

原 著 看護師による死亡診断, 死亡診断書作成の
是非についての法医学的一考察

—医学生, 一般学生の意識調査をもとに—

昭和大学医学部法医学講座

西田 幸典 佐藤 啓造* 藤城 雅也
根本 紀子 足立 博 岩田 浩子
米山 裕子 李 暁鵬 松山 高明

昭和大学薬学部病院薬剤学講座

栗原 竜也 藤宮 龍祥

上智大学外国語学部ドイツ語学科

浅見 昇吾

抄録: 今日の在宅看取りは, 地域の診療所医師が大部分を担っているが, 2040年をピークとする多死社会の看取り体制として, それが適切に機能するかの問題がある。そこで, 本研究は, 診療所医師の在宅看取りにおける負担軽減策として, 看護師による死亡診断および死亡診断書の作成について, 多死社会を担う若年層の認識を踏まえて, その是非を法医学的観点から考察するものである。研究方法は, 質問紙調査(対象: 医学生242名, 一般学生402名)と看取り制度に関する文献調査である。質問紙調査の結果は, 看護師による死亡診断について, 看護師のみが死亡に立ち会う状況で是認する割合が高く, 死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師が良いとする割合が高かった。また看護師による死亡診断書の作成について, 看護師のみが死亡に立ち会う状況で是認する割合が高く, 死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格した看護師が良いとする割合が高かった。しかし, 死亡診断を是認する割合は, 死亡診断書の作成を是認する割合よりも高かった。一方, 医療制度改革の潮流には, ①医師の働き方の見直しとしてタスク・シフティングの提案, ②看護師の特定行為の創設, ③地域包括ケアシステムの推進, ④欧米における看護師による死亡確認の現状がある。本研究では, 上記の調査結果と医療制度改革の潮流を踏まえ, 診療所医師の負担軽減策の一つとして, 看護師による死亡診断を, ①特定行為の一つとする方法と②保健師助産師看護師法の「診療の補助」とは別の新たな枠組みとする方法を提案する。一方, 看護師による死亡診断書の作成については, 原則として時期尚早と考える。しかし, 診療所医師の負担軽減および死後のエンゼルケアやグリーフケアの実施の観点から, 末期がん患者のような特定の患者に限定し, かつ, 死亡診断書の作成プロセスの一つである異状死でないとの判断までであれば検討の余地があると考ええる。ただし, これを実現するためには, 異状死の判断を適切に行い得る程度の知識と技術を担保できる教育システムが必要不可欠であると考ええる。

キーワード: 看取り, 看護師, 死亡診断, 死亡診断書

緒 言

最期は自分の家で死にたいという患者の希望が増加しつつあるとともに, 厚生労働省も在宅療養での

看取りを推進している。しかし, 在宅療養者が療養中の疾病により自宅で死亡しても, 主治医である在宅医が学会出張等で不在である場合や, 離島や無医村のため医師の到着に日数を要する場合などにおい

*責任著者

て、医師による死亡診断および死亡診断書の発行がすみやかに行われたいという問題が生じている。この問題に対して、死亡後に遺体を医療機関まで長距離搬送したり、疾病の末期には住み慣れた場所を離れ医療施設に入院するなどの対策が取られ、本来の在宅療養による看取りが妨げられている実情が、在宅看護を任されている看護師を中心に叫ばれてきた¹⁾。厚生労働省は、死亡診断は医師の役割であることを前提に、医師の死亡診断の支援として、そのプロセスの一部を看護師が行うことで、上記の問題について、ある程度の解決を図ろうとしている²⁾。

しかし、本研究は、これを更に前進させ、一定の条件下で看護師が死亡診断や死亡診断書の作成を行うことで、医師の負担を軽減する可能性を模索するものである。その前段階として、2040年をピークとする前後10年の多死社会を支える世代である学生層に着目し、看護師が死亡診断や死亡診断書の作成を行うことの是非について医学生と一般学生を対象にアンケート調査を行い、将来的に医師として死亡診断に関わる医学生と一般学生との間に、どのような意識の差があるか統計学的に解析するとともに、看護師による死亡診断および死亡診断書作成の是非について文献的考察を行った。

研究方法

1. 対象

調査は2016年4月から2017年7月にかけて、A大学医学部、同保健医療学部およびB大学外国語学部、同総合人間科学部の学生を対象に実施した。医学生は法医学の講義と実習を終え、死亡診断と死亡診断書（死体検案書）の作成について、ある程度以上の知識を有するが、まだ臨床実習が始まっていない4年生を対象とし、その他の学生は専門科目の履修が本格化する前の2年生を対象とした。その結果、A大学医学部242名、同保健医療学部209名、B大学193名より回答を得た。合計有効回収率は92.4%であった。

2. 調査内容

調査票は、これまでに同様の研究や調査は行われてこなかったため、共著者間で十分協議した上で、新しいものを作成した。

1) 設例・状況

調査票は、以下の3つの設例と、その中に3つの

状況を設定した。ただし、設例Iでは、状況3が非現実的であるため設定していない。

【設例】

- I. 患者が病院で死亡した場合
- II. 診療管理下にあり、診療中の疾病で終末期にある患者が自宅で死亡した場合
- III. 診療管理下でない患者が医療機関以外の場所で死亡した場合

【状況】

1. 医師と看護師の双方が死亡に立ち会っている状況
2. 看護師のみが死亡に立ち会っている状況
3. 医師も看護師も死亡に立ち会っていない状況

2) 質問内容

(1) 質問①

それぞれの設例・状況下で、全員に対して、以下を質問した。

【質問①】

死亡診断を行うのは誰がよいか

【選択肢】

- ・医師のみ
- ・医師または看護師
- ・医師または死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師

(2) 質問②

質問①で「医師または看護師」を選択した者に対して、以下を質問した。

【質問②】

その看護師が死亡診断書を作成してよいか

【選択肢】

- ・いいえ
- ・はい
- ・死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格していれば良い

質問①で「医師または死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師」を選択した者に対して、質問②をたずね、以下を選択肢とした。

【選択肢】

- ・いいえ
- ・死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格していれば良い

3. 統計解析

上記の質問について、A大学医学部の学生を「医

表 1 患者が病院で死亡した場合の死亡診断および死亡診断書の作成

	死亡診断は					
	医師と看護師の双方が死亡に立ち会う			看護師のみが死亡に立ち会う		
	医学生	一般学生	合計	医学生	一般学生	合計
1 医師に限られる	174 (71.9%)*	217 (54.0%)*	391 (60.7%)	133 (55.2%)*	147 (37.3%)*	280 (44.1%)
2 診断を訓練された看護師ならよい	53 (21.9%)*	145 (36.1%)*	198 (30.7%)	94 (39.0%)*	193 (49.0%)*	287 (45.2%)
3 看護師ならよい	15 (6.2%)*	40 (10.0%)*	55 (8.5%)	14 (5.8%)*	54 (13.7%)*	68 (10.7%)
合計	242 (100%)	402 (100%)	644 (100%)	241 (100%)	394 (100%)	635 (100%)
上の問いに 2 と答えた人で死亡診断書の作成は						
A 医師に限られる	13 (25.0%)	40 (28.4%)	53 (27.5%)	21 (22.6%)	57 (30.5%)	78 (27.9%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	39 (75.0%)	101 (71.6%)	140 (72.5%)	72 (77.4%)	130 (69.5%)	202 (72.1%)
合計	52 (100%)	141 (100%)	193 (100%)	93 (100%)	187 (100%)	280 (100%)
上の問いに 3 と答えた人で死亡診断書の作成は						
A 医師に限られる	6 (40.0%)	21 (55.3%)	27 (50.9%)	5 (41.7%)	24 (50.0%)	29 (48.3%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	6 (40.0%)	9 (23.7%)	15 (28.3%)	2 (16.7%)	8 (16.7%)	10 (16.7%)
C 看護師ならよい	3 (20.0%)	8 (21.1%)	11 (20.8%)	5 (41.7%)	16 (33.3%)	21 (35.0%)
合計	15 (100%)	38 (100%)	53 (100%)	12 (100%)	48 (100%)	60 (100%)

*P<0.001

学生」, 同保健医療学部の学生と B 大学の学生を「一般学生」として集計し, その両者との間で, その選択した人数の比率を χ^2 乗検定で評価した. 有意水準は 5% とした. 解析には SPSS 20.0J (IBM SPSS, 東京, 日本) を用いた.

死亡診断, 死亡診断書の発行を将来行う立場にある者とそうでない者の意識差に重点を置くため, 男女の区別は行わなかった.

4. 倫理的配慮

調査は質問紙と研究内容の説明書を配付し, 研究内容・目的を説明したうえで行った. 質問紙は無記名で, 調査が自由意志に基づいて行われること, 回答・提出しなくても何ら不利益を被ることはないこと, 調査結果は本研究以外の目的で使用しないことを説明した. 質問紙の最初に同意チェック欄を設け, チェックのある質問紙のみを回収した. 本研究は, 昭和大学医学部および保健医療学部の「人を対象とする研究等に関わる倫理委員会」の承認を得ている (医学部承認番号: 2269, 保健医療学部承認番号: 395).

結 果

「看護師による死亡診断の是非」(質問①) と「看護師による死亡診断書 (死体検案書) の作成の是非」

(質問②) について, 表 1 では, 「I 患者が病院で死亡した場合」の設例に対する結果を, 表 2 では, 「II 診療管理下にあり, 診療中の疾患で終末期にある患者が自宅で死亡した場合」の設例に対する結果を, 表 3 では, 「III 診療管理下にない患者が医療機関以外の場所で死亡した場合」の設例に対する結果を, 医学生, 一般学生, 両者の合計をそれぞれ比較できるようにまとめた. なお, 表 1 から表 3 および以下では, 質問①の選択肢について, 「医師のみ」を「医師に限られる」, 「医師または看護師」を「看護師ならよい」, 「医師または死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師」を「診断を訓練された看護師ならよい」と表記した. また, 質問②の選択肢について, 「いいえ」を「医師に限られる」, 「はい」を「看護師ならよい」, 「死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格していれば良い」を「作成を訓練された看護師ならよい」と表記した.

1. 患者が病院で死亡した場合 (表 1, 表 4)

1) 医師, 看護師ともに死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師ならよい」と「診断を訓練された看護師ならよい」を合わせた「看護師でもよい」は, 医学生 28.1%, 一般学生 46.1% であり (その差 18%),

表 2 診療管理下にあり、診療中の疾患で終末期にある患者が自宅で死亡した場合の死亡診断、死亡診断書の作成

	死亡診断は								
	医師と看護師の双方が死亡に立ち会う		看護師のみが死亡に立ち会う		死亡に医師も看護師も立ち会っていない				
	医学生	一般学生	医学生	一般学生	医学生	一般学生			
1 医師に限られる	177 (73.4%)	* 219 (56.9%)	* 396 (63.3%)	130 (53.7%)	* 147 (38.5%)	* 277 (44.4%)	200 (82.6%)	* 247 (65.3%)	* 447 (72.1%)
2 診断を訓練された看護師ならよい	57 (23.7%)	* 129 (33.5%)	* 186 (29.7%)	97 (40.1%)	* 188 (49.2%)	* 285 (45.7%)	37 (15.3%)	* 109 (28.8%)	* 146 (23.5%)
3 看護師ならよい	7 (2.9%)	* 37 (9.6%)	* 44 (7.0%)	15 (6.2%)	* 47 (12.3%)	* 62 (9.9%)	5 (2.1%)	* 22 (5.8%)	* 27 (4.4%)
合計	241 (100%)	385 (100%)	626 (100%)	242 (100%)	382 (100%)	624 (100%)	242 (100%)	378 (100%)	620 (100%)
上の問いに 2 と答えた人で死亡診断書の作成は									
A 医師に限られる	13 (22.8%)	26 (21.3%)	39 (21.8%)	24 (25.3%)	53 (29.1%)	77 (27.8%)	5 (13.5%)	21 (20.2%)	26 (18.4%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	44 (77.2%)	96 (78.7%)	140 (78.2%)	71 (74.7%)	129 (70.9%)	200 (72.2%)	32 (86.5%)	83 (79.8%)	115 (81.6%)
合計	57 (100%)	122 (100%)	179 (100%)	95 (100%)	182 (100%)	277 (100%)	37 (100%)	104 (100%)	141 (100%)
上の問いに 3 と答えた人で死亡診断書の作成は									
A 医師に限られる	1 (16.7%)	16 (44.4%)	17 (40.5%)	7 (50.0%)	26 (56.5%)	33 (55.0%)	2 (40.0%)	10 (52.6%)	12 (50.0%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	2 (33.3%)	9 (25.0%)	11 (26.2%)	2 (14.3%)	7 (15.2%)	9 (15.0%)	2 (40.0%)	4 (21.1%)	6 (25.0%)
C 看護師ならよい	3 (50.0%)	11 (30.6%)	14 (33.3%)	5 (35.7%)	13 (28.3%)	18 (30.0%)	1 (20.0%)	5 (26.3%)	6 (25.0%)
合計	6 (100%)	36 (100%)	42 (100%)	14 (100%)	46 (100%)	60 (100%)	5 (100%)	19 (100%)	24 (100%)

*P < 0.001

表 3 診療管理下にない患者が医療機関以外の場所で死亡した場合の死亡診断、死亡診断書（死体検案書）の作成

	死亡診断は					
	医師と看護師の双方が死亡に立ち会う		看護師のみが死亡に立ち会う		死亡に医師も看護師も立ち会っていない	
	医学生	一般学生	医学生	一般学生	医学生	一般学生
1 医師に限られる	192 (79.3%) *	240 (63.2%) *	432 (69.5%)	141 (58.3%) *	168 (44.8%) *	309 (50.1%)
2 診断を訓練された看護師ならよい	45 (18.6%) *	107 (28.2%) *	152 (24.4%)	86 (35.5%) *	161 (42.9%) *	247 (40.0%)
3 看護師ならよい	5 (2.1%) *	33 (8.7%) *	38 (6.1%)	15 (6.2%) *	46 (12.3%) *	61 (9.9%)
合計	242 (100%)	380 (100%)	622 (100%)	242 (100%)	375 (100%)	617 (100%)
上の問いに2と答えた人で死亡診断書（死体検案書）の作成は						
A 医師に限られる	9 (20.0%)	22 (21.6%)	31 (21.1%)	23 (27.1%)	43 (27.2%)	66 (27.2%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	36 (80.0%)	80 (78.4%)	116 (78.9%)	62 (72.9%)	115 (72.8%)	177 (72.8%)
合計	45 (100%)	102 (100%)	147 (100%)	85 (100%)	158 (100%)	243 (100%)
上の問いに3と答えた人で死亡診断書（死体検案書）の作成は						
A 医師に限られる	0 (0.0%)	14 (43.8%)	14 (37.8%)	6 (42.9%)	22 (48.9%)	28 (47.5%)
B 作成を訓練された看護師ならよい	2 (40.0%)	10 (31.3%)	12 (32.4%)	2 (14.3%)	12 (26.7%)	14 (23.7%)
C 看護師ならよい	3 (60.0%)	8 (25.0%)	11 (29.7%)	6 (42.9%)	11 (24.4%)	17 (28.8%)
合計	5 (100%)	32 (100%)	37 (100%)	14 (100%)	45 (100%)	59 (100%)

*P < 0.001

看護師の死亡診断、死亡診断書作成の是非

表 4 死亡診断・死亡診断書の作成を看護師でもよい

	医師と看護師の双方が死亡に立ち会う			看護師のみが死亡に立ち会う			死亡に医師も看護師も立ち会っていない		
	医学生	一般学生	差	医学生	一般学生	差	医学生	一般学生	差
設例Ⅰ									
死亡診断 ^{*1}	28.1%	46.1%	18.0%	44.8%	62.7%	17.9%			
死亡診断書の作成 ^{*2}	19.8%	29.3%	9.5%	32.8%	39.1%	6.3%			
死亡診断書の作成／死亡診断 ^{*3}	71.6%	65.9%	5.7%	75.2%	65.5%	9.7%			
設例Ⅱ									
死亡診断	26.6%	43.1%	16.5%	46.3%	61.5%	15.2%	17.4%	34.6%	17.2%
死亡診断書の作成	20.3%	30.1%	9.8%	32.2%	39.0%	6.8%	14.5%	24.3%	9.8%
死亡診断書の作成／死亡診断	77.8%	73.4%	4.4%	71.6%	65.4%	6.2%	83.3%	74.8%	8.5%
設例Ⅲ									
死亡診断	20.7%	36.9%	16.2%	41.7%	55.2%	13.5%	16.5%	36.4%	19.9%
死亡診断書の作成	16.9%	25.8%	8.9%	28.9%	36.8%	7.9%	13.2%	24.6%	11.4%
死亡診断書の作成／死亡診断	82.0%	73.1%	8.9%	70.7%	68.0%	2.7%	82.1%	69.7%	12.4%

※1 各学生全体のうち、死亡診断を看護師でもよいとする者の割合

※2 各学生全体のうち、死亡診断書の作成を看護師でもよいとする者の割合

※3 死亡診断を看護師でもよいとする者のうち、死亡診断書の作成も看護師でもよいとする割合

一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意差あり）。

(2) 死亡診断書の作成

「看護師ならよい」と「作成を訓練された看護師ならよい」を合わせた「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体（医学生 242 名、一般学生 402 名）に占める割合に換算すると、医学生 19.8%、一般学生 29.3%であった。「看護師でもよい」とする割合は、死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下したが、一般学生の方が顕著に低下した。

しかし、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 67 名中 48 名（71.6%）、一般学生 179 名中 118 名（65.9%）であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

2) 看護師のみが死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 44.8%、一般学生 62.7%であり（その差約 18%）、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意

差あり）。しかし、いずれの学生においても、上記 1. 1) (1) の場合と比べて、約 17%高かった。

(2) 死亡診断書の作成

「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 32.8%、一般学生 39.1%であった。「看護師でもよい」とする割合は、死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下するが、一般学生の方が顕著に低下する。

しかし、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生で 105 名中 79 名（75.2%）、一般学生で 235 名中 154 名（65.5%）であり、上記 1. 1) (2) の場合とほぼ同様の結果であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

2. 診療管理下にあり、診療中の疾患で終末期にある患者が自宅で死亡した場合（表 2、表 4）

1) 医師、看護師とも死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 26.6%、一般学生 43.1%であり（その差約 17%）、一般学生の方が「看

「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意差あり）。これは、「1. 病院で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 1）(1)）と比べて、同程度の認識であった。

(2) 死亡診断書の作成

医学生と一般学生で統計学的有意差はなかった。死亡診断書の作成について、「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 20.3%，一般学生 30.1%であった。ここでの「看護師でもよい」とする者の傾向（死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下し、一般学生の方が顕著に低下する点）は、「1. 病院で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 1）(2)）と同様であり、「看護師でもよい」とする割合も、近似している。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 63 名中 49 名 (77.8%)、一般学生 58 名中 116 名 (73.4%) であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね（両学生ともに 70%を超えている）看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

2) 看護師のみが死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 46.3%，一般学生 61.5%であり（その差約 15%）、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意差あり）。これは、「1. 病院で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 2）(1)）と比べて、同程度の認識であった。

(2) 死亡診断書の作成

死亡診断書の作成について、「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 32.2%，一般学生 39.0%であった。ここでの「看護師でもよい」とする者の傾向（死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下し、一般学生の方が顕著に低下する点）は、「1. 病院で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 2）(2)）と同様であり、「看護師でもよい」とする割合も、近似している。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 109 名中 78 名 (71.6%)、一般学生 228 名中 149 名 (65.4%) であった。看護

師による死亡診断を容認する者は、概ね看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

3) 死亡に医師、看護師とも立ち会っていない状況 (1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 17.4%，一般学生 34.6%であり（その差約 17%）、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意差あり）。

(2) 死亡診断書の作成

「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 14.5%，一般学生 24.3%であった。ここでも、死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下するが、一般学生の方が顕著に低下する傾向には変わりはない。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 42 名中 35 名 (83.3%)、一般学生 123 名中 92 名 (74.8%) であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね（両学生ともに 70%を超えている）看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

3. 診療管理下でない患者が医療機関以外の場所で死亡した場合（表3, 表4）

1) 医師、看護師とも死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 20.7%，一般学生 36.9%であり（その差約 16%）、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった（統計学的有意差あり）。これは、「1. 病院で死亡した場合」と「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 1）(1), 2. 1）(1)）と比べて、やや低い認識であった。

(2) 死亡診断書の作成

「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 16.9%，一般学生 25.8%であった。ここでの「看護師でもよい」とする者の傾向（死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下し、一般学生の方が顕著に低下する点）は、「1. 病院で死亡した場合」や「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況（上記1. 1）(2), 2. 1）(2)）と同様であり、「看護師でもよい」とする割合は、「1. 病院で死亡した場合」や「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況と

比べて、両学生ともに僅かに低い程度であった。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 50 名中 41 名 (82.0%)、一般学生 134 名中 98 名 (73.1%) であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね (両学生ともに 70% を超えている) 看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

2) 看護師のみが死亡に立ち会う状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 41.7%、一般学生 55.2% であり (その差約 14%)、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった (統計学的有意差あり)。これは、「1. 病院で死亡した場合」と「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況 (上記 1. 2) (1), 2. 2) (1)) と比べて、やや低い認識であった。

(2) 死亡診断書 (死体検案書) の作成

「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 28.9%、一般学生 36.8% であった。ここでの「看護師でもよい」とする者の傾向 (死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下し、一般学生の方が顕著に低下する点) は、「1. 病院で死亡した場合」や「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況 (上記 1. 2) (2), 2. 2) (2)) と同様であり、「看護師でもよい」とする割合は、「1. 病院で死亡した場合」や「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況と比べて、両学生ともに僅かに低い程度であった。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 99 名中 70 名 (70.7%)、一般学生 203 名中 138 名 (68.0%) であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

3) 死亡に医師、看護師とも立ち会っていない状況

(1) 死亡診断

「看護師でもよい」は、医学生 16.5%、一般学生 36.4% であり (その差約 20%)、一般学生の方が「看護師でもよい」とする認識が高かった (統計学的有意差あり)。これは、「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況 (上記 2. 3) (1)) と比べて、同程度の認識であった。

(2) 死体検案書の作成

「看護師でもよい」は、それぞれの学生全体に占める割合に換算すると、医学生 13.2%、一般学生 24.6% であった。ここでの「看護師でもよい」とする者の傾向 (死亡診断の場合と比べて、両学生ともに低下し、一般学生の方が顕著に低下する点) は、「2. 在宅で死亡した場合」の同じ状況 (上記 2. 3) (2)) と同様であり、「看護師でもよい」とする割合も、同程度である。

一方、死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識する者は、医学生 39 名中 32 名 (82.1%)、一般学生 132 名中 92 名 (69.7%) であった。看護師による死亡診断を容認する者は、概ね看護師による死亡診断書の作成も容認する結果であった。

これらの結果には、統計学的有意差を認めなかった。

4. 小括

1) 死亡診断

(1) 死亡診断を「看護師でもよい」とする認識は、全てにおいて医学生よりも一般学生の方が高かった (両者の差 13.5% ~ 19.9%)。

(2) 死亡診断を「看護師でもよい」とする認識は、設例 I ~ III のすべてにおいて、「1) 医師と看護師の双方が死亡に立ち会う状況」と「3) 死亡に医師も看護師も立ち会っていない状況」に比べて、「2) 看護師のみが死亡に立ち会う状況」で顕著に高かった。

(3) 死亡診断を「看護師でもよい」と認識する者であっても、看護師免許を有するだけでなく、「死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師」を支持する割合が顕著に高かった。

2) 死亡診断書の作成

(1) 死亡診断書の作成を「看護師でもよい」とする認識は、全てにおいて医学生よりも一般学生の方が高かった (両者の差 6.3% ~ 11.4%)。

(2) 死亡診断書の作成を「看護師でもよい」とする認識 (医学生 13.2% ~ 32.8%、一般学生 24.3% ~ 39.1%) は、同じ設定・状況下で死亡診断を「看護師でもよい」とする認識 (医学生 16.5% ~ 46.3%、一般学生 34.6% ~ 62.7%) よりも低かった。

(3) 死亡診断書の作成を「看護師でもよい」とする認識は、設例 I ~ III のすべてにおいて、「1) 医師と看護師の双方が死亡に立ち会う状況」と「3) 死亡に医師も看護師も立ち会っていない状況」に比べ

て、「2) 看護師のみが死亡に立ち会う状況」で顕著に高かった。

(4) 死亡診断を「看護師でもよい」とする者のうち、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」とする認識は、全てにおいて一般学生よりも医学生の方が高かった(両者の差 2.7%~12.4%)。

(5) 死亡診断を「看護師でもよい」とする者のうち、その 65%以上の者が、死亡診断書の作成も「看護師でもよい」と認識している。特に、医学生では、全ての状況において、70%以上の者が「看護師でもよい」と認識している。

(6) 死亡診断書の作成を「看護師でもよい」と認識する者であっても、看護師免許を有するだけでなく、「死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格した看護師」を支持する割合が顕著に高かった。

考 察

法医学的考察として、まず、看取りに関連した現状を俯瞰して課題を整理し、次に、その課題を踏まえて、本研究の提言である看護師による死亡診断と死亡診断書作成について、国内外の潮流を踏まえ、具体的な施策方法に言及する。

1. 在宅看取りの現状

1) 多死社会の到来

わが国は 1970 年に高齢化社会(高齢化率: 7.1%)となり、1994 年には高齢社会(高齢化率: 14.1%)、2007 年には超高齢社会(高齢化率: 21.5%)となり、2017 年には高齢化率が 27.7%となっている³⁻⁵⁾。これに伴い、死亡者数も 1989 年まで年間 70 万人台であったのが、1990 年には 80 万人を超え、更に 2010 年には 119 万人を超える状況となった¹⁾。

一方、今後の推計死亡者数は、2040 年には 167 万人を超え、年間死亡者数のピークを迎えると予測されており⁶⁾、多死社会を迎えることとなる。

厚生労働省は、2012 年度以降、療養の場所や療養の支援の側面に立脚して在宅医療・介護を推進しているが、今や、直面している多死、特に看取りに対応する医療体制の構築が早急に必要となっている。

2) 在宅看取りの困難事例

一方、すでに、自宅や特別養護老人ホームでの看取りにおける死亡診断に関連した困難事例が報告されている¹⁾。

自宅での困難事例では、主治医が連休で遠方に外

出していたために、主治医が戻る 3 日間、自宅で遺体をそのままの状態(現状保存の必要性があるため)にしていた事例や、病院所属の主治医は急変時の受け入れを了承していたが、実際に急変した際、当該病院に連絡したが主治医不在のために搬送の受け入れが拒否され、最終的に警察が介入して検死となった事例がある。

特別養護老人ホームでの困難事例では、嘱託医が高齢になったことで 24 時間対応が困難となり、最期が近づくと病院に入院させている事例や、延命処置を望まない高齢の入居者が急変したが、嘱託医が不在であったために、心臓マッサージを施行しながら病院に救急搬送された事例がある。

3) 診療所の在宅担当医師の負担

在宅医療を核となって支えている在宅療養支援診療所への調査では⁷⁾、以下に示す通り、過酷な現状にある。

- ① 在宅担当医師の数は、有床診療所では 1 名 62.3%、無床診療所では 1 名 74.7%であり、多くの診療所において、施設内の 1 人の医師が在宅医療を担っている状況にある。
- ② 24 時間体制に対応する医師数は、有床診療所では 1 人体制 70.2%、無床診療所では 1 人体制 82.4%であり、多くの診療所において、夜間・早朝の時間外診療では、1 人の医師で対応しなければならない状況に置かれている。
- ③ 1 週間の待機日数(オンコールを含む)は、7 日 73.5%であり、多くの診療所において、1 人の医師が昼夜を問わず、在宅医療を担っている状況にある。

また、厚生労働省の医療施設調査では、2014 年度における在宅看取りの実施主体別の実施状況は、診療所 90.8% (8,167 件)、病院 9.2% (829 件)であった⁸⁾。

在宅看取りにあっては、診療所の在宅担当医師 1 人が、昼夜を問わず担っている状況にあることが示唆される。多死社会を迎え、今後、診療所の在宅担当医師が益々疲弊することで、死亡診断を担当する医師の確保が困難になることが推測できる。

4) 在宅看取りにおけるオンライン診療(遠隔診療)

死亡診断は医師のみに任された医行為であるが(口腔外科領域の疾患による診療中の患者の死亡診断は歯科医師も行える)⁹⁻¹¹⁾、医師法 20 条は、最終

表 5 ICT を利用した看護師による死亡確認のための 5 要件

(a) 医師による直接対面でも診療の経過から早晩死亡することが予測されていること
(b) 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師と十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
(c) 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
(d) 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
(e) 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の ICT を活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

診療後 24 時間以上経過した患者の死亡診断書もしくは死体検案書は、死後改めて医師自身が診察（以下、死後診察という）しなければ、その交付ができないと規定している^{2, 10, 11)}。

医師法 20 条に定める「診察」は、医師と患者が直接対面して行われること（以下、直接対面診療という）が基本とされているが、1997 年以降は、一定の条件下で、情報通信機器（以下、ICT という）を用いた診療（以下、オンライン診療という）が認められている¹²⁾。しかし、このオンライン診療が、死後診察にも適用されるかが明確でなかったために、実際の現場では、直接対面診療が採られていた。その結果、特に、医療資源に乏しい離島や無医村では、死亡後に遺体を医療機関まで長距離搬送したり、最期には住み慣れた場所を離れ医療施設に入院するなどの対策が取られていた。

この状況を改善するために、厚生労働省は、規制改革会議（内閣府本府組織令 31 条による内閣総理大臣の諮問機関）の第 4 次答申¹³⁾ と内閣の「規制改革実施計画」¹⁴⁾ を受けて（表 5）、研究組織（筆頭著者も研究協力者の 1 人として参加）が示したガイドライン案¹⁵⁾ を基に、2017 年 9 月、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」²⁾ を定め、死後診察にオンライン診療を導入する方向に舵を切った。この舵切りは、評価に値するものとする。

しかし、双方向通信デバイスの設置費用、通信環境、個人情報保護、オンライン診療が許される要件の厳しさ（医師が直接対面診療をするのに死後 12 時間以上を要する場合に限定、オンライン診療を支援する看護師の在宅看護経験年数の長さ）など、現状に即した実効性あるものとするには課題が

残されている。特に、仮にこのガイドラインに沿ったとしても、さまざまな要件で遠隔地にいる在宅医が死後診察を行うことには変わりはなく、当該医師がその業務から開放されるものではない。

2. 看護師による死亡診断と死亡診断書発行の提言

1) 看取りに関連する国内の潮流

(1) 医師の働き方の見直し

政府は、働き方改革実行計画¹⁶⁾ を策定し、長時間労働の是正を目的とした労働基準法改正を目指している。この改正は、医師の時間外労働も規制の対象としており、応召義務等の特殊性を踏まえた検討が必要であることから、規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討するために、厚生労働省は、「医師の働き方改革に関する検討会」を設置した。現時点までの議論¹⁷⁾ では、時間外労働規制の在り方を整理するだけでなく、勤務環境改善策を講じる重要性も指摘され、具体的に、タスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）の考えが示され、その中で、看護師や特定行為研修を修了した看護師にタスク・シフティングする意見も出ており、今後、具体的に検討を深めていくとされている。

(2) 看護師の業務の見直し

医師の業務負担の軽減等を目的とした他職種への業務分担が議論され、一定の医行為が認められている看護師に関して、以下の新たな仕組み作りが検討されてきた。

第一に、『規制改革推進のための 3 か年計画（再改定）』（2009 年 3 月 31 日閣議決定）では、ナースプラクティショナーなどの導入について検討することを明らかにした。

第二に、経済財政諮問会議（内閣府設置法 18 条

による内閣総理大臣を長とする諮問機関)の2009年5月19日の会議¹⁸⁾では、内閣総理大臣が厚生労働省に対して、看護師の役割の拡大について、日本の実情に即して、どの範囲の業務を、どういう条件で看護師に認めるか、具体的に検討するよう指示をした。

第三に、『経済財政改革の基本方針2009』(2009年6月23日閣議決定)では、日本の成長力の強化に向けた規制・制度改革の一つとして、医師と看護師等の間の役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)について、専門家会議で検討を行うと示している。

第四に、構造改革特別区域推進本部では、構造改革特別区域制度第13次および第14次提案において未実現であったナースプラクティショナー(専門性の高い職務が可能な看護師)の必要性について、再検討を行う同本部評価・調査委員会に諮問された¹⁹⁾。

この4つの潮流が後押しとなり、2009年8月以降の「チーム医療の推進に関する検討会」の議論、2010年5月以降の「チーム医療推進会議」とその下部組織「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」の議論を経て、2014年6月25日、看護師の業務である「診療の補助」の枠組みの中に、特定行為研修の修了の下に、手順書という指示による一定の高度な医行為(特定行為)²⁰⁾を認める改正保健師助産師看護師法が制定されることとなった。

さらに、現在は、『タスク・シフティング(業務の移管)/タスク・シェアリング(業務の共同化)を、これまでの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである』とする考えや、特定行為研修制度の対象となる医行為について、安全性と効率性を踏まえながら拡大し、このような業務を行う能力を持つ人材(診療看護師)を要請していく必要があるとの考えも示されている²¹⁾。

(3) 地域包括ケアシステムの推進

厚生労働省は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。その体制構築の一環として、都道府県は、医療計画において地域医療構想に関する事項を定める必

要があり(医療法30条の4)、厚生労働省は、その標準手続きなどをまとめた「地域医療構想策定ガイドライン」を示した²²⁾。

このガイドラインでは、在宅医療に求められる主要機能4つの一つに「看取り」を掲げており、これに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議が必要としている。

言い換えると、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることを実現しようとする地域包括ケアシステムにおいて、人生の幕引きである看取りに対応する体制を構築することこそが、極めて重要になると考える。

2) 海外における看取りの現状

欧米諸国の状況を調べてみると²³⁾、アメリカ合衆国では州によって法律が異なっている。ニュージャージー州では、いかなる施設でも看護師が死亡確認を行うことができる。ただし、死亡診断書は医師のみが発行できる²⁴⁾。コネチカット州では、医師がカルテに「死亡予想」と記入した患者に対して、看護師も死亡を確認でき、死亡診断書も発行できる²⁴⁾。ウィスコンシン州では、ホスピス患者で医師の診療管理下であれば、ホスピスに勤務する看護師も死亡確認を行うことができる。ただし、死亡診断書は医師のみが発行できる²⁴⁾。ニューヨーク州では、患者がDNR(Do not resuscitate)の場合、看護師でも死亡確認を行うことができる。ただし、死亡診断書は医師のみが発行できる²⁴⁾。イギリスでは明確な法律はないが、看護師が死亡の判断や宣告を行っている。ただし、死亡診断書の発行は医師のみが行っている^{25, 26)}。

3) 具体的な施策方法

(1) 看護師による死亡診断

上述のとおり、在宅での見取りは、今後も益々その必要性が高まるが、これを支える医師、とりわけ診療所の医師が置かれている現状を改善する必要性が高いと考える。また、現状の改善なくして、多死社会のピーク前後10年を支える診療所の医師を確保することは困難であろう。そこで、本研究では、この課題に対するタスク・シェアリングの観点に立脚した解決策の一つとして、看護師による死亡診断を提案したいと考える。

本研究の調査結果では、死亡診断を看護師でもよいとする認識は、医学生と一般学生の双方で、看護

師のみが死亡に立ち会う状況において顕著に高く、この状況は、在宅（高齢者入所施設を含む）の見取りで多く見られる状況とも合致している。多死社会を支える世代の認識の下では、看護師による死亡診断は、在宅見取りの解決策として妥当性があるものとする。なお、本研究は、必要性の観点から、24時間体制を義務付けられている病院における見取りにまで、看護師による死亡診断を提案するものではない。

次に、これを制度化する方法として、以下の2つが考えられる。

第一に、保健師助産師看護師法（以下、保助看法という）に規定する特定行為の一つとして、在宅看取りに限定した死亡診断を新たに加える方法である。この場合、医師の指示である手順書の下に当該死亡診断を行うことから、個々の事例ごとに、医師による直接的な質の担保が確保されることとなる。加えて、既定の法規制の概念枠組みに変更を与えるものでもない。また、この手順書による特定行為は、特定行為研修の修了を義務化しており、本研究の調査結果において、死亡診断を看護師でもよいとする者であっても、「死亡診断について研修を受けて試験に合格した看護師」を支持する割合が顕著に高かった点を反映することができる。

第二に、医師の業務独占を規定する医師法17条の例外として、保助看法の「診療の補助」とは別の枠組みを新たに創設する方法である。言い換えると、医師の指示から独立した行為とする方法である。この場合、法規制の中でも憲法に次いで高位な法律である医師法または保助看法を改正する必要がある。また、この新たな枠組みを創設するとしても、本研究の調査結果が示すように、在宅看取りの場面に限定することと教育システムを確立することが必要であるとする。なお、この方法は、現在検討されているナースプラクティショナーや診療看護師などの新たな資格制度とも深く関連していると考えられる。

(2) 看護師による死亡診断書の作成

次に、本研究の調査結果では、死亡診断書の作成を看護師でもよいとする認識は、医学生と一般学生の双方で、看護師のみが死亡に立ち会う状況において高いが、医学生と一般学生の双方とも、上述の死亡診断の場合よりも低かった。しかし、法律で死亡

診断書は医師だけ（特別なケースでは歯科医師も）に、死体検案書は医師にのみ交付が許されていること²⁷⁾を知っているはずの医学生のうち、看護師のみが死亡に立ち会う状況において、病院で死亡した場合に32.8%、自宅で死亡した場合に32.2%、診療管理下になく医療機関以外で死亡した場合に28.9%が、死亡診断書（死体検案書）の作成を「看護師でもよい」と認識している点は驚き以外の何ものでもない。いずれにせよ、この世代の認識としては、看護師による死亡診断書の作成は、看護師による死亡診断よりもやや消極的であるとする。

その一方で、死亡診断を「看護師でもよい」とする者のうち、その65%以上の者が、死亡診断書の発行も「看護師でもよい」と認識している。特に、医学生では、全ての状況において、70%以上の者が「看護師でもよい」と認識している。ただし、「死亡診断書の作成について研修を受けて試験に合格した看護師」を支持する割合が顕著に高かった。このことから、仮に、看護師に死亡診断を認めるとしても、死亡診断の発行にあっては、そのための教育システムを求めていると考える。

欧米においても、死亡診断書の作成は、医師のみとするところが多いことや²³⁻²⁶⁾、死亡診断書（死体検案書）の作成には、死因、死因の種類決定、死亡推定時刻の決定など、より専門的な知識と経験が要求される^{10,11)}ことから、看護師が死亡診断書を作成することは時期尚早であるとする。

しかし、在宅看取りにおける在宅医の負担の軽減および死後速やかにエンゼルケアやグリーンケア（例えば、清拭、着替え、詰め物など。かつては、遺体を入浴させる湯灌を行っていた。）を行うという観点からは、特定の患者に限定し、かつ、死亡診断書の作成プロセスの一つである異状死でないことと判断することまでであれば、検討の余地はあるであろう。例えば、末期がん患者のように、当該疾患による死が迫っている患者に限定すれば、当該疾患に関連した死亡に至るまでの経過をある程度予測できるであろう。しかし、法医学の立場からは、異状死（自殺、他殺、原疾患と関連しない死亡）の判断が適切に行われないと、エンゼルケアやグリーンケアを行うことは適切ではないと考える。したがって、仮に看護師が異状死を判断する場合であっても、上記の特定の患者における異状死の判断が適切に行い得る程度

の知識と技術を担保できる教育システムが必要不可欠になると考える。また、家族等の様子に不審を感じる場合には、医師の死後診察に委ねる姿勢も極めて重要である。

なお、上述の考察は、2040年をピークとする前後10年の多死社会を支える世代の認識を基にしたものであるが、看護師による死亡診断・死亡診断書の作成の是非を議論するためには、調査対象を更に拡大する必要があると考える。具体的には、病院・診療所の医師、救急医療や在宅療養支援診療所の医師、医療機関・訪問看護ステーション等の看護師、中高年層の一般国民が考えられる。引き続き研究を進めたいと考えている。

謝辞 最後に、本研究の調査にご協力いただいた学生の皆様に、心から感謝申し上げます。

利益相反

本研究に関し開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 日本看護協会. 在宅看取りの推進に向けた死亡診断の規制緩和について. 規制改革会議 第38回健康・医療ワーキング・グループ議事次第資料1-1 その2. 2015年10月23日. (2018年1月4日アクセス) <http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg4/kenko/151023/item1-1-2.pdf>
- 2) 厚生労働省. 情報通信機器 (ICT) を利用した死亡診断等ガイドライン. 情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等の取扱いについて. 平成29年9月12日付け医政発0912第1号厚生労働省医政局長通知. 2017.
- 3) 総務省統計局. 人口推計, 第3表 年齢 (5歳階級及び3区分), 男女別人口 (各年10月1日現在) —総人口 (大正9年~平成12年). (2018年1月5日アクセス) <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000000090263&fileKind=0>
- 4) 総務省統計局. 人口推計, 第3表 年齢 (5歳階級及び3区分), 男女別人口 (各年10月1日現在) —総人口, 日本人人口 (平成12年~27年). (2018年1月5日アクセス) <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000013168603&fileKind=0>
- 5) 総務省統計局. 人口推計, 年齢 (5歳階級), 男女別人口 (平成29年5月確定値, 平成29年10月概算値) (2018年1月5日アクセス) <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031632731&fileKind=0>
- 6) 国立社会保障・人口問題研究所編. 日本の将来推計人口 平成29年推計. 東京: 国立社会保障・人口問題研究所; 2017. (人口問題研究資料; 336).
- 7) 野村真美, 出口真弓. 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査. 2009. (日医総研ワーキングペーパー; 183).
- 8) 厚生労働省. 平成26年医療施設 (静態・動態) 調査. (2018年1月5日アクセス) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/dl/1-3.pdf>
- 9) 高津光洋. 検死ハンドブック. 改訂3版. 東京: 南山堂; 2016.
- 10) 佐藤啓造. 医師と法律. 澤口彰子, 高木徹也, ほか. 臨床のための法医学. 第6版. 東京: 朝倉書店; 2010. pp174-195.
- 11) 佐藤啓造. 死亡診断書 (死体検案書). 山本郁男編. 法医裁判化学. 第3版. 東京: 廣川書店; 1998. pp333-341.
- 12) 厚生省健康政策局長. 情報通信機器を用いた診療 (いわゆる「遠隔診療」) について. 健政発第1075号. 平成9年12月24日.
- 13) 規制改革会議. 規制改革に関する第4次答申終わりなき挑戦. 2016年5月19日. (2018年1月5日アクセス) <http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/160519/item1.pdf>
- 14) 閣議決定. 規制改革実施計画. 平成28年6月2日. (2018年1月5日アクセス) <http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/publication/160602/item1.pdf>
- 15) 情報通信機器 (ICT) を利用した死亡診断等ガイドライン (案). 大澤資樹. ICT を利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 平成28年度総括・分担研究報告書. 2017年3月. (2018年1月5日アクセス) <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201605019A>
- 16) 働き方改革実現会議決定. 働き方改革実行計画. 平成29年3月28日.
- 17) 医師の働き方改革に関する検討会. 中間的な論点整理 (骨子案). 第6回医師の働き方改革に関する検討会資料4-1. 平成30年1月15日.
- 18) 経済財政諮問会議. 平成21年第12回議事録. 平成21年5月19日.
- 19) 構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会. 未実現の提案に係る諮問事項に関する意見 平成21年度. 平成21年8月7日.
- 20) 厚生労働省. 特定行為とは. (2018年1月16日アクセス) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>
- 21) 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等

- の働き方ビジョン検討会報告書. 平成 29 年 4 月 6 日.
- 22) 厚生労働省医政局長. 地域医療構想策定ガイドライン等について. 医政発 0331 第 53 号. 平成 27 年 3 月 31 日.
- 23) Carolyn B. Nurse practitioner's business practice and legal guide. 6th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2018.
- 24) 岡村世里奈. 米国の高齢者終末期ケアの動向⑤ 看護師による死亡確認・死亡診断. 病院. 2010;69:467-469.
- 25) 山本あい子. 諸外国における看護師の業務と役割に関する研究. 平成 13 年度総括研究報告書
- 厚生科学研究費補助金 厚生科学特別研究事業. 2002 年 3 月.
- 26) 大澤資樹. イギリスにおける看護師による死亡確認の現地調査に関する研究. 分担研究報告書. ICT を利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究. 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 平成 28 年度総括・分担研究報告書. 2017. pp7-17.
- 27) 厚生労働省医政局政策統括官 (統計・情報政策担当). 死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル. 平成 29 年度版. 東京: 厚生労働省医政局政策統括官 (統計・情報政策担当); 2017.

A FORENSIC STUDY ON DEATH DIAGNOSIS AND THE ISSUANCE OF A DEATH
CERTIFICATE BY NURSES:
BASED ON RECOGNITION BY MEDICAL STUDENTS
AND NON-MEDICAL STUDENTS

Yukinori NISHIDA, Keizo SATO, Masaya FUJISHIRO,
Noriko NEMOTO, Hiroshi ADACHI, Hiroko IWATA,
Yuko YONEYAMA, Xiao-Pen LEE and Takaaki MATSUYAMA

Department of Legal Medicine, Showa University School of Medicine

Tatsuya KURIHARA and Tatsuhiko FUJIMIYA

Department of Hospital Pharmaceutics, Showa University School of Pharmacy

Shogo ASAMI

Department of German Studies, Faculty of Foreign Studies, Sophia University

Abstract — Japan is under a circumstance in that the number of deaths will continue to increase up to the year 2040. The aim of this study is to suggest the development of a new system of death diagnosis and the issuance of a death certificate under such circumstances. This study was to assess the recognition by medical students and non-medical students of the idea of a death diagnosis and the issuance of a death certificate by nurses. In the case of a terminally ill patient undergoing medical treatment who dies at home in the company of a nurse, 46.3% of medical students and 61.5% of non-medical students felt that the nurse may diagnose the patient's death. In addition, under these circumstances, 32.2% of medical students and 39.0% of non-medical students felt that the nurse may issue a death certificate. Interestingly, at this time, Japan is undergoing a review process of how doctors work, including task shift; advanced medical treatment is becoming recognized as the work of a nurse according to the Act on Public Health Nurses, Midwives and Nurses. Further, a comprehensive community care system, which aims for the continuation of patients to live in a familiar area until the end of life, has been promoted. In addition, several western countries or states have legalized death diagnosis by nurses. On the basis of our results and consideration, we suggest revision of the law to allow nurses to make a death diagnosis, including the judgement of an abnormal death, in the case of terminally ill patients dying at home.

Key words: death diagnosis, death certificate, nurses, end of life care

〔受付：1月17日，受理：1月19日，2018〕