

## 医療情報システムの要求事項

- ・本資料は、事業者が医療情報システムの提案を行うにあたっての参考資料である。
- ・本資料は、現時点で想定している市の医療情報システムへの要求事項を、部門ごとに羅列したものであり、システム化にあたっては事業者による機能の整理・インテグレートが必要である。
- ・事業者は、契約締結後、本資料および提案書をもとに市とともに、医療情報システム要求仕様書を作成するものとする。

# 目 次

- ・ソフトウェア
- 1. 診療系システム
  - 1.1 基幹システム
    - 1.1.1 電子カルテシステム
    - 1.1.2 オーダリングシステム
    - 1.1.3 看護支援システム
    - 1.1.4 医事会計システム
    - 1.1.5 クリニカルパスシステム
    - 1.1.6 病床一元管理システム
  - 1.2 部門システム
    - 1.2.1 放射線部門システム
      - 1.2.1.1 放射線情報管理システム
      - 1.2.1.2 放射線レポートシステム
      - 1.2.1.3 画像情報システム(PACS)
      - 1.2.1.4 放射線治療部門システム
    - 1.2.2 がん治療支援システム
    - 1.2.3 検査部門システム
      - 1.2.3.1 検体検査システム
      - 1.2.3.2 細菌検査システム
      - 1.2.3.3 生理検査システム
      - 1.2.3.4 輸血部門システム
      - 1.2.3.5 病理検査システム
    - 1.2.4 内視鏡検査部門システム
    - 1.2.5 眼科ファイリングシステム
    - 1.2.6 耳鼻科ファイリングシステム
    - 1.2.7 歯科ファイリングシステム
    - 1.2.8 薬剤部門システム
    - 1.2.9 救急部門システム
    - 1.2.10 手術部門システム
    - 1.2.11 手術部門映像配信システム
    - 1.2.12 重症患者監視システム
    - 1.2.13 周産期部門システム
      - 1.2.13.1 分娩管理システム
      - 1.2.13.2 新生児管理システム
    - 1.2.14 リハビリテーション部門システム
    - 1.2.15 医療機器管理部門システム
    - 1.2.16 血液浄化部門システム
    - 1.2.17 体外循環部門システム
    - 1.2.18 栄養管理部門システム
    - 1.2.19 NST(栄養サポートチーム)支援システム
    - 1.2.20 物流管理部門システム
    - 1.2.21 医療安全管理部門システム
      - 1.2.21.1 インシデント管理システム
      - 1.2.21.2 医療事故防止・患者認証システム
    - 1.2.22 データウェアハウス(教育研究用診療情報)
    - 1.2.23 病院経営情報システム
    - 1.2.24 患者サービス部門システム
      - 1.2.24.1 携帯端末患者呼出システム
      - 1.2.24.2 患者案内表示システム
    - 1.2.25 グループウェア

# 目 次

- 2. 学術系システム
  - 2.1 電子会議システム
  - 2.2 基本ソフトウェア
- 3. 外部向情報配信システム
  - 3.1 地域医療連携システム
  - 3.2 外部用画像配信システム
  - 3.3 外部用検査データ配信システム
  - 3.4 ベッドサイド端末システム
    - 3.4.1 ベッドサイド端末情報配信システム
    - 3.4.2 ベッドサイド端末サービスシステム

## ．ハードウェア

- 1. ハードウェア基本要件

## ．ネットワーク

- 1. ネットワーク基本要件

## ．システム構成図・連携図

- 1. システム構成図
- 2. システム連携図

ソフトウェア				
1 診療系システム				
1.1 基幹システム				
1.1.1 電子カルテシステム				
分類		機能要件		
1		基本要件		
			1	マウスおよ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。
			2	参照キーやコンボボックスなどによるヘルプ機能を有し、容易なコード入力/選択入力が可能なこと。検索時には項目のスクロール表示が可能なこと。
			3	カレンダー表示による入力、照会支援機能を有していること。
			4	医事会計システムで入力された患者基本情報の利用が可能なこと。
			5	電子カルテシステムと医事会計システムは、オーダデータの連携も含めて密接に連携すること。
			6	診断書、紹介状等の患者属性欄には、患者基本情報が連携され自動的に入力されること。
			7	病院内各部門で発生する情報について、ユーザフレンドリーな操作性により発生源入力されたデータを集中管理し、かつ、診療支援機能をもつどの端末でも即時に利用可能であること。
			8	診療の状況に応じた情報が閲覧できる設計であること。
			9	電子カルテを含む診療支援システムは基本的に24時間運転が可能なこと。
			10	レスポンスタイム(処理応答時間)は、ピーク時においても支障がないようにすること。
			11	ハード、ソフトの迅速なサポートができるように遠隔保守が可能であること。
			12	導入システムは診療情報の開示やリスク要因の解析、外部評価に耐えられるデータの蓄積、抽出、再利用を前提とした構成であること。
			13	診療情報の電子保存に関するガイドラインに対応すると共に、情報開示と情報のセキュリティ、個人情報保護に対応したシステム構成であること。
			14	画面の文字の大きさや色など適切な範囲でカスタマイズできること。
			15	画面上に展開されるウィンドウの位置等が、操作者ごとに任意に設定できること。
			16	各システムで集計、出力されるデータは、Microsoft Excel等で扱えるファイル(CSV等)へエクスポートできること。
			17	病院固有の休日(年末年始、創立記念日等)が設定可能なこと。
			a	操作者認証
			a - 1	生体認証、カード認証、ID、パスワードを組み合わせ、セキュリティを確保したログインが出来ること。
			a - 2	各画面にログオンした職員の氏名が表示出来ること。
			a - 3	操作者がログオフを忘れた場合、一定時間経過後に操作不可の状態とできること。再度IDとパスワードを入力することなどで操作できること。("一定時間"の長さは調整できること)
			a - 4	一定期間経過後にパスワードを変更していない操作者に対して、変更するようにメッセージを出すこと。("一定期間"の長さは調整できること)
			a - 5	操作者によって情報へのアクセスレベルが設定可能なこと。
			b	眼科関連基本要件
			b - 1	診療中に診察室内で発生する検査データや所見を入力するために移動することなく速やかに入力可能であること。
			b - 2	眼科電子カルテとして独立したのではなく、病院電子カルテの一部として要求仕様を満たすこと。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		b - 3	検査結果が看護師、視能訓練士、医師と複数の職種から発生するため検査毎の使用者権限の設定が可能であること。
		b - 4	眼科診療を行う場所(外来、病棟、手術室、特殊検査室など)で全てのデータを閲覧できること
		b - 5	検査 診察 検査 診察という同一患者で同一日に複数回の検査・診察を行う運用に対応できること。
		b - 6	過去の検査データを既存のカルテから抽出しファイリングできること。
		b - 7	初診外来と再診外来を独立して診察を行う運用に対応できること。
2	標準化対応	1	HL7、MML/CLAIM、DICOM等、標準的な仕様でオーダ情報、検査結果等の送信、受信の双方向通信が行えること。
3	患者情報管理		
3 - 1	外来患者情報管理	a	一覧表示(全外来患者)
		a - 1	全外来患者が一覧表示できること。
		a - 2	外来受付および当日予約、外来予約患者を識別表示できること。
		a - 3	外来患者の各種情報が一覧表示されること。また、各項目で患者検索が行えること。 (例) 患者ID、患者カナ氏名、性別、生年月日、入退院、診療科、病名、受付状況(未受付、受付中、診察待ち、診察中、検査待ち、会計済等)
		a - 4	患者一覧の内容を並び替えて表示できること(入院順など、項目で並び替える)。
		a - 5	患者の呼び出し状況を識別表示(済、未済など)できること。
		a - 6	患者名は通常漢字にて表示し、必要に応じてカナ表示できること。
		a - 7	同姓同名の患者は色分け表示するなど、識別表示できること。
		a - 8	緊急の検査や、患者の具合の状態など、優先度が分かる表示ができること。
		a - 9	受け付けた外来患者を、担当医ごとに振り分けることができること。
		a - 10	選択した患者の診療録の参照及び、以前の診療録が容易に検索、参照できること。
		a - 11	選択した患者が受けた、過去の検査記録が容易に検索できること。
		a - 12	選択した患者の詳細情報が表示できること。 (例) 予約時間、受付時刻、患者氏名、年齢、性別、患者ID、併科受診情報、診察前検査情報、検査結果到着情報(検査帰り情報)、初再診区分、コメント、診察患者数、診察待ち患者数、外来患者呼び出し状況、紹介患者識別情報
		a - 13	検査後診療のある患者の保留機能を有し、識別表示できること。
		a - 14	検査帰り情報の登録が行えること。
		a - 15	担当医師への連絡が必要な場合には、定型コメントやフリーコメント入力ができること。
		a - 16	代診(医師振り替え)機能を有すること。
		a - 17	他科での受診状況(診療開始前～終了)表示ができること。
		a - 18	診察終了患者は非表示にできること。また、必要に応じて再表示できること。
		a - 19	診察終了ごとに最新表示できること。
		b	科別一覧表示

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		b - 1	外来患者一覧表示で、診療科別の患者が一覧表示できること。
		c	状態別一覧表示(検査状況表示)
		c - 1	外来患者一覧表示で、患者の各検査の進捗状況(オーダー中、オーダー済、実施、中止)別、または全ての状況表示ができること。
		d	担当医別一覧表示
		d - 1	外来患者一覧表示で、担当医師別の患者が一覧表示できること。
		e	患者選択
		e - 1	患者選択により患者基本情報画面、診療画面に展開できること。
		f	眼科関係診療支援機能
		f - 1	眼科に関連した項目のみを抜き出し、予め決めた順番で表示できること。
		f - 2	入力データを全科カルテに表示する際の、表示方法・表示順序が、日本眼科学会答申の仕様に準拠すること。
		f - 3	患者の主疾患別に表示パターンを変更できること。
		f - 4	眼科内検査用の指示箋を発行する機能を有し、指示が電子カルテに反映・記録されること。
		f - 5	電子カルテには記録されず、処置等の伝言に使う保留カルテとしてのみ残るメモ機能を有すること。
		f - 6	最初の診察で散瞳の指示が出た場合、散瞳中であること散瞳剤点眼後どれくらい時間がたっているかを表示できること。
		f - 7	散瞳中でも必要な検査診察がある場合には散瞳待ち(検査待ち)のステータスでもステータスを変更することなく実施できること。
		f - 8	散瞳待ちとそれ以外の検査待ちとの区別が画面上で反映されること。
		f - 9	前回予約日に指示された検査項目が一覧できること。
		f - 10	予約外患者の再診で必要な検査項目の指示を出しそれを画面に反映できること。
3 - 2	入院患者情報管理	a	一覧表示(全入院患者)
		a - 1	全入院患者が一覧表示できること。
		a - 2	以下の項目が表示されること。また、以下の項目で患者検索が行えること。 病棟名、病室名、患者氏名、年齢、性別、患者ID、診療科、主治医、主病名、入院日、退院予定日
		a - 3	患者一覧の内容を並び替えて表示できること(入院順など、項目で並び替える)。
		a - 4	患者名は通常漢字にて表示し、必要に応じてカナ表示できること。
		a - 5	同姓同名の患者は色分け表示するなど、識別表示できること。
		a - 6	患者の具合の状態などが分かる表示ができること。
		a - 7	検査後診療のある患者の保留機能を有し、識別表示できること。
		a - 8	代診(医師振り替え)機能を有すること。
		a - 9	診察終了ごとに最新表示できること。
		b	科別一覧表示
		b - 1	入院患者一覧表示で、診療科別の患者が一覧表示できること。
		c	状態別一覧表示(検査状況表示)
		c - 1	入院患者一覧表示で、患者の各検査の進捗状況(オーダー中、オーダー済、実施、中止)別、または全ての状況表示ができること。
		d	担当医別一覧表示
		d - 1	入院患者一覧表示で、担当医師別の患者が一覧表示できること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		e	担当看護師別一覧表示
		e - 1	入院患者一覧表示で、担当看護師別の患者が一覧表示できること。
		f	担当薬剤師別一覧表示
		f - 1	入院患者一覧表示で、担当薬剤師別の患者が一覧表示できること。
		g	病棟病室別一覧表示
		g - 1	入院患者一覧表示で、病棟病室別の患者が一覧表示できること。
		h	患者選択
		h - 1	患者選択により患者基本情報画面、診療画面に展開できること。
3 - 3	患者検索		
		a	条件検索
		a - 1	条件に合致した患者を一覧表示できること。
		a - 2	条件入力画面では、各種条件を指定できること。また複数の条件でAND検索が可能であること。 (例) 患者ID、氏名、カナ氏名(あいまい検索を可能とする)、性別、生年月日、外来、入院区分病名、外来日、入院日、退院日
		a - 3	検索結果一覧は、必要に応じて印刷及びCSV出力が可能なこと。
4	患者基本情報		
		a	基本属性
		a - 1	患者の基本属性が表示できること。
		a - 2	一画面に表示できない場合は、必要に応じて情報をカテゴリ分けし、切り替え表示ができること。
		a - 3	基本属性画面から問診、所見情報、初診時記録、入院時記録、外来受診、入院履歴参照の各情報が表示できること。
		a - 4	病名やアレルギー、禁忌薬や副作用については、それぞれ詳細情報(薬剤情報など)が参照できること。
		a - 5	宗教的、文化的、その他個別に希望、優先すべき情報があれば家族の条件等も含め、これを把握できること。
		a - 6	スキャナから取り込んだ書類がある場合は、書類のサムネイルを表示できること。
		a - 7	保険情報は、医事課と連動した情報が表示されること。 (例) 被保険者氏名、資格取得年月日、交付年月日、保険番号等
		a - 8	別画面表示として感染症情報と予防接種と罹患の有無、障害情報の有無が参照できること。
		a - 9	入院患者については、医師による面会謝絶、患者による面会拒否がある場合、それが分かる表示であること。
		b	問診、所見
		b - 1	問診情報、所見情報の参照が行えること。
		b - 2	全科共通及び診療科別に問診情報を参照できること。
		c	初診時記録
		c - 1	初診時の記録が参照できること。
		d	入院時記録
		d - 1	入院時の記録が参照できること。
		e	外来受診、入院歴参照
		e - 1	外来受診および入院歴の参照ができること。
		e - 2	退院日を選択することで、退院サマリを表示できること。
		e - 3	検査記録を同時に表示できること。
		e - 4	検査記録を選択することで検査結果が参照できること。
		e - 5	病名を選択することで病名の詳細情報が参照できること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		e - 6	必要な書類をスキャナから取り込むことが可能であること。
		e - 7	画像には任意のファイル名を入力できること。
		e - 8	取り込んだ画像は患者情報と紐付けされること。
		e - 9	取り込んだ職員の情報が保持できること。
5	病名情報管理		
		1	病名の登録と病歴、DPCに関する管理を行えること。
	5 - 1 病名登録		
		1	病名の登録とサマリの検索、表示が行えること。
		a	病名登録、変更(ICD-10)
		a - 1	病名入力時に、病名に付随する各種情報を入力できること。また、マスタで登録済みの項目については選択入力できること。 (例) 病名、病名区分(診断病名、社会保険病名等)、主病名指定、開始/終了日、転帰情報、入外区分、接頭語(部位等)及び接尾語(疑い等)
		a - 2	登録病名の中からカナ検索及び略称検索できること。
		a - 3	病名の部分一致検索できること。
		a - 4	病名のテキスト入力ができること。また、テキスト入力した病名は、識別表示できること。
		a - 5	開始日、終了日はカレンダーを入力当日でデフォルト表示できること。また、デフォルトは必要に応じて変更できること。
		a - 6	開始日、終了日は和暦の表示選択ができること。
		a - 7	医事病名と診断病名との識別ができること。
		a - 8	歯科口腔外科の病名入力容易にできること。
		a - 9	病名一覧表示から科別に変更入力できること。
		a - 10	診断病名の変更は医師の権限のみで行えるようにセキュリティを確立していること。
		a - 11	ICD-10でマスタ登録ができること。ICDコード分類されていること。
		a - 12	医師ごと、診療科ごとに、使用頻度の高い病名をセット登録できること。略称登録もできること。
		a - 13	DPCに対応した情報登録ができること(主病名、副病名など病名の種類を登録できること)。
		a - 14	医事会計システムで登録した病名を取り込み、電子カルテシステムで登録した病名と分けて表示できること。
		a - 15	頻用病名を階層化してセット登録できること。
		b	病名検索、一覧表示
		b - 1	各種条件を設定して、登録病名一覧表が表示できること。 (例) ICD-10コード、病名、診療科、開始/終了日、転帰情報、主病名区分、入院/外来区分
		b - 2	病名一覧表は、ICD-10コード順、病名順等で並び替え表示ができること。
		b - 3	全科、自科病名の切り替え表示ができること。
		b - 4	期間指定による病名表示ができること。
		b - 5	アクティブ病名のみ選択表示できること。
		c	サマリ検索、表示
		c - 1	各種条件を設定し、サマリの検索、表示が出来ること。指定された複数の条件でAND検索されること。 (例) ICD-10コード、病名、キーワード
	5 - 2 病歴管理		

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
			1 診療記録を疾病別にコード化し、医学教育、研究、調査に資する統計、分析が行えること。
		a	コーディング支援
		a - 1	疾病分類(ICD-10コード)、手術、処置分類(ICD-9-CMまたはKコード)による疾病、手術分類ができること。
		a - 2	病歴情報に各種補足情報が付与できること。 (例) 登録医師情報、診療科コード、レセプト出力可否のフラグ、主病名、合併症、ムンテラ病名、保険病名の区分、自費/継続区分、疑い病名のフラグ、病名告知区分
		a - 3	疾病群または特定疾患の患者群に対する、適切な検査や治療に関する管理、支援が行えること。
		a - 4	病名はツリービュー(分類ごとに階層的に表示)検索またはカナ検索(曖昧)ができること。
		b	DPC傷病名入力、修正
		b - 1	DPC傷病名の登録、修正が行えること。
		c	診療行為入力、修正
		c - 1	患者ID、入退院日、疾病名、疾病分類番号、手術術式、手術分類番号等を入力できること。
		c - 2	手術、処置マスタとしてICD-9CM、疾病分類マスタとしてICD-10が参照できること。
		d	DPCコード登録、変更
		d - 1	DPCコーディングが可能であること。
		d - 2	DPC対象の患者を診療科、入退院日、主治医、担当医、DPCコード付加状況を指定して検索できること。
		d - 3	複数の候補病名によるDPCコーディングを比較しながら、在院日数、包括点数、退院日までの包括点数、手術点数等を参考にしながら、適正なDPCコードを選択できること。
		d - 4	ICD-10、Kコード、診療情報、補助療法をもとに、条件を変更、比較しながらコーディングできること。
		d - 5	DPC登録データ間の不整合を一括チェックできること。
		e	病歴検索、集計、分析
		e - 1	過去の疾病、手術歴などの情報が、診療や研究等の資料として即座に検索できること。
		e - 2	病名や死因、術式から、患者の抽出、絞り込みができること。
		e - 3	病名の曖昧検索から曖昧統計が可能であること。
		e - 4	主訴、検査結果等から、病名の候補を表示できること。
		e - 5	患者の基本情報の集計や、年齢分布表、地域分布表などの出力が可能なこと。 (例) 退院患者数一覧、退院患者地域別分類表、科別/医師別退院数、患者延べ数一覧、男女別/年齢階層別分布表、死亡退院患者分類表、退院患者平均在院日数表、医師別受け持ち患者数一覧
		e - 6	診療録管理体制加算の申請に必要な各種統計資料が作成できること。
6	診療録管理		
	6 - 1 診療録		
		a	診療録の入力
		a - 1	入力されたアセスメント情報等のデータから、考慮すべき点についての情報を提示できること。
		a - 2	アセスメント情報を入力する際、既存するデータとの比較を行い、特に注意すべき点があればその情報の表示を行えること。
		a - 3	2号用紙イメージで、SOAP(主訴、所見、オーダ情報)が同一画面上で記録、表示できること。
		a - 4	一人の患者の診療録に対して、複数のアクセスが可能であること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		a - 5	以下の情報が医師により入力できること。 所見、症状、今までの経過、病名、ICD及び治療病名、関連病名、推定原因、観察記述項目(検査結果、処方箋入力等含む)、定型コメント、フリーコメント
		a - 6	ICD入力により病名が入る、または選択できること。関連病名が自動的に入力できること。
		a - 7	スキャナやデジタルカメラによる画像の貼り付けが可能なこと。
		a - 8	診療記録に貼り付けたい画像を条件指定で絞込み表示できること。
		a - 9	編集中の診療記録へ貼り付けた画像は、自由にコメントを書き込めること。
		a - 10	入力方法は下記から自由に選択できること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
		a - 11	テンプレートは自由に編集、改訂できるように、作成ツールを提供できること。
		a - 12	作成したテンプレートは任意のグループで共有できること。 必要に応じて医師毎に作成し、使用することができること。
		a - 13	定型文は必要に応じて科毎、医師毎に作成でき、階層的に管理できること。
		a - 14	すべてのテンプレート、シェーマ、定型文の中から、必要に応じて医師別セットへの登録が行えること。
		a - 15	クリニカルパスと連動し、利用できること。
		a - 16	診療録の編集に、過去のオーダ情報や診療記録、検査結果から、任意の情報を簡単な操作で貼り付けできること。
		a - 17	オーダ情報は診療録の一部として登録が可能なこと。また、データは一元的に管理されること。
		a - 18	手術部門、救急部門、中央治療部門などにおいて、音声入力、紙カルテのスキャナ取込み、OCR入力、緊急入力画面など、できるだけ簡便な方法で記録が入力できること。
		a - 19	スキャナ取込み用の管理情報(バーコード等による)を付加したカルテ記載用紙の出力ができること。 また、スキャナ読み取り時には、この管理情報により自動的に分類が行われ、保存が行われること。(一括読み取り、一括保存が可能であること。)
		b	プロブレム
		b - 1	プロブレムリストを作成できること。
		b - 2	プロブレムリストには以下の項目を登録できること。 主病名、慢性病名、治療病名、看護診断名
		b - 3	守秘病名、うたがいが病名の設定ができること。
		b - 4	病名にフリーコメントが追加できること。
		b - 5	プロブレム登録ができること。
		b - 6	プロブレムリストの一覧表が作成、出力できること。
		b - 7	科別、医師別、頻用プロブレムが選択できること。
		b - 8	過去プロブレムが参照できること。
		b - 9	キーワード検索、目次検索ができること。
		c	登録(一時終了、確定終了)
		c - 1	診療録を入力後、終了項目を選択することで入力内容が保存され、オーダ内容を関連部門へ送信できること。
		c - 2	保存後は患者選択画面に戻る。
		c - 3	診療の途中で診療録の内容を一時的に保存(=一時終了)でき、その情報を表示、識別できること。
		c - 4	一時終了状態であることが、患者選択画面でわかること。
		c - 5	一時的に保存した診療録を診療の終了時に確定(=確定終了)できること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		c - 6	入力した診療録を保存せずに内容を破棄し、患者選択画面に戻ることができること。
		c - 7	保存時に以下の内容も保存できること。 保存した利用者名、保存日時、保存回数(版数)
		d	条件検索、修正、削除
		d - 1	条件を指定して診療録を検索、一覧表示できること。
		d - 2	検索時に以下の条件が指定可能であること。 日付(範囲)、担当医、主治医、記録者、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		d - 3	診療録を選択することで診療録の修正と削除を行うことができること。
		d - 4	診療録確定後の変更は、修正削除履歴を入れることができること。また、その情報の表示、非表示を選択できること。
		e	診療経過記録の参照
		e - 1	診療経過記録が時系列に参照できること。
		e - 2	以下の条件で検索、絞り込みが可能であること。 診療期間、担当医、主治医、記録者、病名、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		f	画像編集、取り込み、レポート入力
		f - 1	画像の取り込み、保存ができること。その際、取り込み元の識別情報も含めて保存できること。
		f - 2	画像に対するレポートを登録できること。
		f - 3	取り込んだ画像のトリミングや回転、縮小拡大、明度やコントラストの調整などができること。
		f - 4	保存された画像は、作成された診療録と同時に表示が可能なこと。
		g	オーダ情報参照
		g - 1	オーダ済み、実施済みのオーダ情報が参照できること。
		g - 2	日付範囲指定でオーダを一覧表示できること。
		g - 3	オーダー一覧から選択したオーダについては、その内容を表示できること。
		h	医師退院サマリ作成
		h - 1	入力方法は下記から自由に選択できること。 テンプレート選択入力、定型文入力
		h - 2	各種情報を入力し、退院サマリを作成できること。また、オーダーリングシステム等で入力済の項目に関しては自動的に入力されること。
		h - 3	検査結果をサマリへ登録できること。
		h - 4	他の診療記録情報をコピー & ペーストで転用できること。
		h - 5	内科学会をはじめ各学会認定申請形式に合致する、または変換ができること。
		i	眼科関係診療録入力支援機能
		i - 1	眼科に関連した項目のみを抜き出し、予め決めた順番で表示できること。
		i - 2	入力データを全科カルテに表示する際の、表示方法・表示順序が、日本眼科学会答申の仕様に準拠すること。
		i - 3	患者の主疾患別に表示パターンを変更できること
		i - 4	以下の眼科入力用テンプレートを備えており、かつタッチパネルなどキーボード入力以外の入力法を確保すること 視力、眼圧、患者メガネの度数、プリズムテストの結果、中心フリッカー測定値、石原式・東医大式・SPPの色覚検査結果、眼球突出度検査結果、ヘスチャート、パネルD-15検査結果、調節力結果
		j	シェーマ用ツール
		j - 1	電子カルテの標準入力の一つとして扱い、別プログラム・描画用の別ウィンドウ等で処理しないこと
		j - 2	カルテ上のどの項目に対しても、ペン入力でき、ペン入力データをキーボード入力データと等価に扱えるようにする

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		j - 3	データ形式は、ベクトルデータを原則とし、拡大縮小が無段階でできること。
		j - 4	簡単なシェーマを書くためのシェーマツールと、詳細描画ツールが別々に用意されていること。
		j - 5	ペンで描画した個々のデータには、誰がいつどの患者のカルテに記載したかというインデックス情報を付加し、保存できること。
		j - 6	ペンタッチで画面をさわってから点が描画されるまでの時間(タッチレスポンス描画時間)が0.1秒以内であること。
		j - 7	医師毎にシェーマ登録を行えること
		j - 8	シェーマのセット登録が行えること
		j - 9	電子カルテ外からシェーマのインポートができること
		j - 10	「所見の下絵となるシェーマ」「定型的なテキスト」「検査・処置等のコストチェック」「処方内容」などを一元的にセット登録できる機能を有すること
6 - 2	検査結果参照	a	各検査結果の参照、検索、一覧表示
		a - 1	各検査結果の参照を行う。
		a - 2	実施済みの検体検査の結果を検索し、検索結果を一覧表示できること。
		a - 3	検査結果表示において、時系列表示、グラフ表示などの表示方法をユーザ側でカスタマイズできること。
		a - 4	検査項目毎に検査時投薬と薬歴の時系列表示ができること。
		b	一般検査
		b - 1	一般検査(尿、糞便、髄液、その他)の結果が参照できること。
		c	血液学検査
		c - 1	血液学検査(血液一般・形態・凝固・線溶関連、血球化学、その他)の結果が参照できること。
		d	生化学検査
		d - 1	生化学検査(蛋白・膠質反応、酵素、低分子窒素化合物、糖質、有機酸、電解質、薬物、その他)の結果が参照できること。
		e	内分泌学的検査
		e - 1	内分泌学的検査(視床下部・下垂体ホルモン、甲状腺ホルモン、その他)の結果が参照できること。
		f	免疫学的検査
		f - 1	免疫学的検査(免疫グロブリン、補体、血漿タンパク、感染症、その他)の結果が参照できること。
		g	微生物学的検査
		g - 1	微生物学的検査(培養同定、薬剤感受性、その他)の結果が参照できること。
		h	病理学的検査
		h - 1	病理学的検査(細胞診、病理組織、電子顕微鏡、その他)の結果が参照できること。
		i	その他検体検査
		i - 1	その他検体検査(負荷試験・機能検査、遺伝子関連、その他)の結果が参照できること。
		j	生理機能検査
		j - 1	生理機能検査(循環器機能、脳・神経機能、呼吸機能、前庭・聴力、眼科関連、超音波、その他)の結果が参照できること。
		k	放射線検査
		k - 1	画像オーダの結果として、放射線画像参照システムから送信された画像データを表示できること。
		k - 2	検査日指定で検査結果(画像)及び読影レポートが表示できること。
		k - 3	放射線部門からのコメント情報を表示できること。
		l	内視鏡検査
		l - 1	内視鏡検査の結果が参照できること。
		m	検査結果評価、通知

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		m - 1	検査データの正常値、異常値が自動的に表示され、一目でわかるような工夫がされていること。
		m - 2	結果に対する評価が行えること。
6 - 3	看護記録参照		
		1	看護支援(後述)で入力された記録を検索、参照できること。
		a	看護記録参照
		a - 1	看護記録が参照できること。
		a - 2	条件を指定して看護記録を検索、一覧表示できること。検索時に以下の条件が指定可能であること。
		a - 3	日付(範囲)、担当看護師、キーワード指定された条件でAND検索されること。
		b	実施情報参照
		b - 1	実施情報が参照できること。
		b - 2	条件を指定して実施情報を検索、一覧表示できること。
		b - 3	検索時に以下の条件が指定可能であること。 実施日付(範囲)、実施時間(範囲)、用法、手技、薬品名、担当看護師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		c	看護サマリ参照
		c - 1	看護サマリが参照できること。
		c - 2	サマリの記録者が表示されること。
		d	熱計表参照
		d - 1	熱計表が参照できること。
		d - 2	条件を指定して熱計表を時系列表示できること。
		d - 3	表示項目はユーザ側で自由に並べ替え、追加、変更ができること。
		d - 4	1日単位、1週間単位での表示切り替えができること。
		d - 5	検索時に以下の条件が指定可能であること。 日付、時間(範囲) 指定された条件でAND検索されること。
6 - 4	諸記録		
		1	指導記録や手術記録の参照、印刷が行えること。
		a	服薬指導記録
		a - 1	服薬指導の実施記録を参照、印刷できること。
		a - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。また、指定された条件でAND検索されること。 (例) 日付(範囲)、担当医、担当薬剤師、キーワード
		b	リハビリ実施記録
		b - 1	リハビリ指導の実施記録を参照、印刷できること。
		b - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当療法士、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		c	栄養指導記録
		c - 1	栄養指導の実施記録を参照、印刷できること。
		c - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当栄養士、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		d	手術記録
		d - 1	手術記録を参照、印刷できること。
		d - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、執刀医、術式、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		e	麻酔記録
		e - 1	麻酔記録を参照、印刷できること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
			e - 2 以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当麻酔医、麻酔区分 指定された条件でAND検索されること。
		f	透析記録
		f - 1	透析記録を参照、印刷できること。
		f - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当看護師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		g	福祉相談記録
		g - 1	福祉相談記録を参照、印刷できること。
		g - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、地域連携室担当者、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		h	分娩記録
		h - 1	分娩経過図、助産録、分娩録、分娩台帳、分娩統計、新生 児台帳、新生児情報連絡書などが参照・印刷できること。
		h - 2	分娩監視装置及び胎児監視装置の情報が参照・印刷でき ること。
		h - 3	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当看護師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		h	新生児記録
		h - 1	新生児生体監視装置の情報が参照・印刷できること。
		h - 2	新生児の各種記録が参照・印刷できること。
		h - 3	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当看護師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		i	重症患者記録(救急部、中央治療部、病棟)
		i - 1	重症患者生体監視装置の情報が参照・印刷できること。
		i - 2	重症患者の各種記録が参照・印刷できること。
		i - 3	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当看護師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
		j	放射線治療記録
		j - 1	放射線治療記録の情報が参照・印刷できること。
		j - 2	以下の情報をキーにして検索、一覧表示ができること。 日付(範囲)、担当医、担当技師、キーワード 指定された条件でAND検索されること。
7	文書作成		
	7 - 1 診断書		
		1	診断書を作成、出力できること。
		a	診断書
		a - 1	診断書を作成、編集できること。必要に応じて出力可能であ ること。
		a - 2	以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
		a - 3	各種診断書が作成、出力できること。 (例) 診断書(生存中)、出生証明書、死産証明、死亡診断書、死 体検案書、死胎検案書
	7 - 2 紹介状		
		1	紹介状を作成、出力、管理できること。
		a	診療情報提供
		a - 1	紹介状を作成、編集、出力が可能であること。
		a - 2	必要に応じて紹介先に対して、メールでの送信が簡便に行 えること。(メール送信は、外部向情報配信ネットワークにて 行う。)

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		a - 3	以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
		b	紹介状管理
		b - 1	紹介状の受け取り、返事などのやりとりの履歴が管理できること。
		b - 2	紹介状のやりとりの履歴として、以下の情報が管理できること。 (例) 記録者、受け取りまたは送付日付、受け取りまたは送付先 連携医療機関情報、担当科、担当者、報告書(中間、退院、死亡)の受け取りまたは送付日付
		b - 3	連携医療機関の登録、検索、参照が可能であること。
		b - 4	紹介実績の統計資料などを作成できること。
	7 - 3		計画書
		1	治療計画書、療養計画書の作成、出力できること。
		a	入院治療計画書
		a - 1	入院患者向けの治療計画書を作成、編集、出力できること。
		a - 2	以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
		a - 3	以下の情報が含まれること。 パス名、病名、患者氏名、入院日、日付、経過、食事、安静度、排泄、清潔、治療・処置(検査含む)、内服・点滴、注意事項、診療科、担当医説明・指導内容、合併症、
		a - 4	簡略された記号での記載ではなく、患者が理解できる記載ができること。
		a - 5	治療計画の変更があった場合には、計画書を修正できること。
		b	退院療養計画書
		b - 1	退院予定患者向けの退院後の療養計画書を作成できること。
		b - 2	退院予定患者向けの療養計画書を出力できること。
		b - 3	以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
		b - 4	療養計画書に各種項目を設定できること。 (例) 治療計画、療養上の留意点、必要となる保健医療サービスまたは福祉サービス
	7 - 4		証明書
		1	各種の同意書、承諾書が作成、出力できること。
		a	同意書、承諾書
		a - 1	各種同意書(承諾書)の作成、編集ができること。 (例) 手術内容説明、承諾書 輸血に関する説明と同意書 内視鏡検査、治療に関するもの ・気管支内視鏡検査説明書、承諾書 ・上部消化管内視鏡検査説明書、承諾書 ・大腸内視鏡検査説明書、承諾書 ・人間ドック用上部消化管内視鏡検査説明書 ・内視鏡治療、特殊検査説明書、承諾書 造影剤を使用する検査に関するもの ・検査における造影剤投与の説明と同意書 研究協力依頼のための説明と同意書
		a - 1	各種同意書(承諾書)の作成、編集は、キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力が可能であること。
	7 - 5		インフォームドコンセント
		1	インフォームドコンセントに活用できるレポートの作成、提供ができること。患者や家族、その他の関係者の意思によって実際に提供できること。
		a	登録、参照

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
		a - 1	以下の目的に対して、患者が十分に理解できる情報を参照できること。 1)診断結果に基づいた現在の病状について 2)治療方法を決定するために必要な検査、処置の内容と、その検査、処置自体が引き起こす不利益について 3)治療の危険性と成果を得る確率について 4)その治療法以外に取り得る治療法について 5)あらゆる治療を拒否した場合どうなるのかについて
		b	治療計画
		b - 1	治療計画を登録できること。
		b - 2	作成した治療計画書が印刷できること。
		b - 3	パスの引用ができること。
		c	治療実績
		c - 1	治療実績を参照、印刷できること。
		d	投薬予定、副作用
		d - 1	薬の投薬予定表が参照、印刷できること。
		d - 2	使用される薬品の医薬品情報(効能効果、副作用、禁忌、注意事項など)が参照、印刷できること。
		e	服薬記録
		e - 1	実際に服用した服薬履歴を参照、印刷できること。
		e - 2	日付(範囲)をキーにして検索、一覧表示ができること。
		f	検体検査結果報告
		f - 1	患者向けの検体検査結果報告書を作成、参照、印刷できること。
		g	画像検査結果報告
		g - 1	患者向けの画像検査結果報告書を作成、参照、印刷できること。
		h	退院後指導
		h - 1	退院後の診療計画書を作成、参照、印刷できること。
		i	患者説明用印刷
		i - 1	患者へ説明するための書式、内容で印刷が行えること。
		j	同意確認支援
		j - 1	患者の同意を得るための支援が行えること。
		k	書類取り込み(スキャナ)
		k - 1	必要な書類をスキャナから取り込むことが可能であること。
		k - 2	取り込んだ書類には任意のファイル名を入力できること。
8	情報検索、活用	1	薬品情報と使用状況に関するデータを検索できること。また、必要に応じて印刷できること。
	8 - 1 医薬品情報	1	指定薬品の医薬品情報を検索できること。
		a	DI検索
		a - 1	検索する医薬品は、名称や厚生省コード、キーワード、禁忌情報、副作用情報、ロット番号、薬効一覧からの選択などにより検索でき、検索結果が一覧表示されること。
		a - 2	名称や厚生省コード、キーワードについては、あいまい検索が可能であること。
		a - 3	医薬品を選択後に、医薬品情報が参照、出力できること。
		a - 4	医薬品情報表示時に、キーワードによる文面検索が可能であること。
		a - 5	該当した文面が強調表示されること。また、当該キーワードの次検索、前検索ができること。
		a - 6	指定薬品の使用状況を検索できること。
		b	使用状況検索

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
			b - 1 検索する医薬品は、名称や厚生省コード、キーワード、禁忌情報、副作用情報、ロット番号、薬効一覧からの選択などにより検索でき、検索結果が一覧表示されること。名称や厚生省コード、キーワードについては、あいまい検索が可能であること。
			b - 2 医薬品を選択後に使用期間(開始終了日付)を指定して、医薬品使用状況一覧が参照、出力できること。
			b - 3 一覧表には以下の項目が含まれること 薬品名(血液製剤はロット番号含む)、検索期間(日付)、病棟・病室、患者ID、氏名、生年月日、状態(入院退院等)、投与量
9	診療記録監査		
	9 - 1 チーム医療監査		
		1	患者中心のチーム医療を目的として、各種医療従事者のオーダや診療記録の情報を共有し、適切な治療方針、治療計画、実施を支援できること。また、相互監査により情報連携ミスや判断ミスなど早期に発見できる機能を有すること。
		a	監査用ビューの表示
		a - 1	操作者権限をチェックし、医療従事者であることと、その職種を認識できること。
		a - 2	個々の患者の治療過程を医療従事者の専門領域に重点をおきながら、他の関連領域の医療行為を監査することを支援できること。
		a - 3	患者のADL情報の把握ができ、治療の開始から原因追求、治療計画、治療の実施(手術)、軽快・完治までの時間軸上で、各アクションプランがSOAPで記述、確認(View)できること。
		b	監査実施
		b - 1	操作者権限をチェックし医療従事者であることとその職種を認識できること。
		b - 2	担当患者を患者ID、診療科、病棟などの条件で指定できること。
		b - 3	監査結果を通知できること。また、治療方針について検討するための支援機能を提供できること。
	9 - 2 診療録監査(監査表評価)		
		1	基準化された診療記録の監査表をもとに監査ができること。
		a	目標作成
		a - 1	基準化された診療記録の監査表が作成できること。
		b	比較、監査
		b - 1	監査票に対する監査結果を入力できること。
		c	評価、修正
		c - 1	監査表に対する監査実施結果の評価ができること。
	9 - 3 治療、ケア過程(患者変化)の監査		
		1	基準化された治療、ケアの目標をもとに監査ができること。
		a	目標作成
		a - 1	基準化された治療、ケアの目標が作成できること。
		a - 2	目標に対する治療、ケアの結果を入力できること。
		a - 3	患者の変化が分かるような入力ができること。
		a - 4	目標の達成度の評価、治療、ケアの適否が判断できること。
		a - 5	判断のための必要な情報収集ができること。
		a - 6	アセスメントや診断が的確か、実践可能な計画に基づいて実施されているかなどが評価できること。
		b	比較、監査
		b - 1	目標に対する治療、ケアの結果を入力できること。
		b - 2	患者の変化が分かるような入力ができること。
		c	評価、修正
		c - 1	目標の達成度の評価、治療、ケアの適否が判断できること。
		c - 2	判断のための必要な情報収集ができること。

1.1.1 電子カルテシステム			
分類		機能要件	
			c - 3 アセスメントや診断が的確か、実践可能な計画に基づいて実施されているかなどが評価できること。
9 - 4	治療、ケア結果(病院全体)		1 病院全体としての医療の質が判断、評価できるための情報が収集、管理できること。
		a	目標作成
		a - 1	病院としての、質の保障のための基準を作成できること。
		b	比較、監査
		b - 1	設定した基準に対する治療、ケアの結果を入力できること。
		b - 2	成果や結果が分かるような入力ができること。
		c	評価、修正
		c - 1	基準に合った治療やケアを行っているか否かを判定できること。
		c - 2	医療の水準を判断することができること。
		c - 3	医療行為が病院の理念や基準・方針に対して、期待通りの成果や結果をあげているか否かを判断し評価できること。
10	意思決定支援		1 薬剤の選択や検査の受け入れなど、患者や家族の希望や要望などの情報が収集、管理できること。
10 - 1	コンサルテーション機能		
		a	EBM支援
		a - 1	EBMに基づいた診療に関する意思決定支援が行えること。
		a - 2	患者の健康プロフィールや症状の変化から、潜在的な問題と傾向についての特定支援を行えること。
		b	診療費用相談、支援
		b - 1	最もコスト効率の良いサービス、紹介、装置等、治療にかかわる費用についての意思決定支援が行えること。
		b - 2	診察ワークフローの必要な時点において、自動的に保険適用範囲の確認に必要な情報を自動的に取得できること。
		b - 3	電子医療記録システムは、事務・財務記録や報告、業務処理に必要な適用資格情報を取得し、一貫していないデータのアップデートやフラグ付けを行えること。
		b - 4	医療処置の必要性の確認に必要な情報や、過去のサービス認証情報などを取り出すことができること。
		b - 5	薬物治療においては、コスト順に表示できること。
		b - 6	追加の臨床情報として臨床検査結果情報、医療画像や機器モニタリングデータなどの構造データ、またはルールやリクエストに基づく非構造テキストなどを自動的に抽出できること。
		b - 7	取り込んだ画像は患者情報と紐付けされること。
		b - 8	取り込んだ職員の情報が保持できること。
11	病院管理		1 病院管理者の立場から、バスの適用やアウトカム評価など、誰がどれくらい実施しているのか、統計的に確認できる機能があること。
11 - 1	バスの適用・標準化		1 バスの適用状況やバリエーション評価を監視する機能を有すること。
11 - 2	アウトカム評価		1 治療や手術などのアウトカムを評価するための機能を有すること。
11 - 3	リスク管理		1 インシデントレポートの管理、統計機能。事故防止のための体系的なチェック機能。安全対策の実施状況の確認機能。ヒヤリ・ハットやインシデント傾向などにもとづくリスク診断、予測機能を有すること。

### 1.1.1 電子カルテシステム

分類		機能要件	
11-4	オーディット	1	オーダや実施、診療記録内容のオーディットが、どれだけ行われているのか、監査の実施状況がわかること。
11-5	コミュニケーション支援	1	患者、医師、看護師、ケアマネージャー、薬局、臨床検査、治療費負担者、コンサルタントなど様々な関係者間での電子的なコミュニケーションを支援し、医療関連コミュニケーションのオーバーヘッドとコストを削減、また自動的なトラッキングやレポート機能を提供できること。
		a	メッセージの送受信管理
		a-1	リアルタイムコミュニケーション(検査室にいる間に注射の実施を指示)や、非同時性コミュニケーション(医師間で交換される協議レポートなど)などが可能になる仕組みを有していること。
		b	薬局とのコミュニケーション
		b-1	発行された処方箋情報が、薬局または指定の箇所へ送信されること。副作用の可能性の特定を支援する。
		b-2	患者が薬品を受け取ったという情報が医師に返送されること。
		b-3	薬局からの疑義照会等、電子的なコミュニケーションが簡便に行えること。(コミュニケーションは、外部向情報配信ネットワークにて行う。)
		c	患者とのコミュニケーション(患者間含む)
		c-1	医師や看護師、その他コメディカルと患者間、または患者同士での電子的なコミュニケーションの送受信や対応が可能なこと。
		d	ライブラリの情報提供
		d-1	患者が持つ問題や患者の状態、診断結果に基づき、患者や家族、介護者に対して提供される、教育や支援に関連する電子的な情報、または印刷物を検索、提供、作成、登録できること。
		d-2	薬剤の選択や検査受け入れの有無、事前指示書など、患者や家族の希望や懸念なども収集できること。
		e	機器とのコミュニケーション
		e-1	医療機器とのコミュニケーション、医療機器が収集したデータの表示をサポートできること。例としては、生体情報、慢性疾患管理に利用される家庭用診断機器からの情報、ラボの機材からの情報、バーコード情報(薬剤、予防接種、基本情報、履歴、ID情報など)など。
11-6	運営支援	a	疾病情報登録、共有
		a-1	書式化された基本情報や臨床情報を、地域の疾患登録機関に簡便に送信できること。(メール送信は、外部向情報配信ネットワークにて行う。)
		b	ドナー情報管理
		b-1	臓器や血液提供候補者、レシピエント候補者に関して、必要となる情報の取得およびこれらの情報の共有機能を提供できること。
		c	職員所在管理
		c-1	病院職員の所在情報一覧が参照できること。一覧には、職員名、住所、所在地、また24時間体制で連絡を取れるアドレス(電話番号やポケットベル番号など)が含まれること。
		d	患者所在管理
		d-1	プライバシーやその他関連する法律、規制、条約を遵守しながら、患者一覧情報を参照できること。一覧には、患者氏名、住所、所在地、代替となる連絡先氏名、電話番号、関連する健康状態等の情報が含まれること。
11-7	コンテンツアップデート	1	健康情報学および用語の標準的な維持およびバージョン管理が行えること。
		a	臨床意思決定システムガイドライン
		a-1	臨床意思決定システムガイドラインをアップデートするために利用される、フォーマット化された外部からのコミュニケーションの受信、確認と関連する資料の参照が可能なこと。
		b	患者教育資料



### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
1	各オーダ共通		<ul style="list-style-type: none"> <li>各適用保険選択によるオーダができること。</li> <li>少ない操作でのオーダ発行を可能とし、情報の時系列表示、グラフ表示を行う。エラーケースに対するシステム的な支援機能を実現する。</li> <li>適用保険選択、保険外(自費)診療の選択によるオーダができること。</li> <li>使用頻度の高いオーダは、少ない操作(数回のクリック等)で、一連のオーダ操作を完了することができること。</li> <li>検査結果や処方、注射投与積算量の時系列表示、またはグラフを同時に表示できること。</li> <li>オーダ内容が重複チェックに掛かった時などに、システムで自動的にエラー解消できるような仕組みができていないこと。</li> <li>登録されたオーダは、事後修正が可能なこと。また、その履歴が保存されること。</li> </ul>
2	予約オーダ		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療、検査、手術などの予約を登録、参照できること。</li> </ul>
2 - 1	診療予約		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療予約の登録、参照を行う。必要に応じて予約票と予約一覧の出力が出来ること。</li> <li>予約項目の曜日ごとに、診療開始、終了時間を指定し予約枠単位の定数(人数)を設定できること。</li> </ul>
		a	予約一覧、空き状況表示
		a - 1	診療予約状況を一覧で参照できること。
		a - 2	参照予約日を指定して、科別、医師別に一覧表示できること。
		a - 3	カレンダー日付をマウスでクリックすることで、日付の入力が可能なこと。
		a - 4	カレンダー表示では、当日や予約スケジュールがある日についての色分け表示が可能なこと。満員の日や休日の色分け表示も可能なこと。
		a - 5	複数の予約画面を同時に表示できること。また、その状態で登録が可能なこと。
		b	予約の登録、照会
		b - 1	予約日と科を選択後、医師を選択して、当該医師の予約枠の一覧を参照できること。
		b - 2	指定患者の予約状況(予約日、予約時間、予約項目、依頼科、コメント等)の一覧を表示できること。
		b - 3	時間枠の空いている箇所へ予約を追加できること。
		b - 4	予約に空きのある、当日に一番近い日の一番早い時間枠に、予約を自動的に取得できる機能を有すること。(直近予約機能)
		b - 5	予約患者が登録されているスケジュール日だけの色分け表示に切り替えられること。(スケジュール表示と予約状況表示の切り替え)
		b - 6	該当日の予約状況表の時間枠をマウスでクリックすることにより、予約時間の入力が簡単に行えること。
		b - 7	複数の予約科目の予約状況を重ねて画面表示し、続けて複数の予約入力が可能となるような機能を有すること。
		b - 8	予約入力時に、一日の最大枠超え、時間枠超え、科限定、操作者限定および同一時間重複の各種チェックが行える機能を有すること。
		b - 9	該当患者の当月、翌月分の取得済み予約状況を一覧で表示できる機能を有すること。
		b - 10	予約(診療)区分、行為および予約時間を変更できる機能を有すること。
		b - 11	該当する予約を削除できる機能を有すること。曜日ごとにも削除できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
			b - 12 同一日に既に予約がある場合は、併科情報として予約科、予約時間を表示できること。
			b - 13 予約時間が重複した場合は、警告表示ができること。
			b - 14 外来毎に最低30分ごとの時間単位で予約患者数の設定をできること。
			b - 15 予約日がいっぱい希望日に予約が取れないときには医師のみが強制で予約入力できること。
			b - 16 次回予約日に診察室で行う検査項目を予約し、画面に反映できること。
		c	予約票、一覧表出力
			c - 1 予約登録後に、診療予約票が出力できること。
			c - 2 指定日の指定診療科ごまたは医師ごとに、診療予約の予約一覧表を出力できること。
			c - 3 出力対象日(省略時は翌日)を入力し、該当日の予約キャンセルリストの一括出力が可能なこと。
			c - 4 予約票、一覧表の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
2 - 2	検査予約		
			検査予約の登録、参照を行う。必要に応じて予約票と予約一覧の出力が出来ること。
		a	予約一覧、空き状況表示
			a - 1 検査予約状況を一覧で参照できること。
			a - 2 参照予約日を指定して、検査種類別に一覧表示できること。
			a - 3 予約科目と期間を指定して日別・時間帯別の予約取得状況を表示できる機能を有すること。
		b	予約の登録、照会
			b - 1 予約日と検査種類を選択後、当該検査種類の予約枠の一覧を参照できること。
			b - 2 時間枠の空いている箇所へ予約を追加できること。
			b - 3 検査種と日付による表形式で、患者氏名、所属(診療科、病棟/外来)を含む予約状況を表示できること。
			b - 4 オーダー一覧からドラッグ&ドロップで予約入力ができること。
			b - 5 予約変更も同様な操作で行える機能を有すること。
			b - 6 その他、診療予約と同等の機能を有すること。
		c	予約票、一覧表出力
			c - 1 予約登録後に、検査予約票が出力できること。
			c - 2 予約票の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
			c - 3 指定日の検査種類ごとに、検査予約の予約一覧表を出力できること。
			c - 4 画像・生理検査、内視鏡、リハビリ等の部門予約については、日別・検査種別に予約患者一覧を出力できる機能を有すること。
			c - 5 キャンセルリストが出力できる機能を有すること。
3	処方オーダー		
			処方(内服、外用、頓服)オーダーを発行、参照する。オーダー時には処方チェックが行われ、処方箋を出力する。
		a	オーダーの登録
			a - 1 内服、外用、頓服の処方オーダーが登録できること。
			a - 2 薬剤のカナ検索、英字検索が容易にできること。
			a - 3 薬効検索ができること。
			a - 4 汎用する薬剤は、医師ごとに登録できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 5	麻薬、向精神薬(管理上規定のあるもの)、毒薬、抗癌剤等が識別表示できること。
		a - 6	薬品選択時に頻用の薬剤の用量、用法をあらかじめ登録しておき、デフォルト表示できること。また、デフォルトは必要に応じて変更できること。
		a - 7	服薬開始指定(朝昼夕寝)、隔日投与指定ができること。
		a - 8	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処方オーダができること。
		a - 9	指定処方を利用して処方オーダできること。
		a - 10	科別、疾患別セットの選択入力が容易にできること。
		a - 11	医師別のセット登録が行えること。
		a - 12	患者別の処方セットの登録が容易にできること。
		a - 13	セットの作成、修正が容易に行えること。
		a - 14	登録されたセットは、FD等の媒体を利用せずに、どの端末においても利用できること。
		a - 15	処方コメントはRpごとに入力できること。
		a - 16	薬品コメントは薬品単位で登録できること。
		a - 17	薬剤指定によるDI情報表示ができること。
		a - 18	薬剤情報提供の指示ができること。
		a - 19	予約(先付け)処方指定ができること。
		a - 20	外来処方では、院外/院内、至急、麻薬処方等の選択ができること。
		a - 21	投与開始日はデフォルト(既定値)で当日に設定できること。
		a - 22	入院処方では、定時、臨時、至急、麻薬、退院時処方等の選択ができること。
		a - 23	処方開始日付による定時、臨時処方の自動設定ができること。
		a - 24	定時処方、次回迄の投薬日数を自動表示できること。また、次回調剤日が祝祭日、年末年始、連休の場合等は、その旨メッセージ表示できること。
		a - 25	定数配置薬を利用した場合の事後(オーダ即実施)入力、医事会計システムへの情報送信ができること。
		a - 26	入院中の患者に対して、外来患者としての処方オーダを可能とすること。
		a - 27	オーダの付加情報として、患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診療科、指示医師、麻薬施用者番号
		a - 28	中止指示(依頼済み)を処方履歴へ反映できること。
		a - 29	中止指示箋が出力できること。
		a - 30	医事会計システム、関連部門システムへ中止情報が送信されること。
		a - 31	中断指示(依頼済み)を処方履歴へ反映できること。
		a - 32	中断処方箋が出力できること。
		a - 33	医事会計システム、調剤支援システムへ中断情報が送信されること。
		b	処方チェック
		b - 1	各種処方チェック機能を有すること。チェックのある場合は、警告表示とともにチェック内容を表示できること。
		b - 2	チェックレベルの設定はユーザがカスタマイズ可能なこと。
		b - 3	投与日数のチェックについては、外来と入院とで別設定ができること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		b - 4	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		b - 5	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		c	処方箋発行
		c - 1	定期指示の処方箋の印刷が行えること。
		c - 2	院外処方オーダに伴う院外処方箋出力をできること。
		c - 3	病棟で至急、臨時オーダに伴う処方箋の出力をできること。
		c - 4	処方変更時は、変更前後の内容を出力できること。
		c - 5	処方区分(定時/臨時/退院)により、異なったタイミングで薬剤部門へ情報送信し、必要に応じて処方箋を出力できること。
		c - 6	麻薬処方箋を出力できること。
		c - 7	処方箋は必要に応じて任意のプリンタから出力ができること。
		c - 8	予約(先付け)処方オーダについては、入院後に各部門に対してオーダ情報を送信できること。
		d	処方歴参照
		d - 1	全科、自科の切り替えが表示できること。
		d - 2	処方日指定で処方内容の表示ができること。
		d - 3	オーダ内容と処方内容(処方歴)を処方区分(定期/臨時)別にカレンダー(タイムテーブル)で識別できること。
		e	処方支援
		e - 1	低価格なノーブランドの薬品や投薬量の変更、あるいは利用の停止(経過観測)といった、代替案を提示できること。
		e - 2	処理摂生法(腎臓部の透析、腫瘍学、移植薬物治療、その他)の一部である、一連の薬物治療のエントリーを促進、サポートできること。
		f	医薬品情報参照
		f - 1	処方内容にある薬品については、そのDI情報が参照できること。参照した薬品情報が印刷できること。
4	注射オーダ		
			注射オーダを発行、参照する。オーダ時には処方チェックが行われ、注射箋および注射ラベルを出力する。
		a	オーダの登録
		a - 1	点滴指示が出しやすく、見やすい形式であること。
		a - 2	薬品ごとに不可手技が設定できること。
		a - 3	薬剤のカナ検索、英字検索が容易にできること。
		a - 4	薬効検索ができること。
		a - 5	汎用する薬剤は、医師ごとに登録できること。
		a - 6	麻薬、向精神薬(管理上規定のあるもの)、毒薬、抗癌剤等が識別表示できること。
		a - 7	薬品選択時に頻用の薬剤の用量、用法をあらかじめ登録しておき、デフォルト表示できること。また、デフォルトは必要に応じて変更できること。
		a - 8	同一薬剤で複数規格がある場合は、用量指定により自動的に払出し量を算出できること。
		a - 9	用量は複数単位で選択入力できること。
		a - 10	投与開始時間の指定および隔日投与指定ができること。
		a - 11	体重、身長入力による単位当用量が換算できること。
		a - 12	抗癌剤の入力時に累積投与量が表示できること。
		a - 13	抗癌剤についてはプロトコール登録ができ、病名や使用薬剤から検索ができること。
		a - 14	抗癌剤の用量を、体表面積や体重等から自動算出し、デフォルト表示できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 15	注射ラベルの出力指示ができること。
		a - 16	既オーダを参照し、全部または一部を流用 (Do処理) して注射オーダができること。
		a - 17	処方コメントはRpごとに入力できること。
		a - 18	薬品コメントは薬品単位で登録できること。
		a - 19	薬剤指定によるDI情報表示ができること。
		a - 20	薬剤情報提供の指示ができること。
		a - 21	予約 (先付け) 処方指定ができること。
		a - 22	定数配置薬を利用した場合の事後 (オーダ即実施) 入力、医事会計システムへの情報送信ができること。
		a - 23	科別、疾患別セットの選択入力が容易にできること。
		a - 24	医師別のセット登録が行えること。
		a - 25	患者別の注射セットの登録が容易にできること。
		a - 26	セットの作成、修正が容易に行えること。
		a - 27	登録されたセットは、FD等の媒体を利用せずに、どの端末においても利用できること。
		a - 28	外来処方では、院外/院内、至急、麻薬処方等の選択ができること。
		a - 29	投与開始日はデフォルト (既定値) で当日に設定できること。
		a - 30	入院処方では、定時、臨時、至急、麻薬、退院時処方等の選択ができること。
		a - 31	注射締め切り時間による定時、臨時処方の自動設定ができること。
		a - 32	オーダ入力時にオーダ内容をカレンダー表示し、既オーダ内容を含めオーダ内容の確認ができること。
		a - 33	当該患者の当該日1日分のオーダ内容が一覧表示できること。表示順は時系列、手技、薬品名等で自由にソートできること。
		a - 34	定時処方、次回迄の投薬日数を自動表示できること。また、次回調剤日が祝祭日、年末年始、連休の場合等は、その旨メッセージ表示できること。
		a - 35	入院中の患者に対して、外来患者としての処方オーダを可能とすること。
		a - 36	オーダの付加情報として、患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診療科、指示医師、麻薬施用者番号
		a - 37	中止指示 (依頼済み) を注射履歴へ反映できること。
		a - 38	中止指示箋が出力できること。
		a - 39	医事会計システム、関連部門システムへ中止情報が送信されること。
		a - 40	中断指示 (依頼済み) を注射履歴へ反映できること。
		a - 41	中断処方箋が出力できること。
		a - 42	医事会計システム、調剤支援システムへ中断情報が送信されること。
		b	処方チェック
		b - 1	各種処方チェック機能を有すること。チェックのある場合は、警告表示とともにチェック内容を表示できること。
		b - 2	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		b - 3	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		c	注射箋発行
		c - 1	定期指示の注射箋の印刷が行えること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		c - 2	指定部署で注射箋出力をできること。
		c - 3	病棟で臨時オーダに伴う注射箋の出力をできること。
		c - 4	注射変更時は、変更前後の内容を出力できること。
		c - 5	注射区分(定時、臨時)により異なったタイミングで薬剤部門へ情報送信し、必要に応じて注射箋を出力できること。
		c - 6	麻薬注射箋を出力できること。
		d	注射ラベル出力
		d - 1	注射ラベルが印刷できること。
		d - 2	ラベルのレイアウトや文字の装飾(拡大、太文字等)はユーザが独自に設計できること。
		d - 3	ラベル上に印刷される薬品名は、設定により印字/非印字の指定ができること。
		d - 4	一括出力、定期/臨時別出力、患者別出力、病棟別出力、処方別再出力が出来ること。
		d - 5	タックシールでの出力の場合は、出力開始位置を指定できること。
		d - 6	病棟で臨時オーダに伴う注射ラベルの出力ができること。
		e	注射歴参照
		e - 1	注射歴の表示ができること。
		e - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		e - 3	投与日指定で注射処方の内容を検索、表示ができること。
		e - 4	オーダ内容と注射実施内容(注射歴)をカレンダー(タイムテーブル)で識別表示できること。タイムテーブルは、一日(実施時間)表示と7日~15日(実施日表示)程度の表示ができること。
		e - 5	日付に連動した検査値グラフが参照できること。
		e - 6	1日単位での電解質量が表示できること。
		f	オーダ切れチェック
		f - 1	注射オーダの指示切れ候補患者の一覧表を表示、印刷できること。一覧表には以下の項目が出力できること。 医師氏名、病棟病室、患者氏名、診療科、最終投与日
		f - 2	指示切れとなる基準日を変更して一覧表を作成できること。
		g	処方支援
		g - 1	低価格なノーブランドの薬品や投薬量の変更、あるいは利用の停止(経過観測)といった、代替案を提示できること。
		g - 2	処理摂生法(腎臓部の透析、腫瘍学、移植薬物治療、その他)の一部である、一連の薬物治療のエントリーを促進、サポートできること。
5	検体・細菌検査オーダ		
		a	検体検査オーダを発行、参照する。必要に応じて検体ラベルが出力できること。
		a	オーダの登録
		a - 1	予約(先付け)検査指定ができること。
		a - 2	至急オーダ指定(全項目指定、項目別フレーム毎、項目別画面毎に指定)ができること。
		a - 3	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、薬剤感受性セットの選択入力ができること。
		a - 4	時間外検査、曜日指定検査は別途選択入力できること。
		a - 5	外注検査、保険外検査も同様にオーダできること。
		a - 6	保険外検査については、識別表示できること。
		a - 7	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダができること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 8	オーダ入力項目を検査種別ごとに一覧表示でき、オーダ内容の確認ができること。 (例) 細菌検査-採取部位、目的菌、使用中薬剤、調査希望の感受性薬剤等
		a - 9	次回診察前検査の指定ができること。
		a - 10	定時、臨時両方の採血オーダができること。
		a - 11	オーダの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師
		a - 12	重複オーダのチェックが可能なこと。重複のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 13	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		a - 14	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		a - 15	中止指示(依頼済み)を検査履歴へ反映できること。
		a - 16	検査受付時(検査ラベルのスキャナ読み込み時)に検査実施情報を医事会計システムへ送信できること。
		a - 17	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、至急検査セット等の登録ができること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		a - 18	オーダの際に、検体の採取方法・保存方法、取扱注意事項などが表示できること。
		b	検体ラベル発行
		b - 1	オーダ発行後、任意のタイミングで検体ラベルが発行できること。
		b - 2	ラベルの発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
		b - 3	ラベルには属性、摂取量、検査項目のコメント、試験管の種類、摂取日の印字が行えること。
		c	検査状況参照
		c - 1	検査状況が表示できること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		c - 3	至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
6	病理検査オーダ		
			病理検査オーダを発行、参照する。必要に応じて検査依頼書が発行できること。
		a	オーダの登録
		a - 1	予約(先付け)検査指定ができること。
		a - 2	当日緊急オーダ指定ができること。緊急オーダ時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 3	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、薬剤感受性セットの選択入力ができること。
		a - 4	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダができること。
		a - 5	術前後セット、検査別セット等の選択入力ができること。
		a - 6	次回診察前検査、当日2度診指定ができること。
		a - 7	重複オーダのチェックが可能なこと。重複のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 8	必須入力項目に未入力の場合は警告表示できること。
		a - 9	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		a - 10	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 11	オーダの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師
		a - 12	中止指示(依頼済み)を検査履歴へ反映できること。
		a - 13	検査受付時に検査実施情報を医事会計システムへ送信できること。
		a - 14	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、至急検査セット等の登録ができること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		a - 15	迅速診断の予約時間は、随時変更できること。
		b	検査依頼書発行
		b - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタから検査依頼書の出力ができること。
		c	検査状況表示
		c - 1	検査状況の表示ができること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		c - 3	至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
7	生理検査オーダ		
			生理検査オーダを発行、参照する。必要に応じて検査依頼書が発行できること。
		a	オーダの登録、予約
		a - 1	予約(先付け)検査指定ができること。
		a - 2	当日緊急オーダ指定ができること。緊急オーダ時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 3	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、薬剤感受性セットの選択入力ができること。
		a - 4	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダができること。
		a - 5	予約の必要な検査は、検査指示と一連の操作で入力できること。
		a - 6	クローズド予約(生理検査部門予約)入力が可能なこと。
		a - 7	検査部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。
		a - 8	予約日時の入力は、カレンダー画面を利用して入力できること。
		a - 9	日付別の予約空き状況が容易に確認できること。
		a - 10	検査種別にスケジュールの入力が可能なこと。
		a - 11	予約時間が重複した場合は警告表示できること。
		a - 12	予約情報の入力時に、当該患者の生理機能以外の検査予約状況を検索できること。
		a - 13	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示できること。
		a - 14	予約検査の至急検査入力(枠無し予約)ができること。
		a - 15	検査室別の割り振り入力ができること。
		a - 16	重複オーダと他検査との順番についてチェックが可能なこと。重複や順番に不具合のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 17	必須入力項目に未入力の場合は警告表示できること。
		a - 18	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		a - 19	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		a - 20	オーダの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 2 1	中止指示(依頼済み)を検査履歴へ反映できること。
		a - 2 2	検査受付時に検査実施情報を医事会計システムへ送信できること。
		a - 2 3	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、至急検査セット等の登録ができること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		b	検査依頼書発行
		b - 1	オーダー時に必要に応じて任意のプリンタから検査依頼書の出力ができること。
		c	検査状況表示
		c - 1	検査状況の表示ができること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		c - 3	至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
8	放射線検査オーダ		
			画像検査オーダを発行、参照する。必要に応じて検査依頼書が発行できること。
		a	オーダの登録、予約
		a - 1	放射線検査の依頼情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	予約(先付け)検査指定ができること。
		a - 3	当日緊急オーダー指定ができること。緊急オーダー時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 4	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、薬剤感受性セットの選択入力ができること。
		a - 5	既オーダーを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダーができること。
		a - 6	シェーマを利用した部位別のコメント入力ができること。
		a - 7	予約の必要な検査は、検査指示と一連の操作で入力できること。
		a - 8	検査部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。
		a - 9	予約日時の入力、カレンダー画面を利用して入力できること。
		a - 10	日付別の予約空き状況が容易に確認できること。
		a - 11	検査種別にスケジュールの入力が可能なこと。
		a - 12	予約時間が重複した場合は警告表示できること。
		a - 13	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示できること。
		a - 14	予約検査の至急検査入力(枠無し予約)ができること。
		a - 15	オーダー時に以下のシステムチェックが出来ること。エラーのある場合は、警告表示とともにエラー内容を表示できること。 重複オーダー、必須入力項目、他検査との順番、造影剤等
		a - 16	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダーができること。
		a - 17	強制入力によるオーダーはコメントまたは識別表示できること。
		a - 18	オーダーの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師
		a - 19	中止指示(依頼済み)を検査履歴へ反映できること。
		a - 20	検査受付時に検査実施情報を医事会計システムへ送信できること。
		a - 21	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、至急検査セット等の登録ができること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		b	検査依頼書発行

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		b - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタから検査依頼書の出力ができること。
		c	検査状況表示
		c - 1	検査状況の表示ができること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		c - 3	至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
9	内視鏡検査オーダ		
			内視鏡検査オーダを発行、参照する。必要に応じて検査依頼書が発行できること。
		a	オーダの登録、予約
		a - 1	内視鏡検査の依頼情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	予約(先付け)検査指定ができること。
		a - 3	当日緊急オーダ指定ができること。緊急オーダ時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 4	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、薬剤感受性セットの選択入力ができること。
		a - 5	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダができること。
		a - 6	予約の必要な検査は、検査指示と一連の操作で入力できること。
		a - 7	クローズド予約(内視鏡検査部門予約)入力が可能なこと。
		a - 8	検査室別の割り振り入力ができること。
		a - 9	検査部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。
		a - 10	予約日時の入力は、カレンダー画面を利用して入力できること。
		a - 11	日付別の予約空き状況が容易に確認できること。
		a - 12	検査種別にスケジュールの入力が可能なこと。
		a - 13	予約情報の入力時に、当該患者の生理機能以外の検査予約状況を検索できること。
		a - 14	予約時間が重複した場合は警告表示できること。
		a - 15	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示できること。
		a - 16	予約検査の至急検査入力(枠無し予約)ができること。
		a - 17	重複オーダと他検査との順番についてチェックが可能なこと。重複や順番に不具合のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 18	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		a - 19	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		a - 20	オーダの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師
		a - 21	中止指示(依頼済み)を検査履歴へ反映できること。
		a - 22	検査受付時に検査実施情報を医事会計システムへ送信できること。
		a - 23	科別、初診時、入院時、術前後セット、検査別セット、至急検査セット等の登録ができること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		b	検査依頼書発行
		b - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタから検査依頼書の出力ができること。
		c	検査状況表示

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
			c - 1 次の内容の表示ができること。 日付(オーダ日)、入外区分、診療科、依頼医師、オーダ進捗状況(依頼中、依頼済み、実施、中止等)
			c - 2 全科、自科の切り替え表示ができること。
			c - 3 至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
10	リハビリオーダ		・ リハビリオーダを発行、参照する。必要に応じてリハビリ指示書が発行できること。
		a	登録、予約
		a - 1	リハビリの依頼情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	予約(先付け)リハビリ指定ができること。
		a - 3	各療法士のオーダ、義肢装具や座位保持装置、車椅子等のオーダ様式は、テンプレートで作成可能なこと。
		a - 4	当日緊急オーダ指定ができること。緊急オーダ時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 5	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)してオーダができること。
		a - 6	重複オーダのチェックが可能なこと。重複のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 7	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。
		a - 8	強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
		a - 9	中止指示(依頼済み)をリハビリ履歴へ反映できること。
		a - 10	予約が必要な場合は、リハビリ指示と一連の操作で入力できること。
		a - 11	療法別にスケジュールの入力が可能なこと。
		a - 12	リハビリ部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。
		a - 13	予約日時の入力、複数オーダの予約日時を一括し、カレンダー画面を利用して入力できること。
		a - 14	訓練室別の割り振り入力ができること。
		a - 15	予約時間が重複した場合は警告表示できること。
		a - 16	リハビリ実施後に医事会計システムへ連携できること。
		b	リハビリ指示書発行
		b - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタからリハビリ指示書の出力ができること。
		c	リハビリ状況表示
		c - 1	リハビリ状況の表示ができること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
11	透析オーダ		・ 透析オーダを発行、参照する。
		a	登録、予約
		a - 1	透析の依頼情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	予約(先付け)透析指定ができること。
		a - 3	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)してオーダができること。
		a - 4	重複オーダのチェックが可能なこと。重複のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。
		a - 5	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダができること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
			a - 6 強制入力によるオーダはコメントまたは識別表示できること。
			a - 7 中止指示(依頼済み)を透析履歴へ反映できること。
			a - 8 予約が必要な場合は、透析指示と一連の操作で入力できること。
			a - 9 血液細胞分離装置用ベッドの予約ができること。
			a - 10 療法別にスケジュールの入力が可能なこと。
			a - 11 予約時間が重複した場合は警告表示できること。
			a - 12 透析実施後に医事会計システムへ連携できること。
			a - 13 当日緊急オーダ指定ができること。緊急オーダ時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
12	処置オーダ		
			・ 処置オーダを発行、参照する。必要に応じて指示箋が出力されること。
		a	オーダの登録
		a - 1	処置の依頼情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	処置項目のカナ検索、英字検索が容易にできること。
		a - 3	既オーダを参照し、全部または一部を流用(Do処理)して処置オーダができること。
		a - 4	科別、疾患別処置セットの選択入力が容易にできること。
		a - 5	事後(オーダ即実施)入力と医事会計システムへの情報送信ができること。
		a - 6	システム障害時(手書き伝票運用)の処置歴の記録のための入力ができること。
		a - 7	外来では、処置実施日はデフォルトで当日に設定できること。
		a - 8	入院では、看護ワークシート出力時間迄のオーダ締めを設定できること。
		a - 9	オーダの付加情報として患者情報に加えて次の項目を送信できること。 診察科、指示医師
		a - 10	中止指示(依頼済み)を処置履歴へ反映できること。
		a - 11	科別、疾患別セットの登録が作成できること。また、セットの作成、修正は容易にユーザ側で行えること。
		b	指示箋出力(外来)
		b - 1	指定部署で指示箋出力ができること。
		c	処置歴参照
		c - 1	処置歴が表示できること。
		c - 2	全科、自科の切り替え表示ができること。
		c - 3	処置日指定で処置内容の表示ができること。
		c - 4	オーダ内容と処置実施内容(処置歴)をカレンダー(タイムテーブル)表示できること。
13	指導オーダ		
	13 - 1 栄養指導		
		a	指導依頼入力
		a - 1	栄養指導の依頼情報の入力ができること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	他科で作成したアセスメント情報が参照できること。
		a - 3	診療録(処方と処置の関連等)、検査結果が参照できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 4	予約の必要な場合は、栄養指導指示と一連の操作で入力できること。栄養部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。
		a - 5	予約日時の入力は、栄養指導のスケジュールにもとづきカレンダー画面を利用して入力できること。日付別の空き状況が容易に確認できること。
		a - 6	予約時間が重複した場合は、警告表示できること。
		a - 7	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示できること。
		b	指導内容入力、参照
		b - 1	定型コメント及びフリーコメントとして、指導内容を入力できること。入力された指導内容が参照できること。
		c	依頼箋発行
		c - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタから依頼指示箋の出力ができること。
13 - 2	服薬指導	a	指導依頼入力
		a - 1	患者一覧から該当の患者を選択できること。
		a - 2	入院時に服薬指導の患者登録ができること。
		a - 3	服薬指導の依頼情報の入力ができること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 4	オーダ画面から、患者の検査データやバイタルデータが容易に参照できること。
		b	指導内容入力、参照
		b - 1	定型コメント及びフリーコメントとして、指導内容を入力できること。入力された指導内容が参照できること。
		b - 2	服薬指導歴を表示できること。また、指導日指定で指導内容の表示ができること。
14	手術オーダ		
14 - 1	手術		手術オーダの発行
		a	予定登録
		a - 1	手術室利用状況が一覧で表示できること。
		a - 2	手術オーダの情報の入力ができること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 3	感染症情報については、別画面から入力できること。
		a - 4	申し込み済みの手術オーダが一覧で確認できること。
		a - 5	手術オーダ発行と共に、麻酔申込書が発行できること。麻酔申込書では手術オーダで登録された患者情報等については自動で表示できること。
		a - 6	手術オーダ画面から、以下の情報が容易に参照できること。 検査データ(時系列)、既往歴(感染症、アレルギー等)、薬物使用歴
		a - 7	手術実施後の確定診断名が登録できること。
		b	決定登録
		b - 1	手術予定の決定登録が出来ること。
		b - 2	手術予定状態と決定状態の違いが一目でわかること。
		c	実績登録
		c - 1	手術実績の登録が出来ること。
		c - 2	術後に、当該手術に対する実績登録が行えること。
		d	手術帳票出力
		d - 1	手術帳票の出力が出来ること。
14 - 2	手術オーダー管理	a	手術スケジュール作成機能

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 1	手術予約状況の確認、手術予定患者の患者情報の確認・入力、手術スケジュール作成、スタッフスケジュールの作成等の機能を有していること。
		a - 2	手術関連スタッフを効率的に割り当てる機能を有すること。
		a - 3	手術スケジュールを関連部署へ報告、関連部署より参照する機能、キャンセル、変更などを受け付ける機能を有すること。
		b	デイサージャリー対応
		b - 1	デイサージャリーの手術オーダーは、手術の予定・調整・確定・変更までのオーダー管理を行うこと。
14 - 3	手術申し込み		手術申し込みの登録、参照、手術予定表出力。 手術申し込みの登録、参照を行う。必要に応じて手術予定表の出力が出来ること。
		a	空き状況表示
		a - 1	手術室の空き状況を一覧で参照できること。
		a - 2	手術予約日を指定して、手術室別を一覧表示できること。
		b	登録、照会
		b - 1	予定日と手術室を選択後、当該手術室の空き状況の一覧を参照できること。
		b - 2	空いている空き時間枠へ手術の予定を割り当てられること。
		b - 3	予約日時を変更、または予約を削除できる機能を有すること。
		c	予定表参照
		c - 1	予定表の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
		c - 2	指定日の手術室ごとに、手術予定の一覧表を出力できること。
15	輸血オーダー		輸血オーダーを発行、参照する。必要に応じて輸血指示書が発行できること。
		a	オーダーの登録
		a - 1	検体検査オーダーから輸血検査の依頼が行えること。
		a - 2	血液型は、判定出来ない場合、検査結果のみ表示することが出来ること。
		a - 3	検査依頼時には、以下の項目も転送できること。 骨髄移植患者 骨髄移植前血液型、ドナーの血液型、骨髄移植日(予定日を含む) 腎移植患者 ドナーの血液型、腎移植日(予定日を含む)
		a - 4	輸血歴、妊娠歴がある患者はその情報も転送できること。
		a - 5	製剤の単位、規格、パック数の依頼について、以下のことができること。 発注は原則的に単位で行う 入力された単位で規格とパック数に変換を行うことができる
		a - 6	交差試験、照射、白血球除去フィルター、同時投与薬剤、製剤の規格変更の依頼もできること。
		a - 7	使用日時は、曜日は自動表示、時間は時間指定、午前、午後、あるいは指定なしでもできること。
		a - 8	輸血用血液の返却は、部署、製剤により返却できない場合があるので、設定できること。
		a - 9	当日緊急オーダー指定ができること。緊急オーダー時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。
		a - 10	血液型、抗体スクリーニング、輸血前検査のオーダーができること。オーダーの入力と変更は輸血検査室からも可能とし、その内容がレセプトに反映されること。
		a - 11	血液製剤オーダーの入力と変更が輸血検査室でも可能なこと
		a - 12	オーダー時に血液型、抗体スクリーニング、感染症検査、輸血関連検査値が確認ができること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 13	オーダー時に製剤の使用目的、既往歴、疾患名や手術術式を入力できること。
		a - 14	特殊製剤はオーダー時に予約の必要性や、納品情報が表示されること。
		a - 15	輸血同意書の発行ができること。
		b	輸血指示書発行
		b - 1	オーダー時に必要に応じて任意のプリンタから輸血指示書の出力ができること。
		c	輸血状況表示
		c - 1	次の内容の表示ができること。 血液型、抗体スクリーニング、解離試験、交差試験
		c - 2	至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。
16	入院オーダ		
	16 - 1 入院予約		入院予約の登録、参照。予約票、予約一覧の出力。
			入院予約の登録、参照を行う。必要に応じて予約票と予約一覧の出力が出来ること。
		a	空床状況表示
		a - 1	空床状況を一覧で参照できること。
		a - 2	入院予定日と入院予定日数を入力して、病棟病室別に空床状況を表示できる機能を有すること。
		b	登録、照会
		b - 1	予約日と病棟病室を選択後、当該病棟病室の空き病床の一覧を参照できること。
		b - 2	空いている病床へ入院の予約を割り当てられること。
		b - 3	入院予定日を変更、または入院予約を削除できる機能を有すること。
		c	予約票、一覧表出力
		c - 1	入院予約登録後に、入院予約票が出力できること。
		c - 2	予約票の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
		c - 3	指定日の病棟病室ごとに、入院予約の予約一覧表を出力できること。
	16 - 2 入院		入院オーダ及び転科、転棟、外出等のオーダの発行 入院オーダの発行を行う。転科、転棟、外出などのオーダの発行を行う。
		a	空き病床参照
		a - 1	入院予定日の空き病床の参照ができること。
		a - 2	診療科、病棟/病室ごとの空き状況一覧が参照できること。
		b	入院オーダ登録、確認
		b - 1	入院に関する各種情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示できること。
		b - 2	入院希望日、手術予定日はカレンダーから選択できること。
		b - 3	入院希望日が特定できない場合は、1ヶ月以内での曖昧な指定(第3週等)が可能であること。
		b - 4	入院予定入力時に、診療科、病棟指定による空床情報を表示できること。
		b - 5	希望病室で個室を選択した場合は、病室タイプ別差額料金を表示すること。(差額マスタは医事システムから取込むこと)
		b - 6	食種の選択がない場合は、入院当日に自動的に常食オーダーができること。
		b - 7	紹介入院患者は、紹介元情報(施設名、紹介医師名)を表示できること。
		b - 8	入院予約患者の外来診察履歴、入院履歴を表示できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		b - 9	入院決定情報が表示できること。
		b - 10	緊急入院も予約できること。
		b - 11	患者別の予約状況が表示できること。
		b - 12	入院予約患者の外来診察履歴、入院履歴が表示できること。
		b - 13	入院予約患者一覧が表示できること。
		c	入院決定、変更
		c - 1	入院予定の決定または変更オーダーの登録ができること。
		c - 2	予約変更入力ができること。変更時は、変更に伴うコメントを表示できること。
		c - 3	患者都合による予約キャンセル時は、キャンセル入力及び理由の入力ができること。
		c - 4	予約歴から予約変更入力ができること。
		c - 5	入院決定に関する各種情報を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示できること。
		c - 6	予約入院の場合は予約情報を転用して画面表示ができること。
		c - 7	入力に関して、予約情報と同様の機能を可能にすること。
		c - 8	検査、手術、外来受診の予定を表示できること。
		c - 9	面会の程度が表示できること。(面会謝絶、拒否など)
		d	転科
		d - 1	転科オーダーの登録ができること。
		e	転棟、転室
		e - 1	転棟、転室オーダーの登録ができること。
		e - 2	転入予定患者一覧が表示できること。
		e - 3	病床マップを利用した転棟、転室、転科入力ができること。
		f	外出、外泊
		f - 1	外泊、外出オーダーの登録、一覧表示ができること。また、食止めの締め切り時間が表示されていること。
		f - 2	病床マップを利用した外出、外泊、帰室入力ができること。
16 - 3	退院	a	退院予定登録、確認
		a - 1	退院オーダーの登録ができること。
		a - 2	病床マップを利用して退院確認ができること。
		a - 3	外来通院の必要な患者は、外来診察予約入力ができること。
		a - 4	退院登録したときに、医事会計システム、電子カルテシステム等の、患者基本情報の最終退院日が更新されること。
		b	退院決定、変更
		b - 1	退院予定の決定または変更オーダーの登録ができること。
17	食事オーダー	a	登録
		a - 1	各種食事指示の内容を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。
		a - 2	献立一覧が表示できること。メニューから食事を選択後、食事の情報(エネルギーや食材等)が確認できること。
		a - 3	食種一覧表からの食種選択入力ができること。食種一覧表には食種別の栄養量の表示ができること。
		a - 4	セット食は、各食事別に栄養量が表示できること。
		a - 5	医師と看護師がともに入力できること。

### 1.1.2 オーダリングシステム

分類		機能要件	
		a - 6	食事開始日、食事区分(朝/昼/夕食)の入力画面は、締め切り時間を考慮したデフォルト(既定値)表示ができること。
		a - 7	食事終了日は、指定しない限りオーダ食が継続されること。
		a - 8	食事入力画面に、食事区分毎の締め切り時間が表示できること。また、締め切り時間以降の食事依頼は、許可がなければ入力できないこと。
		a - 9	方法コメント(電話連絡必要等)を表示できること。
		a - 10	検査、術後食セット等の選択入力ができること。
		a - 11	オーダ食の栄養量表示ができること。
		a - 12	入院予約患者の食事オーダができること。食事オーダは、入院決定(確定)時に栄養部門へ送信できること。
		a - 13	外来患者の食事オーダもできること。
		a - 14	急変時の指示、一時指示(入院時、術後等)、継続的な指示などの指示がオーダできること。
		a - 15	オーダ時に以下のシステムチェックが出来ること。 必須入力項目、禁止食品等と食事内容との背反判定、患者別禁忌食品
		a - 16	特定の条件のもと、履歴を遡って変更入力が可能であること。
		a - 17	変更が同一食事区分に重ねて実施された場合、前後の関連が把握できること。
		b	食事箋発行
		b - 1	オーダ時に必要に応じて任意のプリンタから食事箋の出力ができること。
18	研修医オーダ入力支援		
			研修医のオーダ入力を支援できること。
		a	研修医オーダ入力
		a - 1	研修医がオーダ入力を行うが、指導医の監査がなければ有効としない機能があること。
		a - 2	操作者権限をチェックし、研修医であることを認識できること。
		a - 3	オーダ入力に関する基本的な機能は、「患者の診療」領域で定義したオーダ入力と同様とするが、研修医としての制限事項を考慮できること。
		a - 4	オーダを入力後、登録した際に、指導医監査待ちの状態にできること。
		a - 5	指導医監査待ちのオーダは、各部門への送信はされないこと。
		a - 6	オーダ入力可能範囲を医療機関単位、診療科単位、担当患者単位などで設定できること。
		b	研修医監査
		b - 1	研修医のオーダを指導医が監査する機能があること。
		b - 2	操作者権限をチェックし、指導医であることを認識できること。
		b - 3	指導医に対して監査待ちのオーダがあることを通知できること。
		b - 4	研修医が入力したオーダで、指導医監査待ちの状態になっているものについて、指導医ごとの一覧表示や研修医、患者での検索表示ができること。
		b - 5	選択した指導医監査待ちのオーダに対して、監査後、指導医監査済みの状態に変更して登録、保存できること。
		b - 6	指導医監査済みのオーダは、各部門へ送信されること。
19	眼科処方オーダ		
		1	眼鏡・コンタクトレンズ処方のオーダができること。
		2	眼鏡・コンタクトレンズ処方入力用テンプレートがあること。
		3	点眼処方に対する入力支援があること。
20	血中薬物濃度測定(TDM)オーダ機能		



1.1.3 看護支援システム			
分類	機能要件		
1	基本要件		
		1	患者本位の医療に貢献できるシステムであること。
		2	業務の効率化が図れるシステムであること。
		3	安全な医療に貢献できるシステムであること。
		4	データの後利用が行えるシステムであること。
		5	看護管理が簡便に行えるシステムであること。
		6	教育、研究に使用できるシステムであること。
		7	操作性の良いシステムであること。
		8	後入力が可能であり、入力変更履歴が記録されること。
		9	見やすい画面であること。
		10	ポインターは、画面内で良く使用する場所に表示されること。
		11	画面展開は出来る限り少なくすること。
		12	レスポンスは、2秒以内であること。
		13	基本的な情報は、看護支援システムとして独立したのではなく、電子カルテシステム等のすべての職種が利用できるシステムで管理され、看護支援システムからは、必要な情報をピックアップして表示する仕組みであること。
		14	複数の業務で共通する入力項目は、一度の入力ですべての業務に反映されること。
2	看護業務支援		
	2 - 1 患者移動情報管理		
		a	患者移動情報管理
		a - 1	他システムより、入退院、転棟、転科情報など患者移動情報が参照でき、看護システムに取り込めること。
		a - 2	入院患者のスケジュールが把握できること。また、携帯端末・ベッドサイド端末等から確認できること。
		b	管理帳票出力
		b - 1	病床管理に関する各種管理帳票が出力できること。
	2 - 2 指示確認・実施		
		a	指示確認と実施
		a - 1	リアルタイムに指示・実施の確認ができること (医師の指示は、患者ID、患者名、日時、事項が診療情報システムと連動し、即時に表示されること)
		a - 2	看護指示ワークシート画面上で各オーダ(処方、注射、内服、点滴、処置等)の実施入力ができること。
		a - 3	看護指示ワークシート画面上で実施された処置情報が入力できること。
		a - 4	処置入力には次の項目が入力できること。 処置日時、患者名、実施看護師名、使用器具
		a - 5	新しい指示・変更は、フラグを立てる等より明確に確認できること。
		a - 6	クリニカルパスと連動し日々の指示が表示されること。
		a - 7	入院診療計画書が確認できること。
		a - 8	医師からの伝言が表示できること。
		a - 9	輸血実施時に、ベッドサイドで患者と製剤の照合ができること。
		a - 10	輸血実施時に製剤の登録ができること。 また、登録は使用開始時及び終了時とすること。
	2 - 3 安全支援		
		a	安全支援
		a - 1	指示実施時、患者の照合と指示内容の整合性が確認でき、誤り時はエラー表示およびアラームが鳴り、内容を確認しないと進めない安全機構があること。

1.1.3 看護支援システム			
分類		機能要件	
		a - 2	投薬時、輸血時には、指示内容との整合性が確認できること。
		a - 3	安全管理機器と連動できること。
		a - 4	看護実施入力、人工呼吸器の点検、機器のチェック、経管栄養のチェックなどのチェック項目の入力ができること。
	2 - 4	端末機器	
		1	看護師がベッドサイドで使用する携帯端末からは、看護師のID入力、患者の照合、観察データの入力とケアの実施入力が行え、入力データはメインシステムに転送されること。
		2	携帯端末で、患者の診察、検査、放射線などの予約状況や食事などのオーダー情報を取り込み確認できること。
		3	携帯端末には、二次元バーコードリーダーを備え、バーコード入力ができること。
		4	ナースコールと連動されること
		5	PDAとホストの連携が図れていること。
	2 - 5	看護手順	
		1	看護手順を画面上で参照できること。 (検索、リンク機能があると良い。)
3	看護過程支援		
	3 - 1	看護プロファイル	a
			a - 1
			a - 2
			a - 3
			a - 4
			a - 5
			a - 6
			a - 7
	3 - 2	看護計画	a
			a - 1
			a - 2
			b
			b - 1
			b - 2
			b - 3
			c
			c - 1
			d
			d - 1

1.1.3 看護支援システム			機能要件	
分類				
			d - 2	看護計画を選択することで、看護計画の内容が表示され、表示された計画内容の選択・追加ができること。また、入力後の修正ができること。
			d - 3	看護計画のフリー入力ができること。
			d - 4	看護計画の評価日が経過表に表示されること。
			d - 5	看護計画の一覧を看護計画画面で修正ができること。
			d - 6	選択された看護問題に対し、因子を表示し、選択することによって看護計画が立案できること。
			d - 7	診断指標、関連因子、患者目標は一覧からの選択かつ、フリー入力ができること。
			d - 8	クリニカルパスの指示と標準看護計画が連動し、自動取り込みされること。
			d - 9	計画の評価が表示されること。
			d - 10	看護計画立案から記録までの情報をひとつの画面で一元的に管理できること。
			d - 11	問題点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。
			d - 12	問題点一覧、計画リストの印刷ができること。
			d - 13	看護問題、看護計画に対する評価、評価日の設定、修正ができること。
			d - 14	クリニカルパス機能に対応(看護指示)ができること。
3 - 3	看護オーダ			
		a		看護オーダ発行
			a - 1	看護オーダが登録できること。
		b		ワークシート作成
			b - 1	ワークシート作成。印刷が可能であること。また、携帯端末等での参照が可能なこと。 (当日の受け持ち患者のスケジュールを時系列で一覧表示できること。)
			b - 2	病棟、対象日指定により、下記の看護指示ワークシートの画面上へ表示が可能なこと。 病棟別、グループ別、患者別、外来別
			b - 3	看護ワークシートには、電子カルテ・オーダリングシステム等の情報を転用して表示できること。
		c		
			c - 1	看護指示はセット入力できること。
			c - 2	看護指示をカレンダー形式で表示できること。また、カレンダー上で修正、削除を行うことができること。
			c - 3	看護指示に対して、回数・時間・時間毎の詳細な指定ができること。
			c - 4	部署ごとに看護指示のセット登録ができること。
			c - 5	選択した看護診断・看護計画が問題点一覧で表示され、評価予定日が表示されること。
			c - 6	ベッドサイドでも看護指示が入力できる
			c - 7	看護計画が看護指示に反映されること。
			c - 8	看護指示が経過表に反映されること。
		d		未確認オーダ確認
			d - 1	未確認のオーダの一覧表を画面に表示できること。
		e		その他
			e - 1	患者に実施された看護ケアの頻度を自動集計できること。
			e - 2	看護必要度が入力できること。
3 - 4	ワークシート			
		a		ワークシート

1.1.3 看護支援システム			
分類		機能要件	
		a - 1	患者基本情報は医事システムで登録した内容が自動的に反映されること。
		a - 2	病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込み機能を有すること。
		a - 3	経時記録及びSOAP記録からの貼り付け機能を有すること。
		a - 4	日々の看護に必要なワークフローが自動取り込みされ一覧で見られること。
		a - 5	ワークシートは看護師の部署、看護師毎に好みのレイアウトを選択できること。
		a - 6	部署や看護体制に合わせて必要なワークシートが作成できること。
		a - 7	ワークシートは、画面での確認や紙での出力ができること。
		a - 8	メモ機能を有していること。
		b	一覧表出力
		b - 1	診療行為別の各種ワークシートが作成可能な出力できること。
		b - 2	帳票の出力場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。
		b - 3	病棟管理用のワークシートが画面上に表示できること。
		b - 4	患者ごとの週間予定表が画面上に表示できること。
		b - 5	退院、転科及び適宜看護サマリを画面上に表示できること。
3 - 5	患者スケジュール		
		a	患者スケジュール
		a - 1	看護指示が患者スケジュールに反映されること。
		a - 2	全ての医師指示情報と看護指示情報を実施状態で色別表示ができること。色については、未実施、確認済、実施済、外来伝票その他に分類することができること。
		a - 3	横軸を時間、縦軸を患者毎のカレンダー形式で表示されること。日勤・準夜・深夜ごとの時系列で医師指示情報と看護指示情報を表示できること。また、業務別でも医師指示情報と看護指示情報を表示できること。
		a - 4	時間指定のないオーダは非時系列にまとめられ、時間指定のあるオーダは縦軸の時間に合わせて表示されること。
		a - 5	看護実施状態の色別表示ができること。色については、未実施、確認済(指示受け済)、実施済、外来伝票その他に分類することができること。
		a - 6	注射オーダで開始時間と終了時間の2回実施入力ができること。また、終了時間を入力する際にIN量入力もできること。
		a - 7	注射や水分量などのIN量と尿量などのOUT量を入力でき、その情報が経過表に連携することができること。
		a - 8	患者スケジュールで入力した情報は、電子カルテに実施記録として反映できること。
		a - 9	処方与薬、検査採血、看護指示などに対し、看護師作業終了を表す実施入力機能を有すること。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。
		a - 10	自動展開される実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間と記載時間の両方を管理することができること。
		a - 11	注射・処置オーダに関し、医事会計と連動した実施入力機能を有すること。
		a - 12	複数の担当患者の一括処理機能を有すること。担当患者の選択に関しては、業務分担表にて分担された患者をワンクリックで展開することができること。
		a - 13	指示簿の内容を確認することができること。
		a - 14	伝票毎の実施時メモ、毎日の日別メモ、患者毎の患者メモ登録機能を有すること。

1.1.3 看護支援システム				
分類		機能要件		
3 - 6	看護実践入力			
			a - 1	経過表の中で実施済みが確認できる(実施者、時間、項目)
			a - 2	入力は後入力が可能であり、履歴が記録できること
			a - 3	観察項目の実施(結果の詳細)が入力できる。
3 - 7	経時記録とSOAP	a		ケア情報登録(実施、SOAP)
			a - 1	患者ケア情報が入力できること。
			a - 2	患者ケア情報はワークシート表示画面でも入力可能なこと。
			a - 3	SOAP形式で看護記録が作成できること。
			a - 4	以下の項目が定型、フリーコメントで入力できること。 観察事項、患者の訴え事項
		b		熱計表作成
			c - 1	患者ごとのバイタルデータ、IN/OUTデータ等の測定値データを、体温表イメージとして一度に参照できること。
			c - 2	表示項目はユーザ側で自由に並べ替え、追加、変更ができること。
			c - 3	体温表イメージ画面で各データの入力、修正ができること。
			c - 4	以下の表示切り替えができること。 一日単位、一週間単位
		c		その他
			c - 1	経時記録については、看護問題区分、経時記録区分にて記載することができること。
			c - 2	定型文を選択することができること。
			c - 3	過去の経過記録からコピー & ペーストが可能であること。
			c - 4	シェーマを使用しての経時記録が記載できること。
			c - 5	作成 / 更新をした際には、自動的にシステムを使用するときに入力されたIDの利用者氏名が表示されること。
			c - 6	記載の日時に関しては、記載開始の時間が自動的に記載されること。ただし、業務上、実際のケアした時間と記録した時間が異なる場合があるため、日時を変更することが可能であること。その際には、ケアした時間と、記録した時間の両方を記録することができること。
			c - 7	記載の日時より実際に業務を行なった日時が過去の場合、遡って記録を登録することができること。
			c - 8	過去のSOAP記録の検索、絞込み機能を有すること。絞込みに関しては、看護問題(S・O・A・P)、経時記録、フリーキーワード、作成者にて絞込みできること。
			c - 9	電子カルテから経過記録を修正・削除できること。また、その際は即時に、経過記録に反映することができること。
			c - 10	コピー & ペースト機能による、サマリへの記事貼り付けができること。
			c - 11	音声入力ができること。
3 - 8	サマリ入力	a		看護サマリ作成
			a - 1	看護サマリが作成できること。また、看護サマリの患者基本情報は電子カルテまたは病院情報システム等ですでに入力した情報を転用できること。
			a - 2	サマリの内容が特定の項目で検索できること。
			a - 3	看護サマリ入力の定型文、単語を辞書登録できること。
			a - 4	テンプレート入力を基本とし、定型文入力、フリーテキスト入力ができること。
			a - 5	シェーマが添付できること。デジタル画像が添付できること。

1.1.3 看護支援システム			
分類		機能要件	
		a - 6	看護サマリの記載時間、入力者を記録することができること。
		a - 7	作成されたサマリは退院時および臨時で出力ができること。
		a - 8	医師が作成するサマリとリンクすること。
		a - 9	基本情報で登録した内容が自動的に反映されること。
		a - 10	病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込み機能を有すること。
		a - 11	経時及びSOAP記録からの貼り付け機能を有すること。
		a - 12	クリニカルパスは継続事項が自動的に外来に反映されること。
4	継続看護支援		
	4 - 1 継続教育	1	当院のクリニカルラダーの評価ができる。
	4 - 2 研究・教育	1	研修計画に沿って、研修受講が管理されること。
		2	年間の研修計画が表示され、各自で申し込みでき、受講可能者は、担当者で承認ができること。
		3	院外の研修会参加、研究発表、講師、投稿、執筆など月日、主催団体、受講料など入力できること
		4	神戸市看護大学とのe-learningができること
		5	技術・知識の教育用ソフトを見ることが出来ること
		6	教育ソフトを作成できること
		7	研究計画書の書式が入力、出力できること
		8	看護師の研修状況、キャリア開発状況が蓄積され、閲覧できること。(全体、個人は勤務)
		9	データウェアハウスを使用して、データの集積が行えること
		10	研修生の情報が入力できること
		11	実習生の実績が入力できること
5	看護管理支援		
	5 - 1 看護職員情報管理	a	看護師基本情報管理機能
		a - 1	看護職員の基本情報が管理できること。
		a - 2	看護職員の採用情報が管理できること。
		a - 3	看護職員の資格情報が管理できること。
		a - 4	看護職員の学歴情報が管理できること。
		a - 5	看護職員の看護協会情報が管理できること。
		a - 6	看護職員の各種経歴情報が管理できること。
		a - 7	検索条件を設定して人事情報の検索が行なえること。
		a - 8	登録した人事情報を、人事情報台帳や職員名簿として印刷できること。
		a - 9	部署ごとの名簿が出力できること
		a - 10	緊急連絡網が自動で出力できる
		a - 11	変更入力が自分で入力できる
		a - 12	職員人事管理と媒体を通じたデータ交換ができること。
	5 - 2 勤務管理	a	勤務割振表作成支援機能
		a - 1	各種勤務条件の設定が行えること。

1.1.3 看護支援システム			機能要件	
分類				
			a - 2	設定されている勤務条件をもとに、自動割り当てによる勤務予定の作成ができること。
			a - 3	自動生成した勤務割振予定の修正入力が行えること。
			a - 4	個人別および病棟別の勤務割振予定表の印刷が行えること。
			b	勤務実績管理機能
			b - 1	勤務予定に対し、勤務実績が入力、管理ができること。
			b - 2	個人毎に超過勤務時間を入力できること。
			b - 3	各種勤務実績管理帳票を出力できること。
			b - 4	勤務表作成前に勤務希望は個人で入力ができること
			c	看護師業務分担
			c - 1	看護師勤務システムとの連動により、翌日の看護師勤務情報を電子カルテシステムに自動取込ができること。
			c - 2	翌日以降の受持ち患者を勤務割システムから自動取込みし、勤務帯ごとに勤務者を担当患者、もしくは担当部屋を割り振ることができること。
			c - 3	勤務割システムから自動取込みした勤務者を病棟毎のチームに割り振ることができること。
			c - 4	受持ち患者ごとのチームを登録することができること。
5 - 3	看護管理日誌作成		a	看護管理日誌
			a - 1	日付指定により看護管理日誌を作成、表示できること。
			a - 2	表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。
			a - 3	受持ち患者一覧を表示、印刷できること。
			b	病棟日誌
			b - 1	日付指定により病棟日誌を作成、表示できること。
			b - 2	日付指定により病棟管理日誌を作成、表示できること。
			b - 3	職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連動し、各種集計ができること。
			b - 4	救護区分の把握ができる
			c	外来日誌
			c - 1	日付指定により外来管理日誌、外来看護日誌(血液浄化含む)を作成、表示できること。
			c - 2	表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。
			d	手術日誌
			d - 1	日付指定により手術管理日誌、滅菌管理日誌を作成、表示できること。
			d - 2	表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。
			e	当直管理師長日誌
			e - 1	全病棟の患者の重症度ごとに一覧表を作成、表示できること。
5 - 4	看護体制評価		a - 1	患者数、入退院、看護度、看護ケアから各部署の看護の重みが計算されること。
			a - 2	手術、処置、検査計画から看護師の必要数が自動計算されること。
5 - 5	看護の質管理		1	患者満足度調査が、全体、部署毎に自動計算されること。
			2	患者に実施された看護ケアの頻度を自動集計されること
			3	各看護問題の解決日が集計され、行われた看護指示を集計できること。



1.1.4 医事会計システム			
分類	機能要件		
1	基本要件		
		a	患者サービスを向上に貢献できるシステムであること。
		b	確実な診療報酬請求を支援できるシステムであること。
		c	医事データを有効に活用できるシステムであること。
		d	地域医療機関との連携に対応できるシステムであること。
		e	24時間365日稼働に対応できるシステムであること。
2	標準化対応	a	IHE-J対応
		a - 1	IHE-J RadiologyのSWFプロファイルのADTアクターを実装し、OP、OF/DSSアクターとの間でRAD-1、RAD-12トランザクションをサポートすること。
		a - 2	IHE-J RadiologyのPIRプロファイルのADTアクターを実装し、OP、OF/DSSアクターとの間でRAD-12トランザクションをサポートすること。
		a - 3	IHE-J RadiologyのSWFプロファイルのADTアクターを実装し、OP、OF/DSSアクターとの間でRAD-36トランザクションをサポートすること。
		a - 4	IHE-J LaboratoryのLPIRプロファイルのADTアクターを実装し、OP、OF/DSSアクターとの間でRAD-1、RAD-12トランザクションをサポートすること。
3	基本要件		
		1	マウスやキーボードにより簡便な入力ができること。
		2	画面展開の工夫、複写機能、事前登録機能等により、迅速かつ正確な入力ができること。
		3	HISや他の部門システム間で文字化けや別文字を表示しないよう文字コードや入力方式を設定すること。
		4	必要なマスタはパッケージで設定ができていないこと。(利用者、病室等病院で設定すべきものは除く)
		5	マスタの検索機能、一覧機能があること。
		6	マスタメンテナンスの操作方法は簡便であること。
		7	マスタの履歴管理ができること。
		8	レセ電算マスタや標準電子カルテマスターなど国が推進する標準マスタのあるものはそれを使用すること。
		9	全てのマスタは、バージョンアップや法令改正、院内の運用変更に対応できること。
		10	国が無償で提供するマスタの更新は無償で行うこと。
		11	点数改定等には、パッケージで簡易に一括メンテナンスする機能があること。
		12	マスタはCSV等テキスト形式でインポート及びエクスポートできること。
4	患者受付業務		
	4 - 1 患者登録業務		
		a	患者登録共通
		a - 1	本院を受診する患者が医療行為を受けるために、当院医療情報システム上に患者基本情報・保険情報を登録できること。受付の際に、問診などの情報がOCRなどにより、簡便に登録できること。
		a - 2	患者基本情報の変更や誤入力を更新できること。
		a - 3	保険証の確認に基づき保険情報を更新できること。
		a - 4	誤登録、受診キャンセル、重複登録等に起因する使用停止措置等に対応できること。
		a - 5	登録された情報は常時検索照会が可能なこと。

1.1.4 医事会計システム			
分類		機能要件	
		a - 6	患者基本情報および保険情報は、HISの患者プロフィールに登録されること。
		a - 7	患者基本情報および保険情報の登録・修正後すみやかに(登録修正と同時に)受付処理が行えること。
		a - 8	患者基本情報および保険情報の登録時には、入力優先順位を配慮すること。 (例: 診察に必要な最小限の情報を入力でも登録しHISへ送信、会計に必要な最小限の保険情報を入力でも登録し会計計算)
		a - 9	各種帳票類を必要に応じ印刷および表示できること。 (帳票例) 患者診察券、外来基本カード、患者索引簿、患者登録ブルーリスト、患者ID一覧表、空き患者ID一覧表など。
		b	患者ID発行
		b - 1	患者IDは、1患者につき1つの固有の番号で発行されること。
		b - 2	1つの患者IDは、複数患者に発行できないこと。
		b - 3	1人の患者に、複数の患者ID発行を防止する機能があること。
		b - 4	患者IDは、本院が既に発行済みの番号を継続して利用できること。
		b - 5	最大9,999,999人分の患者IDをシステム上で管理できること。
		b - 6	患者IDの付番にはチェックディジット方式を採用すること。
		b - 7	本院が既に発行済みのIDについては、従来のチェックディジット方式を継続して利用すること。
		b - 8	患者IDについては、自動的に付番できる機能を有すること。また、患者IDの不適切な番号はあらかじめ削除できること。患者IDの手入力にも対応できること。
		c	患者基本情報登録
		c - 1	患者基本情報の登録・修正・削除が行えること。 (患者基本情報の例) ・患者ID、患者氏名(カナ、漢字)、旧氏名(カナ、及び漢字)、性別、生年月日、現住所、自宅及び勤務先の電話番号、連絡先(住所及び電話番号)、受診科、コメント ・食事療養費負担区分(新・旧情報) ・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 ・定期請求停止区分
		c - 2	患者の全来院歴を自動登録すること。 ・入院、外来、診療科、来院日、入院期間等 このとき過去の全受診科については、診療科順表示か最終来院日順表示かの選択(設定)が可能なこと。
		c - 3	二重登録(1人の患者に複数のIDを発行)を防止するためのチェック機能があること。 (例: 患者基本情報を「カナ氏名」「旧カナ氏名」「生年月日」によって検索し、二重登録を警告する。警告時には確認のために必要な情報も表示)
		c - 4	氏名入力では、漢字変換が選択方式とワープロ入力の両方でできること。 また、人名辞書を用い、変換候補を簡便に表示し確定できること。
		c - 5	氏名入力では、外国人の氏名登録にも対応できること。
		c - 6	カナ氏名入力では、「氏名」の一部からの検索ができること。 (例) “知ウ”等の“ウ”で検索を行う
		c - 7	カナ氏名入力では、清音の指定で、同音異字を含めた濁音・半濁音の文字を検索できること。 また、濁音・半濁音の指定で、同音異字を含めた清音の文字を検索できること。 (例) シ シ、ジ、チを検索、ル ル、ルを検索
		c - 8	生年月日の入力では、和暦でも西暦でも入力できること。 また、システム全体では、和暦と西暦とを使い分けて表示する機能を有すること。

1.1.4 医事会計システム			
分類	機能要件		
			c - 9 住所の入力では、地方公共団体コードを使用して、都道府県名、市区町村名(+町名)までをコード化し、それ以下の住所及びアパート名等の入力はワープロ入力できること。また、地方公共団体コードは、総務省で更新されたらただちにインポートできること。
			c - 10 住所の入力では、市町村名、郵便番号により、住所コードを検索できること。また、この辞書情報は随時インポートして更新できること。
			c - 11 住所の入力では、4住所以上の登録が可能なこと。
			c - 12 住所の入力では、海外居住者の住所、連絡先の登録が可能なこと。
		d	保険情報登録
			d - 1 保険情報の登録・修正・削除が行えること。 (保険情報の例) ・保険者番号、保険者名、保険記号・番号、保険本人・家族別、保険給付割合、限定科、保険証交付年月日、保険資格取得年月日、保険開始日、保険有効期限、事業所、事業所所在地、公費負担者番号(老人保健は市町村番号)、公費受給者番号、労災、公務災害、治験、交通事故、特定疾病、コメント ・その他保険請求にかかる、負担区分や請求方法など詳細な情報
			d - 2 保険情報の入力には可能な限り自動設定をすること。 (例:給付割合、負担月額等)
			d - 3 保険の誤登録を防止するためのチェック機能を有すること。 (例:年齢と保険併用法別番号、年齢とレセプト種類、保険の組み合わせ、保険変更時の同一保険及び本人・家族)
			d - 4 患者単位(全保有保険)および保険別の保険確認日が管理でき、前回保険確認日を表示できること。また、保険確認日の未設定指示も可能なこと。
			d - 5 保険の有効期限の管理が可能なこと。保険開始日については、設定により当日又は当月1日の既定値選択が可能なこと。
			d - 6 継続区分の活用により、老人保健の月途中の保険者変更(市町村変更によるレセプト分割)や特定疾患保険の複数登録にも対応できること。
			d - 7 社保・国保本人、老人保健など各種保険と年齢の妥当性チェックが行えること。各種保険と年齢の妥当性チェックについては、マスタ設定が可能なこと。また、社保、国保、退職者以外の本人/家族区分については、「本人」を自動設定できること。
			d - 8 老人保健適用のチェックについては、誕生日付(1日生まれ/2日以降生まれ)による判断が可能なこと。(2日以降生まれの人は翌日より適用)
			d - 9 有効期間切れの保険については、警告が表示されること。
			d - 10 コメントは最大、全角文字換算で40字登録でき、各画面から参照できること。
			d - 11 保険情報は10保険以上登録可能なこと。
			d - 12 保険は、最大10種類の表示ができ、かつ、各種公費事業の表示が3種類以上表示できること。
			d - 13 10種類の保険が有効使用でき、各保険の限定科が外来で6診療科以上、入院で6診療科以上の登録ができること。
4 - 2	外来患者受付業務	a	外来患者受付共通
			a - 1 院内・院外の再来受付機や病院職員による端末入力などより、外来患者の受付が行える。
			a - 2 患者診察カードを発行できること。
			a - 3 携帯端末患者呼出しシステムを導入し、患者に配布する携帯端末に、待合状況、診察・検査・会計などの状態及び先行や支払い金額などの情報をリアルタイムに配信し、患者案内が行えること。 また、会計終了後、携帯端末が回収できるしくみを構築すること。 携帯端末患者呼出しシステムは、入院患者・患者家族等にも使用できるよう配慮すること。

1.1.4 医事会計システム			
分類		機能要件	
		a - 4	患者案内表示システムを導入し、外来各所で待合い状況を番号による待合表示・待ち時間表示・診察室表示などにより、患者に案内できること。あわせて、お知らせ事項等を文字・画像の組み合わせにより、来院者に案内できること。
		a - 5	外来患者受付画面において、保険表示および保険別保険確認入力ができること。
		a - 6	外来患者受付画面において、基本保険登録画面と連動し、保険証の確認日が表示できること。
		a - 7	健康保険証等の確認登録ができること。その際、受診予定がなくても登録でき、保険ごとの履歴を照会できること。
		a - 8	外来患者受付画面において、患者の来院履歴情報を表示できること。
		a - 9	外来患者受付画面において、患者の未収金情報を表示できること。
		a - 10	診療科の診療予約オーダにより、HISへ予約患者情報を伝達すること。
		a - 11	受付端末、再来受付機などで受付された情報をリアルタイムにHISへ伝達すること。
		a - 12	外来患者受付画面において、健康保険証等の確認の有無など、必要項目のチェックを行い、警告を表示できること。
		a - 13	診察券を忘れて来院した患者に対し、受付窓口で仮診察券を発行できること。 また、仮診察券は、患者診察カードに準じた機能を持つこと。
		a - 14	初診・再診受付の削除ができること。
		b	紹介患者受付
		b - 1	地域医療機関から診療情報提供書などを電子データで受け、紹介患者の情報を来院前に事前に登録できるとともに予約ができること。(紹介患者情報は、媒体もしくは手動により登録するなど、セキュリティに十分留意すること。)
		c	初診患者受付
		c - 1	初診患者整理番号発行機を導入し、初診患者の受付順番が管理できること。
		d	再来患者受付
		d - 1	自動再来受付機を導入し、再診患者の受付処理が行えること。
		d - 2	自動再来受付機から患者用携帯呼出端末を自動配布するなど、患者来院時に携帯呼出端末が速やかに配布できるしくみを構築すること。
		d - 3	外部に設置した再来受付機(ネットワークを含め別途整備)により再診患者の受付処理が行えることが望ましい。
		e	救急患者受付
		e - 1	患者基本情報がわからない患者の仮受付機能があること。また、患者基本情報がわかりたい、登録が行え、本システム及び連携している他システムに反映されること。
2 - 3	入退院患者受付業務		
		a	入院患者受付
		a - 1	入院受付は、初来院時に発行された患者基本情報を、その履歴を含めて継承し、入院日、退院日、病室情報、転科・転室情報の登録、変更、及び削除操作が行えること。
		a - 2	入院誓約書に記載されている債務者及び連帯保証人情報の登録、変更、及び削除ができること。 (連帯保証人情報の例) 氏名、続柄、生年月日、現住所及び電話番号、勤務先及び電話番号
		a - 3	入院手続き時に患者リストバンドを発行できること。 患者リストバンドに印刷する情報は、患者プロフィールの中から任意に選び設定ができること。また、患者IDはバーコードでの印字も行えること。
		a - 4	入院履歴情報を照会できること。 (入院履歴情報の例) 入院診療科、期間、病室、保険情報、転帰
		a - 5	選定療養に関する他院の情報を登録でき、入院データにそれが反映されること。

1.1.4 医事会計システム			
分類	機能要件		
			a - 6 入院患者受付において、各種チェックを行い、警告メッセージが表示できること。 (チェック項目例) 診療科・病棟・病室の組み合わせ、入院日の過去日・未来日、入院当日の外来料金の算定状況、健康保険証の確認情報。
			a - 7 入院患者受付業務に関する帳票類が出力できること。 (帳票例) 入院診療記録、退院証明書
		b	入院基本情報
		b - 1	患者番号を指定して、入院基本情報を表示できること。 (入院基本情報の例) 患者氏名、対象年月、性別、生年月日、入院科、主保険、転科、転室、転床、入院基本料、重症加算、看護加算、差額室、入院病棟、入院履歴
		b - 2	入院料および各種加算について、登録、変更、及び削除操作が行えること。 (入院料、各種加算の例) 入院料、入院料の各加算・減算、適用保険、外泊、欠食、特別食、選択メニュー、特定入院料、選定療養、病衣、無菌治療室加算、放射線治療室管理加算
		b - 3	患者移動等オーダより通知された入退院等のデータが反映されること。
		b - 4	診療情報は、カレンダーマップ形式で表示されること。
	2 - 4	患者照会	
		a	基本要件
		a - 1	患者照会において、漢字氏名、カナ氏名、漢字旧姓、カナ旧姓、生年月日、性別を、一つ以上組み合わせた条件により患者を検索し、結果を一覧形式に表示し、選択できること。また、検索結果が複数の画面に及ぶ時には、自由に前進、後退操作ができること。さらに、検索結果から患者を選択して、各業務画面に切り替えができること。
		a - 2	患者照会において、氏名、旧姓を検索条件に指定する場合、姓又は名の先頭文字一致で検索が行えること。また、カナ氏名、カナ旧姓での促・拗音を含む検索の場合には、促・拗音、及び促・拗音を普通音に変換した文字を混ぜ合わせた文字列で条件指定し、検索が行えること。
		a - 3	過去のレセプト保存データから、診療月、入外区分、保険者記号・番号で患者検索ができること。
		a - 4	患者番号を指定して、その患者の来院履歴、及び入院履歴を表示できること。 また、来院履歴では、受診日、受診科を表示すること。
		a - 5	患者番号と日付を指定して、予約状況、オーダー情報をスケジュールで一覧表示されること。 また、一覧では、実施・未実施が確認できること。
		a - 6	患者番号と日付を指定して、受診科、受付時間、料金計算時間を照会できること。
		a - 7	診療科、又は全診療科を指定して、再来受付患者数、会計済患者数、未会計患者数を照会できること。
		a - 8	診療科を指定して、患者番号、氏名、料金計算時間を照会できること。
		a - 9	見舞客への案内のために、入院患者を対象に、氏名、性別の条件により検索を行い、患者の基本情報、病棟情報、入院名簿記載希望の有無(入院情報照会の可否)、任意のコメント情報を照会できること。
		a - 10	時間外外来患者の時間外・休日・深夜の区分における診療科毎の患者数が集計できること。
3		医事会計業務	
		a	外来会計・入院会計共通
		a - 1	自動支払システムを導入し、自動支払機による支払いが行えること。自動支払はディサージャリーセンターでも利用できること。
		a - 2	POSレジ支払システムを導入し、支払い窓口での支払いが行えること。

1.1.4 医事会計システム			
分類		機能要件	
		a - 3	会計処理は、出来高払い方式及び包括医療評価制度のいずれにも対応できる機能を有すること。
		a - 4	HISに登録された診療データを自動的にもれなく正確にリアルタイムに取りこみ、点数計算及び料金計算ができること。できるだけ、手入力を回避すること。
		a - 5	手入力方式は、コード入力、セット入力、複写入力など、簡便な入力方式であること。
		a - 6	診療行為等の名称から、必要な項目コードや入力形式を検索できること。
		a - 7	適用保険は自動選択されること。 また、任意の適用保険を選択入力できること。
		a - 8	患者会計時の修正やトラブル時には、手入力により、診療データ及び料金データの登録修正操作が行えること。
		a - 9	請求できるものと請求できないものを正確に把握し、物流システムなどと連携して原価計算を行えること。
		a - 10	レセプト電算処理システムに対応していること。
		a - 11	レセプト完全オンライン化(2011年)に対応すること。
		a - 12	自動支払機及びPOSレジシステムからの入金情報を、リアルタイムに会計システムに伝達すること。
		a - 13	患者の支払い方法は、現金及び、デビットカード、クレジットカードのいずれにも対応できること。
		a - 14	社会のニーズにより、電子マネーなどその他の支払い方法にも対応できる余地のあること。
		a - 15	後日支払いになった場合、病院に患者が出向かず入金を行う運用に対応できること。
		a - 16	還付金が発生した場合、病院に患者が出向かず還付を行う運用に対応できること。
		a - 17	会計処理を行ったオペレータ、端末番号、処理時刻を管理できること。
		a - 18	消費税を自動算定する機能を有すること。また、消費税率の変更に対応できること。
		a - 19	診療内容をカレンダーマップ形式に表示できること。
		a - 20	コメントを自由文で24文字以上入力できること。
		b	外来会計
		b - 1	患者案内表示システムを導入し、会計コーナー周辺で待合い状況を患者に案内できること。
		b - 2	診療点数表、診療点数の解釈、療養担当者規則等の積算ルールに則り、自動加算・自動算定・自動発生、包括制・通減制などの自動計算を正確に行えること。 (自動加算・算定・発生) ・基本的検体検査実施料・判断料の自動算定 ・採血料の自動発生 等
		b - 3	各種項目の入力チェックを行い、その結果を詳細に表示できること。 (入力チェックの例) ・公費負担患者の適用診療科及び期限切れ ・同時算定不可や必須算定もれ ・同一日同一月の算定不可項目 ・指導料についての算定の可否 ・薬剤の重複投与 ・同月内における検査の回数 ・同一日の複数受診 ・年齢による必須保険の未登録
		b - 4	ID入力または氏名検索から、患者基本情報など外来会計処理に必要な情報を表示できること。 (表示する情報の例) 患者基本情報、保険情報、登録病名、初診日、最終来院日、保険確認情報 等
		b - 5	料金計算画面(請求書発行)および計算入力画面等のすべての料金計算画面で各項目名および点数を表示できること。

1.1.4 医事会計システム			
分類		機能要件	
			b - 6 診療内容に部署の指定ができること。
			b - 7 各種オーダにおいて未実施項目がある場合は、画面に表示できること。
			b - 8 保険診療、保険外診療の合計額及び合算した患者請求額を表示できること。
			b - 9 ID番号は、すべての計算処理が終了するまでは医事端末上で引き継がれ、連続使用する機能を有すること。 (1人の患者の一連行為が終了するまで、すべての画面に引き継ぐこと。)
			b - 10 院外処方せんの内容を自動的に取り込み、表示できること。
			b - 11 算定したデータの名称及び点数を表示できること。
			b - 12 請求書・領収書・医療費明細書(以下外来請求書等)の画面表示及び印刷ができること。
			b - 13 外来請求書等では、発行番号(6桁)を自動付番し、金額欄は最大8桁とすること。
			b - 14 外来請求書等に自動付番される発行番号をもとに、患者ID、患者氏名を照会できること。
			b - 15 複数科受診又は1回の料金計算で外来請求書等が複数枚になった場合、発行される外来請求書等の枚数を各外来請求書等に自動付番できること。
			b - 16 外来請求書等は、再出力、削除、及び削除取消ができること。
			b - 17 再計算による再出力時は、差額、あるいは全額分を選択指定できること。
			b - 18 患者負担額が発生する場合には、外来請求書及び薬引換券を出力できること。
			b - 19 患者負担額が発生しない場合には、薬引換券を出力できること。
			b - 20 未収金のある場合、患者の外来請求書等に判別記号を印字できること。
			b - 21 外来請求書等は、最大6ヶ月遡りして発行できること。
			b - 22 外来会計に関する各種帳票類を出力できること。 (出力帳票例) ・オーダデータ未取込リスト ・会計入力データのチェックリストなど
		c	入院会計
			c - 1 診療点数表、診療点数の解釈、療養担当者規則等の積算ルールに則り、自動加算・自動算定・自動発生、包括制(まるめ)・逓減制などの自動計算を正確に行えること。 (自動加算・算定・発生例) 実施料、診断料、判断料及び入院料 等
			c - 2 患者移動等オーダより通知された入退院等のデータをもとに、入院料の各加算・減算の算定ができること。
			c - 3 入院基本料は、入院基本料算定歴より選択し、引き継ぐことができること。
			c - 4 入力されたデータ、HISから取得されたデータ、及び自動算定されたデータ(実施料、診断料、判断料及び入院料)を、全て項目ごとに日付順または点数順に編集し表示できること。その際、必要な行為のみを任意に表示できること。
			c - 5 各種項目の入力チェックを行い、その結果を詳細に表示できること。 (入力チェックの例) ・公費負担患者の適用診療科及び期限切れ ・同時算定不可や必須算定もれ ・同一日同一月の算定不可項目 ・指導料についての算定の可否 ・薬剤の重複投与 ・同月内における検査の回数 ・同一日の複数受診 ・年齢による必須保険の未登録 等

1.1.4 医事会計システム			
分類		機能要件	
		c - 6	ID入力または氏名検索から、患者基本情報など入院会計処理に必要な情報を表示できること。 (表示する情報の例) 患者基本情報、保険情報、登録病名、初診日、最終来院日、保険確認情報 等
		c - 7	算定したデータの名称及び点数を表示する機能を有すること。
		c - 8	診療内容に部署の指定ができること。
		c - 9	包括払い(DPC)方式となる患者の、包括算定部分、でき高算定部分を自動で判断し算定されること。
		c - 10	確定されたDPCの確認(DPC決定までに必要となる副傷病名や実施処置・手術など)が容易にできること。
		c - 11	請求書・医療費明細書の画面表示及び印刷が行えること。
		c - 12	試算会計による料金照会および試算書の発行ができること。また、料金試算については、病棟からも行えること。
		c - 13	請求書・医療費明細書の発行停止機能、請求期間併合機能があること。
		c - 14	請求書・医療費明細書は、保険種別に分割して発行できること。
		c - 15	1ヶ月間の診療費用について、期間を指定して、請求書・医療費明細書を分割発行できること。
		c - 16	請求書・医療費明細書は、再出力、削除、及び削除取消ができること。
		c - 17	再計算による再出力時は、差額、或いは全額分を選択指定できること。
		c - 18	請求書・医療費明細書は、発行時の入院病棟別に患者単位で保険毎に一括して発行できること。
		c - 19	請求書・医療費明細書の出力日、及び納入期限を指定できること。
		c - 20	請求書・医療費明細書は、最大6ヶ月遡及して発行できること。
		c - 21	料金徴収後に、領収書を発行できること。
		c - 22	請求書・領収書・医療費明細書では、発行番号(6桁)を自動付番し、金額欄は最大8桁とすること。
		c - 23	請求書・領収書・医療費明細書に自動付番される発行番号をもとに、患者ID、患者氏名を照会できること。
		c - 24	入院会計に関する各種帳票類を出力できること。 (出力帳票例) 会計入力データのチェックリスト 未納一覧 等
		d	診療データ照会・会計修正機能
		d - 1	初診料、指導料、管理料等の算定項目について、算定状況の照会及び修正が行えること。また、修正された内容は次回診療の算定時に反映されること。
		d - 2	各種診療データ、請求データの検索・照会が行えること。 (検索データ例) ・入院基本データ ・継続診療データ ・前回実施日、前回算定日、投与開始日 最終更新日 等
		d - 3	検索した画面から、診療科、保険履歴、算定状況等の必要な修正ができること。
		d - 4	請求書再計算のための修正機能(精算修正)があること。
		d - 5	主治医氏名・主治医コード出力機能があること。
		d - 6	診療データの修正・照会は、13ヶ月以上遡って行えること。
4	レセプト業務	a	レセプト(診療報酬明細書)、会計カード
		a - 1	医科・歯科、生活保護、公費医療・公災・労災・公害・治験・自賠責レセプト、その他保険者等(自費以外)への請求書類または請求データを作成できること。また、自費の明細も作成できること。

### 1.1.4 医事会計システム

分類		機能要件
		a - 2 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会が指定する電子レセプト請求フォーマットで出力できること。
		a - 3 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会以外の支払機関において電子請求を行う場合に対応できること。
		a - 4 各月のレセプトイメージ(請求データを表示する)に必要な情報を付加した「会計カード」を作成、表示できること。また会計カードはカレンダーマップ表示できること。
		a - 5 年月を指定して、レセプトイメージの表示が行えること。
		a - 6 会計カードには、以下の項目を表示できること ・0点項目 ・院外処方内容 ・主治医、診療科情報 など
		a - 7 会計カード、レセプト出力は13ヶ月以上遡って行えること。
		a - 8 再審査申出書、再審査用レセプトを作成できること。
		a - 9 二者併用レセプト、及び三者併用請求に対応できること。また、複数の公費負担併用に対応できること。
		a - 10 レセプト用コメント(最大24字)を入力できること。また、入力したコメントをレセプトに出力できること。
		a - 11 レセプト等の記載要領に定められている事項が、定められた記載順序や記載方法により記載できること。
		a - 12 会計カード及びレセプトを指定した条件で表示できること。(指定条件の例) 全件、科指定、入外指定、月指定、患者指定、点数指定 等
		a - 13 レセプトに関する各種帳票の出力ができること。(帳票例) 高額レセプトに添付する日計表、高額療養費対象患者リスト、請求先別リスト、総括表 等
		b
		b - 1 レセプトチェック レセプト請求制度上の制限事項や加点事項を網羅したエラーチェック項目があらかじめ登録されており、単独項目のエラーチェックおよび複数項目間のエラーチェックを迅速かつ正確に行えること。 (チェック項目の例) 保険、年齢、病名、材料、処置、指導料対象、算定回数、薬品の効果効能と容量・投薬日数 等
		b - 2 エラーチェック項目は、選択できること。また、選択する場合にセット化や優先順位の設定が行えること。
		b - 3 エラーチェック項目を追加できること。
		b - 4 患者別、診療科別、保険別、傷病名別等、条件を選択して、チェックが行えること。
		b - 5 エラーチェックリストから、確認修正画面に直接移行できること。
		b - 6 医療費改定や薬品・傷病名の変更に伴い、インストールファイルの提供等により、チェック項目を簡易な操作で変更できること。また、チェック項目の変更の際、ユーザー追加設定分が反映されること。
		b - 7 特定の項目を算定している場合に、任意のメッセージを表示できること。
		b - 8 医師によるレセプト点検を必要とするレセプトを抽出できること。また、抽出条件は一般的な事項をあらかじめ設定しているほか、ユーザーでも設定できること。
		b - 10 レセプト点検を依頼する医師を一括または個別に指定できること。
		b - 11 医師に対し、自動または手動でレセプト点検を依頼するメッセージを発信すること。
		b - 12 医師が要点検レセプトを保有する間は、HIS画面や電子メールで医師に通知すること。
		b - 13 通知を受けた医師は、対象患者の点検画面をすぐ確認できること。

1.1.4 医事会計システム			
分類	機能要件		
			b - 14 医師の点検終了後、医事課に医事会計画面や電子メールで医事課職員に通知すること。 また、医師の要点検分から削除されること。
			b - 15 医師は点検対象レセプトのみのサマリーを一覧表示できること。
			b - 16 医師の点検画面は、HISデータや過去点検データを活用するなど、可能な限り簡易に入力できること。
			b - 17 診療科別・医師別・病棟別に点検対象となるレセプトを一覧表示し、レセプトチェックの進捗状況を容易に把握できること。
			b - 18 一病名毎、一診療行為毎にメモ伝言の登録ができること。
			b - 19 医事課が入力したメモを医師が参照できること。
			b - 20 医師が入力したメモを医事課が参照できること。
			b - 21 診療内容とエラー内容が1画面で同時に確認できること。
			b - 22 印刷物による点検もできること。
		c	レセプト電算処理
		c - 1	レセプト電算用の厚生労働省の基本マスタ(点数マスタ、病名マスタなど)を使用して、磁気媒体(FD、MO等)に厚生労働省の「記録条件仕様」にしたがって記録することができること。
		c - 2	社保、国保、公費等の支払基金および国保連合会が扱うレセプトについてレセプト電算処理が行えること。
		c - 3	レセプト作成において、診療報酬請求書(総括表)、高額レセプト日計表は、紙による出力が可能であること。
		c - 4	レセプト電算処理に使用されるコメントについては、厚生労働省のフリーコメント、固定コメント、フリーコメントと固定コメントの混在パターンを使用できること。
		c - 5	レセプト電算マスターの更新に対応し、タイムリーにインストールを実施すること。
		d	包括医療対応業務管理(DPC)
		d - 1	DPC調査協力病院として求められている、様式1・Eファイル・Fファイルを作成できること。 また、将来の要求の変化にも対応できること。
		d - 2	DPCによる診療報酬請求に対応し、DPCレセプトの作成、点検、総括表、集計、債権管理ができること。
5	債権管理業務		
		a	審査支払機関、保険者等の債権管理・未収管理
		a - 1	請求先別、請求月別、保険別、入外別などの区分を設定し、債権登録・未収管理ができること。
		a - 2	レセプト1件ごとに、通常請求、保留、保留解除、返戻、過誤、再請求、確定等の状態を管理し、検索や一覧表示ができること。
		a - 3	検索画面や一覧画面より対象データを選択し、登録、修正、及び削除操作が行えること。
		a - 4	査定等による点数の増減や疑義・過誤等による返戻を、レセプト1件ごとに管理すること。
		a - 5	再請求、再審査請求の請求および結果の履歴をレセプト1件ごとに管理すること。
		a - 6	点数の増減・返戻については、項目ごとに、点数や理由等を細かくデータベース化し保険請求のための分析、対策が行えること。
		a - 7	内容変更したデータを各種統計に反映すること。
		a - 8	検診・予防接種・治験等のレセプト以外の請求にも対応していること。
		a - 9	未収金入金時の消し込み処理を行うことができること。
		a - 10	債権登録、未収金入金処理などについて、できるだけ手入力は避けること。

### 1.1.4 医事会計システム

分類		機能要件	
			a - 11 審査支払機関、保険者等の債権管理関係各種帳票類を出力できること。 (出力帳票例) ・社保・国保、他法診療報酬請求書 ・労災診療報酬請求書 ・諸法、医療費助成制度請求書 ・国保、他法総括表 ・療養費請求書 ・現金領収証書 ・郵便振替等払込票
		b	患者の債権管理・処理業務・未収管理
		b - 1	患者(請求先)別、請求時点別、入外別などの区分を設定し、債権登録・未収管理ができること。
		b - 2	請求書等の出力と同時に、債権登録ができること。
		b - 3	患者負担分を、患者以外の者に請求する場合にも対応できること。
		b - 4	患者IDを指定し、当該患者の未収情報を一覧形式および明細単位の形式に表示し、一括入金、及び選択入金の処理が行なえること。
		b - 5	債権登録、未収金入金処理などについて、できるだけ手入力は避けること。
		b - 6	請求書の再発行ができること。
		b - 7	請求書削除、削除取消ができること。
		b - 8	料金情報訂正ができること。
		b - 9	随時未納金督促状を出力できること。
		b - 10	督促時には、患者ごとに督促時点での未収金の全額と明細を表示できること。また、明細を選択して督促状を出力できること。
		b - 11	督促において、患者宛、保証人宛または併用の選択ができること。
		b - 12	請求書、督促状の発行状況や入金状況を検索し表示できること。
		b - 13	患者の債権管理関係各種帳票類を出力できること。 (出力帳票例) ・療養費請求書 ・現金領収証書 ・郵便振替等払込票 ・未納債権一覧表(月別、年度別)(入外別) ・確定債権処理日表(入外別・保険別の合計表及び明細表) ・未納一覧(日報)(入外別) ・削除一覧(日報)(入外別) ・未納整理簿(月報)(入外別) ・消費税等収入(日報)(入外別) ・調定額・発生件数(日報)(入外別) ・調定収納額表(月報)(入外別) ・項目別収入(月報)(入外別) ・負担別収入(月報)(入外別) ・入院定期請求一覧表・領収証明書 ・未納金督促状 ・債権発生通知書 ・債権管理簿 ・調査決定報告書 等
7	医事統計		
		1	任意のデータを簡易に抽出し、統計処理できるツールを提供すること。
		2	各種統計データは時系列に比較分析できること。
		3	各種統計データは、csv等テキスト形式でインポート、及びエクスポートできること。
		4	各種日次帳票が出力できること。 (日時帳票の例) ・入金日計表 ・外来患者数日報 (科別、医師別、年齢別、地域別、保険別) ・入院患者数日報(科別、病棟別) 等

**1.1.4 医事会計システム**

分類		機能要件	
			5 各種月次帳票が出力できること。 (月次帳票の例) ・外来患者数月報 (科別、医師別、年齢別、地域別、保険別) ・入院患者数月報 (科別、医師別、年齢別、地域別、保険別) ・外来稼動額月報(科別、医師別、保険別) ・入院稼動額月報(科別、医師別、保険別) ・紹介率、死亡患者(入外別、主治医、病名)等
			6 各種帳票が随時出力できること。 (帳票の例) ・入院患者一覧 ・退院患者一覧 ・患者台帳 ・入院台帳 ・収納台帳 ・消費税請求一覧表 ・指定病名登録者一覧表 ・薬品使用量一覧 ・指定保険使用者一覧 ・指定コード使用者一覧 等
			7 施設基準に関して、各種集計及び帳票が出力できること。
			8 患者の来院時の受付から会計計算終了時までの各々で患者が病院内に滞在している時間を記録、分析が行えること。
			9 包括医療(DPC)の適正点数を試算できること。
			10 医療改定時の影響を試算できること。
			11 統計処理時(帳票出力を含む)、通常業務のレスポンス低下及び業務制限が発生しないこと。
			12 院内の組織変更や病棟運用の変更などによる統計データの項目追加削除などに簡易に対応できること。
6	その他の機能		
		a	文書管理
		a - 1	診断書や介護保険意見書等の文書類の受付、院内処理、患者への交付などを管理できること。
		b	情報開示
		b - 1	カルテ開示や情報開示について、受付、院内処理、患者への交付などを管理できること。
		b - 2	X線フィルム等医学資料の貸出・借入を管理できること。
		c	相談
		c - 1	医事相談、質問、苦情について、受付、院内処理、患者への報告などを管理できること。
		c - 2	医事紛争、医療訴訟について、受付、院内処理、交渉経過などを管理できること。
		c - 3	公費医療、特定疾患、介護保険、(地域医療機関、ボランティア)、など患者に有益な医療費制度やサービスの情報をデータベース化し、検索情報提供が行えること。

### 1.1.5 クリニカルパスシステム

分類		機能要件		
1	パス表示機能			
			1	クリニカルパス一覧画面では、横軸に時間、縦軸に診療行為の進捗状況が表示されること。
			2	画面上で現在の時刻を表す印が、時刻とともに移動して現時点を表現すること。
			3	診療行為の進捗状況(オーダー前/オーダー後/実施完了など)が色の变化等で視覚的に表現されること。
			4	診療行為は、行為の種別(処方、注射、検査など)だけでなく、その行為を実施する担当の職種ごとにも並べ替え、まとめて表示することができること。
			5	診療行為の過去の実績と将来の計画が同じ画面上で一覧できること。
2	パス作成機能			
			1	診療プロセスを定義した標準パスが作成できること。
			2	疾病ごとの標準パスをカスタマイズして、患者ごとの診療計画を作成できること。
			3	複数のクリニカルパスを合成して適用することができること。
			4	適用したクリニカルパスを患者の状況に合わせて、予定行為の追加/削除/延期など、カスタマイズすることが容易に出来ること。
			5	パスを患者に適用する場合の基準イベント(手術日、検査日など)が指定できること。
			6	パスを適用して作成した診療計画を必要に応じて印刷できること。
3	連携機能			
				電子カルテ、オーダーリングシステム、看護支援システムなどと連携すること。
			1	患者にクリニカルパスを適用することにより、オーダー・看護計画などが一括発行されること。
			2	クリニカルパス一覧画面上で、発行されたオーダー・看護計画を一括して、日単位で変更できること。
			3	クリニカルパス一覧画面上で、オーダー・看護計画・実施状況などの登録、変更・中止などが行えること。
			4	クリニカルパス一覧画面には、登録されたオーダー、看護計画、実施状況などが表示され、それぞれの詳細情報を参照できること。
			5	クリニカルパスシステムで登録されたオーダー、看護計画、実施入力などは、電子カルテ、オーダーリングシステム、看護支援システムなどと連携し反映されること。
			6	クリニカルパスの内容を日単位に医師が承認(オーダー確定)する機能を持つこと。
4	バリエーション管理機能			
			1	パスで想定された患者の標準的な経過とずれた結果を登録できること。 (例) ・バリエーションコード ・バリエーション発生日 ・バリエーション内容 ・対応 ・結果
5	パス分析、評価機能			
			1	疾病ごとの原価管理ができること。
			2	治療経過状況に応じたコスト実績を随時把握できること。
			3	パスによる診療の後、適用したパスの評価ができること。
			4	バリエーションデータを収集し、調査、分析のための情報を提供できること。





1.2 部門系システム				
1.2.1 放射線部門システム				
1.2.1.1 放射線情報管理システム(RIS)				
分類		機能要件		
1	基本要件			
		1		当システムでは、骨密度測定検査・一般撮影・特殊検査・結石破碎装置・透視撮影・CT検査・MRI検査・血管造影・超音波検査・核医学検査(1-131内服治療含む)・放射線治療・ポータブル撮影を対象とする。
		2		24時間稼働とし、フィルムレス運用を可能とすること。
		3		IHE-Jに準拠してシステム構築を行うこと。
		4		撮影機器との接続はDICOMインターフェイスにて接続すること。
		5		オーダーリングシステムより、放射線オーダー情報を取り込むこと。
		6		ログオンユーザー名をRISで管理し、操作者ごとに使用できる機能を設定できること。
		7		RIS端末でのオーダーの入力、変更、取り消し等ができること。特に救急対応を主眼とした代理オーダー、変更、キャンセル等、履歴を残した上でRIS側での自由度の高いシステムであること。
		8		RIS端末に予約患者一覧が表示され、下記の検索機能により表示・出力ができること。 ・患者ID ・日指定、期間指定、日未定 ・予約、受付済み、未撮影、撮影中、撮影室に呼び込み、撮影保留中、実施済み、中止 ・診療科、病棟別 ・検査種、撮影室、モダリティ別
		9		予約患者一覧には、患者及び詳細情報表示ボタンを選択することで、治療詳細情報を表示できる機能を有すること。
		10		検査モダリティとオンライン接続のインターフェイスを搭載し、撮影条件を自動的に取り込み被曝線量を算出し、被曝管理できること。またこの情報をHIS側に送信し電子カルテ上で個人被曝履管理できること。
2	予約・依頼受付			
		a		予約・受付処理
		a-1		患者IDカード・予約票・リストバンド・カルテに印字されているバーコードからの患者IDの読み取り、または患者IDのキーボード直接入力、あるいはオーダー済み検査予定患者一覧での選択により、状態を未受付から受付済に変更させ、その時刻を記録できること。
		a-2		放射線部門受付において、患者IDカード、IDのキーボード入力、リストバンドのバーコードのいずれかの方法で患者を特定し、その患者の放射線部門における予約日時、検査名、予約撮影室が一覧表示でき、受付処理および実施処理ができること。
		a-3		放射線部門受付において、検査の予約一覧・未検査患者一覧の表示および印刷ができること。
		a-4		受付済み患者リストは、各撮影室の端末から参照・一覧表示できること。
		a-5		画面上の更新ボタンにより、受付状態はリアルタイムに各撮影端末に反映されること。
		a-6		HISからの依頼医のコメントが画面表示されること。コメントがXML形式で渡された場合、RISで受け取った後処理されること。
		a-7		個別患者の状態等のコメントを入力及び画面表示できること。
		a-8		技師・看護師によるコメント入力及び画面表示ができること。
		a-9		患者詳細ボタンを押すことなく、禁忌情報・感染症等の情報が表示されること。また造影検査では最新の腎機能(クレアチニンのデータ)が自動表示されること。
		a-10		一覧表には、RISオーダー番号、受付番号、患者ID、患者氏名、患者ふりがな、年齢、部位、検査室、検査名、依頼科、病棟、依頼医、受付状態、至急現像・読影の有無、会計済、搬送状態、呼出時刻、オーダー時の特殊依頼内容、撮影時に技師自身がコメントを挿入でき表示できること。さらに、妊娠、感染症の有無等を色分け表示できること。

### 1.2.1.1 放射線情報管理システム(RIS)

分類		機能要件	
			a - 1 1 予約一覧表を、検査ごとに印刷できる機能を有すること。
			a - 1 2 各撮影室の端末では撮影室毎の撮影予定者名、ふりがな、検査部位、造影検査においては造影の有無、依頼科、予約検査においては予約時間が表示され、一覧表で把握が可能であること。
3	撮影業務管理		
		a	実施入力処理
		a - 1	実施入力の確定と同時にそのデータは、HISに送信されること。検査使用物品、薬剤等の入力はバーコード入力が可能であり、実施時にSPDシステムにも送信されること。
		a - 2	未受付、受付済み、保留状態である患者の表示がソートできること。
		a - 3	放射線部門内の他検査が同一日に存在する場合は、その存在が画面上で表示される等によりはっきりと確認できること。また、放射線に限らず他の検査の予約時間等の情報(生理機能、内視鏡、リハビリ等)も確認できること。
		a - 4	実施入力画面においてフィルム袋用等のラベルの印刷が可能であること。
		a - 5	撮影時に撮影部位の変更、撮影方向の変更ができること。
		a - 6	撮影実施入力機能で使用物品(フィルム、薬剤、造影剤、材料、手技、放射性医薬品等)、撮影条件、撮影技師、撮影室、検査No.が入力できること。
		a - 7	検査の際に、ICカード・バーコードによる患者認証ができること。
4	核医学検査		
		a	RI管理機能
		a - 1	RI薬品を受け入れ時、受け入れ先、ロット番号、薬品名、放射線量、受入者などにより受け入れ登録が行えること。さらに、RI薬品の入庫管理(入庫日、ロット番号、薬品名、放射線量、対象患者名、投与者、廃棄日)ができ、台帳印刷ができること。法定の帳票機能をつけること。
		a - 2	RI薬品の管理帳票として、以下の帳票が作成・出力できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・放射線医薬品使用記録簿(ロット別)</li> <li>・保管廃棄記録簿(誰に、いつ、何を、誰が、どれだけ投与したか、廃棄はいつ、誰が行ったか)</li> <li>・放射線医薬品使用統計(日、週、月、年単位)</li> <li>・発注記録簿(物品管理用)</li> <li>・標識薬品記録簿</li> <li>・放射線治療入室記録簿</li> <li>・退室時線量記録簿</li> </ul> 使用統計に関しては、四半期単位に施設許容量が印字されること。 RI発注伝票に対応していること。 薬剤、造影剤、材料の物品管理ができること。使用量は実施入力されたデータを元に再計算すること。 モダリティ別、依頼科別、撮影室別に使用量の統計が出力できること。
		a - 3	オーダーによるRI医薬品などの発注から受領、管理、廃棄までを一元管理でき、適切な法定管理ができること。予約された患者情報はカメラのコンソール装置に転送できること。また、オーダーリング外の臨時検査についても対応すること。属性を取得するためMWM対応とする。
		a - 4	検査予約に当たっては、カメラごとに検査枠を設けスケジュール管理が可能であり、カメラごとの検査予約枠には、曜日指定、n回撮像対応、同一核種のグループ化を考慮すること。 空き枠が予約時に参照できるよう視覚表示が可能なこと。
		a - 5	RI受付では、注射日、又は検査日にて患者受付が行えること。
		a - 6	RI検査時には、先に受入登録を行った薬品が使用薬剤候補として表示されること。
		a - 7	検査が複数回(日)にまたがる場合、1回目の実施入力時に次回検査日程が入力できること。
		a - 8	監視装置と連携し、適切な法定管理ができること。
		a - 9	n回の撮像に対し、撮像進捗状況を送信でき、完了後は完了処理ができること。

### 1.2.1.1 放射線情報管理システム(RIS)

分類		機能要件	
		a - 10	投与したRI薬剤、投与量、身体条件等から自動的に被曝量を算出し、記録できること。またHIS側に転送でき、その他の放射線検査とともに総合的な個人被曝管理ができること。
		a - 11	RI検査のみならず、RI内服治療に対応したシステムであること。
		b	131-I 内服治療システム
		b - 1	HISと治療オーダー情報の受信および会計情報の送信をオンラインにて行い、放射線治療業務の効率化が図れること。
		b - 2	患者基本情報、診断情報、治療計画情報、治療記録情報(X線/電子線照射記録、小線源照射記録)の一元管理を行い、治療カルテデータベースを提供できること。
		b - 3	スタッフの入室時間、業務内容等を記録できる
		b - 4	退出時の患者線量を記録できる
		b - 5	病院情報システム(HIS)とオンラインによる通信を行い、HISからの治療オーダー情報受信およびHISへの会計情報送信ができること。
		b - 6	治療患者の登録、受付の機能を有すること。
		b - 7	治療計画予約の機能を有すること。
		b - 8	治療スケジュール表示の機能を有すること。
		b - 9	各種帳票を出力できること。 (例) ・放射線治療計画予約表 ・放射線治療記録日報 ・週、月、年 治療状況集計 ・治療開始、終了報告書
5	RISアプリケーション要件		
		a	基本要件
		a - 1	RISは放射線部門のIT化を促進し、オーダー情報の迅速かつ正確な伝達、DICOM-MWM機能による患者情報のモダリティ入力、読影レポートの作成、各種統計処理等の放射線部門業務の効率化を図り、経費節減とともにさらなる患者サービスの向上に寄与すること。
		b	RIS端末アプリケーション機能
		b - 1	RIS端末は最小限の画面展開で必要な機能を利用でき、アイコンボタン等によるグラフィカルユーザインターフェースを採用すること。
		b - 2	指定した場所に端末を配備し、撮影室単位で参照、編集できその画面上にて受付、実施入力、実施処理、その他の業務ができること。
		b - 3	RIS端末はタッチパネルかつマウスオペレーションの併用使用が可能であること。タッチパネルは必要に応じて装備すること。
		b - 4	バーコードリーダ等、当院が選択したインターフェースが、すべての端末で対応可能であること。
		b - 5	検査室用の端末は、設置場所による機器構成の違いを除き、機能はすべて同一とすること。
		b - 6	各端末からの入力・検索・表示・実施処理は、メンテナンス作業中等の場合を除き、待ち時間なしで処理をおこなうシステムであること。
		b - 7	操作性は、業務を迅速かつ最小限の操作で行え、誤操作を起こしにくいユーザフレンドリーな操作環境を持っていること。
		b - 8	HISの停止等によりオーダーがストップした場合は、本システムで撮影オーダーを組み立て、実施できる機能を有すること。
		b - 9	すべての端末で、患者ID、バーコード、手入力により当該患者の検査歴、予約状況が確認できること。
		c	患者情報の表示
		c - 1	放射線部門内の検査予約患者のスケジュールを一覧表示できること。
		c - 2	実施入力画面から患者の放射線検査の履歴の一覧が表示でき、一覧画面上で選択することにより、その検査の画像およびレポートを参照できること。

### 1.2.1.1 放射線情報管理システム(RIS)

分類		機能要件	
		c - 3	緊急検査オーダーは、一覧画面上で表示できること。
		d	フィルム袋出力処理
		d - 1	袋ラベルには、患者ID、患者IDをバーコード化したもの、撮影日時、患者氏名、年齢、性別、検査部位の名称、依頼科名、患者渡し、読影要、フィルム枚数等の情報が印刷されること。
		d - 2	すべての検査についてフィルム袋用ラベルには、フィルム管理に必要な情報をバーコードにより出力可能なこと。
		e	各検査機器との連携機能
		e - 1	DICOM-MWM対応機器に対しては患者情報等の送信ができること。
		e - 2	可能な限りDICOM-MPPS対応機器からの実績データ等を受信・管理し、照射録としても利用すること。
		f	印刷・統計業務
		f - 1	各検査別フィルム使用枚数、薬剤使用数量および機材使用量の台帳が任意の期間で作成出力できること。
		f - 2	放射線部門業務における各種定型書類を出力ができること。
		f - 3	以下の各種統計処理および各種帳票の作成が可能であること。 ・フィルム受払い管理表(フィルム品名別) ・フィルム在庫一覧表(フィルム品名別) ・フィルム在庫一覧表(研究用・診療科別) ・検査、入院外来別人数・件数集計(日計、月計、年度計および期間指定による集計) ・検査部位別人数・件数集計(日計、月計、年度計および期間指定による集計) ・検査種別人数・件数集計(日計、月計、年度計および期間指定による集計) ・診療科別人数・件数集計(日計、月計、年度計および期間指定による集計) ・フィルム別集計(日計、月計、年度計および期間指定による集計)
		f - 4	上記統計処理は集計期間を任意に設定でき、Excel形式やCSV形式ファイルとして出力できること。
		f - 5	照射録には撮影条件、撮影者等の必要な内容が記録されること。
		g	検索・照会
		g - 1	放射線部門端末において、患者IDによる検査履歴、検査予定の検索が可能であること。
		g - 2	放射線部門業務における検査室毎に必要な検索機能を有すること。
		h	セキュリティ
		h - 1	データのアクセス権は職種毎等に設定できること。また患者プライバシー保護に関しても十分考慮がなされたシステムであること。
		h - 2	診療情報データの機密保護、改ざん防止対策がされており、書き込み履歴、変更履歴が保管されるシステムであること。
		h - 3	他の院内ネットワークとの接続に対し、セキュリティ保護に十分な配慮をもつシステムであること。
		i	マスタメンテナンス
		i - 1	本システムで使用する検査情報およびメニュー、コメント等は、データベース化されたマスタファイル形式で設定できること。その修正内容は本システムの端末に反映されること。
		j	他システムとの連携
		j - 1	本システムは、HISを介して、医事システムとの連携ができること。(会計情報、患者属性)
		j - 2	放射線部門業務にて使用された造影剤の使用数の把握が可能であり、プリントアウトできる機能を有すること。
		j - 3	放射線部門業務にて使用された使用物品を確認でき、プリントアウトできる機能を有すること。
		j - 4	病棟単位にて日単位の検査一覧の参照が可能であり、プリントアウトできる機能を有すること。
		j - 5	放射線部門撮影室ごとの医療材料を含めた撮影実績を統計データとして出力可能なこと。



### 1.2.1.2 放射線レポートシステム

分類		機能要件	
1	画像診断・レポート	a	画像診断・レポート
		a - 1	受信された画像の各検査ごとに、レポートを作成し、参照画像等とリンクさせて保存管理する機能を有すること。レポートはサーバに保管できること。さらに、レポート作成支援機能として、キーボード、音声入力の方を選択可能であること。また各検査室に併設された読影室ならびに中央読影室の両方で診断医が同時に妨げられることなく所見記載可能であること。
		a - 2	レポートは、以下に示す情報を参照しながらレポートを作成できること。
		・	今回検査画像 さらに、PACS上の全ての過去画像を適切な位置・状態(配列・同期など)で容易に比較できる様に表示でき、より高品質なレポート作成に資すること。他院画像にも同様に対応すること。
		・	依頼情報を参照でき、さらに必要に応じてHIS情報を確認できること。
		・	過去のレポートを参照でき、さらに今回のレポートでそれを活用できること。
		・	過去のレポートの履歴のなかのシェーマまたは参照画像
		a - 3	放射線部レポートサーバ内に蓄積されたレポート一覧を表示する機能を有すること。この時、レポートの状態についてそれぞれ表示が可能であること。さらに、読影の最中には所見記載が重ならないようにロック機能を有すること。
		a - 4	レポートは定型文書(パターン文書)を容易に作成ができること。 さらに、レポート作成時にはRISから患者基本情報、撮影情報等を自動取得できること。
		a - 5	各検査毎にレポートの所見、診断、放射線部内メモの3つの各入力フィールドごとにパターン文書が作成でき、これをプルダウンメニュー・ショートカットキーなどで選択できること。
		a - 6	各読影医師毎にパターン文書を作成できること。さらに、各読影医師毎に、FEP、医学辞書、単語・文章群登録、学習能力等をキーボード・音声入力の方で設定可能であること。この機能は読影端末間で共有されること。
		a - 7	表示されている画像をコピーしてレポートにJPEG形式等で貼り付ける機能を有すること。また貼り付けた画像に対して、コメントや印等を記入する機能を有すること。
		a - 8	画像のみではなく、さらに特定の疾患(IRDコード等)、症例群や教育用症例、要経過観察など、任意に設定された種々の分類にプルダウンメニューなどで登録でき、診療・教育に役立てることができること。カンパレンス支援機能も有すること。こうした情報は表示・非表示の設定ができ、さらに検索可能であること。
		a - 9	レポートのシェーマは、ユーザによる登録が可能なこと。
		a - 10	検索した条件を追加して再検索をする絞り込み検索ができること。さらに、検索に際しては、IRDコード、患者ID、検査種、検査日、医師等の条件検索ならびにレポート全文検索が可能であること。検索された検査を一覧表示し、選択により直接に検査画像を表示できること。
		a - 11	検査条件を複数の文字列で指定でき、両方が含まれる検索または、どちらかを含む検索の指定ができること。
		a - 12	検索結果をファイルに出力できること。出力する項目は設定できること。
		a - 13	作成されたレポートはすべて保存管理されること。さらに、確定されたレポートはHISへXML・HTML・PDFなどの任意の形式で自動転送できること。
		a - 14	確定されたレポートが修正された場合、修正履歴が全て保存管理されること。さらに、専攻医などによる仮読影と専門医による確定機能を有すること。確定は仮読影の状態から直接可能であること。
		a - 15	患者プライバシーの保護について、検査レポート参照可能な従事者の登録やパスワードの設定等を可能にすること。
		a - 16	診断結果及び検索結果等の印刷ができること。さらに、作成したレポートは、他病院からの紹介患者向けに地域医療連携に準拠した書類で印刷ができること。また印刷フォーマットを複数作成でき、印刷時に指定できること。



### 1.2.1.3 画像情報システム(PACS)

分類		機能要件	
1	PACSアプリケーション要件	a	画像保管・管理機能
		a - 1	フィルムレス運用に対応していること。さらに、旧病院からの移設PACSデータならびに他院DICOM画像や他院フィルム画像を自動で(オーダーを立てずに簡便に)取り込み、フィルムレス運用が可能であること。
		a - 2	DICOM規格(Ver3.0)に準拠したStorage、Query/RetrieveサービスクラスのSCPをサポートしていること。さらに、画像付帯情報(検査情報)は権限を有するもののみ修正が可能であり、変更履歴を残すことができること。
		a - 3	DICOM規格にて受信した画像データを欠落無く格納できること。DICOMマルチフレーム画像(核医学、シネ画像、超音波等の静止画および動画、X線透視画像等)の保管・配信・表示に対応すること。 さらに、保管される画像は、完全可逆圧縮かつ高速解凍可能であること。 また磁気ディスクの追加・増設に対応していること。 画像確認の際に設定したウィンドウ・レベル、ウィンドウ幅をDICOM画像ヘッダーに反映させ端末上で最初に表示できること。
		a - 4	データの機密保護機能を有すること。
		a - 5	接続する各種診断装置・画像表示端末等(以下クライアント)の台数増加に対応できること。また、クライアントの追加・変更等は権限を有するものが自由に行えることが望ましい。
		a - 6	セキュリティ対応として、操作可能な機能をユーザー毎に管理することが可能であること。
		a - 7	特定の指定されたデータ(MDCT画像データ等)については、高精細の原画像データを一時的(2週間から1ヶ月)に保持し、読影端末・検像端末などで再構成などの再処理が可能であり、処理後の画像は配信用データとして新たに保存可能であること。高精細の原画像データは指定した期間が経過した後は自動的に削除されること。
		b	画像の確認(検像)
		b - 1	画像の確認作業が終了していないものについては、Web等による配信は行わないことも可能であること。確認が完了した段階で、レポートの必要なものについては、レポートサーバの未読影リストに反映させるようにすること。
		c	画像の配信・表示機能
		c - 1	放射線部門への画像の配信は、高速な方法が利用できること。さらに、読影端末・検像端末では画像の3次元再構成、ならびに各種の画像解析が可能なこと。複数での同時使用が可能であること。台数等については、放射線部と協議すること。
		c - 2	必要部署以外への画像の配信はWeb配信とすること。このとき、複数検査が同一画面上で表示可能であり、さらに画像の転送・表示時に同一患者の検査履歴リストも同時にブラウザへ配信し、参照可能であること。
		c - 3	距離、角度、ROI解析等の画像計測が可能であること。
		c - 4	Web画像配信機能について、ユーザー、端末毎のアクセス制御が可能であり、ログを残すことができること。
		c - 5	Webブラウザに表示されている画像は、特定端末以外からはローカルディスク、フロッピーディスク等に保存出来ないようにすること。保存を許可する端末においては、JPEG形式、またはBitmap形式のみで保存可能とし、画像の中に患者を特定可能になるような情報(ID番号、氏名等)が含まれないこと。
		d	その他機能
		d - 1	手術支援機能を有し、計測や画像間やテンプレート等との位置合わせ、MPRなどの機能を有し、特定の端末(カンファレンス室や手術室)で実行可能であること。ただし部門でこれらのワークステーションを導入の場合はこれらの機能を省く。
		d - 2	電子カルテを利用できるHIS端末へ画像配信を可能にすること。さらに、必要な場合には配信用サーバは負荷分散を図るため、複数台用意すること。
		d - 3	HIS、RIS、PACS等が稼働できないときには適宜フィルムで運用できること。
		d - 4	遅い媒体に過去データが保存されている場合には、検査前日などに高速アクセスが可能な状態となるよう、適切に自動処理されること。



### 1.2.1.4 放射線治療システム

分類	機能要件		
1	放射線治療システム		
	a		基本要件
	a - 1		HISと治療オーダー情報の受信および会計情報の送信をオンラインにて行い、放射線治療業務の効率化が図れること。加えて治療装置からHISに人を介さないで実施履歴が送信されること。
	a - 2		リニアック装置、密封小線源腔内照射装置、組織内照射装置(ヨウド使用)と患者基本情報の送信および治療計画情報/照射情報の受信をオンラインにて行い、放射線治療の精度向上が図れること。
	a - 3		患者基本情報、診断情報、治療計画情報、治療記録情報(X線/電子線照射記録、小線源照射記録)の一元管理を行い、治療カルテデータベースを提供できること。また、治療装置からHISに人を介さないで実施履歴が送信されること。
	a - 4		CTシミュレータ、X線シミュレータ、治療計画装置、リニアック装置から発生する画像の電子保管を行い、フィルムレス運用が提供できること。加えてCTシミュレーター、ライナックシステムへのHISからの患者属性などのテキスト取得が可能であること。
	a - 5		放射線診断部門PACSにて保管される検査画像の取得を行い、a - 4項に示す放射線治療部門にて発生する画像とともに統括的な管理が提供できること。CTシミュレーターのスケジュールを治療情報端末に常時表示可能で、スケジュール管理ができること。
	a - 6		a - 3項に示す治療カルテ情報とa - 4 / a - 5項に示す画像情報とを連携して表示できること。
	a - 7		病院情報システム(HIS)とオンラインによる通信を行い、HISからの治療オーダー情報受信およびHISへの会計情報送信ができること。
	a - 8		別途調達する放射線診断部門システム(RIS/PACS)とオンラインによる通信が行えること。当日撮影患者の属性情報をDICOM規格にて、MWMサーバよりDICOM規格に対応している各撮影装置へ送信できる機能を有すること。
	a - 9		放射線治療部門で発生するDICOM-RT規格の画像に対応し、ストレージ機能を有するシステムであること。
	b		放射線治療予約・受付機能
	b - 1		治療患者の登録、受付の機能を有すること。加えて放射線科外来に患者受付時、患者属性情報、顔写真が登録できる治療患者管理機能を有すること。
	b - 2		治療計画予約の機能を有すること。
	b - 3		治療スケジュール表示の機能を有すること。治療または診察目的にて外来受付した患者リストが情報端末にて閲覧できること。
	c		放射線治療カルテ機能
	c - 1		治療カルテ機能を有し、治療オーダー情報の把握、固定具レポートの作成、治療準備ステータスの確認、位置決め情報の記録および照射情報の確認ができること。また、治療患者情報、診断情報等の各種情報の登録ができ、治療計画情報、治療記録情報、画像情報とともに参照ができること。また、放射線部PACSからのDICOMまたは非DICOM画像の取得、保存が可能であること。
	c - 2		治療レポート(治療開始報告書、治療終了報告書など)が作成でき、病院情報システムへ送信できること。
	c - 3		HISから患者属性データを取得し、自動に治療カルテを作成できること。
	c - 4		治療計画情報(治療方法、治療方針、治療開始、固定法、照射部位、照射線量、照射回数、予定照射開始日、予定照射終了日など)の登録を行えること。
	c - 5		放射線治療計画ソフト(RTPS)からPDRR画像(RTPSで再構成された治療位置決め用画像)、線量分布画像など必要な(画像)情報の取得・貼り付けができること。
	c - 6		イリジウム治療やヨードシード療法で使用するRTPSとLAN接続させ、必要な情報レポート、画面画像を取得・貼り付けができること。
	c - 7		放射線治療予約情報は、病院情報システム(HIS)へ送信可能なこと。

1.2.1.4 放射線治療システム

分類		機能要件	
		c - 8	治療実施後の治療サマリーは治療カルテに貼り付けられ、かつ、治療実施レポートとして印刷放射線レポートの形でHISへの出力可能なこと。
		c - 9	PACSからCR、CT、MRI、PET、RIなどの必要なDICOMまたは非DICOM画像の取得・貼り付けができること。
		c - 10	RTPSからの線量分布、DRR画像、治療パラメータなどの必要な(画像)情報の取得が可能なこと。
		c - 11	必要な書類(病理レポート、細胞診レポート、問診表、同意書、画像診断報告書、手術記録、入院診療録の要約、紹介医との連絡文書など)をスキャナー入力できること。
		c - 12	デジタルカメラ等からのJPEG画像等を編集、保管し、貼り付けできる機能を有すること。
		d	データ検索・帳票出力機能
		d - 1	各種データの検索機能を有すること。
		d - 2	日本語マルチバイトデータの受信に対応し、日本語によるカナ、半角カナ、ひらがな、漢字の表示が行えること。
		d - 3	各種帳票を出力できること。 (例) ・放射線治療計画予約表 ・放射線治療記録日報 ・週、月、年治療状況集計 ・治療開始、終了報告書 加えて法的に必要な帳票の出力ができること。またライナックシステムからの日々の治療実施情報レポートの取得が可能なこと。
		e	画像解析機能
		e - 1	画像の線形階調、非線形階調処理、白黒反転を行う機能を有すること。
		e - 2	距離計測、角度測定、ROI計測ができる機能を有すること。
		e - 3	画像の拡大・縮小・反転・回転及び分割機能を有すること。
		e - 4	シネ表示機能を有すること。
		e - 5	Window Level/Widthの調整ができる機能を有すること。
		e - 6	DICOM形式画像ファイルをTIFF、JPEG、BMP形式に変換が可能機能を有すること。
		f	予約機能
		f - 1	治療オーダーはカレンダーなどを使い一度に複数回の入力ができること。(例 照射回数*回 初日を**月**日とした場合 自動的に照射対象となる日々のオーダーを発生させることができること)
		f - 2	許可された特定の者(医師、技師)がリニアックグラフィー、CT、単純撮影(位置確認用)のオーダーを出せること。また取り消しができること。
		g	実施機能
		g - 1	HISはリニアック治療装置とオンラインによる通信を行い、リニアック治療装置システムへ治療患者情報、治療基本情報および受付済みの治療患者情報を送信し、HISがリニアック治療装置システムから治療実施情報を受信することが可能なこと。
		g - 2	治療患者のスケジュール表を表示でき治療スケジュール管理ができること。
		g - 3	日々の治療実施に応じ、治療実施をRISに自動入力させること。
		g - 4	実施情報とともに会計情報を病院情報システム(HIS)へ送信できること。
		g - 5	放射線治療(外照射・腔内照射・組織内照射・前立腺密封小線源治療)の実施管理が行えること。
		g - 6	CT、X線シミュレータで行われた会計情報をHISに送信し、画像関係はPACSに選択送信できること

## 1.2.2 がん治療支援システム

分類		機能要件
1	基本要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療の標準化と情報管理をサポートするシステムであること。</li> <li>・ 治療支援システムとして、HISとの連携が十分に行われ、治療チームに対して、個別の患者毎に自動的に必要な情報を提供するとともに、容態変化や副作用の発生(の可能性)などを検知して警告を発することができるシステムであること。</li> <li>・ 多様な視点からのデータマイニングが容易に行え、これをHISならびにWeb上に提示して公示・活用できるシステムであること。</li> <li>・ 各種入力に関して可能な限り自動化をはかり、記入漏れを無くす支援機能を持ったシステムであること。</li> </ul>
2	接続要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>a 放射線治療に関するデータやパラメーター(計画情報・ビーム情報・照射情報・患者情報など)は放射線治療システム内に存在する。これをもととして、放射線治療システムから設定項目をHISや癌診療データベースへ適切な形式で転送できると同時に、逆に放射線治療システム側からもHISや癌診療データベースから必要項目を取得できること。</li> <li>a - 1 放射線治療システム 医事システム 照射の予約、会計に必要な治療計画情報、画像撮影情報、照射実施履歴</li> <li>a - 2 放射線治療システム 癌診療データベース 照射情報(照射歴、治療期間、照射線量など)、治療計画情報(照射野、ビーム情報など)、患者情報(治療効果判定、有害事象、転帰など)、各種レポート出力</li> <li>a - 3 癌診療データベース 放射線治療システム患者属性、治療前診断(診断名、組織診断名、病期、合併症、病歴、治療歴など)、転帰</li> </ul>
3	がん治療データベース	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 がん治療に関するコンセンサス、標準治療、治験、先進治療等のデータベース(以下癌診療データベースと総称)が自動で作成できること。</li> <li>2 各データベースへの入力は、原則として設定した項目についてHISから自動的に内容を取得できること。入力が必要な項目についてもチェックボックスやプルダウンなどによる簡易入力を極力サポートすること。</li> </ul>
4	院内がん登録	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 がん患者についての基本情報、治療、予後情報等を登録できること。</li> <li>2 電子カルテと連携し、登録項目が自動的に入力できること。</li> <li>a 患者登録 <ul style="list-style-type: none"> <li>a - 1 がんセンター入院時あるいは外来確定診断時に、全てのがん患者登録が行えること。</li> <li>a - 2 主病名が悪性疾患である患者に対しては別途登録も可能なこと。</li> </ul> </li> <li>b アクセス <ul style="list-style-type: none"> <li>b - 1 医師・看護師・薬剤師・放射線技師に加えて、疼痛緩和・感染対策・栄養管理などの各チーム、地域医療連携センター等も登録患者情報に適切な制限のもとでアクセスできること。</li> </ul> </li> </ul>
5	プロトコル・クリニカルパス連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 プロトコルに記載された条件などを含めて、各患者に即してその治療を実行するために必要なクリニカルパスが自動で作成され、正確な診療に資すること。さらにHISとの連携を有し、適宜設定項目の確認を行い、各患者の病状やそのときの容態にあわせた変更・修正(治療内容変更など)が自動で提示され、適切な診療・看護を可能とするサポート機能を有すること。</li> </ul>
6	化学療法管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 化学療法プロトコルと連携した薬剤オーダーリング、実施管理が行えること。</li> <li>a 治療支援</li> </ul>

## 1.2.2 がん治療支援システム

分類		機能要件	
			a - 1 抗癌剤治療においては、薬剤オーダリングはプロトコル策定評価委員会で認証された抗癌剤治療プロトコルに準拠したもののみを実行し、プロトコル以外の抗癌剤使用を原則禁止するしくみがあること。
			a - 2 臨床試験（医師主導・企業主導とも）においては、臨床試験実施症例であることが電子カルテ上で識別できること。試験プロトコルに連動した入院（外来）クリニカルパス・対応オーダリングを設定できること。処方の際には禁忌薬は自動で確認され、使用禁止となること（その旨のメッセージを表示すること）。
			a - 3 実施管理に際しては、HISと連携し、プロトコルに基づいた最新の白血球数などの確認が自動で行われることが望ましい。また、減量や休薬などのアドバイスが得られること。この情報は薬剤部や実施時の看護端末でも自動で確認可能であること。
7	治療標準化支援および臨床試験支援		
		1	がんセンター入院患者の退院時サマリーを標準化し、設定項目はHISから情報を自動取得できること。 （少なくとも 患者背景（家族関係、告知の有無なども含む） 検査・診断（画像・生検・マーカーなど） 癌病理（癌種・進行度・病理型など） 治療方法（抗癌剤治療・放射線治療・内分泌治療・手術療法・アンギオ治療・腫瘍焼灼療法・併用療法など） 治療関連有害事象や手術合併症 退院時処方・今後の治療方針（緊急時の指示を含む） などの情報は必須項目とする。）
		2	標準治療・臨床試験を問わず、退院時サマリーなどの情報から必要データを自動的に抽出してデータベースに蓄積すること。
		3	統計処理に必要なイベント（生命予後・再発確定・外来通院センターでの化学療法有害事象など）をHISに随時入力でき、また定期的に入力あるいは更新でき（担当医師・臨床研究部クラーク）、データベースにも自動的に反映されること。
		4	退院時サマリーや外来診療情報から得られるアウトカムに加えて、（無再発）生存率、副作用発現率など癌治療評価に必要なアウトカムを解析・評価できること。
8	がん治療評価		
		a	治療アウトカムの評価と分析
		a - 1	プロトコル策定評価委員会に提出でき、がん治療の標準化と治療成績向上に寄与できるデータが作成できること。
		a - 2	各医師が日常臨床の場で容易にアクセスできること。
		a - 3	患者自己決定権に配慮したインフォームドコンセントにおいて科学的かつ客観的なデータを提示できること。
		a - 4	院外医療関係者に対してベンチマーク評価に耐える情報開示できること。
9	癌治療情報		
		1	医療関係者に、癌治療に関する情報を提供できること。 例えば、 癌規約・分類・コンセンサス・診療ガイドライン・臨床試験情報・抗癌剤有害事象報告などの外部情報にアクセスできること。 院内抗癌剤プロトコルと院内でLAN接続している臨床試験情報へアクセスできること。 ただし、外部情報へのアクセスに際しては、自由度の確保とともに、セキュリティーの確保を確実にすること。 在宅治療・療養中の情報もHIS・癌治療データベースに反映させる機能を有すること。
		2	ベッドサイド端末等により、患者に対する癌治療に関する情報を提供できること。 （情報例） プロトコルに基づいた標準治療に必要な費用 プロトコルとリンクした薬剤有害事象の解説 検査・治療経過情報（検査予定の表示や、血液腫瘍マーカー値の表示など）
10	データ書き出し機能		



1.2.3 検査部門システム				
1.2.3.1 検体検査システム				
分類		機能要件		
1	基本方針			
		1		信頼されるデータを正確かつ迅速に提供するシステムであること。
		2		検査データを一元的に管理できるシステムであること。
		3		専門性を生かしたシステムであること。
		4		検査状況をリアルタイムに表示できるシステムであること。
		5		検査データを有効に利用できるシステム(検査支援・解析・診断支援)であること。
		6		現行の項目マスターおよび保有検査データ(画像データを含む)をすべて新システムに移行できること。
2	基本要件			
		a		範囲
		a - 1		尿一般、生化学、血清、血液、緊急検査、外注検査、細菌、遺伝子(細胞性免疫検査、造血器腫瘍細胞検査)の各部門の検査に対応できること。
		b		データの保存期間
		b - 1		5年分を保存し、それ以上のデータは外部記憶装置に移行すること。
		c		入力装置
		c - 1		システム内の運用は、バーコードリーダによるバーコードを基本とし、マウス、キーボードも補助入力装置として可能なこと。(タッチパネル、ペン入力も補助入力装置として使用できること。)
		d		運用
		d - 1		臨床検査システムは、24時間/365日完全無停止で稼働が可能であること。
		d - 2		日替わり処理は自動とすること。また日替わり処理中でも検査できること。
		d - 3		日常業務におけるレスポンスは、2秒以内であること。また、ピーク時においても業務の流れを阻害せず、かつ心理的ストレスの少ないものであること。また、LISとHISのデータ転送について、診療を支援できる速度を確保すること。
		d - 4		バーコードリーダ等を活用し、プライバシー保護と医療過誤を防止する機能を兼ね備えたシステムであること。
		e		認証
		e - 1		ログイン認証は電子カルテ等からシングルサインオンで可能なこと。
		e - 2		ログインIDにより権限管理ができること
		f		ISO 15189(臨床検査室の品質基準)
		f - 1		ISO 15189の規格で求められる機能を満たしたシステムであること。
3	標準化対応			
		a		IHE-J対応
		a - 1		LSWF統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で当院に必要なトランザクションをサポートすること。また関連する他分野のトランザクションもカバーすること。
		a - 2		LPIR統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で当院に必要なトランザクションをサポートすること。
		a - 3		LCSD統合プロファイルのCSMとCSCを実装し、両者間でLAB-51トランザクションをサポートすること。
		a - 4		LDA統合プロファイルのAM、Pre/Post-processor、Analyzerを実装し、これらアクター間で当院に必要なトランザクションをサポートすること。
		a - 5		LPOCT統合プロファイルの全てのアクターを実装し、当院に必要なトランザクションをサポートすること。
		a - 6		IHE-Jに対応していない機器と接続する場合は、適切なインターフェースを使用し、個別に代替方法をとること。
		b		検査コード

### 1.2.3.1 検体検査システム

分類		機能要件	
			b - 1 検査コードは臨床検査項目分類コード JLAC10 ver2.0 に準拠すること。
4	接続要件	a	各種分析機器接続 a - 1 当院が指定する分析機器とオンライン接続が可能であり相互にデータの連携が可能であること。
		a	医事会計システム接続 a - 1 実際に行われた検査内容が、医事会計システムにリアルタイムに反映されること。 (入院と外来で会計発生のタイミングが違うことに留意すること。)
5	検査依頼入力機能	a	検査依頼情報の入力 a - 1 検査依頼情報の入力ができること。 a - 2 検査依頼項目をセット単位、項目選択により検査依頼情報が入力できること。
		b	検査依頼情報の修正 b - 1 検査依頼情報の修正ができること。
		c	検査依頼情報の照会・検索 c - 1 検査依頼情報の照会・検索ができること。 c - 2 検査オーダーの依頼内容を画面で参照できること。
		d	検体ラベル発行 d - 1 検体ラベルの発行ができること。 d - 2 検査日、患者ID、病棟、依頼科検体番号範囲を指定してバーコード付検体ラベルが作成できること。(緊急検体は赤色で「緊急」の印字を行う)また、オートラベラーに出力できること。 d - 3 検体ラベルの発行情報を管理し、再発行が出来ること。 d - 4 外来・採血室での採血・採尿のラベル発行情報は、医事会計と連動させること。
6	検査受付機能	a	検査受付情報入力 a - 1 検査受付情報の入力ができること。 (検査受付情報は到着確認だけでなく、1オーダー内の一部受付情報、受け付時間、報告時間、受付記録等を含め入力・確認ができること。) a - 2 検体の到着確認をキーボード入力またはバーコードスキャナ読み込みによって行えること。分析器での自動的な到着確認にも対応できること。
		b	検査受付情報修正 b - 1 検査受付情報の修正ができること。
		c	検査受付情報の照会・検索 c - 1 検査受付情報の照会・検索ができること。 c - 2 検査依頼受付を行った患者および依頼項目の一覧を表示できること。 c - 3 検査オーダーされた検体で、採取日等の範囲を指定し未受付の検体の一覧を画面 / 帳票に出力できること。 c - 4 検査受付を行った検体の中から、医学研究等の目的で事前登録をした検体をリストアップし、検体リストを画面 / 帳票に出力できること。また、検体分注システムに分注指示ができること。
		d	外注検体ラベル発行 d - 1 外注検体ラベルの発行ができること。 d - 2 検体到着確認の都度、外注用検体を小分けする場合の子ラベルを作成できること。 d - 3 検体到着時に検査部門(院内検査)用の検体ラベルを検査目的別に複数、出力できること。
		e	ワークシート出力 e - 1 作成条件の設定および指定ができ、ワークシートの出力ができること。

### 1.2.3.1 検体検査システム

分類		機能要件	
		e - 2	検査日、検体番号範囲、ワークシート、検体番号等を指定して検査ワークシートを作成できること。
		e - 3	バーコード読取を行う分析機については、バーコード読取の時点で検体到着確認も行き、ワークシートレスの運用を可能とすること。
7	検査結果入力機能	a	検査結果入力
		a - 1	検査結果の入力ができること。また、検査結果に対するコメントも入力できること。
		a - 2	患者別に検査結果が入力できること。
		a - 3	ワークシート別に検査結果が入力できること。さらに、画面切り替え等で1オーダーの検査結果を参照できること。
		a - 4	単項目別に検査結果を入力できること。
		a - 5	希釈倍率の設定により、検査結果の自動補正を行ったり、系統的誤差による定数倍率による自動補正処理が行われること。
		a - 6	データチェック機能により、問題のない検査結果は、結果入力と同時にオーダーリングシステムへ送信する。また、ワークシート毎により自動送信をしない設定もできること。
		b	検査結果修正
		b - 1	検査結果の修正ができること。
		c	検査結果の照会・検索
		c - 1	検査結果の照会・検索ができること。
		c - 2	患者別に検査結果を照会できること。
		c - 3	任意の項目グループ単位で検査結果を画面照会できること。項目グループは随時、画面上で設定可能とする。
		c - 4	患者別、任意の項目グループ別に、時系列で検査結果やグラフでの表示できること。
		d	再検チェックリスト
		d - 1	データチェックを行い、要再検となった患者リストを作成できること。
		e	未検査情報照会
		e - 1	検査結果が未入力の患者一覧を画面 / 帳票に出力できること。
		f	結果一覧表
		f - 1	全項目・検査種別・ワークシート別・項目グループ別の区分で検査結果の一覧を画面 / 帳票に出力できること。
		g	検査台帳
		g - 1	全項目・検査種別・ワークシート別の区分で検査結果台帳を作成できること。
		h	患者検索
		h - 1	患者を指定して検査履歴を検索ができること。
8	検査結果報告機能	a	報告書
		a - 1	中間、最終、再発行等の区分でフリーフォームによる検査結果報告書を作成できること。
		a - 2	時系列報告書を出力できること。
		a - 3	波形データ(電気泳動)や粒度分布、スカット画像等を患者属性コメントなどとリンクさせて保存でき、また、付帯情報とともにHISに送信できること。
		a - 4	定型コメントやフリーコメントが出力可能で、電子カルテ上に反映すること。
		a - 5	画像付報告書の印字が可能なこと。
		b	未報告情報照会
		b - 1	検査依頼日範囲を指定して、検査結果の入力またはオンライン取り込みが行われていない患者リストを画面 / 帳票に出力できること。
9	精度管理機能	a	リアルタイム精度管理

1.2.3.1 検体検査システム

分類		機能要件
		a - 1 前回値、上下限值、パニック値、項目間によるデータチェックが行えること。
		b 精度管理図
		b - 1 XB-R、XB-Rs-R、Youden Plot等の精度管理図を画面/帳票に出力できること。
		c 精度管理状況表示
		c - 1 コントロール血清のマルチルールチェック状況を一面で表示できること。
10	外注検査管理機能	
		a 外注検査依頼情報照会
		a - 1 外注検査項目について依頼情報を画面照会できること。
		b 外注検査検体リスト
		b - 1 外注検査依頼のある検体のリストを印刷できること。
		c 外注検査結果マッチング
		c - 1 外注検査結果を取り込んで依頼情報とマッチング処理ができること。
		d 外注検査結果照会
		d - 1 外注検査項目の検査結果を画面紹介できること。
		e 外注検査結果確認
		e - 1 オーダリングシステムへの送信前の確認処理ができること。
11	統計機能	
		a 検査件数統計
		a - 1 月別、日別、検査区分別、検査項目別、入院外来別、病棟別、診療科別の検査件数、検体件数、検体数、保険点数の集計ができること。さらに、プリントアウトだけでなく、テキスト形式(CSV形式等)で出力できること。
		b 検査結果統計
		b - 1 検査項目、検査実施日範囲、検査結果範囲、患者情報等、条件によりデータ抽出を行い統計処理ができること。さらに、プリントアウトだけでなく、テキスト形式(CSV形式等)で出力できること。
12	Web サーバー機能	
		1 検査方法の変更、容器の案内、検査項目の説明等検査室からの情報を発信できる機能を設けること。

### 1.2.3.2 細菌検査システム

分類		機能要件	
1	基本要件		
		1	細菌検査は、生物を対象にしているため、依頼項目が同じでも検査内容や期間が異なる。また、結果が診療に直結する為リアルタイム性が必要であり画像配信も必須である。
		2	信頼されるデータを正確かつ迅速に提供するシステムであること。
		3	検査データを一元的に管理できるシステムであること。
		4	専門性を生かしたシステムであること。
		5	検査状況をリアルタイムに表示できるシステムであること。
		6	検査データを有効に利用できるシステム(検査支援・解析・診断支援)であること。
		7	感染症情報の管理においては、重大な感染が発生した場合、院内適所に警告を発することができるシステムであること。
		8	細菌検査の特殊性から、同検体判断基準を適用する機能を有するシステムであること。
		9	現行の保有検査データ(画像データを含む)をすべて新システムにシームレスに移行できること。
2	標準化対応		
		a	IHE-J対応
		a - 1	LSWF統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で全てのトランザクションをサポートすること。また関連する他分野のトランザクションもカバーすること。
		a - 2	LPIR統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 3	LCSD統合プロファイルのCSMとCSCを実装し、両者間でLAB-51トランザクションをサポートすること。
		a - 4	LDA統合プロファイルのAM、Pre/Post-processor、Analyzerを実装し、これらアクター間で全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 5	LPOCT統合プロファイルの全てのアクターを実装し、関連する全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 6	IHE-Jに対応していない機器と接続する場合は、適切なインターフェースを使用し、個別に代替方法をとること。
3	接続要件		
		a	各種分析機接続
		a - 1	当院が指定する分析機器とオンライン接続が可能であり相互にデータの連携が可能であること。
		b	医事会計システム接続
		b - 1	実際に行われた検査内容が、医事会計システムにリアルタイムに反映されること。 (入院と外来で会計発生のタイミングが違うことに留意すること。)
4	検査受付機能		
		a	検査受付入力
		a - 1	検査受付情報の入力ができること。
		a - 2	細菌検査オーダ情報を元に、検体の到着確認ができること。(検査受付は検体に貼られたバーコードを読み取ることにより行う。)
		a - 3	細菌検査オーダ情報は、患者基本情報及びB.T、同一採取日のCRP、WBC、細菌の迅速テスト結果、診断名、症状、使用抗菌剤と使用量等の電子カルテからの情報を含める。
		c	ワークシート出力
		c - 1	ワークシートの出力ができること。
		c - 2	検査日、検体番号範囲、ワークシートを指定して検査ワークシートを作成できること。
5	検査結果入力機能		
		a	検査結果入力

### 1.2.3.2 細菌検査システム

分類		機能要件	
		a - 1	鏡検、同定、感受性等、一般細菌、抗酸菌の検査結果を入力できること。中間報告、緊急検査結果の報告も行えること。
		a - 2	画像データを鏡検結果に反映できること。
		a - 3	薬剤感受性の判定基準改訂に伴う、耐性菌チェック変更や自動改名ができること。判定基準はCLSI、日本化学療法学会及びPK/PD3法のブレイクポイント対応すること。任意に選択できること。
		b	薬剤チェック
		b - 1	一般細菌と感受性試験の薬剤とのチェックが行えること。
		c	画像取込
		c - 1	イメージスキャナ、デジタルカメラ、ネットワーク顕微鏡などを利用して、画像を取り込む機能を有すること。画像ファイル取り込み機能により、取り込まれた画像は、自動的に該当標本と関連付けられること。
		c - 2	取り込まれた画像は、マクロ画像あるいは顕微鏡画像として管理されること。取り込まれた画像はDICOMフォーマットで保存されること。1検査に対して、マクロ画像、顕微鏡画像をそれぞれ複数枚取り込むことができること。システムの、ハードウェアのあるいはソフトウェア的な画像取り込み数制限は、運用上問題の無いレベルであること。
		d	画像保存
		d - 1	画像情報として、細菌検査の過程で撮影したマクロ画像、ミクロ画像などを保存できること。
		d - 2	原画像とともに加工画像も保存できること。
6	検査結果報告機能	a	検査報告書
		a - 1	病棟別、診療科別、個人別に一般細菌検査報告書を出力できること。
		a - 2	定型コメントやフリーコメントが出力可能で、電子カルテ上に反映されること。
		a - 3	画像付報告書の印字が可能なこと。
		b	菌検出者リスト
		b - 1	検査実施日、検査項目別に菌が検出された患者リストを画面照会できること。
		c	患者検索
		c - 1	検査依頼日、実施日、依頼元診療科、病棟、患者名等の条件により、検査結果を検索できること。
		c - 2	菌株保存用などに検査結果の照会・検索ができること。また、プリントアウトだけでなく、テキスト形式(CSV形式等)で出力できること。
		d	病棟マップの作成
		d - 1	耐性菌情報を使用して、病棟マップを作成できること。
7	統計機能	1	細菌検査室の統計業務はすべてに、任意に設定した同検体判断基準を適用する機能を有すること。
		a	検出菌統計
		a - 1	病棟別、診療科別、材料別に検出菌の件数、割合統計ができること。
		b	感受性率統計
		b - 1	菌別、薬剤別、病棟、診療科別に感受性検査結果の統計ができること。
		c	陽性率統計
		c - 1	病棟別、診療科別、材料別、項目別に検査結果の陽性率の統計ができること。
		d	細菌検査件数統計
		d - 1	月別、入院外来別、病棟別、診療科別、検査項目別に検査件数および保険点数の集計ができること。
		e	感染症発生集計
		e - 1	各種サーベイランス及び、院内感染対策用に任意の項目をデータベース化し、プリントアウトだけでなく、テキスト形式(CSV形式等)で出力できること。また、院内の端末で抽出、閲覧ができること。



### 1.2.3.3 生理検査システム

分類		機能要件	
1	基本方針		
		1	信頼されるデータ(動画も含む)を正確かつ迅速に提供するシステムであること。
		2	検査データを一元的に管理できるシステムであること。
		3	専門性を生かしたシステムであること。
		4	検査状況をリアルタイムに表示できるシステムであること。
		5	検査データを有効に利用できるシステム(検査支援・解析支援・診断支援)であること。
		6	現行の保有検査データをすべてシームレスに移行できること。
2	基本的要件		
		a	範囲
		a - 1	対象範囲は、生理検査部門(心肺機能検査、神経機能検査、聴力平衡検査、腹部超音波検査及び各診療科超音波検査等)とする。
		b	データの保存期間
		b - 1	1次保存として、動画・静止画・波形・シェーマ等が十分に保存できる数TB以上の容量が確保され、それらが10年分以上が保存できること。また、静止画、動画像、図はRISに準拠して保存できること。それ以上過去のものについては2次保存として他の外部メディアに保存できる機能を有すること。
		b - 2	保存データが大量になっても、ストレスを感じない程度で配信が行えること。
3	標準化対応		
		1	診断業務に関連した装置・機器を既存の標準規格を用いて相互接続が容易にできること。
		2	IHE-J Cardiology、Radiology等関連するIHE-Jに対応すること。また対応していないときには適切なインターフェースを使用し、個別に代替方法をとること。
		3	標準化コードにも対応できること。但し、当病院の独自コードも対応可能で、自由文入力・編集も可能であること。
4	予約・依頼受付		
		a	電子カルテシステム等との連携
		a - 1	電子カルテシステムからのオーダ情報(患者基本情報、検査種別、検査日時、依頼科名、検査オーダコメント、臨床診断名、検査目的、感染症の有無など当院の指定する項目)を受信する機能を有すること。
		a - 2	電子カルテシステムから受信したオーダ情報を、各種検査機器へ配信する機能を有すること。ポータブル機器については、無線LAN対応可能なこと。
		a - 3	電子カルテシステムより受信したオーダ情報を各部門システムサーバの要求に対して応答し、必要情報を送信する機能を有すること。
		a - 4	各種生理検査システムサーバの検査履歴情報を一元管理し、それらをレーザープリンタに印字する機能を有すること。
		a - 5	検査実施に伴い医事会計システムに医事会計情報を転送すること。
		a - 6	検査実施に伴い電子カルテに実施情報を返すこと。
		b	予約受付状態を示すリスト表示機能
		b - 1	セキュリティ確保のためプログラム起動の際は、ログオン名・パスワード等による認証がおこなえること。
		b - 2	電子カルテシステム、各部門システム等と連携し、オーダごとの検査状態(予約・受付・検査中・終了・中止等)を一元管理できること。検査状況がリアルタイムに把握できること。
		b - 3	各検査状態(予約・受付・検査中・終了・中止等)を色で識別できる機能を有していること。
		b - 4	依頼医師からの検査方法等指示が、コメント等で分かり易く表示できること。

### 1.2.3.3 生理検査システム

分類		機能要件	
		b - 5	実施入力画面において、検査時の症状、記録時の体位などの検査担当者のコメント入力ができること。
		b - 6	予約受付リストの患者情報、搬送情報(車イス、ベッド、酸素など)、検査依頼医師名など当院が指定する項目が表示されること。また、表示については、自由に変更できる機能を有すること。
		b - 7	予約受付リストの検索条件は、検査状態(予約・受付・終了)など当院が指定する項目で検索できること。また、検索条件は、自由に変更できる機能を有すること。
		b - 8	ID番号を指定、バーコードリーダおよびIDカードリーダでも受付する機能を有すること。
		b - 9	電子カルテシステム障害時には、任意の患者ID番号を指定し、検査の予約発行をする機能を有すること。
		b - 10	外来、病棟の検査予約が個別に対応できること。
		b - 11	予約・受付リストより任意患者を指定し個人画面を開くことで、検査依頼情報の確認ができること。
		c	ワークシートの作成
		c - 1	検査日など当院が指定する項目でワークシートが作成され、表示・出力ができること。
		c - 2	患者の到着確認が容易に行うことができ、ワークシートのペーパーレスでの運用を可能とすること。
		d	検査受付機能
		d - 1	任意の患者ID番号を指定し、受付する機能を有すること。
		d - 2	至急検査の受付では、至急検査依頼一覧が表示でき、また至急検査の受付患者の到着確認ができること。
		d - 3	医師だけでなく検査担当者も、検査受付後の検査項目などの変更・追加・削除ができる権限設定をすること。
		d - 4	患者が検査予定日を間違えて来られた場合、過去・未来の検査日受付状況の確認ができ、当日検査の受付が可能であること。
		d - 5	検査中患者の状態が急変して検査途中で中断した場合(未完了検査)、後日予約をとり、未完了分の検査の受付が可能であること。このとき、コメント欄を設けて、未完了になった理由を記載できること。
		d - 6	未完了検査では、未完了検査リストおよびその詳細が表示・出力できる機能を有すること。
		e	検査実施返送機能
		e - 1	検査実施情報は、HISに実施返送する機能を有すること。
		e - 2	実施入力の確定と同時にそのデータはHISに送信され、検査の進行状況が電子カルテ等で確認できること。
		e - 3	使用した検査機器を選択入力する機能を有すること。
		e - 4	検査を施行した検査者名を選択入力あるいは検査担当者のIDカードによって読込入力できる機能を有すること。
		e - 5	ポータブルエコー装置などシステムとの接続が未対応の検査機器については、使用機器が手入力ないしはバーコードで入力できること。
		f	検査予約機能
		f - 1	予約日時、検査種別など当院の指定した項目によって予約できる機能を有すること。
		g	帳票作成機能
		g - 1	当院が指定する項目で、帳票・統計機能(月報、年報などが作成できる)を有すること。
		g - 2	作成された帳票はレーザープリンタで印字する機能を有すること。
5	検査業務管理	a	心電図検査システム管理機能
		a - 1	心電図検査システムでは、安静時心電図、長時間記録(ホルター)心電図、運動負荷心電図(マスター、トレッドミル)などの検査で得られた検査結果が一元管理できること。
		a - 2	安静心電図の波形データは原波形(バイナリー形式)で保存すること。

### 1.2.3.3 生理検査システム

分類		機能要件	
		a - 3	オフラインで心電計に保存したデータを、外部記憶メディアで読み・登録ができること。この時、検査時に被検者名が入っていない場合、画面上で追加入力ができること。
		a - 4	ホルター心電図装置に、バーコード、磁気カードなどを使って患者情報、画像情報等が送信できる機能を有すること。
		a - 5	ホルター心電図検査時のホルターカードには、患者情報をサーバから取得することができること。
		b	肺機能検査システム管理機能
		b - 1	肺機能検査などで得られた検査結果が一元管理できること。
		b - 2	肺機能検査の波形データは原波形(バイナリ形式)で保存すること。
		b - 3	肺機能検査装置に、バーコード、磁気カードなどを使って患者情報、画像情報等が送信できる機能を有すること。
		c	脈波図検査 (PWV) システム管理機能
		c - 1	検査機器で得られたデータは、有線あるいは無線LANによるファイリングが可能であること。
		c - 2	オフラインで検査機器に保存したデータを、外部メディアで読み・登録ができること。この時、検査時に被検者名が入っていない場合、画面上で追加入力ができること。
		d	心肺運動負荷検査 (CPX) システム管理機能
		e	各種超音波検査システム管理機能
		e - 1	DICOM未対応の超音波診断装置(ポータブルエコー装置なども含む)についても、適切なインターフェースを用いて患者情報等を送信できること。
		e - 2	デュアル以上のディスプレイに表示ができること。
		e - 3	動画は、静止したときに静止画面の劣化しないものを採用し、外部メディアへの出力ができること。このとき、保存形式は汎用性のあるものが選択できるようにすること。
		f	脳波検査システム管理機能
		f - 1	脳波検査室で行う脳波の動画と波形データを脳神経データ管理サーバで一元管理できること。
		f - 2	脳波検査のデータは必要なサンプリング周波数で記録した原波形(バイナリ形式)で保存すること。
		f - 3	オフラインにて記録したデータを部門内システムに伝送し、患者情報などの定義づけが後から容易にできること。
		f - 4	脳波動画と波形データのミキシングが容易に行うことができ、且つ編集機能を有し汎用動画形式へ変換が行えること。
		f - 5	再生表示された脳波波形にイベントなどの付加情報を容易に記載し保存できること。
		g	終夜睡眠ポリグラフィシステム管理機能
		g - 1	全ての記録データおよび報告書を脳神経データ管理サーバで一元管理できること。
		g - 2	作成した報告書以外に、記録データを脳神経管理サーバから参照できる機能を有すること。
		h	神経生理検査システム管理機能
		h - 1	神経生理検査のデータは必要なサンプリング周波数で記録した原波形(バイナリ形式)で保存すること。
		h - 2	オフラインにて記録したデータを部門内システムに伝送し、患者情報などの定義づけが後から容易にできること。
		i	聴力・平衡機能検査システム管理機能
		i - 1	作成した報告書以外に、記録データを脳神経データ管理サーバから参照できる機能を有すること。
		i - 2	静止画・動画データを脳神経管理サーバで保管・管理できる機能を有すること。
		i - 3	オフラインで機器に保存したデータを、脳神経データ管理サーバで保管・管理できる機能を有すること。
		i - 4	デジタル出力機能のない項目のデータをデジタル化・保存できる機能を有すること。
		j	各部門サーバのスキャナ取込機能

### 1.2.3.3 生理検査システム

分類		機能要件	
		j - 1	紙出力された検査データ、レポートをスキャナで読み、各部門システムサーバに登録する機能を有すること。
		j - 2	オーダ情報をリスト表示し、そのリストから登録データを選択する機能を有すること。
		j - 3	保存ファイル形式はJPEG、PNG、PDFから選択する機能を有すること。
		k	各部門システムデータ(波形情報など)サーバー機能
		k - 1	保存データが大量になっても、ストレスを感じない程度で検索が行えること。
		k - 2	業務支援システムから受信したオーダ情報を、本システム内でデータベース管理できること。
		k - 3	管理、保存しているデータは故意、又は過失による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止する機能を有すること。
		k - 4	任意の検査データをデータベースから削除する為に以下の機能を有すること。
		・	検査データ削除は削除権限が設定されたユーザのみ可能であること。
		l	画像情報システムデータサーバー機能
		l - 1	各種超音波診断装置から送出されたDICOM画像を取得し、DICOMファイルで管理保存すること。この際、画像情報サーバへのDICOM画像の転送時間は数秒以内であること。
		l - 2	保存データが大量になっても、ストレスを感じない程度で検索が行えること。
		l - 3	各種超音波診断装置から送出されたDICOM SRレポートを取得し、システムで管理保存すること。
		l - 4	業務支援システムから受信したオーダ情報を、本システム内でデータベース管理できること。
		l - 5	画像情報システムワークベンチおよび画像情報システムキャプチャーワークベンチで作成されたレポートを管理保存する機能を有すること。
		l - 6	管理、保存しているデータは故意、又は過失による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止する機能を有すること。
		l - 7	任意の画像をデータベースから削除する為に以下の機能を有すること。
		・	画像削除は削除権限が設定されたユーザのみ可能であること。
		m	各部門システムワークベンチの機能
		m - 1	セキュリティ確保のためプログラムの起動に際しては、ログオン名・パスワード等による認証がおこなえること。
		m - 2	業務支援システムの機能を有し、オーダごとの検査状態(予約・受付・検査中・終了・中止等)を一元的に管理できること。
		m - 3	ログイン者に対し参照可能な検査種別を個々に指定する機能を有すること。
		m - 4	基本検索条件として、患者ID番号、患者名、検査種別など当院が指定する項目で検索する機能を有すること。
		m - 5	検索結果の表示機能として以下の機能を有すること。
		・	検索結果は画面上にリスト表示されること。その際、表示する項目は当院が指定するものとする。
		・	検索結果リストはレーザープリンタなどに印字する機能を有すること。
		・	検索結果リストはCSV形式でエクスポートする機能を有すること。
		m - 6	月報の場合は作成する期間を任意に設定できること。
		m - 7	日報月報の集計対象項目は、当院が指定する項目とする。
		m - 8	画像・波形表示に際して、明度、コントラスト、倍率変更など表示コントロール機能を有すること。
		n	画像情報システムキャプチャーワークベンチ

### 1.2.3.3 生理検査システム

分類		機能要件	
		n - 1	画像キャプチャ機能として以下の機能を有すること。
			モダリティと接続し取り込んだ静止画はJpeg形式など、動画はMpeg2形式などでサーバへ送出すること。
6	検査データ管理、Web参照	a	データ管理機能
		a - 1	心電図情報システム、画像情報システム(静止画・レポート)、脳神経情報システムなどから送出される検査データ及び検査レポートを取得し、Webブラウザで参照可能な形式でデータベース管理する機能を有すること。
		a - 2	電子カルテシステム端末の要求に応え、管理しているデータ(動画を含む)をWebブラウザで表示が可能であること。
		a - 3	各種検査では、検査データ、報告書などを時系列表示することができること。また、データをレーザープリンタなどで出力する機能(画像情報、波形情報、テキストなど)を有すること。
7	画像・検査結果レポート管理		
		1	各種検査では、患者ID、名前、診断名など当院が指定する項目を用いて自由にカスタマイズ可能な検査報告書(不定期に変更可能)が作成され、それに検査担当者が所見を直接入力が可能であること。その際、検査報告書に波形情報、画像情報、シェーマなどがスムーズに添付でき、それらに直接、文字やマーキングを記載できること。記録された元データ、コメント等もすべて表示できること。
		2	検査報告書は、検査種別・臓器別等ごとにテンプレートを登録できること。
		3	シェーマをユーザが登録する機能を有すること。
		4	ペンタブレットなどでシェーマの入力が容易に行えること。定型シェーマは予め様々なパターンを用意し、またそれらを編集できる機能を有すること。
		5	検査報告書には、キー画像および動画を付加できること。
		6	定型文章は任意に作成した文章を登録する機能を有すること。
		7	検査結果(未完了検査も含む)は検査担当者によるコメント・所見入力が可能であり、仮報告書が作成できること。
		8	仮報告書(未完了検査も含む)は、緊急時仮報告を明示したうえで配信が可能なこと。
		9	検査担当医の確認入力で検査報告が確定し、配信する機能を有すること。
		10	検査報告書が確定したときには、PDFなどの保存形式で保存されること。
		11	各種検査報告書がレーザープリンタなどで出力できる機能を有すること。
		12	レポート作成時に使用する画像表示用ディスプレイに、CPI(IHE-j:画像表示の一貫性の確保)を適応できること。
		13	報告書を変更する場合は、修正した記録が保存されること。
8	超音波検査動画・画像データ配信		
		1	得られた超音波検査動画、画像が配信できる機能を有すること。
9	検査データの二次利用		
		1	検査データの二次利用に際しては、DICOMからJPEG、MPEGなどに変換して検査データの受け渡しができること。
		2	検査データの二次利用に際しては、すべてのデータが利用できること(ただし、セキュリティを考慮し利用者権限を設けること)。

### 1.2.3.4 輸血部門システム

分類		機能要件	
1	基本要件		
		1	信頼されるデータを正確かつ迅速に提供するシステムであること。
		2	検査データを一元的に管理できるシステムであること。
		4	検査状況をリアルタイムに表示できるシステムであること。
		5	検査データを有効に利用できるシステム(検査支援・解析・診断支援)であること。
		6	輸血検査部門の特殊性を考慮したシステムであること。
		7	血液製剤の管理(入庫、出庫等の在庫管理)に対応できるシステムであること。
		8	副作用情報の管理に対応できるシステムであること。
		9	輸血後のトレーサビリティに対応できるシステムであること。
		10	血液センターとの連携に対応できるシステムであること。
		11	現行の項目マスターおよび保有検査データをすべて新システムに移行できること。
2	標準化対応		
		a	IHE - J対応
		a - 1	LSWF統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で全てのトランザクションをサポートすること。また関連する他分野のトランザクションもカバーすること。
		a - 2	LPIR統合プロファイルのOF、AMを実装し、ADT、OP、ORTとの間で全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 3	LCSD統合プロファイルのCSMとCSCを実装し、両者間でLAB-51トランザクションをサポートすること。
		a - 4	LDA統合プロファイルのAM、Pre/Post-processor、Analyzerを実装し、これらアクター間で全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 5	LPOCT統合プロファイルの全てのアクターを実装し、関連する全てのトランザクションをサポートすること。
		a - 6	IHE-Jに対応していない機器と接続する場合は、適切なインターフェースを使用し、個別に代替方法をとること。
3	接続要件		
		a	各種分析機器接続
		a - 1	当院が指定する分析機器とオンライン接続が可能であり相互にデータの連携が可能であること。
		b	医事会計システム接続
		b - 1	実際に行われた検査内容が、医事会計システムにリアルタイムに反映されること。 (入院と外来で会計発生のタイミングが違うことに留意すること。)
4	輸血関連検査機能		
			血液型、抗体スクリーニング、抗体価、ハムテスト、シュガーウォーターテスト、ランドシュタイナー抗体、抗D-Ig、直接クームス、間接クームス、抗原検査、(RH因子など)抗体同定検査、輸血前保存等の輸血関連検査に対応できること。
		a	検体到着確認
		a - 1	検体の到着確認をキーボード入力またはバーコードスキャナ読み込みによって行えること。分析器での自動的な到着確認にも対応できること。
		a - 2	自動分析機器にオーダー情報が自動的に取り込まれること。(検査受付はLISに準拠すること。)
		b	輸血検査依頼入力・訂正・削除
		b - 1	検体単位に輸血検査依頼項目の入力・訂正・削除が行えること。
		b - 2	輸血検査の履歴が参照できること。
5	血液製剤受付機能		

### 1.2.3.4 輸血部門システム

分類		機能要件	
			1 血液製剤の到着確認をキーボード入力またはバーコードスキャナ読み込みによって行えること。
			2 血液製剤オーダーの受付状況、予約状況を参照する機能を有すること。
			3 血液製剤オーダー受付時に、患者の血液型と依頼血液型のチェック機能を有すること。依頼血液型は患者血液型が反映され、かつ変更可能であること
			4 輸血オーダーが発生時、変更時は、輸血検査室端末にメッセージが届くこと。また緊急の場合は印刷、音やメッセージの点滅などで緊急度を示せること。確認画面を開かなくてもオーダーの発生がわかること。
			5 不規則抗体陽性が予め判明している場合には、抗体名を明確に表示し(点滅や色表示)、輸血検査からのコメントも表示される(適合製剤の適合率など)こと。
			6 MSBOS(最大輸血準備量)SBOE(手術血液準備量)の計算ができること。
			7 輸血検査室でのオーダー時や変更時に、オーダー情報及び血型、抗体スクリーニング、感染症検査、輸血関連検査値が確認ができること。
3	血液製剤使用登録機能		
			1 看護支援システムと血液製剤情報を連携し、看護支援システム側で患者と製剤の照合や使用登録ができること
			2 輸血検査室でも使用の登録が可能なこと
4	輸血検査管理機能		
		a	ワークシート出力
		a - 1	ワークシートおよび未検査リストの出力ができること。
		a - 2	ワークシートを出力する場合、検査受付日や検体番号の範囲指定が可能であること。
		b	オーダーの取り込み
		b-1	各種分析機器へ依頼情報を自動で取り込むことができること。
		c	検査の実施、進捗管理
		c-1	検査実施情報が登録できる
		c-2	実施した検査(クロスマッチ等)の方法が自動で登録できること
		c-3	検査のトレーサビリティが可能であること。履歴は期限を設定し削除可能であること。
		d	輸血検査結果入力
		d - 1	検体単位や検査単位に結果入力ができること。
		d - 2	血液型検査、抗体スクリーニングの結果を入力できること。
		d - 3	特異な抗体(自己抗体を含む)及び特異性が入力できること。
		d - 4	前回値チェックができること。また、不一致の場合は、画面に表示されること。
		d - 5	血液型検査を2回以上実施後でない検査結果を確定できないように設定できること。
		d - 6	報告コメントの入力が可能であり電子カルテに反映されること。コメント入力では、コード入力及びワープロ入力機能を有すること。
		d - 7	各分析機器から検査結果を自動で取り込むことができること。
		e	報告書作成
		e - 1	検査結果報告書の作成および出力ができること。
		e - 2	検査結果報告書を出力する場合、出力順、出力対象の指定ができること。
		e - 3	独自フォーマットの報告書が作成できること。
		f	輸血検査結果の検索
		f - 1	患者別の検査結果および製剤供給情報の検索が行えること。
		f - 2	検査履歴からの検査値や報告コメントなどの詳細情報が確認できること。

### 1.2.3.4 輸血部門システム

分類		機能要件	
		g	電子カルテ(オーダーリング)連携
		g - 1	複数検体分まとめでの送信 / 再送信 / 個別送信の選択が可能なこと。
		h	血液型検査成績ラベル出力
		h - 1	輸血部門システムにて血液型検査の依頼受付を行い、結果入力済みの検体に対しての血液型証明書を出力できること。
5	輸血歴管理機能		
		a	輸血歴の検索
		a - 1	患者別血液製剤使用記録(患者ID、患者名、住所、製剤名、製造番号、有効期限、使用日)を20年間保存、検索できること。
		a - 2	製剤名、製造番号から、投与された患者の検索ができること。
		a - 3	遡及調査の製剤、検査情報が入力可能であること。
		a - 4	遡及調査の必要情報をLISおよびその他のシステムから取り込めること。
		a - 5	副作用の入力ができること。情報は使用場所と輸血検査室どちらでも入力可能であること。
6	血液製剤在庫管理機能		
		a	血液製剤の請求管理
		a - 1	患者単位に血液製剤の請求登録が行えること。
		a - 2	血液製剤の請求情報は、当院が指定するのに入力が行えること。 使用予定日時、使用場所、使用目的、製剤の血液型、血液製剤名、数量、依頼科、病棟、依頼医、緊急度、交差方法、特殊処理、依頼コメント、疾患名、既往歴、手術術式等
		b	血液製剤の出入庫管理
		b - 1	血液センターからの血液製剤に対する入庫・返品・廃棄処理を行えること。 データファイルでの入庫も可能なこと また返品、廃棄理由の入力ができること。
		b - 2	血液製剤の入庫、返品をバーコード読み取りで処理できること。
		b - 3	血液製剤の放射線照射の登録ができ、照射の有無の確認機能を有すること。
		b - 4	在庫・返品等の処理状態、製剤番号、有効期限等の指定可能な検索機能を持っていること。
		b - 5	血液製剤についての血液型確認検査結果が入力でき、個々の製剤情報に取り込まれること。
		c	血液製剤の供給管理
		c - 1	血液製剤請求受付された情報に基づき、製剤登録を行えること。
		c - 2	血液製剤の登録をバーコード読み取りで処理できること。 データファイルでの入庫も可能なこと。
		c - 3	クロスマッチによる結果(適合・不適合・コメント)の入力および検査担当者名を登録できること。また入力後に、依頼元端末に準備完了表示できること。
		c - 4	不規則抗体陽性患者への製剤支給の際には、端末にて確認できること。
		c - 5	割り当て、払い出し、使用、返納の登録ができること。
		c - 6	患者に支給する血液製剤が決定した時点で、申込内容と支給製剤番号を入力し、輸血用血液製剤支給票及び交差適合試験合格票の発行ができること。
		c - 7	支給票出力時には、最終検査日、輸血歴、妊娠歴、輸血副作用の確認、血液型が一括して表示されること。
		c - 8	製剤支給時に製剤の血液型チェック、有効期限切れチェック等のチェック機能を有すること。
		c - 9	血液製剤の検索が可能であること。
		c - 10	患者別使用製剤一覧表の出力ができること。
		d	自己血の管理
		d - 1	自己血の採血スケジュール管理機能を有すること。 また変更が可能なこと。



### 1.2.3.5 病理検査システム

分類		機能要件	
1	基本方針		
		1	信頼されるデータを正確かつ迅速に提供するシステムであること。
		2	検査データを一元的に管理できるシステムであること。
		3	専門性を生かしたシステムであること。
		4	検査状況をリアルタイムに表示できるシステムであること。
		5	検査データを有効に利用できるシステム(検査支援・解析・診断支援)であること。
		6	現行の項目マスターおよび保有データ(過去数年分:診療の支障をきたさない年数)を新病院システムにシームレスに移行できること。
2	基本要件		
		a	範囲
		a - 1	<p>病理検査における病理組織検査、術中迅速診断、特殊組織検査、特殊染色検査、細胞診検査、剖検業務に対応できること。</p> <p>病理組織検査: 人体から取り出した組織から標本を作製し検査する。 術中迅速診断: 手術時における組織診断、細胞診断を行うこと 特殊組織検査: FISH、蛍光抗体検査、分子病理学的検査を行うこと。 特殊染色検査: 通常のHE染色以外の染色法を使う検査。 細胞診検査: 喀痰、膣塗抹、気管支洗浄液など採取した細胞を検査する。 剖検業務: 病理解剖を行うこと。</p>
		b	データの保存期間
		b - 1	5年分を保存し、それ以上のデータは外部記憶装置に移行すること。
		c	入力装置
		c - 1	入力装置はLISに準拠(補助入力装置として、採取部位などの図が等倍表示されてペンタブレット(操作性が良いことが最優先される)で直接入力できること、また音声入力ができること。)
		d	運用
		d - 1	臨床検査システムは、24時間/365日完全無停止で稼働が可能であること。
		d - 2	日替わり処理は自動とすること。また日替わり処理中でも検査できること。
		d - 3	日常業務におけるレスポンスは、2秒以内であること。また、ピーク時においても業務の流れを阻害せず、かつ心理的ストレスの少ないものであること。また、病理検査システムとHISのデータ転送について、診療を支援できる速度を確保すること。
		e	認証
		e - 1	ログイン認証は電子カルテ等からシングルサインオンで可能なこと。
		e - 2	ログインIDにより権限管理ができること
		f	ISO 15189(臨床検査室の品質基準)
		f - 1	ISO 15189の規格で求められる機能を満たしたシステムであること。
3	標準化対応		
		a	IHE-J対応
		a - 1	IHE-Jに対応していない機器と接続する場合は、適切なインターフェースを使用し、個別に代替方法をとること。
		b	その他の標準化対応
		b - 1	ICD-10に準拠すること。
		b - 2	SNOMEDコードに準拠すること。
		b - 3	その他、がん取扱規約などに準拠すること。

### 1.2.3.5 病理検査システム

分類		機能要件	
			b - 4 日本病理学会の刊行している日本病理剖検輯報(ぼうけんしゅうほう)に対応していること。但し、当病院の独自コードも対応可能で、自由文入力・編集も可能であること。
			b - 5 コード変換が常に最新のものであること。例えば病理システムのベンダー等と保守契約を結ぶなどして、コードの改正(修正・変更など)による変更が即座になされること。
4	接続要件		
		1	部門サーバーと直接接続できない検査機器は、医療画像取込装置(DICOMゲートウェイ変換装置)を導入すること。検査機器が、DICOMゲートウェイ変換装置に対応していない場合には、外部メディアを介して検査データを部門サーバーに取り込めること。
5	検査受付		
		a	組織診受付
		a - 1	組織診の検査受付情報およびブロック数、標本数、染色方法等を入力できること。
		b	細胞診受付
		b - 1	細胞診の検査受付情報および標本数を入力できること。
		c	剖検受付
		c - 1	剖検の依頼情報を入力できること。
		d	病理検査受付照会
		d - 1	病理検査の受付患者リストを画面/帳票に出力できること。同時にワークシートが作成できること。
		e	患者検索
		e - 1	検査依頼日、実施日、依頼元診療科、病棟、患者名、検査担当者、病理医等の条件により、検査結果を検索できること。
		f	標本ラベル
		f - 1	スライド添付用標本ラベルを作成ができること。
		f - 2	検体採取用スライドグラス等に患者情報、検査依頼内容等を印刷した2次元バーコードを添付できる機能を有すること。また、診断時にバーコードを読み取ることにより、患者情報の読み込みができること。
6	検査結果入力		
		a	組織診所見入力
		a - 1	組織診検査の所見が入力できること。(1画面で1症例の所見・診断・画像等の情報を入力できること。)
		b	細胞診所見入力
		b - 1	細胞診検査の所見を入力できること。(1画面で1症例の所見・診断・画像等の情報を入力できること。)
		c	剖検所見入力
		c - 1	剖検の所見を入力できること。(1画面で1症例の所見・診断・画像等の情報を入力できること。)
		d	画像取込
		d - 1	イメージスキャナ、デジタルカメラ、ペンタブレット、ネットワーク顕微鏡などを利用して、画像を取り込む機能を有すること。画像ファイル取り込み機能により、取り込まれた画像は、自動的に該当標本と関連付けられること。ペンタブレットについては原画像も保存されること。
		d - 2	取り込まれた画像は、マクロ画像あるいは顕微鏡画像として管理されること。取り込まれた画像はDICOMフォーマットで保存されること。1検査に対して、マクロ画像、顕微鏡画像をそれぞれ複数枚取り込むことができること。システムの、ハードウェアあるいはソフトウェア的な画像取り込み数制限は、運用上問題の無いレベルであること。
		e	画像保存
		e - 1	画像情報として、病理検査の過程で撮影したマクロ画像、ミクロ画像などを保存できること。
		e - 2	原画像とともに加工画像も保存できること。
7	検査報告書		
		a	組織診検査報告書
		a - 1	組織診の検査報告書を作成・印刷できること。(テキスト、画像、シエマなど、すべての印刷が可能なこと。)
		b	細胞診検査報告書



### 1.2.4 内視鏡検査部門システム

分類		機能要件	
1	基本要件	1	内視鏡装置では1次的にデータは保管するが、サーバーへの転送はシステムを介して保管が行えること。サーバーへの保存は、ミラー機能を持たせ万一のクラッシュによるデータ損失を最小限にする機能を有していること。
		2	DICOM変換はModarityからシステムの間に変換器を挟んで行うこと。 (現状では直接DICOM出力できない)
		3	内視鏡システムには画像処理などワークステーション機能を持たせること。
		4	医事会計システムに必要なデータを転送できること。
2	検査予約管理機能	1	内視鏡検査の予約管理機能が行えること。
		2	依頼情報に基づき内視鏡装置ごとのスケジュールを作成できること。
		3	スケジュールを一覧表形式で表示できること。
		4	医師、看護婦等の業務管理が行えると共に感染管理、機材(ファイバー)使用状況の管理が行えること。
3	検査受付機能	1	HISから随時、依頼情報を取得できること。
		2	HISから随時、予約情報を取得できること。
		3	検査予約、依頼済みの患者リストの表示ができること。
		4	患者到着確認及び依頼内容確認ができること。
		5	到着確認後の患者リストを表示し、検査内容から患者の選択ができること。
		6	患者の診察券情報を用い、検査エントリーからプロセッサへの入力・サーバー保存を一環して行えるシステムが望ましい。
4	到着確認	1	患者到着確認及び依頼内容確認ができること。
		2	到着確認情報をHIS側へ送信できること。
		3	到着確認後の患者リストを表示し、検査内容から患者の選択ができること。
5	検査前準備・検査実施	1	内視鏡依頼情報の確認ができること。
		2	過去検査の画像、レポートを参照できること。
		3	検査中の画像に対して、生検箇所マーキングやコメント挿入等の画像編集、保存ができること。検査中の入力については、感染対策上においてもタッチペンやタッチパネルでの入力方法が望ましい。
		4	採取した組織に対して病理検査オーダーが作成できること。
6	検査データの保存、転送機能	1	画像ファイリング及び画像処理が行えること。
		2	内視鏡装置から送られた画像データをDICOM変換して一時保存できること。
		3	DICOMデータ、画像処理データをサーバーに転送できること。
7	レポート作成機能	1	検査後のレポート作成が端末上で行えること。
		2	キー画像の選択ができること。またキー画像には部位の関連付けが可能で、レポートに自動で反映されること。
		3	検査種別毎にレポートレイアウトを持つことが可能であること。



### 1.2.5 眼科ファイリングシステム

分類		機能要件	
1	基本要件	1	眼科データファイリングシステムとその他の眼科部門サーバ、取り込み端末等で構成されていること。
2	接続要件	1	以下に眼科診察室で用いられている検査機器とその出力方法を記載する。これら検査から生じるデータを電子カルテまたはデータファイリングシステムに記録・保存できることが可能であること。また、将来の検査数あるいは項目の拡大が予想されるため十分な機能・容量の拡張性を有すること。
		・	動画および静止画 各診察室ある細隙灯顕微鏡に接続したCCDカメラからの出力、眼底撮影装置に接続したCCDカメラからの出力、光干渉断層計(OCT)、ハイデルベルグ網膜撮影装置(HRA2)、涙道および鼻腔内視鏡検査、手術記録
		・	静止画 神経線維層厚測定装置(GDx)、角膜内皮測定装置
		・	紙またはプリントアウトした画像のみ ゴールドマン視野計、ハンフリー静的視野計、オートレフラクトメーター、ヘスチャート、色覚検査各種、A-mode、B-mode超音波検査、超音波生体顕微鏡(UBM)
		・	数値のみ 視力計、眼圧計、オートレンズメーター、プリズムテスト、中心フリッカー測定装置、眼球突出度計、調節力検査計、シルマーテスト
3	基本機能	1	電子カルテで入力した諸情報がファイリングシステムに反映されること。
		2	電子カルテシステムとファイリングシステムが同端末上で動作可能であること。
		3	電子カルテのインターフェースからファイリングシステムのインターフェースが立ち上がること。
		4	動画など大容量のファイルを格納し、ストレスなく配信できること。
		5	データ別に抽出可能で経時的に表示できること。
		6	紙で出力されるデータをスキャナーでストレスなく取り込めること。
		7	データ形式は、ベクトルデータを原則とし、拡大縮小が無段階でできること。
		8	全てのデータを人が移動することなくその場(暗室を含めたデータ発生地点)で入力できること。
		9	エコー、内視鏡、マイクロスコープ等のNTSCカメラから直接画像を取り込むことができること。
4	表示機能	1	全患者一覧・50音別表示・ソート表示機能を備えること。
		2	サムネイル一覧の先頭画像から、指定時間間隔でディゾルブ表示(表示画面を徐々に消しながら同時に次画像を徐々に表示)することができること。
		3	選択した画像から、マウス操作、キーボード操作により順次表示することができること。
		4	画面左側の患者顔写真及び、患者・日付リストの表示/非表示を切り替えることができること。
		5	ツールバーの表示/非表示を切り替えることができること。
		6	サムネイルを一覧表示することができること。
		7	サムネイルから選択した1つの画像を表示エリア全面に表示することができること。
		8	表示エリアを上下に二分割し、サムネイルから選択した2つの画像を表示することができること。
		9	表示エリアを左右に二分割し、サムネイルから選択した2つの画像を表示することができること。

### 1.2.5 眼科ファイリングシステム

分類		機能要件	
			10 表示エリアを四分分割し、サムネイルから選択した4つの画像を表示することができること。
			11 透明度、表示位置、大きさを変えて2枚の画像を重ねて表示することができること。
			12 サムネイルの表示順を作成日時昇順 / 降順にソート後、表示することができること。
			13 種別、フラグ、病名、診療科により表示するサムネイルを絞り込むことができること。
5	検索機能		
		1	ID・性別・年齢等の範囲指定にたいし検索可能であること。
		2	検索画面と患者一覧画面の両方が操作可能であるモードレス画面であること。
		3	年齢、病名、コメント、日付、診療科、種別、フラグ等の情報により検索を行えること。
6	ファイル管理機能		
		1	ファイル参照ダイアログより選択したファイルを取り込めること。
		2	クリップボードにある画像を取り込めること。
		3	表示中の患者の選択した画像のみ、または全画像を書き出すことができること。
7	印刷機能		
		1	選択画像に患者情報、作成日時を付与して印刷することができること。
		2	2分割、4分割表示時には、1枚の用紙に2画像、4画像を印刷することができること。
		3	患者情報と、それぞれのサムネイル画像の作成日時を付与して印刷することができること。
8	画像処理機能		
		1	切り抜き、回転・反転、ぼかし・シャープ、明るさ、コントラスト、補正、カラー・彩度の補正等を行うことができること。
		2	オリジナル画像と修正画像の切り替えが可能であること。
		3	背景色の設定を行うことができること。(暗室などで暗くしたい場合に有効)
9	作図機能		
		1	矩形・円の描画、自由線・直線の描画、文字入力等を行うことができること。
		2	直線の長さ、2本の直線で作られる角度の計測ができること。
		3	作図内容の表示 / 非表示を切り替えることができること。
10	その他の機能		
		1	プラグインの設定が可能。ボタンの画像もユーザにより設定可能であること。
		2	細隙灯顕微鏡用の画像取り込み機能を持った端末(画像取り込み装置)を各診察室に一式設置すること。
		3	既存の装置に対してはファイリングシステムとの連携を可能にすること。
		4	データベースのバックアップ及び、リストア、シャドウ(二重化)、周期的な自動バックアップ(曜日・日時指定)ができること。





1.2.8 薬剤部門システム				
分類			機能要件	
1		基本要件		
			1	本システムは、薬剤部における調剤業務の合理化を図り、情報調剤的部分である。薬剤情報提供や患者服薬指導などの業務の充実を促進すること。また、病棟においては、与薬業務の合理化を図ること、また、錠・カプセル剤等の薬剤を1包化することにより患者の服薬を容易に且つ確実にし、その結果コンプライアンス(服薬遵守)を高めていくことを図るために、また、薬剤管理システムにおいては、薬剤の発注、在庫、消費情報等を把握し、一括管理することを図るために導入する。
			2	各システム及び機器を二重化し、障害時やテスト時に対応すること。
			3	各システムは、テスト環境を備え各システム間においてテストできること。
			4	各システムは、24時間(救急外来対応)稼働可能とすること。
2		ハードウェア		
			1	以降の機能要件を実現するに当たって必要となるハードウェアの整備を行うこと。
3		接続要件		
			a	調剤支援システム
			a - 1	処方オーダーシステム(解析システム) - ・薬袋印字システム(薬袋印字機器) ・錠剤分包システム(全自動錠剤分包機器) ・水剤監査システム(水剤監査機器) ・散剤監査システム(散剤監査機器) ・散剤分包システム(全自動散剤分包機器) ・処方チェックシステム(相互作用チェック・管理機能有) ・処方統計処理システム ・与薬表示システム(与薬表示機器)
			a - 2	注射オーダーシステム(解析システム) - 注射薬払出システム(注射薬払出機器) ・注射処方統計処理システム
			a - 3	TDM(血中薬物濃度モニタリング)業務システム ・TDM業務支援システム(血中濃度測定機器、遠心分離器)
			a - 4	麻薬管理システム
			a - 5	NST管理システム
			a - 6	特定生物由来製品等管理システム
			a - 7	治験薬管理システム
			b	化学療法調製管理システム・TPN(高カロリー輸液療法)管理システム ・化学療法・TPN調製支援システム(ラベルプリンター)
			c	薬剤管理指導業務システム ・薬剤管理指導支援システム ・処方監査システム ・医薬品情報システム ・薬剤鑑別システム
			d	薬品管理システム ・発注管理システム ・仕入(入庫)管理システム ・在庫管理(部門別消費管理)システム ・在庫管理システム ・棚卸管理システム ・月報・年報管理システム ・マスタ管理システム ・定数管理(配置薬関連管理)システム ・外部連動システム
4		オーダー情報連携		
			a	処方(注射)オーダーシステム
			a - 1	電子カルテシステムとの接続が可能で、通信端末を介し相互に情報の送受信ができること。
			a - 2	受信情報は、入院・外来処方(注射)オーダー、検査オーダー、患者基本情報、病名等とすること。
			a - 3	受信情報(ID番号、患者名、診療科、処方区分等)を表示できること。
			a - 4	処方情報を保存する機能を有すること。
			a - 5	サーバー内の、データ、ファイルを保存管理(外部媒体含む)でき、必要な時出力できること、またCSVファイル出力できること。
			a - 6	受信データの情報変換マスタの保管管理ができること。
			a - 7	薬剤部内調剤内規に従って、調剤処理が行えること。

1.2.8 薬剤部門システム			
分類	機能要件		
			a-8 薬剤部統計便覧、及び統計資料に必要なデータの構築、出力が行えること。
			a-9 処方チェック機能・相互作用チェック・配合変化チェック管理機能があること。
			a-10 与薬表示システムにおいて、入院・入外・外来院内処方での調剤と薬済みのチェックができること。ただし、与薬表示するのは、外来院内処方に限ること。
			a-11 バーコード等を用いて、オーダー後から与薬まで、処方を追跡できること。
			a-12 電子カルテシステム、各部門システムで使用するマスタ(薬品、用法等)を統合(一元)管理ができることが望ましい。
			a-13 マスタ項目を、CSV、XLSファイルに出力できること。
			a-14 各項目において、検索、抽出等ができること。
			a-15 自動バックアップ機能を有すること。
			a-16 各マスタ入力、変更時、各連結キー項目を一括入力でき齟齬(食い違い)のないこと。
			a-17 詳細なシステム機能要件、機器機能要件等は必要時別途添付するものとする。
5	TDM(血中薬物濃度モニタリング)業務		
		a	TDM(血中薬物濃度モニタリング)業務システム
			a-1 処方(注射)オーダーシステムのa-1~5、8、11の要件を備えていること。
			a-2 該当薬品におけるTDM支援ソフトに、各項目データが取り込めること。(患者基本、検査データ等)
			a-3 報告書が電子カルテに出力出来ること。
			a-4 会計システムと連動すること。
			a-5 詳細なシステム機能要件、機器機能要件等は必要時別途添付するものとする。
6	麻薬管理業務		
		a	麻薬管理システム
			a-1 処方(注射)オーダーシステムのa-1~5、8の要件を備えていること。
			a-2 各月報・年報帳票を出力できること。
			a-3 麻薬事故届、調剤済麻薬廃棄届等出力できること。
			a-4 院内麻薬施用要領に従って、調剤処理をおこなう。
7	特定生物由来製品等管理業務		
		a	特定生物由来製品等管理システム
			a-1 特定生物由来製品の、製品ロット番号等の情報を含んだ貼付管理バーコードシールを発行する機能を有すること。将来的には、電子タグ等による管理にも対応できること。
			a-2 処方(注射)オーダーシステムのa-1~5、8の要件を備えていること。
			a-3 薬剤部に納品された特定生物由来製品の製造番号とロット番号を購入履歴として登録し、薬剤部内での製造番号管理が行えること。
			a-4 各部門へ払い出す特定生物由来製品の製造番号とロット番号を登録し、部門ごと製造番号管理が行えること。
			a-5 患者に使用した特定生物由来製品の製造番号と使用日を登録し、特定生物由来製品管理簿の使用明細を作成できること。
			a-6 特定生物由来製品ごとに薬剤部在庫・部門在庫・使用者履歴の明細を表示し、出力できること。
			a-7 品目別払出集計表(日別、月別)を出力できること。
			a-8 払出先別払出集計表(日別、月別)を出力できること。
			a-9 患者別品目別払出集計表(日別、月別)を出力できること。

1.2.8 薬剤部門システム			
分類	機能要件		
			a - 10 各部門在庫、使用履歴に対しロット番号検索機能を有すること。
			a - 11 厚生労働省通達に基づき、特定生物由来製品に関する記録及び保存がおこなえること。
			a - 12 データは最大20年保存できること。
8	抗癌剤管理業務	a	化学療法・TPN調製支援システム
		a - 1	処方(注射)オーダーシステムの1～5、8、11の要件を備えていること。
		a - 2	調製する溶解液の種類と量がわかること。
		a - 3	調製するのに必要なバイアル・アンプル数および計数調剂量が算出できること。
		a - 4	薬品ごとの、配合変化情報、調製上の注意事項等、また調製後の安定性表示ができること。
		a - 5	プロトコールと連動した調製情報の表示ができること。
		a - 6	患者特記事項の確認しながらの調製ができること。
		a - 7	時間差調製が必要な薬剤の警告と調製時刻の警鐘ができること。
		a - 8	調製ラベルにプロトコール上及び薬剤毎の注意事項の自動印字ができること。
		a - 9	プロトコールの管理ができること。
		a - 10	患者毎のプロトコール管理、及び、患者毎の薬歴管理とプロトコール上の併用禁忌・併用注意・投与間隔等や過去の投与量との関連チェックができること。
		a - 11	検査値との関連チェックができること。
		a - 12	次回治療時の医師へのメッセージ入力と処方オーダーシステムへの反映ができること。
		a - 13	患者特記事項の確認ができること。
		a - 14	プロトコールModify情報のプロトコールへの反映ができること。
		a - 15	事前の疑義照会発生時の処方オーダーシステムへの反映ができること。
		a - 16	薬剤師特記事項の次回以降の反映ができること。
		a - 17	処方中の複数薬剤のカロリー、アミノ酸等を集計・出力できること。
9	治験薬管理業務	a	治験薬管理システム
		a - 1	処方(注射)オーダーシステムの1～5、8の要件を備えていること。
		a - 2	治験薬管理簿を出力できること。
		a - 3	品目別払出集計表(日別、月別)を出力できること。
		a - 4	払出先別払出集計表(日別、月別)を出力できること。
		a - 5	患者別品目別払出集計表(日別、月別)を出力できること。
		a - 6	在庫使用量表を出力できること。
10	医薬品情報管理	a	医薬品情報管理システム
		a - 1	医薬品情報は「日本医薬品集」と同等以上の情報を有していること。
		a - 2	定期的に医薬品情報が更新されること。
		a - 3	薬剤の各形態の鮮明なカラー写真を有していること。
		a - 4	厚生省、各メーカー等から出る緊急情報から容易に薬剤情報を更新できること。

1.2.8 薬剤部門システム			
分類		機能要件	
			a - 5 それぞれの帳票がカラーで出力できること。
			a - 6 サーバー内の、データ、ファイルを保存管理(外部媒体含む)できること、また、必要な時出力できること。
			a - 7 インターネットより情報が容易に取り込めること。
11	医薬品情報提供		
		a	薬剤鑑別システム
		a - 1	薬剤鑑別(薬剤に印字されているマークから検索)機能を有すること。
		a - 2	ワードファイнда(効能・効果や副作用から検索)機能を有すること。
		a - 3	ドラッグビュー(商品名などから検索)機能を有すること。
		a - 4	基本条件(薬品名、製薬会社、剤型等)や多角的条件(適応症、禁忌、副作用等)での検索及び添付文書の参照及び印刷がおこなえること。
		a - 5	各項目(同一薬効、同一成分、同一適応症)での検索ができること。
		a - 6	疾患条件(適応症、禁忌症、副作用、制限事項等)で検索できること。
		a - 7	追加検索として、さらに検索した薬品と各項目で検索ができること。
		a - 8	検索した薬品と当院採用薬の同成分、同薬効薬品の一覧が参照でき、薬品の識別報告書の作成、印刷ができること。
		b	相互作用検索システム
		b - 1	院内での研究結果をデータベース化できること。
		b - 2	検索報告書の作成、印刷ができること。
		c	注射剤配合変化システム
		c - 1	院内での研究結果をデータベース化できること。
		c - 2	検索報告書の作成、印刷ができること。
12	薬剤管理指導業務		
		a	薬剤管理指導業務システム
		a - 1	処方(注射)オーダシステム a - 1 ~ 5、8の要件及び医薬品情報管理システムの a - 1 ~ 6の要件を備えていること。
		a - 2	薬剤管理指導依頼書が作成できること。
		a - 3	薬剤管理指導記録が作成できること。...プロブレムリスト、経過記録等
		a - 4	薬歴管理表が作成できること。
		a - 5	検査歴が作成できること。
		a - 6	病歴が作成できること。
		a - 7	持参薬チェック機能(成分検索等)及び持参薬記入欄(電子カルテ上に記載)が作成できること。
		a - 8	相互作用、禁忌薬品、副作用等のチェック機能を有すること。
		a - 9	患者基本情報(アレルギー歴、副作用歴その他)が作成できること。
		a - 10	退院時服薬指導書が作成できること。
		a - 11	おくすり説明書が作成できること。
		a - 12	統計処理データの構築ができること。
			)病棟別、診療科別指導人数(月別)
			)薬剤管理指導件数の集計(服薬指導件数、退院指導件数、麻薬加算件数)(月別)
			)薬剤管理指導患者の一覧表
		a - 13	会計システムと連動すること。

1.2.8 薬剤部門システム				
分類		機能要件		
				・薬剤管理指導を行った旨を上記の支援システム(12の ) に入力すると同時に会計に送信すること。
13	発注管理	a		薬品管理システム
			a - 1	バーコードでの運用を行うこと。将来的には、電子タグ等による管理にも対応できること。
			a - 2	オーダーリングシステム及び薬剤部内調剤支援システムとオンライン化ができること。
			a - 3	病院内で使用する薬剤については、SPD方式により一元的に管理できること。
			a - 4	薬剤の使用頻度、特性等により、定数補充方式、定数交換方式、請求補充方式、一本渡し方式等の管理方式を有すること。
			a - 5	各機能の操作については簡易操作であること。
			a - 6	薬品の検索はカナ及び独自コードにてできること、また、システムの主キー及び管理コードはJANコードとすること。
			a - 7	5年分の購入データが、表示及び印字により確認できること。
			a - 8	単価については3世代以上管理できること。
			a - 9	複数台運用に対応したシステムであること。
		b		発注管理システム
			b - 1	発注データ作成方式として、定点発注方式、定量発注方式、定期発注方式、ハンディターミナルでの登録、手動での発注登録ができること。
			b - 2	発注点方式により自動的に発注業者への発注データの作成ができ、仕入れデータとしても利用できること。
			b - 3	自動算出した発注数を、任意に数量変更できること。
			b - 4	作成した発注データはオンラインで問屋へ、自動送信できること。また、回線はインターネット回線を利用すること。
			b - 5	必要な薬品の薬品コード、数量を手動で指定し発注データが作成できること。
			b - 6	発注日付、問屋別に、発注書の発行・再発行ができること。
			b - 7	月末に翌月分の発注データ入力を行うため、前後1ヵ月分の発注データを作成できること。
			b - 8	発注画面上で過去の発注履歴が参照できること
			b - 9	発注画面で指定した薬品の在庫情報、在庫履歴や出納情報が確認できること。
			b - 10	月末頃に翌月発注(未来日発注)処理ができること。
			b - 11	出力帳票については、帳票出力一覧の発注管理に関する帳票が出力できること。
14	納品管理	a		仕入(在庫)管理システム
			a - 1	発注した薬品が完納された場合、仕入データを一括して自動的に作成できること。また、臨時の購入に対しても、バーコードや手動で簡易な入力ができること。
			a - 2	発注した薬品が分納の場合は、発注番号、問屋、発注日等を指定し、任意に発注情報を呼び出し、分納処理ができること。
			a - 3	未納品リストが出力できること。
			a - 4	月末頃に翌月仕入(未来仕入)処理ができること。
			a - 5	仕入データを確認しながら修正が可能であり、また、5年分の購入データが確認ができること。
			a - 6	過去の仕入データを仕入画面上で検索でき、修正ができること。
			a - 7	返品、値引きの管理ができ、項目として返品分と値引き分とを別項目として処理できること。

### 1.2.8 薬剤部門システム

分類		機能要件	
			a - 8 仕入処理等を行った後で、入力したデータの確認が印字または表示できること。(操作ログまたは処理モニター等で調査できること)
			a - 9 仕入画面上に過去の仕入履歴が参照できること。
			a - 10 院内製剤についても管理できること。
			a - 11 出力帳票については、帳票出力一覧の仕入管理に関する帳票が出力できること。
15	払出管理		
		a	出庫管理(部門別消費管理)システム
		a - 1	オーダリングシステムのデータを取込み、出庫データとして登録できること。
		a - 2	各部門への出庫薬品、出庫数量を入力し、また各部門からの返品、薬剤部での破損、破棄データを5年間管理できること。
		a - 3	作成済み消費情報を、消費日、区分、部門等を指定し画面上にて検索し、修正・削除ができること。
		a - 4	ハンディーターミナルを利用して出庫が行えること。また、複数のバーコードカードを読み取れるスタックリーダーでも出庫が行えること。
		a - 5	出庫画面上で過去の出庫履歴が参照できること。
		a - 6	院内製剤についても管理できること。
		a - 7	出力帳票については、帳票出力一覧の出庫管理に関する帳票が出力できること。
		b	在庫管理システム
		b - 1	各部門の薬品ごとに在庫設定でき、帳票出力できること。
		b - 2	部門在庫設定を画面上にて検索でき、帳票出力できること。
		b - 3	現在在庫状況を画面上にて検索でき、帳票出力できること。
		b - 4	不動在庫状況を画面上にて検索でき、帳票出力できること。
		b - 5	不動薬品状況を画面上にて検索でき、帳票出力ができること。
16	棚卸し		
		a	棚卸管理システム
		a - 1	バーコード付棚卸調査用の用紙が出力でき、棚卸調査用の用紙に記入され、たバーコードでの棚卸登録ができること、又は現行のOCR帳票により対応できること。
		a - 2	棚卸調査用の用紙に記入された実在庫を端末より入力できること。
		a - 3	棚卸(実)在庫とシステム(理論)在庫の対比表が出力できること。また、その差分を一括で修正することができること。
		a - 4	棚卸結果を画面上及び帳票出力できること。
17	管理帳票		
		a	月報・年報管理システム
		a - 1	帳票出力一覧の月報、年報に関する帳票が出力できること。
		a - 2	年報に関しては、仕入年報、消費年報をファイル出力できること。
18	その他		
		a	マスタ管理システム
		a - 1	薬品マスタの登録、修正がリアルタイムででき、メンテナンスが容易にできること。
		a - 2	各種処理において、薬品検索が容易にできること。
		a - 3	帳票出力一覧のマスタ管理に関する帳票が出力できること。
		a - 4	薬価改正時に薬価データの提供が可能でFDにより一括で変更が可能なこと。また、未変更となった薬品を画面上で確認ができ、リストも出力が可能なこと。

### 1.2.8 薬剤部門システム

分類		機能要件
		a - 5 新購入価をFDで一括更新が可能なこと。また、購入薬品を問屋分の購入実績に限り過去に遡って変更が可能なこと。
		b 定数管理(配置薬関連管理)システム
		b - 1 部門内の定数が薬品ごとに設定できること。
		b - 2 部門毎の定数が設定できること。
		b - 3 部門の定数補充データの入力自動で簡単に行うことができること。
		b - 4 部門請求票やカード等を利用して、自動的に各部門への補充分のデータ登録を行うことができること。
		b - 5 カード定数薬品(処置薬等)、カード外定数薬品の区分分けができること。
		b - 6 帳票出力一覧の定数管理に関する帳票が出力できること。
		c 外部連動システム
		c - 1 各システムより、以下の情報を随時にCSVファイル出力できること。
		・ 発注情報、仕入(入庫)情報、出庫(部門別消費)情報、在庫情報、棚卸情報、マスタ情報、定数(配置薬関連)情報、累積情報
		c - 2 購入実績データ、購入実績データ消費税をFPD(フロッピー)出力できること。
		(帳票出力一覧)
		(1)発注管理システム
		・ 予定発注リスト
		・ 発注チェックリスト
		・ 薬品発注リスト
		(2)仕入(入庫)管理システム
		・ 発注リスト
		・ 見積書発行
		・ 未納品リスト
		・ 問屋別仕入明細書
		・ 部門別仕入明細書
		・ 院内製剤入庫(製造)リスト
		(3)出庫管理(部門別消費管理)システム
		・ 払出先別補充リスト(注射オーダ)
		・ 薬品別補充リスト(注射オーダ)
		・ 払出先別補充リスト(手動処理データ:現行は外来注射オーダ)
		・ 薬品別補充リスト(手動処理データ:現行は外来注射オーダ)
		・ トレイ在庫補充記入表
		・ 払出先別補充リスト(トレイ)
		・ 薬品別補充リスト(トレイ)
		・ 払出先別補充リスト(カード)
		・ 薬品別補充リスト(カード)
		・ 払出チェックリスト
		・ 薬品別、部門別消費リスト
		・ 院内製剤払出リスト
		(4)在庫管理システム
		・ 現在在庫検索・報告
		・ 種別別現在在庫検索・報告
		・ 不動在庫検索・報告
		・ 種別別不動在庫検索・報告
		・ 不動薬品検索報告
		(5)棚卸管理システム
		・ 棚卸調査表
		・ 棚卸状況検索・報告
		・ 棚卸記入表(バーコード付)
		(6)月報・年報管理システム
		・ 管理帳票出力メニュー
		・ 品目順薬品購入リスト~湿製製剤払出先別年計合計表の帳票において、問屋、メーカー、種別、薬効、規制区分、薬品コードの項目において出力範囲が選択できること。
		・ 品目順薬品購入リスト
		・ メーカー別購入金額降順位表
		・ 問屋・メーカー別購入実績表
		・ 問屋・メーカー別薬品購入リスト
		・ 薬効別薬品購入リスト
		・ 問屋・用途別購入実績表
		・ 用途別月次薬品購入実績表
		・ 薬品払出集計表
		・ 薬品別在庫管理表
		・ 棚卸在庫金額リスト
		・ 用途別棚卸金額リスト
		・ 湿製製剤払出先別年計合計表
		・ 品目順薬品購入リスト
		・ 薬品購入台帳
		・ 品目別払出集計表(月別)



1.2.9 救急部門システム				
分類	機能要件			
1	プレホスピタルケア支援機能			
		a		外部との通信機能
			a - 1	外部接続ネットワークを通じて、他の医療機関から搬送される患者の患者基本情報を受け取り、患者の来院前に患者登録が行えること。
			a - 2	外部接続ネットワークを通じて、他の医療機関から搬送される患者の診療情報(カルテ情報、画像情報)を受け取り、患者の来院前に患者受診歴等の情報が確認できること。
			a - 3	外部接続ネットワークを通じて入手した患者基本情報・診療情報を基に、地域医療連携システムと連携して、紹介元医療機関の登録および検索処理ができること。
			a - 4	外部接続ネットワークを通じて入手した患者基本情報・診療情報を基に、地域医療連携システムと連携して、紹介元医療機関の情報を参照できること。
		b		引き渡しと収容後の統合
			b - 1	大規模災害の発生による患者集中に対しても、HISおよび病床管理システムと連携して対応できること。
		c		救急部門病床の参照
			c - 1	病床管理部門システムと連携し、救急部門病床の空床状況が参照できること。
			c - 2	病床管理部門システムと連携し、救急部門病床の機能別、重傷度別の表示ができること。
		d		院内手術状況のリアルタイム参照
			d - 1	手術部門システムと連携し、手術室の使用状況がリアルタイムに参照できること。
2	救急医療支援機能			
		a		救急患者登録・病床管理
			a - 1	氏名不詳の救急患者の場合、暫定氏名で患者登録を行い、救急診療が行えること。
			a - 2	暫定氏名で登録した患者の本名が判明した場合に、院内全システムに遡及し、本名への変更が可能であること。
			a - 3	暫定氏名を記録しておくことができること。
		b		治療・処置
			b - 1	2次元バーコード付きカルテ用紙が出力できること。また、記載後のカルテ用紙を、スキャナ取り込みを行うことにより、電子カルテシステムにPDF形式にて保存できること。
3	救急診療経過記録			
		a		救急診療経過記録
			a - 1	2次元バーコード付きカルテ用紙が出力できること。また、記載後のカルテ用紙を、スキャナ取り込みを行うことにより、電子カルテシステムにPDF形式にて保存できること。
		b		救急診療看護記録
			b - 1	2次元バーコード付きカルテ用紙が出力できること。また、記載後のカルテ用紙を、スキャナ取り込みを行うことにより、看護支援システムにPDF形式にて保存できること。
4	救急外来患者モニタリング			
		a		患者生体情報のモニタリング
			a - 1	手術部門システム、集中治療部門システムと同様に生体モニタリングシステムと連携を行い、心電図、脈波、血圧、心拍数、呼吸数、酸素飽和度の生体情報をリアルタイムに表示し、各データを記録できること。
5	画像診断・レポート			
		a		画像診断
			a - 1	放射線画像システムおよび内視鏡検査部門システムの画像情報を検索し、標準規格(DICOM等)で一時保存できること。
		b		遠隔診断
			b - 1	標準規格(DICOM等)で一時保存した放射線画像システムおよび内視鏡検査部門システムの画像情報を、インターネットに接続した外部接続ネットワークを通じて、外部の読影医が遠隔診断できること。また、その読影レポートを外部接続ネットワークを通じて受け取れること。
6	物流システム連携			



### 1.2.10 手術部門システム

分類		機能要件	
1	基本要件		手術スタッフの業務を支援して安全で円滑な手術進行を確保し、手術室の効率的な運用を図ること。
2	標準化対応		JSA規格に準拠していること。
3	接続要件		HIS等の関連システムとのシームレスな接続が行えること。
4	手術オーダー管理	a	手術スケジュール作成機能
		a - 1	手術予約状況の確認、手術予定患者の患者情報の確認・入力、手術スケジュール作成、スタッフスケジュールの作成等の機能を有していること。
		a - 2	手術関連スタッフを効率的に割り当てる機能を有すること。
		a - 3	手術スケジュールを関連部署へ報告、関連部署より参照する機能、キャンセル、変更などを受け付ける機能を有すること。
		b	デイスージャリー対応
		b - 1	デイスージャリーの手術オーダーは、手術の予定・調整・確定・変更までのオーダー管理を行うこと。
5	手術業務管理	a	手術進行状態表示機能
		a - 1	手術予定、麻酔記録とリンクし、各手術室のイベント状況を表示して、自動的にアップデートされる機能を有すること。
		a - 2	手術部前室(廊下)の壁面要所にデータ配信用大型ディスプレイを設置し、手術進行状態が確認できること。
		b	術後参照・編集機能
		b - 1	術後患者を選択し、その患者の麻酔記録を参照、編集する機能を有すること。
		c	術前・術後診察機能
		c - 1	術前回診記録には、手術予定患者の診察所見、バイタルサインデータ、検査データ、検査所見、術前合併症などの入力、表示ができること。
		d	検索機能
		d - 1	検索条件を複数設定し、該当する記録を一覧表示する機能を有すること。
		d - 2	検索結果の一覧表から検索結果患者毎に術前診察情報、術中麻酔記録、術後診察画面を参照できること。
		e	統計管理機能
		e - 1	患者基本情報、手術・麻酔記録、偶発症例情報等を網羅した麻酔台帳(JSA準拠)を作成できること。
		e - 2	任意の条件による検索、集計等を行い、結果を必要な形式で出力する機能を有すること。
		f	データベース
		f - 1	データベースは、このシステムで入力された5年間分以上のデータを保存できる容量であること。
		f - 2	保存されている患者データを後から呼び出して参照する機能を有すること。
		f - 3	保存されているデータを自動的にバックアップする機能を有すること。
		g	デイスージャリー対応
		g - 1	手術部門の手術オーダー管理と統合したオーダー管理を行うこと。
6	麻酔業務管理	a	麻酔記録機能
		a - 1	麻酔記録中に病院の指定するデータ項目を入力する機能を有すること。
		a - 2	データの輸入は手動ならびに自動の両方に対応していること。

### 1.2.10 手術部門システム

分類		機能要件	
		a - 3	患者モニタリング情報は病院の指定するデータ項目を必要な表示形式で表示、保存する機能を有すること。
		a - 4	各端末間で手術の進捗状況やデータをリアルタイムで表示、参照できる機能を有すること。
		a - 5	手技料の請求等の麻酔コスト管理を支援する機能を有すること。
		b	デイスージャリー対応
		b - 1	手術オーダー管理と統合された管理になること。
		b - 2	手術オーダー管理と統合された麻酔業務管理を有すること。
7	手術器具・医療機器管理		
		a	基本機能
		a - 1	手術に必要な器具セットをサプライ部門に注文し、手術場にとどいた器具セットをチェック後手術に使用、使用後、再びサプライ部門に返却する。手術中急遽必要になった器具についても対応する。同様に、特殊機器についても、同様の扱いとすること。
		a - 2	手術オーダーと連携・統合された手術器具・医療機器管理を行うこと。
		b	デイスージャリー対応
		b - 1	手術オーダー管理に基づいて統合された手術器具・医療機器管理が行えること。
8	術中(生体)記録管理		
		a	術中(生体)記録管理機能
		a - 1	術中の生体情報を管理し、モニタや各種機器から得られるバイタルデータを集中管理し、一覧表示することができる。また、必要な人にリアルタイムで配信できる。記録は保管管理されること。
		a - 2	生体情報モニタからのデータの自動取り込みができること。
		a - 3	術前訪問時の情報と術中情報を網羅した看護記録の作成が可能であること。
		a - 4	入力インターフェースとして、画面タッチやマウス選択入力等、極力キーボードを使用せずに記録の作成が可能であること。
		a - 5	術中に使用した薬剤及び診療材料のデータを入力する機能を有すること。
		a - 6	患者に装着した特定医療用具の記録、登録等を支援する機能を有すること。
		b	術中記録印刷機能
		b - 1	病院の指定する項目を必要な様式で出力する機能を有すること。
		c	デイスージャリー対応
		c - 1	術中・周術期の生体情報を管理し、モニタや各種機器から得られるバイタルデータを集中管理し、情報の統合と共有、活用を実現すること。
9	医療材料在庫管理		
		a	基本機能
		a - 1	手術に必要な医療材料・器具(消耗品)をストックより出す、使用時にストック数の更新とコストの請求が行えること。ストック数が一定以下になると発注を行い、ストック数を更新すること。新規採用の物品があれば対応すること。
		a - 2	物流システムとの連携を有すること。
		b	デイスージャリー対応
		b - 1	手術に必要な医療材料・器具(消耗品)をストックより出す、使用時にストック数の更新とコストの請求が行えること。ストック数が一定以下になると発注を行い、ストック数を更新すること。新規採用の物品があれば対応すること。
10	その他		
		a	患者家族支援
		a - 1	患者家族待合室への手術の進捗状況の表示、医師よりの説明を支援する機能等、患者家族のための機能を有すること。



### 1.2.12 重症患者監視システム

分類		機能要件	
1	基本要件	1	集中治療部門、一般病棟における重症患者管理等において業務を支援し、安全かつ円滑で効率的な運用を図ることができること。
2	標準化対応	1	JSA規格に準拠していること。
3	患者基本情報機能	1	患者氏名、ID、生年月日、性別、血液型(Rh式、ABO式)、感染症、病名等の必要な患者情報を入力する機能を有すること。
		2	入室前、入床時、退室時の患者情報を記録する機能を有すること。
		3	HISから取り込み可能な患者情報は自動取り込みすることができること。また、必要に応じて追記、編集する機能を有すること。
4	患者入退床管理機能	1	患者入床、退床操作を行う機能を有すること。
		2	患者の入室状況を把握し必要な情報も入力できるベッドマップを作成し表示する機能を有すること。
5	患者受け入れ時の緊急実施入力機能	1	緊急時の指示作成・指示発行、処置実施の記録用として緊急入力画面を有していること。
		2	緊急入力時の実施履歴に対し、実施時刻・投与量、処置内容の修正・追加が可能であること。
		3	緊急入力を行ったデータは、実施内容として経過表に記録することができること。
		4	タッチパネル等の緊急時に対応した入力インターフェイスを有すること。
6	経過表機能	1	ベッドサイドモニターや送信機からのバイタルサインデータをオンラインで取り込み、トレンドグラフ表示が行えること。
		2	経過表画面は、バイタルサイングラフ、数値表、IN/OUT、水分バランス、意識、観察、処置、検査等の項目から構成され、レイアウトはカスタマイズ可能で、それぞれの項目は表示/非表示の選択ができる機能を有すること。
		3	バイタルサイングラフは5つ以上パラメータのグラフを表示できること。
		4	経過表全体の時間幅を変更する機能を有すること。
		5	各種検査結果の自動取り込み等、検査部門システムと連携し、必要な形式でデータを記録する機能を有すること。
		6	人工呼吸器等の治療装置の設定や運行データを入力する機能を有し、装置からの自動取り込みにも対応していること。
		7	経過表データを必要に応じて編集する機能を有すること。
		8	各端末間でデータを参照、編集するオーバービュー機能を有すること。
7	指示簿機能	1	患者毎、指定された日付け毎に当該患者の指示一覧を表示する機能を有すること。
		2	指示簿画面は、指示内容、指示者、指示時刻が各指示毎に表示される機能を有すること。(緊急時に対応する指示オーダーもスムーズに行えること。)
		3	最新の指示のみを表示する等、必要な指示データの抽出、表示を行う機能を有すること。
8	セット機能	1	経過表画面のバイタルサイングラフ、数値表、IN/OUT、観察項目の内容は、それぞれ任意の名称でセット化する機能を有すること。
9	レポート作成機能	1	経過表、処置内容一覧表、医師指示簿及び使用薬剤リストを1日分ごとに作成、印刷する機能を有すること。



1.2.13 周産期部門システム	
1.2.13.1 分娩管理システム	
分類	機能要件
1	基本要件
	1 患者側の胎児監視装置及び分娩監視装置から出力されたデジタルデータを処理できるデジタルシステムであること。
	2 異常波形出現時のアラーム機能(警報装置)はその状況に応じ、段階的表示され、視認性が高いこと。警報音もでる機能を有すること。
	3 画面上CTG波形とともに胎児心拍数、陣痛値が数値表示できること。
	4 停電時には安全にシャットダウンできる無停電電源装置を有すること。
	5 電子カルテ(HIS)との接続が可能となる拡張性を有すること。
	6 分娩経過表を作成できる機能を有すること。
	7 助産記録を作成できる機能を有すること。
	8 周産期サマリーを作成できる機能を有すること。
	9 端末機器の記録と中央モニターとのタイムラグが少ないこと。
	10 監視中の母体、胎児の過去データとの照合が不可欠なため、リアルタイム監視中のデータの保存と、過去保存データの読み出しが同時にできること。
	11 過去の特定データの波形表示中、同じ患者の保存データを画面上に表示する同一患者リスト表示機能を有すること。
	12 複数患者画面表示でも患者名・IDがそれぞれ明確に表示されていること。
	13 胎児心拍数波計は細変動・頻脈・除脈・陣痛曲線との相関から総合的な監視を必要とするため、患者側監視装置の記録紙と監視モニタとが縦・横の寸法比率が同じであること。
	14 部門システムの印刷機能については、監視装置印字記録紙と同寸の印刷ができること。
	15 病棟では機器の移動が頻回に及ぶことから軽量且つコンパクトであること。
2	胎児監視機能
	1 超音波ドップラー方式による胎児心拍検出ができること。
	2 双胎モニタリングが可能であり、同一胎児の心拍を60秒間検出してしまった場合、本体ディスプレイ上及び記録紙に警報表示する機能を有すること。
	3 機器本体から中央監視システムへのデータ伝送のため、デジタル出力が可能であること。
	4 出生児臍帯血ガス分析を記録する機能を有すること。
3	患者基本情報機能
	1 患者氏名、ID、生年月日、性別、血液型(Rh式、ABO式)、感染症、病名などを入力する機能を有すること。HIS側からも受信できること。
	2 プレグナグラムを作成できる機能を有すること。
	3 母体情報、母の患者プロフィールがHIS側から受信できること。また、HIS側へ配信できること。
	4 母親のカルテと出生児のカルテとが連携すること。
	5 患者氏名・ID入力は当院診察券からの磁気情報読取方式を採用し、初回入力時から名前、ID番号いずれも読取可能であること。HIS側から受信できる機能も有すること。
4	緊急実施入力機能
	1 患者氏名・IDは検査中及び終了後いずれの時期でも入力ができ、患者氏名・IDがないデータでも自動的にすべて保存可能なシステムであること。
	2 将来的には、投薬時のバーコード入力仕様によっては対応する拡張性を有すること。
5	検索機能



### 1.2.13.2 新生児管理システム

分類		機能要件	
1	患者基本情報機能		
		1	患者氏名、ID、生年月日、性別、血液型(Rh式、ABO式)、感染症、病名を入力する機能を有すること。
		2	入室前、入床時、退室時の患者情報を記録する機能を有すること。
		3	HISから取り込み可能な患者情報は自動取り込みすることができること。
		4	母体情報、母の患者プロフィールがHISから参照できること。
		5	公的医療支援の情報をHISより受信する機能を有すること。
		6	自由診療と保険診療の区別をHISより受信する機能を有すること。
		7	社会的背景(養育者の有無、養育者の経済的自立など)を入力する機能を有すること。
2	患者入退床管理機能		
		1	患者入床、退床操作を行う機能を有すること。
		2	NICUでは、人工呼吸器と保育器の使用状況を管理できる機能を有すること。
		3	リスクマネジメントの観点より、病院全体の認証システムと連携し、患者入床時の認証が可能であること。
3	患者受け入れ時の緊急実施入力機能		
		1	緊急時の指示作成・指示発行、処置実施の記録用として緊急入力画面を有していること。(IDがなくても入力が行えること。)
		2	緊急入力時の実施履歴に対し、実施時刻・投与量、処置内容の修正・追加が可能であること。
		3	緊急入力を行ったデータは、実施内容として経過表に記録することができること。
4	経過表機能		
		1	ベッドサイドモニターや送信機からのバイタルサインデータをオンラインで取り込み、トレンドグラフ表示が行えること。
		2	経過表画面は、バイタルサイングラフ、数値表、IN/OUT、胃残、水分バランス、意識、観察、処置、検査等の項目から構成され、レイアウトはカスタマイズ可能で、それぞれの項目は表示/非表示の選択ができる機能を有すること。
		3	バイタルサイングラフは5つ以上パラメータのグラフを表示できること。
		4	経過表全体の時間幅を変更する機能を有すること。
		5	血液ガス、電解質及び生化学検査結果を数値表形式で記録する機能を有すること。オンラインによる自動入力とキーボード入力ができること。データの後処理が可能なこと。緊急検査に柔軟に対応すること。健常児のデータも扱える機能を有すること。 健常児から病児に変更になった場合、健常児の時のデータをその患者の一連のデータとして扱える機能を有すること。
		6	健常児の臍帯血の血液ガス分析結果を記録できること。NICUでも入力可能なこと。
		7	人工呼吸器の機種、設定値、換気様式、1回換気量、換気回数を入力する機能を有すること。外部機器のデータが自動入力できることが望ましい。保育器の設定条件も入力する機能を有すること。
		8	フリーテキスト(自由文形式)での入力及びテキストの表示色選択ができる機能を有すること。
		9	経過表の入力モードとして通常の入力モードのほか、緊急事態発生時の緊急入力モードを有すること。
		10	必要に応じて不整脈等の実波形を保存し、その箇所を識別できること。
5	指示簿機能		
		1	患者毎、指定された日付け毎に当該患者の指示一覧を表示する機能を有すること。

### 1.2.13.2 新生児管理システム

分類		機能要件	
		2	指示簿画面は、指示内容、指示者、指示時刻が各指示毎に表示される機能を有すること。(緊急時に対応する指示オーダーもスムーズに行えること。)
		3	上下限を超えた投薬を行おうとした場合のアラーム機能があること。
		4	輸液・持続薬、シヨット薬、その他処方、輸血、食事(ミルク量)、検査、処置に関する指示機能を有していることが望ましい。
		5	実施入力を行うことにより、点滴・注射・処方の実施内容を経過表上自動記録できること。また、HIS側へも配信できること。
		6	指示実施データをもとに使用薬剤量を自動計算し、該当日の総使用薬剤量を病棟伝票として表示・印刷、HIS側へ実施情報を配信できること。
		7	HIS端末より重症部門生体情報管理システム(一般病棟・外来対応を含む)で作成した指示簿を参照できること。
6	セット機能	1	経過表画面のバイタルサイングラフ、数値表、IN/OUT、胃残、観察項目の内容は、それぞれ任意の名称でセット化する機能を有すること。
		2	輸液・持続薬、シヨット薬、その他処方、輸血、食事、検査、処置の指示を任意の名称でセット化する機能を有していることが望ましい。
7	レポート作成機能	1	経過表、処置内容一覧表、医師指示簿及び使用薬剤リストを1日分ごとに作成、印刷する機能を有すること。
		2	デイリーサマリを運用上の必要な書式にて作成、印刷する機能を有していること。
		3	退床時の患者状態を要約した退室サマリを記入できること。
8	統計検索機能	1	複数年の範囲で患者ID、患者氏名、生年月日、性別、血液型、年齢、診療科、入室日時、主治医による検索する機能を有すること。
		2	検索結果を台帳として印刷する機能を有すること。
		3	各種スコアを計算できること。アプガースコアなど計測値を入力する機能を有すること。
9	セキュリティ機能	1	ユーザID及びパスワード入力によるユーザ認証を行う機能を有すること。
		2	本システムのデータの入力、辞書内容の修正、指示の発行に関して、利用者ごとの権限を管理する機能を有すること。
10	データ収集機能	1	生体情報モニタから出力されているデータをオンラインで収集/保存する機能を有すること。
		2	生体情報モニタに接続された外部機器からの情報を取り込む機能を有すること。
11	病院情報システム及び関連システムとのリンク機能	1	患者基本情報をHISより受信する機能を有すること。
		2	HISのWebブラウザから本システムの経過表を参照でき、表示される内容は参照した時点の経過表情報であること。
		3	中央検査室での血液分析結果の情報をHISより受信する機能を有すること。
		4	各種指示オーダーがリンク機能によって1回入力で完結し、スムーズにHIS側、医事システムに転送され、且つ臨床使用が容易なシステムを構築することが望ましい。
		5	看護支援機能(カードックス、ワークシート、看護計画作成等)について、HISと機能分担を図り、看護業務入力が容易であること。
		6	比較的軽症な症例の生体情報をHISに送信し、HISの経過表で生体情報管理ができることが望ましい。
12	データベース機能		



### 1.2.14 リハビリテーション部門システム

分類		機能要件	
1	患者管理機能		
		a	患者情報管理
		a - 1	電子カルテシステムから患者情報を取り込み、リハビリシステム内でのデータ管理が行えること。
		a - 2	リハビリ対象患者のリハビリ特有の情報を登録し、台帳管理が行えること。
		a - 3	入院患者の移動情報を自動的に取り込み、入院患者の現在のベッドを把握できること。
		a - 4	リハビリテーションの記録が登録でき、電子カルテのサマリーに自動的に反映されること。
2	算定に関する機能		
		a	リハビリ算定チェック
		a - 1	療士ごとに、疾患を考慮したリハビリ実施患者のチェックが行えること。
		a - 2	病棟ADL加算の算定チェックが行えること。
		a - 3	診療報酬改定による加算項目等に対応できること。
3	リハビリテーション計画評価料の算定管理機能		
		a	
		a - 1	退院時リハビリテーションの算定管理機能があること。
		a - 2	一般・老人退院前訪問指導料の算定機能があること。
		a - 3	在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定機能があること。
		a - 4	一日単位のリハビリ実施患者一覧機能があること。
		a - 5	ST(言語聴覚士)の訪問リハビリテーション訪問指導料の算定機能があること。
4	リハビリ実施入力に関する機能		
		a	患者選択
		a - 1	予約患者一覧から、患者を選択して実施入力が可能なこと。
		a - 2	予約患者の検索機能があること。
		b	実施入力
		b - 1	リハビリ実施入力を行うことで、PT, OT, ST箋が作成され、医事会計システムに請求情報として送信が行われること。また、そのときに算定チェックが行われること。
		b - 2	リハビリ実施入力により、PT, OT, ST実施記録を定型文書から選択することで自動的に作成できること。(定型文若しくはワープロ入力機能があること。)
		b - 3	部長回診のコメントや追加指示の書き込みができ、またリハビリテーションカンファレンスの結果報告書が作成できること。
		b - 4	リハビリ評価・報告のリハビリテーション総合実施計画書作成(初回、短期、中期、長期目標、不定期に指示)が、テンプレート機能にて作成できること。
		b - 5	リハビリ実施入力後に内容の変化が発生した場合などの、リハビリ実施入力データのキャンセル機能があること。
		b - 6	定型文機能により、退院サマリー、他院への紹介状等が作成できること。
		b - 7	実施入力では開始時間の入力により、自動的に終了時間の設定が可能なこと。
		b - 8	リハビリ実施画面で疾患別(運動器、心大血管、呼吸器、脳血管疾患)の実施人数が表示できること。
		b - 9	病棟別リハビリ実施状況表(患者の転棟先、安静度など)が作成できること。
		b - 10	患者スケジュール、転院などの情報をリハビリ室と各病棟、さらにはケースワーカーが連携して確認できること。
5	評価機能		
		a	リハビリ評価機能



### 1.2.15 医療機器管理部門システム

分類		機能要件	
1	基本要件		
		1	第2 細則 5 医療関連サービス (5)医療機器保守点検業務に示す要求水準を満たすシステムとすること。その他、以下の要件を満たすこと。
		2	医療機器管理業務を支援し、効率的な機器の運用ならびに省力化を図れるシステムであること。 なお、管理する機器は院内全般にわたる。
2	接続要件		
		1	薬剤オーダリングシステムと連携し、輸液ポンプ等の貸出管理が行えること。
3	医療機器管理		
		1	院内の医療機器を、種類ごとに分類して、管理コードを設けデータベース化し、ICタグやバーコード等で管理できること
		2	機器の購入履歴が登録できること
		3	機器の故障、修理、保守、調整の履歴を登録できること
		4	定期的に保守をする機器については、次の保守スケジュールを表示できること
		5	PDA等により機器の保守現場で保守結果を登録できる仕組みを持つこと
		6	機器の有効稼働率等を統計できる機能を有すること。
		7	機器のライフタイムサイクル管理を行う機能を有すること。
		8	血液浄化機器のメンテナンス、ライフタイムサイクル等を管理できること。
		9	体外循環装置のメンテナンス、ライフタイムサイクル等を管理できること。
4	医療機器貸出管理		
		a	貸し出し入力
		a - 1	各部門から、貸し出し依頼情報(機器名、型番、貸し出し希望日時、使用する患者、診療科、病棟、病室、返却予定日時、機器を使用する責任者、その他)を受け取り、貸し出し依頼を受け付けられること
		a - 2	管理する機器のうち貸し出し可能な機器の一覧を参照できること
		a - 3	機器の需要と供給のバランスを調査し、各部署への未使用機器の返却依頼等、機器の過不足を是正するための機能を有すること。
		a - 4	機器の空き状況や貸し出し可能状況などを他部門から参照できる機能を有すること。
		b	貸し出し確認
		b - 1	ICタグ、バーコード等を使用し自動化に対応していること。
		b - 2	機器の貸し出し前の点検の記録を登録できること
		b - 3	機器の貸し出しの履歴を登録できること
		b - 4	電源ケーブル等の付属品も合わせて管理可能であること。
		b - 5	機器の所在を逐次追跡できる機能を有すること。
		c	返却入力
		c - 1	貸し出し依頼情報をもとに返却入力できること
		c - 2	返却日時、貸し出し依頼情報から変更があった情報、およびコメントを入力できること
		c - 3	返却時に、修理点検を要すると判断した場合は、コメントをつけて、修理点検依頼を行えること
		d	返却確認
		d - 1	ICタグ、バーコード等を使用し自動化に対応していること。
		d - 2	返却された機器の返却時の点検の記録を登録できること



### 1.2.16 血液浄化部門システム

分類		機能要件	
1	基本要件		
		1	血液浄化業務を支援し、安全で円滑かつ効率的な運用を図れるシステムであること。 なお、運用現場は透析室に限らず、集中治療部、手術部、病棟等、多岐にわたる。
		2	緊急透析にも対応していること。
		3	8ベッドの効率的な運用を検討すること。
		4	基本的に患者を透析室に搬送して行うものとする。
		5	単独ではなく他部門との連携も考慮すること。
		6	データの一元管理、事務作業の効率化、安全な治療を目指すこと。
2	標準化対応		
		1	JSA規格に準拠していること。
3	接続要件		
		1	ベッドサイドの血液浄化機器、生体モニタリング装置等との連携が行えること。
4	予約システム		
		1	患者属性等がHISから読み込めること。(IHE-JのSWF、PIRに準拠)
		2	HIS端末から血液浄化療法の予約ができること。
		3	透析装置単位の予約を行い、変更入力にも対応できること。
		4	透析室スタッフが透析条件を設定できること。
		5	指示内容に対するアラーム機能を有すること。
		6	ドライウエイト(DW)、使用する薬剤、ダイアライザの種類、その他必要な薬剤・器材、コメント等の付帯情報が入力できること。
5	透析業務支援システム		
		a	ホスト(集中監視システム)
		a - 1	患者管理が独自に行えること。
		a - 2	患者基本情報(氏名、性別、年齢、血液型など)をHISから取り込めること。
		a - 3	DW、使用薬剤、器材、抗凝固剤など透析に必要な基本情報を管理できること。
		a - 4	透析装置のスケジュール管理ができること。(一覧表示、個別表示)
		a - 5	患者到着確認ができること。(体重計と連動が効率的)
		a - 6	透析条件の管理(修正、訂正)ができること。
		a - 7	体重計との連動により、透析前体重データから目標除水量、除水速度等の施行条件を算定し、自動的に透析装置をセット、手動で変更する機能を有すること。
		a - 8	除水時間、透析時間、抗凝固剤注入速度、抗凝固剤事前停止時間、透析液温度、血圧測定間隔、目標除水量・速度上限値の設定、各警報の設定について、患者ごとに透析装置をセットできること。
		a - 9	透析経過から変更された透析条件を記録できること。(変更者、内容、時間等)
		a - 10	透析中の監視ができる。
		a - 11	透析中の血圧、脈拍数などのモニターデータが記録できること。
		a - 12	端末から、あるいは直接入力された看護経過が記録できること。
		a - 13	透析記録情報をHISに送信できること。
		a - 14	会計情報を自動的に計算し送信できること。

1.2.16 血液浄化部門システム

分類		機能要件
		a - 15 透析中、設定した警報を受信でき、明確にできること。
		a - 16 透析記録が作成できること。
		a - 17 検査システムと連動し、検査データを取込めること。
		b クライアント(端末システム)
		b - 1 指紋認証など入力者の管理ができること。
		b - 2 透析装置と連動し、患者確認ができること。
		b - 3 透析装置と連動し、HISから送信された透析条件の設定を透析装置に転送できること。
		b - 4 透析条件の修正ができること。
		b - 5 透析装置と連動し、血圧、除水量などのアラーム設定ができること。
		b - 6 自動血圧計のデータを経時的に取込み、透析経過記録に記録できること。
		b - 7 透析装置と連動し、除水量などの透析データを収集し、透析記録に記録できること。
		b - 8 透析中に追加した薬剤記録を入力できること。
		b - 9 透析中の看護記録を入力できること。
		b - 10 過去の透析記録、検査記録を表示できること。
6	統計、事務システム	
		a 物流、コスト管理
		a - 1 物流システム、医事会計システム、薬剤システム等の関連部門システムとの連携を有すること。
		b 透析施設との連携
		b - 1 地域連携システムにデータ出力が行えること。
		c 統計処理
		c - 1 任意の条件による検索、集計等を行い、結果を必要な形式で出力する機能を有すること。
7	スタッフ管理システム	
		a 業務スケジュール管理
		a - 1 午前・午後クール、休日等の透析業務に合わせたスタッフの配置計画等を支援する機能を有すること。

1.2.17 体外循環部門システム				
分類		機能要件		
1		基本要件		
			1	体外循環業務を支援し、安全かつ確実な体外循環を確保できるシステムであること。 運用現場は手術室に限らず、集中治療部、心臓カテ-テル検査室等、多岐にわたる。
2		接続要件		
			1	体外循環装置、心筋保護装置、自己血回収装置、生体情報モニタ等との連携が可能であること。
3		予約・依頼受付		
			1	オーダリングシステムと連携し、体外循環業務の予定管理する機能を有すること。
4		体外循環業務管理		
			a	患者データ管理
			a - 1	HISより患者基本情報等の必要情報を抽出し自動参照できる機能を有すること。
			a - 2	体表面積および適正環流量等は、患者データから自動算出されること。
			a - 3	物流管理システム等と連携し、材料の管理を行う機能を有すること。
			b	運転中のデータ監視
			b - 1	生体監視システムと連携し、患者の血行動態や運転状況を表示できること。
			b - 2	監視データが正常値の範囲からはずれた場合、警告表示が行われること。
			b - 3	麻酔記録支援システム、手術記録支援システム、集中治療支援システム等との連携を有すること
5		運転記録管理		
			a	運行データ管理
			a - 1	装置からの動作記録を自動収集して記録できる機能を有すること。
			a - 2	生体情報モニタ等との連携を有すること。
			a - 3	装置の設定変更、投薬、イベント、送脱血の変更、心筋保護手法など、付帯情報を追記できる機能を有すること。
			a - 4	検査部門システムとの連携を有し、検査データの自動取り込み等に対応していること。
			a - 5	水分出納バランス等のリアルタイム表示ができること。
6		報告書作成		
			1	病院の指定する形式での報告書の作成、関連システムへの配信、プリントアウト等の出力が可能であること。
7		統計処理		
			1	任意の条件に合わせた運行記録の抽出等の統計処理支援機能を有すること

### 1.2.18 栄養管理部門システム

分類		機能要件		
1	基本要件			
2	接続要件			
		a		オーダーリングシステム接続
		a - 1		入院登録及び移動オーダーに伴う配膳指示変更情報を即時に取込、反映できること。
		a - 2		食事オーダー、選択食オーダー情報を取込、反映できること。
		b		医事システム接続
		b - 1		医事会計に必要な食事情報を医事システムに送信できること。
		b - 2		特別食加算が医事システムに送信されること。
		b - 3		栄養管理実施加算が医事システムに送信されること。
		b - 4		外来・入院・集団・栄養食事指導料が医事システムに送信できること。
		b - 5		食堂加算・特別メニューの提供に対する加算等、各種加算を医事システムに送信できること
3	フードサービス支援機能			
3 - 1	献立管理			
		a		献立管理
		a - 1		献立登録の機能を有すること。
		a - 2		料理登録の機能を有すること。
		a - 3		食品登録の機能を有すること。
		a - 4		食品・料理 入力時の支援機能を有すること。
		a - 5		料理コードを設定できること。
		a - 6		料理登録時に食品の使用量として3分の1等の指示ができること。
		a - 7		献立、料理の作成時に栄養量、原価が表示できること。
		a - 8		表示する栄養成分は食種単位に選択が可能なこと。
		a - 9		標準献立、実施献立が作成でき、それぞれのサイクル処理ができること。
		a - 10		食品マスタの登録、変更、検索ができること。
		a - 11		料理マスタの登録、変更、検索ができること。
		a - 12		食種マスタの登録、変更、検索ができること。
		a - 13		食種別献立表作成ができること。
		a - 14		予定献立表、実施献立表を作成でき、必要帳票の出力ができること。
		a - 15		予定献立表及び実施献立表の、献立情報を再利用できること。
		a - 16		献立表から食品材料の内訳、計算ができること。
		a - 17		献立表から栄養価の計算ができること。
3 - 2	食数管理			
		a		食数管理
		a - 1		オーダー変更入力の食事指示箋を栄養管理部門のプリンタに出力できること。
		a - 2		主食マスタの登録、変更、検索ができること。
		a - 3		食種・主食・コメント・年齢・病棟を検索キーとする患者検索機能を有すること。
		a - 4		食種・主食・コメント・病棟 入力時の支援機能を有すること。
		a - 5		患者属性は電子カルテ / 医事システムより取り込むことができること。
		a - 6		各種帳票が出力できること。
		b		選択メニュー

### 1.2.18 栄養管理部門システム

分類		機能要件	
		b - 1	選択メニューの登録・作成ができること。
		b - 2	選択食の食数管理ができること。
3 - 3	食材管理		
		a	食材管理
		a - 1	献立及び予定食数データを基にした発注・納品管理ができること。
		a - 2	配食数に基づく払出・在庫管理ができること。
		a - 3	患者のコメントデータを発注に反映できること。
		a - 4	発注データの追加・修正・削除ができること。
		a - 5	発注時の予定発注数量と直近の予定発注数量の差異が出せること。
		a - 6	選択食の献立を発注に反映できること。
		a - 7	発注書を業者へ自動FAXできること。 (送信までの各段階で確認ができること。)
		a - 8	詳細設計書の該当システムの帳票が出力できること。
3 - 4	調理機器管理		
		a	調理機器管理
		a - 1	調理機器類の購入・メンテナンス等が一括管理できること。
3 - 5	その他		
		a - 1	帳票出力、集計処理は曜日毎に自動起動の時間設定ができること。
		a - 2	食数、献立、材料データベースは5年間分のデータをディスク内ですぐに参照できること。
		a - 3	食数、献立、材料データベースをバックアップ、リストアできること。
4	NCM(栄養ケアマネジメント)支援機能		
4 - 1	栄養管理計画(栄養ケアプラン)		
		a	栄養管理
		a - 1	栄養管理計画書が作成できること。
		a - 2	各職種から栄養管理計画書に入力できること。
		a - 3	電子カルテシステムより栄養管理計画書に必要な検査結果、処方データを取込むことができること。
		a - 4	ベッドサイド端末から入力される情報を集計および反映できること。
		a - 5	携帯端末と栄養管理部門システム、電子カルテシステム、オーダーリングシステムが連携し、情報の閲覧・反映ができること。
		b	NST
		b - 1	栄養管理計画書をもとに、NST対象者等の必要な帳票が作成できること。
		c	栄養指導
		c - 1	入院・外来患者の栄養指導管理ができること。
		c - 2	集団・個人等、種々の形態の栄養指導予約情報をオーダーリングシステムより取込むことができ、依頼書が発行されること。
		c - 3	電子カルテシステムより栄養指導に必要な検査結果、処方データを取込むことができること。
		c - 4	ベッドサイド端末から入力される情報を集計および反映できること。
		c - 5	栄養指導内容は電子カルテシステムレポートとして反映できること。
		c - 6	電子カルテ栄養食事指導料算定患者一覧表が出力できること。
		c - 7	栄養指導・相談の予約・実績を管理できること。
		c - 8	栄養指導・相談の履歴を参照できること。

## 1.2.18 栄養管理部門システム

分類		機能要件	
			c - 9 摂取量計算に使用する食品、料理は栄養管理システムの食品、料理も使用できること。
			c - 10 入院患者については栄養管理システムで作成した献立を使用し摂取量計算ができること。
			c - 11 身長・体重別基準量計算ができ、摂取量とあわせて充足率が計算できること。
			c - 12 患者の教室への参加状況やアンケートの管理および集計ができること。
			c - 13 病棟訪問の必要な患者において、a - 3およびc - 1の内入院の条件を満たすこと。
4 - 2	ベッドサイド端末による栄養情報の相互交信		
		a	食事関連の問診
		a - 1	食品のアレルギー、禁止食品等の食事に関する問診の集計ができ、各帳票へ反映されること。
		a - 2	嗜好調査、栄養相談・食事についての希望等、アンケート調査ができること。
		a - 3	メニューの選択ができること。
		b	喫食量調査
		b - 1	料理別(主食、大皿、中皿、汁)に喫食率を入力でき、食事毎および1日単位の摂取栄養量が算出できること。
		b - 2	b - 1と経腸および点滴により摂取した栄養と統合できること。
		b - 3	b - 2が時系列で扱えること。
		c	情報提供
		c - 1	ベッドサイド端末に、食事関連の情報や各種案内を表示できること。
5	運営管理機能		
		a	労務管理
		a - 1	勤務表の作成、超過勤務・福利厚生等の管理ができること。
		b	経理業務
		b - 1	競争入札のための業者・価格管理ができること。
		b - 2	支払業務に関する書類の作成ができること。
6	統計機能		
		1	食数・食材費等の動向管理ができること。
		2	栄養月報が作成できること。
7	その他機能		
		1	入院申込み時に、食事オーダーができること。
		2	入力された病名に対して、適切な食種を選択できる支援システムがあること。

1.2.19 NST(栄養サポートチーム)支援システム				
分類		機能要件		
1		基本要件		
				医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師などの院内の多職種が、患者の栄養管理を症例個々や各疾患治療に応じて、適切に実施することを支援する。
2		NST(栄養サポートチーム)支援システム		
	2-1	電子カルテに求める機能	a	NST支援
			a-1	栄養管理計画書が作成・管理できること。
			a-2	NST記録が管理できること。 ・病状 ・栄養障害の有無や程度の判定 ・栄養管理法 ・栄養療法の効果判定 ・栄養管理上の問題点 ・看護プロフィール ・栄養評価 ・処方 ・検査結果
			a-3	オーダーリング、看護支援システム、検体検査システム、薬剤部門システム、栄養管理部門システムなど各部門システムと連携し、検体検査・栄養評価結果、看護プロフィールなどがリアルタイムで記録に反映されること。
	2-2	オーダーリングシステムに求める機能	a	NSTオーダ
			a-1	NST予約の登録、参照ができること。
			a-2	NST予約状況を一覧で参照できること。
			a-3	NSTオーダが、関連部署の各部門システムに通知されること。
			a-4	NSTに関する検体検査オーダ・栄養評価オーダなどが、簡単に行えること。
	2-3	医事会計システムに求める機能	a	NST支援
			a-1	NSTに関する診療報酬上の点数算定及び情報提供を行える機能を有すること。 ・経済性についての情報提供と検討(流動食、薬剤、材料等のコスト比較など) ・費用削減に関する資料作成
	2-4	看護部門システムに求める機能	a	NST支援 - 看護プロフィール
			a-1	診療報酬加算上、必要な評価情報をはじめ、各種関連情報が入力・管理できること。 ・食事摂取場面からの情報(形態の確認・摂取状況・嚥下状態・表情や言動など) ・入院までの食生活情報 ・食事と治療に対するの本人及び家族の思いなどの情報 ・病状観察及び適切な栄養管理がなされているかの確認 ・体重測定
	2-5	栄養部門システムに求める機能	a	NST支援 - 栄養管理計画(栄養ケアプラン)
			a-1	栄養管理計画書をもとに、NST対象者等の必要な帳票が作成できること。 ・身体計測の変化や摂取栄養量の把握など栄養アセスメント(基礎エネルギー量及び必要エネルギー量を算出) ・栄養投与経路及び栄養剤の指示 ・身体計測、栄養摂取量のモニタリング ・栄養療法に伴う合併症の早期発見・予防 ・栄養相談 ・栄養関連の情報提供
	2-6	薬剤部門システムに求める機能	a	NST支援
			a-1	電子カルテシステムとの接続が可能で、通信端末を介し相互に情報の送受信ができること。
			a-2	受信情報は、入院・外来処方(注射)オーダ、検査オーダ、患者基本情報、病名等とすること。



### 1.2.20 物流管理部門システム

分類		機能要件		
1	基本要件			物流管理運営業務に示す要求水準を満たすシステムとすること。以下に参考要件を示す。
	1 - 1 基本方針		1	24時間発生する各部署からの物品請求に対し、信頼性が高く、正確・迅速な供給を実現できるシステムであること。
			2	院内の物流管理を一元化して行い、物品の管理精度を向上させるとともに、欠品及び過剰在庫・長期在庫の発生を防止し、総在庫量の圧縮に対応できるシステムであること。
			3	患者毎・診療行為毎のコストの適正管理、および医事請求漏れの防止と医事請求対象外物品消費の最小化に対応できるシステムであること。
			4	処置等の標準化や診断群別定額支払い方式に対応した疾病別、術式別等の診療材料のセット化に対応でき、物流管理のさらなる効率化を図れるシステムであること。
	1 - 2 共通事項			
			1	一般診療材料、特定保険医療材料、検査材料、検査試薬、日用品・事務用品・印刷物、滅菌材料等の物流および購入の一元管理ができること。
			2	物品の発注、検収、保管・管理、払出し、返品といった状態および各部署ごとの在庫品の品目・個数、請求品・セットの累計等をリアルタイムで管理できること。
			3	セット方式、バーコードカードによる「定数配置方式」、請求補充方式、を物品別、使用部署別に使い分けられること。
			4	マスタ、ユーザ認証など、他のシステムと連携できること。
			5	手術や処置の実施に伴う消費管理(消費、破損、失敗、期限切れ、返品)および医事請求は、オーダリングシステムあるいは医事部門システムで行い、物流管理システムと連動すること。
			6	手術部門システム、放射線部門システムで管理する材料等の情報を取り込めること。
			7	一定金額以上の材料と特定保険医療材料は、バーコードを貼付し、使用部署、患者等の管理ができること。
			8	検品処理の際に、有効期限がある材料については、有効期限が入力できること。また、必要なコメントが入力できること。
			9	材料等は、箱単位の購入物品であっても消費単位で管理できること。
			10	請求は消費単位で、発注は箱単位で行えるよう、換算して管理できること。
			11	無線LAN機能およびバーコードスキャナ機能付携帯端末を検収、払出し、返品に利用するなど、物流管理業務が迅速に行えるシステムとすること。
			12	すべての入力情報は、それを受けて次の処理が行われるまでの間は、訂正および取り消しができること。
2	在庫管理機能			
		a		セット品の管理
		a - 1		滅菌材料から登録されたセットを組み、各部署の随時請求により払い出す運用に対応できること。
		a - 2		システムに登録された材料等から、セット登録できること。
		a - 3		滅菌後の滅菌材料およびセット品にバーコードを貼付し、使用部署、患者等の管理ができること。
		b		定数配置品の管理
		b - 1		指定した物品について、バーコードカードを添付し各部署に定数配置をする。使用した物品のバーコードを回収し、残数チェックを行い、補充を行う運用に対応できること。
		b - 2		各部署ごとに定数配置品および数量が管理できること。在庫数の不一致がある場合は、その時点の实在個数と補充数が登録でき、日・月・年次別に参照できること。

### 1.2.20 物流管理部門システム

分類		機能要件	
			b - 3 定数配置品ごとに、発注点および1回発注量が登録でき、中央倉庫の在庫が下回ったときに自動的に1回発注量が発注できること。
		c	請求補充品の管理
			1 指定した物品について、各部署からの請求に基づき、随時発注を行い、補充を行う運用に対応できること。
			2 各部署ごとに請求補充品の数量が管理できること。在庫数の不一致がある場合は、その時点の実在個数と補充数が登録でき、日・月・年次別に参照できること。
			3 請求補充品ごとに1回発注量、標準納期、発注業者名、連絡先の登録ができること。
3	発注管理機能		
			1 発注品を契約部門で取りまとめ、発注業者を決め、業者ごとに発注書を作成して表示し、確認する運用に対応できること。
			2 発注物品を、発注業者別・契約種別に一覧表示できること。
			3 契約別・発注業者別に、発注書を印刷できること。
			4 発注書に、納品入力用のバーコード(発注番号、業者番号、品目コード)を印刷できること。
			5 FAX送信による発注に対応できること。
			6 業者とオンライン接続を行い、在庫確認、発注、納品予定日の確認、納入リストの受け取りを行う運用に対応できること。
		a	薬剤発注管理機能
			a - 1 薬剤部門業務システムより、薬剤請求情報を受け取り、契約別・業者別の発注書を出力できること。
			a - 2 薬剤のオンライン発注に対応できること。
			a - 3 薬剤部門業務システムより、納品確認情報を受け取り、支払い情報が作成できること。
			a - 4 薬剤発注管理に係る全てのデータについて、CSV等のテキスト形式、又はExcel形式でエクスポートできること。
			a - 5 オーダエントリーシステムの情報を利用し、調剤室並びに注射薬調剤室、麻薬管理室、製剤室における医薬品の在庫数量及び在庫金額の医薬品在庫管理ができること。
			a - 6 オーダ情報から処方医薬品数などの統計を取り、月報、年報として表示し、印刷できること。
4	納品管理機能		
			1 携帯端末あるいはバーコードリーダ付ノートパソコンを使って、発注書に印刷されたバーコードを読み取り、納品入力に対応できること。
			2 納品物品に対し、個装単位、内装箱、又は外装箱にソースマーキングされたEAN-128コードをバーコードで読み取り、有効期限/使用期限、数量、ロットナンバーを納品データに併せて記録できること。
			3 納品業者から納品される一覧をオンラインあるいは記録媒体で取り込みができ、納品確認が行えること。
			4 検品時に、消費単位のバーコードがついていない材料については、バーコードを出力して、貼付できること。
			5 全納に限らず、分納にも対応した入力が行えること。
			6 未納物品の照会ができること。また、一覧形式に印刷できること。
5	返納処理機能		
			1 定数配置物品の定数を減ずるとき、随時請求材料で在庫の返品を行ないたいときに、返納処理が行えること。
			2 返納依頼を、請求と同様の画面あるいは在庫一覧画面から返納品目とその数量を指定して入力する機能を有すること。
			3 定数配置物品1の返品は、材料倉庫が毎日の補充時に回収し、現場在庫からの出庫、材料倉庫への入庫の処理を行なう。

### 1.2.20 物流管理部門システム

分類		機能要件	
			4 定数配置物品1および随時請求物品の返品は、契約課が納品した業者と交渉して了解が得られた場合に、現場在庫からの出庫、および発注書の訂正処理を行なう。
6	棚卸し管理機能		
		1	棚卸しは、すべての倉庫で定期的に行なうこととする。
		2	携帯端末により、倉庫に存在する材料を1品ずつバーコード入力すると、システム上の在庫数量が表示され、一致確認入力あるいは、実際の在庫数を入力できること。
		3	期限切れの材料を自動表示し、回収するよう促し、確認入力できること。
		4	個別品目ごとに、実際の在庫数を入れた時点で、棚卸時の修正としてシステム上の在庫数を変更できること。
		5	倉庫ごとの棚卸を終了する前に、在庫確認を行なわなかった材料の一覧が表示できること。
		6	在庫数量と実数量の差および期限切れについて、材料名、請求情報などを一覧表示し印刷できること。
		7	棚卸集計を病院全体および倉庫ごとに一覧表示し、印刷できること。
7	契約管理機能		
		1	特定保険医療材料、医療用消耗品および一般消耗品などで定数配置を行っていない材料について、契約部門に購入依頼され、契約課で発注、検品、支払いをする運用に対応できること。
		2	材料倉庫からの請求、薬剤部、検査部、放射線部などの部門システムからの物品購入の請求を受け、これに対する発注、検品、支払いを行う運用に対応できること。
		3	材料ごとに、発注方法、発注先、標準納期を登録できること。また、随時変更ができること。
8	マスタ管理機能		
		1	物流システムに係る全てのマスタについて、データの登録・修正・削除操作が行なえること。さらに、その操作履歴を記録に残し、参照することができるが望ましい。
		2	マスタ類は、データを世代管理する機能を有すること。
		3	物流システムに係る全てのマスタについて、MEDIS、メディエの情報を取り込む機能を有すること。
		4	品目マスタにおいては、当院の独自に定める物品管理コード、MEDIS医療材料マスタ、メディエコードを相互に関連して扱えること。 さらに、物品に貼り付けられているバーコードを読み取り、本システムで使用する材料マスタと関連付けて使用できることが望ましい。
		5	医事システムの物品コードと、物流管理システムの物品コードとの間に関連性を持たせること。
		6	本システムで使用するバーコードは、EAN128を採用すること。
		7	EAN128を読み取ることができるバーコードリーダを設置すること。
		8	バーコードブックの印刷ができること。
9	統計等管理業務		
		1	各種統計帳票を出力できること。 (出力帳票例) 物品請求及び命令書、 物品管理通知書、 内訳書(業者 - 請求部門)、 内訳書(業者)、 納品データブルーリスト(伝票入力)、 納品データブルーリスト(バーコード入力)、 納品集計表(業者)、 納品集計表(業者 - 請求部門)、 納品集計表(請求部門)



<b>1.2.21 医療安全管理部門システム</b>				
<b>1.2.21.1 インシデント管理システム</b>				
分類	機能要件			
1	基本要件			
		1		24時間稼働し、発生時、発見時にいつでも入力可能であること。
2	インシデントレポート管理			
		1		インシデントレポートの登録、確認、統計解析、対策検討などができること。入力は簡便で基本的にチェック方式であること。
		2		端末機器のWebブラウザを用いた登録、参照が可能なこと。その際、アクセス認証ができること。
		3		登録済みの情報に上書きできること。
		4		発生時間帯、患者の性別、年齢、患者の心身状態、発見者、当事者、発生場所、発生内容、発生要因、影響度が入力されること。
		5		入力項目の設定変更等の自由度が大きいこと。
		6		テンプレートによる簡単な操作での入力及び、フリーテキスト入力ができること。
		7		厚生労働省医療安全対策ネットワークのコードに準じていること。
		8		ヒヤリハット報告、事故報告の入力、集計ができること。
		9		レポートの検索結果から、詳細情報の参照が可能なこと。
		10		インシデントの原因分析を支援できること。
		11		調剤過誤防止マニュアルの作成に流用できること。
		12		日本医療機能評価機構に報告するためのデータが作成できること。
		13		厚生労働省の報告基準に該当する事例については、厚生労働省への報告行えること。また報告は簡便に行えること。
		a		セキュリティの確保
		a-1		幹部、リスクマネジメント委員、スタッフなど利用者制限ができること
		a-2		リスクマネージャの単位で閲覧権限が指定できること。
		a-3		インシデントレベルでは、記入者が特定されないこと
		a-4		患者情報のID、氏名は匿名化できること。
		a-5		決められた期間でデータは廃棄できること。
3	事例管理・統計機能			
		1		インシデント、アクシデントレポートのデータを統計処理し、図表などで表示できること。
		2		データ検索が容易に行えること。
		3		実態調査の行うテンプレートが作成できること
4	フィードバック配信機能			
		1		事故の概要、事故の要因、改善策など職員への周知ができること。
		2		改善策が周知できたかチェック機能があること。
5	安全対策の教育			
		1		自己点検チェックリストで自己チェックできること。



1.2.2.2 データウェアハウス(教育研究用診療情報)				
分類		機能要件		
1		基本要件		
			1	診療業務、病院経営に役立てるシステムであること。
2		接続要件		
			1	各部の疾病のレジストリと接続可能であること。(匿名化、セキュリティに配慮すること。)
3		DWHへのデータ蓄積		
			1	XML形式などにより柔軟にデータ抽出可能な診療情報(診療記録、オーダ、検査結果、病歴、看護記録など)データベース、病院業務管理データベース、医事関連データベース、地域連携システムデータベースから医学研究用のDWH(データウェアハウス)データベースを構築する。
			2	診療データからDWHデータベースを構築する際に、目的に応じたルーチン処理を行えること。
			3	診療データからDWHデータベースを構築する際に、患者の非特定化ができること。
			4	診療データからDWHデータベースを構築する際に、データの正規化が行われること。
4		研究目的支援		
	4 - 1	データベース基本機能		
			1	行政、財務、研究、品質分析、公衆衛生目的のためにデータ抽出が行えること。
			2	統計解析ソフトと連動していること
			3	複数の部門システムデータから関連付けてデータを抽出できること。
			4	時代の流れ、治療内容の進捗に併せて、臨機応変にデータ抽出できること
	4 - 2	各種研究支援機能		
			1	医師の医学研究や学会発表用の統計データを出力できること。また、抽出条件の保存ができること。後日、再抽出処理ができること。
			2	看護師の研究や学会発表用の統計データが出力できること。また、SOAP項目指定によるデータ抽出ができること。
			3	コメディカル部門(薬剤師、検査技師、読影医、放射線技師、栄養士、療法士、ソーシャルワーカー等)の研究や学会発表用の統計データを出力できること。
			4	その他の研究支援用のデータが出力できること。 (研究支援の例) 服薬指導研究、薬剤情報研究、臨床検査研究、画像研究、栄養指導(NST)研究、リハビリテーション研究、ソーシャルワーカー研究、感染防止研究、患者満足度調査、リスクマネジメント(病院安全管理)研究、財務研究等
	4 - 3	情報検索機能		
			1	特定患者の情報を検索できること。
			2	患者情報・病名情報・処方情報等の項目を、AND/OR/NOT/NORで組み合わせて検索できること。
			3	類語による検索、参照、要約、抽出等が行えること。
			4	情報項目を指定して、検索、参照、要約、抽出等が行えること。 (検索指定情報項目の例) 病名情報検索及び疾病情報検索、病棟給食情報検索、処方情報検索、注射情報検索、放射線検査情報検索、放射線実施情報検索、服薬指導情報検索、検査依頼情報検索、栄養指導情報検索、再診予約情報検索、透析情報検索、処置情報検索、リハビリ情報検索、輸血情報検索、生理検査情報検索、病理検査情報検索、内視鏡検査情報検索、手術情報検索、手術実施情報検索、指導料情報検索、指示簿情報検索、検歴検索、理学所見情報検索、看護記録情報検索、医師記録検索、服薬歴検索、処方歴検索、注射実施歴検索、バイタルサイン(熱型、サーキュレーション、尿量等)検索、診療情報(診断書、証明書歴)検索、地域連携関連情報検索、その他医療情報を検索できること。
			5	



### 1.2.23 病院経営情報システム

分類		機能要件	
1	経営管理、統計		
		1	医療機関の健全経営のための管理、統計機能を提供できること。
	1 - 1 業績管理		
		1	医療機関としての診療行為の実績統計となる外来患者数、入院患者数、平均在院日数、病床稼働率、検査件数など実績数の統計機能を有すること。
		2	医療機関の医業収益を分析、統計する機能を有すること。
		3	診療科別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。
		4	医師別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。
		5	疾病別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。
		6	患者別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。
		7	病棟別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。
	1 - 2 原価管理		
		1	診療行為のために必要とした人的費用、診療材料、薬剤、医療機器、間接費など原価を把握、管理できること。
		2	複数階層での原価の配賦機能を有すること。
		3	診療行為のために必要とした人的費用、診療材料、薬剤、医療機器、間接費など原価の分析、統計機能を有すること。
		4	診療科別の原価統計機能を有すること。
		5	医師別の原価統計機能を有すること。
		6	疾病別の原価統計機能を有すること。
		7	患者別の原価統計機能を有すること。
		8	大型機器別の原価統計機能を有すること。
2	経営戦略支援		
		1	医療機関としてのミッションを実現するための戦略策定や、方針展開、実施を支援できること。
		a	戦略/計画策定
		a - 1	ミッションの確認、作成を支援する機能があること。
		a - 2	市場差別化要因/戦略の策定を支援する機能があること。
		a - 3	重要プロセスを抽出する機能があること。
		a - 4	医療機関としての重点方針(単年度計画)の策定を支援する機能があること。
		a - 5	部門としての単年度計画の策定を支援する機能があること。
		a - 6	看護配置を設定し、診療報酬請求上の試算ができること。
		b	モニタリング
		b - 1	重点方針(単年度計画)にもとづいた業績評価指標と評価基準を設定できること。電子カルテシステムや部門システムから業績評価指標のデータを収集し、グラフや表の形式で、モニタリング画面に展開できること。
		c	分析
		c - 1	業績指標として設定した数値の変化が、重点方針の達成に効果が出ているかどうか仮説を検証できること。
		d	フィードバック
		d - 1	設定した業績指標が、想定した重点方針の達成に効果がない場合には、業績指標や基準の見直しを行えること。
3	各種データ収集支援		
		1	病院管理のための各種機能に必要な情報を収集し、連携できること。
		2	診療記録に係る情報の収集機能を有すること。

### 1.2.23 病院経営情報システム

分類		機能要件		
			3	オーダエントリに係る情報の収集機能を有すること。
			4	病歴に係る情報の収集機能を有すること。
			5	看護記録に係る機能の収集機能を有すること。
4	患者サービスの向上支援		1	病院管理者の立場から、患者サービスの向上を推進するための支援機能を有すること。
4 - 1	情報開示		1	患者の要望に応じて診療情報を随時開示、分析が行えること。
		a		臨床記録の出力
		a - 1		ハードコピーおよび電子的な出力を有すること。年代記、ヘルスケア・プロセスは、臨床記録の特定のセクションの選択を支援し、報告書を定義することを可能とすること。それらのドキュメントには、開示目的の形式上の記録を含むこと。
4 - 2	待ち時間分析		1	患者の医療機関内での治療行為などに関連した、待ち時間に関する分析ができること。
		a		診察待ち時間分析
		a - 1		来院から診察開始まで、予約時間から診察開始までの時間を分析できること。
		a - 2		診療科別、医師別等の統計機能を有すること。
		b		検査待ち時間分析
		b - 1		検査受付、もしくは検査予約時間から検査開始までの時間を分析できること。
		b - 2		検査結果の報告までの時間を分析できること。
		b - 3		検査種類別の統計機能を有すること。
		c		会計待ち時間分析
		c - 1		診察終了後、会計支払い完了までの時間を分析できること。
4 - 3	サービス時間分析		1	患者への治療行為、検査などサービス提供の時間を分析できること。
		a		診療時間
		a - 1		外来診療の開始から終了までの時間を分析できること。
		a - 2		診療科別、医師別の統計機能を有すること。
		b		指導時間
		b - 1		服薬指導、栄養指導などの時間を分析できること。



### 1.2.2.4.2 患者案内表示システム

分類		機能要件	
1	診療情報表示機能	1	診療情報表示機能として、以下の情報を表示できること。 ・診療科名 ・診察室名 ・担当医 ・受付番号 ・予約時間 ・進捗状況 ・待ち時間表示
2	会計待合案内表示機能	1	会計待合案内表示機能として、以下の情報を表示できること。 ・支払い準備完了 ・進捗状況
3	スケジュール機能	1	スケジュールリングされたメッセージを表示できること。 (番号表示は常時表示し、メッセージは、別画面の表示)
		2	お知らせ事項等、文字画像を組み合わせ、院内各所に配置したディスプレイに表示すること。
4	画像作成機能	1	作成、登録された画像と診療案内を表示できること。
		2	表示項目は定型・任意いずれにも簡易な入力に対応できること。
5	呼び込み機能	1	電子カルテ端末操作により、患者呼び込みが行えること。
6	オーダ連携機能	1	医師ごとの受付済み患者一覧表示
		2	表示盤の情報更新
		3	患者ごとの待ち時間確認
		4	患者選択によるオーダ画面呼び出し
		5	患者ごとの検査進捗状況確認
		6	任意並び替え機能
		7	患者呼出システムの携帯端末による、待合表示、待ち時間表示、診察室呼び込み等との連携が行えること。
7	表示盤連携機能	1	選択した診察室に対応して患者受付番号の表示ができること。
		2	キーボードからの入力により、表示内容の編集が行えること。
		3	患者ごとに表示/非表示の切り替えが行えること。
8	患者伝達機能	1	表示情報が更新された際は、チャイム音、点滅等により患者へ明確に伝達できること。
		2	必要に応じ音声案内もできること。
9	変更機能	1	背景色・文字色を変更する機能を有していること。







3. 外部向情報配信システム				
3.1 地域医療連携システム				
分類		機能要件		
1	基本要件			
		1		将来の公的な各種申請書の電子化・オンライン化に対応できるよう配慮すること
		2		地域医療連携情報のデータベース化が可能であること。また、この情報が検索・参照・引用可能であること。
		3		地域医療連携情報に対して、アクセス権が設定でき、アクセスログを保存できること。
		4		1端末で基本的にはすべてのデータが閲覧・検索できること。
		5		地域の医療機関、その他の連携関連機関（訪問看護ステーション、ケアマネージャー、役所など）と診療情報を連携、共有できるよう配慮すること。
2	接続要件			
		1		外部機関との情報システムとの連携に配慮すること。 (連携先例) 連携診療所・病院・療養施設、医師会、公的機関
		2		外部向け情報配信ネットワークI/Fを介して、電子カルテ等の診療情報システムと連携できること。
3	紹介患者管理機能			
		a		紹介情報管理
		a - 1		診療所や他病院からの紹介患者の診療を支援する機能(手紙作成等の医師の業務のサポート等)を有すること。
		a - 2		紹介患者情報の登録、管理、紹介状の受取り、管理(スキャナー読み取り)、返書の管理・追跡・関連づけができること。
		a - 3		患者の条件に応じた、紹介医療機関の照会が行えること。
		a - 4		紹介医療機関・紹介先医師の統計を作成する機能を有すること
		a - 5		紹介情報は、外部向け情報配信ネットワークI/Fを介して、電子カルテ等の診療情報システムと連携できること。
		b		返書・逆紹介情報管理
		b - 1		入院患者の診療所への逆紹介を支援する機能を有すること。 (現在稼働中の[往診できる医療機関リストアップシステム]等と連携できること)
		b - 2		連携診療所・病院・療養施設の管理、逆紹介先候補を受け入れ条件別に表示できたうえで、検索、紹介状の作成が行えること。 (病診連携(在宅ケア)と病病連携(転院)、療養型施設ごとの表示・検索機能を有すること。疾患、病状ごとに受け入れ先を検索できること)
		b - 3		逆紹介機関、紹介医師の統計を作成する機能を有すること
		b - 4		返書・逆紹介情報は、外部向け情報配信ネットワークI/Fを介して、電子カルテ等の診療情報システムと連携できること。
		c		紹介情報データ連携
		c - 1		インターネット等のネットワークを介した紹介状・返書・逆紹介データの送信、受信機能を有すること。
		c - 2		紹介情報は患者の健康状態と関連する結果情報、および保険データ等が連携されること。
		d		その他の機能
		d - 1		患者の経過を経時的に表示・参照できること (報告を確実にするために紹介を受けた診療科、各科主治医、通院・入院履歴、外来受診・他科診、紹介状・返書の記録を検索・参照できるようにする。報告すべき状況を確実に把握できること。)
4	予約受付機能			
		1		地域医療連携室などによる、診療所など地域の医療機関からの予約受付機能が行えること。
		a		診療予約
		a - 1		診療予約をFAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。 (ファックスでの紹介状を電子化する支援システム)
		b		検査予約

### 3.1 地域医療連携システム

分類		機能要件	
		b - 1	検査および、検査で使用される機器に関する予約をFAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。 (ファックスでの紹介状を電子化する支援システム)
		c	入院予約
		c - 1	入院予約をFAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。 (ファックスでの紹介状を電子化する支援システム)
5	在宅ケア支援機能	a	自己管理支援
		a - 1	患者と患者宅で看護する人の間で、健康状態の自己管理を行うための意思決定支援を供給できること。
		a - 2	モニタリングスケジュール、臨床検査、医療機関での健康診断、栄養摂取に関するアドバイス、運動、喫煙などを含む自己管理計画や、薬剤利用におけるガイダンスや注意などが行えること。
		a - 3	在宅支援にかかわるデータが管理できること。
		a - 4	外部向け情報配信ネットワーク/ノFを介して、物流・医事会計システムとデータ連携がおこなえること。
		a - 5	在宅ケアで使用している医療機器・材料等に関する経時的なものを含めた情報を一元管理できること。
		a - 6	医師会の逆紹介支援システムと連携ができること。
6	経過報告管理機能	1	紹介を受けた患者の治療経過を紹介元医療機関に連絡する機能を有すること。
		a	来院報告
		a - 1	診療所、病院から紹介患者を受けた際に、来院日を紹介元医療機関に報告できること。 (機能実現例) 直接PCから、送り先にファックスまたはオンラインで送付できるような送付支援システム。
		b	入院報告
		b - 1	紹介患者が入院する場合は、入院日、診療経過を紹介元医療機関に報告できること。 (機能実現例) 直接PCから、送り先にファックスまたはオンラインで送付できるような送付支援システム。
		c	救急報告
		c - 1	紹介患者が救急受診した場合、受診または入院について紹介元医療機関に報告できること。 (機能実現例) 直接PCから、送り先にファックスまたはオンラインで送付できるような送付支援システム。
		d	退院報告
		d - 1	紹介患者が退院する場合は紹介元医療機関に退院報告をする機能を有すること。 (機能実現例) 直接PCから、送り先にファックスまたはオンラインで送付できるような送付支援システム。
		e	死亡報告
		e - 1	紹介患者が死亡した場合に紹介元医療機関に報告する機能を有すること。 (機能実現例) 直接PCから、送り先にファックスまたはオンラインで送付できるような送付支援システム。
7	診療情報提供機能	1	地域の連携医療機関に診療情報を提供する機能。診療情報を提供する医療機関について患者の同意に基づいて選定できること。 提供にあたっては、セキュリティに充分留意すること。
		a	診療録
		a - 1	診療録情報を提供できること。
		b	手術記録
		b - 1	手術記録情報を提供できること。
		c	看護記録
		c - 1	看護記録情報を提供できること。







3.4 ベッドサイド端末システム				
3.4.1 ベッドサイド端末情報配信システム				
分類		機能要件		
1		基本的機能		
			1	診療情報表示機能として、以下の情報を表示できること。
			2	苦情や要望を連絡できる機能を備えること。
			3	(その都度アンケート項目を替えることのできる)患者アンケート機能を備えること。
			4	医療従事者・患者等利用者を認証できる機器の取付が可能であること。 (障害者対応のため複数の認証システムが必要か?)
			5	利用者に応じて、コンテンツごとのアクセス権限が設定できること。 (Dr.の許可が必要なものに対して制限できること)
			6	外出・外泊の届けができること
			7	視力障害者・外国人にも配慮していること
2		医療・診療情報等の参照及び入力機能		
			1	電子カルテ・医療画像を閲覧できること。 (情報開示の制度にあわせた開示・閲覧ができること。 開示閲覧の制限の設定ができること。)
			2	疾病情報を閲覧できること。 (告知していない病名は閲覧できないよう制限ができること。)
			3	医薬品情報・服薬指導情報を閲覧できること。 (開示閲覧の制限の設定ができること。)
			4	各種検査・治療方法の情報を閲覧できること。 (開示閲覧の制限の設定ができること。)
			5	同意書・承諾書の説明を閲覧できること。
			6	行動制限・身体拘束の説明を閲覧できること。
			7	リハ計画書・リハの内容の説明を閲覧できること。
			8	セルフリハの説明を閲覧できること。
			9	画像表示の上、選択メニューを選択できること。 (食事に対する要望(主食や飲み物の変更)が書き込めること。)
			10	食事の喫食量を把握できること。
			11	食事関連の問診を受けることができること。
			12	セカンドオピニオンについての情報があること。
			13	現在の食事内容(栄養量、注意点)が閲覧できること。 週間献立表が閲覧できること。
			14	バス入院の場合は、入院費の概算額の問い合わせ、閲覧ができること
			15	患者個人のスケジュール(検査、他科診、指導等)が把握できること。
			a	栄養管理情報の相互交信
			a - 1	食品のアレルギー、禁止食品等の食事に関する問診ができること。
			a - 2	嗜好調査、栄養相談・食事についての希望等、アンケート調査ができること。
			a - 3	メニューの選択ができること。
			a - 4	料理別(主食、大皿、中皿、汁)に喫食率調査ができること。
			a - 5	食事関連の情報や各種案内を表示できること。
3		院内情報の確認機能		
			1	院内施設情報・診療科情報・院内MAP・ボランティア活動情報等の院内情報を検索・閲覧できること。
			2	医師・スタッフの紹介情報を閲覧できること。



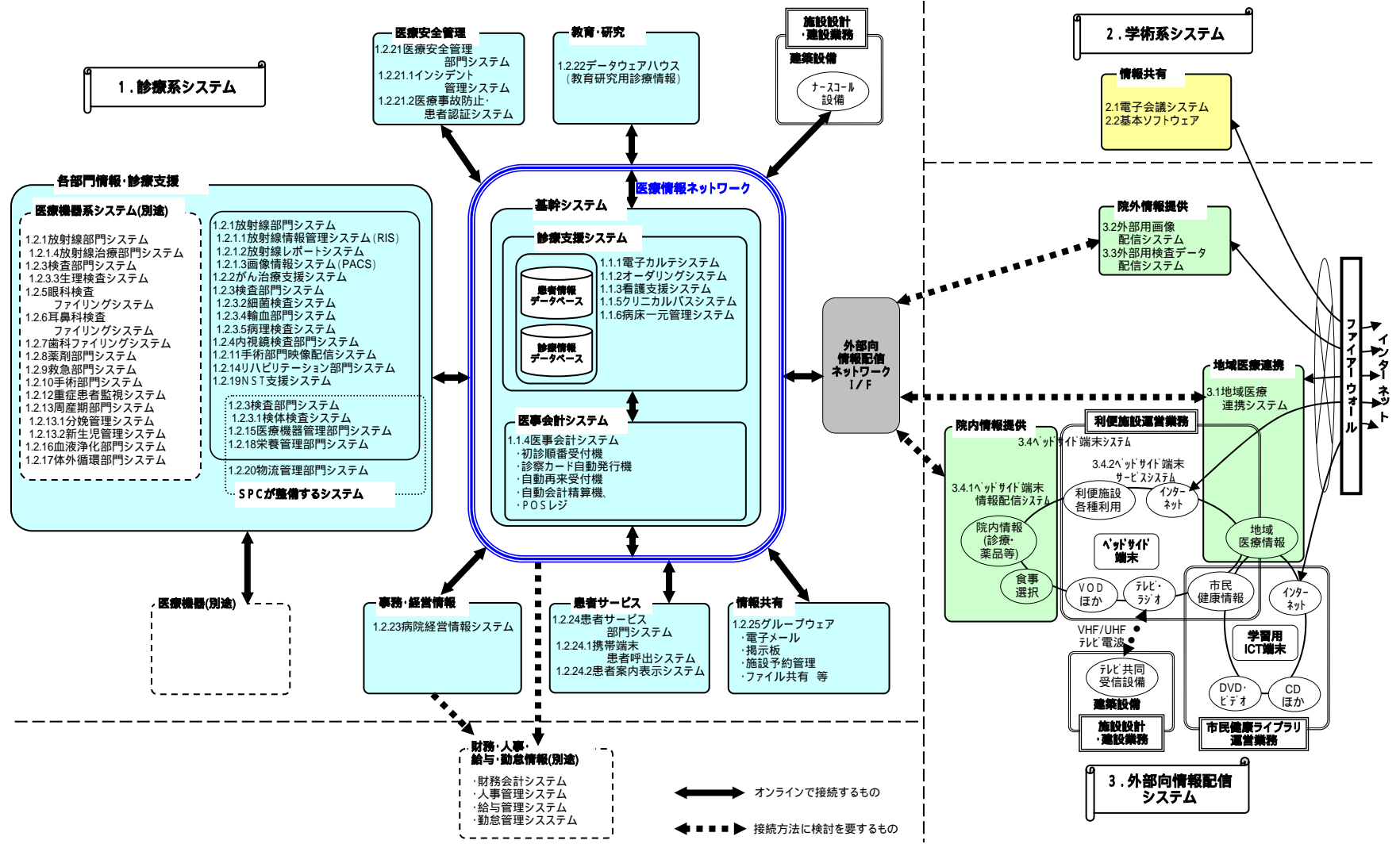
ハードウェア				
1 ハードウェア基本要件				
分類	機能要件			
1	診療系システム各種サーバ			
1 - 1	電子カルテ・オーダリングシステムサーバ	a	a - 1	信頼性要件 同一構成サーバ2台によるクラスタリング構成とすること(障害時に自動切り換え運転を行うこと)。
			a - 2	ディスクアレイは、RAID0+1またはRAID5構成とすること。
			a - 3	ディスクドライブ及び電源ユニットがホットスワップに対応していること。
			a - 4	DAT又は同等のバックアップ機構を実装し、バックアップを自動で取得できること。
		b	b - 1	性能要件 CPUは、アプリケーションを実行する上で十分な性能を備えていること。
			b - 2	物理メモリは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
			b - 3	ディスクアレイ装置は、高速なデータ入出力に対応出来ること。
			b - 4	ディスクアレイの理論容量(有効容量)は、10年以上のデータ運用に耐え、レスポンス低下等が発生しない量を確保すること。
			b - 5	ネットワークインターフェースは、アプリケーションを実行する上で十分なスピードを確保できる規格であること。
1 - 2	医事会計システムサーバ	a	a - 1	信頼性要件 同一構成サーバ2台によるクラスタリング構成とすること(障害時に自動切り換え運転を行うこと)。
			a - 2	ディスクアレイは、RAID0+1またはRAID5構成とすること。
			a - 3	ディスクドライブ及び電源ユニットがホットスワップに対応していること。
			a - 4	DAT又は同等のバックアップ機構を実装し、バックアップを自動で取得できること。
		b	b - 1	性能要件 CPUは、アプリケーションを実行する上で十分な性能を備えていること。
			b - 2	物理メモリは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
			b - 3	ディスクアレイ装置は、高速なデータ入出力に対応出来ること。
			b - 4	ディスクアレイの理論容量(有効容量)は、10年以上のデータ運用に耐え、レスポンス低下等が発生しない量を確保すること。
			b - 5	ネットワークインターフェースは、アプリケーションを実行する上で十分なスピードを確保できる規格であること。
1 - 3	各部門システムサーバ	a	a - 1	信頼性要件 ディスクアレイは、RAID0+1またはRAID5構成とすること。
			a - 2	ディスクドライブ及び電源ユニットがホットスワップに対応していること。
			a - 3	DAT又は同等のバックアップ機構を実装し、バックアップを自動で取得できること。
		b	b - 1	性能要件 CPUは、アプリケーションを実行する上で十分な性能を備えていること。
			b - 2	物理メモリは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
			b - 3	ディスクアレイ装置は、高速なデータ入出力に対応出来ること。
			b - 4	ディスクアレイの理論容量(有効容量)は、10年以上のデータ運用に耐え、レスポンス低下等が発生しない量を確保すること。

1 ハードウェア基本要件			
分類		機能要件	
			b - 5 ネットワークインターフェースは、アプリケーションを実行する上で十分なスピードを確保できる規格であること。
2	システム各種端末		
2 - 1	電子カルテ・オーダーリングシステム端末		
		a	信頼性要件
		a - 1	停電等の電源障害に対する耐障害性を備えていること。
		b	性能要件
		b - 1	CPUは、アプリケーションを実行する上で十分な性能を備えていること。
		b - 2	物理メモリは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
		b - 3	内蔵ハードディスクは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
		b - 4	ネットワークインターフェースは、アプリケーションを実行する上で十分なスピードを確保できる規格であること。
		b - 5	19インチ以上の液晶ディスプレイを使用すること。
		c	各種インターフェース要件
		c - 1	PS2またはUSBにて接続される日本語109キーボードを実装すること。
		c - 2	PS2またはUSBにて接続されるスクロールマウスを実装すること。
		c - 3	指紋等による生体認証ログイン機能を実装していること。
		c - 4	診察券の情報を読み取る磁気カードリーダーを実装していること。
		c - 5	タブレット入力、ペン入力機器を接続するインターフェースを実装していること。
		d	その他の要件
		d - 1	ナースステーションの端末は、医師と競合しない台数を確保すること。
2 - 2	医事会計システム端末		
		a	信頼性要件
		a - 1	停電等の電源障害に対する耐障害性を備えていること。
		b	性能要件
		b - 1	CPUは、アプリケーションを実行する上で十分な性能を備えていること。
		b - 2	物理メモリは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
		b - 3	内蔵ハードディスクは、アプリケーションを実行する上で十分な容量を備えていること。
		b - 4	ネットワークインターフェースは、アプリケーションを実行する上で十分なスピードを確保できる規格であること。
		b - 5	17インチ以上の液晶ディスプレイを使用すること。
		c	各種インターフェース要件
		c - 1	PS2またはUSBにて接続される日本語109キーボードを実装すること。
		c - 2	PS2またはUSBにて接続されるスクロールマウスを実装すること。
		c - 3	指紋等による生体認証ログイン機能を実装していること。
		c - 4	診察券の情報を読み取る磁気カードリーダーを実装していること。
		c - 5	タブレット入力、ペン入力機器を接続するインターフェースを実装していること。
2 - 3	各部門システム端末		
		a	信頼性要件
		a - 1	停電等の電源障害に対する耐障害性を備えていること。

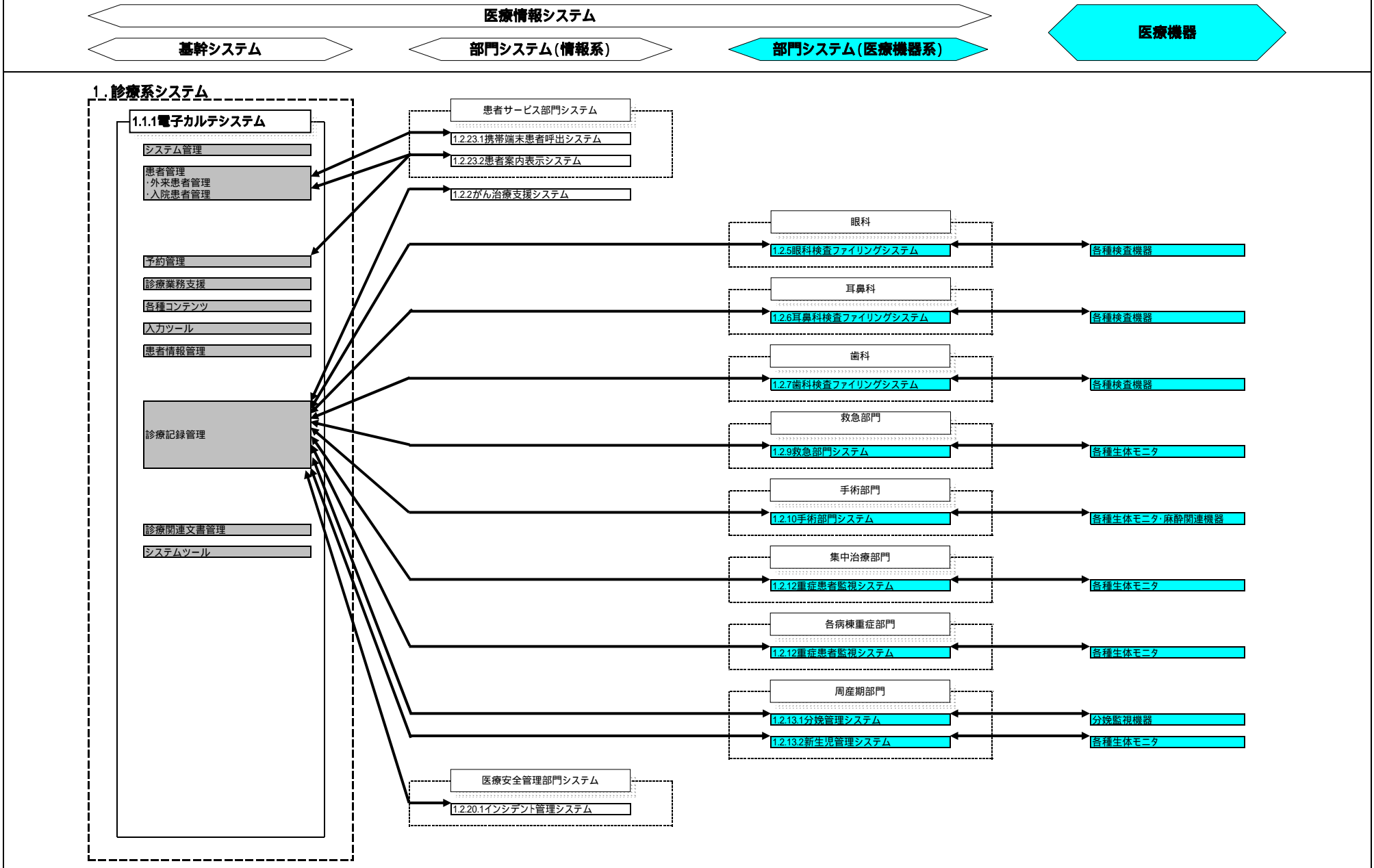
1 ハードウェア基本要件		
分類	機能要件	
		b
		b - 1
		b - 2
		b - 3
		b - 4
		b - 5
		c
		c - 1
		c - 2
		c - 3
		c - 4
		c - 5
2 - 4	携帯端末	
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10
5	その他ハードウェア	
		1

ネットワーク				
1 ネットワーク基本要件				
分類	機能要件			
1	診療業務系ネットワーク			
	1 - 1	ネットワークの構成		
			1	基幹システム(電子カルテ・オーダーリング、看護支援システム、医事会計システム)、およびこれと連携する部門システムは、セキュリティを厳格に確保した院内閉鎖型のネットワークとし、一切の外部接続を許さないこと。
			2	大量の画像情報の伝送を可能とするために、基幹部分のネットワークは10Gbps以上の高速ネットワークであること。
			3	PDA等の活用を図るため、セキュリティ対策を講じた無線LANネットワークを導入すること。
	1 - 2	セキュリティ対策		
			a	ポートセキュリティ
			a - 1	登録のないPCが接続された場合、通信を遮断できる機能があること。
			b	不正アクセスの監視・記録
			b - 1	不正アクセスに対して常時監視を行い、各種アクセスログの記録を行うこと。
2	学術系ネットワーク			
	2 - 1	ネットワークの構成		
			1	学術研究支援等のため、外部接続型のネットワークを構築すること。
			2	上記のネットワーク上で電子会議システムを構築すること。
	2 - 2	セキュリティ対策		
			a	ファイアーウォール
			a - 1	インターネットに対するアクセスに関して、適切なファイアーウォールを構築し、不正なアクセスを防止すること。
			b	ポートセキュリティ
			b - 1	登録のないPCが接続された場合、通信を遮断できる機能があること。
			c	不正アクセスの監視・記録
			c - 1	不正アクセスに対して常時監視を行い、各種アクセスログの記録を行うこと。
			d	診療業務系基幹ネットワークとの接続
			d - 1	診療業務系基幹ネットワークとの情報の受け渡しには、外部保存媒体を用い、一切のシステムの結合は行わないこと。
3	外部接続医療情報配信系ネットワーク			
	3 - 1	ネットワークの構成		
			1	ベッドサイド端末への情報提供、外部の医療機関との診療連携等のため、外部接続型のネットワークを構築すること。
			2	外部からアクセスできる患者の画像情報や検査データのデータベースは院内閉鎖型ネットワークから独立した外部アクセスサーバに配置し、ベッドサイド端末や外部の医療機関から閲覧できるようにすること。
	3 - 2	セキュリティ対策		
			a	ファイアーウォール
			a - 1	インターネットに対するアクセスに関して、適切なファイアーウォールを構築し、不正なアクセスを防止すること。
			b	ポートセキュリティ
			b - 1	登録のないPCが接続された場合、通信を遮断できる機能があること。
			c	不正アクセスの監視・記録
			c - 1	不正アクセスに対して常時監視を行い、各種アクセスログの記録を行うこと。
			d	診療業務系基幹ネットワークとの接続
			d - 1	診療業務系基幹ネットワークとの情報の受け渡しには、外部保存媒体を用い、一切のシステムの結合は行わないこと。

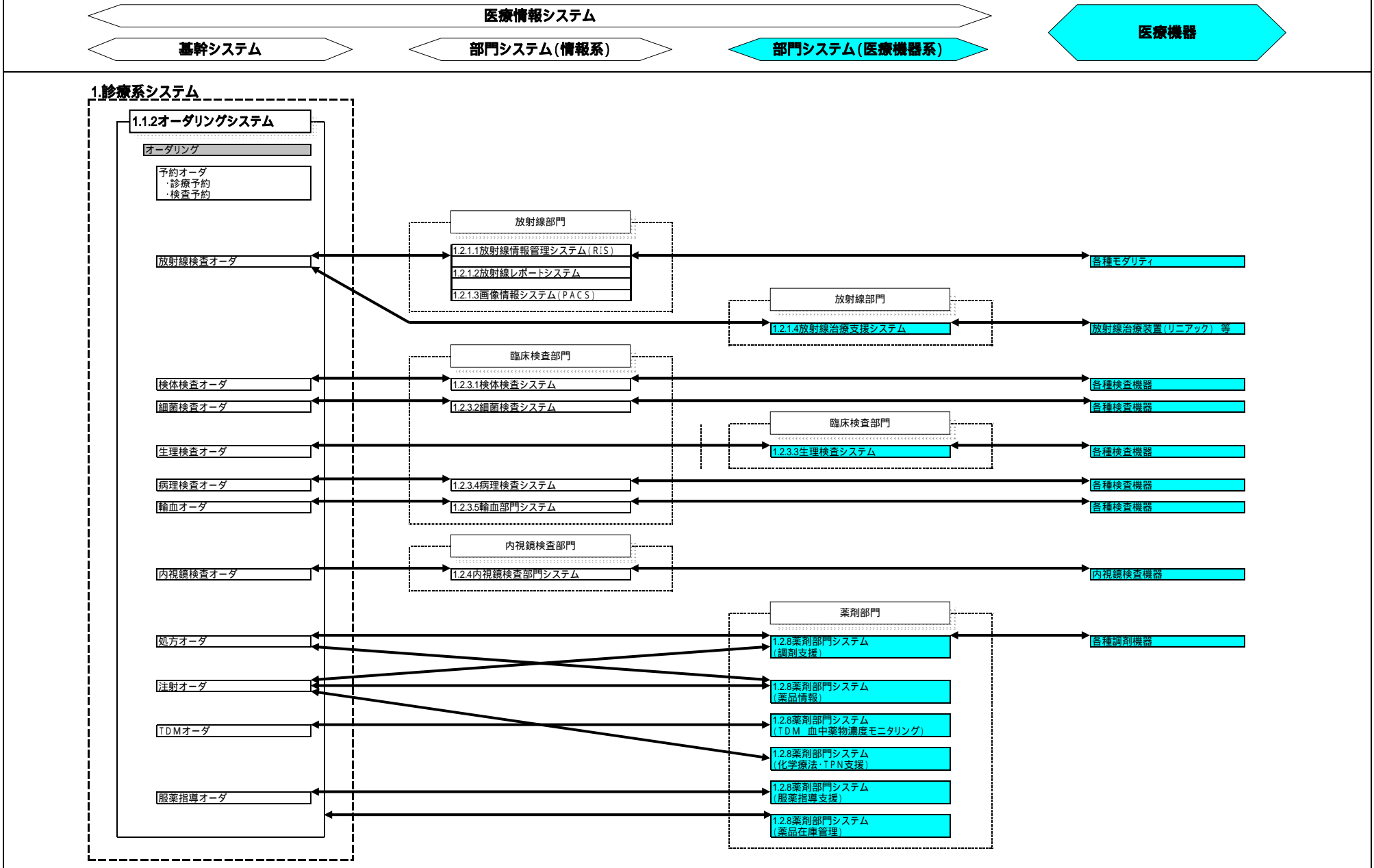
システム構成図・連携図  
1. システム構成図



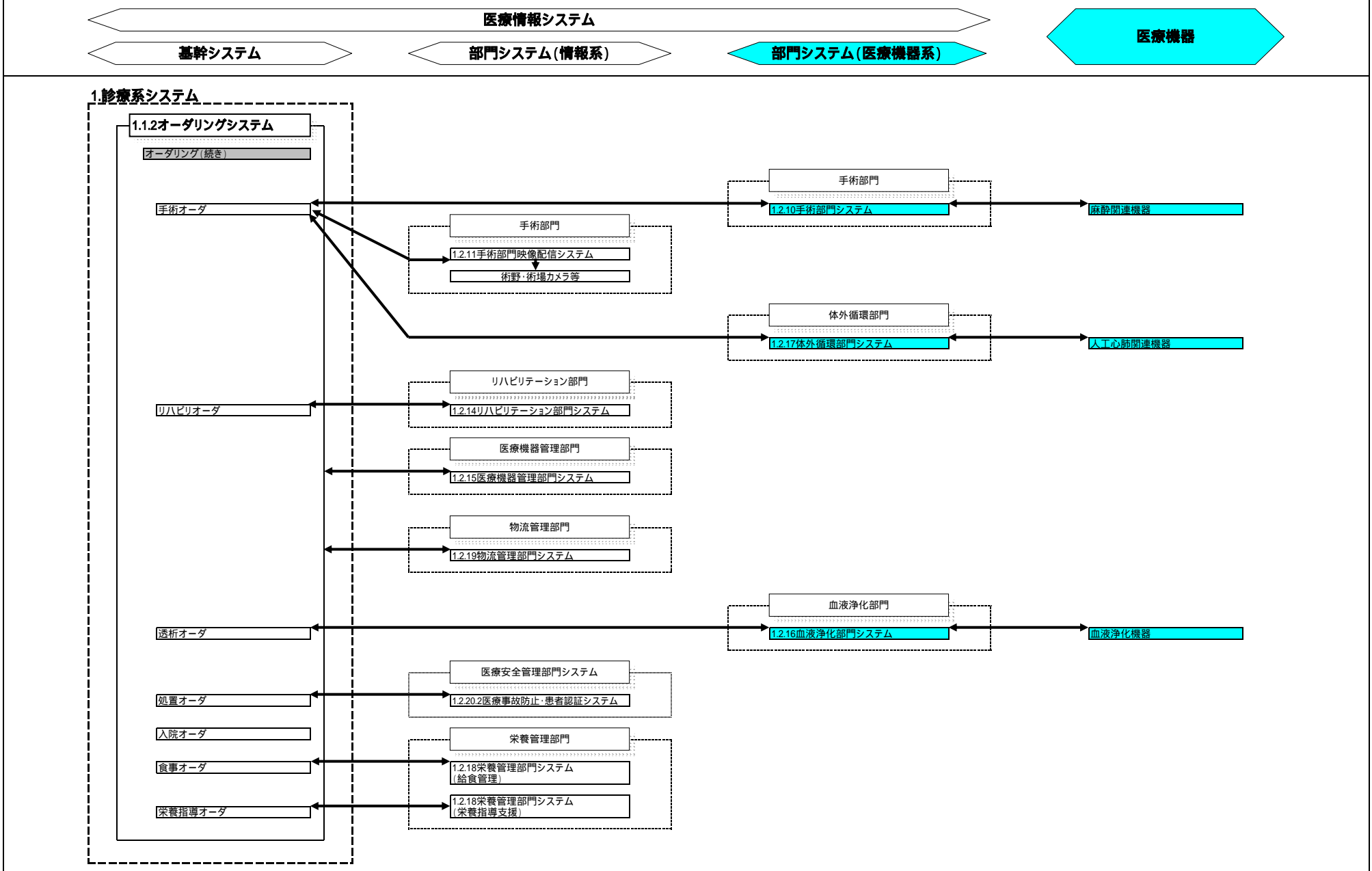
## 2. システム連携図



## 2. システム連携図



## 2. システム連携図



## 2. システム連携図

