

## カルテレビューに関するご案内

### ○カルテレビューの対象となる患者リストの対象病棟と抽出期間について

患者リストは、受審する機能種別によって対象となる病棟と抽出期間が異なります。患者リストの作成にあたっては、以下の表を参考に受審する機能種別に応じてご準備ください。

また、患者リストの項目についても機能種別によって異なりますので、受審する機能種別をご確認の上、ご準備ください。

機能種別	対象病棟	対象患者	抽出期間
一般病院 1	全病棟	退院※1、転棟転科※2した患者 副機能で受審の場合は、急性期、地域包括ケア病棟の患者	訪問審査前月 1～7日
一般病院 2			
リハビリテーション病院	すべての回復期リハビリテーション病棟	退院※1、転棟転科※2した患者	訪問審査前月
慢性期病院	すべての慢性期医療（療養病棟、障害者等一般病棟等）の機能をもつ病棟	退院※1、転棟転科※2した患者	訪問審査前月
精神科病院	すべての精神科病棟	退院患者※1	訪問審査前月
緩和ケア病院	すべての緩和ケア病棟	退院患者※1	訪問審査前月

※1 退院患者には在宅復帰、転院、死亡等の患者を含みます。

※2 転棟転科した患者は、ベッドコントロール都合で転棟となった患者および、救急、ICU、HCU 等から転棟転科した患者を除きます。

## ○注意事項

- ・対象病棟・抽出期間は主たる機能・副機能を問わず、機能種別によって決定します。
- ・患者リストの症例数が50に満たない場合は、50になるまで1日ごと期間を遡って作成してください。遡る期間は最長6ヶ月間です。

例①：急性期病棟6病棟、回りハ病棟2病棟の病院が、「主たる機能：一般病院2、副機能：リハビリテーション病院」で受審する場合

一般病院2の患者リスト・・・・・・・・・・8病棟すべてが対象

リハビリテーション病院の患者リスト・・・・回りハ病棟2病棟のみが対象

例②：精神科病棟3病棟、回りハ病棟1病棟、急性期病棟1病棟の病院が、「主たる機能：精神科病院、副機能：リハビリテーション病院・一般病院1」で受審する場合

精神科病院の患者リスト・・・・・・・・・・精神科病棟3病棟のみが対象

リハビリテーション病院の患者リスト・・・・回りハ病棟1病棟のみが対象

一般病院1の患者リスト・・・・・・・・・・急性期病棟1病棟のみが対象

## カルテレビューの対象となる患者リストについて（一般病院1、2、3）

- ・訪問審査当日のサーベイヤー控室に、カルテレビューの対象となる患者リスト（以下、リスト）を2部（副機能については、同時受審の場合は1部、後日受審の場合は2部）ご用意ください。（事前にご提出いただく必要はありません。）
- ・以下の症例を1つのリストにまとめて作成してください。
  - ①訪問審査前月1～7日の全病棟※1の退院患者（在宅復帰、転院、死亡等）
  - ②訪問審査前月1～7日の全病棟※1の転棟転科した患者※2
- ※1 副機能で一般病院1、一般病院2を受審する場合には、急性期・地域包括ケア病棟に限る
- ※2 ベッドコントロールの都合で転棟となった患者および、救急・ICU・HCU等から転棟転科した患者を除く
- ・リストの症例数が50に満たない場合には50になるまで1日ごとに遡ってリストを作成してください。（遡る期間は、50症例に満たない場合でも最長6か月前までとします。）前月1～7日の対象症例数が50を超える場合には、50症例に限定することなく、全量をリストに掲載してください。
- ・リストには次の情報を掲載し、診療科、疾病名で並び替えてください。
  - 1. 診療科 2. 疾病名 3. 手術名 4. 在院日数（上記②の患者は空欄とする） 5. 患者年齢 6. 患者性別
  - 7. 退院先（自宅、施設、転院、死亡）・転棟転科先
- ・以下のイメージはあくまでも一例です。上記1～7の情報が掲載されて、診療科、疾病名で並び替えられれば、電子カルテから出力された一覧等、どのような体裁でも差し支えありません。

## 患者リストのイメージ

番号	診療科	疾病名	手術名	在院日数	患者年齢	患者性別	退院先（自宅、施設、転院、死亡）・転棟転科先
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

「カルテレビュー」 確認ポイント（一般病院 1、2、3）

- ・カルテレビューでは、指定した症例において本表に記載された診療記録を中心に確認します。（診療サーベイヤーは看護の記録も確認し、看護サーベイヤーは医師の記録も確認します。）なお、審査の状況によっては、本表に記載されていない記録も提示をお願いする場合があります。
- ・1症例目は一通りポイントに沿って確認を行い、2症例目以降は「1症例目以降は「1症例目で確認できなかった点」や「確認の過程で課題があると思われる点」に絞って確認します。
- ・カルテレビューの際には、本表に記載されている診療記録をサーベイヤーの求めに応じて速やかにご提示いただければ幸いです（副機能については、同時受審の場合：1名、後日受審の場合：2名）の同席をお願いします（看護師・診療情報管理士等）。

確認ポイント	確認する診療記録 ※適時・適切に記載されているか
1 入院時の評価と治療・ケア方針の策定	<input type="checkbox"/> 入院時初期評価記録 入院の目的、入院時所見（主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体的所見など）の記録  <input type="checkbox"/> 看護のアセスメントの記録  <input type="checkbox"/> 入院診療計画  <input type="checkbox"/> 看護計画
2 説明と同意の実施	<input type="checkbox"/> 入院時、手術前後の説明と同意の記録 入院診療計画、手術・麻酔同意書、輸血同意書、術後の説明等  <input type="checkbox"/> 患者・家族の反応（理解状況等）の記録
3 退院へ向けた支援	<input type="checkbox"/> 退院計画
4 周期期の対応	<input type="checkbox"/> 手術記録  <input type="checkbox"/> 手術看護記録
5 日常診療・ケア	<input type="checkbox"/> 医師の回診ごとの記録  <input type="checkbox"/> 多職種によるカンファレンス記録（テーマと結果）  <input type="checkbox"/> 研修医の記載に対する指導医の記載（カウンターサイン、指導記録）
6 退院時要件の作成	<input type="checkbox"/> 退院時サマリー  <input type="checkbox"/> 看護サマリー（退院時の患者・家族の納得状況等）
7 他の施設との連携	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介時および逆紹介時）と返書



「カルテレビュー」 確認ポイント(リハビリテーション病院)

・カルテレビューでは、指定した症例において本表に記載された診療記録を中心に確認します。(診療サバイバーは看護の記録も確認し、看護サバイバーは医師の記録も確認します。)なお、審査の状況によっては、本表に記載されていない記録も提示を願います。  
・1症例目は一通りポイントに沿って確認を行い、2症例目以降は「1症例目で確認できなかった点」や「確認の過程で課題があると思われる点」に絞って確認します。  
・カルテレビューの際には、本表に記載されている診療記録をサバイバーの求めに応じて速やかにご提示いただける方2名(副機能については、同時受審の場合：1名、後日受審の場合：2名)の同席をお願いします(看護師・療士・診療情報管理士等)。

確認ポイント	確認する診療記録 ※適時・適切に記載されているか
1 入院の決定	<input type="checkbox"/> 入院判定会議等の検討過程や決定事項の記録
2 初期評価と治療・ケア方針の策定	<input type="checkbox"/> 各職種の初期評価記録 入院の目的、入院時所見(主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体的所見、リスク評価など)の記録
3 説明と同意の実施	<input type="checkbox"/> 入院診療計画 <input type="checkbox"/> 各職種のリハビリテーション・ケア計画 <input type="checkbox"/> 説明と同意の記録 入院診療計画、リハビリテーション実施計画、リハビリテーション総合実施計画、 身体拘束(抑制)、退院計画 <input type="checkbox"/> 患者・家族の反応(理解状況等)の記録
4 訓練効果の評価と目標・計画の見直し	<input type="checkbox"/> 理学療法・作業療法・言語聴覚療法の効果に対する客観的な評価結果 <input type="checkbox"/> PT・OT・STによる各訓練・プログラムの目標や計画
5 医師を含む定期カンファレンスの実施	<input type="checkbox"/> カンファレンス記録(テーマと結果)
6 退院・在宅療養支援	<input type="checkbox"/> 退院計画 <input type="checkbox"/> 退院・在宅療養支援の記録 <input type="checkbox"/> 栄養指導・服薬指導の記録 <input type="checkbox"/> 退院前訪問と家屋調査の実施記録 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 退院時サマリー <input type="checkbox"/> 看護サマリー(退院時の患者・家族の納得状況等) <input type="checkbox"/> リハサマリー



## 「カルテレビュー」確認ポイント(慢性期病院)

- ・カルテレビューでは、指定した症例において本表に記載された診療記録を中心に確認します。(診療サマービイヤーは看護の記録も確認し、看護サマービイヤーは医師の記録も確認します。) なお、審査の状況によっては、本表に記載されていない記録も提示をお願いする場合があります。
- ・1症例目は一通りポイントに沿って確認を行い、2症例目以降は「1症例目で確認できなかった点」や「確認の過程で課題があると思われる点」に絞って確認します。
- ・カルテレビューの際には、本表に記載されている診療記録をサマービイヤーの求めに応じて速やかにご提示いただければ幸いです(副機能については、同時受審の場合：1名、後日受審の場合：2名)の同席をお願いします(看護師・診療情報管理士等)。

確認ポイント	確認する診療記録 ※適時・適切に記載されているか
1 入院時の評価と治療・ケア方針の策定	<input type="checkbox"/> 入院時初期評価記録 入院の目的、入院時所見(主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体的所見、持参薬・薬歴など)の記録  <input type="checkbox"/> ケアのアセスメントの記録  <input type="checkbox"/> 入院診療計画  <input type="checkbox"/> ケア計画(療養計画)  <input type="checkbox"/> リハビリテーション計画
2 説明と同意の実施	<input type="checkbox"/> 入院時の説明と同意の記録 入院診療計画、ケア計画、入院時のACPの記録(患者の考え方や方針等)、投薬・注射・輸血・血液製剤、救命後の患者・家族への説明、身体拘束(抑制)、延命治療など含むターミナルステージの診療・ケア計画
3 多職種によるカンファレンスの実施	<input type="checkbox"/> 患者・家族の反応(理解状況等)の記録  <input type="checkbox"/> カンファレンス記録(テーマと結果)
4 症状緩和の実施	<input type="checkbox"/> 症状の評価と緩和の実施の記録
5 退院・在宅療養支援	<input type="checkbox"/> 退院計画  <input type="checkbox"/> 退院・在宅療養支援の記録  <input type="checkbox"/> 退院サマリー  <input type="checkbox"/> 看護サマリー(退院時の患者・家族の納得状況等)
6 ターミナルステージにおける診療・ケア方針の決定	<input type="checkbox"/> リハビリテーションの経過  <input type="checkbox"/> ターミナルステージにおける診療計画  <input type="checkbox"/> ターミナルステージにおけるケア計画
7 他の施設との連携	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介時および逆紹介時)と返書



カルテレビュー確認ポイント（精神科病院）

- ・カルテレビューでは、指定した症例において本表に記載された診療記録を中心に確認します。（診療サーパーバイヤーは看護の記録も確認し、看護サーパーバイヤーは医師の記録も確認します。）なお、審査の状況によっては、本表に記載されていない記録も提示を願います。
- ・1症例目は一通りポイントに沿って確認を行い、2症例目以降は「1症例目で確認できなかった点」や「確認の過程で課題があると思われる点」に絞って確認します。
- ・カルテレビューの際には、本表に記載されている診療記録をサーパーバイヤーの求めに応じて速やかにご提示いただければ幸いです（副機能については、同時受審の場合：1名、後日受審の場合：2名）の同席をお願いします（看護師・診療情報管理士等）。

確認ポイント	確認する診療記録 ※適時・適切に記載されているか
1 入院時の評価と入院形態の判定	<input type="checkbox"/> 入院時初期評価記録（入院時診療情報：主訴、現病歴、家族歴、既往歴、既住歴、身体所見等） <input type="checkbox"/> 入院形態の判定と同意能力の評価（任意入院、医療保護入院、措置入院、応急入院）
2 治療・ケア方針の策定	<input type="checkbox"/> 入院診療計画 <input type="checkbox"/> 看護計画 <input type="checkbox"/> 看護のアセスメントの記録
3 説明と同意の実施	<input type="checkbox"/> 入院時の告知（説明）と同意 <input type="checkbox"/> （任意入院）医師による本人への告知と同意 <input type="checkbox"/> （医療保護入院）精神保健指定医による本人への告知と家族等の同意手続き <input type="checkbox"/> 必要に応じた治療を行う際の説明と同意（輸血、侵襲的な検査、ECT） <input type="checkbox"/> 患者・家族の反応の記録
4 病態に応じた診察や回診の記録	<input type="checkbox"/> 主治医による診察、精神療法などの記録
5 療養指導、リハビリテーションの実施 （相談支援を含む）	<input type="checkbox"/> 精神科作業療法（説明と同意、訓練と評価の記録） <input type="checkbox"/> 服薬指導記録 <input type="checkbox"/> 相談援助記録
6 行動制限の実施 □あり □なし	<input type="checkbox"/> 隔離（指定医による診察と指示、観察記録） <input type="checkbox"/> 身体拘束（指定医による診察と指示、観察記録） <input type="checkbox"/> 行動制限最小化に向けた多職種カンファレンスの記録
7 退院に向けた支援	<input type="checkbox"/> 退院支援に向けた多職種カンファレンス（地域援助事業者や家族を含む退院支援委員会の記録等）
8 退院時要約の作成	<input type="checkbox"/> 退院時サマリー <input type="checkbox"/> 看護サマリー
9 他の施設との連携	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書（紹介時および逆紹介時）と返書

## カルテレビューの対象となる患者リストについて（緩和ケア病院）

- ・訪問審査当日のサバイバー控室に、カルテレビューの対象となる患者リスト（以下、リスト）を2部（副機能については、同時受審の場合は：1部、後日受審の場合：2部）をご用意ください。（事前にご提出いただく必要はありません。）
- ・当リストの対象は、緩和ケア病棟における訪問審査前月の退院患者（在宅復帰、転院、死亡等）で、退院時サマリーが完成している症例です。リストの症例数が50に満たない場合は50になるまで1日ごとに遡ってリストを作成してください。（遡る期間は、50症例に満たない場合でも最長6か月前までとします。）前月の対象症例が50症例を超える場合には、50症例に限定することなく、全量をリストに掲載してください。
- ・リストには次の情報を掲載し、診療科、疾病名で並び替えてください。
  1. 診療科
  2. 疾病名
  3. 在院日数
  4. 患者年齢
  5. 患者性別
  6. 前医または紹介医の情報の有無
  7. 転帰（在院死亡、退院先[自宅、施設、転院]
- ・以下のイメージはあくまでも一例です。上記1～7の情報が掲載され、診療科、疾病名で並び替えられれば、電子カルテから出力された一覧等、どのような体裁でも差し支えありません。

### 患者リストのイメージ

番号	診療科	疾病名	在院日数	患者年齢	患者性別	転帰（在院死亡、退院先[自宅、施設、転院]
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

# 「カルテレビュー」 確認ポイント(緩和ケア病院)

・カルテレビューでは、指定した症例において本表に記載された診療記録を中心に確認します。(診療サーベイヤーは看護の記録も確認し、看護サーベイヤーは医師の記録も確認します。)なお、審査の状況によっては、本表に記載されていない記録も提示をお願いします。

・1症例目は一通りポイントに沿って確認を行い、2症例目以降は「1症例目で確認できなかった点」や「確認の過程で課題があると思われる点」に絞って確認します。

・カルテレビューの際には、本表に記載されている診療記録をサーベイヤーの求めに応じて速やかにご提示いただければ幸いです。(副機能については、同時受審の場合：1名、後日受審の場合：2名)の同席をお願いします(看護師・診療情報管理士等)。

確認ポイント	確認する診療記録 ※適時・適切に記載されているか
1 入院時の評価と治療・ケア方針の策定	<input type="checkbox"/> 入院時初期評価記録 入院の目的、入院時所見(主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体的所見など)の記録  <input type="checkbox"/> 入院判定会議の記録  <input type="checkbox"/> ケアのアセスメントの記録  <input type="checkbox"/> 入院診療計画  <input type="checkbox"/> ケア計画
2 説明と同意の実施	<input type="checkbox"/> 説明と同意の記録 ケア計画、投薬・注射、身体拘束(抑制)、ACPにかかる患者・家族の意思確認  <input type="checkbox"/> 患者・家族の反応の記録
3 症状緩和の実施	<input type="checkbox"/> 症状の評価と緩和の実施の記録
4 多職種によるカンファレンスの実施	<input type="checkbox"/> カンファレンス記録(実施の有無と結果)
5 研修医に対する指導	<input type="checkbox"/> 研修医の記載に対する指導医の記載(カウンターサイン、指導記録)
6 退院・在宅療養支援	<input type="checkbox"/> 退院計画  <input type="checkbox"/> 退院・在宅療養支援の記録  <input type="checkbox"/> 退院時サマリー  <input type="checkbox"/> 看護サマリー
7 他の施設との連携	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介時および逆紹介時)と返書
8 臨死期における診療・ケア方針の決定	<input type="checkbox"/> 臨死期の診療計画  <input type="checkbox"/> 臨死期のケア計画