
0704c	角膜移植に伴う機能不全または拒絶反応	115
0705c	斜視（斜視）	116
0706a	コンタクトレンズ不耐容	116
0707a	溶接工の閃光白内障	116
0708a	角膜鉄錆症	116
0709a	カーンズ・セイヤー症候群	116
0710a	術後前房出血	117
0711a	線維柱帯切除術	117
0712a	涙道カテーテル挿入	117
8	耳および乳様突起の疾患	119
0801a	難聴および聾	119
0802a	粘液滲出性中耳炎	119
0803a	鼓室開放チューブの抜去	119
9	循環器系疾患	121
0901c	虚血性心疾患	121
0902a	急性肺水腫	124
0903a	心停止	124
0904a	高血圧性心疾患（I11.-）	125
0905a	高血圧性腎疾患（I12.-）	125
0906a	高血圧性心疾患と高血圧性腎疾患の合併（I13.-）	125
0907a	二次性高血圧症（I15.-）	125
0908c	冠動脈バイパス手術	126
0909a	修正術または再手術	129
0910c	体外膜酸素供給（ECMO）	130
0911c	人工心臓ペースメーカー、除細動器	130
0912c	動静脈フィステル形成術および動静脈シャント形成術	132
10	呼吸器系疾患	135
1001c	器械的呼吸管理	135
1002a	気管支喘息	138
1003c	慢性閉塞性肺疾患	139
11	消化器系疾患	141
1101a	虫垂炎	141
1102a	腹膜癒着	141
1103a	胃炎を伴う胃潰瘍	141
1104a	ヘリコバクター、ガンピロバクター	141

1105a	消化管出血	142
1106a	肛門出血	143
1107a	胃腸炎に伴う脱水症	143
12	皮膚および真皮の疾患	145
1201a	蜂巣炎	145
1202a	皮膚および皮下組織の損傷患者のケア	145
1203a	皮膚新生物の破壊および切除	146
1204a	頭蓋顔面の侵襲的処置	146
1205a	形成外科	146
1206a	眼瞼形成術	147
1207b	植皮術	148
13	筋骨格系および結合組織の疾患	149
1301a	慢性仙骨痛	149
1302a	椎間板ヘルニア	149
1303a	椎間板病変	150
1304a	後方すべり症	150
1305a	脊椎固定術	150
1306c	人工股関節の脱臼	150
1307a	半月板裂傷、靭帯裂傷	151
1308a	軟組織損傷	151
1309a	筋区画症候群	151
14	泌尿生殖器系疾患	153
1401c	透析	153
1402a	水瘤	154
1403a	ヒト乳頭腫ウイルス (HPV)	154
1404a	ヤング症候群	155
1405a	麻酔下での婦人科臨床検査	155
1406a	女性生殖器切除 (FGM) での再建手術	156
15	妊娠、分娩、産褥	157
1501a	生産、死産、流産の定義	157
1502a	胞状奇胎	157
1503a	異常受胎	158
1504b	流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠 (O08.-)	158
1505a	妊娠の早期終了	159
1506a	単胎自然経膈分娩	160

1507a	分娩後の転帰	161
1508c	妊娠期間	161
1509a	多胎分娩	161
1510b	妊娠合併症	162
1511a	分娩に関する主診断の割り当て	164
1512a	胎位および児頭嵌入の異常	164
1513a	胎児の骨盤位分娩および牽出術	164
1514c	胎動緩慢	164
1515a	子宮の術痕	165
1516a	高齢初産婦	165
1517a	経産婦	165
1518a	入院前分娩	165
1519c	早産、早期陣痛および偽陣痛	166
1520a	妊娠期間の遷延化、過期妊娠	166
1521a	遷延分娩	167
1522a	誘発分娩	167
1523a	選択的墮胎	168
1524a	硬膜外麻酔導入時における娩出期の延長	168
1525c	一次帝王切開、二次帝王切開	168
1526a	胎盤用手剥離	168
1527a	「産褥期」(産褥期)の定義	169
1528a	分娩後授乳障害	169
1529a	乳汁分泌停止	169
16	周産期にその原因をもつ特定病態	171
1601a	新生児	171
1602a	「周産期にその原因をもつ特定病態」の定義	173
1603a	新生児に対する特定の医療処置	174
1604a	新生児の呼吸困難症候群、ヒアリン膜症、肺サーファクタント欠乏	175
1605a	新生児における羊水過度吸引症候群および一過性頻呼吸	175
1606a	低酸素性虚血性脳症 (HIE)	176
18	他に分類されない諸症状および異常臨床(検査)所見	179
1801a	所見および症状	179
1802a	運動失調症	179
1803a	転倒	179
1804a	失禁	180

1805a	熱性痙攣	180
1806a	疼痛に関する診断および治療	180
19	損傷、中毒、その他の外因による特定の続発症（後遺症）	183
1901a	捻挫、裂離	183
1902a	表層性損傷	183
1903c	骨折および脱臼	184
1904a	挫滅損傷	185
1905a	開放創	186
1906a	血管、神経、腱の障害を伴う開放性損傷	187
1907a	頭蓋内の開放性損傷	187
1908a	胸腔内および腹腔内の開放性損傷	188
1909c	意識喪失	189
1910c	脊髄損傷（外傷性対麻痺および四肢麻痺を伴うもの）	189
1911a	多発性損傷	194
1912a	急性損傷および陳旧性損傷	195
1913a	損傷、中毒、毒性作用、その他の外因の続発症（後遺症）	196
1914a	熱傷	197
1915c	成人・小児への性的暴力および虐待	199
1916a	薬剤、麻薬、生物活性物質に起因する中毒	199
1917a	薬剤の副作用（処方に従って使用した場合）	200
1918a	複数物質の併用に起因する副作用または中毒（処方に従わずに使用した場合）	200
1919a	手術および他の医療処置に伴う合併症	201
補遺 A		205
	コード化の基本規則（WHO）	205
補遺 B		207
	コード化に関するガイドライン・ドイツ版・ 2003年版から2004年版への変更個所のまとめ	207
索引		215
コード番号リスト		223
	ICD コード索引	223
	OPS コード索引	232

略語

略語	意味
a.n.k.	他に分類されないもの
ACB	大動脈冠動脈バイパス（大動脈冠動脈バイパス）
AIDS	後天性免疫不全症候群
Ao	大動脈
AR-DRG	オーストラリア細分診断群分類
AV	動静脈の
BPfIV	連邦入院給付基準額命令
BMG	連邦保健省
bzw.	または
Ca	がん腫
CML	慢性骨髄性白血病
CMV	サイトメガロウイルス
COLD	慢性閉塞性肺疾患（慢性閉塞性肺疾患）
CPAP	持続的気道内陽圧呼吸
CT	コンピュータ断層撮影法
CTG	胎児心拍陣痛図
d.h.	すなわち、つまり
D1	対角枝
DIMDI	ドイツ医療資料整備・情報研究所
DKG	ドイツ病院協会
DKR	コード化に関するガイドライン・ドイツ版
DRG	診断群（分類）
dto.	同じく（同上）
ECMO	体外膜酸素供給
EDV	電子データ処理
EKG	心電図
etc.	等
Exkl.	除外
FGM	女性生殖器断節（女性生殖器断節）
FP	1件あたり包括支払方式
G-DRG	ドイツ診断群分類
ggf.	場合により
GI	消化器（系）
GKV	公的医療保険
GVHD	移植片対宿主病
HIE	低酸素性虚血性脳症
Hinw.	注意事項
HIV	ヒト免疫不全ウイルス
HLA	ヒト白血球抗原
HLM	人工心肺装置
HNO	耳鼻咽喉科

略語	意味
HPV	ヒト乳頭腫ウイルス
ICD	国際疾病分類
ICD-10-GM	国際疾病・関連健康問題統計分類（ドイツ用改訂 10 版）
ICD-10-SGB-V	ICD 改訂 10 版（社会保障法典第五編用）
ICPM	国際医療処置分類
InEK	病院報酬制度研究協会
Inkl.	包含
KFPV	診療報酬包括支払方式に関する規定
KHEntgG	診療報酬法
KHG	病院資金調達法
LAD	（冠動脈の）左前下行枝
LIMA	左内胸動脈
MELAS	ミトコンドリア脳症、乳酸アシドーシス様および卒中様症候群
MERRF	赤ぼろ線維を伴うミオクローヌステんかん
MRT	磁気共鳴断層撮影法（核スピン断層撮影法）
n.n.bez	詳細不明
o.n.A	詳細記載なし
OM	鈍縁枝（冠動脈の）
OPS-301	手術および処置のコード（社会保障法典第五編 § 301 に準拠）
PKV	民間医療保険連合会
PSV	圧補助換気
PTCA	経皮経管的冠動脈形成術
RCA	右冠動脈
RTW	救急車
s.	～を参照
s.a.	～も参照
SE	特別報酬
s.o.	前述、上記
SGB-V	社会保障法典第五編
SIMV	同調間欠的強制換気
SSW	妊娠第～週
SVG	大伏在静脈移植片
TE	輸血単位
u.a.	その他、特に
V.a.	～の疑い、暫定診断
WHO	世界保健機関（世界保健機関）
z.B.	例えば

暫定規則

「連邦入院給付基準額命令」に基づく医療費算定の暫定規則 (診断ならびに医療処置のコード化に関するガイドラインと共に発効)

コード化に関する以下のガイドラインの目的は、DRG 分類に基づく診療報酬体系の導入に合わせて画一的なコード化を実現させることである。ドイツで DEG が施行されるまでは、個々のケースを現行の包括支払方式（1 件あたり包括支払方式と特別報酬）に分類する際、特に主診断の定義に関して諸問題を招くおそれがある。例えば、コード化に関するガイドラインの適用により、ケースを 1 件あたり包括支払方式への分類が妨げられる場合もありうる。「本ガイドラインの適用により、1 件あたり包括支払方式・特別報酬と残余予算において給付にずれが生じてはならない」というのが本ガイドラインの協定当事者において一致した見解である。1 件あたり包括支払方式と特別報酬の算出に関しては、従来の規定は引き続き有効となる。

「コード化に関するガイドライン」に合致しない場合について

1. 主診断

連邦入院給付基準額命令（以下 BPfIV）に準じて 1 件あたり包括支払方式および特別報酬体系を考慮する場合、主診断または適切な診断内容に即して実践した主な医療行為が診療報酬の分類を決定する要素となる。ここでは、診断時に医療リソースの必要度が最も高い診断内容が、患者に対する総合的な「主診断」となる。

上記の定義とは異なり、コード化に関するガイドラインでは、レトロスペクティブに考えた場合に入院の決定的な要因となっていた診断内容が「主診断」とみなされる（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」で規定された主診断の具体的な定義については、本ガイドライン P.4 の D002c 主診断を参照）。上記のように定義が 2 つ存在することから主診断の内容が異なり、結果的に診療報酬の分類に食い違いが出てくるケースもまれにある。この場合は、主診断に関する双方の内容を比較検討したうえで、当該ケースを具体的な診療報酬体系に確実に分類することが必須である。

実際のコード化は以下のように行う。まず、本ガイドラインに準じて「主診断」と「副次診断」のコードを G-DRG 分類に即して入力する。BPfIV に従って医療費を算定する場合、この他にも主診断コード番号が必要となるケースがあるので、ここでその要否を確認する。このコード番号は G-DRG 分類のコード番号グループから選ぶ場合、あるいはこれ以外から選んで入力する場合がある。BPfIV に準じた主診断が G-DRG の範疇における分類に影響を及ぼすことはない。

例 1

虫垂炎（腹膜炎の合併なし）の 1 症例が虫垂切除術のため入院。さらに、アテローム動脈硬化症性心疾患も認める。

主診断： K35.9 急性虫垂炎、詳細不明
副次診断： I25.11 アテローム動脈硬化症性心疾患、一枝病変
医療処置： 5-470.0 開腹による虫垂切除術

本例の場合、G-DRG 分類に即した主診断は K35.9 急性虫垂炎、詳細不明、BPfIV に即した主診断は K35.9 急性虫垂炎、詳細不明となり、両者の内容は一致している。したがって、BPfIV に準じた他の主診断コード番号は不要である。

例 2

虫垂炎（腹膜炎の合併なし）の 1 症例が虫垂切除術のため入院。さらに、アテローム動脈硬化症性心疾患も認める。虫垂切除術後に心筋梗塞をきたしたことから、引き続き冠動脈バイパス手術にて加療。

主診断： K35.9 急性虫垂炎、詳細不明
副次診断： I21.0 前壁の急性貫壁性心筋梗塞
I25.11 アテローム動脈硬化症性心疾患、一枝病変
医療処置： 5-470.0 虫垂切除術、開腹によるもの
5-361.03 大動脈冠動脈バイパス形成術、単純、自家動脈を使用

本例の場合、G-DRG 分類に即した主診断は K35.9 急性虫垂炎、詳細不明であるが、BPfIV に即した主診断は I25.11 アテローム動脈硬化症性心疾患、一枝病変となり、両者の内容は一致しない。

したがって、G-DRG 分類に即したコード入力時には、BPfIV に即した主診断（I25.11 アテローム動脈硬化症性心疾患、一枝病変）を副次診断内容として追加入力することが必要となる。

例 3

1 症例が経膈分娩のため入院。分娩時に会陰裂傷（第1度）をきたす。

主診断：	O70.0	分娩時の第1度会陰裂傷
副次診断：	Z37.0!	単胎分娩
医療処置：	9-260	通常分娩のモニタリングおよび指導
	5-758.3	会陰部および外陰部の皮膚縫合

本例の場合、G-DRG 分類に即した主診断は O70.0 分娩時の第1度会陰裂傷であるが、BPfIV に即した主診断は O80 単胎自然分娩となり、両者の内容は一致しない。

したがって、BPfIV に即した主診断を新規コード番号（O80 単胎自然分娩）で追加入力することが必要である。但し、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1506a 単胎自然経膈分娩（P.160）に従って G-DRG 分類に即したコード化を行う際には不要である。

技術的な詳細内容は、社会保障法典第五編 § 301 「データ送信に関する約定」で規定されている。

添付文書 5 「実施にあたっての注意事項、1.2.5 「退院報告」

…患者の主診断データは、「主診断」と表示されているデータ要素群の中で入力する。…診断データの入力に際しては、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」を参照のこと。

一方、FAB には BPfIV に準じた医療費算定に関連する診断コードを入力する。診断用追加コードや別の診断コードが必要であれば（報酬対象の場合には、主診断との組み合わせを要することがある）、これらも併せて入力する。

FAB には、治療を行うすべての専門科が入力必須事項として掲載されている。この専門科は、ETL の専門科に対応する。なお、患者が同一病院内で再転科してきた場合には、FAB への新規コード入力は不要である。

この他、FAB には任意のデータ要素も含まれている。以下に該当する場合には、こうした要素についても送信しなければならない。

- 手術例で、1 件あたり包括支払方式または特別報酬の対象にならないケース
データ要素「診断」には、侵襲的手術を決定づけた診断内容をコード化する。データ要素「手術」には、当該手術のコードを入力する。
- 手術例で、1 件あたり包括支払方式または特別報酬の対象となるケース
データ要素「診断」には、侵襲的手術の決定的な要因となり医療費算定に関与する診断内容のコードを入力する。1 件あたり包括支払方式または特別報酬のリストで、診断コードが 2 つ必要になったり、または（これに加えて）手術コードが 2 つあるいは 3 つ必要になることもある。こうした場合は、データ要素の「診断用追加コード」「手術用追加コード 1」「手術用追加コード 2」から入力データを送信しなければならない。

上記2つのケースでは、FABで診断コードと手術コード（またはそのいずれか）を追加入力する場合は、専門科と同一のコードが繰り返し使用できる。

原則として、手術および手術以外の処置を表わすコードは、コード化に関するガイドラインに即して「手術」として入力する。

...

2. 副次診断

1件あたり包括支払(A)の算定に引き続いて、継続治療のためグループ9~17における1件あたり包括支払方式(B)の算定を行う場合、Z48.-その他の術後治療、Z95.-心血管系における体内挿入物または移植体の既存、Z96.-機能を温存したその他の体内挿入物の既存から該当コードを選んで入力することが必須である。場合によっては、コード化に関するガイドラインに合致しないケースもある（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0901c 虚血性心疾患 P.121、同 0908c 冠動脈バイパス手術 P.126 も参照）。

3. 両側の侵襲的処置

1件あたり包括支払対象となる 18.02 および特別報酬対象となる 18.02 (エキスパンダーを用いた乳腺根治手術) の算定の場合、左右両側の手術を同時に行った症例についてはコード化に関するガイドラインの適用対象外として考慮しなければならない。この場合は、OPS-301・2004年版のように両側侵襲処置のコードを入力するのではなく、片側、すなわち「左側」「右側」を表わす手術コードを使用する。これにより、1件あたり包括支払および対応する特別報酬の算定が適切に行えるようになる（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P005b 複数回または両側の医療処置 P.45 も参照）。

本ガイドラインに合致しない症例がさらに生じる限り、報酬の算出には BPIV の規定も効力を有し、同様に適用されることになる。

編纂上の注意事項

I. 一般的注意事項

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」の符号は、以下の規則に従って表記されている。

1. ガイドラインごとに固有の 4 桁符号（例：D001）が付けられており、版を表わす小文字が第 5 桁に表示されている。この第 5 桁の符号は、2002 年版のガイドラインではいずれも “a”、内容に変更が加えられた 2003 年版では “b”、さらに内容改訂が実施された 2004 年版では “c” である。前 4 桁は基本符号なので、年度を問わず同一である。
2. 「疾患のコード化に関する一般ガイドライン」の場合は “D” で始まり、これに 3 桁の数字が続く。
3. 「医療処置のコード化に関する一般ガイドライン」の場合は “P” で始まり、これに 3 桁の数字が続く。
4. 「特別ガイドライン」の場合は章を表わす 2 桁の番号で始まり、これに 2 桁の数字が続く。

「コード化に関するガイドライン」の多くには、コード化の具体例やコードのリストのほか、ICD-10-GM コード、OPS-301 コードも掲載した。但し、その具体例やリストはすべての対応コードを個々に挙げた決定的な資料ではない。したがって、分類を行うたびに包含対象、除外対象、注意事項を相互に参照するように気を付けながら正確なコードを検索しなければならない。

II. コード番号（コード）

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」では、ICD-10-GM および OPS-301 のコード番号（コード）を参照するよう指示を付けた。このコードは、異なる字体で表記されている。

本ガイドラインでは、コードの入力方法が個々のコード番号（ターミナルコード）や上位に分類されるコード番号と関連づけながら指示されている。

また、本ガイドラインの一部では、1つのカテゴリーにサブカテゴリーまたはサブクラスがあることが明示されており、該当個所ではさらに詳しく記載されている。その他の個所では、例えば「…は～のカテゴリーから選んだコード（～のカテゴリーのコード）を用いて入力する」といった明確な説明を付け、サブカテゴリーがあることを示した。このような場合、そのコード入力に関する指示事項は、当該カテゴリーの下位に分類されるターミナルコードを入力する際にも有効となる。

医学的な内容を証明するため、特定の疾患や医療処置のコードは常に可能な限り細分化したうえで（コードの最終桁まで）入力する。

コードの典型例を以下の表に示す。

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」コードの内容

1. ICD-10-GM

コードの具体例	内容 (イタリック体)	コード化の規則
E10-E14	糖尿病	コード群+サブカテゴリー全般
E10-E14、第4桁が “.5”	末梢血管疾患に合併した糖尿病	コード群の第4桁に番号を入力 (この場合の第4桁は“.5”)。細分類コード全般を含む
E10-E14、第5桁が“1”	糖尿病、『代謝機能異常性』と明示されるもの	コード群で第5桁を選択 (この場合の第5桁は“1”)
E11.-	非原発性インスリン依存性糖尿病 [II型糖尿病]	3桁分類項+細分類コード全般
E11.5-	非原発性インスリン依存性糖尿病 [II型糖尿病]、末梢血管系合併症を伴うもの	カテゴリー (4桁分類項) +細分類コード全般
E11.x0	非原発性インスリン依存性糖尿病 [II型糖尿病]、『代謝機能異常性』と明示されないもの	3桁分類項の第5桁を選択 (この場合の第5桁は“0”)
I20.0	不安定狭心症	本コードのみ (最終コード)
M23.2	陳旧性裂傷または陳旧性外傷に起因する半月板損傷	カテゴリー (4桁分類項) +細分類コード全般
M23.2- [0-9]	陳旧性裂傷または陳旧性外傷に起因する半月板損傷	4桁分類項の第5桁を選択。複数コードの場合、第5桁に入るコード番号がリストにまとめられていることがある。この場合の [0-9] は、第5桁に入力できる番号を表わす。
M23.2- [1,2]	陳旧性裂傷または陳旧性外傷に起因する半月板損傷	2種類の5桁分類項(4桁分類項の第5桁に“1”または“2”を入力)。

2. OPS-301

コードの具体例	内容 (イタリック体)	コード化の規則
5-42	食道手術	3桁分類項に細分類全般を組み合わせる最終コードにできる (ここでは、4桁分類項は5-420~5-429までであり、いずれも第5桁および第6桁まで入力可能)
5-420	食道切除術	4桁分類項に細分類全般を組み合わせる最終コードにできる (第5桁および第6桁まで入力可能)
5-420.0	食道筋切開術	5桁分類項細分類全般を組み合わせる最終コードにできる
5-420.00	食道筋切開術、開腹によるもの	本コードのみ (最終コード)
5-420.0、5-420.1、5-420.2	食道切除術	特定の4桁分類項 (この場合は5-420) をさらに分類して3種類の5桁分類項および6桁分類項にできる

III. 具体例

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」には、コード入力に関する指示事項だけでなく、それを理解しやすくするための具体例も併せて記載した。また、この具体例では、コード化の対象となりイタリックで表記された分類内容 (ICD-10-GM、OPS-301) に該当する臨床症例の解説も付記した。

ICDの分類内容が原版にほぼ忠実に再現されているのに対し、OPSコードの分類内容は部分的に判りやすく改変されている。これは、情報の余剰性をなくし、冗長で把握しにくい内容を簡潔化するための処置である。とはいえ、いずれの例でも各OPSコードに関する十分な情報が意味に即した形で記載されている。

具体例の多くは、入院例のコード化 (診断や医療処置の入力コード全般を含む) を完全に行ううえで模範となるものである。

この他、コード化の各ガイドラインと関連性をもつコードしか記載していない箇所もある。例えば、具体例で診断コードが付されていないものがあるが、これは特定の医療処置のコード化によってその診断内容が具体的に表現されるからである。割り当てられた診断コードが医療処置の具体的内容を表わしている場合は、その医療処置コードは記載されていない。

具体例の中で、ICD分類コードが「詳細不明」診断内容に使用されている箇所があるが、具体例で説明されている診断内容はICD-10-GMの規則に従って正確にコード化されている。

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D011a 二重コード入力 (P.21) を除き、診断コードの入力時には患側を表わすコードを使用しない。すなわち、通常のICD分類コード入力に続けてオプションの符号 (R=右、L=左、B=左右両側) を追加する必要はない。但し、実際にはこの追加符号を入力しても差し支えないことになっている。

多重コード入力の具体例については、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D012a 多重コード入力 (P.22) で解説する。例えばダガー・アステリスク方式を使用する場合、最初のコードには常にダガー (†)、また2番目のコードは常にアステリスク (*) を付す。

この他、2番目のコードに感嘆符(!)を付けて入力することが必須(一部ではオプション)となる場合もある。具体例で背景に暗色を施したコード番号は、オプションで入力されているコード番号である。

感嘆符を用いて表わす ICD 分類コードまたはカテゴリーの一覧表を以下に示す。

表 1: 入力時に感嘆符の付記がオプションとなるカテゴリーまたはコード

V, W, X, Y 「第 XX 章」(罹病および死亡の外因)の全コード番号

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D012a 多重コード入力 (P.22) では、社会保障法典第五編 § 301「データ送信に関する約定」に準じたデータ評価を要する場合についても具体例を交えながら説明されている。この「データ送信に関する約定」で定められているデータ構築の規則によれば、データフィールド「一次診断」「二次診断」は「主診断」「副次診断」の意味で使用されることになる。データフィールド「二次診断」には、二次診断用コード (“*” または “!” を付したコード) が用いられる。

公認の当事者は、データフィールド「主診断となる一次診断」から診断内容のみを 1 項目選択し、主診断として評価する。残りの診断内容については副次診断として評価する。

コード化に関するガイドラインの具体例では、「一次診断コード」と「二次診断コード」の区別がなされないこと、同一コードの繰り返しは行われないことについて注記されている(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D012a 多重コード入力 P.22 も参照)。本ガイドラインでは、診断と医療処置の内容を専用コードに置き換えることだけを定めている。なお、ここでは電子データ処理の技術的な詳細名称については規定されていない。

表 2: 特定の診断入力時に感嘆符の使用が必須となる(オプションではない)カテゴリーまたはコード

B95.-!	他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌
B96.-!	他章に分類される疾患の原因であるその他の細菌
B97.-!	他章に分類される疾患の原因であるウイルス
C95.8!	白血病、標準寛解導入療法に対し抵抗性を示すもの
C97!	原発性腫瘍として複数の部位に発現した悪性新生物
G82.6-!	脊髄損傷の高位および程度
O09.-!	妊娠期間
U04.-!	重度の急性呼吸器症候群 [SARS]
U80.-!	特定の抗生物質耐性菌、特別な治療または衛生処置を要するもの
U81!	多剤耐性菌
U82!	抗結核薬(第1選択薬)耐性マイコバクテリア
U83!	フルコナゾール耐性またはボリコナゾール耐性カンジダ
U84!	抗ウイルス薬耐性ヘルペスウイルス

U85!	抗ウイルス薬耐性またはプロテイナーゼ阻害薬耐性ヒト免疫不全ウイルス
U99!	現在蔓延している流行病用のコード番号
S14.7!	頸髄損傷の高位
S24.7!	胸髄損傷の高位
S34.7!	腰仙髄損傷の高位
S01.83!	頭蓋内損傷に合併した開放創（頭部の各部位）
S21.83!	胸腔内損傷に合併した開放創（胸腔内の各部位）
S31.83!	腹腔内損傷に合併した開放創（腹部、腰仙部および骨盤部の各部位）
Sx1.84!	第I度の閉鎖性骨折または脱臼（部位により判断）
Sx1.85!	第II度の閉鎖性骨折または脱臼（部位により判断）
Sx1.86!	第III度の閉鎖性骨折または脱臼（部位により判断）
Sx1.87!	第I度の開放性骨折または脱臼（部位により判断）
Sx1.88!	第II度の開放性骨折または脱臼（部位により判断）
Sx1.89!	第III度の開放性骨折または脱臼（部位により判断）
T31.-!	体表受傷面積による熱傷分類
T32.-!	体表受傷面積による腐蝕性損傷分類
Z37.-!	分娩後の転帰

コード化に関する一般ガイドライン

疾患のコード化に関する一般ガイドライン

本ガイドラインは以下の内容に準拠している。

ICD-10-GM・2004年版（2003年8月15日）

ICD-10-GM・診断シソーラス・2004年版（2003年8月15日）

ICD10-GM・2004年版のアルファベット順索引は作成されていない。したがって、1.3版のアルファベット順索引を適用する際には、そのコード番号をICD-10-GM・現版（2004年版）のリストに合わせながら使用しなければならない。この場合、効力を有するのはICD-10-GMの現2004年版である。

D001a コード化に関する一般ガイドライン

担当医は、責任をもって診断内容および医療処置のチェックシートを作成する。記録した診断内容や医療処置をコード化する前に、チェックシートの情報をカルテに基づいて再確認しなければならない。

臨床記録の内容が診察所見と食い違うケース、例えば、臨床的に「胃潰瘍」との診断が下されたにもかかわらず、組織病理検査で「潰瘍は認めず」との所見が出された症例については、担当医がその詳細を明確化しなければならない。診察所見はコード処理を行ううえで決め手となるものではあるが、疾患が診察所見によって常に確診されるとは限らない。例えば、クローン病は必ずしも生検によってその存在が確認できるわけではない。

担当医は責任をもって以下の業務を行わなければならない。

- チェックシートに記載された診断内容のうち、それを裏づけるエビデンスがカルテに存在しないものがあるかどうかを確認する。
- さらに、診察所見と臨床記録に食い違いが認められた場合は、その詳細を明確化する。

例1

チェックシートに主診断として「大腿骨頸部骨折」、また副次診断として「肺炎」および「十二指腸潰瘍」と記載された症例。カルテでその内容を確認したところ、当該症例は6ヶ月前に肺炎のため入院加療となったこと、十二指腸潰瘍が既に治癒していることが明らかとなった。本例の場合、肺炎、十二指腸潰瘍のいずれも現症としては扱われず、また「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D003b 副次診断 (P.11) の基準にも合致しない。よって、ここでは「大腿骨頸部骨折」のみコード化すればよい。

異常所見

臨床検査、X線検査、病理検査をはじめとする診断所見で異常が示されても、臨床的意義がない限りコード化しない。例えば、臨床検査で γ -GTの軽度上昇が認められても、それ自体が詳細な診断または追加治療を要するものでなければコード化は不要である。

発症の徴候がみられる疾患または切迫性疾患

入院期間中に発症しなかったものの、カルテに「切迫性」または「徴候を示す」と記録された疾患

については、その「切迫性」「徴候を示す」という概念が ICD-10 分類リストの「主概念」「下位概念」のどちらとして記載されているのかを確認しなければならない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D013c 分類リストで適用される正規の約定 P.28、同 D014a アルファベット順索引および ICD-10-GM 診断シソーラスで適用される正規の約定 P.32 も参照）。ICD-10 分類リストに当該記載内容が存在する場合には、それに該当するコード番号を割り当てる。本リストに「切迫性」「徴候を示す」と記載されている疾患名が存在しなければコード化しない。

例 2

1 症例が徴候を示す壊疽を下肢にきたし入院。速やかな加療により、入院期間中に壊疽は出現せず。

「切迫性、または徴候を示す壊疽」という記載内容は ICD-10 分類リストには含まれていないので、この場合はその原因疾患をコード化する。本例では「潰瘍化を伴う四肢アテローム性動脈硬化症」等でよい。

I70.23 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、潰瘍化を伴うもの

少数ではあるが、診断項目の中には「切迫性」と表わすことが可能なものもある。こうした項目については、ICD-10 でコードが指定されているか ICD-10 分類リストでしかるべき注意事項が与えられている。例えば、「切迫流産」と診断された症例であれば O20.0 切迫流産が該当する。「切迫性心筋梗塞」の診断例は、I20.0 不安定狭心症の範疇となる。

例 3

I20.0 不安定狭心症

狭心症：

労作時に初発し（初発労作性狭心症）、労作に対する耐容性が低下するもの
進行性労作性狭心症

→ 切迫性心筋梗塞 [切迫性心筋梗塞]

中間型冠動脈症候群 [Graybiel]

梗塞前症候群

D002c 主診断

「主診断」の定義を以下に示す。

「診断内容のうち、患者の入院を決定づけた主因であることが分析によって裏づけられたもの」

ここで言う「分析」とは、当該患者の在院最終時期に行う各種所見の評価のことであり、診断内容が患者の入院を決定づけた主因であることを裏づける目的で行うものである。この場合には、医療や介護に関する既往、精神医学的検査、専門医による対診、診察、診断目的での検査または医療処置、侵襲的手術、病理検査、X 線検査から得た所見が評価の対象となりうる。

なお、分析結果によって確定した主診断は、入院時診断または紹介来院時診断として取り扱ってはならない。

注 1：DRG 分類で個々に定められた主診断の定義は、必ずしも医療業務を適切に反映しているものではない。

報酬体系の展開および保護の一環として、こうした患者の追跡調査を行い、必要であればしかるべき検査を実施する。

注 2：1 件あたり包括支払および特別報酬の算定の場合、主診断と副次診断を確定する際には暫定規則（P.XIX を参照）を遵守すること。

例 1

1 症例が朝方に強度の胸痛を訴えたため、救急医が診察を行い救急車で病院に搬送。救命救急部で検査を実施したところ、心筋梗塞が疑われたことから心臓病専門病棟にて入院加療となる。その後の経過で心筋梗塞と確診。

なお、入院時から退院時までの期間についての診断内容は以下のとおりであった。

- 糖尿病
- 冠動脈硬化症
- 心筋梗塞

主診断の選定に際して決め手となるのは、入院時の状況である。本例の場合、入院を決定づけた主因は心筋梗塞であった。したがって、主診断は「心筋梗塞」となる。

主診断内容の確定にあたっては、本ガイドラインを他のガイドラインよりも優先させる。ICD-10 分類リストを用いたコード入力の注意事項は遵守しなければならない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D013c 分類リストで適用される正規の約定 P.28、同 D014a アルファベット順索引および ICD-10-GM 診断シソーラスで適用される正規の約定 P.32 も参照）。

矛盾がなく完全な内容をカルテに記録することは重要であるが、その意義は十分に重視されないことが多い。矛盾がなく完全な内容をカルテに記録しなければコード化に関するガイドラインが一切使用できなくなるわけではないが、この場合は少なくとも使用が難しくなる。

主診断内容の選択に関し、いくつかの一般的な規則を以下に示す。

ダガー・アステリスク方式

ICD-10 では、まず病因コード番号（ダガー†）を入力し、次いで症状コード番号（アステリスク*）を入力することが規定されている（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D012a 多重コード入力 P.22 も参照）。

原因疾患のコードを主診断として割り当てる場合

患者がある症状を呈して受診し、入院期間中に原因疾患が確診された場合、コード化の対象となるのは症状ではなく原因疾患である。通常、症状が続発症として原因疾患に合併したことが明らかの場合にも当該症状はコード化しない（例 2 を参照）。

例 2

1 症例が右下腹部の疼痛、発熱、体調不良を急激にきたし入院。臨床所見により急性虫垂炎と確診、虫垂切除術を施行。

主診断： 急性虫垂炎

副次診断： なし

但し、症状そのものが医学的ケアを行ううえで重要な問題であれば、その症状を副次診断内容としてコード化する（例 3、および ICD-10-GM の第 XVIII 章「序文」を参照）。

例 3

1 症例が脳性痙攣発作を初めてきたし、これに対する加療および原因解明のため入院。CT と MRT 検査により脳動脈瘤を認める。

主診断： 脳動脈瘤

副次診断： 脳性痙攣発作

患者がある症状を呈して受診し、入院時点で原因疾患があることが判明していても、治療対象がその症状に限られる場合にはこれを主診断内容としてコード化し、原因疾患は副次診断内容としてコード入力する（例 4 を参照）。

例 4

肝硬変の 1 症例が腹水をきたし入院。穿刺にて腹水のみ治療となる。

主診断： 腹水

副次診断： 肝硬変

患者がある症状を呈して受診し、入院時点で原因疾患があることが判明した場合、治療対象がその原因疾患ならばこれを主診断内容としてコード化する。通常、症状が続発症として原因疾患に合併したことが明らかな場合でも、当該症状はコード化しない（例 5 を参照）。