

序

医師として、また法医学者として「死」と向き合うことは、避けがたいテーマです。特に、死亡診断書や死体検案書の作成は、単なる事務作業にとどまらず、死因を特定し、その背後にある要因を明確にすることが医学的に重要であり、また遺族にとっては、亡き人を悼みながらも、社会的・法的な手続きに必要な証明書として大きな意味をもちます。

本書は医師のみならず法医学者としての経験をも基に、死亡診断書や死体検案書の作成方法を体系的かつ実務的に解説したものです。医師が直面する可能性のある様々な状況を想定し、事例を用いたドリル形式で死亡の原因や死因の種類欄の考え方、記載の方法などについて詳細に解説することで読者が自信をもって死亡診断書や死体検案書を作成できるようになることを目指しています。

さらに、本書の特徴的な点は、随所に散りばめられたコラムです。これらのコラムでは、著者が長年にわたって法医学と救急医療に携わるなかで得た、死に関する深い知識や経験を垣間見ることができます。死亡診断に関わる歴史、倫理的・法的な問題など、多岐にわたるテーマが取り上げられています。これらのコラムは、単なる技術的な解説にとどまらず、死というテーマに対する深い洞察を提供し、読者が医師としての責任感を新たに自覚できる内容になっています。

本書は、医療現場で活躍するすべての医師にとって、死亡診断書や死体検案書を正確に作成するための必携のガイドブックです。法的、医学的、そして倫理的な観点から、生命の最期を見守るための貴重な手引きとなることを願っております。

監修 矢島大介＋本村あゆみ

目 次

謝辞	ii
序 (矢島大介+本村あゆみ)	iii
まえがき	vi
略語一覧	viii

はじめに	2
よりみち 死亡診断書の歴史	10

基礎篇 死亡診断書・死体検案書の書き方

1 死亡診断書と死体検案書の使い分け	18
よりみち 情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断	26
2 氏名・性・生年月日	28
3 死亡したとき	30
よりみち 同時死亡の推定	36
4 死亡したところ及びその種別	40
5 死亡の原因，発病（発症）又は受傷から死亡までの期間，死因の種類	44
よりみち 老衰の診断	54
6 外因死の追加事項	58
7 生後1年未満で病死した場合の追加事項	61
8 その他特に付言すべきことがら	62
9 署名及びその他の注意事項	64
10 死亡診断書の修正	66
よりみち 異状死届出をめぐるあれやこれや	70
よりみち 大規模災害時の死体検案書	77

基礎確認ドリル

問題	84
解答・解説	92

実践ドリル

■ 入院患者の死亡

症例 1	110	症例 3	123
症例 2	116		

■ 救急外来での心肺停止（CPA）症例

症例 4	130	症例 6	146
症例 5	137	症例 7	154

■ 訪問診療・高齢者施設などでの死亡

症例 8	163	症例 9	168
------	-----	------	-----

■ 検案症例

症例 10	176	症例 11	186
-------	-----	-------	-----

座談会（中村磨美＋山上浩＋三谷雄己）	194
--------------------	-----

あとがき	220
索引	222
チェックシート	226
著者略歴	228

まえがき

私が死亡診断書の記載法の勉強に初めて本格的に取り組んだのは、初期研修2年目の頃。医学部在学当初から法医学を志していた私は、初期研修中も入院中や救急外来でのお看取りや死亡診断に、ちょっとだけ情熱を注いでいました。そして初期研修2年目になって1年目の先生たちにレクチャーするコマが割り当てられたとき、テーマに選んだのが死亡診断書の記載法でした。その際の勉強で、自分も正しく書いていなかったことに気が付きましたが、それと同時に、多くの人が正しく書いていない可能性を自覚すらしていない、と感じました。

臨床経験を積み、法医学に転向してしばらくして、オンラインセミナーを配信できる機会に恵まれました。毎日の診療に役立つ情報を発信する他の先生方と比べ、法医学者である私に何が伝えられるかを考えた時に、上がってきたのがやはり「死亡診断書」というテーマでした。厚労省のマニュアルに沿って解説するセミナーを行ったところ、「このような症例ではどうしたらよいか」「この場合はどう書けば」といった質問をたくさん寄せていただきました。臨床医として現実に死亡診断書を記載する段になって、迷う方、困る方がたくさんいる、と感じました。それと同時に、「あえて死亡診断書について勉強する」という機会に恵まれないことも。

まずは死亡診断書を書く練習をする機会を作ること、そのためには症例問題を作るのが良いのではないかと考えました。試しに模擬症例をいくつか作って、死亡診断書の記載例を解説するセミナーを配信したところ、(私にしては)大きな反響をいただきました。そしてそれを書籍化するというありがたいお話までいただきました。

「死亡診断」という仕事は、多くの医師にとって、あまり嬉しかったり楽しかったりする仕事ではありません。それでも高い志をもって「あえて」死亡診断について勉強しようと本書を手にとって下さった方々に、少しでも読みやすく感じていただけるよう、なるべく堅苦しくない表現を心がけました。そして日常のちょっとした疑問の解消や、雑学の足しになるような小ネタを、「よりみち」として（思いのほかたくさん）散りばめました。

明日からの死亡診断を、ご家族、そして立ち会う医療者にとって少しでも受け入れやすいものと出来るように、お力になれば幸いです。

2024年吉日

中村磨美

1

死亡診断書と死体検案書の使い分け

▶ はじめに

全く同じ書類なのに、日本では「**死亡診断書**」か「**死体検案書**」か、呼び方が変わります。日本の医学部を出たほとんどの医師が、在学中にその使い分けについて教わったと思います。そして多くの医師が、実際に現場で「どちらで書くべきか迷う」事態に遭遇することになります。

厚生労働省の出す『死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』には、死亡診断書と死体検案書の使い分けについて、以下の記載があります¹⁾。

医師は、「診療管理下にある患者が、生前に診察していた傷病に関連して死亡したと認める場合」には「**死亡診断書**」を、それ以外の場合には「**死体検案書**」を交付してください (p.5)。

交付すべき書類が「**死亡診断書**」であるか「**死体検案書**」であるかを問わず、異状を認める場合には、所轄警察署に届け出てください。その際は、捜査機関による検視等の結果も踏まえた上で、死亡診断書もしくは死体検案書を交付してください (p.5)。

(下線は引用者による)

まず「診療管理下にある」とはどういうことでしょうか。以下の状況が当てはまるでしょう。

- ・対象患者が入院していて、自分が担当医である。
- ・対象患者が入院していて、(普段は担当医ではないが) 当該科あるいは病院全体の当直医である。
- ・対象患者が通院していて、自分が担当医である。
- ・対象患者を訪問診療している。

これらの患者が「生前に診察していた傷病に関連して死亡した」＝その患者さんがその傷病をもっていると自分が把握しており、その傷病（合併症含む）の経過により死亡したと診断できる場合には、死亡診断書を記載します。具体的には、以下のような事例です。

- ・ 尿路感染症との診断で入院し、自分の所属するチームが担当となり診療を行っていた。入院5日目に敗血症により死亡し、自分が看取りをした。
- ・ 内因性くも膜下出血で入院し、別のチームが担当で診療を行っていた。自分が当直業務をするにあたり、当直帯に死亡するかもしれないと引継ぎを受けた。予想通り当直帯に死亡し、自分が看取りをした。
- ・ 自分が外来担当医として診療していた肺癌 stage IV の患者。自宅で呼吸困難を訴え自分の勤める病院に救急搬送された。搬送後の診療で緊張性気胸と診断し処置を行ったが心肺停止（CPA）となり、蘇生治療の甲斐なく死亡した。
- ・ 重度の慢性閉塞性肺疾患で在宅酸素療法を導入している患者。本人と家族の在宅看取りの希望あり、訪問診療を行っていた。数日前から徐々に覚醒時間が短縮し連日訪問看護師が介入、本人の希望通り在宅で自分が看取りをした。

! 以下のような事例は、「自らの診療管理下であり生前に診察していた傷病に関連して死亡」していますが、異状死の届出が必要になる可能性があります。注意が必要です。

- ① 歩行中に自動車にはねられ救急搬送されてきた。腹腔内臓器損傷があり自分のチームが担当となって診療を行ったが、消化管損傷に起因する腹膜炎を起こし、入院1週間後に死亡、自分が看取りをした。

➔交通事故による死亡（外因死）であり、異状死の届出が必要

② 高所作業中に転落し救急搬送された。大腿骨骨幹部骨折があり自分のチームが担当となって診療を行ったが、突然の酸素化低下を起こしCPAとなった。自己心拍再開（ROSC）後の検査で肺脂肪塞栓と診断したが、数日後に再度CPAとなり自分が看取りをした。

→労働災害に該当する事故による損傷の合併症死亡（外因死の続発症）であり、異状死の届出が必要

上の2つのような症例で警察に異状死の届出をし、捜査機関による検視などを経た後に死亡書類を求められた場合は、「死亡診断書」を交付することができます。異状死の届出については「**よりみち** 異状死届け出をめぐるあれやこれや」を参照してください [p.70]。

1 死亡診断書／死体検案書の困りごと—院外心肺停止（CPA）の場合——

定期的に紛糾するのが、「院外CPAで救急搬送され、蘇生治療したが最終的にROSCせずに死亡確認したような症例は、死亡診断書と死体検案書どちらを書けばよいのか」という議論です。

「心肺停止という傷病に対して診療行為を行ったのだから死亡診断書」という意見をよく耳にしますが、「心肺停止」を「生前に診療していた傷病」と言えるのかどうか、疑問が残ります。「5. 死亡の原因 発病（発症）又は重症から死亡までの期間、死因の種類」の項 [p.44] で改めて述べますが、「心肺停止」というのは「心臓と呼吸が止まっている状態」を表すに過ぎない用語であり、何の疾病や損傷も表していないからです。

死亡確認をする前の蘇生治療中に、CPAの原因が特定できたのであれば、生前（医師が死亡確認をするまでは、社会的には生存）にその傷病に対する診療を行った、と言えるかもしれません。例えば、院外CPAで救急搬送されたが心肺蘇生（CPR）しながら何とかCTを撮影したところ、脳幹部出血を認め、その後、蘇生治療を中止した、というような場合です。

蘇生治療を中止した後のCTで脳幹部出血を認めた場合はどうでしょう。法医学者の立場からすれば、それは「蘇生治療を終了した＝死亡とみ

なした」後に「死因を究明するために死後CTを行った＝検案して死因を診断した」と考えられるので死体検案書と言いたくなります。一方、臨床医の立場からすれば「たまたま蘇生治療中止を先にしたが、あくまで心肺停止の原因検索の一環としてCT撮影を行い、蘇生治療は脳幹部出血に対して行っていたことを確認した」ので死亡診断書だと言いたくなるかもしれません。

結論から言えば、**死亡診断書・死体検案書のどちらで書こうが問題はありません**。ただし、異状死の届出が必要なものについては届け出るよう意識してください。

ここまで死亡診断書と死体検案書とを厳密に区別する必要はあるのだろうか。海外に目を向けると、死亡診断書と死体検案書を区別している国を聞いたことがない。これで問題なく運用されている。

内ヶ崎西作：死亡診断書（死体検案書）について²⁾

2 未だに誤解の多い「24時間ルール」

死亡診断書の記載は、医師法第20条に基づいています³⁾。その条文は以下の通りです。

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。

これは、「**無診療治療等の禁止**」つまり**直接診療せずに書類だけ出すという行為を禁じた**条文です。しかし、法的文書独特の読みにくさが、この条文をむやみに難解にし、かつ、誤解を招いてきました。問題となったのは「但し」以降の文章です。文末を「この限りでない」で締めているのですが、前文が冗長なために「この限り」がどの限りなのか、というよりか

老衰の診断

近年、「老衰」の診断数が増加傾向にあります。「はじめに」の「2 死亡診断書の役割」で掲げた図 1-2 [p.3] を見ると、昭和初期には死因のトップ5に入っていた老衰が徐々に減少し、昭和末期から平成初期で底打ち状態が続き、2008年（平成20年）頃から再び急速に増加していることがわかります。日本の高齢化率はこの間、常に右肩上がりですので、高齢多死社会だけが老衰増加の原因ではありません¹⁾。この頃は老人ホームや介護老人保健施設での死亡が増えてきたタイミングではありますが、老衰の診断増加の方がはるかに急激です²⁾。ということは、死亡診断書を記載する医師側が、老衰という診断を受け入れ、積極的に記載するような意識の変化が起こってきたと言えそうです。あるいは、『死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』に老衰を容認する記載があることも、老衰診断を後押ししているかもしれません。

しかし、そもそも老衰とはなんでしょう。『岩波国語辞典』には「年を取って、心身が衰えること」と記載されています³⁾。『最新医学大辞典』には「老衰 (insenescence [senility]) : 通俗的には、老いて人体の各機能の衰弱した状態をいう。高齢者が死亡し、死因が十分に把握しえなかった場合に、老衰死という名がよく用いられた。(中略) 栄養や労働の過不足、環境や疾病の影響も老衰を促進する因子となる」とあります⁴⁾。まるで、十分に検索したら老衰以外の死因がつけられるはずだ、と言っているかのようです。一方で『看護・医学事典』には「老衰 (senility) : 本来は加齢により心身の各器官、臓器が退行性に变化していくこと。転じて外傷や病気が原因ではなく、年老いて、自然に生命を全うする死因の意味として用いられている」とあります⁵⁾。この記述からは、他の傷病を十分に除外したうえで加齢以外に原因がない状態、と読み取れます。

ICD-10ではR54に「老衰 (Senility ; Old age, Senescence)」がコードされています⁶⁾。ただし、サルコペニアや廃用萎縮 (M6259)、認知症や老年期うつ病を含む老年精神病 (F03) には異なるコードが付与され、老衰か

らは除外するとされています。『死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』の老衰に関する記述にも「死因としての「老衰」は、高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用います」とあります⁷⁾。

他に記載するに能う感染症や悪性疾患、ベースとなる呼吸器疾患や心疾患があるのであれば、該当する疾患名を記載してください。Komiyaらは、誤嚥性肺炎で死亡した患者に対して16%の医師が老衰を死因として死亡診断書を記載したが、なかには認知症やその他の疾患が原因となっていることもあったと報告しており、老衰の定義が曖昧であることから濫用を問題視しています⁸⁾。「○○という疾患や病態になったのも、突き詰めれば加齢のせい」と老衰を拡大解釈して何でもかんでも歳のせいにはしないように気をつけましょう。

老衰と診断した際、「発病（発症）又は受傷から死亡までの期間」はどのように記載したらよいでしょうか。時々、「92年」など生まれてから死ぬまでの年数を記載している例を見かけます。確かに人はすべて生まれた瞬間以降は死に向かっているのかもしれませんが、やや哲学的です。老衰は「老いて」「衰える」ことなので、その老いや衰えが顕在化した頃合い、具体的には、食事が目に見えて減った頃や覚醒時間が減った頃などを基準に考えるのがよいのではないのでしょうか。

◆引用文献

- 1) 第1節 高齢化の状況。In：高齢社会白書 令和4年版。内閣府，2022。
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1_1_1.html (2024年11月閲覧)
- 2) 厚生労働省死因究明等推進本部事務局：死因究明等の推進に関する基礎資料（第1回死因究明等推進計画検証等推進会議 参考資料2）。厚生労働省，2023。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/sankoushiryou2-2.pdf> (2024年11月閲覧)
- 3) 西尾実，他＝編：岩波国語辞典 第8版。岩波書店，2019。
- 4) 最新医学大辞典編集委員会＝編：最新医学大辞典 第3版。医歯薬出版，2005。
- 5) 井部俊子，他＝監，『図解 看護・医学事典』編集委員会＝編：図解 看護・医学事典 第8版。医学書院，2017。

問 題

▶ PART I

適切な回答をすべて選べ。

問 1 ▶ 死亡診断書を記載することができるのは誰か

1. 医学生
2. 医師
3. 歯科医師
4. 看護師

[解答は p.92]

問 2 ▶ 死体検案書を記載することができないのは誰か

1. 歯科医師
2. 研修医
3. 内科認定医
4. 死体検案認定医

[解答は p.92]

問 3 ▶ 死亡診断書と死体検案書を選択する際の書式として正しいのはどれか

1. 使用する方を○で囲む
2. 使用する方に下線を引く
3. 使用しない方に二重線を引く
4. 使用しない方に×をする

[解答は p.93]

問 4 ▶ 氏名・生年月日の記載で正しいのはどれか

1. 常用漢字を使用する
2. 診察券の通りに記載する
3. 本人確認書類の通りに記載する
4. 外国人はアルファベットまたはカタカナで記載する

[解答は p.93]

問 5 ▶ 次の 1~4 のうち、原死因（統計上の死因）はどれか

I	(ア) 直接死因	1. 多臓器不全
	(イ) (ア) の原因	2. 敗血症
	(ウ) (イ) の原因	3. 腎盂腎炎
	(エ) (ウ) の原因	
II	直接には死因に関係しないが I 欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等	4. 糖尿病

[解答は p.94]

問 6 ▶ 直接死因に記載してもよい傷病名はどれか

1. 心肺停止
2. 慢性心不全
3. 呼吸不全
4. 脳死

[解答は p.94]

入院患者の死亡

症例 3

氏名：鈴木 一恵 性別：女性
生年月日：昭和 20 年 6 月 3 日（78 歳）

既往・生活歴

既往：2 型糖尿病（51 歳～）、慢性腎臓病（66 歳～）
A D L：自立

臨床経過

2023 年（令和 5 年）12 月 28 日、午後 6 時 30 分、A 県 B 市 F 町の横断歩道のない道路を横断していたところ、走行してきた普通乗用車と衝突した。直ちに中村記念病院（A 県 B 市 C 町 1 番 1 号）に救急搬送された。搬送時よりショックバイタルであり、画像検査などの結果、肝損傷（Ib 型）、腹腔内出血および消化管穿孔と診断された。同日、夜遅くから翌朝にかけて緊急試験開腹を行ったところ、空腸および横行結腸に穿孔性の損傷、大網損傷を認めたため、その場で空腸損傷の閉鎖、横行結腸部分切除、大網損傷修復を行った。術後から血尿、上部消化管出血といった出血傾向とショック徴候が見られ、エンドトキシン性ショックおよび播種性血管内凝固（DIC）と診断された。2024 年（令和 6 年）1 月 2 日、午前 8 時 20 分、死亡確認となった。

First Impression

臨床経過

乗用車 vs 歩行者
の交通事故の歩行者側

検査と試験開腹で
明らかになった腹部
臓器損傷

外傷性消化管穿孔
の合併症

2023年（令和5年）12月28日、午後6時30分、A県B市F町の横断歩道のない道路を横断していたところ、走行してきた普通乗用車と衝突した。直ちに中村記念病院（A県B市C町1番1号）に救急搬送された。搬送時よりショックバイタルであり、画像検査で肝損傷（Ib型）、腹腔内出血および消化管穿孔と診断された。同日、夜遅くから翌朝にかけて緊急試験開腹を行い、空腸および横行結腸に穿孔性の損傷、大網損傷を認めたため、その場で空腸損傷の閉鎖、横行結腸部分切除、大網損傷修復を行った。術後から血尿、上部消化管出血といった出血傾向とショック徴候が見られ、エンドトキシン性ショックおよび播種性血管内凝固（DIC）と診断された。2024年（令和6年）1月2日、午前8時20分、死亡確認となった。

解説

交通外傷で救急搬送され治療を受けるも、5日で死亡してしまった例です。腹部を中心に臓器損傷があり、外傷性の消化管穿孔があります。もともと高齢であることに加え、糖尿病と慢性腎臓病の既往があることから、穿孔性腹膜炎やエンドトキシン性ショックの術後合併症リスクが高いと推定されます¹⁾。

①死因

直接死因をはじめI欄に何を記載するか、人や状況によって判断が分かれそうです。エンドトキシン性ショックは空腸穿孔、横行結腸穿孔と因果関係がありそうですが、DICは消化管穿孔だけでなく肝損傷や大網損傷を

含めた多発重症外傷が原因と言えます。死因に対してエンドトキシン性ショックとDICのどちらがより優位だったのかも、決めることは困難で、「エンドトキシン性ショックもDICもどちらも重症外傷の複合的な病態」と言えるかと思います。「(ア)直接死因」に「エンドトキシン性ショック」と「播種性血管内凝固」のどちらかあるいは両方を記載して「(イ)(ア)の原因」に「外傷性空腸・横行結腸穿孔」「肝損傷」「大網損傷」を記載すると、受傷から死亡までの経過をより詳しく表現できそうです。一方、受傷から死亡までの経過が5日と比較的短いので、すべてまとめて「(ア)直接死因」に「腹部多発外傷」と記載して詳細を手術欄や「その他特に付言すべきことがら」に記載しても、様子は伝わりそうです。「車に衝突されて腹部に打撃を受け、空腸・横行結腸・肝・大網が損傷し、その損傷(および損傷から来る合併症)の結果死亡した」ということが伝わればよいです。

②手術

本症例でも **症例 2** と同様に手術を行っていますので、「手術欄」で「有」を選択して手術日と手術内容を記載する必要があります。本症例では12月28日から29日にかけて日をまたいで手術を行っていますが、手術日にどちらを記載しても構いません。

③死因の種類

本症例で重要なことは、**死因の種類を「2 交通事故」にすること、そして交通事故に関連して死亡したことを警察に報告すること**、です。相手がいる交通事故であり、当該患者の死因の種類が交通事故であると証明されているかによって、運転手にかかる責任が大きく変わります。

刑事責任では、「過失運転致傷 (危険運転致傷)」か「過失運転致死 (危険運転致死)」かの罪名が変わり、それにより課せられる刑事罰が変わります。**行政責任**では、相手の負傷程度によって交通違反点数が変わり、相手が死亡した場合は20点に加算され運転免許取り消し、最低でも1年の免許欠格となります(危険運転致死の場合はさらに高い点に加算)。**民事責任**

では、相手の負傷程度や後遺障害の有無、死亡か否かによって損害賠償が請求されます。多くの場合、保険会社がすべてまたは一部を負担しますが、保険会社の支払いは医師の診断をもとに決定されます^{2,3)}。

以上のように、相手のいる事件や事故の場合、被害者本人や遺族だけでなく、加害者や関係者、刑事手続きに係る警察、検察、弁護士、裁判官、行政手続きに係る警察⁴⁾、保険会社など多くの人や機関のその後に大きく影響します。事件、事故の死亡診断および死亡手続きの際には、くれぐれも注意してください。

被疑車両が複数あったり轢き逃げや危険運転の疑いがあるなど、事故背景が複雑な場合、事故発生からある程度日数が経過した後の死亡だったとしても司法解剖を実施することがあります。そのため、**死亡時には速やかに警察に連絡してください**。直接死因が病死のように見えても、上記の通り、交通事故との直接的および間接的関連の有無によって影響する場合があります。警察に連絡し、その後の対応を相談しましょう。司法解剖を実施する場合、解剖執刀医が「死体検案書」を記載しますので、病院の医師は「死亡診断書」を記載しないでください。時折、死亡診断書の二重発行となって遺族側が戸惑ったり、書類発行料を巡ってトラブルになるケースを耳にします。

Summary

- ▶ 交通事故の外傷の合併症で死亡
 - くれぐれも病死にしないように！
- ▶ 交通事故後の死亡は速やかに警察に連絡
 - 多くの関係者に影響する

◆引用文献

- 1) 近藤哲，他：良性疾患による大腸穿孔例の検討—特に術後合併症・予後に影響を及ぼす諸因子について—。日消外会誌 1982；15：1249-1257。
- 2) 一杉正仁，他＝編：交通外傷—メカニズムから診療まで。名古屋大学出版会，2020。
- 3) アトム法律事務所＝監：交通死亡事故の加害者になったら人生終了？ 加害者の責任と刑罰を解説。アトム法律事務所。

<https://atombengo.com/column/4730> (2024年11月閲覧)

- 4) [平成29年2月22日達(運免)第49号] 運転免許の行政処分事務に関する事務処理要領の判定について(通達). 福島県警, 2017.

https://www.police.pref.fukushima.jp/03.tetuduki/-jyouhoukoukai/reiki_int/reiki_honbun/u244RG00001258.html (2024年11月閲覧)

死亡診断書（死体検案書）

氏名	鈴木 一恵	1 男 ②女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和 20年 6月 3日
死亡したとき	令和 6年 1月 2日 午前・午後 8時 20分			
死亡したところ及びその種類	死亡したところの種類	①病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他		
	死亡したところ	A 県 B 市 C 町 1 番地 1号		
死亡の原因	施設の種類	中村記念病院		
	(ア)直接死因	エンドトキシン性ショック、播種性血管内凝固	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間	4日
◆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でください。 ◆I欄では、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で書いてください。 ◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください。	(イ)(ア)の原因	腹部多発外傷	◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例：1年3か月、5時間20分)	5日
	(ウ)(イ)の原因	腹部打撲		5日
	(エ)(ウ)の原因			
◆II欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください。	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等		
ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください。	手術	1無 ②有 { 部位および主要所見 空腸穿孔および大網損傷に対して修復、横行結腸穿孔に対して横行結腸部分切除	手術年月日	令和 平成 5年 12月 28日 昭和
	解剖	①無 2有 { 主要所見		
死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不適の外因死 ②交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 } ③窒息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因死 } 12 不詳の死			
外因死の追加事項 ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したとき	令和5年12月28日午後6時30分頃		
	傷害が発生したところの種類	1 住居 2 工場及び建築現場 ③道路 4 その他()		
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したところ	A 都道 成県 B 市 郡 C 区 町		
	手段及び状況	横断歩道のない道路を横断していたところ、普通乗用車と衝突したという。		
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週数	満 週
	グラム	1 単胎 2 多胎(子中第 子)	母の生年月日	前回までの妊娠結果
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	妊娠・分娩中における母体の病態又は異状	母の生年月日	令和 平成 年 月 日 昭和	出産児 死産児 人胎 (妊娠満22週に限る)
	1無 2有 {	3 不詳		
その他特に付言すべきことがら 腹部多発外傷として、空腸穿孔、横行結腸穿孔、大網損傷、肝損傷あり。				
上記のとおり診断 する する 診断 年月日 年月日 令和 6年 1月 2日 本診断書 発行年月日 発行年月日 令和 6年 1月 2日 (介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) A 県 B 市 C 町 1 番地 (氏名) 医師 中村 磨美 中村記念病院 ③ 1号				

死亡診断——救命救急の現場から

出席

なかむらまみ
中村 磨美2010年、横浜市立大学医学部卒業
滋賀医科大学社会医学講座法医学部門准教授やまがみひろし
山上 浩2003年、福井大学医学部卒業
湘南鎌倉総合病院救命救急センター長＋同副院長みにたにゆうき
三谷 雄己2018年、広島大学医学部卒業
広島大学救急集中治療医学所属＋県立広島病院整形外科

❖**情熱大陸** 毎日放送(MBS)制作のテレビ番組。山上先生の出演は2019年3月24日放送の第1045回「救命救急医・山上浩」。番組HPに「絶対に断らない男」とある通り、山上先生は自らを「凡人ドクター」と謙遜しつつも「何があっても断らない」と言明している。

❖**EMA** 「ER型救急医学を志す人たちが構成される非営利団体」(同団体HP) EM Allianceのごと。スローガンは「夢と、若さと、情熱で日本の救急医療を変える!」。2009年にメーリングリストを開設。現在、山上先生は同団体EMAアカデミーに名を連ねている。

はじめに

中村——山上先生、三谷先生、本日はお忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。

今回の座談会では、主に2つのテーマを設けています。

- ①警察通報のあり方
- ②救急外来での死亡対応についての教育法

ちなみにお二人は今回が初めての顔合わせですか？

三谷——初めまして。三谷と申します。

僕はもちろん情熱大陸❖で拝見させていただいたり、EMA❖での活躍は存じておりますが、直接お会いしたことはなくて、お話しさせていただくのは今日が初めてです。よろしくお願いします。

山上——こちらこそ、よろしくお願いします。

中村——それでは簡単に自己紹介とコメントを頂ければと思います。

山上——現在、鎌倉で救急医をやっております山上浩と言います。中村先生とは湘南藤沢徳洲会❖と湘南鎌倉❖が

同じグループということで、仲良くやらせてもらっていましたね。今回、久しぶりに連絡を頂きました。

中村——突然の無茶ぶりとなってしまって……。

山上——実は死亡診断書って、けっこうホットな話題だと思うんです。警察との連携や対応の仕方というの、とてもニーズがあると思っていて、我々も色々な所で話を聞くけど、誰もこれという明確な答えをもっていないテーマですよ。

中村——過分なお言葉を、ありがとうございます。

三谷先生とは、私もこうやって顔を合わせてお話しさせていただくのは初めてですが、2年くらい前に、私が Antaa[☆]に上げた死亡診断書の書き方に関するスライド[☆]を三谷先生のブログ[☆]でピックアップして頂いたのがご縁でささやかなつながりができたので、今回、依頼を差し上げたかたちになります。

三谷——その節はありがとうございます。

僕は広島で救急医をしている三谷雄己と申します。現在、医師7年目で、救急科の専攻プログラムを終えて救急専門医を取得した後、今は整形外科のダブルボード[☆]カリキュラムをとって、整形外科専門医の取得を目指して研修しています。研修医上がりくらいのときから、ブログなどで自分の勉強したことを発信することを通じて自分も成長しようという風に思っておりまして、言わばアウトプットすることが自分の勉強だと信じて活動を続けています。

中村先生の Antaa のスライドを拝見してすごいと感じたのは、死亡診断書の書き方というのは、身近でありながら決まった答えがなく、実は多くのニーズがあるテーマだと気づかされたことにあります。研修医はもちろん、救急医や若手の先生、あるいは僕は今現在も、日々、死亡診断書の書き方や警察での対応に悩むことがすごく多いです。そ

☆湘南藤沢徳洲会 医療法人徳洲会湘南藤沢徳洲会病院。1980年に茅ヶ崎徳洲会総合病院として設立。2012年に改称のうえ、現在地に移転。中村先生は2010年よりこの病院で初期研修および救急総合診療部の後期研修を受けている。

☆湘南鎌倉 医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院。湘南鎌倉病院として1988年、設立。同病院の救命救急センター“湘南ER”では山上先生がセンター長を勤めている。

☆Antaa アンター株式会社。医師中山俊代表の下、スライドの共有サービス Antaa Slideをはじめ、動画配信サービス Antaa Channelなどを手掛ける。2016年設立。

☆スライド 中村先生は Antaa Slide でいくつかのスライドを公開しているが、踊る救急医こと三谷先生のブログで取り上げられたのは「臨床医のための法医学③いまさら聞けない死亡診断書の書き方」(<https://slide.antaa.jp/article/view/36d18ff6e3194c35>)

☆ブログ 踊る救急医：救急外来で必ず役立つ「Antaa Slide」10選【アプリ・ダウンロードURLも紹介】。2021/2023更新 (<https://dancing-doctor.com/2021/01/12/antaa-slide-er/>)

❖**ダブルボード** 日本専門医機構の定める基本領域（19領域）から、2つの専門医資格を取得することをダブルボードと言う。

❖**CPA** 心肺停止を意味する cardiopulmonary arrest の略。

❖**コロナ** 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のこと。なお、湘南ERのHPによれば、2019年度の救急搬送患者数が1万4,754人、2022年度では2万2,342人となっている。

ういう悩ましいところに寄り添ってくれるような情報発信をされているので、取り上げさせていただきました。

僕自身、死亡診断書に関して詳しいわけではなく、日々悩みながら対応する一人のリアルな声が今回反映されると大変ありがたいと考えています。どうぞよろしくお願ひします。

中村——こちらこそ、よろしくお願ひします。ちなみに今回の座談会のメンバーですが、たまたま（医学部）卒業年が7、8年ずつ空いていて、バランスがとれた人選になったのではないかと思います。

① 警察通報のあり方

● CPAの対応件数

中村——さて、早速ですが、それぞれのご所属先の病院での死亡診断と警察対応に関してお話を伺っていきたくと思います。一年あたりのCPA❖の対応件数はどれくらいでしょうか？

私の場合、以前勤めていた湘南藤沢徳洲会病院では、救急車の受け入れ件数が当時で年間8,000～9,000件前後、CPAはそのうち年間100～130件くらいというところでした。

山上——うちの場合は、救急車がだいたい2万2,300件ですね。

中村——え？ そんなに来てるんですか？

山上——CPAは300件前後じゃなかったかなと思います。救急車はコロナ❖になって増えたんですけど、コロナ前が1万5,000件くらいで、その頃もCPAは300件前後だったので、CPAが最近になって増えている印象はあんまりないですね。

中村——そうすると、日に1件は来るような感じですね？

山 上——まあそうですね。だいたいイメージとしてはそんな感じだと思います。

中 村——CPAの対応がバツティングすることはありますか？ 同じフロア内で同時にCPAを2件やってるような？

山 上——そうですね。2件とかあると思います。

中 村——すごいですね。三谷先生の方はいかがでしょうか？

三 谷——僕は今は県立広島病院[❖]に勤務していて、当直業務は三次救急やICU管理を対応する救急医として働いています。広島市内で三次救急をメインで受ける病院は大きく3つに分かれていて、僕が医局で入っている広島大学[❖]、僕が今いる県立広島病院、そして広島市民病院[❖]の3病院です。

今日、救急の部長に確認したら、年間のCPAについては 去年の件数が309件だそうです。救急科がタッチするのは基本は三次救急ですね。一次、二次救急はERの救急医の先生とプラスアルファ、例えば外科の先生などで対応にあたっています。

中 村——県立広島病院へ来るのはCPAかそれに近いものばかりということですね。大変な状況だと思いますが、お二人の病院でそれぞれ年間300件近く対応されるうち、ROSC[❖]する場合ももちろんあるでしょうけど、ROSCできないことも割合としては多いかなと思われます。

ROSCできなかったCPAへの対応として、①漏れなく警察通報、もしくは②病歴・検査結果などから死因究明をして必要があれば警察に通報するのか、どちらの形をとられますか？

❖**県立広島病院** 1877年に設立された公立広島病院を起源とする。現在、三谷先生は同病院の整形外科で副部長を務める。

❖**広島大学** 広島大学医学部及び広島大学病院。三谷先生は同大学救急集中治療医学に所属する。なお、同病院の集中治療室は2023年2月4日放送のテレビ番組「命の砦～集中治療室密着40日の記録～」(ETV 特集)で取り上げられている。

❖**広島市民病院** 広島市立広島市民病院のこと。1952年設立。

❖**ROSC** 心拍再開を意味するreturn of spontaneous circulationの略。

著者略歴

監
修

矢島 大介 Daisuke Yajima

現 ▶ 国際医療福祉大学医学部教授

1993年，北里大学大学院薬学研究科修士課程修了，2002年，琉球大学医学部卒業，2007年，千葉大学大学院医学研究院博士課程修了，2014年，旭川医科大学医学部法医学講座准教授，2017年，千葉大学医学部法医学准教授を経て，同年より現職。

監
修

本村 あゆみ Ayumi Motomura

現 ▶ 国際医療福祉大学医学部法医学講師

2003年，佐賀医科大学医学部卒業，同大学医学部附属病院救急部入局，2014年，千葉大学大学院医学研究院博士課程修了，同年，千葉大学医学部附属法医学教育研究センター助教，東京大学法医学講座特任助教を経て，2018年より現職。

著
者

中村 磨美 Mami Nakamura

現 ▶ 滋賀医科大学社会医学講座法医学部門准教授

2010年，横浜市立大学医学部卒業，茅ヶ崎徳洲会総合病院（現：湘南藤沢徳洲会病院）初期研修，2012年，湘南藤沢徳洲会病院救急総合診療部，2015年，京都府立医科大学法医学教室を経て，2019年，滋賀医科大学社会医学講座法医学部門助教，2021年より現職。

主な著作に『交通外傷—メカニズムから診療まで』（分担執筆，名古屋大学出版会，2020年），『法医看護学』（分担執筆，南山堂，2023年）などがある。