

C-(iii) . 業務アプリケーションの機能・性能要件【オーダ系基幹】

C-(iii). 業務アプリケーションの機能・性能要件【オーダ系基幹】

C-(III). 業務アプリケーションの機能・性能要件【オーダ系基幹】	1
1 診療プラットフォーム.....	5
1-1 基本的要件.....	5
1-1-1 診療情報へのポータル	5
1-1-2 アクセス履歴の開示と監視	5
1-1-3 外来での各科再来患者受付	5
1-1-4 外来でのログオン	6
1-1-5 診療フェーズの変更	7
1-1-6 病棟でのログオン	7
1-1-7 入院患者ビルボード	8
1-2 機能環境.....	8
1-2-1 インジケータ	8
1-2-2 表示表現様態(モード)	8
1-2-3 コンテナ	9
1-2-4 情報ソースの扱い	9
1-2-5 診療文書コンテナ	10
1-2-6 予診コンテナと基本情報コンテナ	10
1-2-7 SOAPコンテナに対する権限	11
1-2-8 SOAPコンテナとプロブレム・コンテナ	11
1-2-9 プロブレム・コンテナ	11
1-2-10 病名コンテナ	13
1-2-11 診療行為記録画面	15
1-2-12 関連付けの保証	16
1-2-13 診療行為シリーズの管理	17
1-2-14 アウトライン機能	17
1-2-15 電子カーデックス	18
1-2-16 プリンタ出力の設定	18
1-3 ツールの一般的要件.....	18
1-3-1 ツール間の連携	18
1-3-2 ツールの基本機能	19
1-3-3 フォーム	19
1-3-4 パス・ライブラリ	19
1-3-5 ワークフローの制御	20
1-3-6 項目入力的一般機能	21
1-4 支援機能と履歴確認機能.....	21
1-4-1 診療目的・診療業務の入力促進	21
1-4-2 診療データ閲覧ならびに診療行為のファイル出力	22
1-5 他システムとの連携.....	22
1-5-1 セキュリティ管理システム	22
1-5-2 各種エントリ・ツール	22
1-5-3 各種オーダ・ツール	22
1-5-4 各種ブッキング・ツール	22
1-5-5 診療文書ユーティリティ	22
1-5-6 各部門システム	22
1-5-7 看護支援システム	22
1-5-8 カルテ管理システム	22
1-5-9 治験システム	22

1-5-10	医事会計システム	22
1-5-11	物流システム	23
1-5-12	経営分析システム	23
2	予診エントリ・ツール	24
2-1	登録機能	24
2-1-1	総合診療部での処理	24
2-1-2	各診療科での予診	24
2-2	管理機能	24
2-2-1	保守対象テーブル	24
2-2-2	集計と帳票出力	24
2-3	他システムとの連携	24
2-3-1	診療プラットフォーム	24
2-3-2	看護支援システム	24
2-3-3	医事会計システム	24
2-3-4	経営分析システム	25
3	プロブレム・エントリ・ツール	26
3-1	登録機能	26
3-1-1	項目の入力	26
3-2	管理機能	26
3-2-1	保守対象テーブル	26
3-2-2	関連性の管理	26
3-3	他システムとの連携	26
3-3-1	診療プラットフォーム	26
3-3-2	看護支援システム	26
3-3-3	医事会計システム	27
3-3-4	経営分析システム	27
4	病名エントリ・ツール	28
4-1	登録機能	28
4-1-1	病名の構成	28
4-1-2	項目の検索と入力	28
4-1-3	項目の扱い	28
4-2	保守管理機能	28
4-2-1	病名テーブルの保守機能	28
4-2-2	関連性の管理	29
4-2-3	修飾語テーブルの保守機能	29
4-3	他システムとの連携	29
4-3-1	診療プラットフォーム	29
4-3-2	看護支援システム	29
4-3-3	医事会計システム	29
4-3-4	経営分析システム	29
5	身体部位エントリ・ツール	31
5-1	身体部位登録機能	31
5-1-1	項目の入力	31
5-2	歯式登録機能	31
5-3	保守管理	31
5-3-1	部位テーブルの保守機能	31
5-4	他システムとの連携	32
5-4-1	診療プラットフォーム	32
5-4-2	看護支援システム	32
5-4-3	経営分析システム	32
6	所見/評価エントリ・ツール	33
6-1	登録機能	33
6-1-1	項目の入力	33

6-2	保守機能	33
6-3	他システムとの連携	33
6-3-1	診療プラットフォーム	33
6-3-2	看護支援システム	33
6-3-3	経営分析システム	33
7	処置 / 計画エントリ・ツール	34
7-1	処置 / 予定処置登録機能	34
7-1-1	項目の入力	34
7-1-2	付随情報の入力	34
7-1-3	計画と実施	34
7-1-4	オーダリング・ターゲットの指定	34
7-2	支援機能	35
7-2-1	入力補助	35
7-2-2	チェック機能	35
7-3	管理機能	35
7-3-1	帳票出力機能	35
7-3-2	保守対象テーブル	35
7-4	他システムとの連携	35
7-4-1	診療プラットフォーム	35
7-4-2	検査処方ブラウザ	35
7-4-3	看護支援システム	35
7-4-4	物流システム	36
7-4-5	医事会計システム	36
7-4-6	経営分析システム	36

(性能・機能に関する要件)

C-(iii) . 業務アプリケーションの機能・性能要件 【オーダ系基幹】

1 診療プラットフォーム

1-1 基本的要件

1-1-1 診療情報へのポータル

- 1-1-1-1 外来や病棟の診療系端末のシステムにおいて、一般ユーザは、診療プラットフォームから各種ツールならびにノもしくはユーティリティを用いてのみ、診療情報等の参照と入力が行えること。
- 1-1-1-2 一つの診療プラットフォームは、ただ一人の患者の診療情報にのみ対応すること。
- 1-1-1-3 診療スタッフが診療プラットフォームを開く際には、どのような関係もしくは状況によって、その患者の診療情報を閲覧し診療行為を行うのかが宣言された後に、診療プラットフォームが開示されること。
- 1-1-1-4 診療グループや関係と状況、加えて端末の配置位置に応じて、ログイン・オペレータがアクセスできる診療プラットフォーム、コンテナ、ツールならびにユーティリティを制約する環境パラメータを管理すること。

1-1-2 アクセス履歴の開示と監視

- 1-1-2-1 診療プラットフォームは、その患者に対して担当医登録をした全医師のリストを表示する機能を備えていること。
- 1-1-2-2 診療プラットフォームは、その患者の診療情報を閲覧もしくはその患者に対して診療行為を入力した全診療スタッフのリストを表示する機能を備えていること。
- 1-1-2-3 下記の画面については、個別に参照の記録保存とその履歴表示ができること。
 - 1) 基本情報
 - 2) 感染症一覧{下記の画面についても、個別に参照の記録保存とその履歴表示ができるならば加点として評価する。
 - 3) 病理診断参照画面 }

1-1-3 外来での各科再来患者受付

- 1-1-3-1 各診療科部の外来受付端末では、医事課窓口での受付状況、再来受付機、他診療科部での受付ならびに診療状況をモニタできること。
- 1-1-3-2 各診療科部の外来受付端末においても、再来受付処理が行えること。
- 1-1-3-3 共済保険・社会保険・国民健康保険の被保険者の患者、または、生活保護を受けている患者については、保険/公費負担の有効期限をチェックし、患者IDカードの挿入時点で有効期限切れとなっていた場合は、画面表示によって、医事課窓口で保険登録を行うための誘導を行うこと。
{画面表示と同時に音声案内もできるならば加点として評価する。}
- 1-1-3-4 来院履歴/予約診療科部/受診希望診療科部のチェックを行うこと。その結果によって、当該診療科部受付窓口端末での再診登録の可否表示を行うこと。
デフォルトでは、当該診療科部の予約患者の再診受付のみ、を可能とする。
- 1-1-3-5 受付票を発行できること。

- なお受付時刻は自動登録されること(患者IDカード挿入時刻と受付票発行時刻)。
当該端末には、以下の3種の患者リストが表示できること。
またCSVファイル出力もできること。
- 1) 当日受診待ち患者一覧
 - 2) 当日受診終了患者一覧
 - 3) 特定日の予約患者一覧
- { 以下の患者リストも表示できるならば加点として評価する。 }
- 4) リコール予定患者一覧
 - 5) リコール通知済み患者一覧 }
- 1-1-3-7 上記リストのうち1)と2)では、以下の患者属性が表示されること。
- 1) 受付番号ならびに順位
 - 2) 患者番号・患者氏名・患者氏名の読み・性別・年齢・生年月日
 - 3) 他科受診予約の有無, 検査予約の有無
 - 4) 患者ステータス, 患者ポジション, 来院予約目的フラグ, コメント
 - 5) 診療フェーズ, 現在受診中
 - 6) 予約時の受診予定時刻または「予約なし」の表示
- { 以下の項目も表示可能な場合には加点として評価する: }
- 7) 予約時に登録されたコメント
 - 8) 来院時刻, 診療開始時刻, 診療終了時刻
 - 9) リコール・ステータス
 - 10) リコールに関わる各種情報 }
- 1-1-3-8 診療フェーズが「初診受付前」かつ患者配当を行う診療科(部)では、当該端末にて、相当の権限を有する診療スタッフは、診療担当医師へ患者配当できること。このとき、当該患者の診療フェーズは自動的に「加療経過中」へと変更されること。
- { 診療フェーズが「初診受付前」かつ予診を行う診療科(部)では、当該端末にて、予診係へ患者配当できるならば加点として評価する。このとき、当該患者の診療フェーズは自動的に「加療経過中」へと変更されること。 }
- 1-1-3-9 当該端末では、以下の帳票をCSV出力または作成出力できること。
- 1) 日報
 - 2) 患者台帳
- { 当該端末で、以下のCSVファイルを出力できるならば加点として評価する。 }
- 3) リコール患者来院者一覧
 - 4) 患者別コンプライアンス状況 }
- 1-1-4 外来でのログオン**
- 1-1-4-1 外来の診療端末からは、以下へのアクセスができること。
- 1) 診療プラットフォーム・エントリ画面へのログイン
 - 2) 診療プラットフォーム以外からのアクセスが許されたツール
 - 3) 入院患者ビルボード画面へのアクセス
 - 4) 診療事務業務系アプリケーションへのログイン
 - 5) 情報参照系サーバへのログイン
- なお「診療プラットフォーム・エントリ画面」は「診療プラットフォーム画面」ではないことに注意すること。
- 1-1-4-2 患者ステータス, 患者ポジション, 診療フェーズ, 診療科部または診療グループに対応した患者リストの表示機能が提供されること。なお表示項目は以下の通りとする。

- 1) 受付番号ならびに順位
- 2) 患者番号・患者氏名・患者氏名の読み・性別・年齢・生年月日
- 3) 他科受診予約の有無，検査予約の有無

{ 以下の項目も表示可能な場合には加点として評価する：

- 4) 予約時の受診予定時刻または「予約なし」の表示
- 5) リコールに関わる各種情報
- 6) 来院時刻，診療開始時刻，診療終了時刻
- 7) 予約時に登録されたコメント }

1-1-4-3 患者リストから，患者を選択指定できること．

1-1-4-4 患者番号の入力によっても患者の指定ができること．

1-1-4-5 患者と医師との「関係と状況」が宣言されたときのみ，診療プラットフォームが開示されること．

1-1-4-6 担当医登録ならびに解除ができること．

1-1-4-7 診療フェーズで配当待ち患者の設定を有効としている診療科(部・グループ)では，患者の配当ができること．

1-1-4-8 ログオンした際には，院内連絡情報が表示できること．

{ 院内メールを確認できるならば加点として評価する． }

{ 未読の院内メールの有無が通知されるならば加点として評価する． }

1-1-5 診療フェーズの変更

1-1-5-1 診療フェーズは，入力・変更できること．

{ 診療フェーズは，診療プラットフォームへのログオン時もしくはログアウト時のみ，自動的に変更される・もしくは・手動で変更できるならば加点として評価する． }

{ 本院職員のシステム管理者が登録し有効とした特定の診療科部以外では，全ての診療フェーズは自動変更されるならば加点として評価する． }

{ 診療フェーズが「初診受付前」で，診療科(部)にて患者の配当が為された場合，当該患者の診療フェーズは自動的に「加療経過中」へと変更されるならば加点として評価する． }

{ 診療フェーズが「初診受付前」で，予診を行う診療科(部)にて当該患者が予診係へ配当された場合，当該患者の診療フェーズは自動的に「予診患者」へと変更されるならば加点として評価する． }

{ 診療フェーズが「初診受付前」で，患者配当を行う診療科(部)にて当該患者が診療担当医師へ配当された場合，当該患者の診療フェーズは自動的に「加療経過中」へと変更されるならば加点として評価する． }

{ 診療スタッフが診療プラットフォームからログアウトする際，当該診療科(部)の管理する傷病名の転帰が全て記されている場合，当該診療科(部)の診療フェーズは自動的に全てクリアされるならば加点として評価する． }

{ 診療スタッフが手動で変更できる診療フェーズの属性値は，「予診患者」と「配当待ち患者」だけであるならば加点として評価する． }

1-1-6 病棟でのログオン

1-1-6-1 病棟の診療端末からは，以下へのアクセスができること．

- 1) 入院患者ビルボード画面へのアクセス
- 2) 診療プラットフォーム以外からのアクセスが許されたツール
- 3) 診療プラットフォーム・エントリ画面へのログイン
- 4) 診療事務業務系アプリケーションへのログイン

5) 情報参照系サーバへのログイン

なお「診療プラットフォーム・エントリ画面」は「診療プラットフォーム画面」ではないことに注意すること。

1-1-6-2

診療プラットフォームへのアクセス・シーケンス, すなわち「関係と状況」の宣言等は, 外来でのそれと同様である。

{ 診療プラットフォームのデフォルト・モードは「電子カーデックス」であるならば加点として評価する。 }

{ 患者ポジションを表示する機能も提供されるならば加点として評価する。 }

1-1-7

入院患者ビルボード

1-1-7-1

入院患者ビルボード画面では, 病棟ごとに病室と病床が表示され, かつ入床中の全患者を掲載したリストが常時表示されていること。

ただし, 他の病棟については患者氏名や患者番号は参照できない設定をデフォルトとする。

1-1-7-2

空床状況(全院, 病棟単位, 病室単位)を参照できること。

1-1-7-3

病室の性別利用状況が参照できること。

1-1-7-4

入院患者ビルボード画面では, まず患者を選択した後に, その患者の診療プラットフォームが開示される画面展開であること。

1-1-7-5

選択患者が担当患者でない場合には, 「関係と状況」が宣言されたときのみの診療プラットフォームが開示されること。

1-1-7-6

担当医登録ならびに解除ができること。

1-1-7-7

患者番号の入力によっても患者の指定ができること。

1-1-7-8

次に挙げる基本的な経営指標が参照できること(診療科部別, 病棟別):

病床数, 病床稼働率, 平均在院日数, 病床回転率, 入院外来患者数比

1-2 機能環境

1-2-1

インジケータ

1-2-1-1

二重登録の欠番処理後に残存させた患者番号では, 医事会計システムにおいても診療システムにおいても, 参照すべき患者番号が他にあることを示すためのインジケータを, 診療プラットフォーム画面に明示できること。

{ そのインジケータをクリックすると欠番処理した患者番号が表示される機能を有するならば加点として評価する。 }

1-2-2

表示表現様態(モード)

1-2-2-1

診療プラットフォームは複数の表示表現様態(モード)を有すること。

1-2-2-2

ある患者を処理中であっても, オペレータの要求にしたがって随時モード切り替えができること。なおモード切り替えの際には, その時点で開いている各種ツールが自動的に閉じられる仕様であっても可とする。

1-2-2-3

医師法もしくは歯科医師法等の関係法規ならびに省令等に定められている紙媒体の1号用紙ならびに2号用紙の形式を遵守した, **診療行為記録画面**。

診療行為記録画面では, デフォルトでは, 所属診療科, 所属診療グループ, もしくは「関係と状況」の属性によって, 該当する診療科(部)の診療行為として入力された診療行為情報が表示されること。

診療行為記録画面では, 一連の診療行為の後に診療行為入力者が明記されること。

1-2-2-4

診療行為記録画面に入力された指示行為について, 処置や処方や検査などの行為種類別の軸, 日付軸を持ったスプレッドシート形式で表現した**電子カーデックス**。

なお、処方箋の1回の指示において複数日にわたり実施が行われる行為については、実施日毎に展開表示も行われること。

1-2-3

コンテナ

1-2-3-1

診療情報を整理して保管表示するためのコンテナ機能を備え、以下に挙げるコンテナが提供されること。

- 1) 第1群： 基本情報（医事会計関係の諸情報）
担当医一覧，参照者一覧，感染症一覧
- 2) 第2群： 基本情報（臨床；既往歴，身長・体重を含む）
プロブレム，SOAP

{ 以下に挙げるコンテナが提供されるならば加点として評価する。

- 1) 第1群： 病理診断参照画面，ドナー/レシピエント
- 2) 第2群： 基本情報，予診情報，診療科部ごとの各種管理番号，
オーダ進捗状況，
診療文書：
受領紹介状，各種承諾書，
退院時サマリ，逆紹介状等 }

実装にあたっては本院と協議のうえ幾つかのコンテナを合体もしくは分離させることも可とする。

1-2-3-2

「診療行為記録画面」様態の「2号用紙」には、コンテナに含まれる項目の名称ならびにその値を、自動転記、引用もしくは複写できること。

1-2-3-3

各コンテナはプリンタ出力機能を有すること。

1-2-3-4

第1群のコンテナは、患者ごとに区別されること。また項目値は、医事会計システム、セキュリティ管理システム、検査部システムから自動的に引用転記され、表示されること。

1-2-3-5

第2群のコンテナでは、患者の受診科(部)属性と診療スタッフの所属科(部)属性または職種とから、患者ごとかつ診療科(部)ごとの内容が区別できること。ただし、他科(部)の当該コンテナ内容も参照できること。

1-2-3-6

第2群のコンテナのうちプロブレム・コンテナならびにSOAPコンテナでは、患者ごとかつ診療スタッフごとに区別できること。なお、他診療スタッフの当該コンテナ内容も参照できること。ただし、通常は、他診療スタッフの当該コンテナ内容をSOA領域については、複写、引用、書き込み、変更はできないこと。P領域の各項目については、項目単位でのみ、複写のみ可能であって連としては複写できないこと。

1-2-3-7

第2群のコンテナのうち各種サマリなどの診療文書、オーダ進捗状況は、患者ごとに区別されること。

1-2-4

情報ソースの扱い

1-2-4-1

コンテナ間に重複するデータ項目は、原則として互いに連動し、最新の状況が表示されること。

{ データ入力・発生時に取得した情報ソースを参照表示できるならば加点として評価する。情報ソースには、当該値を発生した測定者（すなわち診療科・部/診療グループ、診療スタッフとその職種、測定機器、版情報を含む計算ツール管理情報）と日時とが記録され、情報ソースはその履歴を含めて参照・明示できること。ただし、部門システムからの情報等、情報ソースを取得できないものについては対象外とする。 }

{ 一つのデータ項目を、他のデータ項目の値を算出するために利用する場合には、被参照データ項目は、その測定時刻差と測定者とによって、採否処理が為されるなら

ば加点として評価する。

- 1) 派生データ項目を算出する際に用いる参照データ項目値の採否において、時刻差については、近傍処理が為されること。
- 2) 近傍限界は、派生データ項目ごとに個々の参照データ別に制御でき、これを予め登録できること。
- 3) 近傍限界の設定では算出基準時刻(派生データの算出要求時刻)より将来時刻も指定できること。
- 4) 派生データ項目を算出する際に用いる参照データ項目値の採否において、測定者については、測定者の優先順位に基づいて処理されること。
- 5) 測定者の優先順位は派生データ項目ごとに個々の参照データ別に第三位まで制御でき、これを予め登録できること。
- 6) 測定者の優先順位で第三位にも適合しない場合の処理も、不適合処理として登録できること。
- 7) 参照データ項目値の採否処理に関する登録内容は、診療スタッフ別に管理されること。なお標準的な登録内容は院内全体ならびに診療科ごとに雛型が用意され、これを各診療スタッフの登録内容に参照複写できること。
- 8) 情報ソースの加工に必要な計算ツールが提供されること。
- 9) 計算ツールの版管理等も、データ項目の版管理と同様であること。 }

1-2-5

診療文書コンテナ

1-2-5-1

診療文書コンテナは、診療に関わる各種文書の、名称、存在の有無・または・当該電子文書実体もしくはポインタ、作成年月日時、作成者とその属性を、格納表示すること。

{ 文書種別は、受領紹介状、各種承諾書(輸血・手術・麻酔・移植・治験)、退院時サマリ、紹介状を想定しているが、種別については、本院職員のシステム管理者が追加や削除ができるならば加点として評価する。

ただしこの場合の削除とは、削除日以降には当該項目が指定できないということであり、削除日以前の既入力事項が参照不能となってはならない。 }

{ 電子文書実体のテンプレートは、診療文書ユーティリティで作成できるならば加点として評価する。 }

1-2-6

予診コンテナと基本情報コンテナ

1-2-6-1

予診コンテナと基本情報コンテナ(臨床系)は、その構成内容を診療科(部)もしくは診療グループごとに構成・管理・編集できること。

{ 予診コンテナと基本情報コンテナ(臨床系)は、その構成内容を診療グループごとに構成・管理・編集できるならば加点として評価する。 }

{ 総合診療部における予診内容を、各診療科(部)の予診コンテナへ引用できるならば加点として評価する。 }

{ 各診療科(部)においては、入院・外来ならびに医師・看護婦を問わず、各コンテナ間でそれぞれ参照引用できるならば加点として評価する。

したがって当該時点における看護婦の当該診療科(部)での看護業務のアーバイ管理も実現することになる。この機能は、端末管理による簡便法でも可とする。 }

{ 各診療科(部)の予診コンテナに対する他科(部)からの閲覧引用権は、所有者である科(部)において、個々の他科(部)に対して個別に設定できるならば加点として評価する。 }

{ 診療グループの予診コンテナおよび基本情報コンテナにおいては、後述するトークン(token)が適用できるならば加点として評価する。 }

1-2-7 SOAPコンテナに対する権限

1-2-7-1

SOAPコンテナ・プランの項目は、看護婦等の診療スタッフ(グループ)も、その権限に応じて、プランから実施へとシステム内処理できること(=オーダ発効処理)。

{ SOAPコンテナの各入力編集項目に対するアクセス権を、後述するトークンによって管理できるならば加点として評価する：

- 1) SOAPコンテナの所有者は、プランの項目にトークン(token-D)を付与して看護婦等の他の診療スタッフ(グループ)に対して、当該項目の実施権限がオーソライズされている旨の証明を発行できること。
- 2) 診療グループ内または診療グループ内の一部構成員間でSOAPコンテナを擬似的に共有するために、トークン(token)を発行する機能を有すること。
- 3) 診療グループ内もしくはその一部構成員のトークンの発行可能時期は、診療グループ形成時から同解消時までの間の随時できること。
- 4) 診療グループ内もしくはその一部構成員のトークンの有効期間は、必要に応じて変更できること。ただしグループ有効期間もしくはグループ構成員有効期間を超えて設定することはできず、またいずれか一方が無効となった場合には、当該トークンも同時に無効となること。
- 5) 診療グループ内もしくはその一部構成員のトークン(token-0)はSOAP領域については複写、引用、および連としての扱いの権限を与えること。
- 6) 診療グループ内もしくはその一部構成員のトークン(token-G)は上記に加えて、書き込み権限を有すること。
- 7) 診療グループヘッドのトークン(token-H)は診療グループヘッドにのみ自動的に付与され、上記に加えて、変更権限を有すること。ただし変更可能性は時刻経過の制約を免れうるものではなく、また、変更履歴の表示・非表示を切り替えられること。
- 8) 診療グループ内もしくはその一部構成員のトークンの発行可能数は、本院職員のシステム管理者が、(診療グループヘッドの所属する)診療科ごとに設定変更できること。なおデフォルトではtoken-Gの限界値を5とする。
- 9) 診療科(部)長の要請に応じて本院職員システム管理者がトークン(token-S)を発行できる機能環境が提供すること。
- 10) トークン(token-S)は、当該診療科に属する全ての診療スタッフならびに全ての診療グループのSOAPコンテナに対して、token-Hの諸制約と権限とを有するものとする。 }

1-2-8 SOAPコンテナとプロブレム・コンテナ

1-2-8-1

SOAPコンテナの各項目はグルーピングでき、プロブレムと対応づける機能があること。

1-2-8-2

SOAPのうちP領域は、処置/計画エンリ・ツールによって編集できること。

{ オーダ・ツールによっても編集・入力できるならば加点として評価する。 }

1-2-9 プロブレム・コンテナ

1-2-9-1

プロブレム・コンテナの要素は、プロブレムまたは病名(診断病名もしくは保険傷病名)であること。

{ プロブレム・コンテナの所有者と権限ならびに諸制約は、SOAPコンテナと同様であるならば加点として評価する。ただし token-D を除く。 }

{ プロブレム・コンテナのトークンは、SOAPコンテナのトークンと独立して扱えるならば加点として評価する。ただしデフォルトでは、同等レベルのトークンとすること。 }

- 1-2-9-2 プロBLEM・コンテナには複数のPROBLEMを格納できること。
{ 格納された各PROBLEMに優先順位を付けられ、かつ随時変更できるならば加点として評価する。 }
{ レセプト保険傷病名欄への印字順序には、各PROBLEMの優先順位が反映されるならば加点として評価する。ただしPROBLEMの優先順位は、主病名フラグの有無に優先するものとする。 }
{ PROBLEM・コンテナにおいては、各PROBLEMに以下を判別するための属性を持たせることが可能ならば加点として評価する：
 1) 長期間にわたり当該患者を特徴づける病態
 2) 当該受診の動機となった病名
 3) これら以外の病名 }
{ 各病名間の意味的な位置関係については、以下の関係を表現できるならば加点として評価する：
 1) 原因病名
 2) 従属病名
 3) 合併病名
 4) 偶発的併記病名
なおこれは前項「PROBLEMの変遷」の枠組みにおいて表現されることも可とする。 }
{ PROBLEM・コンテナにおいては、上記の病態および主病名、診療行為ほか記録に登録された諸情報から、該当するDRG/PPS疾患群の候補を挙げる機能を有する場合には、加点として評価する。 }
{ 社会的問題を区別して記録できる場合には、加点として評価する。 }
{ PROBLEMの登録権限については、トークンによってその権限者の範囲を限定できるならば、加点として評価する。 }
- 1-2-9-3 PROBLEMは、それぞれ、その変遷を記録できること。
 1) PROBLEMの変遷は、時間的に、旧集合区域と新集合区域とを並列させドラッグ&ドロップ等の操作により、変遷を指定できる機能を有すること。なお旧集合区域には、active病名のみが表示されること。
 2) PROBLEMの変遷は、旧集合区域のPROBLEMとは異なる新集合区域のPROBLEMとの関連づけの形成、あるいは関連付けの変更によって表現されること。
{ PROBLEMの変遷の編集権限については、トークンによってその権限者の範囲を限定できるならば、加点として評価する。 }
- 1-2-9-4 PROBLEMの変遷については、以下の種別を管理登録できること。
 1) 連続（時間経過前後のPROBLEMは同一項目）
 2) 変化（時間経過前後のPROBLEMは異なる項目）
 3) 停止（病名転帰の軽快や死亡に相当）
 4) 融合（複数のPROBLEMから一つのPROBLEMに）
{ 以下の変遷種別も用意されるならば加点として評価する。
 5) 発散（一つのPROBLEMから複数のPROBLEMに）
 6) 昇格（SOAPコンテナのSO領域からPROBLEM・コンテナへ）
 7) 降格（PROBLEM・コンテナからSOAPコンテナのSO領域へ） }
- 1-2-9-5 PROBLEM・コンテナをプリンタ出力する際には、PROBLEMについてのみ印字できること。また印字フォーマットについては、紙カルテへの貼付けについても配慮されていること。

1-2-10 病名コンテナ

- 本コンテナは、既登録保険傷病名コンテナ（「1号用紙」病名欄）と同等である。
- 1-2-10-1 現行法令の医師法施行規則および歯科医師法施行規則の診療録一号様式の規定に準拠した形式で、必要な記載項目を入力表示し、それらを履歴表示できること。
- 1-2-10-2 各種のエントリ・ツール、オーダ・ツール、ならびにブッキング・ツールにおいて、本コンテナに登録されている病名を利用する必要がある場合には、オペレータのセキュリティ権限の範囲内で、各ツールから本コンテナを自動的あるいは任意に起動し、参照・複写・引用を行えること。
- 1-2-10-3 病名欄の履歴表現は表形式で行うこと。
- 1-2-10-4 診断日から終了日までの診断業務記録を、1病名につき1行で表現すること。
- 1-2-10-5 各病名行において、以下の項目の入力・登録・管理・表示ができること
- 1) 病名行番号
自動的に記入日時順のシーケンス番号を発生させること。
 - 2) 疾患発生部位
一般の身体部位表現に加え、歯科・口腔診療領域において必要とする
歯式表現も可能であること。
なお医科病名においては、空欄も可とすること。
 - 3) 疾患名称
病名エントリツールで入力した接頭辞、根幹病名、接尾辞を組み合わせ
て表示すること。
 - 4) 適用保険（支払区分）
保険診療における保険者、公的補助の略称を選択入力できること。
 - 5) 診断日
診断日時を入力でき、入力日時を独立して保持できること。
 - 6) 終了日
転帰を記入した日時とすること。
 - 7) 転帰内容
治癒、転医等の帰結表現を選択入力できること。
- 1-2-10-6 病名行は、終了日の入力、あるいは転帰の入力によって終了すること。
- 1-2-10-7 終了していない病名行、すなわちアクティブな病名行のみを表示する機能を提供すること。
- 1-2-10-8 他の病名行を複写入力できること。
- 1-2-10-9 誤記等により病名行を無効とした場合、該当行は取り消し表示とすること。
- 1-2-10-10 病名欄は保険傷病名と診断病名との切り替えて入力できること。また、これらを切り替えて表示する機能も提供されること。
- 1-2-10-11 部位と接頭辞と接尾辞を含む病名、開始日、終了日、転帰を表示すること。
- 1-2-10-12 診断病名と保険傷病名との表示モードを変更できること。
- 1-2-10-13 表示条件によって病名コンテナの内容を限定して表示できること。
- 1) 転帰入力済み / 転帰未入力
 - 2) 特定の診療科 / 全科、医科 / 歯科
 - 3) 入院 / 外来
 - 4) 診断病名 / 保険傷病名
- 1-2-10-14 主病名フラグの切り替えが行えること。
{主病名フラグの切り替えは、特定の患者に対して医師ごとに行えるならば加点とし

- て評価する。
 なお診療グループについては、トークンによってその範囲を限定できること。}
- 1-2-10-15 レセプト保険傷病名欄への印字順序には、主病名フラグの有無が反映されること。
 なお医事課においては、プロブレムの優先順位ならびに主病名フラグの有無には関わらず、レセプト発行のためのみにレセプト保険傷病名欄への印字順序を変更できること。
- 1-2-10-16 入院病名は「入院手続き」時に登録できること。
 { 入院病名フラグは、「入院手続き」で確立された病名に対して立てるならば加点として評価する。 }
- 1-2-10-17 機密保護フラグにより参照/非参照を設定でき、非参照フラグが立てられた場合には、当該診療科部およびその病棟内での参照のみ、可とすること。
 { 機密保護フラグは、特定患者と特定の医師（担当医）との間で参照/非参照を設定できるならば加点として評価する。
 なお診療グループについては、トークンによってその範囲を限定できること。 }
- 1-2-10-18 新たに入力した病名が既入力病名であり、かつアクティブであった場合、重複入力に対する警告表示を行い、二重登録防止すること。
- 1-2-10-19 死亡転帰が入力できること。
 { 病名コンテナから死亡診断書コンテナにドラッグ&ドロップされた病名の転帰が自動的に死亡とされるならば、加点として評価する。 }
 { ある病名に死亡転帰が登録された際に、他の active 病名は死因病名として自動登録されるのではなく「死亡による終了」と自動登録されるならば、加点として評価する。 }
- 1-2-10-20 エントリ確定された病名は、自動的に病名コンテナ (= 既登録保険傷病名コンテナ(「1号用紙」病名欄))へ保存されること。
- 1-2-10-21 選択された保険傷病名は、既選択保険傷病名表示欄に自動的に表示されること。また「2号用紙」やオーダリング・ツールにも自動転記されること。
- 1-2-10-22 医科病名の場合は、部位の編集は不能とし、病名もしくはプロブレムの変遷にてのみ対応させる制限機能を提供すること。
 { 歯科診療の場合は、部位の追加、削除を行った場合は、編集前の保険傷病名とは別に、新規の保険傷病名として自動登録の準備がされるならば加点として評価する。
 なお、準備された新規の保険傷病名は、手動にて削除変更等ができること。 }
- 1-2-10-23 保険区分選択メニューで支払区分が複数個表示される場合には、継続療養の保険を明示すること。
 { 新規病名には継続療養を指定できない機能を持たせるならば加点として評価する。 }
 { 継続療養で保険診療中の病名に転帰入力する場合には警告を発するならば加点として評価する。さらに医事課会計窓口の端末にその旨を送信し、会計の際に窓口にて真に病名終了してよいか否か再度確認したうえで、決済できる機能を有するならば加点として評価する。 }
- 1-2-10-24 既登録保険傷病データの「転帰」入力では診療情報データベースの内部矛盾を生じるような変更を許さないこと。
 { 保険傷病名との関連づけが必要な算定項目ならびに従属算定項目を自動的に認識し、それと高頻度に関連づけのあった根幹病名を自動的に頻度順に選択リストに表示する機能がある場合には、加点として評価する。 }

- { 関連づけ頻度を診療科や医師に応じて算出できるならば加点として評価する. }
- 1-2-10-25 病名コンテナならびに診療プラットフォームを介して、他のツールやコンテナ、あるいはシステムやサブシステムとの通信を行うこと。
- 1-2-10-26 医事会計システムに登録保険傷病名ならびに各種属性を送信すること。
{ 医事会計システムは病名コンテナに対して、確定保険傷病名を送信し、病名コンテナはこれを受信することが可能ならば加点として評価する。
なお病名コンテナにおいては診断病名等がどの保険傷病名と関連づけられたかを表示すること。ただし診療経過記録画面においては、診療目的として引用された病名は、確定保険傷病名との関連付けによる影響が及ぼされないこと。 }
- 1-2-10-27 病名コンテナをプリンタ出力する際には病名についてのみ印字できること。また印字フォーマットについては紙カルテへの貼付けについても配慮されていること。

1-2-1 1 診療行為記録画面

- 本画面は、「2号用紙画面」もしくは「2号用紙」と呼ぶものと同等である。
- 1-2-11-1 現行法令の医師法施行規則および歯科医師法施行規則の診療録二号様式の規定に準拠した形式で、必要な記載項目を入力/表示し、それらを診療経過記録として履歴表示できること。
{ 歯科診療においては、保険点数もしくは算定料金が診療項目毎に表示されるならば加点として評価する. }
- 1-2-11-2 各種ツールによって入力された診療行為は全て2号用紙に履歴として記録されること。
- 1-2-11-3 ある診療スタッフが入力を開始している状態で他者が当該患者を選択し、診療プラットフォームにログインしようとした場合は警告を発生し、かつ、入力者と連絡先情報が表示されること。
{ 他者が当該患者の2号用紙を起動した場合には自動的に閲覧モードに設定されるならば加点として評価する. }
- 1-2-11-4 「2号用紙」は改竄のできない履歴領域と、編集可能な現入力領域の2種を持つこと。
- 1-2-11-5 「1号用紙」から引用した病名、またはプロブレム・コンテナから引用した医療上のいわゆる問題点を、診療目的として表現できること。
- 1-2-11-6 プロブレムもしくは病名の指定や入力が為された後に入力された診療行為は、その病名と自動的に関連づけながら記録保存すること。
- 1-2-11-7 各種ツールによって入力された一連の指示・実施・評価内容は上述の診療目的に関連付けられた形式で入力・記録・保存・管理・表現されること。
なお当該表現における画面空間については、本仕様書では、診療行為ブロックと呼ぶ。
- 1-2-11-8 保険傷病名と関連づけられた診療行為項目は、その保険傷病名と対応した診療行為ブロックに自動的に分類表示されること。
- 1-2-11-9 複数の診療目的に対して一連の診療行為が行われた場合でも、その関連性が表現できること。
- 1-2-11-10 履歴領域に対しては、範囲を指定あるいは1行単位で、現入力領域に複写できること。
すなわち診療ブロックの入力内容)を確定するまでは、入力された項目はドラッグ&ドロップやコピーカット&ペースト等により「2号用紙」の診療行為ブロック内ならびに診療行為ブロック間での編集操作ができること。
- 1-2-11-11 2号用紙では以下の項目の入力・記録・保存・管理・表現されること。
1) 診療日付
診療行為発生日時を入力でき、入力日時を独立して保持できること。

2) 診療動機

1号用紙またはプロブレム・コンテナのアクティブ行を指定することにより、診療動機として引用病名/プロブレムを、診療ヘッダ行として引用入力できること。

3) 診療行為

ツール類によって入力した診療行為を表示すること。

4) 診療行為者

診療行為を行った診療スタッフの所属科(部)または職種と氏名を表示すること。

5) 実施数・実施単位

実施した数量を直接入力し、その単位を選択入力できること。

{ 以下の機能も提供されるならば加点として評価する：

6) 算定数・算定単位

医事会計上の算定数量を直接入力し、その単位を選択入力できること。

7) 支払区分

医事会計上の支払区分を、引用病名/プロブレムの支払区分と異なる区分に変更できること。 }

1-2-11-12 「2号用紙」に表示される病名については保険傷病名と診断病名とを切り替えて表示できること。

1-2-11-13 診療行為記録画面で入力確定された項目情報は、診療プラットフォームの他の表現形態や各種コンテナにも自動的に転送され、またこれらと連動して機能すること。

1-2-11-14 診療行為記録画面1号用紙の内容のプリンタ出力をできること。
ただし保険傷病名については、その保険傷病名の入力者、担当医、診療グループのいずれかが、自身に関連した保険傷病名のみを出力できるものとする。

1-2-11-15 「2号用紙」の内容をプリンタ出力できること。
「2号用紙」の出力は、診療内容の入力者、担当医、診療グループのいずれかが、自身に関連した事項のみを出力できるものとする。
2号用紙のプリンタ出力のタイミングと出力期間の指定ができること。

1-2-12 関連付けの保証

1-2-12-1 病名エン트리・ツールによって保険傷病名が確定されないうちは、入力中の保険算定項目の算定処理を有効にしないよう設定できること。

1-2-12-2 保険算定項目が入力されたにも関わらず、プロブレムもしくは保険傷病名を指定しないまま「2号用紙」を閉じようとした場合・あるいは・オーダ発行が発生した場合には、プロブレムもしくは保険傷病名の選択もしくは新規入力を自動的に促すこと。

{ 以下の機能も提供されるならば加点として評価する：

1) 関連づけされないままに強制終了等の異常処理が行われた場合には、当該セッションの全ての処理を無効としつつ、システム整合性を保つこと。

2) 処置エン트리・ツールによって入力された処置項目は、診療ブロックの入力内容を確定するまでは、算定・非算定属性の切替えができること。

3) 処置エン트리・ツールによって入力された処置項目は、診療ブロックの入力内容を確定するまでは、診療ブロックにおける関連付けを司る保険傷病名の属性の支払区分とは異なる支払区分への切替えができること。 }

{ 保険算定対象項目と関連付けられたプロブレムがプロブレムの変遷の結果これが変化した場合には、当該保険算定対象項目は、変更後のプロブレムもしくは傷病名

と関連付けて医事会計システムに送信するならば加点として評価する。 }

1-2-13 診療行為シリーズの管理

- 1-2-13-1 ある時刻点の診療イベントのみならず、一連の診療行為をシリーズとして管理できること。
- 1-2-13-2 連としてのイベント管理においては、少なくとも以下の属性を入力・管理・参照できること。
- 1) 開始の日付時刻もしくは開始の診療行為の日付時刻
 - 2) 終了の日付時刻もしくは終了の診療行為の日付時刻
 - 3) 診療イベントの管理事由
- 1-2-13-3 対象事由としては、以下の区分を許容できること。なお対象事由は、マスタ管理されること。
- 1) 公費（全額負担）
 - 2) 公費（一部負担）
 - 3) 臨床治験
 - 4) 臨床研究
 - 5) パス登録対象シリーズ（遷移等の部分シリーズも含む）
- 1-2-13-4 診療イベントに関わる諸情報は、上記の対象事由をフィルタとして・もしくは・フィルタとせずに、情報参照系サーバにおいて参照閲覧できること。
- { 診療行為記録画面においてもフィルタリングできるならば加点として評価する。 }
- { 電子カードックスにおいてもフィルタリングできるならば加点として評価する。 }
- { プロブレム・コンテナならびに SOAP コンテナにおいてもフィルタリングできるならば加点として評価する。 }

1-2-14 アウトライン機能

- 1-2-14-1 以下に列挙する項目を単一もしくは複合させた事項を検索キーとして、デフォルトもしくは指定した検索条件によって検索し、その結果を「2号用紙」に対してアウトライン表示する機能を有すること：
- 1) 部位名
 - 2) 病名もしくは保険傷病名、プロブレム名
 - 3) 診療行為名
 - 4) 診療科・標榜科または部局名、診療グループ名
 - 5) 職種名または業務名（看護 / 服薬指導 / 栄養指導）
 - 6) 担当医名、診療行為者名
 - 7) 診療行為分類
 - 8) 支払区分
- 1-2-14-2 アウトライン表示中に画面スクロールができること。
- 1-2-14-3 アウトライン表示中に新しい診療行為の入力ができること。ただしアウトライン表示の解除警告を発する機能があること。
- 検索条件は、各検索事項間で AND や OR が指定できること。
- { 検索条件に、各検索事項間で NOT も指定できれば加点として評価する。 }
- { 保険傷病名、診断病名ならびにプロブレム名ではカテゴリーを指定することで、また診療行為名では診療行為区分を指定することで、下位階層に含まれる全ての項目についての OR 検索ができるならば加点として評価する。 }
- { 診療行為による検索期間の開始ならびに終了を指定できるならば加点として評価する。 }
- 1-2-14-4 アウトライン結果をプリンタ出力できること。
- 1-2-14-5 検索結果はアウトラインファイルとして保存でき、「2号用紙」から参照できること。

1-2-15 電子カーデックス

- 1-2-15-1 電子カーデックスでは、診療行為区分(処置,各種検査,内服処方,注射処方,保清関係)ごとに入力操作が行えること。
- 1-2-15-2 診療行為区分を指定して、表示・非表示を選択できること。
{各診療行為区分の時間軸は1アクションで統一できるならば加点として評価する。}
{加えて、特定の診療行為区分のみ時間軸を変更できるならば加点として評価する。}
- 1-2-15-3 電子カーデックスで入力された情報は、診療プラットフォームの他の表現様態や各種コンテンツにも自動的に転送され、またこれらと連動して機能すること。
- 1-2-15-4 電子カーデックスの内容のプリンタ出力をできること。
診療内容の入力者、担当医のいずれかが、自身に関連した事項のみを出力できるものとする。
出力では、各診療行為区分ごと・もしくは・実施表全体が出力されること。
{診療内容の診療グループが、自身に関連した事項のみを出力できるならば加点として評価する。}
{必要に応じて、指定した特定の診療行為区分のみを出力できる機能があるならば加点として評価する。}
{患者毎に、出力する診療行為区分のデフォルトならびに出力開始曜日デフォルトを設定でき、出力開始日デフォルトは前回出力日の翌日とする機能があるならば加点として評価する。}

1-2-16 プリンタ出力の設定

- 1-2-16-1 出力プリンタは、診療端末ごとにあらかじめデフォルト出力プリンタを設定しておける機能を有すること。なお帳票の種類により、異なるプリンタに対して複数の出力設定ができること。
{診療プラットフォームで出力指示をする際に、デフォルト出力プリンタ以外のプリンタを出力先として選択できるならば加点として評価する。}
{プリンタ出力の自動処理は、診療スタッフごとにオン/オフを設定できるならば加点として評価する。}

1-3 ツールの一般的要件

ツールの機能要件は、各部門サブシステムの機能画面にも応用されることが望ましい。

1-3-1 ツール間の連携

- 1-3-1-1 全ての診療行為はプロブレムや診断病名ならびに保険傷病名に関連づけながら診療データベースに記録保存されること。
- 1-3-1-2 ツールならびに/もしくはユーティリティは診療プラットフォームを介して他のツールと連携して動作し、必要なデータや情報は自動的に送受するとともに格納・表示すること。
- 1-3-1-3 診療プラットフォームやコンテンツもしくはツールへの入力は、各種ツールの選択メニューあるいはリストを用いるか、他のコンテンツやブラウザなどからドラッグ&ドロップやコピー&ペーストによって引用できること。
{この機能に歯式表現も含まれるならば加点として評価する。}
- 1-3-1-4 診療プラットフォームに既に入力されている項目を操作して対応するブラウザが起動し、その詳細内容や結果等を参照できること。
- 1-3-1-5 ツールならびに/もしくはユーティリティは、診療プラットフォームならびに各コンテンツに対して共通に使えること。

1-3-2 ツールの基本機能

- 1-3-2-1 選択メニューであれば階層数は4程度, 選択メニューであればカラム数は4程度でマスターファイルの項目数は制限しないことを原則とする. ただしエントリ内容あるいはオーダ内容等に即したデザインとすること.
- 1-3-2-2 各オーダリング・ツールは, 診療プラットフォームから起動できること.
- 1-3-2-3 患者基本情報は診療プラットフォームから自動転記されること.
- 1-3-2-4 各種ブラウザは診療プラットフォームに既に入力されている項目からも起動できること.
- 1-3-2-5 各種ブラウザはプリンタ出力機能を持つこと.
- 1-3-2-6 診療系情報ソースの表示が可能であること.
- 1-3-2-7 診療プラットフォームは, 各種オーダの進捗状況を表示する機能を提供すること.
なお表示は, 受付済み, 実施済み, 報告済みなどの, 離散的な表現で良しとする.
また状態変化の反映は, オペレータの操作による起動でも可とする.
- 1-3-2-8 外来患者か入院患者かの判別は, アプリケーションが自動的にできること.
- 1-3-2-9 オーダリング・ツールは複数のオーダリング・ターゲットに対応できること.
- 1-3-2-10 オーダリング・ターゲットは, オペレータが変更できること.
- 1-3-2-11 1オーダ単位中に複数のオーダ項目を含められること.
{ 1オーダ単位中に複数のオーダ項目がある場合, 個々のオーダ項目は互いに異なる傷病名, 病名, プロブレムと関連づけて指定できる機能を有するならば, 加点として評価する. }
- { 一つのオーダ項目が複数の病名またはプロブレムと対応できる機能が提供されるなら加点として評価する. }
- 1-3-2-12 支払区分をオーダ項目ごとに指定変更した場合, 診療目的となる病名の変更を伴う可能性があり, 同一の支払区分に対して複数のアクティブな病名が存在する場合, 診療行為に対する病名の選択を行う必要があるため, 支払区分の変更は, 「2号用紙」上で, 該当する支払区分に対応する病名・プロブレムのブロックに診療行為項目を移動する機能を有すること.
- 1-3-2-13 複数のツールを同時に用いて一つのエントリあるいはオーダを作成する場合, 必要に応じて編集用のバッファ画面を設けること.
{ 編集領域がバッファ画面ではなく, 確定送信前の状態では診療プラットフォーム上において行える場合には加点として評価する. }

1-3-3 フォーム

- 1-3-3-1 一塊の診療行為に関わる各種所見を一括して実施するための統合ツールであるフォーム(form)機能(もしくはテンプレート機能)が提供されること.
- 1-3-3-2 フォームの適用範囲は, 院内全体, 各診療科部, 診療グループ, 診療スタッフ個人のうち, いずれかであって, 特定の患者に関連付けられないこと.
- 1-3-3-3 診療科部毎に主要なフォームが数種づつ提供されること.
1) 一塊の診療行為に即したフォーム
2) 病態別疾患別のフォーム
3) ロル(関係と状況)に即したフォーム
- 1-3-3-4 フォームを策定するためのツールも同時に提供すること.

1-3-4 パス・ライブラリ

- 1-3-4-1 一連の診療行為を一括して, もしくは部分的にハンドリングするため機能画面に対してリソースを与えるリポジトリ機能であるパス・ライブラリ機能が提供されること.
- 1-3-4-2 各パスは, 適用範囲(院内全体, 各診療科部など), プロブレムまたは病名, またはプロト

- 1-3-4-3 コルやソリューションもしくはロル,のうちのいずれかに応じて選択表示できること.
各パスは,作成者,作成日付,ならびに,前項の機能を実現するために要する管理用項目を保管できること.
- 1-3-4-4 パス を策定するためのツールも同時に提供し,パスの生成,追加,編集,削除ができること.
{ 1年以上再利用されないパスは自動消去できる機能を有するならば加点として評価する.ただし設定期間の変更機能ならびにパスのバックアップ機能も同時に提供されること. }
- 1-3-4-5 パスは,「電子カーデックス」に展開できること.
その際,「電子カーデックス」においては,各項目はそれぞれ適切な項目区分に自動的に配分されること.
{ パスを一覧して選択する際に,作成者の所属診療科または所属診療グループ,作成日付,指向プロブレムまたは病名,適用診療行為,適用ソリューション(解熱など),適用プロトコル,あるいは適用ロルによってフィルタリングして表示できるならば,加点として評価する. }
{ 診療スタッフが宣言した関係と状況,選択中のプロブレム,病名,適用中のクリニカル・パスによって一次フィルタリングされる機能を有するならば加点として評価する. }
- 1-3-5 ワークフローの制御**
- 1-3-5-1 ログイン時の診療グループや診療科,ロル(関係と状況)などの属性値に応じて,処理の内容と流れ(workflow)を考慮した操作環境を提供すること.
{ ログイン時の患者フェーズ,診療グループや診療科,指向プロブレムまたは病名,ロル(関係と状況)の属性値に応じて,処理の内容と流れ(workflow)を制御できるならば加点として評価する. }
{ ワークフローの呼び出し機能があるならば加点として評価する. }
{ ワークフローを選別するための管理ファイルを用意するならば加点として評価する.
この管理ファイルには少なくとも以下の属性を規定できること:
1) 患者フェーズ
2) 患者ステータス,予約来院目的フラグ,リコール・ステータス
3) 当該ワークフローを適用する診療科または診療グループ
4) ロル(関係と状況)
5) 指向プロブレムまたは病名,診療行為,目的
6) 呼び出しパス名
なお各属性値には null が許されるものとする. }
{ ワークフローの呼び出し時期に応じて,フォーカシングされるパスが自動選別されるならば加点として評価する.
その際,ワークフローが呼び出されるまでの間もしくは呼び出された時のオペレーション・ステータスに応じて,必要な場合には,上記の1)から4)までの属性値を診療プラットフォームから自動取得すること.
ただし,オーバーライトを許さない属性については自動取得する必要はない. }
{ 呼び出しパス名が決定されている場合には,そのパスを呼び出すならば加点として評価する. }
{ 呼び出しパス名を決定する場合は,該当するパスをリスト表示して選択可能とする

ならば加点として評価する。

なお該当するパスが複数個ある場合には，リスト表示して選択可能とすること。}
{ 実施中のパスを判別して関係するパスを決定できるならば加点として評価する。 }

1-3-6 項目入力的一般機能

- 1-3-6-1 コード入力が必要な項目では，階層化された選択メニューまたは選択リストから項目を指定することで入力できること。
- 1-3-6-2 項目入力では，テキスト入力も可能であること。その際，上位階層(カテゴリー)の項目名も入力可能な機能とし，項目コードは上位階層の項目コードとすること。
- 1-3-6-3 選択メニューならびにリストは，病院全体，各診療科に作成・運用・管理できること。
{ 診療グループ別，医師別にも対応できるならば加点として評価する。 }
- 1-3-6-4 項目の指定は，各ツールを使わずに「2号用紙」の項目の引用によっても指定できること。
- 1-3-6-5 選択メニューやリストに表示される個々の項目はエイリアスによっても検索・呼出・指定・選択ができること。
- 1-3-6-6 個々の項目は，仮名，漢字，英数字に対応した10個以上のエイリアスを持つことができ，エイリアスによっても検索・呼出・指定・選択ができること。
{ さらに，エイリアスがギリシャ文字に対応可能ならば加点として評価する。 }
- 1-3-6-7 一つの項目は選択メニューの色々な位置や選択リストにより，複数の方法で選択入力できること。
- 1-3-6-8 選択メニューではセット入力ができること。セット項目を選択した後も，項目の過不足や値の調整を，項目入力の初めからやりなおすのではなく，個別に編集できる機能を提供すること。
- 1-3-6-9 セットは，院内共通，診療科別に作成・運用・管理できること。
{ 診療グループ別，医師別，疾患別にも対応できるならば加点として評価する。 }
{ 選択メニューの項目表示の際に，保険適用の有無を表示可能な機能を備えているならば，加点として評価する。 }
{ 選択メニューの項目表示の際に，適正診療の正否を表示できる機能があれば加点として評価する。 }

1-4 支援機能と履歴確認機能

1-4-1 診療目的・診療業務の入力促進

- 1-4-1-1 所見入力を含め，何らかの診療行為が診療プラットフォームに記入され，かつ，診療目的(=プロブレムもしくは病名との関連づけ)が登録されていない状態で診療プラットフォームを終了しようとした場合は，診療目的の入力を促すことができること。
{ 同一疑い病名が月末締め2回以上(60 歴日ではない)連続した後にも当該病名が変遷されない場合には，警告を発するならば加点として評価する。4回以上連続した後は警告頻度を上げること。 }
{ 医事会計システムで確定した，各種指導料・管理料・診療料・加算の請求可能性について参照できるならば，加点として評価する。 }
{ 在宅医療を受けている患者に対しては，最終受診日をもとに，基本診療料の取り漏れを防ぐため，定期的に再来受診を促す表示を行うならば加点として評価する。 }
{ 医事会計システムから送信される，返戻・減点・保留ならびに未請求とその事由の閲覧を促すことができるならば，加点として評価する。 }
- 1-4-1-2 ドナーとレシピエントとの関連付けができること。このとき以下の項目を登録できること。

- 1) ドナー（ならびにレシピエントの）同意書の有無と状況
- 2) ドナーが同意書において任意に記入した氏名・住所等の基本情報
- 3) ドナーとレシピエントの親族もしくは社会的な関係
- 4) 提供された組織の名称
- 5) 組織の状態所見 / 評価, 検査所見
- 6) 移植対象組織の名称

1-4-1-3 登録されたドナー / レシピエント項目は, 該当する双方の患者のドナー / レシピエント・コンテナに, 相対する患者の患者番号とともに, 格納されること。

1-4-2 診療データ閲覧ならびに診療行為のファイル出力

1-4-2-1 診療履歴のプルーフリスト出力は権限を持つ者のみが行えること。

1-4-2-2 診療科部もしくは診療グループまたは各医師別に, サマリ出力ができること。

項目としては, 診療期間別の, 診療対象患者数, 診療行為区分名と指示実施回数とする。

1-4-2-3 診療行為区分を一つもしくは複数選択した上で, その実施日の出力もできること。

1-5 他システムとの連携

1-5-1 セキュリティ管理システム

1-5-1-1 アクセス権の設定に要するすべての情報を送受すること。

1-5-2 各種エントリ・ツール

1-5-2-1 エントリの実施に要する情報を送受すること。

1-5-2-2 エントリ履歴の参照に要する情報を送受すること。

1-5-3 各種オーダ・ツール

1-5-3-1 オーダの実施に要する情報を送受すること。

1-5-3-2 オーダ履歴と結果の参照に要する情報を送受すること。

1-5-4 各種ブッキング・ツール

1-5-4-1 ブッキングの実施に要する情報を送受すること。

1-5-4-2 ブッキング履歴の参照に要する情報を送受すること。

1-5-5 診療文書ユーティリティ

1-5-5-1 診療文書の作成に要する情報を送受すること。

1-5-5-2 診療文書の履歴参照に要する情報を送受すること。

1-5-6 各部門システム

1-5-6-1 部門における診療行為の実施に要する情報を送信すること。

1-5-6-2 部門における診療行為の実施履歴を受信すること。

1-5-7 看護支援システム

1-5-7-1 看護支援に要する情報を送信すること。

1-5-8 カルテ管理システム

1-5-8-1 カルテの前日払い出しに要する情報を送受すること。

1-5-8-2 来院情報ならびに患者所在情報を送受すること。

1-5-9 治験システム

1-5-9-1 治験管理に要する情報を送信すること。

1-5-10 医事会計システム

1-5-10-1 患者基本情報その他を受信すること。

- 1-5-10-2 医事会計に要する情報を送信すること.
- 1-5-11 物流システム**
- 1-5-11-1 診療プラットフォームで取得された物品等の消費情報を送信すること.
- 1-5-12 経営分析システム**
- 1-5-12-1 確定された診療行為の入力記録を,実施者記録とともに送信すること.

2 予診エントリ・ツール

2-1 登録機能

2-1-1 総合診療部での処理

- 2-1-1-1 医事会計系から、患者基本情報を自動的に取得できること。
{ 予診患者キュー管理機能を有し、初診受付処理された紹介状を持たない新患患者が、自動的に「予診患者リスト」にキューイングできるならば加点として評価する。 }
- 2-1-1-2 問診項目や審査項目は、選択メニューならびにノもしくはリストから入力できること。
- 2-1-1-3 問診項目、診査項目のレイアウトの編集管理ができること。
- 2-1-1-4 過去の予診歴を参照、引用できること。
{ 変化し得ない既往歴が自動転記できる機能があるなら加点として評価する。 }
- 2-1-1-5 患者を配当する診療科を選択入力できること。

2-1-2 各診療科での予診

- 2-1-2-1 予診項目は、選択メニューならびにノもしくはリストから、各科予診コンテナに入力できること。
{ 各問診項目の内容と選択メニューは、診療科ごとに編集管理できるならば加点として評価する。 }

2-2 管理機能

2-2-1 保守対象テーブル

- 2-2-1-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。

2-2-2 集計と帳票出力

- 2-2-2-1 集計処理が可能なモジュール環境を提供すること。
{ 併せて集計機能も提供されるならば加点として評価する。
集計結果は CSV ファイル出力できること。
集計結果には、少なくとも以下の項目を含むこと。
1) 診療年月日
2) 患者ID, 年齢, 性別, 住所(市町村まで)
3) 診断名, 配当診療科, 配当診療科, 保険傷病名 } }

2-3 他システムとの連携

2-3-1 診療プラットフォーム

- 2-3-1-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
- 2-3-1-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
- 2-3-1-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

2-3-2 看護支援システム

- 2-3-2-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
- 2-3-2-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
- 2-3-2-3 入力結果をコンテナに反映すること。

2-3-3 医事会計システム

- 2-3-3-1 患者基本情報その他を受信すること。

2-3-4 経営分析システム

2-3-4-1

確定された入力記録を,実施者記録とともに送信すること.

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には,この限りではない.

3 プロブレム・エントリ・ツール

3-1 登録機能

3-1-1 項目の入力

- 3-1-1-1 プロブレムを、階層化された選択メニューならびにノもしくはリストから選択入力できること。
- 3-1-1-2 プロブレム・カテゴリーも選択入力できること。
- 3-1-1-3 テキスト入力も可能とすること。その際、記録されるコードは上位カテゴリーのコードとする。
- 3-1-1-4 プロブレム名もしくはプロブレム略称の一部から同正規名を検索して、同項目を登録できる機能を有すること。
- 3-1-1-5 階層化メニューは院内共通版とともに、各診療科(部)版が用意され、科(部)版は、当該行為者によって編集できる環境を提供すること。
- 3-1-1-6 所属科以外の階層化メニューも利用できること。
- 3-1-1-7 部位の入力編集が必要な場合は、身体部位エントリ・ツールによって行えること。
- 3-1-1-8 略称ならびにマスク・プロブレム名を、それぞれ複数個登録できること。
これらは画面表示用、当該患者の精神的負担の回避、ならびにプライバシー保護などの目的のために用いられる。

3-2 管理機能

3-2-1 保守対象テーブル

- 3-2-1-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。
 - 1) プロブレム・マスタ
 - 2) 共通略称
 - 3) 共通分類{以下の項目がテーブルに含まれるならば加点として評価する。
 - 4) 科別略称，診療グループ別略称
 - 5) 科別分類，診療グループ別分類 }

3-2-2 関連性の管理

- 3-2-2-1 マスタ・レコードの属性には、診断病名や保険傷病名に対するリンク情報も含まれること。
- 3-2-2-2 診断病名や保険傷病名に対するリンク情報を登録制御できること。
{診断病名や保険傷病名に対するリンク情報は、院内共通のみならず、診療科部，診療グループ，診療スタッフごとに登録制御できるならば加点として評価する。}

3-3 他システムとの連携

3-3-1 診療プラットフォーム

- 3-3-1-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
- 3-3-1-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
- 3-3-1-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

3-3-2 看護支援システム

- 3-3-2-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。

3-3-2-2 エントリの実施に要する情報を送受すること.

3-3-2-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること.

3-3-3 医事会計システム

3-3-3-1 医事会計に要する情報を送信すること.

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には,この限りではない.

3-3-4 経営分析システム

3-3-4-1 確定された入力記録を,実施者記録とともに送信すること.

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には,この限りではない.

4 病名エントリ・ツール

4-1 登録機能

4-1-1 病名の構成

- 4-1-1-1 病名は、部位、接頭辞、根幹病名、接尾辞を組み合わせて構成できること。
- 4-1-1-2 保険傷病名は、病名、保険区分(支払区分)、開始日、終了日、転帰で構成されること。
- 4-1-1-3 支払区分は保険種および擬似保険種(私費、自費、校費ほか)も設定できること。なお、確定した支払区分は、その後は変更できないこと。
- 4-1-1-4 附帯情報として、診断病名フラグ、主病名フラグ、死因病名フラグ、入院病名フラグ、機密保護フラグを、病名項目ごとに登録管理表示できること。
- 4-1-1-5 略称ならびにマスク病名を、それぞれ複数個登録できること。
これらは画面表示用、当該患者の精神的負担の回避、ならびにプライバシー保護などの目的のために用いられる。
- 4-1-1-6 看護診断名も扱えること。
- 4-1-1-7 看護診断名と保険傷病名との表示切り替えができること。
また両者のマスタファイルは別立てとすること。

4-1-2 項目の検索と入力

- 4-1-2-1 階層化された選択メニューならびにノもしくはリストから選択入力できること。
- 4-1-2-2 階層化メニューでは、カテゴリー入力も選択入力できること。
- 4-1-2-3 部位の入力編集が必要な場合は、身体部位エントリ・ツールによって行えること。
- 4-1-2-4 テキスト入力も可能とすること。その際、記録されるコードは上位カテゴリーのコードとする。
- 4-1-2-5 病名もしくは病名略称の一部から同正規名を検索して、同項目を登録できる機能を有すること。
- 4-1-2-6 階層化メニューは院内共通版とともに、各診療科(部)版・各診療グループ版が用意され、科(部)・診療グループ版は、当該行為者によって編集できる環境を提供すること。
- 4-1-2-7 所属科以外の階層化メニューも利用できること。
- 4-1-2-8 院内共通メニューは ICD10 分類に準拠した構成とすること。
- 4-1-2-9 MEDIS-DC 第 2 版病名マスタコード、ICD10 コード、あるいは病名のカタカナ・英字・ひらがなを入力して検索入力できる機能も付加すること。
{ 臓器別統計用分類区分検索 (または SNOMED International) もできるならば加点として評価する。 }

4-1-3 項目の扱い

- 4-1-3-1 確定入力前には、根幹病名の変更、および部位、接頭辞、接尾辞の部分的な編集ができること。
- 4-1-3-2 部位ほか修飾語の選択編集は、身体部位エントリ・ツールによっても行えること。
{ 接頭辞、接尾辞、部位と、傷病名や歯式等との組み合わせのチェック機構を備える場合には加点として評価する。 }

4-2 保守管理機能

4-2-1 病名テーブルの保守機能

- 4-2-1-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。
1) MEDIC-DC 病名マスタ群第2版の各種マスタ
2) 対応テーブル
MEDIC-DC 病名マスタ群第2版の病名マスタコード
厚生労働省レセプト電算処理基本マスタコード
ICD10 コード
プロブレムコード
3) 共通略称
4) 共通分類
{ 以下の項目がテーブルに含まれるならば加点として評価する。
5) 科別略称, 診療グループ別略称
6) 科別分類, 診療グループ別分類 }
SNOMED International を導入した場合には, これも管理できること。

4-2-2 関連性の管理

- 4-2-2-1 診断病名の属性には, 保険傷病名に対するリンク情報を登録制御できること。
{ 保険傷病名に対するリンク情報は, 院内共通のみならず, 診療科部, 診療グループ,
診療スタッフごとに登録制御できるならば加点として評価する。 }
{ マスタ・レコードの属性には, プロブレム項目からのリンクに応じた逆引きリンク
情報も自動的に登録されるならば加点として評価する。 }

4-2-3 修飾語テーブルの保守機能

- 4-2-3-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。
1) 接頭辞テーブル, 接尾辞テーブル
2) 接頭辞コード, 接尾辞コード
3) 対応テーブル
MEDIC-DC 病名マスタ群第2版の修飾語マスタ
身体部位テーブルとそのコード

4-3 他システムとの連携

4-3-1 診療プラットフォーム

- 4-3-1-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
4-3-1-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
4-3-1-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

4-3-2 看護支援システム

- 4-3-2-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
4-3-2-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
4-3-2-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

4-3-3 医事会計システム

- 4-3-3-1 医事会計に要する情報を送信すること。
ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には, この限りではない。

4-3-4 経営分析システム

- 4-3-4-1 確定された入力記録を, 実施者記録とともに送信すること。
ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には, この限りでは

ない.

5 身体部位エントリ・ツール

5-1 身体部位登録機能

5-1-1 項目の入力

- 5-1-1-1 身体部位を、階層化された選択メニューならびにノもしくはリストから選択入力でき、そのコードが記録保存されること。
{ 身体部位の選択画面はグラフィクス表示でも指定できるならば加点として評価する。 }
- 5-1-1-2 身体部位カテゴリーも選択入力できること。
- 5-1-1-3 テキスト入力も可能とすること。その際、記録されるコードは上位カテゴリーのコードとする。
- 5-1-1-4 身体部位名もしくは身体部位略称の一部から同正規名を検索して、同項目を登録できる機能を有すること。
- 5-1-1-5 MEDIS-DC 第 2 版病名マスタ群の修飾語マスタに含まれる項目についてはその修飾語コード、あるいはカタカナ・英字・ひらがなを入力して検索入力できる機能も付加すること。
{ 臓器別統計用分類区分検索（または SNOMED International）もできるならば加点として評価する。 }
- 5-1-1-6 院内共通メニューは、SNOMED International の Topology 軸 に準拠した構成と、Morphology 軸 に準拠した構成とを用意すること。
- 5-1-1-7 階層化メニューは院内共通版とともに各診療科(部)版・各診療グループ版が用意され、科(部)・グループ版は、当該行為者によって編集できる環境を提供すること。
- 5-1-1-8 方向要素を接頭辞として指定入力できること。
- 5-1-1-9 ポインティング・デバイスだけでなく、キーボードでも指定・入力できること。

5-2 歯式登録機能

- 5-2-1-1 歯科口腔外科領域で、歯の部位等を表現する歯式を作成する機能を提供すること。
- 5-2-1-2 歯式表現は現行法規に則っていること。
 - 1) Zsigmondy/Palmer に準拠していること。
 - 2) 隙、正中過剰歯、便宜抜髄支台歯などを指定・表現・記録・管理できること。
 - 3) 歯根分割も指定・表現・記録・管理できること。{ 乳歯列・混合歯列・永久歯列のデフォルト設定は、オペレータごとに指定できるならば加点として評価する。 }
- 5-2-1-3 ポインティング・デバイスだけでなく、キーボードでも指定・入力できること。

5-3 保守管理

5-3-1 部位テーブルの保守機能

- 5-3-1-1 保守管理ユーティリティにてテーブルを保守できること。
- 5-3-1-2 MEDIS-DC 第 2 版病名マスタ群の修飾語マスタに含まれる項目についてはその修飾語コードに準拠すること。

5-4 他システムとの連携

5-4-1 診療プラットフォーム

- 5-4-1-1 エントリの実施に要する情報を送受すること。
- 5-4-1-2 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

5-4-2 看護支援システム

- 5-4-2-1 エントリの実施に要する情報を送受すること。
- 5-4-2-2 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

5-4-3 経営分析システム

- 5-4-3-1 確定された入力記録を、実施者記録とともに送信すること。
ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には、この限りではない。

6 所見/評価エントリ・ツール

6-1 登録機能

6-1-1 項目の入力

- 6-1-1-1 症状や所見ならびに病状などの評価を入力でき、以下の機能を有すること。
1) 階層化メニューは各診療科で編集できること。
2) カテゴリー入力にも対応できること。
3) テキスト入力も可能であること。
{ テンプレートならびにチェック項目辞書機能を備える場合には加点として評価する。 }
- 6-1-1-2 所見症状名もしくは所見症状略称の一部から同正規名を検索して、同項目を登録できる機能を有すること。
- 6-1-1-3 看護診断名も扱えること。
- 6-1-1-4 看護診断名と保険傷病名との表示切り替えができること。
また両者のマスタファイルは別立てとすること。

6-2 保守機能

- 6-2-1-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。
1) 所見テーブル
2) 評価テーブル

6-3 他システムとの連携

6-3-1 診療プラットフォーム

- 6-3-1-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
6-3-1-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
6-3-1-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

6-3-2 看護支援システム

- 6-3-2-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。
6-3-2-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。
6-3-2-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

6-3-3 経営分析システム

- 6-3-3-1 確定された入力記録を、実施者記録とともに送信すること。
ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には、この限りではない。

7 処置 / 計画エントリ・ツール

7-1 処置 / 予定処置登録機能

7-1-1 項目の入力

- 7-1-1-1 治療計画や処置を、階層化選択メニューならびに / あるいはリストから選択入力できること。
- 7-1-1-2 処置手術名もしくは処置手術略称の一部から同正規名を検索して、同項目を登録できる機能を有すること。
- 7-1-1-3 階層化メニューは、各診療科部ならびに各医師が編集できること。
- 7-1-1-4 階層化メニューの各項目は、「算定」、「従属算定」、「非算定」、「複合」、「注釈項目」の5種に分類して表示できること。
{ 上述の分類のほかに「公費（一部負担）」、「公費（全額負担）」、「治験」の対象とすることが可能な項目についても、分類表示できるならば加点として評価する。ただし診療目的とした病名について、支払い区分が公費 / 治験である場合に限定されること。 }

7-1-2 付随情報の入力

- 7-1-2-1 指示・実施の数量・実施時コメントを、治療計画や処置に関する付随情報として入力できること。
 - 1) 単位 / 数量, 時刻 / 時間 / 日数
 - 2) 手技・目的, コメント
 - 3) 薬剤 / 材料コメントの検索入力
 - 4) 時間 / 使用量入力

7-1-3 計画と実施

- 7-1-3-1 処置項目は、処置計画、処置入力、処置実施のいずれか適切なステータスとして入力できること。
- 7-1-3-2 入力が「電子カーデックス」の未来日付または未来時刻に対して為された場合には、処置計画として記録保存される。
- 7-1-3-3 入力がSOAPコンテナのP領域に対して為された場合は、処置計画として記録保存されること。
後に計画コンテナから「2号用紙」へ引用することで実施入力として扱えること。
- 7-1-3-4 入力が「2号用紙」に対して為された場合には、処置実施として記録保存されること。
- 7-1-3-5 看護計画名も扱えること。
- 7-1-3-6 看護計画名と処置計画名との表示切り替えができること。
また両者のマスタファイルは別立てとすること。

7-1-4 オーダリング・ターゲットの指定

- 7-1-4-1 オーダリング・ターゲットを指定できること。
医師が指定できるオーダリング・ターゲットは、診療科部、医師、薬剤師、看護婦、療法士ほかである。
{ 医師が指定できるオーダリング・ターゲットに、診療グループを指定できるならば加点として評価する。 }
- 7-1-4-2 オーダリング・ターゲットは、デフォルトでは自己とすること。

7-2 支援機能

7-2-1 入力補助

7-2-1-1 入力補助機能として以下の機能をもつこと。

- 1) 前回 (DO) 項目
- 2) 継続項目
- 3) 同一処置項目の連続指示
- 4) セット項目 (診療科別, 診療グループ別, 医師別, 疾患別セット)

7-2-1-2 院内共通 / 診療科部別の処置項目検索

7-2-2 チェック機能

7-2-2-1 処置の付加情報について, 入力状況の確認機能を起動できること。

{ 処置の必須付加情報の入力状況を自動確認できるならば加点として評価する。 }

- 1) 処置の必須付加情報が未入力にも関わらず登録指示が為された場合, 自動的に入力要求を表示すること。
- 2) 上述の入力要求は無視できず, 必須付加情報を入力するか, 必須付加情報を必要とする処置を取り消すまでは, 次の診療行為入力は行えないこと。 }

7-3 管理機能

7-3-1 帳票出力機能

7-3-1-1 以下の帳票をプリンタ出力できること。

- 1) 処置指示票
- 2) 処置帳表
- 3) ワークシート
- 4) カルテ控え

7-3-2 保守対象テーブル

7-3-2-1 保守管理ユーティリティにて各種テーブルを保守できること。

- 1) 処置項目テーブル
- 2) 看護項目テーブル

7-4 他システムとの連携

7-4-1 診療プラットフォーム

7-4-1-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。

7-4-1-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。

7-4-1-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

7-4-1-4 「算定」項目ならびに「従属算定」項目は「非算定」に変更できること。

7-4-1-5 「算定」項目が「非算定」項目に変更された場合には, 「従属算定」項目も同時に自動的に「非算定」へと変更されること。

7-4-1-6 「算定」項目の支払区分が変更された場合には, 「従属算定」項目の支払区分も追従して変更されること。

7-4-2 検査処方ブラウザ

7-4-2-1 処置イベントの履歴と予定情報を画面表示するために要する情報を送信すること。

7-4-3 看護支援システム

7-4-3-1 アクセス権に関わる情報を受信すること。

7-4-3-2 エントリの実施に要する情報を送受すること。

7-4-3-3 入力結果と履歴をコンテナに反映すること。

7-4-4 物流システム

7-4-4-1 消費された物品等の消費情報を送信すること。

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には、この限りではない。

7-4-5 医事会計システム

7-4-5-1 医事会計に要する情報を送信すること。

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には、この限りではない。

7-4-6 経営分析システム

7-4-6-1 確定された入力記録を、実施者記録とともに送信すること。

ただし診療プラットフォームが代行する内部アーキテクチャの場合には、この限りではない。