入札時点で生産が終了していない現行商品であるシステムおよび機器を選択すること。稼働後7年間は、保守対応が可能な製品であること。 * 流用するシステムおよび機器に関しては、今回保守範囲の対象外とする。 * 保守対象の詳細は、受注者と協議するものとする。		
12	納入時期までにコストパフォーマンスの優れた新製品やハードウェアが出荷された場合、協議の上、新製品へ変更できること。		
13	システムは、現存するデータに加えて診療に関する新たなデータを最低7年間保存し参照できる環境を用意し、その間、常に安定したレスポンスで稼働できるだけのシステム構成であること。また、7年を過ぎた診療に関するデータも継続して保存し、利用できる環境を構築すること。病院単独で概ね14年程度の電子保存に対応できるよう、CPUの能力も含め、拡張性のあるシステムを提案すること。		

14	データ保存容量は、更新対象となる全てのシステムの現行保存データを移行したと仮定したうえで、新たに8年分を想定した十分な容量とすること。なお、新規追加分は7年分を最低ラインとし、7年以降は増設対応とする(別途協議)。7年経過する前に、病院環境が変わらない条件で不足した場合は、受託者の責任で増設すること。 * 仮想サーバ、単独サーバ問わず。		
15	電子データの長期保存(20年程度)を想定し、外部保存やストレージの有効活用など将来のデータ容量の拡張に対応できるシステム提案と構築を行うこと。		
16	別途調達を行う予定である統合DWHへの接続を電子カルテシステム及び医事会計システムは行うこと。また、当院が指定する項目が必要に応じて後から追加できるようにインタフェースの拡張性を実装すること。		
17	オーダおよび電子カルテ端末における画面設計(ユーザインタフェース設計)は、ウィンドウシステム方式とし、同時に複数の診療情報を参照できること。さらに利用者がよく使う機能を利用者が選択してウィンドウに配置できる機能も有すること。		
18	カルテ情報を電子化する上で、より簡単にスピーディに入力する有効なツールを装備するとともに、稼働後のメンテナンスを考慮して、パッケージソフトの標準適用を基本としたシステム構築を行うこと。		
19	病院の方針により病棟再編や診療科再編が想定される。システムと経営データ出力に大きな影響が予想されることから、システム運用がスムーズに行われるよう受注者と当院で協議の上システム改修等の対応を行うこと。		
20	特定共同指導、病院機能評価、JCIの審査に対応できる機能を備えておくこと。また、当要求仕様書内に存在しない内容であっても、特定共同指導等の審査に対応するために有益な機能が存在する場合は積極的に提案および導入検討すること。		
21	病院総合情報システムとして安定稼働・信頼実績のあるハードウェアメーカ製品(日本メーカ製もしくはHP社、Dell社製、Lenovo社製など)を使用すること。特に、サーバは電子カルテシステムを稼働させるに十分な処理性能を持つこと。また、データ保存容量は規定する保存期間のデータ量を十分に満たすこと。		
22	導入機器は、原則機器ごとにメーカを統一すること。		
23	ハードウェア要件に記載しているとおり、既存機器で流用可能なものは流用し、調達コストの削減に努めること。流用時、買換時に必要なシステム設定等の対応は、保守契約期間中に随時行うこと。		
24	納入時期までにコストパフォーマンスの優れた新製品が出荷された場合、協議の上、変更すること。		
1.1.1.2 電子カルテシステムの考え方			
1	今回導入する医療情報システムの基幹システムとして、「基幹システムである電子カルテシステム」及び「オプション」または「部門システム」を位置づけている。機能としては、 ①基本機能(ユーザ管理等)②カルテ機能③オーダ機能④看護支援機能⑤医事機能⑥地域連携機能⑦文書管理機能⑧診断書機能⑨統合ビューワ機能⑩職員向けモバイル端末機能⑪患者向けモバイル端末機能⑫多要素認証機能⑬表示板機能⑭BCPバックアップ⑮国策に対応した機能を想定している。 自社ですべての要件を満たさない場合は、部門システムを用いて要件をすべて満たすこと。 各要件については、別途記載するものを参照すること。		

1.1.1.3 部門システムの考え方		
1	本調達とは別に以下の部門システムの更新もしくは新規導入を予定している。接続連携等のインターフェースを想定しておくこと。また、自社側の費用は含めること。 ・重症系部門（NICUを含む） ・看護部門 ・薬剤部門 ・放射線部門(診断、治療) ・内視鏡部門 ・検査部門(検体、血液、細菌、病理、輸血、生理検査) ・リハビリ部門 ・栄養部門 ・手術部門 ・透析部門 ・周産期部門 ・統合DWH ・インシデント管理 ・統合診療情報管理 等 *接続連携等については、別途現行システムの接続図を参照すること。 *部門システム側に発生する費用については、部門システム側で費用算出するため考慮する必要はない。	
2	電子カルテシステムは、患者を中心に発生する診療情報を発生源で捉え、新規調達する全ての部門システムと一元的に連動し、関連部署とシームレスに連携することで、必要な情報を必要なときに活用できるよう紙カルテレス、ペーパーレス(結果報告書等)、フィルムレスの運用を前提とした診療支援環境を実現できること。部門システムの全てと連動できるようなインタフェースを標準で提供できること。必要に応じてインタフェース(ゲートウェイ)サーバが必要な場合は、今回の見積もりに全て含むこと。	
3	電子カルテシステムからは、患者基本情報、オーダ内容等が各部門システムに連係できること。また、各部門システムからは、実施情報が電子カルテを経由し、医事会計システムと連携できること。	
4	全ての部門システム側で作成・確定されたレポートは、基本的に電子カルテシステムもしくは文書管理システムへPDF方式やHTML等で送信・格納されるような仕組みとすること。(電子カルテシステムでの一元管理を原則とし、WEB連携は都度確認した上で適応するものとする) また、サマリ作成、診療情報管理等で利用されるデータに関しては、テキストもしくはコードデータとしても電子カルテシステムに送信し、電子カルテシステムで受信できること。	
5	部門システムのデータは、電子カルテ上で統合的に一元参照可能とする機能を有するよう努めること。(WEB参照方式やマトリックスビュー方式を組み合わせたもの)	
6	インタフェース連携において、ベンダ間にまたがるデータベースの更新処理は、必ずインタフェースプログラムで行うこと。	
7	電子カルテ上の利用者マスタは、各部門システムで可能な限り自動連携できるようにシステム構築を行うこと。	
1.1.1.4 ネットワークシステムの考え方		
1	当院が要求するシステムを運用するにあたり、基幹から末端に関するネットワーク設備およびそれらに付随するシステムを想定すること。	
2	通常の医療業務や職員間の情報共有のためのシステム、および無線LANを利用した業務端末、IoT対応の医療機器の利用も視野に入れた将来性のある基本的なプラットフォームとしての活用を想定すること。	
3	既設のネットワーク機器および電子カルテネットワーク配線を利用し、新規に行う配線を可能な限り少なくして導入コストの削減に努めること。	
4	端末管理、ネットワークの障害監視・管理、コンピュータウィルス対策等の、ネットワーク全体のセキュリティ対策も必要に応じて提案すること。	

1.1.2 当院に導入されるシステムが満たすべきこと		
1	診療系、看護系、事務系業務を統合的にシームレスに運営できるシステムであることはもちろん、例えばシステムによってヒューマンエラーを防止する機能や、医療法に基づく記載・入力を促す機能、入力漏れ・算定漏れ防止機能、システム自体のクラウド化など、医療の質、病院経営に寄与するような機能や将来性を備えたシステムであること。	
2	利用者指向でメンテナンス性の高いシステムであること。	
3	汎用性とシステムの安定性を考慮し、サーバはWindows2022、クライアントはWindows11と同等以上のOSを搭載すること。ここで言う同等以上とはWindowsのみを指定するものではなく、他のOSであっても同等以上の性能があれば可とする。 なお、クライアントOSの修正パッチについて、稼働後は適用しない方針とするが、電子カルデシステムの根幹を脅かす脅威に対する修正パッチの適用が必要な場合を考慮し、適用可能な構成を用意しておくこととする。	
4	サーバおよびクライアントのOSのサポートは、ベンダが責任をもって対応をすること。 特に、セキュリティ面等で重大な瑕疵が発見された場合、OSのレベルアップも含めて対応をおこなうこと。ただし、そのことによりシステム自体の安定稼働がそごなわれる恐れがある場合は、当院と協議の上、実施するか否かを決定すること。	
5	「電子カルデシステム」において、バージョンアップ・新機能等で令和8年度中にリリース予定の当院の必要とする機能は、当院と協議の上、稼働後1年度以内に適応すること。	
6	今回導入をする「基幹システムである電子カルデシステム」及び「オプション」または「部門システム」は、当院と協議の上、必要と判断された場合は、必要機器に対してOSのパッチ等を適用すること。	
7	電子カルデサーバの停止時および関係するネットワークの障害時においても、患者の基本情報、病名情報、オーダ情報、入院履歴、看護予定等の診療データ等の参照が可能な参照サーバの仕組みを有すること。	
8	毎日のデータバックアップの際にも、利用中のシステムの中断を伴わない運用がとれること。	
9	カルデ情報を電子化する上で、より簡単にスピーディに入力する有効なツールを装備し、稼働後のメンテナンス性、開発期間の短縮、及びシステムの信頼性・安定性を考慮して、ノンカスタマイズパッケージシステムの適用を基本としたシステム構築であること。	
10	電子カルデシステムは、各部署より発生源で入力されたデータをサーバで管理し、一定のセキュリティの管理下で患者プライバシーを守りつつ、各部署の利用者が診療情報を即時参照できるシステムであること。	
11	サーバ・クライアント等の統一的な時刻管理が行えるシステムであること。	
12	今回導入する全てのシステムは、利用者側端末であるクライアントとデータ等を集中管理するサーバとの間で必要に応じて処理を分散する方式(クライアントサーバ型等)もしくは、中央サーバで処理を行うWEB型であること。	
13	「電子カルデシステム」においては、動作確認用に本番系とは別にテスト系の仕組みを構築すること。	
14	医事会計システム・看護支援システムは、診療報酬体系の変化に備えシミュレートできる工夫を提案すること。	
15	「電子カルデシステム」テスト環境は、テスト患者およびテストデータにより検証可能な環境を構築すること。	

16	「電子カルテシステム」テスト環境においては、いつでも操作教育やテストが行えること。		
17	全てのシステムにおいて(特に少数ライセンスの部門システム)、通常利用するライセンスとは別に、管理者が機器変更や設定変更時の動作・連携確認に利用できるライセンスを1ライセンス以上確保し、指定する端末へ導入すること。 * 管理者のみの利用とし、通常医療業務には使用しないので無償であること。		
18	基幹システムである電子カルテシステムおよび医事会計システム、部門システムのデータ領域を自動かつ定期的にリムーバブルメディアドライブにバックアップするための、専用作かつ独立したバックアップサーバを最低1台以上有すること。 * なお、独自の技術により上記と同等以上の機能を有するシステムを構築する場合は、この限りではない。		
19	電子カルテシステム等バックアップサーバに障害が発生し、動作不能となった場合であっても、電子カルテシステム等の業務運用に影響が発生しない様に構築すること。		
20	事業継続管理の観点から、バックアップ装置に自動的にバックアップを実施すること。		
21	バックアップ装置は、LTO4テープ装置でもディスク装置でも構わないが、耐障害性、耐久性に優れたものを提案すること。テープ装置を使用する場合は、一週間分のバックアップが可能のように、オートチェンジャを備えること。 あわせて、その必要本数分のLTO4テープを提供すること。		
22	バックアップは、業務の中断をおこなうことなく実施すること。		
23	バックアップのログ(開始・終了日時、対象データ、容量等)を残すこと。		
24	バックアップについては、システム全体のバックアップは必要な際に不定期に実施し、データのバックアップは毎日、定期的に実施すること。また、バックアップ、リストアの手順書およびバックアップ状況の確認手順書を提供すること。		
1.2 情報システムの安全管理に関する要件			
1.2.1 法的規制、各種ガイドライン等の遵守、電子保存の3原則の遵守、標準化への対応等			
1	電子カルテシステム及び電子カルテシステムと連携する部門システムのうち対応が必要なシステムについては、平成11年4月22日付け旧厚生省三局長連名通知「診療録の電子媒体による保存について」に関する三原則(真正性・見読性・保存性)(以下「診療録等の電子保存に係る三原則」という。)に対応できるシステムであること。また、医療情報システム全体として、法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録を電子的に保存する場合について、診療録等の電子保存に係る三原則が満たされるシステムであること。		
2	法的またはそれに準ずる形で保存が義務付けられている診療情報の電子保存に関しては、厚生労働省の電子保存に関する三原則を満たすシステムであること。提案に際し、真正性、見読性、保存性を遵守するためにどのような技術的な対応がなされているかの説明資料を添付すること。		
3	提案をするシステムは、令和5年5月の厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」に準拠したシステムであること。		
4	提案をするシステムは、「個人情報の保護に関する法律」、ならびに平成29年4月(令和6年12月一部改正)の厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠したシステムであること。		
5	改ざん防止、患者プライバシー保護を十分に配慮した高度なセキュリティ機能を有すること。		
6	個人情報保護法に該当する項目については特に細心の注意を払い、不適切な管理、無断での外部持ち出しを行わないこと。		

7	レポート等電子カルテの一部の情報として管理している全てのシステムは、それらの情報を登録・変更・削除する場合、アクセスログを管理できること。		
8	改ざん防止のため、修正または削除後のデータは過去の修正箇所がわかるように「二重線または取り消し線」をかけて修正項目を表示し履歴管理できること。また、修正・削除された項目については画面上非表示にもできること。		
9	システムは更新履歴(アクセスログ)の保存ができること。アクセスログについては、アクセス制御を有し、許可された者しかアクセスができないようにすること。		
10	過失による虚偽入力、書き換え・消去及び混同の防止が講じられていること。		
11	使用する機器あるいはソフトウェアに起因する虚偽入力、書き換え・消去及び混同の防止策が講じられていること。		
12	故意による虚偽入力、書き換え・消去及び混同の防止策が講じられていること。		
13	電子保存の真正性を担保するために、今回導入をする基幹システムおよび部門システムおよびそれに関係する機器、各クライアント端末等は、時刻源サーバより自動的に・定期的に時刻情報を入手し、必要機器に対して自動的に時刻合わせを行う構成とすること。 尚、時刻源サーバの時刻は外部の独立行政法人情報通信研究機構(NICT)へのホワイトリストを介してインターネットに接続された日本標準時配信サービス「NICT NTPサービス」、またはFM放送の時報の取得、標準電波(電波時計)による取得など、信頼のおける時刻源のサービスを利用して定期的に時刻合わせをおこなうこと。またその時刻取得のために必要となる機器およびソフトウェアが必要な場合はそれを導入すること。		
14	システムは、ICカード等のセキュリティデバイスおよびパスワードや生体認証およびICカード等のセキュリティデバイス、利用者IDとパスワードおよび生体認証のように2つの独立した要素を用いて認証を行う機能「2要素認証」を有すること。		
15	診療情報の電子保存タイミングを制御するために確定操作ができること。またその確定操作で電子保存した診療情報は、以降真正性を担保すること。		
16	確定操作を行った利用者の識別情報を保存情報に付加できること。あわせてその確定時刻を時刻源サーバより取得し識別情報と共に格納すること。		
17	電子署名を用いた真正性の確保が可能であること。その場合、CAへの有効/失効リストの照会、証明書の安全な保存、長期保存に向けての対応等が必要最低限の費用の負担により実現が可能であること。		
19	不適切なソフトウェアによる情報の破壊・混同をおこさないためにソフトウェア・機器・媒体の管理が適切におこなわれていること。		
20	故意又は過失による情報の破壊が起こらないための機能を備えていること。		
1.2.2 院内における情報共有とチーム医療の推進			
1	診療系、医療技術系、看護系、事務系業務を統合的に運営できるシステムであること。		
2	各システムは密接に連携し、必要な情報(患者基本情報(ex:感染症情報等)、オーダ情報、実施情報、検査結果等レポート情報)の連携ができるシステムであること。		
1.2.3 利用者負担を可能な限り軽減			
1	システム上の入力機能は、簡単かつスピーディに入力することができるように配慮されたシステムであること。		

2	基幹システムである電子カルテシステムにおいて、カルテ機能、オーダ機能、看護支援機能は同一プラットフォーム上に構成された統合型システムとし、同一のユーザインタフェース設計であること。		
3	2重入力、転記が可能な限り排除されたシステムであること。 * 重複入力をしなくてよい項目、内容を提示すること。 * この項に対する当院の指摘に対し、真摯に対応すること。		
1.2.4 システムマスタ管理			
1	本システムで新たに必要となるマスタの初期セットアップ作業の経費は、本調達に含むものとし、作業に当たっては当院担当者と協議の上、その指示に従うこと。		
2	認証に必要な全ユーザ登録の初期セットアップ作業は、本調達に含むものとし、作業に当たっては当院担当者と協議の上、その指示に従うこと。		
3	各種マスタデータの登録に関しては、原則1回の登録で部門システムを含めた複数システムへの登録が自動でなされる仕組みを考慮し実装すること。やむをえず1回で登録不能な場合には、管理者の負担を軽減する仕組みを提案し実装すること。		
4	マスタテーブルは、システム毎に分けられたディレクトリ上に配置され一元管理が可能なこと。		
5	マスタの各ディレクトリはアクセス制御が可能なこと。		
6	受注者が直轄しているシステムの各マスタのメンテナンスには専用ツールを提供すること。		
7	マスタメンテナンスの専用ツールを提供できない部分のメンテナンスについては、当院の指示に従い受託者が行うこと。		
8	マスタを新バージョンに更新した際に、そのマスタを使用している部門システム端末においても、速やかに新マスタを参照することができ、かつオーダ処理が行えること。		
9	マスタを更新した際は、クライアント側にマスタの配信ができること。 * マスタ配信が必要ではないWEB型システムの場合は不要とする。		
10	新バージョンのマスタおよびコンテンツの初期登録は、受託者が行うこと。		
1.2.5 資源配布			
1	MSIまたはその他のサイレントインストールに対応した製品(アプリケーション、パッチ)を自動インストールできること。		
2	複数のアプリケーション、パッチをインストールする場合は、任意の順番で適用が可能なこと。		
3	ファイル(フォルダを含む)をクライアントに差分配分できること。		
4	レジストリファイルの内容に従い、クライアントのレジストリを変更できること。		
5	資源配布の前後にパッチの実行処理が可能であること。		
6	通常接続の資源管理サーバの障害時には、代替の資源管理サーバに切り替わること。		

7	資源管理サーバのディスク空き容量の表示が可能であること。		
8	システム管理者によるサーバリスト及びクライアントリストの作成が可能なこと。		
9	配布したインベントリ管理を行うことができ、資源適用が完了していないクライアントの抽出が可能であること。		
10	インベントリ結果をCSV形式で出力できること。		
11	クライアントの資源適用状況を確認する方法として、クライアント毎に最終適用日時が確認可能であること。		
1.2.6 開発・運用管理に係る費用及び負担を可能な限り軽減			
1.1.2.6.1 パッケージシステムの導入とカスタマイズの制限			
1	稼働後のメンテナンス性、開発期間の短縮及びシステムの信頼性・安定性を考慮して、同規模・同機能の病院において1年以上の稼働実績のあるパッケージシステムの適用を基本とする。		
2	特に、電子カルテシステムについてはノンカスタマイズを基本とする。その他のシステムについては、発注者が要求する機能が適切なものであることを前提として、受注者が提供するパッケージシステムの機能に無い場合、パッケージの根幹にかかわらないレベルでカスタマイズすることを許可する。		
3	ノンカスタマイズとは「パッケージシステムについて求める機能を実現するために、プログラムの追加・修正・削除及びデータ構造の変更を行わないこと」であるが、運用保守によるバージョンアップが可能であることを前提として、次のものについてはノンカスタマイズの範疇であることとする。 (1) 入力画面レイアウトおよび出力帳票のレイアウト変更および簡易な項目追加 (2) 「プログラムの追加・修正・削除及びデータ構造の変更」をパッケージシステムに標準機能として取り込み、バージョンアップとして他院へ提供する場合 (3) パッケージシステムにおいて、カスタマイズを許可している部分に対する修正		
1.2.7 最新医療制度および標準化への対応			
1	レセプトオンライン請求に対応し、最新のシステムであること。		
2	DPC対象病院であることから、最新のDPC請求に対応すること。		
3	臨床研修指定病院であることから、研修医は指導医を選択することができ、指導医は研修医の記録に対する承認および指導の内容がわかるコメントの入力ができるシステムであること。		
4	医師の業務負担を目的として、医師が他職種に対して権限を委譲して代行入力を許可することができ、代行入力された記録やオーダ等に対して承認できるシステムであること。		
5	退院サマリを作成することができ、退院サマリの作成状況（作成・承認・受取り）を管理できるシステムであること。		
6	入院診療計画書や栄養管理計画書等、多職種で作成する書式の管理に対応できるシステムであること。		
7	医学管理料等の各種入力様式に対応できるシステムであること。		
8	保険診療と保険診療以外の区別に対応できるシステムであること。		

9	医療制度改正への対応と定期的なパッケージのバージョンアップ業務は、保守契約で追加費用無しに実施すること。(当院の要望によりカスタマイズ機能変更が伴う場合、他地区にはなく長崎県のみ対応が必要となるものは除く)		
10	医療制度改正への対応は、対応期限までに迅速かつ適切に行われること。		
11	当パッケージを利用中は、2年に1回程度の新バージョンのリリースの提供と適応を、当院と協議した上で実施すること。		
12	バージョンアップは、医療制度改正への対応は当然含まれるものとし、制度改正対応以外に利用者側の利便性の向上、医療安全性の向上に効果のある機能強化も行われるものであること。		
13	法改正やモダリティの更新および運用の変化があった場合、オーダマスタも対応して更新を行うこと。マスタが更新された場合、関係する他システムとも連携して作業を行うこと。		
14	全てのシステムに関し、バージョンアップや、各種パッチ、新機能の適応、改善適応を行った場合は、必ずテスト患者等で動作確認を行い、正常に動作することを病院担当者へ報告すること。 * 当院スタッフによるテストが必要な場合は、当院も協力する。		
15	マスタの変更作業に於いては、適用期日前後の新旧のマスタを持つなどして、適用期日時点で迅速な切り替えがおこなえ、混乱をきたすことのないような対応をおこなうこと。		
16	今回提案するシステムは、継続的に機能の強化・追加を行い、いつでも最新のシステムにレベルアップでき、陳腐化しないシステムを提供できること。		
17	プログラムの設定、運用、端末設置場所等については、病院担当者と協議して対応すること。		
18	デファクトスタンダードを追求したシステム構築を基本とし、システムのOS、データベース、通信プロトコル等は国際標準規格、業界標準規格を採用すること。		
19	院内外のネットワークを通じてチーム医療、ネットワーク型医療を推進する上で、データ交換、データの後利用を促進するために、電子カルデシステムのデータは標準化技術であるXML形式等で保存もしくは出力できるようにすること。		
20	各種マスタデータに対して、標準マスタ(MEDIE、MEDIS等)を提供し、活用できるシステム構築を行うこと。		
21	電子カルデで運用する薬品・医療材料のコード桁数は、JANコードの桁数(20～25桁程度)が登録・運用可能であり、物流管理部門システムや薬剤部門システムなどのマスタを所管するシステムから、任意のマスタ項目を取得し連携が可能であること。		
22	コードの標準化を当院と協議の上、行うこと ・標準病名マスタ(ICD-10、MEDIS) ・標準手術、処置マスタ(ICD-9-CM、Kコード) ・標準医薬品マスタ(HOTコード)、レセプト電算処理システムマスタ ・標準画像検査マスタ(JJ1017 頻用コード) ・臨床検査項目分類コード(JLAC10) ・標準医療材料マスタ(EAN128等) ・厚生労働省における保健医療情報分野の標準規格(平成22年3月31日 医政発3221第1号) 等		

23	厚生労働省における保健医療情報分野の標準規格を含む以下のような標準的な規格等のできるかぎり採用すること。今回違う規格を提案する場合は、メリット・デメリットを明示し、病院の合意を得ること。 (1) 標準病名マスタ(ICD-10、MEDIS) (2) 標準手術、処置マスタ(Kコード) (3) 標準医薬品マスタ(HOTコード) (4) 標準医療材料マスタ(EAN128等) (5) DICOM (6) レセプト電算処理システムマスタ 等 (7) 看護実践用語標準マスタ		
24	看護診断の最新版マスタを2年度ごとに、当院の指示するタイミングで更新作業を行うこと。(ライセンス費用は別途)		
25	地域連携ネットワークシステムへの拡張対応ができるシステム構成であること。		
26	当院は長崎地域医療連携ネットワーク「あじさいネット」の情報提供病院であるため、あじさいネットの外部ネットワークを通じて異なる医療施設間で患者診療情報を交換可能な「標準形式による診療データ格納(SS-MIX2によるデータ格納)」を実現すること。		
27	厚生労働省電子的診療情報交換推進事業(SS-MIX)の「標準化ストレージ仕様書 Ver.1.2c」に準拠したHL7ver.2.5形式でSS-MIX2標準化ストレージ等ヘデータ出力ができる構成としておくこと。		
28	職員の業務負担を緩和する目的で、自宅等（当院外）での診療情報閲覧を可能とする環境を構築すること。情報セキュリティを担保した環境構築を必須とする。なお、将来的に閲覧のみでなく記録記載などの入力を想定した構築が可能であること。		
29	医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（次世代医療基盤法）の制定により、将来的に「あじさいネット」とは別に当院が外部へ医療情報の提供を行うことが予想されるため、最新動向の情報収集や作業に係る体制の強化を図るとともに、当院の対応が必要となる際には迅速に対応できること。		
30	将来的にマイナンバー等の新制度やHPKIを利用した認証の仕組み、AI等新技術との連携等を医療情報システムに組み込む必要があるため、最新動向の情報収集や作業に係る体制の強化を図るとともに、当院の対応が必要となる際には迅速に対応できること。		
1.2.8 レスポンス			
1	クライアントのシステム起動時間は、通常 1分以内とすること。(資源配布時間は除く)		
2	更新対象の全システムの応答速度は、入力系は概ね 1 秒以内、照会系は概ね3秒以内とする。但し、多項目にわたる検索を伴う業務や大量のデータを参照する画面については除くものとするが、患者への診察業務に直接影響を与えるような場面での使用においては、業務に支障のない範囲の応答速度であること。		
3	データ分析や大量のデータ抽出作業に使用するアプリケーションの応答速度においても、概ね数分～5分程度を目安としたレスポンスとなるように構築すること。		
4	診察記事等に直接画像を張り付けることを制限(リサイズ、禁止等)できること。制限できない場合は、代替案により実現すること。		
5	定期的にクライアントの起動時間やカルテ表示時間のモニタリングを行うこと。モニタリング結果は当院担当者に速やかに報告するとともに、上記レスポンスタイムを維持できていない場合は、原因究明および改善策の提案を行い、速やかに解決を図ること。		
1.2.9 高度なセキュリティを実現			
1	実質的にノンストップ・ノーダウン運用を実現するシステムであること。		

2	患者プライバシー保護を十分に配慮した高度なセキュリティ機能を有すること。		
3	システム障害対策の為、システム全体として、ハード的対策とソフト的対策をとること。		
4	システムに何らかの障害が発生した場合でも、病院全体の機能が著しく低下又は機能停止する等で、患者に直接迷惑が及ばないよう、主要な部分に関してはサーバのクラスタ化・冗長構成、仮想サーバによる障害対策、システム全体として冗長化された構成であること。障害発生時はサブシステム、仮想サーバ等の切替により、障害によるシステムへの影響を極小化すること。		
5	システム主要部分ではないが、障害発生により中程度の影響を与える部分について、事前に代替機を確保する等(クライアント、プリンタ等)の対策を行うこと。この対策については、保守レベルと費用対効果を考慮したものであること。		
6	自然災害(火災、地震等)により、病院施設に影響があった場合についても、バックアップデータ等から、病院の運営に大きな影響の無いレベルにまで、システムの復旧ができること。		
7	診療情報等の日々の遠隔地保存、大規模障害発生等により当院のシステムが利用できなくなった場合の遠隔地保存データの照会、当院のシステム環境が復旧した場合の遠隔地保存データの迅速なリストアなどの処理が、導入システムの大幅な変更をおこなうことなく対応が可能なこと。		
8	端末障害への対策として、各部門に設置する端末は、基本的に同一機種端末とし、端末障害が発生した場合には、他の端末で業務の代行が簡単に行えるようにすること。		
9	障害を未然に防ぐため、サーバについては、予防安全・保守の定期点検を実施すること。		
10	瞬間停電及び停電時の対策を講じること。		
11	データ入力中の端末に障害が発生した場合も同様に、障害発生直前の状態に戻るようなシステムとすること。		
12	利用者による、検索、更新などの操作を記録(アクセスログ)し、その情報を管理することで、改ざん等の不正な試みを早期に発見し、それらの動きを追跡可能とするシステムであること。		
13	管理操作上のリスクに対しては、ID番号とパスワード等の2要素認証でシステム利用者の認証を厳密に行い、誤操作があっても破壊につながらないよう、適切な作業レベルを設定することができるものであること。		
14	コンピュータウイルス、ハッキング等外部からのネットワークを通じた攻撃及び障害に対応するため、ウイルス対応ソフトやファイアウォール等により保護されていること。		
15	医療情報システム系のネットワークは、情報漏洩対策・コンピュータウイルス対策のため、外部からのデータ持ち込み、外部へのデータ持ち出しを行えないように、外部入力出力装置はできるかぎり使用できないようにし、管理部門において、許可を受けたデータのみ集中的に入出力を行うことを想定している。ただし、各部門の業務上の必要性に応じて、正式な手順で許可された部門・端末についてはデータの入出力を許可することも考えられるため、部門・端末において「入出力不可能」から「入力可能」「出力可能」「入出力可能」への変更を集中管理的にコントロールできるものであること。		
1.2.10 システムの利用権限			
1.2.10.1 権限設定			
1	職員毎に、ゲストユーザを含む利用者権限設定ができるようにすること。ただし、利用者IDについては、現行の電子カルテシステムおよびグループウェアまたは他の利用者IDからの移行を考慮し、設定すること。		

2	提案システム内で利用者IDのマスタを持ち、IDの利用と管理をおこなう場合は、利用者ID以外に利用権限、氏名、職種、性別、生年月日、有効または無効、退職状況等のフラグを設定できるようにすること。(他システムで管理された利用者IDを利用する場合は、この機能は不要とする)		
3	すべての業務システムは、特に指定の無い限り、「物理認証 (ICカード) または知識認証 (パスワード) + 生体認証 (顔)」の二要素認証形式等でログインできること。		
4	利用者IDは、数字6桁以上とし、重複がなく、かつ再採番不可の永久番号とすること。		
5	利用者IDの有効設定については使用開始日、使用終了日の設定ができること。		
6	パスワードは、英数字および記号混在の8桁以上とすること。		
7	パスワードを当院の指定する回数間違えると、対象アカウントがロックすること。また、制限回数は変更が可能であること。		
8	パスワードの有効期限をパスワード変更から2ヶ月以内の期間に設定できること。有効期限が切れると、パスワードを変更しない限りログインができなくすること。		
9	利用者が、自身でパスワードの変更がおこなえる機能を用意し、必要な時に利用者が簡単にその機能を利用できるような配置をおこなうこと。		
10	連携をしようとするシステムの連携ではシングルサインオンの機能やURL連携機能などで、シームレスな連携をおこなうこと。		
11	オーダおよび電子カルテシステムを一定時間操作しない場合には、スクリーンセーバを起動する機能を有すること。なお、この機能はWindowsの機能ではなく、本システム側で実装すること。		
12	各機能(スクリーンセーバ)の時間設定や機能の利用有無については、端末単位で設定が可能であること。		
13	自動ログオフする場合は、その後他者も利用できる状態でシステムが終了されること。または、スクリーンセーバーを他ユーザーで解除した際に、前回ユーザーを自動的にログオフすること。		
14	スクリーンセーバの起動までの時間については、端末ごとにマスタなどで自由に設定できること。		
15	スクリーンセーバの起動時には、画面に現在の利用者が識別できる内容が表示されること。		
16	スクリーンセーバの解除については、二要素認証形式にて対応可能なこと。		
17	スクリーンセーバが起動中のパソコンにおいて、強制ログオフできること。		
18	VIP対応の患者に対し、利用者からのアクセス制限ができること。また、当該患者に対する不正アクセスのログが取得できること。		
19	医師の不在時にオーダ発行を可能にするため、事前に利用者の権限を他の利用者に委譲できること。権限委譲してオーダ発行した場合、「だれが・だれに権限を委譲されたか」記録として残すこと。		

20	権限委譲された利用者が行ったカルテ記載、オーダ発行した内容について、権限委譲した利用者はその記載内容を確認したという意味で「承認」する機能を要すること。		
21	利用者アカウント情報は既存の情報を移行して使用することが可能なこと。		
1.2.10.2 管理者の権限			
1	管理者の権限を持つ者が以下の操作を容易に行えるようにすること。また、その結果については、画面上で分かりやすく表示し、必要に応じてCSV出力できること。 (1) 利用者の登録、変更、アカウントロック等 (2) 許可された利用者のシステム利用状況の把握と確認(使用端末、利用時間、操作内容など)		
2	システム管理者が、利用者の認証、端末利用状況の確認ができること。		
3	システム管理者が、利用者アカウント状態(有効・無効)、氏名、ID、所属、職種を条件に検索し、アカウント情報を照会できること。また、検索結果を CSV形式等のテキスト形式で出力できること。		
4	システム管理者が、各システムの管理・操作権限の設定、変更等ができること。		
5	権限と機能のマトリクスを作成し、権限設定の状況を一覧できるようにすること。 利用ユーザの外部ファイル(csvファイルなど)を利用した一括登録、取込作業を可能とすること。		
1.2.10.3 利用者の管理機能			
1	管理者により、利用者アカウントの新規発行、再発行、利用停止等の処理が可能なこと。		
2	利用者が認証に成功した日時および認証に失敗した日時、併せて端末の設置場所をログとして出力できること。		
3	利用者が一定回数認証に失敗した場合に、システムを終了すること。または、システムログインを一定時間停止できること。		
4	利用者が一定時間離席(非操作)となった場合に、表示されている内容を隠し、再度の認証を行わない限り操作不可にすること。また、管理者権限で、この時間の設定及び機能の利用有無の設定が端末単位でできるようにすること。		
5	アカウントの有効期間(開始日、終了日)は、あらかじめ設定した期間に自動設定されること。また、手動による変更が可能なこと。		
6	利用者または資格単位で、利用できる機能アプリケーションの起動権限を設定できること。		
7	利用者とその利用者の属しているグループの権限が異なった場合は、原則として利用者個人の権限が優先するような仕組みとすること。		
8	麻薬施用者番号と有効期限を管理できること。		
1.2.11 セキュリティ監視			
1.2.11.1 セキュリティ監査ログに係る機能要件			
1	不正アクセス防止および情報漏えい防止のため、今回更新対象のすべてのシステムにおいて、利用者ログイン情報のログが取得できること。		

2	セキュリティ監査ログとして以下の内容を記録できるようにすること。 (1) 認証に失敗したシステム及び利用者とその端末、日時 (2) 管理権限を持つ者の操作内容 (3) 患者カルテ出力(印刷、ダウンロード)情報		
3	セキュリティ監査ログのうち、アクセスログについては、データベースとして保存する等の処理を行い、管理上必要と思われる複数の項目・キーワード等で検索できること。		
4	セキュリティ監査ログ情報の管理・参照は、管理権限を持つ者に限定できるようにすること。		
5	HISネットワークに接続された端末は、事前に許可された端末のみ接続が可能なこと。 あわせて、無許可の端末や機器の接続、デバイスの制御ならびに未承認での情報の外部への持ち出し等の制御をおこなうこと。		
6	HISネットワークに接続された端末は、事前に許可されたUSB等の外部接続媒体や機器以外の接続を排除する機能を有すること。		
1.2.11.2 操作ログ・アクセスログに係る機能要件			
1	構築する各システムにおける操作ログやアクセスログを抽出、管理できること。		
2	カルテを参照した際に、いつ、誰(ログイン者)が、どこで(端末等)、誰(患者)の情報種類(オーダ等)のデータに対して、何を行った(操作(作成、更新)、操作内容(受診、検査))のかをアクセスログとして取得できること。		
3	日付、時刻、端末名、業務AP名称、患者番号、患者氏名、操作者ID、操作者氏名の情報がアクセスログデータとして記録されること。		
4	アクセスログの照会では、操作者ID、患者番号、検索期間(年月日、時刻を含む)等の指定で絞り込み検索を実施し、検索結果を一覧表示できること。		
5	システム利用者からの患者の個人情報の不正閲覧を防止するために、不正アクセスの確認や情報漏えい監視を行う操作ログやアクセスログ参照ツールが実装されていること。 * 患者カルテ表示の際、直近に閲覧した職員(5名程度)を表示できる機能を有することが望ましい。		
6	利用者ログイン情報、患者カルテ選択、カルテ情報参照、カルテ情報印刷のログが管理できること。		
7	全利用者において、電子カルテの「利用者ログ」「患者ログ」「制限患者ログ」の3種類は、電子カルテ端末から閲覧可能なこと。		
8	アクセス状況検索は、利用者ID単位、患者ID単位に表示でき、その結果を元に端末単位に絞り込みができること。		
9	アクセスログへのアクセス権限の設定ができ、権限のないもののアクセスを許可しないこと。		
1.2.11.3 セキュリティ監視に係るハードウェア			
1	各アプリケーションレベルのアクセスログの保存期間は最低7年とする。		
2	サーバに障害が発生し、ログが保存できなくなった場合でも他のシステムの運用に影響を与えないこと。		
1.2.12 システム機器管理			

1	システム管理者によるサーバリストおよびクライアントリストの作成が可能なこと。		
2	システム管理者が、全クライアントに対し、リモートで動作状況を集中的に監視する仕組みを導入すること。		
3	基幹システム(電子カルテ、オーダリングシステム、看護支援システムおよび医事会計システムを指す)および部門システムは、端末管理システムの管理下に置かれる構造とし、無許可の端末や機器の接続、デバイスの制御ならびに未承認での情報の外部への持ち出し等の制御をおこなうこと。		
4	各クライアント端末に対し、USBポートの利用制御が端末管理システムの管理下で設定できること。		
5	各クライアントに対し、起動時に業務ソフトウェア、マスタデータ等の自動配信を行えること。		
6	配布したイベントリ管理を行うことができ、資源適用が完了していないクライアントの抽出が可能であること。		
7	イベントリ結果をCSV形式で出力できること。		
8	クライアント毎に最終資源適用日時が確認可能であること。		
9	リモートでクライアントの画面操作が可能であり、電源を正しくオン/オフ制御する機能を有すること。		
10	クライアント端末毎に電源オン時刻、電源オフ時刻を曜日単位で制御する機能を有すること。		
11	一般利用者が各クライアントの設定変更を自由に行えないように制御可能であること。		
12	導入時のクライアントの環境をマスタイメージとして保持し、新規端末の導入や、代替機の設置、故障機の復旧の際に速やかにリストア可能な環境を構築すること。		
13	将来、電子カルテクライアント端末を増設するため受注者より追加購入した場合、購入機器が後継機種であった場合も容易に同等仕様の端末が作成できること。作業費用等については別途当院と協議の上決定するものとする。		
1.2.13 機能			
1.2.13.1 完全性			
1	システムの完全性を確保するため、利用者が入力したデータの妥当性をシステムで確実に検査し、矛盾等を生じさせないこと。		
2	保存されたデータの更新の日時、履歴、操作者等の記録及び開示により完全性を保証できること。		
3	時刻源サーバを設置し、システムで管理する機器全ての時刻はこのサーバにより常に自動同期できるようにすること。この時刻源サーバは、標準時刻電波を受信し、常に正しい時刻を設定できるようにすること。		
4	セキュリティ上重要なパッチプログラムがある場合、原則としてそれを適用するものとして扱うが、そのパッチプログラムの適用が業務システムに及ぼす影響をできる限り調査をおこなった上で、当院への適用を提案すること。		
1.2.13.2 可用性			

1	システムのデータ及びプログラム等については、運用を停止させずに、世代管理を行い一つ確実に保存媒体にバックアップできる仕組みとすること。		
2	障害発生時にはバックアップされたデータを用いて、現状復旧ができること。		
3	利用者認証にあたっては、全システムで極力統一した方法とすること。特に参照系の認証についても本番系と同じにすること。		
1.2.13.3 ウィルス対策			
1	今回導入をする基幹システムおよび部門システムにおいて、統一のウィルス対策ソフトをサーバおよびクライアントに導入すること。なお、最新のウィルス定義ファイルを専用のサーバより自動的に入手できる環境を構築する。設定方法は受注者が責任をもって指導すること。 なお、薬事法上導入困難なシステムは除き、動作不安定になるシステムは安定するように個別設定を行うこと。		
2	管理サーバを導入し、ウィルス対策ソフトの更新を行うこと。		
3	ウィルス対策システムに関しては、電子カルテシステムとは別に維持・運用・契約ができるシステム構築を行うこと。 * 電子カルテベンダが変更されるケースや、システムの更新時期が異なるケースを想定している。		
4	パターンファイルの更新は、安全性が確立されたインターネットに接続されているウィルス対策サーバ経由で行うこと。更新頻度は、1日に1回以上とすること。		
5	リアルタイムにファイルの入出力を監視し、ウィルス検出の処理ができること。リアルタイムが不可の端末の場合には、定時スキャンで対応できること。		
6	特定ファイルやホルダをウィルス検索の対象から除外する設定ができること。		
7	スパイウェア/ルートキット等の検出や処理ができること。		
8	管理サーバから、管理者がリモートで任意のクライアントのウィルス検索が実行できること。		
9	一般的な圧縮形式、エンコード形式に対応した検索を行うことができること。		
10	定期的にウィルス検索を実行するよう設定可能なこと。		
11	予約検索の実行日時にクライアントが起動していないなどが原因で予約検索が実行されなかった場合に、次回起動時に予約検索を実行することができること。		
12	検索済ファイルや、パターンファイルを利用して安全と判断されたファイルをキャッシュ化することにより、予約検索の検索終了までの時間を短縮させることができること。		
13	ウィルスに感染してしまったクライアントPCに対して、改ざんされたレジストリや設定ファイルの復旧、及び起動しているウィルスプロセスを停止する機能を有すること。また、関連ファイルを自動的に更新する機能を有すること。		
14	クライアントから発生するHTTP/HTTPS通信を監視し、接続先URLをリアルタイムに評価し、危険と判断した場合に通信をブロックすることができること。また、評価から除外される接続先を設定することができること。		

15	標的型攻撃などで遠隔操作などに利用されるC & Cサーバへの接続を自動的に検知し、検知した場合にはユーザに通知を行うことができること。		
16	システムファイルの変更／サービスの追加／システムプロセスの変更などの不正にシステムが変更される挙動を監視することにより、新しく出現する未知の脅威に対する防御を行うことができること。		
17	利用者がウィルス対策ソフトが導入されたクライアントのレジストリキーやプログラムファイルの設定を変更できないようにすること。		
18	USBメモリなどの外部ストレージデバイス、ネットワークリソースに対するアクセス制御ができること。		
19	管理サーバよりウィルス定義ファイル、検索エンジンなどの更新、クライアントプログラムの設定変更が可能なこと。		
20	管理サーバにて、クライアントの接続状態／パターンファイルの接続状況／ウィルス検出ログを確認することができること。		
21	クライアントに対するウィルス定義ファイルなどの配信時、ネットワークトラフィックを削減するために、差分パターンファイルの配信が可能なこと。		
22	ウィルスパターンファイルや、ウィルス検索エンジンを以前のバージョンに戻す機能を有していること。		
23	ウィルス対策ソフトウェアをクライアントにインストールする際に、クライアント上でインストールパッケージを実行する形式だけでなく、管理サーバからのリモートインストールやwebブラウザを利用したインストールを行うことができること。		
24	WindowsOSやAdobe ReaderやJavaなどで重要な脆弱性が露見した場合で、その対応をおこなった方が良いと判断をした場合、当院と協議の上、必要であれば対応をおこなうこと。		
25	ポート、IPアドレス単位で通信の制御ができること。		
1.2.13.4 その他			
1	患者プライバシー保護に十分配慮した高度なセキュリティ機能を有すること。また、コンピュータウイルス等の脅威を避けるため、リモート操作による保守だけではなく、現地に直接システム保守を行える体制を整えること。		
2	患者のよみの登録をおこなうシステムは、小文字も扱えること。(ex.羽生⇒ハニユウなど)		
3	日本語入力ソフトは、ジャストシステム社の医療向け日本語入力システム「ATOKMedicai for Windows」を導入すること。ただし、現行システムとして利用している「ATOK 2011」が流用可能である場合には導入する必要はない。 * 現行システムとして「ATOK 2011」を利用しているため、既存ライセンスを活用して費用を抑えること。		
4	医療辞書は、ジャストシステム社の「医学辞書2024 for ATOK」以上のバージョンの製品を導入すること。ただし、現行システムとして利用している「医療辞書2011 for ATOK」が流用可能である場合には導入する必要はない。 * 現行システムとして「医療辞書2011 for ATOK」を利用しているため、既存ライセンスを活用して費用を抑えること。		
5	医療辞書の辞書登録はアカウント単位に利用できること。		

6	現行利用の辞書を移行できること。		
7	ユーザ毎の入力学習機能を有すること。実装方法は特に問わない。		
8	「部門システム」において、レポートを作成する端末に至っては、原則電子カルテシステムの日本語入力システムを利用できること。		
9	利用するシステムのレスポンスは業務の流れに影響を与えない程度の応答速度を有すること。また、検索機能、集計機能を有するシステムは十分な機能を有すること。		
10	診療情報および会計情報の収集や分析、および後利用をおこなうために院内DWHを導入すること。		
11	診療情報および会計情報を最低1日遅れの間隔で、院内DWHへ格納すること。		
12	診療情報および会計情報を院内DWHから選択、抽出をおこなうための方法を当院にスキルトランスすること。		
13	診療情報および会計情報をMS-Accessを利用して院内DWHから選択、抽出をおこなうため、DWHの項目定義書とODBCを提供すること。		
14	院内DWHに格納されていない情報を、電子カルテシステムや医事会計システムのデータベースまたは基幹システム付随のDWHより直接抽出できるように、各システムまたは基幹システム付随のDWHの項目定義書とODBCを提供すること。		
15	既存システムで作成している帳票および統計資料と同等の帳票類を作成できること。		
16	プリンタからの出力については、手動で印刷サイズの変更や範囲指定、プリンタの設定変更等を行う必要がないよう、定型の様式で文字切れ等がなく出力すること。		
17	帳票の種類および出力内容は別途当院担当者と協議すること。		
1.2.14 ベンダに求める基本要件			
1	提案しようとするベンダは、システムの品質向上を図る上でISO9001を取得していること。		
2	提案しようとするベンダは、ISO27001の情報セキュリティマネジメント(ISMS)の認定を取得していること。		
3	当院との間で「守秘義務契約」を締結し、協力企業も含めて当院の作業をおこなう者に対し、「個人情報保護法」等の法律を遵守することを指示し、監督をおこなうこと。		
4	情報保護の観点から、システム構築において携わるSEは全員、院内の出入りに際し、IDの提示もしくは名札の着用をすること。システム構築に携わるSEは全員、提供ベンダの責任において病院内の行動に関する倫理・道徳・社会常識的な指導をすること。指導方法については、マニュアル化し、全員の承諾を得ること。		
5	院内で業務を行う場合、入館日時、退館日時、社名、氏名、立ち入りエリア、目的等を管理簿等に都度記載すること。また、サーバ室に入室する場合には別途管理簿等に記載すること。記載がない場合は、院内での業務またはサーバ室での業務は原則認めないこととする。		
6	ノートPCやデモPC等、院外から機器を持ち込んで業務を行う場合は、事前に申請を行うものとする。申請がない場合は、院内での利用は原則認めないこととする。		

7	450床以上の病院において、提案をするシステムの稼働実績が10施設以上あること。また、特定機能病院の稼働実績があること。		
8	電子カルテを提案する場合、提案するシステムは、医療機関(病院)において、外来・病棟・全診療科で稼働している実績を有すること。		
9	電子カルテを提案する場合、主要な部門システム（放射線部門システム、薬剤部門システム、臨床検査部門システム等）と連携した稼働実績を有すること。		
10	電子カルテシステムの、定期的なレベルアップ作業は運用保守費用のなかで実施すること。		
11	今回導入（更新）するシステムにおいて、全てのデータを院内DWHへ格納することを必須とするため、データベースの公開やデータベースへ接続するための接続手順の公開またはcsvでのファイル出力等、院内DWHにデータを格納するために必要な業務を遂行すること。		
12	他病院で起こったトラブル事例が整理されていること。トラブル発生時は全国の各拠点に通知し、同じ原因でトラブルが起こらないよう管理する体制であること。		
13	また、上記に関連して、当院にも関係すると考えられる課題については、可及的速やかにその内容と対応策を伝えること。		
14	全国レベルのユーザ会を持つなど、広くユーザからの意見を聞く体制やシステムの品質および機能向上の議論を行う体制を確立していること。また、議論の内容はレベルアップ等の資源として定期的に提供されること。その適用の際に必要な費用は別途発生させないこと。		
15	当院側の誤操作、関連部門システム側の不具合等による障害時の回復作業もしくは原因不明時の回復作業についても積極的に支援をすること。		
16	障害時の対応として、ヘルプデスクを窓口とした体制による保守サービスも可とするが、重度な障害や広範囲に亘る障害等に関しては、即応性が必須であることから、担当技術者等との直接的なアプローチによるサポート体制も講じておくこと。 この際、障害の程度の判断は、当院が判断をおこなうものとし、障害対応完了後、受注者よりその判断に関する疑義が唱えられた場合、当院と協議を行い以後の参考とするものとする。		
17	同様に、システムの運用および保守に関するマニュアル(障害時対応を含む)を電子媒体の形式で提供すること。		
18	故障や停電等の障害発生時においても、病院業務の遂行に支障を及ぼす影響を極小化し、復旧時の保守管理操作も容易なシステム・サービス体制を提供すること。		
19	提案するオーダおよび電子カルテシステムのアプリケーションソフトとサーバのハード保守は提案ベンダが責任を持って行うこと。 ただし、入札後、当院が指定する対象は除く。		
20	システム安定稼働後も、年12回以上の定例会を実施すること。 ただし、当院より臨時的定例会の開催の要請があった場合には、対応をおこなうこと。		
21	構築に携わるSEには、プロジェクトマネジメント協会が発行するPMP資格取得者もしくはそれと同等以上の能力を有するSEが参加すること。		
22	当院では、端末展開時のスペース確保が困難であるため、事前に、今回導入する端末台数分をインストールして納入すること。		

23	上記の場合も含めて、当院にて納入検収が完了するまでに生じた、機器等の破損や紛失、ソフトウェア等による損害に対する責任はすべて受注者に課されるものとする。なお、この場合においても当院に対する納入責任は継続して受注者に課されるものとする。		
24	アプリケーションの追加、修正、入れ替え、バージョンアップを行う際に使用するテスト系のシステムならびにその構築は提案に含めること。また、このテスト系システムは、本番運用系とは別であること。		
25	稼働後の立会いについては、当院の業務に支障をきたさない程度の一定期間、一定の要員を配置すること。一定期間とは、5営業日程度とし稼働状況を見て当院の承認を得て引き上げることができる。		
26	上記要件で、システム稼働後一定期間常駐するSEは、平日朝8時から夕方5時まで、診察室周辺もしくは院内の待機場所にて待機をすること。常駐SEは本システム導入立ち会い作業から従事して、当院のシステム内容について熟知した者とする。		
27	システムの正式稼働から1年間の間に、当院からの不具合や運用等に関する問い合わせ、改善提案(稼働前には確認できない事項・現象に対し)等を受けた場合、すみやかにその対応方針と対応予定等を回答して対応作業を行い課題解決に努めること。あわせてその内容を記した報告書、もしくは必要であれば連絡票にて回答をおこなうこと。		
28	システム稼働開始までに、操作説明書、設定手順書、運用手順書および障害切り分けマニュアルを用意し、電子媒体の形式で提供すること。		
29	医療情報システムは長期運用を前提としたシステムであることから、受注者は、病院との間で長期的にかつ継続した情報交換ができるような人的体制・情報共有体制を有すること。		
1.3 開発・教育・保守体制要件			
1.3.1 開発体制			
1	システムの導入計画に支障のないよう、以下の開発体制を提供すること。		
1.3.1.1 全般事項			
1	今回導入範囲のシステムについてはもちろん、範囲外の医療情報システムについても十分な導入・開発経験を持つ人材でチームを編成すること。構成はプロジェクトマネージャ→プロジェクトリーダー→プロジェクトサブリーダー→プロジェクトメンバとする。医療情報システムの導入・開発経験が最低3年以上あり、5年以上の者が過半数を占め、プロジェクトリーダー・サブリーダーは5年以上であること。ただし、プロジェクトマネージャはこの限りではない。		
2	詳細なシステム別開発導入スケジュールを提示し、発注者と協議の上、決定・調整すること。また、経過・進捗状況については、2週に1回以上の頻度で、発注者へ文書にて報告すること。		
3	プロジェクトマネージャはプロジェクト全体を統括し、進捗会議には営業と共に必ず出席すること。		
4	プロジェクトマネージャ、プロジェクトリーダーは、原則稼働時まで同一スタッフであること。ただし、当院の方針に適さない場合、プロジェクト進捗に支障がある場合においては、担当者の変更を行うこと。		
5	各システム/WGの担当者は、原則稼働時まで同一スタッフであること。業務区分によって同一担当者が複数兼任することは可とする。ただし、当院の方針に適さない場合、専門知識に劣る場合、プロジェクト進捗に支障がある場合においては、担当者の変更・追加を行うこと。		
6	各システム/WGの初回および重要なポイントとなる回の開催時に、該当分野の専門担当者を出席させること。(特に初回において、基本構造の説明・方針を考慮する上で当院からの質問に的確に回答できる担当者を割り当てること。)		

7	プロジェクトマネージャは、システム全体(関連事項すべて含む)の導入マネジメントを主体的に行うこと(進捗管理、導入スケジュール提示、打合せ等の準備など)。 WGや各種協議会合の議題、課題については整理した上で、開催する前に当院担当者へ随時確認を必ず行うこと。		
8	システム連携と構成、マスタ設定に関する事項は、WG・協議時に他施設事例や各ベンダの集積知識の中で、当院にとって長期的な視野で効果的なプランをWG時に複数提示すること。 * 病院スタッフへ丸投げによる各種設定・検討依頼は認めない。		
9	受注者は、当院の瑕疵による場合を除き導入スケジュールに遅延が生じた場合、速やかに(概ね2週間以内)人員の増員や変更・技術的サポートの拡大などの対策を行い改善を行うこと。		
10	各担当者は、作業に着手する前に必ず病院担当者の許可を得てから行うこと。作業後は書面により報告を行うこと。		
11	受注者は、導入に関する問合わせ、不具合・指示に対する回答および対応は原則1週間以内に提示すること。 * 回答に時間を要する場合は、当日中に経過および今後のスケジュールを報告すること。		
12	プロジェクトリーダーはシステム全体を統括しコア会議、WG等に全て参加し、開発段階において、全体を見渡し部門間の整合性を図り、速やかに問題解決すること。さらに、問題があった場合は、速やかに報告書を作成し発注者に報告すること。また、進捗会議には必ず出席すること。		
13	プロジェクトサブリーダーは部門を統括し、WG、分科会に参加し、電子カルテシステムと部門システムの連携や部門システムの詳細な要件の打合せを推進する。		
14	プロジェクトリーダー、サブリーダー及びプロジェクトメンバは、システムが安定稼働するまでの全行程において、極力入れ替えがないよう配慮すること。やむなき理由により、入れ替えが発生する場合は、発注者へ事前報告を行い、十分な引継を行うこと。また、安定稼働後も、発注者からの要請に応じて協力援助ができること。		
15	ユーザインタフェース、OSやアプリケーションの設定等は当院担当者と協議を行い、当院の指示に従うこと。		
16	当院それぞれの運用に合わせる協議を、当院各部門の担当者で行い、それぞれの指示に従うこと。		
17	本システムに接続するシステムベンダおよび機器メーカー担当者と、当院担当者を入れて協議を行うこと。また、協議で必要な書類および機器は受注者が用意すること。		
18	協議・WGの議事録は受託者が作成し、1週間以内に当院に提出し、その承認を得ること。		
19	確定した仕様は、2週間以内に文書で提出し、当院の承認を得ること。		
20	当院はパッケージシステムを元に運用していく方針だが、当院が要求する運用機能が適切かつパッケージシステムにない場合、その機能を充足させるために、その機能を充足させるために、解決提案を行うこと。		
21	パッケージシステムの仕様にあわせるための業務内容の変更は必要最小限に止めること。		
22	将来の機能拡張に対応するために、パッケージシステムに関する情報をできる限り公開し提供、支援すること。		

23	全てのシステムにおいて、構築中もしくは稼働後に修正・追加・新規プログラムの作業を行った場合は、適応後に必ずベンダで動作確認作業を行い、必要に応じて病院担当者へ報告すること。		
24	最終的なシステムの動作テスト(接続、機能、プログラム等)は、発注者の立ち会いのもとに行い、その評価(システム検収)を受けること。		
25	品質テストとして、システム単体、結合、総合試験をそれぞれ行うこと。		
26	納品するすべてのシステムについて、それぞれのシステムごとに品質テストを行うこと。		
27	試験を行う前に、詳細の試験手順を記載したテスト計画書を書面で提出し、当院の承認を得ること。		
28	試験後は、試験結果を記載したテスト結果報告書を書面で提出し、当院の承認を得ること。		
29	テスト結果報告書には、適宜画面のハードコピー等を貼付すること。		
30	テスト仕様は、ソフトウェア要件に記載したすべての項目を確認できる内容を網羅すること。		
1.3.1.2 開発環境について			
1	開発作業に当たっては、別途当院が指定する病院内の適切な場所を無償で提供する。ネットワークの仮設配線が必要となる場合には、その経費は本調達に含むものとし、作業にあたっては当院担当者と協議の上、その指示に従うこと。		
2	開発機器等の準備および環境構築作業は受託者側で行うこと。		
3	開発作業場所には、当院職員が随時立ち入り、開発状況の確認を行えること。		
4	仮のデモシステム等を常設し、打ちあわせ等で画面を見ながら運用検討を行える環境を整えること。		
1.3.1.3 ハードウェアの設置・設定作業要件			
1	機器等の搬入、設置、廃棄等の作業に当たっては、病院業務への妨げや、患者への迷惑とならないよう、かつ、施設を毀損することのないよう十分な注意を払うとともに、受注者が立ち会うこと。		
2	受託者は、機器等の設置作業の日程と体制を事前に当院に提示し、当院担当者と協議を行った上、その指示に従うこと。		
3	機器管理名称、管理番号、IPアドレス、ドメイン名の付与については、当院との協議の上決定したものを使用すること。		
4	端末名称、備品情報を含めた管理シールを作成し、今回更新となる機器等に貼付すること。管理シールに記載する項目は、当院より別途指示する。		
5	機器設置後は、サーバ機器、パソコン、プリンタ等の設置図面、配線図面、ラック搭載図等のドキュメントを提出し、当院の承認を得ること。		
6	機器等の設置場所については、当院と協議の上調整すること。		

7	必要となる電源については、既設のものを使用すること。ただし、万一電源工事が必要となった場合には、受注者負担で施行すること。 * 既存のOAタップの流用は可とする。		
8	新規のネットワーク配線はタグにより明確に示し、かつ、通行に支障がないように施行すること。		
9	今回の調達にて導入するすべての機器について、設定作業後に動作確認を行うこと。 (ハードウェア、ソフトウェア両方)		
10	本システムを構成する機器のうち、相互通信が必要である装置間の接続に関しては、通信テストを含む動作確認を行うこと。		
11	既設ネットワークとの仮設配線が必要となる場合には、その経費は本調達に含むものとし、作業に当たっては当院担当者と協議の上、その指示に従うこと。		
12	仮稼働期間が終了し、本システムの本稼働が確認された後は、保守等の作業に必要な機器等を除き、速やかに撤収し原状に復すること。		
1.3.2 教育体制			
1	システムの導入計画に支障のないよう、教育体制を提供し、利用職員にシステム操作を習熟させること。		
2	eラーニング等の操作教育に使用できるコンテンツを提供すること。		
1.3.2.1 全般事項			
1	操作訓練においては詳細なカリキュラム(内容・日程)を提示し、発注者と協議の上、決定・調整すること。回数・期間については、教育及び訓練対象者の習熟度を十分に管理し、随時調整すること。また、経過・進捗状況については、2週に1回以上の頻度で、発注者へ文書にて報告すること。		
2	病院の各システムの管理者に対して、システム管理に必要な基礎知識、操作方法、障害時の一次対応(障害発生時の病院の対処方法(例えば、どのような状況の時伝票に切替えるか等))方法等の十分な教育及び訓練を行うこと。		
3	システム操作する者全員に対して、システム運用に必要な基礎知識、操作方法、障害時の一次対応方法等の十分な教育及び訓練を行うこと。		
4	当院の準備する研修室もしくは病院内の臨時研修室にて操作教育を行うこと。キーパーソンには、運用方法も含めた重点的な運用確認もあわせて行うこと。		
5	教育及び訓練に必要なマニュアル、教材等は、必要部数準備すること。これらは全て日本語で記載されており、改訂された場合は速やかに対応すること。		
6	操作研修責任者を定め、当院と全体調整を行うこと。		
7	操作手順等は各端末から、ヘルプ画面機能等により参照できること。		
8	システム更新期間中、操作研修用の端末およびソフトウェアライセンスを無償で貸与すること。 * システム更新期間中は、新規購入した端末を流用しても可とする。		
9	操作研修は、当院が保有する運用手順書を参考にして実施すること。 * 運用フローを配慮しない一方的な操作研修は認めない。		

10	システム稼働時に混乱を来さないように、当院の判断で必要に応じて実運用(通常運用及び障害時の運用)に則したシステム全体を通じての総合リハーサルを充分に行うこと。		
11	総合リハーサルの際には、実施計画・パターン等を受注者側にて用意し、実施すること。		
12	総合リハーサル回数は2回を想定しているが、当院職員の習熟度や構築状況によっては当院との協議によって回数の増減に対応すること。		
13	総合リハーサルの結果、システム稼働に大きな影響がある課題が生じた時は、速やかに(概ね1週間以内)人員の増員や変更・技術的サポートの拡大など対策を行い改善を行うこと。		
14	科、部門システム別のリハーサルを、必要に応じて個別に実施すること。		
15	各種リハーサルに必要な端末およびソフトウェアは受注者側で準備すること。 * 端末およびソフトウェアライセンスを無償で貸与すること。 * システム更新期間中は、新規購入した端末を流用しても可とする。		
16	全てのシステムに関する操作や使用方法については、病院担当者にドキュメントの提出および操作教育をしたのちに丁寧な業務支援を十分に行うこと。 * データでの提出。		
17	日常のメンテナンス業務については、病院担当者にドキュメントの提出および操作教育をしたのちに丁寧な業務支援を行うこと。 * データでの提出。		
18	システム更新前後で現場の運用等が変更となる場合、「更新前」「更新後」の画面および運用手順の比較ができるマニュアルを、当院の各システムワーキングメンバと協力して作成すること。		
19	システム稼働開始までに、当院の必要とする操作説明書、設定手順書、運用手順書および障害切り分けマニュアル、各種設定表などを用意し、電子媒体の形式で提供すること。		
20	万一のシステム停止に備え、システム停止時の運用マニュアル案を電子媒体形式で提供すること。		
21	システム運用をする当院職員もしくはそれに準ずるオペレータ要員等に対し、システムの運用保守およびシステムバックアップの方法等を指導すること。		
1.3.3 保守体制			
1	システムの安定稼働に支障のないよう、保守体制を提供すること。		
1.3.3.1 全般事項			
1	年間保守契約とし、次年度以降に関しては請負業者と4月1日付けで契約を締結すること。拘束期間は覚書にて保証すること。なお、当年度に発生するトラブル対応等に係る費用はあらかじめ導入費用に含めておくこと。		
2	瑕疵担保期間はシステムの正式稼働から1年間とすること。また、正式稼働後に仕様書との不一致が発見された場合、当院は受注者に対して当該瑕疵の修正を請求することができ、受注者は当該瑕疵を修正すること。		
3	部門システムと、本システム、ネットワークとの障害切り分けが困難な事象については、各ベンダとともに原因究明を主体的に実施すること。		
4	保守に関しては、提案時にサービス内容と価格を提出すること。		

5	ソフトウェア(SE)に関するサポートは、リモート保守の対応を可能とするが診療業務に直接関係するシステムにおいて、緊急を要する障害等が発生した場合は原則120分目途で当院に来院して対応が図れるように、現地に直接システム保守を行える体制をととのえること。 *常駐SEを提案する場合は本条件を満たすものとする。		
6	24時間/365日、保守要員(CE及びSE)によるリモート保守の対象とすること。		
7	システム全体を通じて、全ての保守連絡窓口が1本化されていること。また、平日・休日に関わらず、24時間同等の体制が取れること。		
8	ハードウェア(CE)に関するサポートは、長崎市内又は隣接市町村に拠点があり、緊急時には24時間/365日、60分目処で当病院に到着できること。部門システム業者が納入している機器に関しても、役割分担を明確にした上で速やかに連絡し対応すること。長崎市又は隣接市町村以外からの対応は不可とする。		
9	24時間/365日、保守要員(SE)によるリモート監視の対象とすること。但し、保守要員は今回導入する「長崎みなとメディカルセンター医療情報システム(基幹システムである電子カルテシステム、医事会計システム)」に精通していること。土日・祝日・時間外のリモート監視の運用方法については、請負業者が提案すること。		
10	電子カルテシステムについては、24時間監視および復旧体制を持つこと。		
11	24時間監視する体制を持ち、サーバの障害状況を遠隔で監視し、ソフトウェアに起因するサーバの障害予兆監視ができること。また、障害時には遠隔操作による復旧またはシステム担当者が当院に出勤して復旧できること。		
12	24時間監視する体制を持ち、サーバの障害状況を遠隔で監視し、ハードウェアに起因するサーバの障害監視ができること。また、障害時には遠隔操作による復旧または担当者が当院に出勤して復旧できること。		
13	サーバ保守については、故障時の対応修理だけでなく、定期点検を含む保守ができること。		
14	システムに障害が発生した場合、保守要員(CE及びSE)は即座に問題を切り分け、病院における一次対応の指示をした上で、復旧に必要な措置を取ること。また、速やかに原因を究明し、再発防止及び対応策を発注者へ文書にて報告すること。		
15	致命的ではない障害履歴に関しても別途管理し、運用状況を毎月1回発注者に報告すること。		
16	リモート保守システムを構築する際、VPN網等に対応できる仕組みを導入すること。また、当院構築予定であるリモートメンテナンス集約システムに接続できること。仕様に対しては別途提示する。		
17	リモート保守で利用する端末は特定の端末に限定することとし、リモート保守以外の用途では利用不可とする。なお、その端末にはあらかじめ必要なソフトウェア等をセットアップする必要があるが、ソフトウェアライセンスについては無償で貸与すること。		
18	リモート保守を実施する際、事前に作業申請書を提出して作業内容を明確にし、作業完了後には作業報告書を提出して作業実績を明確にすること。なお、ベンダ内にリモート接続管理簿を用意し、リモート接続の実績管理を行うこと。 *年間保守契約の作業実績として、リモート保守の対応実績が公開可能であること。また、保守費用についてスポット対応換算した場合の金額を提示できること。		

19	現地保守を実施する際、事前に作業申請書を提出して作業内容を明確にし、作業完了後には作業報告書を提出して作業実績を明確にすること。なお、ベンダ内に現地保守管理簿を用意し、現地保守の実績管理を行うこと。 *年間保守契約の作業実績として、現地保守の対応実績が公開可能であること。また、保守費用についてスポット対応換算した場合の金額を提示できること。		
20	対象機器のディスク状態の把握と各種ログの管理を行い、適時アドバイスをを行うこと。		
21	保守等により記憶装置を交換する際には、交換部品の院外への持ち出しを禁止する。持ち出す必要がある場合には、データ抹消証明書を発行し、発注者の確認を受けること。さらに、請負業者は、本契約の履行に際して知り得た全ての情報についての守秘義務を負うこと。		
22	当該ソフトウェア・ハードウェアを7年使用することを前提とし、最低7年間は保守業務を保証すること。(ハードウェアは保守部品等の調達、ソフトウェアは法令改正等のメンテナンス)		
23	他病院で起こったトラブル事例が整理されていること。トラブル発生時は全国の各拠点に通知し、同じ原因でトラブルが起こらないよう管理する体制を有するとともに、重大なトラブルについては速やかにユーザが把握できるよう障害情報を公開する仕組みを有すること。		
24	リモート保守センター(サポートセンター)内の施設レベル(セキュリティ、環境、拡張性他)として、静脈認証等の生体認証装置によるサポートセンタールームへの入室、退室管理が行えること。		
1.3.3.2 ハードウェア保守内容			
1	定期保守と障害復旧を保守要員(CE)が出張して実施すること。		
2	システムの安定稼働を保つために、ハードウェア及びネットワークの定期的な予防保守を行うこと。これらの作業は、原則としてシステム運用時間外に行うこととし、定期的点検時間については、発注者と協議の上、事前に決定すること(24時間/365日稼働のシステムについては、病院業務に極力支障を来さない時間を設定すること)。また、保守点検終了後は、速やかに発注者へ文書にて報告すること。		
3	ハードウェアの故障については、主要部品の障害発生を病院スタッフが認識できるサービスを提供すること。(例：パトライトや自動メッセージ、監視ベンダからの電話連絡など)		
4	定期点検回数は、サーバは半年に1回程度行うこと。		
5	機密保護及びコンピュータウイルス感染に対して十分な対策が講じられていること。また、異常が発生した場合は、保守要員(CE及びSE)と連絡を取り、速やかにシステムの復旧に当たること。		
6	不具合が発生した場合は、発注者と協議の上、必要部材・機器の交換・修理を行うこと。また必要に応じて機器の再設定を行うこと。対象機器の復旧の際には、原則として直近のバックアップの状態に復旧すること。(保守対象のものに関しては、請負業者選定後、保障期間を決定する。保守対象外のものに関しては、無償保障期間を1年間とする)		
7	サーバに関係ない部分のメンテナンス・バージョンアップ等を行う際、全システムを停止しないように行うこと。		
8	PCクライアントに導入されているウイルス対策ソフトの集中管理を行い、結果を文書にて発注者へ報告すること。		
9	ハードウェアの修理、交換を行った際、必要に応じてサーバおよびクライアントの再設定を行うこと。(原則として、直近のバックアップの状態に復旧すること)		

10	ハードウェア障害対応時の作業報告書を作成し、作業実施後3日以内に当院に提出すること。		
11	コンピュータ関連の技術、製品等の最新技術情報を定期的に提供すること。		
1.3.3.3 ソフトウェア保守内容			
1	ソフトウェア(OS、各種OA機能ソフトを含む)の定期的なバージョンアップ(法令改正対応を含む)情報を遅滞なく提供すること。また、システムの変更に際しては、病院業務に極力支障を来さないよう配慮するとともに、変更内容について十分な説明、支援を行い、文書にて発注者へ報告すること。とくに、基幹システムである電子カルテシステムは、陳腐化しないために、定期的なバージョンアップを行うこと。		
2	全てのシステムに関し、サーバソフトウェアについて、管理すべきパラメータの確認およびチューニングを定期的に行うこと。特にデータベース等のファイルの肥大化によるシステムおよびアプリケーションの稼働領域の空き容量枯渇には留意しておくこと。		
3	本調達に関する機能に障害が発生した場合は、当院担当者と協議の上、その指示により速やかに障害の回復を行い、対応方法および作業報告を当院担当者へ書面にて提出し、その承認を得ること。なお、障害の内容によっては定例会での報告を行うこと。		
4	「電子カルテシステム」において、障害によりサブシステムに切り替わった場合、病院スタッフが認識できるサービスを提供すること。 (例：パトライトや自動メッセージ、監視ベンダからの電話連絡など)		
5	OS等のシステムプログラム(プログラム・プロダクト保守)のバグ修正の対応を行うこと。		
6	医療情報システムパッケージ(医療プログラム・プロダクト保守)のバグ修正対応、軽微な改善修正(両者協議の上)を行うこと。また、必要に応じて、発注者と協議の上、本稼働後も安定稼働するまでSEを常駐させ、バグ、改善対応を行うこと。ただし、安定稼働の定義は請負業者選定後に、協議の上決定すること。		
7	システムに関わる法令改正(診療報酬改定、薬価改正を含む)が公示された場合は、速やかに対応し、施行前にシステムの変更を完了し、運用に支障を来さないこと。なお、利用開始日等を設定し、自動的に作動する状態にあること。また、抜本的な法令等の改正があった場合、極力費用は発生させないこと。		
8	「看護診断」は最新版のものを導入すること。		
9	2年ごとの看護診断の領域の見直し(変更)に応じて看護プロファイルの項目が保守費用内で対応できること。		
10	保守の範囲として、医療改定に伴うプログラム変更、薬価・点数マスタを提供することを含むこと。		
11	定期的なシステム連絡会を開催し、システムの運用状況、問題点及び改善案の報告を行うこと。開催の頻度は、導入当初は週1～2回程度、3ヶ月後は月2～4回程度、6ヶ月後は月1～2回程度、以降は2ヶ月に1回程度とすること。		
12	ウィルスチェックのソフト及びウィルス定義ファイルは定期的にすべて更新すること。		
13	薬価収載品目変更、添付文書改訂に伴う医薬品情報データベースの最新情報を随時提供すること。(毎月提供、重大な変更がある場合は随時)		
14	システム運用・開発・管理に関する質問に対して、適切な回答・助言・改善案を提供すること。		
1.3.3.4 その他			
1.3.3.4.1 請負期間について			

1	初年度の契約については、契約日と同日を着手日とし、翌年度の3月31日を完了日とすること。(本稼働は、令和8年8月～令和9年1月の間で予定)		
1.3.3.4.2 提出見積書への記載事項について			
1	以下の項目について年度別に費用を算出し記載すること。 (1) ハードウェア保守料(7年分)(本調達分) (2) 電子カルテシステムのソフトウェア保守料(7年分) (3) 電子カルテシステムのリモート保守・監視費用(7年分)		
1.3.3.4.3 仕様書に記載のない事項について			
1	仕様書に記載のない事項については、別途協議の上決定すること。		
1.4 データ移行要件			
1.4.1 全般事項			
1	データ移行に関する費用は、本調達費用の中に全て含めること。この際発生する既設システム業者にかかる費用等についても、全て今回の受注者の責任において実施すること。 現行「電子カルテシステム」ベンダのデータ出力費用と方法、データの引渡しに関して、当院も協議に参加し支援するものとする。		
2	データ移行に関して、受託者は、当院担当者および既存システムベンダと協議の上、詳細な移行計画(移行方法、スケジュール等)を当院に提示し、当院の指示により行うこと。		
3	システムを安定稼働させるために、既存システムからのデータ移行作業は、病院職員に大きな負担をかけることなく安全かつ確実に移行し、病院業務に支障を来さないこと。		
4	本システム稼働後に新たに記録されるデータの所有権および著作権は、すべて当院に帰属するものとし、次の更新時には当院の必要とするデータを全て引き渡すこと。		
5	現行の「基幹システムである電子カルテシステム」からのデータ移行について、既設システム業者はすべてのデータの移行を実現するための手順を示すこと。併せて、既設システム業者以外のシステムに切り替える場合のデータ抽出費用を病院および既設システム業者以外の業者に提示すること。また、既設システム業者以外の業者は、全てのデータの移行を実現することができないことから、他院実績を踏まえたデータ移行手順を複数パターン示すこと。併せて、新規システムにデータを取り込むための費用を、先に示した複数パターンについて既設システムからのデータ抽出費用を含めて病院に提示すること。 自動的に移行できないデータに関しては、手作業等で受注者の責任において間違いなく移行をおこなうこと。(確認・承認作業は病院が行うものとする) 当院では移行されたデータの確認・承認作業を除き、原則データ移行作業はおこなわないものとする。その上で、データ移行が困難なものが判明した場合には、受注者側で対応をするか当院側で対応するかについては、協議の上、定めることとする。 更新に伴う同一ベンダ同士のデータ移行費用は原則認めない。 なお、システム更新により、移行データの厳密な電子保存の3原則を満たすために現行システムまたは現行システムと同等の環境を参照用として残すこと。なお、参照用の構築についても、すべて今回の受注者の責任において実施することとする。		
6	本調達を行う現行の「オプション」または「部門システム」のシステムに関するデータ移行に関しても、既設システム業者はすべてのデータの移行を実現するための手順を示すこと。併せて、既設システム業者以外のシステムに切り替える場合のデータ抽出費用を病院に提示すること。また、既設システム業者以外の業者は、全てのデータの移行を実現することができないことから、他院実績を踏まえたデータ移行手順を複数パターン示すこと。併せて、新規システムにデータを取り込むための費用を、先に示した複数パターンについて病院に提示すること。 自動的に移行できないデータに関しては、手作業等で受注者の責任において間違いなく移行をおこなうこと。 その上で、データ移行が困難なものが判明した場合には、受注者側で対応をするか当院側で対応するかについては、協議の上、定めることとする。		
7	次回更新時に、全てのシステムにおいて、当院の指定するデータの三原則を担保できる汎用的なデータ形で全て出力すること。		
8	データ移行作業に伴う調整作業および問い合わせ対応についても、誠実に対応すること。		

9	システムの更新に際して、次々期システムへの診療等の情報の移行については、受注者は電子保存の3原則を担保した形で責任をもって移行できるデータを提供すること。この際、移行に関しては、当院および移行先のベンダとの協議に参加し、移行方法を決定するものとする。		
10	XML等他の業者が移行できる汎用的な標準フォーマットで電子カルテ情報を格納・出力できること。		

第2章 機能要件（ハードウェア要件）		回答	備考
2.1 全般			
1	本調達におけるハードウェアの調達は当院が直接行う。 電子カルテベンダは、本調達のシステムを構成するサーバ機および各サーバ付随の周辺機器（UPS、サーバラック、サーバスイッチ等）の必要機材のスペックを当院に提供すること。		
2	また、各システムを利用するためのクライアント機器、各機器に付随するOS、ミドルウェア等の必要機材のスペックを当院に提供すること。		
3	各ハードウェアが接続するネットワークについては現行の医療情報ネットワークを継続して使用するため、現行の病院情報ネットワークに接続可能なハードウェアを選定すること。		
4	本調達対象となる全てのシステム構成機器については納入後7年を稼働期間とし、稼働期間内においてはソフトウェア要件を満たすレスポンスおよびデータ保存領域を十分に確保可能なハードウェアスペックとすること。仕様は参考基準であり、応札者がレスポンス確保のために変更したほうがよいと判断した場合には、最適スペックの提案を行うこと。		

第3章 機能要件 (ソフトウェア要件)		回答	備考
3.1 電子カルテシステム			
3.1.1 全体事項			
1	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
2	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
3	稼働時には搭載できなかった機能があれば、毎年のバージョンアップ・随時の機能追加提案によりシステム機能の強化、拡充を行うこと。		
4	全てのシステムにおいて(特に少数ライセンスの機能等)、通常利用するライセンスとは別に、管理者が機器変更や設定変更時の動作・連携確認に利用できるライセンスを1ライセンス以上確保し、指定する端末へ導入すること。 * 管理者のみの利用とし、通常医療業務には使用しないので無償提供を原則とする。		
5	部門システムのレポートなどPDF出力可能なものや、画像等のデータ、当院の指示するデータで出力可能なものは、文書管理システムや一元参照を可能とする機能、電子カルテ本体へデータ出力を行い連携・保存可能とすること。		
6	今回調達する全システムのリモート保守構成は、VPN(IPsec-VPN等)利用を基本とする。当院が今後計画しているリモート集約システムを利用することを想定すること。		
7	本調達の応札者は、当院で稼働中の[富士通製：電子カルテシステムまたはオーダリングパッケージ]からのデータ移行実績を有しており、コスト削減および移行ノウハウを提供できること。		
3.1.2 基本機能			
3.1.2.1 レスポンス			
1	システム負荷(外来来院患者数の増加等)により、画面表示レスポンスに影響を与えないこと。また、データ増加に伴って、レスポンスが落ちるのを防ぐため、患者基本情報+診療情報1年分等(年数は別途協議)を初期処理で読み込み、後は必要に応じて読みに行くような工夫をすること。		
2	2年以上経過しデータ量が増えたときも大差のないくらいのレスポンスを保証すること。		
3	電子カルテシステムの起動はストレスを与えない範囲であること。(電子カルテシステムのみの再起動時は5秒以内を目安とすること)		
4	端末の画面展開速度は基本的に2秒以内とし、ピーク時にも支障がないようにすること。		
5	レスポンスダウンなどの事象が発生した場合の原因追求を容易に行うための、データベースおよびアプリケーションのパフォーマンス情報を蓄積する機能を有すること。		
3.1.2.2 障害対策およびバックアップ			
1	サーバの障害発生により、システム停止(入力不可)状況にならないこと。		
2	システム障害対策の為、ハード的対策とソフト的対策をとること。		
3	自然災害(火災、地震等)により、病院施設に影響があった場合についても、バックアップデータから復旧できること。		
4	電子カルテシステムのバックアップには、遠隔地オンラインによるバックアップも提案すること。		
5	電子カルテシステムのバックアップには、オフラインによるバックアップも提案すること。		
6	電子カルテシステムのバックアップ処理は、業務を停止させずに実行すること。		
7	電子カルテシステムサーバの障害発生時にも、カルテ参照サーバより過去のオータ歴、診療歴が参照できること。		
8	停電により、クライアントの電源断が発生した場合でも、直前までに入力したデータは電源再投入時に復元し、継続して入力ができるようにすること。(対象範囲：カルテ記載・処方・注射・検査・処置オーダー)		
3.1.2.3 インタフェース			
1	電子カルテシステムにおいて、インタフェースを開放し、他社システムのビューアでの画像参照(波形データ等も含む)ができること。		

2	電子カルテベンダは、全ての各部門システム(更新・継続利用問わず)と接続し、当院の必要とする仕様環境を提供できるように柔軟で標準的なインタフェース構築と開発体制を整えること。(詳細な接続方法は、当院と別途調整すること) ベンダ担当スタッフにノウハウがない場合は、外部もしくは協力会社に自主的にアドバイスを受け、不備がないように十分な構築体制を整えること。今回導入するシステムにおいては、必要に応じてインタフェースサーバを貴社側で提案すること。(他社システムがインタフェースを公開することを前提とする)		
3	電子カルテシステムの基本構造は、IHE-J、HL7に可能な限り準拠し、必要とする部門システムの要求に対応すること。		
4	医事会計システム上の患者基本情報が修正された場合、リアルタイムに電子カルテシステムの患者基本情報が更新されること。電子カルテシステムが起動されていない場合は、起動時に必ず修正情報をチェックし、修正可能であること。		
5	各部門システムとインターフェイスを構築すること。詳細については各部門ベンダーと協議し当院の運用に負荷が生じないよう考慮すること		
3.1.2.4 マスタ関連			
1	厚生労働省、MEDIS-DC等で提供している標準コードマスタを使用すること。また、オーダ・定型文書・テンプレート・病名・診断名(放射線、病理、内視鏡、生理等)・看護診断等の各種マスタ、及びシエマ等の画像データについても発注者側の要望に応じて提供すること。		
2	マスタの作成に関しては、現行のマスタにこだわらず、他施設での効率的な構成や作成例をWG時にベンダから提供すること。事例をふまえ、現行マスタをベースにするか新しく作成し直すかは、当院との協議のうえ決定すること。		
3	科別・医師別にテンプレートが随時作成・変更可能であること。		
4	マスタ作成(インタフェースマスタを含む)はベンダ主体で病院と協力して行い、マスタ作成・追加・修正に要する費用は別途発生しないこと。		
5	処置に対する材料の紐づけについては、登録が完了するまでマスタ作成・追加・修正を支援すること。		
6	マスタ追加・修正を行う際に、1つのマスタを修正することで影響が出る範囲を明示すること。また、システム稼働までのマスタ作成においては、影響範囲の修正に漏れがないか確認作業の支援を行うこと。		
7	システム更新後は、病院職員でマスタメンテナンスが可能であること。		
8	医薬品マスタの新規及び修正登録時に電子カルテシステムと薬剤部門システムで各々登録をしていた行為が、連携により双方に反映され、登録業務の大幅な時間短縮が可能となること。		
9	連携することで電子カルテシステムと薬剤部門システム双方でホストコードの重複や入力間違い等を防ぎ、リスクを減らすことで医療安全の向上につなげられること。		
10	電子カルテシステム上で使用される年号は、和暦、西暦の表示切替ができること。		
11	電子カルテシステムに登録されているマスタは、すべてCSVファイルで出力できること。		
12	病院の運用や環境に合わせて設定した、アプリケーションの動作制御マスタについては、パッケージ標準マスタと病院固有のマスタの構成を分けるなど区分することにより、レベルアップ等のシステム入れ替え時にアプリケーションの動作が意図せずに変わるといったような誤動作を防止する仕組みを提供すること。		
3.1.2.5 アクセスログ			
1	カルテを参照した際に、いつ、誰(ログイン者)が、どこで(端末等)、誰(患者)の情報種類(オーダ等)のデータに対して、何を行った(操作(作成、更新)のかをアクセスログとして取得できること。		
2	期間、端末名、操作者ID、患者番号、情報種類、操作内容等で絞り込み検索を実施し、検索結果を一覧表示できること。		
3	文書管理システムに関するアクセスログは、職員ID(ログインID)、患者ID、期間での抽出(範囲で指定できること。)、で取得できること。		
4	アクセスログは、CSV出力できること。		
3.1.2.6 操作性			
1	基本的に、画面のデザイン、用語、メッセージ操作等がシステム内でわかりやすく統一され、見やすく、ミスの発生しにくいものであること。		
2	オーダ種が異なっても、基本的な操作は統一されていること。		

3	各種入力機能については、マウスやキーボード入力により操作できること。また、マウス操作によりカット&ペーストもしくはコピー&ペーストが容易にできること。		
4	入力エラーのメッセージ表示については、対象データ、エラーの理由、対処方法をわかりやすく表示し、修正入力が可能であること。		
5	データ修正の状況(入力ミス、治療方針の変更)が記録として残せること。		
6	新規、修正、削除を含めて、入力データについて最終的にカルテの更新を行うまでは、UNDO、全入力の取り消しの機能を持つこと。		
7	患者選択後、カルテ検索領域で外来・入院共にカルテ記載、オーダ入力のあった日付が表示されること。また、カレンダー表示に切り替えた場合にも色付けされ視覚的に確認ができること。		
8	患者選択後の初期表示画面から、オーダ入力、レポート入力、メール及びチャット起動等のランチャーの設定は、操作者ごとで自由に設定できること。		
9	オーダ入力中でも、患者ごとに院内での緊急メッセージの取得ができること。		
10	オーダ単位に保険指定ができること。		
11	保険診療用のカルテと自由診療用のカルテが区別できること。		
12	全科分の既オーダを参照し、流用(DO)入力できること。		
13	表示はカレンダー形式とすること。		
14	同姓同名患者の識別ができること。		
15	バーコードスキャナなどのデバイスにより簡単かつ即時に患者画面にアクセスできること。		
16	患者を複数選択して、画面切替えを行うことができること。		
17	シェーマでの入力ができること。		
18	イメージスキャナでの入力ができること。		
19	同一患者選択時に他のクライアントで処理中(画面表示中)であることが表示できること。但し、同一患者のカルテを同時に複数のクライアントで入力・参照できること。		
20	カルテの記事記載、オーダ入力、看護記録入力は同時に入力できること。		
21	予約患者一覧を画面で把握でき、併科受診・検査等の進行状況がわかること。		
22	液晶ペンタプレット端末でも電子カルテ入力ができること。また、画像の表示およびコントロールもできること。		
23	OSの標準ソフト(メモ・テキスト・ペイント・計算機など)を利用できること。		
24	異なるアプリケーション間でもコピー&ペーストが容易にできること。		
25	頻繁に印刷する帳票は画面上に印刷ボタンがあること。		
26	印刷ボタンがあるすべての帳票は、印刷した際に用紙サイズに納まるように出力できること。(もしくは必ずプレビュー画面で印刷イメージを確認できること。)		
27	カルテ記載中に端末がフリーズした際には、作成途中のカルテ情報を復旧できること。		
28	院内の全患者のカルテ(カルテブラウザで参照可能な情報)に対して、患者横断的にキーワードを指定して文字列検索できること。		
3.1.2.7 入力内容のセット化			
1	各種入力機能のセット化ができること。		
2	異なる種類のオーダ種(処方・注射、検査等)を組合せ、セット化ができること。		
3	病院、科、医師単位で任意にセットのグループを作成できること。		

4	セットマスタ作成も同様にペンダ主体で病院と協力して行い、マスタ作成・追加・修正に要する費用は別途発生しないこと。		
5	開始日から数えて、複数の項目のそれぞれに第何日目に実施するかを指定できること。		
6	入力時、セットの内容については伝票形式で表示できること。自動表示された場合、特に修正のない限り、1操作で入力が完了できること。		
3.1.2.8 未実施オーダー一覧			
3.1.2.8.1 外来患者未実施オーダー			
1	診療科別、医師別に担当患者の未実施オーダー一覧表が出力できること。		
3.1.2.8.2 入院患者未実施オーダー			
1	病棟別、チーム別に未実施オーダー一覧表が出力できること。		
2	病棟別、病棟内チーム別、検査項目別に任意の時点の未実施オーダー一覧が出力できること。		
3.1.2.9 ログイン・ログアウト・初期画面			
3.1.2.9.1 ログイン			
1	ICカード等のセキュリティデバイスおよびパスワードや生体認証及びICカード等のセキュリティデバイス、職員コードとパスワードおよび生体認証のように2つの独立した要素(2要素認証)によるログインができること。		
2	電子カルテシステムを利用する際に、利用者ID及びパスワードのチェックを行い、利用者を認証できること。		
3	利用者パスワードの有効期限チェック、利用者の有効期間の設定とチェックができること。又は、利用者パスワードの有効期間を設定できること。		
4	パスワードは利用者以外に知られないようにするため、暗号化の処理をしてサーバに保存できること。		
5	ログインの際に使用者を明確にし、電子カルテ業務のセキュリティ上の問題を解決できること。		
6	職種・所属科・端末配置場所による業務の特異性を本メニューが把握し、それぞれに応じた初期画面を表示できること。または、利用者或いは資格による業務メニューを表示できること。		
7	電子カルテの利用者情報を活用したシングルサインオン(SSO)の基盤を提供すること。		
8	外部のクラウドサービス等と外部保存システムと接続する際には、ユーザIDやパスワードを院内で一元的に管理でき、シングルサインオン(SSO)での認証を可能とすること。		
9	利用者認証時は、入力間違い等による再入力のリトライ回数を設定でき、設定されたリトライ回数を越えて入力を間違った場合はその利用者アカウントを利用不可とできること。		
10	パスワード設定後、一定の期間変更されていない場合、画面上に警告を発する、またはログインを拒否する機能を有すること。		
11	数をいつでも確認できること。又は、パスワードの有効期限と残日数をいつでも確認できること。		
3.1.2.9.2 ログアウト			
1	一定時間端末を放置した場合に、スクリーンセーバ機能が動作し、再度画面表示した場合には操作者認証が行えること。ただし手術室は対象としないこと。		
3.1.2.9.3 初期画面			
1	ログインした後の画面にて、以下の内容を表示すること。 (1) 操作者の氏名		
2	コミュニケーションツールによる電子メール受信済みであれば、アイコンにより表示すること。		
3	主治医がログインする以前に医師の指示のもとでオーダーが代行入力(研修医または承認が必要な医師、看護師、コメディカル、医師事務作業補助者等)されている場合、主治医が確定(承認)入力がなされていない対象患者が存在することがわかること。さらに、未承認一覧画面などを開いて(承認)入力ができること。		
4	上記の際に、医師が代理入力記事の修正、削除により主治医の承認が不要な場合は、対象患者一覧表への非表示を選択できること。なお、医師以外を対象記事修正の場合は対象患者一覧表へ表示させること。		
5	端末設置場所によっては、以下の画面を表示すること。		
	(1) 外来診察室においては医師または診察室別外来予約患者一覧を表示すること。		

	(2) 病棟においては病棟別もしくは診療科別入院患者一覧(もしくはベッドマップ)を表示すること。		
	(3) 救急外来エリアにおいては救急外来患者一覧を表示すること。		
6	ベッドマップは、当院の病棟のレイアウトに即した画面表示をすること。		
7	当院の経営戦略にあわせたベッドマップの変更及び病床稼働率の対象とする病床のマス設定変更、病棟名の変更等を当院と協議の上で行うこと。(病床機能再編等による対応が予想されるため。)		
8	ベッドマップ上では、主治医、担当医、担当看護師の同時表示ができること。困難な場合は、ワンタッチで表示を切り替えることができること。		
9	外来予約患者一覧		
	(1) 外来予約患者一覧では、指定日の指定予約項目に予約がある患者が一覧表示されること。		
	(2) 外来予約患者一覧では、予約患者は予約時間順に一覧表示できること。また、診察一時終了患者の選択や診察終了患者の再表示にも対応できること。		
	(3) 外来患者一覧の各々の表示項目について、ワンタッチで患者の並び替え(昇順/降順)が可能なこと。また、表示項目自体の選択が可能なこと。		
	(4) 外来予約患者一覧では、当日の他科予約有無の表示が可能なこと。		
	(5) 他科の予約がある場合は、予約診療科が表示ができること。		
	(6) 入院中外来のみ表示することができること。または、入院中外来かどうかで並び替えができること。		
	(7) 外来予約患者一覧は、患者の診療状態(未来院、診察待ち、診察一時終了、診察終了)により色分けして表示できること。		
	(8) 外来予約患者一覧で患者を選択すると、薬剤禁忌、食物禁忌、障害情報、アレルギー情報の有無、感染症情報の有無が表示できること。		
	(9) 外来予約患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者番号、性別、年齢、予約時間、来院時間、診療状態、検査結果、併料の有無、紹介の有無、フリーコメント、入院病棟が表示されること。		
	(10) 外来予約患者一覧に表示される項目の順序は自由に変更できること。また、各項目の昇順/降順での並び替えができること。		
	(11) 患者番号がわからない場合でも、検索画面において姓名検索(カナ)、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。		
	(12) 患者一覧からカルテを開いた状態で、受診案内票のバーコードを読むことで、患者間違いがないことを確認できる機能を有すること。		
	(13) 患者一覧にて逆紹介(返書の作成)状況が確認できること。		
	(14) 外来診察終了後には、患者一覧にて診察を行った診療科および医師名が確認できること。		
10	入院患者一覧		
	(1) 入院患者一覧は、入院患者を病棟別や科別の一覧表示できること。また、医師の担当患者一覧が容易に表示でき、そこからカルテ表示できること。		
	(2) 入院予定患者、入院決定患者、転床予定患者をそれぞれ一覧で表示できること。また、それぞれの一覧は、タブ切り替えて表示できること。		
	(3) 入院患者一覧は、外泊中を色分けして表示できること。		
	(4) 入院患者一覧で患者を選択すると、薬剤禁忌、食物禁忌、障害情報、アレルギー情報の有無、感染症情報の有無が表示されること。		
	(5) 入院患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者番号、診療科、入院日、病棟、病室、ベッドが表示されること。		

	(6) 入院患者一覧には、バスの登録の有無が表示されること。		
	(7) 患者番号がわからない場合でも、検索画面において姓名検索(カナ)、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。		
	(8) 医師に対して、患者毎に検査結果や代理入力等の承認依頼など確認が必要な情報がある場合に、確認事項があることを示すマークが表示されること。		
	(9) 看護師に対して、患者毎に医師からの指示等がある場合は、患者毎に指示事項があることを示すマークが表示されること。		
	(10) 患者一覧にて逆紹介(返書の作成)状況が確認できること。		
11	掲示板を表示できること。		
12	DPC患者一覧		
	(1) 入院患者一覧からDPC対象患者に絞り込んだDPC患者一覧が表示できること。		
	(2) DPC対象患者を入院日別、退院日別、入院中別に一覧表示ができること。		
3.1.2.10 コミュニケーションツール			
3.1.2.10.1 電子カルテシステム内でのメール機能			
1	宛先指定により、個人から個人への電子メールによる情報発信、及び個人から集団への情報発信ができること。		
2	個人及び集団へ情報発信する際に患者指定ができること。また、メッセージより該当患者のカルテを表示することができること。		
3	送信先の相手がメッセージを読んだかどうかの既読状況を確認できること。		
4	過去に受信したメッセージおよび送信したメッセージを閲覧できること。		
5	その他、以下の機能を有していること。 (1) 宛先検索機能 (2) 職種別、部署別、宛先選択機能 (3) 宛先グルーピング機能		
6	最新情報を自動で取得する機能を有すること。		
3.1.2.10.2 電子カルテシステム内でのチャット機能			
1	宛先指定により、個人から個人へのチャットによる情報発信、及び個人から集団への情報発信ができること。		
2	個人及び集団へ情報発信する際に患者指定ができること。また、メッセージより該当患者のカルテを表示することができること。		
3	送信先の相手がメッセージを読んだかどうかの既読状況を確認できること。		
4	過去に受信したメッセージおよび送信したメッセージを閲覧できること。		
5	その他、以下の機能を有していること。 (1) 宛先検索機能 (2) 職種別、部署別、チーム別宛先選択機能 (3) 宛先グルーピング機能		
3.1.2.10.3 患者情報共有ツール			
1	患者の電子カルテを開いた際に、患者属性、DPC情報、基礎疾患、臨床上の問題点、処方、特記事項（アレルギー情報、転倒リスク、疼痛評価、宗教観）、治療方針、患者家族の訴え、当該患者に関するメッセージ等の最新情報を表示し情報共有できること。また、各種情報が更新された場合には、自動的に反映できること。		
2	情報共有ツールにて、取っている指導料がわかりやすく表示されること。		
3	情報共有ツールにて、外来診療および入院診療毎の診療報酬明細が表示されること。		
3.1.2.10.4 各種ツール:単語登録			
1	電子カルテシステムの利用者単位で単語登録ができること。この場合、任意の読みや記号で、関連付けたい単語や文章を登録できること。		
2	電子カルテシステムにログインしたタイミングで利用者の辞書オーダダウンロードできること。		

3	利用者毎に登録した単語が一覧表示できること。		
4	利用者毎に登録した単語を修正できること。		
5	利用者毎に登録した単語を削除できること。		
6	学習記憶機能があり、使用頻度の多い単語及び文章については、数文字入力すれば、候補単語及び文章が表示され、選択入力できること。		
3.1.2.11 患者基本情報			
3.1.2.11.1 患者プロフィールの登録			
1	医事会計システムより患者基本情報の表示及び更新ができること。(患者氏名、性別、生年月日、患者ID、職業、保有保険、患者住所、複数の連絡先電話番号(自宅電話番号、携帯電話番号等)、旧姓)		
2	患者プロフィールに対して追加入力できること。		
3	アセスメントシートに入力された内容を取り込むことができること。また、患者プロフィールに入力された内容がアセスメントシート等に連携できること。		
4	患者プロフィールとして、麻薬使用状況、薬剤アレルギー、食物アレルギー、造影剤アレルギー、インプラント、医薬品副作用歴が表示及び更新できること。		
5	禁忌薬剤の表示ができること。		
6	患者コメント内容の表示及び更新ができること。		
7	身長、体重、BMIの入力もしくは表示ができること。また、それぞれの項目に対して入力日付(更新日)が表示されること。		
8	感染症情報の入力及び表示ができること。また、細菌検査システムから自動更新もできること。(血液型、HB、HCV、MRSA、CRE、結核、ツ反、輸血有無、薬剤アレルギー、その他アレルギー等)また、更新日が表示されること。さらに、感染症・アレルギー情報は各部門システムに分かりやすく連携・表示されること。		
9	紹介元情報および紹介先情報の表示および更新ができること。また、地域連携システムから受信できること。		
10	入院基本オーダで登録された担当医(複数)の表示ができること。		
11	入院履歴の参照ができること。(入院日または転入日、転入前診療科、入院時刻、退院日または転出日、転出先診療科、診療科、主治医、担当医、指導医等)		
12	入院履歴では、転棟情報も参照できること。		
13	入院履歴には、入院中外来診察の情報は表示されないこと。		
14	退院経路の参照ができること。(外来当科他科区分、紹介先病院区分、自己区分、通院不要区分等)		
15	外来受診歴の確認ができること。		
16	障害情報の入力及び表示ができること。		
17	診断情報の表示及び更新ができること。(主病名、副病名、外因要素)		
18	手術情報の表示及び更新ができること。(手術日、術式名称等)		
19	経過概要の表示及び入力ができること。(入院までの経過、主な治療、検査、問題点、退院時所見、退院時処方、退院時治療方針等)		
20	がん告知情報の入力及び表示ができること。		
21	移植情報の入力、表示できること。		
22	治験適用患者であることが表示できること。		
3.1.2.11.2 保険確認			
1	毎月最初の来院日に、患者単位(全保有保険)及び保険別の保険確認日の登録・修正ができること。		

3.1.2.11.3 救急時の対応		
1	救急外来受診用の受付機能を有すること。受付した患者を一般の外来患者一覧とは別の一覧として表示できること。	
2	受付日次の入力・表示が可能なこと。	
3	受付診療科の入力・表示が可能なこと。	
4	来院方法の入力・表示が可能なこと。	
5	トリアージ区分（蘇生レベル、緊急、準緊急、低緊急、非緊急）の入力・表示が可能であり、色分けした表示が可能なこと。	
6	紹介状の有無の入力・表示が可能なこと。	
7	受付コメントの入力・表示が可能なこと。	
8	患者の診察状況（ステータス）を把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診済、到着済、診察中、再診察待ち、診察終了、会計済」などの現在の診察ステータスを自動的に更新し、表示できること。	
9	患者の診察ステータスを正確に把握し、患者を正確に誘導するために、診察ステータスは上項に示した自動更新以外にも手動による変更ができること。	
10	部門システムと連携し、各種検査検査結果の状態を自動更新し、一覧上で表示できること。また、検体検査については、一部の結果が到着した場合でもステータスが自動更新され、結果到着が確認できること。	
11	救急患者一覧において検索条件として、日付、診察ステータス、初再診区分を指定して表示内容の並べ替えができること。	
12	病名が表示できること。	
13	救急患者一覧には診察を行った診療科が表示できること。	
14	転帰の入力・表示が可能なこと。	
15	前日の救急患者を即座に表示できること。	
16	救急患者一覧から患者のカルテが表示できること。	
17	患者ID番号を入力することによりカルテが表示できること。	
18	救急患者一覧の表示内容をCSV形式のファイルに出力できること。	
19	救急患者一覧より、行の削除ができること。なお、削除は権限設定により特定の職種および利用者に権限を付与することができること。	
20	救急患者一覧から患者を選択すると、自動的に救急専用の記録シート(カルテ)をカルテ基本画面に表示し、一般カルテと同様に記載ができること。また、救急カルテも他の診療録、オーダと同様に指示歴に表示できること。	
21	カルテ歴から救急カルテを絞り込んで検索および表示ができること。	
22	同一患者でカルテ(患者ID)が複数発生した場合、どちらを本カルテ(本ID)にするか選択でき、一方のカルテ(患者ID)を本カルテ(本ID)とリンク付けができること。	
23	その際、一方のカルテを参照のみに設定でき書き込めないようにすること。	
3.1.2.11.4 出産時の対応		
1	氏名、性別、生年月日が不明でも新生児カルテ作成(ID登録)ができること。	
2	健康新生児は病棟に表示できること。	
3.1.2.11.5 問診入力		
1	問診情報はテンプレートや患者プロフィールに入力し、診察中に容易に参照することができ、コピー＆ペースト等で診療記録に流用できること。	
2	問診情報は医師が当該患者の電子カルテを開いたときに容易に参照可能であること。	

3	総合受付及びブロック受付等で全科共通問診情報をテンプレート入力できること。さらに共通問診項目に関しては患者プロフィール情報として更新できること。		
4	ブロック受付もしくは予診室で科別問診情報をテンプレート入力できること。		
3.1.2.12 パッケージのバージョンアップについて			
1	パッケージの新Versionがリリースされた場合には、最新Versionのリリースを無償 (Version Upに関してはソフトウェア保守契約を結ぶ)で行うこと。		
2	パッケージの定期的なVersion Up、もしくは新機能を開発した場合は機能提供を必ず行うこと。(Version Upに関しては、年1回必ず供給される条件でソフトウェア保守契約を結ぶこと)		
3	パッケージのVersion Upで、既存システムの機能が損なわれることがないこと。		
3.1.2.13 その他			
1	患者のオーダーの進捗を把握できること。		
2	全てのオーダー情報をDWH(診療・経営情報DB、院内DWH)へ格納できること。		
3	依頼料及び統計時の科を標榜科(救急、健診等も含む)とし、レセプト作成時請求科に集約できること。		
4	入院患者の持ち込み薬の管理ができること。また、全薬マスタを提供すること。		
5	持参薬の検索機能を有し添付文書を表示できること。		
6	複数の端末機で同一患者を開いている時、誰が使用中か警告メッセージが出力されること。また、この際にも最低限の制限を除いては利用できること。		
7	入院指示を出した際に、患者を入院案内窓口に誘導するための連絡票を出力できること。		
8	健診システムおよび血液浄化部門システムで入力及び修正された予約及びオーダー情報は、電子カルテシステムに送信し、電子カルテシステムで受信でき、フローシート上に展開されること。		
3.1.2.14 患者情報の表示			
1	電子カルテの上部等に患者基本情報が表示される患者情報欄があること。		
2	患者情報欄には、体表面積が表示されること。		
3	出産予定日が登録されている場合は、患者情報欄に出産予定日が表示されること。		
3.1.2.15 患者情報の集約・統合			
1	感染情報や検査結果、データベース等で入力した重要な情報を転記することなく、共有情報として格納できること。(患者基本情報の拡大) 関連情報：手術申込み表、助産録＝分娩台帳、サマリ、看護データベース		
3.1.2.16 導入後のサポート体制			
1	システムの運用状況および問題点の把握と改善作業を行うため、システム稼働後に定期的にミーティングを開催すること。開催の頻度は1ヶ月に1回とするが、必要に応じて出席に応じること。		
2	システム稼働後、システム運用、管理等に関する質問に対して、適切な回答、助言、提案等を行うこと。		
3	当院担当者からの質問、要望に対する調査回答は、可能な限り迅速に行うこと。最長でも2カ月を目安とする。		
4	新しい技術、製品の最新技術情報を定期的に提供すること。		
5	リソース監視状況やパフォーマンス・レスポンス測定など、定期的なシステム監視状況の報告を行うこと。		
6	議事録・報告書を作成し、原則1週間以内に提出すること。		
3.1.3 データ移行			
3.1.3.1 データ移行 (基本事項)			
1	移行作業は、安全かつ確実に実施し、病院業務に支障をきたさないこと。尚、既存データの移行に関する一切の費用を本費用に含めること。		
2	システム変更となる場合、原則データ移行に関する作業は、既存システムからのデータの出力は既存システムベンダが対応し、移行データに関する編集・クレンジング及び登録(アップロード)作業は次期システムベンダ側にて実施すること。但し、代替案がある場合についてはその方法を当院に説明の上、了承を得ることで行うことを可能とする。		

3	受託者はデータ移行に関して、開始・終了条件、移行実施体制と役割、移行作業及びスケジュール、移行環境、移行方法、移行ツール、移行データ検証方法について記述したデータ移行計画書を作成し、当院の承認を得ること。		
4	受託者は、移行にあたってその作業を円滑に進めるとともに、データの整合性等について十分に検証を進めることを目的として、この計画立案及び実施に係る移行統括責任者を設置し、システム品質を担保すること。		
5	移行スケジュール、移行方法及び確認方法等について、当院と十分協議のうえ移行計画を決定すること。		
6	電子カルテの3原則である「真正性」「見読性」「保存性」の確保を考慮に入れ、再利用が必要な現行システムのデータ（処方オーダ：DOデータ等）を移行対象とすること。再利用が必要なデータについては、当院と協議の上決定すること。		
7	データ移行を複数回に分けて行う場合は、漏れなく且つ重複なく移行できるように対策を講じて説明すること。		
8	システム変更となる場合は、蓄積されたデータについて、新システムでの利用方法を当院担当者を交え詳細に確認すること。確認後、参照移行、互換移行（更新可）、移行不可など移行分類等について整理して提案説明すること。その際に当院の意見を受けて、できるだけ診療に影響がでないように調整すること。最終結果を整理し、承認を得ること。		
9	システム変更となる場合は、既存のシステムを詳細に確認し、移行できないデータや移行により現状と異なる表示（結合、分離など）となるデータについて、整理した資料を提示し、説明すること。その際に当院の意見を受けて、できるだけ業務に影響がでないように調整すること。最終結果を整理し、承認を得ること。		
10	移行できないデータについては、代替案等を提案すること。その際に当院の意見を受けて、できるだけ業務に影響がでないように調整すること。最終結果を整理し、承認を得ること。		
11	移行できないデータやマスタ整備などで、当院職員の作業が発生する場合は、全体を整理して資料を作成し、説明すること（事前入力等を含む）。当院職員でなければならない作業を基本とし、作業負荷軽減を念頭にできるだけ効率的な作業を提案すること。最終結果を整理し、承認を得ること。		
12	文書雛形ファイルは既存のものを活用し、様式調整や引数等の設定はベンダ側で対応すること。新システム稼働後の運用のため、担当職員、オペレータへの教育も兼ねて当院作業分が一部発生してもよいが、担当職員と協議により決定するものとし、通常業務と並行して対応できる範囲に限る。		
13	当院の作業については、件数や項目数などのボリュームを基にスケジュールを作成し、ボリューム等と併せて説明すること。担当者の業務状況を考慮して調整すること。		
14	移行計画策定においては、リハーサル開始前までに、各移行対象データについて、部分的な移行が実施され、リハーサルを通じて内容の検証が可能であるよう留意すること。		
15	本稼働までに全ての移行が完了すること。稼働日以降の移行作業は一切認めない。レセプト提出後の病名など、当院運用を考慮した提案があれば、当院と協議の上で対応すること。		
16	移行スケジュールには余裕を持たせ、システム切替日が遅延することがないようにすること。		
17	既存のシステムに影響がないように詳細に事前確認を行い、移行環境を整備して移行すること。移行開始及び定期的に既存システムに影響がでないか確認すること。		
18	定期的に進捗報告を実施すること。		
19	システム変更となる場合は、移行に必要なツール等に関するプログラムの設計・開発、結合テスト、外部連携テストを実施すること。移行プログラムの設計・開発時においては、今回構築するシステムと十分に整合性を図ること。		
20	システム変更となる場合は、データ移行リハーサルを実施し、移行方法、移行スケジュールの妥当性を確認すること。また、実施にあたってはデータの移行漏れが発生しないよう細心の注意を払うこと。 移行前、移行後のデータ件数の比較をして、データ件数等、正常性の確認を行い結果を当院へ提出すること。		
21	移行データの検証にあたっては、チェックとして、オーダ発行し、部門システム・医事会計システムへの連携内容まで確認すること。		
22	システム変更となる場合は、既存のマスタとの変更点、メンテナンス方法の変更点等について事前に説明し、合意のもとマスタを整備すること。既存システムの設定等について詳細に確認し、初期マスタ案を作成の上、当院担当者と協議して調整すること。		
23	システム変更となる場合は、連携先のベンダとシステム連携について確認した上で、当院担当者と変更点など詳細に調整してマスタ等の整備を行うこと。		

24	システム変更となる場合は、職員の作業は職員でしか対応できない作業に限定し、職員の負担軽減に配慮して必要最小限の作業とすること。		
25	過去のカルテ情報が簡便に参照できるようにすること。		
26	システムが更新されることでプログラムなどでの移行が困難な場合は、当病院職員の業務負担とならないよう、受託ベンダにて手入力するなど代替案を提案すること。その際に当院の意見を受けて、可能な限り業務に影響がでないように調整すること。		
3.1.3.2 データ移行（電子カルテシステム）			
1	現有電子カルテサーバから「患者基本情報」、「患者保険情報」、「患者プロフィール情報」、「経過記録」、「看護記録」、「カルテ付箋情報」、「病名情報」、「入院移動情報」、「担当情報」、「給食情報」、「医療文書」、「利用者単語登録」「クリニカルパス」、「レジメン」の各項目に対応するデータを見読性に留意して移行すること。		
2	現電子カルテシステムに格納された全てのデータ（テキスト、イメージ、表、PNG、画像等）が新システムにおいても参照できること。		
3	未承認の代行入力されたオーダ、カルテ情報および未承認のカウンタサイン情報について、新システム上で承認処理ができること。（移行直前のデータについてのみ対象とする。）		
4	既存電子カルテシステムで登録および利用している利用者マスタ及びバスマスタ情報の再利用できる項目については全件移行すること。		
5	既存電子カルテシステムで作成しているシエマについて、全件移行すること。		
6	既存電子カルテシステムで作成している院内文書について、全件移行すること。		
7	既存電子カルテシステムで作成している同意書について、全件移行すること。		
8	既存電子カルテシステムで作成しているクリニカルバスマスタについて、全件移行すること。 システムの困難な場合は、人的に対応すること。		
9	既存電子カルテシステムで作成しているレジメンマスタについて、全件移行すること。		
10	既存電子カルテシステムで作成している指導管理料ごとの算定根拠汎用画面について、全件移行すること。		
11	既存電子カルテシステムに保存されている経過表情報（バイタル情報）について、全件を移行し、次期電子カルテシステムで参照できること。		
12	既存電子カルテシステムに保存されている各種検査、手術、各種指導に関わるレポート情報および画像情報について、全件を移行し、次期電子カルテシステムで参照できること。		
13	既存電子カルテシステムの実施情報とリンクして、Web参照で閲覧しているレポート情報および画像情報については、リンク情報を保持したまま全件を移行し、次期電子カルテシステムで参照できること。		
14	現電子カルテシステムで作成途中のレポートについて、新システム移行後もレポートの作成・承認まで継続できること。		
15	既存電子カルテシステムで登録している個人病名について、全件移行すること。移行された病名の修正・削除・更新が可能であること。		
16	既存電子カルテシステムで登録している代行入力された病名について、全件移行すること。また移行された未承認の病名を承認することができること。		
17	既存電子カルテシステムで登録しているチーム医療介入情報について、全件移行すること。また移行したデータを用いて、チーム回診やチーム内での記録記載ができる状態で移行すること。		
18	既存電子カルテシステムで登録している患者掲示板情報について、全件移行すること。また、移行したデータの更新・削除可能な状態で移行すること。		
19	既存電子カルテシステムで登録しているプロフィール情報について、全件移行すること。また、薬剤アレルギー、食物アレルギー、感染症情報は、各オーダは発行時のチェックとしても後利用可能な状態で移行すること。		
20	既存電子カルテシステムで登録しているSGAシートについて、全件移行すること。		
21	既存電子カルテシステムで登録している成長曲線について、全件移行すること。		

22	現有オーダーリンクシステムから「移動給食オーダー」、「担当変更オーダー」、「再診予約オーダー」、「他科依頼オーダー」、「検体検査オーダー」、「一般細菌検査オーダー」、「病理検査情報オーダー」、「検査結果情報」、「輸血オーダー」、「放射線情報オーダー」、「処方オーダー」、「注射オーダー」、「内視鏡オーダー」、「生理機能検査オーダー」、「DPC」、「手術オーダー」、「血液浄化療法オーダー」、「リハビリオーダー」、「処置オーダー」、「指示薄指示オーダー」、「指導料オーダー」、「看護指示オーダー」、「栄養指導オーダー」、「チーム医療介入オーダー」の各項目に対応するデータを見読性に留意して移行すること。		
23	なお、オーダー情報については、新システム稼働日以降の未来分含む全てのデータを移行すること。且つ、未来分の予約オーダー、検査オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。また、各オーダー情報および「経過記録(フリーテキスト)」については、複写して再利用可能な状態で移行すること。		
24	既存電子カルテシステムに保存されている過去分のすべてのオーダーについては、次期電子カルテシステムで参照できること。		
25	新システムに移行したオーダーを修正・削除した場合、新システムで発生したオーダーと同様に、各部門システムとデータ連携ができること。		
26	新システムに移行したオーダーを修正・削除した場合、新システムで発生したオーダーと同様に、医事会計システムと会計連携ができること。		
27	移動給食オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
28	担当変更オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
29	再診予約オーダー情報(予約時間、予約枠情報、オーダーコメント) ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。		
30	他科依頼オーダー情報(予約時間、予約枠情報、オーダーコメント) ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。		
31	検体検査オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時の移行をおこなうこと。		
32	検査結果 既存電子カルテシステムの検査結果と新電子カルテシステムの検査結果の同じ検査項目は、時系列で表示できるように移行をおこなうこと。		
33	一般細菌検査オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時の移行をおこなうこと。		
34	病理検査情報オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーに対して、新システム稼働後に実施情報を依頼情報と紐付けて部門システムより受診できること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報(変更前情報)、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時の移行をおこなうこと。		

35	輸血オーダ情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前に出庫した製剤に対して、新システム稼働後に3点認証で実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
36	放射線オーダ情報（検査、部位、撮影方法、問診情報） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
37	内視鏡オーダ情報情報（検査、問診情報） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
38	生理機能検査オーダ情報（検査、問診情報） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
39	処方オーダ情報（薬品、用法、数量、単位、コメント） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
40	注射オーダ情報（薬品、用法、数量、単位、コメント） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
41	レジメン（抗がん剤注射）オーダ情報（薬品、用法、数量、単位、コメント） ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
42	DPCオーダ情報 ・新システム稼働日以前に登録したDPCの情報に対して、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。		
43	手術オーダ情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダを複写して、新システムで新規オーダ登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		

44	リハビリオーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
45	処置オーダー情報（行為、使用薬品、使用材料、数量、単位、コメント） ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
46	指示簿指示オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
47	指導料オーダー情報 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
48	栄養指導オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、新システムで実施入力可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。 ・更新者、更新日時、更新履歴情報（変更前情報）、承認者情報の移行をおこなうこと。 ・指示受け者、指示受日時、実施確認者、実施日時の移行をおこなうこと。		
49	チーム医療介入オーダー情報 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、修正・削除が可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働日以降の未来分オーダーについては、チーム介入登録可能な状態で移行すること。 ・新システム稼働前の過去分オーダーを複写して、新システムで新規オーダー登録ができること。		
50	既存電子カルテシステムに保存されている看護問題情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
51	既存電子カルテシステムに保存されている看護計画情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
52	既存電子カルテシステムに保存されている経過表情報（バイタル情報、観察項目）について、全件を移行し、次期電子カルテシステムで参照できること。		
53	既存電子カルテシステムに保存されている看護必要度情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
54	既存電子カルテシステムに保存されている看護日誌情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
55	既存電子カルテシステムに保存されているアセスメントシート情報（身長、体重、アレルギー情報をはじめとする診療情報）更新者、更新日時を含めて全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。また、前回更新時の情報がある項目については、更新者、更新日時を含めて全件を移行し、次期電子カルテシステム画面での参照ができること。		
56	アセスメントシートで移行されたデータで患者プロフィールとデータ連携しているものは患者プロフィールでも参照および更新ができること。		
57	既存電子カルテシステムに保存されている看護指示情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
58	既存電子カルテシステムに保存されている患者スケジュール情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		

59	既存電子カルテシステムに保存されているSOAP&フォーカス情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
60	汎用ワークシートに表示されているデータが、次期電子カルテシステムにて同様に汎用ワークシートで参照ができること。		
61	既存電子カルテシステムに保存されている状態一括登録情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
62	既存電子カルテシステムに保存されている状態一括登録情報が、次期電子カルテシステムにて管理日誌に取込ができること。		
63	既存電子カルテシステムに保存されている看護師業務分担情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照および更新ができること。		
64	既存電子カルテシステムに保存されている注射オーダーについて、次期電子カルテシステムにて患者認証業務で実施ができること。		
65	既存電子カルテシステムに保存されている看護必要度データについて、次期電子カルテシステムにて看護必要度集計ができること。		
66	既存電子カルテシステムに保存されている抗菌薬使用届出情報の全件を移行し、次期電子カルテシステムにて参照できること。 また、移行した抗菌薬使用届出の有効期間は次期電子カルテシステムにおいても継続されること。		
67	TEMや医事会計システムからデータ移行を行い、スムーズなシステムの切替えを図ること。		
68	システムのマスタ登録に必要な情報を納入すること。		

		回答	備考
3.1.3 電子カルテ機能			
3.1.3.1 カルテ表示・参照			
3.1.3.1.1 オーダ別カレンダー表示機能			
1	診療行為の過去の実績と将来の計画を同一カレンダー画面で一覧表示できること。		
2	記事入力／看護支援機能で入力した患者情報、問診情報、症状・所見情報、各種オーダ情報、検査結果情報、画像結果情報(部門システムとの連携で画像付きWEB情報)の表示ができること。		
3	紹介状、診断書等の紙媒体文書をイメージスキャナで取り込み表示できること。		
4	将来の診療行為について、画面上からクリックすることで、その行為を容易にオーダすることができること。		
5	日付をクリックすることで、選択した日の全オーダ内容の参照ができること。		
6	表示される項目は、操作者ごとに設定できること。		
7	表示される日時は、外来と入院で区別され、外来はイベント(診療・検査等)の存在する日のみの表示、入院はイベント(診療・検査等)の有無にかかわらず全日で表示されること。		
8	表示開始日の指定ができること。		
9	表示する条件(全科または当該科、入院または外来等)を指定できること。		
10	表示される内容は、詳細及び概要(分類単位)での表示切替えができること。		
11	オーダ別カレンダー表示機能で表示されたオーダ項目から、オーダの編集、オーダ実施入力ができること。		
3.1.3.1.2 各種カルテ表示			
1	プログレスノートには重要度の区分を設定し、その区分ごとに絞り込み表示ができること。		
2	栄養に係る栄養管理計画書、SGA、栄養指導記録などの管理栄養士が記載したプログレスやNST関連の項目をまとめてもしくは区分して表示できること。		
3	文書管理機能により作成した文書を経時的に参照できること。		
4	実施記録の分量が多い場合には、実施記録部分のみ詳細内容は表示せずタイトルだけを表示させ、診察記事等とあわせて参照できること。		
5	電子カルテで患者を選択した際に、血液製剤使用から3ヶ月経過している患者の場合には、輸血後感染症検査を促す表示ができること。		
6	訪問看護、特定疾患、介護保険の意見書などの患者別の書類履歴一覧があること。		
7	カルテを検索する機能として、特定のキーワードを条件とした全文検索機能があること。		
8	権限のないユーザに対しては、特定記事を非表示にできること。		
3.1.3.2 プログレスノート(診察記事入力)			
1	診察記事がS・O・A・P形式で入力できること。		
2	診察記事は、フリー入力、テンプレート入力、シエーマ入力ができること。		
3	構造化文書(文書にタグを付けて構造を示す方法を採用した文書)の登録ができること。		

4	問診情報からコピーアンドペーストできること。		
5	過去の診察記事からのDO入力ができること。		
6	全てのシェーマ、定型文の中から操作者ごとに「お気に入り」への登録ができること。		
7	削除した情報の履歴参照では、削除情報は斜線を打たれた状態もしくは背景色を変更することによって表示されること。または、別画面での参照を含め、削除情報であることを区別した状態で参照できること。		
8	医師別の入力画面及びテンプレートがフリーに設定できること。		
9	他のアプリケーション(Webアプリケーション、EXCEL、ファイルメーカなど)からもコピー&ペーストで入力ができること。		
10	入力者の分野別に色分け表示できること。		
11	診察記事のテキストだけがコピーできること。		
12	入力者の職種に応じた記録様式を用意できること。		
3.1.3.3 プロブレムリスト			
3.1.3.3.1 プロブレムリスト			
1	機密保護の指定のある病名は、コード表示もしくは伏字にて対応できること。		
2	現在の状況での表示(有効病名)と過去の日時を指定した有効病名が表示できること。		
3	当該科及び、全科の切替えでの表示ができること。		
4	診療科を指定して、指定された診療科で登録された病名を参照できること。		
5	全ての病名、アクティブな病名の表示切替えができること。		
6	名称、開始日で表示順を変更できること。		
3.1.3.3.2 病名登録			
1	病名登録時に病名開始日、入外区分、主病名、守秘病名、疑い病名、慢性病名、診療科、入外区分(共通/ 外来/入院)、保険名称、有効期限が設定可能なこと。		
2	電子カルテに登録した病名は、医事会計システムに送信され、レセプト発行時に表示すること。また、登録されている病名を修正および削除した場合、医事会計システムに送信され、医事会計システムに登録されている病名が修正および削除されること。		
3	病名をキーワードで検索し、病名登録が可能なこと。		
4	ICD10コード分類一覧から該当コードを選択することにより、病名登録が可能なこと。		
5	必須入力病名はICD10病名マスタからの選択入力のみとし、フリー入力はできないこと。		
6	ICD10コード分類はツリー構造にて表示することができること。		
7	全科の登録済み病名を全て表示できること。また、登録済病名を表示(診療科別、入外別、転帰状態別)し、検索ができること。		
8	ICD10コードを直接コード入力することで病名検索が可能なこと。		
9	病名と接頭語、接尾語を組み合わせ、個人病名として登録可能なこと。		
10	病名の登録・更新が代行入力できること。代行入力された病名の登録者や更新者には指示を出した医師がセットされること。また、医師の承認ができること。		

11	MEDIS標準病名マスタの病名更新ができること。また、最新の標準病名マスタを迅速に適用すること。		
12	国際疾病分類ICD-11への移行時にマスタの変更ができること。		
13	登録済みの病名情報の転帰入力が可能なこと。		
14	複数病名の転帰入力を一括で行うことができること。		
15	登録済みの病名情報の削除が可能なこと。		
16	登録済病名が一覧にて参照可能なこと。		
17	登録済病名をカルテへ貼り付けることが可能なこと。		
18	病名の自動転帰が可能なこと。		
19	カルテを記述している診療科で、病名が登録されていない場合は、警告メッセージを表示すること。		
20	病名が登録されていない場合は、カルテ終了時に警告メッセージを表示できること。		
21	病名と修飾語を組み合わせて登録した場合、その組み合わせて登録した病名が、病名マスタに登録されているかどうかチェックし、登録されている場合は置換えを行なうことができること。		
22	診療科別に接頭語/接尾語のマスタ登録が可能なこと。また、病名登録画面表示時にマスタ登録された自科の接頭語/接尾語が表示されること。		
23	他科の接頭語/接尾語が参照可能なこと。		
24	病名一覧より、削除病名の表示及び履歴が参照可能なこと。		
25	登録されている病名の開始日を一括で変更できること。		
26	複数の病名をあわせてセット化して登録ができ、患者状態に応じて登録したセットから流用できること。		
27	診療科、担当患者の一覧を表示し、病名登録ができること。		
28	患者一覧の並び順を変更できること。また、その一覧から特定の患者の病名登録を行った後にも、並び順を変更した一覧に戻れること。		
3.1.3.4 指示			
3.1.3.4.1 指示出し			
1	オーダー以外にコメント等で指示入力ができること。		
2	患者単位に必要時(緊急時)指示を、予め入力できること。		
3	診察記事としてカルテに記載できること。		
4	指示日の指定ができること。		
5	指示内容(安静度の変更、入浴の許可、酸素流量の変更、点滴等の滴下数の変更等許可的指示)の指定ができること。(マスタ選択、フリー入力)		
6	インスリン専用の指示入力ができること。		
3.1.3.4.2 指示受け			
1	入力された指示内容が、指示受け専用機能もしくは看護支援機能のカーデックスもしくはワークシートに連動すること。		

2	指示受けは病棟以外の外来や手術室でも患者のカルテを開かずに指示受け画面で確認できること。		
3	検体採取、注射・処置、各種緊急オーダーで当日入力・変更された指示を担当看護師が患者単位に指示受けできること。		
4	患者別科別に検査、指示、指導を一覧表示して、指示受けできること。		
5	コメント等で入力された指示を担当看護師が患者単位に指示受けできること。		
3.1.3.4.3 付箋機能			
1	緊急ではないが確実に連絡したい指示に対して、カルテを開いたとき、指示内容を最前面の画面に必ず表示する機能もしくはそれに準ずる機能を有すること。		
2	目的および用途別に数種類の付箋を用意し、使い分けができること。		
3	付箋の種類をマスタメンテナンス機能で増やすことができること。		
3.1.3.4.4 指示棒機能			
1	指示が新たに出された場合や変更された場合、患者一覧表(ベッドボード)等で、簡単にわかるようにできること。		
3.1.3.5 サマリ作成			
3.1.3.5.1 サマリの作成			
1	入院時サマリ、手術サマリ、検査サマリ、患者サマリ、退院(転科)・転院サマリ、外来サマリ等の診療情報のとりまとめができること。		
2	サマリ作成時に、カルテから自動的に抽出できる項目(予め約束された項目)については、自動抽出されること。		
3	長期もしくは特定の病名の外来患者の情報も、サマリ化され、容易に参照できること。		
4	作成の際には、既に入力された診療情報(検査結果、診察記事、手術内容等)を流用できること。		
5	診療情報取得の際には時系列表示でき、そこから取得できること。		
6	入力の際にはテンプレート入力ができること。		
7	サマリに画像の添付ができること。		
8	検査結果は時系列で取得し、表示できること。		
9	入力項目として、リスト選択、フリーコメントの各形式をサポートすること。		
10	電子カルテに保存されている病名、手術、処置、重症度などの情報を連携できること。		
11	必須入力項目を指定する機能を有すること。		
12	サマリ作成時に入院歴を選択する機能を有すること。		
3.1.3.5.2 退院サマリ			
1	1 患者 1 入院歴に対して転科毎にサマリが作成できること。		
2	患者選択中に過去入院歴サマリ一覧画面を表示し、外来診療中などのサマリ検索負荷を低減できること。		
3	入院日から発生する各種記録を、サマリ作成時に引用活用できるようにすること。		
4	それぞれの記入エリアに対しては自由にテキスト編集できること。		
5	サマリ画面は基本的な情報を一画面で表示し、できる限り 1 視野で全体像を確認できるように設計できること。		

7	入院日、退院日、病名、手術情報等々の情報種はタグ付情報として格納し、DWHなどを利用して二次活用可能とすること。		
8	各診療科毎が個別に作成した画面レイアウトの表示、編集を可能とすること。または、院内共通のフォーマットで表示、編集できること。		
9	退院サマリが未記載、未承認の場合は、その状況が一覧表にて確認ができること。		
10	退院サマリと同様に転科サマリも作成できること。		
11	退院サマリの一覧表に表示される情報をCSV形式でファイル出力できること。		
3.1.3.5.3 サマリの検索・印刷			
1	サマリの内容を検索する機能を有すること。		
2	サマリの内容を印刷する機能を有すること。		
3	サマリの内容をWord形式またはCSV形式などでファイル出力する機能を有すること。		
3.1.3.5.4 サマリの承認			
1	サマリ作成中、承認待、承認済、受取済の進捗管理ができること。		
2	サマリ完成日が保存され、確認できること。		
3	主治医に対して未作成サマリの督促を作成できること。		
4	権限者(職種)によるサマリの承認ができること。また、承認後のサマリは権限者以外修正できないこと。		
5	研修医、承認が必要な医師が作成した文書を文書毎に内容を確認し、承認または差し戻しを行う機能があること。		
6	診療情報管理士の受け取りができること。		
7	作成した文書を修正した場合に文書の版数管理ができること。		
8	サマリの更新履歴を一覧表示できること。		
3.1.3.5.5 他システムとの連携			
1	サマリの内容をテキストファイルもしくはXML形式、CSV形式に出力する機能を有し、DWHと連携し、疾病統計が出力できること。		
2	病院共通で整理されたサマリ情報及び診療科別にカテゴライズされた診療情報を入力でき、DWHへ格納できること。		
3	サマリ作成時、診療情報管理システムへ情報を伝達できること。		
3.1.3.6 カルテ開示			
1	カルテを開示する機能(出力・閲覧等)を有すること。		
2	カルテ開示の出力項目を設定できること。		
3	カウンターサインの指導医コメント、職員間伝達用のコメントなど、診療録として保管を必要としない情報が出力されないこと。		
3.1.3.7 文書管理			
3.1.3.7.1 医療文書			
1	診療情報提供書、回答書、紹介状、診断書、証明書、検査説明書・同意書等の文書を作成でき、印刷や発行管理が行えること。		

2	登録した文書を印刷する際には、スキャン用のバーコード(二次元)を印字できること。		
3	直接印刷帳票に二次元バーコードをプリント可能であること。		
4	文書管理ホルダ内の文書はMicrosoft Office WordもしくはMicrosoft Office Excelで作成できること。		
5	利用者毎に頻繁に利用する文書をショートカットメニュー化して簡単に起動できること。		
6	診療情報提供書や紹介状は地域連携システムと連動すること。(地域連携システムで作成し、電子カルテシステムと連動することでもよい)		
7	紹介状作成画面で紹介状の文中の文字をカット＆ペーストできること。		
8	紹介状の新規複写を行った際に、紹介先、紹介先医師名の項目がコピーできること。		
9	メール等で作成依頼ができること。		
10	患者IDや患者氏名等の患者基本情報を流用できること。		
11	入力の際にはテンプレート入力ができること。		
12	既定情報として、病院名・住所・電話番号の登録ができること。		
13	作成中、承認待、承認済の進捗管理ができること。		
14	紹介状、診断書、証明書、同意書等の院内作成文書の発行・保存管理が行えること。		
15	院外から来る紹介状、診断書等をイメージスキャナにより取り込み、保存管理が行えること。(JPEG・イメージサーバに格納)		
16	管理された文書情報は、カルテ歴上から参照できること。		
17	管理された文書情報に対し、一覧表示、文書名検索機能を有すること。		
18	現在登録して使用している文書の様式、管理方法等同等の機能を有しており、継続して利用できるようにすること。		
3.1.3.7.2 テンプレート			
1	医療文書の所定のフォーマットに準じたテンプレート(定型的な医療文書)記載ができること。		
2	テンプレート作成、テンプレート選択機能、テンプレート入力機能・印刷機能を有すること。		
3	利用者毎に頻繁に利用するテンプレートをショートカットメニュー化して簡単に起動できること。		
4	テンプレート(定型的な医療文書)入力に際して、プレビュー確認後に医療文書の選択ができること。		
5	テンプレート入力に際して、既に入力された診療情報を流用できること。また、予め決められた患者基本情報は規定の場所に自動的に張り付くこと。		
6	医療文書に含まれる識別情報を付加することにより(タグによる)データの意味付けができること。		
3.1.3.7.3 シェーマ			
1	部位等を表すシェーマイメージの編集を行い、医療文書に埋め込みができること。		
2	選択に際して、シェーマへのプレビュー確認後にシェーマ選択ができること。		

3.1.3.7.4 フリー入力			
1	ワープロ入力によるカルテ記載ができること。		
2	ワープロ入力した記載内容については、フォント、文字色、文字強調、アンダーラインの編集設定ができること。		
3	コピー＆ペーストの操作ができること。		
3.1.3.7.5 入院診療計画書			
1	入院診療計画書の様式は、厚生労働省保険局医療課長発「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」（平成28年3月4日付け保医発0304第1号）別添6の別紙2又は別紙2の3に準じた様式であること。		
2	入院診療計画書に記載する項目は、入院予定に入力した内容を自動連携すること。		
3	入院診療計画書に記載する患者名や診療科、担当医は電子カルテシステムのデータを自動連携すること。		
4	入院診療計画書に記載する症状や薬剤、栄養に関する情報および看護・リハの計画は選択肢から選べること。また、フリー入力にも対応すること。		
5	入院予定登録が発行されたタイミングで、入院予定に入力した内容を反映した入院診療計画書作成画面が表示されること。		
6	入院予定登録が発行されたタイミングで、入院診療計画書の作成一覧に患者名が表示されること。		
7	入院診療計画書が代行入力できること。代行入力された入院診療計画書の登録者や更新者には指示を出した医師がセットされること。また、他職種が修正した場合に医師が承認できること。		
8	作成一覧で、未記入／記入中／提供済の状態が管理できること。なお、コメントで管理も可とする。		
9	電子カルテシステムより入院診療計画書を作成し、印刷できること。		
10	入院診療計画書の作成一覧はIDにて患者検索ができること。		
11	入院日が決定したら、作成一覧の入院日が自動更新されること。		
12	作成一覧から、当該患者の入院診療計画書の作成および修正、印刷ができること。		
13	入院診療計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、入院予定、入院決定の条件で検索できること。		
14	入院診療計画書は、権限を有する多職種の利用者が、同一患者に対して同時に参照がおこなえること。同時に登録が困難な場合は、後の利用者に対して前の利用者(もしくは端末名)を表示して、利用ができない旨を表示すること。		
15	入院診療計画書作成画面において、項目毎に入力する担当（職種名）を表示できること。		
16	入院診療計画書の項目に、DPC診断群分類の区分の名称が自動連携されること。		
17	一入院期間中に入院診療計画書が複数作成できること。治療計画の変更に応じた作成管理が可能であること。		
18	入院診療計画書の作成一覧に表示される情報をCSV形式でファイル出力できること。		

3.1.3.7.6 退院支援計画書		
1	退院支援計画書に記載する患者名や診療科、担当医は電子カルテシステムのデータを自動連携すること。	
2	退院支援計画書に記載する注意事項(食事や入浴、運動など)は選択肢から選べること。また、フリー入力にも対応すること。	
3	作成した退院支援計画書は、入退院診療計画書の作成一覧または文書作成一覧に作成済であることが反映されること。	
4	作成一覧で、未記入／記入中／提供済の状態が管理できること。なお、コメントで管理も可とする。	
5	電子カルテシステムより退院支援計画書を作成し、印刷できること。	
6	退院オーダが発行されたタイミングで、退院療養計画書の作成一覧に患者名を表示できること。なお、入院患者一覧での代用でも可とする。	
7	退院日が決定したら、作成一覧の退院日が自動更新されること。	
8	作成一覧から、当該患者の退院支援計画書の作成および修正、印刷ができること。	
9	退院支援計画書は確定後、修正ができないこと。	
10	退院支援計画書の作成一覧は、病棟、診療科、文書の進捗などの条件で検索できること。	
11	退院支援計画書の作成一覧は、IDにて患者検索ができること。	
3.1.3.7.7 指導医の確認機能		
1	研修医が記載した記録について、指導医(上級医)が指導した記録をカルテに残すことができること。	
2	指導医の権限について、ユーザ側で設定できること。8年目以上の医師に指導医の権限を付与。	
3	電子カルテシステムで研修医が指導医を選択することができること。	
4	指導医選択の初期画面では、研修医が所属する診療科または選択した診療科の指導医が一覧表示できること。	
5	指導医が設定された研修医はカルテの記載ができること。	
6	研修医がカルテを記載するとカルテ上に「未承認」と承認状態が表示され、設定された指導医名が指導医として表示できること。	
7	研修医がカルテを記載すると指導医に自動的通達する仕組みを有すること。	
8	指導医は承認対象となるカルテの一覧を表示できること。	
9	承認対象の一覧は、カルテ記載日、患者ID(カナ名称)、診療科、病棟、入外、指導医(学生/研修医)、承認区分、承認状態による絞り込みができること。	
10	指導医は、未承認一覧から、未承認のカルテの内容を確認できること。	
11	研修医は、承認済一覧から、承認済みのカルテの内容を確認できること。	
12	指導医は、研修医の記載内容を確認しながら「承認」もしくは「差し戻し」ができること。	

13	指導医は、研修医の記載内容を確認しながら、軽微な内容であれば修正後に承認できること。		
14	指導医は、研修医の記載内容を確認しながら、カルテ記事の入力・修正・削除ができること。		
15	コメントの入力画面で承認操作(修正後承認)ができること。		
16	指導医グループを作成でき、グループメンバーであればグループでの指導対象の研修医の承認操作(承認・差し戻し・修正後承認)ができること。		
17	承認/差し戻し操作の負荷軽減を図るため、カルテの内容について一括で承認操作ができること。		
18	未承認および承認済み一覧がcsv出力できること。		
3.1.3.8 クリニカルパス機能			
3.1.3.8.1 基本機能			
1	電子カルテシステムでクリニカルパス機能を持つこと。		
2	入院患者だけではなく、外来患者に対してもクリニカルパス適用ができること。		
3	クリニカルパスは、治療計画の段階毎に期間を区切って作成できること。全体を1つまたは複数の段階で構成できること。		
4	クリニカルパスには分岐型のユニットパスを運用する場合、AからBへパスを変更した際に、Aの適用中に未来分としてすでに出されていた医師の指示内容が継続できること。		
5	短期入院用のクリニカルパスに対応でき、入院診療計画書や看護ケア計画もセットにできること。		
6	クリニカルパス表の縦項目は検査計画、治療計画、看護ケア計画、処置等の大項目で分類され、さらにそれらの項目の内部には中項目、小項目が配置できること。		
7	カレンダー表示上、基準日からの相対日と実日付を表示させ曜日表示と休日表示を行うこと。		
8	日単位、オーダ種別単位、マトリックス単位に内容確認が行えること。		
9	設定された指示を任意に指示止めできること。		
10	選択肢伝票が存在する場合、その伝票を表示すること。		
11	設定された条件の処方が休日に重なる場合、日変更せずに指示発行される場合はスキップすること。		
12	一括指示を行うと、展開されている指示内容がオーダ発行されること。		
13	薬剤禁忌、アレルギー等のチェックで問題が発生した場合、マトリックスの内容の変更が可能であり、バリエーションとして対応できること。		
14	バリエーションが発生した場合、そのクリニカルパスを継続するか、離脱するかを選択できること。		
15	バリエーションについては、赤字等でわかりやすく表示できること。		

16	クリニカルパス表はカルテの要素を持ち、診療計画に対しての実施確認、バリエーションに対する評価確認、実施した内容に対するアセスメント記述という機能を有すること。なお、看護師の記録は看護記録に展開できること。		
17	パスでアウトカム評価・最終評価の登録を行う際に、必須項目の入力漏れがあれば警告を出せること。(例えば未達成の場合にバリエーションを発生させることになるが、その際に理由等の入力もれの防止)		
18	最終評価またはアウトカムの評価で、情報を抽出することができること。(月別、パス別、病棟別、患者別等)		
19	バリエーションの蓄積により、事後分析ができること。		
20	上記のクリニカルパスをユーザが自由に作成できるツールを用意すること。		
21	クリニカルパスの患者用説明書が外来・病棟にてカラープリンタで出力できること。		
22	治験等の化学療法プロトコルを作成できること。		
23	クリニカルパスには、文書管理機能に登録されている文書も登録できること。		
24	外来パスで表示される項目やレイアウトは、変更できること。		
25	パス画面で入力した内容はオーダ別カレンダーにも反映されること。		
26	食事オーダにて食事変更された場合でも、パスが継続できること。		
27	オーダを個別に直接編集した場合でもパス画面に反映でき、パスが継続できること。		
28	パス開始日、診療科を起点としたパスの統計抽出ができること。また、抽出結果には入院日および退院日、パス開始日、パス終了日が表示できること。		
29	パスの標準定義に組み込まれている薬剤・検査・処置などのオーダ情報を抽出できること。		
30	パス統計、分析の機能を有すること。適用率、平均在院日数、バリエーション集計(診療科別、パス別、患者別疾患別)が表示および出力できること。		
3.1.3.8.2 その他			
1	以下のオーダとのリンクができること。(リンクとは出されたオーダに対する各システムの実施行為がクリニカルパス上に反映されることを意味する)また、クリニカルパス上から、各部門システムの該当表示へ容易に移行できること。 (1) 看護支援システム(看護オーダ) (2) 処方オーダ (3) 服薬指導オーダ (4) 注射オーダ (5) 化学療法オーダ (6) 画像診断オーダ (7) 核医学オーダ (8) 放射線治療オーダ (9) 内視鏡オーダ (10) エコーオーダ (11) 検体検査オーダ (12) 細菌検査オーダ (13) 生理検査オーダ (14) 輸血(検査)オーダ (15) 手術オーダ (16) 医科処置オーダ (17) 血液浄化オーダ (18) リハビリオーダ (19) 食事オーダ (20) 栄養食事指導オーダ (21) 各種重症系オーダ (22) 各種チーム介入依頼オーダ		
3.1.3.8.3 マスタメンテナンス			
1	パスマスタは当院で指定・変更できること。		
2	既存のパスをコピーして別のパスを作成することができること。		
3	パスコードを付与したパスの管理ができること。		

4	アウトカムマスタは、必要時に自院でメンテナンスできること。		
3.1.3.9 画像参照機能			
3.1.3.9.1 JPEG画像・イメージ登録機能			
1	必要に応じて、患者属性を保有するバーコード付きスキャナ入力用台紙が出力できること。		
2	バーコード付きのスキャナ入力用台紙の文書をコピー＆ペーストして使用する際に、バーコードだけは新しいもの(版数を上げて)に更新されること。		
3	イメージスキャナ読み込みする際に、自動的にバーコードを読み込み電子カルテに連動し登録できること。		
4	イメージスキャナ等から読み込んだ画像情報が登録できること。		
5	デジカメ等からの画像が、取り込みホルダに登録できること。		
6	MO・CD-R・DVD等の入力媒体からも画像登録できること。		
7	画像データをカルテに貼りつける際は、リサイズ(容量)されること。		
8	スマートデバイスで撮影した写真をリサイズして、簡単な操作で患者カルテへ貼り付けが可能であること。		
3.1.3.9.2 画像ビューア機能(高精細・中精細モニタ)			
1	他社システムのビューアでの画像参照(波形データ等も含む)ができること。(放射線・内視鏡・エコー等の画像を参照するビューアソフト。		
2	デュアルモニタにおいて、電子カルテを表示した状態で画像参照ができること。		
3.1.3.10 レポート機能			
3.1.3.10.1 検査レポート、手術記録等の入力(レポート(電子カルテ)サーバに格納)			
1	部門システムで作成したレポートをXML形式もしくはテキスト(コードを含む)、PDFファイルで受け取ることができること。さらに、結果をプログレスノート上に記載できること。		
2	部門が作成したレポートに対して主治医が2次レポートとしてプログレスノート上に記載できること。		
3	執刀医が術後、手術記録をテンプレート入力もしくはフリー入力ができること。		
4	手術記録には、医療法で定められている事項(手術を行った医師名、患者の氏名等手術記録をそれぞれ識別できる情報、手術を行った日、手術を開始した時刻および終了した時刻、行った手術の術式、病名)が入力できること。手術記録については、テンプレートでの作成でも可能とする。		
5	手術記録はシェーマもしくはスケッチの入力ができること。		
6	手術記録は画像またはスキャン取り込み文書の貼り付けができること。		
7	栄養指導記録を栄養士が入力できること。		
8	検査項目ごとに予め設定されたテンプレートを利用し、テンプレート入力によりレポートの作成が可能である機能を有すること。		
9	テンプレートは、マスタの設定によりユーザが作成できること。また、項目には、階層構造を持つことができること。		

10	レポート作成時に図の記載が必要な時、検査項目ごとに設定されたシェーマが1つ以上選択でき、これに書き込むことができること。		
11	シェーマは、システム管理者が登録、修正できること。		
12	レポート情報には、レポート作成者、レポート作成日が自動的に付加され、完成レポート、修正レポートは、書き換えが不可であることが保証されていること。		
13	定型文の登録ができること。		
14	キー画像が貼り付けられること。		
15	決められたレポート形式を選択できること。		
3.1.3.10.2 検査レポート、手術記録等の参照			
1	部門システムで作成したレポートはすべて参照できること。		
2	部門システムで作成したリハビリ実施記録を参照できること。		
3	部門システムで作成した服薬指導を参照できること。		
4	過去の同一患者の同一項目のレポートが照会できること。		
5	他の患者情報が、簡単な操作で照会できること。		
6	必要に応じてコピー&ペーストできること。		
7	レポートは完成レポート、未完成レポートの区別がつけられること。		
3.1.3.10.3 レポートシステムの展開			
1	電子カルテシステムの画面から放射線のレポートシステム及び循環器動画ファイリングシステム等の各種部門システムを立ち上げられること。		
3.1.3.11 申し送り			
1	手術室、放射線等で病棟看護師から手術室・放射線等看護師への申し送りができること。 また、その逆方向の申し送りも可能であること。		
2	申し送り内容をチェックシート形式になっていること。(テンプレートでも対応でも可能)		
3.1.3.12 タイムアウト			
1	執刀医、麻酔医および看護師が手術室・内視鏡室等でのタイムアウトに対応できること。 (チェックシートに確認のサインを入力できること)		
3.1.3.13 リスク管理			
3.1.3.13.1 治療計画・看護計画策定時リスク			
1	病名を決めるまでの検査、診断、看護の手順を標準化できるシステムであること。		
2	病名が決まった場合の検査、治療、看護の手順を標準化できるシステムであること。		
3.1.3.13.2 依頼時のリスク(電子カルテシステムのオーダ入力機能で対応)			
1	処方・注射における重複投与、併用禁忌、さらには病名禁忌等のチェックができるシステムであること。		
3.1.3.13.3 実施時リスク(オーダリング機能の実入力及び看護支援機能等で対応)			
1	治療計画で決めた診療行為を実施する場合、処置室、病棟、手術室、血液浄化療法室等において患者のリストバンドもしくは受診案内票等についているバーコードを携帯端末もしくはノートPCで読み込み、注射、点滴、輸血パックに貼付されているバーコードや検体ラベルとチェックし患者間違い、順番間違い、内容間違い、用量、用法、時間等をリアルタイムにチェックできるシステムであること。		

2	また、処置、手術、内視鏡、放射線、生理検査等の実施時、現場において患者のリストバンドもしくは受診案内票等ついているバーコードを携帯端末もしくはノートPCで読み込み、患者間違いと内容間違いをリアルタイムにチェックし、実施した内容をリアルタイムに入力できるシステムであること。		
3	当院導入済みであるフクダコーリン社製スボットチェックモニタと連携して、体温、酸素飽和度、血圧、血糖の測定結果を電子カルテに自動入力できる仕組みがあること。		
3.1.3.14 チーム医療への対応機能			
3.1.3.14.1 全般事項			
1	電子カルテシステムにおいてチーム医療(NST(栄養サポートチーム)、ICT(感染症制御(対策)チーム)、緩和ケアチーム、褥瘡チーム、医療相談、摂食嚥下チーム、口腔ケアチーム、がん診療チーム、呼吸器ケアチーム、認知症ケアチーム、糖尿病ケアチーム等)に対応できること。(医師のみではなく、看護師、コメディカルもカルテ入力ができること)		
2	チーム医療の対象患者を一覧表示ができること。		
3	チーム医療患者一覧からカルテの起動ができること。		
4	チーム医療患者一覧から、各チーム医療に必要な画面の起動ができること。		
5	次回評価予定日が入力できること。		
6	チーム医療患者一覧で参照したいチームを選択することにより、以下の情報が表示できること。 ・病棟、病室、診療科、患者ID、患者名、性別、年齢、介入チーム名、介入状況、次回回診予定日、入院日、介入開始日、介入終了日、入院病名、主担当医、入外区分		
7	チーム医療対象患者を条件検索により抽出および登録ができること。		
8	利用者ごとに検索条件を保存できること。		
9	検索した結果の一覧印刷及びファイル出力ができること。		
10	検索結果表示部分の列名をクリックすることでソートができること。		
11	チーム医療対象患者の診療計画書を作成できること。		
12	チーム医療対象患者から回診対象患者を抽出でき、回診記録およびチームカンファレンスの記録を作成できること。		
13	チーム医療対象患者でなくなったとき、削除処理または中止処理が行えること。		
14	緩和ケアチームの場合は、疼痛スケール(身体症状評価スケール)や緩和ケアの評価スケールを組み込むことができること。テンプレートでの対応でも可とする。		
15	緩和ケアに関するスクリーニングが入力でき、そのデータの二次利用ができること。		
16	主治医がチームに対して介入依頼オーダが入力できること。		
17	各チームの介入依頼オーダに含まれる項目は自由に設定できること。		
18	チーム医療患者一覧から、発行された介入依頼オーダの内容を参照できること。		

19	介入依頼オーダーの発行時にチーム患者一覧画面で、依頼オーダーがあった事を確認できること。		
20	介入状況が新規依頼、再依頼、介入中の状態の患者に対し、同一チームの介入依頼オーダーを発行しようとする場合は重複チェックが実施できること。		
21	介入状況が新規依頼／再依頼となっている患者に対して、受付が行えること。		
22	次の回診予約が入力できること。		
23	アセスメント・回診記録が入力できること。		
24	回診記録の内容は電子カルテシステムへ引用できること。		
25	受付をした患者に対して、介入状況が、依頼未確認、評価管理中、中止、評価管理終了のステータスを管理できること。		
26	チーム医療カンファレンスの議事録が作成でき、保存できること。カルテへの記載でも可とする。		
27	「統合DWH」などで、チーム医療に関係する特定の指導料、医薬品を使用・算定されている患者を抽出する機能を有すること。		
28	チーム医療毎に、時系列に記載情報を管理できる機能を有すること。時系列表示するフォーマットはマスタ設定可能とし、複数の任意のフォーマットを設定できること。また、当該画面上で、表示フォーマットを変更できること。		
29	記載情報は、電子カルテの記事へ引用し登録できること。		
3.1.3.14.2 チーム医療(NST)への対応			
1	栄養管理計画書		
	(1) 入院日・病棟・主治医・診療科・主病名・既往歴が電子カルテシステムより引用できること。		
	(2) 身体計測値が入力できること。また、電子カルテシステムより引用できること。		
	(3) 検査結果が入力できること。また、電子カルテシステムより引用できること。		
	(4) 浮腫・下痢などのリスク情報を入力できること、また、主な項目はマスタ化し、チェックボックスによる選択ができること。		
	(5) 喫食量を主食・副食別に入力できること。また、栄養部門システムもしくは電子カルテシステムより引用できること。		
	(6) 補助食(間食としての入力でも可)の入力ができること。テンプレートへの記載でも可とする。		
	(7) 持込食の入力ができること。テンプレートへの記載でも可とする。		
	(8) 栄養管理計画の目標を入力できること、また、主な項目はマスタ化し、チェックボックスによる選択ができること。		

	(9) 食事内容を入力できること。また、電子カルテシステムより引用できること。		
	(10) 栄養補給量を入力できること、また、エネルギーなど主な項目についてはHarris-Benedictの公式や食事摂取基準を使用して個人の年齢・性別・身体計測値によって自動計算できること。		
	(11) 栄養指導の必要性と予定時期を入力できること。		
	(12) 栄養状態の課題を入力できること、また、主な項目はマスタ化し、チェックボックスによる選択ができること。		
	(13) 再評価の実施予定日を入力できること。		
	(14) 終了時の総合評価を入力できること。		
	(15) 栄養管理計画書の印刷およびプレビューができること。		
	(16) 栄養管理実施加算情報を医事会計システムに自動的に連動できるか、または、医事部門に栄養管理実施加算対象者を連絡するための一覧表が出力できること。		
	(17) 入院中患者の入院日・栄養管理計画書作成日・身体計測値・検査結果を一覧で出力できること。また、CSVファイルにも出力できること。		
	(18) NICU向けの栄養管理計画書画面を別途作成すること。テンプレートタブを分けることでの対応でも可とする。		
	(19) 入院中の病棟別患者一覧が表示され、スクリーニングシートや計画書の進捗状況が把握できること。		
	(20) 患者毎の入院一覧が表示され、過去の記録が容易に見れること。		
	(21) 医師、看護師、管理栄養士が確認したことがわかるように3者の名前を表示し、確認チェックができること。テンプレートへの記載でも可とする。		
2	コンサル依頼		
	(1) 主治医がNSTメンバにNSTコンサルを依頼できること。		
	(2) 身長・体重・年齢・性別により必要エネルギー量・必要タンパク質量を自動計算し参照できること。		
	(3) 過去7日間の食事・経腸栄養剤・輸液で摂取したエネルギー量とタンパク質量を自動計算し参照できること。		
	(4) 摂取栄養量の計算には主食・副食・補助食等その他の3つの分類ごとに喫食量を反映できること。		
	(5) 直近の検査結果を表示できること。また、検査項目はマスタで自由に設定できること。		
	(6) 必要栄養量と摂取栄養量から自動的に栄養不足であるかどうか判定できること。		
3	コンサル依頼患者一覧		
	(1) 主治医からコンサル依頼がありNSTに未介入状態の患者の一覧を自動的に表示できること。		
	(2) 表示対象日・表示対象患者の条件を変更して抽出できること。		
	(3) 指定した項目で抽出結果を並び替えし表示できること。		

	(4) 抽出した患者を一覧表に印刷およびCSV出力できること。		
4	栄養アセスメント(SGA等)の入力		
	(1) SGAの各項目の選択もしくは入力を行い判定ができること。また、嚥下判定結果も入力できること。		
	(2) 各項目を点数化し自動的に判定ができること。		
	(3) 各項目の点数もしくは判定の条件はマスタもしくはテンプレートの設定にて可能なこと。		
	(4) SGAについて、身長、体重、活動係数などを必須項目とし、入力がされていない場合は警告表示が出るように設定できること。		
5	栄養スクリーニング		
	(1) 表示対象日・表示対象患者の条件を変更して抽出できること。		
	(2) 指定した項目で抽出結果を並び替えし表示できること。		
	(3) 抽出した患者を一覧表に印刷もしくはCSV出力できること。		
6	NST介入患者一覧		
	(1) NST介入中の患者の一覧を表示すること。		
	(2) 表示対象日・表示対象患者の条件を変更して抽出できること。また、過去の介入履歴も参照できること。		
	(3) 指定した項目で抽出結果を並び替えし表示できること。		
	(4) 退院となった患者に対しては退院日が確認できること。		
	(5) 患者ごとにNSTの終了が設定できること。		
	(6) NSTが終了した患者に対し終了分類・終了理由・コメントが設定できること。		
7	アセスメント一覧		
	(1) 経口摂取の内容は栄養システムより自動的に取得できること。		
	(2) 身体状況・検査結果・栄養評価に表示する項目はマスタで設定ができること。		
	(3) 必要栄養量・摂取栄養量を自動的に計算できること。		
	(4) 摂取栄養量の計算には主食・副食・その他の3つの分類ごとに喫食量を反映できること。		
	(5) 摂取栄養量は経口・経腸栄養剤・輸液ごとの合計量と全体合計量が自動的に計算できること。		
	(6) 各種栄養量はマスタで管理できること。		
	(7) SGA入力の判定結果を表示できること。		
	(8) 1日ごとにコメントを入力し表示できること。		
8	栄養シミュレーション		
	(1) 指定日付の食種・主食・経腸栄養剤・輸液を自動表示し、内容を自由に変更できること。		
	(2) 各項目ごとの栄養量を参照できること。また参照する栄養素の種類はマスタで変更できること。		

	(3) 変更した内容は保存できること。		
9	評価・コメント入力		
	(1) 評価もしくはコメントを職種ごとにフリー入力できること。		
	(2) 記録は、SOAP方式で記録ができ、SOAPそれぞれの文字数に制限をもたせないこと。		
	(3) 評価・コメントはマスタ管理を行い、マスタからの入力もできること。		
	(4) 評価・コメントは電子カルテの回診記録等に出力ができること。		
10	食事摂取量入力		
	(1) 患者ごとの食事摂取量が入力できること。		
	(2) 主食、副食、補助食品を区分して入力でき、栄養計算できること。		
	(3) 日々の献立の栄養価を反映できること。		
3.1.3.14.3 褥瘡チームへの対応			
1	患者スクリーニング		
	(1) 診療科、病棟、患者基本情報、検査結果情報を指定し、注意が必要な患者のスクリーニングができること。(例:Alb値による栄養状態の評価など)		
	(2) スクリーニング一覧は、結果表示時、氏名などの基本情報に加えて、スクリーニング条件およびその値を表示できること。		
	(3) スクリーニング一覧は、注意が必要な患者のピックアップができること。また、ピックアップは、医療チームもしくは利用者単位でできること。		
	(4) ピックアップ患者一覧は、スクリーニング一覧にてピックアップした患者の一覧表示ができること。 この際、指定するチームは、単一チーム指定、複数チーム指定のいずれもできること。		
2	褥瘡診療計画書		
	(1) 褥瘡診療計画書が作成できること。		
	(2) リスクアセスメント票を主治医と専任医師に確認してもらう際に、オーダー一覧より未承認オーダーが表示されること。		
	(3) リスクアセスメント票は、作成日と評価時にカルテ反映されること。または、カルテに引用できること。		
	(4) チェック項目の中で必須項目が入力されていない場合は、画面を閉じる際にアラート表示されること。		
	(5) 褥瘡診療計画書は、患者の状態に合わせて、入力内容を変更し保存できること。その際には、版数管理にて保存され、過去の内容を閲覧することが可能であること。		
	(6) 褥瘡診療計画書は、専任の医師、専任の看護師が計画書を作成したことが記録されるフォーマットであること。		
	(7) 専任の医師、専任の看護師の未確認リストが表示され、確認済の入力を行えること。		
	(8) 褥瘡診療計画書において、DESIGN-Rの記録ができること。また、DESIGN-Rの記録が経時的に参照できること。また、チームの記録および日々の病棟での記録が同時に経時的に表示できること。		

	(9) 褥瘡回診記録を利用するか選択できること。		
	(10) DESIGN-Rで入力した最新の数値の集計ができること。		
	(11) 複数部位で褥瘡が発生した場合、その登録が可能なこと。		
	(12) 褥瘡対策に関する診療計画書と褥瘡回診記録ともに複数部位のDESIGN-Rによる記録が可能なこと。		
	(13) 患者が入院中に自立度が変化したら、褥瘡計画書の立て直しを行い、計画書の第2版以降が作成できること。		
	(14) 褥瘡診療計画書を入院時に立て、退院時などで評価を入力した場合、評価を行った日が登録されること。		
3	褥瘡回診記録		
	(1) 褥瘡回診記録が作成できること。		
	(2) 発生部位ごとにDESIGN-Rを記録できるフォーマットであること。		
	(3) デジタルカメラで撮影した褥瘡の写真が取り込めること。		
	(4) 写真は1患者につき複数枚添付できること。		
	(5) 1患者に複数褥瘡がある場合、カルテ上に全ての部位の写真を引用できること。		
	(6) 褥瘡回診記録を作成する際に、前回と同一部位の入力であれば、前回作成した記録が引用でき、新しい写真を張り付けることができること。		
4	検索・統計		
	(1) 現在褥瘡発生している患者の一覧をリスト化できること。		
	(2) 病棟別の褥瘡の新規発生率が抽出できること。		
3.1.3.14.4 医療相談への対応			
1	MSW・看護師等に医療相談の依頼ができること。また、依頼時に以下の項目がテンプレートもしくはフリー入力できること。		
2	全てのチームに対して重複した介入依頼ができること。		
3	患者ID、主治医、担当看護師、担当PT・OT、入院日・病棟、依頼内容、依頼時のコメント、主病名・状態、退院予定日等の項目を用意すること。		
4	依頼に対する対応等の記録をテンプレート形式で作成できること。		
3.1.3.15 DPCコーディング			
3.1.3.15.1 全般			
1	厚生労働省への提出資料となる「D・E・Fファイル及び様式1、4」形式のデータ作成が可能であること。		
2	未入力患者の絞り込みができること。		
3	過去の履歴も参照できること。		
4	DPC情報と様式1情報を分けて管理することができること。		
5	調査データ作成において職制毎の項目分担が入力タブ切り替えにより明確にできること。		

6	入院患者一覧の表示順を簡単に表示することができること。		
7	医事会計システムとの連携すること。		
	(1) 入院患者一覧で、入院患者・退院患者が同一画面で確認できること。		
	(2) DPCに対応した患者請求・レセプト請求が可能なこと。		
	(3) 電子カルテシステムにおいて様式1との連携を充分に行えること。		
8	入院患者一覧のDPC情報を一覧表示できること。また、DPC登録内容をcsvファイルなどに抽出できること。診療報酬改定でDPC様式に変更があった場合も抽出できる項目に反映されること。		
9	7日以内の再入院で一連の入院となる場合、「統括診療情報様式1-A」を一括作成できること。また、作成された「統括診療情報様式1-A」の内容をDPC様式チェックの際に利用できること。		
10	1入院期間において、一般病床から包括対象外の結核病床に転床となった場合、転床毎に様式が作成できること。また、医事システムのDPC管理システムに連携できること。		
11	退院日に再入院となった場合、入院ごとにDPC様式が作成できること。また、医事システムのDPC管理システムに連携できること。		
12	医療資源を最も投入した傷病名に悪性腫瘍（ICD10の悪性腫瘍の分類コードおよびD）が選択された場合は、がんの入力項目を必須に出来ること。		
13	自傷行為・自殺企図の有無などの選択項目について、よく選ぶ項目を上部に表示するなど表示方法を自由にメンテナンスできること。または、デフォルト値を設定できること。		
14	各入力領域にて、ガイドを表示できること。または、余白領域に補足文章を表示できること。		
15	7日以内の再入院で一連の入院となる場合、「入院時併存傷病名」および「入院後発症傷病名」が時系列にきちんと管理できること。また、医事システムのDPC管理システムに連携できること。		
3.1.3.15.2 様式調査対応(様式1)			
1	入院情報		
	(1) 病棟移動(一般かどうか)の引継ぎができること。		
2	退院情報		
	(1) 前回退院日の引継ぎ(電子カルテシステムからの取込)ができること。		
3	診断情報		
	(1) 電子カルテシステムの登録病名からICD10をセットできること。(文字列完全一致での自動検索)		
	(2) 副病名をリストアップできること。		
	(3) 病名検索をスムーズに行えること。		
	(4) 検索結果(選択候補)を並べて、病名種別を決めることができること。		

	(5) 病名種別をチェックボックス形式として、同一病名の重複入力をなくすることができること。		
	(6) ICD10の詳細不明コード病名を「医療資源を最も投入した病名」に入力した場合、エラーを表示するなどして入力をなくすることができること。		
	(7) ICD10の分類情報や条件を病名と同時に表示できること。(複数ICDへの対応)		
	(8) 頻用病名をDr.ごとに流用できること。(頻用情報の自動更新)		
4	手術情報		
	(1) 選択候補を並べて、適用・適用外を決めることができること。		
	(2) DPC関連術式と実施術式から選択できること。		
5	診療関連		
	(1) 入力情報が見やすくレイアウトされていること。		
	(2) ADLスコアの所見を一括選択できること。		
6	処置情報		
	(1) 処置名と実施日の入力ができること。		
	(2) 選択候補を並べて、適用・適用外を決めることができること。		
	(3) DPC関連処置から選択できること。		
3.1.3.15.3 診断群分類決定(シミュレーション機能)			
1	最低限、病名さえ決まれば、考えられる全ての診断群分類の候補を洗い出すことができること。		
2	条件を変えて、別の候補洗い出しやパターンの絞り込みができること。		
3	洗い出された各条件での候補リストを参照できること。		
4	患者単位で以前履歴の診断群分類番号のDO入力ができること。		
5	診断群分類単位に出来高点数と包括点数の比較が可能な帳票が出力できること。		
6	入院期間が月またぎの場合、前月分の点数との合計が算出できること。また、出来高点数との比較が容易であること。		
3.1.3.15.4 承認機能			
1	医師承認、医事課解除機能ができること。(レセ不整合への対策)		
2	医事課・診療情報管理室も承認できる権限が必要であること。		
3	医師と事務方の分業運用が可能であること。		
3.1.3.15.5 トレース機能			
1	項目単位で修正変更履歴が照会できること。		
2	履歴情報には更新者履歴が必要であること。		
3	変更履歴を入院期間単位に時系列で表示できること。		

3.1.3.15.6 アンマッチチェック			
1	リアルタイムでアンマッチチェックが可能なこと。(退院会計時にも有効)		
3.1.3.16 患者受付(当日予約)業務			
1	外来患者を到着確認し、受付番号、予約時刻及び診察室番号を決定できること。		
2	当日予約ができること。		
3	窓口で新来患者及び再来でIDカードを忘れてきた患者等を手動で受付し、受診案内票を発行する機能を有すること。また、手動で受付できる場所を数ヶ所用意できること。		
4	当該部署で複数の予約科目の予約がある場合、複数が同時に表示及び印刷されること。		
3.1.3.17 受診案内票の作成			
1	外来患者において、新来受付時に受診案内票(サイズA4)の出力ができること。また、患者IDをバーコード出力できること。さらに、名前・生年月日の記入があり本人確認が出来る内容が記載されていること。		
2	外来患者において、再来受付時に受付票ではなく受診案内票(サイズA4)の出力ができること。また、患者IDをバーコード出力できること。さらに、自動再来受付機(プリンター一体型)から受付票ではなく受診案内票(サイズA4)の出力ができること。		
3	受診案内票には予約情報のほか、診察・検査の実施場所等も記載されること。		
4	外来患者において当日予約した場合、必要に応じて受診案内票が受付等で出力されること。		
5	受診案内票に計算窓口・会計窓口等も行き先として出力可能なこと。		
6	入院患者においても検査等の当日の予定票が出力できること。		
7	小児科の検体検査は小児科外来窓口を案内先とし、泌尿器科の検体検査(採尿)は泌尿器科外来窓口を案内先とするなど、診療科とオーダ種別を組み合わせた案内表示ができること。		
8	対診元を表示できること。		
9	表示される順番を変更できること。		
10	検体検査や外来注射の実施場所が表示されること。		
3.1.3.18 予約票の作成			
1	外来において後日検査(採血)等を含めた予約票を診察室もしくはブロック受付で出力できること。		
2	カルテ保存時に予約情報があった場合に予約票を即時に印刷できること。		
3	カルテ保存時の予約票の自動印刷は、外来業務時のみに可能であること。		
4	再印刷ができること。		
5	オーダ種別毎に予約票印刷ができること。		
6	患者情報が印刷できること。		
7	日指定のみ(時間指定なし)のオーダについても、印字すること。		
8	予約票には定型コメントが表示でき、レイアウトを調整できること。(例：再来機に診察券を通してください)		
3.1.3.19 診察順表示機能(受付患者一覧)			
1	診察順表示システムおよび診察順表示板を設置している外来エリアでは利用しないが、診察順表示システムおよび診察順表示盤を設置していない一部エリアでは利用できること。		

2	受付での患者一覧確認や医師振り分け時にも同様の一覧が利用できること。		
3	予約患者と予約外患者が表示されること。		
4	予約外患者一覧から対象となる患者を選択できること。		
5	予約外患者一覧には受付済みの予約外患者及び診察以外の予約患者を表示できること。		
6	一覧で「フリー予約(医師が時間指定せず取る予約)」と「当日再来フリー」の区分を表示できること。 (フリー予約は予約のある患者だが、当日再来フリーは再来受付機を通った予約なし患者)		
7	受付は行ったが診察は行わない場合、受付取り消しができること。		
8	診療室入力時には各診療室の待ち(診察室・診療順決定済)患者の人数情報の表示ができること。		
9	患者ごとの検査の実施状況が患者一覧にて確認できること。		
10	検査後診察患者の順番が医師もしくは看護師、受付職員の操作で調整可能であること。		
11	一覧は患者氏名の他に受付番号、受付時間、予約時間、性別、患者種別(初診・予約・予約外)、診察種別(診察・検査他)、併科受診の有無、紹介状の有無、検査進捗状況等の情報が確認できること。		
12	医師名及び診療科が表示されること。		
13	診察の進行状況(診察終了、一時中断等)が表示されること。		
14	一時中断の場合、患者都合なのか医療職側の都合なのか区別できること。		
15	紹介の有無は、初来院の時のみ表示され、再来院時は表示されないこと。		
16	各診療室(医師)への振分けを簡単な操作によりできること。		
17	予約患者は予約オーダ情報と連携し、事前に各診療室ごとの予約患者の一覧が表示できること。		
18	診療室の端末(電子カルテシステム端末)にて該当する診療室の患者一覧が表示できること。		
19	マウスクリック等により患者カルテ画面を起動することに連動し、患者の呼び込みが行えること。		
20	検査等で再診察が必要な場合、患者を一時保留等にできること。または、自動的に一時保留等にできること。		
21	一時保留した患者の一覧表が表示されること。		
22	各診療科窓口にて外来患者が到着していることを、患者受付業務にて受付処置ができること。さらに、電子カルテシステムと情報共有できること。		
3.1.3.20 リストバンドの出力			
1	入院受付時にバーコードを印字したリストバンドの出力ができること。		
2	入院受付や病棟において、入院途中ではずした場合、リストバンドの再発行ができること。		
3.1.3.21 ワークフロー			
3.1.3.21.1 全般			
1	ワークフロー患者一覧に患者を自動追加する条件となる、文書・オーダーを設定できること。		

2	自動追加条件の文書・オーダーの記載内容によって、ワークフローで管理する書式の記載要・不要を変更できること。		
3.1.3.21.2 検索機能			
1	ワークフロー患者一覧のレコードを患者ID単体指定・全患者対象から選択して検索できること。		
2	診療科を全科・診療科単体指定から選択して検索できること。		
3	病棟を外来・入院・共通（外来と入院）から選択して検索できること。		
4	入院選択時、病棟を全病棟・病棟単体指定から選択して検索できること。		
5	ワークフローで管理している書式の状態（未作成・作成中・作成済・差し戻し・承認済）を選択（複数選択可）して検索できること。		
6	ワークフローで管理している書式の書式名を指定して検索できること。		
7	検索条件を保存できること。		
8	検索条件をクリアできること。		
3.1.3.21.3 承認機能			
1	ワークフロー患者一覧からワークフローで記載する書式の記載画面を起動できること。		
2	ログイン中の利用者が記載権限を持っていない場合、ワークフロー患者一覧から書式記載画面を参照モードで起動できること。		
3	ログイン中の利用者の権限に応じて、書式の保存・承認に関する動作を制限できること。		
4	書式を仮保存・確定保存から選択して保存できること。		
5	書式を承認・差し戻しから選択して保存できること。		
6	書式記載時に、対象患者のカルテを参照できること。		
7	書式記載時に、自動登録の条件となった文書・オーダーを参照できること。		
8	書式記載時に、時系列ビューを起動できること。		
3.1.3.21.4 一覧表示機能			
1	選択中の書式の更新履歴（版数・更新者・職種・日時・操作）を一覧表示できること。		
2	特定の書式の作成状態に応じて、ワークフロー患者一覧の作成状態のステータスを未作成・作成中・作成済・再作成中・再作成済に分けて表示できること。		
3	ワークフロー患者一覧の表示レコードをフィルタリングできること。		
4	設定したフィルタリングをクリアできること。		

5	ワークフロー患者一覧の表示レコードを、昇順・降順にソートできること。		
3.1.3.21.5 登録修正機能			
1	ワークフロー設定の新規作成、修正、複写、削除ができること。		
2	ワークフローのワークフロー名、区分名を設定できること。		
3	ワークフローで管理する書式の登録、変更、削除ができること。		
4	ワークフローで管理する書式を複数、登録できること。		
5	ワークフロー患者一覧患者自動登録条件の登録、変更、削除ができること。		
6	ワークフロー患者一覧患者自動登録条件に設定した文書について、ワークフロー患者一覧に表示する項目を設定できること。		
7	ワークフロー患者一覧患者自動登録条件は複数設定できること。		
3.1.3.21.6 権限機能			
1	ワークフローで管理する書式ごとに、記載者、承認者の権限を設定できること。		
2	記載者、承認者の権限は、特定の診療科、職種、利用者に付与できること。		
3.1.3.22 全文検索機能			
1	患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索ができること。		
2	患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索する機能は、電子カルテの利用者・患者と連動して使用できること。		
3	患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果を選択すると、選択した文書がカルテブラウザに連動して表示されること。		
4	患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果に対し、分類による絞り込みができること。分類による絞り込みは、文書年月、年齢、診療科、職種、文書種別、作成者でおこなえること。		
5	院内の全患者のカルテに対して、患者横断的にキーワードを指定した文字列検索ができること。		
6	院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、その検索結果を選択すると、選択した文書がカルテブラウザのイメージで表示されること。		
7	院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、その検索結果から、患者を選択して、カルテを開くことができること。		
8	院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、分類による絞り込みができること。分類による絞り込みは、文書年月、年齢、性別、診療科、病棟、職種、文書種別、入外区分、自記載でおこなえること。		
9	院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索する機能は、電子カルテの利用者権限によって、ツールの使用可否が限定できること。		

10	キーワードを指定して文字列検索する際、検索対象はカルテブラウザで参照可能な文書で、本文、タイトル、診療科、文書日付が検索対象となること。		
11	キーワードを指定して文字列検索する際、英数字は大文字小文字、全角半角の区別をせずに検索できること。		
12	キーワードを指定して文字列検索する際、本文やタイトルに含まれる記号の検索ができること。		
13	患者のカルテ（カルテブラウザで参照可能な情報）が更新（追加・変更・削除）されたとき、更新された文書が速やか(概ね1分以内)に検索できること。		
3.1.3.23 メッセージ機能			
3.1.3.23.1 チャット機能			
1	院内の情報伝達・共有(コミュニケーションの円滑化)を目的として、電子カルテの利用者を宛先としてメッセージを送信したり、送信されたメッセージを確認できること。		
2	宛先グループは診療科などの組織グループの他に、利用者ごとに任意のグループを追加できること。		
3	グループを作成せず、複数の利用者に対して同じ内容のメッセージを一括送信できること。		
4	送信したメッセージは、送り先の利用者が未読なのか既読なのかが判別できること。		
5	自分当てのメッセージの未読件数が、宛先一覧画面から確認できること。		
6	過去にやり取りしたメッセージはメッセージ履歴画面で確認できること。		
7	検査結果、レポートをメッセージとして受信し、確認することができること。		
8	指導医が差戻し時、自動的にメッセージが送信されること。		
9	サマリの差戻し時、メッセージが送信できること。		
10	任意のオーダ発行時、設定した宛先へ自動的にメッセージが送信できること。		
11	他科への診察依頼など、お知らせメールの送受信ができること。		
12	検査結果、レポート、カウンターサイン、サマリ、オーダ等の患者に関するメッセージの場合、受信したメッセージから患者カルテを開くことが可能であること。		
13	メッセージ受信時は、送信者やメッセージの一部等を簡易的に表示する一覧画面を表示でき、後で読みたい場合には未読のまま画面を閉じると、通知が表示できること。		
3.1.3.23.2 ToDo機能			
1	自分宛に作成した、又は自分宛に作成されたToDoを一覧で確認できること。		
2	一覧では検索条件を指定してToDoの検索ができること。		
3	一覧のCSVファイル出力ができること。		

4	ToDo毎にステータスが管理できること。		
5	自分が作成したToDoの修正・削除が行えること。		
6	ToDoに対してコメントの登録が行えること。		
7	登録されたコメントはToDo作成者および他の宛先利用者也参照できること。		
8	患者を指定したToDoを作成でき、一覧や詳細画面から簡単にカルテを開けること。		
9	お知らせToDoの完了状況を一覧で確認できること。		
10	受信した内容を別の利用者へ転送を行うことが可能なこと。		
3.1.3.24 病床管理機能			
1	電子カルテの患者入院情報と連携することで、データ入力負担を軽減する。 入院決定、実施と連携できること。		
2	本日から未来1週間のベッド利用状況を帯形式で画面表示、患者の所在ベッドと予測される退院日を表示できること。		
3	空床検索機能を実装する。3日連続で空いている部屋があるかを検索できること。		
4	入院申込、転棟申込がされた患者を、どのベッドに入院、転棟させるかのシミュレーションは可能なこと。		
5	病床管理マップ画面の表示をDPC入院期間にあわせ、帯の表示色も変更できること。		
6	ベッドの使用予定を入力する機能を実装する。ベッドキープ、仮退院・転出日の入力ができること。		
7	入院申込患者の予定部屋を付箋同様の操作性で入力する。仮入院情報として保存できること。		
8	病棟師長が保存した仮入院情報より、入院日、部屋情報等を一覧印刷できること。 クランクによる入院決定入力をより早く行うための補助機能である。		
9	病棟メモ画面より病棟別に日ごとのメモを登録できること。		
10	病棟別の入院数を集計して表示できること。		
11	カレンダー上を手術アイコン表示させ、手術日が分かる。		
12	ベッド状況エリアで患者を選択すると患者詳細情報が表示できること。		
3.1.3.25 部門連携機能			
3.1.3.25.1 手術部門			
3.1.3.25.1.1 手術部門			
1	手術部門での手術予約調整、受付業務、実施入力を一連でサポートする部門機能を電子カルテシステムの機能として有すること。		
2	当院導入済みであるフクダ電子社製手術部門システムと連携すること。その際、一部項目については相互連携を行う仕組みがあること。		

3.1.3.25.1.2 手術申込一覧／予約調整		
1	手術部門で医師より申し込まれた手術予約のスケジュール調整、確定を行える機能を有すること。予約調整を行う指示は一覧で表示され、指示の詳細（診療科、病名、術式、希望の手術室など）が確認できること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。	
2	予約状況は、手術室毎で日付／時間が表示されるカレンダー形式とし、既に予約決定している情報を表示して予約状況の把握ができること。	
3	予約状況を表示したカレンダーは、表示開始日を指定でき、過去、未来へ切替えができること。	
4	予約状況を表示したカレンダーに表示する日数と時間帯は任意で指定できること。	
5	既に予約が決定している指示は、カレンダー上に当該日付けの○時～○時まで予約が決定していることが表現できるように工夫すること。	
6	予約決定済み指示は、カレンダーから詳細な指示内容を容易な操作で表示できること。	
7	予約決定済みの指示は、カレンダー上で修正、削除、キャンセルが容易に行えること。	
8	表示する帯データを選択することで当該手術オーダのスタッフ（執刀医、助手、主治医、器械出し看護師、外回り看護師、麻酔医、麻酔指導医）の登録ができること。	
9	予約状況を表示したカレンダーとこれから予約を行うオーダ（手術申込一覧）は同じ画面に一覧で表示できること。	
10	手術申込一覧の日付検索は検索基準日の設定ができること。 手術申込一覧の日付検索は単日、期間指定による検索表示ができること。	
11	手術申込一覧では、患者IDの入力により手術申込オーダの検索ができること。	
12	手術申込一覧（手術日、患者氏名、術式等）が基準日単位やオーダ番号順で表示できること。	
13	一週間の手術予約の印刷ができること。	
14	手術申込一覧、手術予約を表示している画面は最新表示が自動で更新できること。また自動更新のタイミングは病院で任意に設定が変更できること。	
15	手術申込一覧より患者のカルテを表示できること。	
16	手術予約にて、術後管理（日帰り手術、ICU・HCU、病棟等）の入力ができること。	
17	手術予約調整画面起動時、最新の内外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。	
20	手術申込一覧に、「削除」状態の手術申込文書を含めるかどうかを検索条件に指定できること。	
3.1.3.25.1.3 手術予約入力		
1	手術申込一覧より予約の確定を行いたい患者を選択することで、予約確定時に必要な情報を入力できること。	
2	予約確定を行う画面には、患者の感染情報を表示できること。	

3	予約確定を行う際に、手術申込オーダ時の情報はすべて自動取込みされ表示できること。 また確定入力時に各項目の変更ができること。		
4	予約確定情報として以下の項目を入力できること。 ・申込区分 ・手術予定日 ・手術室 ・入室時刻 ・手術時間 ・術後管理 ・麻酔種別 ・感染症の有無 ・術式、部位、左右、体位 ・手術機材 ・スタッフ情報(執刀医、看護師、麻酔医など)		
5	術式の追加、削除が選択形式で入力できること。またフリー入力での術式入力もできること。		
6	手術時に使用する各種機器など(診療材料、鋼製小物(セット)、鋼製小物(単品)、借用機材、準備機材、準備輸液)を入力できること。また予めマスタ設定することで画面上より容易に選択入力できること。		
7	手術時に使用する各種機器など(診療材料、鋼製小物(セット)、鋼製小物(単品)、借用機材、準備機材、準備輸液)の入力を軽減するために術式ごとにセット登録ができること。		
8	手術予約の入力を行った場合は、電子カルテに実施者、実施日、実施時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。		
9	手術予約の入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
10	手術時間未定の状態での予約項目を入力し、仮予約ができること。		
11	手術室(予約枠)未定の状態での予約項目を入力し、仮予約ができること。		
3.1.3.25.1.4 手術受付			
1	手術部門の受付では、患者入室の際に内容チェックを行い、受付処理ができること。		
2	手術が指示され、予約が確定している患者を一覧表示できること。一覧には入外、患者氏名、依頼診療科、術式の指示の内容が表示されること。		
3	患者の受付ステータスを把握し、効率的な受付業務ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の受付ステータスを自動的に更新し、表示できること。		
4	手術受付一覧の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
5	手術受付一覧では患者IDの入力により予約確定したオーダの検索ができること。また受付当日より以前のオーダ、受付当日より以降のオーダを検索できること。		
6	手術受付一覧の検索は受付ステータス(未受付・受付済・実施済・全て)によるデータ絞りこみができること。または、色分けができること。		
7	手術受付一覧の検索では診療科によりデータ絞りこみができること。		
8	手術受付一覧の一覧最新表示は、自動更新ができること。また自動更新のタイミングは任意に設定が変更できること。		

9	指示内容を確認しながら受付処理ができること。 また、受付後の受付取消もできること。		
10	患者の受付時に手術室の受付担当者、病棟から患者を搬送した引渡担当者の入力ができること。		
11	受付を行う際に、受付済みの患者・実施済みの患者・他端末にてカルテ記載中の患者に対して警告メッセージを表示できること。		
12	指示内容を確認しながら受付票印刷ができること。		
13	手術受付一覧より受付票印刷を行う患者を複数選択し、一括で受付票印刷ができること。		
14	手術受付一覧より一覧データを選択することなく、一括で全データの受付票印刷ができること。		
15	手術受付一覧の印刷ができること。		
16	手術受付一覧の情報をファイル出力できること。		
17	手術受付一覧より患者のカルテを表示ができること。		
18	手術受付一覧より患者の手術看護記録の表示ができること。		
19	手術受付一覧での受付機能について利用者毎に操作権限を付与できること。		
20	手術受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。		
21	患者単位の当日検査一覧を参照できること。		
3.1.3.25.1.5 手術実施入力			
1	手術部門で受付した患者を一覧表示し、手術実施後に実施入力する機能を有すること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。		
2	手術が実施される患者を一覧表示できること。一覧には入外、患者氏名、依頼診療科、手術申込み時の術式名が表示されること。		
3	患者の実施ステータスを把握し、効率的な実施ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の実施ステータスを自動的に更新し、表示できること。		
4	手術実施一覧の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
5	手術実施一覧では患者IDの入力により手術受付したオーダの検索ができること。また当日より以前のオーダ、受付日より以降のオーダを検索できること。		
6	手術実施一覧の検索は受付ステータス（未受付・受付済・実施済み・すべて）によるデータ絞りこみができること。または、色分けができること。		
7	手術実施一覧の検索では診療科によりデータ絞りこみができること。		
10	手術受付一覧の一覧最新表示は自動更新ができること。また自動更新のタイミングは任意に設定が変更できること。		

11	実施を行う際に、他端末にてカルテ記載中の患者を選択した場合には、警告メッセージが表示できること。		
12	手術実施一覧より実施箋印刷を行う患者を複数選択し、一括で実施箋印刷ができること。		
13	手術実施一覧より全データの実施箋印刷ができること。		
14	手術の実施入力画面には、医師からの手術申込み内容、予約時の追加術式や追加材料などを取り込み、表示できること。また実施入力時に内容の変更・追加・削除ができること。		
15	手術を実施した手術室、手術室入退出時間、麻酔時間、手術時間の実施入力ができること。		
16	実施した手術の緊急度を選択できること。		
17	手術を実施したスタッフ（執刀医、助手、主治医、器械出し看護師、外回り看護師、麻酔医、麻酔指導医）の登録ができること。		
18	手術の実施入力として以下の項目を選択入力形式で入力ができること。 ・手術日 ・術式、部位、左右、体位 ・手術加算 ・使用薬剤、注射 ・手術材料 ・手術検査 ・手術処置 ・麻酔種別、閉鎖循環式全身麻酔、麻酔加算、麻酔薬剤 等 また、入力負荷軽減の為、以下の項目はバーコードによる入力ができること。 ・手術材料 ・手術機材 ・薬品 等		
19	術式の追加、削除が選択形式で入力できること。またフリー入力での術式入力もできること。		
20	手術実施入力の最終確定時に手術当日の患者の年齢、術式、部位、左右の情報がプロフィール情報に反映できること。		
21	手術実施入力では執刀医、麻酔医、看護師など複数者による実施入力が必要であるため、一部実施ができること。		
22	手術実施入力では最終確定時は最終確認者を入力し、承認記録を残せること。		
23	実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。		
24	実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。		
25	実施入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
26	緊急手術などの場合、後日のオーダ入力ができること。		
27	手術実施一覧の印刷ができること。		
29	手術実施一覧の情報をファイル出力できること。		

30	手術実施一覧より患者のカルテを表示できること。		
31	手術実施一覧より患者の手術看護記録を表示できること。		
32	手術実施一覧より患者の手術レポートを表示できること。		
33	手術実施一覧での実施機能について利用者毎に操作権限を付与できること。		
34	術後管理（日帰り手術、ICU・HCU、病棟等）が選択できること。		
36	実施入力の変更を行った場合は、履歴を持たせること。特に修正履歴は、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
37	実施入力の変更を行った場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。		
38	手術実施時のコメントを入力できること。またフリー入力もできること。		
39	手術実施画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。		
40	緊急手術などの場合、簡単に手術予約を行え手術の実施入力ができること。		
3.1.3.25.1.6 手術中止入力			
1	予定されていた手術が中止された場合、中止理由を記載し手術中止の入力ができること。		
2	中止した手術の一覧表示ができること。		
3	手術中止一覧の検索条件は入外区分の指定ができること。		
4	手術中止一覧の日付検索は単日の日付け指定、週指定ができること。		
5	手術中止一覧の個別印刷ができること。		
6	手術中止一覧の一覧印刷ができること。		
7	手術中止一覧の情報をファイル出力できること。		
8	手術中止一覧より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.1.7 手術機材・材料			
1	実施予定の手術で使用する機材・材料を一覧表示できること。一覧には手術日、手術室、患者氏名、依頼診療科、術式名、機材・機器、その他(フリー入力)が表示されること。		
2	手術機材・材料一覧の検索条件は入外区分、病棟区分の指定ができること。		
3	手術機材・材料一覧の個別印刷ができること。		
4	手術機材・材料一覧の一覧印刷ができること。		
5	手術機材・材料一覧の情報をファイル出力できること。		

6	手術機材・材料一覧より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.1.8 手術台帳			
1	手術台帳の検索条件は入外区分、病棟区分の指定ができること。		
2	手術台帳の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
3	手術台帳の個別印刷ができること。		
4	手術台帳の一覧印刷ができること。		
5	手術台帳の情報をファイル出力できること。		
6	手術台帳より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.1.9 手術歴			
1	患者ID指定で該当患者の手術歴を表示できること		
2	手術歴一覧の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
3	手術歴一覧の一覧印刷ができること。		
4	手術歴一覧の情報をファイル出力できること。		
5	手術歴一覧より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.2 透析部門			
3.1.3.25.2.1 透析部門			
1	血液浄化部門での血液浄化予約調整、受付業務、実施入力を一連でサポートする部門機能を、電子カルテシステムの機能として有すること。		
2	当院導入済みである日機装社製透析部門システムと連携すること。その際、一部項目については相互連携を行う仕組みがあること。		
3.1.3.25.2.2 血液浄化申込み一覧／予約調整			
1	血液浄化部門にて、医師より指示された血液浄化申込のスケジュールの調整（予約調整）ができること。予約調整を行う指示は一覧で表示され、指示の詳細（毎週／一日のみ、浄化方法、開始日／終了日）が確認できること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。		
2	予約状況は、透析室（ベッド）毎で日付／時間が表示されるカレンダー形式とし、既に予約決定している情報を表示して予約状況の把握ができること。		
3	予約状況を表示したカレンダーは、表示開始日を指定でき過去、未来へ切替えができること。		
4	予約状況を表示したカレンダーの表示日数や時間帯を任意で指定できること。		
5	既に予約が決定している指示は、カレンダーに当該日付の○時～○時までの時間軸およびベッド（予約枠）毎に予約決定内容が把握できること。		
6	予約決定済み指示は、カレンダーから詳細な指示内容を容易な操作で表示できること。		

7	予約状況カレンダーから、変更、指示内容のみ変更、ベッド/時間のみ変更、複写、選択日削除、以降削除、参照が容易にできること。		
8	予約状況を表示したカレンダーと、これから予約調整を行うオーダ（血液浄化申込一覧）は、同じ画面に一覧で表示できること。		
9	血液浄化予約調整画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。		
10	血液浄化予約の指示変更があった場合のカレンダー上での表示色はマスタ設定可能とすること。		
11	血液浄化予約の指示変更確認後は、カレンダー上での表示色が通常の色に戻る。		
12	血液浄化予約の指示変更確認有無を入力できること。		
3.1.3.25.2.2 血液浄化予約入力			
1	患者基本情報、依頼元情報の表示ができること。		
2	患者の感染情報を参照表示できること。		
3	予約確定を行う際に、血液浄化申込オーダ時の情報はすべて自動取込みされ表示できること。また確定入力時に各項目の変更ができること。		
4	予約確定情報として以下の項目を入力できること。 ・申込み区分（緊急（1回）、定時（毎週）） ・ベッドNo.（予約枠） ・開始日、終了日、曜日選択 ・開始時間、終了時間、所要時間 ・浄化方法 ・原疾患 ・血液浄化実施場所		
5	血液浄化時に必要な依頼情報として体重情報（目標体重、透析前体重、ドライウエイト、各測定日）、食事の有無を入力できること。		
6	血液浄化時に使用する各種物品（薬品、器材）を入力できること。また、予めマスタ設定することで画面上より容易に選択入力できること。		
7	抗凝固剤の選択ができること。なお、所要時間より、初回投与量、持続投与量を入力したタイミングでトータル量を自動計算できること。		
8	血液浄化時に必要物品（透析器、吸着器、血液ろ過器、血漿分離器、など）を選択入力ができること。		
9	血液浄化時に必要な処方薬品、注射薬品を選択入力ができること。また薬品については追加入力ができること。		
10	血液浄化時に必要な処置行為、処置材料を選択入力できること。		
11	血液浄化時に使用する各種物品（薬品、器材）の入力を軽減するためにセット登録ができること。		
12	予約入力を行った場合には、電子カルテに実施者、実施日、実施時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。		

13	予約確定を行った指示を取り消した場合は、取消し履歴を持たせること。取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
14	血液浄化予約の指示変更確認有無を入力できること。		
15	血液浄化予約の指示変更確認有無を入力可能な職種をマスタ設定可能とすること。		
3.1.3.25.2.3 血液浄化受付			
1	血液浄化部門で受付は、医師より指示されたオーダ内容の確認と患者の受付処理ができる機能を有すること。		
2	血液浄化が指示されている患者を一覧表示できること。一覧には患者氏名、ベット番号、開始時刻、浄化方法の指示の内容が表示されること。		
3	患者の受付ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の受付ステータスを自動的に更新し、表示できること。		
4	血液浄化受付一覧は検索期間を設定し、検索できること。		
5	血液浄化受付一覧では患者IDの入力により予約確定したオーダの検索ができること。また、透析は複数日に渡って予約されている場合が多いため、受付当日より以前のオーダ、受付当日より以降のオーダを検索できること。		
6	血液浄化受付一覧の検索は、受付ステータス（未受付・受付済・実施済・全て）によるデータ絞りこみができること。		
7	血液浄化受付一覧の検索は、診療科、病棟、入外区分によりデータ絞りこみができること。		
8	血液浄化受付一覧で各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。		
9	血液浄化受付一覧のソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。		
10	血液浄化受付一覧の一覧最新表示は自動更新ができること。また自動更新のタイミングは病院で任意に設定が変更できること。		
11	指示内容を確認しながら受付処理ができること。		
12	血液浄化受付一覧より受付処理を行う患者を複数選択し、一括で受付処理ができること。		
13	血液浄化受付一覧より一覧データを一括選択し全データの受付処理ができること。		
14	血液浄化受付一覧より受付取消処理を行う患者を選択し、受付取消処理ができること。		
15	血液浄化受付一覧より一覧データを一括選択し全データの受付取消処理ができること。		
16	受付済み・実施済み・他端末にてオーダ情報を参照中の場合は受付更新を行わず、受付未更新一覧が更新できなかったオーダ情報が表示できること。		
17	患者の指示内容を確認しながら受付票印刷ができること。		

18	血液浄化受付一覧より受付票印刷を行う患者を複数選択し、一括で受付票印刷ができること。		
19	受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。		
20	血液浄化受付一覧の印刷ができること。		
21	受付一覧や受付票は、印刷部数の指定ができること。		
22	血液浄化受付一覧をファイル出力ができること。		
23	血液浄化受付一覧より患者のカルテを表示できること。		
24	血液浄化受付一覧より患者の血液浄化経過表の表示ができること。		
25	血液浄化受付一覧より患者の血液浄化に関する医師、看護師間の伝達事項、備忘録を入力する患者メモ機能を有すること。		
26	血液浄化受付一覧での受付機能について、利用者毎に操作権限を付与できること。		
27	血液浄化受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。		
28	患者単位の当日検査一覧を参照できること。		
3.1.3.25.2.4 血液浄化実施／血液浄化実施一覧			
1	血液浄化部門で受付した患者を一覧表示し、実施入力を行う機能を有すること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。		
2	血液浄化が実施される患者を一覧表示できること。一覧には患者氏名、ベット番号、開始時刻、浄化方法の指示の内容が表示されること。		
3	患者の受付ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の受付ステータスを自動的に更新し、表示できること。		
4	血液浄化実施一覧の日付検索は日指定、期間指定と各種条件設定ができること。		
5	血液浄化実施一覧では患者IDの入力により受付したオーダの検索ができること。また、透析は複数日に渡って予約されている場合が多いため、受付当日より以前のオーダ、受付当日より以降のオーダを検索できること。		
6	血液浄化実施一覧の検索にて受付ステータス（未受付・受付済・実施済み・すべて）によるデータ絞りこみができること。		
7	血液浄化実施一覧の検索にて診療科、病棟、入外区分によりデータ絞りこみができること。		
8	血液浄化実施一覧で各種検索条件を、利用者毎に条件保存ができること。		
9	血液浄化実施一覧のソート順の変更と利用者毎に、ソート順の条件保存ができること。		
10	血液浄化実施一覧の一覧最新表示は自動更新ができること。また自動更新のタイミングは病院で任意に設定が変更できること。		

11	実施を行う際に、実施済みの患者・他端末にてカルテ記載中の患者に対して警告メッセージを表示できること。		
12	血液浄化実施一覧より実施箋印刷を行う患者を複数選択し、一括で実施箋印刷ができること。		
13	血液浄化実施一覧より一覧データを一括選択し全データの実施箋印刷ができること。		
14	患者のメモとして、血液浄化実施一覧より患者の血液浄化に関する医師、看護師間の伝達事項、備忘録を入力できること。		
15	実施入力時の画面には、患者基本情報（氏名・原疾患・診療科など）表示ができること。		
16	血液浄化の実施入力画面には、医師からの指示内容、予約確定時の追加指示や時間などの情報が表示できること。また実施入力時に内容の変更・追加・削除ができること。		
17	血液浄化を実施した開始時間、終了時間、所要時間の実施入力ができること。		
18	血液浄化実施時の実施コメントを入力できること。		
19	会計情報として浄化方法、加算情報の入力ができること。		
20	血液浄化実施時に使用する各種物品（薬品、器材）を入力できること、また予めマスタ設定することで、画面上より容易に選択入力できること。		
21	血液浄化実施時に使用した物品（ダイアライザー、吸着カラム、血液ろ過器、ヘモフィルター、血漿分離器、など）を選択入力できること。		
22	血液浄化時実施に使用した処方薬品、注射薬品を選択入力できること。また薬品について追加入力ができること。		
23	血液浄化実施時に行った処置行為、処置材料を選択入力できること。		
24	実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。		
25	実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。		
26	実施入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
27	血液浄化実施一覧での実施機能について利用者毎に操作権限を付与できること。		
28	血液浄化実施一覧より患者のカルテを表示できること。		
29	血液浄化実施一覧より患者の血液浄化経過表を表示できること。		
30	血液浄化実施一覧の印刷ができること。		
31	実施一覧や実施箋の印刷は印刷部数の指定ができること。		

32	血液浄化実施一覧の情報をファイル出力できること。		
33	搬送方法を表示できること。		
34	実施確定時にロット管理対象の薬品器材を選択している場合、ロット番号入力画面に遷移し、ロット番号入力ができること。		
35	実施入力の修正を行った場合は、履歴を持たせること。特に修正履歴は、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。		
36	実施入力の修正を行った場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。		
37	血液浄化実施画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。		
3.1.3.25.2.5 血液浄化台帳			
1	血液浄化台帳の検索条件は入外区分、病棟区分の指定ができること。		
2	血液浄化台帳の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
3	血液浄化台帳の個別印刷ができること。		
4	血液浄化台帳の一覧印刷ができること。		
5	血液浄化台帳の情報をファイル出力できること。		
6	血液浄化台帳のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。		
7	血液浄化台帳より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.2.6 血液浄化歴			
1	患者ID指定で該当患者の血液浄化歴を表示できること		
2	血液浄化歴一覧の日付検索は単日の日付け指定、期間指定ができること。		
3	血液浄化歴一覧の一覧印刷ができること。		
4	血液浄化歴一覧の情報をファイル出力できること。		
5	血液浄化歴一覧のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。		
6	血液浄化歴一覧より患者のカルテを表示できること。		
3.1.3.25.2.7 検査一括指示			
1	血液浄化予約調整文書は以下の条件で検索できること。 ・ 検索期間		
2	血液浄化予約調整文書は以下の条件で検索結果を絞り込むことが出来ること。 ・ 曜日毎 ・ クール毎(時間帯毎)		

3	一括発行オーダーとして、検体検査及び放射線一般撮影・生理検査心電図が発行できること。		
4	セット選択画面にセット登録された一括検査オーダー用セットを選択できること。		
5	一括指示確定時の詳細オーダー内容及びどの患者に対して発行するか確認できること。		
6	一括発行内容はセット登録を利用して作成できること。		
7	検査オーダー一括発行削除対象の患者を一覧表示できること。		
8	検査オーダー一括発行削除対象の患者のオーダーを削除できること。		
9	依頼医機能を使用して検査オーダーは一括発行できること。		
10	一括発行後のオーダーをブラウザから修正できること。		
11	検索レスポンスは血液浄化受付一覧画面にて検索期間が同じ場合と同程度であること。		
3.1.3.26 処方カレンダー機能			
1	処方指示をカレンダー形式で確認できること。		
2	カレンダー上の処方指示の状態(未保存・受付済・実施済)を表示できること。		
4	カレンダー上に処方指示をRp単位で表示できること。また同一Rpは同じ行にまとまって表示されること。		
5	カレンダー上の処方指示を本日服用があるRpのみに絞って表示できること。		
6	カレンダー上の処方指示を入外区分で絞り込みできること。		
7	カレンダー上に定期処方締切日が表示できること。または、定期処方日が表示できること。		
8	カレンダー上より削除・コピーができること。医師セットから引用することで、新規処方ができ、処方指示時の時刻に応じた服用開始区分が選択されること。		
10	上記指示について患者スケジュール、経過表へ反映できること。		
13	カレンダー上の内容をそのまま印刷できること。		
14	一般名薬品・後発薬を処方した際に、医薬品情報を呼び出し、先発薬品名の確認ができること。		
15	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、服用中止指示を行った場合、残数が自動的に更新されること。また残数については手動で変更することが可能なこと。		
16	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、中止日までの服用予定数を除いた残数が薬剤カレンダー画面に表示されること。		
17	薬剤カレンダーに残数が表示できること。また残数については手動で変更することが可能なこと。		

18	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、中止日までの服用予定数を除いた残数が薬剤カレンダー画面に表示されること。		
19	薬剤カレンダーに残数が表示できること。また残数については手動で変更することが可能なこと。		
20	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、中止日までの服用予定数を除いた残数が薬剤カレンダー画面に表示されること。		
21	薬剤カレンダーに残数が表示できること。また残数については手動で変更することが可能なこと。		
22	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、中止日までの服用予定数を除いた残数が薬剤カレンダー画面に表示されること。		
23	1回ごとの服用量の表現が可能な処方については、中止日までの服用予定数を除いた残数が薬剤カレンダー画面に表示されること。		
3.1.3.28 レポート管理			
1	各部門検査のレポートや自科検査レポートなどを一覧表示し、参照できること。		
2	一覧からレポートの既読、未読状況が参照できること。また、未読・既読の変更ができること。		
3	各部門からのレポートの返信状況（未作成・一部結果到着など）が一覧より確認できること。		
4	「未読のみ表示」、「レポート未作成」などの検索条件を指定して一覧表示できること。		
5	生体検査毎に検査実施済患者一覧が表示され、そこからレポートの選択・新規入力ができること。		
6	検査予定日を指定し検索ができること。		
7	患者IDを指定して検索ができること。		
8	入外、診療科、状態種別、オーダ種別、検査種別、依頼医師、実施医師、担当医師で検索対象の指定ができること。		
9	一覧のソート条件の指定ができること。		
10	最新表示ボタンを有すること。		
11	レポート一覧より関連する画像を呼び出せること。		
12	利用者ごとに検索条件の保存が行えること。		
13	レポート一覧からレポート記載画面が起動できること。		
14	未開封レポートのみの表示ができること。		
15	一覧に表示する項目・表示位置を設定で変更できること。		

16	レポートの既読・未読処理ができること。		
17	患者IDをバーコードにて選択できること。		
18	検査予定日の検索対象期間の最大日数をマスタにて設定できること。		
19	ダブルクリックによりレポート作成、右クリックからレポート表示、画像表示を選択できること。		
20	オーダ種別ごとに表示項目、表示文言の設定ができること。		
21	一覧の対象検査をダブルクリックすることによってレポート記載画面を起動できること。		
22	検査種別のリストに表示する検査種別をマスタで設定できること。		
23	右クリックにより表示されるメニューよりカルテ起動ができること。		
24	レポート記載画面でレポート承認後に一覧画面に遷移した際は最新表示リフレッシュされること。		
25	電子カルテ記録時に使用するテンプレートの機能を利用してレポート入力ができること。		
26	印刷プレビューボタンを押すことにより、印刷時のプレビューを参照できること。		
27	レポートの印刷ができること。		
28	手術レポートにて「執刀医」で検索対象を指定できること。		
29	一覧に表示する項目をマスタ（項目属性単位）にて設定できること。		

		回答	備考
3.1.4 オーダリング機能			
3.1.4.1 オーダ共通			
3.1.4.1.1 代行入力			
1	医師毎に権限を委譲する利用者を設定することで、各オーダー登録及び予約登録の代行入力が可能であること。または、職種に代行入力の権限を付与し、その職種に所属する利用者が指示医を指定して各オーダー登録及び予約登録の代行入力が可能であること。		
2	代行入力を行う場合は、各オーダー登録及び予約登録のどちらについても必須項目として指示を出した医師を入力できること。		
3	代行オーダー入力情報について、指示医が必ず承認を行う仕組みがあること。		
4	未承認の代行オーダー入力情報の件数等を表示して承認を促す仕組みがあること。		
5	承認操作の負荷軽減を図るためカルテの内容について一括で承認操作ができること。		
3.1.4.1.2 マスタ表示			
1	各オーダーのマスタについて、オーダー登録画面上で表示順を指定できること。		
3.1.4.1.3 全般			
1	入院中外来で医師が外来モードで指示を出した場合でも検体検査ラベルを病棟で簡易に発行できること。		
2	事後変更されたオーダー内容を医師が確認できる機能があること。		
3	事後変更されたオーダー内容は、他の実施内容と区分してわかりやすく表示されること。		
4	入院時の実施記録の表示は、全科、自科などの指定により表示の絞り込みができること。		
5	依頼内容を登録しなくても、検査の予約状況のみを確認できること。（脳波やMRI予約の際に利用）		
6	各種一覧等の帳票を出力する場合、用紙サイズの指定と印刷プレビューができること。		
3.1.4.1.4 チェック機能			
1	オーダーの際に、アレルギー情報や既往歴、インプラント等のオーダーに関係する情報が、患者プロフィールに登録されている場合は、表示されること。		

		回答	備考
3.1.4.2 処方オーダ			
3.1.4.2.1 処方登録			
1	外来の処方依頼に、処方箋区分（院内、院外）が指定できること。さらに、緊急指示や、麻薬や定数配置薬を使用した場合の処方指示ができること。		
2	入院の処方依頼に、処方箋区分（定期、臨時、退院）を指示できること。さらに、緊急指示や、麻薬や定数配置薬を使用した場合の処方指示ができること。		
3	院内院外処方履歴同日チェックが必要であること。		
4	薬品区分または処方区分およびその両方で最大投与日数、最大投与回数のチェックができること。チェックについては部門システムとの連携によって実現することも可とする。		
5	カナ又は英字の先頭3文字以上（検索効率上）をキーとして、薬剤を選択できること。また、薬剤ごとの検索名称（略称）の登録個数に制限がないこと。薬剤選択時に薬品名称を完全に画面表示（全角25字以内）できること。		
6	入力者・診療科ごとの頻用薬剤を検索し、薬剤を選択できること。		
7	医薬品情報が検索でき、DI（医薬品情報）が表示できること。		
8	処方入力用と処方箋印字用で同一薬品について別々の名称を設定できること。		
9	全科分の既オーダを参照し、全部又は一部を流用（DO処理）できること。		
10	内服薬は1日量、頓服は1回量、外用薬は総投与量で使用量入力できること。		
11	内服薬も1回量での入力ができること。		
12	外来処方の入力時、服用開始日（未来日）が入力できること。また、開始日を当日に設定できること。入院定時処方の入力時、定時処方日の選択入力が行え、次回定時処方日との妥当性チェックができること。 また、入院処方発行日がオーダ上で確認できること。		
13	入院中他科受診時に処方を出したとき、病棟で施行するよう指示ができ、入院処方箋として調剤可能であること。		
14	処方指示入力時に、同一薬剤、警告量（1日ごと、1回ごと等）、簡易懸濁不適・不可、粉碎不可、一包化不可、禁忌（患者対薬品）、併用禁忌、医薬品アレルギー、院内・院外区分、長期投与不可薬、採用中止、診療科限定処方設定、患者限定処方設定、医師限定処方設定のチェックが行えること。（一定期間内における他科服用中薬剤との重複・相互作用チェック（禁忌内容の表示）及びDO処方選択時の他科処方チェックを含む）さらに、致命的なエラー(FATAL ERROR)と警告(WARNING ERROR)を区別し表示できること。		
15	DO処方時において、処方監査機能が働き、マスタをチェックすることにより、採用中止チェックの警告等の表示ができること。		
16	処方入力時に発生する禁忌、注意事項などを、画面に大きく表示すること。		
17	処方指示入力時に、別包、混合、分割（4分割まで）のチェック、粉碎指示、一包化指示機能を有していること。また、整数単位以外の不均等分割指示ができること。		
18	区分が変わった場合でも、一包化や粉碎等の調剤用指示が引き継がれること。		
19	処方指示入力時、リアルタイムに病名チェックできること。また、チェック用の標準マスタを提供すること。（提供した医薬品データベースを活用しマスタ作成できること）		
20	麻薬・抗がん剤・向精神薬・治験薬・特殊薬剤、仮採用薬品、毒薬、劇薬の識別表示(赤字等)が行えること。		
21	注射薬との併用禁忌もチェック可能なこと。処方・注射ともに併用禁忌はエラーとなり、オーダ続行する場合は、理由コメント入力を促すこと。院外処方箋に備考欄に理由が表示されること。		

22	コメントとして、薬剤コメント、用法コメント、処方箋コメント、汎用コメントが入力できること。また、上記コメント及び薬袋コメントや服薬指導コメントをマスタから自動設定できること。		
23	薬剤師(調剤時)に対するコメントおよび看護師(投与時)に対するコメントなどコメント毎に色を設定し、区別できること。		
24	フリーコメントを入力できること。		
25	処方指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。		
26	処方オーダ入力/修正は資格により操作者(利用者)を限定できること。また、処方オーダの修正後は未受付ヘステータスが変わること。		
27	治療薬の管理ができ担当医及び適用患者のチェックができること。		
28	処方オーダを入力した場合、持参薬に対しても処方監査機能が働くこと。		
29	検査薬・処置薬等をオーダ入力できること。		
30	全ての処方オーダにおいて調剤支援システムへデータ送信できる機能を有すること。		
31	処方の中止指示ができること。		
32	薬品ごとに、頓服薬の回数制限ができること。薬品ごとに設定したマスタを優先すること。		
33	調剤支援システムで処方を受付(出力)した後は、受付取り消しをしないと処方の修正や削除ができないこと。		
34	処方オーダの各種マスタが薬剤部門システムと連動できること。		
35	処方薬剤マスタにはHOTコードを入力できること。		
36	処方薬剤マスタの更新作業は薬剤部内の電子カルテ端末あるいは部門システム端末で対応できること。		
37	処方薬剤マスタは部門システムと指定する項目について同期できること。		
3.1.4.2.2 持参薬管理			
1	持参薬の入力のために、全薬マスタを提供すること。		
2	全薬マスタに院内採用薬を紐づけた情報を持参薬マスタとできること。		
3	持参薬マスタの更新作業は薬剤部での作業が原則不要となること。更新作業については、医療情報センターで行えること。		
4	持参薬の場合は、調剤支援システムで調剤対象から外せること。		
5	入院、外来患者に対して他院にて使用していた薬品(持参薬)の管理(電子カルテでの表示等)が院内処方薬と同様に行えること。		
6	持参薬の登録を行うことで、鑑別履歴から他院の処方を表示し、現在内服している薬は処方履歴から表示ができること。		
7	持参薬の登録を一時保存できること。出来ない場合は、代替案が提案できること。		
8	持参薬報告にて患者基本情報(患者ID、氏名、性別、年齢)を自動表示できること。		
9	持参薬報告にてカルテを開く時に選択された診療科、病棟が表示されること。		
10	持参薬報告にて薬に関する情報(薬品名、用量、単位、用法、持込量、採用の有無、同成分の採用薬)が入力できること。		

11	持参薬報告時に薬剤師によるコメントを入力できること。さらに薬剤師が変更案を入力しそれを医師が流用できる機能があること。		
12	入院予定患者の持参薬報告を入院実施前に入力できること。		
13	持参薬報告の情報をデータベース化し、検索や集計できる機能を有すること。		
14	持参薬指示では持参薬としてマスタ登録された薬品以外はオーダーできないこと。		
15	持参薬処方指示のデータは医事会計システムのE F ファイルへ送信されること。		
16	持参薬処方指示のデータは薬剤部門システム、病棟薬剤師業務の支援システムへ送信できること。		
17	医師が持参薬報告書の確認の際に、登録された院内採用の代替薬を候補として表示させ、処方オーダーを発行できること。		
3.1.4.2.3 処方箋発行			
1	外来の処方箋（院外）は、患者診察終了と同時に調剤システムと連動し診察室のプリンタに出力できること。		
2	院内処方箋には、体表面積、腎機能、薬剤アレルギーの情報が印字されること。		
3	院内処方箋、院外処方箋で印字する項目をそれぞれ選択できること。		
4	検査値について、処方箋及び注射箋に印刷する目的で、当院薬剤部の要望する項目について、薬剤部門システムと連携できること。もしくは、薬剤部門システムへ公開すること。		
5	外来の処方箋（救急）は、患者診察終了と同時に調剤システムと連動し診察室のプリンタに出力できること。また、時間外の救急患者で、眼科等外来診察室を利用しても、患者診察終了と同時に調剤システムと連動し診察室のプリンタに出力できること。		
6	入院外来ともに麻薬処方箋は、患者診察終了と同時に調剤支援システムと連動し診察室のプリンタに出力し、さらに、薬剤部門の別プリンタでも出力できること。		
7	入院の処方箋を、処方箋区分（定期・臨時・退院・麻薬等）により、異なったタイミング（即時／病棟一括等）で薬剤部門のプリンタに出力できること。実施済み処方については、薬剤部門システムで処方箋を出力することができること。		
8	入院の麻薬処方箋は、病棟または薬剤部門のプリンタで出力できること。		
9	麻薬・抗がん剤・向精神薬・治療薬・特殊薬剤、仮採用薬品、毒薬、劇薬の識別出力が行えること。		
10	外来過去分、外来当日分及び入院処方箋区分ごとに、処方箋を発行するタイミングと会計済み・実施済みとするタイミングをマスタにより自由に設定できること。		
11	院内処方箋の選択時は、引換番号が自動付番され、会計終了時に「薬引換券」の発行ができること。引き換え番号には、当日のすべての処方箋番号が印字されること。		
3.1.4.2.4 実施入力			
1	入院は、実施入力ができること。		
2	処方済みの内服薬を返品する場合は、処方内容を修正できること。		
3.1.4.2.5 処方照会			
1	当日又は指定日の外来処方箋及び入院処方箋の発行状況を一覧表示できること。		
2	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
3	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
4	上記の一覧表示画面からの選択入力により、処方指示の詳細内容を表示できること。また、詳細画面において他科処方内容を参照可能とし、診療科を表示できること。		
6	処方歴照会においては、入院処方、外来処方の区別に関わらず一定期間参照できること。		

7	オーダ番号または処方箋番号から患者検索を実施できること。		
8	処方歴を一覧で参照可能なこと。一覧では処方日・処方した科などが表示されること。		
9	処方一覧が表示でき、処方の発行元の診療科も表示されること。		
10	処方歴または処方照会画面から該当する薬剤のDI（医薬品情報）が表示できること。		
3.1.4.2.6 処方カレンダー			
1	処方カレンダーにて処方オーダの入力、変更、コピーが可能なこと。		
2	カレンダー上で、処方指示の状態(未実施・実施済)を表示できること。		
5	カレンダー上に処方指示をRp単位で表示できること。		
6	同一Rpはまとめて表示されること。		
7	カレンダー上の処方指示を本日服用があるRpのみに絞って表示できること。		
8	カレンダー上の処方指示を当該期間全処方を絞り込みできること。		
9	カレンダー上に定期処方締切日が表示できること。		
10	持参薬指示内容が表示できること。		
11	カレンダー上より新規処方・修正・削除・コピーができること。		
12	新規処方の際には処方指示時の時刻に応じた服用開始区分が選択されること。		
13	薬剤カレンダー上より中断・中止(Rp単位)・薬品中止(Rpの中のある特定の薬剤を中止)ができること。		
14	その際に、指示内容を印字した帳票が出力できること。さらに中止については、複数Rpを対象とした一括操作ができること。		
3.1.4.3 服薬指導オーダ			
3.1.4.3.1 服薬指導登録			
1	外来患者に対する薬剤情報提供の依頼ができること。依頼した記録が電子カルテの2号用紙に記録されること。		
2	入院患者に対して、入院確定時に薬剤管理指導の依頼画面が自動的に起動すること。システム上、同意がなくても病棟薬剤師業務の支援システムにおいて薬剤師の操作で登録可能であり、入院予定がある患者においては入院前から登録可能であること。		
3	入院患者に対して、入院途中でも薬剤管理指導の同意ができること。		
4	服薬指導対象者かどうかを病棟薬剤師業務の支援システムへ連動できること。また、持参薬の情報を病棟薬剤師業務の支援システムへ連動できること。		
5	フリーコメントを入力できること。		
3.1.4.3.2 実施入力			
1	病棟薬剤師業務の支援システムにより実施（会計情報）入力ができ、医事会計システムに伝達できること。（ただし、算定できるかどうかは医事会計システムで判断すること）		
2	一度の同意に対して、複数回の実施入力ができること。		
3.1.4.3.3 服薬指導照会			
1	当日又は指定日の服薬指導オーダ発行状況を一覧表示できること。		
2	病棟別のオーダ発行状況を一覧表示できること。		
3	患者別のオーダ発行状況を一覧表示できること。		
4	診療科別のオーダ発行状況を一覧表示できること。		

3.1.4.4 注射オーダー		
3.1.4.4.1 注射登録		
1	外来の注射箋に、注射箋区分（外来注射、外来予約注射、外来麻薬注射、外来実施済み注射等）を指示でき、実施場所も入力できること。また、定数配置薬の注射指示（実施入力）ができること。	
2	入院の注射箋に、注射箋区分（入院注射・緊急注射、麻薬注射、実施済み注射等）を指示できること。	
3	検査薬・処置薬等をオーダー入力できること。	
4	入院患者において、食事量と血糖値の双方から判断したスライディングスケールに対応したインスリンの指示ができること。	
5	カナ又は英字の先頭3文字以上（検索効率上）をキーとして、薬剤を選択できること。また、1薬剤ごとの検索名称（略称）の登録個数に制限がないこと。薬剤選択時に薬品名称を画面表示できること。（最低全角25文字）	
6	医薬品情報が検索でき、DI（医薬品情報）が表示できること。	
7	全科分の既オーダーを参照し、全部又は一部を流用（DO処理）できること。	
8	表示された履歴単位で、DO入力ができること。	
9	初回投与開始日時、ルートコメント、時間・速度、薬剤・使用量コメント、Rpコメントの入力ができること。速度入力は必須項目とすること。	
10	点滴等の投与中、時間・速度等は変更指示入力ができること。ただし、この際、注射薬の再出庫はしないこと。変更したことが注射カレンダー上で一目で分かること。	
11	フリーコメントを入力できること。	
12	実施日の入力としてカレンダー上で複数日一括指定できること。	
13	注射指示入力時に、同一薬剤、警告量（1日ごと、1回ごと、体重あたり、体表面積あたり等）、手技と注射薬の適合、医薬品アレルギー、同一Rp内での重複、併用禁忌、診療科限定処方設定、患者限定処方設定、医師限定処方設定、採用中止のチェックが行えること（注射箋間の重複・相互作用チェックを含む、処方オーダーとの相互作用チェックを含む）。さらに、致命的なエラー(FATAL ERROR)（入力不可）と警告(WARNING ERROR)を区別し表示できること。警告後に適合しないまま処方された場合は、突破理由コメントの入力ができること。そして注射処方箋にその情報が印字されること。	
14	処方指示入力時、リアルタイムに病名チェックできること。また、チェック用の標準マスタを提供すること。（提供した医薬品データベースを活用しマスタ作成できること）	
15	処方薬との併用禁忌のチェックが可能なこと。	
16	DO処方時において、処方監査機能が働き、マスタをチェックすることにより、採用中止チェックの警告等の表示ができること。	
17	麻薬・抗がん剤・向精神薬・治験薬・特殊薬剤、毒薬、劇薬の識別表示（赤字等）が行えること。	
18	指定する抗菌薬を処方する場合は、理由を入力できるようにすること。その情報を抽出し集計できること。	
19	注射指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。	
20	注射指示票が出力できること。また、注射指示票には、注射実施時刻を印字できること。さらに、中央処置室や病棟等必要な場所で出力可能なこと。	
21	注射オーダーの進捗状況を、一覧形式で表示すること。	
22	絞り込み条件を設定することにより、その内容に従って指示済み注射オーダーの状況を表示すること。	
23	患者を選択することにより、指定期間のオーダー詳細内容が表示できること。	

24	治療薬の管理ができ担当医及び適用患者のチェックができること。		
25	科限定・医師限定・患者限定の注射薬がオーダーできること。		
26	転棟した場合は、転棟先の病棟に注射薬が払い出されるよう、薬剤部門システムへ情報を伝達し処方箋や払い出し伝票に反映させること。		
27	全ての注射オーダーにおいて、調剤支援システム（注射薬払出システム）へデータ送信できる機能を有すること。		
28	注射の中止指示ができること。投与終了の印をカレンダー日付に入力・表示できること。		
29	注射オーダーの各種マスタが薬剤部門システムと連携できること。		
30	注射薬剤マスタにはHOTコードを入力できること。		
31	注射薬剤マスタの更新作業は薬剤部内の電子カルテ端末あるいは部門システム端末で対応できること。		
32	注射薬剤マスタは部門システムと指定する項目について同期できること。		
3.1.4.4.2 注射箋発行			
1	外来予約注射の場合、前営業日に薬剤部門で注射箋を出力するために、締め切り時刻設定できること。		
2	外来の麻薬注射箋を、診察室のプリンタへ出力できること。		
3	入院の注射箋を、注射箋区分（定時・臨時・緊急等）により、異なったタイミング（即時／病棟一括等）で薬剤部門のプリンタに出力できること。		
4	転棟した場合（または外来から入院に変わった場合）は、発行時点の病棟等が払い出し先として注射箋に印字されること。ただし、外来実施済み注射の場合には実施部署が注射箋に印字されること。		
5	入院の麻薬注射箋を、病棟のプリンタへ出力できること。		
6	麻薬の場合は施用票の出力もできること。		
3.1.4.4.3 実施入力			
1	ノートPC及びPDA、スマートフォンのバーコードスキャナで患者認証及び実施内容（施用単位）の読み込みによる実施入力ができること。（入院患者、外来患者ともにできること）特定生物由来製品については、実施入力時に製品表示のG S 1バーを読み込み実施ロットの記録が行われ、さらにそのデータが物流システムへインタフェースされることで実施記録として保管可能であること。		
2	実施時リアルタイムに患者安全チェック（患者IDとオーダー内容の照合チェック）ができること。		
3	使用済み薬品データは、実施情報として医事会計システム、調剤支援システム（注射薬払出システム）、医薬品在庫管理システムに伝達できること。		
4	前検査・処置薬も医薬品在庫管理システムに伝達できること。		
5	未実施の注射薬剤が一覧で表示可能であること。		
6	修正データは、薬歴に反映され、薬剤部門システムへデータ送信できること。		
3.1.4.4.4 注射照会			
1	当日又は指定日の外来注射箋及び入院注射箋の発行状況を一覧表示できること。		
2	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
3	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		

4	上記の一覧表示画面からの選択入力により、注射指示の詳細内容を表示できること。また、詳細画面において他科注射内容を参照可能とし、診療科を表示できること。		
6	注射歴照会においては、入院注射、外来注射の区別に関わらず一定期間参照できること。		
7	オーダー番号または注射箋番号から患者検索を実施できること。		
3.1.4.5 化学療法オーダー			
3.1.4.5.1 化学療法（レジメン）オーダー登録			
1	汎用的な化学療法による治療計画としてレジメンの登録ができること。		
2	抗がん剤の点滴・内服などを同時に依頼できること。また、内服については外来の処方当日のみ依頼可能なこと。		
3	点滴・内服を併用するレジメンを一つのバックとしてオーダーできること。		
4	一般の注射薬も一緒に入力できること。		
5	レジメンにフリーコメントの入力ができること。		
3.1.4.5.2 化学療法（レジメン）オーダー適用			
1	登録されている化学療法（レジメン）を患者に適用し、初回日を設定することによりオーダー別カレンダー表示上にカレンダー展開でき、患者用プロトコルの作成ができること。また、変更も可能であること。さらに、化学療法オーダーとして発行できること。		
2	レジメンごとに抗がん剤の投与量の上限を絶対値が設定できること。		
3	レジメンごとに休薬期間の設定ができること。		
4	複数規格のある薬剤は、自動的に適切（安価または投与量）な規格を選ぶようにすること。半端な規格となる場合は、量り取り量を自動計算できること。		
5	医薬品情報が検索でき、DI（医薬品情報）が表示できること。		
6	レジメンオーダー適用時、身長・体重を必須入力とし、自動的に体表面積を計算できること。		
7	血清クレアチニン値より、自動的にGFRの計算ができること。		
8	検査結果に基づき、投与量を自動的に表示され、変更できること。		
9	注射オーダーに準じた機能を有すること（処方監査要件を登録すれば禁忌チェックを行えること）。		
10	必要に応じて検体検査とセットで入力できること。		
11	フリーコメントを入力できること。		
12	化学療法の同意書を自動的に作成・出力ができること。		
3.1.4.5.3 化学療法室の予約			
1	化学療法ベッドの調整の際に、患者個々人の治療時間等を考慮して、枠の管理がスムーズにおこなえと共に、受診当日の外来受診票に化学療法室が表示されること。		
3.1.4.5.4 化学療法（レジメン）オーダー確定・減量・中止			
1	化学療法（レジメン）オーダーにおいて当日指示の確定や投与量の減量・適用の中止が簡単にできること。 中止においては、当日のみの中止と、レジメンの適用自体の中止の両方が可能であること。		
2	レジメン適用時、確定入力時、それぞれ薬剤部門システムへ連動すること。		
3.1.4.5.5 化学療法（レジメン）オーダー注射箋出力			
1	指示が確定した時点で薬剤部門に注射箋を出力できること。		
3.1.4.5.6 化学療法（レジメン）オーダー実施入力			
1	ノートPCのバーコードスキャナで患者認証及び実施内容（施用単位）の読み込みによる実施入力ができること。		

2	実施時リアルタイムに患者安全チェック（患者IDとオーダー内容の照合チェック）ができること。		
3	使用済み薬品データは、実施情報として医事会計システム、薬剤部門システム、物品管理システムに伝達できること。		
4	無菌調製加算（薬局で調製等）、化学療法加算（化学療法室で実施等）の算定のための入力ができること。（請求漏れを削減するために可能な限り自動算定すること）		
3.1.4.5.7 化学療法（レジメン）オーダー照会			
1	同一の化学療法（レジメン）オーダーが適用されている患者一覧を表示できること。また、患者別抗がん剤投与履歴が参照できること。		
3.1.4.5.8 化学療法（レジメン）統計			
1	以下の日報を出力できること。 (1) 外来化学療法利用患者数 (2) 外来化学療法患者一覧		

		回答	備考
3.1.4.6 検体検査オーダー			
3.1.4.6.1 検体検査登録			
1	各種セットを利用し、検査項目の指示入力が行えること。		
2	外来の場合、検体検査区分として、通常(検査後診察なし)・至急(検査後診察有り)・緊急(緊急患者もしくは時間外)を区別して依頼できること。また、採取場所(中央採血室、各科処置室)を区別できること。		
3	検体検査区分として緊急(緊急患者もしくは時間外)で依頼できること。		
4	生化学、血液、血清、一般等の各検査をオーダー対象とできること。(外注検査及び負荷検査・負荷薬剤を含む)		
5	検査室別・機能別の検査項目画面を設定できること。		
6	全科分の既オーダーを参照し、全部又は一部を流用(DO処理)できること。		
7	採取日の入力を省略した場合、採取日を当日に自動設定できること。		
8	時間指定も含めてコメント入力ができること。		
9	オーダー項目は、検体材料、容器をキーとしてグループ化すること。		
10	同一日・同一検査項目の重複チェックが行えること。		
11	当日における重複検査依頼に警告が出ること。		
12	休診日のチェックを行い、オーダー時に警告メッセージを表示できること。		
13	検査指示入力された内容を、オートラベラー／ラベルプリンタ／臨床検査システム等へ伝達できること。		
14	検査指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。		
15	医師はラベル未発行のみ修正可能であること。		
16	オーダー項目の情報を参照できること。		
17	緊急や時間外検査については、受付患者一覧画面にてマーク表示できること。		
18	治験患者については治験オーダーの参照および担当医(依頼医)の確認を行うことが可能なこと。		
19	特定の項目(24Ccrなど)に対して身長・体重・尿量のデータが取り込みできること。		
20	オーダーの入外区分を変更(入院→外来、外来→入院)できること。		
21	検査室以外にある血ガスのオーダーが出来ること。		
22	特定の検査項目を選択してオーダーした場合、文書入力画面を自動的に表示できること。		
23	健診システムから入力されたオーダー情報を受け取り、臨床検査システムへ伝達できること。		
24	血液浄化部門システムから入力されたオーダー情報を受け取り、臨床検査システムへ伝達できること。		
3.1.4.6.2 採取ラベル・指示票の出力(外来診察室・処置室、救急、手術室等)			

1	検査指示入力された内容を臨床検査システムと連動し、発行指示を行った近傍のプリンタに採取ラベル・指示票(必要に応じて)を出力できること。		
2	尿・便等の持参検体の場合、検体受付時にラベル出力ができること。(臨床検査システム側の対応でも可)		
3	バーコードラベル再発行等が任意の場所でできること。		
4	オーダされた内容をもとに、オーダ単位で検体ラベル(患者属性・採血管種別・オーダ・採血量・至急コメント・感染症情報等が表示されたバーコードラベル)が所定の場所に設置している検体ラベル用プリンタにネットワークを通して出力すること。(臨床検査システム側の対応でも可)		
5	輸血関連検査・交差試験用の採取ラベルの出力ができること。		
6	検査の特殊採血管情報が表示されること。		
7	退院後外来となる検査は再度、外来でのオーダがを発行せずとも外来で採取ラベルが発行可能なこと。		
3.1.4.6.3 採取ラベル・指示票の出力(病棟、血液浄化療法室等)			
1	定時の場合、採血管準備システムと連動し、一括で採取ラベル付き採血管を出力できること。		
2	臨時及び緊急の場合、採取ラベル・指示票(必要に応じて)を各病棟のプリンタに出力できること。		
3	指示日の採取一覧表を各病棟のプリンタに出力できること。(看護支援システムとの連動で出力できることも可)		
5	採血前に採血ラベル(もしくは採取ラベル付き採血管)を出力したかどうかを確認できること。		
6	輸血関連検査・交差試験用の採取ラベルの出力ができること。		
7	検査の特殊採血管情報が把握できること。		
3.1.4.6.4 実施入力			
1	外来、救急の場合、採取ラベル発行時(持参検体の場合も検体受付時にラベル出力する)に自動的に実施情報となり医事会計システムに伝達できること。		
2	入院の場合、検査部門システムで検体到着確認を行った際に、自動的に実施情報として医事会計システムへ伝達できること。		
3	更に、追加入力した際に、実施情報として医事会計システムへ送信できること。		
3.1.4.6.5 検体受付			
1	検体到着確認ができること。(臨床検査システム側の対応でも可)		
3.1.4.6.6 検体検査照会			
1	検体検査結果の取り込み		
	(1) 臨床検査システムからの検体検査結果情報を検体検査結果データベースへ登録できること。		
	(2) 臨床検査システムからの画像情報を画像データベースへ登録できること。		
	(3) 感染症情報を患者基本情報に自動で取り込めるよう考慮されていること。さらに日付管理できること。		

2	一覧結果照会		
	(1) 一般・血液・生化等のサマリ(報告書)単位の検体検査結果を表示できること。		
	(2) 検査結果がでるのが遅れるものと当日報告のものとは別表示でき、進捗状況が表示できること。		
	(3) オーダ変更、取り消しを行った場合、進捗状況を表示する検査一覧にリアルタイムで表示されること。		
	(4) また、対象オーダの依頼元、蓄尿量・時間、付加コメント、依頼コメント、検体コメント、検体到着時間を表示できること。		
	(5) 検査項目の正常値(参考値)範囲の数値ガイドと単位を表示できること。		
	(6) 異常値の検査項目については、色(上限値を超える場合には赤、下限値を超える場合には青)を変えて表示できること。		
	(7) 検査項目の概要説明文を表示できること。		
	(8) 患者の検体検査結果データを特定の管理部門においてCSV形式で抽出できること。		
3	時系列及びグラフ結果照会		
	(1) 「一覧結果照会」にて選択された項目の検査結果を、時系列に表示できること。		
	(2) 検査項目の正常値(参考値)範囲の数値ガイドと単位を表示できること。		
	(3) 異常値の検査項目については、色(上限値を超える場合には赤、下限値を超える場合には青)を変えて表示できること。		
	(4) 検査項目の概要説明文を表示できること。		
	(5) 検査室以外の血ガスデータを時系列参照できること。		
	(6) 一覧結果照会にて選択された項目の検査結果を、グラフ(折れ線グラフ)表示できること。		
	(7) 時系列結果照会で選択された項目の検査結果を、グラフ(折れ線グラフ)表示できること。		
	(8) グラフ表示では、検査結果の正常値(参考値)範囲を表示できること。		
	(9) 特定項目(測定方法、単位が異なる場合)を除き外注検査、院内緊急検査の時系列及びグラフ表示ができること。		
	(10) 過去に抗体検査を行っているか簡単に検索できること。		
	(11) グラフ表示の縦軸は検査値に応じて見やすいように自動調整されること。		
	(12) 検査項目選択とグラフ化範囲(日付範囲)の指定が簡単にできること。		
4	レポート表示 外注検査等において、波形・その他画像等で返却される検査結果等(蛋白分画・遺伝子検査、その他画像データ)をWEB等で参照できること。		
5	検査結果検索 検査項目及び検査日を指定して該当する検査結果を検索できること。		
3.1.4.6.7 検査完了通知			
1	外注検査項目のうちマスタで指定した項目は病院で設定できること。		

3.1.4.7 骨髓検査オーダー			
3.1.4.7.1 検体検査照会(骨髓検査)			
1	当日又は指定日の骨髓検査指示票の発行状況を一覧表示できること。		
2	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
3	上記の一覧表示画面からの選択入力により、骨髓検査指示の詳細内容を表示できること。		
4	臨床検査システム／血液システムからフリーコメント入力した骨髓検査情報を検体検査結果データベースへ登録できること。		
5	臨床検査システムと連携し骨髓検査用画像付き報告書をWEBもしくはPDF等のファイル形式で保存および参照できること。		

		回答	備考
3.1.4.8 細菌検査オーダ			
3.1.4.8.1 細菌検査登録			
1	検査室別・機能別の検査項目画面を設定できること。		
2	検体種別ごとに依頼可能検査項目の設定ができること。		
3	全科分の既オーダを参照し、全部又は一部を流用（DO処理）できること。		
4	採取日の入力を省略した場合、採取日を当日に自動設定できること。		
5	コメント入力及び検体変更入力ができること。		
6	同一日・同一検査項目の重複チェックが行えること。		
7	休診日のチェックを行い、オーダ時に警告メッセージを表示できること。（外注検査・院内検査に必要）		
8	目的菌、基礎疾患、主要症状や渡航歴・使用抗菌剤等の入力ができること。使用抗菌剤は一覧から選択できること。使用予定の場合も入力すること。		
9	検査指示入力された内容を、検体検査と共用のラベルプリンタ／細菌検査システム等へ伝達できること。		
10	検査指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。		
11	オーダ項目の情報を参照できること。		
3.1.4.8.2 採取ラベル・指示票個別発行			
1	発行指示を行った近傍のラベルプリンタに採取ラベルを出力できること。		
2	バーコードラベル再発行等が任意の場所でできること。		
3	患者受付時に、検査（採血・採尿）指示票（患者ID・患者氏名、オーダ者の所属・氏名、患者属性、オーダ時のコメント、検体名等）を必要に応じて出力できること。（採血管準備システムとの連動で出力することも可）		
3.1.4.8.3 実施入力			
1	外来の場合、採取ラベル発行時に自動的に実施情報となり医事会計システムに伝達できること。		
2	入院の場合、細菌検査システムで検体到着確認を行った際に、自動的に実施情報として医事会計システムへ伝達できること。		
3.1.4.8.4 検体受付			
1	バーコード読み取りで検体到着確認ができること。（細菌検査システム側の対応でも可）		
3.1.4.8.5 細菌検査照会			
1	一般細菌結果照会		
	(1) 一般細菌結果照会では、塗抹鏡検査の結果及び同定の結果を表示できること。		
	(2) 感受性の結果を表示できること。		
	(3) 対象オーダの塗抹鏡検査、検査材料、報告コメント、依頼コメント、検体コメント、尿定量培養、同定を表示できること。		
	(4) 一般細菌結果照会画面に表示されている結果情報を出力できること。		
2	抗酸菌結果照会		
	(1) 抗酸菌結果照会では、塗抹鏡検の結果、培養同定の結果及び同定の結果を表示できること。		
	(2) 薬剤耐性の結果を表示できること。		

	(3) 対象オーダーの塗抹鏡検査、検査材料、報告コメント、依頼コメント、検体コメント、培養同定、同定を表示できること。		
	(4) 抗酸菌結果照会画面に表示されている結果情報を出力できること。		

		回答	備考
3.1.4.9 病理検査オーダ			
3.1.4.9.1 病理検査登録			
1	各種セットを利用し、検査種別（細胞診、組織診、術中迅速）の指示入力ができること。		
2	検査種別の検査項目画面を設定できること。婦人科とそれ以外の診療科の場合は別画面で項目設定できること。		
3	産科・婦人科の病理検査登録を行う際には、妊娠中・閉経後・最終月経の情報を入力必須項目に設定できること。		
4	依頼病名（必須入力）、検査目的、臓器、臓器数、検体種等の依頼情報詳細入力ができること（胃生検なら組織片の数、またはピンの数等）。検査目的、臓器、臓器数、検体種については必須入力と出来ること。		
5	依頼病名は既に登録されているアクティブ病名が一覧表示され、その中から選択できること。		
6	検査目的、臓器、臓器数、検体種の登録では、選択肢、フリーコメント、シェーマ等の入力ができること。		
7	術中迅速検査の場合、予約枠管理をして依頼ができること。		
8	病理解剖の依頼入力ができること。		
9	臨床経過所見のフリー入力ができること。		
10	感染症情報が患者プロフィールと連携できること。		
11	依頼情報詳細入力についても、DO入力、セット入力（院内共通、科別、医師別）ができること。		
12	詳細依頼伝票の印刷ができること。また、依頼伝票の一部に患者情報をバーコードで保有すること。		
13	術中迅速病理検査の依頼(予約依頼)の場合、当日、手術室で検体採取後詳細依頼伝票を出力できること。		
14	図表・画像等を含む詳細依頼ができること。		
15	フリーコメントを入力できること。		
3.1.4.9.2 検体ラベル出力			
1	検体ラベルについては、臨床検査システムもしくはバーコードプリンタと連動して患者単位（採取容器別）に各外来・病棟・病理検査室で任意に発行ができること。（検体検査のラベルプリンタと共用すること）		
2	検体バーコードラベルは指定枚数印刷できること。		
3	術中迅速病理検査の依頼(予約依頼)の場合、当日、手術室で検体採取後検体ラベルを出力できること。		
3.1.4.9.3 検体受付			
1	検体到着確認ができ、病理検査システムへオーダ情報を伝達できること。		
3.1.4.9.4 実施入力			
1	外来の場合、採取ラベル発行時に自動的に実施情報となり医事会計システムへ伝達できること。		
2	入院の場合、検体到着確認を行った際に、自動的に実施情報として医事会計システムへ伝達できること。		
3	更に、病理部門で追加入力（特殊染色等）した際に、実施情報として医事会計システムへ伝達できること。（加算情報なので汎用もしくは請求オーダで入力することでも可）		

3.1.4.9.5 病理検査照会			
1	病理検査システムからデータ連携（腫瘍コード等の病理診断結果）により検査結果を受け取れること。また、WEB連携により画像データが貼り付いたレポートが参照できること。		
2	オーダー情報と関連付けられた画像／レポートの参照が瞬時に行えること。		
3	当日又は指定日の病理検査指示票の発行状況を一覧表示できること。		
4	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
5	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
6	上記の一覧表示画面からの選択入力により、病理検査指示の詳細内容を表示できること。		
7	病理検査一覧から病理検査依頼伝票印刷指示が行えること。		
8	病理検査照会においては、入院病理検査、外来病理検査の区別に関わらず一定期間参照できること。		

		回答	備考
3.1.4.10 生理検査オーダー			
3.1.4.10.1 生理検査登録			
1	オーダー項目、部位、検査条件の登録ができること。		
2	オーダー項目に応じた患者への伝達事項が表示され、指示によるプリント出力ができること。		
3	オーダー項目に応じた予約の登録ができること。		
4	予約は、部門との調整が必要な予約、調整が不要の予約の区別があり、項目ごとにマスタの設定に従い、選択できる予約形態のみが表示されること。なお、予約調整の必要/不要は運用により可変であるため、項目ごとのマスタ設定および予約設定、予約枠の増減はマスタ管理などで当院スタッフにて対応できること。		
5	予約枠の管理は院内スタッフで対応できること。また、予約枠の自動複写が1年後までできること。		
6	ホルター心電図、24時間血圧計、睡眠検査は翌日の予約を閉じることができる。		
7	長時間心電図は任意の日数の予約を閉じることができる。また、貸出し検査の緊急オーダーは不可能にできること。		
8	予約外検査において患者の都合等で希望時間がある場合、希望時間のコメント入力ができること。		
9	全ての生理検査オーダーを生理検査システムに連携できること。		
10	生理検査部門で緊急もしくは当日予約枠を管理し、電話連絡するようにメッセージが表示されること。		
11	遅食になる検査の場合、オーダー入力時には警告がでるようにすること。		
12	検査の目的となる病名の登録ができること。この病名は、患者に登録されたものから選択して登録できること。選択時に、該当する病名がなければ、病名入力機能に遷移できること。		
13	検査目的の登録では、選択肢、フリーコメント入力、シェーマ・スキャナ等の入力ができること。		
14	必要に応じて、検査・治療説明書及び検査・治療同意書が出力できること。		
15	フリーコメントを入力できること。		
3.1.4.10.2 患者受付			
1	患者来院時に、生理検査部受付端末にて全ての生理検査室で行われる検査項目に対する受付処理が行えること。		
2	部門受付処理のタイミングでオーダー情報が修正できないようにロックされること。		
3	コメント等の詳細情報があることを一覧画面から確認できること。		
3.1.4.10.3 実施入力			
1	生理検査システムから実施情報および中止情報を受信し、医事会計システムへ伝達できること。		
2	オーダーが医事会計システムに連動すること。		
3.1.4.10.4 生理検査照会			
1	当日又は指定日の生理検査指示の発行状況を一覧表示できること。		
2	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
3	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		

4	上記の一覧表示画面からの選択入力により、生理検査指示の詳細内容を表示できること。 また、詳細画面において他科生理検査内容を参照可能とし、診療部署を表示できること。		
5	生理検査歴照会においては、入院生理検査、外来生理検査の区別に関わらず一定期間参照できること。		
6	部門システムで作成した画像・波形付レポート（心電図、脳波、超音波等）を、電子カルテシステムで受信・格納し、電子カルテシステム上で参照できること。さらに、オリジナル波形も参照可能であること。		

		回答	備考
3.1.4.11 輸血オーダ			
3.1.4.11.1 輸血検査登録			
1	患者血液型・不規則抗体検査等輸血関連検査の依頼ができること。(検体検査オーダでも可)さらに、輸血関連検査用の採取ラベルの出力ができること。		
2	輸血検査オーダを輸血管理システム及び臨床検査システムへ伝達できること。		
3	臨床検査システムと連動して、輸血検査用の採取ラベルの出力ができること。		
4	輸血前検体保管の採血依頼(輸血関連検査オーダ)に対応できること。		
5	輸血後感染症検査の採血依頼(輸血関連検査オーダ)に対応できること。		
3.1.4.11.2 輸血登録			
1	輸血用製剤依頼時に、Rh(D)陰性や不規則抗体陽性であることがはっきりわかる画面であること。また、輸血基本情報の登録履歴を参照できること。		
2	輸血用血液製剤要求ができること。その際単位もしくは瓶数指定ができること。		
3	輸血用血液製剤の要求時、血型検査を2回以上実施していることが確認できること。		
4	輸血用血液製剤要求時に、血液型が確定していなければ警告表示すること。		
5	交差試験の依頼ができること。さらに、交差試験用採取ラベルの出力ができること。		
6	臨床検査システムと連動して、交差試験用の採取ラベルの出力ができること。		
7	手術時にT&Sの依頼に対応できること。		
8	患者の輸血に関する基本情報として、血液型(ABO型、Rh型)、不規則抗体名、感染症、輸血歴、妊娠歴、新生児黄疸、投薬情報、移植情報の内容を登録・表示できること。		
9	輸血基本情報の登録履歴を参照できること。		
10	患者血液型・不規則抗体名は、患者基本情報で登録済みの情報を自動取り込みできること。		
11	輸血基本情報のコメントを登録できること。		
12	フリーコメントを入力できること。		
13	患者基本情報で登録済みの感染症情報、輸血副作用情報を参照できること。		
14	血液製剤請求情報として、病名、使用場所、緊急度(通常/緊急他)、輸血予定日、製剤名とその数量を登録できること。また、製剤の血液型(患者と異なる場合はチェック機能付き)、輸血目的、術式を登録できること。		
15	輸血同意書等固定フォーマットを、オーダ時に自動出力できること。		
16	アルブミン等特定生物由来製品(血漿分画製剤)の依頼ができること。		
17	自己血輸血の依頼ができること。		
18	自己血輸血に関する基本情報として実施計画、採取量、保存法又は製剤名を登録できること。		
19	自己血採血(貯血)の依頼及び予約ができること。		

20	自己血採取法は、貯血式以外に希釈式、回収式を選択して登録できること。		
21	自己血採血依頼書が出力できること。		
22	自己血採血依頼書において、貯血回数(チェックする欄、□)、シーラー貸出(チェックする欄、□)、自己血輸血責任医師、適応確認、VVR有・無、薬剤投与状況を入力する欄を設定できること。詳細なレイアウトは当院と協議の上、決定すること。		
23	手術当日(自己血輸血日)、自己血が払い出されること。		
24	輸血管理システムへ出庫指示情報(輸血オーダー)を渡せること。また、血液製剤の払出情報がロット番号も含めて受け取れること。		
25	輸血依頼時に血液型検査の有無が反映されること。		
26	血小板製剤の使用依頼に血小板数検査結果が反映されること。		
27	新鮮凍結血漿の使用依頼に凝固検査結果が反映されること。		
28	輸血前検体保管の採血依頼(輸血関連検査オーダー)に対応できること。		
29	輸血後感染症検査の採血依頼(輸血関連検査オーダー)に対応できること。		
30	輸血依頼時に伝票(血液引き取り伝票)の発行できること。		
31	時間外に血液製剤依頼を行う場合、「時間外PHSに連絡してください」というメッセージが表示されること。		
32	オーダー締切後もロック解除ができ、オーダー内容の変更ができること。		
3.1.4.11.3 実施入力			
1	自己血採血(貯血)の実施入力ができ、その実施情報を医事会計システムに伝達できること。また、実際の貯血量の入力ができること。		
3.1.4.11.4 製剤払出			
1	輸血管理システムと連動し、払い出された製剤のロット番号を受信し管理できること。		
3.1.4.11.5 実施入力(輸血、血漿分画製剤)			
1	患者選択後、実施入力ができること。また、副作用情報(発熱・悪感・戦慄・蕁麻疹・発疹・発赤・顔面紅潮・掻痒感・かゆみ、血尿、呼吸困難、吐気・嘔吐、血管痛、意識障害、血圧、肺水腫)の入力もでき、輸血管理システムに連携できること。		
2	副作用の有無の記録は、輸血開始5分後、15分後、終了時別に入力できること。		
3	患者プロフィールや経過表について副作用の登録後に修正が可能なこと。		
4	実施場所でリアルタイムにバーコード入力ができ、その実施情報を医事会計システムに伝達できること。		
5	さらに、血液製剤(血漿分画製剤を含む)の患者適用情報がロット番号も含めて輸血管理システムに転送できること。		
6	ベッドサイドでのリストバンド等による製剤と患者の照合ができること。		
7	輸血の認証業務は、輸血が終了していても5分後、15分後と随時行えること。		

8	輸血の認証業務では、実施者と確認者の2つのサインが登録できること。		
9	輸血オーダー時に、カリウム除去フィルタの入力ができること。また、その情報を輸血管理システムに転送できること。		
10	血液製剤のオーダーごとに輸血の開始・終了のステータスが表示できること。		
3.1.4.11.6 輸血検査照会			
1	臨床検査システム及び輸血管理システムから輸血検査結果を受け取れること。		
2	当日又は指定日の輸血検査指示の発行状況を把握できること。		
3	病棟別のオーダー発行状況を把握できること。		
4	輸血検査歴照会においては、入院輸血検査、外来輸血検査の区別に関わらず一定期間参照できること。		
5	合成血に対する運用が可能なこと。また、輸血部門システムとの連携も可能なこと。		

		回答	備考
3.1.4.12	画像診断オーダ		
3.1.4.12.1	画像診断登録		
1	オーダ項目、部位の登録ができること。		
2	マスタで指定された項目について、オーダ科の限定ができる機能を有すること。		
3	同じ項目の複数日実施の一連のオーダが簡単な操作でできること。		
4	オーダ項目に応じた予約の登録ができること。		
5	予約は、部門との調整が必要な予約、調整が不要の予約の区別があり、項目ごとにマスタの設定に従い、選択できる予約形態のみが表示されること。		
6	複数検査のセットオーダが可能であり、空いている時間を自動詮索して表示できること。さらに、その時間で都合が悪い場合は調整ができること。		
7	既に登録されたオーダがある場合、その検査日から指定された期間で実施してはならない検査がオーダされた場合、これをチェックし、メッセージを表示する仕組みを持つこと。		
8	ホルダ機能によるセットを利用することにより、前投薬（処方オーダ）、処置オーダも合わせて指示できること。		
9	必要に応じて、検査・治療(IVR)説明書及び検査・治療(IVR)同意書や、各種検査予約票が自動出力できること。		
10	検査同意書等は2次元バーコードの印字が可能であり、スキャン後、検査オーダに結びつくこと。		
11	検査同意書の再印刷が可能であること。また、検査日時も同意書に反映すること。		
12	マスタで指定された項目について、造影剤使用の可否を登録できること。		
13	造影剤使用可が登録された場合、患者基本情報のアレルギー項目で造影剤禁忌の登録があった場合に警告メッセージを表示すること。		
14	妊娠の有無および出産予定日などが登録画面で確認できること。また、男性の場合は、前項の確認項目が表示されないこと。		
15	インプラント、ペースメーカ、アレルギーの有無などが登録画面で確認できること。		
16	MRI検査の場合は、体内金属のチェックが行えること。		
17	遅食になる検査項目の場合、オーダ入力時には警告ができるようにすること。		
18	注意メッセージがマスタに登録されている項目がオーダされた場合、そのメッセージを表示すること。		
19	検査・治療目的となる病名の登録ができること。この病名は、患者に登録されたものから選択して登録できること。選択時に、該当する病名がなければ、病名入力機能に遷移できること。		
20	検査・治療目的の登録では、選択肢、フリーコメント入力、シェーマ・スキャナ等の入力ができること。		

21	必須項目の設定・変更ができること。必須項目とは、患者基本情報「患者ID、患者氏名、生年月日、性別、保有保険、本籍、患者住所、連絡場所、旧姓、紹介医、紹介医療機関名及び住所、紹介状の有無及び返事の済み未済み、感染症情報、障害情報、治験適用有無、癌告知等」・検査番号・検査部位・検査日・造影希望の有無・造影剤副作用既往歴（透視除く）・同意書の有無・気管支喘息・糖尿・腎機能評価・腫瘍マーカー等の血液検査結果・依頼医（施行医）・身長・体重・BMI・安静度・看護度・血液型・不規則抗体名・臨床診断・臨床経過・申込日時・既往歴・緊急度・抗凝固剤・尖刺部位・IVR手技・準備材料（シース・ワイヤー・カテーテル等）・薬品・造影剤等である。		
22	必須項目の入っていないオーダは、警告を表示し発行できないようにすること。		
23	患者基本情報及び検査依頼情報（上記の必須項目及び検査に必要な項目）を放射線診断情報システム（診断RIS）へ伝送できること。		
24	オーダ入力するときに、時系列で過去の実施情報を表示できること。		
25	撮影種別・検査種別の検査項目画面を設定できること。		
26	検査項目により1枠で処理できないとみなされるものは、同日の2枠設定（時間枠が連続）もしくは2日にわたる予約ができること。		
27	指定日の検査種別一覧表印刷まで簡単であること。		
28	画像診断オーダにおいてレポートが必要なオーダと検査のみのオーダとの区別ができること。また、運用で変更がある場合は、マスタにて設定できること。		
29	至急レポート作成の依頼ができること。		
30	至急所見の依頼ができること。至急所見の依頼をした場合、オーダ科、オーダ部署、オーダ医師の情報が各部門に伝達されること。		
31	画像サーバ管理で使用しているアクセス番号と競合しないこと。		
32	当日予約枠の設定は各部門でコントロールできること。		
33	一般（単純）撮影のオーダ入力を容易にすること。		
34	予約検査を対象として予約確認を表示する機能を有すること。		
35	CD等による画像出力は、電子カルテよりオーダ及び出力ができること。		
36	前処置・前投薬も指示できること。		
37	前処置用として注射薬等のオーダを入力した際に、前処置である旨のコメントが医事会計システムにも連携できること。		
38	各種セットを利用し、検査種別・依頼科別・施行医別の指示入力ができること。		
39	フリーコメントを入力できること。		

40	各モダリティ毎に検査オーダー時の必須項目が設定できること。 CT検査については、妊娠情報のリンク、授乳の有無、クレアチニン、eGFR、造影剤アレルギー(薬剤名も表示)、喘息、甲状腺疾患、糖尿病(内服薬も表示)、その他のアレルギーがあれば患者プロフィールからのリンク等。 MRI検査については、妊娠情報のリンク、クレアチニン、eGFR、造影剤アレルギー(薬剤名も表示)、喘息、ペースメーカ、体内金属、その他のアレルギーがあれば患者プロフィールからのリンク等。 その他のモダリティについての必須項目はユーザ側の指定に従うこと。		
41	患者案内用の出棟票(当日の検査スケジュール)が印刷でき該当検査の項目が自動で出棟票に印刷されること。		
3.1.4.12.2 患者受付			
1	患者来院時に、放射線部の部門端末にて受付処理が行えること。		
2	部門受付処理のタイミングでオーダー情報が修正できないようにロックされること。		
3	受付時に、予約オーダーを検索し、当該検査の検査室名、当該患者の当日の他の検査が表示されること。		
4	検査のみの患者も受付・未受付の確認が患者一覧でできること。		
5	受付一覧で特記事項があった場合は内容がすぐに確認できること。		
3.1.4.12.3 実施入力			
1	放射線診断情報システム(診断RIS)で入力された必要なステータス及び実施情報を受け取り、医事会計システムへデータを伝達できること。		
2	オーダーが医事会計システムに連動すること。		
3.1.4.12.4 画像診断照会			
1	画像がPACS保存され利用可能になったことがわかるようにすること。		
2	レポートが作成された際に依頼医への通知機能があること。		
3	病棟別のオーダー発行状況を検査種別・および全てのオーダーで病棟別一覧表示、患者一覧表の設定ができること。		
4	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
5	モダリティ別のオーダー発行状況を外来・入院、病棟ごとに一覧表示できること。		
6	上記の一覧表示画面からの選択入力により、検査指示の詳細内容を表示できること。また、詳細画面において他科放射線検査内容を参照可能とし、診療部署を表示できること。		
7	放射線検査照会においては、入院放射線検査、外来放射線検査の区別に関わらず一定期間参照できること。		
8	検査指示箋を検査一覧から一括で印刷でき、スキャン用のバーコードも印刷されていること。		
9	検査一覧ではユーザ指定の項目が表示できること。		

		回答	備考
3.1.4.13 核医学オーダー			
3.1.4.13.1 核医学登録			
1	オーダー項目、部位の登録ができること。		
2	マスタで指定された項目について、オーダー科の限定ができる機能を有すること。		
3	同じ項目の同日及び複数日実施の一連のオーダーが簡単な操作でできること。		
4	オーダー項目に応じた予約の登録ができること。		
5	放射性医薬品投与日時を予約できること。また、投与日と検査日が違う場合も同様にできること。		
6	患者基本情報及び検査依頼情報を放射線診断情報システム（診断RIS）へ伝送できること。		
7	前処置（注射・投与等）等のオーダーを検査目的に沿ってセット入力できること。看護支援システムに反映すること。		
8	予約は、部門との調整が必要な予約、調整が不要の予約の区別があり、項目ごとにマスタの設定に従い、選択できる予約形態のみが表示されること。 また、この予約変更・管理が簡便に行えること。		
9	複数検査のセットオーダーが可能であり、空いている時間を自動詮索して表示できること。 さらに、その時間で都合が悪い場合は調整ができること。		
10	既に登録されたオーダーがある場合、その検査日から指定された期間で実施してはならない検査がオーダーされた場合、これをチェックし、メッセージを表示する仕組みを持ち、オーダーできないようにすること。		
11	必要に応じて、検査・治療説明書及び検査・治療同意書が出力できること。		
12	患者基本情報のアレルギー項目の登録があった場合に警告メッセージを表示すること。		
13	注意メッセージがマスタに登録されている項目がオーダーされた場合、そのメッセージを表示すること。		
14	検査の目的となる病名の登録ができること。この病名は、放射性医薬品添付文書記載項目から抜粋すること。選択時に、該当する病名がなければ、警告メッセージを表示し、病名入力機能に遷移できること。		
15	検査目的の登録では、選択肢、フリーコメント入力、シェーマ・スキャナ等の入力ができること。		
16	フリーコメントを入力できること。		
17	前処置及び放射線医薬品の処方オーダーをRI検査の指示箋に反映すること。		
18	RI検査の予約を確定後、オーダー内容の変更があっても予約日時は確定したままであること。		
19	RI検査オーダー時の必須項目が設定できること。		
20	クローズRI検査の予約一覧がオーダー入力画面上から見れること。		
3.1.4.13.2 患者受付			
1	患者来院時に、放射線部の端末にて受付処理が行えること。		
2	受付処理のタイミングで放射線診断情報システム(診断RIS)側にオーダー情報が伝達されること。		
3	受付時に、予約ファイルを検索し、当該検査の検査室名、当該患者の当日の他の検査が表示されること。		

3.1.4.13.3 実施入力			
1	放射線診断情報システム(診断RIS)で入力された実施情報を受け取り医事会計システム、医薬品在庫管理システムへ伝達できること。		
2	実施情報の連携は、検査終了のタイミングとすること。		
3	医事会計システムへは、最終検査終了時、会計情報として伝達できること。		
4	実施入力は変更が可能で医事情報も反映できること。		
3.1.4.13.4 核医学照会			
1	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
2	依頼医別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
3	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
4	上記の一覧表示画面からの選択入力により、核医学指示の詳細内容を表示できること。		
5	核医学照会においては、長期に遡り参照できること。		

		回答	備考
3.1.4.14 放射線治療オーダ			
3.1.4.14.1 放射線治療併診依頼			
1	放射線治療併診オーダが作成でき、放射線治療情報システム(治療RIS)へ伝達および返信を受け取ることができること。		
3.1.4.14.2 放射線治療登録			
1	オーダ項目、部位の登録ができること。		
2	マスタで指定された項目について、オーダ科の限定ができる機能を有すること。		
3	入力に際して、テンプレートによる入力が可能であること。		
4	必要に応じて、放射線治療説明書及び放射線治療同意書が出力できること。		
5	放射線科限定による治療計画CTオーダが発行できること。		
6	放射線治療情報システム(治療RIS)で作成・修正された治療計画・予約情報を受け取ることが可能で他診察・検査予約と一括表示されること。また放射線治療予約枠は他予約との日時重複が可能であること。		
3.1.4.14.3 患者受付			
1	患者来院時に、放射線部門の端末にて受付処理が行えること。		
2	受付時に予約ファイルを検索し、当該検査の検査室名、当該患者の当日の検査が表示されること。		
3.1.4.14.4 実施入力			
1	放射線治療情報システム(治療RIS)で入力された実施情報を受け取り治療実績として表示できること。また、同時に医事会計システム、医薬品在庫管理システムへ伝達できること。		
2	部位情報も実施情報に含めて治療RISから受け取りできること。		
3.1.4.14.5 放射線治療照会			
1	病棟別のオーダ発行状況を一覧表示できること。		
2	患者別のオーダ発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
3	上記の一覧表示画面からの選択入力により、放射線治療指示の詳細内容を表示できること。		
4	放射線治療照会においては、生存の区別に関わらず参照できること。		
3.1.4.14.6 放射線治療記録			
1	治療RISで作成された治療記録が電子カルテシステムに反映されること。または、電子カルテシステムから参照できること。		
2	治療RISで作成された治療記録の経過を経時的に確認できること。		

		回答	備考
3.1.4.15 内視鏡オーダー			
3.1.4.15.1 内視鏡登録			
1	各種セットを利用し、検査・治療種別の指示入力ができること。		
2	検査・治療種別の画面を設定できること。		
3	前処置・前投薬も指示できること。		
4	依頼病名、検査・治療目的、詳細指示等の依頼情報詳細入力ができること。		
5	検査・治療目的の登録では、選択肢、フリーコメント入力ができること。		
6	フリーコメントを入力できること。		
7	患者基本情報及び検査依頼情報を内視鏡システムへ伝送できること。		
8	依頼情報詳細入力についても、DO入力、セット入力（院内共通、科別、医師別）ができること。		
9	必要に応じて、検査・治療説明書及び同意書が出力できること。また、鎮痛・鎮静の説明及び同意書が一連の流れで出力できること。		
10	内視鏡部門で緊急もしくは当日予約枠を管理し、電話連絡後入力可能とできること。		
11	内視鏡指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。		
12	抗凝固剤の使用の有無が確認できること。		
13	施行医の指定ができること。		
14	気管支鏡のオーダー登録時に「感染症患者」「感染症の可能性あり」「可能性無し」「調査中」などのチェックを入れられるような項目設定ができること。		
15	検査結果説明、病理結果説明、診察を対象とした予約ができること。		
3.1.4.15.2 患者受付			
1	患者到着確認ができること。		
3.1.4.15.3 内視鏡照会			
1	病棟別のオーダー発行状況を一覧表示できること。		
2	患者別のオーダー発行状況を外来・入院ごとに一覧表示できること。		
3	上記の一覧表示画面からの選択入力により、内視鏡指示の詳細内容を表示できること。また、詳細画面において他科内視鏡検査内容を参照可能とし、診療部署を表示できること。		
4	内視鏡照会においては、入院内視鏡、外来内視鏡の区別に関わらず一定期間参照できること。		
5	内視鏡部門システムの詳細カレンダー（1ヶ月単位、日別件数）を電子カルテシステムから参照できること。		

		回答	備考
3.1.4.16 食事オーダー			
3.1.4.16.1 給食登録			
1	患者ごとの、給食オーダー履歴が照会できること。		
2	入院患者の食事に関する情報を、院内食事規約に基づき、給食登録できること。		
3	入院予定日時情報により、給食内容が自動発生されること。		
4	入院基本オーダーで登録される入退院、転棟転科、外泊外出の情報が反映されること。		
5	オーダー入力時に、栄養価が参照できること。		
6	食事歴の既オーダーを流用して給食内容入力が行えること。		
7	再入院時アレルギー・禁止食などの前回入院時情報が反映されること。		
8	食種の変動（食上がり）パターン入力が行えること。また、1週間分を一覧表入力ができること。		
9	オーダーの締切時間を設定でき、給食内容入力時にチェックできること。		
10	締切時間以降は、特定の権限がある人以外は、オーダー入力できないこと。		
11	特別食入力時は、特別食加算病名のチェックができ、必要時に病名の入力が行えること。		
12	内容の照会・修正・削除が行え、給食管理システムへ伝達できること。		
13	食事指示入力時、特別指示、禁止事項、コメントについては最新の履歴を引き継げること。		
14	濃厚流動食を1本単位ではなく投与量で入力できること。		
3.1.4.16.2 調乳依頼			
1	調乳オーダーは、一回分の量を調整できること。		
2	調乳オーダーは入院患者および健康新生児に対しても依頼できること。		
3.1.4.16.3 食事箋発行及び次回食事一覧表出力			
1	特別食入力時は、食事箋に特別食加算病名が出力されること。		
2	加算情報を医事会計システムに反映できること。		
3.1.4.16.4 食事摂取量入力			
1	患者ごとに食事摂取量を入力する機能があること。		
2	主食、副食、補助食品、持ち込み食を入力でき、栄養計算できる仕組みがあること。		
3	食事摂取量は経過表上でも入力できること。		
3.1.4.17 栄養食事指導オーダー			
3.1.4.17.1 栄養食事指導指示登録			
1	栄養食事指導の依頼及び予約入力ができること。		
2	栄養食事指導の目的となる病名の登録ができること。この病名は、患者に登録されたものから選択して登録できること。		
3	患者基本情報の身長、体重、BMIが表示され、必要に応じ、修正ができること。		
4	目標とする食事の成分の登録ができること。		
5	栄養食事指導オーダーは、マスタ設定による入力ができること。		
6	個別指導、集団指導を選択登録できること。		

7	入力項目（入院指導・外来指導・個別指導、集団指導）に応じた予約の登録ができること。		
8	予約オーダーとの連携により、オープン予約入力できること。		
9	フリーコメントを入力できること。		
3.1.4.17.2 栄養食事指導の実施登録及び照会			
1	栄養食事指導の指示情報が、出力できること。		
2	項目別予約患者リストから患者を選択し、実施登録ができること。		
3	栄養指導予約ごとに患者一覧が表示できること。また入院、外来別・栄養指導目的病名内容別にDWH等にて確認できること。		
4	栄養指導日で対象患者を照会できること。		
5	実施入力できること。		
3.1.4.17.3 患者受付			
1	患者到着確認ができること。		

		回答	備考
3.1.4.18 手術オーダー			
3.1.4.18.1 手術申し込みの登録			
1	指定した患者について、手術目的病名、手術術式、希望手術予定日、病棟名、手術区分、体位、帰室先、術者、手術手順、特殊器材、希望手術室、希望時間、手術予定時間、希望手術ベッド（イメージ透視、牽引手術ベッド、腎摘手術台等）の登録ができること。必要な場合、修正登録でき、変更の日時、修正者がわかること。		
2	麻酔科医依頼の有無が選択できること。		
3	麻酔科への伝達事項が入力できること。		
4	術後管理として、ICU入室・日帰り手術が選択できること。		
5	通常、手術は当院手術部門工リアの手術室1から手術室9で実施するが、手術部門工リア外で手術を実施することもあるため、手術実施予定工リアが選択できること。（ハイブリッド手術室、多目的血管造影室、内視鏡室等）		
6	感染症情報、アレルギー情報及び各種データ（血液検査、心電図検査、呼吸器検査等）は検査データより検索し、該当する項目の最新データが表示できること。		
7	輸血準備の有無が選択できること。		
8	患者の病室、身長・体重等の患者基本情報はデータを検索し該当する項目の最新データが表示できること。		
9	申し込み区分として、定時、緊急、臨時が選択できること。		
10	必要事項の必須入力が認められないときは手術申し込みができないこと。		
11	手術内容を登録した医師の氏名が表示できること。		
12	手術申し込み登録した医師、登録された職員により手術のキャンセルが可能であり、期日の変更ができること。		
13	緊急手術の申し込みがリアルタイムに入力できること。		
14	緊急手術時、未入力情報があっても患者基本情報等の必要最低限の入力があればリアルタイムに手術申し込みできること。		
15	手術申し込み内容が出力（印刷）できること。		
16	フリーコメントを入力できること。また、定型文をマスタで管理することができ、マスタメンテ機能等で変更することができること。		
17	備考欄を用意し、フリー入力できること。		
18	手術で使用する機材を登録でき、登録する際には一目で把握できるように画面上に表示されること。また、選択内容をマスタで管理することができ、マスタメンテ機能等で変更することができること。		

19	入力項目を自由に追加できること。		
20	手術申込みの登録内容および参照表示内容を麻酔管理システムに送信できること。一度登録した内容を変更する場合においても、変更内容を麻酔管理システムに送信できること。		
21	予定手術の入力締切日（曜日）が設定できること。例えば、毎週木曜日の10:00以降は、翌週の予定手術の手術申込みを入力することができないなどの制限を設けることができること。		
22	予定手術の入力締切日（曜日）を任意に設定できること。 例えば、木曜日が祝日の場合は前日の水曜日を入力締切日にできること。また、週単位や月単位で入力締切日（曜日）を設定できること。		
23	予定手術の入力締切日が設定できる場合、緊急手術の手術申込みについては入力締切日の影響を受けることなく入力できること。		
3.1.4.18.2 手術スケジューリング			
1	手術申込みオーダに対する手術スケジュールの確定は麻酔管理システム(フクダ電子社製)で行うため、麻酔管理システム上で確定された情報を受け取ることができること。		
2	手術部において、手術申し込み患者の一覧（担当科・入室予定時間・手術予定時間・疾患名・手術名・患者氏名・担当医師・術者・麻酔・麻酔医師・担当看護師名など）が出力および表示できること。		
3	オンコールの患者は一覧上で色を異なる色にしたり記号を付け加えるなど一目でわかりやすく表示されること。		
4	手術部において、科別の一覧が表示でき、csv ファイル等に抽出できること。また、表示内容を印刷できること。		
5	手術申し込みを取り消した場合は、その理由及び取り消し者が登録でき、取り消しの行為が直ぐに認識できること。		
3.1.4.18.3 手術申込みのロック			
1	麻酔管理システムで確定した手術スケジュールの情報を受け取るタイミングで手術申込みオーダをロックし、申込み内容の修正等の更新処理ができなくなること。		
2	手術部門の特定利用者において、手術実施予定の前日までであれば手術申込みオーダのロックを解除して内容の修正ができること。または、手術予定日時以外の項目はロックを解除せずに内容を修正でき、修正内容は麻酔管理システムに送信されること。		
3	オーダのロック解除後に修正された手術申込みオーダの内容を麻酔管理システムに送信できること。		
3.1.4.18.4 手術受付			
1	手術場搬入口で、バーコードを読み込むことにより患者認証ができること。		
2	病棟看護師と、手術室看護師で申し送りが可能であること。その際、確認者のサインができること。		
3	オンコール対応患者はオンコールの表示ができること。		
4	手術に関する承諾書の提出及び受け取り状態を一目で確認できること。		
3.1.4.18.5 実績入力			
1	実施入力ができること。また、医事会計システム、医薬品在庫管理システムに伝達できること。さらに、使用薬剤や使用材料等はバーコード入力できること。		
2	術式はKコードで入力できること。		

3	登録されている術式マスタがCSVファイルで出力できること。		
4	実施入力画面は、執刀医用と麻酔医用、看護師用にエリアを分けることができること。また、共通情報は1度入力することで参照可能なこと。		
5	麻酔管理システムで入力された実施情報（会計情報等）を受け取ることができること。		
3.1.4.18.6 実施記録			
1	手術記録の入力ができること。手術記録の入力画面は、手術予定一覧等より簡単に表示することができ、作成の進捗管理できること。		
2	1度の手術で複数診療科が同時に手術を行った場合、診療科毎に手術記録の入力ができること。		
3	手術記録には、医療法で定められている事項（手術を行った医師名、患者の氏名等手術記録をそれぞれ識別できる情報、手術を行った日、手術を開始した時刻および終了した時刻、行った手術の術式、病名）が入力できること。		
4	手術記録には、手術申込み情報や手術実施情報を自動反映できること。		
5	麻酔管理システムで作成された各種レポート（麻酔記録、人工心肺記録、術前診察記録、術中看護記録、手術安全チェックリスト、術前回診、術後回診、術前訪問等）を電子カルテシステムに取り込むことができること。また、取り込んだ各種レポートを参照できること。		
6	手術台帳には、年・月・日・曜日、診療科、麻酔方法、緊急区分、患者ID、患者氏名、生年月日、年齢、術式名称、執刀医、麻酔医、入退時間、手術時間、入室時間、退室時間、麻酔開始時間、麻酔終了時間、手術開始時間、手術終了時間、直接介助看護師、間接介助看護師、部屋番号、病名が表示できること。手術申込、手術実施等で入力された情報が反映でき、日報・月報・年報が作成できること。		
7	手術開始日時を起点に日報・月報・年報が作成できること。		
3.1.4.18.7 手術予定患者一覧			
1	手術予定患者の一覧が表示されること。手術予定患者一覧では、手術予定日時、手術室、診療科、患者ID、患者名、病名、手術病名、術式、麻酔依頼の有無、各時点において値があるものを表示すること。また、手術室別、診療科別一覧が出力できること。		
2	手術予定患者一覧から患者を選択することにより、詳細情報の照合ができること、麻酔入力画面、手術申し込み画面に遷移できること。		
3.1.4.18.8 準備器材情報管理			
1	依頼入力された使用希望器材がデータベース化され、必要な帳票が出力できること。		
3.1.4.18.9 使用器材情報管理			
1	実際に使用された手術用器材の実施情報データベースが構築でき、医事会計システムに連動していること。		
2	手術用使用器材をバーコードによる入力ができること。		

		回答	備考
3.1.4.19 医科処置オーダ			
3.1.4.19.1 医科処置登録			
1	各種セットを利用し、処置別の指示入力ができること。その際、処置の実施場所が入力できること。		
2	セットで使用機器（レンタル機器）のオーダを出せること。		
3	処置薬剤や使用材料の頭文字3文字検索等ができ、単独での入力もできること。		
4	処置に伴う処置薬剤や使用材料が入力できること。		
5	科別処置、病棟別処置及び一般処置・緊急処置の機能別の処置項目画面を設定できること。		
6	処置行為に伴う部位・範囲・材料・薬剤・処置時間の自動督促入力が行えること。		
7	期間での曜日指定及び間隔指定により、連続して処置指示入力が行えること。		
8	他部署への処置オーダができ（例えば外来医師から入院病棟）、オーダしたことが発信先、発信元の両方に明らかに履歴として残ること。		
9	患者に指示済みの処置オーダの状況を、カレンダー形式で表示できること。		
10	処置オーダの進捗状況（実施済み／未実施／中止）を識別表示（表示色を変える）できること。		
11	処置が完了（実施済み）したものは、処置確認画面（カレンダー形式等）で実施済みであることが用意に把握できること。		
12	フリーコメントを入力できること。		
3.1.4.19.2 患者受付（外来）			
1	外来の処置箋（処置指示票）を、必要に応じて中央処置室もしくは各科処置室のプリンタに患者ごとに出力できること。		
3.1.4.19.3 実施入力			
1	以下のパターンでの実施入力ができること。		
2	オーダ入力を即実施入力できること。		
3	同一部署内におけるオーダと実施入力ができること。		
4	異なる部署間におけるオーダと実施入力ができること。		
5	実施入力は過去の日付での入力もできること。		
6	入院中の患者が外来で処置を行う際には、入院患者であることが表示されること。		
7	実施入力の際に、処置行為によるセット化をしていたとしても、最終的に使用した処置薬剤・使用材料またそれに伴う本数やcc等の使用量の追加・変更ができること。		
8	使用材料等は、バーコードスキャナによる入力ができること。		
9	実施入力により、処置薬品については、薬剤部門の在庫管理システム（物品管理システム）に連動し補充できること。（原則、処置薬品は定数配置とすることが前提）		
10	実施入力ができ、医事会計システムへオーダ情報（実施情報を含む）を伝達できること。		

		回答	備考
3.1.4.20 リハオーダー			
3.1.4.20.1 リハ依頼			
1	リハ依頼時に、治療方針、予後、入院予定期間、リスク、主病名、目的の登録ができること。		
2	リハの目的となる現病歴、既往歴（病名と主な合併症）の登録ができること。これらの病名は、患者に登録されたものから選択して登録できること。選択時に、該当する病名がなければ、病名オーダーに遷移できること。		
3	脳血管疾患、運動器、呼吸器リハビリテーションの依頼ができること。		
4	心大血管疾患リハビリテーションの依頼ができること。		
5	摂食機能療法の依頼ができること。		
6	がん患者リハビリテーションの依頼ができること。		
7	臨床心理検査の依頼ができること。		
8	フリーコメントを入力できること。		
9	リハビリ依頼情報をリハビリ管理システムへ送信できること。		
3.1.4.20.2 依頼内容の照会、リハ処方箋の登録（総合実施計画書の作成）			
1	予約患者一覧から患者選択し、依頼内容の照会ができること。		
2	依頼内容照会画面から、簡単な操作でその患者の他のデータの照会画面が表示できること。		
3	依頼内容照会画面から、リハ処方箋登録画面が表示できること。		
4	リハ処方箋では、病状要約・評価、治療実施計画、留意事項が登録できること。		
5	リハ処方箋では、リハビリの中止基準が登録できること。		
6	リハ実施の評価検査として、FIM検査値またはBarthel Index を登録できること。		
7	FIMまたはBarthel Indexの検査画面を開くことができ、それぞれの検査値を参照しながら、入力が行えること。		
8	FIM検査値入力については、今回及び過去3回分の検査値を参照できること。		
9	今回及び過去3回分の検査値について、各分類ごとの合計値を表示できること。		
10	検査値のレベルのガイドを表示できること。		
11	Barthel Index入力については、今回及び過去3回分の検査値を参照できること。		
12	今回及び過去3回分の検査値について、その合計値を表示できること。		
13	総合実施計画書を主治医、リハ医、看護師、療法士等で入力および出力できること。		
14	リハ実施計画をリハ管理システムで入力した場合は、依頼及び予約情報を受け取ることが可能であること。		
15	リハ実施計画書、総合実施計画書を電カルシステムで作成し、Barthel Index、FIMの点数をリハビリ部門システムから取り込むことができること。		
16	患者情報を電カルで作成したリハビリ実施計画書、総合実施計画書に反映させること。		
17	リハ実施計画書、総合実施計画書作成後、主治医が確認したことがわかること。		

3.1.4.20.3 リハ処方箋の照会、リハの予約登録		
1	未処理リハ処方箋一覧より、処方箋を選択し、オーダー内容、処方箋内容が照会できること。	
2	部門システム上で作成したリハ予約スケジュールの登録・修正等が電子カルテシステムに反映され、参照できること。	
3	リハビリ処方箋が出た患者一覧が表示されること。	
4	患者氏名、病棟、病室名、病名等が表示されるリハ処方箋一覧が印刷できること。パスに組み込まれたリハ処方箋に関しても印刷できること。	
3.1.4.20.4 患者受付		
1	患者到着確認ができること。	
3.1.4.20.5 実施入力		
1	リハ管理システムより入力された実施（会計）情報を受け取り、医事会計システムへ伝達できること。	
3.1.4.20.6 実施記録		
1	部門システムで作成したレポート（実施記録）を電子カルテシステムで受信・格納し、電子カルテシステム上で参照できること。	
2	当日予約リストより患者選択し、実施記録の作成ができること。	
3	実施記録は、プリンタに印字できること。	
4	退院時リハ計画書の作成および出力ができること。	
5	リハサマリの作成および出力ができること。	
6	部門システムで入力された実施記録が、病棟、外来診察室でも電子カルテシステム上で参照できること。	
7	部門システムで作成された病棟スケジュールが、電子カルテ端末で確認できること。	
8	部門システムで入力されたADL状況（主に移動能力）が、電子カルテ端末で確認できること。	
3.1.4.20.7 リハ管理システムとの連携		
1	患者基本情報等はリアルタイムで、リハ管理システムに連携すること。	
2	リハビリオーダーの登録・修正・削除は、リアルタイムでリハ管理システムへ伝達されること。	
3	リハ処方箋の登録・修正等について、システム間で相互連携できること。また、お互いに情報参照することが可能であること。	
4	リハ予約スケジュールの登録・修正等について、システム間で相互連携できること。また、お互いに情報参照することが可能であること。	
5	リハビリ部門ソフトで入力したFIMまたはBarthel Index 検査値をのデータを電カル側で作成したリハビリ実施計画書、総合実施計画書に反映させること。	

3.1.4.21 血液浄化オーダー			
3.1.4.21.1 血液浄化登録			
1	各種セットを利用し、血液浄化の指示入力ができること。		
2	血液浄化の予約（シフト）入力（例えば、月水金、火木土パターン等）ができること。		
3	前処置・前投薬も指示できること。		
4	依頼病名、血液浄化の目的、実施場所、詳細指示（透析液、使用材料等）等の依頼情報詳細入力ができること。		
5	依頼情報詳細入力についても、DO入力、セット入力（院内共通、科別、医師別）ができること。		
6	フリーコメントを入力できること。		
7	オーダーした内容の修正、削除できる機能を有すること。		
8	血液浄化依頼情報を血液浄化部門システムへ送信できること。		
3.1.4.21.2 血液浄化の予定登録、予定患者の紹介			
1	部門システム上で作成したスケジュールの登録・修正等が電子カルテシステムに反映され、参照できること。		
2	部門システム上より入力された使用薬剤を受け取り、薬剤部門システムへ伝達できること。		
3	血液浄化予定患者の一覧が表示できること。一覧には入外区分、病棟名、患者ID、氏名、カナ氏名、開始時間、終了時間、ベッドNo、注射薬、透析器、同日検体検査有無、同日検査有無が表示できること。		
4	血液浄化予定患者一覧は、実施予定日、依頼診療科、病棟を条件に絞り込みができること。		
3.1.4.21.3 実績入力			
1	血液浄化部門システムより入力された実施（会計）情報を受け取り、医事会計システムへ伝達できること。		
3.1.4.21.4 血液浄化記録・透析経過表			
1	部門システムで作成したレポート（透析サマリ）を電子カルテで受信・格納し、電子カルテシステム上で参照できること。		
2	部門システムで入力された実施記録が、病棟、外来診察室でも電子カルテシステム上で参照できること。		

		回答	備考
3.1.4.22 予約オーダ			
3.1.4.22.1 予約スケジュールの管理			
1	予約科目ごとに、曜日、基本時間枠、一日枠、診療科限定、ユーザ限定の設定ができること。		
2	入院中外来の予約ができること。		
3	看護師や薬剤師のカウンセリングや面談の予約枠も登録できること。		
4	一日枠の最大単位内であれば時間枠を越えて予約登録できるか、時間枠を越えて予約登録できないかの設定ができること。		
5	通常予約枠（前日までの予約）と当日予約枠（予約外患者の当日予約及び緊急患者の当日検査予約等に対応）を設定できること。		
6	地域連携等で他病院からの紹介患者を優先的に予約できるような、地域連携枠の設定ができること。		
7	診療科別又は医師別にフリー予約枠の設定ができること。		
8	予約科目ごとに予約締切時間の設定ができること。		
9	診察予約枠では、診療科、曜日、午前／午後区分、診察室の情報を登録できること。		
10	月例スケジュールの修正は、予約科目の管理責任者のみができること。		
11	部門との調整が必要な予約、調整が不要の予約の区別があり、検査種類ごとにできること。		
12	入院支援センターの予約ができること。		
13	各種チーム医療の回診が予約できること。		
14	外来化学療法室のベッドが予約できること。		
3.1.4.22.2 予約の取得（カレンダー表示）			
1	予約スケジュールに設定された予約可能枠（ユーザごとに異なる）を表示すること。		
2	予約スケジュール上で予約種ごとに何日にどれくらいの予約が入っているのか表示できること。		
3	週数（1週間後、2週間後、・・・）指定によるジャンプ機能を有すること。		
4	複数日の連続取得（曜日、間隔、回数等）ができること。		
5	予約残数が0の場合、これ分かるマークが表示されること。		
6	当該患者で、既に登録された予約を一覧表示できること。		
7	予約可能枠で予約を取得する場合、時間、予約区分、行為区分、職員用コメント、患者用コメントの登録ができること。		
8	登録された患者用のコメントは、予約票に印字されること。（職員用コメントは印字しないこと）		
9	選択した予約日が当日の何日後であるか表示できること。		
10	予約を取得したユーザが登録されること。		
11	予約の修正が可能であり、修正したユーザが登録されること。		
12	予約の取り消しが可能であり、取り消しをしたユーザが登録されること。		
13	設定により、予約時間の重複のチェックができること。		

14	他科オーダから同様の検査項目の重複チェックできること。		
15	感染症患者の予約の場合、警告できること。(電子カルテ画面上に表示されていればよい)		
16	既に登録されたオーダと時間が重複する場合、メッセージを表示する仕組みを持つこと。 また、予約の種類によって、重複の可否を選択できること。		
17	同姓同名のチェックができること。		
18	1年以上先の予約ができること。		
19	検査予約を簡単に止めることができること。(装置点検等)		
20	患者単位の時系列表示の予約表印刷ができること。		
21	予約変更が容易にできること。		
22	モダリティ別・検査日別・時間別に予約空き状況を残数表示及び、色分けのカレンダー表示ができること。		
3.1.4.22.3 予約照会			
1	患者別予約照会において、当該患者で登録されている予約を一覧表示できること。		
2	予約の照会画面において、登録者、修正者、取消者が表示されること。		
3	項目別予約照会において、項目ごとの指定された日の予約患者リストが表示されること。		
4	予約照会時に、その時点における患者の入外区分を確認すること。		
5	予約科目一覧表が出力できること。		
6	基本スケジュール一覧表が出力できること。		
7	月例スケジュール一覧表が出力できること。		
8	指定した日について、予約患者一覧表が出力できること。		
9	入院中外来往診において、医師別に一覧が出力できること。		
10	予約票の発行タイミングを、診察終了時か領収書発行時が選択できること。		
11	領収書発行時に、次回来院時の予約の内容が予約票に出力できること(複数科の予約がある場合は全科の次回分)。この時、予約科目名称、予約日時、患者用予約コメントが出力できること。		
3.1.4.22.4 他科依頼 (コンサルテーションオーダ)			
1	診療グループ(予約枠グループ) / 他科依頼予約枠を選択することにより他科の受診日時を予約することができること。		
2	入院患者の他科依頼について、外来患者と同じように予約が取れること。		
3	他科依頼の理由入力、およびシェーマの貼り付けができること。		
4	他科依頼コメント(依頼書・紹介状)の入力が同時にできること。		
5	他科依頼オーダ発行時に、予約取得した利用者に対して他科依頼がされたことを通知できること。		

6	他科依頼オーダーを発行した場合、受付患者一覧に予約情報が表示され、紹介項目に他科依頼であることを表すマークが表示されること。		
7	受診日、診療グループ、他科依頼予約枠を指定することにより他科依頼オーダーの検索が行えること。		
9	依頼者（診療科・依頼医）よりオーダーの検索が行えること。		
10	患者を選択して他科依頼返信が行えること。		
14	回答年月日、回答者、回答者のコメントを入力できること。		
16	回答者のコメント以外にシェーマの貼り付けが可能なこと。		
17	上記のシェーマは、依頼者が貼り付けたシェーマを利用できること。		

		回答	備考
3.1.4.23 入院基本オーダ			
3.1.4.23.1 入院基本入力機能共通			
1	患者移動項目はオーダ別カレンダー表示及び病棟管理日誌に反映されること。		
2	患者移動項目は医事会計システムに反映されること。		
3	入力時、食事締切時間の注意メッセージを表示できること。		
4	入院基本入力機能で登録された入院予定患者、入院決定患者、転入予定患者、入院患者（転棟予定・退院予定表示含む）を、病棟別や科別等で一覧表示できること。全患者／担当患者の表示選択もできること。また、患者の属性・科・病棟・病室・ベッド・日付等から、一回の操作で各種並べ替えができること。		
5	各種患者一覧から患者を選択し、転室・転棟が容易に行えること。		
6	入院予定患者一覧表、転棟予定患者一覧表、退院確認患者一覧表、入院決定患者一覧表、転入予定患者一覧表、入院中患者一覧表、入院確認患者一覧表、退院予定患者一覧表、空床見込一覧表、外泊外出患者一覧表を参照、帳票出力できること。		
7	入院中患者一覧表には、援助項目、看護必要度・自立度、転倒転落アセスメントスコア、認知度、救護区分、看護度、褥瘡アセスメントスコア、感染症等が含まれており、修正ができること。		
3.1.4.23.2 ベッドマップ機能			
1	病棟ごとの入院状況をベッドボードイメージで表示できること。		
2	一般病床以外の病床は色分け等により区別して表示できること。また、入床した場合、同意書が自動的に出力できること。		
3	感染症保有患者、救護区分については、一目で分かるよう表示できること。		
4	移動予定（入院決定、転棟予定、転入予定、外出・外泊及び退院予定）が登録済みの患者については、一目で分かるような仕組みがあり、予定日とともに表示できること。		
5	当日と翌日の入院・退院・転入予定患者がベッドボード上で一覧表示されること。		
6	ドラッグ&ドロップ操作により、入院確認、転入確認及び転科・転室入力が容易に行えること。		
7	ベッドNo.の選択により、患者の詳細情報（年齢、性別、入院科、入院日、主治医、受持ち看護師、看護度、看護必要度、救護区分及び感染症有無等）を表示できること。		
8	病室名の選択により、その病室の患者の詳細情報（年齢、性別、入院科、主治医、受持ち看護師、看護度、看護必要度、救護区分及び感染症有無等）を表示できること。		
9	病棟レイアウト上での入院・退院・転室等の患者移動の権限は委譲されたもののみが行うことができること。		
3.1.4.23.3 入院予定・決定・確認処理			
1	入院希望日、病棟、個室の別、診療科、病名、緊急の有無、食種等を指定して入院予定（待機リスト）に登録、及び修正・削除できること。		
2	入院病棟及び病床が決まらなくても入院予定登録ができること。		
3	入院予定入力時に、外来において入院時検査等の指示入力ができること。		
4	入院予定登録の際、患者の優先順位（例えば、当日、3日以内、1週間以内、1ヶ月以内、1ヶ月超え等）を入力できること。		

5	入院予定登録の際、入院中に使用できない保険が選択されている場合には、医事職員で簡易的にチェックが行え、修正できること。		
6	入院の予定登録が、診療科・氏名・生年月日だけで検索ができ、登録・修正・削除できる機能を有すること。		
7	入院予定登録患者（待機リスト）は、一覧で参照でき、優先度順位別・診療科別優先度順位等での並び替えての表示ができること。		
8	入院予定登録患者（待機リスト）と空床照会を参照できること。		
9	処方、注射、処置については、外来オーダーをワークシートに非表示とすることが可能なこと。		
10	ベッド配置を決定する際、同室患者が存在する場合は、同室患者の男女の別・感染症等の情報の確認を行うことができること。		
11	入院日が決定した患者に対して、入院予定情報があれば引き継ぎ、なければ新規に入院決定内容を登録できること。なお、現在入院している患者への登録はできないようにチェックできること。		
12	入院決定登録では、入院日、入院時刻、入院病棟、食事指示内容を給食管理システムへ連携し、栄養管理部へ伝達できること。また、修正できること。		
13	入院実施情報が医事会計システムと連動すること。		
14	入院当日、患者が入院受付終了後に、入院確認入力が行えること。なお、入院決定情報があれば、入院確認情報としてその内容を引き継げること。		
15	入院決定より引き継いだ入院確認情報のうち、入院日、食事時間、病棟、病室の何れかが変更された場合、食事指示の自動訂正発行（再発行）ができること。		
16	健常新生児についても、登録でき、かつ会計上の問題が生じないようにできること。		
17	入院時指示を入力できること。		
18	患者用ラベルの印刷、出力が行えること。		
19	ベッドネーム・病室の表札・ナースコール用ネームプレート・その他院内で決定した様式を一度に出力できること。内容については当院と協議し可能な範囲を提案すること。		
20	個室等入室時、加算情報等が医事会計システムに連動すること。		
3.1.4.23.4 外泊・外出処理			
1	外泊・外出の予定登録ができ、外泊・外出許可書として帳票出力できること。		
2	食事の摂取時間帯を含む外泊・外出を登録した時、食事指示（欠食）の自動発行、修正・削除ができること。		
3	外出・外泊の登録及び修正・削除する機能を有すること。		
4	外出・外泊開始日時、終了日時、食事止開始日時・終了日時が入力できること。		
5	外出・外泊の予定入力の内容を変更・取り消しする機能を有すること。		
6	帰室登録ができる機能を有すること。		
3.1.4.23.5 転科・転室処理			
1	転室日以降の食事指示に対して、配膳先を自動変更できること。		

2	個室入室時、個室減免識別情報が医事会計システムに連動すること。		
3.1.4.23.6 転棟予定・転入確認処理			
1	転棟希望日、病棟に登録できること。		
2	転棟予定の登録では、転棟予定日以降の食事指示に対し、配膳先を自動変更できること。		
3	転棟決定情報は、医事会計システムと転入病棟に伝わること。		
4	看護情報を同時に移動すること。		
5	患者が実際に転棟した場合には、転入確認入力が行えること。なお、転入日、転入時刻、科、病棟を転棟予定日から引き継げること。		
6	転入確認では、転棟予定から担当医（特に主診療科以外の担当医）に変更があった場合、転入確認以降にも引き継がれること。		
7	転棟予定が入力されていなければ転入確認入力ができないこと。		
8	個室入室時、個室減免識別情報が医事会計システムに連動すること。		
3.1.4.23.7 医師登録及び看護師登録			
1	新規に複数の医師（主治医、担当医）の登録を行えること。また、担当医は5名まで登録できること。		
2	登録済み医師の修正・削除を行えること。		
3	医師の登録では、開始・終了日を入院日から退院日までの範囲に設定できること。		
4	新規に複数の看護師の登録を行えること。		
5	登録済み看護師の修正・削除を行えること。		
3.1.4.23.8 退院予定・退院確認処理			
1	退院予定日、予定時刻、退院理由を指定して退院予定に登録できること。		
2	退院予定登録及び修正・削除する機能を有すること。		
3	退院予定もしくは決定入力患者の情報が、医事会計システムに伝わること。		
4	登録した退院予定日を変更・取り消しすることができること。また退院の予定・決定・確認の取り消しや修正が医事会計システムに伝達されること。		
5	退院日を入力し、退院決定登録を行う機能を有すること。		
6	退院決定登録を修正・取消しする機能を有すること。		
7	退院決定(または予定)登録後に処方を行う場合は、退院処方・入院時処方の区分選択ができること。		
8	退院予定の登録では、食事指示（食止め）を自動発行でき、退院予定入力画面でそのまま食事指示の変更ができること。また、退院予定日以降に存在する食事指示をすべて削除できること。		
9	患者が実際に退院した場合、退院確認入力が行えること。また、退院予定情報があれば、退院確認情報としてその内容を引き継げること。		
10	退院日以降に未実施依頼内容がある場合は、ワーニング表示し医師の判断で修正・削除できること。予約情報を容易に外来に切替えられること。		
11	退院時に自動で観察項目及び看護指示、指示簿指示を停止できること。		

13	転帰内容が死亡の場合は予定されているオーダ・診療予約等は未実施一覧からの内容確認及び一括削除できること。		
3.1.4.23.9 病床管理			
1	空床管理は大きく次の2つの画面があること。 ①病床別にカレンダー表示 ②入院予定・転棟予定・退院予定患者一覧		
2	入院予定・転棟予定・退院予定患者一覧では、1ヶ月以上先の分までの情報が表示されること。		
3	同一日、同一病床に複数患者の登録が可能なこと。また、同一時間帯の登録は不可なこと。		
4	病床管理責任者が入院決定入力するとき、入院決定する日付の空床になる病床が病棟別(診療科別)に一覧で表示されること。		
5	病床管理画面では診療科が表示され、印刷する際にも印字でされること。		
6	病床管理画面では病棟名が前方に表示されること。		
7	入院基本オーダで登録された各種情報をもとにして、指定日の病棟別の定床数、入院数、空床数(男性、女性、混合別の表示を含む)、稼働率、入院予定数、転入予定数、退院予定数及び転棟予定数を一覧表示できること。		
8	全空床数、全病床数を集計して表示できること。また、全病棟の病床稼働率も表示できること。		
9	日付や時刻を指定することで、当日だけでなく未来日・未来時刻での空床照会もできること。		
10	各部屋、各ベッド毎に空床スケジュール一覧が表示できること。		
11	収容状況には、入院予定、転棟予定、転入予定、退院予定及び空床のマークをベッドごとに表示できること。		
12	一覧表示から病室を選択することで、患者プロフィール情報を表示できること。なお、詳細情報として患者氏名、診療科、入院日・時間、看護度、救護区分、感染症を表示できること。		
3.1.4.23.10 ベッドスケジュール管理			
1	ベッドの使用状況を確認できる機能を有すること。入退院指示や実施情報をリアルタイムに取り込んでベッドスケジュールに反映させること。		
2	ベッドスケジュール管理は日付、病棟、部屋タイプによる検索表示ができること。		
3	感染症患者の確認ができること。		
4	患者のカルテ記載としては扱わない仮移動(シミュレーション)が可能であること。		
5	シミュレーションでは、仮ベッド移動、仮転室、仮転棟、仮退院、仮入院ができること。		
6	任意の患者をドラッグさせることによりベッド移動のシミュレーションができること。		
7	患者の仮退院や仮転出、仮入院を行った患者について、次の操作ができること。 (1) カルテを開き、検索及び参照できること。 (2) 基本情報やアレルギー、感染症などの患者基本情報を参照することができること。 (3) 入院基本オーダ以外(検査や処置など)の情報を確認できること。		
8	利用者の権限にて、シミュレーション可能、参照のみ等の設定が可能であること。		
9	シミュレーション情報はリアルタイムで保存され、電子カルテシステム内で共有できること。		
10	シミュレーション情報は削除できること。		

11	同一患者の複数回の転室などの、複数シミュレーションに対応できること。		
12	電子カルテで発行されている入院予定患者一覧を表示することができること。		
13	入院予定患者一覧から患者を選択して仮入院のシミュレーションが可能であること。		
14	シミュレーションデータは、実際の移動実施情報が入力された場合は自動的に実際の実施情報に更新すること。		
15	仮入院状態の患者が実際に入院した場合は、実入院患者として自動反映し、シミュレーションデータの削除を行うことができること。		
16	ベッド表示画面は、画面に表示されている内容と同等のフォーマットで、Excel形式またはPDF形式に加工して出力する機能を有すること。		
17	ベッド稼働状況管理機能では、現在の院内空きベッドを検索する空床検索機能を有していること。		
18	空床検索では、部屋タイプ（ICU、個室、4人部屋など）、病棟指定、部屋分類（病院任意）で検索できること。		
19	空床検索では、連続してベッドを確保するため、本日より連続して空床となっている部屋を検索可能であること。		
20	検索条件は、AND条件で検索可能であること。または、DWHにて検索可能であること。		
21	検索されたベッドが空床検索結果として一覧表示されること。		
3.1.4.23.11 稼働状況管理			
1	入院基本オーダをリアルタイムで取り込み、病棟稼働状況として、病棟別の病床利用数（男女別）、空床数（男女別）、当日退院予定者数、当日入院予定者数を1画面に表示できること。		
2	病院全体の病床利用数（男女別）、空床数（男女別）、当日退院予定者数、当日入院予定者数も病棟別稼働状況の画面に表示されること。		
3	入院基本オーダをリアルタイムで取り込み、病棟別病室稼働状況として、病床別の病床利用数（男女別）、空床数（男女別）、当日退院予定者数、当日入院予定者数を表示できること。		
4	病棟別病室稼働状況は、次の2つの方式で表示できること。 ①いくつかの病棟をまとめて1画面で表示 ②1病棟をベッドマップ形式で表示		

		回答	備考
3.1.4.24 その他オーダ			
3.1.4.24.1 初再診料			
1	初再診料オーダの入力ができること。		
2	カルテを開いたら、必ず初再診入力画面を表示し、できる限り入力漏れを減らす工夫ができること。		
3.1.4.24.2 指導・管理料			
1	指導・管理料オーダの入力ができること。		
2	病名等をチェックすることにより、指導料・管理料がとれる患者の場合必ず促進ウィンドウが表示されること。また、前回算定している場合は、必ず促進メッセージを出力すること。		
3	指導・管理料を入力する際に、分類方法や検索方法の工夫により容易にかつ迅速に検索ができること。		
4	フリーコメントが入力できること。		
5	当日中に入力されたオーダや診療記録から算定可能な指導管理料の候補を表示できること。また、候補表示に未入力の指導管理料が存在する場合には、入力を行うための画面表示へのオペレーションができること。		
3.1.4.24.3 文書料等			
1	文書料等の入力ができること。		
2	文書を作成したら自動的に算定情報を送信できること。		
3.1.4.24.4 自科検査			
1	自科検査（心電図、エコー、眼科検査、耳鼻科検査等）の入力ができること。		
2	自科検査に対応して検査結果及び発生した画像が管理できること。		
3.1.4.24.5 その他			
1	費用請求するための該当する項目の入力ができること。		

		回答	備考
3.1.5 看護管理業務支援機能			
3.1.5.1 看護管理日誌			
3.1.5.1.1 基本機能			
1	各管理日誌は、転記作業を削減するため、電子カルテやオーダーリング、看護勤務管理システムで入力された情報を自動取込みし、容易に作成できること。		
2	当院の勤務形態別内訳に沿って(日勤・準夜・深夜・年休・病休・産休・育児休暇・出張・研修・忌引き・出張など当院既定の項目)表示できること。また、看護助手についても同じ画面に別枠で表示できること。		
3	各管理日誌における以下のデータを登録・集計し、診療報酬上必要な事項にも対応した看護管理日誌を作成する機能を有すること。 ・年月日・曜日・部署名・勤務毎報告責任者 ・職種別の勤務者状況(看護師と看護補助者、看護部管理の他職種は区分して入力・表示できること。) ・管理事項 - 診療科目別入院患者数 救護区分 自立度 看護度毎の患者 - 患者数(診療科別・総数)、救護区分別人数・看護度別人数、男性・女性別患者数、入院扱い新生児数・非入院扱い新生児数、付き添い人数、付き添いあり患者名、 - 空床数(男女別・個室)、感染症管理患者数(例：MRSA、HCVなど各施設が指定した項目)、褥瘡発生管理患者数、人工呼吸器管理患者数、転倒リスクの高い患者、誤嚥のリスクの高い患者 - 入院・転入：診療科名・患者名・年齢・病名・病室・時刻、 - 退院・転出：診療科名・患者名・年齢・転帰・時刻、 - 転室：患者名・新旧の病室番号・時刻移動、 - 外泊・外出者総数・部屋番号・患者名・出棟、帰院予定日時・帰院日時 - 手術・検査・レスピレータ、 - 気管切開件数、感染症患者、 - 入院扱い新生児数・非入院新生児数、 - 診療科名・患者名・術式(検査名)・時間、		
4	看護報告管理上必要な項目については別途協議の上報告書に記載できること。		
5	日別一覧、勤務部署一覧の参照・出力もできること。		
6	看護管理日誌に死産を記録する項目欄があること。(手入力でも可)		
7	患者の重症度区分により、自動的に重症患者登録ができること。		
8	病棟毎に全病棟のデータを集計した看護部管理日誌の集計機能を有しており、履歴管理(日毎に保存・管理)が可能なこと。(各病棟の記録履歴は日替わりの直前データとすること。)		
9	当院指定のフォーマットに対応すること。		
10	日誌類は、最新の情報が必要な場合、任意のタイミングで情報の取込み、集計ができること。		
11	各管理日誌に看護師の勤務状況を記載する場合、看護勤務管理システムと連携すること。看護師の勤務帯毎の看護師数、年休数、看護師数の合計などが自動計算できること。		
12	管理日誌内の項目を月単位で集計・抽出し、利用者が加工できるよう統計データをExcel形式で出力できること。		
13	各管理日誌は当院希望のフォーマットで出力できる機能を有すること。その場合、紙での帳票レイアウトおよび選択的に印刷できることを考慮すること。		
14	各管理日誌には勤務者、師長、看護副部長3名、看護部長、院長のサインが入力できること。また、管理日誌ごとにサイン者を追加することができること。		
15	管理日誌メニューに画面を戻さなくても、日付の変更が行えること。		
16	病名は医師が入力した内容が連携されること。		
19	特記事項としてフリー入力できること。		

20	各データは変更・修正・参照が可能であること。		
21	各勤務帯における患者の状態が入力・参照できること。		
22	各勤務帯の責任者、看護師長、看護副部長3名、看護部長、院長のチェックができること。		
23	各勤務帯の連絡係、持ち出し係、誘導係のチェックができること。		
24	データの確定入力をする機能を有すること。		
3.1.5.1.2 病棟管理日誌			
1	病棟管理日誌は入院・退院患者情報のほか、重症者の一覧、看護度分類別集計、勤務者情報などの診療報酬上に必要な情報が網羅され、勤務交代時の引継ぎに利用できること。		
2	手術件数、分娩件数、CCU、結核、新生児、GCU、NICU、感染症の件数を連携表示または入力できること。		
3	病棟管理日誌は看護部へ作成状況を提示し、各部署での確認ができること。		
3.1.5.1.3 外来看護日誌			
1	外来看護日誌においては、勤務者情報、初診患者数、再診患者数、入院患者数、外来手術患者数、注射数、同意書の必要な検査(検査名・検査数)、輸血患者数、化学療法内容(診療科別実施件数、フリーコメント、診療科、患者ID、氏名、年齢、性別、レジメン名、特記事項、転記等)、処置内容(各外来で必要と思われるもの)などのデータを登録・自動集計ができること。		
3.1.5.1.4 救命救急外来管理日誌			
1	救命救急外来管理日誌においては、勤務者情報(担当看護師名・担当医氏名)、診療科別受診患者数(患者情報)、救急車搬送数、ヘリ搬送数、問い合わせ数、入院患者数(患者情報)などのデータを登録・集計できること。		
2	救命救急外来管理日誌においては、入院・外来の患者が死亡した場合、必要情報を自動取り込みし、時間と氏名、部署名を記載できること。		
3.1.5.1.5 手術管理日誌			
1	手術管理日誌は手術件数の集計、患者毎の術式や手術開始時間や終了時間を一覧表示できること。		
2	手術部門においては、勤務者情報、定期手術・緊急手術一覧などのデータを登録・集計できること。		
3	時間外および休日の手術室の看護師をオンコールした場合、スタッフ名及び呼び出し時間を記載できること。		
3.1.5.1.6 透析部門日誌			
1	透析部門においては、勤務者情報、治療内容に対する人数を登録・集計できること。		
2	時間外および休日の透析の看護師をオンコールした場合、スタッフ名及び呼び出し時間を記載できること。		
3	透析部門においては、患者区分の修正を実施入力後にも行えること。		
3.1.5.1.7 放射線・内視鏡部門日誌			
1	放射線・内視鏡部門においては、勤務者情報、検査数に対する人数などのデータを登録・集計できること。		
2	時間外および休日の放射線・内視鏡の看護師をオンコールした場合、スタッフ名及び呼び出し時間を記載できること。		
3.1.5.1.8 宿日直管理日誌			
1	宿日直管理日誌は各部門が重症・要注意・要観察と判断した患者を集約して一覧表示できること。また、その一覧から個別に患者を流用して、病棟別および救急外来別に管理できること。		

2	当直医師、巡視時間および特記事項の入力ができること。		
3.1.5.1.9 その他管理日誌			
1	次の管理日誌を作成できること。 医療安全管理室、感染管理室、皮膚・排泄ケア、緩和ケア、糖尿病看護、認知症ケア、医療連携センター、入院支援センター等		
3.1.5.2 業務分担			
1	病棟師長または師長代理が、看護師勤務管理システムに登録された対象日の勤務者に患者の業務を割り振りを行えること。具体的には下記機能を有すること。 (1) 弊社勤務管理システムとの連動により、翌日の看護師情報を自動で取り込む機能 他社勤務管理システムとの連動の場合は、有償オプションとして勤務システム接続が必要 (2) 勤務帯毎に担当患者若しくは担当部屋を割振る機能 (3) 勤務者及び受持ち患者の一覧表印刷機能 (4) 勤務予定外のリリース者の追加機能 (5) 病棟、部屋、ベッド、診療科、移動情報の表示機能 (6) 看護師業務分担ツールを起動中、同病棟の看護師業務分担を他の利用者から変更されないようにすることができること。		
2	看護師業務分担においてリリース者に対して利用者を設定可能とすること。		
3.1.5.3 ファイル・帳票出力			
1	各看護管理日誌を参照・出力する機能を有すること。また、各種看護管理日誌が日別に一覧表示でき、出力もできること。		
3.1.6 看護過程支援機能			
3.1.6.1 看護過程支援システム			
3.1.6.1.1 情報収集：患者基本情報・患者状態情報(データベース)			
1	医事会計システムから患者基本情報(患者氏名・年齢・性別・ID番号・生年月日・病名・主治医・住所・連絡先自宅及び携帯電話等)を得ることができること。		
2	外来での医師及び看護師が問診内容入力した情報を自動的に取り込むことができること。 (輸血・現病歴・既往歴・援助項目・自立度・アレルギーなど)		
3	患者プロフィールに入力されている情報を取り込むことができること。また、アセスメントシートに入力された内容が患者プロフィール等に連携できること。		
4	現病歴、既往歴の修正ができること。		
5	過去の情報についても取り込むことができること。(過去の情報について参照でき、必要な情報に関してはコピーすることができること)		
6	データベース(アセスメントシート)は病院指定の枠組みであること。		
7	データベース(アセスメントシート)は、領域別に設定している項目については選択方式で入力でき、フリー入力もできること。		
8	指示された形式で参照・印刷できること。(入力画面とは違う設定でも可能であること)		
9	入力者、日付が登録されること。		
10	上記における全ての項目に関して追加・修正が可能であり、追加・修正したという履歴は登録および参照できること。		
11	短期入院データベースは別に作成できること。		
12	データベースをいくつかの区分に分け、多人数で同時に同一患者のデータベースを区分ごとに入力できること。		
3.1.6.1.2 看護問題登録			
1	マスタ階級検索、文字列検索などの検索機能を有すること。		

2	アセスメントツールによる看護問題の登録、修正、参照機能を有すること。		
3	マスタ管理機能、マスタ検索機能を有すること。		
4	帳票作成機能を有すること。		
3.1.6.1.3 看護計画作成(アセスメント及び看護計画立案)			
1	NANDA I の領域別に予測される診断名がマスタ準備されていること。		
2	仮看護診断名はマスタから選択でき、かつフリー入力できること。		
3	仮診断で選択された診断名に関しては、全体アセスメントシート(仮診断の統合)に連動すること。		
4	全体アセスメントシート(仮診断の統合)には、アセスメント内容をフリー入力することができること。		
5	アセスメントの結果、仮診断から最終診断もしくはスタンダードケアプランやクリニカルパスのケアプラン、フリー入力形式の看護計画を選択することができること。		
6	次回評価日が入力できること		
7	次回評価日は、経過表・患者スケジュール・ワークシート等に連携できること。		
8	看護計画内に達成予定日の入力ができること。		
9	入力された観察項目やケア項目はフローシートやワークシートに連動されること。		
10	A データベースより、看護診断を使用して看護計画を立案する場合		
	(1) 最終診断を階級検索、文字列検索できること。		
	(2) 最終診断により、計画の内容を選択するためのリストが表示され、選択できること。		
	(3) 計画の内容のリストを選択することで、看護計画の内容が表示され、計画内容の選択・追加・修正ができること。		
	(4) 計画内容のフリー入力も可能であること。		
	(5) 関連因子は、マスタ化されており、マスタから選択できること。		
	(6) 関連因子、到達目標、看護目標はマスタ選択、フリー入力ができること。		
	(7) 到達目標、看護目標それぞれのアセスメントがフリー入力できること。		
	(8) 看護成果・介入の変更が必要になったとき計画の内容を追加修正できその履歴が残ること。		
11	B スタンダードケアプランやクリニカルパスのケアプランを利用することができる場合		
	(1) スタンダードケアプランやクリニカルパスのケアプランをマスタ階級検索・文字列検索などができること。		
	(2) 検索したスタンダードケアプランやクリニカルパスのケアプランの選択ができること。		
	(3) 看護介入の追加・修正ができ、履歴が残ること。		
12	A・B共通して確定した看護診断名は、看護診断リストに自動連動されること。		
13	A・B共通して、病棟記録及び外来記録の看護計画に対応できること。		
14	A・B共通して選択した看護計画は、看護計画書に自動連動すること。		

15	A・B共通して計画の内容で限定したものに限っては追加・修正することができること。		
16	A・B共通して、評価日の設定、修正ができること。		
17	A・B共通して、選択者(入力者)、日付が登録されること。		
18	A・B共通して看護計画書は、帳票・参照・印刷ができること。		
19	A・B共通して登録済みの計画(マスタ管理)も内容の追加修正を行うことができること。		
20	A・B共通して設定した評価日はワークシートに自動表示されること。		
21	A・B共通して次回評価日が設定できること。次回評価日は、経過表・患者スケジュール・ワークシート等に連携できること。		
22	A・B共通して解決日、目標・介入計画の変更日が看護計画書で明らかであること。		
23	A・B共通して看護介入・看護成果は、将来的にマスタが作成できれば連動し、使用できること。		
24	A・B共通して帳票画面で履歴内容、日付が参照できそのまま印刷できること。		
25	A・B共通して評価として計画が続行なのか、解決なのか評価基準のマスタに沿って選択することができること。またその情報は、問題リストに自動連動していること。		
26	A・B共通して看護計画のOP/TP/EPごとにナンバーが自動でつけられること。		
3.1.6.1.4 看護診断リスト			
1	選択された診断名が一覧で表示され、診断毎に任意に設定した評価日が表示されること。		
2	選択された診断名は、優先順位を入力したら、優先順位順に自動で並べ替えができること。		
3	解決と選択された診断名に関しては、看護診断リストの中で続行中のものと区別してわかるように表示できること。		
4	看護診断リストの項目から看護計画の画面にリンクすることができること。		
5	スタンダードケアプランやクリニカルパスのケアプラン、看護診断を使用して立案した看護計画の評価(計画の続行、変更などの評価基準のマスタに沿った評価)を行うことができること。		
6	看護診断リストは、帳票出力・参照ができること。		
3.1.6.1.5 評価			
1	経過記録上に、評価記録として一画面で看護計画の内容を確認しながら、評価記録の入力を行うことができること。		
3.1.6.1.6 転倒転落アセスメントシート			
1	テンプレートで採点した転倒転落のスコアの結果が状態一括に反映されること。		
2	転倒・転落のアセスメントシートの日付がカレンダー形式で選択できること。		
3	転倒・転落のテンプレート評価を、スクロール機能を利用するなどして、1入院1枚の評価一覧表として表示できること。		

3.1.6.1.7 看護サマリ(退院・転院・中間(転科・転出)・小児・新生児・周産期)		
1	要約書の内容としては下記を登録することができること。 属性(診療科、来院科歴、援助シール項目、主治医、ID番号、患者氏名、年齢、性別、生年月日、住所、主な連絡先、感染症、アレルギー、血型等) (1) 入院期間 (2) 診断名 (3) 疾患に対する本人の考え、とらえ方(告知の有無を含む) (4) 誰が支えとなっているかと本人との関係 (5) 説明を受ける人と本人との関係 (6) 経過(治療の一連の流れを記入。看護経過については、すべての看護診断名とその評価基準に沿った最終評価。クリニカルパス使用時にはパス名) (7) 残された問題(残された看護診断名とその経過) (8) 看護および治療・処置の際注意してほしいこと (9) 病棟名、看護師長、記入日、記入者(受け持ち看護師) (10) 退院後の退院先 (11) 日常生活レベル、介護保険情報、認知度、在宅復帰支援情報(事業者名、ケアマネジャー名) など	
2	サマリには経過記録の直近の最終評価が取り込み、自由に編集できること。	
3	経過、残された問題をリスト上から選択して取り込むこと。取り込んだ内容は、看護問題単位でまとまるようにできること。	
4	患者基本情報およびデータベース(アセスメントシート)の内容も選択、利用できること。	
5	属性については氏名や生年月日など、一部の患者属性が、自動的に看護サマリに出力されること。	
6	日常生活レベルについては、必要な項目のレベルなどが選択方式で入力ができること。	
7	看護問題や経過記録を参照しながらコピー＆ペーストでき、サマリ作成ができること。	
8	入力日、入力者が自動登録できること。	
9	帳票の種類(退院時、転院時、中間(転科・転出)・小児・新生児・周産期)は選択できること。	
11	帳票の形で印刷できること。	
12	帳票には性別が印字されること。	
13	作成する記入日での最新の情報が、選択したシートに自動で反映すること。	
14	選択した帳票の形で参照できること。	
16	作成したサマリは、修正、削除ができること。	
20	退院区分が変化した場合でも、再度作成するのではなく、記載内容を活用し、別の区分のサマリが作成できること。	
21	記載されたサマリを参照しながら、システム上で師長等による承認、却下機能を有していること。	
22	記載された看護サマリは以下の条件で検索、一覧表示できること。 期間(範囲指定)、病棟、患者ID、作成状態(未作成・作成中・作成済)、承認状態(未承認、承認済、却下)、サマリ種別	
23	一覧画面では、状況が把握できるよう以下の項目が表示されること。 患者氏名、患者ID、病棟、診療科、作成状態、承認状態、サマリ種別、更新日、更新者	
24	一覧画面から承認画面が起動でき、いつ入力したか同画面で確認できること。また、誰が入力したか履歴画面で確認できること。	

25	看護サマリの承認は、1画面(1回の承認)で完了できること。		
3.1.7 看護業務支援機能			
3.1.7.1 看護業務支援システム			
3.1.7.1.1 看護指示機能(看護オーダ機能)			
1	看護診断別看護計画の場合		
	(1) 看護計画の観察プラン、ケアプラン、教育プランのすべての項目を看護オーダ画面に自動連動されていること。		
	(2) 項目の形で表示されたひとつひとつの介入について、時間帯や回数、間隔についてマスタから選択し、カレンダー機能があり、スケジュールを設定できること。		
2	計画に上がらない看護ケア		
	(1) 観察・介入・教育項目は、マスタ化されており、フリー入力またはマスタを選択しての入力ができること。		
	(2) 項目ごとに、時間帯や回数、間隔を設定できること。		
	(3) 看護指示項目の検索ができること。		
3	その他特定のイベントのスケジュール作成		
	(1) 特定のイベント(病状説明、各種教室など)マスタで選択できること。		
	(2) 選択したイベントに関し、時間帯が設定できること。		
4	時間や回数が設定できた看護オーダと まだ設定できていないものと区別され、一覧で参照できること。		
5	一度設定した項目、時間帯などの修正(変更・削除)ができること。		
6	入力者、日付は自動入力(登録)されること。		
7	看護オーダで確定された、看護計画書の項目・特定のイベントや時間帯は、指定した形でケア・スケジュール表、ワークシート、フローシートに自動連動されること。		
8	ケア・スケジュール表・ワークシートには、看護オーダの項目、時間帯が自動連動されること。		
9	フローシートには、看護オーダの項目(イベント内容含む)、内容、時間帯が自動的に反映されること。		
10	DWHに看護オーダのデータを蓄積および統計処理ができること。また、看護オーダの未実施を確認できること。		
3.1.7.1.2 ケア・スケジュール(カードックス)			
1	看護として必要な情報が、日付指定(現在、過去、未来：期間は未定)でき、患者一人一人に対して一枚のシートで見ることができること。		
2	帳票・参照・印刷も可能であること。		
3	看護オーダと連動していること。		
4	看護オーダ画面が看護計画と連動しており、看護オーダ画面で確定した項目のみが自動連動されていること。		
5	医師が入力する各種オーダと自動連動していること。		
6	医師が入力する各種オーダで、必要な項目については、そのオーダの内容が表示できること。		
7	ケア・スケジュールの各種項目から、医師が入力する各種オーダの画面に連動しており、内容の参照ができること。		
3.1.7.1.3 指示受け・指示確認			

1	指示受けや指示の確認をした場合、受け者や確認者のサイン、日時が自動で記載されること。		
2	業務の効率化を考慮し、医師からの指示を一括で指示受け、指示確認することができること。その際の指示受け者、確認者、日時は自動で記載されること。また、未指示受けのみを表示できること。		
3	受持ちやチーム単位で複数患者の医師からの指示を指示受け、1患者ずつ指示確認ができること。		
4	指示受けや指示確認するオーダは、緊急度や指示の変更が識別できるように表示色や背景色等で他のオーダと区別できること。		
5	指示受けや指示確認の機能は、指示の詳細まで印刷できること。		
6	指示受け画面から、指示歴、スケジュール画面に遷移できること。		
7	指示確認は、処方オーダに複数Rp存在する場合は伝票単位で指示確認が行えること。		
8	操作中に、選択した患者に対してオーダの発行・修正・削除などで伝票に対しての更新が行なわれた場合は、指示受け画面の最新表示により更新を把握できること。		
9	オーダ修正により版数が上がっているものは、変更前/後のオーダ内容を1画面で確認できること。		
3.1.7.1.4 実施入力			
1	医師からの指示や看護指示などすべての患者に対する指示は、横軸を時間、縦軸を患者ごとのカレンダー形式(ケアスケジュール)で表示できること。		
2	患者毎のケアスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとなど看護師の勤務形態に合わせ時系列で表示できること。		
3	時間指定のないオーダはまとめて表示され、時間指定のあるオーダは横軸の時間に合わせて表示されること。		
4	患者毎のケアスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時系列表示だけでなく、各種業務別(処方・注射・検査など)に表示できること。		
5	患者のケアスケジュール(医師からの指示や看護ケア指示のすべての患者に対する指示)は「未実施」、「指示受け済」、「指示確認済」、「実施済」、「外来での指示」、が識別できるように色で区別し表示できること。また、患者のケアスケジュールの実施済、未実施についての項目は情報抽出できること。		
6	指示受けや指示確認をした場合、実施入力をした場合に「確認済」や「実施済」の表示色は自動で変更されること。		
7	注射オーダの実施は開始時間と終了時間の「2回実施入力」の運用に対応できること。また、終了時間を入力する際にIN量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。		
8	ワンシートのような注射オーダの実施は、1回の実施入力に対応すること。その際、実施入力のタイミングでIN量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。		
9	水分量や尿量測定の見察指示を実施入力した際に、IN量やOUT量を入力することができる。転記や2重入力がないよう、それらの情報が経過表にリアルタイムで自動転記されること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。		
10	患者のケアスケジュールなどのワークシートから実施入力した情報は、電子カルテや経過表に実施記録として自動転記されること。		

11	与薬、採血、看護指示などに対し、看護師の医療行為を実施したことを表す実施入力ができること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。		
12	実施入力時に現在の実施日時や予定の実施日時が自動展開されること。		
13	実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間を変更できること。その際、実施時間と記載時間の両方を管理できること。		
14	注射・処置オーダの実施入力は、医事会計システムと連動し、実施入力によって会計送信できること。		
15	注射に関しては「1回実施」の運用は即時に会計送信でき、「2回実施」の運用の場合は開始1回目の実施で会計送信されること。		
16	処置オーダの実施入力は、薬剤や使用器材の変更、追加、数量などの変更を実施入力時にできること。		
17	受持ちなど複数患者の実施入力を一画面でまとめてできること。		
18	継続指示(発熱や疼痛時の指示など)の内容を確認できること。また、実施入力ができること。		
19	各勤務帯の受持ち看護師への連絡などに使用することを想定して、オーダごとに実施時のコメント入力や当該日付で伝えたいコメントの入力、患者に対してのコメントの登録ができること。		
20	患者のスケジュールおよび実施画面にレジメン作成時に指定した滴下順を表示できること。		
21	何らかの理由で指示を実施しない場合には、「未実施確認」の実施入力を行えること。		
22	患者リストバンドを使用し、患者の認証ができること。		
23	運用上処方の実施入力を行わない際、処方オーダに対して、指定日時以降(時間指定の無い場合は翌日)の指示を非表示にできること。		
24	注射のバーコードより、対象患者に有効なオーダかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。		
25	血液製剤のバーコードより、対象患者に有効なオーダかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。		
26	検体検査のバーコードより、対象患者に有効なオーダかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。		
27	注射や輸血の実施入力は「開始」と「終了」の2回の実施入力に対応でき、輸血に限っては「開始」時に2人認証ができること。		
28	注射や血液製剤オーダおよび検体検査オーダと患者の認証が正しい場合、そのオーダの指示詳細が画面に表示されること。		
29	バーコードによる注射や輸血の認証をした場合、看護師の実施入力ができること。		
30	注射オーダの認証は、看護師の実施入力とコスト送信が連動していること。		
31	注射オーダの認証をし、実施入力した際に、経過表と連携し、実施記録を経過表に自動的に転記すること。		
32	輸血オーダ認証時に自動で輸血部門との連携ができること。		

33	輸血オーダ時にフィルター使用指示入力ができ、指示内容が輸血システム上で確認できること。		
34	輸血オーダ終了実施時に副作用項目が選択でき、輸血部門へ連携できること。		
35	輸血オーダ終了実施時に副作用項目を入力することにより経過表への連携ができること。		
36	患者情報の読み込みはリストバンドだけでなく、カードリーダーからも読み込みが行えるインターフェースを用意できること。		
37	特定生物由来製剤管理対象オーダを実施する場合に、ロット番号をバーコード、キーボードから入力できること。また、入力されたロット番号は実施内容とともに確認できること。		
38	指示発行済のオーダに対して指示終了日が入力された場合、指示止めの表示が行えること。さらに指示変更の場合は、「指示止め」+「変更後指示」で表現し連続してできること。		
39	指示受け後、医師による指示削除が行われた場合は、詳細内容欄に削除日時・削除者の表示ができること。		
40	指示受け業務中に、他端末にて指示の発行や変更等が発生した場合でも自動で一覧が更新され、利用者が把握できること。また、最新表示を行うことにより画面を閉じること無く、最新の指示が画面に表示され、指示受け業務が行えること。		
41	ミキシング認証ができること。		
42	ミキシング時に注射バーコードを読み込むことにより、オーダ変更の有無についてのチェックができること。		
43	チェック画面では、対象患者氏名、血液型、Rpの詳細が表示され、ミキシング時にオーダの詳細内容が確認できること。		
44	認証が正しいオーダに対してミキシング実施入力ができること。		
45	ミキシング業務は連続処理ができること。		
46	患者認証の為にバーコード出力ができること。(部門システムからの出力でも可能とする。)		
3.1.7.1.5 ワークシート			
1	医師からの指示や看護ケア指示、看護管理項目など電子カルテやオーダ情報をワークシートに自動的に取込み、画面表示および印刷できること。また、以下のワークシートを提供すること。 ・食事一覧 ・食事一覧(朝) ・食事一覧(昼) ・食事一覧(夕) ・検査一覧(生体検査) ・検査一覧(検体検査) ・清潔・測定一覧 ・身長・体重測定一覧 ・処方指示一覧 ・処置指示一覧 ・注射準備一覧 ・リハビリ一覧 ・グループワークシート ・看護問題リスト ・血糖測定一覧 ・フリーシート ・個人看護ワークシート ・看護指示シート		
2	前項のワークシートに限らず、当院で必要とするワークシートを作成できること。		

3	患者単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。		
4	受持ち単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。		
5	病棟単位で各種ワークシートの印刷ができること。		
6	受持ち単位、チーム単位、病棟単位で複数患者のワークシートを画面表示した際にページをめくるイメージで表示切替ができること。		
7	各種ワークシートを印刷した際には、印刷した日時が印字されること。		
8	個人看護ワークシートには、患者の重症度、看護度、救護区分、看護ケア指示、移動情報、医師からの検査、処方、注射指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。		
9	看護指示シートには、1週間分の患者への看護ケア指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。		
10	投薬順にRp表示できること。また、指示が変更された場合もRp順の正しく変更されること。		
11	投薬チェック切れリストは当該日付以降3日以内に定期処方が終了するリストを表示すること。その場合、患者毎にリストを出し、主治医名を自動取込みできること。		
12	汎用的なワークシートを複数種類作成できること。		
13	帳票のレイアウト変更ができること。		
14	各ワークシートでは、その日のスケジュール内容の実施・未実施が一目でわかること。		
15	各ワークシートでは、その日の未実施項目が一覧で確認できること。		
16	医師が入力する各種指示発生の際に、何らかの形で表現され新着情報(指示)が発生したことが瞬時にわかること。		
17	清潔ケア一覧に具体的な内容等が表示され、他職種が活用できるようにすること。		
18	自由に項目を増やして表示できること。(例えば、特浴など)		
19	他職種(看護助手)との情報共有に活用するために、患者の安静度が表示されること。		
3.1.7.1.6 経過表			
1	成人(一般・重症)、新生児(一般・重症)、小児科(一般)、パレットグラム、血液浄化、内視鏡検査、化学療法、外来部門の経過表をサポートできること。(ICU、CCU、NICUで利用する重症機能を含む)		
2	各経過表は帳票出力ができること。		
3	食事情報(食種)、入院日、移動情報、手術情報、各種オーダ情報など他職種や他部門で入力された情報を自動で経過表に取り込めること。 また、取得した入院日や手術実施日当日からの経過日数を自動計算し、表示できること。		
4	一画面での表示が、2時間、8時間、1日、1週間を選択できること。		
5	新生児の経過表では、一画面での表示が、1時間、3時間、8時間、1日、1週間を選択できること。		
6	経過表の一日を表示する時間設定を自由にできること。(例:0時～23時59分→6時～5時59分など)		
7	経過表の表示時間はレンジ変更機能を有しており、時間軸をクリックすることで1日単位、3時間単位、1時間単位で時間レンジが変更できること。		

8	血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。またバイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示されること。		
9	最小5分単位経過表に情報が取り込まれる時間を5分・15分・30分・1時間毎に設定できること。		
10	バイタルレンジは経過表上で変更できること。		
11	重症経過表に取り込まれた波形情報は、一般経過表でも画像閲覧できること。		
12	グラフ表示エリアに付箋をはりつけるイメージでコメント入力できること。		
13	PDA・スマホ端末などで入力したバイタルデータを自動でリアルタイムにグラフ表示できること。		
14	バイタルデータをリアルタイムに入力できない場合に、測定時間の遡り入力できること。		
15	輸液/排液等のIn/Out項目の自動集計、バランス計算が自動で行え、表示ができること。		
16	点滴指示を実施入力した際の開始時間と終了時間を線などで表現できること。		
17	患者の疾患・状態に合わせて、観察項目は患者毎に設定できること。		
18	観察項目の設定を効率よく行えるようにマスタ選択できること。		
19	観察項目の設定を効率よく行えるように疾患毎・診療科毎・病棟毎でセット化することができ、患者の観察項目として経過表の縦軸に展開できること。		
20	縦軸に展開した観察項目の並びかえを任意で行えること。		
21	測定結果・観察結果情報の入力には、専用の入力画面からマウスやキーボード操作で簡単に結果入力が行えること。		
22	パターンに限られた測定結果や観察結果に対しては、マスタ選択でき、入力作業を軽減すること。		
23	結果入力は、ガイドを参照しながら入力できること。		
24	観察結果を入力した詳細な情報(数量、回数、時間、コメントなど)は、右クリックやカーソルを項目にあわせる等の操作で表示すること。		
25	測定や観察等の項目別に日時単位で終了期限を設定できること。		
26	観察項目は、観察した時間に結果がその時間枠に反映され、観察時間が明確であること。		
27	各勤務の入力者が明確に表示されること。		
28	注射や処置、検査部門での実施状況の自動取り込みができること。		
29	複数の受持ち患者の経過表を続けて参照、入力できること。		
30	過去の入力情報は履歴として確認できること。		
31	経過表に記載される情報は多いため、利用者ごとに表示レイアウトの最終状態を保存できること。		
32	経過表に記載される情報は多いため、観察項目や実施情報の項目を折りたたむようなイメージで表示できること。		
33	経過表の食事欄に食種名をすべて表示できること。		

34	煩雑な操作を避けるため、経過表から日々の経過記録(看護記録)を呼び出し入力することができること。 また、過去の経過記録を参照できること。		
35	経過表に電子カルテの検査結果情報を取り込み、経過表から確認できること。		
36	複数患者のバイタル情報を一括入力できること。		
37	経過表の種類毎に標準フォーマットを用意し、患者の状態にあわせて自由にフォーマットを選択できること。測定項目、観察項目についても同様に自由に選択でき、マスタ管理は当院でできること。		
38	患者基本情報はカルテの患者属性から、食事情報は食事オーダーから、移動情報は入院基本オーダーからそれぞれ自動表示できること。		
39	経過表の表示画面で入力したい項目を選択することにより専用の入力画面を表示し、マウス/キーボードからの簡単な結果入力・修正・削除ができること。		
40	血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。また、バイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示される。		
41	表示期間に実施予定の医師指示情報と看護指示情報を時系列形式で一覧表示できること。 また、注射の施行に対し、看護師作業終了を表す実施入力ができること。 処置、看護指示は指示期間外であることが判別できるようになっていること。		
42	観察項目の設定を効率よく行えるように疾患毎・病棟毎・診療科毎でセット化でき、患者の観察項目として経過表の縦軸に展開できること。		
43	経過表を印刷できること。その場合、表示中の経過表画面イメージで印刷できること。		
44	注射実施時に入力された情報をその時の手技に応じて、経過表のIN情報として反映できること。また、一般経過表および重症経過表の両方に同じ情報を表示できること。		
45	現在カーソルが当たっている行が分かるように、選択行を強調表示できること。		
46	経過表から、すでに保存されているシェーマを表示できること。		
47	臨床検査システム等、他システムと連携できること。		
48	臨床検査システムより返ってきた検査結果の分野名称を時系列に自動表示できること。		
49	検査結果データを自動的に経過表上に表示できること。		
50	経過表画面からExcel文書を起動することができ、編集、保存できること。また、文書名が表示されること。		
51	経過表画面から看護指示や看護処置を入力する画面が呼び出せ、入力ができること。		
52	体重などを入力することで、前回からの差を表示できること。		
53	尿量測定など前回からの差分を入力することで、合計量を計算できること。		
54	起点日を設定し、その開始日からの経過日数を自動的に計算できること。		
55	マスタ登録されている観察項目、測定項目の内容を検索できること。		
56	経過表から直接医師記録、看護記録が入力、参照できること。		
57	経過表タイトルが表示期間外となったときに、自動で非表示とするかを設定できること。		
58	経過表から直接シェーマ入力ができること。		

59	患者に関する各種測定結果・観察結果・オーダ情報(依頼・実施含む)・カルテ情報を一覧表示できること。		
60	複数患者のカルテ経過表を連続で表示／登録する際に、指示受け・看護計画・患者掲示板ツール・看護ワークシートの同時起動ができること。		
61	経過表上で入力された身長・体重は患者データベースと連携し更新ができること。また、新生児・未熟児等のg入力の際は自動計算を行い連携できること。		
62	輸液欄があり、輸液の内容と速度・実施量が分かり、その輸液の内容と開始・中止が温度表のグラフの時間単位に対応して実施入力に伴い、自動表示されること。		
63	輸血の実施により製剤名・ロット番号・開始終了時間が反映されること		
64	輸血開始から5分後15分後終了時の副作用の有無が反映されること		
65	実施の際に測定した血糖値や、施行したインスリン単位は自動的に経過表と連動して記録されること。		
66	体温・血圧・脈拍・酸素飽和度・血糖などの自動取り込み可能な機種に対応できること。		
67	記事欄には、記録した時間と内容が反映すること。		
68	記事欄は、時系列で並ぶこと。		
69	経過表から初診時記録を確認できること。		
70	レイアウトを簡易に変更できること。		
3.1.7.1.7 経過記録			
1	看護計画のケアプラン、教育プランを利用して、経過記録ができること。		
2	看護計画、経過表を参照しながら経過記録ができること。		
3	過去の経過記録を参照しながら記録することができること。		
4	入力者、(入力)日時が明確であること。		
5	修正したことの内容・日時・修正者の履歴が残ること。		
6	経過記録の方法(SOAP、フォーカス記録、経時記録、サマリ、必要度、評価)は選択できること。		
7	経過記録上に評価記録や看護計画の看護問題に関する記録などと分かるように入力できること。		
8	評価記録や看護計画の看護問題に関する記録などと、評価記録などをすべて含んだ経過記録の表示が選択でき、切り替えて表示ができること。		
9	追記・修正した履歴は、すべて残ること。		
10	シエマ機能、コピー＆ペースト、定型文などの機能を持っていること。		
11	化学療法の経過記録が作成できること。		
12	化学療法の経過記録では、看護師、薬剤師が共通の記録登録画面を利用して、副作用の記録及び照会を行えること。		
13	外来でも経過表が使用できること。		
14	SOAP&フォーカスの検索ができ、期間は3カ月までの範囲で指定できること。		
15	アセスメントシードの内容をSOAP&フォーカスにコピー＆ペーストできること。		

3.1.7.1.8 バルトグラム		
1	バルトグラムが作成できること。	
2	バルトグラムの記録は全角500文字程度記入できること。	
3	多胎児の心拍記録が同時刻に入力できること。	
3.1.7.1.9 実施入力(注射・処置、検査(採血)、ケア及び観察(看護指示))		
1	実施済の入力をする事で、実施者、日付(時間)が明確であること。	
2	実施済の入力はできるが、修正した場合は、修正したという項目が残ること。	
3	実施入力はワークシート(ケア・スケジュール)から行うことができること。	
4	実施入力は、リアルタイムに登録する機能を有すること。	
5	実施入力時に患者認証実施の有無が確認できること。	
6	実施入力により表示色が変更され、実施済み・未実施情報が判別できること。また、判別結果を情報抽出できること。	
7	詳細内容がわかること。	
8	その内容を確認しながらバーコード読み取りによる実施入力ができること。また、実施済・未実施の入力が可能であること。	
9	実施入力後、医事会計にその情報が自動連動されていること。	
3.1.7.1.10 手術請求伝票：手術実施入力(薬剤・材料)		
1	手術使用薬品、麻酔薬、注射薬、材料、処置が各種セットを利用し、実績入力が行えること。	
2	手術使用薬品、麻酔薬、注射薬、材料、処置が検索でき単独での実績入力も行えること。	
3	コメント入力ができること。	
4	実績入力により使用薬品については、薬剤に連動し請求オーダと出来ること。(原則、定数薬品使用)	
5	指定した患者について、手術中に使用された薬剤及び診療材料がバーコード(個別ごともしくはバーコードブック)入力により登録可能なこと。	
6	手術情報、手術実績情報については、医事課に出力できること。	
7	実施情報のうち医事請求関連項目(現行の手術伝票記入する項目及びチェックする項目はすべて)については医事システムに転送可能であり、入力に関して内容の変更が可能で医事システムにおいてコスト請求できること。	
3.1.7.1.11 看護必要度		
1	看護必要別に点数を表示できること。	
2	看護必要度患者分類別構成(日別・月別・病棟別一覧)が表示できること。	
3	看護記録と看護必要度の入力を連携させること。	
4	看護必要度及び各種評価票の判定に必要な項目の入力機能を有すること。	
5	各種評価票に対応した点数の自動計算と基準到達の判定機能を有すること。	
6	看護必要度のレベル(患者像)に応じた患者分類の判定が行えること。	
7	評価入力時のガイダンス(厚労省配布分)の参照が可能なこと。また、看護必要度専用の看護記録が入力できること。	

8	患者別入力画面から、入力項目に応じたオーダ情報(依頼・実施)と、経過表データ、看護記録を参照しながら入力できること。		
9	オーダ情報（依頼・実施）をもとに、各入力項目のあり/なしを自動的に判断できる機能を有すること。		
10	患者レベル、対象評価表の推移を時系列に参照できること。		
11	病棟別に看護必要度の集計を行えること。 項目は定床数、入院患者数、病床稼働率、患者分類(レベル1～5)、基準越患者数、評価票対象患者数、基準越対象患者数、未確認者数、勤務者数		
12	看護勤務管理システムと連携し、職種別勤務者数の自動取込機能を有すること。		
13	応援勤務等の不在勤務者数の調整登録が行えること。		
14	集計した看護必要度について、必要度月報(様式10)に必要な情報を作成し、印刷できると共にCSVにて出力することができること。		
15	看護必要度の入力データは、1日に数回程度集計データに反映されること。(集計を1日ごとに行う仕組みではないこと。)		
16	看護必要度の根拠となる看護記録、各種関連するオーダ等から監査できる仕組みがあること。(例えば、DWH機能から看護必要度監査に関しての一覧票へ連携するなど)		
17	Hファイルの出力ができること。		
18	総合入院体制加算のための集計および出力ができること。		
19	診療報酬改定時の様式変更に対応して更新すること。		
3.1.7.1.12 3点チェック用デバイス			
1	以下の看護業務に必要な、デバイスを調達・設定すること。 実現デバイスは、専用PDA、スマートフォンいずれかとする。 *スマートフォンで提案した場合は、専用PDAは不要とする。		
2	注射・輸血の実施時および採血時に3点チェックができること。		
3	準備業務でバーコードラベルが確認できること。		
4	準備業務で出庫された注射がラベル情報との確認ができること。		
5	輸血認証については開始時2名分の確認者がバーコードなどの媒体で入力できること。		
6	注射・輸血の終了時実施量の入力ができ温度表(経過表)カルテに連動できること。		
7	輸血の終了認証時実施記録と副作用の入力がブルダウンなどの簡易な方法で入力ができ、温度表(経過表)に反映できること。		
3.1.8 看護業務支援部門システム			
3.1.8.1 看護業務支援部門システム			
1	当院導入中の看護業務支援部門システム：チームコンパス(ドクターモバイル社製)と連携ができること。		

		回答	備考
3.2.1 医事会計システム			
3.2.1.1 業務全般			
3.2.1.1.1 各種機能／入力方式について			
1	マウス及びキーボードによる簡単な入力方式を採用していること。通常、キーボード主体でも入力ができること。入力時、挿入／上書モードの切替えができること。		
2	ヘルプ機能(入力案内ウィンドウ)を装備し、入力形式やコードを覚えなくても容易な入力ができること。また、検索時には項目のスクロール表示(1行単位／ウィンドウ単位)ができること。		
3	導入時の運用選択による未使用項目については、判別できるように文字を薄くできたり、入力をパス(スキップ)できること。		
4	全入力業務において、他業務（5業務以上）への自由な画面切替え及び各種照会業務との連携やウィンドウ表示ができること。なお、このときの患者情報は自動的に引き継がれること。（患者情報については電子カルテ経由にて引き継がれることも可能とする。）		
5	医事会計システム上の患者基本情報が修正された場合、リアルタイムに電子カルテシステムの患者基本情報が更新されること。電子カルテシステムが停止した場合、当該期間中に修正があった患者基本情報は、電子カルテシステム起動後に連携可能であること。		
6	主要な患者登録／窓口会計業務では、初期画面表示後も前回処理した患者(番号)をワンタッチで呼び出せること。		
7	業務・科・端末単位に受診案内票や患者請求書等の出力先(プリンタ)を設定できること。		
8	指定の帳表発行が指定プリンタに出力できること。具体的な帳票については当院との協議の上、決定すること。		
9	マウス及びキーボードだけで入力することが効率が悪い業務においては、テキストファイルの取込等の手段も準備すること。		
3.2.1.1.2 レセプト電算（オンライン）対応			
1	今回提供するシステムは、レセプト電算対応すること。		
2	レセプトオンラインに対応すること。		
3	レセプト電算対応に必要な標準マスタ（病名・点数マスタ等）を提供すること。		
4	症状詳記及び日計表にも対応すること。症状詳記については進捗管理ができること。日計表については任意に設定できる点数以上のレセプトを電子レセプト作成時に自動で記録すること。		
5	レセプト電算用CSV作成はレセプト単位で追加、削除が可能であること。		
3.2.1.1.3 運用管理について			
1	料金データについても、診療データと同期をとり同一期間の保存ができること。当院の操作者にて運用対応が必要な場合は別途協議の上、決定すること。		
2	料金データがあるものについては請求書（兼領収書）の再発行ができること。		
3	月次のファイル整理(診療データ削除)においては、該当月分のデータ削除と最新月分へのデータ切替え処理で済む等、短時間でできること。		

4	その他のファイル整理時には、保存期限日、削除済件数、削除対象件数、処理ゲージ、残り時間を画面表示できること。		
5	同一端末で複数患者・複数業務を同時に立ち上げて実行できること。(例えば、A患者の会計入力、B患者の患者登録・空床照会等々の同時立ち上げ)		
6	複数端末による同一患者の同時データ更新を防止できること。(患者ロック処理)		
7	テスト患者番号の範囲設定が行え、本番患者との切り分けができること。		
8	マスタ・テーブル類、画面処理及びプログラム等の分散化(サーバ/パソコン)により、快適な(安定した)レスポンスを保証できること。		
9	医事業務立ち上げ時、端末側のマスタ・テーブル類を最新化できること。		
10	日時処理時の端末は停止しないこと。		
11	バックアップ処理は自動で行うこと。		
12	実行ログ等に出力されるエラーやワーニング等のメッセージのうち、ユーザが確認すべきものをそれぞれの処理毎に明確にし、そのメッセージの意味等をまとめた資料を提供すること。		
3.2.1.1.4 マスタメンテナンスについて			
1	点数・薬価マスタとも病院向け基本マスタを標準提供できること。		
2	新薬・材料の追加等、発注者側でのメンテナンスもできること。		
3	医療費改定(年2回等)を考慮し、点数・薬価マスタの世代管理ができること。		
4	メンテナンスもできること。(サーバ側マスタのメンテナンスとの切替えが可能)		
5	レセプト電算対応できる標準マスタを使用すること。また、マスタは提供すること。		
6	DPC対応できる標準マスタを使用すること。また、マスタは提供すること。		
7	診療報酬の算定要綱に即したインタフェースマスタを提供すること。インタフェースマスタは診療報酬改定時にメンテナンスできること。算定要綱等の変更にも対応できること。		
8	マスタの参照権限と編集権限を分けてユーザに設定できること。		
9	参考点数マスタから複写するマスタを選択し、一括で登録することができること。		
3.2.1.1.5 セキュリティについて			
1	業務開始時のパスワードの設定ができること。		
2	パスワード運用時、利用者名の表示ができること。		
3	職員コードごとに利用業務・画面の設定ができること。		

4	職員コードパスワードは電子カルテシステムと同期をとること。		
3.2.1.2 患者登録業務			
3.2.1.2.1 新患受付／保険登録／住所登録			
1	基本・保険登録画面は、入力優先順位を配慮した画面構成とすること。[例]会計時に必要な最小限の保険情報（保険者、本人/家族、記号、番号、有効期間、給付割合、継続区分、保険確認区分）が先に入力でき、入力頻度が低い情報は保険詳細情報ウィンドウで入力する。		
2	患者登録情報を基に、患者診察券の発行ができること。		
3	紹介の有無については医事システム、電子カルテシステムにて入力できること。		
3.2.1.2.2 患者基本・保険情報登録			
1	新規来院患者の基本情報（氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、コメント、入院時一部負担金限度区分(新・旧情報)、初診時特定療養費抑制区分）及び 患者保有保険情報の登録・修正・削除ができること。		
2	通常氏名のほかに第2氏名の登録ができること。		
3	電話番号について固定電話・携帯電話の2項目が設定できること。		
4	登録された基本情報は永年保存情報として常時照会ができること。年齢については、他の入力画面上に何歳何ヶ月までを表示できること。また、基本情報は必要に応じて他部門での共通利用ができること。		
5	基本登録で生年月日入力時に年齢が自動表示されること。		
6	患者番号については、現行のチェックデジット方式を引き継ぎ自動的に付番できる機能を有すること。また、患者番号の手入力にも対応できること。		
7	基本情報として、カナ氏名では英数字の入力もできること。		
8	生年月日は西暦表示できること。		
9	氏名のカナ漢字変換では、カナ氏名の入力により、第1優先順位の漢字氏名を自動表示できること。また、姓名辞書のメンテナンスにより、優先順位を変更できること。カナ漢字変換では、漢字氏名、漢字保険記号、漢字保険番号の直接漢字(ワープロ)入力も可能こと。また、漢字氏名では姓と名で漢字12文字分までの登録ができること。外国人の場合は半角ローマ字入力が可能なこと。		
10	二重登録チェック（カナ氏名、生年月日が同じ）が自動でできること。濁点等も識別してチェックできること。		
11	全保有保険の略称を一覧表示できること。また、略称をマウスでクリックすることにより、ダイレクトに登録内容を表示し、修正できること。なお、有効期間切れの保険については、略称部分(背景)が色分け表示されていること。		
12	保険者番号の入力により、第1優先順位の漢字保険記号を自動表示できること。		
13	患者単位(全保有保険) 及び 保険別の保険確認日を管理できること。また、前回保険確認日を表示できること。3年以上分の履歴管理ができること。		
14	保険確認日の更新は確認登録した場合のみ更新すること。また、更新者も管理できること。		

15	有効期限が切れた保険は指定できないこと。		
16	社保・国保本人、老人保健等各種保険と年齢の妥当性チェックが行えること。		
17	保険は20以上登録できること。		
18	保険者番号のチェックデジットエラーに対してエラーか警告の選択ができること。		
19	受け入れ拒否情報を入力できること。また、受け入れ拒否情報が入力されている場合は、画面上に記号を表示するなど目視確認しやすい表示ができること。		
3.2.1.2.3 保険詳細情報登録			
1	保険詳細登録画面の有無にかかわらず以下が可能であること 船員区分／高額療養費委任払い（有効期限）／低所得者サイン／食事標準負担区分／レセプト特記欄指定メッセージ（主保、公費共指定可）／資格取得日／入外別の限定科(適用/非適用)／入外別の公費一部負担金の月額の設定ができること。		
2	長期療養患者についても、保険の科限定ができること。（限定科以外との切り分け）		
3	乳幼児保険（3歳以下）等、年齢のチェック等で適用保険チェックができるようにすること。		
4	給付割合のほか、1点単価、食事標準負担区分、公費一部負担金月額の自動設定と画面からの変更処理ができること。		
5	一部負担金の端数処理は保険マスタにより設定できること。		
6	公費一部負担金月額の自動設定は保険者コード(保険者マスタ)から行えること。		
7	被保険者情報として、被保険者名、続柄、職種の登録ができること。		
8	労災保険詳細情報ウィンドウにより、労災固有情報（労働保険番号、年金証書番号、入外療養期間、請求回数、傷病年月日、労災事業所名・所在地）の容易な入力ができること。また、労災以外の保険においても、事業所名・所在地等の登録と利用ができること。保険者名と住所はマスタを利用して登録ができること。		
9	保有保険情報は運用に支障のない数の登録が可能なこと。		
3.2.1.2.4 住所情報登録			
1	住所については、町名まで表現できる住所マスタを有していること。また、住所マスタのメンテナンスができること。さらに、全国対応すること。不詳等も登録できること。		
2	4住所分の詳細住所（自宅・勤務先・連絡先の番地、マンション名等）の登録ができること。		
3	世帯主または保護者住所・氏名が入力できること。		
4	入力方式として、以下の機能を有していること。 ・住所コード入力 ・カナ検索入力（都道府県による限定が可能） ・郵便番号による検索入力（任意桁での部分検索も可能） ・詳細住所のフリーコメント入力		
5	4住所とも住所区分をマウスでクリックすることにより、ダイレクトに登録内容を表示し、修正できること。		

3.2.1.3 再来受付業務		
3.2.1.3.1 受付処理		
1	患者到着確認時、受診案内票を1患者1枚の出力ができること。この時、受診科として1回に5科までの受付ができること。	
2	紹介患者と救急患者の区分を入力できること。	
3	主保険未登録や有効保険なしの警告メッセージを表示できること。また、保険、公費期限切れメッセージも表示できること。	
4	来院履歴により、初診／再診等の来院区分の自動表示ができること。	
5	再来受付業務では、保険確認画面との連携処理ができること。	
3.2.1.3.2 保険確認		
1	患者単位（全保有保険）及び保険別の保険確認日の登録ができること。	
2	基本・保険登録処理と連携し、保険の修正・追加ができること。	
3	保険確認日履歴を参照できること。	
3.2.1.3.3 自動再来受付機接続		
1	当院導入の自動再来受付機(USEN-ALMEX社製)と接続を行うこと。	
2	自動再来受付機を利用し、以下の受付処理ができること。 (1) IDカード受付 (2) 来院歴チェック (3) 受診科休診チェック (4) 保険確認チェック(受付拒否、確認促進メッセージ印字等) (5) 予約チェック (6) 受付可能診療科ボタンは30科までを設定	
3	予約及び予約外患者の受付ができること。	
4	患者に応じたメッセージ表示及び処理ができること。 (1) 最終保険確認日から一定期間（病院にて設定可能）経過している患者 (2) 未収金（金額範囲については病院にて設定可能）がある患者	
5	各診療科の開設情報（月日、曜日、時間等）が管理でき、受付日時に応じた受付可能診療科の表示ができること。また、受診内容も時間によって制限できること。	
6	開設情報のメンテナンスが容易であること。再来受付機1台毎に修正を必要としないこと。	
7	患者が希望する受診科を順次選択でき、選択した内容が画面で確認できること。	
8	当日の予約がある場合には、予約情報（予約項目、予約時刻等）を表示し、確認ボタンを押下するだけで受付できること。さらに、予約外の診療科を受診するかどうか確認メッセージを表示すること。	
9	患者の希望に応じて、当日予約外の診療科の予約処理が一連の操作でできること。	

10	受付完了時点で、病院が指定する様式で、再来受付機と一体型のレーザプリンタより患者IDのバーコードが出力された、受診案内票（A4サイズで診察室で新たなオーダ時に出力するものと同じもの）の出力ができること。 (1) 予約がある場合には、受診案内票に予約時間順に予約情報（予約項目、予約時刻等）が出力できること。 (2) 予約外については、受診案内票に患者が指定した順に診療科名と科別受付順番が（予約分に続いて）出力できること。なお、科別受付順番については、窓口での当日受付処理と整合性が取れること。 (3) 患者に応じたコメントや、共通のコメントが出力できること。		
3.2.1.4 各種患者照会			
3.2.1.4.1 患者番号照会			
1	患者番号照会では、カナ氏名(一部可)、性別、生年月日や電話番号を検索条件にして、該当患者の患者番号、氏名、性別、生年月日、過去の全受診科の照会ができること。（カナ氏名の50音順に表示）		
2	カナ氏名では、文字列検索の先頭一致検索もできること。		
3	さらには、漢字氏名でも患者番号照会できること。		
4	上記項目は、すべて永年保存項目として照会ができること。		
3.2.1.4.2 来院履歴照会			
1	来院履歴に関する以下の情報を表示する画面を備えていること。（複数画面での参照でも可） 外来履歴、入院履歴については、担当医が登録されている場合は、その登録マークと担当医表示ができること。		
3.2.1.4.3 見舞い客案内			
1	カナ氏名では、文字列検索の先頭一致検索もできること。		
2	医事システムまたは電子カルテシステムより「面会謝絶」（患者希望による「面会遠慮」も含む）の表示や現住所の詳細表示もできること。		
3.2.1.4.4 空床状況照会			
1	医事システムまたは電子カルテシステムより空床状況照会が可能なこと。空床状況照会では、全病棟又は指定病棟／指定病室の空床照会及び病室入院患者照会ができること。		
2	特定の部屋区分／性別区分での限定検索ができること。		
3.2.1.4.5 受付状況照会			
1	医事システムまたは電子カルテシステムより受付状況照会が可能なこと。受付状況照会では、科別受付状況の照会及び未会計患者等の照会ができること。		
3.2.1.5 病名登録			
3.2.1.5.1 基本機能			
1	電子カルテシステムで入力された病名オーダと連動すること。		
2	電子カルテシステムから病名の連携が可能なこと。または、病名オーダと連携した病名であることが判別できること。医事システムと電子カルテシステムでの病名の不整合を防止するための運用提案をすること。		
3.2.1.6 入院退院登録（入院基本登録）			
3.2.1.6.1 入院退院・転科・転室登録			
1	入院退院・転科・転棟・転室オーダ・主治医変更と連携すること。		

2	患者の入退院、転科・転室・転棟情報及びドクターコードの登録・修正・削除ができること。なお、ドクターコードについては、転室時に転室前の情報を引き継げること。		
3	入院、退院、転科・転室・転棟の登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目ウィンドウが表示できること。		
4	表示されている入院・退院・転科・転室・転棟履歴の選択により、簡単な操作で履歴の削除や項目の修正が行えること。		
6	差額室料(課税/非課税及び外税/内税対応含む)、部屋区分(ICU/結核/精神/療養/老人/重症/小児特定入院料等)、看護区分、療養環境加算、夜勤加算、食堂加算等の情報を、ベッド(病室)マスタから自動設定できること。また、労災入院室料加算の算定(設定)もできること。		
7	差額室料の金額が変更できること。		
8	病院運用を考慮し、上記ベッドマスタ情報や、電気代等の自費項目(一般料金)を画面から入力できること。		
9	同一日での転科・転室・転棟が入力でき、かつ優先させる算定履歴の設定ができること。 (ベッドマスタの優先区分 又は前回履歴/今回履歴の選択)		
10	入院期間の計算においては、除外期間の設定と除外期間を除いた入院日数の計算ができること。		
11	選定療養に関する他院の情報を登録でき、入院データに反映させること。		
12	退院後、同一日入院ができること。		
13	入退院及び転科・転室・転病棟の入院履歴情報は99履歴分(入退院履歴と1入院期間中の履歴を合わせて99履歴)を登録・管理できること。		
3.2.1.6.2 入院基本診療登録			
1	入院基本診療データ(入院料、保険、外泊、欠食、特食、選択食、介補、特定入院、特定長期入院患者除外区分)の登録・修正・削除ができること。(入退院・転科・転室登録と同一画面)		
2	入院基本診療データの算定状況を、カレンダー形式にて表示できること。また、前月、次月の指示により、過去あるいは未来(翌月)のカレンダー表示もできること。		
3	入院起算日から今日までの入院日数と最新の入院日数を表示すること。		
4	入院基本診療データの登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。また、簡単な操作で履歴の削除や項目の修正が行えること。		
5	特食の場合、特食区分のほか、特食を算定する保険の指定(自費含む)ができること。		
6	他医療機関の入院日数(180日超えの減算)を入力できること。		
7	入院期間が90日を超える日と180日を超える日を表示すること。		
8	入院料を算定する保険が指定できること。(自費、未算定も含む)		

3.2.1.7 窓口会計業務		
3.2.1.7.1 業務全般		
1	会計入力業務においては、下記機能のほか、自動算定(発生)・包括・加算・チェック機能を有していること。なお、行為適用チェックとして、入/外、適用科、適用年齢、適用保険(健保/老人/労災/公害/労災以外/ 自費/結予 等)、特定疾患区分(特定疾患指導/皮膚科特定疾患指導/悪性腫瘍治療管理/難病外来指導)のチェックに対応できること。	
2	自立支援医療の他院(調剤薬局等)と合算した患者負担限度額管理について対応できること。	
3	患者番号は次の患者の処理を行うまで引き継がれ、連続使用する機能を有すること。	
4	算定情報の絞り込み・並び替えができること。	
5	科・保険サブシートにて選択した診療科が未受付であれば、ワーニングメッセージを表示できること。	
3.2.1.7.2 計算窓口		
1	会計情報を、電子カルテシステムから取り込みができること。	
2	会計情報は、電子カルテシステムによる入力が基本であるが、補足的に手入力等の機能を有すること。	
3	会計順番号表示システムと連動できること。	
4	治験情報の登録及び会計情報を電子カルテシステムからの取り込みができること。	
3.2.1.7.3 外来データ入力		
1	外来患者に対する全診療内容をコードまたは略称等で入力し、入力された診療内容と保険情報を基に点数・料金計算を行い、患者に対する請求書の発行ができること。	
2	会計入力中に各種照会(保険、病名、DO番号・内容、セット番号・内容、各種算定状況、診療履歴・内容等)や他業務への切替えが自由に行えること。また、他業務への切替え後も元の会計入力画面に戻れること。	
3	同一患者にて複数科(併科)の入力ができること。また、当日受付科との妥当性チェックもできること。(「受付なし科」、「未会計科」の警告表示及び「(翌日以降)予約あり」の警告表示)その際、納入通知書に入力された診療科を全て表示すること。	
4	併科同時入力では、科全体での外来診療科のチェックとその消し込みができること。	
5	適用保険の自動選択ができること。	
6	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること。(社保継続・国保の同時入力、画面／項目単位の保険指定等)	
7	適用保険がない場合に保険(自費や保険なし等)の設定ができること。	
8	また、入力時に全額本人請求の指定がされたデータに対して適用させたい保険の設定もできること。(点数マスタでの自費扱い指定項目の自費保険設定を含む)	
9	患者の来院履歴及び最終退院日より、初再診データの自動発生が行えること。	
10	初診入力時、「悪性腫瘍治療管理料精密初回月加算」算定済みのチェックができること。	

11	薬引換券番号については、自動付番もできること。		
12	院内／院外処方混在入力した場合、処方箋料によって調剤料を非算定にできること。		
13	画像診断の入力では、枚数＞方向数の入力にも対応できること。		
14	主行為（手技）、薬剤、材料の診療区分ごとの点数計算と表示ができること。		
15	入力時の包括・未算定項目については、0点表示ができること。		
16	入力方法として、項目コード/略称コード/伝票コード入力、前回DO入力、約束入力、セット入力等の機能を有していること。		
17	略称コードについては、覚え易く、かつ剤形、規格等表現できるように、6桁までの設定ができること。（1項目に複数の略称を設定可能）		
18	項目／略称／伝票コードのコード検索入力については、カナ名称10桁以内による診療区分限定検索ができること。		
19	その他、部位コードと検体コードの検索もできること。		
20	上記の各種コード検索については、入力行での直接検索指示ができること。		
21	項目コード及び項目の区切りや入力終了等の指示が、すべてテンキーで行えること。また、行削除や行挿入もワンタッチで行えること。		
22	通常の入力時には、薬、処置、検査等、診療区分(投薬・内服等)の伝票指示入力を省略できること。		
23	使用量や回数が1の場合、使用量／回数入力を省略できること。		
24	入力単位については、主単位（入力の省略が可）のほか、単位の漢字表示ができること。		
25	検査種の混在入力(グループ入力時)においても、検査種ごとの自動振り分けとその表示ができること。（まるめ計算を含む）		
26	入力支援機能として、入力データのスケルトン・簡易セット入力及び複数行のコピー／貼り付け機能等を有していること。		
27	登録DOデータ以外は事前登録の必要がないこと。（過去の診療データを自由に展開・利用可）		
28	科コードの入力により、前回DOデータを自動表示できること。前回DOデータの自動表示についても、診療区分の限定表示ができること。		
29	科コード入力時、前回DOデータの自動表示を抑制できること。（抑制指示入力）		
30	セット入力についても、全診療区分のデータ利用ができること。		
31	セット名称には、カナ英数字と漢字セット名称を利用できること。また、セットは無制限に登録できること。		

32	行為入力行にセット名称を直接指定できること。また、セット名称一覧とセット内容の照会を行い、該当セットの選択入力が行えること。		
33	セットデータを入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。		
34	約束の親コード入力により、この内容を入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。		
35	約束入力時の数量(使用量/回数)設定は、マスタ登録数量、入力数量（トータル数量入力）、入力×登録数量(倍数入力) の設定ができること。（薬剤・材料は使用量、その他は回数を設定）		
36	レセプトや処方(用法)コメントについては、コード入力、略称入力、コード/略称検索入力及び ワープ修正入力ができること。		
37	コメントの保険指定入力ができること。また、処方（用法）コメントについては、分服数（使用量）の入力もできること。		
38	コメントは有効期間や対象レセプト(入/外、科、保険)等を指定し、患者単位に作成・保存できること。（コメントメンテナンスによるレセプト固定コメントの出力）		
39	初診日、最終来院日(入力科又はレセプト科と全科での最終来院日)の確認ができること。また、最終来院日の表示には、最終退院日が考慮されていること。（退院日の表示）		
40	保険確認・照会の表示方法(自動表示含む)の選択が、再来受付業務の「保険確認(画面)」と同様に行えること。		
41	会計入力時に保険確認日の更新指示が行えること。		
42	有効期間切れや翌月期間切れの保険に対する警告とその内容照会が行えること。		
43	各種算定状況(算定履歴)の照会では、初診料、調剤技術基本料、各種指導・管理料、検査判断料、同一月/同一日/患者1回/1入院/初回/何月何回につき等の算定情報の照会ができること。		
44	算定履歴情報の表示に上限がないこと。		
45	一部負担金算定歴については算定金額を表示できること。		
46	算定情報については、入院算定分及び外来算定分の同時照会ができること。また、全件分／指定月分／指定日分／初回診療日分の限定照会もできること。		
47	診療データ入力終了時、自動もしくは指示により、費用照会・確認ウィンドウを表示できること。		
48	請求書発行時(修正会計時を含む)、自動もしくは指示により、負担なし/ありでの強制発行/未発行、未処理扱い、差額分発行、新規発行、調停発行(前回分のマイナス請求書発行と今回新規分発行)、料金データ未作成(診療データのみ更新)の選択ができること。		
49	保険種別及び患者負担割合が印字できること。（併用保険であっても）		
50	請求書の余白に未収金額（または任意の記号）を印字できること。		

51	請求書に保険種別と併せて負担金の割合が印字されること。(併用保険であっても)		
52	処方・投与日数は3桁対応すること。		
53	算定上のエラーやワーニングについて、当院独自の設定を行えること。		
54	入院・外来の区分に関係なく、取り込みができること。		
55	指導管理料の算定を行う場合、複数の画面展開がないこと。		
3.2.1.7.4 入院データ入力			
1	入院患者に対する全診療内容(入院基本診療データを除く)を、コード又は略称等で入力できること。		
2	入院中の科コードは入力域に自動表示できること。		
3	入院日及び退院日の表示ができること。また、現在入院中の科と全科での最終来院日の表示もできること。		
4	診療行為が継続するデータの容易な入力ができること。([「何日から」、「何日から何日まで」])		
5	継続データ入力では、何日分(何日から)かの入力もできること。		
6	退院会計後の追加請求指示入力時には、入力画面から直接またはワンタッチで患者請求書を発行できること。		
7	皮下筋肉注射・静脈注射・点滴及び中心静脈注射の1日まとめ処理ができること。また、設定により、点滴薬剤の中心静脈注射へのまとめ処理ができること。		
8	入院中外来(他科)の自動判断及び入院中外来の指定入力ができること。		
9	入退院日は原則入院中外来とするが、外来扱いのデータ入力ができること。(他科/入院科) また、入院科の場合、入院データへの変更ができること。		
10	その他のデータ入力機能については、「外来データ入力」の機能に準ずること。(費用照会、患者請求書発行以外)		
11	同一日の点滴入力データを呼び出し、追加修正ができること。		
12	注射を入力した場合は点滴を自動算定できる仕組みを有すること。ただし、当日が手術日等である場合は算定しないこと。		
13	入力された会計データや取り込まれた会計データを基にして算定できる診療行為は自動算定できる仕組みを有すること。		
14	入力された会計データや取り込まれた会計データによって包括される診療行為があった場合は自動包括すること。		
15	入力する科の間違いをサポートする機能を有すること。(例えば受付した科と入力する科のチェック等)		

16	内服薬の7種逓減計算を自動で行うこと。		
17	院外処方せん料を自動算定する仕組みを有すること。		
18	治験患者の会計入力ができること。		
19	指定日の未精算患者一覧を画面表示できること。また、未精算患者一覧表の出力もできること。		
20	算定上のエラーやワーニングについて、当院独自の設定を行えること。		
21	指導管理料の算定を行う場合、複数の画面展開がないこと。		
3.2.1.7.5 修正会計			
1	会計入力された診療日、科、指定保険 及び 診療データの修正(会計)入力ができること。上記データは、すべて画面展開後、上書きでの修正入力ができること。		
2	再計算後は、差額分又は全額分(新規)の患者請求書の発行ができること。(新規調停発行含む)		
3	外来の診療データ入力終了時と同様、費用照会・確認ウィンドウの表示ができること。(外来)		
4	修正会計では、会計カード画面からの修正会計機能を有していること。		
5	会計カード画面で選択した行為が修正画面でも選択されていること。或いはカーソルが行為の始めにあること。		
6	修正会計起動時に他の業務(患者データ参照等)の機能が使えること。		
7	診療データ修正画面(会計入力イメージ表示)で診療内容を自由に追加・修正・削除できること。(外来/入院データ入力機能に準じる)		
8	会計カード表示画面上には、診療データを表示できること。また、入院料関係のカレンダー表示もできること。		
9	会計カードもしくは月次訂正画面においても、主行為(手技)、薬剤、材料のグループごとに点数計算と表示ができること。(外来/入院データ入力同様)		
10	会計カード画面から、直接回数・日数の修正と行為の別診療日へのコピー(回数・日数のみ入力)が行えること。		
11	回数・日数の修正とコピーは、マウスで直接指示(位置付け)できること。		
12	カレンダー上の回数・日数を選択し、該当日の診療データ修正画面(会計入力イメージ表示)へ遷移できること。		
13	カレンダー上の回数・日数空白欄を選択した場合は、該当日の会計入力画面もしくは月次訂正画面へ遷移できること。		
14	カレンダー上の回数・日数を選択し、簡単な操作で該当項目の削除や該当項目の一括削除が行えること。(画面上の複数項目の1日単位削除及び1ヶ月分削除が可能)		
3.2.1.7.6 退院会計・定期請求			
1	入院患者に対して、入院データ入力と入院基本登録で入力されたデータを基に、診療費の計算を行い、患者請求書の発行ができること。		

2	請求書発行時、自動もしくは指示により、負担なし/ありでの強制発行/未発行や未処理扱いの選択ができること。(事前設定も可)		
3	請求済み期間(診療データ保存期間分)の再計算が行えること。再計算後の患者請求書は、自動もしくは指示により、差額分発行、新規発行及び調停発行かの選択ができること。		
4	即時処理の退院会計、試算会計(未来日までの入院料・入院データ計算を含む)及び一括処理の定期請求の機能を有していること。		
5	保険種別及び患者負担割合が印字できること。(老人、併用保険であっても)		
6	納入通知書に印字する請求期間は、当該保険(公費を含む)の適用期間と一致していること。		
7	退院会計では、請求書イメージと過去の未収金合計、入院情報(入院開始日・科・病棟・病室・ベッドNo)、今回請求額を表示できること。		
8	会計順番号表示システムと連動できること。		
9	請求期間ごとの請求履歴と保険を表示し、請求履歴の選択又は未請求分の既定値選択により、請求明細表示エリアに請求書イメージを表示できること。		
10	請求期間内での退院予定日の入力による会計ができること。		
11	請求書コメントの選択入力ができること。		
12	請求書が複数枚になる場合を考慮し、画面への枚数表示(1/2枚等)ができること。		
13	試算書の発行の選択ができること。		
14	定期請求では、請求期間の選択ができること。		
15	同月内の全請求期間の料金計算指示及び退院登録済み患者の再計算を行うか否かの選択ができること。		
16	請求書発行停止機能を使用しない場合、病棟指定による請求書発行機能を有していること。		
17	仮実行(料金データ未作成)の機能を有していること。		
18	また、処理のキャンセル(中断)も行えること。		
19	処理実行後には、請求一覧表(定期請求ブルーリスト)の画面表示や帳表出力ができること。出力項目として、患者番号、氏名、科、病棟・病室、請求期間、保険、整理(請求書)番号、今回請求額、前回請求額、入金合計額等を有していること。		
20	定期請求書の出力順として、以下の選択ができること。 (1) 患者番号順 (2) 科、病棟、病室、患者番号順 (3) カナ氏名順 (4) 科、病棟、病室、患者番号順 (5) 病棟、カナ氏名順 (6) 病棟、科、カナ氏名順		

21	選定療養対象者一覧が随時出力できること。		
3.2.1.7.7 収入金管理			
1	窓口会計業務で算定された患者への請求金額を基に、入金／未収金の管理ができること。		
2	未収情報は永年保存できること。また、一部入金の分納履歴は無制限に管理できること。		
3	患者請求書に対する、料金請求履歴(料金サマリー)照会、入金・未収登録(全額/一部)、請求書(料金データ)訂正、再発行、取消、請求書作成・発行 および 外来患者の請求書一括発行(複数患者の複数請求書)の機能を有していること。		
4	患者番号又は整理(請求書)番号の入力により、料金請求履歴を画面表示できること。		
5	履歴選択後、前記の各処理(入金・未収登録、請求書訂正、再発行、削除、削除取消等)に遷移できること。		
6	履歴表示の対象を全期間分／当月分／前月分／前月以前分／前月以降分／期間指定分等に切替えられること。		
7	未収分のみを表示対象にできること。		
8	請求履歴については、診療日順での並び替えができること。		
9	請求履歴情報として、整理（請求書）番号、入外、科、診療日(期間)、請求額、入金額を格納できること。		
10	入金・未収登録では、入金区分（現金、小切手、カード等）、未収区分（持ち合わせなし、患者不在等）の登録・管理が行えること。		
11	一部入金ができること。その場合、病院で指定された項目から入金となり、残りの項目は未収金扱いとできること。また、一部入金時の領収書の発行ができること。（未収分も領収書に表記できること）		
12	分納入金時に領収書の発行ができること。		
13	料金明細内訳欄（初再診料、投薬料、注射料等）の設定ができること。		
14	請求書イメージ明細行は、保険分/保険外分、非課税分/課税分や減免額等を考慮していること。 (1) 保険点数 (2) 金額 (3) 保険外課税分 (4) 減免保険外課税分 (5) 内税額 (6) 保険外点数 (7) 保険適用分 (8) 保険外非課税分 (9) 減免保険外非課税分 (10) 外税額 等		
15	画面からの請求書項目の入力により、請求書のみの新規作成・発行が行えること。（診療行為以外の請求書を含む）		
16	納入通知書の請求期間については、保険の適用期間と一致させること。		

17	請求書コメントは、コード選択 1 個、フリーコメント 1 個を入力・修正できること。 また、減免区分を、患者・保険単位で設定できること。		
18	コメントメンテナンスにおいて作成した請求書コメントを出力できること。		
19	請求日、入金日と時間区分を指定することで日計表として科目別に出力できること。		
20	また、請求日、入金日と時間区分を指定することで個々の明細を出力できること。		
21	当日の外来、入院及びその他の請求書発行枚数、請求額、入金額(当日分・以前分)の最新情報を随時照会できること。なお、当日のみでなく過去日についても照会できること。		
22	当月現金入金日報は収入金管理帳表の作成ができること。また、帳表作成時、入院分／外来分の選択や対象年月日及び時刻の範囲指定ができること。		
23	収入金管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示できること。また、エクセル等のファイル出力ができること。		
24	各患者の支払状況について、支払日ごとに支払額を一覧表示できること。		
25	収納業務において、保険、入金状態等の絞り込みができること。		
3.2.1.8 診療報酬請求業務			
3.2.1.8.1 レセプト・会計カード作成			
1	一般、労災(アフターケアレセプト含む)、生保、公害、自賠、治験、諸法のレセプトに対応できること。		
2	地方公費に関連する事項など制限がある場合には、当院と協議すること。		
3	医保(社保)系及び国保系(退職者含む)外来レセプトのOCRエリアへの出力に対応していること。		
4	複数端末・複数プリンタでの処理と出力を随時行えること。(再出力含む)		
5	レセプトはページプリンタによるカット紙出力及び1号紙・継続紙の連続出力ができること。		
6	オーバーレイ対応プリンタにより、白紙への出力ができること。		
7	端末画面に出力処理中患者一覧と処理中件数を表示できること。		
8	出力処理中患者一覧では、処理状態、患者番号、患者氏名、主保点数、科名称、レセプト様式番号及びエラー情報を表示できること。		
9	処理中件数では、用紙名称、レセプト科名称、病棟名称、対象件数、処理件数、エラー件数及びワーニング件数を表示できること。		

10	以下に示すレセプトコメントの自動出力ができること。また、フリーコメント入力ができること。 (1) 算定科／算定日（初診等） (2) 他保険受診／保険保険切替え (3) 初回算定日（特定薬剤等） (4) 退院時投与（日数表示） (5) 診療日（手術日等） (6) 端数切り上げ時の残余破棄メッセージ（アンブル剤等） (7) 前回算定日（骨塩定量検査等） (8) 一部負担金他科徴収済み（老人／特定疾患） (9) 同日受診 (10) 検査開始日、開始時間 (11) 処方開始日 等		
11	レセプト対象患者一覧では、点数(何万点以上(レセプト処理後))、主保険(10個まで)等を指定し、対象患者の限定出力ができること。		
12	レセプト作成時に、レセプト作成リストやエラーリストの出力と画面表示ができること。		
13	レセプトリストには、レセプト様式(「医保単独・本人・外来」等)、患者番号、患者氏名、主保険点数、科名、診療実日数を出力できること。また、エラーリストの出力が可能なこと。		
14	レセプト編集情報をもとに、画面上へのレセプトイメージ表示ができること。（医保・国保・公費等 主要レセプト）		
15	レセプトイメージ表示では、複数患者を指定し、順次画面表示できること。		
16	20万点以上の高額レセプト及びその日計表が発行できること。		
17	薬剤日計表が一括出力（対象患者：8万点以上）にて対応できること。		
18	1年以前の指定患者(複数可)のレセプト及び会計カードをいつでも容易に出力するためのレセプトデータ待避／復元ツールを提供できること。（レセプトA4化対応以降のデータを移行対象とする。）		
19	労災専用レセプトに対応できること。		
20	労災のアフターケアの分を日ごとにレセプト出力できること。		
21	他院での負担徴収金を差し引いて請求する際に患者負担額が正しく計算できること。		
22	会計カードの表示モードにおいて、診療科別に出力できること。		
23	会計カードにおいて、薬剤管理指導料算定時は調剤技術基本料が自動で削除されること。		
24	レセプト処理において、入外・全保険を一括で実行できること。		
3.2.1.8.2 自賠レセプト専用紙発行			
1	レセプトの出力単位 (1) 入院、外来別に出力すること。 (2) 診療月別に出力すること。 (3) 診療月、全件、診療科、患者番号を指定して出力できること。		

2	保険の組み合わせ (1) 自賠単独 (2) 保険併用 (主保険 (社保・国保) + 自賠) (3) 保険併用 (主保険 (社保・国保) + 老人 + 自賠) (4) 保険併用 (主保険 (社保・国保) + 公費 + 自賠)		
3	自賠保険の設定 (1) 1点単価：15円、給付割合：100%とする。ただし、単価、給付割合は変更できること。 (2) 保険併用の場合は、主保険の1点単価に準拠する。 (3) 単独用自賠と併用用自賠は法制コードを分けて運用する。		
4	レセプト印字項目 (1) 診療年月を記載すること。 (2) 被保険者証の記号・番号 (自賠単独の場合は記載不要。保険併用の場合は主保険の記号・番号を記載すること。) (3) 保険者名 (自賠単独の場合は記載不要。保険併用の場合は主保険の保険番号を記載すること。老人の場合は市町村番号を記載すること。) (4) 診療の種類 (自賠単独の場合は自由診療にロジックでマル付けし、保険併用の場合は健保関係にロジックでマル付けすること。) (5) 氏名、生年、性別、年齢を記載 (生年の年号・性別はロジックでマル付け) すること。 (6) 受傷日 (7) 初診日 (システム自動判定) (8) 療養期間 (システム自動判定) (9) 再診：乳幼児加算の記載は再診へ合算すること。 (10) 入院時食事療養費等金額項目は、健保の1点単価に準じた額 (11) 患者負担の負担割合 (自賠単独の場合は100%、保険併用の場合は主保険に対する患者負担割合を記載すること。老人の場合は記載不要) (12) 室料差額は、日数及び全額を記載すること。 (13) レセプト欄外 (上欄には保険種別番号、患者番号、病棟番号、診療科名称、医師番号等を記載すること。)		
5	自賠の室料差額や食事療養費等が、消費税や掛け数の計算を適正に行い、収納及び入退院画面の情報を例外的な場合を除き手直しを要しないこと。		
6	点滴手技料と点滴薬剤が同じ処方で計算されている場合、レセプト摘要欄上では「点滴手技料」「点滴薬剤」が分かれて点数表示されること。		
7	自賠で計算された収納を再計算した際にDPCでの計算がなされないようにすること。		
3.2.1.8.3 総括表作成			
1	レセプト作成データを基に、以下の総括表と診療報酬請求書(汎用紙)の作成ができること。また、画面に出力帳表イメージを表示し、内容の確認が行えること。さらに、県特有の様式で出力できること。		
2	請求金額の確認用にも利用できること。診療行為を指定し、集計できること。 (1) 集計表 (総括表への積算段階として、入外別・診療科別・請求区分別・市町村や保険者別・保険種別等のレセプト集計表出力) (2) 社保診療報酬請求書 (3) 社保診療報酬請求書 (老人再掲分) (4) 国保診療報酬請求書 (5) 国保診療報酬請求書 (老人再掲分) (6) 国保総括表		
3	医保請求書では、別掲させたい法制コードの指定が行えること。		
4	入外別や社保・国保別のデータ取り込みもできること。(ひと月に複数回、実施可)		
5	レセプト作成データから総括表データに変換処理している割合をゲージ表示できること。		

6	提出用の総括表・診療報酬請求書(専用様式)の作成ができるパッケージを有していること。		
7	査定処理ができること。		
8	債権管理システムを導入する場合、レセプト(総括表)処理から直接債権DBへの登録ができること。		
9	債権データとCSV（または中間ファイル）の同時作成ができること。		
3.2.1.8.4 債権管理			
1	患者個人別に未収金の管理ができること。		
2	請求先別に当月分の請求額（増減点勘案）を算定・出力できること。		
3	未収金が過年度も含めて管理できること。		
4	レセプトの請求、保留、査定、返戻、過誤、調整、再請求のデータ管理と、それらを反映させた各種債権管理帳表(各種整理簿・台帳)の作成ができること。		
5	査定は患者単位で査定項目毎に理由・点数・金額を登録できること。		
6	診療実日数、点数、一部負担金、高額療養費、請求金額、食事日数、食事療養費、薬剤/食事負担金のほか、請求内訳情報として診療区分単位(基本診療、投薬、注射、処置等)までデータ管理ができること。		
7	提出用の総括表・診療報酬請求書(専用様式)の作成ができること。		
8	以下に示す各種債権管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示し、内容確認が行えること。エクセル等ファイル出力ができること。 (1) 請求済みデータブルーフリスト (2) 請求データブルーフリスト (3) 保険請求額、再請求額内訳書 (4) 保留額内訳書 (5) 保留、過誤、返戻レセプト一覧 (6) 限度額適用患者リスト (7) 科別丸長適用患者リスト (8) 労災科別集計表 (9) 併用レセプトリスト (10) 併用高額該当レセプトリスト		
3.2.1.8.5 調定管理（保険請求分）			
1	債権管理データの取出しが可能であること。		

2	調定標準帳票 (1) 医保診療報酬請求書内訳 (2) 国保診療報酬請求書内訳 (3) 過誤レセプト一覧 (4) 理由別増減一覧 (5) 返戻内訳書 (医保) (6) 返戻内訳書 (国保) (7) 返戻レセプト一覧 (8) 理由別増減一覧 (9) 増減内訳書 (医保) (10) 増減内訳書 (国保) (11) 調定額内訳書 (医保) (12) 調定額内訳書 (国保) (13) 調定額内訳書 (その他) (14) 保留解除額内訳書 (科別8区分) (15) 保険請求額内訳書 (16) 保険再請求額内訳書 (17) 請求患者ブルーフリスト (18) 保留レセプト一覧 (19) 保留請求内訳書 (医保)		
3.2.1.9 その他			
1	患者識別情報、来院情報、連絡先情報、身体情報、医師情報、感染症情報、備考といった、患者属性の登録・修正・削除を行う。		
2	医療費控除証明用として、患者請求・入金履歴の照会と支払証明書（内訳は5年以上、総額は20年以上）の発行を行えること。		
3	電子カルテシステムと接続し、電子カルテシステムに患者属性情報と受付情報を伝達し、さらに実施済みのオーダ情報を電子カルテシステムから取り込むことができること。		
4	オートエンボッサと接続できること。		
5	高額日計表対応		
6	病名が700件まで登録できること。		
7	処置名称が複数入力できること。		
8	オペレータ毎に必要なメモの登録、共有ができること。		
9	「科別患者一覧表」が出力できること。		
10	「受付患者一覧表」が出力できること。		
11	「内部コード抽出（前回処方）」が出力できること。		
12	「内部コード抽出リスト(CSV)」が出力できること。		
13	「患者数明細表作成」が出力できること。		
14	「症状詳記リスト」が出力できること。		
15	「内部コード重複チェックリスト」が出力できること。		

16	「短期滞在リスト」が出力できること。		
17	「情報管理DBCSV出力」が出力できること。		
18	「領収証明書」が出力できること。		
19	「未収金整理簿」が出力できること。		
20	「収入金日計表」が出力できること。		
21	「調定日計表」が出力できること。		
22	「定期請求日計表」が出力できること。		
23	「稼働額明細表」が出力できること。		
24	「患者動態表」が出力できること。		
25	「科別診療稼働額統計」が出力できること。		
26	「科別病棟別診療稼働額統計」が出力できること。		
27	「診療区分別診療稼働額統計」が出力できること。		
28	「紹介率算定表」が出力できること。		
29	自動積算機と連携できること。		
30	会計表示盤と連携できること。		
31	健診システムと連携できること。		
32	診断書作成システムと連携できること。		
33	物流システムと連携できること。		
34	VNAシステムと連携できること。		

		回答	備考
3.3 DWHシステム			
3.3.1 全体事項			
1	本項は、診療データ分析の迅速化、操作の簡素化を通じ、病院経営判断へのデータ活用を目的として、電子カルテに付属する標準的な「診療DWH」「医事DWH」を導入すること。		
2	DWHへの接続を必要とするシステムは、必要に応じて後から追加できるようにインタフェースの拡張性を実装すること。		
3	院内DWHでは、複数の病院スタッフの手を介さずに、現在当院で作成している経営資料を数回の操作で表示できること。 基本項目は「統計業務」の項に記載しているが、具体的な抽出データイメージ(経営資料項目)は、部外秘のため受注者へ直接提示するものとする。		
4	一度登録した抽出データ様式は、次回より選択するだけで自動的に出力できる仕組みを有すること。		
5	抽出データ項目は、システム管理者やユーザ毎に登録・利用可能な仕組みを有すること。もしくは、業務毎(共通項目、医師向け、看護師向けなど)に区分できる仕組みを有すること。		
6	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
7	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
3.15.2 診療情報DWH作成機能			
1	業務用データベース(電子カルテシステム等のDB)から、診療情報(オーダ情報含む)、サマリ情報、薬歴情報、検査結果情報、医事会計データ等を集約化して分析可能であること。		
2	医師、看護師等が研究用にデータ抽出・加工ができること。また、それに対応できるようなパーソナルデータベースをサポートすること。		
3	診療情報作成での標準統計が作成できるデータをインポートできること。		
4	病名コード(標準病名マスタ及びICD-10)、手術及び処置の分類(ICD-9-CM、Kコード)、腫瘍コード(ICD-O-3)での管理ができること。		
5	特定疾患患者リストの出力ができること。		
6	厚生労働省からの調査依頼に対応できるようなDBを作成できること。		
7	定期的な公的調査に関する項目のデータ出力が、任意のレイアウトで出力できること。		
8	DPCに対する統計が取れること。		
9	クリニカルパスに対する統計を取れること。		
10	DWHには、電子カルテシステムに蓄積されている過去データと同じ分のデータが保存されること。		

11	検索や統計機能の利用時には、対象とするデータ期間を設定できること。		
3.3.3 統計業務			
1	入院・外来患者数（総数、入院中外来、伝染病患者数、一日あたり、入退院患者数）		
2	診療科別病棟別入院患者数（病床数、一日平均患者数、病床利用率、新入院・退院患者数）		
3	月別集計（入院外来患者数・入院外来収益・入外合計収益）		
4	患者数調（延べ患者数、月末時患者数、平均在院日数（病棟別）、平均通院回数、新入院退院患者数）		
5	行為別稼働額（入外）		
6	稼働額（入外別、科別、患者数、稼働額、単価）		
7	麻酔件数（診療科別）		
8	救急患者数（時間内・時間外別・入外別・科別）		
9	透析室稼働状況（月別）		
10	入院診療録貸出し状況集計（月別・目的別）		
11	DPC様式1入力状況集計（月別）		
12	がん登録状況集計（月別）		
13	病棟別死亡数（月別）		
14	転帰治癒件数（月別）		
15	退院患者延べ数（疾患別男女別）		
16	救急車搬送内訳（診療科別、3次救急患者の科別疾患別、1・2・3次別患者数、搬送種別科別患者数、地域別患者数）		
17	月別新生児科統計資料（入院患者数、院内出生数、超低出産体重児数）		
18	月別周産期センター統計資料（入院患者数、分娩数、母胎搬送数、帝王切開数）		
19	疾患別眼科統計資料（合併症分類）		
20	医師別産婦人科疾病情報（退院患者数、延べ在院日数、平均在院日数、病床回転数、死亡数、剖検数、手術数、再手術数、合併症数、単価、救急車使用、疾患別手術名別患者、平均在院日数、手術費用、入院収益、手術日数、術後合併症）		
21	年齢階層別科別患者数		

22	病棟ごと病床ごと稼働状況		
23	入院・外来紹介患者数・患者一覧（科別・地域別）		
24	入院・外来紹介率一覧（科別・地域別）		
25	救急紹介患者数・患者一覧		
26	逆紹介率一覧（科別、地域医療支援病院・地域医療支援病院以外別）		
27	検査業務内訳表		
28	放射線業務内訳表		
29	薬剤使用量統計（金額順）		
30	薬剤使用量統計（名称順）		
31	文書料等内訳表		
32	医学管理件数統計		
33	材料使用量統計		
34	負担別診療稼働額統計		
35	科別診療稼働額統計		
36	診療区分別診療稼働額統計		
37	病棟別診療稼働額統計		
38	病棟別科別稼働額統計		
39	指定保険受診患者一覧表		
40	初診料算定患者一覧		
41	高額委任患者一覧		
42	最終来院履歴検索リスト（マスタ整理対象者）		
43	診療加算区分使用患者一覧		
44	指定病名受診患者一覧		

45	病名未登録患者一覧		
46	診療・病名データ検索リスト		
47	包括と出来高の点数比較		
48	請求書リスト		
49	入院・外来未収金一覧（月次・発行日順）		
50	未収金リスト		
51	入院医業未収金明細簿月報		
52	外来医業未収金		
53	外来医業未収金その他入金明細簿		
54	外来医業未収金その他入金明細簿（課税対象分）		
55	現金入金リスト		
56	入金明細簿（課税対象分）		
57	入院・外来医業未収金明細簿日報		
58	入院・外来医業未収金明細簿日報（課税対象分）		
59	入院・外来入金リスト		
60	減免リスト		
61	減免金額内訳表		
62	患者索引簿		
63	入院患者索引簿		
64	以下に示す集計処理ができること。		
65	日次での集計（年月日指定） ……日報		
66	異なる月での期間指定（1010→1020等） ……期間報(複数日)		
67	月次での集計（年月指定） ……月報		

68	年次での集計 (0504→0509等) ……年報/期間報(複数月)		
69	月次集計については、日次抽出ファイルの集計を実施するか、又は指定月内のデータすべての再抽出・集計を実施するかを選択ができること。		
70	年次集計については、上記2通りの月次抽出・集計ファイルのどちらから集計を実施するかを選択ができること。		
71	薬剤使用量統計では、院内処方データと院外処方データを分けて出力できること。		
72	医事コード別統計では、下記に示す集計項目の選択 及び 対象とする医事コードの全件指定/範囲指定/個別指定(複数)の選択ができること。		
73	外来集計/入院集計/外来・入院・合計集計 の選択		
74	全科集計/科別集計/指定科分集計 の選択		
75	コメントコードの集計もできること。		
76	その他抽出・集計条件として、全患者対象 か、又は 患者指定 かの選択ができること。		
77	また、入院中外来扱い(外来/入院)、住所区分の扱い(現住所/勤務先 等)、請求なしの扱い(カウントする/しない)、初診扱い再診のカウント方法(初診/再診)、テスト患者の扱い(含める/含めない)、年齢算定基準日等についての設定もできること。		
78	診療・病名データ検索リストでは、対象年月、診療日(期間)、入外区分、診療科、適用保険、一覧を表示できること。		
79	また、病名については漢字名称からの検索機能を有していること。(例:文字列検索:"心不全"を"不全"で検索 等)		
80	また、点数マスタ上に設定してある統計区分を、病院ごとに設定し活用できること。		
81	診療情報統計処理(各種患者一覧表の作成も可)のためのデータ抽出ツールを提供できること。		
82	病名・住所地・年齢・性別等を指定して患者数統計が作成できること。		
83	疾病別の患者データと診療費用及び診療収入の突合が可能であること。		
84	入院期間指定による患者抽出が出来ること。(例えば、入院中で100日を経過している患者一覧など)		
85	外泊患者集計が出来ること。		
86	処方箋剤数、病衣、リハビリ件数など個別に統計データを抽出出来ること。		
3.3.4 検索機能			
1	検索機能はすべての電子カルテ端末から利用できること。		

2	患者IDを指定し、その患者の情報が検索できること。		
3	出力するデータ項目の選択が容易に可能であること。		
4	複数の項目により抽出データの並べ替えが可能であること。昇順・降順の指定が可能であること。		
5	データの絞り込み条件指定： 基本フリー入力の文字列に対する前方一致・後方一致・完全一致によりデータを絞りこめること。 日付・数値項目に対する一致指定・範囲指定によりデータを絞りこめること。		
6	複数のオーダ情報にまたがって検索を行いたい場合に一度に複数の条件を入力し、AND/OR検索ができること。		
7	複数のオーダ情報に対して、AND/OR検索ができること。 (絞り込み検索の例：①該当病名患者を検索→②当該患者の処方オーダを検索→③当該患者の検査結果を検索、①新生児科外来患者→在宅酸素療法指導管理算定)		
8	検索条件の候補を提示する機能を有すること。 (絞り込み検索の例：診療科の一覧から内科をクリックすることで対象が内科のデータに絞りこまれる。この時、選択肢の名称は、電子カルテ上の項目名称と整合が取れていること。)		
9	電子カルテでデータ入力の際に使用している画面に則した検索項目を用意して条件を指定できること。		
10	テスト患者を除外するなど、データを絞り込み、検索が可能であること。		
11	相対日による条件指定 相対日による条件指定が可能であること。 例：救急を受診し、かつ受診日から3日以内に手術××を適用した患者様のデータ。		
12	検索条件をお気に入りとして保存できること。		
13	お気に入りは、任意のグループに分けて保存ができること。 (お気に入りの例：入院予定患者 というグループを作成し、入院予定患者感染症情報、入院予定患者入院日検査予定という2つのお気に入りを登録する。)		
14	お気に入りは公開範囲を部署、職種、利用者の単位で設定できること。		
15	検索結果をCSV、Excel形式でダウンロードできること。		
17	検索結果より患者のカルテ情報を参照できること。		
18	検索種類と検索項目の追加・変更・削除ができること。		
19	各検索画面の条件項目を設定できること。		
20	複雑な抽出条件の場合でもレスポンスを保つよう、考慮した設計を行うこと。		
21	抽出処理を中止・強制終了できること。中止・強制終了した場合もすぐに次の抽出が行えること。		

22	全てのテーブルにまたがって、データの統合ができること。		
23	実施済オーダで入力された薬剤についてもDWHにデータが格納され、検索対象とできること。		
24	名字・性別・年齢等を組み合わせたAND、OR検索により患者の絞り込みができ、絞り込んだ患者一覧にて特定の患者を選択して、カルテ画面を展開できること。		
25	特定の薬品や処置の利用及び使用期間でAND検索し、該当する患者を抽出できること。		
26	医療用麻薬が処方された患者一覧を表示し、患者一覧にて特定の患者を選択して、カルテ画面を展開できること。		
27	データ検索の為にSQLを発行することができること。		
28	外部ツールからデータ格納領域に接続してデータ抽出ができること。また、外部ツールから接続するための接続定義およびデータ格納領域の定義書を可能な範囲にて提供すること。		
29	アクセスログを保存できること。また、アクセスログには検索条件も保存でき、保存された検索条件から再検索が実行できること。		
3.3.5 統計・BI機能			
1	簡単な操作で、自動的にグラフ化される機能を有すること。 グラフに関しては詳細設定を個別に可能とし、随時登録でき、呼出利用が可能であること。		
2	各種情報の統計処理及び情報抽出ができること。		
3	統計処理条件が保存できること。		
4	保存された条件をもとに再処理の実行及び条件の修正保存ができること。		
5	クロス集計表、および、グラフを利用して非定型分析が行えること。		
6	集計表に関して項目の集計には以下を利用できること。 カウント、合計、平均		
7	データ分析には以下のグラフを利用できること。 棒グラフ、折れ線グラフ、円グラフ		
8	分析の観点はドラッグ&ドロップのみで切り替えられること。例：科別の集計表を病棟別の集計表に変更する操作がドラッグ&ドロップのみで行えること。		
9	分析観点や絞り込み条件変更は、即座に集計表、グラフに反映されること例：平均待ち時間のグラフに対し、絞りこみ条件を内科から外科へ変更した場合、グラフが即座に切り替わり、診療科での変化が、直観的に把握できること。		
10	複数の集計表・グラフを一つの画面上で操作できること。		
11	複数の集計表・グラフのデータ絞り込み条件を一括で変更できること。		
18	レポートの集計表に関して項目の集計には以下を利用できること。 カウント、合計、平均		

19	レポートには以下のグラフを利用できること。 棒グラフ、折れ線グラフ、円グラフ		
25	患者別の薬剤集計データを病棟、オーダ区分、剤形などの詳細設定を通じて作成することができること。		
26	診療科別レジメンの種類別件数が集計できること。		
28	患者の待ち時間を把握するために以下の時刻を集計できること。 ・患者の来院時の時刻 ・患者の各科受付時刻 ・患者の各検査の受付時刻の把握（可能な限り） ・患者の会計済時刻の把握 ・上記で収集した患者別イベント別の時刻のDWHへの格納 ・上記で収集した患者別イベント別の時刻のCSV出力		
30	次の統計データがCSVで出力できること。 ・複数患者の診断病名一覧、受診歴、画像診断記録、臨床検査データ履歴、検査数値 ・日別集計		
31	多職種の介入頻度と入院期間の関係性を分析する情報が抽出できること。分析においては、次の条件を指標にできること。 ・時間、指導実施有無、治療計画までの日数		
32	輸血後鉄過剰症について、輸血後に血清フェリチン検査を行った有無等、当院の求める集計リストが出力できること。		
33	1ヶ月分の輸血検査のデータを一覧で表示できること。		
37	DWHのDBに格納されているデータから、当院が指定する医療の質の指標を集計できること。		
38	電子カルテ上に存在する情報の範囲にて診療材料に診療科別使用の統計が出力できること。		
39	電子カルテ上に存在する情報の範囲にてチーム医療対象患者抽出条件項目の統計処理ができること。		
40	手術実施入力時の診療科で術式統計が作成できること。		

		回答	備考
3.4	重症系システム		
3.4.1	重症系システム		
3.4.1.1	全般事項		
1	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
2	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
3	本システムは、電子カルテシステムに付属する標準的なシステム及びオプション機能を想定しており、当院ICU・HCU・救急病棟・NICU・GCUに関する業務を行うシステムである。既存システムにおける機能内容は、次期システムにおいても原則としてそのまま継承すること。ただし、受注者より提供されるシステムの開発思想・表現方法・プログラム構造等の根幹に関わる理由により異なる場合には発注者と請負者にて協議の上、変更可能とする。		
3.4.1.2	画面構成		
1	画面サイズはFullHD[1920×1080]に対応可能であること。		
2	メイン画面の構成は、重症病棟経過表画面と重症指示書画面等の構成とし、重症患者の1日分の状態が把握しやすい画面レイアウトとなっていること。		
3.4.1.3	重症病棟経過表		
1	重症病棟経過表の画面は、日数（入院/術後/生後など）、バイタル、波形画像、モニタ数値情報、呼吸器指示、呼吸器実測値、INTAKE、OUTPUT、IN/OUTバランス、観察、測定、検査結果、各種実施情報、医師/看護師記録文書、記事、確認者サインの各エリアから構成されること。		
2	重症病棟経過表の時系列は、1列を15分、30分、1時間、3時間、1日等の指定した時間レンジで画面切替え可能であること。		
3	INTAKEエリアの輸液欄に関して、行の管理は注射オーダのRP単位で管理できること。行タイトルは、「第一薬品+ライン（手技）名称」で表示できること。		
4	INTAKEエリアの輸液欄は、注射オーダの実施入力により、投与記録が連携記載可能な仕組みであること。		
5	INTAKEエリアの記録入力は、開始/終了/中断/再開/中止/ショット/IN量入力などの区分が選択可能であること。また、注射オーダの実施連携の際には、開始・終了の入力区分や注射のライン情報に応じて、初期値がセットされること。		
6	開始/終了/速度変更/中断/再開/ボトル交換などの記録が、重症病棟経過表上で直感的なおかつ分かりやすいマークで表現されること。		
7	注射オーダの実施入力連携で記載した場合、開始情報をクリックすることで対象となるオーダ情報がポップアップ表示されること。		
8	点滴の速度変更入力が可能であり、その記録が重症病棟経過表上で容易に把握可能であること。		
9	重症病棟経過表上の各輸液ラインに、現在の投与速度が常に表示されていること。		
10	重症病棟経過表にて、1日のINOUTバランスの締め時間が設定可能であること。		
11	重症病棟経過表にて、1日合計量が自動計算されるだけでなく、8時間単位での中間合計量も自動計算可能であること。		
12	時間ごとの輸液IN量を入力できる機能を有すること。IN量入力の初期値は、点滴速度から自動計算されて表示されること。また、IN量の初期値は変更可能であること。		

13	バイタルグラフには、動脈圧や肺動脈圧など、重症病棟に入室される患者で観察するパラメータの追加が可能であること。		
14	呼吸器の指示記録について、記録の変更箇所が容易に確認できる表現（「前回と同じ箇所は「⇒」で表示など）で重症病棟経過表上に時系列表示されること。		
15	観察項目について、複数の観察項目を一括で入力可能な画面を有すること。		
16	重症病棟経過表より、検査オーダに紐づいた検歴情報を参照可能であること。		
3.4.1.4 重症指示書			
1	重症指示書については、0時～24時の1日分の指示内容が表示され、一日、深夜／日勤／準夜の区分での内容が表示切替可能であること。		
2	重症指示書に関して、注射、処方、検査、処置、放射線などのオーダ情報を一覧表示可能であること。		
3	重症指示書では、全ての指示内容を表示するのではなく、重症病棟で必要最低限の情報のみをコンパクトな形式で表示することで可視性を高めていること。		
4	重症指示書では、オーダをクリックしてマウスを一定時間停止することで、オーダ詳細内容を確認可能であること。		
5	重症指示書にて、削除済の指示は通常非表示であるが、必要に応じて表示可能であること。		
6	重症指示書にて、一日分の指示表示の中で、必要に応じて実施済の指示は非表示とすることが可能であること。		
7	重症指示書は、エディタと同様に新規オーダの発行ができるだけでなく、ブラウザと同様に発行済オーダの修正・削除も可能であること。		
8	看護師の指示受け及び指示確認の両方の操作が可能であること。		
9	現在表示中の患者に対して、当日の看護師未指示受け指示が存在する場合、メッセージを表示する仕組みを有すること。		
10	看護師の実施入力が可能であること。この時、注射の実施に関しては、患者認証を行なった上で実施入力が可能であること。		
11	実施入力された注射や輸血の情報は、重症病棟経過表と連動しINTAKEの輸液エリアや輸血エリアに開始線や速度等が自動反映可能であること。		
12	実施中の注射・輸血については、前日の指示であっても、終了するまでは重症指示書画面上に表示されること。		
13	注射オーダ情報は、中心静脈／末梢／ショット／その他の注射手技ごとに表示可能であること。		
14	重症指示書から該当の注射オーダを選択して、注射認証用のバーコードラベルが出力可能であること。		
15	処方オーダ情報はオーダ、Rp毎に表示されること。		
16	処方オーダ情報は投与方法（内服・外用・頓用）別に表示可能であること。		
17	重症指示書は指定日の1日分の指示内容が表示されるが、未来の複数日に跨った予約オーダが一画面で参照可能な機能を有すること。		
18	輸液ライン・ドレーンラインを確認するライン管理機能を有すること。		
19	ライン管理機能では、人体図に任意にライン名称／ラインコメントを記載可能であること。		
20	コスト伝票は、医師の指示入力が無い状態で、その都度入力を行う様な処置(材料)などのコスト情報入力が容易に可能な機能を有すること。		

21	コスト入力された情報は、行為ごとに1日合計実施回数が累積集計され、重複入力や未入力の確認が容易に可能であること。		
22	酸素量の入力に関しては、濃度、時間、流量を入力することで、酸素投与量が自動計算される機能を有すること。		
3.4.1.5 重症病棟専用指示簿			
1	オーダ情報タブより、呼吸器設定に関する専用指示入力画面が表示され、呼吸器に関する詳細設定が可能であること。		
2	重症病棟で実施する特殊治療指示を専用指示入力画面より入力可能であること。 (血液浄化、IABP、PCPS、ペースメーカー)		
3	呼吸器設定指示、およびその他の特殊治療指示は、重症指示書から新規入力できるほか、オーダセットへの組込みも可能であること。		
4	重症病棟で使用する入院時指示簿指示（頓用指示を含む）が専用指示入力画面から入力可能であること。		
5	重症病棟指示簿で入力される条件指示・頓用指示は、注射オーダ/処方オーダを埋め込む方式で指示入力可能であること。またチェック入力、リスト選択入力、フリー入力での指示入力も可能であること。		
6	注射オーダを埋め込む形式で入力された指示を実施入力した際に、重症病棟経過表と連動しINTAKEの輸液エリアに開始線や速度等が自動反映可能であること。		
7	重症病棟指示簿（頓用指示を含む）の中の注射指示が開始された後に、その指示に対して速度変更や中断・再開、ボラスの指示入力が追加入力可能であること。また、実施入力を行った際に、重症病棟経過表と連動しINTAKEの輸液エリアに速度等が自動反映可能であること。		
8	重症病棟指示簿の指示変更が発生した場合、前回指示と最新指示の変更点を比較・確認する機能を有すること。		
9	重症病棟指示簿の変更履歴を時系列で参照する機能を有すること。		
3.4.1.6 NICU専用機能			
1	重症病棟経過表のINTAKEエリア内に栄養専用のエリアを設け、ミルク種類や投与方法、投与量が記録可能であること。また、投与量に関しては水分バランスに含むことが可能であること。		
2	重症指示書より、母乳パックに貼付するミルクバーコードを任意に出力可能であること。		
3	母乳パックに貼付されたミルクバーコードと患者リストバンドを認証することで、母乳パックの取り違い防止を行う仕組みを有すること。		
3.4.1.7 生体モニタ連携			
1	生体モニタ管理システムとの連携を行うこと。 ICU・HCU・救急病棟：フクダ電子社製システム NICU：日本光電社製システム		
2	生体モニタ管理システムより取込可能なデータについて、時系列画面のモニタデータエリア、もしくはバイタルグラフのいずれかに、パラメータごとに自動取込する機能を有すること。自動取込されたモニタデータは経過表画面上に半透明で表示され、確認ボタンをクリックすることで経過表記録として確定されること。		
3	生体モニタ管理システムより取込可能なパラメータより、頻用のパラメータ、およびそのパラメータの取込間隔を、初期設定可能であること。		
4	生体モニタ管理システムより取込可能なパラメータについては、パラメータと取込時間間隔の組み合わせをセットマスタとして登録しておき、一括選択を行うことが可能な機能を有すること。		
5	取込パラメータを途中から追加した場合、生体モニタ接続開始時間まで遡って、データの取込が可能な機能を有すること。		

6	取込間隔を途中から変更した場合、それ以降のデータは、新しい設定間隔でデータ取込を行う機能を有すること。		
7	生体モニタ接続開始時間以降であれば、生体モニタ測定データの再取込が可能な機能を有すること。		
8	生体モニタ管理システムより取込みを行った時系列画面のモニタデータエリアの値に対して、経過表の表示間隔ごとに最近値の数値データのみを表示する設定が可能であること。		
9	経過表に取込まれたデータ、および取込可能なデータを時系列表示する一覧機能を有すること。		
10	直近30日以内かつ生体モニタ接続開始時間以降であれば、最短1分間隔の生体モニタ測定データを参照可能であること。		
11	呼吸器などの外部機器データが出力される場合、それらの数値データも経過表へ取込み可能であること。		

		回答	備考
3.5 地域連携システム			
3.5.1 地域連携システム			
3.5.1.1 全般事項			
1	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
2	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
3	本システムは、電子カルテシステムに付属する標準的なシステムを想定しており、他院からの紹介患者に関する業務を行うシステムである。既存システムにおける機能内容は、次期システムにおいても同等の機能を紹介すること。		
4	全てのシステムにおいて(特に少数ライセンスの部門システム)、通常利用するライセンスとは別に、管理者が機器変更や設定変更時の動作・連携確認に利用できるライセンスを1ライセンス以上確保し、指定する端末へ導入すること。 *管理者のみの利用とし、通常医療業務には使用しないので無償提供を原則とする。		
5	今回調達する全システムのリモート保守構成は、VPN(IPsec-VPN等)利用を基本とする。		
6	医事会計システム上の患者基本情報が修正された場合、リアルタイムに地域連携システムの患者基本情報が更新されること。地域連携システムが起動されていない場合は、起動時に必ず修正情報をチェックし、修正可能であること。		
3.5.1.2 紹介患者予約管理			
1	医師以外の予約作業が可能なこと。		
2	紹介患者の情報が登録できること。		
3	予約登録の際は紹介患者の紹介元施設および紹介医師名を登録が可能であること。		
4	予約票の印刷の際は、郵送用のあて先ラベルも必要時に印刷可能であること。		
3.5.1.3 施設情報管理			
1	医療機関情報(施設名・郵便番号・住所・電話・FAX・院長名・診療科目・医師・病床・診療時間・病院関連施設・機能・機器・転院許可条件・交通機関・連携室担当者名・連携室直通電話およびFAX番号など)を登録・更新・削除ができ、登録情報から検索することが可能であること。		
2	紹介施設に関するマスタは、既存のマスタをベースとして、システム構築時に地域連携業務担当者へ確認しながら作成すること。		
3	紹介施設に関するマスタ管理は、当院SEや地域連携業務担当スタッフが簡単に修正/登録できるインタフェースを有すること。 使用に関しては、十分な説明とドキュメントを提供すること。		
4	紹介施設に関するマスタは、当院医師が作成する紹介状機能と可能な限り相互リンクしマスタ登録する負荷を軽減する施策があること。 (例：他施設の診療科、医師名が紹介状作成画面で入力された場合、施設マスタにも登録・分類設定される)		
5	医療機関情報一覧がCSV形式で出力ができること。		
3.5.1.4 受付管理			
1	予約患者が来院をした際に、予約一覧から患者紹介登録が可能であること。		
2	予約のない患者は、予約一覧から追加で患者紹介登録が可能であること。		
3	この際に来院日(過去日も可)、来院時間、受診科、医師、紹介目的、紹介状種別、紹介元施設等の紹介情報の登録が可能であること。		
4	紹介情報は、カルテに取り込めること。		
5	予約患者が持参した紹介状に添付されたフィルム・媒体等の管理が可能であること。(種別と返却状況の登録)		
6	紹介状や添付書類をスキャナで取り込めること。		
7	スキャン枚数の上限は、任意の枚数を設定可能であること。(現在20枚)		
8	既存のスキャン済みのデータを移行したうえで、新たに最低7年分のデータ保管が可能なストレージ領域を有すること。ただし、次項の内容に留意すること。		
9	本システムでのスキャンデータに関しては、タイムスタンプ/電子署名は不要であるが、文書管理システムへデータ転送を行い(タイムスタンプ/電子署名がない状態で)保存できることが望ましい。 文書管理システムで、データ保存が可能な構成とした場合は、地域連携システムの保存ストレージは最小限の構成としてよい。		

10	紹介状取込み画面では患者基本情報（患者氏名、生年月日等）が確認できること。		
11	生年月日は、西暦とすること。		
12	紹介状スキャンの際、他の端末で当該患者の紹介状の画面を開いていてもスキャンができること。		
3.5.1.5 文書進捗管理			
1	文書進捗状況の一覧表示が可能であること。		
2	文書の一覧は、日付(「作成日」「報告予定日」)、診療科、文書種別、患者番号、医師で検索して表示可能なこと。		
3	一覧を印刷可能なこと。		
4	一覧表示された文書を選択して、文書の内容表示(確認)が可能であること。		
5	一覧表示された未作成文書を選択して、担当医師に督促ができること。		
6	文書印刷の際には、郵送用の宛先ラベルもしくは窓付封筒用の宛先も同時に印刷可能なこと。		
7	一覧表示された情報から未作成文書の診療科、担当医師を変更することが可能であること。		
8	転科の場合、転科元および転科先での管理が可能であること。		
9	一覧表示された情報から報告文書を削除することが可能であること。また削除権限が与えられること。		
3.5.1.6 受診速報（礼書）管理			
1	電子カルテシステムから、来院・入院・転科・手術・退院・死亡等の転帰に関わるイベントの日付を連携できること。		
2	返信状況を一元化可能なこと。内容は、患者名、受付日付、文書状態(「未発行」「発行済」)、診療科、文書種別で検索して表示可能なこと。		
3	返書印刷の際には、郵送用の宛先ラベルもしくは窓付封筒用の宛先も印刷可能なこと。		
4	不要な受診速報（礼書）は、削除が可能なこと。		
3.5.1.7 報告文書作成			
3.5.1.7.1 共通事項			
1	電子カルテシステムからログイン情報、患者基本情報等を引き継ぎ報告文書作成画面が起動されること。		
2	以下の条件で文書が検索可能なこと。 (1) 受診科 (2) 患者氏名、番号、電話番号、生年月日 (3) 医師名 (4) 紹介元施設 (5) 作成済み文書（自診療科または自分の作成済み） (6) 未作成文書（自診療科または自分の未作成） (7) 紹介元医師名 (8) 受診日		
3	作成文書の一覧から「作成済」の報告文書を削除することが可能であること。		
4	作成文書の一覧から当該患者で「作成済」や「作成中」の文書を複製する画面が展開可能であること。		
3.5.1.7.2 フォーマット			
1	文書作成機能として、報告文書のフォーマットや文字数が設定可能であること。		
2	初回報告文書、診療情報提供書に関する定型文をそれぞれ医師個人向け、科共通、院内共通で作成することが可能であり、複数のデータを管理可能であること。		
3	テンプレートによる報告文書のフォーマットは運用途中で変更することも可能であること。ただし既に作成済みの報告書についてはフォーマットの変更は反映されないこと。		
3.5.1.7.3 文書作成			
1	報告文書を印刷時は、自動的に施設情報、患者情報が印字可能であること。		
2	転科をした場合でも、それぞれの科の担当医師がそれぞれの科の報告書が作成できること。		
3	期間指定により該当患者に実施されたオーダ(「処方」「病名」)を取り込み、サマリ情報として表示することが可能であること。		
4	期間指定により該当患者に登録された病名情報を病名オーダから引用が可能であること。また、取り込み後の病名の変更や新規のフリー入力も可能であること。		
5	報告文書作成画面上にて、所見のテキスト入力が可能であること。また、Windows 機能レベルのコピー＆ペーストが可能なこと。		
6	所見入力の際に、登録済み定型句の一覧から文字列を選択して、所見入力欄に登録が可能なこと。		

7	定型句は、各種のフォルダ（個人用マイフォルダ、診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダなど）が使用可能なこと。そして各フォルダの設定をマイフォルダはログインしている当人のみ使用可能、診療科フォルダはその診療科に所属する職員のみ使用可能、共通フォルダは施設の職員全員が使用可能なことといった運用が可能なこと。		
8	報告文書に対する医師の参照・更新権限を設定できること。		
9	作成済みや作成中の文書を複製することが可能であること。		
10	JPEGファイルをディスクから選択することで添付画像として取込、表示が可能であること。		
3.5.1.7.4 文書登録（確定登録、一時保存）			
1	報告文書は確定登録と一時保存の状態が可能であること。一度確定登録した文書は作成者もしくは権限設定により再度編集が可能であること。		
3.5.1.7.5 文書プレビュー			
1	作成した報告文書を印刷イメージでプレビューすることが可能であること。		
3.5.1.7.6 文書確定登録後			
1	医師の確定登録前に文書の送付方法を選択することが可能であること。FAX、印刷、保留、連携室扱いのパターンのいずれかに分別が可能であること。		
2	文面に印刷される交付予定日の指定と部数指定が可能であること。		
3	控え用の文書の印刷が可能であること。		
4	医師の確定登録後に医事システムへ診療情報提供料の加算項目を発生させることが可能であること。この際の加算発生日は交付予定日とすること。		
3.5.1.7.7 履歴表示			
1	他院からの紹介歴、他院への紹介歴、礼書の作成歴等、紹介元施設および紹介先施設とのやり取りに関する履歴が経時的に表示できること。また、履歴表示の表示条件として全診療科の表示および診療科の絞り込みができること。		
3.5.1.7.7 文書出力			
1	地域連携システムで作成した文書を出力できること。		
2	電子カルテシステム作成した文書も連携して出力可能であること。		
3.5.1.8 統計機能			
1	基本統計情報は、期間指定での集計表示が可能なこと。		
2	紹介受付情報、報告文書情報を期間指定で、CSV出力することが可能なこと。		
3.5.1.9 各種マスタメンテナンス			
1	対象登録医療機関マスタ、利用者（登録医）マスタ等の各種マスタメンテナンスができること。		
3.5.1.10 その他			
1	当院の指定するDWHに対して電子カルテの情報を公開できること。		
2	原則、バージョンアップは保守範囲内で一定の間隔で行うこと。次期更新までにベンダー側の都合により対応できない場合においては当院と協議を行うこと。		
3.5.2 長崎県地域医療連携ネットワークシステム「あじさいネット」			
3.5.2.1 基本機能			
1	カルテ公開の設定ができること。また、公開先として、閲覧先医療機関および医師を検索形式で設定できること。		
2	カルテ公開の対象として、次の記録および結果、レポート等が表示できること。 ・記録および文書 医師記録、看護記録、助産記録、服薬指導、栄養指導、透析、リハビリ、褥瘡管理、手術記録、重症病棟記録、退院サマリ、看護サマリ、熱計表、入院療養、退院療養、紹介状、処方、注射等 ・検査結果およびレポート 検体検査、細菌検査、放射線検査、心電図検査、脳波検査、超音波検査、内視鏡検査、呼吸機能検査、病理検査等		
3	カルテ公開の対象として文書種別を設定できること。		
4	カルテ公開対象の診療科を設定できること。特に、心療内科・精神科の記録はすべて非公開設定にできること。		
5	カルテ公開対象の期間を範囲指定できること。		
6	公開されたカルテを閲覧できること。カルテ一覧を電子カルテシステムのメニューに配置できること。		
7	公開されたカルテの一覧を表示できること。		
8	電子カルテ端末よりあじさいネットポータルサイトにログインできること。		
9	あじさいネットポータルサイトにて、公開されたカルテを閲覧できること。		
10	あじさいネットポータルサイト上の各種機能が利用できること。		

3.5.2.2 SS-MIXインタフェース			
1	SS-MIX標準化ストレージと患者基本情報を連携する機能を有すること。		
2	SS-MIX標準化ストレージと処方情報を連携する機能を有すること。		
3	SS-MIX標準化ストレージと検体検査結果情報を連携する機能を有すること。		
4	SS-MIX標準化ストレージと病名情報を連携する機能を有すること。		
5	SS-MIX標準化ストレージと診療情報提供書情報を連携する機能を有すること。		
6	SS-MIX標準化ストレージと利用者情報を連携する機能を有すること。		
7	SS-MIX標準化ストレージ拡張領域と診療記録情報を連携する機能を有すること。		
8	SS-MIX標準化ストレージ拡張領域と経過記録を連携する機能を有すること。		
9	SS-MIX標準化ストレージ拡張領域と各種オーダ情報を連携する機能を有すること。		
3.5.2.3 電子カルテシステムインタフェース			
1	電子カルテシステムと患者基本情報の連携する機能を有すること。		
2	電子カルテシステムと患者プロフィール情報を連携する機能を有すること。		
3	電子カルテシステムとオーダ情報を連携する機能を有すること。		
4	電子カルテシステムと経過記録情報を連携する機能を有すること。		
5	電子カルテシステムと診療情報提供書情報を連携する機能を有すること。		
6	電子カルテシステムと検体検査結果情報を連携する機能を有すること。		
7	電子カルテシステムと病歴情報の連携する機能を有すること。		
8	電子カルテシステムと経過表情報を連携する機能を有すること。		
9	電子カルテシステムと薬歴情報を連携する機能を有すること。		
10	電子カルテシステムサマリ情報を連携する機能を有すること。		
11	電子カルテシステムとレポート情報を連携する機能を有すること。		
12	電子カルテシステムと利用者情報を連携する機能を有すること。		
3.5.2.4 医用画像システム (PACS) とのインタフェース			
1	PACSとDICOM Q/Rに対応した連携ができ、DICOM画像を受信する機能を有すること。		
2	レポート情報については以下のいずれかの仕組みを有するものとする。 方式1：SS-MIX拡張ストレージに格納されたレポート情報と連携する機能を有すること。 方式2：電子カルテシステムとレポート情報の連携する機能を有すること。		

		回答	備考
3.6 BCPオフラインバックアップ			
3.6.1. 全体事項			
1	電子カルテシステム及び医事会計システムについて、異常停止に伴う病院運営の長期間の機能停止を防止するため、バックアップをオフラインで管理する等の手法により、異常発生時の迅速な復旧のためにバックアップデータからのリストアを行うことができる環境を構築すること。		
2	当院導入済みであるHumanBridge BCP ソリューションを継続利用すること。利用できない場合は、ハードウェア、ソフトウェア含めて提案を行うこと。		
3	厚生労働省の医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第6.0版）で示される内容を満たすことができること。		
4	診療録管理体制加算1で示される内容を満たすことができること。		
5	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
6	本件については、当院におけるオフラインバックアップシステム導入に必要なハードウェアの調達・設定・設置作業、電子カルテシステムの設定変更、病院情報ネットワークとの接続、操作研修など導入必要な全ての作業を含むこと。		
7	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
8	発注時点において生産が終了していない機器を選択すること。稼働後7年間は、保守対応が可能な製品であること。また、流用するシステムに関しても稼働後7年間の保守対応が可能であること。		
9	本件において導入される機器が使用するネットワークおよび電源環境については既設の配線を利用すること。別途新規で配線が必要となる場合は受注者にて整備すること。		
10	本仕様書および機能要件に定めのない事項については、適宜当院担当者と協議を行ない、方針を決定すること。		
3.6.2. バックアップ機能			
3.6.2.1 全般			
1	電子カルテシステム及び医事会計システム環境へNASIによるバックアップの仕組みを増設し、バックアップ及びリストアの環境を構築すること。		
2	運用負荷の低い夜間帯など業務影響が極力発生しないようバックアップ処理を行うこと。		
3	導入機器は24時間365日運用を考慮した耐久性を有とすること。		
4	データベースとトランザクションログを毎日取得するバックアップの仕組みをスケジュール設定できること。		
5	バックアップ資源を5世代以上管理できること。		
6	バックアップ手順書を開示すること。		
7	バックアップの正常終了確認手順を開示すること。		

8	電子カルテシステム及び医事会計システムサーバで異常が発生することを想定したリストア手順書を開示すること。		
3.6.2.2 ハードウェア構成			
1	本調達において新規導入されるハードウェア機器については、当院サーバ室設置の19インチラック規格において搭載可能な形状のものを無停電電源装置（以下、UPS）を含め選定すること。仕様上、ラックマウント機構がない機器については発注者が提供するラックテーブル上に設置すること。		
2	調達されるサーバ機およびサーバ用UPS、周辺機器については、すべて既存ラックスペース内に設置されること。		
3	新規導入されるハードウェア機器については今回手配のUPSより給電されること。		
3.6.3. バックアップ対象			
3.6.3.1 電子カルテシステム			
1	電子カルテシステムのデータベースをバックアップできること。		
2	電子カルテシステムのイメージデータをバックアップできること。		
3	電子カルテシステムのアプリケーション資源（サーバアプリ資源、部門連携サーバアプリ資源、クライアント資源）をバックアップできること。		
4	電子カルテサーバのシステムをバックアップできること。		
3.6.3.2 医事会計システム			
1	医事会計システムのデータベースをバックアップできること。		
2	医事会計システムのイメージデータをバックアップできること。		
3	医事会計システムのアプリケーション資源（サーバアプリ資源、部門連携サーバアプリ資源、クライアント資源）をバックアップできること。		
4	医事会計サーバのシステムをバックアップできること。		
3.6.4. システム復旧			
1	7日前までのバックアップデータがNASに保管され、遡ってシステムが復旧できること。		
2	バックアップ処理でデータの上書き中であっても、NAS上に復旧可能なバックアップデータが1つ以上確保されること。		
3	バックアップ及びリストアの動作検証を行い、正常に動作できる環境を提供すること。		

		回答	備考
3.7	患者ビューワ機能		
3.7.1	患者ビューワ機能		
3.7.1.1	全般事項		
1	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
2	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
3.7.1.2	基本事項		
1	電子カルテシステムにて登録されたデータを利用できること。		
2	電子カルテシステムに登録された患者情報、患者基本情報を使用できること。		
3	電子カルテシステムに登録された診療情報、診療記録データを使用できること。		
4	使用可能な利用者情報、利用者権限について設定できること。		
5	電子カルテシステムから起動できること。		
6	電子カルテシステムからシングルサインオンができること。		
7	電子カルテシステムにて登録、変更された各種データは反映すること。		
3.7.1.3	統合参照機能		
1	電子カルテ及び部門システムから通知された結果(実施/画像/レポート)を統合して1つの画面に表示できること。また、結果項目×検査日のマトリクス表示ができること。		
2	生体検査システムの画像、レポート結果が表示できること。		
3	放射線システムの画像、レポート結果が表示できること。		
4	内視鏡システムの画像、レポート結果が表示できること。		
5	病理検査システムのレポート結果が表示できること。		
6	自科検査システムの画像、レポート結果が表示できること。		
7	臨床検査(検体検査、細菌検査)システムの検査結果が表示できること。 (検体検査結果については検査値を表示できること)		
8	文書管理システム等で取り込んだ文書データが表示できること。		
9	画像結果はサムネイル表示できること。なお、サムネイル画像がない場合はアイコン表示ができること。		
10	画像結果から各部門システムの専用ビューアを起動できること。		
11	レポート結果から作成済みレポートを参照表示できること。		
12	行見出しをドラッグ&ドロップ等により表示順を入れ替えられること。また、入れ替えた場合は自動的に利用者毎に表示順を記憶することができること。		
13	電子カルテで選択している患者の検査結果等のマトリクスビュー画面を1クリックで起動できること。ログインし直しや、患者選択し直しが不要なこと。		
14	マトリクスで表示する検査結果表示エリアの表示倍率を変更できること。		
15	結果項目での絞り込み、表示順の設定ができること。		
16	依頼科での絞り込み設定ができること。		
17	利用者毎に検索条件を名前を付けて複数登録できること。登録された検索条件は一覧画面上に表示され切り替えができること。		
18	検査結果に対して自由に付箋等を付けることができること。		

19	付箋等を付けた結果はマトリクス一覧上でも強調表示され区別ができること。		
20	付箋等でマークした検索結果を絞り込み、該当する検査日のみマトリクスに表示できること。		
3.7.1.4 患者横断ビューワ機能			
1	患者グループごとに一覧表示ができ、診療情報の進捗、診療記録の記載状況が1画面に表示できること。		
2	患者グループは院内共通用、職種共通用、個人用に作成されたグループで利用者が使用するものを画面に配置し、容易に切り替えができること。		
3	一覧の縦軸には患者基本情報、患者付帯情報が表示されること。		
4	患者基本情報列には以下の情報が表示されること。 患者ID、患者氏名、性別、年齢、生年月日が表示されること。		
5	患者付帯情報列には以下の情報が表示されること。もしくは、施設との協議により決定すること。 ・患者グループ：ピックアップ患者、入院患者、文書・オーダ 入院期間、病棟、病室、診療科、転科区分、主担当医、担当医、転科区分 ・患者グループ：予約患者 予約グループ、予約枠、予約日、予約時間		
6	一覧に表示された患者グループは患者ID、患者氏名で絞り込みができること。		
7	一覧に表示された患者グループは患者付帯情報を指定して並び替えができること。		
8	一覧には、診療情報の進捗、診療記録の記載状況の確認を目的として、患者毎に以下の項目を並べて表示できること。また、項目をクリックすることで次のアクションに遷移できること。		
9	入院診療計画書、栄養管理計画書、退院療養計画書、転科・退院サマリなど入院患者に記載が必要な記録のステータス（未作成、作成済、承認済など）が表示できること。項目をクリックすることで各種記録の内容参照ができること。		
10	検体、細菌、病理、画像検査の結果の有無、レポートの有無や未読・既読状況が表示できること。項目をクリックすることで結果参照、レポート参照ができること		
11	手術記録、手術レポートの記載有無が表示できること。項目をクリックすることで記録、レポートの内容参照ができること。		
12	手術の予定の有無、同意書・説明書の記載有無が表示できること。項目をクリックすることで手術内容の確認、同意書・説明書の内容参照ができること。		
13	退院後の診察予約、退院処方の有無を表示できること。項目をクリックすることで診察予約内容、処方内容を確認できること。		
14	一覧の表示項目に対し、最大3段階までのアラートが背景色で表現できること。		
15	アラートは、指定した基準日（入院日、退院日、本日など）からの経過日数と各種記録のステータス（未作成、未承認など）の組み合わせを条件として指定できること。		
16	アラート表示された項目を保持する患者の絞り込みが一覧上でできること。		
17	一覧の表示項目である、カルテ情報種別、検索期間、表示方法、アラートの条件の組み合わせはシステム管理者が追加、変更、削除できること。		
18	一覧の表示項目は、各業務の目的に応じて参照したい情報が異なるため、各業務シーンに応じて配置する項目、その並び順をセットとして登録できること。		
19	また、院内共通用、職種共通用、個人用に作成されたセットで利用者が使用するものを画面に配置し、容易に切り替えができること。		
3.7.1.5 患者グループ設定機能			
1	患者グループは任意のグループ名称、コメントを登録できること。		
2	患者グループは入院患者、予約患者、ピックアップ患者、文書・オーダの4つの検索種別から選択して条件登録できること。もしくは、施設との協議により決定すること。		
3	入院患者は過去の入院期間や現在入院中、入院時の診療科、病棟、主担当医、担当医を指定して患者グループを作成できること。		

4	予約枠患者は予約枠（複数指定可）、予約日を指定して患者グループを作成できること。		
5	ピックアップ患者は利用者が任意に指定した患者で患者グループを作成できること。		
6	ピックアップ患者は本システムから直接患者登録できること。		
7	文書・オーダは、文書種別、依頼実施、文書日付、病棟、診療科、文書タイトルを指定して対象の患者グループを作成できること。		
8	作成された患者グループは公開範囲を院内、職種、個人として登録でき、個人以外は管理者によってのみメンテナンス可能とすること。		
9	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した患者グループを使用する、しないを選択できること。		
10	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した患者グループを流用して個人の患者グループを作成できること。		
11	管理者は患者グループ作成時に、公開範囲の利用者の画面に初期表示するかどうかを指定できること。		
12	各利用者が使用できる患者グループを一覧表示できること。使用可能な患者グループの一覧には以下の項目が表示されること。患者横断診療録ビューアへの表示有無、名称、作成者、コメント、作成日、更新日、検索種別、検索条件、公開範囲		
13	各利用者は患者横断診療録ビューアでの患者グループの並び順を変更できること。		
14	一覧の各列にて、ソートの切り替え、文字列指定でのフィルターができること。		
3.7.1.6 業務別機能			
1	利用者は、各業務シーンに応じて患者横断ビューアに配置する項目の選択、並び順の設定をし、セットとして登録できること。		
2	セットは任意のグループ名称、コメントを登録できること。		
3	患者横断ビューアでの表示イメージをプレビューしながらセットの登録ができること。		
4	作成されたセットは公開範囲を院内、診療科、個人として登録でき、個人以外は管理者によってのみメンテナンス可能とすること。		
5	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成したセットを使用する、しないを選択できること。		
6	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成したセットを流用して個人のセットを作成できること。		
7	管理者はセット作成時に、公開範囲の利用者の画面に初期表示するかどうかを指定できること。		
8	各利用者が使用できるセットを一覧表示できること。使用可能なセットの一覧には以下の項目が表示されること。患者横断ビューアへの表示有無、名称、作成者、コメント、作成日、更新日、公開範囲		
9	各利用者は患者横断ビューアでのセットの並び順を変更できること。		
10	一覧の各列にて、ソートの切り替え、文字列指定でのフィルターができること。		
3.7.1.7 マスタメンテナンス			
1	患者横断ビューアで使用する、患者グループ、業務セット、一覧の表示項目について、システム管理者によるメンテナンスができること。		
2	各種マスタのメンテナンス時は、確定した内容がリアルタイムに反映されること。		

		回答	備考
3.8 文書管理システム（タイムスタンプ・電子署名付）			
3.8.1 全体事項			
1	本システムは、電子カルテ標準の文書管理システムまたは独立したシステムにて、構築を行うこと。電子カルテ本体とは別のベンダで提案する場合は、電子カルテシステムとの連携を行うこと。		
2	更新対象となるシステムは、「1. 基本要件」の仕様各事項を遵守したうえで、本詳細仕様項目を確認・実施すること。データ保存年数やデータ移行に関しては、最低限「1.基本要件」に準ずるものとする。		
3	本仕様は、システム構築のための基本的な項目を記述したものである。受注者は実際に詳細打ち合わせ段階では、利用者の要求を満たすために、本仕様に記載されていない項目であっても、パッケージに備わっている機能、または大幅でない変更により対応が可能な場合は、受注者はその機能を紹介し、当院と協議のうえ、導入をおこなうこと。		
4	文書管理システムは、電子証明とタイムスタンプ機能両方を有すること。		
5	スキャン文書のデータ移行を行う場合には法的原本性が求められることに特に留意して、当院にとってコストとのバランスのとれた最適な提案を行い、当院と協議の上実施すること。		
6	既存ドキュメントデータも、新システムで参照可能であること。		
7	長期保管形式の違いにより原本性が担保されたままのデータ移行が難しい場合は、ドキュメントデータだけ移行した上で新たに長期保管処理をし直す、もしくは既存システム（MEDOC：富士通社製）を原本性担保のために最低限維持するなどデータの長期保管・原本性を踏まえた提案とシステム構築を行うこと。		
8	既存システムにおける機能内容は、次期システムにおいても原則としてそのまま継承すること。ただし、受注者より提供されるシステムの開発思想・表現方法・プログラム構造等の根幹に関わる理由により異なる場合には発注者と請負者にて協議の上、変更可能とする。		
9	全てのシステムにおいて(特に少数ライセンスの部門システム)、通常利用するライセンスとは別に、管理者が機器変更や設定変更時の動作・連携確認に利用できるライセンスを1ライセンス以上確保し、指定する端末へ導入すること。 * 管理者のみの利用とし、通常医療業務には使用しないので無償提供を原則とする。		
10	今回調達する全システムのリモート保守構成は、VPN(Ipsec-VPN等)利用を基本とする。		
3.8.2 基本機能			
1	院外から来る紹介状、診断書等の紙文書をスキャナ等で取り込みデジタルデータとして保存できること。		
2	文書種別（紹介状、同意書など）やコメントの入力ができること。		
3	取り込み情報をカルテに貼り付けができること。		
4	フローシート、プログレスノートから、取り込まれたイメージを参照できること。		
5	取り込まれた文書の一覧を患者毎に参照できること。		
6	各文書・画像を表示できること。		
7	スキャナ依頼用紙が出力できること。また、スキャナ依頼用紙を出力する際にはコメント入力を可能とすること。		
8	スキャナ依頼用紙の情報から依頼者・患者情報・文書分類・コメントを引き継ぎ、効率的にスキャナ取り込みできること。		
9	スキャナ文書の種別を指定し、条件に該当する患者一覧を表示できること。		
10	患者番号およびスキャナ文書の種別を指定し、条件に該当するスキャナ取り込み文書の一覧を表示できること。また、依頼者およびコメントを指定し、条件に該当するスキャナ取り込み文書の一覧表示にも対応できること。		
11	スキャナ依頼用紙にバーコード、またはQRコードが出力可能なこと。		

12	スキャナ依頼用紙を印刷可能なこと。複数の仕切紙を選択しておき、まとめて印刷することも可能なこと。		
13	出力されたバーコード、QRコード等を読み込むことにより、連続してスキャナ取込が可能であること。		
14	QRコードに含まれる情報により、スキャナ取込を行った文書の発生日時、文書情報を管理できること。		
15	電子カルテシステムで出力されたバーコード及びQRコードを読み取り、上記同様のスキャナ取り込みができること。		
16	電子カルテシステムで出力されたバーコードもスキャン管理対象として、進捗管理できること。		
17	同じバーコードを重複して読み込んだ際には、エラーが表示されること。		
18	患者毎のスキャン文書一覧がカルテ内に表示されスキャン文書の「診療科名」「文書種別」が容易に参照できる表示が可能なこと。		
19	スキャンされた文書データを、患者毎のカレンダー形式(マトリックスビュー形式)で表示可能なこと。		
20	文書名による検索機能(年月日、患者毎)や患者名による文書検索機能を有し、一覧表示できること。		
3.8.3 保存文書の印刷			
1	スキャナ取込みされた文書の印刷ができること。		
2	スキャナ取り込みされた文書を印刷する場合、上下左右の印刷できない範囲をなくし、必ず全体が印刷されること。		
3	スキャン取込みされた文書を患者ごとに一括印刷できること。		
4	保存した文書を印刷する場合、印刷が切れないよう自動的に縮小するなどの調整がされること。		
3.8.4 電子署名・タイムスタンプ長期付与			
1	電子署名とタイムスタンプ機能は、「e-文書法」に適したものであると同時に、10年程度の長期保存が可能な形式を採用すること。		
2	電子署名とタイムスタンプ費用は、原則定額性としコストメリットに優れたサービスを提供すること。		
3	電子署名を含めたタイムスタンプをスキャン取込みされた文書1枚1枚の全てに遅滞なく付与できること。なお、タイムスタンプは、第三者による検証を可能にするため、「時刻認証業務の認定に関する規程」(令和3年4月1日、総務省告示第146号)に基づき認定された事業者(認定事業者)が提供するものを使用すること。なお、「タイムビジネスに係る指針」(総務省、平成16年11月)等で示されている時刻認証業務の基準に準拠し、一般財団法人日本データ通信協会が認定した時刻認証事業者については、令和4年以降、順次移行する予定であることから、当面の間、認定時刻認証事業者によるものを使用しても差し支えない。スキャン後の電子化文書を利用する第三者がタイムスタンプを検証することができること。		
4	電子署名とタイムスタンプは、ISO 14533-2:2021 XML署名利用電子署名(XAdES)の長期署名プロファイルに準拠したデータ形式で格納できること。		
5	次の情報を電子署名に係る電子証明書の有効期間内かつ失効していないうちに取得した上で、取得したこれらの情報にタイムスタンプを付すなどして保存し、電子署名を行った時点において電子署名に係る電子証明書の有効期間内等であることおよび失効等していないことを法定保存期間を通じて確認できること。		
6	電子証明書及びタイムスタンプの有効期間が認識できること。 (1) 電子署名に係る電子証明書 (2) 電子署名に係る電子証明書の認証パスに存在する認証局の電子証明書 (3) 電子証明書の失効情報(電子署名を行った時に電子証明書が有効であったことを示す情報)		
3.8.5 アクセスログ			
1	文書管理システムのアクセスログについて、職員ID指定・期間指定・操作種別指定にて抽出できること。		

3.8.6 版数管理			
1	スキャン画像の削除は物理的に削除されず論理削除を行うのみとし、必要に応じて内容を参照できること。		
2	訂正または削除を行った場合、これらの事実及び内容を確認することを可能とする為に削除データの検索・訂正前の内容確認の機能を有していること。		
3.8.7 その他			
1	当院の指定するDWHに対してデータベースの定義を公開し、データ出力または取得に対して対応を行うこと。最低限、標準的なデータ移行に対して必要なデータは必須とする。なお、情報公開に際し、条件がある場合には別途、当院と協議すること。		

		回答	備考
3.10 患者向け携帯端末アプリケーション			
3.10.1. 基本要件			
1	患者向け携帯端末アプリケーション及び病院管理者向けに電子カルテシステムと連携する院内システムとして利用できること。		
3.10.2. スマートデバイス機能			
3.10.2.1 全般			
1	患者向け携帯端末アプリケーションはスマートフォンにて動作可能とすること。		
2	Android、iOSに対応していること。		
3	スマートフォンと電子カルテシステムとの通信はデータセンターを経由することでセキュリティを担保すること。		
4	スマートフォンとデータセンター間の通信はSSL/TLS通信を用い、セキュリティを担保すること。		
5	医療機関とデータセンター間の通信はVPN接続を用いてセキュリティを担保すること。		
6	患者向けアプリケーション、病院管理者向け運用管理ツールではID・パスワードおよびソフトウェアトークンによる認証が行えること。 また、二要素認証の利用については、病院管理者自身で利用有無を選択できること。		
7	電子カルテシステムの情報はデータセンター内に保持せず、逐一連携する形式をとること。		
8	データセンターは、事業継続性、セキュリティ等の観点から建物免震により建物および付帯設備が保護されていること。		
9	データセンターについては建物免震により建物および付帯設備が保護されていること。 ・ISO9001（品質マネジメントシステム）を取得していること ・ISO/IEC20000（ITサービスマネジメント）を取得していること ・ISO/IEC27001（情報セキュリティ保証）を取得していること ・プライバシーマークを取得していること		
3.10.2.2 利用者管理機能			
1	患者向けアプリケーションは利用者が任意にダウンロードできること。		
2	医療機関にて患者情報の入ったQRコードを読み込み、簡易な形式で利用者が利用を開始できること。		
3	利用者にてログインID、パスワードを設定できること。		
4	患者向けアプリケーションから利用者自身でサービスの退会を行うことができること。		
5	退会時はデータセンターに保存されている利用者情報が削除されること。		
6	利用者は医療機関ごとに作成された利用許諾書に患者向けアプリケーション上で同意することができること。		
7	パスワードを忘れた際に再設定できること。		
8	パスワードの変更ができること。		
9	以下の情報で本人確認を行い医療機関外でもパスワード変更ができること。 ・ログインID ・氏名（カナ） ・生年月日 ・二要素認証にて設定した認証コード※ ※利用者が二要素認証を使用する設定にしている場合		
10	患者向けアプリケーションに登録される氏名、生年月日、性別は変更できること。		
11	利用者情報として患者ID・氏名・生年月日・性別はデータセンターとスマートフォンに保持すること。		
12	患者向けアプリケーションへは利用者を識別するログインID、および自身で設定したパスワードでログイン認証できること。		
13	最終ログインから24時間経過すると自動でログアウトすること。		

14	最終ログインから24時間経過した場合でもログイン状態を保持する機能を有すること。		
15	パスワード認証の上限回数が設定され、5回以上誤ると一定期間ログインできないようにすること。		
16	利用者が自ら適時に患者向けアプリケーションからログアウトできること。		
3.10.2.3 基本機能			
1	家族情報を追加できること。(登録できる家族の人数は10人まで)		
2	医療機関にて家族の患者情報の入ったQRコードを読み込むことで家族登録ができること。		
3	登録した家族についてサービスの退会ができること。		
4	退会時はデータセンターに保存されている利用者情報が削除されること。		
5	アプリケーション上で家族を切り替えることで家族の情報を参照できること。		
6	家族分のメッセージを受信、確認できること。		
7	患者向け携帯端末アプリケーション上に表示する医療機関については、同一のアプリケーション上で別の医療機関への切り替えができること。		
8	患者向け携帯端末アプリケーション上で以下の予約情報が参照できること。 ・利用者に紐づいた電子カルテシステム上の予約情報 ・診療科・予約枠名称・予約日時 ・電子カルテシステム上で入力された予約コメント ・当日以降の診察予約・検査予約		
9	患者向けアプリケーション上で以下の機能を有すること。 ・患者氏名、フリガナ、生年月日、患者IDがアプリケーション上で容易に確認できること。 ・患者IDをQRコードまたは一次元バーコードで表示できること。 メイン画面から簡易な操作でQRコードまたは一次元バーコードを呼び出すことができること。		
10	QRコードまたは一次元バーコードによる患者ID表示機能の使用有無を医療機関ごとに設定できること。		
11	画面に医療機関名称、医療機関ロゴを表示できること。		
12	患者向け携帯端末アプリケーション上で以下の機能を有すること。 ・Push通知にて受信できること。 ・受信したメッセージを確認できること。		
13	メッセージの雛型を作成・管理できること。		
14	メッセージ種別を指定できること。		
15	メッセージ配信対象患者を以下の条件で絞り込みできること。 ・予約日 ・患者ID		
16	メッセージに対してURLを設定できること。		
17	複数の利用者に一括送信できること。		
18	以下の条件でメッセージ送信履歴を確認できること。 ・配信日 ・配信者 ・患者ID ・メッセージ種別		
19	配信メッセージの履歴が確認できること。		
20	メッセージごとに「既読」「未読」状態の確認ができること。		
21	メッセージの再配信ができること。		
22	配信先ごとの再通知回数が確認できること。		

23	配信エラーのあったメッセージを識別できること。		
24	メッセージ内にメッセージの送信日時・医療機関名を表示できること。		
25	患者向けアプリケーション上で以下の機能を有すること。 ・Push通知にて受信できること。 ・受信したメッセージを確認できること。 ・Push通知のメッセージ内に通知時間・医療機関名を表示できること。		
26	院内の電子カルテシステムのクライアントから通知条件・通知内容を設定できること。		
27	通知するメッセージ内容は予め登録しておいた雛形メッセージから選択でき、必要に応じて編集できること。		
28	雛形メッセージは病院ごとに追加・削除・編集ができること。		
29	アラートリマインドで患者に通知した件数（通知に失敗した件数は除く）を表示できること。		
30	アプリケーション上で計画したサービス停止に関するメッセージ通知ができること。		
31	受付患者一覧から対象患者を選択しメッセージ送信できること。		
32	各部門から対象患者を選択しメッセージ送信できること。		
33	患者向けアプリケーション上で以下の機能を有すること。 ・Push通知にて受信できること。 ・受信したメッセージを確認できること。 ・Push通知のメッセージ内に通知時間・医療機関名を表示できること。		
34	コンシェルジュレイアウト設定にて以下の内容を設定できること。 ・病院表示名 ・スマート診察券のバーコード表示形式		
35	アイコン設定にてアプリ上のアイコンの追加、変更、削除ができること。		
36	リスト設定にてアプリ上のリスト表示の追加、変更、削除、表示順の変更ができること。		
37	病院ロゴ設定にて医療機関のロゴマークの変更ができること。		
38	病院同意書設定にてコンシェルジュ利用時の同意書内容の変更ができること。		
39	日次バッチにより、医療機関で利用している各サービスの利用状況をログから収集できること。		
40	アプリで病院追加、または、新規利用者登録した人数を表示できること。		

		回答	備考
3.11 携帯端末システム(スマートデバイス)			
3.11.1. 基本要件			
1	電子カルテネットワーク網を利用して、電子カルテと連動したチャット等のコミュニケーションツールを利用できること。また、医師においては、簡易的な記載、指示出し、承認等が行えること。		
2	電子カルテネットワーク網を利用して、認証機能だけではなく電子カルテ参照端末としての活用、バイタル入力、背面カメラを利用したの画像撮影、取込などの看護支援機能についても実装可能であること。		
3	本件の調達範囲は、スマートデバイスを使用する上で必要なハードウェア、ソフトウェアおよび備品の設置、各種端末、サーバ等、情報機器の設置・設定・接続作業を全て含むこと。		
4	導入するスマートデバイスについては要求される機能が遅延なく動作する機器スペックを有すること。		
5	スマートデバイス端末に対し、操作制限等の設定が管理端末等で集中管理的に実施可能であること。		
6	スマートデバイス端末の故障/修理/増設費用は原則スポット対応を想定し、端末自体の維持費用はかからない調達提供を行うこと。（サーバ等の機器系保守費用は除く）		
3.11.2. スマートデバイス機能			
3.11.2.1 全般			
1	アプリケーションの追加によって新機能を追加していくことが可能なスマートデバイスであること。		
3.11.2.2 電子カルテ連携機能			
1	ID及びパスワードによる電子カルテへのログイン認証ができること。		
2	電子カルテと連動したチャット等のコミュニケーションツールを利用できること。		
3	電子カルテシステムが参照できること。		
4	簡易的な記載、指示出し、承認等が行えること。		
5	経過表が参照できること。		
6	患者認証及び実施内容の認証機能（担当職員、患者、注射のバーコードを読み取ること で実施する内容を最終確認する機能）が利用できること。（輸血実施、注射実施、採血 等の認証）		
7	バイタル（体温・血圧・脈拍・酸素飽和度・血糖など）入力機能が利用できること。		
8	観察項目の入力機能が利用できること。		
9	スマートデバイス内蔵カメラを利用し、電子カルテへの画像添付ができること。		
10	カメラで撮影した画像は汎用画像システム等の指定した場所への保存できる仕組みを有すること。また、スマートデバイス本体には保存されない設定とすること。		

		回答	備考
3.11 多要素認証			
3.11.1. 基本要件			
1	本システムは、ユーザがクライアントPCを利用する際に、認証強度が高い方式を用いて本人認証を行うことを目的とする。なお、ユーザ管理・認証方法等は、運用面も含め、効率的で利便性の高いシステムであること。		
2	本件の調達範囲は、多要素認証を使用する上で必要なハードウェア、ソフトウェアおよび備品の設置、サーバ等、情報機器の設置・設定・接続作業を全て含むこと。		
3.11.2. 基本機能			
3.11.2.1 全般			
1	利用者認証の認証方式は、「物理認証（ICカード）または知識認証（パスワード）+生体認証（顔）」の二要素認証であること。また、運用を考慮して端末により、「ID+パスワード」での認証も設定可能であること。また、本認証で使用するIDは電子カルテシステムの利用者IDとし、それに紐づいたICカードが利用可能な機能を有すること。		
2	生体認証（顔）について、必要となる認証用カメラも準備すること。なお、ノートパソコンについては端末搭載のカメラを使用するものとするため、デスクトップパソコン分のカメラを提案すること。		
3	一人の利用者に対して、複数のアカウント情報（異なるIDとパスワード）を登録可能であること。また、電子カルテより起動されたアプリケーションは、シングルサインオンで使用する事が可能であること。		
4	アカウント情報は、当院でメンテナンス可能であること。		
5	利用者の有効期間については終了日を設定できること。		
6	認証システムサーバとクライアント端末間の認証情報の通信は暗号化などの方法によりセキュリティの高い方法を利用していること。		
3.11.2.2 顔認証			
1	メガネ及びマスク装着状態でも顔認証が可能であること。		
2	顔認証処理は、サーバ側で処理可能な仕組みであること。		
3	許容最低照度は、約100Lux程度であること。		
4	顔向き角度の最大許容検出範囲は、左右±45°、上下±30°、回転±90°であること。		
5	認証用顔テンプレートは、10個保存可能で、認証の都度、スコアの良いテンプレートに置き換えることで、経年対策が可能であること。		
6	認証用顔テンプレートの登録ツールを提供可能であること。		
7	認証用顔テンプレート登録ツールは、ID+パスワードで本人確認実施後、顔を撮影して登録可能であること。		
8	顔写真から認証用顔テンプレートを登録することも可能であること。また、本機能は、一括登録や差分登録に対応していること。		
9	将来的な拡張のため、モバイル端末でも利用できるように組込み用モジュールの提供が可能であること。		

3.11.2.3 パスワード管理機能			
1	一定時間に指定回数のパスワード間違いをした場合は、アカウントロックをし、ログインできないように設定可能であること。また、一定時間及び指定回数は設定・変更可能であること。		
2	パスワード間違いによりアカウントロックされた場合は、管理者により解除することも可能であること。		
3.11.2.4 電子カルテシステム連携機能			
1	認証実施後、電子カルテシステムへのシングルサインオンを考慮し、ログイン者情報を電子カルテシステムに通知可能であること。		
2	電子カルテシステムからログアウト情報の通知を受信した場合、端末からログアウトし認証システムのログイン画面に遷移可能であること。		
3	電子カルテシステムの離席操作後、通知を受信し認証システムのロック画面に遷移可能であること。		
4	電子カルテシステムの利用者切替ボタンを押下した場合、認証システムの認証画面に遷移し次の利用者が認証を実施後、次の利用者のログイン済み電子カルテに遷移可能であること。		

		回答	備考
3.13 処方監査システム			
3.13.1. 基本要件			
1	薬品マスタ及びチェックマスタはシステム提供者より一括して提供され、年12回の更新が継続的に行われること。		
2	処方指示入力または注射指示入力時に相互作用、投与期間、重複、用量、アレルギー、病名、患者属性、薬剤属性のチェックが可能なこと（他科服用中薬剤との重複・相互作用チェック含む）。		
3	オーダ確定時チェックの際にコメント承認できる機能を有すること。		
4	処方チェックは、レベルに応じてエラーレベル（エラー、警告）を設定できる機能を有すること。		
5	持参薬処方時に自院の服薬中薬剤との相互作用や重複などのチェックが可能なこと。		
6	チェック結果をもとに院内共通利用のDI照会が可能なこと。		
3.13.2. チェック機能			
3.13.2.1 相互作用チェック			
1	相互作用チェックは、今回処方と過去処方及び、他科処方とのチェックが可能なこと。		
2	相互作用チェックは、隔日投与、曜日指定投与を考慮したチェックが可能なこと。		
3	相互作用チェックは、薬剤単位に設定した「残存期間」を考慮したチェックが可能なこと。		
3.13.2.2 投与期間チェック			
1	投与期間チェックは、投与日数が制限内であるかのチェックが可能なこと。		
2	薬価収載日から1年未満の新薬は、「1回処方あたり14日制限」が自動でチェック可能なこと。		
3.13.2.3 重複チェック			
1	重複チェックは、同一処方箋、同一診療科、他科処方にて処方された薬剤の組み合わせに対して、商品名(薬剤コード)または一般名グループの重複がないか、チェックが可能なこと。		
2	重複チェックは隔日投与、曜日指定投与を考慮したチェックが可能なこと。		
3.13.2.4 用量チェック			
1	用量チェックは、薬剤毎に設定した用量の制限値内であるかのチェックが可能なこと。		
2	用量チェックは、年齢を考慮（小児月齢指定も可）したチェックが可能なこと。		
3	1回量および同一薬剤処方時に、用量を合算して1日量としてのチェックが可能なこと。		
4	常用量および制限量とチェックレベルを設定し、チェックが可能なこと。		
3.13.2.5 アレルギーチェック			
1	アレルギーチェックは、患者情報のアレルギー薬剤に対して、同一の商品名(薬剤コード)または同一の一般名を含むチェックが可能なこと。		
3.13.2.6 病名チェック			
1	病名チェックは、患者情報の病名に対して、病名禁忌のチェックが可能なこと。		
3.13.2.7 患者状態チェック			
1	患者状態チェックは、患者状態（幼児、小児、妊婦、授乳婦、高齢者）による薬剤禁忌のチェックが可能なこと。		
2	また、幼児、小児、高齢者は年齢範囲を設定可能なこと。		
3.13.2.8 配合変化チェック			
1	注射オーダ発行時、同一Rp内に含まれる薬剤に対し、配合禁忌があるかのチェックが可能なこと。		
3.13.2.9 薬剤アラートチェック			
1	薬剤入力時、属性情報（毒薬、劇薬、麻薬、向精神薬等）をアラート表示可能なこと。		
2	薬剤入力時、コメント情報（術前投与注意等）をアラート表示可能なこと。		

3.13.3. メンテナンス機能			
1	YJコードを基に、オータ採用薬品との関連付けが自動で、簡単に行える仕組みを有すること。また、必要に応じて手動修正も可能なこと。		
2	メンテナンスは、使用するデータベース及びメンテナンスシステムが多岐に渡る事なく、一貫して同じシステムで照会・検索・追加・修正・削除など各機能操作が可能なこと。		
3	メンテナンスは、使用するデータベースのエラーレベル（エラー、警告）の変更が可能なこと。		

		回答	備考
3.14 医薬品情報検索システム			
3.14.1. 基本要件			
1	医薬品添付文書情報(MEDIS-DC)の参照が出来ること。 また、データはシステム提供者より一括して直接提供され、更新が継続的に行われること。		
2	添付文書情報以外の情報(薬価、先発/後発区分、薬剤画像等)も参照できること。		
3	添付文書情報は複数同時に参照出来ること。		
3.14.2. 薬剤部利用内容			
1	検索した薬品間での相互作用チェックが可能なこと。		
2	チェックレベル(禁忌/慎重投与)の設定が可能なこと。		
4	鑑別報告書作成に必要な項目(薬品名、残量、用量、用法、日数等)の入力が可能なこと。		
5	入力した内容を元に画像付きの鑑別報告書の出力が可能なこと。		
6	入力した内容をファイル出力可能なこと。		
7	簡易な操作で院内医薬品集が作成可能なこと。		
3.14.3. 検索機能			
3.14.3.1 検索一覧			
1	一覧表示する項目および順番は任意に設定可能なこと。		
2	項目名によるソートが可能なこと。		
3	一覧結果を印刷またはCSVファイル出力が可能なこと。		
3.14.3.2 詳細検索			
1	薬品名(商品名/一般名)による検索(前方一致/部分一致/全一致)機能があること。		
2	薬効(87分類/標榜薬効)による検索機能があること。		
3	採用区分および投与経路による絞り込み検索機能があること。		
4	添付文書内のキーワード検索機能があること。		
3.14.3.3 鑑別検索			
1	識別情報(本体/包装/色・剤形)からの検索(前方一致/部分一致/全一致)機能があること。		
2	採用区分および投与経路による絞り込み検索機能があること。		
3	会社名または会社マークでの絞り込み機能があること。		
3.14.3.4 同効薬検索			
1	選択した薬品の同効薬検索機能があること。		
2	同効薬検索時は同義語辞書を利用可能なこと。		
3	採用区分および先発/後発区分による絞り込み検索機能があること。		
3.14.3.5 先発後発検索			
1	選択した薬品の先発/後発薬品検索機能があること。		
3.13.2.6 薬品情報表示			
1	先発/後発品区分および規制区分が分かりやすく表示されること。		
2	添付文書内表示でMEDISが表形式で表現されているものは表として表示可能なこと。		
3	院内で作成した任意の項目(10項目以上)を表示可能なこと。		
4	院内で作成した任意のファイルをリンク表示可能なこと。		
5	添付文書、緊急安全性情報、安全性情報等のPDFファイルをリンク表示可能なこと。		
6	添付文書情報を印刷またはファイル出力可能なこと。		

3.13.3. メンテナンス機能		
1	採用薬品をレベル分けして管理可能なこと。	
2	採用薬登録はオーダマスタと連携し、簡易に登録可能なこと。	
3	添付文書情報が無い薬品についてはユーザ側で登録可能なこと。	
4	薬品毎に任意の項目(10項目以上) を登録可能なこと。	
5	薬品毎に任意のファイル(3ファイル以上) を登録可能なこと。	
6	データはシステム提供者より一括して提供され、更新を12回/年継続的に行われること。	
7	採用薬については任意の項目を一括でCSVファイル出力可能なこと。	

		回答	備考
3.15 オンライン資格確認サービス			
3.15.1. 基本要件			
1	オンライン資格確認サービスが利用できること。		
2	患者登録業務から被保険者証によるオンライン資格確認を実施できること。		
3	顔認証付きカードリーダーによるマイナンバーカードを使用した資格確認が行えること。		
3.16 電子処方箋管理サービス			
3.16.1. 基本要件			
1	電子処方箋管理サービスを利用して電子処方箋が発行できること。		
2	HPKIカードにより電子署名を付与できること。		
3	HPKIセカンドによるカードレスにより電子署名を付与できること。(スマートデバイスまたはマイナンバーカードを利用)		
4	支払基金から提供された電子処方箋の用法マスタと院内で利用している用法マスタの紐づけ設定ができること。		
3.17 電子カルテ情報共有サービス			
3.17.1. 基本要件			
1	電子カルテ情報共有サービス対応することができること。		
2	HL7 FHIR等の標準的な規格を用いた記述仕様に準拠したデータ構造であること。		
3	① 傷病名、② アレルギー情報、③ 感染症情報、④ 薬剤禁忌情報、⑤ 検査情報(救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査)、⑥ 処方情報の6情報に対応できること。		
4	上記を踏まえた文書情報: ① 診療情報提供書、② キー画像等を含む退院時サマリー、③ 健康診断結果報告書に対応できること。		
3.18 救急時医療情報閲覧機能			
3.18.1. 基本要件			
1	救急時医療情報閲覧機能に対応することができること。		

		回答	備考
3.19 診察待受表示システム			
3.19.1. 基本要件			
1	本機能は受付クラーク又は看護師が操作を行う『受付・看護師画面』と医師が操作を行う『医師画面』の2画面で構成され、待合室の表示盤と連携し、直近で呼び出す患者の番号表示と診察室への呼び込みを可能とする患者一覧機能であること。		
2	予約患者と当日受付した患者を統合し一覧を表示することができ、『受付・看護師画面』では、該当ブロック（診療科）の患者が医師毎（診察室毎）に分割表示され、『医師画面』では担当医師の患者が一覧表示することができること。		
3	一覧画面上の患者を選択し、上下にドラッグすることで、診察の順番を並び替えることが可能で、診察する順番を任意に設定することができること。		
4	呼出患者一覧には以下の受付情報が表示可能であること。 （受付No・患者氏名・予約時間・受付時間・状態・検査進捗情報・プロフィール・対診コメント・受付コメント・予約枠名・入院病棟・併科受診情報・カナ氏名・性別・年齢・任意のマーク・初診再診種別）		
5	呼出患者一覧は次の条件でソートする機能を有すること。 （①予約時間＋来院時間 ②予約時間＋予約順、③来院順）但し、予約無し患者はソート対象とする／しない、が選択できること。		
6	一覧上の患者を選択し、右クリックメニューを選択することにより、以下の機能が実現可能であること。 （患者基本スケジュール票印刷、状態変更、カルテを開く、指示一覧）		
7	検査部門システムとの連携による情報表示が可能であり、「検体検査」「放射線検査」「生理検査」「内視鏡検査」などが、「依頼あり」、「検査中」、「結果済み」、などをマークとして表示（表現）できる機能を有していること。また、検査中の患者を呼出しする場合は、アラート表示が可能なこと。		
8	受付患者単位に右クリックであらかじめマスタで登録したマークをつけることが可能であり、マークは2種類つけられること。また、この設定マークの種別により呼出エリアの移動可否を制御をすることができること。		
9	呼出患者一覧でのドラッグ＆ドロップなど患者の移動操作歴を患者単位に時系列で表示する画面を有すること。		
3.19.2. 画面機能			
3.19.2.1 受付・看護師画面			
1	診察室ごとの分類で表示される一覧画面は、各ブロック毎（診療科毎）1画面に2・4診を同時に表示することが可能で、タブを切り替えることによりそれぞれの診察室を切り替えて表示することができること。		
2	予約患者は予め医師が使用する診察室の枠に表示され、予約外患者は受付枠（医師未定枠）に表示されること。また、午前／午後／夕方など医師が時間帯により入替る場合には、時間帯をプルダウンメニューにより選択することで患者一覧を表示できること。		
3	受付枠（医師未定枠）に表示された患者はドラッグ＆ドロップ操作及び右クリックメニュー操作により各診察室枠に患者の振り分けができること。その際、再診予約オーダを発行し、予約枠の変更ができること。また、同様の操作で、窓口呼出枠や、保留枠に患者を移動することができること。		
4	受付画面の診察室枠または受付枠の表示幅を、ボタン操作で一時的に拡張することができること。		
3.19.2.2 担当医スケジュール画面			
1	診察室毎の当日担当医を、表示盤に連携し表示可能なこと。本情報は『担当医スケジュール設定画面』により、曜日毎に医師が使用する診察室を任意に設定可能で、医師が外来到着以前でも指定した時刻に自動的に医師名を表示盤に表示することが可能なこと。また、代診や特殊外来など任意の名称に変更して表示を行うことが看護師や受付職員により簡単にできること。		
2	診察室で医師が午前／午後／夕方など時間帯で入れ替わる場合は、『担当医切替機能』により、現時点での有効時間帯を指定可能なこと。		
3.19.2.3 患者検索画面			
1	『患者検索機能』により、併科受診患者が不在の場合など、他科での呼出し状態や、診察完了状態などが検索抽出可能で一目で確認できること。		

3.19.2.4 医師画面			
1	次患者呼出ボタンのクリック操作により、次の患者のカルテ画面を起動するとともに、表示盤と連携し患者の呼出がおこなえること。また、同時に診察の順番に従って、待機患者を3名程度表示盤に表示を行うこと。その場合、検査結果の状況や、ブロック（診療科）への到着有無情報を考慮し、診察可能な患者のみを判断し自動的に番号を表示できること。		
2	呼出しに対して患者の入室が無い場合、表示盤と連携し受付へ誘導する機能を有していること。		
3	検査などで再診察が必要な場合、患者を一時保留などにできる機能を有していること。		
4	併科患者等で、他科の診療科で呼出をされている患者は、重複して呼出ができないチェック機能を有していること。		
3.19.3. 診察案内表示システム機能			
1	本システムは外来患者に診察順番等の情報提供を行なうシステムである。 電子カルテシステムの呼出患者一覧と連動し、待合への案内や診察室への誘導を行う。		
2	外来を受診する患者に対し、自動受付再来機により発券される受付番号票を利用し、「大型ディスプレイ（外待合）」「小型ディスプレイ（診察室個別表示）」に患者誘導情報を表示できる機能を有すること。		
3	診察室単位に情報（医師名・診察中番号・診察室前（中待合）誘導番号・外待合待機番号・予約進行状況）が表示できること。		
4	表示番号は診察中番号・診察室前（中待合）誘導番号・外待合待機番号を各科毎に任意の人数で表示することができること。		
5	予約進行状況は「60分遅れ」「45分遅れ」などの情報を自動的に算出して表示を行う。判断は、現在診察中の予約患者だけから判断するのではなく、相対的に遅れ時間を判断し、検査後再診察や、予約時間前に診察するなどのイレギュラーな運用でも、ズレが発生しないよう考慮されており、実績のある機能を有すること。また、手動であらかじめ登録されたコメント表示ができること。		
6	患者の不在や検査などで窓口に患者を呼出する場合、大型ディスプレイに窓口に呼出す患者の番号を表示できること。		
7	番号の更新時には、即時一定時間の番号拡大・点滅・チャイム音を使用し注意を促し誘導することができること。		
8	電子カルテの紹介情報と連携して、紹介患者の受付番号については、表示盤に表示される受付番号の文字色変更ができること。		
3.19.4. 表示盤管理機能			
1	表示盤管理端末で任意に設定したインフォメーション（静止画、テロップ）の回覧表示及び編集ができること。		
2	表示画面の順番はドラッグ&ドロップでスライドショーの設定が可能なこと。		
3	各表示画面に対してスライドインなどの効果を4種類以上指定できること。		
4	表示盤メンテナンス機能は複数の端末から使用することができ、他の端末で使用している場合はメッセージを表示し排他制御されること。		
5	インフォメーションの内容は、背景、文字、イラスト素材が自由に組み合わせ画面を作成することができ、またパワーポイントなどで作成された文章を画像データとしたコンテンツを取り込み表示盤用の番組構成ができること。		
6	編集したインフォメーションは、表示盤管理端末でプレビュー表示できること。		
7	インフォメーション画面作成する上で必要な壁紙画像、イラストなどが100種以上用意可能である。また、病院でよく使用する画面がテンプレートとして提供できる。		
8	診療遅延や救急患者等の臨時インフォメーションをすべての表示盤に一括して表示できること。		
9	将来の診療科の構成、名称変更等に対応できること。		
10	画面構成のレイアウト・文字・色彩等柔軟に病院様の要望に対応できること。		

11	表示内容は朝の診察前や昼休み等を考慮し、時間帯を指定することにより、予め設定したインフォメーション内容を表示できること。		
12	インフォメーション画面を複数組み合わせることにより一つの表示パターンを構成し、スライドショーとして作成可能である。		
13	表示パターンは100種類以上作成し登録することができること。		
14	各ディスプレイに表示するパターンは曜日毎に表示する内容を設定できること。		
15	各ディスプレイに表示するパターンは曜日毎とは別に、3ヶ月先までの特定日の表示内容を設定することが可能で、本指定がある場合はこれを優先することができること。		
16	各ディスプレイの表示制御装置が正常に動作しているか、非起動状態かをモニタリングすることができること。		
17	外部からの画像データを取り込む機能を有し、インフォメーション画面に配置可能な素材の一部として、インポートすることができること。		
18	各表示制御装置における、音量の調整が、本装置から設定できること。		
19	個別のインフォメーションをカレンダー登録することにより、指定日表示情報として当日表示することができること。		
20	表示制御装置に対する電源の起動、終了時間を、各ディスプレイ毎に設定することにより、電源ON/OFFの自動運用ができること。		
3.19.4. ハードウェア			
3.19.4.1. 診察表示盤制御装置			
1	台数は57台とする。(予備機2台を含む)		
2	セットトップボックス(小型パソコン)であること。		
3	導入ハードウェアについては、動作保証確認済みのスペックのものを提案すること。		
3.19.4.2. 継続利用機器(表示用大型・小型モニター)			
1	以下、装置は継続利用すること。 継続利用できない場合は本調達で更新提案を行うこと。 なお、更新提案を行う場合、既設との入れ替えを前提とする。 診察外待ち表示盤 42型LCD装置 型名:PN-U423 9台 シャープ製 診察外待ち表示盤 42型LCD装置 型名:BDL4260EL 1台 三菱電気製 診察室表示盤機器 17型LCD装置 型名:RDT1713LM 39台 三菱電機製 診察室表示盤機器 17型LCD装置 型名:VL-17BSE 4台 富士通製		
3.20 会計表示盤システム			
3.20.1. 基本要件			
1	外来患者に対して会計順番表示を行なうシステムであること。 このシステムは「大型液晶ディスプレイ」「表示制御装置」「会計順番管理端末」をLAN配線により構成し、医事会計システムと連携し、会計番号データを受信し表示を行う。 なお、会計の番号を後発番で行う場合、「番号発券機」「番号発券制御装置」「番号発券管理端末」をLAN配線により構成し、番号発券機より会計番号票を発券すること。 また、会計表示盤に院内のお知らせや休診案内等の案内を、会計順番管理端末にて作成することができること。		
2	医事会計システムと連携し、計算済み患者情報の番号データを受信することにより、チャイム音と同時に番号を表示し、支払待ち患者様を窓口にお呼出しできること。		
3	医事会計システムと連携し、支払い済み患者情報の番号データを受信することにより、番号を自動で消去できること。		
4	新規の番号が表示されたときは拡大表示・点滅文字とチャイム音によって患者にお知らせできること。		

5	計算済み患者の番号が1画面(20~30名)に表示しきれなくなったら、2画面3画面・・・と自動的に切り替えて表示すること。		
6	番号はソートされて表示できること。		
7	会計順番管理端末のキーボード等により番号を任意に画面から削除又は表示することが可能な機能を有すること。		
8	任意に設定した時間を経過した番号について、自動的に画面から番号を消去する機能を有すること。		
9	任意に設定及び指定したテロップを画面下部に表示することが可能なこと。		
10	任意のインフォメーションを設定した時間に自動的に表示することが可能なこと。		
3.20.2. メンテナンス			
1	会計順番管理端末にて任意に設定したインフォメーション(静止画、テロップ)の閲覧表示及び編集が可能であること。		
2	インフォメーションの内容がドラッグ&ドロップなどパワーポイントに類似した操作性で設定可能であること。		
3	編集したインフォメーションは、会計順番管理端末でプレビュー表示が可能であること。		
4	インフォメーション画面作成する上で必要な壁紙画像、イラストなどが100種以上用意可能であること。また、当院でよく使用する画面がテンプレートとして提供できること。		
5	臨時インフォメーションが簡単な操作で表示可能であること。		
6	画面構成のレイアウト・文字・色彩等柔軟に病院の要望に対応可能であること。		
7	表示内容は時間帯により予め設定したインフォメーション内容を表示可能であること。		
8	インフォメーション画面を複数組み合わせることにより一つの表示パターンを構成し、スライドショーとして作成可能であること。		
9	画面切替表示時は4種類以上の画面効果をもって表示が可能であること。		
10	表示パターンは100種類以上作成し登録することが可能であること。		
11	各ディスプレイに表示するパターンは曜日毎に表示する内容を設定することが可能であること。		
12	各ディスプレイに表示するパターンは曜日毎とは別に、3ヶ月先までの特定日の表示内容を設定することが可能で、本指定がある場合はこれを優先すること。		
13	各ディスプレイの表示制御装置が正常に動作しているか、非起動状態かをモニタリングできる機能を有していること。		
3.20.3. ハードウェア			
3.20.3.1.会計番号発券機能			
1	発券番号方法は後発番とし、発券方法は、IDカードのスキナ読取若しくはバーコードスキナ読取りできること。		
2	番号は当日のみ有効とすること。		
3	患者番号から発券した番号の照会ができること。		
4	会計窓口で番号発券機に診察券を通すと、発券し、患者番号と発券した番号とが自動で紐つけられること。		

5	請求金額が確定した場合にその番号が会計表示システムに表示され、患者が自動精算機又は会計窓口で支払いを済ませることができること。		
6	支払が完了した患者番号は、清算済情報を受け取ることで自動的に表示盤より消去されること。		
3.20.3.2.会計入力用パソコン			
1	台数は1台とする。		
2	導入ハードウェアについては、動作保証確認済みのスペックのものを提案すること。		
3.20.3.3.会計表示盤制御装置			
1	台数は1台とする。		
2	導入ハードウェアについては、動作保証確認済みのスペックのものを提案すること。		
3.20.3.4.継続利用機器（表示用大型モニタ、会計発券機器）			
1	以下、装置は継続利用すること。 継続利用できない場合は本調達で更新提案を行うこと。 なお、更新提案を行う場合、既設との入れ替えを前提とする。 大型液晶ディスプレイ（55インチ）型名：PN-U553 1台 シャープ製 大型液晶ディスプレイ（55インチ）型名：55BDL3550Q 1台 PHILIPS製 会計発券管理端末 型名：FMVD47004 富士通製 1台 カラー液晶ディスプレイ17型 型名：VL-17ASELN 1台 番号発券端末 型名：FMVD47004 3台 カラー液晶ディスプレイ17型 型名：VL-17ASELN 3台 バーコードリーダー 型名：FMV-BCR214 1台 サーマルプリンター 型名：TMT90U141 2台 サーマルプリンター 型名：TM902UD141 1台		