

自己点検事項

◇ 診療録管理体制加算1(A207)

(1) 診療記録の全てが保管・管理されている。

(適 ・ 否)

※ 過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等が保管・管理されている。

(2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」

(令和3年1月厚生労働省)に準拠した体制である。

(適 ・ 否)

(3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されている。

(適 ・ 否)

点検に必要な書類等・診療録管理部門又は診療記録管理委員会の設置が確認できる書類(設置要綱・議事録等)

(4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。

(適 ・ 否)

点検に必要な書類等・診療記録の保管・管理のための院内規定

(5) 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、

うち1名以上が専従である。

(適 ・ 否)

点検に必要な書類等・退院患者数が確認できる書類

※ 診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計(ICD10による疾病分類等)を行うものであり、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を除く。)、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。

※ 当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。

※ 常勤診療記録管理者について、非常勤職員の常勤換算は認められない。

※ 常勤診療記録管理者は、派遣社員や指揮命令権のない請負は認められない。

(6) 入院患者についての疾病統計には、ICD上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされている。

(適 ・ 否)

点検に必要な書類等・入院患者についての疾病分類が確認できる書類

医療機関コード

保険医療機関名

(7)以下の項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できる。

(適 ・ 否)

ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号を含む。)

イ 入院日、退院日

ウ 担当医、担当診療科

エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾患名

オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術

※ 当該データベースは、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されている。

※ 当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「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」(平成29年4月14日(個人情報保護委員会、厚生労働省))に基づく管理が実施されている。

(8)全診療科において退院時要約が全患者について作成されている。

(適 ・ 否)

※ 前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上である。

※ 退院時要約は、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。

(9)患者に対し診療情報の提供が現に行われている。

(適 ・ 否)

※ 「診療情報の提供等に関する指針の策定について」(平成15年9月12日医政発第0912001号)を参考にしている。

点検に必要な書類等
・退院時要約の作成状況が確認できる書類

点検に必要な書類等
・退院後14日以内に退院時要約が作成された割合が確認できる書類

点検に必要な書類等
・患者に対する診療情報の提供数が確認できる書類

医療機関コード

保険医療機関名