

例 5

頭痛の増強をきたした 1 症例が、その治療目的で入院。本症状は、3ヶ月前に確診のついた脳腫瘍に起因するものであるが、今回その脳腫瘍の進行が認められたため手術となる。

主診断： 脳腫瘍

副次診断： なし

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るならば、その症状を副次診断内容としてコード化する（例 6 を参照）。

例 6

1 症例が再発性脳性痙攣発作をきたし、その治療のため入院。本症状は、3ヶ月前に確診のついた脳腫瘍に起因するものである。今回、本症状の治療に加え、その脳腫瘍の進行を認めたことから手術も実施。

主診断： 脳腫瘍

副次診断： 脳性痙攣発作

注：特殊症例の主診断内容を細かく選択する場合は、以下に説明する一般ガイドラインの規則や特定ガイドラインの章に記載されている規則を参考にすること。特に産科入院例のほか、化学療法、放射線療法、透析を目的とした入院例で主診断を選定する際には「コード化に関する特別ガイドライン」が適用できる。

症状、所見、詳細不明確な病態に関するコード番号

症候等が解明され確診がついたならば、XVIII 章 *症状および臨床検査の異常所見、他に分類されないものの症状、所見、詳細不明確な病態に関するコード番号*は主診断コードとして使用しないこと。

カテゴリー R00-R99 のコード番号を入力する際には、ICD-10-GM の第 XVIII 章の初めに記載されている注意事項がコードの確定に有用となる。

急性および慢性疾患

「急性」（「亜急性」）だけでなく「慢性」としても表現され、アルファベット順索引（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」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 を参照）の「下位概念」（用語と同じ位置に記載され、点線で示された下線で区別されている）に明記されている疾患については、「急性」「慢性」の両方をコード化する。この場合は、急性（亜急性）を表わすコード番号を最初に入力する。規則の詳細については「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D006a 急性および慢性疾患（P.16）を参照のこと。

複数の類縁疾患そのものが主診断の定義に該当する場合

複数の類縁疾患（例えば、ICD-10-GM 章に記載されている疾患または症状で、通常、特定の疾患に随伴するもの）が主診断の定義に該当する可能性がある場合、担当医はこれらの診断内容の中から主診断の定義に最もよく当てはまるものを決定しなければならない。

例 7

1 症例が槌趾（M20.4）および外反母趾（M20.1）の矯正を目的に入院。

主診断：

いずれも担当医の判断により決定する

副次診断：

複数の診断内容が共に主診断の定義に合致する場合

入院時所見、診察所見および治療（あるいはそのいずれか）に基づく複数の診断内容がいずれも主診断の基準を満たしており、そのコード化に関する指示事項が ICD-10 分類リストやコード化に関するガイドラインに記載されていない場合、担当医は、これらの診断内容の中から主診断の定義に最もよく当てはまるものを決定しなければならない。ここでは、診断や治療を行ううえで医療リソースの必要度が最も高かった要素を選択する。

Z03.0～Z03.9（推定診断例に対する医師の観察および評価）のコード番号の選択

Z03.0～Z03.9 のコード番号は、何らかの病態の存在が示唆されている症例、後に健康上の問題を惹起することの多い偶発事故やその他の各種事象の後遺症が示唆されている症例、確認がなされておらず治療が必須ではない推定診断例等を対象に、当該患者の健康状態を明らかにする目的で主診断コードとして割り当てるために設けられている。

主診断のコードとして特定コード番号が使用できるのであれば、カテゴリー Z03.-推定診断例に対する医師の観察および評価よりもこれを優先的に適用する。推定診断と関連性を有する症状が記載されていればその症状コード番号を割り当てることとし、カテゴリー Z03.-推定診断例に対する医師の観察および評価のコードは使用しない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D008b 推定診断 P.18 も参照）。

推定診断例に対する観察で複数の所見や症状が認められた場合、担当医は、これらの中から診断や治療を行ううえで医療リソースの必要度が最も高かったものを選択する。

当初の治療計画が実施しえなかった場合

病態が予見不可能であったために治療を実施しなかった場合でも、症例の入院を決定づけた要因であることがカルテの分析で判明した疾患については主診断内容としてコード化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」D007a 手術目的での入院、手術は実施せず P.17 も参照）。

遺残症状、続発症（後遺症）

現症として遺残症状または続発症（後遺症）を認めた症例の場合、当該症状に関するコード番号をまず入力する。次いで、当該症状が早期疾患の遺残症状または続発症（後遺症）であることを表わすコード番号（「～の後遺症」）を入力する。但し、アルファベット順索引で他の入力方法が指示されている場合についてはこの限りではない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D005a 続発症（後遺症） P.14 も参照）。

複数回手術が計画された場合

初回手術後に二期的手術またはそれ以上の追加手術のために入院した患者に対し、既に初回手術を実施した時点で二期的手術またはそれ以上の追加手術（複数回手術）を包括的治療の一環として計画した場合には、その手術の要因となった疾患を主診断内容としてコード化する。なお、本規則は当該疾患が既に消退している場合でも適用される（例 8、および「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1913a 損傷、中毒、毒性作用、その他の外因の続発症（後遺症） P.196 を参照）。

例 8

S 状結腸憩室炎に伴う結腸フィステル形成術の既往をもつ 1 症例。今回、再形成術が計画されたことから入院となる。なお、S 状結腸憩室炎はこの再形成術の開始時までには治癒している。

主診断： S 状結腸憩室炎

副次診断： 結腸フィステルの造設

日帰り入院患者または在院が数日間のみ患者

「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」の「コード化に関する特別ガイドライン」1401c 透析（P.153）では、日帰り入院症例と在院が数日間に限られる症例とを区別したうえで主診断および副次診断のコードを確定することについて説明されている。

日帰り入院症例のコード化に関する事項がこの特別ガイドラインに記載されていない場合には、主診断と副次診断は一般ガイドラインに準じて確定する。なお、在院期間は何ら意義をもたない。

院内で転科した患者（連邦入院給付基準額命令および医療報酬法に基づく場合）

同一病院内において、「連邦入院給付基準額命令」（以下 BpflV）に従って医療費を算定する診療科（精神科等）と「医療報酬法」（以下 KHEntgG）に従って医療費を算定する診療科との間で転科した症例をコード化する場合には、以下の規則を遵守しなければならない。

- いずれの診療科でも、診療内容の記録またはコード化にあたっては現行の規則を適用すること。
- KHEntgG の対象となる診療科に初回転科した症例の場合、主診断の定義は「症状または診断内容のうち、当該症例の転科を決定づけたもの」とする（例 9 を参照）。

- KHEntgG および BpIV の対象となる診療科間の転科が複数回生じた症例の場合、主診断は、類縁規則（他院からの再転院に関する規則等）が適用されている KHEntgG 対象の診療科の診断内容から選定する。

例 9

1 症例が統合失調症のため精神科に入院。入院期間中に急性腹症をきたしたことから外科に転科となり、ここで本症の原因として急性胆嚢炎が証明される。なお、統合失調症に対する治療はその後も継続。

精神科（BpIV 対象の診療科）

主診断： 統合失調症

副次診断： 急性腹症

外科（KHEntgG 対象の診療科）

主診断： 急性胆嚢炎

副次診断： 統合失調症

同一病院に再入院した患者

症例データと 1 件あたり包括支払方式への新規格付データを統合する場合、全例について以下の点を守る。

- 当初の入院期間分と再入院期間分を 1 件あたり包括支払方式で KFPV2004 年版（詳細については該当箇所を参照）に準じて算定する場合、症状、診断、医療処置の内容については両期間の分をまとめたものとして考慮する。症状や診断内容のコード化には、主診断の定義を適用する。

他院から復帰した患者

他院から復帰した症例（A 病院→B 病院→A 病院）の場合は、以下の点を守る。

- A 病院における 2 度の入院分を 1 件あたり包括支払方式で KFPV（詳細については該当箇所を参照）に準じて算定する場合、症状、診断、医療処置の内容については両期間の分をまとめたものとして考慮する。症状や診断内容のコード化には、主診断の定義を適用する。

例 10

アテローム性動脈硬化症性心疾患の 1 症例が不安定狭心症をきたし A 病院に入院。後日、詳細な診断と加療を受けるため B 病院に転院となる。B 病院では、検査により心筋梗塞であることが判明したため冠動脈バイパス手術が施行される。本例は病態が安定したことから A 病院に復帰。

∴

./.

A 病院：初回入院時

主診断： 不安定狭心症

副次診断： アテローム性動脈硬化症性心疾患

B 病院：

主診断： 心筋梗塞

副次診断： アテローム性動脈硬化症性心疾患

A 病院：第2回入院時

主診断： 心筋梗塞

副次診断： アテローム性動脈硬化症性心疾患
大動脈冠動脈バイパスの既存

症例が A 病院に復帰した後、当院で初回入院および第2回入院の診断内容を考慮したうえで、本例に対する主診断内容と副次診断内容を決定する。「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0901c 虚血性心疾患に従い、心筋梗塞例に対しては不安定狭心症を表わすコードを使用しない。

A 病院：全在院期間

主診断： 心筋梗塞

副次診断： アテローム性動脈硬化症性心疾患
大動脈冠動脈バイパスの既存

D003b 副次診断

「副次診断」の定義を以下に示す。

「主診断と同時期に顕在化しているか入院期間中に出現した疾患または愁訴」

副次診断をコード化するためには、副次診断の内容が「患者管理に影響を与え、以下のうちいずれかの必要性をもたらす疾患」と解釈できることが必須である。

- 治療
- 診断
- ケア、介護、モニタリングのコストアップ

術前評価で麻酔科専門医が記録した疾患については、本疾患が前述した基準に合致する場合に限りコード化する。また、標準的な専門医療処置に影響を与える併存疾患は、副次診断内容としてコード化する。

診断内容のうち、上記の定義に準じた患者管理に対し影響を与えない既往症、例えば6ヶ月前に完全治癒した肺炎や消退した潰瘍についてはコード化しない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」のコード化に関する一般ガイドライン D001a の例1 [P.3] も参照）

例 1

1 症例が慢性骨髄性白血病の治療目的で入院。10 年前に半月板外傷に伴う膝部手術の既往があるが、その後は愁訴なし。但し、本例は冠動脈性心疾患を有しており、薬物治療が反復されている。腹部リンパ節の超音波検査を行い子宮筋腫が証明されたものの、本症に対する追加診断や追加治療は要さず。入院期間中に抑うつ反応を認めたため抗うつ薬を投与。腰痛が遷延化したことから、腰痛体操にてケアを図る。

主診断： 慢性骨髄性白血病

副次診断： 抑うつ反応
腰痛
冠動脈性心疾患

副次診断のいずれの要素も、前述した定義（医療リソースの必要度が最も高かった要素）に合致しているためコード化する。

一方、これ以外の診断内容（子宮筋腫、半月板外傷の手術および術後状態）はこの定義を満たしていないことから、DRG 分類の内容としてはコード化しない。とはいえ、重要な要素なので医療記録や医師間での申し送りは必要である。

例 2

1 症例が肺炎のため入院し、さらに糖尿病を合併。看護師が血糖値を毎日測定し、糖尿病用食事療法が施行される。

主診断： 肺炎

副次診断： 糖尿病

例 3

下肢静脈瘤をきたした 60 歳の 1 症例が、両下肢潰瘍化の治療目的で入院。本例は下腿部切断術の既往を有することから、看護師のサポートが必要となる。

主診断： 静脈瘤に伴う下肢の潰瘍化

副次診断： 下腿部切断術（既往歴）

例 4

脂肪過多の女性高齢患者が胆嚢結石症をきたし、胆嚢摘出術の目的で入院。本例は術後に肺塞栓症をきたす。

主診断： 胆嚢結石症

副次診断： 肺塞栓症
脂肪過多

副次診断コードの順序

コード化に関するガイドラインでは、副次診断コードの順序に関する規定は設けられていない。但し、特にコード番号を入力するためのフィールド数が限られている場合は、副次診断内容のうち臨床上意義をもつ要素、とりわけ合併症や併発症のコードを優先的に入力する。診断内容のコード化で複数のコードが必要になった場合（ダガー・アステリスク方式の場合等）には、「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）の順序を遵守する。

注：1 件あたり包括支払および特別報酬の算定の場合、主診断や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。

D004a 症候群

症候群のコードを入力する場合、その特定コードが ICD-10 分類コードに記載されているのであればこれを使用する。この際、原則として主診断の定義を遵守する。例えば、症候群が顕在化している症例（心不全等）では、治療の必要性を決定づけた要素を主診断内容としてコード化する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 P.4 を参照）。

例 1

形態異常を呈する小児患者が、症候群の詳細を解明する目的で入院となる。検査の結果、「21 トリソミー、減数分裂時不分離（ダウン症候群）」と確診。

主診断： Q90.0 21 トリソミー、成熟<減数>分裂時の不分離に起因するもの

例 2

減数分裂時の不分離による 21 トリソミー（ダウン症候群）を有する小児患者 1 例が先天性心室中隔欠損症をきたし、心臓手術の目的で入院。

主診断： Q21.0 心室中隔欠損症

副次診断： Q90.0 21 トリソミー、成熟<減数>分裂時の不分離に起因するもの

なお、ICD-10 分類リストでは上記症候群に使用する特定コードが存在しない。したがって、この場合は症状ごとにコード化する。

症候群を表わすコードの順序に関するガイドライン

1. 症候群の詳細を解明させ、主診断の定義に関する規則を適用する。
2. 本症候群の症状が複雑なため、あるいは診断内容がいずれも治療を要さなかったために当該規則の適用が難しい場合は、診断内容のうち臨床上最も意義をもつと判断された要素を主診断内容としてコード化する。

3. 染色体異常に伴う疾患または遺伝性疾患の症例の場合、症状が複数であっても重症度が同一であれば、染色体異常に伴う疾患または遺伝性疾患を主診断内容としてコード化する。
4. 症候群が先天性の場合、カテゴリ-Q87.-多系統に及ぶ、詳細が明示されたその他の先天性奇形症候群のコード番号を選択し、これを既に入力されている症状コードに追加入力する。この追加コード番号は、本症候群がICD-10-GMの特定コード番号に分類されないものであることを示す役割をもつ。

例3

ギャロウエー・モワット症候群（小頭症、食道裂孔ヘルニア、腎症が合併した病態）は、常染色体劣性遺伝性疾患である。臨床的には、主として重度の腎症が認められる。組織検査では、巣状や分節状の糸球体病変が証明される。

主診断： N04.1 ネフローゼ症候群、巣状および分節状糸球体病変
副次診断： Q40.1 先天性食道裂孔ヘルニア
 Q02 小頭症
 Q87.8 詳細が明示されたその他の先天性奇形症候群、他に分類されないもの

D005a 続発症（後遺症）

疾患の「続発症（後遺症）」「遅発症状」とは、既往疾患によって惹起され、現時点で症状を呈している病態を指す。

続発症（後遺症）のコード番号の使用に関し、時間上の一般的制限は設けられていない。続発症（後遺症）は、既に疾患経過の初期段階で認められることもある。脳梗塞の続発症として認められる神経脱落症状等がその好例である。一方、続発症（後遺症）が数年後に出現する例としては、腎結核症の既往例で後遺症として出現する慢性腎不全等がある。

疾患の影響のうち、診断記録の中で以下のような表現で記載されている要素については「遅発症状」とみなす。

- 遅発性（後遺症）
- 陳旧性
- 続発症（後遺症）
- 既往疾患に起因する
- 既往疾患の後遺症として

遅発症状の原因疾患が既に非活動性であれば、急性期疾患を表わすコード番号は入力しない。この場合は、ICD分類に記載されている適切な特定コードを用いて続発症（後遺症）のコード番号を入力する（以下に示す「遅発症状の原因を表わす特定コード番号」等を参照）。

疾患の続発症（後遺症）をコード化する場合には、以下2つのコード番号が必要になる。

- ・ 現時点で症状を呈している遺残症状または続発症（後遺症）そのもののコード番号
- ・ その遺残症状または続発症（後遺症）が既往疾患に続発したものである（続発症または後遺症である）ことを示すコード番号

すなわち、遺残症状や続発症（後遺症）を表わすコードは最初に入力し、次いで「続発症（後遺症）」のコード番号を入力する。

例 1

トラコーマの既往により片眼を失明。

H54.4 失明、片眼

B94.0 トラコーマの続発症（後遺症）

例 2

急性灰白髄炎の既往により上腕部に単麻痺をきたす。

G83.2 上肢の単不全麻痺および単麻痺

B91 急性灰白髄炎の続発症（後遺症）

例 3

脳塞栓症の既往により瘧性片麻痺をきたす。

G81.1 瘧性片側不全麻痺および瘧性片麻痺

I69.4 脳血管発作の続発症（後遺症）。『出血』または『梗塞』と明示されないもの

遅発症状の原因を表わす特定コード番号

注：文末に（WHO）と付記されている説明の内容は、WHO の ICD-10 分類コード II 巻の規則で示されている内容と同一である。

B90.- 結核の続発症（後遺症）

続発症（後遺症）には、症状そのものとして表記されているか結核の既往の続発症として表記されている症状、または陳旧性で完全治癒している非活動性結核または不顕性結核の遺残症状（症状そのものとして表記されているもの）がその範疇に包含される。但し、活動性結核の徴候がある場合はこの限りではない（WHO）。

B91 灰白髄炎の続発症（後遺症）

B92 ハンセン病の続発症（後遺症）

B94.- その他の感染症および寄生虫症の続発症（後遺症）、詳細不明

B94.0 トラコーマの続発症（後遺症）

続発症（後遺症）には、完全治癒しているか非活動性であるトラコーマの遺残症状のほか、失明や癬痕性眼瞼内反、結膜癬痕等の特定後遺症がその範疇に包含される。但し、活動性感染症の徴候がある場合はこの限りではない（WHO）。

B94.1 ウイルス性脳炎の続発症（後遺症）

後遺症状には、疾患そのものとして表記されているか遅発症状として表記されている疾患のほか、原因疾患の発症後1年以上存続している疾患がその範疇に包含される（WHO）。

B94.8 詳細が明示されたその他の感染症および寄生虫症の続発症（後遺症）

続発症（後遺症）には、疾患そのものとして報告されているか、当該疾患（治癒している、陳旧性、非活動性、不顕性）の遅発症状または遺残症状として報告されている疾患がその範疇に包含される。但し、活動性疾患の徴候がある場合はこの限りではない。なお、続発症（後遺症）には「その他の感染症および寄生虫症の続発症（後遺症）に起因する」ものと報告されている慢性症状、あるいはコード番号 A00～B89 に分類される疾患の発症後1年以上存続している遺残症状として報告されている慢性症状もその範疇に包含される（WHO）。

E64.- 栄養失調（症）およびその他の栄養欠乏症の続発症（後遺症）

E64.3 くる病の続発症（後遺症）

続発症（後遺症）には、くる病に起因し発症後1年以上存続している一切の症状、あるいはくる病の続発症（後遺症）または遅発症状と表記されている一切の症状がその範疇に包含される（WHO）。

E68 栄養過多の続発症（後遺症）

G09 中枢神経系の炎症性疾患の続発症（後遺症）

コード番号は、G00.-、G03.-、G04.-、G06.-、G08.-に記載されている疾患、あるいはこれらの分類対象となる疾患の続発症（後遺症）として使用する。中枢神経系の炎症性疾患の続発症（後遺症）は、二重分類の構成要素（G01*、G02.-*、G05.-*、G07*であり、原因愁訴の続発症（後遺症）として使用するコード番号に分類される（B90.0 中枢神経系結核の続発症（後遺症）がその好例）。なお、原因愁訴の続発症（後遺症）のコード番号が存在しない場合は、その原因愁訴そのもののコードを入力する（WHO）。

I69.- 脳血管系疾患の続発症（後遺症）

O97 産科的直接原因の続発症（後遺症）による死亡

D006a 急性および慢性疾患

慢性、急性の両タイプを示す同一疾患例（慢性疾患の急性期増悪例等）で本疾患のコード番号が「急性」「慢性」と区別されている場合には、急性型を主診断、慢性型を副次診断内容としてコード化する。

例 1

1 症例が慢性膵炎の急性期増悪をきたし入院。なお、他器官の合併症は認めない。

主診断： K85.0 急性膵炎、他器官の合併症を伴わないもの

副次診断： K86.1 その他の慢性膵炎

除外：以下に該当する場合は、本基準は適用されない。

- a) ICD-10-GM で、1 つのコード番号に「急性」と「慢性」が組み合わされている場合。具体例を以下に示す。

J44.1- 急性期増悪を示す慢性閉塞性肺疾患、詳細不明

- b) ICD-10-GM で、「急性」「慢性」のコードが互いに対になる形で存在する場合。具体例を以下に示す。

C92.0- 急性骨髄性白血病

除外：慢性骨髄性白血病の急性期増悪 (C92.1-)

C92.1- 慢性骨髄性白血病

ここでは C92.1-のみ入力し、さらに寛解の状態を表わすコードを第 5 桁に入力する。

- c) ICD-10-GM に、コード番号のみの入力を要する旨が注記されている場合。例えば「慢性細気管支炎の急性期増悪」のコード化に関し、アルファベット順索引では「急性期疾患は個別にコード化する必要はない」と注記されている。というのは、急性期疾患は主概念の後に丸括弧を用いて表記する（すなわち、疾患の本質そのものは変化していないことを示す）ことになっているためである。

気管支炎（急性）（感染性）（亜急性） J21.9

D007a 手術目的の入院例に対し手術が実施されなかった場合

手術目的で入院したものの、何らかの理由により手術を受けずに退院した症例については、以下のようにコード化する。

- a) 技術的な理由から手術が見送られた場合

例 1

1 症例が鼓室に漿液および粘液の滲出をきたしたため、鼓室開放チューブの挿入を目的として入院。手術は技術的理由により延期となる。

主診断： H65.3 粘液滲出性の慢性中耳炎

副次診断： Z53 特定医療処置を目的とした医療機関利用者、処置は実施せず

- b) 患者の入院後に疾患または合併症が新規出現したために手術が見送られた場合

例 2

1 症例が扁桃炎をきたし、扁桃摘出術のため入院。本例が急性前頭洞炎をきたしたことから、手術は延期となる。

主診断： J35.0 慢性扁桃炎

副次診断： Z53 特定医療処置を目的とした医療機関利用者、処置は実施せず

J01.1 急性前頭洞炎

D008b 推定診断

本ガイドラインで用いる「推定診断」という表現は、「入院期間の最終段階になっても確診、除外診断のいずれにも至っていない診断」を指す。

推定診断のコード化にあたっては、症例が退院したか転院になったかを区別する。

退院例の場合

検査を行っても推定診断にとどまったために治療が実施されなかった場合には、症状をコード化する（例1、および「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 P.4 を参照）。

例1

小児患者が右下腹部痛をきたして入院し、虫垂炎と推定診断される。入院期間中に検査を行ったものの虫垂炎が確診できなかったことから、虫垂炎に対する専門的治療は実施されず。

主診断： R10.3 下腹部における他部位に局限した疼痛

一方、治療は開始されたものの明確な検査結果が得られなかった場合は、推定診断内容をコード化する。

例2

1 症例が強度の頭痛を訴えて入院し、髄膜炎と推定診断される。入院期間中に検査を行ったものの、髄膜炎については確診、除外診断のいずれにも至らず。しかし、髄膜炎に対する専門的治療は開始される。

主診断： G03.9 髄膜炎、詳細不明

転院例の場合

症例が推定診断をつけられたまま転院した場合、その転院元の医療機関が推定診断内容をコード化する。

転院元の病院が推定診断をコード化する際に使用すべき情報は、転院が生じた時点で得られているものに限る。転院先の医療機関で症例の転院後に得られた情報が、事後になってコード確定に影響することはない。

例えば、症例が髄膜炎の推定診断をつけられたまま転院し、転院元の病院が「髄膜炎」をコード化したならば、その入力されたコード番号を事後に変更することはできない。本規則は、転院先の医療機関から症例退院報告書が送付された場合、および症例が髄膜炎でないことが検査結果から判明した場合でも適用される。

D009a 「その他」「詳細不明」を表わすコード番号

残余カテゴリー「その他の」は、疾患名がチェックシートに正確に記載されていても ICD-10 分類に該当項目が存在しない場合に使用する。

残余カテゴリー「詳細不明」は、例えば「白内障」のような上位概念をもつ疾患として表現されている場合、および ICD-10 分類基準に従ってこれ以上細分化できず、該当する桁にコード入力することが不可能な場合（あるいはそのいずれかの場合）に使用する（例3を参照）。

通常、「その他の」「詳細不明」を表わすコード番号や「残余カテゴリー」には、特定の符号が与えられている。

第4桁には、一般に以下の規則に従って番号が割り当てられる。

- “.0～.7”： 特定疾患（XIX章 損傷および中毒では、“.7”は「多発性損傷」を表わすものとして使用されることが多い）
- “.8”： 上記“.0～.7”に分類されない特定疾患（すなわち「その他の」特定疾患）
- “.9”： 詳細不明

例1 4桁のサブカテゴリー

コード番号の細分類

コード番号	疾患名	カテゴリー
L50.-	蕁麻疹	カテゴリー
L50.0	アレルギー性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.1	特発性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.2	寒冷または温熱に起因する蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.3	皮膚描記性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.4	振動性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.5	コリン作動性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.6	接触性蕁麻疹	特定サブカテゴリー
L50.8	その他の蕁麻疹 ・ 慢性 ・ 反復性	蕁麻疹、他に分類されないもの
L50.9	蕁麻疹、詳細不明	非特定サブカテゴリー

場合により、2つの残余カテゴリー“.8”と“.9”が1つのコード番号に組み合わせられて「その他の」「詳細不明」の意味を表わすこともある。

第5桁への番号の割り当ては、必ずしも画一的というわけではない。

残余カテゴリーは、他に分類されないと思われる診断を「とりあえず受け止めておく」目的で使用してはならない。ICD-10 分類リストは、正確なコード番号を確実に分類するために用いるものである（「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）

使用する名称が ICD-10 分類リストに見当たらない場合は、名称の代用が可能かどうかを検討する。代用できる名称がなければ、以下の方法をコード化に適用しても差し支えない。

例 2

診断： 眼瞼白斑症
 コード： H02.8 詳細が明示されたその他の眼瞼障害

アルファベット順索引では、「白斑症」の項に「眼瞼」という下位概念は記載されていない。よって、この場合は「疾患」という概念で検索しなければならない。ここでは以下のように表示されている。

疾患

-眼-H57.9
 --眼瞼-H02.9
 ---明示された、他に分類されないもの H02.8

「白斑症」は「明示された疾患」であり、アルファベット順索引では該当事項が存在するので H02.8 が正しいコード番号となる。

例 3

診断： 37歳の男性。水晶体亜脱臼性白内障。
 コード： H26.9 白内障、詳細不明

アルファベット順索引では、「白内障」の項に「水晶体亜脱臼性」という下位概念はなく、また「明示された、他に分類されないもの」との記載もない。よって、H26.9 が正しいコード番号となる。

D010a 組み合わせコード番号

2単位の診断内容を分類する場合、あるいは症状や関連合併症を含めた診断内容を分類する場合は、本来使用する個々のコード番号を「組み合わせコード番号」として表示する。この組み合わせコード番号は、アルファベット順索引において字下がりの形で表記されている概念で検索するか、ICD-10-GM 分類リストに注記された「包含」や「除外」の内容を確認しながら調べる（「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、および同 D014a アルファベット順索引と ICD-10-GM 診断シソーラスで適用される正規の約定 P.32 を参照）。

組み合わせコード番号は、このコード番号が診断内容を完全に表現している場合、およびアルファベット順索引にしかるべき指示が記載されている場合に限り使用される。

なお、組み合わせコード番号が分類体系として既に設定され、これによって診断内容全体が明確に表現できるのであれば、多重コード入力（「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 を参照）は使用してはならない。

例 1

壊疽を伴う四肢アテローム性動脈硬化症

正： I70.24 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、壊疽を伴うもの
 誤： I70.20 その他の四肢アテローム性動脈硬化症、詳細不明
 R02 壊疽、他に分類されないもの

D011a 二重コード入力

1 疾患が複数部位で顕在化している症例の場合、その診断内容のコード化には以下の規則が適用される。

1. 診断内容のコード番号が同一であれば、それを1回だけ入力すればよい。
2. 両側性疾患を表わすコード番号が ICD 分類に存在するのであれば、これを使用する（例1を参照）。
3. 患側を表わす入力コードが ICD 分類に存在しない場合は、診断内容のコード番号の後に“B”（「両側性」を表わす）を追加入力する（例2を参照）。

診断内容に関して同一のコード番号を繰り返し入力する必要はないが、疾患の治療として手術や侵襲処置（医療処置）を要した症例については、同一の医療処置コードを繰り返し入力できる（具体例、および「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を参照）。

例1

1 症例が嵌頓や壊疽を伴わない両側性鼠径ヘルニアをきたし入院。両側のヘルニアに対し、経腹膜アプローチによる腹腔鏡下閉鎖術を施行。

主診断： K40.20 両側性鼠径ヘルニア、嵌頓および壊疽を伴わないもの、『再発性ヘルニア』と明示されないもの

医療処置： 5-530.31 無生物材料を用いたヘルニア閉鎖術、腹腔鏡下経腹膜アプローチによるもの

5-530.31 無生物材料を用いたヘルニア閉鎖術、腹腔鏡下経腹膜アプローチによるもの

（OPS-301、5-53の注記も参照）

例2

1 症例が両腕に橈骨骨折（コーレス骨折）をきたして入院。穂状包帯を用いて、両腕橈骨骨折部位の非観血的整復固定を施行。

主診断： S52.51B 橈骨遠位端骨折、伸展骨折、コーレス骨折、両側

医療処置： 5-790.16 骨接合術を用いた骨折または骨端線離開の非観血的整復、鋼線牽引法または引き寄せ締結法あるいはセルクラージュ円周縫合法によるもの、橈骨遠位端

5-790.16 骨接合術を用いた骨折または骨端線離開の非観血的整復、鋼線牽引法または引き寄せ締結法あるいはセルクラージュ円周縫合法によるもの、橈骨遠位端

両側性疾患のコード入力および多重コード入力については、「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）も参照のこと。

D012a 多重コード入力

注：文末に（WHO）と付記されている説明の内容は、WHO の ICD-10 分類コード II 巻の規則で示されている内容と同一である。

以下のような場合には、多重コード入力が必要となる。

1. 病因コードおよび症状コードの入力：「ダガー・アステリスク方式」

病因を表わすコード番号にはダガー（†）、また症状を表わすコード番号にはアステリスク（*）をそれぞれ付す。病因コード番号と症状コード番号を続けて入力する場合は、アルファベット順索引、ICD-10-GM 診断シソーラス、または ICD-10-GM 分類リストに記載されているとおりの順序に従う。すなわち、まず病因コード番号を入力し、次いで症状コード番号を入力する。

例 1

診断：淋菌性滑液包炎

ICD-10-GM 診断 淋菌性滑液包炎 A54.4 † M73.09*

シソーラス：

ICD-10-GM 分類 A54.4 † **筋骨格系の淋菌感染症**

リスト： **淋菌性滑液包炎 (M73.0-*)**

M73.0-* 淋菌性滑液包炎 (A54.4 †)

診断名にダガーが付記されて分類項となっているパターンは、具体的には以下のような場合である（WHO）。

- a) 分類項の見出しに、ダガー（†）とアステリスクの両方が付記されている場合。この分類項で分類される診断名はすべて二重分類の対象となり、同一のアステリスク付きコード番号をもつ。以下に具体例を示す。

例 2

A17.0 † 結核性髄膜炎 (G01*)

結核性軟膜炎

結核性髄膜（脳）炎、結核性髄膜（脊髄）炎

- b) 分類項の見出しで、ダガー（†）は付記されているがアステリスクは付記されていない場合。この分類項で分類されるべき診断名はすべて二重分類の対象となるが、アステリスク付きコードは異なる（すべての診断名にアステリスクがついている場合）。以下に具体例を示す。

例 3

A18.0 † 骨・関節の結核

結核性：

- 関節炎 (M01.1-*)
- 骨壊死 (M90.0-*)
- 乳様突起炎 (H75.0*)
- 骨髓炎 (M90.0-*)
- 骨炎 (M90.0-*)
- 滑膜炎 (M68.0-*)
- 腱鞘炎 (M68.0-*)

結核：

- 臀部 (M01.15*)
- 膝部 (M01.16*)
- 脊柱 (M49.0-*)

- c) 分類項の見出しに、ダガー (†)、アスタリスクのいずれも付記されない場合がある。この分類項で分類されるべき診断名はすべてが二重分類の対象となるわけではないが、その診断名を構成する個々の要素は二重分類できる。この場合、診断名にはダガー (†) とアスタリスク付きコード番号が付く。以下に具体例を示す。

例 4

A54.8 その他の淋菌感染症

淋菌性：

- 腹膜炎 † (K67.1*)
- 肺炎 † (J17.0*)
- 敗血症
- 皮膚病変

症状コード (すなわちアスタリスク [*] 付きコード番号) は、主診断を表わす単独コードとしては使用できない。但し、「コード化に関する特別ガイドライン」で指定されている場合はこの限りではない。

- d) 診断コードを入力する際、ICD-10 分類リストのコードにアスタリスク (症状を表わす符号) が付いている場合は、さらに病因を明確化しなければならない。このため、分類リストや診断シソーラスでは多数のコード番号に関する注意事項が記載されている (例 5 を参照)。ここでは、ICD 分類リストでダガーの付いていないコードを病因コード番号として使用できる。この場合は、ダガー (†) を付してそれが病因であることを表現する。

例 5

G63.3* その他の内分泌疾患および代謝疾患に伴う多発性ニューロパシー (E00～E07 †、E15～E16 †、E20～E34 †、E70～E89 †)

分類リストには、† を付して病因をコード化できるコード番号が注意事項として記載されている。但し、E05.0 びまん性甲状腺腫を伴う甲状腺機能亢進症等の病因コード番号は、分類リストではダガー付きコードとして指定されていない。

- e) 病因のコード化に使用できるコード番号について、注意事項が特に記載されていないケースがある（例 6 を参照）。この場合は、担当医がその原因疾患を決めなければならない。

例 6

J91* 他に分類される疾患に伴う胸水

この場合、ダガー付きコードに関する注意事項が特に記載されていないので、コード番号（C50.4 乳房上外側 4 分の 1 の乳腺悪性新生物等）にダガー（†）を付して、それが胸水の原因であることを表現できる。

2. 二重分類に関する注意事項

症例の健康状態を完全な形で表現するため、特定のケースではダガー・アスタリスク方式とは異なる形式として二重分類法が使用される。分類リストの注意事項に示されている「～を入力する場合にはコード番号を追加する」という方法に従えば、多くの状況の特徴を明確化できる（WHO）。

具体例を以下に示す。

- 「臓器疾患」の章に分類されている局所感染症。感染病原体を同定する際、その名称が分類項の見出しに存在しない場合には第 I 章のコード番号を追加する。この目的で、第 I 章の最後に記載されているカテゴリーグループのコード（B95!～B97!）を使用することも可能である（「編纂上の注意事項」表 2、P.XXVI を参照）。
- 機能活性を示す新生物。この機能活性度の特徴を明確化するため、第 II 章の各コード番号に第 IV 章から選定した適切なコード番号を追加しても差し支えない。
- 新生物の形態。ICD 主分類には、形態を表わすコード（分類コード I 巻「新生物の形態」を参照）は記載されていないが、腫瘍形態（組織形態）の特徴を明確化するため、これを第 II 章のコード番号に追加しても差し支えない。
- 第 V 章の F00～F09（症候性のものを含む器質性精神障害）に該当する病態内容を補完する場合。原因疾患、損傷、その他の脳障害については、他章のコード番号を追加することによってその内容を入力できる。
- 損傷、中毒、その他の副作用の内容を示すために 2 つのコード番号を使用する場合。損傷のタイプを表現するコード番号を第 XIX 章から選び、さらにその原因を表現するコード番号を第 XX 章から選んで追加することが可能である。

注：新生物の形態コード、第 XX 章のコードのいずれも DRG 分類との関連性をもたない。

多重コード入力を行う場合の診断コードの順序

ICD 分類規則、およびコード化に関するガイドラインに従い、必ずダガー付き「病因コード」の後にアスタリスク付き「症状コード」を入力する（「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 を参照）。本規則は、例えば診断内容が「開放性骨折」の症例で、骨折コードに加えて軟組織損傷の程度のコード（感嘆符）を入力するような場合にも適用される。

ICD 分類コードのうち符号が付いていないコードやダガー（“†”：病因を表わす符号）が付いているコードはそれ自体が単独で使用できるため、以下では一次診断コードとして表記する。

ICD 分類コードのうちアスタリスク（“*”：症状を表わす符号）または感嘆符（“!”：病因、症状以外を表わす符号）が付いているものは、単独ではなく一次診断コードと組み合わせた形でのみ使用されるため、以下では二次診断コードとして表記する。

一次診断コードと二次診断コードを用いて多重コード入力を行う場合、ICD 分類コードの順序については以下の規則に従う。

- まず一次診断コードを入力し、続けて二次診断コードを入力する。
- いったん入力した一次診断コードは、それに続くすべての二次診断コードに関する「一次診断内容」として通用する。これは、別の一次診断コードが新たに入力されるまで同様である。
- 二次診断コードを別の二次診断コードに組み入れないこと（すなわち、アスタリスク付きコードを感嘆符付きコードに組み入れること、逆に、感嘆符付きコードをアスタリスク付きコードに組み入れることはできない）。

ダガー・アスタリスク方式

本ガイドライン（特に具体例）の診断コードは、前述した規則に従って配列させてある。

例 7（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0401b 糖尿病より引用）

I 型糖尿病症例が、末梢循環合併症として安静時痛を伴う四肢アテローム性動脈硬化症をきたし、バイパス手術を受ける目的で入院。この際、高度の視力低下を伴う網膜症も認める。

主診断： E10.50 † 末梢循環合併症を伴う原発性インスリン依存性糖尿病 [I 型糖尿病]、
『糖尿病性虚脱』と明示されないもの

副次診断： I79.2* 他に分類される疾患に伴う末梢血管症

I70.22 安静時痛を伴う四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型

E10.30 † 眼合併症を伴う糖尿病、『虚脱』と明示されないもの

H36.0* 糖尿病性網膜症

注意事項：本例の場合、I70.22 安静時痛を伴う四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型を入力したことにより、ダガー・アスタリスク方式によって表現された診断内容がいつそう明確化する。但し、このコードは主診断として入力されたものではない。

例 7 は、社会保障法典第五編 § 301 「データ送信に関する約定」に準じて診断群別退院報告（ETL-NDG）用に編纂される。具体的には以下のとおりである（「編纂上の注意事項」も参照）。

診断	一次診断コード (一次診断)	二次診断コード (二次診断)
主診断	E10.50 †	I79.2*
副次診断	I70.22	
副次診断	E10.30 †	H36.0*

医療記録の手間を省くとともに診断内容の表現を簡略化するため、いったん入力した一次診断コードをそれに続く複数の二次診断コードに関する「一次診断」とするシステムは、今後も適用されることになる。この場合、まず一次診断コード、次いで二次診断コードをそれぞれ入力する。本システムは、別の一次診断コードが新たに入力されるまで同様である（例 7 および 8 を参照）。

例 8（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0401b 糖尿病より引用）

I 型糖尿病症例が、多発性合併症として四肢アテローム性動脈硬化症、網膜症、腎症をきたし、高度の代謝性虚脱状態のため入院。

主診断：	E10.71 †	多発性合併症を伴う原発性インスリン依存性糖尿病 [I 型糖尿病]、『代謝機能異常性』と明示されないもの
副次診断：	I79.2*	他に分類される疾患に伴う末梢血管症
	H36.0*	糖尿病性網膜症
	N08.3*	糖尿病に伴う糸球体疾患

注：コード E10.71 は、後続するアステリスク付きコード（症状コード）の原因である旨を表わすので“†”を付ける。規則に従い、「病因コード」は常に「症状コード」の前に入力する。本例のように、1つの病因コードが複数の症状の原因であることを表わす場合には、病因コードに続く症状コードにはすべてアステリスク（症状を表わす）を付す。これは、別の一次診断コードが新たに入力されるまで同様である。したがって、上記の例では、コード E10.71 がコード I79.2*、H36.0*、N08.3*の病因を示すコードなので、コード E10.71 には“†”が付けられている。

例 8 は、社会保障法典第五編 § 301 「データ送信に関する約定」に準じて診断群別退院報告（ETL-NDG）用に編纂される。具体的には以下のとおりである（P.XXIII を参照）。

診断	一次診断コード (一次診断)	二次診断コード (二次診断)
主診断	E10.71 †	I79.2*
副次診断	E10.71 †	H36.0*
副次診断	E10.71 †	N08.3*