

仕様書

- 1.業務名 飯塚市立病院電子カルテシステム等開発業務委託
- 2.履行場所 飯塚市 弁分 地内
- 3.履行期間 契約締結の日の翌日から令和6年10月31日まで
- 4.業務概要 既存の電子カルテシステム等が耐用年数を経過しているため更新を行うもの。
- 5.業務内容 別記「電子カルテシステム等特記仕様書」による。
- 6.支払方法 業務完了後、受注者からの正当な請求書に基づき30日以内に支払うものとする。
- 7.その他
 - (1) 受注者は、当該業務で知り得た情報については守秘義務を負う。
 - (2) 業務上知り得た個人情報については、別記「個人情報取扱特記事項」により取り扱うこと。
 - (3) 本仕様書に定めのない事項又は疑義が生じたときは、双方協議のうえ定めるものとする。

飯塚市立病院 電子カルテシステム等開発業務委託
特記仕様書

目 次

| | | | |
|-------------|------|-------------|------|
| 基本要件 | P2 | | |
| 電子カルテシステム | P11 | 物品管理システム | P111 |
| 看護支援システム | P62 | 検体検査システム | P113 |
| 資源配布・管理システム | P67 | 眼科部門システム | P132 |
| 医事会計システム | P70 | 給食部門システム | P137 |
| 手術部門システム | P78 | 細菌検査システム | P141 |
| リハビリ部門システム | P82 | 放射線画像情報システム | P147 |
| 輸血部門システム | P86 | 調剤システム | P154 |
| 放射線部門システム | P90 | | |
| 生理部門システム | P94 | | |
| 内視鏡部門システム | P97 | | |
| 病理部門システム | P100 | | |
| 診察券発行システム | P103 | | |
| 再来受付システム | P105 | | |
| ハードウェア | P108 | | |

I. 仕様書概要説明

1. 病院概要

1.1 病院概要

- (1) 所在地:福岡県飯塚市弁分633-1
- (2) 病床 :一般250床(内 回復期リハビリテーション病床 50床/地域包括ケア病床 50床)
- (3) 外来 :460人/日(平均)
- (4) 診療科:内科・脳神経内科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・呼吸器外科・乳腺外科・泌尿器科・眼科・耳鼻いんこう科・皮膚科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・救急科

2. 背景及び目的

2.1 発注者は、以下の目的で病院総合情報システムを導入する。

- (1) 既存のシステムを更新することによる業務の効率化の継続
- (2) 診療記録の共有化による患者を中心としたチーム医療の実現

3. 電子カルテシステム化の基本方針

3.1 電子カルテシステム化の基本方針

- (1) 関係法令等を遵守していること。

電子カルテのインフラを実現する為に、厚生労働省平成11年4月22日付け健政発第517号等通知「法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に関するガイドライン」に対応可能なシステムであること。

- (2) 標準的なシステムであること。

デファクトスタンダード(de facto standard:業界標準)を目指したシステム
チーム医療、ネットワーク型医療を推進する為に、データ交換に関する標準化技術を積極的に採用した、最先端かつ標準的なシステムであること。

- (3) 信頼性を有したシステムであること。

システムのノンストップ・ノーダウン運用を実現するとともに、患者プライバシー保護に配慮した高度なセキュリティ機能を提供できるシステムであること。

- (4) メンテナンスの容易なシステムであること。

短期安定稼働とシステム稼働後の維持費用の逡減を図る為に、高品質で稼働実績を有したパッケージソフトウェアの適用をベースにシステムを構築すること。

- (5) 利用者の操作性の高いシステムであること。

診療情報をより簡単に、よりスピーディに入力する為に、テンプレートやシェーマ等の簡易入力ツールを提供すること。

3. 2電子カルテシステム構築の基本方針

(1) ペーパーレス、フィルムレスの運用に基づくシステム

電子カルテを核として、患者を中心に発生する診療情報を発生源で捉え関連部署とシームレスに連携することで、必要な情報を必要な時に活用できるような、ペーパーレス、フィルムレス運用を前提とした診療支援環境を実現できること。

(2) デファクトスタンダードによるシステム

システムで扱うデータ・プロトコル、各種OS、データベースは国際標準、業界標準を積極的に採用すること。

(3) 必要十分なセキュリティ機能を搭載するシステム

必要十分なセキュリティ機能を搭載することを条件に、将来的には、外部ネットワークを通じて、異なる医療施設間でも患者診療情報を交換できるように、今回導入するシステムにおいてXML形式によるデータ出力が可能なこと。

(4) 作業能率の向上を実現する水準を有するシステム

全ての端末は、ネットワークに接続されるものとし、入出力業務の応答速度は、病院業務を円滑に遂行し、かつその作業能率の向上を実現する水準を有するもので、ピーク時においても基本的に3秒以内を目標に支障がないようにすること。

(5) 発生源データ入力に基づくシステム

システムは、各部署より発生源で入力されたデータを各サーバで管理すると同時に必要な部署の端末及び各システムで即時対応が可能であること。

(6) 操作性の簡便化を図るシステム

端末入出力操作を容易にするため、操作画面及び操作説明等のヘルプ機能をウィンドウ形式または同等以上の最新のGUI機能(Graphical User Interface:グラフィカルユーザインターフェース)で提供すること。

(7) 24時間運用のシステム形態について

システムの処理形態は、クライアントサーバによる分散処理を全面的に採用し、24時間運用の院内情報サービスを実現し、日次、月次処理においても支障を来さないような構成を採用すること。

(8) システム化の対象業務及び実施時期について

システム化対象業務及び実施時期は、新システムの初期計画の段階で各担当者と十分な協議を行って決定することとし、受注者は病院の運用及び要望に対して、柔軟に、かつ迅速・的確に対応できること。

(9) 稼働に向けた操作実習等の実施について

委託契約の履行期間中に並行して操作実習等を十分実施し、運用開始時に円滑な実運用に移行できること。

(10) マスタ設定について

各システムのデータベースのマスタ等は、各クライアントで設定できること。

(11) データベースについて

データベースはRDB(relational database:リレーショナルデータベース)を採用して、診療情報の効率的な格納と利用を実現し、カルテ情報は常時5年以上保持できること。

(12) 情報の保持期間について

各システム単位に必要となる情報の保持期間に関しては、原則5年とするが、詳細については別途協議の上で決定し即時対応可能な状態で保持すること。

(13) 医事受付の周辺機器について

診察券発行機をネットワーク接続すること。

(14) ネットワークについて

各種ネットワーク、その他院内のシステムとのオンライン情報交換が可能であること。但し、その際のセキュリティには十分に配慮すること。

(15) 障害発生時について

故障や停電等の障害発生時においても、全病院業務の遂行に支障を及ぼす影響は最小限で、復旧時の保守管理操作が容易なシステムであること。

(16) データのバックアップについて

- ① データのバックアップは自動で行うことができること。
- ② 障害時等にはバックアップ時点までデータの回復が可能なこと。
- ③ データベースについては、障害発生直前の同期点(コミットポイント)まで回復が可能なこと。

(17) サーバについて

- ① 電子カルテのサーバは二重化し、かつ障害時には自動切替により24時間稼働に耐え得るシステムであること。
- ② サーバのディスク装置に関しては、全てディスクアレイ方式(disk array:データの分散記録)によりディスク障害による業務の停止を防止できること。

(18) クライアントについて

汎用性と安全性を考慮し、電子カルテのクライアントはWindows同等以上の仕様であること。

(19) セキュリティ管理について

セキュリティ管理のため、業務開始時にオペレータIDとパスワード入力により端末利用者の資格チェックが可能なこと。

(20) システムの更新について

将来において、システム化の対象業務の増加、診療形態の変更の際、原則としてシステムを停止することなく、システムの追加・更新及びハードウェアの更新が容易に行えるシステムであること。

3. 3その他の条件

(1) 開発体制について

システム設計・開発にあたっては、院内全部門にわたる業務に精通した経験豊富なSE体制を編成し、開発スケジュールと開発スタッフの経歴を明記した担当要員の配置予定表を提示すること。

- ① 開発要員は、本システムの設計・開発に必要な知識、技術と実務経験を持ち、本システムの効率的な開発に貢献できること。
- ② 開発作業全体の指揮命令とプロジェクト管理を行うプロジェクト・リーダーを1名置くこと。
- ③ 本システムの開発が完了し安定稼働するまでの間、プロジェクト・リーダーは専任とし、死亡・退職等やむを得ない場合を除き、変更できないものとする。
- ④ なお、プロジェクトリーダーは、プロジェクト管理に係る公的な資格もしくは、それと同等の知識・経験及び医療情報技師の資格を有すること。

(2) 開発作業について

- ① 実際の開発作業にあたっては、発注者と事前に打合せのうえ開発作業を進めること。
- ② 開発計画の対象業務の遂行に必要な全ての業務ソフトウェア(アプリケーションプログラム)は、受注者の負担によって提出すること。

(3) 開発管理について

- ① 契約締結から2週間以内に、作業項目と役割分担、工数、納入物作成・レビュー・納入スケジュール、品質管理目標・手法、進捗管理手法、開発体制・開発場所、マスタースケジュール等を取り纏め、プロジェクト計画書として提出すること。
- ② プロジェクト管理にあたっては、EVMを活用するなどして、定量的な管理を行うこと。
- ③ 開発プロジェクトを遅滞なく進行させるため、毎月1回以上の進捗管理会議(仮称)を開催すること。
- ④ その他、開発管理に必要な会議体を設定し、運営すること。
- ⑤ 進捗管理会議(仮称)において、受注者は進捗報告書、詳細スケジュール表及び課題管理表等を提出すること。
- ⑥ 会議終了後は、速やかに議事録を作成し提出すること。併せて、関係者に配布すること。
- ⑦ 進捗管理の具体的な手法や技法について、提案書に明記すること。
- ⑧ テスト開始に先立ち、テスト計画書を作成し承認を得ること。
- ⑨ テストケース数やバグ摘出数等の品質管理目標を設定し、定量的な品質管理を行い、経過を報告すること。
- ⑩ 開発管理の具体的方法については、別途協議の上、決定すること。

(4) 導入に関する留意事項

ソフトウェアの導入においては、Microsoft社のOpen License等の、ボリュームライセンス形態で導入すること。

3. 4導入対象システム

- (1) 電子カルテシステム(オーダーリング)
- (2) 看護支援システム
- (3) 資源配布・管理システム
- (4) 医事会計システム
- (5) 手術部門システム
- (6) リハビリ部門システム
- (7) 輸血部門システム
- (8) 放射線部門システム

- (9) 生理部門システム
- (10) 内視鏡部門システム
- (11) 病理部門システム
- (12) 診察券発行システム
- (13) 再来受付システム
- (14) 物品管理システム
- (15) 検体検査システム
- (16) 眼科部門システム
- (17) 給食部門システム
- (18) 細菌検査システム
- (19) 放射線画像情報システム
- (20) 調剤システム

3.5 電子カルテシステム構築要件

飯塚市立病院 電子カルテシステムは、次の設計コンセプトに基づいて構築すること。

(1) 電子カルテシステム

「電子カルテシステム」は診療端末／電子カルテサーバシステムに加えて、病院内の各部門業務を支援するシステムを導入し、それぞれが相互に必要な情報を交換することとする。

(2) 電子カルテシステムサーバ

- ① 診療情報を格納する電子カルテサーバシステムでは、所見／オーダ情報などの文字テキスト情報はもとより医用画像情報などマルチメディア情報が格納できるものとする。
- ② 不慮のシステム停止に伴う診療業務の中断を防止する為、ハードウェア構成の2重化を行い、一方を運用系、もう一方を待機系とし、運用系がハードウェア障害等で停止した場合には、自動的に待機系に切り替わるような方式とする。

(3) データのバックアップ運用

システムの不慮の停止時において、データベースが破壊される可能性はゼロではないので、毎日のデータバックアップ運用が必要となるが、バックアップ処理中についても電子カルテサービスの中断を伴わないようなシステム方式を採用する。

(4) 真正性の確保

「電子カルテシステム」では、厚生労働省の通達にあるとおり、診療記録としての真正性を保証する必要があり、そのためには過去データの改ざん防止策が必須となる。従って、「電子カルテシステム」では、過去データの改ざん防止策として以下の方策を実施すること。

- ① 過去データを含めて、「電子カルテシステム」に入力された診療記録を修正／削除する場合、修正／削除前の情報も保存し、どのような変更が加えられたかを画面上で判別可能とすること。
- ② 「電子カルテシステム」への入力を行った場合には、その入力者が判別できるよう、アクセス記録を保持すること。
- ③ 医師以外の職員が所見情報や処方オーダを入力できないように職能ごとの利用権限設定を行うこと。
- ④ 閲覧者のアクセス記録を保持すること。

3. 6システム上の重要度と信頼性対策

(1) サーバ

電子カルテのサーバを2重化すること。

(2) バックアップタイミング

バックアップタイミングは、日次処理とすること。

4. システム全体概要

4. 1システムの導入目的

- (1) 患者サービスの向上
- (2) 医療の質の向上
- (3) 業務の効率化及び簡素化の推進
- (4) 安全管理の向上
- (5) 経営管理への貢献

4. 2電子カルテシステム稼働時期

令和6年11月1日

5. 物品名及び構成内訳

病院総合情報システム 一式

(構成内訳)

5. 1ハードウェア

(1) サーバ 各一式

- ・電子カルテシステムサーバ
- ・看護支援システムサーバ(電子カルテシステムは同一サーバで稼働すること)
- ・医事会計システムサーバ(電子カルテシステムと同一サーバで稼働すること)
- ・物品管理システムサーバ
- ・検体検査システムサーバ
- ・眼科部門システムサーバ
- ・給食部門システムサーバ
- ・細菌検査システムサーバ

・放射線画像情報システムサーバ

・調剤システムサーバ

※上記サーバについては、電子カルテ端末で代用可とする。ただし、その場合は問題なく動作可能なスペックの端末とする。

(2) 周辺機器

・周辺機器の必要台数については、別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」を参照すること。なお、その仕様については各仕様書に於いて確認すること。

5. 2ソフトウェア 一式

・電子カルテシステム

・オーダーリングシステム(看護ワークシート、患者スケジュール、経過表(検温板)の看護機能も標準で含むこと)

・看護支援システム

・資源配布・管理システム

・医事会計システム

・手術部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・リハビリ部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・輸血部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・放射線部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・生理部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・内視鏡部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・病理部門システム(電子カルテの機能で対応可能であれば、専用システムの見積不要)

・診察券発行システム

・再来受付システム

・物品管理システム

・検体検査システム

・眼科部門システム

・給食部門システム

・細菌検査システム

・放射線画像情報システム

・調剤システム

5. 3その他(既存システム側作業は今回対象外とする)

物品搬入、機器据付、調整を含む。尚、電源工事、空調設備は当院で準備する。

5. 4データ移行

既設電子カルテシステム、及び医事会計システムより、下記のデータ移行を行うこと。

- ・患者基本情報 新電子カルテへ移行(全患者)
- ・患者保険情報 新電子カルテへ移行(全患者)
- ・外来来院歴 新電子カルテへ移行(全患者)
- ・個人病名 新電子カルテへ移行(全患者)
- ・患者プロフィール(薬剤禁忌、食物禁忌、身長、体重、死亡年月日) 新電子カルテへ移行(全患者)
- ・処方オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:互換移行)
- ・放射線オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・生理検査オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・内視鏡オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・検体検査オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:互換移行、未来分:互換移行)
- ・細菌検査オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・外来注射オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・入院注射オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・手術オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・輸血オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・移動オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・食事オーダー 新電子カルテへ移行(過去1年分:参照移行、未来分:事前入力)
- ・再診予約オーダー 新電子カルテへ移行(未来分:互換移行)
- ・カルテ記載 新電子カルテへ移行(過去5年分:参照移行)※イメージデータは移行対象外
- ・サマリ 新電子カルテへ移行(過去5年分:参照移行)
- ・文書作成(Word、Excel) 新電子カルテへ移行(過去5年分:参照移行)
- ・検査結果(検体検査、細菌検査) 新電子カルテへ移行(参照移行、移行年数は別途検討)

※互換移行とは複写・修正が可能となるよう移行することを意味する。参照移行とは参照のみで複写・修正が不可となるよう移行することを意味する。

6. 技術的要件の概要

- (1) 本件調達に係る性能、機能及び技術等(以下「性能等」という。)の要求要件(以下「技術的要件」という。)は、「Ⅱ. 調達物品に備えるべき技術的要件」に示すとおりである。

7. 金額範囲

- (1) 対象システムの導入に必要な全てのハード、OS、ミドルウェア、業務ソフトウェア(アプリケーションプログラム)、操作教育は、受注者の負担によって提供すること。
- (2) 既に導入されているシステムとの連携費用及び追加費用は受注者の負担によって提供すること。

8. その他

8. 1 技術仕様書に係る留意事項

- (1) 機器・ソフトウェア(パッケージを含む)は、納入時点で原則として製品化されていること。納入時点で製品化されていない場合には、技術的要件を満たすことの証明及び納入期限までに製品化され納入できることを保証する資料を提出すること。これらは、全て書面により提出すること。
- (2) 納入するシステムのうち、履行期間終了までにバージョンアップが予想されるハードウェア又はソフトウェアがある場合、その予定時期等を説明し、納入については発注者と協議の上、合意のもとで対応すること。

8. 2 導入に関する留意事項

- (1) 導入スケジュールについては、発注者と十分協議し、導入にあたっては通常業務への影響を最小限に留め、病院業務に混乱を起こす事の無いよう、かつ発注者の負荷が著しく増大することのないようにすること。
- (2) 端末装置の配線、接続に伴う工事が発生する場合は、発注者と協議し、合意のもとで対応すること。

Ⅱ. 調達物品に備えるべき技術的要件

業務ソフトウェアに関し、以下の業務仕様を満たすこと

1. 電子カルテシステム

1.1 電子カルテ(看護支援含む)システム機能要件

1. 利用者認証機能

1.1 利用者ID認証

システムを利用する際、利用者ID及びパスワードチェックについて、下記の項目でチェックを行い、利用者を認証できること。

- (1) 利用者IDの存在チェック
- (2) 利用者パスワードの照合チェック
- (3) 利用者パスワードの有効期限チェック、開始日チェック

1.2 利用者変更

- (1) 利用者を変更してログインする際にも、利用者IDの存在チェック／利用者パスワードの照合チェック／利用者パスワードの有効期限チェックができること。

1.3 システムの初期画面について以下の機能を有すること。

- (1) 掲示板機能を持ち、院内情報を表示できること。
- (2) システム終了ボタンを有し、システムの終了ができること。

2. 患者選択機能

患者を選択する画面はあらゆる状況を考慮し、受付患者一覧(外来)、予約患者一覧(外来、部門)、カナ患者検索(入外共通)、病棟患者一覧(入院:文字列表示)、病棟患者マップ(入院:イメージ表示)、救急患者一覧より患者を選択できること。
受付状態など条件を検索条件として利用者ごとに保存できること。

2.1 受付患者一覧

- (1) 受付日、診療科、医師名、予約の有無、受付状態等による患者一覧の表示ができること。
- (2) 受付患者一覧の内容は初診(再診の場合は表示なし)、受付番号、予約時間、受付時間、患者ID、患者氏名、性別、年齢、入外、診療科、受付状態、経過時間、当日検査結果到着状態、予約時コメント、新患再来区分等を表示できること。
- (3) 受付一覧印刷ができること。
- (4) 受付一覧からの患者カルテ表示ができること。

- (5) 受付状態の変更ができること。
- (6) カードリーダー入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
- (7) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
- (8) 患者基本スケジュール印刷ができること。
- (9) 予約票印刷ができること。
- (10) 検索条件の保存、削除ができること。
- (11) 受付患者一覧は、表示項目毎に昇順降順での表示ができること(受付番号順、受付時間順など)。
- (12) 一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
- (13) 診察状態には、未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、診察終了、診察一時中断、会計済といったステータスを表示できること。
- (14) 検査結果到着がわかるように、記号にて依頼、一部実施、全部実施、結果到着といった進捗状況を表示できること。
- (15) 一覧からカルテを選択できること。
- (16) 保険情報の変更ができること。
- (17) 一覧からカルテを開くことなく検査歴を参照できること。

2.2 予約一覧

- (1) 予約日、診療科(または検査グループ)、医師名(または検査予約枠名)による患者一覧の表示ができること。
- (2) 予約一覧印刷ができること。
- (3) 一覧からの患者カルテ表示ができること。
- (4) カードリーダー入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
- (5) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
- (6) 検索条件の保存、削除ができること。
- (7) 予約患者一覧は、表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順、予約時間順など)。
- (8) 一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
- (9) 同時に検索する条件として予約の種別を複数指定できること。

2.3 カナ患者検索

- (1) カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日による患者検索及び患者一覧の表示ができること。
- (2) カナ氏名、漢字氏名の前方一致、部分一致による検索ができること。
- (3) 検索条件の該当患者一覧表示内容は患者ID、患者カナ氏名、患者氏名、性別、生年月日、年齢、電話番号を有すること。
- (4) 検索条件の該当患者一覧からの患者を選択し、カルテ選択ができること。
- (5) カードリーダー入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
- (6) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
- (7) 最近の移動情報を表示でき、現在の入院病棟及び最近の退院情報を参照できること。

2.4 病棟患者一覧

- (1) 病棟、診療科、主治医、担当医、受持看護師による患者一覧の表示ができること。
- (2) 日付を変更することで過去日及び未来日時点の病棟患者一覧を表示することができること。
- (3) 病棟患者一覧表示内容は病棟、病室、診療科、患者ID、患者氏名、性別、年齢、主治医、担当医、受持看護師を有すること。
- (4) 病棟患者一覧印刷ができること。
- (5) 病棟患者一覧からのカルテ選択ができること。
- (6) カードリーダー入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
- (7) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
- (8) 病棟患者一覧に在院日数を表示できること。
- (9) 病棟患者一覧は、表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順、病室順など)。
- (10) 一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
- (11) 病棟患者一覧から経過表連携できること。

2.5 病棟マップ(入院:イメージ表示)

- (1) 病棟指定により患者を病棟イメージ図に表示ができること。
- (2) 患者をマウスにより選択することで患者基本情報が表示できること(患者ID、患者カナ氏名、患者氏名、年齢、生年月日、性別、診療科、入院日、在院日数、主治医、担当医、受持看護師、入院目的など)。

- (3) 病室単位に男性/女性、混合、感染症の色分け表示ができること。
- (4) 画面のリフレッシュ(データのリフレッシュ)を自動か手動か選択できること。
- (5) 患者マップ、入院予約、空床ベッドの表示ができること。
- (6) 病室タイプごとの空床検索ができること。
- (7) 患者のパス適応状態が表示できること。
- (8) ベッド重複使用時の予備ベッド表示ができること。

2.6 救急患者一覧

- (1) 救急受付を行った患者を一覧表示できること。
- (2) 一覧表示内容は受付日、受付番号、受付時間、終了時間、患者ID、患者氏名、診療科、診察状態、当日検査結果到着状態、トリアージ区分、来院方法、転帰区分等を有すること。
- (3) 一覧印刷ができること。
- (4) 一覧からの患者カルテ表示ができること。
- (5) カードリーダ入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
- (6) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
- (7) 救急患者一覧は、表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順、来院区分順、トリアージなど)。
- (8) 救急患者一覧より、受付状態、トリアージの登録ができること。
- (9) 救急患者一覧より、受付情報の変更、削除ができること。
- (10) 本日の救急患者だけでなく、前日の救急患者も表示できること。
- (11) 患者基本スケジュール印刷ができること。

2.7 患者モード選択

患者を選択しカルテ画面を表示する際にあらゆる状況を考慮し、下記の機能を有すること。

- (1) 患者様のカルテを開き記載する前に患者IDや氏名が表示され、カルテ取り違いを防止する機能を有すること。
- (2) 他の端末で当該患者のカルテが使用中の場合、端末ID、使用中の利用者/連絡先を表示できること。
- (3) カルテの閲覧履歴を表示できること。
- (4) 患者に対するメッセージが存在する場合、下部にメッセージを表示して注意を促すことができること。
- (5) 複数受付レコードがあるとき、対象レコードを選択することができること。

- (6) 呼出元(各患者一覧)によるデフォルト入外、診療科、病棟設定ができること。
- (7) カルテ取り違いを防止するために同姓同名患者を一覧で表示し、カルテを開く前に患者を識別できること。
- (8) 患者にアレルギーがある場合、それを警告するメッセージを表示すること。

3. カルテ基本

安全性向上の観点から、電子カルテにおいて、患者名を表示しているウィンドウが表示されていること。またそのウィンドウには患者氏名のほか、基本情報・注意事項(アレルギー・感染症情報、等)が表示できること。

3.1 編集機能

- (1) SOAP表記によるカルテ入力・表示ができること。
- (2) フリー入力によるカルテ記載ができること。
- (3) 記載日、記載者(職制、氏名)、診療科、病棟、保険、版数の表示ができること。
- (4) 代行入力した場合、代行者と責任者の表記が明記されていること。
- (5) 入外、記載日、診療科、病棟、保険の変更ができること。
※記載日については、事後でカルテ記載を行う場合に可能。
- (6) 診療支援ツール(テンプレート、シェーマ等)の起動、情報貼付、表示等ができること。
- (7) 各オーダツール(処方、検査など)の起動、情報貼付、表示ができること。
- (8) コピー&ペーストができること。
- (9) 文字の修飾(拡大・色付け・太字など)が1行単位だけでなく、1文字単位でも可能なこと。
- (10) シェーマ選択時にプレビュー表示ができること。
- (11) 貼り付けられたシェーマとコメントの縮小拡大表示ができること。
- (12) オーダ、テンプレート等の縮小表示ができること。
- (13) テンプレート作成は紙の問診票の様に選択肢や数字入力欄、自由記入欄などを自由にレイアウトすることができること。
- (14) プログレスノート、看護記録、栄養指導記録、レポート記録など種類を分けて登録できること。
- (15) エディタに展開したオーダの項目削除を行うことができること。また、削除項目にオーダとして不整合がある場合は、チェックをかけられること。
- (16) 利用者情報(ID、氏名、前回ログイン情報など)の表示ができること。
- (17) 利用者情報(パスワード、画面展開情報など)の変更・設定ができること。
- (18) 開いている患者カルテの情報(患者氏名、性別、年齢、入外、病棟、モード)が常に表示できること。
- (19) 5名以上同時にカルテが開けること。

- (20) 専用ツールにおける選択画面を介さずに利用者がよく利用する院内文書、テンプレート、シエーマ、セットを直接起動できること。
- (21) 病院共通の任意のセット項目は、利用者ならびに管理者が業務や職種に応じて自由に選択することができること。
また、選択した任意のセット項目は一括で自分のお気に入りとして反映されること。

3.2 指示歴(カルテ歴)

過去カルテを表示する領域に関し、下記の機能を有すること。

- (1) 改竄を防止するために、指示歴は版数管理ができること。
 - a 日付…作成日、実施(予定)日、更新日
 - b 対象文書…全て、カルテのみ、オーダーのみ、処方のみ、検査のみ等
 - c 診療科…各診療科ごと
 - d 病棟…各病棟ごと
- (2) 表示文書毎に記載日、記載者(職制、氏名)、診療科、病棟、更新日、更新者、版数の表示ができること。
- (3) 最新版のみの表示、及び全版数の表示切り替えができること。
- (4) 情報の縮小表示(伝票名のみなど)、拡大表示(入力された情報すべて)ができること。
- (5) 文書状態(未実施、実施済)の表示ができること。
- (6) 依頼オーダーの実施済の内容が表示できること。
- (7) 修正したい情報を右クリックすることで、記載内容の修正ツール起動ができること。
- (8) エディタへのコピーができること。
- (9) ロック前の指示修正、削除と改版が自由にできること。
- (10) カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。
- (11) 付箋を表示・追加・削除できること。

3.3 ナビゲータ

- (1) 診療録の履歴は、患者に対して診療記録や看護記録の記載があった日付のツリーを表示できること。
日付選択により、当該カルテが参照できること。
- (2) 利用者自身が記載した内容のみ絞り込みができること。
- (3) 検索条件に職種を指定して職種別に記載した内容の絞り込みができること。
- (4) 診療録のツリー履歴を表示する際に、オーダー情報だけでなく、所見などのカルテ記載がある場合は、アイコン表示すること。
- (5) 対象の付箋を修正・削除できること。

3.4 付箋機能

- (1) 重要な情報をすぐに検索できるように、カルテには付箋の貼り付けができること。
- (2) 付箋は複数色を利用者が任意に選択でき、貼り付けができること。
- (3) 貼り付けた付箋は、当該付箋を設定した利用者のみが修正、削除できること。
- (4) 貼り付けた付箋は、院内すべての医療従事者が検索、参照できること。

3.5 付箋一覧

- (1) 過去に貼付されていた付箋について、不必要なものについては権限を有する利用者によって削除できること。

3.6 患者情報

- (1) 患者基本情報(患者プロフィールの抜粋)の表示ができること。漢字・カナ氏名、性別、年齢、生年月日、身長、体重、アレルギー有無、感染症情報、住所、電話番号、紹介元などについては常に表示されていること。
- (2) 保険情報の表示ができること。
- (3) 身長・体重・アレルギー情報・障害情報・年齢の表示ができること。
- (4) 受診歴、入院歴の表示ができること。また、受診歴、入院歴から該当日付のカルテを表示できること。
- (5) 患者様の写真を取り込み、表示できること。
- (6) 患者に同姓同名情報があった場合、アイコンによって警告表示できること。また、アイコンから同姓同名患者を一覧で表示し、患者を識別できること。

3.7 患者プロフィール

- (1) 患者基本情報(詳細)の表示・入力ができること。
- (2) 生活情報(飲酒歴、喫煙歴など)の表示・入力ができること。
- (3) アレルギー情報(薬剤アレルギー、食物アレルギー等)の表示・入力ができること。入力された情報が各種オーダー時に、アレルギーチェックがかかるように連携されること。
- (4) 既往情報(既往歴、手術歴、薬歴、輸血歴等)の表示・入力ができること。
- (5) 紹介先、紹介元、かかりつけ医、かかりつけ薬局の表示・入力ができること。
- (6) 医事会計システムで登録された、生年月日、住所、緊急連絡先などを表示できること。
- (7) 家族構成情報の表示・入力ができること。
- (8) 家族構成情報を元に家系図の表示ができること。

- (9) 当該患者の情報と関連した関連患者番号の登録ができること。(家族など)
- (10) テンプレート入力や同意書作成などで記載する患者氏名や生年月日は患者基本情報として登録されているものを自動連携すること。また、アレルギー情報は各種オーダツールなどで利用できること。

3.8 病名ツール

- (1) 登録済病名の表示(科別、入外別、転帰状態別)ができること。
- (2) 登録済病名の転帰区分・転帰日・レセプト終了年月が入力できること。
- (3) 登録済病名の転帰、未転帰などの検索条件をつけて、検索できること。
- (4) カルテへの病名貼り付けができること。
- (5) 医師頻用病名の随時登録ができること。
- (6) MEDIS標準病名マスタを反映(更新)できること。
- (7) 主病名・守秘病名チェックができること。また、守秘病名は病名を隠した状態で表示できること。
- (8) ICD10コードを表示及び検索ができること。
- (9) 個人病名データの真正性を保証するため、病名一覧画面にて削除病名の表示および更新履歴参照ができること。

3.9 スクリーンセーバー

- (1) 情報の漏洩を鑑み、離席時に画面上の情報が見られないようにスクリーンセーバーをかけ、使用中の端末にロックをかけられること。また、スクリーンセーバーが表示された後、一定時間を経過すると自動的にログアウト処理またはシステムの強制終了されること。
- (2) スクリーンセーバー起動時には、現在の利用者が使用している旨がわかるような表示がされること。
- (3) スクリーンセーバーの解除については、ID/パスワードによる認証対応可能なこと。

4. 予約

4.1 再診予約

- (1) 予約枠(診療科、Dr)の指定による予約日時と時間の指定ができること。
- (2) 患者の予約状況表示ができること。
- (3) 予約枠に対する予約患者一覧の表示(日別)ができること。
- (4) 週数(1週後、2週後…)指定によるジャンプ機能を有すること。
- (5) フリーコメントが入力できること。
- (6) 再診予約オーダ登録時に予約票を出力できること。

4.2 予約機能

- (1) 患者の予約状況表示ができること。
- (2) 予約枠に対する予約患者一覧の表示(日別)ができること。
- (3) 週数(直近、1週後、2週後、1ヶ月後、半年後、1年後など)指定によるジャンプ機能を有すること。
- (4) 複数枠の同時参照(予約枠グループ単位)及び時間指定ができること。
- (5) 複数日の連続取得(曜日、間隔、回数)ができること。
- (6) 日未定の予約ができること。
- (7) 他の検査予約の空き状況を確認しながら、予約オーダーの入力ができること。

4.3 他科依頼

- (1) 依頼内容の入力がフリー入力で入力ができること。
- (2) 他科に対して診察依頼が可能なこと。
- (3) 他科の診察依頼に対して返信が可能なこと。

5. チェック

5.1 共通チェック

- (1) 同一日に院内・院外処方が混在していないかチェックできること。
- (2) 禁忌投与チェックができること。
- (3) 院外/院内不可薬品チェックができること。
- (4) 不均等総和量チェックができること。
- (5) 粉碎チェックができること。
- (6) 同一薬剤チェックができること。
- (7) 同効薬剤チェックができること。
- (8) 相互作用チェックができること。
- (9) 感染症・アレルギーチェック(患者プロファイル)ができること。
- (10) 保険非適用薬品のチェックができること。
- (11) 病名必須チェックができること。
- (12) 保険有効期限チェックができること。
- (13) 指示する注射薬品に対して手技の必須チェックができること。

- (14) 混在不可薬品がないかチェックできること。
- (15) 移動日時重複チェックができること。
- (16) 退院許可日より以降に未実施オーダがないかチェックできること。
- (17) 予約の日時が重複していないかチェックできること。
- (18) 指示できる権限があるかチェックできること。
- (19) 各指示の締切り時間チェックができること。

6. 処方・注射

6.1 処方オーダ(外来院外・外来院内・入院定期・入院臨時・実施済・退院・持参薬)ができること。

- (1) 薬品選択は、科ごとに頻用薬画面からの選択、薬品名の頭文字(カナ・アルファベット)3文字以上の検索ができること。
- (2) 用法選択(科別の頻用選択、用法検索)ができること。用法は内服、外用、頓服、回数、時間、粉碎、混合などの選択・入力ができること。
- (3) コメント選択(マスタ選択、フリー入力)ができること。
- (4) 過去処方の複写機能を有すること。
- (5) 前回処方を検索し、今回のエディタ上へ貼り付けができること。
- (6) 薬剤、用法、用量を入力した後でも、院内、院外、定期等の伝票選択ができること。
- (7) スプレッド上での一覧表示及び各項目の選択機能を有すること。
- (8) 処方箋印刷ができること。オーダ発行時に薬袋印字機、自動調剤分包機にデータが送信できること。
- (9) 各種チェック(用法と使用量の適合、粉碎可否、併用禁忌、アレルギー、極量、常用量、院外・院内の限定、他科オーダを含む重複等)ができること。
- (10) 服用日数チェックができること。
- (11) 処方に麻薬が含まれている場合に、麻薬施用者チェックができること。
- (12) 定期処方に関して定期処方日チェックができること。
- (13) 特定患者使用薬をチェックできること。
- (14) 過去の処方オーダから複写することができること。また、処方歴のオーダ内容を複写することができること。
- (15) 処方オーダ画面に患者の過去処方を表示し、複写することで今回の処方オーダとして登録できること。その際、患者過去処方は全科の処方を表示でき、外来・入院共に表示することができること。
- (16) 処方オーダの複写や伝票の切り替えを行った際に、YJコードをもとに、成分・規格一致、成分・剤形一致、成分一致、薬効一致を判断し、薬品変更を行えること。
- (17) 薬品アレルギー情報を表示することができること。
- (18) セット処方(約束処方)を展開できること。

- (19) 一包化処方指定ができること。
- (20) 服用開始日を自動展開ができること。
- (21) 服用開始日を変更できること。
- (22) 投与日数を一括変更できること。
- (23) 複数RPの入力ができること。
- (24) DI連携による薬効別検索ができること。
- (25) 警告を促す為に、麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬等項目コード単位での色指定ができること。
- (26) キーボードを使わずにマウスのみで薬品検索が行えるよう、バーチャルキーボード機能を有すること。
- (27) 院外処方箋出力時に、オーダ番号の出力ができること。
- (28) 院外処方箋出力時に、版数の印字ができること。
- (29) 院外処方箋出力時に、身長、体重、体表面積、検査情報の印字ができること。
- (30) 科別頻用薬の選択ができること。
- (31) 処方オーダ画面で患者の身長、体重を変更したときは患者プロフィール(基本情報)と連携すること。
- (32) 選択した薬品の内服、外用などの区分によって自動的に適した頻用用法が表示されること。
- (33) 処方オーダツール起動時の処方区分の初期表示を、端末毎に設定できること。
- (34) 院外処方、院内処方の切替を処方オーダ画面でできること。
- (35) 服薬指導依頼オーダが出せること。
- (36) オーダに中止があった場合には、電子カルテから中止指示ができること。
- (37) 設定した任意の日数で、外来院外処方をロックできること。
- (38) 薬剤部が入力した持参薬報告情報を流用し、持参薬処方オーダ入力ができること。
- (39) 持参薬処方を院内の処方に複写する際に、複写対象の薬品が院内非採用薬の場合に、同一成分となる院内採用薬の候補を表示し、そこから選択できること。
- (40) 持参薬品の選択は、採用薬・非採用薬を問わず検索・入力ができること。
- (41) 持参薬服用時の用法が選択・入力ができること。
- (42) 入力した持参薬と同一成分となる院内採用薬の候補を自動で表示できること。
- (43) フリーコメントが入力できること。
- (44) 頭文字(カナ・アルファベット)3文字以上を入力することにより、薬品の検索ができること。
- (45) 過去の処方オーダー(外来処方など)を流用して、持参薬報告オーダーが入力できること。

6.2 外来・外来予約・実施済・入院定期・入院臨時注射

- (1) コメント選択(マスタ選択、フリー入力)ができること。

- (2) 手技選択(マスタ選択)ができること。
- (3) 薬品名の3文字入力(キーボード入力)による薬品検索ができること。
- (4) スプレッド上での一覧表示及び各項目の選択機能ができること。
- (5) 各種チェック(併用禁忌、配合禁忌、アレルギー、極量、常用量)ができること。
- (6) 麻薬施用者チェックができること。
- (7) 薬品アレルギー情報を表示することができること。
- (8) 注射指示Rpが縦項目、時間が横項目の表形式でカレンダー表示ができること。
- (9) カレンダー上で、オーダ入力画面を別途起動することなく、直接オーダの入力ができること。
- (10) キーボードを使わずにマウスのみで薬品検索が行えるよう、バーチャルキーボード機能を有すること。
- (11) 外来時の注射オーダ(予約注射)については同じオーダを複数日にわたって指示する際には、オーダの複数日複写ができること。
- (12) カレンダー上に指示の状態(依頼、受付済、実施中、実施済)の表示ができること。
- (13) 投与開始日と投与終了日を設定できること。その際に投与期間を間隔指定(日・週・月)および曜日指定できること。
- (14) カレンダー上に投与期間と間隔設定による伝票展開機能ができること。

6.3 一括DO処方

- (1) 現在入院中の患者を一覧表示し、病棟、診療科、主担当医、担当医で患者を絞り込みができること。
- (2) 検索期間内で定期処方が切れる患者のオーダ内容を確認できること。
- (3) 入院している複数患者に対して前回定期処方日に出した処方を、次回の定期処方として一括で発行できること。
- (4) 一括Do処方発行時に重複投与・患者間違えのリスクを考慮し、必ずチェックがかかること。

6.4 化学療法

- (1) 抗がん剤注射オーダが入力できること。
- (2) 外来化学療法室のベッドを予約できること。
- (3) 外来化学療法室のベッド予約を調整できること。

6.5 抗菌薬届出管理

- (1) 処方・注射オーダーを発行する際、オーダーに抗菌薬が含まれ、オーダーに対する有効な届出が作成されていない場合に届出の作成を促せること。

7. 入院

入院に関し、入院申込、入院決定、入院受付、退院許可、退院決定、転棟・転室・転床・転科、外泊・外出・帰院、担当変更、一般食・特別食・術後食・離乳食・調乳食のオーダー機能を有すること。登録された情報の一部は他システム、他オーダーに自動的に反映することができること。

7.1 入院申込

- (1) ベッドコントロールに必要な情報の指定(入院予定日、推定入院期間、治療計画(入院理由、退院計画、手術などのイベント))ができること。ただし、任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
 - (2) 入院に必要な情報の指定(依頼科、食事内容、主治医、担当医)ができること。
 - (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
 - (4) 手術、検査、治療の内の直近日を指定できること。
 - (5) 入院理由のフリーコメント入力ができること。
 - (6) 希望部屋種別が指定できること。
 - (7) 食事病名を追加できること。
 - (8) 入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
 - (9) 病棟が選択できること。
 - (10) 入院計画書を自動発生できること。
 - (11) 食種選択画面(一般／特食)から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
 - (12) 食種のデフォルトはマスタで設定できること。
 - (13) 外来部門での入院予約を行った際に、その入院予定月日、時間、担当医などが入力と同時に診療科病棟画面(ベッドコントロール画面)に反映できること。
 - (14) 定型的な入院に対する各種指示(注射処方、投薬、XP、血液検査等)を各医師がセットでき、入院日を決定して展開すると未来の指示ができること。
 - (15) 入院病名、入院目的を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、入院オーダーの画面から病名登録ができる機能を有すること。
 - (16) 入院申込の状態での入院後のオーダー指示ができること。
 - (17) 入院申込および即入院オーダーを新規に入力し確定した際に、服薬指導ツールを自動的に起動できること。
- ### 7.2 入院決定
- (1) 入院決定日・時間の指定ができること。
 - (2) 入院する病棟・病室・ベッドの指定ができること。

- (3) 受持看護師の指定ができること。
- (4) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (5) 手術、検査、治療の内の直近日を指定できること。
- (6) 入院理由のフリーコメント入力ができること。
- (7) 希望部屋種別が指定できること。
- (8) 食事病名を追加できること。(食種によって必須チェックができること。)
- (9) 入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
- (10) 病棟／病室／病床が選択できること。
- (11) 入院計画書を自動発生できること。
- (12) 即入院したときはベッド重複チェックができること。
- (13) 食種選択画面(一般／特食)から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
- (14) 食種のデフォルトはマスタで設定できること。
- (15) 入院申込情報を参照し、情報を追加して入院決定することができること。
- (16) 緊急入院時のコメント入力ができること。
- (17) 入力項目は、ベッドコントロールに必要な情報(入院予定日、推定入院期間、治療計画(入院理由、退院計画、手術などのイベント))の指定ができること。ただし、任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
- (18) 入院病名、入院目的を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、入院オーダの画面から病名登録ができる機能を有すること。
- (19) 入院に必要な情報の指定(依頼科、食事内容、主治医、担当医、看護師)ができること。
- (20) 入院申込で登録された情報を引き継いで画面に表示され、必要項目を追記し、入院決定のオーダができること。
- (21) 入院決定後カルテを閉じずに直ちに各種オーダが発行できること。

7.3 退院許可

- (1) 退院可能日の指定ができること。
- (2) 転帰の指定ができること。
- (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (4) 退院指示後、退院後の外来診療の情報がカルテを閉じずに入力できること。
- (5) 退院許可を行う際に、既に退院許可が発行されていないかのチェックを行い、1入院1退院指示しか行えないようにできること。
- (6) 退院日以降のオーダが残っていた場合、一括で削除または入外切替ができること。継続指示、看護指示の一括停止ができること。

7.4 退院決定

- (1) 退院日の指定ができること。
- (2) 転帰コメントの入力ができること。
- (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (4) 退院日以降のオーダが残っていた場合、一括で削除または入外切替ができること。継続指示、看護指示の一括停止ができること。
- (5) 死亡転帰・死亡日時を入力した状態で退院一括削除ツールを起動した際、死亡日時以降のオーダが全て削除対象になっていること。
- (6) 退院決定指示を行う際に、既に退院決定指示が発行されていないかのチェックを行い、1入院1退院指示しか行えないようにできること。

7.5 転棟申込、転棟決定、転室・転床、転科、外泊、帰院

- (1) 移動日の指定ができること。
- (2) 配膳開始・停止日時の表示ができること。
- (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (4) 日時を直接入力、カレンダーをクリックしての選択により移動日の指定ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダをすることによって日付の選択を省略できること。
- (5) 必要項目(診療科、主治医、担当医、看護師)は登録されている情報が自動展開されること。
- (6) 転棟オーダの際には、希望病棟の入力ができること。
- (7) 転棟・転室申込一覧に患者が表示され、ベッドコントロール機能に連携できること。
- (8) 移動先病棟、病室、ベッド、診療科の指定ができること。その際、同一画面でベッドの空が分かるように表示されること。
- (9) 外泊、外出のオーダと帰院のオーダは、指示忘れがないように同一画面でオーダが完了できること。
- (10) 外泊・外出日時、配膳停止日／区分(朝・昼・夕)、帰院日時、配膳開始日／区分(朝・昼・夕)配膳先をオーダできること。

7.6 担当変更

- (1) 変更日の指定ができること。
- (2) 変更後、主治医、担当医、受持看護師の指定ができること。
- (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (4) 変更日の指定が日時を直接入力、あるいはカレンダーをクリックしての選択ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダをすることによって日付の選択を省略できること。

7.7 一般食・術後食・離乳食・調乳食・特別食・欠食等・セット食・濃厚流動食

- (1) 変更日の指定ができること。

- (2) 変更後の食事内容の指定ができること。
- (3) 画面反映及びエディタへの展開ができること。
- (4) 特別食加算を病名で判断できること。
- (5) 入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
- (6) 食種選択画面(一般/特食)から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
- (7) 病名等を入力すると食事加算がレセプトに自動的に反映すること。
- (8) 食事配膳情報、配膳先、食種、主食、食事病名、食事コメント情報、フリーコメントの入力ができること。また、任意の項目の入力に関しては省略可能な設定ができること。
- (9) 現在の食事情報を引き継げること。
- (10) 食種の選択(一般、特別食、欠食)ができること。
- (11) 特別食の入力時に食事病名入力をチェックかけることができること。
- (12) 食物アレルギー情報を患者プロフィールより自動展開できること。また、食事オーダー画面からプロフィール登録画面を表示し、食物アレルギーを追加することができること。
- (13) 加算食対象の食種を選択したら、候補となる病名を表示すること。
- (14) 食事のみのセットを作成でき、オーダー発行することができること。
- (15) セット食は、セット一覧より選択することができ、選択した任意のセットの各食種に対し、回数を指定できること。(例)セット名:術後食 禁食4回/胃術後流動4回/胃術後三分菜3回/胃術後五分菜2回/胃術後軟菜2回)
- (16) 上記方法の表示内容から該当する食事オーダーの場所を選択することにより、詳細情報を表示できること。また、表示されたオーダーに対し、変更が実施できること。
- (17) 日時を直接入力、あるいはカレンダーをクリックしての選択により変更日の指定ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダーをすることによって日付の選択を省略できること。
- (18) 前回の食事に関して、復帰の日時指定が任意でできること。
- (19) 濃厚流動食依頼で、以下の内容を入力できること。
 - ・配膳区分(朝、昼、夕)
 - ・時間(開始時間、終了時間)
 - ・製品
 - ・指示量
 - ・湯量
 - ・添付食塩量
 - ・本数
 - ・味付け
 - ・コメント
- (20) 指示項目を複製できること。
- (21) 時間(開始時間、終了時間)が、配膳区分(朝・昼・夕)に応じた時間の範囲内であるかチェックできること。
- (22) 指示内容が、栄養量に反映されること。
- (23) 食事箋印刷が可能なこと。

- (24) 経過表に表示されること。
- (25) 患者スケジュールに表示されること。
- (26) インチャージシートに表示されること。
- (27) ワークシートに出力されること。
- (28) 栄養部門システムに濃厚流動食指示内容が送信され、確認できること。

8. 検体・細菌・輸血関連検査

8.1 検体検査・緊急検査

- (1) 検査セットによる複数検査項目の指定ができること。
- (2) 分野別項目表示からの検査項目指定ができること。
- (3) 検査項目名検索ができること。
- (4) 選択済項目のリスト表示ができること。
- (5) 複数セット間での同一項目が存在する場合、重複して選択されないこと。
- (6) 既存の臨床検査システムと接続し、円滑な運用ができること。
- (7) 至急検査と通常検査との識別ができること。
- (8) 検査種別検査項目(一般、生化学、血液、血清、細菌など)の分野別表示ができること。
- (9) 検査日時の時間指定が入力できること。
- (10) 共通セット及び診療科別のセットが作成できること。
- (11) 検査材料が入力できること。
- (12) 定型コメント／フリーコメントが入力できること。
- (13) 同一日・同一検査項目の重複チェックが、自科・他科を問わずできること。
- (14) 同一日・同一検査項目の重複チェックの対象項目を、一括で削除することができること。
- (15) オーダ発行時に特定検査について、関連する説明書や同意書を連動して作成できること。
- (16) 発行指示を行った近傍の(中央採血室や処置室)に採取指示票・検体ラベルを出力できること。
- (17) 外来の未実施オーダについては、検体ラベル発行を行った日付に採取日を変更できること。
- (18) 検体ラベルを外来・各病棟に出力できること。
- (19) 以下の検索条件で指定されたオーダの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。
 - ・期間・診療科・病棟別
 - ・伝票別
 - ・伝票状態(未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など)
- (20) 診療科毎、病棟毎に一括ラベル出力ができること。
- (21) 出力済みのラベル一覧を出力できること。

(22) 外注検査の場合、結果をファイルから取り込んで検歴画面に反映できること。

8.2 細菌検査・抗酸菌検査

- (1) 材料の指定ができること。
- (2) 検査項目の指定ができること。
- (3) 採取部位、目的菌、使用中薬剤、感受性希望薬剤の指定ができること。
- (4) 既存細菌システムと接続し、円滑な運用ができること。

8.3 輸血検査

- (1) 採取日時の指定ができること。
- (2) 血液型検査方式(ABO、Rh等)の指定ができること。
- (3) 輸血関連検査項目(クームス試験等)の指定ができること。
- (4) 輸血実施後の一定期間内に必要な感染症検査オーダーが未発行および未実施の場合に、メッセージを表示できること。

9. 病理検査

9.1 病理検査・細胞診検査

- (1) 手技、採取臓器(採取材料)の指定ができること。
- (2) 検査方法の指定ができること。
- (3) シェーマの使用ができること。
- (4) 「通常・迅速・標本診断」の区分を選択できること。
- (5) 採取日時を指定できること。
- (6) 臨床診断を指定できること。
- (7) 臨床所見・検査目的を、フリーテキストで入力できること。
- (8) 分類・臓器名・切除部位・補足情報・切除方法を選択して、診断して欲しい臓器を指定できること。

10. 放射線検査

10.1 一般撮影、ポータブル、手術ポータブル、透視造影TV、内視鏡TV、CT検査、MRI検査、血管造影、画像ファイリング、結石破碎など

- (1) 撮影種別ごとの検査分類、部位、体位、検査方向の指定ができること。
- (2) 複数検査項目の指定ができること。
- (3) 患者情報(感染症情報)の自動表示ができること。
- (4) 検査の予約取得機能を有すること。また、検査取得時に他検査の予約、再来の予約情報が同一画面で表示できること。
- (5) 予約取得時に複数枠の取得機能を有すること。

- (6) 同意書(WORD文書等)連携ができ、必要に応じて出力できること。
- (7) 病名(臨床診断名)が入力できること。
- (8) 検査日時が入力できること。
- (9) 定型コメントが入力できること。
- (10) 検査別に検査時間を配慮した(検査時間の加算等)の予約が行えること。
- (11) 主訴・臨床経過・検査目的・コメントをフリーテキスト入力できること。
- (12) 日未定オーダの発行ができること。
- (13) 入外別の予約枠を設定できること。
- (14) マスタの設定により、オープン予約とクローズ予約の管理が可能なこと。
- (15) 緊急検査オーダが出せること。
- (16) 緊急検査ボタン選択時に、「検査室に連絡してください」というメッセージを表示できること。
- (17) 検査に必要な区分をチェックできること。
- (18) 放射線検査オーダ入力時に、過去のオーダ実績(ナレッジ)から選択して入力ができること。

10.2 内容確認&受付の処理

- (1) 一覧画面より受付処理ができること。
- (2) 一覧画面より一括で受付処理ができること。
- (3) 伝票の詳細内容を表示できること。

10.3 実施業務

- (1) 一覧画面より実施処理ができること。
- (2) 伝票の詳細内容を表示できること。

11. 生理検査

11.1 心電図、肺機能・負荷心電図、エコー・脳波、筋電図等

- (1) 患者情報(感染症情報)の自動表示ができること。
- (2) 検査の予約取得機能を有すること。また、予約取得時に他検査の予約、再来の予約情報が同一画面で表示できること。
- (3) 複数枠の取得機能を有すること。
- (4) 同意書(WORD文書等)など文書の連携ができ、必要に応じて出力することができること。
- (5) マスタの設定により、オープン予約とクローズ予約の管理が可能なこと。
- (6) オーダリング時、医師のコメント入力が可能なこと。
- (7) 予約は各曜日の時間枠設定ができること。

- (8) 分類を選択することで検査項目の指定ができること。
- (9) 臨床診断・病名を指定できること。
- (10) 主訴・臨床経過・検査目的・コメントをフリーテキスト入力できること。
- (11) 入外別の予約枠を設定できること。
- (12) 日未定オーダを発行できること。
- (13) 緊急オーダを発行できること。
- (14) 緊急検査ボタン選択時に、「検査室に連絡してください」というメッセージを表示できること。
- (15) 検査に必要な区分をチェックできること。

11.2 内容確認&受付の処理

- (1) 一覧画面より受付処理ができること。
- (2) 一覧画面より一括で受付処理ができること。
- (3) 伝票の詳細内容を表示できること。

11.3 実施業務

- (1) 一覧画面より実施処理ができること。
- (2) 伝票の詳細内容を表示できること。

12. 内視鏡検査

12.1 内視鏡上部消化管・内視鏡下部消化管・呼吸器系内視鏡など

- (1) 検査の予約取得機能を有すること。
- (2) 複数枠の取得機能を有すること。
- (3) シェーマ連携ができること。
- (4) 同意書、予約票(WORD文書等)連携により文書作成ができること。
- (5) 検査種別・検査項目・検査目的を選択できること。
- (6) 臨床診断・病名を指定できること。
- (7) 主訴・臨床経過・検査目的・コメントをフリーテキスト入力できること。
- (8) 入外別の予約枠を設定できること。
- (9) マスタの設定により、オープン予約とクローズ予約の管理が可能なこと。
- (10) 日未定オーダを発行できること。
- (11) 緊急オーダを発行できること。
- (12) 緊急検査ボタン選択時に、「検査室に連絡してください」というメッセージを表示できること。
- (13) 検査に必要な区分をチェックできること。

12.2 内容確認 & 受付の処理

- (1) 一覧画面より受付処理ができること。
- (2) 一覧画面より一括で受付処理ができること。
- (3) 伝票の詳細内容を表示できること。

12.3 実施業務

- (1) 一覧画面より実施処理ができること。
- (2) 伝票の詳細内容を表示できること。

13. 診療レポート

13.1 レポート管理

- (1) 各部門検査のレポートなどを一覧表示し、参照できること。
- (2) 一覧からレポートの開封・未開封状況を、参照および変更ができること。
- (3) 報告されているすべてのレポートの開封状態を「依頼医師」や「報告日」で絞り込んで一覧で確認できること。
- (4) 各部門システムからのレポートの返信状況(未作成・一部結果到着など)が一覧より確認できること。
- (5) 生体検査毎に検査実施済患者一覧が表示され、そこからレポートの選択・新規入力ができること。
- (6) 検査予定日を指定し検索ができること。
- (7) 患者IDを指定して検索ができること。
- (8) 一覧のソート条件の指定ができること。
- (9) 最新表示ボタンを押すことによって、一覧の最新表示ができること。
- (10) レポート表示ボタンを押すことによって、レポートの表示ができること。
- (11) レポート作成ボタンを押すことによってレポートエディタの起動ができること。
- (12) 患者IDをバーコードにて選択できること。
- (13) 選択中患者が存在する場合には、患者IDを引き継いで起動時検索ができること。
- (14) オーダ種別ごとに表示項目、表示文言の設定ができること。
- (15) 右クリックにより表示されるメニューよりカルテ起動ができること。
- (16) 印刷プレビューボタンを押すことにより、印刷時のプレビュー(HTML形式)を参照できること。
- (17) レポートの印刷ができること。

13.2 レポート作成

- (1) レポートの報告者・承認者の選択ができること。
- (2) レポートを作成中、承認待ち状態での保存ができること。
- (3) 患者の詳細情報の参照ができること。

- (4) 依頼情報を参照できること。
- (5) 実施情報を参照できること。
- (6) カルテ標準シェーマツールを起動し、作成したシェーマをレポートの添付画像として添付できること。
- (7) クリップボードの画像を貼付けレポートの添付画像として添付できること。
- (8) ファイルを選択してレポートの添付画像として添付できること。
- (9) スキャナツールと連携しスキャナから取り込んだ画像をレポートの添付画像として添付できること。
- (10) レポートの版数管理ができること。
- (11) レポート添付画像のプレビュー画面表示ができること。
- (12) 患者の過去検査のレポートを参照できること。
- (13) 実施内容をレポートテンプレートに設定できること。
- (14) レポートを検査実施日でも保存できること。
- (15) レポートテンプレートを承認後でも変更できること。
- (16) 保存したレポートを削除できること。
- (17) 仮報告レポートを作成できること。
- (18) 心電図など検査結果や、紙ベースの情報をスキャナを通して対象検査のレポートに貼付けができること。
- (19) 複数枚の連続取込みができること。
- (20) レポートエディタ画面から起動し、スキャナから取り込んだ画像をレポートへ貼り付けできること。
- (21) 取り込んだ画像をプレビュー画面にて参照できること。
- (22) プレビュー画面にて画像を拡大して参照できること。
- (23) プレビュー画面にて画像を回転(右回り・左回り)して参照できること。

14. 自科検査

14.1 自科検査結果入力

- (1) 検査部門システムと接続しない場合に、電子カルテ側から検査結果の入力が行えること。
- (2) 検歴へデータを反映することができること。

- 15. 処置
- 15.1 外来処置・自科処置・実施済処置・入院処置
 - (1) 処置場所の指定ができること。
 - (2) 手技の選択(マスタ選択、名称検索)ができること。
 - (3) 事後入力の対応として指示日時、実施日時、指示医師科、指示医師、指示受者の入力ができること。
 - (4) 指示する際に保険選択ができること。
 - (5) 処置数量を入力できること。
 - (6) 電子カルテに、指示者、オーダ発行日、発行時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。
 - (7) 入力した指示は各科処置室および中央処置室に送信され、処置室では一覧で確認できること。
 - (8) オーダに変更や中止があった場合には、電子カルテから修正や中止ができること。
 - (9) 過去にオーダ発行したオーダをコピーできること。その際に実施日が当日の日付に自動で変わること。
 - (10) 外来時の処置オーダについては同じオーダを複数日にわたって指示する際には、オーダの複数日複写ができること。
 - (11) オーダ入力の効率化を考慮して、外来処置オーダを他に必要な他のオーダ(検査や処置など)と組み合わせてセット登録することができること。セット登録は診療科設定、利用者設定、患者設定が可能であること。
 - (12) 自科で実施する処置については、即実施としてオーダ発行時に指示と実施が同時に行えること。
 - (13) 即実施(指示と実施が同時に行える)でオーダ発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
 - (14) 手技に付随する薬品、材料、機材などをセット化ができること。
 - (15) 酸素入力の際、流量、濃度の指定ができること。
 - (16) 酸素濃度入力の際には酸素種類(定置式、可搬式、ボンベ)ごとの酸素濃度に基づいた酸素量計算が行えること。
 - (17) 各処置指示の実施状況を把握できること。
- 16. 手術
- 16.1 手術申込
 - (1) 手術術式の指定ができること。
 - (2) 手術時に必要な機材、材料、薬剤の指定ができること。
 - (3) 手術セットの展開ができること。
 - (4) 麻酔方式の指定ができること。
 - (5) 手術必要器械類の確認ができること。
 - (6) 患者ID、患者氏名が表示可能であること。

- (7) 手術予定日の入力ができること。
- (8) 手術希望時刻の入力ができること。
- (9) 希望手術室の選択ができること。
- (10) 各科毎の予約枠が表示できること。
- (11) 手術申込状況を表示できること。
- (12) 感染症情報が表示されること。
- (13) 診療科、担当医を選択できること。
- (14) 予定、締切後、当日時間内緊急、当日時間外緊急等の、申込区分の選択ができること。
- (15) 入外区分の選択ができること。
- (16) 手術所要時間の入力ができること。
- (17) 執刀医、助手、主治医を選択できること。
- (18) 病名の選択ができること。
- (19) 部位術式の選択が可能であること。また術式はフリー入力もできること。
- (20) 「機器」「資材」「備考」の各欄へのフリー入力ができること。
- (21) 手術予約申込と同時に麻酔医への麻酔申込依頼ができること。

17. 麻酔

17.1 麻酔依頼

- (1) 電子カルテに登録されている年齢、性別、身長、体重を表示すること。
- (2) 手術申込内容を自動で取り込んで表示ができること。
- (3) 麻酔科医が術前診察内容を入力できること。
- (4) 麻酔科医が手術室への指示内容を入力できること。

18. 輸血

18.1 血液製剤依頼

- (1) 輸血用血液製剤依頼オーダーができること。
- (2) 使用予定日、クロス採血日をカレンダーから選択入力できること。
- (3) 依頼製剤の依頼血液型を選択入力できること。
- (4) 使用場所を選択入力できること。
- (5) 患者に登録された病名から選択入力できること。
- (6) 同意書(WORD文書等)連携ができること。

- (7) 液製剤名、本数を選択入力できること。
- (8) 過去のオーダ歴からの製剤オーダ内容の複写機能を有すること。
- (9) 患者プロフィールに輸血歴が登録できること。
- (10) オーダの照会、変更、取り消しが行えること。
- (11) プロファイル情報(血液型、不規則抗体、感染症、輸血歴、副作用歴等)を表示できること。
- (12) 患者の血液型と依頼製剤の血液型が不一致の時に、警告点滅を表示できること。(例:血液型がミスマッチしています。など)
- (13) 術式を検索し指定できること。
- (14) 病名ツールを起動し、臨床診断を指定できること。
- (15) 製剤を指定できること。
- (16) 製剤コメントを定型コメント/フリーコメントとして入力できること。
- (17) 緊急をチェックすることにより緊急オーダを発行できること。

18.2 血液型検査依頼

- (1) 血液型検査依頼オーダができること。
- (2) 検査日をカレンダーから選択入力できること。
- (3) 検査項目を選択入力できること。
- (4) 輸血関連検査項目(クームス試験等)の指定ができること。
- (5) オーダの照会、変更、取り消しが行えること。
- (6) 検査項目のセットを作成できること。

18.3 自己血採血オーダ機能

- (1) 自己血採血依頼オーダができること。
- (2) 使用予定日をカレンダーから選択入力できること。
- (3) 製剤種を選択入力できること。
- (4) 1回採血量を指定できること。
- (5) 採血場所を選択入力できること。
- (6) コメントをフリーテキスト入力できること。
- (7) オーダの照会、変更、取り消しが行えること。
- (8) 採取日・採取時刻をカレンダー画面により指定できること。
- (9) 術式を検索し選択入力できること。

- (10) 臨床診断を入力できること。
- (11) プロファイル情報(最新の検査結果、副作用歴等)を表示できること。
- (12) 貯血量の計算ができること。

19. リハビリ

19.1 リハビリ新規・リハビリ変更・リハビリ中止・リハビリ終了

- (1) リハビリ処方内容の入力(疾患、障害、ゴール)ができること。
- (2) 療法種別(理学、作業、言語)及び療法・訓練内容を管理できること。
- (3) リハビリ内容をリハ処方にて計画できること。
- (4) 実施した情報はリアルタイムにカルテに反映され、会計送信が必要な場合は会計連携すること。
- (5) 理学療法、作業療法、言語療法を1度に処方できること。
- (6) 依頼日、依頼科、依頼医の選択入力ができること。
- (7) 疾患名について、患者病名より選択入力ができること。(発症日については、自動表示)
- (8) 障害名について、マスタより選択入力ができること。また複数選択もできること。
- (9) 実施希望日の入力ができること。
- (10) リハビリ開始場所についてベッドサイド、訓練室の選択入力ができること。
- (11) 各項目について依頼情報を元に、確認しながら処方としての内容入力ができること。
- (12) 開始・変更・中止の区分を選択できること。
- (13) 摂食機能療法の選択入力ができること。(依頼療法内容の言語療法内に)
- (14) 患者プロフィールの感染症情報を表示できること。

20. 指導

20.1 栄養指導依頼(個人・集団・報告・相談等)

- (1) 食種及び栄養量の指定ができること。
- (2) 栄養指導の予約取得ができること。
- (3) 予約状況の表示ができること。
- (4) 身長、体重入力によるBMIの自動表示ができること。
- (5) 指示栄養量の自動表示ができること。
- (6) 指示内容の指定ができること。
- (7) 重点伝達事項の指定ができること。
- (8) フリーコメントが入力できること。

- (9) 過去の指導依頼の複写ができること。
- (10) 指導病名の入力ができること。
- (11) 栄養指導依頼を一覧で表示できる機能を有すること。

20.2 服薬指導依頼

- (1) 指導開始希望日の指定ができること。
- (2) 服薬に関する問題点の入力ができること。
- (3) 指導依頼内容指定(複数選択、フリー入力)ができること。
- (4) 服薬指導依頼を一覧で表示できる機能を有すること。

20.3 指導料

- (1) 選択リストからオーダ表示名称の自動展開ができること。
- (2) 選択リストから注意事項の自動展開ができること。
- (3) 選択リストから加算項目の自動展開及び選択機能ができること。
- (4) フリーコメントが入力ができること。

20.4 服薬指導管理

- (1) 服薬指導同意書、服薬指導患者表、薬歴が印刷できること。
- (2) 服薬指導の予定を入力できること。
- (3) 薬歴が印刷できること。
- (4) 退院指導日、指導薬剤師の選択ができること。
- (5) 服薬指導時の患者情報(身長・体重、病歴、主訴、副作用・禁忌など)が参照・登録できること。

21. 外来業務

21.1 救急受付

- (1) カードリーダー入力(患者IDカード)ができること。
- (2) 患者ID直接入力ができること。
- (3) カナ検索による患者検索ができること。
- (4) 来院方法の選択ができること。

21.2 処置/注射実施機能

- (1) 中央処置室や診療科の処置室で患者様の処置、注射の実施情報に関して表示できること。
- (2) 患者IDでの実施データを絞り込みができること。

- (3) カレンダーにより処置実施日の選択ができること。
- (4) 患者様の処置、注射の実施入力ができること。
- (5) 実施入力を行った場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
- (6) 指示票の印刷ができること。
- (7) カードリーダ入力(患者IDカード)によって患者様のカルテ表示ができること。
- (8) 患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。

21.3 紙文書取り込み

- (1) スキャナ等でデジタル化された紙文書を取り込むことができること。
- (2) 取り込む文書については、1文書に複数枚取込ができること。
- (3) 文書種別(紹介状、同意書など)の入力ができること。
- (4) その他コメントの入力ができること。
- (5) 複数枚取り込んだ文書を確認する際、ページ切替を行うメニューを選択することで表示する文書の切替が1クリックで行えること。
- (6) 取り込み情報をカルテに貼り付けができること。

21.4 紹介患者管理

- (1) 紹介状取込情報の一覧表示ができ、紹介元や当院での担当医師などの情報が表示できること。
- (2) 紹介状を監査した際に、監査状況の登録ができること。
- (3) 紹介状受取管理で日付、紹介元医療機関、紹介元医師、院内担当医、院内担当科による検索表示ができること。
- (4) 紹介状受取管理で利用者毎に各種検索条件の保存ができること。
- (5) 紹介状受取管理をファイル出力できること。
- (6) 紹介状受取管理を印刷できること。
- (7) 電子カルテシステムの機能として、地域連携室で病院職員が他院や診療所からの紹介患者の情報(患者IDや希望診療科、紹介元など)を管理する機能を有すること。
- (8) 紹介元の情報登録できること。また、紹介元の情報マスタ化できること。
- (9) 紹介患者の登録ができること。また患者データについては、当院に存在しているかを検索できること。当院で既にIDがある場合は、その患者情報を自動的に展開すること。
- (10) 紹介目的、主訴、病状の登録ができること。
- (11) 当院への受診希望日の登録ができること。また希望日は複数候補を登録できること。
- (12) 入力した紹介データを患者のプロファイル情報として電子カルテのプロファイル機能に連携できること。

- (13) 紹介患者として登録された患者様を一覧表示し、予約日の決定やその連絡、紹介元への連絡などを管理する機能を有すること。これは電子カルテの機能として実現すること。
- (14) 患者様の紹介状情報、現在の状況を一覧表示できること。
- (15) 紹介患者一覧より、紹介患者登録された際の患者様の情報(主訴や症状など)を参照できること。
- (16) 紹介患者一覧で診察日の連絡や当院での診察終了、紹介元への返信の送付などのタイミングで任意でステータスを変更でき、管理できること。
- (17) 紹介患者様の紹介元への経過報告や返書の管理を行った場合、その報告が履歴ですべて管理されること。
- (18) 地域連携室から紹介患者の情報を院内に伝達する場合、その患者のカルテを開くタイミングで伝達したい情報を医療スタッフに伝えることができ、情報共有を推進できること。

22. 診療カレンダー

22.1 診療カレンダー機能

- (1) オーダ済情報のカレンダー表示ができること。
- (2) 診療計画情報を患者へ展開ができること。
- (3) 診療計画情報の編集(移動、複写)ができること。
- (4) 診療カレンダーから新規指示が発行できること。
- (5) ポップアップによる診療行為情報の詳細表示ができること。
- (6) 定型的な表示日数にて画面表示ができること。

22.2 クリティカルパス機能

- (1) オーダ済情報のカレンダー表示ができること。
- (2) 診療計画情報を患者へ展開ができること。
- (3) 診療計画情報の編集(移動、複写)ができること。
- (4) カレンダーから新規指示が発行できること。
- (5) カレンダー形式上に診療行為名を配置できること。
- (6) 定型的な表示日数にて画面表示ができること。
- (7) 画面印刷機能を有すること。
- (8) パスの初期適用時に適用開始日などの日付調整ができること。
- (9) 経過表とパスカレンダーで実施したものはそれぞれ連携して表示されること。
- (10) アウトカム、バリエーションの入力ができること。

- (11) パスの新規作成及び編集が可能なこと。
- (12) 患者説明用パスシートを印刷できること。
- (13) アウトカムマスタに評価基準を設定した際には、患者の測定結果などが逸脱している場合、その旨が判定結果欄に分かりやすい形(赤文字での表示など)で表示されること。
- (14) 毎日のアウトカム毎に評価を入力でき、それに伴うバリエーションの入力ができること。
- (15) バリエーションが発生したアウトカムは一目でわかるようなマークが表示されること。
- (16) 統計対象となるパスが複数選択できること。

23. 参照機能

23.1 検査歴参照(一般)

- (1) 1検査分の結果表示ができ、かつ、A4用紙に印刷できること。
- (2) 上下限值超えの色分け表示ができること。
- (3) 検査項目毎の時系列表示、グラフ表示ができ、かつ、印刷できること。
- (4) 着目データをカルテ、クリップボードへ貼り付けできること。
- (5) 患者への分かりやすい説明のため、検査結果の項目にマウスをポイントすると基準値範囲の説明が表示されること。
- (6) よく使うパターンの時系列の検査結果をセット化し、容易に時系列検査結果を表示できること。
- (7) 検査歴一覧上で検査項目が確認できること。

23.2 シェーマ参照

- (1) 記載された当該シェーマをクリックすることにより、シェーマのビューア起動(起動元ツール)ができること。
- (2) 画像ビューアフルスクリーン表示が容易な操作でできること。
- (3) 画像ビューアのウィンドウ終了が容易な操作でできること。

23.3 薬歴参照

- (1) カレンダー形式で薬歴の参照ができること。

23.4 DI検索・参照

- (1) 処方／注射等の指示ツールから選択した薬品に対するDIを表示できること。
- (2) 医薬品名でのDI検索ができること。
- (3) 検索された当該医薬品の添付文書の表示ができること。
- (4) 検索された当該医薬品の副作用情報の表示ができること。
- (5) DI情報を最新のものに更新できること。

- 23.5 マニュアル類
- (1) 各種マニュアルは、カスタマイズにより当病院独自のものがトップページなどに追加・登録できること。
 - (2) 登録された各種マニュアルは、所定の手続きを行わなければ書き換えはできないように保護できること。
24. 診療支援
- 24.1 セット(登録、展開)
- (1) セット内容の一括展開・一部展開ができること。また、セット内容の項目複写・削除を行えること。
 - (2) 基準日を選択してセットが展開できること。また、基準日とした伝票が識別できること。
 - (3) 登録セットを任意に並び替えができること。
- 24.2 利用者単語登録
- (1) 単語登録機能を有すること。
 - (2) システム使用開始時、利用者の登録してある辞書をダウンロードできること。
 - (3) システム使用終了時、利用者の登録した単語をサーバの辞書にアップロードができること。
 - (4) 利用者の登録単語の一覧表示ができ、また一覧から新規の単語登録できること。
 - (5) 利用者ごとに単語登録、修正、削除ができること。
- 24.3 文書作成
- (1) 共通、診療科、Dr毎に登録済の文書をツリーから選択ができること。その際、選択された文書がプレビューできること。
 - (2) 患者情報(氏名、年齢など)や利用者情報(医師名、診療科名など)を作成対象文書に自動記入できること。
 - (3) 作成した文書ファイルをカルテ情報として貼り付けできること。
 - (4) 作成した文書の印刷ができること。
 - (5) ワードだけでなくエクセルも文書として使用できること。
 - (6) 作成した文書ファイル(Excel、Word)はデータベースに保存し、一元管理できること。(バックアップの一貫性を考慮)
 - (7) 患者基本スケジュール印刷に関し、下記24.3(10)～24.3(19)の機能を有すること。
 - (8) カルテ保存時に患者誘導に必要な情報を即時に印刷できること。
 - (9) 再印刷ができること。
 - (10) オーダの実施状態が把握できること。
 - (11) 患者情報(患者ID、カナ氏名、氏名、年齢、性別、生年月日)が印刷できること。
 - (12) 受付番号が印刷できること。
 - (13) 患者番号バーコードが印刷できること。
 - (14) 保険情報の印刷ができること。

- (15) 予約票印刷に関し、患者番号バーコードが印刷できること。
- (16) カルテ保存時に予約情報があった場合に予約票印刷できること。
- (17) 再印刷ができること。
- (18) オーダ種別毎に予約票印刷ができること。
- (19) 患者情報が印刷できること。

24.4 文書参照

- (1) 共通、診療科、Dr毎に登録済の文書がツリー構造にて表示され、そこから選択ができること。その際、選択された文書がプレビューできること。
- (2) 対象文書の印刷機能を有すること。

24.5 シェーマ

- (1) 共通、診療科、Dr毎に登録済のひな型画像(シェーマ)をツリー構造で表示され、選択できること。その際に、選択されたシェーマがプレビューできること。
- (2) シェーマに貼り付けられるイラスト等をシェーマ図に貼り付けられること。
- (3) コメント(10個以上)をシェーマ図に貼り付けられること。
- (4) カルテ貼り付け機能を有すること。
- (5) 画像読み込み機能を有すること。
- (6) Undo(取消し)、Redo(やり直し)機能を有すること。
- (7) 作成したシェーマファイルはデータベースに保存し、一元管理できること。(バックアップの一貫性を考慮)

24.6 テンプレート

- (1) 選択による記述のほかに、フリー入力ができること。
- (2) カルテ貼り付け機能を有すること。
- (3) テンプレートで作成された情報はオーダ指示に展開されるときに、リストボックス、コンボボックスにて入力された情報を展開されたものを自由に変更できるように、フリーテキスト情報としても記載できること。
- (4) 作成したテンプレートファイルはデータベースに保存し、一元管理できること。(バックアップの一貫性を考慮)
- (5) 診療記録や看護記録など記録台紙を選択できること。

24.7 予習登録

- (1) 未来日診療予定の患者に関する記述を事前登録(予習)し、来院時にオーダ発行できること。

24.8 委譲者・委譲者承認

- (1) 権限委譲された利用者が入力した内容を委譲者が承認する機能をもつこと。

- 24.9 情報共有(患者起点の情報掲示板機能)
- (1) コンサルテーション依頼(他科診療依頼)の依頼内容と返信内容を一画面で表示できること。また、同じ画面から診察の予約が取得できること。
25. 病棟業務
- 25.1 病床管理一覧
- (1) 病棟ごとの稼働率、平均在院日数、入院患者数の表示ができること。
 - (2) 翌日、翌々日の入院予定患者数の集計ができること。
 - (3) 病棟指定によるベッドスケジュールの表示ができること。
- 25.2 ベッドスケジュール
- (1) 患者ベッドシミュレーション機能(ドラッグ&ドロップ)を有すること。
 - (2) 入院申込患者、転棟申込患者を表示できること。
- 25.3 ベッドコントロール
- (1) 病棟指定、診療科指定、表示対象期間を指定し患者一覧表示ができること。
入院申込、退院許可、転棟申込(転入)、転棟申込(転出)に関する情報の表示ができること。
 - (2) 入院申し込み一覧の患者を指示すると入院決定画面を表示し、入院日の決定、ベッドの決定、受持看護師の決定ができること。
 - (3) 退院許可一覧の患者を指示すると退院決定画面を表示し、退院日の決定をできること。
 - (4) 入院申込、入院決定を修正できること。
 - (5) 転棟、転出申し込み一覧の患者を指示すると転棟・転出決定画面を表示し、転棟・転出日の決定ができること。
 - (6) 転棟申込、転棟決定を修正できること。
 - (7) 退院許可、退院決定を修正できること。
 - (8) 入院決定処理した患者様の入院決定を取消しできること。
 - (9) 転棟決定処理した患者様の転棟決定を取消しできること。
 - (10) 退院決定処理した患者様の退院決定を取消しできること。
 - (11) ベットコントロールの一覧画面を閉じなくても患者様のカルテを表示できること。
- 25.4 入院実施・退院実施・転棟実施等(病棟マップ)
- (1) 入院実施処理により病棟イメージ患者一覧、病棟患者一覧への表示ができること。
 - (2) 入院実施、退院実施、転棟実施等の実施業務ができること。

25.5 入院診療計画書・退院療養計画書

- (1) 電子カルテシステムより入院診療計画書または退院療養計画書を作成し、印刷できること。
- (2) 入院診療計画書に記載する症状、看護やリハビリテーションの計画、総合的な機能評価はマスタで設定された項目から選べること。また、フリー入力にも対応できること。
- (3) 退院療養計画書に記載する患者名や診療科、病棟は電子カルテシステムのデータを自動連携すること。
- (4) 退院療養計画書に記載する注意事項(食事や入浴、運動など)は選択肢から選べること。また、フリー入力にも対応できること。
- (5) 入院診療計画書、退院療養計画書の作成一覧は患者ID指定で検索ができること。
- (6) 入院診療計画書は、転科時にも作成できること。

25.6 指示簿

- (1) 電子カルテに、指示者、オーダ発行日、発行時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。
- (2) オーダに変更や中止があった場合には、電子カルテシステムから修正や中止ができること。また、修正や中止の情報は即時に電子カルテに記載されること。
- (3) オーダの変更や中止を行った場合は、変更履歴や削除履歴を持たせること。特に変更履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。また変更履歴はカルテの条件検索で即時に表示できること。
- (4) 過去にオーダ発行した情報をコピーできること。
- (5) 日々の診療業務において患者様に対して詳細な指示(発熱時や不眠時の指示など)を入力する指示簿指示機能を有すること。
- (6) 指示簿指示内容をマスタなどで定型化、院内の用語統一化が可能なこと。
- (7) マスタからの指示では表現しきれない場合に指示簿指示内容をフリーで指示できること。
- (8) 指示簿内容は一日限りでなく、継続的且つ終了日を設定した指示ができること。
- (9) 指示簿オーダ画面で選択した指示の開始日時、終了日が一括変更できること。
- (10) 電子カルテの指示簿指示で入力した内容は看護師へ即時に伝達され、患者への指示が一覧で参照できること。
- (11) 退院や死亡の際に継続指示の一括終了ができること。

25.7 未実施の確認(未実施一覧)

- (1) 実施入力漏れを防止するために入院患者の日々の実施(請求)入力の漏れがないかチェックする機能を有すること。

26. 看護業務

26.1 看護指示

- (1) 指示日の指定ができること。
- (2) マスタで指定した指示内容の指定ができること。

27. チーム医療

27.1 チーム医療

- (1) チーム医療の関係者がチーム医療の対象患者に対して介入依頼オーダーの発行ができること。
- (2) チーム介入依頼オーダーを発行した時点で、チーム医療患者一覧上に該当患者の情報が表示できること。
- (3) チーム医療患者一覧から、各チームの介入依頼状況が確認でき、介入依頼オーダーに対して受付・却下ができること。
- (4) 介入依頼オーダーに対して却下した場合はその理由の入力ができること。
- (5) チーム医療患者一覧は下記条件を検索条件として指定が可能なこと。
 - ・チーム
 - ・受付日
 - ・介入状況
 - ・入外区分
 - ・病棟
 - ・診療科
 - ・患者ID
- (6) 検索結果表示部分の列名をクリックすることでソートができること。
- (7) チーム医療患者一覧で11チーム以上複数指定による参照ができること。
- (8) チーム医療患者一覧の内容を印刷できること。
- (9) チーム医療患者一覧から介入依頼オーダーの参照ができること。
- (10) チーム医療患者一覧からカルテの起動ができること。
- (11) チーム医療患者一覧から経過表の起動ができること。
- (12) チーム医療患者一覧から検歴一覧の起動ができること。
- (13) チーム医療患者一覧から再診予約オーダー画面を起動でき、次回回診予定が入力できること。また、選択可能な予約枠は対象のチームに設定された予約枠のみに絞り込みができること。
- (14) 褥瘡管理対象の患者を褥瘡管理患者一覧により把握できること。

- (15) 褥瘡管理患者一覧は下記条件にて検索できること。
- ・患者ID
 - ・検索期間
 - －現在入院中
 - －入院中、入院日、退院日、入退院日における期間指定
 - ・病棟、診療科
 - ・下記項目のAND/OR指定
 - －自立度
 - －褥瘡リスク
 - －介入状況
 - －褥瘡有無
 - －褥瘡発生場所
 - －ハイリスク項目
 - －重点的なケア
 - ・下記文書の作成状態
 - －危険因子評価票
 - －褥瘡対策計画書
 - －褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

- (16) 褥瘡管理患者一覧にて、検索結果件数が表示できること。
- (17) 褥瘡管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。
- (18) 褥瘡管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存することができること。
- (19) 褥瘡管理患者一覧から、カルテの起動ができること。
- (20) 危険因子評価票は、患者プロフィール情報(褥瘡有無など)を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。
- (21) 危険因子評価票は、褥瘡対策計画書及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。
- (22) 危険因子評価票は、外来で記載した評価内容を、入院後の評価票に引用できること。
- (23) 危険因子評価は、厚生労働省危険因子評価、K式スケール、OH式スケール、ブレイデンスケールのいずれかで行うことが可能なこと。
- (24) 危険因子評価票は、印刷ができること。
- (25) 褥瘡対策計画書は、患者プロフィール情報(褥瘡有無など)を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。
- (26) 褥瘡対策計画書は、危険因子評価票及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。
- (27) 褥瘡対策計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子の入力ができること。
- (28) 褥瘡対策計画書は、退院時及び終了時の総合評価の入力ができること。
- (29) 褥瘡対策計画書で、DESIGN-Rスコアの入力ができること。
- (30) 褥瘡対策計画書は、印刷できること。
- (31) 褥瘡発生報告書は、患者プロフィール情報(褥瘡有無など)を取得し、褥瘡発生報告書の項目として初期表示できること。
- (32) 褥瘡発生報告書は、体圧分散マットレスの使用状況等、褥瘡発生への報告に必要な情報が入力可能であること。
- (33) 褥瘡発生報告書を、印刷できること。

28. DPC

28.1 DPC登録ツール

- (1) DPCツールで入力した情報は医事会計システムへ送信され、包括請求レセプトを発行できること。
- (2) 電子カルテの入退院情報からDPC対象期間を取得できること。
- (3) 入院中にDPCの見直し、変更ができること。
- (4) 退院前に最も医療資源を投入した傷病名を登録できること。

- (5) DPC病名登録時、すべての傷病名項目に対し、DPC対象外病名のチェックがかかること。
- (6) 必須入力項目、請求時に必要な情報、調査時に必要な情報を画面上で一目でわかるように表示ができること。
- (7) 医師と事務員の意思疎通を円滑にするために、請求項目の確認を医師、事務でそれぞれできること。必要に応じて、確認済のロックをかける機能を有すること。
- (8) 請求項目の確認状況をDPC適用の患者一覧画面に表示できること。
- (9) 電子カルテに入力されている病名一覧から、主病名、医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名、入院の契機となった傷病名を入力できること。該当する傷病名がない場合は、病名登録画面を起動して病名登録ができること。
- (10) 登録する傷病名は、ICD10コードと紐づけができること。
- (11) ICD10コードを複数持つ病名を、登録する際に確認画面を表示し、選択できること。
- (12) 個人病名は全科、自科の表示切替ができること。
- (13) 主要診断群から傷病名を検索し、主病名、医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名、入院の契機となった傷病名を登録できること。
- (14) 主要診断群から傷病名検索時に”\$”(ワイルドカード)付きコードの病名も表示するか選択できること。
- (15) 疑い病名がある場合は、疑い病名であることを選択・表示できること。
- (16) 医療資源を最も投入した傷病名登録時に、病名付加コードが必要な場合は、病名付加コードが入力できること。
- (17) DPC決定要因として手術／処置情報の登録ができること。
- (18) 手術／処置の情報を電子カルテの実施情報からDPC関連手術として登録できること。
- (19) K、Jコードで分類された手術／処置から手術／処置名称またはK、Jコードを検索し、登録ができること。
- (20) 入院目的、入院時JCS等のDPC分岐に使用する重傷度を入力できること。
- (21) DPC対象外の場合、対象外の理由を選択できること。
- (22) DPCとは別に、入院レセプトに必要な情報を入力できること。入力した内容は入院レセプトに反映されること。
- (23) DPCコード、診断群分類などの決定している情報を常に画面に表示ができること。
- (24) 登録DPC歴情報の一覧表示ができること。
- (25) 様式1の調査項目の内容を職種別(医師、看護師、事務職員)に入力できること。
- (26) 癌のステージ分類が入力できること。
- (27) 心疾患に関する情報を入力できること。
- (28) 特定の疾患を持つ患者に関する情報を入力できること。

- (29) 退院時の意識障害(JCS)情報を入力できること。
- (30) 入院時と退院時のADL情報を入力できること。
- (31) 病棟毎の患者の医療区分・ADL区分が一括で印刷できること。その際、印刷の状況が把握できること。
- (32) 化学療法など補助的な療法について入力できること。
- (33) 医師と看護師、事務員の意思疎通を円滑にするために、調査項目の確認を医師、看護師、事務でそれぞれできること。必要に応じて、確定時のロックをかける機能を有すること。
- (34) 調査項目の確認状況を、DPC適用の患者一覧画面に表示できること。
- (35) オーダ確定時や医療資源を最も投入した傷病名入力時などに入力漏れ、入力内容に矛盾がないか等をチェックし、エラーメッセージを表示できること。
- (36) エラー項目を画面上で一目でわかるように表示できること。

28.2 DPCシミュレーション

- (1) DPCシミュレーションができること。
- (2) 分岐可能なDPC一覧を表示し、一覧からDPC指示として登録できること。
- (3) シミュレーションツールにて決定しているDPC情報を、DPC指示ツールへ反映できること。

28.3 DPC患者一覧

- (1) 患者一覧の印刷ができること。
- (2) DPC患者情報の出力項目を選択してCSVファイル出力できること。
- (3) 病棟、診療科、主治医、担当医を指定して表示内容の絞込みが行えること。
- (4) 患者一覧からDPCオーダツールを起動できること。
- (5) DPC患者一覧からDPCツールを起動した場合にカルテを参照できること。
- (6) 患者一覧からDPCオーダ内容を印刷できること。
- (7) 患者のDPC登録に関する情報を一覧で表示できること。
- (8) レセプト請求、調査項目確認状況を一覧で表示できること。
- (9) 入院日数の把握のために、表示している日付からあと何日で入院期間Ⅰ、Ⅱ、特定入院期間が終了するかを表示できること。
- (10) 患者ごとの承認状態が一覧画面に表示できること。
- (11) DPC登録の督促を行なうために未登録の患者を一目でわかるように表示できること。
- (12) 出来高請求の対象患者を一目でわかるように表示できること。
- (13) 入院日から一定の期間経過してDPC未入力の患者や、退院日から一定の期間経過して調査項目が未入力の患者を一目でわかるように表示できること。

- 29. 診療記録印刷
- 29.1 診療記録印刷
 - (1) 電子カルテシステムに保存された診療録やオーダ情報などすべての記録を、PDFに変換、または紙に印刷できること。
 - (2) 検査結果などの検査結果レポートをPDF変換、または紙に印刷できること。
 - (3) カルテをPDF変換や紙に印刷する場合には、患者様を指定して印刷できること。
 - (4) 入外を一括して印刷ができること。
 - (5) カルテ出力の際は、修正履歴や削除履歴を表示および印刷できること。
 - (6) 指示歴の控え印刷前に、印刷イメージをプレビュー画面で確認できること。
 - (7) 印刷イメージのプレビュー画面の拡大及び縮小ができること。

- 30. マスタメンテナンス
- 30.1 職種別アクセス権限メンテナンス
 - (1) 職種別及びツールごとにアクセス権限を設定できること。

- 30.2 病床マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.3 診療マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.4 シェーママスタメンテナンス
 - (1) 科別ごとの設定ができること。
 - (2) 共通の設定ができること。
 - (3) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.5 テンプレートマスタメンテナンス
 - (1) 共通の設定ができること。
 - (2) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.6 診療科・部署マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.7 職種マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.8 印刷帳票定義ファイルメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.9 病棟マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.10 予約マスタメンテナンス
 - (1) 予約枠の締切時間の設定ができること。
 - (2) 予約枠の権限の設定ができること。
 - (3) 各曜日の時間枠設定ができること。
 - (4) 時間枠取得数の設定ができること。
 - (5) クローズ・オープン枠の設定ができること。

- 30.11 病室マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.12 紹介施設マスタメンテナンス
 - (1) 参照、追加、更新、削除ができること。

- 30.13 ユーザアカウント設定
 - (1) パスワードの有効期間(日数)の設定ができること。
 - (2) パスワードの入力文字条件の設定ができること。
 - (3) パスワード長の設定ができること。

- 30.14 端末マスタメンテナンス
 - (1) 端末の設定ができること。

- 30.15 制限患者マスタメンテナンス
 - (1) 患者へのアクセスを制限する利用者の登録と、アクセス可能な患者を登録できること。
 - (2) アクセスできる利用者を制限する患者の登録とアクセスレベルや権限の設定ができること。

- 31. 抗がん剤オーダ
 - 31.1 レジメン作成
 - (1) レジメンを作成し管理できること。
 - (2) 体重、および体表面積から抗がん剤の投与量を算出できること。
 - (3) Rp毎に、プロトコールで規定された滴下順を設定できること。

- (4) 薬品毎に、投与量の計算方式として、絶対量・体重換算・体表面積換算・AUC換算・CCr換算を設定できること。
- (5) 薬品毎に、最大投与量を設定できること。
- (6) 休薬期間を設定できること。
- (7) 検体検査も合わせて登録できること。

31.2 レジメン適用

- (1) 同じレジメンを適用する際に、前回適用した時の薬剤投与量を引き継ぐことができること。
- (2) 抗がん剤注射オーダーの施行予定日の前倒しや休薬期間の短縮は、特権利用者だけに制限できること。
- (3) 設定された抗がん剤投与量の最大値を超えてオーダーできないこと。
- (4) 抗がん剤注射伝票以外の注射伝票種において、抗がん剤を含むオーダーを発行できないよう制限できること。
- (5) レジメンマスタ上で予定されている期間のうち、途中日からの適用ができること。
- (6) レジメンカレンダーにて、実施予定のオーダーがない日付については、列幅を狭くした縮小表示、もしくは非表示にすることができること。
- (7) 長期間にわたるカルテ検索を支援するツール(電子カルテ仕様におけるカルテ検索支援)にレジメンの適用期間が表示されること。
- (8) 長期間にわたるカルテ検索を支援するツール(電子カルテ仕様におけるカルテ検索支援)に表示されたレジメンをクリックすることにより、レジメンカレンダーの表示期間を、該当レジメンの適用期間に切り替えできること。
- (9) 休薬期間をチェックし、重複した期間に複数のレジメンができようできないよう制限できること。
- (10) 科別、病名別等の分類から階層方式で対象のレジメンを選択できること。
- (11) レジメンシートの印刷ができること。

31.3 化学療法患者一覧

- (1) 化学療法を施行予定の患者の一覧を表示できること。
- (2) 薬剤のミキシングが完了したタイミングで「調製済み」入力を行うことにより、実施部門へ情報が送信できること。
- (3) 化学療法を施行予定の患者の一覧を表示できること。

31.4 外来治療患者一覧

- (1) 化学療法を施行予定の患者を一覧表示できること。
- (2) 事前に化学療法の施行が予定されていた患者と、当日緊急で施行することになった患者を区別して表示できること。
- (3) 薬剤状態を確認することにより、医師による実施確認や、薬剤部によるミキシングの完了が確認できること。

- (4) 患者が外来化学療法室へ到着したことを入力・参照できること。また、実施入力ができること。

31.5 外来治療ベッド予約

- (1) 外来化学療法室のベッドを予約できること。また、ベッド予約を調整できること。

31.6 実施確認

- (1) 化学療法の施行予定日に、医師による施行可能判断結果を入力できること。また、判断結果は、薬剤部・外来化学療法室にて参照できること。
- (2) 医師により実施確認されたタイミングで、施行予定のオーダーの修正・削除を制限(オーダーロック)できること。
- (3) 実施確認を取り消すことにより、オーダーのロック状態を解除できること。
- (4) 実施確認画面から抗がん剤注射オーダーを起動し、修正ができること。

31.7 レジメン適用(実施入力)

- (1) 実施入力時に、滴下順をチェックできること。

32. 感染管理

32.1 概要

- (1) 患者配置状況・細菌検査結果・投薬内容情報等の有機的収集管理に基づき院内感染対策を管理・支援するシステムであること。
- (2) シングルサインオンに対応しており、院内システム(電子カルテ)へのログインで利用可能であること。
- (3) 利用者ごと職種ごとに権限を持たせ、機能制限を設定可能であること。

32.2 感染状況確認

- (1) 病院全体の感染症患者の分布状況を1画面で確認できること。
- (2) 病院全体もしくは特定病棟の感染症患者を一覧表示できること。
- (3) 病院全体もしくは特定病棟の感染症患者を一覧をファイル出力可能であること。
- (4) 院内システム(電子カルテ)と同等の病棟マップイメージ(以下「感染病棟マップ」)で患者の配置状況及び監視対象菌の検出情報を確認できること。
- (5) 院内システム(電子カルテ)より感染病棟マップを起動可能であること。
- (6) 感染病棟マップで患者ごとに登録されている主感染経路別予防策を病床枠の色で確認可能であること。
- (7) 院内システム(電子カルテ)にて、任意の入院患者に対して入力されたバイタル情報(体温)が閾値を超えた場合に、感染病棟マップの病床枠内にアイコンで警告表示可能であること。
- (8) 院内システム(電子カルテ)にて、任意の入院患者に対して特定の観察項目(下痢、発赤等)が登録された場合に、感染病棟マップの病床枠内にアイコンで警告表示可能であること。
- (9) 感染病棟マップにて日時を指定して感染状況を確認可能であること。
- (10) 感染病棟マップから有効日数経過した菌を自動非表示可能であること。
- (11) 表示期間の設定は菌グループごとに設定可能であること。
- (12) 検出された耐性菌、院内感染菌、無菌材料菌検出(血培陽性)(以下「監視対象菌」)を指定して手動陰性化が可能であること。
- (13) 感染病棟マップにて手動陰性化情報の有効/無効を切り替えて表示可能であること。
- (14) 感染病棟マップ上に菌グループ毎のサマリを一覧表示可能であること。
- (15) 感染病棟マップから院内システム(電子カルテ)の病棟マップ機能および患者一覧機能を起動可能であること。
- (16) 感染病棟マップから任意の患者のカルテが開けること。

32.3 感染経路別予防策管理

- (1) 感染経路別予防策を患者ごとに主/副を分けて複数登録できること。
- (2) 登録する感染経路別予防策ごとに開始日/終了日を登録できること。
- (3) 登録した感染経路別予防策は院内システム(電子カルテ)にて患者プロフィール情報として登録できること。
- (4) 登録した主感染経路別予防策については、カルテ記載時に任意のアイコンで警告表示可能であること。
- (5) 登録した感染経路別予防策の歴を一覧で参照可能であること。
- (6) 登録した感染経路別予防策の歴を時系列で参照可能であること。

- 32.4 患者スクリーニング
- (1) 監視対象菌、病棟、新規/既検出を指定してスクリーニングし、対象を一覧表示可能であること。
 - (2) 任意の期間内のバイタル情報を指定してスクリーニングし、対象を一覧表示可能であること。
 - (3) 任意の期間内の投与抗菌薬を指定してスクリーニングし、対象を一覧表示可能であること。
 - (4) スクリーニング条件を保存可能であること。
 - (5) スクリーニング結果一覧を参照しながら、同一覧の特定患者の各種情報(移動歴、バイタル情報、抗菌薬投与情報、観察項目、監視対象菌検出状況、SSI対象術式実施情報、ICT回診記録)を参照できること。
 - (6) スクリーニング結果一覧からICTとして介入することができ、院内システム(電子カルテ)のチーム医療機能に介入情報を登録可能であること。
 - (7) スクリーニング結果一覧から任意の患者のカルテが開けること。
 - (8) スクリーニング結果として、患者ID、患者氏名が確認できる一覧をファイル出力可能であること。
- 32.5 監視対象菌検出通知
- (1) 細菌検査部門システムから院内システム(電子カルテ)に、監視対象菌が報告された場合、同検査依頼医宛てに自動通知出来ること。
 - (2) 通知先として、主治医、担当医にも通知可能であること。
 - (3) 通知先として、各病棟単位に通知先を設定可能であること。
 - (4) 菌のみではなく、細菌検査システムで結果入力したインフルエンザやCDなどの迅速検査の陽性が検出された場合も通知可能であること。
 - (5) 上記の通知の条件として、菌グループ毎に「新規のみ」または「既検出も含む」のいずれかを対象として設定可能であること。また、同様に「最終報告のみ」または「中間報告も含む」のいずれかを対象として設定可能であること。
 - (6) 上記の通知を受けた医師は、院内システム(電子カルテ)にログインしている場合はすぐに通知内容を確認可能であること。また、ログインしていない場合は、次回ログイン時に通知内容を確認可能であること。
- 32.6 アウトブレイク通知
- (1) 細菌検査部門システムから院内システム(電子カルテ)に、監視対象菌が報告された場合、各病棟単位で菌グループ毎に設定した監視期間および検出閾値を超えていればICTメンバに自動通知出来ること。
 - (2) 通知先は、マスタメンテで変更可能であること。
 - (3) 上記の通知の条件として、菌グループ毎に「新規のみ」または「既検出も含む」のいずれかを対象として設定可能であること。また、菌グループ毎に「最終報告のみ」または「中間報告も含む」のいずれかを対象として設定可能であること。
 - (4) 上記の通知を受けた利用者は、電子カルテシステムにログインしている場合はすぐに通知があったことを把握し内容を確認可能であること。また、ログインしていない場合は、次回ログイン時に通知を把握し内容を確認可能であること。
 - (5) アウトブレイク発生時、対象期間及び対象患者が確認可能であること。

32.7 ICTコンサル依頼

- (1) 医師および看護師からICTへ、任意の患者に対してコンサルテーション依頼(介入依頼)が可能であること。

32.8 患者ラウンド情報参照

- (1) 任意の患者に対して、各種情報(移動歴、バイタル情報、抗菌薬投与情報、デバイス実施状況、観察項目、監視対象菌検出状況、SSI対象術式実施情報、ICT回診記録)を1画面で参照可能であること。
- (2) 任意の患者に対して、各種情報(移動歴、バイタル情報、抗菌薬投与情報、デバイス実施状況、観察項目、監視対象菌検出状況、SSI対象術式実施情報、ICT回診記録)を1枚の帳票に出力可能であること。
- (3) 任意の患者に対して、詳細情報を確認するため、電子カルテの経過表画面が表示できること。
- (4) 任意の患者に対して、詳細情報を確認するため、電子カルテのカルテ内容(医師記録等)の参照画面が表示できること。

32.9 患者ラウンド回診記録

- (1) 任意の患者へのICTが介入し、回診記録(患者状況や主治医への指導内容等)可能であること。
- (2) 登録したICT回診記録を院内システム(電子カルテ)に登録でき、診療記録として参照可能であること。

32.10 環境ラウンド入力画面

- (1) 施設に合わせた環境ラウンド入力画面で記録可能であること。
- (2) 環境ラウンド入力結果をファイル出力可能であること。
- (3) 環境ラウンド用に環境ラウンド入力画面と同等の帳票を出力可能であること。
- (4) 入力した環境ラウンド記録は、任意の単位(ラウンド場所等)ごとに集計結果を参照可能であること。
- (5) 入力した環境ラウンド記録は、任意の単位(ラウンド場所等)ごとに集計をファイル出力可能であること。
- (6) 入力した環境ラウンド記録について、各項目に点数を付けて集計結果を算出可能であること。
- (7) 算出後の集計結果をファイル出力可能であること。

32.11 同室患者追跡

- (1) 任意の患者の移動歴を時系列で参照可能であること。
- (2) 任意の患者の移動歴に併せて、監視対象菌検出情報、予防策実施状況を時系列で参照可能であること。
- (3) 任意の患者と任意の日に同室だった患者を一覧表示可能であること。
- (4) 上記一覧をファイル出力可能であること。
- (5) 任意の患者と任意の期間に同室だった患者を一括一覧表示可能であること。
- (6) 上記一覧をファイル出力可能であること。

32.12 デバイスサーベイランス(BSI、UTI、VAP)支援

- (1) 院内システム(電子カルテ)の処置オーダを起点とし、対象デバイス情報を取得可能であること。
- (2) 処置オーダより取得したデバイス情報をもとに、マキシマルバリアプリコーションの有無やルートの種類など補足情報を入力可能であること。
- (3) サーベイランス情報入力時、経過表で入力した特定の観察情報を参照可能であること。
- (4) サーベイランス情報入力時、バイタル情報を参照可能であること。
- (5) サーベイランス情報入力時、抗菌薬投与情報を参照可能であること。
- (6) サーベイランス情報入力時、NHSNやJANISの判定ルールが画面で確認可能であること。
- (7) サーベイランス情報入力データをファイル出力可能であること。
- (8) 指定された期間の感染率が表示できること。
- (9) デバイス使用延べ日数、入院患者延べ日数の集計タイミングは、任意に設定変更可能であること。
- (10) 感染患者数、デバイス使用延べ日数、入院患者延べ日数、デバイス感染率、デバイス使用比が表示できること。

32.13 SSIサーベイランス支援

- (1) 院内システム(電子カルテ)に登録された手術実施を起点とし、対象手術手技に関してSSIサーベイランス情報を入力可能であること。
- (2) 院内システム(電子カルテ)に登録された手術実施より、実施術式、手術時間、執刀医、術中使用薬剤を自動取得可能であること。
- (3) JANISが定めるSSIサーベイランスに準ずる項目を入力可能であること。
- (4) 上記とは別に院内独自項目を5項目以上入力可能であること。
- (5) サーベイランス情報入力時に、手術実施時間やASA評価分類などからリスクインデックスの自動算出が可能であること。また手動でリスクインデックスを修正可能であること。
- (6) サーベイランス情報入力データをファイル出力可能であること。
- (7) 指定された期間で、院内全体のSSI数およびSSI発生率の集計結果を参照可能であること。
- (8) 上記を特定条件(リスクインデックス、手術手技、ASA評価分類、創分類、診療科、病棟、年齢、緊急区分、埋入物有無、内視鏡使用有無、人工肛門有無)を指定して細分化集計が可能であること。
- (9) 上記をファイル出力可能であること。
- (10) 厚生労働省のJANIS SSI部門の出力フォーマットにてデータ出力が可能であること。

32.14 抗菌薬使用状況監視支援

- (1) 任意の期間のうち抗菌薬ごとの投与日数を指定して、長期抗菌薬投与患者リストを一覧表示可能であること。
- (2) 上記をファイル出力可能であること。

- (3) 検索条件を保存可能であること。
- (4) 任意の期間における抗菌薬ごとの使用量の集計結果を参照可能であること。
- (5) 注射オーダは、実施入力した結果を使用量として集計可能であること。
- (6) 処方オーダは、オーダ時投与量を集計可能であること。
- (7) 集計結果は年・月・日ごとに表示可能であること。
- (8) 集計結果は薬品ごとに登録されている単位を指定して換算表示可能であること。
- (9) 上記をファイル出力可能であること。
- (10) 集計条件を保存可能であること。

32.15 EPINet入力支援

- (1) EPINet(A:針刺し・切創報告書)に準ずる項目を入力可能であること。
- (2) EPINet(B:皮膚・粘膜汚染報告書)に準ずる項目を入力可能であること。
- (3) 入力された情報については、入力者及び特定利用者のみが参照できるよう権限設定が可能であること。
- (4) 特定利用者は、入力された内容を修正可能であること。
- (5) 入力された情報をファイル出力可能であること。

32.16 電子カルテシステムとの連携

- (1) 電子カルテシステムから必要なオーダ情報を取込み可能であること。
- (2) 電子カルテシステムから必要なバイタル情報、観察情報を取込み可能であること。
- (3) 電子カルテシステムの移動情報(転科、転棟等)を参照可能であること。
- (4) 電子カルテシステムから必要なデバイス実施情報を取込み可能であること。
- (5) 電子カルテシステムから必要な検体検査結果情報を取込み可能であること。
- (6) 電子カルテシステムから必要な細菌検査結果情報を取込み可能であること。
- (7) 電子カルテシステムから必要な手術実施情報を取込み可能であること。
- (8) 電子カルテシステムから抗菌薬投与情報を取込み可能であること。
- (9) 患者を特定し、電子カルテシステムと本システムを画面連携可能であること。

32.17 陽性患者登録機能

- (1) 任意の期間、患者カナ氏名、病棟を指定し、対象を一覧表示可能であること。
- (2) 上記一覧をファイル出力可能であること。
- (3) 患者を指定して監視対象菌の陽性登録ができること。

- (4) 陽性登録時に指定した検査依頼医、主担当医、担当医には、監視対象菌検出通知が送信されること。
- (5) 陽性登録時に指定した患者の感染経路別予防策管理画面が起動できること。

32.18 その他

- (1) 感染管理専用クライアント端末を別途準備する必要がなく、院内システム(電子カルテ)と同一クライアント端末で動作可能であること。
- (2) サーバ環境については、院内システム(電子カルテ)と同等の冗長性(クラスタ化、参照系等)が担保されていること。

33. データ抽出機能

33.1 データ抽出機能

- (1) 電子カルテの下記対象テーブルを日本語に変換したビューを提供し、検索できること。

【対象テーブル】

患者／患者プロフィール／他院紹介患者／受入紹介患者／DPC病名／DPC明細／DPC併存発症病名／DPC／DPC調査／個人病名／病棟患者情報／ベッドキープ／移動情報／看護カーデックス／看護計画／予約情報／オーダー／オーダー_指導／オーダー_コンサルテーション／オーダー_移動／オーダー_給食／オーダー_検査／オーダー_放射線／オーダー_内視鏡／オーダー_処方／オーダー_処方_薬品／オーダー_注射／オーダー_注射_薬品／オーダー_生理検査／オーダー_看護／オーダー_処置／オーダー_リハビリ／オーダー_手術／オーダー_チーム医療／オーダー_輸血／オーダー_透析／オーダー_予約／オーダー_指示簿／オーダー_栄養指導／オーダー_紹介／診療カレンダー情報患者／利用者／栄養管理計画／チーム医療／検歴項目

- (2) 電子カルテの下記対象テーブルから抽出したデータをFACTテーブルに蓄積し検索できること。

【対象テーブル】

受付／経過表データ／経過表バイタル／管理日誌集計／文書／テンプレート／新カルテ操作ログ

- (3) 下記対象データを外部のアプリケーションで利用するための関数機能を提供すること。

【対象データ】

利用者データ／患者データ／オーダーデータ／移動データ／患者病名データ／検査結果データ／入院患者一覧データ

34. リモート監視

34.1 電子カルテシステム監視要件

- (1) データベース監視を行うこと。
- (2) サーバディスク使用率監視を行うこと。
- (3) データベースサーバ上の電子カルテサービスの稼働状況監視を行うこと。
- (4) サーバ上の部門連携アプリケーションの動作監視を行うこと。
- (5) 部門システムと連携されるデータの滞留状態の監視を行うこと。
- (6) 部門連携用プログラムのデータベース接続状況の監視を行うこと。

- (7) SS-MIXサーバとの連携状況の監視を行うこと。
※SS-MIXと連携している場合のみ
- (8) データベースバックアップ監視を行うこと。

34.2 電子カルテシステムリモート監視要件

以下、(1)～(8)の監視項目については24時間、365日監視センター経由でリモートで監視すること。

- (1) データベース監視を行うこと。
- (2) サーバディスク使用率チェックを行うこと。
- (3) データベースサーバ上のツール稼働状況監視を行うこと。
- (4) サーバ上のアプリケーションの動作チェックを行うこと。
- (5) 未処理のデータがないかチェックを行うこと。
- (6) 部門連携用プログラムのコネクション状況チェックを行うこと。
- (7) SS-MIXサーバとの連携が正常に行われているかチェックを行うこと。
※SS-MIXと連携している場合のみ
- (8) データベースバックアップ監視を行うこと。
- (9) 監視でアラートを検知した場合、一定の取り込み間隔で監視センター側へ自動通報すること。
- (10) トラブル発生時、監視センターからシステム担当会社の方に電話連絡を行うこと。
- (11) トラブル発生時、必要に応じて監視センターからシステム担当会社に連絡のうえ、リモート経由で暫定対応措置を行うこと。
- (12) 監視で発生したエラーに対してログ採取を行うこと。
- (13) 監視結果については、ホームページ上でシステム担当会社経由で確認ができること。

34.3 電子カルテシステムリモートログ採取要件

- (1) リモート回線経由で資源採取用端末を用いてトラブル調査に必要な資源の採取を行えること。
- (2) QA対応時、障がい発生時、調査に必要な資源は監視センターにて取得すること。

34.4 電子カルテシステム監視センター運用要件

- (1) 監視センターは厳格な入室退室管理により、部外者の侵入防止を図ること。
- (2) 監視センター内は複数の監視カメラ等により、監視を行い、定期的に監査が行われること。
- (3) 院内と監視センター間は仮想専用ネットワークで構成し、外部からの侵入を遮断すること。
- (4) 院内と監視センター間のデータは暗号化されて送受信されること。

- (5) 監視センターから院内へのリモートアクセス時にはアクセスの記録がとられること。
- (6) 院内に設置された監視用ルータは、監視センター専用の設定がされ、他の用途での利用はできないこと。
- (7) セキュリティ担保とリスク回避のため、ルータのID・パスワード、設定情報はシステム担当会社にも公開しないこと。
- (8) 監視センターの方で取得する監視情報には個人情報が含まれていないこと。

2. 看護支援システム

2.1 看護業務システム基本要件

1. 看護業務

1.1 看護師業務分担

- (1) 勤務割システムとの連動により、翌日の看護師勤務情報を自動取込ができること。
- (2) 勤務帯毎に担当患者、若しくは担当部屋を割振りできること。
- (3) 翌日以降の勤務者を勤務割システムから自動取込みし、勤務帯ごとに勤務者を担当患者、または、担当部屋を割振りできること。
- (4) 受持ち(プライマリー)看護師が勤務している場合は、簡易な操作で割振りできること。

1.2 管理日誌

- (1) 病棟別の患者数集計、特記事項記入、看護師集計等の病棟日誌作成ができること。
- (2) 看護管理日誌、外来日誌、救命救急日誌、手術日誌、放射線日誌を表示、出力できること。
- (3) 各部署での作成状況確認機能を有すること。
- (4) 勤務割システムとの連携による看護師数集計ができること。
- (5) 土日、祝日を問わず患者状況(入院患者数、退院患者数、入院患者総数等)を一括で電子カルテ上で管理できること。
- (6) 各管理日誌は、転記作業を削減するため、他業務にて入力された情報を自動連携し、容易に管理日誌を作成できること。
- (7) 申し送りに利用する日誌類は、利用者が最新の情報が必要時、任意のタイミングで集計できること。
- (8) 病棟管理日誌は入院・退院患者情報のほか、重症者の一覧、看護度分類別集計などの情報が網羅され、勤務交代時の引継ぎに利用できること。
- (9) 外来管理日誌は、受付患者情報と自動連携し新患、再来などの区分で患者数集計が行えること。
- (10) 手術管理日誌は手術実施情報から件数集計、患者一覧の集計ができること。
- (11) 救急患者一覧は救急患者の受付情報から患者数、救急車来院、入院患者数等の集計ができること。
- (12) 各部署での管理事項をテキスト入力し管理できること。
- (13) 管理日誌情報を使用して月報、年報などの帳票作成ができること。
- (14) イベント情報(褥瘡、化学療法、心カテ、手術等)を入力でき、集計出来ること。

1.3 フォーカス及びSOAP

- (1) マスタよりフォーカス項目の選択及びワープロ入力ができること。
- (2) 当該患者への看護計画により、登録されている問題点一覧からの問題選択機能を有すること。

- (3) 過去のフォーカス、SOAP記録の検索、絞込み機能を有すること。また、絞込みに関しては、看護問題(SOAP)、フォーカス(D・Act・R)、経時記録、フリーキーワード、作成者にて絞込みできること。
- (4) コピー&ペースト機能による、サマリへの記事貼り付けができること。
- (5) 経過記録については、看護問題区分、フォーカス区分、経時記録区分にて記載できること。
- (6) フォーカス区分を選択した際には、マスタ項目(大分類・中分類・小分類)による選択ができること。
- (7) 過去の経過記録からコピー&ペーストができること。
- (8) 作成/更新をした際には、自動的にシステムを使用するときに入力されたIDの利用者氏名が表示されること。
- (9) 記載の日時に関しては、記載開始の時間が自動的に記載されること。ただし、業務上、実際のケアした時間と記録した時間が異なる場合があるため、日時を変更できること。また、その際には、ケアした時間と、記録した時間の両方を記録できること。
- (10) 記載の日時より実際に業務を行なった日時が過去の場合、遡って記録を登録できること。

1.4 経過表

- (1) 成人(一般・重症)、新生児、未熟児、パルトグラムのフォーマットをサポートできること。
- (2) 血圧、体温、脈拍、呼吸数といったバイタルデータをグラフ表示できること。
- (3) 輸液/排液等のIntake/Output項目の自動集計、バランス表示ができること。
- (4) 観察項目、測定項目の登録機能を有すること。項目の入力は簡便であるために、第一階層、第二階層、第三階層と分類されており、第一階層で選択された該当項目の第二階層が、第二階層で選択された該当項目の第三階層が自動的に表示されること。
- (5) 表示時間のレンジ変更機能を有すること。
- (6) 印刷機能(カラー対応)を有すること。
- (7) 経過表での表示をする際には1行1指示とし、指示継続の有無や指示変更があったことがわかる表示ができること。また、指示が継続している場合は、同一の指示内容を表示し続けるのではなく、記号(⇒)を用いて指示継続を表すなど、使用者に見やすいつくりになっていること。
- (8) 実施した情報はリアルタイムにカルテに反映されること。
- (9) 食事情報、入院日数、術後日数、妊娠週数、産褥日数は自動で表示すること。
- (10) 観察項目の並べ替えが自由に行えること。
- (11) 現在適用中のパスの把握、確認ができること。
- (12) 受持ち患者、チーム患者の経過表を一度に選択し、切替えにより参照・入力できること。
- (13) 選択した複数の患者に対し一括でバイタル情報、食事摂取量、体重の入力ができること。
- (14) 現在の入院カルテの熱型経過表が、電子カルテ表示画面から1クリックで展開できること。
- (15) 結果入力の詳細(数量、回数、時間など)をバルーン表示できること。
- (16) 患者移動情報、手術実施情報、プロファイル情報から自動で移動情報入院日数、術後日数、妊娠週数/産褥日数を表示できること。

- (17) フォーカスおよびSOAPの画面を呼び出し、入力できること。
- (18) 経過表の食事欄に食種名/主食名を表示できること。
- (19) バイタル表示エリアにコメントを付箋機能としてはりつけられること。
- (20) 過去の入力情報は履歴として確認できること。
- (21) 利用者ごとに表示レイアウトを保存できること。
- (22) 経過表にて入力を行ったバイタル情報等をいつ・誰が入力を行ったのか参照できること。
- (23) 経過表入力による身長、体重を患者プロフィールと連携させ、入院患者のデータ管理を一元化できること。

1.5 看護計画・指示

- (1) 階層構造のマスタによる問題検索ができること。
- (2) 選択された看護問題に対し、因子を表示し、選択することによって看護計画が立案できること。
- (3) 診断指標、関連因子、患者目標は一覧からの選択また、フリー入力にも対応できること。
- (4) 看護計画を選択することで、看護計画の内容が表示され、表示された計画内容の選択・追加ができること。また、入力後の修正ができること。
- (5) 看護計画のフリー入力ができること。
- (6) 看護計画の一覧を看護計画画面で修正ができること。
- (7) 看護計画毎に日々の詳細な看護指示を指定できること。
- (8) 看護指示に対して、回数・時間・時間毎の詳細な指定ができること。
- (9) 利用者ごとに看護指示のセット登録ができること。
- (10) 選択した看護診断・看護計画が問題点一覧で表示され、評価予定日が表示されること。
- (11) 問題点リストの項目から看護計画の画面にリンクすることができること。
- (12) 問題点一覧、計画リストの印刷ができること。
- (13) 看護問題、看護計画に対する評価、評価日の設定、修正ができること。
- (14) クリニカル・パス機能に対応(看護指示)ができること。
- (15) 看護支援システム上で行われた看護指示がオーダリングシステムのクリニカル・パス機能とリアルタイムで連携できること。
- (16) 看護診断を作成しながら選択した診断に対する標準看護計画を参照、印刷できること。

1.6 看護プロフィール

- (1) プロファイルの分類はNANDAを使用し、それに沿った登録画面を持つこと。
- (2) 看護プロフィールで入力した情報は、再度入力することが無いように患者プロフィールと連動すること。

- (3) 履歴管理機能を有し、過去の看護プロフィール情報を参照することができること。また、更新理由を入力し、保存することができること。
- (4) 各アナムネ画面の要約欄を自動収集して一画面で表示することができること。
- (5) プロフィールを入力する画面に関し、フリー欄で病院独自の項目を入力可能であること。

1.7 指示受け機能

- (1) 病棟のチームリーダー向けの機能として、医師からの指示を一括で指示受け、一括で指示確認が出来ること。また、指示受け者、確認者については、一覧画面で確認できること。

1.8 状態一括登録

- (1) 看護度などの管理事項項目を病棟全患者の一覧で参照・入力ができること。
- (2) 勤務帯毎の状態管理と日誌への集計数の反映ができること。
- (3) 入力補助機能としてガイダンス機能を有していること。
- (4) 各状態項目に対し、該当病棟内での集計が入力時確認できること。
- (5) 入力方法として項目から選択する方法以外にフリー入力ができること。

1.9 患者スケジュール

- (1) 横軸を時間、縦軸を指示伝票種別毎のカレンダー形式で、医師指示情報と看護指示情報を表示できること。日勤・準夜・深夜ごとの時系列、各種業務別のいずれでも医師指示情報と看護指示情報を表示できること。
- (2) 時間指定のないオーダは非時系列にまとめられ、時間指定のあるオーダは縦軸の時間に合わせて表示できること。
- (3) 患者スケジュールで入力した情報は、実施記録として反映できること。
- (4) 自動展開される実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間と記載時間の両方を管理できること。

1.10 看護サマリ

- (1) 病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込み機能を有すること。
- (2) オーダリングシステムの患者移動情報と連動し、退院サマリなどの記入状態が確認でき、また師長等による承認機能を有していること。
- (3) 助産記録において、分娩所要時間や1h後、2h後の時間が、分娩開始～胎盤娩出の各時間をもとに自動展開が行えること。
- (4) 助産記録において、アプガースコアの入力値に従って点数の自動採点が行えること。

1.11 病棟マップ

- (1) 担当患者を複数選択しての各種業務起動(経過表、患者スケジュール、ワークシートなど)を有すること。

1.12 ワークシート

- (1) 個人単位、受持ちグループ単位、病棟一括等でオーダリングシステムや看護支援システムの情報を参照し、ワークシートの画面表示、出力ができること。
- (2) 処方一覧、検査一覧、処置一覧などのワークシート出力ができること。
- (3) 病棟一括、指定患者等の一括印刷ができること。
- (4) オーダリングシステムの患者基本情報、移動情報、注射情報、処方情報等と連動し、ワークシートを表示、印刷できること。

1.13 看護必要度

- (1) 看護必要度の入力・表示および集計データが出力ができること。
- (2) 各アセスメント項目に対して必要な情報を収集し、判定の支援が行なえること。

1.14 バーコード患者認証システム

- (1) 医療事故防止のために、患者リストバンドによるバーコード認証ができること。
- (2) 注射薬剤と患者のバーコード認証ができること。

3. 資源配布、管理システム

3.1 資源配布、管理システム基本要件

1. 資源配布機能

- (1) アプリケーション、パッチを複数インストールする場合は、任意の順番で適用ができること。
- (2) 特定の端末に対して資源の配付を行えること。
- (3) 端末が追加された際に、その端末が配付対象として自動で登録されること。
- (4) 任意のフォルダを配付用資源として登録しておくことで、次回以降当該フォルダで変更のあった差分ファイルのみ抽出・配付する機能を有すること。
- (5) 配付用資源として登録されたフォルダ配下にあるファイルを指定することによって、クライアントへの資源配付の対象から除外できること
- (6) ファイル(フォルダ含む)をクライアントに差分配付できること。
- (7) OSが排他使用しているファイルも再起動処理を行い、反映されること。
- (8) 資源配付の前後にバッチ実行可能であること。
- (9) 資源配付が完了していないクライアントに対し、クライアントの資源配付モジュールをリモートで起動できること。
- (10) フォルダ、拡張子を指定することによって特定条件を満たした場合のみにファイルの配付前後で REGSVR32コマンドを自動的に発行できること。
- (11) フォルダ、拡張子を指定することによって特定条件を満たした場合のみにファイルの配付前後で /REGSERVER /UNREGSERVER引数付きで自動的にファイル実行ができること。
- (12) 通常接続の資源配付サーバが停止時に、自動的に代替の資源配付サーバに切り替えができること。
- (13) クライアントが接続可能なサーバのリストは自動的に生成され、各クライアント個別の事前設定は不要であること。
- (14) サーバ接続に偏りが出ないようにサーバの負荷分散を考慮した資源配付を実施すること。
- (15) サーバ間のファイル(フォルダ含む)配付を行い、サーバ間の資源同期を差分で行うことができること。
- (16) サーバ間連携が完了していないサーバに対し、サーバ間の同期処理をリモートで起動できること。
- (17) サーバ間同期のインベントリ管理ができること。
- (18) 配付した資源のインベントリ管理ができること。
- (19) インベントリ管理の観点から資源適用が完了していないクライアントを検索することが可能であること。

2. 管理機能

2.1 管理機能

- (1) リモート端末からクライアントの各種情報(コンピュータ名、IPアドレス、MACアドレス、電源状態、ログインユーザ名、OS名、OSパッチ適用状況、復元ソフトの動作状態、復元ソフトのバージョン、ウィルスパターンファイルのバージョンレベル)を参照できること。
- (2) リモート端末にてウィルスパターンファイルのバージョンレベルを参照できること。

- (3) リモート管理端末において、クライアントを管理するためのグループは、最大で6階層を実現できグループも複数保有できる機能を有していること。
- (4) リモート端末からグループ指定または任意クライアント指定で、電源のON/OFF/再起動操作やユーザのログオン/ログオフ操作、メッセージ送信、復元機能の動作モード変更(修復オン・修復オフ等)ができる機能を有すること。
- (5) クライアントの電源OFF/再起動をタイマーによって実行することが可能で、その際に指定したメッセージおよびカウントダウン表示を行えること。また、メッセージのみの送信も可能なこと。

2.2 リモート操作

- (1) リモートモニタリング機能は複数同時に起動でき、管理機能とは独立して起動可能なこと。
- (2) リモート端末から任意のクライアント(複数台一斉を含む)の画面確認・操作が行えること。
- (3) リモート端末から任意のクライアント(複数台一斉を含む)に対するキーボード、マウスの操作制限機能、画面のブラックアウト機能を有すること。また操作制限中はクライアント側にステータス(モニタリング中、キーボード・マウスロック中)を通知できること。
- (4) リモートモニタリング端末から任意のクライアント(複数台一斉を含む)に対して電源のON/OFF/再起動操作、ユーザのログオン/ログオフ操作、メッセージ送信ができる機能を有すること。
- (5) リモート端末から任意のクライアントの画面確認・操作が行えること。またクライアント画面はフル画面表示が可能なこと。
- (6) リモートモニタリングは、複数台接続されたディスプレイであってもモニタリング・操作可能なこと。
- (7) リモート端末のモニタリングコンソール上に配付したいファイルをドラッグ&ドロップ操作することで、クライアントに対して一斉コピーを行えること。
- (8) リモートモニタリング端末からクライアント上のファイルやフォルダを一斉回収する機能を有すること。
- (9) 画面以外にもクライアントを制御するコマンド(命令)を有すること。
- (10) リモートモニタリング端末からクライアント(複数台一斉を含む)に対してクリップボード情報を一斉にコピーできること。また、リモートモニタリング端末から特定のクライアントのクリップボード情報の取得・相互共有が可能なこと。
- (11) モニタリング中のクライアント画面を、ファイル保存できる画面キャプチャ機能を有すること。
- (12) クライアントのログインアカウント一覧の表示・CSVファイルとして出力する機能を有すること。

2.3 情報収集、分析、その他

- (1) クライアントのPC・CPU・メモリ・ドライブ・BIOS・プリンタなどのハードウェア情報、インストールソフト名の一覧情報を収集する機能を有すること。
- (2) クライアントの利用ログ(OSの起動/終了、ユーザのログオン/ログオフ情報、スクリーンセーバーの起動/終了、スタンバイの開始/終了)、瞬間復元機能やその他の機能(資源配付機能、WindowsUpdate連携機能)の動作ログを収集する機能を有すること。
- (3) 集計したインストールソフト名の一覧情報表示、サマリ(インストールされた端末)表示・CSVファイルとして出力する機能を有すること。

- (4) クライアントから収集した情報を基に利用状況を分析／表示する機能を有し、収集した情報をCSVファイルとして出力、および利用状況として、クライアント毎の稼働状態(使用中、スクリーンセーバー、ログイン画面、省電力モード)の時間の累積、1日の稼働状態のタイムチャートをグラフ化して表示できること。
- (5) 省電力されている累計時間、電力消費量(KWh)、CO2排出量、原油換算量、電気料金について積算状況をグラフ化する機能を有すること。
- (6) 消費電力を計算するための電力消費量算出基準を個別に設定できること。
- (7) クライアント機能はサイレントインストール(画面に設定情報を入力することなくインストールする機能)に対応していること。
- (8) システム管理者が各機能を有機的に動作させるために、復元機能の動作モード変更、電源ON/OFF／再起動、スタンバイへの変更、ログオン／ログオフ、メッセージ表示、コマンド実行などを時間指定でスケジュール実行できること。
- (9) 本製品のサーバ機能、クライアント機能が発行するアラートメッセージをリモート管理端末から照会する機能を有すること。
- (10) 簡便な操作・運用を実現するため、それぞれの機能が連携した一つのソフトウェア製品で実現されていること。
- (11) 製品に問題が発生した場合に、サポートが確実に受けられる製品であること。

4. 医事会計システム

1. 基本機能

- (1) 医療機関向けの基本マスタを標準提供し、新薬、材料の追加等を容易にメンテナンスできること。
- (2) 日常業務におけるレスポンスタイムは、ピーク時においても支障がないようにすること。
- (3) 医療機関向け基本マスタが標準提供され、かつ点数・薬価・病名マスタはレセプト電算対応されていること。
- (4) 労災、自賠責保険に関して法別番号を設定出来ること。
- (5) 各窓口画面で患者番号の継承が行えること。
- (6) 各画面には操作可能なファンクションキーへの割り当て機能が、常時確認できること。
- (7) 患者の検索を各業務画面で行え、該当者の検索は一覧画面から選択できること。
- (8) 前回Doを容易に呼び出せること。
- (9) オーダリングシステム(電子カルテシステム)より、データを取り込めること。
- (10) 業務を停止せずに、データのバックアップができること。
- (11) 会計データのディスクへのデータの保存期間は5年以上が可能であり、かつ期間は任意設定できること。
- (12) 保存された会計データは、年数によらず同一の業務画面から参照できること。
- (13) 前回Doの内容が過去の内容であっても、現在の点数で点数計算ができること。
- (14) 印刷データは紙での出力以外に、印刷イメージをデータで保存ができること。
- (15) パスワードの有効期限が設定できること。
- (16) システムの利用者IDにより患者登録、会計入力、病名登録、収納処理毎に実行を制限できること。
- (17) 他業務へ自由に画面切り替えが可能で、複数の業務を同時使用出来ること。
- (18) 会計入力中であっても、リアルタイムにレセプトのイメージで内容確認可能であること。また同時にチェック機能が働くこと。
- (19) 自動加算が可能な加算、指導料、逓減等を網羅していること。
- (20) 包括項目の算定が正しく行われること。
- (21) 院外処方の内容をレセプト用紙でも確認出来ること。
- (22) コメントが入力でき、レセプトに印刷出来ること。
- (23) 入院で毎日算出する保険外については、会計入力でなくカレンダーでの登録ができること。
- (24) 1画面上で複数保険の会計ができること。
(特定の明細について保険の変更ができること)
- (25) 長期療養医療を正しく管理し、必要な一部負担金を請求出来ること。

- (26) 診療報酬改定に伴いプログラム変更等の作業が発生する場合は、受注者が責任を持って対応すること。
- (27) 業務や入力域に応じた操作ガイダンスを、業務画面上に常時表示できること。
- (28) 業務画面に連動したオンラインマニュアルを、参照できること。
- (29) 窓口業務で該当患者を呼び出した際に、事前に患者に関連させて登録した情報が、表示されるメモ機能を有していること。
- (30) ログインID毎の業務の実行履歴(アクセスログ)を保存、確認できること。

2 窓口業務

2.1 患者登録

- (1) 新規患者は自動で最終番号を付番出来、かつ手入力もできること。
- (2) 患者情報は長期的に保存できること。
- (3) 保険・公費共に、各99種類までの登録ができること。かつ保険+3種類の公費併用、または公費のみ3種類の公費併用等の保険パターンが登録できること。
- (4) 保険ごとに保険証の有効期限・開始日を設定できること。
- (5) 保険証確認履歴を参照し、当月未確認の場合はメッセージを表示する機能を有すること。
- (6) 有効期限切れの保険・公費を色分けして表示できること。
- (7) 1患者1番号に対応出来、患者登録時には氏名、生年月日、性別で同性同名のチェックが容易にできること。
- (8) 漢字氏名入力は氏名辞書を有し、氏名選択画面からの日本語氏名の選択入力とフリー入力の双方ができること。
- (9) 患者氏名は40文字程度入力できること。
- (10) 患者の漢字氏名入力には学習機能があること。又、氏名辞書はメンテナンスできること。
- (11) 生年月日年号、性別は数字で入力出来ること。
- (12) 入力した生年月日より、年齢および月齢が確認できること。
- (13) 登録した主保険と従保険のパターン負担率・負担条件等を自動表示出来ること。また、必要に応じて変更出来ること。
- (14) IDカード(診察券)を発行出来る機能を有すること。
- (15) カルテ1号紙は複数の保険種別が登録されている場合、それ毎に出力可能なこと。
- (16) 住所は郵便番号またはカナ住所で検索可能なこと。頻繁に使用する住所についてはマスタ管理できること。
- (17) 患者の検索はカナ氏名、生年月日、性別、入院患者で検索できること。
- (18) カナ氏名はワイルドカード検索ができること。
- (19) 入院中の患者を検索する際、部屋・病棟で検索ができること。
- (20) 旧姓等、変更前の氏名で患者検索ができること。
- (21) 優先保険の設定ができること。

- (22) 年齢により保険の妥当性チェックができること。
- (23) 労災、自賠責保険情報が登録できること。
- (24) 患者へのコメント文字の入力ができること。
- (25) 患者情報単位にメモが50文字程度入力保存できること。
- (26) 保険登録時に年齢チェックができること。
- (27) 患者登録時に他の患者情報のコピー機能を有すること。
- (28) 保険証や紹介状をイメージデータとして患者情報に関連付けて取り込むことが可能であること。また、患者登録の業務画面から直接スキャナーを操作して取り込みができること。

2.2 受付業務

- (1) 1回の受付で10科分に対応できること。
- (2) 過去の受診科の照会が行え、それぞれの最終来院日の確認が可能なこと。
- (3) 保険証の確認入力が行えること。
- (4) 受付患者の一覧が表示出来、それぞれの受付時間、受付科、受付区分の確認ができること。
- (5) 受診内容の入力が行え、受診票の印刷ができること。

2.3 病名登録業務

- (1) 病名の登録が可能(部位まで)で、レセプト電算対応されたマスタが標準提供されていること。
- (2) 病名はカナ、漢字、ICD10による検索ができること。。
- (3) 病名のワープロ入力時に、前方一致により病名マスタより候補表示、選択が可能となる機能を有し、未コード化病名の削減ができること。
- (4) レセプト電算コードが設定されている病名と、フリー入力された病名が判別できること。
- (5) 500病名以上の登録が可能で、必要に応じ入外別や転帰の内容によって表示する病名の絞り込みが容易に行えること。
- (6) 接頭語、接尾語の設定が可能で、病名との合成ができること。
- (7) 病名管理は、転記(治ゆ、死亡、中止)、開始日付、終了日付ができること。
- (8) 病名は特定病名の設定が可能で、画面で色により容易に把握できること。
- (9) 感冒等の当月のみの病名を登録できること。
- (10) 病名入力中でも、病名マスタの抜き取りや病名マスタの作成ができること。
- (11) 病名の入力はワープロ機能によっても入力出来ること。かつ、ワープロ入力された病名については、コード化された病名と明確に見分けがつくようフォントや色などで表現できること。

2.4 外来会計業務

- (1) 患者を選択し、オーダの取込みを行えること。但し、オーダの取込みは選択できること。
- (2) 自動算定の設定を行う事により、自動で1月上限回数まで自動算定出来る機能を有すること。
- (3) 特定薬剤治療管理料は4ヶ月目以降の逡減を薬剤単位で自動に行なえること。

- (4) 会計入力には科、医師、部門を選択できること。
- (5) 深夜、休日、時間外、時間外特例医療機関加算を選択する機能があり、選択する事により自動算定されること。
- (6) 入力中でも、病名登録や患者登録画面に容易に切替可能で、その切替えた画面での修正情報は入力中画面に反映されること。
- (7) 入力はコード入力、及び検索による入力ができること。
- (8) 診療行為入力時に、日本語名称の前方一致により、点数マスタから候補表示、選択ができること。
- (9) 診療行為の入力中に、過去の会計データの内容を常時表示する機能を有すること。かつ、表示中の過去データから簡易な操作で参照入力できること。
- (10) 約束入力、伝票入力、前回Do入力が行えること。
- (11) 1回の会計で、複数の科、複数の保険の入力が可能で会計は同時に行えること。
- (12) 日付を指定し、Doが使用可能なこと。
- (13) 会計入力中でも、点数マスタの抜取りや点数マスタの作成ができること。
- (14) 入力中の警告は即時に表示可能であること。
- (15) コメントはコード入力、フリー入力ができること。
- (16) 診療内容入力中、も即時に現在のレセプトを画面で確認出来ること。また、同時にエラーチェック機能が動作すること。
- (17) 会計入力終了時に病名と薬品とのレセプト関連チェックを行える機能を有すること。
- (18) 請求書は科別出力か、合計で出力するかを選択出来ること。
- (19) 会計終了時に裏点を記入する為の請求点数確認画面が表示されること。
- (20) 自動加算、自動算定の機能を有すること。
- (21) 包括行為の項目が入力されると、対象診療行為等は自動で包括されること。同時に包括された行為を強制的に非包括出来る機能を有すること。
- (22) 同一検査の中で検査項目を重複に入力しても、自動で1つに編集されること。
- (23) 会計で一旦検査を入力した後に検査項目を追加入力した場合、検査の自動算定（丸め計算、剤区切り）を再実行する機能を有すること。
- (24) CTなどは2回目以降に自動で逡減されること。
- (25) 同一日付で科別に受診済かをチェック出来ること。
- (26) カレンダー形式で来院日が確認出来ること。
- (27) 前回までの未収金額を含めて今回の請求金額に合算して請求書を作成できること。
- (28) 外来請求書を発行出来ること。かつ、請求書を発行せず請求データのみ保存も出来る選択機能を有すること。
- (29) 点数マスタの検索画面にて、使用期限日を過ぎたマスタの文字色を変更するか、期限日を過ぎたマスタを表示させないことができること。

(30) 電子点数表を活用した背反チェック、算定回数の縦覧チェックができること。

2.5 入院会計業務

- (1) 外来会計業務と同様に入力が行え、画面イメージの変わらないこと。
- (2) 退院日付以降のデータを削除出来ること。
- (3) 退院処理を行っても、診療行為の入力が行えること。

2.6 会計カード検索業務

- (1) 外来会計業務、入院会計業務と同様な入力を行えること。
- (2) 会計カードは月、診療区分、入外区分を指定し表示できること。
- (3) 診療行為をカレンダー表示出来、カレンダー画面から回数の変更が出来ること。
- (4) 会計カードを印刷出来ること。

2.7 入退院業務

- (1) 患者の入退院、転科、転室、転病棟、医師、室料差額の登録、修正、削除ができること。又、入院料、適用保険、外泊、欠食、特別食等の登録、修正、削除もできること。
- (2) 過去の入院履歴の参照が可能で、入院料算定の除外設定ができること。
- (3) 入院基本データはカレンダー形式で1月分表示でき、前月、前々月の表示もできること。
- (4) 退院日以降のデータが自動で削除できること。
- (5) 入院料の看護加算等は病棟別に設定可能で、変更もできること。
- (6) 自費項目等で、毎日発生する項目をカレンダー形式で登録できること。
- (7) 前月の入院基本設定を翌月に継承できること。
- (8) リアルタイムな料金問合せを行えること。
- (9) 退院処理は日付を指定可能で、裏点を記入する為の請求確認画面が表示出来ること。
- (10) 過去の入院履歴の追加、修正、削除、参照ができること。
- (11) 退院処理を行うと請求書が印刷されること。
- (12) 他医療機関での入院履歴が登録できること。
- (13) 介護保険病棟での入院期間が管理可能で、入院基本料の加減算ができること。

2.8 収納処理業務

- (1) 患者毎に入金・未収金の管理が可できること。
- (2) 未収金については永久保存であること。
- (3) 分割入金に対応されていること。
- (4) 預かり金を登録できること。
- (5) 請求書を作成出来る機能を有すること。

- (6) 請求期間を指定する事により合算請求書を作成出来ること。
- (7) 請求日付と入金日付を別に管理出来ること。
- (8) 将来のシステム拡張のため、現金管理に優れたPOSレジとの連携機能を有すること。
- (9) 請求書の再発行が出来ること。
- (10) 退院請求書の発行時に、月をまたいだ請求期間で1枚の請求書を作成することができること。
- (11) 入院定期請求は一括処理と、個別処理が選択できること。

3. レセプト業務

3.1 レセプト業務

- (1) 診療報酬明細書(レセプト)の作成ができること。
- (2) レセプトは社保、国保等それぞれ指定された様式に対応されていること。
- (3) レセプトの印刷は前処理を行わなくても、即座に印刷ができること。
- (4) レセプトの印刷は月中でも印刷ができること。
- (5) レセプト印刷は複数端末、複数プリンタに対応されていること。
- (6) 一般、労災、自賠責保険に対応されていること。
- (7) 一般レセプトはレセプトの枠まで印刷可能な機能を有すること。
- (8) レセプト印刷の指示は入外、用紙番号、科、患者番号、の印刷順指定ができること。
- (9) レセプトの件数が判断可能な、レセプト一覧表の作成が可能であり、患者別にも出力でき、レセプトが出力された後に会計が修正されたかどうかの判断が出来る印がつくこと。
- (10) レセプトの点検用に院外処方した投薬情報も印刷できること。
- (11) 一定額以上の高額レセプト患者の高額レセプト日計表が出力できること。
- (12) 提出不要なレセプトの保留が行えること。保留解除もできること。
- (13) 傷病名との適用チェックや、1日、1月あたりの回数、数量チェック、当月にペアで算定されるべき診療行為のチェックができること。
- (14) 退院した患者は患者番号を指定する事により、随時レセプトが発行できること。
- (15) リハビリの実施日数を自動的に印刷出来ること。
- (16) 手術、処置などはコメントを入力しなくとも診療日を印刷出来ること。
- (17) 診療行為と病名の関係についてメーカー提供のDBによるチェックができること。
- (18) DBによるチェックは、会計時と月単位の一括処理に対応していること。
- (19) 日々の入力においてレセプト電算提出データの自動作成ができ、月末月初の提出データ作成処理を必要としないこと。
- (20) レセプト電算提出データを自動作成した場合のエラー内容を管理する画面を有すること。
- (21) レセプト電算ファイルの作成で、未編集及び修正を加えたレセプトのみを編集する機能を有すること。

- (22) 症状詳記登録において、「治験に係る治験概要」「疾患別リハビリテーションにかかわる治療継続の理由等」の登録が行えること。
- (23) 提出用のレセプト電算媒体からレセプト印刷ができること。
- (24) IP-VPN、またはインターネットを利用したレセプトオンライン請求ができること。
- (25) レセプトオンライン請求時、返戻データの取り込みが可能であること。また、返戻理由等の詳細を医事システム上で確認できること。
- (26) 返戻レセプト分のみのレセプト電算ファイルの編集ができること。

3.2 総括表業務

- (1) レセプト印刷されたデータをもとに指定された様式で、診療報酬請求書(総括表)が印刷できること。
- (2) 患者別の診療報酬点数が確認修正ができること。
- (3) 返戻・保留などの管理が出来ること。
- (4) 総括表で出力されるデータがEXCEL、又はテキストデータで出力できること。

4. DPC

4.1 DPC請求

- (1) DPC包括評価制度に対応した、レセプト請求ができること。
- (2) DPC包括評価制度に対応した、退院請求・入院定期請求を行う機能を有すること。
- (3) DPCレセプトの様式で画面上レセプト表示ができること。
- (4) 提出用の、様式1、様式4、E/F、Dファイルが作成できること。
- (5) 提出用ファイルに含む患者番号を変換して、匿名化できること。
- (6) DPC対象患者について、入院患者一覧、特定入院期間超過一覧、DPC入力状況一覧を出力できること。
- (7) 月またぎを含め、包括請求のDPC分類などの変更時、各月請求(患者請求とレセ請求)が自動的かつ簡単かつ正確にできること。
- (8) 月またぎを含め、包括請求のDPC分類などの変更発生時に、差額の退院時精算(患者精算とレセ精算)が自動的かつ簡単かつ正確にできること。
- (9) 月またぎを含め、出来高と包括請求が混在している場合の請求処理(患者請求とレセ請求の両方とも)が、自動的かつ簡単かつ正確にできること。
- (10) DPC分類変更による、入院起算日の変更処理が、自動的かつ簡単かつ正確にできること。
- (11) DPC用の病名(主傷病名、入院契機傷病名、医療資源傷病名、第二医療資源傷病名、入院時併存症名、入院後発症疾患名、副傷病名)が登録出来ること。
- (12) DPCレセプト電算ファイルをもとに、DPCレセプト、コーディングデータを出力できること。

4.2 未収金管理

- (1) 督促履歴、微収記録が登録できること。
- (2) 督促状の送付先情報を3ヶ所以上登録できること。

- (3) 帳票はプリンタ出力前に画面上でプレビュー表示ができること。
- (4) 各統計帳票は、CSV形式のデータをファイル出力できること。

4.3 予約

- (1) 予約枠毎に予約の可否を設定できること。
- (2) 過去の予約データを表示できること。
- (3) 予約票の印刷ができること。
- (4) 予約患者一覧表示ができること。
- (5) 予約患者の場合、受付時に予約時間が表示されること。

5. その他の業務

5.1 患者管理業務

- (1) 氏名カルテ情報、保険情報、来院情報、入院情報、病名情報、薬剤・行為情報などにより対象患者の検索及び、患者台帳の作成が出来ること。
- (2) 行為・薬剤情報については回数、数量の範囲を指定できること。
- (3) 未収金額の範囲指定、預かり金額の範囲指定ができること。

5.2 帳票作成

- (1) 退院証明書、紹介状、診断書、主治医意見書をシステムに蓄積されたデータからWordにダイレクトに作成できること。

5.3 マスタ管理業務

- (1) 薬価改正毎に世代別に点数マスタ、セットマスタ、システムマスタを管理できること。また、世代数に制限が無いこと。
- (2) 点数マスタの印刷、病名マスタの印刷ができること。
- (3) セットマスタの登録が行えること。セットの複写機能も備えていること。
- (4) 伝票マスタの登録が行えること。
- (5) レセプト電算に対応する標準提供点数マスタ、標準提供病名マスタを有すること。
- (6) 標準提供マスタより容易に抜き取りができること。
- (7) 包括行為に含まれる設定ができること。

5.4 バックアップ業務

- (1) バックアップは1日1回夜間に自動で実施されること。

5. 手術部門システム基本要件

1. 予約業務

1.1 予約調整

- (1) 各手術室ごとの予約状況が表示できること。
- (2) カレンダー表示のページ切替ができること。
- (3) 表示開始日時の設定ができること。
- (4) 表示日数や表示開始時間などを基準にカレンダー表示の変更ができること。
- (5) 予約調整済患者の直近オーダの検索ができること。
- (6) 申込オーダ一覧(希望日、患者氏名、性別、年齢、診療科、病棟、病名、術式、感染レベル)が基準日単位で表示できること。
- (7) 申込オーダ一覧の検索条件(基準日)の設定ができること。

1.2 予約調整(内容表示)

- (1) オーダ基本情報(患者ID、患者氏名、手術日、入室時間、病名、術式、手術室)を表示できること。
- (2) オーダ詳細内容を表示できること。
- (3) 受付の解除ができること。
- (4) 手術予約調整画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。

1.3 予約調整(予約確定)

- (1) 手術予定日の入力ができること。
- (2) 入室時刻、所要時間の入力ができること。
- (3) 手術室を選択できること。
- (4) 術式の選択ができること。また、フリー入力もできること。
- (5) 各分類毎に使用する機器(診療材料、鋼製小物(セット)、鋼製小物(単品)、借用器材、準備器材、準備輸液)を選択できること。また、フリー入力もできること。
- (6) 手術週間予定一覧印刷機能があること。
- (7) 手術予定一覧を出力することができること。また、Excel形式のファイルに出力する機能があること。
- (8) 手術時間未定の状態で他の予約項目を入力し、確定保存することで仮予約ができること。
- (9) 手術室(予約枠)未定の状態で他の予約項目を入力し、確定保存することで仮予約ができること。
- (10) 手術申込で入力した機材の項目の変更ができること。
- (11) 手術予約調整画面にてスタッフの登録ができること。

- (12) 入室時間の入力ができること。
- (13) 所用時間の表示ができること。
- (14) 手術前時間、手術後時間(麻酔)の入力ができること。
- (15) 手術所用時間の表示ができること。

2. 受付処理業務

2.1 受付患者一覧

- (1) 受付患者一覧にオーダ情報(受付区分、入室時刻、依頼診療科、患者氏名、患者ID、性別、年齢、入外区分、感染レベル)が表示できること。
- (2) 検索条件(手術日、患者ID、診療科、病棟)の設定ができること。
- (3) 検索条件(未受付、受付済、実施済、全て)の設定ができること。
- (4) 最新ボタンにより一覧の最新表示ができること。また、自動更新の設定ができること。
- (5) 受付患者一覧のオーダ情報の印刷ができること。
- (6) 最新表示を行っても、並び順が元に戻らないようにし、利用者ごとに並び順の保持が可能であること。また一覧画面の並び順・検索条件で、条件解除(初期値に戻す)ができること。
- (7) 手術受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
- (8) 患者単位の当日検査一覧を参照できること。

2.2 受付詳細表示

- (1) 患者基本情報(患者ID、患者氏名、性別、年齢、生年月日、病棟、診療科、予約者)を表示できること。
- (2) 依頼内容を表示できること。
- (3) 受付を確定できること。
- (4) 患者基本情報、依頼内容を印刷できること。

3. 実施処理業務

3.1 実施患者一覧

- (1) 実施患者一覧のオーダ情報(入室時刻、依頼診療科、執刀医、患者氏名、患者ID、性別、年齢、入外区分、感染レベル)を表示できること。
- (2) 検索条件(手術日、患者ID、診療科、病棟)の設定ができること。
- (3) 検索条件(未受付、受付済、実施済、全て)の設定ができること。
- (4) 最新ボタンにより一覧の最新表示ができること。また、日指定の場合、自動更新ができること。
- (5) 実施患者一覧のオーダ情報の印刷ができること。

- (6) 最新表示を行っても、並び順が元に戻らないようにし、利用者ごとに並び順の保持が可能であること。また一覧画面の並び順・検索条件で、条件解除(初期値に戻す)ができること。

3.2 実施処理

- (1) 手術実施の依頼内容を表示できること。
- (2) 手術実施画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。
- (3) 緊急の区分を選択入力できること。
- (4) 手術時刻の選択入力できること。また、所要時間は自動計算されること。
- (5) 麻酔時刻の選択入力できること。また、所要時間は自動計算されること。
- (6) 麻酔加算時刻の選択入力できること。また、所要時間は自動計算されること。
- (7) 主治医を選択入力できること。
- (8) 執刀医を選択入力できること。
- (9) 手術助手を選択入力できること。
- (10) 麻酔医を選択入力できること。
- (11) 直接看護師を選択入力できること。
- (12) 間接看護師を選択入力できること。
- (13) 手術申込みで入力した感染症の内容が表示できること。
- (14) 手術機器・ガーゼ枚数の確認を選択入力できること。また、確認者の名前を入力できること。
- (15) 術式を選択入力できること。
- (16) 手術薬剤を選択入力できること。
- (17) 手術材料を選択入力できること。
- (18) 手術注射を選択入力できること。
- (19) 手術検査を選択入力できること。
- (20) 手術措置を選択入力できること。
- (21) 手術器材をバーコードで読み取り、自動展開できること。
- (22) 実施、または、一部実施の確定ができること。
- (23) 麻酔種別を選択入力できること。
- (24) 麻酔加算を選択入力できること。
- (25) 麻酔薬剤を選択入力できること。
- (26) 麻酔材料を選択入力できること。
- (27) 手術薬剤、麻酔薬剤をバーコードで読み取り、自動展開できること。

- (28) 実施、または、一部実施の確定ができること。
- (29) 手術実施時に患者プロフィールの手術歴情報を更新できること。

4. 手術管理

4.1 手術申込状況一覧

- (1) 各手術室ごとの申込状況が表示できること。
- (2) カレンダ表示のページ切替ができること。
- (3) 表示開始日の設定ができること。
- (4) 表示日数や表示開始日などを基準にカレンダ表示の変更ができること。
- (5) 各科予約枠の表示ができること。

4.2 手術申込一覧

- (1) 手術申し込み一覧にオーダ情報(手術日、患者氏名、性別、年齢、診療科、入外区分、病棟、病名、術式、感染レベル)が表示できること。
- (2) 検索条件(実施日(期間指定または日指定)、診療科、病棟)の設定ができること。
- (3) 手術申し込み一覧のオーダ情報の印刷ができること。

4.3 手術予定一覧

- (1) 各手術室ごとの手術予定状況が表示できること。
- (2) 検索条件(実施日(日指定)、表示開始時間、診療科)の設定ができること。
- (3) 各科予約枠の表示ができること。

4.4 手術機器セット一覧

- (1) 手術セット一覧にオーダ情報(手術日、入室時刻、手術室、患者ID、患者氏名、性別、年齢、診療科、病棟、術式、器材・機器、感染症)を表示できること。
- (2) 検索条件(実施日(期間指定または日指定)、診療科、病棟)の設定ができること。
- (3) 手術機器セット一覧上の手術機器選択後、当該手術機器オーダ内容の印刷ができること。
- (4) 手術機器セット一覧の印刷ができること。

4.5 その他

- (1) 手術歴における統計として、術式別手術時間、科別統計、術式別統計、麻酔種別統計、手術室別稼働時間が出力することができること。

6. リハビリ部門システム基本要件

1. 患者情報管理

1.1 患者情報参照

- (1) 対象患者の患者基本情報が参照できること。

2. 予約業務

2.1 予約カレンダー(予約調整)

- (1) 療法士毎に予約状況の表示ができること。
- (2) リハビリ予約調整画面起動時、診療科・病棟・保険が表示されること。
- (3) カレンダー形式での表示ができること。
- (4) 外来・入院・共通の区分で絞り込めること。
- (5) 療法士ごとでの絞り込みができること。
- (6) 予約状況一覧の表示開始日時の変更ができること。
- (7) 予約状況の表示について、表示期間の変更(1日～7日)、表示開始時刻指定、表示終了時刻指定ができること。
- (8) 申込された患者一人一人について期間指定、曜日指定にて複数予約を確定できること。
- (9) 確定した予約については、別の任意の日と同じ内容の予約を複製設定できること。
- (10) 確定した予約については、スケジュール上より削除できること。
- (11) 確定した予約については、ドラッグ&ドロップ操作にて、予約日時を調整できること。
- (12) 一覧画面上から右クリックで予約確定、カルテが起動できること。

2.2 予約情報入力・修正(予約確定)

- (1) 個人、集団などの療法区分の選択ができること。
- (2) 起算日の設定、修正ができること。
- (3) 算定区分を指定、変更できること。
- (4) 予約処理の時点で算定チェックができること。
- (5) 受付の解除ができること。
- (6) 担当療法士を選択入力できること。
- (7) 厚生労働省の定める患者の項目として「回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者」「回復期リハ算定上限日」「急性期疾患起算日」を画面上で選択でき、算定チェックの項目要素として使用できること。

- (8) 予約票の印刷ができること。
- (9) 連絡事項の入力ができること。
- (10) 連絡事項で入力した内容は、看護業務の検査一覧(出棟一覧)、リハビリ一覧や患者スケジュールで確認ができること。

3. 受付業務

3.1 受付

- (1) 対象患者を選択することで、患者の処方内容を表示できること。
- (2) 処方内容を受付票／リハビリ実施箋として、印刷できること。
- (3) 受付処理を行なうことで患者の到着確認ができること。
- (4) 複数患者を一括で受付・受付解除できること。
- (5) リハビリ受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
- (6) 患者単位の当日検査一覧を参照できること。

3.2 検索

- (1) 受付対象患者の基本属性情報(患者ID、患者氏名、療法士名、年齢、性別、希望時間)を表示できること。
- (2) 依頼診療科、療法士、入院・外来・共通、依頼病棟、患者所在などの条件で検索できること。
- (3) 未受付、受付済患者を切替えて表示できること。
- (4) 患者IDで対象患者の絞りこみができること。
- (5) 受付の患者一覧印刷ができること。
- (6) 定期的に最新化表示できること。
- (7) 一覧画面上から右クリックでカルテ起動、リハビリ受付が起動できること。

4. 実施処理業務

4.1 実施登録

- (1) 患者を選択し、実施入力処理ができること。
- (2) リハビリ実施画面起動時、最新の入外区分・診療科・病棟・保険が表示されること。
- (3) 処方時の依頼情報が表示できること。
- (4) 保険種別をマスタより選択入力できること。

- (5) 加算項目を選択できること。また、起算日より実施日までの日数をカウントし、該当する加算項目のみを表示できること。
- (6) 指導料、処置、ギプス、材料を選択入力できること。
- (7) その患者に設定されているリハビリプランを表示選択できること。
- (8) 複写機能で、前回のリハビリ実施内容を複写できること。
- (9) 開始時間、終了時間について修正入力ができること。また、所要時間については自動計算できること。
- (10) 実施コメントを入力できること。
- (11) 実施時点での算定チェックができること。
- (12) 実施単位数と所要時間の整合性チェックがかかること。また、自動で単位数に応じた所要時間に変更されること。

4.2 実施一覧

- (1) 実施対象患者の基本属性情報(患者ID、患者氏名、療法士名、年齢、性別、希望時間)を表示できること。
- (2) 依頼診療科、療法士、入院・外来・共通、依頼病棟、患者所在などの条件で検索できること。
- (3) 未受付、受付済患者を切替えて表示できること。
- (4) 患者IDで対象患者の絞りこみができること。
- (5) 一覧印刷ができること。
- (6) 定期的に最新化表示できること。
- (7) 一覧画面上から右クリックでカルテ起動、実施入力、実施取消、事後削除、事後修正等ができること。

4.3 療法士別実施一覧

- (1) 療法士、開始、実施時間、患者ID、氏名、性別、病棟、実施内容、加算項目を一覧表示できること。
- (2) 期間指定により、対象の実施情報を一覧表示できること。
- (3) 診療科、病棟、担当療法士毎に絞り込み表示ができること。
- (4) 一覧表を印刷できること。

5. リハビリ処方箋

5.1 リハビリ処方箋

- (1) リハビリ処方箋が印刷できること。

6. 帳票作成機能

6.1 業務日報

- (1) リハビリ部門における統計として、日報(療法別、療法士別)が出力できること。

6.2 業務月報

- (1) リハビリ部門における統計として、月報(患者別、療法別、療法士別)が出力できること。

6.3 予約患者一覧

- (1) 予約対象患者の一覧表を印刷することができること。

7. 輸血部門システム基本要件

1. 受付処理業務

1.1 受付管理

- (1) 輸血部門受付業務にて輸血オーダー内容の確認と患者の受付(払い出し)処理ができる機能を有すること。
- (2) 輸血オーダーを一覧表示できること。一覧には依頼診療科、使用予定日、患者氏名、ID、性別、依頼血液型、依頼製剤名、単位数、使用場所、緊急区分、オーダー番号が表示されること。
- (3) 受付を行う際に、他端末にて同じオーダーを選択中は警告メッセージを表示すること。
- (4) 輸血受付一覧の最新表示は日指定の場合に自動更新ができること。
- (5) 輸血受付一覧では、オーダーのステータスを把握し、効率的な輸血払い出しができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の輸血払い出しステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (6) 輸血受付一覧の日付、期間入力によるオーダーの検索ができること。
- (7) 輸血受付一覧では患者IDによるデータ絞り込みができること、また検索期間との組み合わせで依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
- (8) 輸血受付一覧の検索にて受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (9) 輸血受付一覧のソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (10) 輸血オーダー時に「緊急」指定された場合、受付一覧上で緊急指示の識別ができること。
- (11) 受付一覧で輸血依頼箋のオーダー番号のバーコードを読み取り、絞り込みができること。
- (12) 輸血受付一覧の印刷ができること。
- (13) 輸血部門で払い出しを行なった際に電子カルテに、払出者・払出日・払出時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。
- (14) 払い出しを行なう画面には、オーダーNo.、患者ID、氏名、生年月日、実施日、製剤名を表示できること。
- (15) 輸血オーダー時に「緊急」指定された場合、輸血払い出し画面で緊急指示の識別ができること。
- (16) 患者基本情報に登録されている血液型情報(ABO式、Rh式)を表示できること。
- (17) 輸血オーダー時に入力された血液型情報(ABO式、Rh式)と輸血払い出し時の患者基本情報に登録されている血液型情報(ABO式、Rh式)を並べて表示し、確認を容易にできること。
- (18) 患者の感染情報を表示できること。
- (19) 輸血製剤に貼付された製剤バーコードを読み込むことによる払い出しができること。また製剤番号を入力することにより払い出しができること。

1.2 払出管理

- (1) 輸血製剤払い出し時に依頼製剤と異なる製剤を入力した場合はチェックを行なう機能を有すること。
- (2) 輸血製剤払い出し時に依頼製剤数と差異がある場合はチェックを行なう機能を有すること。

- (3) 輸血製剤払い出し時に製剤の有効期限をチェックする機能を有すること。
- (4) 輸血製剤を放射線照射した場合、照射情報を入力できること。また照射情報は実施記録として電子カルテに自動転記できること。
- (5) 払い出し情報として製剤有効期限の入力ができること。
- (6) 払い出し者、日時の実施情報を電子カルテに自動転記できること。
- (7) 交差適合試験の実施の有無について確認を促すことができ、確認した記録を電子カルテに自動転記できること。
- (8) 払い出し後、追加で払い出しが必要になった場合、容易に輸血払い出しを追加できる機能を有すること。
- (9) 輸血払い出しの情報を印刷できること。
- (10) 輸血受付一覧より払い出しの取消処理ができること。
- (11) 輸血受付一覧での受付(払い出し)は、利用者毎に操作権限を付与できること。
- (12) 払い出しの取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。

1.3 自己血管理

- (1) 自己血輸血依頼の受付を行った場合は自己血ラベルの印刷がされること。

2. 実施処理業務

2.1 実施管理

- (1) 輸血部門受付業務にて受付された患者を一覧で確認でき、実施入力する機能を有すること。
- (2) 輸血の払い出しを行っている患者を一覧表示できること。一覧には依頼診療科、使用予定日、患者氏名、ID、性別、依頼血液型、依頼製剤名、単位数、使用場所、緊急区分、オーダ番号が表示されること。
- (3) 輸血実施一覧ではオーダのステータスを把握し、効率的な輸血実施ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の輸血実施ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (4) 輸血実施一覧の日付、期間入力によるオーダの検索ができること。
- (5) 輸血実施一覧では患者IDによるデータ絞り込みができること、また検索期間との組み合わせで依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
- (6) 輸血実施一覧の検索において、実施ステータスによるデータ絞り込みができること。
- (7) 輸血実施一覧のソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (8) 輸血実施一覧で輸血依頼箋のオーダ番号のバーコードを読取り、絞り込みを実施すること。
- (9) 輸血実施一覧の最新表示は日指定の場合に自動更新し、自動でオーダを取り込めること。
- (10) 医師より輸血オーダ時に「緊急」指定された場合、輸血実施一覧上で緊急指示の識別ができること。
- (11) 実施を行う際に、他端末にて同じオーダを選択中は警告メッセージを表示すること。

- (12) 電子カルテに、実施者、実施日、実施時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。
- (13) 実施を行なう画面には、オーダNo.、患者ID、氏名、生年月日、実施日、製剤名を表示できること。
- (14) 輸血オーダ時に「緊急」指定された場合、実施画面で緊急指示の識別ができること。
- (15) 当該輸血払い出し情報を詳細表示できること。
- (16) 実施を行なう画面に患者基本情報に登録されている血液型情報(ABO式、Rh式)を表示できること。
- (17) 実施を行なう画面に、輸血オーダ時に入力された血液型情報(ABO式、Rh式)と実施時の患者基本情報に登録されている血液型情報(ABO式、Rh式)を並べて表示し、確認を容易にできること。
- (18) 実施を行なう画面に患者の感染情報を表示できること。
- (19) 輸血製剤に貼付された製剤バーコードを読み込むことによる実施ができること。また製剤番号を入力することにより実施ができること。
- (20) 輸血実施時に依頼製剤と異なる製剤を入力した場合はチェックを行なう機能を有すること。
- (21) 輸血実施時に依頼製剤数と差異がある場合はチェックを行なう機能を有すること。
- (22) 輸血実施時に製剤の有効期限をチェックする機能を有すること。
- (23) 輸血製剤を放射線照射した場合、照射情報を入力できること。また照射情報は実施記録として電子カルテに自動転記できること。
- (24) 実施者、実施日時の実施情報を電子カルテに自動転記できること。
- (25) 製剤単位に輸血開始時に実施情報として輸血開始者、輸血開始日時、輸血実施場所を電子カルテに自動転記できること。
- (26) 輸血製剤単位に輸血終了時に実施情報として実施者、輸血実施量、輸血実施場所、実施日時を電子カルテに自動転記できること。
- (27) 使用しなかった輸血製剤に対して未実施情報(返却)の入力ができ、電子カルテに自動転記できること。
- (28) 輸血実施時に生じた副作用に関する情報を記載できること。
- (29) 輸血実施時に払い出し時に行った各種検査項目の確認ができること。また実施時に追加で行った検査項目の入力もできること。
- (30) 輸血実施時に使用したフィルタ情報の入力ができること。
- (31) 自己血輸血を実施入力時に患者の年齢が6才未満の場合は患者プロフィールの体重入力有無のチェックが行なわれること。
- (32) 輸血の実施情報は患者基本情報の輸血歴情報を自動的に更新できること。
- (33) 輸血の実施は複数製剤の実施と長時間にわたる処置が必要なため、部分的に実施できる一部実施の機能を有すること。
- (34) 実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
- (35) 実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
- (36) 実施が終了したオーダは事後修正によるデータ修正ができること。

(37) 輸血実施一覧での実施は、利用者毎に操作権限を付与できること。

(38) 輸血実施一覧の印刷ができること。

3. その他

3.1 統計機能

(1) 輸血台帳を印刷できること。

(2) 輸血実施情報を日付、期間、診療科、病棟で絞り込んで輸血台帳を作成することができること。

(3) 台帳をファイル出力できること。

(4) 期間と依頼診療科の指定を行なって、使用した輸血製剤の統計を表示することができること。

(5) 輸血製剤統計を印刷することができること。

(6) 輸血製剤統計をファイル出力できること。

8. 放射線部門システム基本要件

1. 受付処理業務

1.1 受付管理

- (1) 放射線部門受付業務にて医師より指示されたオーダー内容の確認と患者様の受付処理ができる機能を有すること。
- (2) 放射線オーダーが指示されている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
- (3) 放射線受付一覧では、指示の受付ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (4) 放射線受付一覧の最新表示は日指定の場合に自動更新し、自動で指示を取り込めること。
- (5) 放射線受付一覧の日付、期間入力によるオーダーの検索ができること。
- (6) ワンクリックで本日の受付一覧を表示できること。
- (7) 放射線受付一覧では患者IDの入力によりオーダーの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダー、受付当日より以降のオーダーを検索できること。
- (8) 放射線受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
- (9) 放射線受付一覧では受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (10) 放射線受付一覧では、伝票種別(検査種別)の絞りこみができること。
- (11) 放射線受付一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
- (12) 放射線受付一覧では、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (13) 放射線受付一覧のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (14) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付できること。
- (15) 受付を行う患者様を複数選択し一括で受付できること。
- (16) 放射線受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括受付できること。
- (17) 放射線受付一覧にて受付の取消ができること。
- (18) 放射線受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括取消ができること。
- (19) 受付済み・実施済み・他端末にてオーダー情報を参照中の場合は受付更新を行わず、未更新データ一覧で更新できなかったオーダー情報が表示できること。
- (20) 患者様のカルテを開くことなく放射線受付一覧から当該オーダーを修正できること。
- (21) 放射線受付一覧より当該オーダーの放射線レポートを起動とレポート記載ができること。
- (22) 受付の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。
- (23) 放射線受付一覧での受付は、利用者毎に操作権限を付与できること。

- (24) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付票印刷ができること。
- (25) 放射線受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (26) 放射線受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (27) 放射線受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で照射録印刷ができること。
- (28) 放射線受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で照射録の印刷ができること。
- (29) 放射線受付一覧の印刷ができること。
- (30) 受付票の印刷は印刷部数の指定ができること。
- (31) 放射線受付一覧をファイル出力できること。
- (32) 放射線受付一覧より患者様のカルテを表示できること。
- (33) 放射線受付業務にて受付された患者様を一覧上に確認でき、実施する機能を有すること。
- (34) 放射線受付をしている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
- (35) 患者単位の当日検査一覧を参照できること。

2. 実施処理業務

2.1 実施管理

- (1) 放射線実施一覧では指示の実施ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (2) 放射線実施一覧では、日付、期間によるオーダーの検索ができること。
- (3) ワンクリックで本日の実施一覧を表示できること。
- (4) 放射線実施一覧では患者IDの入力によりオーダーの検索ができること。また、実施当日より以前のオーダー、実施当日より以降のオーダーを検索できること。
- (5) 放射線実施一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟、患者様が入院している病棟での絞り込みができること。
- (6) 放射線実施一覧では実施ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (7) 他端末にてオーダー情報を参照中の場合は、警告メッセージを表示すること。
- (8) 放射線実施一覧のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (9) 放射線実施一覧で各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (10) 放射線実施一覧の最新表示は日指定の場合自動更新ができること。
- (11) 患者様の依頼内容を確認しながら実施ができること。
- (12) 実施入力の画面には、患者基本情報(実施日、オーダー番号、患者ID、氏名など)が表示できること。
- (13) 実施入力の画面には、医師からの指示内容、シエーマ図を表示できること。

- (14) 実施入力の画面に、身長／体重、感染症情報などの患者基本情報を表示できること。
- (15) 実施入力の画面に緊急指示が識別できるように表示できること。
- (16) 過去に実施した検査一覧の表示と詳細内容の確認ができること。
- (17) 実施日当日の他の検査の一覧表示と内容の確認ができること。
- (18) 放射線実施では撮影者、撮影技師、実施日、実施時間を記録として電子カルテに保存できること。
- (19) 放射線撮影時に使用したフィルム種類、枚数、分割数、写損枚数、管電圧、管電流の入力ができること。
- (20) 実施時に入外区分・診療科・病棟・保険について変更可能であること。
- (21) 同一部位を異なるフィルムで撮影した場合、フィルム種類の追加入力ができること。
- (22) 放射線撮影時に使用した薬品、器材を選択入力できること。
- (23) 撮影時の使用薬品と器材をセット化できること。
- (24) 撮影時の使用フィルム・使用薬剤・撮影条件のデフォルト設定を行えること。
- (25) 撮影方法(手技)が変更になった場合、撮影方法(手技)の変更、追加、削除ができること。
- (26) 撮影時のコメントを定型コメントより選択入力できること、またフリー入力もできること。
- (27) 撮影部位/方向ごとに実施コメントの選択入力を可能とし、実施文書や照射録に各コメントを表示できること。
- (28) 放射線の実施入力内容を反映した照射録を印刷できること。
- (29) 実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
- (30) 実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
- (31) 実施入力後に実施内容の取消ができること。
- (32) 実施の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。
- (33) 実施が終了したオーダは事後修正、事後削除によるデータ修正ができること。
- (34) 放射線実施一覧での実施機能について、利用者毎に操作権限を付与できること。
- (35) 放射線実施一覧にて患者様を複数選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (36) 放射線実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (37) 放射線実施一覧にて複数の患者様を選択し、一括で照射録印刷ができること。
- (38) 放射線実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で照射録の印刷ができること。
- (39) 放射線実施一覧の印刷ができること。
- (40) 受付票印刷は、印刷部数の指定ができること。
- (41) 放射線実施一覧の情報をファイル出力できること。
- (42) 放射線実施一覧より患者様のカルテを表示できること。

- (43) 放射線実施一覧より当該オーダの放射線レポートツールの起動とレポート記載ができること。
- (44) 放射線実施確定時にレポート記載画面を起動できること。
- (45) 前回複写機能で、前回の放射線の実施内容を複写できること。
- (46) 実施入力後に放射線実施一覧より、実施取消ができること。
- (47) 撮影技師をリストから選択入力できること。

3. 統計管理

3.1 統計機能

- (1) 期間指定を行って、検査の予約状況を一覧表示できること。複数枠が一覧で確認できること。また、一覧表は印刷、ファイル出力ができること。
- (2) 患者IDと期間の指定を行って、放射線の実施状況を表示できること。
- (3) 放射線実施状況を印刷できること。
- (4) 放射線実施状況をファイル出力できること。
- (5) 撮影室毎に期間指定を行って、使用したフィルムの統計を表示できること。
- (6) 期間指定を行って、1日に使用したフィルムの統計を表示できること。
- (7) 放射線検査統計を印刷できること。
- (8) 放射線検査統計をファイル出力できること。

9. 生理部門システム基本要件

1. 受付処理業務

1.1 受付管理

- (1) 生理部門受付業務にて医師より指示されたオーダー内容の確認と、患患者様の受付処理ができる機能を有すること。
- (2) 生理オーダーが指示されている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
- (3) 生理受付一覧では、指示のステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (4) 生理受付一覧の最新表示は日指定の場合自動更新し、自動で指示を取り込めること。
- (5) 生理検査受付一覧の日付、期間入力によるオーダーの検索ができること。
- (6) 生理受付一覧では患者IDの入力によりオーダーの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダー、受付当日より以降のオーダーを検索できること。
- (7) 生理受付一覧で外来予約患者の来院状態を確認できること。
- (8) 生理受付一覧では、受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (9) 生理受付一覧では、生理検査オーダー種の絞りこみができること。
- (10) 生理受付一覧で、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (11) 生理受付一覧のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (12) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付ができること。
- (13) 受付業務画面に患者の感染症情報が表示できること。
- (14) 受付を行う患者様を複数選択し一括で受付できること。
- (15) 生理受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (16) 生理検査受付一覧にて受付の取消ができること。
- (17) 生理受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括取消ができること。
- (18) 受付済み・実施済み・他端末にてオーダー情報を更新中の場合は、警告メッセージを表示し、受付更新を行わないよう制限する機能を有すること。
- (19) 患者様のカルテを開くことなく一覧表示されている当該オーダーを修正できること。
- (20) 受付の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残す機能を有すること。
- (21) 生理受付一覧での受付は利用者毎に操作権限を付与できること。
- (22) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付票を印刷できること。
- (23) 生理受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (24) 生理受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (25) 生理受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で実施箋印刷ができること。
- (26) 生理受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で実施箋印刷ができること。
- (27) 生理受付一覧の印刷ができること。
- (28) 受付票の印刷は印刷部数の指定ができること。
- (29) 生理受付一覧の情報をファイル出力できること。

(30) 生理受付一覧より患者様のカルテを表示できること。

(31) 患者単位の当日検査一覧を参照できること。

2. 実施処理業務

2.1 実施管理

- (1) 生理受付業務にて受付された患者様を一覧上に確認でき、実施する機能を有すること。
- (2) 生理検査受付をしている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
- (3) 生理実施一覧では指示の実施ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (4) 生理実施一覧では、日付、期間によるオーダの検索ができること。
- (5) 生理実施一覧では、患者IDの入力によりオーダの検索ができること。また、実施当日より以前のオーダ、実施当日より以降のオーダを検索できること。
- (6) 生理実施一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
- (7) 生理実施一覧では実施ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (8) 他端末にてオーダ情報を参照中の場合は、実施画面起動時に警告メッセージを表示すること。
- (9) 生理実施一覧のデータソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (10) 生理実施一覧で各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (11) 生理実施一覧の最新表示は日指定の場合、自動更新ができること。
- (12) 患者様の依頼内容を確認しながら実施ができること。
- (13) 実施入力の画面には、患者基本情報(実施日、オーダ番号、患者ID、氏名など)が表示できること。
- (14) 実施入力の画面には、医師からの指示内容、シエーマ図を表示できること。
- (15) 実施入力の画面に、身長／体重、感染症情報などの患者基本情報を表示できること。
- (16) 実施時に入外区分・診療科・病棟・保険について変更可能であること。
- (17) 実施入力の画面に緊急指示が識別できるように表示できること。
- (18) 実施日当日の他の検査の一覧表示と内容の確認ができること。
- (19) 生理実施では実施者、実施検査室を記録として電子カルテに保存できること。
- (20) 検査の際に使用した薬品、器材を選択入力できること。
- (21) 検査時の薬品と器材についてはセット化できること。
- (22) 検査方法によって検査器材(薬品、器材)のデフォルト設定を行えること。
- (23) 撮影時のコメントを定型コメントより選択入力できること。また、フリー入力もできること。
- (24) 実施時に検査方法(手技)が変更になった場合、検査変更(手技)の変更、追加、削除ができること。
- (25) 実施入力内容を反映した実施箋を印刷できること。
- (26) 実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
- (27) 実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
- (28) 実施入力後に実施内容の取消ができること。

- (29) 実施入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残す機能を有すること。
- (30) 実施が終了したオーダは、事後修正、事後削除によるデータ修正ができること。
- (31) 生理実施一覧にて患者様を複数選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (32) 生理実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (33) 生理実施一覧にて複数の患者様を選択し、一括で生理実施箋印刷ができること。
- (34) 生理実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で生理実施箋の印刷ができること。
- (35) 生理実施一覧の印刷ができること。
- (36) 受付票の印刷は、印刷部数の指定ができること。
- (37) 生理実施一覧の情報をファイル出力できること。
- (38) 生理実施一覧より患者様のカルテを表示できること。
- (39) 生理実施一覧より、当該オーダの生理レポートツールの起動とレポート記載ができること。
- (40) 実施入力後に生理実施一覧より、実施取消ができること。
- (41) 検査技師をリストから選択入力できること。

3. 統計管理

3.1 統計機能

- (1) 患者IDと期間の指定を行って、生理検査の実施状況を表示できること。
- (2) 生理実施状況を印刷できること。
- (3) 生理実施状況をファイル出力できること。
- (4) 期間指定を行って、検査の予約状況を一覧表示できること。複数枠が一覧で確認できること。また、一覧表は印刷、ファイル出力ができること。
- (5) 期間、生理検査種別、予約枠、依頼科、病棟を指定し、生理検査の予定一覧を表示できること。また、一覧は印刷、ファイル出力ができること。
- (6) 期間、生理検査種別、依頼科を指定して統計を一覧表示できること。
- (7) 生理検査統計を印刷できること。
- (8) 生理検査統計をファイル出力できること。

10. 内視鏡部門システム基本要件

1. 受付処理業務

1.1 受付管理

- (1) 内視鏡部門受付業務にて、医師より指示されたオーダー内容の確認と患者様の受付ができる機能を有すること。
- (2) 内視鏡オーダーが指示されている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示される機能を有すること。
- (3) 内視鏡受付一覧では、指示のステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できる機能を有すること。
- (4) 内視鏡受付一覧の最新表示は日指定の場合自動更新し、自動で指示を取り込めること。
- (5) 内視鏡検査受付一覧の日付、期間入力によるオーダーの検索ができること。
- (6) 内視鏡受付一覧では、患者IDの入力によりオーダーの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダー、受付当日より以降のオーダーを検索できること。
- (7) 内視鏡受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
- (8) 内視鏡受付一覧では受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (9) 内視鏡受付一覧で各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (10) 内視鏡受付一覧のデータソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (11) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付ができること。
- (12) 受付を行う患者様を複数選択し、一括で受付できること。
- (13) 内視鏡受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (14) 内視鏡検査受付一覧にて受付の取消ができること。
- (15) 内視鏡受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括取消ができること。
- (16) 受付済み・実施済み・他端末にてオーダー情報を更新中の場合は、警告メッセージを表示し、受付更新を行わないよう制限する機能を有すること。
- (17) 患者様のカルテを開くことなく一覧表示されている当該オーダーを修正できること。
- (18) 内視鏡受付一覧での受付は、利用者毎に操作権限を付与できること。
- (19) 患者様のオーダー情報を確認しながら受付票印刷ができること。
- (20) 内視鏡受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (21) 内視鏡受付一覧にて複数の患者様を選択し、一括で内視鏡受付票印刷ができること。
- (22) 内視鏡受付一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (23) 内視鏡受付一覧の印刷ができること。
- (24) 受付票の印刷は、印刷部数の指定ができること。

- (25) 内視鏡受付一覧の情報をファイル出力できること。
- (26) 内視鏡受付一覧より患者様のカルテを表示できること。

2. 実施処理業務

2.1 実施管理

- (1) 内視鏡受付業務にて受付された患者様を一覧上に確認でき、実施する機能を有すること。
- (2) 内視鏡受付をしている患者様を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
- (3) 内視鏡実施一覧の日付、期間によるオーダーの検索ができること。
- (4) 内視鏡実施一覧では、患者IDの入力によりオーダーの検索ができること。また、実施当日より以前のオーダー、実施当日より以降のオーダーを検索できること。
- (5) 内視鏡実施一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
- (6) 内視鏡実施一覧では実施ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (7) 他端末にてオーダー情報を参照中の場合は、実施画面起動時に警告メッセージを表示すること。
- (8) 内視鏡実施一覧のデータソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (9) 内視鏡実施一覧では、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
- (10) 内視鏡実施一覧の最新表示は日指定の場合自動更新できること。
- (11) 患者様の依頼内容を確認しながら実施ができること。
- (12) 実施入力の画面には、患者基本情報(実施日、オーダー番号、患者ID、氏名など)が表示できること。
- (13) 実施時に入外区分・診療科・病棟・保険について変更可能であること。
- (14) 実施入力の画面には、医師からの指示内容、シェーマ図を表示できること。また、実施入力時に指示内容の変更、追加、削除ができること。
- (15) 実施入力の画面に、身長／体重、感染症情報などの患者基本情報を表示できること。
- (16) 実施入力の画面に緊急指示が識別できるように表示できること。
- (17) 実施日当日の他の検査の一覧表示と、内容の確認ができること。
- (18) 内視鏡実施では実施者、実施検査室を記録として電子カルテに保存できること。
- (19) 内視鏡実施時の手技及び処置行為を、マスタより選択入力できること。
- (20) 内視鏡実施時に使用した薬品、器材を選択入力できること。
- (21) 内視鏡実施時の薬品と器材をセット化できること。
- (22) 内視鏡実施時のコメントを定型コメントより選択入力できること、またフリー入力もできること。
- (23) 実施時に検査方法(手技/処置)が変更になった場合、検査(手技/処置)の変更、追加、削除ができること。

- (24) 実施した内容で実施箋を印刷できること。
- (25) 実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
- (26) 実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
- (27) 実施入力後に実施内容の取消ができること。
- (28) 実施入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残す機能を有すること。
- (29) 実施が終了したオーダは事後修正、事後削除によるデータ修正ができること。
- (30) 内視鏡実施一覧での実施機能について、利用者毎に操作権限を付与できること。
- (31) 内視鏡実施一覧にて複数の患者様を選択し、一括で受付票印刷ができること。
- (32) 内視鏡実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
- (33) 内視鏡実施一覧にて複数の患者様を選択し、一括で内視鏡実施箋印刷ができること。
- (34) 内視鏡実施一覧に表示されている患者様を全選択し、一括で内視鏡実施箋の印刷ができること。
- (35) 内視鏡実施一覧を印刷できること。
- (36) 受付票印刷は、印刷部数の指定ができること。
- (37) 内視鏡実施一覧の情報をファイル出力できること。
- (38) 内視鏡実施一覧より患者様のカルテを表示できること。
- (39) 内視鏡実施一覧より当該オーダの内視鏡レポートツールの起動とレポート記載ができること。
- (40) 実施入力後に内視鏡実施一覧より、実施取消ができること。
- (41) 検査技師をリストから選択入力できること。

3. 統計管理

3.1 統計機能

- (1) 患者IDと期間の指定を行って、内視鏡検査の実施状況を表示できること。
- (2) 内視鏡実施状況を印刷できること。
- (3) 内視鏡実施状況をファイル出力できること。
- (4) 期間指定を行って、検査の予約状況を一覧表示できること。複数枠が一覧で確認できること。また、一覧表は印刷、ファイル出力ができること。
- (5) 期間、内視鏡検査種別、予約枠、依頼科、病棟を指定し、内視鏡検査の予定一覧を表示できること。また、一覧は印刷、ファイル出力ができること。
- (6) 期間、内視鏡検査種別、依頼科を指定して統計を一覧表示できること。
- (7) 内視鏡検査統計を印刷できること。
- (8) 内視鏡検査統計をファイル出力できること。

11. 病理部門システム基本要件

1. 受付処理業務

1.1 受付管理

- (1) 病理部門受付業務にて、病理オーダー内容の確認と患者様の受付処理ができる機能を有すること。
- (2) 病理オーダーを一覧表示できること。一覧には患者氏名、入外区分、依頼診療科、依頼病棟、検査種別が表示されること。
- (3) 他端末にてオーダー情報を参照中の場合は、警告メッセージを表示すること。
- (4) 病理受付一覧の最新表示は日指定の場合に自動更新し、自動でオーダーを取り込めること。
- (5) 病理受付一覧ではオーダーの受付ステータスを把握し、効率的な受付業務ができるように、「未受付、受付済、実施済」などの現在の受付ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (6) 病理受付一覧では日付、期間によるオーダーの検索ができること。
- (7) ワンクリックで本日の受付一覧を表示できること。
- (8) 病理受付一覧では患者ID、オーダー番号によるデータ絞り込みができること、また検索期間との組み合わせで依頼診療科、依頼病棟、検査種別での絞り込みができること。
- (9) 病理受付一覧では受付ステータスでのデータ絞りこみができること。
- (10) 病理受付一覧のソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (11) 医師より病理オーダーの発行時に「迅速」「術中」と指示された場合、病理受付一覧上で識別ができること。
- (12) 病理受付一覧よりオーダーを全選択し、一括で病理報告書印刷ができること。
- (13) 病理受付一覧より病理報告書印刷を行う患者様を複数選択し、一括で報告書印刷ができること。
- (14) 受付処理の画面でラベル印刷ができること。
- (15) 病理検査を外注検査委託する場合の外注検査番号が入力できること。
- (16) 病理受付時に病理容器毎に標本番号の発番ができること。また年間の通し番号で発番できること。
- (17) 病理容器毎に追加検査加算情報の入力ができること。
- (18) 病理容器毎に病理標本ラベルの枚数を指定できること。
- (19) 病理標本ラベル印刷時に印刷位置の指定ができること。
- (20) 病理受付一覧より標本ラベル印刷を行う患者様を複数選択し、一括で標本ラベルを印刷できること。
- (21) 患者様のカルテを開くことなく、病理受付一覧から当該オーダーの修正ができること。
- (22) 受付取消・再受付ができること。
- (23) 病理受付一覧での受付は、利用者毎に操作権限を付与できること。
- (24) 病理受付一覧より受付を行った際に、電子カルテには標本ラベル等の情報が自動転記され、記録として保存できること。
- (25) 病理受付一覧の印刷ができること。

- (26) 病理受付一覧の情報をファイル出力できること。
- (27) 病理受付一覧より患者様のカルテを表示できること。
- (28) 医師より病理オーダーを「事後(修正)」された場合、病理受付一覧上で事後修正状態の把握ができること。
- (29) 医師より病理オーダーを「事後(修正)」された場合、修正された情報が自動更新され、標本ラベルが印刷できること。

2. 実施処理業務

2.1 実施管理

- (1) 受付済みの病理オーダーを一覧表示できること。一覧には患者氏名、依頼診療科、依頼病棟、検査種別、臓器名が表示されること。
- (2) 病理実施一覧ではオーダーの実施ステータスを把握し、効率的な病理実施ができるように、「未実施、実施済」などの現在の実施ステータスを自動的に更新し、表示できること。
- (3) 病理実施付一覧では日付、期間によるオーダーの検索ができること。
- (4) ワンクリックで本日の実施一覧を表示できること。
- (5) 病理実施一覧では患者ID、オーダー番号によるデータ絞り込みができること。また検索期間との組み合わせで依頼診療科、依頼病棟、検査種別での絞り込みができること。
- (6) 病理実施一覧の検索にて実施ステータスによるデータ絞りこみができること。
- (7) 病理実施一覧の最新表示は日指定の場合に自動更新し、自動で受付処理済のオーダーを取り込めること。
- (8) 医師より病理オーダーの発行時に「迅速」「術中」と指示された場合、病理実施一覧上で識別ができること。
- (9) 他端末にてオーダー情報を参照中の場合は、警告メッセージを表示すること。
- (10) 病理実施一覧より病理報告書印刷を行う患者様を複数選択し、一括で病理報告書印刷ができること。
- (11) 病理実施一覧よりオーダーを全選択し、一括で病理報告書印刷ができること。
- (12) 実施入力を行う画面には、患者基本情報、依頼元診療科や医師名の情報表示ができること。
- (13) 実施入力を行う画面にてオーダーの詳細情報が確認できること。
- (14) 病理検査を外注検査委託する場合の、外注検査の番号を表示及び変更できること。
- (15) 患者基本情報(身長・体重・感染症)を表示できること。
- (16) 病理オーダー発行時に依頼医師が記載したシェーマ(スケッチ図)の閲覧ができること。またシェーマの追加ができ、追加したシェーマの変更・削除ができること。
- (17) 病理実施を行う当該オーダーの病理標本番号の表示ができること。
- (18) 病理実施の実施情報として診断医、報告日の実施情報を入力し、電子カルテへ自動転記できること。
- (19) 組織診については、診断医による診断結果、所見、利用した検体個数・ブロック数・件数の入力ができ、実施情報として電子カルテに自動転記できること。
- (20) 細胞診の実施入力は、材料ごとに実施入力ができる機能を有すること。

- (21) 細胞診については、診断医、スクリーナによる所見の入力を材料毎に入力でき、実施情報として電子カルテに自動転記できること。
- (22) 細胞診については、診断時に出現した細胞を選択形式により容易に入力できること。
- (23) 細胞診については、Screener・再検要否の入力を材料毎に入力でき、実施情報として電子カルテに自動転記できること。
- (24) 病理報告書の印刷ができること。
- (25) 病理オーダの実施入力では、複数の材料の実施と長時間にわたる検査、診断が必要なため、部分的に実施できる一部実施の機能を有すること。
- (26) 実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
- (27) 病理実施一覧での実施機能について利用者毎に操作権限を付与できること。
- (28) 病理実施一覧の印刷ができること。
- (29) 病理実施一覧の情報をファイル出力できること。
- (30) 病理実施一覧より患者様のカルテを表示できること。
- (31) 病理実施一覧のソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
- (32) 「伝票種別」「依頼科」「入外」「病棟(依頼または現在)」の絞り込み検索ができること。
- (33) 伝票種別(病理診断、細胞診検査、術中迅速、婦人科細胞診)で切り分けて実施できること。
- (34) 医師より病理オーダを「事後(修正)」された場合、病理実施一覧上で事後修正状態の把握ができること。

12. 診察券発行システム基本要件

1. 基本要件

- (1) 診察券発行機の台数は1台とする。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (2) 医事会計システムとのオンライン接続で、要求された患者の診察券を自動発行できること。
- (3) 発行するカードは、患者ID番号・氏名・生年月日・性別・バーコード・QRコードをプリントし、病院指定のカードが使用できること。
- (4) 現行の診察券と磁気エンコード内容の互換性が保たれていること。

2. 診察券発行機本体

- (1) 診察券発行機本体(ドットウエルビエ・エム・エス社製 DP-3000A相当以上のもの)とする。
- (2) 本体寸法は、W140mm×H245mm×D448程度の省スペース設計であること。
- (3) 本体重量は約8Kg程度であること。
- (4) カードホッパーに100枚程度の診察券を装填できること。
- (5) オプションでカードホッパーに200枚程度の診察券を装填できること。
- (6) カード排出口にスタッカーを装着できること。
- (7) 発行処理速度は、約9秒/枚以内であること。
- (8) インターフェイスは、RS-232C(9pin)/LAN/USBを装備していること。
- (9) カード排出は、カード完全排出とカード保持を本体設定にて切替できること。
- (10) Hi-Co/Lo-Coの切替ができること。
- (11) 本体前面にLCD相当のディスプレイを有し、機械の状態が表示できること。
- (12) 発行処理枚数の自動カウント機能を有していること。また、カウンタは99,999枚まで表示可能なこと。
- (13) 本体設定にて前面からカードを手差し挿入が可能なこと。
- (14) 磁気書込面を表/裏選択が可能なこと。
- (15) エラー時はディスプレイにてエラー内容を確認できること。
- (16) クリーニング機能を有していること。
- (17) カード表面を清掃する、クリーニングローラーを装備していること。

3. 印字内容

- (1) プリント印字方式は、熱転写方式であること。
- (2) 印字解像度は300dpi以上であること。

- (3) ひらがな・カタカナ・数字・英文字・記号・バーコード・QRコードが印字可能であること。
- (4) バーコードはNW7・ITF・JAN8・JAN13・CODE39・CODE128に対応していること。
- (5) 漢字コードはJIS2004第一・第二水準準拠、第三水準の内388文字に対応すること。
- (6) 書体・フォントは明朝体・細ゴシック体・太ゴシック体から1種類選択できること。
- (7) 文字の大きさは1倍角・1.5倍角・2倍角の3種類を印字できること。
- (8) 印字範囲はカード寸法の各辺3mm内側でレイアウト可能なこと。
- (9) プリント用リボンは2,000枚/巻以上発行できること。
- (10) QRコード印字ができること。
- (11) 患者情報印字をエンコード面と同じまたは反対の選択ができること。

4. 磁気エンコード機能

- (1) 医事会計システムから送られてきた患者情報を磁気エンコードできること。
- (2) 磁気記録様式は、Hi-Co/Lo-Coに対応できること。
- (3) 制御符号は診察券発行機側で自動生成が可能であり、固定位置に付加できること。

5. その他

- (1) プリント用リボンの交換が容易なこと。
- (2) 電源はAC100Vで使用でき、ピーク時の消費電力が35W以下であること。
- (3) 機器導入後、5年間の無償保証期間があること。
- (4) 取り扱い方法について、操作実習等を行うこと。
- (5) 福岡県内に修理拠点があること。
- (6) 営業時間外でも電話受付可能なコールセンターがあること。

13. 再来受付システム基本要件

1. ハードウェア

- (1) 自動再来受付機本体 3台(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (2) 受付機制御コントローラ 1台

2. 通信及び接続の条件に関し、以下の要件を満たすこと。

- (1) 上位システムと自動再来受付システムをLAN接続(TCP/IPソケットインターフェース)で接続でき、接続仕様は上位病院システムが掲示する仕様書に準拠すること。
- (2) 当日の予約が有る患者の受付と、予約が無い患者の受付が可能なこと。
- (3) 1回の受付で同時に20項目以上受付ができ、予約有りの患者と予約無しの診療科の混在受付が可能なこと。
- (4) 「受付できる条件」や「受付できない条件」を設定可能なこと。(保険証有効期限切れ、保険証確認日から一定期間経過、月初来院、最終来院日から一定時間経過、特定患者来院時など)
- (5) 受付できない場合、「有人窓口誘導票」出力の有無が選択可能なこと。

3. 自動再来受付機本体に関し、以下の要件を満たすこと。

- (1) 画面はタッチパネル方式で、21.5インチ以上の液晶カラーディスプレイであること。
- (2) 車椅子に座ったままで、本体正面から無理な姿勢をしないで使用可能なこと。
- (3) 患者ID入りの磁気ストライプカードの読取ができるカードリーダーを搭載していること。
- (4) 操作を促す人感センサーを内蔵していること。
- (5) カード挿入口と用紙排出口にランプ点灯機能を有しており、利用者の操作をガイドできること。
- (6) 音声ガイダンス機能が付いていること。
- (7) カレンダースケジュールタイマーによる電源ON/OFFの自動運転機能を搭載していること。
- (8) 左右からの覗き見を防止するプライバシー対応モニターであること。
- (9) 本体機器設置後でも設置場所の移動が自由にできること。
- (10) 診察券の取り忘れアラーム機能があること。
- (11) サイドパーテーションは遠方から稼働状況認識が可能なLED付であること。

4. 自動再来受付機アプリケーションに関し、以下の要件を満たすこと。

- (1) 受付待機画面にて、病院の任意で案内文字の表示が可能なこと。(代診案内など)

- (2) 受付待機画面にて、タッチパネルの隠しコマンドにより、患者IDをテンキー入力できる画面に切替表示して受付可能なこと。(診察券磁気データ破損時などに利用)
- (3) 画面上に受付した患者氏名の表示ができ、外字の場合は、カナ氏名に自動的に置き換え可能なこと。
- (4) ボタンの表示は、診療科／診療内容／医師名など、階層ごとに設定可能なこと。
- (5) 1画面に最大30科の診療科を表示可能なこと。
- (6) 診療科及び診療内容は70項目以上登録・表示可能なこと。
- (7) 医師名は9,999名以上登録・表示可能なこと。
- (8) 診療科毎に診療内容の登録・表示可能なこと。(内科の場合は「診察」と「薬」、整形外科の場合は「診察」と「薬」と「リハビリ」など)
- (9) 休診診療科のボタンの表示・非表示設定が可能なこと。
- (10) 休診診療科のボタンを選択した場合、「本日は休診です。緊急時は3番窓口までお越しください」などのメッセージ画面を表示可能なこと。
- (11) 操作間違いの為、「取消し」ボタンの他に「一つ前に戻る」ボタンを有していること。
- (12) 受付終了画面にて、特定の患者に対して注意を促す文字画面の表示可能なこと。(保険証確認必要患者に対し、「診察前に5番受付までお越しください」など)
- (13) ボタン操作により、画面表示や音声ガイダンスが、日本語・英語に自由に切替可能なこと。

5. 受付票に関し、以下の要件を満たすこと。

- (1) 患者IDや受付番号などのバーコード(1次元・2次元)が印字できること。
- (2) 患者氏名の印字ができ、外字の場合にはカナ氏名に自動的に置き換え可能なこと。
- (3) 印字内容は自由にレイアウト可能なこと。
- (4) 年月日は西暦・和暦どちらでも印字可能なこと。
- (5) 文字種はANK、漢字JIS第1第2水準を網羅すること。
- (6) 特定の患者に対して注意を促す文字の印字が可能なこと。(保険証確認必要患者に対し、「診察前に5番受付までお越しください」など)
- (7) 選択された診療科／診療内容／医師名など各階層の組合せにより、患者誘導場所の印字が可能なこと。(整形外科／診察を選択した患者に対し、「2階Bブロック受付までお越しください」など)

【プリンタに関して】

- (8) レーザープリンタの対応ができること。
- (9) 受付用紙はA4サイズの紙が利用できること。

- (10) 受付用紙は500枚以上出力できること。
 - (11) 印字内容は自由にレイアウトできること。
 - (12) 患者IDや受付番号などのバーコードが印字できること。
 - (13) 特定の患者に対して注意を促す文字の印字ができること。(保険証確認必要患者に対し、「診察前に5番受付までお越しください」など)
 - (14) サーマル用紙が発行できるサーマルプリンタも搭載し、必要に応じてと同時利用できる機能があること。
6. 受付機制御コントローラに関し、以下の要件を満たすこと。
- (1) 受付機制御コントローラにより電源のON、OFFを遠隔で操作できること。
 - (2) 本体の用紙切れ警告や、その他異常を知らせるアラーム通知機能があること。
 - (3) 診療科ごとに表示するボタンの年月日及び時間の設定が可能なこと。
 - (4) 診療内容ごとに表示するボタンの年月日及び時間の設定が可能なこと。
 - (5) 医師ごとに表示するボタンの年月日及び時間の設定が可能なこと。
 - (6) 本体の受付待機画面にて表示する案内文字をいつでも自由に設定可能なこと。
 - (7) 患者IDの入力により、特定の患者を検索できること。
 - (8) 受付一覧表や、診療科／診療内容受付数一覧表が出力できること。
7. 障害支援体制について、下記の要件を満たすこと。
- (1) 障害があった場合、迅速に保守する体制が整っていること。
 - (2) 障害があった場合の連絡窓口は1箇所であること。
8. 設置場所等
- (1) 設置場所は病院の指定場所とすること。
 - (2) 電源はAC100Vで使用でき、ピーク時の消費電力が200W以内であること。
9. その他
- (1) 自動再来受付システム導入後、取り扱い方法について操作実習等を行うこと。
 - (2) 保守は導入後、12ヶ月間を無償保守期間とし、5年間は修理対応保証すること。
 - (3) 無償保守期間終了後の保守対応は、別途契約とすること。

14. ハードウェア

サーバ

1. 電子カルテ(看護支援含む)システムサーバ(台数:2台)

- (1) CPU性能はXeon Gold 5215 プロセッサ-(2.50GHz、10コア、13.8MB)と同等以上の性能を有すること。
電子カルテシステム及び医事会計システムについて仮想化し、冗長性を担保すること。
- (2) 主記憶容量は装置合計で96GB以上を有すること。
- (3) スーパーマルチドライブを有すること。
- (4) 高性能無停電電源装置を有すること。

2. 看護勤務表システムサーバ(台数:1台)

- (1) CPU性能はXeon E-2134 プロセッサ-(3.50GHz、4コア、8.0MB)と同等以上の性能を有すること。
- (2) 主記憶容量は装置合計で16GB以上を有すること。
- (3) ハードディスク容量は300GB以上の物理容量であること。
- (4) DVD-ROMドライブを有すること。
- (5) 高性能無停電電源装置を有すること。

周辺機器

1. 電子カルテ端末(デスクトップタイプ) (227台)

- (1) CPU性能はCore™ i3-10105と同等以上の性能を有すること。
- (2) 主記憶容量は装置合計で8GB以上を有すること。
- (3) 標準搭載ストレージは128GB以上のSSDであること。
- (4) 21.5インチ以上、1920×1080ドット以上最大1677万色以上の表示機能を有するワイドディスプレイ装置を1台有していること。

2. 電子カルテ端末(ノートブックタイプ) (73台)

- (1) CPU性能はCore i5-1135G7と同等以上の性能を有すること。
- (2) 主記憶容量は装置合計で8GB以上を有すること。
- (3) 標準搭載ストレージは128GB以上のSSDであること。
- (4) ディスプレイは15.6インチ以上、1920×1080ドット以上最大1677万色以上の表示機能を有すること。

3. 電子カルテレサプリンタ(A3モノクロ) (15台)

- (1) 印刷方式はデジタルLED乾式電子写真方式であること。
- (2) 解像度は1200dpi相当以上であること。
- (3) 印字速度は片面A4:37枚/分以上であること。
- (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。
- (5) A4用紙で280枚以上の給紙ができること。

4. 電子カルテレサフプリンタ(A3カラー) (4台)
 - (1) 印刷方式はデジタル4連LEDフルカラー乾式電子写真方式であること。
 - (2) 解像度は600dpi相当以上であること。
 - (3) 印字速度は片面A4:26枚/分以上であること。
 - (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。
 - (5) A4用紙で320枚以上の給紙ができること。

5. 電子カルテレサフプリンタ(A4モノクロ) (94台)
 - (1) 印刷方式はデジタルLED乾式電子写真方式であること。
 - (2) 解像度は1200dpi相当以上であること。
 - (3) 印字速度は片面A4:38枚/分以上であること。
 - (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。
 - (5) A4用紙で280枚以上の給紙ができること。

6. 医事会計レセプト出力用レサフプリンタ(A3モノクロ) (2台)
 - (1) 印刷方式はデジタルLED乾式電子写真方式であること。
 - (2) 解像度は1200dpi相当以上であること。
 - (3) 印字速度は片面A4:45枚/分以上であること。
 - (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。
 - (5) A4用紙で580枚以上の給紙が可能なトレイを2段有すること。

7. 電子カルテリストハンドプリンタ (5台)
 - (1) 印刷方式は感熱・熱転写方式兼用であること。
 - (2) 解像度は300dpi以上であること。
 - (3) 印字速度は最大152mm/秒以上であること。
 - (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。

8. 電子カルテラベルプリンタ (19台)
 - (1) 印刷方式は感熱方式であること。
 - (2) 解像度は200dpi以上であること。
 - (3) 印字速度は最大200mm/秒以上であること。
 - (4) USB、または100Mbps/10Mbps対応のインターフェースを有すること。

9. 電子カルテスキャナ(A4カラー) (45台)
 - (1) 形式はフラットヘッド型(原稿固定型)であること。
 - (2) 解像度は1200dpi以上であること。
 - (3) カラー読取速度は1.7msec/line(300dpi)未満であること。

(4) USBインターフェースを有すること。

10. 電子カルテ磁気カードリーダー (7台)

(1) JIS X6301-II、JIS X6302-II規格に準拠したカードの読取が可能であること。

(2) 操作速度は1,000mm/sec未満であること。

(3) カード走行は手動スライドであること。

(4) USBインターフェースを有すること。

(5) 内蔵ブザー、表示LEDを有すること。

15. 物品管理システム基本要件

1. システム機能全般

- (1) CAL数を意識しないクライアント・サーバ型のシステムであるが、パソコン1台でのスタンドアロン構成が可能であること。
- (2) インストールが不要であり、レジストリの変更や、他システムへの影響を与えないシステムであること。
- (3) 1週間分の世代バックアップを外部媒体に自動的にバックアップでき、復帰が可能であること。
- (4) ログインされたPC毎にメニューの限定と機能の制限ができること。
- (5) 日付は和暦、西暦でも入力ができ、カレンダーから日付の選択入力ができること。
- (6) 各業務はメニューバーから直接起動できること。
- (7) メニューバーにカレンダー及び時間の表示ができること。
- (8) マウスおよびキーボードによる簡単な入力方式を採用し、キーボード主体でも入力が可能であること。
- (9) 画面上に抽出、表示されたデータ一覧は、ヘッダ部分をクリックする事により表示データのソートができること。
- (10) 画面上に抽出、表示されたデータ一覧は、物品マスタの項目を付加してExcel出力ができ、出力項目は保存して再発行が容易であること。
- (11) 各実績入力画面の物品IDコンボボックスを右クリックすると直接マスタ登録/編集画面を開くことができること。
- (12) 物品検索はAND検索が可能で、対処項目は、品名、フリガナ、略称、医事名称、規格・型番、JANコード、検索文字列から行える。また、大文字小文字、ハイフンの有無などの入力の揺れがあっても検索ができること。
- (13) すべての出力帳表について、印刷前に画面での参照、確認が可能であること。
- (14) バーコードリーダ入力への対応が可能であること。
- (15) すべての表示データは、Excel、CSVで出力できること。

2. 滅菌請求業務

- (1) システム設定された各科クライアントから滅菌品の請求入力が可能であること。
- (2) 各科は1日に複数回の請求が可能であること。
- (3) 請求時、品目毎にコメント入力が可能であること。
- (4) 請求一覧表は請求入力データをもとに請求日付の範囲、部署別、物品別、未払品、請求区分の条件指定が行えること。
- (5) 物品検索は、品名、フリガナ、略称、医事名称、規格・型番、検索文字列での検索が可能でありどの項目に対してもAND条件による部分検索機能があること。
- (6) 物品入力はバーコードリーダ入力も可能であること。その際JANまたはGS1-128バーコードの対応が可能であること。

- (7) 部署毎に設定された定数マスタを元に請求入力ができること。
- (8) 請求一覧表を作成できること。
- (9) 物品マスタ未登録品でも直接入力による物品請求が行えること。
- (10) 滅菌品返却数の入力が可能であること。

3. 定数管理業務

- (1) 部署毎の定数配置表が棚NO. 指定でも出力できること。
- (2) 1部署で複数の定数設定が可能であること。
- (3) 別部署で同じ内容の定数の場合、自動で一括更新できること。
- (4) 定数マスタは別部署の定数からコピーして作成できること。
- (5) 各部署の定数変更履歴を出力できること。

4. 統計管理業務

- (1) 請求一覧表を出力できること。
- (2) 請求書を出力できること。
- (3) 年間月間請求推移表を出力できること。
- (4) すべての統計表はEXCEL、CSV形式で出力可能なこと。

5. マスタ管理業務

- (1) 品目コードは自動採番であること。
- (2) 物品分類は大分類、中分類、小分類、細分類の登録が可能であること。
- (3) 償還価格、薬価、定価は制限無く履歴を持つことが可能であること。
- (4) ロケーション登録が段階に応じて登録可能であること。
- (5) すべてのマスタがコードを意識せずに登録可能であること。

6. データ移行

- (1) 既存システムからすべてのマスタ、データの移行ができること。

16. 検体検査システム基本要件

1. 全般

1.1 システム基本仕様

- (1) サーバ／クライアントは国際標準機(DOS/V)パソコンによりWindowsで構築されたシステムであること。
- (2) サーバ／クライアント共に64Bitオペレーティングシステムに対応したシステムであること。
- (3) サーバ2台構成によるデータの冗長化に対応していること。
- (4) データベースのフェールオーバー機能により、瞬時にバックアップサーバに切替ができること。
- (5) 全データを対象にバックアップ処理が自動にて行え、3世代以上のバックアップ管理とリストアが行えること。
- (6) 1日1回以上の全データのバックアップの間に、差分バックアップを複数回作成が行えること。
- (7) データ復旧が必要となる場合を考慮し、日次処理等によるデータのバックアップ機能を有すること。また、バックアップは自動で行うこと。バックアップの方法を記載すること。
- (8) バックアップ中でも検査システム業務に支障なく動作ができること。
- (9) 正確なログ収集の為。メインサーバの日付・時刻は上位システムサーバとの同期ができること。
- (10) 検査サブサーバや各PCの日付・時刻は検査メインサーバと自動同期ができること。
- (11) 汎用性の高いリレーショナル データベース(ORACLE、SQL Server 等)にて構築されたシステムであること。
- (12) 処理検体数に合わせ、10年以上のデータを常時参照可能なサーバディスク容量であること。年数経過によるレスポンス低下が行らない様な対策が講じられていること。
- (13) 検体検査システム導入機器については、以下の構成とし、本施設納入時期にあわせ最新のものを導入すること。
- (14) 端末障害時に備え、全ての機能は全端末で行えること。
- (15) 報告書のデザインの作成についてはExcel等により背景色や文字色、デザイン、挿絵など自由にユーザにて作成や編集ができること。
- (16) ラベルプリンタ、プリンタ出力は任意の場所より行える様、ネットワーク直結型であること。
- (17) スクエア／ワイドモニタ双方に対応したシステムであること。
- (18) 検査機器増設、搬送システム、オーダリング、電子カルテ等、多様化する医療情報システムに合わせ考慮されたシステムであること。又、オーダリングについては、標準にてオーダリング連携用テーブルを備えていること。
- (19) 上位システム(電子カルテ・オーダリング)がダウンした際も検査運用が停止しない単独稼働が可能なシステムであること。
- (20) メニュー画面は各端末やユーザ毎に頻繁に利用するショートカットメニューなどがユーザにて簡単に設定ができること。
- (21) 各画面ファンクションキーの設定が、20以上できること。

- (22) コンピュータとの対話は、極力日本語で行われること。また、運用管理にあたっては、専従のコンピュータ担当者を配置しないので、システムの自動運転機能を有した操作性の簡便なものであること。
- (23) ハードウェアのOSに起因しないシステムであること。
- (24) システムリプレイス時に、ソフトウェア(アプリケーション)の買替えを行なうことなくリプレイスが可能なシステムであること。

1.2 セキュリティ、ダウン対策

- (1) 検査データ等、機微情報を扱うシステムとなるため、ISMS認証、Pマーク認証等 個人情報保護に関する第三者認証を受けている会社であること。またその証書を提出すること。
- (2) 保守・故障や障害発生時において、迅速な対応を行うため、対応要員(日本医療情報学会が定めた、医療情報技師)によるサポート体制を有すること。
- (3) リモートメンテナンス回線は閉域IPアドレスとMACアドレス併用し、接続制限を行なうことが病院側からできること。
- (4) 導入から稼働後のシステムサポートまで一貫した支援サービスが行えること。
- (5) 緊急障害時には24時間受付・対応ができること。

2. ハードウェア

2.1 ハードウェアは最低限以下の仕様を満たすこと。

- (1) サーバ装置
- (2) メイン、サブ、連携用の3台構成とすること。
- (3) OS :WindowsServer2019 Standard 同等以上
- (4) CPU:インテル Xeon E-2314 @ 2.80GHz 同等以上
- (5) メモリ:32GB以上
- (6) ハードディスク:1TB×2以上、SAS、10000rpm以上、RAID1構成(冗長化)以上
- (7) 電源:冗長化されていること。
- (8) OSの自動終了ソフトウェアを有する無停電電源装置を装備すること。
- (9) 仮想化技術により、サーバ/クライアントの仮想化構成にも対応できること。
- (10) シンクライアント端末に対応ができること。
- (11) メインサーバの障害時に代替運用が可能となるよう、バックアップサーバを用意すること。障害時の切替はユーザの簡単な操作でできること。
- (12) データベースのフェールオーバー機能により、瞬時にバックアップサーバに切替ができること。

- (13) 検査システム用クライアント(デスクトップ型):9台以上(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - OS:Win10 Pro 64bit
 - CPU:Corei5
 - メモリ:8GB
 - HDD:500GB
 - モニタ:21.5型ワイドモニタ(解像度1980×1080)
 - Office personal 2019
 - 同等以上
- (14) レーザープリンタ):2台以上(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (カラー、A3、ネットワークインターフェース)
- (15) バーコードプリンタ):2台以上(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (サーマル、ネットワークインターフェース)
- (16) ハンディバーコードリーダー):5台以上(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (USBインターフェース、レーザー式、1次元対応)
- (17) 据え置きバーコードリーダー):2台以上(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (USBインターフェース、レーザー式、1次元対応)

2.2 ハードウェア保守

- (1) ハードウェア、ソフトウェアの障害時において、速やかなサポートが行える様、サーバ、PC、プリンタ等のハードウェアについては訪問保守が可能なメーカーを選択すること。

3. 管理機能

3.1 セキュリティ

- (1) ユーザ毎にログインID/パスワードにて管理ができること。
- (2) ユーザID毎にアプリケーションの利用権限の設定ができること。
- (3) 離席の際に画面をワンタッチでロックすることができること。
- (4) 設定時間を経過し利用が無かった場合、自動的に画面をロックすることができること。
- (5) 市販のアンチウィルスソフトがインストールできること

3.2 トレーサビリティ

- (1) 各マスタ入力・修正・削除、受付登録、結果画面では、各項目毎にデータ修正・削除の履歴「日時」「端末」「ログインユーザー」「データ変更内容」の保存ができること。
- (2) 履歴保存されたデータは管理者権限にて参照ができること。

3.3 各種通知

- (1) 測定検査装置より、パニックデータを取得した場合、複数の設定端末にエラーの通知が行えること。通知画面はどの画面を操作している場合にも必ず判るようになっていること。またワンクリックで当該画面を呼び出すことができること。
- (2) 測定検査装置より、精度管理検体の設定範囲を超えたデータを取得した場合、複数の設定端末にエラーの通知が行えること。通知画面はどの画面を操作している場合にも必ず判るようになっていること。またワンクリックで当該画面を呼び出すことができること。
- (3) 電子カルテ連携など上位との連携にて必要なソフトウェアが生存確認通知に応答していない場合、複数の設定端末にエラーの通知が行えること。通知画面はどの画面を操作している場合にも必ず判るようになっていること。
- (4) マスタ追加、更新などを行った場合に各端末に自動で通知を行い、最新マスタの取込を促す機能を有すること。
- (5) 掲示板の機能を有し、ログイン時に確認、記載ができること。
- (6) 何れの画面を使用中でも、生存確認通知に応答しない場合にはアラート表示ができること。
- (7) お知らせ機能を有し、引き継ぎなどに利用できる様、全ユーザ、各ユーザ毎に通知と履歴の表示確認ができること。
- (8) 各通知はログイン者が既読したかどうか確認できること。

4. マスタメンテナンス

4.1 検査項目情報

- (1) 各マスタは全て世代管理ができること。
- (2) 登録検査項目数は999, 999項目以上であること。
- (3) 6桁以上の項目コードの設定ができること。
- (4) 項目コードは運用により任意に設定ができること。
- (5) 項目コードに枝番の設定ができること。
- (6) 計算項目計算式の要素数に制限がないこと。
- (7) 科、担当医ごとの基準値の設定ができること。
- (8) 特定の科を設定すると、オーダー時に自動で緊急区分に設定することができること。

4.2 容器情報

- (1) 容器マスタに登録できる検査項目数は9,999以上であること。
- (2) 容器量を設定することにより、ラベルの出力枚数の自動追加ができること。

4.3 ラベル関連情報

- (1) 同一オーダーでも外来、入院のラベルの自動出力の設定ができること。
- (2) 項目ごとにラベルへ印字する文言を管理することができること。

4.4 データコメント情報

- (1) 集計の対象の設定ができること。

4.5 受付番号グループ情報

- (1) 依頼元によって、受付番号の区画設定が自動でできること。
- (2) 依頼元ごとにオーダーロックのタイミングを設定ができること。

4.6 患者属性情報

- (1) 患者属性保存件数は99, 999, 999件以上であること。
- (2) 患者を特定するIDは20桁以上の入力に対応していること。

4.7 医師・診療科情報

- (1) 科マスタの保存件数は9, 999件以上であること。
- (2) 病棟マスタの保存件数は9, 999件以上であること。

4.8 メンテナンス権限

- (1) ユーザーごとのメニュー権限の設定、ログインユーザーごとに設定したメニュー権限の表示設定ができること。またマウス操作でメニュー権限の設定ができること。
- (2) メンテナンス権限の付与は、以下を満たすこと。

更新権限

印刷権限

データ出力権限

管理者権限

5. 検査受付業務

5.1 検査受付登録

- (1) 検査依頼各種情報を表示できること。
- (2) 検査項目のほか、オーダーNo、検体到着(到着時間、ラベル発行の有無の情報など)、依頼コメントなどが確認できること。

- (3) 検査依頼項目を修正、削除、追加できること。
- (4) 検査属性を修正できること。
- (5) 検査依頼を削除できること。
- (6) 削除された依頼を確認、回復できること。

5.2 検査受付登録(新規受付)

- (1) 検査依頼を新規登録できること。
- (2) 受付登録時には自動にて受付番号が繰り上がること。また各端末設定にて番号範囲など設定が行えること。
- (3) 受付番号の付番ルールは、入外毎での自動採番にも対応していること。
- (4) 身長・体重・蓄尿量・時間など依頼時に記載されている結果情報は依頼入力時に同時入力が行え、検査結果の自動演算に反映され利用ができること。
- (5) 検査依頼データの登録／修正／削除等は業務を考慮しマウス操作、および全てキーボードでの操作ができること。項目はEnterキー、TABキーで正移動し、Shift+TABで逆移動できること。Enterキーでの移動順を設定できること。
- (6) 真正性の確保の為、削除を行った受付／項目の表示ができること。また削除の取り消しにより依頼内容の復帰ができること。
- (7) 1日の受付数は、最大99,999受付まで登録ができること。
- (8) 1受付に対し、子項目を含め最大999項目まで受付ができること。
- (9) コメントは1受付に対し、依頼コメント(コード用／フリー入力用)、各報告書用コメント(コード用、フリー入力用)を有すること。
- (10) 受付属性として時間外、予約、テスト、オーダ無効、報告書除外の選択識別ができること。
- (11) 検体を管理する日付以外に採取日を入力できること。
- (12) 入力された採取日付は上位システム、報告書などに反映できること。
- (13) 24時間形式で採取時刻の入力が行えること。
時刻を設定したくない場合に時刻無効の設定もできること。
- (14) 入力された採取時刻は上位システム、報告書などに反映できること。
- (15) 入・外区分は入院・外来・入院中外来に対応し入力が行えること。また併科の入力もできること。
- (16) 科・病棟はコード入力、ガイド入力が行えること。
- (17) 病室、ベット番号の入力が行えること。
- (18) 不要となった医師マスタは、設定によりガイド入力などの画面上で非表示になること。

- (19) 透析区分(透析前・透析中・透析後)の入力が行え、データ判定の前回値チェックに利用できること。妊娠週の入力ができること。
- (20) 患者ID入力時に前回依頼日付と受付番号が表示されること。
また当日に受付が存在する場合は追加と新規の選択ができるよう注意メッセージの表示ができること。
- (21) IDの無い患者登録にも対応できること。
- (22) 仮IDで入力し検査実施後、本IDの登録ができること。
- (23) 外部施設での患者IDや社員IDを使用しての前回値、時系列参照ができること。
(施設が異なる場合には同IDが使用でき、複数医療機関への対応ができること)
- (24) 患者ID入力時に前回依頼元、担当医が自動的にセットされること。
また以前に検査された血液型、感染症等の患者補足情報の表示ができること。またその補足情報項目の設定はユーザにて任意に行え自動にて関連づけができること。
- (25) 患者氏名の入力時には漢字変換入力された時点でカナ氏名が自動的にふられること。生年月日入力時に年齢の自動計算が行えること。年齢は月齢、日齢の表示もできること。又、年齢のみの入力にも対応していること。
- (26) 依頼時のコードコメントが登録でき、フリーコメント(全角25文字以上(50バイト以上))も登録できること。
- (27) 受付単位で通常、緊急、至急検体の指定が行え、項目単位での緊急指定にも対応していること。

5.3 検査受付登録(項目入力)

- (1) 項目入力の基本は項目コード入力、セット項目、項目検索とすること。
- (2) 項目コードは以下のような複数の分類によりそれぞれの入力コードを設定し入力ができること。
 - ①院内検査項目コード
 - ②各外注検査会社の要覧コード
- (3) JLAC10コード(日本臨床検査医学会推奨 臨床検査項目分類コード)を使用し参照ができること
- (4) 項目の検索は以下の条件で行えること。
 - ①各検査分類での絞り込み
 - ②各外注検査会社毎での絞り込み
 - ③文字の先頭一致
 - ④文字の部分一致
 - ⑤正式項目名称での検索
- (5) 項目が親項目にしてる場合は、子項目が自動で展開されること。
- (6) 受付項目展開マスターの設定で、結果値など各種条件により、自動で追加項目を発生させることができること。
- (7) 項目の削除ができ、削除項目の確認もできること。

- (8) セット項目登録時に各項目の展開表示・非表示の切替ができること。
- (9) セット項目入力後に単項目の削除が行え、削除項目の確認もできること。
- (10) 既に展開されている項目がセット項目にある場合はグレーアウト表示されること。
- (11) 項目検索にて入力の場合、マスタの一覧がキーボード・マウスより簡単に呼び出せること。
- (12) 項目の表示画面では項目毎に材料の情報が項目名とは別記載にて認識できること。また材料のみの変更ができること。
- (13) 同一項目CDで枝番CD違い(材料違い)での入力変更ができること。
例) AMYを入力し材料を「血清」から「尿」に変更すると尿AMYに自動変換
- (14) 項目入力毎に包括点数対応の点数計算が自動で行え表示される機能があること。また後に一括集計もできること。

5.4 検査受付登録(その他の機能)

- (1) 受付登録画面と結果入力画面は双方に1キーで遷移できること。
- (2) 受付番号を範囲指定し受付の一括作成機能があること。
またコピー内容は緊急区分、依頼元、Dr、コメント、など選択ができること。
- (3) 検体バーコードラベルの発行機能が備わっており、登録時に出力の有無を任意に選択ができること。
- (4) 連休を考慮した予約受付に対応できること。
- (5) 1キーで受付番号順に表示切替することができること。
- (6) 受付を削除することができること。削除した受付は確認ができること。

5.5 患者検索

- (1) 以下の項目で条件を組合わせて受付の検索ができること。
- (2) 患者ID、氏名(漢字、かな)、オーダNo、検査受付期間、受付No範囲、部門、部門No範囲、受付時間範囲、入外区分、診療科、病棟、依頼医、コメント、透析区分(前、中、後)、採取日期间、性別
- (3) 抽出は一覧で表示し、検査日付で昇順、降順ができること。
- (4) 一覧より1キーまたはダブルクリックで受付詳細、結果入力の画面に遷移できること。

6. 検体到着

6.1 検体到着確認

- (1) 検体バーコードを利用した検体到着確認が行えること。
- (2) 検体到着の日付を設定することができること。また特定の日付以外の検体バーコードを読み取った場合には到着確認を行わない機能があること。

- (3) 設定した検査日付以外の検体バーコードを読み取った場合などエラー音を出すこと。
- (4) 同じバーコードを複数読み取る場合はエラー音をだすこと。
- (5) バーコード読み取り時に同じ患者の別容器が存在する場合はその表示ができること。
- (6) 検体到着時に分注バーコードラベルの発行が行えること。出力ラベルプリンタの指定はユーザの設定により端末単位にて切替ができること。
- (7) 受付時、到着時、利用端末、依頼元別の組み合わせで、ラベル(容器)毎に出力プリンタ設定により、自動出力ができること。
- (8) 到着日付期間指定、受付No範囲を条件に到着済検体、未到着検体を一覧表示する画面を有すること。また検体バーコードを利用した検体到着情報抽出ができること。
- (9) 検体毎での検査項目情報など詳細情報の確認ができること。
- (10) 同一オーダの他検体の未到着・到着済の状況が色分け表示などで簡単に確認ができること。
- (11) バーコードが無い場合に一覧画面より選択し強制到着確認ができること。
- (12) 検体が未採取などの場合、ラベル単位で検査中止の指示ができること。

7. システム連携

7.1 各種分析装置との連携

- (1) 外部出力インターフェースを有する指定の分析装置について接続ができること。またシステム構築までに同等機種への変更がある場合には無償にて対応すること。
- (2) 分析装置との接続はネットワーク経由による集中一元管理ができ、夜間・休日等は最小端末でのオンライン運用ができること。
また接続制御端末の障害時には簡単な設定で他の端末に変更ができること。
- (3) 集中一元管理とは、分析装置のオンラインプログラムを一括開始、停止させたり、各分析装置との通信ログ、分析装置の動作状態などを一画面で操作、確認できることをいう。
- (4) 以下の分析装置と接続すること。
 - ・生化学分析装置BM6010、BM9130
 - ・血液分析装置XN-1000
 - ・免疫分析装置ルミパルスG1200
 - ・凝固分析装置CS-1600
 - ・尿分析装置AX4280(AX4030)
 - ・血液ガス分析装置ABL9
- (5) 採血管準備装置BC-ROB0888、採尿ハルンカップとの連携ができること。
- (6) バーコード読取装置を保有する分析装置で双方向の通信仕様の場合、依頼・結果の通信時に自動にて検体到着確認ができること。

- (7) 手動で検体到着を行う場合には、検査装置を選択して併用実行が可能であり、到着漏れを防止できること。
- (8) 各種分注器との連携ができること。
- (9) 各種搬送器との連携ができること。
- (10) 分析装置との通信仕様により、分析装置のエラー情報を表示ができること。
- (11) 分析装置との通信仕様により、自動再検ができること。
- (12) 再検は検体単位、項目単位で設定できること。
- (13) 結果値などの条件により、追加項目が発生した場合は自動で検査ができること。
- (14) 分析装置との通信仕様により、自動希釈ができること。
- (15) 分析装置との通信仕様により、ラックの場所の確認ができること。
- (16) バーコードエラーの場合、エラー表示ができること。
- (17) 尿定性分析装置、尿沈渣分析装置の結果でクロスチェックを行い、尿沈渣鏡検項目の追加ができること。
- (18) 血球分析装置の結果により、血液像鏡検項目の追加ができること。

7.2 オーダリング(電子カルテ)システムとの連携

- (1) オーダリング(電子カルテ)との接続実績が多数あること。
- (2) オーダリングが停止しても、稼働できること。
- (3) オーダリング(電子カルテ)システムより検体検査(生化学・血清・免疫・血液・尿一般等)の依頼データ受信が行えること。
- (4) オーダリングの検査項目マスターとスムーズな連携ができること。
- (5) マスターは依頼と検歴と2種類持つことができること。
- (6) オーダリングで検査オーダを修正、削除した場合、スムーズな連携ができること。
- (7) 未来オーダも受信できること。
- (8) 翌日分の入院オーダを任意に締め切り、その後のオーダのラベル出力先を変更できること。
- (9) 翌日分の入院オーダのラベルは検査室で一括して病棟毎に発行できること。
- (10) オーダ受付時に採取用バーコードラベル発行が行えること。
- (11) 設定により指定したラベルプリンタへ発行できること。
- (12) オーダ受付の際には採血者の表示／登録、採血時専用のコメント(歩行困難、採血困難、VIP 等)、20文字程度のフリーコメントの表示／登録ができること。
- (13) オーダ受付時、又は検体到着時に会計算定情報の送信が行えること。
送信の有無や入院・外来による送信タイミングはユーザにて決定し自動で行えること。

- (14) 承認された検査結果を随時オーダーリング(電子カルテ)への送信がオペレーションを介さず自動にて行えること。また一括送信や再送信機能も有すること。
- (15) 承認された検査結果がオーダーリング(電子カルテ)へ自動で送信される秒数を任意で設定できること。

7.3 外注検査会社との連携

- (1) 各外注会社先の検査の受付をし、MEDISフォーマットに準拠した依頼・結果の送受信ができること。
- (2) 各外注先ごとに依頼項目の一覧表印刷ができること。
- (3) 一覧表には日付・受付番号、患者ID、患者名、性別、依頼コメント、項目コード、項目名、分注容器名、本数が印字されていること。
- (4) 外注向け分注ラベルの出力は到着時や、外注依頼データ作成時に一括印字を行う等ユーザに応じて変更ができること。
- (5) 各外注先ごとに依頼・結果取込情報の専用画面を有し確認と依頼・結果取込フラグの解除設定ができること。
- (6) 各外注先ごとに結果データ取込の際、取込リストの印字・プレビュー画面の表示が行えること。
- (7) 各外注先が指定フォーマットで出力できる場合、画像結果情報の取込を行い表示ができること。
- (8) 外注検査については検査システム内取込時に自動的に上位(オーダ・電子カルテ)へ結果送信が行えること。
- (9) 外注検査結果に子項目が追加された場合も取り込むことができること。
- (10) 外注会社との依頼、結果の送受信については、USBメモリなどの媒体に対応すること。
- (11) 外注会社が用意したパソコンを使用して依頼、結果の送受信ができること。

7.4 医事会計システムとの連携

- (1) 医事会計システムより患者属性情報の取得が行えること。
- (2) 連携方式はソケット、ファイル連携、データベースViewなど、多彩であること。

7.5 その他部門システムとの連携

- (1) 輸血検査システムと連携することができること。住所まで含めた患者情報、血液型などの連携ができること。
- (2) 健診システムへと依頼、結果の連携が行えること。
- (3) 細菌システムと連携ができること。
- (4) 細菌システムのラベル発行、検体到着制御ができること。

8. 検査準備業務

8.1 ワークシート

- (1) 検査依頼情報により以下のワークシートの作成／発行ができること。
指示は複数一括指定ができること。又、プレビュー機能が備わっていること。

- ①検査装置オンライン用
- ②用手法用(多項目)最大200項目
- ③用手法用(複項目)前回日付
- ④用手法用(複項目)前回日付
- ⑤用手法用(単項目)前回値
- ⑥用手法用(単項目)前回値

- (2) ワークシートは任意のプリンタに出力できること。

8.2 検体ラベル

- (1) 各検体ラベル毎に文字サイズ、縦横等のデザインの設定を変更ができること。また各ラベル毎に出力場所、部数を設定し検体バーコードラベルを自動発行できること。
- (2) ラベル印字情報はID、漢字氏名、カナ氏名、生年月日、年齢、性別、日付、オーダ番号、受付番号、依頼元、依頼医、依頼コメント、採血管名、材料、ラベル名、負荷時間、採取量、分注量、外注先、検査グループ、測定検査装置名、項目名、バーコード情報等が設定できること。
- (3) 採取量固定、加算採取量、項目数に応じた包括採取量、接続機器により最低量+加算採取量の設定ができること。
- (4) バーコードタッチリーダにて検体バーコードを読込ませ同ラベルを再発行する機能が備わっていること。
- (5) 精度管理用バーコードや分析装置ストップバーコードなどに利用するため、指定したIDを入力しバーコードを発行する機能があること。

8.3 受付台帳

- (1) 検査台帳の発行ができること。
- (2) 日付範囲を指定し依頼元別／受付順に採取一覧表(受付台帳)の発行ができること。セット項目、親項目内容を任意設定にて展開印字できること。また採取ラベル情報もあわせて印字ができること。
- (3) 受付台帳は任意のプリンタに出力できること。

9. 検査実施業務

9.1 検査結果入力

- (1) 分析装置からオンラインで結果の入力ができること。
- (2) 項目単位にて検査装置からのデータ取込時に各データチェック判定時の自動承認機能を持つこと。

- (3) 項目グループ単位にて検査装置からのデータ取込時に各データチェック判定時のグループ自動承認機能を持つこと。
- (4) 項目単位にて検査装置からのデータ取込時に各データチェック判定時の自動再検機能を持つこと。
- (5) 項目グループ単位にて検査装置からのデータ取込時に各データチェック判定時のグループ自動再検機能を持つこと。
- (6) 全項目、選択項目の再検指示が行え登録検査結果の選択が項目単位で任意に行えること。
- (7) 再検結果については消去すること無く検査データと同様の保存期間であること。
- (8) 各項目毎に何回目の再検データを選択し報告したかの確認がユーザでできること。
- (9) 再検指示時には「再検済」などのコメントの自動追加の設定が各検査装置毎にできること。
- (10) 入力コメントの修正ができること。
- (11) 進捗状況画面からのダブルクリックするエリアにより、参照モードとなることができること。
- (12) 再検検査結果の手入力が可能であり、複数回の保存と確認ができること。
- (13) 結果に対してのコメントは2種以上登録ができること。
- (14) 受付単位結果入力時には受付単位でコメントが入力できること。
- (15) 結果表示画面での検査項目の並び順はマスタにて設定変更ができること。
- (16) 項目の表示順番は条件設定にて未承認、未検査、緊急項目など絞り込みや並び替えができること。
- (17) 結果の手入力による修正ができること。
- (18) 結果入力時に前回値、前回日の表示ができること。
- (19) 検査結果データは20バイトの数値、文字の入力ができ、マスターからの簡易入力もできること。
- (20) マスターからの簡易入力の場合、各項目毎に抽出した情報のみの表示ができること。
- (21) 結果入力、オンラインデータ取得時にデータチェックは以下の方法でリアルタイムに表示できること。
- (22) 各種判定は年齢範囲、性別、依頼元、担当医毎に設定ができること。
- (23) 第一基準値チェックの設定ができること。
- (24) 初回値チェック
- (25) 前回値比・差チェック
- (26) パニック値チェック
- (27) 分析装置アラーム(ワーニング・フラッグ)チェック
- (28) 分析装置アラームなどの内容は各装置毎に取込の有無や文字表示・アラームの段階を設定ができること。
- (29) 第二基準値の設定ができること。
- (30) 受付単位結果入力画面では、分類、分析装置などユーザーが設定した単位で抽出された項目のみの表示ができること。

- (31) 受付単位結果入力画面では、項目のコード、基準値、到着時間、受付時間などが表示できること。
- (32) 一度承認した結果を取り消すこともできること。
- (33) 1キーで時系列データが表示できること。
- (34) 複数の項目に関して、一括して同じ数値、文字が入力できること。
例)全項目に「中止」と入力する、など
- (35) 受付単位で所見入力ができること。
- (36) 複項目結果入力ができること。
(縦軸に患者、横軸に検査項目のワークシート表形式入力方法)
- (37) ワークシートはマスターにて複数設定できること。
- (38) バーコードの連携ができない分析装置の結果についてはシーケンス運用できること。

10. 精度管理

10.1 リアルタイム精度管理

- (1) 管理検体の目標値(X)と推奨するSD値から描画される2SD限界線、実測値による(X)と算出されたSD値から描画される2SD限界線の2種類の管理限界線の表示ができること。
- (2) 再検集計については、下記の2種類の集計を選択し集計ができること。
 - ①特定の項目コメントと一致する報告結果
 - ②再検データの総数
- (3) 再検集計については、下記の集計ができること。
 - ①取込んだ測定データ
 - ②精度管理に取込んだデータを分類毎
 - ③精度管理に取込んだデータを項目毎
- (4) エラー検体集計については、下記の対象としたい項目コメントを複数設定し集計ができること。
 - ①集計対象とした項目コメントの分類別
 - ②集計対象とした項目コメントの項目別
 - ③集計対象とした項目コメントの項目コメント別
- (5) パニック報告集計に関して、対象としたい判定区分を設定し集計できること

10.2 X-R管理

- (1) 管理検体チェックができること。又、CSV・Excelを選択し直接出力する機能を有すること。
- (2) ロット有効期間範囲にて管理数値の演算設定ができること。
- (3) 日内X-R法管理図

(4) 日差X-R法管理図

11. 各種カウンタ

11.1 血液像カウンタ（骨髄像カウンタ）

- (1) 血液像カウンタ入力画面へは進捗リアルタイムモニタからの直接遷移できること。
- (2) 血液像カウンタの該当受付は、日付、患者IDなどの検索ならびに検体ラベルのバーコードを読み取ることによる検索ができること。
- (3) 血液像カウンタには、下記①～⑦の血液検査で行う全ての情報が1画面にて参照または登録できること。また最大カウント値は(25、50、100～900まで自由に再設定でき、カウント途中で最大カウント数を変更できること。カウント結果と装置で測定されたデータは別に管理し、カウント後もどちらのデータを採用するか切替ができること。
 - ①患者情報(ID、氏名、生年月日、年齢、依頼元、担当医、受付コメント 等)
 - ②CBC、DIFF、Reti、フラッグ情報、LD、CRP等関連項目データ、前回値
 - ③時系列表示
 - ④マスタからのテキスト入力
 - ⑤コメント、鏡検者の入力と前回データ
 - ⑥血液疾患情報のある患者については自動で追加入力と表示ができること。
 - ⑦血液装置よりサイトグラム(スキッタプロット)の出力が可能な場合、検査データとサイトグラムの同時表示ができること。
- (4) 各項目のカウント項目は任意のキーを設定可能であること。またカウント音は項目毎に変更ができること。
- (5) カウントの途中中断に対応できること。また、再度呼び出しにより中断後より継続カウントができること。
- (6) 複数人によるカウントを行い、カウント結果の比較と最終選択ができること。(再検機能)

11.2 尿沈査カウンタ

- (1) 尿沈査カウンタ入力画面へは進捗リアルタイムモニタからの直接遷移できること。
- (2) 尿沈査カウンタの該当受付は、日付、患者IDなどの検索ならびに検体ラベルのバーコードを読み取ることによる検索ができること。
- (3) 尿沈査入力画面は、専用カウンタキーボードによる沈査項目、結果のワンタッチ入力ができること。また下記①～⑥の尿検査で行う全ての情報が1画面にて参照または登録でき、任意設定にて便検査などの項目も同時入力ができること。
 - ①患者情報
 - ②尿定性データ(前回値、前回日)
 - ③時系列表示

④コメント入力

⑤沈渣項目の追加、データの入力

⑥分析装置・目視、2つの結果を保持し、報告する結果の選択

12. 進捗状況管理業務

12.1 進捗リアルタイムモニタ

- (1) 進捗状況画面の期間設定ができること。
例)2023年4月1日～2023年4月8日など
- (2) 進捗状況画面は自動更新が可能なこと。また、画面更新時間は端末ごとに任意設定ができること。
- (3) 並び順は、以下の6種類を指定ができること。
(検査日付、受付NO)の昇順または降順
(受付日付、受付時刻)の昇順または降順
(到着日付、到着時刻)の昇順または降順
- (4) 生化学、血液、用手法、当直、など任意に作成したグループ毎に表示する項目を設定できること。
- (5) グループ毎に文字サイズが設定できること。
- (6) 端末ごとに検査分類の初期値表示が設定できること。
- (7) 検査済み、未検査、未承認、緊急、削除のフラグにより絞り込み表示ができること。
- (8) 診療科、病棟、入外区分、などにより絞り込み表示ができること。
- (9) 受付Noでの検索ができること。
- (10) 患者IDでの検索ができること。
- (11) 未検査、再検中、再検済、基準値チェック(Low、High)、前回値比チェック、パニック値チェック、分析装置アラームチェックの表示を記号・文字など色分け表示ができること。
- (12) 記号・文字、色はマスターで任意に設定できること。
- (13) 各検査装置との連携において依頼時間(依頼情報送信時間)・結果時間(結果取込時間)の取込と表示を各検査データとともに表示ができること。
- (14) 時間経過を監視し、各検査分野毎に指定時間を超過した場合の色分け表示できること。
- (15) 受付ラベル発生時より到着時間までの管理が行え、指定時間を超過した場合は背景色を変えること。
経過時間は3段階の設定ができること。
- (16) 受付時間から経過時間もしくは到着からの報告時間(HISへのは院内全項目送信、緊急書出力、FAX出力など)までの管理が行え、指定時間を超過した場合の背景色を変えることができること。

- (17) 1オーダーに対しての検査結果データが確認済に関しては非表示となり、未検査や未確認データのみを表示とすること。また、1クリックで非表示を表示させることもできること。
- (18) ラベル発行済みの検査オーダーで未到着の場合はグレーアウト表示とし、一目で確認ができること。
- (19) 進捗状況画面から受付単位結果入力画面に1キーまたはダブルクリックで遷移できること。
- (20) ダブルクリックするエリアにより、受付単位結果入力で表示される項目が選択されること。
例)患者属性エリアでダブルクリックすると、すべての検査項目、生化学でダブルクリックすると生化学の項目のみ表示される。
- (21) 時系列の表示は表示部門毎より全部門への切替が同画面上よりできること。
- (22) 進捗状況画面内で緊急報告書出力状況が確認できること。
- (23) 進捗状況画面内で最終報告書出力状況が確認できること。
- (24) 進捗状況画面内で上位システム(電子カルテ・オーダーリング)への送信状況が確認できること。

13. 業務支援

13.1 検査結果参照

- (1) 検査結果の参照は以下の項目にて検索して抽出できること。
患者ID、名前、フリガナ、検査日期间、診療科、担当医、病棟
- (2) 該当患者をダブルクリックすることにより、検査結果を時系列に参照できること。
- (3) 時系列の表示期間は範囲指定できること。
- (4) 時系列の表示をExcelなどの汎用ソフトに取り込むことができること。
- (5) 表示された項目を複数選択して、折線グラフ表示できること。
- (6) グラフのY軸の表示幅は任意に変更できること。
- (7) グラフの印刷ができること。

13.2 汎用結果出力

- (1) 以下の条件を組み合わせで検査結果を一覧で表示できること。
検査日付期間、受付No範囲、診療科、病棟、受付情報項目、検査項目、検査結果
- (2) 受付情報項目は性別、年齢範囲の条件をつけられること。
- (3) 検査結果は=、 \geq 、 \leq 、 $>$ 、 $<$ 、 $<>$ で条件をAND、ORで複数つけられること。
例)6病棟の50歳以上の女性のアルブミンの結果の「3」以下の抽出
- (4) 抽出した結果はExcelなどの汎用ソフトに取り込むことができること。

13.3 TAT分析

- (1) TAT集計ができること。また、ファイル出力(CSV形式、Excel形式)ができること。
以下4ポイントにて対応していること。
“受付時間-到着時間”
“到着時間-分析装置依頼時間”
“分析装置依頼時間-分析装置結果時間”
“分析装置結果時間-結果承認時間”
- (2) 項目ごとのTATのポイント集計をグラフで表示することができること。
- (3) 計測業務ポイントは以下の4ポイントであること。
“受付時間-到着時間”
“到着時間-分析装置依頼時間”
“分析装置依頼時間-分析装置結果時間”
“分析装置結果時間-結果承認時間”

14. 検査報告業務

14.1 検査報告書

- (1) 検査報告書は複数日の範囲指定ができ、依頼元、受付番号順の切替により中間・最終報告書が発行できること。
- (2) 検査報告書は種類毎に出力先のデフォルト設定ができること。
- (3) 検査報告書の発行状況は画面にて確認できること。

14.2 緊急報告書

- (1) 緊急報告書のレイアウトはA5、A4白紙用紙を任意に選択でき項目名、基準値、データ、等を印字できること。
- (2) 緊急報告書は緊急項目の検査結果が全て承認済みになった時点で自動的に依頼元毎に設定されたプリンタに出力されること。また、同画面より強制的に出力先の変更を行えること。
- (3) 報告書の発行状況、緊急報告書出力状況は画面にて確認できること。

14.3 報告書デザイン

- (1) 検査結果報告書、緊急報告書のデザインはユーザで編集可能なExcelなどのツールを用い、用紙サイズ、罫線や文字サイズを含めユーザにて簡単に様式の変更ができること。

15. 集計・統計

15.1 検査集計

- (1) 日・月ごとなど日付範囲指定により、任意の期間を抽出対象として、集計結果を出力できること。
- (2) 集計単位(外来／入院／健診／研究 等)は任意に設定できること。

(3) 日付範囲、緊急区分、科・病棟、Dr、項目、検査結果の統計抽出ができること。又、抽出結果はExcel等の表計算ソフトウェアに出力できること。

(4) 国立統計資料が作成できること。

16. その他

16.1 保険点数集計

(1) 以下条件での保険点数集計の集計ができること。

①件数別

②包括項目別

③包括グループ別

(2) 診療科、病棟、担当医の絞りこみができること。

17. データ移行

(1) 既存システムよりデータのレイアウト提供、CSV等での媒体データ提供により、検査データを移行できること。

17. 眼科部門システム基本要件

1. 基本機能

- (1) 病院情報システム(HIS)・電子カルテと連携し、各種検査結果を患者単位で有効に取得・管理・保存する機能を有すること。
- (2) 一般機能として、診療科の種別に関わらず一般的なフォーマットの静止画、動画の出力を行う検査機器の結果を汎用画像として管理できること。
- (3) 部門システム機能として、診療科独自の数値や画像などの検査結果を出力する機器(自科検査機器)の結果管理ができること。
- (4) 部門システム機能として、検査者が判断するスコアの管理を簡単に入力し、時系列・グラフ化等をもって有効に管理する機能を有すること。
- (5) 汎用画像に対して加筆修正が可能であり、またこの加筆修正の仕組みが患者に対してインフォームドコンセントに有効に利用できる仕組みとして実装されていること。
- (6) クライアント・サーバシステムで動作し、500台以上のクライアントでの運用が可能なこと。
- (7) 医師の加筆する部分については、当院の運用管理規程に基づき保存されたデータが改ざんされることなく保存当時と同様に読み出せること。

2. HIS、電子カルテ連携機能

- (1) 電子カルテ本体部分であるオーダ機能、所見記載機能と独立して動作し、万一の本体の動作不良時においてもその影響を受けることなく各種検査結果の取り込みが行えること。
- (2) 独立して動作しつつHISと患者属性連携し、新規患者の登録と既存患者の修正が行えること。
- (3) 独立して動作しつつHISと職員情報連携し、新規職員の登録と既存職員の修正・削除が行えること。
- (4) 電子カルテのクライアント機能と汎用画像管理システムのクライアント機能が同一のクライアントで利用でき、お互いに干渉することなく動作すること。
- (5) 電子カルテ本体部分から引数付きで起動でき、電子カルテで診察中の患者の汎用画像群を表示させることができること。
- (6) 汎用画像・汎用画像付加情報を当該患者の電子カルテに指定フォーマット・電文にて渡すことができること。
- (7) 電子カルテに対して汎用画像付加情報として以下の項目を渡すことができること。
 - ・登録日時
 - ・登録職員情報(職員ID)
 - ・登録科(部署)
 - ・文書種別(画像種別)
 - ・画像日付(登録日を既定値とする)
 - ・検索用キーワード
 - ・患者情報(患者ID、氏名、性別、生年月日)
- (8) 電子カルテに登録した汎用画像が、汎用画像管理システム上で簡単に識別できる機能を有すること。
- (9) 電子カルテに登録済みの汎用画像を汎用画像管理システム上で加筆修正・削除した場合、電子カルテシステムに対して変更情報が連動して送る機能を有すること。

3. インターフェイス及びクライアント機能

- (1) サムネイル表示・サムネイルリストから、汎用画像の検索が可能であること。
- (2) サムネイル上に検査日・加筆状態・画像種別等の情報を表示できること。
- (3) 撮影日・画像種別・診療科・各フラグ情報等でサムネイルを絞り込んで表示する機能を有すること。
- (4) 検査日付を横軸に、画像種別を縦軸にして検査全体を俯瞰できるマトリクス表示機能を有すること。
- (5) マトリクス画面上において、画像種別毎で検査実施分だけに絞り込む機能を有すること。
- (6) 患者説明時に説明内容を判り易くするために汎用画像に対して加筆修正が可能であり、ペンタブレットデバイスからの入力を有効に利用可能な仕組みを持つこと。(筆圧感知・スムーズなペンの軌跡を再現できること。)
- (7) 加筆修正時に、患者説明に使う文言が文字テンプレートとして登録でき、簡単な操作でその文言を利用できること。
- (8) 加筆修正時に、矩形・円の描画、自由線・直線の描画、テキスト入力ができること。
- (9) 加筆修正した内容は、オリジナルの汎用画像とは別に管理し、オリジナルと加筆修正後の汎用画像が切り替え表示できる機能を有すること。
- (10) 加筆修正の履歴が、全て更新履歴として保存されること。
- (11) シューマを登録でき、登録されたシューマを呼び出し加筆した結果を汎用画像として登録できること。
- (12) 汎用画像として取り込まれた動画の再生機能を有すること。再生機能は、停止・再生・繰り返し再生の指定が可能であること。
- (13) 再生中の動画から任意のフレームを静止画の汎用画像として新たに登録できること。また、動画に加筆されていた場合、新たに登録される汎用画像に加筆内容が反映されていること。
- (14) 現在表示している汎用画像をクライアントに接続されたプリンタにプリントアウトできること。
- (15) 登録済みの汎用画像を指定のフォルダにエクスポートできること。

4. 基本的検査画像取り込み機能

- (1) 以下に挙げる一般的な外部インターフェイスを有する検査機器と接続・連携して検査画像を取得し、取り込み端末(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)の画面上で実際の映像を確認しながら、静止画・動画を汎用画像として登録する機能を有すること。
- (2) S-VIDEO信号もしくはコンポジット信号で出力するアナログビデオ機器から静止画・動画が取り込めること。
- (3) DVI、HDMI、HD-SDIのデジタルハイビジョン信号で出力するデジタル機器から静止画・動画が取り込めること。
- (4) 静止画・動画の取り込みが、キーボード・マウス・フットスイッチ・手元スイッチ等で行えること。
- (5) 動画の取り込み時間を指定できる録画タイマー機能を有し、指定時間経過後、録画が自動的に停止する機能を有すること。
- (6) 録画タイマーは、通常使用する指定時間を解除して一時的に任意の時間を指定できること。
- (7) 取り込んだ静止画・動画に関連付けて、画像種別・取込み実施者・日時等の汎用画像付加情報を自動的に付与する機能を有すること。

- (8) イメージスキャナ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)から汎用画像の取り込みが可能で、取り込んだ汎用画像に種別フラグを設定できる機能を有すること。
- (9) BMP・JPEG・PNG・PDFの画像を、ドラッグ・アンド・ドロップで汎用画像として登録できる機能を有すること。
- (10) 検査機器が患者ID入力デバイスを持ち、検査画像に対してその情報を付与して連携可能な場合は、自動的に検査実施患者の検査画像を汎用画像として取り込む事ができること。
- (11) 汎用画像管理システム・サーバと接続されていない状態(オフライン)でも、検査画像の取り込みが可能であること。
- (12) オフライン時に取り込んだ汎用画像を、オンライン状態になったときに指定の患者データとして汎用画像管理システム・サーバに登録する機能を有すること。

5. 眼科検査管理機能

- (1) 「4. 基本的検査画像取り込み機能」に加えて以下の眼科専用の機能を有すること。
- (2) 画像検査機器についてそれぞれ専用の連携プログラムにより自動的に画像や左右眼の情報を取り込みできること。
- (3) 数値を出力する検査機器と直接連携して数値検査データを取得できること。
- (4) ノンコン・レフケラ・レンズメータ・視野計等のシリアルポート経由の数値検査結果を各機器・メーカー毎に解析し、有効に取り込みが行えること。
- (5) スペキュラー解析結果の画像管理が行えること。
- (6) OCT解析結果の画像管理が行えること。
- (7) 眼科検査入力テンプレートを有すること。
- (8) 視力入力の専用テンプレートがあり、視力入力のテンプレートには、複数の視力入力ができるテンプレートや、手術用の視力入力テンプレートが利用できること。
- (9) コンタクト入力の専用テンプレートを有すること。
- (10) コンタクト入力の専用テンプレートでは、コンタクト処方箋を出力できること。
- (11) 眼圧は機器から直接データとして取り込むことができ、専用テンプレート上からの手入力も行うことができること。
- (12) AC/A比の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (13) CFFの専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (14) ステレオテストの専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (15) Maddox正切尺の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (16) 眼球突出度の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。左右の入力だけではなく、Orbita緑間の入力もできること。
- (17) 眼軸長の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (18) 検影法の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (19) 残像検査の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。

- (20) 涙液検査の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (21) プリズム遮閉検査の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (22) BETの専用テンプレートを有し、眼位、同時視、融像、立体視などの入力を行うことができること。
- (23) パネルD-15の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (24) 総合色盲検査表の専用テンプレートを有し、総合色盲検査表には、石原式、東京医大表、石原式38表、石原式12表など、複数の専用入力テンプレートでも入力が可能であること。
- (25) 角膜情報を入力するための専用テンプレートを有し、オーブスキャン、パキメータなどの測定機器を指定して入力を行うことができること。
- (26) 瞳孔径の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。暗視、明視の切り替えでの入力を行うことができること。
- (27) スペキュラー解析結果の画像管理が行えること。その他、スペキュラの測定値を専用テンプレートでも入力を行うことができること。
- (28) 斜視の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。CUT、APCT、Synoptophore、TST、Convergence/eye movementの専用入力テンプレートでの入力を行うことができること。
- (29) 眼位の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (30) 眼球突出度、拳筋機能、シルマー、涙洗、鼻内視鏡などの専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (31) 眼科特有の術前の結膜嚢培養、涙洗、麻酔薬アレルギー反応などの眼科専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (32) 中心窩網膜厚の専用テンプレートを有し、簡単に入力を行うことができること。
- (33) 病院オリジナルの入力テンプレート作成機能を有すること。
- (34) 眼鏡処方箋・弱視治療用眼鏡作成指示書などの書類発行機能を有すること。
- (35) 各種検査結果は検査日・検査者の別を持って検査サマリー画面で管理可能であること。
- (36) 検査サマリー画面から当該の検査をクリックして当該画像や数値を表示できること。
- (37) 数値検査結果はユーザ毎に指定する項目順に表示が可能であること。
- (38) 数値検査結果は指定された期間で他の検査結果と合わせてグラフ表示が可能であること。
- (39) 画像検査・数値検査を含めて、当日の全ての検査結果を日別検査一覧として表示管理する機能を有すること。
- (40) 日別検査一覧から任意の検査をクリックする事で、当該検査データが表示される機能を有すること。
- (41) 自動視野計からのデータを時系列に表示できる機能を有すること。
- (42) 自動視野計データ表示画面へ、OCT、眼底カメラの画像等を取り込む機能を有すること。
- (43) 自動視野計データ表示画面へ、IOL、ノンコン等の検査データを自動取り込みする機能を有すること。
- (44) 自動視野計データ表示画面では、日別の個別表示、一覧表示、マップ表示、比較表示、チャート表示、イメージ表示、AGIS表示、CIGTS表示が行えること。

- (45) 自動視野計データのグラフ表示画面において、手術や投薬などのイベントを表示し患者の状態変化を表すことができること。
- (46) 自動視野計データのグラフ表示画面において、MD、PSDのスロープとともに、眼圧値のグラフ表示を行うことができること。また、回帰直線表示や指定した箇所からの再回帰直線表示ができること。
- (47) 自動視野計データのグラフ表示上に手書きの書き込みを行うことができ、画像サマリやファイリングで保管記録できること。

18. 給食部門システム基本要件

1. 全般

- (1) パスワード、ユーザIDにより職種権限を管理し、すべての業務に対し職種制限により、利用制限ができること
- (2) 日付は元号改正に適應していること。
- (3) 日付は和暦、西暦のどちらにも対応していること。
- (4) 食事摂取基準は、最新版に対応していること。
- (5) 各入力項目は、すべて検索機能(カナ検索、一覧検索等)をもつこと。
- (6) 食事区分は朝・昼・夕及び間食(3食)の6区分で、食数の入力及び変更に対応でき、システム全般に反映すること。
- (7) すべての帳表に対し、プレビュー機能があること。
- (8) システムは複数施設管理(患者、老健、デイケア、デイサービス等最大99×8区分)が可能であり、各々の区分は名簿管理又は食数入力のいずれかを設定できること。
- (9) 過去の月報及び年報の再出力及び患者情報の参照が可能なこと。
(過去は稼働後全て保有する事、未来に対しては、6カ月程度の情報表示が可能なこと。)
- (10) 画面の起動、ボタンクリック等の操作がログとして各端末に出力されること。

2. 電子カルテシステムとの連携

- (1) 電子カルテシステムとの接続の場合、リアルタイムまたはバッチ的に運用にそって自動的に食事箋データの取り込みができること。
- (2) 電子カルテシステムと連系し、病棟から送られてくる食事オーダーの内容、患者移動情報を自動で取込み、患者個人ごとの食事箋情報を履歴形式で管理することが可能なこと。
- (3) プロファイル情報の受信ができること。

3. 食数管理

- (1) 患者コード及び患者属性の変更ができること。
- (2) 食事区分は朝・昼・夕・間食(3食)の6区分で入院、退院、変更ができること。
- (3) 食種による加算/非加算及び患者毎に個別に算定できること。
- (4) 患者毎に主食の選択ができ、主食数の集計、食品量の集計及び栄養報告書等に反映すること。
- (5) 外来透析やデイケア等の外来の患者を曜日別パターンを選択することで登録できること。
- (6) 術後食のパターン登録ができ、患者毎にその内容を変更できること。
- (7) 食事箋入力画面上で、カレンダー方式による食種、主食、病棟の変化を表示、照会が可能なこと。また併せて摂取献立の内容を表示、照会可能なこと。また最終入力状況が把握できること。
- (8) 患者毎のコメント情報(禁止項目の肉禁、魚禁等)に対し、現場指示表、発注表材料関係等に自動的に反映すること。

- (9) 指定した患者のすべての食事履歴照会及び管理が可能であること。また患者の食事履歴は入退院を繰り返した場合も一連の履歴として照会できること。
- (10) 病棟、食種、主食、コメント、フリーコメント、性別、生年月日、誕生日、年齢、加算／非加算、入院日及び退院日の幅指定等の組合せによる患者検索表示及び印刷が可能なこと。
- (11) また、検索条件は99パターンまで保存できること。また、印刷設定もパターン毎に設定が可能なこと。
- (12) 患者毎に日々、コメント数毎食単位それぞれ15ヶ以上と30文字程度のメモ機能を持つこと。
- (13) 予定食数(食種、主食、コメント、病棟毎等)の表示及び印刷ができること。
- (14) 通常のコメントとは別に栄養部門でのみ管理できるコメントを別途保持できること。
- (15) 食事変更患者(食種、主食、コメント、経腸、調乳、病棟、病室、入院、退院等)の表示及び印刷ができること。
- (16) 食札は入力時刻の範囲指定、食種範囲指定、病棟範囲指定、患者個人指定、食事変更患者で印刷が可能なこと。
- (17) 食札への印字の必要がない禁止項目、コメント等を指定できること。
- (18) 食札はカラー対応かつ指定フォーマットで出力できること。またディスプレイ食札として使用可能であり、食札にはミシン目入りの用紙を使用できること。
- (19) 食札はシステム導入後であっても任意にレイアウト変更ができること。
- (20) 配膳一覧表は必要項目、文字サイズ及び用紙サイズの設定ができ、その条件の表示及び出力が可能であること。
- (21) 禁止コメントの患者リストが表示及び印刷できること。
- (22) 病棟別に提供料理数の集計表が出力できること。
- (23) 食事箋入力画面にて登録した、身長・体重・検査項目の履歴管理が可能で、尚且つ入院期間に対する時系列の表示が出来ること。
- (24) 上記登録に伴い、時系列での表示及び、グラフ表示が可能なこと。
- (25) 調乳の管理が出来ること。
(製品名・容量・濃度・本数)
- (26) 上記調乳の管理に伴い、必要帳票の出力が可能なこと。
(調乳集計表・調乳患者一覧)
- (27) 濃厚流動食(補助食品)の管理が出来ること。
(製品名・回数・一回量)
- (28) 上記濃厚流動食の管理に伴い、必要帳票の出力が可能なこと。
(濃厚流動食集計表・濃厚流動食患者一覧・食札)

4. 帳表出力

- (1) 次の食数表関係のプレビュー及び印刷ができること。
※帳票レイアウトは現行通りとする

・食札

・食数集計表(食区分)

- ・病棟別食数票
- ・病棟別飲み物集計表
- ・主食集計表(食区分)
- ・食種・主食別集計表
- ・コメント集計表(食区分)
- ・コメント集計表(食種・コメント)
- ・コメント集計表(コメント・食種)
- ・コメント該当者一覧表
- ・食事箋変更者一覧表
- ・変更者一覧表(前回出力以降分)
- ・配膳一覧表
- ・調乳集計表
- ・調乳患者一覧
- ・濃厚流動食集計表
- ・濃厚流動患者一覧
- ・コメント集計表(禁止付)
- ・コメント該当者一覧表

(2) 食数関連帳票の自動出力が可能なこと。

5. 統計管理(日・月・年報)

- (1) 月報はいつでも再出力可能とすること。
- (2) 日・月・年報の帳表タイトル名称は自由に変更ができること。
- (3) 施設独自の荷重平均値の算出ができること。
- (4) 次の日報のプレビュー及び印刷ができること。
※帳票レイアウトは現行通りとする

- ・栄養日報
- ・実施給食集計表(病棟別)
- ・実施給食集計表(合計)
- ・実施給食集計表(病棟別・食種グループ分類)
- ・実施給食集計表(合計・食種グループ分類)
- ・入退院一覧表
- ・選択食数表

- (5) 次の月報のプレビュー及び印刷ができること。
※帳票レイアウトは現行通りとする

- ・栄養月報
- ・実施給食集計表(病棟別)
- ・実施給食集計表(合計)
- ・実施給食集計表(病棟別・食種グループ分類)
- ・実施給食集計表(合計・食種グループ分類)
- ・患者年齢構成加重平均所要量表
- ・食数日計表
- ・人数日計表
- ・患者食歴表
- ・食事箋履歴一覧表
- ・特定給食施設栄養報告書(指定様式)

- (6) 次の年報のプレビュー及び印刷ができること。
※帳票レイアウトは現行通りとする

- ・栄養年報
- ・実施給食集計表(合計)
- ・実施給食集計表(病棟別、食種グループ分類)
- ・実施給食集計表(合計、食種グループ分類)

6. データ移行

- (1) 既存システムの全患者食歴データを新システムに移行できること。(献立は含まない)
※この際、移行にかかる費用(既存システム側のデータ抽出費用含む)は見積に含めること。
- (2) 既存システムの全マスタデータを新システムに移行できること。
※この際、移行にかかる費用(既存システム側のデータ抽出費用含む)は見積に含めること。

7. その他

- (1) 365日7時から19時の保守体制を整えていること。
- (2) インターネット及び電話回線を使用したリモートメンテナンスでの遠隔保守ができること。
- (3) (1)の時間帯は保守人員が社内に常駐しており、電話対応・リモート対応がすぐにできること。
- (4) 問い合わせ対応専用のコールセンターが整備されていること。

19. 細菌検査システム基本要件

1. 細菌検査サーバ

- (1) CPU(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)の性能・機能は、Intel Xeon相当以上を実装していること。
- (2) 主記憶容量(メモリー)は、8Gbytes以上であること。
- (3) ストレージはRAIDレベル1以上の冗長性にて実装し、240GB以上の実効記憶容量を有すること。
- (4) 光学ドライブを1台有すること。
- (5) 1000BASE-Tに対応したネットワークインタフェース(LAN)を2ポート以上有すること。
- (6) データベースソフトウェアは、Oracle Database Standard Edition 2(UNIX)相当以上の機能を有すること。
- (7) 17インチ以上の大きさのカラーモニターを1台有すること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (8) OSはRed Hat Enterprise Linux 7 日本語版相当以上の機能を有すること。
- (9) 無停電電源装置を有し、細菌検査サーバと接続すること。
- (10) データ(画像を含む)は、毎日自動でバックアップメディアに保存でき、7世代以上保管されること。バックアップメディアは、RAID 1相当以上の冗長化がされていること。

2. デバイスサーバ

- (1) RS232C互換インターフェースを1つ以上有すること。
- (2) IEEE 802.3uに準拠した100BASE-Txのインターフェースを1ポート以上有すること。

3. システム端末

- (1) CPU(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)の性能・機能は、Intel Core i5プロセッサ相当以上を実装していること。
- (2) 主記憶容量(メモリー)は、4Gbytes以上であること。
- (3) 磁気ディスクは300 Gbytes以上の物理容量を有すること。
- (4) 19インチ以上の大きさのカラーモニターを1台有すること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (5) 1000BASE-TXに対応したインターフェース(LAN)を有すること。
- (6) USB接続によるバーコードリーダーを備え、EAN128、NW-7規格のバーコードを読み込む機能を有すること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (7) Microsoft Internet Explorer 11相当以上のブラウザソフトウェアならびに、Javaプラグインソフトウェアを実装すること。
- (8) 多次元統計処理を行うシステム端末には、統計処理実行モジュールを実装すること。

4. バーコードプリンタ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (1) 細菌検査システムと接続が可能であり、細菌検査システム-システムソフトウェアとの連携により印字が行えること。
 - (2) バーコードの印字規格は、EAN-128, NW-7に対応できること。
 - (3) 接続インターフェースは、100BASE-TXのネットワークインタフェース(LAN)を有すること。

5. プリンタ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
 - (1) 印字サイズは、最大用紙サイズA4に印字が可能であること。
 - (2) 印字方式は、半導体レーザならびに乾式電子写真方式であること。
 - (3) 100BASE-TXに対応したインタフェース(LAN)を有すること。
 - (4) バーコードの印字規格、EAN-128, NW-7に対応できる装備を備えること。

6. 細菌検査システムソフトウェア
 - (1) 細菌検査室のローカルエリアネットワーク環境下にあるシステム端末は、複数台が同時に業務を行うことが可能で、尚且つデータベースへの排他制御が行われていること。
 - (2) 病院情報システムとの接続による情報交換が可能で、尚且つ細菌検査サーバが感染症情報を統括し管理することが可能であること。
 - (3) 以下の分析機器と接続し情報交換が可能であること。
 - ①全自動同定感受性検査システム Phoenix
 - ②全自動血液培養検査装置 Bactec FX
 - (4) 分析装置からの検査結果はリアルタイムでオンライン通信が可能である。全自動血液培養装置との通信では、陽性/陰性の結果だけでなく、測定開始時刻、陽性/陰性 判定時刻、判定に要した時間 の情報をデータとして管理できる。また、ボトル種類別、検出菌別に集計できる機能を有すること。
 - (5) 分析装置から自動受信した検査結果は、特定材料や、データチェックをクリアした場合のみ病院情報システム等上位システムへ自動報告ができる機能を有すること。
 - (6) 各分析機器や、ホストとのオンラインの通信ログを自動的に記録すること。また、メニュー画面からログの内容を確認するための操作ができること。
 - (7) サーバは、夜間の自動再起動や、バッチ処理以外は、24時間、365日稼働できること。
 - (8) 検査目的、診断名、基礎疾患名、体温、投薬の有無、投薬内容・薬剤名、CRP値、白血球数の検査結果情報、海外渡航歴の有無、依頼医師名、デバイス情報の有無は検体単位のデータ管理が行える機能を有すること。
 - (9) 検査の進行状況をリアルタイムで確認する作業工程画面を有し、検査業務の進行状況を把握することが可能な機能を有すること。
 - (10) 院内感染レポートの作成ならびに各種検査データの分析に必要な多次元解析統計機能を有し、集計項目を任意に複数選択し、データの抽出条件となる項目も任意に複合選択することが可能な機能であること。
 - (11) 受付処理画面、検査結果入力画面において、常時当該患者の細菌検査履歴を表示する機能を有すること。

- (12) 培地ラベルの印字項目には、材料名、受付番号、患者番号の情報を出力する機能を有すること。
- (13) 培地ラベルには、患者、検体を特定するバーコードを印字する機能を有すること。また、そのバーコードをスキャンすることで、当該検体の結果個別入力画面が展開し、結果の入力等の操作が可能であること。
- (14) 検査種類は、一般細菌検査・抗酸菌検査を取り扱える機能を有すること。
- (15) 一般細菌検査は、塗抹検鏡・培養検査・感受性検査・真菌感受性検査・血清学的同定検査・毒素検査等のデータを取り扱える機能を有すること。迅速検査項目は、1検体あたり32項目以上可能であること。
- (16) 抗酸菌検査は、塗抹検鏡・培養検査(液体培養法と固形培養法)・感受性検査・ナイアシン検査・生物学的同定検査・核酸同定検査等の結果を取り扱える機能を有すること。
- (17) 同一検体で一般細菌検査と抗酸菌検査の依頼がある場合はタブ切替えにより双方の結果画面で入力できる機能を有すること。
- (18) 結果項目ごとに、送信/止めの操作が可能で、送信可能な項目については、リアルタイム報告が可能であること。また、バッチ送信にも対応できること。
- (19) 病院環境検査、医療従事者の保菌検査のデータを患者の検体オーダーとは区別してデータ管理を行う機能を有すること。
- (20) 画像処理機能として顕微鏡画像、検体画像、培地画像を検査結果データと連携し画像データとしてサーバに格納する機能を有すること。
- (21) 以下の検査業務台帳及びワークシートが印字する機能を有すること。
- ・未検査台帳(未報告台帳)
 - ・検査済み台帳(報告済み台帳)
 - ・菌種保存台帳
 - ・検査種別毎(一般細菌、抗酸菌)ワークシート
 - ・迅速検査項目毎 ワークシート
 - ・分析装置 ワークシート
 - ・追加/取消会計帳票
- (22) 一般細菌検査は以下の検査結果・報告機能を有すること。
- ・塗抹所見は1検体あたり同時に12項目以上が入力可能であること。
 - ・分離菌の削除、分離菌順の表示順入れ替え機能を有すること。
 - ・顕鏡検査結果を表形式で連続入力できること。
 - ・培養結果を表形式で連続入力できること。
 - ・迅速検査結果を表形式で連続入力できること。
 - ・画像データの取り込みは結果入力画面で随時可能であること。
 - ・CLSI判定値を報告できること。

- ・化学療法学会判定基準を自動で判定できる機能を有すること。
- ・耐性菌自動判定、菌名変換機能を有しており、CLSI判定基準ならびに日本化学療法学会判定基準をマスタ管理により任意に設定変更が可能であること。
- ・データチェック機能(感受性パターンチェック、感受性前回値チェック)による作業工程画面、検査結果画面への通知機能を有すること。
- ・感受性結果画面から当該患者の同一材料における同一菌の感受性結果を一画面で履歴表示できること。
- ・検査結果画面に、当該患者の細菌検査履歴(材料、検出菌名)を常時表示できること。
- ・菌株保存フラグ、保存菌株番号の自動発番機能を有しており、発番に連動して保存菌株ラベルの印字が可能であること。
- ・培地コメント(各培地ごとに培養所見)が入力可能であること。
- ・培地バーコードの読み取りによる検査結果画面の呼び出しが可能であること。
- ・材料ごとに設定された培地のセットが自動で展開(表示)すること。
- ・目的菌や検査依頼項目内容により培地が自動で追加される機能を有すること。
- ・培地バーコードが印刷できること。
- ・コメントは、塗抹コメント、培養コメント、総合コメント(2つ)、のそれぞれ、1000バイト以上(漢字500文字以上)が入力でき、登録したコメントの選択とマニュアル入力の両方で入力できること。
- ・検査室内のみで、使用できる(ホストへ送信されない)作業コメント(1000バイト以上入力可能)が上記報告用コメントとは別にあること。

(23) 抗酸菌検査は以下の検査結果・報告機能を有すること。

- ・塗抹所見は1検体あたり4項目以上の結果を入力可能であること。項目名、結果値はマスタで自由に設定できること。
- ・培養同定所見、同定菌種、菌名を入力できること。
- ・培養結果は液体培養法と小川培養法の菌量・コロニー数をそれぞれ各週ごと8週まで結果入力が可能であること。
- ・分離菌の削除、分離菌の表示順の入れ替え機能を有すること。
- ・顕鏡検査結果を表形式で連続入力できること。
- ・培養結果を表形式で連続入力できること。
- ・迅速検査結果を表形式で連続入力できること。
- ・画像データの取り込みは結果入力画面で随時可能であること。
- ・MIC値を報告できること。
- ・判定値を報告できること。
- ・耐性菌自動判定、菌名変換機能を有しており、マスタ管理により任意に設定変更が可能であること。
- ・データチェック機能(感受性パターンチェック、感受性前回値チェック)による作業工程画面、検査結果画面への通知機能を有すること。

- ・検査結果画面に、当該患者の検査履歴(材料、検出菌名)を常時に表示できること。
- ・感受性結果を履歴表示できること。
- ・菌種保存フラグ・保存菌株番号の自動発番機能を有しており、発番に連動して保存菌株ラベルの印字が可能であること。
- ・コンタミ時の再培養において再培養開始日を指定することで培養の週数を自動で設定できること。

(24) 以下のシステムダウン対策が可能であること。

- ・病院情報システム等上位システムの稼動状態に依存することなく、細菌検査業務が行える機能を有すること。
- ・病院情報システム等上位システムの障害復旧後は速やかに検査結果等の報告を行える機能を有すること。
- ・病院情報システム等上位システムの稼動状態に依存することなく、一般細菌検査報告書の印字が行える機能を有すること。
- ・病院情報システム等上位システムの稼動状態に依存することなく、抗酸菌検査報告書の印字が行える機能を有すること。

(25) 以下の院内感染対策支援機能を有すること。

- ・特定菌の検出(3、4、新5類感染症、MRSA、VRE、多剤耐性菌など)に対してアラートする機能を有すること。
- ・環境検査、病院職員の既往歴、ワクチン歴等法に定められた職員の細菌検査のデータ管理機能を有すること。
- ・材料、診療科、病棟、疾患毎に分離菌検出状況を自動で集計する機能を有すること。
- ・菌種、材料、診療科、病棟、疾患毎に薬剤感受性情報を自動で集計する機能を有すること。

(26) 以下の院内感染対策用レポート、統計処理、情報検索/照会機能が可能であること。

- ・患者基本情報を検索する機能を有すること。
- ・依頼項目件数集計する機能を有すること。
- ・耐性菌検出者リストを作成する機能を有すること。
- ・通常の耐性菌とあわせて、耐性菌の前段階 たとえばPre-MDRP の検出状況を監視できること。
- ・新規検出菌レポートを自動で作成する機能を有すること。
- ・分離菌頻度を集計する機能を有すること。
- ・薬剤感受性率を集計する機能を有すること。
- ・各種統計項目を任意に組み合わせることによってデータの多変量集計を行う機能を有すること。多変量集計は下記の項目が設定可能であること。

①検体情報

検体番号、受付日、受付番号、検体区分、検体目的、依頼項目、採取日、採取時間、嫌気培養、材料、材料コメント、材料グループ、受付コメント、抗菌薬投与有無、中間報告、最終報告、材料セット、材料セット結果値、結果コメント、マニュアルテスト、マニュアルテスト結果値、顕鏡項目、顕鏡結果値、貪食、迅速項目、迅速結果値、迅速前回値、担当者名

②患者情報

患者ID、患者氏名、入院日、入院外来フラグ、カルテID、生年月日、年齢、年齢月、年代、性別、体温、検温時間、投薬種別、ドクター名称、CRP・定量、CRP・定性、CRP採取日、診療科、診療科グループ、病棟、病棟グループ、病室、最終診断名、転帰、ベッド番号、白血球、白血球採取日、フリー項目1、フリー項目2、手術、手術日、手術部位、Kコード、海外渡航、海外渡航暦年、退院日、最終ICDコード、結核既往歴有無、結核既往暦年、救急外来、基礎疾患、感染症、感染症セット、化学療法学会判定グループ、目的菌、投与抗生剤、抗菌薬投与量、抗菌薬投与日数、抗菌薬投与方法、ホスト薬剤、投薬開始日、投薬回数/日、抗菌薬投与日数

③分離菌情報

分離菌数、分離番号、分離菌、起炎性、型別、菌割合、コロニー数、BL、菌群、菌グループ、感受性率チェック用菌グループ、保存菌株NO

④感受性情報

抗生剤、MIC値 ディスクmm値、判定値、置換値、スケジュールフラグ、感受性率チェック用抗生剤グループ、抗酸菌用抗生剤保険グループ

⑤サーベイランス情報

免疫抑制剤、ステロイド、抗癌剤、放射線治療、放射線部位、透析、膀胱尿路カテーテル、IVHカテーテル、SGカテーテル、抹消血管内留置カテーテル、ドレーン、ドレーン部位、気管内挿管、人口材料、人口材料種類、経鼻経管栄養、デバイスデータ

⑥培養情報

培養時間、培地、培地テキスト

⑦その他

新規/既存検出者、新規/既存検出者+菌、新規/既存検出菌

- (27) 菌名による菌情報を表示する機能を有する。また菌情報は画像情報も表示できること。
- (28) 薬剤情報検索を表示する機能を有すること。
- (29) 検査実施件数や保険点数が、検体区分(一般検体、QC検体、ICT活動利用)毎に、診療科別、病棟別、材料別に集計する機能を有すること。
- (30) 検査に使用した試薬の使用数が検体区分(一般検体、QC検体、ICT活動利用)毎に、診療科別、病棟別、材料別に集計する機能を有すること。
- (31) 厚生労働省「院内感染対策サーベイランス」事業の検査部門サーベイランスのすべての項目に対応しており、ホストからオンラインにて取得すると同時に手入力も可能である。また、JANISにおけるデータ形式に対応し結果データ書き出し機能を有すること。

20. 放射線画像情報システム(PACS/Reportシステム)基本要件

1. 基本要件

- (1) 導入される医用画像保管通信システム(以下PACS)は、現状の運用を担保したシステムおよび構成であること。
- (2) 院内で発生する画像データについては、画像品質、他施設連携時の画像提供、また画像データの移行を考慮し、全ての画像について標準規格であるDICOMオリジナル画像(可逆圧縮画像データ)での保管・配信・表示・管理を行うこと。
- (3) 電子保存の三原則における「真正性」に基づき診断に用いた確定画像が診断当時と同一条件で表示できること。
- (4) 電子保存の三原則における「保存性」に基づき運用必要相当分のオリジナル画像データを安定的に保存できること。
- (5) 電子保存の三原則における「見読性」に基づき、画像表示装置にて、画像保存装置内の画像表示ができること。
- (6) 情報交換の通信プロトコルの基本は標準規格DICOM3.0に準拠すること。
- (7) 障害発生時の運用の継続性(システム停止時間の最小化)を考慮し、システムは冗長化された構成であること。

2. システム構成要件

2.1 サーバ

- (1) 障害発生時の運用の継続性を考慮し、サーバは主系統・副系統に二重化されていること。
- (2) 主系統・副系統それぞれを、受信・保管・配信等の機能に応じた複数のサーバハードウェアでの構成にすること。
各系統あたり2台以上(計4台以上)の構成とすること。
- (3) 二重化された各サーバの仕様は下記の通りであること。
 - ・OSはMicrosoft社製Windows Server 2016相当以上であること。
 - ・CPUはIntel社製 Xeon 4112(2.6GHz・8.25Mキャッシュ、4C)と同等以上の処理能力を有すること。
 - ・メインメモリ容量は、16GB以上であること。
 - ・Ethernetインターフェースは、1000BASE-T相当以上であること。

2.2 ストレージ

- (1) ストレージは、保管するデータの保全、ならびに障害発生時の運用の継続性を考慮し、主系統・副系統に二重化されていること。
- (2) 二重化された各ストレージにおけるHDDの構成は、それぞれともにRAID5またはRAID6構成であること。
- (3) 二重化された各ストレージの容量は、それぞれ24TB以上の実効容量を有すること。
- (4) 容量追加のためのHDD増設が可能なこと。

2.3 冗長性・安定稼働管理機能

- (1) 障害発生時には冗長化された別システムのサーバおよびストレージに切替えて、システム全体を通常稼働時と同等の機能を維持して稼働でき、システム停止時間を低減できること。
- (2) サーバおよびストレージの切替えは、システム停止時間最小化の目的を鑑み、すばやくシステム切替えが可能なシステム構成であること。
- (3) サーバおよびストレージの二重化に対応し、データは自動でバックアップされること。
- (4) バックアップされるデータは、DICOM画像データ・レポートデータに加え、データベースもバックアップされること。
- (5) 障害発生時にサーバおよびストレージを切替え運用する場合、バックアップされたデータ全てが、対象となる全端末に配信・表示可能なこと。
- (6) 無停電電源装置では、停電・瞬断・電圧低下などによる電源損失を通知する機能を有し、異常発生時から全サーバを対象とし5分間は稼働しつづけデータを損失することなくシステムを停止できること。

2.4 PACS管理端末-1(放射線管理室)

- (1) システム管理用の端末を1セット有すること。
- (2) 管理端末の仕様は下記の通りであること。

・OSはMicrosoft社製 Windows10 IOT Ent LTSC2016相当以上であること。

・CPUはIntel社製 XeonW-2123(3.6GHz、8.25Mキャッシュ、4C)同等以上の処理能力を有すること。

・メインメモリ容量は、16GB以上であること。

・内蔵 HDDは500GB(3.5インチSATA)以上であること。

・Ethernetインタフェースは、1000BASE-T相当以上であること。

・19インチモニター DELL P1917S相当以上を1面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

・エプソン EP-881AB相当のスキヤナ兼プリンタを1台付属すること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

2.5 PACS管理端末-2(放射線管理室)

- (1) システム管理用の端末を1セット有すること。
- (2) 管理端末の仕様は下記の通りであること。

・OSはMicrosoft社製 Windows10 IOT Ent LTSC2016相当以上であること。

・CPUはIntel社製 XeonW-2123(3.6GHz、8.25Mキャッシュ、4C)同等以上の処理能力を有すること。

・メインメモリ容量は、16GB以上であること。

・内蔵 HDDは500GB(3.5インチSATA)以上であること。

・Ethernetインタフェースは、1000BASE-T相当以上であること。

・19インチモニター DELL P1917S相当以上を1面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

・エプソン EP-881AB相当のスキヤナ兼プリンタを1台付属すること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

2.6 PACS読影端末-1(放射線室)

読影用の端末を1セット有すること。

読影端末の仕様は下記の通りであること。

- ・OSはMicrosoft社製 Windows10 IOT Ent LTSC2016相当以上であること。
- ・CPUはIntel社製 XeonW-2123(3.6GHz、8.25Mキャッシュ、4C)同等以上の処理能力を有すること。
- ・メインメモリ容量は、16GB以上であること。
- ・内蔵 HDDは500GB(3.5インチSATA)以上であること。
- ・Ethernetインタフェースは、1000BASE-T相当以上であること。
- ・19インチモニター DELL P1917S相当以上を1面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- ・EIZO 2Mモノクロモニター RadiForce GX240相当以上のモニタを2面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

2.7 PACS読影端末-2(放射線室)

(1) 読影用の端末を1セット有すること。

(2) 読影端末の仕様は下記の通りであること。

- ・OSはMicrosoft社製 Windows10 IOT Ent LTSC2016相当以上であること。
- ・CPUはIntel社製 XeonW-2123(3.6GHz、8.25Mキャッシュ、4C)同等以上の処理能力を有すること。
- ・メインメモリ容量は、16GB以上であること。
- ・内蔵 HDDは500GB(3.5インチSATA)以上であること。
- ・Ethernetインタフェースは、1000BASE-T相当以上であること。
- ・19インチモニター DELL P1917S相当以上を1面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- ・EIZO 2Mモノクロモニター RadiForce GX240相当以上のモニタを2面付属していること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

3. 機能要件

3.1 サーバ基本機能

(1) 標準規格DICOM3.0の下記のサービスクラスを標準サポートすること。

- ・Storageサービスクラス(SCP)
- ・Query/Retrieveサービスクラス(SCU/SCP)
- ・(a)Study Root Query/Retrieve Information Model Find
- ・(b)Study Root Query/Retrieve Information Model Move
- ・CR、CT、US、US Multi Frame、NM、XA、XA Multi Frame、RT、RF、PT、SCの各サービスクラスSOP

(2) DICOM通信時のエラーログ、イベントログが管理、および通信状況が参照できる機能を有すること。

- (3) サーバ(ストレージ)に保管・管理される画像データはDICOMオリジナル画像(可逆圧縮画像データ)であること。
- (4) HIS端末含め、全250端末程度までの画像配信表示が可能なこと。
- (5) 端末への画像配信は、全てDICOMオリジナル画像(可逆圧縮画像データ)であること。
- (6) 静止画像に加え動画像(マルチフレーム)のサーバ保管が可能なこと。加えて、全250端末への配信が可能なこと。
- (7) HIS側のアプリケーションから対象検査画像を抽出できるURLインターフェイスを有し、連携して画像表示ができること。
- (8) 管理権限のあるIDとパスワードでログインすることによって、患者情報の修正等が可能であること。

3.2 レポート機能

- (1) 放射線レポート機能を有すること。
- (2) HISまたはRISからの放射線オーダ情報を、HL7またはXML形式に準拠して受信・保管する機能を有すること。
- (3) 読影端末においては、取得した放射線オーダ情報(実施後の更新情報含む)と連携してレポート作成ができること。
- (4) HIS端末含め、250端末程度までのレポート配信表示ができること。
- (5) HIS側のアプリケーションから対象検査レポートを抽出できるURLインターフェイスを有し、連携してレポート表示ができること。
- (6) レポートデータ単独での表示に加え、画像ビューワ内でのレポート表示ができること。
- (7) レポート中のキー画像から、対象のDICOM画像を連携して呼び出し、ビューワ表示できること。
- (8) 作成したレポートをPDF形式に変換して保存できること。
- (9) テンプレートは内視鏡テンプレートと超音波テンプレートに対応できること。
- (10) レポート参照者が参照したレポートに対して既読済を入力できること。既読済とした場合、既読済としたユーザー、既読日時が記録されること。

3.3 ビューワ機能

- (1) 読影端末・管理端末・HIS端末等を含む画像配信対象の全端末でDICOMオリジナル画像(可逆圧縮画像データ)表示が可能であり、下記のビューワ機能がストレスなく運用可能なこと。
- (2) 画像ビューワでの画像表示は複数の検査を同時に表示できること。
- (3) 画像表示形式としてタイル表示とスタック表示機能を有すること。
- (4) 画像表示は複数のシリーズに対してスライスの位置を同期して表示、および画像展開できること。
- (5) 画像表示モニタ上で、複数のシリーズに対して分割表示形式を選択できること。
- (6) 検査一覧、またはシリーズのサムネイル画像から画像表示できること。
- (7) 画像表示は1検査の任意のシリーズを任意の場所に移動、配置できること。

- (8) 画像表示は複数の検査に含まれるシリーズ単位の配置割り込み変更できること。
- (9) 分割された画像表示上で任意の場所に目的の検査、シリーズの配置ができること。
手動でマウスを操作し任意の場所にドラッグアンドドロップで行えること。
- (10) 複数の画像シリーズが表示されているときには、それぞれ独立してページングができること。
- (11) 画像表示は複数の画像スタックを連動させ、それぞれのスタックに同じ解剖的位置あるいは画像位置が表示されるように同期させてページングできること。
- (12) シネ表示は、ユーザが選択可能な可変の表示レートで表示できること。
- (13) ユーザが選択・定義可能な検査の画像の表示プロトコル(ハンギングプロトコル)機能を有すること。
- (14) ユーザ固有のハンギングプロトコルや検査固有のハンギングプロトコルが定義されていない場合には、システムはデフォルトのハンギングプロトコルを提供すること。
- (15) 画像表示はウィンドウ幅とウィンドウレベルの調整ができること。
- (16) ウィンドウ幅・ウィンドウレベル値は、DICOM画像ヘッダ情報で供給される単位に変換されて表示されること。
- (17) 選択されたアクティブ領域についてグレイスケールの反転表示ができること。
- (18) 設定可能なウィンドウ幅、レベルのデフォルトは5設定以上できること。
- (19) デフォルトのウィンドウ幅、ウィンドウレベル値の選択はGUIをサポートし迅速に行えること。
- (20) 画像の方向、拡大、パン、拡大鏡ができること。
- (21) 画像表示はどの画像に対しても連続的な時計方向および反時計方向90度回転、左右反転、上下反転ができること。
- (22) 表示している画像と同一患者の過去検査履歴が一覧できる機能があること。
また、検査種や日付別等にソート可能なリストが表示され、リストのクリック等の操作により、対象の過去画像を簡易に呼び出せること。
- (23) 現在表示している検査の前回検査を呼び出し、自動的に1モニターを2分割して比較読影表示ができること
- (24) 画像表示上で、任意の2点間の距離を計測できること。
- (25) 距離の計測値はスケール(mm)表示できること。
- (26) 画像表示上で任意の角度の計測ができること。
- (27) 画像表示上で、アクティブ領域(円形、多角形)の計測ができること。
- (28) アクティブ領域の計測では、平均値(画像ごとの単位、CTではHounsfield値)・標準偏差・面積計測ができること。
- (29) 画像に対して、アクティブ領域の計測、距離の計測、角度の計測が複数箇所ですべて同時にできること。
- (30) CTR(心胸郭比)の測定ができること。
- (31) 画像表示端末で、画像上に複数の文字や図形を配置しアノテーションをつけることが可能であること。
- (32) 画像につけたアノテーションの編集がGUIで可能であること。
- (33) 画像アノテーションの表示と非表示を切り替えることができること。

- (34) 画像表示はそれぞれの画像と共に以下の患者データ(患者氏名、患者ID、検査日時、画像の方向、kVp値、mAs値、パルスシーケンス、スライス位置、画像またはスライス番号)を画像上の指定した場所に表示すること。
- (35) 画像上に表示する項目はモダリティ毎のデフォルト設定を任意に設定できること。
- (36) 医用画像表示モニタにおいては、画像の実寸表示ができること。
- (37) 管理端末においてDICOMプリンタへの画像印刷ができること。
- (38) 読影端末に(ビューワ)MPR/VR機能を有すること。

3.4 DICOM変換機能

- (1) PDF形式およびJPEG形式等のイメージファイルを、添付またはDICOM形式に変換して取り込みができること。
- (2) 取込み時および保存時には、HISまたはRISから取得した患者情報によって、自動埋め込みに対応できること。
- (3) 取込み時および保存時には、既存患者の患者情報については、個別にIDをキーに他の患者情報を取得し、自動で埋め込みできること。
- (4) 取り込んだファイルは、対象検査画像のシリーズに追加でき、画像との紐付けができること。

3.5 外部メディア経由連携

- (1) 管理端末において、CD-R等の外部メディアへの書込み機能を有すること。
- (2) 外部メディアへは、DICOM DIRに準拠した画像保存をおこなうことができること。
- (3) 外部メディア保存時には、あわせてDICOM画像表示用の簡易DICOMビューワを付加できること。
- (4) 外部メディア保存時には、あわせて放射線レポート付加を、選択できること。
- (5) 外部メディア保存時には、個人情報の保護に対応するため、患者情報を匿名化できること。
- (6) 外部メディア保存時には、ユーザーが指定するIDおよび患者名に入力し直すことが可能なこと。
- (7) 管理端末において、CD-R等の外部メディアからサーバへの、画像取込み機能を有すること。
- (8) 外部メディアからの画像取込み時および保存時には、院内での運用を考慮し、ID等の患者情報の修正・付加ができること。
- (9) 外部メディアからの画像取込み時および保存時には、HISまたはRISから取得した患者情報によって、自動埋め込みに対応できること。
- (10) 外部メディアからの画像取込み時および保存時には、既存患者の患者情報については、個別にIDをキーに他の患者情報を取得し、自動で埋め込みできること。
- (11) デュプリケータ(EPSON社PP-100シリーズ等)が導入される場合、管理端末側からの操作による、自動連携動作ができること。

3.6 システム間連携

- (1) HISまたはRISと、PACS間におけるオーダの連携接続を維持すること。
- (2) HISと、PACS・レポート間の表示連携接続においては、そのすべての連携接続を維持すること。

- (3) 既設モダリティならびにWSと、PACS間の接続においては、そのすべての接続を維持すること。
- (4) イメージャとPACS間の、DICOMプリント接続がある場合、これを維持すること。
- (5) PACS側の変更によりシステム間の接続変更が必要な場合、相手側およびPACS側の双方にかかる、すべての費用を見積に含むこと。

3.7 遠隔読影

- (1) 放射線オーダ情報と画像データを紐付けた上で、他医療機関への遠隔読影依頼ができること。

3.8 データ移行

- (1) 既設のPACSに保管されている各種データを、利用可能な状態ですべて移行すること。
- (2) データ移行に関する費用はすべて受注者が負担すること。
- (3) 画像データは、標準規格であるDICOMオリジナル画像(可逆圧縮画像データ)での移行を行い、すべてのデータについて保管・配信・表示・管理できること。
- (4) レポートデータの移行を行い、すべてのデータについて保管・配信・表示・管理できること。

3.9 ハードウェアメーカー保証

- (1) システムは管理端末・モニタ・消耗品・一部部品を除き、5年間利用できること。(ハードの保証切れ・部品切れによる更新が発生しないこと)

3.10 他社システム関係

- (1) 既設の内視鏡ファイリングシステムからオリンパス社内視鏡画像(内視鏡室/透視室/手術室分)をPACSへコンバートすること。コンバートは、JPEG画像からDICOM画像へ変換し、コンバートすること。また、PACS更新時は、既設のオリンパス社内視鏡システム(内視鏡室/透視室/手術室分)とPACSの接続を実施すること。

21. 調剤システム基本要件

1. 共通ハードウェア

1.1 クライアントPC(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

- (1) クライアントPCはCPUがインテル Core i3-10100(3.60GHz)相当以上、主記憶装置の容量は4GB以上であること。
- (2) クライアントPCは500GB以上の物理容量を持つ磁気ディスク装置を内蔵していること。
- (3) クライアントPCはDVD-ROMドライブを内蔵していること。
- (4) 日本語キー入力付きキーボードおよびマウスが付属していること。
- (5) クライアントPCは、オペレーティングシステムに関してはWindows10 Professional 日本語版 相当以上であること。
- (6) クライアントPCは1000Base-T以上のインターフェースを1個有し、通信プロトコルはTCP/IPであること。

1.2 クライアントPC用液晶モニター

- (1) クライアントPC用液晶モニターは、画面サイズが21.5インチ以上の液晶カラーディスプレイであること。スピーカー付きであること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (2) クライアントPC用液晶モニターの解像度は1280×1024以上であること。

1.3 タッチパネルPC

- (1) PCはCPUがAtom E3845 4-Core (1.91GHz)相当以上、主記憶装置の容量は4GB以上であること。
- (2) PCは32GB以上の物理容量を持つ磁気ディスク装置を内蔵していること。
- (3) 10.1インチ以上、解像度1280×768以上のタッチパネル式液晶カラーディスプレイであること。
- (4) オペレーティングシステムに関してはWindows10 Professional Embedded 日本語版 相当以上であること。
- (5) PCは1000Base-T以上のインターフェースを1個有し、通信プロトコルはTCP/IPであること。

1.4 バーコードスキャナー(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

- (1) GS1データバーを読み取れること。
- (2) 紙類に印刷された2次元コードの他、端末などの液晶画面に表示された2次元コードも読取できること。
- (3) 自立スタンド付きでコンパクトな本体であり小さいスペースにも設置できること。
- (4) 小さな面積に印刷された2次元コードも360度全方位より読取できること。
- (5) インターフェースは、USB接続に対応していること。
- (6) 防塵性能を有すること。

- 1.5 サーマルプリンタ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (1) サーマルプリンタは用紙幅80mm以上で、注意喚起のため赤・黒印字もしくは白・黒反転印字ができ、オートカット機能があること。
- 1.6 電子天秤
- (1) 測定範囲は0.001～410g以上であること。
 - (2) 0.1g/0.01g/0.001gで測定レンジを切り替えられること。
 - (3) 電子天秤設置場所の風・振動に適応させるため、ワンキー操作で応答特性を自動調整できること。
 - (4) ワンキー操作で、使用環境の温度変化により、電子天秤自身が自動的に内蔵分銅を使って天びんを自動校正できること。
 - (5) 外形寸法はW210mm×D317mm×H86mm程度であること。
- 1.7 ノートPC(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)
- (1) ノートPCはCPUが Corei5-1135G7(2.40GHz)相当以上、主記憶装置の容量は4GB以上であること。
 - (2) ノートPCの主記憶装置の容量は4GB以上であること。
 - (3) ノートPCは128GB以上の物理容量を持つソリッドステートドライブを内蔵していること。
 - (4) ノートPCは15.6インチ以上、解像度1366×768以上のタッチパネル、日本語キー入力付きキーボードが付属していること。
 - (5) ノートPCはDVD-ROMドライブを内蔵していること。
 - (6) ノートPCはオペレーティングシステムに関してはWindows10 Professional 日本語版 相当以上であること。
 - (7) ノートPCは1000Base-T以上のインターフェースを1個有し、通信プロトコルはTCP/IPであること。
- 1.8 サーバ
- (1) サーバはCPUがインテルXeon プロセッサ E-2244G(3.8GHz)相当以上であること。
 - (2) サーバは、主記憶装置の容量は16GB以上であること。
 - (3) サーバは300GB以上の物理的容量を持つ磁気ディスク装置を2台内蔵し、RAID1以上で構成されていること。
 - (4) サーバOSはWindows Server 2019 Standard 日本語版 相当以上であること。
 - (5) DVDドライブを内蔵していること。
 - (6) 本装置は無停電電源装置(UPS)が付属していること。
 - (7) 1000Base-T以上のインターフェースを1個有し、通信プロトコルはTCP/IPであること。

1.9 無停電電源装置

- (1) UPSの自己診断、バッテリー寿命診断機能を搭載しバッテリーの交換時期をお知らせできること。
- (2) 電源管理ソフトウェアに対応しておりオートシャットダウンが行えること。
- (3) 前面保守に対応しており、バッテリーやファンは全て本体をマウントしたまま交換ができること。
- (4) 定格出力容量は1KW以上を備えていること。
- (5) バックアップ時間は約6分以上に対応していること。

1.10 注射処方箋プリンタ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

- (1) 注射処方箋プリンタはカラーレーザプリンタであること。
- (2) カラーレーザプリンタの印刷解像度は最大1200dpi 以上であること。
- (3) カラーレーザプリンタは用紙出力サイズは、A4判を基本サイズとし、最大A3ノビ判以上であること。
- (4) カラーレーザプリンタの印字速度は50ページ/分 以上(25枚/分 以上)であること。

1.11 水剤外用ラベルプリンタ・お薬手帳ラベルプリンタ・注射ラベルプリンタ(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

- (1) ラベルプリンタの印字は仮名、漢字、片仮名、英数文字、バーコード等での印字ができること。
- (2) ラベルプリンタはカラー印字であること
- (3) ラベルプリンタはロール紙をプリンタにセットでき、連続式でラベル紙をプリントアウトできること。
- (4) プリントアウトするラベル紙を自動でカットできるカッター機構を装備していること。
- (5) ラベルプリンタの解像度は、203dpi以上であること。
- (6) ラベルプリンタの印字幅は、104mm以上であること。
- (7) ラベルプリンタの本体は、本施設で指定する場所に設置できるサイズであること。
- (8) ラベルプリンタのロール紙補充は、ふたを開けて補充のロール紙を置くだけの簡単な補充セット方法であること。

2. データ受信システム

- (1) 電子カルテシステムとの接続が可能で、通信端末を介し情報を得ること。
- (2) 電子カルテシステムとのオンライン化において、情報伝達のためのソフトを含んでいること。
- (3) 受信する情報は入院・外来処方オーダー、検査オーダー、患者基本情報とすること。
- (4) 画面上には以下の受信件数を表示すること。
●ID番号 ●患者名 ●診療科 ●処方区分 など
- (5) サブシステムの服薬指導支援システムに入力したデータ等を電子カルテシステムへ送信できること。
- (6) 台数は処方用1台、注射用1台の構成であること。

3. サーバシステム

- (1) 処方情報をバックアップできること。
- (2) 各装置間をLANでつなぎシステムを構築できること。
- (3) 各制御装置に係わるファイルの保存管理ができること。
- (4) 調剤支援システム、注射払出システム、サブシステム、全てのデータ及び情報変換のためのマスターを保管・管理できること。
- (5) 台数はサーバ3台構成とすること。(調剤・処方チェック・服薬指導)

4. 注射解析システム

- (1) 画面のデザインを自由に変えられること。
- (2) 施設の運用に合わせてプログラムの動きを様々に変えられること。
- (3) 一か所プログラムを更新すれば、全ての端末で最新状態で起動できること。
- (4) 処方と注射、持参薬処方画面を同時に表示できること。
- (5) 1クリックで薬歴の表示・非表示ができること。
- (6) 未来日の払出しができること。
- (7) 電子カルテシステムより受信した情報を、薬局部門システム用データに変換できること。
- (8) 電子カルテ側に障害が発生した場合でも部門システムとして、可能な限りの必要な処理が継続できること。
- (9) ハードトラブル時にも、号機振替やプリンタ出力先振替などを簡易な操作でできること。
- (10) 処方箋・薬袋は文字の大きさ、印字場所などを変更できること。
- (11) 特定の薬品を投与した、患者検索ができること。
- (12) 本体システムから以下の患者情報が取り込めること。
●病名 ●患者住所 ●患者番号 ●連絡先 など
- (13) データサーバから処方システム、注射システムの各調剤機器にデータを送信できること。
- (14) 処方チェック後、問題のない処方は病棟・日付別等の組み合わせで抽出し、注射薬自動払出システムがある場合には、注射薬自動払出システムへデータ送信できること。また、各プリンタから自動で取り揃えリスト(非実装薬品集計表)の出力、注射薬自動払出システムを使用しない場合は、注射箋、輸液ラベル、取り揃えリスト(薬品集計表)の出力ができること。
- (15) 薬剤部の運用にあったタイミングでの帳票発行、機器動作などができること。
- (16) 処方箋・薬袋のレイアウトは、運用に合わせたレイアウトで印字できること。
- (17) 患者毎の注射処方箋及び以下の項目が記載してあるラベルを印字できること。
●患者名 ●科名 ●薬品名 ●点滴速度 ●JANコード

- (18) 注射箋にはオーダー情報内の以下の項目を適切な位置にレイアウトでき印刷できること。
 ●患者番号 ●患者氏名 ●病棟名称 ●診療名称 ●生年月日 ●年齢 ●性別
 ●医師名 ●薬品名称
 ●保存区分(冷所、暗所等)
 ●薬品区分(輸液、毒薬、劇薬等)
 ●施用量 ●施用単位 ●手技 ●投与経路 ●施用回数 ●投与スピード ●コメント
 ●処方区分 ●至急区分 ●オーダー番号注射薬の混合調整の別 など
- (19) 注射箋は薬剤部用と病棟用の2部が印字できること。
- (20) 注射箋には、患者投薬確認に使用する患者リストバンドと整合性がとれるバーコードを印字できること。
- (21) 輸液ラベルには、患者情報、薬品名称等必要事項をRp単位、輸液単位の内容で記載できること。
- (22) 輸液ラベルには、患者別にRp単位、輸液単位、施用回数の考慮した必要枚数を印字できること。
- (23) 輸液ラベルには、患者投薬確認に使用する患者リストバンドと整合性がとれるバーコードを印字できること。
- (24) 取り揃えリストは抽出したデータに基づき、必要な薬品の合計が印字できること。また、取り揃えがし易いように、棚番が印字できること。
- (25) 取り揃えリストは以下のような区分で、それぞれ出力できること。
 ●アンプル・バイアル ●輸液 ●保冷品
- (26) 全ての設定をサーバに保管できること。
- (27) データベースやシステムファイルは、定期的にバックアップができること。
- (28) 注射システムのデータ保管用サーバは、患者単位のデータベース構築のため調剤支援システムと同一のサーバを利用できること。
- (29) 台数はPC1台構成であること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

5. 散薬監査システム

- (1) 散薬及び錠剤粉砕により、散薬調剤の指示のある処方データを処方解析システムから受け取り、モニターに表示できること。
- (2) 薬剤認識はバーコードを利用して自動でできること。
- (3) 監査システムは音声で薬品名を読み上げできること。
- (4) 調剤者が調剤を間違った際に、
 「薬品名＋薬品が違います、再度チェックしてください」
 「長期投与日数を超えています」
 「常用量範囲外です」
 「配合禁忌の薬品があります」
 などの注意を音声でお知らせすることができること。
- (5) 手入力による調剤にも対応できること。
- (6) 測定範囲は0.001～410gであり、0.1g／0.01g／0.001gで測定レンジを切り替えられること。
- (7) 監査システムは処方情報との整合性が容易に確認でき、薬剤名及び用法・用量の確認が行え、記録は監査システム内に最低1カ月は保存され必要に応じ出力できること。

- (8) 監査記録紙にはバーコードを印字し、そのバーコードを利用して散薬分包機で分包する際に処方データを自動で呼び出せること。
- (9) 秤量結果をプリンタで印字し、データは監査記録として保存できること。
- (10) サーマルプリンタは用紙幅80mm以上で、注意喚起のため赤・黒印字もしくは白・黒反転印字ができ、オートカット機能があること。
- (11) バーコードスキャナーは、高性能レーザータイプバーコードスキャナーであること。
- (12) PCは液晶タッチパネルと一体型のタッチパネルPCであること。
- (13) 10.1インチ以上、解像度1280×768以上の液晶カラーディスプレイ、日本語キー入力付きキーボードが付属していること。
- (14) 各パーツ部分がユニット化されているので、トラブル時はユニット交換による素早いリカバリーができること。
- (15) 台数は制御用PC1台、電子天秤1台、バーコードスキャナー1台、サーマルプリンタ1台構成とすること。(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)

6. 全自動散薬分包システム

- (1) 全自動散薬分包機の分包速度は、40包/分 以上であり、低速＝40包/分、高速＝50包/分の切り替えができること。
- (2) 全自動散薬分包機は分包数が1～90包の包装数設定ができる分割機であること。
- (3) 全自動散薬分包機の集塵効率、0.5ミクロン・95%以上であること。
- (4) 全自動散薬分包機は制御装置だけでなく、本体備え付けのタッチパネルからの入力でも行え、分包できること。
- (5) 全自動散薬分包機は48マス以上の錠剤コンベアがあり、筐体内に収納できること。
- (6) 全自動散薬分包機はコンタミ防止対策として、ホッパー部の帯電防止加工やハンドクリーナーを付属していること。
- (7) 将来、錠剤棚を追加設置することにより、全自動錠剤散薬分包機として運用できること。
- (8) かきとり板・R円盤を清掃する清掃部品がブラシである場合、ブラシの清掃能力・耐久性・ブラシ内へ散薬が残るおそれがあるので、清掃部品は水洗いもできるゴム製であること。また本体付属のバキューム清掃具でR円盤等を清掃できること。
- (9) 清掃時に便利のように、電源OFF時にはR円盤をフリーに動かせること。
- (10) 2枚のR円盤が一部重なっている構造であると、粉がはねて隣のR円盤に入る恐れがあり、またその対策を講じていてもコンタミのおそれがあるため、R円盤の重なっていない構造であること。
- (11) CPUは、インテル Celeron M プロセッサ 超低電圧版 900MHz相当以上の性能機能を有すると判断されること。また、主記憶装置の容量は1GB以上であること。
- (12) PCは80GB以上の物理容量を持つ磁気ディスク装置を内蔵していること。
- (13) モニターは、対角12インチ以上・解像度1024×768ドット以上のFLバックライト付TFTカラーLCDであること。
- (14) OSに関してはWindows10 Professional 日本語版 相当、あるいはWindows11 Professional 日本語版 相当以上であること。

- (15) PCは1000Base-T以上のインターフェースを1個そなえ、通信プロトコルはTCP/IPであること。
- (16) 散薬調剤の指示のある処方データを処方解析監査装置より受け取れること。また、散薬監査システムにて出力された監査記録紙のバーコードを読み込むことで分包する患者を限定し、薬包紙に以下の印字ができること。
●患者名 ●用法名 ●薬品名 など
- (17) 処方区分、病棟毎に自動で印字内容を変更できること。
- (18) 全自動散薬分包機の印字は全行印字熱転写方式であること。
- (19) 全自動散薬分包機の分包紙は、薬品に対しての品質保持に優れていること。又シールずれのない二ツ折り分包紙を採用し交換も容易であること。
- (20) 台数は制御用ノートPC1台(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)、全自動散薬分包機1台であること。

7. 全自動錠剤分包システム

- (1) 処方解析監査装置から分割生成処理・包装形態指示を制御装置が受け取り、順次一包化分包ができること。
- (2) 全自動錠剤分包機は薬剤の収納カセット数が200種以上であること。
- (3) 全自動錠剤分包機は薬剤の補充の度合いに合わせ、配置を自由に変更できること。
- (4) 全自動錠剤分包機は錠剤の収納カセットが抗菌性、防湿性等に優れていること。また、電気関係機械関係と別機構とし、洗浄が容易にできること。
- (5) 全自動錠剤分包機は錠剤の補充に際して、一度に40種以上の残量が確認でき、補充がスムーズにできること。
- (6) 全自動錠剤分包機は一包化分包速度は54包/分 以上であること。
- (7) 全自動錠剤分包機は別包包装ができること。
- (8) 全自動錠剤分包機はカセットの配置換えが容易に行えるように、薬剤収納カセット種は2種以下であること。
- (9) 全自動錠剤分包機は分包紙のカットが自由に設定できること。
- (10) 全自動錠剤分包機は至急の割り込み及び機器の指定もできること。
- (11) 全自動錠剤分包機は非実装薬剤の一包化が容易にでき、非実装薬剤のリストがタッチパネルに表示できること。
- (12) 全自動錠剤分包機は分包した薬剤内容の確認が容易にできること。
- (13) 以下の印字ができること。
●患者氏名 ●用法 ●薬品名
- (14) 処方区分、病棟毎に自動で印字内容を変更できること。
- (15) 全自動錠剤分包機の印字は全行熱転写方式であること。
- (16) 全自動錠剤分包機は分包紙への印字が鮮明であること。
●氏名 ●ID番号 ●用法(特殊な場合も含む) など

- (17) 全自動錠剤分包機は情報提供の観点から、薬品名などを印字できること。
- (18) 全自動錠剤分包機で使用する分包紙は、薬品に対しての品質保持に優れていること。又シールずれのない二ツ折り分包紙を採用し交換も容易であること。
- (19) 薬剤部内の全分包機で使用する分包紙は、共通性を持たせることにより分包紙の発注・在庫管理業務が非常に効率的になるため、90分割散薬分包機および錠剤分包機ともに共通規格分包紙であること。
- (20) 全自動錠剤分包機の操作は容易にできて、保守・点検が容易にできること。
- (21) 全自動錠剤分包機のサイズはW900mm×D604mm×H1900mm以下で、発注者の指定する場所に設置できること。
- (22) 台数は制御用PC1台(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)、全自動錠剤分包機1台を設置すること。

8. 処方チェックシステム

- (1) 処方情報を画面上に表示し、処方のチェックを実施できること。
- (2) カルテ(オーダー側)でのチェックと調剤支援システムのチェックができること。
- (3) 処方チェックはサーバに登録された各種情報をもとに処方オーダー、注射オーダーデータを含め以下の項目でチェックができること。
- (4) 薬品重複、薬効重複、成分重複、系統重複チェックは、チェック条件として重複許容日数を指定できること。また、結果は警告/エラーの選択ができること。
- (5) 成分重複は、一般名、配合成分、プロドラッグ、類似成分を考慮したチェックができ、成分を指定しての除外設定ができること。
- (6) 系統重複チェックは、あらかじめ準備している「チェックに妥当である系統」も選択ができ、成分、系統を指定しての除外設定ができること。
- (7) 配合変化チェックは、インタビューフォームに記載されている配合変化の情報を元にチェックができ、チェック結果には、配合薬剤、総合判定、外観変化有り、試験方法、配合方法、参考文献等を表示でき、チェック条件として、レベル(2段階)、チェック方向区分の指定ができること。
- (8) 相互作用チェックは、条件指定してのチェックができ、成分、系統を指定しての除外設定ができること。
- (9) 長期投与チェックは、投与期間に上限が設けられている医薬品(厚生労働省告示第97号)のチェックができること。また、結果は警告/エラーの選択ができること。
- (10) 配合変化チェックは、医療用医薬品の添付文書に記載されている配合変化の情報を元にチェックができること。チェック結果には、配合薬剤、総合判定、外観変化有り、試験方法、配合方法、参考文献等を表示できること。チェック条件として、配合不可、配合注意(2段階)、チェック方向区分の指定ができること。
- (11) 相互作用チェックは、医療用医薬品の添付文書に記載されている相互作用の情報を元にチェックができること。チェック結果は併用薬剤名、指示、臨床症状、作用機序等を表示できること。チェック条件として、重複許容日数、レベル(4段階)、チェック方向区分の指定ができること。
- (12) 用法用量チェックは、医療用医薬品の添付文書に記載されている用法・用量の情報を元に、適正な投与量(上限・下限)などのチェックができること。チェック条件として、重複許容日数、許容誤差率、1日最大量・通常量・通常最小量・最小量、1回最大量・通常量・通常最小量・最小量の指定ができること。適宜増減のある医薬品に関しては、適宜増減用の増減率を設定できること。また、結果はそれぞれ警告/エラーの選択ができること。

- (13) 登録された患者状態を利用して、以下の項目のチェックができること。
- (14) 投与年齢チェックは、年齢において注意情報記載のある薬品に対してチェックができること。
- (15) 妊娠・授乳婦チェックは、妊娠・授乳婦において、注意情報の記載がある薬品に対してチェックができること。また、米国FDA基準、オーストラリアADEC基準を保持していること。
- (16) 病態-医薬品投与チェックは、患者に登録されている病名に対して、処方された薬品が禁忌かチェックできること。
- (17) 適応病名チェックは、処方された薬品が患者に登録されている病名に適応があるかチェックできること。
- (18) 医薬品アレルギーチェックは、患者の持つアレルギー医薬品と処方された薬品をチェックできること。
- (19) その他アレルギーチェックは、患者の持つアレルギー飲食物、添加物と処方された薬品をチェックできること。
- (20) 異常検査値チェックは、患者の検査結果に対して、処方された薬品の影響かをチェックできること。
- (21) 処置行為チェックは、透析・アフェレーシス・放射線治療・紫外線治療等を受けている患者に対して、処方された薬品が問題ないかチェックできること。
- (22) 術前術後チェックは、手術日に対して、処方されて問題のない薬品かチェックできること。
- (23) 処方チェックによるワーニング情報は、画面とプリントアウトにより確認できること。
- (24) 処方・注射チェックは、以下の条件でチェックする、しないを設定できること。
 ●病棟 ●診療科 ●患者 ●医師 ●伝票区分 ●危険薬区分 ●薬効区分 ●成分区分
 ●薬品区分 ●薬品 ●薬品組み合わせ ●他処方条件 など
- (25) チェック項目は全てパラメータ化され、必要なチェック項目にチェックを入れるだけで処方チェックができること。また、設定画面は一次チェック、二次チェック、他システムチェック等、すべて1つのWeb画面に統合されていること。
- (26) 台数は、Webサーバ1台、制御用PC(相乗り可能)1台(別紙「飯塚市立病院 電子カルテシステム 周辺機器一覧」に計上表記分)とすること。

9. 持参薬管理システム

- (1) 持参薬管理システムはWeb型システムとして構築されたシステムであること。また、院内ネットワークに接続されている全てのHIS端末から使用できるライセンスフリーのシステムであること。
- (2) 基本システム構成として、サーバ1台で運用できるシステムであること。また、持参薬管理システム専用のクライアント端末がなくても、院内ネットワーク上のHIS端末にインストールされているWebブラウザソフト(Internet ExplorerまたはEdge(IEモード))を利用して運用できるシステムであること。
- (3) 以下のデータを取り込む機能があり、持参薬管理業務のサポートが効果的に行えること。また、手動での登録、修正、削除の入力機能もあること。
 - ①処方情報・注射情報
 - ②患者基本情報(患者ID・患者住所・性別・身長・体重等)
 - ③移動情報(入院、退院、診療科、病棟、主治医、転棟転科情報等)
- (4) 持参薬管理の進捗状況から患者検索ができる機能があること。
- (5) 薬剤調査依頼書、持参薬鑑別書、持参薬指示書の作成といった、持参薬管理業務に必要な各種帳票作成ができるシステムであること。

- (6) 過去に作成した薬剤調査依頼書、持参薬鑑別書、持参薬指示書の履歴管理がされており、その内容を確認することができること。また、再発行する機能もあること。
- (7) 登録者、鑑別者、指示者、最終更新者が管理・保存できること。
- (8) 以下の項目から持参薬鑑別登録ができること。
 - ①薬品名(採用薬品以外のすべての医薬品を含む)
 - ②本体記号・包装記号・GTIN
 - ③会社マーク
 - ④当院処方薬(当院の処方歴を参照しての鑑別登録)
 - ⑤不特定薬品
 - ⑥OTC
 - ⑦サプリメント
 - ⑧お薬手帳二次元バーコード
- (9) お薬手帳二次元バーコードで読み込んだデータから、マスタに未登録の医療機関があった場合、自動でマスタ登録ができること。
- (10) 薬品名検索はひらがな、カタカナのどちらでも検索でき、最低検索文字数として1文字以上の入力に対応できること。
- (11) 薬品名検索の際、AND検索を行うのにスペースを空けて複数キーワードを並べて検索できること。
- (12) 持参薬の入力支援として、同一用法の持参薬が複数ある場合、用法の入力を1度のみで登録できる機能があること。
- (13) 過去に作成した持参薬鑑別書の内容をコピーして、再利用できる機能があること。
- (14) 外来の鑑別ができ、入院帳票とは別のレイアウトで作成ができること。
- (15) 持参薬登録時に用法用量(内服は1日量、頓服は1回量)、残数、残投与可能日数の登録ができること。また、残投与可能日数や余り数の自動計算が行える機能があること。
- (16) 薬剤鑑別時に、院内採用薬より剤型・規格一致、規格違い、剤型違いの同一成分薬から自動的に代替薬表示ができ、規格違いの場合、相当数(例:1mg1錠は、0.5mg2錠に相当)の表示・印字ができること。
- (17) 鑑別薬品の含有成分と含有量を表示できること。また、鑑別薬品が配合剤の場合、採用されている各単味薬が自動的に代替薬の候補として表示ができること。
- (18) 抗精神病薬の場合は、クロルプロマジン換算値を表示できること。
- (19) 代替薬検索用のデータベースとして、日本標準商品分類(87分類)とは異なる治療分類データベースを搭載し、複数の適応症がある医薬品の代替薬検索にも対応できること。また、持参薬の同効薬として治療薬分類から代替薬検索できる機能があること。
- (20) 持参薬と同一成分の代替薬がない場合、薬品指定で代替薬登録ができること。
- (21) 鑑別した持参薬が高リスク薬、麻薬、ユーザー注意チェック、向精神薬、医薬品投与年齢チェック、抗精神病薬、後発品、毒薬、劇薬、覚せい剤原料、生物学的製剤、造影剤、溶解液付き、結核予防法適用、歯科特定製剤、非保険薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ剤、せん妄に該当する薬品の場合、マークでお知らせする機能があること。また高リスク薬の場合は、その薬効分類(抗悪性腫瘍剤等)も確認できる機能があること。
- (22) 術前、術時、術後、手術既往歴に中止すべき薬品のデータベースを搭載しており、マークでお知らせする機能や中止情報の詳細を自動表示させる機能があること。またその内容を持参薬鑑別書、持参薬指示書に反映させ、印刷することができること。
- (23) ユーザー独自に術前、術時、術後、手術既往歴に中止情報のある薬品を登録できる機能があること。

- (24) 医薬品に注意が必要な情報をYJコード12桁、9桁、8桁、7桁単位で登録することができること。
- (25) 添付文書、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、Beers 基準 2019 改訂、高齢者の医薬品適正使用の指針を根拠とした医薬品投与年齢チェックのデータが参照できること。
- (26) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、Beers 基準 2019 改訂、がん患者におけるせん妄ガイドライン 2019 年版を根拠としたせん妄の発症リスクの高い薬品データを搭載し、マークでお知らせする機能があること。また、せん妄チェックのデータが参照できること。
- (27) 術前後中止情報、せん妄情報、医薬品投与年齢チェックのデータが参照でき、コメントとして取り込む事ができること。
- (28) 持参薬を処方した医療機関名、診療科、医師や持参薬を調剤した医療機関名の入力ができること。
- (29) 登録した持参薬情報(登録日、薬品名、用法名、代替薬名、医療機関名、コメント等)をボタン一つでクリップボードにコピーできること。また、コピーする内容は任意で設定変更可能であること。
- (30) 持参薬及び代替薬の医薬品添付文書情報が容易に確認できること。
- (31) 過去の当院処方歴データを使用して、持参薬として登録できる機能があること。また、院外処方箋にて、当院処方薬と異なる医薬品が調剤された場合に、同一剤型・同一規格、同一剤型、同一成分の各種指定条件で医薬品を検索・登録できる機能があること。
- (32) 分包された散剤等、薬品名を特定できないような状態で持ち込まれた薬品についても、不特定薬品として、その旨を鑑別書に記録できる機能があること。
- (33) OTC・サプリメントのデータベースを搭載し、OTC商品名、サプリメント成分名からの検索・登録ができる機能があること。
- (34) 登録した持参薬と、登録時点で使用している処方薬、注射薬や、OTC、サプリメントで処方監査チェックができること。また、そのチェック内容を確認できること。
- (35) 鑑別作成時に二段階承認ができる二重鑑別の機能があること。
- (36) 鑑別した薬品は、並べ替えが可能なこと。また、医療機関順・診療科順、薬効分類順に並べ替えもできること。
- (37) 医師、又は医師権限のある医療従事者が、当該システム上で直接、持参薬の指示入力ができる機能があること。
- (38) 当該システム上で入力できる指示項目として、継続指示、中止指示、変更指示、一時中断指示に対応できること。また、一時中断指示については服用中止期間の登録もできること。
- (39) 指示入力時に一時中断指示をした場合、中断した薬品の再開・中止の指示を登録できる機能があること。
- (40) 持参薬毎に服用開始日の変更ができること。また、すべての持参薬の服用開始日を一括して変更できる機能があること。
- (41) 持参薬の指示入力をする際に、粉碎指示、一包化指示にも対応できる機能があること。
- (42) 鑑別書と指示書の登録内容を比較する機能を有し、変更点を容易に確認できること。
- (43) 薬剤調査依頼書、持参薬鑑別書、持参薬指示書の他に、以下の帳票が出力できること。
 - ①再調剤依頼書
 - ②持参薬服用薬価統計表
 - ③鑑別書・指示書の統計表
 - ④持参薬処方切れ患者一覧
- (44) 持参薬情報をCSVデータとして書き出しできる機能があること。

- (45) 当該システムで登録した持参薬指示情報を、別に定める薬剤管理指導支援システムの薬歴カレンダーで継続・中止の表示・確認できること。
- (46) 持参薬管理データは、全て専用サーバにて一元管理できること。
- (47) 医薬品情報データベースの更新は、年12回(毎月1回)更新に対応できること。
- (48) 各種データを12ヶ月以上保存でき、外付けハードディスクやディスク媒体等へ保存ができること。
- (49) HIS連動用として、持参薬鑑別データを出力できる機能があること。
- (50) 持参薬鑑別書、又は持参薬指示書作成時に、EFファイル用の持参薬区分、持参薬処方区分の登録ができる機能があること。
- (51) EFファイル用の持参薬区分として、「当該入院の契機となる疾病の治療に係る薬品」、「当該入院の契機となる疾病の治療に係らない薬品」の他に、「未確認」として登録できる機能があること。また、入力チェックが行えること。
- (52) EFファイル用の持参薬処方区分として、「当院処方の薬品」、「他院処方の薬品」の他に、「未確認」として登録できる機能があること。また、入力チェックが行えること。
- (53) EFファイル用の持参薬区分、持参薬処方区分の項目を含む、持参薬使用量のCSVファイルを出力できる機能があること。また、期間を指定して一括出力、または患者を指定して個別出力できる機能があること。
- (54) 持参薬鑑別書、又は持参薬指示書作成時点における、EFファイル用の持参薬区分、持参薬処方区分の項目を含む、持参薬使用量情報をファイル出力できること。

10. 服薬指導システム

- (1) 薬剤管理指導支援システムはWeb型システムとして構築されたシステムであること。また、院内ネットワークに接続されているHIS端末から使用できるライセンスフリーのシステムであること。
- (2) 基本システム構成として、サーバ1台で運用できるシステムであること。また、薬剤管理指導支援システム専用のクライアント端末がなくても、院内ネットワーク上のHIS端末にインストールされているWebブラウザソフト(Internet ExplorerまたはEdge(IEモード))を利用して運用できるシステムであること。
- (3) 以下のデータを取り込む機能があり、薬剤管理指導業務のサポートが効果的に行えること。また、手動での登録、修正、削除の入力機能もあること。
 - ①処方情報、注射情報、持参薬情報
 - ②患者基本情報(患者ID・患者氏名・患者住所・性別・身長・体重等)
 - ③患者プロフィール情報(アレルギー、感染症、既往症、妊娠・授乳、副作用発現歴、身体機能等)
 - ④移動情報(入院、退院、診療科、病棟、主治医、転棟転科情報等)
 - ⑤検体検査情報(血球検査、生化学検査等)
 - ⑥服薬指導依頼情報
 - ⑦病名情報
- (4) 処方、注射、患者情報等の各種情報の追加、変更、削除のデータを受信し自動的に反映する機能があり、手動でもメンテナンスできること。
- (5) 入院患者の情報をカレンダー形式で一覧表示でき、初回算定可能患者、本日算定可能患者、過去に指導した患者、医師同意ありの患者、ハイリスク薬・麻薬処方患者、処方変更のあった患者、多剤服用患者、腎肝機能障害患者等の条件絞込みが行え、病棟順、診療科順、患者名順で並び順を変更できること。
- (6) 指導患者抽出画面を開いた際に、ログイン者が担当している病棟の、本日算定可能な患者が自動的に表示されること。また、担当病棟以外にも病棟、診療科単位で患者の検索ができること。

- (7) 月初めの指導日に対して以後の算定可能日を自動でセットできること。
- (8) 指導患者抽出画面の表示条件をユーザー毎に設定できること。
- (9) 薬歴カレンダーには処方薬、注射薬、外用薬、頓服薬、持参薬をまとめて一画面で表示できること。
- (10) 薬歴カレンダーの表示項目を処方区分の外來処方、入院処方、持参薬、服用中、入院日以降の条件で自由に選択でき、また薬品のまとめ表示ができること。表示順も薬名順、薬効順、処方順、剤型順、用法順に変更できること。
- (11) 薬歴カレンダーは、ハイリスク薬(特に安全管理が必要な薬品)や麻薬が処方された際に自動でカレンダーに色がつき、より注意が必要な薬品が処方されていることが判別でき、その薬品が属する薬効分類(抗悪性腫瘍剤等)の確認もできること。
- (12) 薬歴カレンダーから医薬品添付文書情報が参照でき、添付文書印刷もできること。
- (13) 薬歴カレンダーの表示条件をユーザー毎に設定できること。
- (14) 薬歴カレンダーと検体検査データの相互関係が1画面で同時系列毎に表示できること。
- (15) 検体検査データはグラフ形式と表形式での表示が行え、グラフ形式については薬歴カレンダーと同時系列毎に表示できること。
- (16) 検体検査結果(検査異常値)から予測される重大な副作用と処方薬との間で、重大な副作用の発現のおそれの有無を確認できるデータベースを搭載し、その確認が行える機能があること。
- (17) 検体検査結果(検査異常値)から予測される病態と処方薬との間で、処方チェックが行えるデータベースを搭載し、その確認が行える機能があること。
- (18) 血清クレアチニン値と患者基本情報(性別・年齢・体重)を用い、体表面積・Ccr、eGFR(eGFR [mL/min/1.73m²]、体表面積未補正eGFR [mL/min]、eGFRcys [mL/min/1.73m²]、体表面積未補正eGFRcys [mL/min])を自動計算し、表示できる機能があること。また、指導記録、薬剤管理サマリー、お薬手帳にその結果を反映することができること。
- (19) 患者情報(アレルギー、感染症情報、身体機能、体質等)からプロブレムが立案され、SOAP形式で指導記録も自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (20) 患者情報は、前回指導時点と今回指導時点の差分を赤字で表記できること。
- (21) 処方監査機能として、処方薬・注射薬・持参薬・OTC・サプリメントとの間でチェックができること。
- (22) 薬歴カレンダーと同一の画面で、相互作用・配合変換・系統重複(薬品アレルギー)・既往症・投与年齢・アレルギー(食物等)・生活情報・サプリメント・長期投与・妊産授乳婦の各種チェック内容を、リスト形式またはグリッド形式で表示・確認できること。
- (23) 処方歴画面にて、クロルプロマジン換算値が確認できること。また、指導記録、薬剤管理サマリー、手帳に転記が可能なこと。
- (24) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、Beers 基準 2019 改訂、がん患者におけるせん妄ガイドライン 2019 年版を根拠としたせん妄の発症リスクの高い薬品データを搭載し、せん妄に関する情報の確認ができること。
- (25) せん妄リスク薬服用患者一覧が出力できること。
- (26) 術前後中止薬品のデータを搭載し、術前後中止情報を確認できること。また、ユーザー定義で設定が可能なこと。
- (27) 術前後中止情報、せん妄情報、定期的に検査が必要な薬品に対する注意喚起情報のデータが薬歴カレンダーから参照できること。

- (28) 処方監査結果にチェックを入れるだけで、処方監査に関するプロブレムが自動的に立案され、SOAP形式で指導記録へ結びつけることができるデータベースを搭載していること。
- (29) 妊産授乳婦チェックとして、FDA(米国食品医薬品局)基準、及びADEC(オーストラリア医薬品評価委員会)基準の危険度分類を参照できるデータベースを搭載していること。
- (30) 処方監査のチェックレベルは、任意に変更することができ、また処方監査レベルをユーザーID毎に設定できること。
- (31) 術前、術時、術後、手術既往歴に中止情報のある薬品との処方チェックができ、そのチェック結果からプロブレムが立案され、SOAP形式で指導記録も自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (32) 処方薬情報の一覧から効能効果・副作用・注意事項などの各種薬剤情報から薬品別のプロブレムが立案され、SOAP形式で指導記録も自動で作成できるデータベースを搭載していること。当該データベースには、初回指導時に優先的に説明すべき項目(過敏症、低血糖の副作用情報等)や添付文書内に【警告】の記載がある医薬品について、薬剤師が確認・管理することが望ましい事項をデータデータベースとして搭載してあること。
- (33) 薬品別のプロブレムを選択する際に、処方変更・用法変更・用量変更のある薬品を視覚的に判別でき、一括して該当薬を選択できる機能があること。
- (34) 患者情報から立案されるプロブレムには、SOAP形式で指導記録が自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (35) 処方監査から立案されるプロブレムには、SOAP形式で指導記録が自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (36) 処方薬情報から立案されるプロブレムには、SOAP形式で指導記録が自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (37) ノートPCやiPadを用い、ベッドサイドにおいて薬剤管理指導記録をテンプレートを用いて容易に作成できる機能があること。
- (38) 患者が訴える重大な副作用の初期症状より、重大な副作用の可能性のある被疑薬を薬歴から絞り込む機能があること。また、重大な副作用から考えられる初期症状を絞り込む逆引き機能もあること。
- (39) 重大な副作用情報より、絞り込み結果から自動的に副作用管理のプロブレムが立案され、SOAP形式で指導記録が自動で作成できるデータベースを搭載していること。
- (40) SOAP形式、フリー形式を使用した指導記録の作成ができること。
- (41) 指導記録作成時にはフォント(太字・斜体・下線、フォントサイズ、色)の変更ができること。
- (42) 指導記録ごとに拡張子:doc、xls、pdf、ppt、gif、jpg、jpeg、bmp、docx、xlsx、pptxのファイルが添付することができること。
- (43) 指導記録内容の自動登録に対応可能なプロブレム—SOAP形式で記録できる薬剤管理指導支援データベースを搭載していること。
- (44) プロブレム—SOAP形式の薬剤管理指導支援データベースは、ユーザー独自に編集・登録できる機能があり、選択するだけで指導記録として反映できること。
- (45) 時系列で検査値の参照が行え、検査結果を指導記録へ反映できる機能があること。
- (46) 添付文書上で使用期間中や使用後の検査実施が求められている医薬品について、該当の薬品が薬歴に存在する場合、薬歴カレンダーから検査実施期間や検査内容を確認できること。また、登録された検査値において、前回実施日を参照できること。

- (47) 腎機能及び肝機能評価の支援機能として、ALT(GPT)・AST(GOT)・血中ビリルビン、GFRから腎・肝機能のCTCAEv4グレード(ALT増加、AST増加、血中ビリルビン増加、慢性腎臓病)が自動計算され、服薬指導計画画面に表示することができること。
慢性腎臓病はKDIGO CKTガイドラインのグレードも自動計算され、表示を選択することができること。
- (48) HIS連動用として、薬剤管理指導の算定・レポート情報を出力できる機能があること。
- (49) 出力できる算定情報として、ハイリスク薬処方患者、その他の患者として薬剤管理指導料の区分に対応できること。また、麻薬管理指導加算、退院時薬剤管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定にも対応できること。
- (50) ハイリスク薬処方患者の算定をする際に必要な当該ハイリスク薬品名が、自動的に抽出・表示できる機能があること。また、HIS連動用として、当該ハイリスク薬品名をコメント情報として出力できる機能があること。
- (51) 算定情報の送信状況を監視し、HISに正しく連携できていない場合は、システムログイン時に警告を出し、算定漏れを防げること。
- (52) 指導記録の一次保存機能があること。また、一次保存中の記録対象患者は、患者検索画面より抽出が可能なこと。
- (53) 以下、帳票の出力が可能であること。
①ワークシート
・服薬指導管理ワークシート
・患者情報シート
・薬歴シート
・服薬指導記録
・服薬指導記録簿
・退院時服薬指導記録
②薬剤管理表
③薬歴簿
④医師同意書
⑤退院時服薬指導提供書
⑥薬剤情報提供書
⑦お薬手帳ラベル
⑧服用状況チェックシート
⑨薬剤管理サマリー
- (54) 薬剤情報提供書用の患者向け薬剤情報データベースは、内用薬、外用薬、注射薬(自己注射以外の注射薬を含む)の情報を網羅したデータベースであること。またそのデータベースはコメント内容毎に分類・コード化されており、設定により出力する項目を任意に選択できる機能があること。
例: 妊産婦に関する注意事項は16歳以上の女性にしか印字しない 等
- (55) 投薬情報より薬剤画像付(包装画像、本体画像)の薬剤情報の発行ができ、またプレビューが可能であること。
- (56) 薬剤情報提供書に印字される効能効果等の内容は、院内、診療科・医師・患者・薬剤師レベルで適切な表現内容に編集し出力できる機能があること。
- (57) 薬剤情報提供書には用法・用量等も含んでいること。
- (58) 薬剤情報提供書は削除・変更後の情報で印刷できること。
- (59) 薬剤情報提供書は薬品の順番を自由に変更できること。
- (60) 薬剤情報提供書の発行履歴が残せること。また再発行が可能なこと。
- (61) 薬剤情報提供書は当院採用以外の持参薬についても印刷できること。またその場合、持参薬の薬剤画像も印刷できること。

- (62) 薬剤情報提供書の出力条件を剤型毎(内服・頓服・注射・点滴等)に変更でき、また並び順を薬品名順・薬効順・用法順等に変更できること。
- (63) 薬剤情報提供書は出力する文章の変更がおこなえ、また1回量、1日量、用法名・用法コメント・薬品コメント等を自由に変更できること。
- (64) 薬剤情報提供書は英語版に対応できること。提供文章は薬効・副作用だけでなく服用・食事・生活に関する注意情報も英語で出力できること。
- (65) 服薬コンプライアンス向上を目的とした、簡易的な薬剤情報提供書が出力できること。
- (66) 退院時薬剤情報管理指導料の算定基準を満たしたお薬手帳ラベルの発行ができること。また、退院処方を含む前後7日間の処方情報を任意に選択し、また服薬指導中に入手した患者特記事項(アレルギー情報・副作用発現情報等)も出力できること。
- (67) お薬手帳は複数のフォーマットを作成することができ、入院、退院、外来等と区分けして出力できること。
- (68) 電子お薬手帳用の二次元バーコードの出力ができること。
- (69) お薬手帳の発行履歴が残せること。また、発行履歴より、再発行やコピー新規で新たに手帳が作成可能なこと。お薬手帳、薬剤管理サマリーの情報はリンクし、それぞれの履歴から引用して発行が可能なこと。
- (70) 日本薬剤師会が推奨する項目を網羅した薬剤管理サマリーと、その返書が作成できること。
- (71) 薬剤管理サマリーは発行履歴が残せること。また、発行履歴より、再発行やコピー新規で新たに帳票を作成可能なこと。お薬手帳、薬剤管理サマリーの情報はリンクし、それぞれの履歴から引用して発行が可能なこと。
- (72) 以下の帳票が出力できること。
 - ①薬剤管理指導患者一覧表
 - ②薬品投与量一覧
 - ③処方切れ患者一覧
 - ④薬剤管理指導統計表
- (73) 薬剤管理指導患者一覧表はリスト形式(縦・横)、カレンダー形式(縦・横)で出力ができ、また診療科、病棟でのソートもできること。
- (74) 薬品投与量一覧は診療科、処方区分等でソートができ、出力薬品リストはユーザー毎に保存することができること。
- (75) 期間を指定し、処方薬品切れ患者の一覧が出力できること。
- (76) 薬剤管理指導統計表は、月別・日別・年間別での表示ができ、また病棟別・診療科別・薬剤師別の集計区分で出力できること。
- (77) 医薬品添付文書情報を容易に確認できる機能があること。
- (78) 別に定める持参薬管理システムと連動でき、当該システムで登録した持参薬の継続使用指示情報が取り込める機能を有すること。また、継続使用指示の持参薬については、院内処方薬と同一画面上の薬歴カレンダーで表示・確認できること。
- (79) 電子カルテですでにログインされた状態の場合、登録されているユーザーID・パスワードを新規に入力することなく起動できるシステム(シングルサインオンに対応できるシステム)であること。
- (80) 薬剤管理指導記録については、HISより閲覧ができる機能を有すること。
- (81) 薬剤管理指導記録データは、全て専用サーバにて一元管理できること。

- (82) ノートPCやiPad等のモバイル端末を使用する場合、当該モバイル端末には患者情報や薬剤管理指導記録等の情報が残らない、セキュリティ的に考慮されたシステムであること。
- (83) iPadを利用する場合、指導記録の一時保存ができること。
- (84) iPadを利用する場合、添付文書等のDI情報を参照できること。
- (85) 医薬品情報データベースの更新は、年12回(毎月1回)更新に対応できること。
- (86) 各種データを12ヶ月以上保存でき、外付けハードディスクやディスク媒体等へ保存ができること。
- (87) 薬剤管理指導支援システムがもつデータと、レセプト・DPC調査データの匿名加工情報を活用し、データクレンジングされたデータより、院内フォーミュラー策定支援の指標として経済効果や医療ビッグデータからベンチマーク比較ができるレポートを提供できること。
- (88) 薬剤管理指導支援システムがもつデータと、レセプト・DPC調査データの匿名加工情報を活用し、データクレンジングされたデータより、薬剤師が関わる診療報酬項目に対し、病院経営への貢献度や診療の質がわかるレポートが提供でき、医療ビッグデータからベンチマーク比較できるレポートを提供できること。

11. 病棟管理システム

- (1) 病棟薬剤業務支援システムはWeb型システムとして構築されたシステムであること。また、院内ネットワークに接続されている全てのHIS端末から使用できるライセンスフリーのシステムであること。
- (2) 基本システム構成として、サーバ1台で運用できるシステムであること。また、持参薬管理システム専用のクライアント端末がなくても、院内ネットワーク上のHIS端末にインストールされているWebブラウザソフト(Internet ExplorerまたはEdge(IEモード))を利用して運用できるシステムであること。
- (3) 病棟薬剤業務日誌データは、全て専用サーバにて一元管理できること。
- (4) 病棟薬剤業務実施加算をとるための病棟薬剤業務日誌の作成・入力・集計、データ保管ができること。
- (5) 厚生労働省が定める7つの業務区分、業務時間、業務詳細内容を、病棟の担当薬剤師毎に登録・管理する機能があること。
- (6) 業務区分はより細分化することができ、その業務区分が厚生労働省の定める7つの業務区分に割り当てられる機能があること。
- (7) 業務内容はプルダウンにより容易に記録できること。
- (8) 1日の業務で、病棟/薬剤師/時間/業務内容または薬剤師/時間が重複している場合にエラーをかけることができること。
- (9) ルーティン化している業務等の入力を容易に行えるように、過去業務参照、引用が可能なこと。
- (10) 複数の業務を登録した場合、全ての業務実施時刻より、時刻を自動分割し入力することができること。
- (11) 病棟薬剤業務日誌は、様式30のフォーマットで出力及び印刷できること。
- (12) 病棟薬剤業務日誌は、期間を指定して一括出力ができること。
- (13) 算定要件を満たすまでの残り業務時間が自動計算され、病棟毎に確認できること。
- (14) 算定要件を満たすまでの達成率が確認できること。

- (15) 病棟毎に登録された業務区分の件数及び時間の集計ができること。また、表形式とグラフ形式での出力ができること。
- (16) カレンダー表示による、病棟毎または病棟毎・薬剤師毎の実施時間が確認できること。
- (17) 登録された病棟薬剤業務に関して、指定期間内の業務一覧を出力できること。

12. 医薬情報システム

- (1) 医薬品添付文書情報検索システムはWeb型システムとして構築されたシステムであること。また、院内ネットワークに接続されている全てのHIS端末から使用できるライセンスフリーのシステムであること。
- (2) 基本システム構成として、サーバ1台で運用できるシステムであること。また、持参薬管理システム専用のクライアント端末がなくても、院内ネットワーク上のHIS端末にインストールされているWebブラウザソフト (Internet ExplorerまたはEdge(IEモード))を利用して運用できるシステムであること。
- (3) 医薬品添付文書データベースとして、財団法人日本医薬情報センター(JAPIC)の医薬品添付文書情報の全文テキストデータを搭載していること。
- (4) 医薬品添付文書のPDFデータを搭載していること。
- (5) 院内ネットワークに接続されている全てのHIS端末から医薬品添付文書情報の検索・閲覧ができること。
- (6) YJコードやホストコードをキーにして、医薬品情報を直接呼出し・表示できること。
- (7) 以下の検索機能があること。
 - ①名称検索(商品名・一般名・英名)
 - ②薬効分類検索
 - ③複合検索
 - ④薬剤鑑別(本体記号・包装記号・会社マーク・GTINからの検索)
 - ⑤治療薬分類検索
 - ⑥薬品区分(内用・外用・注射・指定なし)
 - ⑦採用薬品からの検索(全薬品、又は採用薬品の範囲を指定しての検索)
- (8) 日本標準商品分類(87分類)の薬効分類データベースを保持しており、同薬効分類の検索ができる機能があること。
- (9) 治療分類データベースを保持しており、複数の適応症毎で同効薬の検索ができる機能があること。
- (10) 本体記号、包装記号、会社マーク、GTINから薬剤識別ができること。
- (11) 検索した薬剤の画像を確認できること。また、画像は拡大して確認する機能があること。
- (12) 先発医薬品、後発医薬品を判別できるデータベースを保持しており、一般名・剤型・規格同一薬品、一般名・剤型同一薬品、一般名同一薬品、薬効同一薬品の各種指定条件に応じた、先発品・後発品の一覧が確認できる機能があること。
- (13) 採用区分毎(院内採用薬、院外採用薬等)に採用薬品の一覧が表示されること。
- (14) 術前、術時、術後、手術既往歴に中止すべき薬品のデータベースを搭載しており、添付文書情報画面でお知らせする機能があること。
- (15) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015、Beers 基準 2019 改訂、がん患者におけるせん妄ガイドライン 2019 年版を根拠としたせん妄の発症リスクの高い薬品データを搭載し、マークでお知らせする機能があること。また、せん妄チェックのデータが参照できること。

- (16) ドーピング防止チェック用データベースを搭載しており、WADA(World Anti-Doping Agency)により発行される「Prohibited List International Standard (禁止表国際基準)」の禁止物質に基づき、その成分を主成分として含む医療用医薬品について、添付文書情報画面でお知らせする機能があること。また、特定競技における禁止情報等、その詳細も確認できること。
- (17) 妊産婦・授乳婦投与チェック用データベースを搭載しており、妊産授乳婦に注意が必要な薬品の場合は、添付文書情報画面でお知らせする機能があること。また、注意情報の詳細及び、FDA(米国食品医薬品局)基準、ADEC(オーストラリア医薬品評価委員会)基準の危険度分類を参照できること。
- (18) ユーザーID毎に直近参照薬品として、医薬品添付文書を参照した医薬品名の履歴表示ができること。
- (19) 掲示板機能があり、またユーザー権限毎に登録情報の表示・非表示の設定ができること。
- (20) 掲示板機能は、カテゴリ分けして登録ができること。
- (21) 最近登録された薬品をお知らせする機能があること。
- (22) 最近採用開始された薬品をお知らせする機能があること。
- (23) 添付文書改訂情報を保持しており、過去の改訂情報を時系列で確認ができる機能があること。
- (24) 薬品毎にユーザー独自のコメント情報を登録することができ、また、PDF等のファイルのアップロードやリンクしたいページのURL登録等にも対応できる機能があること。
- (25) 表紙と採用薬品リスト(読み順・薬効分類順・医薬品カテゴリー順)を含めた、院内医薬品集の作成ができること。また、院内医薬品集に印字する添付文書項目は任意に選択できること。
- (26) 採用区分・商品名・一般名・薬価、禁忌等の各種添付文書項目を任意に指定して、PDFが作成できること。また、CSVファイルにてデータ出力できる機能があること。
- (27) iPadでも添付文書情報を参照できること。
- (28) 医薬品情報データベースの更新は、年12回(毎月1回)更新に対応できること。

13. 無菌調製システム

13.1 抗がん剤処方データ作成システムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 院内の注射オーダーよりデータを受信して、抗がん剤処方を自動選別できること。
- (2) 薬剤部調製依頼指示がない抗がん剤の処方オーダーに関しては、「本システム」にて薬剤部調製依頼指示ができること。
- (3) 院内オーダーの処方変更及び処方中止に対応できる患者別抗がん剤処方データの作成ができること。
- (4) 院内の検査データを取得できること。又取得した検査データを「本システム」の任意画面に表示ができること。

13.2 患者別抗がん剤処方データは検索項目の条件の組み合わせにより検索できること。

(1) 検索項目

- 実施日のFromTo検索
- オーダー区分又は伝票種別
- 病棟
- オーダー番号
- 患者カナ氏名
- 患者氏名
- 医師名

(2) 検索されたデータ表示画面では、検索項目以外でのソートができること。

13.3 調製チェックシステムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 適正溶解液が処方されているかチェックできること。
- (2) 希釈液が処方されているかチェックできること。
- (3) 希釈液の適正規格量が処方されているかチェックできること。
- (4) 溶解液の適正規格量が処方されているかチェックできること。
- (5) 抗がん剤の極量チェックができること。
- (6) 希釈液の混注可能量のチェックができること。
- (7) リツキサン及びペプシドの薬剤に対して、オーダーされた希釈液量の比率チェックができること。
- (8) 上記各チェック項目は、チェック可否の設定ができること。
- (9) 上記各チェック結果内容は画面にて参照できること。又、チェック結果内容は薬剤個々に対して明確に表現できること。

13.4 調製手順解析システムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 支給容器ラベル添付から最終支給容器キャップ付重量監査までの各調製作業工程個別の手順内容を作成できること。
- (2) 手順の内容は、以下の項目を明確に表現できること。
●作業元の薬剤名称 ●作業元の薬剤状態 ●作業元の薬剤容量 ●作業先の薬剤名称
●作業先の薬剤形状 ●作業名称 ●対象薬剤本数
- (3) オーダーされた固形抗がん剤に対して、添付溶解液使用及び必要溶解液量の判断ができること。
- (4) オーダーされた固形抗がん剤に対して、溶解液組み合わせテーブルより必要溶解液量の判断ができること。
- (5) オーダーされた固形抗がん剤の容量に対して、抗がん剤溶液量の計算ができること。
- (6) 調製手順書には、支給容器ラベル、遮光袋用ラベル、シリンジ用ラベルが印刷できること。
- (7) 調製手順書には上記ラベル以外に患者基本情報及び、固形抗がん剤に対しての添付溶解液使用及び必要溶解液量を印字できること。
- (8) 支給容器ラベル、遮光袋用ラベル、シリンジ用ラベルには、患者基本情報、オーダー情報、総液量が印字できること。

13.5 調製作業支援システムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 調製作業者のログインチェックができること。
- (2) 調製手順書のバーコード認識後に調製手順指示画面が表示できること。
- (3) 調製手順指示画面では、以下の項目が表示できること。
●作業員氏名 ●患者基本情報 ●オーダー薬剤名称 ●オーダー量 ●払出量 ●溶解液量
●溶液量 ●抜き取り量 ●吸引量

- (4) 測定重量値と予測重量値の誤差チェックができること。
- (5) 上記、誤差の許容範囲設定ができること。
- (6) 調製手順指示画面開始時に、患者基本情報(氏名、診療科、病棟)の音声ガイダンスができること。
- (7) 調製手順指示画面では、重量測定値確定後に次ステップの手順内容の音声ガイダンスができること。

13.6 監査作業支援システムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 監査作業者のログインチェックができること。
- (2) 調製後の支給容器添付ラベルのバーコード認識後に監査画面が表示できること。
- (3) 監査画面では、作業員氏名、患者基本情報、処方情報が表示できること。
- (4) 監査画面では、最終支給容器の名称と予測重量値、実測重量値が表示できること。
- (5) 上記最終支給容器の名称は、混注溶液名称を付加した表現ができること。
- (6) 監査画面では、最終支給容器の重量測定ができること。
- (7) 監査画面では、調製剤との一致、色調・性状、溶液濃度、混注液量、容器破損に関するOK又はNGの指示ができること。
- (8) 監査画面では、状況照会画面に移行できること。
- (9) 監査画面では、調製作業問い合わせ画面に移行できること。

13.7 調製作業問い合わせ画面では、下記条件の内容表示ができること。

- (1) ●患者基本情報
- (2) ●作業工程別の調製手順内容と重量測定値
- (3) 監査作業終了時に、監査記録が印字できること。
- (4) 監査作業終了時に、調製明細書が印字できること。
- (5) 調製明細書はA4無地薬袋に印字できること。

13.8 状況照会システムは以下の要件を満たすこと。

- (1) 状況照会画面を表示できること。
- (2) 状況照会画面では、以下の表示ができること。
●オーダー番号 ●患者氏名 ●患者ID ●患者氏名 ●病棟 ●オーダー区分(又は伝票区分)
●医師名 ●実施日 ●投与開始時刻 ●オーダー変更・中止に伴う内部シーケンス番号
- (3) 状況照会画面は、調製チェック、解析、調製、監査の各項目の背景色を変えて状況を表示できること。
- (4) 状況照会画面では、定時、外来のオーダーに対してリアルタイム表示ができること。
- (5) 上記調製チェック指示では、実施日、調製日によるデータ取込ができること。取り込んだデータに対して、個別又は一括のチェック指示ができること。
- (6) 状況照会画面では、監査作業画面へ移行できること。

- (7) 状況照会画面では、監査作業迄終了した患者の一覧表示ができること。
- (8) 状況照会画面では、調製不良状態が発生した場合には再度調製手順データ作成指示ができること。
- (9) 状況照会画面では、患者処方行指示による調製・監査照会画面の表示ができること。
- (10) 調製・監査照会画面では、調製・監査の作業状況に応じて、調製手順書、監査記録、調製明細書の再印字指示ができること。

13.9 設置条件等は、以下の要件を満たすこと。

- (1) 調達物品の搬入及び据え付け、稼動のための調整を行うこと。
- (2) 装置の納入場所については、発注者と協議すること。
- (3) 一次側設備・施設建築物・床の補強・電源設備等は発注者が用意するため、これらの詳細に関しては発注者と協議する。
- (4) 装置の設置にあたり、一次側設備・施設建築物・床の補強・電源設備等以外の、電源タップ・配線・配管等を必要とする場合は、受注者の負担で用意すること。
- (5) メンテナンスサービスの拠点が福岡県内にあること。
- (6) 障害時は、早急な復旧を可能にするサービス体制をそなえていることを証明すること。
- (7) 本調達品の保証期間は、安定稼動時から1年間とすること。
- (8) 調達物品は、納入後においても稼動に必要な消耗品及び故障時に対する交換部品の安定した供給が確保されていること。
- (9) 取扱説明書は、日本語版で1部以上提供すること。
- (10) 1週間程度の講習を含む取扱説明を行うこと。