

総合医療情報システム一式 仕様書

2026年10月

近江八幡市立総合医療センター

近江八幡市立総合医療センター 総合医療情報システム一式

仕様書案 目次

A 基本要件	AA 健診システム
B 役務・保守他	AB 分娩監視装置システム
C ハードウェア・ソフトウェア	AC 人工透析管理システム
D 電子カルテシステム	AD 手術映像配信システム
E 医事会計システム	AE 画像統合管理システム
F 調剤管理システム	AF 文書統合管理システム
G 服薬指導システム	AG 文書管理・診断書作成システム
H 薬剤情報管理システム	AH がん登録システム
I 臨床検査システム	AI 医療機器管理システム
J 輸血管理システム	AJ 看護勤務管理システム
K 病理診断システム	AK キャリア開発支援システム
L 感染管理システム	AL e-Learningシステム
M 細菌検査システム	AM インシデント管理システム
N 放射線画像管理システム	AN NICU重症系システム
O 放射線部門システム	A0 自動再来受付システム
P レポート作成システム	AP 患者案内表示システム
Q 動画像管理システム	AQ 診察券発行機
R 内視鏡検査システム	AR 自動精算機
S 生理検査システム	AS 院内物品管理システム
T 生体情報モニター管理システム	AT DPC管理システム
U 手術・麻酔システム	AU 地域連携システム
V 重症系システム	AV 地域医療連携システム
W 眼科カルテシステム	AW 院内トリアージシステム
X 給食管理システム	AX グループウェアシステム
Y 栄養指導システム	AY IT資産管理システム
Z リハビリシステム	AZ 財務会計システム
	BA その他・接続・サーバ更新

項番	機能要件	配点
A	基本要件	—
A. 1	共通要件	—
A. 1. 1	本仕様書は、近江八幡市立総合医療センター(以下「当センター」という。)に導入する総合医療情報システム一式および7年間の保守委託業務について規定するものである。	○
A. 1. 2	納入場所は、滋賀県近江八幡市土田町1379 近江八幡市立総合医療センター内とする。	○
A. 1. 3	当センターの良質な医療を効率的に運営するために、より低価格で、より良い総合医療情報システムを調達するという目的に沿った提案をすること。	○
A. 1. 4	本調達は仕様書だけではなく、別表等の他資料の要件も含めて応札すること。	○
A. 1. 5	総合医療情報システムは稼働後、7年間はサポートができるシステムを提供すること。具体的には保守および法令改訂等による機能追加、修正、更新ができること。	○
A. 1. 6	電子カルテシステムは、導入後7年利用するシステムとなるため、全国的な導入実績を持つ標準パッケージを提供すること。また、システムの陳腐化を防ぎ、常に最新の機能やセキュリティ基準を維持できるよう、計画的なアップデート(機能向上プログラムの適用)が継続的に提供されること。	○
A. 1. 7	応札技術仕様書で対応可能と回答した機能要件を満たすための費用は、全て本調達に含めること。	○
A. 1. 8	仕様書の必須項目は、完全に実現できなければならない要件であるが、部分的にできない内容やシステム上の機能が異なる場合は、その旨を記載してシステム上又は運用上での回避方法を明記すること。その提案が合理的であると当センターが判断すれば、仕様を満たしていると判断することもある。ただし、提案内容が不十分であれば、失格となる場合があるので十分に注意すること。	○
A. 1. 9	提出された資料について、当センターが不明確であると判断した場合は、技術的要件を満たしていない資料とみなす場合があるので十分に注意すること。	○
A. 1. 10	仕様書に記載されていない機能を最新標準パッケージ機能として搭載している場合は、その利用を前提として機能を提供すること。費用が発生するものは別途協議すること。	○
A. 1. 11	応札者は、総合医療情報システムの明細書(・ハードウェア・ソフトウェア・導入作業費用・保守費用等の品名、数量、標準価格、提供価格が記載された明細書)を提示すること。	○
A. 1. 12	本調達における総合医療情報システムは、2028年1月1日の稼働を基本とするが、落札後、稼働に向けた機器の調達状況等を勘案し、現実的な導入スケジュールについては当センターと協議の上、決定すること。	○
A. 1. 13	導入スケジュールは当センターと十分協議し、導入にあたっては通常業務への影響を最小限にとどめ、病院業務に混乱を起こさず、且つ、当センター職員の負荷が増大しないよう配慮できる仕組みを提供すること。	○
A. 1. 14	受注者、実作者、再委託先などの作業担当者の過失により、当センターとの協議で定めた稼働期日に遅延が生じた場合、遅延期間中に発生する現行システムの継続利用費用は、すべて受注者が負担すること。	○
A. 1. 15	電子カルテシステム、医事会計システムや部門システムの各々の章には、具体的な記載を行わないが、基本的な要件(基本要件、役務・保守他、ハードウェア・ソフトウェア)は、本調達の全てのシステムを包含する要件として実現できること。また、各章にまたがる要件がある場合は、互いの仕様に準拠すること。	○
A. 1. 16	受注者の自社製品だけで仕様を満たさない場合は、他社製品を使って仕様を満たしてもよい。ただし、受注者は、他社製品を用いて満たす要件も含めて、本仕様書の全要件の内容を把握し、各章にまたがる要件を整理の上、他社製品導入者との役割・業務分担や機能範囲を明確にすること。	○
A. 1. 17	本調達の総合医療情報システムに接続が必要なシステムおよび機器は、全て接続すること。なお、接続費用は、「システム構成図」や「別表3」、「BA. その他・接続・サーバ更新」を確認した上で、総合医療情報システム側だけではなく、相手側の費用も本調達範囲に含めること。また、本調達システム側と相手側でお互いの連携費が重複しないように、提案者は調整を行うこと。	○
A. 1. 18	システム間やシステムと機器間のデータ連携に関する要件は各章や別表に記載するが、連携対象システムの双方の要件に同一内容の記載がなくとも、その要件を実現すること。なお、疑義がある場合は、入札前に質問事項として当センターに提出し、その回答に従うこと。	○
A. 1. 19	継続利用予定のシステムに関しては、システム連携と再インストール・再設定費用を含めること。また相手側の費用も本調達に含めること。詳細に関しては、別紙のシステム構成図や別表類を確認し、提案すること。	○
A. 1. 20	提案するシステムに関してハードウェア、ソフトを納入でき、責任を持って構築できる体制を整えること。	○
A. 1. 21	円滑なシステム本稼働を実現するために、他病院において導入経験のあるシステムエンジニア(以下SE)による開発体制を整備すること。	○
A. 1. 22	他病院で生じたシステムトラブルの事例を整理しており、システム化していること。トラブル発生時は全国の各システムサポートの拠点に通知し、同一原因によるトラブルの再発を防止する体制を有すること。	○
A. 1. 23	仕様書に記載のない機能要件で、パッケージ機能で有する有用で革新的な機能がある場合は、その機能を資料で提示すること。	○
A. 1. 24	医療機関が新規に標準パッケージを導入するときの、安定稼働のための重要ポイントを資料に記載して提出すること。また、医療機関で行うべき重要ポイントも、過去の事例に従い詳細に資料に記載して提出すること。	○
A. 1. 25	基本はオンプレミスとするが、クラウドサービスを活用することで「コスト低減」「信頼性向上」「運用負荷軽減」「BCP対策」が見込める領域については提案に含めること。例：AIを活用するためのクラウドサービスなど	○
A. 2	システム	—
A. 2. 1	基本要件	—

A. 2. 1. 1	当センターは10年以上に渡り電子カルテを運用しており、多くの患者の診療記録が蓄積されている。電子カルテの膨大な診療データが存在する前提において、システム更新後もデータの蓄積量に依存せず、画面展開や患者検索等のレスポンスタイムが実運用に耐えられる速度を維持できること。レスポンスタイムは診療記録、患者プロフィールなどの画面展開であり、膨大なデータからのデータ抽出や統計処理は該当しない。	○
A. 2. 1. 2	デファクトスタンダードに基づいたシステム構築を基本とし、システムのOS・通信プロトコル等は国際標準・業界標準を積極的に採用すること。	○
A. 2. 1. 3	汎用性とシステムの安定性を考慮し、サーバおよびクライアントのOSは最新又は同等以上の性能・機能を有すること。	○
A. 2. 1. 4	「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（2026年9月末時点の最新版）および厚生労働省標準規格の最新版（2026年9月末時点の最新版）に準拠していること。	○
A. 2. 1. 5	厚生労働省からの通達「診療録等の電子媒体による保存について」に記載された電子保存に関する三原則を満たすシステムであること。	○
A. 2. 1. 6	電子カルテシステム、医事会計システムを構成するハードウェア・ソフトウェアは、稼働実績のあるプロダクトを採用し、部門システムはシステム全体の整合性と保守性を考慮し、受注者が提供する基幹システムと接続実績を有する製品で構成すること。	○
A. 2. 1. 7	電子カルテ、部門システムの端末にはMicrosoft OfficeのWord、Excel、PowerPointを提供およびセットアップすること。ライセンス数は別表1に記載。セットアップ対象端末は別表2に記載。	○
A. 2. 1. 8	導入予定のシステムが出力するファイルはMicrosoft OfficeのWord、Excel、PowerPoint、PDF閲覧ソフトで展開ができること。	○
A. 2. 1. 9	当センターの病院規模・運用の要件等を正確に理解し、効率的な業務を行うのに最適なシステム構成を提案すること。本システムの構成が理解できるように、ハードウェア・ソフトウェア等の構成図を提出すること。	○
A. 2. 1. 10	カルテ情報を電子化する上で、より容易にスピーディにを入力する有効なツールを有し、稼働後のメンテナンスを考慮してパッケージソフトの標準適用を基本としたシステム構成とすること。	○
A. 2. 1. 11	新システムは、部門システムとの円滑な連携を図った総合医療情報システムとして実現できること。	○
A. 2. 1. 12	患者基本情報は、電子カルテと連携している部門システム全ての部門で共通利用できること。また、患者基本情報を修正した場合は全ての部門に反映されること。患者基本情報とは、患者ID、患者氏名、生年月日、性別とする。また、導入時に患者基本情報の新規作成、修正データの反映タイミングを資料で提示すること。	○
A. 2. 1. 13	電子カルテシステム、医事会計システムは、システムの統合性を持った同一ベンダーが開発したシステムであり、情報の整合性を確保するために、同一のデータベースを使用すること。当然のことながら、2重入力等が避けられるシステムであること。	○
A. 2. 1. 14	各システムが必要とする情報の保持期間内は、それらのデータは即時参照可能な状態で保持すること。	○
A. 2. 1. 15	移行した診療情報は迅速にアクセスができること。	○
A. 2. 1. 16	いずれの端末においても、過去の診療歴・投薬歴・検査歴等を容易・迅速に参照できること。	○
A. 2. 1. 17	端末でマスタやプログラムを使用する場合は、自動配信によるメンテナンスができること。	○
A. 2. 1. 18	システムで利用する各種マスタのうち、当センターのスタッフが継続的な保守を行う必要のあるものについては、使いやすいメンテナンスツールを提供すること。	○
A. 2. 1. 19	できる限り電子カルテシステムの認証を用いて、各部門システムにはシングルサインオンにより、ログイン処理が省略できること。ただし、部門ベンダー側で職員連携が可能な場合に連携を行うこと。	○
A. 2. 1. 20	職員情報（・利用者ID・パスワード・権限・職制・所属・その他）は、電子カルテに元となる情報を登録し、可能な限り職員の全ての情報を他部門システムでも共通利用できること。また、職員情報を追加・削除・修正した場合は、当センターの運用に適したタイミングで、本調達システムに対してリアルタイム又は職員情報を必要とするタイミングで反映すること。	○
A. 2. 1. 21	システム稼働後のメンテナンスや動作確認用に、電子カルテシステムと医事会計システムは本番環境とは別にテスト環境を設けること。	○
A. 2. 1. 22	本調達システムは施設基準の変更等に設定変更により柔軟に対応ができること。	○
A. 2. 1. 23	各部門システムとの連携は、原則電子カルテシステムまたは医事会計システムと連携を行うこと。部門システム間の連携を行う場合は、その内容を提示すること。	○
A. 2. 1. 24	電子カルテシステムサーバ群および端末、部門システムサーバ群および部門専用端末は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠し、サポート切れ（EOL）の防止および脆弱性に対するセキュリティパッチ・修正プログラムの計画的・迅速な適用が可能な構成とすること。単にパッチを適用可能とするだけでなく、医療業務を停止させないための検証手順、配信管理方式、および万一の互換性トラブルに対する回避・代替運用を含めた包括的な管理方針を提案すること。	●
A. 2. 2	医療DXの推進	—
A. 2. 2. 1	医療DXの方向性として示される「国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化」を推進できるシステムであること。	○
A. 2. 2. 2	各種厚生労働省標準規格・標準コードを採用するとともに、医療情報交換の次世代標準フレームワークとして普及が望まれているHL7 FHIRに対応できること。	○
A. 2. 2. 3	国が推進する電子カルテ情報共有サービスに対応できること。 ・ 紹介状送付サービス ・ 健診文書閲覧サービス ・ 6情報閲覧サービス ただし、対応範囲が変更となった場合は、変更後の項目での対応を前提とする。また、費用が発生する場合は当センターと協議すること。	○

A. 2. 2. 4	国が進める医療DX推進工程表に則り、電子カルテ情報共有サービスとの連携に必要な3文書6情報の出力・閲覧機能を備えていること。なお、標準出力項目の追加やFHIRプロファイル等の仕様変更に伴う改修費用は、保守費用内で対応すること。また、保守費用内での対応が困難な場合は、当センターと協議すること。	○
A. 2. 3	情報セキュリティ	—
A. 2. 3. 1	受注者は、本調達仕様書の内容を踏まえた上で、納入するシステムのセキュリティ設計、環境構築等にかかる作業を主体的に実施すること。本調達において、以下の要件を満たすセキュリティ管理を実施すること。その他、環境設計する上で必要な要件は契約締結後に当センターと協議すること。	○
A. 2. 3. 2	受注者は、情報セキュリティ管理体制を有し、セキュリティ管理責任者を設けること。	○
A. 2. 3. 3	「政府機関の情報セキュリティ対策のための統一基準」の最新版および当センターの情報セキュリティポリシーに準拠していること。なお、当センターの情報セキュリティポリシーが原則的に優先するが、統一基準にある記載内容を考慮したものであることが必要である。	○
A. 2. 3. 4	当センターが提供する情報(資料等)は、情報セキュリティ管理体制の下、第三者への漏えいや目的外利用が行われないよう、適切に管理すること。なお、原則として貸出しによるものとし、本契約終了時まで担当職員の指示に従い、当センターに返却すること。また、当該資料の複写はしないこと。	○
A. 2. 3. 5	当センターが提供した情報の第三者への漏えいや目的外利用、委託業務以外の情報への不正アクセス等、情報セキュリティに問題が生じたときは、直ちに当センターへ報告し、必要な対策を講じること。	○
A. 2. 3. 6	システム導入の各工程において、当センターの意図しない変更や機密情報の窃取等が行われないことを保証する管理が、一貫した品質保証体制の下でなされること。	○
A. 2. 3. 7	当センターの意図しない変更や機密情報の窃取等が行われないことを保証するための具体的な管理手順や品質保証体制を証明する書類(例えば、品質保証体制の責任者や各担当者がアクセス可能な範囲等を示した管理体制図)を提出すること。第三者機関による品質保証体制を証明する書類等が提出可能な場合は、提出すること。	○
A. 2. 3. 8	情報システムに当センターの意図しない変更が行われるなどの不正が見つかったときに、追跡調査や立入検査等、当センターと連携して原因を調査し、排除するための手順および体制(例えば、運用・保守業務におけるシステムの操作ログや作業履歴等を記録し、要求された場合には提出できるなど)を整備していること。また、当該手順および体制が妥当であることを証明するための書類を提出すること。	○
A. 2. 3. 9	当センターの許可なく、作業の一部又は全部を第三者(再委託先)に請け負わせてはならない。ただし、当センターが許可した場合には、受注者は、当センターとの契約上受注者に求められる水準と同等の情報セキュリティ水準を再委託先においても確保すること。また、受注者は、再委託先が実施する情報セキュリティ対策およびその実施状況について、当センターに報告すること。	○
A. 2. 3. 10	受注者は、委託業務の遂行上で必要な範囲に限り、事前に当センターの承認を得た再委託先に対して必要最小限の情報を閲覧させることができること。ただし、その前提として再委託先と本契約と同等以上の機密保持義務を定めた契約を締結し、再委託先における情報の管理・監督および生じた一切の行為について当センターに対し責任を負える体制を講じること。	○
A. 2. 3. 11	システム導入進捗報告会や運用開始後の定例報告会等を用いて、情報セキュリティ対策の履行状況(例えば、情報の受渡しや返却の実績および受け渡した情報の管理状況等)を報告すること。情報セキュリティ対策の履行が不十分と当センターが指摘した場合には、是正計画を当センターへ報告し、当センターが了承した後に是正処置を行うこと。	○
A. 2. 3. 12	情報システムのサーバや端末のOS、その他の端末上で稼働させるソフトウェアは、パッケージとしてサポートしている最新の修正プログラムやセキュリティパッチを適用の上でシステム動作試験を行い、正常に動作することを確認すること。	○
A. 2. 3. 13	院内LANに接続された機器(PC、サーバ、タブレット等)において、総合医療情報システム以外との通信(インターネット通信、外部無線LAN接続、外部ネットワーク経由の通信など)を検知または発見した場合は、発生日時・対象端末・通信先などわかる範囲でログを取りまとめ、直ちに当センターへ報告すること。	○
A. 2. 4	基本機能	—
A. 2. 4. 1	情報システムは、データのセキュリティ保護と、患者のプライバシー保護のための対策が講じられていること。	○
A. 2. 4. 2	ID・パスワード認証方式により、アクセス管理ができること。また、職種に応じてデータ参照範囲・データ入力範囲に関するセキュリティレベルを設定できること。なお、ログインパスワードは、「大文字・小文字・数字・記号」の4種類のうち、3種類以上を用いて8文字以上で作成でき、また、定期的(最長2か月)に変更メッセージが表示されること。	○
A. 2. 4. 3	アクセスログや操作履歴の管理ができ、必要に応じて閲覧やデータ出力ができること。	○
A. 2. 4. 4	総合医療情報システムの端末(電子カルテ、部門システム)には、患者情報やオーダ情報等のテンポラリーデータ等が残らないこと。または残らない仕組みであること。	○
A. 2. 5	利用者認証	—
A. 2. 5. 1	電子カルテから部門システムを起動する場合は、利用者IDを部門システムに渡すことで部門システムにログインした状態で利用ができること。ただし、部門ベンダー側で職員連携が可能な場合に連携を行うこと。	○
A. 2. 5. 2	ICカードとカードリーダー、パスワード入力での認証による二要素認証に対応すること。また、ICカードとカードリーダーは現行流用ができること。現行機器：ソニー製 RC-S300	○
A. 2. 5. 3	変更の際には、前回パスワードを設定できないこと。	○
A. 2. 5. 4	パスワードの変更は、ログインユーザ自身にてできること。	○
A. 3	高可用性	—
A. 3. 1	バックアップと復旧	—
A. 3. 1. 1	故障や停電等の障害発生時においても、病院業務の遂行に支障を及ぼす影響を極小化し、復旧時の保守管理操作も容易なシステムを提供すること。	○

A. 3. 1. 2	電子カルテサーバは、不慮のシステム停止に伴う診療業務の中断を防止するため、サーバの2系統化を行い、一方を運用系もう一方を待機系とし、運用系が障害等で停止した場合は、待機系に切り替わる方式を採用すること。	○
A. 3. 1. 3	電子カルテシステム、部門システムのサーバおよびストレージ装置は、ドライブ（SSD/HDD）の障害によって業務が停止しないよう、適切な冗長構成を組むこと。なお、冗長化方式はハードウェアRAID、ソフトウェア定義ストレージ（SDS）等の方式を問わないが、1ストレージグループ（または1プール）内で同時に2台以上のドライブ障害が発生してもデータ損失およびシステム停止が発生しない構成（RAID 6、RAID 10、Erasure Coding、FTT=2相当等）とすること。	○
A. 3. 1. 4	電子カルテシステム、部門システムのサーバのデータバックアップを自動化することで、日次・月次処理においても24時間運転に支障を来さないようなハードウェア構成を採用すること。	○
A. 3. 1. 5	電子カルテシステム、部門システムの不慮の停止時において、障害が発生しても復旧できるバックアップを取得・保存すること。バックアップ処理中もシステムの運用中断を伴わないようなシステム方式を採用すること。	○
A. 3. 1. 6	電子カルテシステムおよび医事会計システムは最低2世代以上のオフラインバックアップが保てるなど、ランサムウェアを意識したバックアップの構成および運用を提案すること。	○
A. 3. 1. 7	電子カルテシステムおよび医事会計システムのバックアップについては、ランサムウェア等のようにデータ自体を利用不能にするようなものにより、バックアップデータまで被害が拡大することがないよう、適切な手段で行うとともに、当該データからのシステムおよびデータベースの復元手順を整備すること。	○
A. 3. 1. 8	電子カルテシステムおよび医事会計システムはサイバー攻撃によりサーバ上のデータが破壊された場合など、バックアップデータによる復元ができること。バックアップデータは、ランサムウェア等のサイバー攻撃にも耐え得る仕組みを講じること。なお、システムの対象範囲を提示し、見積上も識別できるように提案書に記載すること。	○
A. 3. 1. 9	サイバー攻撃、自然災害、ハードウェアの自然故障などによるデータ破壊や障害時において、安全に保管されたバックアップデータから実診療への復旧が迅速に行える仕組みを備えていること。具体的な復旧手順、復旧目標時間、目標復旧時点およびバックアップデータの保管・保護方針（院外保管やオフライン化など）について提案すること。なお、対象システムの範囲を明確にし、費用見積上も内訳を識別できるように記載すること。また、ネットワーク構成等に影響を及ぼす要件については、当センターおよび関連事業者と協議の上で決定すること。提案内容により加点評価する。	●
A. 3. 1. 10	全ての業務サーバに無停電電源装置を接続し、停電時には自動で停止（正常なシャットダウン）ができること。なお、自動停止になるまでの時間は当センターと協議の上に決定すること。（例：電気供給停止から3分以上は確保すること）。また、無停電電源装置は上記の時間を含め計画停電等に配慮した給電時間を確保すること。	○
A. 3. 1. 11	電子カルテサーバは、診療データの二次利用目的での利用や、計画内外のシステム停止時の対応ができるシステムを提供すること。またはシステム停止時でもカルテ参照できる仕組みを提供すること。	○
A. 3. 1. 12	電子カルテの障害発生時に電子カルテ本系とは別にカルテ参照ができるバックアップの仕組みを提供すること。	○
A. 3. 2	障害対策	—
A. 3. 2. 1	全ての業務サーバに対して停電時には自動で停止（正常なシャットダウン）できる仕組みを構築すること。	○
A. 3. 2. 2	停電の回復後には、ハードウェア障害等が発生した場合を除き、通常の電源投入操作のみで全機能が利用できるようにすること。SE等が介在しなければ平常時の状況とできないハードウェア構成、ソフトウェア構成とはしないこと。	○
A. 4	緊急時参照用カルテ（テック情報製リスカバリほか）	—
A. 4. 1	基本要件	—
A. 4. 1. 1	電子カルテの本系、参照用電子カルテが使えない時の緊急時参照用カルテとして、以下の要件を満たすシステムを備えること。	○
A. 4. 2	共通機能	—
A. 4. 2. 1	ログイン	—
A. 4. 2. 1. 1	緊急時参照用カルテシステムは、利用者IDとパスワードの組み合わせで、その操作を行う者を識別して認証すること。	○
A. 4. 2. 2	システム展開要件	—
A. 4. 2. 2. 1	緊急時参照用カルテシステムは、サーバまたは、パソコン単体でカルテ参照ができること。	○
A. 4. 2. 2. 2	パソコン単体の展開は、1台単位で可能なこと。	○
A. 4. 2. 2. 3	サーバに接続し参照する場合は、パソコンに専用ソフトがなくても可能なこと。	○
A. 4. 2. 2. 4	参照用システムは、WebブラウザChrome、Edgeで動作すること。	○
A. 4. 2. 2. 5	参照システムは、インストーラが準備され容易に増設が可能なこと。	○
A. 4. 2. 2. 6	参照システムは端末ライセンス方式を採用せず、自由に増設可能なこと。	○
A. 4. 3	基本機能	—
A. 4. 3. 1	データ取得	—
A. 4. 3. 1. 1	電子カルテのDWHもしくはDBの公開により、ODBC接続により取得できること	○
A. 4. 3. 1. 2	取得方法は、スケジュールを設定し毎日自動的に取得できること	○
A. 4. 3. 1. 3	取得時間は、22時間以内に終了すること	○
A. 4. 3. 1. 4	取得データは、差分バックアップ方式を採用せず毎日フルバックアップを実施すること	○
A. 4. 3. 2	取得対象データおよび対象条件（データ取得日を基準とする）	—
A. 4. 3. 2. 1	患者プロフィール（過去1年以上前に死亡した患者以外全件）	○
A. 4. 3. 2. 2	患者既往歴（全件）	○
A. 4. 3. 2. 3	患者禁忌情報（全件）	○
A. 4. 3. 2. 4	患者感染情報（全件）	○
A. 4. 3. 2. 5	病名（全件）	○
A. 4. 3. 2. 6	検体検査結果（過去1年間分）	○

A. 4. 3. 2. 7	処方（過去1年間分）	○
A. 4. 3. 2. 8	画像結果（過去1年間分）	○
A. 4. 3. 2. 9	手術結果（過去1年間分）	○
A. 4. 3. 2. 10	画像オーダ（未来日付分）	○
A. 4. 3. 2. 11	予約オーダ（過去2週間から未来日付分）	○
A. 4. 3. 2. 12	手術オーダ（未来日付分）	○
A. 4. 3. 2. 13	検体検査オーダ（未来日付分）	○
A. 4. 3. 2. 14	食事オーダ（過去1年から未来日付分）	○
A. 4. 3. 2. 15	上記の抽出期間については、要望により変更可能な機能を有すること。	○
A. 4. 3. 2. 16	上記以外のデータも、オプションとして追加抽出ができる機能を有すること。	○
A. 4. 3. 3	取得データの形式	—
A. 4. 3. 3. 1	取得データは、CSVであること。	○
A. 4. 3. 3. 2	CSVの形式はShift-JISまたは、UTF-8であること。	○
A. 4. 3. 4	参照用システム管理者機能	—
A. 4. 3. 4. 1	電子カルテから取得しサーバに格納しているデータを端末に取込む機能を有すること。	○
A. 4. 3. 4. 2	データの取込時間は、1台あたり1時間以内に完了すること。	○
A. 4. 3. 4. 3	画面操作に必要な利用者IDとパスワードを登録変更できる機能を有すること。	○
A. 4. 3. 4. 4	利用者IDとパスワードは、全ての権限、管理者画面権限、Web画面権限の3つ設定できること。	○
A. 4. 3. 4. 5	操作された結果のログを画面で確認できること。またCSVで出力もできること。	○
A. 4. 3. 4. 6	予約リストの出力項目を設定する画面を有すること。	○
A. 4. 3. 5	参照用システム予約リスト機能	—
A. 4. 3. 5. 1	患者氏名、患者の連絡先等が記載された、予約情報がExcelファイルで出力ができること。	○
A. 4. 3. 5. 2	出力条件は、予約期間、予約科、入外区分、患者ID、患者氏名（カナ、漢字）が指定できること。	○
A. 4. 3. 5. 3	出力されたエクセルには、絞込機能が付加されていること。	○
A. 4. 3. 6	参照用システム患者情報参照機能	—
A. 4. 3. 6. 1	サーバから取り込んだデータを正しく表示できること。	○
A. 4. 3. 6. 2	検体検査結果情報は検査日付単位に検査名および結果が一覧で参照できる画面を有すること。	○
A. 4. 3. 6. 3	患者毎に、診療情報提供書のひな形作成機能を有すること。	○
A. 4. 3. 7	オフラインコントローラ	—
A. 4. 3. 7. 1	取得データを曜日毎に指定されたNASに保存させる機能を有すること。	○
A. 4. 3. 7. 2	対象曜日以外のNASは、HUBのコントロールによりネットワークから隔離されていること。	○
A. 4. 3. 7. 3	指定フォルダのファイルをNASにコピーする機能を有すること。	○
A. 5	標準化	—
A. 5. 1	基本要件	—
A. 5. 1. 1	診療情報の多施設連携、診療データの後利用を促進するために、可能な限り標準化技術に準拠するプロダクトでシステムを構成すること。	○
A. 5. 1. 2	十分なセキュリティ機能を搭載することを条件に、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な「標準形式による診療データ格納（SS-MIX2によるデータ格納）」を実現できること。	○
A. 5. 1. 3	厚生労働省電子的診療情報交換推進事業（SS-MIX）の「標準化ストレージ仕様書 Ver. 1. 2c」に準拠したHL7ver. 2. 5形式でSS-MIX2標準化ストレージ等へデータ出力ができること。	○
A. 5. 1. 4	本システムで使用するコードとして、「病名マスタ（ICD-10またはICD-11対応標準病名マスタ）」「臨床検査マスタ（生理機能検査含む）」「医薬品マスタ（HOT番号）」を使用できること。	○
A. 5. 1. 5	病名・看護診断・医薬品情報等の各種標準マスタについては、受注者が準備可能な範囲で提供すること。	○
A. 5. 1. 6	電子処方箋、オンライン資格確認、救急時医療情報閲覧は現行通り運用が可能な状態にすること。	○
A. 5. 1. 7	電子カルテ情報共有サービスの機能を提案すること。また、本機能を使用する上で別途ハードウェア等が必要とする場合は、ハードウェア費用も本調達に含めること。	○
A. 5. 2	HL7-FHIR対応	—
A. 5. 2. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応した情報検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 2	患者	—
A. 5. 2. 2. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したPatient(患者)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 2. 2	Patient(患者)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ カナ氏名 ・ 性別 ・ 生年月日	○
A. 5. 2. 3	利用者(医療従事者)	—
A. 5. 2. 3. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したPractitioner(利用者)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 3. 2	Practitioner(利用者)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 利用者ID ・ カナ氏名	○
A. 5. 2. 3. 3	Practitioner(利用者)リソースについて、HL7 FHIR 日本実装検討WGが策定したHL7 FHIR JP Core仕様(ドラフトV1)に対応し、それにより規定されたプロファイル・エクステンションによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 4	内服・外用薬剤処方	—
A. 5. 2. 4. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したMedicationRequest(内服・外用薬剤処方)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 4. 2	MedicationRequest(内服・外用薬剤処方)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日・ 処方ID ・ 処方分ID(identifier)	○

A. 5. 2. 4. 3	MedicationRequest(内服・外用薬剤処方)リソースについて、HL7 FHIR 日本実装検討WGが策定したHL7 FHIR JP Core仕様(ドラフトV1)に対応し、それにより規定されたプロフィール・エクステンションによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 5	検体検査結果	—
A. 5. 2. 5. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したObservation(検体検査結果)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 5. 2	Observation(検体検査結果)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日 ・ 検体検査ID	○
A. 5. 2. 5. 3	Observation(検体検査結果)リソースについて、HL7 FHIR 日本実装検討WGが策定したHL7 FHIR JP Core仕様(ドラフトV1)に対応し、それにより規定されたObservation LabResultプロフィールによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 6	血液型	—
A. 5. 2. 6. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したObservation(血液型)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 6. 2	Observation(血液型)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID	○
A. 5. 2. 6. 3	HL7 FHIR のObservation(血液型)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 7	予約	—
A. 5. 2. 7. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したAppointment(予約)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 7. 2	Appointment(予約)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日	○
A. 5. 2. 7. 3	HL7 FHIR のAppointment(予約)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 8	アレルギー	—
A. 5. 2. 8. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したAllergyIntolerance(アレルギー)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 8. 2	AllergyIntolerance(アレルギー)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日	○
A. 5. 2. 8. 3	HL7 FHIR のAllergyIntolerance(アレルギー)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 9	受診歴	—
A. 5. 2. 9. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したEncounter(受診歴)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 9. 2	Encounter(受診歴)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日または特定日	○
A. 5. 2. 9. 3	HL7 FHIR のEncounter(受診歴)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 10	入退院歴	—
A. 5. 2. 10. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したEncounter(入退院歴)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 10. 2	Encounter(入退院歴)リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日または特定日	○
A. 5. 2. 10. 3	HL7 FHIR のEncounter(入退院歴)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 10. 4	HL7 FHIR のEncounter(入退院歴)リソースによるデータ出力において、入院中の転科の表現が可能なこと。	○
A. 5. 2. 11	病名	—
A. 5. 2. 11. 1	HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)に対応したCondition(病名)リソースによる検索APIに対応していること。	○
A. 5. 2. 11. 2	リソースの取得時に、以下の検索パラメータを指定可能なこと。 ・ 患者ID ・ 開始日 ・ 終了日または特定日	○
A. 5. 2. 11. 3	HL7 FHIR のCondition(病名)リソースによるデータ出力に対応していること。	○
A. 5. 2. 11. 4	HL7 FHIR のCondition(病名)リソースによるデータ出力において、ICD-10の出力が可能なこと。	○
A. 6	情報開示	—
A. 6. 1	電子カルテおよび各部門システムの診療・業務情報を一元的に集約・管理し、各部門の日常業務や職員の学術研究・統計分析等に容易に利活用できる構成であること。なお、データの参照・抽出機能については、ベンダー固有の標準機能をベースとした実現方式を提案すること。提案内容により加点評価する。	●
A. 7	データ移行	—
A. 7. 1	現行システムからのデータ抽出に関しては、原則として別表4に記載された内容を抽出し、新システムへデータ移行すること。移行範囲により加点評価する。	●
A. 7. 2	電子カルテシステム、医事会計システムからのデータ移行は、システム更新に伴い当センターの運用に支障がないように対応すること。また、移行対象とするデータは当センターと十分に協議するとともに、当センターの指示に従うこと。なお、既存システムからのデータ抽出費用については本調達に含めないこと。(抽出されたデータを新システムへ取込む費用は含めること)	○
A. 7. 3	部門システムからのデータ移行は、システム更新に伴い当センターの運用に支障がないように対応すること。また、移行対象とするデータは当センターと十分に協議するとともに、当センターの指示に従うこと。なお、既存システムからのデータ抽出および移行に係る全ての費用を本調達に含めること。	○
A. 7. 4	受注者はデータ移行にあたり当センターの現状を確認し、移行計画書を作成し、当センターの承認を得ること。	○
A. 7. 5	現行システムからのデータ抽出について、現行システム側のデータ出力機能を用いる場合も予想される。その場合は、費用削減のため当センターとともにデータ抽出作業に最大限協力すること。	○

A. 7. 6	移行データおよび当センターが登録したマスタ・データの所有権は当センター側にあるものとし、受注者が当センターの許可なく、それらのマスタ・データを当センター外に持ち出してはならない。	○
A. 7. 7	本調達システムの次回システム更新では、再度ベンダー変更も含めて検討することになる。今回の受注者以外の者が次回システム更新を行う場合は、今回の受注者および実作業者は、データの継続等で病院業務に支障が出ないように配慮を行い、且つ、当センター側の要求に応じ、データのCSVファイルでの抽出およびデータ説明書等の提出を行うこと。但し抽出費用等については別途提示すること。	○
A. 8	システム更新	—
A. 8. 1	システム更新にあたる診療への影響は最小限にとどめること。また、システム停止時間や切替のスケジュールは当センターと事前に協議し、承認を得ること。	○
A. 8. 2	マスタ変更等、移設に伴う全てのシステム設定業務を含むこと。	○
A. 9	当センターの現行運用課題と次期システムへの要望	—
A. 9. 1	基本要件	—
A. 9. 1. 1	以下の要件は当センターとしてシステム更新のタイミングで課題解決を求める。実現できる提案書を提示すること。提案内容により加点とする。	○
A. 9. 2	課題と要望	—
A. 9. 2. 1	当センターは外来患者受付の混雑を緩和したい。外来患者1000人規模の受付から会計までの最適な運用を提案すること。また必要な機材は本調達に含めること。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 2	外来患者の案内番号の運用ルールを刷新したい。外来1000人規模の最適な案内番号の発番ルールおよび外来運用を提案すること。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 3	電子カルテシステム内において、同一データの重複入力を排除し、業務効率化および転記ミスの防止を図る構造とすること。提案内容により加点評価する。 1. データの一元管理：身長、体重、アレルギー情報等の基本データは、一度の入力でシステム全体に反映され、重複して管理しないこと（一箇所での修正が全画面に即時反映されること）。 2. 文書作成機能への引用：データベース上の数値を、診断書、紹介状、看護記録等の各種文書作成時に直接引用（自動反映、または選択取り込み）できる機能を備えること。	●
A. 9. 2. 4	電子カルテシステムと各部門システム（放射線、検査、薬剤、リハビリ、透析等）との高度な連携を実現し、同一情報の再入力を不要とすること。提案内容により加点評価する。 1. オーダ情報の自動連動：電子カルテ上で入力・確定された注射、処置、検査等のオーダ情報は、各部門システムへ即時に、かつ正確に一括送信（インターフェース連携）されること。 2. 運用負荷の軽減：部門システム側での再入力や、紙の伝票を見ながらの打ち直しを一切排除した運用フローを構築すること。 3. マスタの共通化：各システム間でのコード変換や名称の相違が発生しないよう、マスタの一元管理または整合性を担保する仕組みを備えること。	●
A. 9. 2. 5	処置・手術等で使用される処置材料および処置薬剤について、医事会計への算定漏れ防止策と、ロット単位までのトレーサビリティ確保を両立する仕組みを構築すること。提案内容により加点評価する。 1. 記録の簡略化：バーコードリーダー等を用いた現場でのモバイル端末入力により、実施入力と同時に医事算定データへの自動連携、および在庫消費処理が行えること。 2. チェック機能：実施記録はあるが医事入力がない場合の警告機能、またはセット化による入力補助機能を備えること。 3. 運用提案：多額のシステム改修・機器投資を伴わない場合でも、既存機能の活用や運用フローの見直しにより、上記目的を達成できる具体的スキームを提案すること。	●
A. 9. 2. 6	レポート未読管理のシステム構築と運用提案をすること。画像診断、病理診断の未読レポートの管理が医療安全上必須の課題である。現行システムの運用では誰がどのレポートをいつ読んだ（既読にした）のかが不明確で未読レポート管理として不十分である。次期システムではこれの解消と既読後の対応（患者への説明実施有無、レポートの追加・修正履歴など）のトラッキング・管理機能も管理ができるようにすること。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 7	当センターは総合医療情報システムのハードウェア、ソフトウェア両方が7年以上使えることを希望する。7年以上継続利用できる方法を提案すること。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 8	当センターは、東近江医療圏唯一の救命救急センターとして、地域の救急医療と重症患者の治療を担っている。また、夜間・休日の時間帯の救急患者にも可能な限り対応し、緊急性の高い治療も多職種のスタッフが関わり治療を行っている。その当センターに最適な救急診療を支援できる機能を提供および運用提案をすること。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 9	今回の電子カルテ更新はどのベンダーで更新しても現行電子カルテと画面構成が大きく異なる。導入時に当センタースタッフに寄り添い、現行システムとの機能差（ギャップ）を抽出するだけでなく、当センターと協議の上、代替運用の検討やシステム側の対応方針を提示し、業務のギャップを埋める解決策を実施すること。例：カルテの見え方の違い。患者プロフィールのデータの配置場所の違い。提案内容により加点評価する。	●
A. 9. 2. 10	厚生労働省が示すICD-11の国内適用方針（2027年1月予定）に合わせ、電子カルテシステム、医事会計システム、および疾病コードを扱う全部門システムにおいて、マスター更新、過渡期のコード併用、病名入力・レセプト請求・各種データ出力等を含むICD-11運用対応可能な状態とすること。提案内容により加点評価する。	●

項番	機能要件	配点
B	役務・保守他	—
B.1	役務	—
B.1.1	プロジェクト管理	—
B.1.1.1	管理手法	—
B.1.1.1.1	管理業務の遂行にあたり、PMBOK(Project Management Body Of Knowledge)又はこれに類するプロジェクト管理体系に準拠したプロジェクト管理を行うこと。	○
B.1.1.1.2	プロジェクト計画書を策定し、当センターに説明すること。	○
B.1.1.2	進捗管理	—
B.1.1.2.1	作業計画に基づき、各タスクの状況把握およびスケジュール管理を行うこと。	○
B.1.1.2.2	各タスクの進捗状況に関するプロジェクト会議を開催し、当センターに作業状況を報告すること。	○
B.1.1.2.3	プロジェクト会議では、対象とする作業期間に予定していた全タスクについて作業進捗を報告すること。	○
B.1.1.2.4	計画から遅れが生じた場合は、受注者は速やかに原因を調査・分析し、体制の再構築や要員配置の見直し等を含む具体的な遅延回復計画（改善策）を策定して当センターに提示すること。受注者は、当センターの承認を得た回復計画に基づき、自らの責任において遅延対策を実施すること。	○
B.1.1.3	品質管理	—
B.1.1.3.1	プロジェクト計画書に基づき、設計工程における検討項目の決定・完了ステータスに加え、レビュー実施状況および課題の解消状況等の品質状況（指標）を整理・評価し、設計工程完了時に当センターへ報告すること。	○
B.1.1.3.2	プロジェクト内に、品質管理を担当する担当者が存在すること。	○
B.1.1.3.3	上記、品質管理担当者による品質レビューを定期的の実施すること。	○
B.1.1.4	コミュニケーション管理	—
B.1.1.4.1	作業工程ごとにコミュニケーション計画を策定し、当センターの承認を受けること。なお、コミュニケーション計画では、会議体の目的、開催頻度および対象者等を明確にすること。	○
B.1.1.4.2	策定したコミュニケーション計画に基づき、設計工程における各種作業に関する打合せ、成果物等のレビュー、進捗確認および課題共有等を行うために、当センタースタッフが出席するプロジェクト会議を開催すること。	○
B.1.1.4.3	各会議が開催される都度、受注者が議事録を作成し、原則5営業日以内に提示の上で当センターの承認を受けること。なお、議事録にはワーキングで意思決定を行った当センター担当者を明記し、システム稼働後に仕様の検討経緯や決定者の遡及確認が行えるように留意すること。	○
B.1.1.5	課題管理	—
B.1.1.5.1	プロジェクト遂行上様々な局面で発生する各種課題について、課題の認識、対応案の検討、解決および報告のプロセスを明確にすること。	○
B.1.1.5.2	課題管理にあたり以下の内容を一元管理することとし、その他必要と考えられる項目についても管理する仕組みとすること。・ 課題内容 ・ 影響 ・ 優先度 ・ 発生日 ・ 担当者 ・ 対応状況 ・ 対応策 ・ 対応結果 ・ 対応完了日	○
B.1.1.5.3	積極的に課題の早期発見に努め、迅速にその解決に取り組むこと。	○
B.1.1.5.4	本業務の推進に影響を与えるような重大な課題が発生した場合は、速やかに当センターに報告し、対応策について協議すること。	○
B.1.1.6	構成・変更管理	—
B.1.1.6.1	総合医療情報システムの整合性を維持し、プロジェクト環境の変更に対するトレーサビリティを確保すること。	○
B.1.1.6.2	構成管理対象（仕様書および設計書等）を特定し、管理レベル（参照・更新権限および保存方法・期間等）を定めること。	○
B.1.1.6.3	要件と構成管理対象の変更について、双方向に追跡可能な仕組みを確立すること。なお、仕様書の内容から要件変更が発生する場合は、変更管理プロセスに基づき影響範囲（費用・工期等）を協議・評価した上で反映すること。また、定期的に監査・評価し、その結果を反映・報告すること。	○
B.1.1.7	リスク管理	—
B.1.1.7.1	技術的観点、進捗的観点、人間的観点や、本システムと類似する案件で発生した問題等から、プロジェクトの遂行に影響を与えるリスクを識別し、その発生要因、発生確率および影響度等を整理すること。また、発生確率および影響度に基づき、リスクの優先度を決定し、それに応じた対策を行うこと。	○
B.1.1.7.2	上記で整理したリスクおよび各内容について定期的に監視・評価し、その結果を反映・報告すること。	○
B.1.1.7.3	リスクを顕在化させないための対応策（対応手順、体制等）を策定すること。	○
B.1.2	体制・導入	—
B.1.2.1	体制	—
B.1.2.1.1	契約締結後、1か月以内には導入を開始できる体制とすること。構築時のシステムベンダーの人員体制は、当センターの稼働を十分にサポートできるようにすること。仮に、当センターがサポートが不十分と判断した場合は、相談により人員体制を強化すること。	○
B.1.2.1.2	受注者決定後、速やかにワーキンググループ構成およびメンバー案を当センターへ提示するなど、当センター側の出席者の調整に配慮すること。	○
B.1.2.1.3	作業開始から稼働までのマスタスケジュール表を当センター役割とベンダー側役割に分けて、詳細な作業分担表を提示すること。なお、作業内容にはシステム構築やデータ移行をはじめとした、システム導入に不可欠な内容を十分に盛り込むこと。	○
B.1.2.1.4	契約締結後、2週間以内に、稼働までのスケジュールとシステム概要の説明を情報管理課へ行い承認を得ること。契約締結後1か月以内に、院内向け導入キックオフに全体のスケジュールの説明を受注者が行うこと。	○
B.1.2.1.5	SE・営業・CE	—

B. 1. 2. 1. 5. 1	電子カルテシステム、医事会計システムのプロジェクトマネージャーは実務経験が5年以上であり、医療機関でプロジェクトマネジメントの経験を過去3件以上有すること。また、これまでの経歴および実績医療機関名を記載して提出すること。また、当センターの必要に応じて、実績医療機関に問合せができるように協力すること。	○
B. 1. 2. 1. 5. 2	総合医療情報システム全体の営業責任者は実務経験が5年以上であり、電子カルテシステム導入プロジェクトの担当経験を過去3件以上有すること。また、これまでの経歴および実績医療機関名を記載して提出すること。	○
B. 1. 2. 1. 5. 3	電子カルテシステムの主担当SEは実務経験が5年以上であり、400床以上の医療機関で1件以上の主担当SEの経験を有すること。担当SEの担当経歴を記載して提出すること。	○
B. 1. 2. 1. 5. 4	電子カルテシステムの主担当CEは実務経験5年以上であり、400床以上の医療機関で主担当CEの経験を過去1件以上有すること。また、担当CEの保守経歴を記載して提出すること。	○
B. 1. 2. 1. 5. 5	システムの支援組織体制表を当センターへ提示すること。	○
B. 1. 2. 1. 5. 6	今回のシステム導入範囲において、応札者が部門システムの一元管理（進捗管理・課題管理）を行えること。また、その手法や実績に関する資料を提出すること。	○
B. 1. 3	導入作業	—
B. 1. 3. 1	受注者は構築にあたり、ワーキンググループを開催して当センターの現状の運用を調査し、導入システムの説明を行うこと。また、システム導入後の運用は、患者目線に沿い、効率性・経済性に優れた提案を行い、当センターと協議の上決定すること。決定に際しては、具体的な運用フローを記載した書面をもって、決定の承認を得ること。	○
B. 1. 3. 2	システムベンダーが現行から変更になった場合は、当センターの運用変更が予想される。その際は、他院での事例を示しながら、当センターの立場に立ち真摯に運用方法の検討を行うこと。	○
B. 1. 3. 3	システム導入は、各社の最新パッケージ機能を基本とするため、当センターに最新パッケージ機能を十分に説明し、運用に耐え得るシステム構築を行うこと。	○
B. 1. 3. 4	総合医療情報システムの構築期間中に、当センター・受注者が、いつまでに何を行うのか明確にした詳細スケジュールを提示すること。	○
B. 1. 3. 5	パッケージ標準の内部設計書（ソースコードレベルの仕様書等）の提出は不要とする。ただし、本システム導入に伴い構築・合意した業務およびシステム仕様に関して、以下のドキュメントを納入成果物として提出すること。 ・運用設計書 本事業の各種検討部会（ワーキンググループ等）において協議・合意された業務運用フロー、運用ルール、例外処理手順等を体系的に整理・文書化したもの。 ・外部システム連携定義書（インターフェース仕様書） 電子カルテシステムと各部門システム（医事、検査、放射線、薬剤、その他関連システム）との間で授受される連携方式、通信プロトコル、送信/受信タイミング、および連携データ項目一覧・レイアウトを明記したもの。 ・出力帳票定義書 電子カルテシステムおよび連携対象の部門システムから出力・印刷される帳票の一覧（帳票名、出力対象部門、出力契機、出力様式、印刷先プリンタ区分等）および各帳票レイアウトサンプルを網羅したもの。	○
B. 1. 3. 6	セキュリティ・情報保護の観点から、システム構築に携わるSEは全員、院内の出入りに際し、IDの提示又は名札を着用すること。また、システム構築に携わるSE全員に対して提供ベンダーの責任で、病院内の行動に関する倫理・道徳・社会常識的な指導を行うこと。指導方法はマニュアル化し、全員の承諾を得ること。	○
B. 1. 3. 7	導入に必要な各種標準マスタ（病名、診療行為、薬品等）を提供し、当センターの運用に適合したマスタ構築作業が本稼働までに完了するよう、担当者を配置して対応すること。また、当センタースタッフがマスタ構築できるよう支援を行うこと。	○
B. 1. 3. 8	当センターによる初期マスタ入力作業に対し、受注者はシステム稼働遅延や品質面での問題が生じないように当センターの作業に十分に協力を行うこと。また、当センターへのマスタ構造や入力手順等の説明は、当センタースタッフの作業負荷も考慮し、十分な作業期間を確保できるように配慮すること。	○
B. 1. 3. 9	データ移行では、見読性をいかに担保した移行を实践する計画か、新旧システムにおける電子カルテデータの参照画面を比較表示するなどして提示し、当センターの承認を得ること。	○
B. 1. 3. 10	受注者はプロジェクト会議を定期的開催し、導入の過程・進捗状況・課題対応状況を当センターに報告すること。また、プロジェクト会議には当センタースタッフを参加させ、その意見の中で適切なものは採用すること。	○
B. 1. 3. 11	設計・構築・各種テスト等の各工程の完了時は、受注者は成果物・報告資料（検討課題対応結果、マスタ構築結果、テスト結果、残存課題一覧等）を事前に提出した上で当センタースタッフが参加するレビュー会議を開催し、当センターの承認（次工程移行可否判定）を得ること。会議で生じた指摘事項については速やかに対応方針を定めて迅速に是正対応を行うこと。	○
B. 1. 3. 12	総合医療情報システムの稼働は、当センターの確認および承認によって行うこと。	○
B. 1. 3. 13	作業にあたっては、別途当センターが指定する作業場所を使用すること。なお、作業用者の机や椅子等は、当センターが余剰品で用意するが、不足する分は受注者が用意すること。また、指定する作業場所以外のスペースは提供が困難であるため、作業場所が不足する場合は受注者の事業所等での作業を前提とすること。	○
B. 1. 3. 14	本システムの稼働が確認された後は、保守等の作業に必要なとなる機器等を除き、速やかに撤収して原状に復すること。ただし、既存システム機器は、対象外とする。	○
B. 1. 3. 15	作業に伴う各室への立入り時には、当センター担当者経由で各部署の責任者に確認を取り、その許可を受け、当センターの業務に支障を来さないように、且つ、患者への迷惑とならないように配慮すること。	○
B. 1. 3. 16	作業場所は、常に整理整頓し、定期的に清掃を行うこと。また、ゴミやダンボールの廃棄は当センターの指示に従うこと。	○
B. 1. 3. 17	作業場所を返却する際は、受注者が原状復帰させること。	○

B. 1. 3. 18	病院情報システム専用ネットワークで仮設配線が必要となる場合は、作業にあたって当センター担当 者との協議に応じること。	○
B. 1. 3. 19	導入時に必要となる開発室や研修室のネットワーク機器と配線は、全て本調達に含めること。	○
B. 1. 3. 20	新システムにおけるIPアドレスの設計・管理は受注者で行うこと。システム稼働後は、当センタース タッフ又はそれに準ずるオペレータ要員等へ引継ぎを行うこと。	○
B. 1. 4	その他	—
B. 1. 4. 1	障害時対応	—
B. 1. 4. 1. 1	障害時にリモートデスクトップ接続にて対応ができること。	○
B. 1. 5	ハードウェア設置作業	—
B. 1. 5. 1	サーバ設置調整作業(サーバは、本調達により導入する機器を示す。)	—
B. 1. 5. 1. 1	サーバ機器等の設置作業の日程と体制を事前に当センターに提示し、当センター担当者と協議を行 いその指示に従うこと。	○
B. 1. 5. 1. 2	サーバ機器等の搬入・設置作業にあたっては、病院業務への妨げや、患者への迷惑とならないよう に、且つ、施設を毀損することのないように十分な注意を払うとともに、受注者が必ず立ち会うこ と。	○
B. 1. 5. 1. 3	当センターとの協議内容・導入機器等の設置場所・作業内容に関して、それぞれ完了後に書面で報 告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 5. 1. 4	分電盤2次側ブレーカー以降の電源配線・工事およびネットワーク配線部材・敷設費用は本調達に 含めること。なお、ブレーカー本体は当センター側で用意するため、受注者は必要なブレーカー仕 様(電圧・容量・口数等)を提示すること。	○
B. 1. 5. 2	端末機器・その周辺装置の設置調整作業(端末機器・その周辺装置は、本調達で導入する機器を示 す。)	—
B. 1. 5. 2. 1	端末・その他周辺装置の設置にあたり、別表1と2を参考にして当センタースタッフの立会いの下あ らかじめ設置場所の下見を行うこと。その際に、当センターの準備する電源や設置場所に不備があ る場合は、助言すること。	○
B. 1. 5. 2. 2	端末・その他周辺装置の配置は別表1と2を基本とするが、若干の変更(微調整)の可能性があるので 柔軟に対応すること。下見による結果の差異を当センター担当者へ報告し、その指示に従うこと。	○
B. 1. 5. 2. 3	端末機器等の設置作業日程と体制を事前に当センターに提示し、当センター担当者と協議を行いそ の指示に従うこと。	○
B. 1. 5. 2. 4	端末機器等の設置場所最寄りにある情報コンセントまたはスイッチングハブから各端末機器までの UTPケーブル接続、および電源コンセントからの分岐に必要な電源タップ・延長コードの調達・配 線・整線作業は本調達に含めること。なお、設置場所までの主電源および情報コンセント設備は当 センターが提供するものとし、既存機器残置等に伴う情報コンセント不足や追加のスイッチングハ ブ等の手配が必要となった場合の対応については、事前に当センターと協議の上決定すること。	○
B. 1. 5. 2. 5	手術室など、有線LAN接続の端末機器を移動する必要がある場所ではLAN配線の取り回しや接続部の 保護に配慮すること。部材は本調達に含めること。	○
B. 1. 5. 2. 6	入出力機器との接続は、UTPケーブル又はUSB 3.0以上のケーブルを用いて接続すること。なお、 ケーブル等の費用は、本調達に含めること。	○
B. 1. 5. 2. 7	作業に伴う各室への立入り時には、当センター担当者経由で各部署の責任者に確認を取り、その許 可を受け、当センターの業務に支障を来さないように、且つ、患者への迷惑とならないように配慮 すること。	○
B. 1. 5. 2. 8	当センターとの協議内容・導入機器等の設置場所・作業内容に関して、それぞれ完了後に書面で報 告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 5. 2. 9	端末機器・周辺装置には、機器管理名称を明示すること。なお、手書きによる記載は、これを認め ない。	○
B. 1. 5. 2. 10	現行端末、プリンタの撤去・回収を行い、当センターが指定する場所に集積すること。ただし、現 有機器を継続利用する場合もあるので、当センターの指示に従うこと。	○
B. 1. 5. 2. 11	端末配置については、指示された箇所に提供ベンダーの要員が設置すること。必要に応じて当セン タースタッフが立ち会うが、設置作業・動作確認作業は受注者で行うこと。	○
B. 1. 5. 3	機器接続調整・動作確認作業	—
B. 1. 5. 3. 1	接続にあたっての相互接続調整作業費用および必要となる部材等の費用は、本調達に含めること。	○
B. 1. 5. 3. 2	当センターとの協議内容・作業内容に関して、それぞれ完了後に書面で報告し、当センターの承認 を受けること。	○
B. 1. 5. 4	総合医療情報システムと既存装置間の接続調整作業	—
B. 1. 5. 4. 1	総合医療情報システムと本仕様書や別表3に記載のある各既存装置と接続し、運用ができるように すること。	○
B. 1. 5. 4. 2	別表3に記載の既存装置と接続するための全ての費用(システムベンダーの費用と医療機器メー カーの作業費用)は、本調達に含めること。	○
B. 1. 5. 4. 3	協議内容・作業内容をそれぞれ書面で報告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 5. 5	動作確認作業	—
B. 1. 5. 5. 1	本調達で導入する全ての機器について動作確認を行うこと。	○
B. 1. 5. 5. 2	総合医療情報システムを構成する機器のうち、相互通信が必要である装置間の接続に関して通信テ ストを含む動作確認を行うこと。	○
B. 1. 5. 5. 3	本システムと接続を行った、各既存装置との通信テストを含む動作確認を行うこと。	○
B. 1. 5. 5. 4	設置する機器の接続テストは、必ず当センタースタッフの立会いの下に行い、その評価を受けるこ と。接続テストに実運用を想定したデータが必要であれば当センターに提供依頼すること。実際の 稼働環境に適切な動作であるかを確認すること。	○
B. 1. 5. 5. 5	協議内容・作業内容の結果を書面で報告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 6	ソフトウェアインストール作業(ソフトウェアは本調達で導入するものを示すが、当センターで用 意するソフトウェアも導入を行うこと。)	—

B. 1. 6. 1	サーバソフトウェアのインストール作業	—
B. 1. 6. 1. 1	サーバごとの基本ソフトウェア・アプリケーションソフトウェアをインストールし、動作確認を行うこと。	○
B. 1. 6. 1. 2	協議内容・作業内容・動作確認の結果をそれぞれ書面で報告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 6. 2	端末ソフトウェアのインストール作業	—
B. 1. 6. 2. 1	端末ごとの基本ソフトウェア・アプリケーションソフトウェアをインストールし、動作確認を行うこと。	○
B. 1. 6. 2. 2	協議内容・作業内容・動作確認の結果をそれぞれ書面で報告し、当センターの承認を受けること。	○
B. 1. 6. 2. 3	当センターが用意したソフトウェアもインストールすること。対象のソフトウェアは別紙にて確認すること。	○
B. 1. 6. 2. 4	サーバ・端末のOSや、その他の端末上で稼働させるシステムの動作に必要なソフトウェアは、本稼働時点で最新の修正プログラムを適用の上で、システム正常動作を確認すること。	○
B. 1. 7	システム切替計画	—
B. 1. 7. 1	システム切替えに伴う現行システムの停止時間帯や、新システムへの事前入力行為や切替え後の事後入力等を含めた切替計画は、本番切替えの3か月以上前には当センターと合意すること。	○
B. 1. 7. 2	システム切替えに伴い、紙運用への一時的な切替えや新システム稼働後には事後入力等の作業が予想される。受注者は他施設における対応事例を複数提示し、当センターの切替運用計画の立案を支援し、スムーズな切替えとなるよう十分に協力すること。	○
B. 1. 7. 3	既存システムとの接続テスト・本番切替えにあたり、業務停止時間を最小限とするように努めること。	○
B. 1. 7. 4	システム切替えまでに当センターで事前に検討や準備をすべき重要ポイントを資料に記載し、提出すること。	○
B. 1. 7. 5	本調達システムへの切替えに伴い、入院患者のリストバンドやラベル等の再発行が必要となる場合は、対象患者分を受注者が再発行して提供すること。	○
B. 1. 8	操作研修	—
B. 1. 8. 1	研修は、医師・医事課職員・コメディカルの全ユーザおよび看護師はリーダーを対象に、リハーサル前に一般操作訓練を行うこと。ただし、習熟度により訓練が長引くことも予想されるため、日程、検収対象者および内容は当センターと協議の上その指示に従うこと。	○
B. 1. 8. 2	操作訓練を受講したスタッフの受講名簿を提供すること。なお、新システム稼働以降に行う操作訓練受講者も本名簿にて管理が行えるよう提供フォーマットに配慮すること。	○
B. 1. 8. 3	操作訓練受講者が、その後に自由練習を行うためのシステム環境を提供すること（例：e-ラーニング、研修用動画）。また、操作に関する質問に回答するスタッフの配置も行うこと。詳細は当センターと協議の上その指示に従うこと。	○
B. 1. 8. 4	操作訓練を受講したリーダー看護師が、その他看護師に操作説明を行うためのシステム環境を提供すること。具体的には操作訓練室において、これらの操作説明を行う環境と時間の確保や、各病棟や部署において、操作説明や操作練習を行うために十分な数量の端末を設置することである。詳細は当センターと協議の上その指示に従うこと。	○
B. 1. 8. 5	研修システムを構築し、当センターが自由に操作練習を行える環境を整備すること。	○
B. 1. 8. 6	研修に使用する端末は、本システムの稼働環境に影響を及ぼさないようにプログラムを構築すること。	○
B. 1. 8. 7	当センターの準備する研修室又は病院内の臨時研修室で操作教育を行うこと。なお、部門システムによっては、各設置場所で操作教育を行う場合も想定すること。	○
B. 1. 8. 8	人事異動等を考慮し、院内で継続的に教育できるように、操作教育リーダーを育成すること。また、操作教育マニュアル整備の支援を行うこと。	○
B. 1. 8. 9	人事異動等で新たに操作教育が必要になった際に、受注者は操作研修を行える体制を有すること。なお、本調達には含まないが、その場合の費用を参考価格として提案書に記載すること。	○
B. 1. 9	リハーサル	—
B. 1. 9. 1	全体リハーサル基本要件	—
B. 1. 9. 1. 1	リハーサルは安定稼働には非常に重要であるため、事前に社内検査を行った後に、入念に実施して本番切替えに備えること。	○
B. 1. 9. 1. 2	稼働後の運用がスムーズとなるように、全体リハーサルを原則2回実施すること。電子カルテベンダーが主体となり、各部門システムベンダーを含めた十分な現地支援体制を確保すること。開催方式、日程、体制計画については、導入フェーズにおいて当センターと協議の上、決定すること。	○
B. 1. 9. 1. 3	全体リハーサルのシナリオ作成を支援すること。例：フォーマットの提供	○
B. 1. 9. 1. 4	全体リハーサル用のテストデータを作成するための支援をすること。リハーサル用のテスト患者作成、シナリオの印刷、患者IDバーコードの代替品の印刷。入力用の電子カルテ端末やプリンタの準備および設置など。	○
B. 1. 9. 1. 5	全体リハーサルに伴う一時的な端末やプリンタ等のハードウェア設置、動作確認、および終了後の回収・撤去について、十分な作業要員を確保して対応すること。対象機器や配置場所は事前に協議して決定すること。	○
B. 1. 9. 1. 6	各回のリハーサル終了後は速やかに課題の抽出、集計、分析を行い、運用面およびシステム面からの改善提案を提示すること。また、1回目の課題が2回目に解消されているかの検証を行い、残課題は本番切替までに解決できるように支援すること。	○
B. 1. 9. 2	部門リハーサル	—
B. 1. 9. 2. 1	部門システムのリハーサルは各部門ベンダーが主導して計画・実施すること。全体リハーサルに先行して実施し、当センタースタッフの操作習熟および実務フローの定着を図るとともに、部門単独および関連部門間の運用が円滑に機能することを確認すること。	○

B. 1. 9. 2. 2	部門リハーサルの実施にあたり、各ベンダーは以下の役割分担に基づき支援を行うこと。 電子カルテベンダー： テスト患者の割当て、各種オーダー発行、属性情報・オーダーデータの送信など、部門検証に必要な連携側の環境整備およびデータ送信支援を行うこと。 部門ベンダー： 自部門システムのシナリオ準備、データ受信確認、部門内業務の実施検証、およびスタッフへの操作指導・QA対応を主導すること。	○
B. 1. 9. 2. 3	当センタースタッフが主体となって実施する部門リハーサルにおいて、部門ベンダーおよび電子カルテベンダーは以下の支援を行うこと。・テスト患者の割り当て ・テストオーダーの発行 ・操作支援 ・トラブルシューティング ・QA対応	○
B. 1. 9. 2. 4	部門リハーサルで抽出された運用課題、マスタ設定の不備、インターフェース不整合等について、部門ベンダーおよび電子カルテベンダーは原因究明と対応案を提示し、修正対応を行うこと。また、対応結果を集約・管理し、本稼働までに課題が解消または運用回避策が確立されている状態とすること。	○
B. 1. 10	当センターへの引継ぎ	—
B. 1. 10. 1	稼働開始前に、当センターのシステム管理者や部門管理者に対し、機器の操作・設定方法を含むシステム管理の教育を行うこと。	○
B. 1. 10. 2	システム運用をする当センタースタッフ又はそれに準ずるオペレータ要員等に対し、システムのバックアップの方法等を指導すること。	○
B. 1. 10. 3	管理者に対し、障害発生時の初動対応の方法に関して書面により適切な方法手順等についての教育を行うこと。	○
B. 1. 10. 4	各システムのマスタメンテナンス手順の引継ぎ先部署案を提示すること。また、当センターから指示された引継ぎ先へマスタメンテナンス手順の教育を行うこと。また、マスタメンテのQAに対しては親身に対応すること。	○
B. 1. 11	稼働後の立会体制	—
B. 1. 11. 1	本稼働日より最低10営業日は、診療現場において現地立会い支援を実施すること。電子カルテベンダーは、稼働開始の8週間前までに「立会支援実施計画書（配置場所、配置要員数、オンコール体制、責任体制図）」を提出し、当センターの承認を得ること。部門ベンダーの立会いについても取りまとめを行い、当センターへ提示すること。	○
B. 1. 11. 2	立会要員は、各部門や病棟フロアごとに1名以上、外来は各ブロックごとに数名を配置すること。ただし、当センタースタッフからの問合せや課題発生状況も踏まえながら、立会要員数や立会場所は、当センターと協議の上随時調整すること。	○
B. 1. 11. 3	新システム稼働直後は、各種の不具合や課題が発生することが想定される。稼働後数日間は、当センターと受注者による連絡会議を開催し、不具合や課題に対する対応方針を協議する機会を設けること。	○
B. 1. 12	本システム契約終了時の役務	—
B. 1. 12. 1	本システム契約終了時に存在する、全てのシステムデータ（マスタを含む。）について、新規システムへのデータ移行作業に対して協力すること。	○
B. 1. 13	その他	—
B. 1. 13. 1	システム稼働後2ヶ月内に、以下の文書を用意し、紙媒体1部、電子媒体1部（当センターで編集可能なデータ形式）を提供すること。ただし、部門ごとに必要な場合は、上記部数に限らない。 ・ 端末管理台帳 ・ 端末配置図 ・ ラック搭載図 ・ システム全体関連図 ・ 運用フロー図 ・ カスタマイズ設計書 ・ インターフェース一覧 ・ データ移行設計書 ・ マスタメンテナンス手順書 ・ システム操作マニュアル ・ インフラ関連引継資料 ・ 全会議体の議事録 ・ テスト仕様書兼成績書	○
B. 2	保守	—
B. 2. 1	全般	—
B. 2. 1. 1	本調達システム納品後の7年間総額の保守費用を別途見積り提示すること。サーバは、24時間・365日・7年間のオンサイト保守とすること。なお、クライアント・プリンタ・周辺機器は、本仕様書に特別な指示がない限り、メーカー保証期間終了後の修理については、スポット保守を原則とする。7年間の保守費用総額の金額により加点評価する。	●
B. 2. 1. 2	契約期間中は修理可能な製品を納品すること。	○
B. 2. 1. 3	本調達システムの7年目以降の保守費用について、具体的に記載して提出すること。	○
B. 2. 1. 4	本システムにおけるリモート保守（電子カルテシステム、医事会計システムおよび各部門システムを含む）は、原則として当センターが別途構築する外部接続基盤を介して行うこと。各社が専用回線を準備する場合は、当センターと協議すること。	○
B. 2. 1. 5	電子カルテシステム、医事会計システムと部門システムを含め、当センターの運用ルールを理解した上で当センター用のシステムベンダー保守運用ルールを策定し、当センターの承認を得ること。なお、各部門システムベンダーへの周知は受注者が行うこと。	○
B. 2. 1. 6	受注者のリモート保守は、ランサムウェアを含むコンピュータウィルス等の脅威に対応した機器・システムを使用し、常にアップデートすること。	○
B. 2. 1. 7	リモートメンテナンスは、原則として、都度、当センターの許可を得て行うこと。また、緊急あるいは頻回のリモートメンテナンスが必要な場合は定期的にその作業内容について病院に報告すること。	○
B. 2. 1. 8	当センター側の誤操作による障害時の回復作業および原因不明時の回復作業を支援すること。	○
B. 2. 1. 9	24時間・365日、ハードウェア・アプリケーションに関するコールを受付できるサポート窓口を設け、窓口担当者には病院業務と提案アプリケーションに精通したSEを配置すること。	○
B. 2. 1. 10	運用時のサポート窓口は問い合わせに迅速に対応できること。残件は月に1回経過報告すること。	○
B. 2. 1. 11	故障や停電等の障害発生時においても、病院業務の遂行に支障を及ぼす影響を極小化し、復旧時の保守管理操作も容易なシステムを提供すること。	○
B. 2. 1. 12	提案システムのアプリケーションソフトとサーバ・クライアントのハード保守は、提供ベンダーが責任を持って行うこと。	○
B. 2. 1. 13	稼働後7年間の全ての保守・運用・診療報酬改定作業の基本的な費用は保守費用の見積りに含めること。よって保守費用の追加請求は認めない。ただし、診療報酬改定において大規模なシステム改修が発生し、別途費用が発生する場合は、当センターと協議をすること。	○

B. 2. 1. 14	診療報酬改定時には診療業務に影響を与えないように、速やかに更新作業を実施すること。または、更新の資源（情報・ソフト）の提供を行うこと。また当センターにて作業が必要な場合は、十分な情報提供を行うこと。	○
B. 2. 2	ハードウェア保守	—
B. 2. 2. 1	サーバ等システムの根幹に関わるハードウェアは、24時間・365日の保守体制を有すること。	○
B. 2. 2. 2	リモートメンテナンスを併用したハード保守体制により、障害の原因切り分け後、4時間以内を目標に当センターに到着する体制を構築すること。また、その体制は24時間・365日とすること。	○
B. 2. 2. 3	障害対応の報告書を障害発生後1週間以内に文書で行うこと。	○
B. 2. 3	ソフトウェア保守	—
B. 2. 3. 1	本稼働後1年以内に発見されたソフトウェアの契約不適合責任対応の費用は、当センターに請求しないこと。	○
B. 2. 3. 2	契約不適合責任対応は当センター担当者と協議の上、その指示により対応すること。	○
B. 2. 3. 3	ソフトウェアの機能・利用方法・障害問合せ等は、当センターのシステムを理解した担当者と連絡が取れる体制を構築すること。	○
B. 2. 3. 4	障害発生時には24時間・365日対応を行える保守体制を構築すること。	○
B. 2. 3. 5	当センターからの障害通知又はベンダーの障害発生把握から、原則4時間以内に当センターに到着できる体制、またはリモート対応を行える体制を構築すること。また、その体制は24時間・365日とすること。	○
B. 2. 3. 6	障害対応の報告書を障害発生後1週間以内に文書で行うこと。	○
B. 2. 3. 7	病名マスタはMEDISで提供している標準コードマスタを使用し、少なくとも年1回は最新版に更新すること。なお、更新作業は保守範囲で対応すること。	○
B. 2. 3. 8	受注者が行うマスタの更新作業は、当センターと協議の上、慎重に実施すること。また、当センタースタッフが行うマスタ更新については支援を行うこと。	○
B. 2. 3. 9	プログラム修正を伴わない軽微な要望に関しては、保守内で対応できること。	○
B. 2. 4	無停電電源装置保守	—
B. 2. 4. 1	無停電電源装置は7年間保守ができること。	○
B. 2. 5	ファイアウォール保守	—
B. 2. 5. 1	導入するファイアウォールのファームアップを定期的に行うこと。また、その費用を含むこと。	○
B. 3	ソフトウェア機能改良	—
B. 3. 1	基本要件	—
B. 3. 1. 1	稼働後に発生した当センターの要望による標準パッケージ内の設定変更については、保守の範囲内で対応すること。例：ON/OFF程度の設定変更	○
B. 3. 1. 2	今回提案する電子カルテシステムは、定期的（1年に1回程度）に最新化が行える陳腐化しないシステムであること。また、保守の範囲内で最新化を実施できること。最新化で機能強化や機能追加されたものは紹介する資料を提供すること。最新化する時期や詳細の日程調整は当センターと行うこと。当センター側の都合によりバージョンアップの実施時期を延期または変更した場合であっても、追加費用を請求することなく対応すること。提案内容により加点評価する。	●
B. 3. 1. 3	電子カルテシステムの最新化で追加される新機能で当センターに有益な機能は受注者が率先して提案すること。また、新機能の提供で費用が発生する場合は、当センターと協議すること。	○
B. 3. 2	医事会計システム（診療報酬改定）	—
B. 3. 2. 1	稼働後7年間の診療報酬改定費用を本調達に含めること。ただし、例外的に大規模なシステム改修が必要で別途費用が発生する場合は、当センターと協議すること。	○
B. 3. 2. 2	診療報酬改定対応に当たり、システム改修の他、届出帳票等の修正に関わる費用も保守費用に含めること。	○
B. 3. 2. 3	診療報酬改定にあたっては資料をもとに事前に対応内容を説明すること。対応内容の説明は画面イメージを貼付し、分かりやすい表現とすること。説明方法に関しては動画やWEB会議形式でも可とする。	○
B. 4	運用	—
B. 4. 1	運用全般	—
B. 4. 1. 1	本システムの契約期間中、稼働期間中は月1回を原則として当センター指定の場所で定例的に連絡会議を行うこと。なお具体的開催日時は当センター担当者と協議を行い決定すること。基本的には現地にて対面での開催とするが、やむを得ずリモート参加となる場合は当センター担当者へ申し出をすること。	○
B. 4. 2	運用管理	—
B. 4. 2. 1	システム運用管理・トラブル対応	—
B. 4. 2. 1. 1	システムの円滑な運用を推進するために、本調達のシステムのトラブルや質問に対する受付窓口を設けること。	○
B. 4. 2. 1. 2	システムの業務異常発生時は発生状況を確認し、その対応はあらかじめ決められた手順や業務アプリケーション担当者の指示に従い、復旧操作を実施すること。	○
B. 4. 2. 1. 3	システムのオンラインやバッチ業務の異常（業務ジョブが異常終了等）を検知できること。また、あらかじめ決められた手順・方法により、異常状態を確認し、事前に決められたルートで連絡できること。	○
B. 4. 2. 2	システム監視	—
B. 4. 2. 2. 1	サーバハードウェアの遠隔監視を行うこと。また、エラー等の通報を受注者側で受け、ハードウェア保守担当に出動依頼を行うこと。	○
B. 4. 2. 2. 2	電子カルテシステム、医事会計システムは、業務アプリケーションの監視（具体的には「サーバプロセス起動・稼働監視」「定期業務実行監視（日次・月次）」等）を行うこと。具体的な監視項目は当センターと協議の上決定すること。	○
B. 4. 2. 2. 3	電子カルテシステムのサーバパフォーマンスの遠隔監視（具体的には「DISK容量」「DB容量」「メモリ使用量」等の監視）を行うこと。具体的な監視項目は当センターと協議の上決定すること。	○
B. 4. 2. 2. 4	これらの受付・監視は24時間・365日行い、各監視状況を把握すること。また、定期報告を行うこと。	○

B. 4. 2. 2. 5	各システム間のI/Fを監視し、止まっているなどのエラーが発生した場合は、当センター担当者へ通報ができること。または通報の代替機能を提供すること。	○
B. 4. 2. 3	リモート保守センターに関わる設備・人員・実績	—
B. 4. 2. 3. 1	電子カルテシステム、医事会計システムで、緊急対応ができる業務スキルを保有した要員との連絡が、当センターから取れる体制を有すること。	○
B. 4. 2. 3. 2	これらリモート保守における電子カルテシステム、医事会計システムのサポートを医療機関に対して提供している実績を有すること。	○
B. 4. 2. 3. 3	ハードウェア・アプリケーションに関するコールを受付するサポート窓口を設けること。また、サポート窓口担当者には、病院業務と提案システム(特に電子カルテシステム)に精通したSEを配置していること。その実績を有する場合は、実績を提示すること。	○
B. 4. 2. 4	障害発見時の通報体制	—
B. 4. 2. 4. 1	システムから自動的に障害情報が通知され、緊急性が高いと判断された場合は、その時点で当センター担当者に連絡すること。	○
B. 4. 2. 4. 2	受注者による電話対応は、留守番電話ではなく常時受付体制を有すること。	○
B. 4. 2. 4. 3	機器障害時に当該箇所の特定後は、原則4時間以内に復旧作業を開始できる体制を有すること。	○
B. 4. 2. 5	障害発生時の対応	—
B. 4. 2. 5. 1	当センターからの障害通知又はベンダーの障害発生把握から、原則4時間以内に当センターに到着又はリモートでの対応ができる体制を構築すること。	○
B. 4. 2. 5. 2	障害発生時は、復旧後1週間以内に障害対応報告書を当センターに提出し、その承認を受けること。	○
B. 4. 2. 6	計画停電時の対応	—
B. 4. 2. 6. 1	2年に1回の計画停電を実施している。計画停電時にはサーバ管理の視点で立ち合いを実施すること。	○
B. 4. 2. 7	その他	—
B. 4. 2. 7. 1	システムの内容に関わる法令改正(診療報酬改定等)に対する標準パッケージとしての機能追加・修正、および法令改正時の参考点数マスタの提供については、受注者の責任において法等の施行前に完了することとし、改造前後のプログラムはデータの日付等により自動的に切り替わり、作動する状態であること。また、上記に伴う標準パッケージの対応費用、およびプログラム適用(レベルアップ)に係る基本作業費用は、保守費用内に含めること。ただし、法令改正に伴う「本院独自のカスタマイズ部分の修正作業」、および「新たな枠組みによる新機能・新サブシステムの導入」が必要となる場合に限り、その費用および対応方法について別途協議を行うものとする。	○
B. 4. 2. 7. 2	上記の法令改正時の対応について、当センター側の作業項目も含めて具体的な作業の段取りと実績を説明すること。	○
B. 4. 2. 7. 3	バージョンアップや法令改正等でソフトウェアの改変を行った場合は、変更内容および運用・操作への影響が明確に分かる資料(変更箇所説明資料やリリースノート等)を電子媒体で速やかに提供すること。 なお、システムの基本操作に関わる重大な変更があった場合においては、標準の電子マニュアル(またはシステム内のオンラインヘルプ等)についても最新の状態を反映するよう適宜アップデートを行うこと。紙媒体での提供は不要とする。	○
B. 4. 2. 7. 4	稼働後、マスタの変更が必要な場合はマスタ設定のサポートを行うこと。サポート体制については、現地作業もしくはサポートセンター対応のいずれかで対応すること。	○
B. 5	その他	—
B. 5. 1	システム稼働後検証	—
B. 5. 1. 1	システム稼働後の1か月目に本仕様書の技術要件を満たしているかの確認を行う。確認作業の前には、開発ベンダーとしての稼働認識を仕様書の各技術要件に関し、「○(稼働)」、「△(条件つき稼働)」、「×(未稼働)」を記載して提出すること。	○
B. 5. 1. 2	上記内容で、当センター担当者が了承の下「△(条件つき稼働)」、「×(未稼働)」としたものは、了承者およびその経緯を明記して提示すること。運用に影響を及ぼさない理由があり、問題なければ「○(稼働)」とする。	○
B. 5. 1. 3	各システムの稼働状況の検収にあたり、システム概要をよく理解しているSEが同席してシステムの説明を行い、確認作業の支援を行うこと。	○
B. 5. 1. 4	システムの外観や操作により稼働確認が行えない技術要件は、当センターから根拠資料の追加提示を求める場合があるため、必要な資料を準備して提出すること。	○
B. 5. 1. 5	技術要件を満たしていない項番に対しては、その対応をいつまでに行うかを回答すること。	○
B. 6	保守運用オペレーター	—
B. 6. 1	提案する場合は、当センターにて勤務を求める業務日および業務時間は以下とすること。 平日日中業務は月曜日～金曜日(祝日などの休診日を除く)8:10～17:40とする。 ただし、9:00～16:50の体制は2名以上とすること。また、要員が年休や病欠で1名体制になる場合でも8:10～17:40は問い合わせ対応ができるようにすること。	—
B. 6. 1. 1	合理的な組織体制(責任者経歴、人数など)を示すこと。また、問い合わせ内容の整理、今後の運営への反映などで特筆すべき内容があれば記載すること。オペレーターの配置が可能な場合は、7年間の費用については本調達の保守費用に含めず別途見積を提示すること。なお、オペレーター配置の見積については評価対象としない。	●

項番	機能要件	配点
C	ハードウェア・ソフトウェア	—
C.1	共通仕様	—
C.1.1	最新の機種で構成することを基本とすること。なお契約時および導入時に、更に新しい機種が販売されている場合は、当センターと協議の上、要件を満たすことを条件に新機種を納入すること。	○
C.1.2	別表に記載したハードウェア・ソフトウェアに関する仕様となる為、別表を確認した上で提案を行うこと。また、一部細かな付属品等に関しては、各システム仕様書内に記載している為、それらも確認し、本調達に含めること。	○
C.1.3	DBのライセンスやCAL等のシステム上必要な全てのソフトウェアは、本調達に含めること。	○
C.1.4	MicrosoftOffice (Word、Excel、PowerPoint) を調達に含めること。電子カルテ端末、部門専用端末にセットアップすること。	○
C.1.5	本調達のシステムでは、フォントについて正常に表示・印刷ができるシステムを導入すること。	○
C.1.6	サーバ室に設置する全ての機器の諸元表を提出すること。	○
C.1.7	サーバと端末のOSは、可能な限り最新の製品を提案すること。なお、稼働後の利用期間中にサポートが切れる製品を導入した場合は、当センターと協議の上、当センターの業務に支障がないように運用を検討すること。	○
C.1.8	相乗りと部門用のサーバと端末は、マイクロソフト社のActive Directoryと同等またはそれ以上の製品を用いて、管理・運用すること。	○
C.1.9	入出力機器は、当センターの業務に相応した耐久性を有する機器を提案すること。	○
C.1.10	上記要件とサポート体制について、具体的に提案すること。	○
C.1.11	別表には記載していない、リモートメンテナンス用、メーカー開発者用、コントロール用等の端末は、必要な台数を準備すること。	○
C.2	サーバ	—
C.2.1	基本要件	—
C.2.1.1	サーバのスペックは、稼働後7年間の当センターの業務に支障を来さない機器・ソフトウェアを提案すること。また、稼働後の容量不足による機器等の追加費用は、全て受注者が負担すること。	○
C.2.1.2	使用するハードウェアのCPU・メモリ・ストレージ容量やソフトウェアは、各システムの処理の規模に応じて用意し、十分にスペックを満たしていること。また、導入後7年間は利用する予定であり、その期間に耐え得る構成とし、追加費用が発生した場合は受注者が負担すること。	○
C.2.1.3	システム構成は、可能な限り仮想化技術(サーバやストレージの仮想化)を用いて、複数システムを1台のサーバに集約する等スペース、ランニングコストの削減およびリソースの有効利用を考慮した提案をすること。また、仮想サーバは稼働後も新しいシステムの追加が可能なように余裕のある構成であること。	○
C.2.1.4	サーバOSは、最新のバージョンに対応すること。なお、提出資料として各システムのサーバOSの対応一覧を提示すること。また稼働後7年間サポートができるOSを選定すること。	○
C.2.1.5	ストレージ容量は、稼働後7年間の業務に必要なデータおよび既存システムからの移行データを格納できる十分な容量を確保すること。なお、入札時に予測使用量と算出根拠について、具体的に資料に記載し提出すること。	○
C.2.1.6	レスポンスタイム(処理応答時間)は、ピーク時においても支障がないようにすること。また、データ容量が増えても、継続して初期のレスポンスタイムを維持できる機能を有すること。	○
C.2.1.7	システムは、常に安定したレスポンスで稼働できるだけのシステム資源・構成であること。	○
C.2.1.8	サーバ間で実稼働率に極端に差が出ないように、各サーバの負荷のバランスを考慮したシステム構成とすること。	○
C.2.1.9	システムの電源投入・自動立ち上げ・自動オペレーション・自動停止等の業務スケジュールに沿った、自動運転ができること。	○
C.2.1.10	当センターと同等規模以上の病院で5施設以上の稼働実績を有する機器で構成すること。	○
C.2.1.11	サーバは基本的に、24時間・365日連続運転ができること。	○
C.2.1.12	インターフェースは、接続機器追加等の将来の拡張に十分対応可能なスロットを有すること。	○
C.2.1.13	データベースは、システムの安定性・拡張性・標準化への対応等を考慮した、各社最良の製品を採用すること。	○
C.2.1.14	複数のサーバ間で、ディスプレイ・キーボード・マウス・DVDドライブを共用できること。	○
C.2.1.15	本稼働後もサーバ機器等を安定稼働させるためのメンテナンス機能を有すること。	○
C.2.1.16	リモート通報機能、障害発生時のLED点滅、管理者による遠隔からのネットワーク経由によるハードウェア資源の操作・状態確認等で障害を識別できること。	○
C.2.1.17	提案システムは、24時間・365日稼働可能なシステムであること。ただし、システムのメンテナンス時は除く。	○
C.2.1.18	サーバ機器等の設置の際に、2次側のブレーカ以降の電源配線の費用は、本調達に含めること。また、当センターが用意すべき2次側のブレーカを示すこと。	○
C.2.2	障害の予防・対策	—
C.2.2.1	サーバのリソース(死活/ハード状況等)およびデータベースの稼働状況をリアルタイムで監視し、あらかじめ設定した閾値を超過した場合は、管理者に即座にアラート通知を行えること。また、管理端末等からシステム稼働状況を一元的に俯瞰・監視できること。	○
C.2.2.2	ストレージ基盤は、物理ドライブの単一障害が業務サービスの中断を招かないよう、冗長化技術(RAID等)を用いた高可用性構成であること。	○
C.2.2.3	ドライブの障害予兆を検知し、致命的なエラーに至る前にホットスワップ等の予備領域へデータを先行退避および自動再構築(リビルド)を行い、データの冗長性を自律的に維持できること。	○
C.2.2.4	ドライブ故障等のハードウェア障害が発生した際、システムを停止することなく運用継続した状態で、当該部品の交換・保守(ホットスワップ)が可能な構成であること。	○
C.2.2.5	万一の論理・物理障害発生時において、バックアップデータ等を用いて、少なくとも直近24時間以内(1日以内)の時点までデータを復元し、速やかに業務を再開できること。	○

C.2.2.6	サーバ、ストレージ、ネットワーク等の主要機器は、ハードウェアの異常や予兆を検知した際、メーカーのサポートセンターへインターネット等を介して自動通報（コールホーム機能）を行う保守サービスを提供すること。なお、本システムを構成する全ての機器を対象とし、通信に必要なネットワーク機器や回線費用一式を提案に含めること。	○
C.2.3	冗長化	—
C.2.3.1	物理サーバ等に用いるストレージは、RAID6・RAID10またはソフトウェアによる分散ストレージ機能（2重化以上）等により十分な冗長性を確保し、ホットスワップのディスク配置またはクラスタ空き容量の確保等により、データ保護および障害時の自動復旧を考慮すること。サーバのクラスタリングやレプリケーションといった冗長化・堅牢性の高い機器の採用等で、より高い可用性を維持できるシステム構成とすること。なお、機器には十分な冗長性を持たせること。	○
C.2.3.2	ネットワークカードは、ギガビットイーサネット以上に対応し、1000BASE-T以上のインターフェースを2ポート以上有すること。また、本調達のサーバスイッチは冗長化しており、サーバ側もチーミング又はボンディング等で冗長化し接続すること。	○
C.2.3.3	物理サーバやストレージの筐体として、ディスク・ファン・ネットワークカード等の多重化等を行い、障害に強い信頼性の高い機器を提案すること。また、ディスク・ファンは活性交換ができること。	○
C.2.3.4	物理サーバの筐体として、電源・電源入力系統の冗長構成を行い、当然ながらUPSも冗長化構成とすること。また、複数のサーバを同一筐体で構成する場合は、筐体としてこれらの冗長化がなされていること。なお、筐体内で電源を冗長化している場合、電源は活性交換ができること。	○
C.2.4	無停電電源装置	—
C.2.4.1	瞬断等に対応できるように無停電電源装置を有し、長時間の停電対策として、UPSからサーバに対して自動シャットダウンが行われること。なお、サーバと同様な利用をしている端末は、上記と同様の対応を行うこと。	○
C.2.4.2	無停電電源装置は集約すること。1台のサーバに対し1台の無停電電源装置を接続することは、電源容量的に非効率の為、効率的利用できるように提案すること。	○
C.2.4.3	シャットダウン設定が可能な管理ソフトを有すること。	○
C.2.4.4	電源入力系統の冗長構成に対応した無停電電源装置を導入すること。また自動シャットダウンは電源入力系統の冗長構成に対応したシステムを導入すること。	○
C.2.4.5	無停止でバッテリー交換が可能であること。	○
C.2.4.6	定期的に自動でバッテリー動作テストを行うこと。	○
C.2.4.7	ラックマウント式とし19インチラックに設置すること。	○
C.2.4.8	本調達の保守期間の保守費用を含めること。	○
C.2.5	サーバラック（19インチラック）	—
C.2.5.1	当センターのサーバ室に空きラックが10本存在する。こちらをできる限り利用してラッキングすること。サーバ室は必ず現地下見を行うこと。ラックや設置費用を全て本調達に含むこと。	○
C.2.5.2	空きラックが10本存在するが実際のサーバラッキング時のスペース（レールを出してサーバを載せるスペース）に余裕がない。下見時に実際のサーバがラッキング可能か検証すること。	○
C.2.6	サーバ（個別要件）	—
C.2.6.1	電子カルテシステム・医事会計システムサーバ構成	—
C.2.6.1.1	2台以上の構成によるクラスタリングやレプリケーション等の冗長化を行うこと。なお、障害が発生した場合は、即時に切り替えて運用できること。	○
C.2.6.1.2	サーバ本体だけではなく、ストレージ（外部共有ストレージ、またはHCI等の分散ストレージ技術を用いた構成を含む）も冗長化すること。	○
C.2.6.1.3	電子カルテシステム・医事会計システムは本番環境に影響を与えない切り離された同等のシステム環境を提供すること。マスタや設定は可能な範囲で同期できること。	○
C.2.6.2	電子カルテシステム参照サーバ構成	—
C.2.6.2.1	本系とデータの同期が取れて、障害時にカルテ参照ができる参照サーバを提供すること。	○
C.2.6.2.2	必要最低限のスペックで、運用・安全性に支障がない構成で提案すること。	○
C.2.6.3	部門システムサーバ・インターフェースサーバ等	—
C.2.6.3.1	部門システムサーバ、インターフェースサーバのほか、台数や細かなスペックについては規定しない。レスポンス・保存期間・その他本仕様書に記載された性能要件を満たす最適なサーバ構成で提供すること。	○
C.2.6.4	バックアップサーバ構成	—
C.2.6.4.1	全てのサーバでバックアップを行うこと。また、集中管理ができること。	○
C.2.6.4.2	オフラインNAS、もしくは外部データセンターで自動バックアップができること。なお、バックアップの対象とするデータ種およびバックアップの方法等は、当センター担当者と協議の上で決定し、書面で取り決め、内容を保証すること。	○
C.2.6.5	システム管理系サーバ群構成	—
C.2.6.5.1	サーバ構成の要件	—
C.2.6.5.1.1	当センターで運用に必要なシステム管理系のサーバを提供すること。また、サーバの必要要件、台数やスペックについては規定しない。ただし、当センターが運用するうえで支障がないレスポンスおよびデータの保存ができ、本仕様書に記載された機能要件を満たす最適なサーバ構成で提供すること。例：ドメインサーバ	○
C.2.6.5.1.2	サーバ構成に冗長性を確保し、障害時にサーバ機能を代替して維持する構成とすること。	○
C.2.6.5.1.3	本稼働後、24時間・365日・7年間の運用に耐え得る構成とすること。	○
C.2.7	タイムサーバ	—

C.2.7.1	本項目の目的は、電子カルテの三原則（特に真正性）に基づき、本システムを構成する全ての機器（サーバ、端末、ネットワーク機器等）において、正確かつ自動的な時刻同期を実現することである。 基準時：日本標準時（JST）との誤差が常に一定範囲内（例：1秒以内）に維持される仕組みを構築すること。 同期手法：安全かつ信頼性の高い時刻同期プロトコル（NTP等）を用い、外部ネットワークとの接続におけるセキュリティを確保した構成にすること。またはGPS/電波時計を用いた構成にすること。 監視：同期失敗時には速やかに管理者に通知、またはログに記録される機能を備えること。	○
C.2.8	統合監視システム	—
C.2.8.1	電子カルテおよびすべての部門システムを含めた総合監視システムを構築すること。	○
C.2.8.2	サーバOSにAgentをインストール、またはエージェントレス型を使用し監視すること。	○
C.2.8.3	PINGによる疎通監視が行えること。	○
C.2.8.4	電子カルテについてはインターフェースプログラムのプロセス監視を実施し、異常発生時にアラート通知を可能とすること。	○
C.2.9	リモート保守一元管理サービス	—
C.2.9.1	原則各社個別にリモート保守環境を構築することはセキュリティリスクの観点より禁止とする。	○
C.2.9.2	リモート保守に使用するネットワーク機器については定期的なファームウェアバージョンアップ作業を実施すること。脆弱性が公開された場合には速やかにバージョンアップ作業体制を確立し、当センターと調整のうえ作業を実施すること。	○
C.2.10	サポート要件	—
C.2.10.1	ESXおよび物理サーバ、UPSに関しては24時間・365日オンサイト対応が可能な保守サポートを納品後7年間提供すること。	○
C.2.10.2	サーバスイッチ、共有ストレージに関しては24時間・365日オンサイト対応が可能な保守サポートを納品後7年間提供すること。	○
C.2.10.3	仮想化ハイパーバイザーソフトおよびバックアップソフトに関しては7年間の使用権を提供すること。	○
C.3	ハードウェア	—
C.3.1	クライアント機器	—
C.3.1.1	基本要件	—
C.3.1.1.1	院内に導入する病院情報システム用のPC機器、周辺機器を調達し電子カルテシステムを利用可能な環境を整備すること。	○
C.3.1.1.2	電子カルテ、部門システムが相乗りできる必要スペックを満たした端末を納品すること。	○
C.3.1.1.3	電子カルテ端末数と設置場所、また周辺機器などは別表1、別表2を参考にすること。	○
C.3.1.1.4	ディスプレイの解像度・アスペクト比にあわせて適切に画面が表示されるレスポンスデザインを採用していること。	○
C.3.1.1.5	Microsoft Fluent DesignやGoogle Material Designなどに準じたモダンなユーザインターフェースを備えていること。	○
C.3.1.2	電子カルテ（部門システム相乗り）	—
C.3.1.2.1	デスクトップPC	—
C.3.1.2.1.1	スペックは指定しないが、当センターに最適かつ、システムが快適に動作する端末を調達すること。可能な限り省スペースで設置が可能なデスクトップPCを希望する。	○
C.3.1.2.1.2	OSはWindows11Pro以上とすること。	○
C.3.1.2.1.3	映像出力はDisplayPortx1とHDMIx1とし、2画面構成に対応できること。	○
C.3.1.2.1.4	キーボードはテンキー付きとすること。	○
C.3.1.2.1.5	マウス付きであること。	○
C.3.1.2.1.6	USB3.0ポート×2以上とすること。	○
C.3.1.2.1.7	グラフィックボードを追加すれば、高精細モニタも接続できること。また、グラフィックボードを追加するために小型端末で対応できない場合は、省スペースパソコンを提案しても良いとする。	○
C.3.1.2.2	ノートPC	—
C.3.1.2.2.1	スペックは指定しないが、当センターに最適かつ、システムが快適に動作する端末を調達すること。	○
C.3.1.2.2.2	OSはWindows11Pro以上とすること。	○
C.3.1.2.2.3	サイズは15.6型以上で解像度はフルHD以上とすること。	○
C.3.1.2.2.4	キーボードはテンキー付きとすること。	○
C.3.1.2.2.5	マウス付きであること。	○
C.3.1.2.2.6	無線LANは、IEEE 802.11ax（Wi-Fi 6）以上の規格に対応すること。また、将来的な上位規格（Wi-Fi 6E/Wi-Fi 7等）への対応可否や拡張性について提案に含めること。	○
C.3.1.2.2.7	HDMIポート、USB3.0ポート×2以上とすること。	○
C.3.1.2.2.8	セキュリティワイヤー装着可能であること。	○
C.3.1.3	部門システム専用端末	—
C.3.1.3.1	デスクトップPC、ノートPC	—
C.3.1.3.1.1	部門システム専用の端末が必要となるシステムの仕様書内にスペックの指定がある場合は、それら内容を満たした端末等を提案すること。また、特に記載がない場合は電子カルテ用の端末と同等以上、もしくは応札者が有するシステム稼働実績をもとに信頼性の高いスペックで提案すること。	○
C.3.1.4	周辺機器・ソフトウェア	—
C.3.1.4.1	システム動作に必要なDevice CAL等のライセンス類は、本調達に含めること。	○
C.3.2	入出力機器	—
C.3.2.1	モニター	—
C.3.2.1.1	基本要件	—

C.3.2.1.1.1	各種モニターおよびモニターケーブルは基本的に流用する方針である。別表2を参考にモニターを接続し運用できるように設定すること。	○
C.3.2.1.2	液晶モニター	—
C.3.2.1.2.1	現行設置している22インチワイドモニター（フルHD）を新端末に接続すること。モニターケーブルはHDMIである。	○
C.3.2.1.2.2	モニターが2台設置している端末もあるのでその場合は2台接続すること。	○
C.3.2.1.3	ペンタブレットモニター	—
C.3.2.1.3.1	現行設置しているペンタブレットモニターを新端末に接続すること。モニターケーブルはDisplayPortである。	○
C.3.2.1.4	高精細モニター	—
C.3.2.1.4.1	現行設置している高精細モニターを新端末に接続すること。モニターケーブルはDisplayPortである。	○
C.3.2.2	プリンタ	—
C.3.2.2.1	基本要件	—
C.3.2.2.1.1	端末ごとで最適（例：利用している場所の近傍プリンタ）なプリンタから印刷できるように設定すること。現場希望があればその指示に従い印刷ができるように設定すること。	○
C.3.2.2.1.2	一部の電子カルテのノート端末では運用上流動的に印刷するプリンタが変更する必要がある。簡単に出力プリンタの変更できる仕組み（バッチなど）を提供すること。	○
C.3.2.2.1.3	プリンタの台数は別表1を参考にし、設置場所は別表2を参考にすること。	○
C.3.2.2.2	レセプトプリンタ	—
C.3.2.2.2.1	現在、NEC製MultiWriter 4700であり、2台で運用している。医事会計システムからレセプトを出力することが主目的である。他施設の実績を踏まえて最適なプリンタ2台を納品および設定をすること。また、設置場所や設定については当センターと調整すること。 参考にするスペックは以下の通りであるが、同スペックでなくてもかわわない。 印刷方式：レーザービーム乾式電子写真方式 印刷速度（A4ヨコ）：55枚/分 ファーストプリント：約2.7秒 解像度：最大 1,200dpi × 1,200dpi 用紙サイズ：A3、B4、A4、B5、A5、ハガキ、封筒、自由サイズ 標準給紙容量：1,220枚（560枚トレイ×2段 + 手差し100枚） 最大給紙容量：5,520枚（オプション追加時） 自動両面印刷：標準対応 接続：Ethernet（1000BASE-T / 100BASE-TX / 10BASE-T）、USB 3.0	○
C.3.2.2.2.2	オプションの給紙カセットを装備すること。	○
C.3.2.2.3	A3カラープリンタ	—
C.3.2.2.3.1	現在、OKI製のA3カラーLEDプリンタ C835dnwで運用している。電子カルテシステム、部門システムから印刷が主目的である。他施設の実績を踏まえて最適なプリンタを選定し、納品、設置、設定をすること。 参考にするスペックは以下の通りであるが、同スペックでなくてもかわわない。 印刷方式：デジタル4連LEDフルカラー乾式電子写真方式 印刷速度：カラー・モノクロともに 36枚/分（A4ヨコ） ファーストプリント：約6.3秒（カラー/モノクロ共通） 解像度：600 x 600 dpi / 600 x 1200 dpi / 1200 x 1200 dpi 用紙サイズ：A3、B4、A4、B5、A5、ハガキ、封筒、自由サイズ 標準給紙容量：1,220枚（560枚トレイ×2段 + 手差し100枚） 最大給紙容量：5,520枚（オプション追加時） 自動両面印刷：標準対応 接続：Ethernet（1000BASE-T / 100BASE-TX / 10BASE-T）、USB 3.0	○
C.3.2.2.3.2	オプションの給紙カセットを装備すること。	○
C.3.2.2.4	A4モノクロプリンタ	—
C.3.2.2.4.1	現在、OKI製のA4モノクロLEDプリンタ B432dnで運用している。電子カルテシステム、部門システムから印刷が主目的である。他施設の実績を踏まえて最適なプリンタを選定し、納品、設置、設定をすること。 参考にするスペックは以下の通りであるが、同スペックでなくてもかわわない。 印刷方式：デジタルLED乾式電子写真方式（モノクロ） 印刷速度：38ページ/分（A4片面） ファーストプリント：約4.5秒 解像度：最大 1200 x 1200 dpi 用紙サイズ：A3、B4、A4、B5、A5、ハガキ、封筒、自由サイズ 標準給紙容量：標準トレイ：280枚 / マルチパーパストレイ：110枚 接続：有線LAN（1000BASE-T対応）、無線LAN、USB 2.0	○
C.3.2.2.4.2	オプションの給紙カセットを装備すること。	○
C.3.2.2.5	ラベルプリンタ・リストバンドプリンタ	—
C.3.2.2.5.1	検体検査用ラベルシール、注射ラベルシールは現在設置しているラベルプリンタから出力できるようにLAN接続すること。現行機器：SATO製T408v-ex	○
C.3.2.2.5.2	入院患者用のリストバンドは現在設定しているリストバンドプリンタから出力できるようにLAN接続すること。現行機器：SATO製T412v-ex	○
C.3.2.2.6	部門システム専用プリンタ（A4モノクロプリンタ/A4カラープリンタ）	—
C.3.2.2.6.1	部門システム専用のプリンタが必要となるシステムは基本的には継続運用できるように接続すること。本体寿命やドライバーが不適合で更新が必要であれば、調達し、運用できるように設置、設定すること。台数、設置場所は別表2を参考にすること。	○
C.3.2.3	リーダー	—
C.3.2.3.1	基本要件	—

C.3.2.3.1.1	リーダー類は故障していない限りは、現行機器の流用を前提としている。以下のリーダーが流用できない場合は最適なリーダーを納品すること。台数は別表1を参考にすること。	○
C.3.2.3.1.2	1次元バーコードリーダー（無線）	—
C.3.2.3.1.2.1	現行運用している無線の1次元バーコードリーダーを接続して読み取りができるようにすること。 現行機器：DENSO製SE1-BB	○
C.3.2.3.1.3	1次元バーコードリーダー（有線）	—
C.3.2.3.1.3.1	現行運用している有線の1次元バーコードリーダーを接続して読み取りができるようにすること。 現行機器：アイメックス製SSH65V	○
C.3.2.3.1.4	2次元バーコードリーダー	—
C.3.2.3.1.4.1	現行運用しているバーコードリーダーを接続して読み取りができるようにすること。現行機器：ZEBRA製DS9308	○
C.3.2.3.1.5	非接触型ICカードリーダー	—
C.3.2.3.1.5.1	現行運用している非接触型ICカードリーダーを接続して読み取りができるようにすること。現行機器：SONY製RC-S300	○
C.3.2.3.1.6	磁気カードリーダー	—
C.3.2.3.1.6.1	現行運用している磁気カードリーダーを接続して読み取りができるようにすること。現行機器：システムギア株式会社 PDC-30UK	○
C.3.2.4	紙スキャナー	—
C.3.2.4.1	A4フラットベッドスキャナー	—
C.3.2.4.1.1	現行運用しているフラットベッドスキャナーを接続して運用ができるようにすること。現行機器：EPSON製GT-D1000	○
C.3.2.4.2	A3高速スキャナー	—
C.3.2.4.2.1	現行運用しているA3高速スキャナーを接続して運用ができるようにすること。現行機器：EPSON製DS-70000	○
C.3.3	部門専用ハードウェア	—
C.3.3.1	部門ベンダーが手配したハードウェアは専用端末以外は流用し、継続して運用ができるようにすること。寿命やドライバー未対応で流用ができない場合は提案し、調達に含めること。	○
C.4	設置作業	—
C.4.1	調達機器を当センターの指定する場所に設置し利用可能な状態にセットアップすること。	○
C.4.2	置き換え設置作業は、当センターと相談の上可能な限り診療業務に影響がないスケジュールで行うこと。	○
C.4.3	置き換え設置端末のIPアドレス等の通信に必要なNW情報の設定を行うこと。なお、IPアドレス等の情報については、当センターと協議すること。	○
C.4.4	端末に当センターの指定する病院情報システムのソフトウェアをインストールした後、利用可能であることを確認すること。	○
C.4.5	電子カルテの端末命名規則については、当センターと相談のうえ決定すること。	○
C.4.6	各端末に現在設定されている通常使うプリンタに排出できるよう設定すること。なお、接続についても、特に指定のない限り従前までの方法で接続を行うこと。	○
C.4.7	新端末と入れ替えた既存端末は、病院の指定する場所（敷地内）にすべて移送すること。	○
C.4.8	調達する端末は電子カルテ、部門システムを問わず全ての端末が病院の指定するWindowsActiveDirectoryドメインに参加すること。ドメイン参加できない端末がある場合はそれを示し、当センターへ報告すること。	○
C.4.9	調達端末はActiveDirectoryのグループポリシー機能により同一の端末セキュリティ設定とすること。	○
C.4.10	既存端末に接続していた機器が、新端末で接続できないことが判明した場合は調査内容を病院へ報告すること。同等の代替機種を提案し、調達に含めること。	○
C.4.11	ホスト名、IPアドレス、設置場所など詳細を記載した端末一覧と、新ホスト名を記載した端末配置図および、再インストール手順書を作成し事後で提出すること。	○
C.5	廃棄等	—
C.5.1	導入期間中に発生した調達機器に関わる廃棄物については、当センターが指定する場所へ移動すること。・端末 ・プリンタ ・ケーブル類 ・モニター類	○
C.6	ソフトウェア	—
C.6.1	USBデバイス管理	—
C.6.1.1	端末、サーバのUSBデバイスの利用制御ができること。例：USBメモリのような記憶媒体を利用できなくする。特定のUSBメモリだけ利用できるようにするなど。	○
C.6.1.2	マウス、バーコードリーダーなど記憶媒体でないものは利用できるようにすること。	○
C.6.2	リモート操作	—
C.6.2.1	特定のPCに対して、ネットワーク経由で、リモート操作が行える機能を有すること。なお、管理機操作の際のログインパスワードは、変更できること。	○
C.6.2.2	パスワード入力など、セキュリティの観点からクライアントコンピューターに表示したくない遠隔操作を行う場合は、クライアントコンピューターに対して操作画面を隠しながら遠隔操作を行えること。	○
C.6.2.3	遠隔操作によってPCのメンテナンスをする際に、遠隔操作中の通信量をコントロールする機能を有すること。	○
C.6.3	ウイルス対策	—
C.6.3.1	導入するシステムはウイルス対策を行うこと。対象は、本調達のサーバと端末の全ておよび別表の既存端末と接続する既存システムのサーバと端末とし、集中管理できること。ウイルス対策ソフトは電子カルテベンダーが準備し、部門ベンダーへ動作保証の確認を取ること。	○
C.6.3.2	電子カルテ端末と部門システムにウイルス対策ソフトをインストールし管理が可能なこと。	○
C.6.3.3	ウイルス対策ソフトの導入では、ソフトウェアの管理に必要なポートの開閉等は、当センターの指示に従うこと。	○
C.6.3.4	ウイルス対策に必要なハードウェアは、全て本調達に含めること。	○

C. 6. 3. 5	ランサムウェアの対策を施すこと。基本構成（標準ライセンスおよび既存環境）の範囲内で、追加コストを抑えつつ実効性の高い被害防止・迅速な復旧を実現する設計・運用上の工夫について提案すること。提案内容により加点評価する。	●
C. 6. 3. 6	サーバで管理する機能を有し、各端末のアップデートの状況や接続していない端末を一覧で表示し、集中管理できること。	○
C. 6. 3. 7	当センターでの運用に適したウイルス対策ソフトウェアを導入し、サポート体制も当センターの要望を満たすこと。	○
C. 6. 3. 8	ウイルス対策の対象は、本調達のサーバ(WindowsやLinux含む)や端末(WindowsやAndroid等)の全ての機器とする。ただし、iOS等、どのウイルス対策ソフトもOSに対応していない場合は、不要とするが、未導入の端末がわかるように報告すること。	○
C. 6. 3. 9	次期システムは部門システムの全てのサーバ、端末も例外無くウイルス対策ソフトを導入すること。	○
C. 6. 4	資源配布ツール	—
C. 6. 4. 1	管理端末等から各端末に資源を配布できること。また、その管理ができること。	○
C. 6. 4. 2	マスタの制御により設定した再起動時間を端末指定で処理できること。	○
C. 6. 4. 3	マスタの制御により設定したシャットダウン時間を端末指定で処理できること。	○
C. 6. 4. 4	指定したPCおよび検索グループに対して、複数の任意のプログラムを配布し、自動的にプログラムの実行および解除を行う機能を有すること。なお電子カルテ機能で実現することも可とする。	○
C. 6. 4. 5	ソフトウェアの配布日時と対象端末を設定し、配布したソフトウェアの配布状況および実行状況を確認することができること。	○
C. 6. 5	日本語入力変換ソフト	—
C. 6. 5. 1	ATOKと最新版の医学辞書を実装すること。	○
C. 6. 5. 2	医学辞書の標準機能を用いて病名からのICD-10コード変換・表示、およびICD-10コードからの病名検索・入力（双方向変換）が可能であること。	○
C. 6. 5. 3	利用者単位の辞書をユーザがファイルなどを使って登録することが可能なこと。	○
C. 7	その他	—
C. 7. 1	提案するシステムを稼働させるために必要となるソフトウェアは、全て本調達に含めること。	○
C. 7. 2	画面を印刷できるスクリーンショットの機能を実装すること。また、スクリーンショットによる印刷は印刷者名、印刷日時を印字できること。	○
C. 7. 3	びわ湖あさがおネットに接続しアクセスができること。URL:https://www.biwako-asagao.net/	○
C. 8	ファイル共有機能	—
C. 8. 1	基本要件	—
C. 8. 1. 1	利用者がファイル保存・閲覧できる共有フォルダ機能を提供し、部門や役職ごとのアクセス権限設定および対象外フォルダの非表示化ができること。	○
C. 8. 1. 2	現行の共有フォルダに保存された既存データを、アクセス権限やフォルダ階層構造を維持した状態で新システムに移行できること	○

項番	機能要件	配点
D	電子カルテシステム	—
D.1	共通機能	—
D.1.1	基本要件	—
D.1.1.1	本要件における「電子カルテシステム」とは、電子カルテ・オーダーリング・看護支援の3機能を含むものとする。上記3機能は、データベースおよびサーバを共有する一体型のアーキテクチャで構成されていること。	○
D.1.1.2	データは患者ごとで管理ができ、一患者のカルテを複数の場所から同時に参照、入力できること。	○
D.1.1.3	電子カルテシステムのサーバ停止時でも、診療記録、看護情報の参照ができる参照機能を提供すること。	○
D.1.1.4	本仕様書に記載された各要件は、現行業務および運用目的を基に記載しています。提案にあたっては、各社パッケージの標準機能・設計思想を優先し、本要件が企図する「業務目的」が達成可能であれば、操作手順、起動画面、配置、表示形式などの具体的な実現手法は各社仕様を問わないものとします。ただし、標準機能の範囲内で画面遷移や運用手順が異なる形で実現する場合は、コメントで補足すること。	○
D.1.2	カルテ歴	—
D.1.2.1	カルテの改ざんを防止するため、カルテの修正、追記を実施した場合、版数管理または歴が残る仕組みであること。また、歴は必要な時に参照できる仕組みにすること。運用時は最新の記事が表示されていなければならない。	○
D.1.2.2	カルテに記録、参照、印刷した際に、利用者のアクセスログを取得できること。アクセスログの項目は指定しないが、当センターへ説明すること。	○
D.1.3	データ対象範囲	—
D.1.3.1	本システムのデータとして下記情報が扱えること。一号用紙（様式第一号）・退院時要約・入院情報・入院時基本情報・既往歴・家族歴・生活歴・現症および身体所見・問題リスト（プロブレムリスト）・入院診療計画書・二号用紙（プログレスノート）・説明／同意文書・紹介状・医師指示記録・看護記録・各種指導記録・検査記録	○
D.1.3.2	画像システムとの接続により、カルテ内で画像データが扱えること。	○
D.2	利用者認証機能・利用管理機能	—
D.2.1	利用者認証	—
D.2.1.1	システムを利用するときに、二要素認証でログインできる仕組みにすること。	○
D.2.1.2	二要素認証のひとつは現行運用で利用しているICカードを流用すること。	○
D.2.1.3	パスワードの有効期限チェックができること。	○
D.2.1.4	パスワードの有効期限が近づいた際はログイン時に注意喚起のメッセージが表示できること。	○
D.2.1.5	パスワードの有効期限が切れた際は、パスワード変更画面を表示しパスワードの変更を促すことができること。	○
D.2.1.6	パスワードの有効期限が切れた際は、ログインができない旨メッセージを出すことができること。	○
D.2.1.7	パスワードは8桁以上16桁以下で設定可能であること。	○
D.2.1.8	パスワード入力に失敗した場合、アクセスログとして保存すること。	○
D.2.1.9	ログイン失敗が規定回数をオーバーした際にアカウントロックがかかる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D.2.1.10	ログインしたまま一定時間放置した場合、自動的にログアウトできること。または、スクリーンセーバーでロックできること。	○
D.2.1.11	ログインしたまま一定時間放置した場合、もしくは特定キーを押下した場合に画面ロックまたはスクリーンセーバーがかかりカルテが見えない状態にできること。また、再ログインすることでロック前の状態に戻る。	○
D.2.2	アクセス権限	—
D.2.2.1	利用者の権限に応じて利用できる機能や参照できる情報を設定できること。	○
D.2.2.2	権限は職種ごとでの設定ができること。	○
D.2.2.3	利用者ごとにアクセスできる患者カルテおよび権限（更新許可、参照許可、参照不可）を設定できること。	○
D.2.2.4	患者ごとにアクセスできる職員および権限（更新許可、参照許可、参照不可）を設定できること。	○
D.2.2.5	特定の患者についてはパスワードを知っている利用者のみが更新ができるよう設定できること。	○
D.2.2.6	利用者のオーダ操作（参照、登録、修正、削除、発行等）を制御できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D.2.3	アクセスログ	—
D.2.3.1	システム管理者用の機能として以下を備えていること。	—
D.2.3.1.1	いつ、誰（利用者）が、誰（患者）のデータにアクセスしたかをアクセスログとして取得できること。	○
D.2.3.1.2	検索したアクセスログはCSVまたはExcelファイルで出力ができること。	○
D.3	画面、メニュー構成	—
D.3.1	基本要件	—
D.3.1.1	起動時の初期画面において有用な制御や設定ができるのであれば機能提供すること。また、導入時に当センターと調整すること。	○
D.3.1.2	複数の画面を参照できるように画面を分割表示（若しくはマルチウィンドウ）できること。	○
D.3.1.3	あらかじめ設定されたウィンドウの組み合わせで表示ができること。条件は指定しない。設定については導入時に当センターと調整すること。	○
D.3.1.4	診療科変更ができる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D.3.2	初期画面	—
D.3.2.1	コミュニケーション機能の未読メッセージがある場合に利用者へお知らせする機能を有すること。お知らせする方法は問わない。（コミュニケーション機能についてはD.15参照）	○

D.3.2.2	承認依頼や結果通知等の通知で未確認項目がある場合に利用者へお知らせする機能があること。お知らせする方法は問わない。	○
D.3.2.3	患者カルテを開いている場合は、開いているカルテの情報（患者氏名、性別、年齢、入外区分、病棟、診療科）が表示できること。	○
D.3.3	メニュー画面	—
D.3.3.1	メニュー画面からカルテ入力、オーダ等の診療に使用する各種機能ツールの呼出しができること。	○
D.3.3.2	カルテ入力、オーダ等の診療に使用する各種機能ツールは利用者ごとにお気に入り登録ができること。	○
D.3.3.3	お気に入りメニューの並び順は利用者ごとに自由に設定できること。	○
D.4	患者一覧、カルテ選択	—
D.4.1	受付患者一覧	—
D.4.1.1	予約患者の到着確認等、ブロックや診療科での受付業務を支援する機能を有すること。	○
D.4.1.2	ブロックや診療科に来院予定の患者一覧が受付患者一覧として表示できること。	○
D.4.1.3	受付患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者ID、性別、年齢、予約区分、予約時間、来院時間、診療状態、検査結果、レントゲン結果の有無、生理検査結果の有無、画像レポート結果、初診区分、併科の有無、当日／紹介区分、入院病棟、他科紹介の有無が表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D.4.1.4	受付患者一覧の各々の表示項目について、ワンクリックで患者の並べ替え（昇順／降順）ができること。また、表示項目自体の選択や並べ替えができること。	○
D.4.1.5	患者の到着確認ができること。また到着確認時には、診察前検査情報や併科情報等が一画面で確認できること。	○
D.4.1.6	予約外患者の到着確認時には、診察医師割り振り登録ができること。	○
D.4.1.7	診察医師割り振り登録の際に、受付科の予約状況を参照できること。	○
D.4.1.8	患者を選択し、患者案内票の印刷ができること。	○
D.4.1.9	患者案内表示盤と接続時には到着確認情報を表示盤へ送信できること。	○
D.4.1.10	患者を選択し、予約詳細画面を開き本日の予約内容を参照できること。予約内容は併科受診の内容の他に、検査、栄養指導、等診察予約以外の内容も参照できること。	○
D.4.1.11	患者選択または患者カルテを展開し、予約オーダ画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。	○
D.4.1.12	患者選択または患者カルテを展開し、病名オーダ画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。	○
D.4.1.13	患者選択または患者カルテを展開し、患者基本オーダ画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。	○
D.4.1.14	患者選択または患者カルテを展開し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。	○
D.4.1.15	患者選択または患者カルテを展開し、薬歴照会を参照できること。	○
D.4.1.16	患者選択または患者カルテを展開またはチーム依頼文書を作成し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。	○
D.4.1.17	患者選択または患者カルテを展開または外来患者一覧のメニューより、患者ラベルの発行ができること。患者ラベルとは患者ID、患者氏名が印字されているラベルとします。	○
D.4.1.18	患者選択または患者カルテを展開し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。	○
D.4.1.19	患者選択または患者カルテを展開し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。	○
D.4.1.20	患者を選択し、検査戻り入力ができること。検査戻りの患者が判別できる仕組みを提供すること。	○
D.4.1.21	他科から紹介された患者は、他科紹介の内容を参照できること。	○
D.4.1.22	重症患者、臨床研究対象患者等特定患者のカルテを患者検索することなくいつでも開くことができるように、受付患者一覧から対象患者を選択し、簡易患者一覧（特定患者を一覧に登録できて簡単にカルテが開けられる機能）に登録できること。	○
D.4.1.23	利用者のカルテの閲覧履歴画面を確認できること。このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。	○
D.4.2	外来患者一覧（呼出患者一覧も同義）	—
D.4.2.1	外来患者一覧では、日付指定して予約患者が抽出表示できること。	○
D.4.2.2	外来患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者ID、性別、年齢、予約区分、予約時間、来院時間、診療状態、検査結果、レントゲン、生理、画像レポート結果、初診区分、併科の有無、当日／紹介区分、フリーコメント、入院病棟、他科紹介の有無が表示できること。	○
D.4.2.3	外来患者一覧は、患者の診察状態（未来院、診察待ち、診察一時終了、診察終了、キャンセル）ごとに色分け表示または判別できる機能があること。	○
D.4.2.4	外来患者一覧では、予約時間順または来院（受付）時間順に一覧表示できること。また、診察一時終了患者の選択や診察終了患者の再表示にも対応できること。表示の並び替えなどは導入時に当センターと調整すること。	○
D.4.2.5	外来患者一覧の各々の表示項目について、ワンクリックで患者の並べ替え（昇順／降順）ができること。	○
D.4.2.6	外来患者一覧に表示される項目の表示順を自由に変更ができること。また、各項目での並べ替えができること。	○
D.4.2.7	外来患者一覧では、当日の他科予約有無の表示ができること。	○
D.4.2.8	他科の予約がある場合は、予約状況がわかる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D.4.2.9	入院中外来患者が判別できること。	○
D.4.2.10	外来患者一覧から患者を選択し、カルテが開けること。	○
D.4.2.11	外来患者一覧で患者IDを入力し、カルテが開けること。	○
D.4.2.12	患者案内表示盤と接続時には、表示盤に案内表示されている患者一覧の表示ができること。	○
D.4.2.13	患者案内表示盤と接続時には、手動又は自動で患者案内表示盤へ呼び出し情報を送信できること。	○

D. 4. 2. 14	患者選択または患者カルテを展開し、予約詳細画面を開き本日の予約内容を参照できること。予約内容は併科受診の内容の他に、検査、栄養指導、等診察予約以外の内容も参照できること。	○
D. 4. 2. 15	患者選択または患者カルテを展開し、予約オーダー画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。	○
D. 4. 2. 16	患者選択または患者カルテを展開し、病名オーダー画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 2. 17	患者選択または患者カルテを展開し、患者基本オーダー画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 2. 18	患者選択または患者カルテを展開し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。	○
D. 4. 2. 19	患者選択または患者カルテを展開し、薬歴照会を参照できること。	○
D. 4. 2. 20	患者選択または患者カルテを展開またはチーム依頼文書を作成し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。	○
D. 4. 2. 21	患者選択または患者カルテを展開し、患者ラベルの発行ができること。	○
D. 4. 2. 22	患者選択または患者カルテを展開し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。	○
D. 4. 2. 23	患者選択または患者カルテを展開し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。	○
D. 4. 2. 24	患者選択または患者カルテを展開し、入院予定、入院決定、入院確認画面を表示できること。表示されるメニューは患者の入院状態によって変わること。	○
D. 4. 2. 25	患者選択または患者カルテを展開し、検査戻り入力ができること。検査戻りの患者は色別され表示されること。	○
D. 4. 2. 26	患者選択または患者カルテを展開し、予約フリーコメントの修正ができること。	○
D. 4. 2. 27	他科から紹介された患者は、他科紹介の内容を参照できること。方法は問わない。	○
D. 4. 2. 28	重症患者、臨床研究対象患者等特定患者のカルテを患者検索することなく簡単にカルテの展開できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 4. 2. 29	利用者のカルテの閲覧履歴画面を確認できること。このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。	○
D. 4. 2. 30	中待ち・外待ち表示板に対応するために、外来患者一覧の機能として下記を有すること。詳細な設定や運用については導入時に調整すること。 ①次の診察患者ボタン ②表示板連動の選択用リストボックス ③一覧からの患者呼び込み時の画面 ④診察状態チェックボックスの項目	○
D. 4. 3	入院患者一覧（ベッドコントロールも同義）	—
D. 4. 3. 1	入院患者を病棟別や診療科別に一覧表示できること。また全患者、担当患者のみの表示切替えができること。	○
D. 4. 3. 2	入院患者一覧に表示される項目の順序は自由に変更できること。また、各項目の昇順／降順での並び替えができること。	○
D. 4. 3. 3	キーボード入力または診察券をカードリーダー読み込みで患者IDを入力し、該当患者を指定できること。	○
D. 4. 3. 4	医師の確認が必要な情報がある場合に、医師が気づきやすく情報を見れる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 4. 3. 5	看護師に対して医師からの指示等がある場合に指示が出ていることを気付ける仕組みを提供すること。方法は問わない。また、導入時に当センターと調整すること。	○
D. 4. 3. 6	入院患者一覧より選択した患者のカルテが開けること。	○
D. 4. 3. 7	入院患者一覧で患者IDを入力することによりカルテが開けること。	○
D. 4. 3. 8	患者選択または患者カルテを展開し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。	○
D. 4. 3. 9	患者選択または患者カルテを展開し、予約オーダー画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。	○
D. 4. 3. 10	患者選択または患者カルテを展開し、病名オーダー画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 3. 11	患者選択または患者カルテを展開し、患者基本オーダー画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 3. 12	患者選択または患者カルテを展開し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。	○
D. 4. 3. 13	患者選択または患者カルテを展開し、薬歴の照会ができること。	○
D. 4. 3. 14	患者選択または患者カルテを展開またはチーム依頼文書を作成し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。	○
D. 4. 3. 15	患者選択または患者カルテを展開し、患者ラベルの発行ができること。	○
D. 4. 3. 16	患者選択または患者カルテを展開し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。	○
D. 4. 3. 17	入院予定患者一覧またはベッドコントロール機能では、患者を選択し、入院決定、入院確認、予定修正、予定削除ができること。	○
D. 4. 3. 18	入院決定患者一覧またはベッドコントロール機能では、患者を選択し、入院確認、決定修正、決定削除の登録ができること。	○
D. 4. 3. 19	入院決定患者一覧、および入院患者一覧またはベッドコントロール機能では、患者を選択またはカルテを展開し、患者プロフィール（患者プロファイル）の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 3. 20	入院決定患者一覧、および入院患者一覧またはベッドコントロール機能では、患者を選択し、食事オーダーの参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 3. 21	入院決定患者一覧、および入院患者一覧またはベッドコントロール機能では、患者を選択し、選択食の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 3. 22	転入予定一覧またはベッドコントロール機能では、転入確認の登録ができること。	○
D. 4. 3. 23	退院予定一覧またはベッドコントロール機能では、退院確認の登録ができること。	○
D. 4. 3. 24	重症患者、臨床研究等特定患者などのカルテを簡便な操作で展開できる仕組みを提供すること。方法は問わない。例：患者IDをお気に入り登録できる	○
D. 4. 3. 25	利用者が過去に開いたカルテ閲覧履歴画面が表示できること。このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。	○

D. 4. 4	ベッドマップ（病棟マップ、病床マップは同義）	—
D. 4. 4. 1	病棟ごとの入院状況を、ベッドマップイメージで表示できること。	○
D. 4. 4. 2	ベッドマップ上で患者氏名、患者ID、年齢、入院科、主治医、担当医（ツールチップ表示）が確認できること。	○
D. 4. 4. 3	感染症患者が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 4. 4. 4	患者基本情報として入力した救護区分が表示できること。救護区分ごとに色分けして表示できること。	○
D. 4. 4. 5	収容人数、空床数、入院予定数等の病室利用状況が把握できる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D. 4. 4. 6	入院、退院登録に関わる操作（入院予定、入院決定、入院確認、転科、転棟、退院予定、退院確認の登録、修正および削除等）をできること。方法は問わない。	○
D. 4. 4. 7	ドラッグ&ドロップ操作により、転室が容易に入力できること。	○
D. 4. 4. 8	ベッド移動を円滑に行うため、ワークエリアを設けられること。	○
D. 4. 4. 9	指定した過去日のベッドマップが表示できること。	○
D. 4. 4. 10	ベッドマップから患者を選択し、カルテが開けること。	○
D. 4. 4. 11	患者選択または患者カルテを展開し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。	○
D. 4. 4. 12	患者選択または患者カルテを展開し、患者プロフィール（患者プロファイル）の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 4. 13	患者を選択し、食事オーダの参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 4. 14	患者を選択し、選択食の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 4. 15	患者選択または患者カルテを展開し、予約オーダ画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。	○
D. 4. 4. 16	患者選択または患者カルテを展開し、病名オーダ画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 4. 17	患者選択または患者カルテを展開し、患者基本オーダ画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。	○
D. 4. 4. 18	患者選択または患者カルテを展開し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。	○
D. 4. 4. 19	患者選択または患者カルテを展開し、薬歴照会を参照できること。	○
D. 4. 4. 20	患者選択または患者カルテを展開またはチーム依頼文書を作成し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。	○
D. 4. 4. 21	患者選択または患者カルテを展開し、患者ラベルの発行ができること。または別の方法で患者ラベルが発行できれば方法は問わない。	○
D. 4. 4. 22	患者選択または患者カルテを展開し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。	○
D. 4. 4. 23	患者選択または患者カルテを展開し、転棟予定、転入確認、転科転室、外出外泊、退院予定、退院確認ができること。	○
D. 4. 5	ID入力	—
D. 4. 5. 1	患者IDを入力することでカルテが開けること。	○
D. 4. 5. 2	患者IDがわからない場合でも、検索画面において姓名検索（カナ、漢字）、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。	○
D. 4. 6	患者検索	—
D. 4. 6. 1	以下の条件を指定することにより、対象患者の一覧が表示できること。・患者氏名（カナ氏名もしくは漢字氏名のいずれかを選択）・性別（男性のみ、女性のみ、男女両方のいずれかを選択）・生年月日（西暦もしくは和暦のいずれかを選択）	○
D. 4. 6. 2	検索結果患者一覧には、患者カナ氏名、患者氏名、患者ID、性別、年齢などが表示できること。他に表示できる項目があれば導入時に当センターと調整すること。	○
D. 4. 7	簡易患者一覧	—
D. 4. 7. 1	頻繁にカルテ展開が必要な患者をお気に入り登録のように登録ができること。お気に入り患者は一覧表示ができ、そこからカルテが展開できること。方法は問わない。	○
D. 4. 7. 2	上記一覧から患者を選択し、カルテが開けること。	○
D. 5	感染症管理	—
D. 5. 1	病室利用情報出力	—
D. 5. 1. 1	入院基本オーダで登録された各種情報をもとにして、指定した病室、または、指定した患者に関する病室利用情報について一覧表を印刷できること。	○
D. 5. 1. 2	患者指定による印刷指示では、対象患者を患者検索できること。	○
D. 6	診療記録	—
D. 6. 1	患者基本情報表示	—
D. 6. 1. 1	患者の性別に応じたアイコン表示ができること。	○
D. 6. 1. 2	患者氏名、患者ID、性別、生年月日、年齢、入院日数、入院科、入院病棟等が表示できること。	○
D. 6. 1. 3	患者氏名の文字数が多い場合も画面内に収まるようにするか確認（表示）できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 6. 1. 4	患者の禁忌情報の有無が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。 ・薬剤アレルギー ・造影剤アレルギー ・食物アレルギー ・体内金属あり ・感染症あり	○
D. 6. 1. 5	1患者に患者IDが複数あるときや、周産期の母子が共に患者であるとき等、関連するIDが登録されているときには、注意喚起できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 6. 1. 6	患者IDがコピー＆ペーストができる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 6. 2	関連ID登録	—
D. 6. 2. 1	一人の患者に患者IDが複数ある場合や、周産期の母子が共に患者である場合等、患者に対して関連するIDを登録できること。	○
D. 6. 2. 2	電子カルテ内の患者IDを使って関連付けができること。（例えば、親、子、兄妹等）方法は問わない。	○
D. 6. 2. 3	登録された関連するIDを一覧で表示でき、この一覧からカルテが開けること。	○
D. 7	プロブレム	—
D. 7. 1	プロブレム作成	—

D.7.1.1	プロブレムを作成・登録できる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D.7.1.2	プロブレム名称はフリー入力ができること。	○
D.7.1.3	プロブレムリストからプロブレムの修正、削除ができること。	○
D.7.2	プロブレムリスト	—
D.7.2.1	プロブレム、看護プロブレム、病名の参照ができること。	○
D.7.2.2	プロブレムリストを表示できる機能を提供すること。表示形式は問わない。	○
D.7.2.3	登録されたプロブレムは、全てもしくは現在有効なプロブレムのみで切り替えて表示できること。	○
D.7.2.4	表示するプロブレムは、全科、自科で絞込み表示できること。	○
D.7.2.5	過去に開始したプロブレムの表示ができること。	○
D.7.2.6	歯科でログインした場合は、病名リスト画面で歯式の表示ができること。	○
D.8	カルテ記事（二号用紙、プログレスノートなど同義）	—
D.8.1	基本要件	—
D.8.1.1	診療記録、看護記録、オーダー情報、入院情報、文書（レポート、サマリ、紹介状）スキャン依頼情報等が表示できること。	○
D.8.1.2	検査結果が表示できること。	○
D.8.1.3	レポート内容の表示ができること。	○
D.8.1.4	画像データが表示できること。	○
D.8.1.5	スキャナにて取り込み処理を行った文書が表示できること。	○
D.8.1.6	重要な記録にはタイトル一覧やカルテインデックスで目印が表示できること。	○
D.8.1.7	診療記録を記載日毎に一覧表示できること。複数記載日を一面に同時に表示できること。	○
D.8.1.8	オーダー、記録の承認状況や承認、否認のコメントが表示できること。	○
D.8.1.9	他科紹介の内容を選択すると、関連する紹介状、返信内容が一面で表示できること。	○
D.8.1.10	オーダー情報（検査、処置、注射等）の詳細内容が表示できること。	○
D.8.1.11	オーダー情報は依頼、実施、中止等の進捗が表示できること。	○
D.8.1.12	記録を修正または削除した表記ができること。方法は問わない。	○
D.8.1.13	修正をいつ誰が行ったということを画面を開かなくても一目で判断できるように、修正履歴を記録の下部に表示できること。	○
D.8.2	表示設定	—
D.8.2.1	表示条件を選択し、絞込み表示ができること。	○
D.8.2.2	カルテ記事の表示方法はパッケージにより異なるので詳細は指定しない。カルテの参照方法、検索や条件抽出方法など、導入時また稼働後においても利用者が便利に使えるような提案をすること。	○
D.8.2.3	記録の表示条件を、全科、自科、利用者とワンクリックで切替できること。	○
D.8.3	検索	—
D.8.3.1	表示されている診療記録を文字列で検索できること。方法は問わない。	○
D.8.4	修正、削除、承認、D0	—
D.8.4.1	発行したオーダーの修正、削除ができること。オーダーロック後は含まない。	○
D.8.4.2	過去のオーダー情報をもとにD0（コピーして新規オーダー発行）ができること。	○
D.8.4.3	指定日の診療記録のすべての内容の一括D0（コピーして記録）ができること。	○
D.8.4.4	登録した診療記録の修正、削除ができること。	○
D.8.4.5	オーダー、記録の承認ができること。	○
D.8.5	印刷	—
D.8.5.1	診療記録は、診療科、日付別に印刷できること。	○
D.9	診療記録作成	—
D.9.1	記録作成	—
D.9.1.1	診療記録は、SOAP形式、DAR形式、フリー形式での入力ができること。	○
D.9.1.2	診療記録は、オブジェクト形式（テンプレート、シェーマ、テキスト）での入力ができること。	○
D.9.1.3	テキスト形式によるフリー入力ができること。	○
D.9.1.4	保険は一覧から選択して指定できること。方法や制約は問わない。	○
D.9.1.5	記載日時の指定ができること。未来日時を指定したときには警告メッセージが表示できること。	○
D.9.1.6	診療記録入力時にフォント、文字サイズ、文字色の変更や強調文字（太字、斜体、下線）の設定ができること。	○
D.9.2	記録引用（流用）、修正、削除	—
D.9.2.1	修正の際はプログレスノートの記載内容から当該テンプレート等呼び出し、容易に修正ができること。	○
D.9.3	定型文入力	—
D.9.3.1	定型文を使用した診療記録の入力ができること。	○
D.9.3.2	今回入力中の記録内容をコピーして定型文として登録できること。	○
D.9.3.3	以前に作成した記録内容をコピーして定型文として登録できること。	○
D.9.4	シェーマ入力	—
D.9.4.1	登録されているシェーマを選択して使えること。選択したシェーマがわかるプレビュー表示ができること。	○
D.9.4.2	画像ファイルの格納場所を指定し、シェーマを取り込むことができること。	○
D.9.4.3	シェーマの編集機能として線を引いたり、コメント入力などができること。各社仕様が異なるので詳細は記載しないが、利用者に使い方を説明すること。	○
D.9.4.4	シェーマの編集時に、線の色、幅の変更ができること。	○
D.9.4.5	シェーマをカルテに貼り付けられること。	○
D.9.4.6	シェーマのコピーができること。	○
D.9.4.7	シェーマ画像に書き込みした線や文字を消す機能があること。	○
D.9.4.8	Undo（取消し）機能を有すること。	○
D.9.4.9	診療記録にシェーマを挿入できること。	○
D.9.4.10	頻用するシェーマを事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで診療記録入力時の負荷低減ができること。	○

D. 9. 4. 11	シェーマは利用者ごとにお気に入り登録ができること。	○
D. 9. 5	テンプレート入力	—
D. 9. 5. 1	テンプレートは診療記録の補助的役割をする機能として提供すること。	○
D. 9. 5. 2	診療記録や看護記録作成時、文書作成時にテンプレートを利用できること。	○
D. 9. 5. 3	利用したテンプレートのタイトルを記録のタイトルとして引用できること。	○
D. 9. 5. 4	院内共通、診療科、医師ごとに登録したテンプレートを簡便な操作で展開できること。	○
D. 9. 5. 5	テンプレートで入力された情報は、自然言語変換してカルテに表示できること。	○
D. 9. 5. 6	フリー入力以外に単一選択入力（コンボボックス、リストボックス、オプションボタン）、複数選択入力（リストボックス、チェックボックス）ができること。	○
D. 9. 5. 7	数値データの計算結果の自動入力、値の集計入力ができること。	○
D. 9. 5. 8	シェーマによる入力ができること。	○
D. 9. 5. 9	患者基本、患者病名、検査結果、入院情報の自動引用ができること。	○
D. 9. 5. 10	前回登録を行った内容を、今回記載のテンプレートに引用できること。	○
D. 9. 5. 11	同一入力項目の繰り返し指定ができること。繰り返し項目を上段や下段に追加できること。	○
D. 9. 5. 12	頻用するテンプレートを事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで診療記録入力時の負担低減ができること。	○
D. 9. 5. 13	テンプレートは診療科ごとにお気に入り登録ができること。	○
D. 9. 5. 14	テンプレートを使用した診療記録を修正できること。	○
D. 10	承認	—
D. 10. 1	代行入力	—
D. 10. 1. 1	医師以外の医療従事者が医師からの指示の元でオーダー、診療記録の代行入力ができること。	○
D. 10. 1. 2	代行入力時に、どの医師からの指示であるか診療科、指示医が選択できること。	○
D. 10. 1. 3	指示医選択時に、前回指定した指示医を選択した状態で表示できること。	○
D. 10. 1. 4	指示医が未選択の場合、指示医選択画面が表示できること。	○
D. 10. 1. 5	承認が必要な記録には承認状態が表示されること。代行入力した記録には未承認と表示できること。	○
D. 10. 1. 6	承認依頼者は自分が代行入力した情報の承認状況を一覧で確認できること。	○
D. 10. 2	承認	—
D. 10. 2. 1	研修医または医師以外の職員が登録したオーダー情報、診療記録は指導医または指示医が承認できること。	○
D. 10. 2. 2	研修医または医師以外の職員がオーダーを登録した場合には、未承認オーダーとして登録できること。	○
D. 10. 2. 3	承認対象のオーダー、診療記録に対して承認もしくは否認ができること。	○
D. 10. 2. 4	承認または否認をするときに、承認または否認理由をコメントとして登録できること。	○
D. 10. 2. 5	承認対象の診療記録に対して確認もしくは差戻しができること。	○
D. 10. 2. 6	研修医または医師以外の職員がオーダー、診療記録を登録したときに、承認する医師に対し未承認情報が存在することを通知または気付ける表示ができること。	○
D. 10. 2. 7	承認を依頼されたことが気付ける仕組みを提供すること（例：一覧表示など）。表示項目や表示方法などは導入時に当センターと調整すること。	○
D. 10. 2. 8	承認が必要なオーダーや診療記録を簡便な操作で承認・否認ができる仕組みを提供すること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 10. 2. 9	承認依頼者は利用者自身が代行入力したオーダーや診療記録の承認状況を把握できる仕組みを提供すること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 10. 2. 10	一覧には患者氏名、患者ID、指示種別、指示内容、承認状況、承認医、承認日時、承認、オーダー日（記載日）が表示できること。	○
D. 10. 2. 11	一覧は、未承認情報または承認依頼表示のみに絞り込んで表示できること。	○
D. 10. 2. 12	未承認データを一画面でまとめて内容確認し、承認ができること。	○
D. 11	文書作成	—
D. 11. 1	文書作成	—
D. 11. 1. 1	サマリ、紹介状、診断書、証明書、同意書等の文書を作成でき、印刷や発行管理ができること。	○
D. 11. 1. 2	入院期間、入院科、コメント、キーワード（診断名、術式、その他）等の共通項目が入力できること。	○
D. 11. 1. 3	簡便な操作性で文書フォーマットを選択でき作成操作ができること。	○
D. 11. 1. 4	テキスト形式のフリー入力ができること。	○
D. 11. 1. 5	フリー入力では、テキスト入力の他に図や図形の挿入または画像の貼り付けができること。	○
D. 11. 1. 6	患者情報、利用者情報の自動引用ができること。	○
D. 11. 1. 7	病名、患者基本情報、患者状態、紹介先施設、医師名の引用ができること。	○
D. 11. 1. 8	作成の際には、既に入力された診療情報を容易に流用できること。	○
D. 11. 1. 9	入力の際にはテンプレートが利用できること。	○
D. 11. 1. 10	画像データが添付できること。	○
D. 11. 1. 11	検査結果をコピーし貼り付けできること。	○
D. 11. 1. 12	院外とのやりとりを行う文書については、登録済みの紹介先診療機関一覧から情報を引用できること。	○
D. 11. 1. 13	文書にバーコードおよびQRコードの印字ができること。	○
D. 11. 1. 14	文書の修正、削除が行なえること。	○
D. 11. 1. 15	文書を修正した場合、更新情報（区分、更新科、更新者、更新日）が表示できること。	○
D. 11. 1. 16	過去に作成した文書を流用して新規文書作成ができること。有効期限が切れている文書は流用不可とすること。	○
D. 11. 1. 17	文書を診療科ごとにセット化でき、セットから文書を選択できること。	○
D. 11. 1. 18	診療科ごとのセットには、入院時用等のように分類をして登録できること。分類は階層化して登録できること。	○
D. 11. 1. 19	よく利用する文書を利用者ごとにお気に入りとして登録できること。	○
D. 11. 1. 20	作成した文書の印刷ができること。	○

D. 11. 1. 21	スキャナ自動取り込み用のQRコードを印字できること。	○
D. 11. 2	他機能連動文書作成	—
D. 11. 2. 1	リハビリオーダー登録時、連動して実施計画書等の関連する文書作成ができること。	○
D. 11. 2. 2	入院基本オーダー登録時、連動して入院診療計画書等の関連する文書作成ができること。	○
D. 11. 2. 3	画像オーダー確定時、連動して同意書等の関連文書を作成、印刷できること。	○
D. 11. 2. 4	輸血オーダー確定時、連動して同意書等の関連文書を作成、印刷できること。	○
D. 11. 2. 5	処方オーダー確定時、連動して関連文書を作成、印刷できること。	○
D. 11. 2. 6	文書登録時に、医事会計システムで文書料を発生させることができること。	○
D. 12	レポート管理機能	—
D. 12. 1	レポート管理一覧	—
D. 12. 1. 1	各部門の検査レポートを一覧表示し、参照できる画面を有すること。	○
D. 12. 1. 2	一覧上ではレポートの進捗状況（未読、既読）が参照できること。	○
D. 12. 1. 3	レポート通知単位で重要フラグを表示できること。	○
D. 12. 1. 4	一覧上で、部門からのコメントが表示できること。	○
D. 12. 1. 5	一覧上で、自分宛の通知のみ表示、未読のみ表示、などの検索条件を指定して一覧表示できること。	○
D. 12. 1. 6	一覧上で、検査実施日、レポート記載日を指定して検索できること。	○
D. 12. 1. 7	一覧上で、患者IDを指定して検索できること。	○
D. 12. 1. 8	一覧上で、依頼科（オーダー依頼科）を指定して検索できること。	○
D. 12. 1. 9	一覧上で、レポート分類を指定して検索できること。	○
D. 12. 1. 10	一覧上で、未読レポート、重要レポートを検索できること。方法は問わない。	○
D. 12. 1. 11	未読レポート、重要レポートを対象とするかどうか、は選択できること。	○
D. 12. 1. 12	検索ボタンを押下することで、指定した条件に合わせて最新表示できること。	○
D. 12. 1. 13	既読、未読やコメントの入力などの変更履歴を保存し、更新履歴が参照できること。方法は問わない。	○
D. 12. 1. 14	一覧の右クリックメニューより、対象のレポートへ遷移できること。	○
D. 12. 1. 15	一覧の右クリックメニューより、対象患者のカルテを起動できること。	○
D. 12. 1. 16	一覧をCSVまたはExcelファイルで出力ができること。	○
D. 12. 2	進捗管理機能	—
D. 12. 2. 1	レポートの進捗状況（既読、未読、患者未説明、患者説明済など）が管理できること。	○
D. 12. 2. 2	レポートの進捗を既読に更新する（部門システム側でレポートを参照し、既読ボタンを押下する想定）場合は、専用インターフェースを使用して部門システムと連携し、自動的にレポート管理一覧のレポート進捗欄を更新できること。	○
D. 12. 2. 3	レポートの通知先（返却先）が複数人設定されている場合、誰か1人が既読更新を行うと、残り全員のレポート管理一覧のレポート進捗が既読に更新されること。	○
D. 12. 3	診察記事連携機能	—
D. 12. 3. 1	レポート管理一覧の右クリックメニューより、対象患者の診察記事作成画面へ遷移できること。	○
D. 12. 4	重要レポート通知機能	—
D. 12. 4. 1	画像診断・病理診断・内視鏡診断等で部門システム側から重要度を設定してレポート発行ができ、医師に対してアラート（重要フラグ付き通知）を表示する機能を有すること。	○
D. 12. 4. 2	重要度はマスタにて複数段階の設定ができること。	○
D. 13	スキャナ取り込み	—
D. 13. 1	スキャナ取り込み	—
D. 13. 1. 1	院外から来る紹介状、診断書等の紙文書をスキャナ等で取り込み電子データとして保存できること。	○
D. 13. 1. 2	文書種別（紹介状、同意書等）やフリーコメントの入力ができること。	○
D. 13. 1. 3	取り込んだ情報をカルテに貼り付けができること。	○
D. 13. 1. 4	取り込まれた文書の一覧を患者ごとに参照できること。	○
D. 13. 1. 5	取り込まれた文書をブラウザまたは専用のビューアで表示できること。	○
D. 13. 1. 6	スキャナで読み取るときに、バーコードおよびQRコードから患者属性等の登録ができること。	○
D. 13. 1. 7	スキャナ取り込みを目的とした任意の文書書式が作成、印刷できること。印刷時に指定された文書種別が自動的に入力できること。	○
D. 13. 1. 8	スキャナ依頼用紙が印刷できること。	○
D. 13. 1. 9	スキャナ依頼用紙にQRコードが出力できること。	○
D. 13. 1. 10	スキャナ依頼用紙の情報から依頼者、患者情報、文書分類を引き継ぎ、効率的にスキャナ取り込みできること。	○
D. 13. 1. 11	取り込まれた文書の種別を指定し、条件に該当する患者一覧が表示できること。	○
D. 13. 1. 12	患者IDおよび取り込まれた文書の種別を指定し、条件に該当する文書の一覧が表示できること。	○
D. 14	外部ファイル取り込み	—
D. 14. 1	画像システム、レポートシステム連動	—
D. 14. 1. 1	画像システムに保存されている画像が電子カルテシステムで表示できること。	○
D. 14. 1. 2	放射線レポート作成支援システムで作成されたレポート付画像を、電子カルテシステム上で表示できること。	○
D. 14. 1. 3	診療記録に画像ファイル等の外部ファイルを読み込んで添付できること。	○
D. 15	メール機能（コミュニケーション、患者フォーラム）	—
D. 15. 1	メール機能（コミュニケーション、患者フォーラム）	—
D. 15. 1. 1	送信先の相手がメッセージを読んだかどうかの既読状況を確認できること。方法は問わない。	○
D. 15. 1. 2	宛先指定機能を有していること。宛先の選択方法は問わない。	○
D. 15. 1. 3	メッセージ対象の患者より、対象患者のカルテが開けること。方法は問わない。	○
D. 16	全文検索	—
D. 16. 1	セキュリティ管理	—
D. 16. 1. 1	ログイン履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。ログイン日時、端末アドレス、職員、職種	○

D. 16. 1. 2	閲覧履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。詳細は指定しないが当センターへ説明すること。	○
D. 17	チーム医療	—
D. 17. 1	チーム医療支援機能	—
D. 17. 1. 1	チーム一覧	—
D. 17. 1. 1. 1	ICT、緩和ケアなど院内における様々な医療チームごとに患者を登録することにより、管理対象患者の把握ができること。	○
D. 17. 1. 1. 2	各チームに登録されている患者を一覧表示できること。	○
D. 17. 1. 1. 3	各チームに登録されている患者の一覧をCSV出力できること。	○
D. 17. 1. 1. 4	チーム管理情報はマスタ設定できること。	○
D. 17. 1. 1. 5	チーム一覧では、患者ID、患者氏名、性別、入院病棟、診療科、依頼医や介入状況等、マスタ設定した内容が表示できること。	○
D. 17. 1. 1. 6	チーム一覧から患者カルテが開けること。	○
D. 17. 1. 2	チーム医療診療記録機能	—
D. 17. 1. 2. 1	チーム医療に関する記録を登録できること。	○
D. 17. 1. 2. 2	テンプレートやシェーマを利用して記録を記載できること。	○
D. 17. 1. 2. 3	テンプレートに検査結果値等を自動引用できること。	○
D. 17. 1. 2. 4	記録のタイトルとしてチーム名を設定できること。	○
D. 17. 1. 2. 5	回診記録を俯瞰できるよう、一画面に複数日のカルテ内容または評価内容を横に並べて表示できること。	○
D. 17. 2	各チーム医療支援機能	—
D. 17. 2. 1	以下のチーム医療に対して、電子カルテに備わっている機能で運用できる方法を提案すること。運用としてはスクリーニング、介入依頼、記録入力などができること。また、対象の患者一覧が表示できること。・退院支援。緩和ケア。ICT。フットケア 提案内容により加点评価する。	●
D. 18	入院時アセスメント管理	—
D. 18. 1	入院時アセスメント機能	—
D. 18. 1. 1	入院時アセスメント一覧画面が表示できること。	○
D. 18. 1. 2	患者カルテから入院時アセスメント一覧画面が表示できること。	○
D. 18. 1. 3	入院時のアセスメント実施状況を一覧で患者ごとに確認できること。	○
D. 18. 1. 4	患者ごとで以下の情報を表示すること。・入院病棟・診療科・患者ID・患者氏名・性別・入院決定日・褥瘡因子評価入力状況・栄養管理計画入力状況・転倒転落アセスメント入力状況・退院支援アセスメント入力状況	○
D. 18. 1. 5	患者の入院決定日、入院病棟、診療科で絞込み表示できること。	○
D. 18. 1. 6	閉じるボタンで入院時アセスメント一覧画面を閉じることができること。	○
D. 18. 1. 7	患者を選択し、カルテが開けること。操作方法是問わない。	○
D. 18. 1. 8	患者を選択し、褥瘡因子新規登録画面が表示できること。操作方法是問わない。	○
D. 18. 1. 9	患者を選択し、褥瘡因子修正画面が表示できること。操作方法是問わない。	○
D. 18. 1. 10	選択された患者に褥瘡因子が登録されていない場合は修正画面が表示できないこと。	○
D. 18. 1. 11	患者を選択し、栄養管理計画新規登録画面が表示できること。操作方法是問わない。	○
D. 18. 1. 12	患者を選択し、転倒転落アセスメント登録画面が表示できること。操作方法是問わない。	○
D. 18. 1. 13	患者を選択し、退院支援アセスメント登録画面が表示できること。操作方法是問わない。	○
D. 19	褥瘡管理	—
D. 19. 1	褥瘡管理一覧	—
D. 19. 1. 1	メインメニューから褥瘡管理一覧画面が表示できること。	○
D. 19. 1. 2	患者カルテから褥瘡管理一覧画面が表示できること。	○
D. 19. 1. 3	褥瘡管理状況を一覧で患者ごとの褥瘡計画が確認できること。	○
D. 19. 1. 4	患者ごとで以下の情報を表示すること。・入院病棟・診療科・患者ID・患者氏名・登録日・終了日・自立度・因子評価区分・褥瘡の有無・登録状況	○
D. 19. 1. 5	一覧で以下の情報にて絞込み表示できること。・入院病棟・診療科・患者ID・褥瘡管理の登録日・因子評価区分・登録状況・褥瘡の有無	○
D. 19. 1. 6	画面表示時、登録日は本日付を既定値として表示できること。既定値の設定が可能な範囲で導入時に当センターと調整すること。	○
D. 19. 1. 7	褥瘡管理一覧から患者カルテが開けること。	○
D. 19. 1. 8	患者を選択または患者カルテ展開し、褥瘡因子新規登録画面が表示できること。	○
D. 19. 1. 9	患者を選択または患者カルテ展開し、褥瘡因子修正画面が表示できること。	○
D. 19. 1. 10	患者を選択または患者カルテ展開し、ハイリスク修正画面が表示できること。	○
D. 19. 1. 11	一覧の情報をExcel形式でファイル出力できること。	○
D. 19. 2	褥瘡因子登録	—
D. 19. 2. 1	褥瘡因子登録画面にて、褥瘡因子情報を入力できること。	○
D. 19. 2. 2	褥瘡因子登録画面にて、以下の情報を表示できること。・患者ID・患者氏名・性別・生年月日・入院日	○
D. 19. 2. 3	画面上に情報の更新日が表示できること。	○
D. 19. 2. 4	日常生活自立度が入力できること。マスタ設定項目からプルダウンメニューにて選択できること。	○
D. 19. 2. 5	現在の褥瘡の有無が入力できること。	○
D. 19. 2. 6	褥瘡がある場合、褥瘡因子として部位が入力できること。また褥瘡発生日を入力できること。	○
D. 19. 2. 7	過去の褥瘡の有無または不明が入力できること。	○
D. 19. 2. 8	過去に褥瘡があった場合、過去の褥瘡部位が入力できること。	○
D. 19. 2. 9	危険因子項目として以下の項目が入力ができること。・ベッド上での基本的動作能力の有無・イス上での基本的動作能力の有無・病的骨突出の有無・関節拘縮の有無・栄養状態低下状況・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）の有無・浮腫（局所以外の部位）の有無	○
D. 19. 2. 10	アルブミンの検査結果があるとき、結果値と採取日が表示できること。	○

D. 19. 2. 11	ヘモグロビンの検査結果があるとき、結果値と採取日が表示できること。	○
D. 19. 2. 12	褥瘡ハイリスク項目を入力できること。項目をチェックボックス形式で選択して入力できること。	○
D. 19. 2. 13	ブレーデンスケールの各項目（知覚の認知度合、湿潤、活動性、可動性、栄養状態、摩擦とずれ）を入力できること。また入力項目から点数化し、合計点数が表示できること。	○
D. 19. 2. 14	スケールについてはブレーデンスケール以外に新大浦式、K式での入力もできること。マスタにて入力方式を設定できること。	○
D. 19. 2. 15	DESIGN-Rによるスケール入力ができること。	○
D. 19. 2. 16	看護計画項目として、圧迫やずれ力の排除、スキンケア、栄養状態改善、リハビリテーションに関する計画をチェックボックス形式で入力できること。	○
D. 19. 2. 17	褥瘡計画書の終了日をカレンダーから日付を選択して入力できること。	○
D. 19. 2. 18	担当看護師、専任看護師、専任医師、褥瘡管理者を入力できること。	○
D. 19. 2. 19	登録ボタンを選択時に日常生活自立度が未入力の場合、警告メッセージを表示し、褥瘡因子評価を登録できないようにすること。	○
D. 19. 3	褥瘡因子ハイリスク登録	—
D. 19. 3. 1	褥瘡因子ハイリスク入力画面にて、褥瘡因子ハイリスク情報を入力できること。	○
D. 19. 3. 2	褥瘡因子ハイリスク入力画面にて、以下の情報を表示できること。・患者ID・患者氏名・性別・生年月日・入院日	○
D. 19. 3. 3	褥瘡の有無が入力できること。	○
D. 19. 3. 4	過去の褥瘡の有無が入力できること。	○
D. 19. 3. 5	褥瘡の有無、過去の褥瘡の有無については褥瘡因子入力で入力した内容を引用できること。	○
D. 19. 3. 6	病名オーダと連動し、病名情報を流用入力できること。	○
D. 19. 3. 7	褥瘡ハイリスク項目を入力できること。項目をチェックボックス形式で選択して入力できること。	○
D. 19. 3. 8	危険因子項目として、以下の情報が入力できること。・ベッド上での基本的動作能力の有無・イス上での基本的動作能力の有無・病的骨突出の有無・関節拘縮の有無・栄養状態低下状況・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）の有無・浮腫（局所以外の部位）の有無	○
D. 19. 3. 9	褥瘡発生部位または発生予測部位をシェーマ入力できること。	○
D. 19. 3. 10	褥瘡ハイリスク項目が入力できること。	○
D. 19. 3. 11	ブレーデンスケールの各項目（知覚の認知度合、湿潤、活動性、可動性、栄養状態、摩擦とずれ）を入力できること。また入力項目から点数化し、合計点数が表示できること。	○
D. 19. 3. 12	スケールについてはブレーデンスケール以外に新大浦式、K式での入力もできること。マスタにて入力方式を設定できること。	○
D. 19. 3. 13	皮下組織耐久性の有無、皮下組織の未熟の有無が入力できること。	○
D. 19. 3. 14	褥瘡予防計画の開始日を入力できること。	○
D. 19. 3. 15	予防計画の内容として、圧迫、ずれ力の排除、スキンケア、栄養状態改善に関する計画を入力できること。	○
D. 19. 3. 16	圧迫、ずれ力の排除については体圧分散寝具の種類をマスタ設定項目からプルダウンメニューにて選択できること。	○
D. 19. 3. 17	専任看護師にて褥瘡治療計画を入力できること。	○
D. 19. 3. 18	褥瘡治療計画内容として、以下の内容が入力できること。・褥瘡ステージ・感染有無・壊死組織有無・使用薬剤名・衛生材料名・創傷被覆材名・処理方法・DESIGN-Rによるスケール・その他コメント	○
D. 19. 3. 19	褥瘡管理者が以下の内容を入力できること。・コメント入力・重要な褥瘡ケアの必要性の有無	○
D. 19. 4	褥瘡発生報告	—
D. 19. 4. 1	褥瘡発生報告登録画面にて、褥瘡発生情報を登録できること。	○
D. 19. 4. 2	褥瘡発生報告登録画面にて、以下の情報を表示できること。・患者ID・患者氏名・性別・生年月日・入院日・情報の更新日・発症もしくは発見日・発生場所・報告部署・病名・カテコラミンの有無・補助循環の有無・人工呼吸器の有無・発生部位・処置内容・体圧分散寝具の種類・深さ・滲出液・大きさ・炎症・感染情報・肉芽形成・良性肉芽が占める割合・壊死組織情報・ポケット情報	○
D. 19. 5	医事コスト連動	—
D. 19. 5. 1	褥瘡管理において算定できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 20	転倒転落アセスメント	—
D. 20. 1	基本要件	—
D. 20. 1. 1	転倒転落アセスメントが運用できる提案をすること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 21	栄養管理アセスメント	—
D. 21. 1	栄養管理計画書一覧	—
D. 21. 1. 1	メインメニューから栄養管理計画書一覧画面が表示できること。	○
D. 21. 1. 2	患者カルテから栄養管理計画書が表示または展開ができること。	○
D. 21. 1. 3	一覧画面に以下の項目が表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。・入院病棟・診療科・患者ID・患者氏名・年齢・性別	○
D. 21. 1. 4	病棟単位で絞込み表示できること。	○
D. 21. 1. 5	退院患者も表示できること。	○
D. 21. 2	栄養管理計画登録	—
D. 21. 2. 1	栄養管理計画書一覧から栄養管理計画登録画面が表示できること。方法は問わない。	○
D. 21. 2. 2	看護師記入欄では身長、体重が入力できること。入力方法はフリー入力もしくは患者基本より引用できること。	○
D. 21. 2. 3	看護師記入欄ではBMIが身長、体重より自動計算され表示できること。	○
D. 21. 2. 4	看護師記入欄ではスクリーニング項目が入力できること。方法は問わない。	○
D. 21. 2. 5	栄養士記入欄ではマスタで設定された入力項目が入力できること。方法は問わない。	○
D. 21. 2. 6	栄養士記入欄では再評価日（日付テンプレートもしくはフリー入力が可能）が入力できること。	○
D. 21. 3	NST依頼	—

D. 21. 3. 1	NSTの介入依頼ができる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 21. 3. 2	NST依頼情報として身長、体重が入力できること。入力方法はフリー入力もしくは患者基本より引用できること。	○
D. 21. 3. 3	NST依頼情報として栄養治療の目標が入力できること。フリー入力もしくはコメントマスタから選択できること。	○
D. 21. 3. 4	NST依頼情報として特記事項が入力できること。	○
D. 21. 3. 5	NST依頼欄には、患者基本情報などから自動で情報取得して手入力の軽減ができること。取得できる情報は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 21. 3. 6	入力権限の制御ができること。	○
D. 21. 4	再評価登録	—
D. 21. 4. 1	再評価登録画面が表示できること。方法は問わない。	○
D. 21. 4. 2	再評価情報として身長、体重が入力できること。入力方法はフリー入力もしくは患者基本より引用できること。	○
D. 21. 4. 3	BMIは身長、体重より自動計算されること。	○
D. 21. 4. 4	栄養管理再評価欄には、手入力が増減できるように患者基本情報などから情報取得できること。取得する情報は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 21. 4. 5	入力権限については設定できること。	○
D. 22	オーダー基本機能	—
D. 22. 1	オーダーメイン機能（診療オーダー共通機能）	—
D. 22. 1. 1	オーダー履歴画面では、オーダー内容、オーダー進捗、会計進捗が表示できること。方法は問わない。	○
D. 22. 1. 2	過去のオーダーを流用（D0、オーダーコピー）でオーダー発行ができること。流用（コピーやD0）したオーダーは発行前に修正ができること。方法や制約は問わない。	○
D. 22. 1. 3	オーダーの進捗および職種ごとに設定された権限マスタに準じて、各オーダーの操作ができること。	○
D. 22. 1. 4	今回診療オーダー画面で、各オーダーに対して修正、削除ができること。	○
D. 22. 1. 5	オーダーの進捗および職種ごとに設定された権限マスタに準じて、各オーダーの操作ができること。	○
D. 22. 1. 6	過去日オーダー（または事後オーダー）を日にちを遡ってオーダーできること。	○
D. 23	セット機能	—
D. 23. 1	セット登録および頻用一覧登録	—
D. 23. 1. 1	オーダーのセット登録ができること。分類分けなど付加される機能などは、導入時に当センターと調整すること。	○
D. 23. 1. 2	複数オーダー種を組み合わせたセットの登録およびその利用ができること。	○
D. 23. 1. 3	対象セット項目（オーダー種）として、処方、注射、検体検査、画像、生理、内視鏡、処置、指導、予約、病名の登録ができること。	○
D. 23. 1. 4	セットにおいては、日付を複数組み合わせた時系列セットも登録ができること。また、セットは、階層構造での管理もできること。	○
D. 23. 1. 5	セット流用時には、締切時間によって自動的に処方区分（注射オーダーの場合は登録方法）ができること。	○
D. 23. 1. 6	セット流用時には、禁忌チェックなどの各種チェックを行うことができること。	○
D. 23. 1. 7	セット流用時のチェックがかかった場合、対象オーダーの内容が入力された入力画面を起動できること。	○
D. 23. 1. 8	予約を含んだセットでオーダーを作成する際は、予約日を設定した日を基準日として他のオーダーに自動で日付が入って展開ができること。	○
D. 23. 1. 9	セットに含まれる薬剤などが検索できること。方法は問わない。	○
D. 24	患者基本	—
D. 24. 1	患者基本情報入力（患者プロフィール、患者プロファイルは同義とする）	—
D. 24. 1. 1	看護度分類、患者区分（患者移動方法）、救護区分、認知症度および死亡日の登録ができること。	○
D. 24. 1. 2	薬剤禁忌情報については、禁忌薬剤を選択することにより禁忌薬剤の登録ができること。	○
D. 24. 1. 3	薬剤禁忌情報については、必要に応じて詳細情報として禁忌薬剤を検索し、薬剤の登録ができること。	○
D. 24. 1. 4	薬剤禁忌情報が登録できること。方法は問わない。	○
D. 24. 1. 5	食物禁忌情報が登録できること。	○
D. 24. 1. 6	面会情報の登録ができること。	○
D. 24. 1. 7	同意書・承諾書の取得情報の登録ができ各項目にフリー入力でコメントの登録ができること。	○
D. 24. 1. 8	患者情報として、身長、体重、血液型、亜型、かかりつけ病院・診療所名称とコメント、かかりつけ薬局名称とコメントおよび愛玩動物飼育歴の登録ができること。	○
D. 24. 1. 9	身長、体重の入力間違いを防ぐために、下限値、上限値を設定でき、異常値に対して警告表示できること。	○
D. 24. 1. 10	主訴情報として、主訴、病状、フリー入力でコメントの登録ができること。	○
D. 24. 1. 11	診療科別の主訴履歴が登録・表示できること。	○
D. 24. 1. 12	医学的背景情報として既往歴、手術歴登録ができること。	○
D. 24. 1. 13	輸血歴、自己血採血歴、治療歴、被爆歴、骨髄移植歴、月経歴、妊娠・出産歴、放射線治療歴、化学療法歴、海外渡航歴の登録ができること。	○
D. 24. 1. 14	ワクチン接種履歴の登録ができ各項目にフリー入力でコメントの登録ができること。	○
D. 24. 1. 15	家族歴・同居者などが入力できること。	○
D. 24. 1. 16	登録された家族歴をもとに家系図の自動作成ができること。	○
D. 24. 1. 17	家系図の表示および印刷ができること。方法は問わない。	○
D. 24. 1. 18	生活習慣情報として睡眠、排泄、食事、喫煙、飲酒、宗教、住環境、性格および趣味の登録ができること。	○
D. 24. 1. 19	補装具（杖、義歯、補聴器等）および医療機器（胃カテーテル、人工肛門、人工呼吸器等）の使用状況の登録ができること。	○
D. 24. 1. 20	介護情報として、移動、移動補助、移乗、食事内容、食事補助、食事動作、更衣、入浴、入浴補助、整容、排尿状況、排便状況の登録ができること。	○

D. 24. 1. 21	患者に関する人物情報（世話人、キーパーソン等）の登録ができること。	○
D. 24. 1. 22	患者の職業歴の登録ができること。	○
D. 24. 1. 23	指示情報として処方一化化指示、薬自己管理、院外不可の指示の有無の登録ができること。	○
D. 24. 1. 24	入院情報として主治医、オーダ歴、予約状況、入院履歴および来院履歴が自科、全科ごとに表示できること。方法は問わない。	○
D. 24. 1. 25	社会保障情報として要介護認定情報、身体障害者手帳、精神障害者手帳、難病認定、年金種類、利用している社会サービスおよび連絡先の登録ができること。	○
D. 24. 1. 26	職種により入力可能項目を限定できること。また、データ更新者が表示できること。	○
D. 24. 1. 27	身体障害情報、介護情報として、身体障害手帳の有無、種類、等級や、要介護認定の有無、要介護の情報、等を入力できること。	○
D. 24. 1. 28	上記入力内容はテンプレートで登録でき、登録内容を表形式で、更新者、更新日と合わせて一覧表示できること。また、登録内容の履歴も管理できること。項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 24. 1. 29	血糖コントロールの有無を登録できること。	○
D. 24. 2	患者基本情報照会	—
D. 24. 2. 1	患者の氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、携帯電話番号および保険の基本登録情報を、医事会計システムより取得できること。	○
D. 24. 2. 2	臨床検査システム側からの検体検査結果受信時に、感染情報、血液型の自動更新（取り込み）ができること。	○
D. 24. 2. 3	薬剤禁忌情報は、処方オーダおよび注射オーダの患者アレルギーチェックとして利用ができること。	○
D. 24. 2. 4	食物禁忌情報は、食事オーダの禁止事項項目へ連動ができること。	○
D. 24. 2. 5	特定の基本情報は履歴管理されて、更新履歴が参照できること。	○
D. 25	病名	—
D. 25. 1	病名照会	—
D. 25. 1. 1	指定患者の全科の登録病名を一覧形式で表示できること。	○
D. 25. 1. 2	患者病名の一覧は条件で絞り込み表示ができること。詳細な条件は問わないが、できる範囲で提供すること。	○
D. 25. 1. 3	病名一覧には、病名名称、診療科、主病名サイン、病歴、病名コード、入外区分、開始日付、終了日付、転帰区分、歯科区分、承認状況、更新者、承認者、承認依頼先医師が表示できること。	○
D. 25. 1. 4	病名一覧上で、主病名の登録、解除ができること。	○
D. 25. 1. 5	病名一覧上で、転記区分の選択と転記日が登録できること。方法は問わない。	○
D. 25. 2	病名登録	—
D. 25. 2. 1	病名の新規登録・修正・流用および削除ができること。	○
D. 25. 2. 2	病名コード検索、分類検索およびカナ検索により、病名の入力ができること。また、ワープロ病名の登録ができること。	○
D. 25. 2. 3	同一診療科で同一期間に同じ病名を登録しようとしたとき、重複チェックができること。	○
D. 25. 2. 4	基本病名に頭部および尾部を付け、診断病名として登録ができること。	○
D. 25. 2. 5	病名登録時に主病名としての登録の有無の選択ができること。	○
D. 25. 2. 6	病名登録時に入院・外来・入外共通の登録ができること。	○
D. 25. 2. 7	病名登録時に疑い病名として登録ができること。	○
D. 25. 2. 8	診療科ごとに病名の登録ができること。	○
D. 25. 2. 9	医師ごとによく利用する病名を簡単に選択できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 25. 2. 10	病名の終了日、転帰区分の一括修正ができること。	○
D. 25. 2. 11	ICD-10に対応ができること。	○
D. 25. 2. 12	適用保険を項目一覧より選択入力ができること。	○
D. 25. 2. 13	歯式部位の入力ができること。	○
D. 25. 2. 14	患者の病名一覧の印刷ができること。方法は問わない。	○
D. 25. 2. 15	現在有効な病名がない場合や長期間転帰登録のない疑い病名があるときには、警告表示ができること。方法やタイミングは問わない。	○
D. 25. 2. 16	あらかじめ設定することにより、ICD10コードが表示できること。	○
D. 25. 2. 17	入力されたデータを医事会計システムへ送信できること。	○
D. 25. 3	他オーダとの連動	—
D. 25. 3. 1	入院基本オーダの入院予定および入院決定の入力時、入院病名の登録が病名オーダと連動ができること。	○
D. 25. 3. 2	手術オーダの入力時に病名オーダと連動して手術病名の登録ができること。	○
D. 26	予約	—
D. 26. 1	予約スケジュール管理	—
D. 26. 1. 1	予約項目に対して、曜日ごとの予約の時間枠・枠ごとの予約可能数の内容を入力し、予約の基本スケジュール（1週間単位）を作成できること。	○
D. 26. 1. 2	当日予約枠、紹介患者予約枠の管理ができること。	○
D. 26. 1. 3	指定した期間（開始日および終了日）の基本スケジュールを月例スケジュールとして展開（コピー）ができること。	○
D. 26. 1. 4	基本スケジュール、月例スケジュールに関する各処理機能およびスケジュール展開（コピー）の機能については、職種により操作の限定ができること。	○
D. 26. 1. 5	基本スケジュールは、指定期間に対して予約項目ごとにスケジュールの展開（コピー）ができること。	○
D. 26. 1. 6	予約枠のポイント数を超えるとき、予約の超過入力（1日合計人数まで）を可能なように設定ができること。なお、超過入力可能な利用者の制限ができること。	○
D. 26. 2	予約登録・照会	—
D. 26. 2. 1	予約項目の予約時間枠ごとの空き状況一覧を表示し、時間枠を選択することで予約登録ができること。	○
D. 26. 2. 2	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数（予約表示スケジュール）が表示できること。	○

D. 26. 2. 3	予約情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録され、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理できること。	○
D. 26. 2. 4	予約表示スケジュールの開始日を、日付を指定できること。また、ワンクリックで、1週間後、2週間後、1か月後、2か月後、3か月後の指定ができること。	○
D. 26. 2. 5	患者の取得済み予約状況が一覧表示できること。	○
D. 26. 2. 6	予約取得時には、コメント（選択形式およびフリー入力）の登録ができること。	○
D. 26. 2. 7	予約状況一覧は、予約日、曜日、時間、予約科、予約区分、コメントが表示できること。	○
D. 26. 2. 8	複数の予約項目の予約状況を表示し、続けて複数の予約入力ができること。方法は問わない。	○
D. 26. 2. 9	予約入力時に、時間枠超え、診療科限定、入外限定、利用者限定および同一時間重複の各種チェックができること。	○
D. 26. 2. 10	各種セットを利用し、予約入力ができること。	○
D. 26. 2. 11	入力された予約情報を、医事会計システムへ送信できること。	○
D. 26. 3	他機能連携	—
D. 26. 3. 1	患者別予約一覧には、予約日、曜日、予約時間、予約科、予約項目、コメント情報が表示できること。	○
D. 26. 4	予約帳表印刷	—
D. 26. 4. 1	医事会計システムまたは電子カルテシステムで予約票の印刷ができること。	○
D. 26. 5	予約照会	—
D. 26. 5. 1	患者別予約照会として、患者IDと期間を指定して患者の取得済み予約一覧が表示できること。	○
D. 26. 5. 2	患者別予約一覧から予約内容の詳細確認ができること。	○
D. 26. 5. 3	患者別予約一覧から予約票の再発行ができること。	○
D. 27	処方オーダ	—
D. 27. 1	処方オーダ登録	—
D. 27. 1. 1	院内処方・院外処方の切替えができること。	○
D. 27. 1. 2	投与日、投与日数、投与開始時間または服用開始区分、用法を指定できること。	○
D. 27. 1. 3	処方区分または伝票種（例：定期、臨時）に応じて、服用開始区分（例：朝から）の既定値の設定ができること。	○
D. 27. 1. 4	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。設定により検索文字数の変更ができること。	○
D. 27. 1. 5	薬剤名称1薬剤ごとの検索名称（略称）を30個以上登録ができること。	○
D. 27. 1. 6	薬効で薬剤の検索ができること。	○
D. 27. 1. 7	検索した薬剤リストの先頭にはよく使う薬剤が自動的に太文字で表示されて選択できること。	○
D. 27. 1. 8	検索した薬剤について、DI（医薬品情報）が表示できること。	○
D. 27. 1. 9	内用薬は1日量、頓服は1回量および外用薬は総投与量で使用量の登録ができること。また、使用量は成分量での登録もできること。	○
D. 27. 1. 10	薬剤ごとに使用量と単位を入力できること。	○
D. 27. 1. 11	薬剤ごとに分割、粉碎の指示ができること。	○
D. 27. 1. 12	使用量入力時、一回量を表示すること。	○
D. 27. 1. 13	薬剤使用量入力時に、体表面積の算出ができること。	○
D. 27. 1. 14	薬剤選択時にあらかじめ薬剤ごとに設定した常用量が自動表示できること。	○
D. 27. 1. 15	薬剤に応じて規定の用量をセットできること。薬剤ごとのデフォルトの用量はマスタにて管理できること。	○
D. 27. 1. 16	入力薬剤の種別に対応した用法種を自動的に検索表示領域に表示し、この用法種から用法を選択して登録ができること。	○
D. 27. 1. 17	隔日および不均等分割指示等の特殊用法の入力ができること。	○
D. 27. 1. 18	隔日投与用法でRpごとに異なる投与開始日を設定できること。	○
D. 27. 1. 19	不均等用法で、最大5分割で投与できること。	○
D. 27. 1. 20	投与時間を任意の時間コメントで複数指定できること。	○
D. 27. 1. 21	コメントとして、薬剤コメント、用法コメント、処方箋選択コメントおよび長期投与コメントの4種類の入力ができること。	○
D. 27. 1. 22	処方指示入力時に、別包および混合のチェック・指示機能を有すること。	○
D. 27. 1. 23	定期処方の場合のみ、オーダごとに一包化の指示ができること。または、入院処方の場合に規定で一包化指示にチェックできること。	○
D. 27. 1. 24	処方オーダ時に保険の変更ができること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 25	有効期間外の保険登録を禁止できること。	○
D. 27. 1. 26	薬剤情報提供の有無を指定できること。	○
D. 27. 1. 27	薬剤ごと、オーダ単位ごとに後発薬への変更不可の指定ができること。	○
D. 27. 1. 28	新規登録時、Do時、セット流用時に、オーダに含まれる処方薬剤について後発薬品がある場合、メッセージを表示し、その場で薬剤を変更できること。	○
D. 27. 1. 29	上記の際、変更可能な後発薬品が複数ある場合はリストを表示して、選択できること。	○
D. 27. 1. 30	上記の際、薬剤を後発薬品に変更しないでそのまま登録することもできること。	○
D. 27. 1. 31	処方した薬剤を患者の自己管理とする指示が出せること。	○
D. 27. 1. 32	入院患者の定期処方オーダの機能があること。導入時は定期処方の機能を踏まえて当センターと調整すること。	○
D. 27. 1. 33	日数一括変更ができること。次回予約日までの日数を自動計算し、日数一括変更をワンクリックでできること。また、日数選択、日数直接入力もできること。日数選択は、複数の選択肢の設定ができること。	○
D. 27. 1. 34	日数一括変更は終了日指定、日数選択、日数の直接入力が可能であること。日数選択の選択肢は、あらかじめ複数設定できること。	○
D. 27. 1. 35	入力済みのすべてのRpの投与日数を一括で変更できること。伝票単位でも可とする。	○
D. 27. 1. 36	処方オーダ入力時、Rpの並べ替えができること。	○
D. 27. 1. 37	条件付き指示（必要時指示）の入力ができること。	○
D. 27. 1. 38	必要時指示は入院日が決まり、登録されているときに入力できること。	○

D. 27. 1. 39	必要時指示一覧画面が表示できること。必要時条件の大分類を選択すると、該当するオーダの詳細内容が表示されること。また、編集集中のオーダは区別して表示できること。	○
D. 27. 1. 40	必要時処方オーダを条件を指定して作成できること。条件は大分類・詳細項目の階層で指定できること。	○
D. 27. 1. 41	抗菌薬などをオーダするときは、処方オーダ確定時にあらかじめ設定された文書が表示できること。	○
D. 27. 1. 42	上記は薬剤ごとに異なる文書を設定できること。また、病院職員にてメンテナンスができるツールを提供すること。	○
D. 27. 1. 43	患者基本の薬剤禁忌が登録されている場合処方入力オーダ時に気づける仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 44	処方指示入力時に、薬剤の年齢別の投与量チェック（一回の警告量チェック）、および服用日数チェックができること。	○
D. 27. 1. 45	オーダ登録時に薬剤の体重・体表面積別最大投与量チェックができること。	○
D. 27. 1. 46	薬剤毎に設定された最大投与日数を超える投与日数の入力を禁止できること。ただし長期投与コメントを入力した場合は、最大投与日数を超過して投与できること。	○
D. 27. 1. 47	処方オーダ入力時に、同一薬剤、同効薬剤、粉碎不適・不可、分割不可、絶対禁忌、相互作用、同一剤型、院内・院外不可薬、妊産婦禁忌および有効期限のチェックができること。（他科服用中薬剤との重複・相互作用チェック含む）	○
D. 27. 1. 48	重複投与時は他オーダを含む総投与量にて1日極量・警告量チェックが可能なこと。	○
D. 27. 1. 49	注射薬との相互チェックができること。	○
D. 27. 1. 50	絶対禁忌・相互作用チェック時のメッセージには、チェック対象となった薬剤が表示できること。	○
D. 27. 1. 51	絶対禁忌・相互作用チェック時に、承知コメント又は理由コメントを入力することで処方オーダ登録ができること。	○
D. 27. 1. 52	薬ごとに使用可能な科の限定設定ができ、処方オーダ入力時に、科限定チェックができること。	○
D. 27. 1. 53	薬ごとに使用可能な医師の限定設定ができ、処方オーダ入力時に、医師限定チェックができること。	○
D. 27. 1. 54	薬ごとに使用可能な患者の限定設定ができ、処方オーダ入力時に、患者限定チェックができること。	○
D. 27. 1. 55	患者基本オーダとの連動により、患者アレルギー、妊産婦禁忌や、院外処方不可等のチェックができること。	○
D. 27. 1. 56	患者アレルギーチェックは、個別医薬品コード（YJコード）による薬剤禁忌チェックができること。また、厚生省コードによる薬剤禁忌チェックに設定もできること。薬剤成分でのチェックでも可とする。	○
D. 27. 1. 57	病名オーダとの連動により、患者保有病名と薬剤との禁忌チェックができること。	○
D. 27. 1. 58	薬剤選択時、麻薬が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 59	入力した薬剤が混合不可薬剤で、Rpに混合指示がされている場合、入力を禁止できること。	○
D. 27. 1. 60	麻薬処方と一般薬との混合指示ができること。	○
D. 27. 1. 61	麻薬、特殊薬剤を選択したときに、警告メッセージが表示できること。	○
D. 27. 1. 62	麻薬の識別表示（表示色を変える）ができること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 63	麻薬を選択したとき、麻薬施用者番号が利用者マスタに設定されている医師のみが入力可能なようにチェックができること。	○
D. 27. 1. 64	入力した薬剤が、感染症患者にオーダする場合に警告表示ができること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 65	入力必須項目の未入力があった場合、入力を促すメッセージが表示され、オーダ登録できないこと。	○
D. 27. 1. 66	エラー、警告、メッセージなどの情報を、薬剤入力時、Rp入力時点でオーダ入力画面上で確認でき、オーダ確定する際にも確定前チェック確認画面として情報を表示できること。	○
D. 27. 1. 67	処方オーダ入力、発行済み処方の修正、会計済み処方の修正等について、職種により操作の限定ができること。	○
D. 27. 1. 68	処方オーダの総裁を簡単にできるセット登録機能があること。方法は問わない。	○
D. 27. 1. 69	オーダ情報を医事会計システム、服薬指導システム等へ送信できること。	○
D. 27. 1. 70	院外処方是一般名の薬品を選択してオーダができること。また、院外処方にも一般名が印字されること。オーダについては入力時に一般名が併記される形でも可とする。一般名処方の最適なマスタ整備や運用方法があれば提案すること。提案内容により加点評価する。	●
D. 27. 2	持参薬	—
D. 27. 2. 1	持参薬鑑別登録および持参薬処方オーダができる機能を提供すること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 27. 2. 2	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。設定により検索文字数の変更ができること。	○
D. 27. 2. 3	持参薬の登録時、院内非採用薬に対し院内採用薬の情報の登録ができること。	○
D. 27. 2. 4	持参薬の用法の入力ができること。	○
D. 27. 2. 5	入院患者の処方オーダと持参薬鑑別報告内容が画面で確認できること。方法は問わない。	○
D. 27. 2. 6	患者ごとに、持参薬の履歴が確認できること。	○
D. 27. 2. 7	持参薬の登録・監査・承認を行った担当者・日時が確認できること。	○
D. 27. 2. 8	持参薬履歴画面には過去入院分の持参薬情報が表示できること。	○
D. 27. 2. 9	入院予定のない外来患者についても持参薬履歴を参照できること。	○
D. 27. 2. 10	持参薬の登録（監査依頼）ができること。	○
D. 27. 2. 11	持参薬の登録時には、薬剤名・数量・コメントの入力ができること。	○
D. 27. 2. 12	監査の際には、用量、単位、Rp番号、用法、薬剤コメント、監査コメントを入力できること。	○
D. 27. 2. 13	登録された薬剤が院内非採用薬である場合、厚生省コードをもとに同成分の採用薬が表示されること。対象となる薬剤が複数ある場合は、候補一覧が表示され、任意の薬剤を選択できること。	○
D. 27. 2. 14	持参薬登録時、持込数量が1日量に満たない場合も登録可能とし、薬剤を余りなく利用できること。	○

D. 27. 2. 15	患者が服用している全処方薬を把握できるよう、薬剤の持ち込みがない場合も、持参薬として薬剤を登録することができること。	○
D. 27. 2. 16	薬剤ごとにフリーコメントを登録することができること。	○
D. 27. 2. 17	持参薬の登録・監査・承認時には、入力途中での一時保存ができること。	○
D. 27. 2. 18	持参薬は処方指示・処方実施カレンダー上で判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 27. 2. 19	外来で処方されたオーダを、持参薬依頼データとして登録できること。	○
D. 27. 2. 20	持参処方のオーダをD0すると、鑑別時に登録した院内採用薬に置き換えして処方オーダができること。	○
D. 27. 2. 21	D0操作の際、持参薬登録画面で選択された代替薬のリストを表示し、切り替えることができること。	○
D. 27. 3	処方指示カレンダー	—
D. 27. 3. 1	処方指示を一覧する処方カレンダーの機能を提供すること。最適な運用は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 27. 3. 2	処方指示カレンダーは一日単位で表示できること。	○
D. 27. 3. 3	表示開始する基準日が設定できること。基準日は当センターと調整すること。また、基準日が固定値であれば当センターへ説明すること。	○
D. 27. 3. 4	表示期間の基準日を日送り、週送り、またはカレンダー画面からの選択で指定でき、表示期間に存在する処方オーダが表示できること。	○
D. 27. 3. 5	ワンクリックで処方実施カレンダーへ切替表示ができること。	○
D. 27. 3. 6	処方オーダ内容（処方薬剤、用法、用量、投与時間）をカレンダー内に表示できること。	○
D. 27. 3. 7	D0時には、禁忌チェックなどの各種チェックができること。	○
D. 27. 3. 8	D0時のチェックにかかった場合、D0対象オーダの内容が入力された処方入力画面を起動できること。	○
D. 27. 3. 9	処方指示カレンダーから対象オーダを選択し、その内容を修正できること。	○
D. 27. 3. 10	処方指示カレンダーから対象オーダを選択し、中止期間を指定してオーダを中止できること。	○
D. 27. 3. 11	処方指示カレンダーから対象オーダを選択し、中止したオーダの服用再開、服用延長ができること。	○
D. 27. 3. 12	処方指示カレンダーから対象オーダを選択し、削除できること。	○
D. 27. 4	処方箋発行（外来）	—
D. 27. 4. 1	外来の処方箋を、患者の診察終了と同時に薬剤部門のプリンタに印刷ができること。また、診察中も随時、処方箋の印刷ができること。	○
D. 27. 5	処方箋発行（入院）	—
D. 27. 5. 1	一覧表示から選択により、処方オーダの詳細内容が表示できること。	○
D. 27. 5. 2	処方オーダは修正および削除ができること。オーダロック後は含まない。	○
D. 27. 5. 3	対象の処方箋を再発行ができること。方法は問わない。	○
D. 27. 5. 4	処方オーダを検索し、詳細が確認できること。方法は問わない。	○
D. 27. 6	処方病棟照会（入院患者の予定・実施状況一覧表示）	—
D. 27. 6. 1	入院患者の処方オーダ・実施（予約）状況が把握できる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D. 27. 7	処方オーダー一覧	—
D. 27. 7. 1	薬剤部門等で処方オーダ内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する処方オーダが出された患者一覧のように画面確認できる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D. 27. 8	一回量処方入力	—
D. 27. 8. 1	処方オーダーシステムに関する共通化仕様ガイドラインに従い、1回量入力、原薬量表記ができること。	○
D. 27. 8. 2	1回量入力とするか1日量入力とするかは設定で選択ができること。設定は導入時に当センターと協議して決定すること。	○
D. 27. 8. 3	1回量入力を選択した場合、持参薬の登録も1回量入力に統一されること。	○
D. 27. 8. 4	処方入力画面上に1回量入力であることを示すメッセージを表示して、注意喚起ができること。	○
D. 27. 8. 5	不均等指示の場合は用法選択画面にて施用タイミングごとに投与量を入力できること。	○
D. 27. 8. 6	用量、用法を指定したタイミングで1日量を自動計算し、画面上に表示すること。	○
D. 27. 8. 7	各種処方箋に、1日量、1回量、投与実日数を表示すること。	○
D. 28	注射オーダ	—
D. 28. 1	注射オーダ登録	—
D. 28. 1. 1	予定入力、事後入力（実施後入力）、IVHの注射オーダの登録ができること。	○
D. 28. 1. 2	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。設定により検索文字数の変更ができること。	○
D. 28. 1. 3	注射薬剤名称または注射薬剤コードを3文字以上入力すると、薬剤が検索されて自動的に薬剤名称がリストで表示されること。	○
D. 28. 1. 4	検索した薬剤リストの先頭に頻用薬を表示するか頻用薬を画面で表示させて選択しやすくできること。	○
D. 28. 1. 5	薬剤名称1薬剤ごとの検索名称（略称）を30個以上登録ができること。	○
D. 28. 1. 6	一度のオーダで、複数のRpを入力できること。	○
D. 28. 1. 7	ルートの管理ができること。	○
D. 28. 1. 8	登録済みのルートに注射オーダを入力できること。また、登録されているどのルートにも属さない注射オーダを入力できること。	○
D. 28. 1. 9	高カロリー輸液の場合に指定した手技になる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D. 28. 1. 10	用量の単位は複数設定でき、注射オーダ入力時に選択ができること。	○
D. 28. 1. 11	使用量入力時、一回量を表示すること。	○
D. 28. 1. 12	薬剤選択時にあらかじめ薬剤ごとに設定した常用量が自動表示できること。	○
D. 28. 1. 13	ルート、ルートコメントおよび投与方法を、一覧から選択入力またはフリー入力ができること。	○
D. 28. 1. 14	投与ルートは、注射入力画面、注射指示・実施カレンダー上にも表示されること。	○
D. 28. 1. 15	オーダコメントを選択入力することができること。	○

D. 28. 1. 16	投与日、投与日数、投与時間を指定できること。	○
D. 28. 1. 17	注射の実施予定日を、連続した期間または指定した複数日付により入力ができること。	○
D. 28. 1. 18	投与時間は、時間指定できること。またはあらかじめ設定されたパターンで複数の時間を指定すると、時間ごとにRp. が作成されること。	○
D. 28. 1. 19	投与時間は、投与回数、開始時間を指定して連続指定入力することができること。	○
D. 28. 1. 20	薬剤コメントを入力できること。	○
D. 28. 1. 21	注射の速度指示の入力（数値入力）ができること。	○
D. 28. 1. 22	速度指示の入力画面において、1時間当たりの注入量（ml/h）の指示により投与持続時間（時間／回）の自動計算ができること。	○
D. 28. 1. 23	速度指示の入力画面において、投与持続時間（時間／回）の指示により1時間当たりの注入量（ml/h）の自動計算ができること。	○
D. 28. 1. 24	速度を指定した際は、速度コメントを入力できること。	○
D. 28. 1. 25	速度コメントの有無を注射指示／実施カレンダー上で一目で確認できること。	○
D. 28. 1. 26	注射開始から終了までの任意の時間ごとの速度計画を入力できること。	○
D. 28. 1. 27	速度計画入力では、開始時間、速度、速度コメントを入力できること。また、入力時には初回のオーダ情報が確認できること。	○
D. 28. 1. 28	速度計画入力時には終了指示を入力できること。終了指示でフリー入力のコメントが入力できること。	○
D. 28. 1. 29	注射の実施場所の指定ができること。	○
D. 28. 1. 30	抗菌薬などをオーダする際、注射オーダ確定時にあらかじめ設定された文書が表示できること。	○
D. 28. 1. 31	条件付き指示（必要時指示）の入力ができること。	○
D. 28. 1. 32	患者の薬剤禁忌情報が参照できること。	○
D. 28. 1. 33	入力した薬剤が特殊薬剤であるということの注意を促すことができること。	○
D. 28. 1. 34	注射オーダ入力時に、同一薬剤、同一成分（同効薬剤）、絶対禁忌、相互作用、混合、薬剤・手技（ルート）禁忌、妊娠婦禁忌、および有効期限のチェックができること。（他科との重複・相互作用チェック含む）	○
D. 28. 1. 35	速度入力必須の投与方法で、速度入力漏れの禁止ができること。	○
D. 28. 1. 36	処方薬との相互チェックができること。	○
D. 28. 1. 37	絶対禁忌・相互作用チェック時のメッセージには、チェック対象となった薬剤や、オーダ日などが表示されること。チェックをかける方法や表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 28. 1. 38	患者基本オーダとの連動により、患者アレルギーのチェックができること。	○
D. 28. 1. 39	患者基本の薬剤禁忌が登録されている場合注射入力画面上に「薬剤禁忌 入力あり」と表示し、カーソルをあわせることで詳細を確認できること。	○
D. 28. 1. 40	患者アレルギーチェックは、個別医薬品コード（YJコード）による薬剤禁忌チェックができること。また、厚生省コードによる薬剤禁忌チェックに設定もできること。薬剤成分によるチェックでも可とする。	○
D. 28. 1. 41	エラー、警告、メッセージなどの情報を、薬剤入力時、Rp入力時点でオーダ入力画面上で確認でき、オーダ確定する際にも確定前チェック確認画面として情報を表示できること。薬剤入力時やRp. 確定時など適切なタイミングでチェックがかかる形でも可とする。	○
D. 28. 1. 42	麻薬の識別表示（表示色を変える）ができること。方法は問わない。	○
D. 28. 1. 43	麻薬を選択したとき、麻薬施用者番号が利用者マスタに設定されている医師のみが入力可能なようにチェックができること。	○
D. 28. 1. 44	1Rp内に麻薬と一般薬を混在させることができること。	○
D. 28. 1. 45	注射オーダ入力、発行済み注射の修正、会計済み注射の修正について、職種により操作の限定ができること。ロック解除可能な職種が制限されている形でも可とする。	○
D. 28. 1. 46	患者にオーダ済みの注射オーダの状況を、カレンダー形式で参照し（注射カレンダー表示）、流用（D0）ができること。	○
D. 28. 1. 47	オーダの進捗状況（未実施/実施済み等）により、識別表示ができること。	○
D. 28. 1. 48	院内共通、診療科別、医師別セットを利用し、注射オーダの登録ができること。	○
D. 28. 1. 49	オーダ情報を医事会計システム、薬剤管理システム等に送信できること。	○
D. 28. 1. 50	条件付き指示（必要時指示）の注射オーダ入力ができること。	○
D. 28. 1. 51	必要時注射オーダを入力時、指定した有効期間内に禁忌薬剤が処方されているかのチェックを行うことができること。	○
D. 28. 2	注射指示カレンダー	—
D. 28. 2. 1	注射指示状況を一覧するカレンダー画面を有すること。各指示の進捗を表示し、以下の機能要件を満たすこと。	○
D. 28. 2. 2	表示開始する基準日が設定できること。基準日は当センターと調整すること。また、基準日が固定値であれば当センターへ説明すること。	○
D. 28. 2. 3	表示期間の基準日を日送り、週送り、またはカレンダー画面からの選択で指定でき、表示期間に存在する注射オーダが表示されること。	○
D. 28. 2. 4	ワンクリックで注射実施カレンダーへ切替表示ができること。	○
D. 28. 2. 5	注射指示カレンダーの基準日を変更すると、注射実施カレンダーを表示した際に注射実施カレンダーの基準日も同じ日付に変更されて表示できること。	○
D. 28. 2. 6	注射指示カレンダーで日付を選択して注射オーダ入力画面を起動した場合、その日時を投与日の規定値としてオーダを作成できること。	○
D. 28. 2. 7	注射指示カレンダーで日付を選択して1日分のオーダをコピーし、別の日に貼り付けられること。	○
D. 28. 2. 8	注射オーダ内容（手技、注射薬剤名、時間、使用量、速度）をカレンダー内に表示できること。	○
D. 28. 2. 9	投与日に進捗（未実施、実施中、実施済、中止又は未実施確定）を記号で表示できること。	○
D. 28. 2. 10	D0モードに切り替え、ワンクリックでD0できること。	○
D. 28. 2. 11	詳細表示モードに切り替え、ワンクリックでオーダの1回詳細を表示できること。	○
D. 28. 2. 12	同一内容のオーダであれば、注射指示カレンダー上で一行に集約して表示できること。	○
D. 28. 2. 13	オーダにコメントがついている場合、コメント内容を確認できること。	○

D. 28. 2. 14	1日の注射オーダー詳細を表示でき、各オーダーの進捗、薬剤名称、使用量、実施時間、各種コメント、点滴速度の確認ができること。	○
D. 28. 2. 15	薬剤コメント・用法コメントがある場合、コメント内容が確認できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 28. 2. 16	1日の注射オーダー詳細を表示でき、進捗、薬剤名称、使用量、実施時間、各種コメント、点滴速度を確認できること。	○
D. 28. 2. 17	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、ルート切り替えができること。	○
D. 28. 2. 18	注射指示カレンダーから対象ルートを選択し、ルート修正ができること。	○
D. 28. 2. 19	注射オーダーを流用してオーダーできること。締切時間によって自動的に登録方法が切り替わること。	○
D. 28. 2. 20	注射オーダーを指定日にD0できること。締切時間によって自動的に登録方法が切り替わること。	○
D. 28. 2. 21	注射オーダーを同日の別時間に時間指定してD0できること。締切時間によって自動的に登録方法が切り替わること。	○
D. 28. 2. 22	D0時には、禁忌チェックなどの各種チェックを行うことができること。	○
D. 28. 2. 23	D0時のチェックにかかった場合、D0対象オーダーの内容が入力された注射入力画面を起動できること。	○
D. 28. 2. 24	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、時刻修正できること。	○
D. 28. 2. 25	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、その内容を修正できること。	○
D. 28. 2. 26	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、減量修正をできること。	○
D. 28. 2. 27	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、投与回数1回ごとに個別に中止できること。	○
D. 28. 2. 28	注射指示カレンダーから対象オーダーを選択し、対象オーダー以降の注射オーダーを中止できること。	○
D. 28. 2. 29	注射指示カレンダー上で、一般注射とレジメンの注射が表示できること。	○
D. 28. 3	注射実施カレンダー	—
D. 28. 3. 1	注射実施状況を一覧するカレンダー画面を有すること。各指示の進捗を表示し、以下の機能要件を有すること。	○
D. 28. 3. 2	表示内容にフィルタがかかっている場合、表示条件画面からフィルタ状況が確認できること。	○
D. 28. 3. 3	表示期間の基準日を日送り、週送り、または日付カレンダー画面からの選択で指定でき、表示期間に存在する注射オーダーが表示されること。	○
D. 28. 3. 4	ワンクリックで注射指示カレンダーへ切替表示ができること。	○
D. 28. 3. 5	注射実施カレンダーの基準日を変更すると、注射指示カレンダーの基準日も同じ日付に変更されて表示できること。	○
D. 28. 3. 6	注射実施カレンダーで日付を選択して注射オーダー入力画面を起動した場合、その日時を規定値としてオーダーを作成できること。	○
D. 28. 3. 7	注射オーダー内容（手技、注射薬剤名、時間（予定・実績）、使用量、速度）をカレンダー内に表示できること。	○
D. 28. 3. 8	投与時間帯ごとに進捗（未実施、受付、実施済）が判別できる表示ができること。例：記号、文字、略称	○
D. 28. 3. 9	同一内容のオーダーであれば、注射実施カレンダー上で一行に集約して表示できること。	○
D. 28. 3. 10	ルート、手技、薬剤名、使用量、速度（初速）ごとにまとめて薬剤を表示でき、指示速度は一目で確認できること。	○
D. 28. 3. 11	麻薬が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 28. 3. 12	1回の注射オーダー詳細を表示でき、薬剤名称、使用量、各種コメント、点滴速度を確認できること。	○
D. 28. 3. 13	注射実施カレンダーから対象オーダーを選択し、ルート切り替えができること。	○
D. 28. 3. 14	変更ルート候補には、該当の注射オーダー実施時に有効なルートが表示され、選択できること。	○
D. 28. 3. 15	注射実施カレンダーから対象ルートを選択するか入力画面を起動し、ルート修正ができること。	○
D. 28. 3. 16	注射実施カレンダーから対象オーダーを選択し、その内容を修正できること。	○
D. 28. 3. 17	注射実施カレンダーから対象オーダーを選択し、時刻修正できること。	○
D. 28. 3. 18	注射実施カレンダーから対象オーダーを選択し、速度変更できること。実施前の速度変更は上書きで表示されること。	○
D. 28. 3. 19	速度の変更指示を入力できること。	○
D. 28. 3. 20	実施中の注射の速度変更ができること。	○
D. 28. 4	他機能連携	—
D. 28. 4. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 28. 5	注射オーダー一覧	—
D. 28. 5. 1	薬剤部門等で注射オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する処方オーダーが出された患者一覧のように画面確認できる機能を提供すること。方法は問わない。	○
D. 29	レジメンオーダー	—
D. 29. 1	レジメンマスタ	—
D. 29. 1. 1	レジメンを作成し管理ができること。	○
D. 29. 1. 2	レジメンマスタは成分薬剤で登録ができること。	○
D. 29. 1. 3	成分薬剤ごとに設定された単位を各種画面に表示することができること。	○
D. 29. 1. 4	作成したレジメンが一覧表示できること。	○
D. 29. 1. 5	レジメンマスタ一覧は、診療科ごとに、分類で並び替えまたは絞り込み表示できること。	○
D. 29. 1. 6	あらかじめ登録されたレジメンを流用し、新規のレジメンとして登録ができること。	○
D. 29. 1. 7	登録されたレジメンは、内容の修正、削除ができること。	○
D. 29. 1. 8	注射オーダーの指示内容としては、注射薬剤、手技、投与量、点滴時間・速度、投与日の登録ができること。	○
D. 29. 1. 9	速度を指定した際は、速度コメントを入力できること。	○
D. 29. 1. 10	成分薬剤ごとに投与量範囲を設定できること。範囲指定、上限値のみ、下限値のみの任意の設定ができること。	○
D. 29. 1. 11	レジメンマスタ作成時、カレンダー上のRPの表示順は任意に並び替えができること。	○

D. 29. 1. 12	レジメンごとに薬剤の投与量範囲を設定できること。	○
D. 29. 1. 13	レジメン適用後に、割合変更などで上記投与量を超える場合には警告メッセージを表示すること、または登録不可の制御ができること。	○
D. 29. 2	レジメン登録	—
D. 29. 2. 1	レジメン一覧から適用するレジメンを選択し、レジメンの適用ができること。	○
D. 29. 2. 2	患者に適用済みレジメンを流用し、新規にレジメンの適用ができること。	○
D. 29. 2. 3	レジメン適用画面で診療科を指定し、適用可能なレジメンを絞り込むことができること。	○
D. 29. 2. 4	レジメン適用時に、注射薬・内服薬の同時適用ができること。	○
D. 29. 2. 5	レジメン適用時に、クール数の入力ができるか、または自動反映ができること。	○
D. 29. 2. 6	レジメン流用時に、クール数の入力ができるか、または自動反映ができること。	○
D. 29. 2. 7	レジメン適用画面では、レジメンコード、レジメン名称が表示され、休薬期間、コメント、有効期間が確認できること。	○
D. 29. 2. 8	レジメン適用時に、以下のパラメータの表示・登録ができること。・身長、体重、更新日・体表面積（自動計算表示）・GFRの算出・AUC	○
D. 29. 2. 9	レジメン流用時に、以下のパラメータの表示・登録ができること。・身長、体重、更新日・体表面積（自動計算表示）・GFRの算出・AUC	○
D. 29. 2. 10	抗がん剤を入力する場合、使用量決定に用いるパラメータの指定ができること。	○
D. 29. 2. 11	患者の身長、体重、クレアチニン検査結果の値が確認できる仕組みを提供すること。なお、身長、体重、クレアチニン検査結果の測定日があるとなおよい。	○
D. 29. 2. 12	体重テキスト入力値が身長テキスト入力値を上回っている場合、注意喚起のメッセージを表示することができること。	○
D. 29. 2. 13	上記身長、体重をもとに、設定された計算式で算出された標準体重、および係数を乗算して算出される体表面積が表示されること。体表面積を求める計算式は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 29. 2. 14	GFRについては以下の計算結果から最も近い値を選択できること。・クレアチニクレアランスの数値入力により体表面積補正・Cockcroft-Gault式・Jelliffe式・実測値	○
D. 29. 2. 15	GFRについては、検査結果から引用した計算結果を基に、医師が任意の投与量を入力できること。	○
D. 29. 2. 16	決定GFRに基づいたGFR+25の値が表示されること。	○
D. 29. 2. 17	AUCについては、計算式GFR+25のとき入力可能となり、入力内容を基準投与量にできること。	○
D. 29. 2. 18	身長については、患者基本オーダで登録済みであるときには、登録値の既定値が表示できること。また、患者基本オーダで登録済みであるときには、体重も規定値表示し、参照できること。	○
D. 29. 2. 19	パラメータ決定時には、体表面積最大値、身長・体重のチェックができること。	○
D. 29. 2. 20	投与量変更画面では、投与基準量と割合、割合適用投与量が表示できること。	○
D. 29. 2. 21	適用薬剤の割合、使用量の直接入力ができること。または、規格使用量は薬剤の使用量から適切な本数がオーダできること。	○
D. 29. 2. 22	パラメータの変更ができること。	○
D. 29. 2. 23	クール数の変更ができること。	○
D. 29. 2. 24	適用開始日の入力ができること。	○
D. 29. 2. 25	患者に対して適用したレジメンが一覧表示できること。	○
D. 29. 2. 26	適用レジメン一覧では、患者ID・患者氏名、レジメン名称、開始日・終了日などが表示できること。他に表示できる項目があれば導入時に当センターと調整すること。	○
D. 29. 2. 27	レジメン適用時に、休薬期間チェックができること。	○
D. 29. 2. 28	レジメンカレンダーでは、投与薬剤、手技等と投与スケジュールが表示できること。	○
D. 29. 2. 29	レジメンカレンダーでは、処方・注射の薬剤名、用法、一回投与量が表示できること。	○
D. 29. 2. 30	日数追加、日数削除、開始日変更ができること。	○
D. 29. 2. 31	薬価から最も安価な組み合わせを選択し、注射薬の規格最適化処理が行われること。	○
D. 29. 2. 32	オーダ情報を薬剤部門システムへ送信できること。	○
D. 29. 2. 33	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 29. 3	レジメンマスタ薬剤一括変換	—
D. 29. 3. 1	レジメンマスタに含まれる指定した薬剤を一括で変換できること。	○
D. 29. 4	他機能連携	—
D. 29. 4. 1	レジメンオーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 29. 4. 2	オーダの実施状況は一覧プログラムで確認できること。	○
D. 29. 5	レジメン一覧	—
D. 29. 5. 1	化学療法実施当日の薬剤の進捗状況が把握できる画面を提供すること。方法は問わない。例：調剤進捗（未調整、調整中、一部終了、調整終了、中止、終了など）	○
D. 29. 5. 2	レジメン一覧は、期間を指定して検索できること。	○
D. 29. 5. 3	レジメン一覧から指定したレジメンカレンダーを参照できること。	○
D. 29. 6	レジメン承認	—
D. 30	服薬指導オーダ	—
D. 30. 1	服薬指導オーダ登録	—
D. 30. 1. 1	服薬指導依頼情報の入力ができること。また、登録済みの服薬指導オーダ情報が一覧表示できること。	○
D. 30. 1. 2	服薬指導の指導内容、指導対象者、コメントの登録ができること。タイミングは問わない。	○
D. 30. 1. 3	服薬指導依頼表の印刷またはカレンダーなどで確認ができること。	○
D. 31	検体検査オーダ	—
D. 31. 1	検体検査オーダ登録	—
D. 31. 1. 1	生化学、血液、血清、および一般の各検査をオーダ対象とできること。	○
D. 31. 1. 2	検査室別・機能別の検査項目画面の設定ができること。	○
D. 31. 1. 3	採取日を当日に自動設定ができること。	○
D. 31. 1. 4	採取日が日付未定のままでもオーダができること。	○

D. 31. 1. 5	設定により、検査項目の検索ができること。	○
D. 31. 1. 6	コメント入力および検体変更入力ができること。	○
D. 31. 1. 7	負荷検査については、負荷薬剤および負荷時間の選択ができること。	○
D. 31. 1. 8	検体検査オーダーごとに至急の検査指定ができること。	○
D. 31. 1. 9	検体検査オーダーの保険の選択・変更ができること。方法や制約は問わない。	○
D. 31. 1. 10	予約オーダーとの連動により、検査項目の予約取得ができること。	○
D. 31. 1. 11	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。	○
D. 31. 1. 12	重複チェック時に、重複した検査項目について、選択した検査項目のみ取消しするか、重複した検査項目を全て取消するか、重複した検査項目も全てオーダーするかの選択ができること。	○
D. 31. 1. 13	設定により検査項目の複数オーダーセット登録ができること。	○
D. 31. 1. 14	検査項目の有効期限切れをチェックができること。	○
D. 31. 1. 15	医師はラベル未発行のみ修正可能、検査技師は未発行、発行済みとも修正可能というように、各々職種により操作可能な範囲の限定ができること。	○
D. 31. 1. 16	オーダーのセット登録ができること。分類分けなど付加される機能は、導入時に当センターと調整すること。	○
D. 31. 1. 17	検査オーダーの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。	○
D. 31. 1. 18	オーダー情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 31. 1. 19	検体検査オーダー確定時にあらかじめ設定された文書が表示できること。方法は問わない。	○
D. 31. 1. 20	上記は検査項目ごとに異なる文書を設定できること。また、病院職員にてメンテナンスができるツールを提供すること。方法は問わない。	○
D. 31. 2	他機能連携	—
D. 31. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 31. 3	病棟採血管確認機能	—
D. 31. 3. 1	病棟単位に発行済みの検体一覧が表示できること。	○
D. 31. 3. 2	検体ラベルおよび採取一覧表の印刷ができること。	○
D. 31. 3. 3	検体ラベルを各病棟のプリンタに印刷ができること。	○
D. 31. 3. 4	指示日の採取一覧表を各病棟のプリンタに印刷ができること。	○
D. 32	検体検査結果照会	—
D. 32. 1	検体検査結果の取り込み	—
D. 32. 1. 1	臨床検査システムから検体検査結果情報の取得ができること。	○
D. 32. 1. 2	感染情報を患者基本情報に自動で取り込みができること。	○
D. 32. 2	一覧結果照会	—
D. 32. 2. 1	一般・血液・生化学等のサマリ（報告書）単位の検体検査結果が表示できること。また、対象オーダーの依頼元、畜尿量・時間、付加コメント、依頼コメント、検体コメントが表示できること。検体もしくは、報告書区分の指定により、データの絞込みができること。	○
D. 32. 2. 2	検査項目の正常値範囲の数値ガイドと単位が表示できること。	○
D. 32. 2. 3	異常値の検査項目については、色（上限値を超えるときには赤、下限値を下まわるときには青）を変えて表示できること。	○
D. 32. 2. 4	検体検査結果データを外部記録媒体にCSVまたはExcelファイルで抽出ができること。方法は問わない。	○
D. 32. 2. 5	検体検査結果データをテキスト形式でコピーができること。方法は問わない。	○
D. 32. 3	時系列およびグラフ結果照会	—
D. 32. 3. 1	一覧結果照会にて選択された項目の検査結果を、時系列に表示できること。	○
D. 32. 3. 2	検査結果時系列セットからあらかじめセット化された検査結果項目を時系列に表示できること。セット編集は権限設定により操作を限定できること。	○
D. 32. 3. 3	検査項目の正常値範囲の数値ガイドと単位が表示できること。	○
D. 32. 3. 4	異常値の検査項目については、色（上限値を超えるときには赤、下限値を下まわるときには青）を変えて表示できること。	○
D. 32. 3. 5	時系列画面出力指示一覧から、選択したオーダーを含む過去数回分の時系列データの出力ができること。	○
D. 32. 3. 6	一覧結果照会にて選択された項目の検査結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。	○
D. 32. 3. 7	時系列結果照会で選択された項目の検査結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。	○
D. 33	細菌検査オーダー	—
D. 33. 1	細菌検査オーダー登録	—
D. 33. 1. 1	検査室別・機能別の検査項目画面の設定ができること。	○
D. 33. 1. 2	採取日を当日に自動設定ができること。	○
D. 33. 1. 3	採取日が日付未定のままでもオーダーができること。	○
D. 33. 1. 4	材料、検査方法、目的菌、コメント等指定ができること。	○
D. 33. 1. 5	予約オーダーとの連動により、検査項目の予約取得ができること。	○
D. 33. 1. 6	検査項目の有効期限切れのチェックができること。	○
D. 33. 1. 7	医師はラベル未発行のみ修正可能、検査技師は未発行、発行済みとも修正可能というように、各々職種により操作可能な範囲を限定できること。	○
D. 33. 1. 8	院内共通、診療科別、医師別のセットを利用し、検査項目のオーダー入力ができること。	○
D. 33. 1. 9	セット登録したセットオーダーを簡便な操作でオーダー発行ができること。	○
D. 33. 1. 10	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 33. 1. 11	細菌検査オーダーの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。	○
D. 33. 1. 12	オーダー情報をラベルプリンタ、オートラベラー、臨床検査システムへ送信できること。	○
D. 33. 1. 13	オーダー情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 33. 2	他機能連携	—
D. 33. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 33. 3	採取指示票・検体ラベル個別発行	—

D. 33. 3. 1	発行指示により検体ラベルの印刷ができること。出力先のプリンタは導入時に調整すること。	○
D. 33. 4	病棟採血管確認機能	—
D. 33. 4. 1	病棟単位に発行済みの検体一覧が表示できること。	○
D. 33. 4. 2	検体ラベルを各病棟のプリンタに印刷ができること。	○
D. 34	細菌検査結果照会	—
D. 34. 1	細菌検査結果照会	—
D. 34. 1. 1	感受性試験結果が表示できること。細菌検査システムから連携する必要がある場合は細菌検査システムから取得して表示させること。提案内容により加点評価する。	●
D. 34. 1. 2	検査結果データをテキスト形式でコピーができること。	○
D. 35	病理オーダー	—
D. 35. 1	病理オーダー登録	—
D. 35. 1. 1	病理検査（組織、細胞）オーダー情報の入力ができること。また、オーダー情報を確定登録ができること。	○
D. 35. 1. 2	分類画面からの選択登録ができること。	○
D. 35. 1. 3	組織診では、検査種、検査目的、検体採取日、職業、喫煙歴、飲酒歴、妊娠有無（女性の場合）、最終月経期間（女性の場合）、分娩回数（女性の場合）、流産回数（女性の場合）、授乳中サイン、使用ホルモン剤の種類、ホルモン剤の使用量、ホルモン剤の使用期間、臨床診断、臨床経過・検査結果、局所（手術）所見、臓器、病名、材料数、固定方法、治療方法、放射線照射量、移植の有無の登録ができること。すべてが表示できない場合は導入時に説明して、担当者と相談すること。	○
D. 35. 1. 4	検査種は、採取法、検査種の登録ができること。	○
D. 35. 1. 5	フリー入力ができること。登録した内容は、医師セットとしてセット登録ができること。	○
D. 35. 1. 6	材料数の入力ができ、ラベル発行時に材料数分のラベルの印刷ができること。	○
D. 35. 1. 7	細胞診では、検体採取日、妊娠有無（女性の場合）、最終月経期間（女性の場合）、分娩回数（女性の場合）、流産回数（女性の場合）、授乳中サイン、使用ホルモン剤の種類、ホルモン剤の使用量、ホルモン剤の使用期間、臨床経過、材料・採取法、病名、材料数、左右指定、治療方法、放射線照射量、移植の有無の登録ができること。すべてが表示できない場合は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 35. 1. 8	材料数の入力ができ、ラベル発行時に材料数分のラベルの印刷ができること。	○
D. 35. 1. 9	病理検査依頼指示箋、採取ラベルの印刷ができること。	○
D. 35. 1. 10	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 35. 1. 11	オーダー情報を部門システムへ送信できること。	○
D. 35. 1. 12	オーダー情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 35. 2	他機能連携	—
D. 35. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 35. 2. 2	オーダー発行、実施した日付を経過表に表示できること。	○
D. 35. 3	病理オーダー一覧	—
D. 35. 3. 1	電子カルテで病理オーダーが発行された患者一覧が表示できること。方法は問わない。一覧に表示できる項目や抽出条件などは導入時に当センターと調整すること。	○
D. 36	輸血オーダー	—
D. 36. 1	輸血オーダー登録	—
D. 36. 1. 1	患者の輸血に関する輸血基本情報として、血液型（ABO型、Rh型）、不規則抗体、輸血歴の登録ができること。	○
D. 36. 1. 2	輸血基本情報の登録履歴が表示できること。	○
D. 36. 1. 3	血液型は、患者基本オーダーで登録済みの情報を自動的に反映できること。	○
D. 36. 1. 4	患者基本オーダーで登録済みの感染情報が表示できること。	○
D. 36. 1. 5	検査結果情報が表示できること。	○
D. 36. 1. 6	利用者の職種により、入力の制限ができること。	○
D. 36. 1. 7	輸血オーダーは緊急の判別ができること。方法は問わない。	○
D. 36. 1. 8	製剤請求情報として、依頼血液型、依頼Rh型、病名、出庫先、使用目的、緊急度（通常、緊急）、手術術式、輸血予定日、製剤名とその数量の入力ができること。	○
D. 36. 1. 9	依頼血液型、依頼Rhは既定値として該当患者の血液型が表示できること。	○
D. 36. 1. 10	患者の血液型と異なる製剤の登録を行うときは、確認ウィンドウが表示できること。	○
D. 36. 1. 11	病名登録については、病名オーダーで登録された患者の病名一覧から選択ができること。	○
D. 36. 1. 12	輸血実施後の感染症防止のため、最終輸血実施日より指定期間内に感染症の検査オーダーがない対策として、該当患者を抽出できるか、強制的に検査オーダーを発行する仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 36. 1. 13	輸血同意書の印刷ができること。	○
D. 36. 1. 14	製剤請求依頼書の印刷ができること。	○
D. 36. 1. 15	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 36. 1. 16	オーダー情報を輸血部門システムへ送信できること。	○
D. 36. 2	自己血採血情報	—
D. 36. 2. 1	自己血採血依頼情報として病名、術式、手術予定日、目標貯血量、依頼コメント（予想出血量、循環血液量など）、輸血部への連絡事項の登録ができること。連絡事項の項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 36. 2. 2	採血予定日ごとの採血量の入力ができること。また、製剤種（保存方法）・採血場所・フリー入力でコメントの入力ができること。	○
D. 36. 2. 3	病名オーダーで登録された患者の病名一覧から選択ができること。	○
D. 36. 2. 4	同意書の印刷ができること。	○
D. 36. 2. 5	自己血採血依頼書の印刷ができること。	○
D. 36. 2. 6	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 36. 3	自己血貯血照会	—

D. 36. 3. 1	採血日（期間）の指定により患者の自己血情報の一覧が表示できること。	○
D. 36. 3. 2	一覧には、自己血貯血に関する情報が表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 36. 4	輸血実施入力	—
D. 36. 4. 1	患者に在庫されている製剤の内容の一覧が表示できること。	○
D. 36. 4. 2	一覧には、製剤種別、有効期限、在庫日、在庫、実施部署、実施日、実施区分が表示できること。	○
D. 36. 4. 3	ハンスキャナを利用してロットNO. のバーコードを読み取りができること。	○
D. 36. 4. 4	実施入力済みの情報に対して、5分後、15分後、終了時の副作用情報の登録ができること。副作用情報は、あらかじめマスタ設定した項目から選択ができること。	○
D. 36. 4. 5	輸血実施入力画面において開始時間・終了時間を登録できること。	○
D. 36. 5	他機能連携	—
D. 36. 5. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 36. 5. 2	オーダ発行、実施した日付を経過表に表示できること。	○
D. 36. 6	輸血オーダー一覧	—
D. 36. 6. 1	登録日または予定日を指定して、輸血オーダーの状況を一覧形式で表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 36. 6. 2	輸血オーダー一覧には、緊急区分、予定日、登録日、患者ID、患者氏名、血液型、RH型、製剤請求、数量、指示医、進捗、コメント、手術予定日（自己血採血依頼票の場合）、目標貯血量（自己血採血依頼票の場合）、依頼医（自己血採血依頼票の場合）、実施進捗（自己血採血依頼票の場合）が表示できること。また、表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 36. 6. 3	輸血オーダー一覧に表示される対象を条件を設定して絞り込みができること。方法は問わない。	○
D. 37	生理検査オーダ	—
D. 37. 1	生理検査オーダ登録	—
D. 37. 1. 1	生理検査の各検査をオーダ対象にできること。	○
D. 37. 1. 2	検査種別の検査項目画面の設定ができること。	○
D. 37. 1. 3	生理検査オーダは緊急指示が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 37. 1. 4	病名、検査目的、特別指示およびその他詳細の依頼情報入力ができること。	○
D. 37. 1. 5	検査に関わるコメントやシェーマの詳細情報入力ができること。また、この入力を省略するときは、既定値を自動的に設定できること。	○
D. 37. 1. 6	検査日が日付未定のままでもオーダができること。	○
D. 37. 1. 7	予約の必要な検査項目については、予約オーダとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査の入力ができること。	○
D. 37. 1. 8	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。	○
D. 37. 1. 9	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。	○
D. 37. 1. 10	緊急オーダとして新規オーダを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダができること。また、セットにも緊急区分が引き継がれること。	○
D. 37. 1. 11	オーダ中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダに関して、予約の取り消しが自動的にできること。	○
D. 37. 1. 12	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。	○
D. 37. 1. 13	患者基本オーダとの連動により、ペースメーカー等の体内金属や造影剤禁忌のチェックができること。	○
D. 37. 1. 14	検査項目ごとに締め切り時間の設定ができること。	○
D. 37. 1. 15	検査後に事後（過去日付含む）のオーダ入力ができること。	○
D. 37. 1. 16	オーダ終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。	○
D. 37. 1. 17	オーダ登録時に予約票を印刷するか否かの指定ができること。	○
D. 37. 1. 18	セット利用による、前投薬（処方オーダ）、処置（処置オーダ）を合わせたオーダができること。	○
D. 37. 1. 19	オーダ履歴画面から流用（D0、オーダコピー）してオーダ発行ができること。	○
D. 37. 1. 20	オーダ情報を生理検査システムへ送信できること。また、生理検査システムで実施入力されたデータを、オーダおよび医事会計システムへ送信できること。	○
D. 37. 2	他機能連携	—
D. 37. 2. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 37. 3	検査依頼票発行	—
D. 37. 3. 1	生理検査部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。	○
D. 37. 4	生理検査オーダー一覧	—
D. 37. 4. 1	検査部門等でオーダ内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する生理検査オーダーが出された患者一覧が表示できること。入外区分、オーダ日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞り込みができること。	○
D. 37. 4. 2	生理検査オーダー一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種などが表示できること。また、表示項目は当センターと調整すること。	○
D. 37. 4. 3	一覧よりオーダを選択するとオーダの詳細内容が表示できること。	○
D. 37. 4. 4	発行されたオーダの受付処理ができ、オーダ進捗を受付済みにできること。	○
D. 37. 4. 5	個別オーダーの削除ができること。	○
D. 37. 4. 6	予約票、依頼票の再発行ができること。	○
D. 37. 4. 7	生理検査システムを導入しない場合、各検査項目ごとに、患者受付や実施入力ができること。	○
D. 37. 4. 8	オーダ入力、受付済み分の修正、未実施分の修正、実施済み、一部実施済み分の修正、会計済み分の修正について、各々職種により操作を限定できること。	○
D. 38	放射線オーダ	—

D. 38. 1	放射線オーダー登録	—
D. 38. 1. 1	単純撮影、断層撮影、MRI検査、CT検査、超音波検査、病棟撮影、消化管造影検査、血管造影検査、核医学検査などの各検査をオーダー対象とできること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 38. 1. 2	撮影種別・検査種別の検査項目画面の設定ができること。	○
D. 38. 1. 3	放射線オーダーは保険の選択や変更ができること。方法や制約は問わない。	○
D. 38. 1. 4	放射線オーダーは緊急度が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 38. 1. 5	病名、検査目的、特別指示およびその他詳細の依頼情報入力ができること。	○
D. 38. 1. 6	フィルム、薬剤、器材、手技、撮影条件、スライス数、コメントおよびシェーマの詳細情報入力ができること。	○
D. 38. 1. 7	検査日が日付未定のままでもオーダーができること。	○
D. 38. 1. 8	予約の必要な検査項目については、予約オーダーとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査の入力ができること。	○
D. 38. 1. 9	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。	○
D. 38. 1. 10	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。	○
D. 38. 1. 11	緊急オーダーとして新規オーダーを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダーができること。また、セットにも緊急区分が引き継がれること。	○
D. 38. 1. 12	オーダー中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダーに関して、予約の取り消しが自動的にできること。	○
D. 38. 1. 13	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。	○
D. 38. 1. 14	患者基本オーダーとの連動により、ペースメーカー等の体内金属や造影剤禁忌のチェックができること。	○
D. 38. 1. 15	検査項目ごとに締め切り時間の設定ができること。設定できる範囲内で当センターと調整すること。	○
D. 38. 1. 16	検査後に事後（過去日付含む）のオーダー入力ができること。	○
D. 38. 1. 17	オーダー終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。	○
D. 38. 1. 18	オーダー登録時に予約票を印刷するか否かを指定できること。方法は問わない。	○
D. 38. 1. 19	院内共通、診療科別、医師別のセットを利用し、放射線のオーダー入力ができること。	○
D. 38. 1. 20	セット利用による、前投薬（処方オーダー）、処置（処置オーダー）を合わせたオーダーができること。	○
D. 38. 1. 21	セット登録した放射線オーダーを簡便な操作でオーダー発行できること。	○
D. 38. 1. 22	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 38. 2	他機能連携	—
D. 38. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 38. 3	検査依頼票発行	—
D. 38. 3. 1	放射線部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。	○
D. 38. 4	放射線オーダー一覧	—
D. 38. 4. 1	放射線部門等でオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する放射線オーダーが出された患者一覧が表示できること。入外区分、オーダー日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞込みができること。	○
D. 38. 4. 2	放射線オーダー一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種などが表示できること。表示できる項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 38. 4. 3	一覧よりオーダーを選択するとオーダーの詳細内容が表示できること。	○
D. 38. 4. 4	発行されたオーダーの受付処理ができ、オーダー進捗を受付済みにできること。	○
D. 38. 4. 5	放射線オーダーは個別でオーダーの削除ができること。	○
D. 38. 4. 6	予約票、依頼票の再発行ができること。	○
D. 38. 4. 7	放射線情報システムを導入しない場合、放射線部門での患者受付および実施入力（薬剤・器材・フィルムの登録を含む）ができること。	○
D. 38. 4. 8	オーダー入力、受付、実施、実施取り消しを資格により操作を限定できること。	○
D. 39	内視鏡オーダー	—
D. 39. 1	内視鏡オーダー登録	—
D. 39. 1. 1	内視鏡検査の各検査をオーダー対象とできること。	○
D. 39. 1. 2	撮影種別・検査種別の検査項目画面の設定ができること。	○
D. 39. 1. 3	内視鏡オーダーは保険の選択や変更ができること。方法や制約は問わない。	○
D. 39. 1. 4	内視鏡オーダーは緊急指示が判別できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 39. 1. 5	病名、検査目的、特別指示およびその他詳細の依頼情報入力ができること。	○
D. 39. 1. 6	フィルム、薬剤、器材、手技、撮影条件、スライス数、コメントの詳細情報入力ができること。	○
D. 39. 1. 7	検査日が日付未定のままでもオーダーができること。	○
D. 39. 1. 8	予約の必要な検査項目については、予約オーダーとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査の入力ができること。	○
D. 39. 1. 9	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。	○
D. 39. 1. 10	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。	○
D. 39. 1. 11	緊急オーダーとして新規オーダーを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダーができること。また、セットにも緊急区分が引き継がれること。	○
D. 39. 1. 12	オーダー中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダーに関して、予約の取り消しが自動的にできること。	○
D. 39. 1. 13	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。	○
D. 39. 1. 14	オーダー終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。	○
D. 39. 1. 15	オーダー登録時に予約票を印刷するか否かの指定ができること。印刷可否の設定ができること。方法は問わない。	○

D. 39. 1. 16	院内共通、診療科別、医師別、セットを利用し、内視鏡検査項目のオーダー入力ができること。	○
D. 39. 1. 17	セット利用による、前投薬（処方オーダー）、処置（処置オーダー）を合わせたオーダーができること。	○
D. 39. 1. 18	セット登録されたセットを簡便な操作でオーダー発行ができること。	○
D. 39. 1. 19	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 39. 1. 20	オーダー情報を内視鏡システムへ送信できること。また、内視鏡システムで実施入力されたデータを、オーダーおよび医事会計システムへ送信できること。	○
D. 39. 2	他機能連携	—
D. 39. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 39. 3	検査依頼票発行	—
D. 39. 3. 1	生理検査部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。	○
D. 39. 4	内視鏡オーダー一覧	—
D. 39. 4. 1	内視鏡部門等でオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する内視鏡オーダーが出された患者一覧が表示できること。入外区分、オーダー日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞り込みができること。	○
D. 39. 4. 2	内視鏡オーダー一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種など表示ができること。また、表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 39. 4. 3	一覧よりオーダーを選択するとオーダーの詳細内容が表示できること。	○
D. 39. 4. 4	発行されたオーダーの受付処理ができ、オーダー進捗を受付済みにできること。	○
D. 39. 4. 5	個別オーダーの削除ができること。方法は問わない。	○
D. 39. 4. 6	内視鏡システムを導入しない場合、各検査項目ごとに、患者受付や実施入力ができること。	○
D. 39. 4. 7	オーダー入力、受付、実施、実施取り消しを職種や権限設定により操作を限定できること。	○
D. 40	手術申込みオーダー	—
D. 40. 1	手術予定・依頼登録	—
D. 40. 1. 1	手術予定および依頼登録として、手術日、入室時間（手術開始予定時間）、順序、所要時間（手術所要予定時間）、術前病名、術式、準備血液、体位、部位、麻酔法、機器、材料、希望手術室、主治医、執刀医、麻酔医、その他医師、コメントの登録ができること。	○
D. 40. 1. 2	病名登録については、病名オーダーで登録された患者の病名一覧から選択ができること。	○
D. 40. 1. 3	締切時間チェックを行い、予定、依頼入力可能期間の制限ができること。	○
D. 40. 1. 4	術式を選択することにより、あらかじめ設定された器機、材料の項目が自動表示できること。	○
D. 40. 1. 5	手術枠の設定ができること。	○
D. 40. 1. 6	手術申込みオーダーで登録した内容を手術予定・手術依頼のセットへ登録できること。方法は問わない。	○
D. 40. 1. 7	手術申込みオーダーの流用（Do）ができること。	○
D. 40. 2	手術決定登録	—
D. 40. 2. 1	手術日、手術時間（開始時間）、所要時間、手術室、麻酔法、麻酔種類、麻酔医、直接看護師および間接看護師、戻り先等手術決定情報の登録ができること。	○
D. 40. 3	手術実施登録	—
D. 40. 3. 1	入室時間、退出時間、麻酔開始時間、麻酔終了時間、執刀開始時間、執刀終了時間、特記事項、術後病名、保存血液輸血量、準備自己血液量、出血量の手術実績情報の登録ができること。	○
D. 40. 3. 2	実施されたデータは、医事会計システムへ送信できること。	○
D. 40. 4	他機能連携	—
D. 40. 4. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 40. 5	手術帳表印刷	—
D. 40. 5. 1	手術予定・決定登録された情報をもとに、以下の手術帳表の印刷ができること。・手術予定一覧表・手術決定一覧表・手術確認表・薬剤・材料払い出し票・日別手術状況表など。システムによって機能差がある場合は説明して、調整すること。	○
D. 40. 6	手術室状況照会（手術部門以外の部署向け）	—
D. 40. 6. 1	手術室状況照会では、手術状況の一覧表示と手術室状況が表示できること。	○
D. 40. 6. 2	手術状況一覧は、依頼科・在院科、病棟、対象期間、手術進捗の指定により一覧表示の絞り込みができること。	○
D. 40. 6. 3	手術状況一覧表の手術進捗は、予定、依頼、決定、実施、中止のいずれか、またはその組み合わせの選択ができること。	○
D. 40. 6. 4	手術状況一覧表には、患者氏名、患者ID、性別、年齢、術式、手術日、入室時間、所要時間、手術進捗、手術室、依頼科が表示できること。	○
D. 40. 6. 5	一覧から患者を指定してカルテが開けること。	○
D. 40. 6. 6	手術室状況表示では、指定期間における各手術室の予約および使用状況を、タイムテーブル形式（縦軸に手術室、横軸に時間）で表示できること。	○
D. 40. 7	手術申込みチャート（手術部門向け）	—
D. 40. 7. 1	手術部門向けの確認画面として、指定日の手術室状況表示と、手術申込み状況を一覧表示（手術状況一覧）ができること。	○
D. 40. 7. 2	手術室状況表示では、指定日の手術依頼と決定の情報が、タイムテーブル形式（縦軸に手術室、横軸に時間）で表示できること。	○
D. 40. 7. 3	手術室状況表示から、手術依頼に対して手術決定入力や、中止、削除ができること。	○
D. 40. 7. 4	手術室状況表示画面で、ドラック&ドロップで手術時間、手術室の変更ができること。	○
D. 40. 7. 5	手術状況一覧表には、患者氏名、患者ID、性別、年齢、術式、手術日、入室時間、所要時間、手術進捗、手術室、依頼科が表示できること。	○
D. 40. 7. 6	一覧から患者を指定してカルテが開けること。	○
D. 41	リハビリオーダー	—
D. 41. 1	リハビリオーダー登録（依頼箋登録）	—

D. 41. 1. 1	リハビリの依頼内容として、開始日、依頼元科、診断病名、障害名、治療目標、疾病分類、訓練内容が登録できること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 41. 1. 2	新規登録時、利用者の科を依頼元科として初期表示できること。	○
D. 41. 1. 3	診断病名、障害名、治療目的、コメントは複数の内容を登録ができること。	○
D. 41. 1. 4	診断病名の登録については、病名オーダとの連動ができること。	○
D. 41. 1. 5	障害名の登録については、あらかじめマスタ登録された障害名を参照し、その中から選択ができること。また、選択方法は、分類分けに従った絞り込みができること。	○
D. 41. 1. 6	訓練内容については、診療報酬区分、訓練場所、訓練内容、起算日（入院日、発症日、手術日、急性増悪日）、頻度の登録ができること。	○
D. 41. 1. 7	リハビリオーダ確定時に、リハビリ実施計画書等の作成画面が表示できること。または作成を促す表示ができること。	○
D. 41. 1. 8	リハビリ依頼箋の印刷ができること。	○
D. 41. 1. 9	オーダ履歴画面から流用（D0、オーダコピー）してオーダ発行ができること。	○
D. 41. 1. 10	オーダ情報をリハビリシステムへ送信できること。連携インターフェースは双方で調整すること。	○
D. 41. 2	リハビリオーダ登録（予約登録）	—
D. 41. 2. 1	リハビリ予約のある患者を一覧表示できること。	○
D. 41. 2. 2	一覧には、患者ID、患者氏名、依頼元科、病棟、予約時間、指示内容（PT、OT、ST、心理、その他）および予約状況（記号で表示）が表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 41. 2. 3	患者にリハビリ依頼の予約登録ができること。予約内容として、依頼項目および予約日時の入力ができること。また、依頼内容を予約登録時に確認ができること。方法は問わない。	○
D. 41. 2. 4	予約オーダとの連動により、訓練予約を取得できること。	○
D. 41. 2. 5	予約項目1つに対して、複数依頼項目の予約取得ができること。	○
D. 41. 2. 6	指定された予約項目について、予約状況を予約照会一覧に表示できること。	○
D. 41. 3	他機能連携	—
D. 41. 3. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 41. 4	リハビリオーダー一覧（依頼）	—
D. 41. 4. 1	リハビリ部門等でリハビリオーダ内容の確認を行えるよう、指定条件に該当するリハビリオーダが出された患者一覧が表示できること。日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況（例：未受付・受付済など）による絞り込みができること。	○
D. 41. 4. 2	依頼の一覧には、患者ID、患者氏名、依頼元科、入院科、病棟、進捗、疾患分類、指示内容（PT、OT、ST、心理、その他）が表示できること。表示項目は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 41. 4. 3	一覧から患者を指定または、患者IDを入力すると、指定患者のオーダ内容の詳細が表示できること。方法は問わない。	○
D. 41. 4. 4	一覧からオーダを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日のリハビリオーダ詳細がすべて表示できること。方法は問わない。	○
D. 41. 4. 5	一覧から患者を指定してカルテが開けること。	○
D. 42	透析オーダ	—
D. 42. 1	透析オーダ依頼箋情報	—
D. 42. 1. 1	透析依頼情報の表示、編集、登録ができること。方法は問わない。	○
D. 42. 1. 2	透析依頼情報として、依頼日、依頼科、希望日、依頼医師、希望場所の表示、編集、登録ができること。方法は問わない。	○
D. 42. 1. 3	透析依頼箋の発行ができること。方法は問わない。	○
D. 42. 2	他機能連携	—
D. 42. 2. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 43	処置オーダ	—
D. 43. 1	処置オーダ登録	—
D. 43. 1. 1	診療科別処置、病棟別処置および一般処置・緊急処置など区分を分けてオーダ発行しやすい構成にできること。方法は問わない。	○
D. 43. 1. 2	オーダする処置行為を検索できること。	○
D. 43. 1. 3	処置行為に付随する詳細情報として、部位・薬剤・材料・コメント・時間の入力ができること。	○
D. 43. 1. 4	期間での曜日指定および間隔指定により、連続して処置オーダの入力ができること。	○
D. 43. 1. 5	1日に複数回行うとき、その回数の指定ができること。	○
D. 43. 1. 6	事後のオーダ登録ができること。	○
D. 43. 1. 7	患者に指示済みの処置オーダの状況を、カレンダー形式で表示できること。	○
D. 43. 1. 8	予定された指示内容に変更があったときには、実施入力により修正できること。	○
D. 43. 1. 9	院内共通、診療科別、医師別のセットを利用し、処置項目のオーダ入力ができること。なお、セット項目には薬剤・材料・コメントも含めることができること。	○
D. 43. 1. 10	セット登録したセットオーダを簡便な操作でオーダ発行ができること。	○
D. 43. 1. 11	オーダ履歴画面から流用（D0、オーダコピー）してオーダ発行ができること。	○
D. 43. 1. 12	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 43. 1. 13	汎用薬剤の検索、およびCSV出力ができ、薬剤が変更になった場合の置き換え作業に活用できること。方法は問わない。	○
D. 43. 2	実施入力	—
D. 43. 2. 1	患者ごとに処置オーダの実施入力ができること。	○
D. 43. 2. 2	実施入力は、実施日、実施時間、使用量の登録ができること。	○
D. 43. 2. 3	必要に応じて、実施開始時間の入力ができること。	○
D. 43. 2. 4	実施時のコメントの入力ができること。	○
D. 43. 2. 5	実施した内容の中止ができること。	○

D. 43. 2. 6	実施入力した情報を医事会計システムへ送信できること。	○
D. 43. 3	他機能連携	—
D. 43. 3. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 43. 3. 2	オーダ発行、実施した日付を経過表に表示できること。	○
D. 43. 4	処置箋（処置指示票）発行	—
D. 43. 4. 1	外来の処置箋（処置指示票）を、各科処置室のプリンタに患者ごとに印刷ができること。	○
D. 44	指示コメント	—
D. 44. 1	指示コメント	—
D. 44. 1. 1	入院指示やDrコール等のような指示を指示コメントとして登録ができること。	○
D. 44. 1. 2	指示の開始日、有効終了日の登録ができること。また終了日未定の登録ができること。	○
D. 44. 1. 3	指示コメントを指示定型文から選択またはフリー入力により登録ができること。	○
D. 44. 1. 4	指示定型文は、診療科別（内科、全科）に表示された一覧から選択ができること。	○
D. 44. 1. 5	種別は、マスタ管理ができること。	○
D. 44. 1. 6	指示定型文はマスタ管理ができること。	○
D. 44. 1. 7	終了日未定の指示を終了とする場合に、指示終了をクリックにより、操作時点の日時が、終了日に設定できること。	○
D. 44. 1. 8	オーダ履歴画面から流用（D0、オーダコピー）してオーダ発行ができること。	○
D. 44. 1. 9	指示コメントオーダのセット登録ができること。	○
D. 44. 2	他機能連携	—
D. 44. 2. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 44. 2. 2	オーダ発行、実施した日付を経過表に表示できること。	○
D. 45	必要時指示（指示簿指示、条件付き指示は同義）	—
D. 45. 1	必要時指示入力	—
D. 45. 1. 1	発熱時のようなある条件の時に指示を条件付き指示（必要時指示）として登録ができること。	○
D. 45. 1. 2	条件付き指示の条件をマスタにより設定でき、条件付き指示を入力時に指示の条件を選択ができること。	○
D. 45. 1. 3	条件付き指示の条件は、フリー入力でも登録ができること。	○
D. 45. 1. 4	条件付き指示に対して有効期間の設定ができること。	○
D. 45. 1. 5	退院確認時・死亡登録時に、当日または過去日かつ有効終了日が未来日もしくは未定のとき、未実施の必要時指示の有効期間の終了日を退院確認日に設定ができること。	○
D. 45. 1. 6	セット登録したセットオーダ（条件付き指示）を簡便な操作でオーダ発行できること。方法は問わない。	○
D. 46	入院基本オーダ	—
D. 46. 1	入院予定	—
D. 46. 1. 1	入院診療が予定される患者に対して、入院予定内容の登録ができること。なお、現在入院している患者の次の入院予定も登録ができること。	○
D. 46. 1. 2	依頼科、依頼医師、入院予定日、入院科、入院目的、入院期間などを必須項目として設定ができること。また必須項目は当センターと協議すること。	○
D. 46. 2	入院決定	—
D. 46. 2. 1	入院日が決定した患者に対して、入院予定情報があれば引き継ぎ、なければ新規に入院決定内容の登録ができること。なお、現在入院している患者への登録をできないようチェックができること。	○
D. 46. 2. 2	入院日決定時に、入院日、入院時の食種を選択入力できること。また、患者の年齢から食種を絞り込むことができること。	○
D. 46. 3	入院確認	—
D. 46. 3. 1	患者が実際に入院したときには、入院確認入力ができること。なお、入院予定、入院決定情報があれば、入院確認情報としてその内容を引き継げること。	○
D. 46. 4	外出・外泊処理	—
D. 46. 4. 1	外出・外泊が予定されている患者または外出・外泊を行った患者に対して、外出・外泊内容の登録ができること。	○
D. 46. 4. 2	開始日時、食事中止、終了日時、食事再開日時を入力必須にできること。	○
D. 46. 4. 3	院外滞在の時間が午前0時を越えるときは外泊、同日内に帰院するときは外出として扱えること。	○
D. 46. 4. 4	食事の摂取時間帯を含む外出・外泊を登録した時、食事指示（欠食）の自動発行ができること。	○
D. 46. 4. 5	外出・外泊の時間とは連動しない食事指示（欠食）もできること。	○
D. 46. 5	転科・転室処理	—
D. 46. 5. 1	転科・転室を行った患者に対して、転科・転室内容の登録ができること。	○
D. 46. 5. 2	転室日、転室時間の登録ができること。転科・転室前の科、病棟、病室、ベッドが表示され、転科・転室後には入力必須にできること。	○
D. 46. 5. 3	転室日以降の食事指示に対して、配膳先の自動変更ができること。	○
D. 46. 6	転棟予定・転入確認処理	—
D. 46. 6. 1	転棟が予定されている患者に対して、転棟予定内容の登録ができること。	○
D. 46. 6. 2	転棟予定の登録では、転棟予定日以降の食事指示に対し、配膳先の自動変更ができること。	○
D. 46. 6. 3	患者が実際に転棟したときには、転入確認入力ができること。なお、転入日、科および病棟を転棟予定から引き継げること。	○
D. 46. 6. 4	転入確認では、転棟予定からの内容（病室）に変更があったとき、転入確認日以降の食事指示に対し、配膳先の自動変更ができること。	○
D. 46. 7	医師登録および看護師登録	—
D. 46. 7. 1	新規に医師（主治医、担当医）の登録ができること。	○
D. 46. 7. 2	登録済み医師の修正・削除ができること。	○
D. 46. 7. 3	新規に担当看護師の登録ができること。	○

D. 46. 7. 4	登録済み看護師の修正・削除ができること。	○
D. 46. 8	退院予定	—
D. 46. 8. 1	退院が予定されている患者に対して、退院予定の登録ができること。	○
D. 46. 8. 2	退院予定日時、理由を入力必須にできること。	○
D. 46. 8. 3	退院予定の登録では、食事指示（食止め）の自動発行ができること。	○
D. 46. 9	退院確認	—
D. 46. 9. 1	患者が実際に退院したとき、退院確認入力ができること。また、退院予定情報があれば、退院確認情報としてその内容を引き継げること。	○
D. 46. 10	入院基本オーダ共通	—
D. 46. 10. 1	入力時に食事締切時間の注意メッセージが表示できること。	○
D. 46. 10. 2	患者ごとの入院履歴（入院予定・決定情報）、今回入院情報（移動情報・外出・外泊等）、過去履歴情報が参照できること。	○
D. 46. 10. 3	入院決定時または入院確認時に食事指示の自動発行ができること。	○
D. 46. 10. 4	転室、転棟予定時または転入確認時、配膳先の自動変更ができること。	○
D. 46. 10. 5	外出・外泊時に欠食の自動発行ができること。	○
D. 46. 10. 6	退院予定時または退院確認時に、食止めの自動発行ができること。	○
D. 46. 10. 7	入院予定患者、入院決定患者、転入予定患者、入院患者（転棟予定・退院予定表示含む）、退院予定患者、退院患者など入退院に関する患者一覧が表示できる機能を提供すること。一覧の名称は問わない。	○
D. 46. 10. 8	入力されたデータを医事会計システムや栄養管理システムへ送信できること。	○
D. 46. 11	他機能連携	—
D. 46. 11. 1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 46. 11. 2	経過表画面に入院期間を表示し、入院日数が表示できること。	○
D. 46. 12	一覧表印刷機能	—
D. 46. 12. 1	入院患者を対象とした各種一覧画面（例：入院予定、退院予定、現在入院中など）の表示ができること。また、表示された一覧情報の印刷ができること。なお、各一覧の表示項目や抽出条件については、導入時の当センターと調整すること。	○
D. 47	病床管理	—
D. 47. 1	病床マップ画面基本要件（病棟マップ、ベッドマップは同義）	—
D. 47. 1. 1	病棟マップは、病院の建物レイアウト（病棟配置、病室の並び順、ベッド数、廊下・窓側）に従って、病棟・病室・ベッドの位置関係を把握しやすい抽象化・構造化した表示ができること。	○
D. 47. 1. 2	ナースステーション・トイレの位置が地図上に表現できること。	○
D. 47. 1. 3	病室単位で当日の収容状況がわかること。	○
D. 47. 1. 4	入院患者の性別は文字色やマークなどで視覚的に確認できること。方法は問わない。	○
D. 47. 1. 5	病床マップは、感染症の有無について判別できる表示ができること。方法は問わない。	○
D. 47. 1. 6	病床マップでは、病棟毎の稼働率または利用率および空床数が表示できること。	○
D. 47. 1. 7	病床マップ画面に、入院予定、入院患者一覧を表示できること。	○
D. 47. 1. 8	入院予定患者一覧は、表示中の病棟への入院予定患者と、病棟が確定していない患者を表示すること。	○
D. 47. 1. 9	ベッドマップ画面から患者カルテ起動できること。	○
D. 48	食事オーダ	—
D. 48. 1	食事オーダ登録	—
D. 48. 1. 1	患者に対する食事オーダの登録ができること。また、入院基本オーダと連動して、オーダ情報を栄養管理システムへ送信できること。	○
D. 48. 1. 2	依頼時の入力項目として、食種、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、病名（または指導・加算根拠）、コメント、食堂利用の有無、主食、特別指示の登録ができること。	○
D. 48. 1. 3	食種一覧から食種の選択ができること。	○
D. 48. 1. 4	1日に複数食種の登録ができること。	○
D. 48. 1. 5	栄養素指示は、エネルギー、蛋白、脂肪、塩分、糖分、水分、リンの摂取量、カリウムの摂取制限の有無の登録ができること。	○
D. 48. 1. 6	必要に応じて特別指示の入力ができること。	○
D. 48. 1. 7	特別指示は、特別指示、禁止事項、塩分指示の各項目内容を選択し、登録ができること。	○
D. 48. 1. 8	特別指示、禁止事項、塩分指示、病名およびコメントについては最新の履歴を引き継げること。	○
D. 48. 1. 9	禁止事項については、患者基本オーダの食物禁忌情報と連動ができること。	○
D. 48. 1. 10	食堂利用、特食加算の指示ができること。	○
D. 48. 1. 11	欠食や注入食、検査食、調乳食および混合食の登録ができること。	○
D. 48. 1. 12	欠食時の欠食指示は、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、終了日時、終了時間（朝食まで、昼食まで、夕食まで）、コメント、欠食理由の登録ができること。	○
D. 48. 1. 13	注入食は選択した食種ごとに、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、病名、コメントの登録ができること。	○
D. 48. 1. 14	注入食は注入食のセットを複数作成し、選択により登録ができること。	○
D. 48. 1. 15	術後食、潰瘍食等については、食種の変動（食上がり）のパターン入力（連続入力）ができること。	○
D. 48. 1. 16	パターン入力（連続入力）では、食上がり間隔（日数、回数）の既定値が自動表示できること。	○
D. 48. 1. 17	調乳食は選択した食種ごとに、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、病名、コメントの有無の登録ができること。	○
D. 48. 1. 18	調乳食については、調乳指示（ミルクのみ、母乳のみ、母乳・ミルク併用、冷凍母乳）、ミルク製品名（ミルク使用時）、調乳濃度（ミルク使用時）、1本の必要量、1日の必要本数を項目選択や数値入力により入力ができること。	○
D. 48. 1. 19	調乳食は調乳食のセットを複数作成し、選択により登録ができること。	○
D. 48. 1. 20	入力必須項目についてのチェックができること。	○

D. 48. 1. 21	日付チェックおよび締切時間チェックができること。	○
D. 48. 1. 22	患者に登録された食事オーダーの情報をカレンダー形式で表示できること。（食事カレンダー）	○
D. 48. 1. 23	食事カレンダーは、入院基本オーダーで登録された外出・外泊期間および転棟・転室の時間区分をカレンダー上に色分けまたは文字表示して表示できること。	○
D. 48. 1. 24	食事カレンダーから、修正、削除ができること。	○
D. 48. 1. 25	オーダー情報を栄養管理システムへ送信できること。	○
D. 48. 1. 26	欠食情報、特食加算情報を、医事会計システムへ送信できること。	○
D. 48. 2	他機能連携	—
D. 48. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 48. 3	食事箋発行および次回食事一覧表印刷	—
D. 48. 3. 1	病棟において、次回食事一覧表の印刷ができること。	○
D. 49	栄養指導オーダー	—
D. 49. 1	栄養指導オーダー依頼情報登録	—
D. 49. 1. 1	栄養指導の依頼時の項目として、依頼情報（依頼日、依頼科、依頼医）、病名、予約情報、指導食種、指示栄養量、コメントの入力ができること。	○
D. 49. 1. 2	患者基本情報（身長・体重、年齢）は患者基本オーダーより取込みできること。BMI、標準体重については、自動計算し表示できること。	○
D. 49. 1. 3	算定対象病名の登録ができること。	○
D. 49. 1. 4	予約オーダーとの連動により、予約取得ができること。	○
D. 49. 1. 5	指導食種の入力については、食種一覧から選択入力ができること。	○
D. 49. 1. 6	指示栄養量を入力できること。またその他栄養素についてはコメント入力可能なこと。標準で表示できる栄養素は説明をすること。	○
D. 49. 1. 7	指示栄養素については、指導食を選択することにより自動で各栄養量が表示できること。自動で表示できないものは導入時に説明をすること。	○
D. 49. 1. 8	利用者の職種により、入力の制限ができること。	○
D. 49. 1. 9	オーダー履歴画面から流用（D0、オーダーコピー）してオーダー発行ができること。	○
D. 49. 1. 10	オーダー情報を栄養指導システムへ送信できること。	○
D. 49. 1. 11	栄養指導の算定を医事会計システムへ送信できる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
D. 49. 2	他機能連携	—
D. 49. 2. 1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。	○
D. 50	マスタ更新	—
D. 50. 1	マスタテーブル更新処理	—
D. 50. 1. 1	電子カルテ端末内にあるマスタ類の資源を最新化できること。	○
D. 51	看護支援システム	—
D. 51. 1	看護データベース	—
D. 51. 1. 1	看護に必要な患者の基本情報を登録し、看護サマリや看護計画作成の基本データとして利用する機能（看護データベース）を有すること。	○
D. 51. 1. 2	データベースのフォーマットは病院独自の看護領域や、成人用、小児用、NANDA、ゴードン等、複数登録でき、それぞれのフォーマットで登録項目を自由に設定できること。	○
D. 51. 1. 3	フォーマットは患者に応じて必要なパターンに切り替えて使用できること。	○
D. 51. 1. 4	看護データベースは、外来患者、入院患者、共に登録できること。	○
D. 51. 1. 5	各項目の入力は、選択入力やフリー入力を使用できること。	○
D. 51. 1. 6	医事会計システムから患者基本情報（患者氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）を自動で取り込めること。	○
D. 51. 1. 7	病名や、電子カルテの患者基本情報と重複する項目（身長、体重、等）は、再度入力することがないよう、看護データベースのフォーマットを開いた時点で入力内容が反映されるか、反映ができるよう設定できること。	○
D. 51. 1. 8	看護データベースで入力した情報（看護度区分、等）で電子カルテの患者基本情報と重複する項目は、再度入力することがないよう、患者基本情報に入力内容が反映するか選択できること。	○
D. 51. 1. 9	看護データベースの内容は履歴管理機能を有し、過去の入院時や入院中の情報を参照できること。	○
D. 51. 1. 10	看護データベースの内容は印刷できること。	○
D. 51. 1. 11	データベースの入力は領域ごとにタブを分け、入力できること。	○
D. 51. 1. 12	看護データベースで入力した内容を参照しながら、看護問題のリストが参照でき、看護問題を登録できること。	○
D. 51. 2	看護問題	—
D. 51. 2. 1	看護問題選択と、看護計画作成が1画面でできること。	○
D. 51. 2. 2	看護問題リストの中から看護問題を選択し診断ラベルをつけることができること。	○
D. 51. 2. 3	看護問題リストは、病院指定の看護分類（例えば、看護診断、共同問題、診療科別、疾病別標準看護計画、等）で分類され、階層構造で一覧表示できること。	○
D. 51. 2. 4	看護問題リストから患者に適した看護問題を複数選択できること。	○
D. 51. 2. 5	各看護問題の定義が参照できること。	○
D. 51. 2. 6	看護問題名称のキーワード検索ができること。	○
D. 51. 2. 7	看護問題選択時に、問題ごとの関連因子、診断指標、患者目標、看護介入、等が表示され、問題を登録する時のガイドとして参照できること。	○
D. 51. 2. 8	看護問題の名称をフリー入力で追記、修正できること。	○
D. 51. 3	看護計画	—
D. 51. 3. 1	看護問題ごとに関連因子等を選択し、看護計画を立案できること。	○
D. 51. 3. 2	看護問題の全件表示と現在有効な看護問題のみの表示が切り替えて表示できること。	○
D. 51. 3. 3	看護問題の削除ができること。	○
D. 51. 3. 4	看護問題の開始日を登録できること。	○

D. 51. 3. 5	看護問題の評価予定日を登録できること。評価予定日には、開始日または前回評価日からの規定日数後の日付が自動で計算され、表示されること。	○
D. 51. 3. 6	評価予定日は、任意の日付に変更できること。	○
D. 51. 3. 7	看護問題に関する看護計画は、病院指定の分類により計画立案できるよう、マスタ管理できること。	○
D. 51. 3. 8	看護問題を選択することにより、その内容に応じた関連因子、診断指標、患者目標および看護介入等の一覧が表示され、その中から患者に該当する項目を選択し看護計画が立案できること。	○
D. 51. 3. 9	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入について、フリー入力にも対応していること。	○
D. 51. 3. 10	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目について、到達目標が設定できること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 3. 11	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目について、定義が参照できること。	○
D. 51. 3. 12	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目が一件ずつ削除できること。	○
D. 51. 3. 13	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各評価項目について、評価日、評価内容および評価コメントが入力できること。また、その評価の履歴を参照できること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 3. 14	看護問題ごとに、評価日、評価内容および評価コメントが入力できること。また、その評価の履歴を参照できること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 3. 15	評価記録を看護記録として登録する場合には、看護計画画面から看護記録入力画面を開けること。導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 3. 16	評価記録のタイトルは、自動的に看護問題の名称となること。	○
D. 51. 3. 17	看護計画の内容を参照しながら、評価記録を入力できること。	○
D. 51. 3. 18	看護介入に関連する測定、観察、ケア等の看護項目を紐づけておくことにより、関連する項目が問題に関連する項目としてリスト表示され、詳細予定をスケジュール登録できること。	○
D. 51. 4	看護指示	—
D. 51. 4. 1	患者状態登録	—
D. 51. 4. 1. 1	患者状態登録画面では、看護度分類、救護区分（患者移動方法）、安静度、ADL等の登録が行なえること。	○
D. 51. 4. 1. 2	患者状態の各項目内容に応じた指示内容を選択入力できること。	○
D. 51. 4. 1. 3	患者ごとの登録済み患者状態項目（指示項目、指示内容、更新日時、最終更新者等）を一覧で参照できること。	○
D. 51. 4. 1. 4	患者状態の情報は、履歴保存でき、参照できること。	○
D. 51. 4. 1. 5	登録されている患者状態をまとめて終了できること。患者状態を簡便な操作でひとまとめて終了ができれば方法は問わない。	○
D. 51. 4. 1. 6	登録した患者状態情報は、看護管理日誌に反映できること。	○
D. 51. 4. 2	看護指示登録（看護オーダーも同義）	—
D. 51. 4. 2. 1	看護指示項目について、ケア項目、バイタル等の測定実施項目、観察項目等の登録が行なえること。	○
D. 51. 4. 2. 2	各看護指示項目について、属性（ケア、測定、観察、IN/OUT）と、入力形式（数値入力、選択入力）を設定できること。	○
D. 51. 4. 2. 3	数値入力の場合には、制限値の設定ができること。	○
D. 51. 4. 2. 4	患者ごとに必要な看護指示項目を選択して、スケジュールが作成できること。	○
D. 51. 4. 2. 5	看護指示項目の選択画面は階層構造で表示できること。	○
D. 51. 4. 2. 6	看護指示項目は名称による検索ができること。	○
D. 51. 4. 2. 7	看護指示項目は一度に複数選択できること。	○
D. 51. 4. 2. 8	看護指示項目ごとに、開始日時・終了日時、曜日または日数間隔、実施予定回数、実施予定時刻の登録ができること。	○
D. 51. 4. 2. 9	終了日未定の登録ができること。	○
D. 51. 4. 2. 10	複数回の実施予定時刻をスケジュールとして登録できること。	○
D. 51. 4. 2. 11	看護指示項目ごとに、補足コメントが登録できること。	○
D. 51. 4. 2. 12	患者ごとの登録済み看護項目内容（曜日、回数実施時刻、最終更新者）を一覧で参照しながら、看護項目の入力ができること。	○
D. 51. 4. 2. 13	登録済みの看護指示項目のケアスケジュールを1週間分のカレンダー形式で参照できること。	○
D. 51. 4. 2. 14	表示期間範囲内で予定が切り替わる看護指示項目については、複数行でそれぞれの予定内容が確認できること。	○
D. 51. 4. 2. 15	複数の看護指示項目について、同じスケジュールを一度に作成、登録できること。	○
D. 51. 4. 2. 16	同一期間に同一看護項目の実施予定が重複しないように開始日、終了日が自動調整されること。	○
D. 51. 4. 2. 17	登録したケア予定は、ワークシート帳票に反映できること。	○
D. 51. 4. 3	看護指示セット入力（看護オーダーも同義）	—
D. 51. 4. 3. 1	看護指示項目をパターン化したセットとして登録できること。	○
D. 51. 4. 3. 2	セットは、各項目について基準日からの日数と期間を設定でき、時系列に組み合わせて作成できること。	○
D. 51. 4. 3. 3	登録されているセットを利用して患者状態、看護指示項目の登録ができること。方法は問わない。	○
D. 51. 4. 3. 4	セットの適用時に基準日が指定でき、セットに登録されている看護指示項目の予定および患者状態情報が時系列に表示できること。	○
D. 51. 4. 3. 5	セットは階層構造で作成することができること。	○
D. 51. 4. 3. 6	セットで登録した看護指示項目の修正ができること。	○
D. 51. 4. 4	実施入力	—
D. 51. 4. 4. 1	予定されている看護指示項目に対して、実施入力ができること。	○
D. 51. 4. 4. 2	指定日に予定されている看護指示項目が表示され、測定値、観察内容等の値の入力や、実施の入力ができること。	○
D. 51. 4. 4. 3	各実施情報には、実施時刻が登録できること。	○

D. 51. 4. 4. 4	実施予定時刻がスケジュールされている項目は、予定時刻が表示されていること。また、スケジュールされている予定以外の時刻でも予定外の実施入力ができること。	○
D. 51. 4. 4. 5	測定値、IN/OUT項目については、キーボードから入力できること。また、入力値に対して項目ごとに設定されている上限値、下限値をチェックできること。	○
D. 51. 4. 4. 6	測定値、IN/OUT項目以外の項目については、選択入力またはフリー入力できること。	○
D. 51. 4. 4. 7	実施入力された項目は、実施した事を示すための表示ができること。方法は問わない。	○
D. 51. 4. 4. 8	実施済みの内容を修正できること。また、実施済みの進捗を未実施に戻すことができること。	○
D. 51. 4. 4. 9	実施時刻を修正して登録できること。	○
D. 51. 4. 5	患者状態一括入力	—
D. 51. 4. 5. 1	対象となる患者状態項目の組み合わせは自由に設定でき、シートとして登録できること。	○
D. 51. 4. 5. 2	対象患者は、病棟全患者、病棟チーム患者、または患者一覧からの個別選択ができること。	○
D. 51. 4. 5. 3	日付を過去日に指定することで、過去日時の入力内容が参照できること。	○
D. 51. 4. 6	実施一括入力	—
D. 51. 4. 6. 1	複数患者について、複数の看護指示項目の測定値、観察結果を一度に入力できること。	○
D. 51. 4. 6. 2	対象となる患者状態項目の組み合わせは自由に設定できること。	○
D. 51. 4. 6. 3	対象患者は、病棟全患者、病棟チーム患者、または患者一覧からの個別選択ができること。	○
D. 51. 4. 6. 4	日付を過去日に指定することで、過去日時の入力ができること。	○
D. 51. 5	指示受け	—
D. 51. 5. 1	病棟TODO	—
D. 51. 5. 1. 1	各病棟のリーダ看護師が、日々の作業スケジュールを担当看護師に割り振り、病棟の作業管理を行えるよう、指定した病棟のオーダー一覧を表示できること。	○
D. 51. 5. 1. 2	一覧には指示の種類がわかるオーダー名称、患者氏名、指示内容、指示医、指示者、入院病室等が表示できること。また、詳細画面にて予定時刻、実施時刻が確認できること。	○
D. 51. 5. 1. 3	処方オーダーで、回数量、規格量薬剤のオーダーをまとめて表示できること。	○
D. 51. 5. 1. 4	病棟ごとで表示内容の絞り込みができること。	○
D. 51. 5. 1. 5	病棟患者の表示のみに絞り込みができること。	○
D. 51. 5. 1. 6	病棟チーム患者ごとの表示のみに絞り込みができること。	○
D. 51. 5. 1. 7	部屋順に表示ができること。	○
D. 51. 5. 1. 8	オーダー内容の詳細内容画面では、指示見落とし防止のため、横スクロールすることなく指示内容が表示されること。	○
D. 51. 5. 1. 9	項目ごとに一覧から指示受け対象を選択することにより、指示受けができること。	○
D. 51. 5. 1. 10	患者ごとに、同一オーダー種はまとめて一括指示受けができること。	○
D. 51. 5. 1. 11	リーダ看護師、担当看護師それぞれによる指示受けができること。	○
D. 51. 5. 1. 12	入院患者一覧画面、ベッドマップで未確認指示の表示ができること。他に未確認指示を知らせる機能があればそれでもよいとする。	○
D. 51. 6	看護ワークシート	—
D. 51. 6. 1	看護ワークシート	—
D. 51. 6. 1. 1	複数患者のオーダー情報と看護指示項目を一覧の表形式で画面表示できること。	○
D. 51. 6. 1. 2	対象患者は、病棟全患者、個別選択方式、または自分の担当患者のみが選択できること。	○
D. 51. 6. 1. 3	個別選択方式の場合には、病室毎、病棟チーム毎に一括選択できること。	○
D. 51. 6. 1. 4	画面表示された各ワークシートイメージが印刷できること。	○
D. 51. 6. 2	ワークシート帳票	—
D. 51. 6. 2. 1	各種ワークシート帳票の印刷ができること。	○
D. 51. 6. 2. 2	ワークシート帳票の印刷前にプレビューで出力内容が確認できること。	○
D. 51. 6. 2. 3	帳票の出力対象患者は、病棟全患者、病棟チーム、部屋、患者別の選択方式があり、選択患者について一括で帳票出力指示ができること。	○
D. 51. 6. 2. 4	出力対象のワークシート帳票は、下記の帳票が印刷できること。・個人別ワークシート・検温表（週間、日別）・週間予定・病棟ワークシート・出棟一覧・フリーシート・ケアプランシート・ケアスケジュール	○
D. 51. 7	経過表（体温表、温度板、熱型表、フローシートは同義）	—
D. 51. 7. 1	経過表は患者ごとに、日付、グラフ、測定値、IN/OUT、各種オーダー情報が表示でき、表示対象と並び順、表示、非表示の設定ができること。表示設定の保存方法ができるのであれば導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 7. 2	経過表のグラフは、体温、脈拍、呼吸数、血圧等のバイタルデータを折れ線グラフで表示できること。	○
D. 51. 7. 3	経過表のグラフは、対象項目、スケール、グラフ線の色、マークの組み合わせを設定することができること。	○
D. 51. 7. 4	経過表のグラフは、マークを選択することにより、項目、実施時間、測定値、実施入力者をガイド表示でき、実施内容を確認できること。	○
D. 51. 7. 5	経過表のグラフ部に付箋イメージのメモ入力ができること。	○
D. 51. 7. 6	経過表の表示形式は、1列あたりの時間数と表示列数の組合せ（例：1列1日×7列＝1週間表示、1列1時間×24列＝1日表示等）を登録でき、随時表示切り替えできること。	○
D. 51. 7. 7	経過表の表示形式は、標準、小児用、重症用等、表示形式でタイトルをつけ登録でき、随時表示切り替えができること。	○
D. 51. 7. 8	経過表の日付部には、入院、転棟、外泊、外出、退院等の移動情報が表示できること。	○
D. 51. 7. 9	経過表の日付部には、術後日数の表示ができること。	○
D. 51. 7. 10	経過表の日付部には、患者ごと検査等のイベント日を登録することができ、イベント日からの経過日数を表示できること。	○
D. 51. 7. 11	経過表には、食事オーダーで登録された食種情報を表示できること。	○
D. 51. 7. 12	経過表から患者状態、看護指示項目の実施入力ができること。ただし、別画面を展開しての入力も可とする。	○
D. 51. 7. 13	経過表には、ケア実施で入力された測定値、観察結果を表示できること。	○

D. 51. 7. 14	経過表には、IN／OUT項目は項目ごとの集計値と、IN集計値、OUT集計値およびバランスが自動集計され、表示できること。	○
D. 51. 7. 15	経過表には、各種オーダ情報が表示できること。表示の設定は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 7. 16	検査結果の値を表示できること。方法は問わない。	○
D. 51. 7. 17	経過表画面から、各メニュー（患者データベース、看護問題入力等）の入力画面へ容易に遷移できること。	○
D. 51. 7. 18	経過表には、記録のタイトル、記載者、記録時間が表示され、詳細を選択することで記載内容が参照できること。	○
D. 51. 7. 19	インスリン指示情報を表示できること。	○
D. 51. 7. 20	インスリン指示情報は、固定打ち指示とスライディングスケール指示それぞれの、実績を表示すること。	○
D. 51. 7. 21	実績行にカーソルをあてるかクリックすると該当枠内の実施時間と薬剤名、実施単位が確認できること。方法は問わない。	○
D. 51. 7. 22	経過表から、記録入力を行うことができること。	○
D. 51. 7. 23	一日ごとに医師コメント、看護師コメントが入力できること。	○
D. 51. 8	カーデックス	—
D. 51. 8. 1	患者ごとに対象日のオーダ情報と看護指示項目を一覧で表示できること。	○
D. 51. 8. 2	各オーダ情報（処方、注射、処置、手術、栄養指導、放射線、生理、内視鏡、検体検査等）が表示できること。	○
D. 51. 8. 3	バイタル等の看護ケア予定情報が表示されること。	○
D. 51. 8. 4	バイタル等の看護実施情報が表示されること。	○
D. 51. 8. 5	医師のオーダ情報の進捗が確認できること。	○
D. 51. 9	看護記録	—
D. 51. 9. 1	看護記録の形式は、SOAP、FDAR、フリー入力から選択できること。	○
D. 51. 9. 2	看護記録は、オブジェクト形式（テンプレート、シェーマ、テキスト）での入力ができること。	○
D. 51. 9. 3	SOAP形式の場合、プロブレムを患者に登録済みの看護問題一覧から選択できること。	○
D. 51. 9. 4	プロブレムやフォーカスで看護記録の絞込み表示ができること。	○
D. 51. 9. 5	テキスト形式によるフリー入力ができること。	○
D. 51. 9. 6	記載日時の指定ができること。未来日時を指定したときには警告メッセージが表示できること。	○
D. 51. 9. 7	定型文を使用した看護記録の入力ができること。	○
D. 51. 9. 8	定型文が登録できること。	○
D. 51. 9. 9	看護記録にシェーマを挿入できること。	○
D. 51. 9. 10	入力した看護記録は経過表に反映できること。	○
D. 51. 9. 11	看護記録入力時に過去の診療記録、過去のオーダ情報を引用できること、または画面に表示ができること。	○
D. 51. 9. 12	修正の際はプログレスノートの記載内容から容易に修正ができること。	○
D. 51. 9. 13	一画面で過去の診療記録と今回診療記録入力欄が表示ができること。	○
D. 51. 10	看護サマリ	—
D. 51. 10. 1	看護サマリ	—
D. 51. 10. 1. 1	看護サマリ文書を作成でき、印刷や発行管理ができること。	○
D. 51. 10. 1. 2	サマリの登録項目を自由に設定でき、退院サマリ、中間サマリ等の複数の文書フォーマットを設定できること。	○
D. 51. 10. 1. 3	オーダ情報、病名、患者基本情報、患者状態、医師名の引用ができること。	○
D. 51. 10. 1. 4	看護問題および看護計画内容の引用ができること。	○
D. 51. 10. 1. 5	看護記録のコピー＆ペーストでサマリに引用できること。	○
D. 51. 10. 1. 6	テキスト形式のフリー入力ができること。	○
D. 51. 10. 1. 7	フリー入力では、テキスト入力の挿入ができること。	○
D. 51. 10. 1. 8	患者情報、利用者情報を利用できること。例：自動反映	○
D. 51. 10. 1. 9	作成の際には、患者カルテの情報を利用できること。例：カルテのコピー＆ペースト	○
D. 51. 10. 1. 10	検査結果をコピーし貼り付けできること。	○
D. 51. 10. 1. 11	文書の修正、削除が行なえること。	○
D. 51. 10. 1. 12	文書を修正した場合、更新情報（区分、更新科、更新者、更新日）が表示できること。	○
D. 51. 10. 1. 13	看護サマリの承認機能を提供すること。承認機能の詳細は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 10. 1. 14	文書で作成した一部のデータを外部ファイル出力できること。	○
D. 51. 10. 1. 15	印刷後の登録漏れを防ぐために、印刷のみのボタンの利用制限ができること。	○
D. 51. 10. 2	看護サマリ照会	—
D. 51. 10. 2. 1	看護サマリ照会の照会ができる一覧機能を提供すること。一覧に表示する項目や検索方法は導入時に当センターと調整すること。	○
D. 51. 10. 2. 2	一覧はソート（表示の並び替え）ができること。	○
D. 51. 10. 2. 3	一覧から文書の参照、印刷ができること。	○
D. 51. 10. 2. 4	一覧から文書の修正、削除ができること。	○
D. 51. 10. 2. 5	一覧をファイル出力できること。	○
D. 51. 10. 3	看護サマリ承認	—
D. 51. 10. 3. 1	作成した文書を修正した場合に文書の版数管理ができること。	○
D. 51. 10. 3. 2	作成中、承認待、最終承認待ち、承認済の進捗管理ができること。	○
D. 51. 10. 4	看護サマリ作成進捗管理	—
D. 51. 10. 4. 1	サマリの作成状況が把握できるよう、作成中の文書を一覧表示できる作成進捗管理画面を有すること。	○
D. 51. 10. 4. 2	カルテを開かなくても、作成進捗管理画面から文書を編集できること。	○
D. 51. 11	オーダ実施入力	—
D. 51. 11. 1	実施進捗管理	—
D. 51. 11. 1. 1	処方、注射オーダに関して実施の登録ができること。	○
D. 51. 11. 1. 2	処方、注射オーダに関しては専用入力画面で実施入力ができること。	○

D. 51. 11. 1. 3	複数回に分けて行うオーダ指示は、1回の実施ごとに分けて実績登録ができること	○
D. 51. 11. 1. 4	中止入力ができること。	○
D. 51. 11. 1. 5	実施入力は、実施日、実施時間、使用量の登録ができること。	○
D. 51. 11. 1. 6	必要に応じて、実施開始時間を入力することができること。	○
D. 51. 11. 1. 7	実施時のコメントが入力できること。	○
D. 51. 12	看護管理帳票	—
D. 51. 12. 1	管理日誌	—
D. 51. 12. 1. 1	日誌は看護部を中心に導入時に当センターと協議し、構築をすること。	○
D. 51. 12. 1. 2	管理日誌は転記作業を削減するため、電子カルテシステムや看護勤務システムで入力された情報を自動取り込みし、作成できること。	○
D. 51. 12. 1. 3	指定日、指定病棟の患者数、移動状況、患者状況、勤務状況をまとめ、病棟管理日誌として出力できること。帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。	○
D. 51. 12. 1. 4	指定日の患者数、移動状況、患者状況、勤務状況を病棟ごとに集計し、看護管理日誌として出力できること。帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。	○
D. 51. 12. 1. 5	指定日の外来患者数、入院中外来患者数等を診療科別に集計し、外来管理日誌として出力できること。帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。	○
D. 51. 12. 1. 6	指定日の依頼診療科別、病棟別の手術件数を集計し、手術管理日誌として出力できること。帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。	○
D. 51. 13	看護必要度	—
D. 51. 13. 1	一般病棟の看護必要度の入力、表示ができること。	○
D. 51. 13. 2	ハイケアユニット、重症病棟の看護必要度の入力、表示ができること。	○
D. 51. 13. 3	病棟ごとの複数患者について、指定日の看護必要度が参照でき、一度に集計できること。	○
D. 51. 13. 4	入力方法として、選択入力および直近の評価値から、コピーする全取り込み機能により登録できること。	○
D. 51. 13. 5	看護必要度のA項目B項目C項目それぞれ合計した点数を計算できること。	○
D. 51. 13. 6	特定のA項目について、適用される評価方式（看護必要度Ⅰ／Ⅱ）に応じて以下の通り連動すること。 看護必要度Ⅰの場合：看護指示項目の実施実績データから連動されること。 看護必要度Ⅱの場合：医需・診療報酬オーダの実施実績データから連動されること。	○
D. 51. 13. 7	特定のB項目、C項目は、テンプレートから入力された看護記録を一定期間を自動計算して取り込むこと。または、看護記録やカルテの内容から候補を提示する仕組みを提供すること。	○
D. 51. 13. 8	算定対象患者（産科、小児科、外泊患者等をのぞく）を指定し、評価できること。	○
D. 51. 13. 9	病棟別に看護必要度の集計ができること。	○
D. 51. 14	受け持ち患者割り振り表	—
D. 51. 14. 1	業務割り振り	—
D. 51. 14. 1. 1	病棟、勤務日、勤務帯、業務割りを設定し、看護師の勤務帯ごとの業務割り振りができること。	○
D. 51. 14. 2	受け持ち割り振り	—
D. 51. 14. 2. 1	看護師の業務割り振り、受け持ち割り振りができること。	○
D. 51. 14. 2. 2	患者別の受け持ち患者の割り振りができること。	○
D. 51. 14. 2. 3	病棟チーム別、部屋別の受け持ち患者の割り振りができること。	○
D. 51. 14. 2. 4	他病棟からの応援看護師も対象として患者の割り振りができること。	○
D. 52	クリニカルパス機能	—
D. 52. 1	クリニカルパス・マスタ登録機能	—
D. 52. 1. 1	パスの作成については、診療科ごとに標準的なパターン（クリニカルパス・マスタ）の登録ができること。	○
D. 52. 1. 2	クリニカルパス・マスタは、入院日から術前まで、手術日のように治療計画の段階（ステップ）ごとに、期間を区切って作成できること。全体を1つまたは複数のステップで構成できること。	○
D. 52. 1. 3	各ステップには、そのステップで使用する治療計画のセット（ユニット）の候補を複数設定できること。（例えば、術後のステップで、退院までの日数が5日間のパターンを候補1、3日間のパターンを候補2と、日数の異なるユニットを設定したり、合併症なしを候補1、合併症ありを候補2とし、治療内容の異なるユニットの設定ができること。）または、候補となる治療計画を複数ステップに分けて作成し、使用する際にステップを選択できること。（例えば、術後のステップで、退院までの日数が5日間のパターン、3日間のパターンと、日数の異なるステップを作成したり、合併症なしステップ、合併症ありステップとし、治療内容の異なるステップを作成して使用時にどのステップを使用するか選択ができること。）	○
D. 52. 1. 4	クリニカルパス・マスタ作成画面では、パスの全体像を参照できるよう、治療計画の段階ごとに期間を区切ったステップの一覧と治療計画内容を縦軸にオーダやケア等のタスク、アウトカム項目、横軸に日付としたカレンダー形式のオーバービューで表示できること。	○
D. 52. 1. 5	クリニカルパス・マスタには適用時の適応基準、除外基準の登録ができること。	○
D. 52. 1. 6	クリニカルパス・マスタには分類名の登録ができること。	○
D. 52. 1. 7	クリニカルパス・マスタには有効期間の登録ができること。	○
D. 52. 1. 8	クリティカルインディケータ、アウトカムの登録ができること。	○
D. 52. 1. 9	オーダ機能、看護ケア機能でパス内のオーダ、ケア予定の登録ができること。	○
D. 52. 1. 10	患者説明用資料等、Microsoft WordやMicrosoft Excelで作成された各種資料・文書をパスに関連付けて登録ができること。	○
D. 52. 1. 11	外来診療期間と入院診療期間がまたがったパスを作成できること。	○
D. 52. 1. 12	既存のクリニカルパス・マスタの内容を流用して、新規のテンプレートとして登録ができること。	○
D. 52. 1. 13	既存のクリニカルパス・マスタの内容修正、削除ができること。	○
D. 52. 1. 14	既存のクリニカルパス・マスタ修正時に改版内容を履歴管理できること。誤った内容で登録した際は、過去の登録履歴より修正できること。	○
D. 52. 1. 15	日本クリニカルパス学会にて提供されているアウトカムマスタ（BOM）に対応できること。	○
D. 52. 2	パス機能	—

D. 52. 2. 1	クリニカルパス・マスタの一覧からパスを選択し、パス適用開始日を選択し患者にパスを適用できること。パス適用開始日は、日付選択もしくは、イベント日（手術日、入院日等）を選択し展開できること。	○
D. 52. 2. 2	パス適用時に選択したパスの確認画面が表示できること。	○
D. 52. 2. 3	パス適用時、休日不可に設定されたイベントが休日となるときには、警告メッセージが表示できること。	○
D. 52. 2. 4	複数のパスを患者に適用できること。	○
D. 52. 2. 5	患者に適用したパスは、縦軸に分類、横軸に日付とし、時系列なカレンダー形式（オーバービュー）で表示できること。	○
D. 52. 2. 6	オーバービューの縦項目はアウトカム、診察記事、文書、検査、治療、食事情報、看護ケア、指示コメント、条件つき指示等の項目と、さらにそれらの内部項目が配置できること。	○
D. 52. 2. 7	オーバービューの横軸には、日付とユニットごとに設定されたイベントが表示できること。	○
D. 52. 2. 8	オーバービューでは、手術等のイベント日については、1日を手術前、手術中、手術後のように日付内で複数に分割して表示できること。	○
D. 52. 2. 9	入外区分の表示ができること。または、入外区分がない場合は、入院情報が表示され判別できること。	○
D. 52. 2. 10	クリティカルインディケータの登録ができること。	○
D. 52. 2. 11	アウトカム、バリエーション等の登録ができること。	○
D. 52. 2. 12	アウトカム項目にカーソルを合わせることで連動項目（看護ケア項目）の情報が表示できること。	○
D. 52. 2. 13	各指示について、パス上の指示内容と通常の指示内容の区別ができること。	○
D. 52. 2. 14	検査や画像等の予約を伴うオーダーについては、予約オーダーと連動し、パス上からの予約取得ができること。	○
D. 52. 2. 15	日付けごとの指示コメントの登録ができること。	○
D. 52. 2. 16	各オーダー種、看護、指導が各々独立に表示／非表示が切り替えできること。または、シート表示の項目、並び順をシート設定で作成し、パス作成時にどのシートで表示するか決めることができること。	○
D. 52. 2. 17	紙パス利用時点の分類と一致できるよう処置や看護情報は、表示位置をマスタにより設定できること。	○
D. 52. 2. 18	患者へのステップ適用状態、実施進捗状態については、色で識別できること。	○
D. 52. 2. 19	患者に複数のパスが適用されていることが判別できる機能を提供すること。適用中のパスそれぞれの表示ができること。	○
D. 52. 2. 20	患者へパス適用後、パス内容（オーダー情報等）の追加・修正・削除ができること。	○
D. 52. 2. 21	パス上の指示内容を個別に中止できること。	○
D. 52. 2. 22	日単位での日程追加ができること。	○
D. 52. 2. 23	オーバービュー上で、オーダー単位でのコピーができること。	○
D. 52. 2. 24	一日あるいは複数日からなるステップ単位にオーダー発行ができること。	○
D. 52. 2. 25	各ステップで適用中のユニットの状況を一覧表示できること。	○
D. 52. 2. 26	ステップ適用後の1日短縮・1日延長ができること。ただし、オーダー進捗によっては制限できること。	○
D. 52. 2. 27	パスの続行が不可となったときに中止の登録ができること。また、パスの適用期間が終了したときに終了の登録ができること。	○
D. 52. 2. 28	パス中止時に、未来日の未実施オーダーを選択して削除できること。	○
D. 52. 2. 29	退院確認時、終了されていないパスが残っているときに警告が表示できること。未終了パス一覧画面からそれらのパスを終了させることができること。または、適用期間の終了タイミングで終了となること。退院時にパスを終了させる方法を導入時に当センターと調整すること。	○
D. 52. 2. 30	医療者用パスシートを印刷できること。また患者説明資料の印刷ができること。	○
D. 52. 2. 31	パスを中止した際に発行済のオーダーを中止できること。	○
D. 52. 2. 32	退院確認時に継続中のパスを中止できること。また、パスから登録されたオーダーも同様に中止できること。	○
D. 53	日めくりパス	—
D. 53. 1	日めくりパスの表示	—
D. 53. 1. 1	患者に適用したパスを、日単位でパスの内容が表示できること。（日めくりパス）	○
D. 53. 1. 2	オーバービューから簡易な操作で日めくりパス画面が表示できること。	○
D. 53. 1. 3	日めくりパスには、対象日のパス情報、オーダー情報・看護情報（タスク）、アウトカム、情報共有（診療記録）が表示できること。	○
D. 53. 1. 4	表示対象日（日付け、曜日）、適用中パス名称が表示できること。	○
D. 53. 1. 5	表示対象日の変更が簡易な操作でできること。	○
D. 53. 1. 6	表示対象日に適用中パスが複数あるときは、適用中のパス名が一覧表示できること。	○
D. 53. 1. 7	表示対象パスに対して適用パス欄として以下の情報表示ができること。 ・適用開始日、適用終了日 ・目標	○
D. 53. 1. 8	表示対象パスに対して総合評価欄に情報表示ができること。表示できる項目は導入時に当センターと調整すること。表示項目例：ユニット情報、達成状況、評価者、評価時刻	○
D. 53. 1. 9	表示対象パスに対してステップ情報欄として以下の情報表示ができること。 ・期間 ・目標	○
D. 53. 2	オーダー情報・看護情報（タスク）	—
D. 53. 2. 1	各オーダー、看護情報の内容、条件、予定・進捗状況が一覧表示できること。	○
D. 53. 2. 2	一覧表示はオーダー種ごと、看護項目ごとに表示できること。	○
D. 53. 2. 3	アウトカムから連動した看護の観察項目を表示ができること。	○
D. 53. 2. 4	ユニット情報が表示できること。	○
D. 53. 2. 5	一覧表から各項目を選択し、看護項目の実施入力ができること。	○

D. 53. 3	アウトカム	—
D. 53. 3. 1	対象パスのアウトカムはカテゴリごとにまとめて一覧表示できること。	○
D. 53. 3. 2	アウトカムの一覧表には、アウトカムのカテゴリ、アウトカムの内容、観察項目の予定、実施情報が表示できること。	○
D. 53. 3. 3	アウトカムは、あらかじめ登録してあるカテゴリから選択することで登録ができること。	○
D. 53. 3. 4	アウトカムは、項目ごとに達成・未達成の評価登録ができること。	○
D. 53. 3. 5	アウトカムは、看護の観察項目と連動ができること。	○
D. 53. 3. 6	評価済みのアウトカムは、評価済みであることが一目でわかるように、アイコンまたは記号等で表示できること。	○
D. 53. 4	バリエーション	—
D. 53. 4. 1	設定したアウトカムに対してバリエーションの内容が登録・編集・削除できること。	○
D. 53. 4. 2	オーダデータに対し変更等のバリエーション入力ができること。	○
D. 54	パス一覧	—
D. 54. 1	パス一覧	—
D. 54. 1. 1	診療科、パス名称、期間を指定して絞り込み表示ができること。	○
D. 54. 1. 2	パス一覧には、患者氏名、パス名、パス適用開始日・終了日、パス適用日数が表示できること。	○
D. 54. 1. 3	終了したパスの内容をパス画面と同じ形式で参照できること。	○
D. 54. 1. 4	中止、終了したパスに対して、事後入力できること。	○
D. 55	パス統計	—
D. 55. 1	パス統計	—
D. 55. 1. 1	診療科、パス名称、期間を指定してパス情報を集計することができること。	○
D. 55. 1. 2	集計結果をCSVまたはExcelファイルで出力ができること。	○
D. 55. 1. 3	指定期間のパスごとの適用患者数の集計ができること。	○
D. 55. 1. 4	指定期間のパスごとのバリエーション集計ができること。	○
D. 55. 1. 5	指定期間のパスごとの適応患者数とバリエーション件数を集計し、一覧で表示できること。方法は問わない。	○
D. 55. 1. 6	指定期間の適応患者数とバリエーション数を患者ごとに集計し、一覧で表示できること。方法は問わない。	○
D. 56	パス抽出	—
D. 56. 1	クリニカルパス・マスタの薬剤一括変換	—
D. 56. 1. 1	パス登録したマスタに含まれる指定した薬剤を同一薬に一括で変換できること。	○
D. 57	要望	—
D. 57. 1	看護管理日誌のほか、外来看護日誌、病棟看護日誌など、導入時にヒアリングを実施し、できる限り自動集計ができる仕組みで導入すること。フォーマットの見直しなど再構築も実施すること。	○
D. 57. 2	病棟マップ（ベッドマップ、病床マップは同義）の患者ベッドで感染症患者であることが判別できる表記ができること。方法は問わない。例：色、記号などで判別できる。	○
D. 57. 3	医療関連感染である、CLABSI、SSIのサーベイランス集計ができる仕組みを提供すること。方法は問わない。提案内容により加点点評価する。	●
D. 57. 4	リハビリオーダの画面で必須入力項目の設定ができること。また必須入力項目が画面上で強調表示がされて分かる表記ができること。必須項目は当センターと協議して決定すること。	○
D. 57. 5	オーダの入外区分が簡単に切替できること。オーダ発行後でも入外区分の切替ができること。ただし、オーダ種により切替ができないものがある場合は、導入時に説明すること。	○
D. 57. 6	検査や診察予約の日時変更はオーダ修正ではなく日時だけ簡単に変更ができること。また、同日に予約が入っている検査や診療予約があればわかるような画面が展開できること。	●
D. 57. 7	電子カルテの診療記録を簡単に検索できること。方法は問わない。例：ある程度抽出条件が設定されたボタンをクリックすることで抽出して表示できるような機能。	○
D. 57. 8	電子カルテの機能を選択するアイコンが直感的にわかるよう工夫された配置になっていること。	○
D. 57. 9	読影レポートはどのレポートを確認したかあとで確認ができること。	○
D. 57. 10	ポータル画面から電子カルテ、部門システムなど起動できること。	○
D. 57. 11	電子カルテシステムに検体検査結果、画像撮影後の結果（CR、CTなど）、生理検査結果の到着通知ができ、判別できる機能を提供すること。方法は問わない。提案内容により加点点評価する。	●
D. 57. 12	医師指示が正確に伝わる表示や仕組みを提供すること。例：止めた指示が非表示になるなど	○
D. 57. 13	処方カレンダーからDo処方ができること。または処方期間の延長が簡単にできること。	○
D. 57. 14	レジメンカレンダーからオーダ修正や指示追加ができること。実施済や運用上で必要なオーダロックがかかっている状態は含まない。	○
D. 57. 15	過去処方の一覧が表示でき、一覧から簡単に検索ができること。一覧画面からDo処方ができること。	○
D. 57. 16	複数の入院予約がある患者に対してそれぞれ入院決定処理ができること。提案内容により加点点評価する。	●
D. 57. 17	診療予約を決定するカレンダー展開は1か月後、2か月後、3か月後、6か月後、12か月後などが簡便な操作で未来月が表示できるような仕組みであること。	○
D. 57. 18	検体検査の項目検索ができること。また、アルファベット、大文字小文字、カタカナなど曖昧検索ができること。検索ワードを複数設定できる形でも可とする。	○
D. 57. 19	手術オーダ時の必須入力項目の設定ができること。また必須項目は当センターと協議して決定すること。	○
D. 57. 20	利用者ごとで使用する文書フォーマットのお気に入り登録ができること。	○
D. 57. 21	ペースメーカーや体内金属がある患者に対して実施できない検査がある場合はオーダ作成時または発行時に不可にするか警告メッセージが表示できること。提案内容により加点点評価する。	●
D. 57. 22	電子カルテの患者情報に登録している食物アレルギーの情報がリアルタイム（タイムラグ無し）に給食システムへ連携ができる仕組みを提供すること。方法は問わない。提案内容により加点点評価する。	●

D. 57. 23	電子カルテシステムにAIの機能があれば提案すること。AIが搭載されるのであれば具体的にどの部分で活用できるのかを資料提供で示すこと。提案内容により加点評価する。	●
D. 57. 24	内視鏡システムから送信される病理オーダー電文（患者情報、採取部位、検体数、臨床診断等）を電子カルテが受信し、電子カルテ側で正規の病理オーダーと同等のオーダー発行ができること。また、病理診断システムへの送信ができること。提案内容により加点評価する。	●
D. 57. 25	電子カルテシステムと重症系システムがオーダーおよび実施の連携ができること。具体的には処方、注射、処置オーダー、医師指示を電子カルテで入力したものを、重症系が受信する。重症系システムで実施入力を行うことで電子カルテにも実施した情報が送られ、実施記録が残ること。また、算定情報も医事会計システムへ送信ができること。提案内容により加点評価する。	●
D. 57. 26	同一患者に対し、造影剤を使用する放射線検査や生理機能検査などのオーダー発行時に先行検査の実施予定／完了日時と後続検査の日時の間隔を判定し、規定のインターバル未満である場合に警告・エラーを表示して安全を確保できる仕組みを提供すること。制御方法について指定しないが、当センター内でマスタメンテで制御ができることが望ましい。提案内容により加点評価する。	●
D. 57. 27	DPC対象患者の該当ステージや残日数を病棟マップや患者一覧等で俯瞰・可視化できる機能を提案すること。方法は問わない。提案内容により加点評価する。	●
D. 57. 28	退院サマリーが作成できる機能を提供すること。退院サマリーを作成するにあたり入力軽減するために電子カルテの記録から、対象の診療行為（手術、内視鏡検査、カテーテル治療、輸血等）に係る実施データを取得できること。提案内容により加点評価する。運用については導入時に当センターと調整すること。	●

項番	機能要件	配点
E	医事会計システム	—
E.1	共通機能	—
E.1.1	各種機能／入力方式について	—
E.1.1.1	マウスおよびキーボードによる簡単な入力方式を採用していること。通常、キーボード主体で業務ができるような仕組みであること。	○
E.1.1.2	ヘルプ機能（入力案内ウィンドウ）を装備し、入力形式やコードを覚えなくても容易な入力が可能なこと。また、検索時には項目のスクロール表示（1行単位／ウィンドウ単位）が可能なこと。	○
E.1.1.3	主要な入力業務において、他業務（照会業務を含む）への画面切り替えまたは別ウィンドウ表示が可能なこと。なお、画面遷移時における対象患者情報の引き継ぎ方法および同時起動可能な画面数・業務数の上限については、システム標準仕様に基づく提案を行うこと。	○
E.1.1.4	主要な患者登録／窓口会計業務では、初期画面表示後も前回処理した患者（番号）をワンタッチで呼び出せること。	○
E.1.1.5	端末／科／オペレータ／業務単位に外来基本カードや患者請求書の出力先（プリンタ）を設定できること。	○
E.1.1.6	画面の解像度は1920x1080のフルHD以上であること。	○
E.1.2	運用管理	—
E.1.2.1	診療データ保存期間は、61ヶ月分までを設定できること。また、導入時にストレージ容量に応じて97ヶ月まで拡大できること。	○
E.1.2.2	診療データ保存期間については、会計カードでの修正およびレセプト再出力が可能であること。	○
E.1.2.3	料金データについても、診療データと同期をとり、同一期間の保存が可能なこと。	○
E.1.2.4	月次のファイル整理（診療データ削除）においては、該当月分のデータ削除と最新月分へのデータ切り替え処理で済ませることができること。	○
E.1.2.5	和暦／西暦年の選択利用ができること。（判定年の設定含む。）	○
E.1.2.6	同一端末で複数患者・複数業務を同時に立ち上げて実行できること。（A患者の会計入力、B患者の患者登録、空床照会等々の同時立ち上げ。）	○
E.1.2.7	複数端末による同一患者の同時データ更新を防止できること。	○
E.1.2.8	操作者・職制ごとに更新権限、参照権限の区別を行うことができること。	○
E.1.2.9	テスト患者IDの範囲設定が行え、本番患者との切り分けが可能なこと。	○
E.1.2.10	安定したレスポンスを保証できること。	○
E.1.2.11	複数病院での共同利用が可能なこと。この場合、各種マスタとデータベースの保有（利用）方法を指定することにより、共用や個別利用など、病院コードによる判断が可能なこと。	○
E.1.2.12	リビジョンアップが正しく行われていないクライアントの起動抑制ができること。	○
E.1.2.13	リビジョンアップが正しく行われたかどうかをチェックできること。	○
E.1.3	マスタメンテナンスについて	—
E.1.3.1	点数・薬価マスタとも病院向け基本マスタを標準提供できること。マスタ追加修正があった場合は即座に反映させること。	○
E.1.3.2	コード検索時には、全文一致だけでなく、部分一致で検索がかけられること。	○
E.1.3.3	新薬・材料の追加など、病院職員でのメンテナンスも可能なこと。	○
E.1.3.4	頻繁な医療費改定（年2回等）を考慮し、点数・薬価マスタの世代管理を制限無く管理可能なこと。または、点数・薬価マスタの世代管理を診療データ保管年月分対応可能な世代数で保持できること。	○
E.1.3.5	システムで使用するマスタは日付で世代化して改正前後の内容を保持できること。世代管理は世代数に制限のないようにすること。または、世代管理は診療データ保管年月分対応可能な世代数で保持できること。	○
E.1.3.6	点数マスタでは、特定器材等の商品名、規格名称を登録するエリアを持っており、レセ電算記録仕様に対応していること。	○
E.1.3.7	利用者マスタ登録時の操作範囲について、個別に設定できること。また、職種によって一括設定も行えること。	○
E.1.3.8	参考点数マスタが提供されること。また診療報酬改定時には自動更新を行うことが可能であること。また、管理番号とのマッチングにより、診療報酬に準拠した病院個別コードについても自動置換えが可能であること。	○
E.1.4	セキュリティについて	—
E.1.4.1	業務開始時のパスワード利用有無の設定が可能なこと。	○
E.1.4.2	パスワード運用時、利用者名の表示が可能なこと。	○
E.1.4.3	端末ごとに利用業務・画面の設定が可能なこと。	○
E.1.4.4	パスワードに使用期限設定が可能で、期限切れの場合変更要求がシステムで行えること。	○
E.1.4.5	以下の操作を実施した際に、アクセスの記録がとれること。①システム起動②ログイン③患者情報の検索④患者情報へのアクセス⑤患者情報の出力⑥システムの停止	○
E.1.4.6	システムへログインしている利用者氏名が、常に画面上に表示されていること。	○
E.1.4.7	患者基本情報をアクセスした履歴が時系列で参照可能であること。	○
E.1.4.8	患者基本情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。	○
E.1.4.9	住所情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。	○
E.1.4.10	住所情報については、登録する住所区分ごとに最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。	○
E.1.4.11	保険情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。	○
E.1.4.12	保険情報については、登録する保険ごとに最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。	○
E.1.5	印刷物について	—
E.1.5.1	請求書等のオンライン印刷物は、オーバレイ対応（枠線の印字等）していること。専用紙の発注が不要であること。	○
E.1.6	業務サポート画面について	—

E. 1. 6. 1	業務画面とは別に、処理中の患者に関する各種情報等を参照可能な、業務サポート画面を表示できること。	○
E. 1. 6. 2	フルHD対応ディスプレイ（画面解像度：1920×1080以上）を使用する場合、起動時に業務画面と並べて、常に業務サポート画面を表示できること。また、業務サポート画面の呼び出しボタンを配置し、業務サポート画面の表示・非表示を切り替えができること。	○
E. 1. 6. 3	端末別に使用患者履歴を表示できること。	○
E. 1. 6. 4	業務サポート情報として、来院履歴、保有保険情報、患者メモ情報、DPC情報、点数マスタ検索、患者ID検索の機能タブが表示できること。	○
E. 1. 6. 5	来院履歴画面では、カレンダーに来院日、入院期間、予約日が日付別にアイコンで表示できること。	○
E. 1. 6. 6	カレンダーは2ヶ月分の表示ができること（初期表示）。	○
E. 1. 6. 7	カレンダーの表示月は、自由に切り替えることが可能なこと。	○
E. 1. 6. 8	来院履歴画面では、次回予約日が表示できること。	○
E. 1. 6. 9	外来履歴一覧では、来院日、受診科、初診日、初回算定日、初回区分、DR名称が表示され、各項目で並べ替えができること。	○
E. 1. 6. 10	入院履歴一覧では、入院日、退院日、最終科、病棟、転帰、転出区分、DR名称が表示され、各項目で並べ替えができること。	○
E. 1. 6. 11	保険詳細画面では、社保／国保、公費、その他に分けて以下の保険情報が表示できること。・保険者番号、保険確認日、記号、番号、保険コメント、食事標準負担、食事減額区分、船員区分、福祉医療一部負担区分、外来月額一部負担金、入院月額一部負担金、委任サイン、低所サイン、外来限定科、入院限定科、レセプト特記欄	○
E. 1. 6. 12	処理日時点で有効でない保険の識別ができること。	○
E. 1. 6. 13	患者メモ画面では、患者メモ情報、レセプトコメント、自動起動業務区分が表示できること。	○
E. 1. 6. 14	患者メモ情報タブを選択しなくても、患者メモ情報またはレセプトコメント情報が登録されている場合には、何らかの情報が登録されていることが認識可能なこと。	○
E. 1. 6. 15	患者メモ情報を追加したい場合、業務サポート画面より患者メモ画面を呼び出して新規登録が可能なこと。	○
E. 1. 6. 16	レセプトコメントを表示する際には、以下の条件で設定できること。対象年月・医歯区分・入外区分・診療科・主保険	○
E. 1. 6. 17	レセプトコメントを追加したい場合、レセプトコメントのメンテナンス画面を呼び出して新規登録が可能なこと。	○
E. 1. 6. 18	DPC情報画面では、属性、DPC決定内容、入退院情報、病名情報、手術・処置情報が表示できること。	○
E. 1. 6. 19	DPC情報画面の内容は、業務画面で選択した患者のIDと自動連携すること。	○
E. 1. 6. 20	業務サポート画面において、点数マスタ検索ができること。	○
E. 1. 6. 21	業務サポート画面において、点数マスタ検索条件（診療区分、カナ名称、解釈番号、基金コード、定数（金額）の範囲）を設定できること。	○
E. 1. 6. 22	業務サポート画面において、患者ID検索ができること。	○
E. 1. 6. 23	患者ID検索画面では、患者ID以外の検索条件でも検索ができること。	○
E. 1. 6. 24	患者ID検索画面にて表示された患者IDのうち、選択した患者IDを前回処理患者IDとして保持することができること。	○
E. 2	患者基本情報	—
E. 2. 1	患者基本情報共通部分	—
E. 2. 1. 1	患者基本情報共通部分は、患者を個人で取り扱う画面全てにおいて、同一の情報を表示できること。	○
E. 2. 1. 2	患者基本情報共通部分は表示できる項目は導入時に当センターと調整すること。	○
E. 2. 1. 3	VIPサインが判別できる表記ができること。方法は問わない。	○
E. 2. 1. 4	未収金がある患者には患者基本情報共通部分に（未収有）のラベルが表示できること。ラベルは、（外来未収のみがある場合）（入院未収のみがある場合）（入外両方に未収がある場合）の3つのパターンでラベルの内容を変更できること。	○
E. 2. 2	新患受付	—
E. 2. 2. 1	患者基本・保険登録画面は、入力優先順位を配慮した画面構成とすること。〔例〕会計時に必要な最小限の保険情報（保険者、本人／家族、記号、番号、有効期間、給付割合、継続区分、保険確認区分）が先に入力でき、入力頻度が低い情報は保険詳細情報ウィンドウで入力する。	○
E. 2. 2. 2	新規来院患者の基本情報（氏名（ミドルネーム、旧姓含む）、性別、生年月日、住所、TEL、コメント）および 患者保有保険情報の登録・修正・削除が可能なこと。また、カナ氏名では英数字の入力も可能で、かつカナ姓・カナ名・カナミドルネームが同一の場合には「同姓同名有り」を警告表示できること。	○
E. 2. 2. 3	登録された基本情報は永久保存情報として常時照会が可能なこと。年齢については、基本・保険登録画面と他の入力画面上に何歳何ヶ月までを表示できること。また、基本情報は必要に応じて他部門での共通利用が可能なこと。	○
E. 2. 2. 4	臨床検査システムと接続し、患者属性情報を伝達することができること。	○
E. 2. 2. 5	患者IDについては、自動的に付番できる機能を有すること。自動付番機能については、チェックディジット方式または1312採番方式に対応できること。また、患者IDの手入力にも対応できること。	○
E. 2. 2. 6	性別および生年月日の元号については、既定値入力ができること。また、生年月日は西暦年での入力も可能なこと。	○
E. 2. 2. 7	氏名の漢字変換は日本語辞書を利用して行えること。	○
E. 2. 2. 8	カナ漢字変換では、漢字氏名、漢字保険記号、漢字保険番号の直接漢字（ワープロ）入力も可能なこと。	○
E. 2. 2. 9	患者コメントは漢字90文字分を登録・表示できること。また、フリーコメント以外に区分として個人情報（VIP、面会謝絶、法人区分等）の登録・管理が可能なこと。	○

E. 2. 2. 10	登録された患者コメントは、該当患者の他の入力画面に表示可能なこと。また、患者コメントはカルテ1号紙、外来基本カード、患者請求書へも出力できること。	○
E. 2. 2. 11	会計窓口、診療報酬請求業務では、3者併用に対応できること。また、高齢受給者、未就学児、生保（75歳以上／未満）、マル老（高齢受給者との併用含む）、特別公費（乳幼児、障害者等）への対応が可能なこと。	○
E. 2. 2. 12	全保有保険の略称を一覧表示できること。また、略称をマウスでクリックすることにより、ダイレクトに登録内容を表示し、修正できること。または、同等の機能を有すること。なお、有効期間切れの保険については、略称部分（背景）が色分け表示されていること。	○
E. 2. 2. 13	患者単位（全保有保険）および保険別の保険確認日が管理でき、前回保険確認日を表示できること。	○
E. 2. 2. 14	社保・国保本人、後期高齢者など各種保険と年齢の妥当性チェックが行えること。各種保険と年齢の妥当性チェックについては、マスタ設定が可能なこと。	○
E. 2. 2. 15	後期高齢者保険適用のチェックについては、誕生日付による判断が可能なこと。	○
E. 2. 2. 16	保険詳細情報画面で以下の設定が可能なこと。・継続区分・船員区分・国保特別区分（結予／精神併用区分）・高額療養費委任払いサイン（入外／入院のみ／外来のみ）・低所得者サイン（一般／上位／長期／後期 等）・保険負担区分・入外別の限定科（適用／非適用）各々12科	○
E. 2. 2. 17	継続区分の活用により、後期高齢者の月途中の保険者変更（市町村変更によるレセプト分割）や特定疾患保険の複数登録にも対応できること。	○
E. 2. 2. 18	長期療養患者についても、保険の科限定が可能なこと。（限定科以外との切り分け。）	○
E. 2. 2. 19	給付割合（年齢により区別）のほか、1点単価、食事標準負担区分、保険負担区分、公費一部負担金月額自動設定と画面からの変更処理が可能なこと。また、70歳以上で社保、国保、退職者の場合、高額療養費委任払いサインと低所得者サインを自動設定できること。（変更可）	○
E. 2. 2. 20	公費一部負担金月額の自動設定は保険者マスタから行えること。	○
E. 2. 2. 21	公費一部負担金月額は画面を切り替えずに確認できること。	○
E. 2. 2. 22	患者や職員の減免用の保険（減免保険）を登録できること。	○
E. 2. 2. 23	減免保険の減免率や減免金額は減免マスタで設定できること。	○
E. 2. 2. 24	減免マスタでは対象の診療区分も設定できること。	○
E. 2. 2. 25	労災固有情報（労働保険番号、年金証書番号、入外療養期間、請求回数、傷病年月日、労災事業所名・所在地）の容易な入力可能なこと。	○
E. 2. 2. 26	労災以外の保険においても、事業所名（会社名）・所在地（住所）等の登録と利用ができること（カルテ1号紙へ出力可）。	○
E. 2. 2. 27	住所については、町名まで表現可能な住所マスタを有していること。また、住所マスタのメンテナンスが可能なこと。今後の住所マスタのリビジョンアップにも対応できること。	○
E. 2. 2. 28	連絡先情報として、本人および家族等を識別した携帯番号、メールアドレスの入力が可能なこと。	○
E. 2. 2. 29	患者基本情報の患者基本の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。	○
E. 2. 2. 30	患者基本情報の保険の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。	○
E. 2. 2. 31	患者基本情報の住所の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。	○
E. 2. 2. 32	患者基本情報は、必要に応じて他部門での共通利用ができること。	○
E. 2. 2. 33	臨床検査システム等と接続し、患者基本情報を伝達できること。	○
E. 2. 2. 34	新患登録時に受診科を指定することで、受付処理が同時にできること。	○
E. 2. 2. 35	新患登録時の受付処理と同時に、外来基本カード（前回処方を含む）の発行、受付票の発行およびカルテ出庫指示ができること。また連動してカルテ1号用紙の発行が可能なこと。	○
E. 2. 2. 36	患者登録および変更画面において、患者基本情報の登録・変更が画面を切り替えることなくできること。	○
E. 2. 2. 37	患者基本情報が更新・変更された場合、履歴を管理し参照することが可能なこと。また、変更があった場合、変更箇所の色などを変更して表示し、オペレータに確認を促すことができること。	○
E. 2. 3	患者ポータル	—
E. 2. 3. 1	患者選択後、ショートカットキーの操作のみで患者IDを引き継いで、複数の業務画面が起動できること。業務画面は、子画面のイメージで別ウィンドウで表示され、複数の画面を並べて表示できること。または、同等の機能を提供すること。	○
E. 2. 3. 2	電子カルテの端末命名規則については、当センターと相談のうえ決定すること。	○
E. 2. 4	病名登録	—
E. 2. 4. 1	レセプトに出力する病名（歯科の場合、歯式部位まで）の登録・修正・削除が可能なこと。また、病名のコード入力に使用する傷病名マスタは、基金コード、ICD10およびICD11分類コードが採番されているレセ電算傷病名マスタを利用できること。	○
E. 2. 4. 2	歯式部位の入力では、レセプト表示に合わせた簡易な入力が可能なこと。また、医科歯科共用画面と医科専用画面の切り替えが自由に行えること。	○
E. 2. 4. 3	1患者につき700病名程度の登録が可能なこと。	○
E. 2. 4. 4	1画面にて複数病名の表示が可能で、かつスクロールすることでそれ以上の病名が確認できること。また、病名の登録・修正・削除・照会が同一画面で行えること。	○
E. 2. 4. 5	登録病名情報（表示内容）については、マウス操作で位置付け後、容易に修正できること。または、同等の機能を提供すること。	○
E. 2. 4. 6	病名の照会では、全科または科単位の照会機能および入外別の照会機能を有していること。また、診療科による検索（照会）またはレセプト科による検索（照会）の選択が可能なこと。	○
E. 2. 4. 7	終了・中止病名を表示する／しないの切り替えや表示対象とする病名の期間指定が可能なこと。なお、期間指定については以下の切り替えと初期設定が可能なこと。・全期間表示・当月有効分表示できること。	○
E. 2. 4. 8	ワープロ入力を行った病名は、未コード化病名として判別できること。	○
E. 2. 4. 9	病名の入力方式として、以下の機能を有すること。	○

E. 2. 4. 10	・病名コード入力（ハイフン、アルファベット、小文字を含む）	○
E. 2. 4. 11	・病名検索入力（病名のみ検索／修飾語のみ検索／病名・修飾語の両方を検索 の指示）	○
E. 2. 4. 12	・ワープロ修正入力	○
E. 2. 4. 13	・登録病名情報のコピー入力	○
E. 2. 4. 14	病名検索入力の場合、病名コード入力域に直接カナ漢字入力ができること。	○
E. 2. 4. 15	病名コードおよび修飾語コードの検索は、カナ検索・漢字検索ができること。	○
E. 2. 4. 16	病名単位に科の限定および外来／入院／入外共通の限定が可能なこと。また、全科適用病名としての登録も可能なこと。	○
E. 2. 4. 17	病名（本体部分1個）と修飾語（頭部、補助、尾部など）を計4個分、自由に組み合わせて漢字名称を合成できること。（順不同）	○
E. 2. 4. 18	病名の登録（追加）時、1つ上の病名の科、入外区分、開始日、職員コード（ドクターコード）、保険を引き継げること。	○
E. 2. 4. 19	適用保険の入力時には、有効保険パターンすべての名称（略称）を一覧表示できること。また、マウスによる適用保険の選択入力が可能なること。または、同等の機能を提供すること。	○
E. 2. 4. 20	主病名サイン（レセプト出力時、同一開始日の病名の先頭へ出力）および 優先順位の入力により、レセプトへの病名出力順を制御できること。	○
E. 2. 4. 21	医科の補足コメントおよび歯科の補足コメント、コメントコード、歯式の補足コメントの登録・修正・削除ができること。	○
E. 2. 5	患者属性登録	—
E. 2. 5. 1	患者識別情報（来院情報、連絡先情報、身体情報、医師情報、感染症情報等）の登録・修正・削除を行うことができること。	○
E. 2. 5. 2	患者識別（目が悪い・耳が悪い等）を区分設定し、登録できること。	○
E. 2. 5. 3	患者識別は5区分まで登録できること。	○
E. 2. 5. 4	備考情報としてメモが記載できること。	○
E. 2. 6	紹介情報登録	—
E. 2. 6. 1	紹介患者についての諸情報（紹介先情報、紹介元情報、搬入情報、紹介扱い状況等）の登録・管理をができること。	○
E. 2. 7	生保管理	—
E. 2. 7. 1	保険情報に登録されている生保（法別12）にリンクした形で、毎月変更される交付番号を管理、修正が行えること。	○
E. 2. 7. 2	中国残留邦人（法制コード25）についても同一画面で管理ができること。	○
E. 2. 7. 3	生保管理画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、生保情報の管理ができること。	○
E. 2. 7. 4	生保情報は同月に入外・医歯組み合わせ別で最大4区分を、それぞれ別番号で管理、修正できること。	○
E. 2. 7. 5	登録した生保レコード単位に交付番号が3区分まで登録できること。	○
E. 2. 8	治験概要登録	—
E. 2. 8. 1	治験ID、治験依頼企業、依頼者、実施責任医師などの概要登録が行えること。	○
E. 2. 8. 2	企業コードごとのマスタ作成と管理が可能であること。	○
E. 2. 8. 3	保険請求用と企業請求用のレセプトをそれぞれ作成できること。	○
E. 2. 8. 4	治験企業負担分請求書を出力できること。	○
E. 3	受付／管理業務	—
E. 3. 1	各種印刷発行	—
E. 3. 1. 1	患者登録情報を元に、IDカード、外来基本カードの発行が可能なこと。この時、受診科として初回登録時に5科までの受付が可能なること。	○
E. 3. 1. 2	カルテ1号紙発行時、科、カルテNo.、適用保険、カルテコメントを指定し出力できること。（登録・修正・削除も可）なお、カルテコメントは漢字20文字を3個まで登録できること。	○
E. 3. 1. 3	カルテ1号紙発行時（発行画面）、有効保険（最大6個）、最終来院日、最新入院情報（入退院日・科）、科別初診日・最終来院日を表示できること。	○
E. 3. 1. 4	カルテ1号紙には、患者コメント、予約コメント、「同姓同名あり」表示を出力できること。別途作成できること。（コメントコード入力およびコメントワープロ入力）	○
E. 3. 2	再来受付	—
E. 3. 2. 1	再来患者の受付ができること。	○
E. 3. 2. 2	再来患者の受付、外来基本カードの発行が可能なこと。	○
E. 3. 2. 3	患者IDが不明のとき、再来受付画面からカナ氏名（一部も可）、性別、生年月日を検索条件にして、患者ID照会（患者検索）ができること。	○
E. 3. 2. 4	再来受付画面で処理中の患者の未収金額が表示できること。	○
E. 3. 2. 5	再来受付画面で処理中の患者の来院履歴が表示できること。	○
E. 3. 2. 6	再来受付画面で処理中の患者の有効保険情報が表示できること。	○
E. 3. 2. 7	全科分の前回（最終）来院日、患者未収金額および有効保険（法制コード、継続区分、前回保険確認日）を表示できること。	○
E. 3. 2. 8	保険証情報や患者基本情報の修正・参照のため、ワンタッチで新患受付画面に切り替わること。	○
E. 3. 2. 9	同日同科での複数受付もできること。	○
E. 3. 2. 10	来院区分として薬、検査、注射、リハビリ等の選択入力ができること。	○
E. 3. 2. 11	受付履歴については、受付番号、受付時間を画面で確認できること。	○
E. 3. 2. 12	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、各科の受付情報の到着確認フラグは既定値として（到着）表示できること。	○
E. 3. 2. 13	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、当該科の外来基本カードは出力せずに、受付票のみ出力するといった運用もできること。	○
E. 3. 2. 14	予約到着確認時の受付NO. 付与もできること。	○
E. 3. 2. 15	再来受付画面で予約到着確認を行った時に、帳票（患者IDカード／基本カード）のそれぞれについて自動的に発行指示を行うかどうかを選択できること。	○
E. 3. 2. 16	外来基本カードの保険別発行時には、保険指定や保険選択ができること。	○

E. 3. 2. 17	受付時に算定区分の入力により、当該受付の会計時に紹介患者や救急車搬入等の区分が会計に反映できること。	○
E. 3. 2. 18	再来受付業務では、保険確認画面との連携処理ができること。	○
E. 3. 2. 19	新患受付時と同様、患者IDカードおよびカルテ1号紙の発行ができること（カルテ1号紙の発行は発行画面との連動を行うこと）。	○
E. 3. 2. 20	患者IDカード、外来基本カードの再発行指示ができること。	○
E. 3. 2. 21	外来基本カードは科単位発行か患者単位発行かの選択が可能なこと。また、運用により保険別（前回診療情報）の発行や退院時（入院）処方発行が可能なこと。	○
E. 3. 2. 22	外来基本カードには以下の内容を出力できること。（マスタ設定による出力内容の選択）・基本情報 ・保険情報 ・受付／予約（当日・未来分10個）情報・入外来院歴情報 ・算定歴情報（指導・管理料等）・公費一部負担金算定情報（月額、残額／限度額、残額、累積額、回数）・特定疾患一部負担金算定情報（限度額、残額、累積額、回数）・病名情報 ・前回診療情報（処方内容、用法等） ・薬剤通減サイン・カルテ情報（カルテ番号、コメント） ・患者コメント	○
E. 3. 2. 23	「悪性腫瘍」等、外来基本カード上への指導・管理料の名称表示については、プライバシーを考慮できること。（別略称等印字）	○
E. 3. 2. 24	コメントメンテナンスにより、毎回外来基本カードに出力するためのコメント5個を、別途作成できること。（コメントコード入力およびコメントワープロ入力）	○
E. 3. 2. 25	コメントメンテナンス画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し、対象の患者を検索した上で、コメントコード入力およびコメントフリー入力が行えること。	○
E. 3. 2. 26	患者IDが不明のとき、再来受付画面からカナ氏名（一部も可）、性別、生年月日を検索条件にして、患者ID照会（患者検索）が行えること。また、該当患者が存在しない場合は、新患受付画面に自動的に切り替わること。	○
E. 3. 2. 27	同日同科での複数受付も可能なこと。	○
E. 3. 2. 28	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、当該科の外来基本カードは出力せずに、受付票のみ出力するといった運用も可能なこと。また、予約到着確認時の受付No.付与も可能なこと。	○
E. 3. 2. 29	新再来受付画面で予約到着確認を行った時に、帳票（IDカード／基本カード／受付票／カルテ出庫指示）のそれぞれについて自動的に発行指示を行うかどうかを選択できること。	○
E. 3. 2. 30	全科分の前回（最終）来院日、患者未収金および有効保険（法制コード、継続区分、前回保険確認日）を表示できること。	○
E. 3. 2. 31	新患受付時と同様、IDカードおよびカルテ1号紙の発行が可能なこと。（カルテ1号紙の発行は発行画面との連動）また、IDカードの科別発行を行う運用の場合、発行履歴の照会が可能なこと。	○
E. 3. 2. 32	再来受付業務では、保険確認画面との連携処理が可能なこと。	○
E. 3. 3	保険確認	—
E. 3. 3. 1	患者単位（全保有保険）および 保険別の保険確認日の登録・修正が可能なこと。	○
E. 3. 3. 2	基本・保険登録処理と連携し、保険の修正・追加が可能なこと。	○
E. 3. 3. 3	保険確認履歴を保有し、過去の確認日を参照することができること。	○
E. 3. 3. 4	保険確認画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、保険確認情報の管理ができること。	○
E. 3. 3. 5	対象の保険を1回のオペレーションで確認済みにできること。	○
E. 3. 3. 6	基本・保険登録処理と連携し、保険の修正・追加ができること。	○
E. 3. 3. 7	保険確認履歴画面では、過去の確認日を参照できること。	○
E. 3. 3. 8	保険確認履歴画面では、過去の保険の修正状況が確認できること。	○
E. 3. 3. 9	保険確認履歴画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、保険確認履歴情報の管理ができること。	○
E. 4	各種情報照会	—
E. 4. 1	患者ID照会	—
E. 4. 1. 1	患者の患者ID、氏名、性別、生年月日、過去の全受診科、VIP・面会謝絶等の照会が可能なこと。（カナ氏名の50音順に表示）この時、過去の全受診科については、診療科順表示か最終来院日順表示かの選択（設定）が可能なこと。	○
E. 4. 1. 2	カナ氏名では、「名」の一部（「タロウ」等の「タ」）や「ミドルネーム」の一部からの検索も可能なこと。	○
E. 4. 1. 3	カナ氏名では、清音の指定で濁音・半濁音の文字を、また濁音・半濁音の指定で清音の文字を検索できること。（シ → シ、ジ、ヂを検索）（バ → ハ、バを検索）	○
E. 4. 1. 4	検索条件は、漢字氏名（姓・名）、性別、生年月日の他に、第2氏名カナからの検索も可能なこと。	○
E. 4. 1. 5	照会画面で選択された患者の詳細情報・来院履歴情報を個別に表示できること。また、選択された患者から各業務画面への切替もワンタッチで行えること。	○
E. 4. 1. 6	検索結果から選択した患者の詳細情報・来院履歴情報を個別に表示できること。	○
E. 4. 1. 7	検索結果から選択した患者の住所情報を個別に表示できること。	○
E. 4. 1. 8	検索結果から選択することにより、患者の最終来院日、最新入院情報（入退院日・科・病棟病室ベッド・ドクター名）、診療科別初診日・最終来院日（降順）、現住所情報（郵便番号・電話番号・住所）をウィンドウ表示できること。	○
E. 4. 1. 9	検索結果から選択した患者の入院受診履歴情報を表示できること。この時、入院科、入院日、退院日、病棟、転帰、転入日、主治医情報が確認できること。	○
E. 4. 1. 10	患者照会情報として表示できる項目は、永久保存項目として照会ができること。ただし、診療データに関してはデータ保存範囲内（～97か月）での照会となること。	○
E. 4. 1. 11	選択された患者から各業務画面への切替もワンクリックでできること。または、同等の機能を提供すること。	○
E. 4. 1. 12	患者照会情報として表示できる項目は、すべて永久保存項目として照会が可能なこと。	○
E. 4. 2	来院履歴照会	—
E. 4. 2. 1	履歴は科毎または日付順での並び替えおよび入院履歴の詳細表示モード（転科・転室分まで表示）への切り替えが可能なこと。	○

E. 4. 2. 2	入院履歴情報は99履歴分（99入院・退院・転科・転室履歴）を表示できること。また、外来履歴情報は科毎（全来院科）に最新から3履歴分または1履歴分（最新のみ）を切り替え表示できること。	○
E. 4. 3	受付状況照会	—
E. 4. 3. 1	受付DB（受付・会計業務にて更新）により、受付時間、診療済み時間（分散入力）、会計済み時間の管理が可能なること。	○
E. 4. 3. 2	受付状況照会では、科別受付状況の照会および未会計患者などの照会が可能なること。当日以外（過去日）の検索日付も指定できること。	○
E. 4. 3. 3	時間軸を横に、受付状況（受付数、未会計数）の推移をグラフ表示できること。	○
E. 4. 3. 4	科別受付状況照会からの機能選択により、受付患者一覧、未会計患者一覧、会計済み患者一覧、予約患者一覧を時間順に表示できること。	○
E. 4. 3. 5	上記患者一覧表示では、指定科分または全科分の選択表示が可能なること。また、新患／再来などの受付区分の表示も可能なること。	○
E. 4. 4	患者情報検索	—
E. 4. 4. 1	患者情報検索画面は、ショートカットキーで呼出し可能なること。	○
E. 4. 4. 2	患者情報の検索は、患者のカナ氏名、漢字氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日（西暦または和暦）を条件に行えること。	○
E. 4. 4. 3	カナ氏名では、清音の指定で濁音・半濁音の文字を、また濁音・半濁音の指定で清音の文字を検索できること。この検索を行うかどうか、モードの切り替え指示が画面上で可能なること。例：（シ → シ、ジ、ヂを検索）（バ → ハ、バを検索）	○
E. 4. 4. 4	検索条件は、漢字氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日の他に、第2カナ氏名からの検索も可能なること。	○
E. 4. 4. 5	電話番号で検索できること。	○
E. 4. 4. 6	検索条件を満たす患者が存在する場合、検索結果を一覧で表示できること。検索結果一覧では、患者ID、カナ氏名、漢字氏名、性別、年齢、生年月日を表示できること。この時、検索結果一覧の患者ID、カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日でソートが可能なること。また、年齢、生年月日などでの絞り込みが可能なること。	○
E. 5	会計	—
E. 5. 1	会計入力	—
E. 5. 1. 1	外来患者に対する全診療内容をコードまたは略称等で入力し、入力された診療内容と保険情報を基に点数・料金計算を行い、患者に対する外来請求書の発行ができること。	○
E. 5. 1. 2	各種情報照会（保険、病名、D0番号・内容、セット番号・内容、各種算定状況、診療履歴・内容等）ができること。方法は問わない。	○
E. 5. 1. 3	各種情報照会（病名）については、主病名サインと転帰区分が把握できること。	○
E. 5. 1. 4	各種情報照会（病名）については、表示する病名の絞り込み（入院、外来、医科、歯科別）ができること。	○
E. 5. 1. 5	他業務への切り替えが自由にできること。また、他業務への切り替え後も元の会計入力画面に戻れること。	○
E. 5. 1. 6	患者、科の入力から患者請求書発行までの処理を、1種類の画面（会計入力画面）にてできること。	○
E. 5. 1. 7	設定により最終来院履歴の科コードと職員コード（職員コード（ドクターコード））を自動発生できること。	○
E. 5. 1. 8	職員コード（職員コード（ドクターコード））は3個まで入力できること。	○
E. 5. 1. 9	同一画面で、同一患者にて、複数科（併科）の入力ができること（5科程度）。	○
E. 5. 1. 10	受付状況確認画面では、以下の内容が確認できること。受付区分、受診科、来院区分、ドクター名、受付時間、診療時間	○
E. 5. 1. 11	診療日に有効な保有保険が表示できること。	○
E. 5. 1. 12	事前に適用保険の組み合わせパターンを登録する必要がなく、診療日の有効保険の中から、適用保険の自動選択ができること。	○
E. 5. 1. 13	自動選択された適用保険が画面で確認できること。	○
E. 5. 1. 14	適用保険がない場合に自動発生させたい保険（自費等）の設定ができること。入力時に全額本人請求の指定がされたデータに対して適用させたい保険の設定もできること（点数マスタでの自費扱い指定項目の自費保険設定を含む）。	○
E. 5. 1. 15	エラー／警告メッセージを10個分以上表示できること。	○
E. 5. 1. 16	入力行番号とエラー／警告メッセージの対応について、行番号と配色でわかり易く表示できること。	○
E. 5. 1. 17	1会計入力において、科コード行を含み最大500行（項目）の診療データ入力ができること。	○
E. 5. 1. 18	項目名称、使用量、単位、点数、回数を一度に表示できること。	○
E. 5. 1. 19	項目コード（自動発生項目含む）とその正式名称、ドクター名称（診療行為指定）および適用保険を表示できること。	○
E. 5. 1. 20	主行為（手技）、薬剤、材料のグループごとの点数計算と表示ができること。	○
E. 5. 1. 21	画面単位 または 科単位（一部項目単位も可）で、請求先区分、保険、時間区分（各種加算）、障害者区分、診療日、職員コード（ドクターコード）、入院中外来、課税／非課税等の指定ができること（ヘルプ機能を含む）。	○
E. 5. 1. 22	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること（単独保険・併用保険の同時入力、画面／科／診療グループ単位の保険指定 等）。	○
E. 5. 1. 23	年齢、労災による項目点数の自動置換ができること（入力者は意識せず、同一コードでの入力が可能なること）。	○
E. 5. 1. 24	入力時の包括・未算定項目については、0点表示ができること。〔例〕 薬剤情報提供料の手入力／オーダ取込み時の0点算定のケース・入院中の場合・同日2回目以降の場合・同日に処方箋料を算定している場合・院内処方の薬剤が存在しない場合（在宅に伴う薬剤しか存在しない場合も0点）	○
E. 5. 1. 25	任意で設定した点数マスタについては、特定項目組み合わせチェック機能（警告／エラー）として、以下の機能を保有すること。・会計画面内コード項目数超過・同時算定不可項目	○

E. 5. 1. 26	算定項目の背反チェックのため、電子点数表に掲載されていないチェックやユーザ個別にチェックしたい内容を設定できること。	○
E. 5. 1. 27	患者の来院履歴および最終退院日（退院後の継続中病名保有チェック含む）により、初再診データの自動発生ができること。	○
E. 5. 1. 28	初再診データの判断に関して、経過期間については、診療科別の設定ができること（小児科1ヶ月、内科3ヶ月 等）。	○
E. 5. 1. 29	初再診入力では、（前日算定）、（前月算定）での実日数未カウント区分のほか、実日数未カウント区分のみの入力もできること。	○
E. 5. 1. 30	初再診入力では、小児科外来診療料算定による包括（0点）算定時においても、併科分のレセプトに同日他科受診メッセージを出力できること。	○
E. 5. 1. 31	同一日に2科目の初再診料を算定できる可能性がある場合、自動的に点数マスタコードを発生させることができること。また、設定変更により、点数マスタコードの発生または警告コメントの発生を選択できること。	○
E. 5. 1. 32	会計時または分散会計時、薬引換券番号は5個まで登録可能で、自動付番もできること。	○
E. 5. 1. 33	同一会計入力画面での院内／院外処方の混在入力ができること。また、この時の処方箋料算定により調剤料・処方料・麻毒加算の自動発生を抑制できること。	○
E. 5. 1. 34	向精神剤多剤投与のチェックを実施し、自動的に逡減できること。	○
E. 5. 1. 35	画像診断の入力では、枚数＞方向数の入力にも対応できること。	○
E. 5. 1. 36	単純撮影、造影撮影、特殊撮影等について、分画数入力もできること。	○
E. 5. 1. 37	入院患者に対する全診療内容（入院基本診療データは入院基本登録を参照）を、コードまたは略称等で入力できること。必要に応じ入院料項目の会計入力もできること。また、その場合特定入院料に包括される入院料項目の入力もできること。	○
E. 5. 1. 38	入院中の科コードは入力域に自動表示できること。	○
E. 5. 1. 39	入院日および退院日の表示ができること。	○
E. 5. 1. 40	現在入院中の科と全科での最終来院日の表示ができること。	○
E. 5. 1. 41	診療行為が継続するデータの容易な入力ができること（（何日から）、（何日から何日まで））。	○
E. 5. 1. 42	継続データ入力では、間欠（何日おき）入力や何日分（何日から）入力もできること。	○
E. 5. 1. 43	終了日が未入力の継続データは、退院登録時に終了日を自動設定できること。	○
E. 5. 1. 44	退院会計後の追加請求指示入力時には、追加入力のみの患者請求書を発行できること。	○
E. 5. 1. 45	労災保険適用時、病衣加算を自動算定できること。	○
E. 5. 1. 46	入退院日に、入院科もしくは他科で、外来扱い（外来指定）のデータ入力ができること。また、入院科の場合、入院データへの変更ができること。	○
E. 5. 1. 47	救急外来等で日付を跨るオーダに対して、複数日付のオーダを選択し、一括して取込みを行い、一日分の会計とできること。	○
E. 5. 1. 48	入力されたデータは、運用により入院患者の前回処方（またはD0登録処方）情報の出力処理へ反映できること（一括処理）。	○
E. 5. 1. 49	入院期間中の外来オーダを入院診療として取り込めること（同じ科は入院、異なる科は入院中外来データとすること）。	○
E. 5. 1. 50	電子カルテシステムと接続し、患者基本情報と受付情報を伝達できること。	○
E. 5. 1. 51	電子カルテシステムと接続し、実施済みのオーダ情報をそれぞれ取込めること。	○
E. 5. 1. 52	電子カルテシステムと接続し、未実施の検査オーダ、注射オーダ、処方オーダ情報をそれぞれ取込めること。	○
E. 5. 1. 53	服薬指導システムと連携して薬剤情報を伝達できること。	○
E. 5. 1. 54	取込み処理画面では、会計画面への情報展開前に取込み内容が確認できること。	○
E. 5. 1. 55	取込み処理画面では、未実施オーダの取込みデータにはその旨がわかるように（未）マークが表示できること。	○
E. 5. 1. 56	取込み処理画面では、複数Rp項目があった場合、Rpを指定して会計に取り込む・取り込まないが選択できること。	○
E. 5. 1. 57	取込み処理画面からデータを取り込む際に、他科のオーダを会計科に置換して取り込むことができること。	○
E. 5. 1. 58	取込み処理画面からデータを取り込む際に、日付を跨いだ診療（救急診療）の計算等のため、前日もしくは後日のデータを該当日にあわせて取り込むことができること。	○
E. 5. 1. 59	オーダ状況照会画面では、オーダ種別・患者ID・日付・入外区分・診療科を指定して医療事務システム取込み状態の確認、取込み内容の確認ができること。	○
E. 5. 1. 60	オーダ未取込一覧が出力できること。	○
E. 5. 1. 61	複数患者に対して単一診療日のオーダデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金およびセット項目）を作成し、該当データを取込むことで診療データ・料金データを一括で作成することができること。	○
E. 5. 1. 62	複数患者に対して単一診療日のオーダデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金およびセット項目）を作成し、オーダ取込み処理画面から取込めること。	○
E. 5. 1. 63	任意の患者に対して対象年月の複数日に複数のオーダデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金およびセット項目）を一括で作成し、該当データを取込むことで診療データ・料金データを一括で作成することができること。	○
E. 5. 1. 64	・当月調基有り	○
E. 5. 1. 65	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21、000円ルールに従った医療費の計算ができること。	○
E. 5. 1. 66	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えできること。	○
E. 5. 1. 67	患者の求めに応じて明細の分かる領収書を罫線付きで印刷できること。	○
E. 5. 1. 68	請求書発行日については、システム日付または診療日を設定できること。	○
E. 5. 1. 69	請求書発行日については、運用により締め日を設定できること。	○
E. 5. 1. 70	POSレジと接続し、入金処理ができること。	○

E. 5. 1. 71	初再診オーダの導入により自動入金機による自動精算対応ができること。	○
E. 5. 1. 72	初再診オーダ未導入、もしくは検査の結果のみ来院等で初再診料を算定しない場合も、再診料データを自動発生させ自動入金機による自動精算を可能にできること。	○
E. 5. 1. 73	自動入金機と接続し、入金処理を行えること。また、入金機の機能により、デビットカード、クレジットカードでの決済ができること。	○
E. 5. 2	各種入力方法について	—
E. 5. 2. 1	入力方法として、項目コード／略称コード／伝票コード入力、前回D0入力、約束入力、セット入力などの機能を有していること。	○
E. 5. 2. 2	略称コードは、1項目に対し、制限なく設定可能なこと。	○
E. 5. 2. 3	カナ名称での部分一致検索ができること。	○
E. 5. 2. 4	解釈番号での検索もできること。	○
E. 5. 2. 5	材料商品名称での検索もできること。	○
E. 5. 2. 6	検索画面を表示しての検索の他に、入力行での直接検索指示も可能なこと。また、コード検索時には該当項目の点数／金額、単位を表示できること。検索名称は画面調整により、表示文字数を拡大できること。	○
E. 5. 2. 7	科コード入力と職員コード（ドクターコード）入力は、設定した既定値が自動的に入力されること。	○
E. 5. 2. 8	職員コード（ドクターコード）の検索についても科コードライン、各項目コードごとに検索入力ができること。	○
E. 5. 2. 9	行削除や行挿入はファンクションキーでできること。	○
E. 5. 2. 10	使用量や回数が1の場合、使用量／回数入力を省略できること。	○
E. 5. 2. 11	使用量、回数（日数）は、行為入力行と同一行に入力できること。	○
E. 5. 2. 12	日数入力については、180日投与に対応し、3桁入力できること。	○
E. 5. 2. 13	自費項目の回数入力については、990回までの回数に対応し、3桁入力できること。	○
E. 5. 2. 14	入力支援機能として、入力データのテキストファイル保存／読み込み機能が利用できること。当機能により、他患者や入外・他科のデータを呼出し、容易に利用できること。	○
E. 5. 2. 15	処理時点よりも前に、登録を行った診療データの内容について、診療日・診療科・適用保険ごとにまとめて、診療履歴情報（行為名・数量・回数／日数）を参照できること。	○
E. 5. 2. 16	電子カルテシステムからの外来データ取込み時、未取込み科表示や全科取込みに対応できること。	○
E. 5. 2. 17	電子カルテシステムからの外来データ取込み時、未実施オーダ種がある場合、その内容の確認ができること。	○
E. 5. 2. 18	全診療区分において、過去実績（戻り回数指定、日付指定等）または事前登録データからのD0呼出しを行い、画面上で追加・修正・削除できること。なお、呼出し時の絞り込み条件（診療区分限定、保険限定、入外区分指定等）および指定可能な履歴範囲については、導入時にシステムで対応可能な範囲を当センターと調整すること。	○
E. 5. 2. 19	患者別D0データの登録は、随時会計入力と同様に診療科別にできること。	○
E. 5. 2. 20	患者別D0データの削除は、会計入力中のD0番号照会から簡単にできること。	○
E. 5. 2. 21	該当日の診療データそのものは更新せず、登録D0データの登録内容のみを更新できること。	○
E. 5. 2. 22	登録D0データ以外は事前登録の必要がないこと（過去の診療データを自由に展開・利用可）。	○
E. 5. 2. 23	科コードの入力により、前回D0データを自動表示できること。前回D0データの自動表示についても、診療区分の限定表示として、全て表示または5診療区分までの限定表示ができること。	○
E. 5. 2. 24	上記運用時においても、前回D0データの自動表示を抑制する指示入力ができること。	○
E. 5. 2. 25	該当科データのD0表示後、科コードの上書き修正ができること（他科データの容易な利用）。	○
E. 5. 2. 26	セット入力についても、全診療区分のデータ利用ができること。	○
E. 5. 2. 27	セット名称には、カナ英数字（3文字まで）と漢字セット名称（10文字まで）を利用できること。	○
E. 5. 2. 28	セットは999個まで登録できること。	○
E. 5. 2. 29	行為入力行に直接セット名称を指定し、セット入力できること。また、セット名称一覧とセット内容の照会を行い、該当セットの選択入力ができること。	○
E. 5. 2. 30	セットを入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。	○
E. 5. 2. 31	セットの登録・管理は、随時会計入力と同様にできること。	○
E. 5. 2. 32	セットの登録・管理については、セット登録時の診療日によりセットの世代管理ができること。	○
E. 5. 2. 33	約束の親コード入力により、子の内容を入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。	○
E. 5. 2. 34	約束入力時の数量（使用量／回数）の画面展開方法は、マスタ登録数量、入力数量（集計値数量入力）、入力×登録数量（倍数入力）の3通りの設定ができること。	○
E. 5. 2. 35	7種逓減算定の際、点数マスタの設定により同一銘柄、同一剤形の場合は1種類としてカウントできること。	○
E. 5. 2. 36	院外処方入力でRpの中の一部薬剤のみ後発医薬品変更不可の場合、個々の薬剤に付加できること。	○
E. 5. 2. 37	注射の場合、注射薬以外を入力すると警告メッセージを表示できること。	○
E. 5. 2. 38	入力単位については、主単位（入力の省略が可）のほか、サブ単位1、2の入力と単位の漢字表示ができること。	○
E. 5. 2. 39	注射薬剤入力時、年齢・入院期間・注射量等により点滴手技料を自動発生できること。	○
E. 5. 2. 40	グループ入力されていない場合でも、検査をまるめ対象区分毎にまとめた上で登録できること（まるめ計算を含む）	○
E. 5. 2. 41	レセプトや処方（用法）コメントについては、コード入力、略称入力、コード／略称検索入力およびワープロ修正入力ができること。	○
E. 5. 2. 42	レセプトの日付コメント入力時、コメント名称内（点数マスタ）に設定してある編集記号により、年月日、年月、日、年月日～年月日 等に入力数字を埋め込んでレセプト出力できること。	○
E. 5. 2. 43	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応し、基金コードのコメントパターンに従って必要なエリアにのみコメント（年月日）の入力を行える画面を表示できること。	○

E. 5. 2. 44	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応し、基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んでレセプト出力ができること。	○
E. 5. 2. 45	コメントの保険指定入力ができること。	○
E. 5. 2. 46	分服数（用法コメント）や実施時間の入力ができること。	○
E. 5. 2. 47	コメントは有効期間や対象レセプト（医科／歯科、入／外、科、保険）等を指定し、患者ごとにレセプト固定コメントを作成・保存できること。	○
E. 5. 2. 48	初診日の確認ができること。初診日は全科直近初診日の表示ができること。	○
E. 5. 2. 49	最終来院日（入力科またはレセプト科と全科での最終来院日）の確認ができること。最終来院日の表示には、最終退院日が考慮されていること。	○
E. 5. 2. 50	外来会計時、保険確認画面自動表示の場合、（外来全科非適用）として登録されている保険を除外できること。	○
E. 5. 2. 51	会計入力時に保険確認画面を起動して、保険確認日の更新指示ができること。	○
E. 5. 2. 52	会計入力時に、画面を切り替えることなく、患者保有病名の照会ができること。全科病名の表示だけでなく、医科歯科・入外・終了病名の表示有無などでの絞り込みや、診療日・科・入外での並び替えができること。この時、主病名や終了病名の判別ができること。	○
E. 5. 2. 53	各種算定状況（算定履歴）の照会では、初診料、調剤技術基本料、各種指導・管理料、検査判断料等の算定情報の照会ができること。なお、ここで照会できる項目については、基本的には利用者側での設定は不要なこと（発症日以外）。	○
E. 5. 2. 54	算定情報については、入院算定分および外来算定分の同時表示ができること。	○
E. 5. 2. 55	各種算定状況（算定履歴）の照会では、特定の項目に絞った検索ができること。	○
E. 5. 2. 56	各種算定状況（算定履歴）の照会では、表示項目の並べ替えができること。	○
E. 5. 2. 57	各種算定状況（算定履歴）の照会では、表示可能な件数に制限がないこと。	○
E. 5. 2. 58	会計入力時、同月内算定不可項目等をチェックできるよう、任意の診療項目について、算定歴を自動表示できるように設定可能なこと。	○
E. 5. 2. 59	閉鎖循環式全身麻酔について、点数計算できる機能を提供すること。当センターへ手順を説明すること。	○
E. 5. 2. 60	診療データ入力終了時、自動もしくは指示により、費用照会・確認ウィンドウを表示できること。	○
E. 5. 2. 61	費用照会・確認ウィンドウでは12料金明細までの一画面表示ができること。	○
E. 5. 2. 62	内容が間違っている場合には、費用照会・確認ウィンドウから再度、手間なく入力画面に戻り、内容の追加、修正、削除が行えること。	○
E. 5. 2. 63	マスタ設定により、会計計算完了と同時に、費用照会・確認ウィンドウ上から直接、外来請求書発行指示もできること。	○
E. 5. 2. 64	会計計算完了と同時に、外来請求書データを作成するが、外来請求書の用紙を発行しないこともできること。	○
E. 5. 3	分散会計	—
E. 5. 3. 1	診療各科と中央診療部門からの会計入力データ（外来）を集約し、料金計算と患者請求書の発行が行えること。	○
E. 5. 3. 2	運用により、全科分の未精算（未集約）データを取り込み、会計入力画面上に表示できること。この時、初再診データの自動発生も可能なこと。	○
E. 5. 3. 3	分散データ入力時に同一日・同一科の未精算データを画面表示する／しないの設定が可能なこと。	○
E. 5. 3. 4	指定日の未精算患者一覧を画面表示できること。また、未精算患者一覧表の出力も可能なこと。	○
E. 5. 3. 5	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21、000円ルールに従った医療費の計算ができること。	○
E. 5. 3. 6	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること（精算モードの場合）。	○
E. 5. 3. 7	会計画面のデータ入力部において、複数の診療行を選択し、選択した行を一括で削除できること。	○
E. 5. 4	修正会計	—
E. 5. 4. 1	修正会計画面では患者ID、入外区分、対象年月・日が指定でき、指定された範囲のデータが診療サマリー一覧エリアに表示できること。	○
E. 5. 4. 2	入外区分、対象年月・日を指定しなかった場合は、システム日付の月のデータが展開されること。	○
E. 5. 4. 3	診療サマリー一覧エリアの項目を選択すると、診療内容表示エリアに会計の詳細が表示できること。	○
E. 5. 4. 4	診療内容表示エリアでは、診療履歴情報として外来／入院／入外両方（省略値）および対象年月（日）を指定し、患者ごとに科、診療日、処理日、入外、主保険、併用保険、担当者、処理時間等の表示ができること。	○
E. 5. 4. 5	診療サマリー一覧エリアの項目を選択し、当該データを一括削除できること。	○
E. 5. 4. 6	診療内容表示エリアの診療履歴を選択することにより、診療内容の確認ができること。	○
E. 5. 4. 7	診療履歴の選択により、診療データ修正画面（会計入力イメージ表示）へ遷移し、診療内容を自由に追加・修正・削除できること（外来／入院データ入力機能に準じる）。	○
E. 5. 4. 8	会計画面での行削除は複数行を選択し、一括で削除ができること。	○
E. 5. 4. 9	会計入力された診療日、科、指定保険および診療データの修正（会計）入力ができること。上記データは、すべて画面展開後、上書きでの修正入力ができること。	○
E. 5. 4. 10	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること（単独保険・併用保険の同時入力、画面／科／診療グループ単位の保険指定 等）。	○
E. 5. 4. 11	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力した場合、全体指定されている保険組み合わせと、科／診療グループ単位で指定されている保険組み合わせが異なる場合、会計コード入力エリアの背景色を色分け表示することで視覚的わかり易くすること。	○
E. 5. 4. 12	診療データ保存期間については、データの修正およびレセプトの再出力ができること。	○

E. 5. 4. 13	再計算後、修正会計画面から差額分または全額分（新規）の患者請求書の発行ができること（新規調定発行含む）。	○
E. 5. 4. 14	新規再計算時には、入金情報として前回分の入金額の履歴を管理できること。	○
E. 5. 4. 15	修正会計では、再計算後の合計点数、今回請求額合計を画面表示できること。	○
E. 5. 4. 16	外来の診療データ入力終了時と同様、費用照会・確認ウィンドウの表示ができること。	○
E. 5. 4. 17	修正会計起動時の修正モード（初期値）を設定できること。	○
E. 5. 4. 18	診療データ登録後に保険期間変更（保険切れ）等があった場合には、警告メッセージの出力ができること。	○
E. 5. 4. 19	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応して基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んで日付コメントの画面表示ができること。	○
E. 5. 4. 20	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21, 000円ルールに従った医療費の計算ができること。	○
E. 5. 4. 21	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。	○
E. 5. 5	会計カード	—
E. 5. 5. 1	診療内容の右側にカレンダーマップを付加した会計カード画面を表示すると共に、病名参照も同時にできること。	○
E. 5. 5. 2	会計カード画面では、入院日数が表示できること。	○
E. 5. 5. 3	会計カード画面では、合計点数が表示できること。	○
E. 5. 5. 4	会計カード画面では、指定月内に存在する会計カードの組み合わせパターン（科・入外・保険）を参照・選択し、容易に診療内容のカレンダー表示が行えること。また、診療行為区分、科、入外の指定による限定表示も可能なこと。	○
E. 5. 5. 5	会計カード画面では、診療年月入力欄左右のボタンをクリックおよびショートカットキーにより、前月、翌月への切替ができること。	○
E. 5. 5. 6	入院患者の適用保険の有効期限切れの時期が判別できる表記ができること。方法は問わない。	○
E. 5. 5. 7	会計カード画面上には、最大999件の診療データを表示できること。また、入院料関連データのカレンダー表示にも対応可能なこと。	○
E. 5. 5. 8	レセプト別表示、レセプト科まとめ表示や全保険表示への切り替えができること。	○
E. 5. 5. 9	レセプト別表示では、以下の機能を有していること。外来 : 科別・主保険別表示入院 : 主保険別表示（転科前後のデータを同時に表示）	○
E. 5. 5. 10	全保険表示では、以下の機能を有していること。 ■医科／歯科・入外別表示 ■法制（保険）コード表示 ■診療区分・保険・レセプト科順に表示	○
E. 5. 5. 11	会計カード画面においては、項目名称表示部をマウスクリックし、点数マスタの正式名称、解釈番号を表示できること。また、主行為（手技）、薬剤、材料などのグループごとに点数表示が可能なこと。または、同等の機能を提供すること。	○
E. 5. 5. 12	会計カード画面では、項目ごとにツールチップに以下内容を表示できること。項目名称、基金コード、職員コード（ドクターコード）	○
E. 5. 5. 13	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応して基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んで日付コメントの画面表示ができること。	○
E. 5. 5. 14	呼吸心拍監視等、実施時間の情報を表示できること。	○
E. 5. 5. 15	180日投与に対応し、日数について3桁の表示ができること。	○
E. 5. 5. 16	自費項目の回数入力について、990回までの回数に対応し3桁の表示ができること。	○
E. 5. 5. 17	会計カード画面での診療内容の表示について、処方情報のうち、退院時処方および院外処方の判別ができること。	○
E. 5. 5. 18	会計カード画面から、直接 回数／日数の修正と行為の別診療日へのコピー（回数／日数のみ入力）が行えること。	○
E. 5. 5. 19	回数／日数の修正とコピーは、マウスで直接カレンダー上に指示（位置付け）できること。また、修正可／不可データについては色を分けて表示できること。	○
E. 5. 5. 20	カレンダー上の回数／日数を選択し、簡単な操作で該当項目の削除や該当項目の一括削除が行えること。（画面上の複数項目の1日単位削除および1ヶ月分削除が可能）	○
E. 5. 5. 21	DPC対象患者の診療内容を表示する際、該当の診療年月におけるDPC包括の期間、包括点数を表示、確認できること。	○
E. 5. 6	自動発生（生成）・包括項目	—
E. 5. 6. 1	会計入力業務においては、以下1-5-7-1～1-5-22-1に示す自動発生（生成）・包括・チェックの機能を有すること。	○
E. 5. 7	会計入力時の自動発生（生成）・包括項目凡例	—
E. 5. 7. 1	自動選択保険表示／前回指定保険自動表示	○
E. 5. 7. 2	科コード、職員コード（ドクターコード）、部署コードの自動表示（最終来院履歴or設定値）	○
E. 5. 7. 3	前回D0自動表示（行為限定可）	○
E. 5. 7. 4	初再診、処置、手術等、全体指定での各項目 時間外／障害者加算（加算除外項目チェック含む）	○
E. 5. 7. 5	会計の時間外加算自動発生ができること。方法は問わない。	○
E. 5. 7. 6	年齢、労災による項目点数自動置換	○
E. 5. 7. 7	各種包括項目／未算定項目の0点置換（各種特定入院包括、ビタミン／サンプル剤、算定回数チェック等）（特入外泊時の特入包括処理対応）（会計入力入院料項目の特定入院料包括処理対応）	○
E. 5. 7. 8	特定項目への包括（同日同時算定不可項目チェック）（リハビリへの処置、人工呼吸への生体検査・処置、処置同士、傷病名との関連 等、自由に設定可）	○
E. 5. 7. 9	初再診料（科毎の経過期間設定および加療中病名チェック）	○

E. 5. 7. 10	同一日2科目の初再診料	○
E. 5. 7. 11	明細書発行体制加算・地域医療貢献加算（診療所のみ）	○
E. 5. 7. 12	外来診療料（包括処理含む）（外来診療料0点算定時、包括処理行う／行わないの設定も可） （初診入力と同一画面上では包括処理を行わない）（強制未包括区分の入力対応）	○
E. 5. 7. 13	初診時特定療養費（紹介・緊急以外、保険や指示による抑制可）	○
E. 5. 7. 14	外来管理加算（処置等での併科分消込み可）（労災アフタケア時の自動発生抑制）	○
E. 5. 7. 15	小児科外来診療料包括（項目の0点置換）（自費分も可）（同月の入院検体検査判断料の包括対応）	○
E. 5. 7. 16	医学管理料督促メッセージ表示（保有病名チェック有）（特定、皮膚科特定、悪性腫瘍、小児科療養、難病外来、てんかん指導）（（疑い）病名時の督促表示抑制）	○
E. 5. 7. 17	小児科外来診療料自動発生	○
E. 5. 7. 18	慢性維持透析患者外来医学管理料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 19	生活習慣病管理料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 20	慢性疼痛疾患管理料算定時のリハビリテーション自動包括	○
E. 5. 7. 21	手術後医学管理料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 22	手術前医学管理料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 23	短期滞在手術等基本料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 24	薬剤管理指導料（調基消込み可）	○
E. 5. 7. 25	薬剤情報提供料（同月初回）（科別算定も可）	○
E. 5. 7. 26	乳幼児育児栄養指導料（年齢、科により自動算定）	○
E. 5. 7. 27	特定薬剤治療管理料4月目以降逡減（以内は逡減消込可）	○
E. 5. 7. 28	悪性腫瘍特異物質治療管理料精密初回月加算	○
E. 5. 7. 29	地域包括診療料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 30	認知症地域包括診療料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 31	小児かかりつけ診療料包括（項目の0点置換）	○
E. 5. 7. 32	在宅患者訪問診療料（もしくは歯科訪問診療料）および皮下筋／静注／点滴／中心静脈注射入力時の（在宅療養あり）警告メッセージ表示（在宅自己注射／在宅中心静脈栄養法／在宅悪性腫瘍患者指導管理料の同月内算定時・・・手技毎に若干対象が異なる）	○
E. 5. 7. 33	調剤料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）	○
E. 5. 7. 34	処方料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）	○
E. 5. 7. 35	調剤技術基本料（入外共未算定時に算定／外来算定済時も入院優先算定）（遡及処理により外来分削除可）	○
E. 5. 7. 36	検査・画像診断項目の治験保険自動適用	○
E. 5. 7. 37	処方箋料（同日の調剤料・処方料・麻毒加算の抑制とチェック）（含、一般名処方加算）	○
E. 5. 7. 38	外来内服薬多剤投与（処方料、薬剤料、処方箋料）（ビタミン剤／サンプル剤／自費薬剤／臨時処方除外）（院内製剤、散剤・液剤、205円以下薬剤の1種カウント）	○
E. 5. 7. 39	特定疾患処方管理加算（保有病名チェック有）（（疑い）病名時の自動発生抑制）	○
E. 5. 7. 40	地域包括診療加算入力時、内服薬多剤投与逡減の抑制および自動発生する処方料／処方箋料の制御	○
E. 5. 7. 41	向精神薬多剤投与による自動逡減（処方料、薬剤料、処方箋料）	○
E. 5. 7. 42	薬引換券番号	○
E. 5. 7. 43	院内製剤加算	○
E. 5. 7. 44	アクア加算（5ml／20ml）（強制未算定入力可）	○
E. 5. 7. 45	生物学的製剤加算	○
E. 5. 7. 46	麻薬注射加算	○
E. 5. 7. 47	使用量切り上げ計算（残余破棄レセプト自動メッセージ）	○
E. 5. 7. 48	皮内・皮下筋肉内注射、静脈内注射等の注射手技料	○
E. 5. 7. 49	点滴手技料（年齢・入院期間・注射量等による自動判断）	○
E. 5. 7. 50	点滴注射（1日につき）薬剤量・年齢による手技料置換	○
E. 5. 7. 51	静脈、皮下筋、点滴、中心静脈注射の1日まとめ（遡及処理）（選択設定）	○
E. 5. 7. 52	点滴薬剤（点滴の加算含む）の中心静脈注射へのまとめ（遡及処理）（選択設定）	○
E. 5. 7. 53	外来化学療法加算	○
E. 5. 7. 54	注射グループに注射薬以外入力チェック	○
E. 5. 7. 55	使用量／回数省略時の自動発生（省略値：1）	○
E. 5. 7. 56	中心静脈注射入力時の（在宅療養あり）警告メッセージ表示（在宅中心静脈栄養法指導管理料の同月内算定時）	○
E. 5. 7. 57	処置・手術・リハ等 労災特例加算（1. 5倍／2倍）（対象病名チェック可）	○
E. 5. 7. 58	処置・手術・麻酔等 新生児／乳児／1～3歳未満／乳幼児加算／6歳未満加算（歯科）	○
E. 5. 7. 59	透析液水質確保加算	○
E. 5. 7. 60	鼻腔栄養（処置）の入院基本カレンダーからの特食入力対応	○
E. 5. 7. 61	手術実施当日の注射手技料自動包括	○
E. 5. 7. 62	閉鎖循環式麻酔の時間、種類による点数計算	○
E. 5. 7. 63	血液量による輸血手技料	○
E. 5. 7. 64	輸血管理料	○
E. 5. 7. 65	外来迅速検体検査加算（検査数カウント）	○
E. 5. 7. 66	各種検査判断料（同月検査包括入院料算定後の検査算定時の抑制）	○
E. 5. 7. 67	各種検査まるめ（カウント除外チェック含む）	○
E. 5. 7. 68	同日他科算定済みのまるめ対象検査警告表示	○
E. 5. 7. 69	検査項目の複数項目1カウント	○
E. 5. 7. 70	血液採取料（包括（抑制）項目指定も可）	○
E. 5. 7. 71	基本的検体検査実施料／判断料（包括処理含む）	○
E. 5. 7. 72	病理診断料（組織診断料・細胞診断料）	○
E. 5. 7. 73	病理診断管理加算1・2（組織診断を行った場合／細胞診断を行った場合）	○
E. 5. 7. 74	生体検査逡減（全て／同一部位のみ）	○

E. 5. 7. 75	検体管理加算（入院Ⅱ or Ⅲ・外来Ⅰ／入外共Ⅰ／入院のみⅡ or Ⅲ／Ⅳ）	○
E. 5. 7. 76	国際標準検査管理加算	○
E. 5. 7. 77	血液化学検査入院初回加算	○
E. 5. 7. 78	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視等の経過日数による自動算定	○
E. 5. 7. 79	核医学診断科	○
E. 5. 7. 80	CT／MRIの2回目以降減	○
E. 5. 7. 81	PET検査とCTまたはMRI検査を同月内に行った場合の減額チェック	○
E. 5. 7. 82	コンピュータ断層診断（算定除外項目チェック含む）	○
E. 5. 7. 83	基本的X線診断料（包括処理含む）（包括手技名称等のレセプト出力）	○
E. 5. 7. 84	画像診断管理加算1・2（全て／写真／核医学／コンピュータ／写真＋核医学／写真＋コンピュータ／核医学＋コンピュータ）	○
E. 5. 7. 85	電子画像管理加算	○
E. 5. 7. 86	造影剤使用加算	○
E. 5. 7. 87	胸部／腹部単純6歳未満フィルム 1. 1倍	○
E. 5. 7. 88	放射線治療の施設基準不適合減	○
E. 5. 7. 89	時間、フィルム、輸血時体重等伴うデータの入力督促メッセージ表示	○
E. 5. 7. 90	椎弓切除術、特異的IgE、人工呼吸等の端数（段階的）加算表示および上限チェック表示	○
E. 5. 7. 91	障害児（者）リハビリテーション料の年齢による自動置換	○
E. 5. 7. 92	リハビリテーションに包括される診療内容の自動包括	○
E. 5. 7. 93	外来リハビリテーション診療料1、外来リハビリテーション診療料2、外来放射線照射診療料算定時の初再診料非算定	○
E. 5. 7. 94	長期療養患者褥瘡等処置料、精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置料の入院期間、病棟による自動置換	○
E. 5. 7. 95	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケアの算定時、初回算定日または直近の精神病床の退院日から起算して1年を超えているかのチェック	○
E. 5. 7. 96	療養担当手当	○
E. 5. 7. 97	各種一部負担金（公費等）	○
E. 5. 7. 98	複数科入力時の一部負担金 端数調整	○
E. 5. 7. 99	外泊時の一般料金項目非算定対応（マスタ設定時）	○
E. 5. 7. 100	消費税計算（保険マスタ、点数マスタ、料金区分マスタ、入力時指定）	○
E. 5. 7. 101	請求書一般料金名称出力	○
E. 5. 7. 102	会計警告時の各種メッセージボックス表示（警告メッセージ見落とし防止対策）（当月調基有り、当月薬剤指導有り、当月処方箋料有り、腫瘍マーカー算定済み、検体管理加算Ⅰ算定済み、検体管理加算Ⅱ算定済み）（退院会計済み）（動脈血酸素飽和度の入力督促（在宅酸素療法指導管理料算定時））	○
E. 5. 8	入院料関連自動発生（生成）・包括項目凡例	—
E. 5. 8. 1	入院基本料、入院基本料加算	○
E. 5. 8. 2	一般病棟／療養病棟／結核病棟／精神病棟／特定機能病院／専門病院／障害者施設等の各種入院基本料（ベッド（病室）マスタ部屋区分・看護区分の反映）（入院期間に応じた加算）（180日超え選定療養対応）	○
E. 5. 8. 3	夜勤時間特別入院基本料（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 4	疾患・状態等の入力による療養病棟入院基本料の自動判定ができること。	○
E. 5. 8. 5	療養病棟／特定入院基本料／障害者施設等入院基本料（医療区分2又は1に相当するもの）の検査、投薬、注射、画像診断および処置項目（一部）の包括（注射薬の包括除外項目含む）	○
E. 5. 8. 6	特定入院基本料の算定除外時のレセプト（特外）メッセージ	○
E. 5. 8. 7	病衣加算（労災保険適用時）	○
E. 5. 8. 8	総合入院体制加算（1日につき）（14日限度）	○
E. 5. 8. 9	地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）	○
E. 5. 8. 10	臨床研修病院入院診療加算（入院初日）	○
E. 5. 8. 11	救急医療管理加算（1日につき）	○
E. 5. 8. 12	急性期看護補助体制加算（夜間看護体制加算含む）	○
E. 5. 8. 13	医師事務作業補助体制加算（入院初日につき）	○
E. 5. 8. 14	診療録管理体制加算（入院初日）	○
E. 5. 8. 15	感染防止対策加算（入院初日）	○
E. 5. 8. 16	患者サポート体制充実加算（入院初日）	○
E. 5. 8. 17	乳幼児加算、幼児加算（1日につき）（特別入院基本料を算定／未算定）	○
E. 5. 8. 18	看護配置加算（1日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 19	看護補助加算（1日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）（夜間75対1看護補助加算（20日限度）・夜間看護体制加算（入院初日）を含む）	○
E. 5. 8. 20	地域加算・離島加算（1日につき）（各種特定入院料算定時含む）	○
E. 5. 8. 21	療養環境加算（1日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 22	HIV感染者療養環境特別加算（1日につき）（個室／2人部屋）（ベッド詳細入力時）	○
E. 5. 8. 23	重症者等療養環境特別加算（1日につき）（個室／2人部屋）（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 24	療養病棟療養環境加算（1日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 25	小児療養環境特別加算（1日につき）（入院基本登録のベッド詳細入力時）（外泊日は未算定）（15歳未満チェック）	○
E. 5. 8. 26	無菌治療室管理加算（1日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）	○
E. 5. 8. 27	精神科地域移行実施加算（1日につき）	○
E. 5. 8. 28	精神病棟入院時医学管理加算（1日につき）	○
E. 5. 8. 29	ベッド（病室）マスタで設定する項目を患者単位で非算定にできること。（一般病棟看護必要度評価加算、重傷者等療養環境特別加算、看護必要度加算のみ対応）	○
E. 5. 8. 30	重度アルコール依存症入院医療管理加算・摂食障害入院医療管理加算（期間チェック）	○

E. 5. 8. 31	後発医薬品使用体制加算	○
E. 5. 8. 32	看護職員夜間配置加算（1日につき）（14日限度）	○
E. 5. 8. 33	栄養管理体制減算（1日につき）	○
E. 5. 8. 34	病棟薬剤業務実施加算1（入院日から週1回、曜日選択可）	○
E. 5. 9	特定入院料	—
E. 5. 9. 1	救命救急入院料（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括）	○
E. 5. 9. 2	救命救急入院料の施設基準加算（1日につき）	○
E. 5. 9. 3	ハイケアユニット入院医療管理料（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括）	○
E. 5. 9. 4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置等包括）	○
E. 5. 9. 5	特定集中治療室管理料（1日につき）（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置等包括）	○
E. 5. 9. 6	新生児特定集中治療室管理料（1日につき）（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、インキュベータ、病理標本作製料等包括）	○
E. 5. 9. 7	総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）（入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、インキュベータ、病理標本作製料等包括）	○
E. 5. 9. 8	一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）（入院基本料・加算、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括）	○
E. 5. 9. 9	特殊疾患入院医療管理料（1日につき）（地域加算等一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括）（超／準超重症児入院診療料加算は可）	○
E. 5. 9. 10	小児入院医療管理料1・2・3・4・5（1日につき）（在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、投薬、注射、手術、麻酔および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括 等）	○
E. 5. 9. 11	小児入院医療管理料の施設基準加算（1日につき）（外泊日は未算定）	○
E. 5. 9. 12	小児入院医療管理料の重症児受入体制加算（1日につき）（外泊日は未算定）	○
E. 5. 9. 13	回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）（リハビリテーションおよび地域加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 14	休日リハビリテーション提供体制加算・体制強化加算	○
E. 5. 9. 15	特殊疾患病棟入院料（1日につき）（一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 16	緩和ケア病棟入院料（1日につき）（在宅療養管理指導料、薬剤料、特定保険医療材料料、放射線治療および地域加算等一部の入院料加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 17	精神科救急入院料（1日につき）（精神、手術、麻酔、放射線治療および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 18	精神科急性期治療病棟入院料1・2（1日につき）（同上）	○
E. 5. 9. 19	精神科救急・合併症入院料（1日につき）（同上）	○
E. 5. 9. 20	精神療養病棟入院料（1日につき）（精神および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 21	認知症治療病棟入院料1・2（1日につき）（入院した日から30日超、60日超の減算対応）（精神および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括）	○
E. 5. 9. 22	地域移行機能強化病棟入院料（1日につき）	○
E. 5. 9. 23	地域包括ケア病棟入院料（1日につき）	○
E. 5. 9. 24	短期滞在手術等基本料（日帰り手術（基本料1）／一泊手術（基本料2）／15歳未満の鼠径ヘルニア手術等（基本料3）の包括処理対応）	○
E. 5. 9. 25	病棟薬剤業務実施加算2（1日につき）	○
E. 5. 9. 26	会計入力時の経過期間・算定限度期間・回数・項目数チェックおよび 行為適用チェック等凡例（点数マスタ情報等）算定限度期間内における限度回数や項目数の設定・チェックができること。（運用による強制算定・未算定入力も可能）	○
E. 5. 10	経過期間チェック	—
E. 5. 10. 1	全科最終初診日とのチェック（1月内算定不可／1月超え算定不可／同月内算定不可／同月内算定可）	○
E. 5. 10. 2	科別最終初診日とのチェック（6ヶ月以内算定可／6ヶ月超え算定可）	○
E. 5. 10. 3	入院日とのチェック（6ヶ月以内算定可／6ヶ月超え算定可）（期間は医学管理料の算定基準に準拠）	○
E. 5. 10. 4	初回算定日とのチェック（6ヶ月以内算定可／6ヶ月超え算定可）	○
E. 5. 10. 5	最終退院日とのチェック（1月内算定不可／1月超え算定不可／同月内算定不可／同月内算定可）	○
E. 5. 10. 6	発症日とのチェック（7日以内／14日以内／30日以内／90日以内／150日以内／180日以内／3月以内／6月以内／6月超え／6月超え1年以内）	○
E. 5. 11	算定限度期間と限度回数・項目数チェック・・・ 算定限度回数・項目数の設定が可能	—
E. 5. 11. 1	1日につき（検査、点滴、処置、薬剤情報提供料、歯科治療管理料等）	○
E. 5. 11. 2	1月につき（指導・管理料等）（薬剤情報提供料は科別の月1回チェックも可）	○
E. 5. 11. 3	患者につき（ 〃 ）	○
E. 5. 11. 4	1入院につき（ 〃 ）	○
E. 5. 11. 5	毎回につき（処方箋料、再診料／外来診療料等）	○
E. 5. 11. 6	1月につき（初回月2回）（指導・管理料等）	○
E. 5. 11. 7	暦月につき（1月（30日）につき）	○
E. 5. 11. 8	3月につき	○
E. 5. 11. 9	何月につき何回（骨塩定量検査の4月につき1回等）（自由に設定可能）	○
E. 5. 11. 10	長期投与区分と限度日数チェック	○
E. 5. 11. 11	算定履歴については会計入力時の参照が可能であること。（算定履歴更新項目の利用者設定も可）	○
E. 5. 11. 12	自動縫合器、自動吻合器加算の限度チェック	○
E. 5. 12	項目コード重複チェック・・・ 運用により、強制入力も可能	—
E. 5. 12. 1	同一診療／レセプトグループ内の重複チェック（標準機能）（重複検査項目の自動削除も可能）	○

E. 5. 12. 2	同一画面上での重複チェック	○
E. 5. 12. 3	外来のみチェック／入外ともチェック の選択が可能	○
E. 5. 13	行為適用チェック	—
E. 5. 13. 1	入力行為（項目）と診療区分（点数マスタ設定情報）の妥当性チェック	○
E. 5. 13. 2	精密持続点滴注射対象薬剤チェック	○
E. 5. 13. 3	医科／歯科（医科のみ／歯科のみ／医科・歯科）	○
E. 5. 13. 4	入院／外来（外来のみ／入院のみ／入院日のみ／入外とも）	○
E. 5. 13. 5	適用科（5科まで設定可）	○
E. 5. 13. 6	適用年齢（範囲指定可）（各種指導管理料の年齢チェック等）	○
E. 5. 13. 7	適用保険（健保／労災／公害／労災以外／労災アフタケア以外）（3種類まで設定可）	○
E. 5. 13. 8	特定疾患区分（患者保有病名の同区分との妥当性チェック）（3種類まで設定可）（病名未登録の警告有）（特定疾患療養管理／皮膚科特定疾患指導管理Ⅰ・Ⅱ／悪性腫瘍特異物質治療管理／小児科療養指導／難病外来指導／てんかん指導／労災四肢加算算定可）	○
E. 5. 13. 9	麻酔管理料の対象項目チェック	○
E. 5. 14	その他のマスタ設定によるチェック	—
E. 5. 14. 1	使用量上限チェック情報、入力単位情報（3単位）	○
E. 5. 14. 2	1項目複数略称情報の設定機能（特に制限無）	○
E. 5. 14. 3	検査種別の判断料・診断料と外来管理加算の自動算定／未算定情報	○
E. 5. 14. 4	レセプトの科名／項目名（特薬他）／診療日表示情報（初回算定日、CT・MRI初回実施日、前回算定日含む）	○
E. 5. 14. 5	診療Aと診療Bで背反エラーチェック	○
E. 5. 14. 6	任意の医事コードが入力された場合、任意のメッセージを表示（もしくはメッセージボックスによる出力）できること。	○
E. 5. 15	その他、背反チェック等凡例	—
E. 5. 15. 1	医学管理料・在宅関連背反チェック（チェックと共に0点算定も可）	○
E. 5. 15. 2	基本的検体検査実施料／判断料関連背反チェック（入院基本料加算とのチェック含む）	○
E. 5. 15. 3	基本的X線診断料と入院基本料加算との背反チェック	○
E. 5. 15. 4	調剤技術基本料、処方箋料、（在宅）薬剤管理指導料関連背反チェック	○
E. 5. 15. 5	処方箋料と調剤料・処方料・麻毒加算との背反チェック（同日）	○
E. 5. 15. 6	薬剤情報提供料と処方箋料との背反チェック（同日）	○
E. 5. 15. 7	薬剤情報提供料と院内処方有無チェック（同日）	○
E. 5. 15. 8	初診入力時の悪性腫瘍精密初回月加算算定済みチェック	○
E. 5. 15. 9	在宅自己注射指導管理料・外来化学療法加算背反チェック	○
E. 5. 15. 10	院内で独自に背反チェックを行いたい項目を定めた背反チェック	○
E. 6	入院管理	—
E. 6. 1	入院基本登録	—
E. 6. 1. 1	患者の入退院、転科・転室・転病棟情報および職員コード（ドクターコード）の登録・修正・削除が可能。また、転室時には転室前の職員コード（ドクターコード）を引き継げること。	○
E. 6. 1. 2	入退院および転科・転室・転病棟の入院履歴情報は999履歴分を登録・管理できること。また、入院情報のオーダ取り込み時、医事の入院情報（存在する場合）を優先する／しないの運用選択（設定）が可能。また、（オーダ取り込みしない／修正オーダとして更新するの選択）	○
E. 6. 1. 3	入院、退院、転科・転室・転病棟の登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。	○
E. 6. 1. 4	表示されている入院・退院・転科・転室・転病棟履歴の選択により、簡単な操作で履歴の削除／一括削除や項目の修正が行えること。	○
E. 6. 1. 5	病棟、病室の入力が可能なこと。	○
E. 6. 1. 6	差額室料（課税／非課税および外税／内税対応含む）や一般病棟／療養病棟／結核病棟／精神病棟／特定機能病院／専門病院／障害者施設等の各種入院基本料および各種看護加算・療養環境加算等々、入院基本料加算などの情報をベッド（病室）マスタから自動設定できること。	○
E. 6. 1. 7	病院運用を考慮し、上記ベッドマスタ情報や、電気代等の自費項目（一般料金）を画面から入力できること。また、差額室料や重症者加算区分の修正・取消機能を有していること。	○
E. 6. 1. 8	入院登録時、通算対象他病院日数を入力できること。また、同開設者／特別な関係にある他病院からの転院引き継ぎに対応できること。（ベッド履歴管理）	○
E. 6. 1. 9	後期高齢者特定入院（入院90日超）のカウントおよびカウント除外（一般病棟／一般病棟以外）に対応できること。	○
E. 6. 1. 10	入院期間に応じた入院料算定（加減算）に対応できること。（180日超えの選定療養対応含む。）	○
E. 6. 1. 11	180日超え日・後期高齢者90日超え日や通算対象入院料算定日数および入院日数（引継ぎ履歴・最新履歴）を表示できること。	○
E. 6. 1. 12	入院基本診療データ（保険、外泊、欠食、特食、長期入院算定除外区分、選択食、特定入院）の登録・修正・削除が可能。また、（入退院・転科・転室登録と同一画面）	○
E. 6. 1. 13	入院基本診療データの算定状況を、カレンダー形式にて1ヶ月分表示可能なこと。また、前月、次月の指示により、過去あるいは未来（翌月）のカレンダー表示も可能なこと。	○
E. 6. 1. 14	カレンダーマップ切替により、一般料金（ベッドマスタ設定 または 画面入力）の日単位での非算定入力と選定療養の対象／対象外入力が可能なこと。また、外泊時に非算定にしたい一般料金項目の設定も可能なこと。	○
E. 6. 1. 15	入院基本診療データの登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。また、簡単な操作で履歴の削除／一括削除や項目の修正が行えること。	○
E. 6. 1. 16	入院基本診療データの日付入力については、カレンダー日付のマウスクリック（単一日）およびドラッグ（連続日）による入力が可能なこと。または、同等の機能を有すること。	○
E. 6. 1. 17	特定入院料については、入院オーダ取込み時にベッドに合わせた特定入院料を自動発生させることができること。	○
E. 6. 1. 18	差額室料や重症者加算区分の修正・取消機能を有すること。	○

E. 6. 1. 19	病院運用を考慮し、上記ベッド（病室）マスタ情報や、電気代等の自費項目（一般料金）を画面から入力できること。	○
E. 6. 1. 20	入院登録および転科登録時、入院カルテ1号紙／入院台帳の発行ができること。また、共観科5個の登録ができること（統計利用）。	○
E. 6. 1. 21	入院登録時、通算対象他病院日数を入力できること。	○
E. 6. 1. 22	同一開設者／特別な関係にある他病院からの転院引き継ぎに対応できること。	○
E. 6. 1. 23	特定患者（入院90日超）のカウントおよびカウント除外（一般病棟／一般病棟以外）に対応できること。	○
E. 6. 1. 24	入院期間に応じた入院料算定（加算）に対応できること（180日超えの選定療養対応を含む）。	○
E. 6. 1. 25	180日超え日・90日超え日や通算対象入院料算定日数および入院日数（引継ぎ履歴・最新履歴）を表示できること。	○
E. 6. 1. 26	退院登録時に期間外データの削除ができること。	○
E. 6. 1. 27	入院基本診療データ（保険、外泊、欠食、特食、長期入院算定除外区分、選択食、特定入院等）の登録・修正・削除が、入退院・転科・転室登録と同一画面で行えること。	○
E. 6. 1. 28	入院基本診療データの算定状況を、前月、次月の指示により、過去あるいは未来（翌月）のカレンダー表示ができること。	○
E. 6. 1. 29	カレンダーマップ切替により、一般料金（ベッド（病室）マスタ設定 または 画面入力）の日単位での非算定入力と選定療養の対象／対象外入力ができること。	○
E. 6. 1. 30	カレンダーマップ切替により、外泊時に非算定にしたい一般料金項目の設定ができること。	○
E. 6. 1. 31	入院基本診療データの登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。また、簡単な操作で診療の削除や修正ができること。	○
E. 6. 1. 32	入院基本診療データの日付入力については、簡易な操作による入力ができること。	○
E. 6. 1. 33	療養状態の入力チェックとして、連続算定可能日数超えのチェックができること。	○
E. 6. 1. 34	療養状態の入力チェックとして、特定日からの算定期間超えのチェックができること。	○
E. 6. 1. 35	療養状態の入力チェックとして、背反項目チェックができること。	○
E. 6. 1. 36	外泊の場合、理由として「精神疾患治療目的」が入力できること。	○
E. 6. 1. 37	特食の場合、特食区分のほかに特食を算定する保険（自費含む）の指定が可能なこと。	○
E. 6. 1. 38	治療室単位のICU算定については、特定入院区分のマップ入力だけでなくベッドマスタからの設定も可能なこと。	○
E. 6. 1. 39	特入外泊時の特入包括処理に対応できること。（特定入院包括処理）	○
E. 6. 1. 40	栄養管理システムと接続し、患者属性情報を伝達することができること。また、外泊、欠食、特食、選択食などの食事データの取り込みが行えること。	○
E. 6. 1. 41	栄養管理システムと接続し、外泊、欠食、特食、選択食等の食事データを取込むことができること。	○
E. 6. 1. 42	入院中に他医療機関を受診した場合の入院料減額入力については、以下の8つに対応すること。 ・入院基本料減算・入院基本料減算（透析等目的とした他医受診）・療養病棟入院基本料等減算（包括診療行為を算定）・療養病棟入院基本料等減算（包括診療行為を未算定）・特定入院料減算・特定入院料減算（透析等目的とした他医受診・包括診療行為算定）・特定入院料減算（包括診療行為未算定）・認知症治療病棟入院料減算（透析目的とした他医受診・包括未算定）	○
E. 6. 2	入院請求書	—
E. 6. 2. 1	入院患者に対して、入院データ入力と入院基本登録で入力されたデータを基に、診療費の計算を行い、患者請求書の発行が可能なこと。	○
E. 6. 2. 2	請求書発行時、自動もしくは指示により、負担なし／ありでの強制発行／未発行や未処理扱いの選択が可能なこと。	○
E. 6. 2. 3	請求済み期間（診療データ保存期間分）の再計算が行えること。再計算後の患者請求書は、自動もしくは指示により、差額分発行、新規発行および調定発行かの選択が可能なこと。	○
E. 6. 2. 4	即時処理の退院会計、試算会計（未来日までの入院料・入院データ計算を含む）および一括処理の定期請求の機能を有していること。	○
E. 6. 2. 5	画面から支払い期日の変更が可能なこと。	○
E. 6. 2. 6	定期請求・月1回運用時、入院請求書を「月初～設定日（15日等）までの差額室料のみ」と「前記以外分」とに分けて発行可能なこと。（差額室料のみの中間（分離）請求対応）	○
E. 6. 3	退院会計	—
E. 6. 3. 1	請求期間の設定と表示は翌月末まで対応可能なこと。また、請求期間内での請求締め日の入力による会計も可能なこと。	○
E. 6. 3. 2	退院会計での請求書イメージ表示については、明細行を10行以上、料金明細内訳項目（欄）を50項目まで設定可能なこと。（詳細は、次項「収入金管理」を参照）	○
E. 6. 3. 3	請求期間毎の発行と1枚にまとめて発行（同一月内請求期間併合）の選択および試算書の発行の選択が可能なこと。	○
E. 6. 3. 4	退院請求書を発行する際のプリンタを指定することができること。	○
E. 6. 3. 5	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。	○
E. 6. 3. 6	差額室料のみの請求ができること。	○
E. 6. 4	定期請求	—
E. 6. 4. 1	定期請求では、請求終了日や請求書コメントの入力が可能なこと。また、請求書発行日を指定できること。	○
E. 6. 4. 2	仮実行（料金データ未作成）やリスタート処理（前回中断患者の次患者から再開）の機能を有していること。	○
E. 6. 4. 3	定期請求書の出力順は導入時に当センタースタッフと調整すること。	○
E. 6. 4. 4	同月内での差額計算機能を有していること。（請求済み期間内の未請求分を次回請求に反映）	○
E. 6. 4. 5	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。	○
E. 6. 5	退院証明書発行	—
E. 6. 5. 1	退院日（期間）を指定し、該当患者の退院証明書を発行できること。	○

E. 6. 5. 2	退院予定日と患者IDを指定し、退院証明書を発行できること。	○
E. 6. 5. 3	患者基本情報、入院期間履歴、通算対象入院料算定日数、傷病名等の情報を編集して出力することができること。	○
E. 6. 6	選定入力開始対象患者一覧	—
E. 6. 6. 1	選定療養が指定範囲内で存在する患者の一覧を出力できること。	○
E. 6. 6. 2	選定入力開始対象患者一覧をExcelやCSV形式で出力できること。	○
E. 7	収入金管理	—
E. 7. 1	料金サマリ	—
E. 7. 1. 1	窓口会計業務で算定された患者への請求金額を基に、入金／未収金の管理が可能なこと。	○
E. 7. 1. 2	未収情報は永久保存できること。	○
E. 7. 1. 3	患者請求書に対する、料金請求履歴（料金サマリ）照会、入金・未収登録（全額／一部）、請求書（料金データ）訂正、再発行、削除、削除取消および請求書作成・発行の機能を有していること。	○
E. 7. 1. 4	入金履歴を追加・変更した場合の更新情報（更新日、時間、端末情報、更新者ID、氏名）の表示ができること。	○
E. 7. 1. 5	サマリ画面に請求書情報の更新情報（更新日、時間、端末情報、更新者ID、氏名）の表示ができること。	○
E. 7. 1. 6	職制・利用者ごとに入金登録操作可否の制御ができること。	○
E. 7. 1. 7	職制・利用者ごとに請求書再発行操作可否の制御ができること。	○
E. 7. 1. 8	職制・利用者ごとに領収書再発行操作可否の制御ができること。	○
E. 7. 1. 9	職制・利用者ごとに請求書削除・削除解除・未処理解除操作可否の制御ができること。	○
E. 7. 1. 10	職制・利用者ごとに請求明細変更操作可否の制御ができること。	○
E. 7. 1. 11	請求書・領収書発行回数の記録ができること。また、その回数を請求書・領収書に印刷できること。	○
E. 7. 1. 12	料金情報の履歴保存として、（誰が）（いつ）（何処で）料金情報の変更を行ったか、また請求書・領収書の発行を何回行ったかの履歴が参照できること。	○
E. 7. 1. 13	発行した請求書・領収書については、それぞれの管理番号で管理できるように対応できていること。	○
E. 7. 1. 14	入金のある請求書については、修正会計を行うことに連動して削除されないように制御できること。	○
E. 7. 1. 15	料金サマリ他の画面上で患者住所情報の参照ができること。	○
E. 7. 1. 16	デビットカードによる入金処理機能を有していること。（デビットカード対応自動入金機接続時）	○
E. 7. 1. 17	患者IDまたは整理（請求書）番号の入力により、料金請求履歴を画面表示できること。料金請求履歴は1履歴（1明細）単位に罫線を引き、見やすく表示できること。また、行単位のスクロール表示においても、上下に1履歴（1明細）単位でシフトできること。	○
E. 7. 1. 18	1画面にて複数履歴分を表示できること。また、履歴選択後、前記の各処理（入金・未収登録、請求書訂正、再発行、削除、削除取消）に遷移できること。	○
E. 7. 1. 19	入外、科、発行日、診療日（期間）、保険、入金分／未収分／全件など、請求書内容の指定による限定検索が可能なこと。	○
E. 7. 1. 20	請求履歴情報として、整理（請求書）番号、入外、科、発行状況（通常／未処理／未発行 等）、診療日（期間）、請求額、入金額、未収額、未収理由、入金日、入金時間、入金区分、保険、請求書コメント、請求書フリーコメントを表示できること。	○
E. 7. 1. 21	請求書情報のうち、未収分のみを表示対象にできること。	○
E. 7. 1. 22	請求書情報のうち、満額入金済の分のみを表示対象にできること。	○
E. 7. 1. 23	入金・未収登録では、入金区分（現金、小切手、カード等）、管理区分（市町村振り込み等）および未収区分（持ち合わせなし、患者不在等）の登録・管理が行えること。また、未収区分については、会計・退院会計・定期請求など業務別の既定値設定が可能なこと。	○
E. 7. 1. 24	入金区分（現金、小切手、カード等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。	○
E. 7. 1. 25	管理区分（市町村振込等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。	○
E. 7. 1. 26	未収区分（持ち合わせなし、患者不在等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。	○
E. 7. 1. 27	入金・未収登録を行わずに、未収区分のみを変更できること。	○
E. 7. 1. 28	患者単位に当日未処理分／全期間未処理分／全期間未収分の請求履歴を表示し、一括もしくは個々の請求履歴に対し、発行入金／未発行入金／発行未収／未発行未収の処理が行えること。（請求書発行サマリからの入金登録）	○
E. 7. 1. 29	入金履歴が削除されないよう設定可能なこと。	○
E. 7. 1. 30	請求書履歴の中で期間を指定して、複数請求書情報を1枚にまとめて発行することができること。	○
E. 7. 1. 31	0点0円請求書の出力ができること。	○
E. 7. 1. 32	料金明細内訳欄（初再診料、投薬料、注射料・・・等々）は50個まで設定できること。	○
E. 7. 1. 33	請求書イメージ明細行は、保険分／保険外分、非課税分／課税分や減免額などを考慮し、10行分以上保有できること。・保険点数・金額・保険外課税分・減免保険外課税分・内税額・保険外点数・保険適用分・保険外非課税分・減免保険外非課税分・外税額等	○
E. 7. 1. 34	削除請求書に対して、削除理由（書損、不能欠損等）を設定できること。	○
E. 7. 1. 35	削除理由（書損、不能欠損等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。	○
E. 7. 1. 36	請求書情報のうち、削除請求書を表示対象外にできること。	○
E. 7. 1. 37	コメントメンテナンスにおいて作成した請求書コメントを出力できること。また、コメントメンテナンスにおいて、請求書フリーコメントの修正・削除が可能なこと。	○
E. 7. 1. 38	患者ごとに当日未処理分／全期間未処理分／全期間未収分の請求履歴を表示し、一括もしくは個々の請求履歴に対し、発行入金／未発行入金／発行未収／未発行未収の処理ができること（請求書発行サマリからの入金登録）。	○
E. 7. 1. 39	請求書発行サマリでの請求書情報について並べ替えができること。また、各々の表示順について、昇順／降順の切り替えができること。	○

E. 7. 1. 40	POSレジと接続して入金処理を行った場合、請求書情報としてどのPOSレジから入金されたのか等、リアルタイムに確認できること。	○
E. 7. 1. 41	自動入金機と接続して入金処理を行った場合、請求書情報としてどの自動入金機から入金されたのか等、リアルタイムに確認できること。	○
E. 7. 1. 42	デビットカードによる入金処理機能を有すること（デビットカードの対応は、自動入金機接続時とする）。	○
E. 7. 1. 43	入金処理時、指定した患者に複数の未収計算書がある場合、まとめて入金処理が可能なこと。	○
E. 7. 1. 44	入金処理時、複数の計算書を選択することにより、未収金額を合算し、入金処理が可能なこと。	○
E. 7. 2	締め処理	—
E. 7. 2. 1	締め日の設定が可能なこと。この場合、締め処理後の入金を翌日扱いにできること。	○
E. 7. 2. 2	当日の外来、入院およびその他の請求書発行枚数、請求額、入金額（当日分・以前分）の最新情報を随時照会できること。なお、当日のみでなく過去日についても照会できること。	○
E. 7. 3	収入金管理帳表	—
E. 7. 3. 1	収入金管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示できること。また、MS-Excelに出力して二次加工ができること。	○
E. 7. 3. 2	収入金管理（帳表）データの抽出や収入金管理（帳表）データの編集・加工が容易にできること（院内での処理を考慮し、市販ソフト [例] MS-Access、Excel等の活用が図れること）。	○
E. 7. 3. 3	以下に示す収入金管理帳表の作成ができること。また、帳表作成時、入院分／外来分の限定や対象年月日の範囲指定ができること。	○
E. 7. 3. 4	・現金払込書	○
E. 7. 3. 5	・項目別集計一覧	○
E. 7. 3. 6	・削除請求一覧	○
E. 7. 3. 7	・取消し入金一覧表	○
E. 7. 3. 8	・書損患者一覧表	○
E. 7. 3. 9	・請求患者一覧表	○
E. 7. 3. 10	・請求書一覧	○
E. 7. 3. 11	・督促郵送リスト	○
E. 7. 3. 12	・入金一覧	○
E. 7. 3. 13	・入金患者一覧表	○
E. 7. 3. 14	・入金明細リスト	○
E. 7. 3. 15	・発行請求一覧	○
E. 7. 3. 16	・返金一覧	○
E. 7. 3. 17	・返金患者一覧表	○
E. 7. 3. 18	・未収患者一覧表	○
E. 7. 3. 19	・未収金一覧	○
E. 7. 3. 20	・未収請求一覧	○
E. 7. 3. 21	・未納整理簿	○
E. 7. 3. 22	・請求書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 23	・領収書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 24	・入金履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 25	・未収履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 26	・書損履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 27	・過去日修正履歴一覧（入外区分の限定は不可）	○
E. 7. 3. 28	収入金管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示できること。また、Excelに落として二次加工が可能なこと。	○
E. 7. 3. 29	各種帳票については、請求書運用と領収書運用の場合とで、出力仕様の切替が可能なこと。請求書、領収書のフォーマットを別々に指定することができること。	○
E. 7. 3. 30	督促状発行機能を有していること。（郵便振込用紙・督促郵送リスト出力）抽出条件として、対象期間、対象外患者、法制（保険）コード、科コード、入外区分、未収金額などを指定できること。	○
E. 7. 3. 31	催告状および再催告状を発行できること。	○
E. 7. 4	預かり金管理	—
E. 7. 4. 1	患者からの預かり金の登録、修正等の管理ができること。	○
E. 7. 4. 2	複数回に分けて預かった場合には、合計金額が表示されること。	○
E. 7. 4. 3	近傍プリンタから預り証の発行ができること。	○
E. 7. 4. 4	控えとして預り証をあらかじめ指定した枚数（複数枚）発行できること。2枚目以降は、控えであることがわかるように特定の文字を出力できること。	○
E. 7. 4. 5	出産育児一時金支援システム	○
E. 7. 4. 6	出産育児一時金制度に対応した請求機能を有すること。	○
E. 7. 4. 7	出産育児一時金支援システムでは、患者IDを入力し、保険・入院期間を選択し、明細入力ができること。	○
E. 7. 4. 8	直接支払制度を利用するかどうかの設定を入力できること。	○
E. 7. 4. 9	明細書は患者個人向けに出力できること。	○
E. 7. 4. 10	登録した情報はサマリ画面から確認、保留処理等もレコード単位でできること。	○
E. 7. 4. 11	登録した情報はサマリ画面から処理を行い、専用請求書を出力できること。	○
E. 7. 4. 12	専用請求書は紙、CSVファイルそれぞれでの出力ができること。	○
E. 7. 4. 13	退院会計時に患者負担額上限を超えた部分に対して自動で全体減免ができること。	○
E. 8	外来診察予約	—
E. 8. 1	予約	—
E. 8. 1. 1	外来診察予約のスケジュール管理と予約の登録・修正・削除・照会が行えること。	○
E. 8. 1. 2	基本スケジュールと月例スケジュールを登録して管理が可能であること。	○
E. 8. 1. 3	外来基本カードの一括発行や自動カルテ棚側へ出庫指示情報の伝達ができること。（予約分一括処理）	○

E. 8. 1. 4	診察予約の場合には、「薬のみ」「検査のみ」等の区分に分けて登録することができること。	○
E. 8. 1. 5	患者を指定しての予約票発行が可能であること。	○
E. 8. 1. 6	対象日の予約患者一覧表が出力できること。	○
E. 8. 1. 7	対象日の医師スケジュール一覧表が出力できること。	○
E. 9	診療報酬請求業務	—
E. 9. 1	レセプト・会計カード作成	—
E. 9. 1. 1	患者登録業務で登録された基本、保険、病名および入院・入院基本診療データと窓口会計業務で入力された診療内容を編集して、診療報酬明細書（レセプト）の作成が可能なること。支払基金、国保連へのオンライン請求用電子ファイルの作成にも対応していること。	○
E. 9. 1. 2	支払基金、国保連へのオンライン請求用電子ファイルの作成もできること。	○
E. 9. 1. 3	レセプト電算用電子ファイルを利用し、医科レセプトイメージでの内容確認ができること（患者指定含む）。	○
E. 9. 1. 4	レセプト電算処理データを直接修正できるパッチツールを提供できること。（診療データ保存期間外の保留レセプトの修正等必要。）	○
E. 9. 1. 5	院内チェック用の院外処方情報を含んだレセ電算ファイル を出力できること。	○
E. 9. 1. 6	紙提出、電子ファイル提出のレセプトを一覧の中で区別し管理することができること。	○
E. 9. 1. 7	レセプト電算処理では、患者氏名に外字が存在する場合、設定により全てカナ氏名として出力することも可能なこと。（外字変換行う／行わない）	○
E. 9. 1. 8	レセプト電算処理では、外来基本カードや他業務にて使用している医療機関名称と異なる医療機関名称を出力できること。	○
E. 9. 1. 9	レセプト電算処理では、病床機能報告制度に対応した病棟コードの出力ができること。	○
E. 9. 1. 10	診療科記録の際に、月内最終診療科もしくは最も算定点数の高い診療科かを選択可能であること。	○
E. 9. 1. 11	CSVレコード「カルテ番号等」エリアに、設定により患者ID、表記科、診療科、病棟コード、職員コード（ドクターコード）の記録が可能であること。	○
E. 9. 1. 12	症状詳記の内容を登録およびレセ電算請求に含めて提出することができること。	○
E. 9. 1. 13	症状詳記の登録時に入力を容易にするため、テンプレート、定型文の登録、過去履歴からの引用ができること。	○
E. 9. 1. 14	症状詳記は、会計登録を行っていない場面（診察中・オーダー中等会計取込み前）にも登録できること。	○
E. 9. 1. 15	症状詳記は、電子カルテからもデータ登録が可能なること。	○
E. 9. 1. 16	一般、労災（アフターケアレセプト含む）、生保、公害、自賠、歯科のレセプトに対応できること。（自費レセプトの単独出力含む。）	○
E. 9. 1. 17	自賠責レセプト（健保／労災準拠） については、専用紙出力に対応できること。	○
E. 9. 1. 18	自賠責レセプトの出力については、通院日のまる囲み、診療期間の自動編集機能、および健保準拠・単独レセの複数月対応（月またがり対応）機能を有していること。	○
E. 9. 1. 19	公害レセプトの疾病名欄の最上段に認定疾病名を出力し、○付けができること。	○
E. 9. 1. 20	労災準拠自賠責の全額患者請求および併用自賠責（食事療養費等の患者請求対応含む）への対応が可能なること。（自賠責10割給付／0割給付）	○
E. 9. 1. 21	労災準拠自賠責の全額患者請求および併用自賠責（食事療養費等の患者請求対応含む）への対応ができること（自賠責10割給付／0割給付）。	○
E. 9. 1. 22	臓器受容者と臓器提供者の管理（一覧表示、臓器受容者と臓器提供者のレセプトイメージ表示、レセプト電算の記録に必要な情報の編集）ができること。	○
E. 9. 1. 23	臓器受容者の電子レセプトへ臓器提供者のレセプト情報（（提供者の療養上の費用）の明細）を付加して記録できること。	○
E. 9. 1. 24	患者登録業務で登録された患者基本情報、保険情報（労災情報含む）、病名情報および入院・入院基本診療データと窓口会計業務で入力された診療内容を編集して、労災レセプト電算ファイル（医科）の作成ができること。	○
E. 9. 1. 25	労災レセプト電算ファイル（医科）の確認できる内容は導入時に当センターと調整すること。	○
E. 9. 1. 26	対象診療年月、出力CSV形式（提出用／院内チェック用）、出力先を引数に指定して、レセプト電算CSVファイルの自動作成が可能なること。	○
E. 9. 1. 27	事前での一括編集処理を必要とせず、作成指示後に即座に出力を開始できること。また、複数端末・複数プリンタでの処理と出力が随時可能なこと。（再出力含む。）	○
E. 9. 1. 28	レセプトはページプリンタによるカット紙出力および1号紙・続紙の連続出力が可能なること。また、オーバレイ対応プリンタにより、白紙への出力が可能なること。	○
E. 9. 1. 29	続紙は内訳欄が2連のタイプでの出力が可能であること。また、続紙のみ出力できる機能や1号紙のみ出力できる機能を有していること。	○
E. 9. 1. 30	端末から出力条件は導入時に当センターと調整すること。	○
E. 9. 1. 31	レセプトは早期・定期の処理が可能であり、診療科別・科まとめそれぞれで早期・定期の処理ができること。	○
E. 9. 1. 32	診療報酬保存月内の指定患者（複数可）のレセプトおよび会計カードを出力できること。	○
E. 9. 1. 33	出力選択機能として、以下の3パターンを指定できること。また、事前に用紙別・科別／病棟別（入院）の対象レセプト件数を表示できること。・用紙 ــــــــー複数／全件可・レセプト科（入院時は病棟） ــــــــー複数／全件可・用紙、レセプト科（入院時は病棟） ــــــــー複数／全件可なお、入院レセプトについても科毎での出力指定が可能なること。	○
E. 9. 1. 34	カルテ3号紙（カルテ裏書きイメージ：診療日単位に診療区分別の点数・金額情報を表示）の発行が可能なること。	○
E. 9. 1. 35	患者の診療日単位の請求情報として、以下の内容をカルテ3号紙画面で参照できること（カルテ裏書きイメージ）。・日付・診療科・入外・種別項目・点数・食事療養標準負担額	○
E. 9. 1. 36	高額レセプト用の薬剤日計表の出力が可能なること。対象月、入外、指定点数以上および患者・保険の一括指定機能を有していること。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。	○
E. 9. 1. 37	診療報酬保存月内の指定患者（複数可）のレセプトおよび会計カードを容易に出力することができること。	○

E. 9. 1. 38	レセプト欄外情報として、科名称、病棟、ドクターおよび患者基本情報のVIPサインと法人区分を出力できること。	○
E. 9. 1. 39	レセプトメッセージは導入時に当センターと調整すること。	○
E. 9. 1. 40	医保（社保）系および国保系（退職者含む）レセプトのOCRエリアへの出力に対応していること。	○
E. 9. 1. 41	病名の補足コメントがレセプトへの出力およびレセプト電算への記録ができること。	○
E. 9. 1. 42	病名が登録されていないレセプトのみの出力が可能であること。	○
E. 9. 1. 43	生保（法別番号：12）あるいは中国残留邦人等（法別番号：25）と以下の保険が適用となっている患者のレセプトを1枚にまとめられること。※生保（法別番号：12）については、下記保険の他、マスタ設定にて対象の保険を追加することが可能。◇更生医療（法別番号：15）◇育成医療（法別番号：16）◇精神通院医療（法別番号：21）◇小児特定疾患治療研究事業（法別番号：52）◇難病医療（法別番号：54）	○
E. 9. 1. 44	精神病床への入院年月日のレセプトへの出力およびレセプト電算への記録ができること。	○
E. 9. 1. 45	DPC対象患者について、DPC包括レセプトと出来高イメージレセプトいずれかを指示してレセプト出力およびレセプトイメージの画面表示が可能なこと。	○
E. 9. 1. 46	自立支援法単独、生保単独それぞれの診療がある場合に、1枚にまとめて出力されること。	○
E. 9. 1. 47	滋賀県におけるマル福レセプト対応が可能であること。	○
E. 9. 1. 48	保険請求処理において、会計カード（カレンダー）形式のレセプトが出力できること。	○
E. 9. 1. 49	保険請求処理において、前回発行したレセプトと今回発行するレセプトを比較し変更があるものだけを出力することが可能なこと。（差分レセプト出力）	○
E. 9. 2	レセリンク	—
E. 9. 2. 1	レセプト編集情報をもとに、画面上へのレセプトイメージ表示が可能なこと。（医科歯科の医保・国保・公費・DPC等、労災・自賠責を含む全様式レセプト）	○
E. 9. 2. 2	レセプトイメージ表示画面から、修正画面（基本・保険登録、病名登録、入院基本登録、会計カード、症状詳記）との連携処理ができること。	○
E. 9. 2. 3	レセプトイメージ表示と合わせて、レセプトチェック結果の表示が行えること。	○
E. 9. 2. 4	レセプトチェックツールを提供すること。	○
E. 9. 2. 5	レセプトチェックに使用する標準的なマスタを提供することができること。また、マスタ項目については、ユーザで独自に変更、追加が容易に行えること。	○
E. 9. 2. 6	基金コードを元にしたマスタにより、診療データ、病名データの入力誤りや入力漏れによるレセプト記載内容の誤りを事前にチェックし、警告・エラーリストの出力と画面表示を行うことができること。	○
E. 9. 2. 7	医事課から医師への点検依頼を登録して、依頼内容をメモとして画面上登録することができること。	○
E. 9. 2. 8	レセプト単位の点検ステータスの登録が可能で進捗の管理ができること。	○
E. 9. 2. 9	未点検のレセプト、依頼したレセプト一覧等の条件による絞り込み表示が容易に行えること。	○
E. 9. 2. 10	依頼内容のメモについては、テンプレートを登録し、引用できること。	○
E. 9. 3	オンライン請求管理	—
E. 9. 3. 1	オンライン請求の場合に返却される電子ファイル情報を利用して、個々レセプトの請求状態管理機能を有していること。	○
E. 9. 3. 2	増減点連絡書情報はデータベースに加工して取り込むことができること。	○
E. 9. 3. 3	加工する際、増減点連絡書情報に基金コードが設定されること。	○
E. 9. 3. 4	増減点連絡書CSVファイルの一括取込みは最大12ファイルできること。	○
E. 9. 3. 5	加工された増減点連絡書情報はMS-Excelに抽出可能で、データの2次活用ができること。	○
E. 9. 3. 6	オンライン請求において、増減点連絡書情報から査定項目一覧作成や査定率計算ができること。	○
E. 9. 3. 7	・診療科別査定率帳票	○
E. 9. 3. 8	・項目別査定点一覧（入院、外来、共通）	○
E. 9. 3. 9	・査定明細一覧	○
E. 9. 3. 10	増減点連絡書の取込み時、債権DBに査定レコードを自動で登録できること。	○
E. 9. 3. 11	返戻分電子ファイルの内容をレセプトイメージで確認することができること。	○
E. 9. 3. 12	電子ファイルで返戻されたレセプト情報を電子ファイルで修正して再請求できること。	○
E. 9. 3. 13	増減点連絡書の取込み時、債権DBに査定レコードを自動で登録できること。	○
E. 9. 3. 14	返戻ファイルおよび再審査等返戻ファイル取込み時、債権DBに返戻／再請求レコードを自動で登録できること。	○
E. 9. 4	総括表作成	—
E. 9. 4. 1	レセプト作成データを基に、以下に示す総括表と診療報酬請求書（汎用紙）の作成が可能なこと。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。・医保診療報酬請求書・国保総括表・医療費助成制度請求書・国保診療報酬請求書・諸法請求書・高額医療対象患者リスト	○
E. 9. 4. 2	入外別や社保・国保別のデータ取り込みも可能なこと。（ひと月に複数回、実施可）	○
E. 9. 4. 3	総括表データへの変換処理を、レセプト業務同様、複数端末で行えること。	○
E. 9. 4. 4	提出用の総括表・診療報酬請求書（専用様式）の作成が可能なパッケージを有していること。	○
E. 9. 4. 5	レセプトの請求、保留、査定、返戻、過誤、調整、再請求のデータ管理と、それらを反映させた各種債権管理帳表（各種整理簿・台帳）の作成が可能なこと。	○
E. 9. 4. 6	患者毎に対象年月、入外、科による債権レコード（サマリ）の限定表示が可能なこと。	○
E. 9. 4. 7	患者毎の債権レコード（サマリ）の表示順を変更できること。	○
E. 9. 4. 8	保留・返戻されたデータ等について、債権レコード毎に理由の詳細情報をコメント登録できること。	○
E. 9. 4. 9	診療実日数、点数、一部負担金、高額療養費、請求金額、食事日数、食事療養費、薬剤／食事負担金のデータ管理が可能なこと。	○
E. 9. 4. 10	サーバ側のデータベースを直接処理できること。（パソコン側への取り込み処理は不要）また、債権DB確定処理において、請求年月（請求書提出月）として、診療月の翌月／診療月／診療月の翌々月の選択（設定）が可能なこと。	○
E. 9. 4. 11	提出用の総括表・診療報酬請求書（専用様式）の作成が可能なこと。	○

E. 9. 4. 12	レセプト電算処理から債権データを作成し、総括表の出力が行えること。（保留対応も可）総括表の出力では、当月診療分（月遅れ請求分含む）と返戻再請求分に分けて出力できること。	○
E. 10	統計	—
E. 10. 1	標準統計帳票	—
E. 10. 1. 1	医事統計帳表一覧に示す、医事統計帳表の作成が可能なこと。また、画面に出力帳表イメージを表示およびCSVデータとしてExcel出力ができること。	○
E. 10. 1. 2	＜診療行為件数／使用量統計＞・検査業務内訳表・放射線業務内訳表・フィルム使用量統計・薬剤使用量統計（金額順）・薬剤使用量統計（名称順）・文書料等内訳表・医学管理件数統計・医事コード別統計・材料使用量統計	○
E. 10. 1. 3	＜診療費統計＞・負担別診療稼働額統計・科別診療稼働額統計・診療区分別診療稼働額統計・ドクター別診療稼働額統計・病棟別診療稼働額統計・病棟別科別診療稼働額統計・ドクター別稼働額一覧	○
E. 10. 1. 4	＜その他一覧表＞・指定保険受診患者一覧表・診療・病名データ検索リスト	○
E. 10. 1. 5	基本的には以下に示す集計処理が可能なこと。■日次での集計（年月日指定） ・・・・日報■同月内での期間指定（1010→1020等） ・・・・期間報（複数日）■月次での集計（年月指定） ・・・・月報■年次での集計（0304→0309 等） ・・・・年報／期間報（複数月）	○
E. 10. 1. 6	月次集計については、日次抽出ファイルの集計を実施するか、または指定月内のデータすべての再抽出・集計を実施するかの選択が可能なこと。	○
E. 10. 1. 7	年次集計については、上記2通りの月次抽出・集計ファイルのどちらから集計を実施するかの選択が可能なこと。	○
E. 10. 1. 8	医事統計帳表は、画面に出力帳表イメージを表示、およびCSVデータとしてExcel出力ができること。	○
E. 10. 1. 9	地域別患者数統計および科別地域別患者数統計では、全県対象（県別集計）かまたは県コード指定（地域別集計）かの選択が可能なこと。	○
E. 10. 1. 10	入院の患者数統計と稼働額統計において、会計や入院退院登録で入力されたドクターに振り分けるか、主治医オーダで入力されたドクターに振り分けるかの運用選択（設定）が可能なこと。	○
E. 10. 1. 11	薬剤使用量統計では、院内処方データと院外処方データを分けて出力できること。	○
E. 10. 1. 12	医事コード別統計では、下記に示す集計項目の選択および対象とする医事コードの全件指定／範囲指定／個別指定（複数）の選択が可能なこと。・外来集計／入院集計／外来・入院・合計集計の選択・全科集計／科別集計／指定科分集計の選択	○
E. 10. 1. 13	その他抽出・集計条件として、全患者対象かまたは患者（範囲）指定かの選択が可能なこと。また、入院中外来扱い（外来／入院）、住所区分の扱い（現住所／勤務先等）、請求なしの扱い（カウントする／しない）、初診扱い再診のカウント方法（初診／再診）、テスト患者の扱い（含める／含めない）、年齢算定基準日などについての設定も可能なこと。	○
E. 10. 1. 14	診療・病名データ検索リストでは、対象年月、診療日（期間）、入外区分、診療科、適用保険、診療コード（複数）および病名コード（複数）を検索条件にして、指定診療データ・病名保有患者一覧を表示できること。（検索条件は診療データ検索時に使用）また、病名については漢字名称からの検索機能を有していること。（文字列検索：“心不全”を“不全”で検索等）	○
E. 10. 1. 15	診療・病名データ検索リストでは、患者IDおよび生年月日の範囲指定や、診療データのみ検索／病名のみ検索／診療データ・病名とも検索かの選択が可能なこと。（Excel出力可能）	○
E. 10. 1. 16	その他、以下に示す平均在院日数統計帳表の作成が可能なこと。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。・病棟別入院患者情報・病棟別患者一覧・平均在院日数調（年次）・病院全体の平均在院日数調・入院患者入退院状況調査表	○
E. 10. 1. 17	RDB（データベース）の採用により、パソコンへの統計データの抽出やパソコンでの統計データの編集・加工が容易なこと。（標準統計帳表のAccess、Excel形式ファイル出力機能の提供。）簡易抽出ツールの作成を依頼に基づき実施すること。	○
E. 10. 1. 18	点数マスタ上に設定してある統計区分を、病院毎に設定し活用できること。	○
E. 10. 1. 19	診療情報統計処理（各種患者一覧表の作成も可）のためのデータ抽出ツールを提供できること。	○
E. 10. 1. 20	以下の外来患者一覧帳表が出力可能であること。・受付患者一覧（科別・医師別）（受付順・患者ID順） ・未会計患者一覧（科別）（受付順・患者ID順） ・予約患者一覧（科別・医師別）	○
E. 10. 1. 21	その他、以下に示す平均在院日数統計帳表の作成ができること。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。	○
E. 10. 1. 22	・病棟別入院患者情報	○
E. 10. 1. 23	・病棟別患者一覧	○
E. 10. 1. 24	・平均在院日数調（年次）	○
E. 10. 1. 25	・病院全体の平均在院日数調	○
E. 10. 1. 26	以下の外来患者一覧帳表が出力できること。	○
E. 10. 1. 27	・受付患者一覧（診療科別・医師別）（受付順・患者ID順）	○
E. 10. 1. 28	・未会計患者一覧（診療科別）（受付順・患者ID順）	○
E. 10. 1. 29	・予約患者一覧（診療科別・医師別）	○
E. 10. 1. 30	以下の入院患者一覧帳表が出力できること。	○
E. 10. 1. 31	・入退院患者一覧	○
E. 10. 1. 32	・入院患者一覧（主治医別）〈随時〉	○
E. 10. 1. 33	以下の診療費関係帳表を出力できること。	○
E. 10. 1. 34	・外来実績（医師別）	○
E. 10. 1. 35	・診療費集計表（全体稼働額）	○
E. 10. 1. 36	・病棟別行為別入院診療費	○
E. 10. 1. 37	・医師別行為別外来診療額、医師別行為別入院診療費	○
E. 10. 1. 38	・診療科別行為別外来診療額、診療科別行為別入院診療額	○
E. 10. 1. 39	・保険別行為別外来診療費、保険別行為別入院診療費	○
E. 10. 1. 40	以下の診療行為件数・点数帳表を出力できること。	○

E. 10. 1. 41	以下の患者数統計帳表が出力できること。（日報、月報、年報）	○
E. 10. 1. 42	・診療科別外来患者数	○
E. 10. 1. 43	・診療科別入院患者数	○
E. 10. 1. 44	・患者日報	○
E. 10. 1. 45	以下の患者一覧帳表が出力できること。	○
E. 10. 1. 46	・保険公費有効期限切れ患者一覧（患者ID順）＜随時＞	○
E. 10. 1. 47	・保険公費有効期限切れ入院患者一覧（病棟順）＜随時＞	○
E. 10. 1. 48	・指定診療行為使用患者一覧＜随時＞	○
E. 10. 1. 49	・指定保険公費使用患者一覧＜随時＞	○
E. 10. 1. 50	・指定病名患者一覧＜随時＞	○
E. 10. 1. 51	・難病患者一覧（入外別）	○
E. 10. 1. 52	・選定療養対象患者一覧	○
E. 10. 1. 53	対象期間、医歯区分、診療科、職員コード（ドクターコード）、入力コード等指定した条件に該当する診療情報を検索し、その結果をCSVファイルに出力できること。	○
E. 11	レセプトチェック機能	—
E. 11. 1	レセプトチェック機能	—
E. 11. 1. 1	入院・外来、診療年月、診療科、保険種別を指定し、対象レセプトに対する整合性・算定要件の一括チェックが実行できること。提案内容により加点評価する。	●
E. 11. 1. 2	点検結果の一覧表示・印刷ができること。	○
E. 11. 1. 3	チェック用レセプトの印刷ができること。	○
E. 11. 1. 4	同月内での「診療科またがり」「入・外またがり」を点検できること。その結果一覧表示・印刷ができること。	○
E. 11. 1. 5	複数月をまたいだ縦覧点検ができること。その結果一覧表示・印刷ができること。	○
E. 11. 1. 6	点検結果をCSV出力できること。	○
E. 11. 2	未収金管理機能	—
E. 11. 2. 1	督促対応履歴の登録、変更、削除可能であること。	○
E. 12	その他	—
E. 12. 1	入院調基算定時に同月内における退院後の院外処方箋料を算定しないこと。	○
E. 12. 2	消費税の端数処理として、保険外課税対象額と外税額の合計を10円単位とすること。1円の位を四捨五入すること。	○
E. 12. 3	外来0円請求書を発行できること。	○
E. 13	救急患者登録	—
E. 13. 1	共通機能	—
E. 13. 1. 1	ログイン画面より、職員コード、パスワード（電子カルテシステム用）を入力しログインできること。	○
E. 13. 2	救急・時間外患者受付申込簿登録画面	—
E. 13. 2. 1	共通	—
E. 13. 2. 1. 1	救急患者登録システムメニュー画面より、救急日誌を選択できること。	○
E. 13. 2. 1. 2	一覧画面から登録する患者を選択できること。	○
E. 13. 2. 2	担当医・紹介医療機関・地域別入力画面	—
E. 13. 2. 2. 1	紹介にて来院した場合にチェックできること。	○
E. 13. 2. 2. 2	紹介医療機関マスタの一覧を表示し、選択できること。	○
E. 13. 2. 3	主訴および経過入力画面	—
E. 13. 2. 3. 1	体温を入力できること。	○
E. 13. 2. 3. 2	心拍数を入力できること。	○
E. 13. 2. 3. 3	血圧を入力できること。	○
E. 13. 2. 3. 4	主訴および経過を入力できること。あらかじめテキストファイルにひな形を作成し、定型検索画面から選択することにより、自動設定できること。	○
E. 13. 2. 4	診療・主病名・転帰入力画面	—
E. 13. 2. 4. 1	処方やエコーなど、実際に行った診療行為をチェックできること。	○
E. 13. 2. 4. 2	病名コード+病名を入力できること。あるいは、医事会計システムの病名マスター一覧より選択できること。	○
E. 13. 2. 4. 3	転帰区分を選択できること。	○
E. 13. 2. 4. 4	救急区分を入力できること。	○
E. 13. 2. 4. 5	転送患者の場合、チェックできること。	○
E. 13. 2. 4. 6	フリー入力項目を有すること。	○
E. 13. 2. 5	処置入力画面	—
E. 13. 2. 5. 1	処置追加。薬剤等を入力できること。	○
E. 13. 2. 5. 2	処置変更。入力済みデータを変更できること。	○
E. 13. 2. 5. 3	処置削除。入力済みデータを1行単位で削除できること。	○
E. 13. 2. 5. 4	処置引用。薬剤等をテンプレートより入力できること。予めテキストファイルに雛型を作っておき、処置引用入力画面から選択することにより、自動設定できること。	○
E. 14	要望	—
E. 14. 1	医事会計システムは電子カルテの持参薬処方のデータを受信できること。	○
E. 14. 2	医事会計システムにてオーダ受信で取得した管理料が設定した上限回数を超えた場合は算定をしないように制御ができること。またマスタで該当する管理料、制限回数が設定できること。	○
E. 14. 3	複数保険が選択される時に最適な保険の組み合わせが自動で展開できること。	○
E. 15	駐車場割引発番	—
E. 15. 1	当センターの駐車場割引用の発番ができること。発番ルールはタイムズ社と調整すること。	○
E. 15. 2	駐車場割引用に発番した番号は自動精算機へ会計情報の送信電文に載せて送信ができること。	○

項番	機能要件	配点
F	調剤管理システム	—
F.1	共通要件	—
F.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
F.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
F.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
F.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
F.1.5	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
F.1.6	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
F.1.7	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
F.1.8	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
F.1.9	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
F.2	調剤管理システム要件	—
F.2.1	サーバ	—
F.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
F.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
F.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
F.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
F.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
F.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
F.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
F.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
F.2.2	調剤管理システム基本機能	—
F.2.2.1	処方チェック機能として、医薬品データベース・薬剤部門支援システムのマスタ（内服・注射）に登録されたデータと連携し、問題のある処方エラーとしてチェックが可能であること。さらに、院内採用・非採用薬に関わらず、薬局にて鑑別された持参薬を含めた一元処方チェック（クロスチェック）が可能であること。	○
F.2.2.2	簡易懸濁の対応として、薬袋の取りまとめについて独自の調剤内規を持たせる機能を有すること。また、薬袋や処方箋に任意に登録した簡易懸濁のコメントを印字できること。	○
F.2.2.3	処方箋には検査値・前回投与量との比較・総量・棚番・処方チェック結果・特定薬品の前回の投与間隔等の情報を印字できること。	○
F.2.2.4	英語の薬剤情報提供書を作成できる機能を有すること。	○
F.2.2.5	薬剤情報提供書とお薬手帳ラベルについて、処方情報をQRコードで印字できる機能を有すること。	○
F.2.2.6	薬品マスタは医薬品データベースから情報を取り込める機能を有すること。	○
F.2.2.7	薬品、検査だけでなく、有害事象、体重、BMI、性別・年齢等、事前に設定した複数の条件から患者を検索することができる機能を有すること。検索結果の患者一覧は出力が可能なこと。	○
F.2.2.8	検索を実行する日時は設定が可能なこと。	○
F.2.2.9	モニタリング対象として指定した患者に関して、絞込条件外であっても常に検索対象とする機能を有すること。また、検索性条件とは別に優先して確認したい検査、有害事象などを指定、保存できる機能を有すること。	○
F.2.2.10	患者絞込が実行された状態から、検査値等の条件を変更して条件に該当する患者の増減を確認できること。	○
F.2.2.11	モニタリング項目として指定した薬品、検査、有害事象をグラフ化し、印刷する機能を有すること。	○
F.2.2.12	処方チェックの承認確認時には疑義照会が行えその内容を登録する機能を有すること。	○
F.2.2.13	注射箋には検査値・身長・体重・体表面積等の情報を印字する機能を有すること。	○
F.2.2.14	輸液ラベルには、3点認証用のバーコードを印字できる機能を有すること。	○

F. 2. 2. 15	最終鑑査支援システムは調剤支援システムと同一メーカーの商品であること。また、すでに導入実績のあるシステムであること。	○
F. 2. 2. 16	本数鑑査・薬品鑑査・Rp鑑査・処方鑑査 等、運用に合わせて鑑査モードを選択して利用できること。	○
F. 2. 2. 17	注射システムから出力された処方箋、薬袋、ラベル等に印字されたバーコードと薬品に貼付されているGSI-DATABARをバーコードリーダーで照合し、チェックができること。	○
F. 2. 2. 18	最終鑑査でチェックした結果を鑑査端末で履歴管理できるシステムであること。	○
F. 2. 2. 19	受信した調剤・注射の処方情報を元に、最終鑑査業務のチェックとその履歴を管理できること。	○
F. 2. 2. 20	鑑査前処方一覧と鑑査済処方一覧は、画面上で視覚的に判断ができるよう、色分け表示されていること。	○
F. 2. 2. 21	鑑査前処方一覧と鑑査済処方一覧は、鑑査業務を考慮して処方箋区分毎、病棟毎、診療科毎で検索できること。	○
F. 2. 2. 22	調剤進捗管理システムは、調剤支援支援システムと同一メーカーの商品であること。又、すでに導入実績のあるシステムであること。	○
F. 2. 2. 23	調剤支援の支援システムの情報と連動して、患者個別に処方情報と連携し、調剤の完了の有無を指定できる機能を有すること。	○
F. 2. 2. 24	調剤完了の指定は処方箋に印字されたバーコード（オーダNo.）を読み取ることで可能なこと。	○
F. 2. 2. 25	読み取ったデータを調剤状況情報（投薬日・調剤日時・調剤完了日時）としてデータベース化する機能を有すること。	○
F. 2. 2. 26	データベース化された情報から内服/注射・調剤日付・投薬日付・オーダNo・患者ID・処方箋区分・病棟で条件を指定して検索できる機能を有すること。	○
F. 2. 2. 27	病棟からは電子カルテ端末のWEB画面を利用して検索が行え、処方の調剤日時・調剤完了日時・処方内容情報を閲覧する機能を有すること。	○
F. 2. 2. 28	薬局からは専用画面にて検索が行え、処方の調剤日時・調剤完了日時・処方内容情報の閲覧する機能を有すること。	○
F. 2. 2. 29	麻薬管理システムは、調剤注射支援システムと同一メーカーの商品であること。又、すでに導入実績のあるシステムであること。	○
F. 2. 2. 30	ピッキングサポートはハンディ端末で薬品の情報以外に薬品コメントや用法コメントの情報を参照できること。	○
F. 2. 2. 31	既存の全自動錠剤分包機、全自動散薬分包機、注射薬自動払出装置と連動を行うこと。	○
F. 2. 2. 32	既存のシステムに登録されているマスタ情報を移行すること。	○
F. 2. 2. 33	既存のシステムに登録されている処方履歴情報を移行すること。	○
F. 2. 2. 34	医薬品情報提供文マスタについて、抗がん剤以外の医薬品については、自動更新で作成していくことができること。	○
F. 2. 2. 35	調剤支援システムの処方入力でお薬手帳を発行する際は、お薬手帳の出力にチェックを入れた状態をデフォルトにすること。	○
F. 2. 2. 36	調剤支援システムのマスタメンテナンスでは、割線情報のデフォルトを1/2分割可にすること。	○
F. 2. 2. 37	電子カルテで入力した用法フリーコメントについて、調剤支援システム側で、薬袋への印字ができるようにすること。	○
F. 2. 2. 38	調剤支援システムの散薬監査システムについて、秤量結果内容の処方医師は患者氏名の見間違いのもととなるため、なくすこと。	○
F. 2. 2. 39	調剤支援システムの散薬分包システムで、薬剤名が長く、印字ができないものであっても毎回アラートが出ない設定とすること。	○
F. 2. 2. 40	お薬手帳必要とコメントがついている患者については、処方せん発行時に自動的に手帳シールの発行ができること。	○
F. 2. 2. 41	ピッキングサポートのハンディ端末（ポリムス）は、可能な限り、軽量化を図ること。	○
F. 2. 2. 42	処方箋印字で、漢方薬ヒートや散剤分包品の総量の印字を、gではなく包数表記とすること。	○
F. 2. 2. 43	調剤支援システムの監査画面で発行不均等などで、発行できないことがないようにすること。発行できない場合の対処法、設定方法を簡便にすること。	○
F. 2. 2. 44	調剤支援システムの内服監査で重複している薬剤が複数ある場合、全てアラート表示すること。	○
F. 2. 2. 45	重症部門システムによる注射オーダについて、1日回数分 全てトレイに分かれて出てしまわないような設定とすること。	○
F. 2. 2. 46	マスタメンテナンスで、院外限定と院内限定を分けて設定できるようにすること。	○
F. 3	連携	—
F. 3. 1	電子カルテシステムとオーダ連携をすること。	○
F. 4	要望	—
F. 4. 1	薬剤準備状況のステータスがわかる仕組みがあること。・未発行・発行済み・調剤監査済みなど	○
F. 4. 2	薬剤部門システムベンダー提供の薬品マスタには日数制限、最大量、禁忌情報が初期設定で入っていること。	○

項番	機能要件	配点
G	服薬指導システム	—
G.1	共通要件	—
G.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
G.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
G.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
G.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
G.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
G.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
G.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
G.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
G.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
G.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
G.2	服薬指導システム要件	—
G.2.1	サーバ	—
G.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
G.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
G.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
G.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
G.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
G.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
G.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
G.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
G.2.2	ログイン	—
G.2.2.1	電子カルテシステムからシングルサインオンで服薬指導管理システムが使用できること。	○
G.2.2.2	操作者により、服薬指導管理システム起動可否の制限が設定できること。全ての端末で操作可能であること。	○
G.2.2.3	職種により入力可能な情報、参照のみ可能な情報などのアクセス制限が設定できること。	○
G.2.3	服薬指導依頼	—
G.2.3.1	患者を個別に選択して服薬指導の依頼する方法だけでなく、電子カルテシステムにて入院確定した患者を自動的に依頼対象者にできること。	○
G.2.3.2	自動的に服薬指導依頼を行う際、病棟別に担当薬剤師を設定することができること。	○
G.2.3.3	服薬指導対象患者を進捗状況（予定・指導中・終了）に分類して一覧表示できること。	○
G.2.4	患者基本情報	—
G.2.4.1	患者の基本情報（診断病名、既往歴、投薬歴（持参薬情報）、禁忌情報など）は、電子カルテシステムから取得できること。	○
G.2.4.2	患者基本情報は、電子カルテシステムから取得するだけでなく、アレルギー情報、嗜好品、理解度レベルなどが入力できること。	○
G.2.5	オーダ薬歴照会	—
G.2.5.1	未来日を含む処方・注射オーダの内容がカレンダー形式で表示できること。	○
G.2.5.2	DI（医薬品情報）が表示できること。	○
G.2.6	薬歴管理	—
G.2.6.1	DI（医薬品情報）が表示できること。	○
G.2.6.2	処方オーダ・注射オーダ・持参薬オーダから、薬歴情報の取得ができること。	○
G.2.6.3	オーダされた処方・注射だけでなく、持参薬を含めた相互作用チェックができること。また、相互作用のチェック結果は印刷ができること。	○

G. 2. 6. 4	オーダされた処方・注射だけでなく、持参薬を含めチェックすべき禁忌情報を集約して参照できること。また、表示内容は印刷ができること。	○
G. 2. 6. 5	オーダされた処方・注射だけでなく、持参薬を含めチェックすべき副作用情報を集約して参照できること。また、表示内容は印刷ができること。	○
G. 2. 6. 6	検査結果がカレンダー形式で表示できること。	○
G. 2. 6. 7	薬歴・検査結果のカレンダー形式情報全てが1画面に表示できること。	○
G. 2. 6. 8	オーダされた処方・注射だけでなく、持参薬を含めた薬剤情報提供書の編集・印刷が可能なこと。	○
G. 2. 6. 9	薬剤情報提供書の編集内容は患者毎に保存できること。	○
G. 2. 6. 10	薬剤情報提供書は帳票レイアウトの変更ができること。	○
G. 2. 6. 11	薬の手帳貼り付け用の薬剤情報提供書が印刷可能なこと。	○
G. 2. 7	指導記録	—
G. 2. 7. 1	指導記録はプロブレム-SOAP形式またはフリー形式で入力できること。指導記録に関して、テンプレートの登録、作成等ができること。	○
G. 2. 7. 2	同一指導日に複数のプロブレムが登録可能なこと。	○
G. 2. 7. 3	算定情報の登録ができること。登録された算定情報は、医事会計システムに伝達できること。	○
G. 2. 7. 4	ハイリスク薬の算定時は、薬歴からハイリスク薬を検索し算定情報と共に薬剤名を医事会計システムに伝達できること。ハイリスク薬のマスタメンテナンスは、データベースをもとに、自動的に更新されること。	○
G. 2. 7. 5	前回算定日と同一週で算定すると自動的に算定なしと登録されること。	○
G. 2. 7. 6	同一月内で、既に4回算定している場合は、自動的に算定なしで登録されること。	○
G. 2. 7. 7	登録された指導内容が電子カルテシステムに伝達されること。	○
G. 2. 7. 8	服薬指導記録が電子カルテ上で文章として反映できること。(PDFでも良い。) SOAPとして、記事が全職種にみやすいよう、薬剤師記事などで登録できること。	○
G. 2. 8	Web参照	—
G. 2. 8. 1	職種に関係なく、薬歴・検査結果・指導記録などがブラウザから参照できること。	○
G. 2. 9	医薬品参照	—
G. 2. 9. 1	職種に関係なく、医薬品情報がブラウザから参照できること。	○
G. 2. 9. 2	抽出条件(採用薬区分、薬効分類、薬剤種、商品名、一般名、包装記号、YJコード)から、検索可能なこと。	○
G. 2. 9. 3	DI表示時に製剤写真と一緒に参照できること。	○
G. 2. 9. 4	錠剤鑑別が可能なこと。	○
G. 2. 10	帳票	—
G. 2. 10. 1	帳票として服薬指導実施患者一覧、プロブレムリスト、診療科別実施件数集計表、病棟別薬剤師別指導実施割合、服薬指導業務月報、薬剤管理指導記録、退院時服薬指導書、薬歴管理表などが出力できること。また、上記の帳票を病棟別、薬剤師別で帳票・CSV出力できること。	○
G. 2. 11	持参薬管理	—
G. 2. 11. 1	錠剤鑑別が可能なこと。(商品名・一般名・包装記号・メーカー名などから薬剤検索ができること。)	○
G. 2. 11. 2	錠剤鑑別には、振替可能な採用薬情報の登録ができること。	○
G. 2. 11. 3	鑑別報告書の印刷ができること。	○
G. 2. 11. 4	薬剤の検索については、ひらがな、カタカナ、全角、半角に関係なく、検索できること。	○
G. 2. 11. 5	過去処方オーダ情報を検索でき、持参薬鑑別に反映させることができること。	○
G. 2. 11. 6	持参薬調査の仮登録をせずに閉じるボタンを押した際は、1回アラートを出してから閉じる設定とすること。	○
G. 2. 11. 7	持参薬オーダを登録する際は、いったん持参薬報告のような形で登録され、それを医師が持参薬処方(承認)する形とすること。	○
G. 2. 11. 8	薬効分類などをもとに、薬剤コメントに抗血小板薬やDM薬などの薬効を自動で表示できるようにすること。特にハイリスク薬の薬効。自動的に付与するコメントの設定を自由にできること。	○
G. 2. 11. 9	持参薬システムで、承認前の持参薬報告についても相互作用チェックができるようにすること。	○
G. 3	薬剤マスタツール	—
G. 3. 1	薬剤マスタツール	—
G. 3. 1. 1	服薬指導システムで使用するハイリスク薬のデータについて、担当者がマスタ登録しなくても自動的に情報を反映すること。たとえば、月1回の医薬品データベースの更新時に、YJコードの上6桁(成分名)などで取る、または、データベースよりハイリスク薬情報を反映させるなど。	○
G. 3. 1. 2	服薬指導システム内の患者登録画面(患者基本情報)の内服歴について、持参薬情報を自動的に反映できるものであること。	○
G. 4	要望	—
G. 4. 1	薬剤情報提供書は英語での印刷ができること。	○
G. 4. 2	プロブレムを簡便な操作で選択ができること。	○
G. 4. 3	お薬手帳に印字する項目、内容を当センターと協議して印字できるように設定すること。	○
G. 4. 4	薬剤情報提供書は同じ薬剤が複数存在しても、ひとつにまとめることなく印刷できること。	○
G. 4. 5	お薬手帳に貼り付けるシールの余白を最小限にして印刷できること。また調整は当センターと協議すること。	○
G. 4. 6	退院帳票への過去処方を印字する期間を〇〇週分できること。または印字する期間を当センターと協議して設定ができること。	○
G. 4. 7	お薬手帳に貼り付けるシールのフォーマット・レイアウト・印字する項目など当センターと協議して作成すること。	○
G. 4. 8	薬剤情報提供書は薬剤師が任意で薬品を選択して作成ができること。	○

項番	機能要件	配点
H	薬剤情報管理システム	—
H.1	共通要件	—
H.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
H.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
H.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
H.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
H.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
H.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
H.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
H.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
H.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
H.2	薬剤情報管理システム要件	—
H.2.1	サーバ	—
H.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
H.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
H.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
H.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
H.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
H.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
H.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
H.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
H.2.2	薬剤情報管理システム(医薬品データベース)	—
H.2.2.1	医薬品データベースとして、35,900品目以上の医療用医薬品の添付文書情報を保持すること。（非流通薬品含む）	○
H.2.2.2	医薬品データベースは、当センターでの利便性、発展性、運用等を考慮して調剤支援システム、および病棟業務支援システムソフトウェアメーカーと同一メーカーの製品であること。	○
H.2.2.3	相互作用データベースとして、禁忌・注意のレベルに分けてチェックのできるデータであること。	○
H.2.2.4	相互作用データベースは、医薬品と一般薬（OTC薬）との任意のチェックも可能であること。OTC薬のデータは、22,000品目以上有していること。チェック形態として、医療用医薬品と市販薬に含まれる成分をマトリックス式にチェックが行える様に、データが構築されていること。	○
H.2.2.5	相互作用食品データベースとして、代表的な食品名と医薬品の結びつけが完備した機能を有していること。	○
H.2.2.6	チェックシステムとして、複数薬品の入力に基づく相互作用・同薬効・長期投与・常用量等のシミュレーション入力機能と、結果表示および理由・明細の表示が可能な機能を有していること。また、上記画面から各種の医薬品情報の検索・閲覧ができる機能を有していること。	○
H.2.2.7	簡易的な刻印鑑別報告書の作成および出力機能を有していること。また鑑別報告書には、採用薬品のメンテナンスにより、当センター採用薬品か否か、当センター採用代替え薬品等の表示ができること。	○
H.2.2.8	要約版添付文書データベースとして、医療従事者向けに要点をまとめた添付文書情報を保持していること。	○
H.2.2.9	薬価、薬価収載日データベースとして、先発品・後発品の価格が画面にて参照できること。	○
H.2.2.10	医薬品集の作成機能を持ち、要約版添付文書データを利用して、容易に医薬品集の目次と本文データを自動で作成できる機能を有すること。PDFファイル出力、印刷の両方が対応可能なこと。また、CSV出力も可能なこと。	○
H.2.2.11	薬品鑑別データベースとして、画像データ、刻印情報を保持していること。	○

H. 2. 2. 12	簡易的な刻印鑑別報告書の作成および出力機能を有していること。	○
H. 2. 2. 13	画像データは、ヒート変更前の古いデータも保持していること。また錠剤、カプセルの画像は、ヒート、1錠ヒート、裸錠、イメージ画像の4種類を保持していること。	○
H. 2. 2. 14	画像データは、ヒート、1錠ヒート、裸錠、イメージ画像の4種類を合わせると138,000件以上保持していること。写真のデータだけでも55000件以上保持していること。画像データも毎月の更新時に追加されること。	○
H. 2. 2. 15	医薬品の画像は拡大画像表示が可能で、持参薬の鑑別等に有利な機能を有していること。	○
H. 2. 2. 16	服薬指導用の薬剤情報箋用のマスタデータとして効能効果、副作用、注意事項等の一般的な文書を保持しており、閲覧可能な機能を有していること。	○
H. 2. 2. 17	妊産婦データとして、日本国の添付文書だけでなく、アメリカ合衆国のFDA、オーストラリアのTGAの両機関が提示している妊婦へのリスクデータを保持し、容易に参照できる機能を有すること。	○
H. 2. 2. 18	注射薬配合変化データベースとして、4剤間までの配合変化の組み合わせについてチェックが可能なデータであること。	○
H. 2. 2. 19	注射薬成分データとして、注射薬のPH値、糖質、脂質、アミノ酸等の量を保持し、参照ができること。	○
H. 2. 2. 20	適応症データベースの病名に関しては、ICD10、病名交換コード、レセ電算コードへのコード付けができていないこと。また、添付文書上の病名で、ICD10の分類に一致しない病名についても、ICD10コードのついた病名へ結び付けを行っていること。	○
H. 2. 2. 21	適応症データベースとして、病名と医薬品の結び付けを行っていること。	○
H. 2. 2. 22	適応症データベースの病名と医薬品の結び付けは、添付文書レベルだけでなく、広義に解釈された結び付けを薬品毎に整備しており、実用レベルでチェックに運用できるデータであること。	○
H. 2. 2. 23	禁忌症データベースの病名に関しては、ICD10、病名交換コード、レセ電算コードのコード付けができていないこと。また、添付文書上の病名で、ICD10の分類に一致しない病名についても、ICD10コードのついた病名へ結び付けを行っていること。	○
H. 2. 2. 24	禁忌症データベースとして、病名に対する禁忌薬剤のチェックが行えるデータベースであること。	○
H. 2. 2. 25	適応症データベース、禁忌症データベースは、既に病名チェックの運用実績があること。	○
H. 2. 2. 26	その他のデータベースとして、薬効、メーカー、薬価収載日、薬価、後発品のデータを保持していること。現行システムでCSV出力可能なデータについては、すべて出力可能とすること。出力可能な項目はシート「薬剤情報管理ツール出力項目」参照。	○
H. 2. 2. 27	常用量データベースとして、年齢別、体重別、体表面積別、疾患別の常用量データを保持していること。	○
H. 2. 2. 28	食品アレルギーデータベースとして、患者の食品アレルギーに対して、そのアレルギー成分および共通する分類に一致する薬品が処方された場合のチェックデータを保持していること。	○
H. 2. 2. 29	投与制限チェックデータとして、妊産授乳婦、腎機能低下、小児への禁忌薬、高齢者への禁忌薬チェックデータを保持していること。	○
H. 2. 2. 30	手技チェックデータベースとして、薬剤毎の禁忌手技、適応手技チェックデータを保持していること。	○
H. 2. 2. 31	単独投与チェックデータベースとして、同一RPIに単独指定されている薬品と他薬剤が処方されている場合のチェックデータを保持していること。	○
H. 2. 2. 32	手術禁止チェックデータベースとして、手術前後に投与が禁止されている薬品のチェックデータを保持していること。	○
H. 2. 2. 33	薬剤情報提供用のマスタデータとして効能効果、副作用、注意事項等の一般的な文書を保持していること。	○
H. 2. 2. 34	注射薬品の患者への情報提供用としての医薬品画像、効能効果、副作用、注意事項等の一般的な文書を保持していること。	○
H. 2. 2. 35	調剤支援システムの薬品マスタ作成時には、本データベースから必要なマスタ情報を抽出する機能を有しマスタメンテナンス業務に利用できる機能を有していること。電子カルテシステムのマスタ作成時も同様にマスタ情報をメンテナンス業務に利用できるデータベース機能があること。	○
H. 2. 2. 36	データベースは、調剤支援システムと連動して、処方箋チェックつまり2次チェックシステムとして利用できるものであること。またそのチェックシステムはリアルタイムに稼働する性能を持ち、問題のある処方箋は、調剤支援システム側でチェックシートを出力すると同時に当該処方の調剤は一時停止・保留させる機能を有すること。	○
H. 2. 2. 37	毎月DVDにて更新される医薬品データベースの情報を月単位での期間、当センター採用薬品、全薬品か採用薬品かどうか、登録済薬品を除くかどうか等の条件を指定して薬品マスタ上でYJコードの振替が必要な薬品情報を一覧表示させる機能を有している事。	○
H. 2. 2. 38	毎月DVDにて更新される医薬品データベースの情報を月単位での期間、薬品、採用薬品等を指定して、当該薬品における薬事情報指導文書の変更前と変更後の内容を変更部分を赤色文字で大きく表示する機能を有している事。	○
H. 2. 2. 39	データベースは、電子カルテの端末から医薬品情報を参照できるデータとしても利用ができること。	○
H. 2. 2. 40	データベースは、Webブラウザを利用した病院ホストシステム各端末からの検索閲覧プログラム用のマスタデータベースとして利用できる機能を有すること。またその際は専用サーバに、当該データと同じものを格納し同一データを複次的に利用した一元管理機能として構築すること。	○
H. 2. 2. 41	データベースは、電子カルテシステムベンダーに、処方オーダー時のチェックデータとして提供できること。チェック項目の詳細は、打合せ時の病院側の要望に沿って構築を行うものとする。尚、電子カルテシステムベンダーは、本医薬品データベースを用いて、処方のオーダー時のチェック機能を提供すること。	○
H. 2. 2. 42	全てのデータはひとつのデータベースにまとめられており、更新もメディアを用いてサーバのみで完了し、一元管理できること。	○
H. 2. 2. 43	データベースの更新は、システムを停止することなく開始、完了ができること。	○
H. 2. 2. 44	データベースは、調剤支援システムと連動して、処方箋チェックに利用できるものであること。	○

H. 2. 2. 45	MDビュー上に新薬制限や包装単位などの添付文書情報を載せること。	○
H. 2. 2. 46	錠剤鑑別には、振替可能な採用薬情報の登録ができること。	○
H. 2. 2. 47	鑑別報告書の印刷ができること。	○
H. 2. 2. 48	薬剤の検索については、ひらがな、カタカナ、全角、半角に関係なく、検索できること。	○
H. 2. 2. 49	過去処方のオーダ情報を検索でき、持参薬鑑別に反映させることができること。	○
H. 2. 2. 50	持参薬調査の仮登録をせずに閉じるボタンを押した際は、1回アラートを出してから閉じる設定とすること。	○
H. 2. 2. 51	持参薬オーダを登録する際は、いったん持参薬報告のような形で登録され、それを医師が持参薬処方（承認）する形とすること。	○
H. 2. 2. 52	薬効分類などをもとに、薬剤コメントに抗血小板薬やDM薬などの薬効を自動で表示できるようにすること。特にハイリスク薬の薬効。自読的に付与するコメントの設定を自由にできること。	○
H. 2. 2. 53	持参薬システムで、承認前の持参薬報告についても相互作用チェックができるようにすること。	○
H. 3	薬剤マスタツール	—
H. 3. 1	薬剤マスタツール	—
H. 3. 1. 1	服薬指導システムで使用するハイリスク薬のデータについて、担当者がマスタ登録しなくても自動的に情報を反映すること。たとえば、月1回の医薬品データベースの更新時に、YJコードの上6桁（成分名）などで取る、または、データベースよりハイリスク薬情報を反映させるなど。	○
H. 3. 1. 2	服薬指導システム内の患者登録画面（患者基本情報）の内服歴について、持参薬情報を自動的に反映できるものであること。	○

項番	機能要件	配点
I	臨床検査システム	—
I.1	共通要件	—
I.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
I.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
I.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
I.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
I.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
I.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
I.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
I.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
I.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
I.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
I.2	ハードウェア	—
I.2.1	サーバ	—
I.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
I.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
I.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
I.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
I.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
I.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
I.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
I.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
I.3	臨床検査システム要件	—
I.3.1	システム基本仕様	—
I.3.1.1	マルチアクセス機能。ネットワーク上の複数のサーバで管理している各データベースを任意のクライアントからアクセスできること。	○
I.3.1.2	排他制御ができること。	○
I.3.1.3	各サーバはメンテナンス時を除き24時間365日連続稼働できること。	○
I.3.1.4	メインサーバ上のデータはリアルタイムにデータをバックアップしており、メインサーバダウン時にも代替運用が可能なこと。	○
I.3.1.5	日替処理は自動で行われるものとし、業務の停止がない条件下で処理できること。	○
I.3.1.6	VPN接続で遠隔メンテナンスできること。	○
I.3.1.7	ファイアーウォール等セキュリティに充分配慮されていること。	○
I.3.1.8	ウィルス対策ソフトがすべての端末、サーバに導入されていること。また、7年分のライセンスを有すること。	○
I.3.1.9	検体検査、細菌検査、輸血・製剤・移植管理、感染症管理などの複数分野の業務システムで取り扱う情報（患者情報、検査依頼情報、検査結果情報、付帯情報、マスタ情報、履歴情報、エラー情報など）や、連携システムから取得した情報を統合的に管理し、また情報を処理するシステムモジュール（システムロジック）を共有し、有効に活用するための情報基盤（データベースシステム）であること。	○
I.3.1.10	サーバ、クライアント上で起動しているアプリケーションの状態を1画面で監視できる。また任意の端末（サーバ、クライアント）で参照できること。	○
I.3.1.11	システム稼働状況監視画面から、監視対象のサーバやクライアントの起動、シャットダウン、再起動をリモートで指示できること。	○
I.4	ソフトウェア基本性能	—
I.4.1	ソフトウェア基本性能	—
I.4.1.1	1日の最大依頼受付数は999999受付が可能であること。	○
I.4.1.2	検査項目マスタは999999項目の登録が可能であること。	○
I.4.1.3	1検査項目あたり999材料の検査材料を登録できること。	○
I.4.1.4	1検査依頼あたりに登録できる検査項目数に制限はないこと。	○

I. 4. 1. 5	容器マスタに登録できる検査項目数に制限はないこと。（各項目に対して容器を割り当てているため、無制限）	○
I. 4. 1. 6	1ワークシートマスタに登録できる検査項目数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 7	セット項目マスタの登録数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 8	1検査依頼あたりに登録できるセット項目数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 9	1セット項目あたりに登録できる項目数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 10	1検査依頼に999種類検査容器が登録できること。	○
I. 4. 1. 11	ワークシートマスタは999種類の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 12	1ワークシートあたりの検査容器を999種類以上の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 13	精度管理試料は999種類の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 14	検査材料は999種類の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 15	依頼科・病棟は9999種類の登録が可能であること。コードに数字・アルファベットを使用できること。	○
I. 4. 1. 16	検査結果報告書は999種類の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 17	基準値は男女あわせて年齢256段階の設定が可能であること。	○
I. 4. 1. 18	患者ID桁数は14桁までの登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 19	患者ID表示フォーマットがマスタで設定できること。	○
I. 4. 1. 20	患者カナ氏名は半角128桁の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 21	患者漢字氏名は全角64文字（半角128桁）の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 22	利用者ID桁数を16桁までの登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 23	職員漢字氏名は全角16文字（半角32桁）の登録が可能であること。	○
I. 4. 1. 24	計算する必要がある項目は自動的に計算できること。また、計算式・要素がマスタで設定できること。	○
I. 4. 1. 25	計算項目計算式の要素数は25要素まで登録できること。	○
I. 4. 1. 26	時系列結果検索時の同時表示項目数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 27	データ抽出時の抽出可能項目数に制限はないこと。	○
I. 4. 1. 28	フリーコメントは3070文字まで入力可能であること。	○
I. 4. 1. 29	検査結果文字数は512文字まで入力可能であること。	○
I. 4. 1. 30	検査結果に付加するコメントとして1項目につき2種類のコメントコード入力が可能であること。	○
I. 4. 1. 31	検査結果に付加するコメントとして1項目につき2種類のコメントフリー入力が可能であること。	○
I. 5	受付業務	—
I. 5. 1	依頼入力	—
I. 5. 1. 1	検査依頼を新規登録できること。	○
I. 5. 1. 2	検査依頼項目を修正、削除、追加できること。	○
I. 5. 1. 3	検査依頼属性を入力できること。	○
I. 5. 1. 4	検査属性を修正できること。	○
I. 5. 1. 5	検査依頼を削除できること。	○
I. 5. 1. 6	削除された検査依頼を復活できること。	○
I. 5. 1. 7	検査材料を材料単位で一括変更できること。もしくは、検査材料を検体単位で変更できる形でも可とする。	○
I. 5. 1. 8	検査材料を項目単位で変更できること。もしくは、検査材料を検体単位で変更できる形でも可とする。	○
I. 5. 1. 9	コメントの入力ができること。	○
I. 5. 1. 10	検査依頼時に新規患者を登録できること。	○
I. 5. 1. 11	検査依頼時に患者属性を修正できること。	○
I. 5. 1. 12	検査運用番号（以下受付番号）は目的に応じて番号帯を分けて設定できること。	○
I. 5. 1. 13	受付番号を任意に指定して検査依頼を登録できること。	○
I. 5. 1. 14	検査室内検査依頼として、上位システムからの検査依頼に影響しない任意の上位キー（オーダ番号）が設定できること。上位キー発番に関しては、電子カルテベンダーとの調整で決定すること。	○
I. 5. 1. 15	当日・過去・未来別に、依頼登録時に自動到着する設定ができること。	○
I. 5. 1. 16	起動時の依頼モード（ルーチン）を設定できること。	○
I. 5. 1. 17	検査依頼時に採取ラベルを同時出力するかしないかを設定できること。また、1次分注ラベル、2次分注ラベル、3次分注ラベルの同時出力も設定できること。	○
I. 5. 1. 18	検査依頼時に同時出力ラベルの出力先を選択できること。	○
I. 5. 1. 19	未来分の検査依頼は採血管予約ラベル（予約一括）の対象にできること。	○
I. 5. 1. 20	ログインする担当者の権限により属性表示のマスクができること。	○
I. 5. 1. 21	指定した日の検査依頼情報一覧を確認できること。	○
I. 5. 1. 22	上位システムから依頼された検査依頼項目を修正できること。	○
I. 5. 1. 23	よく依頼する検査項目を、複数TABに分けて表示設定でき、設定内容を依頼画面に反映できること。ここで設定された一覧から依頼項目をマウス選択することで検査依頼を行えること。	○
I. 5. 1. 24	依頼項目指定時に材料を指定できること。もしくは、検査材料を検体単位で変更できる形でも可とする。	○
I. 5. 1. 25	依頼項目の測定モード（緊急、至急、ルーチン）をマウスで選択し、一括または部門ごとに修正できること。	○
I. 5. 1. 26	依頼項目として単項目、ファミリー、セット項目の依頼ができること。	○
I. 5. 1. 27	依頼の新規入力時、参照時のそれぞれで、子項目やセット項目の内容を展開しないようにできること。	○
I. 5. 1. 28	項目名称、外注種別、部門、容器、規定項目グループのいずれかで検査項目を検索し依頼できること。	○
I. 5. 1. 29	患者IDが未発番の場合は、ダミー患者IDを自動作成し、検査依頼をできること。	○
I. 5. 1. 30	ダミー患者IDを指定し、一覧形式で正式患者IDに修正できること。	○
I. 5. 1. 31	電子カルテシステムとの通信により、検査依頼項目と患者属性情報を受信できること。	○

I. 5. 1. 32	検査部内依頼を電子カルテシステムの仕様に準拠して結果送信できること。	○
I. 5. 1. 33	検査依頼情報の変更として依頼項目の削除をした場合、削除した項目を画面上で確認できること。	○
I. 5. 1. 34	追加項目マスタにて、任意の結果条件、項目条件、属性条件の組み合わせを設定することにより、自動で追加項目依頼を発生できること。	○
I. 5. 1. 35	依頼内容登録後、全ラベルまたは追加ラベル、1次分注、2次分注、3次分注ラベルを出力できること。もしくは、依頼内容登録後、未発行分のラベルを出力できる形でも可とする。	○
I. 5. 1. 36	新規依頼作成にて患者ID入力時、同一受付日で同一患者IDの既存の検査依頼が存在していた時には、その旨を示すメッセージ表示ができること。既存検査依頼の受付番号、受付項目が全て表示できること。	○
I. 5. 1. 37	患者IDを指定し、過去の検査履歴を表示できること。	○
I. 5. 1. 38	緊急依頼と至急依頼の区別が出来、採血ラベルにも印刷できること。	○
I. 5. 2	一括検査依頼入力	—
I. 5. 2. 1	検査依頼件数、科病棟、依頼項目を指定し、一括で検査依頼ができること。	○
I. 5. 2. 2	項目追加マスタにて、任意の結果条件、項目条件、属性条件の組み合わせを設定することにより、自動で追加項目依頼を発生させることができること。	○
I. 5. 3	依頼属性一括修正	—
I. 5. 3. 1	受付日範囲、科病棟などを指定して、目的の依頼情報を絞り込み、患者情報、科病棟、医師などを一覧形式で修正できること。	○
I. 6	検査準備	—
I. 6. 1	ラベル出力	—
I. 6. 1. 1	科病棟一括ラベル、採取指示リストは再出力または再印刷ができること。	○
I. 6. 1. 2	受付日、受付番号の範囲指定にて一括で指定容器の検査ラベル（採取・1次分注・2次分注ラベル・3次分注ラベル）を出力できること。	○
I. 6. 1. 3	受付日、受付番号の個別指定にて指定容器の検査ラベル（採取・1次分注・2次分注ラベル・3次分注ラベル）を出力できること。	○
I. 6. 1. 4	バーコード番号、属性（最大10種類）、もしくはコメント指定にて、任意のバーコードラベルを出力できること。	○
I. 6. 1. 5	分析装置、精度管理種別指定にて、精度管理試料用バーコードラベルを出力できること。	○
I. 6. 1. 6	受付日、受付番号、容器コード、検査依頼内容容器番号、固定数字などから任意に選択して、バーコード情報とでき、NW7、CODE39、ITF2of5などの形式で印刷できること。ただし、形式はシステム内で統一すること。	○
I. 6. 1. 7	システム内で規定された情報を採取ラベル内に印刷できること。	○
I. 6. 1. 8	発行済みの検体ラベルをバーコードリーダーで読み、同一ラベルが発行できること。	○
I. 6. 1. 9	外注業者、受付番号の範囲、容器などを指定し、ラベル発行ができること。	○
I. 6. 1. 10	健診用のラベルについては、検査システムより採血管オートラベラーへ出力指示を出すことができること。	○
I. 6. 1. 11	診察カードをバーコードリーダーで読み込み、手動または自動で検査ラベルが発行できること。	○
I. 6. 2	検体受取業務	—
I. 6. 2. 1	検体を到着確認する前に、受取確認者・受取時間を表示また管理できること。	○
I. 6. 2. 2	検体の検体受取処理を行った際に検体受取リストを出力できること。	○
I. 6. 2. 3	検体受取と同時に到着確認処理も行えるようにできること。	○
I. 6. 3	到着確認	—
I. 6. 3. 1	手入力、バーコードリーダーにより、検体到着確認ができること。	○
I. 6. 3. 2	検体到着確認を許可する過去日数または未来日数を設定できること。指定日数範囲外の検体到着確認処理はエラーにできること。	○
I. 6. 3. 3	受付日受付番号を指定し、検査依頼の採取容器の一覧を確認できること。	○
I. 6. 3. 4	オーダ番号より、検査依頼の採取容器の一覧を確認できること。	○
I. 6. 3. 5	特定の採取容器の場合、到着確認時に設定した音を鳴らすことができること。また、システム固定の注意を促すメッセージを表示できること。	○
I. 6. 3. 6	指定項目の場合、到着確認時に設定した音を鳴らすことができること。また、結果値が設定した結果値内容に該当した場合のみ、音を鳴らすことができること。	○
I. 6. 3. 7	検査注意マークが指定コメントの場合、到着確認時に設定した音を鳴らすことができること。また、システム固定の注意を促すメッセージを表示できること。	○
I. 6. 3. 8	感染症マークが指定コメントの場合、到着確認時に設定した音を鳴らすことができること。また、結果値が設定した結果値内容に該当した場合のみ、音を鳴らすことができること。	○
I. 6. 3. 9	コメントが指定コメントの場合、到着確認時に設定した音を鳴らすことができること。また、コメント結果値が設定したコメント内容に該当した場合のみ、音を鳴らすことができること。	○
I. 6. 3. 10	検体の到着確認時に自動でワークシートを作成できること。	○
I. 6. 3. 11	当日以外の依頼検体の到着確認時にはメッセージを表示できること。	○
I. 6. 3. 12	設定により、容器単位に容器部門番号を発番できること。	○
I. 6. 3. 13	検体到着確認と同時に、1次分注・2次分注・3次分注ラベルを出力できること。	○
I. 6. 3. 14	コメントの表示・入力・修正ができること。	○
I. 6. 3. 15	尿量、身長、体重などの入力画面をポップアップで表示し、入力ができること。	○
I. 6. 3. 16	当日の到着確認済み検体一覧を確認できること。絞り込みは、端末又はログイン者で行えること。	○
I. 6. 3. 17	表示中の検査依頼内容容器情報選択により、容器に該当する依頼項目を確認できること。	○
I. 6. 3. 18	同一バーコードの2度読みをエラーとできること。	○
I. 6. 3. 19	検査依頼参照中に、その検査依頼の基本属性を参照できること。	○
I. 6. 3. 20	ラベル出力を行う場合、出力先のバーコードプリンタを選択できること。	○
I. 6. 3. 21	受付日、受付番号を指定後、容器を選択して到着確認できること。（他業務から遷移しての到着も可）	○
I. 6. 4	検体状況確認	—

I. 6. 4. 1	受付日番号範囲、対象容器、ラベル発行有無、到着状況などを指定し、依頼単位に検体状況を一覧で確認できること。また、検索時に一部到着など、到着の状態により絞込みができること。	○
I. 6. 4. 2	一定期間未採取の未到着容器に手動で「取り消し」などの結果を一括入力できること。（他業務での一括入力も可）	○
I. 6. 4. 3	抽出した検体情報に「再採血」や「取り消し」等のコメントを入力できること。（他業務へ遷移しての入力も可）	○
I. 6. 5	検体キャンセル	—
I. 6. 5. 1	受付日・受付番号、バーコード番号、オーダ番号のいずれかを指定し、その容器内に「取り消し」などのコメントを一括入力できること。	○
I. 6. 6	ワークシート	—
I. 6. 6. 1	ワークシートマスタの設定により、ワークシートを自動（検体到着時、分注情報受信時、分析装置からの問い合わせ情報受信時、分析装置からの結果情報受信時）に作成できること。	○
I. 6. 6. 2	ワークシートは検査依頼単位又は容器単位で作成できること。	○
I. 6. 6. 3	手動でワークシートを作成できること。その際、ワークシートコード、検索範囲を指定できること。	○
I. 6. 6. 4	ワークシート作成と同時に、ワークシートリストの印刷ができること。	○
I. 6. 6. 5	印刷レイアウトを帳票設定にて設定できること。	○
I. 6. 6. 6	印刷レイアウト種別をワークシートマスタにて設定できること。	○
I. 6. 6. 7	リストに印刷する前回値回数をワークシートマスタにて設定できること。（前回値のみの印刷でも可とする。）	○
I. 6. 6. 8	作成済みのワークシートは、ワークシートコード、印刷範囲、レイアウトを指定してワークシート印刷ができること。	○
I. 6. 6. 9	ワークシートには検査結果や前回値も同時に印刷できること。	○
I. 6. 6. 10	印刷先プリンタを任意に選択できること。	○
I. 6. 6. 11	作成済みワークシートを指定し、並びを修正またはシーケンスの削除（再作成でも可）ができること。	○
I. 6. 6. 12	印刷したワークシートリストの出力管理ができること。	○
I. 7	分析装置オンライン処理	—
I. 7. 1	オンライン処理	—
I. 7. 1. 1	以下の分析装置とオンライン接続ができること。別表3を参考にすること。	○
I. 7. 1. 2	①生化学・免疫血清分析装置	○
I. 7. 1. 3	②生化学分析装置	○
I. 7. 1. 4	③血液ガスシステム	○
I. 7. 1. 5	④血糖分析装置	○
I. 7. 1. 6	⑤グリコヘモグロビン分析装置	○
I. 7. 1. 7	⑥赤血球沈降速度計	○
I. 7. 1. 8	⑦血球係数分析装置、血液搬送システム、スライド作成装置	○
I. 7. 1. 9	⑧血液凝固分析装置：	○
I. 7. 1. 10	⑨小型尿定性分析装置	○
I. 7. 1. 11	⑩尿定性分析装置	○
I. 7. 1. 12	⑪尿沈渣分析装置	○
I. 7. 1. 13	⑫血球係数分析装置	○
I. 7. 1. 14	測定時に発生した分析装置からのエラーコードを取り込むことができ、表示できること。	○
I. 7. 1. 15	測定時に発生した分析装置からのエラーコードにより、結果の変換および再検判定ができること。	○
I. 7. 1. 16	分析装置からのエラーコードにより結果の変換ができること。	○
I. 7. 1. 17	オンライン結果の照合キーはシーケンス、患者ID、ワークシートシーケンス、バーコード番号、受付日受付番号の選択が可能であること。	○
I. 7. 1. 18	再検値管理は、検体単位または項目単位で行うことができること。	○
I. 7. 1. 19	自動登録条件は検体検査結果、精度管理試料別に設定できること。精度管理については、自動報告機能がなくても可とする。	○
I. 7. 1. 20	患者検体の自動登録条件として、測定単位、項目単位、ワークシート内の項目グループ単位のいずれかで登録する設定ができること。	○
I. 7. 1. 21	患者検体の自動登録時に、結果異常値があった場合、検体単位または項目単位に自動登録を止めることができること。	○
I. 7. 1. 22	精度管理試料の測定結果に関して日差計算を自動で行うかどうか設定できること。	○
I. 7. 1. 23	検査依頼情報を設定により事前に分析装置に送信できること。	○
I. 7. 1. 24	分析装置からの問い合わせにより、検査依頼情報を送信できること。	○
I. 7. 1. 25	分析装置から受信した検査結果をシステムに取り込むことができること。	○
I. 7. 1. 26	波形データの数字結果を取り込み、波形画像に変換表示できること。	○
I. 7. 1. 27	分析装置より、画像結果を取り込み、表示できること。	○
I. 7. 1. 28	分析装置から出力されたバーコード情報により、到着確認業務を自動で行うことができること。	○
I. 7. 1. 29	マスタ設定により、分析装置毎に測定項目の追加・削除が容易にできること。	○
I. 7. 1. 30	希釈指示が可能な分析装置に対して、条件を設定して希釈指示ができること。	○
I. 7. 1. 31	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。	○
I. 7. 1. 32	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。	○
I. 7. 2	オンライン起動／停止	—
I. 7. 2. 1	操作端末にて、起動しているすべてのオンラインの開始・停止がリモートで切り替えできること。	○
I. 7. 2. 2	操作端末にて、オンラインしているすべての分析装置への依頼送信がリモートで行えること。	○
I. 7. 2. 3	操作端末にて、オンラインしているすべての分析装置との通信履歴を閲覧できること。	○
I. 7. 2. 4	操作端末にて、オンラインしているすべての分析装置との通信ログを閲覧できること。	○

I. 8	結果入力関連業務	—
I. 8. 1	オンライン受信データ確認	—
I. 8. 1. 1	ワークシートコード、日付を指定し、ワークシート上の検体を一覧表示できること。	○
I. 8. 1. 2	ワークシートはマスタで設定した期間内の過去のワークシートも選択できること。	○
I. 8. 1. 3	一覧は進捗マークや文字色により、検査状態（再検指示待ち、再検測定済み、再検指示済み、初検測定済み、再検測定中、測定中、保留、暫定登録、未検査、確定、承認）を把握できること。	○
I. 8. 1. 4	一覧表示に、再検回数を表示できること。	○
I. 8. 1. 5	一覧に検査の測定完了予測時刻を表示できること。	○
I. 8. 1. 6	一覧に検査結果、付加コメント、フリー入力の付加コメントを表示できること。	○
I. 8. 1. 7	一覧にコメントを表示できること。またコメントを入力し登録が可能であること。	○
I. 8. 1. 8	一覧表示の絞り込み条件は、対象検体（患者）、入外区分、受付情報（緊急区分、受付番号範囲）、依頼科・病棟、依頼医師、進捗状況（未検査、再検中、測定中、登録済み）の組み合わせで、設定できること。	○
I. 8. 1. 9	一覧に表示されている各フィールドのタイトルをクリックすることで、進捗情報のソートが可能であること。	○
I. 8. 1. 10	一覧に表示されている進捗情報は、自動で更新されること。	○
I. 8. 1. 11	結果取り込みにより自動で画面が更新されること。	○
I. 8. 1. 12	一覧表示状態で、ワークシートのシーケンス範囲を指定して一括で暫定登録、通常登録、強制登録、承認、否認ができること。（もしくは、一括承認のみでも可とする。）	○
I. 8. 1. 13	検査対象者の一覧表示状態で、患者ID、日付・番号、バーコード、ラック、オーダー番号のいずれかを指定して対象患者データを検索できること。	○
I. 8. 1. 14	測定エラーが発生した場合、画面でアラート通知が可能であること。	○
I. 8. 1. 15	測定エラー情報の履歴表示が可能であること。	○
I. 8. 1. 16	測定エラー情報の確認管理が可能であること。	○
I. 8. 1. 17	マルチルールチェックエラーが発生した場合、画面でアラート通知が可能であること。	○
I. 8. 1. 18	マルチルール情報の確認管理ができること。	○
I. 8. 1. 19	個別結果確認画面（以下、結果画面）で、検査結果・付加コメント・検査コメントを登録・修正・削除できること。	○
I. 8. 1. 20	結果画面で、結果コメントまたは付加コメントの入力候補をウィンドウから選択できること。	○
I. 8. 1. 21	結果コメントまたは付加コメントの入力候補ウィンドウ表示時、結果グループが設定されている項目の場合、結果グループの内容を優先で表示できること。	○
I. 8. 1. 22	結果画面で、検査結果・付加コメントの入力支援として、ショートカットキー入力機能があること。	○
I. 8. 1. 23	結果画面で、特定項目グループ単位の登録が可能であること。	○
I. 8. 1. 24	結果画面に、項目、もしくは項目グループ単位で任意の結果値を一括入力できるファンクションボタンを設定できること。	○
I. 8. 1. 25	結果画面に、項目、もしくは項目グループ単位で付加コメントを一括入力できるファンクションボタンを設定できること。	○
I. 8. 1. 26	結果画面で、設定した結果チェックに該当した場合、登録時に警告画面を表示できること。	○
I. 8. 1. 27	結果画面で、時系列画面を表示し、患者情報を反映した時系列情報を参照できること。	○
I. 8. 1. 28	結果画面で、一度に検査結果・付加コメント・前回値・再検値を表示できること。	○
I. 8. 1. 29	結果画面で、前回値は常に画面を開いたときの最新の情報を反映できること。	○
I. 8. 1. 30	結果画面で、コメントの前回値を表示できること。	○
I. 8. 1. 31	結果画面で、再検値を照合する場合は、項目単位に選択された情報（結果、付加コメント）を照合できること。	○
I. 8. 1. 32	結果画面で、照合する再検値の選択・解除は、再検回数単位に一括で操作できること。	○
I. 8. 1. 33	結果画面で、検査依頼内全結果を参照できること。	○
I. 8. 1. 34	結果画面で、ワークシート毎の設定により項目の画像を表示できること。	○
I. 8. 1. 35	結果画面で、画像はクリックにより拡大画像として表示できること。	○
I. 8. 1. 36	結果画面で、分注情報を表示できること。	○
I. 8. 1. 37	結果画面で、報告書出力指示ができること。（他業務へ遷移して指示も可）	○
I. 8. 1. 38	結果画面で、FAX指示ができること。（他業務へ遷移して指示も可）	○
I. 8. 1. 39	結果画面で、1画面に結果が表示しきれない時は、画面のスクロールが可能で、結果を確認することができること。	○
I. 8. 1. 40	結果画面で、分析装置のエラー情報を項目毎に表示できること。	○
I. 8. 1. 41	ワークシートマスタにて参照項目（編集、登録不可）を設定できること。	○
I. 8. 1. 42	複数のワークシートを同一端末で、表示ができること。	○
I. 8. 1. 43	受付別結果入力で入力した結果は、オンラインモニターに反映できること。	○
I. 8. 1. 44	再検のデータについて、データを上書きせずに取り込むことができること。	○
I. 8. 1. 45	結果値を判断する補助として、結果値と基準値範囲を視覚的に表示できること。	○
I. 8. 1. 46	検査項目を指定し、TATグラフを表示できること。	○
I. 8. 1. 47	検査項目グループを指定し、検査結果を表示できること。	○
I. 8. 1. 48	結果画面で、今回値を2～3列に折り返しての表示ができること。	○
I. 8. 1. 49	結果値を手入力する際には入力値のダブルチェックができること。	○
I. 8. 2	ワークシート別結果入力	—
I. 8. 2. 1	ワークシートと検査日を指定し、横型、縦型（用手法）単位のいずれかで表示することができ、一覧形式で検査結果と付加コメントの編集・登録・削除ができること。	○
I. 8. 2. 2	検査結果の確認時に前回値を表示できること。	○
I. 8. 2. 3	結果コメント、付加コメントは入力候補ウィンドウから選択できること。	○
I. 8. 2. 4	結果コメントまたは付加コメントの入力候補ウィンドウ表示時、結果グループが設定されている項目の場合、結果グループの内容を優先で表示できること。	○
I. 8. 2. 5	検査コメントを表示、入力できること。	○
I. 8. 2. 6	報告書出力指示ができること。（他業務へ遷移して指示も可）	○

I. 8. 2. 7	FAX指示ができること。（他業務へ遷移して指示も可）	○
I. 8. 2. 8	登録、承認ができること。	○
I. 8. 3	受付別結果入力	—
I. 8. 3. 1	受付日受付番号を指定し、検査依頼単位の結果情報を呼び出し編集できること。	○
I. 8. 3. 2	容器部門番号を使用する場合、容器部門、日付、番号を指定し、検査依頼情報を呼び出し編集できること。	○
I. 8. 3. 3	検体バーコード番号を指定し、検査依頼単位の結果情報を呼び出し編集できること。	○
I. 8. 3. 4	電子カルテオーダ番号を指定し、検査依頼単位の結果情報を呼び出し編集できること。	○
I. 8. 3. 5	患者カナ名を指定し、検査依頼単位の結果情報を呼び出し編集できること。	○
I. 8. 3. 6	検査結果、付加コメント、検査コメントの入力、修正、削除ができること。	○
I. 8. 3. 7	患者コメント（身長、体重、注意情報など）と感染情報の修正ができること。	○
I. 8. 3. 8	該当検査依頼に関係する全画像情報を表示できること。	○
I. 8. 3. 9	該当検査依頼の時系列検査結果照会画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 3. 10	該当検査依頼の全ての結果を印刷できること。（他業務へ遷移して印刷も可）	○
I. 8. 3. 11	該当検査依頼の報告書を印刷指示できること。（他業務へ遷移して指示も可）	○
I. 8. 3. 12	該当検査依頼の登録、電子カルテシステム再送信指示、報告書発行ができること。（他業務へ遷移して指示も可）	○
I. 8. 3. 13	患者の感染情報を表示、入力できること。	○
I. 8. 3. 14	指定日付、入外区分、依頼元、医師を検索条件として検査依頼一覧を表示し、選択することにより検査依頼情報を呼び出すことができること。	○
I. 8. 3. 15	検査値、付加コメントに対して、一括入力が入力が可能であること。	○
I. 8. 4	末梢血球像カウンタ	—
I. 8. 4. 1	受付日・受付番号、またはワークシートシーケンスを指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 4. 2	バーコード番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 4. 3	オーダ番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 4. 4	カウンター該当受付を一覧表示し、一覧から検査依頼を選択してカウンター業務ができること。	○
I. 8. 4. 5	カウンター検査を行った検査者を保存できること。	○
I. 8. 4. 6	キーボードに項目を割り当ててカウントできること。	○
I. 8. 4. 7	依頼のない項目キーを選択したら項目を追加できること。	○
I. 8. 4. 8	カウントのインクリメント、デクリメントを指定できること。	○
I. 8. 4. 9	キーに対して、それぞれインクリメント音、デクリメント音を設定できること。	○
I. 8. 4. 10	100%に含まない項目を設定できること。	○
I. 8. 4. 11	カウント時に画像を表示できること。	○
I. 8. 4. 12	画像は分析装置画像、撮影画像と分けて参照できること。	○
I. 8. 4. 13	画像の並びを項目単位で設定できること。	○
I. 8. 4. 14	カウント時に元の白血球分画の値を参照できること。	○
I. 8. 4. 15	未入力の項目に設定した結果を入力できること。	○
I. 8. 4. 16	確定時、登録時、未カウント登録時、それぞれの処理時において、任意の項目に設定した結果や付加コメントを入力できること。	○
I. 8. 4. 17	設定されたコメントの結果を長文で入力できること。また、入力はコメントに設定されたマスタを参照して簡便に入力できること。	○
I. 8. 4. 18	再検値を表示できること。	○
I. 8. 4. 19	前回値を表示できること。	○
I. 8. 4. 20	設定された時系列セットの時系列結果参照画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 4. 21	血液像の項目を追加してカウントできること。	○
I. 8. 4. 22	カウント後、所見項目の入力ができること。	○
I. 8. 4. 23	カウント値を保存できること。	○
I. 8. 4. 24	保存したカウント値とコメント、検査者を呼び出して、継続カウントまたは採用できること。	○
I. 8. 4. 25	規定のカウント数以外でカウント値を確定できること。	○
I. 8. 4. 26	規定のカウント数に満たない場合は実数報告できること。	○
I. 8. 4. 27	撮影画面（別プログラム）から撮影画像を取り込むことができること。	○
I. 8. 4. 28	画像取り込み時に画像コメントを入力し保存できること。（他業務へ遷移して入力も可）	○
I. 8. 4. 29	報告書の出力画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 4. 30	検査依頼を指定しないでカウントのみ行うことができる（登録不可）こと。	○
I. 8. 4. 31	参照項目（結果変更不可）を設定できること。	○
I. 8. 4. 32	血液像目視依頼を材料や染色別に一覧表示し、検査状況の確認ができること。また、一覧画面からカウンター画面に遷移できること。	○
I. 8. 5	骨髓像カウンタ	—
I. 8. 5. 1	受付日・受付番号、またはワークシートシーケンスを指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 5. 2	バーコード番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 5. 3	オーダ番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 5. 4	カウンター該当検査依頼を一覧表示し、一覧から検査依頼を選択してカウンター業務ができること。	○
I. 8. 5. 5	カウンター検査を行った検査者を保存できること。	○
I. 8. 5. 6	キーボードに項目を割り当てて処理できること。	○
I. 8. 5. 7	依頼のない項目キーを選択したら項目を追加できること。	○
I. 8. 5. 8	カウントのインクリメント、デクリメントを指定できること。	○
I. 8. 5. 9	キーに対して、それぞれインクリメント音、デクリメント音を設定できること。	○
I. 8. 5. 10	100%に含まない項目を設定できること。	○
I. 8. 5. 11	カウント時に画像を表示できること。	○
I. 8. 5. 12	画像は分析装置画像、撮影画像と分けて参照できること。	○
I. 8. 5. 13	未入力の項目に設定した結果を入力できること。	○

I. 8. 5. 14	確定時、登録時、未カウント登録時、それぞれの処理時において、任意の項目に設定した結果や付加コメントを入力できること。	○
I. 8. 5. 15	100%にならない場合、最大の項目で100%補正ができること。	○
I. 8. 5. 16	カウントをストップするカウント数を設定できること。	○
I. 8. 5. 17	カウンターの設定でM/E比を計算できること。	○
I. 8. 5. 18	設定されたコメントの結果を長文で入力できること。また、入力コメントに設定されたマスタを参照して簡便に入力できること。	○
I. 8. 5. 19	再検値を表示できること。	○
I. 8. 5. 20	前回値を表示できること。	○
I. 8. 5. 21	設定された時系列セットの時系列結果参照画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 5. 22	骨髓像の項目を追加してカウントできること。	○
I. 8. 5. 23	カウント後、所見項目の入力ができること。	○
I. 8. 5. 24	カウント値を保存できること。	○
I. 8. 5. 25	保存したカウント値とコメント、検査者を呼び出して、継続カウントまたは採用できること。	○
I. 8. 5. 26	規定のカウント数以外でカウント値を確定できること。	○
I. 8. 5. 27	規定のカウント数に満たない場合は実数報告できること。	○
I. 8. 5. 28	撮影画面（別プログラム）から撮影画像を取り込むことができること。	○
I. 8. 5. 29	画像取り込み時に画像コメントを入力し保存できること。（他業務へ遷移して入力可）	○
I. 8. 5. 30	報告書の出力画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 5. 31	検査依頼を指定しないでカウントのみ行うことができる（登録不可）こと。	○
I. 8. 5. 32	参照項目（結果変更不可）を設定できること。	○
I. 8. 5. 33	骨髓像目視依頼を染色別に一覧表示し、検査状況の確認ができること。また、一覧画面からカウンター画面に遷移できること。	○
I. 8. 6	沈渣カウンタ	—
I. 8. 6. 1	受付日・受付番号、またはワークシートシーケンスを指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 6. 2	バーコード番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 6. 3	オーダ番号を指定して検査依頼を呼び出し、カウンター業務ができること。	○
I. 8. 6. 4	カウンター該当検査依頼を一覧表示し、一覧から検査依頼を選択してカウンター業務ができること。	○
I. 8. 6. 5	カウンター検査を行った検査者を保存できること。	○
I. 8. 6. 6	キーボードに項目を割り当ててカウントできること。	○
I. 8. 6. 7	依頼のない項目キーを選択したら項目を追加できること。	○
I. 8. 6. 8	一覧から項目（上皮・円柱・結晶）の追加ができること。	○
I. 8. 6. 9	カウント時に設定された画像を参照できること。	○
I. 8. 6. 10	画像は分析装置画像、撮影画像と分けて参照できること。	○
I. 8. 6. 11	画像の並びを項目単位で設定できること。	○
I. 8. 6. 12	カウント時に元の尿沈渣の結果値を参照できること。	○
I. 8. 6. 13	未入力の項目に設定した結果を入力できること。	○
I. 8. 6. 14	確定時、登録時、未カウント登録時、それぞれの処理時において、任意の項目に設定した結果や付加コメントを入力できること。	○
I. 8. 6. 15	設定されたコメントの結果を長文で入力できること。入力はコメントに設定されたマスタを参照して簡便に入力できること。	○
I. 8. 6. 16	再検値を表示できること。	○
I. 8. 6. 17	前回値を表示できること。	○
I. 8. 6. 18	前回コメントを表示できること。	○
I. 8. 6. 19	設定された時系列セットの時系列結果参照画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 6. 20	カウント項目は任意に設定できること。	○
I. 8. 6. 21	カウント値を保存できること。	○
I. 8. 6. 22	保存したカウント値とコメント、検査者を呼び出して、継続カウントまたは採用できること。	○
I. 8. 6. 23	画像保存時、もしくは画像取込時に同時に画像コメント入力が行えること。（他業務へ遷移して入力可）	○
I. 8. 6. 24	報告書の出力画面を呼び出すことができること。	○
I. 8. 6. 25	検査依頼を指定しないでカウントのみ行うことができる（登録不可）こと。	○
I. 8. 6. 26	必須入力項目の設定ができること。	○
I. 8. 6. 27	参照項目（結果変更不可）を設定できること。	○
I. 8. 6. 28	尿沈渣目視依頼を材料別に一覧表示し、検査状況の確認ができること。また、一覧画面からカウンター画面に遷移できること。	○
I. 8. 7	汎用カウンタ	—
I. 8. 7. 1	上記以外のカウンター画面（穿刺液など）を作成できること。	○
I. 8. 8	画像結果入力	—
I. 8. 8. 1	外部メディアに保存された画像情報の取込みができ、指定した検査依頼に紐付けして保存できること。	○
I. 8. 8. 2	画像項目を選択して、任意の画像を結果として取り込むことができること。	○
I. 8. 8. 3	取り込んだ画像を削除できること。	○
I. 8. 8. 4	画像単位にコメントを最大6種類まで入力できること。	○
I. 8. 8. 5	取り込んだ画像の編集（文字・矢印・手書き・切り抜き）ができること。	○
I. 8. 8. 6	画像を編集後、上書き・追加保存を選択できること。	○
I. 8. 9	結果値・付加コメントの制限	—
I. 8. 9. 1	検査結果を最大512文字まで入力できること。	○
I. 8. 9. 2	1つの項目結果に対し、最大2つまで結果コメントコードを付随できること。	○
I. 8. 9. 3	1つの項目結果に対し、最大2つまで結果フリーコメントを付随できること。	○
I. 8. 9. 4	数字結果の小数点桁数をマスタで規定できること。	○
I. 8. 9. 5	特定の項目に対し、入力結果を制限できること。	○

I. 8. 9. 6	数字結果入力時にマスタ条件により自動で付加コメントを付随できること。	○
I. 8. 10	計算項目	—
I. 8. 10. 1	計算項目の要素に結果入力されると速やかに計算処理が行われ、計算項目に計算値が入力されること。	○
I. 8. 10. 2	計算項目の要素の依頼が不足している場合は、計算項目を検査済みまたは未検査として処理できること。	○
I. 8. 10. 3	計算項目の要素に計算不能な結果が入力された場合は、任意に設定した結果が計算結果に入力されること。	○
I. 8. 10. 4	計算項目の要素が不足している場合は、設定した結果コメントを入力することができること。	○
I. 8. 10. 5	計算項目の要素の条件で、計算結果に任意の結果を入れることができること。	○
I. 8. 10. 6	計算項目の要素を未検査に戻した場合、計算項目の結果は未検査に戻されること。	○
I. 8. 10. 7	計算項目に直接結果を入れた場合、結果はそのまま反映されること。	○
I. 8. 10. 8	通常登録は結果修正が行われた項目に対してのみ処理できること。	○
I. 9	検査データチェック設定	—
I. 9. 1	検査結果精度管理	—
I. 9. 1. 1	基準値（HL）チェックができること。	○
I. 9. 1. 2	基準値チェックは、年齢、性別、透析フラグ、依頼元を判定条件に設定できること。	○
I. 9. 1. 3	警告値チェックができる（警告値は、基準値とパニック値の中間的な値）こと。	○
I. 9. 1. 4	パニック値チェックができること。	○
I. 9. 1. 5	前回値チェックができること。	○
I. 9. 1. 6	前回値チェックは、年齢、性別、透析フラグ、依頼元を判定条件に設定できること。	○
I. 9. 1. 7	前回値エラー条件は差と比の設定が可能で、両方または片方のエラーによってエラーと判定できること。	○
I. 9. 1. 8	定性値は定性値として、基準値、警告値、パニック値、前回値エラーが設定できること。	○
I. 9. 1. 9	項目間チェックができること。	○
I. 9. 1. 10	項目間チェックは年齢、性別、透析フラグ、依頼元を判定条件に設定できること。	○
I. 9. 1. 11	項目間チェックは、対象項目同士の計算値、または対象項目同士の定性値比較を設定できること。	○
I. 9. 1. 12	項目間チェックを定性値比較で行う場合、それぞれの項目の定性値を20種類まで判定比較できること。	○
I. 9. 1. 13	項目間チェックにてエラー判定の場合、入力項目のみをエラーとするか、対象項目すべてをエラーとするかを選択できること。	○
I. 9. 1. 14	異常値を基準値チェック、警告値チェック、パニック値チェック、前回値チェック、項目間チェックの任意の組み合わせで、項目ごとに設定できること。	○
I. 10	外注検査	—
I. 10. 1	外注依頼作成	—
I. 10. 1. 1	外注業者毎に設定された条件で検査依頼情報（到着済み・未検査分）をMEDISフォーマットに準拠した形式で、指定された媒体、ファイルに出力できること。	○
I. 10. 1. 2	ファイルに出力した情報を設定された印字形式で印刷できること。	○
I. 10. 1. 3	ファイル出力順は、受付番号順、到着順から選択できること。	○
I. 10. 1. 4	過去に作成した依頼情報を参照し、外注依頼情報を再作成・再印字できること。	○
I. 10. 1. 5	項目コード変換形式を外注業者毎に設定できること。	○
I. 10. 1. 6	指定範囲内の該当項目情報を出力できること。	○
I. 10. 1. 7	依頼ファイルと依頼リストの出力管理ができること。	○
I. 10. 1. 8	ファイル出力しない形で一覧・リスト出力できること。	○
I. 10. 2	外注結果取込業務	—
I. 10. 2. 1	外注業者毎に設定された条件でMEDISフォーマットに準拠した形式の結果ファイルを読み込み、外注検査結果をシステムに取り込むことができること。	○
I. 10. 2. 2	取り込み時に取り込み結果を印刷できること。	○
I. 10. 2. 3	取り込み時にエラーとなった内容を印刷できること。	○
I. 10. 2. 4	外注業者からの画像ファイルを取り込むことができること。	○
I. 10. 2. 5	任意のフォルダーを監視し、リアルタイムで結果ファイルを取り込めること。	○
I. 11	台帳	—
I. 11. 1	台帳	—
I. 11. 1. 1	部門、依頼科、病棟、対象容器、対象項目種別（緊急区分、入外区分）を指定し、以下の帳票を出力できること。また項目に関しては子項目を出力しない指定ができること。	○
I. 11. 1. 2	・依頼リスト	○
I. 11. 1. 3	・結果リスト	○
I. 11. 1. 4	・未検査リスト	○
I. 11. 1. 5	・未到着リスト	○
I. 11. 1. 6	・未受付リスト	○
I. 11. 1. 7	・ワークシート依頼リスト	○
I. 11. 1. 8	・未承認リスト	○
I. 11. 1. 9	・受取済み／未到着リスト	○
I. 11. 1. 10	・一部受取済みリスト	○
I. 11. 1. 11	・ラベル発行済み未到着リスト	○
I. 11. 1. 12	・特定項目リスト（この場合特定結果の指定が必要）	○
I. 11. 1. 13	・採取指示リスト	○
I. 11. 1. 14	・報告異常値リスト	○
I. 11. 1. 15	・パニック値リスト	○
I. 11. 1. 16	依頼科に報告義務のある異常値に該当した検査結果をリスト印刷できること。	○
I. 11. 1. 17	各種リストは、条件に該当した検査依頼一覧が画面に表示され、必要に応じて印刷できること。	○
I. 11. 1. 18	医療法改正にあった、部門毎の測定作業日誌	○
I. 11. 1. 19	部門毎で日毎の検査数、再検査数、目視件数、精度管理検体測定数のリスト	○

I. 12	検査報告	—
I. 12. 1	報告書一括作成	—
I. 12. 1. 1	報告書、対象科病棟などを選択し（複数可能）、報告書を印刷できること。	○
I. 12. 1. 2	報告書出力範囲条件は受付日番号範囲または結果更新時間範囲にて指定できること。	○
I. 12. 1. 3	報告書、患者IDを指定し、報告書を印刷できること。	○
I. 12. 2	自動報告書作成	—
I. 12. 2. 1	設定項目の結果情報がそろった時点で、自動でプリンタ印刷またはFAX送信できること。	○
I. 12. 2. 2	報告書は通常FAX先に印刷できること。	○
I. 12. 3	画像報告書作成	—
I. 12. 3. 1	画像の選択ができること。	○
I. 12. 3. 2	画像の編集（文字・矢印・手書き・切り抜き）ができること。	○
I. 12. 3. 3	画像を編集後、上書き・追加保存を選択できること。	○
I. 12. 3. 4	画像報告用の所見が入力できること。	○
I. 12. 3. 5	コメントの入力ができること。	○
I. 12. 3. 6	報告書のレイアウトをテンプレートとし、画像報告書作成ができること。	○
I. 12. 3. 7	報告書のレイアウトのテンプレートには、実際の検査依頼の属性情報を表示できること。	○
I. 12. 3. 8	画像報告書の印刷ができること。	○
I. 12. 4	帳票設定	—
I. 12. 4. 1	帳票の基本設定ができる（用紙サイズ、余白など）こと。	○
I. 12. 4. 2	任意の文字を印字座標、文字フォントなど指定し、印刷設定できること。	○
I. 12. 4. 3	項目を印刷する条件設定ができること。	○
I. 12. 4. 4	任意の報告書項目グループを定義し、依頼があったものだけ印刷する設定ができること。	○
I. 12. 4. 5	参照項目（報告書に印刷するが、それだけでは出力対象としない）の設定ができること。	○
I. 12. 4. 6	項目名、結果、HLマーク、付加コメントなどの印刷位置設定ができること。	○
I. 12. 4. 7	患者属性、検査属性の印刷位置設定ができること。	○
I. 13	検査結果照会	—
I. 13. 1	検査結果照会	—
I. 13. 1. 1	患者ID指定により、検索期間範囲の検査依頼一覧を表示できること。	○
I. 13. 1. 2	患者IDを受付日・受付番号から特定し検索できること。	○
I. 13. 1. 3	患者IDをバーコード番号から特定し、検索できること。	○
I. 13. 1. 4	患者IDをオーダ番号（電子カルテシステム番号）から特定し検索できること。	○
I. 13. 1. 5	患者IDをカナ名から候補一覧を表示し、その一覧から患者を特定し検索できること。	○
I. 13. 1. 6	検索結果の検査依頼一覧モニターより検査依頼を選択し、患者の検査情報を参照できること。	○
I. 13. 1. 7	検査依頼一覧の並びは、検査開始時刻順、受付日受付番号順のいずれかを選択できること。	○
I. 13. 1. 8	検査結果を参照できること。	○
I. 13. 1. 9	表示項目を選択し、絞り込むことができること。	○
I. 13. 1. 10	検査属性を参照できること。	○
I. 13. 1. 11	採取容器情報、分注容器情報を参照できること。	○
I. 13. 1. 12	検査コメント情報を参照できること。	○
I. 13. 1. 13	検査画像を参照できること。	○
I. 13. 1. 14	報告書またはFAXを選択し出力できること。（他業務へ遷移して出力も可）	○
I. 13. 1. 15	全項目結果リストを出力できること。	○
I. 13. 2	時系列結果照会	—
I. 13. 2. 1	患者ID指定により、患者の検査依頼・結果一覧を検索できること。	○
I. 13. 2. 2	患者IDを受付日・受付番号から特定し検索できること。	○
I. 13. 2. 3	患者IDをバーコード番号から特定し、検索できること。	○
I. 13. 2. 4	患者IDをオーダ番号（電子カルテシステム番号）から特定し検索できること。	○
I. 13. 2. 5	患者IDをカナ名から候補一覧を表示し、その一覧から患者を特定し検索できること。	○
I. 13. 2. 6	マスタで設定された項目グループを指定して時系列の結果を参照できること。また、個別項目選択により表示項目の追加ができること。	○
I. 13. 2. 7	時系列結果参照は選択項目、透析情報で絞って表示できること。	○
I. 13. 2. 8	時系列検索によって表示される内容（結果、付加コメントなど）は設定により選択できること。	○
I. 13. 2. 9	検査属性、コメント、画像、詳細属性を参照できること。	○
I. 13. 2. 10	検索結果をグラフ表示できること。	○
I. 13. 2. 11	検索結果をレーダーチャート表示できること。	○
I. 13. 3	問い合わせ照会	—
I. 13. 3. 1	指定した日から最大7日間まで、入外・科病棟・医師により検査依頼一覧を絞り込み、選択した検査依頼の検査情報を照会できること。	○
I. 13. 3. 2	患者ID指定により、検索対象検査依頼を絞り込み、検査情報を照会できること。	○
I. 13. 3. 3	検査結果の結果リストを印刷できること。	○
I. 13. 3. 4	問い合わせ照会画面から各報告書の印刷ができること。（他業務へ遷移して印刷も可）	○
I. 14	統計業務・抽出	—
I. 14. 1	検査集計	—
I. 14. 1. 1	条件（検索範囲、部門、依頼元）を指定する事により、保険点数包括集計ができること。	○
I. 14. 1. 2	条件（検索範囲、部門、依頼元）を指定する事により、月別保険点数包括集計ができること。	○
I. 14. 1. 3	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別項目件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 4	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別項目件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 5	条件（検索範囲、部門、依頼元）を指定する事により、依頼元別項目件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 6	条件（検索範囲、医師、入外区分）を指定する事により、医師別項目件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 7	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別部門別オーダ件数集計ができること。	○

I. 14. 1. 8	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別部門別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 9	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別依頼元別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 10	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別依頼元別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 11	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別集計部門別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 12	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別集計部門別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 13	条件（検索範囲、部門、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、依頼元別集計部門別オーダー件数集計ができること。	○
I. 14. 1. 14	集計結果はExcel形式のファイルとして保存できること。	○
I. 14. 1. 15	集計結果を印刷できること。	○
I. 14. 2	容器件数集計	—
I. 14. 2. 1	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別容器件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 2	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別容器件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 3	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、依頼元別容器件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 4	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、日別容器グループ件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 5	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、月別容器グループ件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 6	条件（検索範囲、緊急区分、容器、医師、入外区分、依頼元）を指定する事により、依頼元別容器グループ件数集計ができること。	○
I. 14. 2. 7	集計結果はエクセル形式のファイルとして保存できること。	○
I. 14. 2. 8	集計結果を印刷できること。	○
I. 14. 3	分析装置別件数集計	—
I. 14. 3. 1	条件（検索範囲、測定時刻範囲、緊急区分、再検状況、分析装置、入外区分、依頼元）を指定する事により、分析装置毎に項目件数集計ができること。	○
I. 14. 3. 2	条件（検索範囲、測定時刻範囲、緊急区分、再検状況、分析装置、入外区分、依頼元）を指定する事により、分析装置毎に容器件数集計ができること。	○
I. 14. 3. 3	集計結果はエクセル形式のファイルとして保存できること。	○
I. 14. 3. 4	集計結果を印刷できること。	○
I. 14. 4	データ抽出	—
I. 14. 4. 1	検索条件（検索範囲、対象項目、対象属性、依頼元、項目結果条件など）を指定し、条件に合致した検査データを抽出しCSVファイル、エクセルファイルに出力できること。	○
I. 14. 4. 2	検索条件をログインユーザごと、または全ユーザ共通で保存することができ、保存した条件を読み込めること。	○
I. 14. 4. 3	データ抽出対象項目はマスタからグループコード指定で選択するか、または個別項目選択により追加できること。	○
I. 14. 4. 4	属性（性別、血液型など）だけの指定でも抽出できること。	○
I. 14. 4. 5	検査コメントも抽出できること。	○
I. 14. 4. 6	結果コメントや結果判定の条件を指定して抽出できること。	○
I. 14. 4. 7	抽出する項目に対して任意の結果値のみ抽出する条件を設定できること。	○
I. 14. 4. 8	複数項目の結果値条件を組み合わせで抽出できること。	○
I. 15	精度管理	—
I. 15. 1	リアルタイム精度管理	—
I. 15. 1. 1	精度管理検体データから、精度管理グラフを表示できること。	○
I. 15. 1. 2	同一項目で複数濃度のコントロール結果の場合、2濃度間における分布表示ができること。	○
I. 15. 1. 3	精度管理グラフの一覧表示・監視ができること。	○
I. 15. 2	X-R管理	—
I. 15. 2. 1	指定期間、指定コントロール検体の管理血清の測定一覧を表示できること。	○
I. 15. 2. 2	指定期間、指定コントロール検体の項目を複数選択しX-R、X-Rs、X-S、X-Rs-R、日内変動の何れかのグラフを一覧表示できること。	○
I. 15. 2. 3	一覧から選択してグラフ、データの印刷、データの出力（CSV、エクセル）ができること。	○
I. 15. 2. 4	一覧から選択したグラフを重ねて表示し、グラフ、データの印刷、データの出力（CSV、エクセル）ができること。	○
I. 15. 2. 5	上記は日内データ、日差データを対象として表示できること。	○
I. 15. 2. 6	表示する分析装置、コントロールを予め定義・登録し、呼び出せること。	○
I. 15. 2. 7	項目単位、またはコントロール単位にコメントを登録することができること。	○
I. 15. 2. 8	任意のコントロールを選択し、コントロールの情報を引き継いでツインプロット参照画面に遷移できること。	○
I. 15. 3	ツインプロット	—
I. 15. 3. 1	指定期間、指定コントロール検体、項目をX軸Y軸に選択し、日差データをツインプロット表示できること。	○
I. 15. 3. 2	表示するコントロールを予め定義・登録し、呼び出せること。	○
I. 15. 4	精度管理マスタ	—
I. 15. 4. 1	精度管理マスタは管理物質のロット番号で管理でき、管理物質毎に値（平均値）などを入力できること。	○
I. 15. 4. 2	世代管理機能を持ち、使用前に管理物質の値を入力できること。	○

I. 15. 5	精度管理データ出力	—
I. 15. 5. 1	データの集計期間、抽出日数、分析装置、コントロールを条件とし、内部精度管理データを出力できること。	○
I. 15. 5. 2	出力した内部精度管理データをもとに、コントロールごとに不確かさを算出し（日本臨床検査標準協議会（JCCLS）提供の出力形式を参考とする）、また装置ごとに不確かさの推定一覧を作成できること。	○
I. 16	検査工程管理	—
I. 16. 1	検査状況モニター	—
I. 16. 1. 1	検査の進捗状況を一画面で表示できること。	○
I. 16. 1. 2	画面への表示情報は、任意に設定できること。	○
I. 16. 1. 3	表示内容を絞り込む条件を任意に設定できること。	○
I. 16. 1. 4	表示条件として、受付日、検査グループ、並び順が指定できること。	○
I. 16. 1. 5	表示内容の終了条件（すべて確定済み、すべて送信済み、すべて印刷済み）を任意に設定できること。もしくは、表示内容の終了条件（未承認のみ、承認済みを含める）を任意に設定できること形でも可とする。	○
I. 16. 1. 6	表示されている情報について、患者ID、受付番号を条件に検索できること。	○
I. 16. 1. 7	警告開始条件から、一定期間を超えた場合、「警告」、「限界」のアイコンで知らせることができること。もしくは、背景色の変更で知らせる形でも可とする。	○
I. 16. 1. 8	「警告」、「限界」の時刻設定は、入外区分別、依頼状態別（ルーチン・緊急・至急・時間外）に設定できること。もしくは、各警告レベルの時刻設定は、共通または入外区分別、依頼状態別（ルーチン・緊急・至急・時間外）に設定できる形でも可とする。	○
I. 16. 2	ターンアラウンドタイム（TAT）	—
I. 16. 2. 1	TAT集計ができること。	○
I. 16. 2. 2	結果をファイル出力できること。	○
I. 16. 2. 3	計測業務ポイントは10ポイント以上あること。	○
I. 16. 2. 4	抽出条件をログインユーザごと、または全ユーザ共通で保存することができ、保存した条件を読み込めること。	○
I. 17	マスタ	—
I. 17. 1	患者情報入力	—
I. 17. 1. 1	患者属性情報の入力、訂正、削除が可能であること。また、登録済みの属性情報については、ID入力時に自動的に該当する属性が表示されること。もしくは、一覧画面から患者IDを選択して、属性確認する形でも可とする。	○
I. 17. 1. 2	検査結果と連動し、患者の感染症情報を更新できること。	○
I. 17. 1. 3	患者の感染症情報は、履歴表示できること。もしくは、最終更新日のみの表示でも可とする。	○
I. 17. 1. 4	血液型検査結果と連動し、患者の血液型情報を更新できること。	○
I. 17. 1. 5	患者の付帯情報は、履歴表示できること。もしくは、最終更新日のみの表示でも可とする。	○
I. 17. 2	業務遷移メニュー	—
I. 17. 2. 1	各アプリケーションから他のアプリケーションに遷移できるボタンをアプリケーション単位で設定できること。	○
I. 17. 2. 2	他のアプリケーションに遷移する際は元アプリケーションにて参照していた検査依頼情報を引き継いで遷移できること。	○
I. 17. 3	アプリケーション画面構成設定	—
I. 17. 3. 1	各アプリケーションのカラムの表示内容や並び順を容易に変更できること。	○
I. 17. 4	マスタメンテナンス	—
I. 17. 4. 1	権限のあるユーザのみメンテナンスできること。	○
I. 17. 4. 2	項目情報・容器情報・精度管理検体情報に関してはマスタの世代管理ができること。	○
I. 17. 4. 3	マスタの内容に関して十分に教育すること。	○
I. 17. 4. 4	マスタの更新管理として、更新コメントを残せること。	○
I. 17. 4. 5	マスタの更新管理として、「いつ」、「だれが」更新したかを残せること。	○
I. 17. 4. 6	更新管理の情報を条件指定（「期間」「マスタ」「更新端末」「更新者」）し、抽出できること。	○
I. 17. 4. 7	マスタ整合性チェックが、手動・自動（定時起動）で行えること。もしくは、手動のみでも可とする。	○
I. 17. 4. 8	マスタに不整合があった場合、メッセージ表示で通知できる機能があること。	○
I. 18	システム利用者間コミュニケーション機能	—
I. 18. 1	システム利用者間コミュニケーション機能	—
I. 18. 1. 1	メニューウインドウで、メッセージの有無を確認できること。	○
I. 18. 1. 2	メッセージの受信ボックスで、既読／未読、受信日時、送信者、メッセージ内容を確認できること。	○
I. 18. 1. 3	利用者単位、または利用者区分、または全利用者に対してメッセージを送信できること。	○
I. 19	院内システム連携関連	—
I. 19. 1	電子カルテシステム連携	—
I. 19. 1. 1	電子カルテシステムとの接続実績が豊富であること。（年20施設程度を目安とする）	○
I. 19. 1. 2	電子カルテシステムとの接続は、TCP/IPプロトコルによるソケット通信でのデータ連携ができること。	○
I. 19. 1. 3	依頼情報の受信ができること。	○
I. 19. 1. 4	検査結果の送信ができること。	○
I. 19. 1. 5	最新の臨床検査データ交換標準化協議会（MEDIS）・（JA電子カルテシステム）の標準仕様やHL7に対応していること。	○

I. 19. 1. 6	電子カルテシステムと臨床検査システム間にてオンライン接続し、検査情報〔患者属性（患者ID、患者氏名、性別、生年月日）、検体検査オーダー情報（検査項目情報、検体情報、検体到着情報、検体ラベル出力情報、依頼診療科・病棟、材料識別コード、検査中止・変更・追加）、検体到着確認情報、検査結果情報（検査結果情報、検体管理情報、検体コメント、結果コメント）〕など、システムに必要な情報が過不足なく交換できること。	○
I. 19. 2	他社システム連携	—
I. 19. 2. 1	他システムとの接続実績が豊富であること。	○
I. 20	セキュリティ、ダウン対策	—
I. 20. 1	セキュリティ、ダウン対策	—
I. 20. 1. 1	端末起動時だけでなく、検査システムメニューの起動時にも認証ID（利用者ID・パスワード）を入力する機能を有していること。	○
I. 20. 1. 2	各検査技師別に認証ID（利用者ID・パスワード）を設定できること。	○
I. 20. 1. 3	ログイン時に、FeliCaカードなどのRFIDを使用してログイン、ログオフができること。	○
I. 20. 1. 4	パスワードの長さ・複雑さを設定できること。	○
I. 20. 1. 5	パスワードエラー回数を設定できること。	○
I. 20. 1. 6	個人認証ID別に実行できる業務の権限（アクセス権限）を設定できること。	○
I. 20. 1. 7	操作者の権限レベルに応じたメニュー表示する機能を有すること。	○
I. 20. 1. 8	各検査技師が操作した履歴を保存し、表示できる（データ入出力のすべての履歴管理〔技師名・時間・項目名・変更前データ・変更後データなど〕）こと。	○
I. 20. 1. 9	設定により患者氏名を非表示にする機能を有すること。もしくは、マスクを行う機能でも可とする。	○
I. 20. 1. 10	バックアップサーバへの切替操作が容易であること。	○
I. 20. 1. 11	マスタやデータの登録・変更時の情報（「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「どのように」といった要素）を保存し、参照できること。	○
I. 20. 1. 12	特定患者を参照した情報（「いつ」「誰が」「どこで」「だれを」といった要素）を保存し、参照できること。	○
I. 20. 1. 13	入出力ファイル（外注依頼、外注結果、CSVファイルなど）の情報を保存し、参照できること。	○
I. 20. 1. 14	ログファイルを暗号化できること。	○
I. 21	その他	—
I. 21. 1	その他	—
I. 21. 1. 1	システム操作方法ツールとしてのヘルプメニューを有すること。	○
I. 21. 1. 2	日本語版の操作マニュアルを提供できること。	○
I. 21. 1. 3	画面表示、説明マニュアルは可能な限り日本語表示されていること。	○
I. 21. 1. 4	各種マスタの設定は、ユーザが設定できること。	○
I. 21. 1. 5	新規項目の追加が容易に行え、使用開始日を指定できること。	○
I. 21. 1. 6	検査稼働中でもExcel、WORDなどのソフトが無理なく使用できること。	○
I. 22	Web参照機能	—
I. 22. 1	検査状況詳細	—
I. 22. 1. 1	検査状況照会では、下記を照会条件として利用できること。（受付日、検索期間、入外区分、緊急区分、依頼科、病棟、医師）もしくは、下記を照会条件として利用できる形でも可とする。（受付日の単一指定または検索期間指定、入外区分、緊急区分、依頼科、病棟、医師）	○
I. 22. 1. 2	検査状況照会では、検査の進捗を受付ごとに一覧表示できること。進捗は部門単位で表示できること。	○
I. 22. 2	検査状況詳細	—
I. 22. 2. 1	時系列結果照会では、項目単位もしくは項目グループ（時系列セット、カテゴリー）を照会条件として、結果を時系列表示できること。	○
I. 22. 2. 2	照会結果は受付単位で表示できること。	○
I. 22. 2. 3	検体検査の結果表示画面は、絞り込み表示ができること。 ・選択項目のみ表示 ・時系列セット、カテゴリーの項目のみ表示	○
I. 22. 2. 4	画像結果を表示できること。画像は拡大表示できること。	○
I. 22. 2. 5	受付情報に付随する依頼コメント情報を表示できること。	○
I. 22. 2. 6	患者の検査履歴を一覧表示できること。（受付一覧）	○
I. 22. 2. 7	結果表示画面で項目を選択し、時系列グラフやレーダーチャートを作成できること。	○
I. 22. 2. 8	照会結果をCSV形式またはExcelファイルに出力できること。また印刷できること。	○
I. 22. 3	基本仕様	—
I. 22. 3. 1	検査統合プラットフォームからデータ（画像含む）を取得し、Webブラウザで参照できること。	○
I. 22. 3. 2	認証機能を利用できる（利用者ID、パスワード入力）こと。	○
I. 22. 3. 3	身長・体重については、患者基本情報、もしくは検査オーダーの属性情報から取得できること。	○

項番	機能要件	配点
J	輸血管理システム	—
J.1	共通要件	—
J.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
J.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
J.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
J.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
J.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
J.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
J.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
J.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
J.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
J.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
J.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
J.2	ハードウェア	—
J.2.1	サーバ	—
J.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
J.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
J.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
J.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
J.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
J.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
J.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
J.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
J.3	電子カルテシステムとの連携	—
J.3.1	関連するシステムとのデータ送受信	—
J.3.1.1	病院LANを介して接続される電子カルテシステムと輸血検査の情報を送受信できること。	○
J.3.1.2	病院LANを介して接続される電子カルテシステムと輸血の情報を送受信できること。	○
J.3.1.3	病院LANを介して接続される電子カルテシステムと自己血採血の情報を送受信できること。	○
J.3.1.4	病院LANを介して接続される電子カルテシステムと移植採取の情報を送受信できること。	○
J.3.1.5	輸血検査は臨床検査システムを介して電子カルテシステムと連携できること。	○
J.3.1.6	電子カルテの依頼画面で入力された全ての項目を受信し、表示できること。	○
J.3.2	輸血検査システム基本要件	—
J.3.2.1	全輸血検査データを臨床検査サーバで一元管理し、有効利用できること。	○
J.3.2.2	輸血検査データをサーバのストレージ内へ20年以上保存できること。	○
J.3.2.3	電子カルテシステムのダウン時も、システムを利用できること。（検査受付はキーボード入力での受付が可能なこと。）	○
J.3.2.4	市販のウィルス対策ソフトに対応していること。	○
J.3.2.5	輸血管理専用の患者情報をCSV形式、もしくはExcel形式で出力できること。管理情報は、患者ID、カナ氏名、漢字氏名、所属、性別、生年月日、年齢、住所、身長、体重、輸血歴、妊娠歴、血液型、不規則抗体を含むこと。	○
J.3.2.6	実際に患者に使用した輸血量や副作用の情報を画面で照会できること。	○
J.3.2.7	使用薬剤についてはロット毎に患者を識別できること。また、輸血歴として永久保存できること。	○
J.3.2.8	システム起動時に利用者を認証する機能（利用者ID・パスワード入力）を有すること。	○
J.3.2.9	システムデータの更新情報を、操作者情報とともに管理できる（ログ管理）こと。	○
J.3.2.10	ログを暗号化し、専用ツールで参照することができること。	○
J.3.2.11	ユーザにより、表示可能なメニューを制限することができること。	○
J.3.2.12	日勤、時間外にて、表示メニューを切り替えることができること。	○
J.3.2.13	端末毎にメニュー、もしくはショートカットメニューを切り替えることができること。	○

J. 3. 2. 14	一覧表示を有する画面では、一覧から遷移する画面を任意に設定でき、ダブルクリックや専用ボタンにより画面遷移できること。（例：輸血情報一覧画面から割当画面や払出画面へ遷移するための設定）	○
J. 3. 2. 15	重要度の高いメンテナンス画面には、操作を補助するガイド表示機能を有すること。（誤入力・未入力を防ぐための機能）	○
J. 3. 2. 16	編集頻度の高いメンテナンス画面には、登録済みのマスタ情報をコピーして追加作成する機能を有すること。	○
J. 3. 2. 17	システム連携で障害が発生した場合などに、システムからユーザへ通知するアラート機能を有すること。	○
J. 3. 2. 18	一覧表示を有する画面では基本的に、下記の内容を設定で変更できること。 ①ヘッダー名称 ②表示順 ③表示幅 ④表示可否	○
J. 3. 2. 19	画面毎の設定は、ユーザが設定画面でメンテナンスできること。	○
J. 3. 2. 20	血液型については移植後の赤血球輸血血液型と血漿輸血血液型を登録できること。	○
J. 3. 2. 21	各検査結果値に異常がある場合は、ワーニング表示できること。	○
J. 3. 2. 22	患者の総合輸血歴・輸血副作用歴・自己血採血歴・輸血検査歴・幹細胞採取歴の歴が参照できること。なお、総合輸血歴については、日赤製剤・分画製剤・自己血それぞれの輸血歴として分かれて表示する形でも可とする。	○
J. 3. 2. 23	患者の輸血歴は赤血球輸血歴・血小板輸血歴・血漿輸血歴・自己血輸血歴・血漿分画製剤輸血歴のそれぞれが表示、もしくはまとめて表示できること。	○
J. 3. 2. 24	血液型・抗体有無・妊娠歴有無・輸血歴有無・輸血副作用歴有無・感染症結果および生化学検査結果については各業務画面でも一目で分かるようにすること。もしくは、感染症結果および生化学検査結果については各業務画面から参照用画面へ遷移して確認できる形でも可とする。	○
J. 3. 3	輸血検査受付	—
J. 3. 3. 1	輸血受付は電子カルテシステムから臨床検査システム経由のオーダー情報による受付を基本機能とすること。	○
J. 3. 3. 2	受付処理（到着確認）は、臨床検査の検体検査と同様とし、バーコードを活用できること。	○
J. 3. 3. 3	受付情報（到着情報）を臨床検査システムから受信できること。	○
J. 3. 3. 4	検体ラベルのバーコードをバーコードスキャナで読み取り、検査受付できること。	○
J. 3. 3. 5	血液型判定、抗体スクリーニング、直接クームス・間接クームスの依頼受付ができること。	○
J. 3. 3. 6	受付時に受付番号を自動付番できること。	○
J. 3. 3. 7	受付番号の付番設定をマスタで管理できること。	○
J. 3. 3. 8	輸血システムで作成した受付（部門発番）と臨床検査システムで作成した受付で、受付番号の付番を分けて管理できること。	○
J. 3. 3. 9	検査受付患者を照会する機能を有すること。	○
J. 3. 3. 10	オーダーエントリーシステム・電子カルテシステムから、オーダー情報、予約情報を受信できること。もしくは、臨床検査システム経由してオーダー情報、予約情報を受信できる形でも可とする。	○
J. 3. 3. 11	輸血検査オーダーの入力／修正／削除ができること。	○
J. 3. 3. 12	分注ラベルを印字できること。	○
J. 3. 3. 13	輸血検査を一覧表示できること。	○
J. 3. 3. 14	一覧からバーコード番号・患者IDによる検索ができること。	○
J. 3. 3. 15	検体受付時に前回受付時の患者属性（カナ名、漢字名、性別、生年月日）と異なる場合はアラートを表示できること。	○
J. 3. 4	輸血（交差試験）受付	—
J. 3. 4. 1	受付番号を自動付番できること。	○
J. 3. 4. 2	輸血システムで作成した受付（部門発番）とオーダーエントリーシステム・電子カルテシステムから受信した受付で、受付番号の付番を分けて管理できること。	○
J. 3. 4. 3	輸血オーダーの受付状況、予約状況を参照する機能を有すること。	○
J. 3. 4. 4	オーダーエントリーシステム・電子カルテシステムから、オーダー情報、予約情報を受信できること。	○
J. 3. 4. 5	輸血オーダーの入力／修正／削除ができること。	○
J. 3. 4. 6	製剤依頼入力時に必要な詳細情報（予定日・担当医・緊急度・術式・臨床診断名・払出場所・輸血理由）を入力・保存できること。	○
J. 3. 4. 7	輸血検査を一覧表示できること。	○
J. 3. 4. 8	一覧からバーコード番号・患者IDによる検索ができること。	○
J. 3. 4. 9	輸血オーダー受信時に、ポップアップと音声または報知音で通知ができること。	○
J. 3. 5	輸血検査準備	—
J. 3. 5. 1	ワークシートの種類・タイプ・作成対象を指定し、受付番号か受付日で範囲を指定してワークシートを作成できること。	○
J. 3. 5. 2	ワークシートの種類・作成対象項目等の設定をマスタで管理することができること。	○
J. 3. 6	輸血検査実施	—
J. 3. 6. 1	画面で確認後、必要に応じて出力したワークシート（血液型、不規則抗体、クロスマッチ）に基づいて検査を実施できること。	○
J. 3. 6. 2	血液型判定結果を登録できること。（ABO血液型（オモテ、ウラ）、Rho（D）式、直接クームス、不規則抗体、不規則抗体同定、間接クームス）	○
J. 3. 6. 3	表試験、裏試験の組合せチェック機能を有すること。	○
J. 3. 6. 4	抗体スクリーニング検査結果を登録できること。	○
J. 3. 6. 5	検査結果の一覧表示画面を有すること。	○
J. 3. 6. 6	血液精査結果入力、不規則抗体精査結果入力、直接クームス精査結果を入力できること。	○
J. 3. 6. 7	結果入力時、輸血検査依頼毎に担当技師名を入力できること。	○
J. 3. 6. 8	ABO、Rhに関しては、患者毎の前回値の自動チェック機能を有すること。	○
J. 3. 6. 9	血液型判定装置に検査依頼情報を送信できること。	○
J. 3. 6. 10	血液型判定装置から血液型、不規則抗体の検査結果をオンラインで取り込むことができること。	○
J. 3. 6. 11	分析結果の入力／訂正ができること。	○

J. 3. 6. 12	受付毎に検査項目と検査の進捗状況を把握でき、結果未登録、未送信検査を判別できること。	○
J. 3. 6. 13	設定したワークシート単位で結果を入力できること。	○
J. 3. 6. 14	輸血システムで取り扱う検査項目はすべてマスタで管理できること。	○
J. 3. 6. 15	検査結果入力時の患者属性情報（血液型、不規則判定等）とのチェックをマスタで設定できること。	○
J. 3. 6. 16	検査結果入力時の前回値とのチェックをマスタで設定できること。	○
J. 3. 6. 17	検査結果入力時に、オモテ・ウラのチェックなどの項目間での整合性チェックをマスタで設定できること。	○
J. 3. 6. 18	検査結果入力時に、結果の自動判定をマスタで設定できること。血液型検査においては、抗A、抗B等の入力時に血液型のオモテ判定を自動判定する等。	○
J. 3. 6. 19	検査結果の確定・未確定を管理できること。	○
J. 3. 6. 20	検査結果を含むワークシートを作成できること。	○
J. 3. 7	輸血検査確認	—
J. 3. 7. 1	抗体履歴情報を更新できること。	○
J. 3. 7. 2	抗体管理では臨床的意義のある抗体が管理できること。	○
J. 3. 7. 3	抗体保有者のデータ抽出機能を有すること。	○
J. 3. 7. 4	血型亜型のデータ抽出機能を有すること。	○
J. 3. 7. 5	検査者の情報をマスタで登録・管理し、入力できること。	○
J. 3. 7. 6	検査者は電子カルテシステムと同一のIDで管理できること。	○
J. 3. 7. 7	輸血システムで取り扱う情報を、患者単位の1画面で確認できること。	○
J. 3. 7. 8	輸血システムで取り扱う各種受付情報を、患者単位のカレンダー形式、もしくは一覧形式で表示できること。	○
J. 3. 8	製剤割当	—
J. 3. 8. 1	製剤の割当てができること。	○
J. 3. 8. 2	必要とする製剤の登録時または検査実施後に、自動的に適合票・払出し表を印刷できること。	○
J. 3. 8. 3	輸血に関する帳票の出力タイミング（登録時自動印刷、印刷画面から印刷等）を設定で変更できること。	○
J. 3. 8. 4	製剤割当時に必要なチェック設定をユーザがメンテナンスできること。	○
J. 3. 8. 5	製剤割当時の各種チェックにおけるメッセージ表示に関して、チェック毎のメッセージをグループ化してまとめて表示することができること。またグループ化はマスタにて設定ができること。	○
J. 3. 8. 6	製剤割当時に実施した各種チェックにおけるメッセージ表示に関して、メッセージ画面を閉じた後も、業務画面を閉じる前であれば再度確認することができること。	○
J. 3. 8. 7	製剤割当時に実施した各種チェックとチェック結果はログに記録され、ログ保存期間中であればチェック結果を確認することができること。	○
J. 3. 8. 8	製剤割当時、依頼製剤血液型と割当製剤血液型、また患者血液型と割当製剤血液型が異なる場合は警告することができること。ただし例外処理があるためエラーとはせず扱うことができること。	○
J. 3. 8. 9	請求内容と登録内容を比較し、整合性がない場合には警告することができること。	○
J. 3. 8. 10	割り当てる製剤の選択で、製剤バーコードによる登録ができること。	○
J. 3. 8. 11	未照射製剤の登録時に警告することができること。	○
J. 3. 8. 12	自己血支給時、該当患者の自己血以外が割り当てられないようチェックする機能を有すること。	○
J. 3. 8. 13	幹細胞支給時、該当ドナーの幹細胞以外が割り当てられないようチェックする機能を有すること。	○
J. 3. 8. 14	コード入力およびフリー入力によるコメントの入力ができること。	○
J. 3. 8. 15	患者血液型が未登録の場合は警告することができること。	○
J. 3. 8. 16	患者血液型が未確定（2回以上の検査が実施されていない）の場合は警告することができること。	○
J. 3. 8. 17	製剤割当について、製剤番号のみで処理することができること。	○
J. 3. 8. 18	過去に不適合となった製剤の再割当を防止することができること。	○
J. 3. 8. 19	0型緊急赤血球輸血が依頼された場合、0型の赤血球のみ割り当てることができること。	○
J. 3. 8. 20	製剤割当時に、製剤番号のみの処理で重複する製剤が検出された場合は、容量・有効期限など製剤を特定するのに必要な情報を入力して割り当てることができること。	○
J. 3. 8. 21	伝票受付時、移植後で血液型が判定できない状態の場合は、依頼製剤血液型と移植後の赤血球輸血血液型または血漿輸血血液型が異型の場合に警告を表示できること。	○
J. 3. 8. 22	患者血液型と割当製剤が異型の場合は警告を表示できること。	○
J. 3. 8. 23	移植後で血液型が判定できない状態の場合は、移植後の赤血球輸血血液型または血漿輸血血液型と割当製剤が異型の場合に警告を表示できること。	○
J. 3. 8. 24	割当登録・払出登録において、製剤入力後、画面確定を行うまでは割当状態・払出状態に遷移しないようにすることができること。	○
J. 3. 8. 25	日赤血液製剤の適正使用のため、製剤割当時に製剤の血液型チェック・有効期限切れチェック等のチェック機能を有すること。	○
J. 3. 8. 26	不規則抗体陽性患者への製剤割当の際には、画面で確認することができること。	○
J. 3. 8. 27	臨床的意義のある不規則抗体を保有する患者に製剤を割当する際には、抗原陰性血であるかシステムでチェックできること。	○
J. 3. 8. 28	コンピュータクロスマッチ機能を有すること。	○
J. 3. 8. 29	コンピュータクロスマッチの条件は設定により変更できること。（例：不規則抗体検査の有効期間も条件に入れる等）	○
J. 3. 8. 30	他患者のクロス血を登録しようとする時警告できる機能を有すること。	○
J. 3. 9	血液製剤管理業務処理機能	—
J. 3. 9. 1	製剤毎に交差試験結果を入力できること。	○
J. 3. 9. 2	交差試験結果を一括入力できること。また一括入力パターンを3個以上設定できること。	○
J. 3. 9. 3	分析装置から交差試験結果を取り込むことができること。	○
J. 3. 9. 4	クロスマッチ検査者の利用者IDを登録できること。	○
J. 3. 9. 5	クロス検査者は電子カルテシステムと同一のIDで管理できること。	○

J. 3. 9. 6	有効期限切れの場合は払出時に警告を表示できること。	○
J. 3. 9. 7	赤血球製剤でクロスマッチ不適合の製剤の場合は払出時に警告を表示できること。	○
J. 3. 9. 8	赤血球製剤でクロスマッチ未検査の製剤の場合は払出時に警告を表示できること。	○
J. 3. 9. 9	依頼単位数を超過する製剤を登録した場合は警告を表示できること。	○
J. 3. 9. 10	電子カルテシステムに送信可能なコメントを登録できること。	○
J. 3. 9. 11	血液製剤交差試験ワークシートを印刷できること。	○
J. 3. 9. 12	血液交差試験の適合票をラベルプリンタで印刷できること。	○
J. 3. 9. 13	適合票をカラー印刷できること。	○
J. 3. 9. 14	報告書を印刷できること。	○
J. 3. 9. 15	適合票の再出力を製剤毎に指定できること。もしくは、適合票の再出力ができる形でも可とする。	○
J. 3. 10	製剤払出	—
J. 3. 10. 1	血液製剤の払出照合ができ、同時に払出者（検査技師）および受取者（医師・看護師）のIDを登録できること。	○
J. 3. 10. 2	払出者・受取者は電子カルテシステムと同一のIDで管理できること。	○
J. 3. 10. 3	血液製剤の払出照合の照合パターンとして下記の3つを設定できること（①のみでも可とする）。①製剤ロット番号単独②適合表、製剤ロット番号③適合表、製剤ロット番号、照射バーコード	○
J. 3. 10. 4	製剤払出時に必要なチェック設定をユーザがメンテナンスできること。	○
J. 3. 10. 5	製剤払出時の各種チェックにおけるメッセージ表示に関して、チェック毎にメッセージを表示するか、複数チェックのメッセージをまとめて表示するか、設定で切り替えることができること。さらに、一部メッセージを単独で表示し、それ以外のメッセージはまとめて表示することができること。	○
J. 3. 10. 6	製剤払出時に画面を見ながら受取者と読み合わせができるように、読み合わせ情報を読み合わせ順に並べて表示することができること。また、文字色・背景色の設定も変更できること。	○
J. 3. 10. 7	製剤割当時に実施した各種チェックにおけるメッセージ表示に関して、メッセージ画面を閉じた後も、業務画面を閉じる前であれば再度確認することができること。	○
J. 3. 10. 8	製剤割当時に実施した各種チェックとチェック結果はログに記録され、ログ保存期間中であればチェック結果を確認することができること。	○
J. 3. 10. 9	設定により、割当時にはコンピュータクロスマッチの適合条件を満たしていなくても、払出時に条件を満たしていた場合、コンピュータクロスマッチ適合として払出することができること。	○
J. 3. 10. 10	払出照合時に照合OKの場合、設定された音を鳴らすことができること。	○
J. 3. 10. 11	緊急時のタイプ・アンド・スクリーン（T&S）に対応して、交差試験未判定で払出ができること。また、交差試験結果の事後入力ができること。	○
J. 3. 10. 12	帳票を輸血部のプリンタで出力できること。	○
J. 3. 10. 13	未払出一覧表を作成できること。	○
J. 3. 10. 14	製剤血液型とクロスマッチ患者検体血液型が異型の場合は警告表示ができること。	○
J. 3. 10. 15	移植後で血液型が判定できない状態の場合は、移植後の赤血球輸血血液型または血漿輸血血液型と割当製剤が異型の場合はワーニング表示できること。	○
J. 3. 11	製剤実施登録	—
J. 3. 11. 1	血液製剤の返納登録ができること。	○
J. 3. 11. 2	返納製剤を在庫製剤として自動的に再登録させることができること。	○
J. 3. 11. 3	輸血システムで登録した返納情報を電子カルテシステムへ送信できること。	○
J. 3. 11. 4	血液製剤の使用登録ができること。	○
J. 3. 11. 5	輸血システムで使用登録ができること。	○
J. 3. 11. 6	輸血システムで登録した使用情報を電子カルテシステムへ送信できること。	○
J. 3. 11. 7	副作用の入力および電子カルテシステム等から副作用情報を受信できること。	○
J. 3. 11. 8	副作用は有り・なし・未登録を入力・管理できること。	○
J. 3. 11. 9	副作用は経過確認情報（輸血開始5分後・10分後・15分後・15分後以降）を入力できること。	○
J. 3. 11. 10	副作用の症状をマスタで管理できること。	○
J. 3. 12	検査結果報告	—
J. 3. 12. 1	依頼検査項目の結果が全て検査済になった受付のみ、オーダエントリーシステムへ送信することができること。	○
J. 3. 12. 2	所定の検査結果報告書をオーダ単位で作成できること。	○
J. 3. 13	輸血結果報告	—
J. 3. 13. 1	ロット毎の使用報告書（適合票）を作成できること。	○
J. 3. 14	輸血検体保管	—
J. 3. 14. 1	ブロックNo、ラックNo、ラック内の位置を指定し、検体ラベルのバーコードを読み取ることで、検体の保管位置情報を登録することができること。	○
J. 3. 14. 2	患者毎の検体保管場所の情報（ブロックNo、ラックNo、ラック内の位置、検体バーコード、保管日、特記事項）を参照できること。	○
J. 3. 14. 3	ラック内の検体の情報（検体バーコード、患者情報、保管日）を参照できること。	○
J. 3. 15	血液製剤管理	—
J. 3. 15. 1	製剤発注請求ができること。発注はFAXなどで日赤に送信し、状況を管理できること。もしくは、日赤発注用のQRコードを作成し、状況を管理できる形でも可とする。	○
J. 3. 15. 2	血液製剤の在庫および入庫の管理をロット単位で行うことができること。血液製剤の入庫は、バーコード読み取りまたは手入力のいずれの方法でも行うことができること。	○
J. 3. 15. 3	抗原陰性情報の登録ができること。	○
J. 3. 15. 4	バーコードまたは手入力による照射登録ができること。	○
J. 3. 15. 5	院内照射日時を登録できること。	○
J. 3. 15. 6	照射用ラベルを印刷できること。	○
J. 3. 15. 7	製剤返品・廃棄情報を入力できること。また製剤バーコードでの処理に対応できること。返品・廃棄理由を登録できること。	○
J. 3. 15. 8	血液製剤の現在の状態を検索（問い合わせ）できること。	○

J. 3. 15. 9	製剤在庫状況を確認できること。	○
J. 3. 15. 10	在庫一覧は有効期限昇順で自動表示できること。	○
J. 3. 15. 11	在庫一覧は対応血液型の製剤を自動表示できること。	○
J. 3. 15. 12	血液製剤のロット別変更履歴情報を作成できること。	○
J. 3. 15. 13	血液製剤の放射線照射の有無の確認機能を有すること。	○
J. 3. 15. 14	血液製剤のバーコードはRSS合成シンボル（GS1 DataBar）により処理を行うことができること。在庫以外の画面でもRSS合成シンボル（GS1 DataBar）により処理を行うことができること。	○
J. 3. 15. 15	血液製剤に対してコメントを登録できること。	○
J. 3. 15. 16	有効期限が切れた製剤を在庫一覧で確認できること。	○
J. 3. 15. 17	有効期限切れ間近の製剤を在庫一覧で確認できること。	○
J. 3. 15. 18	入庫リストを作成できること。	○
J. 3. 15. 19	返品・廃棄リストを作成できること。	○
J. 3. 15. 20	製剤在庫リストを作成できること。	○
J. 3. 15. 21	製剤の外観チェックを記録できる機能を有すること。	○
J. 3. 16	血液製剤加工	—
J. 3. 16. 1	製剤を分割して管理することができること。分割時は親製剤との関連を容易に把握でき、子製剤単位で実施入力ができること。	○
J. 3. 16. 2	分割可能な製剤を設定で変更できること。	○
J. 3. 16. 3	院内洗浄血小板の管理機能を有すること。（加工管理、ロット番号発番等）	○
J. 3. 16. 4	クリオプレシピテートの管理機能を有すること。（加工管理、ロット番号発番等）	○
J. 3. 16. 5	院内合成血を管理する機能を有すること。（加工管理、ロット番号発番等）	○
J. 3. 17	血漿分画製剤管理	—
J. 3. 17. 1	各メーカーから納品された血漿分画製剤の入庫登録を、製剤のバーコード（メーカーが添付したコード）により行うことができること。	○
J. 3. 17. 2	血漿分画製剤の入庫処理時に本数を入力し、部門システム管理用製剤番号を各分画製剤毎に発番して登録することができること。	○
J. 3. 17. 3	血漿分画製剤に対して入庫コメントを登録できること。	○
J. 3. 17. 4	製剤割当以降の処理は通常の日赤血と同様に処理することができること。	○
J. 3. 17. 5	血漿分画製剤の定数配置機能を有すること。	○
J. 3. 18	検査問合せ	—
J. 3. 18. 1	患者ID、患者カナの検索条件指定により該当患者の結果データ、属性データを画面に表示できること。	○
J. 3. 18. 2	患者単位で検査歴を参照できること。また検査結果の詳細情報も参照できること。	○
J. 3. 18. 3	患者単位で輸血歴を参照できること。また使用製剤等の詳細情報も参照できること。	○
J. 3. 18. 4	輸血検査の進捗を一覧で確認できること。	○
J. 3. 19	統計管理／リスト出力	—
J. 3. 19. 1	下記項目について月別、年別に統計処理できること。	—
J. 3. 19. 1. 1	①結果抽出リスト（不規則抗体陽性、Rh陰性、直接クームス陽性、血液型亜型）	○
J. 3. 19. 1. 2	②患者別輸血歴（使用製剤に対する患者属性、住所を印刷）	○
J. 3. 19. 1. 3	③T&S、交差試験件数統計	○
J. 3. 19. 1. 4	④輸血検査依頼数（血液型、不規則抗体）	○
J. 3. 19. 1. 5	⑤依頼診療科別C/T比	○
J. 3. 19. 1. 6	⑥依頼医師別C/T比	○
J. 3. 19. 1. 7	⑦術式別C/T比	○
J. 3. 19. 1. 8	⑧副作用一覧	○
J. 3. 19. 1. 9	⑨不規則抗体一覧	○
J. 3. 19. 1. 10	⑩輸血実施人数	○
J. 3. 19. 1. 11	⑪依頼診療科別、医師別、使用場所別、術式別C/T比	○
J. 3. 19. 1. 12	⑫医師別・製剤別使用数	○
J. 3. 19. 1. 13	⑬依頼診療科別・製剤別使用数	○
J. 3. 19. 1. 14	⑭使用目的別（貧血補正、手術等）	○
J. 3. 19. 1. 15	⑮病名別・術式別血液製剤のオーダおよび使用状況	○
J. 3. 20	自己血採血管理	—
J. 3. 20. 1	自己血採血スケジュールを確認・変更できること。	○
J. 3. 20. 2	自己血は1バッグ毎に製造番号を付番できること。また製造番号が重複しないようにすることができること。	○
J. 3. 20. 3	自己血採血情報を入力できること。	○
J. 3. 20. 4	自己血採血ラベルを印刷できること。	○
J. 3. 20. 5	自己血採血ラベルはバーコードおよび患者氏名、有効期限日を印字でき、日赤製剤と同様のバーコード情報を印刷できること。	○
J. 3. 20. 6	自己血については検査室でバーコードラベルを印刷できること。	○
J. 3. 20. 7	自己血製剤の在庫検索機能を有すること。	○
J. 3. 20. 8	自己血製剤を成分毎に分割して割当できること。	○
J. 3. 20. 9	自己血製剤を廃棄・返納できること。	○
J. 3. 20. 10	受付情報を電子カルテシステムに送信できること。	○
J. 3. 20. 11	採血実施情報を電子カルテシステムに送信できること。	○
J. 3. 20. 12	採血実施情報と受付情報を、それぞれ別のタイミングで送信できる機能を有すること。	○
J. 3. 20. 13	採血情報を入力する画面で、血液型・製剤種・採血量は依頼情報・患者情報より自動表示できること。	○
J. 3. 20. 14	患者血液型が未登録の場合は警告を表示できること。	○
J. 3. 20. 15	オーダされた製剤種・予定採血量・患者血液型より採血製剤バッグを自動設定できること。	○
J. 3. 20. 16	手入力でも血液型・製剤種・採血量を登録できること。	○
J. 3. 20. 17	製剤在庫一覧にて自己血製剤の患者氏名を表示できること。	○

J. 3. 20. 18	自己血ラベルを出力しただけでは、自己血採血の会計に連携しないようにすることができること。	○
J. 3. 21	造血幹細胞採取・移植管理	—
J. 3. 21. 1	骨髄採取管理機能を有すること。（採取スケジュール管理、ロット番号発番、採取情報登録）	○
J. 3. 21. 2	末梢血採取管理機能を有すること。（採取スケジュール管理、ロット番号発番、採取情報登録）	○
J. 3. 21. 3	臍帯血採取管理機能を有すること。（採取スケジュール管理、ロット番号発番、採取情報登録）	○
J. 3. 21. 4	各種造血幹細胞の採取受付管理において、院内で採取して他院へ提供する運用にも対応できること。	○
J. 3. 21. 5	各種造血幹細胞の採取受付管理において、ドナーが院内のカルテに登録されている場合、ドナー情報、もしくはドナーとレシピエント情報を用いて採取受付を行うことができること。	○
J. 3. 21. 6	各種造血幹細胞の採取受付管理において、レシピエント情報を用いて採取受付を行うことができること。	○
J. 3. 21. 7	ABO不適合同種造血幹細胞移植時の選択血液型管理機能を有すること。	○
J. 3. 21. 8	造血幹細胞移植前後の検査日程管理機能を有すること。	○
J. 3. 22	その他	—
J. 3. 22. 1	ユーザによるメンテナンスが可能なマスタ設定は、画面上で登録・訂正・削除することができること。	○
J. 3. 22. 2	輸血オーダで登録された患者輸血副作用情報の参照および追加入力ができること。	○
J. 3. 22. 3	以下のデータを現行システムから移行する標準形式を持つこと。	—
J. 3. 22. 3. 1	①血液型結果データ	○
J. 3. 22. 3. 2	②不規則抗体データ	○
J. 3. 22. 3. 3	③輸血歴	○
J. 3. 22. 3. 4	④製剤履歴	○
J. 3. 22. 3. 5	患者の同意書取得情報の入力、修正、有無の確認ができること。	○
J. 3. 22. 3. 6	システムで印刷する製剤のバーコードは、QRコードと日赤で発行する形式の2次元バーコードを印字できること。もしくは、日赤で発行する形式の2次元バーコードと同じ情報のQRコードを印字できる形でも可とする。	○

項番	機能要件	配点
K	病理診断システム	—
K. 1	共通要件	—
K. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
K. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
K. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
K. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
K. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
K. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
K. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
K. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
K. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
K. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
K. 1. 11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
K. 2	基本要件	—
K. 2. 1	提案時において、汎用的なWebブラウザで画像の取得指示・加工を含む全ての操作ができること。	○
K. 2. 2	端末増設が発生した場合、ソフトウェアライセンス費用が発生しないシステムであること。（ただし必要機器費用は除く。）	○
K. 2. 3	標本番号は、組織診、細胞診、剖検ごとに管理ができること。	○
K. 2. 4	利用者IDとパスワードによるアクセスの管理ができること。	○
K. 2. 5	ログインユーザごとの操作権限の制御ができること。	○
K. 2. 6	ログインユーザごとの各種操作ログの管理ができること。	○
K. 2. 7	電子カルテシステムから依頼情報の受信ができること。	○
K. 2. 8	電子カルテシステムからシェーマ図情報が送信される場合は、依頼情報と同時に受信ができること。	○
K. 2. 9	電子カルテシステムへ到着確認情報および会計情報の送信ができること。	○
K. 2. 10	電子カルテシステムへ検査実施情報の送信ができること。	○
K. 2. 11	電子カルテシステムへ結果（診断情報）の送信ができること。	○
K. 2. 12	手動による依頼情報の入力（受付）ができること。	○
K. 2. 13	手動による診断情報の入力ができること。	○
K. 2. 14	手動による会計表の発行ができること。	○
K. 2. 15	仮に電子カルテシステムがダウンした場合でも、病理部門の運用は停止せずに、手動にて受付登録、診断入力等ができるシステムであること。	○
K. 2. 16	仮に電子カルテシステムがダウンした場合に、先行して本システムで受付ができ、電子カルテシステムの復旧後に、病理標本番号とオーダ番号を関連付ける機能を有すること。（手動での受付操作で可）	○
K. 2. 17	バーコード検索機能を有すること。	○
K. 3	ハードウェア	—
K. 3. 1	サーバ	—
K. 3. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
K. 3. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
K. 3. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
K. 3. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
K. 3. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
K. 3. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
K. 3. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
K. 3. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
K. 4	システム機能	—
K. 4. 1	受付機能	—

K. 4. 1. 1	組織診では電子カルテシステムから組織診、術中迅速組織診、他院組織診標本の依頼情報を取得し、表示できること。細胞診では病院情報システムから細胞診、術中迅速細胞診、他院細胞診標本の依頼情報を取得し、表示できること。剖検では電子カルテシステムから剖検の依頼情報を取得し、表示できること。	○
K. 4. 1. 2	電子カルテシステムから受信した依頼情報を取得し、表示できること。	○
K. 4. 1. 3	依頼書または検体に貼付されたラベルのバーコードを読み取ることにより、電子カルテシステムからの依頼情報を取得し、到着確認ができること。	○
K. 4. 1. 4	必要に応じて、電子カルテシステムからの依頼情報一覧（未到着依頼一覧）を表示できること。	○
K. 4. 1. 5	必要に応じて、電子カルテシステムからの依頼情報詳細を表示できること。	○
K. 4. 1. 6	必要に応じて、電子カルテシステムからの依頼情報の変更ができること。	○
K. 4. 1. 7	必要に応じて、受付済み標本一覧を表示できること。	○
K. 4. 1. 8	他院標本の依頼については、依頼元施設名とその施設の患者IDの登録ができること。また、院内標本と同様に受付登録、診断登録、報告書発行等の一連の操作ができること。	○
K. 4. 1. 9	新規標本受付の際に、病理標本番号は自動的に最終番号の次番号が発行されること。また、必要に応じて手動にて付番発行できること。	○
K. 4. 1. 10	依頼書に、患者氏名、標本番号、標本番号バーコードを印刷できること。	○
K. 4. 1. 11	オーダ番号のバーコード（または標本番号のバーコード）を読み取ることにより、受付済みの対象標本情報を表示できること。	○
K. 4. 1. 12	受付日の登録ができること。また、受付日は当日の日付が初期表示されること。	○
K. 4. 1. 13	迅速、至急情報の登録ができること。また標本一覧においては、迅速、至急情報が色分け表示されること。	○
K. 4. 1. 14	電子カルテシステムまたは臨床検査システムから感染症情報を取得し、表示できること。	○
K. 4. 1. 15	依頼元施設名情報の登録、参照ができること。	○
K. 4. 1. 16	患者属性情報の登録、変更、参照ができること。	○
K. 4. 1. 17	組織診/細胞診では依頼医、主治医の登録、変更、参照ができること。また、依頼医、主治医の連絡先（電話番号等）を入力できること。剖検では依頼医、副依頼医の登録ができること。また、依頼医、副依頼医の連絡先（電話番号等）を入力できること。	○
K. 4. 1. 18	組織診では受付臓器/細胞診では受付材料の登録、変更、削除、参照ができること。臓器/材料の登録、変更の際には、診療科分類、臓器/材料分類より選択できること。	○
K. 4. 1. 19	組織診では臓器/細胞診では材料の補足情報（左右等）の登録ができること。	○
K. 4. 1. 20	組織診では臓器/細胞診では材料の表示順の並べ替えができること。	○
K. 4. 1. 21	組織診では臓器/細胞診では材料の登録件数には制限が無いこと。	○
K. 4. 1. 22	剖検では執刀医、介助者の入力ができること。	○
K. 4. 1. 23	剖検では解剖情報（死亡日時、剖検日時、職業、身長、体重、病期期間、等）の入力ができること。	○
K. 4. 1. 24	剖検では臓器数を入力できること。	○
K. 4. 1. 25	組織診/細胞診では採取法の登録、変更、削除、参照ができること。採取法の登録、変更の際には、臓器/材料より選択できること。	○
K. 4. 1. 26	組織診/細胞診では採取法の登録件数には制限が無いこと。	○
K. 4. 1. 27	組織診/細胞診では保険情報の登録、変更、削除、参照ができること。	○
K. 4. 1. 28	組織診では臓器種類、臓器数/細胞診では材料種類、材料数に応じて、保険情報が自動的に選択されること。また、必要に応じて変更ができること。	○
K. 4. 1. 29	組織診では臓器数や保険情報等/細胞診では材料数や保険情報等の会計に関連する情報が変更された際には、追加、訂正情報を電子カルテシステムに送信できること。	○
K. 4. 1. 30	容器数を入力できること。	○
K. 4. 1. 31	組織診では臓器ごとに、ブロック数、ラベル情報（ブロック番号等）の入力ができること。また、ブロック数の登録件数には制限が無いこと。剖検ではブロック数の入力ができること。	○
K. 4. 1. 32	組織診ではリンパ個数の入力ができること。また、臓器別の所属リンパ節番号を入力できること。剖検ではリンパ個数の入力ができること。	○
K. 4. 1. 33	細胞診では材料ごとに、ラベル情報の入力ができること。	○
K. 4. 1. 34	組織診では臓器ごとに/細胞診では材料ごとに設定されたラベル情報（染色名、枚数）が自動的に生成されること。	○
K. 4. 1. 35	剖検では解剖範囲の入力ができること。	○
K. 4. 1. 36	染色名を入力および追加染色依頼ができること。	○
K. 4. 1. 37	組織診/剖検ではブロックを指定して、染色依頼ができること。細胞診では材料を指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 1. 38	組織診/剖検では複数ブロックを指定して、一括染色依頼ができること。細胞診では複数材料を指定して、一括染色依頼ができること。	○
K. 4. 1. 39	染色セットを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 1. 40	染色指示書を印刷できること。	○
K. 4. 1. 41	同一患者の過去標本（既往歴）一覧が表示されること。また、一覧から選択することで詳細画面を参照できること。	○
K. 4. 1. 42	標本の進捗状況が表示されること。	○
K. 4. 1. 43	標本のラベル出力状況が表示されること。	○
K. 4. 1. 44	標本マーク（重要、希少、学会、その他、等）の登録ができること。	○
K. 4. 1. 45	患者マーク（フォロー患者、等）の登録ができること。	○
K. 4. 1. 46	VIP患者の登録ができること。また、VIP患者の標本結果の公開参照を制御できること。	○
K. 4. 1. 47	受付時確認項目の登録ができ、詳細検索の際に抽出できること。	○
K. 4. 1. 48	診断予定医の登録ができること。	○
K. 4. 1. 49	組織診/細胞診では借用標本情報の登録ができること。	○
K. 4. 1. 50	組織診/剖検では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、マクロ画像、切出し加工画像、ミクロ画像等）を参照できること。細胞診では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、ミクロ画像等）を参照できること。	○

K. 4. 1. 51	剖検では臨床診断情報の入力ができること。	○
K. 4. 1. 52	剖検ではCPC情報の入力ができること。	○
K. 4. 1. 53	依頼書をスキャナにて取り込むことができること。	○
K. 4. 1. 54	スキャナにて取り込んだ依頼書画像と標本番号を自動的に関連付けて登録できること。	○
K. 4. 1. 55	スキャナにて取り込んだ依頼書画像と標本番号を手動で関連付けて登録できること。	○
K. 4. 1. 56	受付操作と並行して、問合せ検索機能を利用できること。	○
K. 4. 1. 57	検体受け取りの記録が行えること。	○
K. 4. 1. 58	検体受け取り記録は到着確認を行う前に行えること。	○
K. 4. 1. 59	検体受け取り記録は、検体搬送者、検体受け取り者、検体受け取り日時、検体容器数の項目が管理できること。	○
K. 4. 1. 60	未受付オーダーの件数がカレンダー上に表示され、その詳細が確認できること。	○
K. 4. 2	切出し・包埋機能	—
K. 4. 2. 1	組織診/剖検ではオーダー番号のバーコード（または標本番号のバーコード）を読み取ることにより、対象標本情報を表示できること。	○
K. 4. 2. 2	組織診/剖検では追加切出し履歴の管理ができること。	○
K. 4. 2. 3	組織診/剖検では依頼書画像を参照できること。	○
K. 4. 2. 4	組織診/剖検では切出し日、薄切予定日の入力ができること。	○
K. 4. 2. 5	組織診/剖検では脱脂、脱灰、再固定に要する日数情報の入力、参照ができること。また、脱脂、脱灰、再固定に要する日数から薄切予定日を算出できること。	○
K. 4. 2. 6	組織診/剖検では切出し者、介助者の登録ができること。	○
K. 4. 2. 7	組織診/剖検では切出し臓器の有無が入力できること。	○
K. 4. 2. 8	組織診では臓器ごとに、ブロック数、ラベル情報（ブロック番号等）の入力ができること。また、ブロック数の登録件数には制限が無いこと。剖検ではブロック数、ラベル情報（ブロック番号等）の入力ができること。また、ブロック数の登録件数には制限が無いこと。	○
K. 4. 2. 9	組織診ではリンパ個数の入力ができること。また、臓器別の所属リンパ節番号を入力できること。剖検ではリンパ個数の入力ができること。	○
K. 4. 2. 10	組織診/剖検では染色名の入力および追加染色依頼ができること。	○
K. 4. 2. 11	組織診/剖検ではブロックを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 2. 12	組織診/剖検では複数ブロックを指定して、一括染色依頼ができること。	○
K. 4. 2. 13	組織診/剖検では染色セットを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 2. 14	組織診/剖検では染色指示書を印刷できること。	○
K. 4. 2. 15	組織診/剖検では同一患者の過去標本（既往歴）一覧が表示されること。また、一覧から選択することで詳細画面を参照できること。	○
K. 4. 2. 16	組織診/剖検では標本の進捗状況が表示されること。	○
K. 4. 2. 17	組織診/剖検では標本のラベル出力状況が表示されること。	○
K. 4. 2. 18	組織診/剖検ではマクロカメラにて撮影した切出し画像と標本番号を自動的に関連付けて登録できること。	○
K. 4. 2. 19	組織診/剖検ではマクロカメラにて撮影した切出し画像と標本番号を手動で関連付けて登録できること。	○
K. 4. 2. 20	組織診/剖検では切出し画像の登録枚数には制限が無いこと。	○
K. 4. 2. 21	組織診/剖検では切出し線（直線、自由線、円、長方形、分割線）、矢印、任意の文字情報等を、画像上に入力できること。	○
K. 4. 2. 22	組織診/剖検では平行直線は、本数を指定して一括描画できること。	○
K. 4. 2. 23	組織診/剖検では画像上に、標本番号を自動的に表示できること。	○
K. 4. 2. 24	組織診/剖検では描画オブジェクトの色、太さを変更できること。	○
K. 4. 2. 25	組織診/剖検では描画オブジェクトを回転できること。	○
K. 4. 2. 26	組織診/剖検では描画オブジェクトを複製して配置できること。	○
K. 4. 2. 27	組織診/剖検ではブロック番号の自動連番付与ができること。	○
K. 4. 2. 28	組織診/剖検ではオリジナル画像と編集後の画像は、個別に管理できること。	○
K. 4. 2. 29	組織診/剖検では加工画像の再編集ができること。	○
K. 4. 2. 30	組織診/剖検では画像ごとにコメントを入力できること。また定型文も選択できること。	○
K. 4. 2. 31	組織診/剖検では画像ごとに結果照会への公開、非公開を選択できること。	○
K. 4. 2. 32	組織診/剖検では液晶ペンタブレットを使用して、画像加工ができること。また、その際ソフトウェアキーボードを利用したペンによる文字入力ができること。	○
K. 4. 2. 33	組織診/剖検では肉眼所見情報の入力ができること。	○
K. 4. 2. 34	組織診/剖検では同一患者の過去標本（既往歴）一覧が表示されること。また、一覧から選択することで詳細画面を参照できること。	○
K. 4. 2. 35	組織診/剖検では切出し操作と並行して、問合せ検索機能を利用できること。	○
K. 4. 2. 36	組織診/剖検では指定した範囲の画像を切出し保存できること。（トリミング）	○
K. 4. 2. 37	カセットに印字されているバーコードを使用して包埋作業管理が行えること。	○
K. 4. 2. 38	包埋作業時には、検体処理時や切出し時の画像を同一画面で参照できること。	○
K. 4. 2. 39	作業完了、作業中、未作業カセットの状態が色分けされて表示されること。	○
K. 4. 2. 40	ブロック毎に工程管理・作業状況の表示が行えること。	○
K. 4. 3	ラベル発行・薄切機能	—
K. 4. 3. 1	任意の標本番号バーコードを複数読み取り、対象標本ラベル情報を表示できること。	○
K. 4. 3. 2	印刷対象ラベルの検索ができること。	○
K. 4. 3. 3	未印刷および印刷済での検索ができること。	○
K. 4. 3. 4	組織診/剖検では受付日、切出し日、薄切予定日、染色依頼日による検索ができること。細胞診では受付日、染色依頼日による検索ができること。	○
K. 4. 3. 5	一覧表示より、印刷対象ラベルを選択できること。	○
K. 4. 3. 6	ラベルシート上の印刷開始位置を指定することができること。	○
K. 4. 3. 7	ラベルに印字する項目は、打合せの上決定できること。	○
K. 4. 3. 8	標本番号のバーコードが印刷できること。	○

K. 4. 3. 9	染色名の入力および追加染色依頼ができること。	○
K. 4. 3. 10	ブロックを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 3. 11	複数ブロックを指定して、一括染色依頼ができること。	○
K. 4. 3. 12	染色セットを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 3. 13	染色指示書を印刷できること。	○
K. 4. 3. 14	フリーの標本ラベル印刷ができること。	○
K. 4. 3. 15	ラベルシート出力機能を有すること。	○
K. 4. 3. 16	ブロックに印字されているバーコードを使用して薄切作業管理が行えること。	○
K. 4. 3. 17	薄切作業時には、検体処理時や切出し時の画像を同一画面で参照できること。	○
K. 4. 3. 18	ブロックに該当するスライドガラスが自動的に印字されること。	○
K. 4. 3. 19	スライド毎に工程管理・作業状況の表示が行えること。	○
K. 4. 4	診断機能	—
K. 4. 4. 1	オーダ番号のバーコード（または標本番号のバーコード）を読み取ることにより、対象標本情報を表示し、診断標本の特定ができること。	○
K. 4. 4. 2	受付時に登録された診断予定医やその他の条件による検索にて、対象標本一覧を表示し、一覧から標本を特定した上で診断入力できること。	○
K. 4. 4. 3	組織診/細胞診では受付時に登録された術中迅速、至急の情報が、診断入力画面に表示されること。剖検では受付時に登録された至急の情報が、診断入力画面に表示されること。	○
K. 4. 4. 4	組織診/細胞診では標本一覧においては、迅速、至急情報が色分け表示されること。剖検では標本一覧においては、至急情報が色分け表示されること。	○
K. 4. 4. 5	組織診/剖検では患者属性情報、受付臓器、依頼情報（依頼日・依頼元・依頼医・臨床診断・臨床情報など）が表示されること。細胞診では患者属性情報、受付材料、依頼情報（依頼日・依頼元・依頼医・臨床診断・臨床情報など）が表示されること。	○
K. 4. 4. 6	細胞診では細胞検査士がログインした際には、細胞検査士として自動的にセットされること。	○
K. 4. 4. 7	細胞診では細胞検査士は、複数名登録できること。	○
K. 4. 4. 8	病理医がログインした際には、診断医として自動的にセットされること。	○
K. 4. 4. 9	診断医は、複数名登録できること。	○
K. 4. 4. 10	診断フェーズ選択（未診断、原案診断、検討中、最終診断、追加診断、訂正診断、電子ロック、等のフェーズ選択）ができること。診断フェーズの種類は制限がないこと。詳細には当センターと協議の上で設定すること。	○
K. 4. 4. 11	最終診断登録後に、追加診断、訂正診断の入力ができること。	○
K. 4. 4. 12	追加診断、訂正診断にて登録された際には、画面上に状況が明確に表示されること。	○
K. 4. 4. 13	細胞診ではパパニコロウ分類による判定入力ができること。	○
K. 4. 4. 14	細胞診ではベセスダ分類による判定入力ができること。	○
K. 4. 4. 15	診断名は、手入力による任意文章入力、編集ができること。	○
K. 4. 4. 16	診断名は、あらかじめ登録されたマスタから呼び出せること。	○
K. 4. 4. 17	組織診/剖検では診断コード、診断分類、臓器分類、診断名、採取法、臓器による診断名検索ができること。細胞診では診断コード、診断分類、材料分類、診断名、採取法、材料、クラス判定による診断名検索ができること。	○
K. 4. 4. 18	診断名は、ユーザごとに登録、検索できること。	○
K. 4. 4. 19	診断名は、保守画面に戻らずに診断入力画面より新規登録ができること。	○
K. 4. 4. 20	診断名の修飾語は、あらかじめ登録されたマスタから呼び出せること。	○
K. 4. 4. 21	所見文は、手入力による任意文章入力、編集ができること。	○
K. 4. 4. 22	所見文は、あらかじめ登録されたマスタから呼び出せること。	○
K. 4. 4. 23	所見文は、ユーザごとに登録、検索できること。	○
K. 4. 4. 24	所見文は、保守画面に戻らずに診断入力画面より新規登録ができること。	○
K. 4. 4. 25	組織診/剖検では診断名、所見文に、受付臓器名称を貼付できること。細胞診では診断名、所見文に、受付材料名称を貼付できること。	○
K. 4. 4. 26	組織診/剖検では診断臓器ごとのがん取扱規約テンプレートを有すること。細胞診では診断材料ごとのがん取扱規約テンプレートを有すること。	○
K. 4. 4. 27	がん取扱規約テンプレートは、ユーザにて作成、編集ができること。	○
K. 4. 4. 28	診断臓器ごとの所属リンパ節テンプレートを有すること。	○
K. 4. 4. 29	診断名、所見文の、医学用語スペルチェック機能を有すること。	○
K. 4. 4. 30	組織診/剖検では所見文は、文字数の制限が無いこと。	○
K. 4. 4. 31	細胞診では出現細胞の登録ができること。	○
K. 4. 4. 32	追加染色依頼ができること。	○
K. 4. 4. 33	組織診/剖検ではブロックを指定して、染色依頼ができること。細胞診では材料を指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 4. 34	組織診/剖検では複数ブロックを指定して、一括染色依頼ができること。細胞診では複数材料を指定して、一括染色依頼ができること。	○
K. 4. 4. 35	染色セットを指定して、染色依頼ができること。	○
K. 4. 4. 36	染色指示書を印刷できること。	○
K. 4. 4. 37	標本マーク（重要、希少、学会、その他、等）の登録ができること。	○
K. 4. 4. 38	同一患者の過去標本（既往歴）一覧が表示されること。また、一覧から選択することで詳細画面を参照できること。	○
K. 4. 4. 39	標本の進捗状況が表示されること。	○
K. 4. 4. 40	結果照会WEB画面を参照できること。	○
K. 4. 4. 41	報告書の印刷ができること。	○
K. 4. 4. 42	報告書に画像を添付できること。	○
K. 4. 4. 43	組織診/剖検では切出し情報が参照できること。	○
K. 4. 4. 44	顕微鏡カメラにて撮影した画像と標本番号を自動的に関連付けて登録できること。	○
K. 4. 4. 45	顕微鏡カメラにて撮影した画像と標本番号を手動で関連付けて登録できること。	○
K. 4. 4. 46	顕微鏡画像の登録枚数には制限が無いこと。	○

K. 4. 4. 47	顕微鏡画像の編集（線、矢印、任意の文字情報等を、画像上に入力）ができること。	○
K. 4. 4. 48	オリジナル画像と編集後の画像は、個別に管理できること。	○
K. 4. 4. 49	加工画像の再編集ができること。	○
K. 4. 4. 50	画像ごとにコメントを入力できること。また定型文も選択できること。	○
K. 4. 4. 51	画像ごとに結果照会への公開、非公開を選択できること。	○
K. 4. 4. 52	組織診/剖検では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、マクロ画像、切出し加工画像、ミクロ画像等）を参照できること。細胞診では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、ミクロ画像等）を参照できること。	○
K. 4. 4. 53	組織診/剖検では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、マクロ画像、切出し加工画像、ミクロ画像等）をダウンロードできること。細胞診では標本に割り当てられた画像（依頼書画像、ミクロ画像等）をダウンロードできること。	○
K. 4. 4. 54	診断登録履歴の管理ができること。	○
K. 4. 4. 55	診断画面はデュアルディスプレイに対応できること。	○
K. 4. 4. 56	組織診/剖検では所見コード、臓器分類、所見名、採取法、臓器による所見名検索ができること。細胞診では所見コード、材料分類、所見名、採取法、材料による所見名検索ができること。	○
K. 4. 4. 57	部門内でのみ参照できるメモ入力ができること。	○
K. 4. 4. 58	診断時確認項目の登録ができ、詳細検索の際に抽出できること。	○
K. 5	共通機能	—
K. 5. 1	オーダ検索機能	—
K. 5. 1. 1	オーダ到着確認画面を有すること。（ダッシュボード機能等でも確認でも可とする。）	○
K. 5. 2	問合せ検索機能	—
K. 5. 2. 1	受付、診断等の作業中に並行して問い合わせ検索ができること。	○
K. 5. 3	標本検索機能	—
K. 5. 3. 1	受付、切出し、ラベル印刷、診断の進捗状況による検索ができること。	○
K. 5. 3. 2	検索結果の一覧印刷やExcel等のデータ出力機能を有すること。	○
K. 5. 3. 3	組織・細胞・剖検による検索ができること。	○
K. 5. 3. 4	術中迅速・院外・至急による検索ができること。	○
K. 5. 3. 5	依頼日・採取日・受付日・診断日による検索ができること。	○
K. 5. 3. 6	標本マーク・患者マーク・受付時確認項目による検索ができること。	○
K. 5. 3. 7	一覧表示された標本から詳細表示画面（受付・切出し・診断）を表示できること。	○
K. 5. 4	詳細検索機能	—
K. 5. 4. 1	受付情報および診断情報を複合させ検索ができること。	○
K. 5. 4. 2	標本種別ごと（組織診、細胞診、剖検）に検索ができること。	○
K. 5. 4. 3	標本種別（組織診、細胞診、剖検）の混在検索ができること。	○
K. 5. 4. 4	患者属性検索ができること。	○
K. 5. 4. 5	検索結果は、一覧表示および詳細表示ができること。一覧表示対象件数の制御ができること。	○
K. 5. 4. 6	検索結果から診断済み標本の診断内容を表示できること。	○
K. 5. 4. 7	検索結果をExcelまたはCSV出力できること。	○
K. 5. 4. 8	ユーザごとの検索条件設定機能を有すること。	○
K. 5. 5	統計機能	—
K. 5. 5. 1	保険点数統計作成支援機能（日報、月報、年報）を有すること。入外別の保険点数統計作成支援機能（日報、月報、年報）を有すること。	○
K. 5. 5. 2	細胞診認定施設統計ができること。	○
K. 5. 5. 3	各種統計作成に柔軟に対応できること。	○
K. 5. 6	台帳機能	—
K. 5. 6. 1	組織診/細胞診/剖検業務・診断台帳作成ができること。	○
K. 5. 6. 2	各種台帳作成に柔軟に対応できること。	○
K. 5. 7	標本貸出管理機能	—
K. 5. 7. 1	バーコード検索ができること。	○
K. 5. 7. 2	標本貸出情報の追加・訂正・削除機能ができること。	○
K. 5. 7. 3	未返却リスト印刷ができること。	○
K. 5. 7. 4	貸出状出力機能を有すること。	○
K. 5. 7. 5	貸出標本は、貸出中の表示がされること。	○
K. 5. 8	結果照会機能	—
K. 5. 8. 1	診断状況ごとの表示機能を有すること。	○
K. 5. 8. 2	組織診・細胞診・剖検の結果照会ができること。	○
K. 5. 8. 3	患者IDごとの表示機能を有すること。	○
K. 5. 8. 4	患者カナ氏名、患者ID、依頼医等の検索項目より検索できること。	○
K. 5. 8. 5	照会画面の印刷機能を有すること。	○
K. 5. 8. 6	結果照会された標本は、病理部門で参照済が分かる機能を有すること。	○
K. 5. 9	マスタ管理機能	—
K. 5. 9. 1	標本番号発番設定ができること。	○
K. 5. 9. 2	ユーザ情報の登録・編集・削除ができること。	○
K. 5. 9. 3	ユーザごとの権限制御ができること。	○
K. 5. 9. 4	ロール情報を有すること。	○
K. 5. 9. 5	診療科情報を有すること。	○
K. 5. 9. 6	依頼元情報を有すること。	○
K. 5. 9. 7	病院スタッフ情報を有すること。	○
K. 5. 9. 8	保険点数情報を有すること。	○
K. 5. 9. 9	臨床診断情報を有すること。	○
K. 5. 9. 10	臓器、材料分類情報を有すること。	○
K. 5. 9. 11	臓器、材料情報を有すること。	○
K. 5. 9. 12	採取法情報を有すること。	○
K. 5. 9. 13	採取法分類情報を有すること。	○

K. 5. 9. 14	染色情報を有すること。	○
K. 5. 9. 15	染色セット名称情報を有すること。	○
K. 5. 9. 16	染色セット明細情報を有すること。	○
K. 5. 9. 17	診断分類情報を有すること。	○
K. 5. 9. 18	診断情報を有すること。	○
K. 5. 9. 19	所見文情報を有すること。	○
K. 5. 9. 20	クラス判定情報を有すること。	○
K. 5. 9. 21	ベセスダ判定情報を有すること。	○
K. 5. 9. 22	出現細胞情報を有すること。	○
K. 5. 9. 23	出現細胞値情報を有すること。	○
K. 5. 9. 24	適正・不適正情報を有すること。	○
K. 5. 9. 25	リンパ情報を有すること。	○
K. 5. 9. 26	修飾語機能を有すること。	○
K. 5. 9. 27	取扱規約情報を有すること。	○
K. 5. 9. 28	アクセスログ参照機能を有すること。	○
K. 5. 10	グループウェア機能	—
K. 5. 10. 1	スケジュール機能によるタスク管理ができること。	○
K. 5. 10. 2	掲示板機能により部門内でコミュニケーションがはかれること。	○
K. 5. 10. 3	回覧板機能により部門内の情報共有が図れること。また、回覧先は任意に指定ができること。	○
K. 5. 11	ホルマリン管理機能	—
K. 5. 11. 1	ホルマリン管理機能を有すること。	○
K. 5. 11. 2	ホルマリンの管理機能には以下を有すること。	○
K. 5. 11. 3	ホルマリンはLOT毎に管理ができること。	○
K. 5. 11. 4	ホルマリン払い出し管理機能	○
K. 5. 11. 5	ホルマリン返却機能	○
K. 5. 11. 6	ホルマリン返却状況検索機能	○
K. 5. 11. 7	ホルマリン入出荷登録機能	○
K. 5. 11. 8	ホルマリン在庫管理機能	○
K. 5. 12	データ移行	—
K. 5. 12. 1	既存システムからのデータ移行ができること。	○
K. 5. 12. 2	マスタデータ移行ができること。	○
K. 6	要望要件	—
K. 6. 1	当センターでは、遺伝子検査の運用を検討している。遺伝子検査オーダの運用ができるように電子カルテシステムとインターフェース等の確認を行い、実現すること。また、本システム側の対応費用を漏れなく含めること。	○
K. 6. 2	本システムから統計情報が出力できること。また、出力までの工数を減らせるよう、導入時に当センターと調整をすること。	○
K. 6. 3	本システムから出力する依頼箋に「術中迅速診断」の判別ができるように印字ができること。	○

項番	機能要件	配点
L	感染管理システム	—
L.1	共通要件	—
L.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
L.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
L.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
L.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
L.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
L.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
L.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
L.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
L.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
L.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
L.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
L.2	ハードウェア	—
L.2.1	サーバ	—
L.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
L.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
L.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
L.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
L.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
L.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
L.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
L.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
L.3	感染症管理機能	—
L.3.1	院内システムとの接続連携	—
L.3.1.1	電子カルテシステムと連携することにより、以下の情報を取得できること。・患者情報・患者移動情報・投薬情報・バイタル情報・デバイス情報・手術情報・病歴情報・職員情報	○
L.3.1.2	臨床検査システムと連携、もしくは電子カルテシステムから必要な検査結果情報を取得できること。	○
L.3.1.3	細菌検査システムと連携、もしくは電子カルテシステムから必要な検査結果情報およびコメント情報を取得できること。	○
L.3.1.4	細菌検査システムからの検査結果情報の取得は、中間・最終報告と同じタイミングで取得できること。もしくは電子カルテシステムに連携された検査結果を参照し、連携のタイミングは別途協議でも可とする。	○
L.3.2	感染管理情報	—
L.3.2.1	感染管理システムから細菌検査結果の閲覧ができること。	○
L.3.2.2	患者の検査結果一覧画面では迅速検査、塗抹検査結果、同定菌、感受性などの報告状況を表示する機能を有すること。	○
L.3.2.3	細菌検査結果は検索期間を指定し、患者ID、患者氏名、カナ氏名、病棟、診療科、医師の条件により検索できる機能を有すること。	○
L.3.2.4	検査結果は患者情報、迅速検査、塗抹検査結果、同定菌、感受性、コメントが閲覧できる機能を有すること。また表示する順番を変更できる機能を有すること。	○
L.3.2.5	細菌検査システムから取得した塗抹顕微鏡画像を表示する機能を有すること。	○
L.3.2.6	培養同定結果の菌種名をクリックすることにより、菌の詳細情報が閲覧できる機能を有すること。	○
L.3.2.7	感受性結果の薬剤名をクリックすることにより、薬剤の詳細情報を閲覧する機能を有すること。	○
L.3.2.8	患者の同定菌結果確認時に、同定菌種を時系列表示する機能を有すること。	○
L.3.2.9	菌情報の閲覧が可能であること。内容は菌名、科名、属名、形態分類、培養分類、属説明、菌略名、危険度、菌名（和名）、類似名、旧菌名、関連する感染症名、および菌の説明を閲覧する機能を有すること。	○

L. 3. 2. 10	毎日の検出菌情報をもとにアウトブレイク監視機能を有すること。またアラート機能を有すること。	○
L. 3. 2. 11	入院患者から体温、WBC、CRP、デバイス使用の有無、手術前後(もしくは手術実施)、抗菌薬使用有無の条件検索によりハイリスクな患者一覧を表示する機能を有すること。	○
L. 3. 2. 12	長期間抗菌薬を使用した患者の一覧を表示する機能を有すること。検索条件として抗菌薬の連続投与日数を指定でき、投与間隔の日数も指定できること。	○
L. 3. 2. 13	抗菌薬使用量を診療科別・病棟別・医師別に表示できる機能を有すること。	○
L. 3. 2. 14	AUD、DOT、AUD/DOTが集計できること。	○
L. 3. 2. 15	患者経過モニタリング表示ができること。機能としては、バイタル、CRP、WBCのグラフ表示、同定菌種、カテーテル、手術情報、投薬情報、移動情報を表示し、7日間、14日間、30日間で切り替え表示する機能を有すること。	○
L. 3. 3	病棟マップ	—
L. 3. 3. 1	電子カルテシステムより患者移動情報を受信し、細菌検査結果情報と合わせて病棟マップを表示できること。病棟マップ表示には細菌だけでなくウィルスにも対応できる機能を有すること。	○
L. 3. 3. 2	病棟マップは全病棟表示し、指定菌またウィルスの検出情報をマークで色分け表示できること。視覚的に検出内容を判断できる機能を有すること。	○
L. 3. 3. 3	病棟マップ表示のフロアマップでは、ベッド番号によりベッド配置も表示される機能を有すること。	○
L. 3. 3. 4	病棟マップ表示のフロアマップでは、病室内の患者氏名が表示される機能を有すること。	○
L. 3. 3. 5	病棟マップ表示のフロアマップでは、病室ごとに登録した病室情報を表示する機能を有すること。	○
L. 3. 3. 6	病棟マップは、マスタメンテナンスにて、菌指定だけでなくベッド配置の設定を行う機能を有すること。	○
L. 3. 3. 7	入院患者間および職員の接触履歴を表示する機能を有すること。また接触履歴は病棟マップの病室からも、患者指定し履歴確認できること。(別の画面などを経由する事で患者履歴確認する形でも可とする。)	○
L. 3. 3. 8	病棟マップ上に表示している検出菌・ウィルス情報を手動で非表示にできる機能を有すること。	○
L. 3. 4	デバイスサーベイランス	—
L. 3. 4. 1	中心静脈カテーテル感染(BSI)、尿路カテーテル感染(UTI)などデバイス情報を電子カルテシステムより取得し、デバイスのサーベイランスに対応できる機能を有すること。	○
L. 3. 4. 2	患者ごとにデバイス使用の情報を入力できること。	○
L. 3. 4. 3	デバイスを使用している患者を検索表示し、デバイス情報の挿入・抜去の確認、観察記録の確認および追加修正入力ができること。観察項目についてマスタで追加できる機能を有すること。	○
L. 3. 4. 4	感染疑いの患者一覧を表示できる機能を有すること。	○
L. 3. 4. 5	デバイス毎の延べ使用日数、デバイス毎の感染率を集計し、一覧表示できること。	○
L. 3. 4. 6	病棟・デバイス単位に挿入延べ数の一覧を作成できること。	○
L. 3. 4. 7	電子カルテシステムより取得したデバイス状況を確認できる機能を有すること。	○
L. 3. 5	手術部位感染サーベイランス	—
L. 3. 5. 1	電子カルテシステムより手術情報を取得し、サーベイランス該当患者のSSI情報入力管理ができ、SSI各種集計ができること。	○
L. 3. 5. 2	手術部位感染情報の入力を元に、厚生労働省JANIS用データの作成ができること。	○
L. 3. 6	感染統計・集計機能	—
L. 3. 6. 1	共通機能として、各集計画面で検索した条件を保持でき、次回選択した集計画面において前回の検索条件が表示できる機能を有すること。	○
L. 3. 6. 2	血液培養陽性の患者一覧を表示できること。検索条件として、期間・材料を設定できる機能を有すること。	○
L. 3. 6. 3	アンチバイオグラムの集計ができること。	○
L. 3. 6. 4	アンチバイオグラムの集計結果において、感受性率の範囲で指定した色で表示できること。	○
L. 3. 7	環境ラウンドについて	—
L. 3. 7. 1	環境ラウンドの項目が設定でき、チェックシートの作成ができる機能を有すること。	○
L. 3. 7. 2	環境ラウンド実施場所毎に結果入力ができる機能を有すること。また画像の取り込み機能を有すること。	○
L. 3. 7. 3	環境ラウンド実施日単位に入力状況が確認できる機能を有すること。	○
L. 3. 7. 4	環境ラウンド実施日単位に実施場所の結果を一覧表示できる機能を有すること。また実施場所を選択し、過去の結果を時系列で表示できる機能を有すること。	○
L. 3. 8	共通項目について	—
L. 3. 8. 1	院内ネットワークに接続されている端末から感染管理支援システムを起動できること。	○
L. 3. 8. 2	マスタにて利用者および利用者グループを登録でき、それぞれが利用できる機能をマスタで設定できる機能を有すること。もしくは、マスタにて利用者を登録でき、それぞれが利用できるアプリケーションをマスタで設定できる形でも可とする。	○
L. 3. 8. 3	利用者単位にお気に入りの設定ができ、メニューに表示する機能を有すること。	○
L. 3. 8. 4	文書ファイルを公開情報として閲覧できる機能を有すること。	○
L. 4	要望要件	—
L. 4. 1	医療関連感染である、CLABSI、CA-UTI、VAE、SSIのサーベイランス集計ができる仕組みがあること。(定型集計でも可とする。)	○

項番	機能要件	配点
M	細菌検査システム	—
M. 1	共通要件	—
M. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
M. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
M. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
M. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
M. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
M. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
M. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
M. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
M. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
M. 1. 10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
M. 2	ハードウェア	—
M. 2. 1	サーバ	—
M. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
M. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
M. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
M. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
M. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
M. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
M. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
M. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
M. 3	細菌検査システム要件	—
M. 3. 1	検査依頼受付（一般細菌、抗酸菌）	—
M. 3. 1. 1	電子カルテシステムにより登録された細菌検査依頼情報を随時オーダー単位で受信し、依頼作成する機能を有すること。	○
M. 3. 1. 2	電子カルテシステムから細菌依頼情報として、受付日、検体採取日、オーダー番号、患者ID、検査依頼項目コード、検査材料コード、検体コメント、オーダーコメント、医師コード（提出医と主治医）、診療科・病棟コード、採取部位、フリーコメントなどを受信できること。	○
M. 3. 1. 3	電子カルテシステムから依頼情報に付随する患者情報を受信できる（患者ID、氏名、生年月日、男女区分、入院日（もしくは入院日数）、投与薬剤、体温、渡航歴、目的菌など）こと。	○
M. 3. 1. 4	キーボードによるマニュアル受付（用手受付）が可能であること。また、ID入力による氏名などの属性参照が可能であること。	○
M. 3. 1. 5	バーコードリーダーで検体バーコードを読み取ることで検体受付が可能であること。	○
M. 3. 1. 6	受付後、患者基礎情報以外は修正ができること。また、その履歴を残すことができること。	○
M. 3. 1. 7	受付後、受付削除ができること。また、その履歴を残すことができること。	○
M. 3. 1. 8	受付後、依頼項目の追加、削除ができること。	○
M. 3. 1. 9	細菌検査検体に検査内シーケンス番号を発番できること。	○
M. 3. 1. 10	検体番号は、一般細菌検査と抗酸菌検査でそれぞれ年通し番号とし、自動発番できること。検診用に一般検体とは別の年通し番号を自動発番できること。	○
M. 3. 1. 11	受付では同一画面で一般細菌、抗酸菌を識別して受付処理できること。	○
M. 3. 1. 12	電子カルテシステム一件の依頼から一般細菌と抗酸菌の検体番号を別々に発番できること。	○
M. 3. 1. 13	受付状況、未到着状況の一覧表示ができること。	○
M. 3. 1. 14	電子カルテシステムから取得した任意の患者情報を画面表示できること。	○
M. 3. 1. 15	受付、到着、ラベル発行、データ登録等の日時を確認できること。	○
M. 3. 1. 16	到着済み検体の受付削除処理の操作を容易に行うことができること。	○
M. 3. 2	到着確認	—
M. 3. 2. 1	検体到着確認処理時に電子カルテシステムへ到着情報を送信できること。	○
M. 3. 2. 2	バーコードリーダーにて検体到着処理を行い、年通しの検体番号を付番できること。	○
M. 3. 2. 3	検体の到着、未到着を一覧で確認できること。	○
M. 3. 2. 4	到着済一覧の表示内容は表示内容の位置・表示非表示を任意に設定できること。	○

M. 3. 2. 5	性状・M-Jなどの検査材料に関する情報を登録できること。	○
M. 3. 2. 6	到着時にラベル・ワークシートの自動発行ができること。	○
M. 3. 2. 7	前回値情報の表示ができること。(別画面にて前回情報の表示ができる形でも可とする。)	○
M. 3. 2. 8	材料に性状が未入力ではないか警告を出せること。	○
M. 3. 2. 9	ラベル発行・依頼入力・時系列・連絡記録・結果入力画面に遷移できること。	○
M. 3. 3	ラベル発行	—
M. 3. 3. 1	培地ラベル、保存菌ラベルを発行できること。	○
M. 3. 3. 2	検体ラベルには受付日、受付番号、患者ID、患者氏名、材料名、項目情報、バーコードを印刷できること。	○
M. 3. 3. 3	培地ラベルにはラベル発行日、受付番号、患者ID、患者氏名、材料名、培地名、バーコードを印刷できること。	○
M. 3. 3. 4	菌株ラベルには受付番号、患者ID、患者氏名、材料名、菌名、(菌株コメント)、保存コメント(保存番号など)、バーコードを印刷できること。	○
M. 3. 3. 5	ラベルは再発行できること。	○
M. 3. 3. 6	ラベルの未出力・出力済の管理ができること。	○
M. 3. 4	ワークシート	—
M. 3. 4. 1	ワークシート機能を有すること。またワークシートレス運用にも対応できること。	○
M. 3. 4. 2	各種条件(受付日範囲、受付番号範囲、材料グループ、担当者)により作成、発行、表示、印刷ができること。	○
M. 3. 4. 3	ワークシートの一覧表示では、既に依頼がキャンセルされているものは表示しないこと。	○
M. 3. 5	結果入力、電子カルテシステムへの送信	—
M. 3. 5. 1	コード入力+キーフリー入力ができること。	○
M. 3. 5. 2	担当者を設定できること。(最終更新者・塗抹・迅速・同定・抗酸菌PCR・抗酸菌培養)	○
M. 3. 5. 3	受付番号別、塗抹結果一括、抗酸菌培養一括、迅速一括で結果入力ができること。	○
M. 3. 5. 4	結果入力時に、検体情報、材料種別毎の過去データと、検体系データ(白血球数、CRP、迅速検査など)を参照できること。	○
M. 3. 5. 5	コメント入力が可能で電子カルテシステムに送信するか選択できること。	○
M. 3. 5. 6	結果の修正、削除ができること。	○
M. 3. 5. 7	登録時に、電子カルテシステムへの送信の有無、報告書発行の有無、中間・最終、担当者を選択できること。中間報告は何度でも送信できること。また報告履歴管理ができること。	○
M. 3. 5. 8	電子カルテシステムへの送信で、中間、最終のフラグが送信できること。	○
M. 3. 5. 9	電子カルテシステムに送信した履歴の確認は、受付別結果入力画面からボタンを押下し、送信状況リストの画面に遷移できること。もしくは、送信履歴は各結果入力画面にて報告履歴枠にて確認できる形でも可とする。	○
M. 3. 5. 10	電子カルテシステムへ送信済みか未送信か確認できる機能を有すること。	○
M. 3. 5. 11	検査進捗状況を確認できること。同時に検査内作業コメントも確認できること。(作業コメントについては、別画面にて確認できる形でも可とする。)	○
M. 3. 5. 12	個別入力画面で画像のボタンを押下し、顕微鏡画像を見ることができること。	○
M. 3. 5. 13	薬剤感受性検査の異常結果チェック機能を有し、画面表示できること。	○
M. 3. 5. 14	直近に登録した結果まで前回値を確認できること。(別画面にて確認できる形でも可とする。)	○
M. 3. 5. 15	前回値は材料または材料グループでの絞り込み表示が可能であること。項目追加ができること。	○
M. 3. 5. 16	抗酸菌は固形培地、液状培地の培養結果を入力できること。	○
M. 3. 5. 17	固形培地の観察結果は12週まで入力することができ、過去の観察履歴を閲覧できること。	○
M. 3. 5. 18	菌株保存台帳登録、菌株ラベル発行ができること。	○
M. 3. 5. 19	一括入力画面において印刷、一括登録、個別登録ができること。電子カルテシステムへの送信の有無の選択ができること。(一括入力画面の印刷については、プリントスクリーンでも可とする。)	○
M. 3. 5. 20	Qスコア・Geckler・BVスコアの自動計算が行えること。	○
M. 3. 5. 21	過去検出した菌の警告が出力できること。(菌は任意に設定可能なこと。)	○
M. 3. 5. 22	電子カルテへの結果送信時刻の履歴が参照できること。	○
M. 3. 5. 23	抗酸菌鏡検検査は、院内(チール)、外注検査(チール、蛍光抗体法)の3箇所入力できること。	○
M. 3. 5. 24	結果入力画面から同定菌検出履歴について、過去3回分の履歴まで出力可能であること。同一菌の過去の感受性も同様とすること。(別画面にて確認できる形でも可とする。)	○
M. 3. 5. 25	指定した耐性菌が検出された場合に同定菌名横に新規マークがつくこと。もしくは、菌名列の横に、初回検出列を追加することにより初回検出七日、継続検出なのが表示できる形でも可とする。	○
M. 3. 5. 26	感受性薬剤追加についてシステム上で追加薬剤が表示されること、または追加設定がなされること。もしくは、電子カルテから追加薬剤があれば自動追加ができる形でも可とする。	○
M. 3. 5. 27	現在投与中の抗菌薬が表示されること。	○
M. 3. 5. 28	電子カルテシステムとオーダ番号が重複しないように、部門発番時の発番域を設定する機能を有すること。	○
M. 3. 5. 29	コメントには電子カルテシステムに送信するフリーコメントと、検査部内のみで参照可能なコメント領域を有すること。	○
M. 3. 5. 30	電子カルテシステムの検歴への結果送信の報告形態は、中間報告および最終報告とし、送信後はそれぞれの報告日を表示する機能を有すること。	○
M. 3. 5. 31	結果入力で即電子カルテシステムに送信するのではなく、技師の操作によりオーダへ送信する・送信しないを管理する機能を有すること。	○
M. 3. 5. 32	電子カルテシステム側には公開しない画像データを管理するため、画像データ単位に公開・非公開を設定する機能を有すること。	○
M. 3. 6	分析装置オンライン	—
M. 3. 6. 1	下記のオンライン可能な機器と接続できること。	○
M. 3. 6. 2	接続対象機器	○
M. 3. 6. 3	・同定検査装置	○

M. 3. 6. 4	・薬剤感受性検査装置	○
M. 3. 6. 5	・血液培養装置	○
M. 3. 6. 6	・質量分析装置	○
M. 3. 6. 7	・PCR検査装置	○
M. 3. 6. 8	同定および感受性の依頼は、予測菌名の入力により使用機器やプレートを自動選択し、オンライン機器に依頼データを転送することが可能であること。	○
M. 3. 6. 9	オンライン分析装置と依頼項目、測定結果をリアルタイムに送受信できること。	○
M. 3. 6. 10	同定菌および感受性結果を受信すると、マスタ上に設定されている条件に従い、菌名の自動更新処理、感受性の再判定、菌コメントの自動挿入等の処理を行うことができること。	○
M. 3. 6. 11	使用試薬（薬剤パネルなど）の変更は、マスタ入力等により柔軟に対応できること。	○
M. 3. 6. 12	同一菌、同一薬剤で異なる検査方法で感受性検査を実施した場合、結果を報告する／しないの選択ができること。	○
M. 3. 6. 13	検査するが報告しない特定の薬剤について、非報告対象に設定できること。	○
M. 3. 6. 14	精度管理株のデータを取り込み、csvなどのファイル形式で出力できること。	○
M. 3. 6. 15	担当者で絞り込み、自分の担当のものだけ分析装置へ依頼送信できること。	○
M. 3. 7	細菌顕微鏡画像のファイリング	—
M. 3. 7. 1	画像取込みができること。	○
M. 3. 7. 2	画像登録されている対象を一覧で参照できること。	○
M. 3. 7. 3	画像に対してコメントを付加できること。	○
M. 3. 7. 4	画像に対して矢印や文字などを付加して保存できること。	○
M. 3. 8	検査報告書作成	—
M. 3. 8. 1	報告書出力は受付日、受付番号で、任意および範囲指定で一覧表示（もしくは、一括発行）できること。	○
M. 3. 8. 2	一覧表示で出力する番号を選択し出力できること。もしくは、個別選択で発行できること。	○
M. 3. 8. 3	発行済みか未発行か確認できること。	○
M. 3. 8. 4	報告書の再出力ができること。	○
M. 3. 9	統計処理、各種リスト作成	—
M. 3. 9. 1	統計処理データはExcel形式で出力できること。	○
M. 3. 9. 2	集計は同一患者で同一菌の選択（重複チェック）、設定ができること。	○
M. 3. 9. 3	期日範囲指定、検出菌別、患者別、外来病棟別、材料別、薬剤感受性結果、感受性率など任意の組み合わせで、統計処理ができること。	○
M. 3. 9. 4	医事会計リストが出力できること。（一般細菌・抗酸菌の薬剤感受性検査実施、追加項目、削除項目、遺伝子検査など）	○
M. 3. 9. 5	検出菌リスト、抗酸菌陽性者リスト等、各種条件でリスト出力（表示、ファイル出力、印刷）ができること。JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）への検出菌データ送信のためのリストを出力できること。	○
M. 3. 9. 6	データ抽出（汎用データ出力機能）では、事前に作成したエクセルのフォーマットに直接データを出力できること。（本システムフォーマットへの出力のみでも可とする。）	○
M. 3. 9. 7	感受性率統計ができること。また感受性率についてはグラフ出力機能も有していること。	○
M. 3. 9. 8	検査項目集計ができること。また、件数だけでなくどの医師からか抽出できること。	○
M. 3. 10	菌株管理	—
M. 3. 10. 1	菌株ラベル発行時、菌株保存台帳に自動登録できること。	○
M. 3. 10. 2	菌株保存台帳の管理ができること。また、検体種別で複数、自動管理、発番ができること。	○
M. 3. 10. 3	検体種別、受付日別、検出菌別によるリスト作成、ファイル出力ができること。（データ抽出からの出力でも可とする。）	○
M. 3. 11	外部委託検査	—
M. 3. 11. 1	依頼ファイルの作成、確認、印刷、保存ができること。	○
M. 3. 11. 2	ファイルによる結果入力の取り込みができること。	○
M. 3. 11. 3	外部メモリで情報のやり取りができること。	○
M. 3. 11. 4	複数外部委託業者との連携に対応していること。	○
M. 3. 12	マスタ管理	—
M. 3. 12. 1	電子カルテシステムから患者属性、医師情報を自動で取得・更新できること。	○
M. 3. 12. 2	検査項目を追加するなど、マスタ管理をユーザが任意に行うことができること。	○
M. 3. 12. 3	登録したマスタ情報についてはコメントを記録できること。	○
M. 3. 13	追加会計	—
M. 3. 13. 1	感受性など追加検査に対して一覧表示、医事課に提出するための帳票を出力できること。	○
M. 4	要望	—
M. 4. 1	電子カルテシステムの細菌検査オーダに付与されたコメントが本システムで受信してコメントが参照できること。また、本システム側の対応費用を漏れなく含めること。	○

項番	機能要件	配点
N	放射線画像管理システム	—
N.1	共通要件	—
N.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
N.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
N.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
N.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
N.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
N.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
N.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
N.1.8	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
N.1.9	ビューワは電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
N.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
N.2	サーバ部／ハードウェア	—
N.2.1	サーバ仕様	—
N.2.1.1	放射線画像管理サーバ（PACS）の構成やスペック、サーバ台数は指定はしない。ただし、当センターに最適なサーバ構成を提案および構築すること。	○
N.2.1.2	稼働後7年間運用できるサーバ構成にすること。また2014年1月1日の撮影日から現行PACSに保存されている画像を移行し、さらに7年間の画像が格納できるストレージを準備すること。算出にあたっては、データ種別ごとの増加根拠を提示すること。	○
N.2.1.3	画像の表示は3秒以内に展開できること。また7年間、DBの再構築やインデックス最適化等のメンテナンスを無償（または保守内）で実施し、初期性能を維持すること。	○
N.2.1.4	サーバは、高可用性（ハイアベイラビリティクラスタ）・高耐障害性であること。	○
N.2.1.5	全サーバおよび通信機器において、リダンダントNIC（チーミング構成）および電源ユニットの二重化を図り、物理的な故障による通信断やシャットダウンを防止すること。	○
N.2.1.6	全サーバの総電源容量を確保できる無停電電源装置を備え、かつ停電時に約5分以上電源供給が可能であること。また、本無停電電源装置は停電を通知するアラーム機能を有し、かつ停電した旨をサーバに通知しオートシャットダウンが可能であること。	○
N.2.1.7	サーバラックは当センターの空きラックを利用すること。サーバがラッキング可能かサーバ室の下見をすること。	○
N.2.1.8	本サーバ格納ラック内には、全体制御用の液晶モニタを1基以上有すること。	○
N.3	データストレージ装置部／ハードウェア	—
N.3.1	データストレージ仕様	—
N.3.1.1	RAID構成で、140TB(可逆3倍圧縮対応)以上の実記録容量を有すること。また、ホットスタンバイ用のストレージを有すること。	○
N.3.1.2	基本的にストレージ構成（増設）に対して制限が無いこと。	○
N.3.1.3	ストレージ管理は、サーバとは独立して行えること。	○
N.4	専用画像表示ワークステーション／ハードウェア	—
N.4.1	専用画像表示ワークステーション仕様	—
N.4.1.1	画像診断（薬事対応）ワークステーションの詳細スペックは指定しない。当センターで7年間、正常で快適に運用できる端末を提案および納品すること。	○
N.4.1.2	OSは、Windows11Pro以上とすること。稼働後7年間サポートできるものを納品すること。	○
N.4.1.3	ワークステーションの設置場所などは別表2を参考にする。	○
N.5	高精細モニタやカラーモニタ／ハードウェア	—
N.5.1	高精細モニタやカラーモニタ仕様	—
N.5.1.1	高精細モニターは全て流用する。継続して運用できるように接続すること。	○
N.5.1.2	高精細モニターは全てディスプレイポートであるので留意すること。	○
N.5.1.3	高精細モニターの設置場所などは別表2を参考にする。	○
N.6	システム全体／ソフトウェア	—
N.6.1	基本仕様	—
N.6.1.1	システムは、以下のシステム群によって構成すること。(1)医用画像保管・管理システム(以下「PACS」という。)(2)読影画像システム(3)画像配信システム(4)その他	○
N.6.1.2	システム全体は、以下の事項を基本理念とし、構築すること。	○
N.6.1.3	医療画像のIT化の促進による、迅速かつ正確な情報伝達の実現すること。	○
N.6.1.4	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改ざんされることなく診断画像と同様に読み出せること。また、個人情報保護とセキュリティの確保を充分に行うこと。	○
N.6.1.5	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すること。非可逆圧縮によるデータ保存は認めない。	○
N.6.1.6	フィルムレス・ホスピタルの実現を行うこと。	○
N.6.1.7	世界標準IHEや国内IHE-Jの運用に向けた、グローバル・スタンダードへ取り組みを行っていること。	○

N. 6. 1. 8	電子カルテシステムよりRISを経由して検査オーダー情報を取り込み、画像データ属性と合わせてデータベース化され、診療側の目的ごとに簡易に検索可能な環境を提供できること。情報の規格はIHEのSWF/PIRプロファイルによること。	○
N. 6. 1. 9	管理されている全ての画像（オリジナル画像）が数秒以内に、院内全ての端末に対してオンデマンド表示できること。また、院内全ての端末（電子カルテシステム）に対してPACSと完全統一の操作方式であること。	○
N. 6. 1. 10	1日24時間365日安定稼働するシステム構成であること。また、万一障害が発生した場合であっても、リモートメンテナンス等により障害による影響を最小限に食い止めることができる機器構成であること。	○
N. 7	サーバ部／ソフトウェア	—
N. 7. 1	サーバ部仕様	—
N. 7. 1. 1	システムは、DICOM, HL7の標準規格に準拠していること。	○
N. 7. 1. 2	標準規格DICOM (Ver3.0) に準拠し、下記のサービスクラスをサポートしていること。	○
N. 7. 1. 3	CT/MR/CR/XA/NM/PET/MG/RF/SCなど Storage Service Class Provider	○
N. 7. 1. 4	Patient Root Query/Retrieve Information Model Find	○
N. 7. 1. 5	リスト表示項目の詳細では以下を指定できること。 ・ リスト出力項目 ・ タイトル ・ 順序 ・ 日付、時刻フォーマット ・ 配置方向 ・ 幅	○
N. 7. 1. 6	Study Root Query/Retrieve Information Model Find	○
N. 7. 1. 7	Study Root Query/Retrieve Information Model Move	○
N. 7. 1. 8	2000年から現在までの過去データは、システム稼働前までに新システムへデータ移行が完了すること。また、新システムが稼働後過去アプリケーションと新アプリケーションのどちらも単独運用は認めない。一元化したシステムで対応すること。	○
N. 7. 1. 9	画像管理サーバで管理された画像データは、画像読影ワークステーションおよび電子カルテシステム、RIS、Report端末のストレージを経由せずメモリに直接展開され、高速の画像表示が行えること。	○
N. 7. 1. 10	今後遠隔画像診断の運用も検討しているためローカルクライアントへDICOM画像をダウンロードする運用の場合、画像のみの転送し、患者情報は、決して転送しないしくみであること。	○
N. 7. 1. 11	各画像診断装置のオリジナル画像を取り込むと同時に、JPEG2000圧縮処理画像を生成し格納できること。またネットワークインフラ状況やビューワクライアントの用途に応じて、オリジナル画像またはJPEG2000圧縮処理画像の配信が行われること。	○
N. 7. 1. 12	検査装置から受信した画像データとRISから受信したデータのオーダー番号と患者IDが一致した場合、画像データのヘッダ情報をRISから取得したデータをもとに作成できること。	○
N. 7. 1. 13	検像経由の画像受信のみならずバックアップとしてモダリティからのDICOM画像受信も実施すること。	○
N. 7. 1. 14	管理ツールにより管理者がメンテナンスを実施できること。	○
N. 7. 1. 15	運用に関しては、当センターと協議すること。	○
N. 8	データストレージ装置部／ソフトウェア	—
N. 8. 1	データストレージ部仕様	—
N. 8. 1. 1	標準規格DICOM (Ver3.0) に準拠し、下記のサービスクラスをサポートしていること。	○
N. 8. 1. 2	CT/MR/CR/XA/NM/PET/MG/RF/SCなど Storage Service Class Provider	○
N. 8. 1. 3	Patient Root Query/Retrieve Information Model Find	○
N. 8. 1. 4	Patient Root Query/Retrieve Information Model Move	○
N. 8. 1. 5	Study Root Query/Retrieve Information Model Find	○
N. 8. 1. 6	Study Root Query/Retrieve Information Model Move	○
N. 8. 1. 7	画像記録媒体は、磁気ディスク装置であること。	○
N. 8. 1. 8	フィルムレス運用を視野に入れ、冗長化とデータ入出力の高速化を考慮した機器構成であること。	○
N. 8. 1. 9	ノンストップオペレーションを実現する構成であること。	○
N. 9	読影画像機能システム／ソフトウェア	—
N. 9. 1	読影画像機能システム仕様	—
N. 9. 1. 1	ウェブアプリケーションの画像読影機能であること。またGUIは、日本語にも対応できること。	○
N. 9. 1. 2	Windowsクライアントシステムを構築するためには、さまざまな機能を実装する必要がある。短時間開発の処理できるドットネットフレームワークを利用できること。	○
N. 9. 1. 3	画像サーバからの画像表示速度は、1Gbps以上のネットワークでかつCT画像（512×512×16bit×1500枚）で2秒以内であること。（※ただし、院内のネットワーク等によりパフォーマンスの変化を除く。）	○
N. 9. 1. 4	ワークリスト画面表示は、モダリティ毎、個人医師、ティーチングファイル等の設定が可能であり、かつ患者リスト、検査リスト、サムネイル表示が一画面上に表示できること。	○
N. 9. 1. 5	表示されている画像に対して、その患者の全過去画像の検索、取得、表示が可能で比較表示ができること。またMRI画像に関してサブスタックフィルタによるDiffusion/Dual Echoなどの並び替えの機能があること。	○
N. 9. 1. 6	読影状態の途中保存は、パーク（中断）やリストアー（再開）機能が可能であり、検査登録は10個以上、検査表示は最大10個有すること。	○
N. 9. 1. 7	タイル表示、スタック表示（ページ送り）などモダリティごとに表示レイアウト設定機能があること。	○
N. 9. 1. 8	ハンギングプロトコルは、複数パターンの現在-過去を含めた設定が可能であり、同期設定、ズーム等も含めたプリセットが実現できること。	○
N. 9. 1. 9	表示レイアウトに関しては、ユーザごとにその設定を保存し、どのPACS読影端末でもその設定を反映できること。	○
N. 9. 1. 10	システムディスプレイ上の独立した画面で任意のサムネイル画像をバーチャルスクリーンかつ、診断用モニタ画面にドラッグ&ドロップすることで、診断用モニタに画像を表示する機能（電子シャーカステン機能）を有すること。	○

N. 9. 1. 11	電子シャーカステンに使用する画像の分類は患者の分類の中に、その患者に関する検査ごとの分類が存在し、その中に該当した画像が存在するといった「一般的なフィルム袋」の概念に準じていること。	○
N. 9. 1. 12	撮影の見落としをなくす為シリーズ毎に検査の登録ができること。また表示は、サムネイル(スクロールも可能)で確認できる機能を有すること。	○
N. 9. 1. 13	GUIの配置のカスタマイズや様々な操作をキーボードやマウスの機能に割り当て可能であること。	○
N. 9. 1. 14	虫眼鏡機能において、ホイールの回転に応じて、虫眼鏡の倍率を変更可能であること。	○
N. 9. 1. 15	動画データの再生は、撮影時のフレームレートを反映できること。	○
N. 9. 1. 16	心胸郭比の計測機能を有すること。	○
N. 9. 1. 17	複数シリーズの同期表示が可能であること。	○
N. 9. 1. 18	複数シリーズを同期させる場合、異なるスライス厚であってもDICOM上の位置情報から、それを反映したシンクロ表示できること。(5mm厚と10mm厚の画像の同期表示で5mm厚が2枚進み、10mm厚が1枚進むなど。)	○
N. 9. 1. 19	権限あるユーザや端末からCD/DVD出力が対応できること。	○
N. 9. 1. 20	複数断面に対する実線の相互表示(クロスリファレンスや十字線)に対応していること。また、十字線は、中心部が交わっていないこと。	○
N. 9. 1. 21	画像読影ワークステーションは、ウィンドウやレベルの調整、画像全体の拡大縮小表示、画像の部分拡大表示ができること。	○
N. 9. 1. 22	部位によるWW/WLを設定できること。	○
N. 9. 1. 23	MIP/MPRをプラグイン無(別ソフトウェア無)で利用できること。	○
N. 9. 1. 24	MIP/MPRの機能には、保存機能があること。	○
N. 9. 1. 25	ファイル画像出力が可能であること。(DICOM、JPEG、PNG、TIFF、AVI)	○
N. 9. 1. 26	距離、角度等の画像計測が可能であること。	○
N. 9. 1. 27	カンファレンス支援としてキー画像のみを集め、即座にキー画像のみの表示が簡易に設定できること。または、カンファレンス支援としてキー画像のみを集め、即座にキー画像のみの表示が簡易に設定できるか、読影シーの保存機能があること。	○
N. 9. 1. 28	プレゼンテーション保存(マルチモダリティ表示も含む)によりプレゼンターが事前に表示作成後のプレゼンテーションをスムーズに実施できる機能があること。	○
N. 9. 1. 29	RISから情報ウィンドウへ検査依頼情報とHL7連携できることが望ましい。	○
N. 9. 1. 30	他メーカーのアプリケーションとプラグインするインターフェース機能を搭載すること。また、部位などとの組み合わせでハンギングプロトコルに組込むことが可能であること。	○
N. 9. 1. 31	マンモソフトウェアは、運用に合わせた画像表示スタイルが可能であり、専用キーパットは、頻度の高い機能の割り当てできる効率を考えたシステムであること。	○
N. 9. 1. 32	音声認識ソフトウェア2セット準備すること。	○
N. 9. 1. 33	画像表示画面の1ウィンドウ上で、アキシャル、サジタル、コロナル画像の切替表示ができること。また、MIP表示ができ、スライス厚、スライスギャップの変更ができること。	○
N. 9. 1. 34	1操作で複数の画像を1枚のキー画像として所見システムへ貼り付け可能なこと。その際、複数画像それぞれの検査日が異なる場合は、それぞれの検査日が自動的にオーバーレイとして挿入されること。	○
N. 9. 1. 35	ワイドタイプモニタとして、縦型と横型の両方をサポートする画面レイアウトモードを有していること。	○
N. 9. 1. 36	所見作成中においても、常に至急の読影依頼に対応できるように、検索一覧画面とは別に進捗リスト画面を有し、至急読影依頼が来た場合のみ一覧表示できること。緊急読影依頼が来た場合に作成中の所見レポートを中断して緊急読影を優先した場合、作成中の所見レポートを保存状態(読影中ステータス)とし、同時に画像ビューアの表示レイアウトの状態も保存する機能を有すること。中断した所見レポートも一時的に進捗リスト上に表示され、緊急対応後に1操作で中断直前の状態に戻せること。その際、画像ビューアの表示レイアウトも中断前の状態を再現させること。	○
N. 9. 1. 37	超音波装置からのDICOM SR情報を自動的に取り込む機能を有すること。	○
N. 10	配信画像機能システム/ソフトウェア	—
N. 10. 1	配信画像機能システム仕様	—
N. 10. 1. 1	ウェブアプリケーションまたはWEB通信できるアプリケーションの画像読影機能であること。また、GUIは、日本語にも対応できること。	○
N. 10. 1. 2	Windowsクライアントシステムを構築するためには、さまざまな機能を実装する必要がある。短時間開発の処理できるドットネットフレームワークを利用できること。	○
N. 10. 1. 3	画像サーバからの画像表示速度は、1Gbps以上のネットワークでかつCT画像(512×512×16bit×1500枚)で2秒以内であること。(※ただし、院内のネットワーク等によりパフォーマンスの変化を除く。)	○
N. 10. 1. 4	ワークリスト画面表示は、モダリティ毎、個人医師、ティーチングファイル等の設定が可能でありかつ患者リスト、検査リスト、サムネイル表示が一画面上に表示できること。	○
N. 10. 1. 5	表示されている画像に対して、その患者の全過去画像の検索、取得、表示が可能で比較表示ができること。	○
N. 10. 1. 6	タイル表示、スタック表示(ページ送り)などモダリティごとに表示レイアウト設定機能があること。	○
N. 10. 1. 7	ハンギングプロトコルは、複数パターンの現在-過去を含めた運用が可能であること。	○
N. 10. 1. 8	撮影の見落としをなくす為シリーズ毎に検査の登録ができること。また、表示は、サムネイル(スクロールも可能)で確認できる機能を有すること。	○
N. 10. 1. 9	GUIの配置のカスタマイズや様々な操作をキーボードやマウスの機能に割り当て可能であること。	○
N. 10. 1. 10	動画データの再生は、撮影時のフレームレートを反映できること。	○
N. 10. 1. 11	心胸郭比の計測機能を有すること。	○
N. 10. 1. 12	複数シリーズの同期表示が可能であること。	○

N. 10. 1. 13	複数シリーズを同期させる場合、異なるスライス厚であってもDICOM上の位置情報から、それを反映したシンクロ表示できること。（5mm厚と10mm厚の画像の同期表示で5mm厚が2枚進み、10mm厚が1枚進むなど。）	○
N. 10. 1. 14	複数断面に対する実線の相互表示（クロスリファレンスや十字線）に対応していること。	○
N. 10. 1. 15	画像読影ワークステーションは、ウィンドウやレベルの調整、画像全体の拡大縮小表示、画像の部分拡大表示ができること。	○
N. 10. 1. 16	部位によるWW/WLを設定できること。	○
N. 10. 1. 17	MIP/MPRをプラグイン無（別ソフトウェア無）で利用できること。	○
N. 10. 1. 18	MIP/MPRの機能には、保存機能があること。	○
N. 10. 1. 19	ファイル画像出力が可能であること。（DICOM、JPEG、PNG、TIFF、AVI）	○
N. 10. 1. 20	距離、角度等の画像計測が可能であること。	○
N. 10. 1. 21	カンファレンス支援としてキー画像のみを集め、即座にキー画像のみの表示が簡易に設定できること。または、読影シーの保存機能があること。	○
N. 10. 1. 22	プレゼンテーション保存（マルチモダリティ表示も含む）により、プレゼンターが事前に表示作成後のプレゼンテーションをスムーズに実施できる機能があること。	○
N. 10. 1. 23	整形外科用の計測やテンプレートは、同時アクセス3個以上を準備し、コブ角などの計測や任意で指定した範囲をバーチャルシミュレーションできること。また、保守契約範囲内でアップグレードによるテンプレートの追加を無償で行うこと。	○
N. 11	モバイルソリューションシステム／ソフトウェア	—
N. 11. 1	モバイルソリューションシステム仕様	—
N. 11. 1. 1	スマートフォンやタブレットで画像表示を行えること。OSはiOSとすること。	○
N. 11. 1. 2	タッチパネルに特化した操作方法で行えること。	○
N. 11. 1. 3	ログイン、パスワード管理を行えること。	○
N. 12	その他	—
N. 12. 1	インフラストラクチャ仕様	—
N. 12. 1. 1	院内協議の上、ネットワークインフラを基本に運用すること。	○
N. 12. 1. 2	CDビューアに関しては院内協議の上システム納品をすること。	○
N. 13	検像システム＜ソフトウェア＞	—
N. 13. 1	現行のインフォコム製の検像システムを新端末へ移行すること。	○
N. 14	検像システム＜ハードウェア仕様＞	—
N. 14. 1	検像システム＜ハードウェア＞	—
N. 14. 1. 1	DICOM画像検像システムのハードウェア等について以下の要件を満たしていること。	—
N. 14. 1. 1. 1	複数の画像発生装置から同時に画像を受信する機能を有すること。	○
N. 14. 1. 1. 2	プロセッサはIntel Core i5 3.20GHz以上であること。又はこれと同等以上の性能・機能を有すると判断されるものを有すること。	○
N. 14. 1. 1. 3	主記憶装置の容量は、オペレーティングシステムが32bitの場合は4GByte、64bitの場合は8GByte以上有すること。	○
N. 14. 1. 1. 4	ギガビット・イーサネット・インターフェースを有すること。通信プロトコルはTCP/IPを実装すること。	○
N. 14. 1. 1. 5	ストレージ容量は500GB×2（ミラーリング）以上有すること。	○
N. 15	ネットワーク型画像処理システム＜サーバ部／ハードウェア＞	—
N. 15. 1	3D画像処理ソフトウェア仕様	—
N. 15. 1. 1	3D画像処理は現行システムのVINCENTを継続利用すること。	○

項番	機能要件	配点
0	放射線部門システム	—
0.1	共通要件	—
0.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
0.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
0.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
0.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
0.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
0.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
0.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
0.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
0.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
0.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
0.2	サーバ部／ハードウェア	—
0.2.1	RISサーバ仕様	—
0.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
0.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
0.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
0.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
0.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
0.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
0.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。但し、クラウド型での提案の場合は、考慮不要とする。	○
0.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
0.2.2	RISクライアント	—
0.2.2.1	RISは電子カルテ端末と相乗りすること。	○
0.2.2.2	RISを設定する端末は別表2を参考にすること。	○
0.3	ソフトウェア部／全般	—
0.3.1	セキュリティ	—
0.3.1.1	パスワードは画面上ではアスタリスク等の代替文字で表示されていること。	○
0.3.1.2	一定時間、システムが使用されていない場合、オートログアウト機能により自動的にシステムをロックできること。	○
0.3.1.3	ロックされた画面ではパスワードの再入力によるロックの解除、あるいは強制終了の選択ができること。	○
0.3.2	アカウント管理機能	—
0.3.2.1	IDとパスワードによりユーザ認証が行われること。	○
0.3.2.2	ログインユーザの権限により使用できる機能が制限されること。	○
0.3.2.3	他システムからIDとパスワードを引き継いで起動できること。（シングルサインオン）	○
0.3.2.4	利用者の有効期限チェック、開始日の設定、チェックができること。	○
0.3.3	監査証跡機能	—
0.3.3.1	ユーザ操作の履歴を操作ログとして保存できること。	○
0.3.3.2	権限をもつユーザのみが操作ログを参照できること。	○
0.3.4	操作機能	—
0.3.4.1	各画面にてキーボードショートカットをサポートできること。	○
0.3.5	他システム連携機能	—
0.3.5.1	診断画像を参照するため、PACSの画像ビューアを起動することができること。	○

0.3.5.2	自社、他社を問わず、レポートを参照できること。	○
0.3.5.3	URL呼出や実行ファイル起動等により、他システム（電子カルテなどの汎用ビューア）の情報参照機能を起動するボタンを設定にて各画面に追加することができること。	○
0.3.5.4	電子カルテまたはRISでマスタメンテで登録・修正した項目が両方のシステムへ反映できること。	○
0.3.5.5	メンテナンスを考慮して、RISで利用するマスタコードは電子カルテで利用するコードをそのまま流用できること。	○
0.3.5.6	物流システムと連携し、資材マスタの自動的な共有ができること。資材マスタには、診療報酬の償還分類のコードと、個々の資材の識別コード（読み取るバーコードの情報と合致）が含まれていること。また、RISで実施登録した資材情報を物流システムへ連携ができること。	○
0.3.5.7	RISから、動画サーバシステムへ、カテーテル予定表やレポート作成の元となるオーダ情報の連携ができること。	○
0.3.6	検索条件リスト機能	—
0.3.6.1	用途に応じた検索条件や表示項目がタブとして管理され、複数のタブを一つの画面に表示できること。タブの表示順序は変更できること。	○
0.3.6.2	検索条件、表示リストの項目は端末毎、タブ毎に初期値の設定ができること。	○
0.3.6.3	指定された検索条件の中で、一時的に変更したい条件はフィルタ条件としてタブに表示させることができ、画面を閉じること無く初期値に戻すことができること。	○
0.3.6.4	同一検索項目にて、AND/ORの指定ができること。	○
0.3.6.5	画面起動時には、初期表示タブの指定ができること。	○
0.3.6.6	リスト表示項目の詳細では以下を指定できること。 ・リスト出力項目 ・タイトル ・順序 ・日付、時刻フォーマット ・配置方向 ・幅	○
0.3.6.7	リスト表示に於ける詳細設定では以下を指定できること。 ・タブ切り替え時の検索実行の有無 ・自動更新ボタン表示有無と初期有効可否と更新間隔 ・固定列有無と列数 ・最終検索時刻の表示有無 ・検索結果件数表示有無 ・行罫線と列罫線の表示有無 ・行番号表示有無 ・行背景色（単色、ストライプ、ステータス依存） ・ソート順	○
0.3.7	コメント入力機能	—
0.3.7.1	コメントはフリー入力に加えてコメントパターンからの入力ができること。	○
0.3.7.2	コメントパターンの編集は、コメント入力可能なユーザであればコメント入力欄から容易にコメントパターン編集画面を呼び出しできること。	○
0.3.7.3	コメントパターンはフォルダでの分類管理ができること。	○
0.3.8	その他	—
0.3.8.1	現在運用中の放射線情報システムのデータを移行すること。また移行元の移行費用も含めること。	○
0.3.9	患者情報管理機能は、以下であること。	—
0.3.9.1	専用の画面にて患者ID、患者氏名などの患者基本情報の新規登録および変更ができること。	○
0.3.9.2	患者プロフィール情報として、以下のような項目を管理できること。また患者プロフィールとして管理できる項目は追加や変更ができること。 看護区分、患者区分、救護区分、障害情報、感染情報、禁忌情報、妊娠状態、死亡退院、体内金属、クレアチニン値等の血液データ、eGFR など	○
0.3.9.3	患者プロフィール情報については電子カルテシステムから取得するものとRISで登録するものなどの管理ができること。またその更新日時を保持できること。	○
0.3.9.4	最新の患者プロフィール情報を電子カルテシステムから取得し、放射線部門システムの画面に反映ができること。詳細は電子カルテシステムベンダーと調整すること。提案内容により加点評価する。	●
0.3.9.5	患者プロフィール情報のうち、RISで変更可能なものは各画面から更新することができること。	○
0.3.9.6	患者に付随するコメントの入力ができること。コメントは種別毎に管理ができ、患者に永続的に付随するもの、現在日のみに付随するものの入力、管理ができること。	○
0.3.9.7	コメントはフリー入力に加えて定型コメントからの入力ができること。	○
0.3.9.8	定型コメントの編集は、コメント入力可能なユーザであれば定型コメント選択欄から容易にできること。	○
0.3.9.9	上記の患者に関する情報を各画面で表示できること。	○
0.3.9.10	患者は、患者カナ名、病棟、診療科等の条件により検索できること。	○
0.3.10	入外情報管理機能	—
0.3.10.1	患者の病棟名、室名、ベッド番号を入外情報として登録および参照ができること。	○
0.3.10.2	入外情報は、現時点の最新の情報、検査予定時点の予定情報、検査実施時の情報をそれぞれ管理できること。	○
0.3.11	死亡患者管理機能	—
0.3.11.1	死亡した患者は死亡日の入力が可能であり死亡したこと判別できる表示ができること。表示方法は問わない。また、死亡した患者の年齢表示は死亡時の年齢に置き換えられること。提案内容により加点評価する。	●
0.3.12	造影剤副作用機能	—
0.3.12.1	造影剤の副作用について、造影剤名、副作用の症状やコメントなどを登録できること。	○
0.4	放射線部門システム（RIS）機能	—
0.4.1	RIS発信オーダ	—
0.4.1.1	RISにてオーダ発行ができること。	○
0.4.1.2	RISにて登録したオーダ情報の変更、削除ができること。	○
0.4.2	受付機能	—
0.4.2.1	検査を検索してリスト表示を行い、検査の受付を行う専用の画面を有すること。	○
0.4.2.2	上記、大項目「全般」の小項目「検索条件リスト」に対応していること。	○
0.4.2.3	検索条件としては、検査依頼状況、患者ID、患者カナ名、検査予定日、検査種、依頼科、入外区分、病棟等が使用できること。	○
0.4.2.4	当直時間帯での検索ができること。	○
0.4.2.5	検査日未定として登録されたオーダについて、その表示可否を指定できること。	○

0.4.2.6	受付リストには以下の項目が表示できること。検査依頼状況、患者ID、患者氏名、性別、検査時年齢、患者プロフィール情報、その他の患者付随情報、呼び出し状況、呼び出し日時、受付日時、検査予定日時、検査日時、検査種、検査項目、検査室、依頼科、依頼医、その他の検査付随情報（カルテや造影剤等の検査に必要なものの事前チェック等の使用を想定）、患者コメント、当日コメント、緊急区分、救急区分、読影区分	○
0.4.2.7	受付画面では検索とリスト部分以外に、以下の情報が同一画面にまとまって表示され、リストの行を選択するだけでその情報を参照できること。・受け付けた検査の検査順（患者ナビ）・当該患者の当日の他の検査の一覧	○
0.4.2.8	さらに、以下の情報も同一画面にまとまって表示され、リストの行を選択するだけでその情報を参照できること。ただし、これらの情報は端末毎またはユーザ毎の権限により使い勝手が良いように自由に位置や表示・非表示を切り替えることができること。・当該検査の患者情報・当該検査のオーダ詳細・レポート参照・検索条件範囲外の該当患者のオーダ情報（検査歴／予定）・検査担当者への連絡のために当日のみ有効な患者コメント（当日コメント）	○
0.4.2.9	患者IDが不明な場合、患者を検索する機能呼び出すことができること。	○
0.4.2.10	入院患者について、検査のための出診依頼の連絡を行ったかどうかの呼出状況をリスト上にて入力できること。この時、呼出時間も記録されること。	○
0.4.2.11	受付時、受付番号を発番すること。受付番号は、部門全体で日毎の連番、あるいは日毎かつ検査種毎の連番を設定にて指定できること。	○
0.4.2.12	受付処理は、単一患者を選択しての受付、あるいは複数の患者を一括で受付できること。	○
0.4.2.13	受付時、検査項目毎に検査室が割り振られること。割り振られる検査室は年齢区分により異なる検査室を設定できること。	○
0.4.2.14	複数の検査を同時に受け付けた場合、検査室に対して自動で順序付けを行うことができること。順序付けを行うか否かは設定により指定できること。	○
0.4.2.15	受付時、設定により受付票、依頼票、フィルム袋ラベルが自動で出力できること。出力するか否かは設定により変更できること。また、これらの帳票は手動にて再出力することができること。	○
0.4.2.16	検査日未定として登録されたオーダを受付ける場合には、現在日時を検査日時として確定できること。	○
0.4.2.17	割り振られた検査室、検査順は手動にて変更することができること。	○
0.4.2.18	受付済の検査の受付取消を行うことができること。この時、同時に受け付けた複数のオーダにて、一部のオーダが一時保存、実施済であっても未実施のオーダの受付取消ができること。	○
0.4.2.19	患者IDは、磁気カードやバーコードでの読み取り、または、手入力により指定できること。	○
0.4.2.20	患者IDの入力から検査の検索はバーコードで行うことができ、受付までの一連の操作もバーコードのみで実施できること。	○
0.4.2.21	受付処理を行う際に、警告メッセージとして以下のような状況の場合に、多彩な文字表現で注意を促す画面を表示できること。・当日他検査ある場合・体内金属がある場合・既知の強い造影剤副作用がある場合・患者プロフィールに基づく感染症がある場合や重篤な腎機能障害等がある場合	○
0.4.2.22	患者の呼び出し状況を一括で変更できること。	○
0.4.3	検査ワークリスト機能	—
0.4.3.1	専用の画面により検査対象のワークリストを表示できること。	○
0.4.3.2	上記、大項目「全般」の小項目「検索条件リスト」に対応していること。	○
0.4.3.3	検索条件としては、検査状況、患者ID、検査日（日未定含むか否か、当直時間帯か否かの指定も含む）、検査種、依頼科、入外区分、病棟、その他の検査付随情報、検査項目、検査室、PACS画像状況、検像状況、オーダ発行日、呼び出し状況を指定できること。	○
0.4.3.4	患者カナ名、病棟、診療科等で患者を検索して特定できること。	○
0.4.3.5	リストには、患者情報、その他の患者付随情報、検査依頼情報、検査実施情報、その他の検査付随情報、各種コメント類（検査指示事項などを含む）、PACS画像状況、検像状況、レポート状況、会計状況、受付してから待ち時間、呼び出し状況、呼出時間などの表示ができること。	○
0.4.3.6	検査の順序付けを行っている場合、検査前後の情報が視覚的にわかること。	○
0.4.3.7	選択中のオーダに対して、対象患者を検査室に呼び込む際に検査室確定の操作を行うことにより、当該検査室で検査を開始することを明示的に確認することができること。また、他の検査室で検査を開始する際にはワーニングが表示できること。	○
0.4.3.8	入院患者について、検査のための出診依頼の連絡を行ったかどうかの呼出状況をリスト上にて入力できること。この時、呼出時間も記録されること。	○
0.4.3.9	検査ワークリスト画面では検索とリスト部分以外に、以下の情報が同一画面にまとまって表示され、リストの行を選択するだけでその情報を参照できること。ただし、これらの情報は端末毎またはユーザ毎の権限により使い勝手が良いように自由に位置や表示・非表示を切り替えることができること。・当該検査の患者情報・当該検査のオーダ詳細・レポート参照・当該検査の同じ日の他の検査の一覧（当日他検査）・検査担当者への連絡のために当日のみ有効な患者コメント（当日コメント）・RISオーダコメント（検査時コメント、読影医へのコメント、依頼医へのコメント）・会計情報（物品手技加算情報）	○
0.4.3.10	選択行のオーダに対して、検査実施画面に遷移できること。	○
0.4.3.11	設定により、未受付の検査を選択して検査実施画面へ遷移できること。	○
0.4.3.12	バーコード入力により入力された患者IDをもとに検索を行い、オーダが存在した場合、自動的に検査実施画面に遷移すること。この場合、検索結果が複数オーダの場合でも遷移すること。	○
0.4.3.13	検査実施画面から戻った際に、検索条件に患者IDが含まれている場合は患者IDをクリアして再検索できること。	○
0.4.3.14	他端末にて同一検査の検査実施の画面が開かれている場合、エラーが表示されて開くことができないように制御できること。	○
0.4.3.15	選択行のオーダに対して、オーダの内容修正ができること。このとき、上位システムで発行したオーダは変更できないように制限をかけることもできること。	○
0.4.3.16	選択行のオーダに対して、検査室の変更ができること。	○

0.4.3.17	選択用のオーダに対して、受付処理、一括受付処理、受付取り消し処理、一括受付取り消し処理が別画面に遷移することなく実行できること。	○
0.4.3.18	選択行のオーダに対して画像システムを呼び出しできること。	○
0.4.3.19	選択行のオーダに対して他システムを呼び出しできること。（放射線レポート、内視鏡レポート、生理検査画像・レポート、循環器動画サーバ、パブリッシャー）	○
0.4.3.20	選択行のオーダに対して、モダリティにMWMにて情報送信できること。	○
0.4.3.21	選択行のオーダに対して、実施前であっても会計情報（物品手技加算情報）の登録できること。	○
0.4.3.22	選択行のオーダの患者の検査歴/検査予定のリストを参照できること。	○
0.4.3.23	受付処理を行う際に、警告メッセージとして以下のような状況の場合に、多彩な文字表現で注意を促す画面を表示すること。・当日他検査ある場合・体内金属がある場合・既知の強い造影剤副作用がある場合・患者プロフィールに基づく感染症がある場合や重篤な腎機能障害等がある場合	○
0.4.3.24	検査実施画面へ遷移する際に、警告メッセージとして以下のような状況の場合に、多彩な文字表現で注意を促す画面を表示すること。・検査ワークリスト内に同姓同名もしくは同姓患者が存在する場合・当日他検査ある場合・体内金属がある場合・既知の強い造影剤副作用がある場合・患者プロフィールに基づく感染症がある場合や重篤な腎機能障害等がある場合・受付から設定した時間以上待たせてる場合	○
0.4.3.25	受付時、自動で受付票、依頼票、フィルム袋ラベルの出力ができること。出力するか否かは設定により変更できること。	○
0.4.3.26	受付票、依頼票、フィルム袋ラベル、会計伝票を手動で再出力できること。	○
0.4.3.27	ユーザが作成した検査項目に紐づくマニュアル参照ができること。	○
0.4.3.28	検査ワークリストと検査実施画面を同時に表示でき、次患者の検査情報が参照できること。	○
0.4.3.29	オーダの新規登録ができること。	○
0.4.3.30	患者の呼び出し状況を一括で変更できること。	○
0.4.4	検査実施機能	—
0.4.4.1	検査の実施における情報参照、入力用の専用の画面を有すること。	○
0.4.4.2	検査実施画面では、以下の情報の入力・保存ができること。検査実施日時、検査装置、検査室、実施者（技師・施行医・看護師）、読影要否、会計モード（会計情報送付有無の指定）、紹介病院、紹介者、実施時間帯区分、検査内容詳細（検査項目、検査詳細項目、検査条件・検査プロトコルなど）、RISオーダコメント（検査時コメント、読影医へのコメント、依頼医へのコメント）、会計情報（使用薬剤、フィルム、手技、加算等）	○
0.4.4.3	実施時間帯区分が検査実施画面表示時にセットできること。また、時間帯区分は祝祭日や曜日ごとの診療時間の違いが考慮されていること。	○
0.4.4.4	実施者・施行医・看護師は設定で入力可能な人数の指定が行え、また、直前の検査での入力内容をデフォルト値とするか否かを設定にて指定できること。	○
0.4.4.5	検査室は、受付時に決定した検査室、端末ごとのデフォルト検査室、直前の検査室のいずれかの指定を設定にて指定できること。	○
0.4.4.6	検査項目の中止ができること。	○
0.4.4.7	検査項目の変更および追加ができること。	○
0.4.4.8	未検査の検査項目に対してデフォルトとして設定されている検査条件、会計情報（物品、手技、加算等）が初期値として表示できること。	○
0.4.4.9	デフォルト検査詳細、会計情報は検査室、検査項目、年齢、性別ごとに設定できること。	○
0.4.4.10	デフォルトの使用物品のセットを作成でき、実施時にセットを選択することにより会計情報（物品手技加算情報）の一括入力ができること。このセットは検査種毎あるいは共通のものに分類することができること。	○
0.4.4.11	検査実施画面から、デフォルト会計情報（物品手技加算情報）マスタメンテ機能呼び出すことができ、値を登録できること。	○
0.4.4.12	検査実施画面から、会計情報（物品手技加算情報）セットマスタ編集を呼び出すことができ、値を登録できること。	○
0.4.4.13	検査条件・検査プロトコルの入力は別ウィンドウを表示することなく、表示されているエリアに直接入力できること。	○
0.4.4.14	会計情報の入力は一覧から自由に選択でき、一覧として表示される順番は初期値を設定・変更ができること。	○
0.4.4.15	会計情報の数量の入力はインライン入力ができること。	○
0.4.4.16	会計情報の項目は、フィルム・薬剤・造影剤・手技・材料・放射性医薬品といった分類から選択可能で、名称による絞り込みができること。	○
0.4.4.17	会計情報のバーコード入力ができること。また、GS1-128形式のバーコードにも対応し、有効期限を取り込みできること。	○
0.4.4.18	写損が発生した場合、写損回数および写損理由を入力できること。写損理由に関しては選択入力できること。	○
0.4.4.19	過去の検査から管電流などの検査詳細条件のコピーができること。	○
0.4.4.20	入力中のオーダの患者の過去の検査画像やレポートを参照できること。	○
0.4.4.21	患者の年齢を小児・大人などの分類に分けることができ、分類幅および分類自体も設定変更できること。	○
0.4.4.22	入力中の会計情報（物品手技加算情報）は当該画面で入力されている全てが一覧で表示できること。	○
0.4.4.23	造影検査かどうかに応じて、造影検査で造影剤が使用されていない際や、単純検査で造影剤が使用されている際にワーニングが表示されること。	○
0.4.4.24	RI検査の場合、1件の撮像オーダにて複数回の撮像を行う場合の運用にも対応できること。	○
0.4.4.25	入力した内容を一時的に保存し、検査実施画面を閉じる機能を有すること。	○
0.4.4.26	入力中のオーダに対して他システムを呼び出すことができること。	○
0.4.4.27	ユーザが作成した検査項目に紐づくマニュアルの参照ができること。	○
0.4.4.28	検査詳細条件は検査種毎に項目を管理することができること。	○

0.4.4.29	検査実施完了後、自動でフィルム袋ラベル、会計伝票の出力ができること。出力するか否かは設定により変更できること。	○
0.4.4.30	特定の検査種において、資材情報を事後的に入力する運用に対応する機能を有すること。具体的には、技師が検査終了時に、一旦保留登録を行い、検査日の翌日以降に、別の担当者が資材情報を入力し電子カルテに実績送信する運用に対応ができること。また、その際に、検査時に保留登録した際の撮影室や実施時間の記録は更新されずにそのまま残せること。	○
0.4.4.31	前項の事後の資材情報の入力では、電子カルテに実績送信する前に、担当者が2名で、ダブルチェックを行うため、その運用対応ができること。	○
0.4.5	核医学検査実施機能	—
0.4.5.1	RI検査では、使用した放射性医薬品を選択し、会計のための請求量、記録簿用途の使用量、残量、投与日付、投与時刻の入力ができること。	○
0.4.5.2	検査実施時に選択できる放射性医薬品やデフォルト値は、次の運用パターンを想定したものであること。1)他の物品等と同様にマスタに登録されている放射性医薬品全てが指定可能で、デフォルト薬品やその値も他の物品等と同様に定義したものが表示できること。2)薬品管理画面で受入した放射性医薬品のみが指定可能で、使用量の初期値は検定量が表示できること。3)薬品管理画面であらかじめ各オーダに割り当てた薬品が表示される。割当時に指定した使用量や請求量が表示できること。	○
0.4.5.3	電子カルテシステムが発行する撮影日時の検査オーダをRISで受信し、投与時および撮影時にそのオーダを利用し、核医学検査の業務が可能なこと。	○
0.4.5.4	電子カルテシステムが発行するセットオーダ（投与日時と撮影日時の2つの検査オーダ）をRISで受信し、投与時および撮影時にそれぞれのオーダを利用し、核医学検査の業務が可能なこと。	○
0.4.6	検査実施（修正）	—
0.4.6.1	実施済の検査の実施情報を修正することができること。	○
0.4.6.2	修正した実施情報を外部システムに送信を行うか否かを画面上で選択できること。	○
0.4.7	検査照会機能	—
0.4.7.1	専用の画面により検索条件を指定して用途に応じた検査の検索ができること。	○
0.4.7.2	上記、大項目「全般」の小項目「検索条件リスト」に対応していること。	○
0.4.7.3	検索条件としては、検査依頼状況、患者ID、検査種、依頼科、入外区分、病棟、検査項目、検査室、PACS画像状況、検像状況、オーダ発行日、呼び出し状況、検査予定日、検査日（日未定含むか否か、当直時間帯か否かの指定も含む）、実施者、施行医、看護師、その他の検査付随情報を指定できること。	○
0.4.7.4	患者カナ名、病棟、診療科等で患者を検索して特定できること。	○
0.4.7.5	リストには、患者情報、その他の患者付随情報、検査依頼情報、検査実施情報、その他の検査付随情報、各種コメント類、PACS画像状況、検像状況、レポート状況、会計状況などの表示ができること。	○
0.4.7.6	検査実施情報の修正機能呼び出しできること。	○
0.4.7.7	選択行のオーダに対して画像システムを呼び出しできること。	○
0.4.7.8	選択行のオーダに対して他システムを呼び出しできること。	○
0.4.7.9	選択行のオーダに対して、患者コメント、当日コメント、RISオーダコメント（検査時コメント、読影医へのコメント、依頼医へのコメント）の表示、入力ができること。	○
0.4.7.10	選択行のオーダに対して、フィルム袋ラベル、会計伝票の出力ができること。	○
0.4.7.11	選択行のオーダの患者の検査歴/検査予定を参照できること。	○
0.4.8	検査待ち患者数表示機能	—
0.4.8.1	専用画面により、各検査（検査室のグループ）の検査待ちの患者数を表示できること。	○
0.4.8.2	検査待ちの患者数の状況により患者数表示の文字色やグラフの表示色を変化させることにより、検査実施者等に注意を促すことができること。	○
0.4.8.3	患者数表示の文字色やグラフの表示色の変化させる条件となる患者数や変化させる色はユーザにて指定できること。	○
0.4.9	放射性医薬品管理機能	—
0.4.9.1	登録された放射性医薬品の一覧を表示できること。	○
0.4.9.2	上記、大項目「全般」の小項目「検索条件リスト」に対応していること。	○
0.4.9.3	放射性医薬品の新規登録、編集、削除ができること。	○
0.4.9.4	放射性医薬品の返品処理、廃棄処理、一括受入機能の呼び出しができること。	○
0.4.9.5	一括受入機能では、発注済の放射性医薬品の一覧に対して受入状態として登録すること。登録時には、自動発番された製造番号または手入力による製造番号が保存できること。	○
0.4.9.6	検査日毎の発注予定の薬品のリスト作成ができること。	○
0.4.9.7	実投与量は、検定放射エネルギーを基に、投与した時刻に応じた減衰の自動計算が可能なこと。	○
0.4.9.8	投与量の値を基に、施設で指定した割合より自動的に算出した廃棄量を記録することが可能なこと。	○
0.4.9.9	キャンセル時や機器校正のために使用した薬剤については、別途でオーダ発行をすることなく、使用した薬剤としての登録が可能なこと。	○
0.4.10	放射性医薬品調製管理機能	—
0.4.10.1	放射性医薬品の調製記録を厳密に行うための、投与予定日をキーとした核医学検査オーダの一覧を表示できること。	○
0.4.10.2	一覧表示された核医学検査オーダには予め指定のデフォルトの薬品、および、使用量や請求量の割当がされており、登録ボタンにより確定することができること。また、設定により、起動時のデフォルト割当は行わない動作もできること。	○
0.4.10.3	一覧表示された核医学検査オーダには手動で使用予定の薬品を一覧から割当することができること。また、使用量や請求量も手入力できること。	○
0.4.10.4	放射性医薬品の一括発注、一括受入、溶出、調製の各機能の呼び出しができること。	○
0.4.10.5	一括発注機能では、登録済の放射線医薬品の一覧に対して発注数量の入力ができること。	○
0.4.10.6	溶出、調製機能では、溶出量(MBq)、溶出液量(mL)を指定してミルキングができること。標識キットを使用してラベリングができること。生じる残量の廃棄処理ができること。	○

0.4.10.7	ミルク時の放射エネルギーは日数に応じて減衰計算（ミルクできる本数も経過日数に従って少なくなる）できること。	○
0.4.11	廃棄容器管理機能	—
0.4.11.1	廃棄容器の一覧を表示できること。	○
0.4.11.2	上記、大項目「全般」の小項目「検索条件リスト」に対応していること。	○
0.4.11.3	廃棄容器は、登録/開缶/封缶/引渡の状態管理を行うことができること。	○
0.4.11.4	廃棄容器は、可燃/難燃/不燃/液体の種別を扱うことができること。	○
0.4.12	放射性医薬品帳票機能	—
0.4.12.1	核種別、日別に使用量を集計し、一日最大使用量との比較可能な「放射性医薬品使用統計（日別）」、3月間最大使用量・年間最大使用量との比較可能な「放射性医薬品使用統計（月別）」を出力できること。	○
0.4.12.2	日本アイソトープ協会推奨 様式（1）A 「VIVO記録簿」に準じた「放射性医薬品使用記録簿（ミルク）」、および、様式（1）B 「VIVO記録簿（2製品）」に準じた「放射性医薬品使用記録簿」を出力できること。	○
0.4.13	帳票共通機能	—
0.4.13.1	専用の画面により帳票種類、出力条件を指定して帳票を出力（印刷、プレビュー）できること。	○
0.4.14	検査予定表出力機能	—
0.4.14.1	検査日、検査種または検査室、入外区分、病棟を指定して検査予定表を印刷できること。	○
0.4.15	照射録出力機能	—
0.4.15.1	検査日、検査種を指定して照射録を印刷できること。	○
0.4.15.2	照射録は複数の検査を一覧で出力するサマリ形式での出力ができること。	○
0.4.16	当直簿出力機能	—
0.4.16.1	検査日、検査時間帯、検査種、時間外を含む含まないを指定して当直簿を印刷できること。	○
0.4.16.2	印刷の際に画面上で当直者、特記事項の指定を可能で印刷物に反映できること。	○
0.4.17	機器点検機能	—
0.4.17.1	JIRAなどで提案されている「放射線関連装置の始業終業点検表」、マンモグラフィー独自の点検項目（「NP0法人マンモグラフィー精度管理中央委員会」の評価基準のテスト項目）のチェックおよび点検表の出力ができること。	○
0.4.17.2	機器点検項目および機器点検項目の集まりを機器点検表として登録できること。これらはユーザにて作成できること。	○
0.4.17.3	機器点検表は、検査室あるいは装置毎に作成することができ、起動時に端末毎に決められた検査室の点検一覧が表示できること。	○
0.4.17.4	点検対象の装置あるいは検査室毎の点検状況を1月単位でマトリックス表示し、点検対象の装置あるいは検査室に対して点検表をリンクさせ、装置あるいは検査室を選択することにより、点検項目のリストが表示されること。	○
0.4.18	機器品質管理帳票出力機能	—
0.4.18.1	「医療機器等始業・終業点検実施記録」が標準機能として出力できること。	○
0.4.19	データ抽出機能	—
0.4.19.1	専用の分析画面によりシステムで扱うデータを自由に組み合わせてデータの集計ができること。	○
0.4.19.2	出力する項目はユーザにて画面上で指定できること。	○
0.4.19.3	対象の期間（FromとTo）やその他の条件、分析項目（ディメンジョン）、分析値（メジャー）の組み合わせを自由に選択できること。	○
0.4.19.4	出力する項目や検索条件は保存して再利用できること。	○
0.4.19.5	分析結果はExcel型式の数値データ、グラフ（棒グラフ）でのファイル出力できること。	○
0.4.19.6	検査項目を分析用に分類分けすることができ、各統計にて分析用分類毎の集計値が出力できること。分類は複数パターン使用できること。	○
0.4.19.7	未加工のデータ取り出しもできること。	○
0.4.20	データ抽出テンプレート機能	—
0.4.20.1	標準統計として以下の出力ができること。	○
0.4.20.2	検査種別統計	○
0.4.20.3	検査室別統計	○
0.4.20.4	依頼科別統計	○
0.4.20.5	物品別使用量（日単位）	○
0.4.20.6	物品別使用量（月単位）	○
0.4.20.7	物品別使用量（年度単位）	○
0.4.21	Excel統計機能	—
0.4.21.1	分析条件に対して帳票レイアウトが組み込まれたExcelファイルを指定し、Excelによる統計帳票を出力できること。	○
0.4.22	Excel統計帳票出力機能	—
0.4.22.1	統計として以下の出力ができること。	○
0.4.22.2	放射線科業務集計報告書	○
0.4.23	メッセージ機能	—
0.4.23.1	端末間でメッセージの送受信ができること。	○
0.4.23.2	送信したメッセージの内容はリアルタイムに送信先端末に表示できること。	○
0.4.24	掲示板機能	—
0.4.24.1	部内への連絡事項を掲示できること。	○
0.4.24.2	掲示板に表示させる文章は、記入画面よりユーザが入力・削除できること。また、記入・削除の可能なユーザを権限で制御できること。	○
0.4.24.3	文章には表示可能期間を設定することができ、その期間が過ぎた文章は掲示板に表示されない制御ができること。	○
0.4.25	システム連携機能	—
0.4.25.1	上位システムより患者情報、オーダ情報を受信できること。また、これらのシステムに対して受付情報、検査実施情報を送信できること。	○

0.4.25.2	最新の入外情報を受信した際には、患者の最新の情報および、未実施検査の入外情報の更新を行い、検査時に適切な情報を参照できること。	○
0.4.25.3	レポートシステムに対して患者情報、オーダー情報、検査実施情報を送信できること。また、レポートシステムよりレポート確定通知情報を受信できること。	○
0.4.25.4	画像管理システムに対して患者情報、オーダー情報、検査実施情報を送信することができること。また、画像管理システムより画像到着通知情報を受信できること。	○
0.4.25.5	患者情報や患者移動情報を受信した場合、速やかにその情報を外部システムに送信できること。	○
0.4.25.6	患者入外と、オーダー入外を持ち、オーダー入外はまだ未実施のオーダーに対して、入外の更新ができること。	○
0.4.25.7	呼出時、患者不在時、術後撮影依頼等は患者リストの背景を色づけするなど、識別を容易にする仕組みを有すること。	○
0.5	モバイルソリューションシステム／ソフトウェア	—
0.5.1	モバイル端末でRISが閲覧できるなど、モバイル端末を活用できるシステム・ハードウェア構成であること。	○
0.6	要望	—
0.6.1	RISで検査開始してからステータスを受付済に戻す際にワンクリックでできること。	○
0.6.2	RISで生理検査オーダーが同日に複数ある場合は、全ての生理検査を表示できること。	○
0.6.3	RISで生理検査オーダーに付与された医師コメントがポップアップで表示ができること。	○
0.6.4	RISから患者を選択し、該当患者の検体検査結果が参照できること。	○
0.6.5	RISから生理検査レポートに検査コメントが入力できること。	○
0.6.6	RIS内で利用するコメント定型文をマスタ化できること。構築時に当センターと調整を行うこと。	○
0.6.7	RISの患者一覧（受付一覧）などは自動更新ができること。また、更新間隔はマスタで設定ができること。個人で設定ができることが望ましい。	○
0.6.8	RISのコメント入力には用途ごとにコメント入力機能があること。例えば当日のみのコメント、RIS内で恒久的に残るコメント、モダリティにぶら下がるコメント、電子カルテに送るコメント、レポートシステムへ送るコメントなど。	○
0.6.9	RISから検査のステータス変更（ひとつ前のステータスに戻すこと）ができること。例：受付済から未受付に戻す	○
0.6.10	RISの患者一覧にe-GFRの検査結果値と検査結果日が表示できること。また検査日が90日以前の場合は警告できる表示ができること。	○
0.6.11	RISは操作したい検査室やモダリティの接続先（向き先）を利用者側で簡単に変更できること。	○
0.6.12	RISの受付一覧画面で各モダリティの申し送りのコメントが一覧上で参照できること。	○
0.6.13	RISの患者一覧画面が自動で更新できること。また、更新間隔は利用者または端末ごとに設定ができること。	○
0.6.14	レポートシステムの患者一覧に「当日診察あり」のステータスを電子カルテから情報取得し、表示できること。電子カルテベンダーと部門システムベンダーで実現に向けて調整すること。	○
0.6.15	照射録で「kV、mA、mAs、sec」のデフォルト値をオーダー毎にユーザ側で設定できること。	○
0.6.16	RISの利用者マスタは権限者が利用権限や期限設定などメンテナンスできること。	○
0.6.17	同患者同日にて複数の生理検査がある場合は、ひとつ選択しても他にも検査があるよう警告ができること。	○
0.6.18	オーダーの依頼医コメントがある場合、RISで患者選択時にポップアップコメントが表示できること。	○
0.6.19	RISから生理検査レポートに検査コメントが入力できること。	○
0.7	画像CDの持ち出し管理	—
0.7.1	画像が取り込まれたCDの持ち出し者の管理が以下の要件でできること。	—
0.7.1.1	画像CDの持ち出しに関する情報をRISのオーダーと紐づけた管理が可能であること。RISの一覧画面上で、管理する情報の表示および検索ができる機能を持つこと。	○
0.7.1.2	画像CDの持ち出しに関する情報は、区分（CD、DVD等）、進捗情報（未・済）、持ち出し者の部署と氏名、持ち出し日時、およびフリーコメントを登録することが可能であること。	○

項番	機能要件	配点
P	レポート作成システム	—
P.1	共通要件	—
P.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
P.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
P.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
P.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
P.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
P.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
P.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
P.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
P.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
P.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
P.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
P.2	サーバ部／ハードウェア	—
P.2.1	サーバ仕様	—
P.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
P.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
P.2.1.3	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
P.2.1.4	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
P.2.1.5	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
P.2.1.6	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
P.2.1.7	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
P.3	サーバ部／ソフトウェア	—
P.3.1	サーバソフトウェア仕様	—
P.3.1.1	ユーザ管理は、ログインユーザごとに作業に制限をかけることが可能であること。	○
P.3.1.2	ユーザのマスタ管理は、権限管理とその他マスタができること。	○
P.3.1.3	グループ管理、権限テンプレート管理、権限の内容（参照（権限）、一次読影、二次読影、三次読影、確定（権限）、管理権限、優先度（変更）、システム、グループ、ユーザの項目編集が可能であり、自動印刷、印刷機能がすること。	○
P.3.1.4	電子カルテシステムまたはRISから各検査の患者属性情報、撮影予約情報、撮影依頼情報、撮影実施情報を取得できる機能を有すること。	○
P.3.1.5	電子カルテシステムまたはRISと連携し、レポート情報がオーダ発行元（依頼科）へWeb配信できる機能を有すること。	○
P.3.1.6	電子カルテシステムやRIS端末からURLなどを指定することにより、該当検査のレポート参照できるしくみを有すること。	○
P.3.1.7	電子カルテシステムまたはRISから利用者IDや部位マスタなど共有できるマスタを取得する機能を有すること。	○
P.3.1.8	過去データを新規レポートサーバへデータ移行すること。これには、キー画像も含めること。	○
P.3.1.9	集計機能は、読影日、検査日から期間、モダリティ毎の読影数の集計が行えること。	○
P.4	アプリケーション部／ソフトウェア	—
P.4.1	ソフトウェア仕様	—
P.4.1.1	ユーザをID、パスワードより管理できること。また、電子カルテからの引き継ぎによりパスワードの変更機能が可能であること。	○
P.4.1.2	レポートのログインとパスワードを入力し、部門PACSにも引き継げるシングルサインオンができること。	○
P.4.1.3	300万件レコード時には、3秒以内で表示できること。	○
P.4.1.4	ワイドモニターなどのモニタに対応するアプリケーションであること。	○

P. 4. 1. 5	オートリフレッシュ機能は、検索結果の一覧のタブ、ワークファイルリストを最新の情報に更新を、設定された時間によって、自動で更新できること。	○
P. 4. 1. 6	ワークファイルは、自由検索との組み合わせで運用、保存できること。	○
P. 4. 1. 7	自由検索の検索項目は、患者ID、患者氏名、緊急度、読影状態、一次・二次・三次読影者、要確認依頼先、検査実施日、依頼日、所見、診断、モダリティ、依頼病院、診療科、依頼医、検査部位、印刷状態、検像状態等が実施できること。	○
P. 4. 1. 8	アドバンスド検索は、自由検索以上の組み合わせで運用、保存できること。また、AND/ORの組み合わせができること。	○
P. 4. 1. 9	「一次読影者」「二次読影者」「三次読影者」の検索だけでなく四次以降の場合、「最終読影者」という確定したレポートの検索ができること。	○
P. 4. 1. 10	依頼コメントから検索ができること。	○
P. 4. 1. 11	ワークリストファイルは、システム、グループ、ユーザ管理が行えフォルダ作成、ワークファイル、ブックマーク、削除、変更機能を有すること。	○
P. 4. 1. 12	ブックマーク機能によるティーチングファイル管理（共有、個人）を有すること。	○
P. 4. 1. 13	ワークリスト表示画面（レポート一覧）の検索結果一覧表示機能は、ワークファイルからの検索結果は、ワークファイル名のタブに表示できること。また、自由検索からの検索結果は、自由検索のタブに表示できること。	○
P. 4. 1. 14	リスト上の表示カラムは、読影情報（依頼、読影済）を一覧形式で表示でき、ステータス状態（ステータス毎に色変更）、患者氏名、ID/生年月日、性別/年齢、依頼日時、検査日時、検査種別（モダリティ毎の色設定）/検像状態、検査部位、部位数、造影、依頼科/依頼医師、入院外来/病棟、診断、依頼コメント、読影者（最終読影者、その前の読影者）、読影日時（最終読影日時、その前の読影日時）、次回受診日、検査時年齢など表示できること。また、位置の変更も可能であること。	○
P. 4. 1. 15	リスト上に、内容の項目の枠からはみ出している場合、ポップアップで枠の内容が表示できること。	○
P. 4. 1. 16	オーダ情報がなくてもレポート枠作成、修正機能が行えること。	○
P. 4. 1. 17	レポート作成画面は、患者、検査情報、レポート入力エリア、過去検査参照エリア（過去検査リスト、過去検査表示エリア）で構成され、一画面で全てのデータが確認できること。	○
P. 4. 1. 18	レポート作成画面は、わかりやすくするため所見入力エリアと過去所見参照エリアと対比した画面構成であること。	○
P. 4. 1. 19	過去レポート参照時に過去確定レポートのタイムライン表示できること。	○
P. 4. 1. 20	所見や診断部分の入力は、リッチテキストフォントの使用できること。また、禁則処理もできること。	○
P. 4. 1. 21	レポート端末から該当する検査画像データの連携機能を有すること。	○
P. 4. 1. 22	テンプレート（定型文書）は、よく使用する文言を登録して、所見・診断などのコメント記載に使用することが可能であること。	○
P. 4. 1. 23	マンモグラフィなどの所見対応ができること。	○
P. 4. 1. 24	所見へ追記機能として現在の所見に日付、所見などの内容を追記する表示項目（日+所、日付、所見のボタン）があること。例として「検査日の過去検査と比較しました。過去レポートの所見の内容」と反映されること。	○
P. 4. 1. 25	特記事項は、患者に関するコメントやオーダ、レポートに対する読影時のコメントを残す事が可能であること。この管理はシステム、グループ、ユーザ管理で運用する機能を有すること。また、キー画像を貼付けできること。	○
P. 4. 1. 26	キー画像の画像編集機能は、採用画像に対し以下の情報追記が可能であること。対応機能は、画像タイトル、カラー選択、番号、アノテーション操作矢印、パンニング、ズーム、矢印（始点から終点の両方向）、□印、○印、テキスト、アンドウ、画像フィット機能	○
P. 4. 1. 27	リスト表示項目の詳細では以下を指定できること。 ・リスト出力項目 ・タイトル ・順序 ・日付、時刻フォーマット ・配置方向 ・幅	○
P. 4. 1. 28	キー画像のタイトルの定型文選択機能があること。	○
P. 4. 1. 29	承認確定は、読影したレポートの確定が可能。別のユーザにレポートを回して確認を取る、2次もしくは3次読影を依頼する、前の2次読影者に差し戻しをすることが可能であること。	○
P. 4. 1. 30	印刷できる機能を有すること。	○
P. 4. 1. 31	レポート記載しながら印刷プレビューを行えること。	○
P. 4. 1. 32	PDFまたはXML形式による出力が可能であること。	○
P. 4. 1. 33	レポートのキー画像から読影端末への該当画像のダイレクトな参照できること。	○
P. 4. 1. 34	改定履歴管理を行えること。	○
P. 4. 1. 35	検査情報修正は、状態の欄に「未読影」だけでなく、割当済の場合は、「未読影 ○Dr読影予定」と表示できること。	○
P. 4. 1. 36	検査情報修正は、優先度の変更と同じように、該当レポート上で右クリックし、表示されたDr名から選択することで、一次読影者を割当られるようにすること。また、割当解除も、1番上に空欄を作っておいて、それを選択すると解除できるようにすること。	○
P. 5	要望	—
P. 5. 1	レポートシステムで作成したレポートを印刷する際に印刷者、印刷日時がレポートの枠外に印字ができること。また、レポートシステム以外のシステムからの印刷でも同様にできること。	●

項番	機能要件	配点
Q	動画画像管理システム	—
Q. 1	共通要件	—
Q. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
Q. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
Q. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
Q. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Q. 1. 5	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Q. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
Q. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Q. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
Q. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
Q. 1. 10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
Q. 2	基本要件	—
Q. 2. 1	DICOM動画サーバシステムは日本国内での循環器向けサーバシステム納品施設が300施設以上あり、安定的な稼働、サポートを行えるシステムであること。	○
Q. 2. 2	主に血管撮影装置、心エコー装置にて撮影したDICOM動画画像とレポートを長期保存できること。	○
Q. 2. 3	現行のシステムから画像、レポートデータ移行を行い、継続運用が可能なシステムであること。	○
Q. 2. 4	電子カルテシステム端末より、Web機能にて、画像、レポートが閲覧、参照できること。	○
Q. 2. 5	本システムが正常に動作するように、納入後1年間は無償で定期的に点検、調整し、障害防止を行うこと。	○
Q. 3	ハードウェア	—
Q. 3. 1	サーバ	—
Q. 3. 1. 1	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
Q. 3. 1. 2	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Q. 3. 1. 3	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Q. 3. 1. 4	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Q. 3. 1. 5	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Q. 3. 1. 6	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Q. 3. 2	システム	—
Q. 3. 2. 1	医用画像共通通信規格DICOM3. 0で定義された画像（1024×1024×12bit以下）に対応し、運用するシステムであること。	○
Q. 3. 2. 2	DICOM3. 0で定義される通信規格に対応し出力機能を有している各装置（血管撮影装置、ポリグラフ、IVUS、心エコー）と接続すること。その接続費用も含むこと。※DICOM出力対応機種とする。	○
Q. 3. 2. 3	DICOM規格に準拠したID（例：Patient UID等）、患者氏名、患者IDなど任意のインデックスを使用した画像ファイリング機能を有すること。	○
Q. 3. 3	画像管理データベースに関して以下の要件を満たすこと。	—
Q. 3. 3. 1	電子カルテシステムシステムより、検査オーダを取得できること。	○
Q. 3. 3. 2	ログインユーザごとに起動画面の設定機能を有すること。	○
Q. 3. 3. 3	画像検索機能として、画像リストおよびオーダリストより検索表示できること。	○
Q. 3. 3. 4	検索結果表示画面上に、選択検査のサムネイル、同一患者の検査履歴を表示できること。	○
Q. 3. 3. 5	画像検索リストはDICOMビューワ、解析ソフト、レポートデータベースが起動可能で、オーダ検索リストはDICOMビューワ、レポートデータベースが起動可能です。	○
Q. 3. 3. 6	画像検索リストのサムネイルから起動した場合は、選択したサムネイルの画像が最初に表示されること。	○

Q. 3. 3. 7	DICOM画像の患者属性情報をオーダ情報より反映し修正できる機能（PIR機能）を実装していること。	○
Q. 3. 3. 8	CD等のDICOM画像登録が可能で、オーダより属性情報を取得し修正登録可能であること。	○
Q. 3. 3. 9	画像消去、編集作業は、パスワード認証管理により管理者のみが実施可能であること。	○
Q. 3. 3. 10	画像消去、修正機能として、分離、結合、1シリーズ削除機能を有し、その記録が保存できること。	○
Q. 3. 3. 11	属性情報の修正機能として同一患者IDのデータに対し、一括で修正できる機能を有していること。	○
Q. 4	レポートデータベースに関して以下の要件を満たすこと。	—
Q. 4. 1	データベースソフトウェアにはFileMaker Pro 16以降を使用し、既存カテ台帳よりデータ移行できること。	○
Q. 4. 2	データベース管理ソフトウェアにはFileMaker Server 15以上を使用すること。	○
Q. 4. 3	カテ台帳を搭載し、カスタマイズ対応ができること。	○
Q. 4. 4	検査オーダより患者属性情報を取得し、新規レコード作成ができること。	○
Q. 4. 5	カテ予定表機能も搭載し、オーダ連動できること。	○
Q. 4. 6	ポリグラフ装置より圧波形数値データをデータベースに取り込みができること。またその接続費用も含むこと。	○
Q. 4. 7	心血管解析結果の数値をデータベースに取込ができること。	○
Q. 4. 8	自社内にファイルメーカー認定資格者が常駐し、リモートシステムでの修正対応が可能であること。	○
Q. 4. 9	超音波装置から送信できるDICOM SR情報をすべて取り込めること。	○
Q. 4. 10	J-PCIレジストリー登録に関し、NCD事務局が公表しているアップロード機能のCSVファイルを出力できる機能を有すること。また、登録エラーが無いようにデータチェック機能および修正機能を有していること。	○
Q. 5	端末仕様は以下の要件を満たすこと。	—
Q. 5. 1	DICOM画像用ワークステーションを 4式有すること。	○
Q. 5. 2	DICOM画像用ワークステーションのOSはMicrosoft社Windows11Pro以上を使用すること。	○
Q. 5. 3	DICOM画像用ワークステーションはIntel社Core i5 3GHz相当以上のCPUを搭載すること。	○
Q. 5. 4	DICOM画像用ワークステーションの物理メモリ量は8GBであること。	○
Q. 5. 5	DICOM画像用ワークステーションはMicrosoft社Office 2013 日本語版以降を搭載すること。	○
Q. 6	画像解析、閲覧ソフトウェアに関して以下の要件を満たすこと。	—
Q. 6. 1	心血管解析ソフトウェア1ライセンス、DICOMビューワ ライセンスを有すること。	○
Q. 6. 2	心血管解析ソフトライセンスは、ライセンスサーバ機能によって管理され、専用端末全てで使用できること。	○
Q. 6. 3	心血管解析ソフトウェアは、検査リストおよびDICOMビューワから起動できること。	○
Q. 6. 4	心血管解析ソフトウェアは、解析結果の数値および画像を自動的にサーバに登録し、データベース上に表示されること。	○
Q. 7	心血管解析ソフトウェアは、以下の機能を有し、学術的なデータ作成が可能な解析ソフトであること。	—
Q. 7. 1	解析結果の整合性を取るため既存の心機能解析ソフトウェアを採用すること。	○
Q. 7. 2	定量的冠動脈造影解析（QCA）機能を有すること。	○
Q. 7. 3	Stent解析機能を有すること。	○
Q. 7. 4	Bifurcation（分枝部）解析機能を有すること。	○
Q. 7. 5	複数の狭窄部位がある場合、同一フレームでそれぞれに解析が可能であること。	○
Q. 7. 6	定量的左心室解析機能（QLV）を有すること。	○
Q. 8	DICOMビューワは、以下の機能を有すること。	—
Q. 8. 1	DICOMビューワは、画面分割が16分割まで可能であり、IVUS短軸画像より長軸画像を表示できること。	○
Q. 8. 2	DICOMビューワは、患者IDによる検査リストおよびレポートが自動に反映され、検査画像およびレポートが、比較表示できること。	○
Q. 8. 3	DICOMビューワは、各接続モダリティ単位で画質設定情報を保存し、自動的にその設定で画像再生されること。	○
Q. 8. 4	DICOMビューワは、アノテーション、計測機能を有すること。	○
Q. 8. 5	DICOMビューワは、サブトラクション（DSA）機能を有すること。	○
Q. 8. 6	DICOMビューワは、再生画像画面内とマウスに再生コントロール機能がありスムーズに操作できること。	○
Q. 8. 7	DICOMタグ情報を表示できる機能を有すること。	○
Q. 8. 8	画像に対し、後から検索を目的として複数のブックマークができる機能を有すること。	○
Q. 8. 9	画像変換機能としてAVI、Mpeg、Jpegなどの汎用画像フォーマットに変換機能を有すること。	○
Q. 8. 10	画像変換機能としてアノテーション機能を反映し変換できる機能を有すること。	○
Q. 9	DICOM-CD・DVD発行に関して以下の要件を満たすこと。	—
Q. 9. 1	ワークステーションにはDICOM-CD・DVD発行機能を13式搭載すること。	○
Q. 9. 2	メディア発行作業者は、パスワード認証管理により制限できること。	○
Q. 9. 3	DICOM-CD・DVDには簡易ビューワが同梱され、WindowsPCで再生可能であること。	○
Q. 9. 4	メディア発行データとして任意な検査画像データを選択し発行する機能を有すること。	○
Q. 9. 5	メディア発行データとして検査画像内の任意な画像のみ選択し発行する機能を有すること。	○
Q. 9. 6	メディア発行データとしてレポートも同梱し、発行する機能を有すること。	○
Q. 9. 7	メディア発行時に必要に応じて自動で匿名化する機能を有すること。	○
Q. 9. 8	電子カルテシステム(Web)連携は以下の要件を満たすこと。	○
Q. 9. 9	すべての電子カルテシステム端末から画像閲覧、レポート閲覧が可能であること。	○
Q. 9. 10	電子カルテシステム端末とは、患者IDにてURL連携と検査オーダ単位での連携できること。	○
Q. 9. 11	Webビューワは、DICOMビューワと同等のインターフェースであること。	○

Q. 9. 12	Webビューワは、患者IDによる検査リストが自動的に反映され、複数の検査画像を比較表示できること。	○
Q. 9. 13	Webビューワは、サブトラクション（DSA）機能を有すること。	○
Q. 9. 14	Webビューワは、再生画像画面内とマウスに再生コントロール機能がありスムーズに操作できること。	○
Q. 10	設置条件等は、以下の要件を満たすこと。	—
Q. 10. 1	本システムは指定した場所に設置すること。	○
Q. 10. 2	当センターが用意した設備（電気、空調、配線）以外に必要となる設備がある場合は、費用は本調達に含むものとする。	○
Q. 10. 3	本調達機器の設置に関し、機器の搬入、据付および調整は本調達に含むものとする。	○
Q. 11	保守	—
Q. 11. 1	本システムの円滑な運用を実現するための定期点検、調整および技術的サポートを行える体制を有すること。	○
Q. 11. 2	本システムに対し、電話回線等を使用したオンライン故障遠隔診断機能を有しトラブル時に対応が行えること。	○
Q. 11. 3	365日サーバのシステムログを自動解析を行い、異常時には自動通報サービスにより通知されること。または週1回以上、サーバのシステムログを自動解析を行い、異常時には自動通報サービスにより通知されること。	○
Q. 11. 4	緊急の故障などに速やかに対応できる体制が確立していること。	○
Q. 11. 5	保証期間中に通常の使用により故障した場合、無償で修理等を行うこと。	○
Q. 11. 6	調達物品の製造業者が複数の場合であっても、納入業者が責任をもって全ての問題解決にあたること。	○
Q. 12	動画画像システム データ移行	—
Q. 12. 1	対象データ	—
Q. 12. 1. 1	既存動画サーバのデータを全て移行すること。他社リプレイスの場合も同様に既存ベンダーと調整しデータ移行すること。対象データは別表4を参考にすること。	○
Q. 12. 1. 2	DICOM画像データは新規サーバ側がデータコピー用のNASや共有フォルダ等を用意すること。	○

項番	機能要件	配点
R	内視鏡検査システム	—
R. 1	共通要件	—
R. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
R. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
R. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
R. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
R. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
R. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
R. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
R. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
R. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
R. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
R. 1. 11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
R. 2	ハードウェア	—
R. 2. 1	サーバ	—
R. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
R. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
R. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
R. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
R. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
R. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
R. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
R. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
R. 3	ソフトウェア	—
R. 3. 1	検査受付入力機能	—
R. 3. 1. 1	検査予約、依頼済みの患者リストの表示ができ、内容確認ができること。	○
R. 3. 1. 2	患者到着確認（受付）ができること。	○
R. 3. 1. 3	到着確認後の患者リストを表示し、リストから患者の選択ができること。	○
R. 3. 1. 4	検査進捗状況の表示ができること。検査リストに表示する項目を設定可能であること。	○
R. 3. 2	患者付随情報入力機能	—
R. 3. 2. 1	患者の問診や検査時内容の入力が行えること。	○
R. 3. 2. 2	患者の禁止薬剤、注意疾患、検査時情報、手術歴、感染症、癌治療歴、癌家族歴、嗜好品、内服薬の入力が可能であること。	○
R. 3. 2. 3	入力項目はデフォルト設定が可能であること。また、デフォルト以外の項目追加が99個まで可能であること。	○
R. 3. 2. 4	登録済みの過去の患者付随情報を参照できること。	○
R. 3. 2. 5	オーダ情報、前処置情報、実施入力情報の履歴を参照できること。	○
R. 3. 3	前処置入力機能	—
R. 3. 3. 1	前処置実施内容の投入が行えること。	○
R. 3. 3. 2	前処置薬剤のマスタ化が可能であること。	○
R. 3. 3. 3	検査種別毎のデフォルト薬剤設定が可能であること。また、デフォルト以外の薬剤追加が可能であること。	○
R. 3. 3. 4	薬剤毎に単位を付けることが可能であること。	○

R. 3. 4	検査実施機能	—
R. 3. 4. 1	内視鏡依頼情報の確認ができること。	○
R. 3. 4. 2	過去検査の画像、レポートを参照できること。	○
R. 3. 4. 3	検査予約された患者情報は内視鏡端末から当センター保有の内視鏡装置に自動転送が可能であること。または別の方法で簡便な操作で内視鏡装置に患者情報を転送ができること。	○
R. 3. 4. 4	当センター保有の内視鏡装置側で患者情報を入力、または画像取り込み装置で入力する場合、患者情報は検査画像と連動してサーバに送信可能であること。	○
R. 3. 4. 5	検査画像の圧縮画像をデジタルデータとしてサーバへ蓄積できること。画像の圧縮率は非可逆1/10程度であること。	○
R. 3. 4. 6	リリース1秒以内に、非可逆1/10程度の画像を生成可能であること。	○
R. 3. 4. 7	当センター保有の内視鏡装置からハイビジョン画像をデジタルにてサーバに記録可能であること。	○
R. 3. 4. 8	当センター保有の内視鏡装置、または画像取り込み装置から当日のオーダー一覧、およびこれから実施する検査オーダーの取得が可能であること。また、取得された患者情報が内視鏡観察画面に表示可能であること。	○
R. 3. 4. 9	システムの異常が発生した場合には、当センター保有の内視鏡装置のモニター画面に日本語にてエラーメッセージが表示されること。	○
R. 3. 4. 10	当センター保有の内視鏡装置からスコープ機種、シリアルNo. を自動取得できること。または別の方法でも簡便な操作でスコープ機種、シリアルNo. の取得できること。	○
R. 3. 4. 11	検査（撮影）中にも記録された画像を内視鏡端末から参照可能であること。	○
R. 3. 4. 12	オフライン下での画像取り込みにおいてはJPEG、BMP、tiff、png、DICOM形式の画像を取りこめること。	○
R. 3. 4. 13	検査（画像撮影）を行わなくても、検査終了が可能であること。	○
R. 3. 4. 14	当センター保有の内視鏡装置との接続においては、仲介ユニットを介することなく直接接続すること。なお、やむを得ず仲介ユニットを介する場合は当センターの了承を得ること。	○
R. 3. 5	レポート作成機能	—
R. 3. 5. 1	検査後のレポート作成が内視鏡端末上で行えること。	○
R. 3. 5. 2	検査後に、検査種別毎に特化したレポート作成機能を有すること。	○
R. 3. 5. 3	キー画像の選択ができること。キー画像には部位の関連付けが可能で、レポートに自動で反映されること。または部位情報をコメント付加でわかるようにし、レポートに自動で反映されること。	○
R. 3. 5. 4	レポート入力時、外部システムの画像をブラウザ経由でドラッグ＆ドロップ操作、もしくはクリップボードコピー経由で取り込めること（ただし、外部システムの仕様による）また、外部システムの画像を誤って取り込んだ場合は、取り込んだ画像の削除が可能であること。	○
R. 3. 5. 5	病変部位、存在診断、質的診断、病理結果等のマスタ化が可能であり、マスタ登録されたデータを選択して入力できること。	○
R. 3. 5. 6	病変毎に存在診断、質的診断、肉眼型、鑑別診断、処置の入力ができること。1病変毎の入力は、プルダウンではなく、階層での用語表示が可能であること。	○
R. 3. 5. 7	レポート用語として内視鏡用語集、癌取り扱い規約、MSTに則った用語が搭載されていること。上部、下部、ERCP、EUS、小腸、カプセル、呼吸器の診断用語が搭載されていること。	○
R. 3. 5. 8	入力したデータは1病変1レコード、1検査1レコード両方の形式で表計算形式の出力が可能であること。	○
R. 3. 5. 9	検査種別毎にレポートレイアウトを持つことが可能であること。	○
R. 3. 5. 10	臓器毎の入力が可能であること。また臓器は任意に選択が可能であること。	○
R. 3. 5. 11	検査項目毎にシェーマを保有できること。またそのシェーマの部位に対して、任意の検査画像を関連付けできること。	○
R. 3. 5. 12	シェーマのレポート添付の選択が可能であること。	○
R. 3. 5. 13	記録画像、およびシェーマへの画像マーキング・自由曲線の描画が可能であること。	○
R. 3. 5. 14	画像マーキング機能では、生検番号、ポリペクトミー、ESD/EMR、HOTバイオブシー等、4種類以上のマーキングが可能であること。	○
R. 3. 5. 15	画像マーキング機能による付番においては重複採番が可能であること。	○
R. 3. 5. 16	登録されている患者ID・検査種別・撮影部位別・疾患分類などによるAND、OR検索ができること。	○
R. 3. 5. 17	レポート登録時、更新者の認証を行う機能を有すること。認証が拒否された場合はレポートの保存が不可であること。	○
R. 3. 5. 18	レポートに登録する処置情報以外の定型内容をテンプレートとして登録可能であること。また、登録されている定型内容をレポート情報エリアに反映することが可能であること。	○
R. 3. 5. 19	画像に添付された処置マークに連動し、処置内容が表示された状態で一括で確認・入力することが可能であること。	○
R. 3. 5. 20	レポートは版管理が可能であり、更新前のデータもバージョン管理し、保存/参照が可能であること。	○
R. 3. 5. 21	登録したレポートは出力可能であること。	○
R. 3. 5. 22	検査後指示、フォローアップ情報が入力可能であること。実施医、期間による検索ができること。	○
R. 3. 5. 23	レポート登録中において、他の端末から同一検査のレポート登録画面を展開しようとした際は「参照モード」などの制御がかけられること。その際、参照モードになった内視鏡端末上には「どの端末（端末名、レポート登録しているアカウント）で利用されているか」が確認可能なこと。	○
R. 3. 5. 24	診療情報提供書の作成、出力が可能であること。診療情報提供書はレポート登録（承認）と同タイミングで作成、印刷が可能なこと。	○
R. 3. 5. 25	検査画像、レポート情報、診療情報提供書情報はWEBブラウザ上で参照可能であること。	○
R. 3. 5. 26	WEB上で参照するレポートは未読または既読が確認でき、日時・既読者名が表示されること。また改版されたレポートは未読状態とすること。	○
R. 3. 5. 27	病変単位で所見コピーできる機能を有すること（但し処置や病理結果については対象外とする）	○

R. 3. 5. 28	レポート入力画面において同一患者（検査種別や検査項目は問わない）の任意の過去所見データを同じレポート種別の場合にコピーができること（ただし処置については対象外とする）。また、コピーしようとする所見内容を予め確認の上、反映することができること。	○
R. 3. 5. 29	レポート入力画面において、撮影画像表示形式を3列表示と1列表示を自由に選択できること。	○
R. 3. 5. 30	レポートの印刷プレビュー画面を表示させながら、レポートの入力が可能であること。	○
R. 3. 5. 31	レポート追加情報（検査後指示、合併症、各種コメント）が登録できること。また、必須入力項目が設定できること。	○
R. 3. 5. 32	一度決定したレポート添付画像の順番を簡易的な方法で入れ替えられる機能を有すること。	○
R. 3. 5. 33	内視鏡の検査レポートとは別に、スタディー情報を登録できる画面があること。また、前回スタディー対象検査を一覧画面で確認可能であること。	○
R. 3. 5. 34	後日ピックアップしたい症例に対し、検索フラグをつけることが可能であること。また、検索フラグを付けた検査はカンファレンス機能で検索することが可能なこと。	○
R. 3. 5. 35	後日ピックアップしたい画像に対し、検索フラグをつけることが可能であること。また、検索フラグを付けた画像はカンファレンス機能で検索することが可能なこと。	○
R. 3. 5. 36	必須入力項目を設定可能なこと。必須入力項目が入力されていない状態でレポートを登録すると、ワーニングメッセージを表示の上、登録ができないこと。	○
R. 3. 5. 37	必須入力項目を設定にて、上位階層の項目に紐づく下位階層に必須入力項目がある場合、下位階層にある必須項目の入力を促すため、下位階層の必須入力用語が自動的に表示される機能を有すること。	○
R. 3. 5. 38	該当患者ごとに、申し送り事項等を登録するための注記の記載が可能であること。	○
R. 3. 6	JED情報入力機能	—
R. 3. 6. 1	JED（Japan Endoscopy Database）用語に準拠していること。	○
R. 3. 6. 2	JEDの基本情報入力画面を専用に保持できること。基本情報は医師、看護師など分担して入力しやすいよう、背景情報、経過情報、検査時情報の分類ごとに入力項目を絞り込めること。	○
R. 3. 6. 3	JEDの基本情報入力について、入力項目単位で必須入力設定、入力可能数制限（単一選択、複数選択）の設定が可能であること。	○
R. 3. 6. 4	JEDの基本情報入力時、背景情報、経過情報、検査時情報のそれぞれにおいて登録者の記録ができる機能を有すること。	○
R. 3. 6. 5	JEDの基本情報入力については、テンプレート登録を行うことができ、基本情報入力時にテンプレート呼び出しを行うことで入力の省力化が可能なこと。	○
R. 3. 6. 6	JEDの基本情報入力については、特定項目において任意で検査情報・レポート情報の反映やデフォルト値の設定が可能なこと。	○
R. 3. 6. 7	JEDの基本情報入力については、当該患者の登録済み過去情報を呼び出し、貼り付けることで入力の省力化が可能なこと。	○
R. 3. 6. 8	テンプレート機能により展開された内容については色を変えて表示させることにより、操作者自身の入力情報と誤認しない為の仕組みを有すること。	○
R. 3. 6. 9	JED基本情報入力画面において、用語サイズを選択でき、視認しやすいサイズにリアルタイムに切り替えできること。	○
R. 3. 6. 10	JED基本情報について、入力された項目は、必要な項目をレポートにも印刷可能なこと。	○
R. 3. 6. 11	JEDのタイプはⅠ、Ⅱ、Ⅳに対応していること。	○
R. 3. 7	実施情報入力機能	—
R. 3. 7. 1	実施情報の入力が可能であること。	○
R. 3. 7. 2	手技、加算、薬剤、器材のマスタ化が可能であり、マスタ登録されたデータを選択して入力できること。	○
R. 3. 7. 3	検査種別ごとに必ず使用する主要手技・薬剤などをデフォルトで表示できるよう、セット組みによる設定・表示が可能なこと。	○
R. 3. 7. 4	手技毎に加算、薬剤、器材のセット化が可能であること。	○
R. 3. 7. 5	実施情報入力において、実施医師、看護師、日時、内容が記録されること。	○
R. 3. 8	カンファレンス機能	—
R. 3. 8. 1	検査業務とは別にカンファレンスに最適化された画像・レポートの閲覧機能を有すること。	○
R. 3. 8. 2	インデックス表示、比較表示、スライドショーなど、カンファレンスを効率的に実施できる画像表示モードを有すること。	○
R. 3. 8. 3	画像表示から簡便にレポート表示に移行できること。	○
R. 3. 8. 4	患者情報、患者詳細情報、依頼情報、実施情報、レポート情報などによるAND、ORの検索が可能であること。	○
R. 3. 8. 5	検索条件を保存できること。任意で名前をつけて保存可能であること。	○
R. 3. 8. 6	検索条件に対する検査数、患者数、質的診断数を同時表示可能であること。	○
R. 3. 8. 7	レポート未登録検査や病理依頼検査などを容易に検索できること。	○
R. 3. 8. 8	記録画像、レポートの取出しが可能であること。またその際には、ユーザ認証機能などにより、セキュリティ面を配慮した機能を有すること。	○
R. 3. 8. 9	画像コピー機能においては、JPEG、BMP、tiff、png、DICOM形式での取出しが可能で、レポート登録時のマーキング情報や患者情報の含む・含まないを選択できること。	○
R. 3. 8. 10	レポートコピー機能においては、PDF形式にてキー画像も含めて取出しが可能であること。	○
R. 3. 8. 11	フォローアップ期間設定の対象検査に対し、再検査案内書を印刷できる機能を有すること。	○
R. 3. 8. 12	再検査案内書の印刷対象検査を選択し、一括印刷が可能なこと。また、印刷実施有無の確認が一覧画面上で可能なこと。	○
R. 3. 8. 13	任意の検索条件で抽出された検査を基準として、「未来日のみ」または「過去日のみ」への検索ができ、患者単位で時系列に結果表示できること。	○
R. 3. 9	洗浄履歴管理機能	—
R. 3. 9. 1	一覧画面にて洗浄装置毎の洗浄状況（開始時間、終了予定時間、残時間）がリアルタイムで確認できること。	○
R. 3. 9. 2	洗浄装置毎の詳細画面にて、洗浄しているスコープ毎の機種名、シリアルNo.、検査実施日、検査時間、検査種別、患者ID、患者氏名、主実施医確認ができること。	○

R. 3. 9. 3	洗浄装置毎の詳細画面にて、予備洗浄状態、消毒液濃度、洗浄日時、工程プログラム、開始担当者、終了担当者が確認でき、また、修正登録が可能であること。	○
R. 3. 9. 4	当センター保有の内視鏡洗浄消毒装置との接続時、洗浄工程がエラーにて異常終了した場合、エラーコードを表示できること。	○
R. 3. 9. 5	当センター保有の内視鏡洗浄消毒装置から洗浄記録情報を自動的に取得できること。	○
R. 3. 9. 6	一覧画面にて、その日の使用したスコープ一覧を表示できること。また、一覧画面にて、検査開始時間、終了時間、検査項目、実施医、患者ID、患者氏名を表示できること。	○
R. 3. 9. 7	スコープの使用履歴、洗浄履歴、修理履歴の管理が可能であること。	○
R. 3. 9. 8	洗浄消毒装置の洗浄履歴、消耗品交換履歴の管理が可能であること。	○
R. 3. 9. 9	洗浄消毒装置の消耗品の交換登録が可能であり、また次回交換時期を一覧にて確認できること。	○
R. 3. 9. 10	洗浄履歴情報の記録においては、洗浄消毒装置本体もしくは仲介コンバータを介して直接洗浄情報を取得すること。	○
R. 3. 10	看護支援機能	—
R. 3. 10. 1	看護記録一覧画面で、内視鏡検査を一覧表示できること。	○
R. 3. 10. 2	看護記録一覧画面にて、看護レポート作成状態が確認できること。	○
R. 3. 10. 3	看護記録一覧画面から、検索条件を指定して記録の検索ができること。	○
R. 3. 10. 4	看護記録一覧画面にて、患者の入室状態が確認できること。	○
R. 3. 10. 5	看護記録における入力者、指示者、実施者などが記録できること。	○
R. 3. 10. 6	看護記録に紐付く検査の情報を別の検査の情報と付け替えることができること。	○
R. 3. 10. 7	看護記録をフォーカスチャージング方式、または時系列のイベント方式で入力することができること。	○
R. 3. 10. 8	看護記録を行う画面で、バイタル情報をグラフ表示できること。対象項目は以下とする。	○
R. 3. 10. 9	心拍数：HR (bpm)、脈拍：PR (bpm)、平均収縮期血圧：SBP (mmHg)、平均拡張期血圧DBP (mmHg)、動脈血中酸素飽和度：SpO2 (%)、呼気終末二酸化炭素分圧：EtCO2 (mmHg)、呼吸数：RR (bpm)	○
R. 3. 10. 10	看護記録を行う画面で、上記のバイタル情報を入力することができること。	○
R. 3. 10. 11	看護記録を行う画面で、上記グラフ表示と同時に投薬情報を表示することができること。	○
R. 3. 10. 12	看護記録を行う画面で、バイタル情報を表示する時間スケールを変更できること。	○
R. 3. 10. 13	看護記録として、術前訪問の記録を行うことができること。	○
R. 3. 10. 14	看護記録として、フリーワードで看護コメントを記録することができること。	○
R. 3. 10. 15	患者の前回検査時の情報から、術前訪問の記録と、看護コメントを引き継いで表示できること。	○
R. 3. 10. 16	フォーカスチャージング方式で看護記録を行う際に、フォーカスに紐付いたにデータ・アクション・リアクションを選択できること。	○
R. 3. 10. 17	看護記録をレポートとして登録できること。	○
R. 3. 10. 18	看護記録のレポートを改版した場合、過去の版数についても参照できること。	○
R. 3. 10. 19	看護記録として、検査に利用した薬剤の情報を記録できること。	○
R. 3. 10. 20	看護記録で利用する薬剤、用語等を専用の画面からメンテナンスできること。	○
R. 3. 10. 21	看護記録を行う画面について、背景色、表示するグラフの形式などを設定できること。	○
R. 3. 10. 22	看護記録、および看護記録レポートをWEBブラウザから参照できること。	○
R. 3. 10. 23	WEBブラウザで参照される内視鏡検査のレポート情報から看護記録および、看護記録レポートを呼び出せること。	○
R. 3. 11	院内情報システム連携	—
R. 3. 11. 1	電子カルテシステムまたはRISから内視鏡オーダ情報を取得できること。	○
R. 3. 11. 2	電子カルテシステムまたはRIS側へ受付情報を送信できること。	○
R. 3. 11. 3	電子カルテシステムまたはRIS側へ内視鏡オーダ再送要求ができること。	○
R. 3. 11. 4	電子カルテシステムまたはRISから患者情報を取得できること。	○
R. 3. 11. 5	電子カルテシステムまたはRIS側へ実施情報を送信できること。	○
R. 3. 11. 6	電子カルテシステムへレポート情報をXML形式で送信できること。	○
R. 3. 11. 7	地域連携システムへレポート情報をID-Link形式で送信できること。	○
R. 3. 11. 8	健診システムへレポート情報を送信できること。	○
R. 3. 11. 9	内視鏡画像を放射線画像システムにDICOMファイルで送信できること。	○
R. 3. 11. 10	当センター保有のカプセル内視鏡から画像の取得ができること。	○
R. 3. 12	その他総合	—
R. 3. 12. 1	内視鏡サーバは、電子カルテベンダーにて準備する仮想サーバ上に構築すること。または自社で構築すること。	○
R. 3. 12. 2	内視鏡端末は、電子カルテ端末に相乗りすること。	○
R. 3. 12. 3	受付、検査、実施、レポート作成状態ステータス管理（検査進捗管理）ができること。	○
R. 3. 12. 4	検査一覧表示画面上から、該当患者の過去も含めた検査レポート、検査画像、診療情報提供書、ワークシート等へアクセスすることが可能なこと。	○
R. 3. 12. 5	内視鏡端末上から取扱説明書を表示することが可能なこと。	○
R. 3. 12. 6	検査中の患者情報、予約時間、到着時間、感染症の有無、撮影枚数、検査室情報などを一覧表示可能であること。	○
R. 3. 12. 7	検査ステータス管理機能として、空き、検査情報が内視鏡装置へ振り分け済、検査中の表示が可能であること。	○
R. 3. 12. 8	検査ステータス管理機能として、検査中状態が一定時間経過すると表示色に変更されること。経過時間は設定可能であること。	○
R. 3. 12. 9	管理者権限にて各種マスタ、診断用語設定、レポート設定、印刷レイアウト変更などが可能であること。そのためのGUIを有すること。	○
R. 3. 12. 10	4つ以上のユーザレベル管理が行えること。また認証したユーザの権限による機能制限ができること。	○
R. 3. 12. 11	ログインパスワードの設定は桁数の設定、ローマ字、数字、記号の必須設定を任意で組み合わせることが可能である事。	○
R. 3. 12. 12	現在稼働中の内視鏡部門システムで管理されている患者情報、検査記録、レポート情報、検査画像、洗浄履歴管理情報、実施情報は全てデータ移行すること。	○

R. 3. 12. 13	リモートにて保守作業を行う場合に、通信経路が暗号化されて実施されること。	○
R. 3. 12. 14	一定時間使用しない場合には、内視鏡端末を自動的にロックするなどの不正使用防止、窃視防止策を講じることが可能であること。	○
R. 3. 12. 15	検査一覧画面に表示される表示項目の幅や並び替えは内視鏡端末別に変更可能なこと。	○
R. 3. 12. 16	検査一覧表示画面にて、検査一覧情報を印刷する事が可能なこと。	○
R. 3. 12. 17	月報、年報が作成できること。検査単位、患者単位の集計が可能で、表計算形式の保存が可能であること。	○
R. 3. 12. 18	内視鏡部門システムより、細胞診および組織診を含む病理検査オーダーを発行し、電子カルテシステムへ送信・連携できること。なお、本連携におけるインターフェース仕様（通信プロトコル、データフォーマット等）については、電子カルテシステムベンダーと協議のうえ決定すること。提案内容により加点評価する。	●

項番	機能要件	配点
S	生理検査システム	—
S.1	共通要件	—
S.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
S.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
S.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定すること。	○
S.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
S.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
S.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
S.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
S.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
S.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
S.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
S.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
S.2	生理検査システムサーバ	—
S.2.1	サーバ	—
S.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
S.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
S.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
S.2.1.4	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
S.2.1.5	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
S.2.1.6	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
S.2.1.7	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
S.2.2	生理検査システムは以下の機能を有していること。	—
S.2.2.1	基本データ管理機能は以下の機能を有すること。	—
S.2.2.1.1	本システムで管理保存するデータは、心電図、脳波（患者映像）、筋電図・誘発電位ともに単一のデータベースで管理されること。	○
S.2.2.1.2	アクセス権限の組み合わせは個人単位で自由に設定する管理機能を有すること。	○
S.2.2.1.3	保存されているデータへのアクセスに対し、その処理内容をログ出力する機能を有すること。	○
S.2.2.1.4	サーバハードウェア、サーバプログラムに障害が発生した場合は、生理検査システム端末に随時通知する機能を有すること。	○
S.2.2.1.5	サーバプログラムが異常終了した場合でも、該当プログラムを自動起動する設定機能を有すること。	○
S.2.2.1.6	現在サーバ内に保存されている過去のデータに関して、データ内容を変更することなくデータコンバート可能であること。	○
S.2.2.2	接続する医療機器に関して以下の要件を満たすこと。	—
S.2.2.2.1	現行システムにてオンラインの機器は同様にオンライン接続できること。	○
S.2.2.2.2	現行のオンライン機器以外にも、以下の機器をオンラインで接続できること。	○
S.2.2.2.3	・日本光電製脳波計（EEG-1214、EEG-1218） 各1台	○
S.2.2.2.4	・日本光電製誘発筋電計（MEB-2302） 1台	○
S.2.2.3	心電図データ管理機能は以下の機能を有すること。	—
S.2.2.3.1	指定の心電計から送出される心電図検査データをデータベース管理する機能を有すること。	○
S.2.2.3.2	心電計から送出されたデータは12誘導最大5分間のデータを、原波形の状態で保存すること。	○
S.2.2.4	脳神経データ管理機能は以下の性能を有すること。	—
S.2.2.4.1	既設の脳波計から送出される脳波検査データをデータベース管理する機能を有すること。	○
S.2.2.4.2	脳波計から送出された検査データは、原波形の状態で保存すること。	○
S.2.2.4.3	脳波計から送出された長時間検査データは、原波形の状態で保存すること。	○
S.2.2.4.4	脳波計から送出された患者映像データを保存すること。	○
S.2.2.4.5	脳波再生時に、切出し保存された検査データを保存すること。	○
S.2.2.4.6	保存した検査データ、患者映像データについては、保存期間を任意に設定でき、保存期間を経過したデータは、自動削除する機能を有すること。	○
S.2.2.4.7	既設の誘発電位・筋電図検査装置から送出される誘発電位・筋電図検査データをデータベース管理する機能を有すること。	○

S. 2. 2. 4. 8	誘発電位・筋電図検査装置から送出された検査データは、原波形の状態と保存すること。	○
S. 2. 2. 5	院内情報システム(以降電子カルテシステムとする)との接続は以下の性能を有すること。	—
S. 2. 2. 5. 1	電子カルテシステムからのオーダー情報(患者基本情報、検査種別、検査予約日時、依頼科名)を受信する機能を有すること。	○
S. 2. 2. 5. 2	オーダー情報の受信タイミングはオーダー新規発行時、患者受付時であること。	○
S. 2. 2. 5. 3	本システムに接続された検査装置の要求に対し、受信したオーダー情報を送信する機能を有すること。	○
S. 2. 2. 6	電子カルテシステムからの参照機能は下記の機能を有すること。	—
S. 2. 2. 6. 1	心電図、脳神経の各検査について1つのシステムで統合して管理し、電子カルテシステムからの要求に応え、データを電子カルテシステム端末上で表示が可能であること。	○
S. 2. 2. 6. 2	電子カルテシステム端末でのデータ参照に際して患者ID、氏名、検査日、検査種別、オーダー番号を引数として利用し、検索条件として使用できること。	○
S. 2. 2. 6. 3	電子カルテシステム端末での参照時、所見入力、レポート作成をおこなう機能を有すること。	○
S. 2. 2. 6. 4	検査オーダー情報と連携していなくても、検査データは電子カルテシステム端末から参照できること。	○
S. 2. 2. 6. 5	12誘導心電図データは検査機器から取得したオリジナルデータのままで参照する機能を有すること。	○
S. 2. 2. 6. 6	12誘導心電図データの参照に関する機能は、生理検査システム端末と同等であること。	○
S. 3	生理検査システム端末	—
S. 3. 1	専用端末	—
S. 3. 1. 1	専用端末のスペックは指定しない、当センターに適した端末を準備すること。設置については別表2を参考にする。	○
S. 3. 1. 2	現行のモニターを流用すること。次期システムで継続利用できるように接続すること。	○
S. 3. 2	生理検査システム端末は以下の機能を有していること。	—
S. 3. 2. 1	端末へのログインに際してはユーザ名、パスワードなどによる認証をおこなうこと。	○
S. 3. 2. 2	端末アプリケーションの画面内には検査業務の流れに合わせワンクリックで次の作業に進めるナビゲーションボタンが表示されていること。	○
S. 3. 2. 3	ログインした際に表示される画面、内容、操作権限、動作ボタン、情報については、ユーザアカウント毎で個別に設定できる機能を有すること。	○
S. 3. 2. 4	各種の検索条件はユーザアカウント毎に設定する機能を有すること。	○
S. 3. 2. 5	作業内容を保持したまま離席をするための画面ロック機能を有すること。	○
S. 3. 2. 6	生理検査システムサーバからの障害通知を常時通知できる機能を有すること。	○
S. 3. 2. 7	基本検索条件は以下のとおりであること。患者ID、氏名、年齢(任意の範囲指定)、性別(男・女・不明)、検査日(任意の範囲指定)	○
S. 3. 2. 8	レポートへの検索条件は以下のとおりであること。	○
S. 3. 2. 9	確定、承認待ち、未保存などレポートの作成ステータスによる検索	○
S. 3. 2. 10	レポートに入力したフリーコメント	○
S. 3. 2. 11	レポートに入力した数値情報	○
S. 3. 2. 12	心電図基本計測値(HR、PR間隔、QRS幅、QT間隔、QTc間隔、P軸、QRS軸、T軸、RV5、SV1)	○
S. 3. 3	リスト表示機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 3. 1	表示項目は以下のとおりであること。患者ID、氏名、年齢、入外区分、病棟名、依頼科名、検査種別、検査(予定)日時、検査データ登録数(画像枚数)、レポート版数	○
S. 3. 3. 2	表示項目は設定により、並び順を変更する機能を有すること。	○
S. 3. 3. 3	リストの表示は最新の状態を表示するために、自動更新する機能を有すること。	○
S. 3. 3. 4	表示されたリストはCSV出力する機能を有すること。	○
S. 3. 3. 5	表示されたリストからワンクリックで該当患者の前回検査データを表示する機能を有すること。	○
S. 3. 3. 6	リスト画面で検査オーダー情報とは別に、患者固有のコメントを入力でき、そのコメントの有無をリストで確認できること。また、当日以外の検査時においても、その情報を引継ぎ、参照できること。	○
S. 3. 3. 7	リスト画面において、同姓同名の患者が存在する場合は注意を喚起するため、他の患者とは別の色で表示をおこなうこと。	○
S. 3. 4	オーダー連携時は以下の表示機能を有すること。	—
S. 3. 4. 1	表示リストは検査状態(ステータス)毎に識別しやすいように色分け表示をおこなうこと。	○
S. 3. 4. 2	検査状態(ステータス)が変更された場合は、接続された各端末にその都度自動的に反映をおこなうこと。	○
S. 3. 4. 3	表示されたリストからワンクリックで依頼された詳細情報を確認する機能を有すること。	○
S. 3. 4. 4	表示されたリストからワンクリックで該当患者に関する当日以降の予約情報を表示する機能を有すること。	○
S. 3. 4. 5	院内でオンライン接続されている心電計からファイリングした場合、検査オーダー情報と連携していなくても、どこの心電計で検査をおこなったか生理検査システム端末の一覧画面で表示できること。	○
S. 3. 5	オフライン登録機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 5. 1	登録可能なファイル形式はDICOM、JPEG、PNG、PDFであること。	○
S. 3. 5. 2	オーダー情報をリスト表示し、オーダー情報にくくりつけてデータを登録する機能を有すること。	○
S. 3. 5. 3	登録前にデータを事前確認するため、プレビュー機能を有すること。	○
S. 3. 6	集計機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 6. 1	日報、月報の作成機能を有すること。	○
S. 3. 6. 2	作成された日報、月報はレーザープリンタに印字する機能を有すること。	○
S. 3. 6. 3	受付、検査開始、検査終了、レポート仮確定、レポート確定はじめ、ステータス変遷した全ての時刻を有していること。	○
S. 3. 6. 4	全てのステータス間の時間について、最短、平均、最長が抽出でき、入外でも区分分けができること。	○
S. 3. 6. 5	同時に5つのステータス間の時間が集計できること。	○

S. 3. 7	心電図検査データ参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 1	安静心電図データの表示機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 1. 1	導出18誘導心電図、15誘導心電図の同時表示、カブレラ誘導表示	○
S. 3. 7. 1. 2	6ch、3ch連続および同期表示	○
S. 3. 7. 1. 3	詳細計測値表示	○
S. 3. 7. 1. 4	時系列比較機能(過去9件+重ね合わせ機能 もしくは過去10件の比較)	○
S. 3. 7. 1. 5	感度設定、掃引速度(25or50mm/sec)、ハイカットフィルタの変更表示機能	○
S. 3. 7. 1. 6	マスタステップ心電図データの表示機能は以下の機能を有すること。	○
S. 3. 7. 1. 7	マスタステップファイナルレポートデータ(安静時・最大ST下降時の代表拍波形比較表示、心拍数トレンド、STトレンド)	○
S. 3. 7. 1. 8	6ch、3ch連続および同期表示	○
S. 3. 7. 1. 9	詳細計測値表示	○
S. 3. 7. 1. 10	時系列比較機能(過去9件+重ね合わせ機能 もしくは過去10件の比較)	○
S. 3. 7. 1. 11	感度設定、掃引速度(25or50mm/sec)、ハイカットフィルタの変更表示機能	○
S. 3. 7. 1. 12	安静時心電図、マスタステップ心電図に対して以下の編集機能を有すること。	○
S. 3. 7. 1. 13	所見のテキスト入力機能として全角120文字以上の入力	○
S. 3. 7. 1. 14	所見の定形文登録機能、入力機能	○
S. 3. 7. 1. 15	ミネソタコードの編集	○
S. 3. 7. 1. 16	所見コードの編集	○
S. 3. 7. 1. 17	基本計測値(HR, PR間隔、QRS幅、QT間隔)の編集	○
S. 3. 7. 1. 18	編集者、編集日時の確認入力	○
S. 3. 7. 2	リズム心電図の表示機能は以下のとおりであること。	—
S. 3. 7. 2. 1	最大5分記録されたリズム記録の12誘導心電図	○
S. 3. 7. 2. 2	感度設定、掃引速度(25or50mm/sec)、ハイカットフィルタの変更表示機能	○
S. 3. 7. 2. 3	所見のテキスト入力機能として全角120文字以上の入力	○
S. 3. 7. 2. 4	所見の定形文登録機能、入力機能	○
S. 3. 7. 3	R-R間隔解析結果の表示機能は以下のとおりであること。	—
S. 3. 7. 3. 1	R-R間隔解析に使用した連続波形	○
S. 3. 7. 3. 2	感度設定、掃引速度(25or50mm/sec)、ハイカットフィルタの変更表示機能	○
S. 3. 7. 3. 3	R-R間隔(平均/最大/最小)	○
S. 3. 7. 3. 4	R-RヒストグラムおよびR-Rトレンドグラフ	○
S. 3. 7. 3. 5	標準偏差およびCV値	○
S. 3. 7. 3. 6	所見のテキスト入力機能として全角120文字以上の入力	○
S. 3. 7. 3. 7	所見の定形文登録機能、入力機能	○
S. 3. 7. 3. 8	エクストラ誘導機能について以下の機能を有すること。	○
S. 3. 7. 3. 9	右側胸部誘導などEXTRA誘導波形の表示	○
S. 3. 7. 3. 10	掃引速度(25もしくは50mm/sec)	○
S. 3. 7. 3. 11	所見のテキスト入力機能として全角120文字以上の入力	○
S. 3. 7. 3. 12	フリーテキストおよび定型コメントによる所見入力	○
S. 3. 7. 4	心電図データレポート作成機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 4. 1	検査報告書は検査種別ごとにテンプレートを登録できること。	○
S. 3. 7. 4. 2	定型文をテンプレート上に貼り付ける機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 3	定型文は任意に作成した文章を登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 4	定型文はカテゴリ別に登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 5	作成したレポートは一時保存、承認依頼、仮確定、確定の四段階に分けて登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 6	レポートを複数回作成する場合は、上書せず全て保存すること。	○
S. 3. 7. 4. 7	過去の検査レポートが登録されている場合には、一画面内で同時参照する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 8	レポート作成画面でオーダ情報(依頼情報)を一画面内で同時参照する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 4. 9	結果参照画面において、その画面を開いた状態から、検査結果一覧に戻ることなく、当該患者の全ての検査結果を参照できること。	○
S. 3. 7. 4. 10	結果参照画面において、同一ウィンドウを左右に分割し、片方に心電図データ、もう片方に画像データなど、異なる検査種別・項目が表示できること。	○
S. 3. 7. 5	脳波データ参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 5. 1	脳波データ表示に際して専用ビューワで波形再生ができ、周波数解析された結果のDSAが表示可能な機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 2	再生時にイベントの編集ができること。	○
S. 3. 7. 5. 3	必要な波形をレポート添付用として切り取りできること。	○
S. 3. 7. 5. 4	脳波データをリモニタージュおよびリフィルタリングして再生する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 5	脳波波形表示を、順方向・逆方向とも高速に連続再生する高速再生機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 6	脳波波形表示時にモニタージュ名やチャンネルコメントのON/OFFが可能であること。	○
S. 3. 7. 5. 7	脳波波形表示時にイベント名の表示が可能であること。	○
S. 3. 7. 5. 8	脳波波形表示時に、イベントジャンプバーを使って、脳波記録上の任意の位置への移動ができること。	○
S. 3. 7. 5. 9	64チャンネル以上の脳波波形の表示が可能であること。	○
S. 3. 7. 5. 10	選定したチャンネルのみの表示・チャンネルごとの色分け表示の設定が可能であること。	○
S. 3. 7. 5. 11	脳波の周波数変化を長時間トレンドとしてDSA表示する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 12	脳波波形表示時に、DSAジャンプバーを使って、脳波記録上の任意の位置への移動ができること。	○
S. 3. 7. 5. 13	波形描画方法が、高精細、ペンの2種類から任意に選択ができること。	○
S. 3. 7. 5. 14	脳波波形の選択した部分を拡大して表示することができ、拡大した波形で、振幅、周波数を自動的に計測できること。	○
S. 3. 7. 5. 15	脳波再生画面上にスケール(脳波用定規)を表示し、画面上で直接波形計測することが可能であること。	○
S. 3. 7. 5. 16	指定した位置の脳波電位マップを、3次元頭部モデル画面に表示できること。	○

S. 3. 7. 5. 17	脳波波形の周波数解析、周波数マップ表示機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 18	脳波に混入した心電図を、全チャンネル同時に除去するために、ECGフィルタ機能を有すること。	○
S. 3. 7. 5. 19	広域周波数帯域脳波解析機能を有すること。	○
S. 3. 7. 6	脳波レポート作成機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 6. 1	検査報告書は検査種別ごとにテンプレートを登録できること。	○
S. 3. 7. 6. 2	レポート添付用として一時保存した波形データをレポートに添付する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 6. 3	定型文は任意に作成した文章を登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 6. 4	定型文はカテゴリ別に登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 6. 5	レポート作成後に一時保存、承認依頼、仮確定、確定の四段階に分けて登録する機能を有すること。	○
S. 3. 7. 7	誘発・筋電図データレポート参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 3. 7. 7. 1	指定の誘発・筋電計から送出される、PDF形式の誘発筋電図レポートを表示する機能を有すること。	○
S. 4	脳神経情報システム端末	—
S. 4. 1	専用端末	—
S. 4. 1. 1	専用端末のスペックは指定しない、当センターに適した端末を準備すること。設置については別表2を参考にする。	○
S. 4. 1. 2	現行のモニターを流用すること。次期システムで継続利用できるように接続すること。	○
S. 4. 2	リスト表示機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 2. 1	表示項目は以下のとおりであること。 検査開始日時、患者ID、患者氏名、カナ名、依頼科、依頼医師名、病棟、予約日時、年齢、性別、 判読依頼科、判読依頼医、検査種別、臨床診断、検査目的	○
S. 4. 2. 2	表示されたリストから該当患者の検査データを表示する機能を有すること。	○
S. 4. 2. 3	リスト画面で検査オーダ情報とは別に、患者固有のコメントを入力でき、そのコメントの有無をリストで確認できること。また、当日以外の検査時においても、その情報を引継ぎ、参照できること。	○
S. 4. 3	オーダ連携時は以下の表示機能を有すること。	—
S. 4. 3. 1	表示リストは検査状態(ステータス)毎に識別しやすいように色分け表示をおこなうこと。	○
S. 4. 3. 2	表示されたリストから依頼された詳細情報を確認する機能を有すること。	○
S. 4. 4	オフライン登録機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 4. 1	オーダ情報をリスト表示し、オーダ情報にくくりつけてデータを登録する機能を有すること。	○
S. 4. 5	脳神経データ参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 5. 1	脳波データ参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 5. 1. 1	脳波データ表示に際して専用ビューワで波形再生ができ、周波数解析された結果のDSAが表示可能な機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 2	再生時にイベントの編集ができること。	○
S. 4. 5. 1. 3	必要な波形をレポート添付用として切り取りできること。	○
S. 4. 5. 1. 4	脳波データをリモニタージュおよびリフィルタリングして再生する機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 5	脳波波形表示を、順方向・逆方向とも高速に連続再生する高速再生機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 6	脳波波形表示時にモニタージュ名やチャンネルコメントのON/OFFが可能であること。	○
S. 4. 5. 1. 7	脳波波形表示時にイベント名の表示が可能であること。	○
S. 4. 5. 1. 8	脳波波形表示時に、イベントジャンプバーを使って、脳波記録上の任意の位置への移動ができること。	○
S. 4. 5. 1. 9	64チャンネル以上の脳波波形の表示が可能であること。	○
S. 4. 5. 1. 10	選定したチャンネルのみの表示・チャンネルごとの色分け表示の設定が可能であること。	○
S. 4. 5. 1. 11	脳波の周波数変化を長時間トレンドとしてDSA表示する機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 12	脳波波形表示時に、DSAジャンプバーを使って、脳波記録上の任意の位置への移動ができること。	○
S. 4. 5. 1. 13	波形描画方法が、高精細、ペンの2種類から任意に選択ができること。	○
S. 4. 5. 1. 14	脳波波形の選択した部分を拡大して表示することができ、拡大した波形で、振幅、周波数を自動的に計測できること。	○
S. 4. 5. 1. 15	脳波再生画面上にスケール(脳波用定規)を表示し、画面上で直接波形計測することが可能であること。	○
S. 4. 5. 1. 16	指定した位置の脳波電位マップを、3次元頭部モデル画面に表示できること。	○
S. 4. 5. 1. 17	脳波波形の周波数解析、周波数マップ表示機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 18	脳波に混入した心電図を、全チャンネル同時に除去するために、ECGフィルタ機能を有すること。	○
S. 4. 5. 1. 19	広域周波数帯域脳波解析機能を有すること。	○
S. 4. 6	脳神経レポート作成機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 6. 1	脳波レポート作成機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 6. 1. 1	検査報告書は検査種別ごとにテンプレートを登録できること。	○
S. 4. 6. 1. 2	レポート添付用として一時保存したデータをレポートに添付する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 1. 3	定型文は任意に作成した文章を登録する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 1. 4	定型文はカテゴリ別に登録する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 1. 5	レポート作成後に一時保存、承認依頼、仮確定、確定の四段階に分けて登録する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 1. 6	過去の検査レポートが登録されている場合には、一画面内で同時参照する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 2	筋電図・誘発電位データ参照機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 6. 2. 1	下記に示す検査プログラムを表示することができること。 MCS 運動神経伝導速度 SCS 知覚神経伝導速度 STIM 反復刺激 F-WAVE F波 H-REFLEX H反射 BLINK 瞬目反射 COLLISION コリジョン法 ABR 聴性脳 幹反応 SEP 体性感覚誘発電位 SSEP 短潜時体性感覚誘 発電位 PR-VEP パターンリバーサル視覚誘発電位 LED-VEP LED 視覚誘発電位 ERG 網膜電位図 EOG 眼球電位図	○

S. 4. 6. 2. 2	筋電図・誘発電位波形表示画面では、測定波形にマーキングができ、マークの潜時、振幅、面積等を自動的に計算してテーブル画面上に表示できること。	○
S. 4. 6. 2. 3	誘発電位再生表示画面上で波形に対するアノテーションの表示が可能であること。	○
S. 4. 6. 3	誘発レポート作成機能は以下の機能を有すること。	—
S. 4. 6. 3. 1	検査報告書は検査種別ごとにテンプレートを登録できること。	○
S. 4. 6. 3. 2	検査報告書は検査機器で計測した数値を自動的に取り込んでレポート作成できること。	○
S. 4. 6. 3. 3	レポート添付用として一時保存したデータをレポートに添付する機能を有すること。	○
S. 4. 6. 3. 4	レポート作成後に一時保存、仮確定、確定の三段階に分けて登録する機能を有すること。	○
S. 5	周辺機器	—
S. 5. 1	スキャナ	—
S. 5. 1. 1	現行のスキャナーを流用すること。次期システムでも継続利用できるように接続すること。	○
S. 6	システム全般	—
S. 6. 1	システムの操作性や機能美が評価され、日本デザイン振興会より、グッドデザイン賞を受賞していること。	—
S. 6. 1. 1	安全・優良なソフトウェアとして、ヘルスソフトウェア推進協議会より、GHS開発ガイドライン適合ソフトウェアとして登録が完了していること。	○
S. 6. 1. 2	医療情報の標準化に対応するため、IHE-Japan 2021コネクタソンにおいて、以下の[部門]【統合プロフィール】アクタの全てに対応を終えていること。[循環器分野]【ECG】Display、Information Source【ECHO】Image Manager/Archive、Image Display、Order Filler【CATH】Order Filler[内視鏡検査]【EWF】Order Filler+Performed Procedure Reporter[ITインフラストラクチャ]【CT】Time Client【PAM】Patient Encounter Consumer、Patient Demographics Consumer	○
S. 7	その他	—
S. 7. 1	保守体制	—
S. 7. 1. 1	納入されたシステムの定期点検、オンコールサービスをおこなうための保守契約を別途締結すること。	○
S. 7. 1. 2	保守契約の中には障害発生時の対応をおこなうためにデータコネクタ回線によるリモートメンテナンスの体制を整えていること。	○
S. 7. 1. 3	リモートメンテナンス拠点は、天災時を考慮し、2拠点以上の体制を備えていること。	○
S. 7. 1. 4	保守を実施するための体制として、医療機器修理業の認可を受けたものであること。	○
S. 7. 1. 5	本社機構に24時間365日対応可能なコールセンタを設置していること。	○
S. 7. 1. 6	リモートメンテナンス拠点、ならびにコールセンタはISMS(情報セキュリティマネジメントシステム)「JIS Q 27001(ISO/IEC 27001)」の認証を取得していること。	○
S. 8	肺機能検査・血圧脈波・CPX検査検査システム	—
S. 8. 1	サーバ	—
S. 8. 1. 1	システムはオンプレミスで構築すること。	○
S. 8. 1. 2	ハードウェア構成は指定しない。当センターで稼働後7年間運用できるようにに必要なハードウェア構成を算出し、提供すること。	○
S. 8. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築が可能な場合は仮想環境への構築を検討すること。	○
S. 8. 2	端末・アプリケーション	—
S. 8. 2. 1	電子カルテ端末に相乗りしてセットアップすること。	○
S. 8. 2. 2	現行のモニターを流用すること。次期システムで継続利用できるように接続すること。	○
S. 8. 3	各検査データ管理機能	—
S. 8. 3. 1	既設の肺機能検査装置(フクダ電子社製FUDAC7)をGWシステム(フクダ電子社製 EFS-8800システム)を介して接続すること。なお、患者属性などは自動的に取得でき、測定結果も自動で上位の生理検査システムに送信できること。	○
S. 8. 3. 2	既設の血圧脈波検査装置(フクダ電子社製 VS-2000)をGWシステム(フクダ電子社製 EFS-8800システム)を介して接続すること。なお、患者属性などは自動的に取得でき、測定結果も自動で上位の生理検査システムに送信できること。	○
S. 8. 3. 3	既設のCPX検査装置(ミナト社製)をGWシステム(フクダ電子社製 EFS-8800システム)を介して接続すること。なお、患者属性などは自動的に取得でき、測定結果も自動で上位の生理検査システムに送信できること。	○

項番	機能要件	配点
T	生体情報モニター管理システム	—
T.1	共通要件	—
T.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
T.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
T.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
T.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
T.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
T.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
T.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
T.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
T.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
T.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
T.2	基本要件	—
T.2.1	基本機能	—
T.2.1.1	1床につきデータの切れ目なく連続14日間分以上の波形データを記録する機能を有すること。	○
T.2.1.2	保存されたデータは14日間データの削除が行われず保存され続ける機能を有すること。	○
T.2.1.3	波形データのサンプリング間隔は8mmsec以下であること。	○
T.2.1.4	計測値データのサンプリング間隔は1sec以下であること。	○
T.2.1.5	画面表示として、患者選択画面、長時間波形画面、拡大波形表示画面、イベントリコール画面、グラフトレンド画面、リストトレンド画面、12誘導画面を有すること。	○
T.2.1.6	Webを使用して、全院内電子カルテ端末から上記画面の参照ができること。	○
T.2.1.7	Webを使用して、全院内電子カルテ端末から過去14日間の波形データを参照できること。	○
T.2.1.8	患者情報がない状態で保存されたデータも、後からシステム側に患者情報を付加させることができること。	○
T.2.1.9	長時間波形画面、イベントリコール画面、グラフトレンド画面、リストトレンド画面で選択した時刻の波形を拡大表示できること。	○
T.2.1.10	拡大波形は1画面につき最大5波形表示できること。	○
T.2.1.11	保存期間内全てのリコール波形の参照機能を有すること。	○
T.2.1.12	リコール波形を拡大表示する機能を有すること。	○
T.2.1.13	計測値についてトレンドグラフ表示する機能を有すること。	○
T.2.1.14	リストトレンド画面は、1画面で最大10項目の計測値を参照できる機能を有すること。	○
T.2.1.15	NIBPリスト画面は、1画面でNIBPを含め、最大10項目の計測値を参照できる機能を有すること。	○
T.2.1.16	データの参照や入力、保存を行うとき、利用者IDとパスワードの要求を行い、データの改竄の防止を行えること。ただし、電子カルテシステムにログインしたユーザが、電子カルテシステムの一機能としてアクセスする場合は、既に認証されているものとして扱われること。	○
T.2.1.17	電子カルテシステム端末上から、Webブラウザ（Microsoft Edge、Google Chrome）により、該当患者の生体情報（波形・計測値）を参照できること。	○
T.2.1.18	電子カルテ端末で参照している患者について、患者IDを引数として、ダイレクトログインできること。	○
T.2.1.19	患者基本情報を電子カルテシステムから取得し、生体情報モニター管理システムおよびセントラルモニターにその情報を表示できる機能を有すること。	○
T.2.1.20	システム時刻を電子カルテシステムから定期的に取得し、ベッドサイドモニターからセントラルモニターまで時刻を同期させる機能を有すること。	○
T.2.1.21	拡大波形表示画面上で指定した心電図波形画像を、統合画像システムに送信させる機能を有すること。	○
T.2.1.22	病棟モニターと送信機からの計測値を電子カルテへ自動送信し温度板の作成補助ができること。	○
T.3	ハードウェア	—
T.3.1	サーバ	—
T.3.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
T.3.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
T.3.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
T.3.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
T.3.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
T.3.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○

T. 3. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
T. 3. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○

項番	機能要件	配点
U	手術・麻酔システム	—
U.1	共通要件	—
U.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
U.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
U.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
U.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
U.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
U.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
U.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
U.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
U.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
U.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
U.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
U.2	ハードウェア	—
U.2.1	サーバ	—
U.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
U.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
U.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
U.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
U.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
U.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
U.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
U.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
U.2.2	専用端末	—
U.2.2.1	貴社システムが7年間運用できる端末を準備し、納品すること。設置場所と台数は別表2を参考にすること。	○
U.2.2.2	端末スペックは指定しない、当センターに最適なスペックを選定し納品すること。	○
U.2.2.3	モニターがディスプレイポートであるのでディスプレイポート接続ができること。	○
U.2.3	モニター	—
U.2.3.1	現行のモニターを流用すること。現行のモニターはディスプレイポートで接続している。次期も利用できるように接続すること。また、接続は別表2を参考にすること。	○
U.2.4	プリンタ	—
U.2.4.1	電子カルテのプリンタに接続して印刷できるようにすること。	○
U.2.5	ステータスマニタ	—
U.2.5.1	現行のステータスマニタを流用すること。継続して運用できるように接続すること。	○
U.3	手術・麻酔管理システム ソフトウェア	—
U.3.1	手術申込み表示機能	—
U.3.1.1	手術申込み情報として診療科名、手術予定日、患者ID、患者氏名、生年月日、年齢、性別、身長、体重、病棟、希望麻酔方法、手術開始時刻、手術予定時間、感染症の有無、術者名、病名、術式名、体位、術中使用の特殊装置、予測出血量、コメントを表示できること。	○
U.3.2	手術申込み参照/手術スケジュール表示機能	—

U. 3. 2. 1	手術申込み情報として診療科名、手術予定日、患者ID、患者氏名、生年月日、年齢、性別、身長、体重、病棟、希望麻酔方法、手術開始時刻、手術所要時間、感染症の有無、主治医/術者名、病名、術式名、術中使用の特殊装置、備考を表示できること。	○
U. 3. 2. 2	緊急患者入室の際は、手術申し込みがない状態でも記録を開始でき、後から申し込みを受信した場合には、患者IDをキーとして紐づけができること。	○
U. 3. 2. 3	帯グラフ表示での手術スケジュール表示ができること。	○
U. 3. 2. 4	症例ごとの帯には入室から手術開始、手術終了から退室などの時間幅がわかるように帯の色を分けて表示できること。	○
U. 3. 2. 5	症例ごとの帯には患者ID、患者氏名、生年月日、年齢、性別、身長、体重、病棟、希望麻酔方法、手術開始時刻、手術所要時間、感染症の有無、主治医/術者名、病名、術式名、術中使用の特殊装置、備考など手術情報の表示ができること。表示内容に関しては選択して表示設定ができること。	○
U. 3. 2. 6	症例ごとの帯には表示する術式名は複数の術式申込がある場合は、複数表示ができること。	○
U. 3. 2. 7	帯グラフ上の症例にマウスカーソルをあてると、その症例の手術情報がポップアップ画面で表示されること。	○
U. 3. 2. 8	帯グラフのスケジュール画面に対して手術症例、麻酔科医、看護師、器材の割り付けをマウスによるドラッグ&ドロップ操作でできること。	○
U. 3. 2. 9	スケジュール画面上に「○日から○日までは麻酔科学会期間中」といった割り付けの際に参考になる情報を表示できるコメント欄を有すること。	○
U. 3. 2. 10	手術スケジュール作成時の帯グラフ（予定）と手術実施後の帯グラフ（実績）を上下に並べて表示できること。	○
U. 3. 3	術前回診機能	—
U. 3. 3. 1	麻酔方法は、リスト選択方式で入力ができること。	○
U. 3. 3. 2	既往歴、手術歴、家族歴、使用薬、禁止薬剤をフリー入力ができること。	○
U. 3. 3. 3	アイコンクリックで術前検体検査データを取り込み、枠内に測定項目、測定日、測定データを表示ができること。	○
U. 3. 3. 4	上記術前診察内容は病棟に設置されている病院情報システムの任意の端末のWEBブラウザ上から入力、保存ができること。	○
U. 3. 3. 5	術前検査画面で、測定項目（・測定日）の枠を作成できること。その中に数値が表示されること。	○
U. 3. 3. 6	術前サマリ作成時に、同一患者の前回入力内容を自動で取り込み、その後編集ができること。	○
U. 3. 4	麻酔記録機能	—
U. 3. 4. 1	画面仕様に関しては、以下の要件を満たすこと。	○
U. 3. 4. 2	麻酔記録画面は、トレンド画面、イベント画面、リマークス画面、体位／ライン画面、サブトレンド画面、薬剤画面、IN／OUT画面、術中血液分析検査データ画面、経時項目画面、リマークス画面から構成され、トレンド画面、イベント画面、リマークス画面、体位／ライン画面は常に表示されること。	○
U. 3. 4. 3	サブトレンド画面、薬剤画面、IN／OUT画面、術中血液分析検査データ画面、経時項目画面、検査データ画面、リマークス画面は、画面切り替えをすることなく、スクロールすることですべて参照できること。	○
U. 3. 4. 4	サブトレンド画面、薬剤画面、IN／OUT画面、術中検査データ画面、リマークス画面の表示順序はカスタマイズできること。	○
U. 3. 4. 5	1画面に表示する時間幅は、1時間、2時間、6時間、12時間の時間幅から選択できること。時間幅は目安であり、各社の時間幅で提案してもよいとする。	○
U. 3. 4. 6	どの表示時間幅の場合でも、トレンド情報、イベント情報、リマークス情報、薬剤投与情報、体位／ライン情報は各情報の記録時間をもとに時系列が把握できる表示ができること。	○
U. 3. 4. 7	トレンド表示のトレンドデータの種類、表示色、スケールは術中においても任意に選択できること。	○
U. 3. 4. 8	術前サマリ画面、IN／OUTバランス画面、退室時サマリ画面、実施情報確認画面を有し、アイコンボタンを押すことにより参照できること。	○
U. 3. 4. 9	イベント入力画面、硬膜外情報入力画面、脊椎麻酔入力画面、局所麻酔入力画面、挿管／抜管画面、薬剤入力画面、IN／OUT入力画面、術中検査データ入力画面、体位／ライン情報入力画面、リマークス入力画面、退室時サマリ画面はそれぞれ入力必要事項をまとめた専用画面を有すること。	○
U. 3. 4. 10	硬膜外情報入力画面、脊椎麻酔入力画面、局所麻酔入力画面、挿管／抜管画面、退室時サマリ画面は導入時の打ち合わせによりカスタマイズできること。	○
U. 3. 4. 11	過去の麻酔記録が閲覧できること。	○
U. 3. 5	入力／表示／保存仕様	—
U. 3. 5. 1	基本操作としてタッチ画面を活用することができ、マウスの右クリック操作を用いることなくすべての入力ができること。	○
U. 3. 5. 2	イベント、リマークスの入力は処置中での入力を考慮し、ペン等のツールを用いることなく、タッチディスプレイに対しての手入力が可能なインターフェース機能を装備していること。	○
U. 3. 5. 3	患者入室／退出時刻、麻酔開始／終了時刻、手術開始／終了時刻、挿管／抜管情報をイベント情報として記録し、画面上にイベントマークで表示できること。	○
U. 3. 5. 4	記録されたイベント情報から手術時間、麻酔時間を自動的に計算することができること。	○
U. 3. 5. 5	入力したリマークス、体位・ライン情報はアイコンもしくは番号で表示され、入力した時間の時間軸にあわせて表示する機能を有すること。また、入力した内容は、別画面を開くことなく内容を確認できること。	○
U. 3. 5. 6	体位を入力した場合、麻酔記録画面には体位の絵を用いたアイコンを表示できること。	○
U. 3. 5. 7	各種専用入力画面を開いた場合でも、時間軸を指定するカーソルは背景にある麻酔記録画面上で有効であり、時刻の決定に利用できること。	○
U. 3. 5. 8	輸液、輸血／出血、尿のIN／OUTデータは増分入力、全量（積算）入力の2つのどちらのモードでも入力でき、実施情報をIN／OUT画面に表示できること。	○

U. 3. 5. 9	薬剤名リストは麻酔薬、外用薬、などの分類ごとに分けられ、選択した種類に応じた薬剤名が表示できること。	○
U. 3. 5. 10	薬剤名リストの表示画面で、薬剤の検索ができること。	○
U. 3. 5. 11	1つの薬剤名称に対して、複数の薬剤を混ぜ合わせたセットを登録できる機能を有すること。この場合、混ぜ合わせる割合はセットから選択時に変更できること。	○
U. 3. 5. 12	薬剤の分類に応じて麻酔記録での薬剤表示色を設定できること。	○
U. 3. 5. 13	新規薬剤選択時に、投与種別（ポーラス／持続）、経路情報を同一画面で決定できること。	○
U. 3. 5. 14	薬剤選択時には、すでに入力済みのライン情報が優先的に表示され、経路情報として利用できること。	○
U. 3. 5. 15	脊椎麻酔イベント画面、局所麻酔イベント画面で入力した薬剤は、自動的にIN画面に薬剤名称、投与量が表示できること。	○
U. 3. 5. 16	持続薬剤に対して加薬の入力を行った場合、IN項目は持続薬剤の下の行に加薬を示すマークと共に加薬薬剤を表示できること。	○
U. 3. 5. 17	輸液の停止と共に次の新規輸液を選択する行為を一連の操作でできること。	○
U. 3. 5. 18	輸血情報入力時に、U（ユニット）または、mlのどちらかの単位で入力できるができること。また、U入力時には自動的に合計量はmlへ変換できること。	○
U. 3. 5. 19	IN／OUTバランス表は、入力されたIN／OUT情報から、晶質液、膠質液、血液製剤、尿量、濃厚赤血球等に自動的に分類、計算できること。	○
U. 3. 5. 20	リマークス（定型文入力）内容は、麻酔管理、手術操作、合併症等の分類に分けて設定することができ、リストから選択することで入力ができること。また、選択後に任意の文言に修正ができること。	○
U. 3. 5. 21	入力されたリマークス情報を時系列で表示するリマークス画面を持ち、麻酔記録画面上で表示のON/OFFができること。	○
U. 3. 5. 22	リマークス画面では、イベント、薬剤、体位、リマークスの分類で表示の絞込みができること。	○
U. 3. 5. 23	麻酔担当医、指導医以外にアシスタントを最大3名登録できること。	○
U. 3. 5. 24	各手技の実施者を登録できること。担当医をデフォルト表示できること。	○
U. 3. 5. 25	薬剤のセット入力ができること。	○
U. 3. 6	データ取り込み仕様	—
U. 3. 6. 1	生体モニタで出力可能なパラメータをトレンド画面もしくはサブトレンド画面に表示、保存ができること。	○
U. 3. 6. 2	トレンドデータは1分間隔での取り込み、麻酔記録への表示ができること。	○
U. 3. 6. 3	生体情報モニターとの時刻同調性が図れること。生体情報モニターのベンダーと調整をすること。	○
U. 3. 7	看護機能	—
U. 3. 7. 1	術前訪問、術後訪問記録を作成できること。	○
U. 3. 7. 2	術中看護記録機能は、以下の要件を満たすこと。	○
U. 3. 7. 3	麻酔記録クライアントで入力されたデータおよび手術室生体情報モニタからのトレンドデータを表示し、看護記録のデータ、各種イベントを入力することができること。	○
U. 3. 7. 4	看護記録表として構成される画面には、術中体位、術中バイタルトレンド、看護記録、観察データ、薬剤、看護イベントが表示できること。	○
U. 3. 7. 5	術中バイタルトレンドは表示のOn/Offができること。または画面切替で表示ができること。	○
U. 3. 7. 6	術中に使用した薬剤のデータを入力ができること。	○
U. 3. 7. 7	シェーマを用いた記録が行えること。	○
U. 3. 7. 8	シェーマを追加登録できること。手書きで作成できること。	○
U. 3. 7. 9	パスを用いたチェック式画面を有すること。	○
U. 3. 7. 10	看護計画による入力ができること。	○
U. 3. 8	人工心肺記録機能	—
U. 3. 8. 1	人工心肺準備データ入力ができること。	○
U. 3. 8. 2	今後導入予定の人工心肺装置からの数値データをオンラインで自動取り込みすることができること。	○
U. 3. 8. 3	人工心肺運転中の心肺データ（酸素流量、酸素濃度、送血温、脱血温、最高血圧／最低血圧、中心静脈圧、直腸温、食道温、深部温、末梢温、等）を記録ができること。	○
U. 3. 8. 4	人工心肺記録機能から麻酔記録を参照できること。	○
U. 3. 8. 5	人工心肺運転に関するイベントの入力ができること。	○
U. 3. 9	検査機器リンク機能	—
U. 3. 9. 1	手術室の血液ガス分析装置がデータを出力できる場合は、血液ガス測定結果をオンラインで取り込みができること。	○
U. 3. 9. 2	血液ガス分析装置クライアントには、手術室リストが表示され、表示されている手術室を選択することにより、検査結果の送信先を指定ができること。	○
U. 3. 9. 3	血液ガス分析装置クライアントに表示される手術室リストは現在患者が入室している手術室が色分けされて表示ができること。	○
U. 3. 9. 4	血液ガス分析装置クライアントには、検査機から受信した最新の検査結果を表示ができること。	○
U. 3. 10	ステータスモニタ表示機能	—
U. 3. 10. 1	手術情報は、手術室・手術開始予定時間順に表示ができること。	○
U. 3. 10. 2	手術予定、麻酔記録とリンクし、各手術室のイベント状況を表示して、自動的にアップデートができること。	○
U. 3. 10. 3	一画面に表示できない件数になった場合は、定期的に画面切り替えを行う時間を設定ができること。	○
U. 3. 11	術後参照・編集機能	—
U. 3. 11. 1	術後患者を選択し、その患者の麻酔記録を参照、編集ができること。	○
U. 3. 12	術後回診機能	—
U. 3. 12. 1	術後患者の診察内容、術後偶発症情報、ペインスコアを入力、保存ができること。	○
U. 3. 12. 2	術後回診内容は病棟の病院情報システムの端末でWEBブラウザ上から入力ができること。	○
U. 3. 13	検索機能	—

U. 3. 13. 1	以下の検索条件を複数設定し、該当する記録を一覧表示ができること。患者ID、性別、年齢、血液型、身長、体重、手術実施日、診療科、感染症、麻酔科医、術者、手術部位、実施術式、確定診断名、麻酔方法、手術時間、麻酔時間、出血量合計、使用薬剤、偶発症、体位、その他検索可能なものは全て	○
U. 3. 13. 2	検索結果の一覧表から検索結果患者毎に術前診察情報、術中麻酔記録、術後診察画面を参照ができること。	○
U. 3. 14	統計管理機能	—
U. 3. 14. 1	以下の集計を行い、集計毎に指定されたフォーマットで印刷ができること。方法は問わないが、フォーマットは導入時に当センターと調整をして作成すること。例として以下に示す。 。手術室毎の月間・年間利用状況、。科別毎手術予定時間と実際の手術時間差の月間・年間の集計、。麻酔科医別・麻酔方法の月間・年間の集計、。麻酔科医別・麻酔時間の月間、年間の集計、。麻酔科症例分類表、医師別臨床実績報告書	○
U. 3. 14. 2	30分毎に手術室占拠数をカウントできること。また、グラフを作成できること。	○
U. 3. 14. 3	OP件数の全体および各科毎の経年変化が把握できること。また、グラフを作成できること。	○
U. 3. 15	データベース	—
U. 3. 15. 1	データベースは、このシステムで入力された5年間分以上のデータを保存できる容量を有すること。	○
U. 3. 15. 2	保存されている患者データを後から呼び出して参照ができること。	○
U. 3. 15. 3	保存されているデータを定期的にバックアップができること。	○
U. 3. 16	WEB機能	—
U. 3. 16. 1	特別なアプリケーションをインストールすることなく、電子カルテシステムから麻酔記録、看護記録の参照、および術前回診、術後回診、術前訪問、術後訪問の入力ができること。	○
U. 3. 16. 2	麻酔記録、看護記録は一画面に表示する時間幅を画面で変更ができること。	○
U. 3. 16. 3	麻酔記録、看護記録は参照した時点の最新の情報が表示され、術中でも病棟から確認ができること。	○
U. 3. 16. 4	患者IDを含めたURLでの連携ができること。	○
U. 3. 17	手術・麻酔管理システムと電子カルテシステムとの連携	—
U. 3. 17. 1	電子カルテシステムの利用者マスタ、薬剤マスタ、等のマスタを受信ができること。	○
U. 3. 17. 2	電子カルテシステムから、以下の手術・麻酔申し込み情報、もしくは確定手術スケジュールを受信ができること。診療科名、患者氏名、患者ID、年齢、生年月日、性別、身長、体重、病名、主治医名、手術予定日、予定術式、予定手術時間、血液型、感染症、等	○
U. 3. 17. 3	電子カルテシステムから中央検体検査結果内容を受信ができること。	○
U. 3. 17. 4	電子カルテシステムへ麻酔実施情報、麻酔／手術時間、使用薬剤、スタッフの情報を送信ができること。	○
U. 3. 18	日本麻酔学会提出レポート（JSA麻酔台帳）との連携	—
U. 3. 18. 1	本システムで有するデータで、JSA麻酔台帳に必要なデータを出力ができること。	○
U. 3. 18. 2	JSAの最新バージョンに対応した麻酔科学会偶発症調査の帳票が出力できること。	○
U. 3. 19	既存手術・麻酔システムのデータ移行	—
U. 3. 19. 1	既存システムのデータ移行の範囲は、患者一覧（台帳）、手術スケジュール、麻酔記録（術前回診、術後回診記録含む）、看護記録（術前訪問、術後訪問記録含む）、人工心肺記録などから提供している機能の範囲とする。	○
U. 3. 19. 2	既存システムから移行したデータは、次期システムにおいても、電子カルテシステムから参照可能であること。	○
U. 3. 19. 3	既存システムから移行したデータは、次期システムにおいても、別途記載の検索機能の検索対象になるようデータ移行すること。また、検索結果でリストに絞り込まれた患者一覧から、麻酔記録、看護記録、人工心肺記録、術前回診記録、術後回診記録、術前訪問記録、術後訪問記録の呼び出しに対応できること。	○
U. 3. 19. 4	既存システムからのデータ移行において必要となる費用は落札者の負担とすること。	○
U. 4	要望	—
U. 4. 1	手術部門システムは手術記録として残す術式は実施後、確定した術式が表記されること。	○
U. 4. 2	手術一覧は手術の予定時刻順に表示ができること。	○
U. 4. 3	手術部門システムにて術前術後の訪問記録を記載および参照できる仕組みを提供すること。	○
U. 4. 4	手術部門システムは電子カルテの患者情報から手術に必要な情報を取得できること。取得する項目は導入時に当センターと調整すること。例：入れ歯、シャント、ペースメーカー、インプラント、補聴器、めがね、たばこ、除去物 提案内容により加点評価する。	●
U. 4. 5	手術部門システムのマスタメンテナンスが簡便な操作でできる仕組みがあること。また、簡便にできる仕組みや方法があれば提案すること。	○
U. 4. 6	麻酔の分類を麻酔科学会用の麻酔分類に合わせて表示ができること。	○
U. 4. 7	手術の進捗状況がわかる一覧表示ができること。・患者ID ・患者氏名 ・術式 ・進捗ステータス（手術前、手術中、手術終了）	○

項番	機能要件	配点
V	重症系システム	—
V.1	共通要件	—
V.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
V.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
V.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
V.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
V.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
V.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
V.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
V.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
V.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
V.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
V.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
V.2	基本要件	—
V.2.1	システム基本仕様	—
V.2.1.1	ICU6床・HCU0～4床・NICU9床、GCU6床に対応できること。	○
V.2.1.2	過去のデータおよび稼働後7年間の患者データをサーバ内のストレージに保存できること。	○
V.2.1.3	本システムのデータの入力、辞書内容の修正、指示の発行に関して、利用者ごとの権限を管理できること。	○
V.2.1.4	一定時間経過後に自動的にログオフができること。	○
V.3	ハードウェア	—
V.3.1	サーバ	—
V.3.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
V.3.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
V.3.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
V.3.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
V.3.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
V.3.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
V.3.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
V.3.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
V.3.2	NAS	—
V.3.2.1	NASが必要であれば7年間運用できるストレージ容量のあるものを準備すること。	○
V.3.2.2	ネットワークインターフェースは1000Base-Tに対応し、装備していること。	○
V.3.3	モニター	—
V.3.3.1	現行のモニターを流用すること。現行のモニターはディスプレイポートで接続している。次期も利用できるように接続すること。また、接続は別表2を参考にする。	○
V.3.4	プリンタ	—
V.3.4.1	電子カルテのプリンタに接続して印刷できるようにすること。	○
V.4	システムソフトウェア	—
V.4.1	患者基本情報機能	—
V.4.1.1	患者氏名、患者ID、生年月日、性別、血液型（Rh式、ABO式）、感染症、病名を入力ができること。	○

V. 4. 2	患者入退床管理機能	—
V. 4. 2. 1	患者入床、退床操作ができること。	○
V. 4. 2. 2	患者入床、空床状況を示す患者一覧を表示できること。	○
V. 4. 2. 3	患者一覧には、入室予定日、診療科、患者氏名、病名を一覧で表示できること。	○
V. 4. 3	画面表示	—
V. 4. 3. 1	ベッドマップ画面では、各患者の感染症の有無をアイコンで確認ができること。	○
V. 4. 4	経過表	—
V. 4. 4. 1	経過表画面は、バイタルサイングラフ、モニタ数値、IN/OUT、呼吸器指示、人工呼吸器実測値、観察、定期処置、処置、特殊治療、生化学・血液ガス、デイリー、緊急モードの項目から構成され、それぞれの項目は表示／非表示の選択ができること。	○
V. 4. 4. 2	経過表のモニタ数値、観察、定期処置、処置、特殊治療はセット機能により設定されたセット名を選択することにより、表示項目を任意のタイミングで変更ができること。	○
V. 4. 4. 3	ベッドサイドモニタから出力されたバイタルトレンドデータの自動記録に加え、確認したデータ、および手入力されたデータをバイタルサイングラフに追加ができること。	○
V. 4. 4. 4	バイタルサイングラフの表示形式は、モニタデータ、確認データ、モニタデータ＋確認データのいずれかを選択ができること。	○
V. 4. 4. 5	バイタルサイングラフ上にイベントを記入・表示ができること。	○
V. 4. 4. 6	イベントの内容を一覧で表示ができること。	○
V. 4. 4. 7	INの処方、注射項目に対する時間指定指示の場合は該当する時間のセル内に指示名称を表示ができること。	○
V. 4. 4. 8	INの持続、輸血項目は指示受けを行うと指示名称と指示速度が経過表のIN項目に自動表示される機能を有すること。	○
V. 4. 4. 9	INの持続、輸血項目の指示を開始・交換・終了ができること。	○
V. 4. 4. 10	INの持続、輸血項目の指示に対して投与量を入力ができること。	○
V. 4. 4. 11	INの持続、輸血項目の表示順を変更ができること。	○
V. 4. 4. 12	INの持続、輸血項目の投与量の表示を時間量、累計、時間量/累計を選択して表示ができること。	○
V. 4. 4. 13	InTotalに表示されたINの×時間を2時間、3時間、4時間、6時間、8時間、12時間、24時間に変更ができること。	○
V. 4. 4. 14	OUTの項目に尿量、出血等を入力ができること。	○
V. 4. 4. 15	OUTの項目の項目選択はセットを用いて項目を表示ができること。	○
V. 4. 4. 16	呼吸器指示項目に指示簿で指示受けした呼吸器情報を表示ができること。	○
V. 4. 4. 17	呼吸器の指示が変更された場合は、経過表の呼吸器指示項目に変更のあった時間帯に指示を表示ができること。	○
V. 4. 4. 18	人工呼吸器実測値項目は機種、状態、流量、吸気圧、換気モード、濃度等を入力ができること。	○
V. 4. 4. 19	人工呼吸器実測値項目はセットを用いて項目を表示ができること。	○
V. 4. 4. 20	人工呼吸器実測値項目で入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 21	観察項目は、意識評価、対光反射等に対する内容を入力ができること。	○
V. 4. 4. 22	観察項目は、セットを用いて項目を表示ができること。	○
V. 4. 4. 23	観察項目で入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 24	定期処置項目は、体位変換、清拭等に対する内容を入力ができること。	○
V. 4. 4. 25	定期処置項目は、セットを用いて項目を表示ができること。	○
V. 4. 4. 26	定期処置項目で入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 27	観察、定期処置項目はリストから選択ができること。	○
V. 4. 4. 28	観察、定期処置項目は患者状態の変化に応じて、任意のタイミングで表示・非表示の機能を有し、かつ重要度に合わせ任意に項目表示の順番を並び替えができること。	○
V. 4. 4. 29	前回の入力と同じ場合は、カテゴリー単位（例えば観察項目）でコピーして、そのデータを利用ができること。	○
V. 4. 4. 30	処置項目（Vライン挿入等）を入力ができること。	○
V. 4. 4. 31	処置項目で入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 32	特殊治療項目はCHDF、IABPに対する内容を入力ができること。	○
V. 4. 4. 33	特殊治療項目で入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 34	生化学、血液ガス検査結果を数値表形式で記録ができること。また、検査結果は該当する時間軸上のセルに数値表形式で表示される機能を有すること。	○
V. 4. 4. 35	生化学、血液ガス検査結果を一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 36	デイリーデータ（身長、体重、挿管チューブ等）を入力ができること。	○
V. 4. 4. 37	デイリーデータは当日の最新データを常に表示ができること。	○
V. 4. 4. 38	デイリーデータで入力したデータを一覧表示ができること。	○
V. 4. 4. 39	イベント、処置を簡易入力を行う緊急モード機能を有すること。	○
V. 4. 4. 40	緊急入力モードを終了することにより、その内容を経過表のイベント欄、処置欄に分類し表示ができること。	○
V. 4. 4. 41	緊急入力モードを終了することにより、その内容を指示簿上に展開し、医師の追認サインを受ける機能を有すること。	○
V. 4. 4. 42	無呼吸・除脈・チアノーゼなどのイベント管理機能を有すること。	○
V. 4. 5	週間経過表	—
V. 4. 5. 1	1週間、4日間を1画面とした参照用の経過表を表示ができること。	○
V. 4. 6	水分出納	—
V. 4. 6. 1	時間当たりのIN・OUTを棒グラフで表示を行い、水分出納を参照ができること。	○
V. 4. 6. 2	任意の時間を基点としたバランスを計算ができること。INの量を自動計算し表示できること。	○
V. 4. 7	経時記録機能	—
V. 4. 7. 1	経過表の経時記録ボタンを押すことにより経時記録欄を表示ができること。	○
V. 4. 7. 2	経時記録は選択＋文字の入力が可能な機能を有すること。	○
V. 4. 8	医師指示簿	—
V. 4. 8. 1	患者毎、指定された日付け毎に当該患者の指示一覧を表示ができること。	○

V. 4. 8. 2	輸液、注射、輸血、処方、栄養、緊急、呼吸器、特殊治療、その他指示に関する指示ができること。	○
V. 4. 8. 3	点滴のラベルプリンタと連動すること。点滴オーダ時に点滴ラベル・処方箋となりうるものが自動でプリントアウトできること。	○
V. 4. 8. 4	指示簿画面は、状態、指示名称、指示時刻、指示内容、コメント、指示者、指示受け者が各指示毎に表示される機能を有すること。	○
V. 4. 8. 5	中止された指示は、中止を表す表示色で表示される機能を有すること。	○
V. 4. 8. 6	指示の内容は、中止の指示をしない限り、次の日の指示簿に自動的に継続される機能を有すること。	○
V. 4. 8. 7	輸液、注射の指示として、ルート、基本薬（名称、数量）、加薬（名称、数量）、投与速度、指示コメントが入力ができること。	○
V. 4. 8. 8	新規指示、指示更新を通知するメッセージを指示簿画面、経過表画面に表示ができること。	○
V. 4. 8. 9	指示受けされた輸液の名称は、経過表のIN部分に自動的に表示される機能を有すること。	○
V. 4. 8. 10	輸液指示で投与時間を入力すると合計水分量から投与速度を自動計算ができること。	○
V. 4. 8. 11	2段階の希釈指示に対応ができること。	○
V. 4. 8. 12	指示の際にルート禁忌を判別し、警告メッセージを表示ができること。	○
V. 4. 8. 13	投与量に応じて、電解質・ブドウ糖およびカロリー量が確認ができること。	○
V. 4. 8. 14	投与速度の入力からγ値を自動計算でき、またその逆もできること。	○
V. 4. 9	承認実施機能	—
V. 4. 9. 1	看護師の権限で経過表上から指示を作成ができること。	○
V. 4. 9. 2	承認実施を行うと経過表上で実施された旨を通知するメッセージを表示ができること。	○
V. 4. 9. 3	承認実施を行うと指示簿上では入力した看護師が指示受け欄に登録され、指示者の欄が空白で表示され、指示追認されていない旨がわかるように表示されること。	○
V. 4. 9. 4	指示者が追認ができること。	○
V. 4. 10	セット機能	—
V. 4. 10. 1	経過表画面のモニタ数値、IN・OUT、観察項目の内容は、それぞれ任意の名称でセット化ができること。またセットを組み合わせて、経過表全体に対してのセットを任意の名称で設定ができること。	○
V. 4. 10. 2	輸液、注射、輸血、処方、呼吸器、特殊治療、その他指示の指示を任意の名称でセット化ができること。点滴が持続なのか側管なのか明確になるように、持続輸液・注射/側管など項目の名称を変えられること。食事/経口の項目を追加すること。	○
V. 4. 11	人体図表示機能	—
V. 4. 11. 1	経過表上に人体図を表示し、現在のルート情報を表示できること。	○
V. 4. 11. 2	過去時間を指定することで、指定した時間の人体図を表示できること。	○
V. 4. 12	辞書機能	—
V. 4. 12. 1	イベント、体位、意識、観察、呼吸、OUT、処置に関して、実施入力の際に表示される選択項目の内容をシステムを止めずに設定ができること。	○
V. 4. 13	レポート作成機能	—
V. 4. 13. 1	経過表、医師指示簿が印刷ができること。	○
V. 4. 13. 2	レポートはA4サイズで印刷ができること。	○
V. 4. 14	統計検索機能	—
V. 4. 14. 1	複数年の範囲で患者ID、患者氏名、生年月日、性別、血液型、年齢、診療科、入室日時、主治医による検索ができること。	○
V. 4. 14. 2	検索結果は氏名、患者ID、生年月日、性別、血液型、診療科、主治医を含んだ一覧表形式で表示され、一覧表から選んだ患者の過去データ（経過表、指示簿、患者情報）が参照ができること。	○
V. 4. 14. 3	検索結果を台帳として印刷ができること。	○
V. 4. 15	生体モニタとの接続	—
V. 4. 15. 1	既存生体モニタからの数値データを1分間隔で取込みができること。	○
V. 4. 15. 2	経過表画面上から、参照中の患者の波形データをWEBブラウザを用いて呼び出して、圧縮波形、アラーム波形一覧が参照ができること。	○
V. 4. 16	電子カルテシステムおよび関連システムとのリンク機能	—
V. 4. 16. 1	電子カルテシステムからの移動オーダを受信し、患者予定一覧に表示ができること。	○
V. 4. 16. 2	電子カルテシステムから患者基本情報（プロフィール情報）を受信し、患者属性情報として利用ができること。	○
V. 4. 16. 3	電子カルテシステムから中央検査室での検体検査結果を受信し、経過表データに反映ができること。	○
V. 4. 16. 4	電子カルテシステムから処方オーダを受信し、指示簿データとして展開ができること。	○
V. 4. 16. 5	注射・輸液薬剤の実施情報を電子カルテシステムに送信ができること。	○
V. 4. 16. 6	実施済みの処置の実施情報を電子カルテシステムに送信ができること。	○
V. 4. 16. 7	利用者マスタ、薬剤マスタを電子カルテシステムと連携ができること。	○
V. 4. 16. 8	電子カルテシステムからの患者IDを引数にしたWEB呼び出しに対応ができること。	○
V. 4. 16. 9	重症指示書から該当の注射オーダを選択して、注射認証用のバーコードラベルが出力可能であること。	○
V. 4. 17	WEB配信機能	—
V. 4. 17. 1	特別なアプリケーションを用いずに、電子カルテシステムから本システムの経過表、指示簿、週間経過表を参照できること。	○
V. 4. 17. 2	表示される内容は参照した時点の情報であること。	○
V. 4. 17. 3	WEB経過表の一画面に表示する時間幅は参照者がWEB画面で選択できること。	○
V. 4. 18	既存重症系システムのデータ移行	—
V. 4. 18. 1	既存システムから患者情報、バイタルサインデータ、検査データを新システムに移行すること。移行したデータは新システムの検索機能で、検索／抽出ができること。また、過去患者として経過表にバイタルサイングラフ、検査結果を表示ができること。他社リプレイスによるデータ移行は別表4を参考にする。	○

V. 5	要望	—
V. 5. 1	電子カルテシステムと重症系システムがオーダーおよび実施の連携ができること。具体的には処方、注射、処置オーダー、医師指示を電子カルテで入力したものを、重症系が受信する。重症系システムで実施入力を行うことで電子カルテにも実施した情報が送られ、実施記録が残ること。また、算定情報も医事会計システムへ送信ができること。提案内容により加点評価する。	●
V. 5. 2	電子カルテやバイタルのデータに基づき、以下の値を自動で計算を行うこと。値は患者一覧に表示できることが望ましい。 ・ APACHEII ・ SOFA Score	●

項番	機能要件	配点
W	眼科カルテシステム	—
W. 1	共通要件	—
W. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙1～4を必ず精読（または確認）すること。また、それを理解したうえで提供すること。	○
W. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
W. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
W. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
W. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
W. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
W. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
W. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
W. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。または、貴社システム内で操作ができること。	○
W. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
W. 1. 11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
W. 2	ハードウェア	—
W. 2. 1	サーバ	—
W. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
W. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
W. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
W. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
W. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
W. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
W. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
W. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
W. 2. 2	モニター	—
W. 2. 2. 1	眼科クライアント端末用液晶モニターおよびペンタブレットモニターは流用し、継続利用できるように接続すること。別表2を参考にする。	○
W. 2. 3	プリンタ	—
W. 2. 3. 1	電子カルテのプリンタに接続して印刷できるようにすること。	○
W. 2. 4	スキャナー	—
W. 2. 4. 1	シードフィートスキャナーは既存スキャナーを流用し、継続利用できるように接続すること。またTWAIN対応機種のスキャナーが必要になる場合はベンダーが準備すること。現行機器：富士通製 ScanSnap iX1500	●
W. 3	ソフトウェア要件	—
W. 3. 1	眼科システム診療支援機能	—
W. 3. 1. 1	診察室業務支援機能は以下の機能を有すること。	○
W. 3. 1. 2	電子カルテ端末に眼科システムソフトをインストールすること。	○
W. 3. 1. 3	バーコードリーダを用いて患者を選択できること。	○
W. 3. 1. 4	更新予定の電子カルテシステムと相乗りが必要な場合は眼科システムライセンス内にて対応が可能なこと。	○
W. 3. 1. 5	診療記録SOAPを入力する機能を有すること。	○
W. 3. 1. 6	眼科専用の検査テンプレートを装備していること。	○

W. 3. 1. 7	眼鏡処方箋、コンタクトレンズ処方箋、弱視等治療用眼鏡等作成指示書テンプレートを装備し、印刷が可能なこと。	○
W. 3. 1. 8	検査所見等を記載するためシェーマ機能を有し、眼科で必要な下絵の登録が可能なこと。	○
W. 3. 1. 9	液晶ペンタブレットモニターが接続された端末では、シェーマ機能等でペンにより入力された場合、筆圧により濃淡表現ができること。または、筆圧により線幅制御ができること。	○
W. 3. 1. 10	記載されたシェーマ所見、入力した診療所見DATAは患者、日付、種別ごとに眼科サーバに保存されること。	○
W. 3. 1. 11	スリットランプに接続されているCCDから出力される画像を静止画として保存が可能なこと。	○
W. 3. 1. 12	保存された検査結果を、患者毎かつ日付毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 13	保存された検査結果を、患者毎かつ検査種別毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 14	バーコードリーダーを接続し、眼内レンズのモデル名、シリアルをバーコード読み取りで登録ができること。	●
W. 3. 1. 15	無線LAN環境に対応していること。	○
W. 3. 1. 16	眼科システムソフトライセンスはサーバ含む16ライセンス用意すること。ライセンスフリーなど考慮不要の場合は、○回答としてよい。	○
W. 3. 1. 17	電子カルテライセンスは施設のサーバ含む16ライセンス用意すること。ライセンスフリーなど考慮不要の場合は、○回答としてよい。	○
W. 3. 1. 18	検査業務支援（検査機器出力データ登録機能）	○
W. 3. 1. 19	電子カルテ端末から眼科検査装置の検査DATAの保存が可能なこと。	○
W. 3. 1. 20	保存された検査結果を、患者毎かつ日付毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 21	保存された検査結果を、患者毎かつ検査種別毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 22	ZEISS社製自動視野計HFA3の数値データをグラフ化し表示できること。	○
W. 3. 1. 23	取得したZEISS社製自動視野計のMD値グラフを表示できること。	○
W. 3. 1. 24	検査業務支援（紙出力検査機器データ登録機能）	○
W. 3. 1. 25	既存スキャナーを使用して既設または導入予定の検査装置の検査結果を保存する機能を有すること。	○
W. 3. 1. 26	保存された検査結果を、患者毎かつ日付毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 27	保存された検査結果を、患者毎かつ検査種別毎にまとめて表示できること。	○
W. 3. 1. 28	電子カルテ連携	○
W. 3. 1. 29	連携は電子カルテ側から情報提供を受けることを前提とする。	○
W. 3. 1. 30	既存医事システムまたは電子カルテシステムから患者情報の取得が可能なこと。	○
W. 3. 1. 31	既存医事システムまたは電子カルテシステムから利用者情報の取得が可能なこと。	○
W. 3. 1. 32	更新予定の電子カルテシステムより患者情報を取得すること。	○
W. 3. 1. 33	更新予定の電子カルテシステムより利用者情報を取得すること。	○
W. 3. 1. 34	更新予定の電子カルテシステムより処方結果情報を取得すること。	○
W. 3. 1. 35	更新予定の電子カルテシステムより病名結果情報を取得すること。	○
W. 3. 1. 36	更新予定の電子カルテで開いた患者と同じ患者が部門システム上でも開く機能を有すること。	○
W. 3. 1. 37	眼科専用検査指示票を出力する機能を有すること。	○
W. 3. 1. 38	眼科システムまたは電子カルテシステムから処置コストを送信することができること。	○
W. 3. 1. 39	部門システムに記載した1診療分のデータを電子カルテにレポートとして送信できること。または電子カルテにレポートを記載できる機能を提供すること。	○
W. 3. 1. 40	電子カルテから検査画像やデータを表示できるようにすること。	○
W. 4	保守	—
W. 4. 1	眼科システムはリモートメンテナンスを実施することが可能なこと。	○

項番	機能要件	配点
X	給食管理システム	—
X.1	共通要件	—
X.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙1～4を必ず精読（または確認）すること。また、それを理解したうえで提供すること。	○
X.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
X.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
X.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
X.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
X.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
X.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
X.1.8	ログイン後、給食管理システムの画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
X.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
X.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
X.2	ハードウェア	—
X.2.1	サーバ	—
X.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
X.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
X.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
X.3	給食管理システム要件	—
X.3.1	全体	—
X.3.1.1	LAN対応システムとして業務規模に応じて拡張が可能であり、業務が円滑に行えること。	○
X.3.1.2	日本食品標準成分表最新版に基づき、食品の分類、配列、食品番号、全ての栄養素項目、廃棄率を搭載していること。	○
X.3.1.3	アミノ酸、脂肪酸成分値を搭載していること。	○
X.3.1.4	日本人の食事摂取基準最新版を搭載していること。	○
X.3.1.5	参考料理を500種類以上搭載していること。	○
X.3.1.6	複数ウィンドウが表示され、業務処理が行えること。（例：献立作成をしながら食品マスタ画面が開く等）	○
X.3.1.7	操作性がよく、長時間の使用にも疲れにくい画面レイアウトであること。	○
X.3.1.8	複数の施設の業務を管理できること。	○
X.3.1.9	電子カルテシステムとの連携が可能であること。	○
X.3.2	印刷	—
X.3.2.1	各出力帳票に際してはプリンタの有効利用を考慮し、出力範囲、プリンタの指定が可能なこと。	○
X.3.2.2	印刷途中に「中止」が行えること。	○
X.3.2.3	印刷処理はスムーズに実行されること。	○
X.3.3	データ保存	—
X.3.3.1	データ削除処理の際には確認メッセージにて確認されること。	○
X.3.3.2	最低、過去1年のデータが必要に応じて参照できるものとし、必要に応じてバックアップから復元できること。	○

X. 3. 3. 3	当月から未来の献立作成処理は登録可能期間が限定されていないこと。	○
X. 3. 3. 4	ハードディスクにデータバックアップができること。	○
X. 4	献立管理	—
X. 4. 1	献立作成	—
X. 4. 1. 1	実施献立の登録が可能なこと。	○
X. 4. 1. 2	1人当たり分量は「可食量」「使用量」の入力が選択できること。	○
X. 4. 1. 3	分量はg以外に個数で登録できること、個数は追加登録できること。	○
X. 4. 1. 4	最大6種類(朝昼夕など)まで献立が作成できること。	○
X. 4. 1. 5	食品の追加・削除・修正が可能なこと。	○
X. 4. 1. 6	同一食品が複数登録できること。(下処理用と味付け用の調味料が1料理に登録できること。)	○
X. 4. 1. 7	料理ごとに作り方が登録できること。	○
X. 4. 1. 8	献立作成画面では、料理名と食品名が1画面で確認できること。	○
X. 4. 1. 9	献立作成画面では、指定した複数の食種が1度に確認できること。	○
X. 4. 1. 10	献立作成画面では、1画面で1食種から7食種まで表示できること。	○
X. 4. 1. 11	献立作成画面では、7食種表示した状態で食品の変更ができること。	○
X. 4. 1. 12	献立作成画面では、7食種表示した状態で料理の変更ができること。	○
X. 4. 1. 13	献立作成画面では、指定した期間の献立(1ヶ月以上)を1度に表示することができること。	○
X. 4. 1. 14	献立作成画面では、1画面で1日から7日まで表示できること。	○
X. 4. 1. 15	献立作成画面上で、料理の入れ替え、コピーができること。	○
X. 4. 1. 16	献立を作成しながら料理マスタを更新、追加登録できること。	○
X. 4. 1. 17	料理の検索はコードの他に略称、料理の一部名称(ひらがな、漢字)、主材料、調理法、風味など様々な方法で検索できること。	○
X. 4. 1. 18	献立作成画面で、1食単位および1日単位で栄養価が確認できること。	○
X. 4. 1. 19	献立作成画面で、食品ごとの栄養価が確認できること。	○
X. 4. 1. 20	献立作成画面で微量栄養素、アミノ酸、脂肪酸などの成分値が確認できること。	○
X. 4. 1. 21	献立作成画面で、食品交換表(糖尿病)の単位充足状況を確認できること。	○
X. 4. 1. 22	献立作成画面で、栄養価が基準値と比較できること。	○
X. 4. 1. 23	献立作成画面で、食品(食糧)構成の充足状況が1日、期間指定単位で確認できること。	○
X. 4. 1. 24	献立作成画面で、食品単位、1食単位および1日単位で材料金額が確認できること。	○
X. 4. 1. 25	使用材料の一覧が画面で確認でき、重複チェックができること。	○
X. 4. 1. 26	指定した料理が過去に使用されていた日および献立(料理組み合わせ)が確認できること。	○
X. 4. 1. 27	献立作成において、展開しやすいよう自由に食種や日付など組み合わせて、料理単位でコピーや入れ替えなど登録修正できること。	○
X. 4. 1. 28	食物禁忌は食事オーダに連動、反映できること。	○
X. 4. 1. 29	食事オーダは、朝食昼食夕食の単位でもできること。(朝はソフト食、昼夕は普通食など)	○
X. 4. 2	個人別献立(代替献立)	—
X. 4. 2. 1	患者個別のコメント(禁止・形態)に対応した代替献立の作成ができること。	○
X. 4. 2. 2	代替料理は料理とコメントに応じてマスタで登録でき、代替献立作成時に反映されること。	○
X. 4. 2. 3	代替献立作成時に適切な情報を表示し、支援できること。	○
X. 4. 2. 4	代替献立を加味した患者個人ごとの献立内容、栄養価が確認できること。	○
X. 4. 2. 5	個人別献立に代替献立を反映させること。方法は問わない。	○
X. 4. 2. 6	代替献立、個人別献立の献立表が出力できること。	○
X. 4. 2. 7	代替献立、個人別献立に対応した食数管理ができること。	○
X. 4. 2. 8	患者個人単位で献立が作成できること。	○
X. 4. 2. 9	代替献立、個人別献立内容が発注へ反映すること。	○
X. 4. 2. 10	個人用オーダ献立を登録できること。	○
X. 4. 2. 11	食物禁忌や個人対応について、オーダ献立が必要な食品や料理から検索をかけられること。そこからオーダ献立を立てられること。	○
X. 4. 2. 12	食事の提供栄養量は、主食や飲物、付加しているものに合わせて自動計算できること。	○
X. 4. 2. 13	喫食量に応じて、推定栄養摂取量の計算を自動でできること。	○
X. 4. 3	選択献立	—
X. 4. 3. 1	選択献立に対応していること。	○
X. 4. 3. 2	選択献立の栄養価は選択種類を任意に指定して確認できること。	○
X. 4. 3. 3	選択献立の栄養価を料理ごとに確認できること。方法は問わない。	○
X. 4. 3. 4	選択献立聞取り用の献立表、帳票が印刷できること。	○
X. 4. 3. 5	選択食用献立表(掲示用)のレイアウトは病院指定のレイアウトを作成すること。	○
X. 4. 3. 6	献立表、栄養管理帳票は選択献立に対応していること。	○
X. 4. 3. 7	選択メニュー掲示用紙は、デジタルカメラの写真データを取り込めること。また、エクセルデータで取り出せること。	○
X. 4. 4	献立コピー	—
X. 4. 4. 1	献立を1日から任意の期間でコピーできるものとし、選択食間のコピーもできること。	○
X. 4. 4. 2	1食種から全食種まで任意に指定してコピーできること。	○
X. 4. 4. 3	コピー時に献立を上書きするか否かの選択ができること。	○
X. 4. 4. 4	コピー時に指定分量比率の設定ができること。	○
X. 4. 5	献立一括変換	—
X. 4. 5. 1	献立変更時に料理、食品を一括で変更・追加・削除できるものとし、分量の指定もできること。	○
X. 4. 5. 2	献立作成画面を用いなくても料理、材料を一括で変更・追加・削除できるものとし、分量の指定もできること。	○
X. 4. 5. 3	変換前の食品の可食量の指定もできること。	○
X. 4. 5. 4	分量を指定しないときは同量の可食量で変更できること。	○
X. 4. 5. 5	日付や食種を限定して変更・追加・削除できること。	○
X. 4. 5. 6	変更する際に料理の名称も変更できること。	○
X. 4. 6	献立表関係	—
X. 4. 6. 1	献立表は調理現場用、保管用等使用用途に応じた見やすく分かりやすいレイアウトであること。	○

X. 4. 6. 2	検食簿、給食日誌はレイアウトや項目を変更・設定できること。	○
X. 4. 6. 3	掲示用献立表のレイアウトは病院指定のレイアウトを作成すること。	○
X. 4. 6. 4	食品、料理、1食、1日、期間平均の材料費が確認できる帳票が印刷できること。 または、食種ごとの、1食、1日、期間平均の材料費が確認できる帳票が印刷できること。	○
X. 4. 6. 5	用途に応じて帳票タイトルを設定できること。	○
X. 4. 6. 6	分量はgの他に個数でも表示できること。	○
X. 4. 6. 7	帳票には決済欄の表示有無を設定でき、項目も帳票ごとに設定できること。	○
X. 4. 6. 8	栄養素が表示される帳票は表示栄養素を選択できること。	○
X. 4. 6. 9	予定食数を表示することができること。	○
X. 4. 6. 10	献立表と料理レシピが印刷できること。	○
X. 4. 6. 11	印刷する食種を任意に設定できること。	○
X. 4. 6. 12	印刷する各食の定食の種類を任意に設定できること。	○
X. 4. 6. 13	用紙の拡大・縮小が設定できること。方法は問わない。	○
X. 4. 6. 14	料理名にカラー設定ができること。	○
X. 4. 6. 15	印刷枚数を設定できること。	○
X. 4. 6. 16	患者用の献立を印刷できること。専門的なレイアウトではなく、わかりやすいような表で作成できること。フォントやレイアウトの設定を自由にできること。	○
X. 4. 7	栄養管理帳票関係	—
X. 4. 7. 1	実施献立から期間を指定して荷重平均成分値を自動算出できること。	○
X. 4. 7. 2	荷重平均成分値から食品（食糧）構成値をシミュレーションできること。	○
X. 4. 7. 3	日本食品標準成分表最新版の食品分類に基づき、食品群を任意に設定できること。	○
X. 4. 7. 4	複数の食品群を設定でき、栄養管理が行えること。	○
X. 4. 7. 5	献立の食品ごとに栄養価を出力できること。	○
X. 4. 7. 6	食品交換表（糖尿病）単位表が印刷できること。	○
X. 4. 7. 7	アミノ酸、脂肪酸の栄養計算表が印刷できること。	○
X. 4. 7. 8	栄養素が表示される帳票は表示栄養素を選択できること。	○
X. 4. 7. 9	印刷する食種を任意に設定できること。	○
X. 4. 7. 10	提出都道府県指定の栄養月報が印刷できること。	○
X. 4. 7. 11	栄養年報が印刷できること。	○
X. 4. 7. 12	報告書類は穀物エネルギー比、動物性蛋白質比、脂質エネルギー比が算出できること。	○
X. 4. 7. 13	患者食年齢構成表および荷重平均栄養所要量が印刷できること。	○
X. 4. 7. 14	患者リストは、1日単位、食事単位（分割や補食も含む）、日付と食事時間の期間指定、病棟単位、食種指定単位、主食単位、飲物単位、定型コメント単位、禁止事項単位、ひも付いている献立食種単位で出力できること。それぞれの単位は、単独ではなく、多数選択できること。	○
X. 4. 7. 15	患者情報一覧表は上記の設定で検索でき、指定日付と時間、出力時の日時、ページ数、病棟、部屋番号、ID、患者氏名、ふりがな、性別、年齢、食種、主食、飲物、定型コメント、フリーコメント、特食加算算定有り無し情報が1日分一度に出力できること。	○
X. 4. 7. 16	病棟一覧表は上記の設定で検索でき、指定日付と時間、出力時の日時、ページ数、病棟、部屋番号、ID、患者氏名、ふりがな、性別、年齢、食種、主食、飲物、定型コメント、フリーコメントが1日分一度に出力できること。	○
X. 4. 7. 17	食事変更者一覧表は、変更日、現病棟、前病棟、部屋番号、ID、患者氏名、ふりがな、特食加算情報、食種、主食、定型コメント、禁止事項、フリーコメントが一度に出力できること。	○
X. 4. 7. 18	帳票において、定型コメントとフリーコメントは区別できること。	○
X. 4. 7. 19	喫食数集計は、特別食、一般食の数や割合がわかること。食種別、朝昼夕、分割や補食などそれぞれで数が分かること。	○
X. 4. 7. 20	喫食数集計は、一般食において、常食、軟食、流動食の数や割合、加算、非加算の数や割合がわかること。	○
X. 5	材料管理	—
X. 5. 1	見積管理	—
X. 5. 1. 1	食品を区分し、見積書を作成できること。	○
X. 5. 1. 2	見積金額は業者間で比較し安価な業者へ優先的に決定でき、変更もできること。	○
X. 5. 1. 3	落札金額が発注管理以降へ連動していること。	○
X. 5. 2	発注管理	—
X. 5. 2. 1	食品は即日消費食品、在庫食品として管理できること。	○
X. 5. 2. 2	即日消費食品は食種ごとの予定人数と使用食品の廃棄率を加味して自動でデータを作成できること。	○
X. 5. 2. 3	発注業者が複数ある場合、優先順位の設定ができること。	○
X. 5. 2. 4	発注データは画面で確認でき、食品ごとに発注数量・発注業者・単価・納品日を変更でき、追加発注ができること。	○
X. 5. 2. 5	発注業者を一括で変更できること。	○
X. 5. 2. 6	在庫食品などの食品の追加発注にも柔軟に対応できること。	○
X. 5. 2. 7	食品の発注量は区分別（常食・特別食・職員食）に設定ができ、発注書へ反映すること。	○
X. 5. 2. 8	発注の区分は10区分まで対応できること。	○
X. 5. 2. 9	発注単位はg、Kgの他に個数で設定できること。	○
X. 5. 2. 10	食品ごとに発注数量桁数が設定できること。	○
X. 5. 2. 11	発注する食品は朝昼夕別と1日合計量の表示を食品ごとに設定でき、発注書へ反映すること。	○
X. 5. 2. 12	発注書は業者名、食品名（区分別）、数量の他にチェック項目等を自由に設定できること。	○
X. 5. 2. 13	発注書の文字の大きさや用紙サイズ、縦横設定が使用用途に応じてできること。	○
X. 5. 2. 14	発注書を印刷する業者を任意に指定できること。	○
X. 5. 2. 15	仕入先別の発注食品、金額等（1日・月単位）の帳票が印刷できること。または、業者別の納品食品、金額等（1日・月単位）の帳票が印刷できること。	○
X. 5. 2. 16	発注データをCSVファイルに抽出できること。	○
X. 5. 3	納品管理	—

X. 5. 3. 1	納品書入力が発注データと連動していること。	○
X. 5. 3. 2	実施食数から使用数量を再集計できること。	○
X. 6	食数管理	—
X. 6. 1	食数管理	—
X. 6. 1. 1	食数は食事箋登録からリアルタイムで集計し、データを作成できること。	○
X. 6. 1. 2	発注量計算用の食数を、月日別・食種別・3食区分（朝昼夕）ごとに登録できること。	○
X. 6. 1. 3	予定食数と実施食数を別々に管理ができること。	○
X. 6. 1. 4	別の日付の食数をコピーできること。期間の指定もできること。	○
X. 6. 1. 5	食数登録画面で朝昼夕の合計食数が確認できること。または、食数登録画面で朝昼夕毎の食数が登録できること。	○
X. 6. 1. 6	選択食の食数管理ができること。	○
X. 6. 1. 7	選択食間取り結果の入力が容易にできること。	○
X. 6. 1. 8	1食、1日、月単位で食数一覧表が印刷できること。	○
X. 7	在庫管理	—
X. 7. 1	在庫管理	—
X. 7. 1. 1	在庫食品は発注データより入庫量が、実施食数と実施献立の可食量より出庫量を自動算出できること。	○
X. 7. 1. 2	棚卸しの期間にあわせて出庫量を画面に表示できること。	○
X. 7. 1. 3	棚卸しにより得られた実在庫量から出庫量を自動調整でき、任意で変更もできること。	○
X. 7. 1. 4	在庫食品は区分別（常食・特別食・職員食）に設定ができ、10区分まで管理できること。	○
X. 7. 1. 5	在庫食品の出納表が作成でき、印刷する食品は選択できること。	○
X. 7. 1. 6	在庫食品の受払い簿が作成できること。	○
X. 7. 1. 7	患者1日、1食あたりの消費金額が算出できること。（常食・特別食・職員食等の区分ごと）	○
X. 7. 1. 8	消費金額の月平均が算出できること。	○
X. 8	患者管理	—
X. 8. 1	患者管理	—
X. 8. 1. 1	食事箋入力画面はカレンダー形式で、入院・退院・変更処理が容易なこと。	○
X. 8. 1. 2	患者の呼び出しはIDの他にかな、名前で検索できること。	○
X. 8. 1. 3	患者IDは自動付番または任意指定の選択が可能なこと。	○
X. 8. 1. 4	退院処理後の患者の情報が確認できること。	○
X. 8. 1. 5	食種、主食、飲物、コメントの管理ができること。	○
X. 8. 1. 6	朝食、昼食、夕食について、朝食は10時配膳について、昼食は15時配膳について、夕食は19時配膳について、分割食や補食の登録と食札や帳票の印刷ができること。	○
X. 8. 1. 7	主食（米）量は患者別に登録した主食量から算出できること。	○
X. 8. 1. 8	コメントは1患者に最低16項目登録ができ、履歴が管理できること。	○
X. 8. 1. 9	身長、体重、BMI、カウプ指数やローレル指数、適正体重や目安体重が登録できること。	○
X. 8. 1. 10	個人ごとに付加食品の設定ができ、栄養管理と連動していること。	○
X. 8. 1. 11	任意に管理したい項目をマスタ登録し、管理できること。	○
X. 8. 1. 12	術後食等パターン化された食事は食変更が一括で登録できること。	○
X. 8. 1. 13	外泊、欠食等は指定した期間が一括で登録でき、終了後は外泊、欠食前の食事が自動登録されること。	○
X. 8. 1. 14	特別食加算、非加算情報はマスタで設定した区分が登録され、変更が可能なこと。	○
X. 8. 1. 15	選択献立の選択情報を確認できること。	○
X. 8. 1. 16	病棟、食種、主食、飲物、コメント、生年月日等あらゆる条件を組み合わせ患者を照会できること。	○
X. 8. 1. 17	主食、飲物、コメントの集計表が作成できること。	○
X. 8. 1. 18	コメントに該当する患者が確認できる帳票が作成できること。	○
X. 8. 1. 19	病棟別、食種別の配食、配膳表が作成できること。	○
X. 8. 1. 20	月間で患者別の食事履歴が確認できる帳票が作成できること。 または、患者別の食事履歴が確認できる帳票が作成できること。	○
X. 8. 1. 21	入院、退院、食事変更該当患者が確認できる帳票が作成できること。	○
X. 8. 1. 22	食事箋入力後に入力内容を確認できる帳票が印刷できること。	○
X. 8. 1. 23	特定患者の食事履歴を台帳で確認できること。	○
X. 8. 1. 24	食札のレイアウトは設定可能なこと。	○
X. 8. 1. 25	患者ごとの特禁事項、禁忌食品合わせて、15個以上入力できること。	○
X. 8. 1. 26	特禁事項、禁忌食品の表示順位を変更できること。	○
X. 8. 1. 27	全角で30文字のフリーコメントができ、半角も入力できること。	○
X. 8. 1. 28	食種や主食、ドリンク欄、コメント、食物禁忌などの設定は病院に合わせてマスタ設定できること。	○
X. 9	マスタメンテナンス	—
X. 9. 1	食品マスタ	—
X. 9. 1. 1	日本食品標準成分表最新版に基づき、食品の分類、配列・食品番号、全ての栄養素項目、廃棄率を搭載されていること。食品のコードは6桁以上で登録できること。	○
X. 9. 1. 2	アミノ酸、脂肪酸データが搭載されていること。	○
X. 9. 1. 3	交換表（糖尿病）単位データが搭載されていること。	○
X. 9. 1. 4	市販の食品成分が参考で搭載していること。	○
X. 9. 1. 5	食品名は全角15文字まで登録でき、用途に応じて帳票へ反映されること。	○
X. 9. 1. 6	加工食品の構成食品・分量が登録できること。	○
X. 9. 1. 7	食品の追加、コピーが容易に行えること。食品成分表からコピーして食品を登録した場合、成分表が改訂されたらコピー先の食品の成分値も連動して更新できること。（例：人参のコードをコピーして人参千切りというコードを作った場合など）	○
X. 9. 1. 8	栄養価のみをコピーできること。	○
X. 9. 1. 9	食品の検索ができること。検索方法は問わない。	○
X. 9. 1. 10	最新の食品成分表に常に更新すること。	○

X. 9. 1. 11	食品ごと、料理ごとに栄養量が把握できること。	○
X. 9. 2	料理マスタ	—
X. 9. 2. 1	9999件まで登録できること。	○
X. 9. 2. 2	1人当たり分量は可食量、使用量入力の設定ができること。	○
X. 9. 2. 3	1人当たり分量はg以外に個数（本、個等）で登録できること。	○
X. 9. 2. 4	同一食品が複数登録できること。（下処理用と味付け用の調味料が1料理に登録できること。）	○
X. 9. 2. 5	料理の検索ができること。検索方法は問わない。	○
X. 9. 2. 6	料理ごとに主材料、調理法、風味等の区分を複数登録でき、献立作成時に検索できること。	○
X. 9. 2. 7	料理マスタ登録時に他の料理内容をコピーできること。	○
X. 9. 2. 8	料理マスタ登録時に栄養価（成分表）が確認できること。また、成分表がマスタ設定ができるのであれば当センターと調整すること	○
X. 9. 2. 9	料理ごとにレシピが登録できること。	○
X. 9. 3	業者マスタ	—
X. 9. 3. 1	発注業者を登録できること。	○
X. 9. 3. 2	複数業者発注時に発注優先順位を設定できること。または発注先が指定できること。	○
X. 9. 4	単価マスタ	—
X. 9. 4. 1	食品別に単価が設定でき、献立作成画面に反映すること。	○
X. 9. 4. 2	最新単価を容易に更新できること。	○
X. 9. 5	発注マスタ	—
X. 9. 5. 1	食品別に発注単位と換算値を任意に設定できること。	○
X. 9. 5. 2	食品別に発注集計時のまるめ桁数を設定できること。	○
X. 9. 5. 3	食品別に納品日（当日、前日等）の設定ができること。	○
X. 9. 5. 4	複数の仕入先、単価の設定ができること。	○
X. 9. 6	食種マスタ	—
X. 9. 6. 1	999件まで登録できること。	○
X. 9. 6. 2	特別食加算、非加算情報が登録できること。	○
X. 9. 6. 3	欠食、外泊等食事が無い場合は区別して登録できること。	○
X. 9. 7	主食マスタ	—
X. 9. 7. 1	999件まで登録できること。	○
X. 9. 8	飲物マスタ	—
X. 9. 8. 1	999件まで登録できること。	○
X. 9. 9	コメントマスタ	—
X. 9. 9. 1	999件まで登録できること。	○
X. 9. 9. 2	コメント内容に応じてグループ化できること。グループ名は任意に設定できること。	○
X. 10	その他	—
X. 10. 1	その他	—
X. 10. 1. 1	電子カルテシステムとの食事オーダの連携をすること。	○
X. 10. 1. 2	現在のシステムから食品マスタを移行できること。移行については、当センター、現行システムベンダー・次期システムベンダーと協議の上、移行範囲（項目）を決定すること。	○
X. 10. 1. 3	現在のシステムから料理マスタを移行できること。移行については、当センター、現行システムベンダー・次期システムベンダーと協議の上、移行範囲（項目）を決定すること。	○
X. 10. 1. 4	現在のシステムから1年間の献立データを移行できること。年末年始の1週間は2年間移行できること。移行については、当センター、現行システムベンダー・次期システムベンダーと協議の上、移行範囲（項目）を決定すること。	○
X. 10. 1. 5	食品群分類は、滋賀県用に対応すること。	○
X. 10. 1. 6	電子カルテから食事データを取り込んだ時間を、取り込み設定画面で表示すること。（前締めや本締め、事後の取り込みの把握に対応。）	○
X. 10. 1. 7	食堂利用一覧表が出力できること。出力指定は、日時、病棟、食堂指定を選択できること。出力内容は、日時、病棟、部屋番号、ID、患者氏名、食種、食堂指示が出力されること。	○
X. 10. 1. 8	食品のデータは、食品コードを範囲指定し、一括で削除できること。	○
X. 11	要望	—
X. 11. 1	電子カルテの患者情報の食物アレルギーの情報がリアルタイムに給食システムへ連携ができること。または食物アレルギー情報に変更があった場合に強制的に食事オーダを発行するなどの仕組みにするなどの工夫をすること。電子カルテベンダーとインターフェースの調整をすること。	●

項番	機能要件	配点
Y	栄養指導システム	—
Y.1	共通要件	—
Y.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
Y.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
Y.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Y.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Y.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
Y.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
Y.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Y.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
Y.1.9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
Y.2	ハードウェア	—
Y.2.1	サーバ	—
Y.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
Y.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
Y.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Y.3	基本要件	—
Y.3.1	全体	—
Y.3.1.1	予約情報は発生源および栄養管理室において登録、修正ができること。	○
Y.3.1.2	予約情報についてはカレンダー形式で登録され、予約状況は随時確認できること。	○
Y.3.1.3	指導記録はSOAP方式を採用していること。	○
Y.3.1.4	予約画面において、時間帯毎、曜日毎、担当栄養士毎、集団指導毎に予約人数枠を設定できること。	○
Y.3.1.5	氏名、年齢、性別、家族状況、主病名、合併症、遺伝性疾患、既往症、住所、連絡先の患者属性が登録できること。別画面での登録でも可とする。	○
Y.3.1.6	家族状況は図式で表示されること。別画面での表示でも可とする。	○
Y.3.1.7	栄養アセスメントチェックに必要な情報が入力・蓄積ができること。	○
Y.3.1.8	患者属性は指導記録表に自動的に転記されること。	○
Y.3.1.9	身長、体重、体脂肪率、生活強度の登録ができること。	○
Y.3.1.10	身長・体重からBMI、ローレル指数、カウプ指数など（それぞれの年齢に適したもの）、適正体重や目安体重を自動計算できること。	○
Y.3.1.11	医師の指示内容登録画面があること。	○
Y.3.1.12	食種から栄養価が自動表示されること。	○
Y.3.1.13	患者ごとに栄養指導記録簿のSOAP単位の履歴が時系列に確認、出力できること。	○
Y.3.1.14	栄養指導記録作成時にPC画面上で前回指導時の記録を確認することができること。	○
Y.3.1.15	指導記録簿の入力部分において、定型文字からの文字貼り付けができ、貼り付けた定型文字を訂正できること。	○
Y.3.1.16	個別指導算定において統計が出力できること。	○

Y. 3. 1. 17	臨床検査値は予め正常、異常の限界値が設定されており、変更も可能なこと。	○
Y. 3. 1. 18	どの臨床検査値が異常かが瞬時にわかること。	○
Y. 3. 1. 19	臨床検査値は時系列に記録できること。また、推移グラフもでること。	○
Y. 3. 1. 20	検査値推移グラフを見る場合、期間の指定ができること。	○
Y. 3. 1. 21	身体情報と生活行動から消費エネルギーを自動計算できること。	○

項番	機能要件	配点
Z	リハビリシステム	—
Z.1	共通要件	—
Z.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
Z.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
Z.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Z.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Z.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
Z.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
Z.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
Z.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
Z.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
Z.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
Z.2	ハードウェア	—
Z.2.1	サーバ	—
Z.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
Z.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
Z.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
Z.3	利用者認証	—
Z.3.1	利用者毎にID、パスワード管理でき、職種毎に利用できる機能の制限ができること。	○
Z.3.2	利用者本人によるパスワード変更ができること。	○
Z.3.3	パスワードポリシー設定により、文字数上限、下限や有効日数、必須文字設定や禁止文字などで制限できること。	○
Z.4	患者登録機能	—
Z.4.1	患者基本情報の登録、更新、照会ができること。	○
Z.4.2	患者基本情報として、以下の項目が管理できること。氏名、カナ氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所、複数電話番号、メールアドレス、旧姓、職業、特記事項、任意の属性	○
Z.4.3	患者の入退院、転科、転棟の情報を管理ができること。入退院経路、コメント入力ができること。	○
Z.4.4	患者の保有する保険情報を複数管理ができること。	○
Z.4.5	患者情報として、感染症情報（感染症名、検査日、解除日、判定結果）が管理できること。	○
Z.4.6	患者情報として、障害者手帳情報（障害者手帳種別、自治体名、手帳番号、種別、等級、交付日、有効期限、備考）が管理できること。	○
Z.4.7	患者情報として、要介護度情報（要介護度、開始日、終了日、介護認定通知日）が管理できること。	○
Z.4.8	要介護度情報に変更された場合は追加登録し、履歴として管理できること。	○
Z.5	リハビリテーション処方登録、管理	—
Z.5.1	医師が入力したリハビリテーション処方オーダを、リアルタイムに受信確認できること。	○

Z. 5. 2	医師が入力したリハビリテーション処方オーダー内容を、リハビリテーション部門システム内に取り込み登録できること。	○
Z. 5. 3	医師からの追加、変更のリハビリテーション処方オーダーは、変更内容が確認できること。	○
Z. 5. 4	リハビリテーション処方の登録、変更、追加ができること。	○
Z. 5. 5	リハビリテーション処方内容として、以下の項目が管理できること。算定区分、病名、発症日、手術日、機能障害、合併疾患、目的、目標、問題点、禁忌事項、各療法（理学、作業、言語等）の訓練、治療内容、開始日、終了日	○
Z. 5. 6	算定区分、起算日より以下の情報が表示されること。疾患別リハビリテーション算定可能期限、早期リハビリテーション算定可能期限	○
Z. 5. 7	リハビリテーション処方箋を印刷できること。	○
Z. 5. 8	リハビリテーション処方箋は変更履歴を管理することができ、前回入院時など、過去の指示内容が上書きされないこと。	○
Z. 6	リハビリテーション予約登録機能	—
Z. 6. 1	リハビリテーション予約の登録、変更、追加ができること。	○
Z. 6. 2	リハビリテーション予約情報として、以下の項目が管理できること。単位数、訓練日時、対象リハビリテーション処方、担当療法士、実施場所、入外区分、診療科、予約コメント	○
Z. 6. 3	予約コメントについては、自由記載の他に、定型文書を部門共通、部門別、個人別で登録でき、定型文書から予約コメントを容易に登録できること。	○
Z. 6. 4	日付のみ指定し、時間未定の予約登録ができること。	○
Z. 6. 5	予約登録時に、予約日時の日単位数や週単位数が確認できること。	○
Z. 6. 6	予約登録時に、患者の1日の上限単位数や療法士の日および週単位数の上限をチェックし、上限を超える場合はメッセージが表示されること。	○
Z. 6. 7	登録したリハビリテーション予約に対して、予約券を印刷ができること。	○
Z. 6. 8	予約券はラベルプリンタでも印刷できること。	○
Z. 7	予定登録機能	—
Z. 7. 1	患者に対してのリハビリテーション以外の予定（診察予約、放射線検査予約、入浴等）の登録ができること。	○
Z. 7. 2	登録した患者予定はスケジュール画面で確認できること。	○
Z. 7. 3	登録方法は、単日、期間指定、曜日指定で登録できること。	○
Z. 7. 4	日付のみ指定し、時間未定での患者予定の登録ができること。	○
Z. 7. 5	患者予定コメントについては、自由記載の他に、定型文書を部門共通、個人別で登録でき、定型文書から予定コメントを容易に登録できること。	○
Z. 7. 6	療法士に対してのリハビリテーション以外の予定（会議、カンファレンス等）の登録ができること。	○
Z. 7. 7	登録した療法士予定はスケジュール画面で確認できること。	○
Z. 7. 8	登録方法は、単日、期間指定、曜日指定で登録できること。	○
Z. 7. 9	日付のみ指定し、時間未定での療法士予定の登録ができること。	○
Z. 7. 10	療法士予定コメントについては、自由記載の他に、定型文書を部門共通、個人別で登録でき、定型文書から予定コメントを容易に登録できること。	○
Z. 8	受付機能	—
Z. 8. 1	患者指定による受付処理およびリハビリテーション予約一覧を同画面表示し、リハビリテーション予約一覧からの受付ができること。また予約無し状態でも受付ができること。	○
Z. 8. 2	療法士の簡易スケジュールを同画面に表示し、予約状況の確認ができること。	○
Z. 8. 3	受付時に会計データ（実施登録）を作成し、会計データを医事会計システムに送信ができること。	○
Z. 9	実施機能	—
Z. 9. 1	実施の登録、変更、追加ができること。	○
Z. 9. 2	実施情報として、以下の項目が管理できること。実施日、実施時間、実施単位数、訓練内容、会計項目、訓練場所、算定区分、対象病名、対象手術、初早期起算日、初早期算定理由、1日9単位算定理由、算定上限除外理由、保険情報、診療科、依頼医師、入外区分、記録、フリーコメント	○
Z. 9. 3	実施登録画面上で要介護被保険者の場合に目標設定算定期限日の確認や目標設定等支援・管理料の算定期限が超過し未算定の場合には警告する仕組みがあること。警告の方法は問わない。	○
Z. 9. 4	実施保存時に以下の算定項目チェックを行い、条件に合致した場合にメッセージを表示すること。	○
Z. 9. 5	患者一日単位数チェック： 1日単位数をチェック。9単位算定可能患者と6単位算定患者のチェック	○
Z. 9. 6	療法士単位数チェック： 1日の単位数と週の単位数をチェック	○
Z. 9. 7	回復期上限チェック： 回復期対象患者で、回復期の上限日数をチェック	○
Z. 9. 8	効果に係る実績が一定の水準を下回る回復期病棟の場合、6単位を超えて算定する場合に算定チェック	○
Z. 9. 9	地域包括ケア上限チェック： 地域包括ケア対象患者で、地域包括ケアの上限日数をチェック	○
Z. 9. 10	算定上限日チェック： 各疾患別区分で算定上限日、上限日と起算日となる日付とのチェック疾患別により異なる算定起算日により上限日管理できること。	○
Z. 9. 11	摂食機能療法チェック： 治療開始日から3ヶ月間はチェックなし。3ヶ月以降月4回までのチェックができること。	○
Z. 9. 12	摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）： 週1回までの加算チェックができること。	○
Z. 9. 13	リハビリテーション総合評価料チェック： 同月にすでに登録されている場合はメッセージを表示。総合計画評価料1と2を同月内に同時算定の場合、算定不可のメッセージを表示。介護保険への移行利用予定の有無により、総合計画評価料1と2の算定可能をチェック。	○
Z. 9. 14	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料チェック： 退院日から90日以内は週12単位を基準、それ以降は6単位を基準にチェック	○
Z. 9. 15	退院時リハビリテーション指導料チェック： 同月にすでに登録されている場合はメッセージを表示できること。	○

Z. 9. 16	退院前訪問指導料チェック：同月にすでに登録されている場合はメッセージを表示できること。	○
Z. 9. 17	集団コミュニケーション料算定チェック：1日54単位超過をチェック	○
Z. 9. 18	がん患者リハビリテーション料チェック：入院患者のみ算定対象としてチェック	○
Z. 9. 19	難病患者リハビリテーション料（短期集中リハビリテーション実施加算）：短期集中リハビリテーション実施加算（1月以内および1月超え3月以内）についての適切な期間チェックおよび外来患者のみ算定可能チェック	○
Z. 9. 20	目標設定等支援管理料未算定として減算される日までの日数が、指定日数以下になった場合、メッセージが通知されること。	○
Z. 9. 21	早期リハビリテーション加算可否チェック：疾患別毎の早期リハビリテーション算定上限日から、早期リハビリテーション加算算定可否をメッセージ表示疾患別により異なる算定可否要件のチェック（初期、早期加算算定理由）	○
Z. 9. 22	初期加算可否チェック：疾患別毎の初期加算算定上限日から、初期加算算定可否をメッセージ表示疾患別により異なる算定可否要件のチェック（初期、早期加算算定理由）	○
Z. 9. 23	算定上限超え13単位チェック：実施月に算定上限超えをチェックし、13単位を超過のチェック	○
Z. 9. 24	介護保険リハビリテーション移行時チェック：要介護被保険者について入院患者の場合は1月13単位超過のチェック、外来患者の場合は算定上限日を超えた算定は不可のエラーメッセージ表示	○
Z. 9. 25	算定上限単位超えチェック：実施月に算定単位上限超えチェックをし、選定療養に移行の確認をメッセージ表示	○
Z. 9. 26	労災チェック：保険が労災の患者は、通減、算定上限は考慮しない	○
Z. 9. 27	療法士、病院稼働チェック：稼働時間外の場合はメッセージを表示	○
Z. 9. 28	時間重複チェック：他の予約や実施と時間が重複する場合はメッセージを表示	○
Z. 9. 29	実施詳細で登録した会計情報を医事会計システムに送信できること。	○
Z. 9. 30	リハビリテーション記録を記載することができること。	○
Z. 9. 31	リハビリテーション記録は前回実施より引き継ぐことができること。	○
Z. 9. 32	実施フリーコメントを記載することができること。	○
Z. 9. 33	リハビリテーション処方内容と実施内容を並べて表示できること。	○
Z. 9. 34	リハビリテーション記録は版数管理ができ、修正履歴を表示できること。	○
Z. 9. 35	実施伝票を印刷できること。	○
Z. 10	その他実施登録機能	—
Z. 10. 1	療法士が伴わない、患者の自主訓練、病棟で看護師等による訓練の実施の登録ができること。	○
Z. 10. 2	実施登録情報として、以下の項目が管理できること。実施日、実施時間、訓練場所、入外区分、訓練内容、実施記録	○
Z. 11	諸記録管理	—
Z. 11. 1	患者の諸記録文書が作成、変更、閲覧ができること。	○
Z. 11. 2	諸記録は雛形文書より作成ができ、雛形文書内に予め埋め込まれたキーワードを元に、患者ID、患者氏名、病名、入院日、退院日、作成日等が自動的に埋め込まれること。	○
Z. 11. 3	諸記録は雛形文書内に予め埋め込まれたキーワードを元に、患者の機能評価データを引用し効率良く文書作成ができること。	○
Z. 11. 4	雛形文書はWordもしくはExcelで自由にデザインできること。	○
Z. 11. 5	雛形文書は階層構造に分類分けして登録できること。	○
Z. 11. 6	諸記録には、PDFファイルなど、Word、Excel以外の文書も保存できること。	○
Z. 11. 7	諸記録は電子カルテ端末で閲覧、印刷できること。	○
Z. 11. 8	諸記録は版数管理ができ、修正履歴を表示できること。	○
Z. 12	スケジュール管理機能	—
Z. 12. 1	療法士のリハビリテーション予約および予定、患者のリハビリテーション予約および予定をカレンダー形式で表示できること。	○
Z. 12. 2	療法士毎の一日あたりの個別、集団の予約単位数、実施単位数がカレンダー上で確認できること。	○
Z. 12. 3	療法士毎の一週間あたりの個別、集団の予約単位数、実施単位数がカレンダー上で確認できること。また週単位数について、週108単位上限に対しあと何単位実施可能か残単位数表示できること。	○
Z. 12. 4	患者スケジュールについては、ひとりの患者および指定した病棟の複数患者のリハビリテーション予約および患者予定が表示できること。	○
Z. 12. 5	月間カレンダー内の日を選択することにより、指定日のスケジュールが表示されること。	○
Z. 12. 6	予約患者の色分け表示（入外区分、療法区分、算定区分）が設定可能であり、週間カレンダー上で容易に確認できること。	○
Z. 12. 7	療法士欄に職種（理学、作業、言語等）の色分け表示が設定可能であり、週間カレンダー上で複数療法士を並べた際にどの職種が容易に確認できること。	○
Z. 12. 8	療法士予定および患者予定については、指定期間内の曜日、時間指定等にて一括予定登録できること。	○
Z. 12. 9	週間カレンダーから予約日時、予約単位数の変更をマウス操作で容易にできること。	○
Z. 12. 10	週間カレンダーから選択患者の今回以降もしくは次回以降の予約を一括削除できること。	○
Z. 12. 11	週間カレンダーからリハビリテーション予約や療法士予定をコピーして新規予約を作成ができること。	○
Z. 12. 12	週間カレンダーからリハビリテーション予約、療法士予定をドラッグ＆ドロップ操作にて容易に予約時間変更できること。	○
Z. 12. 13	療法士のスケジュールは、勤務状況により、網掛け色表示等を行い、出勤、休日などが容易に分かること。	○
Z. 12. 14	週間カレンダーから登録済みの実施をコピーして新規実施を作成ができること。	○
Z. 12. 15	実施入力する際に、前の患者の終了時間や同一患者の他部門の予約終了時間から、指定した時間を空ける機能を有すること。	○
Z. 13	一覧機能	—

Z. 13. 1	一覧の検索条件については、よく使用する検索条件を、セット登録することができ、容易に検索ができること。	○
Z. 13. 2	一覧に表示される項目を自由に追加、削除設定する事が可能で、表示順序を自由に変更ができること。	○
Z. 13. 3	一覧をCSVまたはExcelファイル出力できること。	○
Z. 13. 4	登録されたリハビリテーション処方を一覧で確認でき、リハビリテーション処方はいとりの患者に対して療法毎に複数管理できること。また、過去のリハビリテーション処方履歴についても一覧表示できること。	○
Z. 13. 5	リハビリテーション処方状態を開始、変更、中止、再開、終了に分類して管理ができること。	○
Z. 13. 6	リハビリテーション処方一覧から、リハビリテーション処方の修正、複写作成、削除、リハビリテーション処方箋の印刷、担当療法士変更、リハビリテーション処方状態の変更ができること。	○
Z. 13. 7	リハビリテーション処方一覧にて、目標設定等支援管理料の前回算定日、算定期限日が表示できること。	○
Z. 13. 8	リハビリテーション予約の状況を一覧にて表示できること。	○
Z. 13. 9	リハビリテーション予約一覧は以下の条件で絞り込みができること。入外区分、療法区分、病棟、グループ、療法士、算定区分等	○
Z. 13. 10	リハビリテーション予約一覧よりリハビリテーション予約の修正、削除や実施登録ができること。	○
Z. 13. 11	予定一覧は以下の条件で絞り込みができること。予定日、入外区分、療法区分、病棟、任意の療法士グループ、療法士等	○
Z. 13. 12	受付済の患者を一覧に表示ができること。	○
Z. 13. 13	受付患者一覧から実施登録、受付取り消しができること。	○
Z. 13. 14	リハビリテーション実施の状況を受付患者一覧に表示できること。	○
Z. 13. 15	実施一覧より実施修正、削除ができること。	○
Z. 13. 16	実施一覧は以下の条件で絞り込みができること。グループ、療法士、入外区分、療法区分、疾患別算定区分、病棟等	○
Z. 13. 17	実施一覧は算定項目については絞り込みおよび、指定期間の未算定患者を表示できること。	○
Z. 13. 18	諸記録一覧は作成した諸記録を表示できること。	○
Z. 13. 19	諸記録一覧より諸記録の修正、削除ができること。	○
Z. 13. 20	諸記録一覧は以下の条件で絞り込みができること。患者ID、記録種別、タイトル名、入外区分、病棟、診療科等	○
Z. 13. 21	病棟一覧は入院患者、退院患者を一覧に表示できること。	○
Z. 13. 22	病棟一覧は以下の条件で絞り込みができること。病棟、リハビリテーション対象患者、地域包括ケア入退日、依頼科、療法区分、算定区分、療法士グループ、担当療法士、機能評価（FIM、日常生活機能評価など）の評価値	○
Z. 14	リハビリテーション総合実施計画書、実施計画書	—
Z. 14. 1	電子カルテ端末を利用して多職種により実施計画書、総合実施計画書の作成、変更、閲覧、印刷ができること。	○
Z. 14. 2	様式について厚生労働省指定の下記様式に対応すること。（令和2年4月診療報酬改定） ・実施計画書 様式21、 ・実施計画書 様式21-6、 ・総合実施計画書 様式23	○
Z. 14. 3	様式21および様式23の共通部分について、同患者に作成する際は共通部分を複写引用できること。	○
Z. 14. 4	前月記入した内容を複写して、実施計画書、総合実施計画書が作成できること。	○
Z. 14. 5	各計画書は医師、看護師、療法士、SW毎に記載状態を管理できること。（未作成、下書き、確定保存）	○
Z. 14. 6	各計画書内の各項目は、予め登録した定形のコメントを利用し、効率よく作成できること。	○
Z. 14. 7	実施計画書、総合実施計画書の様式毎に、雛形の文書を登録する事ができ、初回作成時に雛形の文書を引用することで、効率よく作成できること。	○
Z. 14. 8	作成した各計画書は印刷ができること。印刷用紙のサイズは、A4、A3を選択できること。	○
Z. 14. 9	実施計画書、総合実施計画書は一覧で表示でき、以下の条件で絞り込みができること。未記入患者、各職種の記入状況、診療科、病棟、担当療法士等	○
Z. 14. 10	一覧の検索結果より患者を選択し、各計画書の新規作成、修正および追記ができること。	○
Z. 15	カンファレンス機能	—
Z. 15. 1	カンファレンス情報として、以下の項目が管理できること。カンファレンス会議体、開催日時、開催場所、議題、参加者、カンファレンス対象患者に関する各職種の所見、コメント、カンファレンス議事録	○
Z. 15. 2	カンファレンス対象患者に関する各職種の所見、コメントの記載状態を管理できること。（未作成、下書き、確定保存）	○
Z. 15. 3	カンファレンスの作成状況が一覧で確認できること。	○
Z. 15. 4	記入した患者に関する各職種の所見、コメントやカンファレンス議事録が印刷できること。	○
Z. 16	機能評価	—
Z. 16. 1	評価書式はFIM、BI、日常生活機能評価、重症度 医療・看護必要度（A項目、C項目）を選択できること。	○
Z. 16. 2	評価登録は、評価日、評価者、評価状況（予定、評価中、完了、目標、中止）、評価時期（入院時、定期、その他、退院時）、評価値、評価項目毎にコメント入力できること。	○
Z. 16. 3	評価は、前回評価を複写して登録することができること。	○
Z. 16. 4	登録された評価は、一覧表示でき、CSVファイル出力ができること。	○
Z. 16. 5	評価結果は以下の条件で絞り込みができること。評価日、患者ID、患者所在、疾患名、評価書式内の項目	○
Z. 16. 6	評価書式はマスタメンテナンスツールで自由に作成できること。	○
Z. 16. 7	評価書式のマスタメンテナンスツールの項目設定について、テキスト項目、選択肢形式、数値項目など設定可能なこと。 数値項目に対して四則演算での計算も設定可能なこと。	○
Z. 17	廃用症候群に係わる評価表	—

Z. 17. 1	登録済みのリハビリテーション処方と入退院情報から、主傷病、入外区分、入院日、リハビリテーション起算日、算定しているリハビリテーション料が自動で引用できること。	○
Z. 17. 2	治療開始時のADL、月毎の評価点数（FIM、BI）の評価点数について、登録済みの評価結果から取り込むことにより容易に登録が可能であること。	○
Z. 17. 3	1月当たりのリハビリテーション実施日数、提供単位数について、実施情報より自動で引用できること。	○
Z. 17. 4	過去作成した文書を複写して登録することができること。	○
Z. 18	目標設定等支援、管理シート	—
Z. 18. 1	リハビリテーション開始時点および現時点のADL評価（FIM、BI）の評価点数について、登録済みの評価データから取り込むことにより容易に登録が可能であること。	○
Z. 18. 2	文書は過去文書を複写して登録することができること。	○
Z. 18. 3	登録された文書は一覧表示できること。	○
Z. 18. 4	未記入の文書を印刷できること（白紙帳票）。	○
Z. 19	統計帳票印刷	—
Z. 19. 1	日報、月報、年報や期間指定による各種統計が集計可能なこと。	○
Z. 19. 2	統計集計について、出力する項目などが細かく指定できること。	○
Z. 19. 3	日報統計について以下の集計が可能なこと。	○
Z. 19. 4	療法区分別単位数統計： 任意の療法区分別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 5	療法士別単位数統計： 任意の療法士別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 6	グループ別単位数統計： 任意のグループ別（職種、病棟担当グループ等）に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 7	診療科別単位数統計： 任意の診療科別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 8	病棟別単位数統計： 任意の病棟別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 9	担当患者別単位数統計： 任意の療法士別に担当患者毎の算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 10	保険別単位数統計： 任意の保険種別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 11	月報統計について以下の集計が可能なこと。	○
Z. 19. 12	療法区分別単位数統計： 任意の療法区分別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 13	療法士別単位数統計： 任意の療法士別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 14	グループ別単位数統計： 任意のグループ別（職種、病棟担当グループ等）に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 15	診療科別単位数統計： 任意の診療科別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 16	病棟別単位数統計： 任意の病棟別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 17	担当患者別単位数統計： 任意の療法士別に担当患者毎の算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 18	療法区分別単位数統計： 任意の療法区分別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数を集計	○
Z. 19. 19	単位数統計（日別、療法区分別）： 任意の療法区分毎に算定区分や加算項目等の項目について外来、入院、小計毎の件数、点数合計を日別にて集計	○
Z. 19. 20	単位数統計（日別、合計）： 算定区分や加算項目等の項目について外来、入院、小計毎の件数、点数合計を日別にて集計	○
Z. 19. 21	日別療法区分別単位数統計： 任意の療法区分別に算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 22	日別療法士別単位数統計： 任意の療法士別に算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 23	日別グループ別単位数統計： 任意のグループ別（職種、病棟担当グループ等）に算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 24	日別診療科別単位数統計： 任意の診療科別に算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 25	日別病棟別単位数統計： 任意の病棟別に算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 26	日別患者別単位数統計： 任意の患者毎の算定区分や加算項目等の項目について、日別カレンダー形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 27	療法件数統計（療法区分別）： 任意の療法区分別に療法（訓練、治療内容別）の件数を集計	○
Z. 19. 28	年報統計について以下の集計が可能なこと。	○
Z. 19. 29	療法区分別単位数統計： 任意の療法区分別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○
Z. 19. 30	療法士別単位数統計： 任意の療法士別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○
Z. 19. 31	グループ別単位数統計： 任意のグループ別（職種、病棟担当グループ等）に算定区分（疾患別リハビリテーション等）や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○
Z. 19. 32	診療科別単位数統計： 任意の診療科別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○
Z. 19. 33	病棟別単位数統計： 任意の病棟別に算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○

Z. 19. 34	担当患者別単位数統計： 任意の療法士別に担当患者毎の算定区分や加算項目等の項目について単位数、件数、算定点数を集計	○
Z. 19. 35	月別単位数統計（療法区分別および合計）： 任意の療法区分別に療法（訓練、治療内容別）の件数を集計	○
Z. 19. 36	月別療法区分別単位数統計： 任意の療法区分に算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 37	月別療法士別単位数統計： 任意の療法士別に算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 38	月別グループ別単位数統計： 任意のグループ別（職種、病棟担当グループ等）に算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 39	月別診療科別単位数統計： 任意の診療科別に算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 40	月別病棟別単位数統計： 任意の病棟別に算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 41	月別患者別単位数統計： 任意の患者毎の算定区分や加算項目等の項目について、月別形式にて単位数、算定点数を集計	○
Z. 19. 42	療法件数統計（療法区分別）： 任意の療法区分別に療法（訓練、治療内容別）の件数を集計	○
Z. 20	回復期統計機能	—
Z. 20. 1	回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類、報告書（様式49関連）の項目について集計できること。任意の期間を指定して、統計データを随時集計できること。・回復期リハビリテーションを要する患者数・回復期病棟の入院患者構成・在宅復帰率	○
Z. 20. 2	新規入院患者における重症度について入院時の日常生活機能評価が10点以上もしくはFIM総得点が55点以下の患者数の患者の延べ数、割合が集計できること。また重症者の改善度について日常生活機能評価が4点もしくは3点以上、又はFIM総得点が16点もしくは12点以上、改善した重症者の患者数および割合が集計できること。	○
Z. 20. 3	疾患別リハビリテーション料を算定する患者の平日、休日の総単位数および1日あたりの提供単位数が集計できること。	○
Z. 20. 4	回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書（様式45関連）の項目について集計できること。任意の期間を指定して、統計データを随時集計できること。	○
Z. 20. 5	回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価について、集計対象となる患者データより実績指数を集計することができること。・患者の退棟時FIM点数（運動項目）から入院時のFIM点数を控除したものの総和やFIM点数（運動項目）が1週間で10点以下低下した患者数・各患者の入棟から退棟までの日数を回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和（算定日数上限比）・退棟患者全体の構成内容（対象疾患区分ごとのFIM運用、認知項目の平均改善度や算定日数上限比や実績指数）	○
Z. 20. 6	回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価について、除外対象患者の管理ができること。退棟患者の高次脳機能障害患者が40%以上の場合に除外後の入棟患者数の確認や除外患者候補となる患者数を確認することができること。	○
Z. 20. 7	統計を印刷およびCSVファイル出力できること。	○
Z. 21	地域包括ケア統計機能	—
Z. 21. 1	地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の施設基準に係る届出書添付書類（様式50関連）の項目について各種集計できること。 任意の期間を指定して、統計データを随時集計できること。・地域包括ケア病棟（病床）の対象入院患者延べ数・退院患者数および内訳、転棟患者数および内訳、在宅等へ退出した患者の割合等	○
Z. 21. 2	期間指定により直近3か月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数、提供延べ日数、リハビリテーション提供総単位数（疾患別の内訳）、1日当たりのリハビリテーション提供単位数等が集計できること。	○
Z. 21. 3	統計を印刷およびCSVファイル出力できること。	○
Z. 22	汎用統計機能	—
Z. 22. 1	任意の病棟（病室）もしくは外来に対して対象の入院患者数、退院患者数および退院先内訳、転棟患者数などが集計できること。 任意の期間を指定して、統計データを随時集計できること。	○
Z. 22. 2	任意の病棟（病室）もしくは外来に対して疾患別リハビリテーション等を提供した患者数、リハビリテーション提供総単位数（疾患別の内訳）、1日当たりのリハビリテーション提供平均単位数等が集計できること。	○
Z. 22. 3	統計を印刷およびCSVまたはExcelファイルできること。	○
Z. 23	勤務管理	—
Z. 23. 1	職員の勤務予定表の作成が行なえること。	○
Z. 23. 2	作成した勤務予定は、スケジュール画面に反映されること。	○
Z. 23. 3	勤務区分については、日勤、公休などの他、早出、遅出などもマスタ登録により追加、変更できること。	○
Z. 23. 4	職員の勤務希望を入力することができること。	○
Z. 23. 5	勤務予定表作成の条件は、1日に必要な出勤人数の下限や連続勤務の禁止パターン等を条件設定することができる、条件考慮する形で勤務予定表を自動作成できること。	○
Z. 23. 6	勤務予定表作成は1ヶ月単位で作成でき、数ヶ月先の勤務予定も制限なく作成できること。	○
Z. 23. 7	勤務予定および勤務実績の集計が行なえること。	○
Z. 23. 8	勤務予定表および勤務実績表を印刷およびCSVまたはExcelファイルで出力できること。	○
Z. 24	コミュニケーション機能	—
Z. 24. 1	職員間でのメッセージ・申し送り伝達機能を有し、情報共有が図れること。	○
Z. 24. 2	送付するメッセージ・申し送りについては、重要度（通常、重要）が指定できること。	○
Z. 24. 3	メッセージ・申し送り受信した場合は、画面上に通知表示され、すぐに確認ができること。	○
Z. 24. 4	メッセージ・申し送りは、期間指定および差出人、宛先、タイトル、内容、重要度等の検索条件で一覧検索できること。	○

Z. 25	電子カルテシステム、医事会計システム連携	—
Z. 25. 1	医事システムおよび電子カルテシステムより患者基本情報を取得できること。	○
Z. 25. 2	電子カルテシステムより入力した患者移動情報（入院、退院、転科、転棟、転室、外出、外泊、帰院）をリハビリテーション部門システムと連携し、リハビリテーション部門システムの患者として登録されること。	○
Z. 25. 3	電子カルテシステムより入力した患者予定（検査予約、手術予約、診察予約）をリハビリテーション部門システムと連携し、リハビリテーション部門システムの患者スケジュールに登録できること。	○
Z. 25. 4	電子カルテシステムより入力した、リハビリテーション処方オーダーをリハビリテーション部門システムと連携し、リハビリテーション部門システムのリハビリテーション処方画面に表示ができること。	○
Z. 25. 5	リハビリテーション部門システムから登録したリハビリテーション予約が電子カルテシステムと連携できること。	○
Z. 25. 6	リハビリテーション部門システムから登録したリハビリテーション実施、記録が電子カルテシステムと連携できること。実施に関する会計情報は医事会計システムに連携されること。	○
Z. 25. 7	電子カルテシステムに登録された利用者情報（利用者ID、職員名、職種等）について、リハビリテーション部門システムに取込み反映できること。	○
Z. 26	スマートデバイス版	—
Z. 26. 1	利用者毎に利用者ID、パスワード管理ができること。	○
Z. 26. 2	予めクライアントPCで設定したパスワードポリシー設定により、文字数上限、下限や有効日数、必須文字設定や禁止文字などで制限できること。	○
Z. 26. 3	療法士および患者の1日分のリハビリテーション予約、リハビリテーション実施、予定を一覧形式で参照できること。	○
Z. 26. 4	一覧をタップすることで、リハビリテーション予約および予定、リハビリテーション実施の詳細を参照できること。	○
Z. 26. 5	リハビリテーション予約の登録、変更、追加ができること。	○
Z. 26. 6	リハビリテーション実施の登録、変更ができること。	○
Z. 26. 7	実施詳細で登録した会計情報を医事会計システムに送信できること。	○
Z. 26. 8	リハビリテーション記録を記載することができること。	○
Z. 26. 9	機能評価の登録、閲覧、変更、削除ができること。	○
Z. 27	要望	—
Z. 27. 1	スマートフォンやタブレットから患者のリハビリを録画した動画を保存し、電子カルテシステムから参照ができること。	●
Z. 27. 2	リハビリシステムの記録時にタブレットやスマートフォンで音声入力ができること。	●

項番	機能要件	配点
AA	健診システム	—
AA. 1	共通要件	—
AA. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AA. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AA. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AA. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AA. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。	○
AA. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AA. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AA. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AA. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AA. 2	ハードウェア	—
AA. 2. 1	サーバ	—
AA. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AA. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AA. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。物理サーバの場合についても、本要件を満たした上で提案すること。	○
AA. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AA. 2. 1. 5	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AA. 2. 1. 6	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AA. 2. 2	端末・アプリケーション	—
AA. 2. 2. 1	電子カルテ端末で健診システムが使えるようにセットアップすること。別表2を参考にすること。	○
AA. 3	基本条件	—
AA. 3. 1	基本条件	—
AA. 3. 1. 1	電子カルテシステム、医事システムとはTCP/IPネットワークを用い、情報連携を図ること。	○
AA. 3. 1. 2	健診システムで入力した予約受付内容を電子カルテシステムに連動できること。	○
AA. 3. 1. 3	電子カルテから健診結果が閲覧できること。	○
AA. 3. 1. 4	同じ患者であれば、電子カルテとデータが一元管理できること。	○
AA. 3. 1. 5	検索、実行、終了など頻度の高い機能はキーボードのファンクションキーに割り当てていること。（直感的かつ簡易的なショートカットキー機能を有すること。）	○
AA. 3. 1. 6	以下のようなファンクションキーへの割り当てがされていること。ファンクションキー以外でショートカットキーへの割り当てであってもよいが、ファンクションキー対応がより望ましい。 ・ヘルプ(参照) ・終了 ・実行 ・クリア(入力パラメータクリア) 等	○
AA. 3. 1. 7	紙資源節約のため印刷物は基本的にプレビュー機能を有し、本出力の前に出力内容を確認できること。	○
AA. 3. 1. 8	システム起動はID、パスワードの入力によるセキュリティ機能を有すること。	○
AA. 3. 1. 9	上記のID、パスワードにより利用者毎のシステムへのアクセス権限を管理できること。	○
AA. 4	予約業務	—
AA. 4. 1	予約状況照会	—
AA. 4. 1. 1	予約状況をカレンダー形式(もしくはリスト形式)にして、一見して空き情報を確認できること。	○
AA. 4. 1. 2	表示されているものが、何の人数であるかわかりやすい画面になっていること。	○
AA. 4. 1. 3	空き日、予約が埋まっている日の区別が容易に分かるようになっていること。	○
AA. 4. 1. 4	カレンダー上の予約人数は、男女別人数、総人数表示が表示されること。(枠設定を男女別に設定して対応する形でも可とする。)	○
AA. 4. 1. 5	カレンダー上の予約人数は、登録されている予約数が予約枠数を超過している場合は赤色で表示できること。(予備枠による対応でも可とする。)	○
AA. 4. 1. 6	予約枠に対する予約の埋まり状態をバー表示、もしくは色で表示できること。	○
AA. 4. 1. 7	電話での予約対応などを考慮して使いやすく、画面遷移もスムーズに行えること。	○
AA. 4. 1. 8	カレンダー表示している月の切替は、1ヶ月送りができること。	○
AA. 4. 1. 9	選択した日の詳細(受診予定者一覧)が表示されること。	○
AA. 4. 1. 10	カレンダーにおいて以下の情報を参照できること。 ・コース別 ・予約管理別 ・オプション検査の予約状況 ・団体別 ・時間帯別	○
AA. 4. 1. 11	受診者の希望する条件にて最も近い空き日を検索できること。	○
AA. 4. 1. 12	空き日検索の条件指定の際、時間帯も指定できること。	○
AA. 4. 1. 13	予約枠を超えた予約登録を行うことができること。	○

AA. 4. 1. 14	予約枠の設定については以下の条件について設定できること。 ・ 日別、時間帯別に予約枠を設定できる ・ コース別に予約枠を設定できる。 ・ 検査別に予約枠を設定できる。	○
AA. 4. 1. 15	ドラッグ&ドロップ、もしくはクリック操作にて予約を取りたい日に対して予約者の割り当てが可能なこと。	○
AA. 4. 1. 16	個人が特定できていない受診予定者の予約枠を団体＋コース＋人数にて枠取り可能なこと。	○
AA. 4. 2	個人予約登録	—
AA. 4. 2. 1	予約登録時に以下の情報を同時参照しながら登録できること。 ・ 個人情報（氏名、住所、保険、団体、連絡先等） ・ 既往歴、精密検査履歴、禁忌、感染症、他情報） ・ 営業担当など内部情報 ・ 請求額、請求区分、請求日等精算情報 団体負担金額、個人負担金額	○
AA. 4. 2. 2	予約変更時も上記情報を同時に参照しながら登録できること。	○
AA. 4. 2. 3	予約登録は個人を特定できない場合でも予約登録できること。（カナ氏名、漢字氏名、患者ID等がわからない状況でも予約登録できること。）	○
AA. 4. 2. 4	個人の過去の受診歴が一覧で参照できること。	○
AA. 4. 2. 5	予約枠に対して受診者が決定した時点で順次予約登録ができること。	○
AA. 4. 2. 6	個人情報（個人情報マスタ）を元に予約登録ができること。	○
AA. 4. 2. 7	予約登録時の個人情報は自動的に個人マスタに登録されること。（属性情報の追加、修正等）団体情報については、個人マスタに登録するかどうか確認メッセージが表示される形でも可とする。	○
AA. 4. 2. 8	予約時に自動的に予約No.を付番すること。	○
AA. 4. 2. 9	患者IDの入力により医事会計システムより個人情報の取り込みができること。取得する基本属性は以下の通り。 ・ 漢字氏名 ・ カナ氏名 ・ 性別 ・ 生年月日 ・ 自宅郵便番号 ・ 自宅住所 ・ 自宅電話番号 ・ （現在有効な）保険情報（保険者番号、保険証記号 ・ 番号）	○
AA. 4. 2. 10	予約入力時に必要項目の入力漏れがないようにチェックがされる、もしくは画面上で分かりやすく表示されていること。	○
AA. 4. 2. 11	必須入力項目については、視覚的に判別しやすくなっていること。もしくは、チェック時に対象項目が表示される形でも可とする。	○
AA. 4. 2. 12	予約時に検査項目の追加や削除を登録できること。	○
AA. 4. 2. 13	検査に複数の方法がある場合、それを予約時に選択できること。（内視鏡 か 胃透視）（会話法 か オーディオ）等	○
AA. 4. 2. 14	予約情報は個人と予定日とコース等の組み合わせによる呼び出しが行えること。	○
AA. 4. 2. 15	予約登録したコースの基本の検査項目から特定の検査項目を削除する場合、基本の検査項目からドラッグ&ドロップ、もしくは右クリック等で削除項目の登録ができること。	○
AA. 4. 2. 16	追加（削除）したオプションの費用は、請求機能において計算されること。	○
AA. 4. 2. 17	予約時に任意に金額変更ができること。	○
AA. 4. 2. 18	予約登録の際、過去の受診コース（受診履歴情報）をコピーできること。	○
AA. 4. 2. 19	各検査項目単位で検査予定日を設定、変更が行えること。	○
AA. 4. 3	予約一括登録	—
AA. 4. 3. 1	1画面で複数人の予約登録を行えること。	○
AA. 4. 4	予約者検索	—
AA. 4. 4. 1	受診予定者の検索ができること。	○
AA. 4. 4. 2	予約者からの問い合わせに対応するため、以下の項目で検索できる機能をもつこと。 ・ 患者ID ・ カナ氏名 ・ 性別、生年月日 ・ 受診予定日 ・ 健診コース ・ 団体コード ・ 検査項目	○
AA. 4. 4. 3	上記条件を複数条件を利用し、対象者を絞り込むことができること。	○
AA. 4. 4. 4	表示結果を様々な属性情報にて並び替えが可能なこと。	○
AA. 4. 4. 5	検索した情報は一覧表示し一個人を特定できること。	○
AA. 4. 4. 6	その一個人に対して詳細情報を表示できること。	○
AA. 4. 4. 7	その一個人に対して以下の作業に移ることができること。（受付作業は別画面での操作でも可とする。） ・ 予約内容変更（日、時間帯、コース、検査、個人情報等） ・ 受診受付処理 ・ 一括受付処理 ・ 個人マスタ ・ 各種帳票出力	○
AA. 4. 4. 8	検索結果画面については、健診予定日、時間帯、予約番号、氏名を固定表示項目とし、患者ID以下の情報はスクロール表示できること。	○
AA. 4. 5	帳票出力（予約業務）	—
AA. 4. 5. 1	予約情報より以下の帳票を印刷できること。 ・ 予約者一覧表 ・ 宛名ラベル ・ 検査ラベル ・ 問診票 ・ 実施案内票	○
AA. 4. 5. 2	印刷時は事前にプレビュー画面にて確認できること。	○
AA. 4. 5. 3	印刷時は、出力順を以下の条件にて並び替えを行うこと。（事前設定のみの対応の場合は、当センターと導入時に協議すること。）また、条件は複数組み合わせで利用することができること。※帳票の種類により指定可能な属性情報は変わる。 ・ 予約番号 ・ 患者ID ・ カナ氏名 ・ 団体コード ・ 団体枝番コード ・ コースコード ・ 施設コード ・ 所属内番号 ・ コース管理コード ・ 受診予定日 ・ 所属コード ・ 地区コード ・ 性別 もしくは、印刷時は、出力順を以下の条件にて並び替えを行うこと。（事前設定のみの対応の場合は、当センターと導入時に協議すること。）また、条件は複数組み合わせで利用することができる形でも可とする。※帳票発行時に指定可能 ・ 受付番号 ・ 患者ID ・ カナ氏名 ・ 団体名 ・ 契約種別 ・ 部署 ・ 受診予定日 ・ 性別 ・ 社員番号 ・ 予約時間 ・ 識別番号1 ・ 識別番号2	○
AA. 4. 5. 4	予約者一覧には以下の情報が記載されていること。 ・ 個人情報、コース情報。 ・ 個人負担請求情報 ・ 予約者名簿として利用するためのに予約No.を記載できる欄	○
AA. 4. 5. 5	宛名ラベルは予約情報の送付先に応じた宛先で出力されること。	○
AA. 4. 5. 6	宛名ラベル、検査ラベルの枚数の指定ができること。（一個人に対し複数枚指定）なお、検査ラベルはオーダ情報から適切なラベル枚数が発行される形でも可とする。	○
AA. 4. 5. 7	宛名ラベルの印刷開始位置を指定し、シールの節約ができること。	○
AA. 4. 6	帳票出力（予約業務）	—
AA. 4. 6. 1	印刷時は事前にプレビュー画面にて確認できること。	○

AA. 4. 6. 2	宛名ラベルは予約情報の送付先に応じた宛先で出力されること。	○
AA. 4. 7	予約データCSV登録	—
AA. 4. 7. 1	あらかじめ決められたレイアウトに沿った予約情報CSVファイルを取り込むことができること。	○
AA. 4. 7. 2	予約情報CSVファイルを取り込む際に、重複データ、キー項目の欠損がないかチェックできること。	○
AA. 4. 7. 3	予約情報CSVファイルに以下の項目が含まれていないことを想定し、画面上指定できること。 ・ 予定日 ・ 時間帯 ・ 団体コード ・ コースコード	○
AA. 4. 7. 4	予約情報CSVファイルを取り込み、重複データをチェックする際、以下の項目にて既に個人が登録されているか確認できること。（選択可） ・ （必須）カナ氏名 ・ （必須）性別 ・ （必須）生年月日 ・ 漢字氏名	○
AA. 4. 7. 5	テストモードにて登録のシミュレーションが可能であること。	○
AA. 5	受付業務	—
AA. 5. 1	個人受付登録	—
AA. 5. 1. 1	予約情報から受付へ情報を引き継ぐことができること。	○
AA. 5. 1. 2	新規受付の場合は個人IDを検索できること。	○
AA. 5. 1. 3	個人情報に医事会計システムから取り込むことができること。	○
AA. 5. 1. 4	初期導入時に受付登録時の受診No.を自動付番、任意付番の選択ができること。	○
AA. 5. 1. 5	受付登録時に以下の情報を同時参照しながら登録できること。 ・ 個人情報（氏名、住所、保険、団体、連絡先等） ・ 既往歴、精密検査履歴、禁忌、感染症、他情報） ・ 営業担当など内部情報 ・ 請求額、請求区分、請求日等精算情報 団体負担金額、個人負担金額	○
AA. 5. 1. 6	受付時に検査項目の追加オプション（変更、削除）ができること。	○
AA. 5. 1. 7	団体、コース毎に追加削除の項目を予め設定可能であること。	○
AA. 5. 1. 8	受付の際、個人情報や受診コース（受診検査）を自在に変更できること。	○
AA. 5. 1. 9	検査が複数の方法がある場合、それを受付時に選択できること。（内視鏡 か 胃透視）（会話法 か オージオ）等	○
AA. 5. 1. 10	受付登録したコースの基本の検査項目から特定の検査項目を削除する場合、基本の検査項目からドラッグ&ドロップ、もしくは右クリック等で削除項目の登録ができること。	○
AA. 5. 1. 11	追加（削除）したオプションの費用は、請求機能において計算されること。	○
AA. 5. 1. 12	受付時に登録（修正）した個人情報は個人マスタに自動登録されること。	○
AA. 5. 1. 13	管理日付を有し、他の受付結果を共有するしくみを有すること。	○
AA. 5. 2	受付一括登録	—
AA. 5. 2. 1	予約一覧から受付作業へ移ることができること。	○
AA. 5. 3	受診者検索	—
AA. 5. 3. 1	受付情報を以下の項目で検索できる機能をもつこと。 ・ 患者ID ・ 団体コード（または団体）	○
AA. 5. 3. 2	上記条件を複数条件を利用し、対象者を絞り込むことができること。	○
AA. 5. 3. 3	表示結果を様々な属性情報にて並び替えが可能なこと。	○
AA. 5. 3. 4	検索した情報は一覧表示し一個人を特定できること。	○
AA. 5. 3. 5	その一個人に対して詳細情報を表示できること。	○
AA. 5. 3. 6	その一個人に対して以下の作業に移ることができること。 ・ 受付内容変更（日、時間帯、コース、検査、個人情報等） ・ 個人請求発行 ・ 帳票出力 ・ 個人マスタ ・ 個人結果報告書	○
AA. 5. 3. 7	検索結果画面については、健診予定日、時間帯、受付番号、氏名を固定表示項目とし、患者ID以下の情報はスクロール表示できること。	○
AA. 5. 4	一括受付更新	—
AA. 5. 4. 1	受付情報の更新は以下の区分が選択できること。 ・ コースマスタからの再展開 ・ 個人マスタの情報を再展開	○
AA. 5. 5	帳票出力（受付業務）	—
AA. 5. 5. 1	予約情報より以下の帳票を印刷できること。 ・ 受診者一覧表 ・ 宛名ラベル ・ 検査ラベル ・ ワークシート ・ 問診票 ・ 実施案内票	○
AA. 5. 5. 2	印刷時は事前にプレビュー画面にて確認できること。	○
AA. 5. 5. 3	印刷時は、出力順を以下の条件にて並び替えを行うこと。また、条件は複数組み合わせで利用することができること。※帳票の種類により指定可能な属性情報は変わる。 ・ 受診日 ・ 受診番号 ・ 時間帯コード ・ 患者ID ・ 団体コード	○
AA. 5. 5. 4	受診者一覧には以下の情報が記載されていること。 ・ 個人情報、コース情報。 ・ 個人負担金などの請求情報。	○
AA. 5. 5. 5	宛名ラベルは受付情報の送付先に応じた宛先で出力されること。	○
AA. 5. 5. 6	宛名ラベル、検査ラベルの枚数の指定ができること。（一個人に対し複数枚指定）なお、検査ラベルはオーダ情報から適切なラベル枚数が発行される形でも可とする。	○
AA. 5. 5. 7	宛名ラベルの印刷開始位置を指定し、シールラベルの節約ができること。	○
AA. 5. 5. 8	検査結果が揃っていない状態（未入力）をチェックし、未入力者の一覧表を作成できること。（未入力チェックリスト）	○
AA. 5. 6	検査依頼業務	—
AA. 5. 6. 1	健診システムからオーダを発生させ電子カルテシステムを経由して検体検査依頼、生理検査依頼、画像検査依頼、病理検査依頼が可能であること。	○
AA. 5. 6. 2	コース予約実施時に自動的にオーダを発生できること。オーダ発生時に検査項目の確認画面が表示できること。もしくは、予約と連動してオーダを自動的に発生できる形でも可とする。	○
AA. 5. 6. 3	予約受付後に健診日を変更した場合、健診システム上で健診予定日を変更すると、自動的にオーダ変更依頼ができること。	○
AA. 5. 6. 4	健診システムより電子カルテシステム側へ画像検査の予約連携ができること。	○
AA. 6	データ収集	—
AA. 6. 1	汎用結果入力	—
AA. 6. 1. 1	一受診者に対して受診した検査項目をすべて（一部）表示し、結果を入力できること。	○
AA. 6. 1. 2	一受診者に対して入力に必要な項目を選択して画面に表示し、結果を入力できること。	○

AA. 6. 1. 3	受診者の特定は受診者検索からのリンク機能と直接受診日＋受診番号による呼び出し機能の他、受診日＋索引番号による特定も可能であること。	○
AA. 6. 1. 4	入力する検査項目はパターン化（セット化）しておくことができ、そのパターンを選択することで、業務に応じた画面を自由に表示できること。例）肝機能専用画面、コメント入力専用画面、定性検査専用画面、等々	○
AA. 6. 1. 5	結果入力の際は全体として以下の機能を有すること。・数値結果は小数点以下〇桁など指定することができること。・上記のように桁数を固定しない数値も入力できること。・フリー数値での登録が可能であること。・コード化された所見、コメント文章の入力ができること。・所見、コメントのフリー入力ができること。	○
AA. 6. 1. 6	数値結果の検査項目であっても、必要に応じて日本語入力ができること。（項目を2つに分ける形でも可とする。）	○
AA. 6. 1. 7	コメント入力は「所見コード」により簡易的に入力もできること。	○
AA. 6. 1. 8	各検査（計測）項目とは別に、総合コメントをいつでも同じ画面から登録できること。	○
AA. 6. 1. 9	結果入力の際、過去2回分までの履歴結果を参照しながら登録できること。	○
AA. 6. 1. 10	また、判定の結果を自動で行い、それを参照しながら入力できること。	○
AA. 6. 1. 11	「機能判定」、「総合判定」、「総合コメント」は自動シミュレーションにて生成されること。	○
AA. 6. 1. 12	自動生成された判定結果は手動にて修正できること。	○
AA. 6. 1. 13	結果入力は個人ID以外に、受診No.、フィルムNo.、採血No.など様々な検索IDに従い抽出、羅列して登録できること。もしくは、結果入力は個人ID以外に、受診No.で抽出、羅列して登録できる形でも可とする。	○
AA. 6. 1. 14	検査結果入力、指導コメント入力、総合判定入力など、複数種類の情報を見ながら、それぞれの入力ができること。	○
AA. 6. 1. 15	次件、前件ボタン押下により次の受診者、前の受診者の結果入力画面に切り替えることができること。	○
AA. 6. 1. 16	ボタン押下で、総合コメント枠の展開・縮小ができること。	○
AA. 6. 1. 17	コメント入力時も元となる所見コードの登録が可能なこと。	○
AA. 6. 1. 18	自動判定処理、報告書出力後、データがロックされ誤った変更等の防止が行えること。また、管理者によりロックの解除も可能であること。	○
AA. 6. 1. 19	オーダされている検査結果のみを表示する機能を有すること。（背景色にて入力対象でないことが確認できる形でも可とする。）	○
AA. 6. 2	汎用結果一括入力	—
AA. 6. 2. 1	複数の受診者に対して、指定した結果だけを一括して入力できること。	○
AA. 6. 2. 2	受診者の特定は受診者検索からのリンク機能と直接受診日＋受診番号による呼び出し機能の他、受診日＋索引番号による特定も可能であること。	○
AA. 6. 2. 3	上記の受診者一覧を抽出する際には様々なキーを条件にできること。・団体別・健診コース別・受診日付範囲	○
AA. 6. 2. 4	オーダされている検査結果のみを表示する機能を有すること。	○
AA. 6. 2. 5	画面情報表示されている受診者数の表示が行えること。	○
AA. 6. 2. 6	コメント入力時も元となる所見コードの登録が可能なこと。	○
AA. 6. 2. 7	自動判定処理、報告書出力後、データがロックされ誤った変更等の防止が行えること。また、管理者によりロックの解除も可能であること。	○
AA. 6. 3	検査結果登録業務	—
AA. 6. 3. 1	電子カルテシステムから検体検査結果を取り込むことができること。	○
AA. 6. 3. 2	電子カルテシステムから検体検査結果を取り込む際には受診日＋患者IDに該当する結果情報を取得できること。	○
AA. 6. 3. 3	検体検査結果は健診システムで扱うことができる結果として結果値の変換が可能なこと。	○
AA. 6. 3. 4	病理システムよりレポート結果（所見、判定）の取込ができること。	○
AA. 6. 3. 5	放射線システムよりレポート結果（所見、判定）の取込ができること。結果の取得にあたっては放射線システムよりレポート結果が反映され、その詳細については当該科と協議を行うこと。	○
AA. 6. 3. 6	内視鏡システムよりレポート結果（所見、判定）の取込ができること。	○
AA. 6. 3. 7	以下の測定機器より検査結果の取込ができること。①身長体重計 ②血圧計 ③聴力計 ④肺機能計 ⑤視力計 ⑥眼圧計	○
AA. 6. 3. 8	眼科、心電図、外科、循環器、産科については、診療科で結果を入力し、その内容が反映できること。	○
AA. 6. 4	検査結果状況照会	—
AA. 6. 4. 1	以下の条件にて抽出される各受診者毎の進捗状況を参照ができること。・団体コード（個別、範囲）・コース管理（個別、範囲）・健診コース（個別、範囲）・受診日（1日、期間指定）・受診番号（個別、範囲指定）・個人ID（個人、範囲） もしくは、以下の条件にて抽出される各受診者毎の進捗状況を参照ができる形でも可とする。・団体・健診コース・受診日（1日、期間指定）・受診番号・個人ID	○
AA. 6. 4. 2	「○：完了」「▲：未入力あり」「△：全て未入力」「－：オーダなし」など状況が一目でわかること。	○
AA. 6. 4. 3	一覧表示されているセル上をクリックすることで汎用結果入力画面に遷移することができること。	○
AA. 6. 4. 4	「▲」マークをダブルクリックすることで指定された汎用結果入力画面に遷移することができること。また、それ以外のマークの場合でも同様に画面遷移できること。	○
AA. 6. 5	自動判定業務	—
AA. 6. 5. 1	結果データに対して自動的にチェックをかけられること。	○
AA. 6. 5. 2	以下の自動チェック条件の設定ができること。・男女別での基準値範囲を設定できること。・年齢別での基準値範囲を設定できること。	○
AA. 6. 5. 3	基準値設定は多段階に設定できること。（40～50＝A 51～60＝B 61～70＝C……）	○
AA. 6. 5. 4	チェックする基準値を適用する期間が設定でき、時期によって基準値を調整することができること。（基準値は適用期間を設定できること。）	○

AA. 6. 5. 5	判定条件に条件の深さを設定できること。 例) 浅い判定条件 : 身長と体重で肥満度を判定 次の段階条件 : 肥満度と中性脂肪にて生活習慣病を判定 次の段階条件 : 生活習慣病判定 の組み合わせで、所見判定 次の段階条件 : 所見判定の数や重症度にて総合判定 など、自動 判定のランクの段階を設定できること。また、そのランクをその都度設定し判定を行うこと。	○
AA. 6. 5. 6	処理区分の順番を自由に設定でき、任意に選択可能であること。	○
AA. 6. 5. 7	結果値に応じたコメント生成機能を有すること。また、コメント生成のための条件設定をマスタで 設定できること。	○
AA. 6. 5. 8	特定健診における「メタボリック判定」「保健指導レベル」を求めることができること。	○
AA. 6. 5. 9	複合的な判定条件処理を設定可能であること。	○
AA. 6. 5. 10	判定済みの対象者に対しては再判定されないしくみを有すること。	○
AA. 6. 5. 11	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。	○
AA. 6. 5. 12	医師が手入力した判定結果は自動判定を行っても上書きされずそのまま残ること。	○
AA. 7	報告業務	—
AA. 7. 1	個人結果表作成	—
AA. 7. 1. 1	あらかじめパターン化された帳票を出力できること。	○
AA. 7. 1. 2	帳票レイアウトはユーザ側で自由に設計、変更できること。	○
AA. 7. 1. 3	帳票レイアウトはExcelによる設計が行えること。	○
AA. 7. 1. 4	帳票レイアウトの確認用に出力フィールドが空欄の帳票を作成できること。	○
AA. 7. 1. 5	単一もしくは複数項目の結果値を用いて演算(もしくはエクセル関数にて演算)を行い、その結果を 出力できること。その場合、計算要素は数値項目のみ指定可能とし、他項目の結果値を参照し条件 により計算方法を変更できること。	○
AA. 7. 1. 6	システム内に保持しているデータおよびマスタの内容を出力可能なこと。	○
AA. 7. 1. 7	受付情報もしくは予約情報より以下の出力範囲指定ができること。 ・団体コード(範囲) ・ 健診コース(範囲) ・受診日(受診予定日)(範囲) ・受診No.(範囲) ・検査結果の範囲指 定もしくは検査結果に対する判定による条件指定また、受診No.もしくは予約No.の範囲指定で連続し て対象者を指定できない時のために、患者IDを任意で指定できること。 もしくは、印刷時は、出力順を以下の条件にて並び替えを行うこと。また、条件は複数組み合わせ て利用することができる形でも可とする。※帳票発行時に指定可能 ・受付番号 ・患者ID ・カ ナ氏名 ・団体名 ・契約種別 ・部署 ・受診予定日 ・性別 ・社員番号 ・予約時間 ・識 別番号1 ・識別番号2	○
AA. 7. 1. 8	印刷順番は以下の条件の順番にて並び替えの指定ができること。また複数の条件を組み合わせで利 用できること。 ・受診日 ・時間帯コード ・団体コード ・団体枝番コード ・コースコード ・受診番号 ・施設コード ・所属コード ・個人属性要所情報(①～⑩) ・患者ID ・カナ 氏名 ・所属内番号 ・性別 もしくは、印刷時は、出力順を以下の条件にて並び替えを行うこと。また、条件は複数組み合わせ て利用することができる形でも可とする。※帳票発行時に指定可能 ・受付番号 ・患者ID ・カ ナ氏名 ・団体名 ・契約種別 ・部署 ・受診予定日 ・性別 ・社員番号 ・予約時間 ・識 別番号1 ・識別番号2	○
AA. 7. 1. 9	パターン化された帳票に対する出力条件(抽出範囲、並び順)を保存できること。	○
AA. 7. 1. 10	1枚の用紙に複数の受診者の結果を一覧表示にて印刷できる機能を有すること。	○
AA. 7. 1. 11	複数枚数にわたる報告書の場合、ページを指定して印刷できること。	○
AA. 7. 1. 12	種類の異なる報告書をまとめて印刷できること。※ただし、単一帳票と一覧表は同時に指定できな くてもよい。(単一優先)	○
AA. 7. 1. 13	帳票マスタにて受診者の属性等に応じてその受診者分を出力対象とするかどうかの制御が可能なこ と。	○
AA. 7. 1. 14	同時に5パターンの抽出条件を設定可能であること。	○
AA. 7. 1. 15	帳票のフォーマットを病院側で変更できること。	○
AA. 7. 1. 16	マスタ設定を病院側で変更できること。	○
AA. 7. 2	汎用データ抽出	—
AA. 7. 2. 1	予約情報もしくは受付情報をCSVファイルまたは固定長テキストファイルに出力できること。	○
AA. 7. 2. 2	過去の受診情報、受診結果も同じ列(レコード)に出力することができること。	○
AA. 7. 2. 3	報告データの出力項目を自由に設定できること。また、その出力項目をパターン化して随時呼び出 しができること。	○
AA. 7. 2. 4	システム内に保持しているデータおよびマスタの内容を出力可能なこと。	○
AA. 7. 2. 5	単一もしくは複数項目の結果値を用いて演算を行い、その結果を出力できること。その場合、計算 要素は数値項目のみ指定可能とし、他項目の結果値を参照し条件により計算方法を変更できるこ と。	○
AA. 7. 2. 6	出力範囲は以下の条件指定ができること。 ・団体コード(範囲) ・健診コース(範囲) ・受 診日(範囲) ・受診No.(範囲) もしくは、出力範囲は以下の条件指定ができる形でも可とする。 ・団体 ・健診コース ・受診 日(範囲)	○
AA. 7. 2. 7	出力先を自由に選択できること。	○
AA. 7. 3	XMLデータ報告	—
AA. 7. 3. 1	「健診データの電子的管理(特定健診・標準的な健診と保健指導)」に準拠したXMLデータ報告が できること。	○
AA. 7. 3. 2	作成パターンを任意に設定できること。	○
AA. 8	請求業務	—
AA. 8. 1	請求書データ作成	—
AA. 8. 1. 1	一度作成した請求情報に対しても最新の料金マスタの情報により強制的に再作成を行えること。	○
AA. 8. 1. 2	同一請求先に対して請求日が同じでも請求書を分けることが可能であること。	○
AA. 8. 2	団体請求	—

AA. 8. 2. 1	団体請求情報は以下の条件指定にて検索できること。 ・ 請求日 ・ 請求書番号 ・ 未発行分、すべて、未入金	○
AA. 8. 2. 2	検索後の一覧画面上にて抽出された請求データの合計請求金額、入金額、未収額が参照できること。	○
AA. 8. 2. 3	請求情報は手入力にて新規作成が行えること。	○
AA. 8. 2. 4	請求金額は手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 2. 5	請求先名称を手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 2. 6	入金情報の登録などを手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 2. 7	請求金額を画面でメンテした場合は、「発行ボタン」および「実行ボタン」押下時に相違があった項目名（消費税など）をすべて表示・再計算ボタンを押下する様に促すメッセージボックスを表示できること。	○
AA. 8. 2. 8	請求は分割入金に対応できること。	○
AA. 8. 2. 9	請求書は事前に画面確認（プレビュー）ができること。	○
AA. 8. 2. 10	一覧画面から複数の請求先を選択して一括で請求書を発行できること。	○
AA. 8. 2. 11	一括で請求データを削除する機能を有すること。	○
AA. 8. 3	個人請求	—
AA. 8. 3. 1	個人請求情報は以下の条件指定にて検索できること。（受付情報より） ・ 患者ID ・ 未発行分、 ・ 請求日 ・ 請求書番号 ・ 未発行分、すべて、未入金	○
AA. 8. 3. 2	請求金額は手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 3. 3	請求先名称を手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 3. 4	入金情報の登録などを手作業にて修正できること。	○
AA. 8. 3. 5	請求金額を画面でメンテした場合は、「発行ボタン」および「実行ボタン」押下時に相違があった項目名（消費税など）をすべて表示・再計算ボタンを押下する様に促すメッセージボックスを表示できること。	○
AA. 8. 3. 6	請求は分割入金に対応できること。	○
AA. 8. 3. 7	請求書は事前に画面確認（プレビュー）ができること。	○
AA. 8. 3. 8	一覧画面から複数の請求先を選択して一括で請求書を発行できること。	○
AA. 8. 4	会計管理	—
AA. 8. 4. 1	会計管理業務として以下の帳票を出力できること。 ・ 請求一覧表 ・ 未収一覧表 ・ 入金一覧表 ・ 未請求一覧表 ・ 請求日報	○
AA. 8. 4. 2	一覧表はCSVにて出力可能であること。	○
AA. 9	統計業務	—
AA. 9. 1	統計業務	—
AA. 9. 1. 1	健診データより以下の帳票を出力し、各種公的報告や医療統計データとして再活用できるしくみをもっていること。 ・ 検査項目別受診者数 ・ コース別受診者数 ・ 検査項目別結果集計 ・ 有所見率一覧	○
AA. 9. 1. 2	「検査項目別受診者数」「コース別受診者数」「検査項目別結果集計」において、性別ごとの年齢階層別の集計も行えること。	○
AA. 9. 1. 3	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。	○
AA. 9. 1. 4	統計資料は以下の条件別に収集し、それらを組み合わせて一覧、ならびに集計結果を作成できること。 ・ 受診日（範囲） ・ 検査項目（範囲） ・ 団体コード（範囲） ・ 健診コース（範囲） ・ 性別 ・ 年齢（範囲設定 年齢階層設定）	○
AA. 9. 1. 5	集計結果はプレビュー画面にて確認できること。	○
AA. 9. 1. 6	確認後印刷出力できること。	○
AA. 9. 1. 7	集計結果をCSVファイルなど外部ファイルへ出力できること。	○
AA. 10	協会けんぽ業務	—
AA. 10. 1	協会けんぽ業務	—
AA. 10. 1. 1	受診日範囲を指定して、該当範囲内の協会健診（旧政管健診）受診者を抽出できること。	○
AA. 10. 1. 2	抽出された受診者の基本属性（氏名、性別、生年月日、団体コード、保健情報）が確認できること。	○
AA. 10. 1. 3	当月請求できない受診者に対して月遅れ処理を行うことができること。	○
AA. 10. 1. 4	指定された対象月の受診者の結果情報をFDに出力できること。	○
AA. 10. 1. 5	FDに出力する際に出力対象となる受診者を選択できること。	○
AA. 10. 1. 6	作成された協会健診FDの内容を確認できること。	○
AA. 11	特定保健指導業務	—
AA. 11. 1	準備業務	—
AA. 11. 1. 1	健診システムより、個人マスタ、健診結果情報を登録ができること。	○
AA. 11. 1. 2	特定健診データ登録後に、支援レベルより自動的に（もしくは、判定支援による）保健指導コースを設定する機能を持つこと。	○
AA. 11. 2	指導業務	—
AA. 11. 2. 1	保健指導予約状況を確認できること。	○
AA. 11. 2. 2	この画面より一覧表作成、結果入力画面などに推移できること。	○
AA. 11. 2. 3	保健指導対象者を複数の条件で検索し一覧を表示できること。	○
AA. 11. 2. 4	表示された対象者一覧より個別データ登録画面へ推移できること。	○
AA. 11. 2. 5	表示された対象者一覧より選択によって選ばれた対象者に対して個別データの登録画面へ遷移できること。	○
AA. 11. 2. 6	特定健診、保健指導歴を新規登録することができること。	○
AA. 11. 2. 7	対象者の個人属性をメンテナンスすること。新規登録もできること。	○
AA. 11. 2. 8	受診歴（特定健診、特定保健指導の全ての履歴）を表示できること。	○
AA. 11. 2. 9	保健指導コースマスタに登録されている支援形態、支援時期などより指導予定日を求めることができること。	○
AA. 11. 2. 10	表示している指導歴時点の指導回数、ポイントを計算して表示できること。	○
AA. 11. 2. 11	表示している指導歴の帳票出力ができること。	○

AA. 11. 3	決済業務	—
AA. 11. 3. 1	保健指導実施に伴う決済データ出力ができること。	○
AA. 12	マスタ管理	—
AA. 12. 1	マスタ管理	—
AA. 12. 1. 1	各種マスタのメンテナンスができること。	○
AA. 13	データ移行	—
AA. 13. 1	データ移行	—
AA. 13. 1. 1	既存システムからのデータ移行については、当センターと協議の上で移行を行うこと。	○
AA. 14	kyo	—
AA. 14. 1	専用帳票	—
AA. 14. 1. 1	以下の当センター専用帳票を出力できること。	○
AA. 14. 1. 2	人間ドック報告書	○
AA. 14. 1. 3	実施案内票(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 4	健康調査票(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 5	健診お知らせ(生活習慣病)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 6	健診お知らせ(人間ドック)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 7	健診お知らせ(子宮がん)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 8	健診お知らせ(一般健診)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 9	健診お知らせ(乳がん)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 10	健診お知らせ(子宮がん・乳がん)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 11	身体検査証(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 12	健康診断書(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 13	放射線科一覧表(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 14	子宮がん健診(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 15	乳がん検診(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 16	子宮がん健診(頸部・体部)(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 17	乳子宮結果表(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 18	乳ラベル用紙(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 19	特定健診質問票(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 20	特定健診結果表(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 21	保健指導レベル判定結果表(標準レイアウトの提供でも可とする。)	○
AA. 14. 1. 22	その他連携等	—
AA. 14. 1. 22. 1	脳ドック用問診票、案内、同意書を健診システムから出力すること。	○

項番	機能要件	配点
AB	分娩監視装置システム	—
AB. 1	共通要件	—
AB. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AB. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AB. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AB. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AB. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AB. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AB. 1. 7	利用者IDは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AB. 1. 8	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AB. 1. 9	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AB. 1. 10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AB. 2	分娩監視装置システム要件	—
AB. 2. 1	基本条件	—
AB. 2. 1. 1	サーバ/クライアント機能を有していること（CTG保存と監視）。	○
AB. 2. 1. 2	基本OSは、最新のWindowsへ対応できること。	○
AB. 2. 1. 3	監視画面は分娩監視装置稼働状態に応じた自動分割および任意ベッドの波形表示を備えている。またどの分割画面でも1ベッド10分以上の波形を表示できること（最大32分割表示可能）。	○
AB. 2. 1. 4	波形表示は、記録紙をイメージしたスクロール方式で、送り速度を30, 20, 10mm/分から設定できること。また23インチTFTモニタでは、分娩監視装置記録紙と同寸法で表示できる実寸表示機能を有していること。	○
AB. 2. 1. 5	モニタ中の全入力に対し、監視画面上でのスクロールバー操作によるCTG波形参照を実現できること。	○
AB. 2. 1. 6	タッチパネルTFTモニタに対応しており基本機能の操作および波形をタッチスクロール操作が可能であること。	○
AB. 2. 1. 7	CTGモニタ中、表示波形上でイベント情報を入力できる。入力はキーボード/マウスによる入力タッチパネルTFTモニタの場合は、キーボード/マウスを利用することなくタッチ操作で全て入力することが可能であること。イベント情報はユーザ仕様に任意編集できること。また一部のイベント情報は、分娩監視装置で入力したイベント情報と連携できること。	○
AB. 2. 1. 8	心拍警報機能（頻脈・徐脈）を備えており、警報検出時にはアラームを発する。また上限・下限・遅延時間を設定できること。	○
AB. 2. 1. 9	心拍警報の発生と解除のログおよびイベント入力情報をCTGデータと共に保存できること。	○
AB. 2. 1. 10	患者ID情報として、ID番号・氏名・生年月日・分娩予定日・週数等を入力できる。また患者情報入力に患者磁気カード（診察カード）を使用できること。	○
AB. 2. 1. 11	稼働している全分娩監視装置のCTG情報を内蔵ハードディスクに自動保存すると共に、外部記憶装置（ハードディスクタイプ・RAID1規格）に定期的に自動バックアップ保存できること。	○
AB. 2. 1. 12	保存データはID番号・氏名・記録日等により検索、CTG波形表示できること。	○
AB. 2. 1. 13	波形表示では送り速度等を設定変更でき、またスクロールバー操作によるCTG波形参照を実現できること。タッチパネルTFTモニタの場合はタッチスクロールにより遡り参照が実現できること。	○
AB. 2. 1. 14	保存データは、印刷モードに応じてA4用紙に波形情報として印刷でき、また画像として保存できること。	○
AB. 2. 1. 15	波形表示画面をA4用紙にハードコピー相当で印刷できること。	○
AB. 2. 1. 16	3段表示による長時間CTG表示モード（掃引速度3cm/分相当で90分程度表示）を備えていること。	○
AB. 2. 1. 17	分娩監視装置へのバーコードリーダあるいは磁気カードリーダの設置により、患者情報の取得およびシステムへの送信ができ、ベッドサイドにおける患者認証を実現できること。	○
AB. 2. 1. 18	陣痛の周期・間歇・発作の自動算出機能を有しており、CTGと共に表示できること。	○
AB. 2. 1. 19	三胎の入力・監視に対応していること。	○
AB. 2. 1. 20	母体計測機能付分娩監視装置による母体バイタル計測では、CTGデータと共に母体バイタルを表示・保存できる。また母体バイタル警報機能を備えていること。	○
AB. 2. 2	システム連携	—
AB. 2. 2. 1	電子カルテから分娩監視装置の波形がリアルタイムで参照できるように連携すること。	○
AB. 3	ハードウェア	—
AB. 3. 1	サーバ	—
AB. 3. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AB. 3. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AB. 3. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○

AB. 3. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AB. 3. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AB. 3. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AB. 3. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AB. 3. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AB. 3. 2	クライアント	—
AB. 3. 2. 1	専用端末を準備すること。詳細のスペックは指定しない、当センターで7年間運用できる端末を納品	○
AB. 3. 2. 2	OSは、最新のWindowsOSで提供し、7年間サポートができるものを納品すること。	○
AB. 3. 3	周辺機器	—
AB. 3. 3. 1	カードリーダーは流用し、次期システムでも運用できるように接続すること。	○
AB. 3. 3. 2	分娩監視装置は流用し、次期システムでも運用できるように接続すること。	○
AB. 3. 3. 3	デジタル伝送アダプタは全て更新すること。継続利用できるのであれば更新せずに流用すること。	○

項番	機能要件	配点
AC	人工透析管理システム	—
AC. 1	共通要件	—
AC. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AC. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AC. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AC. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AC. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AC. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AC. 1. 7	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AC. 1. 8	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AC. 1. 9	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AC. 1. 10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AC. 2	ハードウェア	—
AC. 2. 1	サーバ	—
AC. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AC. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AC. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AC. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AC. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AC. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AC. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AC. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AC. 3	人工透析管理システム	—
AC. 3. 1	治療条件設定、データ取り込みおよび保存	—
AC. 3. 1. 1	システムと連動した体重計で測定された体重からその日の除水量・除水速度が自動的に算出され、透析監視装置に設定されること。	○
AC. 3. 1. 2	前項以外の治療条件（治療時間、抗凝固剤注入量、各種警報設定等）が、人工透析管理システム側から自動設定、または手動設定できる機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 3	前項の自動設定の際、患者個人毎のインターロック（目標除水量上限、除水速度上限等）をかけることで、安全性を保持できること。	○
AC. 3. 1. 4	当日の体重増加に応じて、患者個々にあらかじめ指示で出された適切な除水速度パターンが自動設定できる機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 5	患者毎に設定された血圧正常範囲を外れた場合、正常復帰するまでにシステム側で指定した時間間隔で測定が可能なこと。また、血圧下限を外れた場合、透析装置の除水速度と血流を、人工透析管理システム側から指定した数値に変更できること。	○
AC. 3. 1. 6	全ての透析監視装置からのデータを、最低10分間隔で自動取り込みできる機能を有すること。（データは血圧、脈拍、静脈圧、透析液圧、血流量、除水速度、除水量、ヘパリン量、透析液温度等）。また、治療条件変更時（血液流量、除水速度等）のデータも、自動取り込み可能であること。	○
AC. 3. 1. 7	前項で取り込まれたデータおよび患者情報が、ベッドサイドのノートパソコンに表示されること。	○
AC. 3. 1. 8	透析中に、患者側で処置が発生した場合の処置項目、問診結果、愁訴等が、定形以外の項目であっても、ベッドサイドのノートパソコンで入力できる機能を有すること。	○

AC. 3. 1. 9	ベッドサイドのノートパソコンで、血圧、脈拍はグラフで表示できること。また過去のデータも表示可能であること。	○
AC. 3. 1. 10	R0装置、多人数用透析液供給装置、透析用監視装置、個人用透析装置、多用途個人用透析装置と接続し、リアルタイムでモニタリングが可能なこと。	○
AC. 3. 1. 11	患者個人の治療条件を常時監視し、条件から外れた場合に、人工透析管理システムで警報を発生する機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 12	血圧データはキーボード等から手入力でき、自動取り込みしたデータと同様に、データベースに蓄積できる機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 13	透析中に行った検査指示、処方指示について、ベッドサイドのノートパソコンで、入力可能な機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 14	人工透析管理システム側からの設定で、ベッドサイドの透析装置に対して、各種治療条件の変更ができる機能を有すること。	○
AC. 3. 1. 15	データベースの検索を行う際、性別、年齢、透析歴、原疾患、合併症など、数値以外のデータを検索条件として指定でき、様々な組み合わせから該当患者のピックアップが行えること。各一覧表を作成、印刷するときに、必要な項目を選択できレイアウトが変更できること。	○
AC. 3. 1. 16	帳票出力は、透析記録、会計箋、患者紹介状、日報、検査結果、患者連絡表を出力できる機能を有し、カスタマイズ可能な機能を有すること。各一覧表を作成、印刷するときに、必要な項目を選択できレイアウトが変更できること。	○
AC. 3. 1. 17	自由に計算式が入力でき、データベース上からデータを取り出し可能であること。また計算結果をグラフ表示できること。	○
AC. 3. 1. 18	各種透析装置から、データ（自己診断、内部設定、部品寿命記録、および警報発生状況等）を取り込むことができること。	○
AC. 3. 1. 19	現行人工透析管理システムのデータを取り込むこと。	○
AC. 3. 2	その他	—
AC. 3. 2. 1	電子カルテと、患者基本情報（患者ID・氏名）を連携し同期ができること。	○
AC. 3. 2. 2	電子カルテから新規透析導入患者の情報取込ができること。	○
AC. 3. 2. 3	電子カルテから、必要な検査結果データを取り込めること。	○
AC. 3. 2. 4	人工透析管理システムで作成した透析記録が、電子カルテから参照できること。	○
AC. 3. 2. 5	人工透析管理システムで実施した内容が、電子カルテの実施記載に残ること。	○
AC. 3. 2. 6	電子カルテへ実績送信ができること。	○
AC. 3. 2. 7	現行の体重計と接続し体重データを取得できること。	○

項番	機能要件	配点
AD	手術映像配信システム	—
AD.1	共通要件	—
AD.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AD.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AD.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AD.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AD.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AD.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AD.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AD.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AD.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。または、貴社システム内で操作ができること。	○
AD.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AD.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AD.2	手術映像配信システム要件	—
AD.2.1	術野映像サーバ	—
AD.2.1.1	録画実効総容量は20TB以上であること。	○
AD.2.1.2	RAID6以上で構成すること。	○
AD.2.1.3	術野映像サーバへはネットワークにてアクセスし、検索・閲覧・ダウンロード等ができること。	○
AD.2.1.4	蓄積されたデータは、患者ID、診療科、手術日時等から検索できること。	○
AD.2.1.5	各ユーザにIDとパスワードを発行し、閲覧できる権限を制限できること。	○
AD.2.1.6	既存手術室7室および血管造影室1室に設置されているカーリーナシステム社エンコーダ「ADMENIC NEX」8台に接続すること。	○
AD.2.1.7	UPS（無停電装置）を用意し、停電時5分後に自動シャットダウンができること。	○
AD.2.1.8	当センター支給のサーバラックへ収納すること。	○
AD.2.1.9	現行の術野映像サーバに記録されたデータについて、新術野映像サーバへデータ移行を行い、新術野映像システムにおいても検索・閲覧・ダウンロード等ができること。	○
AD.2.2	編集端末用ソフトウェア	—
AD.2.2.1	サーバ内手術動画をダウンロードする際、MP4・M2TS・WMVのファイル形式を選択できること。	○
AD.2.2.2	動画から任意の静止画を抽出し、同一のアプリケーション上から簡単な操作で患者説明用の静止画出力（JPG）が可能であること。	○
AD.2.2.3	サーバに録画済の映像データの取り出しを目的とし、簡易な操作で必要なデータを編集・取り出しができること。	○
AD.2.2.4	当センター支給の電子カルテシステム端末（医局に2台、第2医局に1台）に編集端末用ソフトウェア「ADMENIC Client SoftwareおよびADMENIC Client Edit Option」3ライセンスをインストールすること。	○
AD.2.3	マルチライブモニタ端末	—
AD.2.3.1	術野映像サーバに入力された動画を表示できること。	○
AD.2.3.2	レイアウト切替、分割レイアウトから表示中の単映像全画面表示切替、単映像全画面表示から元の分割レイアウトへの表示切替が可能で、それぞれ、無線マウスで簡便に実施できること。	○
AD.2.3.3	マルチライブモニタ端末は、手術室に各1台設置、端末およびマルチライブモニタ用ソフトウェア「ADMENIC Multi Viewer」ライセンスをインストールすること。なお、既存モニタは流用すること。	○
AD.2.4	他社連携	—
AD.2.4.1	電子カルテシステムの利用者情報（利用者マスタ情報）と連携すること。電子カルテシステム側の連携費用は当センター調達のため除くこと。	○
AD.2.4.2	電子カルテシステム端末から手術動画を閲覧する機能を有すること。閲覧に必要なソフトウェアがある場合は全電子カルテシステム端末へセットアップすること。電子カルテシステム側の連携費用は当センター調達のため除くこと。	○
AD.2.4.3	麻酔記録システムの患者情報およびイベント情報と連携すること。麻酔記録システム側の連携費用は当センター調達のため除くこと。	○
AD.2.5	その他	—
AD.2.5.1	当センターのネットワークを利用すること。	○
AD.2.5.2	当センター担当者と相談の上、支障のない導入スケジュールで対応すること。	○
AD.2.5.3	当センタースタッフへの日本語の操作説明資料を用意し操作説明を実施すること。	○
AD.2.5.4	当センター支給のリモート保守環境あるいはリモート保守用ルーターにて、接続環境を用意すること。	○
AD.3	要望	—

AD. 3. 1	マルチライブモニタにて、アンギオ室2の監視カメラ映像をモニタリングできるように、カメラの設置をすること。なお、PoE対応のネットワークは当センター準備のネットワークを使用し、サーバ室まで配信すること。	○
----------	--	---

項番	機能要件	配点
AE	画像統合管理システム	—
AE.1	共通要件	—
AE.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AE.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AE.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AE.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AE.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AE.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AE.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AE.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AE.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。または、貴社システム内で操作ができること。	○
AE.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AE.2	ハードウェア	—
AE.2.1	サーバ	—
AE.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AE.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AE.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を第一優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AE.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AE.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AE.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AE.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AE.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AE.3	画像統合管理システム要件	—
AE.3.1	基本機能	—
AE.3.1.1	電子カルテシステムと連携し、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。	○
AE.3.1.2	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。	○
AE.3.1.3	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。	○
AE.3.1.4	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。	○
AE.3.1.5	汎用画像に対して加筆修正が可能であること。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。	○
AE.3.1.6	クライアント・サーバシステムで動作し、当センターで稼働するクライアント端末数での運用が可能であること。	○
AE.3.1.7	7年間の運用で想定できる汎用画像データ量が蓄積された場合でも同時利用台数やネットワークの仕組みに変化がない場合は、システムの動作速度に大きな低下を起ささない仕組みを実装していること。	○
AE.3.2	電子カルテ連携機能	—
AE.3.2.1	独立して動作しつつ電子カルテシステムと患者属性連携し、新規患者の登録と既存患者の修正が行えること。	○
AE.3.2.2	独立して動作しつつ電子カルテシステムと職員情報連携し、新規職員の登録と既存職員の修正・削除が行えること。	○
AE.3.2.3	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。	○
AE.3.2.4	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。	○

AE.3.2.5	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。または患者カルテに直接貼り付けることができること。	○
AE.3.2.6	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連携できること。または以下の情報が取得できていること。・登録日時・登録職員情報（利用者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）	○
AE.3.3	インターフェースおよびクライアント機能	—
AE.3.3.1	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。	○
AE.3.3.2	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。	○
AE.3.3.3	撮影日・画像種別・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提供すること。	○
AE.3.3.4	汎用画像を表示するエリアは、全画面表示・2分割表示・4分割表示可能で、表示する汎用画像をサムネイルから指定できること。	○
AE.3.3.5	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ること。	○
AE.3.3.6	加筆修正時に、キーボード・マウスの他にペンタブレットデバイスからの入力ができること。	○
AE.3.3.7	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。	○
AE.3.3.8	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。	○
AE.3.3.9	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こと。	○
AE.3.3.10	加筆修正の履歴が、全て更新履歴として保存されていること。	○
AE.3.3.11	シェーマを登録することができ、登録されたシェ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。	○
AE.3.3.12	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。	○
AE.3.3.13	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出力ができること。	○
AE.3.3.14	登録済みの汎用画像を指定のフォルダにJPEG画像としてエクスポートできること。	○
AE.3.4	基本的検査画像取り込み機能	—
AE.3.4.1	以下に挙げる一般的な外部インターフェー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。	○
AE.3.4.2	S-VIDEO信号もしくはコンポジット信号で信号出力する検査機器から静止画・動画が取り込めること。	○
AE.3.4.3	USB経由でデータ連携するデジタルカメラ接続機器から、静止画が取り込めること。	○
AE.3.4.4	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。	○
AE.3.4.5	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こと。	○
AE.3.4.6	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。	○
AE.3.4.7	取り込んだ静止画・動画に関連付けて、画像種別・取り込み実施者・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。	○
AE.3.4.8	イメージスキャナ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。	○
AE.3.4.9	BMP・JPEG・PNG・PDFの画像を汎用画像として登録できること。	○
AE.3.4.10	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。	○
AE.3.4.11	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。	○
AE.3.4.12	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。	○
AE.3.5	耳鼻科検査管理機能	—
AE.3.5.1	「基本的検査画像取り込み機能」に加えて以下の耳鼻科専用の機能を有すること。	○
AE.3.5.2	耳鼻科経過記録を既存の紙カルテのフォーマットで記載するカルテ入力支援機能を有すること。	○
AE.3.5.3	経過記録上に耳鼻科検査管理機能から任意に選択した検査データを貼り付ける機能を有すること。	○
AE.3.5.4	経過記録の任意の位置に検査画像をドラッグ&ドロップ操作にて貼り付ける機能を有します。また、貼り付けた後も任意の大きさに拡大・縮小可能であること。	○
AE.3.5.5	貼り付けられた検査画像において、動画の場合は関連付いた動画が再生されること。	○
AE.3.5.6	経過記録のフォーマット、シェーマ、テキストテンプレートの作成登録機能、所見テキストDo機能等の入力補助機能を有し、記載を簡易かつ高速に行えること。	○
AE.3.5.7	記載済みのシェーマからのDo機能を有し、当日分として編集・登録が行えること。また、シェーマ記載においてはペンタブレット等の使用を考慮し、筆圧感知機能・消しゴム機能を有すること。	○
AE.3.5.8	手術の履歴管理機能を有すること。また手術履歴管理機能から、術式、執刀医、手術からの経過日数を経過記録に記事として入力できる機能を有すること。	○
AE.3.5.9	記載した経過記録を、任意に呼び出しができるよう登録する機能を有すること。また、登録された経過記録は、アカウント毎、診療科共通の区別で登録できること。	○
AE.3.5.10	記載した経過記録から文字の全文検索が行えること。また、所定のオブジェクトを事前に設定する事で、オブジェクトに対する条件検索が行えること。	○
AE.3.6	診療科別の機能と各種データ管理	—
AE.3.6.1	管理者権限のあるユーザを登録できること。	○
AE.3.6.2	管理者権限ユーザの権限で、利用者権限ユーザの登録が行えること。	○
AE.3.6.3	以下の情報について管理者権限ユーザが診療科別にメンテナンスできること。	○
AE.3.6.4	・画像種別	○
AE.3.6.5	・画像に持たせる任意のフラグ情報	○

AE. 3. 6. 6	・画像に持たせるコメント(病名等)	○
AE. 3. 6. 7	・文字テンプレート	○
AE. 3. 6. 8	・インターフェースおよびクライアント機能(3-15)の汎用画像をエクスポートできる利用者権限ユーザ	○
AE. 3. 6. 9	登録済みの汎用画像に対して削除ができること。	○
AE. 3. 6. 10	クライアントに対して自動的にバージョンアップを行える「自動配信機能」、もしくは「自動アップデート用のサーバ機能」を有すること。	○
AE. 3. 6. 11	汎用画像を機器から取り込んだユーザを特定できる機能を有すること。	○
AE. 3. 6. 12	汎用画像の修正を行ったユーザを特定できる機能を有すること。	○
AE. 3. 6. 13	汎用画像付加情報に対して条件検索ができること。	○
AE. 3. 7	眼科検査管理機能	—
AE. 3. 7. 1	次回診察予約時に、診察前に検査する検査項目を指示できること。	○
AE. 3. 7. 2	前回の再診察予約をコピーして、前回と同じ検査項目を指示できる機能を有すること。	○
AE. 3. 7. 3	患者が外来窓口で受付をした際に、専用の帳票が自動で印刷されること。帳票には以下の項目が出力可能なこと。・受付番号・再診予約時に指示した検査項目・アレルギー情報(薬剤、造影剤使用禁忌等)・障害情報(視覚障害、聴覚障害、障害コメント)	○
AE. 3. 7. 4	再診察予約時に指示された検査や、当日指示された検査の進捗状況を管理できること。	○
AE. 3. 7. 5	患者を診察室に呼び込む機能として、患者の状態(問診中か到着済など)および診察前検査の進捗状況を容易に参照できる機能を有すること。	○
AE. 3. 7. 6	検査の追加指示があった場合には、進捗管理にて検査する項目を追加できること。	○
AE. 3. 7. 7	進捗管理から該当患者の検査結果を入力する画面に遷移できること。	○
AE. 3. 7. 8	進捗管理から該当患者の当日検査のサマリ画面に遷移できること。サマリ画面はその日に行なった眼圧測定値、自覚視力測定値等が表示されること。	○
AE. 3. 7. 9	患者個別に、散瞳時間確認タイマーが装備されていること。散瞳時間は個別に設定ができ、経過時間と超過時間の把握ができること。	○
AE. 3. 7. 10	進捗管理から予約をされていない患者に対して、検査する項目を追加できること。	○
AE. 3. 7. 11	ノンコン・レフケラ・レンズメータ等のシリアルポート接続可能な装置から数値検査結果を取り込みが行えること。	○
AE. 3. 7. 12	眼底写真、OCT解析結果等の画像を出力する装置から画像結果を取り込めること。	○
AE. 3. 7. 13	以下の検査について、検査結果を入力するためのテンプレート画面を有すること。	—
AE. 3. 7. 13. 1	自覚視力検査	○
AE. 3. 7. 13. 2	眼圧検査	○
AE. 3. 7. 13. 3	散瞳	○
AE. 3. 7. 13. 4	レフケラ	○
AE. 3. 7. 13. 5	前眼部検査	○
AE. 3. 7. 13. 6	前眼部検査_CFF	○
AE. 3. 7. 13. 7	前眼部検査_Conjunctiva	○
AE. 3. 7. 13. 8	前眼部検査_Gonioscopy	○
AE. 3. 7. 13. 9	前眼部検査_Cornea	○
AE. 3. 7. 13. 10	前眼部検査_Lens	○
AE. 3. 7. 13. 11	前眼部検査_Lid	○
AE. 3. 7. 13. 12	前眼部検査_Tear Film	○
AE. 3. 7. 13. 13	眼底検査	○
AE. 3. 7. 13. 14	対光反射検査	○
AE. 3. 7. 13. 15	網膜硝子体検査_Retna	○
AE. 3. 7. 13. 16	網膜硝子体検査_Vireus	○
AE. 3. 7. 13. 17	眼位検査	○
AE. 3. 7. 13. 18	Hirschberg法	○
AE. 3. 7. 13. 19	Krimsky法	○
AE. 3. 7. 13. 20	APCT	○
AE. 3. 7. 13. 21	コントラスト	○
AE. 3. 7. 13. 22	輻湊	○
AE. 3. 7. 13. 23	立体視検査	○
AE. 3. 7. 13. 24	眼科処方	○
AE. 3. 7. 13. 25	眼球突出度検査	○
AE. 3. 7. 13. 26	調整力	○
AE. 3. 7. 13. 27	シルマー	○
AE. 3. 7. 13. 28	眼振検査	○
AE. 3. 7. 13. 29	斜視検査 眼瞼下垂	○
AE. 3. 7. 13. 30	斜視検査 眼球運動	○
AE. 3. 7. 13. 31	斜視検査 固視追視	○
AE. 3. 7. 13. 32	斜視検査 頭位・対応	○
AE. 3. 7. 13. 33	斜視検査 立体視	○
AE. 3. 7. 13. 34	Mチャート	○
AE. 3. 7. 13. 35	アレルウォッチ	○
AE. 3. 7. 13. 36	アニサイコニア	○
AE. 3. 7. 13. 37	Worth4灯	○
AE. 3. 7. 14	テンプレート入力	—
AE. 3. 7. 14. 1	テンプレートの入力動作は記号入力も含め、マウス、その他ポインティングデバイスによるクリック操作、または、タッチパネルディスプレイ等のタッチ操作で簡単に入力できる仕組みを持つこと。	○
AE. 3. 7. 14. 2	コメント欄には定型文が簡易な操作で入力でき、定型文はユーザがテンプレートごとに追加・削除が可能なこと。	○
AE. 3. 7. 14. 3	テンプレート入力時に、前回検査の結果を参照可能であること。	○

AE. 3. 7. 14. 4	テンプレート入力時に、前回検査の結果をコピーできること。	○
AE. 3. 7. 14. 5	指定した患者の各種検査結果は検査日毎に、検査サマリ画面で全て参照可能なこと。	○
AE. 3. 7. 14. 6	簡便な操作で検査サマリの検査結果は電子カルテの記事に反映ができる仕組みを提供すること。方法は問わない。	○
AE. 3. 7. 14. 7	検査結果を時系列に表示できること。	○
AE. 3. 7. 14. 8	数値結果についてはグラフ化して表示可能であること。	○
AE. 3. 7. 14. 9	他科のカルテと同一画面上で眼科の診療録を参照できる機能を有すること。	○
AE. 3. 7. 14. 10	カルテ参照権限を持つ診療スタッフが、他科の診療録と眼科の診療録を同じ操作性、同じ画面で容易に参照・絞込みできること。	○
AE. 3. 7. 14. 11	患者取り違い防止として、複数患者のカルテを表示をしている場合、患者切り替え時に眼科の検査結果表示画面が自動的に閉じる機能を有すること。	○
AE. 3. 7. 14. 12	以下の帳票を出力できること。眼鏡処方箋コンタクトレンズ処方箋	○
AE. 3. 7. 14. 13	眼科専用のカルテ記載画面を有し、診察前に実施された検査結果を容易に引用可能であること。	○
AE. 3. 7. 14. 14	予め登録した定型文を利用して記載が可能であること。	○
AE. 3. 7. 14. 15	予め登録した下絵（シェーマ）を利用して記載が可能であること。	○
AE. 3. 7. 14. 16	前回記載した下絵（シェーマ）を利用して記載が可能であること。	○
AE. 3. 7. 14. 17	電子カルテの予習登録機能により、眼科の記載を事前に登録することができること。	○
AE. 3. 7. 14. 18	眼科専用のサマリ画面を有し、診察前に実施された数値結果、画像結果を参照可能なこと。過去のサマリと比較可能であること。	○
AE. 3. 8	医事会計システム連携	—
AE. 3. 8. 1	画像取込後に画面上で会計項目を選択し、会計を取ることが可能であること。	○
AE. 3. 9	汎用レポートシステム	—
AE. 3. 9. 1	汎用画像管理システムに登録されている汎用画像を利用して、汎用レポートを作成する機能を有すること。	○
AE. 3. 9. 2	汎用レポートは、診療画像・シェーマおよび画像所見等のコメントから構成されていること。	○
AE. 3. 9. 3	画像所見のコメントの入力は、テンプレート入力とフリー入力の併用が可能であること。	○
AE. 3. 9. 4	汎用レポートの文章テンプレートは、診療科単位でメンテナンスが可能であること。	○
AE. 3. 9. 5	シェーマおよび参照画像は事前に登録されているものから使用する事ができること。	○
AE. 3. 9. 6	作成中の汎用レポート上に、別レイヤーとしての加筆修正ができること。	○
AE. 3. 9. 7	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。	○
AE. 3. 9. 8	登録済みのレポートに対して、編集・加筆が可能であり、修正履歴の参照が行えること。	○

項番	機能要件	配点
AF	文書統合管理システム	—
AF.1	共通要件	—
AF.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AF.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AF.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AF.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AF.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AF.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AF.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AF.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AF.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AF.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AF.2	ハードウェア	—
AF.2.1	サーバ	—
AF.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AF.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AF.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AF.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AF.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AF.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AF.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AF.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AF.3	紙カルテ・文書アーカイブシステム	—
AF.3.1	基本機能	—
AF.3.1.1	既存の病院情報管理システムとネットワーク接続し、ユーザ情報、患者情報等を連携できること。	○
AF.3.1.2	紙媒体のスキャン登録は、各診療部門の端末にスキャナを接続しスキャンしたり、スキャンセンターで集中スキャンする機能を有すること。	○
AF.3.1.3	スキャン画像の検索や閲覧には、各診療部門端末のWebブラウザ上で動作する専用ビューアを利用できること。	○
AF.3.1.4	「診療録等の電子媒体による保存について」（厚生労働省）における「真正性」に基づき、当センター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ことなく保存当時と同様に読み出すことができること。	○
AF.3.1.5	「診療録等の電子媒体による保存について」（厚生労働省）における「保存性」に基づき、運用必要相当分のデータを安定的に保存できること。	○
AF.3.1.6	「診療録等の電子媒体による保存について」（厚生労働省）における「見読性」に基づき、保存データの閲覧ができること。	○
AF.3.1.7	システムは、「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の9章（診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について）に規定されている要件を満たしていること。	○
AF.3.1.8	データベースはRDB（リレーショナルデータベース）を採用して、スキャン情報の効率的な格納ができるものであること。	○
AF.3.1.9	システムは経年によるデータ増加におけるレスポンス劣化に対し、対策がとられていること。	○

AF. 3. 2	安全性、セキュリティー	—
AF. 3. 2. 1	利用者認証機能を有すること。	○
AF. 3. 2. 2	改ざんや消去等の破壊、ならびに詐称に対する十分な対策がとれる機能を有すること。	○
AF. 3. 2. 3	改ざん防止、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有し、利用者ID・パスワード等により利用者の権限設定が行えること。また、「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の「技術的安全対策」に沿ったシステムの対応が行えること。	○
AF. 3. 2. 4	アクセスログ管理機能を有すること。	○
AF. 3. 2. 5	登録・閲覧・印刷の詳細なログを保存する機能を有すること。	○
AF. 3. 2. 6	職種、利用者毎に文書分類単位に文書の参照可、不可の権限設定ができること。	○
AF. 3. 3	スキャンオーダ発行	—
AF. 3. 3. 1	各診療部門で発生した紙文書や検査記録等のスキャン依頼を、オーダとしてアーカイブシステムへ登録できること。	○
AF. 3. 3. 2	スキャンオーダ登録画面は、電子カルテより以下の情報を引継ぎ起動できること。	○
AF. 3. 3. 3	1) 患者ID	○
AF. 3. 3. 4	2) 依頼科（部署）ID	○
AF. 3. 3. 5	3) 依頼利用者ID	○
AF. 3. 3. 6	4) 文書種別	○
AF. 3. 3. 7	5) 入外情報	○
AF. 3. 3. 8	文書種別を一覧表示し、コンボボックス式で選択する機能を有すること。	○
AF. 3. 3. 9	依頼職員については職員選択画面より検索および選択する機能を有すること。	○
AF. 3. 3. 10	職員選択画面は、診療科、職種、先頭の読み仮名で検索する機能を有すること。	○
AF. 3. 3. 11	登録ボタン押下時、以下の項目に対して入力チェックを行い、入力内容に問題がある場合にはスキャンオーダのデータベース登録は行わず登録画面へ戻り、問題のある項目に対して警告を表示できること。	○
AF. 3. 3. 12	1) 文書発生日時	○
AF. 3. 3. 13	2) 依頼職員情報（利用者ID、氏名、連絡先）	○
AF. 3. 3. 14	3) 依頼科（部署）	○
AF. 3. 3. 15	4) 文書種別	○
AF. 3. 3. 16	5) 患者情報（患者ID、氏名、性別、生年月日）	○
AF. 3. 3. 17	6) スキャン文書枚数	○
AF. 3. 3. 18	スキャンオーダのデータベース登録時、スキャンオーダを一意に識別できるスキャンオーダ番号発行機能を有すること。	○
AF. 3. 3. 19	スキャンオーダ登録時、スキャン依頼票をA4用紙サイズで設定先のプリンタから印刷できること。	○
AF. 3. 3. 20	スキャン依頼票は、原稿を患者毎かつ文書種別毎に分離して、スキャンするための「セパレーションシート」機能を有すること。	○
AF. 3. 3. 21	スキャン依頼票は、印刷時に他の一般的な印刷物と誤認されないよう、区別しやすいレイアウトで利用できること。	○
AF. 3. 3. 22	スキャン依頼票には以下の項目と依頼情報が含まれた2次元バーコードを印字できること。	○
AF. 3. 3. 23	1) 依頼日時	○
AF. 3. 3. 24	2) 依頼職員情報（利用者ID、氏名、連絡先）	○
AF. 3. 3. 25	3) 依頼科（部署）	○
AF. 3. 3. 26	4) 文書種別	○
AF. 3. 3. 27	5) 患者情報（患者ID、氏名、性別、生年月日）	○
AF. 3. 3. 28	6) 依頼票発行日時	○
AF. 3. 3. 29	7) 入院情報	○
AF. 3. 3. 30	8) スキャン文書枚数	○
AF. 3. 3. 31	指定された文書種別に応じて、依頼票を印刷した時に備考欄へ特定のメッセージを印字できること。	○
AF. 3. 3. 32	印刷した依頼票のフッタに画像を印字できること。	○
AF. 3. 3. 33	スキャン業務で利用する文書種別のみを表示・選択できること。	○
AF. 3. 3. 34	文書種別選択画面で文書種別をツリー階層表示し選択できること。	○
AF. 3. 4	スキャン登録機能	—
AF. 3. 4. 1	利用者ID毎に権限を付与して作業レベルを設定できること。	○
AF. 3. 4. 2	TWAINでのスキャン方式に対応できること。	○
AF. 3. 4. 3	イメージスキャナでスキャンした画像を確認ができること。	○
AF. 3. 4. 4	スキャン画像をマルチページで表示、確認ができること。	○
AF. 3. 4. 5	スキャン登録時に、作業を行った登録場所情報をデータベースに登録できること。	○
AF. 3. 4. 6	スキャン登録文書に部位情報を付加できること。付加情報は手入力でも可とする。	○
AF. 3. 4. 7	スキャナ本体に自動補正機能があれば、スキャン画像の自動補正機能（傾きの補正、トリミング）を実装できるようにすること。	○
AF. 3. 4. 8	登録済みスキャンデータに対して下記の属性情報を修正できること。	○
AF. 3. 4. 9	1) 患者情報（患者ID、患者氏名、生年月日、性別）	○
AF. 3. 4. 10	2) 診療科	○
AF. 3. 4. 11	3) 文書発生日時	○
AF. 3. 4. 12	4) 文書種別	○
AF. 3. 4. 13	5) 入外情報	○
AF. 3. 4. 14	6) 依頼日時	○
AF. 3. 4. 15	7) 依頼職員	○
AF. 3. 4. 16	8) 医療機関	○
AF. 3. 4. 17	9) コメント	○
AF. 3. 4. 18	複数回のスキャン登録作業を連続で実施する際、前回登録した属性情報を引用できること。	○
AF. 3. 4. 19	1) 患者情報（患者ID、患者氏名、生年月日、性別）	○
AF. 3. 4. 20	2) 診療科	○

AF. 3. 4. 21	3) 文書発生日時	○
AF. 3. 4. 22	4) 文書種別	○
AF. 3. 4. 23	スキャン画像を編集できること。また、編集は職種または操作端末単位で、削除はユーザ単位で操作権限設定できること。	○
AF. 3. 4. 24	スキャン登録済み文書に対して、不要ページの削除や不足ページを追加できること。	○
AF. 3. 4. 25	ページ単位でスキャン画像を拡大縮小、回転できること。	○
AF. 3. 4. 26	ページの入れ替え操作ができる機能を有すること。	○
AF. 3. 4. 27	スキャンした画像に問題があった場合は、取り込んだ画像を破棄し、再スキャン（スキャン作業のやり直し）する機能を有すること。	○
AF. 3. 4. 28	修正時、修正前の登録情報およびスキャン画像の画像ファイルは物理的に削除されず論理削除を行うのみとし、必要に応じて情報を参照できること。	○
AF. 3. 4. 29	依頼票付き文書のスキャン登録機能については、下記を有すること。	○
AF. 3. 4. 30	依頼票を表紙として紙文書をスキャンした際、依頼票に印字されたバーコード情報から、スキャン画像に対応するスキャンオーダー情報が自動的に登録できること。	○
AF. 3. 4. 31	読み取ったバーコードの論理チェック機能を有すること。	○
AF. 3. 4. 32	バーコードエラーを検知した場合は、画像を表示し、手動で正しいバーコードを入力する機能を有すること。	○
AF. 3. 4. 33	バーコードが印刷されたスキャン依頼票を自動認識できること。	○
AF. 3. 4. 34	複数のスキャン依頼票付き文書をまとめてスキャン読み取りする際、依頼票を区切りとして登録対象の画像を自動分割できること。	○
AF. 3. 4. 35	スキャン依頼票の文書種別によって、依頼票の画像（先頭ページ）を文書閲覧時に非表示にできること。	○
AF. 3. 4. 36	スキャン依頼票に印刷されたバーコードよりスキャンオーダー番号を読み取り、該当するスキャンオーダー情報をデータベースより取得し登録できること。対象項目は以下の項目とする。	○
AF. 3. 4. 37	1) 患者情報（患者ID、患者氏名、生年月日、性別）	○
AF. 3. 4. 38	2) 文書種別	○
AF. 3. 4. 39	3) 文書発生日時	○
AF. 3. 4. 40	4) 依頼日時	○
AF. 3. 4. 41	5) 依頼職員情報（利用者ID、氏名）	○
AF. 3. 4. 42	6) 依頼科（部署）	○
AF. 3. 4. 43	スキャン登録する際に、診療科、文書、文書種別単位で文書の閲覧制限を設定できること。	○
AF. 3. 4. 44	各スキャンデータに対して、登録、保留、削除（中止）の操作を行えること。	○
AF. 3. 5	スキャン文書管理機能	—
AF. 3. 5. 1	スキャンした書類を1ページ毎に大きく表示し、内容をチェックできること。	○
AF. 3. 5. 2	チェックしたページに対して、可否を記録できること。	○
AF. 3. 5. 3	チェック結果の可否に関わらず、他のスタッフが書類を閲覧できること。	○
AF. 3. 5. 4	以下の項目にて、チェック結果を検索できること。また、チェック結果の一覧（帳票）を印刷又はPDF出力できること。	○
AF. 3. 5. 5	1) 患者	○
AF. 3. 5. 6	2) 入院/外来	○
AF. 3. 5. 7	3) 診療科	○
AF. 3. 5. 8	4) 文書種別	○
AF. 3. 5. 9	5) 操作職員	○
AF. 3. 5. 10	6) スキャン場所	○
AF. 3. 5. 11	7) チェック状況（確認依頼、差し戻し、再確認依頼、完了）	○
AF. 3. 5. 12	8) 日付選択（指定無し、文書発生日、依頼日、操作日）	○
AF. 3. 6	登録済みスキャンデータの検索機能	—
AF. 3. 6. 1	登録済みスキャンデータの検索や表示を行えること。	○
AF. 3. 6. 2	以下の項目にてスキャンデータの検索を行い、検索結果を表示できること。	○
AF. 3. 6. 3	1) 患者情報（患者ID、氏名）	○
AF. 3. 6. 4	2) 文書種別（大分類のみの検索も可）	○
AF. 3. 6. 5	3) 依頼科（部署）	○
AF. 3. 6. 6	4) 依頼職員情報	○
AF. 3. 6. 7	5) 依頼日（範囲を指定）	○
AF. 3. 6. 8	6) 文書発生日付（範囲を指定）	○
AF. 3. 6. 9	7) 操作日付（範囲を指定）	○
AF. 3. 6. 10	8) コメント	○
AF. 3. 6. 11	9) チェック日（範囲を指定）	○
AF. 3. 6. 12	10) 操作職員情報	○
AF. 3. 6. 13	11) チェック職員情報	○
AF. 3. 6. 14	12) チェック状態（チェック済・未チェック）	○
AF. 3. 6. 15	検索結果の一覧を印刷又はCSV出力できること。	○
AF. 3. 6. 16	検索結果の中から表示したい画像を選択することで、選択した画像を表示できること。	○
AF. 3. 6. 17	表示レスポンス確保を目的として、一度に表示する検索結果の件数を制限できること。	○
AF. 3. 6. 18	検索結果は結果表示項目（文書番号、患者ID、患者カナ氏名、診療科、文書発生日、文書種別、依頼日、依頼利用者ID、操作日、操作利用者ID、操作端末、画像枚数、コメント、チェック状態、チェック日、チェック職員）でソートする機能を有すること。	○
AF. 3. 6. 19	検索結果一覧から、各スキャンデータの修正や削除を行うための画面へ遷移できること。	○
AF. 3. 6. 20	削除済みのスキャンデータを検索できること。	○
AF. 3. 7	スキャン文書チェック機能	—
AF. 3. 7. 1	検索結果一覧から、遷移した各スキャンデータの修正や削除を行うための画面にチェックボタンが表示されること。	○

AF. 3. 7. 2	スキャン画像状態、文書属性に問題がなく、チェックが終了し、チェックボタンを押すと、チェック情報、チェック日、チェック時刻、チェック利用者IDが登録されること。	○
AF. 3. 7. 3	チェック済みの文書の表示画面に遷移すると、チェック解除ボタンとチェック状態、チェック日時、チェック職員情報が表示されること。	○
AF. 3. 7. 4	チェック解除ボタンを押すと、チェック状態、チェック日時、チェック職員情報がクリアされ未チェックの状態になること。	○
AF. 3. 7. 5	チェック済みの文書の画像、文書属性を変更すると、未チェックの状態に戻る。	○
AF. 3. 8	画像の閲覧機能	—
AF. 3. 8. 1	画像閲覧画面（ビューフ）は、電子カルテから患者ID、利用利用者ID、診療科を引き継いで起動できること。	○
AF. 3. 8. 2	画像閲覧画面（ビューフ）は、電子カルテからDocumentIDを引き継いで起動できること。	○
AF. 3. 8. 3	画像閲覧画面（ビューフ）はMicrosoft Edge または Google Chrome の環境で動作できること。	○
AF. 3. 8. 4	患者指定で画像閲覧画面を起動した際は、ツリーまたはマトリクス形式で画像のサムネイルが表示できること。	○
AF. 3. 8. 5	画像閲覧画面（ビューフ）でツリー形式にした場合、以下のツリー項目表示に変更できること。	○
AF. 3. 8. 6	1) 文書種別	○
AF. 3. 8. 7	2) 文書作成日	○
AF. 3. 8. 8	3) 入院退院日	○
AF. 3. 8. 9	画像閲覧画面（ビューフ）のツリー形式表示にて、入院または外来文書で絞り込むことができること。	○
AF. 3. 8. 10	画像閲覧画面（ビューフ）のマトリクス形式表示にて、横軸に日付、縦軸に文書種別を表示できること。また、文書種別は大分類と中分類がツリー階層で絞り込みできること。縦軸を診療科へ変更できること。	○
AF. 3. 8. 11	画像閲覧画面（ビューフ）のマトリクス形式表示にて、以下の項目を検索条件に指定できること。	○
AF. 3. 8. 12	1) 文書種別	○
AF. 3. 8. 13	2) 表示期間（文書作成日）	○
AF. 3. 8. 14	3) 表示基準（診療科、文書種別）	○
AF. 3. 8. 15	4) 診療科	○
AF. 3. 8. 16	画像閲覧画面（ビューフ）のマトリクス形式表示画面または一覧画面にて、指定した検索条件をユーザ単位で保存できること。	○
AF. 3. 8. 17	画像閲覧画面は、以下の機能を有すること。	○
AF. 3. 8. 18	1) スキャンデータの拡大・縮小	○
AF. 3. 8. 19	2) サムネイル表示	○
AF. 3. 8. 20	3) 縦適合（全体表示）、横適合（横幅を画面に合わせる）	○
AF. 3. 8. 21	5) 回転	○
AF. 3. 8. 22	選択されているスキャンデータの詳細情報として、下記の項目を表示できること。	○
AF. 3. 8. 23	1) 文書発生日	○
AF. 3. 8. 24	2) 文書番号	○
AF. 3. 8. 25	3) 診療科	○
AF. 3. 8. 26	4) 文書種別	○
AF. 3. 8. 27	5) コメント	○
AF. 3. 8. 28	6) 患者情報（患者ID、氏名、カナ氏名）	○
AF. 3. 8. 29	7) 入外区分	○
AF. 3. 8. 30	8) 紹介元医療機関	○
AF. 3. 8. 31	9) 入院日	○
AF. 3. 8. 32	10) 退院日	○
AF. 3. 8. 33	スキャン文書を検索できること。検索方法は各社の方法で可とする。	○
AF. 3. 8. 34	付箋機能を有すること。	○
AF. 3. 8. 35	付箋の種類はシステム共通またはユーザ単位で作成できること。	○
AF. 3. 8. 36	付箋の情報として、以下情報を設定できること。	○
AF. 3. 8. 37	1) 付箋タイトル	○
AF. 3. 8. 38	2) 色	○
AF. 3. 8. 39	3) メモ	○
AF. 3. 8. 40	4) 有効期間	○
AF. 3. 8. 41	5) 参照可能ユーザ	○
AF. 3. 8. 42	よく閲覧する文書種別を複数グルーピングすることで、頻繁に閲覧する文書を容易に検索できること。	○
AF. 3. 8. 43	指定した文書の印刷やPDF表示が行えること。	○
AF. 3. 8. 44	スキャンデータを以下の項目で条件指定し、検索および閲覧する機能を有すること。	○
AF. 3. 8. 45	1) 患者	○
AF. 3. 8. 46	2) 日付（文書作成日、依頼日、操作日）	○
AF. 3. 8. 47	3) 文書種別	○
AF. 3. 8. 48	4) 診療科	○
AF. 3. 8. 49	5) 入院外来	○
AF. 3. 8. 50	6) 職員（依頼職員、操作職員）	○
AF. 3. 8. 51	7) コメント	○
AF. 3. 8. 52	指定した文書の操作履歴を閲覧できること。	○
AF. 3. 8. 53	文書履歴画面で、下記の項目を表示することができること。	○
AF. 3. 8. 54	1) 版数	○
AF. 3. 8. 55	2) オーダID	○
AF. 3. 8. 56	3) 患者ID	○
AF. 3. 8. 57	4) 患者氏名	○
AF. 3. 8. 58	5) 患者カナ	○

AF. 3. 8. 59	6) 診療科	○
AF. 3. 8. 60	7) 文書種別	○
AF. 3. 8. 61	8) 画像枚数	○
AF. 3. 8. 62	9) 入院外来区分	○
AF. 3. 8. 63	10) 入院日	○
AF. 3. 8. 64	11) 退院日	○
AF. 3. 8. 65	12) 状態	○
AF. 3. 8. 66	13) 依頼者ID	○
AF. 3. 8. 67	14) 依頼者氏名	○
AF. 3. 8. 68	15) 操作者ID	○
AF. 3. 8. 69	16) 操作者氏名	○
AF. 3. 8. 70	17) 文書発生日時	○
AF. 3. 8. 71	18) 依頼日時	○
AF. 3. 8. 72	19) 操作日時	○
AF. 3. 8. 73	20) 削除	○
AF. 3. 9	スキャンオーダ(作業進捗)管理	—
AF. 3. 9. 1	管理者がスキャンオーダの処理状態を確認し、スキャン作業の進捗を確認できること。	○
AF. 3. 9. 2	以下の項目で条件を絞り込み、スキャン登録状況の進捗確認を行うことができること。	○
AF. 3. 9. 3	1) 依頼日(範囲を指定できること)	○
AF. 3. 9. 4	2) 依頼科(部署)	○
AF. 3. 9. 5	3) 依頼利用者ID	○
AF. 3. 9. 6	4) 依頼職員名	○
AF. 3. 9. 7	5) 文書種別	○
AF. 3. 9. 8	6) ステータス(状況)	○
AF. 3. 10	文書集計機能	—
AF. 3. 10. 1	文書集計画面より、スキャン登録された文書の件数を集計できること。	○
AF. 3. 10. 2	検索条件は、以下の項目を設定できること。	○
AF. 3. 10. 3	1) 文書発生日	○
AF. 3. 10. 4	2) 依頼日	○
AF. 3. 10. 5	3) 更新日	○
AF. 3. 10. 6	4) 診療科	○
AF. 3. 10. 7	5) 文書種別	○
AF. 3. 10. 8	6) 入院・外来	○
AF. 3. 10. 9	7) 文書状態	○
AF. 3. 10. 10	8) 職員	○
AF. 3. 10. 11	9) 削除文書表示	○
AF. 3. 10. 12	10) スキャン文書のみ表示	○
AF. 3. 10. 13	一度設定した条件を保存、更新、削除できること。	○
AF. 3. 10. 14	検索した結果をCSVまたはマトリクス形式でダウンロードできること。	○
AF. 3. 10. 15	スキャンした文書の枚数や件数について集計項目を指定することで集計結果をエクセルファイルで出力できること。	○
AF. 3. 10. 16	集計の条件は期間、文書分類、登録部署で指定できること。	○
AF. 3. 11	電子化文書(スキャン画像)の原本性の確保	—
AF. 3. 11. 1	「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」(厚生労働省)の9章(診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について)に規定されている要件を満たし、以降に記載するスキャン画像の原本性を確保できること。	○
AF. 3. 11. 2	ファイル形式は、Windowsが扱える一般的かつ、スキャンした形式に最も適した形式で保存できること。また、非可逆的な圧縮は画像の精度を低下させるために、非可逆圧縮を行う場合は医療に関する業務等に支障がない精度を維持すること。	○
AF. 3. 11. 3	遅滞なく署名・タイムスタンプを付与できること。	○
AF. 3. 11. 4	電子化文書を利用する第三者が署名・タイムスタンプを検証できること。	○
AF. 3. 11. 5	電子署名とタイムスタンプは、JIS X 5093:2008 XML署名利用電子署名(XAdES)の長期署名プロファイルに準拠したデータ形式(XAdES)で格納できること。	○
AF. 3. 11. 6	厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI 認証局、もしくは認定特定認証事業者等の発行する電子証明書に対応していること。	○
AF. 3. 11. 7	電子署名で用いる暗号アルゴリズムは、SHA256withRSA2048ビットに対応していること。	○
AF. 3. 11. 8	タイムスタンプは、「タイムビジネスに係る指針—ネットワークの安心な利用と電子データの安全な長期保存のために—」(総務省、平成16年11月)等で示されている時刻認証業務の基準に準拠し、財団法人 日本データ通信協会が認定した時刻認証事業者のものを使用できること。	○
AF. 3. 11. 9	うるう秒対応に伴う時刻認証局の停止に対応していること。	○
AF. 3. 11. 10	署名・タイムスタンプの有効期限を管理し、有効期限が切れる前に保管タイムスタンプを自動的に付与し10年以上の長期に渡る有効性延長が可能であること。	○
AF. 3. 11. 11	証明書の失効情報を署名データに取り込むタイミングは、RFCに規定されている猶予期間(Grace Period)が考慮されていること。	○
AF. 3. 11. 12	署名・タイムスタンプの有効性を延長する際に原本が更新されたり破損するリスクがないこと。	○
AF. 3. 11. 13	署名・タイムスタンプが付与された文書を一覧形式で閲覧可能であること。	○
AF. 3. 11. 14	署名・タイムスタンプが付与された文書(画像・PDFなど)の閲覧が可能であること。	○
AF. 3. 11. 15	患者単位、日付(期間)で署名・タイムスタンプの一括検証が可能であること。	○
AF. 3. 11. 16	署名・タイムスタンプ検証結果を一覧形式で確認ができること。	○
AF. 3. 11. 17	署名・タイムスタンプ検証結果として下記の情報を確認できること。	○
AF. 3. 11. 18	1) 署名証明書所有者情報	○
AF. 3. 11. 19	2) 電子署名・タイムスタンプ付与日時	○
AF. 3. 11. 20	3) 保管タイムスタンプ付与日時	○
AF. 3. 11. 21	4) 電子署名・タイムスタンプ有効期限	○

AF. 3. 11. 22	署名・タイムスタンプが正常に付与されたかどうか確認できること。	○
AF. 3. 11. 23	患者単位、日付（期間）でタイムスタンプ・電子署名の一括検証が可能であること。また検証結果についてはCSV形式等で出力できること。	○
AF. 3. 11. 24	スキャンされた文書に対してタイムスタンプ・電子署名が正常に付与されたかどうか日毎に一覧形式で確認できる機能を有すること。	○
AF. 3. 11. 25	スキャンした文書の傾き補正を行う機能を有すること。（画像統合管理システムで有していなくても、納入されるスキヤナのソフトが同機能を有しており、システムに取り込む際に傾き補正が出来れば良い）	○
AF. 3. 11. 26	他院からの紹介状を一括印刷ができること。	○
AF. 4	要望	—
AF. 4. 1	OCR機能	—
AF. 4. 1. 1	スキャンした紙文書を活字だけでなく、問診票や同意書などの手書き文字を高精度に認識ができ、データ化できること。	○

項番	機能要件	配点
AG	文書管理・診断書作成システム	—
AG. 1	共通要件	—
AG. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AG. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AG. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AG. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AG. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AG. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AG. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AG. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AG. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。または、貴社システム内で操作ができること。	○
AG. 2	ハードウェア	—
AG. 2. 1	サーバ	—
AG. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AG. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AG. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AG. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AG. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AG. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AG. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AG. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AG. 3	診断書作成管理機能	—
AG. 3. 1	システムの起動と利用権	—
AG. 3. 1. 1	システムは職種により利用できるメニューが制限できること。	○
AG. 3. 2	基本機能	—
AG. 3. 2. 1	システム構成はサーバ1台とし、院内LANに接続された全端末で利用できること。	○
AG. 3. 2. 2	医療文書は生命保険会社診断書等の文書が搭載されていること。	○
AG. 3. 2. 3	医事会計システム・電子カルテシステム側の情報と連携ができること。	○
AG. 3. 2. 4	一度入力した情報やあらかじめ準備したテンプレートなど入力を支援する機能が利用できること。	○
AG. 3. 2. 5	生命保険会社診断書や搭載している書式に関しては最新の書式が保守の範囲で提供されること。	○
AG. 3. 3	作成機能	—

AG. 3. 3. 1	作成した文書は最大7段階のステータスで管理できること。	○
AG. 3. 3. 2	文書作成ステータスの管理方法は標準機能で可能な範囲で提供すること。導入時に当センターと調整すること。	○
AG. 3. 3. 3	異なる書式間でも共通する項目（病名、手術）は同時に入力・流用できること。	○
AG. 3. 3. 4	編集・アクセスされた処理履歴を取得できること。	○
AG. 3. 3. 5	文書の書式選択画面はツリー形式など、探しやすい構成であること。方法は問わない。	○
AG. 3. 3. 6	最新の書式への改版作業は病院担当で簡単な操作で実施できること。	○
AG. 3. 4	一覧機能	—
AG. 3. 4. 1	作成した文書は患者毎、操作者毎に一覧表示できること。	○
AG. 3. 4. 2	作成画面・一覧画面から任意の文書を印刷ができること。	○
AG. 3. 4. 3	一覧画面では文書名や作成者などで並び替えることができること。	○
AG. 3. 4. 4	一覧画面では科毎、日付毎、文書分類毎で絞込み表示できること。	○
AG. 3. 4. 5	文書の名称で検索ができること。	○
AG. 3. 4. 6	一覧画面より選択した文書の修正履歴が確認できること。	○
AG. 3. 5	情報連携機能	—
AG. 3. 5. 1	医事会計システム・電子カルテシステムに登録された患者基本情報が自動でセットされること。	○
AG. 3. 5. 2	電子カルテシステムに登録された病名・入退院情報（入院日・退院日）を流用できること。	○
AG. 3. 5. 3	電子カルテシステムもしくは医事会計システムに登録された手術名・実施日を流用できること。	○
AG. 3. 5. 4	各種業務マスタ（診療科マスタ・利用者マスタ等）は上位システムで管理するマスタを利用できること。	○
AG. 3. 5. 5	本システムで作成された診断書帳票をPDF形式で電子カルテへ自動送信できること。	○
AG. 3. 6	作成支援機能	—
AG. 3. 6. 1	入力画面は拡大・縮小ができること。	○
AG. 3. 6. 2	文書単位に入力規約等の説明文がある場合は、別ウィンドウで表示できること。	○
AG. 3. 6. 3	日付の項目はカレンダー形式で入力可能なこと。（From To形式のカレンダーも有すること。）	○
AG. 3. 6. 4	シェーマの描画が行え、電子保存ができること。	○
AG. 3. 6. 5	過去に作成した文書を流用できること。流用時に既に入力されている項目への上書きと空白項目のみへの流用を選択できること。	○
AG. 3. 6. 6	医師署名欄は作成を依頼した医師の名前がセットできること。	○
AG. 3. 7	テンプレート機能	—
AG. 3. 7. 1	あらかじめ登録した文言を簡単な操作で流用できること。	○
AG. 3. 7. 2	テンプレート集は個人・診療科共通の2通りで登録できること。	○
AG. 3. 8	続紙機能	—
AG. 3. 8. 1	作成中に文書の次ページにフリー入力画面（続紙）が追加できること。	○
AG. 3. 8. 2	追加した続紙は作成文書と共に印刷可能なこと。	○
AG. 3. 8. 3	続紙印刷時に他患者の取り違えを防止するため、ユニークな番号を自動で印字できること。	○
AG. 3. 8. 4	続紙のフォーマットは病院側の運用に沿ってレイアウト変更して提供されること。	○
AG. 3. 8. 5	追加した続紙は削除できること。	○
AG. 3. 9	付箋機能	—
AG. 3. 9. 1	入力画面内に付箋を追加できること。	○
AG. 3. 9. 2	追加した付箋にはフリー入力できること。	○
AG. 3. 9. 3	付箋の背景色や表示期間を指定できること。	○
AG. 3. 9. 4	付箋の背景色や表示期間は編集できること。	○
AG. 3. 9. 5	追加する付箋に作成日時と作成者名をセットできること。	○
AG. 3. 9. 6	追加した付箋を表示／非表示を切り替えできること。	○
AG. 3. 10	検索機能	—
AG. 3. 10. 1	各項目の組み合わせ（患者ID、作成日、診療科、作成者、保存進捗など）で作成した文書の一覧表示ができること。	○
AG. 3. 10. 2	検索条件が保存できること。また、検索条件が簡単に利用できること。方法は問わない。	○
AG. 3. 10. 3	検索結果一覧から文書の編集、参照、印刷、履歴表示ができること。	○
AG. 3. 11	管理機能	—
AG. 3. 11. 1	作成を依頼したい医師等へ任意の文書の作成依頼ができること。	○
AG. 3. 11. 2	医師への依頼の際、事務職員が下書きして依頼ができること。	○

AG. 3. 11. 3	作成依頼した操作者が自身で依頼した文書を一覧で確認できること。	○
AG. 3. 11. 4	医師は自身に依頼されている文書を一覧で確認できること。また、一覧は患者ID、患者氏名、ステータス、締切日等でソートできること。	○
AG. 3. 11. 5	依頼状況毎で色分けして一覧表示できること。	○
AG. 3. 11. 6	管理項目の組み合わせ（締め切り日＋診療科など）で依頼した文書の一覧が検索できること。	○
AG. 3. 11. 7	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式でファイル出力ができること。	○
AG. 3. 12	統計機能	—
AG. 3. 12. 1	統計の基本要件	—
AG. 3. 12. 1. 1	統計が出力できる機能を提供すること。方法や出力形式は問わない。出力方法やフォーマットについては導入時に当センターと調整すること。	○
AG. 3. 12. 2	統計帳票フォーマット	—
AG. 3. 12. 2. 1	診療科別・依頼件数・作成率	○
AG. 3. 12. 2. 2	診療科別・医師別・依頼件数	○
AG. 3. 12. 2. 3	文書分類別作成文書件数	○

項番	機能要件	配点
AH	がん登録システム	—
AH.1	共通要件	—
AH.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AH.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AH.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AH.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AH.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AH.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AH.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AH.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AH.1.9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AH.2	ハードウェア	—
AH.2.1	サーバ	—
AH.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AH.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AH.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AH.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AH.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AH.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AH.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AH.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AH.3	がん登録機能	—
AH.3.1	システムの起動と利用権	—
AH.3.1.1	システムは職種により利用できるメニューが制限できること。	○
AH.3.2	基本機能	—
AH.3.2.1	院内がん登録、標準登録様式2016年版の登録規約に準じて、業務運用ができること。	○
AH.3.2.2	初期設定にて「院内がん登録用」画面構成に設定できること。	○
AH.3.2.3	電子カルテシステムと患者基本情報の氏名、性別、生年月日、住所情報等の情報連携ができること。	○
AH.3.2.4	登録された情報はHos-Can-Rが取り込み可能なファイル形式で出力できること。	○
AH.3.2.5	医事会計システムより予後情報の取り込みみができること。	○
AH.3.3	登録機能	—
AH.3.3.1	患者基本情報、診断情報、腫瘍情報、初回治療情報、予後情報、管理用項目、その他病院独自項目の登録ができること。	○
AH.3.3.2	がん情報は、入院・外来を問わず1腫瘍1登録形式での情報登録ができること。	○
AH.3.4	情報検索機能	—
AH.3.4.1	検索条件単位で論理式（AND）を指定できること。	○
AH.3.4.2	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式でファイル出力できること。ファイル形式は問わない。	○
AH.3.4.3	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存できること。	○

AH.3.5	統計機能	—
AH.3.5.1	がん登録統計の基本要件	—
AH.3.5.1.1	統計帳票（がん登録統計表）を出力できること。出力形式や方法は問わない。導入時に同センターと調整をすること。	○
AH.3.5.2	がん登録統計帳票	—
AH.3.5.2.1	来院経路別件数：自施設を受診した経路	○
AH.3.5.2.2	症例区分別件数：自施設がん診療状況	○
AH.3.5.2.3	地区別件数	○
AH.3.5.2.4	地域別件数	○
AH.3.5.2.5	年齢階層別件数	○
AH.3.5.2.6	5大がん・性別・年齢階層別件数（胃）	○
AH.3.5.2.7	5大がん・性別・年齢階層別件数（肝）	○
AH.3.5.2.8	5大がん・性別・年齢階層別件数（肺）	○
AH.3.5.2.9	5大がん・性別・年齢階層別件数（大腸）	○
AH.3.5.2.10	5大がん・性別・年齢階層別件数（直腸）	○
AH.3.5.2.11	5大がん・性別・年齢階層別件数（乳）	○
AH.3.5.2.12	部位別・性別登録件数	○
AH.3.5.2.13	部位別Stage分布	○
AH.3.5.2.14	予後調査結果	○
AH.3.5.2.15	予後調査結果（死因）	○
AH.3.5.2.16	主要5部位別予後調査結果	○
AH.3.5.2.17	主要5部位別予後調査結果（死因）	○
AH.3.5.2.18	部位別予後調査結果	○
AH.3.5.2.19	部位別予後調査結果（死因）	○
AH.3.5.2.20	拠点集計（表1）部位分類別・診断区分別登録件数	○
AH.3.5.2.21	拠点集計（表2）部位分類別・症例区分別登録件数	○
AH.3.5.2.22	拠点集計（表3）部位分類別・性別登録件数	○
AH.3.5.2.23	拠点集計（表4）部位分類別・年齢階級別登録件数	○
AH.3.5.2.24	拠点集計（表5-1）部位分類別・進展度（治療前・UICC）別登録件数	○
AH.3.5.2.25	拠点集計（表5-2）部位分類別・進展度（治療後・UICC）別登録件数	○
AH.3.5.2.26	拠点集計（表6-1）部位分類別・ステージ（治療前・UICC）別登録件数	○
AH.3.5.2.27	拠点集計（表6-2）部位分類別・ステージ（治療後・UICC）別登録件数	○
AH.3.5.2.28	拠点集計（表6-1）肝・ステージ（治療前・取扱規約）別登録件数	○
AH.3.5.2.29	拠点集計（表7）部位分類別・形態コード別登録件数	○
AH.3.5.2.30	拠点集計（表8-1：胃）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.31	拠点集計（表8-2：胃）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.32	拠点集計（表8-1：大腸）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.33	拠点集計（表8-2：大腸）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.34	拠点集計（表8-1：肝）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.35	拠点集計（表8-2：肝）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.36	拠点集計（表8-1：肺）進展度（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.37	拠点集計（表8-2：肺）進展度（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.38	拠点集計（表8-1：乳）進展度（治療前）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.39	拠点集計（表8-2：乳）進展度（術後病理学的）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.40	拠点集計（表9-1：胃）ステージ（治療前）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.41	拠点集計（表9-2：胃）ステージ（術後病理学的）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.42	拠点集計（表9-1：大腸）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.43	拠点集計（表9-2：大腸）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.44	拠点集計（表9-1：肝）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.45	拠点集計（表9-2：肝）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.46	拠点集計（表9-1：肝）ステージ（治療前・取扱規約）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.47	拠点集計（表9-1：肺）ステージ（治療前・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.48	拠点集計（表9-2：肺）ステージ（術後病理学的・UICC）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.49	拠点集計（表9-1：乳）ステージ（治療前）別・治療法別登録件数	○
AH.3.5.2.50	拠点集計（表9-2：乳）ステージ（術後病理学的）別・治療法別登録件数	○
AH.4	がん登録対象患者検索（ケースファインディング）機能	—
AH.4.1	基本機能	—
AH.4.1.1	電子カルテシステムなどの情報を収集して、がん登録対象患者の検索が行えること。方法は問わないが、導入時に当センターと調整をすること。	○
AH.4.1.2	検索条件は自由に設定ができること。	○
AH.4.1.3	ICD10病名コードの任意のコードを指定して、取り込みできること。	○
AH.4.1.4	がん登録の対象となる可能性のある候補に対応したICD10（候補コード）を指定しての取り込みできること。取り込んだ結果は、がん登録の対象となるICD10（対象コード）の病名と識別できること。	○
AH.4.1.5	抗癌剤投与情報を注射・処方オーダの情報から取り込みができること。	○
AH.4.1.6	手術オーダから任意の術式名称を指定して、取り込みができること。	○
AH.4.1.7	病理部門システムより病理診断情報の取り込みができること。	○
AH.4.1.8	腫瘍マーカーの実施情報から、任意の検査コードを取り込みができること。	○
AH.4.1.9	本システムの診療情報管理機能にて登録された病名情報から取り込みができること。	○
AH.4.1.10	病名コード、術式等検索条件を任意で組み合わせて対象患者の候補一覧を表示できること。	○
AH.4.1.11	判定・未判定を問わず、判定の根拠となった情報を常に表示できること。	○
AH.4.1.12	各情報の抽出条件はユーザ側でメンテナンスできること。	○

項番	機能要件	配点
AI	医療機器管理システム	—
AI.1	共通要件	—
AI.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AI.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AI.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AI.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AI.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AI.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AI.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AI.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AI.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AI.1.10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AI.2	ハードウェア	—
AI.2.1	サーバ	—
AI.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AI.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AI.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AI.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AI.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AI.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AI.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AI.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AI.3	基本要件	—
AI.3.1	基本機能	—
AI.3.1.1	医療機器管理に必要な台帳機能として、以下の台帳機能を有すること。 ○機器台帳 ○貸出台帳 ○保守台帳 ○点検台帳 ○他、付随する各種マスタ台帳	○
AI.3.1.2	必要に応じてユーザが各種マスタを現地でメンテナンスできる機能を有すること。	○
AI.3.1.3	登録されたユーザが個々にパスワードを設定および変更する機能を有すること。	○
AI.3.1.4	現在院内で使用しているME機器管理システム用としてME機器に貼付されているバーコードラベルを、継続して使用可能なこと。	○
AI.3.1.5	現在院内で使用しているME機器管理システムより、以下のマスタおよび履歴データを移行できること。 ・機器マスタ・部署マスタ・職員マスタ・販売元/納入元マスタ・貸出履歴・修理履歴・点検履歴・コール受付履歴	○
AI.3.2	管理端末用アプリケーション	—
AI.3.2.1	画面を切り替えることなく、機器の名称および現在位置および貸出中/保守中の状況が把握できる機器一覧画面を有すること。	○
AI.3.2.2	機器1台1台にわかりやすく自由に名前を付けてステータス情報の管理ができ、抽出できること。	○
AI.3.2.3	ユーザが機器一覧画面に表示する項目をメンテナンスできる機能を有すること。	○
AI.3.2.4	機器一覧画面に表示できる項目全てから検索ができること。数値については以上、以下、範囲指定などを行い抽出ができること。	○
AI.3.2.5	機器一覧や台帳を出力の際には以下のファイル形式のいずれかで出力ができること。 ○xlsx ○csv ○txt	○

AI. 3. 2. 6	画面を切り替えることなく、点検予定、機器の稼働状況、機器の処理件数を把握できるポータル画面を有すること。 画面を切り替えることなく、点検予定、機器の稼働状況を一覧で把握する画面を有すること	○
AI. 3. 2. 7	機器情報として、機器名称、製造番号、管理番号、購入日、登録日、前回点検日、次回点検予定日、所属等を管理することが可能であること。	○
AI. 3. 2. 8	機器の個別情報画面より容易に各機器の貸出や保守記録の履歴が一覧で参照でき、かつ詳細情報の表示への画面展開が可能であること。	○
AI. 3. 2. 9	貸出や保守の入力は、機器を複数選択した状態で入力画面へ展開することが可能で、かつ必要に応じて個別のデータ確定と一括でのデータ確定が可能であること。	○
AI. 3. 2. 10	点検記録の入力は、型式と点検区分の組み合わせにより点検項目をユーザがセット化することが可能であること。	○
AI. 3. 2. 11	点検記録の入力時、過去最大12回件分の前回入力値を参考値として表示し、同じ列に今回の点検値を入力できる画面を有すること。	○
AI. 3. 2. 12	点検記録の入力時、項目ごとに必須項目か否かをユーザがメンテナンスできる機能を有すること。	○
AI. 3. 2. 13	点検記録の入力時、ユーザが設定した文言を選択して入力ができること。	○
AI. 3. 2. 14	点検記録の入力時、正常値範囲内の点検結果を入力した場合、自動的に判定入力される機能を有すること。	○
AI. 3. 2. 15	入力された点検記録を、一覧表形式で閲覧することが可能であること。	○
AI. 3. 2. 16	保守データの入力時、関連する画像を記録することができること。また、参照時に画像データも併せて表示されること。	○
AI. 3. 2. 17	保守記録時、使用した物品の登録が可能であること。また、使用物品はユーザが自由にマスタ登録することが可能であること。	○
AI. 3. 2. 18	入力した各種台帳記録は、後に閲覧することが可能であること。また、閲覧時に抽出条件を指定して一覧表示し、かつ一覧から詳細情報への画面展開が可能であること。	○
AI. 3. 2. 19	蓄積されたデータを、CSV形式などの外部利用可能な状態で出力することが可能であること。	○
AI. 3. 2. 20	蓄積されたデータを利用して、以下の統計・解析機能を有すること。 ・ 機器保有台数の推移・機器単体ごとの稼働状況の解析・月別貸出開始件数・貸出先別 貸出実績統計・月別保守開始件数・保守区分別 保守構成・月別点検実施件数・点検区分別点検実施件数	○
AI. 3. 2. 21	バーコード印刷は機器リストより必要な機器を抽出でき、複数台の機器を複数のフォーマットより指定して出力ができること。	○
AI. 3. 3	貸出/返却受付用アプリケーション	—
AI. 3. 3. 1	ME機器の貸出・返却の操作がタッチパネルとME機器を指定するバーコード読み取りで簡単に操作できること。	○
AI. 3. 3. 2	貸出・返却処理中に正しくME機器を読み込めたかわかるように音と表示ができること。	○
AI. 3. 3. 3	貸出・返却処理中に指定したME機器の取り消しが簡単にできること。	○
AI. 3. 3. 4	貸出処理時に患者情報やその他分類情報やメモなどの入力ができること。	○
AI. 3. 3. 5	操作を間違えたときに簡単に戻ることができること。	○

項番	機能要件	配点
AJ	看護勤務管理システム	—
AJ.1	共通要件	—
AJ.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AJ.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AJ.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AJ.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AJ.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AJ.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AJ.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AJ.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AJ.1.9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AJ.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AJ.2	ハードウェア	—
AJ.2.1	サーバ	—
AJ.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AJ.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AJ.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AJ.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AJ.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AJ.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AJ.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AJ.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AJ.3	看護職員管理機能	—
AJ.3.1	職員情報の設定	—
AJ.3.1.1	職員の基本情報として、職員番号、性別、氏名、カナ氏名（フリガナ）、既婚／未婚の別、戸籍氏名、戸籍氏名（フリガナ）、生年月日、看護保険加入の有無、看護保険番号、E-Mail、携帯電話番号、現住所（郵便番号、住所、電話番号）、連絡先（郵便番号、住所、連絡者氏名、続柄、電話番号）、採用履歴（採用年月日、採用条件、転退年月日、転退理由、転退時職員番号、経験年数）、前職歴年数、最終学歴を管理すること。	○
AJ.3.1.2	職員の採用は採用年月日、採用理由を指定して登録することができる。また、再雇用時は従前の職員情報を引き継ぎ採用履歴として管理することができる。	○
AJ.3.1.3	職員の異動情報は、配属部署、勤務部署、職種、役職、兼務部署、再掲部署について、それぞれの異動年月日を管理することができる。	○
AJ.3.1.4	職員のスキル情報として、免許（免許番号、取得年月日、備考）、資格（資格取得年月日、有効期間開始年月日、有効期間終了日、備考）、委員会（委員会名、任期の開始年月日、任期の終了年月日、備考）、職歴（勤務機関、職務の開始年月日、職務の終了年月日、備考）を管理することができる。	○
AJ.3.1.5	職員の研修履歴情報として、年度、研修コース、区分（院内、院外...）、種類（学会、研究会...）、主催、参加形態（聴講、発表...）、テーマ、日程、開始時刻、終了時刻、受講報告を管理することができる。	○

AJ.3.1.6	職員の休暇情報として長期休暇（長期休暇理由、開始日、終了日、備考）、産休（出産予定日、出産日、双児区分、予定/実績それぞれの産後休暇開始日、産後休暇終了日）、育休（育児休暇開始年月日、育児休暇終了年月日） ※産休・育児休暇に関する休暇開始・終了年月日については、出産予定日より貴院条件を元に自動計算する事が可能	○
AJ.3.1.7	職員の看護協会情報として、協会、協会番号、入会年月日、退会年月日を管理することができること。	○
AJ.3.1.8	職員の業績情報として、業績種類、開始年月日、終了年月日、発表場所、演題、備考を管理することができること。	○
AJ.3.1.9	登録した職員情報は配属部署、勤務部署、職種、役職毎に一覧で表示することができること。	○
AJ.3.2	研修管理機能	—
AJ.3.2.1	研修機能では、研修計画として、年間計画および病棟計画の別、研修コース、区分、種類、主催、参加形態、テーマ、講師、日程、開始時刻、終了時刻、会場・場所、参加条件等、定員・参加人数、連絡事項等、申込受付期間開始年月日・終了年月日を登録することができること。	○
AJ.3.2.2	各職員は、立案された研修計画に対して受講申請をすることができること。また、各師長は、自部署職員の代理申請を行うことができること。	○
AJ.3.2.3	看護部では、受講申請に対して確定、受講、取消の状況を登録することができること。また、登録された内容は各職員の研修履歴情報に反映することができること。	○
AJ.3.2.4	登録管理された研修申込情報は、帳票「研修別受講者一覧」「個人別研修別受講一覧」「年度別研修一覧」で確認することができること。	○
AJ.3.2.5	登録された研修情報より、自動的に様式9の勤務時間が減算されること。	○
AJ.3.3	ラダー管理	—
AJ.3.3.1	職員のラダー履歴情報としてラダーレベル、認定年月日、コメントの情報を管理することができること。	○
AJ.3.3.2	部署別ラダーレベル分布一覧を印刷出力することができること。	○
AJ.3.4	マスタ管理	—
AJ.3.4.1	個人情報を入力する時に参照する各種情報（例：部署名、職種名など）をマスタとして一元管理することができること。	○
AJ.3.5	職員検索	—
AJ.3.5.1	登録された職員情報から指定した条件に該当する職員を検索することができること。	○
AJ.3.5.2	検索の対象として在職職員または退職職員を指定できること。職種、部署といった条件を指定できること。	○
AJ.3.5.3	検索の条件として職員基本情報、採用、退職、研修、長休、資格、協会、通勤、職種、役職、産休、委員、免許、専門学歴、一般学歴、配属部署、勤務部署、ラダー、夜勤専従者、短時間制度取得者に対して条件を設定することができること。	○
AJ.3.5.4	生年月日が空欄でも検索できること。姓名、名前で検索ができること。	○
AJ.3.5.5	検索の条件として基準年月日を指定することができること。	○
AJ.3.5.6	異動情報の検索ができること。検索条件や方法は問わない。	○
AJ.3.5.7	検索結果をCSV形式ファイルで出力することができること。	○
AJ.3.6	職員データクロス集計	—
AJ.3.6.1	登録された職員情報を元に、勤務部署、職種、役職、学歴区分（専門学歴の最終）、採用条件、年齢、在職年数、子ども年齢（0～12歳まで）、既婚／未婚別の人数をクロス集計し、CSV形式ファイルに出力することができること。	○
AJ.3.7	印刷	—
AJ.3.7.1	個人カードを印刷出力することができること。	○
AJ.3.7.2	産前・産後・育児休暇者一覧表を印刷することができること。	○
AJ.3.7.3	在職職員の学校など統計表を印刷することができること。	○
AJ.3.7.4	研修別受講者一覧を印刷出力またはCSVファイルの出力ができること。	○
AJ.3.7.5	個人別研修別受講一覧を印刷出力またはファイルでの出力ができること。ファイル形式は問わない。	○
AJ.3.7.6	年度別研修一覧を印刷出力またはファイルでの出力ができること。ファイル形式は問わない。	○
AJ.3.7.7	部署別ラダーレベル分布一覧を印刷出力またはファイルでの出力ができること。ファイル形式は問わない。	○
AJ.3.8	機密保護	—
AJ.3.8.1	システムログイン時、利用者ID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができること。また、ユーザがパスワードを変更することができること。	○
AJ.3.9	職員情報一括登録機能	—
AJ.3.9.1	職員情報の更新は多くのスタッフが在籍する当センターではたいへんな労力である。よって多くの職員情報（基本情報・部署、職種、役職）をできる限り簡単な方法で更新ができる機能を提供すること。方法は問わないが、導入時に当センターと調整すること。提案内容により加点とする。	●
AJ.3.10	行事予定登録	—
AJ.3.10.1	委員会、会議などの行事について開催日、時間、場所、備考および参加者を登録することができること。	○
AJ.3.10.2	委員会、会議など定例行事を新規登録する際、週、曜日、時間帯、場所、備考および参加者を登録することができること。	○
AJ.3.10.3	登録された行事の開催日程および参加者情報より、入院基本料上への控除時間を一括登録することができること。または、自動的に様式9の勤務時間が減算されること。	○
AJ.3.11	その他	—
AJ.3.11.1	データ復旧が必要となる場合を考慮し、日次処理としてデータをバックアップすることができること。また、自動でバックアップすることができること。	○
AJ.4	勤務表作成支援機能	—
AJ.4.1	マスタ管理	—

AJ. 4. 1. 1	勤務計画立案時にすべての勤務部署で使用する病院基本情報（勤務表作成期間、休日回数基準期間（1ヶ月・4週/8休）、システム開始日）、勤務部署情報（勤務部署名称、表示順、部門区分、有効終了年月日）、カレンダー情報（日付、名称、休日・祝日・振替の別）、職種（名称、略称、表示順、有効終了年月日）、役職（名称、略称、表示順、有効終了年月日）、採用理由（名称、略称、表示順、有効終了年月日）を登録、削除、変更することができること。	○
AJ. 4. 1. 2	勤務記号は勤務名称マスタで管理され、勤務名称、勤務記号、勤務説明、表示順、半日勤務（午前勤務・午後勤務）、曜日制限を登録、削除、変更することができること。	○
AJ. 4. 1. 3	勤務時間帯は勤務時間を設定することができること。正規勤務の開始・終了時間と休憩時間帯、正規勤務で発生する夜間時間を当日・翌日分で設定、入院基本料の施設基準等に係る届出書類に計上する日勤時間、夜勤時間、翌夜勤時間を設定することができること。	○
AJ. 4. 1. 4	勤務計画・実績入力締切日を設定し、入力制限を設けることができること。	○
AJ. 4. 2	勤務部署毎の設定	—
AJ. 4. 2. 1	勤務部署毎に曜日・勤務別に必要人数を設定することができること。	○
AJ. 4. 2. 2	チーム毎に曜日・勤務別に人数設定できること。	○
AJ. 4. 2. 3	勤務部署で必要な勤務記号をマスタから選択し、表示順を設定することができること。	○
AJ. 4. 2. 4	勤務部署で10日連続までの連続勤務をセットとして登録することができること。	○
AJ. 4. 2. 5	勤務部署毎に勤務表作成条件（不可能勤務、計画期間内の上限勤務回数、勤務間隔、上限休み回数、休み間隔、職員同士の禁止組み合わせ）をルールとして登録、削除、変更することができること。	○
AJ. 4. 2. 6	不可能勤務パターンとして5日間までの連続勤務を20種類まで登録することができること。	○
AJ. 4. 2. 7	登録した内容は画面で参照することができること。	○
AJ. 4. 3	職員情報の設定	—
AJ. 4. 3. 1	勤務部署内で、職員の所属するチーム、勤務条件を設定することができること。	○
AJ. 4. 3. 2	職員毎の勤務条件として、不可能勤務、上限回数、勤務不可能な曜日を設定することができること。	○
AJ. 4. 3. 3	勤務部署毎に勤務表の表示順を設定ができること。	○
AJ. 4. 4	夜勤専従者の設定	—
AJ. 4. 4. 1	夜勤専従者を一覧で確認することができること。また、職員を指定して、その期間を登録することができること。	○
AJ. 4. 5	短時間制度取得者の設定	—
AJ. 4. 5. 1	育児短時間制度を取得している職員を一覧で確認することができること。取得理由、期間を登録することができること。	○
AJ. 4. 6	勤務予定作成	—
AJ. 4. 6. 1	勤務部署毎に対象期間を指定して、所属されている職員の勤務予定を登録、削除、変更することができること。	○
AJ. 4. 6. 2	予定入力はあらかじめ登録された勤務記号を一覧から選択して貼り付けることができること。また、個人を指定して1ヶ月の勤務を連続して入力することができること。	○
AJ. 4. 6. 3	編集機能として、コピー、貼り付け置換、消去、全消去ができること。又、職員の属性による並び替えやチーム毎の表示・集計ができること。	○
AJ. 4. 6. 4	クロスポイントの表示により、職員と日をクロス表示することができること。	○
AJ. 4. 6. 5	予定作成画面では1ヶ月の勤務予定が一覧で参照でき、スクロールにより前月数日分の実績を参照することができること。	○
AJ. 4. 6. 6	勤務入力は、通常・希望・応援の分類を指定して入力することができること。	○
AJ. 4. 6. 7	エラーチェックは設定条件を元に、勤務間隔、休み間隔に対しエラーリストを表示し、画面上で確認することができること。	○
AJ. 4. 6. 8	作成した勤務予定は作成状況の進捗に関わらず勤務予定として保存することができること。また、作成終了時は操作者の指示により計画を確定することができること。	○
AJ. 4. 6. 9	確定を行った場合は仮実績が自動的に作成されること。	○
AJ. 4. 6. 10	月途中の異動により職員の増減を伴う計画の再作成をすることができること。また、再作成時にすでに実績となった部分を考慮することができること。	○
AJ. 4. 6. 11	日当直管理として、あらかじめ登録した職員に対して管理当直、外来当直等の勤務表を作成することができること。	○
AJ. 4. 6. 12	入院基本料の総夜勤時間数、平均夜勤時間数を画面上確認することができること。	○
AJ. 4. 6. 13	スタッフ本人の希望を本人のみが入力できるようセキュリティ管理することができること。	○
AJ. 4. 6. 14	勤務表作成時に画面でパートや短時間正職員などの採用条件、夜勤専従者、育児短時間制度取得者を確認することができること。	○
AJ. 4. 6. 15	勤務表作成時に画面で行事予定、行事の参加予定者を参照しながら勤務表を作成することができること。	○
AJ. 4. 7	勤務実績登録	—
AJ. 4. 7. 1	勤務部署毎に対象期間を指定して、所属されている職員の勤務実績を登録、削除、変更することができること。	○
AJ. 4. 7. 2	実績入力はあらかじめ登録された勤務記号を一覧から選択して貼り付けることができること。また、個人を指定して1ヶ月の勤務を連続して入力することができること。	○
AJ. 4. 7. 3	編集機能として選択した勤務実績のコピー、検索ができること。又、職員の属性による並び替えやチーム毎の表示・集計ができること。	○
AJ. 4. 7. 4	クロスポイントの表示により、職員と日をクロス表示することができること。	○
AJ. 4. 7. 5	集計機能として、期間内の職員毎の勤務回数・時間、休日回数を任意の項目で集計し、画面表示することができること。また、日別の勤務人数集計も同様に画面表示することができること。	○
AJ. 4. 7. 6	実績作成画面では1ヶ月の勤務実績が一覧で参照できること。また、予定と実績を2段表示することができること。	○
AJ. 4. 7. 7	勤務の入力は通常・応援の分類を指定して入力することができ画面上色分けして表示することができること。	○
AJ. 4. 7. 8	時間年休を登録することができること。	○

AJ. 4. 7. 9	変更前の勤務と変更後の勤務を2段表示で確認することができること。	○
AJ. 4. 7. 10	応援機能を使用して勤務を貼り付けると、応援先の勤務表にも該当の職員を表示することができること。看護管理日誌2に連動し反映されること。	○
AJ. 4. 7. 11	入院基本料の総夜勤時間数、平均夜勤時間数を画面上確認することができること。	○
AJ. 4. 7. 12	会議、委員会、研修など入院基本料算定に含まれない勤務時間を登録することができること。また、登録した勤務時間は入院基本料算定に係る届出添付書類に自動的に反映することができること。	○
AJ. 4. 7. 13	勤務実績変更画面でパートや短時間正職員などの採用条件、夜勤専従者、育児短時間制度取得者を確認することができること。	○
AJ. 4. 7. 14	画面で行事予定、行事の参加予定者を参照することができること。	○
AJ. 4. 7. 15	個人の時間管理ができること。	○
AJ. 4. 7. 16	勤務実績にコメント入力ができること。	○
AJ. 4. 7. 17	勤務実績に名前、役職（資格）、職種を表示できること。	○
AJ. 4. 8	統計	—
AJ. 4. 8. 1	登録された勤務実績をもとに指定期間内の夜勤回数、休み回数が集計され勤務実績統計表として印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9	印刷	—
AJ. 4. 9. 1	勤務計画表を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 2	個人別勤務予定表を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 3	勤務実績表を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 4	勤務変更届を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 5	勤務実績統計表を印刷出力することができること。出力する統計表は導入時に当センターと調整すること。	○
AJ. 4. 9. 6	業務分担表を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 7	師長当直表を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 8	入院基本料の施設基準等に係る届出書添付書類（様式9）を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 9	各病棟ごとに入院基本料の施設基準を満たしているかを一覧で確認することができること。	○
AJ. 4. 9. 10	応援勤務、委員会、会議、研修など入院基本料算定に含まれない勤務時間を一覧で印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 11	年間個人別年休取得状況一覧を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 12	代休取得状況一覧を印刷出力することができること。	○
AJ. 4. 9. 13	出力帳票はプレビューができること、もしくは、印刷イメージをExcel形式で保存することができること。	○
AJ. 4. 9. 14	勤務実績をもとに看護体制の条件を満たしていたことを示すため、診療報酬上で必要な様式に基づいたデータを提供できること。	○
AJ. 4. 10	機密保持	—
AJ. 4. 10. 1	セキュリティ管理としてシステムの利用者および利用者が属するグループを設定することができること。また、グループに対して各機能の利用可否を指定することができること。	○
AJ. 4. 10. 2	システムログイン時、利用者ID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができること。また、ユーザがパスワードを変更することができること。	○
AJ. 5	超過勤務時間管理機能	—
AJ. 5. 1	マスタ管理	—
AJ. 5. 1. 1	勤務実績を基にスタッフ毎の時間外勤務を登録することができること。	○
AJ. 5. 1. 2	時間外勤務時間を入力するために使用する時間外勤務理由を登録、削除、変更できること。	○
AJ. 5. 1. 3	時間外勤務理由マスタでは、時間外勤務が発生した理由を設定することができること。	○
AJ. 5. 1. 4	勤務部署で必要な時間外勤務理由をマスタから選択し、表示順を設定することができること。	○
AJ. 5. 1. 5	時間外勤務の項目設定において、入力単位（1分／10分／15分／30分）を設定できること。	○
AJ. 5. 2	時間外勤務時間の申請	—
AJ. 5. 2. 1	ログイン情報より管理者（師長）かスタッフかを認識し、管理者である場合、承認登録を行うことができること。	○
AJ. 5. 2. 2	個人別時間外入力画面では時間外勤務の開始時刻、終了時刻、発生理由を最大5件まで登録することができること。	○
AJ. 5. 2. 3	管理者は、日別画面、個人別画面、未承認一覧画面からスタッフが登録した時間外勤務を確認／承認することができること。また、必要があれば時間外勤務を変更することができること。	○
AJ. 5. 2. 4	管理者はスタッフが登録した時間外勤務を日別入力画面で確認／承認することができること。また、必要があれば時間外勤務を変更することができること。	○
AJ. 5. 2. 5	管理者は月締め申請を承認した後はスタッフの入力を制限（ロック）することができること。スタッフは制限された日の時間外勤務を登録することはできないこと。また、管理者は必要があれば承認を解除することができる。	○
AJ. 5. 2. 6	超過勤務状況照会画面では部署、年月を指定して職員の超過勤務時間月間合計を照会することができること。時間外入力毎にそのつど申請の累計時間が表示されること。	○
AJ. 5. 3	印刷	—
AJ. 5. 3. 1	登録された超過勤務情報から超過勤務時間命令簿を印刷出力することができること。	○
AJ. 5. 3. 2	登録された超過勤務情報から給与システムへ連携するデータを作成することができること。連携するデータのフォーマットはマスタ設定で変更することができること。	○
AJ. 5. 3. 3	期間、部署を指定して職員毎の割増率毎（125/100～160/100）、超過勤務理由毎の超過勤務時間集計をCSV形式で出力することができること。また、設定により月間45時間を超える超過勤務について150/100、175/100の割増率も出力することができること。	○
AJ. 5. 3. 4	期間指定して部署毎の割増率毎（125/100～160/100）、超過勤務理由毎の超過勤務時間集計をCSV形式で出力することができること。また、設定により月間45時間を超える超過勤務について150/100、175/100の割増率も出力することができること。	○
AJ. 5. 3. 5	月間45時間を超えて超過勤務を行っている職員を一覧で印刷出力することができること。	○
AJ. 5. 3. 6	時間外等の実績を確認する帳票を個人別に印刷できること。	○

AJ. 5. 4	機密保持	—
AJ. 5. 4. 1	セキュリティ管理としてシステムの利用者および利用者が属するグループを設定することができること。また、グループに対して各機能の利用可否を指定することができること。	○
AJ. 5. 4. 2	システムログイン時、利用者ID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができること。また、ユーザがパスワードを変更することができること。	○
AJ. 6	他システムインターフェース（情報連携）	—
AJ. 6. 1	電子カルテシステムインターフェース	—
AJ. 6. 1. 1	勤務実績の作成および変更時に、勤務実績（年月日、職員番号、勤務形態）を、マスタ変更時に、勤務名称（コード、名称、記号）、勤務部署（コード、名称）を電子カルテシステムにリアルタイムに送信することができること。	○
AJ. 6. 1. 2	勤務管理システムと看護支援システムは勤務実績を連携できること。	○
AJ. 6. 1. 3	出退勤管理システムと連携できること。	○
AJ. 6. 2	その他	—
AJ. 6. 2. 1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できること。また、利用者情報（ID、パスワード）のマスタ取り込みができること。	○
AJ. 7	要望	—
AJ. 7. 1	様式9を作成時、会議などの控除時間帯が反映できること。控除する時間帯は当センターと協議して設定すること。提案内容により加点する。	●

項番	機能要件	配点
AK	キャリア開発支援システム	—
AK. 1	共通要件	—
AK. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AK. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AK. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AK. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AK. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AK. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AK. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AK. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AK. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AK. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AK. 2	ハードウェア	—
AK. 2. 1	サーバ	—
AK. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AK. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AK. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AK. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AK. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AK. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AK. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AK. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AK. 3	キャリア開発支援機能	—
AK. 3. 1	マスタ管理	—
AK. 3. 1. 1	個人情報を入力する時に参照する各種情報（例：部署名）などをマスタとして一元管理を行うことができること。	○
AK. 3. 2	プロフィールの設定	—
AK. 3. 2. 1	職員の基本情報として、職員番号、性別、氏名、カナ氏名（フリガナ）、既婚／未婚の別、旧姓、旧姓カナ氏名（フリガナ）、改姓年月日、生年月日、E-Mail、携帯電話番号、PHS番号、本籍、現住所（郵便番号、都道府県、寮利用の有／無、寮部屋No.、住所、電話番号）、連絡先（郵便番号、都道府県、住所、連絡者、続柄、電話番号）、採用履歴（採用年月日、採用条件、転退年月日、転退理由、転退時職員番号、経験年数）、病院用個人番号を管理できること。	○
AK. 3. 2. 2	職員の採用は採用年月日、採用理由を指定して登録することができること。また、再雇用時は従前の職員情報を引き継ぎ採用履歴として管理することができること。	○
AK. 3. 2. 3	職員の異動情報として配属部署、勤務地、職種、役職、兼務部署、再掲部署を管理でき、それぞれの異動年月日が管理できること。	○
AK. 3. 2. 4	職員の免許情報として、免許（免許番号、取得日、備考）、資格（資格取得日、有効期間開始日、有効期間終了日、備考）、委員会（委員会名、任期の開始日、任期の終了日、備考）、職歴（勤務地、勤務機関、職務の開始日、職務の終了日、備考）が管理できること。	○
AK. 3. 2. 5	職員の資格情報として、資格（資格取得日、有効期間開始日、有効期間終了日、備考）、委員会（委員会名、任期の開始日、任期の終了日、備考）、職歴（勤務地、勤務機関、職務の開始日、職務の終了日、備考）が管理できること。	○

AK. 3. 2. 6	職員の委員会情報として、委員会（委員会名、任期の開始日、任期の終了日、備考）、職歴（勤務地、勤務機関、職務の開始日、職務の終了日、備考）が管理できること。	○
AK. 3. 2. 7	職員の学歴情報として、一般学歴（区分、卒業年月日、最終学歴区分、学校名、修了課程）、専門学歴（区分、都道府県、卒年年月日、最終学歴区分、学校名、修了課程）が管理できること。	○
AK. 3. 2. 8	職員の業績情報として、業績、期間、発表場所、演題、備考）が管理できること。	○
AK. 3. 2. 9	職員の院内研修情報として、年度、研修コース名、日程、種類（学会、研究会...）、主催、テーマ、講師、会場、参加条件、参加人数、参加形態（聴講、発表...）、自費／公費の別、受講状況（受講、未受講）、受講報告が登録できること。	○
AK. 3. 2. 10	職員の院外研修情報として、年度、研修コース名、日程、種類（学会、研究会...）、主催、テーマ、講師、会場、参加条件、参加人数、参加形態（聴講、発表...）、自費／公費の別、受講状況（受講、未受講）、受講報告が登録できること。	○
AK. 3. 2. 11	職員の休暇情報として、長期休暇理由（開始日、終了日、備考）、産休・育児休暇（出産予定日、予定/実績それぞれの夜勤免除開始日、夜勤免除終了日、産前休暇開始日、産前休暇終了日、産後休暇開始日、産後休暇終了日、育児休暇開始日、育児休暇終了日）の情報が管理できること。※産休・育児休暇に関する情報は出産予定日より当センター条件を元に自動計算が可能であること。	○
AK. 3. 2. 12	職員の所属団体情報として看護協会、看護連盟、その他所属団体の別、協会番号、入会日が管理できること。	○
AK. 3. 2. 13	災害派遣として国内／国外の別、派遣先、派遣期間、備考を登録することができること。また、災害派遣の希望／実績の別を登録することができること。	○
AK. 3. 2. 14	職員の長期キャリア計画として認定看護師、専門看護師などのキャリア計画と期間、達成度が登録できること。	○
AK. 3. 2. 15	登録した職員は勤務部署毎に一覧で表示することができること。また、一覧から職員を選択してプロフィールが参照できること。	○
AK. 3. 3	人材検索	—
AK. 3. 3. 1	登録された職員情報から指定した条件に該当する職員を検索することができること。	○
AK. 3. 3. 2	検索の対象として在職職員、退職職員の別、基準日を指定できること。検索範囲として全体・検索結果より選択することができること。（絞り込み機能）	○
AK. 3. 3. 3	検索の条件として職員基本情報、採用、退職、研修、長休、資格、協会、通勤、職種、役職、産休、委員、免許、専門学歴、一般学歴、部署、勤務地に対して条件設定することができること。	○
AK. 3. 3. 4	検索の条件として基準年月日を指定することができること。	○
AK. 3. 3. 5	検索結果をCSV形式ファイルで出力することができること。	○
AK. 3. 4	配置表	—
AK. 3. 4. 1	登録した職員情報を配置表のイメージで参照できること。	○
AK. 3. 4. 2	配置表には職員の属性として職位が表示できること。また、各勤務部署毎の看護師数、看護助手数、職員数合計が表示できること。	○
AK. 3. 4. 3	配置表から職員を選択してプロフィールが参照できること。	○
AK. 3. 4. 4	職員の傾斜配置が把握できること。	○
AK. 3. 5	休暇者一覧	—
AK. 3. 5. 1	基準日を指定してプロフィールに登録された産前産後休暇、育児休暇、病気休暇などの各休暇取得者を一覧で参照できること。	○
AK. 3. 5. 2	各休暇の種別毎に人数が表示できること。	○
AK. 3. 6	キャリアレベル、評価シート	—
AK. 3. 6. 1	看護師のキャリアレベルを任意の段階に設定することができること。	○
AK. 3. 6. 2	キャリアラダー・マネジメントラダー内容は随時変更が可能であること。	○
AK. 3. 6. 3	Excel形式で作成したキャリアラダー評価表を取り込むことができること。	○
AK. 3. 6. 4	各評価項目毎に評価値（ポイント）を登録することができること。	○
AK. 3. 7	キャリアレベル評価	—
AK. 3. 7. 1	作成したキャリアラダー評価表に対して評価結果を登録できること。評価は自己評価・他者評価など、最大5段階の評価を行うことができること。また、評価者は任意に選択できること。キャリアラダー評価内容は随時変更が可能であること。	○
AK. 3. 7. 2	評価結果は看護実践能力、マネジメント能力など任意のカテゴリでレーダーチャート形式で確認できること。また、平均値や理想値との比較ができること。	○
AK. 3. 7. 3	最終評価者はキャリアレベルを確定（認定）できること。	○
AK. 3. 7. 4	評価結果の履歴は個人情報として管理することができること。	○
AK. 3. 7. 5	評価に際しては、職種、職位に応じたアクセス管理機能を有すること。	○
AK. 3. 7. 6	各部署の配置人数をキャリアレベル毎に画面、帳票で把握できること。	○
AK. 3. 7. 7	キャリアラダー評価分布表（帳票）として、各評価項目毎に評価対象者数、評価値毎の人数と比率が出力できること。	○
AK. 3. 7. 8	キャリアラダー評価データとして氏名、所属部署、各評価項目に対する評価値をCSV形式で出力できること。	○
AK. 3. 7. 9	キャリアラダーと同様にマネジメントラダーの評価ができること。	○
AK. 3. 8	技術チェック	—
AK. 3. 8. 1	技術チェックは厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインに基づいた研修内容と到達目標がチェックできること。	○
AK. 3. 8. 2	評価期間毎にスキルチェックシートを作成できること。作成は予め登録した評価項目を選択することで作成できること。また、評価項目は追加、削除、変更ができること。	○
AK. 3. 8. 3	評価は入職時、3ヵ月後、6ヵ月後、1年後など、複数回実施できること。	○
AK. 3. 8. 4	作成したスキルチェックシートに対して評価結果を登録できること。評価は自己評価・他者評価の評価を行うことができること。	○
AK. 3. 8. 5	Excel形式で作成したスキルチェックシートを取り込むことができること。	○
AK. 3. 8. 6	評価結果は各評価項目毎に評価対象者数、入力者数、進捗率、平均点、評価値毎の人数、回答比率を帳票で把握できること。	○

AK. 3. 8. 7	複数回の評価を実施した場合、個人別に評価結果の推移が帳票で確認できること。	○
AK. 3. 8. 8	スキルチェック評価データとして氏名、所属部署、各チェック項目に対する評価値をCSV形式で出力できること。	○
AK. 3. 9	キャリアレベルマップ	—
AK. 3. 9. 1	勤務部署毎に各キャリアレベル毎の配置人数を確認することができること。	○
AK. 3. 10	目標管理	—
AK. 3. 10. 1	期間を指定して看護部、勤務部署、個人、委員会の目標設定が登録できること。また、部署毎の目標は看護部目標と関連付けができ、個人毎の目標は部署目標と関連付けができること。	○
AK. 3. 10. 2	目標設定として対象期間、目標、実行計画、中間評価（自己、他者）、最終評価（自己、他者）の登録ができること。また、MicrosoftWord、Excelで作成したドキュメントを添付できること。	○
AK. 3. 11	研修計画の立案	—
AK. 3. 11. 1	研修情報として、年度、研修コース名、日程、種類（学会、研究会...）、主催、テーマ、講師、会場、参加条件、参加人数、参加形態（聴講、発表...）、自費／公費の別、ポイント、院内の場合は病棟主催の別が登録できること。	○
AK. 3. 11. 2	登録した研修計画は年度を指定して一覧で表示できること。	○
AK. 3. 12	研修参加申し込み・承認	—
AK. 3. 12. 1	看護管理部門が立案した研修計画に参加者の募集（申し込み）ができること。	○
AK. 3. 12. 2	研修一覧から該当する研修を選択して研修参加の申し込みができること。また、研修一覧は院内／院外の別、キャリアレベル、研修名で検索できること。	○
AK. 3. 12. 3	管理者は研修参加の申し込みを承認または否認ができること。	○
AK. 3. 12. 4	管理者は参加者（申し込み者）の一覧が参照できること。また、参加者の一覧から職員を指定して個人の研修履歴を参照できること。	○
AK. 3. 12. 5	管理者は申し込みの有無にかかわらず任意に参加者が登録できること。	○
AK. 3. 12. 6	管理者は参加者の確定手続きができること。	○
AK. 3. 12. 7	参加者による参加済み登録（実績登録）ができること。	○
AK. 3. 12. 8	参加者による受講報告ができること。	○
AK. 3. 12. 9	研修情報は個人履歴として管理できること。	○
AK. 3. 13	職員満足度調査・アンケート機能	—
AK. 3. 13. 1	職員満足度調査・アンケートの作成ができること。設問毎に選択式（択一）、選択式（複数）、記述式の中から回答方法を選択することができること。また、回答期間、対象者を設定できること。	○
AK. 3. 13. 2	定型シート（Excel形式）に記入した職員満足度調査・アンケート内容を取り込むことができること。	○
AK. 3. 13. 3	作成した職員満足度調査・アンケートを回答期間、対象者を指定して公開することができること。	○
AK. 3. 13. 4	職員満足度調査・アンケートは回答期間中、対象となる職員に公開され、職員は一覧から該当するアンケートを選択し回答することができること。	○
AK. 3. 13. 5	公開した職員満足度調査・アンケートの回答状況は集計結果を画面で確認することができること。また、集計結果はグラフ形式でファイルに出力することができること。記述式の回答はリスト形式で出力することができること。	○
AK. 3. 14	機密保護	—
AK. 3. 14. 1	セキュリティ管理としてシステムの利用者および利用者が属するグループを設定できること。また、グループに対して各機能の利用可否が指定できること。	○
AK. 3. 14. 2	システムログイン時、利用者ID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限が制御できること。また、ユーザによるパスワード変更が可能であること。	○
AK. 3. 15	職員情報一括登録機能	—
AK. 3. 15. 1	職員情報一括取り込み機能では、定型データシート（Excel形式）に入力された職員情報（基本情報・異動歴・各種履歴）を読み込み、更新を行うことができること。	○
AK. 3. 16	その他	—
AK. 3. 16. 1	保存年数を指定してシステムに情報登録することができ、保存期間外のデータは削除できること。	○
AK. 3. 16. 2	データ復旧が必要となる場合を考慮し、日次処理としてデータのバックアップが可能なこと。また、バックアップは自動運転が可能であること。	○
AK. 4	他システムインターフェース（情報連携）	—
AK. 4. 1	電子カルテシステムインターフェース	—
AK. 4. 1. 1	勤務実績の作成および変更時に、勤務実績（年月日、職員番号、勤務形態）および、職員情報（職員番号、氏名、職種、役職、経験区分、表示順、採用・配属・転退年月日）を、マスタ変更時に、勤務名称（コード、名称、記号）、勤務部署（コード、名称）を電子カルテシステムにリアルタイムに送信することができること。	○
AK. 5	要望	—
AK. 5. 1	導入時にヒアリングを行い、当センターに則したキャリア開発支援の機能を提供すること。	○

項番	機能要件	配点
AL	e-Learningシステム	—
AL. 1	共通要件	—
AL. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AL. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AL. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AL. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AL. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AL. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AL. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AL. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AL. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AL. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AL. 2	ハードウェア	—
AL. 2. 1	サーバ	—
AL. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AL. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AL. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AL. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AL. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AL. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AL. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AL. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AL. 3	基本要件	—
AL. 3. 1	ウェブアプリケーションであり、Microsoft Edge で動作できること。	○
AL. 3. 2	ウェブの標準技術を採用し代表的なインターネットブラウザ（Google Chrome、Firefox、Safariなど）で動作できること。	○
AL. 3. 3	入力や閲覧等の操作はブラウザやOSの標準機能のみでき、同じ端末を利用する他システムへの影響を最小限にできること。	○
AL. 3. 4	利用者は利用者ID、パスワードにより認証できること。	○
AL. 3. 5	利用者の利用者IDと利用者IDを別に管理できること。	○
AL. 3. 6	認証後の放置に対応するため、一定時間サーバにアクセスがない場合はタイムアウトするように設定できること。	○
AL. 3. 7	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AL. 3. 8	OSはRedHat Enterprise Linux（またはその互換OS）で動作できること。	○
AL. 3. 9	24時間365日運用できること。	○
AL. 3. 10	1000名の利用者が利用できること。	○
AL. 3. 11	利用停止の場合はライセンス数から除外できること。	○
AL. 3. 12	出力ファイルはMicrosoft ExcelやPDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AL. 3. 13	インターフェースはアイコンを多く利用し、初めて操作する利用者でも直感的に操作できること。	○
AL. 3. 14	一度にアップロードできるファイルの容量を2GBを最大値として設定できること。	○
AL. 3. 15	電子カルテから利用者ID、パスワードなし（シングルサインオン連携）で認証できること。	○
AL. 3. 16	電子カルテのログイン時にポップアップで未読件数を通知できること。	○

AL. 3. 17	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AL. 4	マスタ管理	—
AL. 4. 1	職員情報の登録は指定フォーマットのCSVファイルから一括で登録できること。	○
AL. 4. 2	職員の部署移動は本システムより出力したCSVファイルを修正し、登録することで一括変更できること。	○
AL. 4. 3	組織マスタが管理でき、3段階の階層構造であり、表示順を設定できること。	○
AL. 4. 4	職種マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AL. 4. 5	役職マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AL. 4. 6	各種機能の利用権限、管理権限をグループ化し管理できること。	○
AL. 4. 7	任意の利用者にマスタ管理権限を設定できること。	○
AL. 4. 8	所属を兼務できること。	○
AL. 4. 9	職員情報を日次処理で自動登録する電子カルテとの連携が可能なこと。	○
AL. 4. 10	利用者単位で電子カルテ側の氏名、所属、職種、役職を連携しない設定ができること。	○
AL. 5	研修受講管理機能	—
AL. 5. 1	担当者設定	—
AL. 5. 1. 1	システム管理者は教育責任者、教育担当者の設定ができること。	○
AL. 5. 1. 2	複数の職員を教育責任者に設定できること。	○
AL. 5. 1. 3	教育責任者は利用者全ての受講履歴を閲覧できること。	○
AL. 5. 1. 4	教育責任者は全ての研修・講義の受講履歴を閲覧できること。	○
AL. 5. 1. 5	システム管理者は講座を登録・更新できること。	○
AL. 5. 1. 6	システム管理者は講座を担当する教育担当者を設定できること。	○
AL. 5. 1. 7	同じ講座に複数の教育担当者を設定できること。	○
AL. 5. 1. 8	教育担当者は担当する講座内に講座を登録できること。	○
AL. 5. 1. 9	教育担当者は担当する講座内に研修・講義を登録できること。	○
AL. 5. 1. 10	教育担当者は登録した研修・講義の受講対象者の受講履歴を参照できること。	○
AL. 5. 1. 11	教育担当者は担当講座内のすべての研修・講義の受講内容を参照・更新できること。	○
AL. 5. 1. 12	システム管理者は組織マスタで設定した組織単位(施設・部門・部署)に教育担当者を設定できること。	○
AL. 5. 1. 13	同じ施設・部門・部署に複数の教育担当者を設定できること。	○
AL. 5. 1. 14	組織・部門・部署を担当する教育担当者は所属する職員の受講履歴を参照できること。	○
AL. 5. 1. 15	施設の教育担当者は配下の部門に所属する職員の受講履歴を参照できること。	○
AL. 5. 1. 16	部門の教育担当者は配下の部署に所属する職員の受講履歴を参照できること。	○
AL. 5. 1. 17	各担当者は管理画面よりマウス操作だけで登録、変更、削除ができること。	○
AL. 5. 2	研修・講義登録	—
AL. 5. 2. 1	教育担当者は担当する講座内に研修・講義を登録できること。	○
AL. 5. 2. 2	研修・講義は集合研修、テスト、アンケートの組み合わせより作成できること。	○
AL. 5. 2. 3	集合研修の出欠状況よりテストの解答が必要かどうかを設定できること。	○
AL. 5. 2. 4	集合研修の出欠状況よりアンケートの回答が必要かどうかを設定できること。	○
AL. 5. 2. 5	テストの可否よりアンケートの回答が必要かどうかを設定できること。	○
AL. 5. 2. 6	研修・講義の受講対象者を登録できること。	○
AL. 5. 2. 7	受講対象者の一覧をCSVファイルで出力できること。	○
AL. 5. 2. 8	過去の研修・講義を流用して新しい研修・講義を登録できること。	○
AL. 5. 3	集合研修登録	—
AL. 5. 3. 1	研修・講義内に集合研修を登録できること。	○
AL. 5. 3. 2	同じ内容の集合研修を複数日登録できること。	○
AL. 5. 3. 3	集合研修は開催日と時間、場所、講師、定員を登録できること。	○
AL. 5. 3. 4	どの日の集合研修に出席するかを申込受付できること。	○
AL. 5. 3. 5	申込受付期間を設定できること。	○
AL. 5. 3. 6	申込受付期間は途中で変更できること。	○
AL. 5. 3. 7	定員の登録がある場合は定員を超えた時点で申込受付を終了できること。	○
AL. 5. 3. 8	欠席申込をしても集合研修を受講し受講済みにできること。	○
AL. 5. 4	教材・テキスト登録	—
AL. 5. 4. 1	研修・講義に教材・テキストを登録できること。	○
AL. 5. 4. 2	教材・テキストはWord、Excel、PowerPoint、PDF、テキスト、JPEG、GIF、MP4、WMV等のファイルを登録できること。	○
AL. 5. 4. 3	教材・テキストは10個まで登録できること。	○
AL. 5. 4. 4	教材・テキストは一度に2GBまでアップロードできること。	○
AL. 5. 4. 5	ライブラリに掲載しているコンテンツを教材・テキストとして利用できること。	○
AL. 5. 5	テスト作成	—
AL. 5. 5. 1	集合研修もしくは登録した教材・テキストについてのテストを作成できること。	○
AL. 5. 5. 2	テストの実施期間を登録できること。	○
AL. 5. 5. 3	テストの実施期間は期間中や期間終了後でも変更できること。	○
AL. 5. 5. 4	テストは合格するまで何度でも解答できること。	○
AL. 5. 5. 5	テストの合格は正答率で設定できること。	○
AL. 5. 5. 6	テストには、制限時間を設定できること。	○
AL. 5. 5. 7	同じテストを複数回受ける場合に毎回問題の順番を入れ替えできること。	○
AL. 5. 5. 8	問題の数は自由に設定できること。	○
AL. 5. 5. 9	問題文が登録できること。	○
AL. 5. 5. 10	解答は選択式とし、正答は単一または複数から選択できること。	○
AL. 5. 5. 11	解答の選択肢は10個まで設定できること。	○
AL. 5. 5. 12	問題単位に解説文を登録できること。	○
AL. 5. 5. 13	問題単位に画像を登録できること。	○
AL. 5. 5. 14	完成したテスト問題をプレビューできること。	○
AL. 5. 6	アンケート作成	—

AL. 5. 6. 1	集合研修もしくは登録した教材・テキストについてのアンケートを作成できること。	○
AL. 5. 6. 2	アンケートの回答期間を設定できること。	○
AL. 5. 6. 3	アンケートの実施期間は期間中や期間終了後でも変更できること。	○
AL. 5. 6. 4	システムは標準的なアンケート様式を持ち、そのまま利用できること。	○
AL. 5. 6. 5	標準アンケートの質問を編集、追加、削除できること。	○
AL. 5. 6. 6	質問は単数選択、複数選択、自由記載の中から選択できること。	○
AL. 5. 6. 7	単数選択、複数選択の選択肢は9個まで設定できること。	○
AL. 5. 6. 8	未記名のアンケートを実施できること。	○
AL. 5. 7	集合研修受付	—
AL. 5. 7. 1	研修・講義の教育担当者は受付画面で集合研修の参加者を受付できること。	○
AL. 5. 7. 2	受付に複数台の端末を同時に利用できること。	○
AL. 5. 7. 3	受付画面に入力するIDは利用者IDか利用可能IDかを選択できること。	○
AL. 5. 7. 4	受付画面にIDを入力し確定することで参加受付できること。	○
AL. 5. 7. 5	受付にはバーコードリーダーを利用できること。	○
AL. 5. 8	研修受講	—
AL. 5. 8. 1	自分が受講対象となっている研修・講義の一覧を表示できること。	○
AL. 5. 8. 2	研修・講義の受講対象者は集合研修の参加または欠席を申込できること。	○
AL. 5. 8. 3	受講対象者は研修・講義の教材・テキストを参照できること。	○
AL. 5. 8. 4	MP4形式の動画の教材・テキストの場合はブラウザ内で再生できること。	○
AL. 5. 8. 5	ブラウザ内の動画を閲覧中に一時停止や再生位置を移動できること。	○
AL. 5. 8. 6	ブラウザ内の動画は再生速度を変更できること。	○
AL. 5. 8. 7	動画を最後まで再生したら、教材・テキストの一覧で再生の完了を識別できること。	○
AL. 5. 8. 8	MP4形式の動画以外の教材・テキストはクリックすることで閲覧でき、教材・テキストの一覧でクリックの完了を識別できること。	○
AL. 5. 8. 9	テスト対象者の場合は教材・テキストのクリックまたは再生を全て完了したらテストに進み解答できること。	○
AL. 5. 8. 10	テストは期間内であれば合格するまで何度でも解答できること。	○
AL. 5. 8. 11	テストの解答後に解説文を閲覧できること。	○
AL. 5. 8. 12	アンケート対象者はアンケートに回答できること。	○
AL. 5. 8. 13	自分の過去の研修・講義の受講履歴を参照できること。	○
AL. 5. 8. 14	受講履歴にある終了した研修・講義の教材・テキストを閲覧できること。	○
AL. 5. 8. 15	受講履歴にある終了した研修・講義のテストに自分が解答した内容を閲覧できること。	○
AL. 5. 8. 16	受講履歴にある終了した研修・講義のアンケートに自分が回答した内容を閲覧できること。	○
AL. 5. 9	研修受講管理	—
AL. 5. 9. 1	集合研修を受講した職員の利用者IDまたは利用可能IDを記載したCSVファイルで一括受付できること。	○
AL. 5. 9. 2	集合研修の申込者名簿を出力できること。	○
AL. 5. 9. 3	手動で任意の受講者の集合研修の出席や欠席を登録できること。	○
AL. 5. 9. 4	手動で任意の受講者の出席登録を欠席登録に変更できること。	○
AL. 5. 9. 5	手動で任意の受講者の集合研修の出欠の登録を空欄にできること。	○
AL. 5. 9. 6	手動で任意の受講者のテスト解答を削除できること。	○
AL. 5. 9. 7	手動で任意の受講者のアンケート回答を削除できること。	○
AL. 5. 9. 8	テストの合格人数、解答人数、正答率、問題別正答率を閲覧できること。	○
AL. 5. 9. 9	テスト解答者別の問題別解答結果、採点結果をCSVファイルで出力できること。	○
AL. 5. 9. 10	アンケートの設問選択肢別回答数、回答割合の結果を閲覧できること。	○
AL. 5. 9. 11	アンケートの結果は職種単位で絞り込めること。	○
AL. 5. 9. 12	アンケート回答者別の設問別回答結果をCSVファイルで出力できること。	○
AL. 5. 9. 13	集合研修、テスト、アンケート単位の受講率を閲覧できること。	○
AL. 5. 9. 14	所属別の受講状況を一覧表示できること。	○
AL. 5. 9. 15	所属別の受講状況をExcel形式で出力できること。	○
AL. 6	ライブラリ機能	—
AL. 6. 1	コンテンツ管理	—
AL. 6. 1. 1	教育責任者、教育担当者はMP4等の動画ファイルをコンテンツとして登録できること。	○
AL. 6. 1. 2	教育責任者、教育担当者はコンテンツを更新・削除できること。	○
AL. 6. 1. 3	コンテンツの削除は画面上から削除し、次にシステムから削除と2段階で削除できること。	○
AL. 6. 1. 4	コンテンツのタイトル、説明、表示用サムネイルを登録できること。	○
AL. 6. 1. 5	研修・講義で利用した教材・テキストをコンテンツとして登録できること。	○
AL. 6. 1. 6	MP4形式の動画ファイルの場合は動画の任意の場面より表示用サムネイルを指定できること。	○
AL. 6. 1. 7	コンテンツの公開日を指定できること。	○
AL. 6. 1. 8	コンテンツはラベルで分類・整理できること。	○
AL. 6. 1. 9	1つのコンテンツに複数のラベルを付与できること。	○
AL. 6. 1. 10	教育責任者、教育担当者はラベルを作成できること。	○
AL. 6. 1. 11	ラベルの説明を登録できること。	○
AL. 6. 2	コンテンツ閲覧	—
AL. 6. 2. 1	利用者はライブラリよりコンテンツを閲覧できること。	○
AL. 6. 2. 2	コンテンツのタイトルおよび説明をキーワードで検索できること。	○
AL. 6. 2. 3	コンテンツは教育責任者、教育担当者が作成したラベルで分類し一覧表示できること。	○
AL. 6. 2. 4	ラベル一覧はラベル名またはラベルの最終付与日で並び替えできること。	○
AL. 6. 2. 5	ラベル内のコンテンツを一覧で表示できること。	○
AL. 6. 2. 6	ラベル内のコンテンツ一覧はラベルの付与日またはコンテンツの公開日で並び替えできること。	○
AL. 6. 2. 7	MP4形式の動画コンテンツの場合はブラウザ内で再生できること。	○
AL. 6. 2. 8	ブラウザ内の動画コンテンツを閲覧中に一時停止や再生位置を移動できること。	○
AL. 6. 2. 9	ブラウザ内の動画コンテンツは再生速度を変更できること。	○
AL. 6. 2. 10	利用者は気になるコンテンツに「あとで見る」といった自分用のラベルを付与できること。	○

AL. 6. 2. 11	利用者は自分用のラベルを自由に作成できること。	○
AL. 6. 2. 12	利用者はコンテンツを自分用のラベルで分類・整理できること。	○
AL. 6. 2. 13	利用者が閲覧したコンテンツを自動的に履歴として記録できること。	○
AL. 6. 2. 14	不要な履歴を削除できること。	○
AL. 7	アプリケーション保守	—
AL. 7. 1	保守の範囲でアプリケーションのレベルアップができること。	○

項番	機能要件	配点
AM	インシデント管理システム	—
AM. 1	共通要件	—
AM. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AM. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AM. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AM. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AM. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AM. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AM. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AM. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AM. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AM. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AM. 2	ハードウェア	—
AM. 2. 1	サーバ	—
AM. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AM. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AM. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。貴社がサーバを構築する場合は以下の要件を満たせるようにすること。	○
AM. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AM. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AM. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AM. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AM. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AM. 3	基本要件	—
AM. 3. 1	ウェブアプリケーションであり、Microsoft Edge で動作できること。	○
AM. 3. 2	ウェブの標準技術を採用し代表的なインターネットブラウザ（Google Chrome、Firefox、Safariなど）で動作できること。	○
AM. 3. 3	入力や閲覧等の操作はブラウザやOSの標準機能のみでき、同じ端末を利用する他システムへの影響を最小限にできること。	○
AM. 3. 4	利用者は利用者ID、パスワードにより認証できること。	○
AM. 3. 5	利用者の利用者IDとログインIDを別に管理できること。	○
AM. 3. 6	認証後の放置に対応するため、一定時間サーバにアクセスがない場合はタイムアウトするように設定できること。	○
AM. 3. 7	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AM. 3. 8	診療情報を扱う電子カルテシステム他の診療情報システムとは別個のデータベース、システムとして独立管理できること。	○
AM. 3. 9	OSはRedHat Enterprise Linux（またはその互換OS）で動作できること。	○
AM. 3. 10	24時間365日運用できること。	○
AM. 3. 11	1000名の利用者が利用できること。	○
AM. 3. 12	利用停止の場合はライセンス数から除外できること。	○
AM. 3. 13	出力ファイルはMS ExcelやAdobe Readerのいずれかで操作できること。	○
AM. 3. 14	インターフェースはアイコンを多く利用し、初めて操作する報告者でも直感的に操作できること。	○
AM. 3. 15	電子カルテから利用者ID、パスワードなし（シングルサインオン連携）で認証できること。	○

AM. 3. 16	電子カルテのログイン時にポップアップで未読件数を通知できること。	○
AM. 3. 17	電子カルテのログイン時に報告書の下書きがある場合はポップアップで通知できること。	○
AM. 3. 18	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AM. 4	マスタ管理	—
AM. 4. 1	職員情報の登録は指定フォーマットのCSVファイルから一括で登録できること。	○
AM. 4. 2	職員の部署異動は本システムより出力したCSVファイルを修正し、登録することで一括変更できること。	○
AM. 4. 3	組織マスタが管理でき、3段階の階層構造であり、表示順を設定できること。	○
AM. 4. 4	職種マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AM. 4. 5	役職マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AM. 4. 6	各種機能の利用権限、管理権限をグループ化し管理できること。	○
AM. 4. 7	任意の利用者にマスタ管理権限を設定できること。	○
AM. 4. 8	所属を兼務できること。	○
AM. 4. 9	職員情報は電子カルテと日次の自動処理の連携で登録できること。	○
AM. 4. 10	職員情報の氏名、所属、職種、役職は電子カルテと連携した際に各々を上書きしないよう設定できること。	○
AM. 5	各種機能	—
AM. 5. 1	役割・担当者設定機能	—
AM. 5. 1. 1	システムの管理者は一般ユーザ以外にゼネラルリスクマネージャー、リスクマネージャー、医療安全委員会メンバーなど6種類の医療安全管理体制の役割を設定できること。	○
AM. 5. 1. 2	ゼネラルリスクマネージャー以外は全体もしくは組織階層別に任意の職員を設定できること。	○
AM. 5. 1. 3	各役割の担当者は複数の職員を登録できること。	○
AM. 5. 1. 4	職員は役割の担当者を兼務できること。	○
AM. 5. 1. 5	役割毎に利用する機能を設定できること。	○
AM. 5. 1. 6	マウス操作だけで各役割の担当者を登録、変更できること。	○
AM. 5. 1. 7	リスクマネージャーなど各部署に配置されている担当者はCSVファイルで一括登録できること。	○
AM. 5. 2	報告書様式設定機能	—
AM. 5. 2. 1	システム管理権限を持つ利用者は報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 2	報告書様式ごとに名称を設定できること。	○
AM. 5. 2. 3	報告書様式は複数設定でき、数に制限なく設定できること。	○
AM. 5. 2. 4	職種ごとに利用できる報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 5	職種ごとに最初に表示する報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 6	医療事故情報収集・分析・提供事業に対応したアクシデント用の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 7	ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に対応したインシデント用の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 8	合併症用の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 9	転倒・転落用の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 10	死亡事例用の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 11	Safety-Ⅱの考えに基づく成功体験を入力できる報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 12	病院独自の報告書様式を設定できること。	○
AM. 5. 2. 13	報告書様式内の入力項目として医療事故情報収集・分析・提供事業が収集する項目および「患者影響レベル」、「患者ID」、「転倒転落後の患者への影響」、「転倒転落後の患者への対応」の中から選択し設定できること。	○
AM. 5. 2. 14	医療事故情報収集・分析・提供事業が収集する項目「事例の概要」で指定した選択肢により「事例の分類」、「発生場面」、「種類」の各選択肢に応じて、該当する入力項目を表示できること。	○
AM. 5. 2. 15	報告書内の段落に独自の入力項目としてセレクトボックス、ラジオボタン、チェックボックス、カレンダー、テキストボックス、テキストエリアより選択し設定できること。	○
AM. 5. 2. 16	数字以外の選択形式の項目は報告者が選択しやすいようにドロップダウンリストではなく、すべて画面上に表示できること。	○
AM. 5. 2. 17	報告書様式ごとに任意の入力項目を必須に指定できること。	○
AM. 5. 2. 18	選択入力を選択肢は自由に追加、削除（非表示）できること。	○
AM. 5. 2. 19	報告書様式に必要な患者影響レベルを選択肢として表示できること。	○
AM. 5. 2. 20	報告書に発見時刻の入力項目を設定した場合は発見から報告までの時間を報告書に表示できること。	○
AM. 5. 3	報告機能	—
AM. 5. 3. 1	報告書は画面を切り替えることなく全項目を入力できること。	○
AM. 5. 3. 2	報告書入力時にタイムアウトしないよう設定できること。	○
AM. 5. 3. 3	報告書に画像などのファイルを複数添付できること。	○
AM. 5. 3. 4	報告は設定に基づき関係者に同報できること。	○
AM. 5. 3. 5	途中まで入力した報告書を下書き保存できること。	○
AM. 5. 3. 6	下書き保存した報告書がある場合はシステム起動後の初期画面にメッセージが表示され注意喚起ができること。	○
AM. 5. 3. 7	入力途中で報告書様式を変更した場合に既に入力した同じ項目の内容は保持できること。	○
AM. 5. 3. 8	経験年数は各ユーザが予め登録した年月日より自動計算して入力できること。	○
AM. 5. 3. 9	報告部署を変更して報告できること。	○
AM. 5. 3. 10	報告書内に設定した必須入力項目が未入力の場合、どこが未入力か項目の背景を赤く表示し、報告者が一目で識別できること。	○
AM. 5. 3. 11	複数の必須入力項目に入力がない場合、同時に全ての未入力の必須入力項目の背景を赤く表示し、報告者が一目で識別できること。	○
AM. 5. 3. 12	報告先は設定している報告部署から自動的に決定できること。	○
AM. 5. 3. 13	匿名で報告できること。	○
AM. 5. 3. 14	報告書の内容以外に報告先に伝えたいメッセージを記載できること。	○
AM. 5. 3. 15	メッセージは装飾した文字を利用できること。	○

AM. 5. 3. 16	報告者は随時、自分の報告書を修正できること。	○
AM. 5. 3. 17	報告者は自分の報告した内容を随時確認できること。	○
AM. 5. 3. 18	報告者は自分の報告の処理の進捗状況（リスクマネージャー、ゼネラルリスクマネージャーなどの受付など）を確認できること。	○
AM. 5. 3. 19	未読の報告書がある場合はシステム起動後の初期画面にメッセージが表示され注意喚起ができること。	○
AM. 5. 3. 20	報告書に画像の添付がある場合は報告書画面でサムネイル画像を表示できること。	○
AM. 5. 3. 21	役割ごとの設定により匿名報告の報告者を識別できること。	○
AM. 5. 3. 22	ゼネラルリスクマネージャーはシステム内の全ての下書き保存中の報告書を確認できること。	○
AM. 5. 3. 23	リスクマネージャーは権限設定により報告書を修正できること。	○
AM. 5. 3. 24	報告者などが修正した報告は都度、報告先に修正内容を通知できること。	○
AM. 5. 3. 25	修正の通知は修正前と修正後を明示できること。	○
AM. 5. 3. 26	報告書の通知を受けた各役割の担当者は、報告者に対してコメントを付け、フィードバックや疑義照会を行うことができること。	○
AM. 5. 3. 27	設定により、ゼネラルリスクマネージャーやリスクマネージャーが報告書を関係者に転送し、内容の連絡や照会を行うことができること。	○
AM. 5. 3. 28	一覧画面は報告への返信や他者への転送をアイコンにより把握できること。	○
AM. 5. 3. 29	一覧画面は報告書を事案番号、件名、報告部署、送信者、送信日、影響レベル、各役割の進捗状況でソートできること。	○
AM. 5. 3. 30	報告書を検索できること。	○
AM. 5. 3. 31	報告書の確認処理の完了を関係者が識別できること。	○
AM. 5. 3. 32	報告の内容確認時にラベル付けできること。	○
AM. 5. 3. 33	同報された各役割の担当者の開封状況を確認できること。	○
AM. 5. 3. 34	任意の役割の進捗を表示しないように設定できること。	○
AM. 5. 3. 35	各役割の担当者は自分の進捗状態を取り消しできること。	○
AM. 5. 3. 36	報告を受ける担当者は任意の期間、代行者を設定できること。	○
AM. 5. 3. 37	報告書に入力した患者IDを基に、電子カルテシステム等から患者の年齢、性別、患者区分、主病名を自動入力できること。	○
AM. 5. 3. 38	電子カルテの患者カルテ画面のボタンより患者の年齢、患者の性別、患者区分、疾患名（主病名）を自動入力済みの報告書画面が開き、報告書を入力できること。	○
AM. 5. 4	報告書の評価	—
AM. 5. 4. 1	各役割毎に評価入力画面の表示の有無を設定できること。	○
AM. 5. 4. 2	報告書に担当者単位でコメントを記載できること。	○
AM. 5. 4. 3	報告書を分類わけできること。	○
AM. 5. 4. 4	リスクの評価、リスクの予測、システム改善の必要性、教育研修への活用、背景・要因、改善策、効果を記録できること。	○
AM. 5. 4. 5	評価予定期日の登録により、予定期日が近づいていることを通知できること。	○
AM. 5. 4. 6	評価の途中で一時保存できること。	○
AM. 5. 4. 7	評価が完了したら関係者に通知できること。	○
AM. 5. 4. 8	報告書一覧画面で評価が完了していることを確認できること。	○
AM. 5. 5	報告書管理機能	—
AM. 5. 5. 1	報告書を報告日基準とするか発生日基準とするか選択できること。	○
AM. 5. 5. 2	報告書を事案番号、表題、報告部署、報告日（発生日）、影響レベルでソートできること。	○
AM. 5. 5. 3	月別、任意の期間の報告書を一覧できること。	○
AM. 5. 5. 4	報告書を報告部署や報告者、患者ID、患者氏名、評価予定日、キーワード検索し、一覧できること。	○
AM. 5. 5. 5	一覧した報告書の任意の項目でCSV形式で一覧を出力できること。	○
AM. 5. 5. 6	一覧した報告書の任意の項目でPDF形式で報告書を出力できること。	○
AM. 5. 5. 7	出力する項目の組合わせを複数保存できること。	○
AM. 5. 5. 8	ユーザごとに報告書にラベル付けできること。	○
AM. 5. 5. 9	ラベル付けは手動の他、自動でできること。	○
AM. 5. 5. 10	自動のラベル付けは例えば「患者間違い」の選択肢を選択している報告書すべてに自動でラベル付けできること。	○
AM. 5. 5. 11	ラベルは事例内容のキーワード検索を設定できること。	○
AM. 5. 5. 12	1つの報告書に複数のラベルをラベル付けできること。	○
AM. 5. 5. 13	自動ラベル付けの設定は数に制限なく設定できること。	○
AM. 5. 5. 14	任意のラベルの報告書は任意の期間で一覧できること。	○
AM. 5. 5. 15	ラベルは6種類の役割より指定した役割で共有できること。	○
AM. 5. 5. 16	ゼネラルリスクマネージャーはラベルを共有した役割に対して役割が閲覧権限を持たない報告書に閲覧権限を付与するかどうか設定できること。	○
AM. 5. 5. 17	一覧した報告書の任意の項目はCSV形式の一覧表を出力できること。	○
AM. 5. 5. 18	一覧した報告書の任意の項目はPDF形式で一括出力できること。	○
AM. 5. 5. 19	複数の報告者からの同じ事例の報告を関連付けることで報告書数が事例数かで集計できること。	○
AM. 5. 5. 20	任意の報告書と同じ発生日、発生時間帯、発生場所、概要で他の報告書を抽出し、関連付けの候補にできること。	○
AM. 5. 5. 21	関連付けた報告書は視覚的に把握できること。	○
AM. 5. 5. 22	事案番号でソートした場合に関連付けた報告書は主報告に続いて表示できること。	○
AM. 5. 5. 23	役割ごとに報告書の閲覧が更新の権限とその権限を付与する組織上の範囲を設定できること。	○
AM. 5. 5. 24	報告書の詳細画面から同じ報告者が報告した別の報告書を閲覧できること。	○
AM. 5. 6	集計機能	—
AM. 5. 6. 1	報告日か発生日のどちらでも集計できること。	○
AM. 5. 6. 2	月単位で12ヶ月まで集計期間を設定できること。	○
AM. 5. 6. 3	報告書枚数もしくは事例数で集計できること。	○

AM. 5. 6. 4	指定の報告書様式で提出されたものを母数として集計できること。	○
AM. 5. 6. 5	指定のラベルを付与した報告を母数として集計できること。	○
AM. 5. 6. 6	クロス集計の縦軸、横軸は任意の項目を選択できること。	○
AM. 5. 6. 7	システム管理者の設定によりクロス集計の集計項目の表示順を設定できること。	○
AM. 5. 6. 8	システム管理者の設定により各軸には必要な項目だけを表示できること。	○
AM. 5. 6. 9	縦軸、横軸の組み合わせを予め登録できること。	○
AM. 5. 6. 10	クロス集計表はExcelなどの表計算ソフトがなくても表示できること。	○
AM. 5. 6. 11	クロス集計表をExcelファイルとしてダウンロードできること。	○
AM. 5. 6. 12	集計の縦横にある任意の項目を非表示にできること。	○
AM. 5. 6. 13	クロス集計の数字をクリックすると、その数字の元となる報告書を閲覧できること。	○
AM. 5. 6. 14	集計軸の項目が詳細項目を持つ場合は集計結果から各詳細項目にドリルダウンできること。	○
AM. 5. 6. 15	集計軸に「事例の概要」を選択した場合は各概要の「事例の分類」、「発生場面」、「種類」にドリルダウンできること。	○
AM. 5. 6. 16	縦軸、横軸の指定項目を母数として新たな縦軸、横軸を用いて集計できること。	○
AM. 5. 6. 17	報告書に発見時刻の入力項目を設定した場合は発見から報告までの時間を時間帯で集計できること。	○
AM. 5. 6. 18	表よりグラフを作成できること。	○
AM. 5. 6. 19	グラフをダウンロードして資料に添付できること。	○
AM. 5. 6. 20	集計より類似報告書を抽出し、類似項目も合わせて分析できること。	○
AM. 5. 6. 21	集計は役割ごとに権限を設定でき、組織の集計範囲を設定できること。	○
AM. 5. 6. 22	医療事故情報収集等事業の2025年4月からのヒヤリ・ハット事例の事例情報提出用XMLフォーマットを出力できること。	○
AM. 5. 6. 23	医療事故情報収集等事業の2025年4月からのヒヤリ・ハット事例の発生件数情報を集計できること。	○
AM. 5. 7	分析機能	—
AM. 5. 7. 1	SHEL、4M4E、RCAの分析を支援できること。	○
AM. 5. 7. 2	設定した任意の利用者のみ分析に参加できること。	○
AM. 5. 7. 3	様式に時系列の事例詳細内容欄がある場合は、その内容を時系列事象系統図（出来事流れ図）にコピーできること。	○
AM. 5. 7. 4	分析途中で出来事の付箋を追加、削除できること。	○
AM. 5. 7. 5	画面上でRCAのなぜなぜ分析の付箋を作成できること。	○
AM. 5. 7. 6	作成したなぜなぜ分析のフローをExcelファイルやPDFファイルとして保存できること。	○
AM. 5. 7. 7	根本原因の対策内容、評価期日、優先順位、費用、進捗状況を登録できること。	○
AM. 5. 7. 8	なぜなぜ分析の雛形を登録でき、任意の利用者で分析手法を習得する例題として分析できること。	○
AM. 5. 7. 9	質問や原因の雛形を登録でき、記載内容の例として利用できること。	○
AM. 5. 7. 10	対策を担当する担当者を登録できること。	○
AM. 5. 7. 11	分析結果は役割ごとに閲覧を設定できること。	○
AM. 5. 7. 12	分析状況の一覧を表示できること。	○
AM. 5. 7. 13	報告書一覧画面で分析が完了していることを確認できること。	○
AM. 5. 8	書庫機能	—
AM. 5. 8. 1	院内の医療安全ニュースや研修資料などを掲載できること。	○
AM. 5. 8. 2	フォルダで掲載物を分類し管理できること。	○
AM. 5. 8. 3	フォルダは10階層以上を設定できること。	○
AM. 5. 8. 4	フォルダ内の一覧には直下にあるファイルとフォルダを表示できること。	○
AM. 5. 8. 5	フォルダ内の一覧にあるフォルダをクリックして、そのフォルダ内の一覧に移動できること。	○
AM. 5. 8. 6	フォルダ単位、ファイル単位に更新権限、閲覧権限を設定できること。	○
AM. 5. 9	周知機能	—
AM. 5. 9. 1	医療安全管理室はシステムに通知・通達などを掲載できること。	○
AM. 5. 9. 2	周知対象者を全員、部署、職種、役割より選択できること。	○
AM. 5. 9. 3	掲載内容は文章以外にデータファイルを登録できること。	○
AM. 5. 9. 4	掲載文章は装飾した文字を利用できること。	○
AM. 5. 9. 5	添付したデータファイルが画像の場合は掲載文章と同じ画面に表示できること。	○
AM. 5. 9. 6	確認機能により確認ボタンを押した閲覧者を識別できること。	○
AM. 5. 9. 7	周知対象者の閲覧状況をCSVファイルで出力できること。	○
AM. 6	アプリケーション保守	—
AM. 6. 1	保守の範囲でアプリケーションをレベルアップできること。	○
AM. 6. 2	シェーマおよび参照画像は事前に登録されているものから使用する事ができること。	○
AM. 6. 3	作成中の汎用レポート上に、別レイヤーとしての加筆修正ができること。	○
AM. 6. 4	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。	○
AM. 6. 5	汎用レポートは、データベースに登録されると同時に、印刷イメージが汎用画像として登録されること。	○
AM. 6. 6	登録済みのレポートに対して、編集・加筆が可能であり、修正履歴の参照が行えること。	○

項番	機能要件	配点
AN	NICU重症系システム	—
AN. 1	共通要件	—
AN. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AN. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AN. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AN. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AN. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AN. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AN. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AN. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AN. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AN. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AN. 1. 11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AN. 2	ハードウェア	—
AN. 2. 1	サーバ	—
AN. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AN. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AN. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AN. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AN. 2. 1. 5	貴社システムにおいて、稼働開始から7年間にわたりセキュリティパッチの適用およびメーカーまたはベンダーによる技術サポートを継続して受けられるOS選定・ライセンス計画を提示すること。標準サポート終了後に拡張サポートが必要となる場合は、そのライセンス代金・費用も7年間分に含めること。	○
AN. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AN. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AN. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AN. 3	基本機能	—
AN. 3. 1	患者情報画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 1. 1	患者情報を入力、表示が可能であること。	○
AN. 3. 1. 2	データ入力は、直接入力またはマスタからの選択入力が可能であること。	○
AN. 3. 1. 3	帳票として印刷が可能であること。	○
AN. 3. 2	経過表作成機能に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 2. 1	入室から退室までの経過表作成が可能であること。	○
AN. 3. 2. 2	1日経過表は24時間、12時間、8時間、4時間、2時間、1時間、30分、6分表示に切り換えが可能であること。	○
AN. 3. 2. 3	経過表画面は患者属性情報を表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 4	属性情報として、出生日時、日齢、出生時体重、修正週数、本日の体重、前回の体重、体重の増減、腹囲、胸囲、頭囲、身長、主治医、担当医、担当看護師、感染症、トリアージの表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 5	経過表画面をメインコンポーネント・サブコンポーネントの2つに分けて別々のコンポーネントの表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 6	メインコンポーネントには、バイタルグラフ、バイタルグラフ2、無呼吸発作、イベント、イベントマーク、バイタルサイン・保育器内環境・酸素管理、血液ガス・BS値・呼吸器設定、人工呼吸器（観察）、観察項目（輸血）、Aライン、輸液IN、輸血IN、注射、処方、栄養、口腔内1滴・直接/経口哺乳、観察項目（胃内/十二指腸チューブ）/OUT（排便）、OUT、尿量評価、処置、看護指示（処置）、観察項目、面会・カンガルーケア、ファミリーケア参加、機器出力、痛み評価、記事、サインの各コンポーネントから構成すること。またユーザが自由に組み合わせで画面表示可能であること。	○
AN. 3. 2. 7	サブコンポーネントにはメモ、チューブ管理、コメント指示、看護師コメント指示、水分バランス、8Hバランス、イベントマーク一覧、検査結果一覧の各コンポーネントから構成され、ユーザが自由に組み合わせで画面表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 8	水分バランスは締め時間に合わせて表示可能であること。	○
AN. 3. 2. 9	締め時間の設定は権限を有したユーザのみ可能であること。	○

AN. 3. 2. 10	経過表に必要な全情報表示やウィンドウの最大化、最小化による表示選択や、常に表示しておきたいコンポーネントの直下にスプリッタの挿入が可能であること。	○
AN. 3. 2. 11	画面構成は、必要に応じてコンポーネントの配置順位、表示、非表示などをユーザ側で任意に設定、パターン登録が可能であること。	○
AN. 3. 2. 12	データの入力画面で記録したい場所を選択するとその項目専用の入力ウィンドウが表示され、メニューからの選択など、データ入力が簡潔であること。	○
AN. 3. 2. 13	トレンド表示部はベッドサイドモニタからバイタルサインデータをオンラインで取り込み、自動的にトレンドグラフ形式で表示できること。表示させるトレンドはパラメータ種別やその記録マークやスケールも入床中であっても自由に変更が可能であること。	○
AN. 3. 2. 14	トレンド表示部は常に最新のバイタルサインデータを表示でき、測定データ、確認・入力データの表示区別ができること。また、トレンドグラフに表示するバイタルサインデータ自体を変更した場合、変更履歴を管理する機能を有すること。ただしモニタからの取込まれた素データ自体は真正性を担保するために修正は一切行えないこと。	○
AN. 3. 2. 15	バイタルグラフコンポーネントに表示するパラメータに応じて、4つの異なるスケール設定が可能であること。	○
AN. 3. 2. 16	バイタルグラフコンポーネント上にカーソルを合わせることで、スケール部の該当の高さに水色の縦線・横線およびその時刻ならびにスケール値を表示できること。また任意の時刻欄をクリックすると、他の画面に切り替えない限り、その任意の時刻に合わせた縦線を表示させ続ける事が可能であること。	○
AN. 3. 2. 17	バイタルグラフの任意の部分を左クリックすることで、スケール部の該当の高さに横線およびそのスケール値を表示可能であること。	○
AN. 3. 2. 18	表示させるバイタルサインのパラメータは、選択できる項目からドラッグ&ドロップで設定できること。またパラメータはユーザ側で任意に設定、パターン登録が可能であること。	○
AN. 3. 2. 19	経過表上のバイタルグラフコンポーネントをダブルクリックすると、数値編集ウィンドウが開き、3秒、1分、5分、15分、30分、60分の表示間隔に変更可能であること。またドラッグ操作で数値の選択が可能であること。	○
AN. 3. 2. 20	日本光電製モニタとの接続であれば数値編集ウィンドウ画面をクリックすることで波形表示も可能であり、最大5波形および、2分間分の圧縮波形を同時に表示ならびに、波形の感度を4倍・2倍・1倍・1/2倍・1/4倍に自由に変更が可能であること。	○
AN. 3. 2. 21	アーチファクト等で不適切なデータがトレンドの表示データとされた場合、表示するデータを非表示にすることが可能であること。またその数値はドラッグ操作で纏めて選択が可能であること。	○
AN. 3. 2. 22	日本光電製生体情報モニタで計測されたaEEGをオリジナルデータで取込、表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 23	aEEGは最大2chまで表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 24	日本光電製生体情報モニタで計測された脳波波形をオリジナルデータで取込、表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 25	脳波波形は最大2chまで表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 26	無呼吸発作コンポーネントではアプニア発生時、回復状況を入力することにより、回復状況毎に色分け表示が可能であること。また回復状況毎（色毎）の回数を自動でカウントし表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 27	無呼吸発作コンポーネントでは、アプニア発生時のHR、SpO2等、必要項目の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 28	無呼吸発作コンポーネントから、OCRG画面の表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 29	イベントマークコンポーネントでは自科検査、検査結果、チューブ管理、ルート管理、イベント、脳波コメント、緊急処置、シェーマの入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 30	イベントコンポーネントでは、イベント、移動・検査・手術の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 31	チューブ管理で入力されたチューブの最新の状態を、サブコンポーネントのチューブ管理コンポーネントに表示可能であること。	○
AN. 3. 2. 32	バイタルサイン・環境・覚醒レベルコンポーネントでは、各種生体情報モニタから取り込まれたバイタルサインデータや、外部機器から取得した数値情報を自動表示が可能であること。項目は任意に選択が可能であること。	○
AN. 3. 2. 33	バイタルサインに表示されている各種データの内、任意の2つを組み合わせ、同一行に／で区切って表示し、比較が可能であること。	○
AN. 3. 2. 34	検査結果コンポーネントでは、血液ガス分析装置などから取得した数値データの表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 35	機器指示等コンポーネントでは、指示発行された人工呼吸器の設定値が自動で表示されること。	○
AN. 3. 2. 36	機器設定等（観察）コンポーネントでは、呼吸器指示で指示発行された設定項目を自動的に展開し、実測値を入力が可能であること。また入力されるデータは前回値入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 37	観察項目（輸血）コンポーネントでは、輸血に関する観察項目を入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 38	Aラインコンポーネントでは、Aラインの指示および実施された情報が展開すること。また時間あたりの投与量はシリンジの残量およびロス量を入力することにより自動計算が可能であること。経過表上では現在のシリンジ残量/投与量のかたちで表示すること。	○
AN. 3. 2. 39	輸液INコンポーネントでは、輸液の指示および実施された情報が展開されること。また時間あたりの投与量はシリンジの積算量を入力することにより自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 2. 40	輸血INコンポーネントでは、輸血指示実施された情報の展開すること。	○
AN. 3. 2. 41	注射コンポーネントでは、注射指示実施された情報の展開すること。	○
AN. 3. 2. 42	処方コンポーネントでは、処方指示実施された情報の展開すること。	○
AN. 3. 2. 43	栄養コンポーネントでは、栄養指示および実施された情報が展開すること。また実際に投与した栄養量の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 44	口腔内1滴・直接/経口哺乳コンポーネントでは、直接授乳やNNS、口腔内1滴を行った回数が入力が可能であること。	○

AN. 3. 2. 45	観察項目（胃内/十二指腸チューブ）/OUT（排便）コンポーネントでは、胃内、十二指腸チューブの観察結果の入力および、排便の回数等の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 46	OUTコンポーネントでは、廃棄した胃内残渣量・十二指腸残渣量、および尿量、採血量の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 47	尿量評価コンポーネントでは、対象の4時間、または8時間に対して、時間あたりの尿量（体重1kgあたりの変化量）を集計して表示が可能であること。	○
AN. 3. 2. 48	処置コンポーネントでは、処置指示および実施された情報の展開が可能であること。	○
AN. 3. 2. 49	看護指示（処置）コンポーネントでは、看護指示（処置）指示および実施された情報が展開すること。	○
AN. 3. 2. 50	観察項目コンポーネントでは、必要な観察項目が入力可能なこと。また入力されるデータは前回値が入力可能であること。	○
AN. 3. 2. 51	面会・カンガルーケアコンポーネントでは、父母などの面会情報およびカンガルーケア実施情報を入力可能であること。	○
AN. 3. 2. 52	ファミリーケア参加コンポーネントでは、両親およびその他の保育者が行ったケア情報の入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 53	記事コンポーネントでは、特記事項等の記事を手入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 54	記事コンポーネントでは、必要に応じて文字色の変更が可能であること。	○
AN. 3. 2. 55	サインコンポーネントでは、マスタから看護師の名前を入力が可能であること。	○
AN. 3. 2. 56	経過表画面から指示発行と指示変更が可能であること。	○
AN. 3. 2. 57	任意の期間のTotalDoseを表示可能であること。	○
AN. 3. 2. 58	帳票として印刷できること。印刷前にプレビューで確認が可能であること。	○
AN. 3. 2. 59	「新生児特定集中治療室管理料」、「新生児治療回復室入院医療管理料」条件に関わる、特定疾患、慢性肺疾患が入力できること。	○
AN. 3. 2. 60	「新生児特定集中治療室管理料」、「新生児治療回復室入院医療管理料」に加算可能な残日数を表示できること。	○
AN. 3. 2. 61	印刷パターンを複数登録することが可能であること。	○
AN. 3. 2. 62	印刷パターン登録時に項目の指定および並び順の変更が可能であること。	○
AN. 3. 3	週間経過表画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 3. 1	入室から退室までの経過表で記録された内容を1週間単位でデータとして表示が可能であること。	○
AN. 3. 3. 2	3日間・7日間に切り換えが可能であること。	○
AN. 3. 3. 3	経過表画面は患者属性情報を表示が可能であること。	○
AN. 3. 3. 4	メインコンポーネントには、バイタルグラフ、無呼吸発作、イベントマーク、バイタルサイン・保育器内環境・酸素管理、血液ガス・BS値・呼吸器設定、人工呼吸器（観察）、観察項目（輸血）、Aライン、輸液IN、輸血IN、注射、処方、哺乳IN・マクトンオイル、口腔内1滴・直接/経口哺乳、観察項目（胃内/十二指腸チューブ）/OUT（排便）、OUT、尿量評価、処置、看護指示（処置）、観察項目、面会・カンガルーケア、ファミリーケア参加、記事、サインの各コンポーネントから構成すること。またユーザが自由に組み合わせて画面表示可能であること。	○
AN. 3. 3. 5	サブコンポーネントにはメモ、チューブ管理、コメント指示、看護師コメント指示の各コンポーネントから構成され、ユーザが自由に組み合わせて画面表示が可能であること。	○
AN. 3. 3. 6	週間経過表に必要な全情報表示やウィンドウの最大化、最小化による表示選択や、常に表示しておきたいコンポーネントの直下にスプリッタの挿入が可能であること。	○
AN. 3. 3. 7	画面構成は、必要に応じてコンポーネントの配置順位、表示、非表示などをユーザ側で任意に設定、パターン登録が可能であること。	○
AN. 3. 3. 8	データの入力は画面上で記録したい場所を選択するとその項目専用の入力ウィンドウが表示され、メニューからの選択など、データ入力が簡潔に行えること。	○
AN. 3. 3. 9	印刷パターンを複数登録することが可能であること。	○
AN. 3. 3. 10	印刷パターン登録時に項目の指定および並び順の変更が可能であること。	○
AN. 3. 4	指示機能の性能、機能に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 4. 1	医師の指示情報として栄養・Aライン・輸液・注射・輸血・処方・人工呼吸器・血液浄化・ECMO・処置・コメント指示・看護師コメント指示を入力できる指示機能の装備が可能であること。	○
AN. 3. 4. 2	指示一覧画面上に日齢・修正週数・在胎期間・出生時体重・前回体重・最新体重・SD値の表示されること。	○
AN. 3. 4. 3	指示一覧画面上に、本日から過去2日間の体重・目標TI・実総水分量・実総輸液量等を表示されること。	○
AN. 3. 4. 4	指示一覧画面と併せて、カロリー電解質情報を常時表示することが可能であること。	○
AN. 3. 4. 5	指示一覧画面上に、回数系指示のシフトスケジュールを表示が可能であること。	○
AN. 3. 4. 6	指示表画面は8時間、12時間、24時間の表示切替が可能であること。	○
AN. 3. 4. 7	指示が発行された場合、経過表および患者一覧画面上にメッセージやマークを表示し、指示が出ていることの確認が可能であること。	○
AN. 3. 4. 8	指示発行時、入力不足箇所の表示が可能であること。	○
AN. 3. 4. 9	指示発行時、組成内に同一薬剤ある場合はメッセージを表示して注意を促せることが可能であること。	○
AN. 3. 4. 10	指示発行時、薬剤の投与下限値以下あるいは投与上限値以上の値が入力された場合はメッセージを表示して注意を促せることが可能であること。	○
AN. 3. 4. 11	指示発行時、マスタツールで指定された薬剤については、指定されたコメントを表示する機能を有すること。	○
AN. 3. 4. 12	指示発行時、指示する薬剤が払い出し薬か配置薬かを明確に区別できることが可能であること。	○
AN. 3. 4. 13	指示発行時、投与薬剤量で必要に応じて ml/kg/day ug/kg/min mg/kg/h などの単位で指示を発行が可能であること。	○
AN. 3. 4. 14	指示発行時、Na, K, Ca, P, アミノ酸の量を自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 15	指示発行時、GIRを自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 16	指示発行時、投与薬剤量で投与量が自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 17	指示発行時、投与量から投与薬剤量を変更が可能であること。	○

AN. 3. 4. 18	セット入力により一度に複数の指示を入力が可能であること。	○
AN. 3. 4. 19	看護師権限でセット入力により一度に複数の看護師コメント指示の指示発行が可能であること。	○
AN. 3. 4. 20	栄養指示入力時、指示するミルク名もしくは交互として条件を設定して指示発行が可能であること。	○
AN. 3. 4. 21	栄養指示入力時、ml/kg/day ml/kg/hなどの体重辺り時間当たりでの指示量が入力可能であること。	○
AN. 3. 4. 22	栄養指示入力時、炭水化物・総蛋白・総脂質の各カロリーの自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 23	栄養指示入力時、フィッシャー比の自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 24	栄養指示入力時、Cal/N比の自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 25	栄養指示入力時、指示変更前と変更後での24時間値として総水分量・総ミルク量・総カロリー量の増減を自動計算可能であること。	○
AN. 3. 4. 26	栄養指示入力時、指示変更前と変更後での24時間値として炭水化物・総蛋白・総脂質の増減を自動計算可能であること。	○
AN. 3. 4. 27	栄養指示入力時、複数種類のオイルを選択可能であること。	○
AN. 3. 4. 28	Aライン・輸液・注射・輸血指示作成時、指示量に応じてその時点での体重で投与量(mL)を自動計算可能であること。	○
AN. 3. 4. 29	輸液指示作成時、薬剤の量とシリンジ量から基液の量が自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 30	輸液指示作成時、ml/kg/day ml/kg/hなどの体重辺り時間当たりでの指示量が入力可能であること。	○
AN. 3. 4. 31	輸液指示入力時、指示変更前と変更後での24時間値として総水分量・総輸液量・総カロリー量・GIRの増減を自動計算可能であること。	○
AN. 3. 4. 32	輸液指示入力時、指示変更前と変更後での24時間値としてNa・K・Caの増減を自動計算可能であること。	○
AN. 3. 4. 33	輸液指示作成時、二段階希釈が可能であること。	○
AN. 3. 4. 34	輸液指示作成時、カロリーの自動計算が可能であること。	○
AN. 3. 4. 35	指示変更および指示中止、中断、継続、終了、変更が可能であること。	○
AN. 3. 4. 36	看護師処置および看護師コメント指示の中止を一括で実施可能であること。	○
AN. 3. 4. 37	指示の伝達状況（指示発行、指示受け、実施）が色表示を行い、確認が可能であること。	○
AN. 3. 4. 38	指示未受けの項目がある場合、患者一覧画面、および、経過表上にて確認が可能であること。	○
AN. 3. 4. 39	指示受けは指示の詳細内容を確認を行わないと指示受けできないこと。また指示内容の一括指示受けも同様であること。	○
AN. 3. 4. 40	指示受け操作を行わないと実施操作などが行えないこと。	○
AN. 3. 4. 41	指示出しされた情報が経過表の項目に自動表示され、指示実施後は実施内容が経過表へ反映すること。	○
AN. 3. 4. 42	実施入力を行うことにより、点滴、注射、処方などの実施内容が経過記録上に反映すること。	○
AN. 3. 4. 43	実施時に実施時間を変更することによって、指定時刻での実施入力が可能であること。	○
AN. 3. 4. 44	カレンダー機能を用いて、過去、未来の指示内容の確認が可能であること。	○
AN. 3. 4. 45	指示発行時に翌日分のオーダまで発行可能であること。	○
AN. 3. 4. 46	医師権限を持ったユーザのみでなく、代行権限を持った看護師ユーザも医師権限と同様にオーダ発行することが可能であること。	○
AN. 3. 4. 47	薬剤の使用本数を自動集計し表示できる機能を有すること。	○
AN. 3. 4. 48	印刷機能を有すること。	○
AN. 3. 5	光線療法基準画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 5. 1	出生日時を基準として、そこから7日間、14日間、もしくは28日間の基準画面を自動作成が可能であること。	○
AN. 3. 5. 2	プロットされるビリルビンデータは検査機器からの自動取り込みが可能であること。	○
AN. 3. 5. 3	ミノルタの測定値を手入力が可能であること。	○
AN. 3. 5. 4	プロットできる項目は最大3項目可能であること。	○
AN. 3. 5. 5	基準線を日ごとに自由に設定可能であること。	○
AN. 3. 5. 6	交換輸血基準線を表示可能であること。	○
AN. 3. 5. 7	実施された光線療法指示がグラフ下のPhoto欄に色で表示可能であること。	○
AN. 3. 5. 8	光線療法指示の色は、1方向：青、2方向：黄、3方向：赤、4方向：黒 で色分け表示が可能であること。	○
AN. 3. 5. 9	アンバウンドビリルビン表示が可能であること。	○
AN. 3. 6	成長曲線画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 6. 1	成長曲線画面グラフは出生時体重から適切な基準線を自動選択し展開が可能であること。	○
AN. 3. 6. 2	体重・身長・頭囲のグラフが作成可能であること。	○
AN. 3. 6. 3	グラフは経過表でデータが入力されたものを自動的に反映して表示可能であること。	○
AN. 3. 6. 4	グラフは140日と182日で切替表示可能であること。	○
AN. 3. 6. 5	体重曲線グラフの下には、前日との体重差分を棒グラフで表示可能であること。	○
AN. 3. 7	出生時体格画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 7. 1	出生時体重(g)、出生時身長(cm)、出生時頭囲(cm)の3つのグラフ表示が可能であること。	○
AN. 3. 7. 2	出生時基準曲線を表示したグラフ上に、経過表からの体重、身長、頭囲をプロット表示が可能であること。	○
AN. 3. 7. 3	出生時体重、身長、頭囲のSD値を自動計算して表示が可能であること。	○
AN. 3. 7. 4	出生時体重、身長、頭囲の%tileの表示が可能であること。	○
AN. 3. 7. 5	出生時体重の%tileと出生時身長の%tileより、SGAの判定結果の表示が可能であること。	○
AN. 3. 7. 6	グラフの基準線表示をパーセントタイルと標準偏差で切替表示可能であること。	○
AN. 3. 8	水分出納画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 8. 1	7日間分の8時間毎のグラフを表示可能であること。	○
AN. 3. 8. 2	0点を水平線として、上側にINバランスの棒グラフ、下側にOUT側の棒グラフを作成可能であること。	○
AN. 3. 8. 3	INバランス項目は ミルク・水分・血液のデータが表示すること。	○

AN. 3. 8. 4	OUTバランス項目は 血液・尿・ドレーン・胃残のデータを表示すること。	○
AN. 3. 8. 5	折れ線グラフはIN/OUTのバランスを表示すること。	○
AN. 3. 9	血ガスチェックシート画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 9. 1	血液ガスの検査結果タイミングにおける人工呼吸器の設定条件を同一画面で表示が可能であること。	○
AN. 3. 9. 2	最低12回の検査データと人工呼吸器の設定条件を同一画面で表示が可能であること。	○
AN. 3. 10	カロリー・電解質画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 10. 1	患者の過去24時間分の各種水分量・電解質が確認が可能であること。	○
AN. 3. 10. 2	表示される内容は以下の内容を表示すること。	—
AN. 3. 10. 2. 1	・総水分量	○
AN. 3. 10. 2. 2	・総輸液量	○
AN. 3. 10. 2. 3	・総ミルク量	○
AN. 3. 10. 2. 4	・総輸血量	○
AN. 3. 10. 2. 5	・総カロリー	○
AN. 3. 10. 2. 6	・総炭水化物カロリー	○
AN. 3. 10. 2. 7	・総蛋白カロリー	○
AN. 3. 10. 2. 8	・総脂質カロリー	○
AN. 3. 10. 2. 9	・輸液 GIR	○
AN. 3. 10. 2. 10	・輸液 蛋白	○
AN. 3. 10. 2. 11	・輸液 脂質	○
AN. 3. 10. 2. 12	・栄養 炭水化物	○
AN. 3. 10. 2. 13	・栄養 蛋白	○
AN. 3. 10. 2. 14	・栄養 脂質	○
AN. 3. 10. 2. 15	・Na	○
AN. 3. 10. 2. 16	・K	○
AN. 3. 10. 2. 17	・Ca	○
AN. 3. 10. 2. 18	・P	○
AN. 3. 10. 2. 19	・フィッシャー比	○
AN. 3. 10. 2. 20	・Cal/N比	○
AN. 3. 11	ミルク一覧画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 11. 1	NICU/GCUで発行された患者様毎のミルク一覧を画面に表示が可能であること。	○
AN. 3. 11. 2	表示する範囲を指定が可能であること。	○
AN. 3. 11. 3	表示内容は 投与時間・患者ID・患者氏名・交互の有無・ミルク名・1回投与量・上下限指示・投与速度・投与経路・コメント・備考・期間が表示が可能であること。	○
AN. 3. 11. 4	表示された情報をバーコード印刷することが可能であること。	○
AN. 3. 12	トレンドヒストグラム画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 12. 1	トレンドヒストグラム画面はHR、ART(S)、SpO2、rRESP、tcPO2、tcPCO2、EtCO2が表示可能であること。	○
AN. 3. 12. 2	表示時間の時間幅を一画面で3日、1週間に切り換え可能であること。	○
AN. 3. 12. 3	各グラフ上にの数値(%)の表示が可能であること。	○
AN. 3. 12. 4	3日表示の場合、1日を3分割した8時間表示、2分割した12時間表示が可能であること。	○
AN. 3. 13	周産母子DB画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 13. 1	NRNJ(周産期母子医療センターネットワーク共通データベース)に準拠した項目の入力、表示が可能であること。	○
AN. 3. 13. 2	患者情報、A 母体情報、B 妊娠合併症、C 分娩情報、D 新生児情報、E 新生児呼吸器疾患、F 新生児循環器疾患、G 新生児神経疾患、H 新生児感染症、I 新生児消化器疾患、J 聴覚スクリーニング、K 未熟網膜症、L 診断、M サマリー、N 退院情報、O 退院時の発達予後見込み(生存退院児のみ)、備考の各コンポーネントからの構成であること。 項目によっては自動取得可能であること。	○
AN. 3. 14	ルート管理画面に関して以下の仕様を満たすこと。	—
AN. 3. 14. 1	ルートやドレーン・チューブ類の入力ができること。	○
AN. 3. 14. 2	経過表のイベントコンポーネントで入力した管理チューブの挿入・抜去の情報を表示できること。	○
AN. 3. 14. 3	経過表のイベントコンポーネントで入力した管理ルートの挿入・抜去の情報を表示できること。	○
AN. 3. 14. 4	データを表示する期間の設定が可能であること。	○
AN. 3. 14. 5	入力したデータは更新されるまで翌日以降も継続して表示すること。	○
AN. 3. 14. 6	印刷機能を有すること。	○
AN. 3. 15	水分バランス一覧に関して以下の仕様を満たすこと。	—
AN. 3. 15. 1	入床中の全患者について、8時間ごとに24時間分のIN、OUT、バランスを表示すること。	○
AN. 3. 15. 2	表示開始時間を指定できること。	○
AN. 3. 15. 3	印刷・CSV出力機能を有すること。	○
AN. 3. 15. 4	また、出力時には対象患者の絞り込みが可能であること。	○
AN. 3. 16	NewBallard画面に関して以下の仕様を満たすこと。	—
AN. 3. 16. 1	a. 神経学的評価、b. 形態学的の各項目の入力ができること。また入力した内容に応じ、評価スコアを自動表示すること。	○
AN. 3. 16. 2	評価スコアと計算在胎週数の算定基準を比較し、計算在胎週数を表示できること また、評価内容は評価記録として登録することができること。	○
AN. 3. 16. 3	NewBallardスコアの評価記録は最大で5シートまで登録できること。	○
AN. 3. 16. 4	NewBallardスコアの評価記録は削除可能であること。	○
AN. 3. 17	患者スケジュール画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 17. 1	持続中の指示を一覧表示可能であること。	○
AN. 3. 17. 2	スケジュールを表示する患者および対象期間を選択可能であること。	○
AN. 3. 17. 3	指示のない手技も表示可能であること。	○
AN. 3. 17. 4	患者スケジュールを印刷可能であること。	○
AN. 3. 18	複数画面参照機能に関して以下の要件を満たすこと。	—

AN. 3. 18. 1	帳票起動時に、指定した複数の帳票を同時に起動し、参照できること。	○
AN. 3. 18. 2	参照する帳票は、選択可能であること。また、参照画面は入力できないことがわかる表示であること。	○
AN. 3. 18. 3	複数画面参照は、指示簿、経過表、週間経過表から起動可能であること。	○
AN. 3. 18. 4	複数画面参照は以下の画面を対象とすること ・指示簿、・経過表、・水分出納、・週間経過表、・血ガスチェックシート、・トレンドヒストグラム ・光線療法基準（在胎週数）、・光線療法基準（出生体重）	○
AN. 3. 19	一括印刷画面に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 19. 1	患者情報、経過表、週間経過表、医事向け経過表、指示簿の詳細指示の各内容を日付を指定して一括印刷ができること。	○
AN. 3. 19. 2	印刷ソート単位は、患者毎もしくは帳票毎に印刷することができること。	○
AN. 3. 19. 3	印刷する患者については、期間で絞り込みができること。	○
AN. 3. 19. 4	入床患者、退床患者いずれのデータも印刷が可能であること。	○
AN. 3. 20	電子カルテ等、院内情報システム（以下、電子カルテシステム）連携機能に関して以下の要件を満たすこと。	—
AN. 3. 20. 1	患者属性情報や患者移動情報、各種オーダ情報は、指定のインターフェースで電子カルテシステムと情報交換が可能であること。	○
AN. 3. 20. 2	利用者ID、患者IDおよび薬剤名等の各種マスター情報を電子カルテシステム側と連携ができること。	○
AN. 3. 20. 3	電子カルテシステムから入退室情報を受信し、予定リスト上に管理ができること。	○
AN. 3. 20. 4	電子カルテシステムから検体検査データを受信し経過表へ反映が可能であること。	○

項番	機能要件	配点
A0	自動再来受付システム	—
A0.1	共通要件	—
A0.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
A0.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
A0.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
A0.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
A0.2	基本機能	—
A0.2.1	自動再来受付機	—
A0.2.1.1	自動再来受付機を利用し、以下の受付処理が可能なこと。また、予約患者の受付も可能なこと。 ・IDカード受付による受付票の発行 ・来院歴チェック、受診科/休診チェック、保険確認チェック（受付拒否、確認促進メッセージ印字等）、予約チェック ・受付可能診療科ボタンは30科まで ・受付可能受診項目（診察/薬/検査・・・）ボタンは1科あたり9項目まで（受診項目毎の休診設定も可）	○
A0.2.1.2	「予約患者の扱い」が「予約のみ受付」の場合には、IDカードの挿入により自動的に受付処理と受付票の発行が行われること。	○
A0.2.1.3	科別にドクターの選択が可能なこと。（1人の場合には自動選択）また、受診内容が「診察」時のみ選択可能なモードと「全受診内容」において選択可能なモードが選択できること。	○
A0.2.1.4	受診項目ごとに休診設定ができること。	○
A0.2.1.5	予約患者専用機として、運用可能なモードが選択できること。	○
A0.2.1.6	再来受付機処理画面はSXGAサイズ（1280x1024）に対応していること。	○
A0.2.1.7	再来受付機より出力する受付票に「予約番号」もしくは「受付番号」を印刷する設定ができること。	○
A0.2.2	自動カルテ棚接続	—
A0.2.2.1	カルテ棚と接続し、再来受付時に受付情報および出庫指示情報を伝達することができること。	○

項番	機能要件	配点
AP	患者案内表示システム	—
AP. 1	共通要件	—
AP. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AP. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AP. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AP. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AP. 1. 5	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また本システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。また、本システムの構築上、自社調達のウィルス対策ソフトしか対応ができない場合に限り、本システムベンダーが調達したウィルス対策ソフトの場合でも可とする。	○
AP. 2	基本要件	—
AP. 2. 1	基本要件	—
AP. 2. 1. 1	診療順番が把握できるシステムを構築すること。	○
AP. 2. 1. 2	診療側のシステムとTCP/IP方式でLAN接続し、ソケット通信で送受信が行えること。電子カルテサーバ上で動作する場合は、この限りではない。	○
AP. 2. 2	外待ち案内表示モニター	—
AP. 2. 2. 1	外待ちで患者を誘導するための液晶モニターは流用する。現行のモニターに接続し、運用できるようにすること。別表2を参考にすること。	○
AP. 2. 3	外待ち案内表示モニター制御装置	—
AP. 2. 3. 1	端末スペックは指定しない。当センターに最適な端末を選定して、納品すること。また7年間サポートができること。	○
AP. 2. 3. 2	端末の必要要件は以下のとおり。 ネットワークは、1000/100BASE-TXおよび10BASE-Tのそれぞれに対応し、自動認識するEthernetインターフェースを1ポート以上有すること。 ディスプレイインターフェースは、アナログRGBミニD-Sub15pinを有すること。 USBポートを4つ以上有すること。 音声出力できる機能を有すること。	○
AP. 2. 4	診察室呼び込み案内モニター	—
AP. 2. 4. 1	診察室に誘導するための液晶モニターは流用する。現行のモニターに接続し、運用できるようにすること。別表2を参考にすること。	○
AP. 2. 5	診察室呼び込み案内モニター制御装置	—
AP. 2. 5. 1	端末スペックは指定しない。当センターに最適な端末を選定して、納品すること。また7年間サポートができること。	○
AP. 2. 5. 2	端末の必要要件は以下のとおり。 ネットワークは、1000/100BASE-TXおよび10BASE-Tのそれぞれに対応し、自動認識するEthernetインターフェースを1ポート以上有すること。 ディスプレイインターフェースは、アナログRGBミニD-Sub15pinを有すること。 USBポートを4つ以上有すること。 音声出力できる機能を有すること。	○
AP. 2. 6	表示板システムサーバ	—
AP. 2. 6. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AP. 2. 6. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AP. 2. 6. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AP. 2. 6. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AP. 2. 6. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AP. 2. 6. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AP. 2. 7	システムソフトウェア	—
AP. 2. 7. 1	外待ち案内表示ディスプレイ機能として、以下の要件を確認すること。	○
AP. 2. 7. 2	以下の表示を行い、患者の誘導ができること。	○
AP. 2. 7. 3	①診察室名（最大5診察室分）	○
AP. 2. 7. 4	②担当医師名	○
AP. 2. 7. 5	③呼び込み予告患者の受付番号	○
AP. 2. 7. 6	④テロップインフォメーション	○
AP. 2. 7. 7	⑤インフォメーションコンテンツ	○
AP. 2. 7. 8	表示する受付番号の数は当センターと協議の上、柔軟に対応できること。	○
AP. 2. 7. 9	診察室呼び込み案内表示ディスプレイ機能として、以下の要件を満たすこと。	○
AP. 2. 7. 10	①診察室名	○
AP. 2. 7. 11	②担当医師名	○
AP. 2. 7. 12	③呼び込み患者の受付番号	○

AP. 2. 7. 13	④テロップインフォメーション	○
AP. 2. 7. 14	設置場所により表示する診察室が異なる場合、画面レイアウトは柔軟に対応できること。	○
AP. 2. 7. 15	表示する受付番号の数は当センターと協議の上、柔軟に対応できること。	○
AP. 2. 7. 16	表示内容更新時には、呼込み患者の受付番号を表示する際、チャイム音または、「〇〇番の方〇〇診察室へお入りください」等の音声案内ができること。	○
AP. 2. 7. 17	番号が更新される際に鳴る呼出し音はON/OFFが選択できること。	○
AP. 2. 7. 18	診察中の番号が更新された時にポップアップ表示として数秒間表示されること。	○
AP. 2. 7. 19	ポップアップ表示はON/OFFが選択できること。	○
AP. 2. 7. 20	診察室表示板の番号表示は、当センターと協議の上で患者にわかりやすい数字・文字を組み合わせた提案・検討を行うこと。	○
AP. 2. 8	インフォメーション機能	—
AP. 2. 8. 1	診察案内表示以外に以下のインフォメーション機能を確認すること。	○
AP. 2. 8. 2	テロップインフォメーション機能として、以下の要件を確認すること。	○
AP. 2. 8. 3	テロップインフォメーションは、事前登録したテロップメッセージをディスプレイ毎に表示/非表示を任意に選択できる機能を有すること。	○
AP. 2. 8. 4	テロップインフォメーションは、サーバ以外の指定した端末でも入力を行える機能を有すること。	○
AP. 2. 8. 5	スケジュール管理されたテロップ以外に「現在約〇〇分待ちです」等の事前登録したインフォメーションを各科にて簡単な操作で流せること。	○
AP. 2. 8. 6	テロップの有効期限を設定できること。（指定日以降はテロップを流さないことができること。）	○
AP. 2. 8. 7	インフォメーション画面表示機能として、以下の要件を記載するので、確認すること。	○
AP. 2. 8. 8	PowerPointにて作成したファイルをインフォメーションとして使用できること。	○
AP. 2. 8. 9	病院側にて自由に入力できるインフォメーション画面を設定できること。	○
AP. 2. 8. 10	任意に設定した画面イメージを表示できる機能を有すること。	○
AP. 2. 8. 11	表示する画像イメージはBMP、JPG、GIF形式で登録できる機能を有すること。なお、BMP、JPG、GIF形式のいずれかだけでも可とする。	○
AP. 2. 9	管理機能	—
AP. 2. 9. 1	モニターの表示する診療科・診察室の割り当てはマスタ化できる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 2	担当医師が変更になった場合、表示システム側で診療科・診察室の変更・表示ができる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 3	当日診察室が変更になった場合、電子カルテシステムと連動なく、表示システム側で診察室の変更・表示ができる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 4	医師が各診察室で診療を開始するまでは、マスタ管理されている各診察室の担当医情報をもとに案内表示を行うこと。	○
AP. 2. 9. 5	定期的に診察室の情報を連携するほか、診療日当日でも急遽の休診になる場合に備え、診察表示を現在の設定情報に変更する仕組みを有すること。	○
AP. 2. 9. 6	カレンダー機能を有し、外来休診日は起動しないことができる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 7	当センターが指定する日を自由に休日とすることができる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 8	診察案内表示画面、インフォメーション画面、お知らせ画面の表示スケジュールは各大型モニターについて、個別にかつ曜日毎に設定ができるスケジュール機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 9	logの保持期間の設定ができる機能を有すること。もしくは、データ容量によるlogの設定ができること。	○
AP. 2. 9. 10	logの削除、DBのデータ削除が自動的にできる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 11	各モニターについて、電源ON/OFF管理をスケジュール設定通り、あるいは任意に制御する機能を有すること。また、その状況をモニタリングによる監視を行う機能を有すること。設定用端末から手動により全端末一斉、もしくは個別に電源ON/OFFができる機能を有すること。	○
AP. 2. 9. 12	各診察室の担当医割当て情報は、週単位でマスタ管理できること。	○
AP. 2. 10	拡張機能	—
AP. 2. 10. 1	患者が所持している携帯電話（またはスマートフォン）のブラウザ機能、もしくはアプリを利用し、院内で表示されている診察順番を把握できること。	○
AP. 2. 10. 2	一般的な携帯電話キャリア全ての携帯電話において診察順番確認ページが表示可能であること。（スマホのみでも可とする）	○
AP. 2. 10. 3	診療科、診察室、医師等の情報が表示されること。	○
AP. 2. 10. 4	診察順番確認ページに表示される診療科名称や医師名、診察室名は、診察番号表示盤と同じ文言になること。	○
AP. 2. 10. 5	現在診察中の患者の受付番号が表示されること。	○
AP. 2. 10. 6	診察中の受付番号と待ち状態の受付番号の表示は患者に分かりやすいよう配慮すること。	○
AP. 2. 10. 7	一般的な携帯電話の液晶解像度に適した表示を考慮すること。	○
AP. 2. 10. 8	携帯電話での操作を考慮したUIを考慮すること。	○
AP. 2. 10. 9	必要な情報を取得する為に、サーバシステムとイーサネットに接続できる機能を有すること。	○
AP. 2. 10. 10	患者が所持している携帯電話の電子メール機能、もしくはプッシュ通知機能（アプリによりプッシュ機能でも可）を利用し、診察順番が近づいた時にメールでお知らせメールを配信する機能を有すること。	○
AP. 2. 11	会計案内表示システム	—
AP. 2. 11. 1	医事会計システムと連携して、表示モニターへ受付番号の表示ができること。	○
AP. 2. 11. 2	医事会計システムから計算終了情報を受信し、点滅、チャイム音で計算終了の案内ができること。	○
AP. 2. 11. 3	表示色および、背景色、文字、呼出番号等は、任意で設定変更が可能なこと。	○
AP. 2. 11. 4	表示画面の文面は任意で設定できること。	○
AP. 2. 11. 5	管理パソコンにて、表示板画面のモニタリングが可能なこと。	○
AP. 2. 11. 6	会計窓口で発番された番号を表示する際に、一定間隔で番号表示ができ、また表示する番号の時間設定・表示人数を任意で設定・変更ができること。	○

AP. 2. 11. 7	画面のページ切替時間を変更できること。	○
AP. 2. 11. 8	管理パソコンにて、表示盤の電源OFF/ONが可能なこと。	○
AP. 2. 11. 9	表示板最下段にテロップ表示を設定することが可能なこと。また、テロップ文章の登録は無制限でできること。	○
AP. 2. 11. 10	表示画面上に時計表示ができること。	○
AP. 2. 11. 11	番号が更新された際のポップアップ点滅時間、チャイム音は任意で変更ができること。	○
AP. 2. 11. 12	計算終了から表示までの時間を調整できること。	○
AP. 2. 11. 13	計算済み番号を、計算中および、収納済み等手動でも操作可能なこと。	○

項番	機能要件	配点
AQ	診察券発行機	—
AQ. 1	共通要件	—
AQ. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AQ. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AQ. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AQ. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に運用できるようにセットアップをすること。	○
AQ. 2	全般	—
AQ. 2. 1	診察券発行機の台数は3台とする。	○
AQ. 2. 2	医事会計システムと診察券発行システムをTCP/IP接続またはRS232C接続できること。接続仕様は医事会計システムが提示する仕様書に準拠すること。	○
AQ. 2. 3	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が自動発行できること。	○
AQ. 2. 4	発行するカードは、患者ID・カナ氏名・漢字氏名・生年月日・性別を日本語印字とし、当センター指定の診察券カードが使用できること。	○
AQ. 2. 5	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。	○
AQ. 3	診察券発行機本体に関し、以下の要件を満たすこと。	—
AQ. 3. 1	インプットホッパーはカードを100枚以上収容可能なこと。	○
AQ. 3. 2	診察券の連続発行が可能のようにアウトプットホッパーは25枚以上収容可能なこと。	○
AQ. 3. 3	インプット・アウトプットホッパー共に外部より容易に操作できる機器前面にあること。	○
AQ. 3. 4	エラーカードは正常カードと区別して排出される専用の排出口（リジェクトスタッカー）を有すること。もしくは、エラーカードは、エラーメッセージ表示後、リセットボタンで排出される形でも可とする。	○
AQ. 3. 5	カードクリーニング・エンコード・プリントが工程で自動処理できること。	○
AQ. 3. 6	専用のクリーニングテープを使用した、カードクリーニング機構を有していること。	○
AQ. 3. 7	電源はAC100Vで使用でき、消費電力も待機時：7.6W、プリント時：最大72W以内であること。	○
AQ. 3. 8	本体ディスプレイにエラーメッセージが表示できる機能を有すること。	○
AQ. 3. 9	カードカウント（処理枚数の自動カウント機能）が表示できる機能を有すること。	○
AQ. 3. 10	機器状況をエラーコードにて指示し、対処方法を表示すること。	○
AQ. 3. 11	モノクロプリントリボンは、1巻で1,500枚以上連続発行が可能であること。	○
AQ. 3. 12	医事会計システムからデータ受信後、片面モノクロ印刷の場合5秒/枚程度で処理可能なこと。両面モノクロ印刷の場合：約10秒/枚程度で処理可能なこと。もしくは、医事会計システムからデータ受信後、約10秒で、プリントおよび磁気エンコードされた診察券カードが発行できる形でも可とする。	○
AQ. 4	磁気エンコード部に関し、以下の要件を満たすこと。	—
AQ. 4. 1	JIS-II型（JIS規格X-6302内、付属書（規定））に準拠した磁気エンコードが可能なること。	○
AQ. 4. 2	磁気エンコード部は、カード表面/裏面のどちらか選択可能であること。	○
AQ. 4. 3	制御符号は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。	○
AQ. 4. 4	書き込みチェックのため、エンコード後の確認機能を有すること。	○
AQ. 4. 5	磁気エラーの場合は、エラーカードを専用の排出口へ排出し自動で再発行をする機能を有すること。	○
AQ. 4. 6	高抵抗磁力（HI-CO）に対応する機能を有すること。	○
AQ. 4. 7	高抵抗磁力（HI-CO）対応を行う場合、磁気書き込み機構を交換しないで設定変更で対応可能なこと。	○
AQ. 5	プリント部（日本語印字）に関し、以下の要件を満たすこと。	—
AQ. 5. 1	プリント解像度は300dpi以上であること。	○
AQ. 5. 2	プリントは、カードの表面/裏面の両面に印字可能であること。もしくは、カードの表面/裏面の選択で印字できる形でも可とする。	○
AQ. 5. 3	漢字、カナ、英字、記号、バーコードを印字できること。	○
AQ. 5. 4	漢字は、JIS第1水準および第2水準以外にIBM拡張388文字を印字できる機能を有すること。	○
AQ. 5. 5	バーコードは、NW7、CODE39、CODE128、UCC/EAN-128、またQRコードを印字できる機能を有すること。	○
AQ. 5. 6	プリントエリアは、カードの端（エッジ）を含むカード全面に印字できること。もしくは、印字範囲は、カードの寸法の各辺3mm内側でも可とする。	○
AQ. 5. 7	文字サイズはアウトラインフォント対応で自由に変更可能であること。（サイズが10種類以上あること。）もしくは、文字サイズは、3種類から変更できる形でも可とする。	○
AQ. 5. 8	プリントフォントは、明朝体、ゴシック体を有すること。	○
AQ. 5. 9	プリントリボンの交換は、カートリッジ方式で簡単であること。	○
AQ. 5. 10	専用のクリーニングテープを使用した、カードクリーニング機構を有していること。	○
AQ. 6	その他に、以下の要件を満たすこと。	—
AQ. 6. 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。	○
AQ. 6. 2	機器導入後、1年間の無償保証期間があること。	○
AQ. 6. 3	設置場所は機器の設置に配慮した当センターの指定場所とすること。	○
AQ. 6. 4	UL、VCCI、RoHS指令準拠、PSEマーク（電気用品安全法）の適合規格を満たしていること。	○
AQ. 6. 5	診察券発行システム導入後、取り扱い方法について教育訓練を行うこと。	○

項番	機能要件	配点
AR	自動精算機	—
AR. 1	共通要件	—
AR. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AR. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AR. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AR. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AR. 2	自動精算機要件	—
AR. 2. 1	自動精算機本体	—
AR. 2. 1. 1	医事システムと自動精算機をLAN接続し、ソケット通信で送受信が行えること。	○
AR. 2. 1. 2	自動精算機に診察券が挿入されることにより、医事システムから以下の内容が受信できること。 ・ 領収書発行に必要な情報 ・ 予約券発行に必要な情報 ・ 薬引換券発行に必要な情報	○
AR. 2. 1. 3	医事システムから送信される内容により当センターの運用で自動精算機での収納を制限できること。	○
AR. 2. 1. 4	以下のいずれの操作でも、本体画面に未収の外来請求料金および入院請求料金が表示できること。 ・ 診察券を本体に組込まれたカードリーダーに挿入した場合 ・ 患者IDバーコード印字入り用紙を本体に組込まれたバーコードリーダーにかざした場合	○
AR. 2. 1. 5	バーコードリーダーはバーコード印字入り用紙を裏返すことなく利用できること。	○
AR. 2. 1. 6	車椅子に座ったままで、本機正面から無理な姿勢をしないで使用できること。	○
AR. 2. 1. 7	省電力対策のための人体センサー機能があること。	○
AR. 2. 1. 8	操作補助用として本体に専用手すりや荷物置き台を有していること。	○
AR. 2. 1. 9	日常業務（現金装填・回収、領収書準備等）について、前面扉運用にて操作ができること。	○
AR. 2. 1. 10	カード（診察券）を取り忘れた際の対応として、任意の設定時間経過後に回収ボックスへ取込む機能を有していること。また、その際は休止することなく次の取引が行えること。	○
AR. 2. 1. 11	定額のつり銭を機内に残置する機能を有すること。	○
AR. 2. 1. 12	画面はカラー液晶画面、タッチパネル方式であること。	○
AR. 2. 1. 13	患者さんのプライバシーを考慮して、後ろの人から見えにくいプライバシーシートを装備していること。	○
AR. 2. 1. 14	医事システムから送信される情報により患者氏名、受診年月日、診療科名、請求額（受診日・受診科毎）、請求額合計が画面に表示できること。	○
AR. 2. 1. 15	受診年月日、診療科名および請求額は10件以上画面表示できること。	○
AR. 2. 1. 16	日本語・英語の音声ガイダンスと画面表示機能があること。	○
AR. 2. 1. 17	つり銭切れ、用紙切れ、その他の異常を感知する機能を備えていること。	○
AR. 2. 1. 18	呼出ボタンは専用配線不要で対応できること。	○
AR. 2. 1. 19	100BASE-TX以上のLANインターフェースを装備していること。	○
AR. 2. 1. 20	領収書発行以外の機能として、印字内容は任意に対応可能な80mm幅以上のサーマルプリンタを装備していること。	○
AR. 2. 1. 21	80mmサーマルプリンタで、職員操作による現金の入出金操作の金種情報（釣銭装填ジャーナル、売上回収ジャーナル）やカード利用明細書等の発行が行えること。	○
AR. 2. 1. 22	クレジットカード決済に対応していること。	○
AR. 2. 1. 23	センサーエラーの頻度が少ないこと。（参考：現在、当センターでは一日一件以上センサーエラーにより病院職員が対応している。）	○
AR. 2. 2	金銭処理全般	—
AR. 2. 2. 1	紙幣・硬貨のリサイクル（還流）機能を有し、つり銭補充/機内現金の回収頻度を軽減できること。	○
AR. 2. 2. 2	入金現金については偽札防止効果の高い一時保留する機能を有し、取消し時には患者さんとのトラブルを防ぐため入金された現金の現物を返却できること。	○
AR. 2. 2. 3	紙幣硬貨ともに入金、出金時に真偽判定をする機能を有していること。	○
AR. 2. 2. 4	紙幣、硬貨毎に100枚の一括混入が可能なこと。紙幣入金口硬貨ブロッカーなしとした場合一括混入100枚は可とする。	○
AR. 2. 2. 5	違算金を防止するために、紙幣・硬貨すべての入出金操作は自動計数を行う機能を有すること。	○
AR. 2. 3	金銭処理紙幣	—
AR. 2. 3. 1	入金処理において、以下の全金種の取り扱いができること。（その内、二千元以外は還流できること。） ・ 一万円 ・ 五千元 ・ 二千元 ・ 千円	○
AR. 2. 3. 2	出金処理において、以下の全金種の取り扱いができること。 ・ 一万円 ・ 五千元 ・ 千円	○
AR. 2. 3. 3	本体に、紙幣合計1500枚以上収納できること。	○
AR. 2. 3. 4	入院費用にも対応できるように一回の取引で100枚の入金が可能なこと。また計数スピードは毎秒5枚以上であること。	○
AR. 2. 3. 5	安全性に配慮して現金が患者さんの目に触れることなく、回収時は回収枚数を計数しながらカセット金庫（専用鍵付）へ回収されること。	○
AR. 2. 4	金銭処理硬貨	—
AR. 2. 4. 1	入金処理において、以下の全金種の取り扱いができること。（全金種還流できること） ・ 500円 ・ 100円 ・ 50円 ・ 10円 ・ 5円 ・ 1円	○

AR. 2. 4. 2	出金処理において、以下の全金種の取り扱いができること。 ・ 500円 ・ 100円 ・ 50円 ・ 10円 ・ 5円 ・ 1円	○
AR. 2. 4. 3	本体に、硬貨合計2800枚以上収納できること。	○
AR. 2. 4. 4	1回の取引で100枚の入金が可能なこと。	○
AR. 2. 4. 5	安全性に配慮して現金が患者さんの目に触れることなく、釣銭装填時はカセット金庫（専用鍵付）から自動計数装填が行えること。また、業務開始前の作業が1人で安全にかつ簡単に行えること。	○
AR. 2. 4. 6	安全性に配慮して現金が患者さんの目に触れることなく、回収時は回収枚数を計数しながらカセット金庫（専用鍵付）へ回収されること。	○
AR. 2. 4. 7	硬貨投入口にクリップ等の異物が入った場合には異物排除口から異物排除する機能を有すること。	○
AR. 2. 4. 8	釣銭取り忘れ防止の為、硬貨入出金部を照らす、スポットライトを装備していること。	○
AR. 2. 5	領収証書発行	—
AR. 2. 5. 1	当センター指定の領収書・薬引換券・予約券が発行できること。	○
AR. 2. 5. 2	レーザープリンタを内蔵し、領収書は最大A4サイズの用紙にて出力できること。	○
AR. 2. 5. 3	A4・B5・A5サイズの他に非定型サイズの領収書発行が可能なこと。	○
AR. 2. 5. 4	用紙はA4用紙で1000枚収納できること。	○
AR. 2. 5. 5	複数枚発行する場合は用紙の抜き取りをしなくても次の用紙が印字されること。	○
AR. 2. 6	医療事務室内に設置する自動精算機監視モニター	—
AR. 2. 6. 1	自動精算機毎に入金情報および現金の入出金情報が管理できること。	○
AR. 2. 6. 2	自動精算機の状態（取扱/休止）の制御を監視モニターから行えること。	○
AR. 2. 6. 3	患者さんの取引履歴を検索できること。また、取引データは90日以上保持し、その間のデータはいづれでも検索可能なこと。	○
AR. 2. 6. 4	監視モニターより自動精算機に対して現金回収指示が行えること。	○
AR. 2. 6. 5	指定金種、指定枚数、指定金額を機械内部に残し、それ以外を回収できる機能を有すること。	○
AR. 2. 6. 6	監視モニターが停止しても自動精算機の取引に影響がなく取り扱えること。	○
AR. 2. 6. 7	監視モニターと自動精算機間はLAN接続すること。また、オプション対応として監視PCは2箇所を設置・監視可能なこと。	○
AR. 2. 6. 8	監視モニター以外に自動精算機本体において売上管理が行えること。	○
AR. 2. 7	追加機能、拡張性	—
AR. 2. 7. 1	医事システムから送信される情報により診療明細書の発行に対応できること。	○
AR. 2. 7. 2	バーコード付き請求書に対応可能なこと。	○
AR. 2. 8	その他	—
AR. 2. 8. 1	診療費支払システム導入後、取り扱い方法について教育訓練を行うこと。	○
AR. 2. 8. 2	自動精算機メーカーまたは受注者がメンテナンスを行うこと。	○
AR. 2. 8. 3	設置場所は当センターの指定場所とすること。	○
AR. 3	駐車場割引バーコード印字機能	—
AR. 3. 1	医事会計システムから送信される会計情報に含まれる駐車場割引番号を受信し、受信した番号をもとにバーコード化および領収書にバーコード印字ができること。	○

項番	機能要件	配点
AS	院内物品管理システム	—
AS.1	共通要件	—
AS.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AS.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AS.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AS.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AS.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AS.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AS.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AS.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AS.1.9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AS.1.10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AS.1.11	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AS.2	ハードウェア	—
AS.2.1	サーバ	—
AS.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AS.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AS.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AS.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AS.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AS.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AS.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AS.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AS.3	基本要件	—
AS.3.1	動作環境	—
AS.3.1.1	本システムで出力する帳票類、画面上で情報を取得する応答時間について、下記表記以上の処理速度を保つことが可能なこと。 データ更新・作成処理時間（30秒以内）…引当処理・価格自動更新時・発注データ自動作成時 各画面表示時間（3秒以内）…入庫エントリ画面・マスタメンテナンス画面・ラベルエントリ画面等 全て エクスポート機能（30秒以内）…商品マスタ・過去1年購入実績・過去1年払出実績	○
AS.3.1.2	当センターと同規模またはそれ以上の複数施設にて安定稼働しているシステムであること。	○
AS.3.1.3	本システムを動作させる上で必要なミドルウェアは必要数量をベンダーが準備すること。不要であれば準備する必要はない。例:MicrosoftAccess OracleClient	○
AS.3.2	利用者認証	—
AS.3.2.1	ログイン時はセキュリティのため、ID、パスワードが設定できること。	○
AS.3.2.2	各入力履歴に入力者情報、端末情報が記録されること。	○
AS.3.2.3	個人毎に使用できるプログラムを自由に設定でき、業務開始時のパスワード入力、権限チェックが可能であり、業務の使用制限が可能なシステムであること。	○
AS.3.3	業務全般	—

AS. 3. 3. 1	品目コード入力時は、品目コード入力または、品目名、規格、メーカー名でも検索が可能なこと。	○
AS. 3. 3. 2	出力帳票について、画面での参照・確認が可能なこと。	○
AS. 3. 3. 3	電子カルテ、医事会計システム等、他の院内システムとの接続などの拡張性を有していること。	○
AS. 3. 3. 4	1回の入力画面で20件以上の任意の数の品目が登録可能なこと。	○
AS. 3. 3. 5	日付指定での請求停止が設定可能なこと。請求停止日以降の品目は、請求できないこと。	○
AS. 3. 3. 6	承認権限を設定し、登録、承認の2段階の階層を設定可能なこと。（発注入力、請求入力のみでも可とする。）	○
AS. 3. 4	管理方法	—
AS. 3. 4. 1	ラベル管理で1次元バーコード表示のあること。	○
AS. 3. 4. 2	特定保険医療材料の管理ラベルには、物品請求用・医事請求用ラベルの印字が別々で切り離しが可能なこと。	○
AS. 4	管理対象	—
AS. 4. 1	管理対象	—
AS. 4. 1. 1	手術室および血管造影室を含む病棟・外来・検査等の院内で診療材料・医薬品および一般物品を消費する全ての部署を管理対象にできること。	○
AS. 4. 1. 2	当センター内で使用する全ての薬品（医薬品・試薬）・診療材料・一般物品（日用品・事務用品）等を管理対象にできること。	○
AS. 5	物品供給計画	—
AS. 5. 1	供給方式	—
AS. 5. 1. 1	原則としてバーコードラベル（シール）を利用した定数補充方式が可能なこと。	○
AS. 5. 1. 2	バーコード貼り付けが困難な材料について消費情報の把握・物品補充に関する機能を有すること。もしくは、指定した物品のバーコード一覧を印刷できる形でも可とする。	○
AS. 5. 1. 3	Webアプリケーション、もしくは電子カルテ端末で定期物品請求に対応できること。 ①院内イントラ端末、もしくは電子カルテ端末でのSPDバーコードラベルの消費登録を実施。 ②院内イントラ端末で、もしくは電子カルテ端末で各部門の設定定数からの定期物品請求を実施。（リストからの選択と数量指定）	○
AS. 5. 1. 4	使用部署の消費情報に基づき、倉庫払出物品のピックアップリストが自動で作成・出力ができること。また、臨時請求データに関しても同様に処理できること。 もしくは、定数品について、使用部署の消費情報に基づき、定期請求を作成し、倉庫払出物品のピックアップリストが自動で作成・出力ができる形でも可とする。また、臨時請求データに関しても同様にピックアップリストが出力できること。	○
AS. 5. 1. 5	ピックアップリストは倉庫保管場所情報順・払出部署収納場所順に出力方法の選択が可能なこと。	○
AS. 5. 1. 6	倉庫の在庫が不足していた場合は、払出数を修正することができること。また、未払出分については次回のピックアップ時または払出時に抽出対象となること。	○
AS. 5. 1. 7	払出後には、払出リストと未納品リストが出力できること。	○
AS. 5. 2	臨時払出	—
AS. 5. 2. 1	臨時払出請求に対応できること。（ラベル管理品の場合には、「臨時用ラベル」を貼付できること。）	○
AS. 5. 2. 2	臨時物品請求に対応できること。（院内イントラ、もしくは電子カルテ端末による臨時物品請求）	○
AS. 5. 2. 3	入力については遡りが可能であること。	○
AS. 6	在庫管理計画	—
AS. 6. 1	定数	—
AS. 6. 1. 1	定数在庫量を設定できること。	○
AS. 6. 1. 2	定数の管理単位は部署により使用量が異なるため、複数設定できること。	○
AS. 6. 2	発注点	—
AS. 6. 2. 1	物品毎に発注点を設定できること。	○
AS. 6. 3	物理的配置	—
AS. 6. 3. 1	物品の配置場所を設定できること。	○
AS. 6. 4	管理単位	—
AS. 6. 4. 1	1アイテム3以上の管理単位を持つことが可能なこと。（使用単位・倉庫単位・発注単位・請求単位）	○
AS. 6. 5	棚番管理	—
AS. 6. 5. 1	棚番管理を行い（在庫場所を電算データで有すること）収納場所を払出指示書に表示できること。	○
AS. 6. 6	不動在庫管理	—
AS. 6. 6. 1	有効な在庫管理を行う為に、不動在庫の把握ができること。	○

AS. 6. 7	有効期限管理	—
AS. 6. 7. 1	管理用ラベルシールを貼付された全ての材料に関して、個別にロット番号と有効期限を把握・管理するしくみを有すること。	○
AS. 6. 7. 2	ロット番号と有効期限の登録方法はハンディスキャナで「GS1-128」を読み込めば、システムへの登録が完了すること。（入庫、棚卸のみでも可とする。）	○
AS. 6. 7. 3	任意の日付にて、期限切れが発生する材料の一覧を、部署別物品別に即時に作成できること。	○
AS. 6. 8	棚卸	—
AS. 6. 8. 1	部署別、保管場所別、メーカー別、物品別等、棚卸作業の効率化に有効な情報を反映した棚卸表が作成できること。もしくは、棚卸表は、部署別に発行できること。棚番号、物品名、メーカーといった、棚卸し作業の効率化に有効な情報を出力できる形でも可とする。	○
AS. 6. 8. 2	システム在庫と実在庫を入力し、システム在庫を訂正することができること。	○
AS. 6. 8. 3	棚卸結果をもって、棚卸調整が発生した物品の一覧表を作成することができること。	○
AS. 6. 9	出納機能	—
AS. 6. 9. 1	倉庫在庫・現場定数在庫共、先入先出法による在庫金額の把握が可能なこと。	○
AS. 6. 10	在庫管理倉庫	—
AS. 6. 10. 1	在庫管理倉庫を3ヶ所以上持つことが可能なこと。（例：物流倉庫・出納倉庫・薬剤倉庫 等）	○
AS. 7	物品管理計画	—
AS. 7. 1	発注	—
AS. 7. 1. 1	在庫数、請求数、未納数から適正な発注データを一括作成できること。	○
AS. 7. 1. 2	発注時に発注書およびバーコードラベルを作成できること。	○
AS. 7. 1. 3	インターネット回線、もしくは電話回線を利用したVAN発注ができること。	○
AS. 7. 1. 4	発注データの確認、修正ができること。	○
AS. 7. 1. 5	発注数を確認するためのチェックリストが出力できること。	○
AS. 7. 1. 6	発注内訳日報が出力できること。	○
AS. 7. 1. 7	発注内訳月報が出力できること。	○
AS. 7. 2	大型連休特別発注機能	—
AS. 7. 2. 1	通常業務の発注に影響されない大型連休用の特別発注が可能なこと。	○
AS. 7. 2. 2	特別発注分は入庫処理後、指定日迄在庫が計上されないこと。もしくは、特別発注分は入庫処理後、中点を元に発注量を計算する際に在庫数として計算されない形でも可とする。	○
AS. 7. 3	納品検収	—
AS. 7. 3. 1	発注データに基づき納品確認書を作成できること。	○
AS. 7. 3. 2	分納の処理ができること。	○
AS. 7. 3. 3	業者別未納品リストを作成できること。	○
AS. 7. 3. 4	個々のSPDラベルに対して、納品された材料のGS1-128コードから、「ロット情報」「有効期限」を把握できること。	○
AS. 7. 3. 5	納品された材料のGS1-128コードが無い場合やシリアル管理品については手入力での登録ができること。	○
AS. 7. 3. 6	納品時の有効期限チェックができること。（最古有効期限との比較、もしくは期限が短いものをチェック）	○
AS. 7. 3. 7	業者へ返品するときに、返品データが登録できること。	○
AS. 8	消費管理計画	—
AS. 8. 1	消費把握方式	—
AS. 8. 1. 1	主にバーコードラベルにより行うこと。（スキャンするバーコードに二度読み防止機能を有すること。）	○
AS. 8. 1. 2	Webアプリケーションによる院内イントラ端末、もしくは電子カルテ端末で消費および請求登録が可能であること。	○
AS. 8. 2	使用、破損、廃棄、紛失管理	—
AS. 8. 2. 1	部署単位で、使用、破損、廃棄、紛失が登録できること。使用、破損、廃棄、紛失といった区分は、運用に合わせてあらかじめ設定することで利用できること。	○
AS. 8. 2. 2	日付は初期値として当日が表示され、必要に応じて変更できること。このときカレンダーから日付を指定できること。	○
AS. 8. 3	コスト管理（患者別の消費材料管理）	—
AS. 8. 3. 1	材料の使用情報については、患者毎に最小単位で把握できること。	○
AS. 8. 4	バーコードの様式	—
AS. 8. 4. 1	コスト管理対象外材料と非対象材料では、バーコードラベルの色を変えて識別できること。	○
AS. 8. 5	消費把握の単位	—

AS. 8. 5. 1	医薬品およびコスト管理対象材料の消費情報については、患者毎に最小単位で把握できること。	○
AS. 8. 6	医事請求との突合	—
AS. 8. 6. 1	物品毎の消費実績と医事請求実績を突合して誤差を算出できること。ただし、全面的な突合は医事請求実績について電算上のデータ取得ができることを前提とすること。	○
AS. 9	情報管理計画	—
AS. 9. 1	バックアップ	—
AS. 9. 1. 1	データのバックアップを適宜自動で行えること。	○
AS. 9. 2	医薬品医用材料リスト	—
AS. 9. 2. 1	院内独自コード、JANコード、GS1-128コードの管理が行えること。	○
AS. 9. 2. 2	特に保険請求できない材料について管理上有効な分類体系を保有できること。	○
AS. 9. 2. 3	保険請求区分については以下のとおり分類分けが可能なこと。 ①償還価格または、薬価で保険請求が可能なもの。 ②材料自体は請求できないが保険点数が加算されるもの。 ③保険請求ができないもの。	○
AS. 9. 2. 4	物品毎に契約区分（単価契約・随意契約）のデータを保有できること。	○
AS. 9. 3	管理資料の出力	—
AS. 9. 3. 1	請求管理 ・ 請求一覧表 ・ 未払一覧表	○
AS. 9. 3. 2	出庫管理 ・ 払出指示表 ・ 払出台帳 ・ 払出実績表	○
AS. 9. 3. 3	発注管理 ・ 発注書	○
AS. 9. 3. 4	納品管理 ・ 購入台帳 ・ 購入実績表 ・ 購入合計表 ・ 未納品一覧表 ・ 請求書（納品実績）	○
AS. 9. 3. 5	在庫管理 ・ 棚卸表 ・ 現在庫一覧表 ・ 月締め在庫一覧表 ・ 有効期限切れ警告リスト ・ 不動在庫リスト（部署別、管理倉庫別） ・ 棚卸実績表	○
AS. 9. 3. 6	定数管理 ・ 定数表	○
AS. 9. 3. 7	入札管理 ・ 入札見積依頼書 ・ 入札決定一覧表 ・ 入札未決定一覧表 ・ 落札通知書 ・ 差額一覧表	○
AS. 9. 3. 8	マスタ管理 ・ 各種マスター一覧表（物品、業者、メーカー、分類名等）	○
AS. 9. 3. 9	統計帳票 ・ 購入金額順位表 ・ 年次受払簿（分類別・物品別・部門別・年度別） ・ 納品実績表（業者別・物品別・月別） ・ 払出実績表（部署別・物品別・月別） ・ 受払台帳（出納簿）	○
AS. 9. 4	電子カルテシステム連携	—
AS. 9. 4. 1	必要に応じて、電子カルテシステムとのデータ連携を実施すること。	○
AS. 9. 5	シリアル番号管理	—
AS. 9. 5. 1	病院内で流通するSPDラベルの管理番号は、全てユニークなシリアル番号とすること。	○
AS. 9. 5. 2	任意の時点で、各部署の有効なラベル（未使用のラベル）を把握・管理ができること。	○
AS. 9. 5. 3	各ラベルの管理情報には、「ロット番号」「有効期限」「払出先部署」を設定できること。かつ、それにより、消費時の「ロット番号」の把握や、有効期限切れの把握、部署間の貸し借りの自動対応を実施可能なこと。	○

AS. 9. 6	Webアプリケーション、Windowsアプリケーション対応	—
AS. 9. 6. 1	院内イントラを利用したWebアプリケーション、もしくはWindowsアプリケーションで構築できること。実施できる機能としては、以下のものとする。 ①定数情報に基づく「物品一覧」からの臨時物品請求 ②物品検索からの臨時物品請求 ③請求物品状況・請求履歴の問合せ ④定数情報の問合せ ⑤消費実績の物品別集計（回転率の算出） ⑥有効期限切れ材料の問合せ ⑦上記以外のカスタマイズにも対応可能なこと。	○
AS. 9. 7	マスタ管理	—
AS. 9. 7. 1	マスタは当センターの独自物品コード・JANコード・医事コード・業者物品コードなど、業務遂行およびデータ連携に必要な補助コードを有すること。	○
AS. 9. 7. 2	購入価格、購入業者、定価、償還価格・薬価、JANコードの世代管理が管理できること。	○
AS. 9. 7. 3	医薬品管理について、調剤システム、もしくはオーダリングシステムから処方オーダー情報を取り込むことが可能なこと。また、取り込む際に換算値情報を有し、本システムの単位に合わせた連携が取れること。	○
AS. 9. 7. 4	物品ごとに、小数点以下ならびにマイナスの数量管理が選択が可能なこと。	○
AS. 9. 8	データ利用	—
AS. 9. 8. 1	マスタおよび業務データをExcel形式およびCSV形式で出力できること。	○
AS. 10	仕入価管理計画	—
AS. 10. 1	価格管理	—
AS. 10. 1. 1	物品マスタに紐付けされた「仕入単価」の管理が可能であること。	○
AS. 10. 1. 2	複数の税率の管理が可能であること。	○
AS. 10. 2	薬事法対応	—
AS. 10. 2. 1	①業者からの納品時に「高度管理医療機器」の管理情報を登録可能であること。（管理情報を記録したバーコード・ラベルを発行して、納品物品に貼付して保管する。） ②物品請求時に①で貼付したバーコード・ラベルを読み込み、各部署での管理物品から消費された物品の消し込みを行えること。（各部署での残存品の有効期限管理が可能であること。）	○
AS. 10. 3	入札管理	—
AS. 10. 3. 1	入札ファイルについては、業者別にエクセルファイルにて出入力が可能であること。	○
AS. 10. 3. 2	入札対象物品については、比較単価、購入予定数量を任意に変更することができること。もしくは、予定価格を任意に変更することができる形でも可とする。	○
AS. 10. 3. 3	1品目に対して複数の業者から見積を取り、入札単価の最も安い業者へ落札する機能を有すること。また、その際に最安業者と比較単価の判定も行うこと。	○
AS. 10. 3. 4	複数業者が同一価格だった場合は抽選となり、画面上で決定することができること。	○
AS. 10. 3. 5	入札結果については入札結果一覧表として印刷することができ、また、落札データファイル出力することができること。	○
AS. 10. 3. 6	不調、不落分については再入札用ファイルを作成することができること。	○
AS. 10. 3. 7	落札データファイルを指定し、契約開始日を設定した後、契約履歴データとして自動的に登録することができること。もしくは、開始日・物品を選択して、落札結果に基づいて、契約情報を登録できる形でも可とする。	○
AS. 10. 3. 8	契約開始日を設定時、契約開始日以後の履歴データが存在する場合、関連データの遡及更新が可能なこと。	○
AS. 10. 3. 9	契約情報の履歴を10件以上保有できること。	○
AS. 10. 3. 10	落札結果を契約決議書として印刷することができること。	○

項番	機能要件	配点
AT	DPC管理システム	—
AT.1	共通要件	—
AT.1.1	貴社は、「A.基本要件」「B.役務・保守他」「C.ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AT.1.2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AT.1.3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AT.1.4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AT.1.5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AT.1.6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AT.1.7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AT.1.8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AT.1.9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AT.2	ハードウェア	—
AT.2.1	サーバ	—
AT.2.1.1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AT.2.1.2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AT.2.1.3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AT.2.1.4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AT.2.1.5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AT.2.1.6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AT.2.1.7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AT.2.1.8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AT.3	DPCコード決定支援機能	—
AT.3.1	基本要件	—
AT.3.1.1	電子カルテシステム／医事会計システムと連携し、DPCコーディング決定の効率化、省力化ができること。	○
AT.3.1.2	厚生労働省へ提出する様式1のデータ作成ができること。	○
AT.3.1.3	医師の入力の負荷を極力軽減したDPCコーディング運用ができること。	○
AT.3.1.4	40台の端末でシステムの利用ができること。	○
AT.3.1.5	信頼性の高いデータベースで構築ができること。	○
AT.3.1.6	DPCの制度改定に保守サービスの範囲内で対応できること。	○
AT.3.1.7	GE社のコマンドセンターに本登録情報を公開できること。詳細はGE社と協議し調整すること。○患者基本情報 ○移動情報 ○各種オーダ情報 ○看護師の勤務表情報 ○カルテ記載情報	○
AT.3.2	入力支援機能	—
AT.3.2.1	DPC情報登録に必要なマスタ類は、すべて提供できること。	○

AT. 3. 2. 2	患者基本情報、入退院情報、病名情報、診療行為情報等を電子カルテシステム／医事会計システムから自動取得・自動更新ができること。	○
AT. 3. 2. 3	入院歴は入院予定、入院決定（確認）、転科、退院予定、退院確認の各ステータスで管理できること。これらは電子カルテシステム／医事会計システムから自動取得・変更できること。	○
AT. 3. 2. 4	DPC決定業務は、医師が決定する業務と管理側での精査・決定業務を分けて管理できること。	○
AT. 3. 2. 5	DPCコーディングに必要な重症度などの項目は入力された病名により必要な場合のみ必須項目として表示できること。	○
AT. 3. 2. 6	DPC決定に際しては、当該患者の過去のDPCからの選択ができること。	○
AT. 3. 2. 7	DPCの決定に至る改版履歴はすべて保存され、選択された版の修正箇所を容易に確認ができること。	○
AT. 3. 2. 8	医師と事務管理が同一の画面にそれぞれコメントを入力し、コミュニケーションができること。	○
AT. 3. 2. 9	随時、必要なマスタが提供されること。	○
AT. 3. 3	病名登録	—
AT. 3. 3. 1	電子カルテシステム／医事会計システムで患者に付与されている病名を候補として一覧表示できること。	○
AT. 3. 3. 2	選択した病名を一括で主傷病名、入院の契機となった傷病名、医療資源を最も投入した傷病名1に登録できること。	●
AT. 3. 3. 3	病名は、電子カルテシステム／医事会計システムからの選択、当該患者の過去DPCからの登録ができること。	○
AT. 3. 3. 4	病名は、修飾語、本体を分けて登録できること。また各々レセ電算コードを設定できること。	○
AT. 3. 3. 5	候補病名に副傷病となりうる病名がある場合はガイドできる仕組みがあること。方法は問わない。	○
AT. 3. 3. 6	最も医療資源を投入した病名を決定する際、二重コードがある場合は明示的にICD10を表示できること。	○
AT. 3. 3. 7	副傷病となりうるICD10コードから傷病名を検索できること。	○
AT. 3. 3. 8	選択できない病名を登録時にアラートが表示できること。	○
AT. 3. 4	手術・処置情報登録	—
AT. 3. 4. 1	DPC定義に基づいた手術情報を表示し、そこから選択できること。選択漏れを防ぐため、表示する手術等はツリー図ではなく定義表から表示できること。	○
AT. 3. 4. 2	選択された手術・処置等に対し、医事での算定状況との整合を検知できること。	○
AT. 3. 5	DPCコーディング	—
AT. 3. 5. 1	厚生労働省提示のDPC定義表の手術、手術・処置等、副傷病、重症度を、傷病名をもとに絞り込み表示できること。また、選択入力できること。	○
AT. 3. 5. 2	病名別にDPCコードを一覧比較できること。診療行為情報（手術・処置）から診断群分類の検索ができること。	○
AT. 3. 5. 3	1患者ごとにDPC決定履歴を参照できること。	○
AT. 3. 5. 4	出来高と包括時の診療報酬点数が比較できること。	○
AT. 3. 5. 5	医事会計システムに連携した内容は、必要に応じ帳票出力できること。	○
AT. 3. 5. 6	医事会計システムへは、医事会計システムの要求するレイアウト、更新方法をもって連携できること。	○
AT. 3. 5. 7	登録済みの傷病名・手術を基に、設定可能なDPCコードを一覧表示・印刷できること。	○
AT. 3. 5. 8	DPC確認票としてプリンタ出力できること。	○
AT. 3. 5. 9	点検用として連絡票が作成できること。	○
AT. 3. 5. 10	DPC樹形図が参照できること。	○
AT. 3. 5. 11	厚生労働省からの高額薬剤通知に該当する薬剤がある場合は包括対象外とできること。	○
AT. 3. 6	チェック機能	—
AT. 3. 6. 1	現時点における各入院期間（2SDまでの日数など）の残日数を表示できること。	○
AT. 3. 7	DPCレセプト	—
AT. 3. 7. 1	DPCコーディングに必要なデータ（様式1データ、DPC定義表中のデータ）、およびDPCコーディング結果を医事会計システム等と連動できること。	○
AT. 4	DPC様式1作成支援機能	—
AT. 4. 1	基本要件	—
AT. 4. 1. 1	DPC様式1情報（入退院情報、診断情報、手術情報、診療情報、補助療法）の登録ができること。	○
AT. 4. 1. 2	DPCコーディングで登録された情報が連携できること。	○
AT. 4. 1. 3	退院日、様式1終了日、診療科、主治医、作成状況等から対象患者を簡単に検索を行えること。	○
AT. 4. 1. 4	各項目の入力方法の説明が簡単な操作で表示できること。	○
AT. 4. 1. 5	入力項目の初期値を設定できること。	○

AT. 4. 1. 6	様式1画面において、職種ごとで入力範囲がわかりやすい入力画面であること。方法は問わない。	○
AT. 4. 1. 7	様式1チェックリストが出力できること。	○
AT. 4. 1. 8	様式1画面の必須入力項目については画面上で色分けができること。	○
AT. 4. 1. 9	チェックの際にエラーとなった項目が判別できる仕組みがあること。方法は問わない。	○
AT. 4. 1. 10	E, Fファイル情報と連携して、DPCコードの参照ができること。	○
AT. 4. 2	情報検索機能	—
AT. 4. 2. 1	すべての管理項目を検索条件に指定して検索ができること。	○
AT. 4. 2. 2	検索条件はAND、ORを任意に組み合わせて指定ができること。	○
AT. 4. 2. 3	検索結果の出力項目を指定できること。	○
AT. 4. 2. 4	検索結果は患者単位、入院単位、診療科単位への集約を可能とし、利用しやすい形式で出力ができること。	○
AT. 4. 2. 5	検索結果は、Microsoft社のExcelで加工できる形式でファイル出力できること。	○
AT. 4. 2. 6	検索条件、もしくは検索項目を雛型として保存ができること。	○
AT. 4. 3	統計出力機能	—
AT. 4. 3. 1	帳票は、Microsoft社のExcelで加工できる形式でファイル出力できること。	○
AT. 4. 3. 2	搭載されている帳票をもとに集計項目や表示項目を自由にカスタマイズができること。一度作成した帳票は次回より一覧から選択ができること。	○

項番	機能要件	配点
AU	地域連携システム	—
AU. 1	共通要件	—
AU. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AU. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AU. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AU. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。また電子カルテベンダーが準備する場合は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AU. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AU. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AU. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AU. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AU. 1. 9	出力ファイルはMicrosoft Word、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AU. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AU. 2	ハードウェア	—
AU. 2. 1	サーバ	—
AU. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AU. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AU. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AU. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AU. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AU. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AU. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AU. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AU. 3	地域連携室支援機能	—
AU. 3. 1	診察予約業務	—
AU. 3. 1. 1	画面表示された予約枠を選択し、追加、削除ボタンを押下し、予約枠を確定することが可能であること。	○
AU. 3. 1. 2	取得した予約情報を修正、取消しすることが可能であること。	○
AU. 3. 1. 3	予約確定の際に、予約票の印刷や自動FAX送信が可能であること。	○
AU. 3. 1. 4	期日、患者ID指定により予約一覧を表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷や発行（FAX送信）を行うことが可能であること。	●
AU. 3. 1. 5	本機能を利用することにより、地域連携室、または予約センターで予約取得業務を行うことが可能であること。	○
AU. 3. 2	検査予約業務	—
AU. 3. 2. 1	予約確定の際に、予約票の印刷や自動FAX送信が可能であること。	●

AU.3.2.2	検査予約票は予約項目毎に異なるフォーマットで出力することが可能であること。	○
AU.3.2.3	検査予約票出力の際に、検査の注意書きを同時に出力することが可能であること。	○
AU.3.2.4	期日、患者ID指定により予約一覧を表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷や発行（FAX送信）を行うことが可能であること。	○
AU.3.2.5	本機能を利用することにより、地域連携室、または予約センターで予約取得業務を行うことが可能であること。	○
AU.3.3	受付業務	—
AU.3.3.1	この際に来院日（過去日も可）、来院時間、受診科、医師、紹介目的、紹介状種別、紹介元施設の登録が可能であること。	○
AU.3.3.2	予約患者が持参した紹介状に添付された文書（フィルム・検査結果等）の管理が可能であること。（種別と返却の可否、返却状況の登録）	○
AU.3.4	文書進捗管理	—
AU.3.4.1	文書進捗状況の一覧表示が可能であること。	○
AU.3.4.2	文書の一覧は、日付（「作成日」「報告予定日」）、文書状態（「未作成」「未発行」「発行済」）、紹介元施設、診療科、文書種別、患者IDで検索して表示可能なこと。	○
AU.3.4.3	一覧を印刷可能なこと。	○
AU.3.4.4	一覧表示された文書を選択して、文書の内容表示（確認）が可能であること。	○
AU.3.4.5	一覧表示された情報から未作成文書の診療科、担当医師を変更することが可能であること。	○
AU.3.5	礼書管理	—
AU.3.5.1	受付を実施したタイミングで礼書を未作成の文書状態で自動発生が可能なこと。	○
AU.3.5.2	礼書の一覧は、受付日付、文書状態（「未発行」「発行済」）、診療科、文書種別で検索して表示可能なこと。	○
AU.3.5.3	不要な礼書は、削除が可能なこと。	○
AU.3.6	連携施設管理	—
AU.3.6.1	以下の項目の連携施設情報を登録・更新することが可能であること。 基本情報・診療科目・医師・病床・診療時間・病院関連施設・機能・機器・転院許可条件・交通機関	○
AU.3.6.2	以下の項目の連携施設情報を条件に検索することが可能であること。 基本情報（ID、施設名、住所、電話番号、FAX番号、地区）・診療科目・機能・機器・転院許可条件・フリーワード	○
AU.3.6.3	施設名の検索は「ひらがな」「カタカナ」「漢字」による複合検索が可能であること。	○
AU.3.7	統計業務	—
AU.3.7.1	基本統計情報として、紹介患者数、逆紹介患者数、患者返却数、紹介率の表示とCSV出力が可能であること。	○
AU.3.7.2	基本統計情報は、日次、月次、年次での集計表示が可能なこと。	○
AU.3.7.3	個別統計情報として、以下の区分別の紹介患者数、逆紹介患者数、患者返却数の件数表示することが可能であること。 ①施設別 ②診療科別 ③医師別 ④地区別 ⑤紹介目的別	○
AU.3.7.4	個別統計情報は、月次、年次での集計表示が可能なこと。	○
AU.3.7.5	紹介受付情報、報告文書情報を期間指定で、CSV出力することが可能なこと。	○
AU.4	返書作成業務	—
AU.4.1	共通機能	—
AU.4.1.1	電子カルテシステムからログイン情報、患者情報を引き継ぎ報告文書作成画面が起動されること。	○
AU.4.1.2	以下の条件で文書が検索可能なこと。 ・ 患者ID ・ 作成済み文書（自診療科または自分の作成済み） ・ 未作成文書（自診療科または自分の未作成）	○
AU.4.1.3	作成文書の一覧から「作成済」や「作成中」の文書を複製することが可能であること。	○
AU.4.1.4	紹介元医療機関への返書作成遅延を防止するため、退院患者における返書の作成・送付進捗を一元管理でき、期限超過や遅延リスクに応じた警告・通知が行えること。なお、警告の表示方法や医師への促しに関する方法は問わない。提案内容により加点評価する。	●
AU.4.2	文書フォーマット	—
AU.4.2.1	テンプレートの項目として以下の患者情報引用部品が使用可能。 ・ 患者ID・患者カナ氏名・患者漢字氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話番号	○

AU. 4. 2. 2	テンプレートの項目として以下の文書情報引用部品が使用可能。 ・ 文書種別名・ 交付予定日・ 作成日・ オータ情報取部品	○
AU. 4. 2. 3	テンプレートの項目として以下の当センター施設情報引用部品が使用可能。 ・ 施設漢字名・ 施設法人名・ 住所・ 電話番号・ FAX番号・ 診療科名・ 医師名	○
AU. 4. 2. 4	テンプレートの項目として以下の紹介施設情報引用部品が使用可能。 ・ 施設漢字名・ 施設法人名・ 住所・ 電話番号・ FAX番号・ 診療科名・ 医師名	○
AU. 4. 2. 5	初回報告文書、最終報告文書等のフォーマットを作成することが可能であり、複数のフォーマットで運用が可能であること。	○
AU. 4. 2. 6	テンプレートによる報告文書のフォーマットは運用途中に変更することも可能であること。ただし、既に作成済みの報告書についてはフォーマットの変更は反映されないこと。	○
AU. 4. 3	文書作成	—
AU. 4. 3. 1	報告文書を作成時は、画面表示のタイミングで自動的に施設情報、患者情報の表示が可能であること。	○
AU. 4. 3. 2	期間指定により該当患者に実施されたオーダ(「検査結果」「処方」「病名」「注射」「輸血」)を取り込み、サマリー情報として表示することが可能であること。また検査結果の取り込みについては、別紙扱いとして、報告文書の最終ページ以降に検査結果一覧として表示できること。	○
AU. 4. 3. 3	期間指定により該当患者に登録された病名情報を病名オーダから取り込み、サマリー情報として表示することが可能であること。また、病名オーダ情報を「主」「副」として選択が可能で、主⇒副の順に表示されること。また、取り込み後の病名の変更や新規のフリー入力も可能であること。	○
AU. 4. 3. 4	報告文書作成画面上にてオーダ種毎に、所見のテキスト入力が可能であること。また、Windows機能レベルのコピー＆ペーストが可能なこと。	○
AU. 4. 3. 5	入力の際に、登録済み定型句の一覧からドラッグ＆ドロップ操作にて、入力欄に貼り付け可能なこと。	○
AU. 4. 3. 6	定型句は、個人用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用可能なこと。マイフォルダはログインしている当人のみ使用可能、診療科フォルダはその診療科に所属する職員のみ使用可能、共通フォルダは施設の職員全員が使用可能なこと。	○
AU. 4. 3. 7	報告文書に対する医師の参照・更新権限を設定できること。	○
AU. 4. 3. 8	作成済みや作成中の文書を複製することが可能であること。	○
AU. 4. 3. 9	画像ファイルを最大4つ、ディスクから選択することで添付画像として取込、表示が可能であること。この場合1画像1枚の印刷、表示とすること。	○
AU. 4. 4	報告文書プレビュー	—
AU. 4. 4. 1	作成した報告文書を印刷イメージでプレビューすることが可能であること。この際には作成文書は必ず一時保存されること。	○
AU. 4. 5	報告文書確定登録	—
AU. 4. 5. 1	報告文書は確定登録と一時保存の状態が可能であること。一度確定登録した文書は作成者もしくは権限設定により再度編集が可能であること。	○
AU. 4. 5. 2	医師の確定登録後に文書の送付方法を選択することが可能であること。送付方法名称は自由に設定可能とし、基本的には以下のパターンのいずれかに分別が可能であること。・ FAX ・ 印刷 ・ 保留 ・ 連携室扱い	○
AU. 4. 5. 3	送付方法で印刷を行う際は文面に印刷される交付予定日の指定と部数指定が可能であること。	○
AU. 4. 5. 4	確定登録時に、送付方法にかかわらず控え用の文書が印刷されること。	○
AU. 4. 5. 5	確定した文書は電子カルテシステムに送信可能であること。	○
AU. 5	逆紹介状作成業務	—
AU. 5. 1	共通機能	—
AU. 5. 1. 1	オーダエントリシステムやカルテシステムからログイン情報、患者情報を引き継ぎ逆紹介状作成画面が起動されること。	○
AU. 5. 1. 2	以下の条件で文書が検索可能なこと。 ・ 患者ID ・ 作成済み文書（自診療科または自分の作成済み）	○
AU. 5. 1. 3	その結果を逆紹介元施設別に作成文書の一覧として表示できること。	○
AU. 5. 1. 4	作成文書の一覧から「作成済」や「作成中」の文書を複製することが可能であること。	○
AU. 5. 2	文書フォーマット	—
AU. 5. 2. 1	テンプレートの項目として以下の患者情報引用部品が使用可能であること。・ 患者ID・ 患者カナ氏名・ 患者漢字氏名・ 性別・ 生年月日・ 年齢・ 住所・ 電話番号	○
AU. 5. 2. 2	テンプレートの項目として以下の文書情報引用部品が使用可能であること。・ 文書種別名・ 交付予定日・ 作成日・ オータ情報取部品	○
AU. 5. 2. 3	テンプレートの項目として以下の当センター施設情報引用部品が使用可能であること。 ・ 施設漢字名・ 施設法人名・ 住所・ 電話番号・ FAX番号・ 診療科名・ 医師名	○
AU. 5. 2. 4	テンプレートの項目として以下の紹介施設情報引用部品が使用可能であること。・ 施設漢字名・ 施設法人名・ 住所・ 電話番号・ FAX番号・ 診療科名・ 医師名	○

AU. 5. 2. 5	診療情報提供書等のフォーマットを作成することが可能であり、複数のフォーマットで運用が可能であること。	○
AU. 5. 2. 6	テンプレートによる報告文書のフォーマットは運用途中で変更することも可能であること。ただし、既に作成済みの報告書についてはフォーマットの変更は反映されないこと。	○
AU. 5. 3	逆紹介状作成	—
AU. 5. 3. 1	逆紹介状を作成時は、画面表示のタイミングで自動的に施設情報、患者情報の表示が可能であること。	○
AU. 5. 3. 2	期間指定により該当患者に実施されたオーダ（「検査結果」「処方」「病名」「注射」「輸血」）を取り込み、サマリー情報として表示することが可能であること。また、検査結果の取り込みについては、別紙扱いとして、逆紹介状の最終ページ以降に検査結果一覧として表示できること。	○
AU. 5. 3. 3	期間指定により該当患者に登録された病名情報を病名オーダから取り込み、サマリー情報として表示することが可能であること。また病名オーダ情報を「主」「副」として選択が可能で、主⇒副の順に表示されること。また取り込み後の病名の変更や新規のフリー入力も可能であること。	○
AU. 5. 3. 4	逆紹介状作成画面上にてオーダ種毎に、所見のテキスト入力が可能であること。また、Windows機能レベルのコピー＆ペーストが可能なこと。	○
AU. 5. 3. 5	入力の際に、登録済み定型句の一覧からドラッグ＆ドロップ操作にて、入力欄に貼り付け可能なこと。	○
AU. 5. 3. 6	定型句は、個人用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用可能なこと。マイフォルダはログインしている当人のみ使用可能、診療科フォルダはその診療科に所属する職員のみ使用可能、共通フォルダは施設の職員全員が使用可能なこと。	○
AU. 5. 3. 7	逆紹介状に対する医師の参照・更新権限を設定できること。	○
AU. 5. 3. 8	作成済みや作成中の文書を複製することが可能であること。	○
AU. 5. 3. 9	画像ファイルを最大4つ、ディスクから選択することで添付画像として取込、表示が可能であること。この場合1画像1枚の印刷、表示とすること。	○
AU. 5. 4	逆紹介状プレビュー	—
AU. 5. 4. 1	作成した逆紹介状を印刷イメージでプレビューすることが可能であること。この際には作成文書は必ず一時保存されること。	○
AU. 5. 5	逆紹介状確定登録	—
AU. 5. 5. 1	逆紹介状は確定登録と一時保存の状態が可能であること。一度確定登録した文書は作成者もしくは権限設定により再度編集が可能であること。	○
AU. 5. 5. 2	医師の確定登録後に文書の送付方法を選択することが可能であること。送付方法名称は自由に設定可能とし、基本的には以下のパターンのいずれかに分別が可能であること。・FAX ・印刷、 保留 ・連携室扱い	○
AU. 5. 5. 3	送付方法で印刷を行う際は文面に印刷される交付予定日の指定と部数指定が可能であること。	○
AU. 5. 5. 4	確定登録時に、送付方法にかかわらず控え用の文書が印刷されること。	○
AU. 5. 5. 5	医師の確定登録後に医事システムへ診療情報提供料の加算項目を発生させることが可能であること。この際の加算発生日は交付予定日とすること。	○
AU. 5. 5. 6	診療情報提供料と共に紹介先施設名称を医事システムへ登録することが可能であること。	○
AU. 5. 5. 7	確定した診療情報提供書は電子カルテシステムに送信可能であること。	○
AU. 5. 6	その他	—
AU. 5. 6. 1	文書作成済みチェックが認識しやすいこと。	○
AU. 5. 6. 2	月ごとに統計した年間の集計が出力できること。	○
AU. 6	退院支援・医療相談	—
AU. 6. 1	退院支援・情報管理（看護師機能）	—
AU. 6. 1. 1	入院日・依頼日・病棟・担当医・担当看護師・担当MSW・退院支援進捗状況等で入院患者の検索ができること。また、担当医、担当看護師が操作者本人以外の場合、氏名・職種等から職員の検索ができること。	○

AU. 6. 1. 2	検索条件により表示された患者一覧には以下の項目が表示できること。 ・スクリーニングシート作成状況 ・スクリーニング結果 ・アセスメントシート作成状況 ・アセスメント結果 ・退院支援依頼書作成状況 ・支援状況 ・退院支援計画書作成状況 ・連携室介入状況 ・退院支援経過票作成状況 ・退院支援結果票作成状況 ・患者属性 ・担当者 ・病名（文書中に登録されたもの） ・病棟名 ・担当者 ・依頼日 ・入退院日	○
AU. 6. 1. 3	退院支援スクリーニングシート作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 4	退院支援スクリーニング結果により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 5	退院支援スクリーニング結果（スコア）にかかわらず、操作者の判断により支援対象患者を設定できること。	○
AU. 6. 1. 6	退院支援アセスメントシート作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 7	退院支援アセスメント結果により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 8	退院支援依頼書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 9	退院支援計画書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 10	上記（スクリーニング、アセスメント、支援依頼、支援計画）以外に作成した文書種別の作成状況でも患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 11	支援状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 1. 12	患者IDを直接指定し、支援状況の表示ができること。また、患者IDが不明な場合患者氏名等から患者IDの検索が可能であること。	○
AU. 6. 1. 13	退院支援計画書の作成ができること。また、退院支援スクリーニングおよび退院支援アセスメントが未登録であっても作成可能であること。	○
AU. 6. 1. 14	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面（文書ポータル）に遷移できること。	○
AU. 6. 1. 15	支援・相談一覧画面（文書ポータル）では該当患者の退院支援・医療相談履歴および作成文書が参照できること。また、支援・相談文書の作成が可能であること。	○
AU. 6. 1. 16	検索した退院支援情報はCSV形式で出力できること。	○
AU. 6. 1. 17	作成された文書は電子カルテシステムに伝達できること。	○
AU. 6. 1. 18	患者ごとに、作成された退院支援文書が時系列で確認できること。	○
AU. 6. 2	退院支援・文書作成	—
AU. 6. 2. 1	支援経過の登録ができること。	○
AU. 6. 2. 2	支援結果の登録ができること。	○
AU. 6. 2. 3	退院支援計画書の作成ができること。	○
AU. 6. 2. 4	退院支援計画書の算定情報を医事会計システムに伝達できること。	○
AU. 6. 2. 5	退院時共同指導書の作成ができること。	○
AU. 6. 2. 6	退院時共同指導書の算定情報を医事会計システムに伝達できること。	○
AU. 6. 2. 7	各文書の印刷ができること。	○
AU. 6. 3	退院支援・情報管理	—
AU. 6. 3. 1	依頼日・入院日・病棟・担当医・担当看護師・担当MSW・退院支援進捗状況で入院患者の検索が可能であること。また、担当医、担当看護師、担当MSW氏名・職種等から職員の検索が行えること。	○

AU. 6. 3. 2	検索条件により表示された患者一覧には以下の項目が表示できること。 ・スクリーニングシート作成状況 ・スクリーニング結果 ・アセスメントシート作成状況 ・アセスメント結果 ・退院支援依頼書作成状況 ・支援状況 ・退院支援計画書作成状況 ・連携室介入状況 ・退院支援経過票作成状況 ・退院支援結果票作成状況 ・患者属性 ・担当者 ・病名（文書中に登録されたもの） ・病棟名 ・担当者 ・依頼日 ・入退院日	○
AU. 6. 3. 3	退院支援依頼書が発行された患者を一覧表示できること。	○
AU. 6. 3. 4	退院支援スクリーニング結果により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 3. 5	退院支援アセスメント結果により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 3. 6	退院支援依頼書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 3. 7	退院支援計画書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 3. 8	上記（スクリーニング、アセスメント、支援依頼、支援計画）以外に作成した文書種別の作成状況でも患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 3. 9	患者IDを直接指定し、支援状況の表示ができること。また、患者IDが不明な場合患者氏名等から患者IDの検索が可能であること。	○
AU. 6. 3. 10	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面（文書ポータル）に遷移できること。	○
AU. 6. 3. 11	支援・相談一覧画面（文書ポータル）では該当患者の退院支援・医療相談履歴および作成文書が参照できること。また、支援・相談文書の作成が可能であること。	○
AU. 6. 3. 12	支援一覧情報をCSVデータとして抽出できること。	○
AU. 6. 3. 13	作成された文書は電子カルテシステムに伝達できること。	○
AU. 6. 3. 14	患者ごとに、作成された退院支援文書が時系列で確認できること。	○
AU. 6. 4	医療相談・文書作成	—
AU. 6. 4. 1	医療相談票が作成できること。	○
AU. 6. 4. 2	医療相談経過が作成できること。	○
AU. 6. 4. 3	医療相談結果が作成できること。	○
AU. 6. 4. 4	がん相談票が作成できること。	○
AU. 6. 4. 5	がん相談経過が作成できること。	○
AU. 6. 4. 6	がん相談結果が作成できること。	○
AU. 6. 4. 7	相談状況が登録できること。	○
AU. 6. 4. 8	相談内容が登録できること。	○
AU. 6. 4. 9	文書の印刷ができること。	○
AU. 6. 5	医療相談・文書作成	—
AU. 6. 5. 1	支援状況・支援期間・相談種別（医療相談／がん相談）・相談内容・患者ID・病棟・担当で医療相談患者の検索が可能であること。	○
AU. 6. 5. 2	患者IDを直接指定し、支援状況の表示ができること。また、患者IDが不明な場合患者氏名等から患者IDの検索が可能であること。	○
AU. 6. 5. 3	支援状況により対象患者の絞り込みができること。	○
AU. 6. 5. 4	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援状況が変更できること。	○
AU. 6. 5. 5	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面（文書ポータル）に遷移できること。	○
AU. 6. 5. 6	支援・相談一覧画面（文書ポータル）では該当患者の退院支援・医療相談履歴および作成文書が参照できること。また、支援・相談文書の作成が可能であること。	○

項番	機能要件	配点
AV	地域医療連携システム	—
AV. 1	共通要件	—
AV. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AV. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AV. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AV. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AV. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AV. 2	ハードウェア	—
AV. 2. 1	サーバ	—
AV. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AV. 2. 1. 2	本システムは稼働後7年間の継続利用を前提とする。納入するハードウェアは、原則として稼働後7年間のメーカー公式パーツ保守が保証される機器を選定すること。ただし、アプライアンス製品等においてメーカー保証上限が5年である機器を採用する場合は、以下の条件をすべて満たす提案を行うこと。 1. 更新計画の提示： 稼働後5年目の適切な時期に後継機器へのハードウェアリプレイスを実施し、通算7年間の安定稼働を担保する更新計画を提示すること。 2. 費用の明確化： リプレイスにかかるハードウェア費用、環境構築費、データ移行費、新旧切替作業費、および残存2年間（6～7年目）の保守費用を、本調達の見積明細（または7年間TCO試算）に明記すること。 3. 業務影響の最小化： ハードウェア更新に伴うデータ移行および切替作業は、当センターの通常診療・業務運用への影響（停止時間等）を最小限に抑える手順を策定すること。	○
AV. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AV. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。アプライアンスサーバであっても同様であること。	○
AV. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。アプライアンスサーバであっても同様であること。	○
AV. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。アプライアンスサーバであっても同様であること。	○
AV. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。アプライアンスサーバであっても同様であること。	○
AV. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。電子カルテベンダーが提供する場合でも上記要件を満たしているか部門ベンダーが確認すること。	○
AV. 3	基本要件	—
AV. 3. 1	基本条件	—
AV. 3. 1. 1	入院期間データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 1. 2	読影レポートから、データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 1. 3	電子カルテ、オーダエントリシステムから、文書データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 1. 4	PACSとDICOM通信により、医療画像を取り込むことができること。	○
AV. 3. 1. 5	外部LANとのデータ連携機能に関して、ゲートウェイサーバは、病院情報LANからファイアウォールを隔てた外部に設置され、病院情報LANからは透過的にデータの書き込み・参照ができること。	○
AV. 3. 1. 6	外部LANとのデータ連携機能に関して、ゲートウェイサーバの管理は、病院情報システム内、または外の許可された端末パソコンから行えること。	○
AV. 3. 1. 7	サービスセンターから情報公開要求があった場合、公開用ゲートウェイサーバ内に格納された該当患者の診療情報を指定先の表示端末へ送出することができること。	○
AV. 3. 1. 8	診療情報共有機能に関して、指定された参照データは、患者ID情報、紹介医情報と連動して利用できるように地域連携サーバに送信・登録できること。	○
AV. 3. 1. 9	サービスセンターから公開情報の更新要求があった場合、当該医療施設の病院情報システムから最新の診療情報を取得し、公開用ゲートウェイサーバに格納できること。	○
AV. 3. 1. 10	外部LANとのデータ連携機能に関して、認証された外部の利用者は、ゲートウェイサーバの許可されたディレクトリに対し書き込み・参照ができること。	○
AV. 3. 1. 11	外部LANとのデータ連携機能に関して、診療情報交換機能は、XMLに対応したWEBシステムとして構築されていること。	○
AV. 3. 2	ID、利用者管理	—

AV. 3. 2. 1	権限を持つものが、各施設よりIDを付与することができること。	○
AV. 3. 2. 2	1個人に対して、複数医療施設の利用者IDを付与できること。	○
AV. 3. 2. 3	利用者IDは、利用者IDとは別に設定ができ、電子カルテの利用者IDとマッチングできること。	○
AV. 3. 2. 4	診療情報の公開に合意した患者情報を取得し、管理IDを生成し、各医療施設における患者IDと関連付けて登録できること。また、必要に応じて修正、削除を行うこと。	○
AV. 3. 2. 5	システム利用権限を付与する医療従事者につき、管理IDと所属する医療施設のIDを関連付けて登録する機能を有すること。また、必要に応じて修正、削除を行うことができること。	○
AV. 3. 2. 6	複数施設の連携を登録でき、登録した施設間でのみ、患者情報を共有できること。	○
AV. 3. 2. 7	職員毎にシステム権限を設定できること。	○
AV. 3. 2. 8	患者へのアクセス権は、施設毎、施設内の職員毎に制限をかけることができること。	○
AV. 3. 2. 9	システムが提供するWebページにInternet経由でアクセスする場合は、SSLクライアント認証機能を保有すること。VPN接続する場合はSSLクライアント認証機能は保有しなくてもかまわない。	○
AV. 3. 2. 10	外部LANとのデータ連携機能に関して、外部の利用者については、利用者の登録・管理および地域連携サーバに接続時の利用者認証ができること。	○
AV. 3. 2. 11	マスタ管理に関して、医療機関の情報をマスタ管理できること。	○
AV. 3. 2. 12	マスタ管理に関して、医療機関名、住所の情報が登録できること。	○
AV. 3. 3	セキュリティ	—
AV. 3. 3. 1	患者毎、利用者毎に診療情報の表示履歴を生成し、保存管理すること。このアクセスログは公開情報として、利用端末から表示要求があった場合は、表示を行えること。	○
AV. 3. 3. 2	外部LANとのデータ連携機能に関して、ゲートウェイサーバと外部のLANとの通信は、暗号化による機密の保持ができること。その際、外部のパソコンに暗号化・複合化のソフトウェアが必要な方式の場合、そのソフトウェアを配布可能とすること。	○
AV. 3. 3. 3	閲覧施設に対しては、デジタル証明書を発行し、サービス利用時には認証を行うこと。デジタル証明書を保有しない端末からの接続要求は許容しないこと。	○
AV. 3. 3. 4	利用者端末の参照機能は、業務ソフトウェアではなく、インターネットブラウザを通じてサービス提供されること。	○
AV. 3. 3. 5	診療情報共有機能に関して、外部の利用者は、自施設から紹介した患者以外の診療情報にはアクセスできないこと。	○
AV. 3. 4	ゲートウェイサーバ	—
AV. 3. 4. 1	電子カルテシステムから、開示用ゲートウェイサーバに自動で事前に設定された処方データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 2	電子カルテシステムから、開示用ゲートウェイサーバに自動で事前に設定された注射データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 3	電子カルテシステムから、開示用ゲートウェイサーバに自動で事前に設定された検体検査結果を取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 4	他社、読影レポートから、データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 5	電子カルテシステムから、文書データを取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 6	PACSとDICOM通信により、医療画像を取り込むことができること。	○
AV. 3. 4. 7	外部LANとのデータ連携機能に関して、ゲートウェイサーバは、病院情報LANからファイアウォールを隔てた外部に設置され、病院情報LANからは透過的にデータの書き込み、参照ができること。	○
AV. 3. 4. 8	外部LANとのデータ連携機能に関して、ゲートウェイサーバの管理は、病院情報システム内、または外の許可された端末パソコンから行えること。	○
AV. 3. 4. 9	診療情報共有機能に関して、指定された参照データは、患者ID情報と連動して利用できるように地域連携サーバに送信・登録できること。	○
AV. 3. 4. 10	サービスセンターからの情報登録要求に基づき、病院情報システムを保有しない医療施設からのテキスト情報、ファイル等のアップロードを許容し、指定された患者に関する情報として格納すること。	○
AV. 3. 4. 11	外部LANとのデータ連携機能に関して、診療情報交換機能は、XMLに対応したWEBシステムとして構築されていること。	○
AV. 3. 4. 12	クライアントOS「Windows」を搭載した端末を利用して、外部からゲートウェアサーバ内に格納された診療情報を参照できること。	○
AV. 3. 4. 13	カレンダー形式で情報表示を行え、年・月・週・日単位でスケール切り替えが行えること。	○

項番	機能要件	配点
AW	院内トリアージシステム	—
AW. 1	共通要件	—
AW. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AW. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AW. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AW. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AW. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にする。	○
AW. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AW. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AW. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AW. 1. 9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AW. 1. 10	電子カルテ終了時に同時に終了できること。	○
AW. 2	ハードウェア	—
AW. 2. 1	サーバ	—
AW. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AW. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AW. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AW. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AW. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AW. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AW. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AW. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AW. 3	基本機能	—
AW. 3. 1	全般	—
AW. 3. 1. 1	受付患者に対して緊急度判定（JTAS 2023）が可能であること。	○
AW. 3. 1. 2	タブレットPCに対応し、キーボードやマウスと併用してタッチ操作でも行えること。	○
AW. 3. 1. 3	スタッフの利用者IDとパスワードを用いてシステムにログインできること。	○
AW. 3. 1. 4	各スタッフに権限を持たせ、権限ごとのシステムの利用制限が可能なこと。	○
AW. 3. 1. 5	トリアージした患者の緊急度に応じて、再評価までの時間を表示、警告できること。	○
AW. 3. 1. 6	ブラウザを有するクライアント端末（Windows）で動作すること。	○
AW. 3. 1. 7	クライアント端末上に個人情報を保存しないこと。	○
AW. 3. 1. 8	利用可能なクライアント端末台数に制限を設けないこと。	○
AW. 3. 1. 9	システムはWebベースとし、速やかに起動できること（3秒程度）	○
AW. 3. 1. 10	データは7年以上保存可能であること。	○
AW. 4	詳細機能	—
AW. 4. 1	受付業務（受付・一覧）	—
AW. 4. 1. 1	患者受付画面から患者を受付することができること。	○
AW. 4. 1. 2	受付した患者は、一覧形式で表示され任意のタイミング、あるいは一定時間で更新されること。	○
AW. 4. 1. 3	患者のID、氏名、性別、生年月日、年齢が表示できること。	○

AW. 4. 1. 4	トリアージの状態(未実施、実施中、判定)が表示できること。また、トリアージ中の場合は実施看護師、診察中の場合は医師名を表示できること。	○
AW. 4. 1. 5	緊急度を判定した場合、JTASの基準に沿った色で表示できること。	○
AW. 4. 1. 6	受付からトリアージ待ちの経過時間を表示できること。	○
AW. 4. 1. 7	トリアージ後、診察待ち時間が表示できること。	○
AW. 4. 1. 8	診察開始後、診察時間を表示できること。	○
AW. 4. 1. 9	再トリアージ、再々トリアージすることができ、わかりやすく表示できること。	○
AW. 4. 1. 10	緊急度判定を手動で変更した場合に、変更したことがわかること。	○
AW. 4. 1. 11	患者の現在位置(マスタ設定)と状態が表示できること。	○
AW. 4. 1. 12	備考が登録できること。	○
AW. 4. 1. 13	表記とソート順をカスタマイズできること。	○
AW. 4. 1. 14	緊急度別に表示を絞り込めること。	○
AW. 4. 1. 15	同姓同名、同日の再来を表示できること。	○
AW. 4. 1. 16	診察終了した患者に完了操作で、一覧から除外できること。	○
AW. 4. 1. 17	受付時に問診を登録できること。	○
AW. 4. 2	トリアージ機能	—
AW. 4. 2. 1	JTAS 2023 に準じた成人(15歳以上)と小児(15歳未満)の2種類の基準を用意すること。	○
AW. 4. 2. 2	トリアージ緊急度は自動で判定されること。	○
AW. 4. 2. 3	トリアージ緊急度は手動で変更でき、その際に変更理由を記載できること。	○
AW. 4. 2. 4	トリアージの開始時間、終了時間、経過時間は自動記録されること。	○
AW. 4. 2. 5	第一印象(外観、意識、呼吸、循環)を登録できること。	○
AW. 4. 2. 6	JTAS 2023 に準じた症候が選択可能なこと。	○
AW. 4. 2. 7	よく使う症候(選択項目)があること。	○
AW. 4. 2. 8	感染管理に関する設問を選択できること。	○
AW. 4. 2. 9	必要の応じてJTAS 2023 に準拠したガイドが表示できること。	○
AW. 4. 2. 10	問診を参照・修正できること(既往歴、内服薬、アレルギー、現病歴等)	○
AW. 4. 2. 11	選択した症候から関連する症候や設問を選択できること。	○
AW. 4. 2. 12	小児の場合は、食事と身長、体重が入力できること。	○
AW. 4. 2. 13	バイタルサイン(呼吸数、SP02、心拍数、血圧上下、GCS、体温)が入力でき自動的に緊急度が判定されること。	○
AW. 4. 2. 14	呼吸数測定補助機能があること。	○
AW. 4. 2. 15	SP02入力時に、酸素供給方法と酸素流量を記載できること。	○
AW. 4. 2. 16	JTAS 2023 の補足因子に対応していること。	○
AW. 4. 2. 17	トリアージ中に一時中断(保留)が可能なこと。	○
AW. 4. 2. 18	手書きメモ、文字入力ができること。	○
AW. 4. 2. 19	検証、カンファレンスのために、付箋を付けることができること。	○
AW. 4. 2. 20	SIRSや敗血症の判定支援機能があること。	○
AW. 4. 2. 21	身体図による入力支援機能があること。	○
AW. 4. 2. 22	救急搬送された患者を区別して表示できること。	○
AW. 4. 2. 23	選択項目や問診は、表示順を入替できること。	○
AW. 4. 3	患者検索機能	—
AW. 4. 3. 1	検索条件を入力して、一覧画面で表示できること。	○
AW. 4. 3. 2	検索結果はソートできること。	○
AW. 4. 3. 3	ID、氏名、緊急度、トリアージ実施期間を条件に検索できること。	○
AW. 4. 3. 4	症候を条件に検索できること。	○
AW. 4. 3. 5	検証結果(アンダー、オーバー、適正)を条件に検索できること。	○
AW. 4. 3. 6	備考の属性を条件に検索できること。	○
AW. 4. 4	検証、振り返り機能	—
AW. 4. 4. 1	トリアージ(最大3回まで)を検証できること。	○
AW. 4. 4. 2	JTAS 2023 による判定と、看護師の判定を比較することができること。	○
AW. 4. 4. 3	トリアージ時の第一印象、症候、バイタルサイン、問診、備考等を表示し、判定根拠が表示されること。	○
AW. 4. 4. 4	電子カルテと連携して、医師の診断結果(病名)や転帰を表示できること。	○

AW. 4. 4. 5	受付～トリアージ～診察開始～診察終了の各セッションにかかった時間を表示できること。	○
AW. 4. 4. 6	トリアージに対して判定(アンダー、適正、オーバー、判定不能、保留)ができること。	○
AW. 4. 4. 7	検証者の名前を入力できること。	○
AW. 4. 4. 8	検証、振り返りのコメントを入力できること。	○
AW. 4. 4. 9	検証済みであることをトリアージ実施者に通知する機能があること。	○
AW. 4. 4. 10	検証内容を確認した証跡を残す機能があること。	○
AW. 4. 5	統計機能	—
AW. 4. 5. 1	集計期間を指定できること。	○
AW. 4. 5. 2	全体、または個人の集計ができること。	○
AW. 4. 5. 3	症候、第一印象のランキングが表示できること。	○
AW. 4. 5. 4	上記ランキングは、成人、小児、男女、全体で集計できること。	○
AW. 4. 5. 5	緊急度の割合、年齢ごとの緊急度の割合を表示できること。	○
AW. 4. 5. 6	トリアージの実施率を含む指標を表示できること。	○
AW. 4. 5. 7	トリアージの待ち時間の平均、最小、最大を表示できること。	○
AW. 4. 5. 8	トリアージの実施時間の平均、最小、最大を表示できること。	○
AW. 4. 5. 9	検証(アンダー、適正、オーバー)の割合を表示できること。	○
AW. 4. 5. 10	転帰別の割合を表示できること。	○
AW. 4. 5. 11	時間帯別の患者数の表示ができること。	○
AW. 4. 5. 12	曜日別、月別、年別の患者数とトリアージ実施率が表示できること。	○
AW. 4. 5. 13	入院した患者については、診療科別の患者数が表示できること。	○
AW. 4. 5. 14	応答時間充足率を表示できること。	○
AW. 4. 5. 15	統計データをCSV形式で出力できること。	○
AW. 4. 5. 16	統計データをExcel形式(表・グラフあり)で出力できること。	○
AW. 4. 6	電子カルテ連携	—
AW. 4. 6. 1	患者情報が連携できること。	○
AW. 4. 6. 2	受付情報が連携できること。	○
AW. 4. 6. 3	スタッフ情報(職員情報)が連携できること。	○
AW. 4. 6. 4	トリアージ結果を診察記事に連携できること。	○
AW. 4. 6. 5	電子カルテからシングルサインオンが可能なこと。	○
AW. 4. 6. 6	電子カルテからURLを指定することで特定の患者のトリアージ内容が参照できること。	○
AW. 4. 6. 7	救急患者一覧と連携できること。	○
AW. 4. 6. 8	救急搬送された患者も連携し、トリアージできること。	○
AW. 4. 6. 9	既往歴、身長体重などを連携できること。	○

項番	機能要件	配点
AX	グループウェアシステム	—
AX. 1	グループウェアシステム	—
AX. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AX. 1. 2	医療情報システムへアクセスする際の統括ログイン画面となる機能を有すること。	○
AX. 1. 3	ログイン方法は各種カード、IDやパスワードでのログイン（二要素認証による）に対応することができること。	○
AX. 1. 4	ログインを行う前に簡易的な情報を通知する機能を有すること。	○
AX. 1. 5	パスワード変更に関して利用者に督促することができること。また、その日数等はシステムで設定変更が可能であること。	○
AX. 1. 6	パスワード変更していないユーザにはその旨を通知し、強制的に変更させることが可能なこと。	○
AX. 1. 7	パスワードを忘れた場合に備え、パスワードを初期化する機能を有すること。	○
AX. 1. 8	貴社システム内のログイン者、ステータスなどの情報をログ出力可能なこと。ログイン時間、ログアウト時間、利用者ID、使用端末、などのログ記録をシステム毎に見られること。	○
AX. 1. 9	各種ユーザをグループごとに分けて管理することが可能であること。	○
AX. 2	ハードウェア	—
AX. 2. 1	サーバ	—
AX. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AX. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AX. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AX. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AX. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AX. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AX. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AX. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AX. 3	機能要件	—
AX. 3. 1	基本要件	—
AX. 3. 1. 1	Microsoft Edgeで動作するウェブアプリケーションであること。	○
AX. 3. 1. 2	Google Chrome、Firefox、Safariなどで動作するWeb標準技術を採用していること。	○
AX. 3. 1. 3	入力や参照等の操作はOSやブラウザの標準機能のみででき、同じ端末を利用する他システムへの影響を最小限にできること。	○
AX. 3. 1. 4	利用者はログインID、パスワードにより認証できること。	○
AX. 3. 1. 5	利用者の職員IDとログインIDを別に管理できること。	○
AX. 3. 1. 6	認証後の放置に対応するため、一定時間サーバにアクセスがない場合はタイムアウトするよう設定できること。	○
AX. 3. 1. 7	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AX. 3. 1. 8	画面上部によく利用する機能に移動するためのメニューアイコンを配置できること。	○
AX. 3. 1. 9	電子カルテよりシングルサインオンで連携できること。	○
AX. 3. 1. 10	電子カルテのログオン時にポップアップで未読件数を通知できること。	○
AX. 3. 1. 11	電子カルテの終了時に同時終了できること。	○
AX. 3. 1. 12	OSはRedHat Enterprise Linux（またはその互換OS）で動作できること。	○
AX. 3. 1. 13	24時間365日の運用ができること。	○
AX. 3. 1. 14	1000名の利用者が利用できること。	○
AX. 3. 1. 15	利用停止の場合はライセンスから除外できること。	○
AX. 3. 2	マスタ管理	—
AX. 3. 2. 1	職員情報の登録は指定フォーマットのCSVファイルで一括登録できること。	○
AX. 3. 2. 2	職員の部署移動は出力したCSVファイルを修正し、そのCSVファイルで一括変更できること。	○

AX. 3. 2. 3	組織マスタが3段階の階層構造で管理でき、表示順を設定できること。	○
AX. 3. 2. 4	職種マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AX. 3. 2. 5	役職マスタが管理でき、表示順を設定できること。	○
AX. 3. 2. 6	各種機能の利用権限、管理権限をグループ化し管理できること。	○
AX. 3. 2. 7	任意の利用者にマスタ管理権限を設定できること。	○
AX. 3. 2. 8	各利用者の氏名、よみがな、所属、職種、役職、PHS番号、内線番号を管理できること。	○
AX. 3. 2. 9	所属を兼務できること。	○
AX. 3. 2. 10	職員情報は電子カルテと連携して日次処理で自動登録できること。	○
AX. 3. 2. 11	電子カルテ側の氏名、所属、職種、役職を連携しない利用者を設定できること。	○
AX. 3. 3	各種機能	—
AX. 3. 3. 1	トップページ機能	—
AX. 3. 3. 1. 1	ログイン直後の画面にて各機能の未読、新着一覧、今週のスケジュール、本日の施設・設備予約といった情報を集約し表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 2	画面上部に理念や注意喚起等の文字列が表示できること。入力権限は利用者単位で付与できること。	○
AX. 3. 3. 1. 3	画面上部の文字列は文字サイズ、文字色、文字背景色が設定でき、表が作成できること。	○
AX. 3. 3. 1. 4	画面最下部にも同様に自由に文字を記載できる欄が表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 5	入力欄はHTMLを直接入力できること。	○
AX. 3. 3. 1. 6	スケジュールは1週間の週間カレンダーで表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 7	週間カレンダーの開始曜日を日曜日か月曜日に設定できること。	○
AX. 3. 3. 1. 8	利用者単位でメモを入力できること。	○
AX. 3. 3. 1. 9	病床利用率や紹介率、平均在院日数、新規入院患者数といった指標を表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 10	指標は最低7つは同時に表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 11	項目名称をクリックすると履歴をグラフとして表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 12	担当者表を週単位で表示できること。	○
AX. 3. 3. 1. 13	担当者表はタブで表を切り替えて表示できること。	○
AX. 3. 3. 2	院内通知・通達機能	—
AX. 3. 3. 2. 1	ブラウザ操作のみで文字と一般的なアプリケーションデータを利用した通知・通達内容が容易に作成し掲載できること。	○
AX. 3. 3. 2. 2	部署、職種、役職、委員会で通知・通達先を限定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 3	一般の利用者が掲示可能かどうかを設定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 4	登録時にトップページへの掲載期間を指定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 5	登録時にログイン画面（ID、パスワードを入力してログインする画面）へ掲載するかを指定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 6	登録されたばかりの通知・通達内容は、一定期間、新着として容易に識別できること。	○
AX. 3. 3. 2. 7	通知・通達毎に開けた、開けていないや確認した、していない利用者を把握できること。	○
AX. 3. 3. 2. 8	通知・通達の内容は文字サイズ、文字色、文字背景色を設定でき、表を作成できること。	○
AX. 3. 3. 2. 9	画像、WORD、EXCEL形式等のアプリケーションデータを添付できること。	○
AX. 3. 3. 2. 10	JPEG形式、GIF形式、PNG形式の画像は詳細画面にてプレビューを表示できること。	○
AX. 3. 3. 2. 11	タイトル、内容、発信部署、発信者、掲載日、登録者、登録日を組み合わせて通知・通達を検索できること。	○
AX. 3. 3. 2. 12	選択した任意の通知・通達を一括で削除できること。	○
AX. 3. 3. 2. 13	重要な通知・通達には背景色を指定して掲載できること。	○
AX. 3. 3. 2. 14	過去の通知・通達を流用して新しい通知・通達を作成できること。	○
AX. 3. 3. 2. 15	アンケート機能があること。	○
AX. 3. 3. 2. 16	設問は複数を設定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 17	回答は選択肢から選択できること。	○
AX. 3. 3. 2. 18	選択肢は10まで設定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 19	設定により選択肢は複数を選択できること。	○
AX. 3. 3. 2. 20	自由記載の回答を設定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 21	アンケートの締切日を設定でき、回答は締切日まで修正できること。	○
AX. 3. 3. 2. 22	集計結果の公開、非公開を設定できること。	○
AX. 3. 3. 2. 23	集計結果をCSVファイルとして出力できること。	○

AX. 3. 3. 3	院内メール機能	—
AX. 3. 3. 3. 1	インターネットに繋がっていない環境でも院内のみで電子メールを利用できること。	○
AX. 3. 3. 3. 2	マスタに登録されている利用者情報をアドレス帳として利用できること。	○
AX. 3. 3. 3. 3	複数ユーザに同時にメールを送信できること。	○
AX. 3. 3. 3. 4	所属、役職、職種、委員会、グループ単位にメールを送信できること。	○
AX. 3. 3. 3. 5	添付ファイルが複数添付でき、かつファイルサイズを制限できること。	○
AX. 3. 3. 3. 6	受信先の開封状況を確認できること。	○
AX. 3. 3. 3. 7	CC、BCCで送信できること。	○
AX. 3. 3. 3. 8	メール作成時に重要度を設定できること。	○
AX. 3. 3. 3. 9	受信メールをフォルダで管理できること。	○
AX. 3. 3. 3. 10	差出人、受取人、CC、件名で自動的に指定フォルダに移動できるフィルタを登録できること。	○
AX. 3. 3. 3. 11	受信メールにフラグを付与できること。	○
AX. 3. 3. 3. 12	キーワードで差出人、CC、TO、件名、本文を検索できること。	○
AX. 3. 3. 4	スケジュール管理機能	—
AX. 3. 3. 4. 1	全体の行事予定、委員会の予定、個人の予定をそれぞれ独立して管理できること。	○
AX. 3. 3. 4. 2	1日単位、1週間単位・1ヶ月単位で予定を表示できること。	○
AX. 3. 3. 4. 3	所属またはグループ単位に一週間の予定を一覧で表示できること。	○
AX. 3. 3. 4. 4	予定の種類を色分けして表示できること。	○
AX. 3. 3. 4. 5	本人のみが自分の予定を登録・変更・削除できること。	○
AX. 3. 3. 4. 6	自分のスケジュールだけでなく、病院全体、委員会、個人の予定を登録・変更・削除できる権限を設定できること。	○
AX. 3. 3. 4. 7	重要な予定には文字の背景色を指定して登録できること。	○
AX. 3. 3. 4. 8	予定表で、クリックすることなく内容を確認できること。	○
AX. 3. 3. 4. 9	カレンダーから選択した、任意の日に同じ時間の予定を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 4. 10	毎日、毎週、毎月、毎週月水金、毎週火木、毎週月～金、毎週土日の繰り返しで同じ時間の予定を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 4. 11	毎月第何曜日、毎隔月第何曜日、3か月毎代何曜日の繰り返しで同じ時間の予定を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 4. 12	繰り返しの予定では終了日を設定できること。	○
AX. 3. 3. 4. 13	個人の予定の中に行事予定、委員会の予定を表示できること。	○
AX. 3. 3. 4. 14	個人、委員会の予定を登録する際に会議室の予約を同時に登録できること。	○
AX. 3. 3. 5	文書管理機能	—
AX. 3. 3. 5. 1	テキスト、WORD、EXCEL形式等のアプリケーションデータをフォルダに分けて登録し管理できること。	○
AX. 3. 3. 5. 2	全体、委員会、個人の書庫の使用、不使用を設定できること。	○
AX. 3. 3. 5. 3	委員会管理機能で委員会の新規登録時に自動的に委員会のフォルダを登録できること。	○
AX. 3. 3. 5. 4	フォルダは10階層以上を設定できること。	○
AX. 3. 3. 5. 5	フォルダ名およびフォルダ番号が登録できること。	○
AX. 3. 3. 5. 6	フォルダ内の一覧は直下のファイルとフォルダを表示できること。	○
AX. 3. 3. 5. 7	フォルダ内の一覧にあるフォルダをクリックして、そのフォルダ内の一覧に移動できること。	○
AX. 3. 3. 5. 8	フォルダ単位、ファイル単位に更新権限、参照権限を設定できること。	○
AX. 3. 3. 5. 9	権限は利用者単位、部署単位、役職単位で設定できること。	○
AX. 3. 3. 5. 10	更新権限のある利用者はフォルダやファイルを登録や削除できること。	○
AX. 3. 3. 5. 11	ファイル情報として文書名、キーワード、説明、文書番号を登録できること。	○
AX. 3. 3. 5. 12	更新日時が自動的に登録でき、確認できること。	○
AX. 3. 3. 5. 13	同一階層のフォルダと文書は番号（文書番号・フォルダ番号）順に表示できること。	○
AX. 3. 3. 5. 14	利用者は一覧の表示順を番号、文書名、更新日、ファイルサイズの昇順または降順で切り替えができること。	○
AX. 3. 3. 5. 15	ファイルの参照履歴として参照数、参照者を確認できること。	○
AX. 3. 3. 5. 16	ファイルを入れ替えることができ、前のファイルを履歴として保管し、版番号が自動で付与できること。	○
AX. 3. 3. 5. 17	履歴として保管しているファイルを参照できること。	○
AX. 3. 3. 5. 18	ファイルの保存先のフォルダを移動できること。	○

AX. 3. 3. 5. 19	ログイン画面（ID, パスワードを入力してログインする画面）に表示するかどうか選択できること。	○
AX. 3. 3. 5. 20	書庫単位で、文書名、キーワード、文書番号、登録者を組み合わせてファイルを検索できること。	○
AX. 3. 3. 5. 21	管理者は全てのファイルを参照し更新できること。	○
AX. 3. 3. 5. 22	管理者は指定フォルダ内とそのサブフォルダ内のすべてのファイルの一覧をCSVファイルで出力できること。	○
AX. 3. 3. 6	タスク管理機能	—
AX. 3. 3. 6. 1	利用者個人と委員会で共有できるタスクを登録できること。	○
AX. 3. 3. 6. 2	登録する際に、公開か非公開を選択できること。	○
AX. 3. 3. 6. 3	登録済みのタスクを簡単に修正できること。	○
AX. 3. 3. 6. 4	色分けによって容易にタスクの優先度と締切日を把握できること。	○
AX. 3. 3. 6. 5	現在のタスクが一覧で参照できること。	○
AX. 3. 3. 6. 6	各委員会より担当者として登録されたタスクを一覧で参照できること。	○
AX. 3. 3. 6. 7	委員会で登録したタスクを一覧で表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 8	電子会議室機能	○
AX. 3. 3. 6. 9	容易に電子会議室を作成でき、ブラウザ操作のみで文字と一般的なアプリケーションデータを利用した発言を投稿できること。	○
AX. 3. 3. 6. 10	電子会議室は一般の利用者が作成できるかどうかを設定できること。	○
AX. 3. 3. 6. 11	電子会議室の参照権限や投稿権限を設定できること。	○
AX. 3. 3. 6. 12	電子会議室はテーマごとに会議を設定できること。	○
AX. 3. 3. 6. 13	テーマの参照権限や投稿権限を設定できること。	○
AX. 3. 3. 6. 14	発言は表題と内容の登録、およびファイルを添付できること。	○
AX. 3. 3. 6. 15	内容は文字サイズ、文字色、文字背景色を設定でき、表を作成できること。	○
AX. 3. 3. 6. 16	発言に対して返信の発言ができ、返信に対して再返信できること。	○
AX. 3. 3. 6. 17	発言の関連性が分かるように階層化（ツリー化）して発言を表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 18	1ページに関連する発言の表題と内容を表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 19	投稿されたばかりの発言は、一定期間は新着発言として容易に識別できること。	○
AX. 3. 3. 6. 20	発言者と発言日時を表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 21	キーワードで発言を検索できること。	○
AX. 3. 3. 6. 22	テーマごとに蓄積されたデータを一括で削除できること。	○
AX. 3. 3. 6. 23	テーマ単位で発言があったことをウェブメール機能に通知できること。	○
AX. 3. 3. 6. 24	委員会管理機能	○
AX. 3. 3. 6. 25	委員会や小委員会（ワーキンググループ）を登録し管理できること。	○
AX. 3. 3. 6. 26	委員会の名簿を登録し管理できること。	○
AX. 3. 3. 6. 27	管理者は各委員会の名簿をEXCEL形式で出力できること。	○
AX. 3. 3. 6. 28	委員会の登録利用者のみ表示する非公開の委員会を登録できること。	○
AX. 3. 3. 6. 29	委員会の責任者、事務局に設定した利用者は委員会の名簿を登録し管理できること。	○
AX. 3. 3. 6. 30	委員会の名簿は院内通知・通達機能や院内メール機能の宛先に利用できること。	○
AX. 3. 3. 6. 31	委員会のスケジュールを登録し参照できること。	○
AX. 3. 3. 6. 32	委員会開催のスケジュールと関連づけて議事録を登録できること。	○
AX. 3. 3. 6. 33	出席者、欠席者を登録できること。	○
AX. 3. 3. 6. 34	議事録の概要を記載できること。	○
AX. 3. 3. 6. 35	概要は文字サイズ、文字色、文字背景色が設定でき、表を作成できること。	○
AX. 3. 3. 6. 36	議事録にWORD形式等のアプリケーションデータを添付できること。	○
AX. 3. 3. 6. 37	議事録の承認者を設定できること。	○
AX. 3. 3. 6. 38	承認者を設定した場合は承認後に議事録を公開できること。	○
AX. 3. 3. 6. 39	委員会のタスクとそのタスクの担当者、開始日、終了日、進捗度を登録できること。	○
AX. 3. 3. 6. 40	個人のタスクに委員会で割り当てられたタスクを表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 41	個人のスケジュール内に指定した委員会のスケジュールを表示できること。	○
AX. 3. 3. 6. 42	委員会専用の電子会議室を自動的に作成できること。	○
AX. 3. 3. 6. 43	委員会専用の文書を管理するフォルダを自動的に作成できること。	○
AX. 3. 3. 7	施設・設備予約	—

AX. 3. 3. 7. 1	共有する会議室および設備の予約を、5分単位で登録できること。	○
AX. 3. 3. 7. 2	予約状況を色分けや棒グラフ（バーチャート）で一覧表示し、容易に把握できること。	○
AX. 3. 3. 7. 3	予約状況を日・週・月単位で切り替えて表示できること。	○
AX. 3. 3. 7. 4	施設・設備ごとに、管理権限、予約権限、表示権限を部署または個人単位で設定できること。	○
AX. 3. 3. 7. 5	システム管理者以外のユーザを、施設・設備ごとの管理者として設定できること。	○
AX. 3. 3. 7. 6	施設・設備単位で予約できる最終日（予約可能期限）を設定できること。	○
AX. 3. 3. 7. 7	施設・設備の管理者は、設定された予約可能期限を超えて予約できること。	○
AX. 3. 3. 7. 8	カレンダーから選択した任意の日に、同一時間帯の予約を一括登録できること。	○
AX. 3. 3. 7. 9	「毎日」「毎週」「毎月」「毎週月水金」「毎週火木」「毎週月～金」「毎週土日」の定期的な繰り返し予約（繰り返し設定）で、同一時間帯の予約を一括登録できること。	○
AX. 3. 3. 7. 10	「毎月の指定した曜日」「隔月（2か月ごと）の指定した曜日」「3か月ごとの起点月に基づいて繰り返される指定した曜日」の定期的な繰り返し予約で、同一時間帯の予約を一括登録できること。	○
AX. 3. 3. 7. 11	繰り返し予約に終了日を設定できること。	○
AX. 3. 3. 7. 12	繰り返し予約は、予約可能期限を超えて登録できないこと。	○
AX. 3. 3. 7. 13	施設・設備の管理者または予約の登録者は、登録済み予約を変更・削除できること。	○
AX. 3. 3. 7. 14	表示中の日・週・月・年の予約状況および登録者情報を、CSVファイルで出力できること。	○
AX. 3. 3. 8	ワークフロー機能	—
AX. 3. 3. 8. 1	申請書等を順番に承認するワークフローを登録し管理できること。	○
AX. 3. 3. 8. 2	フローは回送および同報を選択でき、ルートを自由に設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 3	承認階層は20階層まで可能で、各階層で複数人の承認者を設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 4	申請書の様式はプログラムの知識がなくても作成できること。	○
AX. 3. 3. 8. 5	申請書の説明文を表示できること。	○
AX. 3. 3. 8. 6	様式内の項目は一行の文字入力欄、複数行の文字入力欄、数字入力欄、カレンダーからの日付入力欄、択一選択欄、複数選択欄、プルダウン選択欄を利用できること。	○
AX. 3. 3. 8. 7	文字入力欄の大きさを指定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 8	各項目の横に説明文や注意文を表示できること	○
AX. 3. 3. 8. 9	申請中、承認結果の状況を一覧で表示できること。	○
AX. 3. 3. 8. 10	申請中のフローを取り戻しできること。	○
AX. 3. 3. 8. 11	承認時にコメントを入力できること。	○
AX. 3. 3. 8. 12	申請書を作成した場合は申請時に入力したデータをCSV形式で一覧出力できること。	○
AX. 3. 3. 8. 13	申請の結果を確認できるユーザをワークフローごとに設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 14	担当者表機能	○
AX. 3. 3. 8. 15	外来担当医表や当直担当医表といったカレンダーに担当者名を表示し管理できること。	○
AX. 3. 3. 8. 16	外来担当者表は各科ごとの担当者表を一覧で表示できること。	○
AX. 3. 3. 8. 17	各科ごとの担当者表は1ヶ月単位で表示できること。	○
AX. 3. 3. 8. 18	担当者表はCSVファイルに出力できること。	○
AX. 3. 3. 8. 19	担当者表は印刷できること。	○
AX. 3. 3. 8. 20	担当者表は数量に制限なく設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 21	担当者表の名称が設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 22	担当者表はタブで切り替えできること。	○
AX. 3. 3. 8. 23	担当者は職員名簿よりマウスで選択し登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 24	カレンダーから選択した、任意の日に同じ時間の担当者を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 25	毎日、毎週、毎月、毎週月水金、毎週火木、毎週月～金、毎週土日の繰り返しで同じ時間の担当者を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 26	毎月第何曜日、毎隔月第何曜日、3か月毎代何曜日の繰り返しで同じ時間の担当者を一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 27	繰り返しの担当者は終了日を設定できること。	○
AX. 3. 3. 8. 28	指定フォーマットのCSVファイルを用いて一括で登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 29	その日の担当時間を指定して登録、または指定しないで登録できること。	○
AX. 3. 3. 8. 30	担当者名以外に職員情報に登録している所属および職種を表示できること。	○
AX. 3. 3. 9	指標機能	—
AX. 3. 3. 9. 1	病床稼働率や平均在院日数といった指標を表示し管理できること。	○
AX. 3. 3. 9. 2	各指標の最新の数字をトップページに表示できること。	○

AX. 3. 3. 9. 3	設定した閾値を超えた場合は自動的に数字の文字色を赤く表示できること。	○
AX. 3. 3. 9. 4	各指標は月単位の折れ線グラフを表示できること。	○
AX. 3. 3. 9. 5	指標名を設定できること。	○
AX. 3. 3. 9. 6	指標の単位を設定できること。	○
AX. 3. 3. 9. 7	指標の上限値、下限値を設定でき、各々の値と上回ったり、下回った場合は数字を赤く表示できること。	○
AX. 3. 3. 9. 8	指標の説明文を登録できること。	○
AX. 3. 3. 9. 9	各指標の数字は1日単位で登録できること。	○
AX. 3. 3. 9. 10	各指標の数字の更新した時間を登録できること。	○
AX. 3. 4	アプリケーション保守	—
AX. 3. 4. 1	保守の範囲でアプリケーションをレベルアップできること。	○

項番	機能要件	配点
AY	IT資産管理システム	—
AY. 1	共通要件	—
AY. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AY. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AY. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AY. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AY. 1. 5	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AY. 2	ハードウェア制御要件	—
AY. 2. 1	制御要件	—
AY. 2. 1. 1	特定のUSBストレージデバイスの利用許可が可能であること。	○
AY. 2. 1. 2	禁止USBストレージデバイス利用時のポップアップ表示が可能であること。	○
AY. 3	セキュリティ要件	—
AY. 3. 1	可搬媒体に関する要件	—
AY. 3. 1. 1	サーバ機器に関してもクライアント機器と同様にUSB機器等による各種記憶媒体の利用を制限すること。作業に必要な場合には病院職員の了解を得てから行う仕組みを構築すること。	○
AY. 3. 2	性能・機能以外に関する要件	—
AY. 3. 2. 1	管理ツールを介して行われたすべての操作を記録できる機能を有すること。 もしくは、本ソフトウェアの操作および動作に関する内容をログとして記録する機能を有すること。また、リモート操作において、開始から終了までのログをシステムログとして取得することができ、クライアント操作ログと合わせて検索することで、管理機からのリモート操作の内容がログから確認できること。	○
AY. 3. 2. 2	レポート機能を有すること。	○
AY. 3. 2. 3	許可されていないPCが接続されると自動で検知・遮断できること。	○
AY. 4	ライセンス	—
AY. 4. 1	端末数1000台を想定している。適切なライセンス費用を見積提示すること。	○

項番	機能要件	配点
AZ	財務会計システム	—
AZ. 1	共通要件	—
AZ. 1. 1	貴社は、「A. 基本要件」「B. 役務・保守他」「C. ハードウェア・ソフトウェア」別紙、別表1～4を必ず精読すること。また、それを理解したうえで納品すること。	○
AZ. 1. 2	貴社のパッケージに標準搭載されている機能要件を全て記載することは不可能なため、パッケージに搭載されている標準機能は全て提供すること。また、オプション機能で費用が発生する要件には、オプション費用を明記すること。	○
AZ. 1. 3	7年間、貴社システムが正常に動作するためのハードウェア（サーバ、端末、付随するハードウェアなど）に必要なスペックは貴社にて他施設の実績を踏まえて算出し、選定をすること。	○
AZ. 1. 4	7年間、貴社システムが正常に動作するためのサーバOS、端末OS、ミドルウェアを選定し、提供および運用ができるようにセットアップをすること。	○
AZ. 1. 5	貴社システムは電子カルテシステムへのログイン後に電子カルテのメニューから貴社システムが使えるようにシングルサインオンを採用し、電子カルテベンダーと調整を行うこと。また、貴社システムを利用する端末は別表2を参考にすること。	○
AZ. 1. 6	貴社システムは単独で利用できるよう、利用者ID、パスワードにより認証し、ログインができる仕組みがあること。	○
AZ. 1. 7	利用者IDとパスワードは電子カルテシステムから情報取得すること。取得方法は電子カルテベンダーと調整すること。	○
AZ. 1. 8	画面上に現在の利用者の氏名を表示できること。	○
AZ. 1. 9	出力ファイルはMicrosoftWord、Excel、PDF閲覧ソフトのいずれかで操作できること。	○
AZ. 1. 10	専用端末の場合は電子カルテベンダーが提供するウィルス対策ソフトを導入すること。また貴社システムがウィルス対策ソフトの影響を受けずに正常に動作すること。	○
AZ. 2	ハードウェア	—
AZ. 2. 1	サーバ	—
AZ. 2. 1. 1	システムは原則としてオンプレミスで構築すること。ただし、保守効率向上のためのリモート接続環境については別途協議とする。	○
AZ. 2. 1. 2	当センターでの稼働後7年間、メーカー公式のパーツ保守が保証されるハードウェアを選定し、必要な構成を算出して納品すること。	○
AZ. 2. 1. 3	サーバ群に関しては、電子カルテベンダーが提供する仮想サーバへの構築を最優先で検討すること。その際、電子カルテベンダーとの技術的な仕様調整（リソース割り当て・バックアップ等）および責任分界の明確化を貴社主導で行うこと。	○
AZ. 2. 1. 4	サーバは、主要パーツ（電源・ディスク等）を冗長化し、単一障害点（SPOF）を排除した構成とすること。障害発生時も業務停止を最小限に抑え、迅速に運用継続できる仕組みを提案すること。	○
AZ. 2. 1. 5	貴社システムが7年間、メーカーの公式サポート（セキュリティパッチ提供含む）を継続して受けられるOSを選定・準備すること。また、必要なライセンス数をすべて含めること。	○
AZ. 2. 1. 6	稼働後7年間サポートが継続できるRDBMSを選定すること。期間中にサポート終了（EOS）を迎える場合は、無償でのバージョンアップ作業および動作検証を保守範囲に含める旨を明記すること。	○
AZ. 2. 1. 7	現行データの移行分に加え、今後7年間のデータ増加予測に基づき、20%以上の余裕を持たせた容量を算出し準備すること。	○
AZ. 2. 1. 8	システムおよびデータは、日次で自動バックアップを行う構成とすること。バックアップデータはサーバ本体とは別の筐体（または共有ストレージ）に保管し、迅速な復旧が可能な手順を整備すること。	○
AZ. 3	基本要件	—
AZ. 3. 1	基本機能	—
AZ. 3. 1. 1	医事会計との連動が可能であること。	○
AZ. 3. 1. 2	全ての帳票はMicrosoftExcelにて出力できること。	○
AZ. 3. 1. 3	全ての伝票はPDFにて出力できること。	○
AZ. 3. 1. 4	クライアント端末には特別なアプリケーションをインストールすることなく(*)システム利用ができること。*クライアントのみの導入は除く	○
AZ. 3. 1. 5	複数の事業会計業務に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 6	同一事業会計内で複数のセグメント管理に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 7	画面・帳票上への日付は、和暦で表記されること。	○
AZ. 3. 1. 8	和暦の元号改正にも即座に対応可能であること。	○
AZ. 3. 1. 9	消費税率変更にも即座に対応可能であること。	○
AZ. 3. 1. 10	2021年度地方公営企業会計見直し(以下「26年制度改正」)の「借入資本金の整理」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 11	26年制度改正の「引当金」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 12	26年制度改正の「繰延資産」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 13	26年制度改正の「たな卸資産の価額」に対応していること。	○

AZ. 3. 1. 14	26年制度改正の「セグメント情報の開示」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 15	26年制度改正の「キャッシュフロー計算書」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 16	26年制度改正の「勘定科目等の見直し」に対応していること。	○
AZ. 3. 1. 17	26年制度改正の「組入資本金制度の廃止」に対応していること。	○
AZ. 3. 2	メニュー	—
AZ. 3. 2. 1	メニューは可視性、操作性に優れたものであること。	○
AZ. 3. 2. 2	各処理が容易に選択できるよう、ツリー形式でのメニュー表示となっていること。	○
AZ. 3. 2. 3	システムログインユーザの権限により、利用できる処理の制御ができること。	○
AZ. 3. 2. 4	各処理にはガイダンス表示(処理概要説明)を設けていること。	○
AZ. 3. 2. 5	ガイダンス文面の追加、修正に対応できること。	○
AZ. 3. 2. 6	各処理には最終アクセス日時表示を設けていること。	○
AZ. 3. 2. 7	メニューには検索機能が設けられており、処理名指定、ガイダンスに含まれる文言指定、最終アクセス日範囲指定から処理検索ができること。	○
AZ. 3. 2. 8	メニューには過去履歴機能が設けられており、任意の期間に操作した処理を表示し、かつ処理起動ができること。	○
AZ. 3. 2. 9	ヘルプ機能を設けており、ブラウザ上で操作マニュアル、運用マニュアルが表示できること。	○
AZ. 3. 2. 10	メニューに表示する内容については、利用者により容易に名称変更や追加・削除などのメンテナンスができること。	○
AZ. 3. 3	コード・パラメータ	—
AZ. 3. 3. 1	(コード管理) システムで使用するコード(組織、部門、所属、会計、予算科目、勘定科目、資金科目、債務者・債権者、金融機関、仕向金融機関)を管理できること。	○
AZ. 3. 3. 2	(コード管理) 対象となるコードマスタは一覧帳票として出力できること。	○
AZ. 3. 3. 3	(コード管理) 執行伝票発行時の決裁欄(見出、内容)を管理できること。また、決裁条件に対し金額範囲による最終決裁者設定ができること。	○
AZ. 3. 3. 4	(コード管理) 日付情報として、平日・休日・祝日の設定ができること。	○
AZ. 3. 3. 5	(コード管理) 消費税情報を管理できること。税率に加え、複合税区分としての管理もできること。	○
AZ. 3. 3. 6	(データ管理) 日本郵便から公開されている郵便番号データを債権者・納入者用の郵便番号・住所マスタとして取り込む機能を有していること。	○
AZ. 3. 3. 7	(データ管理) 全国銀行協会から販売されている金融機関・店舗情報CD-ROMデータを金融機関マスタとして取り込む機能を有していること。	○
AZ. 3. 3. 8	(データ管理) 金融機関の統廃合に対応するため、金融機関コード、本支店コードを一括で更新する機能を有していること。	○
AZ. 3. 3. 9	(パラメータ管理) 伝票の種類や様式がパラメータによって管理され、運用に合わせて追加・変更ができること。	○
AZ. 3. 3. 10	(パラメータ管理) 伝票の入力項目やチェック内容がパラメータにより設定できること。	○
AZ. 3. 3. 11	(パラメータ管理) ファイルアップロード機能を有すること。	○
AZ. 3. 3. 12	(債権者・納入者) 債権者・納入者マスタには、支払方法、口座情報の管理の他、支払・収入予定日も登録できること。支払・収入予定日は休日処理も考慮されていること。	○
AZ. 3. 3. 13	(債権者・納入者) 債権者・納入者に付随する口座情報は、10個以上登録できること。	○
AZ. 3. 3. 14	(債権者・納入者) 債権者・納入者は、複数の債権者・納入者をパターンとして別途マスタに登録ができること。また、伝票入力時にもパターンマスタへの追加登録ができること。	○
AZ. 3. 3. 15	(科目) 各種科目(予算・勘定・資金)については、利用者により容易に名称変更や科目の統合・追加・削除などのメンテナンスができること。また、各科目においては年度別の科目管理が行えること。	○
AZ. 3. 3. 16	(科目) 各科目(予算・勘定・資金)のコード体系は年度毎に設定できること。また、コード体系は任意に変更ができること。	○
AZ. 3. 3. 17	(科目) 科目コードは内部的なコード管理を行うなどの手法により、年度間の関連を保持できること。	○
AZ. 3. 3. 18	(科目) 各種科目(予算・勘定・資金)の分類は、予算科目は款・項・目・事業・細事業・節・細節・細々節の最大8分類(3桁×8)まで、勘定科目は款・項・目・細目・節・細節・細々節の最大7分類(3桁×7)まで、資金科目は款・項・目・節・細節の最大5分類(3桁×5)まで管理でき、自由にその使用レベルを設定できること。	○
AZ. 3. 4	セキュリティ	—
AZ. 3. 4. 1	(権限設定) システムログインユーザ毎に利用できる処理の制御ができること。	○
AZ. 3. 4. 2	(権限設定) システムログインユーザ毎に権限の種類(庶務担当、財政担当、会計担当等)を管理できること。	○
AZ. 3. 4. 3	(権限設定) システムログインユーザ毎に操作を行う会計の範囲を制御できること。	○
AZ. 3. 4. 4	(権限設定) システムログインユーザ毎に操作を行う所属の範囲を制御できること。	○

AZ. 3. 4. 5	(権限設定) ログイン時のパスワードについては、システムログインユーザが自分で変更できること。	○
AZ. 3. 4. 6	(監視) 現在システムにログインしているユーザを確認できること。	○
AZ. 3. 4. 7	(監視) 現在システムにログインしているユーザがどの処理を行っているか確認できること。	○
AZ. 3. 5	帳票	—
AZ. 3. 5. 1	帳票出力時には条件設定が行えること。	○
AZ. 3. 5. 2	帳票は印刷する前にプレビューの表示ができること。またExcel印刷イメージの保存ができること。(Excel出力にはMicrosoftExcelを使用)	○
AZ. 3. 5. 3	以下の帳票について出力順をプログラムをカスタマイズせず変更できるしくみを持っていること。 ・ 予算執行状況表 ・ 合計残高試算表 ・ 資金予算表 ・ 予算科目内訳簿 ・ 消費税集計表 ・ 決算報告書	○
AZ. 3. 5. 4	作成した帳票をExcelで容易に加工できること。	○
AZ. 3. 6	組織・科目	—
AZ. 3. 6. 1	所属のコードを一括で変更する機能を有していること。また、処理可能な時期は限定されないこと。	○
AZ. 3. 6. 2	会計、予算科目、勘定科目、資金科目のコードを一括で変更する機能を有していること。また、処理可能な時期は限定されないこと。	○
AZ. 3. 6. 3	会計、予算科目、勘定科目、資金科目に関して、廃止扱いとするコードへの変更機能を有していること。また、処理可能な時期は限定されないこと。	○
AZ. 3. 6. 4	会計、予算科目の特定のコードに対して予算差し引きを行う／行わないの管理が行えること。	○
AZ. 3. 7	共通	—
AZ. 3. 7. 1	日時／月次／年次で行うべき処理をショートカットとして任意に登録できる機能を有すること。また、処理実施有無を確認できるよう、実施有無のチェックと実施日時を登録する機能も有すること。	○
AZ. 3. 7. 2	一度に複数の画面を表示でき、並行作業を行うことが可能であること。	○
AZ. 3. 7. 3	全処理画面にヘルプ機能を設けており、ブラウザ上で操作マニュアル、運用マニュアルが表示できること。	○
AZ. 3. 7. 4	サーバ処理中であることが分かる機能を設けていること。	○
AZ. 3. 7. 5	各種帳票出力画面は、出力条件の保存、および呼出が行えること。	○
AZ. 3. 7. 6	日付の入力はカレンダータイプのダイアログからの選択も可能であること。カレンダー表示は一度に3ヶ月の表示(前後1ヶ月)を行い、利用者が選択しやすい操作性を有すること。	○
AZ. 3. 7. 7	電卓機能を設けていること。	○
AZ. 3. 7. 8	科目コードの選択は次の操作性を有すること。 ・ コード直接入力による名称表示・コード+名称のツリー形式からの選択・上部階層にひもづく科目からの選択・各階層で管理される科目一覧からの選択	○
AZ. 3. 7. 9	データ追加、更新、削除の処理について、各操作で対象となるデータ行をそれぞれ色分けするなどして操作ミス無くす機能を有すること。	○
AZ. 3. 7. 10	消費税計算は自動で行われること。また、対象となる消費税区分は予め登録してある消費税マスタからの選択、および直接税率入力も対応できること。	○
AZ. 4	予算編成	—
AZ. 4. 1	全般・準備	—
AZ. 4. 1. 1	予算の査定は当初予算、補正予算に限らず3次査定以上登録できること。(査定結果の履歴を管理できること。)	○
AZ. 4. 1. 2	補正予算は、99号まで登録できること。(補正結果の履歴を管理できること。)	○
AZ. 4. 1. 3	補正号数の変更(入力済みの予算情報をまとめて変更する)機能を有すること。(急な専決補正の割り込みが可能であること。)	○
AZ. 4. 1. 4	査定に入った時点で、担当課の入力を制限する機能を有すること。入力制限は、会計単位および、予算の種類毎(当初、補正nn号等)に管理できること。	○
AZ. 4. 1. 5	査定入力時には、金額の変更があった部分のみを入力することで査定作業が進められること。(全科目の金額を再度入力する必要がないこと。)	○
AZ. 4. 1. 6	当初予算時の1次査定等で、変更点が多い場合には、査定結果を担当課で入力できること。また、その場合、担当課が入力可能な査定を指定(1次査定、2次査定など)できること。	○
AZ. 4. 1. 7	見積、要求および査定段階での入力可、閲覧可、閲覧不可が担当課毎に制限できること。(担当者から査定履歴の閲覧の可否が制限可能で、閲覧可能な情報は、見積・要求を含めた査定履歴毎に管理できること。)	○

AZ. 4. 1. 8	指定した予算(当初・補正1号…)データをファイルデータとして外部保存することができること。また、ファイルデータ(*)からの取り込みもできること。フォーマットは外部出力したファイルデータと同一のもの。	○
AZ. 4. 1. 9	指定した年度の予算情報を複写して予算編成業務ができること。	○
AZ. 4. 1. 10	補正予算の入力を行う前に、これまでに登録した予算要求額を前回情報として移行できること。	○
AZ. 4. 2	見積・要求・査定	—
AZ. 4. 2. 1	各担当者による歳入見積・歳出要求の入力ができること。(歳入予算入力機能と歳出予算入力機能が複数担当者で使用できること。)	○
AZ. 4. 2. 2	歳出予算は事業別の管理ができること。	○
AZ. 4. 2. 3	歳出予算入力時に、事業の概要が入力できること。	○
AZ. 4. 2. 4	積算基礎情報の登録ができること。	○
AZ. 4. 2. 5	見積・要求入力時には、積算基礎からの積み上げ登録ができること。	○
AZ. 4. 2. 6	当初予算時には、積算基礎の情報を前年度の情報から流用可能であること。また、査定時には、直前の査定(見積・要求含む)から積算基礎を複写する機能を有していること。	○
AZ. 4. 2. 7	積算基礎の入力が不要(詳細な説明が不要)の場合には、見積・要求科目に対し(直接)金額入力が可能であること。	○
AZ. 4. 2. 8	積算基礎情報入力の際、内訳情報として詳細情報登録ができること。	○
AZ. 4. 2. 9	内訳情報登録の際、文字や数字、計算式を混在でワープロ入力した積算基礎の情報が四則演算に従って自動計算されること。また、カッコ付きの計算も可能であること。	○
AZ. 4. 2. 10	担当者により歳入予算見積書、歳出予算要求書が発行可能であること。また、査定段階でも見積書、要求書は発行可能で、発行時点の査定情報が反映されること。査定時の積算基礎印字部分は、見え消しにより削除された行がわかる手法がとられていること。	○
AZ. 4. 2. 11	予算見積要求書を出力できること。	○
AZ. 4. 3	予定仕訳入力	—
AZ. 4. 3. 1	決定した予算情報をもとに勘定科目の予定仕訳入力、および予算情報不要の予定仕訳入力ができること。	○
AZ. 4. 3. 2	決定した予算情報をもとに資金科目の予定仕訳入力、および予算情報不要の予定仕訳入力ができること。	○
AZ. 4. 3. 3	予定仕訳一覧表を作成できること。	○
AZ. 4. 4	各種資料	—
AZ. 4. 4. 1	予算の経緯(当初・補正1号…)を把握できる予算増減明細書を作成できること。	○
AZ. 4. 4. 2	人件費にかかる内訳などに対応した予算属性別集計表が作成できること。	○
AZ. 4. 4. 3	予算段階(査定)の経緯を把握できる予算履歴台帳を作成できること。	○
AZ. 4. 4. 4	予定仕訳をもとに予定試算表を作成できること。	○
AZ. 4. 4. 5	消費税区分毎の予算額内訳を把握できる予算消費税集計表が作成できること。	○
AZ. 4. 4. 6	帳票出力について、予算情報が所属単位、科目単位で把握できること。	○
AZ. 4. 4. 7	帳票出力について、出力(印字)する科目の範囲、および科目のレベル(階層)(*)が自由に指定できること。*会計のレベルから節のレベルまで、目のレベルから節のレベルまで、等	○
AZ. 4. 4. 8	帳票出力について、補正時における出力範囲の指定内容として、当初予算時から今回以前の補正も含めた科目全体を出力する方法が指定可能であること。	○
AZ. 4. 4. 9	帳票出力について、各種帳票の上位科目への集計額印字方法として、画面指定した科目範囲のみを集計対象とする方法と、画面指定した科目以外で存在する科目全体を集計する方法が帳票出力時に選択できること。	○
AZ. 4. 5	予算書	—
AZ. 4. 5. 1	予算書は版下原稿まで作成可能であること。	○
AZ. 4. 5. 2	予算科目の目までの予算実施計画書を作成できること。(千円単位)	○
AZ. 4. 5. 3	予算実施計画を詳しくした予算科目の節までの予算実施計画明細書を作成できること。(千円単位)	○
AZ. 4. 5. 4	発生に基づき資金(現預金収支)予定で捉えた資金計画を作成できること。	○
AZ. 4. 5. 5	予定仕訳をもとに予定貸借対照表の作成できること。また、様式は地方公営企業法で求められる報告様式(報告式)もしくは貸借様式(勘定式)の複数種類が作成できること。	○
AZ. 4. 5. 6	予定仕訳をもとに予定損益計算書の作成できること。また、様式は地方公営企業法で求められる報告様式(報告式)もしくは貸借様式(勘定式)の複数種類が作成できること。	○
AZ. 4. 5. 7	予算作成時点でのキャッシュフロー計算書を作成できること。(26年制度改正の「キャッシュフロー計算書」に対応)	○
AZ. 4. 6	移行	—
AZ. 4. 6. 1	予算見積要求した所属と執行する所属とが異なる場合でも、予算編成で決定した予算情報を執行管理へ移行する際に変更できる機能を有すること。(執行所属への執行委任を自動化できること。)	○

AZ. 4. 6. 2	予算見積要求した科目と執行する科目とが異なる場合でも、予算編成で決定した予算情報を執行管理へ移行する際に変更できる機能を有すること。(予算執行科目を自動調整できること。)	○
AZ. 5	執行管理	—
AZ. 5. 1	伝票入力・発行	—
AZ. 5. 1. 1	振替・収入伝票で連記式伝票レイアウトで発行できること。	○
AZ. 5. 1. 2	伝票区分毎(予算、収入、支出、その他)の業務段階(予算、繰越、執行伺、契約、発生、収支、精算)で発生する伝票業務をショートカットとして任意に登録できる機能を有すること。	○
AZ. 5. 1. 3	伝票の新規作成に加え、更新、削除、照会ができること。更新、削除はシステムログインユーザ毎の権限により操作制御ができること。	○
AZ. 5. 1. 4	過去に作成・発行した伝票について、何度でも再発行できること。	○
AZ. 5. 1. 5	運用に合わせ、一度の伝票作成処理で関連する種類の伝票も同時に作成、発行ができること。	○
AZ. 5. 1. 6	過去に作成・発行した伝票(過年度含む)を複写し、新しい伝票発行処理ができること。複写元伝票検索では以下の条件で絞り込むことができること。・科目指定(予算科目/勘定科目/資金科目/相手科目)・会計事業指定・科目範囲指定・起票日、執行日範囲指定・金額範囲指定・担当者範囲指定・予定伝票の有無・摘要のあいまい条件指定・相手範囲指定・名称、カナ名称、代表者、郵便番号、電話番号のあいまい条件指定 等	○
AZ. 5. 1. 7	仮伝票作成(予定伝票)ができること。また、仮登録した伝票を含んだ帳票が発行できること。	○
AZ. 5. 1. 8	伝票作成を容易にする機能として、仕訳パターン(*)の登録ができること。仕訳パターンは専用の登録機能で作成できることに加え、伝票作成と同時に登録もできること。*発行伝票の内容をパターン化し伝票作成時に呼び出すことができる機能。管理対象は以下。・所属(借方/貸方)・予算、勘定、資金科目(借方/貸方)・税(借方/貸方)・摘要コメント	○
AZ. 5. 1. 9	伝票作成は対象となる予算科目の金額を同一画面に表示しながら操作することができること。	○
AZ. 5. 1. 10	伝票入力時に日付をさかのぼって起票できること。また、さかのぼりを許可する日付の設定が可能であること。	○
AZ. 5. 1. 11	複数の消費税区分が混在する取り引きを1枚の伝票にまとめて作成できること。	○
AZ. 5. 1. 12	複数の債権者が混在する取引を1枚の伝票にまとめて作成できること。	○
AZ. 5. 1. 13	債権者指定を容易にする機能として、債権者パターン(*)の登録ができること。*債権者情報の内容をパターン化し伝票作成時に呼び出すことができる機能。管理対象は以下。・債権者名、債権者カナ、代表者名、郵便番号、住所、番地、方書、電話番号、FAX番号・支払方法、口座管理番号、名義人、名義人カナ・摘要・支出命令額	○
AZ. 5. 1. 14	債権者情報は次の内訳情報を登録できること。・債権者名、債権者カナ、代表者名、郵便番号、住所、番地、方書、電話番号、FAX番号・支払方法、口座管理番号、名義人、名義人カナ・摘要・支出命令額・請求情報、控除情報	○
AZ. 5. 1. 15	債権者情報は債権者パターン、債権者マスタからの呼び出しに加え、直接登録することもできること。	○
AZ. 5. 1. 16	債権者内訳情報を登録する際、郵便番号からの住所呼び出しができること。	○
AZ. 5. 1. 17	付加明細情報(物品明細、工事明細、出張明細等)を同時に登録できること。	○
AZ. 5. 1. 18	伝票に関連する資料を電子化し、伝票情報にひもづけてシステムへアップロードできること。	○
AZ. 5. 1. 19	伝票の決裁区分は自動的に判断可能(*)で、伝票画面にて手動で変更することも可能であること。*予め任意の条件を登録する機能有り	○
AZ. 5. 1. 20	伝票発行時の決裁欄へは、決裁不要の旨の表現が可能であること。また、その内容は文字によることも可能であること。(「専決」等)	○
AZ. 5. 1. 21	伝票におけるデータの関連性(支出負担行為伺・振替伝票・入出金伝票などの連携した経緯)が把握できるしくみを有していること。(伝票の番号は、伝票番号と枝番により関連性を管理できること。)	○
AZ. 5. 1. 22	一枚の振替(未払・未収)伝票に対して、分割して支払・入金伝票を作成できること。また、支払・入金伝票の作成時にはその未払額(未収額)に対する執行残高が確認できること。	○
AZ. 5. 1. 23	一枚の支出負担行為に対して複数に分割して振替伝票を作成する場合においても、伺い残額を確認しながら処理ができること。	○
AZ. 5. 1. 24	支払・入金伝票の作成は、単票毎に作成指示する方法と、振替伝票一覧に作成指示を与えることで執行日単位に複数の伝票をまとめて作成指示する方法(一括処理)の二通りを可能とすること。	○
AZ. 5. 1. 25	振替伝票で入力された仕訳情報と収入・支払予定日をもとに、収入・支払伝票を一括で作成できる機能を有していること。	○
AZ. 5. 1. 26	収入・支出において分割納付・支払があった場合の回数の管理ができること。	○
AZ. 5. 1. 27	伝票起票時に選択された予算科目の予算情報(当初予算・執行済額・予算残高等)を即座に伝票画面で確認できること。	○
AZ. 5. 1. 28	伝票印刷と合わせて納入通知書を発行する機能を有していること。また、納入通知書には郵便番号のカスタマーバーコードを印字できること。	○
AZ. 5. 1. 29	伝票には、審査・確認用に使用するバーコードを印字できること。	○
AZ. 5. 1. 30	伝票様式は、A5判、A4判以外にも対応可能であること。また、様式の異なる各課用控え伝票等の発行も可能であること。	○

AZ. 5. 1. 31	更新時のチェックは、入力項目毎に警告とエラーとチェック無しの3種類から指定できること(パラメータ設定)。また、一度設定したパラメータは、運用の変化に伴って容易に変更ができること。	○
AZ. 5. 1. 32	振替伝票時に入力した仕訳情報と収入・支払予定日を元に、収入・支払伝票を一括作成できること。	○
AZ. 5. 1. 33	登録済みの各種伝票を、伝票番号、伝票種別、科目、執行日、発行状況等の範囲指定条件で一括発行できること。	○
AZ. 5. 1. 34	連携する伝票に完結区分(*)を設定できること。*伝票の連携可否を制御する	○
AZ. 5. 1. 35	社会保険や源泉徴収、特別徴収の住民税などの控除分を入力すると、預り金として計上できること。	○
AZ. 5. 2	予算・繰越入力	—
AZ. 5. 2. 1	予算編成システムを導入しない場合でも、当初予算、補正予算について登録・更新・削除・照会できる機能を有していること。	○
AZ. 5. 2. 2	新年度の執行開始に伴い、繰越残高を自動的に繰り越す機能を有していること。また、勘定残高入力により当年度純利益分の金額調整ができること。	○
AZ. 5. 2. 3	新年度の執行開始に伴い、資金科目の繰越残高を自動的に繰り越す機能を有していること。	○
AZ. 5. 3	伝票審査	—
AZ. 5. 3. 1	入力された伝票は全て、財政担当もしくは会計担当による審査・確認処理ができること。(全伝票機能に対し、審査・確認処理の必要有無が設定可能であること。)	○
AZ. 5. 3. 2	審査・確認処理はバーコードにより処理できること。(全伝票様式に対し、バーコード印字が可能であること。)	○
AZ. 5. 4	支払	—
AZ. 5. 4. 1	支払において伝票の審査操作を行うことで、審査済の伝票のみ支払を行えるようにすること。審査の方法として、バーコードリーダを使用できること。	○
AZ. 5. 4. 2	支払日および、依頼人、出力先等の指定により、審査済みの伝票に対する口座振込データ(全銀協手順形式)もしくは、口座振込依頼書を作成できること。審査済みの伝票として、振替伝票、または支払伝票を対象とすることができること。	○
AZ. 5. 4. 3	支払日・支払方法別の支払予定表を作成できること。なお、抽出する伝票は、振替伝票または支払伝票を対象とすることができること。	○
AZ. 5. 4. 4	審査済みの各種伝票に対する支払案内書(はがき・封書)を作成できること。審査済みの伝票として、振替伝票、または支払伝票を対象とすることができること。	○
AZ. 5. 4. 5	支払案内書には、伝票作成時に請求書入力画面で入力した情報も印字することができること。	○
AZ. 5. 4. 6	収支方法毎に件数および集計額の確認がとれる支払い証拠書類の作成ができること。	○
AZ. 5. 5	日締	—
AZ. 5. 5. 1	確定日を設定することで、指定日以前の各種伝票に対して各担当課の入力操作を制限できること。各担当課に対し、確定日以前の伝票登録および、変更・削除による遡及操作を制限できること。	○
AZ. 5. 6	各種照会	—
AZ. 5. 6. 1	各種伝票の登録状況を予算科目別、勘定科目別、資金科目別、相手別に一覧形式で照会できること。照会に際し、以下の条件で絞り込むことができること。また、照会結果より各種伝票入力画面を展開し、伝票毎の入力内容を照会できること。・科目指定(予算科目／勘定科目／資金科目／相手科目)・会計年度指定・会計事業範囲指定・科目範囲指定・起票日、執行日範囲指定・金額範囲指定・担当者範囲指定・摘要のあいまい条件指定・相手範囲指定・名称	○
AZ. 5. 6. 2	各種伝票の執行状況を予算科目別、勘定科目別、資金科目別に一覧形式で照会できること。照会に際し、以下の検索条件で絞り込むことができること。また、照会結果より各種伝票入力画面を展開し、伝票毎の入力内容を照会できること。・科目指定(予算科目／勘定科目／資金科目／相手科目)・会計年度指定・会計事業範囲指定・科目範囲指定・起票日、執行日範囲指定 等	○
AZ. 5. 6. 3	精算伝票(資金前渡・概算払等)の登録状況を精算結果別に一覧形式で照会できること。照会に際し、以下の検索条件で絞り込むことができること。また、照会結果より各種伝票入力画面を展開し、伝票毎の入力内容を照会できること。・会計年度指定・収支種別指定(収入／支出)・執行日範囲指定 等	○
AZ. 5. 6. 4	各種伝票の収支状況を相手別に一覧形式で照会できること。照会に際し、以下の検索条件で絞り込むことができること。また、照会結果より各種伝票入力画面を展開し、伝票毎の入力内容を照会できること。・会計年度指定・執行種別指定(期首残高／予算／繰越 等)・債権者範囲指定・口座番号範囲指定・債権者名あいまい条件検索・金融機関範囲指定・金額範囲指定 等	○
AZ. 5. 7	各種資料(共通)	—
AZ. 5. 7. 1	帳簿として、所属単位で出力可能な帳票と科目単位に出力可能な帳票があること。(各課用として使用するものと主管担当用として使用するものが同一機能内で存在すること。)	○
AZ. 5. 7. 2	集計表として、所属別に出力可能な帳票と科目別(予算、勘定、資金)に出力可能な帳票があること。(執行情報が所属単位、科目単位で把握可能であること。)	○
AZ. 5. 7. 3	各種伝票の内容を一覧表にて確認できる伝票チェックリストを作成できること。	○
AZ. 5. 7. 4	振替伝票・収入・支払伝票等で入力された仕訳登録状況を、勘定科目別に一覧形式で出力する仕訳日記帳を作成できること。	○

AZ. 5. 7. 5	振替伝票・収入・支払伝票等で入力された仕訳登録状況を、勘定科目別・日別に集計形式で出力する日計表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 6	振替伝票・収入・支払伝票等で入力された仕訳登録状況を、勘定科目別・日別・月別に集計形式で出力する合計残高試算表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 7	振替伝票・収入・支払伝票等で入力された仕訳登録状況を、執行日順に一覧形式で出力する総勘定元帳を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 8	振替伝票・収入・支払伝票(現預金関連)等で入力された仕訳登録状況を、収入・支払部分に分けて、日別・月別に一覧形式で出力する現預金収支日計表／月計表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 9	振替伝票・収入・支払伝票(現預金関連)等で入力された仕訳登録状況を、借方発生・貸方発生部分に分けて、日別・月別に一覧形式で出力する現金預金残高明細表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 10	振替済みの未収入伝票または、未払伝票を一覧形式で出力する未収金／未払金一覧表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 11	振替済みの未収入伝票または、未払伝票の内訳を出力可能な帳票があること。	○
AZ. 5. 7. 12	建設仮勘定の内訳を出力可能な帳票があること。	○
AZ. 5. 7. 13	業者ごとの未払状況を、一覧形式で出力する未払金整理簿を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 14	振替伝票で入力された仕訳登録状況を、勘定科目別に集計形式で出力する精算表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 15	当期・前期同期・前々年同期に分けて勘定科目別に集計形式で出力する比較貸借対照表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 16	当期・前期同期・前々年同期に分けて勘定科目別に集計形式で出力する比較損益計算書を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 17	ひと月の資金の収支状況を、日付別に集計形式で出力する月間資金収支表を作成できること。	○
AZ. 5. 7. 18	前年同月比較_同期累計比較表を出力可能な帳票があること。	○
AZ. 5. 7. 19	建設仮勘定について「前年度分の金額」「当月の金額」「当年度の累計額」を出力できる帳票があること。	○
AZ. 5. 7. 20	収支を前年の同月、同期の累計で比較できる帳票があること。	○
AZ. 5. 8	各種資料(予算科目)	—
AZ. 5. 8. 1	予算現在額や予算科目の執行状況を確認できる予算執行状況表を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 2	予算現在額や予算科目の執行状況を月別に確認できる予算執行推移表を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 3	各種伝票の連携状況(関連性)を把握するための基準となる伝票からの連携状況を確認する予算科目整理簿を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 4	各種伝票の登録状況を執行日順に一覧形式で出力する予算科目内訳簿を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 5	各種伝票の所属配賦情報をもとに、予算科目別・所属別に集計形式で出力する原価表を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 6	未払伝票(支出負担行為起票済み)を、一覧表形式で出力する支出負担行為同残額一覧を作成できること。	○
AZ. 5. 8. 7	ひと月の予算額、執行済額、残高、執行率を一覧表形式で出力する予算差引表を作成できること。	○
AZ. 5. 9	各種資料(資金科目)	—
AZ. 5. 9. 1	直近2ヶ月後までの受入資金・支払資金について予定金額を入力する機能を有していること。	○
AZ. 5. 9. 2	直近2ヶ月先迄の予定受入資金・支払資金と、収入・支払伝票情報を元に、資金科目別に一覧形式で出力する資金予算表を作成できること。	○
AZ. 5. 9. 3	各種伝票の登録状況を、資金科目別に一覧表で出力する資金科目内訳簿を作成できること。	○
AZ. 5. 10	消費税資料	—
AZ. 5. 10. 1	消費税の経理については、税込経理方式と税抜経理方式のどちらも選択可能とすること。	○
AZ. 5. 10. 2	消費税率は変更を可能とすること。基本的に伝票毎の消費税額はシステム側で自動計算にて算出するが、算出された消費税額は任意に修正することも可能とすること。	○
AZ. 5. 10. 3	課税、非課税、不課税等の消費税区分は予算科目毎に設定できること。設定した消費税区分は初期値として伝票に自動登録され、任意に変更することも可能とすること。	○
AZ. 5. 10. 4	各種伝票の消費税区分情報を、予算科目・勘定科目別に集計形式で出力する消費税集計表を作成できること。	○
AZ. 5. 10. 5	各種伝票の消費税区分情報を、予算科目・消費税区分別に一覧形式で出力する消費税内訳表を作成できること。	○
AZ. 5. 10. 6	各種伝票の消費税区分情報を、項目別に計算し税務署指定の様式で出力する消費税申告書を作成できること。(指定様式は、【第27-(1)号様式】、【付表2 課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算書】)	○
AZ. 5. 10. 7	各種伝票の消費税区分情報(仮払消費税、仮受消費税／消費税区分)を、項目別に納税額を計算し税務署指定の様式で出力できること。(指定様式は、【60 消費税計算書】)	○
AZ. 5. 11	決算書	—

AZ. 5. 11. 1	予算科目別に地方公営企業法施行規則別表9号様式に準拠した様式で出力する決算報告書を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 2	勘定科目別に地方公営企業法施行規則別表10号様式に準拠した様式および、貸借様式で出力する損益計算書を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 3	年度内の資本剰余金・利益剰余金を、地方公営企業法施行規則別表11号様式に準拠した様式で出力する剰余金(欠損金)計算書を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 4	当年度未処分利益剰余金・利益剰余金処分別・翌年度繰越利益剰余金を、地方公営企業法施行規則別表12号様式に準拠した様式で出力する剰余金(欠損金)処分計算書を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 5	勘定科目別に地方公営企業法施行規則別表13号様式に準拠した様式および、貸借様式で出力する貸借対照表を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 6	収益費用の状況(税抜金額)を、勘定科目別に地方公営企業法施行規則別表16号様式に準拠した様式で出力する収益費用明細書を作成できること。また、勘定階層の細節、または細々節まで印字する複数様式を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 7	事業収入・事業費の状況(税抜金額)を、収益－費用部分に分けて勘定科目別に集計形式で出力する事業収入・事業費に関する事項を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 8	収支状況(税込金額)を、収益－費用部分に分けて予算科目別に集計形式で出力する収支計算書を作成できること。また、予算階層の細節または細々節まで印字する複数様式を作成できること。	○
AZ. 5. 11. 9	基準年度を100とした場合の流動比率および、固定比率等の経営指数を出力する経営分析比率表を作成できること。また、水道事業用、病院事業用の複数様式で作成できること。	○
AZ. 5. 11. 10	業務・投資・財務活動発生状況毎に現預金の動きを出力するキャッシュフロー計算書を作成できること。	○
AZ. 5. 12	EUC	—
AZ. 5. 12. 1	各種伝票の月毎の登録状況を、予算科目・勘定科目・資金科目別にCSV形式で出力できること。	○
AZ. 5. 12. 2	入力された伝票情報をCSV形式で出力できること。	○
AZ. 5. 12. 3	予算執行状況表、合計残高試算表の金額の内訳を伝票単位でCSV形式で出力できること。(指定する期間の負担行為額、支出額、調定額の各合計金額に一致する伝票内訳が確認でき、Excelで容易に加工できるように)	○
AZ. 5. 12. 4	予算データ(当初予算・補正予算)を抽出してCSV出力する際に、予算科目名(款・項・目・節・細節)が抽出データに表示でき、Excelで容易に加工できること。	○
AZ. 5. 13	データ連携	—
AZ. 5. 13. 1	経営分析用データとして、予算科目について各種伝票入力画面の所属付加画面で入力された予算執行額データをCSV形式で出力できること。	○
AZ. 6	決算統計	—
AZ. 6. 1	統計データ作成	—
AZ. 6. 1. 1	指定された年度・会計・金額(決算額)を対象に、科目別の集計を行えること。	○
AZ. 6. 1. 2	科目別に集計された金額を端数調整(千円単位にまるめる)できること。	○
AZ. 6. 2	統計データ出力	—
AZ. 6. 2. 1	決算統計集計データから総務省版電子調査表システムに使用できる統計表情報を作成できること。(総務省版電子調査表システムのインターフェースに従い、DAT形式のデータが出力できること。)	○
AZ. 6. 2. 2	出力データは、円単位もしくは千円単位の金額の出力が可能であること。	○
AZ. 6. 2. 3	病院会計の場合、以下の表に対応できること。・損益計算書・費用構成表・貸借対照表	○
AZ. 7	固定資産管理	—
AZ. 7. 1	共通	—
AZ. 7. 1. 1	MicrosoftEdgeに対応していること。	○
AZ. 7. 1. 2	全ての帳票はMicrosoftExcelにて出力できること。	○
AZ. 7. 1. 3	クライアント端末には特別なアプリケーションをインストールすることなく(*)システム利用ができること。*クライアントのみの導入は除く	○
AZ. 7. 1. 4	複数の事業会計業務に対応していること。	○
AZ. 7. 1. 5	画面・帳票上への日付は、和暦で表記されること。	○
AZ. 7. 1. 6	和暦の元号改正にも即座に対応可能であること。	○
AZ. 7. 1. 7	地方公営企業会計見直し(以下「26年制度改正」)の「固定資産償却制度」に対応していること。	○
AZ. 7. 1. 8	26年制度改正の「減損会計」に対応していること。	○
AZ. 7. 1. 9	26年制度改正の「リース取引に係る会計基準」に対応していること。	○
AZ. 7. 1. 10	一度に複数の画面を表示でき、並行作業を行うことが可能であること。	○
AZ. 7. 1. 11	全処理画面にヘルプ機能を設けており、ブラウザ上で操作マニュアル、運用マニュアルが表示できること。	○
AZ. 7. 1. 12	サーバ処理中であることが分かる機能を設けていること。	○
AZ. 7. 1. 13	各種帳票出力画面は、出力条件の保存、および呼出が行えること。	○

AZ. 7. 1. 14	日付の入力はカレンダータイプのダイアログからの選択も可能であること。カレンダー表示は一度に3ヶ月の表示(前後1ヶ月)を行い、利用者が選択しやすい操作性を有すること。	○
AZ. 7. 1. 15	電卓機能を設けていること。	○
AZ. 7. 1. 16	科目コードの選択は次の操作性を有すること。・コード直接入力による名称表示・コード+名称のツリー形式からの選択・上部階層にひもづく科目からの選択・各階層で管理される科目一覧からの選択	○
AZ. 7. 1. 17	データ追加、更新、削除の処理について、各操作で対象となるデータ行をそれぞれ色分けするなどして操作ミス無くす機能を有すること。	○
AZ. 7. 2	メニュー	—
AZ. 7. 2. 1	メニューは可視性、操作性に優れたものであること。	○
AZ. 7. 2. 2	各処理が容易に選択できるよう、ツリー形式でのメニュー表示となっていること。	○
AZ. 7. 2. 3	システムログインユーザの権限により、利用できる処理の制御ができること。	○
AZ. 7. 2. 4	各処理にはガイダンス表示(処理概要説明)を設けていること。	○
AZ. 7. 2. 5	ガイダンス文面の追加、修正に対応できること。	○
AZ. 7. 2. 6	各処理には最終アクセス日時表示を設けていること。	○
AZ. 7. 2. 7	メニューには検索機能が設けられており、処理名指定、ガイダンスに含まれる文言指定、最終アクセス日範囲指定から処理検索ができること。	○
AZ. 7. 2. 8	メニューには過去履歴機能が設けられており、任意の期間に操作した処理を表示し、かつ処理起動ができること。	○
AZ. 7. 2. 9	ヘルプ機能を設けており、ブラウザ上で操作マニュアル、運用マニュアルが表示できること。	○
AZ. 7. 3	コード・パラメータ	—
AZ. 7. 3. 1	(コード管理)システムで使用するコード(共通、会計、勘定科目、部署、名称)を管理できること。	○
AZ. 7. 3. 2	(コード管理)対象となるコードマスタは一覧帳票として出力できること。	○
AZ. 7. 3. 3	(コード管理)執行伝票発行時の決裁欄(見出、内容)を管理できること。また、決裁条件に対し金額範囲による最終決裁者設定ができること。	○
AZ. 7. 3. 4	(コード管理)日付情報として、平日・休日・祝日の設定ができること。	○
AZ. 7. 3. 5	(部署・名称)部署コード(自由項目4種類)、名称コード(自由項目3種類)を管理できること。	○
AZ. 7. 3. 6	(勘定科目)勘定科目については、利用者により容易に名称変更や科目の統合・追加・削除などのメンテナンスが可能であること。	○
AZ. 7. 3. 7	(勘定科目)勘定科目の分類は、款・項・目・節・細節の最大5分類(3桁×5)まで管理できること。	○
AZ. 7. 4	セキュリティ	—
AZ. 7. 4. 1	(権限設定)システムログインユーザ毎に利用できる処理の制御ができること。	○
AZ. 7. 4. 2	(権限設定)システムログインユーザ毎に権限の種類(庶務担当、財政担当、会計担当等)を管理できること。	○
AZ. 7. 4. 3	(権限設定)固定資産台帳入力と残高訂正処理では新規、訂正、削除、照会の全てを使用できるか、照会のみ使用できるかの利用者毎の権限があること。	○
AZ. 7. 4. 4	(権限設定)ログイン時のパスワードについては、システムログインユーザが自分で変更できること。	○
AZ. 7. 4. 5	(監視)現在システムにログインしているユーザを確認できること。	○
AZ. 7. 4. 6	(監視)現在システムにログインしているユーザがどの処理を行っているか確認できること。	○
AZ. 7. 5	帳票	—
AZ. 7. 5. 1	帳票出力時には条件設定が行えること。	○
AZ. 7. 5. 2	帳票は印刷する前にプレビューの表示ができること。また、Excel印刷イメージの保存ができること。(Excel出力にはMicrosoftExcelを使用)	○
AZ. 7. 5. 3	以下の帳票について出力順をプログラムをカスタマイズせず変更できるしくみを持っていること。 ・固定資産明細書 ・減価償却額明細表 ・固定資産一覧表 ・リース資産明細書 ・リース資産減価償却額明細表	○
AZ. 7. 5. 4	作成した帳票をExcelで容易に加工できること。	○
AZ. 8	固定資産台帳管理	—
AZ. 8. 1	固定資産台帳入力	—
AZ. 8. 1. 1	固定資産台帳の仮登録によって、将来発生する減価償却のシミュレーションを可能とすること。仮登録された固定資産台帳は本登録への変更も可能とすること。	○

AZ. 8. 1. 2	固定資産の償却情報の変更については、履歴の更新前に年間償却額・最終残存価額・償却累計額・帳簿価額等の情報を確認可能とし、また、変更前の履歴についても事前に参照可能とすること。	○
AZ. 8. 1. 3	固定資産台帳入力で個々の台帳毎および一括で耐用年数変更に対応可能であること。	○
AZ. 8. 1. 4	固定資産台帳入力で個々の台帳毎および一括で全額処分に対応可能であること。	○
AZ. 8. 1. 5	全額処分時は、該当年度に償却費を発生させるかどうかの設定が可能であること。また、この場合、処分年月日により月割りで計算可能であること。	○
AZ. 8. 1. 6	固定資産台帳の資産のイメージをデジタルカメラによって撮影することで、写真イメージでの管理が可能であること。	○
AZ. 8. 1. 7	受贈された資産や中古で取得した資産については、資産を取得した年度以外に、新設された年度からの償却計算も対応できること。	○
AZ. 8. 1. 8	建物や、構築物等の償却資産、土地などの非償却資産などの管理が可能なこと。	○
AZ. 8. 1. 9	固定資産台帳番号は自動採番であること。	○
AZ. 8. 1. 10	種別の取得、異動の履歴が管理できること。	○
AZ. 8. 1. 11	各資産において、修繕の履歴が管理できること。	○
AZ. 8. 1. 12	各資産において、規格内訳の履歴が管理できること。	○
AZ. 8. 1. 13	台帳検索では取得年月日、資産名称、勘定科目、部署、名称コード、償却区分、耐用年数等で複合検索可能で、検索結果は並び替えが自由に可能なこと。	○
AZ. 8. 1. 14	固定資産科目の分類は指定のレベルレイアウトで帳票出力可能なこと。	○
AZ. 8. 2	償却計算	—
AZ. 8. 2. 1	償却方法は定額法・定率法の2通りに各資産によって対応可能であること。	○
AZ. 8. 2. 2	所有権移転外リースに係る減価償却について、リース期間定額法を用いた場合は残存価値ゼロまで計算できること。	○
AZ. 8. 2. 3	償却計算に関しては取得年月日、耐用年数、償却区分、端数区分、月割区分の情報を入力することで自動計算にて償却履歴を作成すること。	○
AZ. 8. 2. 4	償却計算における端数処理は四捨五入、端数切上、端数切捨を台帳毎に設定可能であること。	○
AZ. 8. 2. 5	普通償却の他に、償却開始1年目にのみ特別償却処理が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 6	250%定率法による備忘価額1円対応が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 7	補助金によって取得した有形固定資産について、見なし償却の自動計算に対応可能であること。	○
AZ. 8. 2. 8	固定資産の取得後の償却開始年月日については、台帳毎に取得年度と取得次年度のいずれかを選択可能であること。尚、取得年度に償却を開始した場合は、取得月を含む・含まないの選択にて取得月の残り月について月割計算が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 9	一部除却、一部取得については異動日以降の償却履歴について自動計算されるものとする。その場合、異動開始が当該年度か翌年度が選択可能であること。また、補助金のある資産を一部除却する場合は補助金分も自動計算すること。	○
AZ. 8. 2. 10	残高訂正処理では償却計算を行った後の償却履歴については、直接金額を入力することにより履歴の変更を可能とすること。また、変更した年度以降部分の償却履歴データの償却費自動計算が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 11	改正適用後の減価償却額を自動計算する処理が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 12	改正適用後の減価償却累計額を自動計算する処理が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 13	改正適用後の補助金累計額を自動計算する処理が可能であること。	○
AZ. 8. 2. 14	減損会計に対応し、対象となる資産をグルーピングする機能、減損価額を登録する機能を有すること。	○
AZ. 8. 2. 15	減損会計に対応し、減損会計計算を自動的に行う機能を有すること。	○
AZ. 8. 2. 16	リース取引に対応し、リース契約の詳細情報を管理する機能を有すること。	○
AZ. 8. 2. 17	リース資産についても従来の資産と同様に減価償却計算を行えること。	○
AZ. 8. 3	各種資料	—
AZ. 8. 3. 1	勘定科目毎、部署（自由項目4種類）毎、名称コード（自由項目3種類）毎の固定資産一覧表が作成できること。	○
AZ. 8. 3. 2	固定資産台帳（資産台帳・資産履歴、種別情報・規格内訳情報）については印刷前に縦型・横型のどちらかを選択可能とすること。	○
AZ. 8. 3. 3	決算に必要な固定資産明細書の作成が可能であること。処理年月は何年度でも指定でき、将来の資料については、現在登録済の台帳情報により固定資産明細書を作成すること。	○
AZ. 8. 3. 4	勘定科目毎、部署（自由項目4種類）毎、名称コード（自由項目3種類）毎を管理することによって、勘定科目毎、部署毎、名称コード毎の固定資産明細書を作成可能であること。	○
AZ. 8. 3. 5	固定資産明細書の当年度減少額について、減損分とその他の分を分ける方法と分けない方法を選択可能であること。	○
AZ. 8. 3. 6	シミュレーション情報は各集計表では本資産あるいはシミュレーションを選択して集計することが可能であること。	○

AZ. 8. 3. 7	固定資産台帳情報はラベル出力が可能であること。	○
AZ. 8. 3. 8	ある年度から指定年度までの間で償却が終わる固定資産の照会および一覧表が作成できること。	○
AZ. 8. 3. 9	固定資産の増加（取得・一部取得）、減少（除却・一部除却）についての一覧表が作成できること。	○
AZ. 8. 3. 10	取得額内訳表、補助金内訳表の作成が出力できること。	○
AZ. 8. 3. 11	年度別減価償却額明細書により将来の減価償却額を年度毎に確認できること。	○
AZ. 8. 3. 12	薬品の個数や容量（リットル）等の種別情報の明細書が出力できること。	○
AZ. 8. 3. 13	固定資産台帳で入力した補修修繕の情報が一覧表で作成できること。	○
AZ. 8. 3. 14	みなし償却対象となる資産の情報が一覧表で作成できること。（26年制度改正の項番2「固定資産償却制度」に対応）※みなし対象／非対象／その他を閲覧する情報	○
AZ. 8. 3. 15	みなし償却対象となる資産の補助金累計額情報の明細書が出力できること。（26年制度改正の項番2「固定資産償却制度」に対応）	○
AZ. 8. 3. 16	みなし償却対象となる資産の補助金残額累計額情報の明細書が出力できること。（26年制度改正の項番2「固定資産償却制度」に対応）	○
AZ. 8. 3. 17	みなし償却対象となる資産の長期前受金収益戻入額情報の明細書が出力できること。（26年制度改正の項番2「固定資産償却制度」に対応）	○
AZ. 8. 3. 18	減損会計となる資産の減損額情報の明細書が出力できること。（26年制度改正の項番6「減損会計」に対応）	○
AZ. 8. 3. 19	リース取引となる資産の情報が一覧表で作成できること。（26年制度改正の項番7「リース取引に係る会計基準」に対応）	○
AZ. 8. 4	各種資料	—
AZ. 8. 4. 1	年度末に作成する企業会計伝票（減価償却費、資産減耗費）の元となるデータを出力できること。	○

項番	機能要件	配点
BA	その他・接続・サーバ更新	—
BA. 1	既存システムとの再接続	—
BA. 1. 1	接続の基本要件	—
BA. 1. 1. 1	現行システムと同等のデータ連携ができること。	○
BA. 1. 1. 2	接続するにあたり既存システム側の作業費用を見積へ含めること。	○
BA. 1. 1. 3	接続するためのインターフェースは接続する各社間で協議し調整すること。	○
BA. 1. 2	既存の接続対象システム（再接続のシステムは以下の通り）	—
BA. 1. 2. 1	採血管案内システム（テクノメディカ社製）	○
BA. 1. 2. 2	採血管準備システム（テクノメディカ社製）	○
BA. 1. 2. 3	3D画像管理システム（富士フイルムメディカル社製）	○
BA. 1. 2. 4	病床管理システム（GEヘルスケア社製）	○
BA. 1. 2. 5	ナースコール（アイホン社製）	○
BA. 1. 2. 6	後払いシステム（グローリー社製）	○
BA. 2	サーバ更新	—
BA. 2. 1	サーバ移行するシステムの基本要件	—
BA. 2. 1. 1	サーバ更新対象システムを物理サーバ、または仮想サーバへシステムを移行（再構築）すること。 また、サーバは電子カルテベンダーが準備すること。	○
BA. 2. 1. 2	現行システムに蓄積したデータも新サーバへ移行すること。	○
BA. 2. 1. 3	部門システム連携、医療機器連携がある場合は、それも継承すること。	○
BA. 2. 1. 4	サーバ移行する作業費用を見積へ含めること。	○
BA. 2. 2	サーバ更新対象システム	—
BA. 2. 2. 1	線量管理システム（アレイ社製）	○