

例 2

以下に示すような両側の侵襲的処置に関しては、OPS-301 では片側につき 1 つのコードしか記載されていない。

身体部分の複数部位に施された切断術（両下腿切断術等）

5-864.8 下腿切断術、詳細不明

5-864.8 下腿切断術、詳細不明

両眼瞼欠損部の閉鎖

5-095.00 眼瞼の縫合、眼瞼欠損部表面の閉鎖、眼瞼縁に病変のないもの

5-095.00 眼瞼の縫合、眼瞼欠損部表面の閉鎖、眼瞼縁に病変のないもの

両腕の橈骨骨折（コーレス骨折）の整復固定

5-790.16 骨接合術を用いた骨折または骨端線離解の非観血的整復、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解の非観血的整復、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

突出した両耳介の外科的矯正

5-184.0 耳介突出に対する形成外科的矯正、軟骨移植による耳介形成術

5-184.0 耳介突出に対する形成外科的矯正、軟骨移植による耳介形成術

例 3

OPS-301 に両側処置専用コードがあれば、そのコードを入力する。

5-200.3 鼓膜切開術 [鼓膜切開術]、**両側**、鼓室開放チューブを使用

例 4

OPS-301 では、両側処置のコード化様式が「注意事項」にて規定されている。

5-53 **膈壁ヘルニア閉鎖術**

注意事項：両側の手術を 1 回で実施した場合は、片側ずつ個別にコード化する（2 コードの入力）。

5-530 **鼠径ヘルニア閉鎖術**

包含：腹膜鞘状突起開存および先天性精巣水腫の閉鎖

5-530.0 形成術を併用せず

.00 ヘルニア嚢に対する高位結紮および部分切除を併用

.01 水腫壁の切除を併用

.02 精索剥離および精巣移動術を併用

.03 追加処置なし

.0x その他

特例

両側処置のうち、アプローチが1パターンに限られるものについては1回だけコード化する。特に血管造影検査がこれに該当する。

例5

- 3-601 頸部動脈造影検査
- 3-604 腹部動脈造影検査

P006a 腹腔鏡、関節鏡、内視鏡を用いた医療処置

OPS-301では、侵襲的処置の様式（腹腔鏡、関節鏡、内視鏡を適用するもの）については、一般に第5桁または第6桁でコードを区別させることによってその内容がわかる仕組みになっている。

例1

胆管修正術を伴わない腹腔鏡下胆嚢摘出術

- 5-511.11 胆嚢摘出術、単純、**腹腔鏡下**、腹腔鏡下胆管修正術を伴わないもの

例2

5-448 **胃におけるその他の再建術**

注意事項：アプローチのコードは、以下に従って第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）

こうした区別がない場合（手術手技の今後の進展によってもこのような区別がなくなる可能性がある）は、処置のコードを入力し、さらにアプローチタイプを表わすコードとして「低侵襲手技」（5-986）を追加入力する。

例3

内視鏡下髄液シャント形成術

- 5-023.00 髄液シャント形成術 [シャント移植術]、心房内へのシャントチューブ挿入、脳室心房シャント
- 5-986 **低侵襲手技**

P007a 複数領域を対象とした内視鏡検査（万能内視鏡法）

複数の領域を対象とした内視鏡検査の場合、検査対象となった面積あるいは深度のうち最もレベルが大きい要素をコード化する。

例 1

1 回の内視鏡挿入によって食道、胃、十二指腸、空腸、回腸をすべて検査した場合は、以下のようにコード化する。

1-636 診断目的での腸の内視鏡検査（空腸深部および回腸深部の内視鏡検査）

なお、回腸を対象とした内視鏡検査は上部消化管（1-636）、下部消化管（1-650.2 診断目的での結腸の内視鏡検査、全域、回腸の内視鏡検査を併用）のいずれを通過しても実施可能である。

例 2

1 回の内視鏡挿入によって上気道、咽頭、気管、気管支をすべて検査した場合は、以下のようにコード化する。

1-620.0 軟性内視鏡による診断目的での気管気管支検査

P008a 全身麻酔下での診察

全身麻酔下における診察の場合、その診察が独立した処置として実施されたケースに限り、当該処置そのものをコード化する。OPS-301 では、こうした診察に関する特定のコードが設けられていない。この場合は（この場合に限り）、コード 1-100 全身麻酔下での診察を適用する（例 2 を参照）。

侵襲を伴い麻酔が必須となる処置や手術を 1 回で実施したのであれば、その際に行った診察の内容は単独でコード化しなくてよい（例 1 を参照）。

例 1

麻酔下で腫瘍切除術および診察を実施。

5-702.1 腫瘍組織の切除

例 2

静注による全身麻酔下で直腸指診を実施。

1-100 全身麻酔下での診察

P009a 全身麻酔

特例に限り、全身麻酔のコード化では 8-90 のコードを使用しなければならない。例えば、通常ならば麻酔処置が不要であるにもかかわらず、ショックをきたした症例、幼児、あるいは医療行為に非協力的な症例等に対して診療目的での処置が行えるように全身麻酔を導入するケースがこれに該当する。

但し、実施した処置のコードが OPS-301 に存在するのであれば、これを全身麻酔用コード 8-90 と組み合わせて入力する（例 1 を参照）。実施した処置のコードが存在しない場合は、全身麻酔用コード 8-90 のみを入力すればよい。

例 1

脳腫瘍が疑われた男児が、その解明を目的として入院。本例に対し、麻酔下にて頭蓋の核スピン断層撮影を実施。

3-820 造影剤使用による頭蓋の磁気共鳴断層撮影法

8-900 静注による麻酔処置

P010a 専門職としての医療処置

OPS-301 では、健康管理専門職として入院加療時に行われるすべての処置（介入）を網羅できなかった。今後、DRG システムや医療処置の分類体系がさらに展開するのに伴い、こうしたジャンルの内容も必要に応じて見直されるものと思われる。

P011a 小児科の医療処置

OPS-301 では、小児、成人で同一の処置コードが通用している。コードに関するしかるべき注意点は、「注意事項」「包含」項目の中で説明されているか、あるいは「(小児)」のように丸括弧内で示されている（例 1 を参照）。なお、新生児に限り、産科コード以外に若干の特定コードが存在する。この特定コードを除き、DRG 分類は反映されていない（例 2 を参照）。

例 1

5-449.3 胃捻転の修復（包含：小児）
(6 桁分類項全般)

5-468 腸管の腹腔内操作（包含：乳児および幼児を対象とした手術）
(6 桁分類項全般)

5-790 骨接合術を用いた骨折または骨端線離解の非観血的整復（包含：小児骨折例のケア）
(6 桁分類項全般)

5-838.0 骨端固定術、背腹（小児）

例 2

8-010 新生児における、血管系を介した薬剤および電解質溶液の投与

8-560.2 新生児を対象とした光線療法（高ビリルビン血症例）

8-711 新生児を対象とした器械的呼吸管理

8-720 新生児を対象とした酸素吸入

8-811 新生児を対象とした代用血漿の注入

P012a 規模、時間、回数に基づきコードを区別する医療処置

OPS-301（特に第8章）に記載されている特定の医療処置では、規模、時間、回数に基づきコードを区別する。

医療処置の規模、回数、時間に関するデータが明確に得られなかった場合、規模と回数については最も少ない単位、時間については最も短い単位のコードをそれぞれ適用する。

なお、別法として回数や時間を入院期間中に加算していき、入院あたりのトータルの値を最終的に一括入力することも可能である（「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）。この場合、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。

例 1

5-893 表皮および真皮の外科的創傷清拭 [デブリドマン]、ならびに病変組織の除去

包含：感染組織の除去

除外：筋、腱、または筋膜に限られたデブリドマン (5-850)

表層の広範囲に及ぶデブリドマン (5-869.1)

注意事項：部位のコードをリストから選んで第6桁に入力し、次いで5-890のコードを入力する。

**5-893.0 狭小範囲

注意事項：長さ3cm未満または面積4cm²未満

**5-893.1 広範囲

例 2

8-800 全血、赤血球濃厚液、血小板濃厚液の輸注

8-800.0 全血、1-5単位

8-800.1 全血、5単位を超えるもの（6単位以上）

8-800.2 赤血球濃厚液、1-5単位

8-800.3 赤血球濃厚液、5単位を超えるもの（6単位以上）

例 3

8-718 器械的呼吸管理の実施時間

注意事項：術中に実施した器械的呼吸管理については以下のコードを使用しないこと。但し、術中に開始し 24 時間以上継続した器械的呼吸管理についてはコード化が必要である。

入院期間にわたり器械的呼吸管理を断続的に複数回実施した場合は、その時間をそれぞれ加算していき、トータルの値を最終的に一括入力する。

人工呼吸器のウィーニング時間については、患者に対する器械的呼吸管理実施時間の計算時に算出する。

挿管実施時間についてもコード化する。

なお、脳死判定開始時点から脳死確定 (1-202.0) 時点までの器械的呼吸管理の実施時間は、脳死後の臓器提供 (8-978) を目的としたホメオスターシスの維持時間に包含される。したがって、この時間に関するデータは、社会保障法典第五編 § 301 ならびに KHEntgG § 21 の『データ送信に関する約定』に従って送信するための器械的呼吸管理実施時間のデータに加算してはならない。

8-718.0	24 時間未満
8-718.1	24 時間～96 時間未満
8-718.4	96 時間～144 時間未満
8-718.5	144 時間～192 時間未満
8-718.6	192 時間～264 時間未満
8-718.7	264 時間～480 時間未満
8-718.8	480 時間～720 時間未満
8-718.9	720 時間～960 時間未満
8-718.a	960 時間～1,200 時間未満
8-718.b	1,200 時間以上
8-718.y	詳細不明

P013b 手術の再施行 (再手術)

以下を目的として手術を再施行した場合、再施行した手術の内容が OPS-301 に存在するかどうか、手術対象臓器の章に記載されている特定コードを使用できるかどうかを確認する。

- 合併症の治療
- 再発性疾患に対する治療の実施
- 同一手術対象領域における別の手術の実施

具体例を以下に示す。

- 5-289.1 扁桃摘出術後の手術的止血処置
- 5-340.30 開胸術の再施行、止血処置

特定のコードが存在しない場合は、当該手術のコードを以下のような追加コードと組み合わせることで、再手術として入力する（例1を参照）。

- 5-379.5 心臓および心膜の再手術
- 5-559.3 腎修正術
- 5-749.0 切除術
- 5-983 再手術

心臓外科と腎臓外科については再手術専用コードが存在し、OPS-301には独自のコードとして表示されているが、一般には追加コードの形で適用する。バイパス手術の再施行（「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）および心臓手術の再施行（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0909a 修正術または再手術 P.129 を参照）の場合、原則として特定の手術コード 5-379.5 心臓および心膜の再手術を入力する（例2を参照）。

例1

- 5-062.2 その他の甲状腺部分切除：亜全切除、片側
- 5-983 再手術

例2

- 5-352.00 大動脈弁の異種移植片と人工弁との置換
- 5-379.5 心臓および心膜の再手術

P014a コード化対象外の医療処置

入院例の大半において入院期間中にルーチンに実施される（あるいは複数回行われる）医療処置についてはコード化しない。というのは、このようなタイプの医療処置の内容は、診断や他の実施処置の内容に反映されているからである（例1を参照）。したがって、OPS-301にはこうしたコードが記載されていない。また、残余カテゴリー「その他の」を用いてコード化する必要もない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P003a OPS-301 の使用に関する注意事項および正規の約定 P.37 も参照）。

表 1：コード化を行わない処置の具体例

- ギプス包帯の適用。但し、コストアップを招くギプス包帯の適用（8-310）を除く。
- 包帯の適用。但し、広範囲に及ぶ重症皮膚疾患例での包帯の適用（8-191）を除く。
- 心停止法
- 胎児心拍陣痛図（CTG）
- 投薬治療。但し、以下については特例とする。
 - － 新生児を対象とした投薬治療
 - － 抗生物質を適用しない化学療法
 - － 体循環系の血栓溶解療法
- 心電図
- 安静時心電図
- ホルター心電図
- 負荷心電図
- 24 時間血圧測定
- 胃ゾンデ挿入
- 経尿道的膀胱カテーテル挿入
- 薬物（ヘパリン等）の皮下投与
- 採血
- 入院時診察、経過観察のための診察
- 外来診療
- 対診
- 従来 of X 線検査（マンモグラフィーを含む）
- 肺機能検査。但し、全身プレチスモグラフィー（1-710）、CO 拡散能検査（1-711）、肺活量測定（1-712）を除く。
- 安静時血液ガス分析
- 呼気ガス分析
- 超音波検査。但し、超音波内視鏡検査を除く。

例 1

- ごく一般的な、橈骨骨折（コーレス骨折）の診断例における X 線撮影およびギプス包帯の適用
- 敗血症の診断例で実施が予期される抗生物質の静注
- 心臓外科手術で行われる心停止法

したがって、特定の診断や医療処置で実施される標準的な医療行為についても個別のコード化は不要である。

こうした医療行為のうち、今後 DRG の展開に伴い分類対象とする必要性が明らかにされたものについては、OPS-301 システムやコード化に関するガイドラインを推進するための一要素として検討されるであろう。

P015c 臓器の摘出および移植

ドナーからの臓器摘出とレシピエントに対する臓器移植は個別に考慮する。また、臓器提供のパターンも生体臓器提供と死体臓器提供に区別する。なお、自家移植の場合はドナー、レシピエントが同一である。

1. 臓器または組織片のドナー候補者を対象としたスクリーニング

生体ドナーの候補者は、ドナー手術に先立ち入院によるスクリーニングを受ける。この場合は、主診断内容として以下のようにコード化する。

Z00.5 臓器または組織片のドナー候補者を対象としたスクリーニング

但し、この場合、臓器や組織片の摘出手術が同一入院期間中に実施されないことが条件となる。コード Z52.-臓器および組織片のドナーは入力しないこと。

2. 生体臓器提供

臓器または組織片の提供目的で生体ドナーが入院した場合については、主診断内容として以下のコードを入力する。

Z52.- 臓器および組織片のドナー

但し、この場合、臓器や組織片の摘出手術が同一入院期間中に実施されないことが条件となる。さらに、移植対象物の摘出手術を表わす適切な処置コードを入力する(例 1 および以下の表を参照)。

例 1

1名のドナーが生体腎臓提供(他家移植)の目的で入院。献腎者に対し、移植に向けた腎摘出術を施行。なお、本ドナーに治療を要する副次診断は認めない。

主診断： Z52.4 腎臓ドナー

医療処置： 5-554.8 移植目的での腎摘出術、生体ドナー

入院期間中に患者本人から組織片を採取し自家移植を実施したのであれば、コード Z52.-臓器および組織片のドナーは入力しない。主診断と副次診断、移植片の採取を表わす OPS 分類コード、移植片そのものを表わす OPS 分類コードをそれぞれ入力する(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0301c 骨髄または幹細胞の採取および移植 P.85 を参照)。

3. 院内における脳死確定後の臓器提供

(脳死後臓器提供の判断基準は、「連邦医師会のガイドラインに準じた脳死判定」「ドナー本人や遺族の承諾」「臨床的適性」である。)

症例が臓器ドナーの対象者であっても、本例に関するコード化の方法は、診断や医療処置のコード化に関する通例の方法と変わらない。すなわち、本例が入院する要因となった疾患または損傷を「主診断」としてコード化し、加えて副次診断、実施した医療措置のコードをそれぞれ入力する。

臓器摘出に関するコード、およびコード 8-978 脳死後の臓器提供を目的としたホメオスタシスの維持は使用しないこと (OPS-301・2004 年版の注意事項も参照)。また、コード Z00.5 臓器または組織片のドナー候補者を対象としたスクリーニングも入力しない。

4. 移植

移植臓器のレシピエントについては、入院理由のコード、移植に関する適切な処置コードをそれぞれ使用する。罹患臓器の摘出をコード化する必要はない。ドミノ式臓器移植 (治療期間中に臓器移植と臓器提供を同時に行う方法) (心臓、肺等) の該当例については、ドナーに関する副次診断内容としてコード Z52.-臓器および組織片のドナー、さらに移植と摘出に関する処置コードを使用する (この場合、主処置は「移植」とする)。

注：移植後の臓器不全や拒絶反応のコード化については、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0303c 移植後の臓器不全および拒絶反応 (P.86) を参照のこと。

臓器摘出、組織採取および移植に関する一覧（その1）				
臓器、組織片	提供 生体ドナーに関する 診断コード	摘出・採取 OPS-301の処置 コード		移植 OPS-301の処置コード：レシピエント
幹細胞	Z52.01	5-410.10 5-410.11	移植を目的とした造血幹細胞の採取（自家移植用） 移植を目的とした造血幹細胞の採取（他家移植用）	8-805 造血幹細胞の移入
骨髓	Z52.3	5-410.00 5-410.01	移植を目的とした骨髓の採取（自家移植用） 移植を目的とした骨髓の採取（他家移植用）	5-411 骨髓移植
皮膚 （「コード化に関する ガイドライン・ドイツ 版」1207bも参照）	Z52.1	5-901 5-904 5-924	遊離植皮術、採皮部位 皮弁を用いた表皮および真皮の形成術、採皮部位 熱傷に対する遊離植皮術、皮弁を用いた表皮および 真皮の形成術、採皮部位	5-89～5-92のコード皮膚および真皮の手 術から適切なコードを選択
骨	Z52.2	5-783	骨移植片の採取	5-784 骨移植
腎臓	Z52.4	5-554.8	移植を目的とした腎摘出術、生体ドナー	5-555 腎移植
輪部由来幹細胞、結膜	Z52.8	5-112	（罹患）結膜組織の切除および破壊	5-113.0 結膜または輪部幹細胞の移植
肝臓	Z52.6	5-503.3	左肝部分切除（生体肝移植用）	5-504 肝移植

臓器摘出、組織採取および移植に関する一覧（その2）

脳死後摘出した臓器の移植に関するコード		臓器摘出、組織採取および移植に関する一覧（その2）	
臓器、組織片		移植	OPS-301 の処置コード：レシピエント
心臓			5-375.0 心臓移植、同所性 5-375.1 心臓移植、異所性
肺			5-335 肺移植
心臓および肺			5-375.2 心肺移植
脾臓			5-528 脾（組織）移植
肝臓			5-504 肝移植
角膜			5-125 角膜移植、人工角膜移植術
腎臓			5-555 腎移植
小腸			5-467.61 小腸移植、空腸 5-467.62 小腸移植、回腸

コード化に関する特別ガイドライン

1 特定の感染症および寄生虫症

0101c HIV (AIDS)

注：本ガイドラインで B20～B24 のコードグループについて注記する場合、**B23.0 急性 HIV 感染症候群**を除く全グループの全コードがその対象となる。

HIV 専用コードは以下のとおりである。

- R75 ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 陽性の可能性あり
 (血清検査で明白な陽性所見が得られず HIV が確実に証明されない)
- B23.0 急性 HIV 感染症候群
- Z21 無症候性 HIV 感染症 [ヒト免疫不全ウイルス感染症]
 (HIV 陽性感染状態、詳細記載なし)
- B20～B24 ヒト免疫不全ウイルス性疾患 (HIV)

上記の R75、Z21、B23.0、B20～B24 のコードはそれぞれ個別に扱い、同一入院期間に組み合わせてコード化しないこと。

HIV 陽性の可能性あり－R75

本コードは、HIV 抗体検査で確実に陽性所見が得られなかった患者のみを対象に割り当てる。通常、HIV スクリーニング検査では陽性を示すものの、確認検査で陰性所見を示すか明白な陽性所見を示さない症例がこれに該当する。HIV 感染症に罹患している症例もあれば、関連検査結果で偽陽性を示す症例もある。通常、後日再検査を行うことによってこの区別がつく。

なお、コード R75 HIV 陽性の可能性ありは、主診断コードとしては割り当てないこと。

急性 HIV 感染症候群－B23.0

「急性 HIV 感染症候群」（確診、疑診を問わない）の症例については、まず現症（リンパ節症、発熱等）または合併症（髄膜炎等）のコードを入力し、さらに副次診断内容としてコード B23.0 急性 HIV 感染症候群を追加する。

注意事項：一般に、原因不明の症状のみをコード化する。したがって、このコード入力に関する指示事項は、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 (P.4) の「症状、所見、詳細不明の病態に関するコード番号」に関する特例となる。

例 1

HIV 陽性の 1 例がリンパ節症をきたし入院。「急性 HIV 感染症候群」と確診。

主診断： R59.1 リンパ節腫脹、全身性

副次診断： B23.0 急性 HIV 感染症候群

注意事項：症例がその後の疾患経過で詳細が明示されたその他の病態を惹起した HIV 感染症 (B23.8) のために入院した場合、B23.8 の「包含」に従い、「(持続性) 全身性リンパ節症」はコード化しない。

急性 HIV 感染症例が合併症のために再入院を要した場合には、まず合併症のコードを主診断 (A87.8 髄膜炎等) として入力し、加えて急性 HIV 感染症候群を表わすコード (B23.0 急性 HIV 感染症候群) を副次診断として入力する。

原疾患が完全に消退すれば、大半の症例では無症状の状態が多年にわたり持続する。こうした症例が将来入院した場合は、その内容をガイドラインに従ってコード化する。原疾患から快復した症例に対しては、急性 HIV 感染症候群 (B23.0) のコードは使用しない。

無症候性 HIV 感染症 - Z21

Z21 無症候性 HIV 感染症 (ヒト免疫不全ウイルス感染症)

本コードは通常使用しないが、HIV 感染症状を示さないものの治療費がかさむ HIV 陽性症例に限り本コードを割り当てて差し支えない (「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 を参照)。但し、当該症例が (後日) 入院し、その際に何らかの HIV 感染症状が認められたのであれば本コードを使用しない。

コード Z21 は、HIV 感染症の症候がなく、しかも入院加療の理由が HIV 感染症につながるのないう症例を対象に使用される。したがって、本コードは主診断としては割り当てられない。

HIV 性疾患 (AIDS) - B20、B21、B22、B23.8、B24

HIV 性疾患 (AIDS) のコード化にあたっては、以下のコードが使用可能である。

B20 感染症および寄生虫症を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

B21 悪性新生物を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

B22 詳細が明示されたその他の疾患を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

B23.8 詳細が明示されたその他の病態を惹起した HIV 性疾患

B24 詳細不明の HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

HIV 関連疾患症例（AIDS であることが明白であるかどうかは問わない）のコード化には、グループ B20～B24 のコードを使用し、R75 と Z21 のコードは使用しない。

コードの順序と選択

コードの順序は、「主診断」の概念の定義を考慮したうえで決定されている。

HIV 性疾患が症例の入院を決定づけた主因に該当するのであれば、B20～B24 から適切なコードを選んで入力する。HIV 性疾患をきたし、抗レトロウイルス薬による化学療法の目的で入院した患者がその好例である。

また、HIV 性疾患の症状が症例の入院を決定づけた主因に該当するのであれば、その症状を主診断内容としてコード化する。

症状をコード化する際に病因コード（†）と症状コード（*）の組み合わせを要するケース、例えば「ヘルペスウイルス性脳炎」（B00.4† と G05.1*）のような場合には、規定の順序（病因、症状の順序）で両コードを割り当てる。

注：HIV（AIDS）の場合、アステリスク付きコード番号（ダガー・アステリスク方式の症状コード）は主診断コードとして割り当てない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D012a 多重コードスカ P.22 も参照）。

HIV 症例が複数の症状を呈しており、グループ B20～B24 から複数のコードを割り当てることが可能な場合に限り、現入院での主診断に関する症状コードに HIV のコードを割り当てる。この HIV コードは主診断コードに従って直接入力する。

詳細内容の表示が必要となった場合には、その他の症状のコードを B20～B24 から選んで追加することも可能である。

例 2

1 症例が HIV 感染に起因するカンジダ症をきたし入院。

主診断： B37.0 *カンジダ性口内炎*

副次診断： B20 *感染症および寄生虫症を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]*

例 3

AIDS 患者 1 例が、皮膚のカポジ肉腫の治療を目的として入院。現症として消耗症候群および CMV 性網膜炎あり。

主診断：	C46.0	皮膚のカポジ肉腫
副次診断：	B21	悪性新生物を惹起した HIV 性疾患
	B25.8 †	その他の CMV 性疾患
	H32.0*	他に分類される感染症および寄生虫症に伴う脈絡網膜炎
	R64	悪液質

このような診断コードを適用すれば、診療録に記載された症例を正確にコード化できる。

HIV (AIDS) の症状を表現するために、グループ B20~B24 のコードを追加することも可能である。なお、この場合は副次診断として入力する (例 4 を参照)。

例 4

AIDS 患者 1 例が、皮膚のカポジ肉腫の治療を目的として入院。現症として消耗症候群および CMV 性網膜炎あり。

主診断：	C46.0	皮膚のカポジ肉腫
副次診断：	B21	悪性新生物を惹起した HIV 性疾患
	B25.8 †	その他の CMV 性疾患
	H32.0*	他に分類される感染症および寄生虫症に伴う脈絡網膜炎
オプション：	B20	感染症および寄生虫症を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]
	R64	悪液質
オプション：	B22	詳細が明示されたその他の疾患を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

上記のように、CMV 性網膜炎と消耗症候群を HIV 性疾患 (AIDS) の症状として表わすため、副次診断コード B20 と B22 をオプションで入力できる。

症状およびその他の類縁疾患

HIV 感染症を示す一切の症状はコード化が可能である。但し、その症状が認められても HIV 感染症の有無が不明確な症例については、本件を明確にさせたうえで B20~B24 のコードを割り当てなければならない。

カポジ肉腫

カポジ肉腫は、常に「原発性新生物」として扱う。したがって、腫瘍に関するコード入力時にはカテゴリーC46.-カポジ肉腫のコードを割り当てる。カポジ肉腫の場合は、「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) に準じた副次診断の定義に関係なく、入院時ごとにコード化する(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0201b コードの選択と順序 P.71 も参照)。

抗レトロウイルス療法の合併症または副作用

抗ウイルス療法の合併症として、貧血、ニューロパシー、尿路結石等をきたす症例もある。

例 5

HIV 陽性の 1 例が、抗ウイルス療法に起因する溶血性貧血の治療を目的として来院。

主診断： D59.2 薬物誘発性非自己免疫性溶血性貧血

副次診断： Z21 無症候性 HIV 感染症 [ヒト免疫不全ウイルス感染症]

HIV 性疾患 (AIDS) に対する化学療法

化学療法のために入院した HIV 症例については、本ガイドライン「コードの順序と選択」に準じて主診断コードを選定する(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0211c 新生物に対する化学療法 P.80 も参照)。

Z51.1 新生物に対する化学療法の実施

Z51.2 その他の化学療法

以上の 2 コードは、(在院期間を問わず) 主診断としてコード化しない(例 6 および例 7 を参照)。

医療処置

医療処置コード 8-54 細胞増殖抑制薬による新生物化学療法は、悪性新生物 (カポジ肉腫等) の治療を目的とした化学療法をコード化する場合に限り割り当てる(例 7 を参照)。

例 6

AIDS 患者 1 例がトリ型結核菌に起因する肺感染症をきたし、複数回の抗生物質投与を目的として来院。

主診断： A31.0 肺におけるその他のマイコバクテリア感染症
 副次診断： B20 感染症および寄生虫症を惹起した HIV 性疾患 [ヒト免疫不全ウイルス性疾患]

例 7

AIDS 患者 1 例がカポジ肉腫をきたし、細胞増殖抑制薬による治療（単純化学療法）を目的に来院。

主診断： C46.0 皮膚のカポジ肉腫
 副次診断： B21 悪性新生物を惹起した HIV 性疾患
 8-542 細胞増殖抑制薬による新生物化学療法、単純化学療法

0102a ウイルス性肝炎

キャリア

B 型、C 型、または D 型の肝炎ウイルスが疾患急性期以降でも血中に認められる症例は「肝炎（ウイルス）キャリア」とみなされる（Z22.5 ウイルス性肝炎のキャリア）。キャリアは疾患症状を著明に呈するわけではないが、体内に病原菌を有しており、その病原菌で他人を汚染するおそれがある。

Z22.5 ウイルス性肝炎のキャリア

本コードが割り当てられるのは、症例が肝炎ウイルスのキャリアであるという事実が判明し、これがコストアップにつながるような場合に限られる（「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 も参照）。

また、Z22.5 は肝炎（ウイルス）キャリアである産婦にも適用される。

O98.4 妊娠、分娩、産褥に合併するウイルス性肝炎

本コードは、妊娠時、分娩時、産褥期に急性または慢性のウイルス性肝炎が発症した場合に割り当てられる。

0103a 菌血症、敗血症、好中球減少症

a) 菌血症

症候性菌血症の患者については、以下のコードを割り当てる。

A49.9 細菌感染症、詳細不明

b) 敗血症（敗血症）

（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」 0104a 尿性敗血症 P.70 も参照）

敗血症の患者については、感染病原体に応じて該当コード（A40.-レンサ球菌性敗血症または A41.-その他の敗血症）を使用する。感染病原体が不明ならば以下のコードを割り当てる。

A41.9 敗血症、詳細不明

流産、子宮外妊娠、または奇胎妊娠に関連する敗血症、輸注、注射、輸血、ワクチン接種等の処置に関連する術後敗血症、プロテーゼ、体内挿入物、移植片に関連する敗血症については、いずれも以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

O03～O07 流産に帰着した妊娠

O08.0 流産、子宮外妊娠および奇胎妊娠に続発する生殖管および骨盤内の感染症

O75.3 分娩時におけるその他の感染症

O85 産褥熱

T80.2 治療目的での注入、輸血および注射に続発する感染症

T81.4 侵襲的処置後の感染症、他に分類されないもの

T82.6 人工心臓弁に起因する感染症および炎症反応

T82.7 心臓または血管に適用するその他の医療器具、体内挿入物または移植片に起因する感染症および炎症反応

T83.5 尿管に適用するプロテーゼ、体内挿入物または移植片に起因する感染症および炎症反応

T83.6 生殖管に適用するプロテーゼ、体内挿入物または移植片に起因する感染症および炎症反応

T84.5 人工関節に起因する感染症および炎症反応

T84.6 内固定用具〔各部位〕に起因する感染症および炎症反応

T84.7 その他の整形外科用体内プロテーゼ、体内挿入物または移植片に起因する感染症および炎症反応

T85.71 腹膜透析用カテーテルに起因する感染症および炎症反応

T85.78 その他の体内プロテーゼ、体内挿入物または移植片に起因する感染症および炎症反応

感染病原体が特定されている場合は、さらに第 I 章のコード（A40.-レンサ球菌性敗血症、A41.-その他の敗血症、P36.-新生児の細菌性敗血症等）を入力する。この処理は、感染病原体が特定されていること、敗血症が存在していることを示すうえで必要である。なお、感染病原体が不特定ならば以下のコードを使用する。

A41.9 敗血症、詳細不明

c) 好中球減少症（顆粒球減少症）

敗血症に好中球減少症を合併している症例については、以下の順序に従ってコード化する。