

## 例 5

末梢血管系合併症（安静時痛を伴う四肢アテローム性動脈硬化症）を随伴する I 型糖尿病患者 1 例が、バイパス手術（無生物材料を使用）を目的として入院。高度の視力低下を伴う網膜症も認める。

主診断： E10.50 † 末梢血管系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』と明示されないもの

副次診断： I79.2\* 他に分類される疾患に伴う末梢血管症

I70.22 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うもの

E10.30 † 眼合併症を伴う糖尿病、『代謝機能異常を示す』と明示されないもの

H36.0\* 糖尿病性網膜症

医療処置： 5-393.42 腸骨大腿バイパス形成術

5-930.4 無生物材料移植片

注意事項：本例の場合、コード I70.22 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うものは、ダガー・アステリスク方式で示された診断内容を具体的に表わす目的で使用されている。本コードは主診断として入力されていない。医療処置コード 5-930.4 無生物材料移植片がここで追加入力されているのは、使用された移植物の種類を明確化するためである。

## 腎合併症

糖尿病との因果関係が実証されている腎疾患については、「腎合併症を伴う糖尿病」として以下のようにコード化する。

E10 † ~ E14 † から選択、第 4 桁は “.2”

さらに、腎障害または腎機能低下の具体的内容についてもコード化する。

## 例 6

1 症例が糖尿病性腎症の治療を目的に入院。

主診断： E10.20 † 腎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』と明示されないもの

副次診断： N08.3\* 糖尿病に伴う糸球体疾患

## 例 7

1 症例が、糖尿病性腎症に起因する末期腎不全の治療のため入院。

主診断： E10.20 † 腎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』と明示されないもの

副次診断： N08.3\* 糖尿病に伴う糸球体疾患

N18.0 末期腎不全

注意事項：本例の場合、コード N18.0「末期腎不全」は、ダガー・アステリスク方式で示された診断内容を具体的に表わす目的で使用されている。本コードは主診断として入力されていない。

## 糖尿病性眼疾患

## 糖尿病性網膜症

糖尿病性網膜症については、以下のようにコード化する。

E10 † ~ E14 † から選択、第 4 桁は “.3” 眼合併症を伴う糖尿病  
H36.0\* 糖尿病性網膜症

網膜浮腫（黄斑浮腫）を伴う糖尿病性網膜症の場合には、以下のようにコード化する。

E10 † ~ E14 † から選択、第 4 桁は “.3” 眼合併症を伴う糖尿病  
H36.0\* 糖尿病性網膜症  
H35.8 詳細が明示されたその他の網膜障害

なお、糖尿病性眼疾患が進展して失明または視力低下に至った症例については、さらに以下のカテゴリのコードも割り当てる。

H54.- 失明および視力低下

## 白内障

白内障は糖尿病と因果関係をもつ場合もあるが、その関連性を明確化するのは難しいことが多い。糖尿病患者で認められる「高齢者白内障」の原因が糖尿病にあるとの見解も出されているが、定説とは言えないのが現状である。

このため、糖尿病性白内障に関しては、白内障と糖尿病との因果関係が実証されている場合に限り以下のようにコード化する。

E10 † ~ E14 † から選択、第 4 桁は “.3” 眼合併症を伴う糖尿病  
H28.0\* 糖尿病性白内障

上記の因果関係が実証されていないのであれば、糖尿病症例の白内障については以下のようにコード化する。

H25.- 高齢者白内障または H26.- その他の白内障の該当コード、加えて E10~E14 糖尿病の該当コード（4 桁目に “.3” 眼合併症が入る場合を除く）をそれぞれ入力する。

### ニューロパシーと糖尿病との合併

末梢神経系や自律神経系のニューロパシーおよび脳神経障害は、糖尿病の慢性合併症である。糖尿病とニューロパシーとの因果関係が実証されている場合は、2つのコード（†と\*）を入力する。

具体例を以下に示す。

#### 糖尿病性単発性ニューロパシー

E10†～E14†から選択、第4桁は“.4” 神経性合併症  
さらに以下のコードを入力する。

G59.0\*

糖尿病性単発性ニューロパシー

#### 糖尿病性筋萎縮

E10†～E14†から選択、第4桁は“.4” 神経性合併症  
さらに以下のコードを入力する。

G73.0\*

糖尿病性内分泌疾患に伴う筋無力症候群

#### 糖尿病性多発性ニューロパシー

E10†～E14†から選択、第4桁は“.4” 神経性合併症  
さらに以下のコードを入力する。

G63.2\*

糖尿病性多発性ニューロパシー

### 末梢血管系疾患と糖尿病との合併

#### 糖尿病が末梢血管症に合併した場合

以下のパターンに従ってコード化する。

E10†～E14†から選択、第4桁は“.5” 末梢神経系合併症を伴う糖尿病

I79.2\*

他に分類される疾患を伴う末梢血管症

E10†～E14†からコードを選択したうえで第4桁に“.5”を入力するパターンは、唯一の糖尿病性合併症として末梢血管症を認めた場合、または本症の治療が重要視されている場合に適用する。

## 例 8

末梢血管系合併症（安静時痛を伴う四肢アテローム性動脈硬化症）を随伴する I 型糖尿病患者 1 例が、バイパス手術（無生物材料を使用）のため入院。

主診断：	E10.50 †	末梢血管系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』と明示されないもの
副次診断：	I79.2*	他に分類される疾患に伴う末梢血管症
	I70.22	四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うもの
医療処置：	5-393.42	腸骨大腿バイパス形成術
	5-930.4	無生物材料移植片

注意事項：本例の場合、コード I70.22 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うものは、ダガー・アステリスク方式で示された診断内容を具体的に表わす目的で使用されている。本コードは主診断として入力されていない。医療処置コード 5-930.4 無生物材料移植片がここで追加入力されているのは、使用された移植物の種類を明確化するためである。

## 糖尿病性足部症候群

「糖尿病性足部疾患」の診断内容は、以下のコードを用いて表わす。

E10～E14 から選択、第 4 桁は “.7” 複数の合併症を伴う糖尿病

さらに、顕在化している症状のコードを続けて入力する。具体例を以下に示す。

G63.2\* 糖尿病性多発性ニューロパシー

I79.2\* 他に分類される疾患を伴う末梢血管症

症状コードを入力する場合、病因コードを E10～E14 から選択し、第 4 桁に “.7” を入れる。さらに病因コードを示す † を付す。

また、顕在化している症状や合併症が副次診断の定義を満たしている場合は、そのすべてをコード化する（「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）。

「糖尿病性足部疾患」の臨床像を表わすものとして選択可能な診断コードを以下に列挙する。

## 1. 感染症および（または）潰瘍

四肢の皮膚膿瘍、フルンケル、カルブンケル	L02.4
趾の蜂巣炎	L03.02
下肢の蜂巣炎	L03.11

注意事項：以下に示す4桁分類項L89.-褥瘡性潰瘍の第5桁には、圧迫部位数、および再発の有無に関する情報を入力する（ICD-10-GMを参照）。

第1度褥瘡	L89.1-
第2度褥瘡	L89.2-
第3度褥瘡	L89.3-
第4度褥瘡	L89.4-
褥瘡、重症度不明	L89.9-

下腿潰瘍、他に分類されないもの	L97
-----------------	-----

## 2. 末梢血管系疾患

四肢アテローム性動脈硬化症、その他の詳細不明なもの	I70.20
四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、間欠性跛行を伴うもの	I70.21
四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うもの	I70.22
四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、潰瘍化を伴うもの	I70.23
四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、壊疽を伴うもの	I70.24

## 3. 末梢神経系ニューロパシー

糖尿病性多発性ニューロパシー	G63.2*
内分泌・代謝疾患を伴う自律神経系ニューロパシー	G99.0*

## 4. 変形

外反母趾（後天性）	M20.1
強直母趾	M20.2
その他の母趾変形（後天性）	M20.3
その他の槌趾（後天性）	M20.4
その他の趾変形（後天性）	M20.5
屈曲変形、踝部および足部	M21.27
懸垂足（後天性）、踝部および足部	M21.37
扁平足〔扁平足〕（後天性）	M21.4
後天性の鉤爪足ならびに内反足、踝部および足部	M21.57
踝部および足部におけるその他の後天性変形	M21.67
詳細が明示された、四肢におけるその他の後天性変形、踝部および足部	M21.87

## 5. 下肢の早期欠損

足部および踝部の欠損、片趾、両趾	Z89.4
下肢膝下部欠損、片側	Z89.5
下肢膝上部欠損、片側	Z89.6
下肢（部分）欠損、両側	Z89.7
除外：趾の単独欠損、両側（Z98.4）	

## 例 9

代謝機能異常を示す I 型糖尿病患者 1 例が、趾部の混合性潰瘍を伴う糖尿病性足部症候群（血管症およびニューロパシーを随伴）、さらに下腿丹毒の治療のため入院。

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：	G63.2*	糖尿病性多発性ニューロパシー
	I79.2*	他に分類される疾患に伴う末梢血管症
	I70.23	四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、潰瘍化を伴うもの
	A46	丹毒 [丹毒]

注意事項：本例の場合、コード I70.23 四肢アテローム性動脈硬化症、骨盤・下肢型、安静時痛を伴うものは、ダガー・アステリスク方式で示された診断内容を具体的に表わす目的で使用されている。本コードは主診断として入力されていない。

## 栄養障害または栄養失調に起因する糖尿病

栄養失調に起因する糖尿病症例は、主として発展途上国にみられる。本症では膵疾患の特徴が顕在化する場合としない場合があり、臨床で確診されるケースが殆どである。以下の代謝症候群に含まれる糖尿病はコード化しない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」 D004a 症候群 P.13 も参照）。

## 代謝症候群

「代謝症候群」が認められた症例については、その現症を個別にコード化する。

## 膵内分泌障害

膵内分泌障害（E16.-）を表わすコードは以下のとおりである。

E16.0	昏睡を伴わない薬物誘発性低血糖症
E16.1	その他の低血糖症
E16.2	低血糖症、詳細不明
E16.4	ガストリン分泌異常
E16.8	詳細が明示されたその他の膵内分泌障害
E16.9	膵内分泌障害、詳細不明

上記のコードは、以下に従って入力する。

- 糖尿病患者については、E16.-のコードを主診断として入力しない。
- 非糖尿病患者については、E16.-のコードを主診断として入力して差し支えない。

**0402a 高血糖症**

糖尿病症状を認めない高血糖症をコード化する場合は、以下のコードを適用できる。

- R73.0            グルコース負荷試験値異常  
R73.9            高血糖症、詳細不明  
E89.1            術後高血糖症

**0403c 嚢胞性線維症**

嚢胞性線維症の症例については、以下のコードを主診断として割り当てる。この場合、本例の入院理由が本疾患の症状にあるかどうかは問わない。

- E84.-            嚢胞性線維症

なお、本疾患の症状については副次診断内容としてコード化する。

ここで注意すべきポイントは、合併症状を呈した症例の場合、コード E84.8-その他の症状を伴う嚢胞性線維症から適切なものを選んで使用することである。

- E84.80           肺および腸の症状を伴う嚢胞性線維症  
E84.87           その他の複数の症状を伴う嚢胞性線維症  
E84.88           その他の症状を伴う嚢胞性線維症

特定の症状に関しては、常に副次診断内容としてコード化する。

**例 1**

嚢胞性線維症の 1 例が化膿性気管支炎の治療を目的として入院。

- 主診断：            E84.0            肺症状を伴う嚢胞性線維症  
副次診断：          J20.1           インフルエンザ菌に起因する急性気管支炎

なお、入院時に嚢胞性線維症の症状が出現しなかったのであれば、主診断として現症（骨折等）のコードを入力し、副次診断として E84.-嚢胞性線維症のコードを入力する。

## 5 精神・行動障害

### 0501a 精神作用性物質（麻薬、薬物、アルコール、ニコチン）に起因する精神・行動障害

#### 定義

以下の諸症状は、精神作用性物質の使用によって誘発されるものである。そのため、ここでは「障害」という概念を踏まえて説明する。

- － 急性中毒 [急性醗酐]
- － 濫用
- － 依存症

カテゴリーF10～F19 精神作用性物質に起因する精神・行動障害の第4桁には、患者が呈している臨床状態のコードを正確に入力する。また、その原因となる物質のコードは第3桁に入力する。

ここで注意すべきポイントは、第4桁には原因物質のコードを絶対に入力しないということである。

上記の障害に関する定義を（ICD-10-GM および WHO の ICD-10「精神障害の国際分類・1992年版」に即して）以下に説明する。これにより、各障害の内容について理解が深まるものと考えられる。

#### 急性中毒 [急性醗酐]

精神作用性物質の摂取後、意識状態、認知能力、知覚、情動、行動のほか、他の精神心理学的機能や反応が損なわれた状態をいう。こうした障害は、摂取した精神作用性物質の速やかな薬理作用と直接的関連性を有しており、時間の経過と共に完全に是正されていくのが通常である。但し、中には組織障害や他の合併症をきたす症例も存在する。

#### 濫用による健康障害

精神作用性物質の濫用が健康障害をもたらすケースである。この健康障害は、身体機能の障害という形で出現する。精神作用性物質の自己注射による肝炎、大量のアルコール摂取に起因する精神障害（抑うつのエピソード等）がその好例である。

依存症候群（F10～F19、第4桁は“.2”）、精神障害（F10～F19、第4桁は“.5”）のほか、麻薬、薬物、またはアルコールの誘発性障害を示すその他の特定の病型が同時期に、また同一の精神作用性物質に関して認められる場合には、その濫用に伴う健康障害についてはコード化しない。

#### 依存症候群

精神作用性物質の反復使用後に出現する行動、認知、身体に関する事象を総括した概念である。典型例を以下に示す。

- － 精神作用性物質の摂取に対する欲求が強烈
- － 精神作用性物質の用量がコントロール不能
- － 健康障害を受けているにもかかわらず、精神作用性物質の使用を継続



上記のような事象が認められる症例では、日常の活動や義務よりも精神作用性物質の使用がまず優先される。耐性が漸次亢進し、身体に離脱症候群をきたす例も多い。

## コード化の方法

### 一般的注意事項

「社交上の飲酒家」や「アルコールに強い飲酒家」と表現されている症例は、コード化の対象にならない。

F10～F19（「急性中毒 [急性醗酵]」、「依存症」、「精神障害」等）の第4桁に複数のコードが入る場合には、それらのコードを併用する（例1を参照）。

薬物（処方の有無は問わない）の過量服用例をコード化する場合には、カテゴリーF10～F19を使用せず、薬剤および化学物質のリスト（第XIX章）から該当する中毒コードを選んで入力する。

明確な医療記録や臨床所見が得られていない症例の場合、アルコールや麻薬の摂取に関する情報がなくコード分類ができない。したがって、F10～F19から該当コードを選んだうえで第4桁に“.1”（「濫用による健康障害」）を割り当てる。

### 急性中毒 [急性醗酵]

急性中毒例（急性醗酵例）については、F10～F19から該当コードを選び、第4桁に“.0”を割り当てる。これと共に、F10～F19に属する他の4桁コードを入力する（例1を参照）。急性中毒例（急性醗酵例）が入院理由とされているのであれば、これを主診断内容としてコード化する。

#### 例1

1 症例が、アルコール依存症候群（現症）に加えて急性醗酵をきたしたため入院。

主診断： F10.0 アルコールに起因する精神・行動障害、急性中毒 [急性醗酵]

副次診断： F10.2 アルコールに起因する精神・行動障害、依存症候群

### 濫用による健康障害

特定の疾患とアルコール多飲（または麻薬濫用）との関連性が成立しているのであれば、コードの第4桁に“.1”を割り当てる。例えば「アルコールによって誘発された」「麻薬に起因する」といった記録によって診断の詳細が明示されているケースがこれに該当する。

## 例 2

1 症例が「アルコールに起因する急性膵炎」と診断される。なお、臓器合併症は認められていない。

主診断： K85.0 臓器合併症を伴わない急性膵炎

副次診断： F10.1 アルコールに起因する精神・行動障害、濫用による健康障害

上記の定義で注意すべきポイントは、麻薬やアルコールに起因する特定の疾患、特に依存症候群または精神障害が存在する場合には第 4 桁に“.1”を割り当てないことである。

## 0502a ニコチン依存症

F17.2 タバコに起因する精神・行動障害、依存症候群

本コードは、「ニコチン依存症候群」が認められ、その診断内容が副次診断の定義（「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）を満たす場合に割り当てる。

## 例 1

1 症例が下肢静脈瘤に対する交差切除術を目的として入院。本例は慢性気道閉塞も訴えており、ニコチン依存症候群も有している。治療の助けになるように禁煙を試みたが、入院期間中での喫煙に対する欲求が強く禁煙が不可能であったことから「依存症」であることが判明。

主診断： I83.9 潰瘍化または炎症を伴わない下肢静脈瘤

副次診断： J44.9 慢性閉塞性肺疾患、詳細不明

F17.2 タバコに起因する精神・行動障害、依存症候群

医療処置： 5-385.70 交差切除術、ストリッパーを用いた静脈切除術：大伏在静脈

## 0503a 人格障害

「人格障害」（妄想性人格等）の確診を要する症例の場合、実際に認められる症状が人格障害なのか、あるいは単なる「変わった人格」なのかを見極めなければならない。

人格障害は、以下のコードを用いて表わす。

F60.- 特定的人格障害

障害に関する確診内容が複数の概念を含み、かつ F60 特定的人格障害を示す各種 4 桁コードに分類できるのであれば、その障害ごとにコード化する。

## 0504a 恐怖症を伴うパニック発作

パニック発作（F41.0 パニック障害 [反復発作性不安]）、恐怖症のいずれの場合も、恐怖症を表わすコード（F40.-）を最初に入力する。

注：本ガイドラインでは、カテゴリーF40.0-広場恐怖症については内容に包含していない。広場恐怖症については、第5桁に「パニック障害を伴う」を表わす番号を入力したコード（F40.01 パニック障害を伴う広場恐怖症）、さらに「パニック障害の有無は不明」を表わすコード（F40.00 広場恐怖症、パニック障害の有無は不明）を併用することによってその詳細内容を明示する。パニック発作を伴う恐怖症でこれ以外のパターンについては、いずれも上記のように2つのコードを割り当てる。

## 0506a 妊娠合併症として認められる精神疾患

妊娠時に発症した精神疾患については、精神疾患の特定コードを副次診断として割り当てる。

## O99.3 妊娠、分娩、産褥に合併する精神・神経系疾患

なお、分娩後抑うつについては本コードの範疇に含まれないので注意のこと（例2を参照）。

## 分娩後抑うつ

抑うつの病型のうち他に分類されないものに限り、以下のカテゴリーからコードを選んで割り当てる。

## F53.- 産褥期における精神・行動障害、他に分類されないもの

抑うつの病型が明示されており、第V章 精神・行動障害の特定コードを使用できるのであれば、このコードをF53.-のコードよりも優先的に適用する。

F53.-産褥期における精神・行動障害、他に分類されないものについては、「本カテゴリーには、精神疾患のうち産褥と関連性をもつもの（分娩後6週間以内に発症したもの）のみが分類される」との注記が示されている。但し、分娩後1年以内に発症した抑うつでもF53.-のコードを割り当てることは可能である。

## 例1

1 症例が単胎自然経膈分娩にて生児を分娩。入院時に軽度の分娩後抑うつをきたす。

主診断：	O80	単胎自然分娩
副次診断：	F53.0	産褥期における軽度の精神・行動障害、他に分類されないもの
	Z37.0!	単胎分娩
医療処置：	9-260	通常分娩に対するモニタリングおよび指導

## 例 2

1 症例が妊娠 36 週に達し入院となる。高度の抑うつエピソードをきたしたことから、ベッド上安静をとらせて抗うつ薬を投与。入院期間中、妊娠 39 週で自然経膈分娩にて生児を分娩。

主診断：	O99.3	妊娠、分娩、産褥に合併する精神・神経系疾患
副次診断：	F32.2	精神病症状を伴わない高度の抑うつエピソード
	Z37.0!	単胎分娩
医療処置：	9-261	ハイリスク分娩に対するモニタリングおよび指導

## 例 3

1 症例が分娩 6 週間後に抑うつをきたしたため入院。なお、抑うつ病型の詳細は不明。

主診断：	F53.0	産褥期における軽度の精神・行動障害、他に分類されないもの
------	-------	------------------------------

## 例 4

1 症例が、分娩 6 週間後に「重症の抑うつ」との暫定診断をつけられ入院。諸検査の結果、重症の抑うつと確診。

主診断：	F32.2	精神病症状を伴わない高度の抑うつエピソード
------	-------	-----------------------

## 0508a アルツハイマー病

アルツハイマー病(アルツハイマー型痴呆)をコード化する場合は、2つのコード番号を使用する。

- G30.-† アルツハイマー病
- F00.-\* アルツハイマー型痴呆

いずれのカテゴリーでも、発症年齢に従って細分類される。

## 6 神経系疾患

### 0601a 卒中発作

#### 1. 急性期卒中発作

「卒中発作」の概念は把握しにくいものであるが、その内容についてはなるべく具体的にコード化しなければならない。コード例を以下に示す。

クモ膜下出血 (I60.-)

脳内出血 (I61.-)

脳梗塞 (I63.-)

#### 卒中発作直後の続発症（後遺症）

「続発症（後遺症）」とは、通常、ある疾患の転帰として機能不全をきたした症例に使用される概念である。この機能不全は後になってから初発症状として出現することが多く、くる病の結果として側弯症をきたす患者がその好例である。但し、卒中発作の場合はこれとは異なり、発作直後に機能不全を惹起するものを指す。診断内容を以下のガイドラインに対応させる場合には、こうした点を踏まえなければならない。

急性期卒中発作やその直後の後遺症（機能不全）の継続治療を受けている症例については、カテゴリ-I60～I64（脳血管系疾患）のコードと機能不全（麻痺等）を表わす該当コードを組み合わせる（例1を参照）。

#### 例1

1 症例が弛緩性片麻痺および失語症を伴う脳梗塞をきたし、加療を目的として入院。

主診断： I63.3 脳動脈血栓症に起因する脳梗塞

副次診断： G81.0 片麻痺を伴う弛緩性片側不全麻痺

R47.0 失語症

脳梗塞は主診断内容として、また顕在化している一切の機能障害は副次診断内容としてそれぞれコード化する。

#### 2. 卒中発作の既往例

「卒中発作の既往例」の診断内容については以下のように表現できる。

1. 卒中発作の既往があるものの、現症として神経脱落症状を認めない症例。この場合は、以下のようにコード化する。

Z86.7 循環器系疾患の既往

2. 卒中発作の既往があり、現症として神経脱落症状を認める症例。この場合、まず神経脱落症状をコード化し、さらに以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

I69.- 脳血管系疾患の続発症（後遺症）

I69.- 脳血管系疾患の続発症（後遺症）は、

急性期卒中発作に対する治療が終了しているものの、神経遺残症状が依然として認められる症例に限り使用する（例2を参照）。

また、何らかの遅発症状（片側不全麻痺、失語症等）のコードが先行しているのであれば、カテゴリーI69.-のコードは必ず割り当てる（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D005a 続発症（後遺症）P.14も参照）。

## 例2

1 症例が眼角基底細胞腫の切除術を目的として入院。検査の結果、過去にきたした卒中発作の後遺症として痙性片側不全麻痺を認める。入院中には、後遺症である片側不全麻痺の治療は実施しなかったものの、介護費のコストアップにはつながった。

主診断： C44.1 皮膚におけるその他の悪性新生物、眼瞼皮膚、眼角を含む

副次診断： G81.1 痙性片側不全麻痺および片麻痺

I69.4 卒中発作の続発症（後遺症）、『出血』または『梗塞』と明示されないもの

## 急性期および「既往症としての」卒中発作の重症度

副次診断コードには、卒中発作の重症度に関する注意事項がある。現時点で認められる神経脱落症状（片麻痺、失語症、半盲症、偏側無視等）（「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 最後の項も参照）や合併症（誤嚥性肺炎、褥瘡、尿路感染症等）はコード化の対象となる。

ここで注意すべきポイントは、以下の特定基準を満たす嚥下困難や尿便失禁が卒中発作時に認められた場合に限り、これらもコード化の対象に含めることである。

嚥下困難（R13）： 例えば経腸栄養の目的で胃ゾンデを要する場合、または卒中発作後7暦日以降に嚥下困難の治療が不可欠となった場合等に限りコード化する。

尿失禁（R32、N39.3、N39.4）： 退院時でも尿失禁が依然として認められる場合、または尿失禁が7暦日にわたり持続する場合に限りコード化する。

便失禁（R15）： 退院時でも便失禁が依然として認められる場合、または便失禁が7暦日にわたり持続する場合に限りコード化する。

**0602a 失語症、不全失語症****R47.0 不全失語症および失語症**

卒中発作の急性期治療時に関しては、本コードを主診断として使用しない。本コードが適切に割り当てられるケースについては、「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、詳細不明確な病態に関するコード番号」を参照のこと。

**0603c 四肢麻痺および対麻痺、非外傷性**

外傷性の四肢麻痺および対麻痺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」1910c 脊髄損傷 (P.189) を参照のこと。

**コード化の方法****初期（急性期）の対麻痺および四肢麻痺**

「急性期の非外傷性対麻痺および四肢麻痺」という概念には、外傷以外の原因による機能欠損をきたしたため初回入院となったケース（横断性脊髄炎や脊髄梗塞の症例等）が包含される。この場合、疾患の症状がいったん軽快したものの悪化に転じたため現時点で一定の治療レベルが不可欠となっており、当該疾患に対して保存療法または手術療法が施されたケース（受傷後に初回入院した患者等）についても当該対象に含めることがある。

患者に対し後遺症として脊髄損傷をもたらした疾患（脊髄炎等）については、以下のコードを割り当てる。

まず、当該疾患を主診断内容として、例えば以下のようにコード化する。

**G04.9 広範性脊髄炎**

加えて、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

**G82.- 不全対麻痺および対麻痺、四肢不全麻痺および四肢麻痺**

麻痺のタイプ（弛緩性、痙性）や麻痺の範囲（対麻痺、四肢麻痺）については第4桁にコード化する。また、全麻痺、不全麻痺、詳細不明は第5桁で区別する。

脊髄損傷の高位については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

**G82.6-! 脊髄損傷の高位****晩期（慢性期）の対麻痺および四肢麻痺**

「晩期の対麻痺および四肢麻痺」という概念には、以下のようなケースが当てはまる。

- 1 症例が対麻痺（または四肢麻痺）の継続治療を目的として入院。入院時点では、この麻痺の原因となった急性疾患（脊髄炎等）に対する治療は既に終了している。
- 対麻痺（または四肢麻痺）の1例が他疾患（尿路感染症、大腿骨骨折等）の治療目的で入院。

こうしたケースでは、まず以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

82.- 不全対麻痺および対麻痺、四肢不全麻痺および四肢麻痺

さらに、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

G82.6-! 脊髄損傷の高位

最後に、症例が呈しているその他の疾患を表わす診断コードを割り当てる。

なお、診断コードの順序については、本ガイドラインに記載されている主診断の定義に準拠する。

#### 0604a 自律性反射不全

自律性反射不全については、以下から該当コードを選んで入力する。

G90.80 高血圧緊急症を主徴とする自律性反射不全

G90.81 発汗過剰を主徴とする自律性反射不全

G90.82 その他の自律性反射不全  
自律性反射不全、詳細記載なし

#### 0605a 悪寒戦慄の突発

悪寒戦慄の突発例については、以下のようにコード化する。

G25.8 詳細が明示されたその他の錐体外路系疾患および運動機能障害

#### 0606a ミトコンドリア細胞変性

ICD 分類では、ミトコンドリア病の一部に関して特定のコードが設けられている。具体的には以下のとおりである。

ミトコンドリア脳症、乳酸アシドーシス様症状、卒中発作様症状 (MELAS)

コード化の方法

G31.81 ミトコンドリア細胞変性

本コードの後に、顕在化している症状に応じて I60～I64 から「卒中発作」の該当コードを選んで入力する。

ミオクローヌスてんかん (ラゲットレッドファイバーを伴うもの、MERRF)

コード化の方法

G31.81 ミトコンドリア細胞変性 [MERRF 症候群を含む]

G40.3 全身性特発性てんかんおよびてんかん症候群



**慢性進行性外眼筋麻痺****コード化の方法**

G31.81      ミトコンドリア細胞変性

本コードに加えて、副次診断内容として適切なものを以下のリストから選ぶ。

H49.8      その他の麻痺性斜視

H49.4      進行性外眼筋麻痺

H36.8\*      他に分類される疾患に伴うその他の網膜障害

I44.-      房室ブロックおよび左脚ブロック

I45.-      心臓におけるその他の興奮伝導障害

注：慢性進行性外眼筋麻痺症例において、H36.8\*のコード化対象となる症状を認めた場合には、コード G31.81 には†を付けて病因コードとして表記する（G31.81†）。さらに続けて、アスタリスク付きコードを入力する。

**ミトコンドリアミオパシー****コード化の方法**

G71.3      ミトコンドリアミオパシー、他に分類されないもの

**0607a 頭蓋底の外科治療**

頭蓋底病変（頸静脈小体腫瘍、髄膜腫、線維肉腫、線維性異形成等）の外科治療では、術中に複数の脳神経外科医、または各種専門外科医によるタンデム方式の共同作業が不可欠となることが多い。

以上の理由から、頭蓋底病変の手術については処置の段階を追って個別にコード化していく。例えば、手術野へのアプローチは、コード 5-010 または 5-011 から選んで個別にコード化する。医療処置をコード化する場合、当該処置の全要素は 1 コードに反映されるのが通例である。したがって、頭蓋や脳の手術に関するコード化の方法は、OPS-301 を用いた通常のコード化における特例であると言える。

**コード化の方法**

OPS-301 では、頭蓋底の外科治療に関して以下のようなコードを使用できる。

5-016.0      頭蓋骨病変組織の切除および破壊、頭蓋底、腫瘍組織

5-016.1      頭蓋骨病変組織の切除および破壊、頭蓋底、その他の病変組織

この場合、第 6 桁に正確な罹患部位をコード化する。

加えて、手術アプローチの方法を表わす以下のコードを入力する。

5-010      頭頂開頭術

5-011      頭蓋底アプローチ

## 例 1

鞍背部（前頭橋から頭蓋頸髄移行部にかけての領域）に髄膜腫をきたした 1 例が手術目的で入院。

- 医療処置：
- 5-011.5 頭蓋底アプローチ、軟口蓋および硬口蓋の切開を併用した経口腔アプローチ
  - 5-015.4 頭蓋内病変組織（脳膜）と腫瘍組織の切除および破壊、浸潤をきたした標本用近接組織を含む
  - 5-020.4 頭蓋形成術、頭蓋底

## 0608a 頭蓋内定位放射線治療

定位放射線治療を行う場合には、事前に必ず照射計画が立案される。

照射計画をコード化する場合には、以下のコードを単独に用いる。

- 8-529 経皮照射療法および近接照射療法に関する照射計画

定位放射線治療は、まず定位固定から始まる。ここでは様々なことが行われるが、特に中心となるのは頭蓋を装置の枠に固定する作業であり、これは脳神経外科医が担当する。定位固定と目的部位の設定は、共同作業スタッフがコンピュータを駆使しながら画像診断の手法（CT、MRT、血管造影法、脊髄造影法、脳室造影法）を用いて行う。

OPS-301 では、定位放射線を用いた医療処置の全コードに定位固定とアプローチを示すコードが含まれるので、これらは個別にコード化しなくてよい。

## 定位放射線手術法

高線量の X 線を病変部位に 1 回照射した場合については、以下のうちいずれかのコードを使用する。

- 8-523.0 定位照射、片側
- 8-523.2 ガンマナイフ照射

## 定位放射線療法

分割照射の場合は以下のようにコード化する。

- 8-523.1 定位照射、分割

注意事項：分割照射の場合は個別にコード化する。

## 定位近接照射療法

定位近接照射療法については、以下のようにコード化する。

- 5-014.6 定位手術：侵襲的単独処置として実施した放射性物質の体内挿入

**例 1**

悪性神経膠腫に対する治療のため、複合的照射計画による定位近接照射療法を施行。

医療処置： 8-529.6 近接照射療法に関する計画、複合的  
5-014.6 定位手術：侵襲的単独処置として実施した放射性物質の体内挿入

**0609a 頭蓋内定位脳神経手術**

頭蓋内定位脳神経手術（淡蒼球破壊術、視床破壊術、帯状回切開術等）では、事前に頭蓋内の定位固定を行う。全処置コードにはこの内容が包含されているので個別にコード化する必要はない。また、アプローチに関しても同様である。

**頭蓋内組織の定位手術**

定位手術については以下のコードを入力する。

5-014 定位手術

**例 1**

パーキンソン病の治療目的で定位淡蒼球破壊術を施行。

医療処置： 5-014.4 定位手術：神経路の遮断

この他の頭蓋内定位手術として、てんかん患者に対する電極植え込み、リックハムリザーバーの挿入等がある。

**頭蓋内組織の定位生検**

頭蓋内組織生検を定位的に実施した場合については、以下のコードを入力する。

1-511 頭蓋内組織の定位生検

**例 2**

大脳の組織生検を定位的に施行。

医療処置： 1-511.0 頭蓋内組織の定位生検、大脳

## 0610b 髄液ドレナージ、髄液シャント

### 髄液の外ドレナージ

脳室外ドレナージ形成術の場合は、以下のコードを入力する。

5-022.00 髄液の外ドレナージ形成術、脳室

脳槽、クモ膜下腔、またはその他の髄液ドレナージについては、以下のコード等を使用できる。

5-022.0 髄液の外ドレナージ形成術

本コードの第6桁には、ドレナージの正確な部位をコード化する。

腰部領域の脊椎管にドレナージを形成した場合は、以下のようにコード化する。

5-038.0 髄液の〔脊椎〕外ドレナージ形成術

また、ドレナージ形成術に関するアプローチを個別にコード化する。

髄液の外ドレナージを除去した場合は、以下のいずれかのうち適切なものを入力する。

5-024.7 髄液の外ドレナージの除去

5-038.9 髄液の〔脊椎〕外ドレナージの除去

### 髄液シャント

髄液シャント形成術の場合は、以下のカテゴリーのコードを入力する。

5-023 髄液シャント形成術（シャント移植術）

髄液シャントチューブを心房内、腹腔内、胸膜腔内に挿入するのであれば、第5桁にその旨をコード化する。加えて、ドレナージの正確な部位（脳質、脳槽等）もコードの第6桁に反映させる。

腰椎クモ膜下腔から腹腔内まで髄液シャントを形成するケースも多い。この場合は、以下のコードを割り当てる。

5-038.1 脊髄における髄液循環系手術、シャント形成術

また、ドレナージ形成術に関するアプローチを個別にコード化する。

髄液シャントを内視鏡的に形成することも可能である。この場合には、シャントチューブ挿入に関するコードに加えて以下のコードを追加入力する。

5-986 低侵襲手技

髄液シャントの修正または除去については、以下のカテゴリーから該当コードを割り当てる。

5-024 髄液シャントの修正および除去