

移行方針（移行についての考え方）

調達対象としている病院情報システムでは、附属 2 病院のシステム統合を実現させるため 1 System-1 Server 方式を採用し、附属 2 病院で 1 つのシステムをパッケージベースで共同利用することを基本方針としている。このため、少なくとも中心となる電子カルテシステムはパッケージ変更が想定され、既存システムからのデータ移行が従来までの全移行の方式をとることが困難と考えられる。

新システムは提案者からの柔軟かつ斬新な提案により構築されることが望ましく、移行方式の制限が各種機能の提案を妨げないよう、本調達についての移行の考え方を以下のとおり整理する。

1. 間接移行の許容

すべてのデータが新システム上で再利用できる形で移行される、いわゆる全移行の提案は当然受け入れるが、これに加えて図 1 に例示するように、一部データを参照可能な形で移行する間接移行についても許容する。

ただし、間接移行を認めるものの、旧データ（現在のデータ）については研究等 2 次利用のために保全が求められる。このため一般的（Excel 等の）表形式で扱える形で移行・保全を行うこと。

2. 移行にかかる費用について

・電子カルテ…現行システムからのデータ抽出にかかる費用は本学の負担とする。

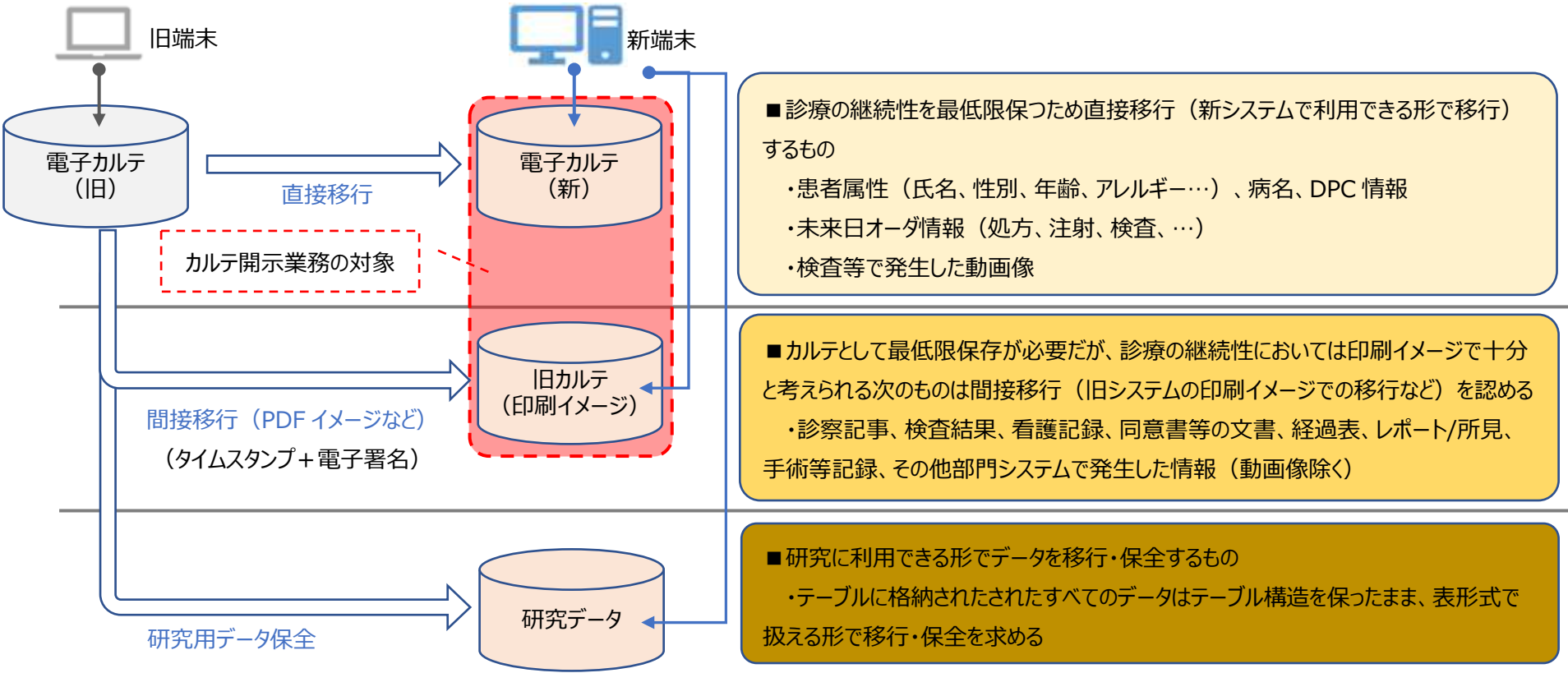
提案者は抽出されたデータを新システムに取り込ませる部分の費用を負担すること。

・部門システム…移行にかかる費用はすべて提案者の負担（今回調達の費用に含む）とする。

3. データ別移行方針

データごとの移行方針については、後述の表 1 のとおりとする。

■図 1：間接移行の例 と 移行方法



[カルテ開示業務の対象]		
	直接移行を求めるもの	間接移行も許容するもの
当院がカルテと定義するもの	・患者属性（氏名、性別、年齢、アレルギー…）、病名、DPC 情報 ・未来日オーダ情報（処方、注射、検査、…） ・検査等で発生した動画像	・診察記事、過去オーダ、看護記録、助産録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録（レポート・所見など含む）、同意書等文書、検査結果、その他部門システム発生の情報（動画像除く）
その他の診療にかかる情報	—	・上記のほか、診療の過程で患者の身体状況・病状等について作成・記録された書面、画像等

【凡例】移行目的

- 1・・・医師法 24 条により電子カルテの 3 原則を担保し、完全な形で保持が必須（参照系システム構築も可）
2・・・再利用可能な形式（「複写」「修正」を可能とする等）での移行もしくは現行システムと同等の初期設定が必須
3・・・統計分析可能な形式（「複写」「修正」は不可能だが、新システム上でデータの集計等ができる形）で移行が必須
4・・・閲覧が可能な形式（PDF、テキスト等）での移行が必須（参照系システム構築も可）

システム名	大分類	小分類	データ名	移行目的				備考	
				1	2	3	4		
電子カルテ・オーダーリング	マスタ	システムマスタ	病院情報		○	○		病棟病室、休日等	
			利用者情報		○	○		権限情報や医療辞書情報を含む	
		オーダマスタ	各種オーダマスタ		○	○			
			予約枠マスタ		○	○			
		セットマスタ	オーダセットマスタ		○			全体・科別・個人セットの全て	
			パスマスタ		○				
		コンテンツ	シエーマ画像		○				
		テンプレート	テンプレート		○				
	診療データ	カルテ	診療録	○		○	○	テキスト形式での移行	
			退院時サマリ	○		○	○	テキスト形式での移行	
			検体検査等結果	○		○	○	時系列での参照が可能な形式での移行	
			その他記録	○		○	○		
		過去オーダ	処方・注射・検査	○	○	○		Do 用。対象患者・期間は調整	
			上記以外	○		○	○		
		未来オーダ	予約	○	○	○			
			上記以外	○	○	○			
		コンテンツ	Word 等 Office 文書	○		○	○		
			シエーマ画像	○			○		
		テンプレート	テンプレート	○		○	○	診療録の表示に含まれていることを前提とする	
		患者情報	患者基本情報	○	○	○		過去歴含む	
			保険	○	○	○			
			病名	○	○	○			
			入退院歴	○	○	○			
		特殊入力系	クリニカルパス	○	○	○			
		看護データ		看護記録	○	○	○		
				看護診断、看護計画、アセスメントシート、看護指示	○	○	○		
医事会計			患者基本情報		○	○		過去歴含む	
			保険		○	○			

システム名	大分類	小分類	データ名	移行目的				備考
				1	2	3	4	
			病名		○	○		
			受診歴		○	○		
			入退院歴		○	○		
			算定歴		○	○		
			未収金情報		○	○		
			移動情報		○	○		
看護勤務管理/看護キャリア支援			勤務種別等各種マスタ		○	○		
			職員情報（出退勤・ラダー等）		○	○		
DPC コーディング			全マスタ		○	○		
			患者情報		○	○		
			様式 1 連携情報		○	○		
地域連携			全マスタ		○	○		
			医療機関情報		○	○		
			地連文書情報		○	○		
持参薬			全マスタ		○	○		
服薬指導			全マスタ		○	○		
			患者情報		○	○		
			薬歴			○	○	
			指導記録	○		○	○	
医薬品情報			全マスタ		○	○		
病棟薬剤業務支援			全マスタ		○	○		
			患者情報		○	○		
			薬歴			○	○	
			指導記録	○		○	○	
レジメンサポート			全マスタ		○	○		
検体検査			全マスタ		○	○		
			患者情報		○	○		
			コメント情報を含む検体及び全検査結果データ		○	○		
			精度管理データ		○	○		
細菌検査			全マスタ		○	○		
			患者情報		○	○		
			コメント情報を含む検体及び全検査結果データ		○	○		
			精度管理データ		○	○		
輸血			全マスタ		○	○		

システム名	大分類	小分類	データ名	移行目的				備考
				1	2	3	4	
			患者属性データ		○	○		
			血液型・交差試験結果		○	○		
			製剤データ		○	○		
			輸血歴		○	○		
病理検査			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			標本情報・画像情報		○	○		
			検査結果		○	○	○	レポートは閲覧のみ可能な状態を認める
感染管理			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			SSI 関連情報		○	○		
周産期管理			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			周産期カルテ（分娩等 情報）	○	○	○		
NST			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			栄養管理計画情報・回 診情報	○	○	○		
栄養給食管理			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			献立・食数情報		○	○		
			在庫発注情報		○	○		
リハビリ			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			リハビリ予約・実施情報		○	○	○	実施情報については閲覧のみ可能な状態を認める
			レポート情報	○			○	
眼科・ 耳鼻科カルテ			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			診察記録	○		○	○	
			画像情報		○			
汎用画像管理			画像データ				○	
褥瘡管理			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			褥瘡記録			○	○	
			画像データ				○	

システム名	大分類	小分類	データ名	移行目的				備考
				1	2	3	4	
透析管理			全マスタ		○	○		
			患者属性データ		○	○		
			機器情報		○	○		
			透析記録	○		○	○	
診断書作成管理			全マスタ		○	○		
			文書フォーマット		○			
			患者属性情報		○	○		
			作成済文書		○		○	
退院サマリ			全マスタ		○	○		
			患者属性情報		○	○		
			サマリーフォーマット		○			
			退院時サマリ	○	○		○	
がん登録			全マスタ		○			
			患者属性情報		○			
			登録済みがん登録情報		○			
カルテ管理システム			全マスタ		○			
			患者属性情報		○			
			入出庫等アライバイ情報		○			
インシデントレポート			全マスタ		○	○		
			患者属性情報		○	○		
			インシデント情報		○	○		
DWH/診療データ分析			全データ			○		現行システムのデータについては原則、統計・分析できる形で移行すること。
超音波/生理検査/心電図			全マスタ		○			
			患者属性情報		○			
			波形情報（心電図、脳波、筋電図・誘発筋電図）	○			○	
			画像情報（超音波エコー）	○			○	
			レポート情報（ホルター心電図、呼吸機能、超音波エコー、スキャナーした各種検査レポート）	○			○	