

201002002B

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 21 年度～ 22 年度

総合研究報告書

研究代表者 大 井 利 夫

平成 23 (2011) 年 5 月

目 次

I. 総合研究報告

「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調査のためのデータ提供について …… 35

(平成 21 年 10 月 1 日付、調査協力依頼)

(資料2) 死亡診断書記載上の問題点について …… 52

(平成 21 年度〈2009 年度〉作成ラミネートシート仕様)

(資料3) 平成 21 年度 (2009 年度) 死亡例 945 件の死亡診断書 I・II 欄データ …… 54

(資料4) 死亡診断書の諸課題に関するデータ提供について…………… 71

(平成 22 年 7 月 1 日付、調査協力依頼)

(資料5) 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 …… 87

(平成 22 年 8 月 2 日付、調査協力依頼)

(資料6) 死亡診断書に関する調査への研究協力について…………… 91

(平成 22 年 10 月 8 日付、研究協力依頼)

(資料7) 平成 22 年度 (2010 年度) 死亡例 968 件の死亡診断書 I・II 欄等データ …… 95

II. 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 128

III. 研究成果の刊行物・別冊…………… 128

I . 総合研究報告

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）
総合研究報告書

「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

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

研究協力者（50音順）

<平成 21・22 年度（2009・2010 年度）>

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

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

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

柴田実和子 保健医療経営大学講師

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 弼子 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
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
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

<平成 21 年度 (2009 年度) >

押見香代子 聖路加国際病院医療情報センター診療
情報管理室
寺延美恵子 川崎医療福祉大学医療福祉マネジメン
ト学部医療秘書学科講師
橋本 昌浩 洛和会音羽病院経営管理部医療統計課
長
渡辺 佳代 元大阪府立呼吸器・アレルギー医療セ
ンター診療情報管理室

<平成 22 年度 (2010 年度) >

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
鎌倉 由香 昭和大学病院診療録管理室主任
島田 裕子 医療法人医真会八尾総合病院診療支援
課主任

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)「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」(研究代表者=山本修三)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. 資料の収集

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. 平成21・22年度（2009・2010年度）調査対象病院及び協力病院の内訳

	施設数	平成21年度 (2009年度) 協力病院数	平成22年度 (2010年度) 協力病院数
特定機能病院	77	15	10
臨床研修病院	201	72	65
DPC対象病院	15	4	3
DPC準備病院	9	1	1
「日本病院会役員」が在籍する病院	7	0	1
「日本診療情報管理学会評議員」が在籍する病院	1	0	0
合計	310	92	80

<平成21年度（2009年度）>

先行研究において明らかになった死亡診断書の精度に関わる要因を平易にまとめた記載時の注意事項「死亡診断書記載上の問題点について」をA4用紙2ページにまとめ、2色で両面印刷し、下敷き状にラミネート加工したもの（以下、「注意事項シート」という）を作成した（資料2）。

調査対象病院に「注意事項シート」を1部添付して協力可能かを問い合わせ、協力可能な医療機関については、1病棟に対し1枚の「注意事項シート」（最大20枚）を送付した。その上で、各医療機関内で注意事項シートの院内配布と周知を済ませた上で、死亡退院例（最大20件）について死亡診断書と同症例の退院時要約のセットでのコピー提供を依頼した。その結果、92施設から資料の提供を受けた死亡例945件を分析対象とした。

また、死亡診断書の書式や添付用紙の改変の影響を調べるため、調査対象病院に死亡診断書の作成方法や院内での運用法についてアンケートを実施した。その結果、133施設から回答を

得た。そのうち128施設から実際に使用している死亡診断書用紙の提供を受けた。

<平成22年度（2010年度）>

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4、5）、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・22年度（2009・2010年度）は、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

平成 21・22 年度（2009・2010 年度）は、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、平成 21 年度（2009 年度）「注意事項シートを用いた調査」と平成 22 年度（2010 年度）「注意事項用紙を用いた調査」の効果と比較検討した。

B-5. 院内での死亡診断書の作成・保管等についてのアンケート調査（平成21年度〈2009年度〉）

電子システム上で死亡診断書を作成・保存するのか、紙による運用の場合は自治体からの提供か、自施設の費用で印刷か、様式は所定どおりか、医療機関名等をあらかじめ印刷しているか等を尋ねた。また病院控えはどのように作成しているか、院内で原死因コーディングを行っているかも質問した。

B-6. 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（平成22年度〈2010年度〉）

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

〈平成21年度(2009年度)「注意事項シートを用いた調査」〉

C-1. 資料の提供を受けた症例の分析結果

(1) 協力医療機関の病床数と死亡診断書数

資料提供のあった92病院の病床数は最小131床から最大1,354床であり、中央値は566床であった。得られた死亡診断書を、その病床数別にみたものが図1である。945件の死亡診断書のうち851件(90.0%)は、病床数300床以上の病院から提出されていた。

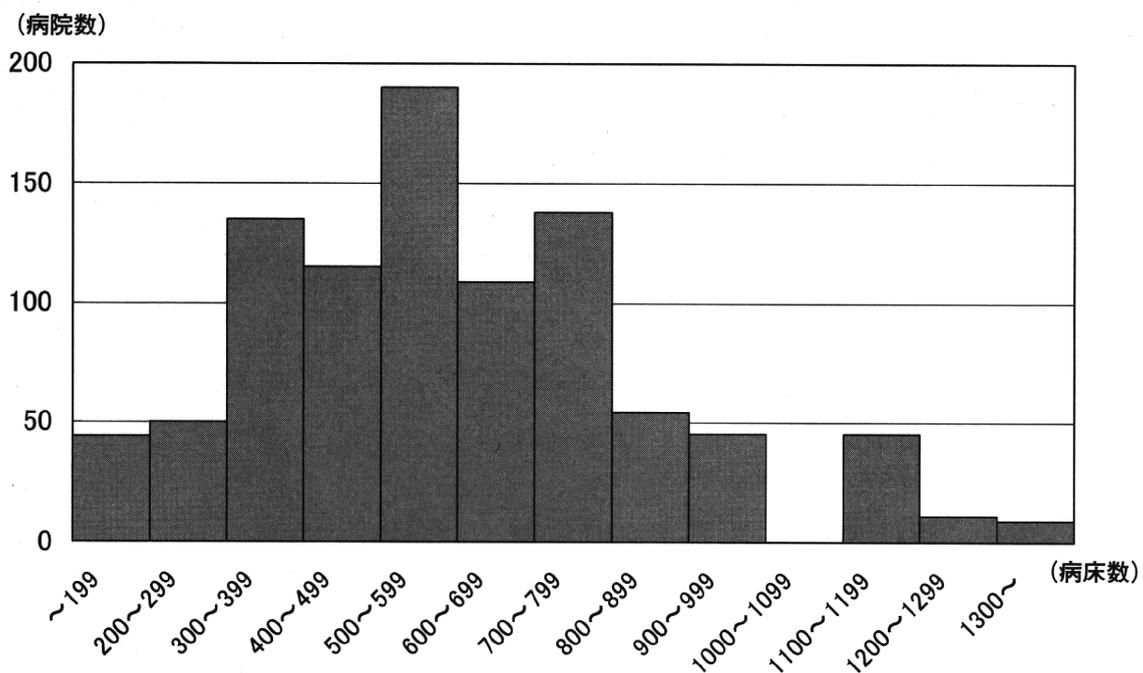


図1. 死亡診断書（945件）の病床数別分布（平成21年度〈2009年度〉）

分析対象となった死亡診断書を医療機関の病床数別にみたもの。縦軸に死亡診断書の件数、横軸に医療機関の病床数を示す。

(2) 死亡診断書に基づく原死因の分布

得られた死亡例 945 件について、死亡診断書に基づく原死因の分布を図 2 に示す。新生物によるものが 449 件 (47.5%) で、半数近くを占めており、先行研究と同様の結果であった。次いで循環器疾患による死亡が 216 件、呼吸器疾患による死亡が 100 件であった。

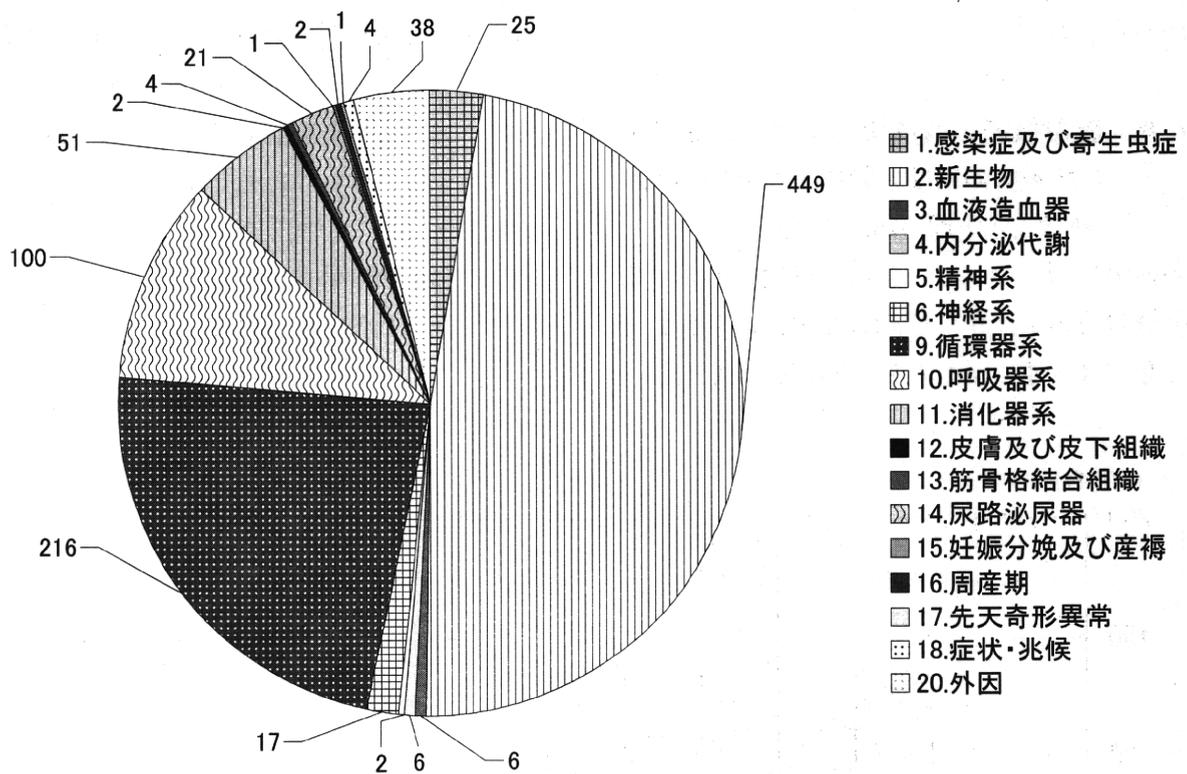


図 2. 分析対象死亡例 945 件の章別分布 (平成 21 年度 (2009 年度))

全国の 92 施設の医療機関から提供された 945 件の死亡症例について、死亡診断書に基づく原死因を ICD 章順に示す。数値は各章に属する件数。

(3) 死亡診断書と診療内容から読み取れる原死因の一致度

死亡診断書の記載に基づく原死因と、退院時要約から読み取れる原死因とを比較して、その一致度を平成19年度（2007年度）の結果と比較したのが図3である。

ICD-10の4桁まで一致したものは499件（52.8%）あり、3桁コードは一致しているものは194件（20.5%）で、この両者を合わせて693件（73.3%）であった。3桁は異なるものの死因分類表では同じ番号になる「小分類一致」は

47件（4.9%）あり、死因分類表による集計に影響のないものは合計740件（78.3%）であった。

死因分類表に基づく100位が一致するものは43件（4.5%）、章は一致するものは40件（4.2%）あり、ICD-10の章さえ異なるものは122件（12.9%）が認められた。

結局、分類表で不一致例が205例認められ、全体の21.7%を占めていた。図3に示すように、死亡診断書に基づく原死因と退院時要約に基づくそれとの一致度は、平成19年度（2007年度）の研究に比してやや劣っていた。

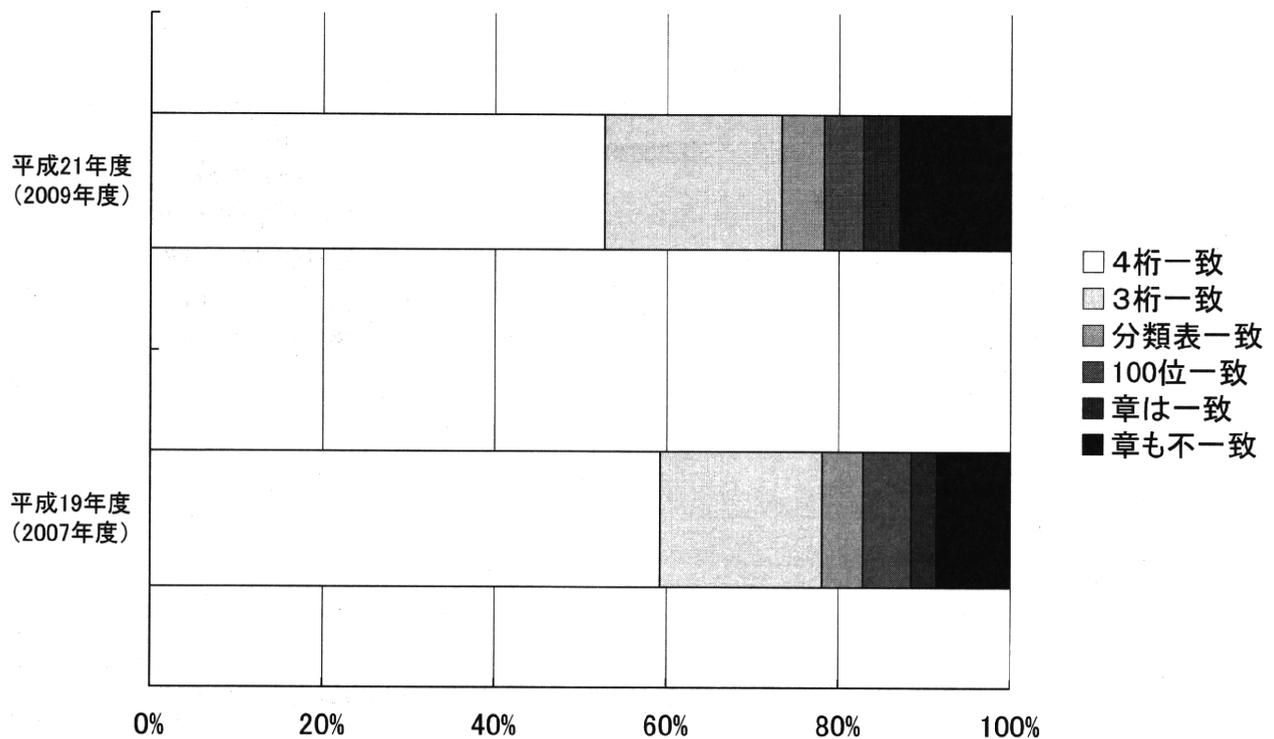


図3. 死亡診断書と退院時要約に基づく原死因の一致度 (平成21年度〈2009年度〉)

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ICD-10コードを比較し、その異同をみた。上段が今回の結果で下段に平成19年度（2007年度）の結果を比較のために示す。分類基準の詳細は研究方法を参照。

(4) ICD-10の章別の一致度

図4に、死亡診断書に基づく原死因をICD-10の章別に分けて、死亡診断書と退院時要約の内容の一致度をみたものを示す。先行研究と同様、死亡診断書に基づく原死因の属する章によって、一致度に大きな違いがあることが分かる。

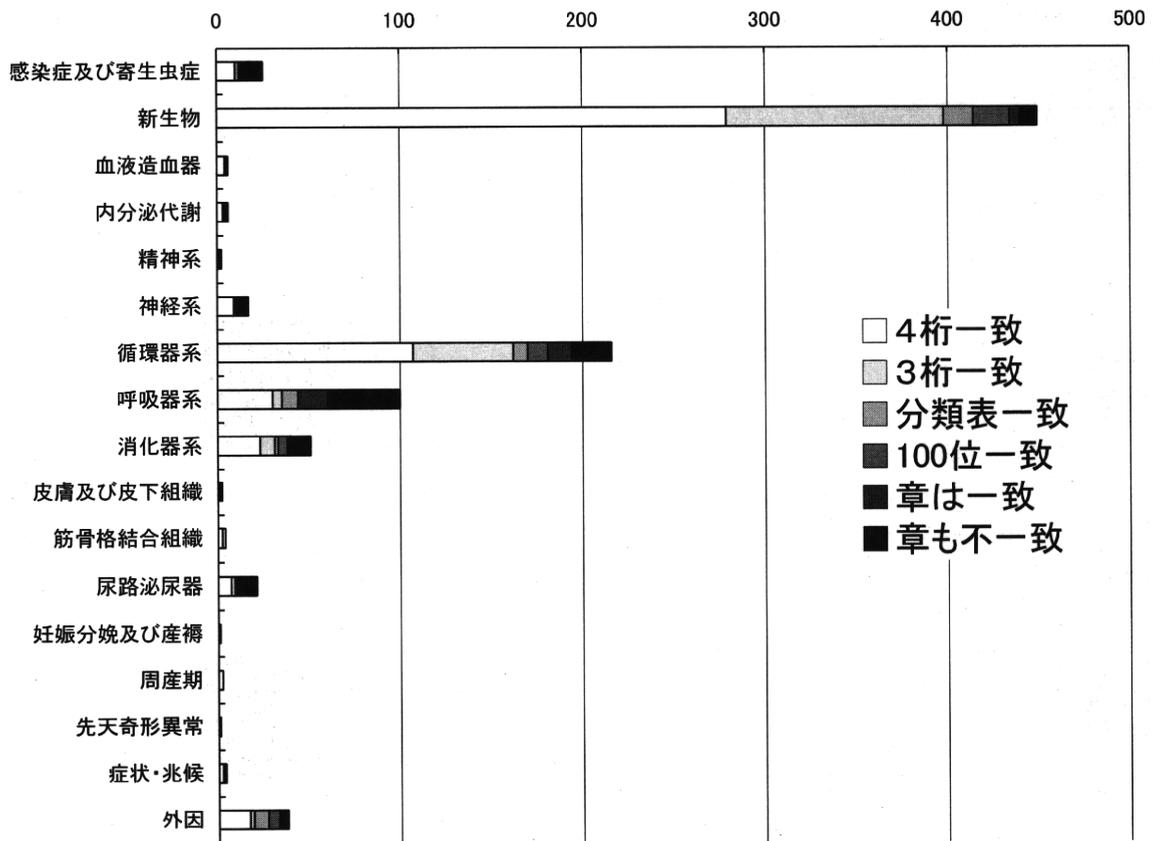


図4. 原死因の章別一致度 (平成21年度 (2009年度))

死亡診断書に基づく原死因をICD-10の章別に、退院時要約に基づく原死因との一致度をみた。上からICD-10の章順に、その章に含まれる件数を一致度別に示す。

ICD-10の各章の中で、我が国における原死因として重要な新生物、循環器疾患及び呼吸器疾患について、一致度の割合をみたものが図5である。

死因分類表で一致するものは、新生物による死亡449件中414件(92.2%)、循環器によ

る死亡216件中170件(78.7%)、呼吸器疾患による死亡100件中44件(44.0%)であった。先行研究と同様、新生物によるとされる死亡診断書の精度は相対的に良好であり、呼吸器疾患によるとされる死亡診断書の精度が劣ることが分かる。

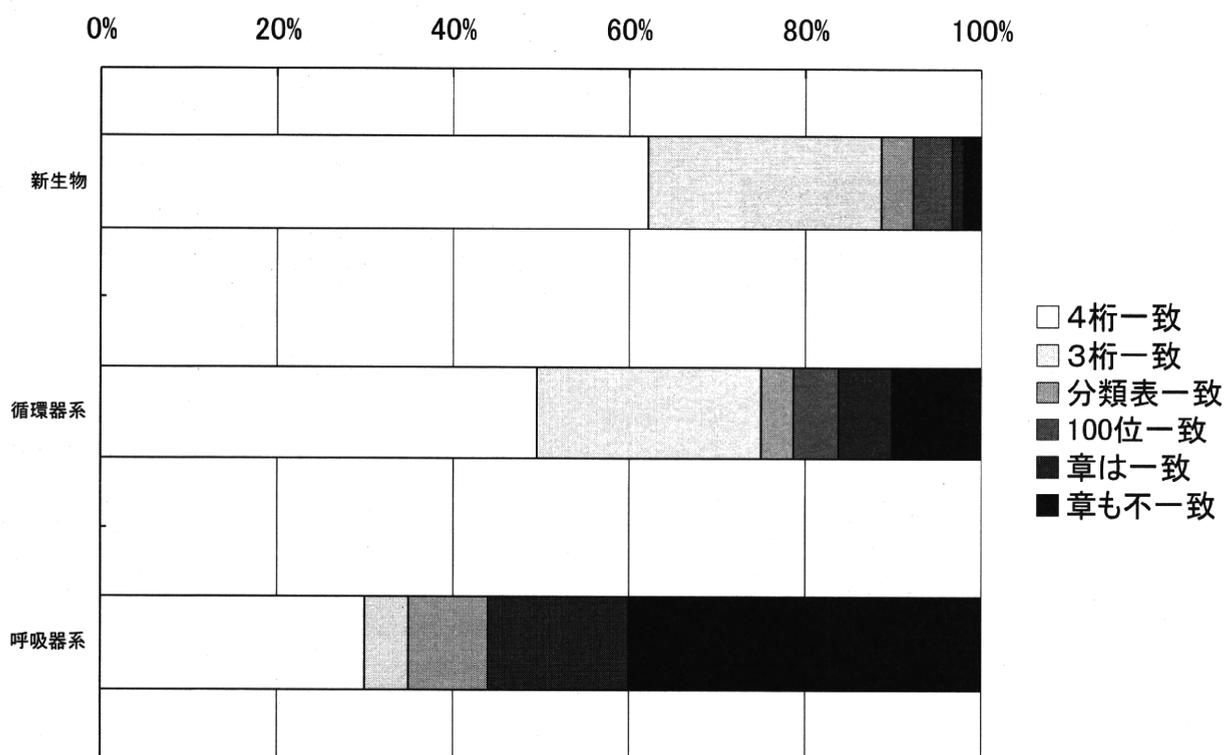


図5. 主要な章別の一致度 (平成21年度 (2009年度))

死亡診断書に基づく原死因のうち主要な新生物、循環器疾患及び呼吸器疾患について、退院時要約に基づく原死因との一致度を調べた。各章別に、一致度の分布割合を示す。

(5) 肺炎による死亡とされた死亡診断書の精度

平成19年度(2007年度)の先行研究で、死亡診断書に基づく原死因が肺炎(J18.9)となる症例の精度が劣ることを示した。そこで本研究でも原死因がJ18.9である例35件について、退院時要約から読み取れる原死因との異同を調べた。図6に示すように、退院時要約から読み

取れる原死因も肺炎(J18.9)であるものは5件(14.2%)しかなく、それ以外の呼吸器疾患が16件(45.7%)で、呼吸器疾患以外の症例が14件(40.0%)認められた。このうちでは循環器疾患による死亡が5件で最も多かった。この傾向は先行研究と大きく変わらなかった。

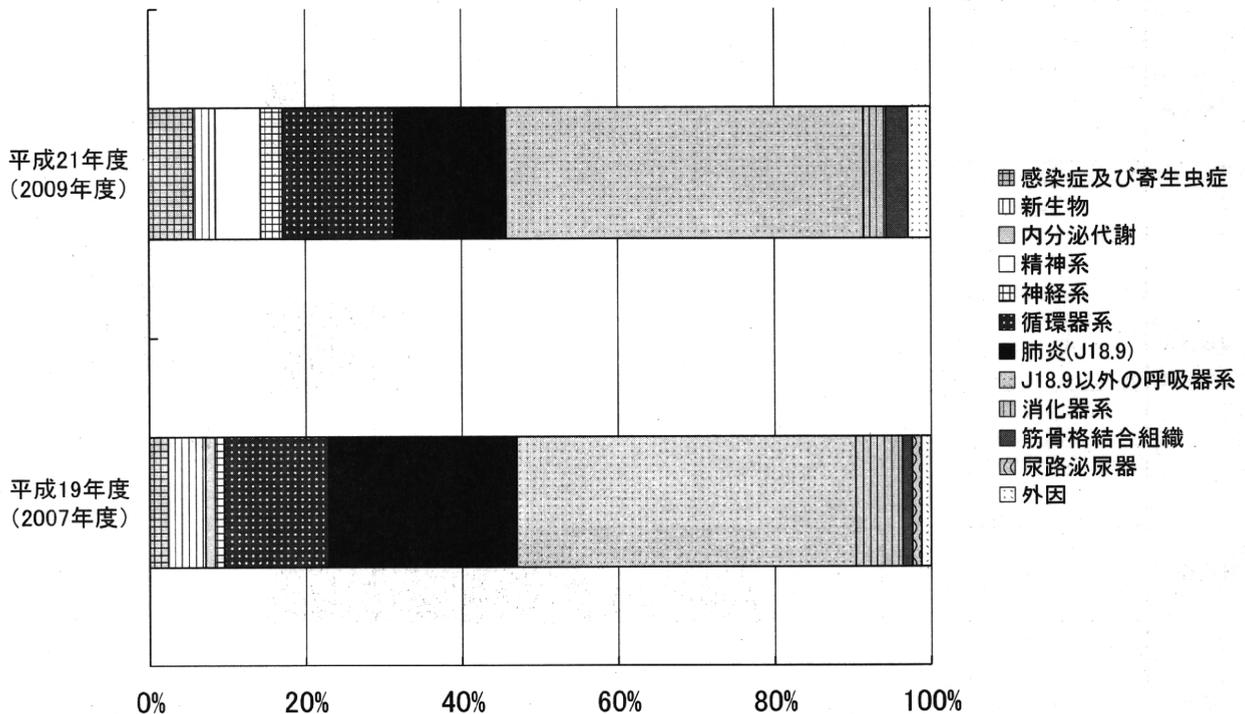


図6. 死亡診断書に基づく原死因が「肺炎」とされた症例の実際の原因

死亡診断書に基づく原死因が詳細不明の肺炎(J18.9)である症例35件について、退院時要約に基づく原死因がどの章に属するかをみたもの。呼吸器系疾患については、退院時要約に基づく原死因をJ18.9のものと、それ以外に分けて示す。下段に平成19年度(2007年度)の結果を比較のために示す。

C-2. 死亡診断書の精度に影響する要因の分析

(1) 死亡診断書の精度に影響する要因の頻度

死亡例 945 件すべてについて、研究方法 B-4 項で示した要因が含まれる死亡診断書の割合を調べた。図 7 に示すように、問題となる要因を含まない死亡診断書は 295 件で、全体の 31.2% しかなく、残りの 68.8% は何らかの要因を抱えていた。

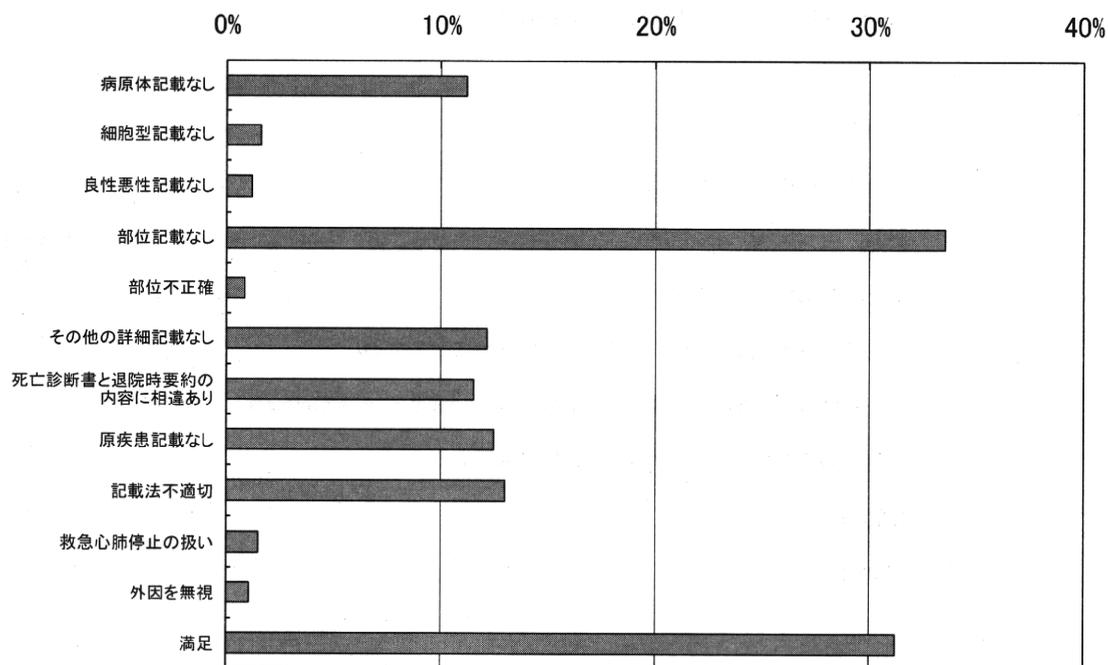


図 7. 死亡診断書にみられた精度に影響を及ぼす因子の頻度 (平成 21 年度 (2009 年度))

分析対象 945 件について、死亡診断書の記述及び退院時要約を比較して、各死亡診断書にみられた要因を最大 3 項目まで拾い上げた。複数の要因を持つ症例があるため、一致例、不一致例ともに合計が 100% を越すことに注意。

更に、死因分類表で一致した症例と一致しなかった症例に分けて、それぞれの中に問題となる要因がどれくらい含まれているかをみた。

図8に示すように、死因分類表で原死因が一致する症例でも、精度に影響する要因を含まないものは740件中295件(39.8%)に過ぎず、部位の記載なしが281件(36.7%)認められた。

ほかにその他の詳細記載なし、病原体記載なしや細胞型記載なしもみられた。

死因分類表不一致例205件の中では、原疾患記載なしが88件(42.9%)、内容に矛盾ありが74件(36.0%)、記載法不適切が60件(29.2%)、その他の詳細記載なしが51件(24.8%)等となっていた。

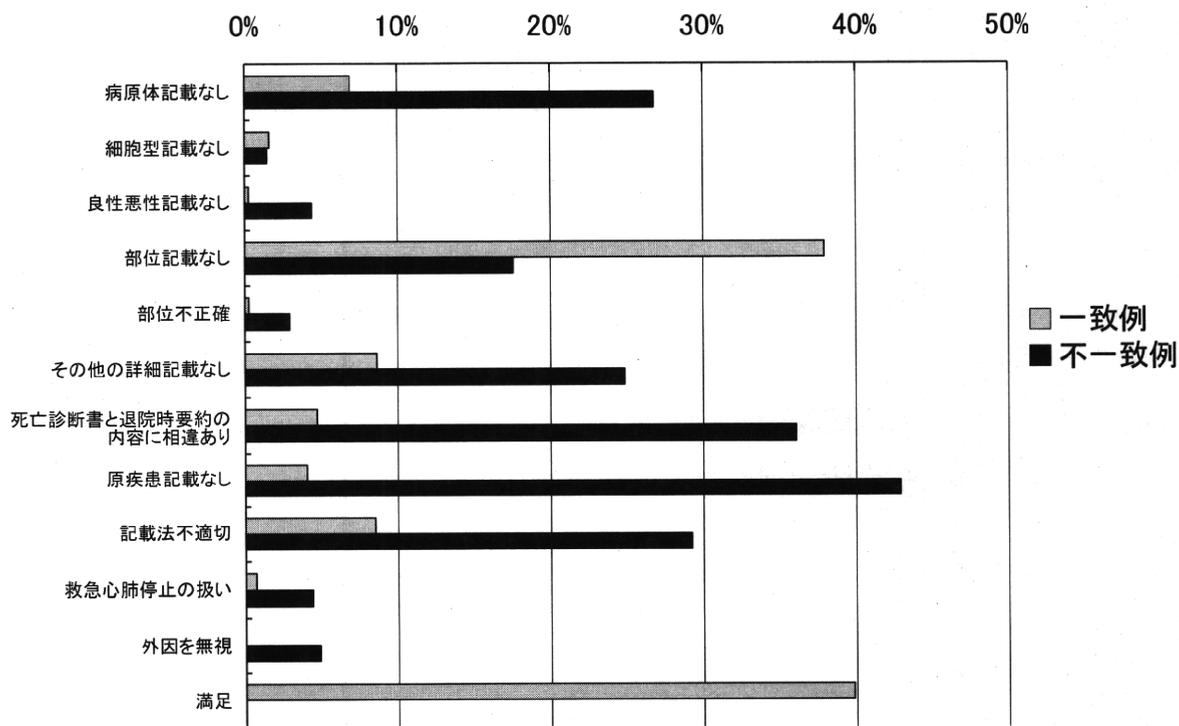


図8. 原死因一致例と不一致例に分けた精度に影響する要因を含む割合(平成21年度(2009年度))

死因分類表で原死因が一致する740例と一致しない205例について、それぞれの要因を含む件数の割合を示す。複数の要因を持つ症例があるため、一致例、不一致例ともに合計が100%を越すことに注意。

(2) 死因分類表で不一致となる症例における
要因の頻度と先行研究との比較

本研究では調査協力病院に、死亡診断書記入に当たっての注意点を記載した「注意事項シート」を配布して院内での啓発を依頼した上で資料の提供を受けた。そこで、このような介入を

しなかった先行研究とで要因の出現頻度に変化があるかを調べた。死因分類表で不一致となる症例で比較すると、図9に示すように、今回の研究では前回の結果よりも問題となる要因の頻度はむしろ高くなっていた。

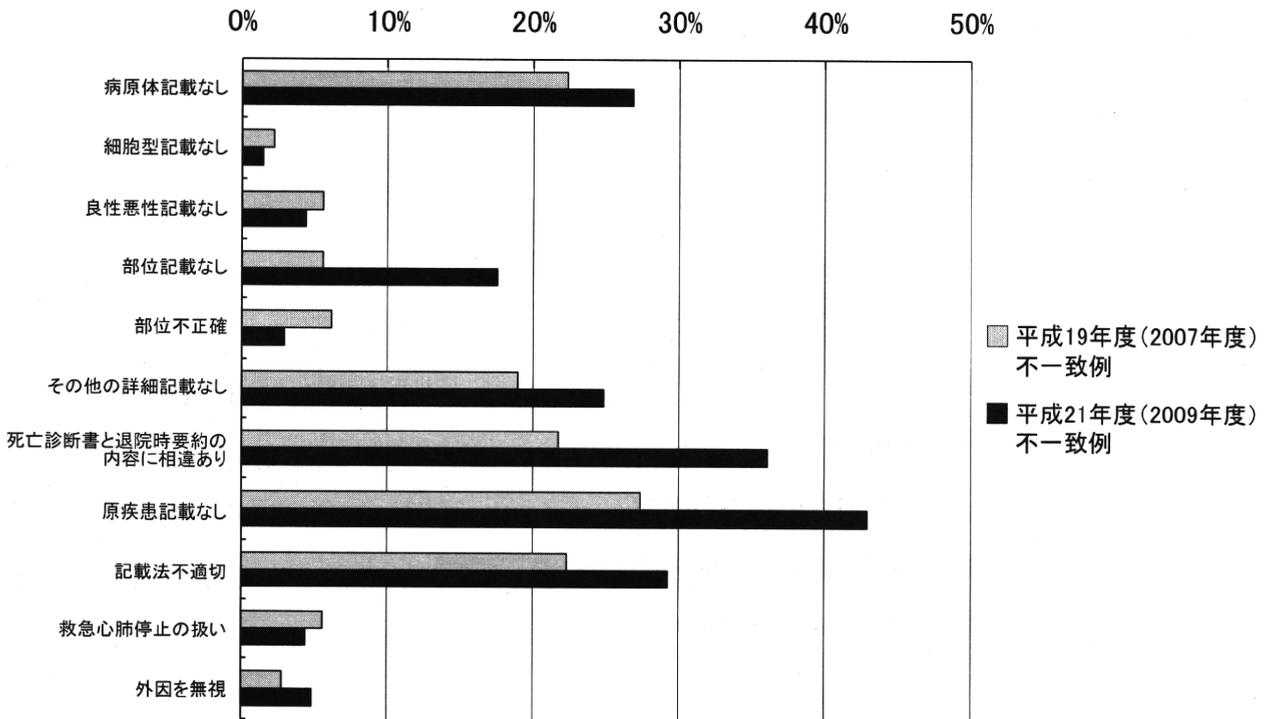


図9. 平成19年度(2007年度)先行研究と比較した死因分類表不一致例における要因の出現頻度

死因分類表不一致例について、各要因の出現頻度を平成19年度(2007年度)の先行研究の結果と比較したもの。複数の要因を持つ症例があるため、各年度ともに合計が100%を越すことに注意。

死因分類表で不一致となった最大の要因についても、平成19年度（2007年度）の先行研究と比較した。図10に示すように、今回は原疾患記載なしと記載法不適切、死亡診断書と退院時要約の内容に相違あり等が前回よりも相対的に増え、部位不正確やその他の詳細記載なしは減少していた。

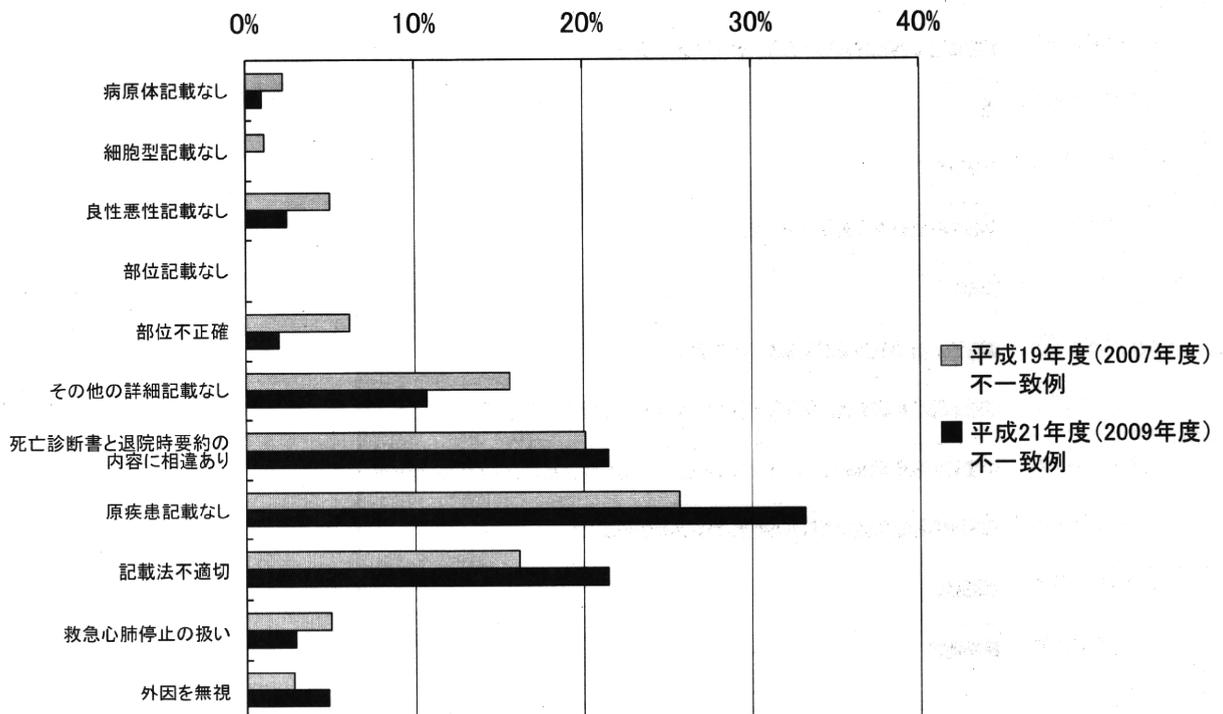


図10. 平成19年度（2007年度）先行研究と比較した死因分類表不一致例における最大要因の分布

死因分類表不一致例について、一症例につき不一致となった最大の要因を一つ選択した。その頻度を平成19年度（2007年度）の先行研究の結果と比較したもの。

C-3. 医療機関における死亡診断書の取り扱い

(1) 死亡診断書用紙の調達

死亡診断書の運用に関するアンケートに回答のあった133施設のうち、電子システム上で作成しているところが23施設(16.7%)、医療機関の費用で用紙を印刷しているところが59施設(43.4%)、自治体から用紙の支給を受けているところが54施設(39.7%)あった(図11)。自費印刷しているところでは「死亡したところ」や診断した医師の所属欄等をあらかじめ印刷しているところが55施設(全体の36.8%)と多く、中には「心不全や呼吸不全等は書かないで下さい」の注意書きを抹消する等の変更をしている施設もあった。

一方、自治体から支給を受けている医療機関では、54施設中48施設(88.9%)と、大半が厚生労働省の定型の様式を用いていた。

電子化された死亡診断書を病院情報システム上で作成・出力している施設は、電子カルテの導入率*と比較するとやや低く、電子カルテ導入施設の3分の2程度の施設において、電子的な死亡診断書が導入されていることになる。

※平成20年(2008年)の厚生労働省の調査では病院全体の11%、400床以上の大規模病院の32%で電子カルテが導入されているとされ、本調査の回答施設133施設中105施設(79%)が大規模病院であることから約27%の施設で電子カルテが導入されていると推測できる。

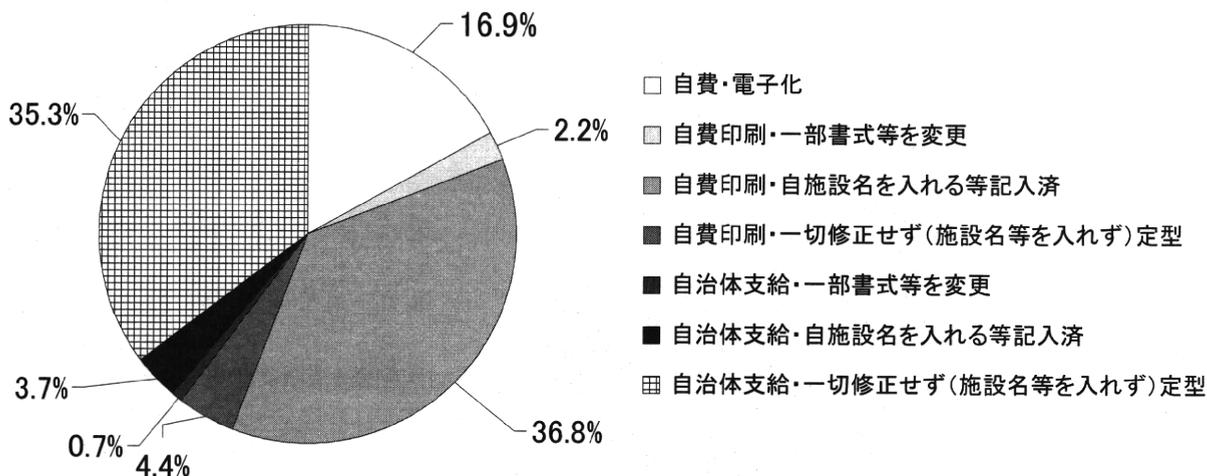


図11. 医療機関における死亡診断書の調達(平成21年度(2009年度))

死亡診断書の用紙をどのように調達しているかを尋ねた。具体的には、電子化か、医療機関で印刷か、自治体から提供を受けるかを質問した。また、その様式について、厚生労働省指定の定型そのままか、内容を変更しているか、一部(医療機関名等)を印刷・記入済みになっているかを尋ねた。数値は院内における死亡診断書の運用について回答のあった133施設中の割合を示す。

(2) 医療機関における死亡診断書控えの作成方法

死亡診断書は、本来、医師個人が発行するものであるが、大規模な病院であるほど、後の書類発行依頼や統計業務に備えて、病院控えを保管しているところが多いと考えられるため、どのようにして控えを作成しているかを尋ねた。

平均すると1施設あたり1.9枚の控えが作成されており、大規模病院105施設の平均が1.8枚であることから、施設の規模で控えの作成枚数が異なる訳ではなく、ほとんど施設で診療録に1枚が控えに編綴される他、事務部門等に1枚程度が保管されるという運用であることがわかった。死亡診断書が電子化されている23施設でも実際に紙として出力されている控えは

1.4枚と存在していることも、そうした紙記録が残存していることを裏付けている。

また、こうした控えの作成方法を1)ノンカーボン等による複写様式、2)光学複写機等によるコピー、3)手書きでの再度記入の3区分に分けて尋ねた結果を図12に示す。

ノンカーボンの複写様式の用紙を用いて控えとしてしているところが39施設(24.8%)に上り、100施設(63.7%)が光学複写機等によるコピーを作成していた。一方で、原本を作成した上で、更に手書きで別の用紙に記入する医療機関も18施設(11.5%)あった。

なお、400床以上の大規模病院においては、ノンカーボン複写が32%と増加し、手書きで再度記入は7%と減少した結果であった。

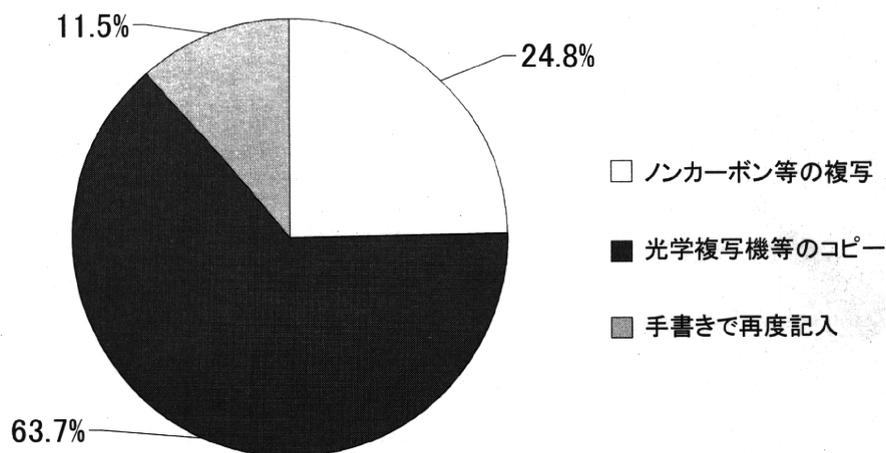


図12. 医療機関における控えの作成方法 (平成21年度〈2009年度〉)

医療機関において死亡診断書の控えをどのように作成しているかを尋ねた。数値は院内における死亡診断書の運用について回答のあった133施設中の割合を示す。

(3) 院内での原死因統計の作成

医療機関内で原死因統計を作成しているかを尋ねた結果が図 13 である。

少なくとも入院での死亡については 63 施設 (49.2%) の医療機関が原死因統計を作成していた。原死因統計作成のためには ICD-10 の原死因選択ルールを理解している職員が必要であり、回答のあった医療機関の約半数でそのような人材が活躍していることが分かった。

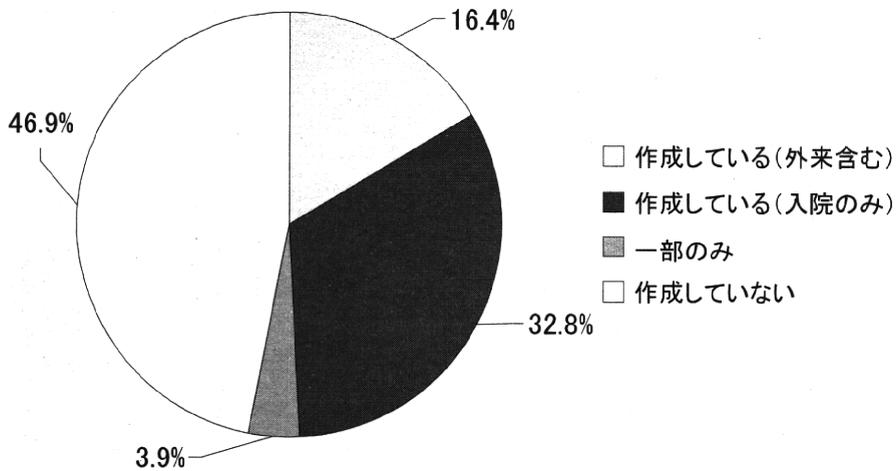


図 13. 医療機関における原死因コーディング (平成 21 年度 (2009 年度))

医療機関において、原死因の決定とコーディングを行っているかを尋ねた。数値は院内における死亡診断書の運用について回答のあった 133 施設中の割合を示す。