

例 2

1 症例が慢性かつ難治性の腰痛をきたし、治療目的で入院。本例に対し、硬膜外持続刺激の目的で永続的単極装置および脊髄刺激装置（単極装置）の植え込み手術を施行。

主診断： M54.5 腰痛

医療処置： 5-039.20 骨髄刺激を目的とした神経刺激装置の植え込みまたは交換、単極装置

5-039.34 硬膜外持続刺激を目的とした永続的単極装置の植え込みまたは交換、
経皮的

例 3

1 症例が肺上葉悪性腫瘍の治療のため入院。本例が入院期間中に（骨転移に伴う）強度の骨痛を訴えたことから、疼痛コントロールの目的でモルヒネを投与。

主診断： C34.1 気管支および肺の悪性新生物、肺上葉（ないし気管支）

副次診断： C79.5 骨および骨髄の二次性悪性新生物

19 損傷、中毒、その他の外因による特定の続発症（後遺症）

1901a 捻挫、裂離

コード化の方法

ICD-10-GM では、「裂離」と「捻挫」を身体部位に応じて2つに分類している。

1. 関節および靭帯の脱臼、捻挫、裂離
2. 筋および腱の損傷

「筋および腱の裂離」をコード化するには、以下のポイントに注意しなければならない。すなわち、「筋および腱の裂離」は「関節および靭帯の転移、捻挫、脱臼」という上位概念ではなく、部位の「筋および腱の損傷」の内容をコード化する。

例 1

1 症例が高度の十字靭帯裂離をきたし、その治療目的で来院。

主診断： S83.50 (前) (後) 十字靭帯の障害を伴う膝関節の捻挫および裂離

例 2

1 症例が大腿四頭筋裂離をきたし、その治療目的で来院。

主診断： S76.1 大腿四頭筋領域における筋および腱の損傷

1902a 表層性損傷

コード化の方法

S00（頭部の表層性損傷）、S10（頸部の表層性損傷）、S20（胸腔内表層性損傷）S30（腹部、腰仙部、骨盤部の表層性損傷）といった3桁分類項では、表層性損傷はまず部位に基づいて分類されている。これに該当しない表層性損傷については、いずれも損傷のタイプを踏まえた分類となっている。特に「他の」表層性損傷や「詳細不明の」表層性損傷をコード化するには、この点を注意しなければならない。

表層性損傷から感染症を併発した症例で、その感染病原体が特定されているのであれば、B95!～B97!から当該病原体を表わすコードを選んで追加入力する。

擦過傷や打撲傷のような表層性損傷と同一部位に、これよりもさらに重度の損傷が併存している場合には、前者の表層性損傷のほうはコード化しない。但し、例えばその表層性損傷の治療に伴い加療期間が延長し、併存している重度損傷の治療コストアップにつながるような場合はこの限りではない（「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 も参照）。

例 1

1 症例が上腕骨顆上骨折、肘部打撲傷、肩甲骨骨折をきたし、その治療目的で来院。

主診断： S42.41 上腕骨遠位端骨折、顆上

副次診断： S42.11 肩甲骨骨折、体部

なお、本例の場合、「肘部の打撲傷」はコード化の対象にはならない。

1903c 骨折および脱臼**コード化の方法**

椎骨の骨折および脱臼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) も参照のこと。

軟組織損傷を伴う骨折および脱臼

軟組織損傷を伴う骨折や脱臼をコード化するためには、2つのコードが必要となる。まず骨折または脱臼を表わすコードを入力し、次いでその骨折や脱臼による軟組織損傷の程度 (Sx1.84! ~ Sx1.89!) をコード化する。程度が“0”の閉鎖性骨折、程度が“0”の軟組織損傷を伴う脱臼（「軽度の軟組織損傷、単純骨折」と表記）、または程度不明の軟組織損傷に限り、追加コード番号は不要である。

例 1

1 症例が大腿部に開放性骨折（第II度）をきたして入院。

主診断： S72.3 大腿骨幹部骨折

副次診断： S71.88! 臀部および大腿部の開放性骨折または開放性脱臼（第II度）

例 2

1 症例が、上腕骨の前方転位を認める開放性肩脱臼および軟組織損傷（第I度）をきたし、その治療目的で入院。

主診断： S43.01 上腕骨の前方脱臼

副次診断： S41.87! 上腕の開放性骨折（第I度）または開放性脱臼（第I度）

例 3

1 症例が、上腕骨頭部の開放性骨折（第 I 度）、および軟組織損傷（第 I 度）を伴う肩関節の（開放性）前方脱臼をきたし、その治療目的で入院。

主診断： S42.21 上腕骨近位端骨折、頭部

副次診断： S41.87! 上腕の開放性骨折（第 I 度）または開放性脱臼（第 I 度）

S43.01 肩関節の前方脱臼

脱臼骨折

脱臼骨折については、「骨折」と「脱臼」を表わすコードをそれぞれ割り当てることとし、この場合は「骨折」のコードを先に入力する。ICD-10-GM では、特定の症例を「脱臼に合併した骨折」とみなし、本規則の特例として扱っている。

例えば、モンテギア脱臼骨折は「骨折」に分類されている（S52.21 橈骨頭脱臼を伴う尺骨幹部近位端骨折）。

同所または異所における骨折および脱臼

同一部位に合併損傷が存在する症例（例 3「脱臼骨折」を参照）では、軟組織損傷を表わすコードを 1 つ追加入力すれば十分である。

一方、骨折や脱臼が複数部位に散在している症例については、その骨折や脱臼に伴う軟組織損傷の程度を表わすコード（Sx1.84!～Sx1.89!）を部位ごとに入力する。但し、その程度が“0”であれば入力は不要である。

骨挫傷

骨挫傷（「骨挫傷」。画像診断で証明される海綿骨骨折で、皮質骨の損傷を伴わない）については通常の骨折と同様に扱い、その受傷部位をコード化する。

1904a 挫滅損傷

コード化の方法

挫滅損傷が存在する症例では、損傷のタイプをコード化する。

例 1

1 症例が、足の重度挫滅損傷および第 2、第 3、第 5 中足骨の骨折をきたし入院。なお第 5 中足骨骨折部位は開放性（第 III 度）である。

主診断： S92.3 中足骨骨折

副次診断： S91.89! 足の開放性骨折または開放性脱臼（第 III 度）

ICD-10-GM では、「挫滅損傷」のカテゴリーも部位ごとに設けられているが、本カテゴリーのコードは損傷のタイプが不明な場合に限り使用する。

圧挫症候群

症例によっては、圧挫症候群（T79.5 外傷性無尿）のコードを追加入力する。

1905a 開放創

コード化の方法

第 XIX 章には、身体部位別の開放創に関する項目が設けられている。ここでは、骨折や脱臼に関連する開放創、および皮膚から体腔内に達する開放創（頭蓋内創傷、胸腔内創傷、腹腔内創傷）を表わすコードが記載されている。

上記のようなタイプの開放創をコード化する場合には、（骨折等による）損傷を表わすコードも追加入力する。

なお、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1903c 骨折および脱臼（P.184）、同 1907a 頭蓋内の開放性損傷（P.187）、同 1908a 胸腔内または腹腔内の開放性損傷（P.188）も参照のこと。

開放創の合併症

開放創が何らかの合併症をきたした場合は、まず開放創のコードを入力し、次いで以下のカテゴリーのコードを入力する。

T89.0- 開放創の合併症

開放創（感染創）に異物が刺入した症例については、例えば以下のコードを入力する。

T89.01 開放創の合併症、異物（感染症の有無を問わない）

この際、感染病原体が特定されているのであれば、B95!～B97!から当該病原体を表わすコードを選んで追加入力する。

例 1

1 症例が膝に開放創をきたし入院。創にはガラスの碎片が刺入し、感染巣を認める。擦過生検の結果、黄色ブドウ球菌を検出。

主診断： S81.0 膝の開放創

副次診断： T89.01 開放創の合併症、異物（感染症の有無を問わない）

B95.6! 他章に分類される疾患の原因である黄色ブドウ球菌

1906a 血管、神経、腱の障害を伴う開放性損傷

損傷に血管、神経、腱の障害が合併した症例については、以下の方法でコード化する。

損傷が血管障害を伴う症例では、患肢を失うおそれがあるかどうかによってコードの入力順序が異なってくる。損傷が原因となり動脈や神経に障害をきたした症例については、以下の順序でコード化する。

- 動脈損傷
- 神経損傷
- 腱損傷（腱損傷例の場合）
- 身体に受けた創

なお、神経や動脈に障害をきたしたにもかかわらず患肢を失うおそれがきわめて低いのであれば、各障害部位の程度に応じてコードの順序を決定する。

1907a 頭蓋内の開放性損傷

頭蓋内の開放性損傷については、まず頭蓋内損傷を表わすコードを入力し、次いで開放創のコードを入力する。

例 1

1 症例が脳に開放性損傷を受け、広範囲に及ぶ脳内出血をきたし入院。

主診断： S06.33 頭蓋内損傷、限局性脳血腫

副次診断： S01.83! 頭蓋内損傷に合併した開放創（頭部の各部位）

頭蓋内損傷を伴う開放性骨折

頭蓋内損傷を伴う開放性頭蓋骨骨折については、以下の順序でコード入力する。

- 頭蓋内損傷を表わすコード
- 骨折を表わすコード
- さらに、S01.83! 頭蓋内損傷に合併した開放創（頭部の各部位）

この場合、S01.87!～S01.89!のコードを入力して開放性骨折の程度を示す必要はない。本例が開放性骨折をきたしているという事実は、頭蓋内損傷を表わす上記の各コードで表現されている。

1908a 胸腔内および腹腔内の開放性損傷

コード化の方法

胸腔内の開放性損傷については、まず胸腔内損傷を表わすコードを入力し、次いで以下のコードを入力する。

S21.83! 胸腔内損傷に合併した開放創（胸腔内の各部位）

例 1

1 症例が、肺の刺創に合併した胸壁創の治療のため入院。

主診断： S27.38 その他の詳細不明の肺損傷

副次診断： S21.83! 胸腔内損傷に合併した開放創（胸腔内の各部位）

また、腹腔内の開放性損傷に関する事項が診療録に記載されていた場合には、まず腹腔内損傷を表わすコードを入力し、続けて開放創のコードを入力する。

例 2

1 症例が腎実質の完全破裂、脾実質の裂傷、小腸複数部位における軽度の裂創、内臓器の腹壁ヘルニアをきたし入院。

主診断： S37.03 腎実質の完全破裂

副次診断： S36.03 脾実質の裂傷

S36.49 小腸損傷、小腸におけるその他の複数部位

S31.83! 腹腔内損傷に合併した開放創（腹部、腰仙部および骨盤部の各部位）

胸腔内損傷および腹腔内損傷に合併した開放性骨折

躯幹に生じた開放性骨折が体腔内損傷に合併した症例については、以下の順序でコード入力する。

- 体腔内損傷を表わすコード
- 骨折を表わすコード
- 加えて、以下のコードのうち一方を選んで入力する。

S21.83! 胸腔内損傷に合併した開放創（胸腔内の各部位）

S31.83! 腹腔内損傷に合併した開放創（腹部、腰仙部および骨盤部の各部位）

この場合、S21.87!～S21.89!、S31.87!～S31.89!のコードを入力して開放性骨折の程度を示す必要はない。本例が開放性骨折をきたしているという事実は、胸腔内損傷や腹腔内損傷を表わす上記の各コードで表現されている。

1909c 意識喪失

損傷に伴う意識喪失

損傷に伴う意識喪失をきたした症例では、その損傷のタイプを表わすコードを最初に入力し、次いで意識喪失の長さを表わす S06.7-頭蓋・脳外傷時の意識喪失からコードを選んで入力する。

例 1

1 症例が肋骨骨折（X線像にて確診）をきたし入院。CT 検査では、広範囲の硬膜下血腫を認める。なお、本例は 3 時間にわたり意識喪失をきたしている。

主診断： S06.5 外傷性硬膜下出血
副次診断： S02.1 頭蓋底骨折
S06.71 頭蓋・脳外傷時の意識喪失、30 分～24 時間
医療処置： 3-200 単純頭蓋 CT

例 2

1 症例が頭部の閉鎖性損傷をきたし入院。本例は 3 時間にわたり意識喪失をきたしている。頭部 CT 検査にて脳内出血を認める。

主診断： S06.33 限局性脳血腫
副次診断： S06.71 頭蓋・脳外傷時の意識喪失、30 分～24 時間
医療処置： 3-200 単純頭蓋 CT

損傷との関連性をもたない意識喪失

症例がきたした意識喪失と損傷との関連性が成立しなかった場合は、以下のコードを使用する。

R40.0 傾眠
R40.1 昏眠
R40.2 昏睡、詳細不明

1910c 脊髄損傷（外傷性対麻痺および四肢麻痺を伴うもの）

コード化の方法

急性期－受傷直後

「脊髄損傷の急性期」とは、一般に「外傷直後の治療期間」と解釈されている。「急性期」の概念には、外傷直後より以降の入院期間が含まれることもある。

患者が脊髄損傷（脊髄圧迫、挫傷、裂傷、挫滅等）をきたして初回入院した場合には、以下の詳細事項をコード化する。

1. 脊髄損傷のタイプを最初に入力する（横断損傷の場合は「完全」「不完全」を区別する）。
「脊髄損傷のタイプ」（P.191）を参照のこと。
2. 脊髄損傷の高位（損傷レベル）のコードを入力する。「脊髄損傷の高位」（P.192）を参照のこと。

脊髄損傷例では、椎骨の骨折や脱臼をきたしている確率が高い。したがって、この場合は以下の内容についてもコード化する。

3. 椎骨骨折の場合はその部位を入力する。
4. 椎骨脱臼の場合はその部位を入力する。

この3と4については「椎骨の骨折および脱臼のコード化」（P.193）を参照のこと。

例 1

1 症例が T12 レベルで圧迫骨折をきたし入院。同レベルにて脊髄の圧迫損傷、L2 レベルにて不全麻痺を認める。

主診断： S24.12 胸髄の不完全横断損傷
副次診断： S34.72! 腰仙髄損傷の高位、L2
S22.06 胸椎骨折、T11 および T12

急性期－転院例の場合

症例が外傷から脊髄損傷をきたして救急病院に入院し、その直後に他の救急病院に転院した場合には、転院元の病院、転院先の病院の双方が損傷タイプのコードを主診断内容として入力し、さらに脊髄損傷の高位を表わす該当コードを副次診断内容の冒頭に入力する。

例 2

1 症例が重度の脊髄損傷をきたし A 病院に入院。CT 検査より、T7/8 レベルにて脱臼、さらに同一高位で脊髄損傷も認める。神経学的検査では、T8 下位にて不全横断麻痺を証明。当院で病態が安定した後、本例は B 病院に転院となり脊椎固定術を受ける。

A 病院

主診断： S24.12 胸髄の不完全横断損傷
副次診断： S24.75! 胸髄損傷の高位、T8/T9
S23.14 胸椎脱臼、高位：T7/8 および T8/9
医療処置： 3-203 脊柱および脊髄の単純 CT

./.

B 病院

主診断： S24.12 胸髄の不完全横断損傷
 副次診断： S24.75! 胸髄損傷の高位、T8/T9
 S23.14 胸椎脱臼、高位：T7/8 およびT8/9
 医療処置： 5-836.41 脊椎固定術、前方・後方併用、内固定法、2 髄節
 5-835.3 スクリュー・プレートを用いた前方固定による骨接合術

脊髄損傷－慢性期

他疾患の治療目的で入院し対麻痺や四肢麻痺を呈している症例は「慢性期症例」に該当する。この「他疾患」が対麻痺や四肢麻痺と関連性をもつ場合もあるが、相互に関連性が認められない場合もある（尿路感染症等）。

こうした場合は、まず治療対象となった疾患のコードを入力し、続けて以下のカテゴリーのコードを入力する。

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

さらに、顕在化している他疾患があればコード化する。これらの診断コードの入力順序は、主診断の定義に準ずる。

なお、脊髄損傷を表わすコードは急性期症例に限り使用する。したがって、慢性期症例では本コードを入力しない。

例 3

1 症例が尿路感染症治療のため入院。本症に加え、L2 レベルの弛緩性不全対麻痺、不全型馬尾症候群、神経性排尿障害も認める。

主診断： N39.0 尿路感染症、部位不明
 副次診断： G82.08 弛緩性不全対麻痺および弛緩性対麻痺、不全
 G82.66! 脊髄損傷の高位、L2～S1
 G83.41 不全馬尾症候群

注：ICD-10-GM では、「神経性排尿障害」を G83.4-馬尾症候群の「包含」対象としてその内容に含めている。

脊髄損傷のタイプ

脊髄損傷例では、まず脊髄損傷のタイプ（「完全」「不完全」の区別）をコード化する。損傷タイプに関する情報が得られていないのであれば、カテゴリーから「詳細不明」の損傷コードを選んで割り当てる。

S14.1- その他の詳細不明の頸髄損傷
 S24.1- その他の詳細不明の胸髄損傷
 S34.1- その他の詳細不明の腰髄損傷

横断損傷例では、その損傷について「完全」「不完全」のいずれかのコードを S14.1-、S24.1-、または S34.1-の第 5 桁に入力する。

頸髄や胸髄の受傷例で呼吸管理を要した場合は、呼吸管理を表わすコードとして Z99.1 レスピレーターへの依存を追加入力する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1001c 器械的呼吸管理 P.135 を参照）。

脊髄に挫傷または浮腫をきたしているが各種脱落症状を認めなかった場合は、以下のコードのうち 1 つを選んで使用する。

S14.0	頸髄の挫傷および浮腫
S24.0	胸髄の挫傷および浮腫
S34.0	腰髄 [脊髄円錐部] の挫傷および浮腫

例 4

1 症例が、第 4 頸椎骨折および C4/5 レベルの脊髄脱臼、C5 レベルの挫傷に伴う不全横断麻痺をきたし入院。神経学的検査の結果、C5 下位にて不完全横断損傷を認める。

主診断：	S14.13	頸髄におけるその他の不完全横断損傷
副次診断：	S14.75!	頸髄損傷の高位、C5
	S12.22	第 4 頸椎骨折
	S13.14	頸椎脱臼、C4/C5

脊髄損傷の高位

脊髄損傷をきたしたレベルをコード化する場合、以下のコードを副次診断として入力する。なお、本コードは損傷タイプを表わすコードの後に入力する。

S14.7!	頸髄損傷の高位
S24.7!	胸髄損傷の高位
S34.7!	腰仙髄損傷の高位

コードの入力にあたっては、常に以下の順序に従うこと。

- 脊髄損傷のタイプ
- 脊髄損傷の高位
- 骨折または脱臼（該当例）
- 骨折または脱臼に伴う軟組織損傷の程度

損傷高位のコード入力時には、ICD-10-GM の S14.7!、S24.7!、S34.7!に関する注意事項を考慮すること。例えば、S24.7!については以下のように明記されている。

『脊髄損傷の高位』とは、一般に損傷を受けていない脊髄のうち最も下の部位と解釈されている（例えば、脊髄の T4 不完全損傷とは第 4 胸椎より上位の神経機能は問題ないが、それより下位は神経機能が脱落しているを意味する）。

脊髄損傷の高位が正確に特定できない場合は、該当カテゴリー（S14.-頸髄、S24.-胸髄、S34.-腰髄）から「詳細不明」を表わすコード番号を選んで使用する。

例 5

1 症例が、第 4 頸椎骨折および C5 レベルの不完全脊髄損傷をきたし入院。

主診断： S14.13 頸髄におけるその他の不完全横断損傷
副次診断： S14.70! 頸髄損傷の高位、高位不明
S12.22 第 4 頸椎骨折

椎骨の骨折および脱臼のコード化

脊髄損傷例では、常に骨折または脱臼を表わすコードを最初に入力し、次いで脊髄損傷のコードを入力する。

椎骨脱臼例で、転位の生じたレベルのうち一方しか診療録に記載されていない場合（例えば「T5の脱臼」としか記載されていない場合）には、記載されている転位レベルとその直下のレベルを並列させてコード入力し（この場合は“T5/T6”となる）、これによって脱臼の内容を表わすこととする。

例 6

1 症例が、第 2、第 3、第 4 胸椎骨折および T2/3、T3/4 レベルでの脱臼をきたし入院。脊髄の T3 レベルは完全に離断している。神経学的検査より、T3 下位の完全横断損傷と確診。

主診断： S24.11 胸髄の完全横断損傷
副次診断： S24.72! 胸髄損傷の高位、T2/T3
S22.01 胸椎骨折、高位：T1 および T2
S22.02 胸椎骨折、高位：T3 および T4
S23.11 胸椎脱臼、高位：T1/T2 および T2/T3
S23.12 胸椎脱臼：高位：T3/T4 および T4/T5

椎骨脱臼に軟組織損傷が合併した症例については、骨折または脱臼に伴う軟組織損傷の程度を表わすコードを追加入力する。ここでは、まず骨折または脱臼のコードを入力し、次いで骨折や脱臼に伴う軟組織損傷の程度を表わすコード（Sx1.84!～Sx1.89!）を入力する。

程度が“0”の閉鎖性骨折、程度が“0”の軟組織損傷を伴う脱臼（「軽度の軟組織損傷、単純骨折」と表記）、または程度不明の軟組織損傷に限り、追加コード番号は不要である（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1903c 骨折および脱臼 P.213 も参照）

なお、脊髄骨折や脊髄脱臼の多発例では損傷高位ごとにコード化する。

例 7

1 症例が、第 2、第 3、第 4 胸椎の開放性複雑骨折（第 II 度）、T2/T3 と T3/T4 レベルでの脊髄転位、T3 レベルでの脊髄完全離断をきたして入院。神経学的検査より、T3 下位の完全横断損傷と確診。

主診断：	S24.11	胸髄の完全横断損傷
副次診断：	S24.72!	胸髄損傷の高位、T2/T3
	S22.01	胸椎骨折、高位：T1 および T2
	S22.02	胸椎骨折、高位：T3 および T4
	S21.88!	胸郭の開放性骨折または開放性脱臼（第 II 度）
	S23.11	胸椎脱臼、高位：T1/T2 および T2/T3
	S23.12	胸椎脱臼：高位：T3/T4 および T4/T5

1911a 多発性損傷

診断

単発性損傷の場合は、必ず損傷の部位およびタイプをなるべく正確にコード化する。

多発性損傷の場合、コード化すべき損傷部位があまりにも多いために診断コード数がデータ送信の許容上限を超えるような場合に限り、多発性損傷を表わす複合カテゴリー（T00～T07 身体の複数部位に生じた損傷と S00～S99 のコード（第 4 桁に “.7” を入力して多発性損傷であることを示す）を適用しても差し支えない。この場合、重度の損傷を表わす特定コード（部位やタイプに応じた損傷）と複合カテゴリーを使用し、重度の損傷（表層性損傷、開放創、捻挫、裂離等）のアイテム数を少なくしてからコード化する（「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）。

注意事項：ICD-10-GM 診断シソーラスでは、「多発性損傷」または「多発性外傷」のコードとして T07（詳細不明の多発性損傷）を用いるよう勧告している。但し、本コードは診断内容を具体的に表現するものではないので、なるべく使用しないほうがよい。

多発性損傷コードの順序

複数の損傷部位が診療録に詳記されているのであれば、そのうち最も程度の高い受傷内容を主診断内容として選択する。

例 1

1 症例が、限局性脳挫傷、外傷性一側耳切断、20 分の意識喪失のほか、顔面、喉頭、肩の打撲傷、頬と上腕の切創をそれぞれきたし入院。

主診断：	S06.31	限局性脳挫傷
副次診断：	S06.70	頭蓋・脳外傷時の意識喪失、30 分以内
	S08.1	外傷性耳切断
	S01.41	頬の開放創
	S71.1	上腕の開放創
	S00.85	頭部におけるその他の部位に生じた表層性損傷、打撲傷
	S10.0	喉頭の打撲傷
	S40.0	肩および上腕の打撲傷

本例の場合、S09.7 頭部の多発性損傷や T01.8 身体におけるその他の複数部位に生じた開放創のコードは使用しない。というのは、可能な限りコードを個別に入力することになっているからである。

医療処置

多発性損傷例や多発性外傷例に対しケアを施した場合は、実施した医療処置のコードも個別に追加入力する。これに該当する追加コードは以下のとおりである。

5-981	多発性損傷に対するケア
5-982	多発性外傷に対するケア

1912a 急性損傷および陳旧性損傷

急性損傷の場合、ケアを実施するだけでなくそのケアを完全な状態で終了させなければならない。急性損傷の初期治療および継続治療を施した症例については、損傷を表わすコードを（追加的に）主診断として使用する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1914a 熱傷 P.199 熱傷治療の再指示も参照）。

一方、陳旧性損傷の場合、そのケアは既に終了している。「損傷の初期ケア」の範疇では、受傷部位の正常機能の再生は期待できない。したがって、継続治療の実施が不可欠になってくる。

陳旧性損傷のコード化にあたっては、「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」1913a 損傷、中毒、毒性作用、その他の外因の続発症（後遺症）（P.196）の遅発症状に関するガイドラインに準拠する。

1913a 損傷、中毒、毒性作用、その他の外因の続発症（後遺症）

（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D005a 遅発症状 P.14 も参照）

コード化の方法

続発症（後遺症）のコード番号の使用に関し、時間上の一般的制限は設けられていない。続発症（後遺症）は、既に疾患経過の初期段階で認められることもある。脳梗塞の続発症として認められる神経脱落症状等がその好例である。一方、続発症（後遺症）が数年後に出現する例としては、腎結核症既往例の後遺症として出現する慢性腎不全等がある。

疾患の影響のうち、診断記録の中で以下のように記載されている要素については「遅発症状」とみなす。

- 遅発性（～の続発症 [後遺症]）
- 陳旧性
- 続発症（後遺症）
- 既往疾患に起因する
- 既往疾患の後遺症として

遅発症状の原因疾患が既に非活動性であれば、急性期疾患を表わすコード番号は入力しない。この場合は、ICD 分類に記載されている適切な特定コードを用いて続発症（後遺症）のコード番号を入力する。

疾患の続発症（後遺症）をコード化する場合には、以下2つのコード番号が必要になる。

- 現時点で顕在化している遺残症状または続発症（後遺症）そのもののコード番号
- その病態が既往疾患に続発したものであること（「～の続発症 [後遺症]」）を示すコード番号

遺残症状や続発症（後遺症）を表わすコードは最初に入力し、次いで「続発症（後遺症）」のコード番号を入力する。

損傷、中毒、毒性作用、その他の外因の続発症（後遺症）に関する診断コードは、以下のカテゴリーに属する。

- T90.- 頭部損傷の続発症（後遺症）
- T91.- 頸部損傷および躯幹損傷の続発症（後遺症）
- T92.- 上肢損傷の続発症（後遺症）
- T93.- 下肢損傷の続発症（後遺症）
- T94.- 身体における多発性損傷または部位不明の損傷の続発症（後遺症）
- T95.- 熱傷、腐蝕性損傷、凍傷の続発症（後遺症）
- T96.- 薬剤、麻薬、生物活性物質に起因する中毒の続発症（後遺症）
- T97.- 薬剤以外を主用途とする物質の毒性作用の続発症（後遺症）
- T98.- その他の外因性作用の続発症（後遺症）、詳細不明

例 1

橈骨骨折の 1 例。本骨折は完全治癒したものの整復不良であることが判明し、その治療のため入院となる。

主診断： M84.03 骨折治癒にて判明した整復不良、前腕部

副次診断： T92.1 腕骨折の続発症（後遺症）

例えば手指に腱裂傷をきたして入院し、その 2 週間後に腱手術を受けた症例ならば、「続発症（後遺症）」のコードは入力しない。というのは、腱裂傷に対する加療は継続されているからである。

損傷例を対象とした内固定用金属プレートの除去や他の追加治療（整形外科用釘の除去等）は、損傷の続発症（後遺症）の治療と区別する（例 1 を参照）。この場合は、まず損傷そのものの該当コードを主診断として入力する。次いで、第 XXI 章の該当コード（Z47.0 金属プレートまたは他の内固定用具の除去等）を選んで副次診断として入力し、さらに適切な医療処置コードを加える。この副次診断コードは、医療処置コードと共に追加治療の必要性を示している（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」D002c 主診断の「複数回手術が計画された場合」P.9 を参照）。

例 2

橈骨遠位端骨折（尺骨頭部脱臼を伴う）をきたし金属プレートでケアを受けた 1 例が、骨折発生の 1 年後にこれを除去するため入院。

主診断： S52.31 尺骨頭部脱臼を伴う橈骨骨幹部遠位端骨折

副次診断： Z47.0 金属プレートまたは他の内固定用具の除去

医療処置： 5-787.35 骨接合材料の除去、プレート、橈骨骨幹

1914a 熱傷

コード化の方法

日焼けの場合は、第 XII 章（表皮および真皮の疾患）のコードを使用する。

L55.0 急性日光皮膚炎（第 1 度）

L55.1 急性日光皮膚炎（第 2 度）

L55.2 急性日光皮膚炎（第 3 度）

その他の熱傷については、T20～T31（熱傷または腐蝕性損傷）から該当コードを選んで入力する。

コードの順序

熱傷の程度が最も高い部位から順にコード化していく。すなわち、第 3 度熱傷部位のコードは第 2 度熱傷部位のコードよりも前に入力することになる。これは、第 3 度熱傷面積よりも第 2 度熱傷面積のほうが広い場合であっても同様である。

なお、部位が同一でも程度の異なる熱傷については、程度が高いほうのコードを選んで入力する。

例 1

踝部に第2度と第3度の熱傷をきたした症例については、以下のようにコード化する。

主診断： T25.3 踝部および足部の熱傷（第3度）

植皮を要する熱傷部位のコードは、植皮が不要な熱傷部位のコードよりも先行させる。

また、熱傷が複数部位に散在し、そのいずれも程度が同一である場合は、体表熱傷面積が最も大きい部位から順にコード化していく。比較的広範囲に及んだ熱傷については、なるべく部位ごとにコードを入力すること。

例 2

腹壁および会陰部に第2度熱傷を受けた症例の場合は、以下のようにコード化する。

主診断： T21.23 躯幹の熱傷（第2度）、腹壁

副次診断： T21.25 躯幹の熱傷（第2度）、外性器

熱傷入院例に関するコード化を行う際、診断コード数がデータ送信の許容上限を超えるような場合には、多発性損傷を表わすコード（T29.-体表の複数部位に生じた熱傷または腐蝕性損傷のT29.0～T29.3）を適用して差し支えない。第3度熱傷の場合は、内容が細分化されたコードを常用する。多重コード入力、第2度熱傷をコード化する場合に要時行う。

体表熱傷面積

熱傷例のコード化に際しては、以下のカテゴリーのコードを追加する。

T31.-! 熱傷、体表受傷面積に応じて分類されるもの

本カテゴリーは、体表熱傷面積のパーセンテージを示すうえで必要である。

第4桁には、1症例の体表熱傷部位の総面積（パーセント）を入力する。

以下のいずれかの場合には、第5桁に“0”を表示する。

- － 第3度で、体表熱傷面積が10%以下（但しこの場合、程度はもはや第3度とは言えない。）
- － 第3度で、体表熱傷面積が不明

カテゴリーT31.-!のコードは、受傷部位を表わす最終コードのさらに後に1回のみ入力する。

吸入性熱傷

吸入性熱傷の部位に応じて、以下からコードを選んで入力する。

T27.0 喉頭および気管の熱傷
T27.1 肺への影響を伴う喉頭および気管の熱傷
T27.2 気道におけるその他の部位の熱傷
T27.3 気道の熱傷、部位不明

T31.-! 熱傷、体表受傷面積に応じて分類されるもの

本コードは、体表熱傷部位のコードを追加する場合に限り使用し、程度が最も高い部位のコードから順に入力する。

熱傷部位への包帯装着

熱傷部位への包帯装着をコード化する場合、本処置を複数回行った場合であっても1回の入院ごとに該当コードを1回のみ入力する。コードは以下のカテゴリーから選択する（「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 も参照）。

8-191 広範囲かつ重症の皮膚罹患部位への包帯装着

熱傷治療の再指示

後日、熱傷部位の植皮やデブリドマンの指示が出された場合は、熱傷を表わすカテゴリーの該当コードを主診断として入力する。但し、合併症や遅発症状の治療指示が出されている場合はこの限りではない。この場合は、合併症や続発症（後遺症）（瘢痕拘縮等）を主診断内容としてコード化する。

1915c 成人・小児への性的暴力および虐待

コード化の方法

性的暴力に起因する症例では、その症例が受けた損傷や精神障害をコード化する。

以下のカテゴリーのコードは、その損傷や精神障害の原因に該当するため、ここでは使用しないこと。

T74.- 個人に対する性的暴力

なお、代理ミュンヒハウゼン症候群の症例をコード化する場合も以上の方法に従う。

1916a 薬剤、麻薬、生物活性物質に起因する中毒

薬物や麻薬を誤って服用した場合、不適切に取り扱った場合、自殺や殺人の目的で使用した場合のほか、処方薬を自己判断の用量で服用して副作用を引き起こした場合等に起因する患者には、「薬剤または麻薬に起因する中毒」との診断がつく。

中毒は以下のカテゴリーに分類される。

T36～T50 薬剤、麻薬および生物活性物質に起因する中毒

T51～T65 薬剤以外を主用途とする物質の毒性作用

上記のコードにより、中毒を惹起した作用物質のタイプが表わされる。

なお、自殺企図（X84.9!）のコードは使用しない。

中毒を表わすコードだけでなく、临床上重大な症状（昏睡、不整脈等）のコードを追加入力する場合もある。

インスリン過量投与の場合は本規則の特例とする。この場合は、まずカテゴリーE10～E14 のコード（第4桁“.0” 昏睡を伴う糖尿病）を入力し、次いで中毒を表わすコード（T38.3「インスリンお

よび経口血糖降下薬〔抗生物質〕に起因する中毒〕を副次診断として入力する（「コード化に関するガイドライン・ドイツ版」0401b 糖尿病 P.89 を参照）。

例 1

1 症例がコデイン過量服用から昏睡をきたし入院。

主診断： T40.2 麻酔剤および精神異常発動薬〔幻覚誘発薬〕に起因する中毒、その他のオピオイド

副次診断： R40.2 昏睡、詳細不明

1917a 薬剤の副作用（処方に従って使用した場合）

適応症が明示された薬剤を処方どおりに服用していながら、これによって何らかの副作用をきたした症例については、以下のようにコード化する。

副作用として顕在化している病態を表わす 1 つまたは複数のコードを入力し、さらにオプションで以下のコードを補完する。

Y57.9! 薬剤または麻薬に起因する合併症

例 1

アセチルサリチル酸製剤を処方どおりに服用した 1 症例が、急性出血性胃炎をきたし入院。胃炎を惹起した他の原因は見当たらない。

主診断： K29.0 急性出血性胃炎

副次診断 Y57.9! 薬剤または麻薬に起因する合併症
(オプション) :

例 2

抗ヒスタミン薬とバルビツール系薬剤（いずれも処方薬）を併用した 1 症例が、昏睡をきたし入院。

主診断： R40.2 昏睡、詳細不明

副次診断 Y57.9! 薬剤または麻薬に起因する合併症
(オプション) :

1918a 複数物質の併用に起因する副作用または中毒（処方に従わずに使用した場合）

薬剤とアルコールとの併用に起因する中毒

薬剤とアルコールを併用して副作用をきたした症例については、「両（作用）物質に起因する中毒」としてコード化する。

例 1

1 症例が高度の呼吸中枢機能低下をきたし入院。本事象は、バルビツール系薬剤をアルコールと併用した本例の不注意によるものである。

主診断： T42.3 抗てんかん薬、鎮静薬、催眠薬、パーキンソン病治療薬に起因する中毒、バルビツール系薬剤によるもの

副次診断： G93.8 詳細が明示されたその他の脳疾患

T51.0 アルコールの毒性作用、エタノールによるもの

(オプション)： X49.9! 不注意による中毒

処方薬と非処方薬との併用に起因する中毒

処方薬と非処方薬との併用から副作用をきたした症例については、「両（作用）物質に起因する中毒」としてコード化する。

例 2

1 症例が吐血をきたし入院。この原因は、本例の不注意からクマリン系薬剤（処方薬）とアセチルサリチル酸製剤（非処方薬）を併用したことにある。

主診断： T39.0 サリチル酸製剤に起因する中毒

副次診断： K92.0 吐血

T45.5 主に全身血液に作用する薬剤に起因する中毒、他に分類されないもの、抗凝血剤によるもの

(オプション)： X49.9! 不注意による中毒

1919a 手術および他の医療処置に伴う合併症

T80～T88 手術および他の医療処置に伴う合併症、他に分類されないもの

本カテゴリーは ICD-10-GM の第 XIX 章に含まれており、手術や他の医療処置との関連性をもつ特定の合併症（術創感染症、体内挿入物の物理的合併症、ショック等）をコード化するために使用する。

いずれのカテゴリーも、ICD-10-GM の他章に特定コードが存在しない場合に限り使用する。

ICD-10-GM における他章の大半には、特定の医療処置や臓器摘出に続発する病態（乳房切除術後のリンパ浮腫、放射線治療後の甲状腺機能低下症等）を表わすカテゴリーが包含されている。また、T80～T88 の「除外」対象として列記されている出現頻度の高い合併症は、いずれも他章に分類されている。グループやカテゴリーの冒頭に記載されている「除外」だけでなく、各種サブカテゴリーの下に記載されている「除外」にも目を通すべきである。