

C-3. 死亡診断書の精度に影響する要因の分析

C-3-1. 精度に影響を及ぼした各要因の例

影響を及ぼす要因を、(1) 病原体記載なし、(2) 細胞型記載なし、(3) 良性悪性記載なし、(4) 部位記載なし、(5) 部位不正確さ、(6) その他の病状の記載なし、(7) 死亡診断書と退院時要約の内容に相違あり、(8) 原疾患記載なし、(9) 記載法不適切、(10) 救急心肺停止の扱い、(11) 外因を無視、に分けた。

以下に、傷病名の細かさや詳しさに関する要因の頻度と、いくつかの具体例を挙げる。なお、具体例には死因分類表で一致している症例も含んでいるが、症例番号の*は死因分類表で不一致となる例である。

① 病原体記載なし

不一致例 179 件中に 40 件にみられたが、一致例の中にも認められた。死因分類表で不一致となった最大要因となったものは 4 件であった。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1	肺炎	J18.9	ブドウ球菌性肺炎	J15.2
2	肺炎	J18.9	肺炎球菌性肺炎	J13
3*	肺炎	J18.9	サイトメガロウィルス肺炎	B25.0
4*	髄膜炎	G03.9	髄膜炎菌性髄膜炎	A39.0
5*	肝硬変	K74.6	C型肝硬変	B18.2

② 細胞型記載なし

不一致例 179 件中に 4 件に認められ、すべて新生物であった。そのうち不一致の最大要因となったものは 2 件であった。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1	悪性リンパ腫	C85.9	びまん性大細胞型リンパ腫	C83.3
2*	悪性リンパ腫	C85.9	成人T細胞性白血病	C91.5
3	骨髄異形成症候群	D46.9	芽球過剰不応性貧血	D46.2

③ 良性悪性記載なし

すべて新生物であり、不一致例 179 件中 10 件認めた。一致例にも 2 件あり、退院時要約にも良性悪性の記載がなかったものである。不一致の最大要因となったものは 9 件であり、全例が悪性であるのにその旨が明記されていないものであった。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	肝腫瘍	D37.6	肝の悪性リンパ腫	C85.9
2*	脳腫瘍	D43.2	側頭葉悪性腫瘍	C71.2
3*	膝腫瘍	D37.7	膝頭部癌	C25.0
4*	上顎腫瘍	D48.0	上顎洞癌	C31.0

④ 部位記載なし

死因分類表で一致したのもでも 415 件に認められ、粒度不足の最大の原因であった。死因分類表不一致例 179 件の中に 10 件に認められたが、不一致の最大要因となったものは皆無であった。件数の割に原死因統計に影響が少ないのが特徴といえる。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1	胃癌	C16.9	前庭部胃癌	C16.3
2	肺癌	C34.9	上葉肺癌	C34.1
3	乳癌	C50.9	上内側 4 分の 1 乳癌	C50.2
4	脳内出血	I61.9	大脳皮質下出血	I61.0
5	急性心筋梗塞	I21.9	前壁貫壁性心筋梗塞	I21.0
6	弁膜症	I38	僧帽弁閉鎖不全症	I34.0

⑤ 部位不正確さ

不一致例 179 件中 11 件に認められ、すべてが不一致の最大要因となっていた。新生物に多いが循環器系疾患にもみられた。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	大腸癌	C18.9	直腸癌	C20
2*	胆管癌	C24.0	肝内胆管癌	C22.1
3	下咽頭癌	C13.9	梨状窩部癌	C12
4*	僧帽弁閉鎖不全症	I34.0	僧帽弁大動脈弁閉鎖不全症	I08.0

⑥その他の詳細な記載なし

不一致例 179 件中 34 件に認められた。脳血管障害、糖尿病や肺炎に多い。そのうち不一致の最大要因となったものは 28 件あった。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1	脳梗塞	I63.9	脳動脈血栓症	I63.3
2	糖尿病	E14.9	2型糖尿病性腎不全	E11.2
3*	肝硬変	K74.6	アルコール性肝硬変	K70.3
4*	肺炎	J18.9	嚥下性肺炎	J69.0
5	転倒	W19.0	平面での転倒	W18.0

⑦死亡診断書と退院時要約の内容との間に相違あり

死亡診断書に記された傷病が退院時要約のどこにもみられない、臨床経過と死亡診断書の記載に整合性がない、などの症例である。不一致例 179 件中 39 件にみられ、不一致の最大要因となったものも 36 件に上った。ただし、退院時要約が杜撰である可能性もある。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	脳出血	I61.9	くも膜下出血	I60.9
2*	心房細動	I48	脳梗塞	I63.9
3*	肺水腫	J81	肺炎	J18.9
4*	骨髄異形成症候群	D46.9	急性骨髄性白血病	C92.0
5*	アルコール性肝硬変	K70.3	肝細胞癌	C22.0

⑧死亡診断書に原死因となった傷病名の記載なし

直接死因や重大な併発症のみ記載され、それを引き起こした傷病名が診断書に記載されていなかったものである。不一致例 179 件中 49 件が該当し、最多の要因であると共に、不一致の最大要因となったものも 46 件で、最も多かった。具体例を次に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	うっ血性心不全	I50.0	連合弁膜症	I08.9
2*	脳塞栓	I63.4	心房細動	I48
3*	カンジダ性敗血症	B37.7	急性胆管炎	K81.0
4*	汎血管内凝固	D65	急性腸炎	A09
5*	肺炎	J18.9	パーキンソン病	G20
6*	嚥下性肺炎	J69.0	脳梗塞後遺症	I69.3
7*	多臓器不全	R68.8	喘息重症	J46

⑨記載法不適切

原死因となる傷病名が死亡診断書のⅡ欄に記載され、原死因決定ルールで採択されない、Ⅰ欄に複数の病名が記載されているなどが該当する。179 件中 40 件に認められ、29 件は不一致の最大要因となっていた。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	肺炎	J18.9	急性穿孔性急性十二指腸潰瘍	K26.1
2*	腹膜炎	K65.9	糖尿病	E14.9
3*	汎血管内凝固	D65	麻痺性イレウス	K56.0
4*	縦隔炎	J98.5	解離性大動脈瘤	I71.0
5*	うっ血性心不全	I50.0	2型糖尿病性壊疽	E11.5

⑩救急心肺停止例の扱い

退院時要約の記載によれば、心肺停止で搬入されたり、発見されたりした症例である。不一致例 179 件中 10 件あり、9 件が不一致の最大要因となっていた。蘇生後時間がたつと、その後の状態や併発症のみが死亡診断書に記載されている。具体例を以下に示す。

症例	死亡診断書に基づく原死因	ICD-10	退院時要約に基づく原死因	ICD-10
1*	急性心不全	I50.9	蘇生した心停止	I46.0
2*	肥大型心筋症	I42.2	詳細不明の心停止	I46.9
3*	肺炎	J18.9	蘇生した心停止	I46.0
4*	低酸素脳症	G93.1	蘇生した心停止	I46.0
5*	急性心筋梗塞	I21.9	蘇生した心停止	I46.0

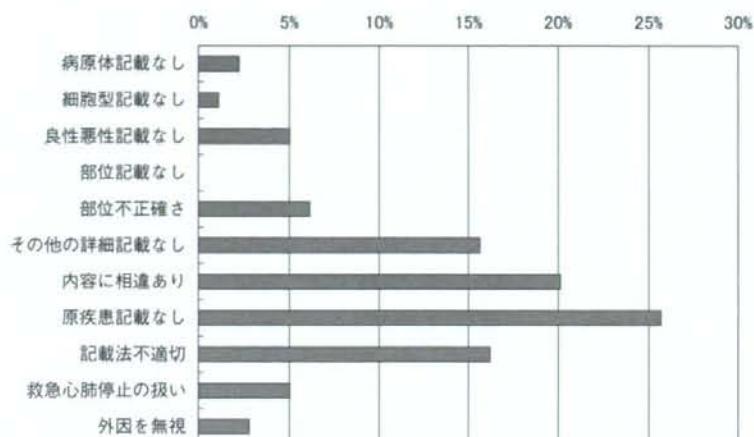


図 13. 死因分類表不一致となった最も大きな要因

死因分類表で一致しなかった理由として最も影響のあった要因別に、不一致例全体に占める割合を示す。

C-3-3. 主たる疾患群別に見た要因の分布

分析対象とした死亡例 1309 件のうち、数の多かった新生物、循環器系疾患及び呼吸器系疾患について、それぞれの要因の出現頻度を調べた。

①新生物

退院時要約に基づく原死因が「新生物」である例では、問題なしが 43%、部位記載なしが 46%、細胞型記載なしが 7%にみられた（図 14）。

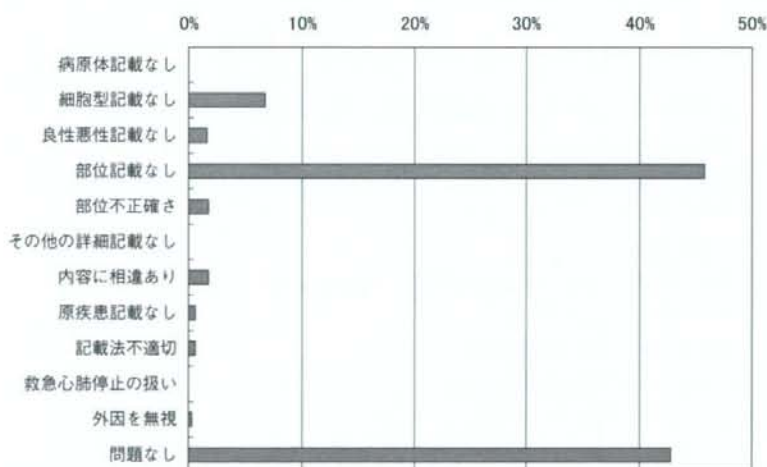


図 14. 新生物による死亡とされた症例の、死亡診断書にみられた問題

死亡診断書で新生物が原死因とされた症例の診断書について、各要因を持つ症例の数を調べた。図はそれぞれの要因を持つものを、全新生物死亡 669 件に対する割合で示す。

②循環器系疾患

死亡診断書による原死因が「循環器疾患」に分類されるものでは、問題なしが34%、部位記載なしが41%、原疾患記載なしが8%、内容に相違ありが6%、記載法不適切及びその他の状況記載なしが各5%に認められた（図15）。

③呼吸器系疾患

死亡診断書による原死因が「呼吸器疾患」となる症例では、問題なしが15%しかなく、病原体記載なしが46%、その他の病状記載なしが31%、原疾患記載なし及び記載法不適切が各14%、内容に相違ありが6%であった（図16）。

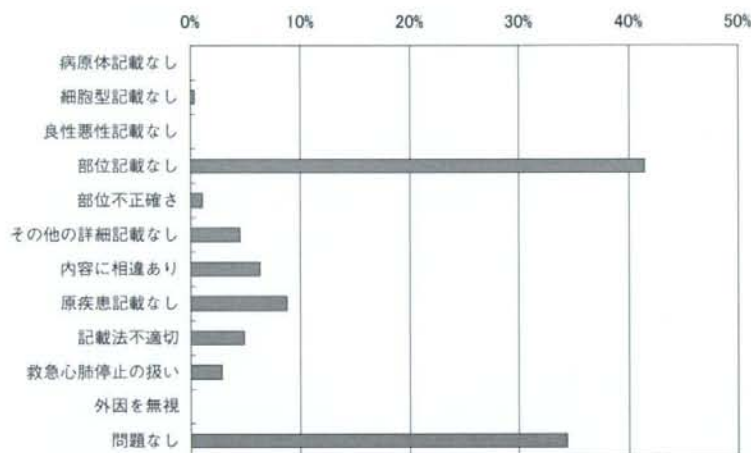


図15. 循環器系疾患による死亡とされた症例の、死亡診断書にみられた問題

死亡診断書で循環器系疾患が原死因とされた症例の診断書について、各要因を持つ症例の数を調べた。図はそれぞれの要因を持つものを、全循環器疾患死亡285件に対する割合で示す。

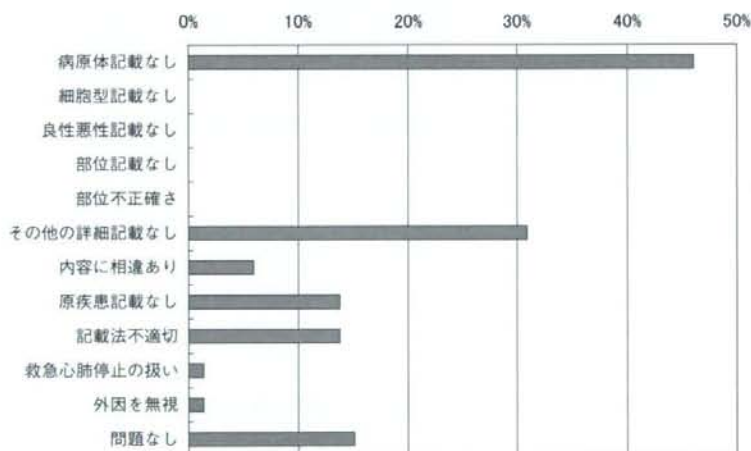


図16. 呼吸器系疾患による死亡とされた症例の、死亡診断書にみられた問題

死亡診断書で呼吸器系疾患が原死因とされた症例の診断書について、各要因を持つ症例の数を調べた。図はそれぞれの要因を持つものを、全呼吸器疾患死亡152件に対する割合で示す。

< ICD の改訂に向けた我が国の意見集約に関する研究 >

1) WHO の動向について

WHO では今回の改訂のための検討組織を新たに設置した (別紙 1 参照)。

しかし、改訂に着手した 2007 年 4 月以降、この検討組織の拡充が順調にいったとは必ずしも言えず、例えば、産婦人科領域等、分野別専門部会の設置の必要性が作業開始当初から指摘されているが、未だ実現に至っていない。

また、最終的な完成時期は変更していないものの、草案の作成時期等については、作業開始当時のスケジュールからすると、既に 1~2 年後ろ倒しになっていることから、改訂作業が予定よりも滞っていることが伺える。

分野別専門部会の内科分野については、チェアとして自治医科大学の菅野健太郎教授が就任し、我が国として WHO に全面的に協力しているが、この内科 TAG ですら WHO は、現時点ではまだ、ワーキンググループの設置に向け、国際的に人員を確保している段階であり、全体的な改訂動向と同様に、まだまだ機能しているとは言い難い。

現時点での WHO の暫定スケジュールによれば、2007 年 4 月に正式に作業開始し、2010 年には ICD-11 に向けた草案の α 版を公開するとしているが、この α 版は、二つの草案の一つで、WHO-FIC ネットワークメンバーや専門家向けの草案であり、他の草案である β 版は、データに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案である。つまり、科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうかについても検証するとされる。

2011 年には ICD-11 α 版を基に協議し、ICD-11 β 版を公開し、フィールド・テストを開始し、2012 年にはフィールド・テストによるデータ収集する。2013 年には一般レビュー

用の α 版と β 版の最終版を公開し、2014 年には調査の実施する、そして、2014 年には世界保健機関総会へ提出し、承認を得る。2015 年以降は ICD-11 使用勧告し、各国が状況に応じて順次導入するとされる (別紙 2 参照)。

2) 国内説明会・検討会の実施について

ICD 専門委員と国際 WG 協力員を中心に、関係者間の認識共有と、今後の対応についての詳細な検討を行うため、説明会及び検討会を行った。

内科 TAG の国内検討会においては、ICD のどの項目に対応していくのか、また、国内でどの学会が対応していけるのかを検討し、我が国の内科関係者としての見解をおよそまとめたところである。

今後は菅野教授を中心に、WHO の内科 TAG として、実際どの ICD 項目を担当していくのか、最終的にすりあわせを行っていくこととなる。

これまでに行われた国内内科 TAG 検討会は、昨年 7 月 31 日、9 月 31 日、11 月 26 日、20 年 1 月 18 日の計 4 回で、次回は 3 月 14 日に予定されている。

また、昨年 10 月 5 日には国際 WG 協力員説明会、11 月 12 日にはオントロジー勉強会を行った。(別紙 2 参照)

3) ICD-11 に向けた取り組みに際しての背景と意識分析

ICD-11 に向けた取り組みについて、我が国では各人、各組織に於ける背景と意識は様々である。そこで今後、意見を集約していく際には、それらを理解し、進めていく必要があることから、以下の整理と分析を行った。

① 医療の質の向上への貢献

医療の質の向上についての主な意見につい

て、およそ以下3点に整理分析された。

- i 統計的に活用できる診療情報の質の向上と実現性
- ii 複合的な傷病情報等の適切な把握
- iii 他分類との整合性確保

i 統計的に活用できる診療情報の質の向上と実現性

傷病名等診療情報のハード面での整備は、昨今急速に進展してきている。こうした情報をデータベース化し、統計的に活用できる情報としていくには、ICDによる情報を分類整理していく必要がある。また、情報の質は、元々インプットされている情報そのものの質にもよるが、分類の質によることも大きい。そのためICDの質の向上により、最終的に活用していく診療情報の質の向上を実現したいとの意識は高い。

ii 複合的な傷病情報等の適切な把握

感染症等の急性期疾患が主であった時代から、慢性疾患をベースとして関連疾患が発生する疾患モデルにシフトしてきたため、情報を適切に把握できる分類に改善することを望む意識は高い。特にICDが死亡統計での利用に端を発したため、1つの原死因に絞り込むことが主であったことから、こうした疾病統計上の課題となる部分への対応が未成熟であるとの見方、また、多発外傷など、同時期に複合的に発症している疾患の把握も重要な課題との意見がある。

iii 他分類との整合性確保

ICDのみで全ての診療情報を分類できるものではないことから、重症度分類やより詳細な分類、臨床上用いる分類等と組み合わせながら、ICDを活用していくことが想定されている。ICD-10が、臨床現場での分類と解離しているという点で、連携を図ることができるよ

う、ICD改訂に取り組み、整合性の確保を図っていくべきとの意見があった。

② 診断群分類包括評価（DPC）への応用

DPCによる診療報酬制度において、既にICD-10が活用されている。現時点で厚生労働省は、ICD-11のDPCへの応用を明言してはいないものの、その可能性を否定してもいない。恐らくICD-11が我が国に適応された暁には、ICD-11の質がどうであるかを十分に勘案しつつ、DPCへの応用の是非について議論がなされると推察される。

DPCに対応する際、ICDが原因で正しく診断群が分類されていないという問題意識から、より適切なICDの実現を望む声は強かった。

まさにICDが死亡統計上の分類としてはともかく、傷病統計上の分類としては、不備が多いという評価が当てはまる。

現在のところ、関係者間の動向は、診療報酬制度に絡むが故の利害意識からでなく、正しい評価を実現して、医療の質の向上に貢献したいという意識である。

4) 適切な改訂実現のための方策について

ICD-11改訂に向けた方策としては様々な意見が出されている。主なものについて、およそ以下3点に整理分析された。

① 医学的な見地からの改訂について

医学の発展に伴い、ICDの分類に問題が生じている点を改善することについては、従前のICD改訂と同義であり、エビデンスをもって理論構築し、対応していく必要がある。

しかし、医学的・解剖学的には一概に誤りとはいえないものの、診療上の観点からは適切でない分類項目をどのように整理していくかは、1つの大きな課題であり、意見の集約化は困難である。

② 分類の粒度について

‘更に細分化すべき’ ‘上位概念までで整理すべき’ との2つの意見がある。

前者のメリットは、よりきめ細やかなデータを確保できる点にあり、必要に応じて、得られたデータを基にして、異なる上位概念に組み直すことも可能である。しかしデメリットとして、分類が細分化されていても、インプットされる情報が、細分化に見合うものでなければ、むしろ情報の精度が落ちてしまうことや、どのような視点から分類していくかによって、詳細な分類項目の内容が異なってくるため、詳細であることと、汎用性が高いということは同義とならず、かえって使いづらい分類となる危険性もある。

後者のメリットには、ICDの利用目的が違っても、比較的合意できる上位概念で分類を留めておき、あとは利用者が目的とする用途に応じて分類を詳細化していくことで、ICDの多目的応用をより実現できることが挙げられる。また、シンプルな分類にしておくことで、診療情報を電子的に取り扱うインフラ整備が遅れている国や分野において活用する場合に、比較的活用しやすいというメリットもある。

デメリットとしては、ICD分類の情報では、目的によって情報量が少なくなり、活用価値が低くなる一方で、標準化されていない詳細分類が乱立し、比較がむしろ後退する可能性もある点である。

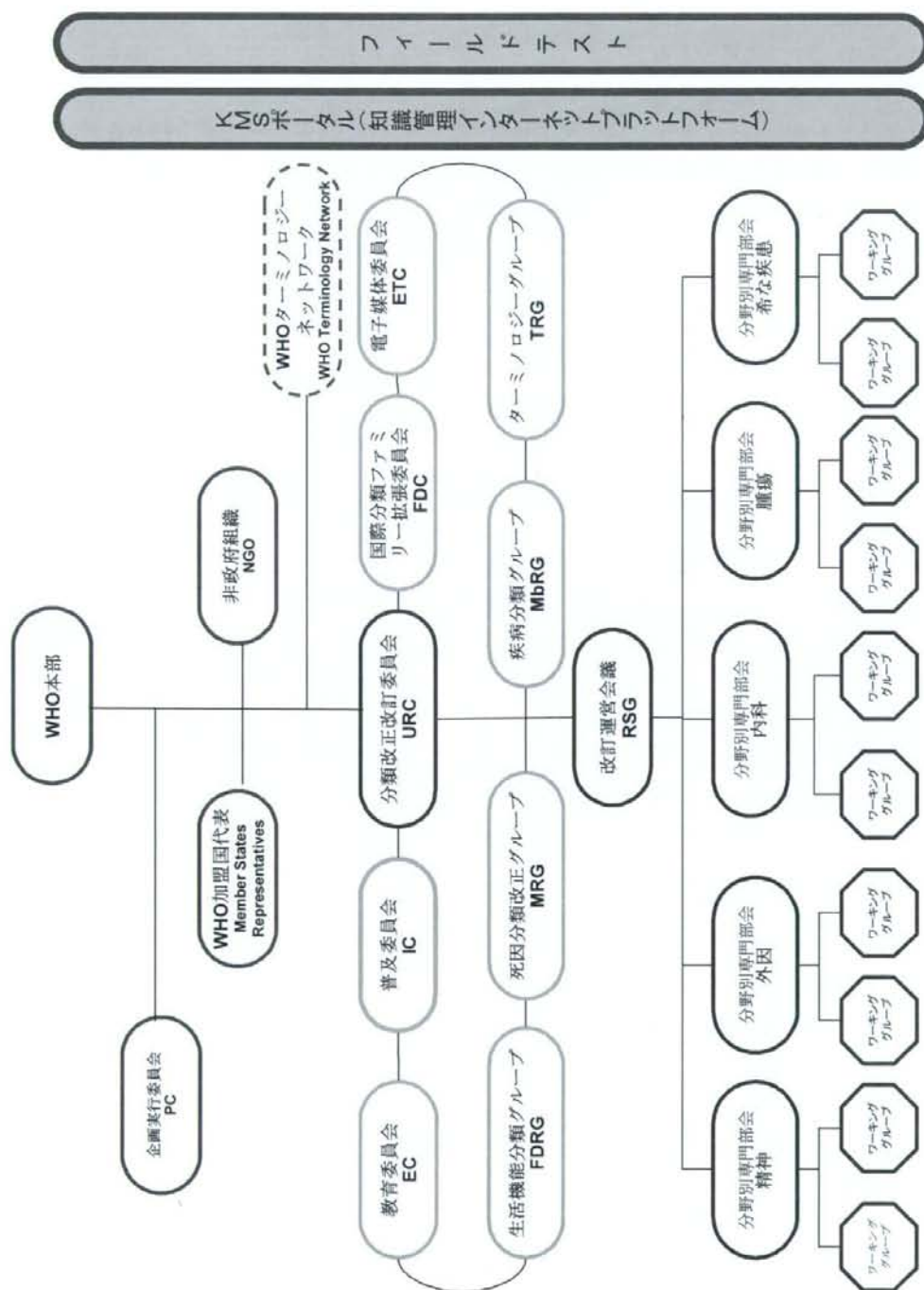
③ モジュール化について

診療情報をデータとして取り扱うために、分類を組み合わせて1つの情報としてはどうかとの提案も複数出ている。しかし、ICDというWHOの勧告内容に盛り込む部分と、そのICDをどう活用していくのかという応用部分と、どちらで整理していくべきかさらに検討する必要があると思われる。

また、分類により、詳細な表現ができるようになると、インプットする情報量を多くする必要があるので、それに要する労力が増加することも念頭に置くべきである。

モジュール化による様々な診療情報のデータベース化については、研究的な視点からは大いに歓迎すべきことであるが、ICD活用の目的に照らしながら、労力やコストの資源投入と得られる結果の価値とについて、具体的な検討を今後進めていく必要がある（19年度）。

WHO - FIC 組織図



【現時点での WHO の暫定スケジュールについて】

2007 年：4 月に、正式に作業開始。

2010 年：ICD-11 草案（*a* 版（※））の公開
～ 2011 年 ICD-11 *a* 版を基に協議

※ ICD-11 に向けては、二つの草案が作成される予定
a 版：WHO-FIC ネットワークメンバーや専門家向けの草案。
β 版：データに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案。
科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうか等についての検証もこの版を基に行う予定。

2011 年：ICD-11 *β* 版公開、フィールド・テストの開始
～ 2012 年 フィールド・テストによるデータ収集

2013 年：一般レビュー用の最終版の公開
～ 2014 年 調査の実施、レビューの公開

2014 年：世界保健総会への提出及び承認

2015 年(以降)：ICD-11 の勧告、各国が状況に応じて順次導入

【国内説明会・検討会の実施について】

平成 19 年

- ・ 7 月 31 日 国内内科 TAG 検討会
- ・ 9 月 21 日 国内内科 TAG 検討会
- ・ 10 月 5 日 国際WG協力員説明会
- ・ 11 月 12 日 オントロジー勉強会
- ・ 26 日 国内内科 TAG 検討会

平成 20 年

- ・ 1 月 18 日 国内内科 TAG 検討会
- ・ 3 月 14 日(予定) 国内内科 TAG 検討会

日本からの提案へのプラットフォームにおける各国からの反応として、①ICDの構造に合致していない、②記号の意味を誤解している、③コーディングに影響しないなどの指摘がコメントとして掲載されたものがあり、第2回目の投票までには取り下げざるをえないと判断されたために、学会と厚生労働省との話し合いにより、プラットフォームから削除された提案があった。第3回目の投票は、昨年10月にインドのデリーで開催されたURCで行われたが、最終的には11件の日本提案が議論に持ち込まれた。この対面会談における各国の議論については、次のような4点に纏められる傾向が認められた。

- ①全体として保守的な意見が多く、大きな変更を伴う提案はICD-11の改訂の議論として先送りにされた。
- ②専門家が出席していないため、議論の方向性が定まらないことがあった。
- ③具体的ではない提案は受け入れられなかった。
- ④慣習や言語の問題と考えられる提案は受け入れられなかった。

URCにおける議論と最終的な投票を経た結果、日本からの提案のうち、5件は採用され、6件はICD-11への改訂を含めて、今後の議論に持ち越された(表6)(20年度)。

提案番号*	提案名	結果	理由など
1321	Costen's complexor syndrome	否決	この用語を使用している国がある
1322	Keratocyst	採用	
1323	Glandular odontogenic cyst	採用	
1325	Costeomyelitis (neonatal)	取り下げ	ICDで使う記号の意味の誤解による。
1329	Pulpitis	採用	
1330	Globulomaxillary cyst and median palatal cyst	来年に持ち越し	提案の記述内容が不十分である。
1333	Change in terminology from dyspepsia to functional dyspepsia	改訂に持ち越し	用語が普及していない。
1334	Microscopic (collagenous, lymphocytis) collitis	採用	
1342	Cellulitis and abscess of mouth	来年に持ち越し	提案の記述内容が不十分である。
1335	Monochroionic monoaminotic twins, Monochroionic diaminotic twins and Dichorionic diaminotic twins	取り下げ	コードの付け方に変更がない。
1320	Thallium	採用	
1326	Fracture of tooth	改訂に持ち越し	コードの付け方に変更がない。
1327	Coding for intracranial injuries	取り下げ	大幅な変更であり、改訂の提案とすべきである。
1328	Detailed classification for asphyxia is required	取り下げ	ICDの章の構造が損なわれる。
1331	Carbon monoxide	取り下げ	ICDの章の構造が損なわれる。
1332	Dislocation of tooth	改訂に持ち越し	コードの付け方に変更がない。

* 提案の内容についてはこの番号を用いてWHOのプラットフォーム (<https://extranet.who.int/icdrevision/nr/login.aspx>) で確認することができる。

表 6. 日本より提出された改正の提案と結果

D. 考察

＜我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究＞

D-1. 死亡診断書や退院時要約の病名と要約内容に基づく傷病名の一致度

死亡診断書と退院時要約とでICD-10の3桁が一致したものは78.2%であったが、そのうち4桁まで一致したのは60%弱であった。4桁目が異なっていた例として、新生物（特に肺、胃、結腸）、急性心筋梗塞や脳血管障害における部位や、肺炎で病原体の死亡診断書への記載漏れが多くを占めていた。ただし、4桁一致と評価された症例の中には、死亡診断書にも退院時要約にも詳細な記載がない、いわゆる「9」も含まれており、傷病名の精度はこの数値よりも劣っていると考えられた。

死亡診断書の原死因も、退院時要約の主病名欄に記載された病名も、末尾が「9」で終わるものはそれ以外のものに比べて有意に信頼性が劣っていた（表3、表5）。4桁コードが「詳細不明」であっても死亡統計やDPCにおける主要病態の分類には影響がないと考えられるが、実際には精緻なコードが付与できる傷病名の記載を推進することは、全体の精度を高めるのに有効であることが判った。

D-2. 医療機関に所属する診療情報管理士の能力

医療機関に所属する診療情報管理士が、患者の病状を退院時要約から読み取って、原死因及び主要病態を決定した結果では、死因分類表で異なる分類になった症例の4割以上が死因分類表一致（図6）、退院例で主要病態が3桁一致しなかった症例の4割が3桁一致（図11）していた。このことは、患者の病状について情報を持っている側で診療情報管理士が関与することで、死亡診断書の記載や主要病態の選択の精度が向上する可能性を示唆している。

D-3. 死亡診断書の精度に影響する要因

この研究では、影響を及ぼす要因を、（1）病原体記載なし、（2）細胞型記載なし、（3）良性悪性記載なし、（4）部位記載なし、（5）部位不正確さ、（6）その他の病状の記載なし、（7）死亡診断書と退院時要約の内容に相違あり、（8）原疾患記載なし、（9）記載法不適切、（10）救急心肺停止の扱い、（11）外因を無視、に分けた。このうち（1）から（6）までは、傷病名の詳しさ（粒度）や説明が充実しているかどうかであり、死因統計への影響は少ない。これに対して、（7）から（11）は、原死因が適切に死亡診断書に現れない、または選択されない形であることから、当然、原死因統計への影響が大きいといえる。

しかしながら、これは決して傷病名の詳しさを求めることの意義が少ないことを意味しない。たしかに、部位や病原体などは、ICDの4桁目で分類されることも多く、部位不明の乳癌「C50.9」であっても統計には影響がない。ところが「9」となる死亡診断書は有意に精度が劣ることが示されており（表3）、精緻な傷病名を記載することは統計業務への理解と関連があるとみなすことができる。詳しい傷病名の記載を求めることが有意義であるゆえである。

D-4. 死亡診断書が適切に記載されるための提案

- （1）現在、医師の臨床研修医において「ICDのABC」という書籍が配布され、原死因の選択や主要病態について学べるようになってきている。また、一般の医師向けに「死亡診断書・出生証明書・産産証書記入マニュアル」が発行されている。これらの内容に具体的な例を盛り込むことで、医療現場でより正確な死亡診断書が作成されることが期待される。
- （2）死亡診断書に具体的な注意点を載せることにより、医師が診断書を作成するとき、その場で注意事項に目を通すことがで

きる。これにより診断書の記載内容がより精緻になることが期待される。

- (3) 死亡診断書の I 欄に、部位や細胞型などを記入する付属欄を併設し、当てはまる場合に記入を促す。これにより傷病名の粒度向上が期待される。
- (4) 現在の死亡診断書の I 欄は WHO 版 ICD-10 に準じて、直接死因からさかのぼって記載するようになっており、この様式は WHO 版 ICD-10 に定められている。しかし、履歴書 (curriculum vitae) を現在からさかのぼって記載する欧米ではこの順序が自然でも、過去から現在に向かって記載する日本人の習慣と必ずしも相容れない。そこで現行の記載順序を逆にして I 欄の最上段を「おおもとの病気」、最下段を「直接死因」とすることによって(図 17)、原因に該当する傷病名の記載漏れを防ぐ可能性がある。

I	(D) おおもとの病気	
	(C)	
	(B) その結果	
	(A) 直接死因	
II		

図 17. WHO 版の死因記載欄を、日本向けに順序を逆にしてみたもの

- (5) 死亡診断書は、医療機関内での監査を受けることなく発行される場合も多い。従って、普段より医療機関内で死亡診断書の記載について周知徹底することや、既に発行された死亡診断書の内容変更を報告するシステムの周知によって、原因死統計の精度が向上する可能性がある。

これらの工夫が本当に死亡診断書の適切な記載、ひいては我が国の死因統計の精度向上に寄与するか、今後十分な調査によって検証する必要がある。

< ICD の改訂に向けた我が国の意見集約に関する研究 >

ICD 改訂に対する意見は、どれも正しい側面がある一方で、国内における方向性は様々であり、集約化することが困難なものも多い。

現時点では、集約化できる意見は集約化し、それを我が国より WHO へ提出し、その他の意見は「我が国において集約化できていない課題であること」を関係者間で認識し、WHO の場で対応していくことが重要である。

また、意見の集約化が図れなくても、こうした知見を重ねておくことは、いずれ WHO からの ICD-11 草案や最終案が我が国に示された際に、それを適切に評価し、WHO へ具体的に提案することに繋げられる点で、その意義は大きい。

なお 1 つの問題として、各国から寄せられた意見や、各 TAG での検討を、どのように改訂に反映させていくのか、WHO 側の運営方針について、未だ不透明なところが多いことが挙げられる (19 年度)。

今回、日本からの提案が初めて国際的な議論の俎上に乗せられたことを介して、提案の方法、国際的な議論における反応、その際の対応の仕方について多くの知見を得ることができた。即ち、提案の内容については、URC で変更される内容の例示に矛盾はないか、索引の変更は不足なく記述されているかなどが厳しくチェックされる一方で、新しい臨床的知見による提案であっても、普及していないとの理由から簡単には受け入れてもらえない場合があること、また、提案が WHO に受け入れられるには何年もかかる場合もあることなどである。

今後、日本からの科学的知見に基づく提案を ICD-11 に反映させることを考えた場合、本研究での検証を最大限生かす必要があり、そのためには、臨床的知見を持つ各学会と WHO-FIC 協力センターの機能を日本で果たす厚生労働省 ICD 室との緊密なる連携と息の長い取組みが重要と考えられた (20 年度)。

E. 結 論

＜我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究＞

死亡診断書に基づく原死因と退院時要約に基づく原死因とが死因分類表で異なる分類となるものが全体の20%あり、死亡診断書の精度は十分とはいえない。呼吸器系疾患、特に肺炎と書かれた死亡診断書の精度が特に劣っていた。また、ICD-10の4桁が詳細不明でない診断書や主病名の方が全体としての信頼性が高いことが判った。

死亡診断書の精度面から、医師に対しての死亡診断書記載についての意義・ルールの啓発が必要であると共に、精度の高い記載を促す工夫が必要と考える。死亡診断書を記載するとき参照するマニュアルのさらなる充実、より詳しい注意点を死亡診断書に例示する、死亡診断書のI欄の病名記載欄に仕切りを設けて詳細な記述を促す、死亡診断書の病名欄を上下逆にするなどの改革案を提案した。また、診療情報管理士が関与できれば、死亡統計精度の向上が期待できると考えられる。

今後は、これまでに述べたさまざまな工夫が真に死亡診断書の記載内容の向上につながるか、引きつづき研究を行い検証する必要がある。

＜ICDの改訂に向けた我が国の意見集約に関する研究＞

引き続き、WHOの動向を踏まえながら、我が国の関係者が認識を共有しつつ国内の意見集約へと取り組みを推進し、適宜に対応していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

三木幸一郎、西本寛、川合省三、大井利

夫、山本修三：死亡診断書に基づく原死因の精度についての全国調査報告：第2報、第34回日本診療録管理学会学術大会、診療録管理20(2)：96、2008

川合省三：死亡診断書の精度についての調査研究－脳神経外科疾患について、第67回日本脳神経外科学会、2008.10.3、盛岡

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I . 総合研究報告

資 料

< 1 ~ 7 >

平成19年7月26日

理事長様
 病院長様
 診療情報管理担当者様

厚生労働科学研究費補助金統計情報総合研究事業
 「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の
 向上を図るための具体的な方策についての研究」
 主任研究者 山本修三(社団法人日本病院会会長)
 (公印省略)

国際疾病分類の諸課題に関する調査のためのデータ提供について(お願い)

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より多大なご支援ご協力賜り、誠にありがとうございます。

さて、平成17・18年度の2年間、厚生労働科学研究費補助金統計情報総合研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」(主任研究者＝山本修三日本病院会会長)において、日本における統計の死因および疾病構造の把握や精度の向上と国際比較の可能性に向け、診療情報管理の現場を対象として現状を把握するための調査・解析を実施し、医療機関からのデータ提供による「死亡診断書」および「退院時要約」の国際疾病分類コーディングの「精度」に関する状況と課題を検討しました。この研究結果については、お蔭をもちまして厚生労働省統計情報高度利用総合研究・事後評価委員会より高い評価を受け、引き続き19・20年度も同研究事業が継続することになりました。ひとえに、皆さまのご指導ご協力の賜物と感謝いたしております。今後とも医療の質向上のためにまい進していく所存です。

昨年に引き続き今年度も当厚生労働科学研究事業において、更に診療情報管理の課題に取り組み、国際疾病分類(ICD-10)をより良く改善するとともに世界に貢献することを目指し、国際疾病分類(ICD-10)に関わるさまざまな課題を具体的に抽出するため、データ収集作業・解析を計画しております。

つきましては、今回、貴院のデータ提供をお願いいたすご連絡いたします。大変恐縮でございますが、8月8日(木)までに別紙回答用紙にてご協力いただけるかをお送りくださいますようお願い申し上げます。

諸事ご多忙と存じますが、当調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

敬 具

記

1. 添付資料 ①医療機関からのデータ提供による死亡診断書および退院時要約の国際疾病分類コーディングの精度に関する研究計画書
- ②平成18年度厚生労働科学研究費補助金統計情報総合研究事業実績報告書(抜粋)
- ③平成19年度厚生労働科学研究費補助金統計情報総合研究事業研究「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究交付申請書」(H19-統計-003、抜粋)
- ④研究方法の概要
- ⑤データ提供についての回答用紙(ファクス返信用紙)

2. 当研究事業への問い合わせ先：

問い合わせ先など：厚生労働科学研究費補助金統計情報高度利用総合研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上を図るための具体的な方策についての研究」事務局

社団法人日本病院会（通信教育課担当 千須和、沼上）

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3

電話03-5215-1044、FAX03-5215-1045

以上

医療機関からのデータ提供による
死亡診断書および退院時要約の国際疾病分類コーディングの
精度に関する研究計画書

〈目 次〉

1. 研究の概要
2. 背景
3. 目的
4. 申請者と調査担当団体の資料提供に関する同意
5. 方法
6. 個人情報管理
7. 予測される危険・不利益
8. データ解析と結果の公表・保管について
9. 集計・推定期間

(添付資料1) 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)事業
実績報告書(抜粋)

(添付資料2) 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(統計情報総合研究事業)交
付申請書(抜粋)
研究課題名(課題番号): 我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度
の向上を計るための具体的方策についての研究 (H 1 9 - 統 計 - 0 0
3)

(添付資料3) 研究方法の概要