

### 呼吸管理終了のタイムポイント

呼吸管理実施時間の算出は、以下の処置をもって終了とする。

- 抜管
- ウィーニング期間を経た呼吸管理の終了

注：

気管フィステル形成術の対象例(ウィーニング期間以降)の場合は、以下の内容が適用される。

症例に呼吸管理を施した際、人工呼吸の終了後でも数日間(神経筋疾患患者等であれば長期)にわたり気管カニューレをそのまま留置することもある。この場合は、呼吸管理実施時間を器械的呼吸管理の終了時点まで算出する。

- 人工呼吸施行例の退院、死亡、転院(以下に説明する「転院例の場合」P.137も参照)

人工呼吸器のウィーニング方法(持続的気道内陽圧呼吸[CPAP]、間欠的矯正自発換気[SIMV]、圧補助換気[PSV]等)についてはコード化しない。

ウィーニング期間は、症例に施した呼吸管理の期間に算入する。症例を人工呼吸器からウィーニングさせるために要した複数の試行期間もその対象に含めて差し支えない。

### 器械的呼吸管理後の期間

器械的呼吸管理の終了後に患者の病態が増悪し、同一入院期間中に呼吸管理を再度行わなければならない事態が生じることもある。この場合は、まず2回目の呼吸管理実施時間を把握しておき、患者の退院時にこれを1回目のデータに加算する。次に、この合計時間の端数を切り上げて1時間単位に丸め、これを在院期間全体に対する呼吸管理の総実施時間とする。これに該当するコードを選んで1回のみ入力する。「実施日」については、呼吸管理の初回実施日とする(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」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、同 P005b 複数回または両側の医療処置 P.45 も参照)。

### 転院例の場合

#### 呼吸管理および(または)挿管の対象例

呼吸管理を受けた症例が転院した場合は、以下の基本規則が適用される。

転院元の医療機関は、以下の該当コードを使用する。

- － 呼吸管理実施時間を表わすコード(8-718)
- － 器械的呼吸管理のアプローチを表わすコード(8-70)
- － 気管切開術を表わすコード(5-311、5-312)
- － 新生児における器械的呼吸管理を表わすコード(8-711)

但し、上記の処置が転院元の医療機関で実施された場合に限る。

転院先医療機関では、呼吸管理実施時間(8-718)をコード化する。新生児の場合には、これに加えて8-711の適切なコードを割り当てる。呼吸管理の開始に関するコード化は転院元の医療機関で既に行っているため、転院先ではこれについてコード化する必要はない。

呼吸管理に伴う挿管を施されなかった症例が転院した場合、転院元の医療機関では器械的呼吸管理のアプローチ(8-70)、および該当例では気管フィステル形成術(5-311、5-312)のコードを入力する。転院先の医療機関で同じコード入力を再度行う必要はない。

### 器械的呼吸管理を伴わない挿管

挿管は、人工呼吸が不要な症例、例えば気道開存が不要な症例でも行われることがある。小児例では喘息、クループ、てんかん等が診断された場合、成人例では熱傷や重度の外傷をきたした場合に挿管の適応となりうる。

こうした症例の挿管については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

- 8-700            上気道の開存処置
- 8-701            シングルルーメンチューブの気管内挿入

### 持続的気道内陽圧呼吸（CPAP）

- 8-711.0        持続的気道内陽圧呼吸（CPAP）による呼吸補助

本コードは新生児のみに使用する。この場合、本法による処置時間は問わない（また、処置時間が24時間未満であってもコード入力が必要となる）。

成人例や小児例を対象に、睡眠時無呼吸等の障害に対して持続的気道内陽圧呼吸（以下 CPAP）による治療を実施した場合、コード 8-711.0 持続的気道内陽圧呼吸（CPAP）による呼吸補助や呼吸管理実施時間のコードは入力しない。CPAP 療法の初回採用、および既に開始された CPAP 療法の調整や最適化については、コード 8-717 睡眠関連呼吸障害に対する鼻または口・鼻の陽圧呼吸療法を入力する。

CPAP が人工呼吸器からのウィーニング方法として使用されたのであれば、コード 8-711.0 は使用せず、呼吸管理実施時間をコード化する（上記参照）。この場合、適用した医療処置のコードとして 8-718 を用いる。すなわち、CPAP に要した時間を呼吸管理の総実施時間に加算する（上記「器械的呼吸管理」「ウィーニング方法」「ウィーニング期間」の定義を参照）。

## 1002a 気管支喘息

### コード化の方法

- a) J45.-        気管支喘息
  - 除外：        急性重症気管支喘息（J46）
  - 慢性喘息性（閉塞性）気管支炎（J44.-）
  - 慢性閉塞性気管支喘息（J44.-）
  - 好酸球肺浸潤を伴う気管支喘息（J82）
  - 外因性物質に起因する肺疾患（J60～70）
  - 喘息発作重積状態（J46）

可逆性が十分にある気管支狭窄から発作様呼吸困難をきたした病態を認めた症例、すなわち「喘息」「重症喘息」「急性喘息」との診断がついた症例については、上記のカテゴリーの該当コードを割り当てる。

- b) J46            喘息発作重積状態 [急性重症気管支喘息]

本コード番号は、「急性重症気管支喘息」または「難治性気管支喘息」の症例で割り当てる。

## c) J44.- その他の慢性閉塞性肺疾患

医療記録に「慢性閉塞性」と付記された喘息、または慢性閉塞性肺疾患を伴う喘息については、上記のカテゴリーの該当コードを割り当てる。カテゴリーJ45.-気管支喘息のコードは、本カテゴリーの除外対象（上記参照）には使用しない。

## 1003c 慢性閉塞性肺疾患

「慢性閉塞性」と明示された喘息または「慢性閉塞性肺疾患を伴う喘息」については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

## J44.- その他の慢性閉塞性肺疾患

カテゴリーJ45.-気管支喘息のコードは、本カテゴリーの除外対象（上記参照）には使用しない（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1002a 気管支喘息 P.138 も参照）。

慢性閉塞性肺疾患の急性増悪を表わす場合は、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

## J44.1- 慢性閉塞性肺疾患の急性増悪、詳細不明

なお、急性と慢性を分けてコード化する必要はない。

感染症に起因する慢性閉塞性肺疾患の増悪例については、以下のコードを入力する。

## J44.0 急性下気道感染症を伴う慢性閉塞性肺疾患

但し、本症状が感染症本来の病像を呈している場合はこの限りではない。例えば、肺炎の病像を示す症例については、「肺炎」を副次診断内容としてコード化する。

注：慢性閉塞性肺疾患に肺気腫が合併した例では、以下のカテゴリーの該当コードを1つだけ選んで入力する。

## J44.- その他の慢性閉塞性肺疾患

## 11 消化器系疾患

### 1101a 虫垂炎

- K35.- 急性虫垂炎
- K36 その他の虫垂炎
- K37 詳細不明の虫垂炎

以上のカテゴリーからコード番号を選んで割り当てるためには、「虫垂炎」が臨床的に確診されていることが必要である。この場合、「虫垂炎」の診断が病理組織所見によって裏づけられていることについては必須ではない。

### 1102a 腹膜癒着

腹膜癒着剥離術は、コストアップを招く「主処置」、他の医療処置として行われる併用処置（「副次処置」）のどちらにもなりうる。腹膜癒着剥離術以外の腹部手術中に腹膜癒着剥離を施した場合でも、症例によっては当該プロセスがコストアップにつながることもある。この場合には、診断コードとして腹膜癒着を表わすコード（K66.0 腹膜癒着等）を使用し、加えて以下のカテゴリーのうち一方から腹膜癒着剥離を表わす処置コードを選んで入力する。

- 5-469.1 癒着切離術
- 5-469.2 癒着剥離術

### 1103a 胃炎を伴う胃潰瘍

胃潰瘍例については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

- K25.- 胃潰瘍

胃炎に加えて十二指腸炎が併発した症例については、さらに以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

- K29.- 胃炎および十二指腸炎

### 1104a ヘリコバクター、ガンピロバクター

概念的には、様々な疾患を惹起する異種の起因菌とされている。したがって、ここではコードも区別する。

発症が認められた疾患の中でヘリコバクターピロリの関連性が見出されたものについては、本菌を表わすコードを入力する。

## 例 1

1 症例が上部消化管内視鏡検査のため入院。胃の生検材料を採取。

所見：慢性胃潰瘍、*H.pylori* 検査陽性

主診断： K25.7 胃潰瘍、慢性で出血または穿孔を伴わないもの

副次診断： B96.81! ヘリコバクターピロリを起因菌とし、他章に分類される疾患

医療処置： 1-632 診断を目的とした食道胃十二指腸鏡検査

1-440.a 上部消化管の生検材料採取 (1~5 片)

一方、カンピロバクターに起因する消化管感染症については、以下のようにコード化する。

A04.5 カンピロバクター腸炎

(まれに) 消化管以外の部位、特に髄膜や胆嚢でカンピロバクター感染症が出現し、血管感染症、菌血症、膿瘍をきたす症例もある。また、慢性腎不全や腎透析の症例では腹膜炎が惹起されることもある。こうしたケースについては、疾患 (細菌性髄膜炎等) をコード化する。

## 1105a 消化管出血

上部消化管出血の解明を目的とした入院例に対し内視鏡検査を行い、結果として潰瘍、びらん、静脈瘤を認めた場合には、「出血を伴う」疾患をコード化する。例えば、出血を伴う急性胃潰瘍であれば、以下のようにコード化する。

K25.0 出血を伴う急性胃潰瘍

出血を伴う逆流性食道炎の場合は、以下 2 つのコードを入力する。

K21.0 食道炎を伴う胃食道逆流性疾患

K22.8 詳細が明示されたその他の食道疾患 [食道出血、詳細記載なし]

出血が診察時や入院期間中に認められなかった場合であっても、内視鏡検査記録に「病変部にて出血あり」と記載されていれば、コード化の対象として差し支えないものと考えられる。

消化管病変のコード化で用いる全カテゴリーのコードに「出血を伴う」という修飾語が付くわけではない。「出血を伴う」という修飾語の付かないケースでは、「出血」を表わすために以下のコードを追加入力する。

K92.- その他の消化器系疾患

一方、メレナ (タール様便) のために内視鏡検査を受けた症例の場合、内視鏡検査で病変が認められたからといって「本病変がメレナの原因でもある」と短絡的に考えてはならない。症状と検査結果との因果関係に確実性がないのであれば、まず症状を表わすコードを入力し、次いで検査結果をコード化する。

患者が消化管出血をきたしてから日数を経ずに入院し、内視鏡検査でその出血源を確認したものの、所見で出血が認められなかったケースもある。既往歴または他の手掛かりで「出血」の臨床診断がついたにもかかわらず、実際には入院期間中に出血を認めなかったのであれば、「出血を伴う」という修飾語の付いたコードは使用できない。また、過去にきたした出血の原因が特定できなかった症例には、カテゴリ-K92.-（その他の消化器系疾患のコードは割り当てられない）。

#### 1106a 肛門出血

「肛門出血」をコード化する場合、検査で実際の出血源が特定できなかつたり検査そのものが実施されなかったのであれば、以下のコードを入力する。

K92.2           消化管出血、詳細不明

この場合、以下のコードは割り当てない。

K62.5           肛門・直腸の出血

#### 1107a 胃腸炎に伴う脱水症

脱水症を伴う胃腸炎の治療指示が出た症例の場合、「胃腸炎」を主診断内容、「脱水症」（E86 体液欠乏）を副次診断内容としてそれぞれコード化する。

## 12 皮膚および真皮の疾患

### 1201a 蜂巣炎

開放創や皮膚潰瘍から蜂巣炎を合併した症例において、その治療対象が開放創および皮膚潰瘍であった場合については、合併症の原因である創傷または皮膚潰瘍（潰瘍）のコードを最初に入力し、次いで蜂巣炎のコードを入力する。

開放創や皮膚潰瘍だけでなく蜂巣炎も実際に治療対象となったのであれば、蜂巣炎のコードを最初に入力し、次いで合併症を誘発した創傷のコードを入力する。

#### 眼窩または眼窩周囲の蜂巣炎

眼窩蜂巣炎と眼窩周囲蜂巣炎は症状が異なることから、コード化の際にも両者を区別する。

「眼窩周囲蜂巣炎」という表現は、感染症が眼周囲の組織のみに限局している場合に使用されるのが通常である。本症は眼周囲だけでなく眼瞼にも出現しうるものであるが、眼球そのものを侵すことはない。「眼窩周囲蜂巣炎」については以下のコードを入力する。

#### L03.2 顔面の蜂巣炎

症状が眼窩周囲だけでなく眼瞼にも認められたのであれば、以下のコードを追加する（眼窩の炎症は、カテゴリーL03 蜂巣炎の対象外となる）。

#### H00.0 眼瞼における麦粒腫およびその他の深在性炎症

「眼窩蜂巣炎」との診断がつき、急性炎症が眼窩の軟組織から眼球に波及した症例については、以下のコードを入力する。

#### H05.0 眼窩の急性炎症

### 1202a 皮膚および皮下組織の損傷患者のケア

皮膚損傷例（表層、深層を問わない）のケアとして創傷縫合を施した場合は、以下のカテゴリーの該当コード番号を入力する。

#### 5-900 表皮および真皮の連続性単純再建手術

5-90 のリストから部位を表わすコードを選んで第 6 桁に入力する。

顔面の軟組織損傷部位が対象となった症例については、以下のカテゴリーの該当コードを割り当てる。

#### 5-778 顔面軟組織の再建手術

本カテゴリーのコードは、表層創傷のケア（縫合、単層）および深層創傷のケア（縫合、多層）に区別されている。

なお、損傷の詳細コードに関しては、第 19 章 損傷、中毒、その他の外因による特定の続発症（後遺症）（P.183）を参照のこと。

### 1203a 皮膚新生物の破壊および切除

皮膚病変の複数回切除を実施した場合、これらを同一部位としてコード化できるものについては、コード化は1治療期間につき1回だけ行えばよい（「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、例1を参照）。

### 1204a 頭蓋顔面の侵襲的処置

腫瘍の占拠部位をその周辺の軟組織と共に一括切除した場合には、「切除」の概念をもつ以下2つの4桁分類項を優先的に使用する。

5-772 下顎骨の部分切除および全切除

5-771 頭蓋顔面骨（上顎骨等）の部分切除および全切除

切除術に併せて再建術を実施した場合は、その旨を第6桁にコード化する。

口腔・顎・顔面領域で、複合的な軟組織切除術および再建術の一環として顔面骨切除を実施した場合、「軟組織手術」の章に記載されているコードを部分的に組み合わせて表わす。具体例を以下に示す。

5-278.2 形成外科的再建術を用いた頬部切除術、下顎骨の部分切除

顔面の骨移植片を採取して顔面に骨移植を行った場合は、常に「再建」を表わすコードを含める。骨移植片が他の部位（腸骨稜等）から採取されたものであるならば、以下のカテゴリーから1つまたは複数のコードを選択して入力する。

5-783 骨移植片の採取

### 1205a 形成外科

形成外科手術は、整容上の理由や医学上の理由に基づいて実施される。医学上の理由から形成外科手術を施した場合は、その要因となった症状を主診断内容としてコード化する。さらに、手術の定時性を表わすために「Zコード」を副次診断コードとして入力しても差し支えない。

整容上のみの理由から形成外科手術が行われる場合（主診断として「Zコード」を用いた場合）、および医学上の理由から形成外科手術が行われる場合の具体例を以下に示す。ここでは、病態（瘢痕性疼痛）またはリスクファクター（悪性新生物の家族歴）のコードが主診断コードとして入力されている。

#### 瘢痕の修正

瘢痕部の諸問題（疼痛等）のために術後治療として瘢痕修正を施した場合は、以下のコードを入力する。

L90.5 皮膚の瘢痕および線維化



一方、この術後治療の要因が整容上の問題にあったのであれば、以下のコードを入力する。

Z42.- 形成外科手術による術後治療

### 乳房内挿入物の除去

医学上または整容上の理由から、乳房内挿入物が除去されることがある。

乳房内挿入物を除去する要因が医学上の問題にあった場合は、以下のコードを割り当てる。

T85.4 乳房プロテーゼまたは乳房内挿入物に起因する物理的合併症

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あるいはその他の炎症反応

T85.88 体内プロテーゼ、体内挿入物または移植片に起因するその他の合併症、他に分類されないもの

一方、乳房内挿入物を除去する要因が整容上の問題にあった場合には、以下のコードを使用する。

Z42.1 形成外科手術による乳房〔乳腺〕の術後治療

### 予防を目的とした皮下乳房切断術

本手術は、乳がんの家族歴、慢性疼痛、慢性感染症、対側乳房の乳腺小葉がん、非浸潤性乳がん、線維嚢胞性乳腺症等の確診例を対象に行われる。いずれの症状も主診断内容としてコード化する。

但し、具体的な診断がつかなかった症例に限り、以下のうち一方を主診断コードとして割り当てる。

Z40.00 悪性新生物発現のリスクファクター予防を目的とした手術、乳腺〔乳房〕

Z40.8 予防を目的としたその他の手術

### 1206a 眼瞼形成術

整容上の理由で行われた眼瞼形成術については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

5-097 眼瞼形成術

この「眼瞼形成術」という表現が片側または両側の眼瞼の「再建術」を意味するものであれば、以下のカテゴリー内で使用可能な該当コードを入力する。

5-09 眼瞼手術

主診断内容の確定については、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1205a 形成外科 (P.146) の内容が適用される。

**1207b 植皮術**

採皮が植皮術とは別の機会に実施された場合に限り、採皮を表わすコードを入力する。以下の OPS コードがこれに該当する。

- 5-901            遊離植皮術、採皮部位
- 5-904            皮弁を用いた表皮および真皮の形成術、採皮部位
- 5-924            熱傷・腐蝕性損傷部位における遊離植皮術、皮弁を用いた表皮および真皮の形成術、採皮部位

## 13 筋骨格系および結合組織の疾患

### 1301a 慢性仙骨痛

疼痛の原因が判明しているのであれば、その原因のみをコード化する。原因不明の場合は、臨床像（疼痛部位）に基づき以下のコードのうち一方を割り当てる。

M54.5 仙骨痛

M54.4 腰部坐骨神経痛

### 1302a 椎間板ヘルニア

急性外傷から「椎間板ヘルニア」（椎間板の転位または脱出）をきたした患者については、関節や椎間板の脱臼、捻挫、裂離を表わすカテゴリーのコードを1つ選んで入力する。

S13.- 頸椎部の関節および椎間板の転位、捻挫、裂離

S23.- 胸郭の関節および椎間板の転位、捻挫、裂離

S33.- 腰椎・骨盤部の関節および椎間板の転位、捻挫、裂離

注意事項：軟組織損傷の程度をコード化する際は、ICD-10-GM の S13.-、S23.-、S33.-に関する注意事項を考慮すること。

椎間板ヘルニアの原因が急性外傷ではない場合、診断コードはカテゴリーM50.0†～M50.2 または M51.0†～M51.2 の該当コードを選んで使用する。

M50.0† 脊髄症を伴う頸椎椎間板損傷（G99.2\*）

M50.1 神経根症を伴う頸椎椎間板損傷

M50.2 その他の椎間板転位

M51.0† 脊髄症を伴う腰椎およびその他の椎間板損傷（G99.2\*）

M51.1 神経根症を伴う腰椎およびその他の椎間板損傷

M51.2 詳細が明示されたその他の椎間板転位

症例によっては、後遺症を表わすコードの入力を要することもある。「椎間板脱出」を特定の損傷と関連づけることは困難な場合が多いので、大半では M50.0、M50.1、M50.2 または M51.0、M51.1、M51.2 のコードを使用する。

### 1303a 椎間板病変

M51.9 椎間板損傷、詳細不明

本カテゴリはなるべく使用せず、カテゴリM50.-または M51.-から特定の診断コードを選んで代用する。

### 1304a 後方すべり症

後方すべり症（まれに生じる椎体の後方転位）では、以下のコードを使用する。

M43.1-[0-9] 脊椎すべり症

また、本コードの第5桁に部位をコード化する。なお、以下のコードも使用可能である。

Q76.21 先天性脊椎すべり症

### 1305a 脊椎固定術

脊椎固定術では、内固定を行う場合と行わない場合がある。いずれの処置も、以下のカテゴリのコード番号を使用できる。

5-836 脊椎固定術

ここで注意すべき重要なポイントは、脊椎固定術のコードが「側弯症」と「後弯症」に区別されていることである。

5-837 椎体置換術および脊柱複合再建術（後弯症患者等）

5-838 脊柱における他の複合再建術（側弯症患者等）

骨接合術（「内固定」）を実施した場合は、さらに以下のカテゴリの該当コードを入力する。

5-835 脊柱の骨接合術

注意事項：OPS-301に基づき、5-83 脊柱手術のコードを使用する場合には、いずれもアプローチのコードを個別に入力する（5-030 ff.）。

### 1306c 人工股関節の脱臼

外傷で人工股関節の脱臼をきたした症例については、まず以下のコードを入力する。

S73.0- 股関節脱臼

さらに、以下のコードを副次診断として入力する。

Z96.6 整形外科用人工関節の既存

注意事項：脱臼に伴う軟組織損傷の程度については、コード番号 S71.84!~S71.89!から選んで追加入力する。

人工股関節脱臼の整復固定を非観血的に実施した場合は、以下のコードを入力する。

8-201.g 骨接合術を併用しない、関節脱臼の非観血的整復固定、股関節

一方、人工股関節脱臼の観血的整復固定については、以下のコードを入力する。

5-79b 関節脱臼の観血的整復固定

また、以下のカテゴリーのコードを使用する場合もある。

T84.- 整形外科用体内プロテゼ、体内挿入物または移植片に起因する合併症

本カテゴリーのコードは、以下の状況に該当する場合に使用する。

- 体内プロテゼ部品の不具合に起因する機械的故障を認めた場合や、靭帯が過度の緊張または弛緩をきたした場合
- 症例の入院理由が人工股関節置換術の修正にある場合

### 1307a 半月板裂傷、靭帯裂傷

半月板裂傷または靭帯裂傷の診断内容をコード化する場合、当該外傷が「急性」「陳旧性」のどちらであるかを考慮する。半月板を例にした場合、急性裂傷であれば以下のようなになる。

S83.2 急性半月板裂傷

一方、陳旧性裂傷の場合は、以下のカテゴリーのうち一方から該当コードを選んで入力する。

M23.2- [0-6,9] 陳旧性裂傷または陳旧性外傷に起因する半月板損傷

M23.3- [0-6,9] その他の半月板損傷

### 1308a 軟組織損傷

「軟組織損傷」という診断内容は不明確である。したがって、カルテには詳細かつ具体的な事項を記載しておかなければならない。

ICD-10-GM の第 XIX 章では、損傷（開放創、骨折、裂離等）が部位およびタイプに従って分類されている。軟組織損傷のタイプがはっきりと特定できない場合には、部位に応じて分類し、「開放創」ではなく「表層性損傷」としてコード化する。

### 1309a 筋区画症候群

「筋区画症候群」は、筋膜や骨に取り囲まれた区画で発症する疾患で、損傷を伴う場合と伴わない場合がある。外傷に起因する場合には、以下のコードを割り当てる。

T79.6 外傷性筋虚血

一方、原因が外傷以外であれば、以下のコードを割り当てる。

M62.8- [0-9] 詳細が明示されたその他の筋疾患

なお、この場合には第 5 桁に部位をコード化する。

## 14 泌尿生殖器系疾患

### 1401c 透析

#### 診断

特に透析目的で入院した症例の主診断内容は、在院の長さによって異なってくる。

- a) 日帰り入院のパターン（透析を受けて入院当日に退院するか、夜間透析を受けて翌日退院するパターン）では、以下のコードを主診断として入力する。

Z49.1 体外透析

加えて、原因疾患を副次診断内容としてコード化する。

- b) 入院が 2 日以上にわたるパターン（入院日の翌日以降に退院するパターン）では、入院の要因となった疾患を主診断内容としてコード化する。特に透析目的で入院した場合には、Z49.1 体外透析を副次診断内容として入力する。

#### 医療処置

腎透析については、以下のカテゴリーのうち適切な処置コードを選んで入力する。

8-853 血液濾過

8-854 血液透析

8-855 血液透析濾過

8-857 腹膜透析

なお、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。

血液濾過（8-853.1、8-853.2）、血液透析（8-854.1）、血液透析濾過（8-855.1、8-855.2）で透析治療が連続的に実施された場合は、コードの第 6 桁に実施期間をコード化する。

0 3 日間まで

1 4～11 日間

2 11 日間以上

腎透析の処置の開始から終了までの期間を算出する。入院期間中に腎透析を連続的に複数回行ったのであれば、その回数を 1 つのコードで入力する（実施期間の追加入力はしない）。透析フィルターの交換や同様の技術的な問題に伴い腎透析を中断しても、改めてコード入力する必要はない。

透析用シャント形成を目的とした入院例をコード化する場合については、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0912c 動静脈フィステル形成術および動静脈シャント形成術（P.132）を参照のこと。

## 1402a 水瘤

出生時に認めた水瘤は、「先天性」としてコード化する。

P83.5           先天性水瘤

出生後になって初発した水瘤については、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

N43           水瘤および精液瘤

### 水瘤の手術

小児例の場合、手術では開存部位の閉鎖に重点がおかれる（外側鼠径ヘルニアの場合と同様）。このため、「片側鼠径ヘルニア手術」として以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

5-530           鼠径ヘルニア閉鎖術

成人例の場合、水瘤は腹腔と交通していないのが通例であり、精索または鞘膜が手術対象となる。よって、成人の水瘤例では以下のコードを割り当てる。

5-611           精巣（睾丸）水瘤の手術

## 1403a ヒト乳頭腫ウイルス（HPV）

### 1. 他症状として疣贅を伴う HPV 感染症

HPV が他症状として疣贅を随伴した症例では、顕在化した疾患の特定コードを最初に入力し、次いで以下のコードを入力する。

B97.7!           乳頭腫ウイルスを感染病原体とし、他章に分類される疾患

#### 例 1

子宮頸部の所見で病変が疑われた 1 症例が、その解明のため来院。子宮頸組織生検およびジアテルミーを実施し、「HPV 感染症を伴う第 1 度子宮頸形成異常」と確診。

主診断：           N87.0           悪性度の低い子宮頸形成異常

副次診断：        B97.7!           乳頭腫ウイルスを感染病原体とし、他章に分類される疾患

医療処置：        5-672.10       子宮頸病変組織に対する他の切除術および破壊術、破壊術を採用、焼灼法

1-571.1           切開による子宮頸部組織生検

## 2. 疣贅を伴う HPV 感染症

肛門性器疾患の治療目的で入院した症例については、以下のカテゴリーから該当するものを選んで主診断コードとして入力する。

肛門周囲	K62.8	詳細が明示された、肛門・直腸におけるその他の疾患
子宮頸罹患例	N88.8	詳細が明示された、子宮頸におけるその他の非炎症性疾患
膣	N89.8	詳細が明示された、膣におけるその他の非炎症性疾患
外陰部罹患例	N90.8	詳細が明示された、外陰部および会陰部におけるその他の非炎症性疾患
陰茎罹患例	N48.8	詳細が明示された、陰茎におけるその他の非炎症性疾患

また、以下のコードは副次診断として入力する。コード B97.7! (乳頭腫ウイルスを感染病原体とし、他章に分類される疾患) は入力しない。

A63.0 肛門性器 (性病性) 疣贅

## 1404a ヤング症候群

ヤング症候群の要素を表わすコードは、以下の順序で入力する。

N46	男性不妊症
J98.4	その他の肺病変
J47	気管支拡張症

## 1405a 麻酔下での婦人科臨床検査

婦人科症例を対象とした医療処置の大半は、麻酔下で行われる。触診時も同様である。婦人科に関する触診を麻酔下で施した症例については、本法を他の診断目的または治療目的での医療処置と併用しなかった場合に限りコード化する。コード化の具体例を以下に示す。

## 例 1

一般的な方法として、麻酔薬の静注による全身麻酔下にて婦人科検査を実施。

医療処置： 1-100 全身麻酔下での臨床検査

(「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」P009a 全身麻酔 P.50、同 P008a 全身麻酔下での臨床検査 P.50 も参照)



## 1406a 女性生殖器切除（FGM）での再建手術

### 定義

世界保健機関（WHO）では、「女性生殖器切除」（FGM）を以下のように定義している。

女性器切除とは、文化的理由あるいは他の非治療的理由により、女性外性器の一部または全体を切除すること、あるいは女性生殖器に他の方法で外傷を加えることに関する内容全般を指す

### コード化の方法

再建手術の要因となった疾患をコード化する。

但し、特定の疾患が存在しないのであれば、以下のコードを主診断として入力する。

N90.8            詳細が明示された、外陰部および会陰部におけるその他の非炎症性疾患

## 15 妊娠、分娩、産褥

### 1501a 生産、死産、流産の定義

#### 生産児

「生産児」とは、「妊娠期間に関係なく、母体から完全に排出または娩出された受胎生成物で、母体からの分離後に呼吸し、加えて心拍動、臍帯拍動、著明な随意筋運動をはじめとする何らかのバイタルサインを示しているもの」をいう。ここでは、臍帯の切離、胎盤娩出の有無については問題外とする。上記の定義を満たす出生児については、いずれも「生産児」とみなす。

- (1) 母体からの分離後、胎児が心拍動や臍帯拍動を呈したり自然呼吸を始めたのであれば「生産」とみなす。但し、これが分娩の届出や記載事項に関する一般規定に当てはまる場合に限る。<sup>1</sup>

#### 胎児死亡〔死産児〕

「胎児死亡」とは、「妊娠期間に関係なく、受胎生成物が母体から完全に排出または娩出される前に死亡したこと」を意味する。また、この「死亡」とは「胎児が母体から分離した後に呼吸せず、加えて心拍動、臍帯拍動、著明な随意筋運動をはじめとする何らかのバイタルサインを示さないこと」をいう。

- (2) 上記(1)に示したバイタルサインを示さず出生体重が500g以上であった胎児については、法律の第24段により「死産児」または「出生時死児」とみなす。<sup>2</sup>
- (3) 上記(1)に示したバイタルサインを示さず出生体重が500g未満であった胎児については、「流産児」とする。流産児は、戸籍簿には登録されない。

(ICD-10 第II巻、規則、第5.7.1章)

### 1502a 胞状奇胎

胞状奇胎は自然流産をきたすことがある。このような流産の後に実施された侵襲的処置については、以下のようにコード化する。

5-690.0 薬物の局所適用によらない、治療目的での子宮内容搔爬術〔子宮内容除去術〕

流産を惹起しなかった胞状奇胎の手術的治療については、以下のようにコード化する。

5-690.1 薬物の局所併用による、治療目的での子宮内容搔爬術〔子宮内容除去術〕

<sup>1</sup> 「戸籍法の執行に関する規定」第1項第29段によるドイツ国内での定義、1977年2月25日公布版(連邦官報I、P.377)

<sup>2</sup> 「戸籍法の執行に関する規定」第2項第29段および第3項によるドイツ国内での定義、1994年3月31日公布版(連邦官報I、P.621)

### 1503a 異常受胎

「異常受胎」の確診例には、以下のコードを割り当てる。

002.0 異常受胎およびその他の奇胎

なお、当該診断が病理組織学的エビデンスに基づいたものでない場合でも本コードを使用する。

### 1504b 流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠 (O08.-)

O08.- 流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠の続発性合併症

本カテゴリーのコードは、過去に流産の治療を受けた症例が後になって合併症をきたした場合に限り主診断として割り当てる (例 1 を参照)。

#### 例 1

妊娠 10 週で他院にて流産した 1 症例が、その後播腫性血管内凝固をきたし当院に入院となる。

主診断： O08.1 流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠に起因する後出血または大量出血

本例の場合、「合併症治療を目的とした入院」は、流産の治療が既に行われた後に生じた事実である。したがって、妊娠期間については副次診断としてコード化しない。

O08.- 流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠の続発性合併症

カテゴリー O00～O02 (子宮外妊娠、胞状奇胎、その他の受胎生成物) に関連する合併症の診断内容をコード化する場合は、本カテゴリーのコードを 1 つ選んで副次診断として割り当てる (例 2 を参照)。

#### 例 2

1 症例が妊娠 6 週の卵管妊娠時に卵管破裂をきたし、ショック症状を呈して入院。

主診断： O00.1 卵管妊娠

副次診断： O08.3 流産、子宮外妊娠および奇胎妊娠に続発するショック

O09.1! 妊娠期間、妊娠満 5～13 週

流産後の治療で胎児および付属物が残留したために入院加療となった症例の場合、「不全流産」を主診断内容としてコード化する。合併症があればそのコードも入力する (O03～O06 から選択し、第 4 桁に “.0”～“.3”を入力) (例 3 を参照)。

**例 3**

自然流産の 1 症例。胎児および付属物が停留し出血をきたしたことから、自然流産の 2 週間後に入院となる。なお、流産は妊娠 5 週で起こり、外来治療が施されている。

主診断：            003.1        自然流産、不全流産、後出血または大量出血を合併

本例の場合、「合併症治療を目的とした入院」は、流産の治療が既に行われた後に生じた事実である。したがって、妊娠期間については副次診断としてコード化しない。

008.-            流産、子宮外妊娠、奇胎妊娠の続発性合併症

本カテゴリーからコードを 1 つ選び、カテゴリー 003～007 の診断内容と併せて副次診断として入力すれば、コード化がより正確に行える（例 3 および例 4 を比較のこと）。

**例 4**

1 症例が妊娠 12 週で不全流産をきたし、さらに循環虚脱を合併したため入院。

主診断：            003.3        自然流産、不全流産、その他の詳細不明の合併症を伴うもの

副次診断：        008.3        流産、子宮外妊娠および奇胎妊娠に続発するショック

                  009.1!     妊娠期間、妊娠満 5～13 週

**1505a 妊娠の早期終了**

医学的理由等により妊娠の早期終了を要した場合は、以下のガイドラインを適用する。

1. 妊娠が流産（胎児体重 500g 未満、バイタルサインを認めない）にて終了したのであれば、まず以下のカテゴリーのコードを主診断として割り当てる。

004.-            医学的誘発流産

次いで、以下のカテゴリーの該当コードを入力する。

009.-!        妊娠期間

加えて、妊娠終了の理由を表わすコード、例えば以下のようなコードを入力する。

035.0        胎児の中樞神経系奇形をきたした（疑いのある）母体のケア