

病歴室

現在病歴室は、診療情報管理士 2 名、事務員 1 名で業務を行っています。

◇主な業務内容◇

1. 入院診療録（入院カルテ）の管理

病歴室に集められた診療録を、整備・点検し、決められた編綴順にそろえて製本しています。診療録に必要な入院総括（退院サマリ）や手術記録が作成されていないときは、医師に作成の依頼をします。その他、各種伝票で不足のものがある場合は、各部署から取り寄せ、製本しています。診療録は、病歴システムによってアライバイ管理し、必要に応じて貸し出しを行います。

2. 入院診療情報の管理

入院総括とカルテ内の診療情報（病名・処置・検査・手術等）を ICD-10、ICD-9-CM、手術コード（医科点数表の区分番号）に基づいてコード化（コーディング）し、病歴システムへ登録を行います。

これらを使用し、細かく決められたコーディングルールに従って、入院患者ひとりひとりの診療情報をコーディングしています。

※ICD-10……WHO が設定した疾病に関する国際統計分類で、病名をアルファベットと数字 4 桁で表したもの。

※ICD-9-CM…アメリカで使用されている医療行為分類を日本病院会が和訳し、処置や手術を数字 4 桁で表したもの。

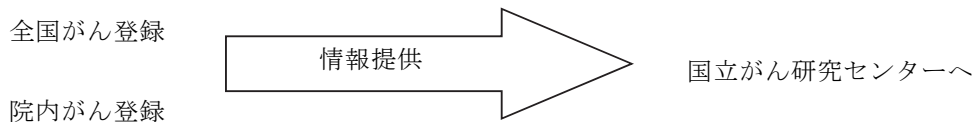
※手術コード…診療報酬点数表の診療行為のうち手術の領域にふられたもので、手術行為をアルファベット K と数字で表したもの。

3. 医療統計の作成

コーディングし、病歴システムに登録した患者情報を集計し、統計の作成を行います。それに伴い、研究支援および経営分析支援としての業務も行っています。

4. がん登録の実施

がんと診断されたすべての患者（入院・外来）について、診断・治療・予後に関する情報を集め、整理・保管し、集計しています。



また、登録に関するルールの一斉化や今後の動向についての情報共有などを目的とした『実務者研修』や『がん登録部会』への参加も積極的に行っています。

2016 年症例からがん登録が法制化され、**全国がん登録**になりました。

5. 月次処理

- ・未サマリの診療録のリスト出力と主治医への催促
- ・未返却診療録のリスト出力と各部署への催促
- ・エラー情報のリスト出力と修正
- ・入力状況集計表の出力

6. 年度処理

- ・病院業績集作成のための各種統計表の出力

7. その他

- ・各種調査、統計依頼に対する報告
- ・診療録管理委員会
- ・適切なコーディングに関する委員会（D P C委員会）