

# 実践 在宅看取り 死亡診断書マニュアル

勇美記念財団 在宅医療を推進するための会 編

診療報酬制度上に、在宅療養支援診療所（在療診）が新たに位置づけられ、在宅看取りをも含めた在宅医療の推進は、国の明確な意志として感じられます。一方で、家族に見守られながら、在宅で最期を過ごすことが、多くの国民の願いでもあり、この在宅療養支援診療所が、日本の在宅医療を推進の力強いけん引役となると思われま

ところ、在宅での看取りの現場では、さまざまな偏見や誤った認識があり、とりわけ、死亡診断書に関しては、曖昧な解釈のなかで慣習に依拠した記載が行われているようです。なかには、死亡診断書の記載が厄介であることから、在宅での看取りを躊躇する医師も少なくないばかりか、市民側にも、在宅死が警察に通報し検死となるなどの甚だしい誤解もあるようです。

そこで、在宅医療助成勇美記念財団から助成を受けた「在宅医療を推進するための会」では、日本各地で先進的に在宅医療を実践している医師らを中心に、いろいろな角度から、死亡診断書にまつわる疑義を集約し、わかりやすく、Q&A方式も取り入れて解説しました。

ただし、法的な解釈には幅がありますので、あくまでも、現場主義をつらぬき、日常の在宅医療に即座に役立つようことを目指し編集し、上梓する次第です。

皆様方のご意見、ご批判などいただきながら、より完成度の高い小冊子になることを願っております。

平成 18 年度 在宅医療を推進するための会

座長 太田秀樹

編集委員長 船木良真

## 在宅看取り 死亡診断書マニュアル Q&A

Q 死亡前 24 時間以内に診察していないと、死亡診断書は書けないのでしょうか。

診察をしていた患者さんが、診療に関わる傷病で死亡した場合は、24 時間以内に診察していなくても、死亡診断書を書くことができます。

- 医師には、自ら診察しないで診断書の交付、自ら検案しないで検案書の交付を行ってはならない等の無診察治療等の禁止が法律で規定されています。
- 診療継続中の患者が受診後 24 時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異常がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めています。これは、24 時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないという趣旨ではありません。
- 診療継続中の患者が、診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、受診後 24 時間を超えていても、改めて死後診察を行い、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、求めに応じて死亡診断書を発行することができます。

参考文献：死亡診断書記入マニュアル 平成 18 年度版  
(編集・発行：厚生労働省大臣官房統計情報局及び医政局、財団法人医療研修推進財団)

Q 印鑑がないと、死亡診断書は書けないのでしょうか？

印鑑がなくても、死亡診断書を書くことができます。

一番下欄の署名のところは自筆でサインをすれば押印の必要はありません。また「死亡診断書(死体検案書)」とあるうち、不要なものを二重の横線で消しますが、押印の必要はありません。書式欄内に記入した内容の訂正は、医師の氏名欄に押印がある場合は訂正箇所には訂正印を押し、署名のみの場合は訂正の箇所に署名します。(ただし、行政の担当官のなかには、押印を求めるものがあることもあり、押印の必要がないことを医師会などを通して周知させるとよいでしょう。)

参考文献：死亡診断書記入マニュアル 平成 18 年度版

Q 死亡時刻は医師が確認した時間でよいのでしょうか。

**「死亡したとき」は、死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入します。**

「死亡したとき」の一部が不明の場合でも、分かる範囲で記入します。

(家族や訪問看護師から信頼できる情報が得られれば参考にするとよいでしょう。)

参考文献：死亡診断書記入マニュアル 平成18年度版

Q 死亡の確認は何をもって行えばいいのでしょうか。

死亡判定の条件に関して、日本の法律には「死亡」についての明確な定義はないため、死亡の定義はもっぱら学説に頼ることになっています。

三兆候説：旧来からの死亡認定の通説です。「呼吸の不可逆的停止」「心臓の不可逆的停止」「瞳孔拡散（対光反射の消失）」の3つの兆候をもって死亡したものとします。

Q 複数医師診療体制の場合、診察したことのない患者の死亡診断書はかけるのでしょうか？

法的には明示して禁止していないので、大丈夫です。

複数医療機関での連携医師での連携の場合や、非常勤当直医が確認する場合は病院でも同じことが起こりえますので、問題ないと考えて結構です。

Q 死亡診断書に老衰と書いてもよいのでしょうか。

**死因としての「老衰」は、高齢者で他に明らかな死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。**

ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、老衰も記載することになります。

・I欄、II欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないようにします。

(注)なお、疾患の終末期の状態としてではなく、明らかな病態としての心不全、呼吸不全を記入することは何等問題ありません。

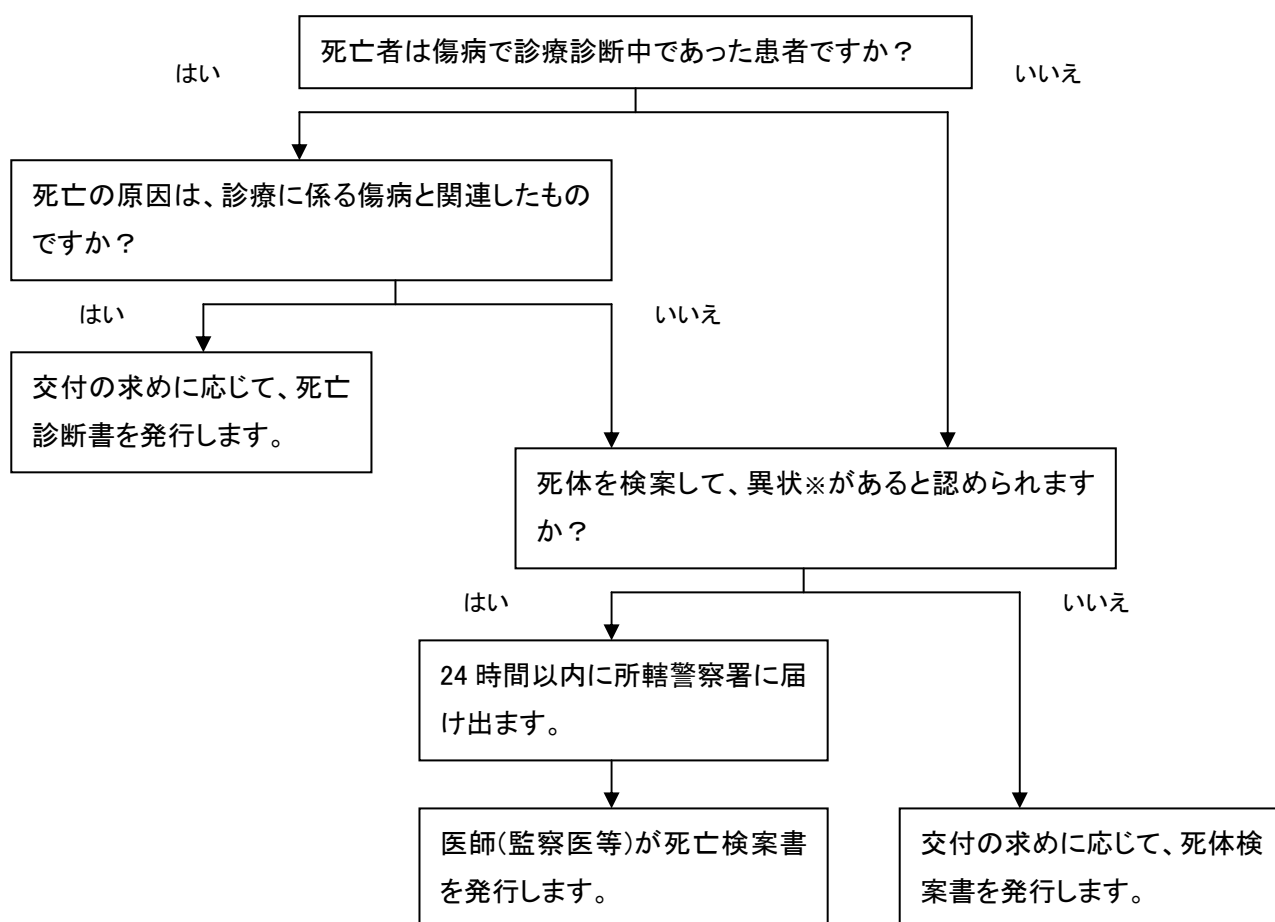
## (参考文献) 死亡診断書と死体検案書の使い分け

死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成18年度版  
編集・発行：厚生労働省 大臣官房統計情報部及び医政局、財団法人医療研修推進財団

医師は、次の二つの場合には、死体検案を行った上で、死亡診断書ではなくて死体検案書を交付することになっています。

- ① 診療継続中の患者以外の者が死亡した場合
  - ② 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、外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります。

### 【死亡診断書と死体検案書の使い分け】



前頁の図にも示されているように、医師が死体を検案して異状があると認めるときには、24 時間以内に所轄警察署に届け出ることが法律で義務づけられています。

(参考)医師法第 21 条(異状死体等の届出義務)

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときには、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

(注)「妊娠四月以上」は妊娠 12 週以後といえます。

- 医師には、自ら診察しないで診断書の交付、自ら検案しないで検案書の交付を行ってはならない等の無診察治療等の禁止が法律で規定されています。(診療継続中の患者が受診後 24 時間以内に診療中の疾患で死亡した場合については、異常がない限り、改めて死後診察しなくても、死亡診断書を交付することを認めています。これは、24 時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないという趣旨ではありません。診療継続中の患者が、診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合であれば、受診後 24 時間を超えていても、改めて死後診察を行い、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、求めに応じて死亡診断書を発行することができます。ただし、死因の判定は十分注意して行う必要があります。

(参考)医師法第 20 条(無診察治療等の禁止)

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生証明書若しくは死産証書を交付し、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二十四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。

なお、医師法第 20 条、21 条に違反した者は、第 33 条(罰則)の規定により、罰金刑に処されます。

## 作成に当たっての留意事項

### (1) 一般事項

- ① 字はかい書で書き、番号が付された選択枝を選ぶ場合には、該当する数字を○で囲みます。
- ② 標題は、「死亡診断書(死体検案書)」とあるうち、不要なものを二重の横線で消します。(押印の必要はありません)
- ③ 時、分の記入に当たっては、夜の 12 時は「午前 0 時」、昼の 12 時は「午後 0 時」と記入します。
- ④ 傷病名、手術における主要所見、外因死の追加事項中の手段及び状況等の事項については、できるだけ詳しく記入します。
- ⑤ 書式欄内に記入した内容の訂正は、医師の氏名欄に押印がある場合は訂正箇所には訂正印を押し、署名のみの場合は訂正の箇所に署名します。

### (2) 氏名・性・生年月日

- ① 生年月日が不詳の場合でも、年齢が推定できる場合には、推定年齢をカッコを付して記入します。
- ② 生まれてから 30 日以内に死亡したときは、出生の時刻も記入します。

### (3) 死亡したとき

- ① 死亡した年、月、日を記入し、午前か午後のいずれかを○で囲み、時、分を記入します。
- ② 「死亡したとき」は、死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入します。
- ③ 「死亡したとき」の一部が不明の場合でも、分かる範囲で記入します。ただし、年、月も分からない場合は「時分」の右余白に「(不詳)」と記入します。
- ④ 「死亡したとき」を一時点で明確に推定できない場合は、そのまま記入します。(注)「臓器の移植に関する法律」の規定に基づき、脳死判定を行った場合の脳死した者の死亡時刻は、第 2 回目の検査終了時となります。したがって、死亡した年、月、日及び時、分は、脳死判定に係る検査の第 2 回目の検査終了時刻を記入します。

### (4) 死亡したところ及びその種別

死亡したところの種別を選択し、その住所(ところ)を記入します。さらに、死亡したところの種別が 1～5 の場合は、施設の名称を記入します。なお、死亡したところが明らかでない場合は、死体が発見された場所(漂着した場所等)を記入するとともに、その状況を「その他特に付言すべきことがら」欄に記入します。「5 老人ホーム」とは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

## (5) 死亡の原因

厚生労働省大臣官房統計情報部では、「死亡の原因」欄の記載内容を基に世界保健機関(WHO)が示した原死因選択ルールにしたがって、「原死因」を確定し、死因統計を作成しています。

(参考)WHOでは「原死因」とは、「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」又は「致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況」と定義しています。

### ○ 一般的注意

- ① 傷病名等、部位、所見は日本語で記入します。
- ② 傷病名は、医学界で通常用いられているものを記入し、略語やあまり使用されていない医学用語は避けるようにします。
- ③ 判読が困難であったり、他の傷病名と誤読することのないよう正確に記入します。
- ④ I 欄、II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないようにします。  
(注)疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全の記入を控えるのは、WHOが疾患の終末期の状態としての心停止あるいは呼吸停止が生じたことをもって、心不全、呼吸不全等と記入することを正しい死亡原因の記入方法ではないとしていること、また、その記入によって、死亡診断書を基に作成される我が国の死因統計が不正確になることからです。なお、疾患の終末期の状態としてではなく、明らかな病態としての心不全、呼吸不全を記入することは何等問題ありません。
- ⑤ 死因としての「老衰」は、高齢者で他に明らかな死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います。ただし、老衰から他の病態を併発して死亡した場合は、老衰も記入することになります。

### ○ I 欄

最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番に記入します。

- ① 直接の死亡の原因となった傷病名等を(ア)欄に、(ア)欄の原因となる傷病名等があれば(イ)欄に、(イ)欄の原因となる傷病名等があれば、(ウ)欄に記入します。
- ② 各欄には、一つの傷病名のみを記入します。欄が不足する場合には、(エ)欄に死亡に近い原因から因果関係が分かるように記入します。ただし、独立した(原発性)多発部位の悪性新生物がいずれも直接の死亡原因となった場合には、同一欄に複数の悪性新生物を併記します。また、悪性新生物の全身転移で死亡した場合は、転移した悪性新生物(例 転移性肺癌、第2腰椎転移性脊椎腫瘍)を分かる範囲で記入し、原発性の悪性新生物が最下欄になるように記入します。
- ③ 傷病名ではなく症状を記入することはできるだけ避けるようにします。
- ④ 各傷病名等については、分かる範囲で発症の型、病因、部位、性状等も書くようにします。