

4 診断情報

(1) 主傷病名, (3) 入院の契機となった傷病名, (5) 医療資源を最も投入した傷病名が同一の場合, すべてに同一傷病名を入力する。

記載する傷病名は, 原則としてレセ電算傷病名マスターから選択すること。病名については, ICD10へのコーディングが適切に行えるように入力すること。

なお, BOOPの診断基準に該当する病態である場合には, BOOPを病名として使用すること。

また, 一部の傷病について「病名付加コード」を追記する必要がある。対象となる傷病およびコードの詳細については、「6 診療情報 (42) 病名付加コード」を参照のこと。

ICDコードは, レセ電算処理マスター等の傷病名に対応したICDコードをそのまま入力するのではなく, 「疾病, 障害及び死因統計分類提要」に基づいた全桁の入力をする。(例えば, MDC7 (整形外科領域) については, 5桁コードが必要な分類もある。)

疑い病名の場合であってもZコードは使用せず, 疑った傷病名のICD10コードを記入する。例えば, 心臓カテーテル検査の目的で入院する場合の主病名には, 心臓カテーテル目的Z09.8は使用しない。「3 入院情報(1)入院中の主な診療目的」で「診断・検査のみ」を選択し, 医療資源を最も投入した傷病名には入院検査を行うことになった原因の病態をコーディングすること。

(1) 主傷病名

退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を, 日本語で入力する。

転科により診療科ごとに複数の主傷病名, 複数の診断名をもつ場合は, 一つにする。

(2) (主傷病の) ICD10コード

主傷病に対するICD10コードを左詰めで小数点以下まで入力する。(小数点は1桁として数えない。また, 小数点は入力しない。)

例 主傷病が慢性C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

(3) 入院の契機となった傷病名

入院の契機となった傷病名を入力する。療養病棟から一般病棟に転棟した場合等の子様式1は転棟した時点で入力する。

(4) (入院の契機となった傷病名) ICD10コード

入院の契機となった傷病名に対するICD10コードを「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

(5) 医療資源を最も投入した傷病名

入院期間中, 複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。

複数の手術や侵襲的処置を行った場合, そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とする。転科があった場合には, 診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。

糖尿病性網膜症のE11.3† H36.0*のように, ダブルコーディングが必要な場合については, 本調査では医療資源の投入量に基づき主たるものを第1病名としてコーディングし, 第2病名の登録が必要な場合は入院時併存症の欄に記入する。また, 補助コードの登録が必要な場合は入院時併存症の欄に入力すること。

医療資源を最も投入した傷病名は, 一入院で一つだけ入力する。複数の病名があった場合でも, 病名を一つ選ぶこと。

例えば, 月によって病態が変化して, 医療資源を投入した傷病名が月によって異なる場合であっても, 医療資源を最も投入した傷病名は, 退院時に, 親様式1の場合1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を一つ選ぶこと。子様式1の場合は, 子様式1の範囲で一つ選ぶ。医療資源を最も投入した傷病名の決定に当たり, 退院時処方 (退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。)をした場合は, 当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

(6) (医療資源を最も投入した傷病名) ICD10コード

医療資源を最も投入した傷病名に対するICD10コードを「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

(7), (8) 医療資源を2番目に投入した傷病名, ICD10コード

医療資源を2番目に投入した傷病名及び当該傷病名に対するICD10コードを「(1) 主傷病名」, 「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

医療資源を2番目に投入した病名を入力するのは, 明確に医療資源を投入した複数の傷病が発生し, それに伴って転科又は転科と同等と判断される場合に限る。

(9)~(16) 入院時併存症名 1~4

入院時 (子様式1の場合は入院時または転棟時) に既に存在していた主傷病以外の疾患について, 「(1) 主傷病名」, 「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。

医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には, 必ず入力すること。(入力を診断群分類

点数表に定義された副傷病名がある場合に限らないようにすること。)

入院後の検査で発見された傷病であっても、入院時に既にその病態があったと主治医が判断できる場合は、入院時併存症として扱うこと。

(17)～(24) 入院後発症疾患名 1～4

入院後（子様式1の場合は入院後または転棟後）に新たに発生した主傷病以外の疾患について、「(1) 主傷病名」、「(2) (主傷病の) ICD10コード」と同様の要領で入力する。(当該疾患の原因が入院前にあるとしても、発症した時期が入院後の場合には、入院後発症疾患とする。)

医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には、必ず入力する。(入力を診断群分類点数表に定義された副傷病名がある場合に限らないようにすること。)

診断情報の Q A

病名の決定方法について

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は「疑い」でもよいのか。確定病名でなければいけないのか。
 A：原則として入院期間中に診断を確定し、「確定病名」を入力すること。ただし、適正な診断のためのガイドライン等によって検査等を行った結果、退院までに確定診断が得られなかったのみに、「疑い」とする。根拠もなく「疑い」としたものについては認めない。例えば、特段の検査もなく、風邪に対する肺癌疑い、頭痛に対する脳梗塞疑いとすること等。

Q&A

Q：入院目的は前立腺生検で退院時点では病名が「前立腺癌疑い」であった。しかし生検の結果が出て悪性ではないと判明した。この場合、病名は「前立腺癌疑い」のまま良いか、他の病名とするのか。
 A：生検の結果が入院中に出了のであれば、疑いを外した確定病名として登録するが、退院後に病理が出了のであれば疑い病名のまま登録となる。

Q&A

Q：正常分娩予定で入院したが帝王切開となった。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。または保険適用となった期間のみで判断するのか。
 A：保険にかかわらず、様式1の範囲で判断する。

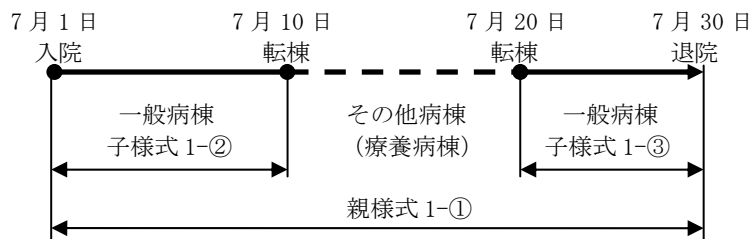
Q&A

Q：一般病棟から精神病棟に転棟し退院した。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。一般病棟にいた期間のみで判断するのか。
 A：親子それぞれの様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような範囲で入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。親様式1は入院日から退院日までの全入院期間の範囲とし、子様式1はそれぞれの範囲で作成する。

例



	親様式 1-①	子様式 1-②	子様式 1-③
主病名	7月1日～ 7月30日で判定	7月1日～ 7月10日で判定	7月20日～ 7月30日で判定
入院の契機となつた傷病名	7月1日で判定	7月1日で判定	7月20日で判定
医療資源を最も投入した傷病名	7月1日～ 7月30日で判定	7月1日～ 7月10日で判定	7月20日～ 7月30日で判定
医療資源を2番目に投入した傷病名	"	"	"
入院時併存症 1～4	7月1日で判定	7月1日で判定	7月20日で判定
入院後発症疾患 1～4	7月1日～ 7月30日で判定	7月1日～ 7月10日で判定	7月20日～ 7月30日で判定

Q&A

Q：抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「〇〇骨折」でよいか。
A：そのとおり。

ICD10について

Q&A

Q：首吊り自殺（保険適用の場合）の場合 ICD-10 コードが X コードになり入力することができない。その場合のコードは何か。それとも別の病名にするのか。
A：自殺は傷病名ではないが、自殺に到った原疾患に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて行為の結果の損傷中毒に対しての傷病名等を選択すること。

Q&A

Q：ICD-10 の「.9」等の（本資料の留意すべき ICD-10）は使用してはいけないのか。
A：留意点としてあげられたコードについては、通常は、他のコードが選択されるはずのものである。したがって、本当に他の分類を選択するだけの情報がないのかどうか、再確認をお願いしたい。その結果、選択することは致し方ない。

Q&A

Q：R コードを使用してもよいか。
A：R コードのほとんどは病名ではなく徴候や症状である。通常の診療では、何らかの診断名が確定するという前提であるが、あらゆる事実を調査したが確定に到らなかった、一過性のもので原因が特定できなかった等、R コードを付与するためにはかなり厳しい条件がある。条件については、ICD-10 第 2 巻、第 XVIII 章、737 頁等を確認すること。入院時併存症、入院後発症疾患には使用してよいが、医療資源を最も投入した傷病名 ICD-10 コードに以下のコードを用いてはならない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症 (B89)
- ・ 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 (B95) からその他および詳細不明の感染症 (B99)
- ・ 心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明および原因不明の死亡 (R99) まで (ただし、鼻出血 (R040)、咯血 (R042)、気道のその他の部位からの出血 (R048)、気道からの出血、詳細不明 (R049)、熱性けいれん (R560)、限局性発汗過多 (R610)、全身性発汗過多 (R611)、発汗過多、詳細不明 (R619) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R730) を除く。)
- ・ 独立した多部位の悪性腫瘍 (C97)

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に Z コードを入力してもよいか。
A：Z コードは入力不要とするが、入力しても構わない。

Q&A

Q：標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。
A：標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10 のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

Q&A

Q：ある病名に対する ICD-10 コードが分からない。どこに問い合わせればよいか。
A：病名、ICD-10 の決定は医師と相談の上、各医療機関で行うこと。

入院時併存症・入院後発症疾患について

Q&A

Q：医療資源を2番目に投入した傷病名に入力をすれば、入院時併存症、入院後発症疾患に入力不要か。
A：必要。副傷病有無の評価の判定は入院時併存症、入院後発症疾患のみで行うことから必ず入力すること。

Q&A

Q：併存症があっても定義テーブルに掲載されていないものは入力不要か。
A：必要。入院時併存症、入院後発症疾患は定義テーブルでの掲載にかかわらず、あれば入力のこと。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に「疑い」病名を入力してよいか。
A：疑い病名は入力不要とするが、入力しても構わない。但し、入力する場合は「〇〇〇病疑い」などのように必ず「疑い」と入力すること。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患がそれぞれ4つ以上ある場合はどのように入力するのか。
A：主要なものからそれぞれ4つ選んで入力のこと。入力順は関係なく入力して構わない。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病を入院時併存症または入院後発症疾患にも入力が必要か。
A：不要。入院時併存症、入院後の続発症については、医療資源を最も投入した傷病名に対してのものであるから、不要となる。

5 手術情報

今回の入院中に複数の手術を行った場合には、主たる手術（又は点数の最も高い手術）を手術1に入力する。

様式1については、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない手術についても、実際に行われていれば入力のこと。ただし、点数表コード（Kコード）の入力は各手術について必要である。

診療報酬上の手術の部で評価されている手術について入力する。なお、輸血はKコードではあるが、様式1について入力は不要である。

(1) 手術名1

主たる手術（又は点数の最も高い手術）を入力する。

たとえば、1回の入院でK614経皮的冠動脈形成術、K615経皮的冠動脈ステント留置術の手術を別の日に同一病変若しくは別病変に対して行った場合の保険点数は同じだが、このように保険点数がまったく同じとなる場合の主たる手術の判断は主治医の判断による。

(2) (手術名1の) ICD9-CMコード

当該術式に対するICD9-CMコードを左詰めで小数点以下まで入力する。（小数点は1桁として数えない。小数点は入力しない。）

例 当該手術が腰部交感神経切除術 05.23 → 0523

(3) (手術名1の) 点数表コード

当該術式に対する医科診療報酬点数表における手術料に関わるコードを入力する。当該コードは基本部分（4桁）の他に、細項目（1, 2, 3, イ, ロ, ハ等）がある場合にはそれも含めて入力する。その際、ブランクなどは入れずにつめて入力する。

例 K082 人工関節置換術

1 肩, 股, 膝 → K0821

K082-2 人工関節抜去術

1 肩, 股, 膝 → K082-21 * ハイフンを入れることが必要。

(4) (手術名1の) 手術回数

当該手術をはじめて行う場合には「初回」の“1”を、同一部位（当該傷病名にかかる同一部位等）について再度行う場合は「再手術」の“2”を入力する。（自院・他院を問わない。術式等を問わない。）

ペースメーカーの電池交換術、抜釘術は、「再手術」に該当する。

また、再手術の記載は、他の医療機関で行った手術、同一の医療機関でも過去の入院で行った手術についても対象となる。

心臓カテーテル（PTCA等）を、同一日に2部位以上に行った場合であっても、「再手術」とならない。

(5) (手術名1の) 手術側数

当該手術が同種の臓器、あるいは部位が2個以上あるものに対して適用される場合に入力する。右側は“1”を、左側は“2”を、左右は“3”を入力する。

「左右」とは、左右対称の器官（目、耳鼻等）であって、両側・同時に実施の場合が対象となる。冠動脈のバイパス手術で、左右の冠動脈について手術を行った場合は、「左右」とならない。

心臓カテーテル（PTCA等）を右冠動脈枝と左冠動脈枝に行った場合は、チェック不要である。

眼の手術を片方ずつ別々の日に手術した場合には、それぞれの手術について別々の片側手術として記載することとなるが、この場合は、右側「1」、左側「2」それぞれ入力する。

(6) (手術名1の) 手術日

当該手術を実施した年月日を、入院年月日と同様の書式で入力する。

例 2009年6月10日の場合 → 20090610

(7) (手術名1の) 主たる麻酔

当該手術実施時に使用した主たる麻酔の種類を一つ入力する。

値	区 分	麻酔区分
1	全身麻酔	L007:開放点滴式全身麻酔 L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
2	硬膜外麻酔	L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
3	脊椎麻酔	L004:脊椎麻酔
4	静脈麻酔	L001-2:静脈麻酔
5	局所麻酔	L100～L105
6	全麻+硬膜外	L007:開放点滴式全身麻酔 または L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
7	その他	L000:迷もう麻酔 L001:筋肉注射による全身麻酔, 注腸による麻酔 L005:上・下肢伝達麻酔 L006:球後麻酔および顔面・頭頸部の伝達麻酔 L008-2:低体温療法 等
9	無	

(8)～(35) 手術2～手術5

(1)～(7)と同様の要領で手術情報を入力する。

手術情報の Q A

麻酔について

Q&A

Q : 仮に「2」L002 硬膜外麻酔と「3」L004 脊椎麻酔の両方を行った場合はどちらを選ぶのか。
A : いずれか主たる麻酔を選択して入力のこと。

Q&A

Q : 内視鏡手術などで、キシロカインゼリーのみを使用した麻酔の場合は、「5」局所麻酔、「7」その他、「9」無のどれに該当するか。
A : 「9」無とすること。

Q&A

Q : キシロカインゼリー+キシロカインポンプスプレーといったように組み合わせて使用した場合も「9. 無」とするの
か。
A : 診療報酬点数表の第 2 章特掲診療料第 11 部麻酔第 1 節麻酔料を算定していない場合は、「9. 無」する。

入力方法について

Q&A

Q : 輸血は手術情報に入力が不要であるが、入力しても構わないか。また、輸血とは K920 のみをいうのか。
A : 入力しても構わない。輸血とは K920 のみをいう。

Q&A

Q : K930 脊髄誘発電位測定加算等の手術医療機器等加算の情報は入力が必要か。
A : 不要。K930~K 939 は入力しないこと。

Q&A

Q : 同一日に同一部位に対して術式が別の手術を二回施行した場合、二回目の手術は再手術を選択する
のか。
A : 一連の手術であれば初回となる。

Q&A

Q : 角膜異物除去術を平成 20 年 3 月に行っていて、平成 20 年度の点数改正に伴い、K コードが変更されて
いる。この場合は手術を行った時の旧コードでの提出で良いのか、それとも術式自体は無くなっ
ていないので新コードで記入するのか教えていただきたい。
旧コード : K740-2 腹腔鏡下直腸切除術
新コード : K740-21 腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術
A : K740-21 を入力すること。平成 20 年 3 月以前の手術は全て平成 20 年度の K コードに置換えること。

Q&A

Q : 定義テーブルにない手術として「KKK1」を入力してよいか。
A : 不可。KKK1 はシステム上のコードであるので、正しい医科点数表の K コードを入力のこと。

Q&A

Q : K0011 皮膚切開術長径 10 センチメートル未満 (470 点) のような点数が低いものでも全て入力しな
いといけないのか。
A : そのとおり。行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）を 2 日間行った場合はどのように入力するのか。
 A：初日 K6001、2 日目 K6002 と手術 2 項目分を使用してそれぞれ入力すること。

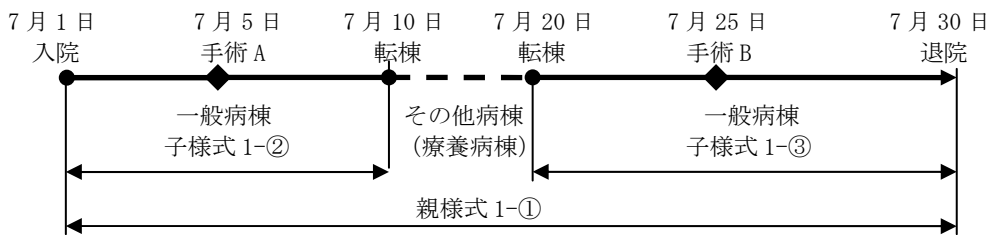
Q&A

Q：K781 経尿道的尿路結石除去術のように一連の治療につき 1 回しか算定できない手術について、算定できない 2 回目以降の手術を入力する必要があるか。EF ファイルと矛盾が生じるが問題ないか。
 A：必要。必ず入力のこと。この場合、EF ファイルと矛盾するが問題ないものとする。算定の有無にかかわらず、行った手術は全て入力のこと。

Q&A

Q：一般病棟へ入院し手術 A を行い、療養病棟等へ転棟後、一般病棟へ再転棟し手術 B を行った場合、どのように入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式 1 の範囲で入力する。

例

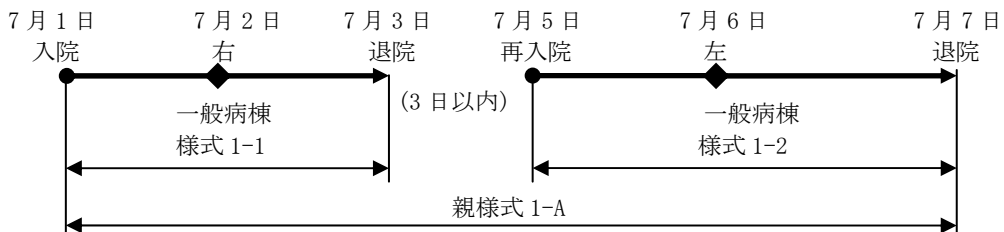


	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
親様式 1-①	手術 A	手術 B			
子様式 1-②	手術 A				
子様式 1-③	手術 B				

Q&A

Q：両目の白内障にて、右目に手術を行い退院。退院 2 日後に再入院し、左目に手術をおこなった。同一疾病での 3 日以内の再入院となるが、どのように手術側数を入力するのか。
 A：それぞれの入院期間での様式 1 の範囲で入力する。2 つの入院を一連とした様式 1 は右、左それぞれ別に入力する。

例



	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
様式 1-A	右	左			
様式 1-1	右				
様式 1-2	左				

Q&A

Q：当院は D P C 対象病院であるが、特定入院期間を超えて行った手術も入力するのか。
 A：そのとおり。特定入院期間は一切関係なく、様式 1 の期間で行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：手術を6つ以上行った場合は入力できないが、どのように入力するのか。

A：主要なものから5つ選んで入力のこと。

Q&A

Q：1入院で2回以上の手術を行った場合、診断群分類決定に関係のない手術についても様式1に入力しないといけないのか。

A：そのとおり。手術情報には様式1の入院期間に行った全ての手術を入力すること。

Q&A

Q：手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△」の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類を決定する際は準用元の手術「K○○○」で判断するが、様式1も「K○○○」の方を入力するのか。

A：そのとおり。

例 区分番号 K781 経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む）

（中略）ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合は K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

のただし書き以降の行為を行った場合は「K781」とする。