

機能名	機能説明	機能概要	備考
1.10.7.1	送信、受信		輸血システムとの送受信が可能であること。
1.10.8	診療録管理システム	診療録管理システムとの接続。	診療録管理システムとの接続を行う。
1.10.8.1	送信、受信		診療録管理システムとの送受信が可能であること。
1.10.9	地域連携システム	地域連携システムとの接続。	地域連携システムとの接続を行う。
1.10.9.1	送信、受信		地域連携システムとの送受信が可能であること。
1.11	情報検索、活用	情報検索、活用。	医薬品の情報を検索、参照、出力する。
1.11.1	医薬品情報	薬品情報と使用状況に関するデータ検索。	薬品情報と使用状況に関するデータを検索する。必要に応じてプリンタから出力できること。
1.11.1.1	DI 検索		指定薬品の医薬品情報を検索できること。 検索する医薬品は、名称や厚生省コード、キーワード、禁忌情報、副作用情報、ロット番号、薬剤一覧からの選択などにより検索でき、検索結果が一覧表示されること。 名称や厚生省コード、キーワードについては、あいまい検索が可能であること。 医薬品を選択後に、医薬品情報が参照、出力できること。 医薬品情報表示時に、キーワードによる文面検索が可能であること。 該当した文面が強調表示されること。また、当該キーワードの次検索、前検索ができること。 指定薬品の使用状況を検索できること。
1.11.1.2	使用状況検索		検索する医薬品は、名称や厚生省コード、キーワード、禁忌情報、副作用情報、ロット番号、薬剤一覧からの選択などにより検索でき、検索結果が一覧表示されること。名称や厚生省コード、キーワードについては、あいまい検索が可能であること。 医薬品を選択後に使用期間(開始終了日付)を指定して、医薬品使用状況一覧が参照、出力できること。
2.	医学研究		一覧表には以下の項目が含まれること 薬品名(血液製剤はロット番号含む)、 検索期間(日付)、 病棟・病室、 患者 ID、 氏名、 生年月日、 状態(入院退院等)、 投与量
2.1	DWH へのデータ蓄積	診療情報データベースから、DWH データベースを構築できる。	XML 形式などにより柔軟にデータ抽出可能な診療情報(診療記録、オーダー、検査結果、病歴、看護記録など)データベースから医学研究用の DWH(データウェアハウス)データベースを構築する。
2.1.1	ルーチン処理/目的別処理	ルーチン処理。	診療データから DWH データベースを構築する際に、目的に応じたルーチン処理を行えること。
2.1.2	患者の非特定化	患者非特定化。	診療データから DWH データベースを構築する際に、患者の非特定化ができること。

標準的電子カルテ機能概要

資料2 電子カルテシステムの概念定義

項目	機能	説明	備考
2.1.3	データの正規化	データ正規化。	診療データから DWH データベースを構築する際に、データの正規化が行われること。 ※具体的な内容が必要。
2.2	研究目的支援	DWH データベースから目的ごとのデータ抽出が可能であること。	I.2.4
2.2.1	診療研究支援	医学研究、学会発表用統計データ出。	DWH データベースから医師の医学研究や学会発表用の統計データを出力する。 ※具体的な内容が必要。
2.2.2	看護研究支援	看護師の研究、学会発表用統計データ出力。	DWH データベースから看護師の研究や学会発表用の統計データを出力する。 ※具体的な内容が必要。
2.2.3	コメディカル研究支援	コメディカルの研究、学会発表用統計データ出力。	コメディカル部門の研究を支援する。DWH データベースから薬剤師、検査技師、読影医、放射線技師、栄養士、療法士、ソーシャルワーカーの研究や学会発表用の統計データを出力する。 ※具体的な内容が必要。
2.2.3.1	服薬指導研究		内容は？
2.2.3.2	検査研究		内容は？
2.2.3.3	画像研究		内容は？
2.2.3.4	栄養指導研究		内容は？
2.2.3.5	リハビリ研究		内容は？
2.2.3.6	ソーシャルワーカー研究		内容は？
2.3	定期報告支援	DWH データベースから院内、院外の統計、報告資料を作成できること。	S.3.3.6 I.2.4 S.2.2
2.3.1	公的統計報告	疾病統計、医療費統計作成。	DWH データベースから厚生労働省や県などへの疾病統計、医療費統計の報告資料を作成する。 ※具体的な内容が必要。
2.3.1.1	ヘルスサービス報告		症状レポート、予防接種、がん登録や、ケア提供者が一連の診療を完了させる際に必要となる退院データなど、公衆衛生機関への報告をサポートできること。 患者単位、集団、施設単位での統計、報告書が作成できること。 患者単位の情報には、事務的な情報と入院、転院、退院報告、手術および処置の記録、または協議に関する記録が含まれること。 集団、施設単位では、クリニカルパスおよび他の科学的根拠に基づいた有効性、臨床記録を補完するための情報が含まれること。 臨床レポートとして、バイタル統計、疾病報告、サマリ公開、癌データ、その他必要なデータ類が含まれること。

ID	機能名	機能目的	機能概要	留意事項
2.3.2	院内統計報告	院内統計報告書作成。	DWH データベースから院内に向けた統計報告書を作成する。	※具体的な内容が必要。
2.4	ログデータ抽出	DWH データベースから抽出された抽出履歴ログを記録する。		
2.4.1	履歴管理	抽出ログの記録、参照。	DWH データベースからどのような目的で、いつ、誰が、どんな抽出を行っているか、抽出のログを記録、参照できること。	※具体的な内容が必要。
3.	医学教育			
3.1	研修医基礎教育	研修医の診療記録の作成やオーダーを支援し、指導医の監査を可能とする	操作者について、指導医と研修医の権限を登録できること。指導医と研修医の関連付けが登録でき、関連付けの開始日、終了日によって履歴管理ができること。指導医一人に対して、複数の研修医を指定できること。	
3.1.1	診療記録作成	診療記録作成、指導医監査支援。	研修医の診療記録作成と指導医の監査を支援する。	
3.1.1.1	診療記録入力	研修医の診療記録入力を支援する	操作者権限をチェックし、研修医であることを認識できること。 診療記録入力に関する基本的な機能は、「患者の診療」領域で定義した診療記録入力と同様とするが、研修医としての制限事項を考慮できること。 診療記録を入力後、登録した際に確定終了後、指導医監査待ちの状態にできること。	
3.1.1.2	研修医監査	研修医の診療記録を、指導医が監査することを支援する	診療記録の参照可能範囲を医療機関単位、診療科単位、担当患者単位などで設定できること。 操作者権限をチェックし、指導医であることを認識できること。 指導医に対して監査待ちの診療記録があることを通知できること。 研修医が入力した診療記録で、指導医監査待ちの状態になっているものについて、指導医ごとの一覧表示や研修医、患者での検索表示ができること。 選択した指導医監査待ちの診療記録に対して、監査後、指導医監査済みの状態に変更して登録、保存できること。	
3.1.2	オーダーエントリ	研修医オーダー入力支援。	研修医のオーダー入力を支援する。	
3.1.2.1	各種オーダー入力	研修医がオーダー入力を行うが、指導医の監査がなければ有効としない	操作者権限をチェックし、研修医であることを認識できること。 オーダー入力に関する基本的な機能は、「患者の診療」領域で定義したオーダー入力と同様とするが、研修医としての制限事項を考慮できること。 オーダーを入力後、登録した際に、指導医監査待ちの状態にできること。 指導医監査待ちのオーダーは、各部門への送信はされないこと。 オーダー入力可能範囲を医療機関単位、診療科単位、担当患者単位などで設定できること。 操作者権限をチェックし、指導医であることを認識できること。	
3.1.2.2	研修医監査	研修医のオーダーを指導医が		

階層	機能名称	概要	備考
		監査し有効とする	
			指導医に対して監査待ちのオーダーがあることを通知できること。 研修医が入力したオーダーで、指導医監査待ちの状態になっているものについて、指導医ごとの一覽表示や研修医、患者での検索表示ができること。 選択した指導医監査待ちのオーダーに対して、監査後、指導医監査済みの状態に変更して登録、保存できること。 指導医監査済みのオーダーは、各部門へ送信されること。
3.2	チーム医療監査教育	監査、医療の質の向上。	オーダーや診療記録、レポートなどについて、各医療従事者が相互に監査し、医療の質を高める。
3.2.1	チーム医療監査	治療方針、治療計画、実施支援。相互監査。	患者中心のチーム医療を目的として、各種医療従事者のオーダーや診療記録の情報を共有し、適切な治療方針、治療計画、実施を支援できること。また、相互監査により情報連携ミスや判断ミスなど早期に見えてくる機能を有すること。
3.2.1.1	監査用ビューの表示		操作者権限をチェックし、医療従事者であること、その職種を認識できること。 個々の患者の治療過程を医療従事者の専門領域に重点をおきながら、他の関連領域の医療行為を監査することを支援できること。
3.2.1.2	監査実施		患者のADL情報の把握ができ、治療の開始から原因追求、治療計画、治療の実施(手術)、軽快、完治までの時間軸上で、各アクションプランがSOAPで記述、確認(View)できること。 操作者権限をチェックし医療従事者であることとその職種を認識できること。 担当患者を患者ID、診療科、病棟などの条件で指定できること。 監査結果を通知できること。また、治療方針について検討するための支援機能を提供できること。
3.3	臨床教育		
3.3.1	臨床教育		
4.	病院管理		
4.1	医療の質の向上	医療の質の向上を推進するための支援機能。	病院管理者の立場から、パスの適用やアウトカム評価など、誰がどれくらい実施しているのか、統計的に確認できる機能があること。医療の質の向上を推進するための支援機能を提供する。
4.1.1	パスの適用・標準化	パス適用状況、バリエーション評価監視。	パスの適用状況やバリエーション評価を監視する機能を有すること。
4.1.2	アウトカム評価	治療、手術などのアウトカム評価。	治療や手術などのアウトカムを評価するための機能を有すること。
4.1.3	リスク管理	インシデントレポートの管理、統計。安全対策の実施状況、リスク診断、予測。	インシデントレポートの管理、統計機能。事故防止のためのシステムのなチェック機能。安全対策の実施状況の確認機能。ヒヤリ・ハットやインシデント傾向などにもとづくリスク診断、予測機能を有すること。
4.1.4	オーダーディット	監査実施状況の把握。	オーダーや実施、診療記録内容のオーダーディットが、どれだけ行われているのか、監査の実施状況がわか
			※具体的な内容が必要。 ※具体的な内容が必要。 ※具体的な内容が必要。 ※具体的な内容が必要。 I.2.2

資料2 電子カルテシステムの概念定義

標準的電子カルテ機能概要

項目	機能名称	機能目的	機能概要	備考
4.2	患者サービスの向上	患者サービスの向上を支援すること。	病院管理者の立場から、患者サービスの向上を推進するための支援機能を有すること。	
4.2.1	情報開示	診療情報の開示、分析。	患者の要望に応じた診療情報を随時開示、分析が行えること。	S.2.2
4.2.1.1	臨床記録の出力		ハードコピーおよび電子的な出力を有すること。年代記、ヘルスケア・プロセスは、臨床記録の特定のセクションの選択を支援し、報告書を定義することを可能とすること。それらのドキュメントには、開示目的の形式上の記録を含むこと。	
4.2.2	待ち時間分析	待ち時間に関する分析。	患者の医療機関内での治療行為などに関連した、待ち時間に関する分析ができること。	
4.2.2.1	診察待ち時間		来院から診察開始まで、予約時間から診察開始までの時間を分析できること。	
4.2.2.2	検査待ち時間		診療科別、医師別等の統計機能を有すること。	
			検査受付、もしくは検査予約時間から検査開始までの時間を分析できること。	
			検査結果の報告までの時間を分析できること。	
			検査種類別の統計機能を有すること。	
4.2.2.3	会計待ち時間		以下の診察終了後、会計支払い完了までの時間を分析できること。 会計基本カードの提出から会計計算終了までの時間、 会計計算終了後、支払い完了までの時間	
4.2.3	サービス時間分析	サービス提供時間の分析。	患者への治療行為、検査などサービス提供の時間を分析できること。	
4.2.3.1	診療時間		外来診療の開始から終了までの時間を分析できること。	
4.2.3.2	指導時間		診療科別、医師別の統計機能を有すること。	
4.2.4	患者動線調査	患者動線の調査、分析。	服薬指導、栄養指導などの時間を分析できること。 外来患者、入院患者の動線を調査し、無駄や不便、不適切な動線がないか調査、分析できること。	※具体的な内容が必要。
4.3	経営管理、統計	経営管理、統計機能。	医療機関の健全経営のための管理、統計機能を提供できること。	
4.3.1	業績管理			
4.3.1.1	在院日数・検査件数・手術件数など統計		医療機関としての診療行為の実績統計となる外来患者数、入院患者数、平均在院日数、病床稼働率、検査件数など実績数の統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.1.2	収益統計		医療機関の医療収益を分析、統計する機能を有すること。	不十分か？
4.3.1.3	診療科別統計		診療科別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.1.4	医師別統計		医師別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.1.5	疾病別統計		疾病別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.1.6	患者別統計		患者別の診療行為実績、収益の統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.2	原価管理	原価の把握、管理。	診療行為のために必要とした人的費用、診療材料、薬剤、医療機器、間接費など原価を把握、管理	

資料2 電子カルテシステムの概念定義

標準的電子カルテ機能概要

機能名	機能目的	機能概要	備考
4.3.2.1	コスト統計	診療行為のために必要とした人的費用、診療材料、薬剤、医療機器、間接費など原価の分析、統計機能を有すること。	
4.3.2.2	診療科別統計	診療科別の原価統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.2.3	医師別統計	医師別の原価統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.2.4	疾病別統計	疾病別の原価統計機能を有すること。	不十分か？
4.3.2.5	患者別統計	患者別の原価統計機能を有すること。	不十分か？
4.4	経営戦略支援	医療機関としてのミッションを実現するための戦略策定や、方針展開、実施を支援すること。	
4.4.1	戦略/計画策定	ミッションの確認、作成を支援。重要プロセスを抽出できること。医療機関としての重点方針(単年度計画)を策定する。部門としての単年度計画を策定すること。	
4.4.2	モニタリング	重点評価指標、評価基準設定。業績評価指標(単年度計画)にもとづいた業績評価指標と評価基準を設定できること。電子カルテシステムや部門システムから業績評価指標のデータを収集し、グラフや表の形式で、モニタリング画面に展開できること。	※具体的な内容が必要。
4.4.3	分析	重点方針の達成効果検証。	※具体的な内容が必要。
4.4.4	フィードバック	業績指標や基準の見直し。	※具体的な内容が必要。
4.5	データ収集	病院管理のための各種機能に必要な情報を収集し、連携できること。	
4.5.1	診療記録	診療記録に係る情報の収集機能を有すること。	※具体的な内容が必要。
4.5.2	オーダーエントリー	オーダーエントリーに係る情報の収集。	※具体的な内容が必要。
4.5.3	病歴	病歴に係る情報の収集。	※具体的な内容が必要。
4.5.4	看護記録	看護記録に係る情報の収集。	※具体的な内容が必要。
4.6	コミュニケーション支援		
4.6.1	コミュニケーション支援	患者、医師、看護師、ケアマネージャー、薬局、臨床検査、治療費担当者、コンサルタントなど様々な関係者間での電子的なコミュニケーションを支援し、医療関連コミュニケーションのオーバーヘッドコストを削減、また自動的なトラッキングやレポート生成機能を提供できること。	DC.3.2

年	機能	標準的電子カルテ機能概要	規格
4.6.1.1	メッセージの送受信管理	リアルタイムコミュニケーション(検査室にいる間に注射の実施を指示)や、非同時性コミュニケーション(医師間で交換される協議レポートなど)などが可能になる仕組みを有していること。	DC.3.2.1
4.6.1.2	薬局とのコミュニケーション	発行された処方箋情報が、薬局または指定の箇所へ送信されること。副作用の可能性の特定を支援する。	DC.3.2.2
4.6.1.3	患者とのコミュニケーション(患者間含む)	患者が薬品を受け取ったという情報が医師に返送されること。 薬局からの疑義照会等、電子的なコミュニケーションが行えること。	DC.3.2.2 DC.3.2.2
4.6.1.4	ライブラリの情報提供	医師や看護師、その他コメディカルと患者間、または患者同士での電子的なコミュニケーションの送受信や対応が可能なこと。 患者が持つ問題や患者の状態、診断結果に基づき、患者や家族、介護者に対して提供される、教育や支援に関連する電子的な情報、または印刷物を検索、提供、作成、登録できること。	DC.3.2.4
4.6.1.5	機器とのコミュニケーション	薬剤の選択や検査受け入れの有無、事前指示書など、患者や家族の希望や懸念なども収集できること。 医療機器とのコミュニケーション、医療機器が収集したデータの表示をサポートできること。例として、生体情報、慢性疾患管理に利用される家庭用診断機器からの情報、ラボの機材からの情報、バーコード情報(薬剤、予防接種、基本情報、履歴、ID 情報など)など。	DC.2.1.4 DC.3.2.5
4.7	運営支援		
4.7.1	運営支援		
4.7.1.1	疾病情報登録、共有	書式化された基本情報や臨床情報を、地域の疾患登録機関に自動送信できること。	S.1.1
4.7.1.2	ドナー情報管理	臓器や血液提供候補者、レシピエント候補者に関して、必要となる情報の取得およびこれらの情報の共有機能を提供できること。	S.1.2
4.7.1.3	職員所在管理	病院職員の所在情報一覧が参照できること。一覧には、職員名、住所、所在地、また 24 時間体制で連絡を取れるアドレス(電話番号やポケットベル番号など)が含まれること。	S.1.3
4.7.1.4	患者所在管理	プライバシーやその他関連する法律、規制、条約を遵守しながら、患者一覧情報を参照できること。一覧には、患者氏名、住所、所在地、代替となる連絡先氏名、電話番号、関連する健康状態等の情報が含まれること。	S.1.4
4.7.2	コンテンツアップデート	健康情報学および用語の標準的な維持およびバージョン管理が行えること。	I.4
4.7.2.1	臨床意思決定システムガイドライン	臨床意思決定システムガイドラインをアップデートするために利用される、フォーマット化された外部からのコミュニケーションの受信、確認と関連する資料の参照が可能なこと。	S.3.7.1
4.7.2.2	患者教育資料	患者教育用資料をアップデートするために利用される、フォーマット化された外部からのコミュニケーションの受信、確認が行えること。	S.3.7.2
4.7.2.3	患者への注意事項	患者への注意事項情報をアップデートするために利用される、癌や予防接種登録情報といった外部ソースからのフォーマット化されたコミュニケーションの受信、確認が行えること。	S.3.7.3

項目	機能	説明	規格
4.7.2.4	公衆衛生関連連情報	公衆衛生報告ガイドラインをアップロードするために利用される、フォーマット化された外部からのコミュニケーションの受信、確認が行えること。	S.3.7.4
5.	地域医療支援		
5.1	地域連携	地域の医療機関と診療情報を連携、共有するためのシステム。	DC.1.4
5.1.1	紹介	患者紹介のための支援機能。	DC.2.4.3.1 DC.2.4.3.2
5.1.1.1	紹介	診療所や他病院からの紹介患者の診療を支援する機能を有すること。 紹介患者情報の登録、管理、紹介状の受取り、管理(スキヤナー読み取り)ができること。 患者の条件に応じた、紹介医療機関の参照が行えること。	
5.1.1.2	逆紹介	入院患者の診療所への逆紹介を支援する機能を有すること。	
5.1.1.3	データ連携	連携診療所の管理、逆紹介先候補の検索、紹介状の作成が行えること。 インターネット等のネットワークを介した紹介状データの送信、受信機能を有すること。	
5.1.2	予約	紹介情報は患者の健康状態と関連する結果情報、および保険データ等が連携されること。 地域医療連携室などによる、診療所など地域の医療機関からの予約受付機能を有すること。	S.1.6
5.1.2.1	診療予約	診療予約をFAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。	
5.1.2.2	検査予約	検査および、検査で使用される機器に関する予約を FAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。	
5.1.2.3	入院予約	入院予約をFAX、電話、オンラインで受け付ける機能を有すること。	DC.2.2.1.6
5.1.3	在宅ケア支援		
5.1.3.1	自己管理支援	患者と患者宅で看護する人の間で、健康状態の自己管理を行うための意思決定支援を供給できること。 モニタリングスケジュール、臨床検査、医療機関での健康診断、栄養摂取に関するアドバイス、運動、喫煙などを含む自己管理計画や、薬剤利用におけるガイドランスや注意などが行えること。 紹介を受けた患者の治療経過を紹介元医療機関に連絡することを支援する機能を有すること。 診療、病院から紹介患者を受けた際に、礼状を作成し送付する以下の機能を有すること。 礼状作成機能、送付状況管理機能、礼状送付(郵送、メール) 紹介患者が入院する場合は、入院日、診療経過を紹介元医療機関に報告する以下の機能を有すること。 入院報告書作成機能、報告状況管理機能、報告書送付(郵送、メール) 紹介患者の手術経緯や、入院期間が長期間になった場合に紹介元医療機関に病状報告する以下の機能を有すること。 手術予定、入院日数などの地域医療連携担当者へのリマインダー機能、	
5.1.4	経過報告		
5.1.4.1	紹介礼状		
5.1.4.2	入院報告		
5.1.4.3	病状報告		

機能名	機能内容	備考
5.1.4.4	退院報告	病状報告書作成機能、報告状況管理機能、報告書送付(郵送、メール) 紹介患者が退院する場合は紹介元医療機関に退院報告をする以下の機能を有すること。 退院報告書作成、報告状況管理機能、報告書送付(郵送、メール)
5.1.4.5	死亡報告	紹介患者が死亡した場合に紹介元医療機関に報告する以下の機能を有すること。 死亡報告書作成、報告状況管理機能、報告書送付(郵送、メール)
5.1.5	診療情報共有	地域の連携医療機関と診療情報を共有する機能。診療情報を共有する医療機関について患者の同意に基づいて選定できること。
5.1.5.1	診療録	診療録に係る情報共有機能を有すること。
5.1.5.2	手術記録	手術記録に係る情報共有機能を有すること。
5.1.5.3	看護記録	看護記録に係る情報共有機能を有すること。
5.1.5.4	薬歴	薬歴にかかる情報共有機能を有すること。
5.1.5.5	検査結果・レポート	検査結果、レポートに係る情報共有機能を有すること。
5.1.5.6	放射線画像・レポート	放射線画像やレポートに係る情報共有機能を有すること。
5.1.5.7	その他のレポート、指導記録	その他のレポートや指導記録に係る情報共有機能を有すること。
5.2	患者参加型医療	PKI 認証によるセキュリティを確保したネットワークを経由して、診療情報の参照と自己記録の登録ができること。医療機関内端末、自宅 PC、携帯電話、公共施設内端末などからの情報参照、登録ができること。IC カード、USB キーなどによるPKI認証機能を有すること。
5.2.1	診療情報共有	告知希望するかどうかの確認機能をもつこと。告知希望でない患者に対して情報提供範囲を制限できること。
5.2.1.1	診療録	医師の記録した診療録の情報を患者が参照できること。患者の治療に悪影響を与えると医師が判断した場合に患者の参照ができない特記事項として記録できること。
5.2.1.2	手術記録	手術記録の情報を患者が参照できること。
5.2.1.3	看護記録	看護記録の内容を患者が参照できること。
5.2.1.4	薬歴	薬歴を患者が参照できること。
5.2.1.5	検査結果、レポート	以下の形式で検査結果、レポートの内容を患者が参照できること。 時系列表示、グラフ表示、異常値表示、表示必要検査項目の指定、セット機能
5.2.1.6	画像、読影レポート	放射線画像、生理画像や、読影レポートを患者が参照できること。
5.2.1.7	その他のレポート、指導記録	栄養指導、服薬指導、リハビリレポートなどを患者が参照できること。

機能	機能概要	機能目的	備考
5.2.1.8	入院治療計画		入院治療計画、パスの内容を患者が参照できること。入院治療計画の変更や、パスの適用の変更が発生した場合に、変更内容を連携できること。
5.2.1.9	退院サマリ、看護サマリ		退院サマリや看護サマリの内容を患者が照会できること。
5.2.2	自己記録		患者が自分の病状や生活習慣(酒量、運動量)を登録し、診察時に医師への説明資料として使用する。
5.2.2.1	入力		以下の自己記録の入力機能を有すること。 フリー入力、テンプレート入力
5.2.2.2	参照		以下の自己記録の参照機能を有すること。 カレンダー検索、参照、テンプレートの時系列表示、テンプレートのグラフ表示
5.3	遠隔医療支援		S3.1.4
5.3.1	遠隔医療支援		
5.3.1.1	機器モニタリング、テレヘルス		ケア管理、請求書発行、公衆衛生関連の報告のため、モニタリング機器などから収集された記録やデータを、患者の診療情報に統合できること。
5.4	健康管理支援		DC.2.6
5.4.1	健康管理支援		
5.4.1.1	住民の健康状態の把握		特定の疾病に関する患者の基本情報、症状、緊急治療方法、検査結果などのデータを収集、分析で きること。
5.4.1.2	通知、応答		患者の統計や、治療の際の指示パターン、利用されたリソース(人口呼吸器や集中治療室利用パ ーンの変更など)などの情報が収集できること。 診療及びこれに係わるリスクに対する適切な方針、提案等の情報を通知、受け取ることができること。 予約の確認や検査等、定期的あるいは不定期な活動に関して、患者へ通知ができること。
5.4.1.3	実績管理		通知のタイミング条件や反復、および管理用の報告書は、カスタマイズすることができること。
6.	法律上の防衛		DC.2.5.1 DC.2.5.2 DC.2.5.2
6.1	監査		検査実施期間の数ヶ月前から数ヶ月ごとに患者に送付され、通知から規定期間が過ぎても患者が検 査を受けに来なかった場合、検査実施担当者または臨床医にその情報が通知されること。 個々の患者の健康状態に関する通知に対して、その反応をモニタリングできること。
6.1.1	診療情報監査		病院管理者が法律上の防衛の観点から診療内容を監査すること(=コンプライアンス)を支援する。 監査者の資格認証、監査対象の抽出、検索、一覧表示機能、監査状況の登録・管理機能 監査結果の登録、評価、通知機能
6.1.1.1	診療記録		病院管理者の観点から診療情報の監査を支援できること。 診療記録を監査できること。
			DC.2.6.3 I.2.3
			不十分か?

項目	機能名称	機能説明	備考
6.1.1.2	看護記録		看護記録を監査できること。
6.2	病院リスクマネジメント(事故防止対策)	リスクマネジメント管理。	病院管理者が法律上の防衛の観点から、リスクマネジメントが正しく行われているか管理できること。
6.2.1	診療情報の開示	開示監視。	患者に適宜、診療情報を開示されているかどうかを監視できること。
6.2.1.1	診療記録		診療記録情報の開示状況を分析できること。
6.2.1.2	看護記録		看護記録情報の開示情報を分析できること。
6.2.2	インフォームドコンセント		患者に治療方針、診療内容について十分に説明し、同意を得るための支援機能を有すること。
6.2.2.1	患者説明用印刷		患者説明用に診療情報を整理し、わかりやすくした形式で説明資料を印刷できること。
6.2.2.2	同意確認支援		検査、手術など同意確認の必要な事項に対するリマインダーと確認状況を登録、管理できる機能を有すること。
6.3	事故発生時対応		医療事故が発生した場合の初動に必要な情報提供、連絡支援、公表支援のための機能を有すること。
6.3.1	事故調査委員会支援		自己調査委員会に関連する診療情報等を迅速に収集し、原因究明することを支援する機能を有すること。
6.3.2	事故情報公表支援		自己の発生状況、影響範囲、対応策について、インターネット等により、公表していくための支援機能を有すること。
6.4	証拠保全対応		裁判所による証拠保全が必要な場合に、迅速・正確に適切な情報を印刷、提供するための機能を有すること。
6.4.1	診療情報印刷		証拠保全対象として求められる診療情報を、迅速・正確に印刷し、提供できる機能を有すること。磁気媒体での提供も可能なこと。
6.4.2	真正性証明		証拠物件として提出した診療情報が、改ざんされていない正しい情報であることを証明するための機能(真正性の証明支援機能)を有すること。
7.	設計指針		基本的な仕様と情報インフラ、および導入と運用上における必要条件などに対応できること。
0.1	基本機能仕様	電子カルテの機能仕様。	S.3.1.1
0.1.1	基本機能	電子カルテの基本機能。	I.3
0.1.1.1	基本仕様		
			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。
			参照キーやコンボボックスなどによるヘルプ機能を有し、容易なコード入力/選択入力が可能なこと。
			検索時には項目のスクロール表示が可能なこと。
			カレンダー表示による入力、照会支援機能を有していること。
			医事会計システムで入力された患者基本情報の利用が可能なこと。
			電子カルテシステムと医事会計システムは、オーダデータの連携も含めて密接に連携すること。
			診断書、紹介状等の患者属性欄には、患者基本情報が連携され自動的に入力されること。

項目	機能名称	機能目的	機能概要	備考
0.2.2	相互運用性		診察の状況に応じて、適切なデータの収集、出力、変換が行えること。	
0.2.1.1	相互運用		HL7メッセージ、クリニカル・ドキュメント・アーキテクチャ(CDA)、X12L 医療ケア業務処理、デジタルイメージング、医療におけるコミュニケーション(DICOM)といった領域に特有の相互運用性基準をサポートできること。 領域に特有な要件にしたがって異なった、標準化されたまたは現場の語彙を使用できること。 現場の用語を標準用語にマッピングおよび変換が可能なこと。 標準的なメッセージングと同様に、標準的なアプリケーション統合は、電子カルテシステムが適用可能な限り標準化されたプログラミングインターフェースを提供できること。 アドレスプロファイルおよびデータ交換要件に関するルールを定義できること。 標準化されたインターフェースをとおして、内部に限らず、外部までのレジストリサービスが提供できること。	I.5 I.4.2 I.3.1
7.3	三原則対応	厚生労働省通達の診療録の電子媒体による保存の通達に適合する。		I.2 I.2.1 I.2.3
7.3.1	真正性の確保	蓄積する診療情報の真正性を確保すること。	以下の、情報入力の実行者(操作者)の識別と、認証の機能を有すること。 ユーザ ID、パスワード、磁気カード、ICカード、 生体認証(指紋/網膜/声紋/筆跡など)、情報の保存タイミングを制御する確定操作機能、 情報登録の履歴(ログ)の管理機能、情報の更新・削除に関する履歴(ログ)の管理機能、 統一時刻管理のためのタイムスタンプ機能	I.1.7
7.3.1.1	虚偽入力防止	虚偽の入力を防止する。	以下の、過失による虚偽入力を防止する機能を有すること。 確定操作時に入力、更新内容を明確に判別、 確定操作後の情報をアプリケーションやハードウェアで保護 使用する機器あるいはソフトウェアによる虚偽入力を防止 機器の故障や誤動作による間違った内容入力の防止 コンピュータウイルスによる間違った内容入力の防止 故意の虚偽入力を検知、訂正するための運用や機能を有すること。	
7.3.1.2	消去防止	蓄積した診療情報の消去を防止する	以下の、過失による消去を防止する機能を有すること。 確定操作後の情報をアプリケーションやハードウェアで保護、 使用する機器あるいはソフトウェアによる消去を防止、 機器の故障や誤動作による情報消去の防止、 コンピュータウイルスによる情報消去の防止、	

資料2 電子カルテシステムの概念定義

標準的電子カルテ機能概要

階層	項目名	機能概要	備考
7.3.1.3	混同防止	診療情報について他の患者との混同を防止する	故意の虚偽入力を検知、復元するための運用や機能を有すること。 以下の、過失による混同を防止する機能を有すること。 過失により他の患者と混同して、診療記録やオランダ、検査結果を登録することを防止
7.3.1.4	書き換え防止	過去に記録された診療情報の書き換えを防止する	以下の、過失による書き換え防止機能を有すること。 確定操作後の情報をアプリケーションやハードウェアで保護、使用する機器あるいはソフトウェアによる書き換え防止、機器の故障や誤動作による情報書き換えの防止、コンピュータウイルスによる情報書き換えの防止、 故意の情報書き換えを検知、復元するための運用や機能を有すること。
7.3.2	見読性の確保	蓄積する診療情報の見読性を確保すること	
7.3.2.1	画面表示	蓄積した診療情報を統合的に画面に表示する。	複数のシステムに分散保存された診療記録、看護記録、検査結果、画像などを患者単位の診療情報として統合した画面に表示できること。 診療情報の内容は職種や役職権限によってアクセス権限を設定して表示できること。 短期的な診療情報は、表示要求指示後、即時表示できること。 長期保存の診療情報は、表示要求指示後、診療に支障のない時間内に表示できること。
7.3.2.2	印刷	蓄積した診療情報を統合的に印刷する。	複数のシステムに分散保存された診療記録、看護記録、検査結果、画像などを患者単位の診療情報として統合して印刷する。 診療情報の内容は職種や役職権限によってアクセス権限を設定して出力する。 短期的な診療情報は、要求指示後、即時出力する。 長期保存の診療情報は、出力要求指示後、運用に支障のない時間内に出力する。 来院期間、入院期間、診療科、担当医など条件を指定して検索、一括出力できる。
7.3.3	保存性の確保	蓄積する診療情報の保存性を確保すること	
7.3.3.1	保存媒体の信頼性確保	システムで利用する保存媒体の利用保証期間や運用を適切に行う。	電子カルテシステムで利用する保存媒体の、保証された利用期間に応じた運用を以下のように確保できること。 別の媒体へのバックアップ、故障、もしくは保障期間経過後に別媒体への複写、故障時に迅速なデータ復元と運用再開
7.3.3.2	ソフトの長期利用確保	蓄積した診療情報を利用するためのソフトウェアの長期利用を保証する。	電子カルテシステム・ベンダーの安定サポートを確保できること。 電子カルテシステムのバージョンアップに際して診療情報の継続的利用を確保できること。
7.3.3.3	データ移行の確保	蓄積した診療情報を他の電	他ベンダーの電子カルテシステムに移行する際に、蓄積した診療情報を個々の患者の診療行為に問

資料2 電子カルテシステムの概念定義

標準的電子カルテ機能概要

項目	機能名	機能説明	備考
		子カルテシステムへデータ移行する	題のない範囲でかつ、電子保存の通達を遵守してデータ移行できること。
7.4	個人情報保護	個人情報保護のための機能運用。	S.1.5 I.1.8 I.2.1 ※具体的な内容が必要。
7.4.1	診療情報開示	患者の要望により診療情報を開示する。	患者が希望すれば、全ての診療情報を照会できること。診療行為に関連のない運用などに関わる情報を除外する機能を有すること。治療に悪影響を与えると医師が認める場合に特定の情報を非開示とする機能を有すること。
7.4.2	情報利用許諾	診療情報の利用目的に対して患者の許可を得る。	グループ医療機関や他の医療機関との間で診療情報を共有する場合などに、利用施設や情報の範囲について患者の同意を得る機能と運用ができること。特殊な症例について医学研究や公的統計などでの診療情報を利用する場合に同意を得る機能と運用ができること。
7.4.3	利用履歴開示	患者の要望により診療情報の利用履歴を開示する。	患者が自身の診療情報の利用履歴(アクセス履歴)の開示を要望する場合に情報を提供する機能と運用ができること。
7.4.4	情報訂正請求対応	患者の診療履歴が事実と異なっている場合に訂正する。	開示された診療情報のなかで、事実と異なる内容が記載されていた場合には、内容訂正を請求できる機能と運用ができること。患者からの訂正請求に基づき医師が訂正できる機能を有すること。
7.5	セキュリティ対策	電子カルテシステムの運用に對して必要十分なセキュリティ対策を実施する。	I.1.4 I.1.5 I.1.6 I.2 ※具体的な内容が必要。
7.5.1	セキュリティポリシー策定	セキュリティポリシーを策定する。	情報セキュリティ(ISMS)、不正アクセス、暗号化などについての方針を策定する。
7.5.1.1	アクセス管理		電子カルテシステム内で許可される一連のアクセス管理許諾を管理できること。 無権限のデータ使用、データ喪失、情報の改ざん、破壊を防止できること。
7.5.2	個人認証・権限設定	電子カルテシステムの操作者の認証と識別	I.1.1 I.1.2 I.1.3 以下の、ユーザ管理機能と適切な運用の実施が行えること。 電子カルテシステムの利用者属性の登録とパスワード更新、異動、退職などに伴い即時変更するためのシステムや運用(人事システムとの連動など)、情報入力力の責任者(操作者)の識別と認証の機能、ユーザID、パスワード、磁気カード、ICカード、生体認証(指紋/網膜/声紋/顔/筆跡など)
7.5.2.1	利用者認証		電子カルテシステムへのアクセスを許諾する前に、利用者を認証できること。
7.5.2.2	アクセス制限		認証の手段として、ユーザー名とパスワード、電子認証、セキュリティトークン、バイオメトリクスなどが対応できること。 無承認利用を防ぐ目的で、すべての電子カルテシステムコンポーネント、電子カルテの記録情報、エン

資料2 電子カルテシステムの概念定義

標準的電子カルテ機能概要

項目	機能	機能説明	標準的機能概要
			ドキュメント向けの機能、アプリケーションなどに対する、アクセスコントロールを検証できること。 権限により、一部の情報へのアクセスを拒否する機能を有すること。 患者の情報へ患者がアクセスすることを許可できること。 患者に対し有害である可能性のある情報へ、当該患者や保護者がアクセスすることを制限することが可能なこと。
7.5.3	アクセスログ取得	電子カルテシステムでの操作に関する利用履歴取得	電子カルテシステムに対する参照、登録、更新、削除などアクセスログを取得できること。アクセス状況の監視のための機能と運用の実施ができること。 記録が作成、修正、閲覧、抽出、削除された日時を表示する資源へのアクセスおよび使用に対する監査証拠能力を提供できること。 セキュリティ監査、データ監査、データ交換の監査、監査報告書を作成できること。 利用者のログイン、ファイルアクセス、その他多様な活動を含んだアクセス回数およびリソース使用を記録したセキュリティ監査ができること。
7.5.3.1	監査証拠		誰が、いつ、どのシステムをとおして電子健康記録が作成、更新、翻訳、閲覧、抽出、(医療の現場の方針が許すならば)削除されたのかを記録するデータの監査が行えること。 電子カルテシステムの記録の変更履歴を閲覧できること。
7.5.3.2	データの同期化		相互運用メカニズムをとおして、電子カルテデータは様々な関連システム間で、データの変化に対する同期を取れること。
7.5.4	情報漏えい防止	内部者、外部者による情報漏えい防止	以下の、データの抽出、外部出力に対する制限が可能なこと。 権限による制限、物理的アクセスの制限(FD や USB、CD-R へのアクセス制限)、 データ抽出機能の制限(一括抽出件数の制限など)、 磁気媒体持ち出しチェックの運用
7.5.5	リモートアクセス対策	通信回線によるアクセスに対する防衛	以下の、インターネットや専用回線などネットワークを介した電子カルテシステムへのアクセスによる情報漏えいや改ざん、消去に対する防衛機能を有すること。 アクセスログの取得と監視、侵入検知システムにより監視、 ワンタイムパスワードなどによる認証、PKIによる認証、 コールドバックによるアクセス元の限定
7.5.6	物理的破壊対策	電子カルテシステムのサーバーバ 機器などへの破壊行為に対 する防衛	以下の、電子カルテサーバーやディスク、保存媒体への破壊行為に対する防衛策の実施が可能なこと。 コンピュータ室の分離、コンピュータ室への入室制限、 鍵の管理(ICカードや生体情報によるセキュリティ)、危険物の持ち込みチェック
7.6	障害対策	電子カルテシステムの運用に 対して必要十分な傷害対策	

項目	機能	実施内容	備考
7.6.1	障害対策ポリシー策定	を実施する。 想定されるシステム障害に対するポリシーを策定する。	※具体的な内容が必要。
7.6.2	停電対策	停電時のシステム保護、継続利用の対策。	※具体的な内容が必要。
7.6.3	ソフト障害対策	ソフト障害発生時のデータ保護、継続利用対策。	※具体的な内容が必要。
7.6.4	機器障害対策	機器障害発生時のデータ保護、継続利用対策。	※具体的な内容が必要。
7.6.5	災害対策	災害発生時のシステム保護、継続利用対策。	※具体的な内容が必要。

付図-2. EHRの標準的機能案(HL7が検討している原案)と標準的電子カルテの要求仕様案(高田班素案)比較表

1. 比較の目的
標準的電子カルテシステムの在り方を考えるベースとして既存の電子カルテを参考に「電子カルテに期待される機能」を検討したが、欧米でも同様な試みを行っているので、高田班素案の妥当性を評価する一つの手法として機能項目レベルの比較評価を行った。比較対照は、多数の事例の中で一番影響力が高そうな、HL7でまとめている「EHRの標準的機能案」とした。
2. 比較方法
「EHRの標準的機能案」の項目に対し「高田班素案」で明記している項目を対応させた。
前者がITの仕組みを意識して体系化したものであるのに対し、後者は業務メニューの構成を強く意識してまとめたもの(6, 7章を除く)であるため、項目名称で一致しないものでも機能背景が同一なものは一覧しているものと判断させた。
なお、最小レベルの比較は微妙な差異が強く出過ぎて不一致となる物が多く、比較の意味が無くなる恐れもあるので、中間レベル(項番2桁程度)で対応付けを試みた。
3. 比較結果
比較した結果は以下の一覧表に記載した。
なお、比較の目的が「高田班素案」の網羅性や検討の深さを測るためであるため、「高田班素案」にあって「EHRの標準的機能案」に無いものは考慮してはいない。
「EHRの標準的機能案」にあって「高田班素案」に無いものに対しては、その原因を検討し、①未検討、②具体化不足、③その他に整理し、今後の検討の方針をその右に”⇒”を付けて記した。
4. 考察
(1)機能仕様としての具体性
(要求)機能(仕様)を表現する場合、どのような運用背景があつて、どのような情報を、どう管理し、どのようなViewで表現するかを明示することが望ましいが、「EHRの標準的機能案」、「高田班素案」両者とも、未だ具体化が不十分ではあるが将来方向としてこの様な機能が満たされる必要があるとして記されたものがある。現時点では在るべき姿を表現する必要性から止むを得ないと考えるが、具体化の作業は継続して行われることが望まれる。
(2)「高田班素案」の不足事項
「高田班素案」の網羅度がかなり低いことが明確になった。その理由の一つには文書表記で仕組みや処理プロセスを表示している、機能項目として表現されていないものが多かった。しかし、要求仕様の性格から出来るだけ機能構成が表面に示されることで分かり易さを強め影響力を発揮し得るので、今後の課題として改善を検討している。
(3)比較の成果
「高田班素案」の現状は、業務メニューの網羅度を強く意識してまとめたものであるが、要求機能の表現が薄まった結果になつていることがクローズアップされた。従つて、今後の課題としてこの点の改善を図って行く予定である。
以上

Electronic Health Record Functional Descriptors (by HL7) と高田班標準的電子カルテ要求仕様対応表

No.	ID	Function Name	Function Name (日本語)	要求仕様書項目 (項番/項目名)	長期療養型介護施設	救急医療	急性期入院診療	地域医療
1	DC.1	Care Management	医療ケア管理	1.1 患者情報	○	○	○	○
2	DC.1.1	Health information capture, management, and review	医療情報取得、管理、閲覧	1.2 診療記録	○	○	○	○
3	DC.1.1.1	Identify and maintain a patient record	患者の医療記録の特定・検索	1.1.4 患者基本情報	○	○	○	○
4	DC.1.1.2	Manage patient demographics	患者人口統計	1.1.4 患者基本情報	○	○	○	○
5	DC.1.1.3	Manage summary lists	サマリリスト管理	1.2.1.8 医師退院サマリ作成	○	○	○	○
6	DC.1.1.3.1	Manage problem list	問題リスト管理	1.2.1.2 プロブレム	○	○	○	○
7	DC.1.1.3.2	Manage Medication List	処方録管理	1.2.4 処方(薬)歴	○	○	○	○
8	DC.1.1.3.3	Manage allergy and adverse reaction list	アレルギーと副作用情報の管理	1.1.4 基本情報	○	○	○	○
9	DC.1.1.4	Manage Patient History	患者病歴管理	1.5 病歴	○	○	○	○
10	DC.1.1.5	Summarize health record	診療録の要約	1.2.1 診療録	○	○	○	○
11	DC.1.1.6	Capture and creation of clinical documents and notes	診療記録・メモの取得・作成	1.2.1 診療録 1.1.4.1 患者属性	○	○	○	○
12	DC.1.1.7	Capture external clinical documents	外部からの診療ドキュメント取得	1.2.1.6 画像編集、取り込み、レポート入力				
13	DC.1.1.8	Capture patient originated data	患者提供データ	5.2.2 自己記録				
14	DC.1.1.9	Capture patient and family preferences	患者・家族による希望	1.1.4 基本情報	○	○	○	○
15	DC.1.2	Care plans, guidelines, and protocols	診療計画、ガイドライン、プロトコル	※DC2.2と重複				
16	DC.1.2.1	Present care plans, guidelines, and protocols	診療計画、ガイドライン、プロトコルの表示	1.9.3 計画書 1.7.2 看護計画	○	○	○	○
17	DC.1.2.2	Manage guidelines, protocols and patient specific care plans.	ガイドライン、プロトコル、患者特定の診療計画	1.9.3 計画書 1.7.2 看護計画	○	○	○	○
18	DC.1.2.3	Generate and record patient-specific instructions	患者特定の指示の発行と記録	1.7.2 看護計画 1.7.3 看護記録	○	○	○	○
19	DC.1.3	Medication ordering and management	処方オーダーと管理	1.4.2 処方 1.4.3 注射	○	○	○	○
20	DC.1.3.1	Enable medication ordering	処方オーダー	1.4.2 処方 1.4.3 注射				
21	DC.1.3.2	Manage medication administration	薬物治療の管理	1.4.3 実施情報参照 1.2.3.2 指示受け、実施 1.7.4.4 地域連携	○	○	○	○
22	DC.1.4	Orders, Referrals, and Results Management	指示、紹介、結果管理	5.1 地域連携	○	○	○	○
23	DC.1.4.1	Place patient care orders	オーダーの発行	1.4 オータレントリ				
24	DC.1.4.2	Order diagnostic tests	診断のための検査オーダー	1.4 オータレントリ				
25	DC.1.4.3	Enable use of order sets	オーダーセットの利用	1.4.1 共通	○	○	○	○
26	DC.1.4.4	Manage referrals	紹介の管理	1.9.2.2 紹介状管理 5.1.5 診療情報共有	○	○	○	○
27	DC.1.4.5	Manage results	結果の管理	1.2.2 検査結果 5.1.5 診療情報共有	○	○	○	○

Electronic Health Record Functional Descriptors (by HL7)と高田班標準的電子カルテ要求仕様対応表

No.	ID	Function Name	Function Name (日本語)	要求仕様書項目(項番/項目名)	長期療養型介護施設	救急医療	急性期入院診療	地域医療
28	DC.1.4.6	Order blood products and other biologics	血液製剤と他の生物学的オータ	1.4.11 輸血 1.4.5 検体検査	○	○	○	○
29	DC.1.5	Consents, authorizations and directives	合意、承認および指示					
30	DC.1.5.1	Manage consents and authorizations	患者との合意・承認情報管理	1.2.7 インフォームドコンセント	○		○	
31	DC.1.5.2	Manage patient advance directives	患者による指示の管理	1.2.7 インフォームドコンセント	○		○	
32	DC.2	Clinical Decision	臨床方針					
33	DC.2.1	Manage Health Information to enable Decision Support	臨床方針を支援する診療情報					
34	DC.2.1.1	Support for standard assessments	標準的な評価の支援	1.2.1.1 診療録入力	○		○	
35	DC.2.1.2	Support for Patient Context-enabled Assessments	患者の状況に基づく評価支援	1.2.1.1 診療録入力 1.2.4 処方(薬)歴	○		○	
36	DC.2.1.3	Support for identification of potential problems and	潜在的な問題と傾向についての問題特定支援	1.3.2.1 EBM支援	○		○	
37	DC.2.1.4	Support for patient and family preferences	患者と家族の意思決定支援	4.6.1.4 ライブラリの情報提供	○		○	
38	DC.2.2	Care plans, guidelines and protocols	治療計画、ガイドラインとプロトコル	※DC1.2と重複				
39	DC.2.2.1	Support for condition based care plans, guidelines, protocols	状態に基づいた治療計画、ガイドライン、プロトコル支援					
40	DC.2.2.1.1	Support for standard care plans, guidelines, protocols	標準的治療計画、ガイドライン、プロトコル支援	1.3.2.1 EBM支援	○		○	
41	DC.2.2.1.2	Support for context sensitive disease-based protocols	救急治療計画、ガイドライン、プロトコルの支援	1.3.2.1 EBM支援	○		○	
42	DC.2.2.1.3	Capture variances from standard care plans, guidelines, protocols	標準的な治療計画、ガイドライン、プロトコルからのバリエアランスの取得	1.9.3 計画書 1.7.2 看護計画			○	
43	DC.2.2.1.4	Support management of patient groups or populations	特定疾患患者群の管理	1.5.2 病歴管理	○		○	
44	DC.2.2.1.5	Support for research protocols relative to individual patient care.	個々の患者に関する研究プロトコルの支援	1.3.2.1 EBM支援	○		○	
45	DC.2.2.1.6	Support self-care	自己管理支援	5.1.3 在宅ケア支援	○		○	
46	DC.2.3	Medication and Immunization management	処方および処方管理					
47	DC.2.3.1	Support for medication and immunization ordering	処方および処方オータ支援					
48	DC.2.3.1.1	Support for drug interaction checking	薬剤の相互作用チェック支援					
49	DC.2.3.1.2	Patient specific dosing and warnings	患者特有の投薬および警告	1.4.2.2 処方チェック(内服) 1.4.3.2 処方チェック(注射)	○		○	
50	DC.2.3.1.3	Medication recommendations	薬物治療	1.4.2.5 処方支援 1.4.3.7 処方支援	○		○	
51	DC.2.3.2	Support for medication and immunization administration or supply	投薬と免疫の管理、供給	1.7.6 リスクマネジメント支援	○		○	
52	DC.2.4	Orders, Referrals, Results and Care Management	指示、紹介、結果とケア管理					
53	DC.2.4.1	Support for non-medication ordering	非薬剤関連指示支援	1.4 オータエントリ	○		○	
54	DC.2.4.2	Support for result interpretation	結果解釈支援	1.2.2.11 検査結果評価、通知	○		○	
55	DC.2.4.3	Support for referrals	紹介支援					
56	DC.2.4.3.1	Support for the referral process based upon the specific patient's clinical data	特定の患者の臨床データに基づいた紹介プロセスの支援	5.1.1 紹介	○		○	