

1. 「敗血症」のコード
2. D70.-顆粒球減少症のコード

#### 0104a 尿性敗血症

「尿性敗血症」患者については、ICD-10 のアルファベット順索引に記載されている以下のコードを入力する。

N39.0 尿路感染症、部位不特定

本コードは、尿路感染症の存在を明示するコードである。

敗血症が臨床的に顕在化している場合は、以下のコードのうちいずれか適切なものを割り当てる。

A40.- レンサ球菌性敗血症

A41.- その他の敗血症

## 2 新生物

### 0201b コードの選択と順序

コードの順序は、入院期間中に実施された治療の内容によって異なる。

入院理由が原発性悪性腫瘍に対する診断または治療ならば、その原発性悪性腫瘍を表わすコードを主診断として割り当てる（例1を参照）。

#### 例1

1 症例が、大脳前頭葉の悪性腫瘍の治療を目的として入院。

主診断： C71.1 脳の悪性新生物、前頭葉

転移がん治療の入院例については、転移がんを表わすコードを主診断として入力し、さらに原発性腫瘍（特定されている場合）のコードを副次診断として入力する。腫瘍の原発巣が不明であれば、C80 部位不明の悪性新生物のコードを使用する。

#### 例2

1 症例が、がんの肝転移巣を切除する目的で入院。なお、本例は3ヶ月前に横行結腸がんの切除術の既往あり。

主診断： C78.7 肝の二次性悪性新生物

副次診断： C18.4 結腸の悪性新生物、横行結腸

原発性腫瘍と転移がんの治療を目的とした入院例については、（両診断内容が主診断の基準を満たしているのであれば）「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断（P.4）に従い、医療リソースの必要度が最も高い診断内容のコードを主診断として選択する。

#### 例3

超音波検査で原発性腫瘍の肝転移が疑われた1症例が、その詳細を解明する目的で入院。検査の結果、肝転移に加えて結腸がんが発見される。本例に対し、半結腸切除術ならびに肝部分切除を施行。

主診断：  
いずれも担当医の判断により決定する

副次診断：

悪性腫瘍摘除術を目的とした入院例に対し化学療法または放射線療法を施行した場合、その悪性腫瘍を表わすコードを主診断として割り当てる。

症例が悪性新生物に対する治療、それに伴い必須となる継続治療（手術、化学療法、放射線療法、その他の治療等）、および診断（病期判定等）を目的に入院し、最終的に当該治療が終了した場合は、その在院時の主診断内容を示すコードには悪性腫瘍のコードを適用する。また、悪性腫瘍摘出後の在院時の主診断内容を示すコードも同様である。というのは、悪性腫瘍は手術的に摘出されてはいるが、悪性腫瘍症例に対する治療は依然として継続されるからである。

#### 例 4

乳房切除術（乳房上外側 4 分の 1）の既往のある乳がん患者 1 例が、放射線治療を目的として 3 日間にわたり再入院。

主診断： C50.4 乳腺の悪性新生物、乳房上外側 4 分の 1

病期判定を目的とした入院例については、原発性腫瘍のコードを主診断として入力する。

#### 例 5

1 症例が化学療法を受けた後、ホジキン病（リンパ球増殖型）の病期判定を目的に入院。

主診断： C81.0 ホジキン病、リンパ球増殖型

治療対象が転移がんに限られる症例については、その転移がんを主診断内容としてコード化する。また、副次診断には悪性腫瘍のコードを適用する。というのは、原発性腫瘍が切除されても、その後数年間は悪性腫瘍症例に対する治療が依然として継続されるからである。

#### 例 6

前立腺がん脊椎転移の確診例が、骨転移に対する数日間の放射線療法を目的として入院。

主診断： C79.5 骨および骨髄の続発性悪性新生物

副次診断： C61 前立腺悪性新生物

悪性腫瘍または転移がんに対する外科治療を複数回の侵襲的手術に分割しなければならなかった場合、一連の手術が実施された各入院期間の主診断コードには、悪性腫瘍または転移がんのコードを割り当てる。悪性腫瘍や転移がんは初回手術で摘出される可能性が高いとはいえ、悪性腫瘍や転移がんが続発することを考慮し、症例に対する治療は術後の在院中でも依然として継続される。すなわち、悪性腫瘍や転移がんが一連の手術の契機になることもある。

原発性悪性腫瘍の根治的摘出術の既往があるにもかかわらず、同一臓器または同一組織に再発がんをきたした症例の場合、ここでコード化の対象となるのは当該部位の原発性悪性腫瘍である。すなわち、再発がんは「原発性腫瘍」としてコード化する。

## 例 7

胃体部のがん摘出術の既往を有する 1 症例が、胃がん再発のため 2 年後に入院。

主診断： C16.2 胃の悪性新生物、胃体部

## 0202b 新生物の関連合併症

患者が症状を呈して入院し、原因疾患がその在院中に判明した場合、主診断内容としてコード化の対象となるのはその原因疾患である。症状はコード化の対象にはならない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1801a 所見および症状 P.179 も参照）。

## 例 1

1 症例が頭痛、不快感、めまいを主訴として入院。CT 診断の結果、脳の複数領域に波及した大きな悪性腫瘍を認める。

主診断： C71.8 脳の悪性新生物、複数領域に波及

副次診断： なし

患者が症状を呈して入院し、原因疾患がその入院時点で既に判明している場合、本例に対して対症療法のみを実施したのであれば、主診断内容としてコード化の対象となるのは本症状である。原因疾患のコードは副次診断として入力する。

## 例 2

3ヶ月前に、1 症例で脳の複数領域に波及した大きな悪性腫瘍が発見された。本例は、痙攣発作の再発をきたし入院。ここでは痙攣発作のみに対し治療を実施。

主診断： R56.8 その他の痙攣、詳細不明

副次診断： C71.8 脳の悪性新生物、複数領域に波及

### 例3

前立腺がん脊椎転移の確診例が、腰部領域に病的圧迫骨折をきたし入院。椎体圧迫のみに対し治療を実施。

主診断： C79.5 † 骨および骨髄の続発性悪性新生物  
副次診断： M49.56\* 他に分類される疾患に伴う椎体圧迫、腰部領域  
C61 前立腺の悪性新生物

ここで注意すべきポイントは、例えば新生物に起因する貧血（腫瘍性貧血）をコード化する場合にはダガー・アステリスク方式を使用することである。よって、病因と症状のコード化に関する約定に従い、新生物のコードは最初に入力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」D012a 多重コード入力 P.22 も参照）。

腫瘍性悪液質については、R64 悪液質をコード化する。

悪性腫瘍に起因する難治性疼痛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」1806a 疼痛診断および疼痛治療の方法（P.180）も参照のこと。

#### 0203a 原発性悪性腫瘍の再発

原発性悪性腫瘍の根治的摘出術の既往があるにもかかわらず、同一臓器または同一組織に再発がんをきたした患者の場合、C00～C75 の該当コードを用いて当該領域の原発性悪性腫瘍をコード化する。すなわち、再発がんは「原発性腫瘍」としてコード化する。

#### 0204a 腫瘍占拠部位の拡大切除

腫瘍摘出術の既往例が腫瘍占拠部位の拡大切除のため入院した場合については、腫瘍を表わすコードを割り当てる。これは、病理組織学的検査で遺残腫瘍の所見を認めない症例でも同様である。

#### 0205b 生検だけで証明された悪性腫瘍

悪性腫瘍が生検で確診されたものの、内視鏡検査で悪性腫瘍細胞が発見しえなかった場合については、生検結果に基づいて確定した元来の診断内容をコード化する。

#### 0206a 近接部位に進展した悪性腫瘍

##### 原発巣が判明している場合

腫瘍の原発巣が既に判明しており、腫瘍が本部位から近接臓器または近接部位に増殖進展した場合（腸から膀胱への進展、空腸から回腸への進展等）については、原発性腫瘍のみをコード化する。原発巣からの進展によって生じた近接部位の腫瘍についてはコード化しない。

## 例 1

1 症例の子宮頸脳部がんが膣部に波及したため、本例は手術を目的として入院。

主診断： C53.1 子宮頸脳部の悪性新生物

## 原発巣が不明の場合

- a) 3 桁カテゴリーに記載されている複数の近接組織に波及し、しかも原発巣が特定できない新生物については、サブカテゴリー “.8”（「複数の部位に波及」）に従って分類する。この場合、例えば C16.0 噴門部の悪性新生物（食道と胃）のように、部位の組み合わせが他の個所に特別に記載されていないことが前提となる。

## 例 2

1 症例が子宮頸内膜がんおよび子宮頸脳部がんをきたし、手術を目的として入院。

主診断： C53.8 子宮頸部の悪性新生物、複数の部位に波及

- b) ICD-10-GM では、特定の悪性新生物（原発巣を特定できず、しかも 3 桁カテゴリーに記載されている複数の部位に波及しているもの）については以下のコードが使用可能である。

- C02.8 舌、複数の部位に波及
- C08.8 大唾液腺、複数の部位に波及
- C14.8 口唇、口腔、咽頭、複数の部位に波及
- C21.8 直腸、肛門、肛門管、複数の部位に波及
- C24.8 胆管、複数の部位に波及
- C26.8 消化器系、複数の部位に波及
- C39.8 呼吸器およびその他の胸腔内臓器、複数の部位に波及
- C41.8 骨、関節軟骨、複数の部位に波及
- C49.8 結合組織および他の軟組織、複数の部位に波及
- C57.8 女性生殖器、複数の部位に波及
- C63.8 男性生殖器、複数の部位に波及
- C68.8 泌尿器、複数の部位に波及
- C72.8 脳および他の中枢神経系、複数の部位に波及

（ICD-10-GM、第 I 巻、第 II 章のリスト）

## 例 3

1 症例が子宮頸部がんおよび膣がんをきたし、放射線治療のため数日間にわたり入院。なお、当該悪性腫瘍の原発巣は不明。

主診断： C57.8 女性生殖器の悪性新生物、複数の部位に波及

注：本例の場合、がんは子宮頸部（C53.-）と膣（C52）に発現している。原発巣が特定されておらず、しかも 3 桁カテゴリーに記載されている複数の部位に波及していることから、以下のコードが割り当てられている。

C57.8 女性生殖器の悪性新生物、複数の部位に波及

## 部位不特定（部位不明）の悪性腫瘍

原発巣が不明で近接部位に増殖進展し（複数の領域に波及し）、かつその部位が不特定であるか他に分類されない悪性腫瘍については、以下のコードを入力する。

C76.- その他の部位および部位不特定の悪性新生物

注：本カテゴリーが適用できるのは、新生物のタイプ（胸腔内悪性新生物等）に関する特定情報がない場合に限る。

## 0207a 複数の部位に発現した悪性新生物

C97! 原発性腫瘍として複数の部位に発現した悪性新生物

本コードは、主診断の定義を満たす 1 個または複数個の原発性腫瘍が発現した場合に限り（副次診断のみのコードとして）割り当てる。

## 例 1

1 症例に対し、下肢の原発性悪性黒色腫および乳がん（上外側 4 分の 1）に対する治療を同一入院期間に実施。

主診断： C50.4 乳腺の悪性新生物、乳房上外側 4 分の 1  
 副次診断： C43.7 下肢の悪性黒色腫、股関節部を含む  
 C97! 原発性腫瘍として複数の部位に発現した悪性新生物

本例の場合、主診断コードとして割り当てられるのは C43.7、C50.4 のいずれかである。担当医は、この 2 つの診断内容のうちどちらが主診断の定義を最もよく反映しているかを決定する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 P.4 の複数の診断内容が共に主診断の定義に合致するケースも参照）。

なお、副次診断コードとして“C97!”を追加入力する。

## 0208c 悪性免疫増殖性疾患および白血病の寛解

本ガイドラインでは、以下のカテゴリーにおいて第 5 桁への正確なコード入力（「完全寛解状態」または「完全寛解に関しては不明」）が容易に行えるよう解説する。

C88.- 悪性免疫増殖性疾患  
 C90.- 形質細胞腫および悪性形質細胞性新生物  
 C91～C95 白血病

また、本ガイドラインは上記の諸疾患に関する「寛解状態」と「既往」の概念を区別するための手引きとしても有用となる。

「既往症コード」が割り当てられるのは、問題となる疾患が完全に治癒しているものと考えられるケースである。どのような場合に症例の既往症コードが割り当てられるのかについては、疾患によってその都度異なる。本来、既往症が完全に治癒しているかどうかを裏づけることは、レトロスペクティブな調査によってのみ可能である。よって、「寛解」と「既往」の概念は、特定のタイムフレームに従って区別するのではなく、悪性腫瘍の継続治療に基づいて「臨床的に」区別する。

C88.- 悪性免疫増殖性疾患  
 C90.- 形質細胞腫および悪性形質細胞性新生物  
 C91.- リンパ性白血病  
 C92.- 骨髄性白血病  
 C93.- 単球性白血病  
 C94.- 細胞型が明示されたその他の白血病  
 C95.- 細胞型不明の白血病

上記コードの第 5 桁には、以下の寛解状態を表わすコードのうち適切なものを使用する。

0 完全寛解に関しては不明  
 1 完全寛解状態



ここで注意すべきポイント

- “.x0” 「完全寛解に関しては不明」  
 「寛解に関しては不明」  
 「部分寛解状態」

上記のコードは、以下のうちいずれかに該当する場合に割り当てる。

- － 問題となる疾患が初発し、これが初診で判明した場合
- － 疾患の症状が寛解しない場合、または症状は軽快したものの疾患自体は依然として残存している場合（部分寛解）
- － 症状が寛解しているかどうか不明な場合

また、疾患が完全に寛解していることが判明している場合、すなわち悪性腫瘍の徴候または症状が全く認められないのであれば、以下のコードを割り当てる。

- “.x1” 「完全寛解状態」

なお、C91～C95 のコードを使用する白血病で標準寛解導入療法に抵抗性を示すものについては、

C95.8!            白血病、標準寛解導入療法に対し抵抗性を示すもの

を追加コード番号として入力する。

**Z85.-            悪性新生物の既往**

悪性腫瘍や随伴性疾患の完全寛解が得られた症例で、しかるべき治療が全く施されていない場合であっても、その悪性腫瘍が現時点でコストアップにつながる要素になるのであれば「悪性腫瘍の既往」のコードを割り当てる（「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 および同 0209a 悪性新生物の既往 P.78 も参照）。悪性免疫増殖性疾患と白血病に関する「既往」コードは以下のとおりである。

Z85.6            白血病の既往

Z85.7            リンパ組織、造血組織および関連組織におけるその他の悪性新生物の既往

**0209a 悪性腫瘍の既往**

Z85.-            悪性新生物の既往

本カテゴリーのコードは、主診断としては割り当てず、悪性腫瘍に対する治療が最終的に終了している場合に限り使用する。なお、この「治療」には、原発性悪性腫瘍治療の一環として過去に実施された転移がん治療も包含される。

特定のタイムフレームでは原発性悪性腫瘍の治療を受けていないものの、後日その原発巣から転移がんをきたした症例にはコード Z85.-は割り当てない。というのは、本例が今回受けている再治療の要因は、根本的には「転移がんをきたした原発性悪性腫瘍」になるからである。ここでは、主診断内容として転移がん、副次診断内容として原発性悪性腫瘍をそれぞれコード化する。

## 悪性腫瘍の既往例を対象としたフォローアップ検査

## Z08.- 悪性新生物治療後のフォローアップ検査

本カテゴリーのコードが主診断として割り当てられるのは、症例が悪性腫瘍のフォローアップ検査を目的として入院し、結果として腫瘍が証明されなかった場合に限られる。副次診断には、カテゴリーZ85.-悪性新生物の既往から適切なコードを選んで入力する。例えば、2年前に悪性腫瘍の初回摘除術を受けた1症例が経過観察に向けた膀胱鏡検査のために入院し、結果として腫瘍の存在を示すエビデンスが得られなかった場合がこれに該当する。但し、本検査時に他の病変（膀胱憩室症、肉柱膀胱等）が発見されたのであれば、これらを副次診断内容としてコード化する。

注:本ガイドラインは、新生物に対する継続治療を目的とした入院症例には適用されない。例えば、かつて除去した病変部位をさらに広範囲切除するために入院した症例については適用対象外となる(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0204a 腫瘍占拠部位の拡大切除P.74、および同0201b コードの選択と順序P.71を参照)。

## 例1

膀胱がん(外側膀胱壁)の放射線治療の既往例が、当該部位の経過観察を目的として入院。この際、膀胱の肉柱形成を認めるものの、悪性がん再発の所見は得られず。

主診断: Z08.1 悪性新生物に対する放射線療法後のフォローアップ検査  
 副次診断: Z85.5 泌尿器の悪性新生物の既往  
 N32.8 詳細が明示されたその他の膀胱疾患  
 医療処置: 1-661 診断を目的とした尿道膀胱鏡検査

なお、膀胱に遺残がんが存在した症例については、原発性悪性腫瘍を主診断内容としてコード化する。

## 例2

膀胱がん(外側膀胱壁)の放射線治療の既往例が、当該部位の経過観察を目的として入院。膀胱鏡検査による観察の結果、悪性腫瘍の再発を認める。

主診断: C67.2 膀胱の悪性新生物、外側膀胱壁  
 副次診断: Z08.1 悪性新生物に対する放射線療法後のフォローアップ検査  
 医療処置: 1-661 診断を目的とした尿道膀胱鏡検査

## 0210a 腫瘍形態を表わすオプションコード

社会保障法典第五編 § 301 に従い、疾病金庫に向けた腫瘍形態コードの送信は計画されていない。ICD-10-GM では、腫瘍形態のコード番号が適用可能である。これは、腫瘍疾患専門医療センターや腫瘍疾患専門医療科が研究目的あるいは何らかの形で役立つ目的で、特別な医療記録として任意でコード登録できるようにしたものである。

さらに詳しい注意事項については、ICD-10-GM 「新生物の形態」の冒頭を参照のこと。

## 0211c 新生物に対する化学療法

### 定義

抗生物質、抗ウイルス薬、細胞増殖抑制薬または他の細胞傷害性物質等の薬物を用いた治療を「化学療法」と称する。この概念は広義で使用されるものであり、臨床では特に細胞傷害性物質による悪性腫瘍の治療を表現する場合に用いられる。また、HIV (AIDS) といった他の疾患に対しても化学療法が行われる（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0101c *HIV (AIDS)* P.63 を参照）。

本ガイドラインで「化学療法」と称する場合は、適用方法を問わず新生物に対する治療を指すものとする。

### コード化の方法

#### 診断

入院理由が化学療法にある患者の場合、化学療法の対象となった悪性腫瘍を主診断内容としてコード化する。

入院理由が悪性腫瘍の治療でも化学療法でもないのであれば、主診断は「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 (P.4) に従って選択する。

コード Z51.1 新生物に対する化学療法の実施は、(在院期間を問わず) 主診断としてコード化しない。

#### 医療処置

化学療法をコード化する場合、以下のカテゴリーから該当コードを選んで使用する（コードの選択とコード化の頻度については OPS-301・2004 年版の注意事項を参照）。

8-54 細胞増殖抑制薬による新生物化学療法

#### 例 1

前立腺がんの 1 例が、数日間の化学療法を目的として入院。本例は単純化学療法を受け、同日中に退院となる。

主診断： C61 前立腺の悪性新生物

医療処置： 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

## 放射線療法と化学療法との併用

### 診断

放射線療法と化学療法との併用を目的とした入院例については、**悪性腫瘍**を主診断内容としてコード化する。

Z51.0 放射線療法の実施

Z51.1 新生物に対する化学療法の実施

Z51.82 悪性新生物に対する放射線療法と化学療法との併用

以上のコードは、在院期間を問わず主診断コードとして入力しない。

### 医療処置

実施した処置内容に関し、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。コード化は、本処置が入院期間中に施行されるたびに行う。

8-52 放射線療法

さらに、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

8-54 細胞増殖抑制薬による新生物化学療法

(コードの選択とコード化の頻度については OPS-301・2004 年版の注意事項を参照。)

なお、カポジ肉腫に対する化学療法については、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0101c HIV (AIDS) P.63 の「化学療法」も参照のこと。

## 0212c 細胞傷害性物質の膀胱内注入

### コード化の方法

#### 診断

細胞増殖抑制薬または BCG (カルメット・ゲラン桿菌) の膀胱内注入を目的とした入院例の場合、治療対象となる新生物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」0211c 新生物に対する化学療法 P.80 も参照)。

コード Z51.1 新生物に対する化学療法の実施は、主診断としては割り当てない。

#### 医療処置

8-541.4 細胞傷害性物質および免疫調節薬の膀胱内注入

この処置コードは、入院ごとに 1 回のみ割り当てる。

## 0213c 放射線療法

### コード化の方法

#### 診断

入院理由が放射線療法にある症例の場合、放射線療法の対象となる悪性腫瘍を主診断内容としてコード化する。

入院理由が悪性腫瘍の治療でも放射線療法でもないのであれば、主診断は「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断 (P.4) に従って選択する。

コード Z51.0 放射線療法の実施は、(在院期間を問わず) 主診断としてコード化しない。

#### 医療処置

腫瘍放射線療法として実施した処置内容に関し、以下のコードのうち適切なものを割り当てる。

8-52 放射線療法

8-53 核医学的治療

コード化は、本処置が入院期間中に施行されるたびに行う。

## 0214a がん腫性リンパ管症

原発性悪性腫瘍の部位および(または)タイプに関する情報が得られていない場合、例えば「胸膜のがん腫性リンパ管症」であれば以下のコードを適用する。

C78.2 胸膜の続発性悪性新生物

C80 部位不明の悪性新生物

このように、C80の前にC78.2を入力する。

## 0215a リンパ腫

リンパ腫は、体内のどのリンパ組織でも原発する可能性があり、必ずしもリンパ節やリンパ腺に限局するわけではない。「節外性」であることが証明されたリンパ腫、またはリンパ腺以外の部位で認められたリンパ腫(胃のMALTリンパ腫等)については、カテゴリーC81~C88の該当コードを割り当てる。

リンパ腫は全身性疾患であり、その転移様式は充実性腫瘍の場合とは異なる。また、数の大小や発現部位を問わず、もっぱら転移性であるものとみなされている。

リンパ腫の症例については、以下のコードは割り当てない。

C77.- リンパ節における続発性かつ詳細不明の悪性新生物

C78.8 その他の詳細不明の消化器系における続発性悪性新生物

C79.5 骨および骨髄の続発性悪性新生物

**0216a 口唇の悪性腫瘍**

口唇の悪性腫瘍をコード化する場合には、以下2つのコードカテゴリーが使用可能である。

C00.- *口唇の悪性新生物*

C44.0 *口唇皮膚におけるその他の悪性新生物*

コード C44.0 *口唇皮膚におけるその他の悪性新生物*は、上唇の赤色唇縁から鼻にかけての有毛皮膚（人中）、または下唇の赤色唇縁からオトガイ唇溝にかけての有毛皮膚に発現する悪性病変を表わす場合に使用する。また、口唇の赤色唇縁外側に発現する基底細胞がんおよび扁平上皮がんについても、コード C44.0 *口唇皮膚におけるその他の悪性新生物*を適用する。

なお、口唇に出現する上記以外の病変全般については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

C00.- *口唇の悪性新生物*

**0217a 家族性腺腫性ポリープ症****コード化の方法**

「家族性腺腫性ポリープ症」の確診例については、まず以下のコードを割り当てる。

D12.6 *結腸の良性新生物、詳細不明*

さらに、以下のコードのうちいずれか適切なものを追加する。

Z83.7 *消化器系疾患の家族歴*

Z80.0 *消化器の悪性新生物の家族歴*

**0218a 遺伝性非ポリープ性結腸がん****コード化の方法**

遺伝性非ポリープ性結腸がんについては、まず以下のようにコード化する。

C18.- *結腸の悪性新生物*

さらに、以下のコードを追加する。

Z80.0 *消化器の悪性新生物の家族歴*

**0219a 前立腺上皮内新生物**

PIN（前立腺上皮内新生物）進行度を表わすコードは、以下のように割り当てる。

PIN 進行度 I N40 *前立腺過形成*

PIN 進行度 II N40 *前立腺過形成*

PIN 進行度 III D07.5 *非浸潤性前立腺がん*

### 3 血液および造血器の疾患、ならびに免疫系異常を伴う特定の血液機能障害

#### 0301c 骨髄または幹細胞の採取および移植

##### I. 骨髄または幹細胞の採取

骨髄または幹細胞を採取する目的で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のうち適切なものを割り当てる。

Z52.3 骨髄ドナー

Z52.01 幹細胞ドナー

同様に、以下の処置コードを割り当てる。

5-410.00 移植を目的とした骨髄採取、自家移植用

5-410.01 移植を目的とした骨髄採取、他家移植用

または

5-410.10 移植を目的とした造血幹細胞採取、自家移植用

5-410.11 移植を目的とした造血幹細胞採取、他家移植用

入院期間中に患者本人から骨髄または造血幹細胞を採取し自家移植を実施した場合、コード Z52.-臓器および組織片のドナーは使用しない。ここでは、主診断と副次診断、移植片の採取を表わす OPS 分類コード、移植そのものを表わす OPS 分類コードを入力する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P015c 臓器の摘出および移植 P.56 を参照）。

##### II. 骨髄または幹細胞の移植

医療処置として、以下のカテゴリーのうち一方を選んで該当コードを入力する

5-411 骨髄移植

8-805 造血幹細胞の輸注

#### 0302a 輸血

輸血や血液製剤の輸注が医療処置を構成する一定の要素としてみなされていない場合、すなわち、これらが特定手術の範疇で標準的処置（人工心肺装置の適用時等）として実施されていない場合に限り、輸血や血液製剤の輸注についても必ずコードしなければならない。

入院期間中に同一の血液製剤を複数回輸注した場合については、最終的に1つの医療処置コードで表わす。すなわち、輸注回数を入院期間中に加算していき、入院あたりのトータルの回数を一括入力する(例1、「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、同 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、「実施日」は当該処置の初回実施日とする。

入院期間中に2種類以上の血液製剤を輸注した場合は、その種類ごとに該当コードを割り当てる(例2を参照)。

8-800	全血、赤血球濃厚液、血小板濃厚液の輸注
8-802	白血球輸注
8-810	血漿ならびに血漿成分、遺伝子組換え血漿タンパク製剤の輸注

#### 例1

1 症例に対し、入院期間中に保存赤血球濃厚液の輸注を3回施行。

本例の場合、以下のコードを一括入力する。

医療処置： 8-800.2 赤血球濃厚液、1～5 単位

#### 例2

1 症例に対し、入院期間中に保存赤血球濃厚液の輸注、保存血漿の輸注を各1回施行。

医療処置： 8-800.2 赤血球濃厚液、1～5 単位

さらに、以下のコードを追加する。

8-810.0 血漿、1～5 単位

### 0303c 移植後の機能不全および拒絶反応

#### 1. 造血細胞の移植後に生じた場合

造血細胞(骨髄または幹細胞)の移植後に機能不全または移植片対宿主病をきたし、これが原因で入院した症例については、主診断内容として以下のコードを入力する。

T86.0- 造血幹細胞移植に起因する機能不全および移植片対宿主病

ここでは、(悪性)原因疾患は副次診断としてコード化する。また、臓器に出現した移植片対宿主病の症状が副次診断内容の基準(「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)を満たすものであれば、当該症状も副次診断内容として併せてコード化する。



## 2. 臓器または組織片の移植後に生じた場合

臓器や組織片の移植後に機能不全もしくは拒絶反応をきたし、これが原因で入院した症例については、主診断内容として以下のコードを入力する。

- T86.1 腎移植片に起因する機能不全および拒絶反応
- T86.2 心臓移植片に起因する機能不全および拒絶反応
- T86.3 心肺移植片に起因する機能不全および拒絶反応
- T86.4 肝移植片に起因する機能不全および拒絶反応
- T86.8- その他の移植臓器および移植片に起因する機能不全および拒絶反応
- T86.81 肺移植片
- T86.82 脾移植片
- T86.83 眼の角膜移植片
- T86.88 その他の移植臓器および移植片
- T86.9 詳細不明の移植臓器および移植片に起因する機能不全ならびに拒絶反応

なお、入院理由が移植後の機能不全や拒絶反応以外にある症例の場合、コード T86.-は主診断として入力しない。

## 4 内分泌・栄養・代謝疾患

### 0401b 糖尿病

#### 糖尿病のタイプ

糖尿病には、治療反応性の特徴を有する各種病型がある。ICD-10-GM では、糖尿病の病型を以下のカテゴリ分類で表わしている。

- E10.- 原発性インスリン依存性糖尿病 [I 型糖尿病]
- E11.- 非原発性インスリン依存性糖尿病 [II 型糖尿病]
- E12.- 栄養障害または栄養失調（栄養不良）に伴う糖尿病
- E13.- 詳細が明示されたその他の糖尿病
- E14.- 詳細不明の糖尿病
- E89.1 医療処置後の続発性低インスリン血症（膵切除術後の糖尿病等）
- O24.0～O24.3 妊娠時に発症した糖尿病、既往症
- O24.4 妊娠性糖尿病
- P70.0 妊娠性糖尿病の母体に起因する小児の症候群
- P70.1 糖尿病の母体に起因する小児の症候群
- P70.2 新生児における糖尿病
- R73.0 グルコース負荷試験値異常

注：インスリンによる治療様式は、糖尿病の病型を決定づけるものではなく、またインスリン依存性を証明するものでもない。

#### カテゴリ E10～E14

出現しうる合併症（昏睡、腎合併症等）のコードを第 4 桁に入力する。

第 5 桁には以下のいずれかのコードが入る。

- 0 『代謝機能異常を示す』とは明示されない糖尿病
- 1 『代謝機能異常を示す』と明示される糖尿病

ここで注意すべきポイントは、第 4 桁と第 5 桁との組み合わせが必ずしも医学的意義を有するものではないことである。

#### 代謝機能異常を示す糖尿病

I 型、II 型を問わず、糖尿病症例の入院時に測定した血糖値は「代謝機能異常を示す糖尿病」の診断決定につながるインジケータにはならない。「代謝機能異常を示す」か「代謝機能異常を示さない」かについては、治療経過で得られたデータを総合的に勘案したうえで（すなわちレトロスペクティブな形で）判定される。この場合の「代謝機能異常を示す」という概念は、症例の代謝状態に関連するものである。

## 例 1

I型糖尿病患者 1 例が高度の代謝機能異常を呈したため入院。なお、合併症は認めない。

主診断： E10.91 合併症を伴わない原発性インスリン依存性糖尿病 [I型糖尿病]、『代謝機能異常を示す』と明示されているもの

副次診断： なし

糖尿病の原因疾患が治療され、かつ糖尿病性合併症（合併症状）が 1 単位に限られる患者については、コード E10～E14 の第 4 桁に “.6” を入力する（例 2 を参照）。また、副次診断の定義を満たす症状を認めた場合には当該症状のコードも入力する（例 3）。複数の合併症については、「複数の合併症」および例 4 を参照のこと。

## 例 2

I型糖尿病患者 1 例が、高度の代謝機能異常をきたしたため入院。本例には唯一の合併症として糖尿病性網膜症があるが、本症は今回の治療費の対象には含まれていない。

主診断： E10.61 詳細が明示されたその他の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]、『代謝機能異常を示す』と明示されているもの

副次診断： なし

以上より、本例には単独の糖尿病性合併症（合併症状）があるものの、本症は今回の加療の対象外であり、また副次診断の定義を満たさないため個別にコード化されていないことがわかる。

## 例 3

I型糖尿病患者 1 例が、高度の代謝機能異常を呈したため入院。唯一の合併症として糖尿病性腎症をきたしており、本症も同様に今回の治療対象となる。

主診断： E10.61 † 詳細が明示されたその他の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]、『代謝機能異常を示す』と明示されているもの

副次診断： N08.3\* 糖尿病に伴う糸球体疾患

注：コード E10.61 はアスタリスク付きコード N08.3\*（症状コード）の病因を表わすので † が付いている。

注意事項：糖尿病を表わすコードの第 4 桁に “.6” が入力されているのは、代謝機能異常を示す糖尿病の治療と糖尿病合併症（合併症状）の治療とを区別するため（例 6 を参照）だけでなく、これによって DRG 分類システムに基づく適切な分類を実現させるためである。ICD-10 では、糖尿病のコード化規則について特例が設けられ、コード化に関する指示事項にその説明がある。

### 急性代謝性合併症

アシドーシス（ケトアシドーシス）を伴う糖尿病については、E10～E14 からコードを選択したうえでその第4桁に“.1”を入力する。糖尿病性アシドーシスの症例では、ケトアシドーシスと乳酸アシドーシスを認めることもある。この場合は以下のようにコード化する。

E10～E14 から選択、第4桁は“.7”（「複数の合併症を伴う」）

### 複数の合併症

複数の糖尿病性合併症（合併症状）を呈する症例で、糖尿病の原因疾患が治療されていることから症状の治療が重要視されていない場合は、コード E10～E14 の第4桁に“.7”を入力する。さらに、個々の症状を表わすコードを入力する。

#### 例4

複数の合併症（四肢アテローム性動脈硬化症、網膜症、腎症）を伴う I 型糖尿病患者 1 例が、高度の代謝機能異常をきたし入院。

主診断： E10.71 † 複数の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]、『代謝機能異常を示す』と明示されているもの

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「病因」なので † が付いている。この「病因」コードは、続くアステリスク付きコード（症状コード）の病因であることを示しており、この規則はダガー付きコードまたは符号の付かないコードが新たに入るまで同様である。上記の例では、“E10.71 †” は I79.2\*、H36.0\*、N08.3\* で示された各症状の病因であることを表わしている。

複数の糖尿病性合併症（合併症状）を呈する症例で、うち 1 症状の治療が重要視されている場合は、当該症状のコードを E10～E14 の第4桁に入力する。また、副次診断の定義を満たす症状を認めた場合には当該症状のコードも入力する。