

## 仕様書

### 1 調達目的

診断書作成・管理業務の効率化のため、現在稼働中の電子カルテシステムに診断書作成支援システムを追加することを目的とする。

### 2 調達物品名及び構成内容

調達物品名 診断書作成支援システム

数量 一式

納入期限 令和8年3月31日

納入場所 県立宮崎病院、県立延岡病院、県立日南病院

### 3 システムの仕様

#### (1) 診断書作成支援システムの概要

- 1.1 生命保険協会の認定を受け「診断書電子化ソフトウェア」として、様式の作成管理に関わるワークフロー支援機能を有すること。
- 1.2 複数様式（生命保険診断書、自賠責診断書、身体障害者診断書など公的文書含む）に対応していること。
- 1.3 病院独自様式の作成・管理が可能であること。（A4 縦サイズ最大5ページ）
- 1.4 診断書作成システムにて作成された診断書・公的文書などを診療科・部門を横断して一元管理ができ、電子カルテシステムと連携ができる機能を有すること。
- 1.5 病院独自様式を除き、様式に変更があった場合は、保守の範囲で様式変更に対応すること。

#### (2) ワークフロー管理機能

- 2.1 診断書・証明書管理業務の場合は、患者さんからの診断書受付からお渡しまでのワークフローを管理できる機能を有すること。
- 2.2 診療科単位のグループ指定で作成依頼が可能であること。
- 2.3 スタッフ（医師、看護師、医師事務補助者等）間の作成依頼・共有・督促機能を有すること。
- 2.4 作成期限日が厳守の診断書を管理、検索できる機能を有すること。
- 2.5 書類預書、作成依頼書（手書き文書作成依頼含む）の発行機能を有すること。
- 2.6 担当者レベルでステータスを視覚的に判別可能であること。（アイコン等表示）
- 2.7 担当者別、段階別で患者ごとの今やるべき業務がリストできること。

#### (3) 文書作成・管理機能

- 3.1 登録されたフォームを、文書作成時及び印刷時の両方で使用できる機能を有すること。

- 3.2 定型文・テキストライブラリの管理機能を有すること。（分類登録、検索、ドラッグ&ドロップ挿入）
- 3.3 文書作成時に、同一様式または異なる様式の文書の2画面表示が可能で、2文書を同時に参照でき、必要な項目の一括転記や、コピー、貼付けができる機能を有すること。
- 3.4 禁則処理（行頭・行末の自動文字調整）、自動フォント縮小、文字数表示機能を有すること。
- 3.5 スキャナ画像・シェーマ貼付及び手書き描画が可能であること。
- 3.6 下書き、一時保存、確定保存などの文書ステータス管理機能を有すること。
- 3.7 修正履歴の詳細ログ管理が可能であること。
- 3.8 作成した文書を後利用可能なようにテンプレート（雛形文書）として保存し、再利用できる機能を有すること。
- 3.9 診断書の作成状況の管理・照会ができること。
- (4) 入力支援機能
  - 4.1 文書毎に入力必須項目の設定がされ、文書確定保存時に未入力項目が存在した場合はワーニングが表示される機能を有すること。
  - 4.2 各種文書作成時において、患者基本情報、入院関連情報など各種文書に共通のデータについては自動で表示し、編集できる機能を有すること。
  - 4.3 新規文書作成時に、作成者、作成者の属する診療科、作成日を自動的に文書内に表示できる機能を有すること。
  - 4.4 フリーテキストボックスの編集機能を有すること。（コピー、切り取り、貼り付け、マルチ形式入力）
  - 4.5 文書の項目間移動に Tab キーが使用できる機能を有すること。
  - 4.6 診断書作成時に記入例を参照できる機能を有すること。（特定の書式のみ）
  - 4.7 表示文書の拡大・縮小・スクロールができる機能を有すること。
  - 4.8 診断書作成時、過去の記入データ、関連ドキュメントを選択し、二画面表示が可能な機能を有すること。また、その場合、過去の記入データ、ドキュメントからコピー&ペーストを行い、入力支援に活用できる機能を有すること。
  - 4.9 事務部門、医師事務補助者が診断書の下書きをできること。
- (5) 診断書の検索・一覧表示に関する要件
  - 5.1 作成された診断書を患者 ID、文書名、作成者、診療科、状態（確定・一時保存等）の指定により検索が可能であること。
  - 5.2 様々な様式の文書を指定条件で検索が可能であること。
  - 5.3 検索結果の一覧表示および CSV 出力が可能であること。
  - 5.4 入退院期間の自動連携と選択機能を有すること。
  - 5.5 発行予定、未作成文書の一覧表示が可能であること。

5.6 未作成文書一覧から新規に診断書作成機能画面を起動し、文書を作成・保存できる機能を有すること。

5.7 医師別、診療科別、期限別等でのリスト化・統計機能を有すること。

(6) 印刷・出力

6.1 印刷プレビュー画面の表示ができる機能を有すること。

6.2 各種文書は、画面上に表示されるフォームと同一の形で印刷できる機能を有すること。

6.3 文書作成依頼画面で入力した内容が2枚（患者控え、病院控え）印刷可能な機能を有すること。

(7) ユーザ管理・アクセス権限

7.1 文書の発行や修正権限など運用レベルの権限設定が行える環境設定変更メニューを有すること。

7.2 医師事務作業補助職者（メディカルクラーク）の代行入力を安全に運用可能なよう、文書の全ての入力項目について修正履歴（いつ、誰が、どの項目を、どのように）が確認できる機能を有すること。

7.3 ユーザ情報（ID、診療科コード、ユーザ氏名など）を一括して取り込むことができること。

(8) セキュリティ・運用管理

8.1 取り違い防止のため、複数患者の文書は同時に開けない機能を有すること。

8.2 作成状況や変更履歴の詳細な管理・表示によるトレーサビリティ確保が可能であること。

8.3 利用者に利用可能な業務種別のアクセス権限を設定できる機能を有すること。

(9) 電子カルテシステムとの連携

9.1 電子カルテシステムから再ログインすることなく、診断書作成支援システムを呼び出しできる機能を有すること。

9.2 電子カルテシステムのポータル画面（患者選択していない状態）から、ログインユーザIDを指定し、診断書作成支援システムを呼び出しできる機能を有すること。

9.3 電子カルテシステムの患者画面（診療録画面など）から、患者IDを指定し、診断書作成支援システムを呼び出しできる機能を有すること。

9.4 作成された文書情報を電子カルテシステムの診療記録に通知可能な機能を有すること。また、診療記録から該当文書を呼び出しできる機能を有すること。

9.5 電子カルテとのデータ連携は以下の項目とする。

- ・患者基本情報
- ・患者プロフィール情報
- ・入院情報
- ・手術歴情報

- ・病名情報
- ・文書通知情報
- ・利用者情報

9.6 電子カルテが使用できる全端末へインストールを行うことができること。

#### (10) バージョンアップ・データ移行

10.1 本システムのバージョンアップ等を行った場合、データを移行できる機能を有すること。

10.2 データ移行対象は以下の項目とする

- ・患者属性情報
- ・患者プロフィール情報（一部）
- ・移動情報（入院中）
- ・病名情報

## 4 その他

今回の調達には、診断書作成支援システムを快適に動作させるためのハードウェア機器等の調達及び構築に係る設定等も含むものとする。

今回の調達には、システムの保守費用は含まない。

納入時に、必要な機器設定後の動作確認及び使用方法の説明を行い、各病院の担当職員の確認を受けること。使用方法の説明は各病院の指定する場所・時間で行うこと。

本仕様に明示のない事項であっても、機能上及び社会通念上当然必要と思われるものについては、納入者において充足するものとする。

納入する機器には、導入年月、所属名、製品名、製造番号等の内容を記載したラベルを作成し貼り付けるものとする（詳細については別途指示）。

現在稼働中の電子カルテシステムは、「HOPE LifeMark-HX」であるので留意すること。

電子カルテシステムの連携作業は別途対応する。