

注 釈

- ・ 以前の経過中に認められたエピソードは同一の整理番号を再利用する。
 - ・ 同時に、それは単に入院中の記録および記載時点の記載者だけの視点ではなく、入院前から入院後のケアに継続した視野で、他者が指摘している問題点、エピソードについても情報を集めて検討することが必要である。
 - ・ 記載時点のみではなく、過去の経過を通覧した上で、現在、未来を視野に入れて記載する。
 - ・ それによって、自分だけでは気づかない問題点に気づくとともに、引いては安全性の確保および質の向上につながると考える。
- 概括性とは
 - ・ 記載者以外（例えば当直者など）が多忙な業務中にあるいは緊急時に、入院経過がすぐに理解でき、迅速な対応が取れるよう、経過を概観できる記載の配慮が求められる。
 - ・ 原則は時系列に、「問題点」「専門職の判断」「対応策」「成果」を他者が容易に理解できるように記載する。
 - ・ 原則、一事象（以下、エピソード）を一文で記載することを薦める。それによって、多忙な医療過程の中で、容易に内容の理解ができるものとする。
 - ・ ホルダー内は原則、時系列に綴じ、同一日内では問題点の重要性に応じて順次性を考慮すると良い。
 - 日本語での記載
 - ・ 患者本位の医療を行うために、患者および家族に開示することを前提に略語や外国語を使用せず可及的に日本語で記載する。
 - ・ さらに、非専門分野の医療職、医療情報専門職も専門分野の略語は必ずしも共通の意味合いに認識しない場合があることを考慮すると、一般的な略語（MR・CTなど）や外国語（人名など）を除き、安全確保のためにも可及的に日本語で記載することが望ましい。
 - ・ 他分野の医療従事者には普及していない新しい概念の専門用語を使う場合には、概説ないしは参照先を可及的に記載することが望ましい。
 - 真正性の保証とは
 - ・ 法的に定められた診療録や医療法規で定められた医療記録は、社会的に証拠能力を有す公式文書という位置づけがある。事実が誤り無く正しく記載されていることが求められる。
 - ・ あくまで、記載者の責任においてエピソードの経過の事実を他者にわかる記載に努める。
 - ・ 後述の「原本性について」の項に記載の「一時的な備忘録（メモ書き）」（一時ファイルへの蓄積）においても、「最新の事実」を記載し、他者が行動を誤らぬ配慮が必須である。
 - ・ 一時備忘録は公式記録の備忘録として位置づけられ、編集に当たってはエピソード発生の事実、内容を曲げてはならない。
 - ・ 公式記録として記載した後、往々にして思い違いや追加すべき不測事態の記載は、エピソードの発生年/月/日を明記した上、積極的に訂正することが薦められる（これは事実の改ざんには当たらない。「改ざん」とは悪意または故意に行う不当な変更をいう）。
 - 署名
 - ・ 責任を担保するために、エピソード（独立した日時刻に発生した独立したエピソード）ごとに記載することが望ましい。その際、略字で記載された署名が他に識別できない事例もあるため、医療記録の冒頭（入院時記録など）に担当者氏名、患者に対する立場（担当医や担当看護師など）、使用する署名（略字・イニシャルなど）を並列に登記する欄を設けると良い（医療機関ごとに組織として統一した楷書記名と署名（サイン）の登記簿を用意することも一法である）。
 - ・ 電子記録の場合は、パスワード、その他の個人識別方式で個人が特定でき、入力時刻とともに保存されるなどの真正性、保存性、見読性が保持されている場合は自筆と同質としてみなし、本指針および本注釈に記載のすべての「署名」に読み替える。

注 釈

● 記載の時機

- ・ 各記録はエピソードが発生の都度（医療行為がなされた）速やかに記載する。
- ・ 「速やかに」とは（緊急に伝達すべきことは即座に記載するなど）エピソードの性格によるが記載者の当日の勤務時間内（三交代制勤務の場合は8時間以内、同一人が継続する場合も8時間以内、最長24時間以内）にはすべての記録を完成することが望ましい。

● 原本性について

- ・ 医療記録は医療過程を説明する原典であり、公式文書として確定した情報を明示することが求められる。
 - ☞ 「確定した情報」とは、医療専門職等が収集した患者の状況、エピソード、行った医療行為とその成果の事実、および評価情報が公式に表示できると記載者が判断し（確定）、署名した段階の記録である。
- ・ 公式記録として保管しない一時的な備忘録（メモ書き）は、鉛筆書きが許されるが、逆に、容易に消える状態では公式記録にはなり得ない。（電子化記録の場合は、端末から書き換えが可能なファイルは公式保存ファイルとはいえない。）
- ・ 電子記録において、メモ書きに相当する機能は、運用を柔軟にする上で重要であり、「一時記録ファイル」（テンポラリファイル）に置き編集可能として差し支えないが、一定時間経過以降（最長概ね8時間以内）は自動的に公式保存ファイルに蓄積する処理がなされる必要がある。

● 病院の設置目的による記載法の違い

- ・ 一般急性期病院、療養型、精神などの医療目的、形態による記載形式の違いは焦点とすべき項目によって変わる。
- ・ しかし、基本的事項はすべての病院施設種別に共通概念として、本指針に示す基本構造は施設内で共通とする。
- ・ 病棟、専門診療科の種別などに応じて細部の記載形式フォーマットを工夫する。
- ・ ただし、同系の診療科が複数ある場合にも、同一の意味を示す用語は統一、統一形式とする努力が強く求められる。

注 釈

● 入院時の記録(初期記録)

- 入院時の意味
 - ・ 予定入院の場合は、事前に情報入手が望ましい。
 - ・ 他院からの紹介あるいは外来の担当医が異なる場合、情報提供書や紹介状の内容に疑問があるときは、直接記載者に内容の真正性の確認をすべきである。
 - ☞ 誤りの情報に基づいて治療が行われることによって生じる医療事故を防止するためである。誤記にもかかわらず、情報提供書に記載された内容(処方情報など)を無批判に転記した結果、有害事象を生じたときは実施者の責任となることはいうまでもない。
- 全診療科共通記録
 - ・ 医療機関全体として共通の様式で書く部分で、基本情報、最終診断名、転帰、入退院経路、全体経過、退院後の方針などが可能であろう。
- 各診療科記録
 - ・ 全経過のうち、各専門分野に特有の様式で書く部分で、手術、処置、眼底・内視鏡など特殊検査などの概要や画像データの添付資料などがとくに必要と考えられる。
- 入院時記録の記載目的は、以下の点を明示してケアプロセスの指針を示すことにある。
 - ・ 入院目的を明確にする。
 - ・ 急性期の場合は、まず当面の目標(特に身体面、心理面)を明確にし、当面の計画・手順を明示する。
 - ・ 全人的観点(身体面、心理面、社会生活面)から問題点や課題を整理して、医療専門職はどのエピソードをどこまでかわかり、診療・看護面および福祉・介護面から支援するのかなどの方針を明示する。
 - ・ 入院中のみならず、退院後に継続する視野で記載する。
 - ・ 目標を明確にする。すなわち中・長期的に対象者が何を克服し、どのようになればよいかを記載する(医学的のみならず、本人および家族の希望・願いについても記載する)。
 - ・ 入院直後に明確にならない問題は、「可能性のある問題点、課題、恐れ」として記載しておく。
 - ☞ 入院経過中に状況の変化、計画、方針が変更された場合は、変更期日とともに変更点を明示する。
- 入院までの経緯は何故必要か
 - ・ 医療はひとりの医師のみで完結することはきわめて稀であり、チーム医療によって質と効率が確保される。入院中のみならず、退院後に継続する医療を展開するために、入院前の患者のケア状況を担当する医療専門職等が共通認識する必要があるからである。
- 予定・緊急入院区分の必要性
 - ・ 医療施設の患者の受け入れ実態を分析し、将来の医療サービス向上の工夫に資するために重要資料と考えられる。
- コミュニケーション能力の判定についての注意事項
 - ・ 入院中のケアの方法に大きく影響するので、多角的に(家族・周囲の関係者の意見を聞き)能力を総合判定する必要がある。
 - ・ 入院前および入院時の病状、様態が誘引になる心理的な因子が影響する場合が多いので慎重に判定する。高齢者の場合、聴力低下のためにいわゆる認知症と混同することがあるので慎重に判定する必要がある。
- 目標について
 - ・ 入院時にまず、目標が検討されなければならない。
 - ・ 検討すべき視点は、提供する医療の達成目標の前に、対象患者が当面および日常生活において短・中長期にどうなったら良いのか、患者本人または家族が何を期待しているのかを把握する。

注 釈

- ・ 患者および家族の期待もこの範疇にある。
- ・ 関係する医療専門職は、その達成ための漸次的視点からの課題と、どのような医療を提供すれば効果が上がるか、とをカンファレンスなど(紙面・電子的カンファレンスでも良い)を通じて退院後も継続する達成目標を設定し、本人および家族ともに共通認識を持つことが薦められる。
- 問題点リスト
 - ・ 入院中に継続的に経過観察、検査、治療、支援、支持しなければならない問題、課題を列挙する。
- 担当者の立場
 - ・ 例えば医師ならば「主治医」または「主任担当医」、研修医など指示医にならない医師の場合は「担当医」など、患者にかかわる立場と役割を明示して、責任を明らかにする。
- 入院診療計画書
 - ・ 医師、看護師をはじめ、担当するすべての専門職がそれぞれの観点から協同で記載し、署名する。
 - ・ 入院目的、入院中の達成目標、期待される成果を記載する。
 - ・ 判明している範囲の主要傷病名(症状)、随伴傷病名(症状)、併存傷病名(症状)を記載する。
 - ・ 推定される入院期間、予定される検査及び手術内容及び日程、その他入院に関し必要な事項を記載する。
 - ・ 当該診療計画が入院した日から起算して7日以内に、患者に対して文書により交付する。
 - ・ 入院診療計画書は、患者に対する最初の情報提供手段であり「提案書」の意味もある。したがって、患者にわかる表現で記載すべきである。
 - ・ 入院診療計画書に対して、患者(判断できない場合は家族)が内容を理解し、同意したことを最終的に残す。
- クリニカルパス(クリティカルパス)を入院診療計画書として代用する場合
 - ・ 目標、目的、期待される成果、実行計画はパス適用外の医療行為についても明示する。
パス適用項目も、経過中に変更が生じたときには、速やかに修正する。(修正前後の変化がわかるよう両者を記述する)
 - ・ 略語は可及的に使用せず、止むを得ない場合は必要に応じて別欄に注釈を付記する。

● 経過記録

- 記載に当って念頭に置くべき事項
 - ・ (1) 情報の共有 (2) 情報の開示 (3) 医療の質保証のために、時系列、多角的視点からプロセスが概括できる記載
- 上記を達成するための「経過記録」および「指示記録」の作成のためのキーポイント
 - ・ 問題志向型による記載
 - ・ 医療サービスの評価・検証
 - ・ 記載者の責任性
 - ・ 判読効率の良い記載手順
 - ・ 論理的な記載
 - ・ 見読性（略語の限定、日本語を使用）
 - ・ 時系列の記載（本指針「記載の基本的事項第2項および第4項」参照）
- 経過記録記載時の留意事項
 - ・ 記載者の思考と行動過程が第三者に判るような記載方法を心がける。
 - ・ 実施した事実と結果に対して評価を記載する習慣をつける。
 - ・ 評価に基づく再計画を怠らない（有害エピソードも含む）。
 - ・ インフォームド・コンセントを日常化し、患者の意思、要求、期待および希望を表現する。
 - ・ 医療の過程の区切りに再評価する習慣をつけ、要約を記載する。
- 情報の一元化、統合的記載
 - ・ 同じページに異なる専門職が協同で記載すべきである。
 - ・ その際どの職種が記載したのかが一目でわかるようそれぞれのエピソードごとに署名する。
 - ・ 職種ごとに色を変更、職種名表記などの工夫をすると良い。その際に使用する色は医療機関内では統一する必要がある。
- ケースカンファレンス要約について
 - ・ 担当者間の日常の協議内容は積極的に経過記録に記載する。会議が行われた際には、会議録とは別に経過記録内に要約を記載することがチーム医療に有効であると考える。
- 上級医、指導者などの補追・修正記載時の留意事項
 - ・ 研修医などが記載した内容を上級医や指導医または上級の専門職などが補追、内容修正したりする場合、また電子記録において、注釈、コメントなどを噴出し挿入機能などを利用してメモ書き機能を活用する場合、公式記録では特に次の配慮次の配慮をおこなう。
 - ① 改ざん（違法な修正・追記）との誤解を避けるために「追記」「誤り修正」記事であることを明記する。
 - ② 「補追」「誤り修正」記事には、「元の記事の年/月/日/刻」と「内容が判る端的な見出し」を付記して元の記事と関連付ける。
 - ③ 補追、誤り修正の年/月/日/刻及び記載者を明記する。

注 釈

● 説明と同意書等、患者の意思決定の書類

- 患者の意向
 - ・ 成人にあっては、原則として本人の意思表示に従うことが大前提である。合理的判断が不能であると複数のものが判断する場合は、法定代理人(保護者)または現に患者の介護等を行っている親族もしくはそれに準ずる者の意思表示をいう。
- 説明と同意書および患者の意思決定(インフォームド・コンセント)の過程の書類
 - ・ 手術あるいは侵襲を伴う検査・処置についての説明書と同意書、輸血・血漿分画製剤同意書、入院患者には入院診療計画書および退院指導計画書(退院療養計画書)がある。
 - ・ これらの目的は、病状・検査や治療について、医師のみならずすべての関係する専門職によって多角的に検討された内容を分かりやすく説明し、患者(患者家族または保護者を含む)の理解を得ることである。その結果、患者の意思が治療に反映されることが重要で、セカンドオピニオンを求める権利、またはそれを拒否・保留する権利を保証することを明記する。
- 入院時医療の計画書の位置づけ
 - ・ 入院時計画書が最初のインフォームド・コンセントの過程の記録である。
 - ・ 患者が治療の主体であることを念頭に記載する。
 - ・ 患者がどのようなことを目標に、医療者は何をどのようにしようとしているか、治療により期待される効果および起こり得る不都合点、および危険性も含み記載する。
 - ・ 経過中に変化、変更が生じたときは速やかに修正する。その際、変更の理由、変更前後の内容が明示する必要がある。
- インフォームド・コンセント(IC)
 - ・ インフォームド・コンセントは単に、患者(家族)に説明し、患者(家族)が同意したという事実を書類で残すということではない。患者と医療者との良好な関係(信頼関係)を生み出すプロセスである。したがって、「法令上必要であるから」や「訴訟に備える」ために「説明と同意書」を作成するのではないことを明記する必要がある。十分な説明の結果、患者の同意が得られない場合は「意思決定書」として患者の意向を正確に(必要によって患者(家族)の発言をそのまま)記録する。

注 釈

● カンファレンス記録

● カンファレンス記録とは

- ・ 入院時、状況の変化時（手術、制癌剤の使用、非経口的栄養摂取など）および退院時などに記載する。他職種が異なった視点から、次の諸点を共通認識する過程を記録する。
 - ① 状態評価（健康障害となるエピソード（残存する能力）、生活障害になるエピソード（代替の方法））
 - ② 問題点の整理、解決すべき課題の整理、医療方針の立案、方針変更すべき点などを協議した事項
- ・ 本人・家族などにも積極的に参加してもらうことが望ましい。その際には、会議概要には発言を忠実に反映し記載する。

注 釈

● 手術・麻酔時記録

● 手術時・麻酔時記録

- ・ 手術記録、麻酔記録、手術時看護・処置記録を含む。
- ・ 手術術式は、可及的に標準術式名を記載する。(2004年時点ではKコード、またはICD-9-CMなどの一般的コードを採用することが望ましい。)
- ・ タイムアウト(麻酔前および執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止めて患者確認作業を行うことを言う)の時刻を「手術麻酔関係時刻」として記載する。

● タイムアウト時の記載事項

- ・ 執刀医の責任のもとで、麻酔前および執刀前に、麻酔医、外回り看護師が医療記録、患者のリストバンドなどによって患者を確認する。
 - ◇ 患者氏名と予定術式(手術部位)および予定麻酔方式を確認、(術式によっては、画像所見によって部位を確認)手術器械等の種類(ガーゼ・チューブなどを含む)、員数、材料(インプラント・ペースメーカーなど)が揃っているかなどを確認する。
- ・ 術後に、実施した手術名(術式)、部位、手術器械等の種類、手術部位完全閉鎖などを確認する。

● 使用した手術材料の記載者

- ・ 術者が記載することが原則である(外回り看護師および麻酔担当医が記載したものを、手術責任者として術者および麻酔担当医が内容を共に確認し、署名しても良い)。
- ・ タイムアウト時に担当者全員が確認して記載する。
- ・ 術者以外の医師(助手、外回りの医師など)が代理記録する場合は、事後に術者が手術責任者として確認し、署名する。

● 予定外の手術およびエピソード

- ・ 予定外(計画外)追加手術を行った場合はその理由、術中に起こった(発見した)異状など予期しないエピソードを記録する。
 - ①予期しない問題点のための同一目的の再手術
 - ②入院中を問わず症状・傷病の再発に対する再手術(自施設、他施設を問わず)
 - ③予定していた再手術(ペースメーカーの入れ替え、人工骨頭の入れ替えなど)

● 診断名の記載

- ・ 術前病理診断は、例えば内視鏡検査により病理診断が確定している場合に記載し、術前臨床診断と区別する。
- ・ 術後病理診断は、確定病理診断が出た後記載する(退院時に確定していない場合は確定後に追加記載する。その際、病理診断が確定した日時を記載し、病理診断報告書を同一ファイルに添加保存する)。

● 手術記録の完成時期

- ・ 手術終了後8時間以内を原則とする。病理確定診断は結果が出しだい、術者が臨床診断との比較評価を記載する。

● 麻酔医の事前訪問時の診察記録について

- ・ 麻酔担当医は手術前日に患者を訪問し、全人的観点から患者の容態を評価するとともに心理的状态も記録する。
- ・ 麻酔医、患者が術前に不安を抱えていることに配慮し、患者を訪問して術者と異なる立場で面接し、インフォームド・コンセントの形成過程を記録することが望ましい。

注 釈

- 手術時看護処置記録について
 - ・ 手術室入室に、病棟(外来)担当看護師と手術担当看護師(外回り、手術補助の両者が望ましい)が、医療記録、リストバンド、患者名の呼称(意識があり応答ができる場合)などによって確認した事実を記載する。
 - ・ 術中は外回り看護師が処置内容を記載し、術後に手術補助看護師と確認し、双方が署名する。
 - ・ 外回り看護師は、術後のタイムアウト時に使用した手術器械、材料の種類・員数(回収した種類・員数)を手術担当医(責任者)、担当看護師、および麻酔担当医と相互に確認し、独自に記録する。
- 記録の完成時期
 - ・ 術後治療、処置担当者に必要な情報が引き継ぐべき事項は手術室内において可及的に完成する。
 - ・ 執刀医、麻酔医、看護師および臨床工学士などすべての担当者が内容を確認する。
 - ・ 術中の迅速病理組織診断結果もその範囲にあるが、事後に確定診断結果が提出された段階で記載する。

処置記録

- 検査・治療上の処置
 - ・ 病棟などで行う中心静脈圧測定や血流測定のための中心静脈カテーテル挿入や、褥創に対する小外科手術や、導尿用の膀胱カテーテルの挿入と前立腺肥大患者にブジーによる尿道拡張などの処置をいう。
- 看護上の処置
 - ・ 患者の療養生活支援上の排便、浣腸や体位変換などの日常的処置も含む。適切な病名(症状)が欠落することの無いように記載する。
- 処置と診療報酬算定
 - ・ 例えば導尿(尿道拡張を用するもの)と膀胱洗浄および留置カテーテルの設置は同一日内には算定できない。しかし、医療記録には(結果評価、経過評価に供するため)行った処置をすべて記載する。

検査記録

- 専門性の高い検査項目
 - ・ 画像検査、脳波や呼吸機能検査などで、専門医による判定が望ましい。
 - ・ 内視鏡による生検の判定、高度な知識経験を必要とする CT、MR、PET、超音波画像およびエックス線画像などの判定は、専門医が担当することが望ましい。
 - ・ 専門医が常時在勤できない場合は、定期的に担当医と検討会を開き、その結果を記録することが求められる。(情報ネットワークを介した遠隔会議、遠隔診断も代用できる)

他科受診記録

- 他科受診
 - ・ 同一医療機関内の二つ以上の診療科(医療部門)などで協同して医療を行う場合をいう。
 - ・ 「併科受診」「共同診療科」などと呼称する医療機関もある。
 - ・ 外来診療扱いの場合も外来医療記録のみならず入院医療記録に概要を記載する。

指示(依頼)記録

注 釈

- 指示記録
 - ・ 同一医療機関内の異なった医療部門に属する医療従事者に、医療行為の依頼や指示を出した場合の記録
- 薬剤投与（注射・経口・外用）、輸血
- 一般（食事・処置）
- 検査、画像診断の指示・依頼など
 - ・ 継続指示（定期指示）
 - ◇ 一定期間を継続的に実施するか、または定期的に繰り返し実施を求める指示行為をいう。
 - ・ 一時指示（臨時指示）
 - ◇ その時点あるいは臨時的に実施を求める指示行為をいう。
 - ・ 口頭指示
 - ◇ 対面した口頭による指示のほか、電話などによる音声のみによる指示を含む。⇒「事後記録」参照
 - ・ メモ用紙などの取り扱い
 - ◇ FAX およびメモ用紙による指示や電子伝達機能による指示（依頼）は、口頭による指示に比して確実性が増すが、所定の様式の記録との連続性、欠落、落丁に留意し、経時的な保管が必要である。
 - ・ 指示簿
 - ◇ 患者別の指示記録は経過記録内に記載し、病棟内での業務単位ごとに指示簿を用意する場合には、両者に記載する。
 - ◇ 電子化に際しては、このような転記作業が発生しないよう一貫したシステムとする。
 - ・ ワークシート
 - ◇ 患者個別の指示簿（記録）とともに、担当者が、誰に、何をいつすべきか、変更・中止などの指示、指示受け、実施確認の経過等が通覧できる「ワークシート」を記載することが多い。その際、患者個別の記録から担当者別に再構成のために転記するので、誤記がないように確認する手順が不可欠である。
 - ・ 事後記載
 - ◇ 集中治療病棟や救急外来などでは、事前の指示、指示受け、実施計画、実施前確認の記載が実時間で記載することが困難な場合がある。
 - ◇ ここでは、「実施後確認」時に上記の過程を記載する場合を「事後記録」という。
- 医療機関によっては、指示が経過記録のみに記載される場合がある。そのような場合は、他の専門職、他部門への指示および依頼であることを「指示・依頼」の表示をするなどして、他の記事と区別して認識できるように記載する。

● 中間要約（サマリ）

中間要約（サマリ）

- ・ 経過記録に「中間要約」（サマリ）項目を特に明示して記載記述する。
- ・ 医療機関内で共通のタイミングや記載の様式などを設定して、他の経過記録と容易に識別できるように記載することが望ましい。
- ・ 方針、医療サービスの変化時には必ず記載する。
- ・ 適用する保険の変更時に必ず記載する。
- ・ 家族関係、生活環境の変化時など社会的変化が生じたときも、必要に応じて記載する。
- ・ 入院中の転科、転棟時など、担当者が変わるとに引継ぎ事項として活用する。
医師、看護師のみならずリハビリテーション、服薬指導、栄養指導などの特記事項も成果を要約（サマリ）する。

注 釈

退院時要約(サマリ)

- 様式
 - ・ すべての専門職種が同一の様式内に統合して共同記載することが望ましいが、現時点では専門職種ごとに様式が異なり分離して記載している場合でも一定の順序で統合して綴じる。
- サマリの電子化
 - ・ 電子化時には専門職種が相互参照しながら共同記載するように設計する。検索時には必要に応じて分離表示、統合表示などの編集を可能にすると利便性が増す。
- 傷病名(症)の記載について
 - ・ 患者が抱える医学的観点からみた主たる身体的・心理的問題点を傷病名と定義する。
 - ・ ある時点で、「検査や治療などの主たる対象となった基礎疾患の名称」を主傷病名と定義する。
 - ◇ わが国の診断群分類(DPC: Diagnosis Procedure Combination)による包括評価制度では「もっとも資源を投入した疾患名」を別に定義している。多くの場合、両者は一致する。
 - ◇ しかし、例えば透析通院していた患者がアレルギー性皮膚炎で皮膚科に入院した場合は、入院中も透析を行うため資源投入では透析の費用が大きい、主傷病名としてアレルギー性皮膚炎を選択すべきである。
 - ・ さらに、主傷病名以外の傷病名を「副傷病名」と定義する。医療の質的評価指標とするために、副傷病名の概念を以下のように区別して記述することが望ましい。
- 随伴症(病名)：発生の時機を問わず主傷病に伴う傷病概念の名称、または症状
- 併存症(病名)：主傷病とは独立して存在する傷病概念の名称、または症状
- 合併症(病名)：経過中に新たに発生した傷病概念の名称、または症状に類型化

症例 - 1

	コード上の定義	⇒	位置づけ
# 1. 虚血性心疾患	一般的な用語		総称
#1-1. 不安定狭心症	より明確な病態		主要傷病名
#1-2. 低心拍出量症候群			随伴症(病)名
#1-3. うっ血性心不全			随伴症(病)名
#1-4. 心房細動			随伴症(病)名
# 2. 本態性高血圧	明確な病態		併存症(病)名
# 3. 足部白癬(入院中に発症)	明確な病態		合併症(病)名

症例 - 2

	コード上の定義	⇒	位置づけ
# 1. 消化管出血を伴う十二指腸潰瘍	明確な病態		主要傷病名
#1-1 出血後貧血			随伴症(病)名
# 2. 胆管癌、術後			併存症(病)名
#2-1 多発性肝内転移			併存症(病)名
#2-2. 閉鎖性黄疸			併存症(病)名
# 3. 播種性血管内凝固症候群			合併症(病)名
# 4. 敗血症			合併症(病)名

注 釈

症例-3

1. 胆のう結石

主要傷病名

2. 急性胆のう炎

随伴症（病）名

または、

1. 「急性胆のう炎を伴う胆のう結石」

主要傷病名

ICDコード（両者を合わせて一つになる） K80.0

- 多くの場合、「治療や検査など医療サービスの主な対象となった診断名」と「最も資源を投入した病名」あるいは「入院目的となった病名」は一致する。

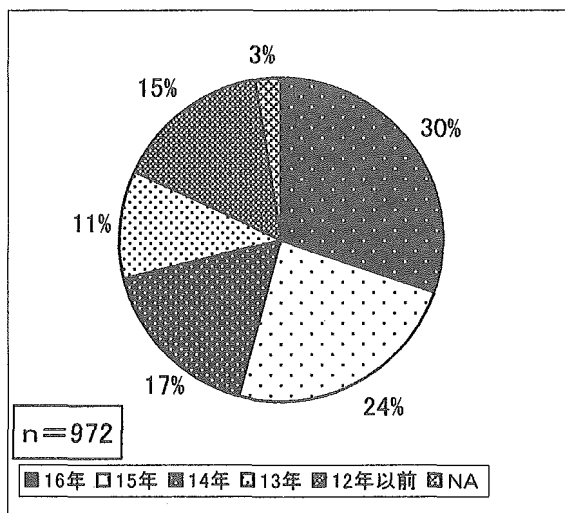
医療記録の記載とその内容の点検・評価に関する調査

調査期間:平成16年8月～9月末
 調査対象病院数:1371病院
 回答病院数:972病院
 回収率 :70.9%

I. 病院の概況について

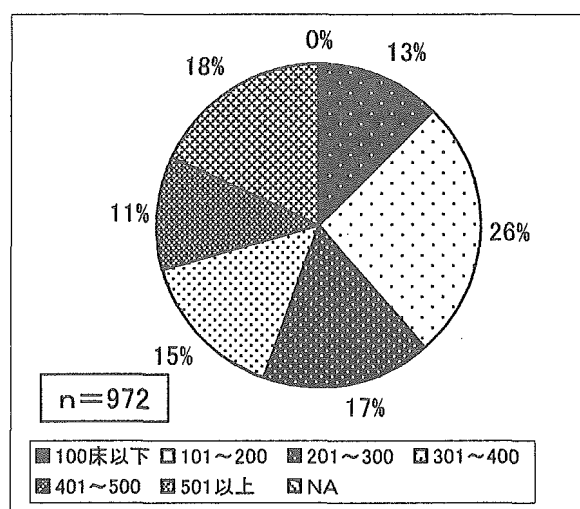
1-1. 認定証の発行年月

16年	15年	14年	13年	12年以前	NA
293	233	164	107	150	25



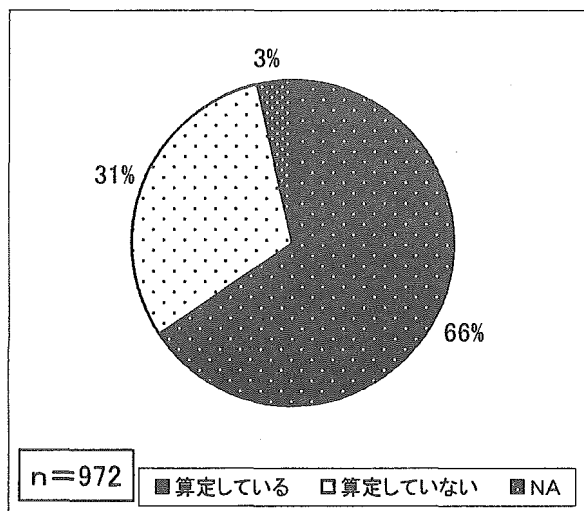
1-2. 総(稼動)病床数

100床以下	101～200	201～300	301～400	401～500	501以上	NA
122	254	165	144	111	175	1



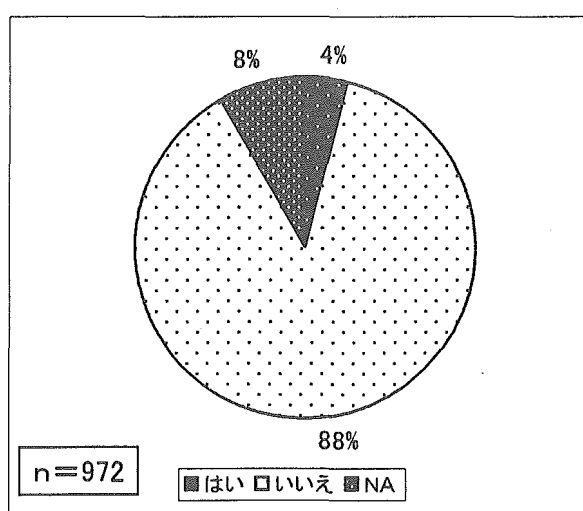
2-1. 診療録管理体制加算の算定の状況は

算定している	算定していない	NA
638	300	34



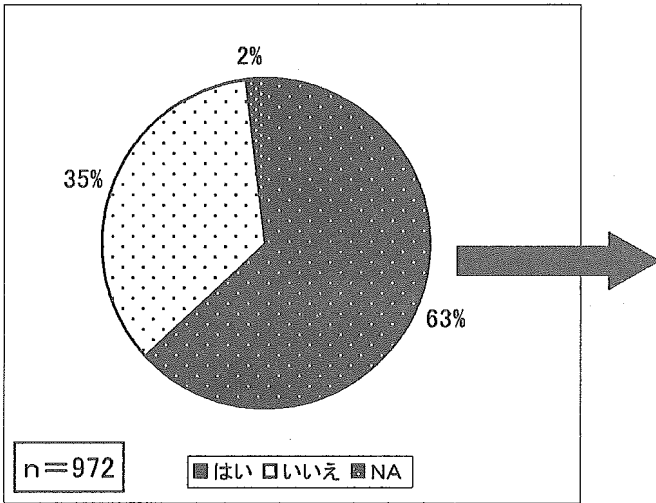
2-2. 大学附属病院ですか

はい	いいえ	NA
39	853	80



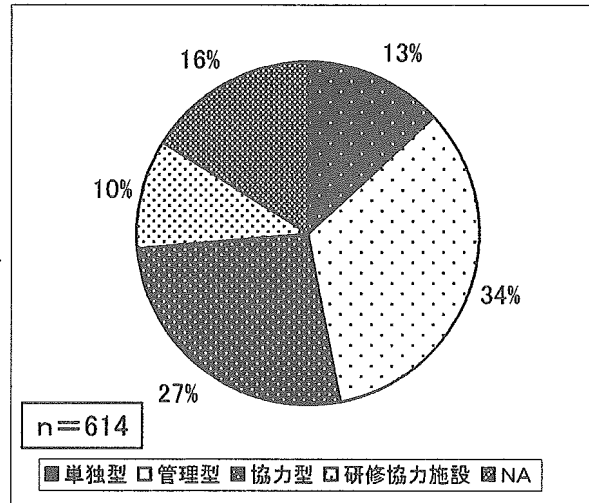
2-3. 臨床研修病院ですか

はい	いいえ	NA
614	338	20



2-4. 臨床研修病院の場合、お答えください。

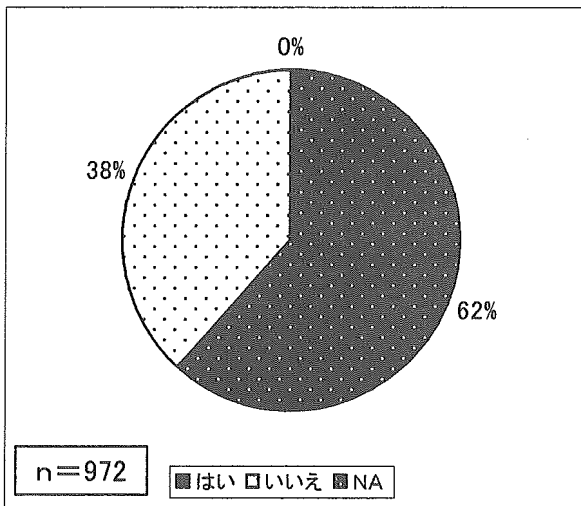
単独型	管理型	協力型	研修協力施設	NA
80	208	164	63	99



II. 医療記録の管理体制について

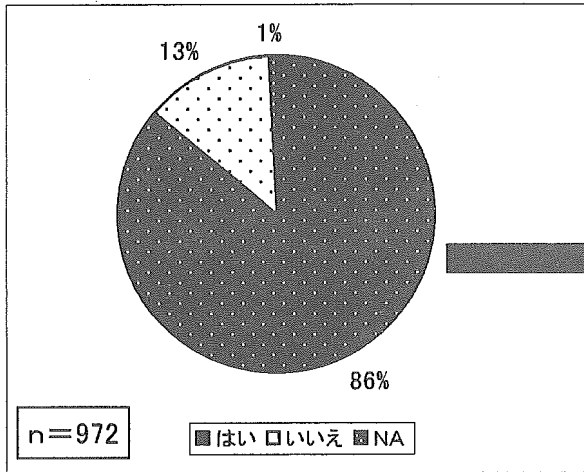
1. 診療録の管理部門は独立した部門・部署となっていますか

はい	いいえ	NA
599	372	1



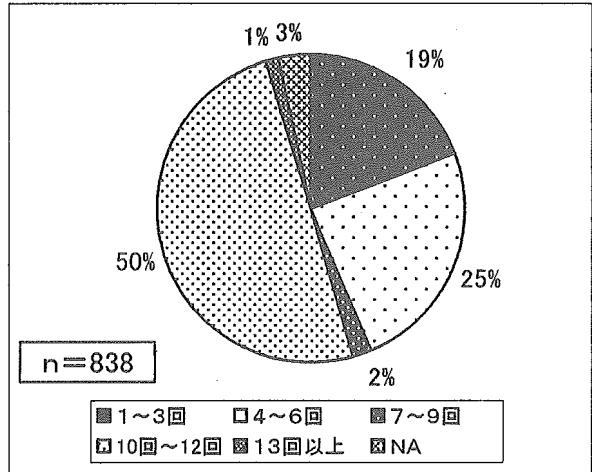
2-1. 診療録など医療記録に関する委員会はありますか

はい	いいえ	NA
838	126	8



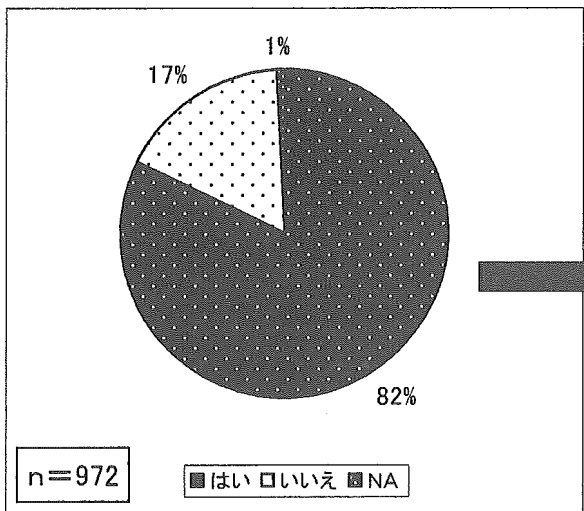
2-2. その委員会は年に何回開催されていますか

1~3回	4~6回	7~9回	10回~12回	13回以上	NA
160	206	15	417	11	29



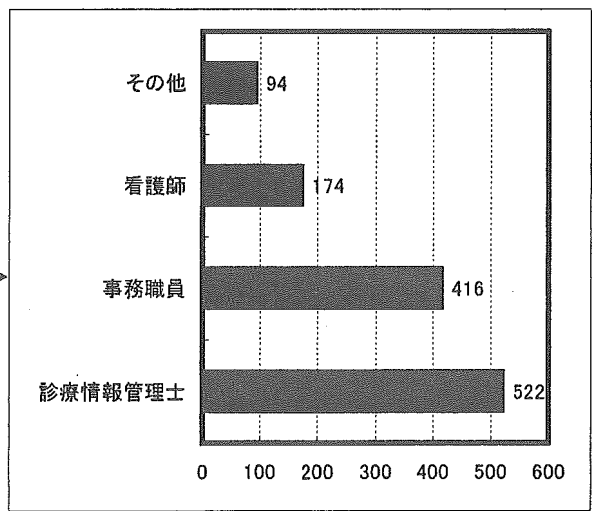
3-1. 診療録の不備を点検すること(いわゆる量的点検)は行っていますか

はい	いいえ	NA
800	164	8



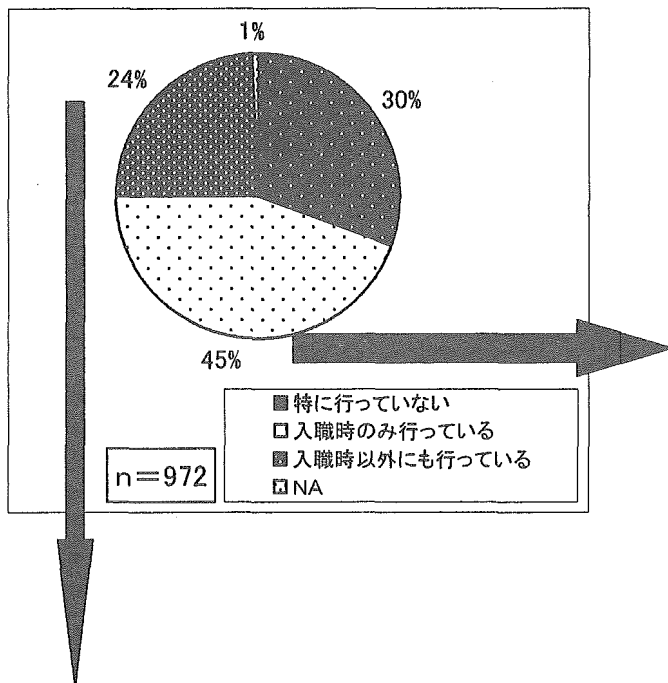
3-2. それは誰が行っていますか (複数回答可)

診療情報管理士	事務職員	看護師	その他
522	416	174	94



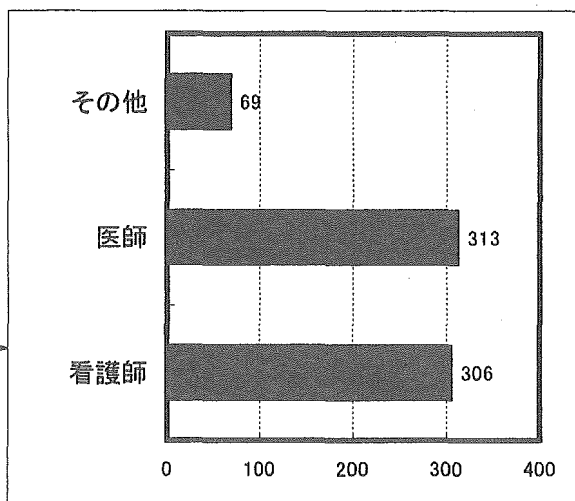
4-1. 記録の記載について、この1年間に職員の教育・研修を行ったことがありますか

特に 行って いない	入職時 のみ 行って いる	入職時 以外に も行って いる	NA
296	434	233	9



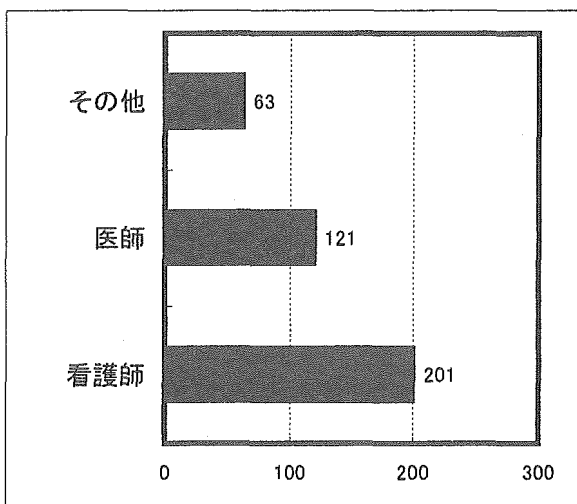
4-2. 入職時に行っている場合、その対象職種をお答えください (複数回答可)

看護師	医師	その他
306	313	69



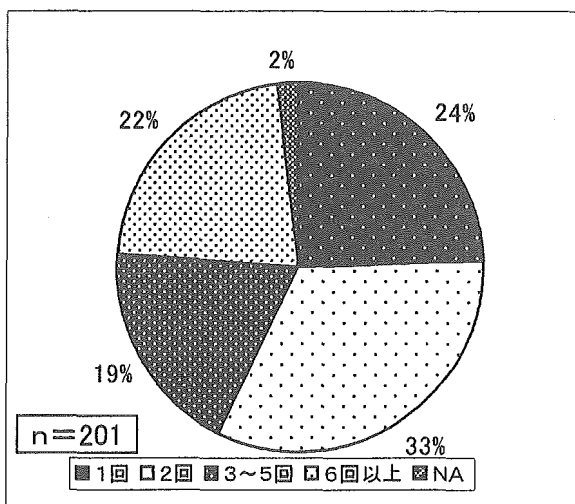
4-3. 入職時以外に研修を行っている場合、その対象職種をお答えください (複数回答可)

看護師	医師	その他
201	121	63



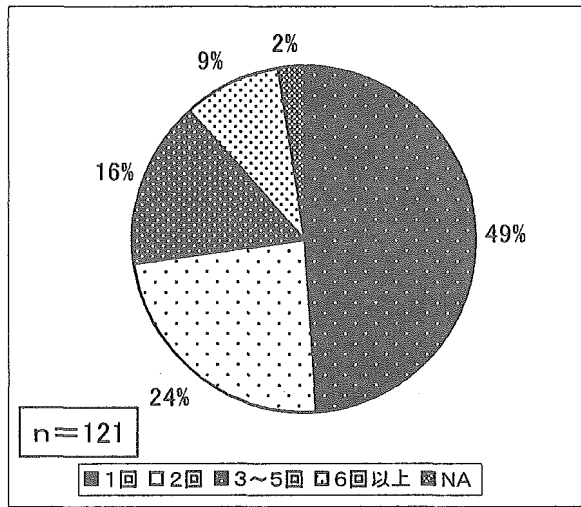
4-4. 入職時以外に研修を行っている場合の、年間の実施回数は 看護師

1回	2回	3~5回	6回以上	NA
49	66	38	44	4



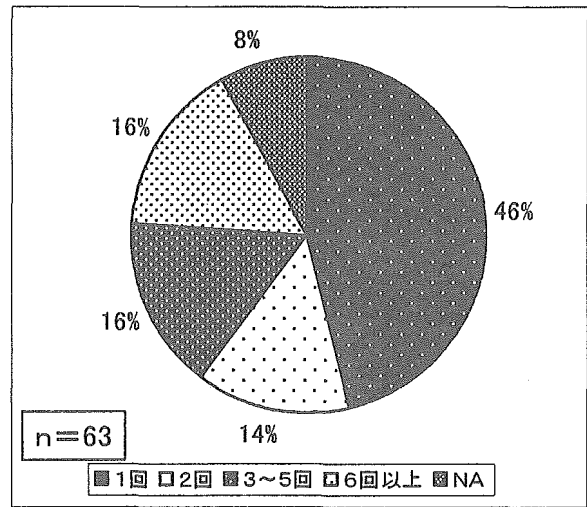
4-5. 入職時以外に研修を行っている場合の、
年間の実施回数は 医師

1回	2回	3~5回	6回以上	NA
59	29	19	11	3



4-6. 入職時以外に研修を行っている場合の、
年間の実施回数は その他

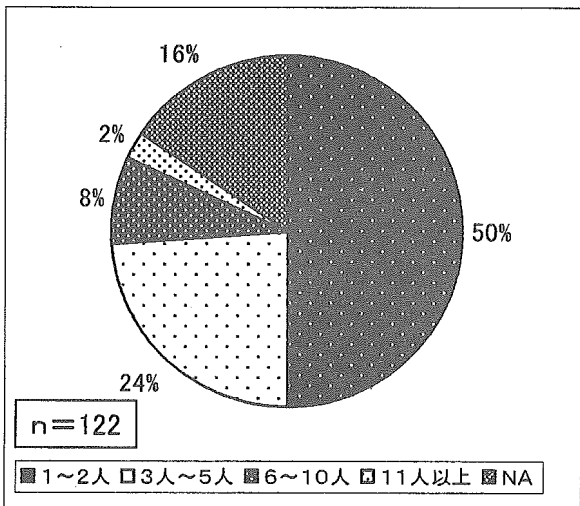
1回	2回	3~5回	6回以上	NA
29	9	10	10	5



5-1. 医療記録(診療録)管理部門の職員について : 100床以下

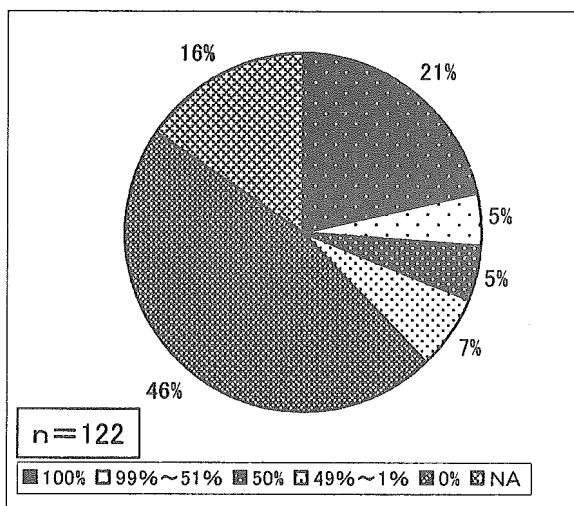
1) 職員の人数

1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
61	29	10	3	19



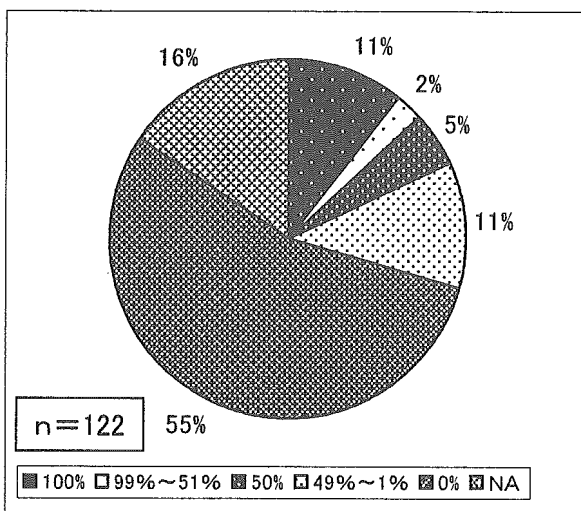
2) 専従職員の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
26	6	6	8	57	19



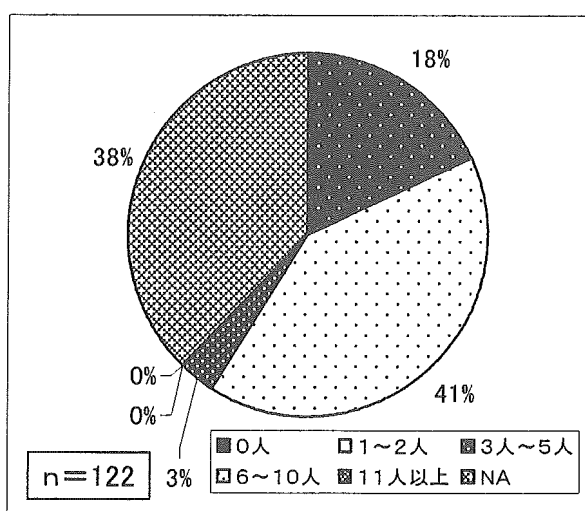
3) 診療情報管理士の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
13	3	6	14	67	19



4) 診療情報管理士の通信教育受講人数

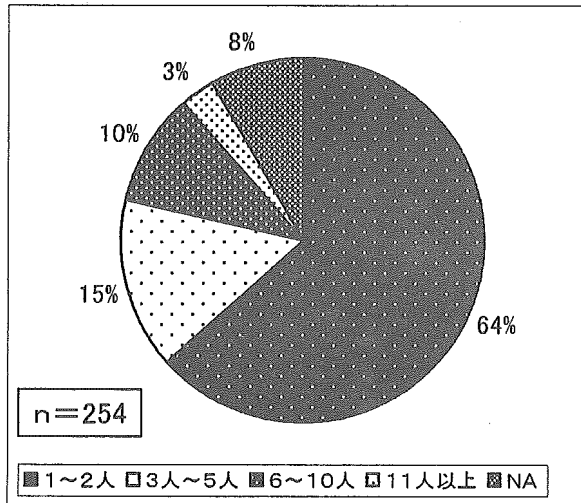
0人	1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
22	50	4	0	0	46



5-2. 医療記録(診療録)管理部門の職員について : 101~200床

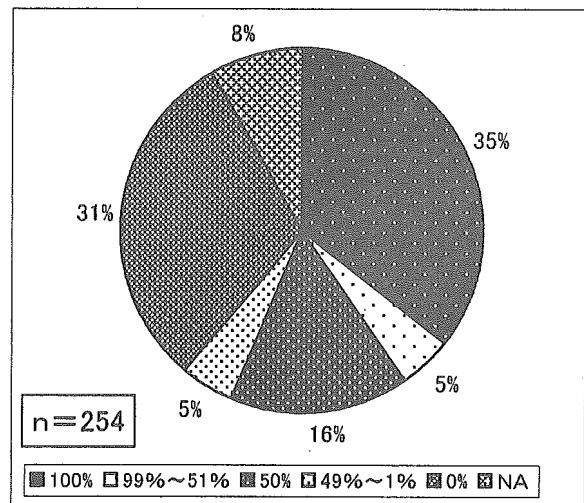
1) 職員の人数

1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
161	39	25	8	21



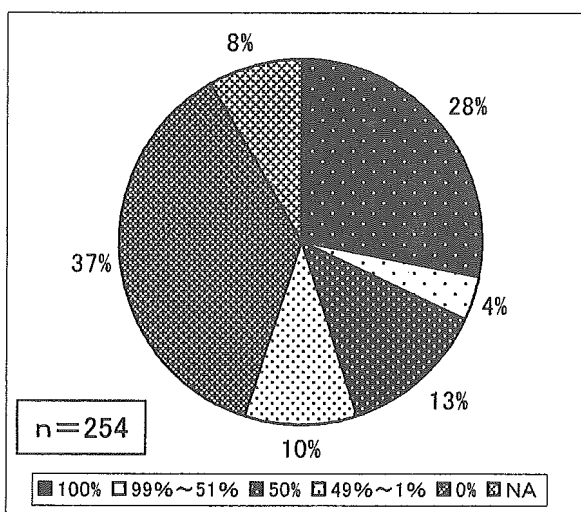
2) 専従職員の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
90	12	41	12	78	21



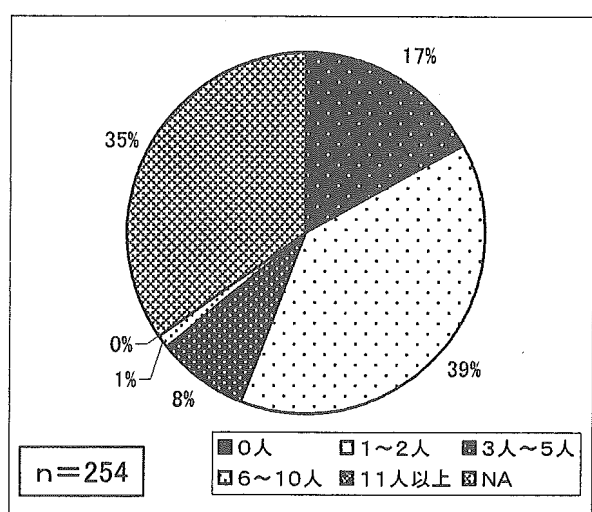
3) 診療情報管理士の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
71	10	33	26	93	21



4) 診療情報管理士の通信教育受講人数

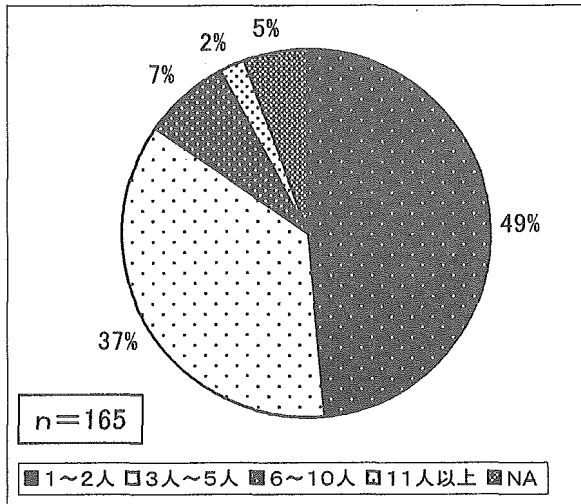
0人	1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
43	99	21	3	0	88



5-3. 医療記録(診療録)管理部門の職員について : 201~300床

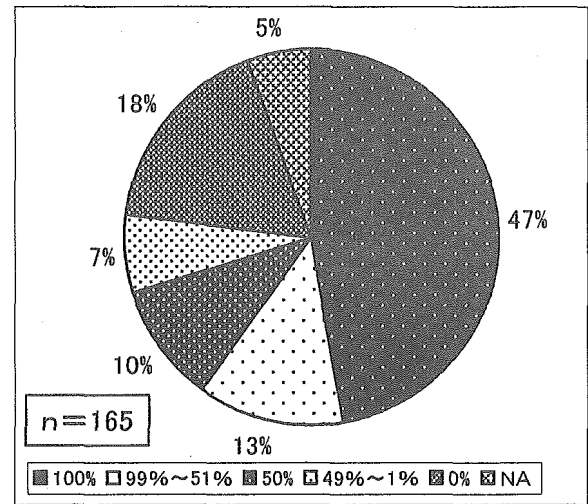
1) 職員の人数

1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
80	60	12	4	9



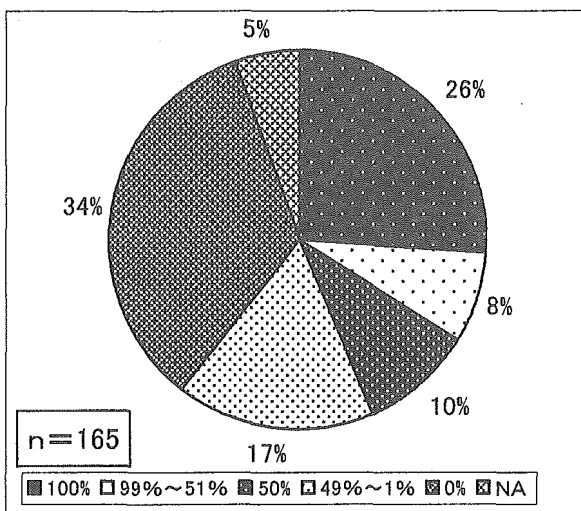
2) 専従職員の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
78	21	17	11	29	9



3) 診療情報管理士の割合

100%	99%~51%	50%	49%~1%	0%	NA
43	13	16	28	56	9



4) 診療情報管理士の通信教育受講人数

0人	1~2人	3人~5人	6~10人	11人以上	NA
28	68	13	0	0	56

