

平成 23 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

「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究」

における原死因選択ルール修得のための研修会等について

(ファックス 03-5215-1045)

※恐縮でございますが 12 月 15 日 (木) までお願いいたします

研究代表者 大井利夫行

貴殿から案内のあった平成 23 年度厚生労働科学研究事業において、研究協力者として本院の診療情報管理士が該当する研修会への参加と、平成 24 年度に企画している本院にてその診療情報管理士が実際に主治医の死亡診断書作成時に関与し助言を行い、そこで得られた死亡診断書などのデータ提供について貴研究事業の趣旨と目的に賛同し、協力します

平成 23 年 月 日

病院名	
理事長名 または院長名	
診療情報管理担当者 所属・役職	
診療情報管理担当者 氏名	

以上

様式A (3)

厚生労働科学研究費補助金交付申請書 (抜粋)

平成23年4月20日

厚生労働大臣
細川 律夫 殿フリカ`ナ オオイ トシオ
申請者 氏 名 大井 利夫

平成23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)) 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) : 死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究
(H23—統計—一般—002)
- 研究事業予定期間 : 平成23年4月1日から平成24年3月31日まで (1) 年計画の (1) 年目
- 研究組織情報

研究者名 (順不同)	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)	所属研究機関におけ 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 大阪南脳神経外科病院	顧問
川合省三	原死因決定ルールに関するプログラムとテキ スト作成	千葉市立青葉病院 循環器科	副院長
高橋長裕	死亡診断書と退院時要約について資料分析	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	院長
松本万夫	死亡診断書と退院時要約について資料分析	北九州市立医療センター 内科、肝臓内科	院長補佐、心臓内 科副診療科長、教授
三木幸一郎	原死因決定ルールに関するプログラムとテキ スト作成	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、診療情報学	内科主任部長
阿南 誠	原死因決定ルールに関する診療情報管理士へ の教育	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、診療情報管理	実務統括管理者
荒井康夫	原死因決定ルールに関する診療情報管理士へ の教育		課長補佐

4. 研究の概要

- (1) 「8. 研究の目的、必要性及び特色・独創的な点」から「11. 倫理面への配慮」までの要旨を1,000字以内で簡潔に記入すること。
- (2) 複数年度にわたる研究の場合には、研究全体の計画と当該事業年度の計画との関係が分かるように記入すること。
- (3) 研究の目的、方法及び期待される効果の流れ図を記入又は添付すること。

【死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の試み】

先行研究である統計情報総合研究「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（以下診断書と略）の記載適正化に関する研究」において、平成21年度は原死因の説明と精度に影響する因子をまとめたラミネートシート(A4大)を用い、また、平成22年度は診断書記載時の注意点を診断書用紙に直接添付し(A4大)、診断書と退院時要約（以下要約と略）と比較して診断書の精度向上への貢献を検討した。

一方、2008年に発表された「医療事故等による死亡等（高度障害等含む）の原因究明制度案」には、死亡診断の項目として、主治医以外の医療者による署名連記を義務付ける、と記されており主治医以外の“人的支援の必要性”が謳われている。

本研究では死因統計精度向上に資する人的支援の育成を行い、診断書記載内容の改善への貢献を検証する。

1) 体制の整備

全国から調査協力機関を募り、そこで従事している診療情報管理士（以下管理士と略）を対象とする。施設および管理士については各々承諾を得る。提出資料については、管理士の上級者である診療情報管理士指導者及び本研究担当者からなる評価委員会を組織し分析を行う。

2) 主治医の診断書記載時における人的支援

調査協力機関の多くがDPC対象病院と臨床研修指定病院と考えられ、傷病名選択と国際疾病分類(ICD)コーディングが重要視されている。これを主に担当している管理士は、(社)日本病院会から2年間の教育によってICDについての知識を習得し、認定試験合格者に対し資格が与えられている。

ゆえに管理士を診断書作成時における人的支援の適任者と位置付け、協力を依頼する。

3) 管理士に対する原死因選択ルールの教育と調査資料の収集

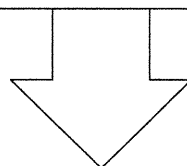
原死因はICDのルールに則って決定される。今年度はこれに関する教育プログラムを作成し、調査協力機関の管理士に対して再教育を行う。この教育を受けた管理士が各医療機関において診断書を作成する際に医師を補助できる人材を育成する。

【倫理面での配慮】

収集する診療情報については連結不可能匿名化した上で、疫学研究の倫理指針に準拠した体制で個人情報の保護に配慮して研究を行う。

(流れ図) 診療情報管理士の関与による死亡診断書の記載精度に関する検討

1. 国際疾病分類(ICD-10)に基づく原死因決定ルールに関する教育プログラム整備およびテキスト作成
2. 調査協力病院の診療情報管理士に対して原死因決定ルールの教育を実施し、人材を育成する



【研究終了時】

死亡診断書の精度向上に向けた提言

死亡診断書の記載に基づく我が国の死因統計は、厚生労働行政上、極めて重要な統計資料であり、死亡診断書の記載内容の精度を高めることは国民の強い要請でもある。

医療現場においては、主治医の死亡診断書作成時に診療情報管理士が関与・助言を行うことにより、円滑かつ適正な死亡診断書記載のサポートが可能となり、今後適切な改善が期待される。

5. 研究の目的、必要性及び特色・独創的な点

- (1) 研究の目的、必要性及び特色・独創的な点については、適宜文献を引用しつつ、1,000字以内で具体的かつ明確に記入すること。
- (2) 当該研究計画に関して現在までに行った研究等、研究の最終的な目標を達成するのに必要な他の研究計画と、当該研究計画の関係を明確にすること。
- (3) 研究期間内に何をどこまで明らかにするかを明確にすること。
- (4) 当該研究の特色・独創的な点については、国内・国外の他の研究でどこまで明らかになっており、どのような部分が残されているのかを踏まえて記入すること。

世界保健機関（WHO）が策定した国際疾病分類（ICD-10）を用いた我が国の死因及び疾病統計の問題のほとんどは、死因等を記載する医師の側にあると言われており、その理由としてICD-10の構造及び死因統計における死亡診断書記載の重要性について医師への教育が十分でないとともに理解も乏しく、こうした知識に基づいた記載が少ない点にあると考えられている。一方国内においてはDPCの導入が契機となって、ICD-10の構造や原死因決定ルールに関する教育を受け精通した診療情報管理士が在籍する医療機関も増加している。

本研究では、先行研究である統計情報総合研究「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）等において明らかとなった退院時要約の記載内容と死亡診断書の診断内容との乖離を遞減する方策を検討し、引き続き死因統計の精度向上が第一の大きな目標である。今までに診断書の記載において問題となる事例の収集・評価を行った先行研究をもとに、死亡診断書記載の際に注意すべき点を啓発できるような付加的な記載方法の説明を検討し、それらを実際の診断書の記載の場に適用して、試用の前後での記載内容の変化を評価してきたが期待した結果が得られなかった。今までの結果を踏まえ、前記・診療情報管理士が具体的に関与し、その影響について調査することが重要と考え、今後、死亡診断書が作成される医療現場へ

提言となるよう検討したい。

今回の研究モデルにおいては、国内における日常の医療現場での改善への方策に成り得るか否かをフィールドテストで試みることが今後の検討課題である。本研究で実施した効果の程度については、協力医療機関から継続して匿名化された死亡診断書及び該当する退院時要約の記載内容を収集し、今回提言した改善策によって死亡診断書記載内容の適正さを評価することが期待される。当面の課題としてこの方法論を確立することは、死因統計の精度向上に資する本試案の有効性と院内における人的財産の登用・活用についての評価にも裾野を広げることが可能と考える。

6. 期待される成果

- (1) 期待される成果については、厚生労働行政の課題との関連性を中心に600字以内で記入すること。
- (2) 当該研究によって直接得られる研究成果だけでなく、間接的に期待される社会的成果（行政及び社会への貢献、国民の保健・医療・福祉の向上等）について記入すること。

我が国における人口動態統計調査では、死因統計の基本情報源である死亡診断書の精度向上を実現するために、主治医による死亡診断書作成時に人的支援として診療情報管理士を登用し活用することにより適正な記載ができるものと考え、検証する必要がある。本研究はその改善策を熟考した上で、全国の医療機関の協力を得てフィールドテストを実施するものであり、改善策の実現可能性と改善効果を同時に評価することが可能となる。

本研究を通じて効果的な改善策が確立されれば、死亡診断書の記載精度向上に向けた取組みの方向性が明確となり、我が国の死因統計精度の向上に大きく寄与できるものと考ええる。

7. 研究計画・方法

- (1) 研究目的を達成するための具体的な研究計画及び方法を1, 600字以内で記入すること。
- (2) 研究計画を遂行するための研究体制について、研究代表者、研究分担者及び研究協力者の具体的な役割を明確にすること。
- (3) 複数年度にわたる研究の場合には、研究全体の計画と年次計画との関係がわかるように記入すること。
- (4) 本研究を実施するために使用する研究施設・研究資料・研究フィールドの確保等、現在の研究環境の状況を踏まえて記入すること。
- (5) 臨床・疫学研究においては、基本デザイン、目標症例・試料数及び評価方法等を明確に記入すること。

【死亡診断書の記載適正化における人的支援の試み】

先行研究である平成21・22年度統計情報総合研究「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」では、主治医が死亡診断書用紙に記載する際に、記載上の注意が必要な注意点と症例のパターンをまとめたラミネートシート（平成21年度）と死亡診断書用紙左側にこの注意点を添付（平成22年度）することで、死亡診断書の記載内容がどの程度改善するか、それに基づく原因がどのように影響を受けるか検証した。しかし、これら“付加的要素”を使っでの改善策による先行研究は期待した効果が得られないことが判明した。

今回は、主治医が死亡診断書用紙に記入する際に医師に具申し円滑な診断のサポートができる適任者を付き添わせ、次の改善策をとることにより実際の記載の改善がどの程度みられるかについて検証を進め、死因統計精度向上に資する啓発方法を検討する。次のとおりである。

《平成23年度》

1) 原死因決定ルールに関するテキスト作成

厚生労働省は、医師向けの冊子として「ICDのABC」及び「死亡診断書記載マニュアル」を作成している。記載マニュアルについては、冒頭にその意義及び平成16年度より施行された医師臨床研修制度について記され、その制度の中で必須項目となった研修医の死亡診断書及び死体検案書やその他保証書の“作成と管理ができること”が到達目標であることとして謳われ強調されている。

今回の研究では、国際疾病分類 (ICD・10) を用いることの意義と特に今回課題としている原死因選択ルールについて死亡診断書に記載された複数の傷病名から原死因を選び出すための仕組みと方法を中心に基礎から解説し、実務においても円滑な業務が推進できるようなテキストを作成する。

2) 診療情報管理士への教育と原死因決定ルールの普及

この研究への協力病院は、そのほとんどがDPC対象病院または臨床研修指定病院であると考えられ、いずれも傷病名選択が非常に重要視されている。選択にあたっては世界保健機関 (WHO) が策定し死因統計に使われている国際疾病分類 (ICD・10) を用いることが条件とされ疾病コーディング及び原死因コーディングに使われている。

今回の課題である原死因決定ルールは、主要病態の決定ルールと異なっている。一般原則として死亡診断書 I 欄の一番下に記載されているものがそれに相当するが、適切な原死因が決定できるようにそのほかに選択ルールと修正ルールが定められている。しかし死に至った直接の傷病名しか記載されていない場合や、原死因と考えられる基礎疾患がII欄に記載されているなど不適切な死亡診断書では、本来の正しい傷病名が死因統計に反映されないことになる。

この研究ではICD・10に基づく原死因選択と死亡診断書の記述に関する基本原則をまとめたテキストを用いて診療情報管理士に再教育し、各医療現場において適切な死亡診断書記載の助言ができる人材育成に努める。

8. 倫理面への配慮

・研究対象者に対する人権擁護上の配慮、不利益・危険性の排除や説明と同意（インフォームド・コンセント）への対応状況及び実験動物に対する動物愛護上の配慮等を記入すること。

収集する診療情報については連結不可能匿名化した上で、疫学研究の倫理指針に準拠した体制で各医療機関から暗号化かつ圧縮した形の電子情報をCD-Rあるいは可搬性USBメモリーなどのメディアに記録して郵送にて収集することを一考とする。収集した情報の保全についても、入室が制限された保管室の金庫内に保管する、またデータは外部と物理ネットワーク上、接続されないパソコン内で解析を行う等、個人情報の保護に配慮して研究を進める。

研究への参加は、各医療機関の長による承認あるいは倫理審査を経て実施すること、また、連結不可能匿名化を各医療機関において行うので、特に本人の同意は必要ない。しかしながら、必要に応じて、研究結果を公開するなどの個人情報保護法上、必要な措置を講じることとする。また、解析担当者については知り得た内容の漏泄を厳に戒め、漏泄の際には直ちに対応できるように、危機管理マニュアルを策定し、研究開始日より運用する。

遵守すべき研究に関する指針等

（研究の内容に照らし、遵守しなければならない指針等については、該当する指針等の「□」の枠内に「○」を記入すること（複数の指針等が該当する場合は、それぞれの枠内に「○」を記入すること。））。

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input checked="" type="checkbox"/> | 疫学研究に関する倫理指針 |
| <input type="checkbox"/> | 遺伝子治療臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | 臨床研究に関する倫理指針 |
| <input type="checkbox"/> | ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針 | | |
| <input type="checkbox"/> | 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | | |
| <input type="checkbox"/> | その他の指針等（指針等の名称： _____ ） | | |

疫学・生物統計学の専門家の関与の有無

有 ・ 無 ・ その他（ 専門的知識を必要とする解析を行う場合は生物統計専門家に諮問した上で行う ）

臨床研究登録予定の有無

有 ・ 無 ・ その他（ _____ ）

以上

死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究における原死因選択ルールについてのテキスト

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金

政策科学研究事業統計情報総合研究

「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究」

研究組織

研究者名 (順不同)	所属研究機関及び 現在の専門	所属研究機関における 職名
大井 利夫 (研究代表者)	社団法人日本病院会、 病院管理、診療情報 管理、医療安全	顧問
川合 省三 (研究分担者)	大阪南脳神経外科病院	副院長
高橋 長裕 (研究分担者)	千葉市立青葉病院 循環器科	院長
松本 万夫 (研究分担者)	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	院長補佐、心臓内 科副診療科長、 教授
三木幸一郎 (研究分担者)	北九州市立医療センター 内科、肝臓内科	内科主任部長
阿南 誠 (研究分担者)	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、 診療情報学	実務統括管理者
荒井 康夫 (研究分担者)	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、 診療情報管理	課長補佐

1 総論	(松本万夫)	3 1
1. 背景		3 1
2. 死亡診断書の意義		3 2
3. 関連法令		3 3
4. 診療情報管理士と死亡診断書		3 6
2 原死因選択(決定)ルール		3 8
1. 死因と原死因	(川合省三)	3 8
2. 原死因選択の一般原則		3 8
1) 一般原則とは		3 8
2) 症例の提示		3 9
3) 他の病態から直接推定できる因果関係		4 1
4) 「因果関係がほとんどない」の解釈		4 2
5) 死亡診断書の精度に影響する要因		4 4
3. 選択ルール	(高橋長裕)	4 7
4. 修正ルール	(三木幸一郎)	5 7
1) 修正ルールは何のためにあるのか		5 7
2) ふさわしくない病態が選ばれたとき		5 7
3) 複数の病態の関連づけ		6 0
4) 疾患の病期・活動性の扱い		6 3
3 修正ルール・ルールC詳述(連鎖、Linkage)(荒井康夫)		6 6
1. 連鎖(Linkage)とは		6 6
2. 連鎖の種類		6 7
1) 複合病態とみなす規定		6 7
2) 医学的な因果関係をさかのぼる起点とみなす規定		6 7
3) 病因であるとみなす規定		6 7
3. 注意すべき傷病名の組み合わせ		6 7
1) 傷病名の記載の有無で原死因が異なる例		6 8
2) 傷病名の記載ありでも原死因選択に影響しない例		6 9
3) その他		
4 死因分類表と死亡診断書	(川合省三、阿南 誠)	7 2
1. 人口動態統計とは		7 2
2. 死因簡単分類表		7 2
3. 死亡診断書と死因分類表		7 6

1 総論

1. 背景

生まれたものは必ず亡くなる摂理であることはいうまでもない。そして、死はすべての人に必ず訪れるのであるが、すべてが同じというわけではない。ある人は生まれてすぐ、ある人は思春期に、またある人は子供が幼いうちに、天命を全うできずに亡くなる人もいる。そればかりではなく、地域ごとに比較しても、その地域により人々の寿命は大きく異なる。それは日本国内にしても、また世界全体にしてもいえることである。幸いにして、日本は世界で最も平均寿命が長い国となった。その昔は、日本においても死はすべての年代の人にありうるものであったが、最近では主に高齢者のものとなってきた。死が高齢者のものとなることは一般的に好ましいことであるのに違いない。しかし、国によって死は必ずしも高齢者のものではない、高齢者の程度、数にも差が生まれている。高齢化社会といわれる日本においても、より長く生きることをめざす高齢者は少なくない。長寿、天命を全うするということはすべての人類にとっての目標になっていると思われる。そのためにはどうしたらよいか、対策を立てる前に、まず国民の死の現状を知る必要がある。死亡の原因をつきとめてそれを回避・解決すればその目標に近づくことができるはずである。すなわち、死因を適切に診断し、速やかな集計処理をすることが求められることになる。その実際はどうか。わが国における個々の人の死亡を証明する死亡診断書においてどの程度の正確性があるのであろうか。日本診療情報管理学会国際疾病分類委員会を中心として行われた厚生労働科学研究事業の結果をみてみよう。

平成 19・20 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」（主任研究者・山本修三）及び平成 21・22 年度厚生労働科学研究事業「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）の先行研究結果から次のことがわかった。

- 1) 死亡診断書の精度に影響する主要な要因として、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部位記載なしおよび部位不正確、⑤その他の詳細記載なし、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記載方法不適切、⑨救急心肺停止の扱い、⑩外因を無視、があげられた。
- 2) 医師による死亡診断書記載の正確さを喚起する目的で調査を行った。具体的な記載上の問題点をまとめた注意事項シートと注意事項用紙を作成し協力病院に対し調査を実施した結果、①下敷き状の注意事項シートを用いての記載内容への影響については、死亡診断書記載の精度および有意な改善はみられなかった、②注意事項用紙を用いて死亡診断書用紙に添付し行ったところ、新生物例の精度が向上し、肺炎例が減少した。

以上より記載マニュアル等の文書配布による精度向上には限界があると考えられた。

一方、約半数の病院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わかった（平成 21 年度先行研究結果）。また、診療情報管理士が死亡診断書の精度に影響する要因を把握する一定の能力を有しており、医療機関では医師へ助言できる職種として期待される。

実際の死亡診断書はどのように書かれ、発行されるのであろうか。通常は担当医師が記載し、発行される。医師がいかに精緻に死亡診断書を記載するかによりその精度は決まってしまうものである。そこに診療情報管理士が関与し、死亡診断書をどの程度点検するかにより死亡診断書の精度が高まる可能性が期待される。今回の研究では診療情報管理士が関与したのが 50%であった。しかし、死亡診断書の精度に影響したかという点、必ずしもそれを見出すことができなかった。その原因として診療情報管理士の日常業務が診療録における主要病態のコード付与であり、診療録の量的管理が主体となることから、死亡診断書における原死因の選択や適切に死亡診断書が書かれているかの点検に十分に関与できていない可能性が考えられた。

死亡診断書の精度向上のためには、専門的に死亡診断書にかかわる者が必要であることは明らかであること。そして診療情報管理士は診療情報管理の専門職であり、死亡診断書においても大きく関与することが期待される。また、そのためには診療情報管理士自ら、死亡診断書に関する知見をより深め積極的に死亡診断書の点検を行うことこそ、わが国の死亡診断書の精度を高める大きな要因であると思われる。このため、死亡診断書記載内容に関する診療情報管理士の水準向上のため本研究「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による人的支援の研究」が企画されたのである。

2. 死亡診断書の意義

死亡診断書は、患者の死亡について医師が作成する診断書で死亡を証明する効力をもつものであり、人間の死亡に至るまでの原因・過程を論理的に表すものである。すなわち、その人がどのような経緯で亡くなったかを示すものである。そして、戸籍法の定めによる死亡届とともに提出される死亡の証明となるものである。

また、死亡診断書は国の死因統計作成の資料となる。死因統計は国民の保健・医療・福祉に関する行政の重要な基礎資料として役立つとともに、医学研究をはじめとした各分野における貴重な資料となるものである。さらに疾病、傷害及び死因統計は世界各国の人々の健康保持・増進に役立てるために国際的な比較にも用いられる。このためわが国でも死因・疾病・傷害分類として ICD-10 が使用されている。これは国際連合の機関である世界保健機関（WHO）が定めた、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（ICD）が国際的に承認された標準的な分類として世界の国々で使用されているものである。わが国では平成 7 年から ICD-10（1990 年版）準拠を使用開始し、平成

18年からICD-10（2003年版）準拠を適用している。現在ICD-11が編纂されつつあるが実用化されるには時間がかかりそうである。いずれにしろICD-10に準拠した死因・疾病・傷害分類を行うことになる。

3. 関連法令

死亡診断書にかかわる法令には、戸籍に関連する法令、診断書の作成交付に関する法令、診断書記載内容に関する法令などがある。

1) 死亡届

人が死亡したときには、死亡届を当該行政施設に届出を行うことが決められている（戸籍法第86～94条）。死亡届の手続きを行う場合に以下のことが決められている。

(1) 手続対象者

親族、同居者、家主、地主、家屋管理人、土地管理人等、後見人、保佐人、補助人、任意後見人。

(2) 提出時期

死亡の事実を知った日から7日以内（国外で死亡したときは、その事実を知った日から3か月以内）。

(3) 提出方法

届書を作成し、死亡者の死亡地・本籍地又は届出人の所在地の市役所、区役所又は町村役場に届け出る。

(4) 添付書類・部数

死亡診断書又は死体検案書・1通。なお、やむを得ない事由によって診断書又は検案書を得ることができないときは、死亡の事実を証すべき書面を以てこれに代えることができる（戸籍法第86条第3項）。この場合には、届書に診断書又は検案書を得ることができない事由を記載しなければならない。

死亡届により除籍がなされる。この死亡の証明として通常は死亡診断書が使用される。

2) 死亡診断書等の作成交付義務に関する法令

死亡診断書等の作成交付の権限と義務に関しては医師法・歯科医師法・助産師法により決められている。医師・歯科医師・助産師は死亡診断書等の作成交付の権限と義務が法律によって規定されている。

(1) 応招義務

医師法第19条第2項（応招義務等）

診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求めがあった場合は、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

歯科医師法第19条第2項（応招義務等）

診療をなした歯科医師は、診断書の交付の求があった場合は、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

保健師・助産師・看護師法第 39 条 2

分娩の介助又は死胎の検案をした助産師は出生証明書、死産証書又は死胎検案書の交付の求があった場合は正当な理由がなければ、これを拒んではならない。

(2) 無診察治療等の禁止

医師法第 20 条

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

歯科医師法第 20 条

歯科医師は、自ら診察しないで治療をし、又は診断書若しくは処方せんを交付してはならない。

保健師・助産師・看護師法第 40 条

助産師は、自ら分べんの介助又は死胎の検案をしないで、出生証明書、死産証書又は死胎検案書を交付してはならない。

すなわち、死亡診断書は自ら死にたちあった医師・歯科医師が作成交付することができる。ただし、診察したあと 24 時間以内の死亡で病的理由があきらかな死亡に関しては死亡診断書を作成交付してよいとされている。また、正当な理由がない場合には死亡診断書の交付を患者家族等に求められた場合には公布の義務があるとするものである。

(3) 死体検案書(死胎検案書)

わが国では、死亡診断書と同じ様式で死体検案書の作成と交付がある。死体検案書は歯科医師には作成交付の権限・義務がなく、医師のみがこれを作成交付することができる。死体検案書は、

ア. 診療継続中の患者以外の者が死亡した場合

イ. 診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合

また、医師・助産師が検死を行い異常があると認められたときは 24 時間以内に所轄警察署に届出を行わなければならない。

医師法第 21 条、保健師・助産師・看護師法第 41 条：異状死体の届出義務

医師（または助産師）は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

死亡診断書にかかわる医師法第 20 条、21 条に違反した場合、罰則規定がある。

医師法第 33 条の 2

第 20 条から第 22 条まで又は第 24 条の規定に違反した者は、50 万円以下の罰金に処する。

実際の記載内容に関しては医師法施行規則第 20 条に定められている。その内容を次に示す。

死亡診断書等の記載事項（医師法施行規則第 20 条）

医師は、その交付する死亡診断書又は死体検案書に次に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

- 1 死亡者の氏名、 生年月日及び性別
- 2 死亡の年月日時分
- 3 死亡の場所及びその種別（病院、診療所、介護老人保健施設、助産所、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホーム（以下「病院等」という。）で死亡したときは、その名称を含む。）
- 4 死亡の原因となった傷病の名称及び継続期間
- 5 前号の傷病の経過に影響を及ぼした傷病の名称及び継続期間
- 6 手術の有無並びに手術が行われた場合には、その部位及び主要所見並びにその年月日
- 7 解剖の有無及び解剖が行われた場合には、その部位及び主要所見並びにその年月日
- 8 死因の種類
- 9 外因死の場合には、次に掲げる事項
 - イ 傷害発生の年月日時分
 - ロ 傷害発生の場所及びその種別
 - ハ 外因死の手段及び状況
- 10 生後 1 年未満で病死した場合には、次に掲げる事項
 - イ 出生時の体重
 - ロ 単胎か多胎かの別及び多胎の場合には、その出産順位
 - ハ 妊娠週数
 - ニ 母の妊娠時及び分娩時における身体の状況
 - ホ 母の生年月日
 - ヘ 母の出産した子の数
- 11 診断又は検案の年月日
- 12 当該文書を交付した年月日
- 13 当該文書を作成した医師の所属する病院等の名称及び所在地又は医師の住所並びに医師である旨

死亡診断書の書式

前項の規定による記載は、第四号書式によらなければならない。

死亡診断書、届書用紙（死亡診断書・死体検案書と一体となっている。）は、市役所、区役所又は町村役場で入手する。不明な点は、市役所、区役所又は町村役場で聞くことになる。

以上、死亡診断書に関する法令を紹介した。これら法令に関しても診療情報管理士は熟知しておく必要がある。

4. 診療情報管理士と死亡診断書

診療情報管理士とは、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）および医療研修推進財団が資格付与する民間資格のことである。診療情報管理士の皆さんは、日本病院会が設ける診療情報管理通信教育を受講するか、診療情報管理士受験認定指定校にて必須科目を履修、試験に合格することで診療情報管理士の称号をうけている。平成8年4月から診療録管理士という名称から、現在の診療情報管理士に名称が変更された。その主な業務内容は、①診療録の量的管理とその内容の質的管理すなわち診療録の「物理的管理」、②診療情報をコーディングしたり、整理した情報をデータベース化する「情報管理」、からさらに③構築した情報データから必要な情報を抽出・加工し、さらに分析する「情報活用」までを担うことが期待されていることは周知のとおりである。診療情報管理士は、診療情報の管理と活用の民間による専門職資格である。

平成12年の診療報酬上における「診療録管理体制加算」が導入された。これは一定の診療録管理の条件を満たすと1入院に対し30点を加算できるというものである。その施設基準は以下の様になっている。

- 1) 診療記録（過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等）のすべてが保管・管理されていること。
- 2) 中央病歴管理室が設置されていること。
- 3) 診療録管理部門または診療記録管理委員会が設置されていること。
- 4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- 5) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- 6) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- 7) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- 8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- 9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。

さらに、平成 16 年 4 月には「亜急性期入院医療管理料(2050 点加算)」が設定され、その要件の中に診療録管理体制加算を取得していることが条件となった。診療情報の管理が重要視され、その専門職への期待と必要性が高まった。しかしながら、これらの法令のなかには診療情報管理士の文言が出てきていないのが残念なことではあるが、上記のような診療情報管理を行うには専任の者が必要であり、診療情報管理の専門教育を受けたもの、すなわち診療情報管理士に任せられるべきである。また、膨大な診療情報を、保険や福祉行政の企画、人口問題研究、医学研究等に役立て、さらに国際比較、活用するためには、情報源となる死因や疾病の分類項目の内容基準をあらかじめ明確に定めておくことが重要である。日本病院会では、この基準となる WHO の定める国際疾病分類 (ICD) の重要性を鑑み、厚生労働省の方針をふまえて ICD の改善と普及に力を入れ、平成 17 年 10 月には、WHO との間で「ICD 改善業務支援」を合意し協定を結んでいる。このような方向性は、現在の診療情報管理士の存在意義をさらに高めるものである。診療情報の重要な一部である死亡診断書の精度向上は、わが国の厚生事業のデータとして極めて重要であり、その精度向上には診療情報管理専門職の関与なくして成し遂げることは困難なことであると思われる。

以上、死亡診断書の精度向上に向けた診療情報管理士の関与への期待は大きい。各論では死亡診断書で最も重要な原死因の決め方について詳細に述べられている。本資料が診療情報管理士の皆さんが死亡診断書を点検するうえで参考になることを期待するものである。

2 原死因選択（決定）ルール

1. 死因<cause of death>と原死因<underlying cause of death>

原死因選択（決定）ルールについて説明する前に、死因<cause of death>と原死因<underlying cause of death>の違いについて述べる。

1967年の第20回世界保健総会において、死亡診断書に記載されるべき死亡原因（死因）とは「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態または損傷、およびこれらの損傷を引き起こした事故または暴力の状況」と定義された。この定義は、死亡に関連したすべての事項が死亡診断書に記載されるように、言い換えれば死亡診断書の作成者が一部の病態しか記載しないことを避けるために決められた。

原死因とはunderlying cause of deathであるが、underlieとは「その下（裏）に横たわっている」という意味であり、underlying causeとは「その背景にある原因」という意味である。そして、原死因は次のように定義されている。

- (a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷
- (b) 致命傷を負わせた事故または暴力の状況

死亡診断書のWHO原版では、I欄の説明に「上記の原因を引き起こす病態があれば記載し、原病態は最後に記載する」と明記されている。この原病態とは英語でunderlying conditionであるが、これはしばしば「基礎疾患」と訳される言葉である。

つまり、死に至った死因が記載され、一連の病態の基礎となる疾患を最後に記載する。最後に記載される「基礎疾患」が通常「原死因」となるというのがICDの考えである。

そして、死因を集計するにあたってはこの原死因<underlying cause of death>を用いることがICDの第6回修正国際会議において合意され、以降これに従うことになった。

実際は、わが国でも他の国でも、死亡診断書に常に適切な原死因を選択し記載することは必ずしも容易ではない。そこで、原死因を適切に選択するためのルールが作られてきた。以下に、具体的な臨床経過と、死亡診断書の記載例を挙げ、どの病態が原死因として選択されるのか、どのような記載が適切なのか、をみていく。

2. 一般原則

1) 一般原則とは

死亡診断書(以下、診断書)における原死因選択の基本は一般原則である。一般原則とは、「診断書に複数の病態が記載されている場合は、I欄の最下段に単独に記載された病態が、その上欄に記載されたすべての病態を引き起こす可能性がある場合に限り、その病態を選ぶ」ことである。原死因がI欄の最下段に単独に記載され、「因果関係」のある病態がその上欄の一欄に一病態ずつが、原因の順にさかのぼって記載されているの

が、一般原則が適用できる、正しく記載された診断書といえる。「原死因を I 欄の最下段に記載すること」が最重要で、これに尽きる。

一般原則が適用できない場合は、診断書の作成医師から、可能な限り診断書記載に関する説明を求めるべきであるとされている。それ以上の詳しい状況がわからないため、やむを得ず「選択ルール」を適用することとなる。あくまでも一般原則を適用する努力が必要なのである。典型例を提示する。

死亡の原因	I	(ア)	閉塞性黄疸
		(イ)	転移性肝癌
		(ウ)	横行結腸腺癌
		(エ)	
	II	糖尿病	

一般原則により横行結腸腺癌 (C18.4) を原死因とする。

2) 症例の提示

【症例】65歳、男性、10年前に急性心筋梗塞の治療を受け、抗血小板薬等の治療継続中で安定していた。急激な上腹部の激痛で消化器内科入院し精査の結果、急性胆のう炎を伴う胆管・胆のう結石と診断され、消化器外科に転科となった。汎発性腹膜炎に進展したため、2日後開腹術による胆のう摘出術と腹腔内ドレナージが施行されたが、敗血症を合併し、3週間後に死亡した。この場合の診断書は下記のとおりで、原死因は急性胆のう炎を伴う胆のう結石 (K80.0) となる。

死亡の原因	I	(ア)	敗血症
		(イ)	汎発性腹膜炎
		(ウ)	急性胆のう炎を伴う胆のう結石
		(エ)	
	II	陳旧性心筋梗塞	

【症例】心房細動と高血圧症を治療中の74歳、女性。突然の意識障害、右片麻痺、失語症にて発症したが、発見が遅れ5時間後に脳神経外科に受診し入院となった。左内頸動脈閉塞による脳梗塞と診断されたが、長時間経過のため、t-PAによる血栓溶解療法は施行できず、他の薬物療法を施行した。状態の改善が得られないまま2ヶ月後に誤嚥性肺炎で死亡した。この例での診断書は下記のとおりとなる。

死亡の原因	I	(ア)	誤嚥性肺炎
		(イ)	脳梗塞
		(ウ)	内頸動脈閉塞症
		(エ)	心房細動
	II	高血圧症	

本例での原死因は心房細動(I48)となる。病歴の聴取による確実な情報と心原性脳塞栓症という的確な診断が重要となる。

【症例】78歳、女性。2年前に右脳梗塞で入院し、1年前に左大腿骨頸部骨折の手術を受けたが、ほとんど寝たきりの状態であったところ、発熱と呼吸不全があり、嚥下性肺炎で入院した。1ヶ月後、敗血症となり2週間後に死亡した。

死亡の原因	I	(ア)	敗血症
		(イ)	嚥下性肺炎
		(ウ)	脳梗塞後遺症
		(エ)	
	II	大腿骨頸部骨折	

この例では、脳梗塞後遺症(I69.3)が原死因となるが、呼吸器内科に入院の場合は肺炎の治療が主となるあまり、既往歴としての脳梗塞が忘れ去られ、肺炎が原死因と記載されることが多いので、入念な病歴聴取が重要となる。

【症例】60歳、男性。前立腺肥大症の治療中に検診で右肺上葉の異常陰影を指摘され、呼吸器内科に入院した。精査の結果、肺上葉小細胞癌の診断のもと保存的治療を受けた後、元気に退院した。その後、気管支肺炎を合併して再入院となった後、頭痛・嘔吐があり転移性小脳腫瘍と診断され手術(小脳腫瘍摘出術)を受けた。一時軽快したが、再発を来し3ヶ月後に死亡した。

この時の主治医は診断書を下記のとおり作成した。

死亡の原因	I	(ア)	転移性小脳腫瘍
		(イ)	気管支肺炎
		(ウ)	肺上葉小細胞癌
		(エ)	
	II	前立腺肥大症	