

死亡診断書の監査

川崎医療短期大学 医療秘書科 臨床検査科*

中島 行正 草 信正 志 武田 好子 *上田 智

(昭和62年8月21日受理)

Audit of Death Certificates

Yukimasa NAKASHIMA, Masashi KUSANOBU,
Yoshiko TAKEDA and Satoshi UEDA*

*Department of Medical Secretarial Science, *Department of Medical Technology
Kawasaki College of Allied Health Professions
Kurashiki 701-01, Japan
(Received on Aug. 21, 1987)*

Key words: 死亡診断書, 医療監査

概 要

昭和61年の死亡退院患者704人の死亡診断書を、死亡診断書チェックリストにより監査した。氏名、年齢、発病年月日、死亡年月日時分が適正でないものがそれぞれ1.5%、5.4%、7.4%、0.7%であった。性、死亡場所の種別、死亡の種類の記事に数字を囲わなかったもの8.4%、4.2%、4.2%であった。発病年月日、死因の傷病名が診療録に記載されていないもの16.7%、19.7%であった。原死因、直接死因、その他の身体状況が適切でないもの8.9%、43.7%、32.6%であった。原死因およびその他傷病名の死亡までの期間が適切でないもの42.1%、50.8%であった。解剖が行われたのに主要所見の記載がないもの42.1%であった。

これらの成績は、死亡診断書記載の教育と指導が不十分なことを示すものであり、今後医療の監査などによる指導が必要と考えられる。

1 はじめに

死亡診断書のうち、市町村役所に提出するものは、ひとりの人間の死亡を証明するものであると共に、死因統計の資料となる重要なものであり、その書き方は、「厚生省、大臣官房統計情報部、医務局監修、死亡診断書・死産証明書・出生証明書の書き方」に示されている¹⁾²⁾

しかしながら、医師の書いた死亡診断書を監査してみると、色々の誤りが発見される一方では、死亡診断書の記載に関する疑義も少なからず生じた。³⁾⁴⁾

これに対し川崎医科大学では、POMRガイドブック⁵⁾に死亡診断書の書き方を加えて学生教育に努める一方で、附属病院を死亡退院した

全例について病歴室で監査を行い、その結果を診療部長を通して各医師に送っている⁶⁾。

今回は死亡診断書の書き方を、コ・メディカルの人達に理解して欲しいと考え、昭和61年死亡退院例の監査結果に若干の考察を加えて報告する。

2 死亡診断書の様式と記入上の注意

役所に提出する死亡診断書の記入例と記入上の注意は次に示す通りである。

記入上の注意

- 1) 死亡診断書として使うときは、死体検案書の抹消は不要である。
- 2) 氏名は戸籍に書かれているものを記入する。
- 3) 性は該当する数字を○で囲む。

(記入例) 死亡診断書 (死体検案書)

氏名	川崎 太郎		①男 2女	年齢	満 50 歳
発病年月日	昭和 60 年 3 月 不詳 日				
死亡年月日時分	昭和 62 年 7 月 30 日 午前 0 時 15 分				
(13) 死亡の場所	倉敷市 松島 577 番地				
(14) 及びその種別	①病院 2診療所 3助産所 (1,2,3の 川崎医科大学附属病院) 4自宅 5その他				
(15) 死亡の種類	①病死及び自然死 外因死 (2不慮の中毒 3その他の災害死 4自殺 5他殺 6その他及び不詳) 7その他及び不詳				
(16) 死亡の原因	I	イ 直接死因	気管支肺炎	発病から 死亡まで の期間	1ヵ月
	I	ロ (イ)の原因	慢性骨髄性白血病		2年4ヵ月
		ハ (ロ)の原因			
	II	その他の身体 状況 (注意(1)参照)	高血圧症	8年	
(17) 外因死の 追加事項	手術の主要所見		手術の日 昭和 年 月 日		
	解剖の主要所見				
	傷害発生年月日時分		昭和 年 月 日 午前 午後 時 分		
(18) 生後 168 時間未 満で死亡した場 合の追加事項 (注意(3)参照)	手段及び状況				
	傷害発生の場所		市区 町村	1 従業中 2 従業中でない時	
	(注意(2)参照)		場所名の具体的 記載欄		
(18) 生後 168 時間未 満で死亡した場 合の追加事項 (注意(3)参照)	妊娠・分娩時にお ける母体の状況				
	上記の通り診断(検案)する 昭和 62 年 7 月 30 日				
(病院若しくは診療所の名称) 倉敷市 松島 577 番地					
(及び所在地又は医師の住所) 川崎医科大学附属病院					
(氏名) 医師 中島 行正					

(1) II 欄には、I 欄記載の原因と直接の関係はないが、病的経過に悪影響を与えたと思われる身体状況を書いてください。なお妊婦の死亡は「妊娠満何週(妊娠第何月)」、分娩中の死亡は「妊娠満何週(妊娠第何月)・分娩中」、産後42日以内の死亡は「妊娠満何週(妊娠第何月)産後何日目」と書いてください。

(2) 傷害発生の場所名はたとえば「自宅の風呂場」、「小川の中」、「鉱山の坑内」のように具体的に書いてください。

(3) 妊娠・分娩時における母体の状況は、この死亡者の出生にも立ち合った場合又はこの死亡者が同一の病院・診療所で出生した場合にのみ書いてください。

- 4) 年齢は死亡時の満年齢を記入する。ただし1歳未満は0歳と記入する。
- 5) 発病年月日は原死因のものを記入する。慢性疾患で発病が明白でないときは、医師の判断で発病年月日を決めるが、その場合、診療録にその年月と決めた根拠を記入しておく。
- 6) 死亡年月日時分は医師が診断し、診療録に記入されたものを記入する。時分は午前と午後に分けて記入し、12時は0時と書く。
- 7) 死亡の場所及びその種別は、それぞれ正確に記入する。
- 8) 死亡の種類は以下の解釈で記入する。
- (1) 病死：疾病による死亡および全身の老化による自然死をさす。
外因死
- (2) 不慮の中毒：不慮の災害死のうち、固体、液体、気体などによる不慮の中毒およびその後遺症による死亡をいう。ただし、食中毒による死亡は病死とする。
- (3) その他の災害死：不慮の災害のうち、交通事故、労働災害、天災などの災害およびその後遺症による死亡をいう。
- (4) 自殺：自殺をさすが、自殺未遂の後遺症で死亡した場合もこの項に入れる。
- (5) 他殺：他殺をさすが、他人に加害されたそのあと後遺症で死亡した場合もこの項に入れる。
- (6) その他及び不詳：外因死ではあるが、(2)～(5)のいずれにも該当しない死亡、たとえば、刑死とか戦死はこの項である。また、外因死と判明しても、(2)～(5)のいずれとも判断がつかない場合もこの項に入れる。
- (7) その他及び不詳：病死か外因死か不明の場合はこの項に入れる。

9) 死亡の原因

- (1) I 欄：死亡に直接的に関連のある死因群である。

イ欄：直接の死因となった傷病名を記入する。

ロ欄：「イ欄」に記入した傷病の原因があればここに記入する。

ハ欄：更に「ロ欄」の傷病名をひきおこ

した原因があればここに記入する。

(2) II 欄：その他の身体状況

I 欄と直接の因果関係はないが、間接に死亡を早めたと思われる疾病やその他の身体状況があれば記入する。

- 10) 発病から死亡までの期間：死因の傷病名の右に、その傷病にかかってから死亡するまでの期間を、年、月、日、時間で記入し、端数は切り捨てる。

11) 手術欄

(1) 主要所見：病変の部位、性状および広がりなどを簡単に記入する。

(2) 手術年月日：手術をした年月日を記入する。

- 12) 解剖の主要所見：解剖が行われた場合、病変の部位、性状および広がりなどを簡単に記入する。

13) 外因死の追加事項：外因死の場合には、傷害の状態とそれを起こした原因との二つの面から統計を作るので、死亡の種類欄の2、3、4、5、6、7に該当する場合は死亡の原因欄に記入したほか、この欄にも記入する。

14) 生後7日以内で死亡した場合の追加事項：生後168時間未満で死亡した新生児について、その死亡原因が母の妊娠中や分娩時の障害にあると考えられる場合に、その関連事項をここに記入する。

15) 年月日と医師の住所、氏名：年月日は診断した年月日を記入する。勤務医の場合の住所は、病院の所在地と病院名を書く、診断をした医師の氏名を書き押印をする。

3 死亡診断書の監査結果

当院では、中央病歴室で死亡診断書チェックリストを作り、死亡退院患者の全例を監査しており、昭和61年の死亡退院407例の監査結果を表に示した。

氏名の誤りが6例(1.5%)に認められた。

性・死亡場所の種別・死亡の種類に数字以外を囲んだものがそれぞれ34例(8.4%)、17例(4.2%)、17例(4.2%)であった。

年齢を誤ったもの22例(5.4%)、発病年月日

死亡診断書の監査結果

(昭和61年 704人)

No	チェック項目	誤り	疑問	正しい
1	氏名は正確か	6 (1.5)		401 (98.5)
2	性は該当する数字を○で囲んでいるか	34 (8.4)		373 (91.6)
3	年齢は正確か	22 (5.4)		385 (94.6)
4	発病年月日は正確か	30 (7.4)	1 (0.2)	376 (92.4)
5	診療録に明記されているか	68 (16.7)	1 (0.2)	338 (83.0)
6	死亡年月日時分は正確か	3 (0.7)		404 (99.3)
7	死亡場所は正確か	5 (1.7)		402 (98.8)
8	種別は数字を○で留んでいるか	17 (4.2)		390 (95.8)
9	名称は正確か	34 (8.5)		373 (91.6)
10	死亡の種類は数字を○で囲んでいるか	17 (4.2)		390 (95.8)
11	死亡の種類は正確か	22 (5.4)		385 (94.6)
12	直接死因は正しいか	1 (0.5)	80 (43.2)	104 (56.2)
13	原死因は正しいか	6 (1.5)	30 (7.4)	371 (91.1)
14	その他の身体状況は正しいか	6 (4.7)	36 (27.9)	87 (67.4)
15	死因の傷病名は入院チャートに記載してあるか	80 (19.7)		327 (80.3)
16	原死因の期間は正しいか	148 (36.4)	23 (5.7)	236 (58.0)
17	その他傷病名の期間は正しいか	64 (50.8)		62 (49.2)
18	手術の主要所見は書かれているか	2 (2.7)		71 (97.3)
19	解剖の主要所見は書かれているか	72 (42.1)		99 (57.9)
20	外因死の追加事項は正確か	8 (23.5)		26 (76.5)
21	生後7日以内で死亡した場合の追加事項			
22	医師氏名、住所、印は正確か	3 (0.7)		404 (99.3)

が診療録の記載と一致しないもの30例 (7.4%)、診療録に発病が明記されていないもの68例 (16.7%)であった。

死亡時刻が看護記録などと一致していないもの3例 (0.7%)、死亡場所が書かれていないもの5例 (1.7%)、病院の名称が不正確なもの34例 (8.5%)であった。

死亡の種類が誤っているものが22例 (5.4%)認められた。

直接死因は、誤り1例 (0.5%)、疑問80例 (43.2%)であり、原死因は、誤り6例 (1.5%)、疑問30例 (7.4%)であった。

その他身体状況は、誤り6例 (4.7%)、疑問36例 (27.9%)であった。

死因の傷病名が診療録の傷病名欄に書かれていなかったものが80例 (19.7%)に認められた。

原死因の期間が誤っているものは148例 (36.4%)、疑問23例 (5.7%)であった。その他傷病名の期間が誤まっているものは64例 (50.8%)であった。

解剖の主要所見が書かれていないもの72例 (42.1%)であり、外因死の追加事項の記載が不足していたものは8例 (23.5%)であった。

5 考 察

川崎医科大学では、死亡診断書の書き方について、4年生に法医学と医事法学で講義をしており、卒業して附属病院の研修医となると、死亡診断書を書くたびに監査し、その結果を各研修医に通知している。しかしながら昭和61年の死亡診断書の監査結果を集計してみると、昭和53年の集計³⁾にくらべ若干改善の傾向がみられるとはいえ満足なものではなかった。その理由としては、研修医が死亡診断書の書き方について十分理解していないこと、診療録が正確に書かれていないことおよび死因統計の意味が理解されていないことがあげられる。

川崎医科大学ではPOMRガイドブックを作り、その中に死亡診断書の書き方を示してあるが、研修医が死亡診断書を記入するときこれらの資料を調べないで書くのであろう。又患者が死亡したときは、当然診療録を十分整理することが必要であり、少くとも原死因と発病年月日、直接死因、その他の身体状況および、それぞれの死亡までの期間は正確に計算されなければな

らない。

死因統計は International Classification of Diseases (ICD)⁷⁾によりコード化して統計が出されるので症状名は適当でなく、ICDの傷病名で死因の記入がされることがのぞまれる。

以下監査結果について若干の考察を加える。

まず氏名は戸籍に書かれているものを正確に書く必要があり、患者が重態となれば、家族に戸籍の氏名等を確認することがのぞまれる。

性、死亡場所の種別、死亡の種類はいずれも該当する数字を囲うことになっており、これらの誤りは記入経験のない新人医師にしばしばみられる。

年齢は死亡退院時の満年齢を記入するものであるが、これを誤るのは、診断書発行に際し年齢をチェックする習慣を持たない医師であろう。診療録の年齢が正しくないことがまれにみられるが、医師の責任で正しい年齢に訂正し、死亡診断書に正しく記入しなければならない。

発病年月日は、多くの慢性疾患では明らかでない。しかし、この場合も医師は、症状発現時とか、検査で異常を発見されたときなどを発病として診療録に記入し、死亡診断書の発病年月日として記入する。誤りの多くは診療録に書かれている発病年月日と異なる年月日が記入されており、診療録の整理が十分行われていないことを示していた。

発病の記載は診療録の現病歴欄に当然書かれるべきものであるが意外に書かれていない。少なくとも主な疾患の発病年月日は明記することが必要であろう。

死亡年月日では、0時を12時と書いた例がまれにみられる。又医師記録、看護記録でわずかではあるが死亡時刻が異なる例が認められたが、これは医師の責任で統一されなければならない。

死亡場所は全例が附属病院であるが、病院所所在地を書き落としたものが認められた。病院の名称を川崎医大附属病院と略したものがあったが、これは公文書には正式の名称を書くことを知らなかったものであろう。

死亡の種類を書き忘れたものが認められたが、これは論外として、外因死の場合の記入には問題があり、パラコート中毒死を例に上げると、

不慮の中毒にするか自殺にするかで診療費の支払い責任者が変わるといふ大きな影響があるので、当院ではパラコート中毒は、6その他及び不詳に記入することになっているが、外因死の判定については今後も慎重な配慮が必要である。

死亡診断書の重要な目的の1つに死因統計がある。死因統計は原死因によって行われるので、原死因は適切な傷病名が記入されなければならない。原死因の誤り1.5%、疑問7.4%であったが、これは原死因の意味がよくわからない医師がいることを示すものであった。

原死因の他に直接死因が記入される場合もある。直接死因は誤り0.5%、疑問43.2%であったが、この疑問の多くは症状名が書かれていた。肝不全、呼吸不全、心不全など、死亡の前に現れた症状や状態は書かないことになっているので注意が必要である。

その他身体状況は、死因と関連のないもので、死亡を早めたと考えられる傷病名や状態を書くものであるが、腹水、肺炎、腎不全などを記入した例が少なからず認められ、医師の理解不足を示すものであった。

死因に記入された傷病名で、診療録に記入されていないものが19.7%認められたが、これも、診療録の傷病名欄に記入されていない傷病名は診断書に書けないことを忘れたものと考えられる。

死亡までの期間は、年、月、日、時間の単位で端数切り捨てで記入するが、約5ヵ月、130日など正確な記載になっていないものが数多くみられた。その他傷病名の死亡までの期間は、計算違いの他に未記入のものも認められ、医師の認識不足を示していた。

患者が死亡した後の解剖は、医学的に死因を確認するために行われるが、その結果が書かれていないものが42.1%認められた。このことは、解剖が死亡の原因の記入に関与が少ないのではないかと考えられた。

死亡診断書を監査して感じることは、医療記録の記入方法が正確に理解されていないことであり、医科大学の附属病院では、医療記録の監査を行い、各症例ごとに研修医を具体的に教育することが必要と考えられる。

6 まとめ

昭和61年死亡退院患者の死亡診断書を監査して次の結果が得られた。

- 1) 氏名, 性, 年齢, 病院所在地, 病院名, 死亡の種類などに正しくない記載が認められた。
- 2) 発病年月日, 原死因, 直接死因およびその他身体状況の傷病名が, 適切でなかったり, 診療録に明記されていない例が認められた。
- 3) 死亡までの期間の計算方法と記入方法が正確に守されていない例が数多くみられた。
- 4) 解剖をしておりながら, その主要所見が書かれていない例がみられた。

これらの結果は研修医教育の不備を指摘するものであり, 今後医療監査など行って具体的な指導がのぞまれる。

文 献

- 1) 厚生省, 大臣官房統計情報部, 医務局監修: 死亡診断書・死産証書・出生証明書の書き方, 厚生統計協会, 東京, 1979, 9-32
- 2) 上田フサ: 死亡診断書の書き方と大分県死因別死亡率の動向, 大分県医学会雑誌, 3, (1), 50-63, 1985
- 3) 中島行正, 他: 死亡診断書の評価, 病院管理, 16 (1), 19-24, 1979
- 4) 近藤あけみ, 他: 死亡診断書の管理並びに記入方についての一考察, 名鉄医報, 26巻, 112-117, 1984
- 5) 上田 智: POMRガイドブック, 川崎医科大学, 倉敷, 1978, 46-49
- 6) 加川順子, 他: 死亡診断書評価の実際, メディカルレコード, 9 (2, 3), 38-42, 1984
- 7) WHO: International Classification of Diseases, 1975 Revision, Vol.1, World Health Organization, Geneva, 1977