

<平成22年度(2010年度)「注意事項用紙を用いた調査」>

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14)。

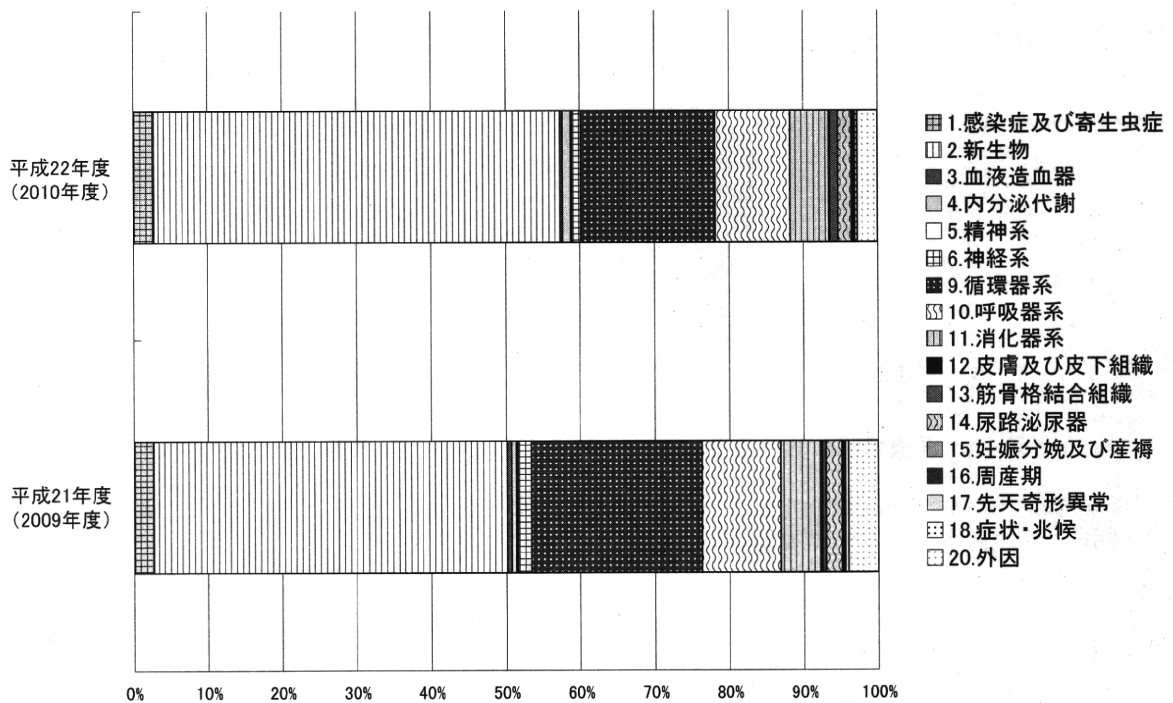


図14. 分析対象とした死亡例968件の死亡診断書に基づく原死因の内訳。ICD-10の章別にし参考までに平成21年度(2009年度)の章別分布を併せて示す。

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15）。

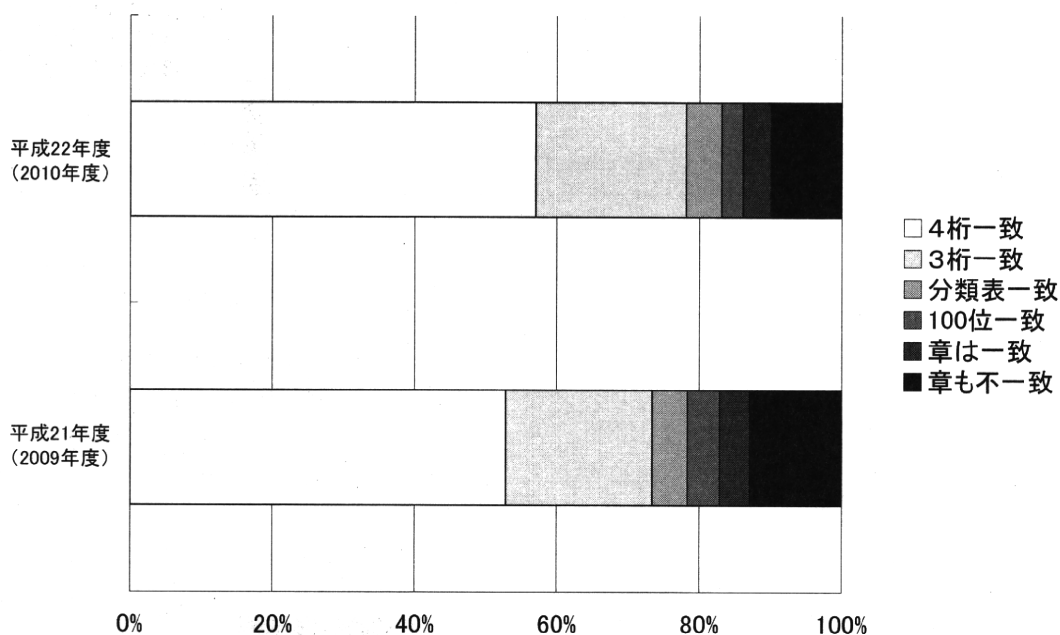


図 15. 分析対象とした死亡例968件の死亡診断書に基づく原死因と退院時要約に基づく原死因の一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度（2009年度）の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

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16)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17)。

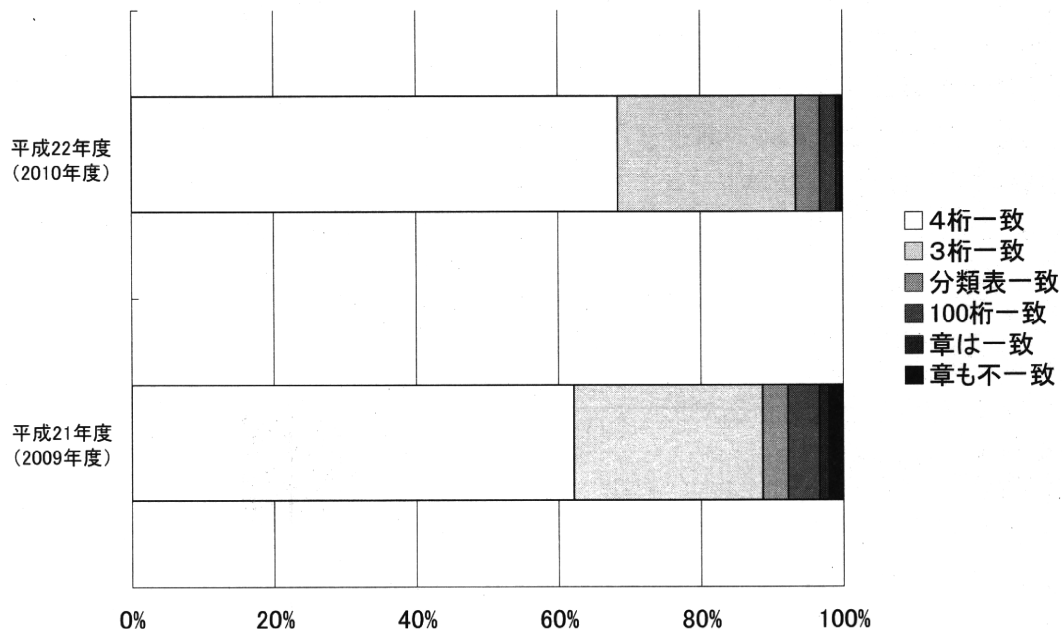


図16. 死亡診断書に基づく原死因が新生物(ICD-10の第II章)である症例の退院時要約に基づく原死因との一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度(2009年度)の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

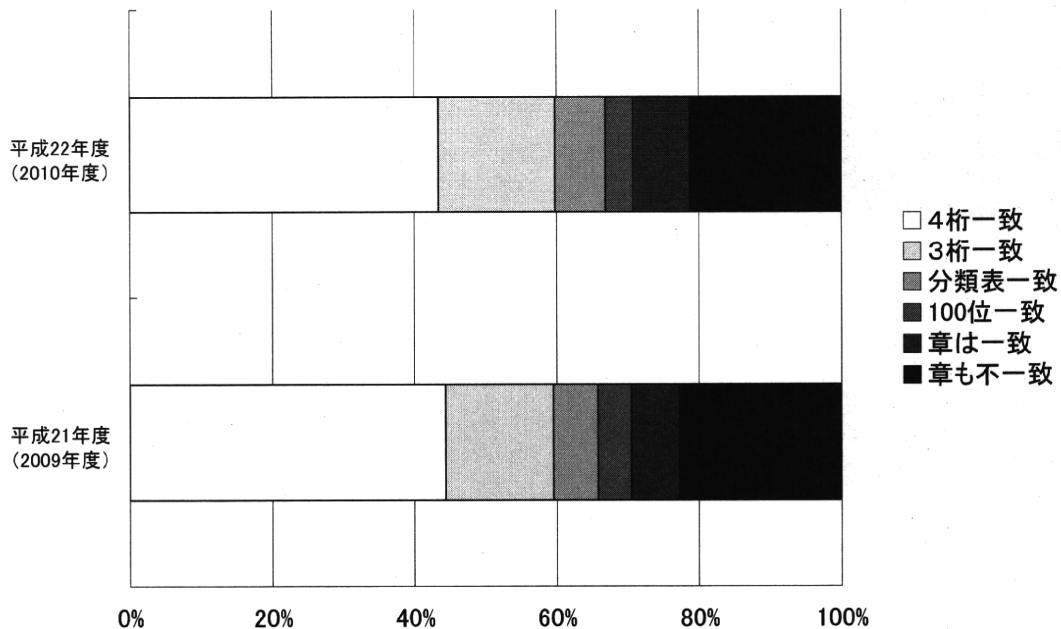


図17. 死亡診断書に基づく原死因が新生物以外(ICD-10の第II章以外)である症例の退院時要約に基づく原死因との一致度。上段に本研究の結果を下段に平成21年度(2009年度)の調査結果を示す。一致度の評価は研究方法を参照。

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18）。

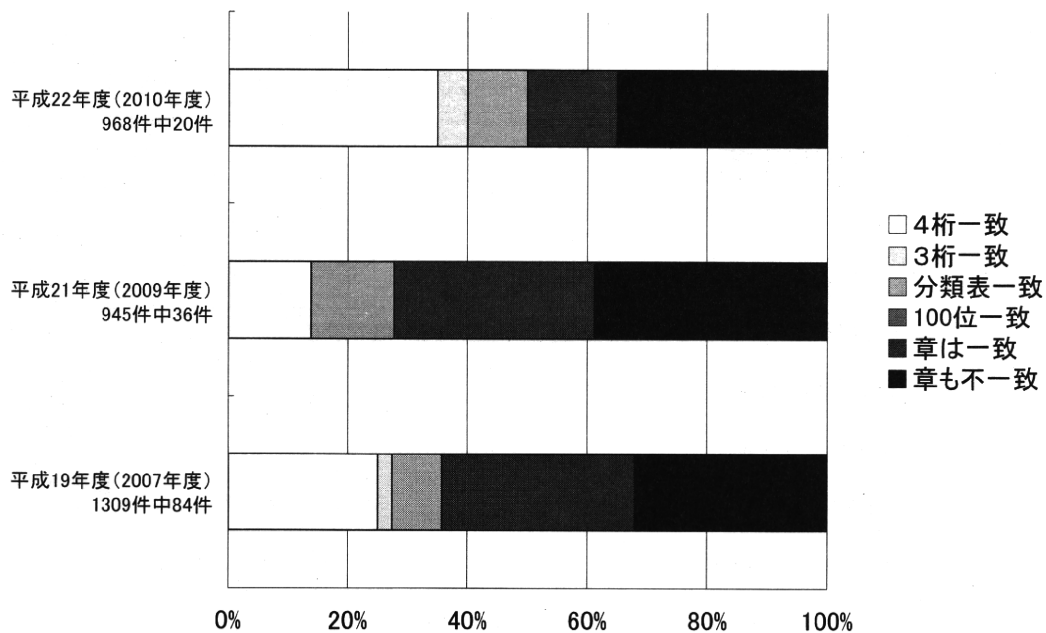


図18. 死亡診断書に基づく原死因が肺炎（J18.-）である症例の頻度と退院時要約と比較しての一致度をみたもの。平成19年度（2007年度）の先行研究及び平成21年度（2009年度）の研究と比較して示す。

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 19)

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。

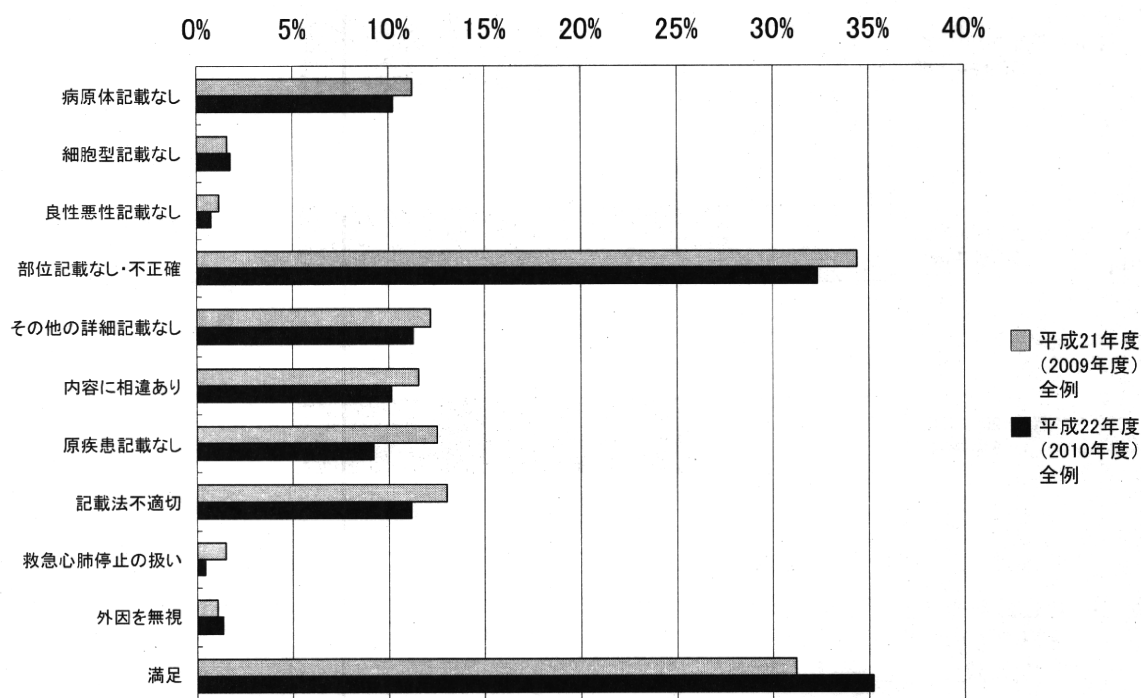


図 19. 分析対象の全症例について、死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度を示す。一つの症例が複数の要因を持つものもあるため、合計が 100% を超すことに注意。

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20)。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。

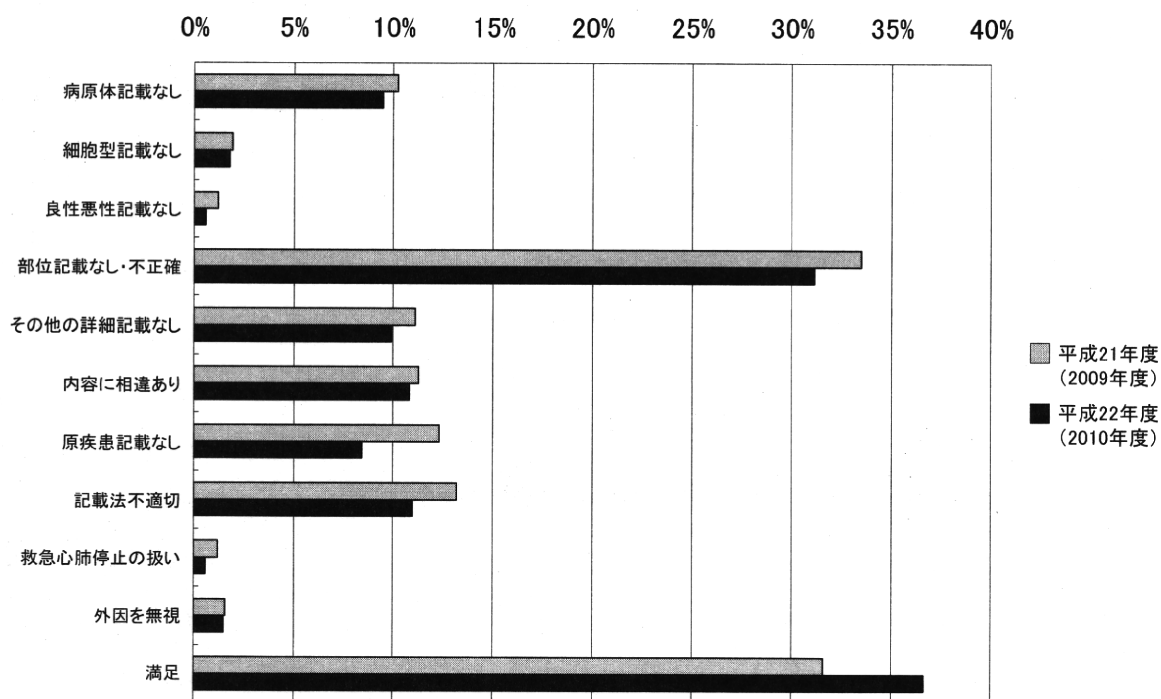


図20. 平成21年度(2009年度)と平成22年度(2010年度)の両年度に資料提供の協力があった56施設の医療機関からの症例について死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度をみたもの。図19同様、合計で100%を越すことに注意。

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21）。

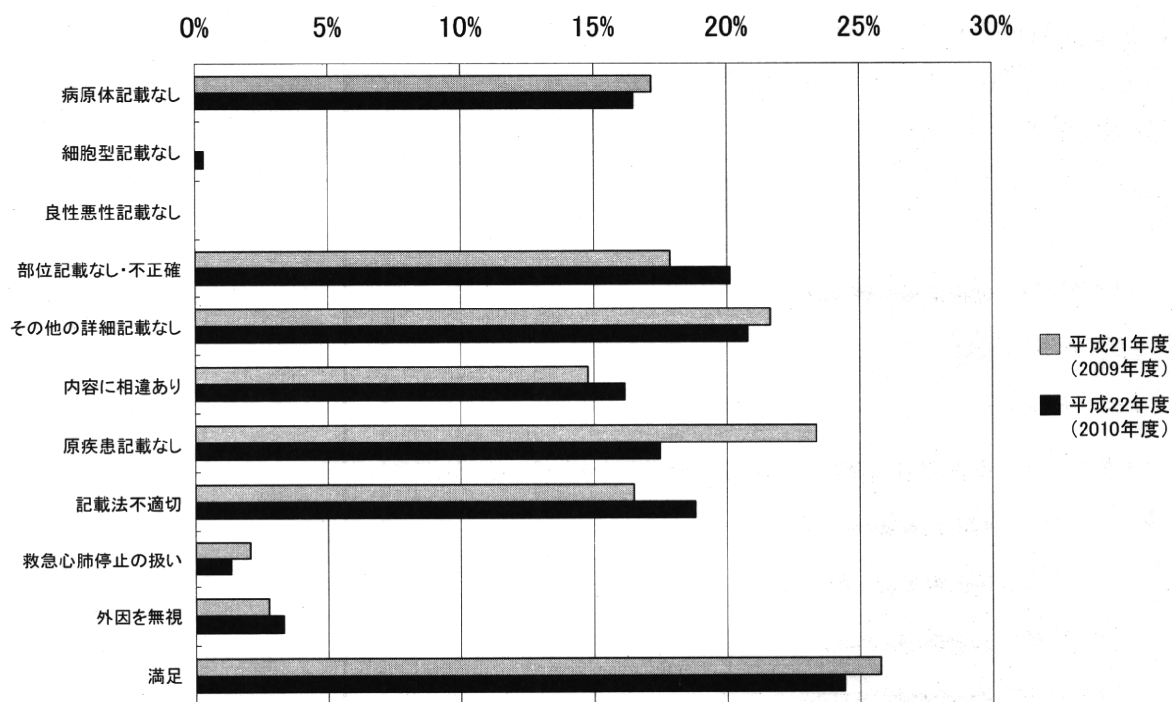


図21. 平成21年度（2009年度）と平成22年度（2010年度）の両年度に56医療機関からの資料提供の協力があった。死亡診断書に基づく原死因が新生物以外（ICD-10の第II章以外）の症例について死亡診断書の精度に影響する要因の出現頻度をみたもの。図19同様、合計で100%を超すことに注意。

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22）。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。

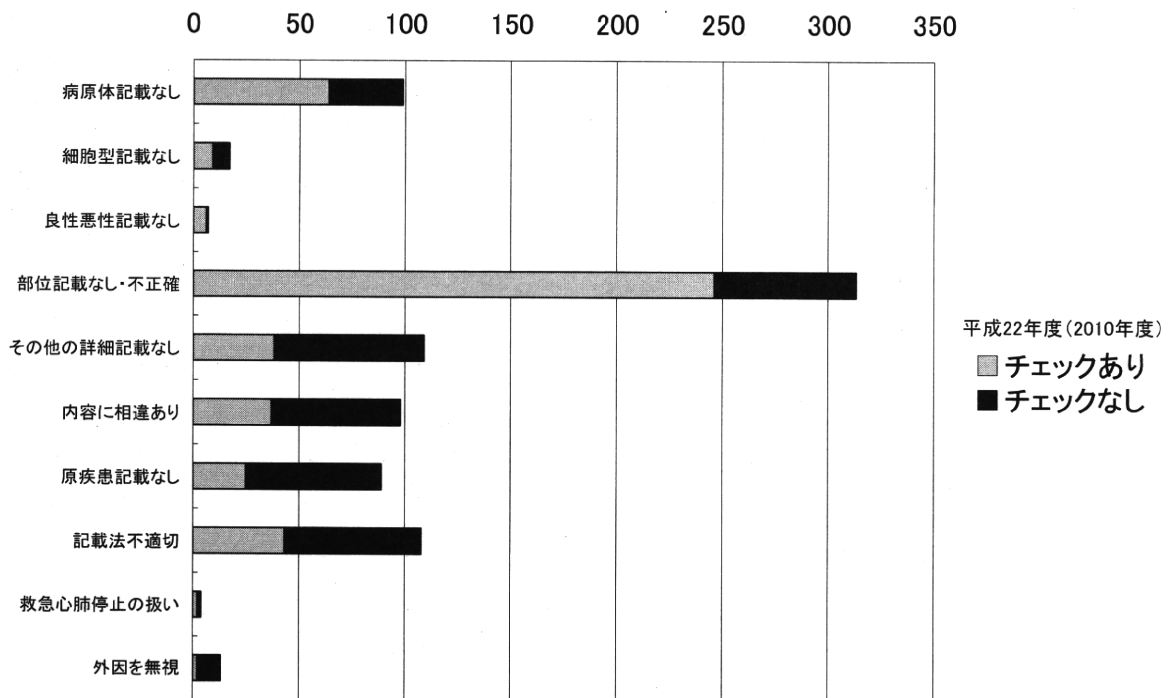


図22. 研究班が死亡診断書の精度に影響する要因ありと判定した症例について、その症例を提出した医療機関の診療情報管理士がその上記10項目の要因をチェックしていたかをみたもの。横軸はそれぞれの精度に影響する要因ありと研究班が判定した症例の件数。

D. 考 察

<平成21年度(2009年度)「注意事項シートを用いた調査」>

D-1. 死亡診断書に基づく原死因と退院時要約の内容に基づく原死因の一致度

先行研究で我々は全国の研究協力医療機関から取り寄せた死亡診断書と退院時要約の内容を比べ、退院時要約から読み取れる原死因が、死因分類表で異なった分類となる例が2割近くを占めることが判明した。そして、死亡診断書の精度に影響する要因として、研究結果C-2項(図7)に示す11の要因(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、⑥その他の詳細記載なし、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)を選び出し、その影響を報告した。

本研究では、死因統計に影響を及ぼすと考えられる主要な要因について医師の死亡診断書への記載の正確さを喚起する目的で、具体的な死亡診断書記載上の問題点をまとめた「注意事項シート」を作成した。この「注意事項シート」を医療機関に配布し、各医療機関内で周知を依頼した上で作成された死亡診断書と退院時要約を収集した。

「注意事項シート」の内容が医療現場の医師に理解されることで、死亡診断書の記載がより適切になることを期待したが、その結果は先行研究と比べて改善は認められなかった(図3)。新生物による死亡とされる死亡診断書の精度に比べて呼吸器系による死亡とされた死亡診断書の精度が劣る傾向も変わりがなかった(図4、図5、図6)。

D-2. 死亡診断書の精度に影響する要因の頻度

「注意事項シート」配布にもかかわらず、死亡診断書の記載に問題がないとされた症例は

945件中295件(31.2%)にとどまり、残りは何らかの要因を抱えていた。要因の中で最も頻度の高い「部位記載なし」はICD-10では多くの場合「.9」となり、幸い死因分類表上の異同は生じない。しかし、先行研究で「.9」となる死亡診断書は有意に精度が劣ることは証明されており看過できない。

また、新分類表不一致例では原疾患記載なしや死亡診断書の記載不適切(第Ⅱ欄に原死因とみなされる傷病名が記載されているが、原死因選択ルールで選択されない)等、重要な要因の頻度が高かった(図8)。更に死亡診断書と退院時要約の内容が不一致と判定された症例において、死亡診断書の精度に影響する要因の頻度も減っておらず(図9、図10)、「注意事項シート」配布の効果は認められなかった。

しかし、これらの結果は「注意事項シート」の配布が無意味だということを必ずしも意味しない。本研究では、各医療機関がどのように「注意事項シート」を用いて院内に周知したのか、その結果個々の医師にどの程度周知徹底され理解されたかを把握することは困難である。分析対象症例の90%が病床数300床以上の病院から提供されており(図1)、その規模を考えると、病院に所属する医師全員への周知徹底が必ずしも簡単でないことは容易に推測される。

この結果は、大規模な医療機関や中央からの情報が届きにくい病院へのこのような啓発には時間と労力がかかり、その周知徹底には工夫が必要であることを示している。

D-3. 医療機関における死亡診断書の取り扱い

現在、いわゆる電子カルテと呼ばれる電子媒体システムが急速に普及している。しかし、今回のアンケートでは、死亡診断書を電子媒体システムで作成・保存している医療機関は約23施設(17%)に過ぎず、それらの医療機関にお

いても紙媒体での保管も併用している施設が17施設（電子保存施設のうち74%）あり、多くの医療機関で紙運用としていることが分かった（図11）。紙運用の医療機関では大半が所定のA3用紙の「左が死亡届、右が死亡診断書・死体検案書」の様式を守っており、改変するとしても自院の所在地と名称をあらかじめ記入印刷する等にとどめているところがほとんどであった（図11）。また、医療機関控への作成も、2枚複写や光学複写機によるコピーによるとした医療機関が90%近くを占めた（図12）。

本研究では、現行の死亡診断書様式に多少の改変等を加えて医療機関に配布し、死亡診断書記載の精度向上の可能性を探ることを計画している。現行の公式様式に準じた用紙を用いている医療機関が大半を占めることから、この計画は協力病院へさほどの負担を与えないと予測される。

また、アンケートに回答のあった医療機関のほぼ半数で、原死因統計を作成していることが分かった（図13）。医療機関で原死因選択ルールを熟知している職種は診療情報管理士のほかには考えられない。死亡診断書記載の注意を啓発できる診療情報管理士が医療機関でその能力を発揮できる業務を遂行していることが明らかとなった。死亡診断書の精度向上には、死亡診断書が作成される現場で精緻な記載がなされることが絶対に必要であり、現場での啓発に診療情報管理士に期待するところ大といえる。

<平成22年度(2010年度)「注意事項用紙を用いた調査」>

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。

平成22年度（2010年度）は平成21年度（2009年度）に比べて一致度の向上がみられた（図15）。しかし、平成22年度（2010年度）は新生物によるとされた症例が5%増加していた（図14）。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17）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16）、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18）。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19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、平成21年度（2009年度）と協力病院が異なるため、その影響の可能性はある。そこで、平成21年度（2009年度）と平成22年度（2010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20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。

平成21年度（2009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21である。ほとんどの要因の頻度については、平成21年度（2009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22）。

平成21年度（2009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った。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22）、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

<平成21年度（2009年度）「注意事項シートを用いた調査」>

死亡診断書の精度に関わる要因を平易にまとめた「注意事項シート」を配布して、直後に死亡診断書を収集する本研究では、死亡診断書の精度及び問題となる要因の頻度で有意な改善はみられなかった。

改善が認められなかった原因として、病床数300床以上の病院から提供された症例がほとんどであり、「注意事項シート」を用いての院内への周知徹底が容易でないことが考えられた。

多くの医療機関では紙媒体である公式様式所定の用紙を用いて死亡診断書を作成しており、現行の様式にわずかな工夫を加えた用紙を医療機関に配布する介入研究は可能と思われる。

一方、アンケートに回答のあった病院の約半数で原死因コーディングが行われており、診療情報管理士が死亡診断書に関わっていることが分かった。医療機関での啓発は死亡診断書の精度向上に必要であり、診療情報管理士の寄与が精度向上に寄与する可能性がある。

<平成22年度(2010年度)「注意事項用紙を用いた調査」>

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 . 総合研究報告

資 料

< 1 ~ 7 >

平成 21 年 10 月 1 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副会長)
(公印省略)

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 (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、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) および 19・20 年度の 2 年間厚生労働科学研究費補助金同研究事業「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」(研究代表者＝山本修三) 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総合研究・事後評価委員会より高い評価を受けることができ、今年度は今までの研究に基づいた新たな研究事業「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」として採択されました。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、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。

今回の本研究事業は、正確な死因の把握が社会的な関心事にもなっており、国際疾病分類 (ICD) に基づく死亡診断書の記載の適正化に関わる諸課題を具体的に抽出するため、平成 17 年度以来 4 年間に恒りご協力いただきました 310 施設を対象に次の 2 つの調査を実施し、データ収集作業・解析を企画しております。

- [1] 今回送付したこの研究計画の説明 (協力依頼) と併せて、現在の貴院における死亡診断書とその控えの運用に関する実態調査への協力 (10 月 13 日 (火) 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、先行研究の結果で得られた別送添付シート「死亡診断書記載上の問題点について」を参照後の医師による「死亡診断書」と「同症例の退院時要約」のセットのコピー (期間中に 5 症例から最大 20 症例) の提出 (11 月 16 日 (月) 必着)

つきましては、今回の本研究事業に対しての貴院のご意向につきまして 10 月 9 日 (金) までに別紙回答用紙にてこの研究に協力いただけるか否かを FAX にて、もう一つの別紙「院内における死亡診断書とその控えの運用に関する調査ついて」は同封封筒をお使いいただきご回答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、本研究事業の主旨をご理解いただき、何卒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6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貴院の診療情報管理士に記入してもらった調査「院内における死亡診断書とその控への運用に関する調査」

③調査②をお送りいただく返送用封筒

④平成21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）交付申請書（抜粋）

研究課題名（課題番号）：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（H21-統計-一般-002）添付資料1

⑤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 添付資料2

⑥ミネート「死亡診断書記載上の問題点について」（見本として1枚）

問い合わせ先など：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 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 21 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

(ファックス 03-5215-1045)

※恐縮でございますが 10 月 13 日 (火) 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 または 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

※ 別添サンプルとしてお送りしたマネットシート「死亡診断書記載上の問題点について」を次回の調査で使用しますが、貴院では何枚必要でしょうか。

おおむね、各病棟に 1 枚の配布を想定しております。ご希望の枚数に必ずしもそえない場合もございますので、予めご了承ください。

枚

院内における死亡診断書とその控えの運用に関する調査

(ご返送は同封返信用封筒をお使い下さい。10月13日(火)締切り)

診療情報管理士に次の1.～6.の設問についてご回答願います。

また、貴施設で用いられている死亡診断書(死亡届)の用紙を参考に1部ご送付ください(情報システムからプリントアウトされる場合は、そのプリントアウトをお願いします)。

貴院名	
-----	--

1. 貴施設の状況について数値を記入してください。いずれも平成21年8月現在の数値

総病床数	年間退院患者数(延べ)	年間死亡退院患者数
床	人/年間	人/年間

2. 職員構成(該当するところに数値を記入してください。いずれも平成21年8月現在の数値)

診療情報管理士
名

3. 死亡診断書の原本となる用紙の書式とその費用について、貴施設で該当する番号に○を付してください。

- 1) 電子化されており、国で定められた様式に準拠しながらも、一部書式などを変更して、医師が入力した情報をシステムから印刷・出力している
- 2) 電子化されており、国で定められた様式に従い、医師が入力した情報をシステムから印刷・出力している
- 3) 用紙は国で定められた様式に準拠しながらも、一部書式などを変更して、自施設の費用で作成している
- 4) 用紙は国で定められた様式に従い、自施設名を入れるなどした上で、自施設の費用で作成している
- 5) 用紙は国で定められた様式を一切修正せず(施設名などは入れず)、自施設の費用で作成している
- 6) 用紙は国で定められた様式に準拠しながらも、一部書式などを変更した形で、自治体などの費用で作成したものを提供してもらっている
- 7) 用紙は国で定められた様式に従い、自施設名を入れるなどした上で、自治体などの費用で作成したものを提供してもらっている
- 8) 用紙は国で定められた様式を一切修正せず(施設名などは入れず)、自治体などの費用で作成したものを提供してもらっている
- 9) その他

9) その他の場合は様式が修正されているか否か、また、その印刷費用はどこが負担しているかをご記入ください。

4. 死亡診断書を用いて、原死因のコーディング(ICD-10によるもの)を実施していますか。該当する番号に○を付してください。

- 1) 外来死亡も含め、全ての症例について、原死因のコーディングをしている
- 2) 入院患者の死亡についてのみ、原死因のコーディングをしている
- 3) 死亡患者の一部についてのみ、原死因のコーディングをしている

コーディングの対象としているのは

()

4) 原死因のコーディングは行っていない

5) その他

()

5. 死亡診断書の控えについて、以下の例・定義に従って、複写、コピー、手書きに分け、それぞれの枚数、作成者、保管場所を記入してください。

	枚数	控え作成者(その枚数)	保管場所・部署
複写*1	枚		
コピー*2	枚		
手書き*3	枚		
例	5枚	看護師(1)、医事課(2)、 診療情報管理室(2)	病棟、医事課、外来診療録、 入院診療録、診療情報管理室

作成者、保管場所が複数ある場合は、全ての作成者・保管場所を記入してください。

*1 複写とは、感圧紙などにより、原本を記入する際にその筆圧で原本の下の用紙に複写するもの

*2 コピーとは、記入された原本などを光学複写機(スキャニングしたデータを元に印刷する機器)を用いて複写するものをいいます。

*3 手書きとは、記入された原本を元に、原本とは別に手書きで控えを作成する場合をいいます。

6. 死亡診断書とその控えの流れについて、以下の例に従って、複写、コピー、手書き(定義は2.を参照)に分け、それぞれの作成場所、行き先・保管場所を記入してください。

	医師による 原本作成時	死亡届 提供前	死亡届 提供時	死亡届 提供後
原本	医師が記載・入力		患者家族などに提供	
複写1	筆圧で作成			
複写2	〃			
複写3	〃			
	〃			
コピー1				
コピー2				
コピー3				
コピー4				
コピー5				
手書き1				
手書き2				
手書き3				
例				
原本	医師が記載・入力	病棟にて印刷・押印	患者家族などに提供	
複写1	筆圧で作成	⇒	⇒	医事課にて保管
複写2	〃	入院診療録に綴込		
コピー1		病棟にてコピー	病棟で保管	
コピー2		医事課でコピー 時間外は事務当直	医事課で保管	
コピー3		医事課でコピー 時間外は事務当直	外来診療録に綴込	
コピー3		⇒		コピー2をコピー 診療情報管理室で保管
手書き1	医師が記入	⇒	医事課で保管	

その他、特別な流れがある場合は、以下にご記入ください。

※ ご協力、誠にありがとうございました。死亡診断書の用紙の添付もよろしくお願いいたします。以上

厚生労働科学研究費補助金交付申請書（抜粋）

平成21年 4月20日

厚生労働大臣
舩添要一 殿

フリガナ 大井 利夫
申請者 氏 名 大井 利夫

平成21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）交付申請について
標記について、次により国庫補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 研究課題名（課題番号）：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（H21-統計一般-002）
- 当該年度の研究事業予定期間：平成21年4月1日から平成23年3月31日
(2)年計画の1年目

3. 研究組織

研究者名 (50音順)	分担する研究項目	所属研究機関及び現在の専門 (研究実施場所)	所属機関 における 職名
大井 利夫	研究総括	社団法人日本病院会、病院管理、診療 情報管理、医療安全（日本病院会等）	副会長
川合 省三	死亡診断書の記載適正化に関する検討	大阪南脳神経外科病院（日本病院会等）	副院長
菅野健太郎	ICD改訂に関連した死因統計・死亡診断 書への影響に関する検討	自治医科大学消化器内科学部門（日本 病院会等）	教授
高橋 長裕	死亡診断書の記載適正化に関する検討	千葉市立青葉病院（日本病院会等）	副院長
西本 寛	死亡診断書の記載適正化に関する検討、 ICD改訂に関連した死因統計・死亡診断 書への影響に関する検討	国立がん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 （日本病院会等）	室長
松本 万夫	死亡診断書の記載適正化に関する検討	埼玉医科大学国際医療センター、埼玉 医科大学循環器内科（日本病院会等）	心臓内科教 授
三木幸一郎	死亡診断書の記載適正化に関する検討	北九州市立医療センター内科、肝臓内 科（日本病院会等）	部長