

ID	機能名称	機能目的	機能概要
			<p>患者 ID、患者氏名、生年月日、性別、年齢、主科、血液型、定型コメント及びフリーコメント</p> <p>血液型は、判定出来ない場合、検査結果のみ表示することが出来ること。</p> <p>検査依頼時には、以下の項目も転送できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○骨髄移植患者 骨髄移植前血液型、ドナーの血液型、骨髄移植日(予定日を含む) ○腎移植患者 ドナーの血液型、腎移植日(予定日を含む) <p>輸血歴、妊娠歴がある患者はその情報も転送できること。</p> <p>製剤の単位、規格、パツク数の依頼について、以下のことができること。</p> <p>発注は原則的に単位で行う</p> <p>入力された単位で規格とパツク数に変換を行うことができる</p> <p>交差試験、照射、白血球除去フィルター、同時投与薬剤、製剤の規格変更の依頼もできること。</p> <p>使用日時は、曜日は自動表示、時間は時間指定、午前、午後、あるいは指定なしでもできること。</p> <p>輸血用血液の返却は、部署、製剤により返却できない場合があるので、設定できること。</p> <p>当日緊急オーダー指定ができること。緊急オーダー時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。</p>
1.4.11.2	輸血指示書発行		<p>オーダー時に必要に応じて任意のプリンタから輸血指示書の出力ができること。</p>
1.4.11.3	輸血状況表示		<p>次の内容の表示ができること。</p> <p>血液型、抗体スクリーニング、解離試験、交差試験</p> <p>至急検査(検査結果至急)が識別表示できること。</p>
1.4.12	透析	透析オーダーの発行、参照	<p>透析オーダーを発行、参照する。</p>
1.4.12.1	登録、予約		<p>次の内容を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。</p> <p>日時、時間、使用薬剤、禁忌薬、透析液および機器、部位、定型コメント及びフリーコメント</p> <p>予約(先付け)透析指定ができること。</p> <p>既オーダーを参照し、全部または一部を流用(Do 処理)してオーダーができること。</p> <p>重複オーダーのチェックが可能なこと。重複のある場合は、警告表示とともに重複内容を表示できること。</p> <p>警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダーができること。</p>

ID	機能名	機能目的	機能概要	備考
			<p>強制入力によるオーダーはコメントまたは識別表示できること。</p> <p>中止指示(依頼済み)を透折履歴へ反映できること。</p> <p>予約が必要な場合は、透折指示と一連の操作で入力できること。</p> <p>血液細胞分離装置用ベッドの予約ができること。</p> <p>療法別にスケジュールの入力が可能なこと。</p> <p>予約時間が重複した場合は警告表示できること。</p> <p>透折実施後に医事会計システムへ連携できること。</p> <p>当日緊急オーダー指定ができること。緊急オーダー時に電話連絡が必要な場合はその旨コメントを表示できること。</p>	
1.4.13	食事	食事オーダーの発行、参照。食事箋発行。	<p>食事オーダーを発行、参照する。食事箋が発行できること。</p>	※表入力に 関する記述は？
1.4.13.1	登録		<p>次の内容を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食種(選択食)、開始/終了日、食事区分(朝/昼/夕)、 ・ 主食の種類と量禁止食品及び代替食品、病名及び発症日、特別食の加算/非加算、 ・ エネルギー指示(熱量制限、低蛋白食)、検査結果(高脂血症等)、身長、体重、 ・ 調乳量及び回数、配膳先(病棟食堂、病室)、食止め及び理由、 ・ 定型コメント及びフリーコメント <p>献立一覧が表示できること。メニューから食事を選択後、食事の情報(エネルギーや食材等)が確認できること。</p> <p>食種一覧表からの食種選択入力ができること。食種一覧表には食種別の栄養量の表示ができること。</p> <p>セット食は、各食事に栄養量が表示できること。</p> <p>医師と看護師がともに入力できること。</p> <p>食事開始日、食事区分(朝/昼/夕食)の入力画面は、締め切り時間を考慮したデフォルト(既定値)表示ができること。</p> <p>食事終了日は、指定しない限りオーダー食が継続されること。</p> <p>食事入力画面に、食事区分毎の締め切り時間が表示できること。また、締め切り時間以降の食事依頼方法コメント(電話連絡必要等)を表示できること。</p> <p>検査、術後食セット等の選択入力ができること。</p> <p>オーダー食の栄養量表示ができること。</p> <p>入院予約患者の食事オーダーができること。食事オーダーは、入院決定(確定)時に栄養部門へ送信できること。</p>	

ID	機能名	機能目的	機能概要
			外来患者の食事オーダーもできること。 急変時の指示、一時指示(入院時、術後等)、継続的な指示などの指示がオーダーできること。 オーダー時に以下のシステムチェックが出来ること。 必須入力項目、禁止食品等と食事内容との背反判定、患者別禁忌食品 特定の条件のもと、履歴を遡って変更入力が可能であること。 変更が同一食事区分に重ねて実施された場合、前後の関連が把握できること。 オーダー時に必要に応じて任意のプリンタから食事箋の出力ができること。 栄養指導オーダーを発行する。栄養指導内容を入力、参照する。
1.4.13.2	食事箋発行		
1.4.14	栄養指導	栄養指導オーダーの発行。指導内容の入力、参照。	次の内容を入力ができること。マスクまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。 集団/個別栄養指導指示、病名及び開始日、栄養量、定型コメント及びフリーコメント 他科で作成したアセスメント情報が参照できること。 診療録(処方と処置の関連等)、検査結果が参照できること。 予約の必要な場合は、栄養指導指示と一連の操作で入力できること。栄養部門で予約入力が必要な場合は、連絡方法等のコメント表示ができること。 予約日時の入力は、栄養指導のスケジュールにもつきカレンダー画面を利用して入力できること。日付別の空き状況が容易に確認できること。 予約時間が重複した場合は、警告表示できること。 予約入力時に既予約情報を同一画面で表示できること。
1.4.14.1	指導依頼入力		
1.4.14.2	指導内容入力、参照		定型コメント及びフリーコメントとして、指導内容を入力できること。入力された指導内容が参照できると。
1.4.14.3	依頼箋発行		
1.4.15	服薬指導	服薬指導オーダーの発行。指導内容の入力、参照。	オーダー時に必要に応じて任意のプリンタから依頼指示箋の出力ができること。 服薬指導オーダーを発行する。服薬指導内容を入力、参照する。
1.4.15.1	指導依頼入力		患者一覧から該当の患者を選択できること。 入院時に服薬指導の患者登録ができること。 以下の内容で服薬指導依頼オーダー入力ができること。マスクまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。 患者ID、患者氏名、服薬指導開始日、依頼医師情報、病名、定型コメント及びフリーコメント オーダー画面から、患者の検査データやバイタルデータが容易に参照できること。
			部門システム? ※実施入力に関する記述は?

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	機能説明	機能概要	所属
1.4.15.2	指導内容入力、参照	定型コメント及びフリーコメントとして、指導内容を入力できること。入力された指導内容が参照できると。	部門システム？
1.4.16	手術	服薬指導履歴を表示できること。また、指導日指定で指導内容の表示ができること。	
1.4.16.1	手術 予定登録	服薬指導オーダーを発行する。服薬指導内容を参照する。 手術室利用状況が一覧で表示できること。以下の項目が表示できること。 部屋番号、時間帯、診療科、術式、使用器材、麻酔科医の要否 以下の内容で手術オーダー入力ができること。マスクまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示できること。 患者情報 (ID、氏名、性別、年齢、血液型、身長、体重等)、申し込み医師情報、申し込み日時、手術予定日時、手術室、感染症情報、診療科、担当医、執刀医、麻酔医、助手、術前診断名、術式、手術体位、麻酔方法、予定所要時間、器材等の指示情報、定型コメント及びフリーコメント 感染症情報については、別画面から入力できること。 申し込み済みの手術オーダーが一覧で確認できること。 手術オーダー発行と共に、以下の内容で麻酔申込書が発行できること。手術オーダーで登録された患者情報等については自動で表示できること。 患者情報 (ID、氏名、性別、年齢、血液型、身長、体重等)、申し込み医師情報、申し込み日時、手術(麻酔)予定日、手術室、感染症情報、診療科、担当医、執刀医、麻酔医、術前診断名、手術名、手術体位、麻酔歴、準備血液、麻酔方法、予定所要時間、定型コメント及びフリーコメント 手術オーダー画面から、以下の情報が容易に参照できること。 検査データ(時系列)、既往歴(感染症、アレルギー等)、薬物使用歴 手術実施後の確定診断名が登録できること。 手術予定の決定登録が出来ること。 手術予定状態と決定状態の違いが一目でわかること。 手術実績の登録が出来ること。 術後に、当該手術に対する実績登録が行えること。 手術帳票の出力が出来ること。	
1.4.16.2	決定登録	入院オーダー及び転科、転棟、外出等のオーダーの発行	部門システム？
1.4.16.3	実績登録	手術帳票出力	部門システム？
1.4.16.4	手術帳票出力	入院	部門システム？
1.4.17	入院	入院オーダー及び転科、転棟、外出等のオーダーの発行	部門システム？
1.4.17.1	空き病床参照	入院予定日の空き病床の参照ができること。	ベッドコントロール(病床管理、

ID	機能名称	機能目的	機能概要	備考
1.4.17.2	入院オーダー登録、確認		<p>診療科、病棟/病室ごとの空き状況一覧が参照できること。</p> <p>次の内容を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示できること。</p> <p>患者 ID、患者氏名、生年月日、性別、保険区分、患者住所、電話番号、連絡先、病棟名、診療科名、担当医師名、病名、感染症の有無と内容(コメント)、看護区分、障害の有無と内容(コメント)、アレルギーマーカーの有無と内容(コメント)、検査及び処置の予定内容、入院希望日(時期)、手術予定日、入院緊急度、希望病室(個室)、食種、入院予定期間、担当看護師</p> <p>入院希望日、手術予定日はカレンダーから選択できること。</p> <p>入院希望日が特定できない場合は、1ヶ月以内での曖昧な指定(第3週等)が可能であること。</p> <p>入院予定入力時に、診療科、病棟指定による空床情報を表示できること。空床情報は次の内容を表示できること。</p> <p>病棟名、病室名、定床数、病室タイプ別空床数(多床室、個室、男女別)、病室タイプ別空床数合計</p> <p>希望病室で個室を選択した場合は、病室タイプ別差額料金を表示すること。(差額マスタは医事システムから取込むこと)</p> <p>食種の選択がない場合は、入院当日に自動的に常食オーダーができること。</p> <p>紹介入院患者は、紹介元情報(施設名、紹介医師名)を表示できること。</p> <p>入院予約患者の外来診察履歴、入院履歴を表示できること。</p> <p>入院決定情報が表示できること。</p> <p>緊急入院も予約できること。</p> <p>患者別の予約状況が表示できること。</p> <p>入院予約患者の外来診察履歴、入院履歴が表示できること。</p> <p>入院予約患者一覧に次の内容が表示できること。</p> <p>病棟名、患者氏名、生年月日、年齢、性別、患者 ID、診療科、入院予約医師、入院予約入力日、入院希望日、手術予定日、入院緊急度、個室、病名、対応状況(予定、決定)、入院予約患者数、入院予定患者数</p> <p>入院予定の決定または変更オーダーの登録ができること。</p> <p>予約変更入力ができること。変更時は、変更に伴うコメントを表示できること。</p>	<p>看護支援)?</p> <p>ベッドコントロール(病床管理、看護支援)?</p>
1.4.17.3	入院決定、変更			

ID	機能名	機能目的	概要	備考
			患者都合による予約キャンセル時は、キャンセル入力及び理由の入力ができること。 予約歴から予約変更入力ができること。 次の内容を入力できること。マスタまたは他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示できること。 入院病棟名、病室、ベッド番号、入院日時、入院経路(予約、至急、直入など)、患者ID、患者氏名、生年月日、年齢、性別、保険区分、患者住所、電話番号、連絡先、看護区分、障害の有無と内容(コメント)、診療科名、担当医師名、病名、食事開始帯(朝/昼/夕)、開始食種、安静度、感染症の有無と内容(コメント)、アレルギーマーカーの有無と内容(コメント)、入院目的、検査予定、処置予定、手術予定日、看護度、入院予定期間	ベッドコントロール(病床管理、看護支援)?
1.4.17.4	転科		予約入院の場合は予約情報を転用して画面表示ができること。 入力に関して、予約情報と同様の機能を可能にすること。 検査、手術、外来受診の予定を表示できること。 面会の程度が表示できること。(面会謝絶、拒否など) 次の内容で転科オーダーの登録ができること。 診療科、担当医師、看護師情報	ベッドコントロール(病床管理、看護支援)?
1.4.17.5	転棟、転室		次の内容で転棟、転室オーダーの登録ができること。 移動先病棟病室、担当医師、看護師情報 転入予定患者一覧に次の内容が表示できること。 転出病棟名、転出病室名、患者氏名、生年月日、年齢、性別、患者ID、診療科、主治医、転入予定日及び時間、転入病棟名、転入予定患者数合計 病床マップを利用した転棟、転室、転科入力ができること。	ベッドコントロール(病床管理、看護支援)?
1.4.17.6	外出、外泊		以下の内容で外出、外出オーダーの登録、一覧表示ができること。また、食止めの締め切り時間が表示されていること。 外泊/外出予定日時、理由、外泊/外出先情報、帰院予定日時、食止指示情報 病床マップを利用した外出、外泊、帰室入力ができること。	ベッドコントロール(病床管理、看護支援)?
1.4.18	退院	退院オーダーの発行	退院オーダーの発行を行う。	
1.4.18.1	退院予定登録、確認		以下の内容で退院オーダーの登録ができること。 退院予定日時、退院理由、転院の場合は転院先情報、食事終了日及び区分(朝/昼/夕) 病床マップを利用して退院確認ができること。	

機能	機能目的	概要	備考
		外来通院の必要な患者は、外来診察予約入力ができること。 退院登録したときに、医事会計システム、電子カルテシステムの、患者基本情報の最終退院日が更新されること。	
1.4.18.2	退院決定、変更		
1.5	病名登録、病歴、DPC管理。		
1.5.1	病名登録とサマリ	病名登録、病歴、DPC管理。 病名登録とサマリ	DC.1.1.4 部門システムとの切り分け方を検討。
1.5.1.1	病名登録、変更(ICD-10)	次の内容を入力できること。マスタで登録済みの項目については選択入力できること。 病名、病名区分(診断病名、社会保険病名等)、主病名指定、開始/終了日、転帰情報、入外区分、接頭語(部位等)及び接尾語(疑い等) 登録病名の中からカナ検索及び略称検索できること。 病名の部分一致検索できること。 病名のテキスト入力ができること。また、テキスト入力した病名は、識別表示できること。 開始日、終了日はカレンダーを入力当日でデフォルト表示できること。また、デフォルトは必要に応じて変更できること。 開始日、終了日は和暦の表示選択ができること。 医事病名と診断病名との識別ができること。 歯科口腔外科の病名入力が容易にできること。 病名一覧表示から科別に変更入力できること。 診断病名の変更は医師の権限のみで行えるようにセキュリティを確立していること。 ICD-10 でマスタ登録ができること。ICDコード分類されていること。 医師ごと、診療科ごとに、使用頻度の高い病名をセット登録できること。略称登録もできること。 DPC に対応した情報登録ができること(主病名、副病名など病名の種類を登録できること)。 医事会計システムで登録した病名を取り込み、電子カルテシステムで登録した病名と分けて表示できること。 以下の項目を検索、出力条件とした、登録病名一覧表が表示できること。 ICD-10コード、病名、診療科、開始/終了日、転帰情報、主病名区分、入院/外来区分 病名一覧表は、ICD-10コード順、病名順等で並び替え表示ができること。 全科、自科病名の切り替え表示ができること。 期間指定による病名表示ができること。 アクティブ病名のみ選択表示できること。	
1.5.1.2	病名検索、一覧表示		

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	機能内容	機能概要	備考
1.5.1.3	サマリ検索、表示	以下の条件でサマリの検索、表示が出来ること。 ICD-10コード、病名、キーワード 指定された条件でAND検索されること。	
1.5.2	病歴管理	疾病別コード化と統計、分析	
1.5.2.1	コーディング支援		診療記録から疾病別にコード化し、医学教育、研究、調査に資する統計、分析業務を行う。 疾病分類(ICD-10コード)、手術、処置分類(ICD-9-CMまたはKコード)による疾病、手術分類ができること。 以下の情報が付与できること。 登録医師情報、診療科コード、レセプト出力可否のフラグ、主病名、合併症、ムンデラ病名、保険病名の区分、自費/継続区分、疑い病名のフラグ、病名告知区分 疾病群または特定疾患の患者群に対する、適切な検査や治療に関する管理、支援が行えること。 病名はソリービュー(分類ごとに階層的に表示)検索またはカナ検索(曖昧)ができること。 DPC 傷病名の登録、修正が行えること。
1.5.2.2	DPC 傷病名入力、修正		
1.5.2.3	診療行為入力、修正		患者ID、入退院日、疾病名、疾病分類番号、手術術式、手術分類番号等を入力できること。 手術、処置マスタとしてICD-9CM、疾病分類マスタとしてICD-10が参照できること。
1.5.2.4	DPCコード登録、変更		DPCコーディングが可能であること。 DPC対象の患者を診療科、入退院日、主治医、担当医、DPCコード付加状況を指定して検索できること。
1.5.2.5	病歴検索、集計、分析		複数の候補病名によるDPCコーディングを比較しながら、在院日数、包括点数、退院日までの包括点数、手術点数等を参考にしながら、適正なDPCコードを選択できること。 ICD-10、Kコード、診療情報、補助療法をもとに、条件を変更、比較しながらコーディングできること。 DPC登録データ間の不整合を一括チェックできること。 過去の疾病、手術歴などの情報が、診療や研究等の資料として即座に検索できること。 病名や死因、術式から、患者の抽出、絞り込みができること。 病名の曖昧検索から曖昧統計が可能であること。 主訴、検査結果等から、病名の候補を表示できること。 患者の基本情報の集計や、年齢分布表、地域分布表などの出力が可能なこと。 退院患者数一覧、退院患者地域別分類表、科別/医師別退院数、患者延べ数一覧、男女別/年齢階層別分布表、死亡退院患者分類表、退院患者平均在院日数表、医師別受け持ち患者数一覧
1.6	予約		診療録管理体制加算の申請に必要である各種統計資料が作成できること。
1.6.1	診療予約	診療、検査、手術予約管理 診療予約の登録、参照。予約	診療予約の登録、参照を行う。必要に応じて予約票と予約一覧の出力が出来ること。

ID	機能名称	機能目的	機能概要
1.6.1.1	予約一覧、空き状況表示	票、予約一覧の出力。予約枠設定。	<p>予約項目の曜日ごとに、診療開始、終了時間を指定し予約枠単位の定数(人数)を設定できること。</p> <p>診療予約状況を一覧で参照できること。</p> <p>参照予約日を指定して、科別、医師別に一覧表示できること。</p> <p>カレンダー一日付をマウスでクリックすることで、日付の入力が可能なこと。</p> <p>カレンダー表示では、当日や予約スケジュールがある日についての色分け表示が可能なこと。満員の日や休日の色分け表示も可能なこと。</p> <p>複数の予約画面を同時に表示できること。また、その状態で登録が可能なこと。</p> <p>一覧表示する予約情報の項目は以下の通り。</p> <p>診療日、診療科、担当医、予約時間、予約行為、予約区分、患者ID、氏名、性別、年齢、併科、入院病棟、連絡先、コメント、準備品、依頼科、依頼者</p> <p>予約日と科を選択後、医師を選択して、当該医師の予約枠の一覧を参照できること。</p> <p>指定患者の予約状況(予約日、予約時間、予約項目、依頼科、コメント等)の一覧を表示できること。</p> <p>時間枠の空いている箇所へ予約を追加できること。</p> <p>予約に空きのある、当日に一番近い日の一番早い時間枠に、予約を自動的に取得できる機能を有すること。(直近予約機能)</p> <p>予約患者が登録されているスケジュール日だけの色分け表示に切り替えられること。(スケジュール表示と予約状況表示の切り替え)</p> <p>該当日の予約状況表の時間枠をマウスでクリックすることにより、予約時間の入力が簡単に行えること。</p> <p>複数の予約科目の予約状況を重ねて画面表示し、続けて複数の予約入力が可能となるような機能を有すること。</p> <p>予約入力時に、一日の最大枠超え、時間枠超え、科限定、操作者限定および同一時間重複の各種チェックが行える機能を有すること。</p> <p>該当患者の当月、翌月の取得済み予約状況を一覧で表示できる機能を有すること。</p> <p>予約(診療)区分、行為および予約時間を変更できる機能を有すること。</p> <p>該当する予約を削除できる機能を有すること。曜日ごとにも削除できること。</p> <p>同一日に既に予約がある場合は、併科情報として予約科、予約時間を表示できること。</p> <p>予約時間が重複した場合は、警告表示ができること。</p>
1.6.1.2	登録、照会		
1.6.1.3	予約票、一覧表出力		<p>予約登録後に、診療予約票が出力できること。</p> <p>指定日の指定診療科ごとまたは医師ごとに、診療予約の予約一覧表を出力できること。</p> <p>出力対象日(省略時は翌日)を入力し、該当日の予約キャンセルリストの一括出力が可能なこと。</p>

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	機能概要	機能詳細	備考
1.6.2	検査予約	検査予約の登録、参照。予約票、予約一覧の出力。予約枠設定。	予約票、一覧表の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。 検査予約の登録、参照を行う。必要に応じて予約票と予約一覧の出力が出来ること。
1.6.2.1	予約一覧、空き状況表示		検査予約状況を一覧で参照できること。 参照予約日を指定して、検査種類別に一覧表示できること。 予約科目と期間を指定して日別・時間帯別の予約取得状況を表示できる機能を有すること。 一覧表示する予約情報の項目は以下の通り。 診療日、診療科、検査種別、検査種別、担当医、予約時間、予約行為、予約区分、患者ID、氏名、性別、年齢、性別、入院病棟、連絡先、コメント、準備品、依頼科、依頼者
1.6.2.2	登録、照会		予約日と検査種類を選択後、当該検査種類の予約枠の一覧を参照できること。 時間帯の空いている箇所へ予約を追加できること。 検査種と日付による表形式で、患者氏名、所属(診療科、病棟/外来)を含む予約状況を表示できること。 オーダー一覧からドラッグ&ドロップで予約入力ができること。 予約変更も同様な操作で行える機能を有すること。 その他、診療予約と同等の機能を有すること。 予約登録後に、検査予約票が出力できること。 予約票の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。 指定日の検査種類ごとに、検査予約の予約一覧表を出力できること。 画像・生理検査、内視鏡、リハビリ等の部門予約については、日別・検査種別に予約患者一覧を出力できる機能を有すること。 キャンセルリストが出力できる機能を有すること。
1.6.2.3	予約票、一覧表出力		入院予約の登録、参照。予約票、予約一覧の出力。
1.6.3	入院予約		空き状況を一覧で参照できること。 入院予定日と入院予定日数を入力して、病棟病室別に空き状況を表示できる機能を有すること。 一覧表示する予約情報の項目は以下の通り。 診療科、病棟/病室、タイプ、入院予定日、入院予定日、退院予定日、患者ID、氏名、性別、年齢、感染症
1.6.3.1	空き状況表示		予約日と病棟病室を選択後、当該病棟病室の空き病床の一覧を参照できること。
1.6.3.2	登録、照会		

機能名	機能概要	機能詳細	備考
		空いている病床へ入院の予約を割り当てられること。 入院予定日を変更、または入院予約を削除できる機能を有すること。 入院予約登録後に、入院予約票が出力できること。 予約票の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。 指定日の病棟病室ごとに、入院予約の予約一覧表を出力できること。 手術申し込みの登録、参照を行う。必要に応じて手術予定表の出力が出来ること。	
1.6.3.3	予約票、一覧表出力		
1.6.4	手術申し込み	手術申し込みの登録、参照、手術予定表出力。	
1.6.4.1	空き状況表示		手術室の空き状況を一覧で参照できること。 手術予約日を指定して、手術室別の一覧表示できること。 一覧表示する予約情報の項目は以下の通り。 診療科、手術室番号、開始時間、手術予定時間、患者ID、氏名、性別、年齢、病棟/病室、病名、担当医、執刀医、麻酔医、麻酔種別、術式、器材、コメント 予定日と手術室を選択後、当該手術室の空き状況の一覧を参照できること。 空いている空き時間枠へ手術の予定を割り当てられること。 予約日時を変更、または予約を削除できる機能を有すること。 予定表の発行場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。 指定日の手術室ごとに、手術予定の一覧表を出力できること。
1.6.4.2	登録、照会		
1.6.4.3	予定表参照		
1.7	看護支援	患者基本情報、看護計画、ケア情報、実施情報の登録、参照を行う。	
1.7.1	看護基本患者情報	患者の基本情報が登録、参照できること。	患者の基本情報が登録、参照できること。 患者基本情報に以下の項目を登録できること。 患者氏名(漢字、カナ)、生年月日、性別、患者ID、患者写真、身長体重、患者住所、連絡先、入院年月日、入院までの経過、診断名、現症状、既往症、保護者(世話をする人の)氏名、家族構成、入院時測定値、アレルギー有無、感染症有無、血液型、特記事項(フリー入力)、担当医師、担当看護師、紹介元 患者基本情報は電子カルテまたは医事会計システム等で入力した情報を転用できること。 アセスメントとして収集し登録する情報項目は、分類してマスタ登録できること。
1.7.1.1	登録、編集		アセスメントはここでいいか? アセスメントはここでいいか?
			アセスメントツールはゴードン、ヘンダーソンの看護理論に対応できること。

項目	機能名称	機能概要	備考
		アセスメントのための情報を分析し、結果を登録できること。	アセスメントはここでいいか？
		アセスメント結果を、構成要素ごとに下記の方法で入力できること。 文字入力、構成要素ごとに登録した用語辞書から選択	アセスメントはここでいいか？
		アセスメントシートが作成できること。(定型文や単語など、良く使う用語を登録しておく機能。辞書登録機能かマスタ登録機能を想定。)	アセスメントはここでいいか？
1.7.1.2	検索、表示	上記検索結果の患者一覧は、内容を並び替えて表示できること。 患者名は通常漢字にて表示し、必要に応じてカナ表示できること。 同姓同名の患者は色分けするなど、識別表示できること。	
1.7.1.3	入退院予定	診療科または病棟選択により、入院予約及び転入予定患者一覧を識別表示できること。 以下の内容で、入院予約患者一覧が表示できること。 病棟名、患者氏名、生年月日、年齢、性別、患者 ID、診療科、入院予約医師、入院予約入力日、入院希望日、手術予定、入院緊急度、希望病室、病名、対応状況(予定、決定)、入院予約患者数、入院予定患者数 以下の内容で、転入予定患者一覧が表示できること。 転出病棟、病室名、患者氏名、生年月日、年齢、性別、患者 ID、診療科、主治医、転入予定日、時間、転入病棟、転入予定患者数合計 入院予定入力時に診療科、病棟指定による空床情報を表示できること。 空床情報は、次の内容を表示できること。 病棟、病室名、定床数、病室タイプ別空床数(多床室、個室、男女別)、病室タイプ別空床数合計 入院決定時に担当医師、看護職員情報の入力ができること。 退院予定日時、退院理由が参照できること。 退院先、食事終了日の区分(朝、昼、夕)が参照できること。 外来通院の必要な患者は、外来診察予約入力ができること。 退院登録したときに医事システム、電子カルテ等の患者基本情報の最終退院日を更新できること。	
1.7.2	看護計画	看護診断名の登録と看護計画の登録、指示切れの表示を行う。	DC.1.2 DC.2.2.1.3
1.7.2.1	看護診断名登録	登録された患者情報を元に想定される看護診断名を照会し、選択できること。 アセスメント領域に連動した、診断ラベルの一覧が表示できること。 看護診断名一覧から検索後、登録ができること。 看護診断名と標準看護計画はそれぞれ連動すること。	

(D)	機能名称	機能目的	機能概要
1.7.2.2	看護計画登録、編集		<p>看護診断名から標準看護計画を選択、登録できること。 必要に応じて内容の追加、修正ができること。 看護診断名と標準看護計画はそれぞれ連動すること。 看護診断と関連して関連因子、診断指標、患者目標、看護介入が登録できること。 看護目標を立案し、問題リストを作成することができること。 次の項目を登録できること。 看護目標、立案日付、問題リスト番号と問題点問題リスト番号 問題リスト番号は、問題点をこの番号で整理し、「問題リスト」[看護計画]「経過記録」に至るまで一貫して同一番号を使用できること。 看護目標と問題リストは下記の方法で入力できること。 文字入力、用語辞書から選択 看護計画の更新履歴が表示できること。 下記内容を登録できること。 問題点/看護診断(問題リストから展開できること)、看護目標/看護成果、立案日付、作成者、計画/看護介入は下記の3つの体系で登録できること。 OP Observation Plan 観察計画 TP Treatment Plan 治療計画 EP Education Plan 教育計画 各体系は下記のように階層化して登録できること。 OP1 計画/看護介入の名称(先頭に番号) 具体的な計画項目/看護介入項目</p> <p>計画項目は下記の方法で入力できること。 文字入力、用語辞書から選択、後述する標準看護計画マスタを照会 看護計画の優先度、登録日等で並び替えが出来ること。 看護指示の入力ができること。 看護計画書の印刷が行えること。 看護計画に必要な患者情報を一覧として表示できること。 以下の内容で、定期処方の指示切れ情報を表示できること。 処方・注射区分、担当医、病棟・病室、患者ID、氏名、処方切れ日(最終処方日) 指定基準日より前(期間は任意に設定可能とする)に定期処方があり、当日を含めて将来日付の定期処方オアードがない場合は、当該患者を処方切れの対象と出来ること。 患者ケア情報が入力できること。サマリの作成ができること。</p>
1.7.2.3	検索、表示		
1.7.2.4	指示切れ管理		
1.7.3	看護記録	ケア情報入力、サマリ作成	DC.1.2.3

ID	機能名称	機能目的	機能概要	実施
1.7.3.1	ケア情報登録(実施、SOAP)		<p>以下の内容で、患者ケア情報が入力できること。</p> <p>看護度、看護区分、活動、活動、清潔、体位交換、洗面、排尿、排便、移動、尿量測定、体重、体温、血圧</p> <p>患者ケア情報はワークシート表示画面でも入力が可能なこと。</p> <p>SOAP形式で看護記録が作成できること。</p> <p>アナムネの内容が記録できること。</p> <p>以下の項目が定型、フリーコメントで入力できること。</p> <p>観察事項、患者の訴え事項</p>	実施：1.7.4.4 との違いは？
1.7.3.2	測定値入力		<p>下記の測定結果を患者ごとに入力できること。</p> <p>血圧、呼吸、脈拍、体温、尿量、尿回数、便性状、体重、SpO2値、O2使用、便量、食事、IN/OUT、定型/フリーコメント等</p> <p>受持ち患者リストから患者を選択できること。</p>	
1.7.3.3	熱計表作成		<p>患者ごとのバイタルデータ、IN/OUT データ等の測定値データを、体温表イメージとして一度に参照できること。</p> <p>以下の内容で表示できること。</p> <p>バイタル情報(数値、グラフ表示)、血圧、呼吸、脈拍、体温、移動情報、尿、便回数、性状、体重、IN/OUT 情報、食事情報</p> <p>表示項目はユーザ側で自由に並べ替え、追加、変更ができること。</p> <p>体温表イメージ画面で各データの入力、修正ができること。</p> <p>以下の表示切り替えができること。</p> <p>一日単位、一週間単位</p>	
1.7.3.4	看護サマリ作成		<p>下記項目を入力できること。患者基本情報は電子カルテまたは医事会計システム等ですでに入力した情報を転用できること。</p> <p>○既に登録している情報を転用するもの</p> <p>患者氏名、性別、生年月日、年齢、入院期間、感染症の有無、アレルギーの有無、禁忌、診断名</p> <p>○入院時の記録や看護計画に登録した情報から指定箇所を複写できること。加えて文章を編集入力できること。</p> <p>入院までの経過、看護目標、問題、看護経過等</p> <p>○その他、文章を入力するもの。</p> <p>食事、睡眠、排泄、てんかん発作等</p> <p>サマリの内容が特定の項目で検索できること。</p>	

機能	機能名	機能目的	機能概要
			看護サマリ入力、単語を辞書登録できること。 テンプレート入力を基本とし、定型文入力、フリーテキスト入力ができること。 シェーマが添付できること。デジタル画像が添付できること。 看護サマリの入力時間、入力を記録することができること。 作成されたサマリは退院時および随時で出力ができること。 医師が作成するサマリとリンクすること。
1.7.4	看護支援	オーダー発行およびワークシート、カーデックスの表示、出力	オーダーで次の項目が登録できること。 指示者、指示日、実施期間、日時、看護介助項目(安静度、食事介助など)、介助内容、レベル、コメント(定型、フリー)
1.7.4.1	看護オーダー発行		病棟、対象日指定により、下記の看護指示ワークシートの画面上へ表示が可能なこと。 病棟別、グループ別、患者別、外来別
1.7.4.2	ワークシート作成		看護ワークシートには、電子カルテ・オーダーリングシステム等の情報を転用して、次の情報が画面上に表示できること。 入院(外来)基本オーダー(診療科、病棟、病室、患者ID、氏名、年齢、主治医、担当看護師)、患者目標、患者ケア(看護度、救護区分、活動、清潔、体位変換、洗面、排泄、排便、異動、尿量測定、体重、体温、血圧など)、食事オーダー(食種、主食の種類)、処方オーダー(薬品、薬量、単位、用法、回数、開始日時など)一含予約処方オーダー、注射オーダー(薬品、薬量、単位、用法、回数、開始日時など)一含予約注射オーダー、処置オーダー(処置内容)、予約オーダー(検査、指導名等、検査時刻)、コメント(医師コメント、看護コメント)
1.7.4.3	カーデックス作成		患者基本情報や医師オーダー情報より転用し、次の項目でカーデックスが画面上に表示できること。 患者氏名(漢字、カナ)、生年月日、年齢、性別、患者ID、入院年月日、転入年月日、入院経過日数、病室番号、食事(食種)、血液型、感染症、アレルギー有無、外出、外泊可否、体温、血圧等の測定値、治療方針、コメント(フリー)
1.7.4.4	指示受け、実施		看護指示ワークシート画面上で各オーダー(処方、注射、処置等)の実施入力ができること。 DC.1.3.2 DC.2.4.4.2
1.7.4.5	一覧表出力		看護指示ワークシート画面上で実施された処置情報が入力できること。 処置入力には次の項目が入力できること。 処置日時、患者名、実施看護師名、使用器具 次の診療行為別のワークシートが出力できること。

ID	機能名	機能目的	機能概要
			<p>当日記乗者一覧、投薬切れ患者一覧、処方一覧、注射ワークシート(注射、点滴)、処置ワークシート(包交、点眼、吸入など)、採血、採血患者一覧、検査(整理、放射線、内視鏡)、リハビリ患者一覧、ケアワークシート(洗面介助、清拭、入浴介助)、食事介護ワークシート(食事介助、禁食、遅食、経管栄養、授乳)、栄養食事指導患者一覧、検査説明一覧表</p> <p>帳票の出力場所(出力プリンタ)はユーザの指定により変更できること。</p> <p>次の病棟管理用のワークシートが画面上に表示できること。</p> <p>入院基本一覧表、外泊/外出者一覧表、外泊/外出予定者一覧表</p> <p>患者ごとの週間予定表が画面上に表示できること。</p> <p>退院、転科及び適宜看護サマリを画面上に表示できること。</p> <p>未確認オーダーの一覧表を画面に表示できること。</p>
1.7.4.6	未確認オーダー確認		
1.7.5	日誌	各管理日誌、救急外来日誌、手術管理日誌等の作成、表示	看護管理日誌、病棟管理日誌、外来管理日誌、救急外来日誌、手術管理日誌、減菌管理日誌等の作成、表示ができること。
1.7.5.1	看護管理日誌		<p>日付指定により看護管理日誌を作成、表示できること。</p> <p>表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。</p> <p>受持ち患者一覧を表示、印刷できること。</p>
1.7.5.2	病棟日誌		<p>日付指定により病棟日誌を作成、表示できること。病棟日誌は下記のデータを入力できること。</p> <p>病棟名、年月日、患者数(入院別、科別、男女別、看護度別、救護区分別など)、入院患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢)、転入患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢、転入元病棟、転入元科)、退院患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、転帰)、転出患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢、外泊開始日、食止め開始区分、食止め終了区分)、活動(部屋番号、患者氏名、性別、年齢)、清潔(部屋番号、患者氏名)、排尿、排便(部屋番号、患者氏名)、体位変換(部屋番号、患者氏名)、洗面(部屋番号、患者氏名)、尿量測定(部屋番号、患者氏名)、要注意患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢、情報)、勤務区分別看護職員(日勤、準夜、深夜、公休、年休、出張、特休、産休、育児、病休、職免、欠勤、その他)</p> <p>日付指定により病棟管理日誌を作成、表示できること。</p> <p>以下の内容で、職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連動し、集計できること。</p>

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	機能説明	備考
	病棟別勤務区分別看護職員数(免許区分、日勤、準夜、深夜、公休、年休、主張、特休、産休、育休、病休、職免、欠勤、その他)、病棟別患者数(定床、前日患者数、入院、退院、転入、転出、当日患者数、外泊、死亡)、看護度、救護区分(付添、担送、護送、要注意)	
1.7.5.3	外来日誌	日付指定により外来管理日誌、外来看護日誌(血液浄化含む)を作成、表示、表示できること。
1.7.5.4	手術日誌	表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。 日付指定により手術管理日誌、減菌管理日誌を作成、表示できること。
1.7.6	リスクマネジメント支援	表示データは職員情報、勤務管理、患者ケア情報と連携し、各日誌に必要なデータを集計すること。 バーコードチェックによるリスクマネジメント機能を有すること。 DC.2.3.2
1.7.6.1	PDA 連携	PDA 端末からバーコードを読み取り、患者特定参照が可能であること。
1.7.6.2	指示内容チェック	PDA 端末から最新のオーダー(処方)内容の確認ができること。 輸血の際に、血液製剤の確認(用量、投与経路、施用時間)と患者の明確な確認ができること。 DC.2.4.4.1 DC.2.4.4.2
1.7.6.3	投薬時チェック	検体採取の際に、検体採取IDと患者のリストバンドのIDをマッチングさせ、患者と検体のタイプ、採取方法、採取場所、日時や時間などの確認が行えること。 PDA 端末から患者認証、投薬時の処方内容の確認ができること。 以下の投薬時のチェック内容が可能であること。
1.7.6.4	インシデントレポート	患者特定、投与日付、投与開始時間、処方内容(薬品、用量、投与経路等) バーコードは実施看護師、患者、注射ラベルの3点確認で投与時チェックができること。 インシデントレポートの登録、確認、統計解析、対策検討などができること。 ヒヤリハット報告、事故報告の入力、集計ができること。 端末機器の Web ブラウザを用いた登録、参照が可能なこと。その際、アクセス認証ができること。 テンプレートによる簡単な操作での入力及び、フリーテキスト入力ができること。 リスクマネージャの単位で閲覧権限が指定できること。 レポートの検索結果から、詳細情報の参照が可能なこと。 日本医療機能評価機構に報告するためのファイルを作成できること。 インシデントの原因分析を支援できること。 入力項目の設定変更等の自由度が大きいこと。 調利過誤防止マニュアルの作成に活用できること。
1.8	オーディット(外来含む)	診療記録の監査を行う。
1.8.1	診療録監査(監査表評価)	診療記録の監査
1.8.1.1	目標作成	標準化された診療記録の監査表が作成できること。 標準化された診療記録の監査表が作成できないこと。 ※内容がない ※内容がない

資料2 電子カルデシステムのご概念定義

標準的電子カルデ機能概要

機能名	機能説明	標準的電子カルデ機能概要	備考
1.8.1.2	比較、監査	監査票に対する監査結果を入力できること。	※内容がない
1.8.1.3	評価、修正	監査表に対する監査実施結果の評価ができること。	※内容がない
1.8.2	治療、ケア過程(患者変化)	基準化された治療、ケアの目標をもとに監査ができること。	
1.8.2.1	目標作成	基準化された治療、ケアの目標が作成できること。 目標に対する治療、ケアの結果を入力できること。 患者の変化が分かるような入力ができること。 目標の達成度の評価、治療、ケアの適否が判断できること。 判断のための必要な情報収集ができること。	
1.8.2.2	比較、監査	アセスメントや診断が的確か、実践可能な計画に基づいて実施されているかなどが評価できること。	
1.8.2.3	評価、修正	目標に対する治療、ケアの結果を入力できること。 患者の変化が分かるような入力ができること。 目標の達成度の評価、治療、ケアの適否が判断できること。 判断のための必要な情報収集ができること。 アセスメントや診断が的確か、実践可能な計画に基づいて実施されているかなどが評価できること。	
1.8.3	治療、ケア結果(病院全体)	病院全体としての医療の質が判断、評価できること。	
1.8.3.1	目標作成	病院としての、質の保障のための基準を作成できること。	
1.8.3.2	比較、監査	設定した基準に対する治療、ケアの結果を入力できること。 成果や結果が分かるような入力ができること。	
1.8.3.3	評価、修正	基準に合った治療やケアを行っているか否かを判定できること。 医療の水準を判断することができること。 医療行為が病院の理念や基準・方針に対して、期待通りの成果や結果をあげているか否かを判断し評価できること。	
1.9	文書作成		
1.9.1	診断書	診断書を作成、出力する。	S.3.3.5
1.9.1.1	診断書	診断書を作成、編集できること。必要に応じて出力可能であること。 以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力 以下の診断書が作成、出力できること。 診断書(生存中)、出生証明書、死産証明、死亡診断書、死体検案書、死胎検案書 紹介状を作成、出力、管理する。	
1.9.2	紹介状	紹介状の管理。	

項目	機能概要	詳細	備考
1.9.2.1	診療情報提供		紹介状を作成、編集、出力が可能であること。 必要に応じて紹介先に対して、メールでの送信ができること。 以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力
1.9.2.2	紹介状管理		紹介状の受け取り、返事などのやりとりの履歴が管理できること。 履歴には以下の情報が含まれること。 記録者、受け取りまたは送付日付、受け取りまたは送付先連携医療機関情報、担当科、担当者、報告書(中間、退院、死亡)の受け取りまたは送付日付 連携医療機関の登録、検索、参照が可能であること。 紹介実績の統計資料などを作成できること。
1.9.3	計画書	治療、療養計画書の作成、出力。	治療計画書、療養計画書の作成、出力を行う。 DC.1.2 DC.2.2.1.3
1.9.3.1	入院治療計画書		入院患者向けの治療計画書を作成、編集、出力できること。 以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力 以下の情報が含まれること。 パス名、病名、患者氏名、入院日、日付、経過、食事、安静度、排泄、清潔、治療・処置(検査含む)、内服・点滴、説明・指導内容、合併症、注意事項、診療科、担当医 簡略された記号での記載ではなく、患者が理解できる記載ができること。
1.9.3.2	退院療養計画書		治療計画の変更があった場合には、計画書を修正できること。 退院予定患者向けの退院後の療養計画書を作成できること。 退院予定患者向けの療養計画書を出力できること。 以下の入力が可能であること。 キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力 以下の情報が含まれること。 治療計画、療養上の留意点、必要となる保健医療サービスまたは福祉サービス
1.9.4	証明書	同意書、承諾書の作成、出力	各種の同意書、承諾書が作成、出力できること。
1.9.4.1	同意書、承諾書		以下の各種同意書(承諾書)の作成、編集ができること。 ○手術内容説明、承諾書 ○輸血に関する説明と同意書 ○内視鏡検査、治療に関するもの

項目	機能説明	標準的仕様での送受信。	標準的電子カルテ機能概要	備考
1.10	他部門インターフェース	標準的仕様での送受信。	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支内視鏡検査説明書、承諾書 ・上部消化管内視鏡検査説明書、承諾書 ・大腸内視鏡検査説明書、承諾書 ・人間ドック用上部消化管内視鏡検査説明書 ・内視鏡治療、特殊検査説明書、承諾書 <p>○造影剤を使用する検査に関するもの</p> <p>・検査における造影剤投与の説明と同意書</p> <p>○研究協力依頼のための説明と同意書</p> <p>以下の入力が可能であること。</p> <p>キーワード入力、テンプレート選択入力、定型文入力</p>	※具体的な内容がない。 S.3.1.3 S.3.3.5
1.10.1	医事会計システム	医事会計システムとの接続。	医事会計システムとの接続を行う。	
1.10.1.1	送信、受信		医事会計システムとの送受信が可能であること。	
1.10.1.2	請求関連情報連携		保険情報など、臨床データに含まれる情報を基に、医事会計システムへ必要な情報が連携されること。	S.3.1.3
1.10.2	検査部門システム	検査部門システムとの接続。	請求や診察報告をサポートする情報を自動的に抽出できること。	S.3.3.5
1.10.2.1	送信、受信		検査部門システムとの接続を行う。	
1.10.2.2	検体到着確認		検査部門システムとの送受信が可能であること。	
1.10.2.3	未到着検体一覧		検査部門システムから検体到着確認情報の受信が可能であること。	S.3.1.3
1.10.3	薬局部門システム	薬局部門システムとの接続。	検査部門システムから未到着検体の一覧情報を受信できること。	
1.10.3.1	送信、受信		薬局部門システムとの接続を行う。	
1.10.3.2	監査		薬局部門システムとの送受信が可能であること。	
1.10.4	給食システム	給食システムとの接続。	薬局部門システムから監査の結果を受信できること。	
1.10.4.1	送信、受信		給食システムとの接続を行う。	
1.10.5	画像システム	画像システムとの接続。	給食システムとの送受信が可能であること。	
1.10.5.1	送信、受信		画像システムとの接続を行う。	
1.10.6	栄養指導システム	栄養指導システムとの接続。	画像システムとの送受信が可能であること。	
1.10.6.1	送信、受信		栄養指導システムとの接続を行う。	
1.10.7	輸血システム	輸血システムとの接続。	栄養指導システムとの送受信が可能であること。	
			輸血システムとの接続を行う。	