

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1						電子カルテシステム	
1	3					看護支援システム	
1	3	1				アナムネ	
1	3	1	1			アナムネ機能	
1	3	1	1	1		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は入力項目を病院独自の看護領域で登録できること。	○
1	3	1	1	2		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は当センター指定のものを使用し、それに沿った登録画面を持つこと。	○
1	3	1	1	3		医事会計システムから患者基本情報（患者氏名・生年月日・性別・住所・連絡先・携帯番号等）を自動で取り込めること。	○
1	3	1	1	4		外来で問診入力した情報を再度入力することが無いように自動で取り込めること。	○
1	3	1	1	5		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）で入力した情報は、再度入力することが無いように電子カルテの患者基本情報や問診情報と連動すること。	○
1	3	1	1	6		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は履歴管理機能を有し、過去の入院時や入院中の情報を参照できること。	○
1	3	1	1	7		再入院の際に前回入院時の情報（アナムネ）として入力された項目を画面単位で一括でクリアできること。	○
1	3	1	1	8		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は帳票出力ができること。	○
1	3	1	1	9		チェックボックス形式でアナムネ内容を入力できること。	○
1	3	1	1	10		入力された患者状態（ADLなど）を2重入力することなく、他画面へ反映させることができること。	○
1	3	1	1	11		アナムネ登録画面とアナムネ参照画面を保有し参照画面では、登録されたアナムネ情報を集約して参照できること。	○
1	3	1	1	12		アナムネ登録後カルテ情報として保存しカルテ歴画面から登録内容を参照できること。	○
1	3	1	1	13		画面上部に各領域にジャンプ可能なボタンを配置し、任意の領域にワンクリックで遷移ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	1	1	14		データベース情報と情報を共有し医師・コメディカルが入力した情報を反映しアナムネ登録画面から登録された情報についても連携し二重入力の必要が無いこと。	○
1	3	2				看護診断	
1	3	2	1			看護診断機能	
1	3	2	1	1		当センターでは情報収集から仮診断し、看護診断へと導く過程をとっている。アナムネ入力後、仮看護診断から診断の確定、看護計画へと連携して入力できること。	○
1	3	2	1	2		情報収集した情報を登録しながら、看護問題の候補となりうる問題を仮診断として登録できること。	○
1	3	2	1	3		仮看護診断名（診断ラベル）は一覧表示し、仮診断名を容易に選択できること。	○
1	3	2	1	4		一覧表示されている診断ラベルで仮診断として選択した看護問題を絞り込んで表示できること。	○
1	3	2	1	5		表示している今回入院時の情報（アナムネ）の分類にあわせて、診断ラベルの絞り込み表示が行えること。	○
1	3	2	1	6		仮診断として選択した看護問題から更に本診断とする診断ラベルを選択することで、看護診断を記載ができること。また、その際にナンバリングの順番を変更できること。	○
1	3	2	1	7		病院指定の看護分類（例えば、看護診断/共同問題/標準看護計画）にあわせて一覧による看護問題の検索ができること。できるだけ、目的の看護問題がすばやく検索できるように一覧表示は階層構造とすること。また、問題点検索に関しては、階層からの検索の他にキーワード検索、アナムネに基づいた検索ができること。	○
1	3	2	1	8		選択された看護問題に対し、関連因子などを表示し、選択することによって看護計画が立案できること。	○
1	3	2	1	9		診断指標、関連因子、患者目標は一覧からの選択ができること。また、個別性を持たせるためにフリー入力にも対応していること。	○
1	3	2	1	10		患者の看護診断は診断名、診断指標、患者目標、関連因子が一覧で表示されること。その際、ナンバリングした順番で表示されること。	○
1	3	2	1	11		再入院の場合、# 1～表示される設定ができること	
1	3	3				看護計画	
1	3	3	1			看護計画機能	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	3	1	1		看護問題に対する看護計画はTP.OP.EPの分類で計画立案できること。また、分類は一覧表示され、マスタで管理されること。	○
1	3	3	1	2		個別性を持たせるために、マスタ選択だけでなく看護計画のフリー入力ができること。	○
1	3	3	1	3		一覧表示された患者の看護問題一覧から診断名を選択することで、看護計画の内容が表示され、計画内容の参照・追加・評価ができること。また、入力後の修正ができること。	○
1	3	3	1	4		看護計画の入力後の修正は、操作性向上のために電子カルテシステムから行うこととし、修正履歴を残すこと。	○
1	3	3	1	5		看護計画を立案する際に、診断本のイメージで看護問題毎のガイダンス表示ができること。	○
1	3	3	1	6		看護計画は、「看護問題一覧」や「計画リスト」など選択した範囲で帳票を作成し、印刷できること。	○
1	3	3	1	7		標準看護計画マスタを採用した際は、看護問題に対する関連因子、患者目標、看護計画を構成要素とし、効率よく看護計画が立案できる機能を提案すること。また、個々の構成要素（関連因子、患者目標、看護計画）の内容は自由に追加できること。	○
1	3	3	1	8		立案された看護計画で日々の看護ケアとして実践していく項目は看護指示としてオーダ発行できること。	○
1	3	3	1	9		問題点リスト（患者氏名、立案者、看護問題名、立案月日、評価日時、評価内容）が画面上で参照、印刷できること。	○
1	3	3	1	10		看護問題やひとつひとつの看護計画の項目に対する評価、評価日、評価者、次回評価日の設定、修正ができること。	○
1	3	3	1	11		看護問題を「解決」と評価した場合、看護問題一覧のナンバリングに変更なく、最下段に表示されること。	○
1	3	3	1	12		看護問題の評価の際に、評価記録の記載ができること。	○
1	3	3	1	13		看護問題の一括で立案、継続、解決、中止ができること。	
1	3	4				看護指示	
1	3	4	1			看護指示機能	
1	3	4	1	1		看護計画毎に関連する看護指示項目を一覧表示し、計画立案のタイミングで日々の詳細な看護ケア指示をオーダ発行できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	4	1	2		看護計画ごとに看護ケア指示をオーダ発行した場合、そのケア指示は看護問題と関連付けあるものと識別できること。また、看護ケア指示を中止する際には関連した看護問題の有無を通知できること。	○
1	3	4	1	3		看護計画と紐付いていない場合でも、患者に対してケア指示を発行できること。	○
1	3	4	1	4		看護ケア指示をカレンダー形式で表示し、いつからいつまでケアが指示されているか把握できること。また、カレンダー上で修正、削除ができること。この際に修正履歴を残すこと。	○
1	3	4	1	5		看護ケア指示の入力後の修正は、操作性向上のために電子カルテシステムから行うこととし、修正履歴を残すこと。	○
1	3	4	1	6		看護ケア指示に対して、毎日、1日毎、曜日の指定、ケアの回数や時間の指定など詳細な指定ができること。	○
1	3	4	1	7		看護ケア指示は、開始日、終了日など期間指定ができること。	○
1	3	4	1	8		利用者ごとに看護ケア指示のセット登録ができること。	○
1	3	4	1	9		前回退院時に看護指示が指示止めされていない場合、その指示を強調表示できること。	○
1	3	4	1	10		発行した看護ケア指示は自動的に取り込まれ、ワークシートとして画面への表示、紙での出力ができること。	○
1	3	4	1	11		看護指示マスタ上で削除状態の設定をできること。また、削除状態の看護指示は、指示追加画面に非表示とすること。	○
1	3	4	1	12		看護指示マスタと経過表観察マスタの連携を行い看護指示を実施入力時に観察記録画面を起動し登録できること。	
1	3	5				経過記録／看護記録	
1	3	5	1			経過記録／看護記録機能	
1	3	5	1	1		看護記録は、SOAP形式、フォーカス形式、経時記録の形式に対応し、記載できること。	○
1	3	5	1	2		看護問題に対して看護記録の記載を行う場合、患者への看護計画により、登録されている問題点一覧からの問題選択ができること。	○
1	3	5	1	3		フォーカス形式で看護記録を記載する場合、フォーカス項目をマスタ（大分類・中分類・小分類）により選択できること。	
1	3	5	1	4		過去の看護記録からコピー＆ペーストができること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	5	1	5		シエーマ（スケッチ図）を使用しての看護記録が記載できること。	○
1	3	5	1	6		看護記録を作成／更新をした際には、システムを使用するときに入力された利用者IDの利用者氏名が自動的に表示されること。	○
1	3	5	1	7		記載の日時に関しては、記載開始の時間が自動的に記載されること。ただし、業務上、実際のケアした時間と記録した時間が異なる場合があるため、日時を変更できること。また、その際には、ケアした時間と、記録した時間の両方を記録できること。	○
1	3	5	1	8		過去のフォーカス、SOAP記録をキーワードなどで検索、絞り込み機能を有すること。また、検索は、看護問題（S・O・A・P）、フォーカス（D・Act・R）、経時記録の検索や作成者の検索、記録の中からフリーキーワードで検索できること。	○
1	3	5	1	9		電子カルテから看護記録を修正・削除できること。また、その際は即時に、看護記録に反映できること。	○
1	3	5	1	10		看護記録を修正・削除した場合、いつ・だれが修正したのか電子カルテで履歴管理ができること。	○
1	3	5	1	11		コピー＆ペースト機能による、サマリへの貼り付けができること。	○
1	3	5	1	12		看護問題の優先度順に取り込むことができること。	○
1	3	5	1	13		看護記録作成時の看護計画を参照しながらSOAP（診療計画）の記入ができること。	○
1	3	5	1	14		看護記録から看護計画を起動する際に、看護計画を更新可能な状態で同時起動できること。	○
1	3	6				手術看護記録	
1	3	6	1			手術看護記録機能	
1	3	6	1	1		手術申込／受付／実施一覧から、直接入力画面が開けること。	○
1	3	6	1	2		術前看護記録の入力・看護問題の洗い出しができること。	○
1	3	6	1	3		設定により、術前の看護記録と、術中の看護記録を別々の記録として記載できること。	○
1	3	6	1	4		確認事項・送り送りの記入・チェックができること。	○
1	3	6	1	5		ガーゼカウント、器材などのカウントチェックができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	6	1	6		シエーマ機能が利用できること。	○
1	3	6	1	7		局所麻酔用経過表を保有し手術看護記録画面から起動する事によりバイタルサイン・観察記録等の登録ができること。	○
1	3	6	1	8		手術看護記録画面から看護計画画面を起動し手術時の看護問題・計画の登録ができること。また病棟看護計画画面と連動しており一元管理及び手術看護問題の絞り込みができること。	○
1	3	6	1	9		手術看護記録画面から看護記録機能を起動し手術時の看護記録の登録ができること。また病棟とFOCUS&SOAP連動しており一元管理及び手術時の経時記録の絞り込みができること。	○
1	3	6	1	10		手術看護記録画面から患者データベース情報の参照画面を起動し手術時に必要な患者基本情報を参照しながら手術看護記録の入力ができること。患者データベース情報は以下の通りとする。 ・身体的情報 身長・体重・血液型 ・アレルギー 薬剤・食物・その他アレルギー ・感染症 ・既往歴	○
1	3	7				経過表	
1	3	7	1			経過表機能	
1	3	7	1	1		成人（一般・重症）、新生児（一般・未熟児）、検査の経過表をサポートできること。	○
1	3	7	1	2		各経過表は帳票出力ができること。	○
1	3	7	1	3		食事情報(食種)、入院日、移動情報、手術情報など他職種や他部門で入力された情報を自動で経過表に取り込めること。 また、取得した入院日や手術実施日当日からの経過日数を自動計算し、表示できること。	○
1	3	7	1	4		経過表の一日を表示する時間設定を自由にできること。（例：0時～23時59分→6時～5時59分など）	○
1	3	7	1	5		経過表の表示時間はレンジ変更機能を有しており、時間軸をクリックすることで1日単位、3時間単位、1時間単位で時間レンジが変更できること。	○
1	3	7	1	6		重症用の経過表については時間軸をクリックすることにより、1時間単位、15分単位、3時間単位で時間レンジが変更できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	3	7	1	7	血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。またバイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示されること。	○
1	3	7	1	8	バイタルレンジは複数の画像を保有し患者毎に切り替えて参照できること。	○
1	3	7	1	9	バイタル表示エリアに付箋をはりつけるイメージでコメント入力できること。	○
1	3	7	1	10	PDAなどで入力したバイタルデータを自動でリアルタイムにグラフ表示できること。	○
1	3	7	1	11	バイタルデータをリアルタイムに入力できない場合に、測定時間の遡り入力できること。	○
1	3	7	1	12	輸液／排液等のIntake／Output項目の自動集計、バランス計算が自動で行え、表示ができること。	○
1	3	7	1	13	点滴指示を実施入力した際の開始時間と終了時間をグラフィカルにできること。	○
1	3	7	1	14	患者の疾患・状態に合わせて、観察項目は患者毎に設定できること。	○
1	3	7	1	15	観察項目の設定を効率よく行えるようにマスタ選択できること。	○
1	3	7	1	16	観察項目の設定を効率よく行えるように症例毎や診療科でセット化することができ、患者の観察項目として経過表の縦軸に展開できること。	○
1	3	7	1	17	縦軸に展開した観察項目の並びかえを任意で行えること。	○
1	3	7	1	18	測定結果・観察結果情報の入力には、専用の入力画面からマウスやキーボード操作で簡単に結果入力が行えること。	○
1	3	7	1	19	パターンの限られた測定結果や観察結果に対しては、マスタ選択でき、入力作業を軽減すること。	○
1	3	7	1	20	結果入力は、ガイドを参照しながら入力できること。	○
1	3	7	1	21	観察結果を入力した詳細な情報（数量、回数、時間、コメントなど）は右クリックで表示すること。	○
1	3	7	1	22	注射や処置、検査部門での実施情報の自動取り込みができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	7	1	23		複数の受持ち患者の経過表を続けて参照、入力できること。	○
1	3	7	1	24		過去の入力情報は履歴として確認できること。	○
1	3	7	1	25		経過表に記載される情報は多いため、利用者ごとに表示レイアウトを複数保存できること。	○
1	3	7	1	26		経過表に記載される情報は多いため、観察項目や実施情報の項目を折りたたむようなイメージで表示できること。	○
1	3	7	1	27		経過表の食事欄に食種名をすべて表示できること。	○
1	3	7	1	28		煩雑な操作を避けるため、経過表から日々の経過記録（看護記録）を呼び出し入力することができること。また、過去の経過記録を参照できること。	○
1	3	7	1	29		経過表に電子カルテの薬歴情報、検査結果情報を取り込み、経過表から確認できること。	○
1	3	7	1	30		複数患者のバイタル情報一括入力できること。	○
1	3	7	1	31		経過表の種類毎に標準フォーマットを用意し、患者の状態にあわせて自由にフォーマットを選択できること。測定項目、観察項目についても同様に自由に選択できること。	○
1	3	7	1	32		患者基本情報はカルテの患者属性から、食事情報は食事の依頼オーダーから、移動情報は移動オーダーからそれぞれ自動表示できること。	○
1	3	7	1	33		経過表の表示画面で入力したい項目を選択することにより専用の入力画面を表示し、マウス/キーボードからの簡単な結果入力・修正・削除ができること。	○
1	3	7	1	34		血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。また、バイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示される。	○
1	3	7	1	35		輸液／排液等のIN／OUT項目の自動集計、バランス計算が自動で行え、表示ができること。	○
1	3	7	1	36		表示期間に実施予定の医師指示情報と看護指示情報を時系列形式で一覧表示できること。また、注射の施行、処置の施行、処方与薬、看護指示などに対し、看護師作業終了を表す実施入力ができること。	○
1	3	7	1	37		記録が長文になる場合、最大1000文字まで入力できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	3	7	1	38	観察項目の設定を効率よく行えるように症例毎や診療科でセット化でき、患者の観察項目として経過表の縦軸に展開できること。 なお、セット内容については展開時不要項目に関して展開対象外のチェックができること。	○
1	3	7	1	39	経過表を印刷できること。その場合、表示中の経過表画面イメージで印刷できること。	○
1	3	7	1	40	経過表の縦軸に登録されているタイトルについて、表示させる有効期間を設定できること。	○
1	3	7	1	41	注射実施時に入力された情報をその時の手技に応じて、経過表のIN情報として自動的に連携して表示できること。	○
1	3	7	1	42	現在カーソルが当たっている行が分かるように、選択行を強調表示できること。	○
1	3	7	1	43	同一セルに複数の入力データが存在する場合には、区切り記号（/等）が入力できること。	○
1	3	7	1	44	経過表から、すでに保存されているシェーマを表示できること。	○
1	3	7	1	45	検査システム等、他システムと連携できること。	○
1	3	7	1	46	検査システムより返ってきた検査結果の分野名称を時系列に自動表示できること。	○
1	3	7	1	47	詳細な項目を選択することにより経過表のタイトル・結果データとして貼り付けを行い、貼り付け後、検査結果データを自動的に経過表上に表示できること。	○
1	3	7	1	48	経過表画面から文書を起動することができ、編集、保存できること。	○
1	3	7	1	49	経過表画面から看護指示や看護処置を入力する画面が呼び出せ、入力ができること。	○
1	3	7	1	50	起点日を設定し、その開始日からの経過日数を自動的に計算できること。	○
1	3	7	1	51	マスタ登録されている観察項目、測定項目の内容を検索できること。	○
1	3	7	1	52	経過表から直接医師記録、看護記録が入力、参照できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	7	1	53		有効期間を設定した経過表タイトルが有効期間外となったときに、自動で非表示とするかを設定できること。	○
1	3	7	1	54		経過表から直接シェーマ入力ができること。	○
1	3	7	1	55		患者に関する各種測定結果・観察結果・オーダ情報（依頼・実施含む）・カルテ情報を一覧表示できること。	○
1	3	7	1	56		複数患者の経過表を連続で表示／登録する際に、指示受け・看護計画・患者掲示板ツール・看護ワークシートの同時起動ができること。	○
1	3	7	1	57		経過表上で入力された身長・体重は患者データベースと連携し更新ができること。また、新生児・未熟児等のg入力の際は自動計算を行い連携できること。	○
1	3	7	1	58		実施の際に測定した血糖値や、施行したインスリン単位は自動的に経過表と連動して記録されること。	○
1	3	7	1	59		経過表上にパス適用情報と、アウトカム評価情報を表示できること。 また、経過表から直接アウトカム評価が行えること。	○
1	3	7	1	60		バイタルは専用の小画面で選択した情報をテキスト情報としてコピーでき、カルテエディタに貼り付けができること。	
1	3	8				看護サマリ	
1	3	8	1			看護サマリ機能	
1	3	8	1	1		サマリに関して病院独自のレイアウトに自由に変更できること。また、画面作成ツールの提供により、病院独自の画面を自由に作成できること。	○
1	3	8	1	2		病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込みができること。	○
1	3	8	1	3		患者プロファイルで入力した項目（例：既往歴など）を自動取り込みができること。	○
1	3	8	1	4		看護サマリに日々の経過記録からコピー＆ペーストの機能で記録の貼り付けができること。	○
1	3	8	1	5		電子カルテで医師が入力した情報を元に、退院処方・入院時病名の自動取り込みができること。	○
1	3	8	1	6		看護サマリ入力時に既往歴の取り込みができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	8	1	7		看護サマリにシェーマや画像(写真)の取り込みができること。	○
1	3	8	1	8		システム上で師長等による承認ができること。	○
1	3	8	1	9		一度確定保存した看護サマリを修正した場合、その履歴がカルテに残ること。また、修正した履歴はいつ・だれが修正したかの情報を持ち、すべてカルテに残ること。	○
1	3	8	1	10		入力した看護サマリの印刷ができること。	○
1	3	8	1	11		サマリを文書種別（看護サマリ、転棟サマリ）に応じて一覧表示できること。	○
1	3	9				看護実施	
1	3	9	1			看護実施機能	
1	3	9	1	1		経過表、処置注射一覧、診療カレンダーからオーダの詳細内容の確認、実施入力ができること。具体的には下記機能を有すること。 ・実施状態、緊急度による伝票表示色、背景色の色別表示機能 ・オーダの詳細内容確認および実施入力と実施時メモ登録機能 ・処方与薬、検査採血、看護指示などに対し、看護師作業終了を表す実施入力機能 ・注射・処置オーダに関し、医事会計と連動した実施入力機能 ・実施入力を経過表に転送する経過表連携機能 ・抗がん剤注射実施確認および滴下順チェック機能 ・指示受け、確認機能	
1	3	9	1	2		1日に複数回実施可能な頓用的な注射オーダの実施ができること。	○
1	3	9	1	3		精密持続注射でボトル交換の実施ができること。	
1	3	9	1	4		実施中の点滴注射に対して中断／中止～再開ができること。	
1	3	10				指示受け／指示確認	
1	3	10	1			指示受け／指示確認機能	
1	3	10	1	1		医師からの指示に対して指示受け、指示確認できること。	○
1	3	10	1	2		指示受けや指示の確認をした場合、受け者や確認者のサイン、日時が自動で記載されること。	○
1	3	10	1	3		業務の効率化を考慮し、医師からの指示を一括で指示受け、指示確認することができること。その際の指示受け者、確認者、日時は自動で記載されること。	○
1	3	10	1	4		受持ちやチーム単位で複数患者の医師からの指示を指示受け、1患者ずつ指示確認ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	10	1	5		指示受けや指示確認するオーダは、緊急度や指示の変更が識別できるように表示色や背景色などで他のオーダと区別できること。	○
1	3	10	1	6		指示受けや指示確認の機能は、指示の詳細まで印刷できること。	○
1	3	10	1	7		指示受け画面から、経過表、指示歴、スケジュール、パス画面に遷移できること。	
1	3	10	1	8		処方指示で一伝票内に複数Rp存在する場合はそのRpごとに指示受けができること。	○
1	3	10	1	9		入院の注射指示、処置指示画面から指示受けができること。	○
1	3	10	1	10		操作中に、選択した患者に対してオーダの発行・修正・削除などで伝票に対しての更新が行なわれた場合は、画面上で伝票が更新されたことを通知できること。	
1	3	10	1	11		オーダ修正により版数が上がっているものは、変更前／後のオーダ内容を1画面で確認できること。	○
1	3	10	1	12		指示発行済のオーダに対して指示終了日が入力された場合、指示止めの表示が行えること。さらに指示変更の場合は、「指示止め」+「変更後指示」で表現し連続してできること。	○
1	3	10	1	13		指示受け後、医師による指示削除が行われた場合は、詳細内容欄に削除日時・削除者の表示ができること。	○
1	3	10	1	14		指示受け画面起動中に他端末にて指示が発行された場合画面上部に新しい指示が発行されたメッセージが表示され最新表示を行う事により画面を閉じること無く最新指示の指示受けができること。	○
1	3	10	1	15		患者プロフィールにその他アレルギーが登録されている場合、指示受け画面内にその他アレルギー情報が表示されること。	○
1	3	10	1	16		服用中止指示、服用中断、服用変更画面で表示される残数が指示受け画面でも表示されること。	
1	3	10	1	17		上記の残数については伝票詳細にも印字されること。	○
1	3	11				ミキシング認証	
1	3	11	1			ミキシング認証機能	
1	3	11	1	1		ミキシング時に注射バーコードを読み込むことにより、オーダ変更の有無についてチェックができること。	○
1	3	11	1	2		チェック画面では、対象患者氏名、血液型、Rpの詳細が表示され、ミキシング時にオーダの詳細内容が確認できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	11	1	3		認証に成功したオーダに対してミキシング実施入力ができること。	○
1	3	11	1	4		ミキシング業務は連続処理ができること。	○
1	3	12				実施入力	
1	3	12	1			実施入力機能	
1	3	12	1	1		医師からの指示や看護ケア指示のすべての患者に対する指示は、横軸を時間、縦軸を患者ごとのカレンダー形式で表示できること。	○
1	3	12	1	2		患者毎のスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時系列で表示できること。	○
1	3	12	1	3		時間指定のないオーダはまとめて表示され、時間指定のあるオーダは横軸の時間に合わせて表示されること。	○
1	3	12	1	4		患者毎のスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時系列表示だけでなく、各種業務別（処方・注射・検査など）に表示できること。	○
1	3	12	1	5		患者毎のスケジュールは検索設定により、業務（注射、処方、処置、検査等）や実施状態で絞り込んで表示できること。	○
1	3	12	1	6		患者のスケジュール（医師からの指示や看護ケア指示のすべての患者に対する指示）は「未実施」、「確認済」、「実施済」、「外来での指示」、「緊急度の高い指示」が識別できるように色で区別し表示できること。	○
1	3	12	1	7		指示受けや指示確認をした場合、実施入力をした場合に「確認済」や「実施済」の色は自動で変更されること。	○
1	3	12	1	8		注射オーダの実施は開始時間と終了時間の「2回実施入力」の運用に対応できること。また、終了時間を入力する際に I N 量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。	○
1	3	12	1	9		ワンショットのような注射オーダの実施は「1 回の実施入力」に対応すること。その際、実施入力のタイミングで I N 量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。	○
1	3	12	1	10		水分量や尿量測定の観察指示を実施入力した際に、I N 量や O U T 量を入力することができること。転記や 2 重入力がないよう、それらの情報が経過表にリアルタイムで自動転記されること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	3	12	1	11	患者のスケジュールから実施入力した情報は、電子カルテや経過表に実施記録として自動転記されること。	○
1	3	12	1	12	与薬、採血、看護指示などに対し、看護師の医療行為を実施したことを表す実施入力ができること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。	○
1	3	12	1	13	実施入力時に現在の実施日時や予定の実施日時が自動展開されること。	○
1	3	12	1	14	実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間を変更できること。その際、実施時間と記載時間の両方を管理できること。	○
1	3	12	1	15	注射・処置オーダの実施入力は、医事会計と連動し、実施入力によって会計送信できること。注射に関しては「1回実施」の運用は即時に会計送信でき、「2回実施」の運用の場合は開始1回目の実施で会計送信されること。	○
1	3	12	1	16	処置オーダの実施入力は、薬剤や使用器材の変更、追加、数量などの変更を実施入力時にできること。	○
1	3	12	1	17	受け持ちやチーム単位で複数患者の実施入力を一画面でまとめてできること。	○
1	3	12	1	18	継続指示（発熱や疼痛時の指示など）の内容を確認できること。また、実施入力ができること。	○
1	3	12	1	19	各勤務帯の受持ち看護師への連絡などに使用することを想定して、オーダごとに実施時のコメント入力や当該日付で伝えたいコメントの入力、患者に対してのコメントの登録ができること。	○
1	3	12	1	20	実施画面にレジメン作成時に指定した滴下順を表示できること。	○
1	3	12	1	21	何らかの理由で指示を実施しない場合には、「未実施確認」の実施入力を行えること。	○
1	3	12	1	22	患者リストバンドを使用し、患者の認証ができること。	○
1	3	12	1	23	注射のバーコードより、対象患者に有効なオーダかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	12	1	24		血液製剤のバーコードより、対象患者に有効なオーダかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。	○
1	3	12	1	25		注射や輸血の実施入力「開始」と「終了」の2回の実施入力に対応できること。	○
1	3	12	1	26		注射や血液製剤オーダと患者の認証に成功した場合、そのオーダの指示詳細が画面に表示されること。	○
1	3	12	1	27		バーコードによる注射や輸血の認証をした場合、看護師の実施入力ができること。	○
1	3	12	1	28		注射オーダの認証は、看護師の実施入力とコスト送信が連動していること。	○
1	3	12	1	29		注射オーダの認証をし、実施入力した際に、経過表と連携し、実施記録を経過表に自動的に転記すること。	○
1	3	12	1	30		輸血オーダ認証時に自動で輸血部門との連携ができること。	○
1	3	12	1	31		輸血オーダ開始実施時にフィルター項目が選択でき、輸血部門へ連携できること。	○
1	3	12	1	32		輸血オーダ終了実施時に副作用有無が選択でき、輸血部門へ連携できること。	○
1	3	12	1	33		副作用入力画面にて副作用項目を入力することにより経過表への連携ができること。	○
1	3	12	1	34		患者情報の読み込みはリストバンドだけでなく、カードリーダーからも読み込みが行えるインタフェースを用意できること。	○
1	3	12	1	35		特定生物由来製剤管理対象オーダを実施する場合に、ロット番号をバーコード、キーボードから入力できること。また、入力されたロット番号は実施内容とともに確認できること。	○
1	3	12	1	36		服用中止指示、服用中断、服用変更画面で表示される残数が処方実施入力画面にも表示されること。	○
1	3	13				処方実施	
1	3	13	1			処方実施機能	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	13	1	1		処方指示を病棟単位で一覧にした実施入力可能な機能を有すること。但し安全面を考慮して、処方指示がある患者をリスト化して、実施入力の際には患者単位で画面切り替えを要するユーザインターフェースとする。	○
1	3	13	1	2		病棟マップ若しくは病棟一覧から受け持ち患者単位で利用するシーンに対応していること。	○
1	3	13	1	3		勤務帯、用法、麻薬で一覧の絞りこみができること。	○
1	3	14				状態一括登録	
1	3	14	1			状態一括登録機能	
1	3	14	1	1		重症区分、看護度、救護区分、転倒・転落、移動手段、面会区分、家族付添、感染経路などの管理項目を病棟の全患者を一覧表示した画面から患者単位で参照、入力できること。	○
1	3	14	1	2		上記の管理項目は勤務帯毎に入力、集計できること。また、印刷できること。	○
1	3	14	1	3		入力補助機能として、重症区分や看護度、救護区分の判断基準をガイダンス表示できること。	○
1	3	14	1	4		各管理項目を入力している際に、該当病棟内での管理項目の合計数（看護度A1が3、C1が3など）が即時に確認できること。	○
1	3	14	1	5		入力方法としてマスタからの選択以外にフリー入力ができること。	
1	3	14	1	6		入力された看護度は管理日誌に自動で取り込まれること。	○
1	3	14	1	7		病棟マップより、任意の複数の患者を選択して起動させることができること。	○
1	3	14	1	8		前回入院時の看護状態が未変更のまま継続表示されている場合、文字色を変更して表示し、情報更新を注意喚起できること。	○
1	3	14	1	9		退院実施を行った時に、退院日時の患者の状態を止めるメッセージを表示し、止め操作が行えること。	○
1	3	15				ワークシート	
1	3	15	1			ワークシート機能	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	15	1	1		<p>医師オーダや看護ケア指示、看護管理項目など電子カルテやオーダ情報をワークシートに自動的に取込み、画面表示および印刷できること。また、標準機能として以下のワークシートを提供すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事一覧 ・食事一覧（朝） ・食事一覧（昼） ・食事一覧（夕） ・検査一覧 ・清潔・測定一覧 ・処方指示一覧 ・処置指示一覧 ・注射準備一覧 ・グループワークシート ・看護問題リスト ・血糖測定一覧 ・フリーシート（10名） ・フリーシート（25名） ・フリーシート（50名） ・個人看護ワークシート ・看護指示フローシート 	○
1	3	15	1	2		患者単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。	○
1	3	15	1	3		受け持ち単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。	○
1	3	15	1	4		チーム単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。	○
1	3	15	1	5		病棟単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。	○
1	3	15	1	6		受け持ち単位、チーム単位、病棟単位で複数患者のワークシートを画面表示した際に、ページをめくるイメージで表示切替ができること。	○
1	3	15	1	7		各種ワークシートを印刷した際には、印刷した日時が印字されること。	○
1	3	15	1	8		個人看護ワークシートには、患者の重症度、看護度、救護区分、看護ケアオーダ、移動オーダ、医師からの検査、処方、注射指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。	○
1	3	15	1	9		看護指示フローシートには、1週間分の患者への看護ケア指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	15	1	10		汎用的なワークシートを独自に複数種類作成できること。	○
1	3	15	1	11		帳票のレイアウト変更ができること。	○
1	3	15	1	12		服用中止指示、服用中断、服用変更画面で表示される残数が個人看護ワークシートに印字されること。	
1	3	15	1	13		服用中止指示、服用中断、服用変更画面で表示される残数がグループワークシートに印字されること。	
1	3	15	1	14		服用中止指示、服用中断、服用変更画面で表示される残数が患者詳細スケジュールに印字されること。	
1	3	16				業務分担	
1	3	16	1			業務分担機能	
1	3	16	1	1		病棟師長が、看護師勤務管理システムに登録された対象日の勤務者に患者の業務を割り振りを行えること。具体的には下記機能を有する。	○
1	3	16	1	2		・勤務割システムとの連動により、翌日の看護師情報を自動で取り込む機能	○
1	3	16	1	3		・勤務帯毎に担当患者若しくは担当部屋を割振る機能	○
1	3	16	1	4		・対象日に担当看護師（プライマリナース）が勤務していれば、受持ちの自動割付を行う機能	○
1	3	16	1	5		・勤務者及び受持ち患者の一覧表印刷機能	○
1	3	16	1	6		・勤務予定外のリリーフ者の追加機能	○
1	3	16	1	7		・患者状態情報の表示機能	
1	3	16	1	8		・看護師業務分担ツールを起動中、同病棟の看護師業務分担を他の利用者から変更されないようにすることができること	
1	3	17				管理日誌	
1	3	17	1			管理日誌機能	
1	3	17	1	1		各管理日誌は、転記作業を削減するため、電子カルテやオーダリング、看護勤務割システムで入力された情報を自動取込みし、容易に作成できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	17	1	2		管理日誌は下記のものを標準で提供すること。 ・病棟管理日誌 ・看護部管理日誌 ・外来管理日誌 ・救急患者管理日誌 ・手術室管理日誌 ・放射線部管理日誌 ・透析管理日誌 ・宿日直管理日誌 ・ラウンドメモ	
1	3	17	1	3		管理日誌は病院指定のフォーマットにも対応すること。	
1	3	17	1	4		申し送りに利用する日誌類は、最新の情報が必要な場合、任意のタイミングで情報の取込み、集計ができること。	○
1	3	17	1	5		病棟管理日誌は入院・退院患者情報のほか、重症者の一覧、看護度分類別集計、勤務者情報などの情報が網羅され、勤務交代時の引継ぎに利用できること。	○
1	3	17	1	6		病棟管理日誌は看護部へ作成状況を提示できること。	○
1	3	17	1	7		外来管理日誌は、新患、再来などの区分で患者数集計が自動でできること。	
1	3	17	1	8		手術管理日誌は手術件数の集計、患者毎の術式や手術開始時間や終了時間を一覧表示できること。	○
1	3	17	1	9		救急患者管理日誌は患者数、救急車来院、入院患者数等の集計ができること。	○
1	3	17	1	10		看護管理日誌では、各部署での作成状況の確認ができること。	○
1	3	17	1	11		看護部管理日誌には、入院患者数や診療科毎の患者数、担送・護送区分の数、手術数、分娩数など各病棟で入力された情報を自動集計できること。	○
1	3	17	1	12		各管理日誌に看護師の勤務状況を記載する場合、看護勤務割システムと連携すること。看護師の勤務帯毎の看護師数、年休数、看護師数の合計などが自動計算できること。	○
1	3	17	1	13		各管理日誌で特記事項をフリー入力できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	17	1	14		月報、年報などの帳票作成ができること。	
1	3	17	1	15		各管理日誌は印刷ができること。その場合、紙での帳票レイアウトを考慮すること。	○
1	3	17	1	16		各管理日誌には勤務者、師長、看護部長のサインが入力できること。	○
1	3	17	1	17		管理日誌メニューに画面を戻さなくても、病棟・日付の変更が行えること。	○
1	3	18				看護必要度	
1	3	18	1			看護必要度	
1	3	18	1	1		看護必要度の入力・表示ができること。	○
1	3	18	1	2		病棟毎の看護必要度が集計・表示できること。	○
1	3	18	1	3		集計した看護必要度のファイル出力できること。	○
1	3	18	1	4		患者属性は患者基本情報から、移動情報は移動オーダからそれぞれ自動的に反映されること。	○
1	3	18	1	5		患者個別に看護必要度及び各種評価表（回復期リハ除く）の判定に必要な項目を入力できること。患者切り替えは前患者、次患者で切り替えができること。	○
1	3	18	1	6		各項目の入力は日勤、準夜勤、夜勤の各勤務帯ごとで入力できること。	○
1	3	18	1	7		評価を行なったかの確認状態を日別勤務帯別に残せること。	
1	3	18	1	8		入力時に厚生労働省提供の項目別評価基準が表示できること。	○
1	3	18	1	9		各種評価表（回復期リハ除く）の算定基準到達人数と必要度レベル別の人数を表示できること。	○
1	3	18	1	10		患者個別入力画面で、A得点、B得点、C得点それぞれで合計した点数を表示できること。	○
1	3	18	1	11		患者個別入力画面から、経過表画面、指示歴画面などを表示させ、記録を確認しながら入力を行えること。	○
1	3	18	1	12		病棟別、勤務帯別に看護必要度の集計を行えること。項目は定床数、入院患者数、病床稼働率、患者分類（レベル1～5）、基準越患者数、評価票対象患者数、基準越対象患者数、未確認者数、勤務者数。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	3	18	1	13	病床稼働率統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要配置数統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要度レベル統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、AB点数統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要度統計表示（基準越え患者数割合集計/日別データ表示）の各統計を作成できること。	
1	3	18	1	14	各評価項目入力時には電子カルテデータからA、B、C項目の記録を参照できること。	○
1	3	18	1	15	患者レベル、対象評価表の推移を時系列に参照できること。	
1	3	18	1	16	評価項目登録時の未入力チェックが行えるとともに、患者レベル判定は全項目入力が行われていない場合は行なわないこと。	○
1	3	18	1	17	対象評価表を変更する場合は、前回データを継続するか／新たに登録するか の選択ができること。	○
1	3	18	1	18	各種オーダの実施情報と看護必要度項目を連携し、対象項目については自動的に判定できること。また、最終確認者のチェックを行うことによって、必要度として登録できること。	
1	3	19			処方切れリスト	
1	3	19	1		処方切れリスト機能	
1	3	19	1	1	いつ、誰の投薬指示が切れるのかを確認するために、病棟単位で処方切れリストが表示できること。	○
1	3	19	1	2	処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で表示できること。 これらのモードは利用者が切換えながら表示できること。	○
1	3	19	1	3	処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で印刷できること。	○
1	3	19	1	4	処方切れリストは、病棟単位でかつ主治医別に印刷ができること。 主治医別の場合は、主治医単位で改ページできること。	○
1	3	20			その他	
1	3	20	1		その他機能	
1	3	20	1	1	看護サマリ「看護問題・記録参照」から起動する看護問題一覧画面で、当センターにおける過去の看護計画マスタ再編（第1次標準看護計画時代/NOCNIC時代/第2次標準看護計画時代/第3次標準看護計画時代）を経たすべての時代にまたがった看護問題を検索可能とすること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	3	20	1	2	看護サマリ「看護問題・記録参照」から起動する看護問題一覧画面から選択中患者に登録中の看護問題とそれに紐づく看護計画を検索する際、現在有効な看護問題だけではなく、過去歴や過去のマスタ時代の看護問題も含めて検索可能とすること。	○
1	3	20	1	3	看護計画において、看護計画区分の名称について、「診断」もしくは「問題」と表示され得る箇所は、一律「問題」の文言に統一すること。	○
1	3	20	1	4	看護計画において、看護計画区分の名称について、「関連（危険）因子」または「指標・因子」と表示され得る箇所は、一律「立案理由」という文言に統一すること。	
1	3	20	1	5	看護計画において、看護計画区分の名称について、表示条件の文言を当センター指定の文言に切り替えること。	○
1	3	20	1	6	看護計画において、以下のとおり未使用計画区分の非表示対応を行う。 ・「診断指標」と表示され得る箇所は、非表示にすること。	○
1	3	20	1	7	看護計画において、以下のとおり未使用計画区分の非表示対応を行う。 ・「定義」および「決定根拠」と表示され得る箇所は、非表示にすること。	○
1	3	20	1	8	管理日誌について、新生児室ごとの患者数集計ができること。	
1	3	20	1	9	管理日誌について、救護区分（担送、護送、独歩）の合計＝患者数（現在）をチェックし、アラートを表示すること。	
1	3	20	1	10	管理日誌の集計条件の設定で特定の時間帯に入院していた患者数の集計が可能であること。	
1	3	20	1	11	管理日誌にて、雇用形態（常勤・パート・参与）別の集計が可能であること。	
1	3	20	1	12	マスタ設定により、出勤者且つ職種（看護師、看護助手、助産婦等）と資格（常勤、パート等）の組み合わせで集計できること。	○
1	3	20	1	13	ワークシート上に感染症有無フラグを設定でき、表示対象の感染症の場合はマークを表示できること。	○
1	3	20	1	14	術後日数の表示が可能であること。	○
1	3	20	1	15	透析管理日誌にて下記機能を有すること。 ・入院患者の救護区分別の集計ができること。 ・自由入力にて外来患者の救護区分別の人数を集計できること。	
1	3	20	1	16	下記を日誌に表示できること。 ・入院患者の救護区分別の集計ができること。 ・自由入力にて外来患者の救護区分別の人数を集計できること。	
1	3	20	1	17	管理日誌にて以下のルールに基づいて集計した患者情報が表示できること。 ・当直管理日誌：日誌毎の指定勤務帯に入院または退院した患者。	
1	3	20	1	18	管理日誌にて以下のルールに基づいて集計した患者情報が表示できること。 ・救急外来管理日誌：開始日前日の0時～日誌の指定勤務帯終了日時に救急受付された患者で、「来院方法」の末尾に“E”が付いていない患者。かつ日誌毎の指定勤務帯に入院した患者。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	3	20	1	19		細菌検査部門システム向けに経過表観察項目情報を出力する機能を有すること。	○
1	3	20	1	20		手術申込画面にてICU 術後搬送選択時、特定の院内文書を出力可能な機能を有すること。	
1	3	20	1	21		管理日誌にて状態一括、外泊患者の集計で新生児を省く機能を有すること。	○
1	3	20	1	22		病棟管理日誌について、明細集計にて特定の病棟、病室を除外する機能を有すること。	
1	3	20	1	23		当直管理日誌と救急外来管理日誌で行う入退院の患者集計で新生児部屋の患者を対象外とできること。	
1	3	20	1	24		管理日誌に関して、全病棟の管理日誌の一括集計機能を有すること。	