

【別紙1】

目次

00_共通要件	1	02_DI検索システム	97
基本方針		03_診療情報管理システム	99
ハードウェア共通要件		04_勤務表作成支援システム	105
ユーザ管理共通要件		05_DPCコーディングシステム	112
電子カルテ・部門システム共通要件		06_資源管理システム	114
運用管理・保守共通要件		07_手術・麻酔記録システム	115
		08_診療表示板システム	120
01_電子カルテシステム	22	09_再来受付機	122
000_ソフトウェア基本要件		10_メールサーバ_20240105修正	123
010_オーダ基本操作		11_統合診療支援システム	125
020_患者情報		12_ME機器管理システム	129
030_電子カルテ基本			
040_病名オーダ			
050_文書管理			
060_診療予約			
070_外来診察順管理			
080_他科依頼			
090_病診連携			
100_処方			
110_注射			
120_化学療法			
130_検体検査			
140_病理検査			
150_輸血検査			
160_輸血検査実施			
170_臨床心理			
180_血液ガス			
190_放射線			
200_生理検査			
210_内視鏡			
220_処置			
230_救命救急			
240_リハビリ			
250_手術予約			
260_看護			
270_入退院			
280_食事			
290_栄養指導			
300_クリニカルパス			
310_診療支援			
320_院内メール			
330_ToDo			
340_ネットワークマイドキュメント			
350_病診連携部門			
360_代行確認			
370_点滴室ベッド管理			
380_相談記録			
390_肝炎対策			
400_臨床心理部門			
410_放射線部門			
420_生理部門			
430_リハビリ部門			
440_NST			
450_透析部門			
460_診断書作成支援システム			

基本方針				空白 66
項番	項目			仕様担保
1	1		経営の健全性向上	-
1	1	1	経営の健全性向上	-
1	1	1	1	長期での病院経営の視点を持ち、当院の規模に対して適正な価格と機能のシステムを導入すること。
1	1	1	2	長期に継続利用可能なシステムの構築を目指し、最低稼働7年後まで、安定的に利用可能な、ハードウェア、ソフトウェアを提供すること。
1	1	1	3	7年でハードウェアのみ更新した場合、ソフトウェアを継続利用するための費用は減価償却期間が終了していることから適正な価格であること。
1	1	1	4	システム標準機能を活用することにより、システムの標準化を図る運用を提案すること。
1	1	1	5	保守業務の内容と費用の適正化を図ること。
1	1	1	6	病院の経営指標に関して、システムのデータから抽出し表示できるシステムを構築し、経営の健全性向上に寄与すること。
1	2		業務効率化の推進	-
1	2	1	業務効率化の推進	-
1	2	1	1	入力負荷の軽減、情報共有の効率化及びデータ編集等の工程削減による、医師・職員の負荷低減や業務効率化による労働環境の改善に寄与するシステムであること。
1	2	2	職員負荷の低減	-
1	2	2	1	システムのレスポンスと操作性を向上することで、医師・職員のシステムへの入力負荷の軽減を図ること。
1	2	2	2	電子カルテにおいて、診療録、オーダー、看護支援、各種記録、文書等が容易にかつ速やかに入力できるよう、分かりやすい画面構成、入力補助機能、同一情報の二重入力がないシステムであること。またこれらの入力方法、メニュー構成、他機能の参照方法は、画面構成等が統一したものであること。
1	2	2	3	全ての電子カルテ端末から医療辞書が使用でき、速やかに入力が行えること。
1	2	2	4	ユーザの変換結果を学習するユーザ辞書があり、速やかに入力が行えること。ユーザ辞書は端末固有ではなく、ログイン時のユーザIDにより異なる端末でも使用できるよう、ユーザ辞書を端末間で引き継げること。
1	2	2	5	画面構成や定型文など、ユーザ毎に設定内容を記憶することができ、端末固有ではなく、ログイン時のユーザIDにより異なる端末でも個人の設定が利用できること。
1	2	2	6	患者の診療経緯、禁忌情報、病名等の診療に関係する情報は、各画面を個別に開くことなく、容易に横断的に確認できる機能があること。
1	2	2	7	システム内に保存されたデータが容易に検索でき、各システム間で流用できること。
1	2	3	ペーパーレス化	-
1	2	3	1	文書管理機能における署名の電子化、電子処方箋におけるHPKI電子署名に対応したシステムを構築し、ペーパーレス化を図ること。構築に必要な機器の費用も含めること。
1	2	3	2	各職種、各部署間で診療や医事会計に必要な連絡事項や共有情報は、データ連携や電子カルテの閲覧等電子的に実施可能であり、伝票、連絡票等の紙媒体を必要としない運用が実現可能であること。
1	2	3	3	患者、注射薬、薬剤、輸血等の確認において、バーコードを利用した確認を行い、紙媒体による目視確認を必要としないこと。
1	2	3	4	同意書等の保管が必要な文書について、スキャニングして電子カルテに保存できること。その方法は最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠したものであること。
1	3		医療の質と安全性の向上	-
1	3	1	医療安全	-
1	3	1	1	代行入力の承認機能や、研修医の指導医確認機能を備えたシステムを構築し、医療安全性の向上を図ること。
1	3	1	2	最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠し、診療録等の電子保存に関する三原則に対応するシステムであること。なお、電子カルテシステム（以下「電子カルテ」という。）と連携する部門システムのうち、診療録等の電子保存に係る三原則への対応が必要なもの（レポートやサマリ等を作成して、電子カルテに連携している部門システム）についても、同様とする。
1	3	1	3	保険診療に沿った診療業務を支援し、医療行為に対する根拠や、診療過程を明確に記録するため、診療録、オーダーの電子カルテへの登録、修正、削除時は更新者、更新日時等の履歴が保存されること。また修正前情報、修正後情報等が、全端末から閲覧できること。修正、削除は、その内容が容易に確認できるようカルテ参照の履歴表示、指示歴の履歴表示からの確認が可能なこと。
1	3	1	4	医師以外の職種による診療録の記載、オーダー、指示等のうち、医師の承認が必要な行為については、医師による承認機能があること。
1	3	1	5	臨床研修指定病院として、研修医が記載した診療録に対する上級医の指導内容、研修医の修正履歴が記録され、承認経緯が分かること。
1	3	1	6	システム更新のデータ移行において、既存システムに蓄積された診療録を見易く、探し易くかつ、再利用できる形式でデータ移行ができること。
1	3	1	7	薬剤の相互作用や副作用について、チェックを行えるシステムを構築し、医療安全性の向上を図ること。
1	3	2	地域連携の推進	-
1	3	2	1	地域医療連携クリティカルパスの効率的な運用等、地域連携における情報共有の円滑化を支援するシステムであること。
1	3	2	2	連携先の医療機関・介護施設等との情報共有の円滑化を支援すること。
1	3	2	3	電子カルテのデータ連携のための標準規格に準拠した形で出力が可能であること。

基本方針				空白 66
項番	項目			仕様担保
1	3	3	高度急性期医療への対応	-
1	3	3	1 地域医療における救急患者の最後の受け入れ先として、365日24時間の患者受入れ態勢に耐え得るシステムであること。	
1	3	3	2 電子カルテ等の重要システムは、仮想的又は物理的に冗長化されており、24時間365日利用できること。システム障害時、仮想サーバの移動や待機系切替え等による数分程度の停止はやむを得ないが、システム停止時間を可能な限り短くすること。	
1	3	3	3 電子カルテ等の重要システムは、OSパッチプログラム、改修プログラム、ファームウェア等のソフトウェア適用、部品交換等のハードウェアメンテナンス、バックアップ、OS安定稼働のための定期的な再起動等のシステム停止はせず、利用不可能時間を発生させないこと。やむを得ず行う場合は、仮想的又は物理的な冗長化構成を利用し、サーバの移動や待機系切替え等による数分程度の停止に止めること。	
1	3	3	4 機器切替時でもレスポンスの低下や運用制限等が発生せず、診療業務に影響が無いこと。また復旧後に各データは自動連携されること。	
1	3	3	5 サーバルームに設置される全サーバ、ネットワーク機器等の重要機器の電源バックアップ、瞬間的な電力変動に対応可能な無停電電源装置を設置し、停電時、電気設備点検時にも5分以上の電源バックアップができること。また必要に応じて自動シャットダウン等、安全的な回避措置が実行可能であること。	
1	3	4	災害医療への対応	-
1	3	4	1 BCPを考慮し、災害時にも必要な機能を提供可能なシステムであること。	
1	3	4	2 災害拠点病院として、大震災等の広域災害を含む自然災害時にも、可能な限り診療が継続できるシステムであること。	
1	3	4	3 病院の建物、設備等に大きな被害が生じた場合でも建物、設備の復旧程度に応じて、システムを段階的に復旧できること。	
1	3	4	4 サーバやネットワーク機器に物理的な被害が生じ、システム全体が停止した場合でも、単独で動作可能な障害時用端末等を利用し、過去の診療記録が閲覧できること。	
1	3	4	5 サーバに物理的な被害が生じた場合においても、システム環境も含めデータを復元できること。	
1	3	4	6 電子カルテデータについては、サイバーセキュリティ対策にも対応できるデータの分離バックアップを行うこと。また、システム環境も含めデータを復元できること。	
1	3	5	診療データの活用	-
1	3	5	1 診療データの収集・分析を支援する、標準規格に準拠可能なシステムを構築すること。	
1	3	5	3 PFM (Patient Flow Management) の導入により、病床の管理を合理的に行えるシステムであること。	
1	3	5	4 看護必要度や看護行為等の看護業務に関する統計作成、分析が容易に行われるよう、統合分析機能があること。データは電子カルテや看護勤務管理システム等から自動的に連携されること。	
1	3	5	5 診療データは疾病統計や学会提出用統計の作成、分析にも活用できる二次利用が可能であること。データは電子カルテや部門システム等から連携されること。	
1	3	5	6 電子カルテや各部門システムは、データベース仕様、テーブル仕様、カラムの詳細な利用構造（キー情報、リレーション、データの意味等）を開示し、必要に応じて利用者がデータベースにアクセスすることを認めること。開示できない場合は、情報参照用のテーブル又はビューを作成し、利用者がアクセスできること。	
1	3	5	7 運用及び経営の支援のために、システムに蓄積されたデータをもとに情報の可視化の支援ができること。	
1	3	6	患者様満足度の向上	-
1	3	6	1 電子カルテ情報の分析や受付業務の効率化により、患者様の待ち時間の負担を軽減するシステムの構築を目指すこと。	
1	3	6	2 診療予約や予約状況、外来での診察待ち状況の確認が容易に出来る仕組みにより患者サービス向上を目指すこと。	
1	3	7	次世代医療ICTへの対応	-
1	3	7	1 マイナンバーを介した医療機関、関係機関との更なる情報共有を想定したシステムを構築すること。	
1	3	7	2 オンライン診療や診療予約等に対応できるシステムの構築を目指すこと。	
1	3	7	3 オンライン資格確認、電子処方箋などデータヘルスに関連する今後の政策等に柔軟に対応できるシステムを構築すること。	
1	4		システムの拡張性確保	-
1	4	1	拡張性の確保	-
1	4	1	1 定期バージョンアップにより進化し、レスポンスが劣化しないシステムであること。	
1	4	1	2 システムの信頼、安定、可用性の向上、稼働後の法改正対応や運用負担の軽減、バージョンアップの容易さを考慮し、パッケージ導入を基本とすること。	
1	4	1	3 導入システムにおけるプログラム変更を行う際は、パッケージのバージョンアップに影響のない範囲で対応すること。システム連携における項目の変更や、ファイル連携については、プログラム変更としない。	
1	4	1	4 パッケージは必要に応じて定期的（1年に1回程度）にバージョンアップすること。バージョンアップの内容は、診療報酬や医療制度等の法改正等だけでなく、利用者の利便性の向上、医療安全の向上、医療の質向上、地域医療連携等に関するものも含まれていること。	

基本方針					空白 66
項番				項目	仕様担保
1	4	1	5	バージョンアップ、パッケージ改訂に関する費用は原則、保守の範囲内で対応すること。バージョンアップに関する作業については、機能テスト／動作検証を含め受託者が責任を持って実施すること。	
1	4	1	6	バージョンアップがあった際は、速やかに変更内容等について当院に説明を行うこと。また適用内容について当院と協議を行い、対応すること。	
1	4	1	7	運用の変更、施設基準やDPC係数の変更、それに伴うマスタ変更等があった場合は、原則パッケージの設定変更にて対応できること。	
1	4	1	8	今後のICT技術動向に柔軟に対応できるシステムであること。	
1	4	1	9	地域の拠点病院として、他の医療施設とのスムーズな情報連携や臨床研究に資するデータ連携などにも対応可能な拡張性の高いシステムであること。	
1	4	1	10	各システムにおいて、通常の画面展開については、操作から結果を描画し終えるまでのレスポンスタイムは、平均3秒以下であること。ただし、統計処理等の多量のデータを扱う処理は除くものとする。	
1	4	1	11	各システムにおいて、大量のデータや医用画像を含むデータを表示する場合のレスポンスタイムは、平均5秒以下であること。	
1	4	1	12	端末のシステム起動時間は、大量のシステム及びマスタの更新時以外は、ユーザにストレスを感じさせない1分以内であること。ただし、OS単体の起動時間は除く。	
1	4	1	13	DBやプログラム処理、ネットワークのログ等でレスポンス全体の分析ができ、異常時に問題箇所を検証できるシステムであること。	
1	4	1	14	将来のデータ量や端末の増加に対し、レスポンスが低下しないよう対策がとられていること。また対策は具体的なものであること。なおデータ量の増加は現状を基とする。	
1	4	1	15	ユーザ会が存在し、意見交換会などのWGが定期開催され、マニュアルやテンプレートなどのコンテンツなどユーザ間で共有できる場が提供されていること。	
1	5			情報セキュリティの確保	-
1	5	1		情報セキュリティ対策の強化	-
1	5	1	1	適切なセキュリティ対策を講じ、最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠しセキュリティの向上を図ること。	

ハードウェア共通要件				空白 239	
項番	項目			仕様担保	
2	1			本項目の前提	-
2	1	1		前提	-
2	1	1	1	本項目は電子カルテシステム（以下「電子カルテ」という。）、各部門システムのハードウェアについて共通要件を記載したものである。電子カルテは以下のとおりとし、部門システムも別途項目に特段の記述がない限り以下のとおりとする。	
2	2			ハード共通	-
2	2	1		基本要件	-
2	2	1	1	ハードウェアは、仮想化に対応でき、稼働実績があり故障が少なく安定稼働が見込めるものとする。	
2	2	1	2	ハードウェアの製造メーカーは、原則、種類（サーバとクライアント、プリンタ、スキャナ等の単位）毎に統一すること。また、機種についても性能を満たす範囲で可能な限り統一すること。	
2	2	1	3	今回調達する端末は電子カルテ等のアプリケーションがインストールされた状態で納品されること。	
2	2	2		セキュリティ	-
2	2	2	1	コンピュータウイルス、ワーム等の不正ソフトウェアの侵入に伴う障害への対策をすること。	
2	2	2	2	システム稼働時に、システム、関連ソフトウェア及びハードウェア等において、最新のセキュリティパッチの適用、ウイルス対策ソフトのインストール等のセキュリティ対策を行うこと。	
2	2	2	3	システム稼働後においても、セキュリティ対策を稼働7年後まで、継続して行うこと。セキュリティ対策実行時は、極力システム停止をしないこと。なお更新費用は保守費用に含むものとする。	
2	2	2	4	リアルタイムにファイルの入出力を監視し、ウイルス検出の処理ができること。リアルタイムが不可の端末の場合には、定時スキャンで対応できること。	
2	2	2	5	特定ファイルやフォルダをウイルス検索の対象から除外する設定ができること。	
2	2	2	6	スパイウェア／ルートキット／ボットウイルスの検出や処理ができること。	
2	2	2	7	管理サーバから、管理者がリモートで任意のクライアントのウイルス検索が実行できること。	
2	2	2	8	4 5 種類以上の圧縮形式、7 種類以上のエンコード形式に対応した検索を行うことができること。	
2	2	2	9	定期的にウイルス検索を実行するよう設定可能なこと。また、予約検索開始前にクライアントに通知を出せること。	
2	2	2	10	予約検索中にクライアントのCPU利用率を監視することにより、CPU負荷が高い場合には一時中断する機能を有していること。	
2	2	2	11	予約検索の実行日時にクライアントが起動していないなどが原因で予約検索が実行されなかった場合に、次回起動時に予約検索を実行することができること。	
2	2	2	12	検索済ファイルや、パターンファイルを利用して安全と判断されたファイルをキャッシュ化することにより、予約検索の検索終了までの時間を短縮させることができること。	
2	2	2	13	ウイルスに感染してしまったクライアントPCに対して、改ざんされたレジストリや設定ファイルの復旧、及び起動しているウイルスプロセスを停止する機能を有すること。また、関連ファイルを自動的に更新する機能を有すること。	
2	2	2	14	クライアントから発生するHTTP/HTTPS通信を監視し、接続先URLをリアルタイムに評価し、危険と判断した場合に通信をブロックすることができること。また、評価から除外される接続先を設定することができること。	
2	2	2	15	標的型攻撃などで遠隔操作などに利用されるC&Cサーバへの接続を自動的に検知し、検知した場合にはユーザに通知を行うことができること。	
2	2	2	16	システムファイルの変更/サービスの追加/システムプロセスの変更などの不正にシステムが変更される挙動を監視することにより、新しく出現する道の脅威に対するの防御を行うことができること。	
2	2	2	17	利用者がウイルス対策ソフトが導入されたクライアントのレジストリキーやプログラムファイルの設定を変更できないようにすること。	
2	2	2	18	USBメモリなどの外部ストレージデバイス、ネットワークリソースに対するアクセス制御ができること。	
2	2	2	19	管理サーバよりウイルス定義ファイル、検索エンジンなどの更新、クライアントプログラムの設定変更が可能なこと。	
2	2	2	20	管理サーバにて、クライアントの接続状態/パターンファイルの接続状況/ウイルス検出ログをリアルタイムに確認することができること。	
2	2	2	21	Active Directoryと連携して、クライアントのグループ化やウイルス対策製品のインストールができること。	
2	2	2	22	ウイルス検出の際などに、メール/SNMPトラップ/イベントログを利用して管理者に通知を行うことができること。	
2	2	2	23	ウイルスの脅威の重大度に応じて、ユーザへ通知メッセージの内容を自由にカスタマイズできること。	
2	2	2	24	クライアントに対するウイルス定義ファイルなどの配信時、ネットワークトラフィックを削減するために、差分パターンファイルの配信が可能なこと。	
2	2	2	25	ウイルスパターンファイルや、ウイルス検索エンジンを以前のバージョンに戻す機能を有していること。	
2	2	2	26	ウイルス対策ソフトウェアをクライアントにインストールする際に、クライアント上でインストールパッケージを実行する形式だけでなく、管理サーバからのリモートインストールやwebブラウザを利用したインストールを行うことができること。	
2	2	2	27	Windows OSやAdobe Acrobat Readerなどの一般に広く使われているアプリケーションの脆弱性を狙った攻撃を検知してブロックすることができること。	
2	2	2	28	ポート、IPアドレス単位で通信の制御ができること。	

ハードウェア共通要件				空白 239	
項番	項目			仕様担保	
2	2	2	29	<p>端末におけるデータの入出力は、原則として認めない。但し、管理者の設定により、USBメモリ、ディスクドライブを通じた外部記憶媒体の読み込み、書き出しを下記の通り端末単位で設定できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・読み込み書き出しとも可 ・書き出しのみ可 ・読み込みのみ可 ・読み込み書き出しとも不可 	
2	2	2	30	<p>既存の電子カルテ無線LANでは、暗号化並びに端末認証を行っている。ノート端末等の既存の電子カルテ無線LANに接続する機器は、暗号方式としてWPA2-AES、認証方式として、EAP-TLSに対応していること。</p>	
2	2	3		設置	-
2	2	3	1	<p>ハードウェアの設置作業、ネットワーク及びシステム設定を行うこと。その際必要となる電源タップ、LANケーブル、設定用パソコン等も用意すること。</p>	
2	2	3	2	<p>診察室等において、既存アームにディスプレイが設置されている箇所は、同様に設置すること。</p>	
2	2	3	3	<p>ハードウェアの設置時は、診療業務、患者に極力影響が無い方法、時間帯に行うこと。必要に応じて養生等を行う等、建物、設備、機器等に損傷を与えないこと。特に既存の医療機器周辺で作業、接続を行う際は十分に注意し複数人で行うこと。</p>	
2	2	3	4	<p>搬入導線が患者導線と交差、重複する場合、監視員を配置する等事故が起こらないように注意すること。</p>	
2	2	3	5	<p>搬入前に、スケジュール、作業内容、担当者等を記載した作業計画書を作成し、発注者の承認を得ること。</p>	
2	2	3	6	<p>受託者の責めに帰すべき理由により、発注者又は第三者に損害を及ぼしたときは、受託者の負担において、それを賠償すること。</p>	
2	3			サーバ	-
2	3	1		基本要件	-
2	3	1	1	<p>電子カルテ等の重要システムは、24時間365日利用できること。大幅なシステム改修等以外の改修プログラム、ファームウェア等のソフトウェア適用、部品交換等のハードウェアメンテナンス、OS安定稼働のための定期的な再起動等のシステム停止はしないこと。なおこれらは仮想化技術で対応してもよいものとする。また待機系切替え等による数分の停止はやむを得ないが、可能な限り短時間で行うこと。</p>	
2	3	1	2	<p>電子カルテシステムはデータベースサーバだけでなく、ストレージについても冗長構成を取り、システムの堅牢性を確保すること。その他重要システムにおいても仮想化又は物理的に冗長化されており、システムを停止されないこと。障害時は、自動的かつ可能な限り速やかに各機器が切り替わること。</p>	
2	3	1	3	<p>OSは、Windows server OS、UNIX系OS、Linux系OS等の安定稼働実績があるものとする。またメンテナンスを考慮し、サーバ間で可能な限りOSの種類、バージョンを統一すること。</p>	
2	3	1	4	<p>CPU、メモリ、ハードディスク（以下「HDD」という。）等は、端末で画面遷移、検索、更新等が3秒以内に終了できる性能があること。ただし、統計処理等の多量のデータを扱う処理は除くものとする。</p>	
2	3	1	5	<p>HDDの容量は、既存システムの移行データ及び稼働7年後までデータを保存できる容量があること。特に画像、動画、波形データを取り扱うシステムとそれに基づくデータについては十分に考慮すること。</p>	
2	3	1	6	<p>部門系システムにおいてシステムサーバが必要となる場合についても本調達範囲内に含むこと。</p>	
2	3	1	7	<p>部門系システムにおいても現データと新システム稼働後7年間のデータを保持できる容量を確保することを基本とするが、困難な場合はそれぞれに保存可能期間を別途通知すること。</p>	
2	3	1	8	<p>HDDはRAID5以上の構成とし、HDD障害が発生してもデータが保持できること。また可能な限りホットスワップに対応すること。</p>	
2	3	1	9	<p>将来、急激なデータ量の増加によりHDD容量に不足が生じた場合、HDDの追加やストレージの追加が容易にできるシステム環境とすること。</p>	
2	3	1	10	<p>ネットワーク接続は有線とし、1000BASE-T以上の規格であること。</p>	
2	3	1	11	<p>電源、ネットワークカード、HDDコントローラ、ファン等のサーバ稼働に必要な各機器を冗長化し、可能な限りホットスワップに対応すること。</p>	
2	3	1	12	<p>サーバを構成するCPU、メモリ、HDD、電源、ネットワークカード、HDDコントローラ、ファン等のサーバ稼働に必要な各機器は、高速かつ信頼性が高いシステムが構築できるようなものを選定すること。</p>	
2	3	1	13	<p>サーバはブレードサーバ、もしくはラックマウントサーバであること。ただし電子カルテシステム以外の同時納入システムについては、構造を考慮した例外を認める。</p>	
2	3	1	14	<p>仮想環境を構成するサーバについては仮想化に対応したハードウェアであり、かつ仮想化ハイパーバイザーの動作が保障されていること。</p>	

ハードウェア共通要件					空白 239
項番				項目	仕様担保
2	3	1	15	サーバは、部門システムを含め当院サーバ室内に設置すること。ただし電子カルテシステム以外の同時納入システムについては、構造を考慮した例外を認める。	
2	3	2		バックアップ	-
2	3	2	1	バックアップは最低1日1回行うこと。またバックアップデータは最低月曜日から日曜日までの1週間分（7世代）は保存できること。バックアップは最低1週間に1回は全バックアップ、その他は差分バックアップとすること。	
2	3	2	2	バックアップデータから、一週間の任意の曜日のデータにリストアができること。	
2	3	2	3	バックアップ中に診療業務に支障が出るような急激なレスポンス悪化を起さないこと。	
2	3	2	4	バックアップ媒体は、堅牢性を考慮し、データ容量、リストアの容易性、コスト等を検討の上、磁気テープまたは外部HDDとすること。	
2	3	2	5	上書き中であっても、いずれかのメディアに復旧可能なバックアップデータが1つ以上確保されること。	
2	3	2	6	外部HDDは、ミラーリング等の冗長化構成等の障害対策が行われていること。	
2	3	2	7	BCPに対応し、電子カルテシステム及び医事会計システムのフルバックアップのデータをネットワークから分離した状態で保管すること。	
2	3	2	8	サーバやネットワークへの物理的な被害に備え、単独で動作可能な障害時用端末等を準備し、過去の診療記録が閲覧できること。	
2	3	3		サーバラック	-
2	3	3	1	サーバはサーバラック（以下「ラック」という。）に格納すること。ラックはEIA規格の19インチ規格とし、ねじ穴はユニバーサルピッチとすること。	
2	3	3	2	当院サーバ室内にある空きラックが納入機器に対応する場合は利用可能とする。	
2	3	3	3	ラック内のサーバ、周辺機器の配置、奥行き等は空気の流れ、LANケーブル、電源ケーブル等の取り回し、将来の機器追加等を考慮し、適切で余裕のある配置、大きさとすること。	
2	3	3	4	ラック内のサーバ、機器にサーバ名、IPアドレス等を記載したラベルを貼ること。また電子カルテ、部門システム等の区分で背景色を変える等、容易に識別できること。	
2	3	3	5	各ラックのサーバ、機器の配置、重量、消費電力等を記載した配置図を作成し、ラックに掲示すること。また発注者にWord、Excel形式で提出すること。	
2	3	3	6	ラック内のサーバでコンソールを共有する場合、デスクトップ画面にサーバ名、IPアドレス等を表示し、操作しているサーバを容易に識別できること。またディスプレイ切り替え装置にもサーバ名等を表示すること。	
2	3	3	7	ラック内のサーバでコンソールを共有する場合、将来機器追加時にコンソールを追加することが無いよう、ポートに余裕を設けたり、ポートを拡張できること。	
2	3	3	8	部門システム等、同一システム及び関連システムのために、同一及び隣接するサーバラック内に複数のサーバ機器及びストレージを収容する場合、通信速度の向上、ネットワーク経路の単純化、LANケーブルの整理のために、必要に応じてサーバラック内にスイッチングHUBを設置すること。	
2	4			無停電電源装置	-
2	4	1		基本要件	-
2	4	1	1	サーバラームに設置される全サーバ、ネットワーク機器等の重要機器の電源バックアップ、瞬間的な電力変動に対応可能な無停電電源装置を設置し、停電時、電気設備点検時にも5分以上の電源バックアップができること。	
2	4	1	2	サーバ室内に設置しないサーバがある場合は、無停電電源装置を個別設置し、停電時に5分以上の電源が確保できること。	
2	4	1	3	停電時、無停電電源装置からサーバへ停電発生を通知し、状況によりサーバの自動シャットダウンが動作する仕組みとすること。	
2	5			仮想サーバ	-
2	5	1		基本要件	-
2	5	1	1	電子カルテサーバ及びストレージは仮想化すること。なお、電子カルテサーバ以外の各部門システムサーバにおいても原則仮想化を行うこととするが、必須ではない。	
2	5	1	2	費用対効果の高いサーバ仮想化を提案すること。また本調達範囲外の当院が指定する部門システムサーバの仮想化が必要となった場合、協議に応じ、その費用に含めること。	
2	5	1	3	サーバ仮想環境については、必要なスペックを算出し、最適なサイジングを行うこと。	
2	5	1	4	ハイパーバイザは、ウイルス対策及びセキュリティ管理上のメリットから、Windows等の汎用OSではなく仮想化専用のハイパーバイザとすること。	
2	5	1	5	ハイパーバイザは仮想化対象のOSのみならず、可能な限り最新のOSに対応できること。	

ハードウェア共通要件					空白 239
項番	項目				仕様担保
2	5	1	6	仮想サーバで動作する各アプリケーションライセンスは、ライブマイグレーションの対象となる物理サーバ数としてカウントされる場合がある。仮想マシンが動作する物理サーバを固定できる機能や、仮想環境のリソースの分割やクラスタ設計等を行ってコストが最小限となるような構成とすること。	
2	5	1	7	仮想サーバは複製機能があり、導入時や運用で速やかな端末への複製ができること。また、ストレージと連携し高速に複製ができること。	
2	5	1	8	複数の仮想サーバの構築を行う際、一括展開できるように仮想サーバのテンプレートをカタログとして利用できること。	
2	5	1	9	システム間、ネットワークセグメント間のセキュリティを確保するため、仮想サーバ単位のファイアウォールをカーネルレベルで実装できること。また、コスト及び運用負荷削減のため、無償かつ容易にファイアウォール及び通信ルールの追加ができること。また仮想サーバ削除時は、通信ルールも自動的に削除できること。	
2	5	1	10	仮想サーバの性能向上のため、ストレージと連携しI/O性能を向上させる機能があること。また、必要に応じて仮想サーバが配置されるストレージ領域単位でI/Oやネットワークの通信量を制限できること。	
2	5	1	11	ウィルススキャンやパターンファイルの更新時に、仮想サーバに負荷が掛からないよう、ハイパーバイザ上でウィルス対策を行う機能があること。	
2	6			仮想化ネットワーク	-
2	6	1		基本要件	-
2	6	1	1	仮想化ネットワークは、仮想環境基盤データ保存用のストレージ・エリア・ネットワーク、仮想サーバライブマイグレーション用のネットワーク、データバックアップ・リストア用のネットワーク、仮想環境基盤管理用のネットワークを構築すること。またハードウェアレベルで冗長化し、最適な通信が行えるよう構築すること。なお、ストレージ・エリア・ネットワークはレスポンス向上のため、閉域ネットワークとすること。	
2	6	1	2	仮想スイッチを統合し、設定の一元化、ポート単位での通信制御ができること。	
2	6	1	3	仮想環境における仮想マシン、ネットワークの動的なリソース割当て、管理及び制御を、複数の仮想サーバ、仮想端末に対して行える分散スイッチ機能があること。	
2	6	1	4	全ての仮想サーバに対して、統一したネットワーク設定が行なえ、仮想環境変更時の負担を軽減できる機能があること。	
2	6	1	5	通信制御について、帯域の制御（トラフィックシェーピング）が入力側、出力側共にできること。	
2	7			仮想化運用管理	-
2	7	1		基本要件	-
2	7	1	1	仮想サーバ、仮想デスクトップが使用するリソース等を監視するツール（以下「監視ツール」という。）があること。ツールはWebブラウザを利用したものであり、リソース状況、異常箇所等が速やかに確認できる画面構成であること。	
2	7	1	2	監視ツールは、定期的又は任意のタイミングで情報を取得し、表示できること。	
2	7	1	3	監視ツールに表示するCPUやメモリ使用率等の各項目は、任意に変更できること。	
2	7	1	4	CPUやメモリ使用率等が設定値を超えた場合、監視ツールに警告メッセージが表示されること。	
2	7	1	5	将来のシステム追加、更新の際、リソース増加等を反映し、数年後の仮想環境を予測できるシミュレーションが管理者においてできること。またシミュレーション条件を保存できること。	
2	7	1	6	仮想サーバ、仮想デスクトップ、ストレージ等仮想環境で稼働している各機器のログを一括管理できること。また他の管理ツールと連携し、各機器の仮想環境リソースとログを関連付けた統合的な分析ができること。	
2	7	1	7	OSライセンス削減のため、監視ツールに関するソフトウェアは仮想アプライアンスであること。	
2	8			仮想環境開発体制	-
2	8	1		基本要件	-
2	8	1	1	病院情報システムの最適な仮想環境の構築、安定稼働、障害耐性の向上、導入・保守コストの削減等を実現するため、一般病床400床以上の他の医療機関において、仮想環境システムの導入経験がある技術者を開発メンバに加えること。また他の医療機関での経験、ノウハウを生かした開発を行うため、開発当初から仮想化ベンダの技術者を発注者との協議の場に参加させること。	
2	9			端末	-
2	9	1		基本要件	-
2	9	1	1	電子カルテクライアント端末の基本要件とする。なお、部門システムは、必要に応じて電子カルテ端末として使用できること。またWindowsの再ログイン等を行うことなく、同一デスクトップ画面から起動できること。	

ハードウェア共通要件				空白 239
項番	項目			仕様担保
2	9	1	2	CPU、メモリ、HDD等は、画面遷移、検索、更新等が3秒以内に終了できる性能があること。部門システムにおいて、同時に電子カルテ、部門システムを操作してもレスポンスの悪化がないこと。部門システムのワークステーション等特別な機能を持つ端末においては、それに対する十分な使用をシステム一式内で調整し費用に含めること。
2	9	1	3	デスクトップ端末の主要部分のスペックは以下のとおりとすること。 OS：Windows 11 Pro または Windows 10 Pro CPU：Intel Core i-5以上 メモリ：8GB以上 ディスク：SSD 256GB以上
2	9	1	4	ノート端末の主要部分のスペックは以下のとおりとすること。 OS：Windows 11 Pro または Windows 10 Pro CPU：Intel Core i-5以上 メモリ：8GB以上 ディスク：SSD 256GB以上 ディスプレイ：FullHD キーボード：テンキー付き マウス：USBマウス付き
2	9	1	5	デスクトップ端末はDVD-ROM以上の光学ドライブがあること。
2	9	1	6	デスクトップ端末、ノート端末のマウスは有線（USB）とし、光学式又はレーザー式とすること。
2	9	1	7	デスクトップ端末、ノート端末は、Word、Excel、PowerPointをインストールすること。
2	9	1	8	デスクトップ端末、ノート端末は「各種電波利用機器の電波が埋込み型医療機器へ及ぼす影響を防止するための指針（総務省）」を順守すること。
2	9	1	9	デスクトップ端末のディスプレイは原則ワイド型とし、23.5インチ（1920ピクセル×1080ピクセル）以上のカラーディスプレイであること。ただし部門システムにおける表示要件については用途に合わせた例外を認める。
2	9	1	10	デスクトップ端末は、2面モニター構成にでき、必要なグラフィックボードがあること。
2	9	1	11	継続利用するディスプレイについて、接続端子が必要な場合は必要数用意すること。
2	9	1	12	手術室に設置するデスクトップ端末は、ディスプレイポールへ設置し、室内を移動可能な状態とすること。
2	9	1	13	高精細2Mモニター（DICOM対応）、高精細2Mモニター（DICOM簡易対応）、通常モニターは、文字の見やすさ、画面のチラツキ抑制、輝度の容易な調整等、利用者の疲労軽減に配慮されたものであること。
2	9	1	14	デスクトップ端末のキーボードは、有線（USB）であること。
2	9	1	15	デスクトップ端末のネットワーク接続は有線とし、1000BASE-T以上の規格であること。
2	9	1	16	ノート端末のディスプレイは15.6インチ（1920ピクセル×1080ピクセル）以上あること。
2	9	1	17	セキュリティポリシー等の一括管理ができること。
2	9	1	18	各端末本体、ディスプレイに、端末名、設置場所等が識別できるように、ラベルを貼ること。
2	9	1	19	設置した各端末の一覧、配置図を作成すること。また発注者にWord、Excel形式で提出すること。
2	9	1	20	端末はプリントスクリーンでき、1回のキーボード操作で画面が印刷できること。
2	9	1	21	端末障害時、リカバリが容易に行えるように対策を行なうこと。
2	9	2		24型液晶ディスプレイ（高解像）
2	9	2	1	階調特性がDICOM Part 14に準拠していること。
2	9	2	2	毎回キャリブレーションすることなく、CRやCT、内視鏡など表示画像の種類ごとに最適な表示モード(DICOM, CAL1, CAL2, Custom, sRGB, Text等)に切替えができること。
2	9	2	3	10bit多階調同時表示ができること。
2	9	2	4	液晶駆動方式はIPS方式であること。
2	9	2	5	解像度1920×1200ピクセル、アスペクト比16：10に対応するワイドモニターであること。
2	9	2	6	水平178° /垂直178° 以上の視野角があること。
2	9	2	7	画面の標準輝度は410cd/m ² 以上あること。
2	9	2	8	画面コントラスト比の標準値は1350:1以上であること。

ハードウェア共通要件				空白 239	
項番	項目			仕様担保	
2	9	2	9	信号入力端子として、DVI-D もしくは DisplayPortがそれぞれ1端子以上あること。	
2	9	2	10	医用画像表示用モニタの品質管理ガイドライン（JESRA-X0093）に準拠していること。	
2	9	2	11	製造メーカーによる輝度180 cd/m ² の維持が15000時間以内保証されていること。	
2	9	2	12	製造メーカーにて、5年間の保守対応が可能であること。	
2	9	2	13	製造メーカーにより動作確認が行われているグラフィックスボードを必要数用意すること。	
2	9	2	14	モニタの縦・横回転ができること。また回転した際、画面の向きが自動、又は利用者の容易な操作で変更できること。	
2	9	3		24型液晶ディスプレイ（医療用高解像）	-
2	9	3	1	バックライトは広色域LEDであること。	
2	9	3	2	10bit多階調同時表示ができること。	
2	9	3	3	液晶駆動方式はIPS方式であること。	
2	9	3	4	解像度1920×1200ピクセル、アスペクト比16：10に対応するワイドモニターであること。	
2	9	3	5	水平178° / 垂直178° 以上の視野角があること。	
2	9	3	6	画面の標準輝度は400cd/m ² 以上あること。	
2	9	3	7	製造メーカーによる120cd/m ² の維持が5年間かつ10,000時間以内の保証されていること。	
2	9	3	8	画面コントラスト比は1500:1以上であること。	
2	9	3	9	液晶パネルの同時発色数は、1677万色以上であること。	
2	9	3	10	信号入力端子として、DVI-D、DisplayPort、HDMIがそれぞれ1端子以上あること。	
2	9	3	11	電源投入後3分間で輝度、色度、階調特性が安定するように設計されていること。	
2	9	3	12	内蔵キャリブレーションセンサーを保有していること。	
2	9	3	13	製造メーカーによる5年間または使用時間10000時間以内における保守対応が可能であること。	
2	9	3	14	モニタの縦・横回転ができること。また回転した際、画面の向きが自動、又は利用者の容易な操作で変更できること。	
2	9	4		24型液晶ディスプレイ その他付帯事項	-
2	9	4	1	機器と合わせて液晶ディスプレイの品質管理ツールを合わせて用意すること。	
2	9	4	2	手術室設置用に液晶ディスプレイスタンドを10台用意すること。組立、取付、設置作業も調達に含めること。	
2	9	5		55V型フルハイビジョン液晶ディスプレイ	-
2	9	5	1	バックライトは直下型LEDバックライトであること。	
2	9	5	2	10bit多階調同時表示ができること。	
2	9	5	3	水平178° / 垂直178° 以上の視野角があること。	
2	9	5	4	画面の標準輝度は240cd/m ² 以上あること。	
2	9	5	5	解像度1920×1080ピクセルに対応するワイドモニターであること。	
2	9	5	6	可動車輪付きのディスプレイスタンドを用意し設置すること。	
2	9	5	7	画面コントラスト比は5000:1以上であること。	
2	9	6		23.8型液晶ペンタタブレット	-
2	9	6	1	解像度1920×1080ピクセルに対応すること。	
2	9	6	2	電磁誘導方式により、画面に直接電子ペンで作業ができること。	
2	9	7		医療用辞書機能	-
2	9	7	1	医療用辞書はATOK医療辞書もしくは同等以上の機能がある医療辞書が使用できること。	
2	9	7	2	医療用辞書は、医療関連の専門用語が50万語以上登録されていること。	
2	9	7	3	医療用辞書は、一般医学用語や診療科固有の病名、検査等用語が登録されていること。	

ハードウェア共通要件				空白 239
項番	項目			仕様担保
2	9	7	4	医療用辞書は、日本医学会医学用語管理委員会（日本医師会）の医学用語辞典が登録されていること。また変換時に推奨する表記として表示されること。
2	9	7	5	病名は一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC）の標準病名マスタに準じた変換ができること。
2	9	7	6	標準病名マスタの更新があった時、医療用辞書も定期的に更新されること。
2	9	7	7	診療科名、検査名、薬剤名等診療業務で使用する略称から正式名に変換できること。
2	9	7	8	医療用語を日本語から英語に変換できること。
2	9	7	9	薬剤名は商品名から一般名に変換できること。
2	9	7	10	ユーザの変換結果を学習するユーザ辞書があること。ユーザ辞書は端末固有ではなく、ログイン時のユーザIDにより異なる端末でも使用できるよう、ユーザ辞書を端末間で引き継げること。
2	9	7	11	ユーザ辞書は毎日バックアップし、辞書障害時に容易に復旧できること。
2	9	7	12	応援診療等、短期的に電子カルテ、部門システムを使用するユーザーがいるため、医療用辞書のライセンスは、端末数に基づくライセンス等、ユーザ数に基づかないライセンスであること。
2	9	7	13	医療用辞書のライセンスは、ハードウェア端末数量一覧に記載の数量を確保すること。
2	10			バーコードリーダ
2	10	1		基本要件
2	10	1	1	読み取り方式は、CCDスキャンやレーザスキャン方式とすること。
2	10	1	2	バーコードリーダの種類は、手持ち式、固定式とすること。ペン式等の小型のものは不可とする。
2	10	1	3	端末との接続は原則有線とし、USB等で行うこと。
2	10	1	4	有線バーコードリーダの場合、2メートルのケーブル長があること。
2	10	1	5	JIS Z 2801相当の抗菌仕様であること。
2	10	1	6	IP42相当の防塵・防滴仕様であること。
2	10	1	7	強度の目安として、高さ1.5mからコンクリート床面に15回(5面3サイクル)自由落下後、読み取りが可能なレベルであること。
2	10	1	8	UPC-A、UPC-A Add-on、UPC-E、UPC-E Add-on、EAN/JAN-13、EAN-13 Add-on、EAN/JAN-8、EAN-8 Add-on、Code 39、NW-7 (Codabar)、Industrial 2 of 5、Interleaved 2 of 5、Code 93、Code 128、GS1-128、MSI/Plessey、Matrix 2 of 5、Code 11、GS1 DataBar、GS1 DataBar Limited、GS1 DataBar Expandedの規格に対応したバーコードが読み取り可能なこと。
2	11			ハンディターミナル（マグネット充電付）
2	11	1		基本要件
2	11	1	1	ハンディターミナル端末は、現場での利用における耐久性を重視し、キーエンス社製 DX-A600 とすること。
2	11	1	2	マグネット式充電ケーブル（OP-88604相当）、電源アダプタ（OP-88565）、端末管理ソフトウェア（マネジメントツール BT-HMT1相当）を含めること。
2	11	1	4	RAMは3GB以上あること。
2	11	1	5	ROMは16GB以上あること。
2	11	1	6	無線はIEEE802.11 a/b/g/n/ac以上の規格であること。
2	11	1	7	OSはAndroidであること。
2	11	1	8	夜間の運用を快適にする設定モードがあること。
2	11	1	9	患者ID、職員バーコード、薬剤ラベル、検体ラベル等のバーコードを読み取り、電子カルテ等のシステムと連携できること。
2	11	1	3	電子カルテシステムにおけるハンディターミナル利用の設定作業を含めること。
2	11	1	10	落下防止のためのストラップがあり、首掛け等できること。
2	11	1	11	携帯情報端末設置場所の省スペース化のため、一つの電源で複数台充電できたり、複数台収納可能なスタンドを用意する等の配慮をすること。
2	12			プリンタ
2	12	1		基本要件
2	12	1	1	プリンタはネットワークプリンタとし、任意のプリンタへ出力できること。

ハードウェア共通要件					空白 239
項番				項目	仕様担保
2	12	1	2	プリンタのネットワーク接続は有線とし、100BASE-T以上の規格であること。	
2	12	1	3	設置場所の業務量に対して十分な処理速度があること。	
2	12	1	4	給紙トレイ又は手差しによる給紙ができること。	
2	12	1	5	500枚以上給紙可能な拡張給紙セットを搭載すること。	
2	12	1	6	必要に応じて、給紙カセット（オプション給紙を含む。）と給紙トレイ、又は手差しにより、異なった用紙を同時に3種類まで連続給紙ができること。	
2	12	1	7	バーコードが印刷できること。	
2	12	1	8	一次元バーコードは、JAN/EAN13/-8、UPC-A/E、ITF、NW-7、CODE39/93/128等に対応すること。	
2	12	1	9	二次元バーコードの印刷間隔0.25mm以上であること。	
2	12	1	10	二次元バーコードはQRコード、PDF417等に対応すること。	
2	12	1	11	プリンタはラベル用紙も含めた紙詰まりの少なさ、連続印刷及び長期間使用における耐久性等の安定稼働に優れた機種とすること。	
2	12	1	12	モノクロプリンタ（A3・A4）及びカラープリンタ（A3）は、原則レーザープリンタとする。	
2	12	1	13	モノクロプリンタ（A3・A4）及びカラープリンタ（A3）は、両面印刷が可能であること。	
2	12	1	14	端末名に基づき、出力先を変更でき、管理や設定変更ができること。	
2	12	1	15	管理設定は、受託者が行うこと。	
2	12	2		各プリンタ詳細	-
2	12	2	1	モノクロプリンタ（A3・A4）の最大解像度は2400dpi相当以上であること。	
2	12	2	2	モノクロプリンタ（A3）はA3、B4、A4、B5、A5、はがきが印刷できること。	
2	12	2	3	モノクロプリンタ（A4）はA4、B5、A5、はがきが印刷できること。	
2	12	2	4	カラープリンタ（A3）の解像度は最大解像度は9600dpi相当以上であること。	
2	12	2	5	カラープリンタ（A3）はA3、B4、A4、B5、A5、はがきが印刷できること。	
2	12	2	6	モノクロプリンタ（A3・A4）及びカラープリンタ（A3）の動作音は、動作時：56dB以下、待機時：30dB以下とする。	
2	12	2	7	ラベルプリンタの解像度は203dpi相当以上であること。	
2	12	2	8	ラベルプリンタは感熱方式であること。	
2	12	2	9	リストバンドプリンタの解像度は305dpi相当以上であること。	
2	12	2	10	リストバンドプリンタは感熱・熱転写両方に対応可能な方式であること。	
2	13			スキャナ	-
2	13	1		A4ドキュメントスキャナ基本要件	-
2	13	1	1	解像度は600dpi以上であること。	
2	13	1	2	読み取りは片面、両面でA4まで、半折りでA3までできること。	
2	13	1	3	読み取り速度は片面で25枚/分（A4）以上であること。また、用紙サイズの自動検知、斜行の補正、白紙をスキップ、読み取り画像の補正（明るさ、色等）ができること。	
2	13	1	4	走査方式は読み取りヘッドは固定され、原稿が移動する方式であること。	
2	13	1	5	バーコードの読み取りができること。一次元バーコードはUPC/EAN/JAN、CODE39、CODE128、NW-7（CODABAR）、ITF、二次元バーコードはQR、PDF417、DATA MATRIX等とする。	
2	13	1	6	オートシートフィーダ機能があること。	
2	13	1	7	読み取り画像は、JPEG、PDF、TIFF、GIF、PNG、ビットマップ等に変換できること。	
2	13	1	8	原稿に記載されているバーコードを読み取り、対応するフォルダに画像が保存されること。	

ハードウェア共通要件				空白 239	
項番			項目	仕様担保	
2	13	1	9	スキャナ本体にワンタッチボタンが1つ以上あり、予め登録した読み取り設定で読み取りできること。またアプリケーションにも設定を複数登録できること。	
2	13	1	10	読み取り設定が保存でき、設定ファイルをコピーすることで、他の端末にも同じ設定が適用できること。	
2	13	1	11	電子カルテシステムの文書保存と連携可能であること。	
2	13	2		A4フラットスキャナ基本要件	-
2	13	2	1	解像度は600dpi以上であること。	
2	13	2	2	読み取りは片面、両面でA4まで、半折りでA3までできること。	
2	13	2	3	読み取り速度は片面で25枚/分（A4）以上であること。また、用紙サイズの自動検知、斜行の補正、白紙をスキップ、読み取り画像の補正（明るさ、色等）ができること。	
2	13	2	4	走査方式は読み取りヘッドは固定され、原稿が移動する方式であること。	
2	13	2	5	バーコードの読み取りができること。一次元バーコードはUPC/EAN/JAN、CODE39、CODE128、NW-7（CODABAR）、ITF、二次元バーコードはQR、PDF417、DATA MATRIX等とする。	
2	13	2	6	読み取り画像は、JPEG、PDF、TIFF、GIF、PNG、ビットマップ等に変換できること。	
2	13	2	7	原稿に記載されているバーコードを読み取り、対応するフォルダに画像が保存されること。	
2	13	2	8	スキャナ本体にワンタッチボタンが1つ以上あり、予め登録した読み取り設定で読み取りできること。またアプリケーションにも設定を複数登録できること。	
2	13	2	9	読み取り設定が保存でき、設定ファイルをコピーすることで、他の端末にも同じ設定が適用できること。	
2	13	2	10	電子カルテシステムの文書保存と連携可能であること。	
2	14			医療用カート	-
2	14	1		基本要件	-
2	14	1	1	導入するノートパソコンを搭載可能であること。	
2	14	1	2	静音設計で耐久性の高い高性能キャスターを採用していること。	
2	14	1	3	天板を除き、トレイを3段搭載可能であること。	

ユーザ管理共通要件				空白 35	
項番	項目			仕様担保	
3	1			ユーザ管理共通要件	-
3	1	1		本項目の前提	-
3	1	1	1	本仕様書は電子カルテシステム（以下「電子カルテ」という。）、各部門システムのユーザ管理について共通要件を記載したものである。電子カルテは以下のとおりとし、部門システムも各仕様書に特段の記述がない限り以下のとおりとする。	
3	1	2		基本要件	-
3	1	2	1	24時間365日のユーザログインができ、電子カルテ、各部門システムを使用した診療業務ができること。	
3	1	2	2	ユーザ情報のバックアップは1日1回行うこと。また最低1週間（月～日）分のバックアップデータを保持すること。	
3	1	3		権限管理	-
3	1	3	1	権限は、システム管理者権限、システムベンダ保守用権限、一般ユーザについては職種に応じた権限を設けることができること。	
3	1	3	2	システム管理者権限は、当院のシステム管理者がシステム管理、ユーザ管理等を行うために使用する特権権限とすること。IDは個人単位に発行し、パスワードの変更ができること。	
3	1	3	3	システムベンダ保守用権限は、システムベンダ保守員がシステム保守を行うために使用し管理者権限に準じた特権権限とするが、保守対象に応じたシステムしか特権権限を与えないこと。またIDは個人単位に発行し、パスワードの変更ができること。	
3	1	3	4	一般ユーザ権限は、管理者以外の一般職員が業務を行うために使用し、システム環境の変更ができないものとする。またIDは個人単位に発行し、パスワードの変更ができること。	
3	1	4		ユーザ管理	-
3	1	4	1	常勤する医師、看護師、コメディカル、事務職、委託職員等、職種の異なるユーザを一元管理できること。	
3	1	4	2	ユーザ単位で、開始年月日、終了年月日の有効期限が設定できること。	
3	1	4	3	研修医から常勤医師、看護師の正職員から嘱託職員へ変更等、同一ユーザのIDに対して属性設定の変更対応ができること。	
3	1	4	4	管理者、ユーザ、職種等の組み合わせによる権限を設定できること。また権限のない機能は業務画面に表示しない、又は画面上で明暗・色等で明確に識別できるようにし、使用できないこと。なお、ユーザの規定の診療科以外の対応も可能な仕組みとすること。	
3	1	4	5	管理者、ユーザ、職種、所属、委員会等の組み合わせによる権限を設定できること。	
3	1	4	6	ユーザ単位で、麻薬施用者免許証記載の番号（以下「麻薬免許番号」という。）の管理ができること。	
3	1	4	7	登録済みのユーザマスタ等のマスタデータをCSVファイルで出力できること。	
3	1	5		パスワード	-
3	1	5	1	各システムは、ID・パスワードでログインできること。また入力したパスワードはアスタリスク等で表示され、画面に表示しないこと。	
3	1	5	2	パスワードを一定回数間違えると、ログイン停止やアプリケーションが終了する等の設定ができること。	
3	1	5	3	パスワードはユーザが変更できること。	
3	1	5	4	パスワードはセキュリティを考慮し、最低桁数の設定や、数字、英語（大文字・小文字）、記号等の文字種の組合せを設定できること。	
3	1	5	5	パスワードの有効期限は管理者が一括して設定できること。また有効期限前には、ユーザログイン時に警告メッセージが表示されること。表示を開始する期間は管理者が設定ができること。	
3	1	5	6	有効期限経過後は、パスワードを変更しないとログインできないこと。変更後は端末側で再起動等が必要なく直ちに業務を開始できること。	
3	1	5	7	パスワードは、同じパスワードへの変更ができない等の設定ができること。	
3	1	5	8	ユーザパスワードは、管理者による初期化ができること。	
3	1	5	9	生体認証やカード認証に対応できる拡張性があること。	
3	1	5	10	「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」の「システム運用編14」に記載されている「令和9年度時点で稼働している医療情報システムに対して、原則として二要素認証を採用すること」の条件に対応するしくみを構築すること。その構築や必要機器の調達にかかる費用も含めること。	
3	1	6		ログオン連携	-
3	1	6	1	ユーザ情報は、電子カルテはリアルタイムで、部門システムはリアルタイム又はバッチ等により1日1回以上更新ができること。バッチ等による場合は手動起動で更新できること。	

ユーザ管理共通要件				空白 35	
項番				項目	仕様担保
3	1	6	2	必要に応じ、連携先部門システムとのユーザ情報の変換ができること。	
3	1	7		ユーザ情報移行	-
3	1	7	1	システム稼働時の初期登録において、ユーザ情報を個別入力するのではなく、既存システムの情報を引き継ぎ、一括して登録できること。	
3	1	8		操作ログ・アクセスログに係る機能要件	-
3	1	8	1	構築する各システムにおける操作ログやアクセスログを抽出、管理できること。	
3	1	8	2	患者の個人情報の不正閲覧を防止するために、不正アクセスの監視や情報漏えい監視を行う操作ログやアクセスログ参照ツールが実装されていること。	
3	1	8	3	利用者ログイン情報、患者カルテ選択、カルテ情報参照、カルテ情報印刷のログが管理できること。	
3	1	8	4	システム管理者は、電子カルテの「利用者ログ」「患者ログ」「制限患者ログ」を、電子カルテ端末から閲覧可能なこと。	
3	1	8	5	アクセス状況検索は、以下の要件を満たすこと。	
3	1	8	6	利用者ID単位、患者ID単位に表示でき、その結果を元に端末単位に絞り込みができること。	
3	1	9		セキュリティ監視に係る要件	-
3	1	9	1	各ログは最大10年の保存期間に対応できること。	
3	1	9	2	セキュリティ監視に関連するハードウェアに障害が発生し、ログが保存できなくなった場合でも病院情報システムの運用に影響を与えないこと。	

電子カルテ・部門システム共通要件				空白 99
項番	項目			仕様担保
4	1		電子カルテ・部門システム共通要件	-
4	1	1	本項目の前提	-
4	1	1	1 本項目は電子カルテシステム（以下「電子カルテ」という。）、各部門システム全般について共通要件を記載したものである。電子カルテは以下のとおりとし、部門システムも別途項目に特段の記述がない限り以下のとおりとする。	
4	1	2	システム基本事項	-
4	1	2	1 病院情報システムの各業務アプリケーションは、基本的にパッケージソフトウェアを利用することとする。	
4	1	2	2 パッケージソフトウェアは、業務アプリケーション機能仕様を満足する上で、最適なものを採用する。	
4	1	2	3 システム詳細仕様確認・検討の過程で、データ入力・参照画面、マスタ設定画面、出力帳票、他システム連携機能等のインターフェースに関して、ユーザに十分な説明を行うこととするとともに利用者の操作性に配慮して改良を行うこと。	
4	1	2	4 今回導入システムのパッケージ機能であれば、本仕様にて要求が無い場合であっても、利用できる前提で、提供すること。	
4	1	2	5 通常考えられる運用をサポートする機能であれば、本仕様に記載がなくても、機能を削除しないこと。提案から外さないこと。	
4	1	2	6 ハード・ソフトともに、運用するために必要と考えられるものはすべて提供すること。	
4	1	2	7 システム機能のみで運用に支障がある場合、当院と協議すること。その際、他院事例を紹介するなどして、機能修正するか、他院で実施されている運用での回避方法を提案すること。	
4	1	2	8 標準運用フローを提供するとともに、ヒアリングを実施して、当院にあった運用フローを提供すること。標準運用フローを提供できない場合は、近い事例の運用フローを提供すること。	
4	1	2	9 システム導入にあたっては、病院現場・関係者の業務負担が増大しない工夫や、効率改善への提案をし、病院と協議のうえ有効な機能を組み込むこと。その必要な協議にかかる費用についても含めること。	
4	1	2	10 各システムは、診療業務に影響を与えないよう、高速かつ信頼性の高いシステムを構築すること。	
4	1	2	11 情報システムは、24時間365日の安定した連続運用が可能であること。（制限がある場合は提案時に通知すること）	
4	1	2	12 サーバはタイムサーバと1日1回以上、時刻同期ができること。またサーバと端末、接続機器等間も同じタイミング、または起動時に時刻同期を行い、病院情報システム（以下「HIS」という。）全体で統一されること。	
4	1	2	13 一般ユーザが、端末のシステム設定を変更できないこと。	
4	1	2	14 端末へのプログラム配信やマスタの配信は、端末起動時に自動的に行なわれること。	
4	1	2	15 開始年月日等のパラメータ日付は特に指定のない場合、開始日の午前0時をもって有効となり、終了日の午後12時をもって無効となること。	
4	1	2	16 データベースに記録される時間は秒単位で記録されること。また一覧表等の画面表示は分単位でも内部的には秒単位で並び変えができること。	
4	1	2	17 前項以外に、一部の職員しか使用しないシステムの場合、包括ライセンス、同時使用ライセンス、端末数に基づくライセンス等、ユーザ数に基づかないライセンスであること。	
4	1	2	18 統計等のデータ集計には、システムテスト用の架空患者データを含めないこと。	
4	1	2	19 既存の電子カルテシステムが有する機能が網羅されていること。	
4	1	3	セキュリティ	-
4	1	3	1 個人情報保護、情報セキュリティについても「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、最新版の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省）」等の法律、各種ガイドライン等を遵守し、患者のプライバシー保護に十分配慮された高度なセキュリティ機能があること。	
4	1	3	2 サーバ、端末において、推測されにくいログインパスワード（例：英大文字、英小文字、数字、記号をランダムに組み合わせた8桁以上など）とすること。	
4	1	3	3 システム導入時にシステム、関連ソフトウェア及びハードウェア等において、最新のセキュリティパッチの適用、ウイルス対策ソフトのインストール等のセキュリティ対策を行うこと。	
4	1	3	4 ウイルス対策ソフトは定義ファイルの定期的更新（最低月1回程度）を行うこと。	
4	1	4	ログ	-
4	1	4	1 各システム内でログインID、ログイン時間、ログアウト時間、操作内容、操作者名等のログ情報が記録できること。	
4	1	4	2 操作ログは、ID、日付、患者、端末名等の組み合わせによる検索ができること。	
4	1	4	3 電子カルテの閲覧履歴画面にて、過去の参照履歴が表示されること。	
4	1	4	4 ログはCSV等による出力ができること。ID、日時、患者、端末名等の組み合わせによる出力ができること。	
4	1	4	5 特定の操作権限者におけるカルテ情報の印刷、ユーザのログ管理ができること。	
4	1	5	スクリーンセーバ・自動ログオフ	-

電子カルテ・部門システム共通要件				空白 99
項番	項目			仕様担保
4	1	5	1	端末を一定時間操作しない場合には、スクリーンセーバが起動すること。起動時間は、端末単位またはユーザ単位による個別設定ができること。また端末単位によるON/OFFができること。
4	1	5	2	端末を一定時間操作しなかった場合には、システムから自動ログオフできること。自動ログオフ時間は端末単位またはユーザ単位による個別設定ができること。また端末単位によるON/OFFができること。
4	1	5	3	電子カルテシステムの自動ログオフ時には画面上に警告ができること。自動ログオフの開始時間設定は管理者による変更ができること。
4	1	5	4	電子カルテシステムの自動ログオフ後の同ユーザによる再ログイン時はログオフ前の操作状況に戻ることができること。
4	1	6		閲覧制限
4	1	6	1	電子カルテにおいて、患者単位で閲覧制限ができること。
4	1	6	2	制限する項目は、職種、所属等による区分等に応じて変更できること。
4	1	7		マスタ設定・管理
4	1	7	1	マスタ登録、変更、削除は、メンテナンス画面からの変更等統一した修正方法とすること。修正時にメンテナンス画面以外にテキストファイルや設定用ファイル、プログラムソース等を個別に修正する必要がないこと。
4	1	7	2	英数字で登録された各マスタ項目は、内容が分かるよう漢字等でメンテナンス画面に表示できること。できない場合はマニュアル等を提供すること。
4	1	7	3	システム導入時のマスタ設定は発注者の指示、承認のもと受託者が行うこと。設定マスタの内容については発注者が最終確認をとることとする。稼働後のマスタの追加、変更、削除は発注者による実施または保守サポート要員が実施した内容について発注者の確認を受けることを原則とするが、メンテナンス画面がないマスタは、発注者の指示のもと受託者が行うこと。
4	1	7	4	システム導入時、受託者は雛形となるマスタを提供すること。マスタは一般病床400床以上の他の医療機関で稼働実績があり、かつカスタマイズが少ないものであること。
4	1	7	5	一般社団法人医療情報システム開発センター（以下、MEDISという）が提供する各種マスタを利用できること。
4	1	8		データ連携
4	1	8	1	関連するデータ連携については別表4を参考のこと
4	1	8	2	連携障害等の発生時、復旧後は未送信分を自動的に再送信できること。
4	1	8	3	連携障害等の発生時、復旧後は未受信分を自動的に再受信できること。
4	1	8	4	今回の医療情報システム更新対象でない継続利用する既存システムと連携を行なうこと。
4	1	8	5	既存の各種検査機器やME機器、モニタ機器のデータやデジタルカメラ画像等の情報は、速やかに電子カルテに連携できること。連携された画像は、電子カルテで閲覧できること。
4	1	8	6	現行システムで接続している各種検査機器やME機器とは、システム更新後も接続ができること。
4	1	8	7	システム稼働後に、第三者が当院にシステムや機器を導入し、HISと連携する際には、当該第三者に対して無償で、連携フォーマットやプロトコル等を速やかに開示すること。
4	1	14		参照系システム
4	1	14	1	電子カルテの障害に備え、本番系とは独立した参照系電子カルテを構築すること。
4	1	14	2	電子カルテ停止時でも、停止直前までの全ての診療データの参照ができること。
4	1	14	3	参照系電子カルテでは外来患者、入院患者、現在、過去を問わず、全患者の診療録、病名、注射、処方、検査、食事等のオーダ履歴、検査結果、画像結果、検温表、必要時指示、レポート、文章、入退院履歴、患者の基本情報等本番系電子カルテと同じ情報が閲覧できること。
4	1	14	4	本番系へのデータ入力後、リアルタイムに参照系電子カルテに連携されること。
4	1	14	5	患者と診療期間を指定し、カルテの印刷ができること。
4	1	14	6	アクセスログが本番系と同様に保存され、参照できること。
4	1	15		レスポンス
4	1	15	1	電子カルテの患者カルテを表示する際は、表示領域のデータを先に読み込む等速やかに画面表示できる機能があること。
4	1	15	2	電子カルテ診療録の画像情報は、患者カルテの初期表示では読み込まない、又はサムネイル画像のみ読み込む等の設定ができること。

電子カルテ・部門システム共通要件				空白 99
項番	項目			仕様担保
4	1	15	3	電子カルテ診療録に貼付ける画像容量の上限設定ができること。できない場合、カルテ容量等の定期チェックができること。
4	1	15	4	レスポンスが悪化した場合、速やかに調査し原因究明を行なうこと。
4	1	15	5	レスポンスの低下原因がシステム的なものである場合、原則として受託者負担で、ハード交換を含む技術的対策を行なうこと。
4	1	16		表示・操作性
4	1	16	1	同一システム内では画面構成や操作性について、一貫性、統一性があり、ユーザが閲覧、操作しやすいこと。
4	1	16	2	入力が必要な項目や、次の操作が分かりやすい画面構成、画面遷移であること。
4	1	16	3	入力の負担軽減、速度向上のため、項目選択、定型文、日付等の定型化できるものは、チェックボックス、テンプレート、カレンダーによる日付選択等による容易な方法で入力できるようにすること。
4	1	16	4	検索については、患者ID、氏名、性別、生年月日等、複数の項目を組み合わせで検索できること。また、あいまい検索のルールが統一されていること。
4	1	16	5	患者の身長、体重、退院サマリ等、入力済みの情報が他の入力項目に自動連携される等、負担軽減可能な機能を備えていること。
4	1	16	6	日付はカレンダー形式で表示できること。
4	1	16	7	土曜日は青、日曜日及び祝日、年末年始は赤等、外来休診日を色を変えて表示できること。
4	1	17		受付業務
4	1	17	1	外来患者の受付番号は、再来受付システムと連携し、電子カルテや関連部門システムに表示できること。また、診察表示板システムと連携し、診察室の電子カルテ端末より容易な操作で患者呼び出しができること。
4	1	17	2	外来患者と入院患者をあわせて、同一日に同姓同名の患者がいた場合、自動的にチェックされ、表示等で明確に識別でき警告表示がされること。
4	1	17	3	バーコードを読み取り、患者受付ができること。
4	1	17	4	個別の項目受付と一括した項目受付ができること。
4	1	17	5	受付時にコメントを入力することができること。
4	1	17	6	入力したコメントは、受付一覧や個別画面で表示されること。
4	1	17	7	受付一覧で日付やステータス、検査項目等複数の表示項目を設定できること。
4	1	17	8	受付一覧の初期値は、端末設置場所毎で設定を保存できること。
4	1	17	9	受付一覧では、受付時間を過ぎた場合は、遅延していることが分かるよう色等で識別できること。
4	1	17	10	受付一覧では、来院済み、受付済み、一時終了、検査終了、診察終了、会計済等のステータスによって識別できること。
4	1	17	11	受付一覧にて、その他検査の内容や検査時間が表示されること。
4	1	17	12	受付一覧にて、受付済み患者の取消が行えること。また、取消をした場合は、コメントを入力できること。
4	1	17	13	受付一覧にて、該当患者の検査履歴を参照することができること。なお、別画面による表示でもよいものとする。
4	1	17	14	受付一覧と個別画面にて、検査日未定の情報も表示できること。なお、別画面による表示でもよいものとする。
4	1	17	15	受付一覧は、1分以内での自動再表示機能があり情報が最新化されること。レスポンス悪化等の業務への支障をきたさないこと。
4	1	18		印刷
4	1	18	1	各帳票は、ネットワークまたは個別に接続された任意のプリンタに印刷させることができること。
4	1	18	2	各帳票は帳票種別、出力端末設置場所等の情報により、部門を跨ぐ任意のプリンタに印刷させることができること。これらの情報はマスタ管理でき、電子カルテと連携ができること。
4	1	19		移行作業
4	1	19	1	電子カルテや部門システム等の全ての既存システムのマスタ情報（項目や項目の組合せ、クリニカルパス、定型文等を含む）を抽出し、運用上支障が出ない範囲で移行できること。なお、移行範囲は発注者との移行に関する協議に基づき、新運用との整合性を考慮し確定すること。

電子カルテ・部門システム共通要件				空白 99	
項番			項目	仕様担保	
4	1	19	2	電子カルテや部門システム等の全ての既存システムの患者情報、診療録（SOAP等）、オーダ情報、画像、検査結果、レポート、文書、医事会計、レセプト等のデータを運用上支障が出ない範囲で移行できること。なお、移行範囲は発注者との移行に関する協議に基づき、新運用との整合性を考慮し確定すること。	
4	1	19	3	診療録（SOAP等）については、添付画像、シエマ等の情報も合わせて移行でき、導入する電子カルテで見読できること。	
4	1	19	4	既存の電子カルテで発行した未来日のオーダ（予約枠取得が伴うオーダも含む）が、導入する電子カルテでも自動的に継続して利用できること。なお、移行範囲は発注者との移行に関する協議に基づき、新運用との整合性を考慮し確定すること。	
4	1	19	5	既存の電子カルテで発行したオーダが、導入する電子カルテでも流用（DO）入力、オーダ変更、中止、実施入力ができる形式で移行すること。なお、移行範囲は発注者との移行に関する協議に基づき、新運用との整合性を考慮し確定すること。	
4	1	19	6	看護支援システムにおける体温表、ワークシートのデータが、運用上支障が出ない範囲で移行できること。なお、移行範囲は発注者との移行に関する協議に基づき、新運用との整合性を考慮し確定すること。	
4	1	19	7	導入するシステムで移行データを閲覧する場合の業務効率を考慮して、移行後のデータが検索しやすい（診療科別、文書タイトル別、日付別、入院期間別等）形式で移行されること。	
4	1	19	8	将来の病院情報システム更新の際データ移行が必要となる場合には、発注者に対し必要となる全ての情報（データベース構造、定義、コード情報、データ間のリレーション等）を提供し、発注者が移行作業に利用することを認めること。また、データ移行に協力すること。	
4	1	19	9	既存システムからの移行データについて原本性を保障すること。もしくは、原本性が担保できるよう対処すること。	
4	1	19	10	全データの移行ができない場合は、既存システムの参照用サーバ構築費用を含めること。データ移行や参照用サーバの構築に必要な費用は、現行システムのベンダーであるSBS情報システムへ確認すること。	
4	1	20		開発体制	-
4	1	20	1	病院情報システムの中心となる電子カルテベンダーは、病院情報システム全体の導入が円滑に進むように、他社の部門システムも含めたシステム導入に関する適切なプロジェクト管理を行い、当院からの問い合わせや依頼事項についても窓口となり誠実に対応すること。	
4	1	20	2	病院情報システムの導入に当たっては、本要求仕様書の内容について良く理解し、当院と要件についての認識の齟齬がないよう内容を確認したうえで業務に従事すること。	
4	1	20	3	次期システムの安定した稼働ができるよう、導入するシステムについての十分な知識・経験を有した人員を配置すること。	
4	1	21		システム環境切替え	-
4	1	21	1	既存システムから導入するシステムへの切替えは、診療業務の停止や影響が可能な限り伴わないよう、切替計画を立て、発注者の承認を得ること。また切替計画は利用者の負担が少なくなるよう考慮すること。スケジュール等は委託契約締結から1ヶ月以内に方法を示すこと。	
4	1	21	2	IPアドレスは、既存システムと重複しないよう、かつ各フロア別や機器別で体系立てする等、既存ネットワークベンダーと協力して分かりやすいアドレスとすること。	
4	1	21	3	端末やプリンタ等の機器が新旧で混在する場合、設置スペース等診療現場に負担が少なくなるよう考慮すること。スケジュール等は委託契約締結から1ヶ月以内に方法を示すこと。	
4	1	21	4	稼働後の立会いについては、一定期間、一定の要員を配置すること。期間、要員数など詳細については、当院と協議の上、進めること。	

運用管理・保守共通要件				空白 57	
項番	項目			仕様担保	
5	1			運用管理・保守共通要件	-
5	1	1		基本的要件	-
5	1	1	1	保守範囲は、今回調達するすべてを対象とできること。当院の要望により、保守対象を設定できること。	
5	1	1	2	電子カルテ、部門システムの障害発生時は、当院の担当者と連絡、協議し、障害の早期解決に当たること。	
5	1	1	3	診療報酬改定に伴うプログラム変更作業を実施すること。	
5	1	1	4	当院側の誤操作による障害時の回復作業もしくは、原因不明時の回復作業を支援すること。	
5	1	1	5	電子カルテ等の重要システムについては、24時間365日、受付窓口にて一次対応ができる体制を有すること。	
5	1	1	6	電子カルテ等の重要システムの障害発生時には、原則、平日業務時間内は45分以内、平日夜間、休日についてはこれに順じ可能な範囲で保守員による障害対応が始められること。また、部品交換が必要な場合、夜間、休日でも交換できる体制を整えること。	
5	1	1	7	当院からの障害又は質問を受け付けたら、受付記録を作成し、進捗管理を行うこと。解決した場合は、対応経緯、結果を当院に書面にて速やかに回答すること。回答に時間を要する場合は継続的な管理を行い、定期的に経過報告を行うこと。	
5	1	1	8	当院からの障害に関する質問は受付後1営業日以内に調査状況等について報告を行うこと。又はシステム操作や運用に関する質問については受付後、2営業日以内に調査状況等について当院へ報告すること。	
5	1	1	9	障害又は質問受付時、過去の同種事例を速やかに参照、回答できるよう受付記録を管理すること。	
5	1	1	10	システム異常発生時、発生状況を確認し、どの箇所で異常が発生しているかの一次切り分けを行うこと。また、影響度、影響範囲等から重要障害かどうかを判断し、障害の重要度に応じて事前に決められた方法で当院や関係ベンダに連絡を行うこと。	
5	1	1	11	異なるベンダー間のシステムの不具合においても、両社で調査・調整を行い報告をすること。	
5	1	1	12	電子カルテシステム運用業務の受託者は月次報告書を作成し、作業実績状況、サービスレベルの達成状況、情報システムの定期点検状況、リスク・課題の把握・対応状況、問題・インシデントの把握・対応状況等について報告すること。	
5	1	1	13	前項の月次報告書には電子カルテベンダだけでなく、同時納入の部門ベンダ等の報告も含めること。	
5	1	1	14	運用管理・保守作業に関し、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」、最新版の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省）」「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン（経済産業省）」等の法律、各種ガイドライン、並びに当院の諸規定を順守しなければならない。また、再委託先も同様とする。	
5	1	1	15	運用管理・保守作業に関し、情報セキュリティに関する事件・事故、ウイルス感染等が発生し、受託者の責に帰すべき事由による場合は、当院は当該事故等を受託者の名称を含めて公表することがある。受託者は原状復帰に必要な費用を負担する。また、再委託先も同様とする。	
5	1	1	16	運用管理・保守作業に関し、受託者が個人情報保護、セキュリティの各種規定に違反した場合、当院は契約を解除することができる。なお、受託者が受けた損害について当院は負担しない。また、再委託先も同様とする。	
5	1	1	17	運用管理・保守作業に関し、受託者は、個人情報保護、セキュリティの規定に違反したことにより当院に損害を与えた場合、その損害を賠償しなければならない。また、再委託先も同様とする。	
5	1	1	18	システム稼働後に、部門システム、既存医療機器の改修、変更等があった場合、関連箇所を含め原則保守の範囲内で対応すること。但し、既存システム、既存医療機器の更新、新規追加等の大規模な改修が必要となる場合は、当院と協議を行うものとする。	
5	1	1	19	医療業務に精通した24時間365日コールセンターを提供すること。	
5	1	1	20	他病院で起こったトラブル事例が整理されていること。トラブル発生時は全国の各拠点に通知し、同じ原因でトラブルが起らないよう管理する体制を有するとともに、重大なトラブルについては速やかにユーザーが把握できるよう障害情報を公開する仕組みを有すること。	
5	1	1	21	診療報酬改定にあたっては受託者が責任を持ってプログラムの適用、テストを実施すること。	
5	1	2		業務従事者の資格要件等	-
5	1	2	1	業務従事者は、Windows環境下でのコンピュータ運用経験を有すること。	
5	1	2	2	今回調達する基幹システム（電子カルテ、オーダリング、看護支援、部門システム）及び医事会計システムの操作、運用ができること。	
5	1	2	3	ハードウェア、ネットワーク、パソコン設定に必要な知識を有すること。	
5	1	2	4	業務従事者のうち、1名は、一般社団法人日本医療情報学会が認定する医療情報技師の資格を有するもの、または育成テキストの内容を精読し、システムの技術的側面のみならず、診療業務・診療報酬制度の概要や病院各部門の業務内容等について一定の理解があるものとし、その者を総括責任者とする。	

運用管理・保守共通要件					空白 57
項番				項目	仕様担保
5	1	2	5	運用・保守作業の業務従事者の体制については『運用・保守体制図』を作成し、当院が常に最新の作業体制情報（作業要員に求める資格要件の充足状況を含む。）を確認できるようにすること。	
5	1	2	6	体制変更の必要性が発生した場合、体制変更日の1か月前を目途に当院へ報告すること。	
5	1	3		総括責任者	-
5	1	3	1	総括責任者は、高度な業務知識、技術力及び問題解決力を有することはもちろんのこと、他の業務従事者の指導・監督を行う立場を有し、現場において責任者として迅速で適切な対応ができる者であること。総括責任者は、現場の状況を常時把握し、委託業務を管理し、現場における次の業務事項について処理をすること。	
5	1	3	2	委託業務の執行に係る必要な業務計画（勤務計画を含む）の作成ができること。	
5	1	3	3	作業担当者に対する指示、監督及び教育指導ができること。	
5	1	3	4	システムメーカーSE、CE等との連絡対応ができること。	
5	1	3	5	各種報告書などの作成及び提出ができること。	
5	1	3	6	障害時対応マニュアルの作成ができること。	
5	1	3	7	業務実施状況報告書の作成ができること。	
5	1	3	8	委託業務の実施に伴う委託者との連絡調整及びクレームへの対応ができること。	
5	1	3	9	委託者の業務監督職員との協議ができること。	
5	1	3	10	病院職員からの質問・要望に対してシステムの対応の可否の調査・回答を行うと共に、システムの対応が不可能な場合は代替案の提示ができること。	
5	1	3	11	その他、業務の円滑な遂行に必要な事項ができること。	
5	1	4		システム管理機能	-
5	1	4	1	本システム全体の管理機能は、安定稼働、障害予防、管理業務の効率向上を意識した構成とすること。	
5	1	4	2	各サーバを監視し、サーバ名、IPアドレス、OSを一覧表示し、CPU使用率、メモリー使用率、HDD空き容量等の基本情報、サーバ死活監視結果、障害状態、ログ等の内容を集中管理できること。	
5	1	4	3	オンラインやバッチ業務の異常（業務ジョブが異常終了等）を検知できること。あらかじめ決められた手順・方法により、異常状態を確認し、決められた方法で当院や関係ベンダに連絡を行うこと。	
5	1	4	4	電子カルテ、診療に影響の大きい重要なシステムの障害発生時には、システム管理者に自動で通知する機能があること。	
5	1	4	5	プリンタ管理機能として、各ネットワークプリンタの印刷枚数、トナー、用紙残量、IPアドレス等の監視表示ができ、プリンタ障害発生時は管理画面から障害内容を確認できること。	
5	1	5		ハードウェア、ソフトウェア保守	-
5	1	5	1	毎月1回以上、定期保守を行うこと。定期保守の内容は、サーバ、構成機器のOS、アプリケーション等のログ確認、エラー、警告等がある場合、必要に応じて予防保守の実施、システムデータ保存領域空き容量の確認、消耗品の確認、性能の監視及び動作状況の確認等である。	
5	1	5	2	保守は毎年契約とし、年度ごとで保守の延長が可能であること。	
5	1	5	3	保守対象の機器等が故障した場合、故障箇所の確認、機器本体の交換、部品交換等を行い、作業後は動作確認を実施すること。又、サーバ等システム期間機器類についての技術料、交換部品代は、前項の契約金額に含むこと。	
5	1	5	4	サーバやストレージ装置、LTOライブラリ装置などのドライバやファームウェア等を含むバージョンアップ情報や脆弱性情報の提供を行うこと。適用については稼働装置に関する共通不良が発生した場合の現地対策は無償、それ以外の場合は当院と協議するものとする。	
5	1	5	5	ハード保守対象機器の部品供給終了年月を終了予定日の1年前には、提示を行うこと。	

運用管理・保守共通要件				空白 57	
項番				項目	仕様担保
5	1	5	6	当院が行う電気設備の点検等に伴う停電において、事前協議の参加、手順等の確認を行い、停電当日は必要に応じて作業、立会い又は連絡体制を整えること。また、工事等による臨時停電の場合も同様とする。	
5	1	5	7	業務の見直し、関連システムの変更、障害等の理由により、保守対象に関連、影響があると見込まれる場合は、当院の要請に応じ打合せに参加又は助言等の対応を行うこと。	
5	1	5	8	システム稼働後も、OS、データベースベンダ等が提供するソフトウェア更新、障害情報について留意し、システムに影響がある場合は適切な対応を行うこと。また対応にシステム更新を伴う場合は、業務に影響が無いよう適切な方法・スケジュールを提案すること。	
5	1	5	9	リモート保守を行う場合は、リモート接続回線使用料も保守費用に含めること。（部門システムも含む。）	
5	1	5	10	リモート保守を行う場合は、設置費用も導入費用に含めること。（部門システムも含む。）	
5	1	5	11	リモート保守を行う場合は、セキュリティ対策のための通信機器ファームウェア更新等の作業費用も保守費用に含めること。（部門システムも含む。）	
5	1	5	12	リモート保守を行う場合は、情報漏洩が起こらない接続方式を採用するとともに、当院に内容を提案を行った上で協議すること。また、情報漏洩、外部からのデータ閲覧などセキュリティ対策に対する取り決め文書をかわすこと。	
5	1	6		運用サポート要員	-
5	1	6	1	導入システムも含めた院内の稼働システムが多岐にわたり、病院職員が全システムについて十分理解できるレベルを超えてきているため、受託者はシステム稼働後、常駐員による運用サポート業務体制を整えること。	
5	1	6	2	運用サポート保守業務の内容については別紙5の総合医療情報システム運用サポート業務仕様書を確認すること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
000_ソフトウェア基本要件				178
項番	項目			仕様担保
1	000		基本要件	-
1	000	1	電子保存要件	-
1	000	1	厚生労働省の「診療録等の電子媒体による保存について」に則り、3原則（真正性、見読性、保存性の確保）に対応したシステムであること。	
1	000	2	真正性の確保	-
1	000	2	1 ID、パスワード、ICカード、指紋認証等の組み合わせにより、利用者を認証できる機能を有すること。また、パスワードの入力間違いが一定回数以上あった場合に、そのIDにロックをかける機能を有すること。	
1	000	2	2 更新履歴（更新日時・更新者・更新内容）を確実に保存できること。	
1	000	2	3 過失または故意による書き換え・消去や不正参照を防止・検知できる機能を有すること。	
1	000	3	見読性の確保	-
1	000	3	1 職種別・目的別に対応したブラウザによる参照機能を有すること。	
1	000	3	2 随時電子カルテの内容を印刷できる機能を有すること。	
1	000	3	3 将来的に他メーカー製の電子カルテシステムに変更になっても見読性を保証すること。	
1	000	4	保存性の確保	-
1	000	4	1 法的に定められた診療録の保存期間以上に安全に保存できる機能を有すること。	
1	000	4	2 システムの更新により消去されたり、一部欠落することなく、患者の診療記録データが、当該患者の診療に支障を来たさない期間にわたり、保存されかつ利用できること。	
1	000	5	標準化	-
1	000	5	1 国が推奨する標準マスター（病名、手術処置、医薬品名、検査、医療材料等）に対応すること。	
1	000	5	2 システム間インターフェースとしてはHL7 (Ver.2.4以上)、DICOM (Ver.3.0)、IHE-Jに準拠すること。	
1	000	5	3 SS-MIX2標準化ストレージを構築する機能を有すること。	
1	000	6	システム運用	-
1	000	6	1 カルテ情報の入力、参照、オーダ入力が24時間可能なこと。	
1	000	6	2 院内が停電時、またはネットワーク障害が発生した場合でも、病棟単位で患者の診療記録データを参照する仕組みを有すること。	
1	000	6	3 災害時でも患者の診療記録が参照できるよう、遠隔地またはネットワークと分離したポータブルハードディスクなどデータのバックアップを保存し、参照する仕組みを有すること。	
1	000	6	4 サイバー攻撃対策として、システム構成ネットワーク上から分離したメディア等へバックアップを行い、データを復旧させることができる機能を有すること。	
1	000	7	個人情報保護	-
1	000	7	1 指定された患者カルテは、自由に閲覧出来ないように制限がかけられること。	
1	000	7	2 不正閲覧を抑制するため、アクセス履歴を保持し、特定部署にて不正アクセスの抽出が可能な機能を有すること。	
1	000	7	3 特定のユーザーでは、特定の患者以外のカルテは参照できないように制限がかけられること。	
1	000	7	4 電子カルテで患者の診療記録やオーダ情報が入力途中のまま席を外した場合、それらの情報が他者へ見られるのを防ぐため、一定時間後に電子カルテシステムを自動ログアウトする機能を有すること。その際、入力途中の診療記録やオーダ内容は一時保存され復元することが可能なこと。	
1	000	8	データ移行	-
1	000	8	1 既存電子カルテシステムの情報全てと利便性を継続利用可能とすること。	-
1	000	8	2) 診療記録（テンプレートで記載されたものを含む）、サマリ等	
1	000	8	3) カルテ内画像データ、シェーマ等	
1	000	8	4) 全オーダデータ	
1	000	8	5) 予約データ	
1	000	8	6) 入院データ	
1	000	8	7) 検査結果データ、レポート等	
1	000	8	8) 看護プロファイル、看護記録、看護計画、ケアデータ、バイタルデータ等	
1	000	8	9) 患者基本データ、患者プロファイル、感染症、身長体重、血液型、各種禁忌情報等	
1	000	8	10) 利用者情報	
1	000	8	11) 各種セットデータ（院内共通、診療科共通、個人）	
1	000	8	12) クリニカルパスデータ	
1	000	8	13) 病名データ	
1	000	8	14) 登録単語データ	
1	000	8	15) ATOKユーザ辞書登録データ	
1	000	8	16) ネットワークマイドキュメント内の各文書	
1	000	8	17) その他必要とされるデータ	
1	000	8	18 既存システムのデータは、新システムにおいて再利用可能な状態で移行が可能なこと。既存システムにおける全てのオーダ種において再利用の対応が難しい場合は、可能オーダ種を提示すること。全データの移行ができない場合は、既存システムの参照用サーバ構築費用を含めること。データ移行や参照用サーバの構築に必要な費用は、現行システムのベンダーであるSBS情報システムへ確認すること。	
1	000	8	19 既存電子カルテシステムのマスタを継続利用可能とすること。なお、継続利用におけるマスタ設定については、すべて更新作業業務内に含んで実施すること。	-
1	000	8	20) 患者基本関連マスタ	
1	000	8	21) 入院基本関連マスタ	
1	000	8	22) 病名オーダ関連マスタ	
1	000	8	23) 食事オーダ関連マスタ	
1	000	8	24) 処方オーダ関連マスタ	

電子カルテシステム				【参考値】空白
000_ソフトウェア基本要件				178
項番	項目			仕様担保
1	000	8	25) 6) 注射オーダー関連マスタ	
1	000	8	26) 7) 検体検査オーダー関連マスタ	
1	000	8	27) 8) 画像・生理検査オーダー関連マスタ	
1	000	8	28) 9) 病理オーダー関連マスタ	
1	000	8	29) 10) 予約オーダー関連マスタ	
1	000	8	30) 11) 手術オーダー関連マスタ	
1	000	8	31) 12) リハビリオーダー関連マスタ	
1	000	8	32) 13) 輸血オーダー関連マスタ	
1	000	8	33) 14) 基本属性マスタ (診療科、病棟、部署、場所等)	
1	000	8	34) 15) 病床マップマスタ (各病棟のホワイトボード情報を含む)	
1	000	8	35) 16) ユーザー関連マスタ	
1	000	8	36) 17) その他必要とされるマスタ	
1	000	9	カルテ情報入力	-
1	000	9	1 患者基本情報入力機能 (患者属性、病名、血液型、感染症情報、アレルギー、有害事象情報、受診歴、ケア情報 (重症度、安静度、金属情報 (ペースメーカー等))、更新日、部署、入力者等) が自由に設定できること。	
1	000	9	2 問診情報入力機能を有すること。	
1	000	9	3 手術記録入力機能を有すること。	
1	000	9	4 紹介状入力機能を有すること。	
1	000	9	5 各種サマリ入力機能を有すること。	
1	000	9	6 診療記録は、POS (Problem Oriented System : 問題指向型システム) に則り、 S (主観的な)、O (客観的な)、A (評価)、P (計画) にそった入力が可能であること。構造的に診療記録が可能なこと。他者が容易に理解し、診療記録データを有効に利用することができること。	
1	000	9	7 PACS参照画像や心電図等のデータを電子カルテデータの一部として簡単に貼り付け、また独自に保存できること。貼り付け時間は1秒以内に完了可能なこと。	
1	000	9	8 他院からの紹介状や手術同意書などの紙書類を、スキャンして電子カルテの一部として貼り付け、参照可能とすること。また、スキャンデータをPDF化できること。	
1	000	9	9 どこからでも、リアルタイムにカルテが見られて作成できること。	
1	000	10	カルテ情報参照	-
1	000	10	1 カルテ情報は、診療科別、オーダー種別、日別等のソート及び抽出検索が可能なこと。	
1	000	10	2 各種オーダーはカルテから入力可能とし、検査結果、Web画像、レポート等を多角的に参照ができること。	
1	000	10	3 クリニカルパスを利用したオーダーの一括入力とその進捗状況の参照ができること。	
1	000	10	4 カルテ参照画面にて「当該カルテ作成前後のオーダーを即時参照できるビューワー機能」を持つこと。当機能によって、医師及び病棟看護部門の確認作業が容易となること。	
1	000	10	5 看護情報としてのバイタルサイン、ケアフロー等のシームレスな参照ができること。	
1	000	10	6 検査履歴一覧から過去のレポート参照が容易に行えること。	
1	000	10	7 カルテ参照からオーダーのDo、修正、削除ができること。	
1	000	10	8 カルテ参照画面にて月、年、10年のオーダーのマトリクス表示ができること。	
1	000	10	9 カルテ参照画面にて検体検査時系列結果を参照できること。	
1	000	10	10 カルテ参照画面にてバイタル情報を参照できること。	
1	000	10	11 カルテ参照画面にて患者プロフィールを参照できること。	
1	000	10	12 カルテ参照画面にて患者の過去入院、外来受診の一覧を参照できること。(カルテ表紙機能)	
1	000	10	13 カルテ参照画面にて記録とオーダーを分けて参照できること。	
1	000	10	14 カルテ参照画面にて入院期間中オーダーの場合、異なる背景色で表示されること。	
1	000	10	15 カルテ参照画面にて文書種別、タイトル、プロブレム別でカルテを参照できること。	
1	000	11	入力支援機能	-
1	000	11	1 患者の主訴、既往歴、現病歴、身体所見、検査所見、プロブレム、治療計画、経過記録をカテゴリーごとのテンプレート・定型文・シェーマでの入力やタブレットでの入力を容易にできること。	
1	000	11	2 J P E G等の一般的なデータ形式の電子媒体による電子カルテへの取り込みが可能なこと。	
1	000	11	3 ワープロ入力機能を備え、個人毎の辞書を設定できること。(医学辞書を有すること) また、個人毎の辞書は院内のどの端末で電子カルテへログインする際にも利用が可能なこと。	
1	000	11	4 画面のフォント・色をユーザ毎に指定できること。	
1	000	11	5 各診療科の常用シェーマ等を入れた各診療科独自のカルテフォームを設定できること。また、カルテのフォームを各診療科にて簡単に作るためのツールを保有していること。	
1	000	11	6 シェーマ入力時にキーボードで入力した文字情報は、テキストとして保存でき、カルテ検索のキーワードとして利用できること。	
1	000	11	7 シェーマの新規登録・修正が可能なこと。	
1	000	11	8 シェーマはスキャナやデジタルカメラ写真の取り込みで登録できること。	
1	000	11	9 診療録などのテキスト入力時に入力支援ツールを起動できること。入力支援ツールは、五十音ごとの任意の単語 (文章)、または、よみがなと単語 (文章) の組み合わせとして登録することができること。	
1	000	12	レポート作成機能	-
1	000	12	1 電子カルテを参照しながら、放射線検査所見が、電子カルテと連動して作成できること。	
1	000	13	他部門との連携 (受付)	-
1	000	13	1 外来診療患者の受付が、リアルタイムに外来患者一覧表に表示されること。(以下の項目)	-
1	000	13	2) 1) 患者の受付番号	
1	000	13	3) 2) 患者氏名	

電子カルテシステム				【参考値】空白
000_ソフトウェア基本要件				178
項番	項目			仕様担保
1	000	13	4) 3) 予約日、予約時間	
1	000	13	5) 4) 受付時間	
1	000	13	6) 5) 患者区分(予約/予約外/初診/紹介等)	
1	000	13	7) 6) 診療科名	
1	000	13	8) 7) 医師名	
1	000	13	9) 8) 併科名称	
1	000	13	10) 9) 診察前検査の有無	
1	000	13	11) 10) 検査受付済みフラグ	
1	000	13	12) 11) 緊急検査結果報告の有無	
1	000	13	13) 12) 患者診療状態 (診療未、中断中、他科診療中、検査中、診察終了、e t c)	
1	000	13	14) 13) 受付時刻からの経過時間	
1	000	13	15) 14) 患者状態コメント	
1	000	13	16) 15) 患者注意情報	
1	000	13	17) 16) 患者診察開始時間	
1	000	13	18) 17) 患者診察終了時間	
1	000	13	19) 同姓同名の患者がいる場合、警告が出ること。	
1	000	13	20) 院内他科紹介の機能を有すること。	
1	000	13	21) 透析患者のベッド予約時間 (午前・午後) 受付が週ごとに行えること。	
1	000	13	22) 受付機で受け付けした際に受付票を印刷できること。	
1	000	14	他部門との連携 (患者待ち時間表示システム)	-
1	000	14	1) 診察の順番変更、患者の各診察室への振り分け等変更が可能であること。また、予約外患者を各診察室へ振り分ける際に、予約患者の診察順を「全予約患者の後ろ」や「一時間毎に一人ずつ予約患者の間に入れる」などのルールにより決定できるようにする。	
1	000	14	2) 患者一覧から特定患者の診察室への任意呼び込み操作ができること。また必要に応じて外来表示システムと連動して受付番号の表示、音 (チャイム音等) を出す仕組みを有すること。	
1	000	14	3) 電子カルテにおける診察終了操作により、外来表示システムに表示内容が更新されること。	
1	000	14	4) 電子カルテ内の一画面上で複数科、複数診察室の診察状況を把握することができ、表示されている診察室への割り振りや診察室の変更が可能なこと。	
1	000	15	他部門との連携 (オーダ)	-
1	000	15	1) 指定患者のオーダ結果 (検体検査、画像結果、e t c) が連携されて参照できること。	
1	000	16	他部門との連携 (地域連携室)	-
1	000	16	1) 紹介患者返書作成機能を有すること。	
1	000	17	他部門との連携 (問診)	-
1	000	17	1) 問診票の内容がカルテでも参照できること。(家族歴、職業歴、習慣、嗜好品、予防接種、既往歴、etc)	
1	000	18	他部門との連携 (救急外来)	-
1	000	18	1) 救急外来受付登録が可能なこと。	
1	000	18	2) 救急外来受付を行った患者一覧を表示できること。	
1	000	18	3) 統計用に救急外来詳細情報として下記の入力が可能なこと。	-
1	000	18	4) 1) 来院日時	
1	000	18	5) 2) 終了日時	
1	000	18	6) 3) 来院方法	
1	000	18	7) 4) 患者区分 (初診/再診)	
1	000	18	8) 5) 診療科名/医師名	
1	000	18	9) 6) 保険区分 (社保/国保/自費など)	
1	000	18	10) 7) 時間外加算 (自費/保険など)	
1	000	18	11) 8) 症状 (項目を自由にマスタ設定できること)	
1	000	18	12) 9) 病名	
1	000	18	13) 10) 転記情報 (帰宅/入院/転院/死亡など)	
1	000	18	14) 11) 処置 (項目を自由にマスタ設定できること)	
1	000	18	15) 12) 紹介情報 (紹介状有無、紹介元病院、紹介元医師、紹介先病院、紹介先病院など、紹介オーダが登録されている場合、自動取得すること。)	
1	000	18	16) 登録された救急外来詳細情報を集計することができること。	
1	000	19	文書作成支援機能 (患者情報検索機能)	-
1	000	19	1) 電子カルテシステム上に蓄積された情報を活用した各種文書の作成を支援して業務の効率化を図る機能とすること。(以下の患者情報を文書作成支援機能上で検索・参照できること。)	-
1	000	19	2) 1) 外来指示歴	
1	000	19	3) 2) 入院歴	
1	000	19	4) 3) 病名情報	
1	000	19	5) 4) 予約情報	
1	000	19	6) 5) 検査結果	
1	000	19	7) 6) 放射線画像	
1	000	19	8) テンプレートへの必要な患者情報の自動取り込みができること。	
1	000	20	文書作成支援機能 (テンプレート作成提供機能)	-
1	000	20	1) 以下の文書の作成用のテンプレートを提供できること。	-

電子カルテシステム			【参考値】空白
000_ソフトウェア基本要件			178
項番	項目		仕様担保
1	000	20	2) 紹介状返書
1	000	20	3) 紹介状
1	000	20	4) 診断書
1	000	20	5) 保険会社提出用診断書
1	000	20	6) 意見書
1	000	20	7) 手術誓約書
1	000	20	8) 輸血誓約書
1	000	20	9) 診療計画書
1	000	20	10) その他の文書
1	000	21	文書作成支援機能（テンプレート登録機能）
1	000	21	1 文書のひな型の修正・追加登録が随時できること。
1	000	22	文書作成支援機能（その他）
1	000	22	1 各種文書にインデックス情報を付加して保存・管理できること。
1	000	22	2 返書の作成状況等が確認できること。
1	000	22	3 自由にレポート作成ができること。
1	000	23	業務支援機能（院内メール）
1	000	23	1 電子カルテシステム内で使用できる院内メール機能を有すること。
1	000	23	2 院内メールには、患者情報および関連オーダー情報を紐付けることができること。
1	000	23	3 新着の院内メールがある場合、ログイン利用者へ通知する機能を有すること。
1	000	24	業務支援機能（TODO機能）
1	000	24	1 自分自身または特定の職員に対するToDoを登録する機能を有すること。
1	000	24	2 ToDoには、オーダー入力やオーダー確認などの電子カルテの操作を紐付けることができること。また、紐付けられた操作が実施された場合には、ToDoのステータスが自動的に完了に変わる。
1	000	24	3 未完了のToDoが登録されている場合、ログイン利用者へ通知する機能を有すること。その際、ToDoの期限までの日数に応じて通知方法が変わること。（期限が本日までの場合と期限が翌日の場合で色を変えるなど）
1	000	24	4 ToDoの一覧を検索する機能を有すること。
1	000	24	5 診療科、部署、職種などを指定して、複数の職員宛てにまとめてToDoを登録することができること。その際、全員が完了しなければそのToDoが完了しないか、誰か一人が完了すればそのToDoが完了になるかを選択できること。
1	000	24	6 ToDoの内容（作業者、件名、作業内容など）をセット化して流用できること。
1	000	24	7 ToDoとして登録された作業を、ログイン中に行うべきタスクとして登録ができること。また、そのタスクが未完了のままログアウトしようとした際には、警告が通知されること。
1	000	26	業務支援機能（ブックマーク機能）
1	000	26	1 患者のオーダー情報をブックマークする機能を有すること。また、オーダー履歴を表示する際にブックマークされたオーダーのみに絞り込んだ表示ができること。
1	000	26	2 ブックマーク登録する際に閲覧範囲（院内全体、特定の診療科のみ、自分のみ）、重要度、用途、コメントなどを登録できること。
1	000	26	3 ブックマークされたオーダーを検索する機能を有すること。また、検索されたオーダー内容をクリップボードへコピーする機能を有すること。
1	000	27	業務支援機能（ネットワークフォルダ機能）
1	000	27	1 利用者が任意のファイルをデータ保存するためのネットワークフォルダへのアクセスする機能を有すること。アクセス可能なフォルダは、利用者毎に指定ができること。
1	000	28	業務支援機能（DI機能）
1	000	28	1 DIの情報が参照できるようにDIシステムと適切に連携されること。
1	000	28	2 DIシステムの薬剤鑑別機能の情報を電子カルテシステムから呼び出し、利用できること。
1	000	28	3 カルテ指示歴に表示された薬品からDIシステムが参照できること。
1	000	29	業務支援機能（データ抽出）
1	000	29	1 各カルテ機能一覧項目よりデータ抽出がCSV等にて可能なこと。
1	000	29	2 対象項目は氏名・生年月日・ヨミガナ等・当院との協議とする。
1	000	29	3 患者指定にてオーダー種、文書種別ごと、日付ごとに作成物がわかる一覧が表示できること。
1	000	30	実績・保守
1	000	30	1 電子カルテシステム担当ベンダ（以下、担当ベンダという）は本調達のシステムインテグレータとしてシステムの導入を円滑に遂行できる安定的かつ健全な財政能力を有すること。
1	000	30	2 担当ベンダは誠実で迅速なアフターサービスおよび保守を行う体制が整備されていること。
1	000	30	3 電子カルテシステムはリモート接続による遠隔保守、障害対応ができること。ただし、機密保護に対して十分な対策が講じられること。
1	000	30	4 担当ベンダは障害が発生した場合、担当技術者は即座に復旧の見通しを示し、必要な措置を取れること。また、復旧後は必要に応じて業務に立ち会うこと。速やかに原因を究明し、再発防止および対応策を、病院へ文書にて報告すること。
1	000	30	5 担当ベンダはハードウェア、ソフトウェアの稼働状況について24時間監視する体制を整えること。異常発生時は即座に保守拠点に自働通報を行い、当病院業務への影響度を分析し、必要に応じて担当技術者を派遣し、当病院の指定する連絡先に連絡すること。
1	000	30	6 担当ベンダは厚生労働省標準規格およびSS-MIX（厚生労働省電子的診療情報交換推進事業）に関し本調達に必要な知識と技術を有し導入の実績があること。
1	000	30	7 その他、運用管理・保守共通要件に沿った対応が可能であること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
010_オーダー基本操作				43
項番	項目			仕様担保
1	010		基本機能	-
1	010	1	操作性・入力支援	-
1	010	1	1 操作性については、利用者にとって使いやすく、かつ操作ミス防止について配慮されていること。	
1	010	1	2 各種入力機能については、キーボード、マウスどちらでも操作できること。	
1	010	1	3 入力した内容については、入力したオーダー種に関わらず入力画面上で自由に編集ができること。キーボード入力時は方向キーにより入力画面上での移動ができること。	
1	010	1	4 入力した内容については、その時点でセットに登録できること。	
1	010	1	5 複数のオーダーを同一の画面で入力できること。	
1	010	1	6 データの読み込み時間を短縮するために、オーダー情報の呼び出し期間やオーダー種の絞り込みを任意に設定できること。	
1	010	1	7 ウィンドウサイズや文字フォントを、利用者ごとに変更できること。	
1	010	1	8 コピー&ペースト機能にて各種オーダーの入力ができること。	
1	010	1	9 発行済のオーダー情報の科変更、入外区分変更、病棟変更等に対してデータの不整合が発生しないように適切に排他制御が行われること。	
1	010	1	10 オーダー入力時でも科変更、入外区分変更、病棟変更等に対してデータの不整合が発生しないように適切に排他制御が行われること。	
1	010	1	11 全てのオーダー情報は画面または帳票にて任意のオーダー種ごとの一覧表示ができること。	
1	010	1	12 特定の患者を開いている場合でも検査結果速報や他科依頼通知等緊急的な情報がある場合は、画面を閉じることなく促す機能があること。	
1	010	1	13 入力中のオーダーや記録を保留する機能を有し、保留データの復帰/破棄を任意に選択できること。	
1	010	1	14 救急室など、利用者の入れ替わりの激しい部署での使用を想定し、オーダー発行時に改めて認証を行う機能があること。	
1	010	1	15 診療録などのテキスト入力時に入力支援ツールを起動できること。入力支援ツールは、五十音ごとの任意の単語（文章）、または、よみがな単語（文章）の組み合わせとして登録することができること。	
1	010	2	入力内容のセット化	-
1	010	2	1 各種入力機能のセットが登録できること。	
1	010	2	2 異なる種類の入力（処方・注射・検査等）を組合せ、セットの登録ができること。	
1	010	2	3 院内共通・診療科共通・利用者単位で任意にセットのグループを作成できること。	
1	010	2	4 セットは階層構造での管理もできること。	
1	010	2	5 開始日から数えて、複数の項目のそれぞれに第何日目に実施するかを指定できること。	
1	010	2	6 オーダー入力時、セットの内容については伝票形式で表示できること。自動表示された場合は、特に修正のない限り、1操作で入力が完了できること。	
1	010	3	入力内容の印刷	-
1	010	3	1 オーダー入力後即時でカルテ添付用のオーダー控え用紙の出力ができること。	
1	010	3	2 オーダー控え用紙の再出力ができること。	
1	010	3	3 ハードコピー機能により画面内容の印刷ができること。	
1	010	4	患者照会	-
1	010	4	1 診療科の一覧から診療科を選択できること。	
1	010	4	2 外来患者検索・入院患者検索・医師別患者検索・患者ID検索・患者名検索等さまざまな検索方法を有すること。	
1	010	4	3 患者一覧の表示項目を個人設定できること。	
1	010	4	4 患者一覧のソート順を個人設定できること。	
1	010	4	5 患者IDを手入力して選択を行う場合、「100」と「1000」などの入力間違えを防止するため、前ゼロを含めて7桁入力を必須とするこ	
1	010	5	セキュリティ	-
1	010	5	1 システムへはID、パスワードを必須入力とする。またパスワードは定期的に変更するよう注意を促し、本人自らがパスワードの変更をできること。	
1	010	5	2 職種ごと・オーダー種ごと、参照不可/参照のみ/登録などの権限の設定ができること。	
1	010	5	3 ログイン時に生体認証との連携実績があること。	
1	010	5	4 ログイン画面には病院基本理念や院内通知、システムマニュアルなど当院でも簡単に変更ができる画面を持つこと。	
1	010	5	5 一定時間経過した場合には、オートログオフする機能を有すること。また、オートログオフ時に入力中のオーダーは、保留オーダーとして保持されること。	
1	010	6	その他	-
1	010	6	1 緊急入院当日のオーダー内容は外来でオーダーされても入院会計できること。また入院中の外来オーダーデータは入院扱いとして利用できること。	
1	010	6	2 診療科、部署が個別に管理され端末の設置場所で規定値として部署を定義できること。	
1	010	6	3 発行済オーダーに関しては、システム稼働後のすべての履歴を調査できること。	
1	010	6	4 未来日オーダーの一括削除機能を有すること。	
1	010	6	5 患者死亡退院時は、未来日オーダーを自動削除すること。	
1	010	6	6 発行済オーダーのカルテ記載上の保険を一括して変更する機能を有すること。	
1	010	6	7 発行済オーダーをブックマークする機能を有すること。また、ブックマークしたオーダーのみを簡単に検索・閲覧ができること。	
1	010	6	8 各種オーダー入力機能やセットをマトリクス形式の画面から起動できること。	
1	010	6	9 未登録、または、登録済みの再診予約や検査予約について、複数のオーダーの予約日を1つの画面上で変更できる機能を有すること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
020_患者情報				88
項番	項目			仕様担保
1	020		患者情報	-
1	020	1	患者基本情報	-
1	020	1	1 患者重要情報を表示・入力・削除できること。(具体的には禁忌やDNRや輸血拒否など患者に関する重要な情報をフリー入力できること。)	
1	020	1	2 患者重要情報は定型文より選択できること。	
1	020	1	3 患者重要情報がある場合には、患者選択時に表示させ注意を促すことができること。	
1	020	1	4 患者の自宅の郵便番号・住所・電話番号・携帯番号・勤務先の情報、及び連絡先の名称・郵便番号・住所・電話番号が表示できること。	
1	020	1	5 自宅の郵便番号・住所等は、医事システムからの情報と連携し自動的に表示されること。	
1	020	1	6 連絡先は、家族や緊急連絡先等を考慮して、3つまで入力できること。	
1	020	1	7 連絡先には、キーパーソン・郵便番号・名称・住所・電話番号・メールアドレス・コメントが登録できること。	
1	020	1	8 電話番号は1つの連絡先に対して2つまで入力できること。	
1	020	1	9 各科ごとの最終来院日(受付日)が表示されること。	
1	020	1	10 各科ごとの最終退院日が表示されること。	
1	020	1	11 出産予定日を登録できること。	
1	020	1	12 死産情報を登録できること。	
1	020	1	13 死亡日を登録できること。	
1	020	1	14 死亡日を登録する場合には、院内/院外の区別とコメントを併せて登録できること。	
1	020	1	15 保険情報は、医事システムからの情報と連携し自動的に表示されること。	
1	020	1	16 保険情報としては、保険コード・名称・開始日・本家区分情報を表示できること。	
1	020	1	17 保険の詳細情報としては、保険者番号・記号番号・公費負担者番号・受給者番号を表示できること。	
1	020	1	18 保険の限定料情報に対応できること。	
1	020	1	19 入院情報を表示できること。(入院日・入院科・病棟・病室・主治医・担当医・担当看護師・救護区分・面会有無・入院目的は必須)	
1	020	1	20 血液型を参照できること。(血液型は検体検査の結果値が表示されることが望ましい。)	
1	020	1	21 身体情報として、最新の身長・体重・胸囲・視力・聴力を表示・入力できること。	
1	020	1	22 身体情報には、測定日を入力・表示できること。	
1	020	1	23 身体情報の測定履歴を表示できること。	
1	020	1	24 身体情報には、マスタメンテを用いて容易に項目が追加できること。	
1	020	1	25 身体情報の有効桁数(整数部および小数部)を項目ごとに設定できること。	
1	020	1	26 「診察待ちメール呼出」には診察順管理画面と連携するための呼出用メールアドレス・アドレス区分・最終登録日・確認メール送信日を表示できること。	
1	020	1	27 診察順管理画面と連携するための呼出用メールアドレス・アドレス区分を登録できること。	
1	020	1	28 確認用のテストメール送信ができること。	
1	020	1	29 予約情報(再診予約・検体検査・放射線等)を一覧表示できること。	
1	020	1	30 障害情報を表示・入力・削除できること。(具体的には視覚障害・聴力障害等の情報)	
1	020	1	31 検査禁忌情報を表示・入力・削除できること。(具体的にはペースメーカーや体内金属等の放射線に関わる情報)	
1	020	1	32 薬品アレルギー情報を表示・入力・削除できること。(具体的にはコードやビリン等の情報)	
1	020	1	33 禁忌コメントを表示・入力・削除できること。	
1	020	1	34 予防接種情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	35 抗生剤情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	36 搬送情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	37 禁忌・感染症情報(薬品アレルギー・薬品禁忌・食物禁忌・検査禁忌・禁忌コメント・障害・予防接種・抗生剤・搬送・感染症・細菌陽性)が、一覧表示できること。	
1	020	1	38 患者重要情報・障害情報・特別禁忌・感染症・細菌陽性・透析患者・紹介患者持参薬の有無等の情報については、患者選択後の基本画面に表示され注意を促すことができること。	
1	020	1	39 患者コメントを表示・入力・削除できること。(具体的には、かかりつけ医・薬局・既往歴・家族歴・生活歴・嗜好品やフリーコメント等の情報)	
1	020	1	40 詳細な患者コメントを表示・入力・削除できること。	
1	020	1	41 コメント入力時、凡例からも選択できること。	
1	020	1	42 コメントの更新履歴が表示できること。	
1	020	1	43 ADL情報を表示・入力できること。また、チャート形式で表示できること。	
1	020	1	44 家族構成情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	45 家族構成情報は、図形式とリスト形式のいずれの入力もできること。	
1	020	1	46 リスト形式の家族構成情報としては、氏名・当院患者ID・続柄・生年月日・連絡先・電話番号が登録できること。	
1	020	1	47 当院患者IDのある家族の場合は、患者IDを登録することでその患者情報から氏名・生年月日・連絡先・電話番号を取得できること。	
1	020	1	48 当院患者IDを登録された家族の場合は、患者を切り替えずに当該患者のカルテを参照できること。	
1	020	1	49 患者状態図情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	50 治験情報を表示・入力・削除できること。	
1	020	1	51 治験情報としては、内容・診療科・担当医師・開始日・終了日・ポップアップの有無が登録できること。	
1	020	1	52 ポップアップの有無で「有」を選択した場合には、患者選択時に治験情報をポップアップ表示できること。	
1	020	1	53 紹介情報、紹介履歴の表示および、紹介状関連文書の閲覧ができること。	
1	020	1	54 紹介情報としては、対象となる項目ごとに項目名・登録日・更新者・登録日時が表示できること。	
1	020	1	55 紹介情報の項目はマスタメンテで追加・削除できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
020_患者情報				88
項番	項目			仕様担保
1	020	1	56	紹介履歴としては、当該患者に関する当院への紹介履歴として登録日・紹介日・療機関名称・診療科・状態・紹介終了日・部門コメントが表示できること。
1	020	1	57	紹介履歴1件ごとに借用資料の管理ができること。
1	020	1	58	現在服薬中の薬を表示できること。
1	020	1	59	ペースメーカ情報を表示・入力・削除できること。
1	020	1	60	ペースメーカ情報としては、番号・登録日付・販売会社・植込日付・植込病院・現在の状態・郵便番号・電話番号・住所・死亡日・備考が登録できること。
1	020	1	61	備考は2つ登録できること。
1	020	1	62	郵便番号・電話番号・住所・死亡日については患者情報からコピーできること。
1	020	1	63	入力内容の修正・削除ができること。
1	020	1	64	入力した情報はペースメーカの更新を単位として履歴管理できること。
1	020	1	65	履歴一覧には番号・登録日付・植込日付が表示されること。
1	020	1	66	履歴一覧から1件選択し、ペースメーカ情報を表示できること。
1	020	1	67	履歴一覧では、操作により削除されたペースメーカ情報を表示できること。
1	020	1	68	院外処方情報を表示・入力・削除できること。
1	020	1	69	画像を登録・削除できること。
1	020	1	70	画像は画像ファイルと共に種別・コメントが登録できること。
1	020	1	71	画像ファイルとしては、BMP・JPEG・GIF・PNG・PDFファイルが登録できること。
1	020	1	72	登録時のプレビュー画面では表示倍率が指定できること。
1	020	1	73	登録後のプレビュー画面では、クリップボードへのコピーおよびPDFファイルの参照ができること。
1	020	1	74	社会福祉情報を表示・入力・削除できること。
1	020	1	75	かかりつけ医を表示・入力・削除できること。
1	020	1	76	かかりつけ医としては、医療機関名称・病院住所・電話番号・診療科・医師名・患者ID・病名・開始日・終了日・転帰・コメントが登録できること。
1	020	1	77	コメントは1件のかかりつけ医に対して最大5件まで登録できること。
1	020	1	78	既に登録済の紹介情報から医療機関名称・住所・電話番号・診療科・医師名を取得できること。
1	020	1	79	登録したかかりつけ医の情報は、病診連携オーダーでの医療機関選択時に候補として表示されること。
1	020	1	80	当該患者の氏名更新履歴が表示できること。
1	020	1	81	更新履歴画面には、氏名・カナ・更新日時が表示されること。
1	020	1	82	表示不要なデータを指定して「非表示」に設定できること。
1	020	1	83	非表示に設定されたデータは、通常の表示では画面に表示されないこと。
1	020	1	84	非表示に設定されたデータは、「全て表示する」とした場合には表示されること。
1	020	1	85	当該患者の住所更新履歴が表示できること。
1	020	1	86	更新履歴画面としては、住所・更新日時が表示されること。
1	020	1	87	当該患者の保険証（スキャン）が表示できること。
1	020	1	88	当該患者と同姓同名患者の一覧を表示できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
030_電子カルテ基本				205
項番	項目			仕様担保
1	030		電子カルテ	-
1	030	1	基本	-
1	030	1	1 厚生労働省の「診療録等の電子媒体による保存について」に則り、3原則（真正性、見読性、保存性の確保）に対応したシステムであること。	
1	030	1	2 カルテ情報の入力・参照、オーダ入力・参照が機器メンテナンス時間帯を除き24時間できること。	
1	030	1	3 診療記録は、POS（Problem Oriented System：問題指向型システム）に則り、S（主観的な）・O（客観的な）・A（評価）・P（計画）にそった入力ができること。	
1	030	1	4 リアルタイムにカルテを閲覧・作成ができること。	
1	030	1	5 看護情報としてのバイタルサイン等のシームレスな参照ができること。	
1	030	1	6 電子カルテシステムダウン時用のカルテ閲覧機能を有すること。	
1	030	1	7 障害時カルテ参照では、参照用バックアップファイルを作成することで、障害時であっても、カルテの閲覧ができること。	
1	030	1	8 障害時カルテ参照では、参照用バックアップファイルをポータブルHDDに保存することで、電子カルテネットワーク外でもカルテの閲覧ができること。	
1	030	1	9 障害時カルテ参照では、患者ID、カナ氏名、生年月日、性別等をキーとして患者検索ができること。	
1	030	1	10 障害時カルテ参照では、指定患者の以下の情報が閲覧できること。	-
1	030	1	11 オーダや記録のカルテ閲覧	
1	030	1	12 バイタル情報	
1	030	1	13 検査結果	
1	030	1	14 エリア参照カルテでは、ノートパソコンに入院患者の情報を保存できること。	
1	030	1	15 エリア参照カルテでは、病棟患者一覧等から患者検索ができること。	
1	030	1	16 エリア参照カルテでは、通常のカルテ参照機能と同等の機能を有すること。	
1	030	1	17 SS-MIX*標準化ストレージの構築ができること。	
1	030	1	18 SS-MIX*普及推進コンソーシアムで提言された拡張ストレージの構築ができること。	
1	030	1	19 *厚生労働省電子的診療情報交換推進事業 SS-MIX（Standardized Structured Medical record Information eXchange）	-
1	030	1	20 HL7FHIR*出力に対応していること。	
1	030	1	21 以下のHL7FHIR出力形式に対応していること。	-
1	030	1	22 HS036 処方情報 HL7FHIR記述仕様	
1	030	1	23 HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	
1	030	1	24 HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	
1	030	1	*国際標準規約 HL7FHIR HL7（Health Level Seven） FHIR（Fast Healthcare Interoperability Resource）	-
1	030	1	26 IHE ITインフラストラクチャのプロファイル PDQm を用いた標準化対応ができること。	
1	030	1	27 部門システムとの接続において、HL7FHIRでの連携対応ができること。	
1	030	2	プロブレム	-
1	030	2	1 プロブレムと病名は独立して管理できること。	
1	030	2	2 プロブレム番号は自動で発行できること。	
1	030	2	3 プロブレムが所見入力画面に反映できること。	
1	030	2	4 アクティブなプロブレムを診療科ごとあるいは全診療科で一覧表示できること。	
1	030	2	5 未解決プロブレムのみ抽出し表示できること。	
1	030	2	6 看護計画からプロブレムの取り込みができること。	
1	030	2	7 同一診療科のプロブレムが一つしかない場合に、SOAP入力時にプロブレムが自動反映できること。	
1	030	3	所見	-
1	030	3	1 1シート1プロブレムの形式の設定ができること。	
1	030	3	2 1日に複数回の所見を入力した場合は、入力順の表示ができること。	
1	030	3	3 テンプレートを利用しての入力ができること。	
1	030	3	4 テンプレートを修正した場合は、そのテンプレートを用いた過去データは入力した時点でのテンプレートの表示できること。	
1	030	3	5 検査結果等のデータをコピー&ペースト等で取り込みができること。	
1	030	3	6 同じ画面で、テキスト入力・図形入力ができること。	
1	030	3	7 デジタルカメラ等の画像の添付ができること。	
1	030	4	インフォームドコンセント	-
1	030	4	1 記入日順に一覧表示ができること。	
1	030	4	2 記入した内容の印刷ができること。	
1	030	5	退院サマリー	-
1	030	5	1 入院について入院科ごとに退院サマリーを記述できること。	
1	030	5	2 テンプレートを利用しての入力ができること。	
1	030	5	3 検査結果等のデータをコピー&ペースト等で取り込みができること。	
1	030	5	4 同じ画面で、テキスト入力・図形入力ができること。	
1	030	5	5 デジタルカメラ等の画像の添付ができること。	
1	030	5	6 サマリーの作成状況を管理できること。	
1	030	5	7 サマリーの検索ができること。	
1	030	5	8 入院時カルテを指定して、その中のあらかじめ決められた項目の情報を取り込めること。	
1	030	5	9 手術実施情報を指定して、その中のあらかじめ決められた項目の情報を取り込めること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
030_電子カルテ基本				205	
項番	項目			仕様担保	
1	030	5	10	サマリの記載内容を退院サマリ項目画面からセット登録できること。	
1	030	5	11	サマリ印刷時に、「匿名印刷」ボタンから印刷したサマリは患者氏名等の個人情報をマスキングして印刷できること。	
1	030	6		共通	-
1	030	6	1	記録の雛形を院内共通・診療科共通・利用者単位に作成できること。（退院サマリ、看護記録等も含む）	
1	030	6	2	雛形には、コンボボックス・テキストボックス・チェックボックス・ラジオボタン・ラベルが定義できること。	
1	030	6	3	リッチテキストでも雛形の作成ができること。	
1	030	6	4	雛形には、患者ID・氏名・BMI・IBW・身長・体重・記載者名等を選択・自動記入する定義ができること。	
1	030	6	5	日付や日数の入力支援として、カレンダーによる日付入力や妊娠週計算入力支援の定義が雛形においてできること。	
1	030	6	6	コンボボックス・テキストボックス・チェックボックス・ラジオボタンにはMEDISで定められたJ-MIX準拠の標準項目名をつけられること。	
1	030	6	7	記録の記載と雛形作成・修正が同一画面でできること。	
1	030	6	8	雛形の選択は院内共通・診療科共通・利用者単位のツリー表示から行えること。	
1	030	6	9	記載した記録は、履歴管理されていること。	
1	030	6	10	文字を入力する領域と図形を書く領域を任意に設定できること。	
1	030	6	11	記載した記録を印刷できること。	
1	030	6	12	デジタルカメラで用いられているJPEG画像を、カルテ内の自由な位置へ貼り付けられること。	
1	030	6	13	大きな画像を貼り付ける場合は、記載者の意思で画像を決められたサイズに縮小する選択ができること。	
1	030	6	14	ペンタブレットを用いた描画ができること。	
1	030	6	15	コンボボックス・テキストボックス・画像等で構成されたカルテの一部を、管理者がスタンプとして登録し、他利用者が使用できること。	
1	030	6	16	スタンプであっても、コンボボックスやテキストボックスの入力はできること。	
1	030	6	17	スタンプを貼り付けた場合は、患者ID・氏名・当日の検査結果等の情報を自動記入する定義ができること。	
1	030	6	18	水平線・垂直線が描画できること。	
1	030	6	19	タブオーダーをグラフィカルかつ直感的に指定できること。	
1	030	6	20	タブオーダーを自動設定できること。	
1	030	6	21	テキストボックスの大きさに応じてフォントサイズを調整するオプションを有すること。	
1	030	6	22	テキストボックスのフォントサイズ調整時、最小フォントサイズを指定できること。	
1	030	6	23	コメント付き画像を作成し、配置できること。	
1	030	6	24	コメント付き画像では、画像・コンボボックス・テキストボックス・各種図形等の全体を1つの画像として本文の任意の位置に配置できること。	
1	030	6	25	入力日時・入力者・修正者が、容易に確認できること。	
1	030	6	26	患者の記録すべてが、一覧で参照できること。	
1	030	6	27	記録の記載がない場合でも、オーダー内容がカルテとして参照できること。	
1	030	6	28	記録の参照には、制限をかけられること。	
1	030	6	29	特定オーダー種、カルテ記載情報等に絞り込んだ表示ができること。	
1	030	6	30	同一日に受診した複数診療科の内容を、診療科別あるいは全診療科等、任意にまとめた表示ができること。	
1	030	6	31	入力支援機能としては、利用者単位に単語（文章可）の登録ができること。	
1	030	6	32	アクセスログをとれること。	
1	030	6	33	利用者パスワードの定期的な変更、同一パスワードの使用禁止等に対応できること。	
1	030	6	34	フォント・色の指定ができること。	
1	030	6	35	1つの記録には文書情報として以下の情報が登録できること。	-
1	030	6	36	・文書番号	
1	030	6	37	・文書タイトル	
1	030	6	38	・関連オーダー種	
1	030	6	39	・関連オーダー番号	
1	030	6	40	・コメント	
1	030	6	41	コンボボックス・チェックボックス・ラジオボタンにはコスト情報が設定できること。	
1	030	6	42	コンボボックス・チェックボックス・ラジオボタンの場合は、それぞれの選択肢にコスト情報が設定できること。	
1	030	6	43	記録登録時、各コントロールに設定されたコスト情報が同時に登録され、医事会計へ送信されること。	
1	030	6	44	文書ごとにチェック者・承認者を設定できること。	
1	030	6	45	チェック者・承認者が設定された文書を登録した場合は、承認者のToDoに登録されること。	
1	030	6	46	レイヤセットとして登録し、そのレイヤセットを流用して別セットを登録した場合に元のレイヤセットを変更したら、流用して作成したセットへ変更内容が反映されること。	
1	030	7		検索	-
1	030	7	1	現在選択中の患者について、期間・オーダー種を指定した検索ができること。	
1	030	7	2	所見・文書作成・文書管理の記録系オーダーについては、期間・診療科等を指定して検索ができること。また、検索結果を選択して文書の内容の表示ができること。	
1	030	7	3	セット選択画面から選択中のセットと同一文書番号の文書の履歴を表示できること。	
1	030	8		カルテ参照	-
1	030	8	1	カルテ参照では、患者情報の表示欄と記載内容の表示欄を持つこと。	
1	030	8	2	患者情報の表示欄では、患者ID・氏名・生年月日・入院情報が表示されること。	
1	030	8	3	患者情報の表示欄ではカレンダーを表示し、オーダー・記録のある日には表示色を変更、その日の記載内容へのリンクを作成すること。	
1	030	8	4	患者情報のカレンダーでは、当該患者の入院期間および救急外来受診日が認識できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
030_電子カルテ基本				205	
項番	項目			仕様担保	
1	030	8	5	患者情報のカレンダー表示月よりも前にオーダー・記録がある場合は、直近3件についてその記載日を表示し、記載内容へのリンクを作成すること。	
1	030	8	6	患者情報のカレンダー表示月よりも後にオーダー・記録がある場合は、直近3件についてその記載日を表示し、記載内容へのリンクを作成すること。	
1	030	8	7	患者情報の表示欄には、以下のリンクを持つこと。 <ul style="list-style-type: none"> ・患者プロフィール ・受診歴・入院歴 ・カルテ表紙 ・保険証参照 ・検体検査結果 ・バイタル情報 ・重症体温グラフ ・実施日未定オーダー ・臨床心理オーダー ・症状詳記一覧 ・化学療法オーダー ・パス一覧 ・患者一覧 ・オーダー検索 ・初診時カルテ (直近) ・入院時カルテ (直近) ・サマリ (直近) ・文書表示 (条件表示) ・その他記録 (条件表示) ・SOAP (条件表示) 	
1	030	8	8	患者プロフィールでは、重要情報、患者情報、連絡先、入院情報、保険、予約情報、禁忌・感染症、コメント、治験、紹介情報、プロブレム、有効病名、服薬中の薬、院外処方情報等が参照できること。	
1	030	8	9	カルテ表紙では、選択中の患者の外来受診歴および入院歴が参照できること。	
1	030	8	10	外来受診歴では、受診日・受診時刻・受診科・各種オーダー登録状況・診察終了時刻が参照できること。	
1	030	8	11	入院歴では、入院期間・入院科・各種オーダー登録状況が参照できること。	
1	030	8	12	保険証参照では、電子カルテに取り込まれた保険証がある場合は表示できること。	
1	030	8	13	検体検査結果では、検体検査の時系列結果が参照できること。	
1	030	8	14	バイタル情報では、体温表・観察項目・入院指示・各種オーダーが参照できること。	
1	030	8	15	実施日未定オーダーでは、現在登録されている未確定あるいは実施日未定のオーダーが参照できること。	
1	030	8	16	患者一覧では、病棟別入院患者一覧・診療科別入院患者一覧・カナ氏名検索・入院予約患者一覧・受持患者一覧・受付患者一覧・退院患者一覧・予約患者一覧が表示できること。	
1	030	8	17	患者一覧から患者を指定し、カルテ参照を表示できること。	
1	030	8	18	オーダー検索では、現在選択中の患者の処方・検査結果の検索ができること。	
1	030	8	19	初診時カルテ (直近) では、現在選択中の患者の直近の初診時カルテを表示できること。また、画面にはこれまでの初診時カルテをリスト表示し、過去の初診時カルテに切り替えて表示できること。	
1	030	8	20	入院時カルテ (直近) では、現在選択中の患者の直近の入院時カルテを表示できること。また、画面にはこれまでの入院時カルテをリスト表示し、過去の入院時カルテに切り替えて表示できること。	
1	030	8	21	サマリ (直近) では、現在選択中の患者の直近のサマリを表示できること。また、画面にはこれまでのサマリをリスト表示し、過去のサマリに切り替えて表示できること。	
1	030	8	22	文書 (条件表示) では、現在選択中の患者の指定期間中の文書を表示できること。また、画面には指定期間中に発行された文書の文書番号をリスト表示し、指定した文書番号の文書のみを表示できること。	
1	030	8	23	その他記録 (条件表示) では、現在選択中の患者の指定期間中のその他記録を表示できること。また、画面には指定期間中に発行されたその他記録の文書番号をリスト表示し、指定した文書番号のその他記録のみを表示できること。	
1	030	8	24	その他記録 (条件表示) では、文書番号別以外に、保険別、プロブレム別のリストを表示でき、それぞれ指定した保険、プロブレムの記録のみを表示できること。	
1	030	8	25	SOAP (条件表示) では、現在選択中の患者の指定期間中のSOAPを表示できること。また、画面には指定期間中に発行されたSOAPの文書番号をリスト表示し、指定した文書番号のSOAPのみを表示できること。	
1	030	8	26	SOAP (条件表示) では、文書番号別以外に、保険別、プロブレム別のリストを表示でき、それぞれ指定した保険、プロブレムの記録のみを表示できること。	
1	030	8	27	倍率設定により、詳細画面の表示倍率を変更できること。	
1	030	8	28	記載内容の表示欄では、マトリクス表示と一覧表示を切り替えて表示できること。	
1	030	8	29	マトリクス表示では、記載のあるオーダー種について1ヶ月ごとに記載日にマークをつけること。	
1	030	8	30	マトリクスのオーダー種をクリックした場合は、指定された期間の指定オーダー種の記載内容が表示されること。	
1	030	8	31	マトリクスの日付をクリックした場合は、指定された日付の全オーダー種の記載内容が表示されること。	
1	030	8	32	マトリクスのオーダー種・日付で特定されるマークをクリックした場合には、指定オーダー種・指定日付の記載内容が表示されること。	
1	030	8	33	マトリクス表示では、文書についてはツリー形式で「文書番号」-「文書タイトル」ごとのマトリクスを表示できること。	
1	030	8	34	マトリクス表示では、記録についてはツリー形式で「職種」-「文書番号」ごとのマトリクスを表示できること。	
1	030	8	35	マトリクス表示では、オーダー種・日付で特定されるマークはオーダーの状態に応じて○ (依頼) ・◎ (一部完または実施) ・● (全完、至急完または全実施) で表示されること。	
1	030	8	36	一覧表示では、オーダー種の記載内容が入力順に表示されること。	
1	030	8	37	カルテ参照から1つのオーダー種の記載内容を指定して修正・削除・DOができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
030_電子カルテ基本				205	
項番	項目			仕様担保	
1	030	8	38	日付のアンカーを設定し、ダイレクトに指定日へ移動して表示できること。	
1	030	8	39	記載内容ごとに修正履歴がある場合には、これを表示できること。	
1	030	8	40	注射依頼については、依頼に対する実施情報を別画面にてまとめて参照できること。	
1	030	8	41	検査依頼については、依頼に対する結果を別画面で参照できること。	
1	030	8	42	他科依頼については、依頼に対する返信を別画面にてまとめて参照できること。	
1	030	8	43	文書・記録については、通常表示・縮小表示・リンク表示を選択できること。	
1	030	8	44	縮小表示・リンク表示については、別画面にて通常表示の内容を表示できること。	
1	030	8	45	自科・全科・指定科を選択して表示できること。	
1	030	8	46	「記録系のみ」・「オーダを含む全て」を選択して表示できること。	
1	030	8	47	全職種・医師・看護師・指定職種を選択して表示できること。	
1	030	8	48	操作者、削除済み情報の表示有無を指定できること。	
1	030	8	49	一覧・マトリクスそれぞれについて、表示期間を設定できること。	
1	030	8	50	以上の設定情報については、利用者ごとに保存できること。	
1	030	8	51	カルテの内容を「カルテ開示用」と「裁判所提出用」に印刷する機能を有すること。また、権限があるユーザのみ印刷できること。	
1	030	8	52	カルテ印刷用ページの閲覧端末を制限できること。	
1	030	8	53	「診療日」を選択することにより、過去日付のカルテを記述できること。	
1	030	8	54	オーダの並び順の昇順・降順の切り替えができること。	
1	030	8	55	1年・10年マトリクスが参照できること。	
1	030	8	56	カルテの内容をPDFで出力できること。	
1	030	8	57	指示歴エリアのカルテタブを複数表示することができること。	
1	030	8	58	初回記入者を選択して表示できること。	
1	030	8	59	左に記録系、右にオーダ系と2列の表示ができること。	
1	030	9		患者一覧表	-
1	030	9	1	患者選択画面から各種患者一覧表を選択できること。	
1	030	9	2	患者選択画面のボタンの並びを設定することができること。	
1	030	9	3	患者選択時、IDからの入力だけでなく、様々な一覧表から患者を選択できること。	
1	030	9	4	以下の患者一覧表があること。 <ul style="list-style-type: none"> ・病棟別入院患者一覧 ・診療科別入院患者一覧 ・主治医別受持患者一覧 ・診療科別主治医別受持患者一覧 ・カナ氏名検索患者一覧 ・受付患者一覧 ・予約患者一覧 ・救急外来患者一覧 ・テスト患者（ダミー患者）一覧 ・退院患者一覧 ・入院予約患者一覧 ・CSV患者一覧 ・透折患者一覧 ・お気に入り患者一覧 ・特定病名患者一覧 	
1	030	9	5	患者一覧表から複数患者を指定して、患者切替リストへの追加・更新が行えること。	
1	030	9	6	患者切替リストへ追加された患者は、カルテ画面で患者を簡単に切り替えられること。	
1	030	9	7	カルテ画面を開くことなく、患者一覧表から指定した患者のカルテ内容を参照できること。	
1	030	9	8	ログイン中は、検索の日付条件を保存できること。	
1	030	9	9	患者一覧表から患者バーコードを読み込みして患者を選択できること。	
1	030	9	10	患者一覧表から患者IDを入力して患者を選択できること。	
1	030	9	11	患者一覧表では、ソート順を個人設定で変更できること。	
1	030	9	12	患者一覧表では、列の表示有無や表示順を個人設定で変更できること。	
1	030	9	13	患者一覧表では、複数患者選択することで、オーダの連続発行ができること。	
1	030	9	14	患者一覧表の内容をCSV出力できること。	
1	030	9	15	各種患者一覧から選択した患者のQRコードの印刷ができること。	
1	030	9	16	各種入院患者一覧では、各種オーダ進捗状況が○、◎、●表示で確認できること。	
1	030	9	17	各種入院患者一覧では、入院中の保険情報を指定できること。	
1	030	9	18	受付患者一覧では、各種オーダ進捗状況が○、◎、●表示で確認できること。	
1	030	9	19	受付患者一覧では、当日の保険情報を指定できること。	
1	030	9	20	受付患者一覧では、受付取消や再受付(受付復活)が行えること。	
1	030	9	21	受付患者一覧では、枠変更ができること。	
1	030	9	22	受付患者一覧では、受付処理から患者受付画面を表示できること。	
1	030	9	23	患者受付画面では、未実施オーダを確認できること。また、検査日を当日に変更できること。	
1	030	9	24	受付患者一覧では、当日の検査内容や診察予約情報が記載された、受診案内票を印刷できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
030_電子カルテ基本				205	
項番	項目			仕様担保	
1	030	9	25	受付患者一覧では、当日の予約票を印刷できること。	
1	030	9	26	受付患者一覧では、現在の状態（受付、診察中、検査待ちなど）の状況を表示できること。	
1	030	9	27	受付患者一覧では、現在の状態(受付、診察中、検査待ちなど)を変更できること。	
1	030	9	28	受付患者一覧では、予約状態、受付状態、診察状態、診療科、枠選択、オーダ進捗を設定することができ、検索条件を個人設定で保持できること。	
1	030	9	29	各種患者一覧からお気に入り患者登録ができ、お気に入り患者一覧では、登録している患者が表示できること。	
1	030	9	30	お気に入り患者一覧では、登録している患者を解除できること。	
1	030	9	31	各種患者一覧では、救急受付(救急登録)ができること。	
1	030	9	32	救急受付可能な時間を設定することができること。	
1	030	9	33	救急外来患者一覧では、救急詳細を確認できること。	
1	030	9	34	救急外来患者一覧では、救急詳細を削除できること。	
1	030	9	35	救急詳細画面では、来院情報、備考・病名、転帰情報、特殊検査及び処置、紹介情報、保険・加算、診察情報、受傷機転を登録することができること。	
1	030	9	36	特殊検査及び処置、受傷機転の項目はマスタで設定できること。	
1	030	9	37	CSV患者一覧では、患者IDのCSV情報から患者一覧を作成できること。	
1	030	9	38	CSV患者一覧はカナ氏名検索と同じ項目を表示できること。	
1	030	9	39	テスト患者（ダミー患者）一覧では、ダミー患者登録した患者が表示されること。	
1	030	9	40	患者選択画面から各オーダの患者一覧機能呼び出すことができること。 ・紹介患者一覧 ・検体検査結果患者一覧 ・他科一覧 ・化学療法患者一覧 ・医療相談患者一覧	
1	030	9	41	特定病名患者一覧では、ある感染症の患者の管理などを目的に、指定日に特定の有効病名を登録された患者を一覧表示できること。	
1	030	10		アンケート機能	-
1	030	10	1	電子カルテをログアウト時に、アンケートを収集する画面を起動できること。	
1	030	10	2	満足度について、5段階評価にて回答できること。	
1	030	10	3	アンケート内容はマスタにて設定できること。	
1	030	10	4	アンケートを表示するタイミングはマスタにて設定できること。	
1	030	10	5	コメント情報も記載できること。	
1	030	10	6	即時回答しない場合は、後で回答することができること。	
1	030	10	7	権限ユーザにて、アンケート集計結果を確認できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
040_病名オーダ			56
項番	項目		仕様担保
1	040	病名オーダ	-
1	040	1 病名登録	-
1	040	1 1 全科の登録病名全ての表示ができること。	
1	040	1 2 自科/全科を選択し、表示内容の変更ができること。	
1	040	1 3 病名の新規登録・修正・削除ができること。	
1	040	1 4 MEDIS標準病名マスタを利用できること。	
1	040	1 5 病名コード検索、およびMEDIS検索キーにより、病名の選択入力ができること。	
1	040	1 6 検索キーを入力する時には、その検索種別により適切な入力モード（半角英数、全角かな等）に切り替わること。	
1	040	1 7 検索キーでの検索では、検索キーをスペースで区切って複数入力し複合検索できること。	
1	040	1 8 一度の検索操作で複数の病名を選択できること。	
1	040	1 9 検索された病名のうち1つを選び、交換用コード、レセ電算コード等の詳細情報が表示できること。	
1	040	1 10 検索された病名のうち1つを選んだ時、複数ICD候補がある場合にはその旨を表示すること。	
1	040	1 11 複数ICD候補がある病名では、いずれのICDコードを使うか選択できること。	
1	040	1 12 歯式部位がグラフィカルに入力できること。	
1	040	1 13 上下左右の歯を1～9で選択できること。	
1	040	1 14 永久歯・支台歯が選択できること。	
1	040	1 15 乳歯の場合は、A～Eで選択できること。	
1	040	1 16 歯式の表現はテキスト3行による記号表示か、日本語による表記（左上顎43等）を選択できること。	
1	040	1 17 MEDIS標準病名マスタ以外に、院内独自に使用するマスタを作成できること。	
1	040	1 18 院内マスタでは、対応するMEDIS病名を設定できること。	
1	040	1 19 院内マスタで病名を選択した場合は、カルテの表記上は院内マスタとし、請求はMEDIS標準病名とできること。	
1	040	1 20 同一診療科で期間の重なる同じ病名を登録しようとした場合は、重複チェックができること。	
1	040	1 21 基本病名に接頭語および接尾語（修飾語）を付加し、診断病名として登録ができること。但し、修飾語は3つまで設定できること。	
1	040	1 22 画面上の病名を伏せる機能を有すること。	
1	040	1 23 ICD-10病名マスタに対応できること。	
1	040	1 24 主病名か否か、保険病名/診断病名の区別ができること。	
1	040	1 25 病名ごとに終了日の入力ができること。	
1	040	1 26 病名ごとに転帰の入力ができること。	
1	040	1 27 病名ごとに疑いの設定ができること。	
1	040	1 28 病名ごとにテンポラリの設定ができること。	
1	040	1 29 病名ごとに死因の設定ができること。	
1	040	1 30 病名ごとに入院/外来/内外共通の設定ができること。	
1	040	1 31 病名ごとにサマリ表示順の設定ができること。	
1	040	1 32 必要に応じて、ICD-10病名マスタを更新できること。	
1	040	1 33 選択した病名をクリップボードにコピーできること。	
1	040	1 34 病名一覧表の印刷ができること。	
1	040	1 35 疑い・テンポラリを設定すると終了日が自動で設定されること。	
1	040	1 36 終了日を設定した場合は、自動で転帰が設定されること。	
1	040	1 37 病名ごとに保険の設定ができること。	
1	040	1 38 複数の病名を指定し、転帰・終了日等が設定できること。	
1	040	1 39 病名データの修正制限が行えること。（開始日変更不可、削除不可）	
1	040	1 40 1つあるいは複数の病名を選択し、1つのセットとして登録できること。	
1	040	1 41 病名セットは、主病名・疑い・機密・死因・診断/保険等の情報も併せて登録できること。	
1	040	1 42 現在の有効病名一覧が表示できること。	
1	040	1 43 有効病名一覧では以下の内容が個人設定として登録できること。	
1	040	1 44 表示する病名の開始日の期間を設定できること。	
1	040	1 45 診断/保険の表示を設定できること。	
1	040	1 46 自科/全科の表示を設定できること。	
1	040	1 47 有効病名のみ/全て/終了日未設定のみを設定できること。	
1	040	1 48 有効病名一覧から選択して入力画面にDO展開できること。また、ドラッグ&ドロップでも同様展開できること。	
1	040	1 49 特定の診療科ではない、全科の病名が登録できること。	
1	040	1 50 利用者ごとの頻用病名が保存され、頻用病名から病名入力ができること。	
1	040	1 51 利用者ごとの頻用修飾語が保存され、頻用修飾語から修飾語入力ができること。	
1	040	1 52 全科の病名から特定科へのコピーを簡便に行うことができること。	
1	040	1 53 処方、注射、検査、処置オーダを依頼する際に、適応する病名の一覧が表示されること。また、一覧から選択することで病名登録ができること。	
1	040	1 54 適応する病名の表示有無は、診療科毎/オーダ毎(処方、注射、検査、処置)/ユーザ個人毎に設定できること。	
1	040	1 55 適応する病名一覧から選択した病名は、自動的に疑い病名として登録されるようにできること。	
1	040	1 56 適応する病名一覧から選択した病名を疑い病名に出来ないよう設定することができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
050_文書管理				73
項番	項目			仕様担保
1	050		文書管理	-
1	050	1	文書作成	-
1	050	1	1 定型文書の雛形を院内共通・診療科共通・利用者単位に作成できること。	
1	050	1	2 利用者で書式作成ができること。また、作成・変更作業は特定の権限が与えられた利用者のみ行える仕組みとすることもできること。	
1	050	1	3 雛形には、コンボボックス・テキストボックス・チェックボックス・ラジオボタン・ラベルが定義できること。	
1	050	1	4 リッチテキストでも雛形の作成ができること。	
1	050	1	5 雛形には、患者ID・氏名・BMI・IBW・身長・体重・記載者名・オーダ情報・看護情報等を選択、記入する定義ができること。	
1	050	1	6 日付や日数の入力支援として、カレンダーによる日付入力や妊娠週計算入力支援の定義が雛形においてできること。	
1	050	1	7 最低300種類の検査/手術説明書・同意書の雛形の作成ができること。	
1	050	1	8 4~5枚の頁からなる文書に対して、頁の概念を持って雛形作成ができること。	
1	050	1	9 コンボボックス・テキストボックス・チェックボックス・ラジオボタンにはMEDISで定められたJ-MIX準拠の標準項目名をつけられること。	
1	050	1	10 文書記載と雛形作成・修正が同一画面で行えること。	
1	050	1	11 雛形の選択は院内共通・診療科共通・利用者単位のツリー表示から行えること。	
1	050	1	12 作成した文書は、履歴管理されていること。	
1	050	1	13 文字を入力する領域と図形を書く領域に区別がないこと。	
1	050	1	14 作成した文書を印刷できること。	
1	050	1	15 デジタルカメラで用いられているJPEG画像を、文書内の自由な位置へ貼り付けできること。	
1	050	1	16 大きな画像を貼り付ける場合は、記載者の意思で画像を決められたサイズに縮小する選択ができること。	
1	050	1	17 ペンタブレットを用いた描画ができること。	
1	050	1	18 コンボボックス・テキストボックス・画像等で構成された文書の一部を、管理者がスタンプとして登録し、他利用者が使用できること。	
1	050	1	19 スタンプであっても、コンボボックスやテキストボックスの入力はできること。	
1	050	1	20 スタンプを貼り付けた時には、患者ID・氏名・当日の検査結果等の情報を自動記入する定義ができること。	
1	050	1	21 水平線・垂直線が描画できること。	
1	050	1	22 タブオーダをグラフィカルかつ直感的に指定できること。	
1	050	1	23 タブオーダを自動設定できること。	
1	050	1	24 テキストボックスの大きさに応じてフォントサイズを調整するオプションを有すること。	
1	050	1	25 テキストボックスのフォントサイズ調整時、最小フォントサイズを指定できること。	
1	050	1	26 コメント付き画像を作成し、配置できること。	
1	050	1	27 コメント付き画像では、画像・コンボボックス・テキストボックス・各種図形などの全体を1つの画像として本文の任意の位置に配置できること。	
1	050	1	28 入力日時および記載者・修正者が、容易に確認できること。	
1	050	1	29 患者の記録全てが一覧で参照できること。	
1	050	1	30 文書の参照には制限をかけられること。	
1	050	1	31 フォント・色を指定できること。	
1	050	1	32 1つの記録には文書情報として以下の情報が登録できること。 ・文書番号 ・文書タイトル ・関連オーダ種 ・関連オーダ番号 ・コメント	
1	050	1	33 用紙サイズが選択できること。	
1	050	1	34 2次元バーコードを印刷できること。	
1	050	1	35 2次元バーコードには以下の情報を記録できること。 文書番号・発行日付・発行時刻・診療科コード・ 関連オーダ種別コード・関連オーダ番号・担当医ID・ 患者ID・オーダ番号	
1	050	1	36 2次元バーコードは必要に応じて印刷有無を選択できること。	
1	050	1	37 頁番号を印刷できること。	
1	050	1	38 文書単位に印刷部数を設定できること。	
1	050	1	39 頁追加時、特定のテンプレートを展開するように設定できること。	
1	050	1	40 頁追加時、セットは複数登録しておくことができること。	
1	050	1	41 コンボボックス・チェックボックス・ラジオボタンにはコスト情報が設定できること。	
1	050	1	42 コンボボックス・チェックボックス・ラジオボタンの場合は、それぞれの選択肢にコスト情報が設定できること。	
1	050	1	43 文書登録時、各コントロールに設定されたコスト情報が同時に登録され、医事会計へ送信されること。	
1	050	1	44 登録済みの文書を流用して作成できること。	
1	050	1	45 作成書式をレイヤーとして登録し、一部編集出来ない状態としたテンプレートを作成することができること。	
1	050	2	文書管理	-
1	050	2	1 紙の情報を電子ファイルとして格納し、管理ができること。	
1	050	2	2 スキャナなどで取り込む場合は、あらかじめ印刷された2次元バーコードにより自動で患者の識別ができること。	
1	050	2	3 2次元バーコードが印刷された文書の場合は、2次元バーコードから発行時のオーダ番号を取得し、スキャンされたデータ消し込みができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
050_文書管理				73
項番		項目		仕様担保
1	050	2	4	2次元バーコードが印刷された文書の場合は、2次元バーコードに記録された文書番号から文書の情報を取得し、当該文書に指定された用紙サイズ・解像度・色数で取り込みできること。
1	050	2	5	スキャナ等で取り込む場合には、オーダと関連付けた情報として格納ができること。
1	050	2	6	複数枚の用紙を1つの文書としてスキャンできること。
1	050	2	7	取込時に解像度・色数を手動で設定できること。
1	050	2	8	取り込まれたスキャン画像を回転させてから登録できること。
1	050	2	9	内容確認のため、取り込まれたスキャン画像を拡大/縮小して参照できること。
1	050	2	10	ADFスキャナに対応できること。
1	050	2	11	ADFスキャナにスキャンする文書をセットした場合には、指定した時間内（10秒程度）に自動的にスキャンを開始できること。
1	050	2	12	2次元バーコードが印刷された文書の場合は、自動スキャン後にそのまま登録できること。
1	050	2	13	2次元バーコードが印刷されていない文書の場合は、自動スキャン後に登録されず取込画面が表示されること。
1	050	2	14	文書番号・患者ID・日付・医師・診療科等必要な情報を入力することにより、スキャン画像を登録できること。
1	050	2	15	文書番号・患者ID・日付・診療科等必要な情報を設定したスキャン表紙と2次元バーコードが印刷されていない紙を重ねてスキャンした場合は、自動的に患者カルテに登録されること。
1	050	3		文書検索
1	050	3	1	全患者の文書より、文書タイトル検索・文書種別検索・診療科による検索ができること。
1	050	3	2	検索結果一覧から、以下の操作ができること。
1	050	3	3	・ 選択した文書の患者への切替
1	050	3	4	・ 編集画面への切替
1	050	3	5	・ 印刷
1	050	3	6	・ カルテ表示
1	050	3	7	・ マウススクロールによる連続表示
1	050	3	8	検索結果一覧より選択した最低10種類の文書を、表示できること。
1	050	3	9	検索条件を利用者単位に保存できること。
1	050	3	10	セット選択画面から選択中のセットと同一文書番号の文書の履歴を表示できること。
1	050	4		文書参照
1	050	4	1	あらかじめ設定された期間の文書が複数であっても、スクロールにて連続表示できること。
1	050	4	2	1文書複数頁のものでも、タブ切替またはスクロールにて次頁が容易に参照できること。
1	050	5		マスタ管理
1	050	5	1	雛形の登録権限を利用者ごとあるいは職種ごとに設定できること。
1	050	5	2	文書作成の作成権限を利用者ごとあるいは職種ごとに設定できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
060_診療予約				55
項番	項目			仕様担保
1	060		診療予約オーダ	-
1	060	1	予約スケジュールの管理	-
1	060	1	1 予約科目ごとに、曜日・基本時間枠・一日枠・診療科限定の設定ができること。	
1	060	1	2 診察・放射線・検査等の予約に対応できること。	
1	060	1	3 入院中外来の予約ができること。	
1	060	1	4 検査予約については、当日強制入力ができること。	
1	060	1	5 強制的に入力できる予備枠の設定ができること。	
1	060	1	6 通常予約の場合は、前日〇〇時を締切時間とできること。また前日が休日の場合は、前々日に締切時間を自動的に変更できること。	
1	060	1	7 診察予約枠には、診療科・曜日・午前/午後区分・行き先・診察室の情報を登録できること。	
1	060	1	8 予約科目・部門の管理責任者のみが、月間スケジュールの修正ができること。	
1	060	1	9 1週間スケジュール以外に、月間スケジュールが作成できること。(隔週対応)	
1	060	1	10 予約取得画面より個別修正ができること。	
1	060	1	11 予約枠ごとにスケジュールの自動展開が設定できること。	
1	060	1	12 自動スケジュール展開では、基準とする日数以降の予約枠が自動的に展開できること。	
1	060	1	13 診察予約枠の行き先を設定することにより、外来診察順管理における診察時の行き先を患者へ案内できること。	
1	060	1	14 診察予約枠の診察室を設定することにより、外来診察順管理における診察室を管理できること。	
1	060	1	15 担当医が変更になった場合に、予約枠関連マスタの医師名称を一括で変更できること。	
1	060	1	16 1人の医師が同日に複数の予約枠を使用する場合は、複数の予約枠の人数を一元管理できること。	
1	060	2	予約の取得	-
1	060	2	1 予約取得画面を表示すると、予約スケジュールに設定された予約可能枠のうち、発行医に紐付いた予約枠が自動で表示されること。	
1	060	2	2 発行医を変更した場合、予約取得画面で取得対象の予約枠が発行医に紐付いた予約枠に切り替わること。	
1	060	2	3 予約カレンダーには、予約枠が設定された日付に以下のマークが表示されること。 予約取得可能：○ 残数わずか：△ 空き枠なし：×	
1	060	2	4 予約カレンダーには、処方切れる日付にマークが表示されること。	
1	060	2	5 予約カレンダーで日付を指定した場合は、指定日の予約詳細情報が表示されること。	
1	060	2	6 予約カレンダーで日付を指定した場合は、予約枠コメント・診察室・今日から予約日までの日数が表示されること。	
1	060	2	7 予約詳細では、時間帯ごとにコメント・定員・実績が表示されること。	
1	060	2	8 時間帯ごとに、残数が指定した数以下になったとき、残数がなくなった時、それぞれで背景色を変更できること。	
1	060	2	9 時間帯ごとに、現在の予約患者および予約コメント内容がポップアップにて確認できること。	
1	060	2	10 予約がいっぱい場合は、その旨が分かるマークが表示されること。	
1	060	2	11 予約詳細で時間帯を指定した場合は、その日付で検査オーダの入力ができること。	
1	060	2	12 当該患者の、既に登録された予約を一覧表示できること。	
1	060	2	13 予約可能枠で予約を取得する場合は、定型コメント(予約票用・予約一覧表用)それぞれ5つ、患者用フリーコメントは2つの登録ができること。	
1	060	2	14 コメントリストは、予約科目ごとに設定できること。	
1	060	2	15 登録された患者用のコメントが、予約票に印字されること。	
1	060	2	16 予約を取得した利用者が登録されること。	
1	060	2	17 予約の修正ができ、かつ修正した利用者が登録されること。	
1	060	2	18 予約の取消しができ、かつ取消しをした利用者が登録されること。	
1	060	2	19 予約時間の重複のチェックができること。また、予約枠単位に重複チェックを行うか設定できること。	
1	060	2	20 予約登録時、予約票が印刷できること。	
1	060	2	21 指示歴から予約票の再印刷ができること。	
1	060	2	22 未来分の予約票を一括して再印刷できること。	
1	060	2	23 未来分の予約票を日付を指定して再印刷できること。	
1	060	2	24 予約登録時、予約枠に関連付けられた文書(Word,Excel)を印刷できる機能を有すること。	
1	060	2	25 予約枠単位に予約取得権限の設定ができること。	
1	060	3	予約照会	-
1	060	3	1 項目別予約照会において、項目ごとの指定された日の予約患者リストが表示されること。	
1	060	3	2 予約照会時、その時点における患者の入外区分の確認ができること。	
1	060	3	3 予約科目一覧表の出力ができること。	
1	060	3	4 指定する任意の日付で、予約患者一覧表の出力ができること。	
1	060	4	空き枠参照	-
1	060	4	1 複数の予約枠を指定し、予約の空き状況を参照できること。	
1	060	4	2 予約枠ごと、日ごとに予約可能であれば○、予約不可であれば×が表示されること。	
1	060	4	3 表示する予約枠はセットに登録できること。	
1	060	4	4 画面を開いた時のデフォルトセットを指定できること。	
1	060	4	5 予約枠の表示順を指定できること。	
1	060	4	6 表示期間を月単位で指定できること。	
1	060	4	7 更新間隔を分単位で指定できること。	
1	060	4	8 1つの予約枠を選択した時、選択した予約枠の空き状況が参照できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
060_診療予約				55
項番			項目	仕様担保
1	060	4	9	1つの日付を選択した時、選択した日付の予約の空き状況が参照できること。
1	060	4	10	診療予約・検体検査・病理検査・細菌検査・生理検査・放射線・内視鏡・栄養指導の予約を、一括で日時変更できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
070_外来診察順管理				133
項番	項目			仕様担保
1	070		外来診察順管理	-
1	070	1	受付患者一覧	-
1	070	1	1 予約登録あるいは受付機での受付登録により、受付患者一覧へ患者を表示できること。	
1	070	1	2 患者ID・氏名・予約時刻・受付時刻・受付区分・予約枠・重要情報有無・患者コメント有無・年齢・性別・予約コメント有無・各オーダー進捗状況・現在のステータス・受付からの経過時間・ステータスコメント・併科・生年月日・病棟・診療科が表示できること。	
1	070	1	3 表示する各オーダーの進捗状況は、「受付料のみ」か「全科」のどちらかの指定ができること。	
1	070	1	4 表示された行を1行選択し以下の操作を行えること。	-
1	070	1	5 ・患者選択	
1	070	1	6 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	070	1	7 ・受付処理	
1	070	1	8 ・枠変更	
1	070	1	9 ・受診案内印刷	
1	070	1	10 ・受付取消	
1	070	1	11 ・受付復活	
1	070	1	12 ・カルテ参照	
1	070	1	13 ・予約オーダー参照	
1	070	1	14 ・保険変更	
1	070	1	15 ・救急受付	
1	070	1	16 ・ステータス変更	
1	070	1	17 ・ステータス履歴表示	
1	070	1	18 ・文書取込	
1	070	1	19 ・QRコード印刷	
1	070	1	20 ・本日予約票印刷	
1	070	1	21 ・結果一覧	
1	070	1	22 ・連続発行	
1	070	1	23 ・注意コメント編集	
1	070	1	24 ・(外来)指示受け	
1	070	1	25 ・お気に入り患者一覧へ登録	
1	070	1	26 ・お気に入り患者一覧から除外	
1	070	1	27 表示された行を複数行選択し以下の操作を行えること。	-
1	070	1	28 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	070	1	29 ・受診案内印刷	
1	070	1	30 ・文書取込	
1	070	1	31 ・QRコード印刷	
1	070	1	32 ・本日予約票印刷	
1	070	1	33 ・連続発行	
1	070	1	34 ・お気に入り患者一覧へ登録	
1	070	1	35 ・お気に入り患者一覧から除外	
1	070	1	36 削除された受付は、「受付復活」メニューから確認できること。	
1	070	1	37 各表示項目の項目名をクリックすることで、その項目をキーとしたソートができること。	
1	070	1	38 日付を指定して一覧を表示できること。	
1	070	1	39 1つあるいは複数の診療科を指定して一覧を表示できること。	
1	070	1	40 指定された診療科の予約枠を1つあるいは複数指定して一覧を表示できること。また、未割り振り(予約枠なし)の表示ができること。	
1	070	1	41 表示対象の予約状態・受付状態・診察状態・枠選択状態を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	070	1	42 指定された日付・診療科の予約患者数・予約外患者数が表示されること。	
1	070	1	43 表示される内容は一定時間ごとに自動的に最新化されること。	
1	070	1	44 一覧表示される患者(行)の並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	070	1	45 一覧表示される各行の項目(列)の表示有無や並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	070	2	予約患者一覧	-
1	070	2	1 患者への予約登録により、予約患者一覧へ患者を表示できること。	
1	070	2	2 予約枠・患者ID・氏名・予約時刻・生年月日・年齢・性別・診察前検査有無・コメント・病棟・病室・診療科・発行医・発行診療科が表示できること。	
1	070	2	3 表示された行を1行選択し以下の操作を行えること。	-
1	070	2	4 ・患者選択	
1	070	2	5 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	070	2	6 ・カルテ参照	
1	070	2	7 ・QRコード印刷	
1	070	2	8 ・連続発行	
1	070	2	9 ・お気に入り患者一覧へ登録	
1	070	2	10 ・お気に入り患者一覧から除外	
1	070	2	11 表示された行を複数行選択し以下の操作を行えること。	-
1	070	2	12 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
070_外来診察順管理				133	
項番	項目			仕様担保	
1	070	2	13	・QRコード印刷	
1	070	2	14	・連続発行	
1	070	2	15	・お気に入り患者一覧へ登録	
1	070	2	16	・お気に入り患者一覧から除外	
1	070	2	17	表示される内容は一定時間ごとに自動的に最新化されること。	
1	070	2	18	一覧表示される患者(行)の並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	070	2	19	一覧表示される各行の項目(列)の表示有無や並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	070	2	20	診療科ごとの再診予約、検体、生理、放射線、内視鏡、リハビリの各予約の受付状況(受付時刻)を1画面で確認できる機能を有すること。	
1	070	3		受付処理	-
1	070	3	1	受付患者一覧右クリックメニューから「受付処理」を選択するか、患者一覧上で患者の診察券をカードリーダーに通した時に受付処理画面が表示されること。	
1	070	3	2	併科あるいは同日複数受診の場合には、受付情報選択画面が表示され、表示対象の受付を選択できること。	
1	070	3	3	受付情報選択画面には、受付番号・受付時刻・受付料・予約枠・診察区分・予約時刻・状態・併科が表示されること。	
1	070	3	4	受付情報選択画面で1つの受付を選択することにより、受付処理画面が表示されること。	
1	070	3	5	受付処理画面には患者基本情報・保険情報・受付情報・受診状況(各オーダ進捗状況)・実施日未定オーダが表示されること。	
1	070	3	6	患者基本情報には患者ID・フリガナ・患者氏名・性別・生年月日・年齢・郵便番号・住所・電話番号・同姓同名有無・重要情報有無・紹介有無・他科依頼有無・コメント有無・医事コメント医有無が表示されること。	
1	070	3	7	基本情報表示ボタンから患者プロフィールが参照できること。	
1	070	3	8	保険情報には選択できる全ての保険および現在選択中の保険が表示されること。	
1	070	3	9	保険選択画面から本日使用する保険を診察前に登録できること。	
1	070	3	10	受付情報には受付番号・受付日時・予約科・予約枠・予約日時・予約コメント・併科・経過時間・各科受付時刻・現在の行き先が表示されること。	
1	070	3	11	枠変更・コメント編集・予約オーダ参照・本日の受診履歴・各科受付・ステータス変更ができること。	
1	070	3	12	受診状況には本日のオーダ進捗状況と受診案内印刷状況が表示されること。	
1	070	3	13	受診状況のオーダ進捗状況は、必要に応じて自科/全科を切り替えて表示できること。	
1	070	3	14	受診案内の印刷・再印刷・プレビューおよびカルテ参照ができること。	
1	070	3	15	受診案内が印刷済みの場合、印刷日時が表示されること。	
1	070	3	16	実施日未定オーダには実施日未定オーダが表示されること。	
1	070	3	17	必要に応じて自科/全科を切り替えて表示できること。	
1	070	3	18	実施日未定オーダの内容確認と、検査日の本日への変更ができること。	
1	070	3	19	患者選択ボタンから患者の選択ができること。	
1	070	4		診察順管理(表示板操作)	-
1	070	4	1	予約登録、または受付機での受付登録により、診察順管理画面へ患者を表示できること。	
1	070	4	2	診療科・医師(予約枠)・診察室・診察状態・未割り振り患者リスト・割り振り済み患者リスト・表示中患者リスト・診察中患者・検査・一次終了患者リスト・不在・その他患者リストが表示できること。	
1	070	4	3	受付事務が使用するのに適した画面レイアウト、医師が使用するのに適した画面レイアウト、複数の予約枠(最大6つ)を1画面内に表示する画面レイアウト、それぞれの画面レイアウトを有すること。また、3つのレイアウトは自由に切替ができること。	
1	070	4	4	医師(予約枠)には、当日診察室が割り当てられている予約枠のみ表示されること。	
1	070	4	5	診察順管理画面を立ち上げた場合に、端末ごとに設定された診察室に、設定された医師(予約枠)が自動的に選択されること。また、端末ごとに設定された診察室に設定された医師(予約枠)が複数ある場合は、選択を促す画面が表示されること。	
1	070	4	6	診察順管理画面には患者ID・氏名・予約時刻・受付時刻・受付区分・予約枠・重要情報有無・患者コメント有無・年齢・性別・予約コメント有無・各オーダ進捗状況・現在のステータス・受付からの経過時間・ステータスコメント・併科・生年月日・病棟・診療科・紹介有無・受診予定時刻・外来看護計画有無が表示できること。	
1	070	4	7	未割り振り患者リストには選択中の診療科で診察室に割り振られていない患者が表示されること。(予約があっても当日の診察室が割り当てられていない予約患者を含む)また、表示設定の切り替えにより診察が終了した患者も表示できること。	
1	070	4	8	割り振り済み患者リストには選択中の診療科および医師(予約枠)に割り振られた患者のうち、ステータスが「未受付」「受付」「各科受付」「診察待ち」等の患者(他の領域に表示されない患者全て)が表示されること。	
1	070	4	9	割り振り済み患者リストには、表示中患者リストに表示されている患者の次に診察となる患者が診察順に表示できること。	
1	070	4	10	表示中患者リストには、表示板に表示中の患者が表示できること。(表示板を利用する場合)	
1	070	4	11	表示中患者リストには、ステータスが「診察待ち」で診察中の患者の次に診察となる患者を1名から最大5名まで表示できること。	
1	070	4	12	診察中患者には、現在診察中の患者(ステータスは「診察中」)が1名表示できること。	
1	070	4	13	検査・一次終了患者リストには、ステータスが「検査」「検査結果待ち」「一次終了」の患者が表示できること。	
1	070	4	14	不在・その他患者リストには、ステータスが「不在」「他科受診中」「入院待ち」「処置中」などの患者が表示できること。また、表示設定の切り替えにより診察が終了した患者も表示できること。	
1	070	4	15	各患者リスト内の患者の詳細受付情報を参照できること。	
1	070	4	16	各患者リスト内の患者のカルテを参照できること。	
1	070	4	17	各患者リスト内の患者の予約オーダを参照できること。	
1	070	4	18	各患者リスト内の患者を選択し、患者基本画面を表示できること。	
1	070	4	19	未割り振り患者リスト内の患者を選択中の医師(予約枠)に割り振りができること。診察順は予約外患者用に設けた診療枠へ順次割り振り、その際に患者区分ごとに受付時間帯からいくつ後ろの時間帯に割り振るかの指定が可能であること。(紹介新患者・再診患者は受付時間帯の2つ後ろの時間帯、紹介なし新患者は3つ後ろなど)	
1	070	4	20	割り振り済みから検査・一時終了へなどのように、各患者リスト内の患者を別の患者リストへドラッグ&ドロップ操作により移動できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
070_外来診察順管理				133
項番	項目			仕様担保
1	070	4	21	検査・一時終了患者リストの患者を割り振り済み患者リストへ移動する場合は、元々割り振られていた診察順から後ろへずらすこと。また、後ろへずらす人数は、医師（予約枠）ごとに設定できること。
1	070	4	22	ステータスが「検査結果待ち」の受付に対して検査結果が出た場合は、自動で割り振り済みリストへ移動できること。
1	070	4	23	ステータスが「受付」、かつ、診察前検査がある受付のステータスを自動で「検査結果待ち」に更新できること。
1	070	4	24	ステータスが「受付」、かつ、自科の診察前に他科の診察がある受付のステータスを自動で「不在」に更新できること。
1	070	4	25	ステータスが「受付」、かつ、他科の診察がない受付のステータスを自動で「診察待ち」に更新できること。
1	070	4	26	ステータスが「受付」、かつ、予約時刻が一番早い受付のステータスを「診察待ち」に更新できること。
1	070	4	27	割り振り済み患者リスト、および表示患者リスト内の診察順はドラッグ&ドロップ操作により変更ができること。
1	070	4	28	各患者リストの内の患者を別の医師（予約枠）へ割り振りができること。
1	070	4	29	表示患者リストの操作（順番変更・枠の変更等）は診察状態により制限をかけられること。
1	070	4	30	表示中患者リストには、割り振り済み患者リストの上位の患者が自動で繰り上げできること。また、設定によっては、自動繰り上げを行わず、手動による繰り上げのみができること。
1	070	4	31	表示中患者リストへ繰り上げる場合は、予約時刻と現在時刻を比較し制限をかけられること。（予約時刻の30分前にならないと繰り上げられない等）また、医師（予約枠）ごとに設定値を変更できること。
1	070	4	32	表示中患者リストへ表示する患者の人数は、医師（予約枠）ごとに設定できること。
1	070	4	33	各患者リストの内容は、最新化操作により最新化できること。また、一定時間ごとに自動的に最新化できること。
1	070	4	34	呼び込み処理により、呼び出し順が次の患者の受付番号が表示板システムへポップアップ表示されること。また、同時に同患者の患者基本画面が表示されること。
1	070	4	35	再呼び込み処理により、表示板システムに表示されている先頭の患者が再度ポップアップ表示できること。
1	070	4	36	診察順が次の患者を患者基本画面を表示している場合に、患者基本画面から呼び込み処理ができること。
1	070	4	37	診察中の患者の患者基本画面を表示している場合に、患者基本画面から再呼び込み処理ができること。
1	070	4	38	診察順管理画面での操作により、表示板へ診察開始待ちである旨のメッセージが表示できること。
1	070	4	39	診察順管理画面での操作により、表示板へ急患対応中である旨のメッセージが表示できること。
1	070	4	40	診察順管理画面での操作により、表示板へ本日休診である旨のメッセージが表示できること。
1	070	4	41	診察順管理画面での操作により、表示板へ準備中である旨のメッセージが表示できること。
1	070	4	42	診察順管理画面での操作により、表示板へ診察が終了した旨のメッセージが表示できること。
1	070	4	43	医師（予約枠）が当日使用する診察室を変更できること。
1	070	4	44	表示板システムがなくても診察順の管理ができること。
1	070	4	45	患者ステータスに応じ、背景色を変更できること。
1	070	4	46	患者の区分（予約（未受付）、予約（受付済）、予約外、入院中）に応じ、文字色を変更できること。
1	070	4	47	当日受診予定患者で同姓同名患者の有無を、診察順管理画面に表示できること。
1	070	4	48	表示板システムと連携し、診察順管理画面から電話呼び出しができること。
1	070	4	49	表示板システムと連携し、診察順管理画面からメール呼び出しができること。
1	070	4	50	診察順管理画面から待合室にいない患者の受付番号を表示板システムへ表示(不在呼出)できること。
1	070	4	51	診察順管理画面から各診察室の進捗コメント(予定通り、15分遅れなど)を表示板システムへ表示できること。
1	070	4	52	設定により、1つの診察室に複数の予約枠の患者を表示し、診察順の管理ができること。
1	070	4	53	1つの診察室に複数の予約枠の患者を表示する場合、曜日/午前/午後の単位で診察室に紐付ける予約枠のスケジュールを組むことができること。また、特定の日のみ、診察室に紐付ける予約枠の設定を変更できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
080_他科依頼				31
項番	項目			仕様担保
1	080		他科依頼	-
1	080	1	依頼	-
1	080	1	1 医師から他科の特定医師宛に、依頼の入力ができること。	
1	080	1	2 医師から診療科宛に、依頼の入力ができること。	
1	080	1	3 依頼先で他の患者を開いていても、依頼が到着したことが分かること。	
1	080	1	4 依頼先が医師の場合は、受付でも依頼が到着したことが分かること。	
1	080	1	5 依頼がカルテの参照画面に表示されること。	
1	080	1	6 依頼の入力には編集中の状態があり、完成してから送る仕組みがあること。	
1	080	1	7 受診日未定で依頼を登録できること。	
1	080	1	8 依頼登録時、「依頼箋」が印刷できること。	
1	080	1	9 依頼箋には、依頼元情報・依頼先情報・依頼内容（タイトル・本文）が印刷されること。（タイトルは全角50文字、本文は1行あたり全角250文字。行数無制限）	
1	080	1	10 依頼箋には、依頼先への申し送りとしてコメントを記入する欄があること。	
1	080	1	11 依頼箋は、登録時だけでなく指示歴からも再印刷できること。	
1	080	1	12 入力画面では、現在選択中の患者の依頼・返信情報のみが表示されること。	
1	080	1	13 入力画面では、設定により現在選択中の患者の全ての依頼・返信情報が表示できること。	
1	080	1	14 未読の他科依頼は取消できること。	
1	080	1	15 未返信の他科依頼は「取りやめ」できること。	
1	080	1	16 相手が既読で未返信状態の他科依頼を「取りやめ」た場合は、依頼先及び受付にその情報が分かること。	
1	080	1	17 重要度を設定できること。	
1	080	1	18 宛先変更ができること。	
1	080	2	返信	-
1	080	2	1 医師から依頼元の医師へ、返信の入力ができること。	
1	080	2	2 返信の入力が、依頼元で指示された医師以外でもできること。	
1	080	2	3 依頼元の医師が他の患者を開いていた場合でも、返信が到着したことがわかること。	
1	080	2	4 返信がカルテの参照画面に表示されること。	
1	080	2	5 返信の入力には編集中の状態があり、完成してから送る仕組みがあること。	
1	080	2	6 未読の返信は取消できること。	
1	080	3	一覧	-
1	080	3	1 最近の依頼・返信の内容が対で閲覧できること。	
1	080	3	2 編集中の一覧を表示し、その画面から患者切り替えができること。	
1	080	3	3 未返信の一覧を表示し、その画面から患者切り替えができること。	
1	080	3	4 未返信の一覧には、自分宛のものだけでなく診療科宛のものも表示できること。	
1	080	3	5 設定により、ログイン時利用者宛に新規依頼があれば一覧を表示できること。	
1	080	3	6 設定により、患者選択時その患者に対して未返信の依頼があれば一覧を表示できること。	
1	080	4	その他	-
1	080	4	1 他科依頼の発行時に指導医を5人まで選択でき、研修医への返信があった場合に指導医が確認できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
090_病診連携				39
項番	項目			仕様担保
1	090		病診連携システム	-
1	090	1	紹介状登録・作成	-
1	090	1	1 次の基本機能を有すること。	-
1	090	1	2 ・紹介状登録機能（紹介受け）	
1	090	1	3 ・返書登録機能（返書受け）	
1	090	1	4 ・上記2つ以外のその他の情報を受ける機能(情報受け)	
1	090	1	5 ・紹介状（診療情報提供書）作成	
1	090	1	6 ・返書・報告書作成	
1	090	1	7 ・その他の情報登録機能	
1	090	1	8 紹介受け、返書受けを行った場合は、引き続き紹介状・返書のスキャン画面が表示できること。	
1	090	1	9 紹介受けを行った場合は、FAX連絡票が印刷できること。	
1	090	1	10 診療情報提供書の編集・印刷が可能かつSS-MIXに準拠した診療情報提供書CDの作成ができること。	
1	090	1	11 診療情報提供書CDは、あらかじめ作成可能であると登録された病院に対してのみ作成ができること。	
1	090	1	12 標準化ストレージに保存された、一定期間の処方・検体・放射線の画像を添付できる機能を有すること。	
1	090	1	13 診療情報提供書に画像を貼り付ける機能を有すること。	
1	090	1	14 診療情報提供書に貼り付ける画像は、サイズを選択することができること。	
1	090	1	15 複数の診療情報提供書フォーマットを選択できること。	
1	090	1	16 各種文書を作成する場合に、電子カルテシステム上に登録された処方内容を参照して流用ができること。また、参照する処方の検索期間を設定できること。	
1	090	1	17 各種文書を作成する場合に、電子カルテシステム上に登録された病名を参照して流用できること。	
1	090	1	18 診療情報提供書を作成する場合に、電子カルテシステム上に登録された病歴・生活歴・禁忌情報(薬品アレルギー・処方薬品禁忌・注射薬品禁忌・食物禁忌・検査禁忌・禁忌コメント)等の情報を参照し自動で設定できること。	
1	090	1	19 オークラ作成時、マスタから病院名を選択し情報を登録できること。	
1	090	1	20 病院選択時、間違った情報がマスタに登録されている場合は修正できること。	
1	090	1	21 病院選択時、表示されるマスタ情報を変更できること。	
1	090	1	22 病院選択時、患者に登録されているかかりつけ医を絞り込み表示できること。	
1	090	1	23 病院選択時、利用者がよく選択する紹介先病院を頻用として絞り込み表示できること。	
1	090	1	24 病院選択時、病院登録時に登録したグループ・医師会・地域などの括りで絞り込み表示できること。	
1	090	1	25 病院選択時、マスタに診療科が1つのみ登録されている場合は、その診療科を自動的に選ぶ機能を有すること。	
1	090	1	26 返書・報告書・戻し紹介の場合は、既に紹介受け・返書受けされていればその病院情報を選択して返書等を作成できること。	
1	090	1	27 紹介受け・返書受け情報がない場合は、マスタから病院を選択して返書・報告書等が作成できること。	
1	090	1	28 作成済の紹介状を返書に変更する等、後から種別の変更ができること。	
1	090	1	29 登録前に、紹介状・返書のプレビューを参照できること。	
1	090	1	30 診療情報提供書作成時、直近の検査結果を同時に印刷できること。さらに、その直近の件数を設定できること。	
1	090	1	31 CD作成時には個人情報暗号化できる機能を有すること。	
1	090	1	32 CD作成依頼をした場合は、登録時にCD作成依頼箋が印刷できること。	
1	090	1	33 電子カルテシステム上で患者を選択した場合は、未返信の患者であればポップアップにより紹介患者であることが認識できること。	
1	090	1	34 患者が転科した場合には、転科情報を登録することにより、転科先でも紹介患者であることが認識でき、返書が作成できること。	
1	090	1	35 紹介受けに対して紐づく情報がない場合は、診療科・紹介元病院の情報を修正できること。	
1	090	1	36 戻し紹介に対しても、返書受けできること。	
1	090	1	37 救急（設定科）で返書を作成する場合は、全科分の紹介受けが表示できること。	
1	090	1	38 患者からの借用資料を登録できること。	
1	090	1	39 診療情報提供書を作成する場合は、編集途中の発行ができること。	
1	090	1	40 診療情報提供書を編集途中で発行した場合は、発行医師に対して作成を促すToDoを自動発生できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
100_処方			166
項番	項目		仕様担保
1	100	処方オーダー	-
1	100	処方登録	-
1	100	1 院内共通・診療科共通・利用者単位でセット処方が登録でき、どの端末からでも使用できること。	
1	100	2 セット登録について、キー検索をして選択することができること。また、セット展開画面よりツリー形式による表示からの選択ができること。	
1	100	3 ローマ字入力検索機能、またはカナ検索機能を持つこと。	
1	100	4 検索文字数最低文字数制限は任意に設定できること。	
1	100	5 薬剤ごとの検索名称（略称）の登録個数に制限がないこと。	
1	100	6 薬剤選択時、薬品名称を完全に画面表示（30字以内）できること。	
1	100	7 名称は全角・半角・英字・カナ何れもできること。	
1	100	8 全科分の発行済オーダーを参照し、全てまたは一部（Rp単位等）を流用（DO処理）できること。	
1	100	9 DOオーダー時の処方開始日は、自動的に設定されること。ただし、入院臨時および退院処方DO時は開始日が未設定となること。	
1	100	10 入院臨時および退院処方の区別を選択した時、開始日が未設定となること。	
1	100	11 外来処方箋を入院患者にDO処方した場合は、自動的に入院処方箋に置き換えること、およびその逆も行えること。コメントは引き継ぐこと。	
1	100	12 内服薬は1日量、頓用は1回量、外用薬は総投与量および1日量（1回量）×規格個数で使用量入力ができること。また、内服薬の使用量は成分量での入力もできること。	
1	100	13 剤種ごとに対応する用法選択画面を定義できること。	
1	100	14 内服や外用の剤形コードを自由に設定できる等、システムの制限が少ないこと。	
1	100	15 入院定時処方の入力時、定時処方日の選択ができ、次回定時処方日との妥当性チェックができること。	
1	100	16 外来処方は、発行時に院内/院外の区別を再指定できること。	
1	100	17 入院処方は、定時/臨時/退院の区別をして入力できること。	
1	100	18 院外処方箋は診察室にて出力できること。またその場合は、不正なコピーを行った場合に、判別ができるような仕組みを考慮すること。	
1	100	19 麻薬を処方する場合は、通常の薬品と同様にオーダー発行にて処方を行い、自動的に麻薬処方箋が発行できること。	
1	100	20 常用量を超えて医師が入力した場合は、オーダー画面で判別表示できること。	
1	100	21 1オーダー内Rp数、及び1オーダー内薬品数ともに、システム上制限なく入力できること。	
1	100	22 分割できる錠剤等に分割指示を行う場合は（1錠分2等）、画面上の使用量の後ろに自動的に分割指示が表示され、薬局システムへも送信されること。分割不適薬品についてはメッセージ（理由）表示後、それでも分割する場合は、リターンで自動的に貼り付くこと。	
1	100	23 処方指示入力時、同一薬剤・警告量（1日ごと、1回ごと等）・極量・粉碎不適/不可・絶対禁忌（患者対薬品、薬品対薬品）・相互作用・患者アレルギー・院内/院外不可薬・妊産婦禁忌・採用中止のチェックができること。（他科服用中薬剤との重複チェックを含む）	
1	100	24 処方指示入力時、別包・混合・分割（2分割、または4分割）のチェック・粉碎指示機能を有していること。また半錠入力時、不均等分割指示ができること。	
1	100	25 不均等入力は用法の分割回数より自動的に入力できる領域を限定すること。（具体的には「分3朝食後」であれば、朝食後の不均等が入力でき、起床時や寝る前等には入力できないようにすること。）	
1	100	26 薬剤粉碎不適/不可のチェックは薬剤マスタを参照して行えること。	
1	100	27 粉碎指示は薬品別にできること。また入力中の薬品に対する全粉碎の指示も容易にできること。（この時、外用薬等は粉碎指示されないこと）	
1	100	28 薬品検索画面にて、麻薬・毒薬・劇薬の識別表示ができること。	
1	100	29 特定の薬剤処方を入力する場合は、処方医の登録番号（麻薬処方での麻薬施用者番号等）をチェックできること。	
1	100	30 コメントの種類として、定型コメント・フリー入力コメントがあること。	
1	100	31 定型コメントは剤型ごとにマスタ登録でき選択できること。	
1	100	32 定型コメントはキー検索をして選択することができること。	
1	100	33 フリー入力コメント欄は医師・薬剤師・患者に宛てて送信できること。	
1	100	34 患者希望により、院内/院外の選択入力ができること。	
1	100	35 服用開始時間を規定値入力できること。	
1	100	36 院外処方箋の出力、再出力ができること。	
1	100	37 処方指示の入力途中で、その患者の検査結果照会を起動できること。	
1	100	38 処方新規オーダー入力/発行済処方の修正等について、職種により利用者を限定できること。	
1	100	39 複数の単位を成分量等に変更した場合は、薬局及び医事システムへ正しく連携できること。（具体的には医事システム連携時には医事システム用の使用量に変換されること）	
1	100	40 オーダー単位（処方単位）に保険指定ができること。	
1	100	41 一包化の指示は、画面上の操作で容易に行えること。	
1	100	42 処方オーダーを修正で展開した場合は修正している事が明確に区別できること。	
1	100	43 修正履歴も設定により指示歴に表示できること。	
1	100	44 薬剤情報提供のあり/なしを容易に変更できること。	
1	100	45 自分自身への処方が発行できない仕組みがあること。（自己診療禁止）	
1	100	46 処方箋番号をリセット（1〜）するタイミングは、日付が変わったタイミング（0時00分）とすること。	
1	100	47 DO展開した時点でマスタ変更された薬品が存在した場合は、自動的に変更され展開できること。	
1	100	48 オーダー入力画面上からDI情報が簡単に参照できること。	
1	100	49 投薬日数を一括変更できること。	
1	100	50 「薬歴のみ」は未来日で発行できること。	
1	100	51 クリニカルバス用にオーダー発行ができること。また保留の処方に変更できる、または保留解除ができること。	
1	100	52 癌化学療法用にオーダー発行ができること。	
1	100	53 処方オーダー中に後発薬品選択の場合、後発薬品と画面上にて判別できること。また、後発変更指示ができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
100_処方				166
項番	項目			仕様担保
1	100	1	54	検査前投与薬、医療器具、消毒薬など本来処方箋を使用しない物品もオーダ入力できること。
1	100	1	55	薬剤部宛のコメントがある場合、視覚的に認識し処方確認が行えること。
1	100	1	56	持参薬をシステムで登録することができ、その情報が薬歴、及び指示の歴として表示されること。また、持参薬がある患者であることが患者プロフィールに登録できること。
1	100	1	57	持参薬も院内採用薬同様、内服の確認ができるようにすることを有すること。
1	100	1	58	持参薬も院内採用薬同様、併用禁忌のチェックが出来ること。
1	100	1	59	持参薬から院内採用薬の同一成分薬品を検索できること。
1	100	1	60	持参薬モードでは用法を選んだときにマスタに設定があっても、日数を自動で設定しないこと。
1	100	1	61	持参薬モードでは日数・回数制限が掛からないこと。
1	100	1	62	持参薬情報登録は薬剤師・看護師・医師の権限にて発行できること。
1	100	1	63	持参薬モードでの薬品置き換え条件はY J コードの「薬効・成分」で行われること。
1	100	1	64	持参薬情報は未来日で発行できること。
1	100	1	65	持参薬から院内処方への薬品置き換えの際は、薬品マスタの用量が設定されていても引き継がないこと。
1	100	1	66	持参薬情報を指示歴から「持参薬指示発行」メニューで指示が発行できること。
1	100	1	67	発行した処方箋は薬歴カレンダーに反映されること。
1	100	1	68	処方箋カレンダーでは、医師の指示変更の内容が反映されていること。
1	100	1	69	薬剤禁忌のある患者の場合、患者選択したときにそれと分かる旨のメッセージ画面が表示されること。
1	100	1	70	薬品毎に表示したい内容のメッセージが編集でき、そのメッセージがオーダ画面に表示されること。
1	100	1	71	患者禁忌の登録は、コードでの登録だけでなく、薬効・成分での登録もできること。
1	100	1	72	患者の薬品禁忌はY J コードの頭7桁「薬効・成分」でチェックが掛かるかつ、薬局にて特別に指定した薬効グループでのチェックをかけることもできること。
1	100	1	73	併用禁忌のチェックは、薬効・成分でチェックできること。
1	100	1	74	併用禁忌のチェックは、注射オーダとのチェックができること。
1	100	1	75	併用禁忌はY J コードの頭7桁「薬効・成分」でチェックが掛かること。
1	100	1	76	薬品から簡単にD I が参照できる仕組みを有すること。
1	100	1	77	保険と自費の処方を一画面で発行できること。
1	100	1	78	薬効阻害を起こす食物と薬のチェックが行え、処方オーダ発行と同時にその情報が患者プロフィールに登録できること。
1	100	1	79	院外処方場合は薬局へ送信済みであっても医師は当日の院外処方を修正できること。
1	100	1	80	院外処方でも「薬剤情報提供あり」を初期表示とすること。またパラメータの変更で簡単に設定変更が出来ること。
1	100	1	81	一般名が設定された薬品を院外処方を入力する際、画面に【般】の文字が表示されること。
1	100	1	82	外来状態において入院予定のある患者は入院対象期間における定期処方が発行できないこと。臨時処方は発行可とする。
1	100	1	83	薬品の重複チェックは、他科とのチェックに対して掛けること。また同一オーダ内ではチェックをかけないこと。
1	100	1	84	開始日の設定は発行日より過去にならないようにチェックすること。
1	100	1	85	隔日用法が指定できること。
1	100	1	86	隔日用法は曜日指定できること。また透析情報を反映できる仕組みがあること。
1	100	1	87	隔日投与、曜日指定の投与が指定できる用法を設定できること。
1	100	1	88	年齢ごとの極量チェックが出来ること。
1	100	1	89	選択した薬品の同一成分・薬効の薬を検索できること。
1	100	1	90	届出が必要な薬のチェックが出来ること。
1	100	1	91	投与タイミング（朝、昼、夕、眠前）の指定が出来ること。
1	100	1	92	院外処方ではリフィルの可否および総使用回数が設定できること。
1	100	1	93	D I 検索から薬品を入力できること。
1	100	1	94	定時以外の入院処方の修正、取り消しは部門未伝送なら可能であること。
1	100	1	95	院外処方で残薬管理を設定できること。
1	100	1	96	院外処方後発変更不可理由を設定できること。
1	100	1	97	院外処方湿布理由コメントを設定できること。
1	100	1	98	院外処方湿布薬用量日分コメントを設定できること。
1	100	1	99	院外処方分割調剤を設定できること。
1	100	1	100	院外処方院外期限を設定でき、院外処方箋の処方箋の使用期間に反映されること。
1	100	1	101	持参薬で入院契機、自院・他院を設定できること。
1	100	1	102	医事課職員でログインした場合、保険内容のみが修正できる機能を有すること。
1	100	2		処方箋発行
1	100	2	1	オーダ情報は確実に薬剤部門システム、その後、医事部門システムに転送することおよび自動的に到着確認すること。
1	100	2	2	システム導入時、及び保守管理においても双方の開発担当者は相互に情報交換し、情報の転送に支障をきたさないこと。
1	100	2	3	院外処方発行時、継続頁には「続き有り」、最終頁には「以下余白」の表記ができること。
1	100	2	4	入院の処方箋を、処方箋区分（定時・臨時・退院）により、異なったタイミング（即時/病棟一括等）で指定部署のプリンタに出力可能なこと。
1	100	2	5	定時処方の処方締め切り日時の設定を特定権限にて実施できること。締め切り設定は病棟ごとに設定できること。
1	100	2	6	カルテ控えに処方箋選択コメント、用法コメント等、コメントが印字できること。
1	100	2	7	使用するマスタ類はYJコードと厚生省コードを格納できること。
1	100	2	8	控えをラベルプリンタ以外で印刷した際は、A 4 用紙に対応した控えが印刷されること。
1	100	2	9	処方箋を発行した際に印刷される処方指示箋にはQRコードが印字され、スキャンに対応できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
100_処方				166
項番	項目			仕様担保
1	100	2	10 指定したコメントが処方箋に印字できないようにできること。	
1	100	3	マスタ管理	-
1	100	3	1 マスタメンテツールにより薬品・用法・定型コメント等のマスタ登録・変更・削除が容易にできること。	
1	100	3	2 マスタメンテを操作できる権限を設定できること。	
1	100	3	3 YJコード・N87コード等の標準コードを持てること。	
1	100	3	4 DI情報メンテナンスが定期的に容易なツールにて更新・変更でき更新内容等は任意に設定できること。	
1	100	3	5 薬品マスタは世代管理ができること。	
1	100	3	6 薬品検索は中間一致で検索できること。	
1	100	3	7 正式名称、表示用名称はマスタ新規設定時は別として、修正などの際はその名称などの自動での書き込みなどがされないこと。	
1	100	3	8 処方、注射ともにマスタの表示順が設定できること。	
1	100	3	9 該当薬品に対する表示情報（補足情報）をマスタメンテから自由に設定でき、オーダ入力画面に正しく表示されること。	
1	100	3	10 薬品マスタメンテでYJコード更新時、患者薬品禁忌に同一薬効成分薬がある場合、患者薬品禁忌を更新できること。	
1	100	3	11 持参薬マスタ更新時、患者薬品禁忌に同一薬効成分薬がある場合、患者薬品禁忌を更新できること。	
1	100	4	部門連携機能	-
1	100	4	1 服薬指導業務のため、薬剤部門に患者の検査結果を送信すること。	
1	100	5	薬歴画面	-
1	100	5	1 薬歴画面に処方内容が反映されること。	
1	100	5	2 薬歴画面に患者の基本情報・薬の管理情報・副作用情報が表示されること。	
1	100	5	3 薬歴の表示期間を利用者の設定で変更できること。	
1	100	5	4 表示カテゴリは処方・持参薬・注射・入院時指示で分けて表示できること。	
1	100	5	5 処方区分を表示条件で表示/非表示で切り分けられること。	
1	100	5	6 中止した処方も表示できるモードを有していること。	
1	100	5	7 薬歴画面で、病棟患者・退院患者・患者ID検索等から患者を切り替えて表示できること。	
1	100	5	8 カルテで選択している患者と薬歴画面で違う患者を選んでいる場合は、その旨のメッセージを表示し注意を促す仕組みがあること。	
1	100	5	9 薬歴画面で、処方の調剤状態・薬の引渡し状態・服薬状態が管理表示できること。	
1	100	5	10 薬歴画面で内服確認ができること。	
1	100	5	11 内服確認は、患者を切り替えて実施できること。	
1	100	5	12 内服確認は、投与タイミングごと・薬ごとに実施できること。	
1	100	5	13 内服確認は、実施・中止・一部中止などが設定できること。	
1	100	5	14 内服確認の実施時コメントの登録ができること。	
1	100	5	15 頓服の内服の場合は、必要な回数だけ実施が行えること。	
1	100	5	16 薬歴画面では、内服確認の状況（全実施・一部実施・実施時コメント）等の情報が反映されていること。	
1	100	5	17 薬歴画面では残薬管理ができること。	
1	100	5	18 薬歴画面では残薬管理をする薬を指定できること。	
1	100	5	19 薬歴画面から処方のDOができること。	
1	100	5	20 薬歴画面から処方の取消ができること。ただし、薬局で取り込まれロックが掛かった処方は取消できないこと。	
1	100	5	21 薬歴画面から服用指示の変更ができること。	
1	100	5	22 服用指示の変更は、投与タイミングごと・薬ごとできること。	
1	100	5	23 薬歴画面から休薬指示ができること。	
1	100	5	24 薬歴画面からの服用指示は看護の指示受けに反映されること。	
1	100	5	25 服用指示を行なった日にその旨のマークが表示されること。	
1	100	5	26 該当指示を指示受けしたタイミングでマークの色が変わる等、確認した状況が画面で分かること。	
1	100	5	27 服用指示を行った場合は、服用指示書の印刷ができること。	
1	100	5	28 薬歴画面から処方の薬受領の処理が行えること。	
1	100	5	29 薬受領の処理はベッドマップからも画面を呼び出し対応できること。	
1	100	5	30 中止系指示登録の際にデフォルトの破棄状態を設定できること。	
1	100	5	31 麻薬の実施に対して実施コメントの入力が必須であること。	
1	100	5	32 麻薬の実施時に残量調整ができること。	
1	100	5	33 中止指示の際、「薬局へ返却」か「病棟で管理」が選択できること。	
1	100	5	34 DOされた処方の投与期間が重なっていなければ、横並びに表示されること。	
1	100	5	35 DO元の処方指示とDO後の入院情報が異なる場合、横並びに表示しないこと。	
1	100	5	36 指定職種で薬歴の薬品行にコメントを設定できること。	
1	100	5	37 薬歴の薬品行に設定したコメントを表示できること。	
1	100	5	38 内服確認は薬歴画面からの他、診療予定、一括入力にも対応していること。	
1	100	6	その他機能	-
1	100	6	1 患者プロフィール 院外処方情報に、薬剤管理指導の可否が設定でき、不可の場合にはチェックを入れられる機能を有すること。その有効期間の設置を必須とする。	
1	100	6	2 薬剤管理指導実施者一覧の統計処理が行えること。	
1	100	6	3 患者情報を表示しているフィールドに病棟看護チーム名称が表示されること。	
1	100	6	4 持参薬の指示に薬局宛てコメントがあってもスルーすること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
110_注射				110
項番	項目			仕様担保
1	110		注射オーダー	-
1	110	1	注射登録	-
1	110	1	1 院内共通・診療科共通・利用者単位にセット処方が登録でき、どの端末からでも使用できること。	
1	110	1	2 セット登録について、キー検索をして選択することができること。また、セット展開画面よりツリー形式による表示から選択ができること。	
1	110	1	3 カナ検索入力により、薬剤を選択できること。その場合の最低入力文字数は院内統一として設定できること。	
1	110	1	4 1薬剤ごとの検索名称（略称）の登録個数に制限がないこと。	
1	110	1	5 薬剤選択時、薬品名称を完全に画面表示（30文字以上）できること。	
1	110	1	6 薬剤を選択する画面で溶解情報・速度コメント・カロリー表示ができること。	
1	110	1	7 指定した期間内の他科を含めたオーダーを時系列で参照及び入力できること。	
1	110	1	8 表示されたオーダー単位で、DO入力・修正・実施入力ができること。	
1	110	1	9 手技の選択は整理された一覧から選択できること。	
1	110	1	10 手技は頓用とそれ以外との色分けができ、見やすく表示すること。	
1	110	1	11 オーダ入力時、警告量・極量・手技と注射薬の適合・患者アレルギー・妊産婦禁忌・同一Rp内での重複・併用禁忌（患者対薬品、薬品対薬品）混合禁忌・限定科・採用中止のチェックが行えること。	
1	110	1	12 麻薬・毒薬・劇薬は薬剤選択画面で表示上、識別できること。	
1	110	1	13 劇薬など注意が必要な薬品を表示する場合は、一般薬と選択間違いが無いよう並べて表示しない考慮がされていること。	
1	110	1	14 注射指示の入力途中に、その患者の検査結果照会を起動できること。	
1	110	1	15 注射指示票が出力できること。また、注射指示票には、注射実施時刻を印字できること。	
1	110	1	16 インスリンのスライディングスケールの入力ができること。	
1	110	1	17 速度入力が日ごとに指定できること。	
1	110	1	18 カレンダーでチェックまたは範囲指定で複数日の入力が簡単に行えること。	
1	110	1	19 処方同様に1日分を簡単に入力できるモードも持つこと。	
1	110	1	20 修正時に一括で複数日の中止、または修正ができること。	
1	110	1	21 該当日以降は意思をもって「止」であるという入力を看護師に伝えることのできる機能を有すること。	
1	110	1	22 ml変換値をマスタに持てること。また入力した用量に対して変換した数値を表示できること。	
1	110	1	23 速度入力により1日当たりの施用回数を自動算定できること。	
1	110	1	24 同一Rp内でも日ごとにより1薬品のみ抜くこともできること。	
1	110	1	25 数量を日ごとに表示し、簡単に一括で修正できること。	
1	110	1	26 オーダ入力画面上からDI情報が簡単に参照できること。	
1	110	1	27 DO展開した時点でマスタ変更された薬品が存在すれば、自動的に変更されて展開できること。	
1	110	1	28 オーダ入力画面から薬品を選択し、その薬品を患者禁忌薬として登録できること。	
1	110	1	29 患者の禁忌薬として登録された薬品は、画面上にて分かるように表示上の制御がなされていること。	
1	110	1	30 オーダ画面上から、患者禁忌薬を解除できること。	
1	110	1	31 マスタを組むことで、薬効別に薬品が検索ができること。	
1	110	1	32 処方薬と注射薬の相互作用、重複チェックができること。	
1	110	1	33 注射オーダーで「在庫なし、用時購入」の薬品にフラグを設け、分かるようにできること。	
1	110	1	34 手技にライン及びルートの情報が設定できること。	
1	110	1	35 患者禁忌の登録はコードでの登録だけでなく、薬効・成分での登録もできること。	
1	110	1	36 併用禁忌のチェックは薬効・成分でチェックができること。	
1	110	1	37 併用禁忌のチェックは処方オーダーとのチェックができること。	
1	110	1	38 オーダ発行時、本日分がある場合、注意を促すためのメッセージが表示されるよう制御できること。	
1	110	1	39 コメントのフリー入力ができること。	
1	110	1	40 カレンダー表示期間を移動し、過去・未来のデータを参照できる機能があること。	
1	110	1	41 注射の実施履歴を指定期間でマトリックス表示できる機能があること。	
1	110	1	42 癌化学療法オーダーと連動する注射オーダーはそれとわかるように制御（色、マークなどで）されていること。	
1	110	1	43 癌化学療法オーダーと連動する注射オーダー以外で抗癌剤を入れるための権限、制御ができること。	
1	110	1	44 癌化学療法オーダーと連動する注射オーダーは薬剤師による認証がされるまで保留として扱われていること。	
1	110	1	45 癌化学療法オーダーと連動する注射オーダーでも、抗癌剤以外の薬品を取り消したり、追加したりできること。	
1	110	1	46 項目選択の間違いを減らすための工夫として、決められた文字数を入力した時点で、自動で項目選択画面が表示されること。	
1	110	1	47 薬剤禁忌のある患者の場合、患者選択したときにそれと分かる旨のメッセージ画面が表示されること。	
1	110	1	48 薬品毎に表示したい内容のメッセージが編集でき、そのメッセージがオーダー画面に表示されること。	
1	110	1	49 麻薬注射のオーダーをした際、麻薬注射箋が1薬品1枚の単位で出力されること。	
1	110	1	50 麻薬注射の払い出しを適切に管理する為、薬局から麻薬を持ち出す時に担当薬剤師と担当看護師と麻薬との認証機能を有すること。	
1	110	1	51 固定打ちのインスリンオーダーもスライディングスケール同様、別用紙に印刷され、間違いの起こらない配慮がされていること。	
1	110	1	52 当日の注射指示があった場合や、入院日に注射の指示があった場合、指示票が自動でプリントアウトできること。（入院日当日の注射オーダーが確認でき、注射指示票を印刷できること。）	
1	110	1	53 注射伝票の出力先を指定されたプリンタへ出力すること。	
1	110	1	54 注射指示の修正などが分るように指示受けの機能を有すること。	
1	110	1	55 施用する際に必要とされるボトルラベルは、その印刷物を見て新旧が分かりやすく印字されていること。	
1	110	1	56 注射伝票には印刷したタイミングで実施されたオーダーがあった場合、その実施者を印字できること。	
1	110	1	57 ワークシートには実施の回数に応じた実施者のサイン欄が表示されること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
110_注射				110	
項番	項目			仕様担保	
1	110	1	58	100本以上の払い出しに対応したオーダが入力できること。	
1	110	1	59	注射オーダで「在庫なし、用時購入」の薬品にフラグをもうけ、分かるようにできること。	
1	110	1	60	薬効阻害を起こす食物と薬のチェックが行え、注射オーダ発行と同時にその情報が患者プロフィールに登録できること。	
1	110	1	61	注射指示票に、「薬剤部取り込み後の入力」（薬剤部から薬品が上がってこない）であることが分かるように表示を反転させること。	
1	110	1	62	外来未来日の注射オーダを発行した際、予約票に注射の予約情報が印字されていること。	
1	110	1	63	注射の予約情報は指示歴の下部メッセージ欄に表示され、確認できるようになっていること。	
1	110	1	64	麻薬認証機能に麻薬の在庫管理の機能を有していること。	
1	110	1	65	持続の実施可能回数を15回までにする。	
1	110	1	66	フリーコメント画面にて3つ以上入力できるコメント設定エリアがあること。	
1	110	1	67	薬剤師による修正の際、前回発行医と異なる場合に警告を表示し、注意喚起すること。	
1	110	1	68	患者の禁忌薬品チェックはYJコード頭7桁による「薬効・成分」でチェックが掛かるかつ、薬局にて特別に指定した薬効グループでのチェックをかけることもできること。	
1	110	1	69	併用禁忌のチェックはYJコード頭7桁による「薬効・成分」でチェックが掛かること。	
1	110	1	70	年齢ごとに極量チェックが出来ること。	
1	110	1	71	編集中の手技はダブルクリックで手技画面を呼び出し、修正できること。	
1	110	1	72	検索した薬品の同一成分・薬効の薬を検索できること。	
1	110	1	73	届出が必要な薬品はチェックできること。	
1	110	1	74	一日量のチェックが出来ること。	
1	110	1	75	表示条件を直接日付を指定した表示期間を設定できること。	
1	110	1	76	DIシステムからオーダ入力画面に薬品を入力できること。	
1	110	2		注射箋発行	-
1	110	2	1	注射箋の発行（臨時）、再発行ができること。また障害時にオーダエントリーシステムより注射箋が発行できること。	
1	110	2	2	定時処方は一括処理で送信し、定時処方間に間に合わないものは随時送信ができること。締切りは365日設定できること。	
1	110	2	3	注射箋発行（臨時）時に薬剤部門システムへデータ送信できる機能を有すること。	
1	110	2	4	該当日以降は意思をもって「止」である場合は、帳票に反映できること。	
1	110	2	5	mlに変換した数値を帳票に印字可能なこと。	
1	110	2	6	麻薬注射箋には伝票固有番号が印字され、一意に決定できること。	
1	110	2	7	麻薬注射箋をA4版（B5版あるいはそれ以下）のサイズで印字可能であること。	
1	110	2	8	麻薬注射箋の実施者、実施量は印刷時にオーダーの情報を印字すること。	
1	110	2	9	注射伝票のオーダの印字順を屯用が一番下に来るように出来ること。	
1	110	2	10	TPNの指示箋に合計の水分量を自動で表記できること。	
1	110	2	11	注射部門送信アプリにてTPN注射箋の印刷に必要なデータに対してマークなどわかりやすい表記がされていること。	
1	110	2	12	TPNの指示箋は日付毎の一括出力のほか、患者単位での印刷もできること。	
1	110	2	13	TPNの指示箋の下に水分量、カロリー量、炭水化物の量、アミノ酸量、Na量、K量、Ca量、Cl量が表として欲しい。また、上記の計算が自動で出来ること。	
1	110	3		オーダ実施入力	-
1	110	3	1	オーダ画面から実施入力ができること。	
1	110	3	2	外来は患者ID入力により、注射薬の実施入力ができること。	
1	110	3	3	病棟は一覧から実施入力ができること。	
1	110	3	4	使用薬品データは、実施情報として医事システムに伝達できること。	
1	110	3	5	入力即実施済にできる機能を有すること。	
1	110	3	6	修正後の注射箋をプリントアウトする機能を有すること。（締切り後）	
1	110	3	7	実施入力をした時点で、修正できないようロックがかかること。	
1	110	3	8	実施入力の取消（後戻り）ができること。	
1	110	3	9	1回毎・薬品毎に実施が行え、実施毎に会計データを制御できること。	
1	110	3	10	スライディングスケールの実施では、実施時の用量が設定できること。	
1	110	3	11	スライディングスケールの実施では、実施時の用量で会計へ伝送されること。	
1	110	4		マスタ管理	-
1	110	4	1	マスタメンテツールにより薬品・用法・定型コメント等のマスタ登録・変更・削除が容易にできること。	
1	110	4	2	マスタメンテを操作できる権限を設定できること。	
1	110	4	3	YJコード・N87コード等の標準コードを持てること。	
1	110	4	4	薬品マスタにて手技を設定でき、該当以外の手技の場合はエラーメッセージを表示できること。	
1	110	4	5	薬品検索は中間一致で検索できること。	
1	110	4	6	正式名称、表示用名称はマスタ新規設定時は別として、修正などの際はその名称などの自動での上書きなどがされないこと。	
1	110	4	7	処方、注射ともにマスタの表示順が設定できること。	
1	110	4	8	該当薬品に対する表示情報（補足情報）をマスタメンテから自由に設定でき、オーダ入力画面に正しく表示されること。	
1	110	5		部門システム機能	-
1	110	5	1	部門システムと連動し、麻薬台帳作成のための情報を電子カルテシステムから送信できること。	
1	110	6		その他機能	-
1	110	6	1	抗生剤の「1日〇回」のラベルはバーコードなどの重複読み防止などを考慮した工夫がされていること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
120_化学療法			71
項番	項目		仕様担保
1	120		化学療法オーダ
1	120	1	プロトコール登録
1	120	1	1 注射オーダ・処方オーダ・検体検査オーダをプロトコールとして登録できること。
1	120	1	2 職種による登録の制限がログインIDにて管理できること。（薬剤師のみ登録可とする等）
1	120	1	3 抗癌剤を含まないプロトコールは登録できないこと。
1	120	1	4 休業期間を指定したプロトコールが登録できること。
1	120	1	5 診療科単位でプロトコールが作成でき、院内共通・利用者単位のプロトコールは登録できないこと。
1	120	1	6 プロトコールを連続で使用できる制限回数を指定できること。
1	120	1	7 1回に投与する抗癌剤の投与量を、抗癌剤単位に指定できること。
1	120	1	8 1回に投与する抗癌剤投与量の計算方法を、抗癌剤単位に指定できること。
1	120	1	9 1回に投与する抗癌剤投与量の計算方法を、なし・体表面積・体重・Calvert式・Chatelut式から選択できること。
1	120	1	10 計算方法にCalvert式を選択した場合には、目標AUCを指定できること。
1	120	1	11 プロトコールを「通常のプロトコール」と「穏やかなプロトコール」とに区別して登録でき、参照時に容易に区別できること。
1	120	1	12 プロトコールを上書き登録する場合には、古いプロトコールと新しいプロトコールを同時に表示し、内容の比較ができること。
1	120	1	13 プロトコールの詳細内容を参照できること。
1	120	1	14 医師用と薬剤師用のプロトコール説明が登録でき、登録日・登録者が記録・表示されること。
1	120	1	15 化学療法に分子標的薬のプロトコールを登録できるようにする。
1	120	1	16 プロトコール登録画面には操作に誤解を招かないよう、説明文が表示されていること。
1	120	2	オーダ入力
1	120	2	1 登録済のプロトコールを使用して、オーダができること。
1	120	2	2 開始日がカレンダー形式で指定でき、開始日に応じてプロトコール内のオーダ日が指定された日付間隔で更新されること。
1	120	2	3 身体情報（身長・体重・年齢）が入力でき、患者情報として既に登録済の身体情報が初期値として表示されること。
1	120	2	4 入力された身長・体重を、患者情報として登録できること。
1	120	2	5 計算方法にCalvert式・Chatelut式が指定されたプロトコールを使用する場合には、GFR・Scr (mg/dl) が入力できること。
1	120	2	6 Scr (mg/dl) は0～9.9の範囲内でのみ入力できること。
1	120	2	7 放射線オーダの併用有無を入力できること。
1	120	2	8 プロトコールに登録されているオーダを、日付単位で実施・中止が指定できること。
1	120	2	9 投与間隔を、プロトコールに登録されている日付間隔から前1日～後2日の範囲内で変更できること。
1	120	2	10 投与間隔を変更する場合には、日付単位での変更と、指定日以降一括での変更ができること。
1	120	2	11 抗癌剤単位に投与量の入力ができること。
1	120	2	12 投与率をパーセントまたは分数で入力でき、自動で投与量が計算されること。
1	120	2	13 投与率は20%～103%の範囲内でのみ入力できること。
1	120	2	14 投与量を入力した場合には、投与率（パーセント）が自動で計算されること。
1	120	2	15 以下の計算式で体表面積が算出されること。 体表面積 (m ²) = 体重 ^{0.425} × 身長 ^{0.725} × 0.007184
1	120	2	16 Calvert式を使用した場合には、以下の計算式で投与量が算出されること。 CBDCA投与量 (mg/body) = 目標AUC × (25 + GFR)
1	120	2	17 Chatelut式を使用した場合には、以下の計算式で投与量が算出されること。 CBDCA投与量 (mg/body) = 目標AUC × CBDCAクリアランス CBDCAクリアランス = 0.134 × 体重(kg) + 2.18 × 体重 × (1 - 0.00457 × 年齢) × 0.686 × 0.0113 ÷ Scr (mg/dl)
1	120	2	18 投与量が薬品の極量を超えた場合には、エラーとすること。
1	120	2	19 身長が30～250cmの範囲外で入力された場合には、エラーとすること。
1	120	2	20 体重が0～200kgの範囲外で入力された場合には、エラーとすること。
1	120	2	21 身長と体重の妥当性のチェックができること。 10 < (体重kg) ÷ (身長mの三乗) < 40を正常値、これ以外を異常値として警告を表示し、確認を促すこと。
1	120	2	22 化学療法オーダの期間が重複する場合には、エラーとすること。
1	120	2	23 投与間隔が抗癌剤投与開始日をday0とした場合に、day-99～day99の範囲外で指定された場合には、エラーとすること。
1	120	2	24 プロトコールに登録されている連続実施可能回数を超過して、同一プロトコールを使用した場合には、エラーとすること。
1	120	2	25 当日の締切時間を過ぎてオーダを発行しようとした場合には、警告メッセージが表示されること。
1	120	2	26 全科分の発行済オーダを参照し、全てまたは一部の流用（DO処理）ができること。
1	120	2	27 オーダ初回発行時には、当該プロトコールの注射・処方・検体検査オーダは仮発行状態とし、部門システムに情報が送信されないこと。
1	120	2	28 プロトコール選択・登録画面でプロトコール表示順を自由に変更できること。
1	120	2	29 休業期間を設定したプロトコールに関しては、その休業期間を消せないように配慮されていること。
1	120	2	30 分子標的薬等をプロトコールに含められること。
1	120	2	31 分子標的薬プロトコールでは、重複チェック、医師確認等の操作を省くことができること。
1	120	2	32 オーダの認証前のデータは医師でも取り消せるようになっていること。
1	120	2	33 特殊な薬品（リツキサン）のための単位、および計算方法が利用できること。
1	120	2	34 医師のコメント、薬剤師コメントが指示歴に表示され、確認できるようになっていること。
1	120	2	35 オーダ発行時に、外来化学療法室で行う場合は必ずベッドの予約をする旨を表示すること。
1	120	2	36 分子標的薬の投与率も20%～103%の範囲内でのみ入力できること。また、分子標的薬以外の投与率設定とは別に設定で変更が可能なこと。
1	120	3	オーダ認証

電子カルテシステム				【参考値】空白	
120_化学療法				71	
項番	項目			仕様担保	
1	120	3	1	仮発行状態のオーダーを一覧表示でき、開始日・診療科・医師・病棟で絞り込み表示できること。	
1	120	3	2	一覧画面に、オーダーの状態（仮発行または認証済）・開始日・プロトコル名・患者ID・患者氏名・生年月日・性別・血液型・病棟（外来）・病室・オーダー発行医師名が表示できること。	
1	120	3	3	一覧画面から、患者の選択ができること。	
1	120	3	4	仮発行状態のオーダーを認証して、オーダーの確定ができること。また、認証作業は薬剤師のみができること。	
1	120	4	最終実施確認		-
1	120	4	1	認証された抗癌剤の注射オーダーを一覧表示でき、投与日・診療科・医師・病棟で絞り込み表示できること。	
1	120	4	2	一覧画面に、確認状態（未確認・確認済・中止・混注済）・投与日・プロトコル名・患者ID・患者氏名・生年月日・性別・血液型・病棟（外来）・病室・オーダー発行医師名が表示できること。	
1	120	4	3	一覧画面から、確認状態の変更（実施確認・中止・確認取り消し）ができること。	
1	120	4	4	確認状態の変更は、医師のみができること。	
1	120	4	5	確認状態の変更は、通常のプロトコルでは当日分の抗癌剤オーダーのみできること。	
1	120	4	6	確認状態の変更は、穏やかなプロトコルでは当日を含め5日先の抗癌剤オーダーのみできること。	
1	120	5	混注完了確認		-
1	120	5	1	最終実施確認された抗癌剤の注射オーダーを一覧表示でき、投与日で絞り込み表示できること。	
1	120	5	2	混注済オーダーの表示・非表示の切り替えができること。	
1	120	5	3	医師未確認オーダーの表示・非表示の切り替えができること。	
1	120	5	4	一定間隔で一覧表示が自動で更新できること。	
1	120	5	5	一覧画面に、確認状態（未確認・確認済・中止・混注済）・投与日・プロトコル名・患者ID・患者氏名・生年月日・性別・血液型・病棟（外来）・病室・オーダー発行医師名・最終実施確認日時・最終実施者名が表示できること。	
1	120	5	6	一覧画面から、確認状態の変更（混注済）ができること。	
1	120	5	7	確認状態の変更は、薬剤師のみができること。	
1	120	5	8	確認状態の変更は、確認状態が確認済のオーダーのみできること。	
1	120	5	9	一覧画面から、患者の選択ができること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
130_検体検査			96
項番	項目		仕様担保
1	130		検体検査オーダ
1	130	1	検体検査登録
1	130	1	1 各種セットを利用し、検査項目の指示入力ができること。
1	130	1	2 セットは院内共通・診療科共通・利用者単位セットを作成できること。
1	130	1	3 検査室別・機能別の検査項目画面を設定できること。また、単一画面での登録もできること。
1	130	1	4 全科分の発行済オーダを参照し、全てまたは一部の流用（DO処理）ができること。
1	130	1	5 期間での曜日指定・日付指定・間隔指定での回数指定・同一日での時間指定等により、連続して検査指示入力ができること。
1	130	1	6 コメント入力および検体変更入力ができること。尚、検体変更の可否がマスタ設定によりチェックができること。
1	130	1	7 同一日・同一検査項目の重複チェックができること。
1	130	1	8 休診日のチェックを行い、オーダ時に警告メッセージを表示できること。
1	130	1	9 院内検査・外注検査・負荷検査/負荷薬剤もできること。
1	130	1	10 検査指示入力された内容を、検査システム等へ伝達できること。
1	130	1	11 検査指示の入力途中に、その患者の検査結果照会が参照できること。
1	130	1	12 医師はラベル未発行のみ修正可能、検査技師は未発行/発行済とも修正できる等、職種により操作者を限定できること。
1	130	1	13 至急や時間外検査については、オーダ表示画面にてマーク表示できること。
1	130	1	14 採取管ごとに検査材料（静脈血、胸水等）の指定ができること。
1	130	1	15 オーダ締切時間を設定でき締切時間以降の場合には、時間外検査オーダのみを発行できること。
1	130	1	16 検査項目ごとに至急検査指示を行うことができ、至急指示された項目は通常指示したものと視覚的に識別できること。また、一括で至急指示もできること。
1	130	1	17 検査日を日付指定のみではなく、日付未定でもオーダできること。
1	130	1	18 日付未定オーダについて、オーダ変更により日付指定オーダに変更できること。
1	130	1	19 検査項目に応じてオーダ時に身長・体重・妊娠週・蓄尿時間・蓄尿量が入力できること。
1	130	1	20 伝票単位に検体ラベルの出力先（採取場所）を指定できること。
1	130	1	21 伝票単位での保険種別（保険/自費等）の指示ができること。
1	130	1	22 検査項目は検索機能により選択できること。
1	130	1	23 マルク検査と病理オーダでコメントを共有できること。
1	130	1	24 コメント画面において、患者情報に登録されている身長・体重を初期値として自動反映できること。
1	130	1	25 コメント画面において、看護システムで登録された蓄尿量を一覧から選択し、検査システムに送信できること。
1	130	1	26 患者情報にEDTAを登録可能とし、当該患者に血算が依頼された場合には、EDTA凝集クエン酸採血も自動オーダされること。
1	130	1	27 髄液穿刺液検査の専用画面を用意し、材料・検査項目の指定ができること。
1	130	1	28 負荷検査の専用画面を用意し、検査項目・負荷時間の指定ができること。
1	130	1	29 マルク検査の専用画面を用意し、予約枠の取得・コメントの入力ができること。
1	130	1	30 繰り返し・同日繰り返しをした場合には、項目を引き継げること。
1	130	1	31 時間外・休日のオーダで「即時」が指定できること。また、場所により（救急外来等）選択された検査項目が自動で即時指定できること。
1	130	1	32 特定の検査項目オーダ時、承諾書等の文書が自動で印刷できること。
1	130	1	33 フリーコメントが登録できること。
1	130	1	34 二次即時の指定ができること。
1	130	1	35 マルク検査の一覧が表示できること。一覧には材料名・項目名等が表示できること。
1	130	1	36 月数・回数により保険算定できない検査をオーダしようとした場合には、警告メッセージを表示できること。 (例) 3ヶ月に1回しか算定できない項目 →3ヶ月以内に2回以上オーダしようとした場合には、警告が表示されること。
1	130	1	37 検査項目ごとにコメントが表示できること。
1	130	1	38 同一日に重複している検査項目を一括で削除できること。
1	130	1	39 代替検査項目がある旨を表示できること。また、一括で新しい検査項目に置換できること。
1	130	1	40 マルク・リンパ節（細胞免疫）検査時に、検査目的が未入力の場合にはオーダできないこと。
1	130	2	検体検査結果の取り込み
1	130	2	1 検査システムからの検体検査結果情報を、検体検査結果データベースへ登録・削除・変更の更新ができること。また、院内緊急検査・尿一般検査等の結果も同様に取込みができること。
1	130	2	2 血液型結果を患者情報に自動反映できること。
1	130	2	3 感染症結果を患者情報に自動反映できること。
1	130	2	4 不規則抗体結果を患者情報に自動反映できること。
1	130	3	検体検査結果サマリ照会
1	130	3	1 報告書単位の検体検査結果（全科分）の有無を、表形式にてサマリ表示できること。
1	130	4	検査結果照会
1	130	4	1 尿一般・血液・生化学等のサマリ（報告書）単位の検体検査結果を表示できること。
1	130	4	2 対象オーダの依頼元、蓄尿量・時間、付加コメント、依頼コメント、検体コメントを表示できること。
1	130	4	3 検体、もしくは報告書区分の指定により、データを絞り込んで表示できること。
1	130	4	4 検査項目の正常値（参考値）範囲の数値ガイドと単位を表示できること。
1	130	4	5 異常値の検査項目については、色（上限値を超える場合には赤、下限値を超える場合には青）を変えて表示できること。
1	130	4	6 患者の検体検査結果データをCSV形式で抽出できること。（使用権限あり）
1	130	4	7 医師及び依頼日を指定し、検査依頼患者の結果有無を一覧表示できること。また一覧より選択した患者の検査結果が照会できること。
1	130	4	8 検査結果についてオーダ単位で表示・印刷できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白	
130_検体検査				96	
項番	項目			仕様担保	
1	130	4	9	検査結果は5年以上保存可能であり、結果参照できること。	
1	130	4	10	検査報告書が表示・印刷できること。報告書は3ページ構成とし、1~2ページ目の出力内容はマスタにて管理できること。	
1	130	4	11	基準値の変化（年齢等）に対応できること。	
1	130	4	12	検査項目が英語で出力される検査結果を印刷できること。	
1	130	5		時系列およびグラフ結果照会	-
1	130	5	1	結果照会にて選択された任意の複数項目の検査結果を、時系列に表示できること。	
1	130	5	2	検査項目の正常値（参考値）範囲の数値ガイドと単位を表示できること。	
1	130	5	3	異常値の検査項目については、色（上限値を超える場合には赤、下限値を超える場合には青）を変えて表示できること。	
1	130	5	4	時系列検査結果画面に表示されているオーダー内容を印刷できること。	
1	130	5	5	時系列結果照会で選択された項目の検査結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。	
1	130	5	6	グラフ表示では、検査結果の正常値（参考値）範囲を色帯で表示できること。	
1	130	5	7	指定した検査結果を簡易な操作でテキストデータとしてコピー&ペーストできること。	
1	130	5	8	指定した検査結果を表形式でテキストデータとしてコピー&ペーストできること。	
1	130	5	9	時系列検査結果照会から指定した項目及び全ての項目で依頼作成が可能であること。	
1	130	5	10	任意の日付を指定して、絞り込み表示できること。	
1	130	5	11	初期で使用する結果セットを、利用者単位で登録できること。	
1	130	5	12	横軸の間隔を固定としたグラフが表示できること。ただし、期間は1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月から選択できること。	
1	130	5	13	グラフセットを選択した後に、絞り込み表示された項目でグラフが自動的に表示できること。	
1	130	5	14	任意の項目を指定して、絞り込み表示できること。	
1	130	5	15	任意の項目を指定して、グラフ表示できること。	
1	130	5	16	材料が表示できること。	
1	130	5	17	診療科で絞り込み表示ができること。	
1	130	5	18	発行医で絞り込み表示ができること。	
1	130	5	19	異常値のみ絞り込み表示ができること。	
1	130	5	20	指定した件数に絞込表示するボタンを利用者単位に登録できること。	
1	130	5	21	指定した件数に絞込印刷するボタンを利用者単位に登録できること。	
1	130	5	22	受付コメント及びフリーコメントに採取時間が入っていても、検査部門システムが採取時間及び到着時間の送受信に対応すれば、結果履歴にて到着時間が表示され、その順番に結果が並ぶこと。	
1	130	6		負荷／日内検査結果照会	-
1	130	6	1	検体検査結果サマリを選択することにより、負荷検査および日内検査の結果を時系列表示できること。	
1	130	6	2	異常値の検査項目については、色（上限値を超える場合には赤、下限値を超える場合には青）を変えて表示できること。	
1	130	6	3	負荷／日内検査結果照会画面に表示されているオーダー内容を印刷できること。	
1	130	6	4	負荷検査および日内検査の結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。	
1	130	6	5	グラフ表示では、検査ごとの結果の正常値（参考値）範囲を色帯で表示できること。	
1	130	7		検査結果速報	-
1	130	7	1	検査結果が検査システムより送られてきた場合には、至急項目・診療科別・医師別・入院外来別に、画面上でアニメーション表示させ検査が終了したことが分かるようにすること。出力も設定により自動印刷できること。	
1	130	7	2	科ごとに結果速報を利用できる機能を有すること。	
1	130	8		検査履歴参照	-
1	130	8	1	検査履歴があり、過去日・未来日のオーダー発行状況、検査結果受信状況についてオーダー単位で確認できること。	
1	130	8	2	検査履歴では検査日・検査時間・検査種別・ステータス・オーダー番号が確認できること。また、履歴を選択参照することで依頼情報の詳細が確認できること。	
1	130	8	3	検査履歴は検体検査オーダーに絞りこみ表示可能で、かつ印刷できること。	
1	130	8	4	検査履歴から検査結果を参照できること。	
1	130	8	5	検査履歴上で検査の実施状況を参照できること。	
1	130	8	6	検査履歴画面からオーダーの変更・取消ができること。	
1	130	8	7	検査履歴画面から検査ラベルの再印刷ができること。	
1	130	8	8	オーダー発行無しで検査を行った検査結果（検査部門システムでオーダー入力を行い結果が送信された検査結果）について、検査履歴上に表示でき結果を参照できること。	
1	130	9		マスタ管理	-
1	130	9	1	マスタメンテナンスツールにより検査項目・材料等のマスタ登録・変更・削除が容易にできること。	
1	130	10		その他	-
1	130	10	1	検査科から緊急時のお知らせ（検査機器故障による遅延発生等）をオーダー画面上に表示できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
140_病理検査				53
項番	項目			仕様担保
1	140		病理オーダー	-
1	140	1	病理検査オーダー基本仕様	-
1	140	1	1 病理オーダーは、組織診・細胞診・剖検の3分類に大別とすること。	
1	140	1	2 病理オーダーは24時間オーダー可能とし、必要に応じて検体処理、提出法などの表示ができること。	
1	140	1	3 病理オーダーの画面展開、依頼用紙発行等が遅滞なく、速やかにできること。	
1	140	1	4 病理オーダーNo.は、オーダーエントリーシステム側にて管理すること。	
1	140	1	5 病理オーダーNo.が、他の検査オーダーNo.と容易に識別できること。	
1	140	1	6 職種による業務内容の制限がログインIDにて管理できること。	
1	140	2	病理検査オーダー入力（共通）	-
1	140	2	1 オーダー入力画面が他の画面と同時に表示でき、コメントのコピー・貼り付け等の編集ができること。	
1	140	2	2 臓器（検体）ごとに臨床診断、主訴等のデータ選択画面の展開が変更できること。	
1	140	2	3 必要事項（臨床診断・主訴等）をデータテーブルより選択入力できること。	
1	140	2	4 必要事項選択時、データテーブルに該当項目がない場合はワープロ入力ができること。	
1	140	2	5 オーダー入力項目マスタを、複数種、複数項目が（スクロール等）同一画面で選択できること。	
1	140	2	6 入力項目マスタの追加・編集ができること。	
1	140	2	7 入力項目が入力頻度順に表示されること。	
1	140	2	8 必須入力項目が検体種別ごとに設定できること。	
1	140	2	9 必須入力項目の入力がない場合には、次画面へ進まないようにできること。また、そのメッセージの表示ができること。	
1	140	2	10 患者属性・身長・体重・住所・入院日等がオーダー情報と同時に送信できること。	
1	140	2	11 オーダー内容の修正は利用者ごとの権限で制限の設定ができること。	
1	140	2	12 課金情報送信後であっても、病理システムではオーダー内容の修正・削除が行えること。また、修正情報が医事会計に反映できること。	
1	140	2	13 フリーコメントは定型文、ワープロ入力のどちらでもできること。	
1	140	2	14 オーダー発行時に検体取り扱い等の注意文が表示できること。また、時間内/時間外で注意文の表示が切り替えられること。	
1	140	2	15 転棟転科後もオーダー内容が消えないこと。	
1	140	2	16 他科受診の場合等、依頼医師を主治医名とできること。	
1	140	2	17 持参標本のオーダーができること。	
1	140	2	18 マルク検査オーダーと定型コメントの共有ができること。	
1	140	2	19 材料選択画面では、選択された検査種・採取部位により、選択できる材料が絞り込み表示できること。	
1	140	2	20 投薬歴・放射線治療歴の有無が入力ができること。	
1	140	2	21 選択された材料から、医事算定上の臓器数を自動計算できること。	
1	140	3	病理検査オーダー入力（組織診）	-
1	140	3	1 オーダー入力後、バーコード付依頼書が即時印刷できること。	
1	140	3	2 加算項目として、電子顕微鏡検査・免疫染色・エストゲン/プロゲステロンレセプター・HER2タンパクのオーダーが同一画面でのチェックでできること。	
1	140	3	3 提出臓器に複数の付帯情報（リンパ節No.・採取部位等）が選択できること。	
1	140	3	4 手術摘出臓器ごとに所属リンパ節選択画面が変更できること。	
1	140	3	5 組織診オーダー画面で細胞診の依頼ができること。この時、依頼票と同時にバーコードラベルの発行もできること。	
1	140	3	6 最大10項目までの加算項目に対応できること。	
1	140	3	7 フリーコメント（検査目的）・最終月経等のコメントが画面で入力でき、依頼書に印刷されること。	
1	140	3	8 医事算定上の臓器数が自動で計算されること。	
1	140	4	病理検査オーダー入力（細胞診）	-
1	140	4	1 オーダー入力後、バーコード付依頼票が即時印刷できること。	
1	140	4	2 複数の採取部位がある場合には、採取部位ごと1オーダーとすること。	
1	140	4	3 DOオーダー時に臨床診断コメントを引き継げること。	
1	140	4	4 組織診、術中迅速検査のオーダー画面からオーダーが行えること。また、この時、検体選択画面に展開できること。	
1	140	4	5 未来日の術中迅速細胞診のオーダーができること。	
1	140	4	6 フリーコメント（既往治療や希望事項等）が画面で入力でき、一般依頼書に印刷されること。また、最終月経等のコメントが画面で入力でき、婦人科依頼書に印刷されること。	
1	140	5	病理検査オーダー入力（迅速）	-
1	140	5	1 オーダー入力後、バーコード付依頼票が即時印刷できること。	
1	140	5	2 迅速検査オーダー画面で迅速細胞診の依頼ができること。	
1	140	6	病理検査オーダー入力（剖検）	-
1	140	6	1 剖検承諾書の印刷ができること。	
1	140	7	結果照会	-
1	140	7	1 進捗情報の表示ができること。	
1	140	7	2 病理システムデータがWeb参照できること。	
1	140	7	3 病理結果の訂正・追加報告ができること。ただし、履歴・内容は確認できること。	
1	140	7	4 オーダー端末での結果の編集ができないこと。	
1	140	7	5 クラス情報を含む検査結果を病理部門システムから受信できること。	
1	140	7	6 診療科・病棟・医師・クラス（4と5のみ等）で絞り込んで一覧表示できること。	
1	140	8	会計情報	-
1	140	8	1 外来患者では、オーダー発行時に医事会計へ課金情報の送信ができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
140_病理検査				53
項番		項目		仕様担保
1	140	8	2	入院患者では病理システムでの到着確認情報から、医事会計へ課金情報の送信ができること。
1	140	8	3	病理システムからのオーダー内容の修正・削除の情報が到着確認時に医事会計へ送信できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
150_輸血検査				60
項番	項目			仕様担保
1	150		輸血オーダー	-
1	150	1	血液製剤依頼入力	-
1	150	1	1 輸血予定日と予定時刻がカレンダー表示等を利用して簡単に入力できること。	
1	150	1	2 輸血をする際の緊急度が必要に応じて設定できること。	
1	150	1	3 輸血オーダーが部門で受け付けられた時点で依頼のデータに対し変更制限（禁止）などの制御ができること。	
1	150	1	4 輸血する場所を依頼時に指定できること。	
1	150	1	5 輸血をする時の目的を指定できること。	
1	150	1	6 依頼時に輸血部門からの注意事項を表示できること。	
1	150	1	7 実施日未定（保留）の輸血オーダーが出せること。	
1	150	1	8 指示歴にて、患者の輸血オーダー歴が確認できること。	
1	150	1	9 指示歴にて、輸血オーダーの進捗状況（依頼・受付・払い出し・実施）等の状態が確認できること。	
1	150	1	10 製剤を選択する場合には、輸血の使用目的に応じて、選べる製剤に制限をかけられること。	
1	150	1	11 製剤を選択する場合には、必要な検査結果を参照しながら入力ができること。	
1	150	1	12 製剤を選択する場合には、製剤ごとに締め切り日時を設け、それに応じて入力制限がかけられること。	
1	150	1	13 特別な製剤は色分け等をして分かるようになっていること。	
1	150	1	14 輸血する時、必要な検査を行っていない場合は、メッセージ等で注意を促す制御ができること。	
1	150	1	15 T&Sの依頼に対しては、必要なチェックがかかるようになっていること。	
1	150	1	16 FFPに関しては使用目的に応じて単位数を計算できること。	
1	150	1	17 製剤選択は、単位数を設定することにより簡便に設定できること。	
1	150	1	18 製剤の2次元バーコードに対応していること。	
1	150	1	19 誰がいつ何をしたかを指示歴で追跡できること。	
1	150	1	20 依頼を登録する場合に、注意事項等必要なメッセージが表示され、確認ができること。	
1	150	1	21 緊急度の入力可能期間を設定できること。	
1	150	1	22 FFPの自動計算に対応できること。	
1	150	1	23 FFPの計算時結果を指示歴に表示できること。また、部門システムへ計算結果を送信できること。	
1	150	2	自己血依頼入力	-
1	150	2	1 自己血を依頼する場合には、貯血日が設定できること。不適切なオーダーに対してエラーメッセージを表示できること。	
1	150	2	2 自己血を貯血する場所を指定できること。	
1	150	2	3 自己血の貯血量を指定できること。	
1	150	2	4 自己血の貯血時刻を選択可能とし、透析室に連絡する等の警告が表示できること。	
1	150	2	5 使用目的により、自己血オーダーが可能となるよう設定できること。	
1	150	2	6 自己血の予約枠を取得できること。	
1	150	2	7 貯血の実施(実際の貯血実施量)が入力出来ること。	
1	150	3	輸血検査オーダー入力	-
1	150	3	1 輸血オーダーを依頼することにより、自動で必要な採血オーダーを発生させることができること。	
1	150	3	2 採血オーダーが24時間運用できること。	
1	150	3	3 指示歴にて、患者の採血オーダー歴が確認できること。	
1	150	3	4 1オーダーは種別に依頼ができること。	
1	150	3	5 採血オーダーを自動で発生させる他、手動で必要な採血オーダーを設定できること。	
1	150	3	6 採血のオーダーに対して、手動で採血依頼日を設定できること。	
1	150	3	7 輸血前検査のオーダーができること。	
1	150	3	8 輸血後検査のオーダーができること。	
1	150	3	9 輸血後検査は頻回輸血・単発輸血で分けることができること。	
1	150	3	10 各輸血検査項目は過去の検査の有無・採血予定日から、依頼するかしないかを自動判定できること。	
1	150	3	11 同意書印刷の有無をオーダー時に指定可能とし、チェックを付けるとオーダー発行時に同意書も印刷できること。	
1	150	4	輸血検査結果参照	-
1	150	4	1 指示歴から、輸血オーダーごとの実施結果情報を参照できること。	
1	150	4	2 実施結果情報は、出庫・払出・医師確認・照合・ブール・返品・完了などの進捗も確認できること。	
1	150	4	3 LotNo.ごとに詳細な輸血実施情報が参照できること。（輸血実施者・実施時間等）	
1	150	5	輸血実施入力	-
1	150	5	1 患者に出庫されている製剤の内容を一覧表示できること。また、製剤の一覧表示の表示条件は変更できること。（内容の変更は不可とする）	
1	150	5	2 一覧表には、製剤種別・製剤有効期限・出庫日・出庫・実施部署・実施日・ロットNo.が表示できること。	
1	150	5	3 実施日・実施部署・患者番号・製剤種別・ロットNo.を入力、または選択することにより対象製剤の実施入力ができること。	
1	150	5	4 バーコードリーダーを利用し製剤の実施が登録できること。（自己血等日赤血以外のものを含む）	
1	150	5	5 実施日はデフォルトを当日とし、期限後に処理する場合は実施日と有効期限でチェックできること。	
1	150	5	6 実施入力時には実施日・科・実施責任医・実施場所・輸血量・副作用などが登録(紐付けられるものは自動)でき、必須入力項目を設定できること。	
1	150	5	7 製剤有効期限切れは認証時にチェックできること。	
1	150	5	8 実施入力時の区分として、使用/返却が選択できること。	
1	150	5	9 実施入力は出庫未実施製剤のみできること。	
1	150	5	10 間違えた場合は、修正/取消は不可とし、輸血検査室が修正できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
150_輸血検査				60
項番	項目			仕様担保
1	150	5	11	輸血部門システムから、割当済みの製剤の差替え(期限の古いもの)にも支障なく対応できること。
1	150	5	12	登録された実施入力データは、輸血部門システムや医事システムに伝達できること。
1	150	5	13	使用処理時は副作用情報が入力できるように、デフォルトはなしとすること。副作用は入力必須項目であり、変更ができること。
1	150	5	14	期限切れ製剤の使用処理は警告するが可能にすること。
1	150	5	15	無輸血時の検査会計も反映できること。
1	150	5	16	自動依頼で発生させた検査オーダーの課金タイミングは検査オーダーに準ずること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
160_輸血検査実施				28
項番	項目			仕様担保
1	160		輸血実施オーダ	-
1	160	1	輸血実施入力	-
1	160	1	1 輸血製剤の払出登録ができること。	
1	160	1	2 払出は、払出者・受取者・払出製剤をLot単位で登録できること。	
1	160	1	3 払出者・受取者・払出製剤LotNo.をバーコードで入力できること。	
1	160	1	4 輸血製剤の医師確認登録ができること。	
1	160	1	5 医師確認は、確認者・患者・製剤をLot単位で登録できること。	
1	160	1	6 確認者・患者・製剤Lotをバーコードで入力ができること。	
1	160	1	7 確認者は、ダブルチェックに対応できること。	
1	160	1	8 輸血製剤の照合登録ができること。	
1	160	1	9 照合は、実施者・患者・製剤をLot単位で登録できること。	
1	160	1	10 実施者・患者・製剤Lotをバーコードで入力できること。	
1	160	1	11 実施者は、ダブルチェックに対応できること。	
1	160	1	12 輸血製剤の副作用登録ができること。	
1	160	1	13 副作用は、輸血開始時刻・終了時刻と副作用記録（開始直後・5分・15分・終了時）が入力できること。	
1	160	1	14 副作用記録は、定型文から選択できること。	
1	160	1	15 副作用記録のフリー入力に対応できること。	
1	160	1	16 輸血製剤の実施登録ができること。	
1	160	1	17 使用した製剤Lot単位で、未実施・返却・実施が登録できること。	
1	160	1	18 実施を選択した場合には、ml量まで登録できること。	
1	160	1	19 ml量の初期値は、製剤の算定量で展開できること。	
1	160	1	20 実施入力後、権限で修正不可にできること。	
1	160	2	輸血会計	-
1	160	2	1 輸血実施された製剤を医事会計システムに送信できること。	
1	160	2	2 会計情報は、実施日・製剤種（保存血、自己血、点滴）でまとめて送信できること。	
1	160	2	3 各種加算情報や体重を付加できること。	
1	160	2	4 入院患者は一括バッチ処理で、外来患者は任意のタイミングで会計送信できること。	
1	160	3	輸血検査結果参照	-
1	160	3	1 指示歴から、輸血オーダごとの実施結果情報を参照できること。	
1	160	3	2 実施結果情報は、出庫・払出・医師確認・照合・ブール・返品・完了などの進捗も確認できること。	
1	160	3	3 LotNo.ごとに詳細な輸血実施情報が参照できること。（輸血実施者・実施時間等）	
1	160	3	4 期間を指定して、複数オーダの製剤の進捗を一覧参照できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
170_臨床心理				20
項番	項目			仕様担保
1	170		臨床心理	-
1	170	1	依頼	-
1	170	1	1 依頼項目とコメントを入力し、依頼が登録できること。	
1	170	1	2 依頼項目は、設定により大まかな内容としたり、特定の検査を指定したりすることができること。	
1	170	1	3 コメントは、定型コメント・臨床診断・連絡事項に分けて登録できること。	
1	170	1	4 臨床診断・連絡事項については、定型文を登録できること。	
1	170	1	5 マスタの設定により、医師による予約取得（オープン予約）と臨床心理士による予約取得（クローズ予約）が選択できること。	
1	170	1	6 本日検査の場合は、予約を取得せずにオーダーを登録できること。	
1	170	1	7 検査日未定の場合は、未確としてオーダーを登録できること。	
1	170	1	8 依頼内容とコメントが指示歴に表示できること。	
1	170	1	9 指示歴で現在の状態が分かるようにすること。 状態：依頼・受付・実施・結果	
1	170	1	10 算定可能項目、及び算定不可項目共にオーダー入力できること。	
1	170	1	11 依頼項目画面の項目追加や並び替えは、利用者側でメンテナンスできること。	
1	170	1	12 臨床心理士の予約管理ができること。	
1	170	1	13 依頼項目ごとに対応できる臨床心理士を指定できること。（臨床心理士の予約枠を指定できること。）	
1	170	1	14 依頼項目は、ポイント制で予約時間が設定できること。	
1	170	2	結果参照	-
1	170	2	1 指示歴から右クリックメニューにより、依頼に対する結果を参照できること。	
1	170	2	2 指示歴から右クリックメニューにより、報告書等の記録を作成できること。	
1	170	2	3 カルテ参照の心理検査依頼から結果を参照できること。	
1	170	2	4 心理検査の履歴を時系列で参照できること。	
1	170	2	5 過去に検査結果やレポートだけが存在する場合は、文書番号を指定して結果履歴に併せて表示できること。	
1	170	2	6 一つの心理検査オーダーを指定して、関連する結果・報告書等を表示できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
180_血液ガス			41
項番	項目		仕様担保
1	180		血液ガス分析
1	180	1	オーダ登録
1	180	1	1 各種セットを利用し、指示入力が可能なこと。
1	180	2	2 セットは病院共通、科別、医師別セットを作成できること。
1	180	3	3 全科分の既オーダを参照し、全部又は一部を流用（Do処理）が可能なこと。
1	180	4	4 期間での曜日指定、日付指定、間隔指定での回数指定、同一日での時間指定などにより、連続して指示入力が可能なこと。
1	180	5	5 コメント入力および体温入力が可能なこと。なお、体温は初期値が設定できること。
1	180	6	6 指示入力された内容を、部門システムなどへ伝達可能なこと。
1	180	7	7 検査指示の入力途中に、その患者の検査結果照会が参照可能なこと。
1	180	8	8 検査日を日付指定のみではなく、日付未定でもオーダできること。
1	180	9	9 日付未定オーダについてオーダ変更により日付指定オーダに変更できること。
1	180	10	10 伝票単位での保険種別（保険/自費など）の指示ができること。
1	180	11	11 コメントをマスターテーブルより選択入力できること。
1	180	12	12 コメント選択時、マスターテーブルに該当項目がない場合はワープロ入力が可能なこと。
1	180	13	13 コメントマスタの追加、編集が可能なこと。
1	180	14	14 コメントは第1選択・第2選択・MODE・項目を指定可能とし、選択されたコメントにより、関連するコメントが絞り込み表示されて選択可能なこと。
1	180	15	15 伝票単位での保険種別（保険/自費など）の指示ができること。
1	180	2	検査結果の取り込み
1	180	1	1 血液ガス分析装置と直接連携し、受信した検査結果情報を、検査結果データベースへ登録、削除・変更の更新も行えること。
1	180	3	検査結果サマリ照会
1	180	1	1 伝票単位の検査結果（全科分）の有無を、表形式にてサマリ表示可能なこと。
1	180	4	検査結果照会
1	180	1	1 サマリ（報告書）単位の検査結果を表示可能なこと。
1	180	2	2 対象オーダの診療科・依頼医師名・測定者名・結果コメント・所見を表示可能なこと。
1	180	3	3 検査結果についてオーダ単位で表示・印刷できること。
1	180	4	4 検査結果は5年以上保存可能であり、結果参照できること。
1	180	5	5 測定場所が表示できること。
1	180	5	時系列結果照会
1	180	1	1 結果照会にて選択された項目の検査結果を、時系列に表示可能なこと。
1	180	2	2 検査項目の正常値（参考値）範囲の数値ガイドと単位を表示可能なこと。
1	180	3	3 判定・コメント・測定情報（診療科・依頼医師名・測定者名）が表示可能なこと。
1	180	4	4 時系列検査結果画面に表示されているオーダ内容を印刷可能なこと。
1	180	5	5 指定した伝票の結果を簡易な操作でテキストデータとしてコピー&ペーストできること。
1	180	6	6 時系列検査結果画面より、結果コメントの登録が可能なこと。
1	180	7	7 コメント・所見の有無が、容易に識別可能なこと。
1	180	8	8 検査結果の表示期間を開始日・終了日で指定できること、また本日より直近の検査結果を指定件数分のみ指定できること。
1	180	9	9 判定・コメント・測定情報（診療科・依頼医師名・測定者名）・単位・参考値の表示・非表示が、個人設定により切り替え可能なこと。
1	180	10	10 補正値の表示・非表示が個人設定により切り替え可能なこと。
1	180	11	11 検査日付の表示形式を、年(西暦4桁)/月/日・年(西暦2桁)/月/日・月/日から、個人設定により切り替え可能なこと。
1	180	6	検査履歴参照
1	180	1	1 検査履歴があり、過去日、未来日のオーダ発行状況、検査結果受信状況についてオーダ単位で確認できること。
1	180	2	2 検査履歴では検査日、検査時間、ステータス、オーダ番号が確認できること。また、履歴を選択参照することで依頼情報の詳細が確認できること。
1	180	3	3 検査履歴は血液ガスオーダに絞りこみ表示可能なこと。
1	180	4	4 検査履歴から検査結果を参照できること。
1	180	5	5 検査履歴上で検査の実施状況を参照できること。
1	180	6	6 検査履歴画面からオーダの変更、取消ができること。
1	180	7	7 オーダ発行なしで検査をおこなった検査結果（部門システムでオーダ入力をおこない結果が送信された検査結果）について、検査結果を参照できること。
1	180	7	マスタ管理
1	180	1	1 メンテナンスツールにより検査項目、コメントなどのマスタ登録・変更・削除が容易にできること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
190_放射線				129
項番	項目			仕様担保
1	190		放射線オーダ	-
1	190	1	オーダ入力	-
1	190	1	1 単純撮影、断層撮影、MRI 検査、CT 検査、手術室撮影、病棟撮影、造影・透視検査、血管造影検査、核医学検査、超音波、画像取り込み、画像出力等の放射線検査オーダ入力ができること。	
1	190	1	2 検査日時、検査種別ごとの検査、方法、手技、撮影方向、病名、検査目的、検査場所、検査注意事項（アレルギー・喘息・ペースメーカ等）、検査薬、読影の有無、緊急度（通常・緊急・本日・時間指定）、定型コメント選択、フリー入力コメント等の入力ができること。	
1	190	1	3 予約なし検査の検査日時はカレンダーを表示して指定できること。	
1	190	1	4 予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して検査指示入力ができること。	
1	190	1	5 各種セットを利用し、検査項目の指示入力ができること。	
1	190	1	6 検査条件コメントを使用して必須項目の設定ができ、入力されていない場合は登録を完了できないこと。	
1	190	1	7 撮影種別、検査種別に検査項目を設定し選択できること。	
1	190	1	8 全診療科分の発行済オーダを参照し、DO利用できること。 ただし既登録、臨床診断および部位コメントは依頼時ごとに自動展開。	
1	190	1	9 検査日未定の場合でも、オーダを登録できること。	
1	190	1	10 セットを利用することにより、前投薬（処方オーダ）も合わせて指示できること。	
1	190	1	11 オーダごとに緊急度・保険の指示ができること。	
1	190	1	12 検査項目選択時、該当患者の検査注意事項（ペースメーカ・体内金属等）については、患者基本オーダと連動し表示できること。	
1	190	1	13 検査指示の入力途中に、その患者の検体検査結果照会を起動できること。	
1	190	1	14 検査項目ごとに締め切りの時刻を設定できること。（禁止、または警告）	
1	190	1	15 予約なしオーダの未来分を容易に当日に変更できること。	
1	190	1	16 過去日等の実施後入力ができること。	
1	190	1	17 シューマを利用した指示入力ができること。	
1	190	1	18 健側比較の指示ができること。	
1	190	1	19 検査項目選択時、前注射など関連づけられた検査項目を自動的に発生できること。関連づけられた検査は2回まで自動的に発生できること。	
1	190	1	20 放射線科利用の内視鏡オーダ発行時、関連づけられた放射線オーダを同時発行できること。	
1	190	1	21 検査項目ごとにフィルム出力依頼ができること。	
1	190	1	22 フィルム再出力依頼が容易にできること。再出力はフィルムまたはCD等、複数の媒体より選択できること。	
1	190	1	23 依頼不可検査の設定ができること。また、権限者のみ依頼できる検査の設定ができること。	
1	190	1	24 同日にオーダできる検査数の上限を指定できること。	
1	190	1	25 休止が必要な検査の場合は、食事オーダの変更画面を表示できること。	
1	190	1	26 項目選択時に、検査種または項目ごとに設定された任意の警告メッセージを表示できること。	
1	190	1	27 病名、検査項目、特別指示及びその他詳細の依頼情報入力ができること。	
1	190	1	28 MRIの問診内容を入力しオーダ発行できること。	
1	190	1	29 血管撮影の手技内容を入力できること。（医事会計への運用は伝票運用に対応）	
1	190	1	30 救急外来以外では項目選択画面の救急タブからオーダを出せないこと。	
1	190	1	31 放射線科利用の内視鏡・エコーオーダ発行時に関連づけられた放射線オーダを同時発行できること。	
1	190	1	32 予約有りオーダをクリニカルパスから行えること。設定されている時間で予約が自動で取得できない場合は、日付指定の至急扱いでオーダ発行できること。予約締め切り後は予約依頼コメント入力でき、当日発行のオーダについては、放射線科への連絡メッセージを表示できること。	
1	190	1	33 実施された内容が指示歴およびカルテ参照で表示されること。	
1	190	1	34 任意の患者を利用者ごとに登録しておき、一覧で表示できること。また、一覧より患者選択しオーダ発行ができること。	
1	190	1	35 当日および選択日ごとの指示歴を簡単に参照できること。	
1	190	1	36 検査項目ごとにフィルム出力依頼ができること。	
1	190	1	37 指示歴より簡単にフィルム再出力依頼ができること。再出力はフォルムまたはCD等、複数の媒体より選択できること。	
1	190	1	38 再出力対象オーダがRIS発生オーダかどうか選択画面でわかること。また、その情報をRISへ送信できること。	
1	190	1	39 MRI対応ペースメーカー対応撮影の場合、特定の診療科のみオーダ発行ができること。	
1	190	1	40 臨床診断および部位コメント入力時、ユーザごとの定型文を登録し、利用できること。	
1	190	2	予約	-
1	190	2	1 オープン予約検査、またはクローズ予約検査を指示入力できること。	
1	190	2	2 予約を指定する場合は、カレンダー画面を利用して入力できること。また、カレンダーは日付別に空き情報が容易に確認できること。	
1	190	2	3 予約枠は撮影室別・曜日別・午前/午後別で複数設定できること。	
1	190	2	4 予約枠は人数制とポイント制が利用できること。ポイント制の場合は、予約枠のポイントを5分単位とし、検査によりポイントをマスタメンテにて制御できること。	
1	190	2	5 日ごとの予約空き状況の色別表示、患者の予約状況表示ができること。	
1	190	2	6 検査項目の予約取消ができること。	
1	190	2	7 検査項目により、オーダ入力時に該当日の直近予約を自動的に取得できること。	
1	190	2	8 検査日時を特定できない場合は、放射線科に問い合わせる指示の入力ができること。	
1	190	2	9 依頼科・予約実施日・モダリティ等を指定して予約状況を一覧形式で確認できること。	
1	190	2	10 予約ありオーダをクリニカルパスから依頼できること。設定されている時間で予約が自動で取得できない場合は、日付指定の至急扱いでオーダ発行できること。	
1	190	2	11 予約を取得する順番をマスタ等で管理し制御できること。	
1	190	2	12 技師による予約枠管理ができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
190_放射線				129
項番	項目			仕様担保
1	190	2	13	予約枠管理では未確定オーダー一覧から対象オーダーを選択し、予約日時の確定ができること。
1	190	2	14	予約枠管理では未確定オーダー一覧から対象オーダーを選択し、本日至急の指示が出せること。
1	190	2	15	予約枠管理画面では枠の人数やポイント属性の変更ができること。
1	190	2	16	予約枠管理画面では機器のメンテナンス状況等、日ごと・時間ごとにコメント入力ができること。
1	190	2	17	外来/入院及び診療科ごとに予約枠の使用制限を設けられること。
1	190	2	18	指定した任意のタイミングで使用不可枠を予約取得可能状態に開放できること。
1	190	3		MRI予約
1	190	3	1	脳MRI、眼窩・副鼻腔・頭頸部腫瘍等のMRIの場合、1.5T装置の13時から15時30分で空いている時間および3.0T装置の9時から12時で検査日時を検索できること。
1	190	3	2	脊椎の単一部位又は連続する部位のル-筋検査の場合、1.5T装置の9時から12時で検査日時を検索できること。
1	190	3	3	体幹の諸検査（肝、腎又は副腎、MRCP、子宮・卵巣、膀胱、股関節）の場合、3.0T装置の月・水・金の13時から16時で時間順に検査日時を検索できること。
1	190	3	4	体幹の諸検査（前立腺）の場合、3.0T装置の月・水・金の13時から16時で時間の降順に検査日時を検索できること。
1	190	3	5	体幹の諸検査（乳房）の場合、3.0T装置の月・水・金（設定により変更あり）の15時で検査日時を検索できること。
1	190	3	6	脳ドックの場合、1.5T装置の火曜日の10時から12時および木曜日の10時から12時で検査日時を検索できること。
1	190	3	7	四肢の諸検査（膝、大腿、下腿、足）の場合、3.0T装置の火・木の13時から16時で検査日時を検索できること。
1	190	3	8	四肢の諸検査（肩、上腕、肘、前腕、手）の場合、3.0T装置の火・木の14時および15時で時間の降順に検査日時を検索できること。
1	190	3	9	脳（撮影の種別は問わない）と頸椎のMRIを同時に実施するもの場合、3.0T装置の9時から12時で検査日時を検索できること。
1	190	3	10	造影剤を使用した体幹または四肢のMRAの場合、3.0T装置の15時で検査日時を検索できること。
1	190	3	11	10歳未満の小児検査又は鎮静剤が必要な患者の場合は1.5T装置の15時で検査日時を検索できること。
1	190	3	12	入院の場合、オンコール枠が空いている場合およびオンコール枠が埋まっている場合は外来時間帯で検査日時を検索できること。
1	190	3	13	病診連携の場合、3.0T装置の8時、11時、17時で検査日時を検索できること。
1	190	4		核医学予約
1	190	4	1	ペルサンチン負荷心筋負荷シンチの場合、11時および15時が空いている場合のみ11時を検査日時として検索できること。
1	190	4	2	15時を候補にする場合、ペルサンチン負荷心筋負荷シンチが同日に入っていたら候補にしない。また、10時を候補にする場合、IMP脳血流シンチが同日に入っていたら候補にしない。これ以外を検査日時として検索できること。
1	190	4	3	10時が空いていたら9時を検査日時として検索できること。
1	190	5		透視・造影予約
1	190	5	1	空いている検査日時を検索できること。
1	190	6		血管撮影予約
1	190	6	1	複数の予約枠を参照し検査日時を検索できること。
1	190	6	2	同一時間に同一検査項目2件までで検査日時を検索できること。
1	190	7		CT予約
1	190	7	1	1時間1枠で検査日時を検索できること。
1	190	7	2	1時間2枠で検査日時を検索できること。
1	190	7	3	1時間3枠で検査日時を検索できること。
1	190	7	4	1時間に2件および9時枠は不可として検査日時を検索できること。
1	190	7	5	1時間に1件および9時枠は不可として検査日時を検索できること。
1	190	7	6	午前午後それぞれ2件まで検査日時を検索できること。
1	190	7	7	午前午後それぞれ1件までおよび水曜日以外で検査日時を検索できること。
1	190	7	8	水曜日の午後のみで検査日時を検索できること。
1	190	7	9	オンコール枠で検査日時を検索できること。
1	190	7	10	未就学児および鎮静剤使用者の場合は機器毎(AquilionONE/AquilionONE Nature)に、午後で2件のみで検査日時を検索できること。
1	190	7	11	14時枠に1件検査日時を検索できること。
1	190	8		オーダーの変更
1	190	8	1	オーダー中止・削除が行われた場合は、予約取りされたオーダーに関して、予約の取り消しが自動的にできること。
1	190	9		入力チェック
1	190	9	1	重複オーダー（他科）、予約時間重複、必須入力項目（検査種別・検査により必須入力項目は異なる）、アレルギー、喘息、体内金属（MRI）等入力チェックができること。
1	190	9	2	患者ごとに、検査と検査の相互作用チェックができること。
1	190	10		説明書・承諾書等発行
1	190	10	1	オーダー発行時、指定したプリンタへ検査項目別に検査説明書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。
1	190	10	2	オーダー発行時、特定の検査(CT、MRIの造影剤使用時等)においては、指定したプリンタに検査項目別に検査同意書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。
1	190	10	3	特定の検査においては、検査項目を選択して詳細情報を入力した後、文書編集画面を展開して文書編集ができること。（問診票の入力等）
1	190	11		結果参照
1	190	11	1	画像・レポート管理システムの画像およびレポートが参照表示できること。
1	190	11	2	患者取り間違い防止のため、患者切替時等参照表示したシステムを自動で閉じること。
1	190	11	3	画像及びレポートはカルテに貼り付けができること。
1	190	12		その他

電子カルテシステム				【参考値】空白	
190_放射線				129	
項番	項目			仕様担保	
1	190	12	1	標準コードJJ1017を格納し利用できること。	
1	190	12	2	HL7Ver2.5、JAHIS放射線データ交換規約(最新版)を使用して放射線情報システム(RIS)とデータ連携できること。	
1	190	13		レポート	-
1	190	13	1	オーダーシステムより、レポート画面が表示できること。	
1	190	14		予約確定	-
1	190	14	1	未確定患者一覧にて、全モダリティおよびモダリティごと表示ができること。	
1	190	14	2	未確定患者一覧にて、予約の確定ができること。(本日・未来日)	
1	190	14	3	予約状況にて、参照したい予約枠を選択し予約状況の確認ができること。	
1	190	14	4	予約状況にて、CT・MRI・血管造影は、複数枠表示ができること。	
1	190	14	5	予約状況にて、日付変更処理ができること。	
1	190	14	6	予約状況にて、人数変更処理ができること。	
1	190	14	7	予約状況にて、休診日の枠を作成し、休診日に予約を確定することができること。	
1	190	14	8	予約状況にて、一覧表からオーダー詳細の確認ができること。	
1	190	14	9	予約状況にて、日付指定で指定した日付から予約画面が表示されること。	
1	190	14	10	予約状況にて、前週指定で現在の表示開始日付の5日前(複数枠の場合は3日前)の日付を表示開始日付として、予約画面が再表示できること。	
1	190	14	11	予約状況にて、本日日付で表示開始日付を本日日付として、予約画面が再表示できること。	
1	190	14	12	予約状況にて、次週指定で現在の表示開始日付の5日後(複数枠の場合は3日後)の日付を表示開始日付として、予約画面が再表示できること。	
1	190	14	13	予約確認にて、予約未確認一覧のみ抽出、予約確認一覧のみ抽出、全て(予約未確認一覧・確認一覧)の抽出ができること。	
1	190	14	14	予約確認にて、実施日・モダリティの指定で抽出ができること。	
1	190	14	15	予約確認にて、患者IDで検索ができること。	
1	190	14	16	予約確認にて、確認保存処理ができること。	
1	190	14	17	予約確認にて、一覧表からオーダー詳細の確認ができること。	
1	190	14	18	伝票確認システムにて、未確認一覧のみ抽出、確認一覧のみ抽出、全て(未確認一覧・確認一覧)の抽出ができること。	
1	190	14	19	伝票確認システムにて、実施日・モダリティの指定で抽出ができること。	
1	190	14	20	伝票確認システムにて、患者IDで検索ができること。	
1	190	14	21	伝票確認システムにて、一覧表を患者順・依頼科順・実施日順の表示順が選択できること。	
1	190	14	22	伝票確認システム確認にて、確認保存処理ができること。	
1	190	14	23	予約状況画面の表示サイズを任意に変更できること。	
1	190	14	24	権限により、予約状況画面より予約枠属性のメンテナンスができること。	
1	190	14	25	予約状況にて、複数枠表示する場合は時間スケールが視覚的にわかりやすく認識できること。	
1	190	14	26	核医学検査の予約状況にて、実施日の変更処理を行なう時に前注射が必要な検査項目において、前注射の日付も自動に変更できること。	
1	190	15		統計	-
1	190	15	1	月別機器別統計、部門コメント表示、【一般】月別フィルム統計、【一般】日別フィルム統計、【造影透視】月別フィルム統計、【造影透視】日別フィルム統計の統計機能を有すること。	
1	190	15	2	各統計の結果をCSVファイルに出力することができること。	
1	190	15	3	撮影部位でまとめて集計を行い、年ごとの比較表が出力できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
200_生理検査			48
項番	項目		仕様担保
1	200		生理オーダ
1	200	1	オーダ入力
1	200	1	1 心電図・心エコー・脳波・肺機能等の生理検査オーダ入力ができること。
1	200	1	2 検査日時・検査種別ごとの検査・病名・検査目的・検査場所・検査注意事項（アレルギー等）・検査薬・緊急度（通常・緊急・本日・時間指定）・定型コメント選択・フリー入力コメント等の入力ができること。
1	200	1	3 予約なし検査の検査日時はカレンダーを表示して指定できること。
1	200	1	4 予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して検査指示入力ができること。
1	200	1	5 各種セットを利用し、検査項目の指示入力ができること。
1	200	1	6 必須項目の設定ができ、入力されていない場合は登録を完了できないこと。
1	200	1	7 検査種別に検査項目を設定し選択できること。
1	200	1	8 全診療科分の発行済オーダを参照し、DO利用できること。
1	200	1	9 検査日未定でも指示ができること。
1	200	1	10 セットを利用することにより、前投薬（処方オーダ）も合わせて指示できること。
1	200	1	11 オーダごとに緊急度・保険の指示ができること。
1	200	1	12 項目選択時、任意の警告メッセージを表示できること。
1	200	1	13 検査項目選択時、該当患者の検査注意事項については、患者基本オーダと連動し表示できること。
1	200	1	14 検査指示の入力途中に、その患者の検体検査結果照会を起動できること。
1	200	1	15 検査項目ごとに締め切りの時刻を設定できること。（禁止、または警告）
1	200	1	16 予約なしオーダの未来分を容易に当日に変更できること。
1	200	1	17 過去日等の実施後入力ができること。
1	200	1	18 依頼不可検査の設定ができること。また、権限者のみ依頼できる検査の設定ができること。
1	200	1	19 同日にオーダできる検査数の上限を指定できること。
1	200	1	20 食止めが必要な検査の場合は、食事オーダの変更画面を表示できること。
1	200	2	予約
1	200	2	1 オープン予約検査、またはクローズ予約検査を指示入力できること。
1	200	2	2 予約を指定する場合は、カレンダー画面を利用して入力できること。また、カレンダーは日付別に空き情報が容易に確認できること。
1	200	2	3 予約枠は曜日別、午前/午後別で複数設定できること。
1	200	2	4 予約枠は人数制とポイント制が利用できること。ポイント制の場合は、予約枠のポイントを5分単位とし、検査によりポイントをマスタにて制御できること。
1	200	2	5 日ごとの予約空き状況の色別表示、患者の予約状況表示ができること。
1	200	2	6 検査項目の予約取消ができること。
1	200	2	7 検査項目により、オーダ入力時に該当日の直近予約を自動的に取得できること。
1	200	2	8 検査日時を特定できない場合は、生理検査室に問い合わせる指示の入力ができること。
1	200	2	9 依頼科・予約実施日・検査種別等を指定して予約状況を一覧形式で確認できること。
1	200	2	10 予約ありオーダをクリニカルパスから依頼できること。設定されている時間で予約が自動で取得できない場合は、日付指定の至急扱いでオーダ発行できること。
1	200	2	11 予約を取得する順番をマスタ等で管理し制御できること。
1	200	2	12 技師による予約枠管理ができること。
1	200	2	13 予約枠管理では未確定オーダ一覧から対象オーダを選択し、予約日時の確定ができること。
1	200	2	14 予約枠管理では未確定オーダ一覧から対象オーダを選択し、本日至急の指示が出せること。
1	200	2	15 予約枠管理画面では枠の人数やポイント属性の変更ができること。
1	200	2	16 予約枠管理画面では機器のメンテナンス状況等、日ごと、時間ごとにコメント入力ができること。
1	200	2	17 外来/入院及び診療科ごとに予約枠の使用制限がかけられること。
1	200	2	18 指定した任意のタイミングで使用不可枠を予約取得可能状態に開放できること。
1	200	2	19 長時間脳波の予約等、複数日に渡って予約を取得できること。検査日時はカレンダーより範囲をドラッグして指定することにより選択できること。
1	200	3	オーダの変更
1	200	3	1 オーダ中止・削除が行われた場合は、予約取りされたオーダに関して、予約の取り消しが自動的にできること。
1	200	4	入力チェック
1	200	4	1 重複オーダ（他科）、予約時間重複、必須入力項目（検査種別・検査により必須入力項目は異なる）、アレルギー等入力チェックができること。
1	200	4	2 患者ごとに、検査と検査の相互作用チェックができること。
1	200	5	説明書・承諾書等発行
1	200	5	1 オーダ発行時、指定したプリンタへ検査項目別に検査説明書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。
1	200	5	2 オーダ発行時、特定の検査においては、指定したプリンタに検査項目別に検査同意書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。
1	200	5	3 特定の検査においては、検査項目を選択して詳細情報を入力した後、文書編集画面を展開して文書編集ができること。（問診票の入力等）
1	200	6	結果参照
1	200	6	1 画像・レポート管理システムの画像及びレポートが参照表示できること。
1	200	6	2 患者取り間違い防止のため、患者切替時等参照表示したシステムを自動で閉じること。
1	200	6	3 レポート及び画像はカルテに貼り付けができること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
210_内視鏡				48
項番	項目			仕様担保
1	210		内視鏡オーダ	-
1	210	1	オーダ入力	-
1	210	1	1 上部内視鏡、大腸ファイバー等の内視鏡検査のオーダ入力ができること。	
1	210	1	2 検査日時・検査種別ごとの検査・病名・検査目的・検査場所・検査注意事項（アレルギー等）・検査薬・緊急度（通常・緊急・本日・時間指定）・定型コメント選択・フリー入力コメント等の入力ができること。	
1	210	1	3 予約なし検査の検査日時はカレンダーを表示して指定できること。	
1	210	1	4 予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して検査指示入力ができること。	
1	210	1	5 各種セットを利用し、検査項目の指示入力ができること。	
1	210	1	6 必須項目の設定ができ、入力されていない場合は登録を完了できないこと。	
1	210	1	7 検査種別に検査項目を設定し選択できること。	
1	210	1	8 全診療科分の発行済オーダを参照し、DO利用できること。	
1	210	1	9 検査日未定でも指示ができること。	
1	210	1	10 セットを利用することにより、前投薬（処方オーダ）も合わせて指示できること。	
1	210	1	11 オーダごとに緊急度・保険の指示ができること。	
1	210	1	12 項目選択時、任意の警告メッセージを表示できること。	
1	210	1	13 検査項目選択時、該当患者の検査注意事項については、患者基本オーダと連動し表示できること。	
1	210	1	14 検査指示の入力途中に、その患者の検体検査結果照会を起動できること。	
1	210	1	15 検査項目ごとに締め切りの時刻を設定できること。（禁止、または警告）	
1	210	1	16 予約なしオーダの未来分を容易に当日に変更できること。	
1	210	1	17 過去日等の実施後入力ができること。	
1	210	1	18 放射線科利用の内視鏡オーダ発行時に関連付けられた放射線オーダを同時発行できること。	
1	210	1	19 依頼不可検査の設定ができること。また、権限者のみ依頼できる検査の設定ができること。	
1	210	1	20 同日にオーダできる検査数の上限を指定できること。	
1	210	1	21 食止めが必要な検査の場合は、食事オーダの変更画面を表示できること。	
1	210	2	予約	-
1	210	2	1 オープン予約検査、またはクローズ予約検査を指示入力できること。	
1	210	2	2 予約を指定する場合は、カレンダー画面を利用して入力できること。また、カレンダーは日付別に空き情報が容易に確認できること。	
1	210	2	3 予約枠は曜日別、午前/午後別で複数設定できること。	
1	210	2	4 予約枠は人数制とポイント制が利用できること。ポイント制の場合は、予約枠のポイントを5分単位とし、検査によりポイントをマスタにて制御できること。	
1	210	2	5 日ごとの予約空き状況の色別表示、患者の予約状況表示ができること。	
1	210	2	6 検査項目の予約取消ができること。	
1	210	2	7 検査項目により、オーダ入力時に該当日の直近予約を自動的に取得できること。	
1	210	2	8 検査日時を特定できない場合は、内視鏡室に問い合わせる指示の入力ができること。	
1	210	2	9 依頼科・予約実施日・検査種別等を指定して予約状況を一覧形式で確認できること。	
1	210	2	10 予約ありオーダをクリニカルパスから依頼できること。設定されている時間で予約が自動で取得できない場合は、日付指定の至急扱いでオーダ発行できること。	
1	210	2	11 予約を取得する順番をマスタ等で管理し制御できること。	
1	210	2	12 内視鏡室による予約枠管理ができること。	
1	210	2	13 予約枠管理では未確定オーダー一覧から対象オーダを選択し、予約日時の確定ができること。	
1	210	2	14 予約枠管理では未確定オーダー一覧から対象オーダを選択し、本日至急の指示が出せること。	
1	210	2	15 予約枠管理画面では枠の人数やポイント属性の変更ができること。	
1	210	2	16 予約枠管理画面では機器のメンテナンス状況等、日ごと、時間ごとにコメント入力ができること。	
1	210	2	17 外来/入院及び診療科ごとに予約枠の使用制限がかけられること。	
1	210	2	18 指定した任意のタイミングで使用不可枠を予約取得可能状態に開放できること。	
1	210	3	オーダの変更	-
1	210	3	1 オーダ中止・削除が行われた場合は、予約取りされたオーダに関して、予約の取り消しが自動的にできること。	
1	210	4	入力チェック	-
1	210	4	1 重複オーダ（他科）・予約時間重複・必須入力項目（検査種別・検査により必須入力項目は異なる）・アレルギー等入力チェックができること。	
1	210	4	2 患者ごとに、検査と検査の相互作用チェックができること。	
1	210	5	説明書・承諾書等発行	-
1	210	5	1 オーダ発行時、指定したプリンタへ検査項目別に検査説明書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。	
1	210	5	2 オーダ発行時、特定の検査においては、指定したプリンタに検査項目別に検査同意書を出力できること。検査予定日及び時間等を自動で印字できること。	
1	210	5	3 特定の検査においては、検査項目を選択して詳細情報を入力した後、文書編集画面を展開して文書編集ができること。（問診票の入力等）	
1	210	6	結果参照	-
1	210	6	1 画像・レポート管理システムの画像及びレポートが参照表示できること。	
1	210	6	2 患者取り間違い防止のため、患者切替時等参照表示したシステムを自動で閉じること。	
1	210	6	3 画像及びレポートはカルテに貼り付けができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
220_処置				25
項番	項目			仕様担保
1	220		処置オーダー	-
1	220	1	処置入力	-
1	220	1	1 院内共通・診療科共通・利用者単位にセットを登録でき、セットを利用し処置オーダーの入力ができること。	
1	220	1	2 カナまたは英字の文字をキーとして、行為・薬品・材料・セットを選択できること。その場合の最低入力文字数制限は行わないこと。	
1	220	1	3 キー空白は削除して検索を行えること。	
1	220	1	4 検索は前方一致、後方一致のどちらでも行うことができること。また、行為・薬品・材料ごとの検索名称の登録個数に制限がないこと。	
1	220	1	5 行為・薬品・材料・セットの検索は、検索画面からも直接入力からも行えること。	
1	220	1	6 マスタ設定により、項目選択画面から手技を選択できること。	
1	220	1	7 名称は全角、半角、英字、カナの何れもできること。	
1	220	1	8 依頼・実施のオーダーの入力ができること。	
1	220	1	9 複数のオーダーを入力できること。	
1	220	1	10 外来患者に対して、伝票の初期表示は実施できること。	
1	220	1	11 依頼のオーダーは、薬品・材料の用量チェックを行わないこと。	
1	220	1	12 オーダー単位に保険指定ができること。	
1	220	1	13 コメントは、利用者ごとに定型コメントの登録が可能であり、定型コメントの入力及びフリーコメントの入力ができること。	
1	220	1	14 マスタ設定により、行為に補足コメントを関連付けができること。また、補足コメントが関連付けられている場合は、伝票を実施にした時に補足コメント入力の督促を行うこと。	
1	220	1	15 全科分の発行済オーダーを参照し、全て、または一部を流用（DO処理）できること。	
1	220	1	16 複数日・複数時間を選択できる期間入力ができること。	
1	220	1	17 処置の画面展開時、当日に依頼で発行されているオーダーを初期表示することができること。	
1	220	1	18 一伝票中、あるいは、全ての伝票中の全ての薬品・材料にチェックを付ける操作ができること。	
1	220	1	19 手技に関連付けられる薬品・材料・コメント・セットを編集できること。	
1	220	1	20 処置オーダー入力、発行済処置の修正・削除等について、職種により利用者を限定できること。	
1	220	1	21 マスタ内容変更後、対象となる選択画面に配置されている手技に関連付けられる薬品・材料を一括検索及び置換できること。	
1	220	2	処置発行及び発行後	-
1	220	2	1 依頼のオーダーは、薬品・材料のチェックの有無に関わらず発行できること。また、依頼で発行されたオーダーの薬品・材料のチェックの有無の状態は、控え箋・指示歴でも表示できること。	
1	220	2	2 実施のオーダーは、薬品・材料のチェックの付いたもののみを発行できること。	
1	220	2	3 処置オーダー発行時、オーダー控えシールの印刷ができること。	
1	220	2	4 処置で実施したデータは会計に送信されること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
230_救命救急				42
項番	項目			仕様担保
1	230		救命救急	-
1	230	1	救急外来患者一覧	-
1	230	1	1 救急外来受付登録を行うことにより、救急外来患者一覧へ患者を表示できること。	
1	230	1	2 患者ID・氏名・受付時刻・年齢・性別・生年月日・来院方法・診療科・各種オーダ情報・転帰・病名・医師・区分・備考が表示できること。	
1	230	1	3 表示された行を1行選択して以下のことができること。	-
1	230	1	4 ・患者選択	
1	230	1	5 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	230	1	6 ・カルテ閲覧	
1	230	1	7 ・詳細編集	
1	230	1	8 ・削除	
1	230	1	9 表示された行を複数行選択して以下のことができること。	
1	230	1	10 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	230	1	11 削除された行は背景色を灰色にして一覧に表示すること。	
1	230	1	12 各表示項目の項目名をクリックすることで、その項目をキーとしたソートができること。	
1	230	1	13 日付範囲を指定して一覧を表示できること。	
1	230	1	14 画面を開く日時に応じて、日時範囲を自動で設定できること。（日またがり対応）	
1	230	2	救急外来受付登録	-
1	230	2	1 カナ氏名患者一覧、受付患者一覧等の患者一覧から救急外来受付登録ができること。	
1	230	2	2 受付登録時、受付日時を入力できること。ただし、入力画面の初期値は現在日時とすること。	
1	230	2	3 受付情報は救急外来患者一覧で削除できること。	
1	230	2	4 救急外来受付登録ができる端末を、指定した端末に制限できること。	
1	230	2	5 既にその日に救急外来受付が行われている場合は、新規に受付日時を登録できること。（上書きは行わない）	
1	230	3	救急外来患者詳細登録	-
1	230	3	1 救急外来患者一覧にて1行選択して、以下の詳細情報を編集・登録できること。	-
1	230	3	2 ・来院情報：来院日時・終了日時・来院方法・初診/再診・重篤患者・緊急度・備考	
1	230	3	3 ・来院方法：救急車・独歩・ヘリ・その他（救急車を選択した場合、さらに救急隊も選択できること）	
1	230	3	4 ・紹介情報：紹介状有無・紹介病院・紹介医（ただし、紹介病院や紹介医については、既に紹介情報が登録されている場合には、その情報を引き継ぐこと）	
1	230	3	5 ・紹介先情報：紹介先病院、紹介医	
1	230	3	6 ・病名：病名（病名オーダから選択、もしくはフリー入力）	
1	230	3	7 ・検査・処置：エコー・CPA・EKG・XP・CT・緊急オペ・フリー入力	
1	230	3	8 ・症状：頭痛・発熱・腹痛・下痢・嘔吐・胸痛・動悸・呼吸困難・フリー入力	
1	230	3	9 ・転帰情報：未設定・帰宅・入院・死亡・その他・コメント	
1	230	3	10 ・診察情報：医師名・診療科名（それぞれ5名まで登録でき、主担当を指定できること）	
1	230	3	11 ・保険情報：社保・国保・高齢者・自費・自賠・労災・その他	
1	230	3	12 ・時間外加算：自費・保険	
1	230	3	13 検査・処置の項目はマスタで設定できること。	
1	230	3	14 症状の項目はマスタで設定できること。	
1	230	3	15 転帰情報で入院を選んだ場合には、当該患者が入院していればコメント欄に病棟名が表示されること。	
1	230	3	16 受付時刻とは別に来院時刻を登録できること。	
1	230	3	17 後から来院する予定の場合は、来院日時をクリアできること。	
1	230	4	救急外来日誌	-
1	230	4	1 救急外来患者詳細登録内容、及び勤務表データ（取得できる場合）から、救急外来日誌が作成できること。	
1	230	4	2 日誌は印刷できること。	
1	230	4	3 各時間帯の担当者、引継事項を登録できること	
1	230	4	4 救急詳細の各項目を条件に検索ができること	
1	230	4	5 救急詳細の検索結果をcsvで出力できること	
1	230	5	救急外来統計	-
1	230	5	1 期間を指定して、救急外来患者の来院状況が集計できること。集計対象外として指定した救急受付データを除いて集計できること。	
1	230	6	Web救急受付	-
1	230	6	1 救急外来の受付ができること。	
1	230	6	2 受付番号が外来と異なること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
240_リハビリ				23
項番	項目			仕様担保
1	240		リハビリオーダー	-
1	240	1	リハビリ依頼登録	-
1	240	1	1 理学・作業・言語療法のオーダー発行ができること。	
1	240	1	2 患者基本情報より移動の状況が複写されオーダー情報に加えられること。	
1	240	1	3 リハビリの依頼・中止・終了オーダーが発行できること。	
1	240	1	4 リハビリ情報をリハビリ部門システムへ送信できること。	
1	240	1	5 療法の目的となる病名と主な合併症の登録ができること。	
1	240	1	6 病名オーダーと連動し、診断名および合併症を指定できること。	
1	240	1	7 発症日の登録ができること。また、病名オーダーと連動した場合には、病名登録にて設定した発症日が反映されること。	
1	240	1	8 障害情報をマスタから選択し、登録できること。	
1	240	1	9 療法の目的となる手術名と手術日の登録ができること。また、手術予約と連動し、術名を指定できること。	
1	240	1	10 フリーコメントを入力できること。	
1	240	1	11 補足情報・注意事項・短期目標・長期目標の登録ができること。	
1	240	1	12 治療場所の指定が行えること。	
1	240	1	13 治療開始希望日時の指定ができること。また、治療開始希望日時の入力、カレンダー画面を利用しての入力もできること。	
1	240	1	14 前回のオーダーを参照し、DO入力できること。	
1	240	1	15 障害名の登録については、予め登録された障害名を参照し、その中から選択できること。	
1	240	1	16 必須入力項目のチェックが行えること。	
1	240	1	17 治療実施計画、病状要約・評価、留意事項等がコメント登録できること。	
1	240	1	18 療法内容が系統別・階層的に表示される画面より選択できること。必要であれば荷重等の値設定ができること。	
1	240	1	19 診断情報、理学、作業、言語療法が一画面で入力できること。	
1	240	1	20 操作者が医師の場合、オーダーメニューのリハビリをクリック時に入力画面を表示できること。	
1	240	2	依頼内容の照会	-
1	240	2	1 患者一覧から患者を選択し、その依頼内容の照会が指示歴で行えること。	
1	240	2	2 簡易な操作で当該患者の他の指示歴が表示できること。	
1	240	2	3 指示歴と処方箋登録画面が表示できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
250_手術予約				30
項番	項目			仕様担保
1	250		手術予約オーダ	-
1	250	1	手術申込み登録	-
1	250	1	1 手術予定日がカレンダーから選択できること。	
1	250	1	2 入室時刻の登録ができること。また、オンコールの指定を可能とし、午前・午後○番目等の順番を指定できること。	
1	250	1	3 手術予定日指定時に申込区分が自動的に選択されること。 (定期・臨時・緊急)	
1	250	1	4 手術入力時に身長・体重・体表面積・BMIが参照できること。	
1	250	1	5 申込区分が緊急の場合等には、オペ室に連絡する旨のメッセージが表示できること。	
1	250	1	6 病名の選択ができること。	
1	250	1	7 術式の選択ができること。また、マスタから検索できること。	
1	250	1	8 高血圧、心疾患等の患者状態が登録できること。患者状態の内容はマスタにて設定できること。	
1	250	1	9 現病歴・放射線所見・生理所見等のフリーテキスト入力ができること。	
1	250	1	10 既往歴・特記事項の入力ができること。	
1	250	1	11 手術予定時間が登録できること。	
1	250	1	12 帰室先が登録できること。	
1	250	1	13 麻酔科依頼有無が登録できること。	
1	250	1	14 希望麻酔法が登録できること。また、麻酔経路を登録できること。	
1	250	1	15 手術体位が登録できること。	
1	250	1	16 禁忌・感染症情報が参照できること。	
1	250	1	17 手術機材が登録できること。	
1	250	1	18 使用物品が登録できること。	
1	250	1	19 執刀医、助手が登録できること。	
1	250	1	20 オペ室のスケジュールを参照できること。	
1	250	1	21 執刀医・助手・麻酔医は入力順に表示できること。	
1	250	1	22 手術予約システムで登録された予約注意事項メッセージが表示できること。「〇〇年〇月〇日は麻酔医が不在な為、麻酔科依頼の手術はできません」等のメッセージが表示できること。	
1	250	1	23 手術室で確認する前であればオペ予約オーダの修正・削除が可能であること。	
1	250	1	24 既往歴・異常所見、現病歴コメント、放射線コメント、生理コメント、フリーコメントの入力が可能であること。	
1	250	1	25 該当診療科の有効病名がない場合には予約入力画面表示時に警告メッセージを表示可能であること。	
1	250	1	26 術式で左右、もしくは部位が必要な術式の場合、指定がない時は、警告もしくはオーダ発行ができないようにすることができること。	
1	250	1	27 手術予約入力画面の入室時刻について規定時間の設定ができること。(既定の時間08:00もしくは09:00)	
1	250	1	28 使用機材を指定時に、機材の数が限られている場合、「業者確認が必要ものはオペ室に確認してください。」などのメッセージを表示することができること。	
1	250	2	修正・削除	-
1	250	2	1 修正したデータは、手術予約部門システムへ伝達できること。	
1	250	2	2 手術予約部門システムで受付を行った場合には修正・削除ができないようにできること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
260_看護			277
項番	項目		仕様担保
1	260		看護基本オーダ
1	260	1	ベッドボード・空床管理
1	260	1	1 院内全体・病棟ごとの空床状況が視覚的に表示できること。
1	260	1	2 院内全体画面（空床マップ）では、空床・実床を色分けし視覚的にベッドの空き状況が確認できること。
1	260	1	3 院内全体画面（空床マップ）では、移動予定・退院予定・外出泊を色分けし、視覚的にベッド状況が確認できること。
1	260	1	4 院内全体画面（空床マップ）では、面会謝絶・拒否等が登録されている患者が、視覚的に確認できること。
1	260	1	5 院内全体画面（空床マップ）では、在院患者総数及び稼働率が確認できること。
1	260	1	6 院内全体画面（空床マップ）では、病棟ごとに稼働率が確認できること。
1	260	1	7 院内全体画面（空床マップ）では、病棟ごとに空床数が確認できること。
1	260	1	8 院内全体画面（空床マップ）では、実床ベッドを選択することにより、入院患者のID・氏名・住所・担当情報等が確認できること。
1	260	1	9 院内全体画面（空床マップ）では、患者一覧から患者名を指定することにより、入院中のベッドが確認できること。
1	260	1	10 病棟画面（病棟マップ）では、本日入院患者・移動予定患者・退院予定患者・外出泊患者が、視覚的に確認できること。
1	260	1	11 病棟画面（病棟マップ）では、入院診療科・救護区分・チーム名等が表示切替え操作により、確認できること。
1	260	1	12 病棟画面（病棟マップ）では、入院診療科・救護区分・チーム別等の簡易統計が、確認できること。
1	260	1	13 病棟画面（病棟マップ）では、任意にマークを作成しベッド画面に貼り付けできること。
1	260	1	14 病棟画面（病棟マップ）にて、指示受けができること。
1	260	1	15 患者名にマウスを重ねる等の簡単な操作で、入院患者の「ID・カナ氏名・年齢・連絡先・主治医・担当看護師・担当チーム・退院予定日・移動予定日」等の入院情報をツールチップ情報として表示できること。
1	260	1	16 病棟画面（病棟マップ）にて、院内の連絡事項等を表示できること。
1	260	1	17 部屋別・診療科別・チーム別・主治医別等の条件で患者を複数選択できること。
1	260	1	18 当日が看護計画評価日・褥瘡評価日等の条件で患者を複数選択できること。
1	260	1	19 当日の受持ち患者登録が看護師ごとに設定できること。
1	260	2	看護プロフィール（アナムネ）
1	260	2	1 入院期間ごとに、看護プロフィール情報を作成できること。一入院期間でも複数作成できること。
1	260	2	2 前回入院時の看護プロフィール情報を流用できること。
1	260	2	3 入力内容は病院指定の内容で作成できること。
1	260	2	4 家族構成図が、プロフィールから反映できること。
1	260	2	5 患者コメント情報（既往歴や喫煙・飲酒情報等）が、プロフィールから反映できること。
1	260	2	6 アレルギー情報や禁忌情報が、プロフィールから反映できること。
1	260	2	7 身体情報（身長や体重等）が、プロフィールから反映できること。
1	260	2	8 看護プロフィールが印刷できること。
1	260	3	体温表
1	260	3	1 検温グラフをクリックすることにより、該当日付の入力画面が表示され、バイタル情報を入力できること。
1	260	3	2 バイタル情報は、体温・脈拍・呼吸・血圧・SpO2を入力できること。
1	260	3	3 バイタル情報は、プロフィールの身体情報に反映できること。
1	260	3	4 検温グラフ内の任意の位置にフリーテキストが入力できること。
1	260	3	5 全患者固定で初期表示できる観察項目を設定できること。
1	260	3	6 観察項目マスタは、診療科ごとの観察項目セットの作成ができること。
1	260	3	7 観察項目マスタは、数値項目・文字項目・IN/OUT項目を指定できること。
1	260	3	8 観察項目を患者に登録する場合に、検索ができること。
1	260	3	9 観察項目を入力する場合に、選択項目（凡例）から入力できること。
1	260	3	10 観察項目を入力する場合に、選択項目（凡例）のガイド内容をマスタ設定できること。
1	260	3	11 患者に登録された観察項目を、終了登録できること。
1	260	3	12 患者に登録された観察項目は、表示順を変更できること。
1	260	3	13 IN/OUTの入力ができ、病棟ごとの締め時刻にて自動集計できること。
1	260	3	14 体重入力時、プロフィールの身体情報に反映できること。
1	260	3	15 体重入力後、前回値との体重差(±値)が表示できること。
1	260	3	16 食事オーダ内容を表示できること。
1	260	3	17 食事摂取量（主食・副食）を入力できること。
1	260	3	18 食事摂取量は朝・昼・夕ごとにコメント入力できること。
1	260	3	19 尿回・尿量を入力できること。
1	260	3	20 尿回・尿量入力時、オムツ・カテーテル等の情報も入力できること。
1	260	3	21 便回・便性状を入力できること。
1	260	3	22 内服確認の登録ができること。
1	260	3	23 内服確認画面では、起床時・朝・昼・夕・寝る前・その他ごとに、実施登録ができること。
1	260	3	24 内服確認画面では、処方オーダ情報が反映できること。
1	260	3	25 内服確認画面では、持参薬情報が反映できること。
1	260	3	26 観察項目の一括入力ができること。
1	260	3	27 入院・移動・退院等の移動日時が表示できること。
1	260	3	28 病日・手術経過日が自動表示できること。
1	260	3	29 プロフィールに出産予定日を登録することにより、妊娠週数が自動表示できること。
1	260	3	30 その他イベント日付を登録することにより、基準日からの経過日数が自動表示できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
260_看護				277
項番	項目			仕様担保
1	260	3	31	24時間表示の重症体温表との切り替えができること。
1	260	3	32	一般体温表と重症体温表で設定する観察項目を別々に管理できること。
1	260	3	33	看護必要度の入力内容が表示できること。
1	260	3	34	複数患者のバイタル一括入力ができること。
1	260	3	35	バイタル一括入力時、患者指定別・チーム別・担当看護師別・全患者等入力対象患者を指定できること。
1	260	3	36	Ccr等尿量が必要な検査オーダー時、観察項目で入力した尿量を検体検査オーダー側で取得できること。
1	260	3	37	期限日を入力することで、体温表日付欄の背景色が変更され、視覚的に期限日が確認できること。
1	260	3	38	期限日は3つまで登録できること。
1	260	3	39	IN/OUTの観察項目が登録されていない場合は、IN/OUT合計行とバランス行を非表示にできること。
1	260	3	40	NCF対応の測定機器からデータ取り込みが行えること。
1	260	4	看護計画	
1	260	4	1	現在院内で使用している看護計画内容をマスタ設定できること。
1	260	4	2	看護計画立案時、文字列検索できること。
1	260	4	3	看護計画立案時、患者に過去立案された内容を流用できること。
1	260	4	4	看護計画立案時、プロブレムを自動作成できること。
1	260	4	5	目標・O・T・Eの内容は自由に修正できること。
1	260	4	6	目標・O・T・Eの表示順を修正できること。
1	260	4	7	看護計画一覧が印刷できること。
1	260	4	8	看護計画の次回評価日が自動設定されること。(1週間後等)
1	260	4	9	評価内容は、終了・継続・中止・変更等の入力ができること。
1	260	4	10	複数行まとめて評価入力できること。
1	260	4	11	終了・中止した問題は非表示にできること。
1	260	4	12	終了・中止した問題や評価した内容は履歴表示できること。
1	260	4	13	入院中に立案した看護計画が、退院後も評価入力できること。
1	260	4	14	外来患者に看護計画を立案できること。
1	260	4	15	電子カルテの基本画面で、現在立案されている看護計画を表示できること。
1	260	5	褥瘡対策	
1	260	5	1	持込有無を登録できること。
1	260	5	2	過去の褥瘡部位を登録できること。
1	260	5	3	生活自立度が登録できること。
1	260	5	4	スケール点数が入力できること。当院の指定するスケールでの入力ができること。 (ブレイグスケール・厚労省危険因子・OHスケール・Kスケール)
1	260	5	5	褥瘡状態図を作成できること。
1	260	5	6	部位ごとに、DESIGN点数を登録できること。
1	260	5	7	部位コメント(右・左等)を登録できること。
1	260	5	8	褥瘡発生日を登録できること。
1	260	5	9	褥瘡画像が登録できること。
1	260	5	10	褥瘡看護計画が登録できること。
1	260	5	11	登録された情報は履歴表示できること。
1	260	5	12	褥瘡入力画面にて、TP・ALB等の検査結果を参照可能とし、NST依頼の登録ができること。
1	260	5	13	DESIGN-Rに対応できること。
1	260	5	14	次回褥瘡評価日を登録できること。
1	260	5	15	履歴表示画面では、評価時点の検査結果内容を表示できること。
1	260	5	16	褥瘡部位・スケール点数・DESIGN点数等を指定して、褥瘡患者を集計できること。
1	260	5	17	ハイリスク患者の評価を登録できること。
1	260	5	18	褥瘡ハイリスク患者ケア加算を医事システムへ送信できること。
1	260	5	19	褥瘡診療計画書を印刷できること。
1	260	5	20	褥瘡リスクアセスメント評価票を印刷できること。
1	260	5	21	薬学的管理・栄養管理を登録できること。
1	260	5	22	褥瘡診療計画書2を印刷できること。
1	260	6	看護必要度、転棟転落アセスメント	
1	260	6	1	看護必要度の登録・集計ができること。
1	260	6	2	看護必要度登録時には最新情報を表示し、変更箇所のみ登録ができること。
1	260	6	3	病棟によって、一般・ICU・HCU・回復期の初期表示が切替えること。
1	260	6	4	A項目「専門的な治療・処置」については、オーダー情報を参照し、該当する薬品があれば、ガイド表示できること。
1	260	6	5	A項目「救急搬送後の入院」については、救急入院であるかを判断し、ガイド表示できること。
1	260	6	6	B項目「診療・療養上の指示が通じる」については、認知症自立度から判断し、ガイド表示できること。
1	260	6	7	B項目「危険行動」については、転棟転落アセスメントから判断し、ガイド表示できること。
1	260	6	8	手術をしている場合には、C項目にガイド表示できること。
1	260	6	9	手術をしている場合には、手術日・術式・経過日・麻酔内容が表示できること。
1	260	6	10	日数指定を超えた場合には、「なし」が自動選択されること。
1	260	6	11	一括入力画面では、病棟・チーム・受持ち看護師等を指定して、患者を表示できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
260_看護				277
項番	項目			仕様担保
1	260	6	12	一括入力画面では、評価対象外（15歳未満や産科患者）患者を表示しないこと。
1	260	6	13	一括入力画面では、外出泊中の患者が確認できること。
1	260	6	14	一括入力画面では、未入力患者のみを表示できること。
1	260	6	15	一括入力画面では、転棟前の評価があっても、転棟先で評価していない場合には、未入力患者として表示できること。
1	260	6	16	一括入力画面では、A項目「専門的な治療・処置」については、オーダ情報を参照し、該当する薬品があれば、ガイド表示できること。
1	260	6	17	一括入力画面では、A項目「救急搬送後の入院」については、救急入院であるかを判断し、ガイド表示できること。
1	260	6	18	一括入力画面では、手術をしている場合には、C項目にガイド表示できること。
1	260	6	19	一括入力画面では、手術をしている場合には、手術日・術式・経過日・麻酔内容が表示できること。
1	260	6	20	一括入力画面では、日数指定を超えた場合には、「なし」が自動選択されること。
1	260	6	21	日付・病棟・診療科等を指定し、看護必要度の一覧表を表示・印刷できること。
1	260	6	22	日付・病棟・診療科等を指定し、看護必要度の集計表を表示・印刷できること。
1	260	6	23	集計表では、日付・病棟ごとに、重症者数/患者数〇%が表示できること。クリックにて、該当患者が確認できること。
1	260	6	24	集計表をCSV出力できること。
1	260	6	25	集計表からHファイルを出力できること。
1	260	6	26	短期滞在患者を入力できること。
1	260	6	27	必要度IIシミュレーションを病棟でも集計できるようにすること。
1	260	6	28	看護必要度調査のため、EFファイルから対象患者に該当する必要度項目を確認できること。
1	260	6	29	転倒転落アセスメントの登録・集計ができること。
1	260	6	30	転倒転落アセスメント登録時には最新情報を表示し、変更箇所のみ登録ができること。
1	260	6	31	日付・病棟・診療科等を指定し、転倒転落アセスメントの一覧表を表示・印刷できること。
1	260	6	32	登録した内容によって、転倒転落危険度が表示できること。
1	260	6	33	転倒転落危険度によって、観察項目を立案する旨のメッセージが表示できること。
1	260	7		指示受け機能
1	260	7	1	患者にオーダが発行された場合には、病棟画面（病棟マップ）のベッドにシグナルが点滅し、指示受けできること。
1	260	7	2	緊急性の高い当日以前のオーダと、未来日のオーダは点滅色を変更し、視覚的に確認できること。
1	260	7	3	指示受け処理を行うことにより、指示受け者・指示受け日時が記録されること。
1	260	7	4	指示受け画面では、指示受けするオーダ種を選択できること。
1	260	7	5	指示受け機能は、ダブルチェック（2名での指示受け）に対応できること。
1	260	7	6	特に緊急性が高いオーダについては、医師操作にて緊急指示の指定ができること。
1	260	7	7	緊急指示のオーダがある場合には、点滅内にマーク等を表示して、視覚的に確認できること。
1	260	7	8	指示受け済一覧画面にて、指示受け者の確認ができること。
1	260	7	9	指示受け済一覧画面にて、指示受けの取消ができること。
1	260	7	10	看護師や看護補助者以外では、指示受けができないこと。
1	260	7	11	医師以外では、緊急指示が指定できないこと。
1	260	7	12	SOAPや文書等特定の記録を、指示受け対象として設定できること。
1	260	7	13	SOAPや文書等を指示受けする場合には、内容を参照できること。
1	260	7	14	緊急（締め切り後）オーダの指示受け時、検体ラベルの印刷・注射伝票の印刷等が、設定により対応できること。
1	260	7	15	修正の場合は、追加された内容と、削除された内容を表示できること。
1	260	7	16	1つ前の情報を指示受けをせずに、続けて別の修正がされた場合は、前回の未確認修正内容が、「未確認オーダ」として表示されること。
1	260	8		ワークシート（帳票）
1	260	8	1	患者別・チーム別・担当別・受持ち看護師別等の条件を指定し、各種ワークシートを作成できること。
1	260	8	2	患者に登録された、オーダ情報や指示内容、看護ケア情報がワークシートに印刷できること。
1	260	8	3	検査・予約ワークシートが印刷できること。 患者ごとに検査内容・時間・備考等が印字されること。
1	260	8	4	検査・予約ワークシートでは印刷するオーダ種（検体検査、診察予約等）を選択できること。
1	260	8	5	緊急時の指示や、異常時の指示等の情報が患者ごとに出力できること。（指示書）
1	260	8	6	注射オーダの内容が患者ごとに出力できること。（注射伝票）
1	260	8	7	注射伝票では、スライディングスケールの内容を印刷できること。
1	260	8	8	注射伝票では、患者認証用にバーコードを印字できること。
1	260	8	9	患者名や部屋番号のみが印字された、フリーシートを印刷できること。
1	260	8	10	患者ラベル（ベッドラベル・部屋ラベル・ナースコール用ラベル等）が印刷できること。
1	260	8	11	患者リストバンドを印刷できること。
1	260	8	12	患者リストバンドのバーコードはQRコードでも印字できること。
1	260	8	13	食事オーダ内容が出力できること。（食事ワークシート）
1	260	8	13	リハビリ予約時間、担当療法士、実施場所が確認できる、リハビリワークシートを出力できること。
1	260	8	13	看護ケア内容を指定して、実施時間、実施有無を確認できる、看護ケアワークシートを出力できること。
1	260	9		看護サマリ
1	260	9	1	入院期間ごとに、看護サマリ情報を作成できること。一入院期間でも複数作成できること。
1	260	9	2	前回入院時の看護サマリ情報を流用できること。
1	260	9	3	入力内容は病院指定の内容で作成できること。
1	260	9	4	家族構成図が、プロフィールから反映できること。

電子カルテシステム					【参考値】空白
260_看護					277
項番	項目				仕様担保
1	260	9	5	患者コメント情報（既往歴や喫煙・飲酒情報等）が、プロフィールから反映できること。	
1	260	9	6	アレルギー情報や禁忌情報が、プロフィールから反映できること。	
1	260	9	7	身体情報（身長や体重等）が、プロフィールから反映できること。	
1	260	9	8	看護計画や看護診断から情報を反映できること。	
1	260	9	9	看護サマリが印刷できること。	
1	260	10		管理日誌	-
1	260	10	1	勤務表作成システムから、看護勤務実績を取り込みできること。	
1	260	10	2	患者移動情報を取り込みできること。	
1	260	10	3	取り込みした勤務状況・患者移動状況を元に、管理日誌が自動作成できること。	
1	260	10	4	各管理日誌は自動作成後、ワープロ入力によるデータの追加・修正ができること。	
1	260	10	5	病棟管理日誌を作成できること。	
1	260	10	6	病棟管理日誌では、入退院移動情報から患者情報を印刷できること。	
1	260	10	7	病棟管理日誌では、入退院移動情報から患者件数を印刷できること。	
1	260	10	8	病棟管理日誌では、勤務者情報を印刷できること。	
1	260	10	9	病棟管理日誌では、勤務記号から表示する勤務帯を自動判定できること。	
1	260	10	10	病棟管理日誌では、巡視情報や備考を入力できること。	
1	260	10	11	外来管理日誌を作成できること。	
1	260	10	12	外来管理日誌では、外来患者件数を取込みできること。	
1	260	10	13	外来管理日誌では、検査件数等を入力できること。	
1	260	10	14	外来管理日誌では、勤務者情報を印刷できること。	
1	260	10	15	外来管理日誌では、備考を入力できること。	
1	260	10	16	看護管理日誌を作成できること。	
1	260	10	17	看護管理日誌では、病棟管理日誌から患者件数を取得できること。	
1	260	10	18	看護管理日誌では、各種管理日誌（病棟・外来・手術等）から勤務者件数を取得できること。	
1	260	10	19	看護管理日誌では、備考を入力できること。	
1	260	10	20	手術管理日誌を作成できること。	
1	260	10	21	手術管理日誌では、勤務者情報を印刷できること。	
1	260	10	22	手術管理日誌では、手術患者情報を印刷できること。	
1	260	10	23	手術管理日誌では、備考を入力できること。	
1	260	10	24	透析管理日誌を作成できること。	
1	260	10	25	透析管理日誌では、勤務者情報を印刷できること。	
1	260	10	26	透析管理日誌では、透析患者情報を印刷できること。	
1	260	10	27	透析管理日誌では、備考を入力できること。	
1	260	10	28	救命救急センター日誌を作成できること。	
1	260	10	29	救命救急センター日誌では、勤務者情報を印刷できること。	
1	260	10	30	救命救急センター日誌では、備考を入力できること。	
1	260	11		見舞い客案内機能	-
1	260	11	1	見舞い客案内では、カナ氏名による五十音順の検索ができること。	
1	260	11	2	参照情報として、患者氏名・住所・性別・年齢・病棟・病室・面会可否が照会できること。	
1	260	11	3	過去1ヶ月前までの退院患者も表示できること。	
1	260	12		3点認証	-
1	260	12	1	利用者バーコード・患者バーコード・注射ボトルラベルを読み込み、3点認証できること。	
1	260	12	2	注射の3点認証を行った場合は、実施登録後、コスト連携されること。	
1	260	12	3	認証した注射内容が参照できること。	
1	260	12	4	患者間違いやオーダーの修正があった場合には、エラー音と共にメッセージが表示されること。	
1	260	12	5	検体スピッツのバーコードにて、採血時の患者認証ができること。	
1	260	12	6	認証画面を病棟画面（病棟マップ）から表示できること。	
1	260	12	7	認証時、同一のスタッフが1人の患者にオーダーされている複数の薬剤を認証する場合には、連続して認証ができること。	
1	260	13		入院指示オーダー	-
1	260	13	1	基本指示（症度・救護区分・搬送方法・安静度等）を継続指示として登録できること。	
1	260	13	2	臨時指示（疼痛時・発熱時・血圧上昇時・不眠時等）を継続指示として登録できること。	
1	260	13	3	特殊指示（酸素吸入・抑制・行動制限等）を継続指示として登録できること。	
1	260	13	4	看護ケア情報（清拭・口腔ケア・洗面介助等）を日付・実施予定時間を指定して、登録できること。	
1	260	13	5	付き添い有無、面会区分等が登録できること。	
1	260	13	6	看護ケア情報は実施登録できること。	
1	260	13	7	複数日一括で登録した看護ケア情報は、一括削除できること。	
1	260	13	8	登録された指示内容は、コピー&ペーストできること。	
1	260	13	9	日付を範囲指定してセット登録できること。	
1	260	13	10	入力範囲を指定してセット登録できること。	
1	260	13	11	登録されている指示項目のみを表示できること。	
1	260	13	12	医師から看護師への指示内容を入力できること。	
1	260	13	13	指示内容は定型文より選択できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白	
260_看護				277	
項番	項目			仕様担保	
1	260	13	14	前回入院分の最新指示内容を展開できること。	
1	260	14		タイムテーブル	-
1	260	14	1	複数患者の時間ごとの当日スケジュールを表示できること。	
1	260	14	2	患者別・チーム別・担当別・受持ち看護師別等の条件を指定して複数患者を表示できること。	
1	260	14	3	処方・注射・食事・処置・リハビリ・看護ケア等のオーダー情報を時系列で表示できること。	
1	260	14	4	看護ケアで入力された「申し送り事項」を表示できること。	
1	260	14	5	実施されている項目は背景色を変更して確認できること。	
1	260	14	6	看護ケアは実施入力ができること。	
1	260	14	7	未実施の内容に絞って表示できること。	
1	260	14	8	文字列検索ができること。	
1	260	14	9	文字列検索した内容のみを表示できること。	
1	260	14	10	患者名を指定する事により、該当患者の当日スケジュールのみを表示する事ができること。	
1	260	15		モバイル機能	-
1	260	15	1	iOSやAndroid端末で動作すること。	
1	260	15	2	病棟患者一覧、主治医別患者一覧から患者選択ができること。	
1	260	15	3	バーコードを読み込んで患者選択ができること。	
1	260	15	4	バイタル入力・修正・削除ができること。	
1	260	15	5	観察項目入力・修正・削除ができること。	
1	260	15	6	観察項目は前回値のDO入力ができること。	
1	260	15	7	カルテ内容が参照できること。	
1	260	15	8	処置の実施入力ができること。	
1	260	15	9	SOAP入力ができること。	
1	260	15	10	SOAP入力では写真を付けた記録が登録できること。	
1	260	15	11	Bluetoothのバーコードリーダー等と接続し、3点認証ができること。	
1	260	15	12	褥瘡評価が入力ができること。	
1	260	15	13	褥瘡写真を付けた評価が登録できること。	
1	260	16		認知症ケア	-
1	260	16	1	認知症ケア加算に関する、アセスメント評価、看護計画立案、カンファレンスの入力・管理が行えること。	
1	260	16	2	検査結果を参照しながら、入力できること。	
1	260	16	3	家族歴を参照しながら、入力できること。	
1	260	16	4	褥瘡スコアを参照しながら、入力できること。	
1	260	16	5	転倒転落スコアを参照しながら、入力できること。	
1	260	16	6	カルテを参照しながら、入力できること。	
1	260	16	7	バイタル情報を参照しながら、入力できること。	
1	260	16	8	プロフィール情報を参照しながら、入力できること。	
1	260	16	9	アセスメント評価入力画面では、選択した項目により、次に選択する項目をガイド表示できること。	
1	260	16	10	アセスメント評価入力画面では、自立度判定を入力できること。	
1	260	16	11	アセスメント評価入力画面では、チームへの介入依頼を入力できること。	
1	260	16	12	アセスメント評価入力画面では、チェックやフリーによる入力が行えること。	
1	260	16	13	アセスメント評価を印刷できること。	
1	260	16	14	認知症看護計画入力画面では、チェックやフリーによる入力が行えること。	
1	260	16	15	認知症看護計画を印刷できること。	
1	260	16	16	カンファレンス入力画面では、チェックにフリーによる入力が行えること。	
1	260	16	17	カンファレンス内容を印刷できること。	
1	260	16	18	認知症ケア内容の集計が行えること。	
1	260	16	19	認知症ケア内容の集計結果を印刷できること。	
1	260	16	20	認知症ケア内容の集計結果から患者を選択できること。	
1	260	16	21	病棟画面から本日認知症ケア評価日の患者を選択できること。	
1	260	16	22	病棟画面から認知症ケア評価の未入力患者を選択できること。	
1	260	16	23	看護ワークシートの備考欄に認知症ケア評価日を印字できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
270_入退院				67
項番	項目			仕様担保
1	270		入退院オーダ	-
1	270	1	入院予定・決定処理	-
1	270	1	1 入院予定を登録できること。	
1	270	1	2 現在入院中患者に対して、入院予定が登録できること。	
1	270	1	3 入院目的・コメント（備考）・病名・個室希望等が入力できること。	
1	270	1	4 コメント（備考）は定型文から選択できること。	
1	270	1	5 入院日未定、入院先病棟が未定でも入院予約を登録できること。	
1	270	1	6 入院後の食事・入院時指示・病名を予め登録できること。	
1	270	1	7 入院予約に紐付いた退院予約日を登録できること。	
1	270	1	8 入院予約時の必須項目を設定できること。	
1	270	1	9 入院決定時、入院予定情報が既にあれば内容を引き継ぎ、なければ新たに入院決定を登録できること。	
1	270	1	10 現在入院中の患者に対しては、入院決定登録できないようにできること。	
1	270	1	11 入院決定時、入院予約時に登録されていた食事保留オーダを確定できること。	
1	270	1	12 入院決定時、入院する部屋に紐付けられた看護チームが割り当てできること。	
1	270	1	13 入院予定より引き継いだ入院情報のうち、入院日・食事開始時間・病棟・病室のいずれかが変更された場合は、食事指示が自動修正されること。	
1	270	1	14 入院予定登録時、利用者が医師の場合は、診療科に医師の所属科・医師名に利用者が初期選択されること。	
1	270	1	15 入院病棟を選択した場合は、その病棟の空床状況を確認できること。	
1	270	1	16 入院先の病棟画面（病棟マップ）では当日入院予定日の患者が確認できること。	
1	270	1	17 入院予定患者をドラッグ&ドロップすることにより、入院決定登録ができること。	
1	270	1	18 入院決定時の必須項目を設定できること。	
1	270	1	19 入院取消・入院修正できること。	
1	270	2	外泊・外出処理	-
1	270	2	1 院外滞在の時間が午前0時を越える場合は外泊、同日内に帰宅する場合は外出として扱えること。	
1	270	2	2 外泊・外出期間中の、欠食オーダを自動発行できること。	
1	270	2	3 帰院後の再給オーダを自動発行できること。	
1	270	2	4 病棟画面（病棟マップ）、院内全体画面（空床マップ）では、外出・外泊患者を色別表示できること。	
1	270	3	移動予定・決定処理	-
1	270	3	1 移動登録（転棟・転科・転科転棟・転床）できること。	
1	270	3	2 移動予定を登録できること。	
1	270	3	3 移動予定時の必須項目を設定できること。	
1	270	3	4 移動決定時、移動予定情報が既にあれば内容を引き継ぎ、なければ新たに移動決定内容を登録できること。	
1	270	3	5 移動先病棟を選択した場合は、その病棟の空床状況を確認できること。	
1	270	3	6 転棟先の病棟画面（病棟マップ）では当日移動予定日の患者が確認できること。	
1	270	3	7 病棟画面（病棟マップ）、院内全体画面（空床マップ）では移動予定患者を色別表示できること。	
1	270	3	8 移動予定患者をドラッグ&ドロップする事により移動決定登録できること。	
1	270	3	9 移動日以降の食事指示に対して、配膳先を自動変更できること。	
1	270	3	10 移動決定時の必須項目を設定できること。	
1	270	3	11 移動取消・移動修正できること。	
1	270	4	医師登録および看護師登録	-
1	270	4	1 入院決定時に主治医及び担当医の登録ができること。	
1	270	4	2 担当医師（主治医・担当医）の修正・削除ができること。	
1	270	4	3 担当医師（主治医・担当医）の登録履歴が確認できること。	
1	270	4	4 担当看護師の登録ができること。	
1	270	4	5 担当看護師の修正・削除ができること。	
1	270	4	6 担当看護師の登録履歴が確認できること。	
1	270	4	7 担当チームの登録ができること。	
1	270	4	8 担当チームの修正・削除ができること。	
1	270	4	9 担当チームの登録履歴が確認できること。	
1	270	4	10 その他担当者（担当薬剤師・担当ソーシャルワーカー等）の登録ができること。	
1	270	4	11 その他担当者（担当薬剤師・担当ソーシャルワーカー等）の修正・削除ができること。	
1	270	4	12 その他担当者（担当薬剤師・担当ソーシャルワーカー等）の登録履歴が確認できること。	
1	270	5	退院予定・退院確認処理	-
1	270	5	1 退院予定を登録できること。	
1	270	5	2 退院決定時、退院予定情報が既にあれば内容を引き継ぎ、なければ新たに退院決定内容を登録できること。	
1	270	5	3 病棟画面（病棟マップ）、院内全体画面（空床マップ）では退院予定患者を色別表示できること。	
1	270	5	4 退院予定日以降の食事指示に対して、食止めを自動発行できること。	
1	270	5	5 退院取消・退院修正できること。	
1	270	5	6 退院先（自宅・介護施設等）を登録できること。	
1	270	5	7 登録された退院先から、期間を指定して在宅復帰率を確認できること。	
1	270	5	8 退院先情報の登録ができること。	
1	270	5	9 退院先情報は診療支援機能にて、集計が行えること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
270_入退院				67
項番	項目			仕様担保
1	270	6	入院基本入力機能共通	-
1	270	6	1 入退院移動登録時、食事締切時間の注意メッセージを表示できること。	
1	270	6	2 在院患者一覧表、入院・退院・移動予定患者一覧表、入院患者一覧表、退院患者一覧表、転入患者一覧表、転出患者一覧表、転科患者一覧表、転室患者一覧表、外泊外出患者一覧表を出力できること。	
1	270	6	3 入退院移動登録は、各病棟画面から起動できること。	
1	270	6	4 退院決定後は、看護サマリ等の確認チェックが登録されるまで、病棟画面で患者名が確認できること。	
1	270	7	入退院カレンダー	-
1	270	7	1 入院予約患者、退院予約患者、各病棟の稼働率を時系列で確認できること。	
1	270	7	2 病棟や主治医を条件として指定できること。	
1	270	7	3 過去分は確定データ、未来分は予定データを表示し、稼働率のシュミレーションができること。	
1	270	7	4 入院日未定の患者も確認できること。	
1	270	7	5 患者名のツールチップにて、入院目的・コメント（備考）・病名・個室希望等の詳細内容を表示できること。	
1	270	7	6 患者を指定して、入退院画面を起動できること。	
1	270	7	7 患者を指定して、患者基本画面を起動できること。	
1	270	7	8 備考欄に日々のイベントをコメント入力できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
280_食事				44
項番	項目			仕様担保
1	280		食事オーダー	-
1	280	1	食事登録	-
1	280	1	1 患者ごとの、食事オーダー履歴が照会できること。	
1	280	1	2 入院患者の食事に関する情報を、院内の食事規約に基づいて、食事登録できること。	
1	280	1	3 入院予約時に食事オーダーを保留オーダーとして発行できること。	
1	280	1	4 入院予約時に登録した保留オーダーを確定オーダーとして登録できること。	
1	280	1	5 入院基本オーダーより登録される患者基本情報・入退院・転科転棟・外泊外出の情報が反映されること。	
1	280	1	6 オーダー入力時に、栄養価が参照できること。	
1	280	1	7 朝・昼・夕ごとに別の食種を設定できること。	
1	280	1	8 食種選択時にその食種の規定の主食が設定できること。	
1	280	1	9 オーダー入力時に、1日に必要なカロリーの計算ができること。	
1	280	1	10 マスタ設定により主食に朝・昼・夕で使用できない時間を設定できること。	
1	280	1	11 食種と主食の組合せ禁止の設定が行えること。	
1	280	1	12 禁止事項・コメントの入力ができ、それぞれが食札に印字されること。	
1	280	1	13 コメントの入力ができ、食札に印字されること。	
1	280	1	14 コメントは毎食・朝・昼・夕を指定して登録できること。	
1	280	1	15 食種とコメントの組合せ禁止の設定が行えること。	
1	280	1	16 禁止事項の入力ができ、食札に印字されること。	
1	280	1	17 禁止事項の入力時にアレルギーに関する項目を選択した場合は、患者情報に食物アレルギーとして反映できること。	
1	280	1	18 フリーコメントが登録できること。フリーコメントの登録権限については全ての利用者・栄養科のみ・未使用の設定ができること。	
1	280	1	19 食事歴の発行済オーダーを流用して食事内容の入力できること。	
1	280	1	20 食種の変動（食上がり）パターン入力ができること。	
1	280	1	21 食事開始日、食事時間（朝・昼・夕）の入力画面は締切時間を考慮した既定値表示ができること。	
1	280	1	22 締切時間は任意に設定ができ、締切時間以降のオーダーに対する入力制限の有無を設定できること。	
1	280	1	23 締切時間以降の食事依頼方法コメント（電話連絡必要等）を表示できること。	
1	280	1	24 締切時間以降に緊急時オーダーがあった場合は、速やかに栄養部門システムに伝達し、対応できること。	
1	280	1	25 特別食を入力した場合は、特食加算病名のチェックができ、必要に応じて病名の登録ができること。	
1	280	1	26 必須入力項目のチェックができること。	
1	280	1	27 食事指示入力時、特別指示・禁止事項・コメントについては最新の履歴を引き継いでできること。	
1	280	1	28 栄養システムに接続しオーダー依頼内容が送信できること。	
1	280	1	29 登録されたオーダーは、カレンダーのイメージで確認できること。また、カレンダーのイメージから日付けを指定してオーダーの変更・削除ができること。	
1	280	1	30 入退院・外泊外出等のデータと整合性を必ずチェックし、不適合の場合は入退院・外泊外出画面・食事オーダー画面に警告表示すること。	
1	280	1	31 外泊・外出オーダー発行時に食事オーダーは別項目とし、オーダー発行の障害にならないようにすること。	
1	280	1	32 併用食の食事オーダーが発行できること。	
1	280	1	33 病棟・新生児室・NICU毎で調乳伝票の登録が行えること。また、入力された内容は栄養科で参照することが可能なこと。	
1	280	1	34 併用食がある場合には、食種に食止を指定できないこと。	
1	280	1	35 食種マスタに指定できない食事配膳時間帯の設定ができること。 食種選択時に指定できない食事配膳時間帯には食止めが自動設定されること	
1	280	1	36 入院時に前回入院時のアレルギー・嗜好情報を反映させことができること。設定により反映させる内容の切り替えができるようこと。	
1	280	1	37 処方オーダー発行時に食事に関連した薬効阻害情報（食物禁忌情報 納豆禁、グレープフルーツ禁など）を患者プロフィールに登録されること。	
1	280	1	38 入院予定登録時に入院予約時間が未指定（00:00）の場合は食事オーダーの食事開始時間を昼が選択されること。	
1	280	1	39 退院予約登録と連動し食止めオーダーが発行できること。	
1	280	2	修正	-
1	280	2	1 登録・修正に対し、日付チェック及び締切時間チェックができること。	
1	280	2	2 修正したデータは、栄養部門システムへ伝達できること。	
1	280	3	食事箋発行および次回食事一覧表出力	-
1	280	3	1 食事オーダー登録時、栄養管理部門のプリンタより食事箋の出力ができること。また自動印刷、任意の印刷に対応していること。	
1	280	3	2 特別食入力時、食事箋に特別食加算病名の出力できること。	
1	280	3	3 特食加算情報を医事会計システムに反映できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
290_栄養指導				18
項番	項目			仕様担保
1	290		栄養指導オーダー	-
1	290	1	栄養食事指導依頼登録	-
1	290	1	1 栄養指導病名の入力ができること。また、栄養指導病名は患者病名より選択できること。	
1	290	1	2 栄養指導内容をマスタより選択できること。またフリーでの入力ができること。	
1	290	1	3 患者基本情報の身長・体重が表示され、必要に応じ修正ができること。	
1	290	1	4 目標とする食事の成分の登録ができること。	
1	290	1	5 食事オーダーより現在食べている食種情報・カロリー等を反映できること。	
1	290	1	6 個別指導・集団指導を選択登録できること。	
1	290	1	7 入力項目（個別指導・集団指導）に応じた予約枠の作成ができること。	
1	290	2	栄養指導の実施登録及び照会	-
1	290	2	1 栄養食事指導の依頼情報が出力できること。	
1	290	2	2 対象患者一覧または報告書作成一覧から患者を選択し、実施登録ができること。	
1	290	2	3 実施データは、医事システムに伝送されること。	
1	290	2	4 科別・入外別で栄養指導患者一覧表示できること。 日付別で栄養指導一覧を印刷できること。	
1	290	2	5 栄養指導日で対象患者を照会できること。	
1	290	2	6 カロリー等の入力項目に単位の表示をできること。	
1	290	2	7 栄養指導病名は患者病名より選択できること。	
1	290	2	8 栄養指導オーダー入力画面表示時に該当診療科の有効な病名がない場合にはメッセージを表示できること。	
1	290	2	9 栄養指導オーダー入力画面の身長・体重欄のとなりに「概算」のチェックができること。	
1	290	3	修正・削除	-
1	290	3	1 登録・修正に対し、日付チェックができること。	
1	290	3	2 修正したデータは、栄養指導部門システムへ伝達できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
300_クリニカルパス			41
項番	項目		仕様担保
1	300		クリニカルパス
1	300	1	バステンプレート機能
1	300	1	1 院内で統一された標準的なバステンプレートの登録が行えること。
1	300	1	2 作成したバステンプレートは、診療科ごとに一覧表示できること。
1	300	1	3 バステンプレートの内容を流用して、新規のテンプレートとして登録できること。
1	300	1	4 バステンプレートの内容の修正・追加・削除が行えること。
1	300	2	クリニカルパス機能
1	300	2	1 患者へのバス登録は、基準日あるいはイベント日（手術日・検査日等）から登録できること。
1	300	2	2 患者へのバス登録後、患者の状態に応じて、バスの画面上でバス内容（オーダ指示情報等）の修正・追加・削除が行えること。
1	300	2	3 特定日付以降のバスの内容を一括して削除できること。
1	300	2	4 指示オーダは、投薬・注射/点滴・血液/尿/便等の検査・生理学的検査・放射線等画像検査・細菌検査・食事・処置・SOAP・文書・サマリ・病名・プロブレム等あらゆるものを包含し、オーダが一括で担当部署に伝わり、ラベル発行や検体の準備ができること。
1	300	2	5 観察項目セットをバス作成時に設定でき、バス展開時に観察項目も登録できること。
1	300	2	6 バスに含めるオーダ数の制限なくバスに含めることができること。
1	300	2	7 検体検査オーダの全ての検査項目を含めることができること。
1	300	2	8 予約枠の指定が必要な放射線オーダを含めることができること。
1	300	2	9 退院サマリを含めることができること。
1	300	2	10 日めくりバス画面にはオーダ情報、入院指示・ケア、アウトカム情報、バリエーション情報が表示できること。
1	300	2	11 エクセル・ワードで作成した患者用バスシートをバスに含めることができること、バス登録時または、任意で印刷できること。
1	300	2	12 バス名称タブに最終評価（中止等）の情報を表示できること。
1	300	2	13 一括削除では削除できないオーダ（血ガス、輸血オーダなど）があっても警告メッセージを表示し、バスが削除できるようになっていること。
1	300	2	14 看護師のプロブレムをバスに含めることができること。
1	300	3	操作
1	300	3	1 バス画面より各オーダ入力画面に展開できること。
1	300	3	2 バスの表示方法は、縦軸に分類、横軸に日付とした時系列カレンダー形式の表示（オーバービュー）ができること。
1	300	3	3 患者のバスの画面から当該患者の検査結果・放射線画像・汎用指示表・看護記録・診療予定画面等に展開できること。
1	300	3	4 指示内容を個別に追加できること。
1	300	3	5 指示内容を個別に中止できること。
1	300	3	6 入力済バスの削除ができること。
1	300	3	7 日付とずらす日数の指定を行い、指定日以降のバスをずらすことができること。
1	300	3	8 バス中止時に翌日以降のバスの内容を一括削除できること。また、オーダ種を指定した削除ができること。
1	300	4	認証
1	300	4	1 作成したバステンプレートは認証権限あるユーザにより認証できること。
1	300	4	2 未認証のバステンプレートは患者に適用できないこと。
1	300	5	アウトカム登録
1	300	5	1 日付ごとにアウトカムの設定ができること。
1	300	5	2 設定されたアウトカムについて、深夜・日勤・準夜で評価ができること。
1	300	6	バリエーション登録
1	300	6	1 バリエーションの管理・登録ができること。
1	300	6	2 正のバリエーション・負のバリエーションを各指示ごとに登録することができ、バス上に表示できること。
1	300	6	3 バリエーションの理由を、大分類・中分類・小分類に系統だてて分かれている項目から選択することができること。選択されたバリエーションに関しては、コードが付番され、統計・評価する際に活用することができること。
1	300	6	4 バリエーションの入力画面において、バリエーション発生項目を選択し、その項目によって逸脱・継続の区分を選択すること。
1	300	6	5 設定したアウトカムに対してバリエーションの入力ができること。 (アウトカム関連しないバリエーションの場合はアウトカムの指定なしで登録できる。)
1	300	6	6 バリエーション発生時刻、バリエーション内容、入力者、種別（正・負）、レベル（バスへの影響度）、対応内容、結果、コメントが登録できること。
1	300	6	7 登録されたバリエーション内容が一覧表示されること。一覧表示は、バリエーション発生時刻、バリエーション内容、入力者、種別（正・負）、レベル（バスへの影響度）、対応内容、が表示できること。
1	300	6	8 登録されたアウトカムやバリエーション内容を参照し、バスの最終評価が行えること。また、評価者が表示されること。
1	300	6	9 最終評価画面では、バス名称、適用期間、適用日数、バス状態、適用期間の変動、登録済みアウトカム、登録済みバリエーションが参照可能なこと。
1	300	7	統計
1	300	7	1 登録されたバリエーション情報よりバス統計が作成できること。
1	300	7	2 バリエーション件数/バス適用患者数で集計できること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
310_診療支援				21
項番	項目			仕様担保
1	310		診療支援	-
1	310	1	診療支援	-
1	310	1	1 電子カルテシステムにて入力されたデータを、指定した検索条件により検索・参照できること。	
1	310	1	2 全ての電子カルテクライアントから起動できること。	
1	310	1	3 利用者認証については以下の要件を満たすこと。	-
1	310	1	4 ・利用者名とパスワードでログインできること。	
1	310	1	5 ・オーダエントリシステムの利用者情報を使用できること。	
1	310	1	6 電子カルテ内のデータ抽出を検索条件で抽出できること。	
1	310	1	7 検索条件を複数組み合わせた検索ができること。	
1	310	1	8 検索結果は、画面表示、CSVファイル出力、EXCELファイル出力のいずれか、または全てが選択できること。	
1	310	1	9 下記のデータ検索を行えること。	-
1	310	1	10 ・患者関連 入院台帳、科別来院台帳、受付患者一覧、来院歴、初診患者一覧、治療患者一覧	
1	310	1	11 ・患者プロフィール 重要情報、禁忌コメント、全コメント、身体情報	
1	310	1	12 ・平均在院日数 病院全体、診療科別、病棟別	
1	310	1	13 ・退院サマリ 期間指定、医師別、医師別内訳	
1	310	1	14 ・手術 手術台帳、手術件数、麻酔統計	
1	310	1	15 ・項目検索 病名検索、検体検査結果、放射線実施、内視鏡依頼、内視鏡実施、処置行為、処置薬品、処置材料、処置加算、リハビリ実施	
1	310	1	16 ・処方 処方検索、処方総日数	
1	310	1	17 ・紹介患者 紹介患者主病名、紹介患者病名	
1	310	1	18 ・パス パス一覧、パス適用患者数、パス適用患者一覧、バリエーション集計、バリエーション一覧、バリエーション評価件数	
1	310	1	19 ・救急患者 救急外来統計、救急外来統計（前年度比）、救急搬送統計（月別）、救急搬送統計（曜日別）、救急搬送統計（年別）、救急搬送統計（入力）、CPAOA,CPAAA統計	
1	310	1	20 ・透析 透析実績件数、自己血貯血件数	
1	310	1	21 ・代行入力 代行入力未確認オーダ	
1	310	1	22 ・その他 生理検索、注射実施、インフルエンザ統計、栄養指導実施、スタッフ職種、待ち時間調査、文書検索、テンプレート検索、蓄尿検索、病理結果未確認、蓄尿検索、病理結果未確認、輸血患者転帰、入院患者他科依頼一覧、NCDデータ出力	
1	310	1	23 検索条件については、協議の上、可能条件であれば設定の追加ができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
320_院内メール				26
項番	項目			仕様担保
1	320		院内メール	-
1	320	1	メール作成および送信	-
1	320	1	1 電子カルテ上で利用者相互のメールのやりとりができること。	
1	320	1	2 宛先として電子カルテの利用者を1つまたは複数指定してメールを作成できること。	
1	320	1	3 診療科・病棟・部署・職種より一括して送信先を指定できること。また、診療科・病棟・部署指定時には職種による絞り込みができること。	
1	320	1	4 個人ごとに複数の宛先をまとめたグループを作成できること。	
1	320	1	5 個人ごとに頻用の宛先リストを持ち、宛先が容易に設定できること。	
1	320	1	6 1つのメールについて、1つの患者IDを設定してメールを作成できること。	
1	320	1	7 1つのメールについて、1つのオーダー番号を設定してメールを作成できること。	
1	320	1	8 メールには件名と本文を記述できること。	
1	320	1	9 受信したメールを、宛先を指定して転送できること。	
1	320	1	10 受信したメールに対して返信できること。	
1	320	1	11 メールに対して重要度（高・通常・低）が設定できること。	
1	320	1	12 編集中のメールを送信トレイに保存し、後から再度編集できること。	
1	320	1	13 宛先の指定方法として「通常」「CC」「Bcc」が選択できること。	
1	320	1	14 メールに任意のファイルを添付できること。	
1	320	1	15 送信者が送信したメールの既読状況を確認できること。	
1	320	2	メール受診および閲覧	-
1	320	2	1 ログイン後、一定間隔で新着メールを確認し、新着メールがあった場合に画面上部の通知アイコンをアニメーションさせて新着メールがあったことを通知できること。	
1	320	2	2 通知アイコンをクリックした場合に、未読メールの一覧が表示できること。	
1	320	2	3 メールに患者IDが設定されている場合には、選択ボタンから当該患者のカルテを選択できること。	
1	320	2	4 メールにオーダー番号が設定されている場合には、参照ボタンから当該オーダー（記録）を参照できること。	
1	320	2	5 メール画面内で新規フォルダの作成、フォルダ名の変更、フォルダの削除ができること。	
1	320	2	6 受信したメールを作成済のフォルダへ移動できること。	
1	320	2	7 受信したメールをゴミ箱へ移動できること。	
1	320	2	8 受信したメールを閲覧しながらカルテの閲覧・編集ができること。	
1	320	2	9 受診したメールに添付されたファイルをダウンロードおよび参照できること。	
1	320	2	10 件名または本文に指定のキーワードを含む場合に指定のフォルダに自動振り分けする機能を有すること。振り分けの条件は利用者ごとに設定可能なこと。	
1	320	2	11 ログイン時に未読のメールがある場合に、メール受診画面をポップアップする機能を有すること。ポップアップするかどうかは利用者ごとに設定可能なこと。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
340_ネットワークマイドキュメント				8
項番	項目			仕様担保
1	340		ネットワークマイドキュメント	-
1	340	1	ネットワークマイドキュメント	-
1	340	1	1 電子カルテのネットワーク上のフォルダ（共有領域）に、ネットワークマイドキュメント利用者がアクセスできること。	
1	340	1	2 部署ごとにデータのフォルダ管理ができること。	
1	340	1	3 利用者単位にアクセス可能なフォルダの管理ができること。	
1	340	1	4 利用者個人のみがアクセス可能なフォルダを作成できること。	
1	340	1	5 フォルダには各種ファイルの保存ができること。	
1	340	1	6 電子カルテの利用者ID・パスワードでのアクセス管理ができること。	
1	340	1	7 電子カルテとは独立してログイン・ログアウトを管理し、電子カルテのタイムアウトによってフォルダへのアクセスが切断されないこと。	
1	340	1	8 OSのスクリーンセーバーが起動したら自動ログアウトすること。また、自動ログアウトするかどうかを設定可能なこと。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
350_病診連携部門				25
項番	項目			仕様担保
1	350		病診連携部門	-
1	350	1	紹介状管理機能	-
1	350	1	1 次の基本機能を有すること。	-
1	350	1	2 ・紹介患者情報登録・管理	
1	350	1	3 ・顧客預かり品管理（預かり日・返却日（品目別）の記載チェックができること）	
1	350	1	4 ・紹介状印刷管理	
1	350	1	5 ・返書・報告書印刷管理	
1	350	1	6 ・紹介患者一覧・検索	
1	350	1	7 ・マスタ管理	
1	350	1	8 作成された診療情報提供書・返書等を地域医療連携室にて管理できること。	
1	350	1	9 紹介受けされた紹介情報に対して、入院情報を設定できること。（入院歴管理機能を有すること）	
1	350	1	10 紹介状に設定された入院情報にもとづき、サマリへ紹介情報を表示できること。	
1	350	1	11 紹介患者一覧は病院名・患者区分・診療科・患者ID・期間を指定しての検索ができること。	
1	350	1	12 紹介患者一覧から、入院連絡状・来院連絡状・退院連絡状・FAX用紙を印刷できること。	
1	350	1	13 紹介患者一覧から、FAX送信ができること。	
1	350	1	14 病診連携で発行したオーダーを全て一覧表示できること。（オーダー一覧）	
1	350	1	15 オーダー一覧は、紹介区分・状態(完成、編集中)、期間、患者IDを指定しての検索ができること。	
1	350	1	16 紹介状、返書について印刷、郵送の管理を行う一覧が表示できること。（印刷管理一覧）	
1	350	1	17 印刷管理一覧は、紹介区分、期間、患者IDを指定しての検索ができること。	
1	350	1	18 宛名ラベルの印刷ができること。	
1	350	1	19 全ての一覧画面から、患者選択、カルテ参照ができること。（右クリックメニュー）	
1	350	1	20 部門システムの一覧画面検索条件として、診療科・患者区分を複数指定できること。	
1	350	1	21 全ての検索結果についてCSV出力ができること。	
1	350	1	22 CSVの出力先については、つど設定が変更できること。	
1	350	2	統計・集計	-
1	350	2	1 次の統計・集計ができること。	-
1	350	2	2 ・紹介患者数統計（月別・単年集計表・科別・医療機関別・医師会別）	
1	350	2	3 ・逆紹介患者数統計（月別・単年集計表・科別・医師別・医療機関別・医師会別）	
1	350	2	4 全ての統計結果についてCSV出力ができること。	
1	350	2	5 全ての統計結果について印刷ができること。また、プレビュー機能を有すること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
360_代行確認				47
項番	項目			仕様担保
1	360		代行確認	-
1	360	1	代行入力未確認患者一覧	-
1	360	1	1 医師以外の職種の利用者が、診療科ごとに決められたオーダー種を登録した場合、代行入力未確認患者一覧に確認依頼がある旨が表示されること。また、文書の場合は、文書番号ごとに確認対象とする職種（登録者）を指定できること。	
1	360	1	2 患者ID・氏名・生年月日・年齢・性別・病棟・病室・診療科・オーダー種を表示できること。	
1	360	1	3 表示された行を1行選択して以下のことができること。	-
1	360	1	4 ・患者選択	
1	360	1	5 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	360	1	6 ・カルテ閲覧	
1	360	1	7 ・代行確認	
1	360	1	8 ・連続発行	
1	360	1	9 ・お気に入り患者一覧へ登録	
1	360	1	10 ・お気に入り患者一覧から除外	
1	360	1	11 表示された行を複数行選択し以下ができること。	-
1	360	1	12 ・患者切り替えリストに追加・患者切り替えリスト更新	
1	360	1	13 ・連続発行	
1	360	1	14 ・お気に入り患者一覧へ登録	
1	360	1	15 ・お気に入り患者一覧から除外	
1	360	1	16 各表示項目の項目名をクリックすることで、その項目をキーとしたソートができること。	
1	360	1	17 日付範囲を指定して一覧を表示できること。	
1	360	1	18 日付範囲は指定しなくても一覧を表示できること。	
1	360	1	19 表示対象オーダー種を指定できること。ただし、システム全体で固定のオーダー種については、表示対象から外せないようにできること。	
1	360	1	20 診療科を指定して表示できること。	
1	360	1	21 代行対象の医師を指定して表示できること。	
1	360	1	22 代行入力者を指定して表示できること。	
1	360	1	23 診療科・医師・登録者のいずれかを指定すれば一覧を表示できること。	
1	360	1	24 表示条件は初期値として登録でき、次回ログイン時には初期値として保存した表示条件で一覧を開くことができること。	
1	360	1	25 一覧表示される患者(行)の並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	360	1	26 一覧表示される各行の項目(列)の表示有無や並び順を利用者ごとの設定として初期値登録できること。	
1	360	2	代行入力未確認通知	-
1	360	2	1 代行入力未確認患者一覧で保存された表示条件に合致する患者がいる場合には、未確認を通知するアイコンにより、ログイン中の利用者にその旨が通知されること。	
1	360	2	2 通知アイコンをクリックすることにより、代行入力未確認患者一覧が開くこと。	
1	360	3	代行入力確認	-
1	360	3	1 代行入力未確認患者一覧から1人あるいは複数の患者を選択して代行入力確認画面を開くことができること。	
1	360	3	2 患者情報には、患者ID・氏名・入外・診療科・年齢・病棟・病室が表示できること。	
1	360	3	3 検索条件には、現在の表示条件として医師・登録者・診療科・期間の条件が表示されること。	
1	360	3	4 表示対象オーダー種を指定できること。	
1	360	3	5 表示条件を変更して一覧を表示できること。	
1	360	3	6 一覧には、区分・指示日・項目・内容・更新前の内容・発行医・初回発行医・更新者・確認チェックが表示できること。	
1	360	3	7 区分は「新規」「更新」「削除」とし、それぞれ色分けして表示できること。	
1	360	3	8 項目にはオーダー種名称が表示できること。	
1	360	3	9 内容にはオーダーの詳細が表示できること。	
1	360	3	10 内容欄右クリックによりカルテ参照画面を開くことができること。	
1	360	3	11 オーダごとに確認チェックを入れられること。	
1	360	3	12 複数患者を選択して代行入力確認画面を開いた場合には、画面を切り替えることなく、マウススクロール操作により複数患者のオーダー内容を閲覧できること。	
1	360	3	13 表示中のオーダー全てに確認チェックを入れることが可能だが、全てのオーダーを閲覧（一番下のオーダーまで画面スクロール）した場合のみ、確認操作を実施できること。	
1	360	3	14 記録を代行確認した時点で所有権が確認者に移ること。	
1	360	3	15 病名オーダーの代行確認は、病名オーダー入力画面からも行えること。	
1	360	4	カルテ参照	-
1	360	4	1 代行確認された場合に、カルテ上に確認者と確認日時が表示されること。	
1	360	5	代行確認済みオーダー検索	-
1	360	5	1 患者を指定して、代行確認済みオーダーを検索できること。	
1	360	5	2 医師を指定して表示できること。	
1	360	5	3 診療科を指定して表示できること。	
1	360	5	4 期間を指定して表示できること。	
1	360	5	5 表示対象オーダー種を指定できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
370_点滴室ベッド管理				30
項番	項目			仕様担保
1	370		点滴室ベッド管理	-
1	370	1	点滴室ベッド予約	-
1	370	1	1 外来化学療法オーダーを展開時、同時にその日に予約が取得できること。	
1	370	1	2 外来化学療法オーダーで予約を取る場合には、午前・午後・全日等の枠を選択できること。	
1	370	1	3 化学療法オーダー発行後でも、予約取得/予約取消しができること。	
1	370	1	4 取得した予約は予約票に記載されること。また、締切り以降は予約が取れず、電話連絡をする旨のメッセージが表示できること。	
1	370	1	5 外来患者に対して未来日のオーダーを入力する場合には、予約の取得ができること。	
1	370	1	6 外来患者に対する未来日の注射オーダーの予約は、午前1・午前2・午後1・午後2・前日等の枠を選択できること。また、1時間ごとの枠で9時から15時まで選択できるようにシステムの変更が柔軟に対応できること。	
1	370	1	7 注射オーダーの発行後であっても、予約取得/予約取消しができること。	
1	370	1	8 取得した予約は予約表に記載されること。また、締切り以降は予約が取れず、電話連絡をする旨のメッセージが表示できること。	
1	370	1	9 休日の予約も取得できること。	
1	370	1	10 化学療法オーダーだけでなく、設定により、注射・輸血・検査・処置等のオーダーの閲覧ができること。	
1	370	1	11 予約の情報を看護師が変更できること。	
1	370	2	点滴室	-
1	370	2	1 予約が取得されているオーダーの一覧が、日付を指定して一覧で表示できること。	
1	370	2	2 各オーダーに対して、実施待ち・実施中・実施済等の状態で一覧表示できること。	
1	370	2	3 各オーダーに対して、その目的（注射・輸血・外来化学療法）が一覧表示できること。	
1	370	2	4 待ち患者を選択し、ベッドへの割付操作ができること。	
1	370	2	5 同一患者の複数予約に対しても対応できること。	
1	370	2	6 現在実施中の患者の一覧がベッドのイメージで表示できること。	
1	370	2	7 使用中のベッドの状態や、そのベッドの患者の状態が一目で分かるよう配慮された作りとなっていること。	
1	370	2	8 使用中のベッドがどのような目的で使用されているか分かること。	
1	370	2	9 ベッドにいる患者の状態の管理ができること。	
1	370	2	10 処置の終わった患者をベッドからはずし、空き状態を自動で管理できること。	
1	370	2	11 使用中のベッドを選択し、注射指示票が印刷できること。	
1	370	2	12 使用中のベッドの患者を指定し、電子カルテを起動し、オーダーの内容を参照できること。	
1	370	2	13 各ベッドの使用実績を修正できること。	
1	370	2	14 予約外の患者に対しても、ベッドへの割付ができること。	
1	370	2	15 処理時間・目的等の実績データを元に、必要な統計情報を作成できること。	
1	370	2	16 日々のベッドのメンテナンス機能を有すること。	
1	370	2	17 注射オーダーで設定した予約情報のコメントがベッド画面に反映されること。	
1	370	3	統計	-
1	370	3	1 各ベッドへ入床した理由や滞在時間を記録し、統計データが取得できること。	
1	370	3	2 指定した期間の入床区分ごとの統計をExcel雛形へ出力できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
380_相談記録				38
項番	項目			仕様担保
1	380		相談記録	-
1	380	1	患者登録画面 (MSW向け)	-
1	380	1	1 患者登録と同時にフェイスシートの登録ができること。	
1	380	1	2 通し番号・患者氏名・カナ氏名・フェイスシート作成日を必須項目とすること。	
1	380	1	3 通し番号は患者IDとは別の任意の番号の入力ができること。	
1	380	1	4 電子カルテ上で使用している患者IDの登録ができること。	
1	380	1	5 電子カルテ上で使用している患者IDを入力した場合は、電子カルテ上の患者基本情報の取得ができること。	
1	380	1	6 フェイスシートには、設定した数のファイルが添付できること。	
1	380	2	相談記録登録画面 (MSW向け)	-
1	380	2	1 相談日付・新規/継続状態を必須項目とすること。	
1	380	3	サマリ登録画面 (MSW向け)	-
1	380	3	1 依頼日を必須項目とすること。	
1	380	3	2 入院日と退院日は電子カルテ上のデータを参照して登録できること。	
1	380	3	3 入院日と退院日から、入院日数を自動計算できること。	
1	380	3	4 援助開始日と援助終了日から、援助日数を自動計算できること。	
1	380	3	5 依頼日と入院日から、依頼までの日数を自動計算できること。	
1	380	3	6 依頼日と援助開始日から、依頼から開始までの日数を自動計算できること。	
1	380	3	7 援助開始日と退院支援終了日から、退院支援日数を自動計算できること。	
1	380	3	8 入院日と退院日から、相談記録の合計援助時間を自動計算できること。また、合計援助時間は手動での変更ができること。	
1	380	4	検索画面 (MSW向け)	-
1	380	4	1 通し番号・患者ID・患者名・カナ氏名・日付・フリーワード・検索対象(フェイスシート・相談記録・サマリ)の検索条件を設定できること。	
1	380	4	2 検索結果には、新規作成・閲覧・修正・削除のボタンを表示できること。	
1	380	4	3 検索結果の新規作成ボタンからは、フェイスシート・相談記録・サマリの新規作成を選択できること。	
1	380	4	4 相談記録の検索結果には、援助方法・援助対象・援助分類・援助時間を表示できること。	
1	380	4	5 検索結果は、クリアを行わない限り画面遷移後も結果を保持できること。	
1	380	5	マスタメンテ (MEW向け)	-
1	380	5	1 マスタメンテ画面からマスタを変更できること。	
1	380	6	統計 (MSW向け)	-
1	380	6	1 対象日付範囲を選択し、援助内容別チェック数を表示できること。	
1	380	6	2 対象日付範囲を選択し、診療科別患者数を表示できること。	
1	380	6	3 対象日付範囲を選択し、退院先内訳を表示できること。また、内訳の横に円グラフを表示できること。	
1	380	6	4 対象日付範囲と退院先名を選択し、退院先内訳詳細を表示できること。また、結果をExcelにて出力できること。	
1	380	7	権限 (MSW向け)	-
1	380	7	1 電子カルテの利用者ID・パスワードでログインできること。	
1	380	7	2 新規作成・閲覧・修正・削除にそれぞれ権限を付加できること。	
1	380	8	患者登録画面 (臨床心理向け)	-
1	380	8	1 患者登録と同時に相談記録の登録ができること。	
1	380	8	2 通し番号・初回相談日・よみがな・実施年月日・相談種別・相談手段・相談者・所属・対応種別を必須項目とすること。	
1	380	8	3 通し番号は患者IDとは別の任意の番号の入力ができること。	
1	380	8	4 電子カルテ上で使用している患者IDの登録ができること。	
1	380	8	5 電子カルテ上で使用している患者IDを入力した場合は、電子カルテ上の患者基本情報の取得ができること。	
1	380	9	検索画面 (臨床心理向け)	-
1	380	9	1 通し番号・患者ID・患者名・よみがな・日付・C/MH(癌orメンタルヘルス)・フリーワードの検索条件を設定できること。	
1	380	9	2 検索結果には、新規作成・閲覧・修正・削除のボタンを表示できること。	
1	380	9	3 検索結果は、クリアを行わない限り画面遷移後も結果を保持すること。	
1	380	10	マスタメンテ (臨床心理向け)	-
1	380	10	1 マスタメンテ画面からマスタを変更できること。	
1	380	11	権限 (臨床心理向け)	-
1	380	11	1 電子カルテのID・パスワードでログインできること。	
1	380	11	2 新規作成・閲覧・修正・削除にそれぞれ権限を付加できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
390_肝炎対策				35
項番	項目			仕様担保
1	390		肝炎対策	-
1	390	1	デノボ肝炎	-
1	390	1	1 任意のタイミングで薬品の総投与率または総投与量からB型肝炎の再活性化疑いのある患者をリストアップできること。	
1	390	1	2 同一成分薬品を管理する親薬品をマスタ化し変更が容易であること。	
1	390	1	3 薬品の総投与率を求める期間は親薬品にて管理できること。	
1	390	1	4 薬品の総投与率は小薬品ごと最大値を決定し管理できること。	
1	390	1	5 一覧の親薬品行をダブルクリックにて同一成分にて投与された小薬品が表示されること。	
1	390	1	6 検査の結果B型肝炎の疑いのない患者は非表示となること。	
1	390	1	7 最新の検査値と検査結果、検査日を表示し、それぞれの検査結果によってメッセージを割り付けて表示すること。	
1	390	1	8 メッセージに対してレベルを設定し、一覧がレベルごとソートされていること。	
1	390	1	9 患者抽出条件の薬品をマスタ化し変更が容易であること。	
1	390	1	10 検査結果の取得条件をマスタ化し変更が容易であること。	
1	390	1	11 治療薬を服用中の患者に対して再活性化がないか定期的な検査(モニタリング)を促すことが行えること。	
1	390	1	12 治療薬をマスタ化し、変更が容易であること。	
1	390	1	13 治療薬に対してモニタリング期間を設定できること。	
1	390	1	14 治療薬に対して有効機能期間を設定できること。	
1	390	1	15 モニタリング間隔は治療薬の投与終了日から1ヶ月以内と、以降間隔を治療薬マスタに設定できること。	
1	390	1	16 モニタリング間隔内に検査予定が存在する場合は予定が存在する旨が伝わるメッセージを割り当てること。	
1	390	1	17 患者に対して担当の医師を割り付け、医師毎に確認対象一覧を印刷できること。	
1	390	1	18 来患者で再診予約のない患者は抽出されないこと。	
1	390	1	19 統計実行権限を持ったユーザが設定できること。	
1	390	1	20 表示専用モードが存在すること。	
1	390	1	21 オーダリングシステム及びカルテ上に患者プロフィールに実行歴が参照できること。	
1	390	1	22 医師が確認すべきメッセージを医師にTODOの機能で通知が可能なこと。	
1	390	1	23 医師が確認を終えた後は完了登録によって再度TODO画面に表示されないこと。	
1	390	1	24 過去の実行歴を退避し、過去歴参照が行えること。	
1	390	2	肝炎患者検索	-
1	390	2	1 任意のタイミングで検査結果からB型及びC型の肝炎患者をリストアップできること。	
1	390	2	2 外来患者の場合、再診予約のある患者のみリストアップできること	
1	390	2	3 外来患者の消化器内科への受診のある患者は除外されること。	
1	390	2	4 主治医が消化器内科医の患者は除外されること。	
1	390	2	5 治療薬が過去1年間に使用された患者は除外されること。	
1	390	2	6 患者に対して担当の医師を割り付け、医師毎に確認対象一覧を印刷できること。	
1	390	2	7 患者抽出条件の検査はマスタ化し変更が容易であること。	
1	390	2	8 治療薬はマスタ化し変更が容易であること。	
1	390	2	9 統計実行権限を持ったユーザが設定できること。	
1	390	2	10 表示専用モードが存在すること。	
1	390	2	11 過去の実行歴を退避し、過去歴参照が行えること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
400_臨床心理部門				21
項番	項目			仕様担保
1	400		臨床心理部門	-
1	400	1	予約確認	-
1	400	1	1 予約枠を指定して、1週間の予約状況が参照できること。	
1	400	1	2 未確のオーダーを一覧で表示できること。	
1	400	1	3 未確のオーダーを選択し、「緊急（当日検査）」を指定できること。	
1	400	1	4 予約を入力していないオーダーに対して、予約が確定できること。	
1	400	1	5 予約が確定しているオーダーに対して、修正・削除ができること。	
1	400	1	6 予約が確定しているオーダーに対して、確定取消しができること。	
1	400	1	7 1件のオーダーを指定して、オーダーの更新履歴を参照できること。	
1	400	1	8 臨床心理士ごとの予約枠を作成できること。	
1	400	1	9 予約枠はポイント制（人数制ではない）で時間設定できること。	
1	400	2	受付・実施	-
1	400	2	1 受付・実施画面では、以下の条件を指定してオーダーを表示できること。	-
1	400	2	2 ・伝票状態	
1	400	2	3 ・日付範囲	
1	400	2	4 ・入院・外来	
1	400	2	5 ソート順を任意に変更できること。	
1	400	2	6 表示内容は一定間隔で自動更新されること。	
1	400	2	7 依頼に対して受付登録できること。	
1	400	2	8 依頼に対して実際の検査の内容を入力し、会計へ送信できること。（実施）	
1	400	2	9 受付がなくても実施入力ができること。	
1	400	2	10 結果・報告書は文書作成やその他記録のテンプレートにて入力できること。	
1	400	2	11 依頼に紐付いて結果・報告書が書けること。	
1	400	2	12 1つの依頼に対して複数の結果を紐づけられること。	
1	400	2	13 部門にて予約一覧等のデータが抽出できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
410_放射線部門				36
項番	項目			仕様担保
1	410		放射線部門	-
1	410	1	受付一覧	-
1	410	1	1 放射線部門受付にて、放射線オーダーの一覧が表示できること。（当日分の一覧及び日付を指定しての一覧）	
1	410	1	2 患者のアレルギー歴・喘息・感染症等の情報が表示できること。	
1	410	1	3 患者入外区分（入院・外来・全て）、予約日、進捗状況、依頼科、所属、モダリティを指定することにより、依頼済の放射線オーダーの照会ができること。	
1	410	1	4 受付画面にて、看護システムで入力した搬送方法が表示できること。	
1	410	1	5 受付画面にて、当日の他検査の情報が表示できること。	
1	410	1	6 受付画面にて、オーダー一覧をCSVファイルに出力することができること。	
1	410	1	7 指示箋、オーダーラベル、名前ラベル、オーダー一覧の帳票が出力できること。	
1	410	1	8 部門システムから電子カルテ画面を呼び出し、カルテを参照できること。	
1	410	1	9 部門システムから電子カルテ画面のカルテ作成画面を直接呼び出せること。この時、検査ごとに設定されているカルテのテンプレートが自動で展開できること。	
1	410	1	10 上記のように電子カルテ画面を呼び出した時、検査ごとに設定されている処置内容が自動で展開できること。	
1	410	1	11 受付一覧表は検査項目に表示順を持たせ、その順番で表示できること。	
1	410	1	12 診察券またはバーコードリーダにて患者到着確認（受付処理）ができること。	
1	410	1	13 検査ごとの設定により、受付即実施ができること。	
1	410	1	14 選択した検査のオーダー詳細内容を画面を開くことなく、同一画面上で表示できること。	
1	410	1	15 選択した検査の結果が参照できること。	
1	410	2	実施	-
1	410	2	1 実施入力（検査・薬剤・材料・加算・手技）ができ、そのデータが医事会計システムに反映できること。	
1	410	2	2 実施入力されたデータを、医事会計システムへ反映するかしないか選択できること。	
1	410	2	3 部門発生の実施入力ができること。	
1	410	2	4 実施入力で、医師宛のコメント入力ができること。また、入力されたコメントは医師が簡単に参照できること。	
1	410	2	5 実施時に記録ラベルが印刷できること。	
1	410	2	6 設定により、実施入力画面を表示せずに実施登録でき、会計送信できること。この時、実施セットが設定されている場合は、その実施セットに設定されている内容で実施できること。	
1	410	2	7 実施セットを作成することができること。また、検査ごとに実施セットを指定できること。	
1	410	2	8 照射条件セットを作成することができること。また、検査ごとに照射条件セットを指定できること。	
1	410	3	結果取り込み	-
1	410	3	1 結果の取り込みは、検査ごとに指定された結果種別でできること。	
1	410	3	2 取り込んだ結果を検索、参照できること。	
1	410	3	3 スキャンおよびPDFファイルの取り込みができること。	
1	410	4	統計	-
1	410	4	1 日報・月報が出力できること。(件数)	
1	410	4	2 日ごと、月ごとのリスト出力ができること。	
1	410	4	3 各統計の結果をCSVファイルに出力できること。	
1	410	5	予約枠管理	-
1	410	5	1 予約枠管理画面を有すること。	
1	410	5	2 予約枠の取得状況を1週間表示で参照できること。	
1	410	5	3 予約枠の人数変更や特定時間帯の開け閉めをできること。この時、当該時間帯に対してコメントの登録ができること。	
1	410	5	4 選択した時間帯の他検査一覧を参照できること。	
1	410	5	5 未確定予約、クローズ予約の確定ができること。	
1	410	5	6 複数の予約枠を複数日に亘り1画面で表示できること。この時、全ての予約枠の時間軸を揃え、時系列として正しく表示できること。	
1	410	5	7 特定時間帯の開け閉め、コメントの登録ができること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
420_生理部門				31
項番	項目			仕様担保
1	420		生理部門	-
1	420	1	受付一覧	-
1	420	1	1 生理部門受付にて、生理オーダーの一覧が表示できること。（当日分の一覧及び日付を指定しての一覧）	
1	420	1	2 患者のアレルギー歴・感染症等の情報が表示できること。	
1	420	1	3 患者入外区分（入院・外来・全て）、予約日、進捗状況、依頼料、所属、検査種別を指定することにより、依頼済の生理オーダーの照会ができること。	
1	420	1	4 受付画面にて、看護システムで入力した搬送方法が表示できること。	
1	420	1	5 受付画面にて、当日他検査の情報が表示できること。	
1	420	1	6 受付画面にて、オーダー一覧をCSVファイルに出力できること。	
1	420	1	7 指示箋・オーダーラベル・名前ラベル・オーダー一覧の帳票が出力できること。	
1	420	1	8 部門システムから電子カルテ画面を呼び出し、カルテを参照できること。	
1	420	1	9 受付一覧表は検査項目に表示順を持たせ、その順番で表示できること。	
1	420	1	10 診察券にて患者到着確認（受付処理）ができること。	
1	420	1	11 検査ごとの設定により、受付即実施ができること。	
1	420	1	12 選択した検査のオーダー詳細内容を画面を開くことなく、同一画面上で表示できること。	
1	420	1	13 選択した検査の結果が参照できること。	
1	420	2	実施	-
1	420	2	1 実施入力（検査・薬剤・材料・加算・手技）ができ、そのデータが医事会計システムに反映できること。	
1	420	2	2 実施入力されたデータを、医事会計システムへ反映するかしないか選択できること。	
1	420	2	3 部門発生の実施入力ができること。	
1	420	2	4 実施入力で、医師宛のコメント入力ができること。また、入力されたコメントは医師が簡単に参照できること。	
1	420	2	5 実施セットの作成ができること。また、検査ごとに実施セットの指定ができること。	
1	420	2	6 実施時に記録ラベルが印刷できること。	
1	420	3	結果取り込み	-
1	420	3	1 結果の取り込みは、検査ごとに指定された結果種別でできること。	
1	420	3	2 取り込んだ結果を検索、参照できること。	
1	420	4	統計	-
1	420	4	1 日報・月報が出力できること。(件数)	
1	420	4	2 日ごと、月ごとのリスト出力ができること。	
1	420	4	3 各統計の結果をCSVファイルに出力できること。	
1	420	5	予約枠管理	-
1	420	5	1 予約枠管理画面を有すること。	
1	420	5	2 予約枠の取得状況を1週間表示で参照できること。	
1	420	5	3 予約枠の人数変更や特定時間帯の開け閉めをできること。このとき、当該時間帯に対してコメントを登録することができること。	
1	420	5	4 選択した時間帯の他検査一覧を参照できること。	
1	420	5	5 未確定予約、クローズ予約の確定ができること。	
1	420	5	6 複数の予約枠を複数日に亘り1画面で表示できること。この時、全ての予約枠の時間軸を揃え、時系列として正しく表示できること。	
1	420	5	7 特定時間帯の開け閉め、コメントの登録ができること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
430_リハビリ部門			65
項番	項目		仕様担保
1	430		リハビリ部門システム
1	430	1	リハビリ基本
1	430	1	1 システムの画面は、患者基本情報、リハビリ依頼情報等の業務ごとに画面を作成し、効率的入力、簡便・容易な操作ができること。
1	430	1	2 システムのマスタ更新は、リハビリ部門の職員自身が行うことができること。（医事の請求データに影響しないもの。リハビリオーダとマスタを共通とすること）
1	430	1	3 電子カルテシステムよりリハビリテーション依頼情報を取り込めること。
1	430	1	4 患者基本情報は、患者ID（氏名・生年月日・性別・入院科・入院病棟等）とすること。
1	430	1	5 入院・退院・転科・転棟・転室等患者移動情報をシステム連携により受信できること。
1	430	1	6 保険点数に関する起算日（発症日・入院日・病名・診断名）を算定管理できること。
1	430	1	7 リハビリ依頼情報は、依頼入力できる全てのクライアント（端末機）から入力事項の参照ができること。
1	430	1	8 外来/入院共に、中止/終了のオーダの場合には、日付に関係なくリハビリシステムヘデータを転送させ、処方箋の発行はリハビリシステム受付後に担当者を入力後、印刷できること。
1	430	1	9 新規のオーダの場合は、処方箋と同時にリハビリカルテ表紙を印刷できること。
1	430	1	10 リハビリオーダの患者一覧画面を有すること。患者一覧画面パターンは、外来患者のみ・入院患者のみ・外来入院患者一覧の3種類とし、理学療法・作業療法・言語療法ごとに画面を有すること。
1	430	1	11 リハビリ患者一覧画面には、同一日で同一人のリハビリ予定が分かること。（リハビリ部門、PT、OT、ST等との併用が確認できる）
1	430	1	12 患者一覧画面で、入院/外来患者の依頼・中止再開・終了退院の鑑別ができること。
1	430	1	13 患者一覧画面で入院/外来患者の鑑別ができること。
1	430	1	14 受付後、着信画面（患者一覧画面）で受付済の表示がされること。
1	430	1	15 受付処理は個別受付処理が行えること。
1	430	1	16 新規オーダ患者に関しては、リハビリ項目の設定を行えること。
1	430	1	17 未実施患者のチェックが容易にできること。
1	430	1	18 実施入力・報告書入力完了した時点で、日々の実施日報が出力できること。
1	430	1	19 リハビリテーション依頼情報に基づいて、リハビリテーションプログラムが作成できること。
1	430	2	予約入力
1	430	2	1 予約登録画面で療法担当者の予約状況が一覧表示できること。また画面のレイアウトは横軸は日付、縦軸が時刻（時間枠）とすること。
1	430	2	2 予約登録画面の表示期間は任意に変更できること。
1	430	2	3 予約登録画面に患者の1日の取得単位数を表示できること。
1	430	2	4 予約登録画面に療法担当者の1日の取得単位数を表示できること。
1	430	2	5 予約登録画面に療法担当者の1週間の取得単位数を表示できること。（月曜日を起算日として1週間の集計を行えること）
1	430	2	6 予約枠の設定ができること。
1	430	2	7 予約登録時、単位数・開始・実施場所・患者呼出時刻の入力ができること。
1	430	2	8 予約登録時、入力した患者呼出時刻が、看護支援システムのワークシートに反映できること。
1	430	2	9 予約確定した内容を選択し、変更・取消しができること。実施された予約については取消・変更ができないようにチェックできること。
1	430	2	10 期間・曜日・開始時間・単位数を指定し、一括して予約登録ができること。また、その時一括予約できなかった日時を一覧表示すること。次回入力を行う場合は、前回の設定情報が表示できること。
1	430	2	11 期間を指定し、一括して予約の削除ができること。
1	430	2	12 施行療法に関わらず、1患者について同一日に複数の予約登録が行えること。
1	430	2	13 1日の患者の予約単位数のチェックができること。（リハビリ基本情報参照し、患者により6単位/9単位の制限チェックができること）
1	430	2	14 予約登録画面に療法担当者のリハビリ予約情報を表示し、予約が重複しないようにチェックできること。
1	430	2	15 予約登録画面に患者のリハビリ予約情報を表示し、予約が重複しないようにチェックできること。
1	430	2	16 予約登録画面に診療予約・検査予約・外出情報を表示し、リハビリ予約と重複しないようにチェックできること。
1	430	2	17 予約登録画面に療法担当者の勤務情報（出張・休暇等）を表示し、リハビリ予約と重複しないようにチェックできること。
1	430	2	18 予約登録時、予約枠内でのリハビリ重複チェックができること。
1	430	2	19 指定日付の療法担当者のスケジュールを表示し、ドラッグ&ドロップにて予約の振替ができること。
1	430	3	実施入力
1	430	3	1 加算項目を選択できること。（起算日からの日数を元にマスタを自動表示できること）
1	430	3	2 実施入力完了した時点で日々の実施日報が出力できること。
1	430	3	3 実施対象患者の療法担当者名、診療報酬項目、単位数、算定日数超過有無が表示できること。
1	430	3	4 実施入力後、医事会計システムに算定情報を送信できること。
1	430	3	5 実施入力後、任意の操作で医事会計システムに送信しないよう設定できること。
1	430	3	6 実施検索が簡単で、更新等のボタンで表示中の画面を最新の情報に更新できること。
1	430	3	7 患者ごとに実施履歴及び処方履歴を検索・照会・出力でき、時系列表示ができること。
1	430	4	勤務入力
1	430	4	1 療法担当者別に勤務内容の設定を行えること。（基本は出勤とし、祝祭日・休日・休診日は自動で設定されること。）
1	430	5	リハビリサマリ
1	430	5	1 リハビリサマリが作成できること。
1	430	5	2 サマリ作成時、患者基本情報や、リハビリ情報の記載内容が利用できること。
1	430	6	帳票印刷
1	430	6	1 次の統計帳票の出力が行えること。
1	430	6	2 ・業務日報（PT・OT・ST）

電子カルテシステム				【参考値】空白	
430_リハビリ部門				65	
項番			項目	仕様担保	
1	430	6	3	・業務月報 (PT・OT・ST)	
1	430	6	4	・業務年報 (PT・OT・ST)	
1	430	6	5	・リハビリカルテ表紙	
1	430	6	6	・処方箋 (新規・変更) (PT・OT・ST)	
1	430	6	7	・処方箋 (中止) (PT・OT・ST)	
1	430	6	8	・処方箋 (終了) (PT・OT・ST)	
1	430	6	9	・患者一覧	
1	430	6	10	・患者台帳	
1	430	6	11	・予約一覧 (全体担当者)	
1	430	6	12	・予約一覧 (担当者別)	
1	430	6	13	・予約票	
1	430	6	14	・実施履歴	
1	430	6	15	・実施一覧	
1	430	6	16	・設備予約一覧 (PT・OT・ST)	
1	430	6	17	・設備使用一覧 (PT・OT・ST)	
1	430	7		日誌入力	-
1	430	7	1	日誌の記事欄の入力が可能なこと。入力された記事と勤務データより日誌を作成できること。	

電子カルテシステム			【参考値】空白
440_NST			46
項番	項目		仕様担保
1	440		NSTオーダ
1	440	1	NST依頼オーダ
1	440	1	1 権限設定により様々な職種からNST依頼オーダの発行ができること。
1	440	1	2 疾患名には患者に登録されている病名から選択して入力できること。
1	440	1	3 依頼内容は選択形式とし複数入力できること。及びフリー入力もできること。
1	440	1	4 過去にオーダ発行したオーダをコピーできること。その際に栄養指導実施日が過去の日付から変更されること。
1	440	2	栄養管理計画書 (SGA) 入力
1	440	2	1 NSTに該当する患者かどうか判定するためのスクリーニングの事前問診として、栄養評価問診票が電子カルテで入力できること。
1	440	2	2 栄養評価問診は1入院で管理されること。また、1入院ごとの履歴を持つこと。
1	440	2	3 評価日には自動的に当日の日付が反映できること。
1	440	2	4 身長・体重等患者プロフィールに設定されている項目は自動的に反映できること。
1	440	2	5 選択項目の取捨選択及び追加ができること。
1	440	2	6 検査結果は検査システムと連携し、最新の結果情報が自動表示できること。表示する検査内容はマスタにて設定できること。また表示される検査結果の隣に検査日が表示できること。
1	440	2	7 患者プロフィール情報(身長・体重等)を自動で表示できること。更に身長・体重については手入力ができること。
1	440	2	8 栄養状態の評価(スクリーニング)は患者の身長や体重より標準体重・BMI・%IBWを自動で計算できること。
1	440	3	NST対象患者一覧
1	440	3	1 介入受付期間および介入状況(新規依頼・介入中・介入終了等)・病棟・診療科を一覧検索できること。
1	440	3	2 検索した結果を一覧で印刷できること。
1	440	3	3 検索した結果をファイル出力できること。
1	440	3	4 発行された介入依頼オーダの内容を参照できること。
1	440	3	5 介入状況が新規依頼/再依頼となっている患者に対して、受付または却下が行えること。
1	440	3	6 次回の回診予約日が確認できること。
1	440	3	7 一覧画面よりアセスメント・回診記録入力画面に遷移できること。
1	440	3	8 NST回診記録画面のNST計画の介入開始日を設定することで介入状況を「介入中」に変えられること。
1	440	4	NST回診・経過記録入力
1	440	4	1 入力する項目はマスタメンテにて変更できること。
1	440	4	2 NSTアセスメント記録はNST開始から終了までのアセスメント記録を検索し、時系列で記録が参照できるように一覧表示できること。
1	440	4	3 NSTの回診記録が入力できること。
1	440	4	4 NST回診記録は作成した記録ごとに履歴管理し、作成日時ごとで表示できること。
1	440	4	5 NST回診記録画面よりの入力内容を電子カルテの文書テンプレートに反映できること。
1	440	4	6 過去の回診履歴を参照できること。
1	440	4	7 NST介入の終了をNST記録に入力できること。また、終了理由を選択入力できること。
1	440	4	8 患者基本情報(患者ID・氏名・生年月日・年齢・性別)を自動で表示できること。
1	440	4	9 患者プロフィール情報(身長・体重等)を自動で表示できること。更に身長・体重については手入力ができること。
1	440	4	10 栄養状態の評価(スクリーニング)は患者の身長や体重より標準体重・BMI・%IBWを自動で計算できること。
1	440	4	11 検査結果は検査システムと連携し、最新の結果情報が自動表示されること。表示する検査内容はマスタにて設定できること。また表示される検査結果の隣に検査日が表示できること。
1	440	4	12 NSTアセスメント記録を入力する際に必要栄養量の算出ができること。その際にBEE(エネルギー消費量)は自動計算できること。
1	440	4	13 必要栄養量を算出する際に活動係数やストレス係数をアセスメント記録に表示し参照できること。
1	440	4	14 栄養必要量はエネルギー・蛋白質・脂質・炭水化物・水分量の算出ができること。
1	440	4	15 活動係数やストレス係数を入力する際に参照表が確認できること。
1	440	4	16 職種(医師・看護師・薬剤師等)ごとにSOAPの入力ができること。
1	440	4	17 NST回診記録は作成した記録ごとに履歴管理し、作成日時ごとで表示できること。
1	440	4	18 入力された回診・経過記録を元に栄養治療実施計画兼報告書が作成できること。またフォーマット変更には柔軟に対応できること。
1	440	4	19 実施入力を行うことで医事システムに栄養サポートチーム加算が送信できること。
1	440	5	摂取栄養量
1	440	5	1 回診日前の1週間の食事内容・食事栄養価、処方内容・成分内容、注射内容・成分内容を表示し、1日あたりの栄養内容・成分内容を計算できること。
1	440	5	2 表示された1日あたりの栄養内容・成分内容は修正ができること。
1	440	5	3 表示された1日あたりの栄養内容・成分内容を経過表に反映できること。
1	440	5	4 現在オーダされている食事情報に対して、体温表にて入力した食事摂取量より栄養量を計算できること。また付加食・コメント(主食大盛り等)を考慮して栄養量・成分量を計算できること。
1	440	5	5 現在オーダされている処方の薬品情報より栄養量・成分量を計算できること。
1	440	5	6 現在オーダされている注射の薬品情報より栄養量・成分量を計算できること。
1	440	5	7 提供エネルギー・蛋白質・脂質・炭水化物・水分量の算出ができること。

電子カルテシステム				【参考値】空白
450_透析部門				22
項番	項目			仕様担保
1	450		透析スケジュール	-
1	450	1	透析基本情報入力	-
1	450	1	1 導入年月日、治療開始日、基本使用ベッド、透析パターン、透析時間、抗凝固剤、心胸比、ドライウェイト、薬剤禁忌、使用薬剤を登録できること。	
1	450	1	2 心胸比、体重、ドライウェイトは経過を参照できること。	
1	450	1	3 シャント状態を作図できること。	
1	450	1	4 透析方法、ダイアライザー、透析液などの透析基本情報を登録できること。	
1	450	1	5 透析基本情報は項目ごとに履歴表示可能であること。	
1	450	2	透析スケジュール画面	-
1	450	2	1 1週間分の透析スケジュール状況を確認できること。	
1	450	2	2 患者ごとに透析パターン（月・水・金のAM・ベッド番号等）を登録することにより、1週間分スケジュールを自動作成できること。	
1	450	2	3 スケジュール画面から患者名をドラッグすることによりスケジュールの変更ができること。	
1	450	2	4 ドラッグ先に別の患者のスケジュールが登録されている場合は、スケジュールの入替えができること。	
1	450	2	5 スケジュール画面には予備ベッドを設け、予約が重複した場合は予備ベッドに登録され、後で調節ができること。	
1	450	2	6 スケジュール画面では、1日を3列に分け、AM・PM・夜間のスケジュールを作成できること。	
1	450	2	7 スケジュール画面では、患者名だけでなく、ダイアライザー情報を表示できること。	
1	450	3	記録入力、帳票出力	-
1	450	3	1 透析記録用紙を作成できること。	
1	450	3	2 透析記録用紙へ透析基本情報を反映できること。	
1	450	3	3 透析記録用紙にはスキャン用のQRコードが印字されること。	
1	450	3	4 一週間分の週間予定表を印刷できること。	
1	450	3	5 日付を指定して、ベッド番号、入外区分、氏名が印字された、日別予定表を印刷できること。	
1	450	3	6 日付を指定して、患者名、ダイアライザー、抗凝固剤、持続・ワンショット量、基礎体重、透析時間などが印字された、併用薬一覧を印刷できること。	
1	450	3	7 患者を指定して、他院紹介用の患者基本情報や透析基本情報が印字された、透析患者情報を印刷できること。	
1	450	4	透析患者一覧	-
1	450	4	1 現在通院されている透析患者一覧を表示できること。	
1	450	4	2 曜日での絞り込みが可能であること。	
1	450	4	3 患者一覧から指定した患者の透析情報を参照できること。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
460_診断書作成支援システム				64
項番	項目			仕様担保
1	460		診断書作成支援システム	-
1	460	1	前提条件	-
1	460	1	1 一般社団法人 生命保険協会の認定するソフト（以下、「当アプリケーション」という）であること。	
1	460	1	2 作成できる文書様式の種類は、生命保険会社・共済・損保等の診断書・臨床調査個人票が最低限できること。	
1	460	1	3 文書様式は随時更新ができること。	
1	460	1	4 定期的にプログラムの機能追加が行われること。	
1	460	1	5 Webアプリケーションであること。	
1	460	2	セキュリティ	-
1	460	2	1 当アプリケーションの利用には、ユーザ・パスワードを指定することにより認証ができること。	
1	460	2	2 アクセスログ管理として、参照・登録・更新等のユーザが操作したログを保存すること。	
1	460	3	他システムとのデータ連携	-
1	460	3	1 上位システムとデータ連携することで、当アプリケーションで利用することができること。対象データは以下の通りとする。	-
1	460	3	2 ・患者基本情報	
1	460	3	3 ・移動歴（入退院歴）情報	
1	460	3	4 ・病名情報（ICD10を含む）	
1	460	3	2 上位システムとのデータ連携は、HL7等の標準化に準じた方法を採用できること。	
1	460	3	3 上位システムからのデータはSS-MIX（厚生労働省電子的診療情報交換推進事業）もしくはSS-MIX2に準拠したデータベース（標準化ストレージ）に格納されること。	
1	460	3	4 上位システムへ文書データ・イベント連携ができるように、当アプリケーションで作成した文書データ（PDF）・イベント情報（CSV）を共有フォルダへ格納する機能があること。	
1	460	4	患者基本情報登録	-
1	460	4	1 当アプリケーションではデータ連携と別に患者基本情報（患者ID・氏名・カナ氏名・性別・生年月日・住所・電話番号等）が登録できること。	
1	460	5	文書のワークフロー管理	-
1	460	5	1 文書ごとに、受付～交付・修正依頼・期限切れについて状態管理ができること。	
1	460	5	2 状態はワークフローを1つずつ前に戻せること。	
1	460	5	3 文書作成期限は一目で判別ができること。	
1	460	5	4 医師事務作業補助者への依頼ステータス機能があること。	
1	460	5	5 手書き文書のワークフロー管理ができること。	
1	460	6	文書検索機能	-
1	460	6	1 患者ID・患者名・担当医師・状態・受け渡し方法等の詳細な検索条件を設定し、一覧表示できること。	
1	460	6	2 文書検索結果から、特定の文書を選択することで管理情報の表示、及び文書作成等の編集作業ができること。	
1	460	6	3 検索した文書の内容を表示することができること。	
1	460	7	コメント登録	-
1	460	7	1 事務部門内、事務から医師へ、医師間で依頼された文書に関してコメント登録ができること。	
1	460	7	2 コメントは作成日付の降順に誰が登録したか判別できるよう表示できること。	
1	460	7	3 コメントの修正・削除ができること。	
1	460	7	4 コメントの定型文登録、及び呼出しができること。	
1	460	7	5 コメント登録数に制限のないこと。	
1	460	8	作成依頼文書新規登録	-
1	460	8	1 患者（または関係者）に依頼された文書等の文書管理情報を登録できること。	
1	460	8	2 文書管理情報には、入院期間・通院期間・依頼者の住所情報・受取り者の住所情報・受け取り方法・文書料が登録できること。	
1	460	8	3 文書の選択方法は、一覧からの選択の他、文書の名称等により検索後に選択もできること。	
1	460	8	4 1回の依頼操作で複数文書の登録ができること。	
1	460	8	5 文書ごとに依頼内容、依頼する医師・診療科、もしくは依頼する診療科のみ、コメント等を決定し登録できること。医師へ依頼した場合には、該当医師で当アプリケーションにログインすることで一覧表示できること。また、診療科のみへ依頼した場合は、該当診療科に所属する医師全てに一覧表示できること。	
1	460	8	6 作成期限の初期値を設定できること。	
1	460	8	7 文書受付時には患者へ渡す「預り書」の印刷ができること。また、再発行もできること。	
1	460	8	8 ウィザード形式での入力が行えること。	
1	460	9	文書作成依頼	-
1	460	9	1 文書を一覧上から選択し、文書作成依頼の操作ができること。また、依頼時には対象文書の管理情報（担当医師・診療科）も修正できること。	
1	460	9	2 医師の入力負担を軽減するため、医事側でも記載（下書き）ができること。	
1	460	9	3 医師への「依頼書」の印刷ができること。また、再発行もできること。	
1	460	10	医師による新規登録	-
1	460	10	1 事務からの依頼以外の文書を、医師が新規作成できること。	
1	460	10	2 事務からの依頼同様ワークリストに表示できること。	
1	460	11	医師による文書内容編集	-
1	460	11	1 依頼された文書または編集中の文書を一覧より選択し、該当文書の管理情報を修正または文書作成（記載）ができること。	
1	460	11	2 書掛け等の状態で保存（一時保存）ができること。	
1	460	11	3 定型文の登録、呼び出しができること。	
1	460	11	4 定型文の登録数に制限のないこと。	

電子カルテシステム				【参考値】空白
460_診断書作成支援システム				64
項番	項目			仕様担保
1	460	11	5 発行後の文書の表示/非表示を選択できること。	
1	460	12	文書編集	-
1	460	12	1 文書の編集（作成）は該当文書の様式上で入力できること。	
1	460	12	2 入力必須項目の警告チェック及びエラーチェックがかかること。	
1	460	12	3 病名入力は選択することもでき、選択後は病名とICD10コードが入力されること。	
1	460	12	4 過去に記載した文書を指定しコピーができること。異なる患者と異なる文書間でコピーができること。	
1	460	12	5 過去に記載した文書の項目を選択し、過去文書から項目単位のコピーができること。	
1	460	12	6 記載欄に全ての文字が枠内に収まるように自動縮小印刷できること。縮小しても枠内に収まらない場合は枠外に印刷できること。	
1	460	12	7 項目に入力できる文字数の設定ができること。	
1	460	12	8 文書の入力に関する「書き方の注意点」が表示されること。	
1	460	12	9 文書の入力に関する注意事項が内容確認時に表示できること。	
1	460	12	10 シェーマを記載できること。	
1	460	13	修正機能	-
1	460	13	1 発行された文書は、修正依頼等の操作により医師が修正できること。	
1	460	13	2 修正依頼する場合には、同時にコメント入力ができること。	
1	460	14	文書プレビュー・印刷画面	-
1	460	14	1 文書のプレビューを表示・印刷できること。	
1	460	15	マスタ管理	-
1	460	15	1 職員マスタには、難病と小児慢性特定疾病の指定医番号が登録できること。	
1	460	16	CSV出力機能	-
1	460	16	1 文書単位の情報をCSV形式ファイルに出力できること。	
1	460	17	起動連携	-
1	460	17	1 上位システムから、ユーザIDとパスワードを引き継いで起動することができる仕様であること。	
1	460	18	文書様式作成機能	-
1	460	18	1 当アプリケーションで利用可能な院内独自の文書等を作成できること。	
1	460	18	2 作成した文書様式は当アプリケーションの選択文書一覧に追加することができること。	
1	460	19	データ保存形式	-
1	460	19	1 当アプリケーションで作成した文書データは、二次利用が可能な形式（XML形式ファイル等）で保存できること。	

02_DI検索システム				【参考値】空白
項番	項目			93
2			DI参照システム	仕様担保
2	1		基本機能	-
2	1	1	各業務共通	-
2	1	1	1 検索方法によらず検索結果画面が共通であること。(特定の検索方法でしか表示されない項目が無いこと。)	
2	1	1	2 検索結果から薬品の詳細情報画面が表示されること。	
2	1	1	3 検索結果の並び順は採用薬を最優先に表示すること。	
2	1	1	4 URLにYJコードを指定することで詳細情報画面が直接表示されること。	
2	1	1	5 全検索共通で以下種別の指定が行えること。	-
2	1	1	6 ・全て	
2	1	1	7 ・内服	
2	1	1	8 ・外用	
2	1	1	9 ・歯科	
2	1	1	10 全検索共通で採用薬・非採用薬の指定が行えること。	
2	1	1	11 24時間稼働可能なシステムであること。	
2	1	1	12 文字サイズを「大、中、小」から選択でき、端末に設定が保持できること。	
2	1	2	薬品検索	-
2	1	2	1 下記を指定した薬品簡易検索が行えること。	-
2	1	2	2 ・薬品名	
2	1	2	3 ・ひらがな	
2	1	2	4 ・一般名	
2	1	2	5 ・YJコード	
2	1	2	6 下記を指定した薬品詳細検索が行えること。	-
2	1	2	7 ・商品名	
2	1	2	8 ・YJコード	
2	1	2	9 ・一般名	
2	1	2	10 ・読み方	
2	1	2	11 ・毒薬	
2	1	2	12 ・劇薬	
2	1	2	13 ・麻薬	
2	1	2	14 ・向精神薬	
2	1	2	15 ・覚せい剤	
2	1	2	16 ・剤形	
2	1	2	17 ・規格	
2	1	2	18 ・メーカー	
2	1	2	19 ・販売会社	
2	1	2	20 ・薬価	
2	1	2	21 ・[添付文書情報]用法・用量(本文)	
2	1	2	22 ・[添付文書情報]用法・用量(補足)	
2	1	2	23 ・[添付文書情報]効能・効果(本文)	
2	1	2	24 ・[添付文書情報]効能・効果(補足)	
2	1	2	25 ・[添付文書情報]適応菌種	
2	1	2	26 ・[添付文書情報]副作用	
2	1	2	27 ・[添付文書情報]重大な副作用	
2	1	2	28 ・[添付文書情報]その他の副作用	
2	1	2	29 ・[添付文書情報]警告	
2	1	2	30 ・[添付文書情報]禁忌	
2	1	2	31 ・[添付文書情報]原則禁忌	
2	1	2	32 ・[添付文書情報]慎重投与	
2	1	2	33 ・[添付文書情報]基本的注意等	
2	1	2	34 ・[添付文書情報]相互作用	
2	1	2	35 ・[添付文書情報]高齢者への注意	
2	1	2	36 ・[添付文書情報]妊婦・産婦・授乳婦への投与	
2	1	2	37 ・[添付文書情報]新生児・乳児・幼児・小児への投与	
2	1	2	38 ・[添付文書情報]臨床検査結果に及ぼす影響	
2	1	2	39 ・[添付文書情報]過量投与	
2	1	2	40 ・[添付文書情報]取扱い上の注意	
2	1	2	41 ・[添付文書情報]その他の注意	
2	1	2	42 ・[添付文書情報]保管上の注意	
2	1	2	43 ・[添付文書情報]その他	
2	1	2	44 ツリー表示形式の87薬効分類から薬効を指定して薬品検索が行えること。	
2	1	2	45 薬品に記載されている識別記号から薬品検索が行えること。	
2	1	2	46 メーカーのマーク画像から薬品検索が行えること。	
2	1	2	47 ツリー表示形式の適応症例から治療目的を指定して薬品検索が行えること。	

02_DI検索システム				【参考値】空白	
項番	項目			93	
2	1	3		検索結果	-
2	1	3	1	各検索メニューで指定した条件に基づき、検索結果一覧が表示されること。	
2	1	3	2	検索結果には以下情報が表示されること。	-
2	1	3	3	・剤形画像	
2	1	3	4	・包装画像	
2	1	3	5	・商品名	
2	1	3	6	・YJコード	
2	1	3	7	・メーカー名	
2	1	3	8	・採用情報	
2	1	3	9	・先発・後発情報	
2	1	3	10	・薬価	
2	1	3	11	・一般名	
2	1	3	12	剤形画像、包装画像をクリックすることで、画像拡大表示画面が表示されること。	
2	1	3	13	添付文書セルを押下することで、詳細画面を表示せず、直接添付文書PDFが参照できること。	
2	1	3	14	後発情報セルをクリックすることで、先発・後発情報画面が表示されること。	
2	1	3	15	同効薬セルをクリックすることで、同効薬情報画面が表示されること。	
2	1	3	16	確定セルをクリックすることで、電子カルテに対して薬品の選択処理を行うこと。	
2	1	3	17	検索結果をCSV出力できること。	
2	1	4		個別画面	-
2	1	4	1	薬品添付文書と同等の内容を持った薬品詳細情報が記載されていること。	
2	1	4	2	各大項目に対して目次が用意されていること。	
2	1	4	3	同効薬情報画面を表示するボタンが用意されていること。	
2	1	4	4	先発・後発情報画面を表示するボタンが用意されていること。	
2	1	4	5	薬品採用情報が「院内処方」「院外処方」「注射」に分けて表示されること。	
2	1	4	6	剤形画像、包装画像をクリックすることで、画像拡大表示画面が表示されること。	
2	1	4	7	添付文書PDFを参照するボタンが表示されていること。	
2	1	4	8	電子カルテに対して薬品の選択処理を行うボタンが表示されていること。	
2	1	4	9	文字サイズを「大、中、小」から選択できるボタンが表示されていること。	
2	1	4	10	薬品名と薬品剤形画像、包装画像が320×240px以上で表示されていること。	
2	1	4	11	指定した薬品の先発・後発品がそれぞれグループを分けて表示されており、以下レベルで情報が表示されていること。	-
2	1	4	12	・後発品(加算対象)	
2	1	4	13	・後発品(加算対象外)	
2	1	4	14	・先発品(後発品あり)	
2	1	4	15	・先発品(後発品と薬価が同等以下)	
2	1	4	16	・先発品(後発品なし)	
2	1	4	17	・準先発品	
2	1	4	18	・その他	
2	1	4	19	指定した薬品が属する項目のみに絞り込まれたツリー表示形式の適応症例を表示し、同効薬が検索できること。	
2	2			マスタ更新	-
2	2	1		更新業務共通	-
2	2	1	1	薬品情報DB、添付文書PDF、剤形画像、包装画像、メーカーマーク画像を一括で更新できること。	
2	3			ハードウェアについて	-
2	3	1		サーバ機器	-
2	3	1	1	当システムを動作させるためにサーバが必要な場合は当院が指定した場所への設置を行うこと。	
2	3	1	2	閲覧のための専用クライアントは用意せず、電子カルテが稼働しているクライアントで動作可能なシステムであること。	

03_診療情報管理システム				【参考値】空白
項番	項目			261
3	1		診療情報管理機能	仕様担保
3	1	1	システムの起動と利用権	-
3	1	1	システムは職種により利用できるメニューが制限できること。	
3	1	2	基本機能	-
3	1	2	1	患者基本情報、入院情報、病名情報、手術情報、治療・処置情報、画像・生理情報、病情報、感染症情報、分娩情報が登録できること。
3	1	2	2	退院日、診療科、主治医等から対象患者を簡単に検索できること。
3	1	2	3	管理項目、選択リストは必要に応じて追加、変更できること。
3	1	2	4	未記入、記入済み、確定済みのステータスで管理できること。
3	1	2	5	職種により、登録権限を制限できること。
3	1	2	6	職種により、利用できるメニューが制限できること。
3	1	2	7	病歴情報へのアクセス履歴（保存、登録等）の管理できること。
3	1	2	8	患者の診療情報を患者基本情報（1患者ひとつ）、入院情報（入院単位）、各科情報（1患者院内の診療科単位）の3レベルでの管理ができること。
3	1	2	9	電子カルテ/オーダーリングシステムまたは医事会計システムに接続し、患者基本情報や入院情報の取得ができること。
3	1	2	10	職員マスタは電子カルテ/オーダーリングシステムと同期をとって自動的に更新できること。
3	1	2	11	ユーザごとに画面の配置を変更できること。またその配置を保存できること。
3	1	2	12	付箋機能を有すること。
3	1	2	13	付箋機能では色を任意に指定できること。
3	1	2	14	マウス操作により、付箋の表示・非表示を選択できること。
3	1	2	15	画面を閉じることなく同一患者の過去データを参照できること。
3	1	2	16	自分が実施すべきタスクを管理する機能があること。
3	1	2	17	全ての修正履歴が残ること。また修正部分がわかるように履歴の比較ができること。
3	1	3	一覧機能	-
3	1	3	1	病歴登録一覧、入院患者一覧の専用画面を有すること。
3	1	3	2	病歴登録一覧画面では、下記を検索条件に指定して対象患者の検索ができること。 <ul style="list-style-type: none"> ・患者番号 ・診療科 ・病棟 ・入院日 ・退院日 ・医師 ・医師区分（主治医、担当医） ・更新者 ・保存進捗 ・区分（入院、退院、転科）
3	1	3	3	入院患者一覧画面では下記を検索条件に指定して対象患者の検索を行えること。 <ul style="list-style-type: none"> ・患者番号 ・診療科 ・病棟 ・入院日 ・退院日 ・医師 ・医師区分（主治医、担当医） ・更新者 ・保存進捗 ・診療録貸出状況
3	1	3	4	病歴登録一覧、入院患者一覧画面にて指定した検索条件は利用者単位で保存できること。
3	1	3	5	各一覧画面において、利用者単位で並べ替えの設定が保存できること。
3	1	3	6	一覧表示されたデータをExcel形式で出力、保存ができること。 また出力時に印字させる情報は任意に指定ができること。
3	1	4	患者基本情報登録機能	-
3	1	4	1	患者ID、患者氏名、性別、住所、生年月日、血液型は電子カルテ/オーダーリングシステムまたは医事会計システムの登録内容を元に自動作成できること。
3	1	5	入院情報登録機能	-
3	1	5	1	入院履歴として入院日、退院日、診療科、主治医、病棟を管理すること。これらは電子カルテ/オーダーリングシステムまたは医事会計システムの登録内容を元に自動作成できること。
3	1	5	2	入院履歴が作成できること。
3	1	5	3	入院履歴は1入院単位、または転科単位での管理ができること。
3	1	5	4	紹介元、紹介先医療機関の登録ができること。 また医療機関はマスタからの選択を行えることができ、文字検索、分類検索、科セット頻用医療機関にて絞り込みができること。 文字検索では前方一致、部分一致、後方一致での検索ができること。
3	1	6	病名情報登録機能	-

03_診療情報管理システム					【参考値】空白
項番	項目				261
3	1	6	1	ICD-10により管理できること。	
3	1	6	2	電子カルテ/オーダーリングシステムに登録されている病名情報（病名、ICDコード）の取り込みができること。	
3	1	6	3	病名マスタからの選択ができること。選択に際しては、文字検索、ICDコード検索、分類検索、科セット病名からの選択ができること。文字検索、ICDコード検索では前方一致、部分一致、後方一致での検索ができること。	
3	1	6	4	病名マスタはMEDISの最新病名マスタをダウンロードして容易に取込できること。	
3	1	6	5	各診断名に主疾患、合併症等の区分を付与できること。	
3	1	6	6	各診断名に転帰の付与できること。	
3	1	6	7	病名コードの修正ができること。修正可能者は職種等での限定できること。	
3	1	6	8	当該患者に過去付けられた病名から選択して登録できること。	
3	1	6	9	二重分類用の病名コードの登録ができること。	
3	1	6	10	病名に対する登録日（診断日）の登録ができること。	
3	1	6	11	病名に対するコメントの登録ができること。	
3	1	7		手術情報登録機能	-
3	1	7	1	電子カルテ/オーダーリングシステムに登録されている手術情報の取り込みができること。	
3	1	7	2	手術コードはICD 9 CM、Kコードで管理できること。	
3	1	7	3	手術コードの修正ができること。修正可能者は職種等で限定できること。	
3	1	7	4	手術に関する備考の登録ができること。	
3	1	7	5	各手術に主手術、従手術等の区分を付与できること。	
3	1	7	6	手術マスタからの選択ができること。選択に際しては、文字検索、コード検索、分類検索、科セットからの選択ができること。文字検索、コード検索では前方一致、部分一致、後方一致での検索ができること。	
3	1	7	7	手術マスタはMEDISの最新手術マスタをダウンロードして容易に取込できること。	
3	1	8		治療・処置情報登録機能	-
3	1	8	1	ICD 9 CMコードでの管理ができること。	
3	1	8	2	コードの修正ができること。修正可能者は職種等で限定できること。	
3	1	8	3	マスタからの選択を行えること。選択に際しては、文字検索、コード検索、分類検索、科セットからの選択ができること。文字検索、コード検索では前方一致、部分一致、後方一致での検索ができること。	
3	1	8	4	処置マスタはMEDISの最新処置マスタをダウンロードして容易に取込できること。	
3	1	8	5	治療・処置に関する備考の登録ができること。	
3	1	8	6	電子カルテ/オーダーリングに登録されている、処置に関する情報（実施日、処置名等）の取り込みができること。	
3	1	9		画像・生理情報登録機能	-
3	1	9	1	ICD 9 CMコードでの管理ができること。	
3	1	9	2	コードの修正ができること。修正可能者は職種等で限定できること。	
3	1	9	3	マスタからの選択ができること。選択に際しては、文字検索、コード検索、分類検索、科セットからの選択ができること。文字検索、コード検索では前方一致、部分一致、後方一致での検索ができること。	
3	1	9	4	電子カルテ/オーダーリングに登録されている、画像・生理に関する情報（実施日、検査名等）の取り込みができること。	
3	1	10		分娩情報登録機能	-
3	1	10	1	母親の情報登録ができること。	
3	1	10	2	新生児の情報登録ができること。	
3	1	10	3	新生児と母親の関連付けができること。	
3	1	11		病理診断情報登録機能	-
3	1	11	1	病理診断名の管理ができること。	
3	1	12		その他登録情報	-
3	1	12	1	ユーザ側で自由に運用できる管理項目を有していること。本項目は項目名称をユーザ側で任意に修正することができ、フリー入力、マスタ選択、チェックボックスの形式で登録ができること。	
3	1	13		情報検索機能	-
3	1	13	1	登録画面内のすべての管理項目を検索条件に指定して検索できること。	
3	1	13	2	検索条件単位で論理式（ANDまたはOR）を指定できること。	
3	1	13	3	検索条件に（ ）を指定し、論理式の優先順位を設定できること。	
3	1	13	4	登録画面内の管理項目の範囲で検索結果の出力項目を自由に追加、削除することができ、また並び替えることができること。	
3	1	13	5	検索結果は患者単位、入院単位、病歴単位への集約ができること。	
3	1	13	6	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式またはCSV形式でファイル出力できること。	
3	1	13	7	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存できること。	
3	1	13	8	検索結果より該当データを選択して病歴編集画面を起動できること。	
3	1	13	9	検索機能を使用した内容（いつ、だれが、どのような検索を、等）を保存・参照できること。	
3	1	14		統計機能	-
3	1	14	1	下記の統計帳票（入院統計表：入院単位）を出力できること。	-
3	1	14	2	診療科別・月別・性別 退院患者数	
3	1	14	3	診療科別・年齢階層別・性別 退院患者数	
3	1	14	4	診療科別・在院期間別・性別 退院患者数	
3	1	14	5	病床種別・在院期間別・性別 退院患者数	
3	1	14	6	疾病（大分類）別・診療科別・性別 退院患者数	
3	1	14	7	疾病（大分類）別・年齢階層別・性別 退院患者数	
3	1	14	8	疾病（大分類）別・在院期間別・性別 退院患者数	
3	1	14	9	疾病（大分類）別・転帰別・性別 退院患者数	

03_診療情報管理システム					【参考値】空白
項番	項目				261
3	1	14	10	疾病（大分類）別・年齢階層別 死亡患者数	
3	1	14	11	疾病（大分類）別・年齢階層別 剖検患者数	
3	1	14	12	疾病（中分類）別・診療科別・性別 退院患者数	
3	1	14	13	疾病（中分類）別・年齢階層別・性別 退院患者数	
3	1	14	14	疾病（中分類）別・在院期間別・性別 退院患者数	
3	1	14	15	疾病（中分類）別・転帰別・性別 退院患者数	
3	1	14	16	疾病（中分類）別・年齢階層別 死亡患者数	
3	1	14	17	疾病（中分類）別・年齢階層別 剖検患者数	
3	1	14	18	診療圏・診療科別・性別 退院患者数	
3	1	14	19	診療圏・年齢階層別・性別 退院患者数	
3	1	14	20	診療圏・在院期間別・性別 退院患者数	
3	1	14	21	診療圏・転帰別・性別 退院患者数	
3	1	14	22	下記の統計帳票（入院統計表：転科単位）を出力できること。	-
3	1	14	23	診療科別・月別・性別 在科患者数	
3	1	14	24	診療科別・年齢階層別・性別 在科患者数	
3	1	14	25	診療科別・在院期間別・性別 在科患者数	
3	1	14	26	病床種別・在院期間別・性別 在科患者数	
3	1	14	27	疾病（大分類）別・診療科別・性別 在科患者数	
3	1	14	28	疾病（大分類）別・年齢階層別・性別 在科患者数	
3	1	14	29	疾病（大分類）別・在院期間別・性別 在科患者数	
3	1	14	30	疾病（大分類）別・転帰別・性別 在科患者数	
3	1	14	31	疾病（大分類）別・年齢階層別 死亡患者数	
3	1	14	32	疾病（大分類）別・年齢階層別 剖検患者数	
3	1	14	33	疾病（中分類）別・診療科別・性別 在科患者数	
3	1	14	34	疾病（中分類）別・年齢階層別・性別 在科患者数	
3	1	14	35	疾病（中分類）別・在院期間別・性別 在科患者数	
3	1	14	36	疾病（中分類）別・転帰別・性別 在科患者数	
3	1	14	37	疾病（中分類）別・年齢階層別 死亡患者数	
3	1	14	38	疾病（中分類）別・年齢階層別 剖検患者数	
3	1	14	39	診療圏・診療科別・性別 在科患者数	
3	1	14	40	診療圏・年齢階層別・性別 在科患者数	
3	1	14	41	診療圏・在院期間別・性別 在科患者数	
3	1	14	42	診療圏・転帰別・性別 在科患者数	
3	1	14	43	下記の統計帳票（手術統計表）を出力できること。	-
3	1	14	44	診療科別・月別・性別 手術件数	
3	1	14	45	診療科別・在院期間別・性別 手術件数	
3	1	14	46	手術分類別（大分類）別・年齢階層別・性別 手術件数	
3	1	14	47	手術分類別（大分類）別・在院期間別・性別 手術件数	
3	1	14	48	手術分類別（大分類）別・転帰別・性別 手術件数	
3	1	14	49	手術分類別（中分類）別・年齢階層別・性別 手術件数	
3	1	14	50	手術分類別（中分類）別・在院期間別・性別 手術件数	
3	1	14	51	手術分類別（中分類）別・転帰別・性別 手術件数	
3	1	14	52	手術分類別（個別手術名）・年齢階層別・性別 手術件数	
3	1	14	53	手術分類別（個別手術名）・在院期間別・性別 手術件数	
3	1	14	54	手術分類別（個別手術名）・転帰別・性別 手術件数	
3	1	14	55	下記の統計帳票（死亡統計表）を出力できること。	-
3	1	14	56	診療科別・月別・性別 死亡患者数	
3	1	14	57	診療科別・年齢階層別・性別 死亡患者数	
3	1	14	58	診療科別・在院期間別・性別 死亡患者数	
3	1	14	59	疾病（大分類）別・診療科別・性別 死亡患者数	
3	1	14	60	疾病（中分類）別・診療科別・性別 死亡患者数	
3	1	14	61	統計表は、Microsoft社のExcelで加工できる形式でファイル出力できること。	
3	1	15		その他帳票出力機能	-
3	1	15	1	医師別および診療科別の退院サマリ記載率をMicrosoft社のExcel形式でファイル出力できること。	
3	1	15	2	退院サマリ記載率は退院後評価日数（指定日内の記載率）を最大5つまで指定ができること。	
3	1	16		タスク管理機能	-
3	1	16	1	下記情報を1画面でまとめて把握できる機能を有すること。	-
3	1	16	2	未作成の退院サマリ一覧	
3	1	16	3	未承認の退院サマリ（病歴）一覧	
3	1	16	4	前月、当月の退院サマリ記載率	
3	1	17		その他	-
3	1	17	1	登録されたデータはがん登録情報との連携できること。	
3	1	17	2	登録された病名情報はがん登録対象患者の条件として利用できること。	

03_診療情報管理システム				【参考値】空白	
項番	項目			261	
3	1	17	3	病歴登録画面からがん登録画面への展開ができること。	
3	2			カルテアライ管理システム	-
3	2	1		システムの起動と利用権	-
3	2	1	1	システムは職種により利用できるメニューが制限できること。	
3	2	2		基本機能	-
3	2	2	1	入院、外来診療録、フィルムの整理状況、貸出し管理ができること。	
3	2	2	2	病歴管理画面から簡単な操作で画面遷移できること。	
3	2	2	3	電子カルテ/オーダーリングシステムに接続し、患者基本情報・入院情報と連携できること。	
3	2	2	4	職種により、登録権限を制限できること。	
3	2	3		受領処理機能	-
3	2	3	1	入院オーダと連携して、入院中は「入院中」・退院後は「未受領」と自動でステータスを変更できること。	
3	2	3	2	受領登録時に、受領日・整理状況・整理日・診療録所在・担当職員・コメントを入力できること。	
3	2	4		診療録点検（量的点検）機能	-
3	2	4	1	整理状況に紐付いて、点検状況が管理できること。	
3	2	4	2	点検はあらかじめ設定した診療録一覧から不備があった箇所をチェックすることで点検できること。	
3	2	4	3	点検者、点検日・点検コメント・診療科が管理できること。	
3	2	5		貸出処理機能	-
3	2	5	1	受領状況が「受領済」の診療録のみ貸出処理ができること。	
3	2	5	2	借出者・借出者診療科を職員マスタより登録ができること。	
3	2	5	3	帯出者・帯出者診療科を職員マスタより登録ができること。	
3	2	5	4	貸出目的があらかじめ設定した選択項目より登録できること。	
3	2	5	5	貸出目的に任意の期間を設定して返却予定日を自動で登録できること。	
3	2	5	6	貸出時に任意のコメントを入力できること。	
3	2	5	7	貸出処理時に自動もしくは任意のタイミングで貸出カード（診療録用・診療情報管理室用）が出力できること。	
3	2	5	8	貸出履歴を管理できること。	
3	2	6		返却処理機能	-
3	2	6	1	返却日を入力することで、返却処理ができること。	
3	2	7		一括処理機能	-
3	2	7	1	個別貸出画面とは別に一括処理用の画面が提供できること。	
3	2	7	2	退院後の一括受領処理ができること。	
3	2	7	3	一括返納処理の際、受領状況・整理状況・受領日・整理日・担当者・診療録所在を一括で入力できること。	
3	2	7	4	貸出者・帯出者・貸出日・貸出目的等で検索した結果を元に、一括で貸出・返却処理ができること。	
3	2	8		統計機能	-
3	2	8	1	貸出日付を指定して貸出診療録一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	8	2	退院日・病棟を指定して未受領診療録一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	8	3	貸出先・借出者・貸出日・返却予定日・貸出目的を指定して未返却診療録一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	8	4	退院日・診療科を指定して未整理診療録一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	8	5	退院日・診療科を指定して未承認サマリー一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	8	6	退院日・診療科を指定して点検時に不備にチェックした不備診療録一覧が出力できること。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力できること。	
3	2	9		情報検索機能	-
3	2	9	1	登録画面内のすべての管理項目を検索条件に指定して検索できること。	
3	2	9	2	検索条件単位で論理式（ANDまたはOR）を指定できること。	
3	2	9	3	検索条件に（ ）を指定し、論理式の優先順位を設定できること。	
3	2	9	4	登録画面内の管理項目の範囲で検索結果の出力項目を自由に追加、削除することができ、また並び替えることができること。	
3	2	9	5	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式またはCSV形式でファイル出力できること。	
3	2	9	6	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存できること。	
3	2	9	7	検索結果より該当データを選択して貸出状況の参照画面を起動できること。	
3	3			がん登録機能	-
3	3	1		システムの起動と利用権	-
3	3	1	1	システムは職種により利用できるメニューが制限できること。	
3	3	2		基本機能	-
3	3	2	1	院内がん登録、標準登録様式2016年版の登録規約に準じて、業務運用ができること。	
3	3	2	2	初期設定にて「院内がん登録用」または「全国がん登録用」の画面構成に設定できること。	
3	3	2	3	電子カルテ/オーダーリングシステムと患者基本情報の氏名、性別、生年月日、住所情報等の情報連携ができること。	
3	3	2	4	登録された情報はHos-Can-Rが取り込み可能なファイル形式で出力できること。	
3	3	3		登録機能	-
3	3	3	1	患者基本情報、診断情報、腫瘍情報、初回治療情報、予後情報、管理用項目、その他病院独自項目の登録ができること。	
3	3	3	2	がん情報は、入院・外来を問わず1腫瘍1登録形式での情報登録ができること。	
3	3	3	3	診療情報管理機能にて登録された病名からICDO-3の局所コードが自動で登録ができること。	

03_診療情報管理システム					【参考値】空白
項番	項目				261
3	3	4		情報検索機能	-
3	3	4	1	登録画面内のすべての管理項目を検索条件に指定して検索できること。	
3	3	4	2	検索条件単位で論理式（ANDまたはOR）を指定できること。	
3	3	4	3	検索条件に（ ）を指定し、論理式の優先順位を設定できること。	
3	3	4	4	登録画面内の管理項目の範囲で検索結果の出力項目を自由に追加、削除することができ、また並び替えができること。	
3	3	4	5	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式またはCSV形式でファイル出力できること。	
3	3	4	6	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存できること。	
3	3	4	7	検索結果より該当データを選択してがん登録画面を起動できること。	
3	3	5		統計機能	-
3	3	5	1	下記の統計帳票（がん登録統計表）を出力できること。	-
3	3	5	2	来院経路別件数：自施設を受診した経路	
3	3	5	3	症例区分別件数：自施設がん診療状況	
3	3	5	4	地区別件数	
3	3	5	5	地域別件数	
3	3	5	6	年齢階層別件数	
3	3	5	7	5大がん・性別・年齢階層別件数（胃）	
3	3	5	8	5大がん・性別・年齢階層別件数（肝）	
3	3	5	9	5大がん・性別・年齢階層別件数（肺）	
3	3	5	10	5大がん・性別・年齢階層別件数（大腸）	
3	3	5	11	5大がん・性別・年齢階層別件数（直腸）	
3	3	5	12	5大がん・性別・年齢階層別件数（乳）	
3	3	5	13	部位別・性別登録件数	
3	3	5	14	部位別Stage分布	
3	3	5	15	部位別・組織型（～2014年）別登録件数	
3	3	5	16	予後調査結果	
3	3	5	17	予後調査結果（死因）	
3	3	5	18	主要5部位別予後調査結果	
3	3	5	19	主要5部位別予後調査結果（死因）	
3	3	5	20	部位別予後調査結果	
3	3	5	21	部位別予後調査結果（死因）	
3	3	5	22	拠点集計（表1）部位分類別・診断区分別登録件数	
3	3	5	23	拠点集計（表2）部位分類別・症例区分別登録件数	
3	3	5	24	拠点集計（表3）部位分類別・性別登録件数	
3	3	5	25	拠点集計（表4）部位分類別・年齢階級別登録件数	
3	3	5	26	拠点集計（表5-1）部位分類別・進展度（治療前・UICC）別登録件数	
3	3	5	27	拠点集計（表5-2）部位分類別・進展度（治療後・UICC）別登録件数	
3	3	5	28	拠点集計（表6-1）部位分類別・ステージ（治療前・UICC）別登録件数	
3	3	5	29	拠点集計（表6-2）部位分類別・ステージ（治療後・UICC）別登録件数	
3	3	5	30	拠点集計（表6-1）肝・ステージ（治療前・取扱規約）別登録件数	
3	3	5	31	拠点集計（表7）部位分類別・形態コード別登録件数	
3	3	5	32	拠点集計（表8-1：胃）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	33	拠点集計（表8-2：胃）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	34	拠点集計（表8-1：大腸）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	35	拠点集計（表8-2：大腸）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	36	拠点集計（表8-1：肝）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	37	拠点集計（表8-2：肝）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	38	拠点集計（表8-1：肺）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	39	拠点集計（表8-2：肺）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	40	拠点集計（表8-1：乳）進展度（治療前）別・治療法別登録件数	
3	3	5	41	拠点集計（表8-2：乳）進展度（術後病理学的）別・治療法別登録件数	
3	3	5	42	拠点集計（表9-1：胃）ステージ（治療前）別・治療法別登録件数	
3	3	5	43	拠点集計（表9-2：胃）ステージ（術後病理学的）別・治療法別登録件数	
3	3	5	44	拠点集計（表9-1：大腸）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	45	拠点集計（表9-2：大腸）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	46	拠点集計（表9-1：肝）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	47	拠点集計（表9-2：肝）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	48	拠点集計（表9-1：肝）ステージ（治療前・取扱規約）別・治療法別登録件数	
3	3	5	49	拠点集計（表9-1：肺）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	50	拠点集計（表9-2：肺）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	
3	3	5	51	拠点集計（表9-1：乳）ステージ（治療前）別・治療法別登録件数	
3	3	5	52	拠点集計（表9-2：乳）ステージ（術後病理学的）別・治療法別登録件数	
3	3	5	53	生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	54	部位分類別相対生存率（カプランマイヤー法）	

03_診療情報管理システム					【参考値】空白
項番				項目	261
3	3	5	55	c-Stage別相対生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	56	p-Stage別相対生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	57	c-進展度別相対生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	58	p-進展度別相対生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	59	治療法別相対生存率（カプランマイヤー法）	
3	3	5	60	国立がんセンターのサイトからコホート生存率表をダウンロードして本機能に取込めること。	
3	4			がん登録対象患者検索（ケースファインディング）機能	-
3	4	1		基本機能	-
3	4	1	1	電子カルテ/オーダーリングシステム、医事システム、診療情報管理システムに登録された情報を収集し、がん登録対象患者の検索ができること。	
3	4	1	2	検索でピックアップされた患者から対象・非対象の判定を実施、対象患者はがん登録システムに自動でレコードが作成できること。	
3	4	1	3	検索条件は自由に設定ができること。	
3	4	1	4	ICD10病名コードの任意のコードを指定して、取込めること。	
3	4	1	5	がん登録の対象となる可能性のある候補に対応したICD-10コード（候補コード）を指定して取込めること。取り込んだ結果は、がん登録の対象となるICD-10コード（対象コード）の病名と識別できること。	
3	4	1	6	抗癌剤投与情報を注射・レジメン・処方オーダーの情報から取込みができること。	
3	4	1	7	手術オーダーから任意の術式名称を指定して、取込みができること。	
3	4	1	8	放射線治療の実施情報の取込みができること。	
3	4	1	9	腫瘍マーカーの実施情報から、任意の検査コードを取込みができること。	
3	4	1	10	医事システムに登録されている算定情報から、任意の算定情報（がん登録加算、放射線治療加算等）を指定して取込みができること。	
3	4	1	11	本システムの診療情報管理機能にて登録された病名情報から取込みができること。	
3	4	1	12	病名コード、術式等検索条件を任意で組み合わせて対象患者の候補一覧を表示できること。	
3	4	1	13	判定・未判定を問わず、判定の根拠となった情報を常に表示できること。	
3	4	1	14	判定時に主治医、診療科の登録ができること。	
3	4	1	15	各情報の抽出条件はユーザ側でメンテナンスできること。	

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白
項番	項目			207
4	1		1. 共通機能	仕様担保
4	1	1	Web型システムにより、院内のどこからでもログインできること。	
4	1	2	クライアントライセンスはフリーであること。	
4	1	3	DB管理システムはPostgreSQLを利用できること。	
4	1	4	windowsデスクトップ上のアイコンから起動し「ログイン」が表示されること。	
4	1	5	各種帳票はPDFまたはCSVでのファイル出力が可能であること。	
4	2		2. ログイン	-
4	2	1	システムは、職員コードとパスワードの組み合わせなどで、その操作を行う者を識別してログイン認証が可能なこと。	
4	2	2	ログイン画面による認証完了後、メニュー画面が起動されること。	
4	2	3	個人希望、勤務予定、勤務実績に対して、全部署入力可、自部署のみ入力可、ログイン者自身のみ入力可など、入力範囲を権限により制限できること。	
4	2	4	システムを終了することなく、ログアウトすることができること。	
4	3		3. メニュー画面	-
4	3	1	画面の機能	-
4	3	1	1 「メニュー画面」中のボタン操作により、本システムの各機能を選択して起動が可能なこと。	
4	3	2	メニューボタンの表示切替	-
4	3	2	1 タブをクリックすることで、メニューボタンの表示・非表示を切り替えることができること。	
4	3	3	表示文字サイズの変更	-
4	3	3	1 表示される文字のサイズを大・中・小の3パターンから選択でき、容易に切り替えられること。	
4	3	3	2 文字サイズはログイン者毎に記録され、ログイン時に自動的に変更されること。	
4	3	4	本アプリケーションの終了	-
4	3	4	1 「メニュー画面」中のボタン操作により、本アプリケーションを終了できること。	
4	4		4. 勤務表作成機能	-
4	4	1	権限	-
4	4	1	1 個人希望、勤務予定、勤務実績に対して、全部署入力可、自部署のみ入力可、ログイン者自身のみ入力可など、入力範囲を権限により制限できること。	
4	4	2	データ連携	-
4	4	2	1 職員管理の配属情報と連携し、該当部署に所属する職員が自動的に勤務表に表示されること。	
4	4	3	承認	-
4	4	3	1 権限を有する職員による個人希望・勤務予定・勤務実績の承認機能を有すること。 また、承認後は承認解除しない限り、編集は不可とすること。	
4	4	4	勤務種別	-
4	4	4	1 勤務種別は9999種類登録できること。	
4	4	4	2 勤務種別はグループ毎にまとめて表示できること。	
4	4	4	3 勤務種別記号の表示は6byte(漢字3文字)までできること。	
4	4	4	4 勤務種別毎に、文字色、背景色の設定が可能であること。	
4	4	4	5 勤務部署で必要な勤務種別をマスタから選択し、グループを作成及び表示順を設定することができること。	
4	4	4	6 勤務種別選択時、勤務の説明を表示することができること。	
4	4	4	7 全勤務種別の中から、各部署毎に必要な勤務種別のみ表示させることができること。	
4	4	4	8 マスタ管理にて、任意に勤務種別を追加することができること。	
4	4	5	作成期間設定	-
4	4	5	1 1日～末日の他、1カ月以内の期間で任意の開始日、終了日を設定できること。	
4	4	5	2 作成月の前月の過去実績、翌月の未来予定を表示できること。	
4	4	6	行事	-
4	4	6	1 現行法に則った祝祭日表示ができること。	
4	4	6	2 行事は病院全体と部署別とで登録ができること。	
4	4	6	3 行事は1日に4つまで設定できること。	
4	4	6	4 行事はマスタでの登録の他、直接入力でも登録できること。	
4	4	7	入力	-
4	4	7	1 入力の取り消しが可能なこと。	
4	4	7	2 職員と日付のクロスポイント表示ができること。	
4	4	7	3 編集機能として、コピー・切り取り・貼り付け・消去・全消去ができること。	
4	4	7	4 コピー機能は指定する範囲をコピー貼り付けでき、複数回の貼り付けができること。	
4	4	7	5 半日勤務の登録が可能なこと。	
4	4	7	6 1回の入力で、複数の勤務をまとめて登録できる機能を有すること。	
4	4	8	技量設定	-
4	4	8	1 「新人」などの技量を任意に設定することができること。	
4	4	9	集計	-
4	4	9	1 自由度の高い職員別・部署別勤務集計設定ができること。	
4	4	9	2 期間、勤務等を条件に指定した勤務回数の表示や集計ができること。	
4	4	9	3 勤務予定・勤務実績は年間集計ができること。	
4	4	10	表示	-
4	4	10	1 職員の並び替えができること。	

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白
項番	項目			207
4	4	10	2	チーム毎の表示・集計が可能であること。
4	4	10	3	勤務表作成時、職員管理の職員情報が参照できること、
4	4	10	4	画面いっぱいに職員名を表示できること。
4	4	10	5	表示する集計項目を選択できること。
4	4	11		他システム連携
4	4	11	1	他システムとの連携を目的としたCSV出力機能を有すること。
4	4	12		個人希望
4	4	12	1	職員、日付に対して希望勤務を登録できること。
4	4	12	2	曜日、日付、第何回曜日等の希望の設定が可能なこと。
4	4	12	3	週間希望条件設定及び月間希望条件設定は、翌月の個人希望にも自動で反映されること。
4	4	12	4	希望入力画面にて、行事・必要人員数・勤務回数・勤務時間を確認でき、それぞれの表示・非表示を切り替えられること。
4	4	12	5	複数のセルを選択し、同時に複数の希望を入力することができること。
4	4	13		応援勤務
4	4	13	1	配属を変更せずに応援先の勤務表に職員を表示することができること。
4	4	13	2	職員毎に応援先部署、応援勤務開始日、終了日を設定することができること。
4	4	13	3	時間単位での応援勤務設定ができること。
4	4	13	4	勤務時間は入院基本料の施設基準等に係る届出書添付資料に反映できること。
4	4	14		勤務表自動作成
4	4	14	1	自動作成エンジンとしてSATソルバを利用したシステムであること。
4	4	14	2	充足可能性判定機能を利用した勤務表自動作成が行えること。
4	4	14	3	自動作成を重視し条件を満たす勤務表を作成できること。あるいは作成できない条件であることを示せること。
4	4	14	4	勤務表自動作成が短時間で作成できること
4	4	14	5	看護協会のガイドラインに準拠する勤務表が作成できること。
4	4	14	6	条件を100%満たせない場合でも、希望や人員数など優先度の高い条件を満たして勤務表を自動作成できること。
4	4	14	7	勤務部署毎に対象期間を指定して、所属している職員の勤務予定を登録、削除、変更ができること。
4	4	14	8	予定入力はあらかじめ登録された勤務種を一覧から貼り付けることができること。
4	4	14	9	条件に則った自動作成が可能なこと。
4	4	14	10	勤務が一部登録されている状態での続きの自動作成が可能なこと。
4	4	14	11	自動作成実行後に手修正が可能なこと。
4	4	14	12	夜勤の後は常に休日になるなど、勤務パターンの登録ができること。
4	4	14	13	条件の過不足の場合は、色で表示し一目で判断できること。
4	4	14	14	職員に設定された限度回数を超過した勤務を登録された場合、チェックできること。
4	4	14	15	勤務者を指定した順番で画面に表示ができること。
4	4	14	16	勤務表における職員の表示順序は任意に複数の設定ができ、容易に切り替えが可能であること。
4	4	14	17	1か月単位で勤務表を表示している場合でも、集計期間4週単位に変更し、勤務回数を集計できること。
4	4	14	18	4週間で160時間勤務などと決まっている場合に、時間単位での勤務のチェックができること。
4	4	14	19	個人希望と予定の一致・不一致を作成画面・勤務表印刷時に反映できること。
4	4	14	20	勤務表作成時に行事を入力でき、画面で参照しながら勤務表を変更できること。
4	4	14	21	制限のないチーム管理ができること。
4	4	14	22	チーム毎の入力ができること。
4	4	14	23	長休情報を勤務予定に反映できること。
4	4	14	24	色分け等で未配属や応援の日付、備考の有無等を区別できること。
4	4	14	25	設定条件を元にしたエラーチェック機能を有すること。
4	4	14	26	設定条件を満たさない項目をエラーリストとして一覧表示できること。
4	4	14	27	月途中の異動により職員の増減を伴う計画の再作成ができること。
4	4	14	28	予定作成画面では1か月の勤務予定が一览で参照できること。
4	4	14	29	予定作成画面にて前月の実績・次月の予定を表示できること。
4	4	14	30	日当直管理として、あらかじめ登録した職員に対して管理当直等の勤務表を作成することができること。
4	4	14	31	複数パターンの予定を作成できること。
4	4	14	32	人員、制限等の条件指定が可能であること。
4	4	14	33	病棟別、個人別に勤務禁止条件の追加、訂正ができること。
4	4	14	34	部署別チーム別の必要人数を設定することができること。
4	4	14	35	勤務部署毎に、曜日・勤務別に必要人数を設定できること。
4	4	14	36	職員に対して技量などの任意の属性を複数登録できること。
4	4	14	37	技量など属性毎の組み合わせ禁止を設定できること。
4	4	14	38	職員個人単位での組合せ禁止を設定できること。
4	4	14	39	職員毎の勤務条件として、上限回数を設定できること。
4	4	14	40	勤務毎の必要人数が設定できること。
4	4	14	41	上限休日回数が設定できること。
4	4	14	42	勤務種毎に、上限・下限回数を設定できること。
4	4	14	43	夜勤が何回以上続くのは禁止、などのような禁止パターンを設定できること。
4	4	14	44	職員毎に連休の曜日・種別・上限回数が設定できること。
4	4	14	45	夜勤と夜勤の間は2日以上空ける、などのような間隔条件を設定できること。

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白
項番	項目			207
4	4	14	46	夜勤集合のように複数のシフトをグループとして設定し、自動作成条件に設定できること。
4	4	14	47	新人が1人入る場合はベテランを1人入れること、のような制約条件を設定できること。
4	4	14	48	土日連休を最低1回は与える、のような曜日を指定しての勤務条件設定ができること。
4	4	14	49	土日連休の前日は夜勤を入れない、のような曜日とシフトの組み合わせによる制約条件を設定できること。
4	4	14	50	自動作成における各条件は個別に優先度を必須の他に複数段階設定できること。
4	4	15		勤務実績
4	4	15	1	勤務予定からのコピーにより、勤務実績を作成できること。
4	4	15	2	勤務変更分のみを入力で勤務実績を更新できること。
4	4	15	3	勤務時間の実績管理機能を有すること。（早退などで予定より数時間早く退勤した場合など）
4	4	15	4	会議、委員会、研修など、入院基本料算定に含まれない勤務時間を登録することができること。
4	4	15	5	備考を入力できること。
4	4	15	6	期間を設定し、部署別、個人別、役職別の勤務回数集計を出力できること。
4	4	15	7	対象日における部署毎の除外時間一覧の表示、入力ができること。
4	5			5. 入院基本料届出書作成機能
4	5	1		入院基本料届出書の作成
4	5	1	1	勤務実績より登録された勤務時間が自動的に反映されること。
4	5	1	2	入院基本料区分別、職種別に集計し、届出書類に反映すること。
4	6			6. 職員管理機能
4	6	1		検索
4	6	1	1	各条件指定での職員、退職者、配属未決定者の検索が可能であること。
4	6	2		取り込み（オーダ職員マスタ）
4	6	2	1	オーダからの新規職員取り込みが可能であること。
4	6	3		取り込み（専用シート）
4	6	3	1	専用シートからの新規職員取り込みが可能であること。
4	6	4		新規
4	6	4	1	職員IDの新規登録が可能であること。
4	6	5		コピー
4	6	5	1	職員IDを新規登録する際に他の職員IDからのデータを利用できること。
4	6	6		修正
4	6	6	1	職員IDを他のIDに変更することが可能であること。
4	6	7		削除
4	6	7	1	職員IDの削除が可能であること。
4	6	8		氏名情報
4	6	8	1	職員の氏名（改姓）を履歴で管理できること。
4	6	9		採用情報
4	6	9	1	採用・退職の期間を履歴で管理できること。
4	6	10		役職情報
4	6	10	1	役職の期間を履歴で管理できること。
4	6	11		配属情報
4	6	11	1	配属の期間を履歴で管理できること。
4	6	12		職員属性情報
4	6	12	1	職員の属性を履歴で管理できること。
4	6	13		パスワード設定
4	6	13	1	ナイスプランII上でのパスワードを管理できること。
4	6	14		個人情報
4	6	14	1	個人情報として、以下の項目を管理できること。
4	6	14	2	・性別
4	6	14	3	・生年月日
4	6	14	4	・郵便番号1、郵便番号2
4	6	14	5	・住所1、住所2
4	6	14	6	・電話番号
4	6	14	7	・携帯電話番号
4	6	14	8	・メールアドレス1、メールアドレス2
4	6	14	9	・本籍地
4	6	14	10	・婚歴
4	6	14	11	・配偶者有無
4	6	14	12	・有子数
4	6	14	13	・住居区分
4	6	14	14	・通勤区分
4	6	14	15	・通勤距離
4	6	14	16	・通勤時間
4	6	14	17	・通勤備考
4	6	14	18	・特技

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白	
項番	項目			207	
4	6	14	19	・看護寮部屋番号	
4	6	14	20	・入寮日	
4	6	14	21	・退寮日	
4	6	14	22	・ロッカー番号	
4	6	14	23	・顔写真	
4	6	15		連絡先情報	-
4	6	15	1	緊急連絡先を管理できること。	
4	6	16		家族構成情報	-
4	6	16	1	家族の情報を管理できること。	
4	6	17		学歴情報	-
4	6	17	1	学歴情報のうち、最終学歴とする学歴を指定でき、履歴で管理できること。	
4	6	18		職歴情報	-
4	6	18	1	職歴情報を履歴で管理できること。	
4	6	19		免許取得情報	-
4	6	19	1	免許取得日から本日までの経過年月を自動計算できること。	
4	6	20		長休情報	-
4	6	20	1	長期休暇期間を管理できること。	
4	6	20	2	産休に関しては出産予定日、出産日から産休の開始、終了日を自動計算できること。	
4	6	21		委員会情報	-
4	6	21	1	所属する委員会の履歴管理ができること。	
4	6	22		団体会員情報	-
4	6	22	1	所属する団体の履歴管理ができること。	
4	6	23		社会貢献情報	-
4	6	23	1	社会貢献活動を管理できること。	
4	6	24		研修情報	-
4	6	24	1	受講した研修を管理できること。	
4	6	25		研究発表情報	-
4	6	25	1	研究発表項目を管理できること。	
4	6	26		業績情報	-
4	6	26	1	業績を管理できること。	
4	6	27		表彰情報	-
4	6	27	1	表彰内容を管理できること。	
4	6	28		懲戒情報	-
4	6	28	1	懲戒内容を管理できること。	
4	7			7. 職員管理帳票	-
4	7	1		個人台帳	-
4	7	1	1	職員管理上の個人情報を出力できること。	
4	7	2		採用者一覧	-
4	7	2	1	指定期間の採用者の一覧を出力できること。	
4	7	3		退職者一覧	-
4	7	3	1	指定期間の退職者の一覧を出力できること。	
4	7	4		配属変更一覧	-
4	7	4	1	指定期間の配属変更者の一覧を出力できること。	
4	7	5		役職者一覧	-
4	7	5	1	指定日付での各職員の役職を出力できること。	
4	7	6		昇任者一覧	-
4	7	6	1	指定期間の昇任者の一覧を出力できること。	
4	7	7		雇用形態変更一覧	-
4	7	7	1	指定期間の雇用形態が変更された一覧を出力できること。	
4	7	8		看護職員配置表	-
4	7	8	1	役職・在職年数・経験年数・職歴年数で各出力できること。	-
4	7	8	2	在職年数：指定日付で有効な職員の採用日からの年数（複数は合算）	
4	7	8	3	経験年数：指定日付で有効な職員の配属部署での年数	
4	7	8	4	職歴年数：指定日付で有効な職員の職歴開始日からの年数（複数は合算）	
4	7	9		長休一覧	-
4	7	9	1	指定日付の長休者一覧を出力できること。	
4	7	10		学歴一覧	-
4	7	10	1	指定日付の各職員の学歴を出力できること。	
4	7	11		婚姻暦一覧	-
4	7	11	1	指定日付の各職員の婚姻暦を出力できること。	
4	7	12		研修別受講者一覧	-
4	7	12	1	研修毎の受講者一覧を出力できること。	
4	7	13		個人別研修別受講一覧	-

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白	
項番	項目			207	
4	7	13	1	個人毎に各職員の受講歴を出力できること。	
4	7	14		年度別研修一覧	-
4	7	14	1	指定期間の研修者の研修者の一覧を出力できること。	
4	7	15		研究発表一覧	-
4	7	15	1	指定期間の研究発表の一覧を出力できること。	
4	7	16		業績一覧	-
4	7	16	1	指定期間の業績の一覧を出力できる	
4	7	17		委員会名簿	-
4	7	17	1	指定期間の委員会の一覧を出力できること。	
4	7	18		社会貢献一覧	-
4	7	18	1	指定期間の社会貢献の一覧を出力できること。	
4	7	19		免許取得者名簿	-
4	7	19	1	指定日付の免許取得者の一覧を出力できること。	
4	7	20		看護職員年齢構成表	-
4	7	20	1	各職員区分内での各職種毎の各年齢の人数を出力できること。	
4	7	21		役職・職種別経験年数構成	-
4	7	21	1	役職毎の経験年数別の人数と、職種毎の経験年数別の人数を出力できること。	
4	7	22		役職・職種別年齢構成	-
4	7	22	1	役職毎の各年齢の人数と、職種毎の各年齢の人数を出力できること。	
4	7	23		退職状況人数データ一覧	-
4	7	23	1	指定期間内の各年齢での在職者数・退職者数を出力できること。	
4	7	24		最終学籍別構成表	-
4	7	24	1	各年齢での最終学歴毎の人数を出力できること。	
4	7	25		通勤集計表	-
4	7	25	1	各年齢での通勤区分毎の人数を出力できること。	
4	7	26		婚姻・有子率集計表	-
4	7	26	1	各年齢での婚姻歴毎、有子区分毎の人数を出力できること。	
4	8			8. 勤務帳票	-
4	8	1		勤務表	-
4	8	1	1	勤務表の帳票を出力できること。	
4	8	2		夜勤実施状況	-
4	8	2	1	夜間勤務に関わる勤務についての勤務表帳票を出力できること。	
4	8	3		業務分担表	-
4	8	3	1	週毎に業務書き込み欄のある勤務表を出力できること。	
4	8	4		週間勤務表	-
4	8	4	1	週間の勤務を出力できること。	
4	8	5		個人勤務表	-
4	8	5	1	カレンダー形式で個人毎の勤務を出力できること。	
4	8	6		勤務変更届	-
4	8	6	1	予定と実績で異なる場合の届出書を出力できること。	
4	8	7		代休指定簿	-
4	8	7	1	休日に出勤した場合の代休届出書を出力できること。	
4	8	8		職員勤務日報	-
4	8	8	1	勤務毎に従事した職員を出力できること。	
4	8	9		除外時間集計表	-
4	8	9	1	勤務時間外となる勤務についての集計を出力できること。	
4	8	10		連休夜勤回数集計表	-
4	8	10	1	個人ごとの連休回数や夜勤回数についての集計を出力できること。	
4	9			9. 超過勤務管理機能	-
4	9	1		超過勤務	-
4	9	1	1	権限により入力範囲を制限できること。	
4	9	1	2	承認機能を有し、権限により承認可否を制限できること。	
4	9	1	3	承認後は承認解除されるまで編集不可とすること。	
4	9	1	4	超過勤務命令簿を作成できること。	
4	9	1	5	勤務実績を超過勤務命令簿に反映できること。	
4	9	1	6	職員毎、日毎の超過勤務入力が可能であること。	
4	9	1	7	時間外勤務が発生した理由は任意に追加設定することができること。	
4	9	1	8	個人別時間外入力画面では、時間外勤務の開始・終了時刻、発生理由を登録できること。	
4	9	1	9	登録された超過勤務情報から超過勤務時間命令簿に連動ができ、また出力が可能であること。	
4	9	1	10	入力した時間外開始時刻、終了時刻より割増率を自動計算できること。	
4	9	2		超過勤務帳票	-
4	9	2	1	超過勤務に関する以下の帳票を出力できること。	
4	9	2	2	勤務時間管理簿(超過勤務命令簿)	

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白	
項番	項目			207	
4	9	2	3	超過勤務命令集計表（病棟毎）	
4	9	2	4	超過勤務命令集計表（個人毎）	
4	9	2	5	超過勤務命令集計表	
4	9	2	6	時間外・休日勤務命令票（OCR対応）	
4	9	3		ファイル出力	-
4	9	3	1	各種帳票はファイル出力可能であること。	
4	10			10. マスタ管理	-
4	10	1		部署設定	-
4	10	1	1	各部署の開始日、終了日を設定できること。	
4	10	1	2	各部署の表示順を任意に変更できること。	
4	10	2		勤務種別設定	-
4	10	2	1	勤務種別について以下を設定できること。	-
4	10	2	2	・コード	
4	10	2	3	・勤務名称	
4	10	2	4	・勤務区分	
4	10	2	5	・除外区分	
4	10	2	6	・表示記号	
4	10	2	7	・印刷記号	
4	10	2	8	・説明	
4	10	2	9	・背景色	
4	10	2	10	・文字色	
4	10	2	11	・休日区分	
4	10	2	12	・全日勤務開始時刻	
4	10	2	13	・全日勤務終了時刻	
4	10	2	14	・全日勤務時間数	
4	10	2	15	・午前勤務開始時刻	
4	10	2	16	・午前勤務終了時刻	
4	10	2	17	・午前勤務時間数	
4	10	2	18	・午後勤務開始時刻	
4	10	2	19	・午後勤務終了時刻	
4	10	2	20	・午後勤務時間数	
4	10	2	21	・全日勤務時間数	
4	10	2	22	・全日夜勤時間数	
4	10	2	23	・午前日勤時間数	
4	10	2	24	・午前夜勤時間数	
4	10	2	25	・午後日勤時間数	
4	10	2	26	・午後夜勤時間数	
4	10	2	27	・翌日勤務時間数	
4	10	2	28	・翌日夜勤時間数	
4	10	2	29	・前日勤務時間数	
4	10	2	30	・前日夜勤時間数	
4	10	3		行事設定	-
4	10	3	1	院内共通行事と各部署毎の行事を区別して登録できること。	
4	10	4		入力候補設定	-
4	10	4	1	入力が選択である項目を任意に追加・削除できること。	
4	10	5		職員属性設定	-
4	10	5	1	職種区分、公的区分、職員区分については、コード、名称、開始日、終了日、表示順を登録することができること。	
4	10	5	2	役職区分については、上記項目の他に権限を登録できること。	
4	10	6		勤務種別除外時間設定	-
4	10	6	1	勤務種毎に、全日除外時間数、午前除外時間数、午後除外時間数を設定できること。	
4	10	7		超過勤務種別設定	-
4	10	7	1	超過勤務種別として、下記の項目を設定できること。	-
4	10	7	2	・表示/非表示切替	
4	10	7	3	・コード	
4	10	7	4	・勤務名称	
4	10	7	5	・勤務区分	
4	10	7	6	・超過翌日開始	
4	10	7	7	・超過開始時刻	
4	10	7	8	・当日夜間開始時刻	
4	10	7	9	・翌日夜間開始時刻	
4	10	7	10	・翌日夜間終了時刻	
4	10	7	11	・翌日夜勤勤務時間数	
4	10	7	12	・前日夜間開始時刻	

04_勤務表作成支援システム				【参考値】空白	
項目				207	
4	10	7	13	・前日夜間終了時刻	
4	10	7	14	・前日夜間勤務時間数	
4	10	7	15	・当日休日開始時刻	
4	10	7	16	・当日休日終了時刻	
4	10	7	17	・当日休日勤務時間数	
4	10	7	18	・翌日休日開始時刻	
4	10	7	19	・翌日休日終了時刻	
4	10	7	20	・翌日休日勤務時間数	
4	10	7	21	・前日休日開始時刻	
4	10	7	22	・前日休日終了時刻	
4	10	7	23	・前日休日勤務時間数	
4	10	7	24	・特殊休日開始時刻	
4	10	7	25	・特殊休日終了時刻	
4	10	7	26	・特殊休日勤務時間数	
4	10	7	27	・超過職務区分	
4	10	7	28	・超過職務記号	
4	10	7	29	・超過職務内容	
4	11			11. クリニカルラダー管理機能	-
4	11	1		承認	-
4	11	1	1	必要条件を満たした職員が、レベルアップを申請することができること。	
4	11	1	2	承認権限を持つ職員は、レベルアップ申請を承認、却下することができること。	
4	11	2		クリニカルラダー帳票	-
4	11	2	1	クリニカルラダー管理に関する以下の帳票を出力できること。	-
4	11	2	2	・ラダー認定状況一覧	
4	11	2	3	・看護職員配置表（ラダーレベル）	
4	11	2	4	・看護実践能力レベル一覧	
4	12			12. 連携機能	-
4	12	1		電子カルテシステム	-
4	12	1	1	勤務予定実績のデータを出力し、電子カルテ側の看護日誌や病棟日誌などと連携ができること。（仕様の取り決めの為、別途打ち合わせが必要な場合はその費用も含めること）	

05_DPCコーディングシステム				【参考値】空白
項番	項目			97
5	1		基本要件	仕様担保
5	1	1	「様式1作成機能」「DPCコーディング機能」「院内データ統計機能」「簡易退院サマリー作成機能」「包括/出来高比較機能」「患者別DPC在院期間表示機能」を有する一体型のシステムであること。	
5	1	2	DPC請求の効率化、省力化が図れること。	
5	1	3	厚生労働省へ提出する様式1のデータ作成ができること。	
5	1	4	厚生労働省による様式1項目の変更があった場合、年間の保守契約費用の範囲で対応できること。	
5	1	5	DPCコーディング結果を主だった医事システムベンダーとの接続実績を有すること。	
5	1	6	東芝〇〇社製医事会計システムとのI/Fが標準化されており実績があり新たに開発が不要なこと。	
5	1	7	既存のシステム環境・業務フローに応じた柔軟な接続を実現できること。	
5	1	8	クライアントフリー（導入台数無制限）の価格体系であること。	
5	1	9	機能アップや制度改訂対応やI/Fの改修は年間の保守契約費用の範囲で対応できること。	
5	1	10	データベースを公開しデータ二次利用が実現できること。	
5	1	11	リモート回線を利用したプログラムの入れ替え・更新・不具合対応や新規高額薬剤情報の発信、操作説明、データエラーの改修方法のQ&A対応などタイムリーな対応ができる専用のヘルプデスクがあること。	
5	1	12	病院の声を反映した機能アップが検討されること。	
5	1	13	多くの導入実績があり、病院に応じた運用検討を支援できること。	
5	2		様式1作成機能	-
5	2	1	1入院毎に、入院日・退院日・退院予定日・入院病棟/科等の患者属性情報を登録できること。	
5	2	2	厚生労働省定義の診療科コードの他、院内使用の診療科コードを利用できること。	
5	2	3	チェックボックスやプルダウン機能、検索&選択機能で、殆どの項目が手入力無しでデータ作成できること。	
5	2	4	様式1情報を入力、職制単位での入力漏れ、整合性の形式チェックができること。 エラー項目には、形式チェック画面から修正箇所をクリックして移動できること。	
5	2	5	様式1形式チェック仕様は、厚労省配布の形式チェックツールと同等の機能が、より利便性が高いものが実装されていること。また職制別に、配色、エラー理由表示、記載もれ等が表示されること。	
5	2	6	様式1項目以外に、DPCコーディングに必要な情報を入力できること。（処置情報、副傷病名等）	
5	2	7	傷病名からICD10コードを検索できること。	
5	2	8	ICD10コードから傷病名を検索できること。	
5	2	9	術式からKコードを検索できること。	
5	2	10	Kコードから術式を検索できること。	
5	2	11	医療資源を最も投入した傷病名とひもづく手術候補の一覧から術式、Kコードをリスト表示、選択できること。	
5	2	12	入力画面上で、DPCコーディングに影響を及ぼす入力項目が否かを識別できること。	
5	2	13	登録したデータの修正ができること。	
5	2	14	コーディングに関わる入力データとDPCコードを、データベース上に蓄積できること。	
5	2	15	不必要な調査項目については、誤入力防止のため診療科ごとに表示/非表示にできること。	
5	2	16	入力結果を、レポート出力、様式1データフォーマットに準拠したデータ作成ができること。	
5	2	17	項目名を色分けする事で、役割ごとに入力項目の識別ができること。	
5	2	18	DPCレセ電算に必要な項目の入力が行えること。	
5	2	19	様式1作成の作業進捗管理が可能なこと。	
5	2	20	様式1画面において、事務方入力画面、医師入力画面の提供ができること。	
5	2	21	厚生労働省提出データとDPC請求データの整合性確保の為に、入力したデータに関してロック機能を有すること。	
5	2	22	様式1提出前の全患者対象の一括チェックが行なえること、またエラー解決状況の把握ができる機能を有すること。	
5	2	23	病名は、上位システムからの選択、病名マスターからの選択および当該患者の過去DPCからの複写ができること。	
5	2	24	病名は、本体、修飾語（接頭語/設備後）を分けて登録できること。また各々レセ電算コードを設定できること。	
5	2	25	医療資源を最も投入した傷病名を決定する際、詳細不明コード病名が入力された場合形式チェックでエラー表示されること。	
5	2	26	疑い病名の登録ができ、また医事会計システムへの連携ができること。	
5	3		DPCコーディング機能	-
5	3	1	入力の負担を軽減した病院ごとの人員体制、運用に柔軟に適應した分散入力、DPCコーディングができること。	
5	3	2	入力データから自動的にDPCコーディングができること。	
5	3	3	コーディングに関わる項目をコーディング画面上で変更し、手動コーディングも行えること。	
5	3	4	傷病名から診断群分類を検索できること。	
5	3	5	厚生労働省提示のDPC定義表の手術、手術・処置等、副傷病、重症度を、傷病名をもとに絞り込み表示できること。また、選択入力できること。	
5	3	6	1画面内でDPCコーディング結果を複数表示できること。	
5	3	7	傷病名を基に、設定可能なDPCコードを一覧表示・選択入力できること。	
5	3	8	傷病名および手術を基に、設定可能なDPCコードを一覧表示・選択入力できること。	
5	3	9	1患者ごとにDPC決定履歴を参照できること。	
5	3	10	包括と出来高の診療報酬点数数が比較できること。	
5	3	11	DPCコードは、仮決定等のステータスをもって医事会計システムに連携できること。	
5	3	12	医事会計システムに連携した内容は、必要に応じ帳票出力できること。	
5	3	13	医事会計システムへは、医事会計システムの要求するレイアウト、更新方法をもって連携できること。	
5	3	14	DPCコーディングの適正検証のために、医事会計システムとの整合性、入院期間、退院前日などの条件で容易に検証対象患者を検索できること。	
5	3	15	退院当日に、再度すべての医事算定情報からDPCコーディングの適合性を検証ができること。	
5	3	16	登録済みの傷病名・手術を基に、設定可能なDPCコードを一覧表示・印刷できること。	

05_DPCコーディングシステム				【参考値】空白
項番	項目			97
5	3	17	入力した全データおよび、DPCコードを印字できること。	
5	3	18	点検用として連絡票が作成できること。	
5	3	19	選択したDPCコードに紐付く樹形図が参照出来、コーディング構成要素の一覧印刷ができること。	
5	3	20	DPCコーディングにおいては下記のシミュレーション機能が備わっていること。 ・入力済み病名による、複数の病名を同時に医療資源を最も投入した傷病名に置換えたDPCコーディング機能 ・上記結果の一覧印刷機能（病名、在院日数別点数等項目をもつ）※医師確認用リスト ・DPCコード別、退院予定日変更（夜（未来日付/平均在院日数）による包括点数比較	
5	3	21	DPC請求データと医事会計システムとの不整合について点検できる機能が備わっていること。	
5	3	22	DPC情報登録に必要なマスター類は、すべて提供すること。	
5	3	23	基本的に院内全ての端末にて、操作が可能なこと。	
5	3	24	「患者属性」「病名」「手術情報」「処置情報」は、医事会計、電子カルテ（オーダリングシステム）と連携し二重登録の削減が図れること。	
5	3	25	患者基本情報、入退院情報、は常時上位システム（医事）から自動取得できること。	
5	3	26	DPC決定業務は、医師が決定する業務と管理側での精査・決定業務を分けて管理できること。	
5	3	27	医事算定情報等を使用し、仮決定されているDPC情報と実際の診療行為の差異を自動検出すること。検出結果は簡単な操作で本システムに反映できること。	
5	3	28	DPCの決定状況は、医師の決定ステータスと管理用の決定ステータスを分けて管理できること。	
5	3	29	入院患者は、DPCステータスや入院状態等により柔軟に検索でき、一覧表示できること。	
5	3	30	診療科単位で、入力項目・画面の制御（参照、非表示、更新可等）ができること。	
5	3	31	DPCの決定に至る変更履歴はすべて管理でき、容易に参照できること。	
5	3	32	医師と管理側の確認等は画面上でできること。	
5	3	33	病院の入院患者状況、運用状況に応じ、診療科別に画面項目の表示/非表示、職制別項目配色の変更をカスタマイズなしに設定することができること。	
5	4		入力支援機能	-
5	4	1	病名情報	-
5	4	1	1 病名は、上位システムからの選択、病名マスターからの選択、当該患者の過去DPCからの付与ができること。	
5	4	1	2 病名は、修飾語、本体を分けて登録できること。また各々レセ電算コードを設定できること。	
5	4	1	3 医療資源を最も投入した傷病名と紐づく、副傷病となりうる病名をリスト表示、選択が可能であること。	
5	4	1	4 最も医療資源を投入した傷病名を決定する際、ダブルコーディングがある場合は明示的にICD10を選択させる事ができること。	
5	4	1	5 医師が決定した病名を変更する場合は、管理側が付与した病名を別管理できること。また、病名の変更履歴を管理・参照できること。	
5	4	1	6 疑い病名の登録、上位システムへの連携ができること。	
5	4	2	手術、処置	-
5	4	2	1 DPC定義に基づいた手術情報を表示し、そこから選択可能とすること。選択漏れを防ぐため、表示する手術等はツリー図ではなく定義表から表示すること。	
5	4	2	2 選択された手術・処置等に対し、医事での算定状況（E・Fファイル）との整合を点検できること。 様式1に未反映で合った「手術」「処置」「補助療法」は簡単な操作で反映できること。	
5	4	3	コーディング結果チェック	-
5	4	3	1 入力したDPCコーディングに関する項目と、DPCコード間の不整合をチェックできること。	
5	4	3	2 日次処理において、医事会計システムから、実績データ（以下、診療行為情報）を取り込み、それらの情報を基に最適なDPCコーディング及びコーディング一覧の作成が可能なこと。	
5	4	3	3 診療行為情報は、患者単位に入院日から退院日または、入院日から指定日までの期間を対象として、DPCコーディング及びチェックが可能なこと。	
5	4	3	4 現時点における各患者の入院期間（入院Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）の残日数を「医師」「病棟」単位で表示・印刷できること。	
5	4	3	5 E・Fファイルの取り込みにより、包括/出来高金額の表示ができること。	
5	4	3	6 様式1データにおける医療資源を最も投入した傷病名の「部位・詳細不明コード」の使用率がタイムリーに点検できること。	
5	5		院内データ統計機能	-
5	5	1	システムに格納されている全データを対象に、自由に項目、期間、条件を設定しデータ抽出（Excel,CSV）できること。	
5	5	2	診療科別疾病大分類患者数集計等、代表的な疾病統計がテンプレート化されており簡単な操作で疾病統計がExcel集計リスト形式で作成やCSV出力ができること	
5	5	3	様式1データや病院個別データを定型レポートして登録が出来、データ更新により月次レポートが簡単に作成できること。	
5	6		帳票出力（入力表・連絡表 簡易サマリー作成）機能	-
5	6	1	患者単位に、様式1情報項目記入用blankフォーム（入力表）を作成できること。	
5	6	2	入力したDPC決定要素などを反映した、医師確認用の連絡表が作成できること。	
5	6	3	上記連絡表以外に、主訴、家族歴、コメント等を反映した、簡易退院サマリーが作成できること。	
5	7		DPCレセプト情報連携	-
5	7	1	DPCコーディングに必要なデータ（様式1データ、DPC定義中のデータ）、およびDPCコーディング結果を医事会計システム等にリアルタイムで連動ができること。	
5	8		その他	-
5	8	1	厚生労働省へ提出するHファイルのデータ作成ができること。	
5	8	2	Hファイルの取り込ができること。	
5	8	3	Hファイルのデータと、E・Fファイルデータ及び様式1データとの相関チェックができること。	
5	8	4	看護必要度到達状況を統計出力できること。	

06_資源管理システム				【参考値】空白
項番		項目		4
6	1		システムについて	仕様担保
6	1	1	資源管理システムは既存端末の継続管理も含め SKYSEA Client View とすること。	
6	1	2	現在の保有ライセンス数592に208ライセンスを追加し、800ライセンスでの運用を可能とすること。	
6	1	3	院内ネットワーク全体のクライアント構成に対し、適切なバージョンにより運用が行えること。	
6	1	4	稼働後、将来的に分離インターネット閲覧機能を追加することが可能であること。	

07_手術・麻酔記録システム				【参考値】空白	
項番	項目			206	
7	1		手術・麻酔記録システム	仕様担保	
7	1	1	基本要件	-	
7	1	1	1	生体モニタなどのME機器と接続し、数値データを取り込む事ができること。 将来にわたり接続仕様IFを持つME機器であることを前提に、機器メーカーを問わず接続対応を行う事ができること。 さらに、既に日本光電工業、フクダ電子、フィリップスエレクトロニクスジャパン、GEヘルスケア、フクダコーリン、ドレーゲルとの生体モニタについて接続実績を既に有している、もしくは会社間での接続テストが完了していること。 今回のシステム構築に含まれないME機器については別途契約を行うことを前提とする。	
7	1	1	2	ME機器とシリアル接続を行う端末を除き、電子カルテへの相乗りが行えるソフトウェアであること。相乗りにおいて、仕様制限がある場合は明記すること。	
7	1	1	3	ME機器とシリアル接続を行う端末においても相乗りを行う場合PCIスロットの拡張は落札業者と電子カルテベンダとの調整の上実施すること。	
7	1	1	4	クライアント端末は専用端末の他に指定の電子カルテ端末への相乗りを行うこと。	
7	1	1	5	システムバックアップはNASによるバックアップではなく、バックアッププロセスの管理が可能なバックアップサーバ及びRDXによるバックアップを行うこと	
7	1	1	6	麻酔記録・術中看護記録等の手術中の記録については、端末故障やネットワーク障害等の障害でも記録中のデータを失わないように、1分に1度入力データをサーバにバックアップすること。	
7	1	1	7	現行システムのデータを全てローデータで新システムに移行すること	
7	1	2		データベースサーバは以下の要件相当以上を満たすこと	-
7	1	2	1	【CPU】 Xeon E-2334 【3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W】 x1	
7	1	2	2	【メモリ】 16GB (8GBx2)	
7	1	2	3	【HDD】 1.2TB ハードドライブ SAS ISE 12Gbps 10K 512n 2.5インチ ホットプラグ ×6	
7	1	2	4	【NIC】 オンボード Broadcom 5720 デュアルボード1Gb LOM x1	
7	1	2	5	【電源】 デュアル、ホットプラグ、冗長 電源ユニット(1+1)、600W	
7	1	2	6	【OS+CAL】 MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core	
7	1	2	7	【データベースソフト】 Oracle Database SE2	
7	1	2	8	【バックアップソフト】 ベリタス BACKUPEXEC21 AGENT BM1年付き	
7	1	2	9	【リモートメンテソフト】 インターコム LAPLINK 14.4(企業ライセンス)メディアあり	
7	1	3		IFサーバは以下の要件を満たすこと	-
7	1	3	1	【CPU】 Xeon E-2334 【3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W】 x1	
7	1	3	2	【メモリ】 16GB (8GBx2)	
7	1	3	3	【HDD】 1.2TB ハードドライブ SAS ISE 12Gbps 10K 512n 2.5インチ ホットプラグ × 4	
7	1	3	4	【NIC】 オンボード Broadcom 5720 デュアルボード1Gb LOM x1	
7	1	3	5	【電源】 デュアル、ホットプラグ、冗長 電源ユニット(1+1)、600W	
7	1	3	6	【OS+CAL】 MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core	
7	1	3	7	【リモートメンテソフト】 インターコム LAPLINK 14.4(企業ライセンス)メディアあり	
7	1	4		WEBサーバは以下の要件を満たすこと	-
7	1	4	1	【CPU】 Xeon E-2334 【3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W】 x1	
7	1	4	2	【メモリ】 8GB (8GBx2)	
7	1	4	3	【HDD】 600GB ハードドライブ SAS ISE 12Gbps 10K 512n 2.5インチ ホットプラグ × 4	
7	1	4	4	【NIC1】 オンボード Broadcom 5720 デュアルボード1Gb LOM x1	
7	1	4	5	【NIC2】 Broadcom5719 クワッドポート 1GBE BASE-T アダプター、PCIe ロープロファイル	
7	1	4	6	【電源】 デュアル、ホットプラグ、冗長 電源ユニット(1+1)、600W	
7	1	4	7	【OS+CAL】 MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core	
7	1	4	8	【リモートメンテソフト】 インターコム LAPLINK 14.4(企業ライセンス)メディアあり	
7	1	5		バックアップサーバは以下の要件を満たすこと	-
7	1	5	1	【CPU】 Xeon E-2334 【3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W】 x1	
7	1	5	2	【メモリ】 8GB (8GBx1)	
7	1	5	3	【HDD】 1.2TB ハードドライブ SAS ISE 12Gbps 10K 512n 2.5インチ ホットプラグ × 7	
7	1	5	4	【NIC】 オンボード Broadcom 5720 デュアルボード1Gb LOM x1	
7	1	5	5	【電源】 デュアル、ホットプラグ、冗長 電源ユニット(1+1)、600W	
7	1	5	6	【OS+CAL】 MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core	
7	1	5	7	【バックアップ装置】 タンベルグデータ RDX-QS8-8942 10G	
7	1	5	8	【リモートメンテソフト】 インターコム LAPLINK 14.4(企業ライセンス)メディアあり	
7	1	5	9	【バックアップソフト】 ベリタス BACKUPEXEC21 SERVER BM1年付	
7	1	6		無停電電源装置は以下の要件を満たすこと	-
7	1	6	1	無停電電源装置はサーバ本体を5分以上バックアップする機能を有すること。	
7	1	6	2	無停電電源装置は停電を感知し、異常信号をサーバ装置本体へ通知する機能を有すること。	
7	1	7		サーバディスプレイ1台は以下の要件を満たすこと	-
7	1	7	1	サイズ：1U 18.5型 フラットパネル モニタ	
7	1	7	2	解像度：1280×1024相当以上	
7	1	8		麻酔記録クライアント（デスクトップ） 端末は以下の要件を満たすこと	-
7	1	8	1	CPU： Intel(R) Core(TM) i5-10500(6C/3.1GHz/12M)	
7	1	8	2	メモリ： 4GB(4GBx1) DDR4 DIMM 2666MT/s	
7	1	8	3	OS： Windows(R) 10 Professional 日本語版 (【OS+CAL】 MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core)	

07_手術・麻酔記録システム					【参考値】空白
項番	項目				206
7	1	8	4	SSD : 512GB SSD (M.2 NVMe PCIe TLC)	
7	1	8	5	尚、当院の電子カルテ端末に相乗り可能なこと。	
7	1	9		看護記録用クライアント（ノートPC）端末は以下の要件を満たすこと	-
7	1	9	1	CPU : インテル(R) Core(TM) i5-1135G7(4C/2.4GHz/8M)	
7	1	9	2	メモリ : 8GB DDR4 SDRAM(3200MT/s, 1SO-DIMM)	
7	1	9	3	OS : Windows(R) 10 Professional 日本語版 (【OS+CAL】MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core)	
7	1	9	4	SSD : 512GB SSD (M.2 NVMe PCIe TLC)	
7	1	10		検査クライアント（デスクトップ）端末は以下の要件を満たすこと	-
7	1	10	1	CPU : Intel(R) Core(TM) i5-10500(6C/3.1GHz/12M)	
7	1	10	2	メモリ : 4GB(4GBx1) DDR4 DIMM 2666MT/s	
7	1	10	3	OS : Windows(R) 10 Professional 日本語版 (【OS+CAL】MS Winserver IoT 2019 Standard 16 Core)	
7	1	10	4	SSD : 512GB SSD (M.2 NVMe PCIe TLC)	
7	1	11		基本機能	-
7	1	11	1	当院の全ての手術室の管理ができること。	
7	1	11	2	端末数はライセンスで管理し、管理外の端末で動作しない機能を有すること。	
7	1	11	3	1台の端末で修正した内容は、全ての端末に反映される機能を有すること。	
7	1	11	4	ユーザーID、パスワードによるログイン認証機能を有すること。	
7	1	11	5	ユーザーID、パスワードは病院情報システムで使用しているスタッフ情報を利用可能なこと。	
7	1	11	6	病院情報システムで手術申込された手術依頼情報を受信し、手術予定日、手術開始希望時刻、予想手術時間、患者ID、患者氏名、カナ氏名、生年月日、年齢、性別、身長、体重、血液型(ABO)、血液型(Rh)、感染症情報、診療科、病棟、病名、術式、希望麻酔法、麻酔科管理の有無、体位、術者、助手を表示する機能を有すること。	
7	1	11	7	病院情報システムで手術申込された手術依頼情報を受信し、身長、体重の情報から自動でBSAを表示する機能を有すること。	
7	1	11	8	病院情報システムへ手術時間、麻酔時間、麻酔加算情報、使用ガス情報、使用薬剤情報、使用材料情報の実施情報を送信する機能を有すること。	
7	1	11	9	病院情報システムで組まれた手術スケジュールを受信し、手術予定を表示する機能を有すること。	
7	1	11	10	職種別に、使用する機能を制限する機能を有し、項目毎に更新権限を設定できること。	
7	1	11	11	現行システムのデータを全てローデータで新システムに移行する機能を有すること。	
7	1	12		手術室スケジュール表示機能として、以下の機能を有すること	-
7	1	12	1	手術開始予定時刻から手術終了予定時刻までを帯グラフで表示する機能を有すること。	
7	1	12	2	帯グラフ表示エリアの時間を通常勤務時間、24時間表示など切り換えて表示する機能を有すること。	
7	1	12	3	病院情報システムの端末のWEBブラウザより手術予定情報を参照する機能を有すること。	
7	1	12	4	手術予定表を印刷する機能を有すること。	
7	1	12	5	電子カルテの看護師勤務表と連携し、本システムのスケジュール表示機能上に看護師勤務表を表示することができること。	
7	1	12	6	手術情報を容易に把握するため、麻酔科管理の有無・オンコール・感染症の有無などがグラフに下線や文字色などグラフィカルに表示できること。	
7	1	12	7	ドラッグ&ドロップにより手術室の変更や手術開始時刻の変更が可能であること。	
7	1	12	8	対象手術グラフ上で右クリックすることにより、良く使用する「手術室割当の解除」・「オンコールの変更」などのメニューがプルダウンで表示され、容易な操作で変更が可能であること。	
7	1	12	9	リアルタイムスケジュール画面には、常に現在時刻位置を表すカーソルが表示されていること。	
7	1	12	10	リアルタイムスケジュール画面で表示されるグラフは、予定超過手術は実績の時間に運動してグラフが自動で延長し、後に予定している手術は「未来」へ押し出されていく機能を有すること。また、予定より早く退室した手術は実績グラフが退室時点で「終了」となること。	
7	1	12	11	手術部スタッフの情報共有のため、手術室の清掃中や病棟への患者コール済みなどのステータス管理が可能であり、ステータスの状態がグラフ上に表示する機能を有すること。	
7	1	12	12	医師、看護師をスケジュール表に表示された手術予定枠に対してドラッグ&ドロップで簡単に割り付けることができること。また、割り付け時に参考にすることが可能なスキルマップ表示が可能であること。	
7	1	13		ステータス表示機能として、以下の機能を有すること	-
7	1	13	1	当日の予定手術を手術室・手術開始予定時刻順に表示する機能を有すること。	
7	1	13	2	麻酔記録のイベントと連携し、自動で各手術のステータスを表示する機能を有すること。	
7	1	13	3	手術室の状況に応じて、帯グラフが自動で延長、縮小する機能を有すること。	
7	1	13	4	手術の予定と実績を帯グラフで上下に比較表示する機能を有すること。	
7	1	13	5	手術の進捗状況を容易に確認するため、1画面内で現在時刻以前は実績表示、現在時刻以降は予定を表示できること。	
7	1	13	6	手術の予定および実績の帯グラフは麻酔導入時間、手術時間、麻酔覚醒時間の各時間を色で分けて表示する機能を有すること。手術の予定時間を超過している場合、超過時間と超過状況を明示するGUIがあること。	
7	1	13	7	病院情報システムの端末のWEBブラウザより手術予定情報を参照する機能を有すること。	
7	1	14		周術期麻酔情報管理機能として、以下の機能を有すること	-
7	1	14	1	術前麻酔情報は、予定麻酔法、ASA PS、回診情報、術前特記事項、プロブレムサマリー、麻酔計画を入力する機能を有すること。	
7	1	14	2	術前麻酔情報の重症加算情報をリスト選択で入力する機能を有し、入力情報より自動でコスト情報の麻酔困難症例加算と連携すること。	
7	1	14	3	術前検査情報を表示する機能を有すること。	
7	1	14	4	院内の病院情報システムの端末のWEBブラウザより術前麻酔情報・麻酔指示情報を入力する機能を有すること。	
7	1	14	5	麻酔記録画面は、タッチパネルによる操作を主体とする画面構成となっていること。	
7	1	14	6	麻酔記録画面は、麻酔ガス情報、麻酔薬情報、トレンド情報、イベント情報、呼吸情報、血ガス情報、輸液・輸血情報、尿量出血情報、備考、メモ、INOUTバランス情報を同時に表示する機能を有すること。	
7	1	14	7	麻酔記録画面は、「術中標準」や「グラフ/麻酔/血ガス」など複数の表示パターンを登録でき、容易な操作で切り替えて表示できること。	

07_手術・麻酔記録システム				【参考値】空白
項番	項目			206
7	1	14	8	麻酔フローに連動し術中の処置順に記載するアイコン（導入薬投与、麻酔開始終了、体位変換、挿管、抜管、分離肺換気開始終了、手術開始終了、時刻イベント、リバース投与、持続鎮痛、退出時チェック等）が表示され、ボタンをクリックすることにより、容易に入力できる機能を有すること。
7	1	14	9	入力漏れを防ぐ機能として退室時チェックボタンを押下することで麻酔フローの入力項目として必須と設定された内容（TCI使用量チェック、希釈液等入力、輸液残量チェック、尿量輸液チェック、学会情報チェック等）が未入力であるものについてのアイコンが表示されること。さらに、該当箇所をクリックすることにより、入力画面にジャンプする機能を有すること。
7	1	14	10	入力ボタンは麻酔フローとしてパターンとして登録でき、麻酔法・術式・担当麻酔科医に応じた麻酔フローを自動選択する機能を有すること。10種類以上のパターンを登録し、3クリック以内で切り替える事ができること。
7	1	14	11	麻酔フローの表示画面や投与薬剤・投与量等の情報はマスタメンテナンス機能により変更が可能なこと。
7	1	14	12	患者の容態急変等でタイムリーに記録ができないような場合には、正確な処置の時間だけを画面ワンタッチで記録するための「後入力ボタン」を有し、後で詳細情報の入力ができる機能を有すること。
7	1	14	13	1画面に表示する時間幅は、1時間・2時間・4時間・8時間から選択する機能を有すること。
7	1	14	14	トレンド情報に表示するバイタル項目および表示種類・色・マーク等は、手術毎に任意に変更が可能であること。
7	1	14	15	麻酔記録画面には現在時刻位置を表すカーソルが表示される機能を有すること。
7	1	14	16	麻酔記録画面に入力した情報を入力履歴画面に一覧表示する機能を有すること。また、入力履歴画面より選択することにより対象データの修正、削除をする機能を有すること。
7	1	14	17	酸素・笑気や吸入麻酔ガスの入力において、流量・混合比・気化係数をもとに換算値を自動計算する機能を有すること。
7	1	14	18	麻酔薬の持続投与は、投与量およびパー表示により表示する機能を有すること。
7	1	14	19	麻酔薬情報は薬剤毎に薬剤表示色、パーの色を設定する機能を有すること。
7	1	14	20	麻酔薬情報は薬剤毎にワンショット入力、持続入力を同一の薬剤行に入力が可能なこと。
7	1	14	21	持続輸液の流速変更機能で入力漏れ時対策として、違う流速の間に別の流速を挿入できる機能を有すること。
7	1	14	22	麻酔薬情報は薬剤欄の行追加をしないで、使用薬剤入力情報を入力できる機能を有すること。また、麻酔記録帳票やコスト情報に入力した薬剤情報を反映できること。
7	1	14	23	一括入力機能としてワンタッチで薬剤、流速/流量/血中濃度、投与方法を選択でき、複数の薬剤を一括で入力完了できる機能を有すること。また、体重、理想体重、補正した理想体重を選択することで自動計算する機能を有すること。
7	1	14	24	麻酔薬情報はγ値で入力したタイミングに連動し、自動で投与量、投与容量単位を計算し、表示される投与単位を任意で選択して入力する機能を有すること。
7	1	14	25	薬剤マスタは、入力有効期限を設定する機能を有すること。
7	1	14	26	生体情報モニタから心拍数、血圧、体温等のバイタルサイン数値データを取り込み、トレンド情報に自動で表示する機能を有すること。
7	1	14	27	生体情報モニタからバイタルサイン数値データの取り込みは、標準で1分単位とすること。但し生体情報モニタのメーカーや機種に拘らず対応が可能であること。
7	1	14	28	生体情報モニタから取り込んだバイタルサイン数値データを、一覧表示する機能を有すること。
7	1	14	29	生体情報モニタ経由でBISモニタの情報が取得できる場合、測定数値情報を取得表示する機能を有すること。更にトレンドグラフの下部にBISカラートレンドを表示する機能を有すること。
7	1	14	30	トレンドグラフ上にイベント内容等の付箋を貼り付ける機能を有すること。付箋はドラッグ&ドロップにより任意の位置に移動可能であり、また文字色・背景色は任意に変更可能なこと。
7	1	14	31	輸液・輸血情報は、ルート毎に表示する機能を有すること。また、ルート毎に側管を追加する機能を有すること。
7	1	14	32	ルート設定画面で種類・穿刺部位・ゲージを入力する機能を有すること。ダブルルーメン等の複数ラインの種類が選択された場合は、自動で対象の複数ラインを展開する機能を有すること。
7	1	14	33	入室時輸液情報入力画面により、病棟からのライン情報、輸液および残量を入力する機能を有すること。
7	1	14	34	輸液入力は、抗生剤等の入力を容易にするため、投与途中で中断し次の薬剤の投与機能を有し、投与終了後に中断していた薬剤に戻す機能を有すること。 中断した薬剤に戻す操作を画面遷移なく、右クリックで行えること。
7	1	14	35	ルートが詰まり、別ルートから輸液を投与する場合でも入力可能なように、中断した薬剤を中断したルートのみならず、別のルートの時間軸上で再開入力する機能を有すること。
7	1	14	36	出血・尿量などのOUT項目の入力は、測定量入力・総量入力のどちらでも入力でき、入力時に他方は自動で表示する機能を有すること。
7	1	14	37	IN・OUTバランスは、入力されたIN・OUT情報より晶質液・膠質液・血液製剤・FFP・CRC・PC・尿量・出血等に自動で分類し、表示する機能を有すること。
7	1	14	38	IV-PCAや硬膜外持続投与使用時に使用する複数薬剤・投与速度・ポラス量・ロックアウト時間等を複数のパターンで登録でき、選択することにより容易に入力する機能を有すること。
7	1	14	39	麻酔導入情報画面は、気道確保情報、種類、サイズ、Cormack分類等を入力する機能を有すること。
7	1	14	40	脊椎麻酔情報画面は、穿刺部位、アプローチ、針等を入力する機能を有すること。
7	1	14	41	硬膜外麻酔情報画面は、穿刺部位、アプローチ、深さ、方向、Test Dose等を入力する機能を有すること。
7	1	14	42	TCIシミュレーション機能は4種類以上の薬剤で同時に薬物動態シミュレーションを表示することができること。
7	1	14	43	退室時情報画面は、意識、痛み等の退室時状態情報および最終バイタル情報を入力する機能を有すること。最終バイタル情報は、生体情報モニタからのバイタルサイン数値データより対象データを選択する機能を有すること。
7	1	14	44	麻酔学会統計用の手術部位・麻酔法・体位情報を入力する機能を有すること。
7	1	14	45	術後麻酔情報は、術後回診情報、麻酔学会統計用偶発症例情報を入力する機能を有すること。
7	1	14	46	病棟の病院情報システムの端末のWEBブラウザより術後回診情報を入力する機能を有すること。
7	1	14	47	麻酔記録帳票を印刷する機能を有すること。
7	1	14	48	術前麻酔情報、術前検査情報、術後麻酔情報をまとめた周術期麻酔帳票を印刷する機能を有すること。
7	1	14	49	JSA麻酔台帳システムに取込可能な形式でデータ出力する機能を有すること。
7	1	14	50	タイマーを表示することが可能であること。タイマーを同時に3つ以上起動できること。
7	1	14	51	麻酔記録画面のレイアウトはブルダウンなどで変更することができること。またトレンドグラフと輸液情報などの枠の縦軸の長さはマウス操作でリアルタイムに変更することが可能であること。

07_手術・麻酔記録システム				【参考値】空白
項番	項目			206
7	1	14	52	よく利用される任意の薬剤やイベント情報を麻酔法や術式などに応じて登録可能なパレットメニューを有する事。麻酔記録を作成する際、このパレットメニューから、項目をトレンドグラフ上、イベントエリア上、薬剤エリア上の指定時刻位置にドラッグ&ドロップする事で簡易に入力することが可能であること。 この際、どのエリアにドロップしたかは問わず所定の位置に情報が入力されること。（薬剤をトレンドグラフ上にドロップする事が可能で、さらに薬剤エリアに入力が完了する） さらに、項目をダブルクリックすることで現在時刻にイベントが反映されること。
7	1	14	53	3-4-51の機能を利用する際、薬剤のセット化だけでなく、薬剤+イベント、薬剤+リマークス（備考）などをセット化して同時に登録することができること。
7	1	14	56	麻酔記録で入力したイベントと看護記録で入力したイベントを1つの表内で時系列に並べて参照できること。看護記録の表示・非表示はユーザが切り替えられること。
7	1	15		コスト情報管理機能として、以下の機能を有すること
7	1	15	1	麻酔記録や術前麻酔情報に入力した各種データおよび生体情報モニタより取込したバイタルサイン情報より自動でコスト反映可能な情報を判断し、コスト確認画面に表示する機能を有すること。側臥位時間等の時間算出が必要な項目は、開始時刻・終了時刻・実施時間の形式で表示可能なこと。
7	1	15	2	麻酔記録で入力された麻酔ガス情報や投与薬剤情報より使用ガス情報、使用薬剤情報を自動表示する機能を有すること。
7	1	15	3	麻酔記録で入力された情報より閉鎖循環式全身麻酔の情報を自動計算し、コスト伝票に反映する機能を有すること。
7	1	15	4	使用薬剤情報は、薬剤の規格単位情報より使用量から包装単位へ自動計算する機能を有すること。任意に指定の包装単位に変更することもできること。
7	1	15	5	使用材料情報を入力する機能を有すること。
7	1	15	6	麻酔加算情報、使用薬剤情報、使用材料情報をまとめたコスト伝票を印刷する機能を有すること。
7	1	16		WEB機能として、以下の機能を有すること
7	1	16	1	手術予定情報を1週間単位もしくは1カ月単位のカレンダー形式でWEB参照できる機能を有すること。
7	1	16	2	部屋、診療科毎の手術予定情報をカレンダー形式でWEB参照できる機能を有すること。
7	1	16	3	現在の手術室毎の進捗状況をWEB参照できる機能を有すること。また、現在の麻酔記録情報をリアルタイムに確認することができる事。さらに、確認においてはPDFのサマリ画面ではなく、手術室において現在記録が進捗している画面と同じ内容を確認できること。
7	1	17		周術期看護情報管理機能として、以下の機能を有すること
7	1	17	1	術前看護情報は、機能障害や皮膚障害、特記事項、術前処置情報、過当バイタル情報を入力する機能を有すること。
7	1	17	2	病棟の病院情報システムの端末のWEBブラウザより術前看護情報を入力する機能を有すること。
7	1	17	3	看護計画は、看護問題毎に看護問題因子・短期目標・看護介入計画を選択およびフリー入力する機能を有すること。
7	1	17	4	標準看護計画をリストより選択することにより容易に看護計画を展開する機能を有すること。
7	1	17	5	手術毎に看護問題の優先順位を設定する機能を有すること。
7	1	17	6	術中看護記録は、トレンド情報、イベント情報、輸液・輸血情報、尿量出血情報、INOUTバランス情報、看護経過情報を同時に表示する機能を有すること。
7	1	17	7	生体モニタから心拍数、血圧、体温等のバイタルサイン数値データを取り込み、トレンド情報に自動で表示する機能を有すること。
7	1	17	8	生体モニタからバイタルサイン数値データの取り込みは、標準で1分単位とすること。
7	1	17	9	生体モニタから取り込んだバイタルサイン数値データを、一覧表示する機能を有すること。
7	1	17	10	経過記録入力、出血チェックや看護師交代などよく使う入力項目・画面は容易な操作で入力できるように機能を表わすアイコンが表示されているナビゲーションボタンをクリックすることにより、容易に入力できる機能を有すること。
7	1	17	11	入力ボタンは看護フローとしてパターンとして登録でき、麻酔法・術式に応じた看護フローを自動選択するナビゲーション機能を有すること。
7	1	17	12	看護フローの切り替えと連動して麻酔ガス情報、麻酔薬情報欄の薬剤表示パターンを自動選択する機能を有すること。
7	1	17	13	看護フローの表示画面はマスタメンテナンス機能により容易に変更可能なこと。
7	1	17	14	1画面に表示する時間幅は、1時間・2時間・4時間から選択する機能を有すること。
7	1	17	15	トレンド情報に表示する項目および表示種類・色・マーク等は、手術毎に任意に変更が可能であること。
7	1	17	16	術中看護記録画面には現在時刻位置を表すカーソルが表示される機能を有すること。
7	1	17	17	麻酔法・術式毎に術中クリニカルパスを設定し、各ステージ毎に入力・チェック項目、バランスの有無を登録する機能を有すること。
7	1	17	18	出血量チェック画面でガーゼ種類・枚数・重さおよび吸引情報を入力することにより自動で出血量を計算し、麻酔記録および術中看護記録に連携する機能を有すること。
7	1	17	19	出血時量チェック画面では、少量出血の記録が可能なこと。
7	1	17	20	手術開始時および手術閉創時、手術終了時にガーゼ・器械・針等のカウントチェック情報および担当看護師情報を登録する機能を有すること。
7	1	17	21	シエマ情報は、診療科や分類ごとにパターン登録が可能であり、リストからの選択により一括で展開する機能を有すること。 ドレーンなどの情報を簡易に追記できるテンプレートを有すること。さらに、胃管ドレーンなど、部位が明確なものに関しては、矢印を当該部位に自動で引く機能があること。
7	1	17	22	シエマ情報の下絵を患者毎に任意に変更する機能を有すること。
7	1	17	23	皮膚障害情報は、部位、分類、サイズ、浸透液等の情報を入力する機能を有すること。
7	1	17	24	術後看護情報は、術後回診情報、看護評価情報を入力する機能を有すること。
7	1	17	25	病棟の病院情報システムの端末のWEBブラウザより術後回診情報を入力する機能を有すること。
7	1	17	26	手術申込情報、準備器材情報、術前看護情報をまとめた術前準備帳票を印刷する機能を有すること。
7	1	17	27	術中看護記録帳票を印刷する機能を有すること。
7	1	17	28	術中のガーゼ・針等のカウントチェック内容をまとめたカウントチェック票を印刷する機能を有すること。
7	1	17	29	術後訪問情報、総合評価をまとめた術後看護票を印刷する機能を有すること。
7	1	18		検索機能として、以下の機能を有すること

07_手術・麻酔記録システム				【参考値】空白
項番	項目			206
7	1	18	1	患者属性情報や診療科、術式、麻酔法、使用薬剤、出血量、手術時間、麻酔時間等の検索条件を複数設定し、該当する手術を一覧表示する機能を有すること。
7	1	18	2	検索結果一覧より麻酔記録の各種画面を表示する機能を有すること。
7	1	18	3	検索条件に未入力指定が可能であり、麻酔科管理症例で学会用統計情報が未入力の手術の検索等の入力漏れを検索する機能を有すること。
7	1	18	4	検索結果一覧の内容をファイルに出力する機能を有すること。
7	1	18	5	現行システムのデータを含め検索機能が使用できること。
7	1	19		統計機能として、以下の機能を有すること
7	1	19	1	以下の集計を行い、表示およびファイル出力機能を有すること。 手術室利用状況集計、診療科別手術時間集計、麻酔法・麻酔科医別集計、手術予定時間と実際の手術時間との差分集計など。
7	1	19	2	現行システムのデータを含め統計機能が使用できること。
7	1	20		外部インタフェース機能として、以下の機能を有すること
7	1	20	1	病院情報システムと通信を行う機能を有すること。
7	1	20	2	病院情報システムから以下の情報を受信し、本システムで利用可能な機能を有すること。 手術申込情報 患者プロフィール情報 病名・術式情報 検査結果情報 スタッフマスタ 薬剤マスタ 材料マスタ
7	1	20	3	病院情報システムから、麻酔記録・コスト伝票をPDFの印刷形式でWeb参照できる機能を有すること。
7	1	20	4	生体情報モニタを接続し、心拍数、血圧、体温等のバイタルサイン数値データを受信する機能を有すること。
7	1	20	7	血ガス検査装置からRS232Cにより術中の血ガス検査結果データを受信し麻酔記録に反映する機能を有すること
7	1	30		システム管理機能として、以下の機能を有すること
7	1	30	1	診療科、病棟、スタッフ、薬剤、医療材料等のマスタ保守が可能な機能を有すること。
7	1	30	2	システムのバックアップは、一定時間毎に自動的にバックアップする機能を有すること。
7	1	31		保守に関して、以下の要件を満たすこと
7	1	31	1	静岡県内にサービスセンターを有し、障害発生時には迅速に対応できるサービス体制を有すること。 ハードウェア保守に関しては、センドバック方式ではなく保守担当者が当院に来院して対応を行うこと。
7	1	31	2	障害対策としてリモート保守機能を有し、遠隔操作にて障害の追跡・復旧ができる機能を有すること。
7	1	31	3	導入後1年は無償保守対象とする。導入後2年目からは保守契約（有償）を別途締結し保守継続を行うこと。
7	1	31	4	薬剤マスタのメンテナンスは、リモート保守機能によるベンダーメンテナンスおよびユーザ操作によるメンテナンス機構を有すること。
7	1	31	5	保守契約の範囲内で、薬剤マスタの追加をリモートメンテナンスにて対応できるサービス体制であること。
7	1	31	6	リモートメンテナンスを実施する設備においては、静脈認証または指紋認証によって入室制限がされていること。 また、リモートメンテナンス端末が社内LANとは切り離されており静脈認証（一部IDとパスワード）による認証でログインする仕組みであること。 さらにリモートメンテナンス接続にあたっては、Ipsec+IKEによる通信と暗号化に加えて電子証明書による認証（PKI認証）を行っており、厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」で要求されるセキュリティ条件をクリアしていること。
7	2			心肺記録システムとして以下の機能を有すること
7	2	1		基本要件
7	2	1	1	心肺記録システムは術前患者データ作成、心肺時の記録収集、術後の患者データ管理の機能を有すること。 術前患者データ作成の際の患者情報取得、また術後の患者データ管理に関しては、院内電子カルテシステムと連動する機能を有すること。
7	2	1	2	術前患者データとして患者名前、患者ID、手術施行日、身長、体重、生年月日、術式、病名、CABG 吻合部、術前検査データ、性別、RISK FACTOR、コメント、充填量、OPE 名簿、器材データ等の入力・表示機能を有すること。 上記患者データの内、基本患者情報に関しては院内電子カルテシステムから取得する能を有すること。
7	2	1	3	体外循環記録(心肺時の記録)としてPUMP データ（送血流量、送血圧、温度、体外循環開始等のタイマーイベント）を取得する機能を有すること。 術中の生体情報、採血ガスデータは院内電子カルテシステムと連携することにより取得する機能を有すること。
7	2	1	4	術中の操作、薬剤のイベントを入力できる機能を有すること。
7	2	1	5	心肺時の画面構成として、経過時間表示、バランスデータ表示、イベント関連表示、計測データとして、流量データ、血圧データ、体温データの数値表示とこれらのトレンドグラフ表示機能を有すること。
7	2	1	6	術後の患者データを管理できる機能を有すること。
7	2	1	7	術後の患者データを院内電子カルテシステムと連携することにより、院内電子カルテシステムに登録する機能を有すること。

08_診療表示板システム				【参考値】空白	
項番	項目			54	
8	1		外来診察案内表示システム	仕様担保	
8	1	1	基本仕様	-	
8	1	1	個人情報保護のもと、病院外来診察において、患者氏名を呼ぶ事なく、外来受付番号を液晶モニタへ表示する事により、順番のご案内や診察室への呼び込み案内を、患者へ伝える事が可能なシステムを提供すること。		
8	1	1	2	システムは、「液晶モニタ制御装置」「サーバ」をLAN配線（10/100BASE-T）により構成し、また電子カルテシステムとの連動ができること。	
8	1	1	3	液晶モニタに院内のお知らせや共通事項等の案内表示またはテロップ表示することができること。	
8	1	1	4	各種画面、表示内容は液晶モニタ毎に個別に表示する曜日、時間が設定可能なこと。	
8	1	1	5	各画面の表示間隔は任意（5秒～60秒程度）に設定可能なこと。	
8	1	2	番号表示機能	-	
8	1	2	1	液晶モニタには診察待ち状態の受付番号を複数個表示できること。また、診察中の受付番号を1つ表示できること。	
8	1	2	2	診察室毎に、診察室名称、医師（予約）名称、診療科名称を表示できること。	
8	1	2	3	1画面には複数の診察室の情報を表示できること。	
8	1	2	3	集合表示用画面（大型モニタ）と診察室前用画面（小型モニタ）をそれぞれ表示できること。	
8	1	2	4	番号の他に、「休診対応中」などのコメント表示も診察室毎にできること。	
8	1	3	呼出案内表示機能	-	
8	1	3	1	診察室に案内する番号をポップアップ表示にて表示できること。	
8	1	3	2	番号が表示される際には、点滅鳴動が可能なこと。	
8	1	3	3	番号表示時には同時にチャイム音や音声による案内が可能なこと。	
8	1	4	インフォメーション表示機能	-	
8	1	4	1	インフォメーション画面として静止画像等の表示が可能なこと。	
8	1	4	2	画面下部にテロップメッセージを表示可能なこと。	
8	1	5	コンテンツ編集機能	-	
8	1	5	1	テロップ文字列の編集が可能なこと。	
8	1	5	2	テロップ文字列を100個まで登録可能なこと。	
8	1	5	3	インフォメーション（静止画）としてJPG、PNGファイルの登録が可能なこと。	
8	1	5	4	インフォメーション（静止画）を100個まで登録が可能なこと。	
8	1	6	電源管理機能	-	
8	1	6	1	スケジュールによる電源制御の他、サーバ等からの操作で液晶モニタ制御装置の電源起動/電源終了の操作が可能であること。（※院内LANにてWakeOnLanの実行が許可されている場合）	
8	1	6	2	休日設定機能により、設定された曜日、日付には自動的に電源がONにならないようにできること。	
8	1	7	電子カルテ連動機能	-	
8	1	7	1	電子カルテシステムから患者情報を取得することができること。	
8	1	7	2	電子カルテシステムからステータスの変更された際に、受付（予約）情報を取得することができること。	
8	1	7	3	上記各情報をリアルタイム（もしくはそれに近い状態）で取得できること。	
8	1	8	ハードウェア	-	
8	1	8	1	液晶モニタは、提供されたモニタを利用すること。	
8	1	8	2	同一画面を複数モニタにて分配表示する必要がある場合には、映像分配器を用意すること。	
8	1	8	3	液晶モニター制御用PCは小型でモニタ背面に設置可能なこと。	
8	1	8	4	液晶モニター制御用PCを予備機等含めて50台用意すること。	
8	2		会計番号案内表示システム	-	
8	2	1	基本仕様	-	
8	2	1	1	個人情報保護のもと、病院会計支払い窓口において、患者氏名を呼ぶ事なく、会計待ち番号を会計待ち番号表示モニタへ表示する事により、会計精算が可能な事を、患者へ伝える事が可能なシステムを提供すること。	
8	2	1	2	システムは、「液晶モニタ制御装置」「サーバ」をLAN配線（10/100BASE-T）により構成し、また電子カルテ（医事会計システム）との連動ができること。	
8	2	1	3	液晶モニタに院内のお知らせや共通事項等の案内表示またはテロップ表示することができること。	
8	2	1	4	各種画面、表示内容は液晶モニタ毎に個別に表示する曜日、時間が設定可能なこと。	
8	2	1	5	各画面の表示間隔は任意（5秒～60秒程度）に設定可能なこと。	
8	2	2	番号表示機能	-	
8	2	2	1	液晶モニタに会計精算が可能な連続する番号の最大値と、それ以上の番号で、会計精算が可能な番号も10個まで表示可能なこと。（もしくは、まだ計算が終了していない番号を10個まで表示可能なこと）	
8	2	2	2	番号が更新される際には、点滅鳴動が可能なこと。	
8	2	2	3	番号更新時には同時にチャイム音や音声による案内が可能なこと。	
8	2	3	インフォメーション表示機能	-	
8	2	3	1	インフォメーション画面として静止画像等の表示が可能なこと。	
8	2	3	2	画面下部にテロップメッセージを表示可能なこと。	
8	2	4	コンテンツ編集機能	-	
8	2	4	1	テロップ文字列の編集が可能なこと。	
8	2	4	2	テロップ文字列を100個まで登録可能なこと。	

08_診療表示板システム					【参考値】空白
項番				項目	54
8	2	4	3	インフォメーション（静止画）としてJPG、PNGファイルの登録が可能なこと。	
8	2	4	4	インフォメーション（静止画）を100個まで登録が可能なこと。	
8	2	5		電源管理機能	-
8	2	5	1	スケジュールによる電源制御の他、サーバ等からの操作で液晶モニタ制御装置の電源起動/電源終了の操作が可能であること。（※院内LANにてWakeOnLanの実行が許可されている場合）	
8	2	5	2	休日設定機能により、設定された曜日、日付には自動的に電源がONにならないようにできること。	
8	2	6		受付番号発券・計算終了入力機能	-
8	2	6	1	診察券、もしくは患者IDのバーコード情報を読み取ることにより、会計受付番号票を発行できること。 また、患者IDを手動で入力することも可能なこと。	
8	2	6	2	会計受付票は患者用と職員用の2枚が発券可能なこと。	
8	2	6	3	診察券、もしくは患者IDのバーコード情報を読み取ることにより、計算終了した番号を取得することができること。また、患者ID（もしくは会計受付番号）を手動で入力することも可能なこと。	
8	2	6	4	紛失時を考慮して、受付票の再発行が可能なこと。	
8	2	7		電子カルテ（医事会計システム）連動機能	-
8	2	7	1	電子カルテ（医事会計システム）から患者情報を取得することができること。	
8	2	7	2	電子カルテ（医事会計システム）側が対応している場合には、計算終了情報を取得できること。	
8	2	7	3	上記各情報をリアルタイム（もしくはそれに近い状態）で取得できること。	
8	2	8		ハードウェア	-
8	2	8	1	液晶モニタは、提供されたモニタを利用すること。	
8	2	8	2	同一画面を複数モニタにて分配表示する必要がある場合には、映像分配器を用意すること。	
8	2	8	3	液晶モニター制御用PCを1台用意すること。	

09_再来受付機				【参考値】空白
項番	項目			43
9	1		再診受付機	仕様担保
9	1	1	当院の磁気カード診察券を通し、患者自身が簡単に操作できる機器であること。	
9	1	2	卓上型と自立スタンド型の2種類を用意できること。	
9	1	3	モニタは角度調整ができること。	
9	1	4	モニタは縦向き横向きのどちらでも取り付け可能なこと。またシステム稼働後に取り付けの変更ができること。	
9	1	5	操作方法はタッチパネル方式であること。	
9	1	6	操作案内は画面に案内メッセージを表示するとともに音声による案内を流すことができること。	
9	1	7	診察券の挿入口はランプの点滅にて分かりやすくなっていること。	
9	1	8	当院以外の診察券を使用した場合は、診察券違いのメッセージを画面に表示し、診察券を排出すること。	
9	1	9	診察券の方向を間違えた場合は、診察券の方向違いのメッセージを画面に表示し、診察券を排出すること。	
9	1	10	診察券の磁気テープが読み取れない場合は、磁気テープエラーのメッセージと受付窓口等に誘導する案内メッセージを画面に表示し、診察券を排出すること。	
9	1	11	排出された診察券を取り忘れた場合は、取り忘れのアラーム音を流し、ボリュームが段階的に上がる機能を有すること。	
9	1	12	保険証確認が必要な場合はメッセージを表示し、診察券を排出すること。	
9	1	13	受付拒否設定に登録された患者が診察券を通した場合は、受付窓口への誘導メッセージが表示され、診察券を排出すること。	
9	1	14	予約がある場合は、診察券を挿入後に画面に予約内容が表示されること。	
9	1	15	当日受付ができること。また予約と当日受付を同時にできること。	
9	1	16	診療科選択ボタンは1画面に9科分の表示ができること。また1画面に表示しきれない科は画面の次ページ展開にて表示ができること。	
9	1	17	受診科ボタンは受診可能ボタンと受診不可ボタンで色分けされること。	
9	1	18	音量の調整ができること。	
9	1	19	手動による再診受付機の起動、電源切断ができること。	
9	1	20	受付待機画面に当院で作成したお知らせ画面の表示ができること。	
9	2		窓口用受付システム	-
9	2	1	受付窓口の職員が受付を行うアプリケーションを有すること。	
9	2	2	アプリケーションは医事端末等に相乗り使用が可能であること。	
9	2	3	アプリケーションは複数の端末にインストール可能であること。	
9	2	4	既存の診察券の読み取りが可能な装置を有すること。	
9	2	5	患者IDの直接入力にて受付ができること。	
9	2	6	受付処理は予約、当日受付、初診、強制受付ができること。	
9	2	7	受付拒否設定に登録された患者を受付する場合、拒否設定であることが分かるように画面に表示されること。	
9	2	8	患者ごとに当日受付した受付情報が確認できること。	
9	2	9	共有メッセージが登録出来る掲示板機能を有すること。	
9	3		上位システム連携	-
9	3	1	上位システムと患者属性情報、予約情報の連携ができること。	
9	3	1	1	受付した受付情報を上位システムへ送信できること。
9	4		システム制御	-
9	4	1	患者情報が表示できること。	
9	4	2	当日受付した受付情報の一覧が表示できること。	
9	4	3	当日受付した受付人数の一覧が表示できること。	
9	4	4	特定患者の受付拒否設定ができること。	
9	4	5	下記の運用スケジュールの管理を曜日別、特定日ごとに設定できること。またカレンダー表示機能を有し、カレンダーの日付選択にて特定日の設定確認、編集が可能であること。	
9	4	5	1	各診療科の受付可能な曜日と時間を設定できること。
9	4	5	2	運用スケジュールの設定を変更した場合、設定登録後に即反映されること。
9	4	5	3	診療科ごとに受付期限の設定が可能であること。
9	4	5	4	再診受付機の受付待機画面に表示されるお知らせ画面の設定ができること。
9	4	6	毎日指定した時間にデータバックを取得すること。バックアップ完了後は自動的にアプリケーションが起動すること。	
9	4	7	バックアップ完了後、指定した曜日はサーバ再起動を行うこと。	
9	4	8	既存の受付システム用制御サーバの継続使用ができること。	

10_院内メールサーバ_20240105修正版				【参考値】空白
項番	項目			31
10	1		メールサーバ	仕様担保
10	1	1	前提条件	-
10	1	1	1 当院の院内医療ネットワーク内で完結するイントラネット利用が可能であること。	
10	1	1	2 当院が利用しているグループウェア「Garoon5 イン트라ネット版」の必要機能と連動して利用可能であること。	
10	1	2	迷惑メールなどの排除、保留、リレーの防止	-
10	1	2	1 各ユーザの指定により、特定のアドレス/ドメインからのメールをユーザアカウント毎に拒否することができること。	
10	1	2	2 Per-User Filter機能を使うことで、利用者の同意を得ずに広告、宣伝又は勧誘等を目的とした電子メールを送りつけてくる迷惑メールの防止ができること。	
10	1	2	3 SideLine機能を使うことで、メール配信を一時的に保留にすることができること。	
10	1	2	4 サーバ管理者の指定により、特定のホストからの接続および指定した送信元からのメールを察知し、不要なメールの配信処理を一時保留にすることを可能にする機能を有すること。	
10	1	2	5 SMTPリレー防止制御は、サーバ管理者の指定により、当該メールサーバソフトウェアを経由するメッセージのリレーを行うユーザあるいはシステムを制御することができること。	
10	1	3	認証連携	-
10	1	3	1 SMTP認証、POP3、IMAP4のユーザ認証において、Active Directoryに対応すること。	
10	1	3	2 Active Directory認証に対応することにより、パスワード管理をActive Directoryで一元管理することが可能なこと。	
10	1	3	3 SMTP認証、POP3、IMAP4のユーザ認証において、メールサーバソフトウェアで動作するLDAPサーバに対応すること。	
10	1	3	4 SMTP認証や、未知のアカウント宛でのメール受信拒否がLDAPを用い、リモートで利用することが可能なこと。ただし、Active DirectoryとメールサーバソフトウェアのLDAPサーバを用いた場合、APOP認証はサポートされなくてもよい。	
10	1	4	(削除)	-
10	1	4	1 (削除)	-
10	1	5	メーリングリスト機能	-
10	1	5	1 メールサーバソフトウェア内蔵のリストマネージャにより、メールグループ用の膨大な数のメーリングリストの迅速な作成と簡単な管理が可能なこと。	
10	1	6	WebMail機能	-
10	1	6	1 メールサーバソフトウェア付属のSSL対応WebMailサーバにより、インターネット/イントラネットに接続されたマシンから、各種ブラウザを使用して、安全にメールが使用できること。	
10	1	6	2 専用のメールクライアントソフトを必要とせず、クライアントのマシン環境が変わってもメールクライアントなどの設定を変更することなく使用できること。	
10	1	7	対応OS	-
10	1	7	1 Post.Office v4.4J 対応OS であること。 例) Windows Server 2022、Windows Server 2019、Windows Server 2016、Windows Server 2012 R2、Windows Server 2012、Windows Server 2008 R2	
10	1	8	over SSL対応	-
10	1	8	1 メールサーバソフトウェアがサービスしている以下の通信プロトコルについて、SSL/TLS対応であること。	
10	1	8	2 SMTP受信 SMTP over SSLとしてSMTPSに対応(SMTP拡張コマンド「STARTTLS」にも対応)	
10	1	8	3 POP3 POP3 over SSLとしてPOP3Sに対応	
10	1	8	4 IMAP4 IMAP4 over SSLとしてIMAP4Sに対応	
10	1	8	5 HTTP HTTPSに対応(Post.Office管理画面のアクセス)	
10	1	9	SPF (Sender Policy Framework) 認証	-
10	1	9	1 SPFによる送信元ドメイン認証機能を用いることで、正規のメールサーバから送信されているメールかどうかを判定することができること。 例) GmailやHotmail、Yahoo!等のフリーメールのアドレスを用いた差出人メールアドレスを偽装した迷惑メールの攻撃の対策。	
10	1	9	2 送信元のチェックには、DNSにSPFレコードの対応が行われているドメインである必要があるが、メールサーバソフトウェアでは、SPF認証を行うドメインを設定することができ、SPFレコードの対応が進んでいるフリーメール等のドメインを設定することで、効率良くチェックすることが可能なこと。	
10	1	10	OP25B対応	-
10	1	10	1 OP25B (Outbound Port 25 Blocking) に対応するためメッセージ・サブミッション・エージェントの設定ができること。	
10	1	10	2 メールサーバソフトウェア登録ユーザは、利用しているメールクライアントのメール送信サーバの設定にSMTPサービスの25番ポートではなく、サブミッション・ポートとして例えば587番を指定することが可能なこと。(送信する際は、SMTP認証を用いる)	
10	1	10	3 メールサーバソフトウェア登録ユーザは、メールクライアントが外部のOP25B対策をしているISPに接続していても、自社のメールサーバソフトウェアサーバを送信サーバとして指定することができること。	
10	1	11	LDAP認証機能の強化 (組織的に階層化されたドメインへの対応)	-
10	1	11	1 アカウント毎に設定していたLDAP認証の設定(ホスト、ポート番号、LDAP識別名)を、メールサーバソフトウェアの機能である「参照LDAPサーバの設定」にて設定されている内容で認証を行うことができること。	
10	1	11	2 アカウント毎に設定する必要があったLDAP識別名を設定することなく認証が可能であること。 例) LDAPサーバ上で組織的に階層化されているドメインの場合は、ユーザの組織移動によるLDAP識別名の変更に対しても、メールサーバソフトウェアに登録したアカウントデータを変更せず柔軟に対応することが可能となる。	
10	1	12	メールアーカイブ・サーバ転送機能	-
10	1	12	1 メールサーバソフトウェアに登録されたユーザ宛に配信されたメールを、指定したMTA機能を持つメールアーカイブ・サーバ、もしくはメールサーバソフトウェアを含む通常のメールサーバに転送することができること(転送にはSMTPを利用)。	
10	1	12	2 メールアーカイブソリューション製品に対応することが可能であること。	
10	1	12	3 通常用、バックアップ用の2台構成のメールサーバを利用したデザスタ・リカバリ・ソリューションにも対応できるようになること。	

10_院内メールサーバ_20240105修正版				【参考値】 空白
項番			項目	31
10	1	13	ActiveDirectory ユーザプリンシパル名 (UPN) 対応	-
10	1	13	1 アカウント毎に設定する「認証方式」のActiveDirectory認証において、ドメインとユーザプリンシパル名 (UPN) を別々に設定できること。	
10	1	13	2 追加されたUPNサフィックスを持つユーザ名を指定できるようになること。	

11_統合診療支援システム				【参考値】空白
項番	項目			156
11	1		統合診療支援システム	仕様担保
11	1	1	基本機能	-
11	1	1	1 統合診療支援システム（以下、本システム）は、電子カルテシステム、放射線部門システム、生理部門システム、病理部門システムを一元的に管理し、時系列をはじめとする各種の参照方法を有するシステムであること。	
11	1	1	2 本システムで管理する画像・レポートを対象に患者単位で、タイムライン表示、サムネイル表示、レイアウト表示、検査リスト表示、入院患者時系列表示の表示機能を有すること。	
11	1	1	3 表示機能から、さらに詳細にデータ内容を確認する為のデータ参照機能を有すること。	
11	1	1	4 電子カルテシステムと連携し、患者基本属性等の取得ができる機能を有すること。また、電子カルテからの起動の際、患者IDや利用者IDの受け渡しを行い、シングルサインオンができる機能を有すること。	
11	1	1	5 診療科または利用者個人設定で表示可能な画像・レポートの組み合わせを登録できる機能を有すること。	
11	1	1	6 将来的に他システムや検査機器との接続が検討された際は、病院及び担当ベンダーとも協議の上、接続を可能とすること。またその際の費用は別途協議するものとする。	
11	1	2	電子カルテシステム連携機能	-
11	1	2	1 電子カルテシステムとの患者基本情報の連携機能を有すること。	
11	1	2	2 電子カルテシステムとの利用者情報の連携機能を有すること。	
11	1	2	3 電子カルテシステムとの職種情報の連携機能を有すること。	
11	1	2	4 電子カルテシステムとの検体検査結果の連携機能を有すること。	
11	1	3	部門システム連携機能	-
11	1	3	1 医用画像管理システム（PACS）と検査情報を連携し、オーダ番号等検査指定にて画像参照ビューアを起動する機能を有すること。	
11	1	3	2 放射線レポートシステムと連携し、オーダ番号等検査指定にてレポート参照ビューアを起動する機能を有すること。	
11	1	3	3 生理検査部門システムと検査情報を連携し、オーダ番号等検査指定にて検査結果及びレポート参照ビューアを起動する機能を有すること。	
11	1	3	4 病理検査システムと検査情報を連携し、オーダ番号等検査指定にてレポート参照ビューアを起動する機能を有すること。	
11	1	4	タイムライン表示機能	-
11	1	4	1 タイムライン機能では横軸に時間軸、縦軸に検体検査、画像・レポートをマトリックス形式で配置することで時系列に診療データの発生状況を俯瞰、参照できる機能を有すること。	
11	1	4	2 タイムラインの時間軸は、カレンダー日付単位、画像・レポート存在する日付単位、履歴単位（最新、1回前、2回前、等）の表示切替機能を有すること。	
11	1	4	3 画像・レポートの発生分布を月毎にグラフ化して表示するタイムラインバー機能を有すること。	
11	1	4	4 電子カルテシステムとの連携により取得した検体検査結果データを時系列に表示する機能を有すること。	
11	1	4	5 検体検査結果データは指定検査項目を折れ線グラフで表示する機能を有すること。	
11	1	4	6 指定の検体検査結果データ項目を選択する事により、該当日付の全検査結果を参照できる機能を有すること。	
11	1	4	7 マトリックス上に「画像」及び「レポ」（レポート）ボタンを表示し、ボタン選択により、該当情報を拡大表示できる機能を有すること。	
11	1	4	8 マトリックス上の文書名を選択する事により、該当文書の内容を詳細表示できる機能を有すること。	
11	1	4	9 マトリックス上の画像・レポートを複数選択し、比較表示ができる機能を有すること。	
11	1	5	サムネイル表示機能	-
11	1	5	1 システムで管理するデータ（画像・レポート）を対象として、患者単位に、その患者と関連するデータ（画像・レポート）を一覧表示する機能を有すること。	
11	1	5	2 一覧表示では、データ単位、データ発生日単位、データ種別単位で分類・並び替えができる機能を有すること。	
11	1	5	3 一覧表示の際、データの種別が識別できるよう、サムネイル形式で表示する機能を有すること。またサムネイルの大きさは、スライダーにて自由に拡大・縮小ができる機能を有すること。	
11	1	5	4 サムネイルをダブルクリックして指定する事により、指定したデータを拡大表示できる機能を有すること。	
11	1	5	5 サムネイル表示された画像・レポートを複数選択し、比較表示ができる機能を有すること。	
11	1	5	6 一覧表示されるデータを、検査種別で絞り込む機能を有すること。	
11	1	6	検査リスト表示機能	-
11	1	6	1 画像・レポートをリスト表示できる機能を有すること。	
11	1	6	2 日付、未読、種別、履歴、診療科、入外、詳細、レポートの有無の各条件を設定し、リストを絞り込み表示できる機能を有すること。	
11	1	6	3 シリーズの一覧を表示できる機能を有すること。	
11	1	6	4 検査リストにサムネイルの一覧を表示できる機能を有すること。	
11	1	6	5 同一オーダの検査や文書が存在する場合、それらに関連付けて表示する機能を有すること。	
11	1	6	6 複数の異なる検査種別などの組み合わせをセット登録し、セット選択することでリストデータを絞り込み表示できる機能を有すること。また、絞り込み表示を行うとサムネイル表示機能も絞り込まれる機能を有すること。	
11	1	6	7 リストの表示、非表示を切り替えることができる機能を有すること。	
11	1	7	レイアウト表示機能	-
11	1	7	1 様々な診療プロセスの場面毎（例えば、入院時、術前、術後、退院時、外来フォロー等）に、複数の画像・レポート・電子カルテ連携情報の組み合わせをレイアウト表示機能にてセット登録し、当該場面に必要な情報を迅速に参照できる機能を有すること。	
11	1	7	2 複数の画像・レポート、及び電子カルテ連携情報を表示する枠を、2×1、2×2、4×4などの均等分割の他、2×3などの不均等分割も含めて自由に配置でき、同時に複数のデータ種別や複数の過去データとの比較表示が容易にできるレイアウト表示機能を有すること。	
11	1	7	3 レイアウト表示機能は、レイアウトセット名称を付与して利用者別、診療科別に設定可能な機能を有すること。	
11	1	7	4 レイアウト表示機能は、レイアウト別に複数のタブに表示できる機能を有すること。	
11	1	7	5 利用者毎に起動する際に表示されるデフォルトのレイアウトを、システムの既定値とは別に指定することができること。	
11	1	7	6 電子カルテシステムや部門システムからレイアウト指定で該当のレイアウト表示機能呼び出す機能を有すること。	
11	1	8	入院患者時系列参照機能	-

11_統合診療支援システム				【参考値】空白
項番		項目		156
11	1	8	1	患者の入院期間単位に、横軸に時間軸、縦軸に画像・レポート、及び電子カルテ連携情報を時系列で配置し、診療データの発生状況を俯瞰、参照できる機能を有すること。
11	1	8	2	時間軸は、入院期間とそれ以外の期間で、異なるスケールで表示することができ、入院期間中は、全ての日付をカレンダー通りに表示できる機能を有すること。
11	1	8	3	入院期間外の時間軸は、種別毎のデータ件数を表示するサマリ表示のモードと、データのある日付を全て表示するモードを切り替えて表示できる機能を有すること。
11	1	8	4	表示対象とする入院期間を切り替えることができる機能を有すること。
11	1	8	5	最新、前回、前々回の入院期間については、1クリックで呼び出すことができる機能を有すること。
11	1	8	6	時間軸に入院開始からの経過日数を表示できる機能を有すること。
11	1	8	7	入院期間中に手術が行われた場合、時間軸に手術日を表示できる機能を有すること。
11	1	8	8	手術が行われた日は、他の日付に対して強調して表示を行うことができる機能を有すること。
11	1	8	9	時間軸に手術までの日数もしくは手術からの経過日数を表示できる機能を有すること。
11	1	8	10	外来受診を行った場合、時間軸に外来受診を表示できる機能を有すること。
11	1	8	11	本システム連携データ種として、以下のデータを取り扱うことができる機能を有すること。
11	1	8	12	・カルテ記事
11	1	8	13	・検体検査
11	1	8	14	・処方
11	1	8	15	・注射
11	1	8	16	本システム連携データは、分類の下に詳細種別を持ち、分類毎に展開/非展開を切り替えることができること。
11	1	8	17	表示対象の本システム連携データおよびその並び順については、プリセットを作成し切り替えることができること。
11	1	8	18	プリセットは、医師毎、診療科毎に、それぞれ複数作成することができること。
11	1	8	19	診療科情報を持つデータの場合、自科のデータのみ絞り込んで表示することができること。
11	1	8	20	同日、同じ種別に複数のデータがある場合、データの個数を表示することができること。
11	1	8	21	同じセルに複数のデータがある場合、それぞれのデータをリストに表示することができること。
11	1	8	22	検査にレポートが付属する場合、画像とレポートそれぞれのアイコンを表示することができること。
11	1	8	23	画像、レポートの既読/未読状態を表示することができること。
11	1	8	24	マトリクスにて選択したデータを、画面を切り替えることなく、同じ画面内のデータ表示エリアに展開して表示することができること。
11	1	8	25	データ表示エリアに表示中のデータがある状態で再度マトリクスでデータを選択した場合、表示中のデータを置き換えて表示することも、新しいデータを追加して表示することもできること。
11	1	8	26	マトリクスで複数のデータを選択して、同時にデータ表示エリアに展開して表示することができること。
11	1	8	27	日付を選択して、その日のデータ全てを表示エリアに展開して表示することができること。
11	1	8	28	データ種を選択して、そのデータ種のデータを表示エリアに展開して表示することができること。
11	1	9		データ参照機能
11	1	9	1	画像等のデータの種別に関わらず、任意のデータを画面上に自由に並べて表示し、過去データや他検査との比較を容易に行える機能を有すること。
11	1	9	2	自由に並べたレイアウト情報（配置場所・データ種別・データ種別ごとの履歴）を、データの検索条件として保存する機能を有すること。
11	1	9	3	レイアウト情報の保存は、利用者・診療科・院内共通から公開範囲を選択できる機能を有すること。 また、公開範囲は権限により選択できる範囲を制限する機能を有すること。
11	1	9	4	保存したレイアウト情報を呼び出し、簡単な操作で該当するデータを瞬時に表示する機能を有すること。
11	1	9	5	レイアウト保存機能を用いて画面上に並べた文書や画像データを、配置したレイアウト情報とセットにして、患者単位で保持する機能を有すること。
11	1	9	6	レイアウト保存機能で保持した患者単位のデータ表示状態を再現する機能を有すること。
11	1	10		タグ付け機能
11	1	10	1	画像・レポート・文書にタグ付けを行う機能を有すること。また、その際タグを付けた利用者や、その利用者の診療科の情報も付加し、テキストによるコメントも入力できる機能を有すること。
11	1	10	2	利用者自身や利用者と同一の診療科のスタッフが、タグ付けた画像・レポート・文書だけを簡単な操作で絞り込み表示する機能を有すること。
11	1	11		既読管理・基本機能
11	1	11	1	部門システム連携機能にて連携される放射線レポート及び病理レポート等を既読管理の対象とできる機能を有すること。
11	1	11	2	医用画像管理システム（PACS）の検査画像を、既読管理の対象にできる機能を有すること。
11	1	11	3	タイムライン表示機能に既読対象データの未読状態をアイコン表示できる機能を有すること。
11	1	11	4	レポートが未作成の画像検査も表示し、レポートがないことを利用者が把握できる機能を有すること。
11	1	11	5	未読状態は、検査依頼医師自身が依頼した検査とそれ以外の検査を区別してアイコン表示できる機能を有すること。
11	1	11	6	他科が依頼した検査の未読状態を自科の検査と区別してアイコン表示できる機能を有すること。
11	1	11	7	部門システム連携機能にて連携されるレポートシステムより、重要フラグを受け取り、重要レポートとして登録できる機能を有すること。
11	1	11	8	重要レポートの場合、重要フラグのない通常レポートとは区別して未読状態をアイコン表示できる機能を有すること。
11	1	11	9	既読後にレポートの改版が行われた場合は、未読の改版レポートとしてアイコン表示できる機能を有すること。
11	1	12		既読管理・通知機能
11	1	12	1	電子カルテシステムの利用者ログイン完了時に未読データがある場合、本システムのボタン操作することなく、利用者へポップアップ画面にて通知できる機能を有すること。
11	1	12	2	重要レポートが到着した場合、検査依頼医師にリアルタイムで通知できる機能を有すること。その場合、本システムを起動している状態でなくとも、通知を受信できる機能を有すること。

11 統合診療支援システム				【参考値】空白
項番	項目			156
11	1	12	3	通知画面から、直接対象レポートを表示できる機能を有すること。
11	1	12	4	通知画面から、未読レポートの一覧を表示できる機能を有すること。
11	1	12	5	電子カルテシステムにログオンしていない時に通知が送信された場合は、次回電子カルテのログオン完了時に、未表示の通知が全て表示できる機能を有すること。
11	1	12	6	未読の通知を行う場合、対象レポート確定後7日間など、一定期間経過しても未読の状態であるデータのみをまとめて通知できる機能を有すること。期間については、施設の運用に合わせて変更できる機能を有すること。
11	1	12	7	過去に通知された通知メッセージ履歴一覧を表示できる機能を有すること。
11	1	12	8	電子カルテシステムにて対応が可能な場合、患者カルテ起動時に該当患者のレポート未読状態を通知できる機能を有すること。
11	1	12	9	操作者が再通知日を指定することで、患者来院等に合わせ、通知の再通知ができる機能を有すること。
11	1	13		既読管理・既読操作機能
11	1	13	1	操作者の職種により、既読操作者を制限できる機能を有すること。
11	1	13	2	操作者の職種により、既読状態表示対象者を制限できる機能を有すること。
11	1	13	3	未読レポートの既読宣言を利用者が行う場合、能動的操作にて既読にできる機能を有すること。
11	1	13	4	既読後のレポートを、利用者の操作で未読に戻すことができる機能を有すること。ただし、未読に戻すことができるのは、自身が既読にしたレポートであること。
11	1	13	5	レポート参照時に既読操作を行うことなく、自動的に既読にできる機能を有すること。
11	1	13	6	レポートの確認を行った結果を、既読コメントとして登録できる機能を有すること。
11	1	13	7	検査依頼医師自身でレポートを作成した場合は、該当レポートを自動的に既読にできる機能を有すること。
11	1	13	8	研修医が既読操作を行った場合、それだけでそのレポートが既読として登録されず、その研修医の指導医が既読操作を行うことで、既読として登録できる機能を有すること。
11	1	13	9	研修医が既読操作を行った場合、その研修医の指導医に対して通知を送信できる機能を有すること。その際、研修医に対するコメントを表示できる機能を有すること。
11	1	13	10	検査依頼医師自身の既読操作時に、主治医など他医師への既読依頼ができる機能を有すること。その場合、依頼された医師に通知を行うことができ、既読依頼コメントを表示できる機能を有すること。
11	1	13	11	レポート参照画面を閉じる際、レポートを既読として閉じるか、未読のまま閉じるかを選択する機能を有すること。
11	1	14		既読管理・既読ワークリスト機能
11	1	14	1	既読管理対象のデータを検索してリストに表示することができる既読ワークリスト機能を有すること。検索条件として、データの種別、未読/既読状態、作成日、作成日からの日数、検査種、患者ID、患者名、検査日、レポート作成者、既読者、既読日時などの条件を指定できる機能を有すること。
11	1	14	2	よく使う検索条件（利用者自身の依頼のみ、自科のみ、自科未読14日超え、全科未読14日超え、等）については、検索プリセットとして保存し、検索プリセットメニューから検索できる機能を有すること。
11	1	14	3	既読ワークリスト機能の検索結果として、検査種、重要フラグ、レポート版数、依頼科、依頼医、未読/既読状態、既読操作者、既読時刻、既読コメントを一覧表示できる機能を有すること。
11	1	14	4	既読ワークリストから指定のレポートを参照できる機能を有すること。
11	1	14	5	管理者権限にて既読ワークリストの内容をCSV出力できる機能を有すること。
11	1	14	6	レポートに複数の既読対象者が設定されている場合、それぞれの既読対象者毎の未読/既読状態や、既読にした操作者の操作者名、既読時刻を表示できる機能を有すること。
11	1	14	7	複数のレポートを選択して、既読対象者を一括で変更できる機能を有すること。
11	1	14	8	対象のレポートに既読対象者が複数設定されており、またその未読/既読状態が未読の場合、その既読対象者の削除ができる機能を有すること。
11	1	14	9	対象のレポートに、既読対象者を追加する機能を有すること。その際、追加する既読対象者に対するコメントを登録できる機能を有すること。
11	1	14	10	既読対象者の追加・変更・削除を行うことができる利用者は、管理者もしくはそのレポートを依頼した医師に制限できる機能を有すること。
11	1	14	11	管理者権限にて、対象レポートの既読状態を変更できる機能を有すること。既読状態を変更する際に、変更理由などを合わせて登録できる機能を有すること。
11	1	15		既読管理・既読監査機能
11	1	15	1	レポート既読後に適切な診療行為が行われているか否かのカルテ監査を行うための既読監査機能を有すること。
11	1	15	2	既読監査機能では、監査対象レポートの検索及び対象レポートのリスト表示機能を有すること。
11	1	15	3	既読監査機能では、未読/既読レポート一覧にて選択したレポートに合わせて、該当患者の電子カルテシステム連携情報（カルテ記事、病名等）を同じ画面上にレイアウト配置し、必要な情報のみを見やすく設定できる機能を有すること。
11	1	15	4	既読監査機能において、カルテ記事などの診療情報は選択した検査の検査日以降のデータに絞り込む機能を有すること。
11	1	15	5	既読監査結果ステータス（未対応、対応済、連絡済、等）をメニューから選択入力できる機能を有すること。また、ステータスは複数定義することができ、管理者が任意に選択できる機能を有すること。
11	2			サーバ機器
11	2	1		DBサーバ 1式
11	2	1	1	DBサーバは、統合診療支援システムを稼動できるようにサーバラックに収容して設置し、かつ以下の要件を満たすこと。
11	2	1	2	プロセッサは Intel Xeon Silver 4208 [2.1-3.2GHz 8C16T 11MB 85W]相当以上、主記憶容量は48GB以上であること。
11	2	1	3	RAID5をサポートすること。
11	2	1	4	実効容量が9TB以上であること。
11	2	1	5	ネットワークは、1000BASE-Tに対応したインタフェース（2ポート以上）有すること。
11	2	1	6	RDXメディアに対応したバックアップ装置を有すること。
11	2	1	7	8倍速 SATA DVD+/-RW ドライブを有すること。
11	2	1	8	コンソールは、17インチディスプレイ、日本語キーボード、8ポートスイッチボックスを有すること。
11	2	1	9	冗長化電源ユニットを有すること。
11	2	1	10	電源異常時、シャットダウンまで電源供給可能な無停電電源装置を装備すること。
11	2	1	11	停電検出時に安全にシャットダウンを行えること。また、リモート端末からUPSの状態を管理可能なこと。

11_統合診療支援システム				【参考値】空白
項番			項目	156
11	2	1	12 OSはWindows Server(R) IoT 2019 Standard相当以上の機能を有すると判断されること。	
11	2	1	13 バックアップソフトウェアとしてBACKUP EXEC21 SERVER相当の機能を有すること。	
11	2	2	統合インターフェースサーバ 1式	-
11	2	2	1 統合インターフェースサーバは、HIS連携機能が稼働できるよう、サーバラックに収容して設置し、かつ以下の要件を満たすこと。	
11	2	2	2 プロセッサはIntel Xeon E-2334 [3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W]相当以上、主記憶容量は16GB以上であること。	
11	2	2	3 内蔵システムディスクは、RAID5をサポートし、実効容量3TB以上であること。	
11	2	2	4 ネットワークは、1000BASE-Tに対応したインターフェース(2ポート以上)有すること。	
11	2	2	5 8倍速 SATA DVD+/-RW ドライブを有すること。	
11	2	2	6 冗長化電源ユニットを有すること。	
11	2	2	7 電源異常時、シャットダウンまで電源供給可能な無停電電源装置を装備すること。	
11	2	2	8 無停電電源装置と接続するポートを有すること。	
11	2	2	9 停電検出時に安全にシャットダウンを行えること。また、リモート端末からUPSの状態を管理可能なこと。	
11	2	2	10 OSはWindows Server(R) IoT 2019 Standard相当以上の機能を有すると判断されること。	
11	2	3	部門連携インターフェースサーバ 1式	-
11	2	3	1 部門連携インターフェースサーバは、部門システム連携機能が稼働できるよう、サーバラックに収容して設置し、かつ以下の要件を満たすこと。	
11	2	3	2 プロセッサは Intel Xeon E-2334 [3.4-4.8GHz 4C8T 8MB 65W]相当以上、主記憶容量は16GB以上であること。	
11	2	3	3 内蔵システムディスクは以下の要件を満たすこと。	
11	2	3	4 RAID1をサポートすること。	
11	2	3	5 実効容量が270GB以上であること。	
11	2	3	6 ネットワークは、1000BASE-Tに対応したインターフェース(2ポート以上)有すること。	
11	2	3	7 8倍速 SATA DVD+/-RW ドライブを有すること。	
11	2	3	8 冗長化電源ユニットを有すること。	
11	2	3	9 電源異常時、シャットダウンまで電源供給可能な無停電電源装置を装備すること。	
11	2	3	10 停電検出時に安全にシャットダウンを行えること。また、リモート端末からUPSの状態を管理可能なこと。	
11	2	3	11 OSはWindows Server(R) IoT 2019 Standard相当以上の機能を有すると判断されること。	

12_ME機器管理システム				【参考値】空白
項番	項目			77
12	1		機器仕様	仕様担保
12	1	1	OS	-
12	1	1	WindowsVista、Windows 8・10・11で動作可能なこと。	
12	1	2	アプリケーション	-
12	1	2	MicrosoftAccess2010以降の製品及びランタイム版で動作可能であること。	
12	1	3	ハード	-
12	1	3	上記OSが稼動可能なパソコンで起動すること。	
12	1	4	ディスプレイ	-
12	1	4	1920×1080以上の解像度に対応すること	
12	1	4	2 タッチパネルを使用する場合は、タッチパネル機能を有するディスプレイに対応すること。	
12	1	5	プリンター	-
12	1	5	1 上記OS対応のプリンターであること、又はバーコード印刷が可能であること。	
12	1	6	ネットワーク	-
12	1	6	1 有線又は無線による運用が可能であること。	
12	1	6	2 無線LAN IEEE802.11b/g/n準拠。	
12	1	7	バーコードリーダー	-
12	1	7	1 上記OSで対応機能を有すること。	
12	1	8	スキャナ	-
12	1	8	1 上記OSで対応機能を有すること。	
12	1	9	バーコードプリンター	-
12	1	9	1 上記OSで使用可能であること。バーコードが印刷可能な機能を有すること。	
12	2		ソフト仕様	-
12	2	1	マスタメンテナンス	-
12	2	1	1 システム内で使用するマスタのメンテナンスを行う事ができること。	
12	2	1	2 マスタとして登録されている情報を一覧表として印刷、またはエクセル形式、テキスト形式で出力が可能であること。	
12	2	1	3 マスタのメンテナンスを行う権限を、ユーザーにより制限ができること。	
12	2	2	機器の登録	-
12	2	2	1 機器についての情報の、メンテナンスを行うことができること。	
12	2	2	2 登録されている機器についての情報を印刷、またはエクセル形式、テキスト形式で出力が可能であること。	
12	2	2	3 バーコードの作成が可能なこと。	
12	2	2	4 機器の写真等の情報を表示することが可能なこと。	
12	2	2	5 マニュアル、操作説明書、添付文章等のデータを機器ごとに保存ができ、閲覧が行えること。	
12	2	3	修理履歴管理	-
12	2	3	1 機器の修理履歴、詳細の保存が可能なこと。	
12	2	3	2 修理情報のレポートの印刷が可能であること。	
12	2	3	3 修理報告書、写真データ等の保存ができ、閲覧が行えること。	
12	2	3	4 修理履歴の閲覧が可能なこと。	
12	2	3	5 修理履歴を一覧表として印刷が可能なこと。	
12	2	4	点検履歴管理	-
12	2	4	1 機器の点検履歴、詳細の保存が可能なこと。	
12	2	4	2 点検情報のレポートの印刷が可能であること。	
12	2	4	3 点検報告書、写真データ等の保存ができ、閲覧が行えること。	
12	2	4	4 点検履歴の閲覧が可能なこと。	
12	2	4	5 点検履歴を一覧表として印刷が可能なこと。	
12	2	4	6 機器の設定情報、使用患者等の情報の保存、閲覧が可能なこと。	
12	2	5	イベント管理	-
12	2	5	1 業務として発生するイベントの情報を登録する機能を有すること。	
12	2	5	2 業務として発生するイベントのレポートの印刷が可能であること。	
12	2	5	3 報告書、写真データ等の保存ができ、閲覧が行えること。	
12	2	5	4 業務として発生するイベント履歴の閲覧が可能なこと。	
12	2	5	5 業務として発生するイベント履歴を一覧表として印刷が可能なこと。	
12	2	5	6 機器の設定情報、使用患者等の情報の保存、閲覧が可能なこと。	
12	2	5	7 研修会内容や履歴管理が可能で、職員マスターから参加者の把握と管理が可能であること。	
12	2	6	貸出返却処理	-
12	2	6	1 機器の貸出、返却時の情報を登録する機能を有すること。	
12	2	6	2 機器の貸出、返却処理にバーコード、タッチパネルでの使用が可能であること。	
12	2	6	3 機器の貸出、返却情報の一覧を画面に表示することが可能なこと。	
12	2	6	4 機器の貸出、返却情報の一覧を印刷することが可能なこと。	
12	2	7	機器稼動状況管理	-
12	2	7	1 現在の機器の稼動部署、日数の情報管理が可能なこと。	
12	2	7	2 機器の使用部署が変わった際、使用部署の変更が可能な機能を有すること。	
12	2	7	3 機器を使用する患者情報、設定情報の管理が可能なこと。	
12	2	7	4 機器の使用状況の一覧を画面に表示することが可能なこと。	

12_ME機器管理システム					【参考値】空白
項番	項目				77
12	2	7	5	機器の使用状況の一覧を印刷することが可能なこと。	
12	2	7	6	患者情報は電子カルテよりデータの取得が可能なこと。	
12	2	8		機器点検予定管理	-
12	2	8	1	機器の点検予定管理機能を有すること。	
12	2	8	2	年または月ごとに予定を表示することが可能なこと。	
12	2	8	3	予定情報は、メイン画面上に予定日になった場合または予定日を過ぎても点検を行っていない場合は表示を行うこと。	
12	2	8	4	点検予定の一覧を印刷することが可能なこと。	
12	2	8	5	点検の実施日、予定日の一覧を印刷することが可能なこと。	
12	2	9		メッセージ機能	-
12	2	9	1	LAN環境で運用する際、PC間でメッセージ送信が可能であること。	
12	2	10		インフォメーション	-
12	2	10	1	機能機器の貸出日数が規定日数（設定可能）を過ぎた場合、画面に貸出部署を表示する機能を有すること。	
12	2	1		経費管理機能	-
12	2	1	1	点検、修理情報に保存された部品代等の費用、数量が集計できる機能を有すること。	
12	2	1	2	経費の一覧を印刷することが可能なこと。	
12	2	2		携帯PC機能	-
12	2	2	1	タブレットPC、ノートパソコン等で必要なデータを移行し、ネットワーク外での運用が可能であること。	
12	2	2	2	ネットワーク外での作業後にデータの移行が可能であること。	
12	2	3		クライアント数	-
12	2	3	1	電子カルテ端末への全台配信が可能であること。	
12	2	3	2	各クライアントで仕様にあるすべての機能が運用可能であること。	
12	2	4		電子カルテ連携	-
12	2	4	1	電子カルテとの連携実績を有すること。	
12	2	5		物品管理機能	-
12	2	5	1	登録されている消耗品等の在庫、使用数量の管理が出来る機能を有すること。	
12	2	5	2	定数管理を行い、定数に満たない物品については自動発注処理が可能なこと。	
12	2	5	3	物品の入庫処理が可能なこと。	
12	2	5	4	物品の出庫処理が可能なこと。	
12	2	5	5	発注処理が可能なこと。また発注書の印刷が可能なこと。	
12	2	5	6	入庫・出庫の一覧が閲覧及び印刷が可能なこと。	
12	2	5	7	発注の一覧が閲覧及び印刷が可能なこと。	
12	2	5	8	在庫状況の閲覧が可能であり、在庫数の訂正が可能であること。	
12	2	5	9	在庫情報を印刷、またはエクセル形式、テキスト形式で出力が可能であること。	
12	3			オプション	-
12	3	1		ベースメーカー管理機能	-
12	3	1	1	患者情報管理が可能なこと。	
12	3	1	2	ベースメーカー埋込み点検履歴管理が可能なこと。	
12	3	1	3	ベースメーカー埋込み履歴管理が可能なこと。	
12	3	1	4	電子カルテとの連携実績を有すること。	
12	4			セキュリティ	-
12	4	1		起動時	-
12	4	1	1	データベース起動時に、ユーザーIDとパスワードにより起動可能であること。	
12	4	1	2	ユーザー管理ユーザーごとに権限を設定でき、権限ごとに使用できる機能を制限する事が可能であること。	
12	5			保守	-
12	5	1		無償保守期間	-
12	5	1	1	購入後、12ヶ月間無償トラブル対応であること。	