

種別	機能名称	機能目的	機能概要	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等の、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		退院予定の決定または変更オーダーの登録ができること。	
1.5	病歴	病名登録、病歴、DPC管理。	病名の登録と病歴、DPCに関する管理を行う。	
1.5.1	病名登録	病名登録とサマリ	病名の登録とサマリの検索、表示を行う。	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			

機能	機能概要	目的	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	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。
1.5.2.1	コーディング支援		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、ムンテラ病名、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。 病名はツリービュー(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。 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。 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。 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
1.5.2.2	DPC 傷病名入力、修正		
1.5.2.3	診療行為入力、修正		
1.5.2.4	DPCコード登録、変更		
1.5.2.5	病歴検索、集計、分析		
1.6	予約	診療、検査、手術予約管理	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
1.6.2	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、検査種別別の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、併科、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		予約日と検査種別を選択後、当該検査種類の予約枠の一覧を参照できること。 時間枠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。
1.6.2.3	予約票、一覧表出力		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。 指定日の検査種別ごとに、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・検査種別により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。
1.6.3	入院予約	入院予約の登録、参照。予約票、予約一覧の出力。	入院予約の登録、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。
1.6.3.1	空床状況表示		空床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、病棟病室別に空床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、退院予定日、患者ID、氏名、性別、年齢、感染症
1.6.3.2	登録、照会		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。

機能	機能説明	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、参照、手術予定表出力。
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、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
1.6.4.2	登録、照会	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。
1.6.4.3	予定表参照	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。
1.7	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。
1.7.1.1	登録、編集	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。 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。
		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?

ID	機能名	機能目的	機能概要	備考
			<p>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。</p> <p>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</p> <p>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。辞書登録機能がマスタ登録機能を想定。)</p>	<p>アセスメントはここでいいか？</p> <p>アセスメントはここでいいか？</p> <p>アセスメントはここでいいか？</p>
1.7.1.2	検索、表示		<p>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。</p>	
1.7.1.3	入退院予定		<p>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</p> <p>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</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。 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</p> <p>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。</p>	<p>DC.1.2</p> <p>DC.2.2.1.3</p>
1.7.2	看護計画	看護診断名登録、看護計画登録	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。	
1.7.2.1	看護診断名登録		<p>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。</p>	

ID	機能要素	機能目的	機能
1.7.2.2	看護計画登録、編集		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 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。
1.7.2.3	検索、表示		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。
1.7.2.4	指示切れ管理		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)
1.7.3	看護記録	ケア情報入力、サマリ作成	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データがない場合は、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。

ID	機能名	機能概要	備考
1.7.3.1	ケア情報登録(実施、SOAP)	以下の内容で、患者ケア情報が入力できること。 看護度、看護区分、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 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。 SOAP形式で看護記録が作成できること。 アナムネの内容が記録できること。 以下の項目が定型、フリーコメントで入力できること。 観察事項、患者の訴え事項	実施：1.7.4.4 との違いは？
1.7.3.2	測定値入力	下記の測定結果を患者ごとに入力できること。 血圧、呼吸、脈拍、体温、尿量、尿便回数、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 受持ち患者リストから患者を選択できること。	
1.7.3.3	熱計表作成	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。 以下の内容で表示できること。 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 表示項目はメニュー側で自由に並べ替え、追加、変更ができること。 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。 以下の表示切り替えができること。 一日単位、一週間単位	
1.7.3.4	看護サマリ作成	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。 ○既に登録している情報を転用するもの 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 ○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。 入院までの経過、看護目標、問題、看護経過等 ○その他、文章を入力するもの。 食事、睡眠、排便、てんかん発作等 サマリの内容が特定の項目で検索できること。	

ID	機能名称	機能目的	機能概要
			<p>看護サマリ入力、定型文、単語を辞書登録できること。</p> <p>テンプレート入力、定型文入力、フリーテキスト入力ができること。</p> <p>シエーマが添付できること。デジタル画像が添付できること。</p> <p>看護サマリを入力時間、入力者を記録することができること。</p> <p>作成されたサマリは退院時および臨時で出力ができること。</p> <p>医師が作成するサマリとリンクすること。</p>
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	<p>オーダーの発行とワークシート、カーデックスの表示、出力を行う。</p>
1.7.4.1	看護オーダー発行		<p>看護オーダーで次の項目が登録できること。</p> <p>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)</p>
1.7.4.2	ワークシート作成		<p>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。</p> <p>病棟別、グループ別、患者別、外来別</p> <p>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。</p> <p>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、看護区分、活動、清潔、体位変換、洗面、排尿、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、日数、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、日数、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)</p>
1.7.4.3	カーデックス作成		<p>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。</p> <p>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)</p>
1.7.4.4	指示受け、実施		<p>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)の実入力ができること。</p> <p>DC.1.3.2 DC.2.4.4.2</p>
1.7.4.5	一覧表出力		<p>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。</p> <p>処置入力には次の項目が入力できること。</p> <p>処置日時、患者名、実施看護師名、使用器具</p> <p>次の診療行為別のワークシートが出力できること。</p>

ID	機能名称	機能説明	機能概要
			<p>当日配薬者一覧、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、放針線、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>
1.7.4.6	未確認オーダー確認		未確認のオーダーの一覧表を画面に表示できること。
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、看護区分別など)、入院患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢)、転入元病棟、転入元科)、転入患者(科名、部屋番号、患者氏名、性別、年齢、転帰)、退院患者(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、育休、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>

ID	機能名	機能目的	機能概要	備考
			<p>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)</p>	
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。	
1.7.6	リスクマネジメント支援	バーコードチェック	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。 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。 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。	DC.2.4.4.1 DC.2.4.4.2
1.7.6.3	投薬時チェック		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。 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)	
1.7.6.4	インシデントレポート		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。	
			調剤過誤防止マニュアルの作成に流用できること。	
1.8	オーダイト(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	基準化された診療記録の監査表をもとに監査ができること。	※内容がない
1.8.1.1	目標作成		基準化された診療記録の監査表が作成できること。	※内容がない

ID	機能名	機能目的	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)	治療、ケアの監査	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。	
			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。	
1.8.2.2	比較、監査		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。	
1.8.2.3	評価、修正		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)	医療の質の判断、評価	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	診断書の作成、出力。	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	
1.9.2	紹介状	紹介状の管理。	紹介状を作成、出力、管理する。	

機能	機能概要	機能目的	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。 キーボード入力、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。
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。 キーボード入力、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。 キーボード入力、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

⑬	機能名	機能目的	概要
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>キーボード入力、テンプレート選択入力、定型文入力</p>
1.10.1	医事会計システム	医事会計システムとの接続。	HL7、MML/CLAIM、DICOM 等、標準的な仕様でオーダ情報、検査結果等の送信、受信の双方向通信を行う。
1.10.1.1	送信、受信		医事会計システムとの接続を行う。
1.10.1.2	請求関連情報連携		<p>医事会計システムとの送受信が可能であること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
1.10.2	検査部門システム	検査部門システムとの接続。	検査部門システムとの接続を行う。
1.10.2.1	送信、受信		検査部門システムとの送受信が可能であること。
1.10.2.2	検体到着確認		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。
1.10.2.3	未到着検体一覧		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	薬局部門システム	薬局部門システムとの接続。	薬局部門システムとの接続を行う。
1.10.3.1	送信、受信		薬局部門システムとの送受信が可能であること。
1.10.3.2	監査		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	給食システム	給食システムとの接続。	給食システムとの接続を行う。
1.10.4.1	送信、受信		給食システムとの送受信が可能であること。
1.10.5	画像システム	画像システムとの接続。	画像システムとの接続を行う。
1.10.5.1	送信、受信		画像システムとの送受信が可能であること。
1.10.6	栄養指導システム	栄養指導システムとの接続。	栄養指導システムとの接続を行う。
1.10.6.1	送信、受信		栄養指導システムとの送受信が可能であること。
1.10.7	輸血システム	輸血システムとの接続。	輸血システムとの接続を行う。

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

ID	機能名	機能目的	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。	
1.11.1.2	使用状況検索		指定薬品の使用状況を検索できること。 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。	
2.	医学研究		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。 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、オータダ、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。	※具体的な内容が必要。
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。	※具体的な内容が必要。
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。	※具体的な内容が必要。

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	目的	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。
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。	行政、財務、研究、品質分析、公衆衛生目的のためにデータ抽出が行えること。
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。
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。
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。
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 患者の診療記録(構造化されたデータや、非構造化されたテキスト)から、診療上、管理上、財務面で、公的の、あるいは院内向けのレポートを作成することができること。
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		S.3.3.6 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。 S.2.2 S.2.2 患者単位の情報は、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。 S.2.2 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、臨床記録を補充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。

機能	機能名	機能概要	備考
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。
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。
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。 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。
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	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	オーダエントリ	研修医オーダ入力支援。	研修医のオーダ入力を支援する。
3.1.2.1	各種オーダ入力	研修医がオーダ入力を行うが、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は、各部門への送信はされないこと。 指導医監査待ちのオーダを、指導医であることを認識できること。 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	研修医のオーダを指導医が	

階層	機能名	目的	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出せ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。 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。	
3.2.1.2	監査実施		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			※具体的な内容が必要。
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、バ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	バスの適用・標準化	バス適用状況、バリアンス評価監視。	バスの適用状況やバリアンス評価を監視する機能を有すること。	※具体的な内容が必要。
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。	※具体的な内容が必要。
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的なチェック機能。安全対策の実施状況、リスク診断、予測機能。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。	※具体的な内容が必要。
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	1.2.2

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

ID	機能名称	機能目的	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。	患者の要望に応じて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。	
4.2.2.3	会計待ち時間		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。 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。	
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

④	⑤	⑥	⑦	⑧
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	戦略策定、方針展開、実施支援。	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、実施を支援できること。	
4.4.1	戦略/計画策定	ミッション確認、作成支援。重点方針策定、単年度計画策定。	ミッションの確認、作成を支援する。市場差別化要因/戦略を策定する。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できること。	
4.4.2	モニタリング	業績評価指標、評価基準設定。	重点方針(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。	業績指標として設定した数値の変化が、重点方針の達成に効果が出ているかどうか仮説を検証できること。	※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。	設定した業績指標が、想定した重点方針の達成に効果がない場合には、業績指標や基準の見直しを行えること。	※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	オーダエントリ		オーダエントリに係る情報の収集。	※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		看護記録に係る機能の収集。	※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、治療費負担者、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とコストを削減、また自動的なトラッキングやレポート機能を提供できること。	DC.3.2