

| 項目 | ケア プロセス | デー タ数 | 平均 | 標準 偏差 | 評点分布 | | | | | | | 基準 1該当 | 基準 2該当 | 選定結果 | |
|---------|------------|----------|------|----------|------|------|------|-----|----|--------------|--------|-----------|-----------|----------------|---------------------|
| | | | | | 5点 | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 | 2点以下 (割合) | | | | 更新 病院 向け | 未受 審病 院 向け |
| V5.2.1 | | 1,460 | 3.40 | 0.50 | 0 | 588 | 863 | 8 | 0 | 8 | 0.55% | | | | ○ |
| V5.2.2 | | 1,460 | 3.20 | 0.44 | 2 | 313 | 1119 | 25 | 0 | 25 | 1.71% | ○ | | | ○ |
| V5.10.1 | ○ | 4,844 | 3.45 | 0.51 | 1 | 2204 | 2612 | 27 | 0 | 27 | 0.56% | | | ○ | ○ |
| V5.10.2 | ○ | 4,844 | 3.38 | 0.52 | 4 | 1888 | 2873 | 79 | 0 | 79 | 1.63% | ○ | | | ○ |
| V5.10.3 | ○ | 4,844 | 3.77 | 0.42 | 0 | 3767 | 1063 | 14 | 0 | 14 | 0.29% | | | ○ | ○ |
| V5.10.4 | ○ | 4,844 | 3.33 | 0.62 | 0 | 2005 | 2434 | 405 | 0 | 405 | 8.36% | ○ | ○ | | |
| V5.10.5 | ○ | 4,844 | 3.25 | 0.46 | 7 | 1254 | 3531 | 52 | 0 | 52 | 1.07% | ○ | | ○ | ○ |
| V5.11.1 | ○ | 4,844 | 3.22 | 0.44 | 7 | 1094 | 3684 | 59 | 0 | 59 | 1.22% | ○ | | ○ | ○ |
| V5.11.2 | ○ | 4,844 | 3.19 | 0.45 | 0 | 1064 | 3659 | 121 | 0 | 121 | 2.50% | ○ | | ○ | ○ |
| V5.13.1 | ○ | 4,844 | 3.28 | 0.52 | 0 | 1544 | 3124 | 176 | 0 | 176 | 3.63% | ○ | | | |
| V5.14.1 | ○ | 3,172 | 3.67 | 0.48 | 0 | 2158 | 992 | 22 | 0 | 22 | 0.69% | | | | ○ |
| V5.17.1 | ○ | 4,496 | 3.37 | 0.65 | 8 | 2053 | 2025 | 410 | 0 | 410 | 9.12% | ○ | ○ | | |
| V5.19.1 | ○ | 4,820 | 3.65 | 0.51 | 2 | 3192 | 1557 | 69 | 0 | 69 | 1.43% | ○ | | | ○ |
| V5.20.1 | ○ | 4,844 | 3.47 | 0.51 | 1 | 2285 | 2530 | 28 | 0 | 28 | 0.58% | | | ○ | ○ |
| V5.20.2 | ○ | 3,434 | 3.36 | 0.49 | 3 | 1238 | 2171 | 22 | 0 | 22 | 0.64% | | | ○ | ○ |
| V6.1.1 | | 1,460 | 3.59 | 0.52 | 0 | 879 | 558 | 21 | 0 | 21 | 1.44% | ○ | | | ○ |
| V6.1.2 | | 1,460 | 2.96 | 0.39 | 0 | 85 | 1231 | 142 | 0 | 142 | 9.73% | ○ | ○ | ● | |
| V6.1.3 | | 1,459 | 2.93 | 0.51 | 1 | 141 | 1076 | 240 | 0 | 240 | 16.45% | ○ | ○ | ○ | |
| V6.1.4 | | 1,460 | 3.18 | 0.59 | 0 | 407 | 904 | 147 | 0 | 147 | 10.07% | ○ | ○ | ○ | |
| V6.1.5 | | 1,460 | 3.57 | 0.51 | 0 | 849 | 596 | 13 | 0 | 13 | 0.89% | | | | ○ |
| V6.2.1 | | 1,459 | 3.56 | 0.51 | 1 | 825 | 622 | 9 | 0 | 9 | 0.62% | | | | ○ |
| V6.2.2 | | 1,460 | 3.53 | 0.56 | 0 | 815 | 600 | 43 | 0 | 43 | 2.95% | ○ | | | |
| V6.2.3 | | 1,440 | 3.67 | 0.49 | 0 | 968 | 460 | 10 | 0 | 10 | 0.69% | | | | |
| V6.2.4 | | 1,460 | 3.28 | 0.49 | 2 | 428 | 1002 | 26 | 0 | 26 | 1.78% | ○ | | | |
| V6.2.5 | | 1,460 | 3.42 | 0.51 | 0 | 633 | 810 | 15 | 0 | 15 | 1.03% | ○ | | | ○ |
| V6.2.6 | | 1,459 | 3.50 | 0.52 | 0 | 745 | 695 | 17 | 0 | 17 | 1.17% | ○ | | | ○ |
| V6.3.1 | | 1,460 | 3.57 | 0.56 | 1 | 870 | 538 | 49 | 0 | 49 | 3.36% | ○ | | | ○ |
| V6.3.2 | | 1,460 | 3.35 | 0.54 | 6 | 539 | 874 | 40 | 0 | 40 | 2.74% | ○ | | | ○ |
| V6.3.3 | | 1,459 | 3.33 | 0.57 | 2 | 555 | 825 | 75 | 0 | 75 | 5.14% | ○ | ○ | ○ | |

| 項目 | ケア プロセス | デー タ数 | 平均 | 標準 偏差 | 評点分布 | | | | | | | 基準 1 該当 | 基準 2 該当 | 選定結果 | |
|--------|------------|----------|------|----------|------|-----|-----|-----|----|--------------|--------|------------|------------|----------------|---------------------|
| | | | | | 5点 | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 | 2点以下 (割合) | | | | 更新 病院 向け | 未受 審病 院向 け |
| V6.3.4 | | 1,460 | 3.62 | 0.53 | 3 | 931 | 498 | 27 | 0 | 27 | 1.85% | ○ | | | ○ |
| V6.3.5 | | 1,460 | 3.08 | 0.74 | 3 | 454 | 659 | 342 | 1 | 343 | 23.49% | ○ | ○ | ○ | |

注) 基準1 : 99%以上の病院でクリアされている項目 (評点2以下の割合が1%未満の項目) を除外したもの。

基準2 : 95%以上の病院でクリアされている項目 (評点2以下の割合が5%未満の項目) を除外したもの。

選定結果の○は選定された項目、●は内容に変更を加えた上で選定された項目を示す。

6.2 全項目の評点分布及び基準1, 2への該当（一般病院）

| 項目 | ケアプロセス | データ数 | 平均 | 標準偏差 | 評点分布 | | | | | | | 基準1該当 | 基準2該当 |
|--------|--------|------|-------|-------|------|-----|-----|-----|----|--------------|--------|-------|-------|
| | | | | | 5点 | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 | 2点以下 (割合) | | | |
| V1.1.1 | | 833 | 3.487 | 0.512 | 3 | 402 | 426 | 2 | 0 | 2 | 0.24% | | |
| V1.1.2 | | 833 | 3.540 | 0.508 | 1 | 451 | 378 | 3 | 0 | 3 | 0.36% | | |
| V1.4.1 | | 833 | 3.167 | 0.424 | 1 | 153 | 663 | 16 | 0 | 16 | 1.92% | ○ | |
| V1.4.2 | | 833 | 3.418 | 0.515 | 0 | 357 | 467 | 9 | 0 | 9 | 1.08% | ○ | |
| V1.4.3 | | 833 | 3.589 | 0.502 | 2 | 489 | 340 | 2 | 0 | 2 | 0.24% | | |
| V1.6.1 | | 833 | 3.110 | 0.751 | 0 | 286 | 353 | 194 | 0 | 194 | 23.29% | ○ | ○ |
| V1.9.1 | | 833 | 3.580 | 0.518 | 2 | 487 | 336 | 8 | 0 | 8 | 0.96% | | |
| V1.9.2 | | 832 | 3.558 | 0.530 | 1 | 475 | 343 | 13 | 0 | 13 | 1.56% | ○ | |
| V1.9.3 | | 539 | 3.662 | 0.504 | 2 | 359 | 172 | 6 | 0 | 6 | 1.11% | ○ | |
| V1.9.4 | | 833 | 3.658 | 0.487 | 1 | 550 | 278 | 4 | 0 | 4 | 0.48% | | |
| V2.1.1 | | 833 | 3.257 | 0.494 | 0 | 236 | 575 | 22 | 0 | 22 | 2.64% | ○ | |
| V2.1.2 | | 833 | 3.449 | 0.512 | 0 | 380 | 447 | 6 | 0 | 6 | 0.72% | | |
| V2.2.1 | | 833 | 3.262 | 0.494 | 1 | 236 | 576 | 20 | 0 | 20 | 2.40% | ○ | |
| V2.2.2 | | 833 | 3.263 | 0.459 | 1 | 223 | 603 | 6 | 0 | 6 | 0.72% | | |
| V2.2.3 | | 833 | 3.397 | 0.511 | 1 | 337 | 487 | 8 | 0 | 8 | 0.96% | | |
| V2.3.1 | | 833 | 3.371 | 0.522 | 3 | 316 | 501 | 13 | 0 | 13 | 1.56% | ○ | |
| V2.3.2 | | 833 | 3.610 | 0.495 | 0 | 511 | 319 | 3 | 0 | 3 | 0.36% | | |
| V2.3.3 | | 833 | 3.205 | 0.475 | 0 | 197 | 610 | 26 | 0 | 26 | 3.12% | ○ | |
| V2.4.1 | | 833 | 3.174 | 0.543 | 0 | 208 | 562 | 63 | 0 | 63 | 7.56% | ○ | ○ |
| V2.6.1 | | 833 | 3.606 | 0.508 | 0 | 513 | 312 | 8 | 0 | 8 | 0.96% | | |
| V2.7.1 | | 833 | 3.573 | 0.626 | 0 | 538 | 234 | 61 | 0 | 61 | 7.32% | ○ | ○ |
| V2.7.2 | | 833 | 3.175 | 0.568 | 0 | 220 | 539 | 74 | 0 | 74 | 8.88% | ○ | ○ |
| V2.7.3 | | 833 | 3.569 | 0.524 | 1 | 483 | 338 | 11 | 0 | 11 | 1.32% | ○ | |
| V2.7.4 | | 833 | 3.511 | 0.521 | 1 | 432 | 392 | 8 | 0 | 8 | 0.96% | | |
| V3.3.1 | | 833 | 3.351 | 0.516 | 0 | 308 | 509 | 16 | 0 | 16 | 1.92% | ○ | |
| V3.3.2 | | 833 | 3.582 | 0.501 | 0 | 488 | 342 | 3 | 0 | 3 | 0.36% | | |
| V3.3.3 | | 833 | 3.577 | 0.509 | 0 | 487 | 340 | 6 | 0 | 6 | 0.72% | | |
| V3.5.1 | | 832 | 3.238 | 0.538 | 0 | 243 | 544 | 45 | 0 | 45 | 5.41% | ○ | |
| V3.5.2 | | 833 | 3.450 | 0.526 | 1 | 384 | 437 | 11 | 0 | 11 | 1.32% | ○ | |
| V3.7.1 | | 833 | 3.504 | 0.542 | 14 | 396 | 419 | 4 | 0 | 4 | 0.48% | | |
| V3.7.2 | | 833 | 3.462 | 0.525 | 5 | 381 | 441 | 6 | 0 | 6 | 0.72% | | |
| V3.7.3 | | 833 | 3.329 | 0.502 | 3 | 278 | 542 | 10 | 0 | 10 | 1.20% | ○ | |
| V3.7.4 | | 833 | 3.556 | 0.518 | 7 | 451 | 373 | 2 | 0 | 2 | 0.24% | | |
| V3.7.5 | | 833 | 3.325 | 0.551 | 3 | 297 | 501 | 32 | 0 | 32 | 3.84% | ○ | |
| V3.7.6 | | 833 | 3.245 | 0.498 | 0 | 230 | 577 | 26 | 0 | 26 | 3.12% | ○ | |
| V4.1.1 | | 833 | 3.061 | 0.485 | 0 | 125 | 634 | 74 | 0 | 74 | 8.88% | ○ | ○ |
| V4.1.2 | | 833 | 3.367 | 0.495 | 0 | 311 | 517 | 5 | 0 | 5 | 0.60% | | |
| V4.1.3 | | 833 | 3.122 | 0.446 | 0 | 140 | 655 | 38 | 0 | 38 | 4.56% | ○ | |
| V4.3.1 | | 833 | 3.199 | 0.607 | 3 | 244 | 502 | 84 | 0 | 84 | 10.08% | ○ | ○ |
| V4.3.2 | | 833 | 3.211 | 0.743 | 2 | 330 | 343 | 158 | 0 | 158 | 18.97% | ○ | ○ |

| 項目 | ケアプロセス | データ数 | 平均 | 標準偏差 | 評点分布 | | | | | | | 基準1該当 | 基準2該当 |
|---------|--------|------|-------|-------|------|------|------|-----|----|--------------|--------|-------|-------|
| | | | | | 5点 | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 | 2点以下 (割合) | | | |
| V4.3.3 | | 833 | 3.094 | 0.553 | 4 | 158 | 583 | 88 | 0 | 88 | 10.56% | ○ | ○ |
| V4.5.1 | | 828 | 3.565 | 0.538 | 1 | 483 | 327 | 17 | 0 | 17 | 2.05% | ○ | |
| V4.5.2 | | 833 | 3.523 | 0.544 | 2 | 449 | 365 | 17 | 0 | 17 | 2.04% | ○ | |
| V4.6.1 | | 561 | 3.460 | 0.736 | 9 | 313 | 166 | 73 | 0 | 73 | 13.01% | ○ | ○ |
| V4.6.2 | | 819 | 3.486 | 0.626 | 10 | 426 | 335 | 48 | 0 | 48 | 5.86% | ○ | ○ |
| V4.8.1 | | 833 | 3.442 | 0.552 | 0 | 392 | 417 | 24 | 0 | 24 | 2.88% | ○ | |
| V4.8.2 | | 833 | 3.567 | 0.644 | 0 | 542 | 221 | 70 | 0 | 70 | 8.40% | ○ | ○ |
| V4.8.3 | | 833 | 3.145 | 0.552 | 1 | 193 | 565 | 74 | 0 | 74 | 8.88% | ○ | ○ |
| V4.8.4 | | 833 | 3.435 | 0.562 | 0 | 391 | 413 | 29 | 0 | 29 | 3.48% | ○ | |
| V4.8.5 | | 833 | 3.532 | 0.516 | 1 | 447 | 379 | 6 | 0 | 6 | 0.72% | | |
| V4.9.1 | | 822 | 3.538 | 0.709 | 7 | 525 | 193 | 97 | 0 | 97 | 11.80% | ○ | ○ |
| V4.9.2 | | 823 | 3.680 | 0.492 | 5 | 555 | 258 | 5 | 0 | 5 | 0.61% | | |
| V4.10.1 | | 815 | 3.509 | 0.652 | 2 | 480 | 264 | 69 | 0 | 69 | 8.47% | ○ | ○ |
| V4.10.2 | | 814 | 3.526 | 0.549 | 5 | 434 | 359 | 16 | 0 | 16 | 1.97% | ○ | |
| V4.10.3 | | 814 | 3.704 | 0.470 | 1 | 575 | 234 | 4 | 0 | 4 | 0.49% | | |
| V4.10.4 | | 567 | 3.616 | 0.525 | 4 | 348 | 208 | 7 | 0 | 7 | 1.23% | ○ | |
| V4.11.1 | | 391 | 3.632 | 0.529 | 2 | 250 | 132 | 7 | 0 | 7 | 1.79% | ○ | |
| V4.11.2 | | 390 | 3.605 | 0.520 | 2 | 236 | 148 | 4 | 0 | 4 | 1.03% | ○ | |
| V4.12.1 | | 800 | 3.730 | 0.482 | 9 | 571 | 215 | 5 | 0 | 5 | 0.63% | | |
| V4.12.2 | | 799 | 3.342 | 0.641 | 6 | 329 | 396 | 68 | 0 | 68 | 8.51% | ○ | ○ |
| V4.12.3 | | 801 | 3.403 | 0.532 | 7 | 319 | 465 | 10 | 0 | 10 | 1.25% | ○ | |
| V4.14.1 | | 777 | 3.378 | 0.582 | 8 | 310 | 427 | 32 | 0 | 32 | 4.12% | ○ | |
| V4.14.2 | | 774 | 3.535 | 0.572 | 4 | 432 | 312 | 26 | 0 | 26 | 3.36% | ○ | |
| V4.20.1 | ○ | 3264 | 3.790 | 0.414 | 1 | 2586 | 669 | 8 | 0 | 8 | 0.25% | | |
| V4.20.2 | ○ | 3264 | 3.675 | 0.474 | 3 | 2203 | 1053 | 5 | 0 | 5 | 0.15% | | |
| V4.20.3 | ○ | 3264 | 3.497 | 0.638 | 3 | 1869 | 1139 | 253 | 0 | 253 | 7.75% | ○ | ○ |
| V4.20.4 | ○ | 3264 | 3.158 | 0.589 | 6 | 846 | 2070 | 342 | 0 | 342 | 10.48% | ○ | ○ |
| V4.21.1 | ○ | 3263 | 3.389 | 0.510 | 2 | 1299 | 1927 | 35 | 0 | 35 | 1.07% | ○ | |
| V4.21.2 | ○ | 3263 | 3.565 | 0.518 | 0 | 1881 | 1346 | 36 | 0 | 36 | 1.10% | ○ | |
| V4.21.3 | ○ | 3261 | 3.454 | 0.523 | 1 | 1519 | 1700 | 41 | 0 | 41 | 1.26% | ○ | |
| V4.23.1 | ○ | 3264 | 3.417 | 0.561 | 0 | 1479 | 1668 | 117 | 0 | 117 | 3.58% | ○ | |
| V4.23.2 | ○ | 3263 | 3.021 | 0.551 | 0 | 530 | 2270 | 463 | 0 | 463 | 14.19% | | |
| V4.23.3 | ○ | 3264 | 3.316 | 0.542 | 0 | 1160 | 1977 | 127 | 0 | 127 | 3.89% | ○ | ○ |
| V4.24.1 | ○ | 2752 | 3.612 | 0.532 | 2 | 1741 | 949 | 60 | 0 | 60 | 2.18% | ○ | ○ |
| V4.24.2 | ○ | 2662 | 3.705 | 0.490 | 5 | 1903 | 717 | 37 | 0 | 37 | 1.39% | ○ | ○ |
| V4.28.1 | ○ | 3213 | 3.409 | 0.652 | 0 | 1608 | 1310 | 295 | 0 | 295 | 9.18% | ○ | |
| V4.29.1 | ○ | 3262 | 3.487 | 0.522 | 8 | 1603 | 1622 | 29 | 0 | 29 | 0.89% | ○ | |
| V4.31.1 | ○ | 3264 | 3.380 | 0.549 | 5 | 1332 | 1824 | 103 | 0 | 103 | 3.16% | ○ | |
| V4.31.2 | ○ | 2806 | 3.158 | 0.461 | 8 | 530 | 2164 | 104 | 0 | 104 | 3.71% | ○ | |
| V5.1.1 | | 833 | 3.822 | 0.382 | 0 | 685 | 148 | 0 | 0 | 0 | 0.00% | | |
| V5.1.2 | | 833 | 3.561 | 0.527 | 5 | 465 | 355 | 8 | 0 | 8 | 0.96% | | |
| V5.1.3 | | 833 | 3.432 | 0.529 | 1 | 371 | 448 | 13 | 0 | 13 | 1.56% | ○ | |

| 項目 | ケアプロセス | データ数 | 平均 | 標準偏差 | 評点分布 | | | | | | | 基準1該当 | 基準2該当 |
|---------|--------|------|-------|-------|------|------|------|-----|----|--------------|--------|-------|-------|
| | | | | | 5点 | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 | 2点以下 (割合) | | | |
| V5.1.4 | | 833 | 3.635 | 0.508 | 1 | 537 | 285 | 10 | 0 | 10 | 1.20% | ○ | |
| V5.2.1 | | 833 | 3.429 | 0.502 | 0 | 360 | 470 | 3 | 0 | 3 | 0.36% | | |
| V5.2.2 | | 833 | 3.182 | 0.425 | 2 | 159 | 661 | 11 | 0 | 11 | 1.32% | ○ | |
| V5.10.1 | ○ | 3264 | 3.526 | 0.509 | 1 | 1730 | 1518 | 15 | 0 | 15 | 0.46% | ○ | |
| V5.10.2 | ○ | 3264 | 3.459 | 0.522 | 4 | 1525 | 1700 | 35 | 0 | 35 | 1.07% | ○ | ○ |
| V5.10.3 | ○ | 3264 | 3.831 | 0.379 | 0 | 2718 | 541 | 5 | 0 | 5 | 0.15% | ○ | |
| V5.10.4 | ○ | 3264 | 3.418 | 0.602 | 0 | 1559 | 1510 | 195 | 0 | 195 | 5.97% | | |
| V5.10.5 | ○ | 3264 | 3.277 | 0.469 | 7 | 916 | 2316 | 25 | 0 | 25 | 0.77% | | |
| V5.11.1 | ○ | 3264 | 3.253 | 0.452 | 7 | 829 | 2410 | 18 | 0 | 18 | 0.55% | ○ | |
| V5.11.2 | ○ | 3264 | 3.216 | 0.438 | 0 | 742 | 2486 | 36 | 0 | 36 | 1.10% | ○ | ○ |
| V5.13.1 | ○ | 3264 | 3.357 | 0.519 | 0 | 1229 | 1970 | 65 | 0 | 65 | 1.99% | | |
| V5.14.1 | ○ | 2684 | 3.682 | 0.478 | 0 | 1846 | 822 | 16 | 0 | 16 | 0.60% | ○ | |
| V5.17.1 | ○ | 3222 | 3.388 | 0.637 | 2 | 1514 | 1438 | 268 | 0 | 268 | 8.32% | | |
| V5.19.1 | ○ | 3249 | 3.674 | 0.484 | 2 | 2207 | 1018 | 22 | 0 | 22 | 0.68% | ○ | ○ |
| V5.20.1 | ○ | 3264 | 3.477 | 0.504 | 1 | 1562 | 1695 | 6 | 0 | 6 | 0.18% | ○ | |
| V5.20.2 | ○ | 2808 | 3.397 | 0.494 | 3 | 1112 | 1690 | 3 | 0 | 3 | 0.11% | ○ | |
| V6.1.1 | | 833 | 3.599 | 0.517 | 0 | 510 | 312 | 11 | 0 | 11 | 1.32% | ○ | |
| V6.1.2 | | 833 | 2.968 | 0.370 | 0 | 44 | 718 | 71 | 0 | 71 | 8.52% | ○ | ○ |
| V6.1.3 | | 832 | 2.942 | 0.516 | 1 | 85 | 611 | 135 | 0 | 135 | 16.23% | ○ | ○ |
| V6.1.4 | | 833 | 3.145 | 0.571 | 0 | 205 | 544 | 84 | 0 | 84 | 10.08% | ○ | ○ |
| V6.1.5 | | 833 | 3.550 | 0.519 | 0 | 467 | 357 | 9 | 0 | 9 | 1.08% | ○ | |
| V6.2.1 | | 832 | 3.635 | 0.492 | 1 | 529 | 299 | 3 | 0 | 3 | 0.36% | | |
| V6.2.2 | | 833 | 3.610 | 0.524 | 0 | 523 | 295 | 15 | 0 | 15 | 1.80% | ○ | |
| V6.2.3 | | 819 | 3.735 | 0.450 | 0 | 605 | 211 | 3 | 0 | 3 | 0.37% | | |
| V6.2.4 | | 833 | 3.279 | 0.472 | 2 | 235 | 589 | 7 | 0 | 7 | 0.84% | | |
| V6.2.5 | | 833 | 3.457 | 0.501 | 0 | 382 | 450 | 1 | 0 | 1 | 0.12% | | |
| V6.2.6 | | 833 | 3.420 | 0.506 | 0 | 355 | 473 | 5 | 0 | 5 | 0.60% | | |
| V6.3.1 | | 833 | 3.611 | 0.533 | 1 | 525 | 289 | 18 | 0 | 18 | 2.16% | ○ | |
| V6.3.2 | | 833 | 3.352 | 0.550 | 6 | 306 | 496 | 25 | 0 | 25 | 3.00% | ○ | |
| V6.3.3 | | 833 | 3.349 | 0.552 | 2 | 317 | 484 | 30 | 0 | 30 | 3.60% | ○ | |
| V6.3.4 | | 833 | 3.665 | 0.504 | 3 | 558 | 262 | 10 | 0 | 10 | 1.20% | ○ | |
| V6.3.5 | | 833 | 3.122 | 0.740 | 3 | 275 | 377 | 177 | 1 | 178 | 21.37% | ○ | ○ |

注) 基準1: 99%以上の病院でクリアされている項目(評点2以下の割合が1%未満の項目)を除外したもの。
基準2: 95%以上の病院でクリアされている項目(評点2以下の割合が5%未満の項目)を除外したもの。

Ver5重点項目(案)

A=対象項目(62項目)

B=選択項目(1~6領域:31項目、7領域:16項目、8領域:10項目)

C=対象外

| 大No | 大項目 | 中No | 中項目 | 区分 | (参考) Ver4対応項目 | | |
|------|------------------------|--------|-----------------------------------|----|---------------|-------|-------|
| 1.1 | 病院の理念と基本方針 | 1.1.1 | 理念および基本方針が確立されている | A | 1.1.1 | | |
| | | 1.1.2 | 理念および基本方針が病院の内外へ周知・徹底されている | B | 1.1.2 | | |
| 1.2 | 病院の役割と将来計画 | 1.2.1 | 地域における病院の役割・機能が明確になっている | C | 7.5.1 | 7.5.2 | 7.5.3 |
| | | 1.2.2 | 将来計画が策定されている | C | | | |
| 1.3 | 病院管理者・幹部のリーダーシップ | 1.3.1 | 病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している | C | | | |
| 1.4 | 病院組織の運営 | 1.4.1 | 病院は組織規程に基づいて運営されている | B | 1.4.1 | | |
| | | 1.4.2 | 組織運営が計画的になされている | A | 1.4.2 | | |
| | | 1.4.3 | 組織内の情報伝達が円滑に行われている | B | 1.4.3 | | |
| 1.5 | 情報管理機能の整備と活用 | 1.5.1 | 情報管理機能が整備されている | C | | | |
| | | 1.5.2 | 病院の運営に必要な情報が収集され活用されている | C | | | |
| 1.6 | 関係法令の遵守 | 1.6.1 | 関係する法令が遵守されている | A | 1.6.1 | | |
| 1.7 | 職員の教育・研修 | 1.7.1 | 全職員を対象とした院内の教育・研修が実施されている | C | | | |
| | | 1.7.2 | 院外の教育・研修の機会が活用されている | C | | | |
| 1.8 | 医療サービスの改善活動 | 1.8.1 | 医療サービスの改善活動が適切に行われている | C | | | |
| 1.9 | 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力 | 1.9.1 | 地域の保健・医療・福祉施設などとの適切な連携を促進する仕組みがある | A | 1.9.1 | | |
| | | 1.9.2 | 紹介患者の受け入れが適切に行われている | B | 1.9.2 | | |
| | | 1.9.3 | 地域の医療機関に対して施設や医療機器が開放されている | C | 1.9.3 | | |
| | | 1.9.4 | 患者の他施設への紹介・転院が適切に行われている | A | 1.9.4 | | |
| 1.10 | 地域に開かれた病院 | 1.10.1 | 地域活動に積極的に取り組んでいる | C | | | |
| | | 1.10.2 | 適切な広報活動が行われている | C | | | |
| 2.1 | 患者の権利と医療者の倫理 | 2.1.1 | 患者の権利に関する方針が明確である | A | 2.1.1 | | |
| | | 2.1.2 | 職業倫理に関する方針が明確である | A | | | |
| | | 2.1.3 | 臨床における倫理に関する方針が明確である | A | | | |
| | | 2.1.4 | 治験に関する倫理が明確である | C | | | |
| | | 2.1.5 | 臨床研究に関する倫理が明確である | C | | | |
| 2.2 | 患者-医療者のパートナーシップ | 2.2.1 | 患者-医療者のパートナーシップを強化する体制がある | B | 2.1.2 | | |
| 2.3 | 説明と同意 | 2.3.1 | 説明と同意を行う体制が確立している | A | 2.2.1 | 2.2.2 | |
| | | 2.3.2 | 患者の請求に基づく診療記録などの開示に対応している | A | 2.2.3 | | |
| 2.4 | 患者の安全確保 | 2.4.1 | 安全確保のための組織体制が確立している | A | 2.3.1 | 2.3.2 | |
| | | 2.4.2 | 安全確保のための活動が行われている | A | 2.3.3 | 2.4.1 | |
| 2.5 | 医療事故への対応 | 2.5.1 | 医療事故発生時の対応体制が確立している | A | 2.6.1 | | |
| 2.6 | 病院感染管理 | 2.6.1 | 病院感染管理のための体制が確立している | A | 2.7.1 | | |
| | | 2.6.2 | 病院感染に対応し組織的に活動している | A | 2.7.2 | 2.7.3 | |
| | | 2.6.3 | 職員に対して病院感染管理についての教育活動が行われている | B | 2.7.4 | | |
| | | 2.6.4 | 職員への感染予防策が実施されている | B | | | |
| 3.1 | 接遇と案内 | 3.1.1 | 接遇、応対に配慮されている | A | | | |
| | | 3.1.2 | 担当者名や責任者名が紹介されている | A | | | |
| | | 3.1.3 | 病院の案内・掲示が適切である | C | | | |
| | | 3.1.4 | 外来待ち時間に配慮されている | C | | | |
| 3.2 | 相談機能 | 3.2.1 | 患者・家族の相談窓口が設置されている | C | | | |
| | | 3.2.2 | 患者・家族の相談に応じている | C | | | |
| 3.3 | 患者・家族の意見の尊重 | 3.3.1 | 患者・家族の声に耳を傾ける努力がなされている | B | 3.3.1 | | |
| | | 3.3.2 | 希望や意見、苦情に基づく対応が適切に行われている | A | 3.3.2 | 3.3.3 | |
| 3.4 | 利便性とバリアフリー | 3.4.1 | 患者や面会者の利便性に配慮されている | C | | | |
| | | 3.4.2 | 入院患者の利便性に配慮されている | C | | | |
| | | 3.4.3 | 院内のバリアフリーが確保されている | C | | | |
| 3.5 | プライバシー確保への配慮 | 3.5.1 | 外来患者のプライバシーが確保されている | A | 3.5.1 | | |
| | | 3.5.2 | 入院患者のプライバシーが確保されている | A | 3.5.2 | | |
| 3.6 | 療養環境の整備 | 3.6.1 | 療養環境の整備体制が確立している | C | | | |
| | | 3.6.2 | 院内の清潔管理が適切に行われている | C | | | |
| | | 3.6.3 | 患者が使用する設備・備品が整備されている | C | | | |
| | | 3.6.4 | 禁煙に取り組んでいる | A | | | |
| 3.7 | 快適な療養環境 | 3.7.1 | やすらぎへの配慮がなされている | C | 3.7.1 | | |
| | | 3.7.2 | 病室内の快適性が保たれている | C | 3.7.2 | | |
| | | 3.7.3 | 食事の快適性に配慮されている | A | 3.7.3 | | |
| | | 3.7.4 | ベッド・マットに配慮されている | C | 3.7.4 | | |
| | | 3.7.5 | トイレについての施設的な配慮がなされている | A | 3.7.5 | | |

| | | | | | | | |
|------|----------------------|--------|-----------------------------------|---|--------|--------|-------|
| 4.1 | 診療部門 | 3.7.6 | 浴室についての施設的な配慮がなされている | A | 3.7.6 | | |
| | | 4.1.1 | 診療上の基本方針や目標が明確である | B | | | |
| | | 4.1.2 | 診療部門の体制が確立している | A | 4.1.1 | | |
| | | 4.1.3 | 必要な医師が確保され、運営されている | A | 4.1.2 | | |
| | | 4.1.4 | 必要な連携機能が確保されている | B | | | |
| | | 4.1.5 | 診療および業務上の指針・手順が確立している | C | | | |
| | | 4.1.6 | 診療部門に必要な教育・研修が実施されている | C | | | |
| 4.2 | 看護部門 | 4.1.7 | 診療の質を改善するための仕組みがある | A | 4.31.1 | 4.31.2 | |
| | | 4.2.1 | 看護部門の理念・目標が明確である | A | 5.1.1 | 5.1.2 | |
| | | 4.2.2 | 看護部門の体制が確立している | A | 5.1.3 | 5.1.4 | 5.2.2 |
| | | 4.2.3 | 看護部門の個々の職員を活かすような組織が作られ、運営されている | C | 5.2.1 | | |
| | | 4.2.4 | 看護部門に必要な教育・研修が実施されている | C | | | |
| | | 4.2.5 | 看護ケア提供の基準・手順が明確である | A | 5.10.2 | | |
| | | 4.2.6 | 看護の質を改善するための仕組みがある | B | 5.20.1 | 5.20.2 | |
| 4.3 | 薬剤部門 | 4.3.1 | 薬剤部門の体制が確立している | B | 4.8.1 | | |
| | | 4.3.2 | 薬剤部門における薬剤が適切に保管・管理されて | A | 4.8.2 | | |
| | | 4.3.3 | 調剤が適切に行われている | A | 4.8.3 | | |
| | | 4.3.4 | 薬剤が適切に供給されている | A | 4.8.4 | | |
| | | 4.3.5 | 薬剤情報が適切に提供されている | B | 4.8.5 | | |
| | | 4.3.6 | 薬剤業務を改善する仕組みがある | B | | | |
| 4.4 | 臨床検査部門 | 4.4.1 | 臨床検査部門の体制が確立している | B | 4.5.1 | | |
| | | 4.4.2 | 臨床検査部門が適切に運営されている | A | 4.5.2 | | |
| 4.5 | 病理部門 | 4.5.1 | 病理部門の体制が確立している | C | 4.6.1 | | |
| | | 4.5.2 | 病理部門が適切に運営されている | C | 4.6.2 | | |
| 4.6 | 画像診断部門 | 4.6.1 | 画像診断部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.6.2 | 画像診断部門が適切に運営されている | C | | | |
| 4.7 | 放射線治療部門 | 4.7.1 | 放射線治療部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.7.2 | 放射線治療部門が適切に運営されている | C | | | |
| 4.8 | 輸血・血液管理部門 | 4.8.1 | 輸血・血液管理部門の体制が確立している | B | 4.9.1 | | |
| | | 4.8.2 | 輸血・血液部門が適切に運営されている | A | 4.9.2 | | |
| 4.9 | 手術・麻酔部門 | 4.9.1 | 手術・麻酔部門の体制が確立している | B | 4.10.1 | 4.10.2 | |
| | | 4.9.2 | 手術・麻酔部門が適切に運営されている | A | 4.10.3 | | |
| 4.10 | 中央滅菌材料部門 | 4.10.1 | 中央滅菌材料部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.10.2 | 中央滅菌材料部門が適切に運営されている | C | 4.10.4 | | |
| 4.11 | 集中治療室 | 4.11.1 | 集中治療室の体制が確立している | C | 4.11.1 | | |
| | | 4.11.2 | 集中治療室が適切に運営されている | C | 4.11.2 | | |
| 4.12 | 救急部門 | 4.12.1 | 救急部門の体制が確立している | B | 4.12.1 | 4.12.2 | |
| | | 4.12.2 | 救急部門が適切に運営されている | B | 4.12.3 | | |
| | | 4.12.3 | 臓器提供施設としての体制が確立している | C | | | |
| 4.13 | 栄養部門 | 4.13.1 | 栄養部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.13.2 | 栄養部門が適切に運営されている | C | | | |
| 4.14 | リハビリテーション部門 | 4.14.1 | リハビリテーション部門の体制が確立している | B | 4.14.1 | | |
| | | 4.14.2 | リハビリテーション部門が適切に運営されている | A | 4.14.2 | | |
| 4.15 | 図書室機能 | 4.15.1 | 図書室機能が確立している | C | | | |
| | | 4.15.2 | 図書室が適切に運営されている | C | | | |
| 4.16 | 診療録管理部門 | 4.16.1 | 診療録管理部門の体制が確立している | B | 4.3.1 | | |
| | | 4.16.2 | 診療録が適切に管理されている | A | 4.3.2 | | |
| | | 4.16.3 | 診療情報が適切に管理され活用されている | A | 4.3.3 | | |
| | | 4.16.4 | 診療録管理部門の業務を改善する仕組みがある | B | | | |
| 4.17 | 訪問サービス機能 | 4.17.1 | 訪問サービス部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.17.2 | 訪問サービスが適切に提供されている | C | 8.1.2 | | |
| | | 4.17.3 | 在宅療養を支援するためのリハビリテーションサービスが提供されている | C | 8.1.3 | | |
| 4.18 | 外来部門 | 4.18.1 | 外来部門の体制が確立している | C | | | |
| | | 4.18.2 | 外来部門が適切に運営されている | C | | | |
| | | 4.18.3 | 外来部門の診療・看護が安全・確実に実施されて | C | | | |
| 5.1 | 病棟における医療の方針と責任体制 | 5.1.1 | 病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である | B | | | |
| | | 5.1.2 | 病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である | A | 4.20.1 | 5.10.2 | |
| | | 5.1.3 | 臨床における倫理的問題について対応している | B | 4.1.3 | | |
| 5.2 | 入院診療の計画的対応 | 5.2.1 | 入院の決定と説明が適切に行われている | A | 4.21.1 | | |
| 5.3 | 患者に関する情報の収集と伝達 | 5.3.1 | 患者に関する情報が収集され、整理されている | A | 4.20.2 | | |
| | | 5.3.2 | 患者に関する情報が確実に伝達されている | A | 4.20.3 | 5.10.4 | |
| 5.4 | 評価(アセスメント)と計画[全体の流れ] | 5.4.1 | 評価(アセスメント)が適切に行われ、計画が立てられている | A | 4.21.2 | 5.11.1 | |
| | | 5.4.2 | 計画は、患者の十分な参加の上で作成されている | B | | | |
| | | 5.4.3 | 計画の見直しと修正が適切に行われている | A | 4.21.3 | 5.11.2 | |
| 5.5 | ケアの実施(各論の流れ) | 5.5.1 | 入院生活が適切に支援されている | A | 5.10.1 | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------------------|--------|--|---|--------|--------|--------|
| | | 5.5.2 | 診断的検査は、評価と計画を経て、確実・安全に実施されている | C | | | |
| | | 5.5.3 | 適切な評価と計画を経て、投薬・注射は確実・安全に実施されている | A | 4.23.1 | 4.23.3 | 5.13.1 |
| | | 5.5.4 | 適切な評価と計画を経て、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている | C | | | |
| | | 5.5.5 | 手術・麻酔が確実・安全に実施されている | A | 4.24.1 | 4.24.2 | 5.14.1 |
| | | 5.5.6 | 栄養管理と食事指導が適切である | C | | | |
| | | 5.5.7 | リハビリテーションが確実・安全に実施されている | C | | | |
| | | 5.5.8 | 安全確保のための身体抑制が適切に行われている | A | 4.28.1 | 5.17.1 | |
| | | 5.5.9 | 患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛等の症状緩和に努めている | C | | | |
| | | 5.5.10 | 緊急時の対応が適切である | A | 4.29.1 | | |
| | | 5.5.11 | 療養の継続性が適切に確保されている | A | | | |
| | | 5.5.12 | 終末期ケアが適切に行われている | B | | | |
| | | 5.5.13 | 患者の逝去に適切に対応している | A | 5.19.1 | | |
| 5.6 | ケアプロセスにおける感染対策 | 5.6.1 | 病院感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している | A | | | |
| 5.7 | 診療・看護の記録 | 5.7.1 | 診療・看護の記録が適切になされている | A | 4.20.4 | 5.10.5 | |
| 5.8 | 病棟での環境と薬剤・機器の管理 | 5.8.1 | 病棟が安全で快適に保たれている | C | | | |
| | | 5.8.2 | 病棟における薬剤・機器が管理されている | A | 4.23.2 | | |
| 6.1 | 人事管理 | 6.1.1 | 人事管理の体制が整備されている | A | 6.1.1 | | |
| | | 6.1.2 | 必要な人材が確保され、就業状況が適切である | A | 6.1.2 | | |
| | | 6.1.3 | 職員の人事考課が適切に行われている | B | 6.1.3 | | |
| | | 6.1.4 | 職員の労働安全衛生に取り組まれている | B | 6.1.4 | | |
| | | 6.1.5 | 職場環境が整備されている | B | 6.1.5 | | |
| 6.2 | 財務・経営管理 | 6.2.1 | 財務会計が適切に行われている | A | 6.2.1 | | |
| | | 6.2.2 | 予算管理が適切に行われている | A | 6.2.2 | | |
| | | 6.2.3 | 資金管理および投資計画が適切である | C | 6.2.3 | | |
| | | 6.2.4 | 経営管理が適切に行われている | C | 6.2.4 | | |
| | | 6.2.5 | 医事業務が適切に行われている | C | 6.2.5 | | |
| | | 6.2.6 | 病床管理の仕組みが適切である | C | 6.2.6 | | |
| 6.3 | 施設・設備管理 | 6.3.1 | 施設・設備の管理体制が確立している | A | 6.3.1 | | |
| | | 6.3.2 | 外来・病棟で使用する医療機器の管理体制が確立している | B | 6.3.2 | | |
| | | 6.3.3 | 給食施設の設備と衛生管理が適切に行われている | A | 6.3.3 | | |
| | | 6.3.4 | 廃棄物の処理が適切に行われている | A | 6.3.5 | | |
| 6.4 | 物品管理 | 6.4.1 | 物品の購入の手続きが適切である | C | | | |
| | | 6.4.2 | 物品の在庫管理が適切に行われている | C | | | |
| | | 6.4.3 | 公正な取引が行われるための仕組みがある | C | | | |
| 6.5 | 業務委託 | 6.5.1 | 委託業者の選定が適切である | C | | | |
| | | 6.5.2 | 委託業務の管理が適切に行われている | C | | | |
| 6.6 | 病院の危機管理への適切な対応 | 6.6.1 | 院内における災害発生時の対応体制が整っている | C | | | |
| | | 6.6.2 | 大規模災害発生時の対応体制が整っている | C | 6.3.4 | | |
| | | 6.6.3 | 病院の保安体制が適切である | B | | | |
| | | 6.6.4 | 訴訟などが発生した場合に誠実に対応する体制が整えられている | C | | | |
| 7.1 | 入院時の評価、説明および入院形態の適切性 | 7.1.1 | 精神科救急と入院時の評価・説明が適切に行われている | B | 7.1.1 | | |
| | | 7.1.2 | 任意入院の管理は適切に行われている | B | 7.1.2 | | |
| | | 7.1.3 | 医療保護入院の管理は適切に行われている | B | 7.1.3 | | |
| | | 7.1.4 | (指定病床がある場合のみ)措置入院の管理は適切に行われている | B | 7.1.4 | | |
| 7.2 | 入院中の処遇の適切性 | 7.2.1 | 閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇が行われている | B | 7.2.1 | | |
| | | 7.2.2 | 精神障害者の権利擁護が適切に行われている | B | 7.2.2 | | |
| | | 7.2.3 | 隔離が適切に行われている | B | 7.2.3 | | |
| | | 7.2.4 | 身体拘束が適切に行われている | B | 7.2.4 | | |
| 7.3 | 精神科リハビリテーションと退院支援 | 7.3.1 | 精神科リハビリテーションが適切に行われている | B | | | |
| | | 7.3.2 | 退院に向けての支援体制が適切である | B | | | |
| 7.4 | 精神科における事務管理 | 7.4.1 | 入退院に関する事務手続きが適切に行われている | B | 7.3.1 | | |
| | | 7.4.2 | 患者の治療や活動によって生じる収入の管理が適切に行われている | B | 7.3.2 | | |
| | | 7.4.3 | 預り金管理が適切に行われている | B | 7.3.3 | | |
| | | 7.4.4 | 精神医療審査会および実地指導への手続きが適切に行われている | B | 7.2.5 | | |
| 7.5 | 精神障害者の身体管理の適切性 | 7.5.1 | 精神障害者の身体合併(併存)症治療が適切に行われている | B | 7.4.1 | | |
| | | 7.5.2 | (精神科を有する一般病院の場合)単科精神科病院や他科との連携が適切に行われている | B | 7.4.2 | | |

| | | | | | | | |
|-----|---------------------|-------|-------------------------------------|---|-------|-------|--|
| 8.1 | 療養病床への適切な受入れと人権への配慮 | 8.1.1 | 療養病床への受入れ体制が整っている | B | 8.1.1 | | |
| | | 8.1.2 | 高齢の患者や痴呆患者、あるいは障害者等の意思を尊重している | B | 8.4.1 | | |
| 8.2 | チームアプローチの適切性 | 8.2.1 | 日常生活の自立を目指したチームアプローチが行われている | B | 8.2.1 | | |
| | | 8.2.2 | 在宅復帰に向けたケアプロセスが展開されている | B | 8.3.1 | | |
| 8.3 | 機能障害の診断とケアの適切性 | 8.3.1 | 嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている | B | 8.2.2 | 8.3.2 | |
| | | 8.3.2 | 排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている | B | 8.2.2 | | |
| | | 8.3.3 | 痴呆の程度が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている | B | 8.2.2 | | |
| | | 8.3.4 | コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている | B | 8.2.2 | | |
| | | 8.3.5 | 合併症や二次障害等の予防に努めている | B | 8.2.2 | | |
| | | 8.3.6 | 日常生活の活性化を図り、自立できるよう支援し | B | 8.3.3 | | |

電子カルテ導入病院の審査手順および評価の視点に関する報告書

電子カルテ審査検討WG

今般、病院においても IT 化が進みつつあり、これに伴い電子カルテを導入する病院も増加傾向にある。しかし、現時点では電子カルテの評価について定まったものは存在せず、システムの構造や操作性、また運用方法についても各電子カルテメーカー及び使用する病院により様々である。

加えて、実際に電子カルテを導入している病院は未だ限られていることもあり、審査にあたる多くのサーベイヤーが電子カルテの構造や操作方法を十分理解するには至っていない。そのため現状のままでは、同様の状況であってもサーベイヤーの電子カルテに関する考え方や理解度により、評価の結果が異なることも考えられる。

評価の公平の観点から、原則として電子カルテ導入病院の評価・判定であっても紙カルテを使用している場合と同じであるべきだが、実際の審査手順や評価の視点については一部の変更を余儀なくされることも事実である。

これらの背景をふまえ、平成17年8月に行われた Ver. 5 訪問審査に関する検討会での指示を受け、電子カルテ導入病院を審査する際に留意すべき視点等を検討・整理し、「電子カルテ導入病院の審査手順および評価の視点について」(案)としてまとめたので以下に報告する。

「電子カルテ導入病院の審査手順および評価の視点について」(案)

1. 訪問審査チームの編成について

実効性の高い審査手法の一案として、電子カルテ導入病院を訪問審査するサーベイヤーチームの中に、自ら使用経験があるなど電子カルテに一定の知識を備えたサーベイヤーを配置することも考えられる。しかし、導入されている電子カルテメーカーにより構造・操作性などが異なるため、あるメーカー製の電子カルテの使用経験を持って、全ての電子カルテ導入病院の審査が円滑に行えるとも言いがたく、今後の審査件数増加も加味すると、一部のサーベイヤーのみしか評価に参加できない状況は適切でないと判断した。

従って、訪問審査チームの編成は従来通りとし、審査手順および評価の視点の明確化や必要であれば研修会を実施し、全てのサーベイヤーが評価に参加できる体制を整備することとする。

2. 評価に対する基本的考え方

病院機能評価は電子カルテの機能を評価するのではなく、病院機能の一部として電子カルテを評価すべきである。従って、評価の際に電子カルテであることを理由に求める水準が変わらないように留意しながら、必要なことが記載されているか、また診療情報の一元化や共有が図れているか、さらに紙との併用がある場合は紙の保管が適切かなど、紙カルテと同様の視点で確認・評価することを基本的な考え方とした。

3. 特に留意すべき視点

電子カルテと紙カルテの構造的な違いに起因して、特に留意すべき視点は以下 a～c の 3 点で

ある。

a. 診療記録の保管形態の確認・把握

電子カルテ運用病院といえども全ての診療情報を電子化しているケースはむしろ少ない。従って、多くの場合には一部が電子的に記録・保管されており、一部が紙に記録・保管されるという、二つの記録・保管方法が混在することが紙カルテのみに記録する従来の病院と構造的に大きく異なる部分である。

そこで、電子カルテを使用する病院の審査にあたっては、始めに多岐に渡る診療情報のうち何が電子的に記録・保管され、何が紙により記録・保管されているかを確認・把握した上で審査にあたることが重要である。

この作業を効率的に行う具体的手順として、電子カルテ運用病院に対して訪問一日目に確認する書類一覧を提出いただく際に、別紙1の「診療情報の記録媒体に関する状況調査票(案)」の提出を求め、これにより保管形態の概要を把握することとする。また、訪問一日目の書類確認の時間の中で、病院側で用意いただいた電子カルテを用いて実際の記録をデモしていただき確認する。

なお、電子化されている情報の一部を出力することも考えられるが、出力された内容のみで評価される恐れもあり、数人分とはいえ機構として電子カルテを導入している全ての病院に出力を求めることは適切ではないと判断した。ただし紙出力を求めることについて必ずしも禁止するものではなく、個々のサーベイヤーチームのリーダーが必要と感じた場合にはこの限りではない。

b. 電子的記録と紙記録が混在している際の評価の視点

紙による記録が混在している場合には、原則として紙による全ての診療情報が紙カルテの場合の基準に準じて1患者1ID番号による保管管理方法となっていることが求められる。

これらの状況の適切性は、主に中項目【5.7.1】「診療・看護の記録が適切になされている」で、下記評価の視点に則り評価することとする。

【5.7.1.1】「診療録の記載が適切である」

ここでは電子カルテか紙カルテかにかかわらず、あくまで診療録の記載内容の適切性を評価の対象とし、紙との併用状況などがあれば、5.7.1.3、5.7.1.4の項目で評価する。

【5.7.1.2】「看護記録の記載が適切である」

ここでは電子カルテか紙カルテかにかかわらず、あくまで看護記録の記載内容の適切性を評価の対象とし、紙との併用状況などがあれば、5.7.1.3、5.7.1.4の項目で評価する。

【5.7.1.3】「同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている」

診療・看護の記録、説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等が、全て電子的に保管されていれば“a”判定とする。

上記のうち、一部の記録が紙で保管されている場合には、電子カルテに紙で保管されていることを実施したことが分かるような情報が補足的に記載されており、かつ患者ID番号ごとに紙記録がまとめられている場合には“b”判定とする。ただし、ここでいう実施したことが分かる情報の補足的な記載が詳細な場合に“a”判定とすることも可とする。

紙との併用ではあるが、紙記録が患者ID番号によって保管管理されていない場合には“c”判

定とする。

また患者 ID 番号で保管管理されているが主要な紙の記録が入院中の病棟にないなど、迅速な取り出し・確認ができない状況の場合も“c”判定とする。ただし、この場合でも電子カルテに実施したことが分かる補足的な情報が詳細に記載されている場合には“b”または“a”判定とする。

【5.7.1.4】「診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる」

□この項では、紙との併用があっても、紙カルテの内容が迅速に参照できる体制があれば評価する。

□全ての情報が電子化されている場合、あるいは紙との併用であっても実施したことが分かるような情報が補足的に電子カルテに記載されていれば“a”判定とする。

□別途の部門システム上で入力した診療情報が、その情報を必要とする全ての職種で容易に参照できない状況で、かつ情報共有に向けた配慮が行われていない場合は“c”判定とする。

【5.7.1.5】「記載された診療録・看護記録が評価されている」

□紙カルテと同じ視点で評価する。

c. 医師の指示を伝達・確認・実施・記録する一連の仕組みの評価の視点

医師の指示を伝達・確認・実施・記録する一連の仕組みは、紙カルテ運用病院と電子カルテ運用で構造的に大きく異なる点であり、特に留意が必要である。

c. -1) 代行入力の評価

オーダーリングシステムのみを導入している場合には、別途にオーダー内容をシールなどで出力し紙カルテに添付・サインするなどの方式が取られているため、代行入力後に医師が確認・サインする仕組みが作りやすい。しかし、電子カルテ運用病院では代行入力後に医師が確認・サインする仕組みを実効性のあるものとして構築するのは困難と思われる。従って、電子カルテ運用病院ではオーダーリングシステム運用の場合にも増して、直接医師が入力することが望ましい。ただし、誰が誰の代行入力を行うかというルールが院内規程で明確に定められており、かつ代行入力者が電子カルテ上に明確に記載されている場合はこの限りではない。

c. -2) 口頭指示などの場合の代行入力の評価

通常は指示を行う医師が直接入力している場合でも、口頭指示など限られた場合に代行入力を行うことは考えられる。これらの場合には、一定の範囲に限り代行入力を行うルールが院内規定で明確に定められており、代行入力者が電子カルテ上に記録され、かつ後刻に指示した医師が電子カルテ上で追認し、それを電子カルテ上に記録として残すことが求められる。従って、口頭指示のルールを確認すると共に、これらの仕組みと追認の記録が電子カルテ上にあることを確認する。

c. -3) 看護師の指示受け及びその記録の評価

医師の指示に対する看護師の指示受けおよびその記録を残すことは、電子カルテでも求められる。従って、看護師の指示受けの仕組みがシステム上にあるかを確認する。

c. -4) 指示事項の実施記録の評価

医師の指示を実施した記録は、電子カルテでも求められる。従って、医師の指示を実施した際に実施入力が行われるシステムになっているかを確認する。

c. -5) 医師による指示事項の実施確認の評価

医師が指示した内容が、看護師により指示受けされたか、またその後確実に実施されたかを、電子カルテ上で容易に確認できるシステムが求められる。ただし、指示受けが看護支援システムなど部門システムで行われており、看護師により指示受けが行われたか否かを医師が容易に確認できない状況であっても、実施確認が容易に行える状況であればよいこととする。従って、医師が指示受け及び実施確認を容易に確認できるシステムになっているかを確認する。

なお、看護師が指示受けをしていないものが、実施されることが無いか留意し、指示受けを行わず実施されている実態が確認された場合は“c”評価とする。

以上、C. -1からC. -5にかかわる確認作業を効率的に行う具体的手順として、訪問一日目の書類確認の時間の中でおおむね 30 分程度の時間を割り、サービヤー側から質問し、画面を確認する形式をとりながら、電子カルテシステムのプレゼンテーションを病院側に依頼し、一連のシステムを確認・把握することとする。

4. その他の留意すべき点

□大項目【1.5】「情報管理機能の整備と活用」の各評価項目について、電子カルテ運用病院固有の問題として取り上げる課題の有無を検討したが、電子カルテ固有の問題として特段に取り上げる課題はないと判断した。

□大項目【4.16】「診療録管理部門」の各評価項目について、電子カルテ運用病院固有の問題として取り上げる課題の有無を検討した結果、以下の点に留意を促すこととした。

【4.16.1.1】「必要な人員が確保され、部門として位置付けられている」の小項目では、診療情報管理士またはこれに準ずる担当者の配置の目安を 2,000 人の退院患者に 1 人としている紙カルテの判定指針について検討したが、元来の目安も現物カルテ保管管理の実務まで想定した基準ではないとの判断から、電子カルテ運用病院でも同じ目安のままとすることにした。

【4.16.1.2】「診療録管理室（診療情報管理室）が設置され、収納場所や情報機器が整備されている」の小項目では、診療録管理部門の担当者が電子カルテを使用できる状況にあることを確認することとした。

【4.16.2】「診療録が適切に管理されている」の中項目では、紙カルテと併用の際は電子カルテのみを評価対象とはせず、紙の診療録について従来の基準で評価することとした。

【4.16.2.2】「診療録の中央管理が行われ所在が把握されている」の小項目では、アクセス制限があれば貸出し・閲覧規程があるとみなすこととした

【4.16.2.3】「合理的な保管方法が採用されている」の小項目では、電子カルテと紙媒体の両方に記録がある場合、どちらを正本として扱うかが文書規定などで明確に定められているかを確認することとした。その上で、正本とされているものの取り扱いについて、合理的な保管がなされているかを確認することとした。

なお、文書規定等で正本の扱いが定められていない場合には、“c”評価とする。

- 【4.16.3.1】「退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている」の小項目では、外来診察室で退院サマリーが確認できるかを確認することとした。

□大項目【4.18】「外来部門」の各評価項目について、電子カルテ運用病院固有の問題として取り上げる課題の有無を検討した結果、以下の点に留意を促すこととした。

- 【4.18.1.4】「必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている」の小項目では、外来看護師が必要に応じて使用することのできる電子カルテ端末があるかを確認することとした。

- 【4.18.3】「外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている」の中項目では、前述 C.-1～C.-5 の考え方に準じて評価することとする。

□大項目【5.5】「ケアの実施（各論の流れ）」の各評価項目について、電子カルテ運用病院固有の問題として取り上げる課題の有無を検討した結果、評価項目の中にいくつか同意や実施に関する項目があるが、これらは個々の同意や記録が適切に行われているかを判断するもので、電子カルテの有無によって考え方が変わるようなものではないので、電子カルテ固有の問題として特段に取り上げる課題はないと判断した。

ただし、ケアの実施の評価は、初日におおむね把握した電子カルテにかかわる情報をもとに、実際に病棟でどのように運用されているかをケアプロセスの際に確認することとし、ケアプロセス病棟訪問では可能であれば電子カルテ端末を複数台（2台以上）の用意をお願いして、効率的な審査へ配慮することとした。

- 【5.5.1.3】「患者への社会的支援を行っている」の小項目では、相談記録の電子化まではもとめないこととし、MSWなどとの連携があった際は、連携があったことが電子カルテ上で確認ができればよいこととした。

- 【5.5.2.3】「検査結果は迅速に報告され、結果の評価が記録されている」の小項目では、電子カルテに検査結果が届いていることを知らせる仕組みの有無とその機能を求めるべきかを検討をしたが、それは電子カルテの機能を評価することになるため、新たな視点として加えないこととした。

以上

別紙1

「診療情報の記録媒体に関する状況調査票(案)」

(診療記録の種類により該当する保管形態に○を記してください。)

| 診療記録の種類 | 電子カルテ上で 電子的保管 | 部門システム上で 電子的保管 | 紙で保管 | 紙に記載し、 スキャンして 電子的保管 | その他 |
|---|------------------|-------------------|------|---------------------------|-----|
| 入院時所見 (主訴、既往歴、 家族歴、現病歴、身体所見など) | | | | | |
| 治療方針・入院診療計画 | | | | | |
| 経過記録・回診記録 | | | | | |
| 指示内容 (食事、処方、検 査、身体抑制・固定など) | | | | | |
| 紹介・対診記録 | | | | | |
| 術前評価記録 | | | | | |
| 手術計画 | | | | | |
| 説明と同意書の記録 侵襲検査・手術の同意書 身体拘束の同意書 他 | | | | | |
| 検査結果と所見 | | | | | |
| 服薬指導記録 | | | | | |
| 栄養指導記録 | | | | | |
| 術前訪問記録 | | | | | |
| 麻酔・手術記録 | | | | | |
| リハビリ訓練記録 | | | | | |
| 退院時要約 | | | | | |
| 診療情報提供書 | | | | | |

電子カルテ導入病院における評価評価判定指針（試行調査版）

電子カルテ導入病院では、従来からの指針に加え、「◆」で始まる指針を追加する。

| | | |
|-------------|--|---|
| 4. 16. 1. 2 | 診療録管理室（診療情報管理室）が設置され、収納場所や情報機器が整備されている | ◇①についてはハード面での環境が整っていることが望ましいが、実質的な機能が確保されていればよい ◇外部委託の場合は必要な時間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況を判断する ◆電子カルテ導入病院の場合は、診療録管理部門の担当者が電子カルテを使用できる状況にあることを確認する |
| 4. 16. 2 | 診療録が適切に管理されている | ◆電子カルテ導入病院において、紙カルテを併用している場合には、電子カルテのみを評価対象とはせず、紙の診療録についても従来の基準で評価する |
| 4. 16. 2. 2 | 診療録の中央管理が行われ所在が把握されている | ◆電子カルテ導入病院の場合は、アクセス制限があれば貸出し・閲覧規程があるものとみなす |
| 4. 16. 2. 3 | 合理的な保管方法が採用されている | ◇入院・外来いずれもが五十音順など患者氏名による保管がなされており、同姓同名患者の取り違えの危険性がある、あるいは退院番号等で保管されていることは適切でない ◇入院診療録が年度別に保管され、容易に個別患者の全入院診療録が取り出せない場合は不十分である ◆電子カルテ導入病院の場合は、電子カルテと紙媒体の両方に記録がある場合、どちらを正本として扱うかが文書規程などで明確に定められているかを確認する。そのうえで、正本とされているものの取り扱いについて、合理的な保管がなされているかを確認する ◆なお、文書規程で正本の扱いが定められていない場合には“c”判定とする |
| 4. 16. 3. 1 | 退院時サマリーが迅速に作成され、診療情報の活用に利用されている | ◆電子カルテ導入病院の場合は、外来診察室で退院時サマリーが確認できることを確認する |
| 4. 18. 1. 4 | 必要な機器・設備が配置され、安全に配慮されている | ◆電子カルテ導入病院の場合、外来看護師が必要に応じて使用することができる電子カルテ端末がある |

| | | |
|----------|-----------------------------|--|
| | | ことを確認する |
| 4.18.3.1 | 外来患者の検査・処置・手術が安全・確実に実施されている | <p>◇患者・部位誤認防止、伝達エラー防止など具体的に確認する</p> <p>◆電子カルテ導入病院の場合、②③については5.3.2.1～5.3.2.3における考え方に準拠して評価する</p> |
| 5.3.2.1 | 確実な指示出し・指示受けの手順がある | <p>◇コンピューターオーダーは、パスワードなどで安全が確立していれば、自筆とみなす</p> <p>◇指示の変更が迅速に正しく伝わる仕組みが確立しているかを確認する</p> <p>◆電子カルテ導入病院で代行入力を実施している場合は、少なくとも誰が代行入力を行うかというルールが院内規程で明確に定められ、代行入力者が電子カルテ上に明確に記録され、さらに、たとえば記載内容の「確認ボタン」は医師が押すなどの適切な確認が行われていれば、代行入力そのものを不適切とは評価しないこととする</p> <p>◆口頭指示など限られた場合に代行入力を行う場合においては、一定の範囲に限り代行入力を行うルールが院内規程で明確に定められており、代行入力者が電子カルテ上に記録され、かつ後刻に指示した医師が電子カルテ上で追認し、それを電子カルテ上に記録として残すことが求められる。従って、口頭指示のルールを確認するとともに、これらの仕組みと追認の記録が電子カルテ上にあることを確認する</p> |
| 5.3.2.2 | 受けた指示を確実に実施する仕組みがある | <p>◆電子カルテ導入病院の場合においても、医師の指示に対する看護師の指示受けおよびその記録を残すことが求められる。従って、看護師の指示受けの仕組みがシステム上にあるかを確認する</p> <p>◆医師の指示を実施した記録は、電子カルテでも求められる。従って、医師の指示を実施した際に実施入力が行われるシステムになっているかを確認する</p> <p>◆指示受けから実施に至る過程の記録が紙のワークシートの場合は、(1)指示出し・指示受けのマニュアルが適切に整備され、(2)指示受けから実施にいたるまでの過程が適切に紙（ワークシート）に記載され</p> |

| | | |
|---------|------------------------------|--|
| | | ており、(3)指示を実施した記録が電子カルテに適切に残されていれば、適切と判断しても差し支えない |
| 5.3.2.3 | 指示を出した医師は、指示が実施されたことを確認している | <p>◇実施されたことをどのように確認しているのかを尋ねる（実施のサイン、回診、看護師からの報告など）</p> <p>◆電子カルテ導入病院においては、医師が指示した内容が、看護師により指示受けされたか、またその後確実に実施されたかを、電子カルテ上で容易に確認できるシステムが求められる。ただし、指示受けが看護支援システムなど部門システムで行われており、看護師による指示受けが行われたか否かを医師が容易に確認できない状況であっても、実施確認が容易に行える状況であればよいこととする。従って、医師が指示受けおよび実施確認を容易に確認できるシステムになっているかを確認する。</p> <p>◆なお、看護師が指示受けをしていないものが、実施されることが無いかに留意し、指示受けを行わず実施されている実態が確認された場合は“c”判定とする</p> |
| 5.7.1.3 | 同意書・検査結果・手術記録等が診療録にファイルされている | <p>◇説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等がファイルされていることを確認する</p> <p>◆電子カルテ導入病院の場合には、診療・看護の記録、説明と同意書、検査結果、服薬指導、栄養指導、術前訪問記録、麻酔・手術記録、リハビリ訓練記録、退院時要約、診療情報提供書等が、すべて電子的に保管されていれば“a”判定とする</p> <p>◆上記のうち、一部の記録が紙で保管されている場合には、電子カルテに紙で保管されていることを実施したことがわかるような情報が補足的に記載されており、かつ患者IDごとに紙記録がまとめられている場合には“b”判定とする。ただし、ここでい</p> |

| | | |
|---------|---|--|
| | | <p>う実施したことが分かる情報の補足的な記載が詳細な場合に“a”判定とすることも可とする。</p> <p>◆紙との併用ではあるが、紙記録が患者ID番号によって保管管理されていない場合には“c”判定とする。また患者ID番号で保管されているが主要な紙の記録が入院中の病棟にないなど、迅速な取り出し・確認ができない状況の場合も“c”判定とする。ただし、この場合でも電子カルテに実施したことが分かる補足的な情報が詳細に記載されている場合には“b”または“a”判定とする</p> |
| 5.7.1.4 | <p>診療情報が一元的に記載・管理され、必要な情報を容易に参照することができる</p> | <p>◇別綴である場合、情報の共有の仕方、記録の工夫などを確認する</p> <p>◇診療録と分冊になっていても、看護記録・リハビリ訓練・服薬指導など各職種の記録が容易に参照できるかを確認する</p> <p>◆電子カルテ導入病院の場合は、紙との併用があっても、紙カルテの内容が迅速に参照できる体制があれば、その状況进行评估する</p> <p>◆すべての情報が電子化されている場合、あるいは紙との併用であっても実施したことが分かるような情報が補足的に電子カルテに記載されていれば“a”判定とする</p> <p>◆別途の部門システム上で入力した診療情報が、その情報を必要とするすべての職種で容易に参照できない状況で、かつ情報共有に向けた配慮が行われていない場合は“c”判定とする</p> |

4.16 診療録管理部門

| | | | | |
|----|----|----|--------------------------|----------------|
| 一般 | 精神 | 療養 | 4.16.1 診療録管理部門の体制が確立している | (5・4・3・2・1・NA) |
|----|----|----|--------------------------|----------------|

☞ ◇ここで言う診療録は医師による記録にとどまらない広義の診療録を指す

| | | | | |
|----|----|----|------------------------------------|------------|
| 一般 | 精神 | 療養 | 4.16.1.1 必要な人員が確保され、部門として位置付けられている | (a・b・c・NA) |
|----|----|----|------------------------------------|------------|

①診療情報管理士またはこれに準ずる担当者が適切に配置されている

②業務量に応じた職員が確保されている
③診療協力部門として組織的に位置付けられ、必要な権限を有している

☞ ◇適切に配置とは年間およそ2000人の退院患者に1人を目安とする
◇これに準ずる担当者には通信教育中の職員を含めてもよいが、その場合においても有資格者は最低1名必要である
◇部門長は院長・副院長の直轄であるなどで、権限を有しているかを確認する
◇業務委託の場合は病院の責任者が配置されている

| | | | | |
|---------|---------|---------|---|------------|
| 一般 * | 精神 * | 療養 * | 4.16.1.2 診療録管理室(診療情報管理室)が設置され、収納場所や情報機器が整備されている | (a・b・c・NA) |
|---------|---------|---------|---|------------|

①診療情報管理士の執務室、診療記録の閲覧室、診療録の保管庫、診療情報管理に必要な情報機器が整備されている

☞ ◇①についてはハード面での環境が整っていることが望ましいが、実質的な機能が確保されていればよい
◇外部委託の場合は必要な時間内に必要な診療録および診療情報が入手できる体制の整備状況を判断する
◆電子カルテ導入病院の場合は、診療録管理部門の担当者が電子カルテを使用できる状況にあることを確認する

| | | | | |
|----|---------|---------|-----------------------------------|------------|
| 一般 | 精神 * | 療養 * | 4.16.1.3 診療録管理部門に必要な教育・研修が実施されている | (a・b・c・NA) |
|----|---------|---------|-----------------------------------|------------|

①部門内で定期的な勉強会がある
②院内・外の研修・勉強会に参加できるよう勤務体制などが配慮されている③学会・研修報告が行われ、業務の質の向上に役立っている

☞ ◇診療情報管理士の育成についての方針と計画も確認する