

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）
分担研究報告書

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

研究協力者 柳井 圭子 日本赤十字九州国際看護大学教授

研究代表者 大澤 資樹 東海大学医学部教授

研究要旨

1990年代より看護師による死亡確認が医療の現場で行われている英国の現状を探ることを目的とした。英国では、中心的組織がガイダンスを作成し、それに基づき各地方の実情に合わせて、看護師団体が独自のマニュアルを作成している。死亡確認を行う看護師が受ける実習は数時間程度の比較的簡単な場合が多く、希望者が受講しているが、資格といったものではない。在宅や介護施設で看護師が看取りを行っているが、死亡診断書の交付、異状の有無の確認、コロナーへの届け出等の業務は依然医師の責任で行われている。看護師による死亡確認は、葬儀への円滑な移行や遺族のグリーフケアへの関与といった点でメリットが大きい様子である。

A．研究目的

英国では、20年以上前より看護師が介護施設や在宅で死亡確認を医師に代わって行うことが可能となっている。実施に当たったのガイダンスやマニュアル化も進んでいる。現地における実施状況や問題点を調べることによりわが国の参考とすることを目的とした。

B．研究方法

柳井と大澤が2017年3月3日（金）～7日（火）にわたり4施設を訪問して現地の関係者にインタビューを行った。訪問先は、順にチェシャー（Cheshire）州サンドバッチ（Sandbach）市 End of Life Partnership、ロンドン Hospice House、レスターシャー（Leicestershire）州レスター（Leicester）市 De Montfort University および Rutland Organization for the Relief of Suffering

(LOROS) Hospice Care である。詳細を以下に記載する。

C．研究結果

． End of Life Partnership

End of Life Partnership は、第3回会議にて紹介したチェシャー州での指針（参考資料）を策定した機関である。策定に関わった関係者から実施に至った背景、実際の教育や実践について聴取した上で、意見交換を行った。出席者は、Annamaria Challinor (Head of Service Coordination and Development)、Dr. Sinead Clarke (General Practitioner, GP)、Kate Brady, DN、大澤、柳井、力武である。中心となる Challinor 氏（登録看護師、Bachelor of Science in Palliative Care）は、大学病院で9年間急性期医療の場で勤務した後、関心ある緩和ケアとして地区看護に参加し、緩和ケアスベ

シャリストとして活動、2013年に Central & Eastern Cheshire End of Life Service Model に参加した本指針の策定者の 1 人である。その他、医師 (General Practitioner、以下 GP と略) 1 名と看護師 1 名が参加してくれた。



本機関の運営については、州からの資金提供もあるが、基本的には慈善事業からの寄付と日常の業務での収益でまかなわれている。NPO のような機関で、運営委員会 (organization committee) には必ず GP が参加することになっている。担当する地域は、クルー市を中心としたチェシャー州東部で、人口は 40 万人程度、140 のホスピスや介護施設 (care home) を含み、終末期看護をサポートしている。

1) 経緯と背景

英国で看護師による死亡確認が始まった時期については確かではないが、1990 年代より看護師は担当患者の死亡確認を行うようになっていた。背景には、一つの care home に専従する GP の数は少なく、大半の GP はいくつかの care home を兼任しており、非常に多忙で、近年は書類作業 (paper work) にも時間がさかれるので、タイムリーに受け持ち患者の臨終に立ち会えること

は少ない。スムーズに葬儀の手続きに移りたい遺族の意向もあり、看護師に死亡確認を任せられるようになった。指針策定にあたっては、全国的な指針となっているロンドン・ホスピス UK のガイダンスを基に、地区の状況を加味して修正を加えた。

2) 対象となる患者

終末期の高齢者、例えば 90 歳以上で痴呆症が進行したような事例が主な対象である。疾患としては、癌が多いのは確かで、5 割ぐらいだろうか。心不全、腎不全、慢性呼吸器障害が多い。18 歳以下を対象外としている理由は、法律があるのかどうかまでは知らない。

3) 現状

看護師の実施：実際に看護師が死亡確認を行った実数は、正確には把握していない。指導的な立場にある看護師で、この制度が始まって 2 年半の間に、20 件を実施している。月に 1 度といった定期的なものではなく、非常に不定期なものである。英国では現在全死亡者の約 50% が病院で死亡しているが、徐々に在宅や care home での看取りに移行する政策がとられている。コローナ (coroner) への報告を負担には思っていない。法律で決まっており、要件にあたられば報告することは当然のことである。死亡確認は、技術的には難しくはなく、看護師であればコンピテンシーはもっており、実施への負担を感じていない。指針に基づき実施しており、これまでトラブルは起きていない。

看護師が死亡確認した死亡診断の際に必要な書類は、死亡確認書 Nurse Verification of Expected Death Form と死亡診断書 Certificate of Death Form の 2 通が必須で

あり、後者はGPが作成する。DNARの書面は必須ではないが、取りつけている場合が多い。

死亡確認の手順：国のガイドライン（参考資料）に従った手順である。心電図により心停止の確認を行う必要はないのかとの問いには、触診と聴診が中心だが、5分以上の時間をかけて診断しており、死亡確認の手順に疑念をいただいたことはないとの返答であった。むしろ、看取りにおいては、遺族への説明責任（accountability）が重要と思われるとの意見であった。

コロナーとの連携：GPはすべてを看護師に任せているわけではなく、死亡後でも遺体を調べるように心がけており、コロナーとは密接な連絡をとっている。終末期患者の自殺を扱った経験はない。死亡時に点滴を行っていた事例が多いが、これらは全例コロナーへ届け出を行っており、コロナーの許可があって始めて器具を外すことができる。警察に届けたことは今までにない。警察を介入させて、騒動になった事例を聞いたことがある。ただし、近くのマンチェスター市では有名なShipman事件が発生しており、解決に時間がかかっている。原則として、GPが死亡後でも全例を丁寧に診察することが原則で、時に別の医師が死体を調べる場合もありうる。予期された死亡といえども、コロナーに報告すべき（reportable）ものには電話連絡を必ずとっている。週末でコロナーに連絡がとれず、やむなく警察に連絡をとった事例があると聞いている。

死亡確認のための看護師の受ける研修：学部教育では、死亡確認に関する教育を具体的に受けることはない。一方で、生命徴

候の検査は、看護師が有するコンピテンシーである。施設や在宅で働くようになった看護師が希望し、死亡確認のための教育を受けている。資料を配布した上で、1時間半程度をかけて口頭で説明をしている。指導をしているのは、教育担当の地区看護師（District Nurse）3名で実施している。終了後に、簡単なクイズを出し、議論をして理解を深めるように努めている。資格といったものでは全くない。近年の受講者数は、以下のとおりである。

2015年 71名、加えてteaching sectionの受講者は5名

2016年 190名、teaching section 80名（teaching sectionは実務を含む内容であるが、advanced courseといった位置づけにはない。）

地域看護師（コミュニティ・ナース）の6割程度がすでに受講済みで、受講者は増加している。受講者の評価としては、死亡診断は医師の仕事だと否定的な意見は極少数にはあるが、大半は積極的でpositiveな反応である。

看護師による死亡確認にかかる経費負担：原則家族に金銭的な負担はない。ただし、普段の看護や介護で報酬を得ているので、死亡診断に特化した料金請求をしていない。

制度運用上の問題：現状の看護師による死亡確認に大きな課題があるとは思わない。ただし、英国では、実態が在宅ホスピス（home hospice）と呼べるような状況も出現しており、虐待（malpractice）の状態にあるような事例が含まれる可能性はあるかもしれない。英国では医療費削減の目的で、入院患者の早期退院プログラム（discharge

program)が進められている。最近おこった事例としては、病院から退院後6週間後に死亡した事例で、GPは2週間以内に診察をしていないので、死亡診断書の発行を拒否し、病院に遺体が戻されたが、病院側もGPの守備範囲ではないかと死亡診断書の発行を拒んだ事例がある。誰も責任をとりたがらない傾向がでてきている。

死亡診断書交付：死亡診断書の交付は、必ず死亡確認後にGPが自ら行っている。事前に記載して誰かに渡しておくことはない。日本がそうしようとしているならば、ユニークな試みだと思う。

今後の展開：看護師による死亡確認の今後の発展性について、いくつかの可能性がある。例えば、葬儀社との連絡や調整がスムーズに行えるようになっている。また、遺族のグリーフケアに関与せざるをえない事例もでてきており、地域看護師はそれに積極的に対応している。

日本が行おうとしているICTを利用した死亡診断について：英国では、ICTを使って患者の画像を医師のところへ転送することを家族が認めないだろう。個人として死後に写真を撮られることは不快であり、英国で実施可能とは思えない。

4) 感想

看護師による死亡確認は、医師の時間的制約の解消や葬儀へのスムーズな移行を目的とした便宜的なものであり、コロナへの届け出を含む異状の有無の判断や死亡診断書の交付は、あくまで医師の責任であると強く認識されている。その点において、看護師に法医学の知識や法律をあまり求めおらず、看護側の評価は楽観的である。

日本の我々からすると、この見通しに多少の危うさを感じることもある。一方で、医師側は、死亡に立ち会う時間的拘束からは多少開放されたかもしれないが、異状の有無の確認、コロナへの対応、死亡診断書の交付といった業務は従来どおりで、死亡診断に大きな変わりはないといった様子である。また、コロナは気楽に電話連絡をとって相談ができる存在で、警察への連絡は特殊な場合という認識が強い様子で、日本にもコロナのような立場の者がいればよいと思われた。

. Hospice House

出席者は、Marie Cooper (registered nurse, Practice Development Lead at Hospice UK)、Jo Wilson (National Nurse Consultant Group, Palliative Care)、Dawne Garrett (Royal College of Nursing)、Diane Lavery (St Joseph's Hospital)、大澤、柳井、力武である。英国ホスピスの中核であるロンドン・ホスピス・UKが策定した「Care After Death ~ Guidance for staff responsible for care after death」(参考資料)の策定者であるDr Bee Wee (National Clinical Director for End of Life Care NHS England)より紹介を受けたメンバーである。Bee Wee博士と共にガイダンス策定に関わったJo Wilsonを中心に死亡確認実務を行っている登録看護師3名と、看護師が死亡確認を行うことを表明してきたRoyal College of NursingよりDawne Garrett氏の参加があった。

Hospice Houseは英国に200以上あるホスピスを統括するような立場にあり、4万

5千人の看護師がメンバーとなっている。運営は基本的に慈善事業からの資金で賄われている。ただし、地方の下部的な組織では3割程度を州からの補助で運営されているところもある。英国の各地区で策定されている看護師による死亡確認指針の基本となるガイダンスを策定した Jo Wilson らより、看護師の死亡確認が承認された背景、現場での教育及び実践を確認した。



1) 経緯と背景

英国においては、介護施設での業務として痴呆症ケア (dementia care) と終末期ケア (endo of life care) が重要課題になっている。看護師による死亡確認のきっかけとなったことには、20数年前には医師が死亡診断に多忙で対応が難しくなっていた状況はあったが、むしろ、GPは地域での要求、特に埋葬や遺族へのケアについて理解できていなかったため、看護師がそれらの要求に答えるよう死亡確認を進んで行うようになり、取り組みを始めたのが実態であった。看護師が死亡確認を始めると、医師側はそれに満足し、次第に受け入れるようになっていった。それが看護師の役割であることと自ら示すことで、看護師の役割拡大として認められてきた。死亡診断が遅れることによ

る遺族に不必要な苦痛を与えてはならないとして、タイムリーに死亡診断を行うことが患者や家族のケアになるという考えのもと、ガイダンスを策定する動きとなった。

2) 看護師による死亡確認

看護師が実施した死亡診断の件数がカウントされているわけではないが、介護施設での死亡の大半 (majority) は、現在看護師が判断している。医師によるものは限られる。介護施設に勤務する看護師の約33%が訓練を受けている。看護師が死亡確認にあたる背景は二つあり、一つは財政的なもので、多忙な医師の代わりに務める価値は高い。もう一つは、看護師のプロとしての責任感であり、死亡確認は自ら獲得した権利 (right) である。医師でなく看護師が確認することについて遺族等からの不安や苦情はない。看護師は無償で死亡確認を行っており、死亡確認を行ったことが給料には反映されない。このガイダンスが全国に広まっており、患者の終末期ケアが改善されている。ガイダンスには、医師と看護師の責任を明示している。この指針には、多くの者が関わっており、2015年に発表した第2版*は、以前の死亡確認に加えて、死亡者と遺族の思いを尊重し、よりよい支援を受けることを保障することを目的とし、看護師の死亡確認に関する要件を改定している。

3) 看護師が死亡確認を実施する上での困難

困難な点は特になく、技能としては看護師であれば誰でも実施可能である。実際にトラブルもない。敢えて言うならば、家族や地域とコミュニケーションが少ない時に、問題が起こりうるかもしれない。有名な Shipman 事件 (1998年に発覚した医師が推

定 500 人以上の患者を殺害した事件)があるが、特殊な事例である。これまでの経験で、犯罪が疑われるような事例にであったことはない。 coroner への報告は法律に則って行っている。 coroner への連絡を苦痛に思うことはない。

4) 死亡確認のための研修

ガイダンスに示された内容を実施している。実際には、実践的な 2 時間程度の講義のみで、同僚により理解の確認を行っている。さらに業務の中 3 回チェックを行い、パスをすると研修修了としてサインを受ける。終了時に質疑応答はあるが、資格ではない。

5) 死亡確認の手法

様々な分野の専門家が集まり、手順を決めた。必要なものはペンライト、聴診器、秒針つきの腕時計の 3 点である。心電図 (ECG) は、誤った判断 (wrong message) を与える可能性があり、不要である。最低限 5 分は、心停止を確認したのち、要件をチェックしていくようになっている。

6) 感想

看護師による死亡確認は、現場にいる看護師自身が自ら実行し、獲得していった行為であることがよく分かった。また、ホスピスというと末期癌患者のものと思っていたが、癌に限らず、広範な疾患や高齢者の終末期を過ごす場所を意味していることが改めて分かった。日本でいう老健施設もこのくくりに入るものと思われる。改正を重ねしっかりとしたガイダンスを作成していることは素晴らしいことで、我々の作成しているガイドラインに関しては、死亡診断は医行為であることは確かであるが、その形

式にこだわり実践に不向きな内容になっている可能性があることが残念に思われる。もう一年程度の時間をかけて、じっくり議論を積み重ね、看護師の主体的に委ねる制度を考案してゆく必要がある。

また ICT を活用する方式については、特に死後の画像撮影に関して、やはり否定的であった。しかし、離島での実施の可能性に関しては、オーストラリアやニュージーランド等で実施しているかもしれないという助言があった。

・ レスター市でのインタビュー

看護師が死亡確認を行うにあたって、英国の看護基礎教育においてフォレンジック看護教育の現状とその内容を確認するとともに、看護教育者が捉える看護師による死亡確認の問題点について意見交換を行う。出席者は、Dr Jane Ruty (Principal Lecturer in Nursing, Leicester School of Nursing and Midwifery)、Dr Jayne Brown (Professor of Nursing, Older People)、Dr Chris Whitney Cooper (Head of the Leicester School of Nursing and Midwifery)、柳井、力武である。英国でのフォレンジック看護教育についての情報提供について、昨年、国際フォレンジック看護学会 (IAFN) で英国での死亡診断について講演を行った Dr Jane Ruty に依頼、De Montfort 大学訪問することとなった。また、高齢者看護学、精神保健看護学から死亡確認に関して Dr Jayne Brown、Dr Chris Whitney Cooper から状況と話題提供を得ることができた。



1) 経緯と背景

1990年代、看護師の役割拡大を求める主張が強くなる中、医師による死亡診断の遅延と死亡後のケアを保證するという観点から、看護師が死亡確認を行えるようになっていった。看護師による死亡確認は、医療費削減にとって重要な政策の一つにもなっており、各NHSも積極的に推奨している。現在、ホスピスハウスの発行したガイダンスが原則的なものとして承認されており、各地区がそれを基に地区の実情に応じた改変を行いながら実施している。教育と実務は、ホスピスハウスのガイダンスを基本として行われている（参考資料）。

2) 看護師による死亡確認

終末期の患者は施設だけでなく在宅でも医療を受けており、施設あるいは在宅での看取りとなる。在宅では一般にタイムリーに医師が死亡確認をできないので、看護師が行うことで遺族へのケアが速やかになるとして概ね好評である。対象は、早晚死が訪れると想定された終末期の方である。看護師による死亡確認は、地域における在宅死で増えてきたが、ケアホーム、特に緩和ケア病棟でも広く行われている。

死亡確認の対象は高齢者や終末期の患者が主であるが、コロナーへの報告制度があるため、認知症によって高齢者の保護が必要な場合に監督下にあることがあり、この

場合の死亡確認はコロナーへの報告対象になっている。（余談注：特別な監督下とは、身柄の拘束として個室への隔離、状態観察をいい、ミトンなどを用い身体を縛るという拘束は1980年代より実務上行うことはない、個室は鍵を掛けるわけではないので、時に患者は病院や施設を抜け出すことがある。病院等施設内は病院側に責任があるが、敷地外にできれば警察の保護責任になるとされている）。

死亡確認を引き受けることは、あくまで自然死を看取ることである。自然死であるかどうか、この判断を適切に行うには、さらなる知識と技術が必要である。予想される死を実証することに関しては、看護師は優秀である。病院での死亡はほとんど医師が行うが、それは予想できない死が起こっているということではなく、病院での死亡確認に看護師は必要がないからである。死を実証することは、非常に単純なプロセスである。循環機能、呼吸機能そして脳の活動機能を診る、そのためのチェックリストがある。重要なことは、どのような時に死亡確認できないか、すなわち適応外事由を知ることである。英国では、その判断をコロナーに委ねているので、看護師が死亡の確認を引き受けることができている。

英国では、死亡診断後に生き返った例が過去に一例だけあったと聞かすが、それは看護師が担当したものではない。積極的な評価が多いが、近年、看護師の死亡確認に関する看護論文も発表されており、今後、科学的見地からの検証がなされることが期待される。

3) 看護基礎教育について

死亡確認についての基礎教育があるわけではない。生命徴候の確認技能等、看護師

として修得した技倆があれば、基本的に死亡確認の技能を持っているといえる。ただし、死亡確認の再々、異状の有無を診るようフォレンジック看護の知識は重要である。しかし英国は、フォレンジック看護実践として、SANE が少数活動しているだけでアメリカのようにフォレンジック看護が認知・承認されているわけではない。学部教育としては、「safeguarding and protecting」として1年次より教育を行っている。これは英国の看護基礎教育においては必須である。DV、虐待、性犯罪、暴力に関する内容で、子どもの虐待に関しては、証拠採取キットについても講義がなされている。その過程で、警察とのパートナーシップ、裁判過程、重要犯罪レビュー等が含まれている。その他にも、刑事手続にかかる対象者のケア、矯正看護等が組み込まれている。アメリカでの看護師の死亡調査のように原因を判断することを求められはしないが、異状の有無については、ある程度判断することが求められる。明確に判断されない場合には、コナーや医師に相談するということが大切となる。看護基礎教育の中で、看護師に係る法的事象として、コナーや警察等に報告・相談を行う社会的責務について教育されている。

Rutland Organization for the Relief of Suffering (LOROS) Hospice Care (<http://www.loros.co.uk/>)

出席者は、Dr Jane Ruddy (Principal Lecturer in Nursing, Leicester School of Nursing and Midwifery)、Jacky McBlain (Ward Manager)、Dr Luke Feathers (Lead Consultant in Palliative

Medicine and Lead Clinician)、柳井、力武である。



1) 看護師の死亡確認の実施

この施設で勤務し17年になる。私は、以前働いていた病院で、処方資格を得た後、死亡ケアコースを受講し死亡確認を実践した。ここではスタッフに死亡確認の訓練をしている。ここでは、毎日のように患者が亡くなっている。その度に看護師は、死亡確認を行っている。医師は常勤しているが、治療的ケアに専念していることが多く、また亡くなる時は夜間や休日が多いことから、亡くなった患者への対応の大半は、看護師に任されている。医師が死亡診断書を書くのは、たいていは安置所である。あらかじめ死亡診断書を書くことはできない。

囚人もホスピスに入所を希望することがあり、それを認めるかどうかは知事次第である。入所された囚人が亡くなった場合には、警察に連絡をしなければならない。死亡確認は、レスター市規定のフォーマットに則って適切に行っており、これまでに誤りや遺族等とトラブルになったことはない。死亡報告とともに亡くなった家族の反応について、担当のGPに報告し、GPとともに6ヶ月にわたって死別した家族のフォロー

アップをしている。

何かあればコロナーに連絡をとるのが原則で、そのように対処している。ときにベッドからの転落、投薬の間違い（エラー）、また自殺等の疑いがある場合は、まずは医師に相談することになっている。死亡確認は、看護師であれば確認できるものである。我々は、亡くなったと確認をしても少なくとも1時間をおいて確認するようにしている。看護師が直接コロナーに相談することは少なく、まずは担当医に相談し、担当医からコロナーへ報告を行うことが多い。連絡系統がはっきりしていること、おかしいと感じた場合に連絡できるというのは、この業務を行う上で重要である。我々は、1週間に2回、学際的に集まるチーム会議で検証している。

2) 死亡確認を行う看護師の負担

看護師は、適切に死亡確認を行ったとしても大きな精神的な負担を感じている。看護スタッフの重い責任から精神的な疲労も大きいことから、死亡確認を行いたくないという看護師もいるのは確かである。技能上の問題はなく、患者や遺族にとって良いことであることは確かだが、自ら人の死を宣言するというのは、看護師にとって負担の時がある。死亡確認は、生きている方に尊敬と敬意を持って接するのと同じように行うことができた場合にはストレスを感じることはないが、そのようにできなかったとき大きなストレスを感じることになる。死に対する家族の反応は、ストレスになる。しかし、死を取り扱う我々には、支援のネットワークがある。すべてのスタッフがチームのミーティング、監督者、カウンセリング、セラピストからの支援を受けること

ができる。私自身は、ストレスは感じていない。もしストレスに感じるのであれば、ここは私が働くところではない。

3) 日本の新制度について

日本の新制度は、看護師は医師が求めるすべての情報を手に入れており、医師からその確認を得られる点で、素晴らしい。患者が亡くなる際に、患者の側にいるのは看護師である。もし看護師が死亡確認できなければ、医師に患者の死を告げ、診断をお願いしますと言わなければならない。死亡した後に写真に撮られるというのは、自分のこととして考えるとやはり嫌だと思う。ただ、日本の死亡確認の際に医師に画像を送るという試みは、良い取り組みだと思う。

日本のように、死亡確認を医師が看護師と一緒に確認しようとするのは、看護師の精神的な負担を軽減するのかもしれない。終末期のケアは、チーム医療である。チームとして患者の死を捉え、共に死因を確認し、共に死を悼むということは大切なことである。特にコロナー制度がない日本においては、重要なことではないか。

・ Dr Luke Feathers より

1) 看護師による死亡確認の実施状況

この施設では緩和治療を行っている。死亡確認は看護師により行われている。看護師は有能で適格に死亡確認を行うことができている。チーム医療であり、それぞれの役割を果たすことでよりよいケアが提供できる。看護師からコロナーに報告したり、連絡を受けることもありうるが、その場合には医師に確認した上で、コロナーと連絡をとることにしている。コロナーへの報告を負担に思っているのではなく、的確な情

報を提供するため二重の確認という意味で行っている。



2) 日本の新制度について

コロナー制度がないというのは、残念である。看護師の死亡確認を認めることは難しいかもしれないが、死亡を確認することはむずかしいことではない。医師としては、証明書を発行しなければならない。すでに起こったことは明確に記載できるが、死因をどのように確認することになるのだろうか。その点日本の法律は問題はないのか。

英国は、コロナー制度が良く機能しており、看護師が死亡確認を行ったとしても不審な死を見過ごすことがないよう努めている。コロナー制度がないということであれば、英国と異なって医師が看護師の判断を確認するという必要かもしれない。

ICT の画像から死亡や異状の判別が確実にできるのか、動画の中で看護師が心拍をどう確認しているのか等、医師と看護師が一緒に確認することが重要ではないか。もっとも懸念することは、医師に殺意があった場合である。英国ではシップマン医師事件を経験している。提案としては、死亡確認を行う看護師を複数にするということであろう。1人が死亡を確認した上で、それをもう1人が再確認するのが良いように思わ

れる。

4. 感想

死亡確認に関する看護基礎教育について、現場ではあまり意識されることはなく、看護師のもつ技能の延長として認識されている。一方で、看護師の協力者としての警察官の存在、また裁判にかかわる可能性について、看護学生は1年次より学んでいることが理解できた。看護の役割として、社会の安全に寄与すること、法的事象や司法関係者との連携等を学んでいる。死亡確認は、人が自然な死を迎えたことを保証することでもあり、自然な死に至っていない場合には、適切に報告されなければならない。今回インタビューに応じてくれた看護師は皆、自信とプライドを持って看護師の役割として死亡確認を行っていると言っていた。1990年代より徐々に始まった看護師による死亡確認は、規範となるガイドラインが策定され、その改訂を経ながら実務として確立されてきているのが伝わってくる。コロナー制度のもと、死後のケアを含めた看取りに対する社会評価は高い。今回、ICTを活用する日本式については、医師が死亡を確認することになるので、担当する看護師は、画像を転送し、確認の仲介をするにすぎないという批判もあったが、看護師が行う死亡確認を医師が保障するものだという評価も得ることができた。死病棟遺族や社会から不安・不満なく好評であるといわれるが、死亡確認を終末期のケアの一つの事象として捉え、死後も家族へのケアを丁寧に行っていることもまた重視すべきことである。英国での実務に従事している看護師からの評価だけにこれまでの学びを大切

にして日本でも活用できるよう検討したい
ものである。

参考資料

Policy for Verification of Expected
Death by a Registered Nurse Working
Within the Community Setting
(Community Nursing Service or
Nursing Homes). (2015.5.10)
<http://www.eastcheshire.nhs.uk/>

Care After Death: Registered Nurse
Verification of Expected Adult Death
(RNVoEAD) guidance (2017.1.12)
<https://www.hospiceuk.org/>

Care After Death: Guidance for staff
responsible for care after death (second
edition) (2015.4.22)
<https://www.hospiceuk.org/>