

MEL	MEL 本文
7152	濃縮単一因子補充（第 VIII 因子インヒビターまたは第 IX 因子インヒビターを有する血友病 A、血友病 B または抗凝固因子性血友病の場合のみ）、第 VII 因子投与（給付単位=mg）
7153	濃縮単一因子補充（第 VIII 因子インヒビターまたは第 IX 因子インヒビターを有する血友病 A、血友病 B または抗凝固因子性血友病の場合のみ）、第 VIII 因子または FEIB 活性を有する製剤の投与（給付単位=1000 IE）

質問 AT-III 濃縮物の投与にはどのコードを用いればよいか。

回答 AT-III 濃縮物はコード化しない。

質問 両 MEL コードに該当するものは何か。プロトロンビン複合体の投与には、どの MEL コードを用いればよいか。

回答 両 MEL コードは、上記の単一因子濃縮物を用いた抗凝固治療にのみ用いる。

MEL 7152 のコードは第 VII 因子製剤にのみ用いる。MEL 7153 のコードは第 VIII 因子製剤および FEIB 活性のある製剤にのみ用いる。

第 II、IX、X 因子欠乏症の治療に用いるプロトロンビン複合体製剤の投与はコード化しない。

MEL	MEL 本文
7206	IRDS に対する治療のためのサーファクタント療法（給付単位=治療一連につき）

質問 呼吸促進症候群の 7 歳児に界面活性剤治療を実施した場合は、どの MEL コードを用いればよいか。

回答 呼吸促進症候群の 7 歳児に界面活性剤治療を実施した場合は MEL にコード化せず、特に MEL 7206 のコードは用いない。このコードは新生児の界面活性剤投与のみに用いる。

質問 給付単位は 1 単位の治療となっている。この 1 単位の治療はどのように定義されているか。

回答 1 単位の治療とは、入院期間中に実施した治療を IRDS の一連の治療を以って 1 単位とすると理解すればよい。通常は入院期間中にこの 1 単位の治療の適応が 1 回発生する。しかし、長期の入院になると、初回治療だけでは終わらず、無症状の期間が続いた後に再度治療の適応が必要になる。このときには、2 単位目の治療としてコード化する。

2.2.4.20 項目 XXII－習慣離脱治療

MEL	MEL 本文
7316	1回6～12週間にわたるアルコール離脱療法
7321	薬物離脱病棟での薬物離脱療法
7551	危機介入（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7552	オリエンテーション、臨床的精神的診断およびテスト（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7553	焦点化精神治療的介入（給付単位＝入院回数）
7554	短期精神療法（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7555	入院による精神療法（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7556	臨床心理学的治療、7553～7555以外のもの
7557	心理学的予防およびリハビリテーション
7566	特殊な認知および記憶のトレーニング；（給付単位＝入院回数）

質問 アルコール離脱または習慣離脱には、どのコードを用いればよいか。給付 7551～7566 を追加する必要があるか。

回答 アルコール離脱または習慣離脱には給付 7551～7566 の内容が含まれているため、給付番号は追加しない。

MEL	MEL 本文
7316	1回6～12週間にわたるアルコール離脱療法
7321	薬物離脱病棟での薬物離脱療法

質問 これはどのようにコード化すればよいか。給付内容をさらに細分するのに原則があるか。

回答 これについては治療終了または治療中止が早まる場合があっても、治療開始の初日からコード化する義務がある。給付内容を算定できるかどうかは州委員会の承認を待たねばならず、給付単位については、機能コード 1-6215 が予定されている。

2.2.4.21 項目 XXIII－急性卒中発作の治療

MEL	MEL 本文
7401	卒中発作病棟での急性発作治療（脳卒中専門病棟）

質問 給付提供の前提条件は何か。

回答 費用の発生した場所が前提条件になる。急性卒中発作の患者のためのベッドが4床以上あり、24時間受け入れ態勢にある病院であることが必要である。職員：責任者である神経医学の専門医による指導のほか、天蓋膜の専門家の補助がある。病棟で神経医学の専門家の24時間の監視がある。内科専門医が毎日24時間対応できる。神経医学の研修医が1名、指定勤務時間内に在院している。有資格の看護師（正職員）が各床、最低1人は担当する。精神療法、筋療法、言語矯正：この3つの治療をすべてカバーできる場所が少なくとも6床分は必要である。各床の設備機器：EKGモニター、継続的RR測定、脈拍酸素計、呼吸モニター。病棟で使用できる機器：経頭蓋ドップラー超音波検査、長時間塞栓検出、EEGモニター。24時間使用できる病院の基幹施設：CT、検査室、集中治療室。病棟で24時間使用できるものは、CWドップラー、経頭蓋ドップラー超音波検査、着色複合超音波検査。病院で毎日使用できるもの：MR断層撮影、MR血管造影。病院または病院の提携先で毎日使用できるもの：経胸ならびに経食道心エコー法。30分以内に準備できるもの（24時間使用可能）：脳動脈の血管造影。60分以内に準備できるもの（24時間使用可能）：脳神経外科的治療。

2.2.4.22 項目 XXIV－小児および青少年の神経精神医学

MEL	MEL 本文
7501	小児および青少年に対する神経精神医学領域での複雑な治療（給付単位＝収容日数）
7506	小児および青少年に対する神経精神医学領域での親子治療（給付単位＝収容日数）
7551-7566	危機介入、精神療法、心理療法的治療

質問 MEL 7501 または 7506 には、MEL 7551～7566 を追加する必要があるか。あるいは給付内容に含まれているか。

回答 MEL 7501 または 7506 には、すでに MEL 7551～7566 が含まれているため、新たに給付コードを追加する必要はない。

MEL	MEL 本文
7501, 7506, KJNP の段階 I KJNP の段階 R	小児および青少年の神経精神医学

質問 この看護給付は正確にはどのように定義されているか。週末であっても、記載のスタッフが全員揃っている必要があるか。

回答 実際問題として、1週当たりの時間を算定単位と考える。

2.2.4.23 項目 XXV—精神医学的診断、精神治療—精神身体医学的診断と治療

MEL	MEL 本文
7551	危機介入（給付単位＝1例当たり入院1回につき）

質問 このコードに該当するものは何か。

回答 急性期の心理社会的危機、心理的外傷、癌、侵襲的手術、SMV など患者の状態に左右される個人治療のほか、場合によっては（家族など）患者の周囲環境を含む治療。短期では約3～7時間。1時間は60分。給付単位＝患者数×入院回数。

MEL	MEL 本文
7551	危機介入（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7552	オリエンテーション、臨床的精神的診断およびテスト（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7553	焦点化精神治療的介入（給付単位＝入院回数）
7554	短期精神療法（給付単位＝1例当たり入院1回につき）
7555	入院による精神療法（給付単位＝1例当たり入院1回につき）

質問 このコードに該当するものは何か。「オリエンテーション」のコードに該当するものは何か。また、給付コード7551～7555についてはどうか。

回答 給付コード7551～7555のうち、上位の給付のみをコード化する。たとえば、入院中の精神療法のなかには、すでに「オリエンテーション」が含まれている。給付単位は「入院1回当たり」である。「オリエンテーション」とは、BMSGによって組織的に承認された

精神療法およびその準備などを明らかにすることのほか、精神療法のために患者の動機づけを理解することである。通常、オリエンテーションには3～10時間を要する。給付はそれぞれ分類され、たとえば精神医学的ならびに精神治療薬的法の考え方など、医師法の規則どおりの治療を実施した場合にもたらされる。(注：臨床的精神医学的診断(給付テストを含む)も同じくここにコード化する。医師法の「規則どおりの治療の実施」のためには、たとえば、PSY-III-必要条件としての医師会の資格を有することが評価される。)

MEL	MEL 本文
7553	焦点化精神治療的介入(給付単位=入院回数)

質問 このコードには何が該当するか。

回答 個人治療のほか、場合によっては(家族など)患者の周囲環境を含む治療。患者の状態に左右され、入院が原因のKHまたはニコチン誤用など発現する症状に限定した介入などが多い。個人療法または家族療法は平均約7時間。1時間は60分。給付単位=患者数×入院回数。

MEL	MEL 本文
7554	短期精神療法(給付単位=1例当たり入院1回につき)

質問 このコードに該当するものは何か。

回答 約10～15時間を要する個人およびまたはグループ治療。1時間は60分。給付単位=患者数×入院回数。

MEL	MEL 本文
7555	入院による精神療法(給付単位=1例当たり入院1回につき)

質問 このコードに該当するものは何か。

回答 約16～100時間またはこれ以上の時間を要する個人およびまたはグループ治療。1時間は60分。約10～15時間/週。給付単位=患者数×入院回数。

MEL	MEL 本文
7566	特殊な認知および記憶のトレーニング；（給付単位＝入院回数）

質問 このコードに該当するものは何か。

回答 7566 には、特別な認知および記憶のトレーニングをコード化する。これは、少なくとも 90 時間、単独およびまたは小集団トレーニングの範囲内で実施されるものである。この給付は、典型的には臨床心理士、医師または作業療法士のほか、類似の専門知識のある職員によって実施されるものに支給される。作業療法のコードまたは KJNP の給付は、追加することはできない（KJNP での給付が上位となっている）。認知に関する給付および記憶に関する給付を決定するための診断的処置は含まれている。トレーニングの方法には、たとえば、現実指向プログラム（Gatterer）、頭脳ジョギング（Fischer-Lehrl 法）、コンピュータトレーニングプログラム（RehaCom など）、神経トレーニング（V.Schweitzer）、脳機能トレーニング（P.Rigling）または科学的な手続きに基づく類似の方法がある。

MEL	MEL 本文
7591	重症精神疾患患者の治療
7592	精神疾患の複雑な治療

質問 MEL 7591 および 7592 のコードを同時に用いるのは適切であるか。

回答 治療日の度にそのつど給付が支給される場合には、原則的に MEL 7591 および 7592 の両コードを同時に用いることは適切である。また、このような MEL コードを用いるには、重篤度の資料（OGI、GAF）および適切な主診断が重要であると思われる。

MEL	MEL 本文
7591	重症精神疾患患者の治療（給付単位＝治療日数）
7592	精神疾患の複雑な治療（給付単位＝治療日数）

質問 7591 および 7592 の給付内容は、どのように記録すればよいか。

回答 7591 および 7592 の給付内容は、定義にあるように少なくとも連続 3 日間は提供されることになる。であるから、少なくとも連続 3 日間は日付を記録し、給付回数の欄に 1 を記録する必要がある。

MEL	MEL 本文
7592	精神疾患の複雑な治療

質問 機能レベルを包括的に把握するスケール GAF では、どのようなかたちで患者を評価することになるのか。

回答 評点基準は以下の通りである。

91～100 点

幅広い活動で卓越した作業能力があり、コントロールできないような生活の困難が全くないと思われるほか、前向きの性質が多く認められ、無症状である。

81～90 点

無症状またはごくわずかな症状（たとえば試験に対する軽度の不安など）。あらゆる分野での良好な作業能力、幅広い活動での興味および想像力が認められ、態度に社会的効果があり、生活、日常の問題または心配事に対して、おおむね不満がない（時に家族と衝突する程度のことはある）。

71～80 点

症状が認められる場合でも一過性のものかまたは心理社会的ストレス因子から予期できる反応であり（たとえば、集中困難の後の家族との衝突）；最悪の場合でも、軽度の社会的、職業的および学業的作業能力の障害（たとえば一時的な学業の遅れなど）がある程度である。

61～70 点

軽度の症状（たとえば、抑うつ気分または軽度の不眠症など）または社会的、職業的あるいは学業的作業能力に関する軽度の困難（たとえば、時おりの学業怠慢または家庭での盗みなど）はあるが、作業能力はおおむね比較的良好であり、いくつかの人間関係を保っている。

51～60 点

不良で著明な症状（たとえば、感情の平坦さ、冗長なおしゃべり、時おりのパニック攻撃など）があるかまたは不良で著明な社会的、職業的あるいは学業的作業能力の困難がある（たとえば、わずかな友人、同僚、同級生または知人との衝突）。

41～50 点

重篤な症状（たとえば、自殺願望、重篤な強迫的儀式行為、頻回の万引き行為など）または社会的、職業的あるいは学業的作業能力の重大な障害がある（たとえば、友人が一人もいないなど）。

31～40 点

現実コントロールまたはコミュニケーション能力の著明な低下（たとえば、時おりの非論理的、意味不明または内容のない話し方）または仕事または学校、家庭関係のほか、判断力、思考力または気分など多方面での大幅な障害（たとえば、抑うつのため友人を避けたり、家族を無視したり、仕事に対して無能力になるほか、子供の場合では、年下の子供を叩いたり、家庭で反抗的であったり、学校で無能となることがある）。

21～30 点

態度に妄想現象または幻覚による重大な影響があるかまたはコミュニケーションおよび判断能力の著明な障害がある（たとえば、時おりの無秩序かつ粗野で不適切な行動、自殺企図に関する強い誘惑など）。または、ほとんどあらゆる方面での作業能力の欠如があ

る（たとえば、終日ベッドに入っていたり、全く働かなかつたり、家族も友人もいないなど）。

11～20点

自傷または他傷の危険がある（たとえば、明らかに自殺を意図した自殺企図、頻回の暴力的かつ躁病性の興奮など）。または、自身の最低限の衛生状態を維持することができない状況があるほか（糞便を塗りつけるなど）、コミュニケーションに重大な障害がある場合がある（大部分は無秩序な話し方であるかまたは沈黙）。

1～10点

常に自傷または他傷の危険が大きく（繰り返し生じる暴力など）、持続的に無能力であるほか、ごくわずかの衛生状態も維持することができず、明らかに自殺を意図した自殺企図がある場合がある。

0点

情報不足。

2.2.4.24 項目 XXVI－化学療法

MEL	MEL 本文
8110-8990	悪性疾患の化学療法

ICD-10	ICD-10 本文
C50	乳腺（乳房）の悪性新生物
D70	顆粒球減少症
D72.8	上記以外で詳細が記載されている白血球疾患

質問 化学療法のため入院を予定して来院したが、白血球減少症のため入院することができず帰宅した場合には、どのようにコード化すればよいか。

回答 化学療法のため入院を予定して来院したが、白血球減少症のため入院することができず帰宅した場合には、日付を白紙にするか、入院そのものがなかったことにするかはどちらかである。入院の必要性は、入院担当医師が入院前に適切な検査（たとえば、血液像検査）によって決定すべきものである。（この場合、化学療法を実施するための）入院の必要性が（白血球減少症のために）なくなったわけであるから、患者は入院しないことになる。

MEL	MEL 本文
8110-8990	成人の悪性疾患の化学療法

質問 プレオマイシンの IE、IE abs、U z.B.などの略語は何を意味しているか。AUCは何を意味しているか。略号の意味については、医療関連文書ハンドブック補遺 1-化学療法に説明があるのか。

回答 プレオマイシンでは、IE、IE abs、U z.B.などの略号は、mg（ミリグラム）単位に換算してある。AUCは統計学で使用する略号であり、濃度曲線下面積を意味し、投与量を決定するのに用いられる。

MEL	MEL 本文
8653	PAC（CAP）療法

質問 頭部／咽頭領域の腫瘍学的疾患に基づき、挙げられているような用量決定の化学療法の規準 PAC（CAP）が得られているが、このような規準は気管支癌または胸腺癌についてのみ引用することができる。このコードに該当するものは何か。

回答 頭部／咽頭領域の腫瘍学的疾患に基づき、挙げられているような用量決定の化学療法の規準 PAC（CAP）が得られているが、このような規準は MEL 8653 にコード化されている。また、医療用資料ハンドブックにあるこの規準は、気管支癌または胸腺癌についてのみ引用することができる。このコードに該当するのは（腫瘍学的）規準であり、具体的な腫瘍学領域の適応には用いない。

2.3 入退院のコード

MEL	MEL 本文
1001-7592	全 MEL 番号

ICD-10	ICD-10 本文
A00-Z99	全診断

質問 退院せずに同日に他の専門の診療科に移送された場合、どのようにコード化すればよいか。新規の入院として扱うのか、転科としてコード化する必要があるのか。

回答 退院せずに同日に他の専門の診療科に移送された場合、転科としてコード化する必要がある。同時に2カ所に「在籍」するような入院は存在しないものとされる（「誤分割」）。

質問 まず、冠状心疾患（KHK）などで入院していたA病院から、冠動脈血管造影のためにB病院に転院し、同じ主診断により、1週間以内に再びA病院に戻った場合、この経緯をどのようにコード化すればよいか。（TとWとの「対立」。）

回答 患者がB病院から直接転院し、そのまま入院した場合には、Tでコード化する。

質問 第0日患者の予定で入院したが、入院中の合併症のため、一般病棟への入院が必要となった場合、この経緯はどのようにコード化すればよいか。（AとKとの「対立」。）

回答 この場合は、最終的には短期ベッド使用（日帰り入院）ではなくなったため、A（入院）としてコード化する。

質問 第0日患者が同日のうちに引き続き同じ診療科に入院する必要がある場合には、どのようにコード化すればよいか。

回答 同日中に同じ診療科で再度入院が必要となった場合のほか、（昼間病院などとの）区別のある機能コードとして診療科内で用いられていた場合は、二度コード化することはできない。

質問 昼間病院の範囲での入院は、昼間病院の給付項目がない場合には、いずれの入院の特徴をコード化すればよいか。

回答 入院コードであるKは、昼間病院の給付内容があるかどうかには関係なく、第0日患者としての入院にはどの場合にも用いることができる。

質問 昼間病院の範囲内で新規に昼間病院の治療を受けたのち、再入院の基準によって7日間以内に入院した場合は、どのようにコード化すればよいか（K（入院コード）とW（週）のいずれを記載すればよいか）。

回答 昼間病院の範囲内で計画された入院であり、1週間以内に入院した場合は、入院コードであるKを用いる。

質問 同じ主診断による再度の精神科領域の1週間以内の半日入院は、どのようにコード化すればよいか（H（半日）とW（週）いずれを記載すればよいか）。

回答 同じ主診断による再度の精神科領域の1週間以内の半日入院した場合、Hを記載する。

質問 1日を単位とする構成の精神科領域に長期入院する患者は、治療費が社会保険から支払われなくなった時点以降、1日を単位とする構成の精神科領域内の自己負担としてコード化すればよいか。それとも施設収容としてコード化すればよいか。

回答 ASVG § 144 (3) によれば、「病院での看護または医療的な家庭での看護は、医療的治療の必要性から生じたものではないため（療養）、承認されてはいなかった。」（BGBl.No.676/1991、Art. II Z 25）-1.1.1992。医療的治療の必要性がないために社会保障の費用負担からこれ以上拋出されない場合でも、患者は入院コードHを用いて自費の必要がなく入院することができるが、これに対してもそれぞれ医療的治療の必要性が存在する必要がある。このため、この患者は入院を伴う療養としてコードLおよび該当する費用負担者をコード化する必要がある。

質問 死亡後に臓器を摘出した患者の退院日をどのように決めるか。死亡日とするか、それとも臓器摘出日とするか。

回答 死亡した患者の入院は、（死亡証明書に記載の）死亡日に終了し、退院分類はS-死亡としてコード化する。

2.4 組織化

2.4.1 データ収集の組織化

最高精度のデータを得るためには、データ収集およびコード化の組織化にあたって、予め組織化に関するガイドラインを定めておくことよい。

記録にあたっての一連の流れがこれに当たり、記録の管理に当たるスタッフの責任を定めておく。

さらに、記載事項をもらさず正確かつ精確なものにするため、特に点検項目を設けておく。

推奨事項：

病院レベル、診療科レベルおよび事務に関する記録管理の責任者らで構成する院内情報部またはサービス部（記録管理チーム）が必要である。ここでは情報仲介の業務を行い、常時問題を解決する際に提案および支援をする。

病歴

病歴およびこれに関する医師の記載事項が示されている各症例の中心的なデータ源。病歴は、患者支給計画および管理を可能にするための上位の情報伝達媒体である。

病歴は、特別な記録の必要性を参考に組織化していくようになっている。このため、結果的に主診断およびその追加診断の決定が容易になるものと思われる。

医師の報告書

医師の報告書は、入院治療から患者が退院した後に作成される。報告書は十分な病歴の提供に基づいており、要約的な役割がある。

このため、医師の報告書には、診断および給付を十分に理解するための基礎がすべて示されている。

コード化および検査点検の時期

医師の報告者に署名する医師は通常、病棟を管理する主任医師または副主任であり、この段階で記録および管理の義務を約諾したことになる。同時に、適格書類として合格するために、この時期に記録が適切なものであるかを確認する。

未だ研修が終了していない医師に、記録ならびに管理業務を委託することは望ましくない。

診断をコード化するための補助手段

⇒ **EDV**（特別な分類、コード化されていないもののコード化）

コード化する医師の作業を容易にし、コード化のための時間の浪費をできるだけ小さくするために、報告書作成の際に広範囲にわたる EDV 技術による支援が望ましい。

⇒ EDV 支援による病歴および医師の報告書

⇒ 専門別の診断リスト

専門別の診断リストを用いる場合は特に、その記録がそこに含まれている診断に限定されており、その他の専門分野からの追加診断が十分に記録されていないというリスクが存在する。

⇒ アルファベット順の索引

アルファベット順の索引にはコード化の手引き（含まれる所見、含まれない所見、注釈）が含まれていないため、常に診断コードと照らし合わせて使用する。

⇒ ICD-10 BMSG 2001 診断語彙集

⇒ 5桁以上の ICD コード

病院の医師は個人使用の目的で、診断をさらに詳細に示すための5桁またはそれ以上の数字を自由に使用することができる。個人的に計画した細分化では、選択された上位概念の下に新しい下位概念を論理的に組み込むことができると考えられる。

2.4.2 診断および給付を把握するためのガイドライン

それぞれの病院の組織形態は多様であるが、医療データを把握する際には、常に下記の指針に注意する。

⇒ 主診断および追加診断は、常に同じデータ源（医師の報告書、病歴簿）から選択する。

⇒ ICD 診断および医療的な各給付は、いくつかのテキストおよび付記の避けるべき使用例として、すでに資料として存在するかまたは挿入されている。

⇒ 管理されていない場合は、診断の把握および給付の把握に関して、不備がなく、正確かつ適格であるかどうかの保障ができない。

⇒ 体系的な診断のコード化および給付の把握は、医師の担当となる。

全体として、現在すでに存在する記録業務に加え、診断の把握、給付内容の把握およびコード化が実施されるようになっている。

しかし、現時点の情報の流れのなかで、診断記録および給付記録をまとめるため、今後効果的に組織化する解決策を探る必要がある。

2.4.3 データ精度の検査点検

下に簡単に検査できると思われるものを示す。院内での文書整備チームの業務とすることを奨める。

2.4.3.1 無欠性検査

あらゆる入院治療例を総合的に不備なく把握するために、入院患者に対して実施された入院治療からの退院、死亡または他院への転院を残らずチェックする無欠性総合検査を実施する。

これは、専門分野の診療科で適用される記録リストを定期的に作成するための基礎となるものである。

2.4.3.2 正確さに関する検査

不備に関するもののほか、少なくとも無作為抽出したコード化の正確さも、文書整備チームのなかの経験ある医師が把握した証拠に関して報告している診断内容を手がかりにして、最低限の点検をする必要がある。

これに伴い、給付の支障となる診断コードの誤りのほか、診断報告システムの効力を改善することができる。

2.4.3.3 妥当性検査

妥当性検査は、患者に関する多くの情報を論理的に総合検討することから始まる。

したがって、院内で未だ実施していない妥当性検査を実施することは、病院運営者の義務である。

運営者は、一律のデータフォーマットに配慮しなければならない。換言すれば、病院について利用できるようにしたデータを単一のデータファイルにまとめ、単一のデータ構成の下で検証ないし修正する。

州基金に送達されたデータ情報の妥当性は、州基金によって審査され、修正の必要があれば、運営者に返送される。妥当性の最終審査は社会保障世代省が実施し、その際、誤った記録があり、欠陥があると判断されたデータ報告は、病院の運営者または管轄の州基金に、そのつど返送される。

欠陥のあるデータは、修正後に取り決めの方法に従って、再度、社会保障世代省に送達される。

欠陥のあるデータ報告は、誤りを修正するまでは受理されず、その後の手続きに進むことができない。

データ受理の終了後、分化した「マクロ」妥当性検査であるオーストリア統計（正式にはオーストリア中央統計局（ÖSTAT））による地方の枠を超えた統計の作成の際に、診断データおよび給付データが検査される。

その後、BMSGの点数計算プログラムによる医療的妥当性検査が、病院内または病院運営者によって実施される。

⇒ (いくつかの) 診断と年齢との間の妥当性

診断資料体系 ICD-10 BMSG では、3 桁および 4 桁の診断の多くに、特定の年齢の患者のみから得られたコード化の規則およびそれに応じた医療的論理によって分類されているものがある。妥当性検査の検査ルーチンは、年齢と診断との関係が不適格であり、基準に適合しない場合には、このような相関関係およびデータレコードの評価に関して信頼がおける（補足指示）。

具体例：

- 「正常分娩」：ここでは年齢制限の上限が60歳とされる。

⇒ 診断と性別との間の妥当性

診断コード ICD-10 BMSG での診断の性別特徴もまた、医療的適格性検査システムの構成要素のひとつである（補足指示）。ここでは、さらに詳しいコード化の規則および医療的論理に従い、診断が挙げられている基礎データレコードのなかで、性別特徴の定められた基準を満たしているかどうか審査される。

具体例：

- ICD-10 N70-N77、N99.4 「女性生殖器／骨盤臓器の炎症性疾患」
- ICD-10 O22、O85-O92 「産褥期の合併症」

⇒ 診断と診断との間の妥当性

診断コード ICD-10 BMSG での診断の十字印・星印システムもまた、医療的適格性検査システムの構成要素のひとつである（警告指示）。ここでは、さらに詳しいコード化の規則および医療的論理に従い、少なくとも基礎データレコードのなかに対応する十字印診断が含まれている場合のみ、星印診断は主診断として使用することができる。さらに、コード番号 S00～T98 の範囲からの診断が存在する場合は、U01～U99 の範囲からの診断も存在している。

具体例：

- ICD-10 H36.0* 「糖尿病性白内障」と ICD-10 E10.3 + 「眼科的合併症を伴う I 型糖尿病」
- ICD-10 S93.4 「足首の捻挫および過度の伸展」と ICD-10 U21.9 「スポーツ事故」

⇒ （いくつかの）診断と単独医療給付との間の妥当性

単独医療給付の提供を受けた患者の場合、基礎データレコードのなかで、このような単独医療給付と関係のある医療的適格性が存在している必要がある。このような妥当性検査は、3桁の ICD-10 コード番号の段階（および4桁のコード番号の段階のごく一部）で実施し、これによって、基礎データレコードのなかで、誤りがあると思われる診断およびまたは単独医療給付を把握する必要がある（警告指示）。

医療的給付と診断との間の関係は、病因論的および症候学的観点からの臓器間の相関関係によって定義されている。

明確に定義された臓器疾患から判明した診断（主診断または追加診断）には、これによって給付が提供される。

具体例：

- 冠状心疾患の冠動脈バイパス術
- 子宮平滑筋腫の子宮摘出術

臓器疾患が発症した直接の結果としての症状の記載がある診断（主診断または追加診断）は、これによって給付が提供される。

具体例：

- 狭心症の冠動脈バイパス術
- 中間痛の診断的骨盤鏡

基準の妥当性を満たさないもの：

疾患のある臓器から生じた続発症の記載のある診断は、これによって給付が提供される。

具体例：

- 冠動脈バイパス術後の肺炎

その他の臓器／臓器系から生じた臓器／臓器系の疾患であり、症状の記載のある診断は、これによって給付が提供され、関係する臓器／臓器系の疾患が原因であるような疾患が存在する場合も、これによって給付が提供される。

具体例：

心房細動、脳内出血の脳内発作のための脳内出血の手術

しかし、発病の連鎖は医療的論理的および後づけ的であり、妥当性基準を満たすためには診断名「心房細動」を挙げることで十分ではなく、基礎データレコードの診断名「脳内出血」を挙げる必要がある。

⇒ 単独医療給付と年齢との間の妥当性

（いくつかの）診断と年齢との間の適格性のための類推から、このようなかたちでの単独医療給付と患者の年齢との相関に関する妥当性検査の形式を試験することができる。この試験のための基準は、それぞれの医療的単独給付のために記載された文書の一部に明記されている（補足指示）。

具体例：

- 帝王切開：ここでは年齢制限の上限が60歳とされている。

⇒ 医療的単独給付と性別との間の妥当性

特定の単独医療給付は、手術の場合も温存療法の場合も、女性患者特有のものであるかまたは男性患者特有のものであるかどうか一方が提供される。このような給付は、検査プログラムのなかで、

それぞれの性別の基準が用意されている（補足指示）。

具体例：

- 男性の前立腺経尿道切除
- 女性の膣式または腹式子宮摘出術

⇒ 単独医療給付と2回目の医療給付との間の妥当性

多くの医療給付では、患者は選択できたとしても、そのうちのいずれか一方しか選択できない。単独医療給付が存在するかまたは最初の給付範囲には含まれていなかった2回目またはその他の給付が存在するかどうかは、このような適格性試験システムのモジュールで試験される。

具体例：

MEL 1	MEL 2
片側静脈瘤手術	両側静脈瘤水痘症手術
アデノイド切除を伴う扁桃摘除術	アデノイド切除
アデノイド切除を伴う扁桃摘除術	扁桃摘除術

⇒ 単独医療給付と医療給付額との間の妥当性

単独医療給付の多くは、患者は入院ごとに一定の頻度でしか給付を受けることができない。基礎データレコードのなかに含まれている単独医療給付の頻度は、このような二段式の妥当性試験システムのモジュールで試験される。給付頻度の可能性の理論的な上限は、ここでは誤った申告が指摘されるため、段階2の検査段階ではきわめて高く設定されている（補足指示）。段階1の検査段階では、頻度は大部分の領域で低くなっている（警告指示）。

具体例：

単独医療給付	段階 1	段階 2
膣式または腹式の子宮摘出術	2x	4x
塞栓切除術、血栓切除術	8x	16x

⇒ 診断の適格性

2001年度版には、外来での診断および治療のために、主診断が定義されたリストが用意されている。（単独医療給付および治療後の診断のための優位の外来の定義以外の追加診断を除く）このようなICDコードを単独でコード化しようとする、警告指示が発生するため、データレコードを終了することができない。

具体例：

ICD-10	診断
K03.6	歯垢
M21.4	扁平足

確定診断が何段階にもなると、警告のために妥当性試験を実施する。

具体例：

ICD-10	診断
A00	コレラ
A20	ペスト

⇒ 欠陥リスト「第0日患者」

通常の退院（退院経過E）の1日で支給される（「第0日患者」の）あらゆる単独医療給付（MEL）の欠陥リストの作成は、不可能である。

具体例：

- 心臓移植または肺移植

⇒ 妥当性リスト「第0日患者」

妥当性に欠けることを示す資料としての第0日患者の単回または複数回の支給および通常の退院（退院経過E）についての単独医療給付（MEL）およびICD診断の妥当性リスト（警告指示）の作成は、入院患者については対象外となる（外来については原則的に作成される）。

具体例1：

MEL 6606 慢性血液透析－第0日患者としては妥当ではない。

通常は1日では終了せず、治療が必要な主診断の場合、警告指示が出される。

具体例2：

HD ICD-10 A41 敗血症－第0日患者としては妥当ではない

⇒ 確定診断での単独医療給付の妥当性

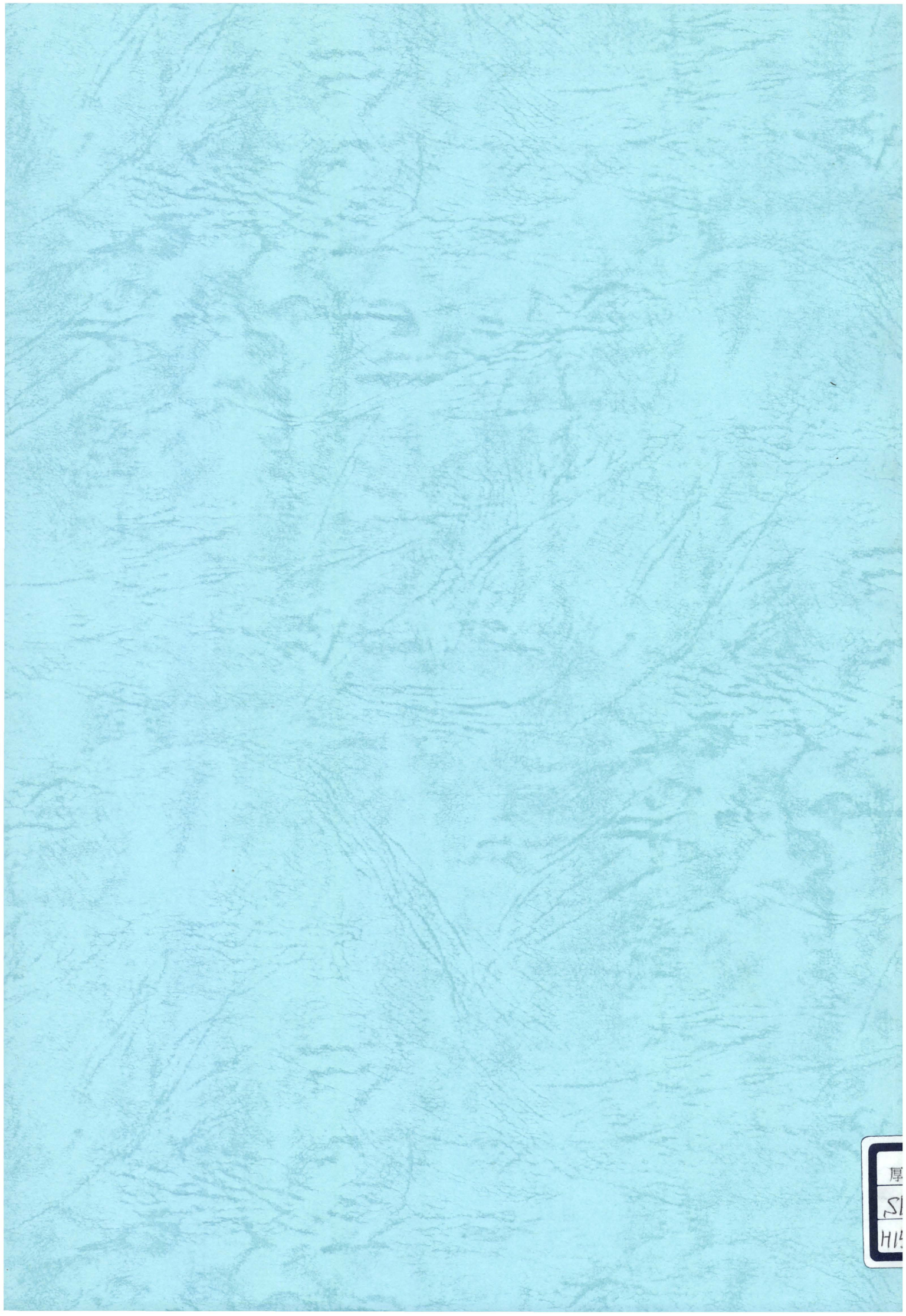
妥当性に欠けることを示す資料としての確定診断での特殊な単独医療給付の資料は、単独の州基金によって至適に格付けすることができる。特定の病院で、このような単独医療給付が発生する場合は、対応する指示が出される。

⇒ データ精度の審査（要約）

- 相関関係の簡易検査
 - － 提出の妥当性検査
 - － 担当者の妥当性検査
 - － 無作為抽出検査

- 複合分析－担当者に関する妥当性検査
 - － 単独医療給付の頻度
 - － 追加診断の頻度
 - － 入退院の頻度
 - － 医療給付と主診断および追加診断との間の相関関係
 - － 主診断と追加診断との間の相関関係
 - － 確定診断の年齢分布

- 主診断、追加診断および単独医療給付の病院別頻度の比較
 - － 疫学的比較



厚
S
H