

(16)・(17) 発症前 Rankin Scale・退院時 modified Rankin Scale

(入院の契機となった傷病名が010020, 010040～010070に定義される場合入力)

入院の契機となった傷病名が010020（くも膜下出血、破裂脳動脈瘤）、010040（非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外））～010070（脳血管障害（その他））に該当する場合に入力する。疑い傷病名の場合も入力を行う。

発症前RankinScaleは発症前おおむね1週間のADLを病歴等から推定し、その上で“0”～“5”までの値を入力すること。親様式、子様式は同じ値を入力する。

退院時modifiedRankinScaleは“0”～“6”までの値を入力し、転棟する場合は転棟時の値を入力する。また、不明の場合はいずれも“9”を入力する。

値	Rankin Scale	参考にするべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がとみにない状態である
1	症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしで行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助を必要とするが、通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助を必要とする状態である
6	死亡	※退院時のみ選択可

(18) 脳卒中の発症時期（医療資源を最も投入した傷病名が010020, 010040～010070に定義される場合入力）

医療資源を最も投入した傷病名が010020（くも膜下出血、破裂脳動脈瘤）、010040（非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外））～010070（脳血管障害（その他））に該当する場合は入力する。

“1”～“4”までの値を入力する。

値	区 分
1	発症3日以内
2	発症4日以降7日以内
3	発症8日以降
4	無症候性（発症日なし）

Q&A

Q：複数の脳卒中を発症している場合、どのように入力すればよいか。

A：今回の入院契機となったものについて入力する。

(19) Hugh-Jones分類（医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に定義される場合入力）

医療資源を最も投入した傷病名がMDC04の患者について入力する。6歳未満の小児で分類不能の場合は入力不要。

“1”～“5”までの値を入力する。

値	分類	所 見
1	I	同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段昇降も健康者並みにできる。
2	II	同年齢の健康者と同様に歩行できるが、坂道・階段は健康者並みにはできない。
3	III	平地でも健康者並みに歩けないが、自分のペースなら1マイル(1.6km)以上歩ける。
4	IV	休み休みでなければ50m以上歩けない。
5	V	会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない。

Q&A

Q：寝たきりで分類不能な場合はどのようにするのか。

A：分類不能の場合は“0”と入力しておく。

Q&A

Q：症状が一番悪い時点でよいのか。

A：よい。各親、子様式1のそれぞれの期間内で一番悪い状態を評価する。

(20) 心不全のNYHA心機能分類（主傷病、医療資源を最も投入した傷病、2番目に投入した傷病のいずれかが心不全関連ICD10の場合入力）

主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名のいずれかが心不全に係るICD10を入力した場合に入力する。

入院時又は心不全が発症した時点で、下表の分類にそって値を入力する。心不全が1入院中に複数回生じた場合には、その中で最も重症な場合を入力する。

値	分類	所 見
1	I	身体活動に制限のない心疾患患者（心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常の身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状はきたさない。）
2	II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。（心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
3	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。（心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
4	IV	身体活動を制限し安静にしていっても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。（心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。）

Q&A

Q：分類不能な場合はどのようにするのか。

A：分類不能の場合は“0”と入力しておく。

(21) 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類

（医療資源を最も投入した傷病名が050050に定義される場合入力）

狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）の場合に、入院時のCCS分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所 見
1	Class I	日常身体活動では狭心症が起こらないもの。たとえば歩行、階段を登るなど。しかし、激しいか、急激な長時間にわたる仕事やレクリエーションでは狭心症が起こる。
2	Class II	日常生活にわずかな制限のあるもの。早足歩行や急いで階段を昇る、坂道を上る、食後や寒冷時、風が吹いているとき、感情的にストレスを受けたとき、または起床後数時間以内に歩いたり階段を昇ったときに狭心症が起こるもの。
3	Class III	日常生活に明らかに制限のあるもの。1～2ブロック（50～100m）の平地歩行や自分のペースで階段を昇っても狭心症が起こるもの。
4	Class IV	不快感なしに日常生活ができず、安静時にも狭心症状があるもの。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。

A：分類不能の場合は“0”と入力しておく。

Q&A

Q：狭心症の症状がなければ入力しなくてよいのか。

A：“9”と入力しておく。

(22) 急性心筋梗塞（050030, 050040）における入院時の重症度：Killip分類

（医療資源を最も投入した傷病名が050030, 050040に定義される場合入力）

急性心筋梗塞（050030, 050040）に該当する患者について、入院時のKillip分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所 見
1	Class1	心不全の兆候なし
2	Class2	軽症～中等症の心不全(肺ラ音, 3音, 静脈圧上昇)
3	Class3	重症心不全, 肺水腫
4	Class4	心原性ショック (収縮期血圧<90mmHg, 末梢循環不全 (乏尿, チアノーゼ, 発汗))

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。

A：分類不能の場合は“0”と入力しておく。

(23) 肺炎の重症度分類(15歳以上、医療資源を最も投入した傷病名が040070, 040080に定義される場合入力)

15歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が040070（インフルエンザ、ウイルス性肺炎）、040080（肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎）に該当する場合に入力する。基本的に入院時の状態を評価するが、入院中に発症した場合は発症時の状態を評価する。

入力する値は、次の各分類について、下記の入力方法に則って入力する。但し、「1. 男性 70 歳以上、女性 75 歳以上」の年齢は2(2) (3)と重複するデータであるため、入力しない。

＜入力項目＞

1. 男性 70 歳以上、女性 75 歳以上
2. BUN 21 mg/dL 以上または脱水あり
3. SpO₂ 90%以下 (PaO₂ 60Torr 以下)
4. 意識障害※
5. 血圧 (収縮期) 90 mmHg 以下
6. 免疫不全状態
7. 肺炎重症度規定因子
8. 院内肺炎又は市中肺炎

＜入力方法＞

1 0 0 0 1 0 3

2. BUN 21 mg/dL以上または脱水あり

“0”：該当しない

“1”：該当する

3. SpO₂について

“0”：SpO₂>90%(room air)

“1”：SpO₂≤90%(room air)、SpO₂>90%を維持するのにFiO₂ 35%は要さない

“2”：SpO₂≤90%(room air)、SpO₂>90%を維持するのにFiO₂>=35%を要する

※“1”、“2”が判断つかない場合は“1”を入力。

8. 院内肺炎、市中肺炎

“3”：院内肺炎

“5”：市中肺炎

7. 肺炎重症度規定因子

“0”：なし

“1”：CRP>=20mg/dl 又は胸部X線写真陰影のひろがりが一側肺の2/3以上

6. 免疫不全状態

“0”：なし

“1”：悪性腫瘍あり 又は 免疫不全状態あり

4. 意識障害※

“0”：該当しない

“1”：該当する

5. 血圧 (収縮期) 90 mmHg以下

“0”：該当しない

“1”：該当する

例えば、BUN が 25mg/dl = “1”、SpO₂=93% = “0”、意識障害なし = “0”、血圧 (収縮期) = 120mmHg = “0”、免疫不全状態あり = “1”、肺炎重症度規定因子なし = “0”、院内肺炎 = “3”の場合は、“1000103”と入力する。

※意識障害；本邦では3-3-9度方式（Japan coma scale）が用いられている。これに該当する場合は意識障害ありと判断するが、高齢者などではI 1～3程度の意識レベルは認知症などで日頃から存在する場合がある。したがって、肺炎に由来する意識障害であることを検討する必要がある。

※“9”は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

(24) 肝硬変のChild-Pugh分類（4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される場合入力）

4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に該当する場合に入力する。入院時又は肝硬変が発症した時点での下表の分類にそって各分類の値を決め、そのScoreを連ねて入力する。060300に該当する傷病の内、肝硬変以外の疾患の場合は全て“0”を入力する。

Bil=1, Alb=2, 腹水=1, 脳症=3, PT=2の場合は“12132”と入力する。

Score	1	2	3
Bil (mg/dl)	<2	2-3	3<
Alb (g/dl)	3.5<	2.8-3.5	<2.8
腹水	なし	少量	中等量
脳症	なし	軽症	ときどき昏睡
PT (%)	70<	40-70	<40

Q&A

Q：いつの時点のものを入力するのか。入院時点か。

A：親・子様式1それぞれの該当期間内における最も悪い時点の状態を入力する。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。

A：分類不能な項目は“0”と入力しておく。