

## 感嘆符付きコード

ICD-10-GM、社会保障法典第五編 § 301「データ送信に関する約定」のいずれにおいても、「オプション」のコード番号として感嘆符付きコード（S31.83!等）が使用される。「編纂上の注意事項」表2に記載されている感嘆符付きコードは、いずれも特定の診断内容を入力する際に必要である。また、臨床的に意義をもつその他の状況でも使用可能である。

### 例9（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1903c 骨折および脱臼より引用）

1 症例が上腕骨頭部の開放性骨折（第I度）、および軟組織損傷（第I度）を伴う肩関節の（開放性）前方脱臼をきたし、その治療目的で入院。

主診断： S42.21 上腕骨近位端骨折、頭部  
 副次診断： S41.87! 上腕の開放性骨折（第I度）または開放性脱臼（第I度）  
 S43.01 肩関節の前方脱臼

例9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	S42.21	S41.87!
副次診断	S43.01	

なお、臨床的に妥当であれば、感嘆符付きコードを複数の一次診断コードの下に入力しても差し支えない（例10を参照）。この場合、二次診断コードをひとつと入力してから、感嘆符付きコードをリスト内の「一次診断」の最後に表示させることが必須となる。

### 例10（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1908a 胸腔内または腹腔内の開放性損傷より引用）

1 症例が腎実質の完全破裂、脾実質の裂傷、小腸の複数部位における軽度の裂創、内臓器の腹壁ヘルニアをきたし入院。

主診断： S37.03 腎実質の完全破裂  
 副次診断： S36.03 脾実質の裂傷  
 S36.49 小腸の損傷、小腸におけるその他複数部位  
 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）

例10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	S37.03	S31.83!
副次診断	S36.03	S31.83!
副次診断	S36.40	S31.83!

### D013c 分類リストで適用される正規の約定

ICD-10-GM では、コード化の方法やコード入力したデータの解釈が正規に取り決められており、いずれも重要である。ここで説明されている正規の約定は、WHO の ICD-10 分類コード (II 巻) の規則に対応している。そのため、本規則から引用した文章には“(WHO)”と明記した。

#### 包含 (WHO)

3 桁分類項および 4 桁分類項では、通常、同系列ではあるが診断名の異なる要素が記載されている。これらは「包含」[その範疇に入る、すなわち『包含』される診断名]と表示され、その分類項に確実に分類できる診断内容の具体例として、分類項の見出しの下に補記されている。「包含」の項目は、分類項の類義語として表示されている場合、または分類項とは異なる概念の診断名として列記されている場合がある。いずれも分類項のコードの下にまとめて表記されているが、分類項の細分類内容を表わすものではない (例 1: K31.0 急性胃拡張を参照)。

「包含」の項目は、分類項の注意事項として優先的に記載されている。その多くは、分類項に属する重要かつごく一般的な診断内容で表記されている。特別なケースでは、個々のサブカテゴリー間で内容の範囲を明確化しなければならないような病態または部位が表記されていることもある。「包含」には詳細内容が記載されているわけではないが、選択可能な診断名がアルファベット順索引に記載されている。確診内容を実際にコード化する際には、まずそのコードをアルファベット順索引で検索する必要がある。

#### 例 1

- K31.- 胃および十二指腸におけるその他の疾患**  
 包含: 機能性胃疾患  
 除外: 十二指腸の憩室性疾患 (K57.0~K57.1)  
 胃腸出血 (K92.0~K92.2)
- K31.0 急性胃拡張**  
 胃の急性拡張
- K31.1 成人の肥厚性幽門狭窄**  
 幽門狭窄、詳細記載なし  
 除外: 先天性または乳児性幽門狭窄 (Q40.0)

一連のカテゴリー、または 3 桁カテゴリーの全サブカテゴリーに適用される一般的な診断内容は、章、グループまたはカテゴリーの見出しに続けてその都度記載されたうえ、「包含」と明記されている (例 1: K31.- 胃および十二指腸におけるその他の疾患を参照)。

## 除外 (WHO)

特定の分類項には、「除外」と明記された病態に関する内容が記載されている。これは、「診断名から考慮するとその分類項の見出しに当てはまりそうではあるが、実際には他に分類されるもの」という意味である。カテゴリ-A46 母毒 [母毒] で「分娩後母毒」「産褥性母毒」が除外されているケースがその好例である。「除外」がある場合には、その除外対象が属するカテゴリまたはサブカテゴリのコード番号が丸括弧内に記載されている(例 1: K31.1 成人の肥厚性幽門狭窄を参照)。

多くのカテゴリ、または 3 桁カテゴリの全サブカテゴリに関する一般的な「除外」は、章、グループまたはカテゴリの見出しに続けて記載され、同じく「除外」と明記されている(例 1: K31.- 胃および十二指腸におけるその他の疾患を参照)。

## 注解

第 V 章「精神・行動障害」では、「包含」「除外」のほか、内容に関する注意事項を示す「注解」が分類項に記載されている。これは、特に国によって精神障害の専門用語がまちまちであることに配慮して設けられた。全く異なる病態を表現するために同じ名称が使用されることも多い。

## 丸括弧“( )”

1. 診断内容の横に、丸括弧(パーレン)で用語が付記されていることがある。この丸括弧内の語はコード入力には影響しない。例えば、I62.0 硬膜下出血(急性)(非外傷性)に包含される診断名については、「硬膜下出血」を単独で入力する場合、記号を付す場合、丸括弧内の単語と組み合わせる場合を問わず“I62.0”というコード番号を使用する。

### 例 2

I12.- 高血圧性腎疾患に包含される概念「動脈硬化性腎炎(慢性)(間質性)」のコード番号は、「動脈硬化性腎炎」と単独で入力する場合、「慢性」や「間質性」(またはその両方)と組み合わせて入力する場合を問わず“I12.-”である。

2. 「除外」の対応コード番号を示す場合にも丸括弧を用いた。

### 例 3

**I88.- 非特異性リンパ節炎**  
**除外：リンパ節腫大、詳細記載なし (R59.-)**

3. カテゴリグループを表わす 3 桁のコード番号をグループ名の横に明示する場合にも、丸括弧を使用した。
4. 丸括弧は、ダガー・アステリスク方式にも使用されている。アステリスク付きカテゴリでダガー付きコードを表示する場合、またはダガー付きカテゴリでアステリスク付きコードを表示する場合にそれぞれ丸括弧を使用した。

例 4

A32.1 † リステリアに起因する髄膜炎および髄膜脳炎

リステリアに起因する：

- 髄膜炎 (G01\*)
- 髄膜脳炎 (G05.0\*)

G01\* 他に分類される細菌性疾患に伴う髄膜炎

(以下に伴う) (以下に起因する) 髄膜炎：

- 炭疽 [炭疽] (A22.8 †)
- 淋菌 (A54.8 †)
- レプトスピラ症 (A27.- †)
- リステリア (A32.1 †)

中括弧 “[ ]”

類義語、代替可能な定式や説明表現を示す場合には、中括弧を使用した。

例 5

A30.- ハンセン病 [ハンセン病]

A46 丹毒 [丹毒]

コロンの “:”

先行する単語（しかるべき分類項に分類される単語）の名称が完全なものではない場合、その単語の「包含」や「除外」を列挙する際にコロンの使用した。コロンの後に1つまたは複数の単語をある程度変化させるか正規の形で表記しておくことは、分類項の内容を適切に割り当ててうえで不可欠である。

例 6

K36 その他の虫垂炎では、「慢性」または「再発性」という単語を選ぶことで診断内容「虫垂炎」がいつそう正確に表現される。

K36 その他の虫垂炎

虫垂炎：

- 慢性
- 再発性

大括弧 “{ }”

先行する単語、それに後続する単語の名称がいずれも完全なものではない場合、その単語の「包含」や「除外」を列挙する際に大括弧（ブラケット）を使用した。大括弧の直前に位置する名称は、それに後続する1つまたは複数の名称と必ず組み合わせて用いる。

例 7

**071.6 骨盤関節および骨盤靭帯の産科的損傷**

恥骨結合軟骨内側の断裂	}	産科的
尾骨損傷		
恥骨結合の外傷性離開		

「詳細記載なし」“o.n.A”

“o.n.A”は“ohne nähere Angabe”（詳細記載なし）の略で、実際には「詳細不明」の略語“n.n.bez”と同義である。

概念の不明確な内容が特定の内容と同じコード番号で分類されるケースはよくある。これは、以下の事実と関連している。すなわち、医学専門用語では、よくみられる病型については一般的な概念で表現されることが多いのに対し、頻度の比較的少ない病型については詳細に表現されることが多い。例えば「僧帽弁狭窄」は「リウマチ性僧帽弁狭窄」を表わす通称として使われる。よって、「リウマチ性僧帽弁狭窄」は「僧帽弁狭窄」として分類されている。一方、「肺動脈狭窄」の場合はリウマチ以外に起因するものが多いことから、「リウマチ性」であれば「リウマチ性」のコードを入力する。

例 8

**I05.- リウマチ性僧帽弁疾患**

包含：I05.0、I05.2-I05.9 に分類される症状。『リウマチ性』と明示されているかどうかは問わない。

除外：『非リウマチ性』と明示されているもの (I34.-)

**I05.0 僧帽弁狭窄**

僧帽弁閉鎖 (リウマチ性)

**I05.1 リウマチ性僧帽弁閉鎖不全**

こうした含意的な記載項目を選択する場合、コードの誤入力 avoid するよう注意しなければならない。「包含」の内容をよく検討すれば、ここで選択すべき「原因」がはっきりとわかる。他の特定個所に分類できるような詳細データが確実でない場合を除き、診断名を「詳細不明」と入力してはならない。

一見「明示された」と入力して差し支えなさそうな疾患でも、そのコード入力後に医療記録で確認したところ内容がはっきりと特定されていなかったもの、すなわち「詳細不明」であった疾患が必ずいくつかが存在するので、ICD 分類に基づいて統計データの解釈を行う場合にはこの点を念頭に置くことが必要である。時間系統分析や統計データの解釈では、ICD 分類の改訂でこうした記載項目が変更されている可能性があることを重視しなければならない。例えば、ICD 第 8 版以前では『「詳細不明の」梅毒性大動脈瘤』という項目が記載されていた。

「他に分類されないもの」“a.n.k.”

3 桁カテゴリーの名称で「他に分類されないもの」（または略語で a.n.k.）と表記されているものがある。これは、「明示されている当該病態の異型であれば、他の部分に分類される可能性がある」という一種の警告の意味で使用される。以下に具体例を示す。

例 9

- J16.-**    **その他の感染病原体に起因する肺炎、他に分類されないもの**  
 除外：    オウム病 (A70)  
          形質細胞性間質性肺炎 (B59)  
 肺炎：  
          • 先天性 (P23.-)  
          • 詳細記載なし (J18.9)
- J16.0**    **クラミジア肺炎**
- J16.8**    **詳細が明示されたその他の感染病原体に起因する肺炎**

その他、第 I 章 (B05.2「麻疹肺炎」等)、第 X 章 (J10～J15 等)、その他の章 (P23.-「先天性肺炎」等)をはじめとするカテゴリーも、「詳細が明示されたその他の感染病原体に起因する肺炎」のコードを使用できる。J18.-「肺炎、病原体不詳」は、感染病原体の詳細が記載されていないものとして「肺炎」に包含される。

見出しで使用される「および」

「および」は、「および (または)」を代表する表現である。例えば、「骨結核」「関節結核」「骨結核+関節結核」のいずれの場合も、コード番号 A18.0† 骨および関節の結核に分類される。

コード番号の端で使用されるピリオド+ダッシュ“.-”、ダッシュ“-”

例えば、3桁で表記されているコード番号に4桁目または5桁目を加えて細分類できる全コードには、その第4桁、第5桁にそれぞれ“-”が付されている。同様に、4桁で表記されているコード番号に5桁目を加えて細分類できる全コードには、その第5桁に“-”を付記した(例10を参照)。

例 10

- G90.-**    **自律神経系疾患**
- G90.0-**    **末梢神経系および自律神経系の特発性ニューロパシー**
- G90.00**    **頸動脈洞症候群 (失神)**
- G90.08**    **その他の末梢神経系および自律神経系の特発性ニューロパシー**
- G90.1**    **家族性自律神経異常症 (ライリー・デイ症候群)**

3桁または4桁のカテゴリーには4桁または5桁のサブカテゴリーが存在する。コード化の際には、これらのサブカテゴリーの使用が必要となることに注意しなければならない。この約定は、ICD-10分類リスト全般に通用する。

#### 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

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。そのため、Ver.1.3のアルファベット順索引を使用する際には、そのコード番号を ICD-10GM の現 2004年版のものに合わせながら使用しなければならない。効力を有するのは ICD-10GM の現 2004年版である。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の内容は、この 2004年版に記載されている。

ICD-10-GM 診断シソーラスの 2004年版は、ICD10-GM・2004年版に準じてコード入力（ダガー・アスタリスク方式や追加コード番号の入力を含む）を行う際に有用となる。また、ここには診断シソーラスで適用される正規の約定に関する内容が記載されている。

## 医療処置のコード化に関する一般ガイドライン

本ガイドラインの内容は、OPS-301「手術および処置に関する正規コード」2004年版（2003年8月15日）に準拠している。

### P001a 医療処置のコード化に関する一般ガイドライン

患者の入院時から退院時までの期間に行われた医療処置のうち、臨床上意義を有し、かつ OPS-301 で反映できるものについてはそのすべてをコード化する。「医療処置」の範疇には、診断、治療、看護に伴う一切の処置が含まれる。

以下の要素のうちいずれかを満たしていれば、「臨床上意義を有する医療処置」の定義に合致するものとみなす。

- 外科的性質をもつ処置
- 侵襲的リスクを伴う処置
- 麻酔科的リスクを伴う処置
- 専門的な医療設備や医療器具を要する処置、または専門教育が必須となる処置

外科的性質をもつ医療処置については必ずコード化する。ここで重要なポイントは、コードの順序を考えた場合に当該コードが最初に位置することである。外科的性質をもつ医療処置としては「胆嚢摘出術」「冠動脈バイパス手術」等がその好例で、いずれも主処置としてコード化されることが多い。

外科的処置と非外科的処置を明確に区別することは難しい。特に、内視鏡や X 線を用いる侵襲的処置を施行するケースではその判別がつきにくくなる。例えば、微細針生検、経皮的侵襲的処置、経皮経管的冠動脈形成術、内視鏡的治療法を他の治療法と組み合わせるような場合では、スケールの大きい切開術は施行されないことが多く、また必ずしも従来型の手術室で実施されるわけではない。

特に大切なポイントは、臨床上意義を有しコード化の対象となるすべての医療処置では従来の「非外科的な」処置を含めてコード化しなければならないことである。

医療処置コードの順序が DRG 分類に影響を与えることはないが、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P002a 主処置 (P.36) で勧告されている順序に準ずるべきである。

### 医療処置の構成要素

通常、医療処置を表わすコードの内容には術前処置、体位、麻酔処置、アプローチ、縫合等の要素も反映される。但しこれには特例があり、注意事項として適宜説明されている。例えば、神経系の手術コードを入力する際には、そのアプローチのコードも追加入力するのが通例である。

上記のように、医療処置コードが既に入力されていれば、(特例を除き) その構成要素を個別に入力する必要はない。

上記以外の医療処置(疼痛治療、経腸栄養法、非経口栄養法等)については、それを単独の処置として実施した場合に限りコード化する。

### 例 1

アプローチとしての開腹術は、以下に包含される。

5-511.02 胆嚢摘出術、単純、直視下、胆管修復術を併用

医療処置の構成要素として扱われる会陰切開術は、以下に包含される。

5-720.1 骨盤中部からの鉗子分娩

### 例 2

侵襲的手術や診断的処置による疼痛治療は、各処置コードの内容に含まれているものとして考慮されるが、疼痛治療を単独処置として実施した場合は 8-91 のコードを使用する。

直視下での根治的子宮全摘術の症例に対し術前または術後に行う疼痛治療は、「骨盤内および大動脈周囲のリンパ節切除」を表わすコードに包含される。

5-685.3 根治的子宮摘出術。骨盤および大動脈周囲のリンパ節切除を併用

がん転移に伴う疼痛に対して入院時に硬膜外ブロックを単独で実施する場合は、個別にコード化する。

8-910 疼痛治療を目的とした硬膜外注射および硬膜外注入

### 例 3

手術処置と直接関連性をもたない独自の医療処置については、個別にコード化する。

事前に腹部造影 CT を行い左半結腸切除術を実施した場合は、そのいずれの処置もコード化する。

3-225 造影剤使用による腹部コンピュータ断層撮影法

5-455.64 大腸の部分切除、左半結腸切除術、直視下、人工肛門造設術を併用

## P002a 主処置

「主処置」の定義を以下に示す。

「主診断内容の治療を目的として実施された、臨床上意義を有する医療処置」

主処置のコードは必ず最初に入力する。

主診断の治療目的で実施された医療処置が臨床上意義をもたないものであった場合、そのコードの順序や重要性評価については以下の優先順位を考慮する。

- 副次診断内容の治療を目的とした医療処置
- 主診断内容に関する診断的または診查的処置
- 副次診断内容に関する診断的または診查的処置

### 例 1

主診断： 卵巣嚢胞

副次診断： 子宮体部ポリープ  
月経過多

医療処置： 腹腔鏡下卵巣嚢胞片側切除術  
治療目的での子宮内容搔爬術

本例の場合、卵巣嚢胞に対する治療が主処置となる。したがって、卵巣嚢胞を表わすコードを最初に入力することが重要なポイントである。

5-651.22 卵巣嚢胞切除術、片側、腹腔鏡下

5-690.2 ポリープ摘除術併用による、治療目的での子宮内容搔爬術

## P003a OPS-301 の使用に関する注意事項および正規の約定

本節の内容は、OPS-301・2004年版の使用に関する注意事項の内容とほぼ同じである。ここでは、特に具体例を設けて細かく説明する。

### 分類構成とコード体系

「手術および処置のコード」は、社会保障法典第五編 § 301 に準拠しており、主として数字による分類体系を用いたコードとなっている。分類項は主に 5 桁で細分化され、WHO の国際医療処置分類の内容に関連している。但し、4 桁だけで細分化されるコードもある。

分類体系の構成要素は以下のとおりである。

#### 章

カテゴリーの見出し

3 桁分類項

4 桁分類項

5 桁分類項

6 桁分類項

一部のコードカテゴリーでは英文字と数字を組み合わせた分類体系が使用されているが、これは、10 の数字による細分類では必須内容を表現しきれないためである。分類リストの第 4 桁、第 5 桁、第 6 桁は英数字で表記されている。

同様に、残余カテゴリー「その他の」「詳細不明」の名称も英文字と数字で入力する。これにより、数字の位置が 2 つ加わり、専門的な内容を表現することが可能となる。「その他の」では“x”、「詳細不明」では“y”を入力する。4 桁コード「その他の」は、医療の新たな展開によってそれまで考慮されなかった医療処置が必要となり、後日コードを追加する時のために確保されている。

印字版では、第 5 桁分類項と第 6 桁分類項に関する内容が見やすさの点から簡略的に表現されているものが多い。この内容については、それが属する上位の分類項の内容に対して本質的に異なる特徴のみが記載されている。OPS-301 の EDV 版 (DIMDI メタデータ) では、全分類項の内容が簡略化されずに表現されている。

印字版：

- 5-44 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術  
包含：胃内固定  
...
- 5-448 胃におけるその他の再建術  
注意事項：以下からアプローチのコードから選んで第6桁を入力する。
- 0 開腹術
  - 1 開胸術
  - 2 腹腔鏡下手術
  - 3 腹腔鏡下手術から直視下手術に変更
  - x その他
- \*\*5-448.0 縫合（受傷後）
- \*\*5-448.1 胃フィステルまたは人工（栄養）瘻の閉鎖
- \*\*5-448.2 胃腹壁固定術
- \*\*5-448.3 噴門形成術（Belsey 法等）
- \*\*5-448.4 胃底襻形成術
- \*\*5-448.5 胃底襻半側形成術
- \*\*5-448.6 裂孔部縫合を併用した胃底襻半側形成術
- \*\*5-448.8 胃縮小術（胃バンディング手術）
- \*\*5-448.9 胃の再縮小術
- \*\*5-448.x その他
- 5-448.y 詳細不明

EDV 版（メタデータ）：

新たに採用された内容は、ボールド体で示した。

- 5-44 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術  
...
- 5-448 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術
- 5-448.0 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）
- 5-448.00 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）：開腹によるもの
- 5-448.01 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）：開胸によるもの
- 5-448.02 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）：腹腔鏡下手術によるもの
- 5-448.03 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）：腹腔鏡下手術から開腹術に変更されたもの
- 5-448.0x 胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：縫合（受傷後）：その他の術式

./.

5-448.1	胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：胃フィステルまたは人工（栄養）瘻の閉鎖
5-448.10	胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：胃フィステルまたは人工（栄養）瘻の閉鎖：開腹によるもの
...	
...	
5-448.x	胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：その他の術式
5-448.x0	胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：その他：開腹によるもの
...	
...	
5-448.y	胃の拡大切除、および胃におけるその他の手術：胃におけるその他の再建術：詳細不明

注意：メタデータでは「注意事項」「包含」「除外」は記載されていない。

#### コードの順序と配列

本ガイドラインで説明するコードの場合、4桁すべての位置にコードが入るわけではない。WHO国際医療処置分類（以下ICPM）との整合性を図るため、配列しているコードの「スペースを詰める」ことはしない。コード間のスペースは、のちにコードの追加が必要となる場合に備えて空けておく。

#### 局所解剖学的分類

手術および処置のコード（社会保障法典第五編 § 301 に準拠）では、専門分野別分類法ではなく局所解剖学的分類法で表示されている。すなわち、多くの専門分野で実施される侵襲的処置のコードは「臓器」の章で検索することになる。例えば、小児外科的処置のコードは、処置が施された臓器の章に掲載されている。したがって、症例年代別分類（小児・高齢者等）も考慮されていない。但し、これについては第8章で若干の特例（新生児）がある。

また、第5章「手術」とは異なり、医療処置コードの第1章、3章、8章、9章では医療処置別に構造化されている。

#### 各コードに関する情報の内容

OPS-301の基本原則は、実施した侵襲的処置を可能な限りコードで反映させることにある（唯一原因的コード化）。これはすなわち、各コードには処置に必要な一切の要素（術前処置、体位、麻酔処置、アプローチ、本来の手術、縫合等）をはじめとする処置全般の情報が包含されることを示している（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P001a 医療処置のコード化に関する一般ガイドラインの「医療処置の構成要素」（P.35）も参照）。

### 例 1

#### 5-351.12 僧帽弁置換術、直視下、異種移植片

本コードには、術前処置、麻酔処置、体位、アプローチ、本来の手術、人工弁の種類・・・皮膚縫合、術後ケア、場合によっては器械的呼吸管理の 24 時間継続といった内容が包含されている。加えて、5-351 のコードには人工心肺装置の使用に関する内容が含まれることに注意すべきである。

### 組み合わせコード

コードの中には、各構成要素を含む併用侵襲的処置（実施可能な複数の侵襲的処置を同時に行う）を表すものも存在する。このようなコードは、侵襲的処置の内容が十分に明確化され、コード化に関するガイドラインで他の方法が指定されていない場合に使用する。なお、特例については「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0908c 冠動脈バイパス手術 (P.126) を参照のこと。

### 例 2

#### 5-063.2 副甲状腺切除術を併用した甲状腺切除術、再発回数のモニタリングなし

### 多重コード入力

カテゴリーによっては、手術のコード化に際して複数のコードが使用される。この処理方法は、特に複合的な侵襲的処置をコードに反映させる際に不可欠である。OPS-301 では、こうしたケースに関し、実施した侵襲的処置ごとにコード化するよう注記されている。

### 例 3

#### 5-820 人工股関節の挿入

注意事項：寛骨臼蓋形成術を実施した場合は、個別にコード化すること (5-829.1)。  
海綿質形成術を実施した場合は、個別にコード化すること (5-784)。  
骨接合材料を追加適用した場合は、個別にコード化すること (5-786)。  
大腿骨頭置換術や隣接関節置換術等を併用した複合的な人工関節移植術を初めて実施した場合は、追加的にコード化すること (5-829.a)。  
腫瘍治療用体内プロテーゼ (Tumorendoprothese) を使用した場合は、個別にコード化すること (5-829.c)。  
骨セメントを使用した場合は、以下の項目に従って第 6 桁にコードを入力すること。

- 0 セメントレス
- 1 骨セメント使用
- 2 ハイブリッド（一部で骨セメントを使用）

#### \*\*5-820.0 人工関節全置換術

#### \*\*5-820.2 人工関節全置換術、特殊プロテーゼ

包含：長柄プロテーゼ、腫瘍治療用体内プロテーゼ、CAD-CAM プロテーゼ

例 4

5-820 の注意事項を考慮すると、例えば人工股関節全置換術に海綿質形成術を併用した症例については以下のようにコード化されることになる。

- 5-820.00      人工関節全置換術、セメントレス
- 5-784.0f      海綿質形成術、近位大腿骨
- 5-783.0      海綿質除去術

複合的な侵襲的処置を表示するために複数のコード入力を要する場合は、内容的にみて主体となる（臨床上意義を有する）侵襲的処置のコードを最初に入力する（手術決定との因果関係を表わすため）。手術に関する追加情報（P.42 を参照）や手術合併症のケアに関する追加情報については、個別にコード化する。

例 5

- 5-061          片側甲状腺切除術  
                   注意事項：頸部リンパ節郭清術を実施した場合は、個別にコード化すること（5-403）

ホジキン病に対する 5 個所の根治的頸部リンパ節郭清術を甲状腺腫に対する片側甲状腺切除術と併用した場合

- 5-403.11      根治的頸部リンパ節郭清術 [頸部リンパ節郭清術]、5 個所
- 5-061.0      片側甲状腺切除術、副甲状腺切除術を伴わないもの、再発回数のモニタリングなし

甲状腺がんの症例で、片側甲状腺切除術を副甲状腺切除術および 5 個所の根治的頸部リンパ節拡大切除術と併用した場合

- 5-061.2      片側甲状腺切除術、副甲状腺切除術、再発回数のモニタリングなし
- 5-403.31      根治的頸部リンパ節拡大切除術 [頸部リンパ節郭清術]、5 個所

器械的呼吸管理のコード入力方法

8-718 のコードを用いて器械的呼吸管理時間を入力する。ここで注意すべきポイントは、術中のみ行った器械的呼吸管理はコード化の対象にならないことである。但し、器械的呼吸管理を術中に開始してそのまま 24 時間以上継続したのであれば、8-718 のコードを用いて呼吸管理の総実施時間を入力する。また、器械的呼吸管理を反復した場合には、その反復時間を追加する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1001c 器械的呼吸管理 P.135 を参照）。

コードの適用対象が限定される場合

医療処置コードの第 1 章～8 章では、DRG の様々なケースに分類するための特定患者用コードまたは特定年齢群用コードが表示されている。このコードについては、適用対象が限られている旨についての注記を加えた。こうしたコードの適用範囲を症例全般に広げると、結果的にコードの使用頻度が過剰になり、コード本来の意義が失われてしまうおそれがある。

### 手術に関する追加情報

手術および処置のコード（社会保障法典第五編 § 301 に準拠）では、手術に関する特定の補足的な内容についてもコード化されることになる。当該内容に関しては、第 5 章の最後で特記されている。この追加情報は以下のとおりである。

- － マイクロサージャリーの適用（5-984）  
（顕微鏡を使用した手術で、その手技に合わせて顕微鏡レンズの倍率を拡大し、組織に損傷を与えないように最大の注意を払いながら行うものは「顕微外科」と解釈されている。）
- － 多発性損傷のケアの一環として実施する手術（5-981）  
（この追加コードは、事故の続発症（後遺症）として生じ生命を脅かさない程度の多発性損傷例に限り使用される。）
- － 多発性外傷のケアの一環として実施する手術（5-982）  
（この追加コードは、事故の続発症（後遺症）として生じ致死性のきわめて高い器官系損傷を複数部位にきたした症例に限り使用する。）
- － レーザー技術の適用（5-985）
- － 低侵襲手技の適用（5-986）
- － ナビゲーションシステムの適用（5-988）
- － ロボット技術の適用（5-987）
- － 再手術の実施（5-983）
- － 手術の事前中止（5-995）

追加コードは、当該情報が医療処置コードそのものに包含されていない場合に限り補足的に使用すべきである。なお、追加コードは単独で用いるのではなく、内容面で主体となり実際に行われた侵襲的処置のコードと組み合わせて使用する。

### 「包含」「除外」「注意事項」

コード入力を正確に行う目的で、「注意事項」「包含」「除外」が明確に説明されている。いずれも、可能な限り分類体系の構成要素ごとに記載されている。

これらに関して使用されている概念と記号について以下に説明する。

#### 「包含」（“Inkl.：”）

「包含」は、カテゴリーの内容をより詳しく明確化するのに有用となるほか、カテゴリーに分類するための具体例にもなる。

#### 「除外」（“Exkl.：”）

「除外」では、医療処置の内容を分類体系における他のコードに分類するための方法が示されている。その対応コードは個別に記載されている。除外対象となった処置内容でコードが表示されていないものは、正規のコードが存在しないものである。したがって社会保障法典第五編 § 301 に準拠した医療処置とはみなされない。

## 例 6

- 5-580 直視下での尿道切開術および尿道フィステル形成術  
包含：尿道結石除去術  
異物除去術  
除外：結石または異物の経尿道的除去術 (8-100.b)
- 5-580.0 尿道切開術
- 5-580.1 尿道フィステル形成術

### 「注意事項」 (“Hinw. :”)

本ガイドラインで記載されている「注意事項」は以下の機能をもつ。

- － 複合手術の構成要素を個別にコード化することについて注記する（「多重コード入力」例 3、P.40 を参照）
- － 手術の補足的内容を追加的にコード化することについて注記する
- － アプローチを個別にコード化することについて指示する
- － コードを使用できるタイミングについて指示する

### リスト（細分類）

1 つまたは複数のコードに使用され、その第 6 桁に入る細分類体系については、見やすさの点からリストに画一的な形でまとめられている。このリストは、例えば以下のジャンル使用される。

- － 血管の名称およびこれに関する部位の内容
- － 骨や関節の名称
- － アプローチ、処置、患側の内容

リストの適用対象となるコードについては「注意事項」にて指示されている。一般に、リストの適用対象となるのは、コード内における特定の位置にくるコード記号である。但し、残余カテゴリー「y 詳細不明」はその対象とはならない。

### 略語

OPS-301 では、以下のような編集上の略語が使用されている。

- Exkl. 「除外」  
Inkl. 「包含」  
Hinw. 「注意事項」  
N.n.bez. 「詳細不明」

なお、内容そのものに関する略語（EKG 「心電図」等）は、OPS-301 「略語リスト」に記載されている。

### 使用されている概念と記号

「および」が使用されている場合

3 桁コードと 4 桁コードの内容説明で用いられている「および」という表現は、「および」だけでなく「または」という概念でも使用されている（例えば、医療処置について列記されている「切開術、切除術および破壊術」あるいは部位について列記されている「神経および神経叢の縫合」等）。5 桁コードの内容説明では、「同様に」を表わす「および」、「いずれか一方」を表わす「または」が使用されている。

## 使用されている記号

\*\* 左肩にダブルアスタリスク（\*\*）が付いているコードは、入力時に 6 桁細分類を使用する 5 桁分類項である。6 桁細分類の内容は、5 桁分類項と組み合わせられる形でリスト化されている。

( ) 名称や説明に関する補足的内容は、丸括弧で括られている。但し、丸括弧内の内容がコード入力に影響を及ぼすものでなければ、丸括弧を用いた表現方法の使用は任意となっている。

[ ] 医療処置の内容に関する類義語や他の用語表現は、中括弧で括られて表現されている。

## 使用されている用語表現

本ガイドラインで説明するコードの専門用語は、ICD ドイツ版に準拠している。通常、処置に関する内容や解剖学用語の名称はドイツ語で、また複数の単語が組み合わせられた用語名称やラテン語由来の術語についてはラテン語でそれぞれ表現されている。ごく一般的な名称はドイツ語で記載され、ドイツ語とラテン語が混在した表現はなるべく避けるよう配慮されている。いずれもドゥーデン正書法辞典で使用されている表現法に即している。

## P004a 医療処置が不完遂のうちに終了または中断された場合

外科的処置が何らかの理由により中断されたか完遂しえなかった場合については、以下に従って処理する。

1. 腹腔鏡下または内視鏡下での術式を「直視下」での術式に変更した場合、その変更に関するコードが OPS-301 に記載されているかどうかを検索する。
  - a. 「直視下手術への変更」という特定コードが記載されている場合は、そのコードを使用する（例 1 を参照）。
  - b. 特定の術式変更コードが記載されていないのであれば、直視下での医療処置のみをコード化する（例 2 を参照）。
2. 医療処置が不奏効に終わった場合、その事実を表わす特定コードが記載されているのであれば、そのコードを使用する（例 3 を参照）。この際、追加コード 5-995 *手術の事前中止（侵襲的処置は全く実施せず）* は入力しないこと。
3. 中断に至るまでの間に施行された医療処置が OPS-301 でコード化できる場合は、開始から中断時までの処置内容のみをコード化する（例 4 および例 5 を参照）。
4. ほぼ完遂に近い程度まで実施された医療処置については、追加コード 5-995 を付さずにコード化する。
5. 当初の計画を全く実施しえなかった医療処置については、追加コード 5-995 と併せてコード化する。

### 例 1

（開腹による）子宮摘出術を腹腔鏡下の術式で継続した。この場合、医療処置のコード化は以下のように行う。

5-683.04 子宮全摘術 [子宮摘出術]、卵管卵巣摘出術を伴わないもの、内視鏡下手術から直視下手術に変更

## 例 2

内視鏡下で手根管の拡張を試行する際、術式を直視下での侵襲的処置に変更した。この場合、医療処置のコード化は以下のように行う。

5-056.40 神経剥離術および神経減圧術、手神経、直視下

## 例 3

医療処置が不奏効であったことを表わす特定コードには、以下のようなものがある。

5-733 経膈分娩および5桁分類項に属する内容の不奏効

8-510.1 外回転の不奏効

## 例 4

開腹による虫垂切除術が開始されたものの、症例が心停止状態をきたしたため完遂されなかった。この場合は、開腹の実施のみをコード化する。

5-541.0 診查的開腹術

## 例 5

食道がんの手術症例において、手術不能であることが判明したため食道の前処置に先立ち手術を中断した。この場合、開胸の実施のみをコード化する。

5-340.1 診查的開胸術

以上のような症例でコード化に迷った場合は、手術報告書をよく検討しなければならない。

## P005b 複数回または両側の医療処置

医療処置をコード化する場合、医療費をできる限り反映させなければならない。そのため、加療期間中に医療処置を複数回または左右両側に施した症例については、その旨コード化するのが通例である。

コード分類の重要ポイントは、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P002a 主処置 (P.36) の勧告事項に従うことである。

### 特例

- 例えば、複数回の皮膚病変切除、複数回の生検、コストアップにつながる類縁の医療処置等を同一部位で実施したのものとしてコード化できる場合、コード化は 1 加療期間につき 1 回だけ行えばよい (例 1 を参照)。
- 「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P014a コード化対象外の医療処置 (P.54) に記載されている処置はコード化しない。

- 以下に該当する場合、入院加療期間に行った処置のうちコード化の対象となるものについては、便宜上の理由により一括入力する。なお、「実施日」は当該処置の初回実施日とする。
  - コードを1回のみ入力する旨が注意事項またはガイドラインで指定されている場合。
  - 処置回数のデータ（輸血等）または処置時間のデータ（器械的呼吸管理等）が当該コードに包含される場合。こうしたケースでは、処置回数や処置時間のデータを入院期間中に加算していき、最終的にトータルの回数や時間を一括入力する。
  - 入院加療期間に、繰り返し行うのが原則とされている処置が実施された場合（以下に挙げる枠内リストの内容も参照）。

表1：患者の入院ごとにコード化を1回のみ行う医療処置

- 心臓の電気生理学的活性検査（1-265）①
- 広範囲に及ぶ重症皮膚疾患例での包帯の適用（8-191）
- 薬剤および栄養剤の投与（8-01）
- 診断目的での経皮的胸膜腔穿刺（1-844）
- 治療目的での経皮的胸腔内（胸膜腔）穿刺（8-152.1）
- 診断目的での経皮的腹腔内穿刺および腹腔内吸引、腹水吸引目的での穿刺（1-853.2）
- 診断目的での経皮的腹腔内穿刺（8-153）
- 洗浄（洗浄）（8-17）
- 体位ドレナージ（8-390）
- リハビリテーション目的での理学療法（8-55～8-60）
- 電気刺激、電気治療（8-63～8-65）
- 腫瘍疾患治療の範疇に含まれる温熱療法（8-60）
- 上気道の確保（8-700）
- 酸素マスクまたは気管カニューレによる器械的呼吸管理（8-71）②
- 新生児に対する酸素吸入（8-720）
- 全血、赤血球濃厚液、血小板濃厚液の輸注（8-800）②
- 白血球輸注（8-802）②
- 血漿輸注（血漿成分の輸注）、代用血漿の注入（8-81）②
- 疼痛治療（8-91）
- 患者モニタリング（8-92～8-93）③
- 音声・聴覚学的治療（9-31）
- 心理社会的治療、心身医学的治療、神経心理学的治療（9-40）

注：

- ① ドイツや国際間で作成されたガイドラインに準じた電気生理学的検査では、複合的な検査方法（場合によっては複数の独立した諸検査で構成される）がその対象となる。安静時心電図、負荷心電図、24時間心電図は対象外になるためコード化しない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P014a コード化対象外の医療処置P.54を参照）。

- ② 回数や時間に関するデータをとりあえず把握しておき、これらを症例の退院時に集計し、「入院期間中のトータル値」としてまとめてコード化する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P012a 規模、時間、回数に基づきコードを区別する医療処置 P.52 も参照）。なお、便宜上の理由により、「実施日」は当該処置の初回実施日とする。
- ③ 患者モニタリングについては、集中治療部門でのモニタリングまたは治療のみが行われ、その他の医療処置（器械的呼吸管理、麻酔等）が施されていない場合が対象となる。

### 例 1

1 症例が、新規出現した病変（鼻の基底細胞がんに伴う再発性病変 1 個所、前腕部の基底細胞がんに伴う病変 2 個所、背部の日光角化症に伴う病変 3 個所、下腿部の日光角化症に伴う病変 1 個所、耳の基底細胞がんに伴う病変 2 個所）の切除目的で入院。

主診断： C44.3 基底細胞がん、鼻、再発性

副次診断： C44.2 基底細胞がん、耳

C44.6 基底細胞がん、前腕部

L57.0 日光角化症

主処置： 5-212.0 鼻の外表面における病変組織の切除および破壊

その他の処置： 5-181.0 耳の外表面における病変組織の切除および破壊

5-894.08 表皮および真皮における病変組織の局所切除、前腕部

5-894.0a 同、背部

5-894.0f 同、下腿部

### 両側の医療処置

医療処置が 2 部位に施された場合、1 器官の左右両側に施された場合、または医療処置として 2 部位（左右両側）の切開を要した症例については、処置のコード化を 2 回行う（例 2 を参照）。但し、両側の侵襲的処置に関するコードが記載されていないか（例 3 を参照）、コード化を 2 回行う旨が OPS-301 の注意事項で規定されている（例 4 を参照）場合に限る。

注：1 件あたり包括支払方式や特別報酬の算定の場合、両側処置（乳房再建用エキスパンダー等）をコード化するには暫定規則（P.XIX を参照）を考慮すること。