

2. 看護支援システム

2. 1 看護業務システム基本要件	
1.	看護業務
1.1	看護師業務分担
(1)	勤務割システムとの連動により、翌日の看護師勤務情報を自動取込ができること。
(2)	勤務帯毎に担当患者、若しくは担当部屋を割振りできること。
(3)	翌日以降の勤務者を勤務割システムから自動取込みし、勤務帯ごとに勤務者を担当患者、または、担当部屋を割振りできること。
(4)	勤務割システムから自動取込みした勤務者を病棟ごとのチームに割り振振りできること。
(5)	移動オーダから入力した患者チームが業務分担画面で参照できること。
(6)	受持ち（プライマリー）看護師が勤務している場合は、簡易な操作で割振りできること。
1.2	管理日誌
(1)	病棟別の患者数集計、特記事項記入、看護師集計等の病棟日誌作成ができること。
(2)	看護管理日誌、外来日誌、救命救急日誌、手術日誌、放射線日誌を表示、出力できること。
(3)	各部署での作成状況確認機能を有すること。
(4)	勤務割システムとの連携による看護師数集計ができること。
(5)	土日、祝日を問わず患者状況（入院患者数、退院患者数、入院患者総数等）を一括で電子カルテ上で管理できること。
(6)	各管理日誌は、転記作業を削減するため、他業務にて入力された情報を自動連携し、容易に管理日誌を作成できること。
(7)	申し送りに利用する日誌類は、利用者が最新の情報が必要時、任意のタイミングで集計できること。
(8)	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。
(9)	外来管理日誌は、受付患者情報と自動連携し新患、再来などの区分で患者数集計が行えること。
(10)	手術管理日誌は手術実施情報から件数集計、患者一覧集計できること。
(11)	救急患者一覧は救急患者の受付情報から患者数、救急車来院、入院患者数等の集計ができること。
(12)	各部署での管理事項をテキスト入力し管理できること。
(13)	管理日誌情報を使用して月報、年報などの帳票作成ができること。

	(14)	看護管理日誌内の項目を病棟別に集計し、日単位・月単位で集計・抽出し、統計資料として2次加工可能なExcelを出力することができること。
	(15)	イベント情報（褥瘡，化学療法，心カテ，手術等）を入力でき，集計出来ること。
	(16)	3F東と3F西の病棟管理日誌を統合して3F病棟管理日誌として集計出力が出来ること。
	(17)	施設日誌を集計、出力が出来ること。
	1.3	フォーカス及びSOAP
	(1)	マスタよりフォーカス項目の選択及びワープロ入力ができること。
	(2)	当該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機能を有すること。
	(3)	過去のフォーカス，SOAP記録の検索，絞込み機能を有すること。また，絞込みに関しては，看護問題（SOAP），フォーカス（D・Act・R），経時記録，フリーキーワード，作成者にて絞込みできること。
	(4)	コピー＆ペースト機能による，サマリへの記事貼り付けができること。
	(5)	経過記録については，看護問題区分，フォーカス区分，経時記録区分にて記載できること。
	(6)	フォーカス区分を選択した際には，マスタ項目（大分類・中分類・小分類）による選択ができること。
	(7)	過去の経過記録からコピー＆ペーストができること。
	(8)	シエーマを使用した経過記録が記載できること。
	(9)	作成／更新をした際には，自動的にシステムを使用するときに入力されたIDの利用者氏名が表示されること。
	(10)	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。
	(11)	記載の日時より実際に業務を行なった日時が過去の場合，遡って記録を登録できること。
	(12)	時間単位でのSOAP & フォーカス検索を行うことができること。
	1.4	経過表
	(1)	成人（一般・重症），新生児，未熟児，パルトグラムのフォーマットをサポートできること。
	(2)	血圧，体温，脈拍，呼吸数，酸素飽和度，心拍数といったバイタルデータをグラフ表示できること。
	(3)	輸液／排液等のIntake／Output項目の自動集計，バランス表示ができること。
	(4)	観察項目，測定項目の登録機能を有すること。項目の入力は簡便であるために，第一階層，第二階層，第三階層と分類されており，第一階層で選択された該当項目の第二階層が，第二階層で選択された該当項目の第三階層が自動的に表示されること。

(5)	表示時間のレンジ変更機能を有すること。
(6)	印刷機能（カラー対応）を有すること。
(7)	経過表から指示受け，指示確認，指示実施ができること。
(8)	経過表での表示をする際には1行1指示とし、指示継続の有無や指示変更があったことがわかる表示ができること。また、指示が継続している場合は、同一の指示内容を表示し続けるのではなく、記号（⇒）を用いて指示継続を表すなど、使用者に見やすいつくりになっていること。
(9)	指示受け，指示確認，指示実施した記録が残ること（いつ・だれが）。
(10)	実施した情報はリアルタイムにカルテに反映されること。
(11)	食事情報，入院日数，術後日数，妊娠週数，産褥日数は自動で表示すること。
(12)	経過表の項目を選択して表示できること。その場合，利用者毎に表示条件（複数）を保存できること。
(13)	疾患別に観察項目，測定項目をセット登録することができ，セットを選択することで縦軸にセットの中の項目が展開できること。
(14)	観察項目の並べ替えが自由に行えること。
(15)	現在適用中のパスの把握、確認ができること。
(16)	受持ち患者，チーム患者の経過表を一度に選択し，切替えにより参照・入力できること。
(17)	看護病棟イメージより指定した患者に対して，連続で経過表の入力ができること。
(18)	選択した複数の患者に対し一括でバイタル情報，食事摂取量，体重の入力ができること。
(19)	現在の入院カルテの熱型経過表が，電子カルテ表示画面から1クリックで展開できること。
(20)	1クリックで表示時間のレンジ変更ができること。
(21)	結果入力の詳細（数量，回数，時間など）をバルーン表示できること。
(22)	患者移動情報，手術実施情報，プロフィール情報から自動で移動情報入院日数，術後日数，妊娠週数／産褥日数を表示できること。
(23)	フォーカスおよびSOAPの画面を呼び出し，入力できること。
(24)	処方，注射，処置，看護ケアなど画面を呼び出し，実施入力ができ，その情報がオーダリング，医事会計と連動すること。
(25)	観察項目の結果入力ができ，入力した日時で時系列に表示できること。
(26)	経過表の食事欄に食種名/主食名を表示できること。
(27)	バイタル、SpO2が診療録にはりつけられること。

	(28)	バイタル表示エリアにコメントを付箋機能としてはりつけられること。
	(29)	過去の入力情報は履歴として確認できること。
	(30)	利用者ごとに表示レイアウトを保存できること。
	(31)	表示タイトルの圧縮機能を有すること。
	(32)	オーダリングシステム上の薬歴情報、検査結果情報を取り込み、画面上で経過を確認できること。
	(33)	経過表にて入力を行ったバイタル情報等をいつ・誰が入力を行ったのか参照できること。
	(34)	経過表入力による身長、体重を患者プロフィールと連携させ、入院患者のデータ管理を一元化できること。
	(35)	経過表から以下の機能を容易に起動できること。 看護計画、看護指示、ワークシート、掲示板等
	(36)	経過表の項目に重症心身障害児者特有の観察項目（療育活動、生活、短期etc）が作成・参照ができること。
	1.5	看護計画・指示
	(1)	階層構造のマスタによる問題検索ができること。
	(2)	看護問題ごとのガイダンス表示機能を有すること。
	(3)	病院指定の看護分類にあわせた階層構造の一覧による問題検索ができること。問題点検索に関しては、他にキーワード検索、ワープロ検索、看護プロフィールから検索できること。
	(4)	選択された看護問題に対し、因子を表示し、選択することによって看護計画が立案できること。
	(5)	診断指標、関連因子、患者目標は一覧からの選択また、フリー入力にも対応していること。
	(6)	看護計画を選択することで、看護計画の内容が表示され、表示された計画内容の選択・追加ができること。また、入力後の修正ができること。
	(7)	看護計画のフリー入力ができること。
	(8)	看護計画の一覧を看護計画画面で修正ができること。
	(9)	看護計画毎に日々の詳細な看護指示を指定できること。
	(10)	看護指示をカレンダー形式で表示できること。また、カレンダー上で修正、削除できること。
	(11)	看護指示に対して、回数・時間・時間毎の詳細な指定ができること。
	(12)	利用者ごとに看護指示のセット登録ができること。
	(13)	選択した看護診断・看護計画が問題点一覧で表示され、評価予定日が表示されること。
	(14)	問題点リストの項目から看護計画の画面にリンクすることができること。

	(15)	問題点一覧，計画リストの印刷ができること。
	(16)	看護問題，看護計画に対する評価，評価日の設定，修正ができること。
	(17)	クリニカル・パス機能に対応（看護指示）ができること。
	(18)	看護支援システム上で行われた看護指示がオーダリングシステムのクリニカル・パス機能とリアルタイムで連携できること。
	(19)	看護診断を作成しながら選択した診断に対する標準看護計画を参照，印刷できること。
	(20)	看護計画の項目に療育活動計画の指標、計画、評価が備わっていること。
	1.6	看護プロフィール
	(1)	プロフィールの分類はNANDAを使用し，それに沿った登録画面を持つこと。
	(2)	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・連絡先等）を自動で取り込むことができること。
	(3)	看護プロフィールで入力した情報は，再度入力することが無いように患者プロフィールと連動すること。
	(4)	履歴管理機能を有し，過去の看護プロフィール情報を参照することができること。また，更新理由を入力し，保存することができること。
	(5)	各アナムネ画面の要約欄を自動収集して一画面で表示することができること。
	(6)	プロフィールを入力する画面に関し，フリー欄で病院独自の項目を入力可能であること。
	(7)	再入院時，前回とは異なった目的で入院する場合など前回入院時の情報表示している内容を一括でクリアすることができること。またクリアボタン押下時にクリアする項目をマスタにて設定できること。
	1.7	指示受け機能
	(1)	病棟のチームリーダ向けの機能として，医師からの指示を一括で指示受け，一括で指示確認が出来ること。また，指示受け者，確認者については，一覧画面で確認できること。
	(2)	オーダ発行日，実施日を切り口とした検索ができること。
	(3)	指示受け，指示確認した情報は患者スケジュール画面で判別できること。
	(4)	未実施確認を行った伝票に対しても色分け表示をし，状況の把握ができること。
	(5)	指示確認後の指示変更を確実に看護師へ伝達するため，伝票名の先頭に【修】と印が付き、かつ表示色も変わることによって変更伝票が識別できること。
	(6)	一覧検索条件（未指示受け，各情報など）は利用者ごとに条件を自由に設定できること。
	(7)	修正されたオーダに対して，変更内容の経緯が確認できるように，歴画面表示ができること。

	(8)	指示簿オーダーに対して、指示止め・指示変更が行われた場合に、該当操作が行われたことが確認できること。（【止】【新】マークが表示が表示され、確認できること。）
1.8		状態一括登録
	(1)	看護度などの管理事項項目を病棟全患者の一覧で参照・入力ができること。
	(2)	勤務帯毎の状態管理と日誌への集計数の反映ができること。
	(3)	入力補助機能としてガイダンス機能を有していること。
	(4)	各状態項目に対し、該当病棟内での集計が入力時確認できること。
	(5)	入力方法として項目から選択する方法以外にワープロ入力でのフリー入力ができること。
	(6)	退院する患者に対して、退院日以降の状態項目を一括でとめることができること。
1.9		患者スケジュール
	(1)	横軸を時間、縦軸を指示伝票種別毎のカレンダー形式で、医師指示情報と看護指示情報を表示できること。日勤・準夜・深夜ごとの時系列、各種業務別のいずれでも医師指示情報と看護指示情報を表示できること。
	(2)	全ての医師指示情報と看護実施状態の色別表示ができること。色については、未実施、確認済、実施済、外来伝票その他に分類できること。
	(3)	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を有すること。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。
	(4)	注射・処置オーダーに関し、医事会計と連動した実施入力機能を有すること。
	(5)	複数の担当患者の一括処理機能を有すること。担当患者の選択に関しては、業務分担表にて分担された患者をワンクリックで展開できること。
	(6)	時間指定のないオーダーは非時系列にまとめられ、時間指定のあるオーダーは縦軸の時間に合わせて表示できること。
	(7)	注射オーダーで開始時間と終了時間の2回実施入力ができること。また、終了時間を入力する際にIN量が自動的に入力されること。
	(8)	注射や水分量などのIN量と尿量などのOUT量を入力でき、その情報が経過表にリアルタイムで反映できること。
	(9)	患者スケジュールで入力した情報は、実施記録として反映できること。
	(10)	自動展開される実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間と記載時間の両方を管理できること。
	(11)	注射・処置オーダーに関し、医事会計と連動した実施入力ができること。

	(12)	処置オーダーに関しては、薬剤、器材の数量など実施時の修正起動が可能であり、実施情報は医事会計へ連動できること。
	(13)	指示簿の内容を確認できること。
	(14)	伝票ごとの実施時メモ、日ごとの日別メモ、患者ごとの患者メモの登録ができること。
	(15)	医師からの指示の変更があった場合、緊急の指示（3時間以内に出された指示）、それ以外の指示変更は画面の色が変わり表示されること。
	1.10	看護サマリ
	(1)	病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込み機能を有すること。
	(2)	フォーカス及びSOAP記録からの貼り付け機能を有すること。またSOAP & フォーカスにて入力を行っている「# / F」、「区分」、「記事」に対して、サマリへ取り込みを行った際に先頭に表示させる文字列を設定できること。
	(3)	患者基本情報は医事システムで登録した内容が自動で反映できること。
	(4)	オーダーリングシステムの患者移動情報と連動し、退院サマリなどの記入状態が確認でき、また師長等による承認機能を有していること。
	(5)	助産記録において、分娩所要時間や1 h 後、2 h 後の時間が、分娩開始～胎盤娩出の各時間をもとに自動展開が行えること。
	(6)	助産記録において、アプガースコアの入力値に従って点数の自動採点が行えること。
	(7)	入院中の問題点と看護実践・終了継続の有無の入力欄のレイアウト調整を行うこと。
	(8)	既往歴の入力欄のレイアウト調整を行うこと。
	1.11	病棟マップ
	(1)	日付日時シミュレーション機能を有すること。
	(2)	担当患者を複数選択しての各種業務起動（経過表、患者スケジュール、ワークシートなど）を有すること。
	(3)	診療科が短期科で入院している患者は病棟マップの病室背景色が黄色、また患者名の頭に“短期”と表示することが可能なこと。
	1.12	ワークシート
	(1)	個人単位、受持ちグループ単位、病棟一括等でオーダーリングシステムや看護支援システムの情報を参照し、ワークシートの画面表示、出力ができること。
	(2)	処方一覧、検査一覧、処置一覧などのワークシート出力ができること。
	(3)	病棟一括、指定患者等の一括印刷ができること。

	(4)	オーダリングシステムの患者基本情報、移動情報、注射情報、処方情報等と連動し、ワークシートを表示、印刷できること。
	(5)	業務系のワークシートとして、食事一覧、検体検査一覧、清潔・測定一覧、処方一覧、注射一覧、看護問題リスト、フリーシート、定期処方切れリストを必要時画面表示、印刷できること。
1.13		看護必要度
	(1)	看護必要度の入力・表示および集計データの出力ができる機能を有すること。
	(2)	各アセスメント項目に対して必要な情報を収集し、判定の支援が行なえること。
1.14		バーコード患者認証システム（注射）
	(1)	医療事故防止のために、ベッドネームによるバーコード認証ができること。
	(2)	注射薬剤と患者のバーコード認証ができること。
1.15		バーコード患者認証システム（検体検査）
	(1)	医療事故防止のために、患者リストバンドによるバーコード認証ができること。
	(2)	検体検査（スピッツラベル）と患者のバーコード認証ができること。 例：血液 1本、血清 1本の場合 2本とも認証が出来る。
	(3)	履歴管理が可能なこと。
1.16		短期入所連絡票
	(1)	短期入所の患者に対して電子カルテで入力した「食事摂取量」「観察項目（尿回数、便回数、入浴、発作、睡眠）」、「フリー入力（記事）」、「バイタル情報」「処置実施情報」「看護実施情報」「酸素情報」などを患者家族に渡すための専用Excelシートに自動出力を行うことができること。
	(2)	出力したい条件を入院日、退院日で期間指定もしくは患者指定ができること。
	(3)	期間指定・患者指定することで、対象患者の過去出力した履歴管理がされていること。