

診療情報管理Ⅳ → **診療情報管理Ⅲ**
 専門・8章～12章(第9版 第2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「診療情報管理Ⅲ」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記事・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
	旧	コメディカル
	新	メディカルスタッフ

8章

p.11 表2 タイトル	旧	表2. 診療記録に関する法的変遷
	新	表2. 診療記録に関する法的変遷 (例)
p.13 下から 17～15行目	削除	そのほか、診療情報管理士通信教育情報、理事会開催、診療情報管理士生涯教育研修会等の情報発信の役割も兼ね、学会員に活動内容を伝えている。
p.17 17行目下	追記	注：地域医療支援病院（同第22条）、特定機能病院（同第22条の2）、臨床研究中核病院（同第22条の3）も参照。

<p>p.17 18行目～ p.18 7行目</p>	<p>(略)</p> <p>(地域医療支援病院) 第22条 地域医療支援病院は、前条第1項（第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。</p> <p>(略)</p> <p>二 診療に関する諸記録</p> <p>(略)</p> <p>(特定機能病院) 第22条の2 特定機能病院は、第21条第1項（第一号及び第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。</p> <p>(略)</p> <p>三 診療に関する諸記録</p> <p>(略)</p> <p>(臨床研究中核病院) 第22条の3 臨床研究中核病院は、第21条第1項（第一号及び第九号を除く。）に定めるもののほか、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。</p> <p>(略)</p> <p>三 診療及び臨床研究に関する諸記録</p> <p>(略)</p>
--	--

削除

更新

表 3. 診療情報管理士が主に関わる法令上作成保存が求められている書類

作成者	作成すべき書類	記載事項	根拠条文	保存期間	保存義務者	根拠条文
医師	診療録	患者の住所、氏名、性別、年齢、病名及び主要症状、治療方法（処方及び処置）、診療年月日	医師法	第 24 条	5 年間	病院又は診療所の管理者、作成医師 医師法 第 23 条
歯科医師	診療録	患者の住所、氏名、性別、年齢、病名及び主要症状、治療方法（処方及び処置）、診療年月日	歯科医師法	第 23 条	5 年間	病院又は診療所の管理者、作成歯科医師 歯科医師法 第 22 条
助産師	助産録	妊産婦の住所、氏名、年齢、職業、分娩回数、生死産別、妊産婦の既往疾患の有無及びその経過、今回妊婦の経過、所見、保健指導の要領、妊娠中医師による健康診断受診の有無、分娩の場所、年月日時分、分娩の経過、処置、分娩異常の有無、経過、処置、児の数、性別、生死別、児および胎児附属物の所見、産褥の経過、じよく婦、新生児の保健指導の要領、産後の医師による健康診断の有無	保健師助産師看護師法	第 42 条	5 年間	病院、診療所又は助産所の管理者、作成助産師 保健師助産師看護師法 第 34 条
病院	病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、検査所見記録、エックス線写真、入院患者・外来患者の数を明らかにする帳簿ならびに入院診療計画書	—	医療法	第 21 条	2 年間	病院 医療法 第 20 条
地域医療支援病院	病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約および入院診療計画書	—	医療法	第 22 条	2 年間	地域医療支援病院 医療法 第 21 条の 5
特定機能病院	病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約および入院診療計画書	—	医療法	第 22 条の 2	2 年間	特定機能病院 医療法 第 22 条の 3
臨床研究中核病院	病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真及び研究対象者に対する医薬品等の投与及び診療により得られたデータその他の記録	—	医療法	第 22 条の 3	2 年間	臨床研究中核病院 医療法 第 22 条の 7
保険医	一定の様式の診療録	(様式 1)	保険医療機関及び保険医療担当規則	第 22 条	5 年間	保険医療機関 第 9 条
保険医療機関	療養の給付の担当に関する帳簿、書類その他の記録	—	保険医療機関及び保険医療担当規則	第 8 条	3 年間	保険医療機関 第 9 条

資料：厚生労働省医政局「第 9 回医療情報ネットワーク基盤検討会」平成 16 年 6 月 24 日資料より抜粋

表 4. 診療記録の電子化に関する法規の変遷

1988年	厚生省通知「診療録等の記載方法等について」 当時、普及が始まったワープロ等のOA機器による診療録等の作成が認められた。ただし、記載者の責任が明白になることが条件とされ、紙に出力し、署名または記名捺印が必要とされた。
1994年	厚生省通知「エックス線写真等の光磁気ディスク等への保存について」 エックス線写真は、レントゲンフィルムに替わって光磁気ディスク等の電子媒体へ、保存可能となった。
1999年	厚生省通知「診療録等の電子媒体による保存について」 診療録についても、3条件（真正性・見読性・保存性）を満たすことにより、電子保存が認められるようになった。ただし、紙に作成した後でスキャン読み取りのような方法での電子化は認められず、作成の段階から電子的に行われた場合にのみ限定されていた。なお、この通知の発出で「エックス線写真等の光磁気ディスク等への保存について」は廃止された。 厚生省通知「法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に関するガイドライン等について」 運用の具体的な指針が策定された。
2002年	厚生労働省通知「診療録等の保存を行う場所について」 院外の場所での保存が容認された。 厚生労働省通知「診療録等の外部保存に関するガイドライン」 外部保存を行う場合の運用の具体的な指針が策定された。
2003年	「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」成立
2004年	経済産業省「個人情報の保護に関する法律についての経済産業分野を対象とするガイドライン（第1版）」策定 「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律（e-文書法）」成立 法令で作成または保存が義務付けられている紙文書を電子的に取り扱うことが可能になった。 厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（第1版）」策定。
2005年	「診療録等の保存を行う場所について」一部改正 外部のデータセンターでの保管が認められた。 「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律（e-文書法）」等の施行等について」成立 電子保存は作成の段階から電子的に行われた場合にのみ限定されていたが、紙に作成した後でスキャンで読み取って電子化した文書についても、一定条件下で電子保存が可能となった。これに伴い、「診療録等の電子媒体による保存について」は廃止された。 厚生労働省は「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第1版）」策定 このガイドラインは、個人情報保護、電子保存、外部保存、e-文書法対応を統合した指針となっており、以後、継続的に改定されている。 ※ 詳細については、5章に解説がある。 「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律（e-文書法）」施行 「厚生労働省の所管する法令の規定に基づく民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する省令（e-文書法・厚生労働省令）」施行
2008年	「ASP、SaaSにおける情報セキュリティ対策ガイドライン」（総務省） 2018年に「クラウドサービス提供における情報セキュリティ対策ガイドライン（第2版）」に統合された。 「医療情報を受託管理する情報処理事業者における安全管理ガイドライン」（経済産業省）
2009年	「ASP、SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」（総務省） 2018年に「クラウドサービス事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」の施行にともない廃止。
2010年	「診療録の保存を行う場所について」一部改正 診療録等の医療情報を民間事業者が運用するサービスを利用して外部保存することが許容された。
2017年	「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」 これにともない、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」は廃止された。
2018年	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」 診療報酬改定でオンライン診療料が創設された。初診や急病急変患者には対面による診療が求められているが、医師不足の地域や新型インフルエンザ等の感染症の流行により不要不急の外出が制限される状況下等では今後の普及が期待される。 「クラウドサービス事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」（総務省） 医療向けのクラウドサービスが、ASP・SaaSのみならず、IaaS、PaaSなどに拡大し、利用形態の多様化による見直しが行われた。

p.26
10 行目下

2014（平成 26）年 6 月交付の医療法により、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで医療事故の再発防止につなげるための仕組み等を医療法の中に位置づけた。本改正は 2015（平成 27）年 6 月に施行されている。

ここでは、医療事故を「医療に起因し、又は起因すると疑われるもの」として定義している。また、「医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの」については、医療事故調査・支援センターへ報告しなければならないこととされた。

医療法

第 6 条の 10 病院、診療所又は助産所（以下この章において「病院等」という。）の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第 6 条の 15 第 1 項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

医療法施行規則

第 1 条の 10 の 2 法第 6 条の 10 第 1 項に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

- 一 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認めたもの
- 二 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 三 病院等の管理者が、当該医療を提供した医療従事者等からの事情の聴取及び第 1 条の 11 第 1 項第二号の委員会からの意見の聴取（当該委員会を開催している場合に限り。）を行った上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していたと認めたもの

医療法

第 6 条の 11 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（以下この章において「医療事故調査」という。）を行わなければならない。

- 2 病院等の管理者は、医学医療に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第 6 条の 22 において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする。
- 3 医療事故調査等支援団体は、前項の規定により支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。
- 4 病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第 6 条の 15 第 1 項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。
- 5 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

追記

p.26 10 行目下	追記	なお、大学病院において医療安全に関する重大事案が発生したことを踏まえ、2015（平成 27）年 4 月厚生労働省に大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォースが設置され、同年 11 月には「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」が取り纏められた。2016（平成 28）年 10 月には、特定機能病院の承認要件として、「医療安全管理責任者の配置」「監査委員会による外部監査」「高難度新規医療技術及び未承認医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置」等が追加されている。
p.32 下から 5～4 行目	旧	「 <u>守秘義務</u> （刑法第 134 条）」との大きな違いは「自己情報コントロール権」＝「患者自身が、いつ、どこで、 <u>なんの</u> 目的で
	新	「 <u>秘密漏示</u> （刑法第 134 条）」との大きな違いは「自己情報コントロール権」＝「患者自身が、いつ、どこで、 <u>何の</u> 目的で
p.40 3 行目下	追記	なお、掲示ポスター内容を患者に渡すリーフレットとして活用することも考えられる。
p.41 1 行目～ 様式例 3	削除	3）様式例 3 患者に渡すリーフレット（例） （略） 様式例 3 患者に渡すリーフレット（例）
p.53 下から 2～1 行目	削除	（様式例は巻末の付属資料「診療記録集」参照のこと）
p.63 下から 14 行目	旧	すぐに <u>可決</u> しなくてはならない問題
	新	すぐに <u>解決</u> しなくてはならない問題
p.64 下から 10 行目	旧	必要に応じて修正または補足を行う <u>ことになる</u> 。
	新	必要に応じて <u>記録者による</u> 修正または補足を行う。
p.64 下から 8 行目下	追記	なお、電子カルテにおいては、監査に基づく記録の更新と不正な記録の改ざんは容易に識別されなければならない。記録の更新内容、更新日時を記録するとともに、更新内容の確定責任者の識別情報を関連づけて保存し、後日検証可能な環境を担保しなければならない。
p.64 下から 7 行目～ p.65 16 行目	削除	8-4-2 フォーカスチャータニング （略） 患者の反応 ※以降、節の項番が変更となる。
p.65 下から 11～10 行目	旧	診療行為の目標を設定する。そして、パスを用いて実際に行われた医療と、 <u>パス上の目標との差を分析</u> することで
	新	診療行為の <u>達成目標（アウトカム）</u> を設定し、アウトカムに連動する観察項目に基づき、アウトカムの達成を確認する。 <u>すなわち、パスは評価・記録を含む標準診療計画であり、パスを用いて実際に行われた医療と、標準的な医療の偏位を分析</u> することで
p.67 8～9 行目	旧	代行入力を行う場合は、 <u>入力の際、権限委譲登録を行い、最後に医師の確認</u> を受けることを前提に代行入力する。また、代行入力の
	新	代行入力を行う場合は、 <u>記載後、遅滞なく医師の承認</u> を受けることが可能なシステム上の仕組みが求められる。また、代行入力の
p.67 下から 1 行目	旧	<u>そこで、次にその指針を掲載</u> しておく。
	新	<u>詳細については、日本診療情報管理学会ウェブサイト</u> を参照すること。

p.68 1行目～ p.74 12行目	削除	●診療情報の記録指針（旧診療録記載指針 改訂版）（2017年3月） （略） ※「電子カルテの記録・運用指針」は9章に掲載のため省略
p.76 5行目	旧	また、各 <u>用紙</u> については、
	新	また、各 <u>様式</u> については、
p.76 9～12行目	旧	各帳票が自施設の記録であることを証明できるよう、各帳票には自施設の名称をあらかじめ印刷しておくことが望ましい。患者から開示申請があった際、第三者情報の確認を行うとき大変重要である。 次に診療記録として構成される一連の <u>用紙</u> と、
	新	各記録が自施設の記録であることを証明できるよう、 <u>あらかじめ</u> 自施設の名称を印刷しておくことが望ましい。患者から開示申請があった際、第三者情報の確認を行うとき大変重要である。 次に診療記録として構成される一連の <u>様式</u> と、
p.76 下から5行目	旧	この <u>用紙</u> は診療記録の
	新	この <u>様式</u> は診療記録の
p.76 下から1行目	旧	不足する項目がないようにする。
	新	不足する項目がないようにする。 <u>あわせて3章も参照のこと。</u>
p.77 図4	移動	「図4. 一号用紙（様式第一号）」削除
p.78 図5	移動	「図5. 問題リスト（例）」削除
p.79 下から6～5行目	削除	入院診療計画は、医師、看護師等の共同により策定し、入院後7日以内に患者に対し文書にて交付し、説明に用いた文書の写しは、診療録に貼付しなければならない。
p.80 図6	移動	「図6. 入院診療計画書（例）」削除
p.81 図7	移動	「図7. 対診依頼用紙（例）」削除
p.82 図8	移動	「図8. 説明・同意書（例）」削除
p.85 図9	移動	「図9. 麻酔記録（例）」削除
p.86 図10	移動	「図10. 退院時要約（例）」削除
p.90 図11	移動	「図11. 入院時看護基本情報（例）」削除
p.91 図12	移動	「図12. 看護診断記録（例）」削除
p.91 図13	移動	「図13. 熱型表（温度表）（例）」削除
p.93 図14	移動	「図14. 医師指示記録（例）」削除
p.94 図15	移動	「図15. 薬剤管理指導記録（例）」削除

p.95 図 16	移動	「図 16. 栄養指導記録（例）」削除
p.96 図 17	移動	「図 17. リハビリテーション実施記録（例）」削除
p.97 6～7行目	旧	報告書が完成したときは、患者はすでに退院している場合もあるので、 <u>診療情報管理室が仲介して診療記録への綴じ込みをすることも必要である。</u>
	新	病理結果が <u>出た</u> ときは、患者が <u>すでに</u> 退院している場合もあるので、 <u>後日記録が行われる。</u>
p.97 下から 16～12行目	旧	従来は、検査報告書が完成されるたびに、時系列に並ぶように台紙に貼付する作業を行っていたが、 <u>電子カルテ導入により</u> 、時系列表示はもちろん、グラフ化等も可能となっている。 しかし、診療記録としては、これらの検査報告書が <u>綴じられていることに意味があるのではなく、その結果を参照し、</u>
	新	紙カルテでは、検査報告書が完成されるたびに時系列に並ぶように台紙に貼付する作業を行っていたが、 <u>電子カルテでは</u> 、時系列表示はもちろん、グラフ化等も可能となっている。 診療記録としては、これらの検査報告書を参照し、
p.97 下から8～7行目	旧	結果は、報告書が膨大な量になることが多いが、 <u>すべての結果を診療記録に綴じる必要はなく、その結果や所見が作成され、診療記録に綴じられている</u>
	新	結果は報告書が膨大な量になることが多いが、その結果や所見が作成され、 <u>診療報酬上の要件を満たしたうえで、診療記録として記録されている</u>

9章

9章 共通	旧	<u>帳票</u>
	新	<u>記録</u>
p.105 13行目	旧	<u>ここでは、この指針を</u> 読解することは、診療情報管理士の実務を
	新	<u>この指針は日本診療情報管理学会ウェブサイト</u> で公開されており、診療情報管理士の実務を
p.116 下から4行目	旧	利用目的を院内掲示（ <u>図1</u> ）により明確にしておけば、
	新	利用目的を院内掲示（ <u>8章参照</u> ）により明確にしておけば、
p.117 図1	削除	「図1. 個人情報の利用目的に関する院内掲示ポスター（例）」図削除
p.119 2～3行目	旧	診療記録（以下、「紙カルテ」という）の保管管理には、いくつかの手法がある。 <u>診療情報管理士はこれら管理手法の特徴を理解し、効率的かつ正確な</u>
	新	診療記録（以下、「紙カルテ」という） <u>を含む診療情報の保管管理には、いくつかの手法がある。効率的かつ正確な</u>
p.119 8～12行目	旧	しかし、医療機関でのIT化の <u>推進により</u> 、番号は、 <u>初診時につけた患者番号をそのまま診療記録の番号として使う病院が増えている。</u> 医療機関により番号のつけ方にもいくつかの方法があるが、ここでは、3種類の番号法について述べる。
	新	しかし、 <u>現在はIT化により</u> 、初診時につけた患者番号をそのまま診療記録の番号として使うことが一般的である。 <u>今後、マイナンバーに紐付けされた固有番号の導入も検討される。</u>

p.119 下から 11～7行目	旧	この方法では外来番号と入院番号が共通となり、コンピュータによる情報管理が容易なので、最近はこの方法が多く用いられている。短所としては、番号が不明のとき、すでに登録されていないか十分に確認する必要がある。留意点としては <u>二重登録患者をつくらないこと</u> である。特に、姓の変更があると同一人物であるかの確認が困難になるので、氏名、生年月日など複数の項目による確認が必要である。
	新	コンピュータによる情報管理が容易だが、番号が不明のとき、二重登録患者をつくらないように注意しなければならない。
p.119 下から6～1行目	削除	【例】 患者X氏が最初の受診のときに012345のID番号が与えられ、外来受診時、検査時すべての場合に012345の番号が使用される。また、はじめての入院のときにもその番号が使われ診療記録につけられる。その後X氏は1年後に再び2回目の入院をしたが、X氏の番号は同じ番号が使われ、X氏は永久に012345番の番号を使い、その他の資料もすべて同じ番号で整理されている。診療記録はすべて同じ番号のフォルダのなかにファイルされる。X氏はその後、入院を重ねてもこの方法は変わらずくり返される。
p.120 2～4行目	旧	この方法の長所は付番が簡単なことであるが、短所としては、入院のたびに番号が違うため資料が分散されるので、診療記録を利用する際、数ヶ所から集めなければならない。
	新	付番は簡単だが、入院のたびに番号が違うため資料が分散される。
p.120 5～9行目	削除	【例】 患者Y氏が8月1日に入院し、123456という入院番号の診療記録ができる。その後Y氏が10月1日に再入院をしたときには、また、新たに新番号の123567番が与えられる。さらに1年後3度目の入院をしたら、125678が与えられ、Y氏には入院のたびに新たな番号がつけられていく。5回入院すれば同一人であっても5つの番号があり、診療記録は5ヶ所に分散されてファイリングされることになる。
p.120 13～16行目	旧	診療記録が新しい番号の所にまとめられてファイルされる。この方法だと、診療記録の分散は避けられる。短所は、再入院がくり返されるたびに前回の診療記録を移行しなければならない。また、前回の入院番号の保管棚が空白となり、保管棚が均等に使用されず非効率である。
	新	診療記録が新しい番号にまとめられてファイルされる。診療記録の分散は避けられるが、再入院のたびに前回の診療記録を移行しなければならない。
p.120 下から8～1行目	削除	【例】 患者Z氏が最初の入院で234567番を与えられる。翌年Z氏が再入院をしたときには、新たに345678番の番号を与えられた。Z氏の診療記録は、退院後、新しい番号の345678番のフォルダと一緒にファイルされる。Z氏の最初の番号の234567のフォルダは空になったまま残され、その中に、Z氏の234567の診療記録は再入院して345678番に移動した旨を明記した移動表が残される。その後Z氏が再入院し、新たに456789番の番号を与えられると、234567番と345678番のすべての診療記録は456789番のフォルダに移動する。注意しなくてはならないことは、古い番号の空フォルダには移動したことを明示する必要がある。
p.122 4～7行目	削除	外来診療記録と入院診療記録は情報量や使用頻度が異なるため、別々に収納する方法をとる病院が多い。限られたスペースを有効に利用し、迅速な入出庫を行うためには、どの収納方法を選択するかは重要である。収納の方法は次のとおりである。

<p>p.122 9～13行目</p>	<p>旧</p>	<p>きわめて簡単な方法で、診療記録についている連続した番号をそのままの順序で簡単明瞭に並べるだけである。ファイリング実務者には特別な訓練を行う必要がない。研究目的で大量の連続番号の診療記録を抽出することや、年数の古いものを保管倉庫に移す作業は容易にできる。しかし、連続番号の配列は簡単なために、抽出や収納のとき、桁数の多い番号を見誤ったりミスファイルする</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>p.122 下から11行目</p>	<p>削除</p>	<p>診療記録の番号の末位の数字をファイリングの基準にする。</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>p.122 下から7～5行目</p>	<p>削除</p>	<p>作業は広範囲にわたって展開されるが、自分の受け持ち範囲が決められ、分担で作業するメリットがあり、頻繁に大量の診療記録を入出庫する場合に効果的な保管法である。</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>p.123 【例】</p>	<p>削除</p>	<p>【例】患者番号「123-45-7」の診療記録を保管する場合は、45のブロックの123番目に並べる。 ↑チェックデジット</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="12">03のブロック</th> <th colspan="12">04のブロック</th> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>9</td><td>9</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>9</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td> <td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="12">45のブロック</th> <th colspan="12">46のブロック</th> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>9</td><td>9</td> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>9</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> <td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td> <td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td> <td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td> </tr> </table>	03のブロック												04のブロック												0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1	2	3	8	9	0	1	2	0	1	2	3	8	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45のブロック												46のブロック												0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1	2	3	8	9	0	1	2	0	1	2	3	8	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
03のブロック												04のブロック																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	1	1	1	1	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	0	0	2	2	2	2	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1	2	3	8	9	0	1	2	0	1	2	3	8	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
45のブロック												46のブロック																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	9	9	0	0	0	1	1	1	1	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	9	9	0	0	0	2	2	2	2	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	1	2	3	8	9	0	1	2	0	1	2	3	8	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
<p>p.123 下から3～1行目</p>	<p>削除</p>	<p>発生した書類の収納等を限られた人員で作業することができる。これは同時に、ミスファイル等が疑われるときに、作業した範囲を中心に検索すればよいことであることから、</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>p.124 図2</p>	<p>削除</p>	<p>「図2. 可動棚による診療記録保管例」図削除</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>p.124 下から5行目～ p.125 2行目</p>	<p>旧</p>	<p>よいわけであるが、現実的には限られたスペースを有効に効率的に使用しなければならない。 そこで、診療記録の利用頻度に基づいて選別し、保管スペースを分ける手法をとる場合がある。診療情報管理室内の保管スペースには、利用頻度の高い診療記録（アクティブファイル）を収納し、診療情報管理室から離れた場所には、利用頻度の低い診療記録（インアクティブファイル）を収納するなどの方法である。まずは、院内で診療記録の保存年限の設定を行い、法的な保存年限を超えた診療記録をどのように保管するのか、現物保管か、</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<p>新</p>	<p>よいわけであるが、紙カルテ運用では、限られたスペースを効率的に使用しなければならない。 そこで、診療記録の利用頻度に基づいて選別し、保管スペースを分ける手法をとる場合がある。保管スペースには、利用頻度の高い診療記録（アクティブファイル）を収納し、離れた場所に利用頻度の低い診療記録（インアクティブファイル）を収納するなどの方法である。院内で法的な保存年限を超えた診療記録は、現物保管か、</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

p.125 5～8行目	削除	<p>年々増加する診療記録を現物保管するには、広大な保管室の確保が必要である。ただし、箱に入れて残してはいるが、診療記録が必要な場合に在庫できる状態でないのであれば、残しておく意味がなく、管理しているとはいえない。院内に保管室が確保できない場合は、院外に倉庫を確保し保管する方法もある。</p>
p.126 2～20行目	旧	<p>ある期間が過ぎても患者が来院せず、使用頻度の低い診療記録を選別する作業をパージングという。一般にはインアクティブファイルへの移行や追い出し作業とよばれている。</p> <p>限られた保管スペースを効率よく利用するためには、このように利用頻度を考慮して保管場所を移動させる作業が必要である。通常、最終来院日からある期間経過した診療記録を選別するが、利用頻度の高い診療記録を保管するスペースを考慮し、定期的にパージング（別置）を行うことが必要である。</p> <p>【パージングの方法】</p> <p>診療記録の管理は、通常アクティブとインアクティブに区別し管理すると効率がよい。アクティブ期間の決定は病院として検討しておく必要がある。アクティブ期間は、短すぎるとインアクティブ保管場所から探さなければならない診療記録の数が増え、長すぎると診療情報管理室内の診療記録の量が多くなり管理が難しくなる。限られたスペースで管理しているうえでは、管理限界数を絶えず確認しながら行わなければならない。このため、限られたスペースを有効に使用するためには、アクティブ診療記録とインアクティブ診療記録を分離化する作業が不可欠である。</p> <p>最終診療日から起算して一定の期間、診療を行っていない診療記録を抽出し、インアクティブ化する方法と、診療記録を最終診療年で分け、一定年通院歴のないものをインアクティブ化する方法がある。前者は、コンピュータなどで通院歴を管理している場合には比較的容易であるが、そうでない場合には、診療日の確認に手間がかかる。難しいが保管庫の効率的な利用のためには、実施することが望ましい。</p>
	新	<p>【パージングの方法】</p> <p>使用頻度の低い診療記録を選別する作業をパージングという。インアクティブファイルへの移行や追い出し作業とよばれている。</p> <p>限られた保管スペースを効率よく利用するため、利用頻度を考慮して保管場所を移動させる作業が必要である。通常アクティブとインアクティブに区別し管理すると効率がよい。</p> <p>アクティブ期間の決定は病院として検討しておく必要がある。アクティブ期間は、短すぎるとインアクティブ保管場所から探さなければならない診療記録の数が増え、長すぎると診療情報管理部門の診療記録の量が多くなり管理が難しくなる。</p> <p>最終診療日から起算して一定の期間、診療を行っていない診療記録を抽出し、インアクティブ化する方法と、診療記録を最終診療年で分け、一定年通院歴のないものをインアクティブ化する方法がある。</p>
p.126 下から7行目	旧	診療記録の管理方法は、
	新	紙カルテの管理方法は、
p.126 下から6～4行目	削除	中央管理方式では、専門の診療情報管理士がいるのが普通であるが、各科別分散管理では保管場所の確保と同時にどこの部署の誰が管理をしているかという責任所在が不明な点が問題となる。

p.127 3行目	旧	最低条件となっており、 <u>最近</u> は中央管理方式が定着している。
	新	最低条件となっており、また、診療録管理体制加算で施設基準要件に中央病歴管理室設置が求められたことから、 <u>中央管理方式</u> が定着した。
p.127 5～6行目	削除	いつでも利用でき、自身の患者の診療記録を
p.127 下から 15～14行目	旧	側面からも、現在の医療機関では中央管理方式が一般的である。中央管理方式には、完全中央管理方式と
	新	側面からも一般的なものとなった。中央管理方式には、完全中央型管理方式と
p.128 5行目	旧	②完全中央管理より利用頻度に
	新	②完全中央型管理方式より利用頻度に
p.128 19行目	旧	①総合的診療を可能とする。つまり患者の現在の
	新	①患者の現在の
p.129 図3	削除	「図3. 1患者1ファイル方式」図削除
p.130 図4	削除	「図4. 保管形態」図削除
p.130 4～5行目	削除	病院機能評価では、診療記録の中央保管の体制と1患者1番号の下、患者情報が一元化されていなければならないとされている。
p.130 下から6～5行目	削除	診療記録の貸出や出庫業務が多いということは、診療情報管理室の運営が活発であり、診療記録が十分活用されていることを意味するものである。
p.131 3～19行目	旧	<p>最近では、24時間利用可能な閲覧室を設置することにより、原則として貸出しを規制し、研究などで診療記録を利用する場合は、閲覧のみで対応している診療情報管理室も増えている。中央一元管理をするうえで最も望ましい体制であるといえる。しかし、診療情報管理室、閲覧室のスペースを確保することが困難な施設が多いことも現実である。</p> <p>近年はこの貸出業務には、パーソナルコンピュータ（以下、PCと略）などを導入し、アライ管理をしている病院がほとんどである。また図書館のようにバーコードを併用して貸出管理をすることで、貸出台帳記入などの作業を軽減する努力がされている。</p> <p>貸出しが1週間以上に及ぶときには連絡をとることとし、原則的には貸出可能期間は1週間以内にしておくことが望ましい。貸出した後の診療記録の紛失を防ぐ、また多くのスタッフに利用されるためにも貸出期間の設定には意義がある。返却された診療記録は、そのつど点検して、破損や落丁を整備する。棚に配架する際には、ミスファイル（間違ったファイル）のないように細心の注意を払わねばならない。また、たとえば、10冊貸出した診療記録が返却時、9冊しか返却されなかった場合は、迅速に残り1冊の所在を確認することも必要である。督促については返却期限の過ぎたものに対してすべて行わなければならない。</p> <p>以上のような貸出しおよび返却の運用については、貸出利用規程（p.133～136参照）に定められるべきものである。</p>

<p>p.131 3～19行目</p>	<p>新</p>	<p>24時間利用可能な閲覧室を設置することにより、原則として貸出しを規制し、研究などで診療記録を利用する場合は、閲覧のみで対応している事例もある。</p> <p>貸出業務には、パーソナルコンピュータ（以下、PCと略）によるアライ管理をしている病院がほとんどである。バーコードを併用して貸出管理をすることで、貸出台帳記入などの作業が軽減している。</p> <p>原則的には貸出可能期間は1週間以内が望ましい。貸出した後の診療記録の紛失を防ぐ、また、多くのスタッフが利用するためにも、貸出期間の設定には意義がある。返却された診療記録は、そのつど点検して、破損や落丁を整備する。棚に配架する際には、ミスファイル（間違ったファイル）のないように細心の注意を払わねばならない。</p> <p>また、返却期限の過ぎたものに対して、すべて督促しなければならない。</p> <p>貸出しおよび返却の運用については、貸出利用規程を参照。</p>
<p>p.131 図5</p>	<p>削除</p>	<p>「図5. スリップ式診療記録貸出票（例）」図削除</p>
<p>p.132 3～21行目</p>	<p>旧</p>	<p>診療記録自動保管庫に代表されるが、限られた時間内に大量の診療記録の貸出しが要求される外来診療記録の管理に使用されていることが多い。この自動保管庫は、病院情報システムの機能のひとつとして、患者の来院時の手続きから、出庫した診療記録のアライ管理まで、ほとんどを自動化しているものである。なお、この場合の入庫や返却確認の入力はバーコードを使用している。</p> <p>入院診療記録は、一度に大量の貸出しは少ないが貸出し時の留意点としては、利用される診療記録がいつも完全に整理されているとは限らないので、完成度のチェック欄を設けて点検し、利用と同時に整理を促すことも大切なことである。また、同一患者が複数回入院している場合は、どの期間の診療記録が必要なのか確認する必要がある。</p> <p>診療記録貸出管理システムは、病院の情報システムに組み込むことにより、患者番号を入力するだけで、氏名、入院履歴、現在の保管場所を表示することが可能となり、貸出者を入力するだけで、簡単にアライ管理が可能である。また、その入力された情報を利用して、長期間返却されない者に対する督促も簡単にできる。</p> <p>貸出しに関しては、原則として使用者（コード登録）が借入者として直接に管理室に向き、借用の手続きをすることが望ましい。しかし、組織の中では使用者が借入者とは限らない場合もあるので使用者と依頼者をそれぞれ入力できる欄も設けておく方法もある。</p> <p>各医療機関に導入されているシステム化の状況により運用、管理方法は変わってくるが、貸出者、貸出場所、貸出日が登録可能で、返却期限を超過した場合に、貸出者別に督促可能な機能は、最低限必要であろう。</p>
	<p>新</p>	<p>診療記録自動保管庫に代表される。限られた時間内に大量の診療記録の貸出しが要求される外来診療記録の管理に使用されていた。この自動保管庫は、病院情報システムの機能のひとつとして、患者の来院時の手続きから、出庫した診療記録のアライ管理まで、ほとんどを自動化できた。</p> <p>病院の情報システムに組み込むことにより、患者番号を入力するだけで、氏名、入院履歴、現在の保管場所のアライ管理が可能である。</p> <p>貸出しは、原則として使用者（コード登録）が借入者として直接、診療情報管理部門に向き、借用の手続きをすることが望ましい。しかし、組織の中では使用者が借入者とは限らない場合もあるので、使用者と依頼者をそれぞれ管理する方法もある。</p> <p>なお、電子カルテの普及にともない、診療記録自動保管庫の生産が順次終了しており、保管が難しくなっている状況にある。</p>

p.132 図 6	削除	「図 6. コンピュータによる入院診療記録貸出画面 (例)」図削除
p.133 下から 1 行目～ p.136 10 行目	削除	次に診療記録貸出利用規程 (例) を示す。 (略) 17 閲覧のため準備した診療記録を、無断で診療情報管理室外に持ち出してはならない。
p.136 11 行目	旧	9-5-7 紙カルテの回収
	新	9-5-7 診療記録の回収
p.136 12～15 行目	削除	診療情報管理室の日常業務のはじまりは退院患者情報の収集である。最近は、ほとんどの医療機関においてオーダリングシステムが導入され、入院や退院の情報は発生源で入力された情報が、診療情報管理室においても照会できるようになっている。退院の情報を入手すると、可能な限り速やかに、当該入院診療記録を回収しなければならない。
p.137 下から 10 行目	旧	1) 督促リストを配布する
	新	1) 督促リストを配付する
p.137 下から 9 行目	旧	未整理診療記録の一覧表を作成し配布する。
	新	未整理診療記録の一覧表を作成し配付する。
p.137 下から 4 行目	旧	3) 病院長名で督促リストを配布する
	新	3) 病院長名で督促リストを配付する
p.137 下から 2 行目	旧	督促リストを配布する。
	新	督促リストを配付する。
p.138 2 行目	旧	「診療科別・診療記録完成率」を院内に公表することも未整理診療記録の
	新	「診療科別・診療記録完成率 (記載率)」を院内に公表することも未整理・未記載診療記録の
p.138 4 行目	旧	9-5-8 紙カルテの記録内容の点検
	新	9-5-8 記録内容の点検
p.139 4～8 行目	旧	点検は、患者の退院後に行うことが一般的であり、記録の欠落がないか、記載されている内容が適切であるかという二つの視点から点検を行う。 診療記録の点検は、まずは「もの」として院内統一の綴り順にすることからはじまる。次に診療記録の用紙の欠落と記載内容の不備について点検する。内容に不備があった場合は、担当者に連絡し、不備を補完する一連の業務をいう。
	新	点検は、記録の不備がないか、記載されている内容が適切であるか、適切な時期に記載されているか、という視点から点検を行う。 内容に不備があった場合は、担当者に連絡し、不備を補完する。
p.139 下から 16 行目	旧	適正に行うためにも、
	新	適切に行うためにも、
p.140 8 行目	旧	次のような点検を行い、適正な
	新	次のような点検を行い、適切な
p.140 下から 1 行目	旧	おける書類、証明書などの点検は
	新	おける記録、証明書などの点検は

p.141 6行目	削除	ゴム印の押印だけでなく、
p.141 13～20行目	旧	<p>8) 診療行為に付随した各種書類は揃っているか</p> <p>各種書類の点検は、診療行為に付随した必要書類の有無、署名、捺印などが必須であり、万が一に将来、訴訟問題が起こったときに、存在するべき書類が欠落していたり、署名、捺印などがない書類は証拠能力がなく、訴えられた病院、医師などは不利な条件に置かれることは確実である。</p> <p>各種書類とは、診断書、同意書、病状説明書、証明書などで、特に手術同意書、麻酔同意書、剖検同意書、医学的適応の人工妊娠中絶の同意書は、必ず診療記録に綴じ込んでおかなければならない。</p>
	新	<p>8) 診療行為に付随した各種記録は揃っているか</p> <p>各種記録の点検は、診療行為に付随した必要記録の有無、署名、捺印などが必須であり、万が一に将来、訴訟問題が起こったときに、存在するべき記録が欠落していたり、署名、捺印などがない記録は証拠能力がなく、訴えられた病院、医師などは不利な条件に置かれることは確実である。</p> <p>各種記録とは、診断書、同意書、病状説明書、証明書などで、特に手術同意書、麻酔同意書、剖検同意書、医学的適応の人工妊娠中絶の同意書は、必ず診療記録として保存されなければならない。</p>
p.141 下から 12～11行目	旧	記載内容の点検としては、以下の視点で実施する。 <u>診療記録が完成された時点で、上級医師が点検し検閲印を押してもらうこともよい。</u>
	新	記載内容の点検は、以下の視点で実施する。 <u>特に研修医が記載した診療記録には、指導医による検閲印やカウンターサインが必要になる。</u>
p.143 図7	削除	「図7. 入院診療記録チェックシート（例）」図削除
p.146 11行目	削除	紙カルテの場合と同様に、
p.147 3行目下	追記	詳細は、日本診療情報管理学会のウェブサイトを参照のこと。
p.147 4行目～ p.149 7行目	削除	日本診療情報管理学会は、～ (略) ～を継続しながら運用する。
p.149 下から1行目	新	「記録鑑査」
	旧	「記録監査」
p.154 下から4行目	削除	これは、紙カルテ運用では実現が難しかったことである。
p.156 1～5行目	削除	コンピュータが普及する以前は、カードや台帳等で索引業務を行ってきた歴史がある。氏名索引、疾病索引、手術索引等検索の可能性のある項目については、すべて索引をつくるのが原則として行われてきた。しかし、IT化の推進でこれら索引業務はコンピュータによる管理に変わっている。診療情報管理士にとってコンピュータの操作は不可欠な技能となっている。
p.157 8行目	削除	なお、公立病院の場合は都道府県の条例が優先されるので、注意が必要である。
p.157 9行目上	追記	法的な提示については、8章を参照のこと。

p.159 16行目	削除	取り扱う個人情報量が5,000件以下の事業者も対象となっている点、
p.161 下から 10～9行目	旧	「プロセス (Process)」「成果 (Outcome)」の3つの分類から導き出すことができると述べて <u>られている</u> 。
	新	「過程 (Process)」「成果 (Outcome)」の3つの分類から導き出すことができる <u>と述べている (4章参照)</u> 。
p.161 下から8～4行目	削除	①「構造」とは、医療が提供される資源に関する評価であり、施設や設備、医療スタッフの種類とその数などを示す。 ②「プロセス」は、医療者の行動に関する評価であり、標準的あるいは理想的な医療と、実際に提供された医療との乖離を測定することが一般的な方法である。 ③「成果」は、保健医療サービスにおいて、患者の健康状態への影響や効果などの評価である。
p.161 下から2行目	旧	あるいは臨床評価指標 (Clinical Indicator)
	新	あるいは臨床評価指標 (CI : Clinical Indicator)
p.163 10行目	旧	診療情報管理士は、コーディングのために
	新	診療情報管理士は、 <u>傷病名やDPC</u> コーディングのために
p.163 下から8行目下	追記	2002 (平成14)年8月に厚生労働省は「あるべき医療の姿」の実現のため、「医療提供体制の改革の基本的方針」を示した。そのなかで、2002 (平成14)年10月から、すべての病院および有床診療所における医療安全管理体制の充実を図るため、「安全管理指針の整備」、「安全管理委員会の開催」、「事故の院内報告制度等の実施」、「安全管理研修の実施」を義務化した。また、2003 (平成15)年4月からは、特定機能病院および臨床研修指定病院に対して、「安全管理者の設置」、「安全管理部門の設置」、「患者相談窓口の整備」を義務づけた。
p.165 表1 ※下	追記	※単価は参考値とする。
p.166 1行目	旧	診療体制、設備備品などの整備を
	新	診療体制、 <u>医療機器</u> 、設備備品などの整備を
p.166 11～14行目	旧	データ、財務経理部門のコストデータなどを診断群分類別に分析可能となり、医療サービスの内容に着目した有益な経営管理の資料が作成されるようになった。今後は、 <u>診療情報管理室</u> と医事部門、財務経理部門との相互理解と協働をいっそう進める必要性が高まったといえる。医療現場で活用される
	新	データに加え、財務経理部門のコストデータ (人件費、非償還医療材料を含む納入価など) が準備できれば、診断群分類別に原価計算が可能となり、医療サービスの内容に着目した有益な経営管理の資料が作成される。今後は、 <u>診療情報管理部門</u> と医事部門、財務経理部門とが相互理解と協働をいっそう進める必要性が高まっている。医療現場で活用される
p.167 3行目下	追記	ただし、数値が誤っていた場合、組織を間違った方向に導く可能性がある。数値の根拠になる情報が作られた背景や数値の加工に誤りがないかなどを含め、数値の意味に対し、理解を深めなければならない。
p.167 5～6行目	削除	診療情報管理室をはじめ、である。

p.167 下から7行目	旧	また、2000（平成12）年3月、
	新	また、2000（平成12）年4月、
p.167 下から1行目	旧	<u>ものは、診療録管理体制加算2の</u>
	新	<u>加算は、診療録管理体制加算2の</u>

10章

p.171 11～14行目	削除	また、診療情報管理士認定者と限定されていないが、医師事務作業補助者コースも準備されており、こちらも後述するように研修等に関わる診療情報管理士であれば知っておくべきことを学習できるので必要に応じて学んでいただきたい。
p.171 下から4行目	削除	そのための人材として、
p.172 下から3～1行目	削除	前述したとおり、調査データは大きく分けて、いわゆるサマリーデータ（診療情報管理データ）とレセプトデータ（診療報酬データ）、そして、医療機関単位で把握する情報（施設基準などに関連する）の三つのデータを提出することになっている。
p.173 14行目下	追記	Kファイル 生年月日、カナ氏名、性別をもとに生成される一次共通ID
p.173 15行目	旧	※ 2018（平成30）年度の調査項目について、詳細は <u>巻末の付属資料「様式集」</u> 参照。
	新	※ 詳細は「 <u>DPC導入の影響評価に係る調査</u> 」実施説明資料を参照。
p.173 下から 19～4行目	旧	<p>これまで、医科点数表に基づく出来高払いのデータ、すなわち出来高レセプトのデータから抽出したEファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報）の2種類とDファイル（包括診療明細情報）を提出してきたが、E・Fファイルには重複した項目があることから、2016（平成28）年度より、E・Fファイルを一体化したEF統合ファイルとなっている。この統合ファイルの作成には、E・Fそれぞれのファイルを作成した後に統合する作業が生まれ、これまで以上に業務が増えることになった。また、一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニットにて日々測定している重症度、医療・看護必要度もHファイルとして新設され、これらの情報収集・入力には、医事課職員や診療情報管理士だけでなく病棟看護師等も関わり、その情報の正確性も含め、大きな負担となる。</p> <p>様式1のデータは傷病名等、診断、診療に関わる情報であるため、主治医による入力票を活用すること、ICD-10（傷病名）のコーディングに関しては、<u>熟練した診療情報管理士等が分担するなどの工夫が必要であろう</u>。特に傷病名については「<u>主傷病名</u>」「<u>入院の契機となった傷病名</u>」「<u>医療資源を最も投入した傷病名</u>」とICDコードを必ず入力することになっているため、傷病名とICDが一致しているかなど注意を要する。</p> <p>データファイルはEファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報）、Dファイル（包括診療明細情報）の3種類で構成される。2016（平成28）年10月以降は、自院</p>

<p>p.173 下から 19～4行目</p>	<p>新</p>	<p>影響調査データのファイルは、Eファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報）の2種類とDファイル（包括診療明細情報）を提出しており、E・Fファイルは一体化したEF統合ファイルとなっている。また、一般病棟・特定集中治療室・ハイケアユニットにて日々測定している重症度、医療・看護必要度もHファイルとして提出され、これらの情報収集・入力には、医事課職員や診療情報管理士だけでなく病棟看護師等も関わり、その情報の正確性も含め、診療情報管理士に期待される役割は大きい。</p> <p>様式1のデータは傷病名等、診断、診療に関わる情報であるため、主治医による入力を活用すること、傷病名のコーディングには、熟練の診療情報管理士等が分担するなどの工夫が必要である。傷病名は「主傷病名」「入院の契機となった傷病名」「医療資源を最も投入した傷病名」にICDコードを必ず入力することになっているため、傷病名とICDの一致が必要になる。</p> <p>なお、自院</p>																										
<p>p.174 8～13行目</p>	<p>旧</p>	<p>転帰についても、2001年度時点で統一化された基準がないとされ、改めて表1のように、その定義がなされているので理解しておく必要がある。</p> <p>ただし、DPCが導入されて以来用いられていた表1の定義は、2016（平成28）年度の診療報酬改定で修正された。改定の議論で治癒と軽快について、データから見る限り特段の差がないとされ、治癒と軽快が統合され、表2のようになっている（1と2が統合され、2が欠番となっている）。</p>																										
<p>p.174 表1</p>	<p>削除</p>	<p>「表1. 定義標準化の一つの例「転帰の根本的定義」（平成27年度まで）」表削除</p>																										
<p>p.175 表2</p>	<p>更新</p>	<p>表1. 転帰および定義</p> <table border="1" data-bbox="390 1018 1137 1253"> <thead> <tr> <th>値</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>最も医療資源を投入した傷病による死亡</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>最も医療資源を投入した傷病以外による死亡</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>その他（検査入院含む）</td> </tr> </tbody> </table> <p>転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化したとしても退院時の転帰を覆すものではない。</p> <table border="1" data-bbox="390 1384 1137 1600"> <thead> <tr> <th>転帰</th> <th>定義</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治癒・軽快</td> <td>疾患に対して治療行為を行い、改善、快復がみられたもの。</td> </tr> <tr> <td>寛解</td> <td>血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。</td> </tr> <tr> <td>不変</td> <td>当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。</td> </tr> <tr> <td>増悪</td> <td>当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。</td> </tr> </tbody> </table>	値	区分	1	最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合	3	最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合	4	最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合	5	最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合	6	最も医療資源を投入した傷病による死亡	7	最も医療資源を投入した傷病以外による死亡	9	その他（検査入院含む）	転帰	定義	治癒・軽快	疾患に対して治療行為を行い、改善、快復がみられたもの。	寛解	血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。	不変	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。	増悪	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。
値	区分																											
1	最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合																											
3	最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合																											
4	最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合																											
5	最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合																											
6	最も医療資源を投入した傷病による死亡																											
7	最も医療資源を投入した傷病以外による死亡																											
9	その他（検査入院含む）																											
転帰	定義																											
治癒・軽快	疾患に対して治療行為を行い、改善、快復がみられたもの。																											
寛解	血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。																											
不変	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。																											
増悪	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。																											

p.175 2～10行目	旧	<p>要求されたデータベースを作ることに際して、各項目の定義や作成手順などの理解はきわめて重要である。したがって、毎年、これらの影響調査が行われるたびに作成要領がブラッシュアップされ、さらに多岐にわたる疑義解釈などが発出されるのが恒例となっている。</p> <p>DPC 導入以降、影響調査によって収集された、これらの貴重なデータベースという財産を用いて、多くの研究がなされるようになっており、中央社会保険医療協議会における診療報酬制度の議論においても、これらのデータベースから得られた情報が重要な意思決定の材料となっている。</p> <p>その一方、適正な情報に基づいた診療報酬請求が</p>
	新	<p>要求されるデータベースには、各項目の定義や作成手順などの理解がきわめて重要である。毎年、影響調査の作成要領はブラッシュアップされ、さらに多岐にわたる疑義解釈などが発出されている。</p> <p>DPC 導入以降、影響調査によって収集された、これらの貴重なデータベースという財産を用いて、多くの研究がなされるようになった。中央社会保険医療協議会における診療報酬制度の議論においても、これらのデータベースから得られた情報が重要な意思決定の材料となっている。</p> <p>一方、適切な情報に基づく診療報酬請求が</p>
p.176 1行目	旧	【2018 年度現在の DPC 対象病院としての基準】
	新	【DPC 対象病院としての基本的な基準】
p.176 12行目	削除	資料：厚生労働省保険局医療課「平成 30 年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS」平成 30 年 3 月 5 日版
p.176 13～16行目	旧	<p>すでに「診療録管理体制加算」として 2000 年度の診療報酬改定で、診療情報管理に対する診療報酬上の評価は誕生したところであるが、この適切なコーディングに関する委員会の設置に関する規定は、それをさらに推し進めたものであり、開催回数も 2016 年度には年 4 回に</p>
	新	<p>この適切なコーディングに関する委員会の開催は、当初年 2 回であったが、年 4 回に</p>
p.176 下から 8～3 行目	旧	<p>考えられるが、この流れは入院診療計画（の説明）に続き、ついに入院基本料加算の施設基準等として、2000 年 4 月の診療報酬改定により診療録管理体制加算が新設された。また国の IT 化推進の流れを受けて、2006 年 4 月の改定により、院内の電子化に対しての評価も誕生している。</p> <p>「診療録管理体制加算」に関する施設基準は次の 9 項目であるが、診療記録の管理、ICD コーディングに対して診療報酬の評価がされたということは画期的なことである。</p>
	新	<p>考えられる。この流れは入院診療計画（の説明）に続き、2000（平成 12）年 4 月の診療報酬改定により診療録管理体制加算が新設された。</p> <p>「診療録管理体制加算」に関する施設基準は次の 9 項目であるが、診療記録の管理、ICD コーディングに対して診療報酬の評価がされたことは画期的であった。</p>
p.177 5行目	削除	(平成 25 年 10 月 10 日政社発 1010 第 1 号)
p.177 下から 14～13行目	旧	個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成 16 年 12 月 24 日医政発第 1224001 号等) に基づく管理が
	新	個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づく管理が

p.177 下から1行目	削除	(平成15年9月12日医政発第0912001号)
p.178 11～13行目	旧	20世紀も終わりになっている <u>いわゆるカルテ開示の議論</u> 、わが国での診断群分類の導入の議論の過程で、医療機関の診療情報管理を改善すべきという <u>考え方が大きな影響を与えた</u> と考えられる。
	新	20世紀も終わりになっている <u>からのカルテ開示の議論</u> は、わが国での診断群分類の導入の議論の過程で、医療機関の診療情報管理を改善すべき <u>である</u> という <u>意見</u> が大きな影響を与えたと考えられる。
p.178 下から2～1行目	旧	2) <u>入院中に1回に限り、退院時に算定する。データ提出加算1は「入院データ」のみ。データ提出加算2は「入院データ」+「外来データ」。</u>
	新	2) <u>データ提出加算1および2は入院初日、データ提出加算3および4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。</u>
p.178 下から1行目下	追記	3) <u>データ提出加算1および3は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定し、データ提出加算2および4は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定する。</u>
		4) <u>データ提出加算1および2は、入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3および4は、通算した入院期間から算出し算定する。</u> 5) <u>DPC影響調査のデータ提出が、定められた期限までに提出できず遅延した場合、当該月の翌々月についてデータ提出加算は算定できない。</u> 6) <u>様式1および外来EFファイルに入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(0000999)の割合が、それぞれ2%未満、かつ、医科のすべての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合が10%未満であって、当該医療機関において、その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算2の口または4の口を算定する医療機関において算定できる(提出データ評価加算)。</u>
p.179 図1-1	削除	「図1-1. データ提出加算1および2の施設基準」図削除
p.179 図1-2	削除	「図1-2. 提出データ評価加算の施設基準」図削除
p.180 1～4行目	旧	施設基準としては、図1-1、1-2のとおり示されていて、ここでも <u>コーディネーの適正さが求められていることがわかる</u> 。データのなかでも、特に様式1の中身は常に <u>変化・増加しており、この作成の質は、まさに診療情報管理士の質を問われているように思われる</u> 。ぜひ積極的に関わって <u>いってもらいたい</u> 。
	新	施設基準でも <u>コーディネーの適切さが求められている</u> 。データのなかでも、特に様式1の中身は常に <u>変化・増加しており、様式1の質は、まさに診療情報管理士の質を問われているように思われる</u> 。ぜひ積極的に関わって <u>いってもらいたい</u> 。
p.180 6～8行目	旧	2014(平成26)年度の診療報酬改定を前に、 <u>後述するデータ精度の課題とDPC病院の質の評価に対する議論があり、特にDPC病院からは膨大な影響調査データを収集していることもあり、国としてそのデータを公表する</u>
	新	2014(平成26)年度の診療報酬改定では、 <u>データ精度の課題とDPC病院の質の評価に対する議論を経て、国としてデータを公表する</u>
p.180 図2	削除	「図2. 平成27年度○○○病院「病院情報」(例)」図削除

p.181 1行目	削除	図2に一例として表示例を示す（あくまでも架空の病院である）。
p.181 下から 10～9行目	旧	追加されたものである。また、2017（平成29）年度から導入することとされていたが、一定の期間をおいて2016（平成28）年10月から実施されている。
	新	追加されたものであり、2016（平成28）年10月から実施されている。
p.183 図3	削除	「図3. 施設類型別の「部位不明・詳細不明」発生率」図削除
p.183 図4	削除	「図4. 施設類型別のMDC別「部位不明・詳細不明」発生率」図削除
p.184 3～10行目	旧	しかし、このデータを見る限り、明らかに病院規模や専門性の有無以前に、たとえば大学病院のように総合的な診療を行っているグループでも、その「部位不明・詳細不明」比率の格差は説明をし難いものであり、特に発生要因の大きなグループは「肺がん」、「乳がん」が突出していることから、発生要因はいくつかに集約されるのではないかとされた。すなわち、図5からもわかるとおり、治療対象として「部位不明・詳細不明」を選ぶ可能性は <u>まづないはずのところ</u> で選んでしまうということは、傷病名が確定しないなどという要素ではなく、単純に、電子カルテやオーダーエントリーシステムの入力時に「肺がん」、「乳がん」を入力してしまうと、そのデータはそのまま
	新	しかし、明らかに病院規模や専門性の有無以前に、たとえば大学病院のように総合的な診療を行っているグループでも、その「部位不明・詳細不明」比率の格差は説明をし難いものであった。特に発生要因の大きなグループは「肺がん」、「乳がん」が突出していることから、発生要因はいくつかに集約されるのではないかとされた。すなわち、治療対象として「部位不明・詳細不明」を選ぶ可能性がないはずのところ <u>で選んでしまう</u> ということは、傷病名が確定しないなどという要素ではなく、単純に電子カルテやオーダーエントリーシステムの入力時に「肺がん」、「乳がん」を入力してしま <u>ったことにより</u> 、そのデータがそのまま
p.184 図5	削除	「図5. 治療対象として部位が不明なことはありえないのではないか？」図削除
p.184 下から2行目	削除	平成28年度診療報酬改定現在、
p.185 1～2行目	旧	対策の結果、DPCに関連する病院の部位不明・詳細不明コードの比率は下がり続けていたが、 <u>その一方で</u> 、ICDの理解については <u>まだまだ十分に</u> 進んでいない現状があり、さらに、
	新	各施設による対策の結果、DPCに関連する病院の部位不明・詳細不明コードの比率は下がり続けたが、一方で、ICDの理解については十分に進んでいない現状がある。 <u>さらに</u> 、
p.185 下から1行目下	追記	以降、診療報酬改定にあわせ、必要なコーディングテキスト改定が実施されている。
p.186 1～3行目	削除	4）さらに、2018（平成30）年度から傷病名の定義としてICD-10が2003年版から2013年版へ移行されることを前提に、現在では、2018（平成30）年度の改定に向けて研究班にて作業が継続されている。

p.186 下から2～1行目	旧	表3のデータは、ある病院でDPC導入後の業務点検の結果、特定の診断群分類に入院期間のばらつきが非常に大きいため、その原因を分析した <u>ものである</u> 。
	新	ある病院でDPC導入後の業務点検の結果、特定の診断群分類に入院期間のばらつきが非常に大きいため、その原因を分析した。
p.187 表3	削除	「表3. ○○手術患者にかかる主治医別の在院日数と診療点数：パス使用例」 表削除
p.187 下から8～1行目	旧	不可能であったため、いうならば宝の持ち腐れとなっていた。DPC導入後は入院期間Ⅱおよび入院期間Ⅲ（平均値+2SD以上の30の整数倍の日数の設定）などの情報が示されたことで、 <u>それとの比較ができるようになり、改善目標として設定し、診療内容を見直す契機となっている</u> 。 そのほかにも、厚生労働省からDPC病院のデータが公表されており、DPCに関連する病院の個別のデータ同士を比較することができるようになっている。たとえば、現在は2015（平成27）年度のデータが公表されており、その内容は <u>以下のとおりである（項目名だけを抜粋）</u> 。厚生労働省の <u>以下の</u> サイトで公表
	新	不可能であった。DPC導入後は入院期間Ⅱおよび入院期間Ⅲ（平均値+2SD以上の30の整数倍の日数の設定）などの情報が示されたことで、改善目標として設定し、診療内容を見直す契機となった。 そのほかにも、厚生労働省からDPC病院のデータが公表されており、DPCに関連する病院の個別のデータ同士を比較することができるようになっている。たとえば、その内容は <u>次の</u> とおりである（項目名だけを抜粋）。厚生労働省の <u>ウェブ</u> サイトで公表
p.188 1～2行目	削除	[平成28年度第4回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（平成29年2月9日）] http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000150723.html
p.198 1行目～ p.199 下から1行目	削除	10-4 レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）について（略） ～進むであろうと期待されている。

11章

p.203 9～11行目	削除	たとえば、一般ゴミは燃えるゴミ、燃えないゴミなどと分別される。これはその後の処理が異なるために分別するのであるが、自治体によってその仕分け方が異なることは、皆さん経験があろう。これは、分別（分類）の仕方が標準化されていない、ということになる。
p.203 下から 13～9行目	削除	さて、ヒトが集団で生活する生き物である限り、その集団の構成員が死んだり病気になったりすることは、集団の存続に関わる重大な事項である。古来、その人数（人口）を数えることがなされてきたが、近代、「何で死ぬのか」「何の病気になるのか」を把握することで、その集団（ムラ、地域、国家）の繁栄の手がかりを得ようとする動きが出てきた。そこでは、「病気やケガ」を分類、集計することが必要となる。
p.206 5行目	旧	孝徳天皇のときに戸籍が作られ、
	新	孝徳天皇のときに戸籍（ <u>庚午年籍</u> ）が作られ、
p.210 下から1行目	旧	可能な限り図っている。
	新	可能な限り図っている（ <u>コードは5桁で3階層構造</u> ）。

p.220 下から4行目～ p.221 1行目	旧	受けることとなった。これにより2017年4月現在、WHO-FIC協力センターはわが国を入れて世界に18ヶ所が指定されている。 「WHO国際統計分類協力センター（日本WHO-FIC協力センター）」は、厚生労働省国際分類情報管理室長をセンター長に下記の8つの組織で構成され協力して運営されている。日本病院会日本診療情報管理学会は、「病院の診療情報
	新	受けることとなった。2017年4月現在、WHO-FIC協力センターは世界18ヶ所が指定されている。 わが国の「WHO国際統計分類協力センター（日本WHO-FIC協力センター）」は、厚生労働省国際分類情報管理室長をセンター長に運営されている。日本病院会日本診療情報管理学会は、ネットワークの一員として「病院の診療情報
p.221 3～10行目	旧	1) 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室 2) 国立保健医療科学院 3) 国立障害者リハビリテーションセンター 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター 5) 国立国際医療研究センター 6) 国立成育医療研究センター 7) 日本病院会日本診療情報管理学会 8) 日本東洋医学サミット会議
	新	【日本WHO-FIC協力センターネットワーク】 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課国際分類情報管理室 国立保健医療科学院 国立障害者リハビリテーションセンター 国立がん研究センターがん対策情報センター 国立国際医療研究センター 国立成育医療研究センター 日本病院会日本診療情報管理学会 日本東洋医学サミット会議
p.222 10～17行目	旧	統計に用いられている。ただし、診断群分類（DPC）では、2017年初頭現在、2013年版コードに基づくデータがないため、2003年版からの読み替えを行うなどしながら2013年版に移行するものと見込まれている。 また改訂（Revision）については、WHOで現在ICD-11への作業が行われており、β版がすでに発表されている。WHO版の完成は2018年とされている。 ICD-11では社会基盤の進歩に従い、現行の紙ベースからWebベースに移行するとされているが、社会基盤の弱い国や地域でも利用可能なように、従来の紙ベースのものも提供される見込みである。
	新	統計に用いられている。 また改訂（Revision）については、2018年に30年ぶりにWHOから公表されたICD-11が、2019年5月に世界保健総会（WHA）において採択された。
p.229 下から 10～9行目	旧	アルファベットの頭文字（領域）は、それぞれ「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」を示す。
	新	アルファベットの頭文字は、それぞれ「心身機能」、「身体構造」、「活動と参加」、「環境因子」の領域（domains）を示す。
p.229 下から2～1行目	旧	単に能力障害や社会的不利によって分類するのではなく、活動や社会参加、加えて背景因子などに
	新	単に能力障害や社会的不利などの否定的側面によって分類するのではなく、活動や社会参加などの肯定的側面、加えて背景因子などに

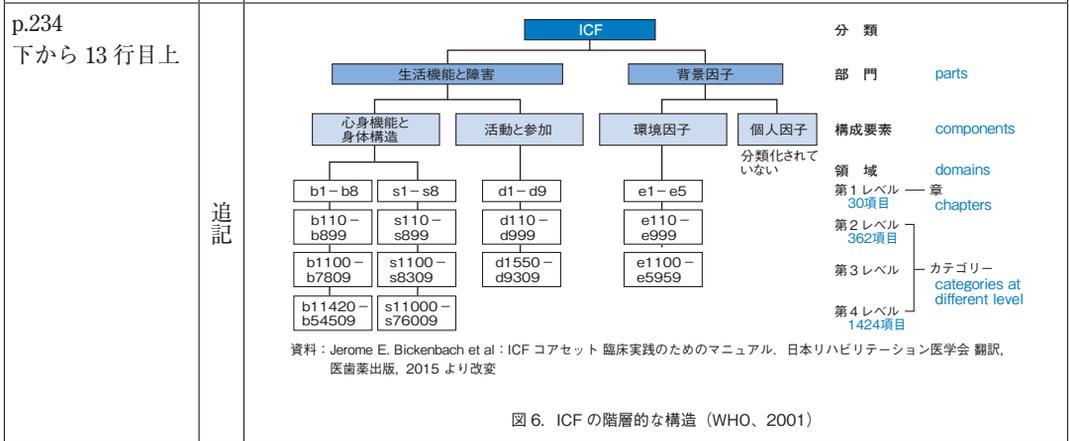
p.230 1～7行目	削除	<p>こうした特徴を持つ ICF を活用することによって、以下のことが可能になる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 障害や疾病を持った人やその家族にサービスを提供する保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、障害や疾病の状態などについて共通理解を持つこと。 2) さまざまな障害者にサービスを提供する施設や機関などに対して、サービスの計画や評価、記録などのために実用的な手段を提供すること。 3) 障害者に関するさまざまな調査や統計に関して、国内はもとより国際的に比較検討する標準的な枠組みを提供すること、など。 																														
p.231 10行目	旧	【ICF の特性と構成要素】																														
	新	【ICF の部門と構成要素】																														
p.231 11～20行目	削除	<p>ICF は、人の健康のすべての側面と、～ (略) ～評価することが可能である。</p>																														
p.231 表5	更新	<p>表5. ICF の部門と構成要素</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">構成要素 (分類)</th> <th colspan="2">第1部：生活機能と障害</th> <th colspan="2">第2部：背景因子</th> </tr> <tr> <th>心身機能・ 身体構造</th> <th>活動・参加</th> <th>環境因子</th> <th>個人因子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>領域 (分類)</td> <td>心身機能身体構造</td> <td>生活・人生領域 (課題、行為)</td> <td>生活機能と障害への 外的影響</td> <td>生活機能と障害への 内的影響</td> </tr> <tr> <td>構成概念 (評価)</td> <td>心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)</td> <td>能力 標準的環境における 課題の遂行 実行状況 現在の環境における 課題の遂行</td> <td>物的環境や社会的環 境、人々の社会的な 態度による環境の特 徴がもつ促進的ある いは阻害的な影響力</td> <td>個人的な特徴の影響 力</td> </tr> <tr> <td>肯定的側面</td> <td>機能的・構造的 統合性</td> <td>活動参加</td> <td>促進因子</td> <td>非該当</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">否定的側面</td> <td rowspan="2">機能障害 (構造障害を含む)</td> <td>活動制限参加制約</td> <td rowspan="2">阻害因子</td> <td rowspan="2">非該当</td> </tr> <tr> <td>障害</td> </tr> </tbody> </table>	構成要素 (分類)	第1部：生活機能と障害		第2部：背景因子		心身機能・ 身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子	領域 (分類)	心身機能身体構造	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害への 外的影響	生活機能と障害への 内的影響	構成概念 (評価)	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における 課題の遂行 実行状況 現在の環境における 課題の遂行	物的環境や社会的環 境、人々の社会的な 態度による環境の特 徴がもつ促進的ある いは阻害的な影響力	個人的な特徴の影響 力	肯定的側面	機能的・構造的 統合性	活動参加	促進因子	非該当	否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限参加制約	阻害因子	非該当	障害
構成要素 (分類)	第1部：生活機能と障害			第2部：背景因子																												
	心身機能・ 身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子																												
領域 (分類)	心身機能身体構造	生活・人生領域 (課題、行為)	生活機能と障害への 外的影響	生活機能と障害への 内的影響																												
構成概念 (評価)	心身機能の変化 (生理的) 身体構造の変化 (解剖学的)	能力 標準的環境における 課題の遂行 実行状況 現在の環境における 課題の遂行	物的環境や社会的環 境、人々の社会的な 態度による環境の特 徴がもつ促進的ある いは阻害的な影響力	個人的な特徴の影響 力																												
肯定的側面	機能的・構造的 統合性	活動参加	促進因子	非該当																												
否定的側面	機能障害 (構造障害を含む)	活動制限参加制約	阻害因子	非該当																												
		障害																														
p.232 5行目	旧	全領域をカバーする。																														
	新	全領域をカバーする。 <u>それぞれの構成要素は、領域 (domains) に従って分類 (細分化) され、構成概念 (constructs) に従って量的に評価される (表5)。</u>																														
p.233 6行目下	追記	環境因子についても、その構成要素は領域 (domains) に従って分類 (細分化) され、構成概念 (constructs) に従って量的に評価される (表5)。																														
p.233 13行目	旧	ある特定の領域における個人の生活機能 (中段) は、																														
	新	ある特定の領域における個人の <u>生活機能と障害</u> (中段) は、																														
p.233 下から5～1行目	旧	これらの相互関係は特定のものであり、必ずしも常に予測可能な一対一の関係ではない。相互作用は双方向性である。すなわち障害の結果により、健康状態 <u>それ自体が変化することすらある。機能障害から能力の制限を推定したり、活動制限から参加の制約を推定したりすることは必ずしも妥当ではなく、これらの構成要素に関するデータを別々に収集し、構成要素間の関連や因果関係について研究することが重要である。</u>																														
	新	相互作用は双方向性である。機能障害から活動の制限を推定したり、活動制限から参加の制約を推定したりすることは必ずしも妥当ではなく、これらの構成要素に関するデータを別々に収集し、構成要素間の関連や因果関係について <u>検討することが重要である。</u>																														
p.234 下から13行目上	追記	【ICF の階層的な構造】																														

p.234
下から 13 行目上

※p.235 下から
18～10 行目を
一部変更し挿入

追記
(移動)

ICF においては、ある人の健康状況と健康関連状況の分類は、各領域について、章と章を細分したカテゴリと呼ばれる基本要素を使ってコード化される。コードの全数は第 1 レベル（章：数字 1 桁）では 30（心身機能 8、身体構造 8、参加と活動 9、環境因子 5）であり、第 2 レベル（数字 3 桁）では 362 である。より詳細な第 3 レベル（数字 4 桁）においてはコードの全数は 1,424 にまでなる。しかし ICF を実際に適用する場合には、あるケースを第 2 レベルの正確さで表記するためには、3～18 個のコードが適当とされている。一般的に、より詳細な第 3 レベルの分類は専門的なサービス（例：リハビリテーションの効果、老年医学）において使用される。一方、第 2 レベルの分類は調査や臨床効果の評価のために用いることができる。



p.234
下から
12～7 行目

旧

ICF で分類された構成要素（b：心身機能、s：身体構造、d：活動と参加、e：環境因子）には、それぞれ下記のような評価点が設定され、b、s の第 1 評価点、d の第 1、第 2 評価点では、下記の共通スケール：0～9 を用いて量的に評価する（下記の xxx は第 2 レベルのカテゴリを表し、第 1 評価点は小数点以下第 1 位、第 2 評価点は第 2 位、第 3 評価点は第 3 位にスケールを記載する）。評価のための大まかなパーセント表示は、較正（キャリブレーション）された評価器具や、その他の評価基準によって、機能障害、

新

アルファベットの頭文字「b」「s」「d」「e」と数字（1～5 桁）で表わされる ICF コードには小数点（分離点）が付与され、小数点以下第 1 位を第 1 評価点、第 2 位を第 2 評価点、第 3 位を第 3 評価点として評価スケールを記載する（xxx. _ _）。ICF コードが意味を持つためには、最低 1 つの評価点の記載が必要である。b、s の第 1 評価点、d の第 1、第 2 評価点では、下記の共通スケール：0～9 を用いて量的に評価する。評価のための大まかなパーセント表示は、機能障害、

p.234
下から 1 行目下表

更新

領域	第 1 評価点	第 2 評価点	第 3 評価点
b	機能障害の程度 (*)	-	-
s	構造障害の程度 (*)	構造障害の性質	構造障害の部位
d	実況状況における困難の程度 (*)	能力における困難の程度 (*)	-
e	環境からの影響の程度	-	-

(*) については、共通スケールで評価する。

p.235
1 行目上

追記

[共通スケール（凡例：xxx は第 2 レベル（3 桁数字）のカテゴリを表す）]

p.235
8 行目

旧

環境因子の場合には、第 1 評価点は環境の肯定的な側面

新

環境因子の評価では、第 1 評価点を環境の肯定的な側面

p.235 11 行目	旧	(例：阻害 e110.2、促進 e110 + 2)。
	新	(例：e110.2 (中等度の阻害因子)、e110 + 2 (中等度の促進因子))。
p.235 下から 18～10 行目 ※p.234 下から 13 行目上へ 移動	削除 (移動)	ICF においては、ある人の健康状況と健康関連状況の分類は、2つの部門を構成する章と、章を細分したカテゴリと呼ばれる基本要素を使ってコード化される。一人当たりのコードの全数は第1レベル(章：数字1桁)では30(心身機能8、身体構造8、参加と活動9、環境因子5)であり、第2レベル(数字3桁)では362である(参考資料 p.269～280 参照)。より詳細な第3レベル(数字4桁)においてはコードの全数は1,424にまでなる。しかし ICF を実際に適用する場合には、あるケースを第2レベルの正確さで表記するためには、3～18個のコードが適当とされている。一般的に、より詳細な第3レベルの分類は専門的なサービス(例：リハビリテーションの効果、老年医学)において使用される。一方、第2レベルの分類は調査や臨床効果の評価のために用いることができる。
p.235 下から9～8 行目	旧	【臨床における ICF の使用方法と課題】 1) ICF コアセットの作成
	新	【臨床における ICF の使用例と課題】 1) リハビリテーション領域における ICF コアセットの作成
p.235 下から4 行目	旧	直後より、ICF コアセットのプロジェクトが
	新	直後より、リハビリテーション領域では ICF コアセットのプロジェクトが
p.236 6～7 行目	削除	ただし、コアセットによっては第4レベルのカテゴリまでの詳細な分類を要し、全体で100以上のカテゴリを含んでいるものもある。
p.236 11～15 行目	削除	また、拡張短縮セットは、短縮版に包括コアセットからいくつかの項目を追加したもので、短縮版よりもより詳細に評価が可能となるようにアレンジされている。包括的な評価項目から必要最小限の評価項目まで設定をすることで、評価の場面に応じて詳細な評価を行ったり、簡易的な評価を行ったりすることが可能である。
p.236 下から 14～10 行目	旧	研究から開発された。このコアセットは、さまざまな健康状態の患者を横断的に比較することを想定しており、生活機能の状態を簡単に評価するために用意されている。全ての健康状態、医療背景の評価を含むことで、さまざまなグループの生活機能を統計的に比較することができる。また、さまざまな疾患に対して適応できる一般コアセットの拡張版として、32のカテゴリからなる障害コアセットも作成されている。このように、
	新	研究から開発された。全ての健康状態、医療背景の評価を含むことで、さまざまなグループの生活機能を統計的に比較することができる。このように、
p.236 下から3～1 行目	旧	重要である。特に障害の状態を環境と一体のものとしてとらえる考え方は、ADL 上の問題を機能障害の改善と生活機能の獲得、環境設定により克服しようとするリハビリテーションにおける問題解決の姿勢に近い。
	新	重要とされている。

<p>p.237 1～13行目</p>	<p>旧</p>	<p>2) ICF コアセットの臨床使用例 たとえば、亜急性期の脊髄損傷患者の評価を行う場合を考えてみる。脊髄損傷の亜急性期に対する短縮版コアセットは25のカテゴリーからなる。心身機能から8つ (b152 情動機能、b280 痛みの感覚、b440 呼吸機能、b525 排便機能、b620 排尿機能、b730 筋力の機能、b735 筋緊張の機能、b810 皮膚の保護機能)、身体構造から3つ (s120 脊髄と関連部位の構造、s430 呼吸器系の構造、s610 尿路系の構造)、活動と参加から9つ (d410 基本的な姿勢の変換、d420 乗り移り、d445 手と腕の使用、d450 歩行、d510 自分の身体を洗うこと、d530 排泄、d540 更衣、d550 食べること、d560 飲むこと)、環境因子から5つ (e115 日常における個人用の製品と用具、e120 個人的な屋内外の移動と交通のための製品と用具、e310 家族、e340 対人サービス提供者、e355 保健の専門職) のカテゴリーが評価の対象になる (図6)。それぞれの項目の小数点以下の評価点について0-9の評価スケールがつけられ、環境因子については促進因子であれば小数点を+に置き換えて表記する仕組みとなっている。これらを採点し、</p>
	<p>新</p>	<p>2) リハビリテーション領域における ICF コアセットの臨床使用例 たとえば、脊髄損傷の亜急性期に対する短縮版コアセットは25のカテゴリーからなる。心身機能から8つ、身体構造から3つ、活動と参加から9つ、環境因子から5つのカテゴリーが評価の対象になる (図7)。それぞれの項目の小数点以下の評価点について採点し、</p>
<p>p.237 下から4～1行目</p>	<p>旧</p>	<p>第3レベルのカテゴリーから b2800 全身的な痛みや b2803 同一皮節内の放散痛、b2804 体節性あるいは領域性の放散痛が含まれ、局所的な痛みに関してはさらに第4レベルのカテゴリーから b28010 頭頸部の痛みや b28014 上肢の痛みなど部位を含めた痛みの項目が採用され、</p>
	<p>新</p>	<p>第3レベルのカテゴリーが含まれ、局所的な痛みに関してはさらに第4レベルのカテゴリーが採用され、</p>
<p>p.238 1～5行目</p>	<p>削除</p>	<p>実際に ICF コアセットの臨床における使用は日本ではあまり進んでいないが、さまざまな疾患群におけるコアセットの新たな作成、その妥当性を検証する報告など欧州を中心に多くの報告がみられており、特にその数は近年増加傾向にある。今後は日本においてもこのようなコアセットの使用によって、ICF をベースとした生活機能評価の進展が期待される。</p>
<p>p.238 下から8行目～ p.239 10行目</p>	<p>旧</p>	<p>(1) 現在31種類の ICF コアセットが用意されているが、全ての健康状態が網羅されていないわけではない。今後より多くの疾患群をカバーできるように拡張しなければならない。 (2) ICF では各評価点は0-9と段階付けされ、その採点基準が定量的に定義されているが、その基準は厳密ではない。現在のところ、先行する活動評価指標 (例えば FIM) のように詳細な基準が作成されていないため、今後基準の作成や評価の信頼性の検討が必要である。 (3) 疾患別にコアセットを用意する、個別に拡張を可能にするという考え方は、患者の問題を漏れなく評価するという点では妥当であるが、全てにそのモデルが適応できるとは限らない。特に高齢者の場合にはいくつかの疾患が併存していることが多く、複数のコアセットを用いて患者の生活機能上の問題を全て評価しようとすると複雑になる。 (4) 現在一般的に用いられている ADL や社会参加の指標は、日常生活において問題となる点に明確なフォーカスが当たるのに対して、ICF は網羅的な評価であるため問題点に重み付けができない。そこで疾患を超えて生活機能の問題点を簡潔に表記するためのコアセットとして一般コアセットが用意されているが、評価項目が7つと少なく、患者の日常生活に必要な生活機能を網羅していないため、既存の評価尺度を並行して用いる必要がある。</p>

p.238 下から 8 行目～ p.239 10 行目	新	(1) 現在リハビリテーション領域では 31 種類の ICF コアセットが用意されているが、全ての健康状態が網羅されているわけではない。 (2) ICF では各評価点は 0-9 と段階付けされ、その採点基準が定量的に定義されているが、その基準は厳密ではない。 (3) 疾患別にコアセットを用意する、個別に拡張を可能にするという考え方は、患者の問題を漏れなく評価するという点では妥当であるが、全てにそのモデルが適応できるとは限らない。 (4) 現在一般的に用いられている ADL や社会参加の指標は、日常生活において問題となる点に明確なフォーカスが当たるのに対して、ICF は網羅的な評価であるため問題点に重み付けができない。
p.243 16～17 行目	削除	ICHI は初版が 2010 年に完成し、一時、アメリカ医学会 (AMA) の CPT (Current Procedural Terminology) との統合が計画されていたが、その後中止となっている。
p.243 18～19 行目	旧	WHO では 2018 年を目途に公表を目指している。
	新	WHO は 2018 年に ICHI β2 を公表し、まもなく完成する予定である。
p.244 5～6 行目	旧	コード体系として「外保連試案」を毎年発表している。
	新	コード体系として「外保連試案 (STEM7)」を毎年発表している。
p.244 11 行目	旧	数字 1 桁 + 数字 1 桁、で表現されている。
	新	数字 1 桁 + 数字 1 桁、で計 7 桁で表現されている。
p.244 下から 3～1 行目	削除	しかし、現在利用可能な適切なコード体系がほかにないことから、現場の医療機関では ICD-9CM で登録しているところもまだ多いと思われる。
p.249 2 行目	旧	厚生労働省では、 <u>退院時要約</u> に記載された傷病名から、
	新	厚生労働省では、 <u>死亡診断書</u> に記載された傷病名から、
p.263 1 行目～ p.265 5 行目	削除	11-3-3 診断群分類 (DPC) における国際疾病分類 (ICD) の利用 (略) ～小数点 (ピリオド) もないので厳密には ICD コードと別物である。 ※以降、節の項番が変更となる。
p.266 下から 3 行目	旧	さらには併存症や合併症など
	新	さらには併存症や <u>続発症</u> など
p.267 3 行目	旧	入院時併存症や入院後併発症の一部ではあるが、
	新	入院時併存症や入院後併発症 (<u>続発症</u>) の一部ではあるが、
p.267 7 行目	旧	3) 入院後併発症
	新	3) 入院後併発症 (続発症)
p.269 1 行目～ p.280 下から 1 行目	削除	【参考資料】 (略) 【ICF 国際生活機能分類 - 国際障害分類改定版 - (中央法規出版) より引用】

12章

p.283 【例】 参考	旧	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成28年度版』
	新	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成31年度版』
p.287 【例1～3】 参考	旧	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成28年度版』
	新	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成31年度版』
p.288 【例1】 参考	旧	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成28年度版』
	新	参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成31年度版』
p.289 【例2】	更新	<p>【例2】 疾患に伴うものによって変わるもの</p> <p>参考：厚生労働省 大臣官房統計情報部 『ICDのABC 平成31年度版』</p>
p.292 3～4行目	旧	「索引表」はアルファベット、 <u>数字</u> 、カタカナ、ひらがな、漢字の順に <u>五十音順</u> で検索していく。
	新	「索引表」は数字および英字（アルファベット順）をまとめた後、 <u>五十音順で清音</u> （清音内でカタカナ、ひらがな、漢字の順）、 <u>濁音</u> （濁音の中でカタカナ、ひらがな、漢字の順）、 <u>続いて半濁音の順</u> で検索していく。
p.299 7～9行目	削除	<p>【例】 N30 膀胱炎</p> <p>6) 感染病原体 (B95-B98) または原因として外的因子 (第XX章) の分類が必要な場合は、追加コードを使用する。</p>
p.299 10行目上	追記	<p>【例1】 頭部打撲、自宅で夜中にトイレに行こうとしてベッドより落ちた</p> <p>主傷病コード：S00.0 ←</p> <p>追加コード：W06.04 ←</p> <p>【例2】 薬疹、病院で処方された抗生物質による</p> <p>主傷病コード：L27.0 ←</p> <p>追加コード：Y40.9 ←</p>

p.301 下から7行目	旧	「他のいずれの項にも分類されない場合」を表して
	新	「他のいずれの項目にも分類されない場合」を表して
p.305 下から2～1行目	旧	厚生労働省のWebサイト（ http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/ ）で内容例示表をPDFファイルでダウンロードすることができる（2017年1月現在）。
	新	厚生労働省のウェブサイト（ http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/ ）で内容例示表をPDFファイルでダウンロードすることができる（2020年1月現在）。
p.306 下から7行目下	追記	※2019年12月以降、中国湖北省武漢市を中心に発生した「新型コロナウイルス感染症」は、U07.1がコードとして割り当てられた。
p.318 7行目	旧	(D52.1)にコードする。Y41.8は、
	新	(D52.1)にコードする。 <u>トリメトプリムによるもの(Y41.8)</u> は、
p.327 下から6～4行目	旧	この章はICD-9では「 <u>神経系および感覚器の疾患</u> 」の中に組み込まれていた。しかし、 <u>第10回改訂会議でそれが3つに分割され、「眼および付属器の疾患」として独立した章となった。内容も詳細になり、疾患の分類も容易になった。実際に分類するときは</u>
	新	この章は、 <u>実際に分類するときは</u>
p.330 5～7行目	旧	この章はICD-9では「 <u>神経系及び感覚器の疾患</u> 」の中に組み込まれていた。しかし、 <u>第10回改訂会議でそれが3つに分割され、「耳及び耳様突起の疾患」として独立した章となった。内容も詳細になり、疾患の分類も容易になった。実際に分類するときは</u>
	新	この章は、 <u>実際に分類するときは</u>
p.335 1～2行目	旧	2003年版の改正では、 <u>原因不明の新たな疾患の暫定分類(U00-U49)として、重症急性呼吸器症候群(SARS)U04が新設され、さらに2013年版の改正で、</u>
	新	<u>第I章でも述べたように、2003年版の改正では、原因不明の新たな疾患を暫定的に分類(U00-U49)するため、特殊目的用コードが設けられ、重症急性呼吸器症候群(SARS)はU04に分類された。さらに2013年版の改正で、</u>
p.341 下から1行目	旧	「 <u>関節リウマチ</u> 」に名称が <u>変</u> さらになっている。
	新	「 <u>関節リウマチ</u> 」に名称が <u>変</u> 更された。
p.347 9行目	旧	<u>ICD-10(2003年版)では、妊娠中毒症は妊娠高血圧症候群に変更となった。</u>
	新	<u>旧来より呼ばれていた「妊娠中毒症」は、2005年に日本産科婦人科学会により「妊娠高血圧症候群」と名称が変更された。</u>
p.349 1行目上	追記	ここでは、母体側からのコードについて説明する。
p.349 下から2行目	削除	ここでは母体側からのコードを練習する。
p.353 10行目	旧	出生の場所：Z38」を追加コードする。
	新	出生の場所：Z38.-」を追加コードする。
p.353 下から4～3行目	削除	2003年版の改正で、第3巻の索引表に「 <u>周産期に発生した病態</u> 」という索引項が新設された。
p.359 11行目	削除	2003年版の改正では、唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)のコードの移動や改定があった。

p.376 下から1行目	旧	などが索引項として用いられる。
	新	などが <u>第一次索引項</u> として用いられる。
p.378 14～15行目	旧	習得するためには、 <u>11-3-1 原死因選択ルール (p.245～258)</u> を確実に理解し、
	新	習得するためには、 <u>11章 国際統計分類 I の原死因選択ルール</u> を確実に理解し、
p.379 6行目	旧	を <u>11-3-1 原死因選択ルール (p.245～258)</u> の事例をもって熟知すること。
	新	を <u>11章 国際統計分類 I の原死因選択ルール</u> の事例をもって熟知すること。

付属資料 診療記録集

p.389～408	削除	「付属資料 診療記録集」削除
-----------	----	----------------

付属資料 様式集

p.409～443	削除	「付属資料 様式集」削除
-----------	----	--------------