

診療録管理規定 千葉健生病院	承認日	2022年11月1日	
	承認者	承認者	作成者 佐々木

【目的】

診療記録の中央管理を行い、その適正な管理と迅速な提供を目的とする。

【病歴管理委員会の設置】

医療情報委員会（2022年11月に医療情報システム委員会を再編成にて名称変更）内に設置する。

【管理開始年月日】

昭和55年（1980年）からの診療録を保管している。

平成16年11月病歴室開設。

【カルテの形式】

2010年2月以前は紙カルテ（A4）

2010年2月～電子カルテ運用（NEC社 MegaOak）

2016年3月～電子カルテリプレース（ソフトウェアサービス社 Newton2）

【カルテの保管形態】

◆外来カルテ

2010年12月まで 紙カルテ ID番号による1患者1ファイル

2010年5月より 電子カルテ運用

◆入院カルテ

2010年1月まで ID番号による1患者1ファイル。1回の入院につき1患者1ファイル。

2010年2月～ ID番号による1患者1ファイル。1患者1ファイル。2010年2月分以降の入院中に発生した文書すべて。1ファイルに複数回分をまとめる。

2015年1月～ 入院中に発生した文書を全てスキャン保存（タイムスタンプ方式）

【カルテ保管場所・保管責任者】

外来カルテ：倉庫 担当：診療録管理責任者

入院カルテ：資料庫 担当：診療録管理責任者

電子カルテ： 担当：システム管理者・診療録管理責任者

【カルテ保存年数および廃棄について】

原則としてカルテ、資料は医療法に基づいた保存年数とし、経過したものについては廃棄対象とする。

入院カルテについては、法人の方針により永久に保管することとする。

1. 外来カルテ（紙）・・・完結の日から5年
2. 入院カルテ（紙）・・・現物永久保存（昭和55年から現在まで）
3. レントゲンフィルム・・・電子保存

4. 心電図・・・・・・・・紙は5年間。スキャン保存（タイムスタンプ方式）は（永久保存）。
5. エコーフィルム・・・・・・・・紙は5年間。スキャン保存（タイムスタンプ方式）は（永久保存）。
6. エコーの所見・・・・・・・・紙は5年間。スキャン保存（タイムスタンプ方式）は（永久保存）。
7. 内視鏡所見・・・・・・・・紙は5年間。スキャン保存（タイムスタンプ方式）は（永久保存）。
8. 眼底カメラ所見紙・・・・5年間。
9. 診断書、説明同意書、証明書、意見書などその他カルテ内で作成する文書については電子カルテ内保存。
10. 医局当直日誌・・・・・・・・2年間
11. 病院管理日誌・・・・・・・・2年間

【電子保存された診療録、画像、検査所見などの管理】

電子カルテ、画像システム、生理機能システムの診療データについては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき保存性、真正性、見読性を遵守する。

保守性・・保存義務のある情報の保存性が確保されていること。

法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

真正性・・故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること。

作成の責任の所在を明確にすること。

見読性・・保存義務のある情報の見読性が確保されていること。

情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできること。

情報の内容を必要に応じて直ちに書面に表示できること。

保存性、真正性、見読性に関しては、千葉健生病院のシステム管理規定に基づいた管理を行う。

【退院時サマリーの作成】

退院時サマリーは全患者について作成し、一部外来カルテに貼付する

【統計・検索の記録】

- 1 疾病統計・・退院時サマリーによる、疾病統計の作成（ICD-10による大分類を行う）
- 2 医療統計・・退院患者数、平均年齢、平均在院日数、死亡数、その他医療統計
- 3 病歴台帳・・（患者 ID、退院病歴番号、性別、生年月日、診療科コード、入退院年月日、在院日数、主治医、居住区、転帰、主病名、ICD コード、手術記録、死亡記録、その他）

【紙媒体のカルテ貸出し規定】

■貸出期間

- 1 再入院・・退院まで各病棟で保管
- 2 書類作成・・7日間
- 3 外来診療・・当日のみ。予約診療は3日前から出庫。
- 4 保険請求・・5日間
- 5 サマリー作成・・2週間

- 6 学会資料作成・・・3週間
- 7 閲覧・・・当日のみ
- 8 その他・・・病歴管理室職員、院長の判断による

■貸出規則

- 1 院外持ち出し禁止
- 2 利用者資格は当院に勤務する職員に限る
- 3 利用者は使用カルテ、利用者、使用目的、試用期間を明らかにして診療録等管理部門の職員に貸出申請する。
- 4 カルテはすべて診療録等管理部の職員の承諾をもとに出庫する。
- 5 診療録等管理部は再入院、書類作成、外来診療、保険請求、サマリー作成で使用中のカルテを常に把握する
- 6 職員以外のその他の利用者の利月は管理会の承認を得て貸し出す。(当院の診療情報提供規定、個人情報保護規定に基づく)貸し出し手続きの申請窓口は診療録等管理部が担当する。
- 7 貸出手続き・・・アリバイ管理方法-留守番カード
- 8 貸し回しの禁止【利用者の又貸し厳禁】
- 9 使用後の返却は速やかに

【全国がん登録】

全国がん登録を行う

【患者等への診療情報提供】

患者・家族からの請求に対応する（「当院の診療情報等の提供に関する規定」にもとづく）

【入院診療録の貸出し及び返却】

貸出の目的

診療(再入院)、書類作成、外来診療、医事業務、研究、調査、教育、その他

貸出対象者

利用者資格は当院に勤務する職員に限る。(貸出期間は以下の期間を限度とする)

- 1 再入院・・・退院まで各病棟で保管
- 2 書類作成・・・10日間
- 3 外来診療・・・当日のみ。予約診療は3日前から出庫し、診療日中に返却。
- 4 保険請求・・・当日のみ。
- 5 医師支援業務・・・当日のみ。(医師に退院時要約作成依頼をかける場合は、一旦返却後、入院診療録貸出票を記入=利用者:医師)
- 6 退院時要約作成・・・2週間
- 7 退院サマリー(看護)作成・・・2日間
- 8 研究(学会資料作成等)・・・3週間
- 9 閲覧・・・当日のみ
- 10 その他・・・病歴管理室職員、院長の判断による(カルテ開示その他)

貸出規則

- 1 院外持ち出し禁止
- 2 利用者は使用カルテ、利用者、使用目的、使用期間を明らかにして病歴室に貸出申請をする

- 3 カルテはすべて病歴室の承諾のもとに出庫する。利用者は借り出し中であっても病歴室から連絡があれば速やかに返却する
- 4 病歴室は再入院、書類作成、外来診療、保険請求、サマリー作成等で貸出しのカルテを常に把握する
- 5 職員以外のその他の利用者の利用は管理会の承認を得て費し出す。(当院の診療情報提供規定、個人情報保護規定にもとづく)貸し出し手続きの申請窓口は病歴室が担当する。
- 6 貸出手続き・アリバイ管理方法〔留守番カード、貸出管理 cp システム、〕
- 7 貸し回しの禁止〔利用者の又貸し厳禁〕
- 8 使用後の返却は速やかに行う(病歴室内の所定のラックに返却=元の場所ではありません)

貸出手順と返却請求

- 1 病歴室内での閲覧については、貸出手続きは必要ありません。
- 2 以下は、留守番(アリバイ)カードを記入
再入院、書類作成(病院分)、外来診療(当日・予約)、保険請求、看護退院サマリー作成、医師支援業務の場合は、アリバイカードに使用目的、貸出日、使用者を記入し、病歴室に貸出依頼をする。
- 3 以下は、入院診療録貸出票を記入
書類作成(診療所分)、退院時要約作成、研究等、病歴室外の閲覧、その他については、入院診療録貸出票に起票 D 番号は 8 桁で記入、利用者・使用目的・貸出日を明記のこと)
- 4 期限までに返却のない場合は、借用者に返却請求します。
入院診療録貸出状況については、毎月、診療情報管理委員会に報告します。