

診療情報管理士テキスト 診療情報管理Ⅳ

専門・8章～12章 (第9版・第9版 第2刷)

新旧対照表

全章共通

	旧	クリニカル・パス クリティカル・パス
	新	クリニカルパス クリティカルパス ※ 資料などからの引用が「クリニカル・パス」「クリティカル・パス」の場合はそのまま
	削除	(株)、(一社)、(公社)、(一財)、(公財)
	旧	ホームページ
	新	Web サイト ※ 資料などからの引用が「ホームページ」の場合はそのまま

8章

p.3 6行目	旧	日本社会では、患者ごとに
	新	わが国では、患者ごとに
p.15 3行目	旧	会員数は <u>2,454</u> 病院 (2016年現在) であり、
	新	会員数は <u>2,487</u> 病院 (2018年現在) であり、
p.15 9～14行目	旧	その後、継続し支援を行って <u>いる</u> 。資金の支援は、2006年から毎年300,000ドル(約3,000万円)を継続して <u>拠出して</u> おり、その支援はICDの改善と普及に使用されて <u>いる</u> 。 2017年現在、ICD-11への改訂に向けて、2007年4月から各国の協力のもとRSG(Revision Steering Group:改訂運営会議)が開始され、各専門分野に分かれての改訂作業が進められて <u>いるところ</u> である。
	新	その後、継続し支援を行って <u>きた</u> 。資金の支援は、2006年から毎年300,000ドル(約3,000万円)を継続して <u>拠出し</u> 、その支援はICDの改善と普及に使用され <u>れた</u> 。 ICD-11への改訂に向けて、2007年4月から各国の協力のもとRSG(Revision Steering Group:改訂運営会議)が開始され、各専門分野に分かれての改訂作業が進め <u>られた</u> 。
p.15 下から 2～1行目	旧	厚生労働省大臣官房統計情報部企画課を中心に国立保健医療科学院、国立がん研究センター、 <u>日本東洋医学会</u> 、 <u>日本診療情報管理学会</u> とともに一翼を担っている。
	新	厚生労働省を中心に国立保健医療科学院、 <u>国立障害者リハビリテーションセンター</u> 、 <u>国立がん研究センターがん対策情報センター</u> 、 <u>国立国際医療研究センター</u> 、 <u>国立育成医療研究センター</u> 、 <u>日本診療情報管理学会</u> 、 <u>日本東洋医学サミット会議</u> とともに一翼を担っている。

p.25 下から 2～1行目	旧	開示についての問題は残されたままで <u>いたが</u> 、2005年4月からの同法の施行により「家族の特定の人を限定する」との <u>条件</u> ではあるが行われることになった。
	新	開示についての問題は残されたままで <u>あったが</u> 、2005年4月からの同法施行により「家族の特定の人を限定する」との条件はあるが、 <u>遺族への提供も</u> 行われることになった。
p.30 図2 (左「OECD8原則」) 7行目	旧	利用 <u>使用</u> してはならない
	新	利用してはならない
p.52 下から10行目	旧	病院は本人の <u>便利</u> を考慮した
	新	病院は本人の <u>利便</u> を考慮した
p.56 表11 見出：個人情報保護に関する留意事項 項目：病院管理・連携部門 2行目	旧	／院内統計 <u>診療</u> 作成
	新	／院内統計 <u>資料</u> 作成
p.79 9行目	旧	入院 <u>管理料</u> に組み込まれている。
	新	入院 <u>基本料</u> に組み込まれている。
p.80 図6 下から7行目	旧	注3) *印は、 <u>亜急性期入院医療管理料</u> を算定する患者
	新	注3) *印は、 <u>地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）</u> を算定する患者

9章

扉 11～15行目	旧	9-3-1 診療情報を体系的・一元的に管理する業務 9-3-2 診療情報を安全に管理する業務 9-3-3 診療情報を点検する業務 9-3-4 診療情報を有効に活用する業務 9-3-5 診療情報を提供する業務
	新	9-3-1 診療情報を体系的・一元的に管理する業務 <u>とその実施方法</u> 9-3-2 診療情報を安全に <u>保存・管理</u> する業務 9-3-3 診療情報を点検・ <u>管理</u> する業務 9-3-4 <u>個人情報としての診療情報</u> を保護する業務 9-3-5 病院の管理・運営のための業務 <u>とその実施方法</u> 9-3-6 診療情報の活用に向けたデータ処理・提供業務
p.104 下から 14～13行目	旧	わが国ではじめて業務指針を作成し、 <u>公表</u> している。
	新	<u>2011年</u> にわが国ではじめて業務指針を作成し、 <u>公表</u> した。その後、診療情報管理業務の現状と今後の動向を踏まえ、2018年に見直しを行った。

<p>p.104 下から 12 行目～ p.105 9 行目</p>	<p>旧</p>	<p>診療情報管理士業務指針（抄）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 趣旨 2. <u>業務の範囲</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>診療情報を体系的・一元的に管理する業務</u> 2) <u>診療情報を安全に管理する業務</u> 3) <u>診療情報を点検する業務</u> 4) <u>診療情報を有効に活用する業務</u> 5) <u>診療情報を提供する業務</u> 3. <u>業務実施の方法</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>診療情報を体系的・一元的に保管・管理する方法</u> 2) <u>診療記録を点検する業務の方法</u> 3) <u>診療情報管理における個人情報保護の方法</u> 4) <u>退院時要約により診療情報を活用する方法</u> 5) <u>医療スタッフ間における情報共有の支援者としての役割</u> 4. <u>当面取り組むべき環境整備</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>診療情報管理部門の組織としての確立</u> 2) <u>IT化に向けた課題</u> 3) <u>医療の指標化・可視化への対応</u> 4) <u>地域連携体制における診療情報管理</u> 5. <u>あとがき</u> <p>注：日本診療情報管理学会 WEB サイトにも、公開されている。</p>
	<p>新</p>	<p>診療情報管理士業務指針 2018（抄）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 趣旨 2. <u>診療情報管理業務の基本的な考え方</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>患者中心の医療の実現と質の高い安心・安全な医療の保証</u> 2) <u>チーム医療の促進と情報共有の徹底</u> 3) <u>個人情報の保護とセキュリティの確保</u> 4) <u>「説明と同意」に関する文章、および「入院診療計画書」等の点検と整備</u> 5) <u>診療情報の「コード化」の進展への対応</u> 6) <u>診療情報の活用範囲の拡大と大規模データベースの構築</u> 3. <u>診療情報管理の業務と実施方法</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>診療情報を体系的・一元的に管理する業務とその実施方法</u> 2) <u>診療情報を安全に保存・管理する業務</u> 3) <u>診療情報を点検・管理する業務</u> 4) <u>個人情報としての診療情報を保護する業務</u> 5) <u>病院の管理・運営のための業務とその実施方法</u> 6) <u>診療情報の活用に向けたデータ処理・提供業務</u> 4. <u>今後、診療情報管理士に期待される役割</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>診療情報管理部門の組織としての確立</u> 2) <u>保健医療分野における電子的診療情報の整備を促進する役割</u> 3) <u>地域における情報共有と医療・介護の連携推進を支援する役割</u> 4) <u>WHO の動向を踏まえて診療情報管理の発展と普及を推進する役割</u> 5. <u>結語</u> <p>注：日本診療情報管理学会 Web サイトで公開されている。</p>
<p>p.109 4 行目</p>	<p>旧</p>	<p>指針」に掲げられている。</p>
	<p>新</p>	<p>指針 2018」に掲げられている。</p>

<p>p.109 5行目～ p.110 下から10行目</p>	<p>旧</p> <p>9-3-1 診療情報を体系的・一元的に管理する業務 【業務の範囲】 医師をはじめとする医療従事者が記録した～ (略) ～方法は、チーム医療を推進するうえで有効である。</p>
	<p>新</p> <p>9-3-1 診療情報を体系的・一元的に管理する業務とその実施方法 ①診療情報の管理体制の整備に関する業務と実施方法 診療情報管理士は、診療情報管理委員会等における検討を経て、診療情報の管理方式、設備・機器の設置、診療情報管理のための諸規則等の整備に努めなければならない。そのためには、必要に応じて情報システム管理部門と密接に連携する必要がある。 診療情報は所定の様式と手順で記録し、患者ごとに体系的に集約するとともに、看護・薬剤・検査等の各部門から発生する診療情報、あるいは複数診療科を受診して発生した他科の診療情報も一元的に参照できるような診療記録とする。診療情報の記録のあり方については、本学会の「診療情報の記録指針」を参照する。 診療情報の体系的・一元的な管理のためにはIT化が最適であり、電子カルテの運用や、各部門における情報機器の導入に積極的に取り組む必要がある。また、地域における他の関係機関とのネットワークシステムが運用されている場合は、診療情報の共有や提供のあり方について検討する必要がある。 ②診療情報を体系的・一元的に管理する基本的な方法と課題 診療情報を施設内で体系的・一元的に管理し、過去の入院・外来の診療情報についても参照可能とするには、「1患者1ID1診療記録」とすることが合理的である。この考え方により、終生同一の診療記録として永続的に管理することで、他の患者の診療情報の迷入や診療記録の取り違えを回避することができる。年次ごとに更新される退院番号など、異なる考え方の方式で運用されている患者番号は見直される必要がある。 「1患者1ID」制で運用していても、当該患者の救急受け入れや氏名変更等に伴って、別のID番号が付与されてしまうことがある。健診受診者に対する別番号の付与、連携先の医療機関のID等の併用もあり得る。国は、マイナンバーに紐付けされた固有番号制を導入することも検討している。診療情報管理士は、ID番号の運用を変更しなければならない事態が生じたときには、現実的な対応策を提案し、業務に混乱をきたさないような方策を講じる必要がある。 ③診療記録の迅速な完成を支援する業務と実施方法 診療情報は業務の実施後、迅速に記録され、参照可能とするようにしなければならない。入院医療については、退院後、遅滞なく入院診療記録として完成される必要がある。 診療情報管理士は、量的点検業務等によって完成状況を把握し、迅速な完成を促進・支援する必要がある。退院時要約の作成は診療報酬の要件ともなっており、遅滞があれば、診療情報管理委員会等を介して督促することも考慮する。「説明と同意」に関する同意文書や、入院診療計画書についても同様である。 ④チーム医療の円滑な実施に向けて情報共有を支援する業務とその方法 チーム医療を有効に実施するために、医師の診療記録とともに、看護記録、服薬管理記録、栄養指導記録、リハビリテーション記録等の各部門の診療情報を一元的に管理し、相互に容易に参照できるように整備する必要がある。また、診療科間相互の参照を容易にし、例えば薬剤の重複投与や重複検査を回避できるような仕組みにしなければならない。</p>

<p>p.109 5行目～ p.110 下から10行目</p>	<p>新</p>	<p>NST、ICT、緩和ケアチーム等のチーム医療が実施された場合、その実施内容や経過に関する診療情報は、当該患者の診療情報として一元的に管理される必要がある。他科・他部門との、あるいは多職種による合同カンファレンスの記録についても、当該患者に関する内容は、患者の診療情報として統合されなければならない。他施設や在宅医療との連携に重要となる入退院支援記録についても同様である。</p> <p>診療情報管理士は、各部門の記録やカンファレンス記録に不備がないか重点的に点検し、必要であれば改善を要請する。また、診療科間や部門間の情報共有や相互参照に問題があれば、診療情報管理委員会等において検討し、問題解決に努める。診療情報管理士も、多職種による合同カンファレンスに、円滑な情報共有を支援する立場から参加することを考慮する。</p>
<p>p.110 下から9行目～ p.111 7行目</p>	<p>旧</p>	<p>9-3-2 診療情報を安全に管理する業務 【業務の範囲】 作成された診療記録または収集された診療情報は、～ (略) ～参照可能とすること。</p>
	<p>新</p>	<p>9-3-2 診療情報を安全に保存・管理する業務 ①診療情報の漏えい・棄損・改ざんを防止する業務とその方策 診療情報は医療提供の実績を示す基本情報であるとともに、厳重に守秘されるべき患者の個人情報である。したがって、その漏えい・棄損・改ざんは回避されるべき最大の課題となる。診療情報管理士は、情報システム管理部門と連携してシステム機能上の対策・整備を行うとともに、国の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠して運用上の規則を定め、その遵守・励行に努めなければならない。</p> <p>診療情報を記録・参照する場合の職員のIDとパスワードの運用、端末からのログイン・ログアウトの手順、記録の削除・訂正または変更の方法、代行者による記録の扱い等の規則の徹底は、診療情報の安全な保存・管理のうえで基本的事項である。</p> <p>インターネットを含む外部のネットワークと内部システムとの接続は、不正アクセスを防止するための最大限の技術的対策を取ったうえで、安全な保存・管理が担保された方法と手順で、情報の参照や移転を実施する。</p> <p>医学研究や教育・研修、あるいは医療従事者の業務実績の記録として、診療情報を利用しようとする場合は、原則として、診療情報そのものは外部には持ち出してはならず、各施設で定められた個人情報管理区域のみで利用可能とする。また、診療情報は承認された目的以外では利用せず、診療情報を格納した媒体は必ずパスワードを設定する。ログインアカウントとパスワードを設定したパソコンを使用し、パソコンを使用しない時は、原則として金庫等で施錠して保管する。使用後の診療情報は速やかに破棄されなければならない。</p> <p>どうしても、診療情報を外部で使用しなければならない場合は、患者が特定されないように匿名化したうえで、所定の手続きを経て持ち出す必要がある。匿名化が不十分なままメモリやパソコンにコピーし、外部で紛失、または盗難等にあった場合は、応分の管理責任を問われるので十分に留意する。</p> <p>診療情報管理部門、および情報システム管理部門の各部屋への入退出は厳重に管理し、部外者の自由な立ち入りは禁止する。情報機器の廃棄、または転用の場合は、残存データを完全に消去する処理を行う。</p>

<p>p.110 下から9行目～ p.111 7行目</p>	<p>新</p> <p>②事故または災害時の診療情報管理業務と事前の方策 情報システムの更新時や診療報酬改定時のプログラムの見直し等に伴って、システムダウンが起り得る。診療情報管理士は、情報システム管理部門や診療報酬請求部門等と連携して、事前にシステム障害時の対応手順を、マニュアルとして詳細に定めておく必要がある。BCP (Business Continuity Plan) の考え方に従って、障害発生時の業務の継続に向けた計画・手順を作成しておくことにより、現場の混乱を最小限に抑え、復旧後に円滑な業務の再開を図ることが可能となる。 災害時には、その規模によっては設備・機器の損壊を伴う壊滅的な被害が経験されている。情報システムの運用が長期にわたって不可能になることも想定し、そのような場合でも一定の診療が継続できるように、遠隔にある別システムへ必要な診療情報をバックアップしておく方策がある。地域において災害拠点の役割を担う医療機関では、このような方策を検討する必要がある。</p>
<p>p.111 8行目～ p.112 最下行</p>	<p>旧</p> <p>9-3-3 診療情報を点検する業務 【業務の範囲】 診療記録は、実施された一連の医療行為が～ (略) ～継続的な取り組みを図ることが肝要である。</p> <p>新</p> <p>9-3-3 診療情報を点検・管理する業務 ①必要な診療情報が記録されているか点検する業務と実施方法 診療情報管理士は、医療従事者が診療業務を実施した際に、診療情報の記録指針等で体系化された一連の診療情報が、遅滞なく記録されているかを点検する必要がある。入院医療においては、所定の様式で必要な診療情報が記録され、定められた順序で整えられているかについて、診療情報管理士が退院時に確認することは、量的点検として定着した業務になっている。 「入院診療計画書」、所定の手術・処置、検査等についての「説明と同意」文書、アレルギー・禁忌情報、手術・麻酔記録、画像検査における診断所見、「退院時要約」等、入院診療情報として必須である記録の有無を点検・確認する。量的点検の結果は記録者にフィードバックされ、記録の整備・補完が督促される必要がある。これらの記録の整備が遅滞している場合は、診療情報管理委員会等を介して適切な対応をとる。 さらに、記録者の有無、時系列的な順序での記録の整備、関連した部門記録、チーム医療記録、カンファレンス記録、入退院支援記録など、患者の入院目的に応じた記録として不備はないか点検・確認する。 電子カルテを運用している場合は、記録不備の時にアラートを出し、記録ミスや記録間の不整合がある場合にエラーチェックがかかるような機能を活用して、量的点検を効率的に行うように工夫する。</p> <p>②診療情報の内容が適切かつ合理的に記録されているか点検する業務と実施方法 記録された診療情報は内容が明快で、職種間で容易に理解できるように略語等の多用を避けて記録され、診療情報として論理的な不整合がないことが必要である。診療情報管理士は、これらの観点から診療記録の合理性と有効性について確認し、質的点検業務を主導する。 傷病名と処方・処置・手術等との整合性、侵襲のある処置・手術と「説明と同意」文書の内容の適切性、入院診療計画の内容と入院目的や入院期間の妥当性等について、診療情報管理士として点検し、必要であれば改善・整備の支援を行う。</p>

<p>p.111 8行目～ p.112 最下行</p>	<p>新</p>	<p>各部門記録間での不整合、チーム医療記録の診療への反映、合同カンファレンス記録の参照状況など、一元管理されている診療情報を共有して、有効にチーム医療に活用しているかを点検し、問題点があればその改善に努める。質的 point 検は、検討の必要性の高い課題を選定し、診療記録を重点的に抽出して、効果的に行う必要がある。</p> <p>③安全で質の高い医療が提供されたか評価する取り組みを支援する業務と方法</p> <p>医療の質的水準と安全性を評価するには、医師・看護師を含む全病院的な取り組みが必要となる。診療情報管理士は、多岐にわたる診療情報から、検討対象となる症例を抽出し、評価に必要な診療情報や数値・指標を準備する役割を担う。これは、診療情報の質的 point 検の一環を成す業務でもある。</p> <p>例えば、「入院経過中の予期せぬ ICU への入室」、「診療計画では想定外の長期入院」、「退院後の早期の再入院」などの出来事があった症例を抽出し、分析チームにその原因や背景となり得る診療情報を提供する。</p> <p>また、「院内死亡率」、「悪性疾患の5年生存率」、「術後の合併症発生率」などのアウトカム指標、あるいは「急性心筋梗塞症例における救急搬送到着時から PTCA 実施までの時間」、「検討対象症例の診療ガイドラインで必要とされた薬剤投与の有無」などのプロセス指標などを算定・計数して、医療評価検討の基礎資料として準備する。</p> <p>診療情報管理士は、診療情報 point 検の過程で、医療の質的水準または安全性に問題があると思われる症例・事例に遭遇した場合は、関連の委員会等において積極的に問題点を報告して対応策を提案するなど、病院の質・安全の向上の取り組みに積極的に関与する必要がある。</p>
<p>p.113 1行目～ p.114 10行目</p>	<p>旧</p>	<p>9-3-4 診療情報を有効に活用する業務</p> <p>【業務の範囲】</p> <p>診療情報を、医療の質や効率の向上などのために～ (略) ～柔軟に活用できるようにすることができる。</p> <hr/> <p>9-3-4 個人情報としての診療情報を保護する業務</p> <p>①個人情報保護に関する規則を整備してその周知・徹底を図る業務</p> <p>診療情報管理士は、厳重に守秘されるべき個人情報である診療情報を扱う立場から、関連する委員会等において個人情報に関する具体的な規則を定め、その周知・徹底と厳正な運用を図る必要がある。</p> <p>規則の立案と運用にあたっては、国の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠することが適当である。診療情報管理士は、同ガイダンスを十分に理解して自ら遵守するとともに、医療従事者・関係者による患者の個人情報の収集、記録、保有、利用等が適正に行われるように支援する役割を担う。</p> <p>②診療情報の閲覧・参照、またはアクセス権限に関する規則を整備し運用する業務</p> <p>医療従事者には患者についての守秘義務が求められるとともに、診療情報の閲覧・参照をする場合に、職種や立場に応じた一定の制約を設けることが適当である。電子化された診療情報システムでは、患者データへのアクセス権限を明確に定める必要がある。ただし、チーム医療の円滑な実施を阻害することのないよう配慮しなければならない。</p>

<p>p.113 1行目～ p.114 10行目</p>	<p>新</p>	<p>診療情報管理士は、情報システム管理部門等と連携して、診療情報管理委員会において、職種ごとに、診療情報へのアクセス範囲を定めなければならない。その際、参照の可・不可、および記録の可・不可を明確にした規則とする必要がある。アクセス権限の運用はシステム側の設定により行われるが、「成り済まし」による不正アクセスを防止するためにも、職員のID・パスワードは厳正に運用されなければならない。</p> <p>病院関係者や特定個人に関するアクセス制限、傷病や診療・看護等に直接かわりのない社会的・経済的な患者情報の扱い等についても検討する必要がある。</p> <p>③患者自身の診療情報についての開示請求に対応する業務とその方法</p> <p>個人情報保護法に基づき、患者は自分の個人情報（保有個人情報）である診療情報の開示請求を行うことができる。請求があった場合、事業者である医療機関は遅滞なく開示する必要がある。診療情報管理士は個人情報担当者と連携して、当該患者による保有個人情報の閲覧、または書面として交付する業務を行う。</p> <p>開示の方法は、診療記録の謄写、または印字した書面の交付が一般的であるが、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を十分に参照して実施する。交付された書面は、訴訟に向けた証拠または資料とされる場合があるので、開示された診療情報の内容や範囲について、十分に留意して把握しておく必要がある。</p>
<p>p.114 11行目～ p.115 最下行</p>	<p>旧</p>	<p>9-3-5 診療情報を提供する業務 【業務の範囲】</p> <p>さまざまな場面での診療情報提供は、～ (略) ～病院の使命や役割に応じて取り組む必要がある。</p>
	<p>新</p>	<p>9-3-5 病院の管理・運営のための業務とその実施方法</p> <p>①診断名等のコード化と分析業務</p> <p>医師が診断した患者の傷病名を、ICD分類により正確にコード化することは、診療情報管理士の本来的な専門業務である。全患者の病態を体系的なコーディングで情報化することは、病院の医療活動の実績を明確にするとともに、病院組織の適切な管理・運営のための基盤的な資料となる。</p> <p>病院の診療報酬請求のための情報は、DPCデータに見られるように、ICDコード体系を基礎に組み立てられている。DPCデータのICDコードは、実施された診療行為や医療費データと関連付けられて、病院機能の把握と経営管理において、極めて重要な資料となっている。</p> <p>診療情報管理士は、DPC制度、DPCデータの内容と整備手順を十分に踏まえて、医師の選択した主傷病名、副傷病名、DPC診断群分類等の妥当性等を検討する。そのうえで、退院時の確定主傷病名としてコーディングを行い、医師の確認を受ける。この点については、各病院の実態にあった適切なコーディング体制が構築されている必要がある。</p> <p>主傷病名別、または診断群分類別の患者構成を、診療科別に月次の動向で示すなどして、病院診療活動の実績を分析する。医事課等と連携して同様の診療収入の分析を行い、経営判断のための基礎資料とする。</p> <p>ICD分類体系は第11版への移行期にあり、DPC制度も見直されることが見込まれている。診療情報管理士は、診療情報に関する専門職として円滑な移行に向けた対応策を準備する必要がある。</p>

<p>p.114 11行目～ p.115 最下行</p>	<p>処置・手術のコード化、がん登録等のレジストリ業務、重症度、医療・看護必要度のスコア、ADLや認知症の区分など、患者の病態や特定の疾患に関するコード化、あるいは登録業務の範囲が拡大しつつある。病院の方針に沿って、診療情報管理業務として対応する必要がある。</p> <p>②退院時要約を始めとする診療情報による管理統計業務</p> <p>各診療科共通の様式による退院時要約情報は、入院医療の評価・分析に必須である。診療情報管理士は、退院時要約の迅速な完成を支援し、その情報に基づいた病院の管理・運営に関する基本的な統計分析を行う。先の診断傷病名等のコード化は、その前提となる業務でもある。</p> <p>在院日数分析は、効率的な病床運用の基本指標である。病院の平均在院日数、診療科別平均在院日数、診断群分類別在院日数分析、およびそれらの月次・年次の変動を見る必要がある。病床利用率と関連させて分析することで、病院の基本機能の推移を判断する。</p> <p>入退院経路の分析で、医療連携の現状と地域における役割を把握することが可能となる。病床機能の転換や在宅医療の促進、医療・介護の連携と地域包括ケアシステムの構築等の観点から、今後さらに重要な分析項目となる。</p> <p>手術・麻酔、主要な処置、主要な検査や画像診断等の実施件数の動向は、病院の診療実績を見る基本情報となる。ICU室の利用、化学療法やリハビリテーションの実施、NSTや緩和ケア等のチーム医療の実績等も、病院の診療活動の把握に必要である。これらのデータはレセプトデータからも抽出可能であり、医事課等とも連携する必要がある。</p> <p>③医療の質と安全の確保に向けた業務とその方法</p> <p>医療の質的水準と安全性を確保し、維持していくことは病院の管理・運営の基本である。診療情報管理士は、医療提供の過程で発生する診療情報に常に接しているので、医療内容の問題点を感知する機会が多いといえる。先に、診療情報の質的点検業務において基本的な方法を示したが、全病院的な医療の質と安全の確保に向けた取り組みにおいて、診療情報管理士の担うべき役割について認識し、積極的に関与する必要がある。</p> <p>病院は、医療の質的水準を維持するために医療安全委員会等を設置し、検討すべき臨床指標等を設定してその動向を見ることが行われる。診療情報管理士は、同委員会で指標の選択や提案を行い、それらの動向を報告することが業務となる。</p> <p>臨床指標には、高度な治療技術の成果指標、各診療分野のアウトカム・プロセス指標から、耐性菌の感染状況、褥瘡の発生率、転倒・転落件数、インシデント報告件数等、多岐にわたる。診療情報管理士は、これらの数値・指標の計数や算出に積極的に関与する必要がある。</p> <p>医師・看護師を含む調査チームが、検討対象の病棟と調査対象期間を定めて、全退院患者の診療記録の内容を網羅的に点検し、「予期せぬ大出血」や「想定されていない転院」等、あらかじめ設定した入院中の出来事の有無を検証することなども、医療の質や安全確保の観点から有益である。</p> <p>電子化された記録では、検索機能等を活用して、より効率的・効果的な検証が可能であり、診療情報管理士は医療安全の確保に向けたこのような取り組みに積極的に参画し、その役割を発揮することが期待される。</p> <p>死亡症例検討会やクリニカルパスにおけるバリエーション分析も、医療の質的水準と安全性の確保・向上のために有効であり、診療情報管理士も必要に応じて積極的に関与する必要がある。</p>
--	---

新

p.115 最下行下	<p style="text-align: center;">9-3-6 診療情報の活用に向けたデータ処理・提供業務</p> <p>①診療情報の研究・教育への活用のための業務</p> <p>蓄積された診療情報は、多岐にわたる医学研究において、重要な検討対象となる。また、各医療専門職の臨床研修や臨地実習においても、対象患者の診療情報の提供は、症例の理解と学習のために不可欠である。これらの診療情報は最も配慮を必要とする個人情報であり、すでに触れた「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠して対応する必要がある。</p> <p>診療情報管理士は、診療情報を扱う専門職として、関係者に同ガイダンスに沿った対応をするように支援する。また、調査・研究のためのデータの抽出や、教育・研修のための教材の提示にあたって、提供するデータの範囲を検討し、必要に応じて適切な匿名化の処理を行う。</p> <p>医療の担当者が、担当した患者の所見やデータを集積し、自らの診療実績として記録して研鑽を図ろうとする場合は、診療情報から抽出可能な範囲を規則で定め、氏名・年齢等の基本情報を適切に匿名化する。診療情報管理士は、その適正な運用に努めるとともに、外部に持ち出されたデータの紛失や盗難によって個人情報の流出の恐れがある場合は、必要な措置を迅速に講じる。</p> <p>②法に基づいた診療情報提供の要請に対応する業務</p> <p>警察または検察等の捜査機関から診療情報の提供を要請された場合は、手続きや手順が適正であることを確認したうえで、所要の範囲の診療情報を提供する。訴訟における証拠保全として、診療記録の原本の提供を求められる場合についても同様である。これらの診療情報の提供の要請には診療情報管理士が対応し、提供先とその目的、提供の日時と提供された診療情報の範囲等を適正に管理する。</p> <p>近年、がん登録制度、医療機能情報提供制度、病床機能報告制度等の、診療情報関連の提供制度が相次いで運用され始めている。また、国は健康・医療・介護を統合した大規模データベースの構築を目指して、全国の関係機関から特定の診療情報の提供を求めることが見込まれている。これらの、法に基づく診療情報提供制度に対応するためにも、診療情報管理士の役割が期待されている。</p>
---------------	---

追記

10章

	旧 指標
	新 情報
	旧 公開
	新 公表 ※p.185下から7、4、3行目は「公開」のまま。
p.173 15行目	旧 ※平成28年度の調査項目について、
	新 ※2018（平成30）年度の調査項目について、
p.173 21行目	旧 が生まれると予想され、これまで以上に業務が増えることになる。
	新 が生まれ、これまで以上に業務が増えることになった。

<p>p.176 1～13行目</p>	<p>【2016年度現在のDPC対象病院としての基準】</p> <p>①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。</p> <p>②診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。</p> <p>③厚生労働大臣が実施する次の調査（DPC調査）に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出すること。</p> <p>イ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査（退院患者調査）</p> <p>ロ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査（特別調査）</p> <p>④上記③のイの調査において、調査期間1ヶ月当たりの（データ/病床）比が0.875以上であること。</p> <p>⑤「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年4回以上、当該委員会を開催すること。</p>
	<p>【2018年度現在のDPC対象病院としての基準】</p> <p>DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出 A207診療録管理体制加算の届出 以下の調査に適切に参加 <ul style="list-style-type: none"> 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催 <p>資料：厚生労働省保険局医療課「平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS」平成30年3月6日</p>
<p>p.179 図1</p>	<p>旧</p> <p>(1)「A207診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2)標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる体制を有すること。また、DPC調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。</p> <p>(3)DPC調査に適切に参加し、DPCデータの作成対象病棟に入院する全ての患者について、DPC調査に準拠したDPCフォーマットデータを提出すること。</p> <p>(4)「適切なコーディングに関する委員会」(※)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。</p> <p>(※)コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。</p> <p>なお、(1)～(4)は様式40の5届出時点で満たすことは必須でなく、「様式40の7」届出時点で満たしていれば良い。</p> <p>資料：平成28年5月12日、厚生労働省保険局医療課「平成28年度データ提出加算に係る説明会」</p> <p>図1. データ提出加算の施設基準</p>

<p>p.179 図1</p>	<p>新</p>	<p>(1)「A207 診療録管理体制加算」に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、A207（1または2）の施設基準を満たしていれば足りる。 ア：回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関 イ：地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関 ウ：回復期リハビリテーション病棟入院料および地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関</p> <p>(2)厚生労働省が毎年実施する「DPC 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課およびDPC 調査事務局と常時電子メールおよび電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。</p> <p>(3)DPC 調査に適切に参加し、DPC 調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1にあっては入院患者に係るデータを、データ提出加算2にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。</p> <p>(4)「適切なコーディングに関する委員会」*を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。 *コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師および診療録情報を管理する部門または診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。</p> <p>(1)～(4)は様式40の5届出時点で満たすことは必須でなく、「様式40の7」届出時点で満たしていれば良い。</p> <p>資料：厚生労働省保険局医療課「平成30年度データ提出加算に係る説明会」平成30年5月16日</p> <p>図1-1. データ提出加算1および2の施設基準</p>
<p>p.179 図1下</p>	<p>追記</p>	<p>(1) データ提出加算2の届出を行っていること。</p> <p>(2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当する場合であること。 ア：当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がないこと。 イ：当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータおよび提出データと同じ期間における医科の全ての診療報酬明細書の未コード化傷病名の割合が全ての月で1割未満であること。</p> <p>(3) (2)のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、DPC 調査事務局宛てに提出されていない場合、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合をいう。</p> <p>(4) 未コード化傷病名の割合が1割未満とは、次のいずれにも該当する場合をいう。 ア：調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（0000999）の割合が1割未満 イ：調査実施説明資料において定められた外来EF ファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（0000999）の割合が1割未満（経過措置あり） ウ：医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（0000999）の割合が1割未満</p> <p>資料：厚生労働省保険局医療課「平成30年度データ提出加算に係る説明会」平成30年5月16日</p> <p>図1-2. 提出データ評価加算の施設基準</p>
<p>p.179 15行目</p>	<p>旧 新</p>	<p>図1のとおり示されていて、 図1-1、1-2のとおり示されていて、</p>

p.180 下から 18～17行目	旧	<u>指標作成</u> に必要なデータの多くは影響調査データの様式1から得られるものである。それにそれぞれの病院の状況を反映した病院独自の解説が必要になる。このように、 <u>指標の</u>
	新	<u>病院情報作成</u> に必要なデータの多くは影響調査データの様式1から得られるものである。それにそれぞれの病院の状況を反映した病院独自の解説が必要になる。このように、 <u>病院情報の</u>
p.180 下から3行目	旧	存続にもつながりかねない。
	新	存続が <u>危ぶまれる事態</u> にもつながりかねない。
p.182 最下行	旧	「.9」の発生頻度について
	新	<u>部位不明・詳細不明コード</u> の発生頻度について
p.183 図3、4 図タイトル	旧	「.9」
	新	「 <u>部位不明・詳細不明</u> 」
p.183 図3、4 グラフ項目名	旧	dot9 発生率 (%)
	新	<u>dot9 (部位不明・詳細不明)</u> 発生率 (%)
p.183 図4 表注釈	追記	※dot9 = 部位不明・詳細不明
p.184 1行目	旧	「.9」の発生頻度については、
	新	<u>部位不明・詳細不明コード</u> の発生頻度については、
p.184 4、7、9行目	旧	「.9」
	新	「 <u>部位不明・詳細不明</u> 」
p.185 1行目	旧	「.9」の比率は下がり続けていたが、
	新	<u>部位不明・詳細不明コード</u> の比率は下がり続けていたが、
p.187 下から7行目	旧	(平均値 + 2SD の設定)
	新	(平均値 + 2SD 以上の 30 の整数倍の日数の設定)
p.189 18行目	旧	申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を
	新	申請者の主治医に対して主治医意見書の作成を
p.195 13行目下	追記	※がんの主な病期分類には、「TNM 悪性腫瘍の分類」(UICC・国際対がん連合)や、「 <u>癌取扱い規約</u> 」に基づく分類などがある。院内がん登録では「TNM 悪性腫瘍の分類」を用いており、病期分類の国際比較が可能である。一方、「 <u>癌取扱い規約</u> 」は学会、研究会で作成しているわが国独自の決まりであり、国際比較はできない。

11章

p.205 図1	旧	<u>レンサ球菌</u> <u>レンサ菌</u>
	新	<u>連鎖球菌</u> <u>連鎖球菌</u>
p.229 下から10行目	旧	アルファベットの頭文字は、それぞれ
	新	アルファベットの頭文字 (<u>領域</u>) は、それぞれ

p.234 下から 11～5行目	旧	ICFで分類されたすべての構成要素（心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子）は下記の共通スケールを用いて量的に評価する。該当する分類項目について、下記の括弧内に示した適切な評価用語を用いる（下記のxxxは第2レベルの項目を表し、第1評価点は小数点以下第1位、第2評価点は第2位で0-4のスケールを選択する）。評価のための大まかなパーセント表示は、較正（キャリブレーション）された評価器具や、その他の評価基準によって、機能障害、能力の制限、実行状況における問題、および阻害因子を数量的に判定できる場合のためのものである。			
	新	ICFで分類された構成要素（b：心身機能、s：身体構造、d：活動と参加、e：環境因子）には、それぞれ下記のような評価点が設定され、b, sの第1評価点、dの第1、第2評価点では、下記の共通スケール：0-9を用いて量的に評価する（下記のxxxは第2レベルの <u>カテゴリー</u> を表し、第1評価点は小数点以下第1位、第2評価点は第2位、第3評価点は第3位にスケールを記載する）。評価のための大まかなパーセント表示は、較正（キャリブレーション）された評価器具や、その他の評価基準によって、機能障害、 <u>構造障害</u> 、 <u>実行状況における困難</u> 、能力における困難の程度を数量的に判定できる場合のためのものである。			
p.234 最下行下	追記	構成要素	第1評価点	第2評価点	第3評価点
		b	機能障害の程度	-	-
		s	構造障害の程度	構造障害の性質	構造障害の部位
		d	実況状況における困難の程度	能力における困難の程度	-
		e	環境からの影響の程度	-	-
p.235 10～11行目	旧	0-4のスケールを選択するが、促進因子を示すためには小数点を「+」で、 <u>阻害因子を示すためには小数点を「-」</u> で置き換える（例：E110+2）。			
	新	0-9のスケールを選択するが、促進因子を示すためには小数点を「+」で置き換える（例： <u>阻害 e110.2</u> 、 <u>促進 e110+2</u> ）。			
p.237 11～12行目	旧	それぞれの項目について0-4の評価点がつけられ、環境因子については促進因子を+、阻害因子は-をつけて表記する仕組みとなっている。			
	新	それぞれの項目の <u>小数点以下</u> の評価点について0-9の評価スケールがつけられ、環境因子については促進因子であれば小数点を+に置き換えて表記する仕組みとなっている。			
p.238 下から5行目	旧	(2) ICFでは評価点は0-4と段階付けされ、			
	新	(2) ICFでは <u>各</u> 評価点は0-9と段階付けされ、			

12章

p.316
下から 22 行目上

追記

●練習問題● 要約症例（サマリー）

下記の要約症例から、主傷病名などを選択し、それぞれ ICD-10 コードを付与しなさい。また、医療行為も要約症例から選び答えなさい。なお、副傷病名は記載順とし、医療行為は主傷病名に対する主となる医療行為をはじめに解答し、そのほかは記載順（実施日順・時系列）に解答すること。

入院日：YY/10/01
退院日：YY/10/31

【年 齢】 70 歳
 【性 別】 男
 【既往歴】 慢性胆嚢炎、胆石症、2 型糖尿病で外来通院中。
 【現病歴】 市の検診を受診し、胸部 X 線検査において、右肺下葉に異常陰影を指摘された。外来で胸部 CT 検査を施行し、肺癌が疑われ精査加療のため入院した。
 【入院経過】 入院後、気管支ファイバー検査による組織所見では腺癌の確定診断を得た。10 月 7 日胸腔鏡補助下右肺下葉切除術を施行し、T1aN0M0 ステージ Ia であった。術後第 3 病日に喀痰喀出困難を認め、胸部 X 線検査により右上葉に無気肺を認めた。術後肺炎を合併したため、抗生剤点滴を行った。その後、肺炎は軽快し、術後経過も良好にて 10 月 31 日に退院した。

【解答欄】

	傷病名	傷病コード
主傷病名		
組織形態名	腺癌	M 8140/3
副傷病名		
副傷病名		
副傷病名		
副傷病名		

	医療行為名
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	

【解答例】

	傷病名	傷病コード
主傷病名	右下葉肺癌	C 34.3
組織形態名	腺癌	M 8140/3
副傷病名	無気肺	J 98.1
副傷病名	術後肺炎	J 95.8
副傷病名	慢性胆嚢炎を伴う胆石症	K 80.1
副傷病名	2 型糖尿病	E 11.9

	医療行為名
医療行為	胸腔鏡補助下右肺下葉切除術
医療行為	気管支ファイバー検査
医療行為	胸部 X 線検査
医療行為	抗生剤点滴

p.316 下から 22 行目上	追記	<p>〔補足説明〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ J98.1 は、簡易版で肺虚脱とあるが、無気肺もこのコードに分類される。 ・ J95.8 は、簡易版で<u>その他の処置後の呼吸器障害</u>とあるが、術後肺炎もこのコードに分類される。 ・ 慢性胆嚢炎と胆石症は、お互いに関連しており、分類上 1 つにまとめることが可能である。このことを複合病態分類という。「慢性胆嚢炎を伴う胆石症」 																																										
p.316 下から 16 ～ 14 行目	旧 新	<p>Y41.2 (抗マラリア薬及びその他の血液寄生性原虫類に作用する薬物の治療上の使用による有害作用) は、<u>任意的追加コード</u>として使用する。</p> <p>Y41.8 は、<u>任意的追加コード</u>として使用する。</p>																																										
p.347 下から 11、7 行目	旧 新	<p>ドキソプラズマ症</p> <p>トキソプラズマ症</p>																																										
p.349 最下行下	追記	<p>●練習問題● 要約症例 (サマリー)</p> <p>下記の要約症例から、主傷病名などを選択し、それぞれ ICD-10 コードを付与しなさい。また、医療行為も要約症例から選び答えなさい。なお、副傷病名は記載順とし、医療行為は主傷病名に対する主となる医療行為をはじめに解答し、そのほかは記載順 (実施日順・時系列) に解答すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: right;">入院日：YY/05/05 退院日：YY/05/11</p> <p>【年 齢】 29 歳 【性 別】 女性 【転 帰】 軽快 【現病歴】 妊娠 38 週 3 日、破水感があり連絡後、入院した。 【入院経過】 前期破水にて入院した。入院後、胎位、胎向は問題なく、陣痛間隔も順調に進行した。子宮口が 6 cm まで開いたところ、続発性微弱陣痛となった。有効な陣痛の回復が得られず、母の体力も弱くなったため、5 月 5 日 16 時 47 分に会陰切開を伴う吸引分娩を施行した。児は 2,489g の男児で、アプガースコアは 1 分 8 点、5 分 9 点であった。産褥経過および新生児経過は順調で、5 月 11 日に退院した。</p> </div> <p>【解答欄】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">傷病名</th> <th style="width: 25%;">傷病コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主傷病名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>分娩の形態</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>分娩の結果</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">医療行為名</td> </tr> <tr> <td>医療行為</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【解答例】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">傷病名</th> <th style="width: 25%;">傷病コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主傷病名</td> <td>続発性微弱陣痛</td> <td>O 62.1</td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td>前期破水 (分娩開始 24 時間未満)</td> <td>O 42.0</td> </tr> <tr> <td>分娩の形態</td> <td>吸引分娩 (会陰切開を伴う)</td> <td>O 81.4</td> </tr> <tr> <td>分娩の結果</td> <td>単胎出生</td> <td>Z 37.0</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">医療行為名</td> </tr> <tr> <td>医療行為</td> <td>会陰切開を伴う吸引分娩</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		傷病名	傷病コード	主傷病名			副傷病名			分娩の形態			分娩の結果			医療行為名			医療行為				傷病名	傷病コード	主傷病名	続発性微弱陣痛	O 62.1	副傷病名	前期破水 (分娩開始 24 時間未満)	O 42.0	分娩の形態	吸引分娩 (会陰切開を伴う)	O 81.4	分娩の結果	単胎出生	Z 37.0	医療行為名			医療行為	会陰切開を伴う吸引分娩	
	傷病名	傷病コード																																										
主傷病名																																												
副傷病名																																												
分娩の形態																																												
分娩の結果																																												
医療行為名																																												
医療行為																																												
	傷病名	傷病コード																																										
主傷病名	続発性微弱陣痛	O 62.1																																										
副傷病名	前期破水 (分娩開始 24 時間未満)	O 42.0																																										
分娩の形態	吸引分娩 (会陰切開を伴う)	O 81.4																																										
分娩の結果	単胎出生	Z 37.0																																										
医療行為名																																												
医療行為	会陰切開を伴う吸引分娩																																											

p.349 最下行下	追記	<p>〔補足説明〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「分娩の形態」の欄には、中間分類項目の分娩 O80－O84 のコード以外は記載しない。 ・母体側（第 XV 章 妊娠、分娩、産褥）のサマリーは O コード。1 つのサマリーに O と P は混在しない。 ・分娩の結果は、Z37.- 																																								
p.354 5～7行目	旧	<p>P21 .1 (前置胎盤(出血を伴う))</p> <p>↑ ↑</p> <p>前置胎盤 出血を伴う</p>																																								
	新	<p>P21 .1 (新生児仮死)</p> <p>↑ ↑</p> <p>出生時仮死 軽度及び中度の仮死Ap4-7</p>																																								
p.354 10行目下	追記	<p>●練習問題● 要約症例（サマリー）</p> <p>下記の要約症例から、主傷病名などを選択し、それぞれ ICD-10 コードを付与しなさい。また、医療行為も要約症例から選び答えなさい。なお、副傷病名は記載順とし、医療行為は主傷病名に対する主となる医療行為をはじめに解答し、そのほかは記載順（実施日順・時系列）に解答すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: right;">入院日：YY/03/22 退院日：YY/03/31</p> <p>【年 齢】 日令 1 【性 別】 男 【転 帰】 軽快 【現病歴】 在胎 35 週 5 日、2,385g アプガースコア 1 分 9 点、5 分 9 点にて出生、低出生体重児のため小児科に入院した。 【入院経過】 発熱はなし、顔色良好、心雑音なし。クベースに収容した。高ビリルビン血症に対し光線療法を開始した。ミルクは日令 1 日より開始し、大きな問題はなく順調に経過したが、日令 4 日より心雑音が目立つようになり、日令 7 日に心エコー検査を施行し、心室中隔欠損症と診断した。日令 9 日には哺乳も良好で体重も増加したため、外来フォローとして 3 月 31 日退院した。</p> </div> <p>【解答欄】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">傷病名</th> <th style="width: 25%;">傷病コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主傷病名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(追加コード)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>出生児・出生の場所</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">医療行為名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">医療行為</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>医療行為</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【解答例】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">傷病名</th> <th style="width: 25%;">傷病コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主傷病名</td> <td>低出生体重児 (2,385g)</td> <td>P 07.1b</td> </tr> <tr> <td>(追加コード)</td> <td>在胎 35 週 5 日</td> <td>P 07.3</td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td>早産に関連する高ビリルビン血症</td> <td>P 59.0</td> </tr> <tr> <td>副傷病名</td> <td>心室中隔欠損症</td> <td>Q 21.0</td> </tr> <tr> <td>出生児・出生の場所</td> <td>単胎児院内出生</td> <td>Z 38.0</td> </tr> </tbody> </table>		傷病名	傷病コード	主傷病名			(追加コード)			副傷病名			副傷病名			出生児・出生の場所			医療行為		医療行為			傷病名	傷病コード	主傷病名	低出生体重児 (2,385g)	P 07.1b	(追加コード)	在胎 35 週 5 日	P 07.3	副傷病名	早産に関連する高ビリルビン血症	P 59.0	副傷病名	心室中隔欠損症	Q 21.0	出生児・出生の場所	単胎児院内出生	Z 38.0
	傷病名	傷病コード																																								
主傷病名																																										
(追加コード)																																										
副傷病名																																										
副傷病名																																										
出生児・出生の場所																																										
医療行為																																										
医療行為																																										
	傷病名	傷病コード																																								
主傷病名	低出生体重児 (2,385g)	P 07.1b																																								
(追加コード)	在胎 35 週 5 日	P 07.3																																								
副傷病名	早産に関連する高ビリルビン血症	P 59.0																																								
副傷病名	心室中隔欠損症	Q 21.0																																								
出生児・出生の場所	単胎児院内出生	Z 38.0																																								

<p>p.354 10 行目下</p>	<p>追記</p>	<table border="1" data-bbox="361 136 1160 245"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">医療行為名</td> </tr> <tr> <td>医療行為</td> <td>光線療法</td> </tr> <tr> <td>医療行為</td> <td>心エコー</td> </tr> </table> <p>〈補足説明〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 低出生体重児の場合、出産体重で5桁目コードが変わるので注意する。 • 体重と妊娠週数の両者の記載があった場合は、出産体重を優先し、週数は追加コードとして記載する。 • 新生児側（第 XVI 章 周産期）のサマリーは P コード。1つのサマリーに O と P は混在しない。 • 出生児・出生の場所は、Z38.- 	医療行為名		医療行為	光線療法	医療行為	心エコー
医療行為名								
医療行為	光線療法							
医療行為	心エコー							
<p>p.365 V01 - V99 右囲み枠内</p>	<p>旧</p>	<p>第1巻内容例示表 V01 ~ V79 は V01、V10、V20、V30、V40、V50、V60、V70 の上記に明示された4桁細分類項目を「発生場所コード」として付与し、V80 ~ V99 はすでに中間分類項目毎に明示されている。さらに、p.889 に記載された受傷者の活動を明示するための5桁目「活動コード」を V01 ~ V99 に付与する。</p>						
<p>p.367 最下行下</p>	<p>新</p>	<p>第1巻内容例示表 V01 ~ V79 (3桁目9を除く) と V90 ~ V94 のコードは、V01、V10、V20、V30、V40、V50、V60、V70、V90 の上記に明示された4桁細分類項目を「発生場所コード」として付与する。</p> <p>※なお、V01 ~ V79 の3桁目が9のコードと V80 ~ V89、V95 ~ V97 の4桁目は、すでにコードごとに明示されている。</p> <p>さらに、p.889 に記載された受傷者の活動を明示するための5桁目「活動コード」を V01 ~ V99 に付与する。</p>						
<p>p.367 最下行下</p>	<p>追記</p>	<p>●練習問題● 要約症例（サマリー）</p> <p>下記の要約症例から、主傷病名などを選択し、それぞれ ICD-10 コードを付与しなさい。また、医療行為も要約症例から選び答えなさい。なお、副傷病名は記載順とし、医療行為は主傷病名に対する主となる医療行為をはじめに解答し、そのほかは記載順（実施日順・時系列）に解答すること。</p> <p>●例題 I ●</p> <table border="1" data-bbox="361 1660 1160 1697"> <tr> <td style="text-align: right;">入院日：YY/01/13</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">退院日：YY/02/15</td> </tr> </table> <p>【年 齢】 79 歳 【性 別】 男 【主 訴】 左大腿部痛 【既往歴】 51 歳：高血圧症 64 歳：不安定狭心症で近医にて加療中 【現病歴】 趣味である水泳と体力維持を目的として、毎日スイミングクラブへ自転車で通っていた。1月13日昼頃に熱があったが、無理をしてスイミングクラブに行き、自転車で家に帰る途中、路上で車を避けようとして自転車走行中に転倒した。左大腿部痛が強く起きられないため、救急車で当院救急外来に搬送された。左大腿骨頸部骨折の診断で入院した。</p> <p>【入院時身体所見】 162.0cm 61.0kg 体温：37.5℃ 脈拍：62回/分 呼吸：23回/分 SpO2：95% 血圧：155/85 CRP (2.0) WBC 11,590/μ1 Hb 15.1g/dL</p> <p>【入院経過】 入院時の胸部X線検査で右側下葉肺底部側の末梢に異常陰影を認め、胸部 CT 検査を施行した。右肺野に浸潤影が見られ、細菌性肺炎と診断し、抗生剤の点滴を施行した。術前検査の心臓超音波検査は異常なし。高血圧症および不安定狭心症は、投薬で経過観察中である。1月18日観血的整復内固定術を施行、1月21日血液検査でDタイマー 25.8μg/mL と高く、深部静脈血栓症を疑い、同日、下肢静脈超音波検査（末消血管）を行ったが、有意な所見は認めなかった。日頃水泳で筋力を保持していたせいか、リハビリ（関節運動）もスムーズに進み、今後は近くの病院でリハビリを行うことになり転院した。</p>	入院日：YY/01/13	退院日：YY/02/15				
入院日：YY/01/13								
退院日：YY/02/15								

p.367
最下行下

追記

【解答欄】

	傷病名	傷病コード
主傷病名		
外 因		
副傷病名		
副傷病名		
副傷病名		

医療行為名	
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	

【解答例】

	傷病名	傷病コード
主傷病名	左大腿骨頸部骨折	S 72.00
外 因	スイミングクラブの帰り、車を避けようとして自転車から転倒	V 18.41
副傷病名	細菌性肺炎	J 15.9
副傷病名	高血圧症	I 10
副傷病名	不安定狭心症	I 20.0

医療行為名	
医療行為	大腿骨骨折観血的整復内固定術
医療行為	胸部 X 線検査
医療行為	胸部 CT 検査
医療行為	抗生剤の点滴
医療行為	心臓超音波検査
医療行為	下肢静脈超音波検査（末梢血管）
医療行為	関節運動

〈補足説明〉

- ・「第 XIX 章 損傷、中毒及びその他の外因の影響（S 節、T 節）」は、各中間分類項目の指示に従って 5 桁目細分類項目（0、1）を選択し、コードする。
- ・外因の 4 桁コードは発生場所コードではない。交通事故により負傷した自転車乗員のうち V10-V18 に使用する 4 桁細分類「4 路上交通事故により受傷した運転者」である。

p.367
最下行下

追記

●例題Ⅱ●

	入院日：YY/06/20 退院日：YY/07/24
【年 齢】	48 歳
【性 別】	女
【現病歴】	6 月 20 日自宅で入眠中、タバコの不始末による火災が発生し、気道熱傷した。娘を助けるために窓ガラスを割った際、右前腕裂創し、橈骨神経切断および筋断裂を受傷した。
【入院経過】	神経縫合、筋縫合、創デブリードマン施行し、気管支鏡検査にて軽度の発赤を認め、気道熱傷を確認した。術後、集中治療室に入室する。6 月 28 日集中治療室より一般病棟に移る。7 月 24 日軽快にて退院した。

p.367
最下行下

【解答欄】

	傷病名	傷病コード
主傷病名		
外 因		
副傷病名（追加）		
副傷病名（追加）		
副傷病名		
外 因		

医療行為名	
医療行為	
医療行為	
医療行為	
医療行為	

【解答例】

	傷病名	傷病コード
主傷病名	前腕裂創	S 59.7 ←
外 因	ガラスとの接触（自宅・娘の救助）	W 25.08
副傷病名（追加）	橈骨神経切断	S 54.2
副傷病名（追加）	筋断裂	S 56.8
副傷病名	気道熱傷	T 27.3
外 因	火災（自宅・睡眠中）	X 00.04

医療行為名	
医療行為	橈骨神経縫合術
医療行為	筋縫合術 ←
医療行為	創デブリードマン
医療行為	気管支鏡検査

〈補足説明〉

- 多発性損傷は原則として、複合コーディングにしたがう。多発性損傷のうち、1つを主傷病名として特定できない場合には、多発性損傷の記載のために用意された項目の1つにコードし、個々の損傷も任意の追加コード（副傷病名）を付けることができる。
※ コーディングの手順は、まず、個々の傷病名にコードし、次にどの多発損傷に分類されるのかを考える。
- 同一手術の一連の行為は、主の手術に続けて記載する。

追記

時系列 ↓

付属資料 診療記録集

扉 左段 下から4行目	旧	◆問診票
	新	◆情報開示とインフォームド・コンセントに関する問診票
p.390 上段 見出し	旧	■問診票
	新	■情報開示とインフォームド・コンセントに関する問診票

付属資料 様式集

扉 p.403 ~ 427	更新	2018（平成30）年度版に更新 ※ 別冊「付属資料 様式集 2018（平成30）年度版」参照
------------------	----	--