

201002002A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業統計情報総合研究事業

死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく

死亡診断書の記載適正化に関する研究

平成 22 年度

総括研究報告書

研究代表者 大 井 利 夫

平成 23 (2011) 年 5 月

目 次

I. 総括研究報告

「死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究」

大 井 利 夫…………… 1

(資料1) 死亡診断書の諸課題に関するデータ提供について…………… 19

(平成22年7月1日付、調査協力依頼)

(資料2) 死亡診断書の諸課題に関する調査のためのデータ提供について …… 35

(平成22年8月2日付、調査協力依頼)

(資料3) 死亡診断書に関する調査への研究協力について…………… 39

(平成22年10月8日付、研究協力依頼)

(資料4) 死亡例968件の死亡診断書I・II欄等データ…………… 43

II. 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 76

III. 研究成果の刊行物・別冊…………… 76

I . 総括研究報告

死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく
死亡診断書の記載適正化に関する研究

研究代表者 大 井 利 夫

(社団法人日本病院会顧問)

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業統計情報総合研究事業）
 総括研究報告書

「死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究」

研究代表者 大井 利夫（社団法人日本病院会顧問）

研究要旨

我が国の死亡統計は、死亡診断書の記述に基づき ICD-10 に従って集計されている。本研究事業は、死亡診断書の記載適正化の注意点を喚起し我が国の死亡統計の精度向上に資する啓発方法及び精度に影響を与える問題点を明らかにすることを目的とした。

研究分担者（50音順）

川合 省三 大阪南脳神経外科病院副院長
 菅野健太郎 自治医科大学消化器内科学部門教授
 高橋 長裕 千葉市立青葉病院院長
 西本 寛 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部院内がん登録室室長
 松本 万夫 埼玉医科大学国際医療センター心臓内科教授
 三木幸一郎 北九州市立医療センター内科主任部長

奥村 通子 国立大学法人富山大学附属病院経営企画情報部診療情報管理室主査
 尾関美智子 国立病院機構京都医療センター医療情報部企画課病歴管理室
 勝元 伸二 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院診療情報管理室主任
 鎌倉 由香 昭和大学病院診療録管理室主任
 亀谷 和代 医療法人財団池友会新小文字病院診療情報管理室顧問

河村 保孝 焼津市立総合病院診療情報管理科
 倉部 直子 北海道情報大学医療情報学科准教授
 小坂 清美 大阪医専
 佐々木美幸 箕面市立病院診療情報管理室担当主査
 佐藤 正幸 札幌社会保険総合病院医療情報管理室
 塩塚 康子 公立学校共済組合九州中央病院医事課医事課長

研究協力者（50音順）

秋岡美登恵 独立行政法人国立病院機構九州医療センター医療情報管理センター診療情報管理室長
 荒井 康夫 学校法人北里研究所北里大学東病院医療情報管理部診療情報管理課課長補佐
 五十嵐よしゑ 小松短期大学専攻科非常勤講師
 池田ゆきみ 市立四日市病院診療情報管理室主幹
 稲垣 時子 国立病院機構金沢医療センター医療情報管理室
 上田 京子 株式会社健康保険医療情報総合研究所医療・保険情報調査研究企画部シニアマネージャー
 大井 晃治 旭川医科大学病院経営企画課診療情報管理係係長
 大津 淑子 首都医校診療情報管理学科

柴田実和子 保健医療経営大学講師
 島田 裕子 医療法人医真会八尾総合病院診療支援課主任
 下戸 稔 大分赤十字病院医事課医療情報管理係
 須貝 和則 東埼玉総合病院医事課長
 田中 一史 滋賀県立成人病センター医事経営課診療情報管理室
 谷川 弘美 市立千歳市民病院診療情報管理室係長
 長澤 哲夫 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科教授

難波 淳子	東京医療保健大学医療情報学科非常勤講師
原田 万英	独立行政法人労働者健康福祉機構中部労災病院医事課病歴室
戸次 式子	東亜大学医療学部非常勤講師
松浦はるみ	公立玉名中央病院診療情報管理室
山田 恭子	独立行政法人国立病院機構京都医療センター診療情報管理室
山田ひとみ	大阪市立大学医学部附属病院医療情報部医療情報担当係長
吉野 博	国家公務員共済組合連合会新別府病院診療情報管理室室長

A. 研究目的

ICD-10 を用いた我が国の死因統計における臨床病名把握の「精度」を、病名記入・病名コーディング・分類集計の各段階において、向上させることを目指した。

平成 19・20 年度（2007・2008 年度）の先行研究において、死亡診断書が必ずしも満足すべき精度を保っていないことが判明した。

平成 21・22 年度（2009・2010 年度）本研究では、各施設の死亡診断書用紙に記述する際の注意すべきパターンを明示し、医師による記載の改善を促すための方法を試み、その効果を検証した。

B. 研究方法

B-1. 注意事項用紙を配布しての資料収集

平成 17・18 年度（2005・2006 年度）厚生労働科学研究事業「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」及び平成 19・20 年度（2007・2008 年度）厚生労働科学研究事業「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」（以下、先行研究という）において調査研究対象とした医療機関 310 施設（特定機能病院 77 施設〈施設基準として、診療並びに病院の管理及び運営に関する責任及び担当者を定め、諸記録を適切に分類管理すること〉、臨床研修病院 201 施設〈指定基準として、研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理等が十分に行われていること、かつ、研究、研修活動が活発に行われていること〉と DPC 対象病院 15 施設〈施設基準として、適切なコーディングを行う体制を確保すること〉等）が、診療情報管理と ICD-10 コーディングを標準的に運用している施設と考え、この研究においても基本的に調査対象病院として選択した（表 1）。

表 1. 調査対象病院及び研究協力病院の内訳

	施設数	協力病院数
特定機能病院	77	10
臨床研修病院	201	65
DPC 対象病院	15	3
DPC 準備病院	9	1
「日本病院会役員」 が在籍する病院	7	1
「日本診療情報管理学会評議員」 が在籍する病院	1	0
合計	310	80

今回は、死亡診断書記載時に、死亡診断書作成の注意点が必ず記載医師の目に触れることを目的とした。具体的には、先行研究において明らかになった死亡診断書の精度に影響する要因と記載時の注意点を平易にまとめた A4 用紙を作成し（以下、「注意事項用紙」という。資料 1）、8 月上旬に一斉に協力病院毎に 100 枚配布した。

協力病院では、あらかじめ死亡診断書用紙に注意事項用紙を 1 枚ずつ添付し、死亡診断書記載時に必ず医師の目に入るよう依頼した。死亡診断をした医師は、この用紙に目を通し、注意事項用紙下方にあるチェック欄に「✓」を入れた上で、死亡診断書を作成してもらうことにした。その上で匿名化した形で「死亡診断書」と「同症例の退院時要約」及び「医師の通読チェックが記入された注意事項用紙」の 3 点をセットとして提供を受けた。提供を受けた資料は、医師のチェックのあるもののみ分析対象とした。その結果、80 施設から死亡例 968 件を分析対象とした。

また、協力病院の診療情報管理士が、自院から提出した症例について死亡診断書の精度に影響する要因をどのくらい把握しているかも調査した。

なお、本稿において、特に表記がない限り、ICD-10 と略称する分類は、「疾病、障害及び死因統計分類提要 ICD-10（2003 年

版）準拠」によるものとする。また、WHO 版は International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision Version for 2003 を指すものとする。

B-2. 資料の分析

平成 21 年度（2009 年度）と同様、資料が提供された各症例への ICD-10 コード（以下コードという）決定は次のとおりとした。

- (1) 死亡診断書の記載のみから原死因を決定してコード付与（以下コーディングという）
- (2) 退院時要約の内容を吟味し想定される原死因を読み取ってコーディング

(1) については、死亡診断書の I 欄、II 欄及びその他の記述をマイクロソフトエクセルファイルに入力したものを、日本診療情報管理学会が認定した診療情報管理士指導者を研究協力者として依頼して 1 人当たり 50 件ずつ送付し、原死因の選択とコーディングを依頼した。その上で、研究分担者が点検し「最終評価コード」を付与した。

(2) については、(1) とは全く別個に研究協力者である診療情報管理士指導者数名が直接退院時要約のみの内容を読み取って原死因の選択とコーディングを行い、一次評価とした。

その上で、一次評価において評価者 2 名のコーディング結果が異なった症例や、選択ルールの適用に問題がある症例について、研究分担者と研究協力者が共同で資料を点検し、原死因を決定のうえ「最終評価コード」を付与した。

B-3. 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の異同の評価

昨年度までの研究同様、同一症例において上記 B-2 における (1) と (2) の最終評価コードを比較し、ICD-10 の「4 桁一致」、「3 桁は一致」「3 桁不一致」に分け、原死因の精度を評価した。なお、前立腺癌 C61 等 4 桁分類の

ないコードの症例については、それ以上精緻なコードがないと解釈し「4桁一致」に含めた。

更に「3桁不一致」例については、死因統計への影響を検討するため、疾病、傷害及び死因統計分類提要 ICD-10（2003年版）に準拠した第1巻の「死因分類表」に基づいて分類した。すなわち、同じ分類コードのものを「分類表一致」、下2桁は異なるが100の位は一致するものを「100位一致」、下3桁は異なるが章は一致するものを「章は一致」として分類した。章の異なるものは「章も不一致」とした。

なお、「死因分類表」とは、「我が国の死因構造を全体的に概観できるものとする目的で、基本分類表をもとにWHOの死亡製表用リストを参考にして作成されたものである。分類項目の選定にあたっては、死亡数が一定数以上認められるもの、死亡数は少ないが国民、研究者等にとって関心の高いものを基準とし、我が国の死因構造の継続的推移がみられるようになっている。」（厚生労働省WEB〈主な用語等の解説より〉）とされている。

B-4. 死亡診断書の精度に影響する要因の分析

死亡診断書の記述及びコードと、退院時要約に基づくコードを比較し、先行研究と同様に下記の死亡診断書の精度に影響する要因が存在するかを点検した。

- (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、または不正確
- (5) その他の病状の記載なし
- (6) 死亡診断書と退院時要約の内容に相違あり
- (7) 原疾患記載なし
- (8) 記載法不適切
- (9) 救急心肺停止の扱い

(10) 外因を無視

（先行研究及び平成21年度〈2009年度〉まで影響する一要因として「部位不正確」をあげていたが、該当件数が少数のため「部位記載なし」とともに上記〈4〉のとおり同要因扱いとした）

その出現頻度等を、昨年度の結果と比較し、「注意事項用紙」の効果を検討した。

B-5. 医療機関の診療情報管理士による死亡診断書の精度に影響する要因の点検

各提出症例について、各医療機関に所属する診療情報管理士に死亡診断書と退院時要約に通覧させ、B-4に示した死亡診断書の精度に影響する要因の有無の点検を依頼した。

その上で、これら精度に影響する要因を有すると研究班が判断した症例について、医療機関の診療情報管理士がその要因を同様に拾い上げているか比較した。

C. 研究結果

C-1. 注意事項用紙を死亡診断書用紙に添付しての死亡診断書記載精度の変化

80施設から得られた死亡例968件を解析の対象とした。死亡診断書からのコーディングに基づく分類では新生物が528件（54.5%）を占め、平成21年度（2009年度）の47.5%よりも多かった。次いで循環器系174件（18.0%）、呼吸器系疾患97件（10.0%）によるものが続き、この順序は平成21年度（2009年度）と変化はなかった（図1）。

死亡診断書の記載に基づく原死因と退院時要約の内容に基づく原死因を比較すると、ICD-10の4桁一致の症例が57.0%、3桁は一致していた症例が21.1%、ICDコードは異なるが死因分類表一致が5.1%あり、この3者で83.2%を占めた。分類表不一致では100位一致が3.0%、章は一致が3.9%であった。章も不一致は9.9%認められた。これらの一致度は平成21年度（2009年度）に比べて改善していた（図2）。

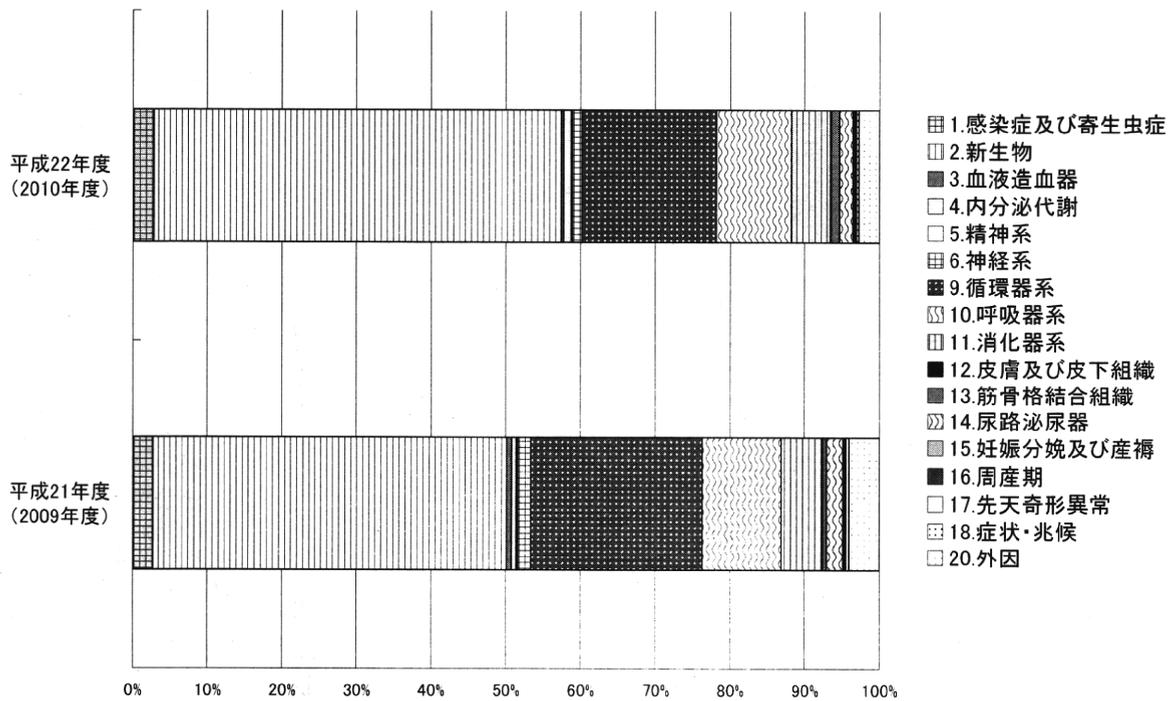


図1. 分析対象とした死亡例968件の死亡診断書に基づく原死因の内訳。ICD-10の章別を示し参考までに平成21年度(2009年度)の章別分布を併せて示す。

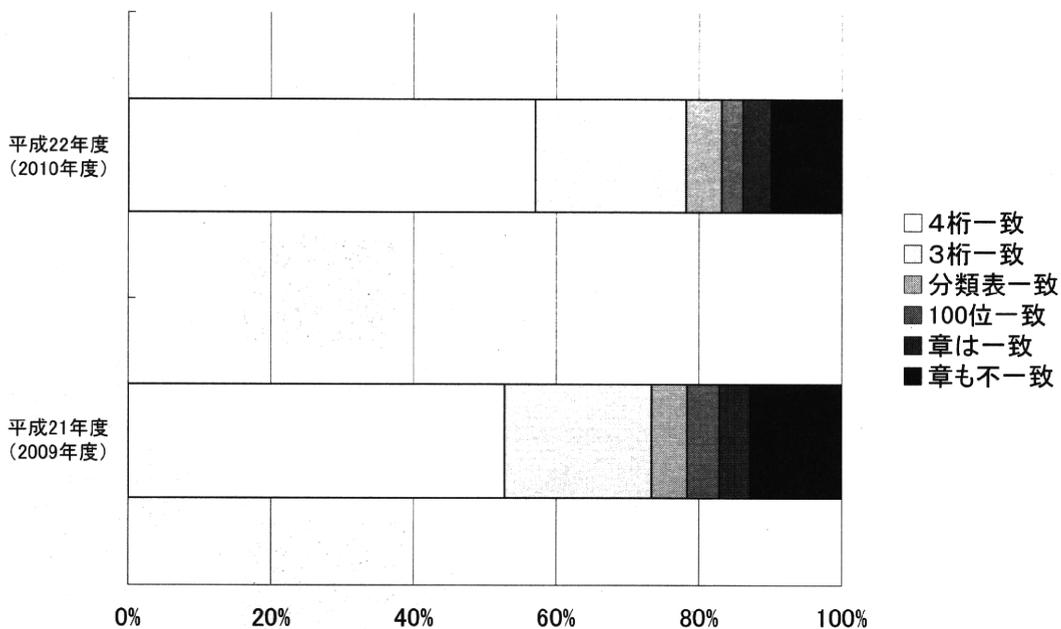


図2. 分析対象とした死亡例968件の死亡診断書に基づく原死因と退院時要約に基づく原死因の一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度(2009年度)の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

この中では平成21年度(2009年度)に比べて、
 新生物による死亡とされる症例の精度が更に向
 上していた(図3)が、新生物以外が原死因と
 される症例では変化がなかった(図4)。

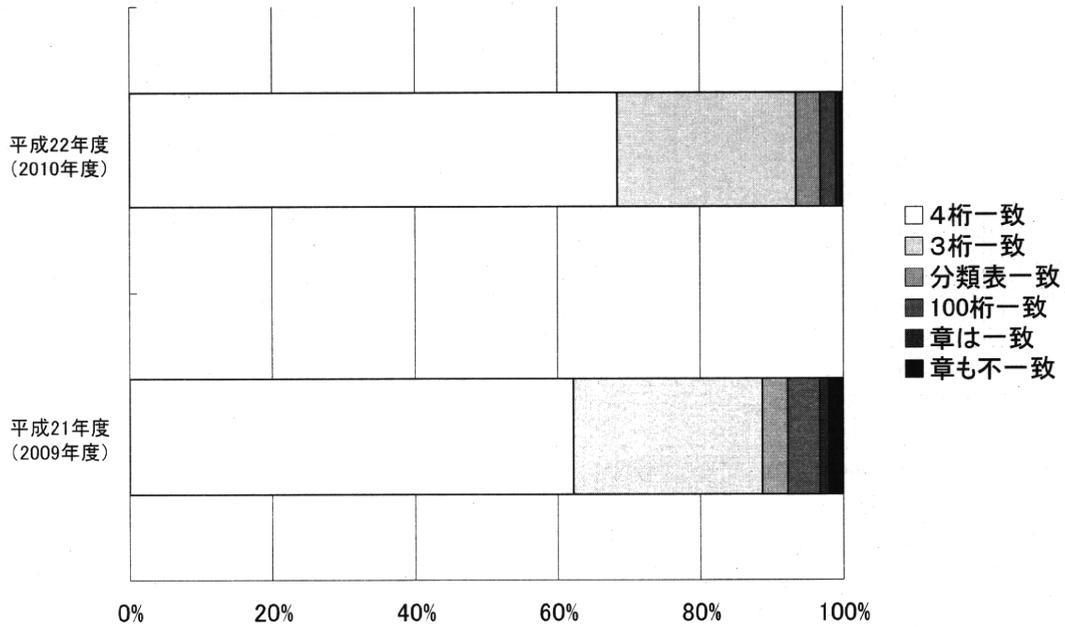


図3. 死亡診断書に基づく原死因が新生物 (ICD-10の第II章)である症例の退院時要約に基づく原死因との一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度(2009年度)の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

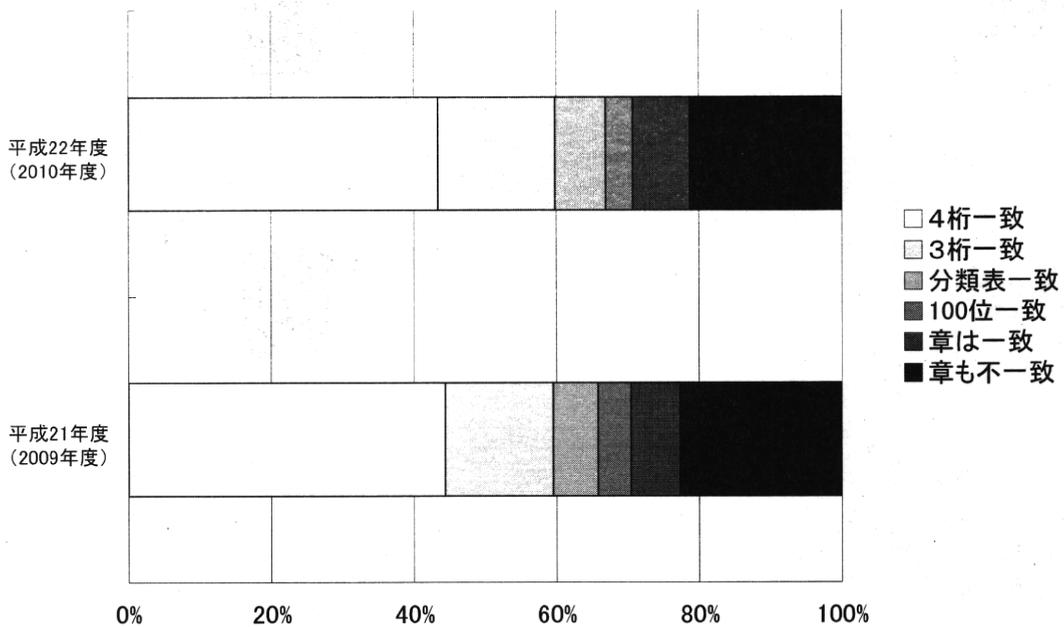


図4. 死亡診断書に基づく原死因が新生物以外 (ICD-10の第II章以外)である症例の退院時要約に基づく原死因との一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度(2009年度)の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

C-2. 肺炎の頻度とその精度

平成19年度（2007年度）の先行研究においては、1309件中肺炎（J18.-）が原死因とされた症例が84件（全体の6.4%）あり、うち死因分類表で一致するものは35.7%しかなかった。平成21年度（2009年度）の研究では死亡例945件中肺炎が36件（3.8%）に減り、そのうち27.8%が死因分類表一致であった。平成22年度（2010年度）は更に死亡例968件中20件（2.1%）にまで減少し、うち50.0%が死因分類表で一致していた（図5）。

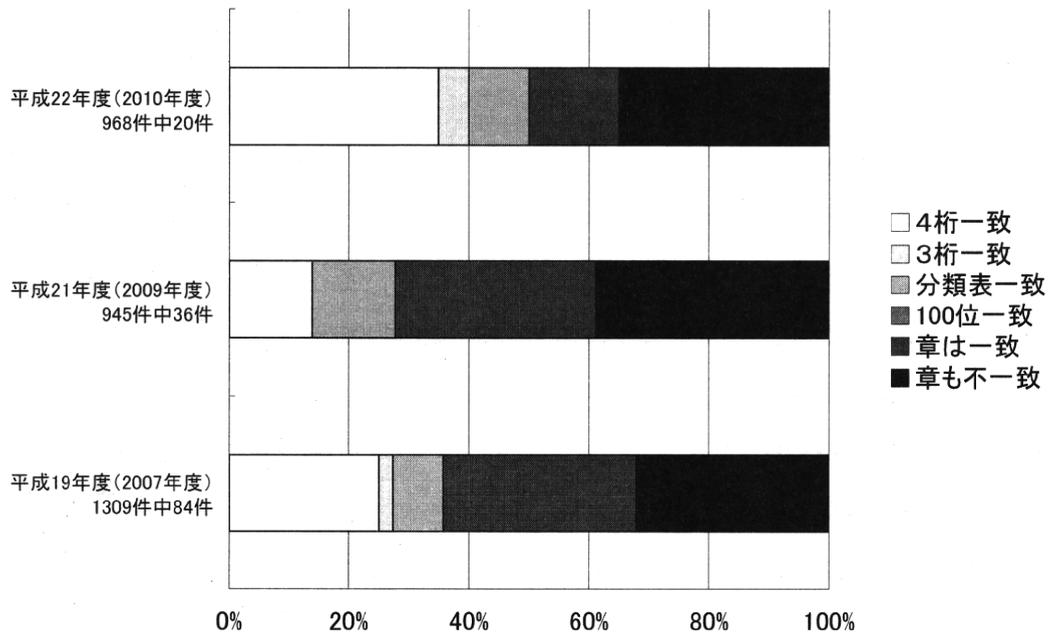


図5. 死亡診断書に基づく原死因が肺炎（J18.-）である症例の頻度と退院時要約と比較しての一致度をみたもの。平成19年度（2007年度）の先行研究及び昨年度の研究と比較して示す。

C-3. 注意事項用紙を死亡診断書用紙に添付しての死亡診断書の精度に影響する要因の変化 (図6)

平成22年度(2010年度)、死亡例968件中問題のなかったものは247件(25.5%)で、精度に影響する要因がある721件(74.5%)のうち最も多い要因は部位記載なし・不正確313件(32.3%)で、次いでその他の詳細記載なしが109件(11.3%)、記載法不適切108件(11.2%)、内容の相違ありが98件(10.1%)あった。いずれも平成21年度(2009年度)よりもやや減少していた。

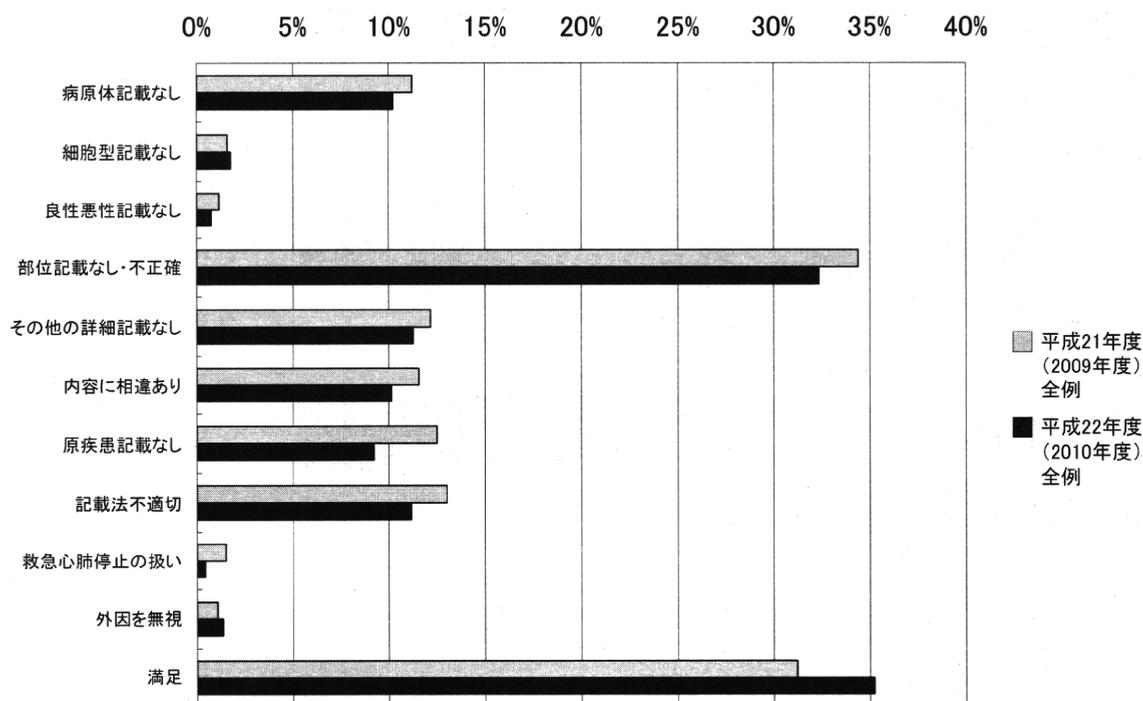


図6. 分析対象の全症例について、死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度を示す。一つの症例が複数の要因を持つものもあるため、合計が100%を越すことに注意。

C-4. 同一医療機関による平成21年度
(2009年度)と平成22年度(2010
年度)の比較

協力医療機関が平成21年度(2009年度)と平成22年度(2010年度)とで異なるため、その差が結果に影響している可能性がある。そのため、両年度に資料提供のあった56施設について、死亡診断書の精度に影響する要因の頻度を比較した(図7)。いずれの要因も平成22年度(2010年度)において減少していた。

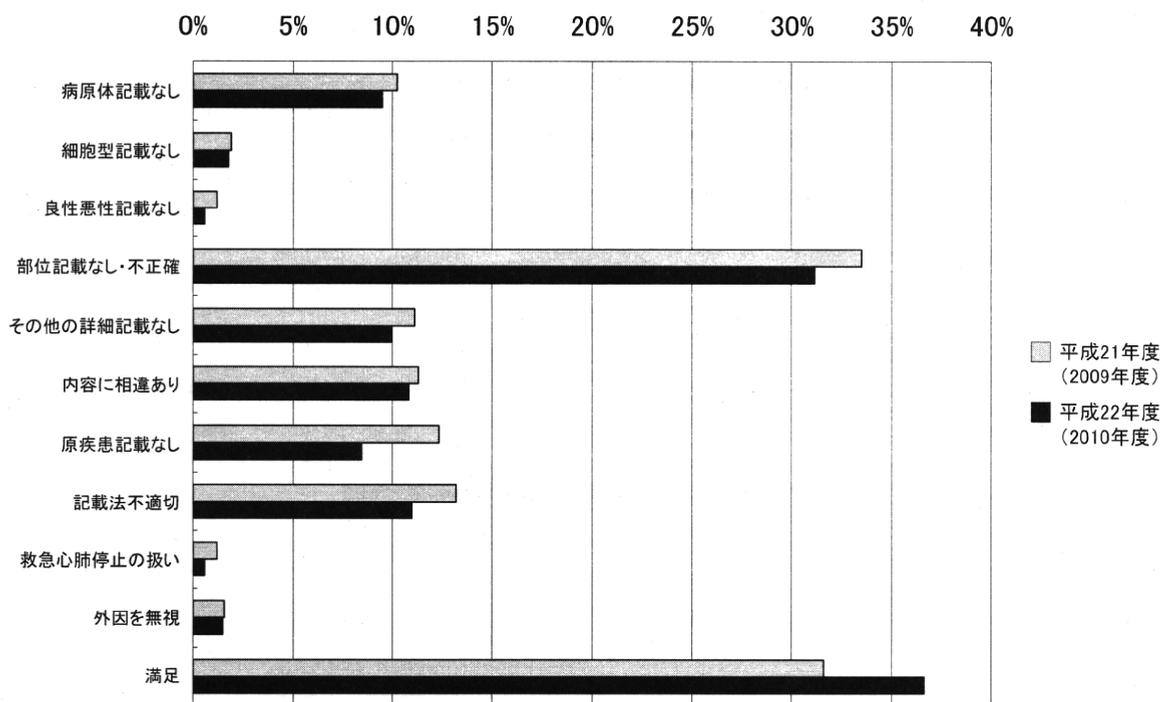


図7. 平成21年度(2009年度)と平成22年度(2010年度)の両年度に資料提供の協力があった56施設の医療機関からの症例について死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度をみたもの。図6同様、合計で100%を越すことに注意。

更に、死亡診断書の精度が高い新生物による死亡を除いた症例について比較したところ、両年度で大きな変化はみられなかったが、平成21年度（2009年度）23.4%にみられた原疾患記載なしが平成22年度（2010年度）は17.5%と減少していた（図8）。

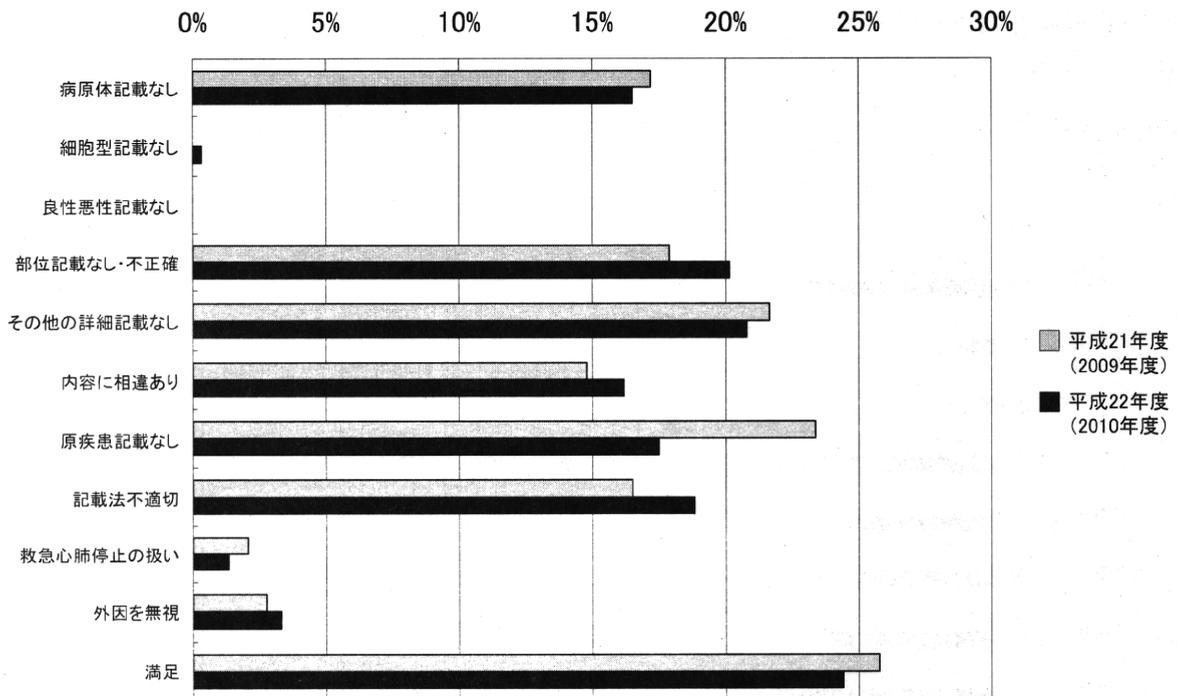


図8. 平成21年度（2009年度）と平成22年度（2010年度）の両年度に56医療機関からの資料提供の協力があった。死亡診断書に基づく原死因が新生物以外（ICD-10の第II章以外）の症例について死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度をみたもの。図6同様、合計で100%を超すことに注意。

C-5. 医療機関の診療情報管理士による死亡診断書の精度に影響する要因の把握

それぞれの死亡診断書の精度に影響する要因が含まれると研究班が判定した症例について、医療機関の診療情報管理士がその要因ありとチェックしているかどうかを調べた（図9）。下図のように精度に影響する要因10項目のうち、判定が20症例以上の頻度のある項目について、協力病院の診療情報管理士が自院から提

出した死亡診断書の中に精度に影響する要因があるとチェックした項目と比較した結果、部位記載なし・不正確が79%、病原体記載なしが65%ありと過半数の症例を把握できていた。一方、記載法不適切が40%、内容に相違ありが38%、その他の詳細記載なしが35%、原死因記載なしが28%等、診療情報管理士によるチェックが50%に満たない項目もあった。

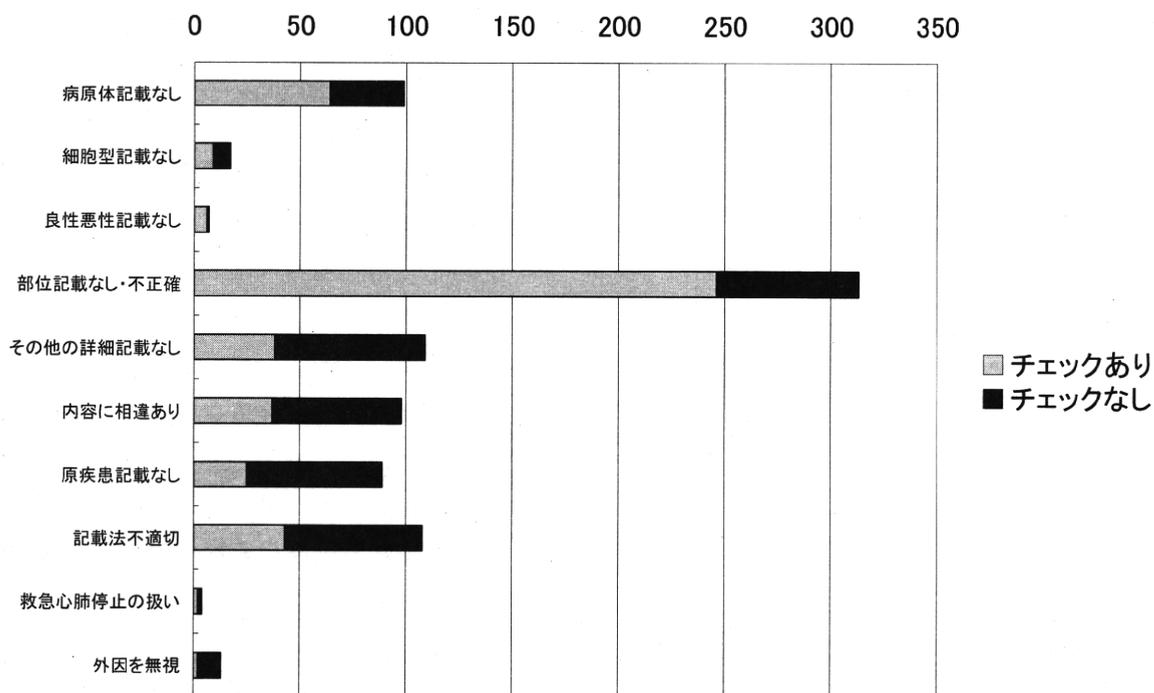


図9. 研究班が死亡診断書の精度に影響する要因ありと判定した症例について、その症例を提出した医療機関の診療情報管理士がその上記10項目の要因をチェックしていたかをみたもの。横軸はそれぞれの精度に影響する要因ありと研究班が判定した症例の件数。

D. 考 察

D-1. 死亡診断書が作成される医療現場への 注意事項用紙の死亡診断書用紙への添 付による死亡診断書の精度の改善

本研究では、平成 21 年度（2009 年度）に注意事項を列記した下敷き状の「注意事項シート」を医療機関に配布し、平成 22 年度（2010 年度）には注意事項を記した「注意事項用紙」を配布して死亡診断書用紙に添付を依頼した上で、死亡例の死亡診断書と退院時要約を収集し、死亡診断書の精度の変化を調べた。

本年度は前年度に比べて一致度の向上がみられた（図 2）。しかし、今回は新生物によるとされた症例が 5% 増加していた（図 1）。先行研究で「新生物」によるとされる死亡診断書の精度が良いことが判っており、新生物の増加による精度向上の可能性が考えられた。実際、死亡診断書に基づく原死因が新生物である症例を除くと、死亡診断書の精度（図 4）の低下はみられなかった。しかし、新生物については全体に一致度の改善がみられ（図 3）、一定の効果があつたものと考えられる。

また、我が国の死因 4 位である「肺炎」による死亡は、研究を経るごとにその頻度が減少し、平成 22 年度（2010 年度）にはその精度にも一定の改善がみられた（図 5）。これは単なる肺炎のみの記載が減り、肺炎を引き起こした原疾患を記載する症例が増えたと考えられ、死亡診断書記載についての介入の効果があつたものと推測される。

D-2. 注意事項用紙を死亡診断書用紙に添付 したことによる死亡診断書の精度に影 響する要因の頻度の変化

図 6 に示すように、注意事項用紙を添付することによって、全体的に精度に影響する要因の減少がみられた。ただし、昨年度と協力病院が異なるため、その影響の可能性がある。そこで、

昨年度と今年度の両年度の調査に資料提供のあつた 56 機関の症例についても比較した。図 7 に示すように、同一医療機関で比較してみても各要因の頻度は減少していた。

昨年度に比べて新生物の症例が多いことが影響している可能性も考えられる。そこで、同一医療機関で、死亡診断書に基づく原死因が新生物以外（ICD-10 の第 II 章以外）である症例について、要因の頻度の変化をみたものが図 8 である。ほとんどの要因の頻度については、昨年度と目立った変化はなく、平成 22 年度（2010 年度）には「原疾患記載なし」の症例については 5% 以上の減少が唯一みられた。

全体として、注意を喚起する書面を医療現場に配布し死亡診断書用紙に添付してもめざましい精度の改善や、問題となる精度に影響する要因の減少はみられなかった。死亡診断書の記載精度向上を目指しての、記載マニュアル等の文書配布による介入には限度があるといえる。

D-3. 医療現場における診療情報管理士の死 亡診断書の精度に影響する要因の把握

死亡診断書が作成される医療現場において医師による精緻な死亡診断書記載がなされなければ、その後に精度を向上させることは不可能である。そこで、医療現場の診療情報管理士が、自分の病院での症例について精度に影響する要因をどのくらい把握しているかを調べた。ICD-10 の構造から、良性悪性記載なしや部位記載なし・不正確等の把握は過半数が把握できていたが、原疾患記載なしや記載法不適切等の把握はそれより劣っていた（図 9）。

昨年度の調査で、原死因の統計を行っている医療機関はほぼ半数であつた。言い換えれば、協力医療機関に勤める診療情報管理士の半数は原死因の決定を行っていないことを意味する。また、原死因統計を出している医療機関においても、診療情報管理士の日常業務において、主

要病態のコード付与等に比べると、原死因の選択や、死亡診断書が適切に記載されているかの点検の頻度は低いと思われる。多くの診療情報管理士が、普段、原死因の選択ルールになじんでいないことを考えると、研究班が指摘した精度に影響する要因について協力病院の診療情報管理士が30%～80%チェックしていることから(図9)、診療情報管理士が死亡診断書の精度に影響する要因の有無について一定の能力を有するものと判断できる。

死亡診断書が作成される医療現場において、死亡診断書の記載がどのように我が国の死因統計に影響するのかについて教育を受けている職種が診療情報管理士しかいないことは事実である。病院勤務の診療情報管理士に対して原死因についての再教育を行い、医療機関での助言を行うことによって、より適切な死亡診断書作成がなされることが期待される。

E. 結 論

死亡診断書記載時の注意点と、死因統計に影響する要因について簡潔に記した「注意事項用紙」を各医療機関の死亡診断書用紙に添付した結果、原死因が「新生物」例の精度が向上するとともに、「肺炎」の例が減少し、死亡診断書の精度に影響する要因のうち「原疾患記載なし」が減少したが、それ以外大きな改善はみられなかった。

記載マニュアル等の文書の配布による死亡診断書の記載内容について精度向上には限界があると考えられた。

一方、半数の病院で診療情報管理士による原死因コーディングが行われていることが判明しており、医療機関の診療情報管理士は精度に影響する要因の把握について一定の能力を有していた。死亡診断書の記載内容の精度向上に向けて、診療情報管理士は医療機関での死亡診断書作成時に医師へ助言できる職種として期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 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、高橋長裕、松本万夫、大井利夫：

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4報

「注意事項シート」配布による死亡診断書の精度向上の試み

第36回日本診療情報管理学会学術大会、平成22年9月16日、長野市

川合省三：

脳神経外科における死亡診断書の精度についての調査研究－第2報。

日本脳神経外科学会第69回学術総会、平成22年10月29日、福岡市

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I . 総括研究報告

資 料

< 1 ~ 4 >

平成 22 年 7 月 1 日

理事長様
病院長様
診療情報管理担当者様

（資料 1）

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業統計情報総合研究事業
「死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく
死亡診断書の記載適正化に関する研究」
研究代表者 大井利夫（社団法人日本病院会顧問）
（公印省略）

死亡診断書の諸課題に関するデータ提供について（ご依頼）

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 年度から 20 年度までの 4 年間、先行研究においては我が国の死亡診断書の精度とそれに影響を及ぼす要因を明らかにしてきました。これを受け、平成 21 年度本研究事業では死亡診断書への記入時の注意事項を下敷き状のシート「死亡診断書記載上の問題点」を作成し、先行研究時に協力いただいた調査対象病院 310 施設に調査依頼をしました。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総合研究・事後評価委員会より学術的に高い評価を受けることができ、今年度は昨年度の研究に基づき継続研究事業として採択されました。ひとえに、皆さまのご理解ご尽力の賜物と感謝いたしており、今後とも医療の質向上のために精励し、ご期待に添うよう努力いたす所存です。

今年度の本研究事業は、正確な死因の把握が国民的に大きな関心事であり、国際疾病分類（ICD）に基づく死亡診断書記載の適正化に関わる諸課題を抽出いたしたく、平成 17 年度以来 4 年間に亘りご協力いただきました 310 施設を対象に次の調査を実施し、データ収集作業・解析を企画しております。

〔1〕 今回送付した本研究計画の協力依頼の回答（7月30日〈金〉締切り）

〔2〕 この研究計画を受け、協力いただける病院に対しては A4 大の添付用紙「死亡診断書を書く前にお読みください」（以下、添付用紙）を 100 枚送付いたしますので、予め貴院の死亡診断書用紙の上にクリップなどで欠落しないように添付してください。担当医師には、死亡診断書記載時にこれを一読してもらい、通常のように書いていただきます。

今回の研究協力の内容は、

- ①医師と診療情報管理士は、それぞれ記載時及び事務処理時に添付用紙の内容について確認したかを紙下のチェック箇所への記入と確認のための死亡日時欄への書き込み（回収）
- ②研究対象とした死亡診断書とその退院時要約とのセットのコピー（期間中に 5 症例から最大 20 症例で、誕生年〈例えば昭和◎年〉と性別を除く匿名化処理をする）の提供
- ③診療情報管理士による研究対象の死亡診断書の内容について別途「診療情報管理士によるチェック用紙」への記入

の 3 点の回答（本年 9 月 30 日〈木〉締切り）

諸事ご多忙と存じますが、本研究事業の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

《同封資料4点について》

- ①データ提供についての回答用紙 (FAX 返信用紙)
- ②医療機関からのデータ提供に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究計画書
- ③貴院の死亡診断書用紙に添付する用紙「死亡診断書を書く前にお読みください」(サンプル1枚)
- ④研究対象の死亡診断書について診療情報管理士によるチェック用紙 (サンプル1枚)

問い合わせ先など : 平成22年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業統計情報総合研究事業「死因統計の精度向上にかかる国際疾病分類に基づく死亡診断書の記載適正化に関する研究」事務局

社団法人日本病院会学術部 (通信教育課担当 ^{きすお} 千須和、沼上)

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3 ラウンドクロス一番町

電話03-3265-0077(代)、FAX03-5215-1045

以上

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業統計情報総合研究事業における

死亡診断書の諸課題に関するデータ提供について

(ファックス番号 03-5215-1045)

※恐縮でございますが7月30日(金)までをお願いいたします

研究代表者 大井利夫 行

貴殿から依頼の該当するデータ等の提供について
(該当するところに○をお付けください)

協力する

協力しない

病院名	
ご担当者 所属・役職	
ご担当者 なまえ お名前	

以上