

2.1.6.12 項目 XV—妊娠、分娩および産褥（O00-O99）

ICD-10	ICD-10 本文
O21.9	詳細な記載のない妊娠中の嘔吐
Z34.9	詳細な記載のない正常妊娠の監視

質問 HDG12.04（妊娠合併症）の外來患者で、数日連続して単一治療を複数回受けた場合は、どのコードを用いればよいか。

回答 妊娠合併症では入院の必要がある患者にかぎり算定の対象となる。分娩室または準備室などに即日入院した場合は、新たに第0治療日を追加して算定することはしない。

ICD-10	ICD-10 本文
B37.3	外陰および膣のカンジダ症
O47.0	妊娠満37週未満の無効収縮
O47.1	妊娠満37週以降の無効収縮
O47.9	詳細な記載のない無効収縮
O23.0	妊娠中の腎感染症
O23.1	妊娠中の膀胱感染症
O23.4	妊娠中の詳細な記載のない尿路感染症
O23.5	妊娠中の性器感染症
O23.2	妊娠中の尿道感染症
O23.3	妊娠中のその他の部位の尿路感染症
O23.-	妊娠中の泌尿器感染症
O23.9	妊娠中の上記以外でかつ詳細な記載のない尿路性器感染症

質問 膣カンジダ症に起因する妊娠中に予定より早期の出産または微弱陣痛となった場合、主診断は何になるか。

回答 主診断には O47.9 を選択し、副診断には O23.0（および必要があれば B37.3）を記載する。入院の必要性は予定より早い陣痛という主診断によるものであり、カンジダ症という妊娠合併症は副診断とみるべきものであるから、主診断として選択することはできない。

ICD-10	ICD-10 本文
O30.0	双胎妊娠
O30.1	三胎妊娠
O30.2	四胎妊娠
O30.8	その他の多胎妊娠
O80.9	詳細な記載のない単胎自然分娩
O84.9	分娩方法の詳細が記載されていない多胎分娩

質問 双生児などの多胎分娩は、どのコードを用いればよいか。どのような場合に、O30.0 を主診断とすることができるか。

回答 多胎分娩は、ICD O84.9のコードを用いる（注：このほか、分娩時には該当する MEL コード 3853 を用いる）。主診断 O30.0 は、母親が出産しなかったが、双胎妊娠が存在したために入院の必要が生じた場合にのみ用いることができる。

ICD-10	ICD-10 本文
O36.0	Rh 因子同種免疫のための母体ケア
P55.0	胎児および新生児の Rh 同種免疫
Z29.1	予防的免疫療法

質問 母親の周産期の Rh 予防法（Rh 因子陰性の母親と Rh 因子陽性の子供）は、どのコードを用いればよいか。

回答 母親に周産期 Rh 予防法を実施した場合は、（通常は副診断として）ICD O36.0 のコードを用いる。

ICD-10	ICD-10 本文
O42.0	前期破水、24 時間以内の陣痛開始
O42.1	前期破水、24 時間以降の陣痛開始
O42.2	前期破水、治療による陣痛阻止
O42.9	詳細な記載のない前期破水
O60	早産、妊娠満 37 週未満の（自然）分娩開始
O80.9	詳細な記載のない単胎自然分娩、自然分娩全般

質問 妊娠満 35 週に陣痛および子宮頸部短縮により分娩開始が切迫したため入院し、子宮収縮抑制剤および抗生物質投与を受けたが、妊娠第 38 週に分娩することなく退院した。この場合、どのコードを用いればよいか。

回答 主診断として O42.2 を選択する。

質問 妊娠満 35 週に破水、陣痛および子宮頸部短縮により分娩開始が切迫したため入院し、子宮収縮抑制剤および抗生物質投与を受け、満 38 週に分娩した。この場合、どのコードを用いればよいか。

回答 主診断には O42.2、副診断には O80.9 を MEL 3855 として選択する。

ICD-10	ICD-10 本文
O47.0	妊娠満 37 週未満の無効収縮
O47.1	妊娠満 37 週以降の無効収縮
O47.9	詳細な記載のない無効収縮
O60	早産
O80.-	単胎自然分娩
O80.9	詳細な記載のない単胎自然分娩

質問 妊娠満 35 週で早期に分娩が開始したため入院し、まず子宮収縮抑制剤により治療した。満 38 週で短期入院のかたちで正常分娩した。どのコードを用いればよいか。

回答 主診断には O80.9、副診断には O47.0 を MEL 3855 として選択する。

質問 妊娠満 35 週で分娩の早期開始が認められ、まず子宮収縮抑制剤により治療した。満 36 週で短期入院のかたちで他に問題なく正常分娩した。どのようなコードを用いればよいか。

回答 主診断には O60 を MEL 3855 として選択する以外にない。診断コード O60 を用いるには、37 週以前の分娩であることが前提となる。

ICD-10	ICD-10 本文
O80.9	詳細な記載のない単胎自然分娩
Z39.0	分娩直後のケアおよび検査

質問 母親が現在産褥期で入院している病院以外の場所（病院、自宅など）で出産し、入院中の病院には産褥期のために転院ないし入院した場合には、どのコードを用いればよいか。

回答 分娩した病院で用いるコードは ICD O80.9 および MEL 3855—分娩であり、入院先の病院で用いるコードは ICD Z39.0 である。

ICD-10	ICD-10 本文
O71.4	会陰裂傷を伴わない分娩時の高位膣裂傷

質問 どの場合に高位膣裂傷のコードを用いればよいか。

回答 高位膣裂傷とは、膣壁の損傷であり、会陰損傷のないものを言う。

ICD-10	ICD-10 本文
O82.0	選択的帝王切開による分娩

質問 「希望による帝王切開」にはどのコードを用いればよいか。

回答 母親の希望による切開は、ICD O82.0 のコードを用いる。これ以外には、MEL 3851 または 3852 のコードを充てる。

ICD-10	ICD-10 本文
O85	産褥熱
O90.8	ほかに分類されないその他の産褥の合併症

質問 子宮退縮不全は、どのコードを用いればよいか。

回答 子宮退縮不全時に発熱がある場合、子宮退縮不全には ICD-10 O85 のコードを用いる。発熱のない場合は、ICD O90.8 のコードを用いる。

2.1.6.13 項目 XVI—周産期に端を発する病態 (P00-P96)

ICD-10	ICD-10 本文
P00-P96	周産期に端を発する病態 (P00-P96)
Z38.-	出生場所による出生児の分類

質問 新生児はどのように定義されているか。

回答 ICD-10 の記載および産婆の基準では、生後満 28 日までを新生児と定義している。

ICD-10	ICD-10 本文
P00-P96	周産期に端を発する病態

質問 新生児に入院を必要とする疾患がある場合、どのようにコード化するか。

回答 新生児で入院を必要とする疾患は、産褥期の母親の入院中（分娩後 10 日以内）であっても、別の入院回数としてコード化する。

ICD-10	ICD-10 本文
P23.-	先天性肺炎
P23.0	ウイルスによる先天性肺炎
P23.1	クラミジアによる先天性肺炎
P23.2	ブドウ球菌による先天性肺炎
P23.3	B 群レンサ球菌による先天性肺炎
P23.4	大腸菌による先天性肺炎
P23.5	緑膿菌による先天性肺炎
P23.6	その他の細菌による先天性肺炎
P23.8	その他の病原体による先天性肺炎
P23.9	詳細な記載のない先天性肺炎

質問 何を P23.-の項目にコード化すればよいか。いずれの病原体が該当するのか。

回答 P23.-の項目にあるのは、風疹ウイルス、クラミジア、レンサ球菌、ヘモフィルスインフルエンザ、マイコプラズマ、ブドウ球菌、大腸菌または緑膿菌などの病原体による先天性肺炎のコードであり、コード化の際には4桁コードを用いる。

ICD-10	ICD-10 本文
P22.1	新生児一過性頻呼吸

質問 このコードはいつ用いるのか。また、P22.1による入院を主診断とすることができるか。

回答 新生児の一過性頻呼吸（P22.1）では、次の基準に注意することを奨める。保育器、脈酸素濃度監視、集中監視および記録（体温、保育器の温度、呼吸数、パルスオキシメータ測定値、酸素吸入量など）。小児病院などの新生児病棟へ転院しない場合、この処置を少なくとも8時間以上実施する必要がある。

ICD-10	ICD-10 本文
G47.3	睡眠時無呼吸
P28.3	新生児の原発性睡眠時無呼吸

質問 ICD-10 コード P28.3 の睡眠時無呼吸のコードは、何歳まで用いることができるか。

回答 ICD-10 コード P28.3 の「新生児原発性睡眠時無呼吸」のコードは、新生児期間に限定されている。新生児期間とは、誕生から満4週までの期間と定義されている。それ以降の睡眠時無呼吸のコード化は、ICD-10 コード G47.3 「睡眠時無呼吸」を用いる。

2.1.6.14 項目 XVII—先天性奇形、変形および染色体異常（Q00-Q99）

ICD-10	ICD-10 本文
Q56.-	性不定および仮性半陰陽
Q56.0	他に分類されない半陰陽
Q56.1	他に分類されない男性仮性半陰陽
Q56.2	他に分類されない女性仮性半陰陽
Q56.3	詳細な記載のない仮性半陰陽
Q56.4	詳細な記載のない性不定

質問 両性具有は、どのコードを用いればよいか。

回答 両性具有は、Q56.4のコードを用いる。

2.1.6.15 項目 XVIII—他に分類されない症状および異常臨床所見 (R00-R99)

ICD-10	ICD-10 本文
R00-R99	症状……

質問 このコードが主診断となるのは、どのような場合か。

回答 このコードは、症状についてコード化できるような原因（疾患の診断）が見当たらない場合にのみ、主診断として用いることができる。

ICD-10	ICD-10 本文
D37-D48	性状不詳または不明の新生物
R00-R99	他に分類されない症状、異常臨床所見および異常臨床検査所見

質問 入院中に陽性とも陰性とも確認できなかった場合（たとえば、画像診断で空間は描出できたが、同時に複数の疾患に罹患しているためその実体が明らかにできない場合）、どのコードを用いればよいか。

回答 新生物を疑う根拠としてただひとつの所見しかなく、それ以上明らかにされることがない場合（たとえば、画像診断で空間は描出できたが、同時に複数の疾患に罹患しているためその実体が明らかにできない場合）、その所見が主診断または副診断のための基準を満たしている（入院にとって重要な意味があるか？）場合、（たとえば、肺の円形病巣などは R91 に）コード化することができる。

ICD-10	ICD-10 本文
P70.3	新生児の医原性低血糖
P70.4	その他の新生児低血糖、一過性新生児低血糖
V30.0	院内で出生した健康な単胎児
Z38.0	院内で出生した単胎児

質問 低血糖のため入院し、1日後に退院できる新生児と、産後の入院がさらに必要な母親の場合は、どのコードを用いればよいか。

回答 低血糖のため入院し、1日後に退院できる新生児と、さらに産後の入院ケアが必要な母親の場合は、手続き上は退院として扱う。ただし、新生児は引き続き母親とともに病院でケアを受けることになる。新生児の一過性（医原性ではない）低血糖は通常、入院治療の必要はない。主診断には、ICD-10 P70.4のコードを用いる。

2.1.6.16 項目 XIX－損傷、中毒および外因によるその他特定の結果

ICD-10	ICD-10 本文
S06.4	硬膜外出血
T90.5	頭蓋骨折のない頭蓋内損傷の続発・後遺症

質問 長期入院していたのち、外傷による硬膜外出血のため第0日患者として治療を受けた場合（CT検査、理学療法など）、主診断にはどのコードを用いればよいか。

回答 長期入院の後に外傷による硬膜外出血のために第0日患者として治療した場合、入院の必要があれば、主診断としてICD-10 T90.5のコードを用いる。

ICD-10	ICD-10 本文
T80-T88	外科的処置における合併症…

質問 診断としての合併症のコードには何を用いればよいか。

回答 外科的処置または医師による治療における合併症で、他に分類されないものは、T80-T89のコードを用いる（ただし、合併症が明白である場合は、A00-T79またはT90-Z98の項目のコードを用いる）。

ICD-10	ICD-10 本文
T81.8	手術におけるその他の合併症で、他に分類されないもの、術後瘻孔の存続

質問 術後に発生した血清腫には、どのコードを用いればよいか。

回答 血清腫は創傷領域に生じ、血清およびリンパ液で満たされた原発性の無菌性空洞である。術後のリンパ瘻を原因とする。該当するコードは T81.8 である。

2.1.6.17 項目 XXI—健康状態に影響を及ぼし、保険制度を利用することができる処置 (Z00-Z99)

ICD-10	ICD-10 本文
Z29.1	予防的免疫療法

質問 新生児の水痘潜伏期の抗水痘免疫グロブリン接種は、どのコードを用いればよいか。

回答 入院の必要があって入院する小児には Z29.1「予防的免疫療法」のコードを用いる。これ以外の場合には、新生児の水痘潜伏期の抗水痘免疫グロブリン接種のコードを用いることはできない。

ICD-10	ICD-10 本文
Z29.1	予防的免疫療法、免疫グロブリン接種
Z24.6	ウイルス肝炎に対する予防接種の必要性（このコードは入院患者にのみ用いる）
Z38.0	単胎児、院内出産

質問 母親が B 型肝炎感染（抗原保有者）で予防的免疫療法（B 型肝炎に対する受動免疫および能動免疫接種）を受けた新生児で、ほかには何ら疾患の徴候がない場合には、どのコードを用いればよいか。母親は産後のケアのために入院している。

回答 母親が B 型肝炎感染者（抗原保有者）であるために予防的免疫療法（B 型肝炎に対する受動免疫および能動免疫接種）を受けた新生児にはほかに疾患の徴候がなく、母親が分娩のため入院看護を受けているのであれば、新生児が病院でのケアを受けても入院扱いとはならない。入院扱いとなるのは入院の必要がある場合に限られ、これ以外は、子供のケアは母親の病院ケアに属するものとなる。

ICD-10	ICD-10 本文
Z38.0	単胎児、院内出産

質問 健康な新生児の検査は算定の対象にならないのはなぜか。健康な新生児は入院扱いと
ならないのはなぜか。

回答 この診断の下でのコード（および事前の入院）は原則として認められない。ひとつは母
子検査は協定の15項aの対象には含まれていないため、一般に母子検査の算定にはこの
コードは使えない。また、健康な新生児には基本的に入院の必要はないため、病院看護
では入院の必要のある母親とともに入院することになる（母親と子供を併せて一患者と
して扱う）。分娩期間中および分娩直後は、健康な新生児の給付は母親の分娩費用に含ま
れる。

ICD-10	ICD-10 本文
Z52.4	腎ドナー

質問 計画的生体腎移植のため（提供前に）あらかじめ入院して検査を受けた患者の診断は、
どのコードを用いればよいか。（たとえば、CT、血管造影、腎シンチグラフ、手術適性
検査など）。

回答 入院の必要があり、外来では検査を実施することができない場合は、主診断に Z52.4 の
項目から適切な MEL のコードを用いる。

ICD-10	ICD-10 本文
Z76.-	その他の理由で保険制度を利用する者
Z76.9	詳細な記載のない理由で保険制度を利用する者

質問 付添人に Z76.9 のコードを用いることができるか。

回答 HDG23.03 では入院の必要がある患者を Z76.9 の対象とし、該当患者として扱う。このた
め、付添人は入院扱いせず、コードも適用されない。

2.2 給付関連文書

選択方式となる単一給付の一覧表最新版は、2003年1月1日以降、オーストリアの全病院で給付関連文書の法的根拠となるものである。

給付一覧表 **BMSG 2003** は、臨床関連の基本文書作成の重要な前提となるものであり、1997年1月1日以降連邦全域に導入されている医療給付重視型病院財政支援 (LKF) の重要な基盤となるものである。

単一給付は、入院ごとに医療給付重視型の診断症例グループ (LDF) に分類するための重要な基準である。

単一給付の種類および給付回数は、医療給付重視型の症例グループに正確に分類するのに必要である。このため、給付内容を正確に把握することはきわめて重要である。

2.2.1 給付一覧表 BMSG 2003

2.2.1.1 給付選択基準

給付一覧表 **BMSG 2003** は、基本的にその内容を選択方式の単一給付に限定しており、給付回数および給付額の点で経済的に重要な意味をもつものである。このため、この一覧表にはいわゆる頻回に実施され、病院にとっては総額としては相当な額に達する給付内容 (虫垂切除術など) が含まれている。

ここには基本的に医学的に厳密かつ明確な適応による給付内容のみを採用している。

2.2.1.2 給付一覧表 BMSG 2003 の構成および構造

給付一覧表は、手術の部に 12 の項目を設け、手術以外の部に 15 の項目を設けている。

手術の項目は臓器別の構成を採用し、専門分野別の構成にはなっていない。このため、この項目の範囲は、臨床的専門領域に完全に対応するものではない。

コード番号は一般に 4 桁とし、今後給付一覧表に追加が生じることを想定して、コード番号には欠番を残してある。

現行の給付一覧表では明確に定義されていない手術の概念は、それぞれの項目の最後に示した給付番号 **.49** や **.99** に「その他の手術」として記載してある。

2.2.1.3 手術の定義

給付関連文書の目的に鑑み、手術の概念を以下のように定義する。

1 回の手術とは基本的に、

⇒ 1 回の切開と 1 回の縫合であるか、

⇒ 医学的理由から縫合が適応とならない場合、1 回の切開で縫合は含まれないものであるか、

⇒ 外傷が原因の場合、1回の縫合で切開は実施しないもの、のいずれかである。

手術でないものとは、給付一覧表 2003 の手術以外の項目にある全給付項目である。

以下の給付項目にあるものは、局所麻酔下または全身麻酔下で実施したものであっても、実施した場所（処置室、手術室など）の如何にかかわらず、手術であるとはみなされず、給付一覧表 2003 の..49 または..99 にはコード化されていない。

⇒ 生検の実施を含め、予め形成した開口部からの内視鏡による診断および治療

⇒ 予め形成した開口部または疾患により生じた開口部からのカテーテルまたはゾンデの挿入による診断および治療

⇒ 診断および治療を目的とする組織、体液および気体の皮膚切開によらない経皮的採取

⇒ 診断および治療を目的とするカテーテルおよびゾンデの経皮的挿入とその後の縫合

⇒ 縫合によらない創傷、切開または欠損の処置

⇒ 変質した表皮または粘膜の除去でのちに縫合を実施しないもの

⇒ ギプス包帯および牽引またはそのいずれかによる骨折および脱臼の処置

⇒ 非観血的関節授動術

⇒ 臓器および肢体の先天性または後天性の位置異常の非観血的矯正・整復

⇒ 異物の非観血的除去

⇒ 切開によらない腫瘍の開口および排液

2.2.2 給付関連文書の独自性

基本文書のこの領域ではコード化を中心に置くのではなく、給付内容の把握要約および給付の支払いに関する質問を扱っている。

2.2.2.1 給付内容の把握要約

給付関連文書は、給付提供が発生した場所で、給付を提供する者が、給付の提供後直ちに、可能な範囲で毎回作成する必要がある。

例：

⇒ 手術報告書の口述筆記では執刀医の手術内容

⇒ レントゲン科では X 線撮影の内容

誤記および記載不備またはそのいずれかがよくみられる。

例：

- ⇒ 給付内容の把握要約に回数の記載がない
- ⇒ 状況と給付コードの把握要約がなく、状況またはコードのみが把握要約されている

データの充実度は、定期的に完全性と信憑性を点検することによって改善することができる。これには教育とマニュアル作成とが有用である。

2.2.2.2 医療給付の支払い

基本的に1つの給付項目に、処置全体の個々の給付項目がすべて含まれる。

例：MEL 1911－上顎および下顎の変形の整復処置

この給付には、上顎および下顎に不可欠な骨切り術だけでなく、その後の骨接合術も含まれる。

1回の治療で、複数の臓器または臓器系のそれぞれに給付が発生する場合には、個々に給付内容を記載する。

ただし、開腹手術における虫垂切除術または胆嚢切除術、人工関節置換術における滑膜切除術など、選択的付随手術は除く。

給付一覧表の各論に記載の特別なコード化ガイドラインに基づいて、1回の治療または1個の臓器（系）につき複数の給付項目をコード化できるものはこのかぎりではない。

例：全人工関節抜去＋全人工関節移植

給付一覧表の個々の項目には給付内容の選択肢が含まれている。

バリエーション1：両者またはそのいずれかという選択肢

具体例：LK-No.3181 リンパ節切除および他の臓器またはそのいずれかの切除を伴う腓左側部分切除

この給付項目には以下のものが含まれる：

- ⇒ リンパ節切除を伴う腓左側部分切除
- ⇒ 他の臓器の切除を伴う腓左側部分切除
- ⇒ リンパ節切除と他の臓器の両者の切除を伴う腓左側部分切除

いずれの場合（a-c）にも、1回の手術につき1回の給付とする（給付回数=1）

バリエーション2：「実施の有無を問わない」という選択肢

具体例：LK-No.3071 胆管系の手術、胆嚢切除の有無は問わない

単一の給付内容であるが複数の給付内容であったかに関係なく、給付項目は常に1回として扱う（給付回数=1）。

バリエーション3：単純手術と複数の単位に及ぶ手術

給付一覧表には、単純手術に対しては単純手術用のコードを設け、複数単位に及ぶ手術には同じく相当のコードが挙げられている。

具体例：LK-No.2381 大動脈冠動脈単数バイパス造設術
LK-No.2386 大動脈冠動脈複数バイパス造設術

LK-No.2386のコードを用いる場合には、患者1人の手術回数を給付単位とするものであり、実際に設置した血管バイパス数ではないことに注意する。

バリエーション4：対になっている器官

具体例：LK-No.2186 拡大乳房縮小形成術、一側
LK-No.2187 拡大乳房縮小形成術、両側

いずれの場合も手術1回につき1回の給付として扱う（給付回数=1）。

給付一覧表の手術以外の部では特に、給付回数の単位によく注意する必要がある。

たとえば、放射線療法では以下のものを給付単位とする。

- ⇒ 線量
- ⇒ 治療ごとの照射野
- ⇒ 実施回数

たとえば、磁気共鳴診断（MR）では以下のものを給付単位とする。

- ⇒ MR断層撮影の給付単位：身体領域数
- ⇒ MR断層撮影の給付単位：撮影部位数

2.2.2.3 給付年月日

給付一覧表に白抜きで表示した給付番号（たとえば、**1001**）は、必ず給付年月日を記載する。

この表示がない給付項目には、給付年月日を記載する必要はない。それでも給付年月日を記載する場合には、LKF 2002年度モデルでは、給付年月日の記載義務がある給付項目と同じく、信憑性をチェックする。入院期間以外の日付が記載されている場合には（たとえば、剖検の場合）、注意を要する。

2003年以降、このような場合には記載の年月日の手続き上の有効性のみがチェックされている。。

2.2.2.4 州基金関連外給付－項目 XII

州基金関連の入院で必要となるが、州基金から拠出されない給付内容に関して、関連文書作成の手続きを明確するべく、州基金関連外給付を導入した。

州基金から拠出される給付内容はすべて、給付一覧表のいずれかの項目にコード化されるようになっている。

純然たる自己負担入院で提供される給付についても同じく、一覧表のそれぞれの給付項目にコード化されている。

州基金を通じて算定される入院で、州基金から拠出されない給付が提供される場合には、その他に分類される給付番号ではなく、項目 XII の該当する番号をコードする。

この場合にも、他のあらゆる給付番号と同じく、不備のない文書を作成するためのガイドラインが有効である。

例：

分娩＋腹腔鏡卵管結紮

- A) 以下の給付をいずれも州基金から拠出
 - a. MEL 3855 および
 - b. MEL 3722

- B) 卵管結紮については州基金から拠出されない。
 - a. MEL 3855 および
 - b. MEL 3722 ではなく MEL 4957 を用いる。

参考：

給付内容のコード化は、給付を提供する者が給付を提供する場所で給付提供が発生した直後に実施する。コード化を担当する者がこの時点で州基金からの拠出に関して何ら情報を得ていない場合には、暫定的にこれまでのコード番号を使用しておく。ただし、州基金からの拠出がない場合には、MBDS では後に州基金関連外給付に相当する給付番号を補完しなければならないことに注意すること。

2.2.3 給付内容把握要約のための手引き

給付内容を完全かつ正確に把握要約するためには、以下のことに注意する必要がある。

⇒ 給付関連文書

- ・ 給付提供発生場所
- ・ 給付提供者
- ・ 給付提供直後

⇒ どの給付も個々に記録する。

⇒ 以下の場合には支払い方法に特に注意する。

- ・ 「実施の有無を問わない」という選択肢

- ・「両者またはいずれか」という選択肢
- ・単純手術と複数の単位に及ぶ手術の別

⇒ 表示のある給付内容には年月日を記載する。

2.2.4 給付一覧表のそれぞれの項目のコード化の参照事項

以下に挙げるのは、給付内容を適正にコード化するのに重要と思われる 2003 年度版の本文から、一部は診断とも関連づけながら、これまでに発表されてきた BMSG (1-11.LKF-通達) の細目を体系的に整理したものである。2003 年度の整備または改正によって給付内容および診断コードに変更があったものについては、このなかで調整をはかっている。

MEL	MEL 本文
1001-7592	MEL の全項目

質問 入院期間中に他院で給付を受け、病院が支払った場合（たとえば、MR など）、給付コードはどうすればよいか。

回答 給付一覧表にある給付内容はすべてコード化され、病院内外の別を問わず該当する項目に算定されることになっている。

MEL	MEL 本文
1001-7592	MEL の全項目

質問 抗肝炎 IgG の投与は、いずれの MEL のコードを用いればよいか。

回答 抗肝炎 IgG の投与には、MEL のコードは用いない。

MEL	MEL 本文
1001-7592	MEL の全項目

質問 新鮮凍結血漿の投与は、いずれの MEL のコードを用いればよいか。

回答 新鮮凍結血漿の投与には、MEL のコードは用いない。

2.2.4.1 項目 I—頭蓋、脳、脊柱、脊髓、末梢神経

MEL	MEL 本文
1001	穿頭術：穿刺、ドレナージ、植込み
1036	腫瘍、膿瘍、奇形および異物の手術、硬膜に到達するもの

質問 脳圧ゾンデの留置は、どのコードを用いればよいか。

回答 穿頭術が必要であり、他の神経外科的手術で頭蓋開口部に脳圧カテーテルを挿入していない場合、脳圧カテーテルの留置には、1001のコードを用いる。たとえば、給付コード1036には脳圧カテーテル留置が含まれている。

MEL	MEL 本文
1001	穿頭術：穿刺、ドレナージ、植込み
8995	化学療法の継続または費用を問題としない細胞静止剤の投与

ICD-10	ICD-10 本文
C91.0	急性リンパ芽球性白血病

質問 急性リンパ性白血病患者に Omayo レザバーを留置した場合、どの MEL コードを用いればよいか。この場合、穿頭術により前頭脳側から脳室系に穿刺し、ドレインを挿入して開口部にサイズ約 3cm の動力ポンプを固定し、そこから細胞静止剤を注入した。

回答 Omayo レザバーを留置した場合、1 回目は MEL 1001 のコードを用い、該当する化学療法（髄腔内化学療法→費用を問題としない細胞静止剤）には MEL 8995 のコードを用いる。

MEL	MEL 本文
1011	頭蓋の形成術および再建術（単純なもの）
1921	顔面頭蓋の多発性骨折に対する手術

質問 頭蓋の多発性骨折で、1 回の治療で単純再建術を実施した場合、どのコードを用いればよいか。

回答 頭蓋の多発性骨折で、1回の治療で単純再建術を実施した場合、1011のコードを用いる。顔面頭蓋の多発性骨折には、1921のコードを用いる。2種類の骨折（頭蓋および顔面頭蓋）があり、いずれも手術を実施した場合、両給付内容ともコード化することができる。

MEL	MEL 本文
1011	頭蓋の形成術および再建術（単純なもの）
1014	縫合切除による頭蓋の形成術および再建術
1051	直径3cm以上の脳内皮質近傍の腫瘍、異物の手術
2599	その他の手術—動脈（MEL 2599）

ICD-10	ICD-10 本文
C67.9	悪性新生物—膀胱、詳細な記載のないもの
C79.3	脳および脳髄膜の続発性悪性新生物
Z98.8	その他外科手術後の詳細の明らかな状態
T81.7	他に分類されない処置に続発する血管合併症

質問 膀胱癌患者の脳内皮質近傍に再発した直径3cm以上の嚢胞状転移巣の手術は、どのコードを用いればよいか。以前の入院ですでに転移巣の手術を受けており、今回はすでに存在する骨欠損部の周囲を切除して頭蓋を再開頭したのち嚢胞状転移巣を切除し、硬膜形成して環状骨頭蓋に再度穿孔し、その骨欠損部をパラコ形成術により補完した。

回答 膀胱癌患者の脳内皮質近傍に再発した直径3cm以上の嚢胞状転移巣の手術は、ICD-10 C79.3のコードを用い、副診断にICD-10 C67.9およびICD-10 Z98.8のコードを用いる。以前の入院ですでに転移巣の手術を受けている場合は、Z98.8のコードを用いる。すでに存在する骨欠損部の周囲を切除して頭蓋を再開頭する処置はMEL 1051に含まれるが、MEL 1014または1011のコードは用いない。このため、嚢胞性転移の切除には、MEL 1051のコードを1回用い、嚢胞内容物のドレナージはMEL 2599ではなく、MEL 1051に含まれる。欠損部をパラコ形成によって補完する硬膜形成および環状骨頭蓋の整備はMEL 1051に含まれ、この場合にはMEL 1014や1011のコードは用いない。

MEL	MEL 本文
1042	慢性硬膜下血腫における開頭術

質問 慢性硬膜下血腫において1回の治療で両側開頭術を実施した場合は、どのコードを用いればよいか。

回答 慢性硬膜下血腫のため、1回の治療で両側開頭術を実施した場合、給付回数は1回とする。

MEL	MEL 本文
1111	大脳動脈輪前部の動脈瘤の手術

質問 大脳動脈輪前部で1回の治療で2個の動脈瘤のクリッピングを実施した場合、MEL 1111のコードでは何回分として扱うか。

回答 大脳動脈輪前部で1回の治療で2個の動脈瘤のクリッピングを実施した場合でも、MEL 1111のコードでは1回分とする。

MEL	MEL 本文
1216	硬膜内で骨髄外に認められる腫瘍および膿瘍などに対する手術
1256	椎弓切除術および半側椎弓切除術
1261	脊柱などの固定化手術、背側で金属固定具を用いないもの
1276	脊柱などの固定化手術、腹側で金属固定具を用いるもの
1291	固定化手術を併施する多層脊椎（部分）切除術
1311	広汎性腰椎関節椎間板ヘルニア手術

ICD-10	ICD-10 本文
G99.2	ほかに分類される疾患における脊髄症
G96.0	脳脊髄液漏、髄液漏
G99.8*	ほかに分類される疾患における上記以外で詳細が記載されている神経系疾患
M51.0	脊髄障害を伴う腰部およびその他の椎間板障害
T81.8	手術におけるその他の合併症で、他に分類されないもの、手術に続発する（皮下の）肺気腫、吸入療法の合併症、術後瘻の存続
Z48.8!	その他外科手術後の詳細が明らかな後療法

質問 以前に1回の手術で複数椎の椎骨部分切除による半側椎弓切除を受けたことがある患者に、脊髄障害による腰部2椎の椎間板障害のため、1回の入院で金属固定によらない背側骨接合術および金属固定を用いる腹側骨接合術による固定化手術を実施したさいに、2度にわたって実施した液瘻孔閉鎖手術にはどのコードを用いればよいか。

回答 2度にわたって液瘻孔閉鎖手術を実施した場合は、MEL 1216 コードを1回用いる。以前に1回の手術で複数椎の椎骨部分切除による半側椎弓切除を受けたことがある患者に、脊髄障害による腰部2椎の椎間板障害のため、1回の入院で金属固定によらない背側骨接合術および金属固定を用いる腹側骨接合術による固定化手術を実施したことに対しては、MEL 1291 のコードを1回適用する。

主診断には、ICD-10 M51.0 のコードを用いる。副診断には、ICD-10 G99.2 または G99.8 のコードまたは T81.8 および Z48.8 のコードを用いる。

MEL の 1256、1261、1276 または 1311 は、MEL 1291 に含まれるため、副診断はコード化しない。

MEL	MEL 本文
1251	カテーテルおよびポンプ装置（モルヒネ、クロニジン、パクロフェン）の植込み

質問 硬膜外カテーテル（たとえば、周術期に留置）にはどのコードを用いればよいか。

回答 硬膜外カテーテルは、コード化しない。1251 のコードは、カテーテル留置とポンプの埋設とを同時に実施した場合にかぎり使用することができる。

MEL	MEL 本文
1266	脊柱などの固定化手術、背側で金属固定具を用いるもの
1296	脊椎湾曲（後弯、側弯など）に対する手術

質問 （脊椎（部分）切除術を伴わない）複数椎の手術の場合にはどのコードを用いればよいか。

回答 固定化手術には、脊椎湾曲矯正手術でないかぎり（この場合には MEL 1296 を用いる）、（脊椎（部分）切除を伴わない）複数椎の手術であっても、MEL 1266 のコードの適用は1回限りとなる。

MEL	MEL 本文
1276	脊柱などの固定化手術、腹側で金属固定具を用いるもの
4299	その他の手術、骨盤、股関節、近位大腿骨