

診療情報管理士テキスト **診療情報管理Ⅲ**

専門・1章～7章(第8版 第3刷) → 専門課程編(初版)

修正箇所一覧

注1：今回の改定で「診療情報管理Ⅲ」と「診療情報管理Ⅳ」は合本し、色が「診療情報管理Ⅳ」と同じ青系に統一となりました。

注2：原則として、図表の追加・削除にともなう項番変更は、本文中の図表参照も含め省略いたします。
また、節の追加・削除にともなう項番変更も、原則として省略いたします。

注3：学習内容に影響のない程度の文章・表記の変更は省略します。

全章共通

	旧	診療情報管理室
	新	診療情報管理部門 ※ 資料などからの引用が「診療情報管理室」の場合はそのまま

1章

p.3 17行目	旧	2016年10月1日現在で27.3%である。
	新	2019年9月15日推計で28.4%である。
p.5 下から3～2行目	旧	2015年10月1日現在の医療施設数は178,212施設、病床数は1,673,669床であり、前年に比べ施設数は666施設(0.4%)増加し、病床数は7,043床(0.4%)減少している
	新	2017年10月1日現在の医療施設数は178,492施設、病床数は1,653,303床であり、前年に比べ施設数は419施設(0.2%)減少し、病床数は11,222床(0.7%)減少している

p.6
表 1

更新

表 1. 医療施設の種類別にみた施設数の推移

各年 10 月 1 日現在

	平成 17 年 (2005)	20 ('08)	23 ('11)	26 ('14)	29 ('17)
総 数	173,200	175,656	176,308	177,546	178,492
病 院	9,026	8,794	8,605	8,493	8,412
精神科病院	1,073	1,079	1,076	1,067	1,059
結核療養所	1	1	1	-	-
一般病院	7,952	7,714	7,528	7,426	7,353
療養病床 を有する 病院 (再掲)	4,374	4,067	3,920	3,848	3,781
一般診療所	97,442	99,083	99,547	100,461	101,471
有 床	13,477	11,500	9,934	8,355	7,202
療養病床 を有する 一般診療所 (再掲)	2,544	1,728	1,385	1,125	902
無 床	83,965	87,583	89,613	92,106	94,269
歯科診療所	66,732	67,779	68,156	68,592	68,609
有 床	49	41	38	32	24
無 床	66,683	67,738	68,118	68,560	68,585

資料：厚生労働省「医療施設調査」

注：平成 18 年に「精神病院」は「精神科病院」に改められた。

引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.220 表 25

p.6
表 2

更新

表 2. 病床の種類別にみた病床数の推移

各年 10 月 1 日現在

	平成 17 年 (2005)	20 ('08)	23 ('11)	26 ('14)	29 ('17)
総 数	1,798,637	1,756,115	1,712,539	1,680,712	1,653,303
病 院	1,631,473	1,609,403	1,583,073	1,568,261	1,554,879
精神病床	354,296	349,321	344,047	338,174	331,700
感染症病床	1,799	1,785	1,793	1,778	1,876
結核病床	11,949	9,502	7,681	5,949	5,210
療養病床	359,230	339,358	330,167	328,144	325,228
一般病床	904,199	909,437	899,385	894,216	890,865
一般病院(再掲)	1,370,804	1,350,796	1,326,834	1,315,514	1,307,284
一般診療所	167,000	146,568	129,366	112,364	98,355
療養病床(再掲)	24,681	17,519	14,150	11,410	9,069
歯科診療所	164	144	100	87	69

資料：厚生労働省「医療施設調査」

引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.221 表 28

p.7
図 2

削除

「図 2. 病院の種類別にみた病院数および病床の種類別にみた病院病床数の年次推移」図削除

<p>p.7 1行目～ p.8 4行目</p>	<p>旧</p> <p>病院は2015年8,480施設あり、前年に比べ13施設減少している。一般診療所は100,995施設であり、診療所の無床化等により有床診療所は394施設減少し、無床診療所が928施設増加している。病床規模別の病院数の構成割合を比較すると50～99床が2,127施設(病院総数の25.1%)と最も多く、次いで100～149床が1,429施設(16.9%)となっている。</p> <p>開設者別でみると、病院では医療法人が5,737施設(病院総数の67.7%)で最も多く、前年に比べ16施設増加している。一般診療所では個人が43,324施設(一般診療所総数の42.9%)で最も多いが、前年に比べ539施設減少している。次に多いのが医療法人で40,220施設(39.8%)。前年に比べ765施設増加している。</p> <p>全病床数は1,673,669床で、前年より7,043床減少している。病院の病床数は1,565,968床で、前年より2,293床減少している。病床の種類別でみると、精神、結核、一般の病床が減少している(感染症、療養は増加)。一般診療所の病床数は107,626床あり、前年より4,738床減少している(表2)。人口10万対の病院の病床数は1,229.8床(一般病床の病床数702.3、精神病床の病床数263.3、療養病床の病床数258.5)である。人口10万対の一般診療所の病床数は81.5である。</p> <p>2006年7月の第五次医療法改正を踏まえた病床種別ごとの主な基準は、表3のとおりとなっている。病院報告によると、2015年における平均在院日数は29.1日である。病床の種類別に見ると、介護療養病床と結核病床以外の病床種類別平均在院日数は短縮した。精神病床274.7日(前年より6.5日短い)、介護療養病床315.8日(前年より0.3日長い)、療養病床158.2日(前年より6.4日短い)、結核病床67.3日(前年より0.6日長い)、一般病床16.5日(前年より0.3日短い)、感染症病床8.2日(前年より0.7日短い)である。</p> <p>全病床における病床利用率は80.1%(前年より0.2%低下)である。</p>
<p>新</p>	<p>病院は8,412施設あり、前年に比べ30施設減少している。一般診療所は101,471施設であり、診療所の無床化等により有床診療所は427施設減少し、無床診療所が369施設増加している。歯科診療所は68,609施設であり、前年に比べて331施設減少している。</p> <p>病床規模別の病院数の構成割合を比較すると50～99床が2,088施設(病院総数の24.8%)と最も多く、次いで100～149床が1,426施設(17.0%)となっている。</p> <p>開設者別でみると、病院では医療法人が5,766施設(病院総数の68.5%)で最も多く、前年に比べ12施設増加している。一般診療所では医療法人が41,927施設(一般診療所総数の41.3%)で最も多く、前年に比べ787施設増加している。次に多いのが個人で41,892施設(41.3%)。前年に比べ878施設減少している。</p> <p>全病床数は1,653,303床で、前年より11,222床減少している。病院の病床数は1,554,879床で、前年より6,126床減少している。</p> <p>病床の種類別でみると、一般病床は890,865床(病院の全病床数の57.3%)で、前年に比べ533床減少、精神病床は331,700床(21.3%)で2,558床減少、療養病床は325,228床(20.9%)で2,933床減少している。一般診療所の療養病床数は9,069床あり、前年より837床減少している。人口10万対の病院の病床数は1,227.2床である。</p> <p>2006年7月の第五次医療法改正を踏まえた病床種別ごとの主な基準は、表3のとおりとなっている。病院報告によると、2017年における平均在院日数は28.2日である。精神病床267.7日(前年より2.2日短い)、介護療養病床308.9日(前年より6.0日短い)、療養病床146.3日(前年より5.9日短い)、結核病床66.5日(前年より0.2日長い)、一般病床16.2日(前年とほぼ同じ)、感染症病床8.0日(前年より0.2日長い)である。</p> <p>全病床における病床利用率は80.4%(前年より0.3%上昇)である。</p>

表3. 病院の病床種別ごとの主な基準一覧（医療法）

2006年7月施行

	一般病床	療養病床 ^{注1,2}	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたる療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院、なほ左以外の病院 （特定機能病院を除く）		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症および新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
人員配置基準	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 48:1 看護職員 4:1 薬剤師 150:1 理学療法士および作業療法士：病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 48:1 看護職員 4:1 薬剤師 150:1 （ただし当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1とする）	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1	医師 16:1 看護職員 4:1 薬剤師 70:1
構造設備	・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・分べん室および新生児の入浴施設 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・清火用の機械または器具	一般病床において必要な施設のほか、 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室	一般病床において必要な施設のほか、 ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供と患者の保護のために必要な施設		一般病床において必要な施設のほか、 ・他の部分へ流入しないような機械換気設備 ・感染予防のためのシャ断、その他、必要な施設 ・一般病床の消毒施設のほかに必要の消毒施設	一般病床において必要な施設のほか、 ・他の部分へ流入しないような機械換気設備 ・感染予防のためのシャ断、その他、必要な施設 ・一般病床の消毒施設のほかに必要の消毒施設
基準	患者1人につき病床面積 6.4m ² /床以上 既設 ^{注3} ： 6.3m ² /床以上 (1人部屋) 4.3m ² /床以上 (その他)	一般病床（病院）と同じ 既設 ^{注3} ： 6.0m ² /床以上	一般病床（病院）と同じ		一般病床（病院）と同じ	一般病床（病院）と同じ
廊下幅	1.8m以上 (両側居室2.1m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)	1.8m以上 (両側居室2.7m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)	1.8m以上 (両側居室2.1m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)	1.8m以上 (両側居室2.7m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)	1.8m以上 (両側居室2.1m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)	1.8m以上 (両側居室2.1m) 既設：1.2m以上 (両側居室1.6m)

更新

資料：厚生労働省医政局総務課調べ

注：1. 平成30年4月1日において①介護療養型医療施設、②4:1を満たさない医療機関に該当し、その旨を30年6月末までに再び都道府県知事等に届け出たものについては、これまでの経過措置（看護職員について6:1、看護補助者について6:1）と同等の基準を、介護老人保健施設等に転換する旨を都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準として、令和6年3月末まで適用する。なお、24年6月末までに①介護療養型医療施設、②4:1を満たさない医療機関に該当する旨を都道府県知事等に届け出た医療機関のうち、①介護療養型医療施設に該当し、その旨を30年6月末までに再び都道府県知事等に届け出たものについては、これまでの経過措置（看護職員について6:1、看護補助者について6:1）と同等の基準を、介護老人保健施設等に転換する旨を都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準として、令和6年3月末まで適用する。

2. 平成24年3月末までに介護老人保健施設等に転換する旨を都道府県知事に届け出た療養病床等を有する医療機関のうち、30年6月末までに再び都道府県知事等に届け出た療養病床等を有する医療機関については、これまでの経過措置（下記）と同等の基準を、都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準として、令和6年3月末まで適用する。

①廊下幅を、内法による測定で1.2m、両側に居室がある場合を1.6mとする。

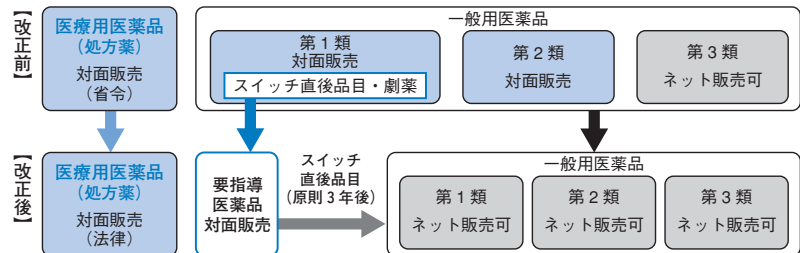
②転換病床における入院患者数に応じた医師の配置を96:1とする。

③看護師および准看護師の配置を9:1、看護補助者の配置を9:2とする。

3. 既設とは、平成13年3月1日時点ですでに開設の許可を受けている場合のことをいう。

引用：2019/2020年「国民衛生の動向」p.222表29

更新



注：1. 要指導医薬品の指定の要否については、薬事・食品衛生審議会要指導一般用医薬品部会にて審議。
2. 薬局製造販売医薬品については、劇薬指定品目を除き、第1類医薬品と同様の販売方法とする。
3. 要指導医薬品は一般用医薬品に移行してから1年間は第1類医薬品となる。その後、1年間で1～3類のいずれかに分類するか検討・決定する。

引用：2019/2020年「国民衛生の動向」p.262図1

図2. 医薬品の分類と販売方法について

p.24 3行目	旧 後期高齢者医療に大別 新 後期高齢者医療 <u>制度</u> に大別
p.26 図5	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>○ 75 歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成 20 年度に独立した医療制度を創設。 ○ 財源構成は、患者負担を除き、公費（約 5 割）、現役世代からの支援（約 4 割）のほか、高齢者から広く薄く保険料（1 割）を徴収。</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>後期高齢者医療制度</p> <p><対象者数> 75 歳以上の高齢者 約 1,800 万人 <後期高齢者医療費> 17.7 兆円（平成 31 年度予算ベース） 給付費 16.3 兆円 患者負担 1.4 兆円 <保険料額（平成 30・31 年度見込）> 全国平均 約 5,860 円／月 ※ 基礎年金のみを受給されている方は約 380 円／月</p> </div> <p style="text-align: center;">【全市町村が加入する広域連合】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">患者負担</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p>公費（約 5 割） 7.7 兆円 〔国：都道府県：市町村＝5.1 兆円：1.3 兆円：1.3 兆円＝ 4：1：1〕</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p>高齢者の保険料 1.3 兆円 約 1 割 (軽減措置等で実質約 8%程度)</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p>後期高齢者支援金 (若年者の保険料) 6.8 兆円 約 4 割</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">※上記のほか、保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費 0.5兆円</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>↓ 保険給付</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↑ 保険料</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↑ 交付</p> <p>社会保険診療報酬支払基金</p> <p>↓ 納付</p> <p>医療保険者 (健保組合、国保など)</p> <p>↓ 保険料</p> </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-left: 10px;"> <p><支援金内訳></p> <p>協会けんぽ 2.3 兆円 健保組合 2.3 兆円 共済組合 0.7 兆円 市町村国保等 1.5 兆円</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p>後期高齢者医療の被保険者 (75 歳以上の者)</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; text-align: center;"> <p>各医療保険 (健保組合、国保など) の被保険者 (0 ~74 歳)</p> </div> </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.234 図 2</p> <p style="text-align: center;">図 4. 後期高齢者医療制度の運営の仕組み (平成 31 年度)</p>

p.29
表 5

更新

表 5. 第一次～医療介護総合確保推進法までの医療法改正の流れ

<p>医療法 昭和23年(1948)制定</p> <p>第一次改正 昭和60年(1985)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療圏の設定 2 地域医療計画策定の義務化 3 医療法人の運営の適正化と指導体制の整備→1人医療法人制度の導入(医療施設の量的整備から質的整備) <p>第二次改正 平成4年(1992)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療施設機能の体系化(特定機能病院¹⁾・療養型病床群²⁾の制度化) 2 医療に関する適切な情報提供(広告規制の緩和、院内掲示の義務づけ) 3 医療の目指すべき方向の明示 4 医療機関の業務委託の水準確保 5 医療法人の付帯業務の規定 <p>第三次改正 平成9年(1997)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療提供の際に医療提供者が適切な説明を行い、医療の受け手の理解を得るよう努める旨を規定 2 療養型病床群制度の診療所への拡大 3 地域医療支援病院³⁾(コミュニティホスピタル)の創設(200床以上、ネットワーク機能、救急救命機能、臨床研究機能等) 4 医療計画制度の必要的記載事項の追加 5 医療法人の業務範囲の拡大 6 医療機関の広告可能事項の追加 	<p>第四次改正 平成12年(2000)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 病院の病床を療養病床と一般病床に区分 2 病院等の必置施設(臨床検査、消毒、給食、給水、暖房、洗濯、汚物処理の各施設)について規制を緩和 3 人員配置基準違反に対する改善措置を講じる 4 医業等に関して広告できる事項(診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨、医師または歯科医師の略歴・年齢・性別、日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果、費用の支払い方法または領収に関する事項ほか)を追加 <p>第五次改正 平成18年(2006)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進 2 地域や診療科による医師不足問題への対応 3 医療安全の確保 4 医療従事者の資質の向上 5 医療法人制度改革 6 患者等への医療に関する情報提供の推進 <p>医療法施行規則の改正(平成24年厚生労働省令33号) 医療計画において定める疾病として、精神疾患が追加された</p> <p>医療介護総合確保推進法 平成26年(2014) 地域における効率的かつ効率的な医療提供体制の確保等</p>
---	--

注1) 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発および高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣が承認したもの。
 2) 病院の一般病床(当時)のうち一群であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。
 3) 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として、都道府県知事が承認したものを。

引用：2019/2020年「国民衛生の動向」p.185表1

p.31
下から9～1行目

旧

2000年度は介護保険制度の施行にともなう事情から前年度比5,601億円の減少、制度改正を行った2002年度も同1,491億円減少の30兆9,507億円、同じく制度改正を行った2006年度は前年度に比べ13億円減少の33兆1,276億円。2013年度は前年度に比べ8,493億円増加の40兆610億円となり40兆円を超えた。2015年度は、42兆3,644億円となった。国民1人当たりの医療費は1954年度に2,400円であったが、1965年度に1万円台、1980年度は10万円台、1994年度に20万円台を示し、2013年度は31万4,700円、2015年度は33万3,300円となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は、1955年度の3%台からほぼ上昇傾向を示しており、1998年度は8%を超えた。2005年度は8.86%、2008年度は9.80%、2013年度は11.06%、2015年度は10.91%となっている(図6、表6)。

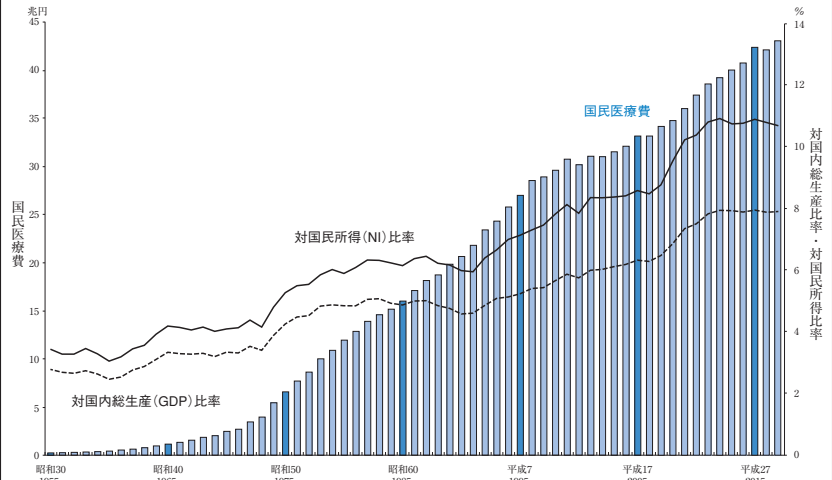
新

2000年度は介護保険制度の施行にともなう事情から前年度より5,601億円の減少、制度改正を行った2002年度も同1,491億円減少の30兆9,507億円、同じく制度改正を行った2006年度は前年度に比べ13億円減少の33兆1,276億円であった。2013年度は前年度に比べ8,493億円増加の40兆610億円となり40兆円を超えた。2016年度は薬価改定等により、前年度に比べ2,263億円減少し42兆1,381億円となった。

国民1人当たりの医療費は1954年度に2,400円であったが、1965年度に1万円台、1980年度は10万円台、1994年度に20万円台、2011年に30万円台を示し、2016年度は33万2,000円となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は、1955年度の3%台からほぼ上昇傾向を示しており、2005年度は8.55%、2008年度は9.56%、2009年度は10.19%、2016年度は10.76%となっている(図5、表6)。

p.32
図 6

更新



資料：厚生労働省「国民医療費」、2019/2020年「国民衛生の動向」p.242 図6

図 5. 国民医療費・対国内総生産比率・対国民所得比率の年次推移

p.32
表 6

更新

表 6. 国民医療費と国民所得の推移

	国民医療費		人口 1 人 当たり 国民医療費 (千円)	国民所得 (NI)		国民医療費の 国民所得に 対する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率 (%)		(億円)	対前年度 増減率 (%)	
昭和 30 年度 ('55)	2,388	11.0	2.7	69,733	...	3.42
40 ('65)	11,224	19.5	11.4	268,270	11.5	4.18
50 ('75)	64,779	20.4	57.9	1,239,907	10.2	5.22
60 ('85)	160,159	6.1	132.3	2,605,599	7.2	6.15
平成 7 ('95)	269,577	4.5	214.7	3,784,796	2.7	7.12
12 ('00)	301,418	△ 1.8	237.5	3,859,685	2.4	7.81
17 ('05)	331,289	3.2	259.3	3,873,557	1.2	8.55
22 ('10)	374,202	3.9	292.2	3,619,241	2.4	10.34
27 ('15)	423,644	3.8	333.3	3,903,050	2.9	10.85
28 ('16)	421,381	△ 0.5	332.0	3,917,156	0.4	10.76

資料：厚生労働省「国民医療費」

注：1. 平成 12 年 4 月から介護保険制度が施行されたことにもない、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成 12 年度以降、国民医療費に含まれていない。

2. 国内総生産 (GDP) と国民所得 (NI) は、内閣府の「国民経済計算」による。

3. 人口 1 人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」と「人口推計」の総人口である。

引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.242 表 17

p.33
3～6 行目

旧

国民医療費の前年度比の増減率は、2010 年度 3.9%、2011 年度 3.1%、2012 年度 1.6%、2013 年度 2.2%、2014 年度 1.9%、2015 年度 3.8%となっている。国民所得に対する割合は前述のように増加が続いている。国民所得の増減率は、2010 年度 2.4%、2011 年度 - 1.0%、2012 年度 0.7%、2013 年度 2.3%、2014 年度 1.5%、2015 年度 2.7%である。

新

国民医療費の前年度比の増減率は、2010 年度 3.9%、2015 年度 3.8%、2016 年度 - 0.5%となっている。国民所得の増減率は、2010 年度 2.4%、2015 年度 2.9%、2016 年度 0.4%である。

p.33
表 7

表 7. 制度区分別にみた国民医療費

平成 28 年度 ('16)

	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国民医療費	421,381	100.0
公費負担医療給付分	31,433	7.5
生活保護	17,496	4.2
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	74	0.0
障害者総合支援法 ¹⁾	4,349	1.0
その他 ²⁾	9,513	2.3
感染症法(結核)(再掲)	38	0.0
医療保険等給付分	195,663	46.4
医療被用者保険	192,614	45.7
被用者保険	97,210	23.1
被扶養者	51,144	12.1
高齢者 ³⁾	41,141	9.8
協会管掌健康保険	4,925	1.2
組合管掌健康保険	51,177	12.1
船舶員保険	35,254	8.4
国家公務員共済組合	195	0.0
地方公務員共済組合	2,319	0.6
私立学校教職員共済組合	7,061	1.7
国民健康保険	1,203	0.3
高齢者以外者 ³⁾	95,404	22.6
退職者医療制度(再掲)	65,323	15.5
その他 ⁴⁾	30,081	7.1
労働者災害補償保険	2,486	0.6
その他 ⁴⁾	3,049	0.7
後期高齢者医療給付分	2,440	0.6
患者等負担分	609	0.1
全額自己負担	51,435	12.2
公費・保険又は後期高齢者の一部負担	5,425	1.3
軽減特例措置 ⁵⁾	46,010	10.9
	1,119	0.3

資料：厚生労働省「国民医療費」

注：1. 平成 25 年 4 月から、障害者自立支援法は障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）に法律の題名が変更された。

2. 母子保健法、児童福祉法等による医療費および地方公共団体単独実施に係る医療費である。

3. 被用者保険および国民健康保険適用の高齢者は 70 歳以上である。

4. 国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省の職員の給与等に関する法律、公害健康被害の補償等に関する法律および健康被害救済制度による救済給付の医療費である。

5. 平成 20 年 4 月からの 70～74 歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.243 表 18

更新

p.34
1～3 行目

旧

厚生労働省平成 27 年度 国民医療費の概況によると、2015 年度国民医療費は 42 兆 3,644 億円となり、前年度より 3.8% 増、人口 1 人当たり国民医療費は 33 万 3,300 円である。

医療費増加の理由としては以下のことが考えられる。

新

制度改正で減少した年はあるものの、医療費が増加している理由としては、以下のことが考えられる。

p.35
下から 9～7 行目

旧

総務省統計局の人口推計によると、わが国の総人口は、2017 年 11 月確定値で 1 億 2,671 万 4 千人（男 6,165 万 9 千人、女 6,525 万 5 千人）で、前年同月よりも減少している。2015 年 10 月 1 日には調査開始以来、はじめての人口減少となっている。

新

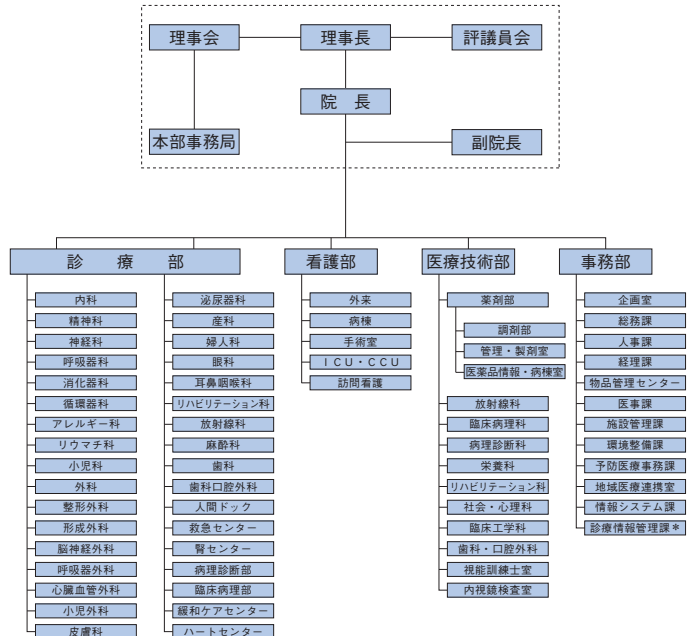
総務省統計局の人口推計によると、わが国の総人口は、調査開始以来 2015 年 10 月 1 日に、はじめての人口減少となっている。2018 年 10 月 1 日現在、1 億 2,644 万 3 千人（男 6,153 万 2 千人、女 6,491 万 1 千人）で、前年より 26 万 3 千人減少している。

<p>p.36 表 8</p>	更新	<p style="text-align: center;">表 8. わが国の人口の推移</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">総人口¹⁾ (千人)</th> <th style="text-align: center;">人口増減率²⁾ (%)</th> <th style="text-align: center;">人口密度 (1 km² 当たり)</th> <th style="text-align: center;">人口性比 (女 100 対男)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>昭和 25 年 ('50)</td><td style="text-align: center;">83,200</td><td style="text-align: center;">1.75</td><td style="text-align: center;">226</td><td style="text-align: center;">96.3</td></tr> <tr><td>30 ('55)</td><td style="text-align: center;">89,276</td><td style="text-align: center;">1.17</td><td style="text-align: center;">242</td><td style="text-align: center;">96.6</td></tr> <tr><td>35 ('60)</td><td style="text-align: center;">93,419</td><td style="text-align: center;">0.84</td><td style="text-align: center;">253</td><td style="text-align: center;">96.5</td></tr> <tr><td>40 ('65)</td><td style="text-align: center;">98,275</td><td style="text-align: center;">1.13</td><td style="text-align: center;">266</td><td style="text-align: center;">96.4</td></tr> <tr><td>45 ('70)</td><td style="text-align: center;">103,720</td><td style="text-align: center;">1.15</td><td style="text-align: center;">280</td><td style="text-align: center;">96.4</td></tr> <tr><td>50 ('75)</td><td style="text-align: center;">111,940</td><td style="text-align: center;">1.24</td><td style="text-align: center;">301</td><td style="text-align: center;">96.9</td></tr> <tr><td>55 ('80)</td><td style="text-align: center;">117,060</td><td style="text-align: center;">0.78</td><td style="text-align: center;">314</td><td style="text-align: center;">96.9</td></tr> <tr><td>60 ('85)</td><td style="text-align: center;">121,049</td><td style="text-align: center;">0.62</td><td style="text-align: center;">325</td><td style="text-align: center;">96.7</td></tr> <tr><td>平成 2 ('90)</td><td style="text-align: center;">123,611</td><td style="text-align: center;">0.33</td><td style="text-align: center;">332</td><td style="text-align: center;">96.5</td></tr> <tr><td>7 ('95)</td><td style="text-align: center;">125,570</td><td style="text-align: center;">0.24</td><td style="text-align: center;">337</td><td style="text-align: center;">96.2</td></tr> <tr><td>12 ('00)</td><td style="text-align: center;">126,926</td><td style="text-align: center;">0.20</td><td style="text-align: center;">340</td><td style="text-align: center;">95.8</td></tr> <tr><td>17 ('05)</td><td style="text-align: center;">127,768</td><td style="text-align: center;">△ 0.01</td><td style="text-align: center;">343</td><td style="text-align: center;">95.3</td></tr> <tr><td>22 ('10)</td><td style="text-align: center;">128,057</td><td style="text-align: center;">0.02</td><td style="text-align: center;">343</td><td style="text-align: center;">94.8</td></tr> <tr><td>27 ('15)</td><td style="text-align: center;">127,095</td><td style="text-align: center;">△ 0.11</td><td style="text-align: center;">341</td><td style="text-align: center;">94.8</td></tr> <tr><td>30 ('18)※</td><td style="text-align: center;">126,443</td><td style="text-align: center;">△ 0.21</td><td style="text-align: center;">…</td><td style="text-align: center;">94.8</td></tr> </tbody> </table> <p>資料：総務省統計局「国勢調査報告」※は「人口推計（平成 30 年 10 月 1 日現在）」 注：1. 各年 10 月 1 日現在人口（昭和 45 年までは沖縄県を含まない）。 2. 人口増減率は、前年 10 月から当年 9 月までの増減数を前年人口で除したのもの。 3. △はマイナスを示す。 引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.47 表 1</p>		総人口 ¹⁾ (千人)	人口増減率 ²⁾ (%)	人口密度 (1 km ² 当たり)	人口性比 (女 100 対男)	昭和 25 年 ('50)	83,200	1.75	226	96.3	30 ('55)	89,276	1.17	242	96.6	35 ('60)	93,419	0.84	253	96.5	40 ('65)	98,275	1.13	266	96.4	45 ('70)	103,720	1.15	280	96.4	50 ('75)	111,940	1.24	301	96.9	55 ('80)	117,060	0.78	314	96.9	60 ('85)	121,049	0.62	325	96.7	平成 2 ('90)	123,611	0.33	332	96.5	7 ('95)	125,570	0.24	337	96.2	12 ('00)	126,926	0.20	340	95.8	17 ('05)	127,768	△ 0.01	343	95.3	22 ('10)	128,057	0.02	343	94.8	27 ('15)	127,095	△ 0.11	341	94.8	30 ('18)※	126,443	△ 0.21	…	94.8																																																																												
	総人口 ¹⁾ (千人)	人口増減率 ²⁾ (%)	人口密度 (1 km ² 当たり)	人口性比 (女 100 対男)																																																																																																																																																										
昭和 25 年 ('50)	83,200	1.75	226	96.3																																																																																																																																																										
30 ('55)	89,276	1.17	242	96.6																																																																																																																																																										
35 ('60)	93,419	0.84	253	96.5																																																																																																																																																										
40 ('65)	98,275	1.13	266	96.4																																																																																																																																																										
45 ('70)	103,720	1.15	280	96.4																																																																																																																																																										
50 ('75)	111,940	1.24	301	96.9																																																																																																																																																										
55 ('80)	117,060	0.78	314	96.9																																																																																																																																																										
60 ('85)	121,049	0.62	325	96.7																																																																																																																																																										
平成 2 ('90)	123,611	0.33	332	96.5																																																																																																																																																										
7 ('95)	125,570	0.24	337	96.2																																																																																																																																																										
12 ('00)	126,926	0.20	340	95.8																																																																																																																																																										
17 ('05)	127,768	△ 0.01	343	95.3																																																																																																																																																										
22 ('10)	128,057	0.02	343	94.8																																																																																																																																																										
27 ('15)	127,095	△ 0.11	341	94.8																																																																																																																																																										
30 ('18)※	126,443	△ 0.21	…	94.8																																																																																																																																																										
<p>p.36 2～5 行目</p>	旧	<p>2016 年の総人口における年齢 3 区分別人口の割合は、年少人口（15 歳未満）<u>15,780 千人</u>、生産年齢人口（15～64 歳）<u>76,562 千人</u>、老年人口（65 歳以上）<u>34,591 千人</u>に区分されている。年少人口と生産年齢人口の割合は低下しており、老年人口の割合は 27.3%と前年より 0.7 ポイント増えている（表 9）。</p>																																																																																																																																																												
	新	<p>2018 年の総人口における年齢 3 区分別人口の割合は、年少人口（15 歳未満）<u>12.2%</u>、生産年齢人口（15～64 歳）<u>59.7%</u>、老年人口（65 歳以上）<u>28.1%</u>となっている。年少人口と生産年齢人口の割合で低下が続く一方、老年人口の割合は上昇している（表 9）。</p>																																																																																																																																																												
<p>p.36 表 9</p>	更新	<p style="text-align: center;">表 9. わが国の年齢 3 区分別人口と諸指標の推移</p> <p style="text-align: right;">各年 10 月 1 日現在</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">年齢 3 区分別人口 (千人)</th> <th colspan="3">年齢 3 区分別人口構成割合 (%)</th> <th colspan="6">指 数³⁾</th> </tr> <tr> <th>総数</th> <th>年少人口 (0～14 歳)</th> <th>生産年齢人口 (15～64 歳)</th> <th>老年人口 (65 歳以上)</th> <th>総数</th> <th>年少人口 (0～14 歳)</th> <th>生産年齢人口 (15～64 歳)</th> <th>老年人口 (65 歳以上)</th> <th>年少人口指数</th> <th>生産年齢人口指数</th> <th>老年人口指数</th> <th>従属人口指数</th> <th>老年化指数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>昭和 25 年¹⁾ ('50)</td><td style="text-align: center;">83,200</td><td style="text-align: center;">29,428</td><td style="text-align: center;">49,658</td><td style="text-align: center;">4,109</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">35.4</td><td style="text-align: center;">59.7</td><td style="text-align: center;">4.9</td><td style="text-align: center;">59.3</td><td style="text-align: center;">8.3</td><td style="text-align: center;">67.5</td><td style="text-align: center;">14.0</td></tr> <tr><td>35 ('60)</td><td style="text-align: center;">93,419</td><td style="text-align: center;">28,067</td><td style="text-align: center;">60,002</td><td style="text-align: center;">5,350</td><td style="text-align: center;">100.0</td><td style="text-align: center;">30.0</td><td style="text-align: center;">64.2</td><td style="text-align: center;">5.7</td><td style="text-align: center;">46.8</td><td style="text-align: center;">8.9</td><td style="text-align: center;">55.7</td><td style="text-align: center;">19.1</td></tr> <tr><td>45 ('70)</td><td style="text-align: center;">103,720</td><td style="text-align: center;">24,823</td><td style="text-align: center;">71,566</td><td style="text-align: center;">7,331</td><td style="text-align: center;">100.0</td><td style="text-align: center;">23.9</td><td style="text-align: center;">69.0</td><td style="text-align: center;">7.1</td><td style="text-align: center;">34.7</td><td style="text-align: center;">10.2</td><td style="text-align: center;">44.9</td><td style="text-align: center;">29.5</td></tr> <tr><td>55¹⁾ ('80)</td><td style="text-align: center;">117,060</td><td style="text-align: center;">27,507</td><td style="text-align: center;">78,835</td><td style="text-align: center;">10,647</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">23.5</td><td style="text-align: center;">67.4</td><td style="text-align: center;">9.1</td><td style="text-align: center;">34.9</td><td style="text-align: center;">13.5</td><td style="text-align: center;">48.4</td><td style="text-align: center;">38.7</td></tr> <tr><td>平成 2¹⁾ ('90)</td><td style="text-align: center;">123,611</td><td style="text-align: center;">22,486</td><td style="text-align: center;">85,904</td><td style="text-align: center;">14,895</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">18.2</td><td style="text-align: center;">69.7</td><td style="text-align: center;">12.1</td><td style="text-align: center;">26.2</td><td style="text-align: center;">17.3</td><td style="text-align: center;">43.5</td><td style="text-align: center;">66.2</td></tr> <tr><td>12¹⁾ ('00)</td><td style="text-align: center;">126,926</td><td style="text-align: center;">18,472</td><td style="text-align: center;">86,220</td><td style="text-align: center;">22,005</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">14.6</td><td style="text-align: center;">68.1</td><td style="text-align: center;">17.4</td><td style="text-align: center;">21.4</td><td style="text-align: center;">25.5</td><td style="text-align: center;">46.9</td><td style="text-align: center;">119.1</td></tr> <tr><td>17¹⁾ ('05)</td><td style="text-align: center;">127,768</td><td style="text-align: center;">17,521</td><td style="text-align: center;">84,092</td><td style="text-align: center;">25,672</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">13.8</td><td style="text-align: center;">66.1</td><td style="text-align: center;">20.2</td><td style="text-align: center;">20.8</td><td style="text-align: center;">30.5</td><td style="text-align: center;">51.4</td><td style="text-align: center;">146.5</td></tr> <tr><td>22¹⁾ ('10)</td><td style="text-align: center;">128,057</td><td style="text-align: center;">16,803</td><td style="text-align: center;">81,032</td><td style="text-align: center;">29,246</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">13.2</td><td style="text-align: center;">63.8</td><td style="text-align: center;">23.0</td><td style="text-align: center;">20.7</td><td style="text-align: center;">36.1</td><td style="text-align: center;">56.8</td><td style="text-align: center;">174.0</td></tr> <tr><td>27¹⁾ ('15)</td><td style="text-align: center;">127,095</td><td style="text-align: center;">15,887</td><td style="text-align: center;">76,289</td><td style="text-align: center;">33,465</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">12.6</td><td style="text-align: center;">60.7</td><td style="text-align: center;">26.6</td><td style="text-align: center;">20.8</td><td style="text-align: center;">43.9</td><td style="text-align: center;">64.7</td><td style="text-align: center;">210.6</td></tr> <tr><td>30 ('18)※</td><td style="text-align: center;">126,443</td><td style="text-align: center;">15,415</td><td style="text-align: center;">75,451</td><td style="text-align: center;">35,578</td><td style="text-align: center;">100.0¹⁾</td><td style="text-align: center;">12.2</td><td style="text-align: center;">59.7</td><td style="text-align: center;">28.1</td><td style="text-align: center;">20.4</td><td style="text-align: center;">47.2</td><td style="text-align: center;">67.6</td><td style="text-align: center;">230.8</td></tr> </tbody> </table> <p>資料：総務省統計局「国勢調査報告」※は「人口推計（平成 30 年 10 月 1 日現在）」 注：1. 総数には年齢不詳を含む。また、年齢 3 区分別人口は、年齢不詳を按分した人口は用いていない。その構成割合は、年齢不詳を除いた人口を分母として算出している。 2. 昭和 45 年までは沖縄県を含まない。 3. 年少人口指数=年少人口÷生産年齢人口×100、老年人口指数=老年人口÷生産年齢人口×100、 従属人口指数=(年少人口+老年人口)÷生産年齢人口×100、老年化指数=老年人口÷年少人口×100 引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.47 表 2</p>		年齢 3 区分別人口 (千人)			年齢 3 区分別人口構成割合 (%)			指 数 ³⁾						総数	年少人口 (0～14 歳)	生産年齢人口 (15～64 歳)	老年人口 (65 歳以上)	総数	年少人口 (0～14 歳)	生産年齢人口 (15～64 歳)	老年人口 (65 歳以上)	年少人口指数	生産年齢人口指数	老年人口指数	従属人口指数	老年化指数	昭和 25 年 ¹⁾ ('50)	83,200	29,428	49,658	4,109	100.0 ¹⁾	35.4	59.7	4.9	59.3	8.3	67.5	14.0	35 ('60)	93,419	28,067	60,002	5,350	100.0	30.0	64.2	5.7	46.8	8.9	55.7	19.1	45 ('70)	103,720	24,823	71,566	7,331	100.0	23.9	69.0	7.1	34.7	10.2	44.9	29.5	55 ¹⁾ ('80)	117,060	27,507	78,835	10,647	100.0 ¹⁾	23.5	67.4	9.1	34.9	13.5	48.4	38.7	平成 2 ¹⁾ ('90)	123,611	22,486	85,904	14,895	100.0 ¹⁾	18.2	69.7	12.1	26.2	17.3	43.5	66.2	12 ¹⁾ ('00)	126,926	18,472	86,220	22,005	100.0 ¹⁾	14.6	68.1	17.4	21.4	25.5	46.9	119.1	17 ¹⁾ ('05)	127,768	17,521	84,092	25,672	100.0 ¹⁾	13.8	66.1	20.2	20.8	30.5	51.4	146.5	22 ¹⁾ ('10)	128,057	16,803	81,032	29,246	100.0 ¹⁾	13.2	63.8	23.0	20.7	36.1	56.8	174.0	27 ¹⁾ ('15)	127,095	15,887	76,289	33,465	100.0 ¹⁾	12.6	60.7	26.6	20.8	43.9	64.7	210.6	30 ('18)※	126,443	15,415	75,451	35,578	100.0 ¹⁾	12.2	59.7	28.1	20.4	47.2	67.6	230.8
	年齢 3 区分別人口 (千人)			年齢 3 区分別人口構成割合 (%)			指 数 ³⁾																																																																																																																																																							
	総数	年少人口 (0～14 歳)	生産年齢人口 (15～64 歳)	老年人口 (65 歳以上)	総数	年少人口 (0～14 歳)	生産年齢人口 (15～64 歳)	老年人口 (65 歳以上)	年少人口指数	生産年齢人口指数	老年人口指数	従属人口指数	老年化指数																																																																																																																																																	
昭和 25 年 ¹⁾ ('50)	83,200	29,428	49,658	4,109	100.0 ¹⁾	35.4	59.7	4.9	59.3	8.3	67.5	14.0																																																																																																																																																		
35 ('60)	93,419	28,067	60,002	5,350	100.0	30.0	64.2	5.7	46.8	8.9	55.7	19.1																																																																																																																																																		
45 ('70)	103,720	24,823	71,566	7,331	100.0	23.9	69.0	7.1	34.7	10.2	44.9	29.5																																																																																																																																																		
55 ¹⁾ ('80)	117,060	27,507	78,835	10,647	100.0 ¹⁾	23.5	67.4	9.1	34.9	13.5	48.4	38.7																																																																																																																																																		
平成 2 ¹⁾ ('90)	123,611	22,486	85,904	14,895	100.0 ¹⁾	18.2	69.7	12.1	26.2	17.3	43.5	66.2																																																																																																																																																		
12 ¹⁾ ('00)	126,926	18,472	86,220	22,005	100.0 ¹⁾	14.6	68.1	17.4	21.4	25.5	46.9	119.1																																																																																																																																																		
17 ¹⁾ ('05)	127,768	17,521	84,092	25,672	100.0 ¹⁾	13.8	66.1	20.2	20.8	30.5	51.4	146.5																																																																																																																																																		
22 ¹⁾ ('10)	128,057	16,803	81,032	29,246	100.0 ¹⁾	13.2	63.8	23.0	20.7	36.1	56.8	174.0																																																																																																																																																		
27 ¹⁾ ('15)	127,095	15,887	76,289	33,465	100.0 ¹⁾	12.6	60.7	26.6	20.8	43.9	64.7	210.6																																																																																																																																																		
30 ('18)※	126,443	15,415	75,451	35,578	100.0 ¹⁾	12.2	59.7	28.1	20.4	47.2	67.6	230.8																																																																																																																																																		
<p>p.39 図 8</p>	削除	<p>「図 8. 医療需要と医療供給」図削除</p>																																																																																																																																																												

p.40 図 9	削除	「図 9. 自覚症状と受療行動（医療需要と医療ニーズ）」図削除
p.41 下から 7 行目～ p.44 下から 8 行目	削除	【医療環境と健康】 (略) ～途上国の保健システム強化を主導する考え方を表明した。
p.51 1～14 行目	削除	5) 2014 年（平成 26 年度）からの医療計画（第六次医療法改正）の見直し (略) ③社会医療法人の認定等に関する事項
p.57 図 16 資料、引用	旧	資料：厚生労働省 Web サイト http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf 引用：2017/2018 年「国民衛生の動向」p.250 図 2
	新	資料：厚生労働省ウェブサイト「公的介護保険制度の現状と今後の役割（平成 30 年度）」 引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.248 図 2
p.57 表 11 引用	旧	引用：2017/2018 年「国民衛生の動向」p.250 表 2
	新	引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.248 表 2
p.58 図 17 引用	旧	引用：2017/2018 年「国民衛生の動向」p.255 図 4
	新	引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」p.253 図 4
p.60 4 行目下	追記	ただし、この段階では努力義務にとどまっていたが、改正法が 2018 年 7 月に成立し、受動喫煙防止策を義務づけることとなった。また、都道府県等の改善の指導や命令などに従わない場合には罰則が適用される。2019 年 1 月には一部施行され、学校や病院、行政機関などの敷地内が原則禁煙とされていたが、2020 年 4 月 1 日に全面施行され、飲食店やホテル、オフィス等の屋内も原則禁煙とされた。これは 2020 年開催の東京オリンピック・パラリンピックを意識した対策でもあった。
p.63 16 行目下	追記	また、その後、2020 年 1 月、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める政令等の施行通知がなされた。その対象は、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス (2020 年 1 月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))とされた。

2 章

2 章 共通	旧	コメディカル
	新	メディカルスタッフ
p.71 8～14 行目	旧	本章では、その病院を的確に維持、運営していくうえで重要な、 <u>以下の 2 つの項目</u> について、基礎的な知識を身につけることが目的である。 病院管理において、経営の質と医療の質は車の両輪といわれている。 <u>まず、病院という組織</u> がその使命を達成するために、そしてそれを維持していくためには、しっかりと <u>した経営管理</u> が必要である。次に、その組織が医療機関としての機能を果たすためには、さまざまな医療の専門職を有効に結びつけるための医療管理が必要であることを本章では理解する。

<p>p.71 8～14行目</p>	<p>新</p>	<p>本章は、その病院を的確に維持、運営していくうえで重要な、<u>経営管理と医療管理</u>について、基礎的な知識を身につけることが目的である。</p> <p>病院管理において、経営の質と医療の質は車の両輪といわれている。組織がその使命を達成するために、そしてそれを維持していくためには、しっかりとした経営管理が必要である。次に、その組織が医療機関としての機能を果たすためには、さまざまな専門職を有効に結びつけるための医療管理が必要である。</p>
<p>p.75 図3～ p.77 5行目</p>	<p>削除</p>	<p>図3. 伝統的組織の3要素と管理の機能 (略) ～場合によっては人体として成り立たなくなってしまう。</p>
<p>p.82 図12</p>	<p>更新</p>	 <p style="text-align: center;">*診療情報管理部門はメディカルスタッフに属する場合もある。</p> <p style="text-align: center;">図9. 病院組織の例</p>
<p>p.84 2～17行目</p>	<p>旧</p>	<p>病院における事務部門は、<u>図13</u>に関連して説明したように、医師の担当する診療および看護職者、そして医療技術職者の担当する業務を周囲から直接的、あるいは間接的にバック・アップする業務を担っている。<u>この場面における事務部門の役割は、最終的に患者に提供される医療サービスに関連する業務の一部分を担当しているという意味で、ほかの業務とまったく同一次元である。</u></p> <p>このような事務の業務が提供される場面において、事務職者の集団およびその者たちが担当している業務、すなわち「人」と「仕事」を統括管理・監督する立場にあるのが、事務職者集団の長としての「課長」あるいは「事務部長」である。</p> <p>事務部門は、前述のような業務を行う一方で、<u>図11</u>で説明したようにトップ・マネジメントに連なる組織として、病院の経営管理をバック・アップする<u>という非常に重要な機能を担っている。</u></p> <p>この次元において、病院長から委譲された一定の権限に基づいてこの機能を統括し、かつ責任を負う立場にあるのが、「事務局長」である。</p> <p>以上のように、病院における事務部門は「医事」「庶務」「人事」「物品」「財務」といった本来の事務業務を担当する一方で、経営管理の指標を作成する、経営改善の対策案を検討・作成する<u>といった、経営管理に関連する業務を担当する</u></p>

<p>p.84 2～17行目</p>	<p>新</p>	<p>病院における事務部門は、医師の担当する診療および看護職者、そして医療技術職者の担当する業務を周囲から直接的、あるいは間接的にバック・アップする業務を担っている。最終的に患者に提供される医療サービスに関連する業務の一部分を担当しているという意味で、ほかの業務と同一次元である。</p> <p>事務職者の集団およびその者たちが担当している業務、すなわち「人」と「仕事」を統括管理・監督する立場にあるのが、事務職者集団の長としての「課長」あるいは「事務部長」である。</p> <p>事務部門は、<u>医療サービスに関連する業務</u>を行う一方で、トップ・マネジメントに連なる組織として、病院の経営管理をバック・アップする非常に重要な機能を担っている。</p> <p>この次元において、病院長から委譲された一定の権限に基づいてこの機能を統括し、かつ責任を負う立場にあるのが、「事務局長」である。</p> <p>病院における事務部門は、「医事」「庶務」「人事」「物品」「財務」といった本来の事務業務を担当する一方で、経営管理の指標を作成する、経営改善の対策案を検討・作成する<u>など、経営管理に関連する業務も担当する</u></p>
<p>p.85 下から4行目～ p.86 図16</p>	<p>削除</p>	<p>【顧客満足 (Customer's satisfaction) に基づく組織図】 (略) 図16. 顧客満足に基づく病院組織図</p>
<p>p.93 17行目 p.105 表9</p>	<p>削除</p>	<p>表4に、必ずしも診療情報管理士が～ (略) 表9. 看護師のクリニカルラダー (日本看護協会)</p>
<p>p.106 1行目</p>	<p>旧</p>	<p>2-1-7 施設管理</p>
	<p>新</p>	<p>2-1-6 施設管理 ※以降、節の項番が変更となる。</p>
<p>p.108 下から1行目～ p.109 14行目</p>	<p>旧</p>	<p>そしてなんとといっても、2011年3月には東日本大震災が発生し、地震災害のみならず、津波、さらには原子力発電所の被災・事故による放射線被ばく災害など、多様なそして多大な被害を被っている。</p> <p>病院の防災計画においても、火災に対する防災はもちろんであるが、<u>火災以外にも対象を次のように設定して、防災マニュアル等を作成し、非常時に備えるべきである。</u></p> <p>1) 広域自然災害 <u>(1) 大地震</u> <u>(2) 通常診療に支障をきたす広域自然災害</u> <u>(3) 傷病者が多数発生した集団災害</u></p> <p>2) 特殊災害 <u>(1) 緊急被爆災害</u> <u>(2) 生物・化学物質災害、テロ災害</u></p> <p>3) その他の大災害</p> <p>また、自分の勤務する医療機関が、行政の定める防災計画のうち、災害拠点病院なのか、医療救護施設の中の救護病院か仮設救護病院かなども確認しておくことが望ましい。</p>

<p>p.108 下から1行目～ p.109 14行目</p>	<p>新</p>	<p>2011年3月には東日本大震災が発生し、地震災害のみならず、津波、さらには、原子力発電所の被災・事故による放射線被ばく災害など、多様なそして多大な被害を被った。</p> <p>病院の防災計画においても、火災に対する防災はもちろんであるが、<u>自然災害等も含めた防災マニュアルを作成し、非常時に備えるべきである。</u></p> <p>また、自分の勤務する医療機関が、行政の定める防災計画のうち、災害拠点病院なのか、医療救護施設の中の救護病院か、<u>仮設救護病院かなども確認しておくこと。</u></p>
<p>p.110 1～4行目</p>	<p>旧</p>	<p>ここで、もう少し理解を深めるために、防災とBCMを比較してみる。中小企業庁の『<u>中小企業BCPガイド(2008年)</u>』が解りやすい。防災は「<u>従業員の生命と会社の財産を守ることが目的</u>」であり、BCPは「<u>会社が、緊急時に、限られた経営資源で生き抜くための計画</u>」であるとされている。</p>
<p>p.118 2～3行目</p>	<p>旧</p>	<p>従来、各学会による<u>専門医の認定制度</u>について、第三者機関である「<u>日本専門医機構</u>」による<u>認定への移行が進められ、2018年度より専攻医の研修が開始される予定である。</u></p>
<p>p.118 8～11行目</p>	<p>新</p>	<p>従来、各学会で行っていた<u>専門医の認定制度</u>が、<u>2018年度より第三者機関である「日本専門医機構」による認定へ移行された。</u></p>
<p>p.118 8～11行目</p>	<p>削除</p>	<p>また、専門医には、①基本領域学会専門医（専門医の名称については今後検討する）、②基本領域より診療の範囲は狭いが、より専門性の高いサブスペシャリティ学会専門医（専門医の名称については今後検討する）があるとされている。内科や外科などの基本領域19領域、消化器病や血液などのサブスペシャリティ領域専門医17領域が予定されている。</p>
<p>p.119 1～16行目</p>	<p>旧</p>	<p>【看護と看護業務】</p> <p>日本看護協会の看護業務基準集（2007年度改訂版）では、<u>看護、看護業務を看護にかかわる主要な用語の解説として説明している。</u></p> <p>1) 看護</p> <p>看護とは、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生を全うできるように<u>支援を行うこと</u>である。</p> <p>2) 看護実践</p> <p>看護実践とは、看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものである。<u>その組織化を意味する看護管理や看護職の育成を意味する看護教育と比較すると、看護そのものに最も近い用語である。</u></p> <p>3) 看護業務</p> <p>看護業務とは、看護の提供者が主体で、「何を」「どのように」すべきかを提示することをいい、「看護」を管理的な視点から捉えた様式や方法を示すものであり、看護倫理に基づいて実践される。看護業務は、あらゆる健康レベルを対象としており、保健・医療・福祉の領域で展開される。</p>

p.119 1～16行目	新	<p>【用語】 日本看護協会では、主要な用語を次のように解説している。</p> <p>1) 看護 看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生を全うできるように<u>援助</u>を行うことを目的としている。</p> <p>2) 看護実践 看護実践とは、看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものである。</p> <p>3) 看護業務 看護業務とは、看護の提供者が主体で、「何を」「どのように」すべきかを提示することをいう。</p>
p.119 19～20行目	旧	看護単位の病床は看護単位で区分されている。看護単位とは、独立したケア(看護)の組織をいい、病床と看護作業室および関連する
	新	病床は看護単位で区分されている。看護単位とは、独立したケア(看護)の組織をいい、病床と看護事務室(ナースステーション)および関連する
p.123 5～7行目	旧	表11-1、11-2に示すように、「モニタリング及び処置等」と「患者の状況等」という評価分野がある。 また、次のとおり、現在は、特定集中治療室、
	新	その評価分野は「モニタリング及び処置等」と「患者の状況等」であるが、見直しの議論が頻回あり、また改定も多いため、厚生労働省のウェブサイト等で最新の情報を確認して欲しい。 また次のとおり、特定集中治療室、
p.124 表11-1～ p.126 表12	削除	表11-1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票(略) 表12. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票②C項目：手術等の定義
p.127 下から 15～13行目	削除	現在、養成のための専門看護分野の教育課程として認定されているのは、2014年4月現在、11分野、96大学院の206課程(2012年7月以降変更なし)である。
p.127 下から3行目	旧	(2014年4月現在(2010年2月以降変更なし))。
	新	(2020年4月現在)。
p.128 3～6行目	旧	目的とした管理者教育の認定である。認定資格は保健師、助産師および看護師のいずれかの免許を有し、実務経験が通算5年以上あること、および次の項目のいずれかの要件を満たしていることとしている。
	新	目的としており、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有する者とされている。 ※2020年度より、新たな認定看護師制度が開始され、認定看護分野カリキュラム等が変更された。詳しくは、日本看護協会のウェブサイトを参照してほしい。

<p>p.128 7行目 【要件】</p>	<p>削除</p>	<p>【要件】 下記のいずれかの要件を満たすこと。</p> <p>要件1：認定看護管理者教育課程サードレベルを修了している者。</p> <p>要件2：看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者で、修士課程修了後の実務経験が3年以上ある者。</p> <p>要件3：師長以上の職位で管理経験が3年以上ある者で、看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者。</p> <p>要件4：師長以上の職位で管理経験が3年以上ある者で、大学院において管理に関連する学問領域の修士号を取得している者。</p> <p>注1：認定看護管理者の教育課程はファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルの3課程であり、各教育課程の受講要件は以下のとおりである。</p> <table border="1" data-bbox="405 521 1120 784"> <thead> <tr> <th>教育課程</th> <th>受講要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ファーストレベル</td> <td>1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することを期待されている者。</td> </tr> <tr> <td>セカンドレベル</td> <td>1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。</td> </tr> <tr> <td>サードレベル</td> <td>1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。</td> </tr> </tbody> </table>	教育課程	受講要件	ファーストレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することを期待されている者。	セカンドレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。	サードレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。
教育課程	受講要件									
ファーストレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 管理的業務に関心があり、管理的業務に従事することを期待されている者。									
セカンドレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。									
サードレベル	1. 日本国の看護師免許を有する者。 2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。 3. 認定看護管理者教育課程セカンドレベルを修了している者。または看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者。									
<p>p.129 表13</p>	<p>削除</p>	<p>「表13. 特定行為区分と特定行為」表削除</p>								
<p>p.139 下から 15～13行目</p>	<p>削除</p>	<p>全体として給食は集団給食であるが、通常の食事が可能な患者以外は、個々の患者の病状、嗜好、摂食状況に配慮した個別給食であることも理解しておかなければならない。</p>								
<p>p.142 図32～ 下から1行目</p>	<p>削除</p>	<p>図32. 地域連携パスの事例 脳卒中連携パス（大阪府中河内圏域版） （略） 6）地域連携に関する広報活動</p>								
<p>p.143 下から 9～6行目</p>	<p>削除</p>	<p>3）医学写真室 大規模病院以外では一般的ではないが、手術標本の撮影、各種記録の複製、研究発表用スライド作成などの業務を担当する。しかし、最近では職員個人がパーソナルコンピュータを利用し、同様の機能を果たせるようになり、存在価値は急激に低下している。</p>								
<p>p.143 下から 5～2行目</p>	<p>旧</p>	<p>4）教材標本室・病理標本室 生検、手術、剖検を行った標本の管理であるが、臨床病理部門のひとつに位置づけられている病院が多い。<u>近年はデジタル画像として管理されていることも多い。</u> 5）その他</p>								
<p></p>	<p>新</p>	<p>3）教材標本室・病理標本室 生検、手術、剖検を行った標本や、<u>そのデジタル画像の管理を行う。</u>臨床病理部門のひとつに位置づけられている病院が多い。 4）その他</p>								
<p>p.144 7～8行目</p>	<p>旧</p>	<p>この部門については診療情報管理士の専門教育の対象となっているので、<u>ここでは項目のみをあげ詳細は後述する。</u></p>								
	<p>新</p>	<p>この部門は診療情報管理士の専門教育の対象となっており、詳細は後述する。</p>								

p.144 下から 21～1行目	削除	1) 診療記録管理:「もの」としての管理 (略) (8) 経営・企画支援
p.148 11行目～ 下から1行目	削除	1) 電力供給・分配 (略) ～その保守は訓練された専門業者が行うことが一般的である。
p.150 11行目～ p.151 12行目	削除	【院内の防災管理】 (略) ～設置するなど、十分に注意をすべきである。
p.152 7行目	旧	もつと考えられている。 <u>健康診断は次のように分類される。</u>
	新	もつと考えられている。
p.152 8行目～ p.153 11行目	削除	(1) 一般健康診断 (略) ～事態が発生した場合の迅速な対応体制の整備が必要である。
p.154 1行目～ p.155 13行目	削除	【患者の生活サービス】 (略) ～配慮することも必要とされている。
p.157 下から 11～1行目	削除	2-3-3 チーム医療の推進 (略) ～地域連携パスが重要な役割を担っている。

3章

p.166 表2 【選定療養】 10行目	旧	・180日以上の入院
	新	・180日超の入院
p.168 8～10行目	削除	また、ルール遵守を確認する意味でも、通常医療機関を管轄する保健所から職員数名が医療機関を訪問し、1年に1回程度、医療法第25条に基づく「立入検査」が行われる。
p.175 下から3～1行目	旧	患者属性などを診療録の様式第一号として出力し、ほかの様式（サマリーなど）とあわせ、診療録を作成する。電子カルテにおいても、この様式第一号の情報が一覧できることを望まれる。
	新	患者属性などを診療録の様式第一号*として出力し、ほかの様式（サマリーなど）とあわせ、診療録を作成する。電子カルテにおいても、この様式第一号の情報が一覧できることが望まれる。 *様式第一号については、あわせて8章も参照のこと。

p.194
表 8

更新

表 8. MDC10：内分泌代謝系疾患に含まれる傷病名リストの抜粋

MDCコード	分類コード	名称
10	0010	多発性内分泌腫瘍症
10	0020	甲状腺の悪性腫瘍
10	0030	内分泌腺及び関連組織の腫瘍
10	0040	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡
10	0120	肥満症
10	0130	甲状腺の良性結節
10	0140	甲状腺機能亢進症
10	0150	慢性甲状腺炎
10	0160	甲状腺機能低下症
10	0170	急性甲状腺炎
10	0180	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍
10	0190	褐色細胞腫、パララングリオーマ
10	0370	アミロイドーシス
10	0380	体液量減少症
10	0391	低カリウム血症
10	0392	カルシウム代謝障害
10	0393	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害

p.196
図 10-1

更新

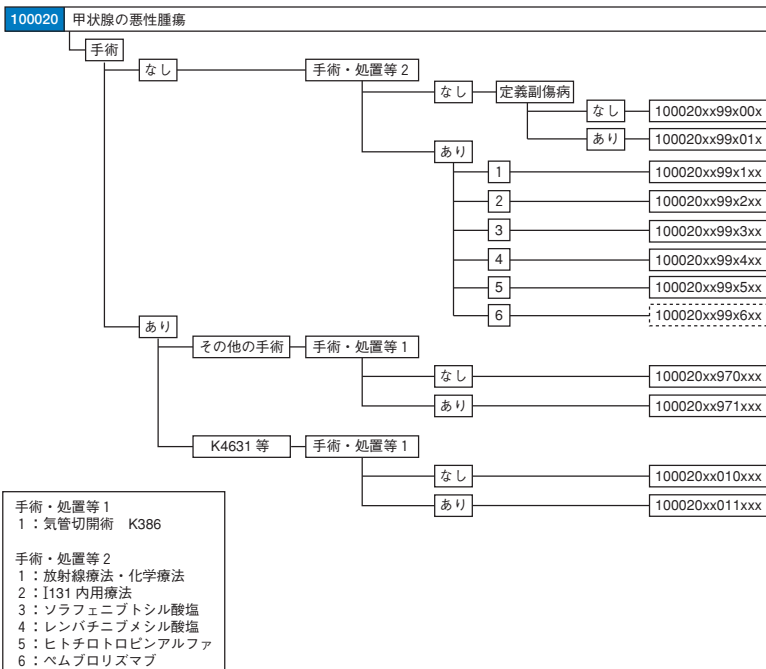
図 10-1. 定義テーブル

MDC	コード	分類名	ICD 名称	ICD コード	ICD コード	病態等 分類	手術 分類	手術				手術・処置等 1		手術・処置等 2		定義副傷病		重症度等				
								手術 分類	手術 分類	手術 分類	手術 分類	区 番号等	区 番号等	区 番号等	区 番号等	区 番号等	区 番号等		区 番号等	区 番号等		
10	0020	甲状腺の悪性腫瘍 <腫瘍>	甲状腺癌 C73	D093	D440	E070	59-99	甲状腺なし	59	99	甲状腺なし	1	1	甲状腺なし	K386	6	13	甲状腺なし マフ	1	2	甲状腺の悪性腫瘍 (甲状腺癌を 除く)	D07040
		その他及び部位不明の上肢内臓、甲状腺及びその他の内分泌腺					97	03	喉頭悪性腫瘍手術	K394S				5	12	セト ロト ロシ ン マフ						
		内分泌腺の性状不明の新生物<腫瘍>、甲状腺					97	03	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(咽頭癌、扁桃腺癌等の操作性によるものを除く)	K39S				4	11	リンパ シ ン マフ メ シ ル 腫 瘍						
		カルシトニン分泌過剰					97	03	気管形成手術(気管狭窄、気管拡張術等)	K403SS				3	10	ソ ラ フ ニ シ ル 腫 瘍						
							97	03	胸壁悪性腫瘍摘出術	K484S				2	9	H31 内 用 薬 法						
							97	03	肺腺癌、肺切除術	K502				1	8	化学療 法						
							97	03	肺腫瘍手術	K503				1	6	放射線 療法						
							97	03	肺腺癌手術	K504S												
							97	03	肺腺癌下咽頭手術	K504-2												
							97	03	食道悪性腫瘍手術	K5291												
							97	97	その他のKコード													
							01	01	甲状腺悪性腫瘍手術(甲状腺癌、甲状腺切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術)	K4631												
							01	01	甲状腺悪性腫瘍手術(甲状腺癌、甲状腺切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術)	K4632												
							01	01	内視鏡下甲状腺全摘術	K463-21												
							01	02	甲状腺悪性腫瘍手術(甲状腺癌、甲状腺切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術)	K4633												
							01	02	甲状腺悪性腫瘍手術(甲状腺癌、甲状腺切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術)	K4634												
							01	02	甲状腺悪性腫瘍手術(甲状腺癌、甲状腺切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術、甲状腺全摘術、甲状腺部分切除術、甲状腺部分切除術)	K4635												
							01	02	内視鏡下甲状腺全摘術	K463-22												
							01	04	甲状腺部分切除術	K461S												
							01	04	内視鏡下甲状腺部分切除術	K461-2S												

p.197
図 10-2

更新

図 10-2. ツリー図



p.198
図 10-3

更新

図 10-3. 診断群分類点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	定義副傷病	重症度等	入院日 (日)			点数 (点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
3439	100020xx99x00x	甲状腺の悪性腫瘍	なし					2	7	30	2,863	2,327	1,978
3440	100020xx99x01x	甲状腺の悪性腫瘍	なし		なし	あり		6	13	60	2,724	2,076	1,764
3441	100020xx99x1xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		1 あり			9	22	60	2,602	2,028	1,724
3442	100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		2 あり			1	6	30	21,024	1,832	3,720
3443	100020xx99x3xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		3 あり			8	15	60	3,829	3,133	2,819
3444	100020xx99x4xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		4 あり			8	16	60	4,101	3,031	2,576
3445	100020xx99x5xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		5 あり			4	8	30	10,021	3,682	2,703
3446	100020xx99x6xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		6 あり								
3447	100020xx970xxx	甲状腺の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし				6	14	60	2,647	2,225	2,003
3448	100020xx971xxx	甲状腺の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり				18	36	90	2,943	2,181	1,854
3449	100020xx010xxx	甲状腺の悪性腫瘍	甲状腺悪性腫瘍手術 切除 (頸部外側区域郭清を伴わないもの) 等	なし				4	8	30	2,662	1,967	1,672
3450	100020xx011xxx	甲状腺の悪性腫瘍	甲状腺悪性腫瘍手術 切除 (頸部外側区域郭清を伴わないもの) 等	あり				14	28	90	2,669	1,973	1,677

p.198
図 10 タイトル

旧
新

旧 図 10. 「甲状腺悪性腫瘍」の DPC を決定するための判定表

新 図 10. 「甲状腺悪性腫瘍」の DPC を決定するための定義テーブル・ツリー図・診断群分類点数表

p.198
図 11 タイトル

旧
新

旧 図 11. 出来高支払制度：DPC 包括支払制度との違い

新 図 11. 出来高支払制度：DPC 包括支払制度との違い (概要)

p.199
3 行目

旧
新

旧 センタイトル値と平均在院日数 + 2SD

新 センタイトル値と入院期間 III に規定されている平均在院日数 + 2SD

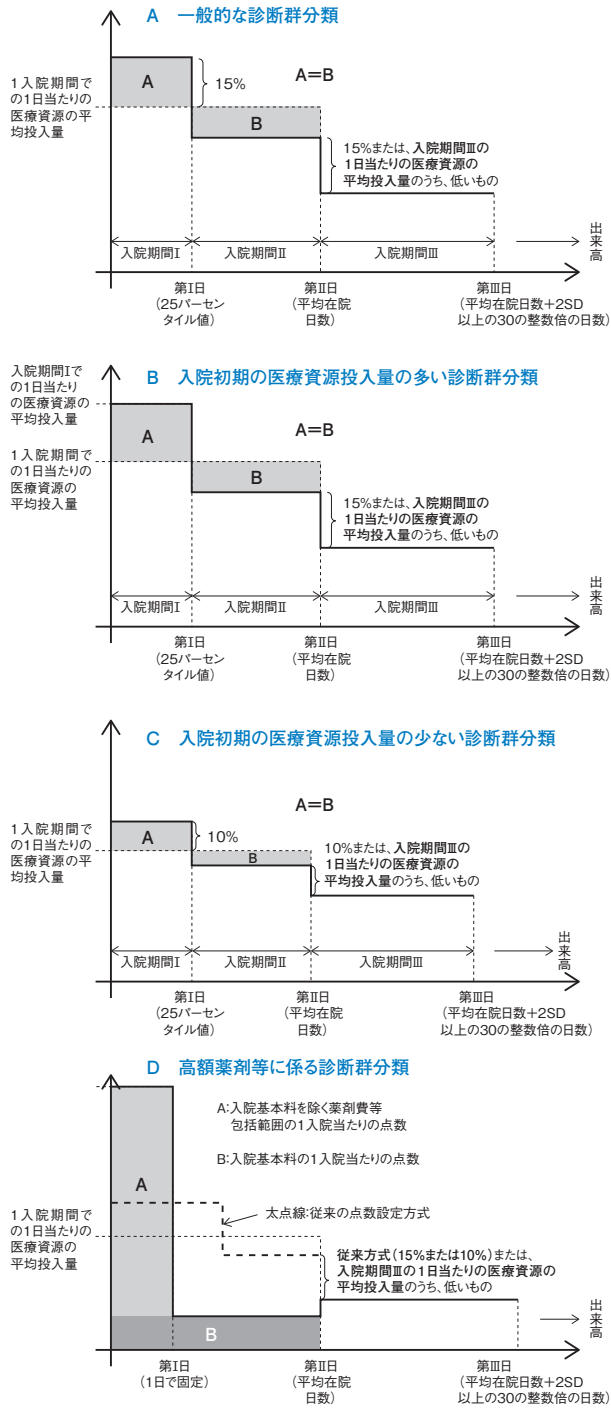


図 12. 診断群分類 (DPC) 点数表における 1 日当たり点数の設定方法

<p>p.201 図 13</p>	<p>更新</p>	<p>図 13. 診断群分類点数表の一部に重症度を考慮した評価方法</p>
<p>p.202 図 14 資料</p>	<p>旧 新</p>	<p>「平成 30 年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS」平成 30 年 3 月 5 日版 「令和 2 年度診療報酬改定の概要 (DPC/PDPS)」令和 2 年 3 月 5 日版</p>
<p>p.202 下から 7 行目～ p.209 表 10</p>	<p>削除</p>	<p>①制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分～ (略) 表 10. 機能評価係数Ⅱの評価内容 (見直し後・地域医療係数)</p>
<p>p.202 下から 8 行目下</p>	<p>追記</p>	<p>医療機関別係数について</p> <p>平成 30 年度診療報酬改定において DPC 制度が誕生して以来からの懸案であった暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱおよび激変緩和係数の 4 項目に整理された。</p> <p>また、令和 2 年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直すこととされた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基礎係数 (医療機関群)：現行の 3 つの医療機関群の設定方法と、4 つの評価基準 (DPC 特定病院群) を継続。 2. 機能評価係数Ⅰ：従前の評価手法を継続。 3. 機能評価係数Ⅱ：地域医療指数 (体制評価指数) については以下の見直しを行うこととされた。 4. 激変緩和係数：診療報酬改定にともなう激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定 (改定年度の 1 年間のみ) <p>※機能評価係数Ⅱについて、従来は、地域医療指数の評価項目として、治験等の実施があったが、その内容について、変更が行われた。また、新型インフルエンザ対策の評価が新設された (新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当)。</p>

<p>p.202 下から 8 行目下</p>	<p>追記</p>	<p>1. 基礎係数（医療機関群）について</p> <p>現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定。実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関を DPC 特定病院群とし、3 つの病院群に分けられている。なお、その評価方法について以下のことが明らかにされている。</p> <p>1) 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出</p> <p>2) 外保連手術指数および特定内科診療の内容は最新版を反映</p> <p style="padding-left: 2em;">令和 2 年度の診療報酬改定時点でのそれぞれの病院数は、大学病院本院群が 82、DPC 特定病院群は 156、DPC 標準病院群が 1,519 である。</p> <p>2. 機能評価係数 I について</p> <p>これは、いわゆる施設基準等、医療設備や人員配置等、病院全体としての機能や構造を評価する係数となっており、具体的には、たとえば、急性期一般入院料、それにともなった加算等の診療報酬点数（出来高の点数）が係数として置き換えられ評価するものとなっている。</p> <p>3. 機能評価係数 II について</p> <p>この目的は、対象となる病院の期待される役割やその機能や改善のための取り組みや成果を評価する係数である。したがって、その評価結果というべき係数は実際の影響調査のデータについて算出されることになる。現在、次の 6 つの係数が設定されている。</p> <p>1) 保険診療係数：適切な DPC データの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み（検討中）を評価。</p> <p>2) 地域医療係数：地域医療への貢献を評価</p> <p>3) 効率性係数：各医療機関における在院日数短縮の努力を評価</p> <p>4) 複雑性係数：各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価</p> <p>5) カバー率係数：様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価</p> <p>5) 救急医療係数：救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価</p> <p>4. 激変緩和係数について</p> <p>診療報酬制度の改定により病院の収入の激変を緩和する目的で設定されており、診療報酬改定がある年度については改定ともなう変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が 2% を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定している。</p> <p style="font-size: small;">資料：厚生労働省保険局医療課「令和 2 年度診療報酬改定の概要（DPC/PDPS）」令和 2 年 3 月 5 日版</p>
<p>p.210 5 行目</p>	<p>旧</p>	<p>図 15 に診断群分類点数表の一部を例示した（抜粋）。</p>
	<p>新</p>	<p>図 15 に「虫垂炎」の定義テーブル・ツリー図・診断群分類点数表の一部を例示した（抜粋）。</p>
<p>p.210 図 15-1 タイトル</p>	<p>旧</p>	<p>図 15-1. テーブル図</p>
	<p>新</p>	<p>図 15-1. 定義テーブル</p>
<p>p.211 図 15 タイトル</p>	<p>旧</p>	<p>図 15. 診断群分類点数表の例</p>
	<p>新</p>	<p>図 15. 「虫垂炎」の定義テーブル・ツリー図・診断群分類点数表の例</p>
<p>p.211 下から 14 行目</p>	<p>旧</p>	<p>患者が、DPC <u>Ⅲ</u> 群の医療機関係数</p>
	<p>新</p>	<p>患者が、DPC <u>標準病院群</u> の医療機関係数</p>

p.211 下から 12 行目	旧	傷病名からテーブル図をあたると、
	新	傷病名から定義テーブルをあたると、
p.211 下から 8～3 行目	旧	番号「2799」の欄となる。この欄をみると、入院期間Ⅰは3日目まで（1日あたり3,293点）、入院期間Ⅱは5日目まで（1日あたり2,434点）、入院期間Ⅲは30日目まで（1日あたり1,917点）となっている。 この事例では、入院期間は「3日」のため、入院期間はⅠの範囲だけとなり、入院期間Ⅰの1日当たりの点数は「3,293点」。
	新	番号「2894」の欄となる。この欄をみると、入院期間Ⅰは3日目まで（1日あたり3,315点）、入院期間Ⅱは5日目まで（1日あたり2,450点）、入院期間Ⅲは30日目まで（1日あたり1,970点）となっている。 この事例では、入院期間は「3日」のため、入院期間はⅠの範囲だけとなり、入院期間Ⅰの1日当たりの点数は「3,315点」。
p.212 2～3 行目	旧	あてはめると、 $(3,293 \text{ 点}) \times (1.4219) \times (3 \text{ 日}) + (\text{出来高評価部分})$ となり、 (包括部分 14,047 点 + 出来高部分点数)
	新	あてはめると、 $(3,315 \text{ 点}) \times (1.4219) \times (3 \text{ 日}) + (\text{出来高評価部分})$ となり、 (包括部分 14,141 点 + 出来高部分点数)
p.212 下から 3～2 行目	旧	要介護・要支援認定者数は、2014（平成26）年4月現在では586万人と約2.69倍になっており、
	新	要介護・要支援認定者数は、2019（平成31）年1月現在では660万人と約3.0倍になっており、
p.213 5～7 行目	旧	2016（平成28）年現在、そのうち、第1号被保険者の保険料が2.1兆円で全体の22%、第2号被保険者の保険料が2.7兆円で全体の28%となっている。
	新	2019（平成31）年度予算ベースで、第1号被保険者の保険料が2.5兆円（23%）、第2号被保険者の保険料が2.9兆円（27%）で、全体の50%となっている。
p.214 図 16	更新	<p>図 16. 介護保険制度のしくみ</p> <p>市町村（保険者）</p> <p>〈税金〉 50% 〈市町村〉 12.5% 〈都道府県〉 12.5%（*） 〈国〉 25%（*） * 施設等給付費（都道府県指定の介護保険3施設および特定施設に係る給付費）は、国20%、都道府県17.5%</p> <p>〈保険料〉 50% 22% 28% 人口比に基づき設定</p> <p>費用の9割分(8割分)の支払い(※)</p> <p>サービス事業者 ○在宅サービス ●訪問介護 ●通所介護 など ○地域密着型サービス ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ●認知症対応型共同生活介護 など ○施設サービス ●老人福祉施設 ●老人保健施設 など</p> <p>請求</p> <p>1割(2割)負担(※)</p> <p>居住費・食費</p> <p>サービス利用</p> <p>要介護認定</p> <p>加入者（被保険者） 〈第1号被保険者〉 65歳以上の者 (3,382万人) 〈第2号被保険者〉 40歳から64歳までの者 (4,204万人)</p> <p>国民健康保険・健康保険組合など</p> <p>個別市町村</p> <p>全国プール</p> <p>財政安定化基金</p> <p>〈保険料〉 原則年金からの天引き</p> <p>注1) 国の負担分のうち5%は調整交付金であり、75歳以上の方の数や高齢者の方の所得の分布状況に応じて増減。 2) 第1号被保険者の数は、「平成27年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成27年度末現在のものである。 3) 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成27年度内の月平均値である。 ※ 平成27年8月以降、一定以上所得者については費用の8割分の支払いおよび2割負担。</p> <p>資料：平成29年版「厚生労働白書 第1部第3章」p107</p>

p.216 図 17 資料、引用	旧	資料：厚生労働省 Web サイト (http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf) 引用：2017/2018 年「国民衛生の動向」 p.250 図 2
	新	資料：厚生労働省ウェブサイト「公的介護保険制度の現状と今後の役割（平成 30 年度）」 引用：2019/2020 年「国民衛生の動向」 p.248 図 2

4 章

p.245 表 2	削除	「表 2. 医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間」表削除																
p.251 10 行目	旧	1) <u>医学・医療の質</u>																
	新	1) <u>医療の質</u>																
p.260 15 ～ 20 行目	旧	2) 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位 3 位まで） 3) 初発の 5 大がんの UICC 病期分類別ならびに再発患者数 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等 5) 脳梗塞の ICD10 別患者数等 6) 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位 3 位まで） 7) その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）																
	新	2) 診療科別症例数の多いものから 3 つ 3) 初発の 5 大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等 5) 脳梗塞の ICD10 別患者数 6) 診療科別主要手術の術前、術後日数症例数の多いものから 3 つ 7) その他（DIC の請求率等）																
p.265 下から 1 行目	旧	また、病院の機能種別は、次の 6 区分となっている（表 6）。																
	新	また、病院の機能種別は、次の 7 区分となっている（表 5）。																
p.265 表 6	更新	<p style="text-align: center;">表 5. 機能種別</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">機能種別名</th> <th style="text-align: center;">種別の説明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般病院 1</td> <td>主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院</td> </tr> <tr> <td>一般病院 2</td> <td>主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院</td> </tr> <tr> <td>一般病院 3</td> <td>主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院（特定機能病院、大学病院本院など）</td> </tr> <tr> <td>リハビリテーション病院</td> <td>主として、リハビリテーション医療を担う病院</td> </tr> <tr> <td>慢性期病院</td> <td>主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院</td> </tr> <tr> <td>精神科病院</td> <td>主として、精神科医療を担う病院</td> </tr> <tr> <td>緩和ケア病院</td> <td>主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを保有している病院</td> </tr> </tbody> </table>	機能種別名	種別の説明	一般病院 1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院	一般病院 2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院	一般病院 3	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院（特定機能病院、大学病院本院など）	リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院	慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院	精神科病院	主として、精神科医療を担う病院	緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを保有している病院
機能種別名	種別の説明																	
一般病院 1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院																	
一般病院 2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院																	
一般病院 3	主として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院（特定機能病院、大学病院本院など）																	
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院																	
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院																	
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院																	
緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを保有している病院																	

5 章

p.287 12 ～ 18 行目	旧	医療機関が患者の求めに応じて、当該患者の診療情報を本人に見せることを開示というのが、2003 年 5 月に制定され、2005 年 4 月に全面施行された「個人情報保護に関する法律」によって、一定規模以上の医療機関は、原則として診療情報を開示しなければならなくなった。また、それ以外の医療機関においても、2003 年 9 月に厚生労働省から出された「診療情報の提供等に関する指針」によって診療情報を開示することが強く求められている。このため、すでに、ほとんどの医療機関で診療情報の開示を行うようになっているが、診療情報管理士は、この診療情報の開示に対応する役割も期待されている。
---------------------	---	--

p.287 12～18行目	新	すでに、ほとんどの医療機関で診療情報の提供を行うようになっているが、診療情報管理士は、この業務に対応する役割も期待されている。詳細は8章と9章を参照のこと。
p.327 下から4～2行目	旧	第2回 NDB オープンデータの抽出集計結果として、具体的な件数は、2015年度1年間のデータでは、医科入院が約1,600万件、入院外が約9億8,300万件、DPCが約1,100万件、歯科外来が約2億900万件、調剤が約6億2,500万件となっている。
	新	第4回 NDB オープンデータの抽出集計結果として、具体的な件数は、2017年度1年間のデータでは、医科入院が約1,600万件、入院外が約10億件、DPCが約1,400万件、歯科外来が約2億1,600万件、調剤が約6億4,800万件となっている。
p.327 下から1行目	削除	DPC データベースでは、制度の開始以降年間800万件を超えるデータが蓄積されている。
p.338 下から13行目	旧	なお、現在の最新版は、2018年4月のVer.4.04である。
	新	現在の最新版は2020年6月のVer.5.04である。
p.338 下から7行目	削除	2018年4月現在の厚生労働省標準規格には以下のものがある。
p.338 下から6行目～ p.339 10行目	更新	<p style="text-align: center;">保健医療情報分野の標準規格（厚生労働省標準規格）について</p> <p style="text-align: center;">医政発 0521 第2号、政統発 0521 第1号 平成30年5月21日</p> <p>○厚生労働省標準規格</p> <p>厚生労働省標準規格は以下の規格等とする。</p> <p>HS001 医薬品 HOT コードマスター</p> <p>HS005 ICD10 対応標準病名マスター</p> <p>HS007 患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書（患者への情報提供）</p> <p>HS008 診療情報提供書（電子紹介状）</p> <p>HS009 IHE 統合プロファイル「可搬型医用画像」およびその運用指針</p> <p>HS011 医療におけるデジタル画像と通信（DICOM）</p> <p>HS012 JAHIS 臨床検査データ交換規約</p> <p>HS013 標準歯科病名マスター</p> <p>HS014 臨床検査マスター</p> <p>HS016 JAHIS 放射線データ交換規約</p> <p>HS017 HIS、RIS、PACS、モダリティ間予約、会計、照射録情報連携指針（JJ1017 指針）</p> <p>HS022 JAHIS 処方データ交換規約</p> <p>HS024 看護実践用語標準マスター</p> <p>HS026 SS-MIX2 ストレージ仕様書および構築ガイドライン</p> <p>HS027 処方・注射オーダー標準用法規格</p> <p>HS028 ISO22077-1：2015 保健医療情報－医用波形フォーマット－パート1：符号化規則</p> <p>HS031 地域医療連携における情報連携基盤技術仕様</p> <p>※ 規格の詳細については、医療情報標準化推進協議会のウェブサイト（http://helics.umin.ac.jp/）を参照すること。</p>
p.340 8行目～ p.341 2行目	削除	【プライバシー保護の概念の変化と「個人情報の保護に関する法律」の成立】 (略) ～で詳しく解説されるので参照されたい。
p.346 下から19行目	旧	<u>4</u> データを持ち出さない
	新	<u>5</u> データを持ち出さない

p.346 下から7行目	旧	5) ウイルス対策を確実に <u>行う</u>
	新	6) ウイルス対策を <u>確実に</u> 行う
p.347 8行目	旧	6) 電子メールの <u>取り扱い</u>
	新	7) 電子メールの <u>取り扱い</u>
p.347 下から13行目	旧	7) SNS (Social Networking Service) への <u>対応</u>
	新	8) SNS (Social Networking Service) への <u>対応</u>
p.347 下から8行目	旧	8) 職員の <u>啓蒙・教育</u>
	新	9) 職員の <u>啓蒙・教育</u>
p.348 下から1行目下	追記	7章 p.446～448「7-3-2 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を「5-10 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」として挿入

6章

p.351 11行目～ p.352 9行目	削除	6-1 実務で用いる統計解析 (略) ～解釈力はつきにくいので、実践的な解釈を数多く行う。 ※以降、節の項番が変更となる。
p.353 4行目	旧	行方向のひとりずつ (1行ずつ)。
	新	調査された個々の対象。1個体のデータは1行にまとめられている。
p.353 下から1行目～ p.354 3行目	旧	という変数ではデータとして、A型、B型、AB型、O型という4種類のデータがある。また、 <u>順序のある値をとる変数では満足度があるが、そのデータとして、大いに満足(5点)、少し満足(4点)、どちらでもない(3点)、やや不満足(2点)、非常に不満足(1点)のようにとられることがある。</u>
	新	は、A型、B型、AB型、O型という名義データをもつので名義変数である。また、 <u>順序変数の例として満足度がある。そのデータとして、大いに満足(5点)、少し満足(4点)、どちらでもない(3点)、やや不満足(2点)、非常に不満足(1点)となる。</u>
p.354 下から7行目	旧	4) <u>分布の範囲は11日から15日まで</u> である。
	新	4) <u>最小値は11日、最大値は15日</u> である。
p.356 1～4行目	削除	この度数分布から、日本の胃癌患者は中部と下部または十二指腸に発症する頻度が高いことがわかる。これらの分布がわかっていると、自院での胃癌患者の占拠部位が全国の胃癌の占拠部位の分布とどこが違うのか、また、海外の胃癌患者と占拠部位ではどういう違いがあるのか、などを検討することができる。
p.357 1行目～ p.358 図6	削除	【正規分布】 (略) 図6. 肝硬変患者の血清アルブミン値 (Alb) の分布
p.358 下から7～6行目	削除	以下では、それぞれの変数について分布の特性を表す際に使われる統計量を説明する。
p.359 3行目～ p.360 2行目	削除	【データの要約の例1：図表を作成して特性をつかむ】 (略) ～請求件数の伸びは緩やかであることがわかる。

p.360 3～4行目	旧	【データの要約の例2：図表の作成と記述統計量の算出】 記述統計量によりデータの特徴を要約する例をサンプルデータ
	新	【データの要約の例】 図の作成と記述統計量によりデータの特徴を要約する例を、サンプルデータ
p.360 下から5行目	旧	4) 図表の解釈と記述統計量
	新	4) 図表の解釈と記述統計量の算出
p.361 2～6行目	旧	データを要約する際には p.354～358 「度数分布」「正規分布」で例示した図表を作成する方法がある。図表を見ると例示の解釈のように、データの特徴がつかみやすくなる。図表はデータ要約の方法として有用なツールであるが、 <u>図表の解釈をさらに数値で示すことを求められることが多い。</u> データの要約を <u>数値</u> で示すとき、
	新	データを要約する際には、これまでの例のように図表を作成する方法がある。図表はデータ要約の方法として有用なツールであるが、 <u>適切な統計量を用いることも重要である。</u> データの要約を <u>統計量</u> で示すとき、
p.362 7～8行目	削除	なお、それぞれの記述統計量の求め方は次節で説明する。
p.362 13～14行目	削除	ここでは、分布がひとつ山で左右対称のときとそうでないときで、代表値と散布度が異なるという点を覚えておく。
p.363 12～15行目	旧	外れ値を含むデータの <u>記述統計量</u> を求める場合には、 <u>次のいずれかを行う必要がある。</u> ①平均でなく次に述べる中央値を用いる。 ②外れ値を除外して平均を算出する。
	新	外れ値を含むデータの <u>代表値</u> を求める場合には、平均でなく中央値を用いる。
p.363 下から11行目	旧	$\Rightarrow \lfloor (n+1)/2 \rfloor$ 番目の値
	新	\Rightarrow 順位が $\lfloor (n+1)/2 \rfloor$ 番目の値
p.363 下から9行目	旧	$\Rightarrow \lfloor n/2 \rfloor$ 番目と
	新	\Rightarrow 順位が $\lfloor n/2 \rfloor$ 番目と
p.364 下から 16～14行目	旧	標準偏差 \bar{S} は以下の式で求められる。 $\bar{S} = \sqrt{\frac{1}{n-1} \{ (x_1 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2 \}}$
	新	標準偏差は以下の式 \bar{S}_1 , \bar{S}_2 のいずれかで求める。 $\bar{S}_1 = \sqrt{\frac{1}{n} \{ (x_1 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2 \}}$ または $\bar{S}_2 = \sqrt{\frac{1}{n-1} \{ (x_1 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2 \}}$

p.364 下から 6～2行目	旧	<p>上の求め方では $(n-1)$ で割っているが、n で割り算する公式も広く使われている。統計学的には $(n-1)$ で割る公式が正式な定義であり n で割る公式</p> $\bar{S} = \sqrt{\frac{1}{n}\{(x_1 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2\}}$ <p>よりも統計的に性質の良いものとされている。実践ではデータの個数がある程度多い場合には、どちらの公式を用いても標準偏差に大きな差はない。</p>
	新	<p>統計学的には $(n-1)$ で割る公式が正式な定義であり、n で割る公式よりも統計的に性質の良いものとされている。実践ではデータの個数がある程度多い場合には、どちらの公式を用いても標準偏差に大きな差は生じない。</p>
p.365 3～6行目	旧	<p>STDEV.S (データ配列) を使って 1.1 を得る。一方の BMI データ {20.0, 21.3, 21.5, 22.2, 30.5} の標準偏差は 4.2 となり、1.1 に比べてかなり大きくなっていることがわかる。ちなみに、外れ値 30.5 を除外して求めると 0.9 となり 1.1 に近づく。標準偏差を求める際には、必ずエクセルか統計解析ソフトウェアを用いる。</p>
	新	<p>STDEV.P (データ配列) を使って 1.0 を得る。一方の BMI データ {20.0, 21.3, 21.5, 22.2, 30.5} の標準偏差は 3.8 となり、1.0 に比べてかなり大きくなっていることがわかる。標準偏差を求める際には、必ずエクセルか統計解析ソフトウェアを用いる。 STDEV.P は \bar{S}_1 を求める関数であるが、\bar{S}_2 は STDEV.S で求める。</p>
p.366 10～12行目	旧	<p>単位の異なる 2 つ以上の変数について、データのばらつきを比較するときに用いられる。 たとえば、<u>当院で新たに導入した生化学検査機器の</u></p>
	新	<p>単位の異なる 2 つ以上の変数、もしくは、単位は同じでも平均が著しく異なる群 (たとえば、足のサイズ (cm) と身長 (cm)) について、データのばらつきを比較するときに用いられる。 たとえば、生化学検査機器の</p>
p.367 6～11行目	旧	<p>4. 生存時間変数 (Time-to-Event 変数)</p> <p>サンプルデータ A: 肝硬変データ 100 例において、生存時間 (日数) が含まれている。この生存時間データは一見すると量的データに見えるが、データの性質上まったく別の種別のデータであることに注意する。 この生存時間データは肝硬変患者の診断日から死亡までの日数を計測したものである。肝硬変患者は定期的に</p>
	新	<p>4. 生存時間 (Time-to-Event) の記述統計量</p> <p>【生存時間 (Time-to-Event)】 サンプルデータ A: 肝硬変データ 100 例において、生存時間 (日数) が含まれている。この生存時間データは肝硬変患者の診断日から死亡までの日数を計測したものである。 このように、ある時点からあるイベントが起こるまでの時間のことを Time-to-Event とよび、イベントが死亡の場合、生存時間という。</p> <p>【フォローアップと打ち切り】 肝硬変患者は定期的に</p>
p.367 下から 12 行目上	追記	【転帰】

p.367 下から 1 行目上	追記	【生存時間データの記述統計量】
p.368 図 10 タイトル	旧	図 10. 肝硬変患者のフォローアップ
	新	図 5. 肝硬変患者の生存時間データの説明図
p.368 下から 13 ~ 10 行目	旧	ここでは、確率とは何かを、いくつかの例とともに解説する。また、これまでの分布は量的変数や質的変数のデータとその度数で記述されたが、これと同じくデータとその確率を対応付けた確率分布を説明する。 <u>その中で最も大切な分布として、正規分布の諸性質と使い方を説明する。</u>
	新	ここでは、 <u>確率を簡潔に定義する</u> 。また、これまでの分布は量的変数や質的変数のデータとその度数、 <u>相対度数</u> で記述されたが、これと同じくデータとその確率を対応付けた確率分布を説明する。
p.368 下から 4 行目	旧	一言で確率といっても専門的にはいくつかの <u>分類</u> があるが、
	新	一言で確率といっても専門的にはいくつかの <u>定義</u> があるが、
p.368 下から 2 行目	旧	事象 E の起こる確率とは、 <u>起こりうるすべての事象（全事象）の中で E が起こる</u>
	新	事象 E の起こる確率とは、 <u>調査対象の全症例数に対する E が起こる症例数の</u>
p.369 1 ~ 5 行目	旧	ここで事象（Event）とは、このテキストでは「物事が起こること」をいう。たとえば、消化器外科手術を受けた患者で SSI を起こす確率の場合、 <u>全事象は「消化器手術をうけること」</u> をさし、事象 E は「SSI を起こすこと」をさす。 SSI を起こす確率は、全国サーベランスのデータなどから求めることができる。 <u>全事象である食道・胃・胆嚢・</u>
	新	ここで事象 E （Event）とは、このテキストでは「物事が起こること」をいう。たとえば、消化器外科手術を受けた患者で SSI を起こす確率の場合、 <u>調査対象の全症例は「消化器手術をうけた全症例」</u> をさし、事象 E は「SSI を起こすこと」をさす。 SSI を起こす確率は、全国サーベランスのデータなどから求めることができる。 食道・胃・胆嚢・
p.369 14 行目	旧	②全事象を S と書くと、 $P(S) = 1$ 。
	新	②調査対象の全症例が E を起こしたとき、 $P(E) = 1$ 、ひとりも E を起こさなかったとき、 $P(E) = 0$ 。
p.369 15 ~ 19 行目	削除	③同時には起こりえない事象 E_1 と E_2 があるとき、 E_1 、 E_2 のいずれかが起こることを $E_1 \cup E_2$ と表記する。この確率は、 $P(E_1 \cup E_2) = P(E_1) + P(E_2)$ 。 [注意] 上で述べた相対度数（相対頻度）による確率は、限られた症例数で得られる事象 E の起こる確率 $P(E)$ が、その症例数を非常に大きくしたときの相対度数と等しいものとして定義する。
p.369 下から 5 行目 ~ p.370 図 12	削除	【例 1：サイコロの目の確率分布】 (略) 図 12. コイン投げの確率分布

p.370 下から6～5行目	旧	<p>【例3：サンプルデータ* C：脳卒中看護データ 65例における発症時年齢、性別、部位の確率分布】</p> <p>脳卒中の発症部位は名義変数であるが、その確率分布を棒グラフで表した。</p>
	新	<p>【例：サンプルデータ* C：脳卒中看護データ 65例における発症部位の確率分布】</p> <p>脳卒中の発症部位は名義変数であるが、その確率分布（<u>相対度数分布</u>）を棒グラフで表した。</p>
p.371 1行目～表8	削除	<p>【例4：肝硬変患者の成因と発症時年齢の相対度数分布】 (略)</p> <p>表8. 肝硬変患者の成因と発症時年齢の相対度数分布表</p>
p.371 下から7～1行目	旧	<p>確率分布の中で特に重要な分布として正規分布がある。正規分布（Normal distribution）の横軸は連続変数である。正規分布は統計解析の実践において極めて重要な分布である。記述統計の集計方法、推測統計の推定方法や検定方法の選定において、連続変数が正規分布になっているか否かは重要な役割を果たす。</p> <p>【定義】 ひとつ山で左右対称のつり鐘型の度数分布のことを「正規分布」とよぶ。正規分布は平均と標準偏差を使って理論的に数式で表すことができるが、ここではその数式は割愛する。平均 \bar{x}、標準偏差 S の正規分布を $N(\bar{x}, S^2)$ と表す。</p>
	新	<p>正規分布（Normal distribution）は、医療統計の理論や実践において、きわめて重要な分布である。この節では、正規分布の定義、性質、実用上の使い方について説明する。</p> <p>【実データの分布の形に基づく定義】 ひとつ山で左右対称のつり鐘型の度数分布、相対度数分布のことを「正規分布」とよぶ。横軸は連続変数の階級にカテゴリー化したものである。</p> <p>【理論に基づく定義】 平均と標準偏差が決まれば、ひとつ山で左右対称の曲線が複雑な数値により一意に決まる。横軸は連続変数の連続した値、縦軸は確率密度となる分布である。平均 a、標準偏差 b の正規分布を $N(a, b^2)$ と表す。確率密度は相対度数や確率とは異なるので注意する。</p>
p.372 1行目	旧	【実データにおける正規分布と非正規分布の例】
	新	【正規分布と非正規分布の例】
p.372 図15	更新	<p>図8. 肝疾患患者の診断時年齢のヒストグラム</p>

p.374 下から 10～8行目	旧	縦軸は確率密度とよばれ確率ではない <u>値</u> である。体重 55kg の縦線の長さ 0.044 であるが、これは体重 55kg の人の確率（ <u>相対度数</u> ）ではない。 55.0kg, 55.1kg, …, 55.9kg などの 55kg 以上 56kg 未満という体重の幅に対しては
	新	縦軸は確率密度であり <u>確率</u> や <u>相対度数</u> ではない。体重 55kg の縦線の長さ 0.044 であるが、これは体重 55kg の人の <u>確率でも相対度数でもない</u> 。55kg 以上 56kg 未満という体重の幅に対して、
p.375 下から 13～12行目	旧	横軸と曲線で囲まれる面積は常に 1 である。 正規分布は <u>確率分布のひとつ</u> であり、横軸と曲線とで
	新	横軸と曲線全体で囲まれる面積は常に 1 である。 実データに基づく正規分布で縦軸が相対度数のとき、または、縦軸が <u>確率密度の正規分布</u> では、横軸と曲線とで
p.375 下から 9～7行目	旧	正規分布の理論式から、山が一番高くなる <u>ときの横軸の値が平均となり</u> 、左右対称であるので、平均より左側の面積は 0.5、右側の面積も 0.5 となる。このことから、 <u>中央値と最頻値も平均と同じ値となる</u> 。
	新	正規分布の山が一番高くなる <u>ときの横軸の値が平均と最頻値となる</u> 。また、左右対称であるので、平均より左側の面積は 0.5、右側の面積も 0.5 となる。このことから、 <u>中央値でもある</u> 。
p.375 下から 5～4行目	削除	身長や年齢などの連続変数を横軸にとり、縦軸が確率密度である正規分布をこれまで説明した。
p.376 1～4行目	旧	標準正規分布の場合、Z 値に対する確率が本書巻末の付属資料「統計数値表」の付表 1 (1) 正規分布表（上側確率）、またはエクセル関数で簡単に求めることができる。付表 1 に標準正規分布における Z より大きい値をとるときの <u>相対度数、すなわち面積（確率）</u> が示されている。付表 1 (1) では「Z がある正の <u>値以上</u> 」の確率を示している。ある値以上の確率
	新	標準正規分布の場合、「Z 値がある正の <u>値以上</u> 」の確率が、付属資料「統計数値表」の p.370「付表 1 (1) 正規分布表（上側確率）」、またはエクセル関数で簡単に求めることができる。 ある値以上の確率
p.376 12行目	削除	このようにして付表 1(1) を使う。いくつかの例をあげる。
p.376 下から 1行目	旧	エクセルでは <u>下側確率を求める関数を用いる</u> 。
	新	下側確率を求める関数である、エクセル関数 NORM.S.DIST (1.0, TRUE) は $P(Z < 1)$ を求めている。
p.381 2行目	旧	医学・医療の変数が
	新	医学・医療の量的変数が
p.382 下から 4行目～ p383 4行目	削除	【例 3：順序変数のクロス集計表】 (略) ～重症化する傾向が顕著にみられる。
p.383 下から 11～10行目	削除	散布図の作成、相関係数の算出およびそれらの医学的な解釈をつける統計解析のことを「 <u>相関分析</u> 」とよぶ。

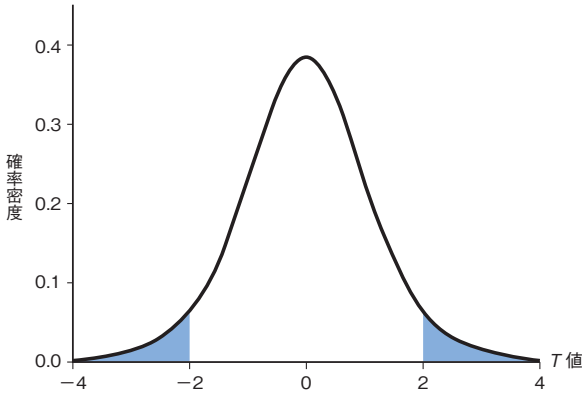
p.385 下から 15～12行目	旧	相関係数は-1以上+1以下の値しかとらないが、値の大きさにより「強い相関」、「中程度の相関」、「弱い相関」と表現することがある。これらの表現はあくまでも医学論文や学会報告での呼び方であり、統計学的な定義ではないことに注意する。以下では、相関係数を r と表す。
	新	相関係数 r は-1以上+1以下の値であるが、値の大きさにより「強い相関」、「中程度の相関」、「弱い相関」と表現することがある。これらの表現はあくまでも医学論文や学会報告での呼び方であり、統計学的な定義ではない。
p.387 下から15行目	旧	散布図において X と Y が直線的な関係にあるとき、
	新	散布図において <u>2つの量的変数 X と Y が直線的な関係にあるとき、</u>
p.387 下から 10～7行目	旧	$Y = a + b \times X$ を回帰直線という。この直線において、予測の元となる観測値 x に付いている b のことを傾きといい、定数 a のことを切片とよぶ。理論的な説明は省略するが、 X 、 Y <u>それぞれの平均の点</u>
	新	$Y = b \times X + a$ を回帰直線という。この直線において b を傾きといい、定数 a を切片とよぶ。理論的な説明は省略するが、 <u>回帰直線は X、Y の平均の点</u>
p.387 下から 2～1行目	旧	X と Y の観測値の n 個の組 (x_1, Y_1) , (x_2, Y_2) , \dots , (x_n, y_n) から回帰直線を求め、その予測精度の <u>評価などを分析すること</u> を回帰分析とよぶ。
	新	X と Y の n 組観測値 (x_1, y_1) , (x_2, y_2) , \dots , (x_n, y_n) から回帰直線を求め、その予測精度を評価する <u>分析のこと</u> を回帰分析とよぶ。
p.390 下から 12～11行目	旧	医療統計学にはこれ以外に推測統計という、別の <u>大きな柱</u> がある。
	新	医療統計学には、 <u>これ以外に推測統計という別のカテゴリーの分析手法</u> がある。
p.391 7～9行目	旧	研究や調査の対象となる <u>個</u> と対の全体集合をいう。上述での森の木すべて、世界中の胃癌患者全員が母集団にあたる。母集団は大きな集団であるので、母集団を調査して、森の樹木の割合や胃癌患者の診断時年齢を求めることは、 <u>一般には</u>
	新	研究や調査の対象となる <u>個体</u> の全体集合をいう。上述での森の木すべて、世界中の胃癌患者全員が母集団にあたる。母集団は大きな集団であるので、母集団を <u>全数調査</u> して、森の樹木の割合や胃癌患者の診断時年齢を求めることは一般には
p.392 9行目	旧	と定 <u>点</u> 告 <u>告</u> 対象疾患
	新	と定 <u>点</u> 報 <u>告</u> 対象疾患
p.392 図37	更新	<p style="text-align: center;">抽出</p> <p style="text-align: center;">母集団 → 標本</p> <p style="text-align: center;">推測 { 推定, 検定}</p> <p style="text-align: center;">統計解析</p>
図30. 母集団と標本		

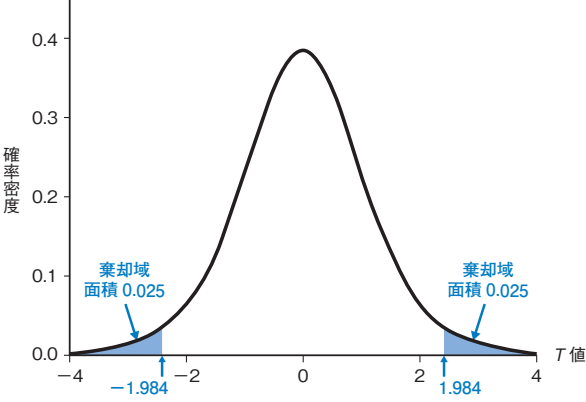
p.393 11 行目	旧	などおよび、 <u>統計学</u> を学ぶ際には母集団の <u>それら</u> とは区別する。
	新	などおよび、母集団の <u>統計量</u> とは区別する。
p.393 12 行目	旧	一般に、母集団の統計量はギリシャ <u>文学</u> で表される。
	新	一般に、母集団の統計量はギリシャ <u>文字</u> で表される。
p.393 下から 3 ~ 1 行目	旧	6-9 推定 標本に基づく推測には、推定と検定があることを述べた。検定に関しては <u>後で詳しく説明することにして、ここでは推定の定義と大まかな説明を行う。</u>
	新	6-8 推定 (Estimation) 標本に基づく推測には、推定と検定がある。ここでは推定の定義と説明を行う。
p.395 下から 7 ~ 3 行目	削除	7) 日本の新生児の BW の母平均 μ を標本平均 \bar{X} で推定する。 8) N 県の成人男性の HbA1c の母中央値を標本中央値で推定する。 9) 関西地方の喫煙する人の母割合を標本による喫煙率で推定する。 10) 日本の胃癌患者の母 5 年生存率を、学会のがん登録データによる標本 5 年生存率で推定する。
p.396 11 行目	旧	a を <u>上側</u> 信頼限界、 b を <u>下側</u> 信頼限界という。
	新	a を <u>下側</u> 信頼限界、 b を <u>上側</u> 信頼限界という。
p.396 13 行目下	追記	母集団の量的変数が正規分布に従うときの母平均の信頼区間の求め方とその意味については、p.366「付録」を参照すること。
p.396 14 行目 ~ p.398 図 38	移動 (旧)	6-9-4 母集団の分布が正規分布に従う時の母平均の区間推定の手順 (略) 6-9-5 95%信頼区間 (CI) の意味 (略) 図 38. 95%の信頼区間の解釈
	移動 (新)	1. 母集団の分布が正規分布に従う時の母平均の区間推定の手順 (略) 2. 95%信頼区間 (CI) の意味 (略) 図 36. 95%の信頼区間の解釈 ※ 6 章の章末に移動。
p.397 3 行目	旧	数表は付表 2 である。
	新	数表は <u>付属資料「統計数値表」</u> p.374「 <u>付表 2</u> 」である。
p.398 下から 8 行目	旧	6-9-6 実践的な推定方法のまとめ
	新	6-8-4 実践的な推定方法のまとめ ※ 以降、節の項番は変更となる。

p.399 1～9行目	旧	<p>3) 母集団の分布が量的変数に対する非正規分布と仮定できるとき、 「中央値と(25%点, 75%点)」 を標本から求めて推定値とする。</p> <p>4) 母集団の分布が質的変数に対する分布のとき、 「それぞれのカテゴリーに対する標本割合とその95%信頼区間」 を推定値として求める。母割合に対する95%信頼区間の求め方は割愛する。</p> <p>5) 母集団の分布がTime-to-Event変数に対する分布であるとき、 「生存率とその95%信頼区間など」 を標本から求めて推定値とする。</p>
	新	<p>3) 母集団の分布が非正規分布と仮定できるとき、<u>推定方法は次のとおりである。</u> 「中央値と(25%点, 75%点)」</p> <p>4) 母集団の分布、<u>母割合の推定には次を用いる。</u> 「<u>標本割合、必要に応じて95%信頼区間</u>」 母割合に対する95%信頼区間の求め方は割愛する。</p> <p>5) 母集団の分布がTime-to-Event変数に対する分布であるとき、<u>推定値として次を用いる。</u> 「生存率とその95%信頼区間など」</p>
p.399 14～18行目	旧	<p>標本が正規分布に従っていれば、母集団も正規分布に従っていると仮定できる。<u>そこでまず、BWのヒストグラムと正規確率紙を作成する。正規確率紙はヒストグラムが正規分布に従うとき、グラフの直線上にプロットが並ぶように工夫された特別な方眼紙である。いずれもエクセルで作成可能であるが、正規確率紙のプロットはこのテキストのレベルを超えるので、インターネット等で調べていただきたい。</u></p>
	新	<p><u>この標本のBWのヒストグラムは少し歪みはあるが、ひとつ山で左右対称とみなす。すなわち、正規分布に従っているとする。標本が正規分布に従っていれば、母集団も正規分布に従っていると仮定できる。</u></p>
p.400 図40	削除	「図40. 出生体重(BW)の正規確率紙」図削除
p.400 1～5行目	旧	<p><u>図39から、ヒストグラムは症例数が少ないので棒の高さに凸凹があるが、ひとつ山で左右対称であることがわかる。したがって、量的変数であるBWの分布の特徴づけは、標本平均と標本標準偏差で行うとする。すなわち、「日本の新生児のBWの母平均と母標準偏差は3,091±443gであると推定される」というまとめ方となる。</u></p>
	新	<p>したがって、量的変数であるBWの分布の特徴づけは、標本平均と標本標準偏差で行うとする。すなわち推定結果は、 「日本の新生児のBWの母平均と母標準偏差は3,091±443gであると推定される」とまとめる。</p>
p.400 6～15行目	削除	<p>ちなみに、厚生労働省の「人口動態調査」によると、修正体重の平均は～(略)</p> <p>5) 「ダウンロード」をクリックし、表をダウンロードする。</p>
p.400 下から1行目～ p.401 3行目	削除	<p>ちなみに、厚生労働省の「乳幼児身体発育調査 平成22年」によると、日本全体での妊娠中の母親の喫煙割合は、平成2年が5.6%、平成12年が10.0%、平成22年が5.0%である。</p> <p>今回のサンプルデータB: 乳幼児健診データ100例の喫煙割合は、母集団の喫煙割合に比べて非常に高い値であるといえる。</p>

p.402 1行目	旧	たとえば、母集団を世界中の乳癌患者全員とする。
	新	【乳癌】 母集団を世界中の乳癌患者全員とする。
p.402 10行目	旧	抗がん剤の感受性などがA群の改善割合に有利に働き、
	新	抗がん剤の感受性などに <u>違いがあり</u> 、それがA群の改善割合に有利に働き、
p.402 14～16行目	旧	「偶然には生じえないほどに大きな（意味のある）差」なのか、それとも治療効果以外の偶然要因による差なのかを、統計的に検討する必要がある。 <u>このような問題に適用されるのが仮説検定である。</u>
	新	「偶然には生じえないほどに大きな（意味のある）差」なのか、それとも偶然要因による差なのかを、統計的に検討する必要がある。
p.402 下から5～3行目	旧	同等性の検定などが <u>医学・医療の研究や実務</u> で使われる。 非劣性検定は、たとえば、「新薬の効果が従来の効果に比べて劣ることはない」ことを立証しようとするものである。また、同等性の検定は、 <u>文字通り</u> 群間の母平均
	新	同等性の検定などが別の目的のために使われる。 非劣性検定は、たとえば、「新薬の効果が従来の効果に比べて劣ることはない」ことを立証しようとするものである。また、同等性の検定は、群間の母平均
p.403 下から8行目	旧	3) BWの母集団分布は2群とも正規分布に従う。
	新	3) BWの母集団分布は2群とも正規分布に従うと <u>仮定する</u> 。
p.404 2～3行目	旧	2) H_0 は = を用いて表される仮説 3) H_1 は \neq を用いて表される仮説
	新	2) H_0 は = <u>(等しい)</u> を用いて表される仮説 3) H_1 は \neq <u>(等しくない)</u> を用いて表される仮説
p.404 下から9～5行目	旧	H_0 : C群の(母)有効割合 = D群の(母)有効割合 H_A : C群の(母)有効割合 \neq D群の(母)有効割合 ③ 「E群とF群の5年生存率に差があるか」の2つの仮説 H_0 : E群の(母)5年生存率 = F群の(母)5年生存率 H_A : E群の(母)5年生存率 \neq F群の(母)5年生存率
	新	H_0 : C群の母有効割合 = D群の母有効割合 H_A : C群の母有効割合 \neq D群の母有効割合 ③ 「E群とF群の5年生存率に差があるか」の2つの仮説 H_0 : E群の母5年生存率 = F群の母5年生存率 H_A : E群の母5年生存率 \neq F群の母5年生存率
p.404 下から2行目	旧	臨床研究では <u>たいてい</u> の場合、 $\alpha = 0.05$ と設定される。 <u>これは検定前に解析者が</u>
	新	臨床研究では <u>多く</u> の場合、 $\alpha = 0.05$ と設定される。 <u>有意水準は検定前に研究者や解析者が</u>
p.405 2行目	旧	標本に基づき、 <u>母集団の喫煙群と非喫煙群</u> の分布の離れ具合を
	新	標本に基づき、 <u>喫煙群と非喫煙群におけるBW</u> の分布の離れ具合を
p.405 6行目下	追記	ただし、 X_1 , X_2 は喫煙群と非喫煙群の標本平均、 n_1 , n_2 は標本数、 S_1 と S_2 は標本標準偏差である。

p.405 10 行目	旧	式 T
	新	検定統計量 T
p.405 14 行目	旧	式 T
	新	検定統計量 T
p.405 17 ~ 18 行目	旧	大きかったりほとんど重ならなかったりする。
	新	大きかったり <u>小さ</u> かったりする。
p.405 20 行目	旧	式 T
	新	検定統計量 T
p.405 下から 11 ~ 9 行目	削除	式 T は 2 群間の母平均の有意差検定で用いられる検定統計量であるが、2 群間の母割合の有意差検定などでも同様に、標本割合の差をそのばらつきで割り算して検定統計量を算出している。
p.405 下から 7 ~ 6 行目	削除	前節では、標本の大きさ n_1 と n_2 の BW データを抽出したときの 1 個の検定統計量の解釈を述べた。そこで次のことを考える。
p.405 下から 5 ~ 4 行目	旧	H_0 が真実であると仮定する。統計学のテキストでは、このことを「 H_0 の下で…」と表現する。 H_0 の下で標本の <u>大きさが同じ</u> BW データを抽出して T を計算する。
	新	H_0 が真実であると仮定する。 <u>つまり、母平均が等しいので、同一母分布となることを仮定する。</u> 統計学では、このことを「 H_0 の下で…」と表現する。 H_0 の下で <u>標本数が n_1 と n_2 の 2 標本の</u> BW データを抽出して T を計算する。
p.406 2 行目	旧	(図 41)。
	新	(図 33)。
p.406 図 41 タイトル	旧	図 41. H_0 の下での 2 群標本とそれらから求めた T 値
	新	図 32. H_0 の下での 2 群標本とそれらから求めた T 値
p.406 下から 5 ~ 2 行目	旧	多いはずである。その一方で、確率は小さいが極端に離れた標本分布になることもある。この場合、 $X_1 - X_2$ の絶対値は大きくなるので T 検定統計量も非常に大きくなる（もしくは小さくなる）。 <u>これらの分布が図 42 で示された t 分布である。</u> 0 付近では確率密度が高く（ <u>起こる確率が高く</u> ）、 T 値の絶対値が
	新	多いはずである（図 33）。その一方で、確率は小さいが極端に離れた $X_1 - X_2$ の絶対値は大きくなるので T 検定統計量も非常に大きくなる（もしくは小さくなる）こともある。 <u>このまれな現象が図 33 で示された左端と右端である。</u> T 値の <u>相対度数分布の理論的な分布のことを自由度 $(n_1 + n_2 - 2)$ の t 分布とよぶ。</u> n_1 と n_2 により、山の膨らみ具合が少しずつ変わる。 n_1, n_2 が数百例になると正規分布とはほぼ同じ形となる。0 付近では起こる確率が高く、 T 値の絶対値が

<p>p.406 図 42</p>	更新	 <p>図 33. 図 32 で得られた T 値の相対度数分布 (自由度 $(n_1 + n_2 - 2)$ の t 分布)</p>
p.407 5 行目	旧	一組の標本があり、 <u>その</u> T 値が正の数るとき、
	新	一組の標本があり、 <u>標本から得られた</u> T 値が正の数るとき、
p.407 7 行目	旧	$t \leq T$
	新	$t \leq -T$
p.407 9 行目	旧	$t \leq T$
	新	$t \leq -T$
p.407 9 行目下	追記	$ t$ 分布の $t \geq T$ となる確率は図 33 の右側の青色の面積、 $ t$ 分布の $t \leq -T$ となる確率は図 33 の左側の青色の面積のことである。このように左右両側の確率を足し算して P 値を求める検定を両側検定という。
p.407 下から 13 行目	旧	P 値は <u>次の性質をもつ</u> 。
	新	P 値は <u>確率</u> なので、 $0 \leq P \leq 1$ である。
p.407 下から 12 ~ 10 行目	削除	1) $0 \leq P \leq 1$ 2) T 検定統計量が 0 のとき、 $P = 1$ 3) BW のような量的変数のとき、 $P > 0$
p.408 11 ~ 14 行目	旧	5) 検定統計量を算出する 6) 検定統計量が棄却域に入る \Rightarrow 対立仮説を採択 (帰無仮説を棄却) <u>検定統計量が棄却域に入らない (採択域に入る)</u> \Rightarrow 帰無仮説を保留 (とる)
	新	5) 検定統計量を算出し対応する P 値を求める 6) $P < 0.05 \Rightarrow$ 対立仮説を採択 (帰無仮説を棄却) <u>$P \geq 0.05 \Rightarrow$ 帰無仮説を保留 (とる)</u>

<p>p.408 14 行目下</p>	<p>追記</p>	<p>上の手順は、検定統計量から P 値を求め、H_0、H_1 のどちらをとるかを決めた。一方、検定統計量が棄却域に入るか否かで検定結果を決める方法もある。図 33 において、棄却域を次のように設定する (図 34)。</p>  <p style="text-align: center;">図 34. 自由度 98 の t 分布における棄却域の設定</p> <p>図 34 において、標本により求めた検定統計量 T が左右いずれかの棄却域に入るとき、対立仮説を採択 (帰無仮説を棄却) する。</p> <p>図 34 において、棄却域を左右両側に設定した。このような検定を両側検定という。一方、棄却域を左右いずれかに設定する検定を片側検定という。</p>
<p>p.408 下から 12 行目</p>	<p>削除</p>	<p>p.403 「6-10-3 帰無仮説と対立仮説」で述べたように、以下である。</p>
<p>p.408 下から 8 行目</p>	<p>削除</p>	<p>6-10-4 で述べたように、$\alpha = 0.05$ とする。</p>
<p>p.410 2 ~ 3 行目</p>	<p>旧</p>	<p>仮説検定の手順とその特別な用語について説明した。また、2 群の母平均が等しいかそうでないかの検定を例示した。調べたいこととデータの性質により、</p>
	<p>新</p>	<p>仮説検定の用語と手順を説明した。また、2 群の母平均が等しいかそうでないかの検定を例示した。仮説検定には多くの手法があり、調べたいこととデータの性質により、</p>
<p>p.410 8 行目</p>	<p>旧</p>	<p>前節で説明した検定である。</p>
	<p>新</p>	<p>前節で説明した T 検定統計量の検定もこの手法のひとつ (Student の t 検定) であるが、データの性質により、① Student の t 検定、② Welch の t 検定、③ 対応のある t 検定の 3 種類がある。</p>
<p>p.410 9 行目</p>	<p>旧</p>	<p>[例：妊婦の受動喫煙のあり群となし群における BW の母平均の差の検定]</p>
	<p>新</p>	<p>[例：妊婦の受動喫煙のあり群となし群における BW の母平均の差の検定 (Student の t 検定)]</p>

p.410 下から 8～2 行目	旧	<p>3) <u>条件と検定手法</u></p> <p>(1) 2群の母分散が等しいならば Student の t 検定</p> <p>(2) 2群の母分散が等しくないならば Welch の t 検定 t 検定には <u>2</u> 種類あり、その使い分けを行う必要がある。</p> <p>4) データ分析の「t 検定：等分散を仮定した 2 標本による検定」で解析した結果、</p>
	新	<p>3) <u>データの性質と検定手法</u></p> <p>(1) 2群の母分散が等しいならば Student の t 検定</p> <p>(2) 2群の母分散が等しくないならば Welch の t 検定</p> <p>(3) <u>対応のある 2 群の場合</u> <u>対応のある t 検定</u> t 検定には <u>3</u> 種類あり、その使い分けを行う必要がある。</p> <p>4) <u>今回の検定は、受動喫煙群と非受動喫煙群は対応がなく(それぞれ別の症例)、分散も大きく異ならないと仮定する。したがって、Student の t 検定を用いることになる。有意水準は 0.05 として両側検定で検定する。</u> データ分析の「t 検定：等分散を仮定した 2 標本による検定 (Student の t 検定)」で解析した結果、</p>
p.411 9 行目	旧	両側 = 0.307 であり有意水準 0.05 より <u>小さい</u> 。
	新	両側 = 0.307 であり有意水準 0.05 より <u>大きい</u> 。

p.411
下から4行目上

〔例：糖尿病患者の治療前と治療後のHbA1cの母平均の差の検定（対応のあるt検定）〕

対応のあるt検定の例を示す。対応のあるデータとは、ひとりの症例で治療前と治療後で検査値、左目と右目の視力など、同一症例で2回以上のデータを取る場合などのことをいう。以下では、糖尿病患者の治療前と治療後でHbA1cの母平均に差があるかどうかを検定する。

1) 臨床的仮説

糖尿病患者に対する薬物治療で、治療前に比べて治療3ヶ月後ではHbA1cの平均は低下する。

2) 統計的仮説

帰無仮説 (H_0): (治療前 HbA1c - 3ヶ月後 HbA1c) の母平均 = 0

対立仮説 (H_1): (治療前 HbA1c - 3ヶ月後 HbA1c) の母平均 \neq 0

3) データの性質と検定手法

比較する2群には対応があるので、対応のあるt検定を用いる。

具体的にデータを表A、表Aのデータをグラフ化すると図Bとなる。

追記

症例	治療前	治療後
1	7.9	7.8
2	8.3	7.6
3	7.8	7.6
4	8.2	7.7
5	8.4	7.5
6	8.0	8.5
7	8.1	7.5
8	8.3	8.0
9	8.2	7.9
10	8.1	7.9
11	8.0	7.9
12	8.1	8.1
13	8.0	7.6
14	8.2	7.4

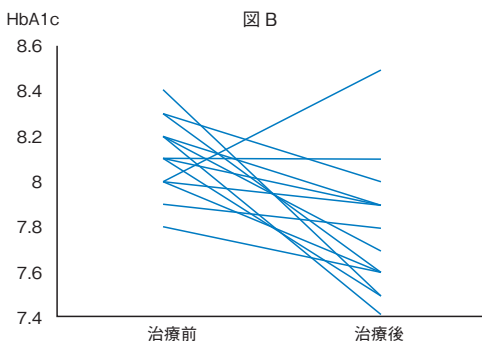


図 35. 糖尿病患者の治療前と治療後3ヶ月目のHbA1c

4) 有意水準0.05として両側検定で検定する。エクセルのデータ分析の「一対の標本による平均の検定」で解析した。

〔検定結果〕糖尿病患者の治療前と治療3ヶ月後のHbA1cの母平均の有意差検定を、有意水準5%の対応のあるt検定（両側検定）で検定した。その結果、 $P = 0.005$ であり有意水準0.05より小さいので、治療前に比べて治療後ではHbA1cの平均値が有意に低下した。

p.411
表 15

更新

表 12. 妊娠中の喫煙あり群と喫煙なし群の異常あり母割合の差

母親の喫煙	妊娠中の異常		合計
	なし	あり (割合)	
なし	n_{11}	$n_{12} (p_1)$	a
あり	n_{21}	$n_{22} (p_2)$	b
合計	c	d	N

p.412
9～10行目

旧

3) 条件と検定手法
(1) 症例数が多いとき (クロス集計表の n がすべて5より大きいとき)

新

3) データの性質と検定手法
(1) 症例数が多いとき (クロス集計表の ほとんどのセルの人数 が5より大きいとき)

p.412 14 行目下	追記	有意水準を 0.05 として両側検定で Pearson のカイ 2 乗検定を行う。																		
p.412 下から 4 行目上	追記	<p>クロス集計表が以下であるときの検定結果を示した。</p> <p style="text-align: center;">表 13</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">母親の喫煙</th> <th colspan="2">妊娠中の異常 人数 (%)</th> <th rowspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th>なし</th> <th>あり</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>なし</td> <td>124 (86.1)</td> <td>20 (13.9)</td> <td>144</td> </tr> <tr> <td>あり</td> <td>16 (80.0)</td> <td>4 (20.0)</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>140 (85.4)</td> <td>24 (14.6)</td> <td>164</td> </tr> </tbody> </table> <p>【検定結果】 母親の喫煙群と非喫煙群の 2 群で、妊娠中の異常を発症する母割合に差があるかどうかを有意水準 5% のカイ 2 乗検定（両側検定）で検定したところ、$P = 0.305$ であった。したがって、2 群の妊娠中の異常ありの割合には有意差は認められなかった。</p>	母親の喫煙	妊娠中の異常 人数 (%)		合計	なし	あり	なし	124 (86.1)	20 (13.9)	144	あり	16 (80.0)	4 (20.0)	20	合計	140 (85.4)	24 (14.6)	164
母親の喫煙	妊娠中の異常 人数 (%)			合計																
	なし	あり																		
なし	124 (86.1)	20 (13.9)	144																	
あり	16 (80.0)	4 (20.0)	20																	
合計	140 (85.4)	24 (14.6)	164																	
p.412 下から 4 ～ 1 行目	削除	<p>【その他の仮説検定手法】</p> <p>上で示した検定手法以外に、検定の目的、変数の種類、データの性質によりいくつかの検定手法の使い分けが必要となる。ただし、エクセルでデータ分析や関数を使って処理できるものとそうではないものがある。</p>																		
付録 ※p.396 14 行目～ p.398 図 38	追記 (移動)	<p><u>1. 母集団の分布が正規分布に従う時の母平均の区間推定の手順</u> (略)</p> <p><u>2. 95%信頼区間 (CI) の意味</u> (略)</p> <p>図 36. 95% の信頼区間の解釈</p>																		
6 章：付属資料 統計数値表	追記 (移動)	p.465 ～ 479 「付属資料 統計数値表」を 6 章末へ移動																		

7 章

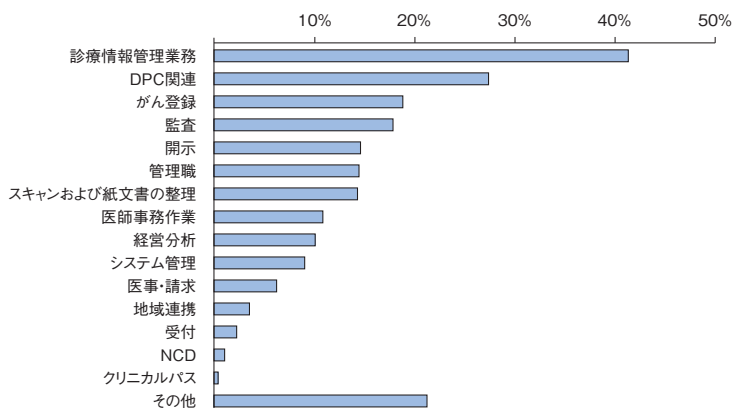
p.415 2 ～ 3 行目	旧	本章では統計の理論を用いた結果、 <u>具体的に求められる成果としてのグラフ表現や、病院で一般的に用いられる病院統計、</u>
	新	本章では、 <u>記述統計で用いるグラフ表現や、病院管理資料としての病院統計、</u>
p.415 6 ～ 10 行目	旧	<p>病院における ICT 化が著しく普及している今日、<u>診療情報管理士の重要な役割として単に診療録の管理だけでなく、診療情報からさまざまな情報を導き出し、医療の質の向上、そして病院経営戦略のための情報提供など、より高度な情報管理機能を期待されている。</u></p> <p><u>この節では、対象とする標本データの構造を偏見なく正しく表現するため、データについての情報を視覚化させる図表について、いくつか紹介する。</u></p>
	新	<p>病院の ICT 化が進む今日、<u>診療情報管理士の業務として診療情報からの有用な情報導出、特に、医療の質の向上、病院管理、経営戦略のための情報提供など、より高度な情報処理機能を期待されている。</u></p> <p><u>この節では、データを視覚化させる図表の使い方や例について、いくつか紹介する。</u></p>
p.415 下から 10 ～ 8 行目	削除	母集団についての情報を知るためには、まず標本データについて、それが全体としても構造的な情報、コード別の相対的な大きさ、あるいは傾向性などを直観的に視覚的にとらえることが必要である。

<p>p.415 下から 7～1行目</p>	<p>旧</p>	<p>統計資料を利用する者、みる者がより理解しやすく、その意図するところが誤解のないように伝わるような表現上の工夫が必要である。数値が並んでいるだけの統計表では、そのデータのもつ構造的特性がきわめて認識しがたいことがある。</p> <p>グラフ化して視覚に訴えることにより、データの意味するところが直観的に理解され、統計学的分析手法の第一段階となる。</p> <p>グラフ化にもさまざまな形式のグラフがあるが、ここでは診療データの場合に多用される図表のうち主要なものについて紹介する。</p>
	<p>新</p>	<p>データの視覚化では、統計資料を利用する者、見る者が理解しやすく、その意図するところが誤解なく伝わるような表現上の工夫が必要である。グラフ化して視覚に訴えることにより、データの意味するところが直観的に理解され、次の統計手法を決めるための第一段階となる。</p> <p>グラフ化にもさまざまな形式があるが、ここでは診療データの処理で多用される図表を紹介する。</p>
<p>p.416 3～6行目</p>	<p>旧</p>	<p>棒グラフは、主として定性的に分類されたデータを、属性別またはコード別(男女別、種類別、重症度別、ICD-10大分類別など)に度数を棒の長さで示したグラフであり、最も広い適用範囲をもつ。場合によっては棒の長さで比率を示すことも可能である。</p> <p>【乗用自動車の死亡事故件数】</p>
	<p>新</p>	<p>人数、件数、割合の大小を見比べるために用いるグラフである。横軸には、主として質的変数が置かれる。たとえば、血液型であればA、B、AB、Oが、臨床進行期ならばⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期、……などが横軸に配置される。</p> <p>【名義変数の棒グラフ】</p>
<p>p.416 6行目下</p>	<p>追記</p>	<p>診療情報管理士の業務内容に関する棒グラフである。複数回答なので、各度数の回答者数 8,226 人に対する割合を示している。</p>
<p>p.416 図 1</p>	<p>削除</p>	<p>「図 1. 乗用自動車の死亡事故件数」図削除</p>

表 1. 診療情報管理士の業務の内容 (回答者数 8,226 人: 複数回答可)

業務内容	度数	(%)
がん登録	1,545	(18.8%)
監査	1,462	(17.8%)
スキャンおよび紙文書の整理	1,173	(14.3%)
システム管理	739	(9.0%)
医師事務作業	899	(10.9%)
経営分析	822	(10.0%)
地域連携	285	(3.5%)
DPC 関連	2,248	(27.3%)
開示	1,196	(14.5%)
診療情報管理業務	3,394	(41.3%)
管理職	1,183	(14.4%)
NCD	79	(1.0%)
医事・請求	508	(6.2%)
受付	179	(2.2%)
クリニカルパス	21	(0.3%)
その他	2,706	(21.1%)

資料: 第 6 回「診療情報管理士 (診療記録管理士含む) 現況調査アンケート報告書 (2020)」より改変

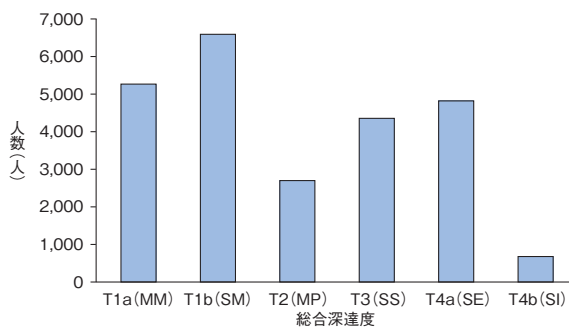


資料: 第 6 回「診療情報管理士 (診療記録管理士含む) 現況調査アンケート報告書 (2020)」より改変

図 1. 診療情報管理士の業務内容の割合

【順序変数のグラフ】

胃癌外科手術症例の深達度別人数を示している。T1a から T4b までの 6 種類のデータは、癌がだんだん深くまで達するという順序データである。一番軽度な T1a から一番深い T4b まで順番に棒を並べて作成する。



資料: 「日本胃癌学会胃癌登録データの HP 資料」より改変

図 2. 胃癌外科手術症例の深達度別人数の棒グラフ

p.417 1～7行目	旧	<p>【構成割合の比較】</p> <p>図2は負傷の種類別に、男子と女子の構成割合を比較するもので、男子だけまたは女子だけの棒グラフに着目すれば、それぞれの負傷の構造をとらえることができる。すなわち割合でいえば、女子は捻挫が断然多く、男子は骨折が最も多いことがわかる。</p> <p>また構成割合の男女比較では、捻挫以外の項目では男子が女子より高い比率を示しているが、捻挫では女子が男子より格段に高い比率を示している。しかしこれは、男女内それぞれの構成割合の比較であって、もし負傷の種類別件数が</p>
	新	<p>【複数系列の棒グラフ】</p> <p>表2と図3は、男子と女子について、それぞれで負傷の種類別の構成割合をグラフ化している。ここでは男子と女子が系列となり、男子だけまたは女子だけの負傷の構造をとらえることができる。すなわち割合でいえば、女子は捻挫が断然多く、男子は骨折が最も多いことがわかる。</p> <p>もし負傷の種類別件数が</p>
p.417 表1 タイトル	旧	表1. 中学校における負傷の種類別男女別構成割合の比較 (%)
	新	表2. 中学校の男子と女子における負傷の種類別の構成割合 (%)
p.417 図2 タイトル	旧	図2. 負傷の種類別男女別構成割合の比較 (%)
	新	図3. 男子と女子における負傷の種類別の構成割合の比較 (%)
p.417 下から5～4行目	旧	幸いにして総件数が与えられているので、実件数の表(表2)を求めることができ、次のペア棒グラフが得られる(図3)。予想されるようにすべての負傷項目に
	新	実件数を表3に示し、ペア棒グラフを図4に示した。グラフより、すべての負傷項目に
p.418 表2 タイトル	旧	表2. 中学校における負傷の種類別男女別実件数の比較
	新	表3. 中学校の男子と女子における負傷の種類別の実件数
p.418 図3 タイトル	旧	図3. 負傷の種類別男女別比較(実件数)
	新	図4. 男子と女子における負傷の種類別の実件数の比較
p.418 下から10～4行目	旧	<p>度数の合計がほぼ等しい場合。</p> <p>1) カテゴリーまたは属性に順序性のある順序尺度の場合には、その順序にしたがって表示すべきであり、棒の長さの順に並べるとは誤りである。</p> <p>2) 図2の場合と同じようなグラフにしてもよいが、処理群と対照群とを厳密に比較する意味合いから、横型で左右並置に表現する方が理解しやすい。</p> <p>3) 両群の度数の合計が大きく異なる場合には、構成割合に直してグラフを描かなければならない。</p>
	新	<p>表4と図5は、治療群と対照群の症状改善度の度数を表している。症状改善度は順序変数である。棒を横向きにしたグラフなので、横棒グラフとよぶ。</p> <p>1) 順序変数の場合には、その順序にしたがって表示すべきである。</p> <p>2) 図3の場合と同じようなグラフにしてもよいが、横型で左右並置に表現する方が治療群と対照群とをより比較しやすい。</p> <p>3) 両群の度数の合計が大きく異なる場合には、構成割合でグラフを描くとよい。</p>
p.418 下から3～1行目	削除	4) このような場合のほか、国別の輸出額と輸入額、地域別の移入人口と移入人口のような対照的なデータ、または関連の深い2種類のデータを同時に比較したいときには両側棒グラフが好都合である。

p.419
表 3、図 4

更新

表 4. 投薬後 3 日目の症状改善度数

	高度	中程度	軽度	不変	合計
治療群	23	45	18	4	90
対照群	6	32	43	8	89

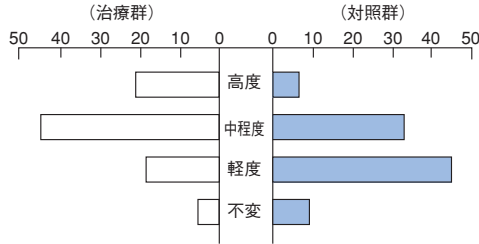


図 5. 投薬後 3 日目の症状改善度

p.419
1 行目～
図 5

削除

【割合の推移について変化を見たい (ずらし棒グラフ)】
(略)
図 5. 出産の場所別、年次推移

p.420
2～19 行目

旧

【入院患者の疾病別構成比率 (1 日平均) の比較】

円グラフは、主に定性的なデータの場合に、属性別またはコード別度数の全度数に対する割合を直観的にとらえるために多用される。特に、1つの集団の内部構造を一目で把握するのに有効である。いくつかの異なる集団の内部構造を相互に比べるときにも利用されるが、集団の数が多くなると、次に述べる帯グラフの方が一層効果的である。

- 1) 円グラフは割合を表現するためのグラフであり、度数を表現するには適さない。
- 2) 扇形の角度が割合に比例する。
- 3) 注目すべき部分を切り離したり (図 6 右)、その部分を拡大して強調したりできるが、表現するのはあくまで扇形の中心角であり、面積ではない。
- 4) 円グラフは、いくつかの集団の内部構成を相互に比べる場合、必ずしも適当であるとはいえないが、特定の項目に顕著な差がある 2つの集団を比較するときには、きわめて印象的で具合がよい。
- 5) 1960 年度には、入院患者の 94%までが結核患者であったが、その後、結核患者は激減して、1979 年度には 38%になっていることが強く印象づけられる。
- 6) 1979 年度では、結核・精神障害・重症心身障害の順になり、大きさの順が重症心身障害とでひっくり返っているが、これは 1960 年度の結核・精神障害に合わせるためである。
- 7) 円グラフに度数を書き込むのは適切でない。円グラフは割合を示すために用いるのであって、度数を示したいのであれば、ほかのグラフを試みるべきである。

<p>p.420 2～19行目</p>	<p>円グラフは、全体に対する割合を表すときに用いられるグラフである。 主に質的変数の属性別またはコード別度数の全度数に対する割合を直観的にとらえるために多用される。特に、1つの集団の内部構造を一目で把握するのに有効である。</p> <p>【入院患者の疾病別構成割合の比較】</p> <p>図6は、2010年と2016年における介護が必要となった原因の割合を示した。</p> <p>1) 円グラフは割合を表現するためのグラフであり、度数を表現するのには適さない。</p> <p>2) 扇形の角度が割合に比例する。</p> <p>3) 注目すべき部分を切り離したり、その部分を拡大して強調したりできるが、表現するのはあくまで扇形の中心角であり、面積ではない。</p> <p>4) 円グラフは、特定の属性・コードの割合について2つの集団を比較するときに適している。</p> <p>5) 円グラフに度数を書き込むのは適切でない。円グラフは割合を示すために用いる。</p>
<p>p.420 図6</p>	<p>旧</p> <p>図6. 入院患者の疾病別構成比率（1日平均特定傷病別）</p>
<p>新</p>	<p>2010年</p> <p>2016年</p> <p>資料：厚生労働統計協会「国民衛生の動向 vol159.No.9（2012）、vol165.No.9（2018）」より改変</p> <p>図6. 介護が必要となった原因</p>

p.421
2～15行目

旧

帯グラフは、各構成部分の全体に占める割合を直観的に表示するための図表で、この点では円グラフと同じであるが、特に複数の異なる集団の内部構造を相互に比較する場合に適する。異なる集団についての内部構造を帯グラフにして並べて表示すると相互比較に効果的であり、特に両端に位置する構成部分については集団間の比較が正確にできる。

【帯グラフ】

- 1) 産業分類には第1次・第2次・第3次と順序が定まっているので、構成比率の大小にかかわらず分類の順序にしたがう。
- 2) 第1次産業の構成比率の高い国から並べてあるが、第3次産業の方により大きな関心があるならば、その構成比率の高い順に上から並べて表示する方がいかもしれない。
- 3) 地域別に比較しての議論の資料であれば、アジア、ヨーロッパ、アメリカと地域ごとに並べた方がすぐれた資料となる場合もある。
- 4) そのほか、「不詳」「その他」があるときは、円グラフの場合と同様、「不詳」を最後に、「その他」をその直前に配置するのがよい。
- 5) 帯グラフは円グラフに比べて作成しやすい。

新

帯グラフは、各構成部分の全体に占める割合を直観的に表示するためのグラフである。この点では円グラフと同じであるが、特に、複数の異なる群の構成部分の割合を比較する場合に適する。

【帯グラフ】

- 診療情報管理士が勤務する医療機関における、診療記録の電子化の帯グラフである。
- 1) 電子カルテ、オーダーリング、紙媒体と順序が定まっているので、構成比率の大小にかかわらず分類の順序にしたがう。
 - 2) 「不詳」「その他」があるときは、円グラフの場合と同様、「不詳」を最後に、「その他」をその直前に配置するのがよい。

p.421
表4、図7

旧

表4. 産業（3部門）別就業者数割合の国際比較（%）

国名	就業者総数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
韓国	100.0	35.8	29.8	34.4
イタリア	100.0	14.6	36.1	49.3
日本	100.0	10.9	33.5	55.4
フランス	100.0	8.7	34.9	56.4
ドイツ	100.0	5.9	43.2	50.9
アメリカ	100.0	3.5	30.6	65.9

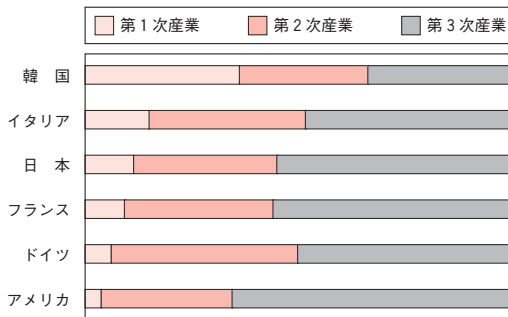


図7. 産業（3部門）別就業者数割合

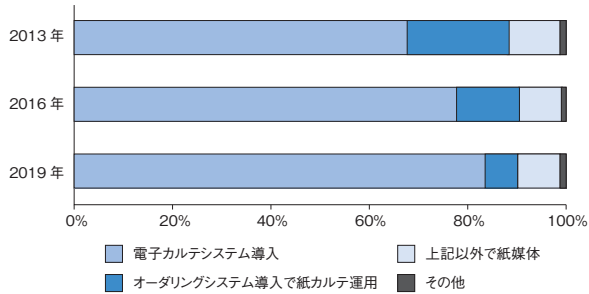
p.421
表4、図7

新

表5. 勤務先の診療記録の電子化の状況

診療記録	2013年		2016年		2019年	
	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
電子カルテシステム導入	1,720	(67.6%)	3,913	(77.3%)	5,451	(81.0%)
オーダーリングシステム導入で紙カルテ運用	518	(20.4%)	637	(12.6%)	432	(6.4%)
上記以外で紙媒体	275	(10.8%)	443	(8.8%)	580	(8.6%)
その他	21	(0.8%)	31	(0.6%)	54	(0.8%)

資料：第6回「診療情報管理士（診療記録管理士含む）現況調査アンケート報告書（2020）」より改変



資料：第6回「診療情報管理士（診療記録管理士含む）現況調査アンケート報告書（2020）」より改変

図7. 勤務先の診療記録の電子化の状況

p.422
2～8行目

旧

1) 2、3年度の構成比率の比較ならば、かなり階級の数が多くても、帯グラフは直感的把握に効果的である。構成比率を記入しておけば、数量的な考察にも応えられる。

2) 約20年の間に、年齢階級ごとの入院患者数の構成比率は大幅に変化しており、70歳以上、60歳代と高齢者の比率が大きく増えている。これは高齢者の人口構成比率が大幅に増加していることも、その一因となっているであろう。しかし、20歳未満の入院患者数の割合が増加しているのは、高齢者とは別の原因によるはずである。これら両端の入院比率の大幅な増加により、20歳から50歳未満の入院比率は相対的に激減して

新

1) 2群の構成割合の比較において、階級の数が多くても、百分率棒グラフはそれらを直感的に把握するのに効果的である。構成割合を記入しておけば、数量的な考察にも応えられる。

2) 表6と図8は、1960年度と1979年の2群における入院患者数の年齢階級別構成割合を示している。約20年の間に、年齢階級ごとの入院患者数の構成割合は大幅に変化しており、1979年度は70歳以上、60歳代と高齢者の比率が大きく増えている。これは高齢者の人口構成割合が大幅に増加していることも、その一因となっている。しかし、20歳未満の入院患者数の割合が増加しているのは、高齢者とは別の原因によるはずである。これら両端の入院割合の大幅な増加により、20歳から50歳未満の入院割合は相対的に激減して

p.422
表5 タイトル

旧

表5. 入院患者数の年齢階級別構成割合の比較

新

表6. 入院患者数の年齢階級別構成割合の比較

p.422
図8 タイトル

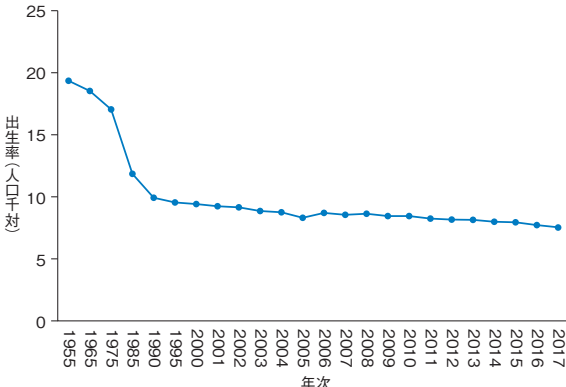
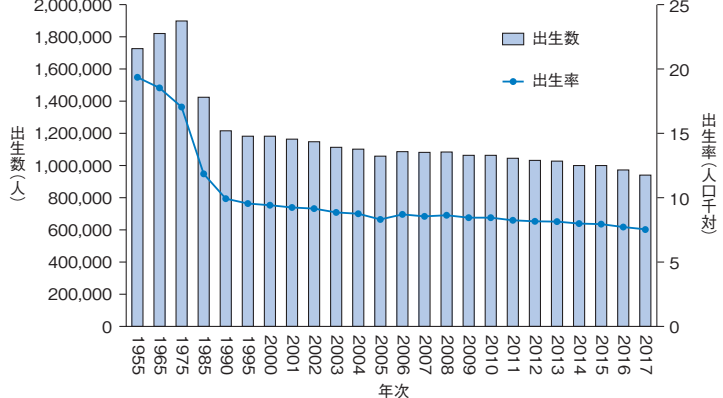
旧

図8. 入院患者数の年齢階級別構成比率

新

図8. 入院患者数の年齢階級別構成割合の比較

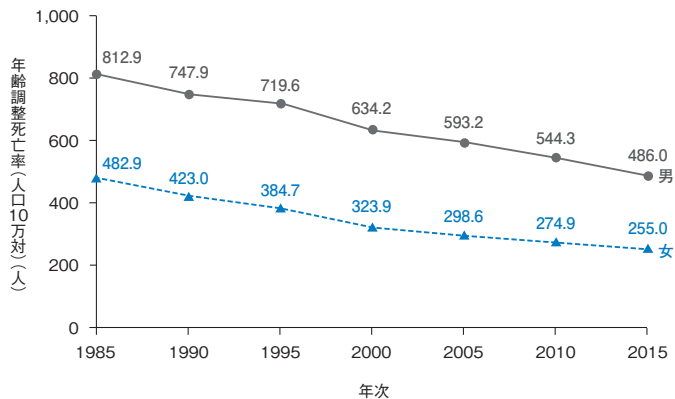
p.423 2～7行目	旧	<p>年次別や年齢別に、出生率や死亡率、発生件数などの集団特性値についてその変化の傾向をとらえるのに、折れ線グラフは効果的である。年齢別の平均身長のような連続型変量の平均値などの場合にも、年齢にともなう推移の傾向をとらえる目的で折れ線グラフが利用される。通常は縦軸に<u>度数</u>をとるが、割合の変化を表現することも可能である。</p> <p>【出生数・出生率と死亡数・死亡率の年次推移】 表6から次の3通りのグラフを取り上げてみた。</p>																																																																											
	新	<p>折れ線グラフは、時間的な変化を示す際に用いられるグラフである。</p> <p>年次別や年齢別に、出生率や死亡率、発生件数などの時間的な変化をとらえるのに、折れ線グラフは効果的である。年齢別の平均身長のような連続<u>変数</u>の平均値などの場合にも、年齢にともなう推移の傾向をとらえる目的で折れ線グラフが利用される。縦軸は<u>度数</u>、割合、比率、計測された値（連続データなど）をとり、横軸は年、年齢、時間などがとられる。</p> <p>【出生数・出生率と死亡数・死亡率の年次推移】 表7から2通りのグラフを取り上げてみた。</p>																																																																											
p.423 表6	更新	<p>表7. 出生数・出生率の年次推移（率は人口千人あたり）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年次</th> <th>出生数</th> <th>出生率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1955</td><td>1,730,692</td><td>19.4</td></tr> <tr><td>1965</td><td>1,823,697</td><td>18.6</td></tr> <tr><td>1975</td><td>1,901,440</td><td>17.1</td></tr> <tr><td>1985</td><td>1,431,577</td><td>11.9</td></tr> <tr><td>1990</td><td>1,221,585</td><td>10.0</td></tr> <tr><td>1995</td><td>1,187,064</td><td>9.6</td></tr> <tr><td>2000</td><td>1,190,547</td><td>9.5</td></tr> <tr><td>2001</td><td>1,170,662</td><td>9.3</td></tr> <tr><td>2002</td><td>1,153,855</td><td>9.2</td></tr> <tr><td>2003</td><td>1,123,610</td><td>8.9</td></tr> <tr><td>2004</td><td>1,110,721</td><td>8.8</td></tr> <tr><td>2005</td><td>1,062,530</td><td>8.4</td></tr> <tr><td>2006</td><td>1,092,674</td><td>8.7</td></tr> <tr><td>2007</td><td>1,089,818</td><td>8.6</td></tr> <tr><td>2008</td><td>1,091,156</td><td>8.7</td></tr> <tr><td>2009</td><td>1,070,035</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>2010</td><td>1,071,304</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>2011</td><td>1,050,806</td><td>8.3</td></tr> <tr><td>2012</td><td>1,037,231</td><td>8.2</td></tr> <tr><td>2013</td><td>1,029,816</td><td>8.2</td></tr> <tr><td>2014</td><td>1,003,539</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>2015</td><td>1,005,677</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>2016</td><td>976,978</td><td>7.8</td></tr> <tr><td>2017</td><td>946,065</td><td>7.6</td></tr> </tbody> </table> <p>資料：厚生労働省「人口動態調査（2020年発表）」より改定</p>	年次	出生数	出生率	1955	1,730,692	19.4	1965	1,823,697	18.6	1975	1,901,440	17.1	1985	1,431,577	11.9	1990	1,221,585	10.0	1995	1,187,064	9.6	2000	1,190,547	9.5	2001	1,170,662	9.3	2002	1,153,855	9.2	2003	1,123,610	8.9	2004	1,110,721	8.8	2005	1,062,530	8.4	2006	1,092,674	8.7	2007	1,089,818	8.6	2008	1,091,156	8.7	2009	1,070,035	8.5	2010	1,071,304	8.5	2011	1,050,806	8.3	2012	1,037,231	8.2	2013	1,029,816	8.2	2014	1,003,539	8.0	2015	1,005,677	8.0	2016	976,978	7.8	2017	946,065	7.6
年次	出生数	出生率																																																																											
1955	1,730,692	19.4																																																																											
1965	1,823,697	18.6																																																																											
1975	1,901,440	17.1																																																																											
1985	1,431,577	11.9																																																																											
1990	1,221,585	10.0																																																																											
1995	1,187,064	9.6																																																																											
2000	1,190,547	9.5																																																																											
2001	1,170,662	9.3																																																																											
2002	1,153,855	9.2																																																																											
2003	1,123,610	8.9																																																																											
2004	1,110,721	8.8																																																																											
2005	1,062,530	8.4																																																																											
2006	1,092,674	8.7																																																																											
2007	1,089,818	8.6																																																																											
2008	1,091,156	8.7																																																																											
2009	1,070,035	8.5																																																																											
2010	1,071,304	8.5																																																																											
2011	1,050,806	8.3																																																																											
2012	1,037,231	8.2																																																																											
2013	1,029,816	8.2																																																																											
2014	1,003,539	8.0																																																																											
2015	1,005,677	8.0																																																																											
2016	976,978	7.8																																																																											
2017	946,065	7.6																																																																											
p.424 1～2行目	旧	1) 出生率だけみたものであるが、1990年までは出生率が落ち込み、その後はほぼ横ばいになっている。																																																																											
	新	1) 年次別の出生率の折れ線グラフであり、縦軸は人口千人対の出生率である。																																																																											

<p>p.424 図 9</p>	<p>更新</p>	 <p>資料：厚生労働省「人口動態調査（2020年発表）」より改変</p> <p>図 9. 出生率の推移（人口千対）</p>
<p>p.424 3～5行目</p>	<p>旧</p>	<p>2) このグラフは、出生数と出生率の両面でもらえたもの。1975年までは出生数が増加傾向にあるが、出生率に減少傾向がみられるのは、死亡数とのかかわりで、分母である人口総数が増加の傾向にあったためと思われる。</p>
	<p>新</p>	<p>2) このグラフは、出生数と出生率の2つを同時に棒グラフと折れ線グラフで表している。</p>
<p>p.424 図 10</p>	<p>更新</p>	 <p>資料：厚生労働省「人口動態調査（2020年発表）」より改変</p> <p>図 10. 出生数と出生率の推移（人口千対）</p>
<p>p.425 1行目～ 図 11</p>	<p>削除</p>	<p>3) このグラフは出生率と死亡率の差で、～ (略) 図 11. 出生率・死亡率と自然増加率</p>
<p>p.425 下から 8 行目</p>	<p>旧</p>	<p>図 9～図 11 のデータは、</p>
	<p>新</p>	<p>図 9、図 10 のデータは、</p>
<p>p.425 下から 6 行目～ 図 12</p>	<p>削除</p>	<p>【折れ線グラフの平滑化】 (略) 図 12. 折れ線グラフの平滑化</p>

【複数の折れ線グラフ表示】

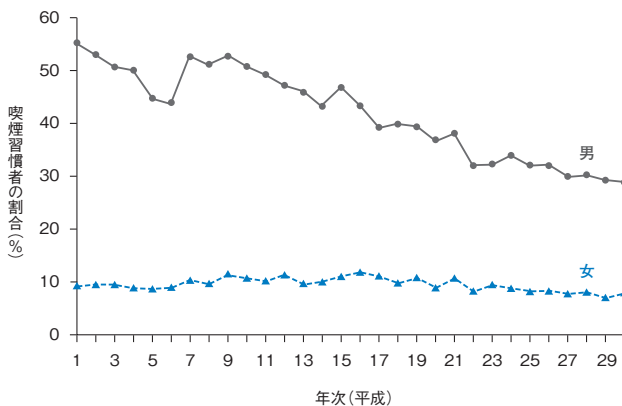
図 11 は 1985 年から 2015 年までの男女別の年齢調整死亡率の推移を示している。男性は女性より常に死亡率は高い。男女ともに死亡率は年々減少している。

図 12 は平成の男女別喫煙率の推移を折れ線グラフで示している。男性は減少傾向が認められるが、女性は 10% 付近を横ばいで推移している。



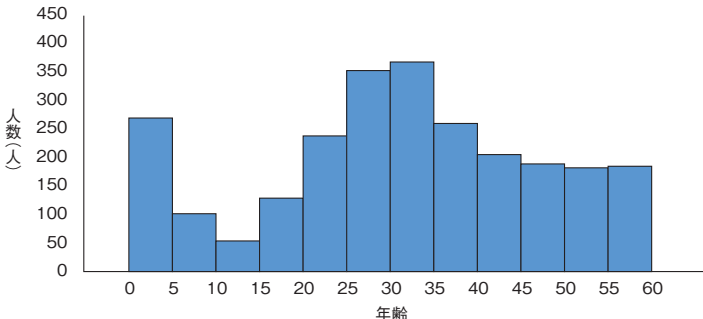
資料：厚生労働統計協会「国民衛生の動向 vol65.No.9 (2018)」より改変

図 11. 年齢調整死亡率の推移 (人口 10 万対)



資料：厚生労働省「国民健康栄養調査」より改変

図 12. 喫煙習慣者の男女別年次推移

<p>p.426 下から5～1行目</p>	<p>旧</p>	<p>ヒストグラムはデータの分布を表すのに用いられる。データをいくつかの階級に分けた度数分布表から作成する。横軸にデータの値、縦軸に度数をとる。棒グラフに似ているが、柱は面積を表しており、階級の幅を2倍にすると高さは半分となる。縦軸に割合(%)を用いた場合には、柱の面積の合計は100%になる。表7と図14は死亡時年齢の分布を度数分布表、ヒストグラムで表したものである。</p>
	<p>新</p>	<p>ヒストグラムは量的データの度数分布表を柱の面積で表すのに用いられる。横軸は量的データの階級、縦軸は度数または相対度数をとる。棒グラフに似ているが、柱は面積を表しており、階級の幅を2倍にすると高さは半分となる。縦軸に割合(%)を用いた場合には、柱の面積の合計は100%になる。柱と柱の間隔は空けないように作成する。ヒストグラムを解釈するポイントは分布の形状が、①ひとつ山かふたつ以上の山か、②左右対称か、③右に尾をひくか(右に裾が長い)、④左に尾をひくか(左に裾が長い)、⑤外れ値があるか、という点である。これにより、6章で述べた分布の特性を表す統計量が決まる。</p> <p>表8と図14は死亡時年齢の分布を度数、ヒストグラムで表したものである。分布はひとつ山の左右対称であることがわかる。</p> <p>図15は女性の喘息発症年齢のヒストグラムである。この分布はひとつ山ではなく、2峰性であることが読みとれる。</p>
<p>p.427 図14下</p>	<p>追記</p>	 <p>ただし、年齢階級の端点は○以上●未満を意味する</p> <p>資料：「アレルギー-58巻12号(2009)」より改変</p> <p>図15. 女性の喘息発症年齢のヒストグラム</p>
<p>p.427 下から8行目</p>	<p>旧</p>	<p>散布図は2つのデータの関連を表す</p>
	<p>新</p>	<p>散布図は2つの量的データの関連を表す</p>
<p>p.427 下から2～1行目</p>	<p>削除</p>	<p>散布図を構成するデータに加えて、関連するデータを円としてプロットしたバブルチャートというグラフもある。3つのデータの関連性を1つのグラフで表すことができる。</p>
<p>p.427 下から1行目下</p>	<p>追記</p>	<p>収縮期血圧が高くなれば拡張期血圧も高くなる傾向があり、正の相関関係である。ピアソンの積率相関係数は$r = 0.458$であり、中程度の正の相関であることがわかる。</p>

p.428
図 15

更新

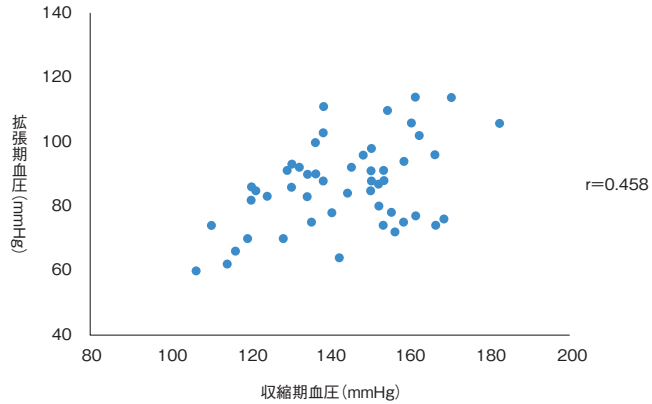


図 16. 収縮期血圧と拡張期血圧の散布図

p.428
2～9行目

旧

箱ひげ図は、四分位数、四分位範囲、最大値、最小値で簡潔に分布の様子を表す方法である。

すなわち、第1四分位数 Q_1 と第3四分位数 Q_3 の間、すなわち四分位範囲にあたる部分を四角の箱で示し、この箱の範囲に全体の50%が入ることを示す。そして第2四分位数である中央値を横線で示す。箱の上下にのびるひげの描き方には最大値と最小値を用いる方法や、四分位範囲の1.5倍以内にある最大値と最小値までを引く方法などがある。

箱ひげ図は、特に複数群の分布の比較（たとえば重症度別の医療費、在院日数など）に優れた方法である。

新

箱ひげ図は図 17 に示すように、量的データの分布の特性を、最小値、第1四分位数（25%点）、第2四分位数（中央値）、第3四分位数（75%点）、最大値で表す方法である。

第1四分位数 Q_1 と第3四分位数 Q_3 の間、すなわち、四分位範囲にあたる部分を四角の箱で示す。四分位数の定義より、この箱の範囲に症例数の50%が入る。そして中央値（第2四分位数）を箱の中に横線で示す。箱の上下にのびるひげは最大値と最小値であるが、四分位範囲の1.5倍のひげを引く方法などもある。

箱ひげ図は、複数群の分布の比較（たとえば重症度別の医療費、在院日数など）に優れた方法である。図 18 は疾患 A と B の在院日数の箱ひげ図を示している。疾患 B では箱の真ん中に中央値がきていること、ひげが上と下ではほぼ等しいので左右対称の分布であることが読み取れる。

p.428
図 16

更新

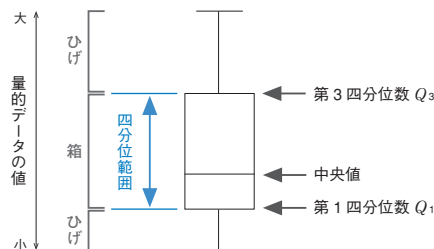
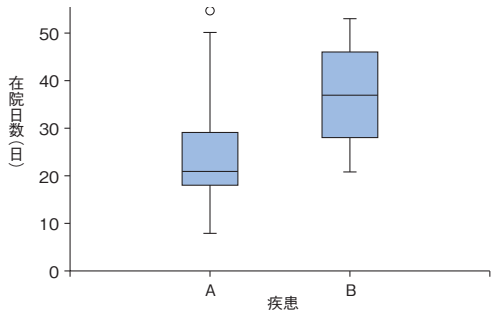


図 17. 箱ひげ図

<p>p.428 図 16 下</p>	<p>追記</p>	 <p>図 18. 疾患別在院日数の箱ひげ図</p>
<p>p.429 1 行目～ 図 17</p>	<p>削除</p>	<p>9. 3 次元グラフ (略) 図 17. 3 次元グラフ (血圧分類)</p>
<p>p.430 2 ～ 21 行目</p>	<p>削除</p>	<p>後述するように、診療情報管理士としてかかわる統計は、～ (略) ～かかわる統計や評価指標等について考えてみたい。</p>
<p>p.430 1 行目下</p>	<p>追記</p>	<p>日本全体やそれぞれの病院で行われている医療の実態を明らかにするために、診療情報を集計したりグラフ化することにより、経時的な変化や他院との比較が容易になる。医療に関する統計資料は、その目的や用途により多数存在する。ここでは、病院統計、厚生労働省が作成している統計調査、医療評価指標などを解説する。 まず最初に、診療情報管理士がかかわる統計資料として病院統計の作成と意義等について話を進めていきたい。</p>
<p>p.430 下から 7 行目～ p.431 3 行目</p>	<p>旧</p>	<p>月報、年報などの病院統計を作成することである。大別して、患者統計と疾病統計があり、統計指標としては、退院患者数、在院日数、病床利用率、死亡率などがあげられる。 統計処理において、疾患別の患者数、疾病別・患者別の入院期間や医療費、患者の転帰（治癒・軽快、不変、死亡など疾病の治療結果）など、各種のアウトカム情報の統計を作成することにより、提供された医療の質と効率性を検証することができる。質の高い医療を提供し、それを維持するためには病院統計を作成し、分析、評価することが必要となる。ある疾病の患者について、手術の有無、転帰、在院日数、再入院率や生存年数などの結果を統計的に分析、検証した場合に、平均値だけを見るのではなく、そのばらつきを見ることは院内の医療水準を把握するのに重要な意味を持つことになる。ばらつきの要因をさらに調査し、分析することにより、標準化のための有効な対策をとることができる。</p>

<p>p.430 下から7行目～ p.431 3行目</p>	<p>新</p>	<p>月報、年報などの統計指標を作成することである。統計指標としては、退院患者数、在院日数、病床利用率、死亡率などがある。</p> <p>病院統計では、疾患別の患者数、疾病別・患者別の入院期間や医療費、患者の転帰（治癒・軽快、不変、死亡など疾病の治療結果）などのアウトカム情報の集計やグラフ作成により、提供された医療の質と効率性を検証することができる。質の高い安全な医療を提供し維持するためには、病院統計を作成して評価することが必要となる。ある疾病について、手術の有無、転帰、在院日数、再入院率や生存年数などを統計的に分析する場合に、平均値だけに注目するのではなく、それらのばらつきを詳細に評価することは重要な意味をもつ。ばらつきの要因を詳しく調査することにより、ばらつきを小さくするための有効な対策をとることができる。</p>																								
<p>p.431 8行目</p>	<p>旧</p>	<p>厚生労働省で実施している主な統計調査には次のようなものがある。</p>																								
<p>p.431 8行目下</p>	<p>新</p>	<p>厚生労働省で実施している主な統計調査には次のようなものがある。表9で医療施設とは病院および診療所のことをいう。また、病院、診療所、推計患者数とは、次のとおりとする。</p>																								
<p>p.431 表8</p>	<p>追記</p>	<p>1) 病院 医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するもの。病院の種類としては、精神科病院とそれ以外の一般病院とに大別される。</p> <p>2) 診療所 医師または歯科医師が医業または歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの、または患者19人以下の入院施設を有するもの。</p> <p>3) 推計患者数 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。</p>																								
<p>p.431 下から8～1行目</p>	<p>更新</p>	<p>表9. 主な統計調査</p> <table border="1" data-bbox="390 999 1137 1281"> <thead> <tr> <th>調査名</th> <th>調査内容</th> <th>調査対象</th> <th>調査周期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>患者調査</td> <td>病院および診療所を利用する患者について、その傷病状態等を明らかにする。</td> <td>無作為抽出された医療施設を利用した患者</td> <td>3年周期</td> </tr> <tr> <td>受療行動調査</td> <td>全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を患者から調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。</td> <td>患者調査から無作為抽出された一般病院を利用した患者</td> <td>3年周期</td> </tr> <tr> <td>医療施設調査(動態調査)</td> <td>医療施設の分布および整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の医療機能を把握する。</td> <td>開設・廃止・変更等の届出を受理または処分した医療施設</td> <td>毎月</td> </tr> <tr> <td>医療施設調査(静態調査)</td> <td></td> <td>すべての医療施設</td> <td>3年周期</td> </tr> <tr> <td>病院報告(月報)</td> <td>全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況を把握する</td> <td>全国の病院、療養病床を有する診療所</td> <td>毎月</td> </tr> </tbody> </table>	調査名	調査内容	調査対象	調査周期	患者調査	病院および診療所を利用する患者について、その傷病状態等を明らかにする。	無作為抽出された医療施設を利用した患者	3年周期	受療行動調査	全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を患者から調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。	患者調査から無作為抽出された一般病院を利用した患者	3年周期	医療施設調査(動態調査)	医療施設の分布および整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の医療機能を把握する。	開設・廃止・変更等の届出を受理または処分した医療施設	毎月	医療施設調査(静態調査)		すべての医療施設	3年周期	病院報告(月報)	全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況を把握する	全国の病院、療養病床を有する診療所	毎月
調査名	調査内容	調査対象	調査周期																							
患者調査	病院および診療所を利用する患者について、その傷病状態等を明らかにする。	無作為抽出された医療施設を利用した患者	3年周期																							
受療行動調査	全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を患者から調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにする。	患者調査から無作為抽出された一般病院を利用した患者	3年周期																							
医療施設調査(動態調査)	医療施設の分布および整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の医療機能を把握する。	開設・廃止・変更等の届出を受理または処分した医療施設	毎月																							
医療施設調査(静態調査)		すべての医療施設	3年周期																							
病院報告(月報)	全国の病院、療養病床を有する診療所における患者の利用状況を把握する	全国の病院、療養病床を有する診療所	毎月																							
<p>p.431 下から8～1行目</p>	<p>削除</p>	<p>1) 病院 (略) 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。</p>																								

更新

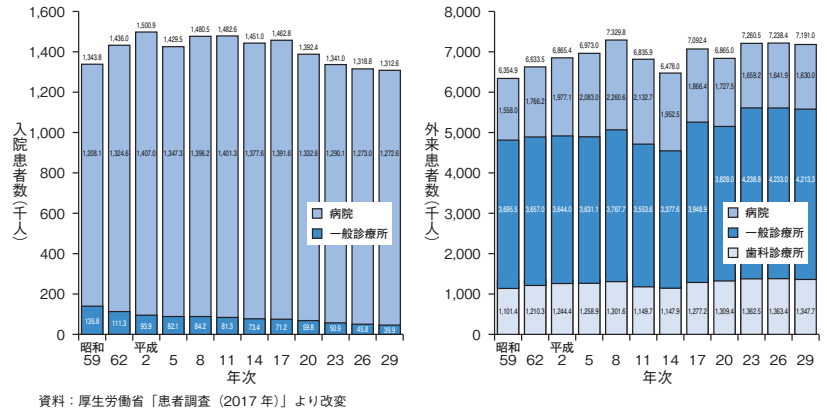


図 19. 施設の種類の別みた推計患者数の年次推移

更新

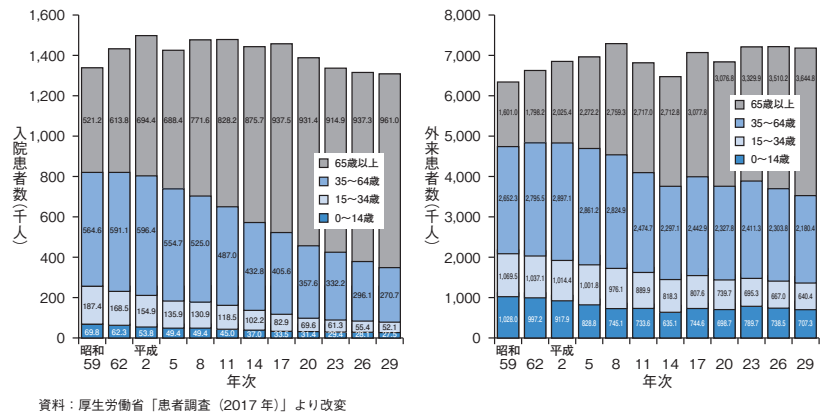


図 20. 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移

p.435 2～17行目	旧	<p>病院統計のうち、ここでは日常的に診療情報管理士がかかわる統計指標について、代表的なものを取り上げる。医事業務の一環として処理されることも多いが、電子カルテなどの導入により、診療情報を統括して扱う部署として診療情報管理室が位置づけられることも多くなっている。また、データを精緻化したり、遡ってデータ分析をするという場合、単純に数をカウントするだけではなく、必ず、患者個人に遡って検証したりする必要が発生する。たとえば、診療圏の統計をとって見たが、特定の地域に偏りがみられた場合、単純に数だけではそれ以上の分析は不可能である。その場合、やはり、患者個人の疾病構造、年齢、連携医療機関の有無、年齢構成などの地域の特性などを分析しなければ、地域の偏りを検証することはできないのである。</p> <p>以下、一般的な評価指標を紹介する。このなかでも、平均在院日数は医事データによることが一般的であるが、実際には、前述したように、より詳細に疾病や連携医療機関からの紹介の有無、救急搬送の有無などを分析することなしに、正確な傾向をみるのは困難である。また、病棟の病床利用率にしても、病院全体の变化はマクロ的な医事データの分析で可能であるが、では、どのような患者が病床利用率に影響を与えているのか、と考える時には、やはり同様に、疾病構造や手術等の診療行為の有無や種類、診断行為の推移などを調査しないことには、分析は不可能である。</p>
	新	<p>ここでは、病院統計のうち診療情報管理士がかかわることが多い主な医療評価指標を取り上げる。</p> <p>このなかでも、平均在院日数は医事データによることが一般的であるが、実際にはより詳細に、疾病や連携医療機関からの紹介の有無、救急搬送の有無などを考慮しながら分析する必要がある。また、病棟の病床利用率についても、どのような患者が病床利用率の低下に関与しているのかを考慮することになる。この場合、疾病構造や手術等の診療行為の有無や種類、診断行為の推移などを調査しないことには、この答えは得ることができない。</p>
p.436 8行目	旧	3) 外来／入院比率
	新	3) 外来／入院比 (患者数)
p.442 下から3行目	旧	主な経営管理指標については2章で詳細を述べているので参照されたい。
	新	主な経営管理指標については、医療福祉機構のウェブサイト「経営分析参考指標 (病院の経営状況)」などを参照されたい。
p.443 1行目	旧	7-3 臨床研究の主な手法と医学系研究に関する倫理指針
	新	7-3 臨床研究の主な手法
p.443 13行目～ p.445 下から1行目	削除	<p>7-3-1 コホート研究と症例対照研究 (Cohort Study と Case control Study) (略)</p> <p>～比較においては、特性の揃った対象の選定が困難な場合がある。</p>

7-3-1 研究手法

【臨床試験】

患者を対象とした薬効を含む治療法の効果判定などを、可能な限り厳密なルールに基づき行う試験のことである。厳密なルールには、試験に登録される患者の適格条件、治療法（薬であれば、量、投与方法など）、治療の中断・中止、効果判定の方法などを細かく規定する。このようなルールを詳細に記述した研究計画書のことをプロトコールとよぶ。

臨床試験では、無治療群に対する治療群の効果であったり、従来の標準治療法に対する新治療法の効果を判定することが多い。この場合、2群の年齢、性別、疾患の重症度などをできるだけ同じにするために、無作為割り付けにより対象患者（適格症例）を2群に割り当てる操作が行われる。無作為化割り付けによる2群の治療効果判定を行う臨床試験を、無作為化比較試験とよぶ。

臨床試験の登録患者の診療記録は、治療期間中の検査や臨床症状、治療終了時から後のフォローアップ期間（追跡調査期間）の検査値の変動、再発の有無および生死など多項目におよぶ。

追記

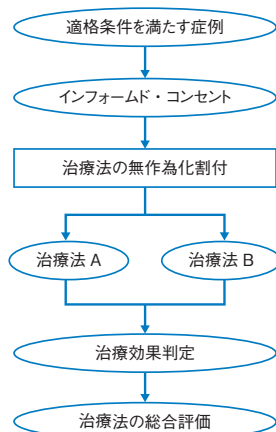


図 24. 臨床試験の概要図

【観察研究】

ある特定の疾患の診療記録を調査することにより、その中から臨床上有用な知見を得る研究のことである。臨床上有用な知見の例としては、消化器癌手術で輸血した群としない群で術後生存率（たとえば、5年生存率）に違いがあるか、を調べる場合である。輸血する・しないは無作為割り付けができないので、臨床試験を行うことはできない。手術時の輸血がその後の生存率を低下させるとすれば、輸血が必要な患者では特別な術後ケアが必要かもしれない。

この事例を含むほとんどの観察研究では、過去または現在の診療記録を調査してデータ収集を行う。臨床試験では治療以外の患者背景が2群でほぼ同じであったが、観察研究ではそういう条件統一ができない。したがって、次のような問題点がある。

- 1) 臨床所見、検査値、薬の服薬状況など、計測値に欠損がある。
- 2) 臨床所見、検査などは、どの時点でどのようなデータを収集するかが決められていない。
- 3) 前例のように、輸血群と非輸血群の2群比較の場合、患者の背景因子（年齢、重症度、生活習慣など）が2群で大きく異なることがある。その影響を補正することが難しい。
- 4) 単一施設の患者のみで行われる観察研究では、他の施設とは重症度などが異なっていることがあり、その疾患の母集団の推測には適していない。得られた結果の一般化には注意が必要である。

表 10. 観察研究の手順

1. 解析目的の設定 ある眼科疾患の失明率に性差はあるか？			
2. データ収集 保存されている診療記録を閲覧して、その眼科疾患の性別と失明の有無を採取する。			
3. 結果のまとめ			
失明			
	あり	なし	計
男	31 (40.3)	46	77
女	4 (16.7)	20	24
計	35	66	101

【コホート研究】

前向き研究とも呼ばれる研究手法である。コホート研究では、コホートという研究対象者集団を固定する。コホートの中で原因と考えられる因子の有無によって2群を作り、長期間追跡調査を行う。因子ありの群がなしの群に比べて、ある特定の疾患を発症するリスク（危険性）が高いか否かの結果を評価する。調査対象を現時点で固定して、未来に向かって前向きに調査することから前向き研究とも呼ばれる。

コホート研究では、原因と考えられる因子がある群を暴露群、因子がない群を非暴露群と呼ぶことがある。たとえば、コホートの中で喫煙群（暴露群）と非喫煙群（非暴露群）を作り、20年間追跡調査して、喫煙群は非喫煙群に比べて肺癌（結果）のリスクがどれだけ高まるのかを定量的に評価する。非喫煙群の肺癌のリスクの大きさに対する喫煙群の肺癌のリスクの大きさの比のことを相対危険度とよぶ。

追記

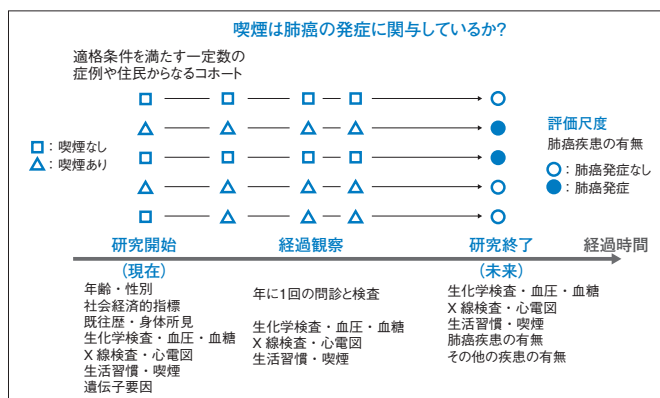


図 25. 前向きコホート研究

p.443
12行目下

追記

【症例-対照研究】

後ろ向き研究とも呼ばれる研究手法である。症例-対照研究の症例とは、通常、患者のことを指し、対照とはその疾患の患者以外の人を指す。症例-対照研究では、現時点での患者群と非患者群を設定して、過去にさかのぼって、原因となる因子があったかなかったかを調べる研究手法である。コホート研究は原因と考えられる因子を先に特定して、その後結果がどうなるかを調べる。一方、症例-対照研究では、結果が先に特定されていて、過去に原因と考えられる因子があったかどうかを調べる。つまり、2つの手法の時間の向きが前向きと後ろ向きとで逆になっている。

原因と考えられる因子が、疾患の発症にどれくらい影響を与えるのかを評価する際に、相対危険度は利用できない。代わりに、オッズ比という統計量を用いる。

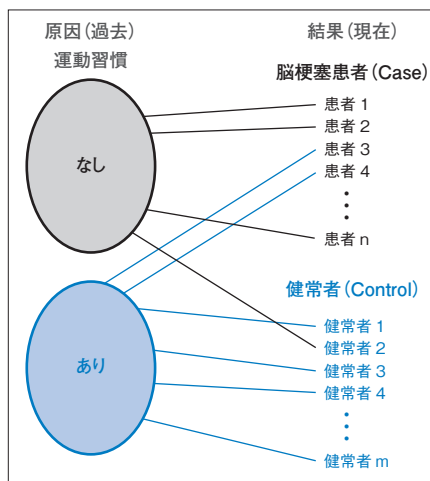


図 26. 症例-対照研究

【横断的研究と縦断的研究】

上述の4つの研究手法とは別の分け方として、時間の要素を加味するしないかによって、横断的研究と縦断的研究とに大別される。職員の血糖コントロール状態を把握する研究で、毎年行われる健康診断のHbA1cを利用する。ある年における年齢ごとのHbA1cの平均値などで評価するのが横断的研究であり、各職員の経時的変化を評価するやり方が縦断的研究である。

コホート研究は縦断的研究であり、患者の満足度調査などは横断的研究である。

p.446
1行目～
p.448
8行目

移動

7-3-2 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (略)

変更点の詳細は、前述のWebサイト等で確認してほしい。

※5章末へ移動

付属資料 ICT用語集

p.449 ~ 463	削除	「付属資料 ICT用語集」削除
-------------	----	-----------------

付属資料 統計数値表

p.465 ~ 479	移動	「付属資料 統計数値表」は6章末に移動
-------------	----	---------------------