

# 看取りに関する取り組み

尾道市立市民病院  
がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師  
渡辺 陽子

# 本日の内容

- **自己紹介**
- **当院におけるエンゼルケアとお見送り場所の現状**
  - エンゼルケアの検討
  - お見送り場所の検討
- **ICTを利用した死亡診断における医師と看護師の連携**
  - 医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会
  - ICTを利用した死亡診断等ガイドライン
  - 看護師の役割

# 当院におけるエンゼルケアと お見送り場所の現状

# エンゼルケアの検討①

- 2005年：緩和ケア認定看護師、緩和ケアチーム委員  
看取りのケアマニュアル作成（エンゼルケアの手順・  
根拠）
- 2010年5月、他院のがん診療フォーラム「最近のご遺  
体の管理」の講演に参加し、最新のエンゼルケアにつ  
いて学ぶ。エンゼルケア変更について、緩和ケア勉強  
会で周知徹底、家族への説明リーフレットの作成、  
庶務課経理係と必要物品の選定
- 2010年9月から全病棟エンゼルケアを変更と同時に  
お見送り場所を4か所から選択できるように家族に説明
- 2012年7月、当院緩和ケアチーム主催の「ご遺体の  
管理」の研修会を開催（講師：伊藤茂先生）

# エンゼルケアの検討②

- 2013年4月、「遺体管理の知識と技術」（中央法規）：事例から学ぶエンゼルケアの実際（当院の取り組み）について執筆
- 2013年から当院では、毎年5月に、エンゼルケア「ご遺体の管理」について講義（2016年までは、院外、葬儀業者へも案内）
- 2015年、第39回日本死の臨床研究会年次大会において「当院におけるエンゼルケア変更の取り組み-勉強会参加者のアンケート結果から-」示説発表
- 2016年、e-NUS看護セミナー「エンゼルケア・遺体管理の正しい知識と正しいケア」講師、地域の病院や施設に講義

# お見送り場所の研究意義

- 死そのものを忌み嫌う、死をタブー視する日本の文化的要素がある
- 現状では、お見送り場所は人目につかない場所が多く、霊安室等の配置のある地下からの病院、施設がほとんどである
- 先行研究では、看取りのケアの一つとしてエンゼルケアについての研究報告は多数あるが、お見送り場所についての研究報告は見当たらない
- エンゼルケアやお見送り場所の検討改善することが、家族ケアを含めた終末期ケアの充実につながるのではないか
- この取り組みを継続することで、患者さんを最後までひとりの人間として尊厳ある関わりができるのではないか

# お見送り場所の検討①：2009

- 2008年10月に、札幌で開催された第32回日本死の臨床研究会鼎談では、病院でのお見送り場所が、なぜ地下などの人目を気にしながらの場所なのか、お見送り場所の問題提起があり関心を持った
- 当院で亡くなられた患者がお帰りになる場所は、地下の出入口からしかなく、当たり前のように慣習としてお見送りをしていた
- 地下周囲の環境やお見送りそのものについて、問題点を明らかにして、現状を評価することを目的に、まずお見送り場所に関する当院職員の意識調査を行った。当院職員の意識調査では、お見送り場所に関する職員の高い関心があることが明らかになった。環境面の改善や家族の希望が取り入れられる方法を考えていきたいという結果であった

# お見送り場所の検討②：2010

- 当院で亡くなられた患者の家族へアンケート調査を行った
- 地下1階からのお見送りは87%であった。ほとんどの家族が、通常の地下からのお見送りで抵抗もなく慣習と捉えていた
- 記憶にある家族においては、環境面の改善を期待されており、できれば専用出口の新設を希望する意見もあった
- 地下1階からのお見送りでは、人目につかないことと慣習に沿うことが医療者に迷惑がかからないことと考えていることが明らかとなった

# お見送り場所の検討③：2014

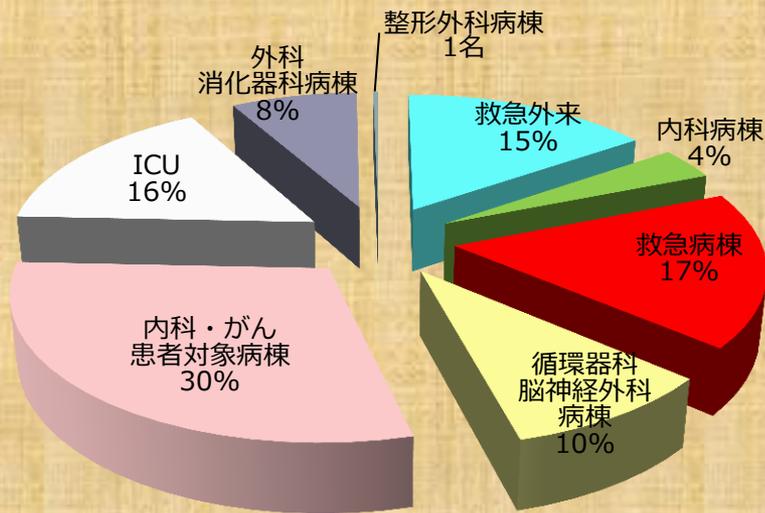
- 職員と家族への調査結果より、2010年9月から、お見送り場所を従来の地下1階からだけでなく、正面玄関、救急出入口、警備室前の4か所のどこでも利用できるよう情報提供を行い、家族の希望の場所からお見送りを選択する変更を行った
- その後、エンゼルケアの変更とお見送り場所の選択を行い、実際に亡くなられた患者がどこからお見送りをされたのか、また自宅に帰った後、家族が困ったことや問題がなかったかを把握するために再度、家族へアンケート調査を行った
- 地下1階からが43%と最も多かったが、お見送り場所の新たな3か所を選択された家族の満足度は高かった。その一方で、説明があっても頭に入らないこともあり、お見送り場所の選択をする余裕がない家族もいることが明らかとなった
- エンゼルケアの変更は、ほぼ冷却のみで問題ないと考えられた

# お見送り場所の検討④：2016

- 目的：当院におけるお見送り場所の現状を把握する
- 対象：20XX年1月1日～12月31日までの1年間に、当院で死亡お見送りした患者333名のうち、救急外来で死亡した患者と記載場所のない患者を除く245名
- 方法：電子カルテより後ろ向きにお見送り場所、曜日時間帯などのデータより単純集計し、内容を分析する  
また、従来のお見送り場所である地下と新たなお見送り場所（正面玄関、裏玄関、救急出入口）の2群間の比較に、Fisherの正確検定を行い、 $P < 0.01$ を有意水準とする
- 倫理的配慮：個人を特定できないようデータを処理した  
また、所属病院倫理審査委員会の承認を得て行った

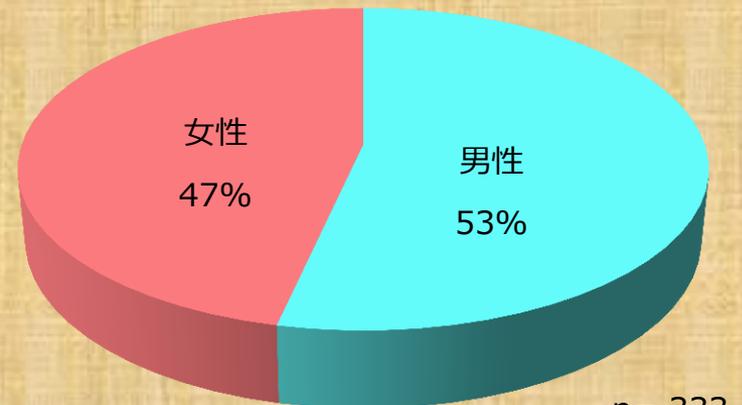
# 結果①

- 死亡患者数：333名
- お見送り場所の記載なし：70件（記載率：79%）
- 死亡患者の平均年齢：79歳



n = 333

図1： 死亡患者の部署割合



n = 333

図2： 死亡患者の性別

# 結果②

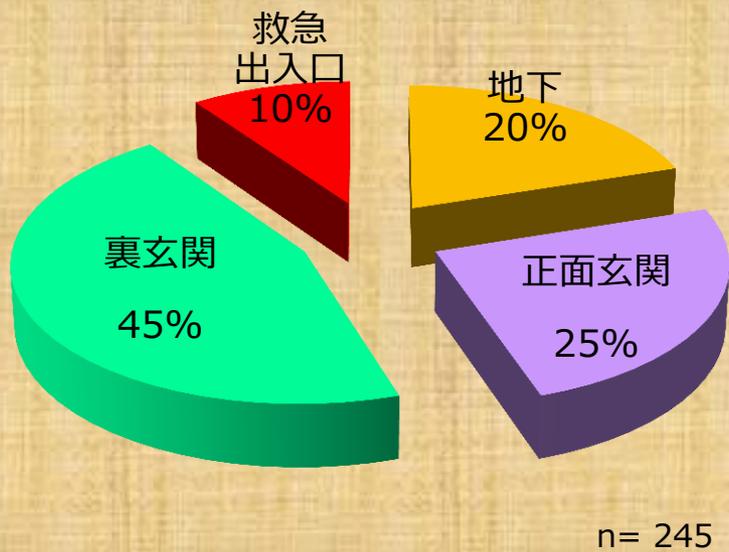


図3： 実際のお見送り場所

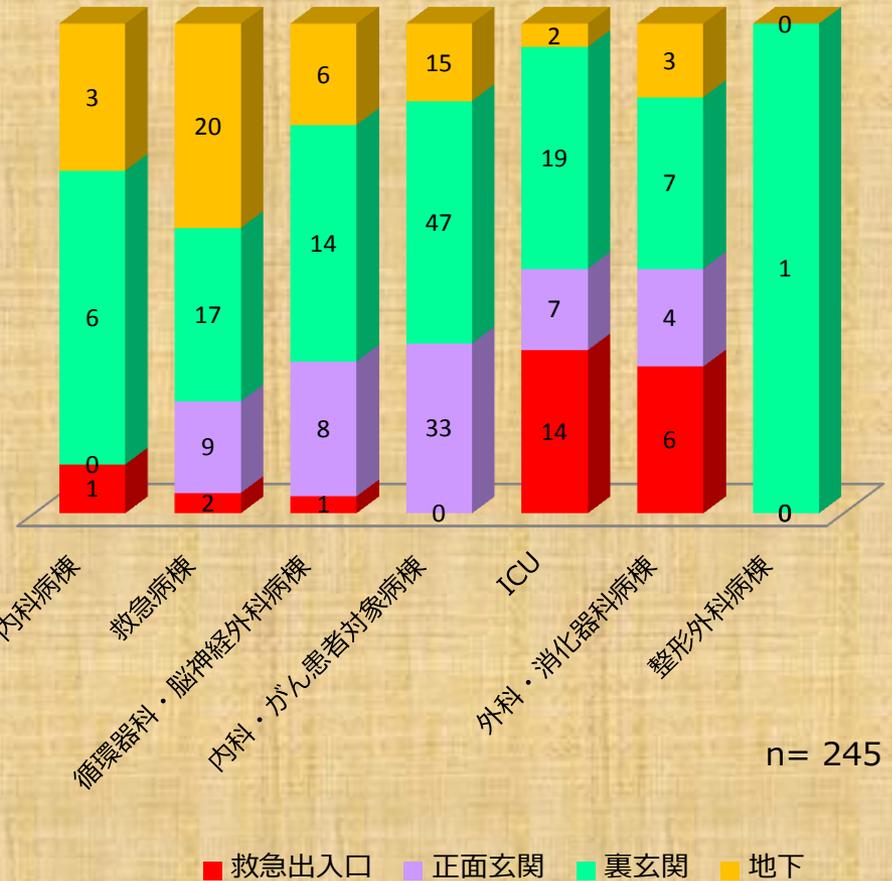


図4： 部署別お見送り場所

# 結果③

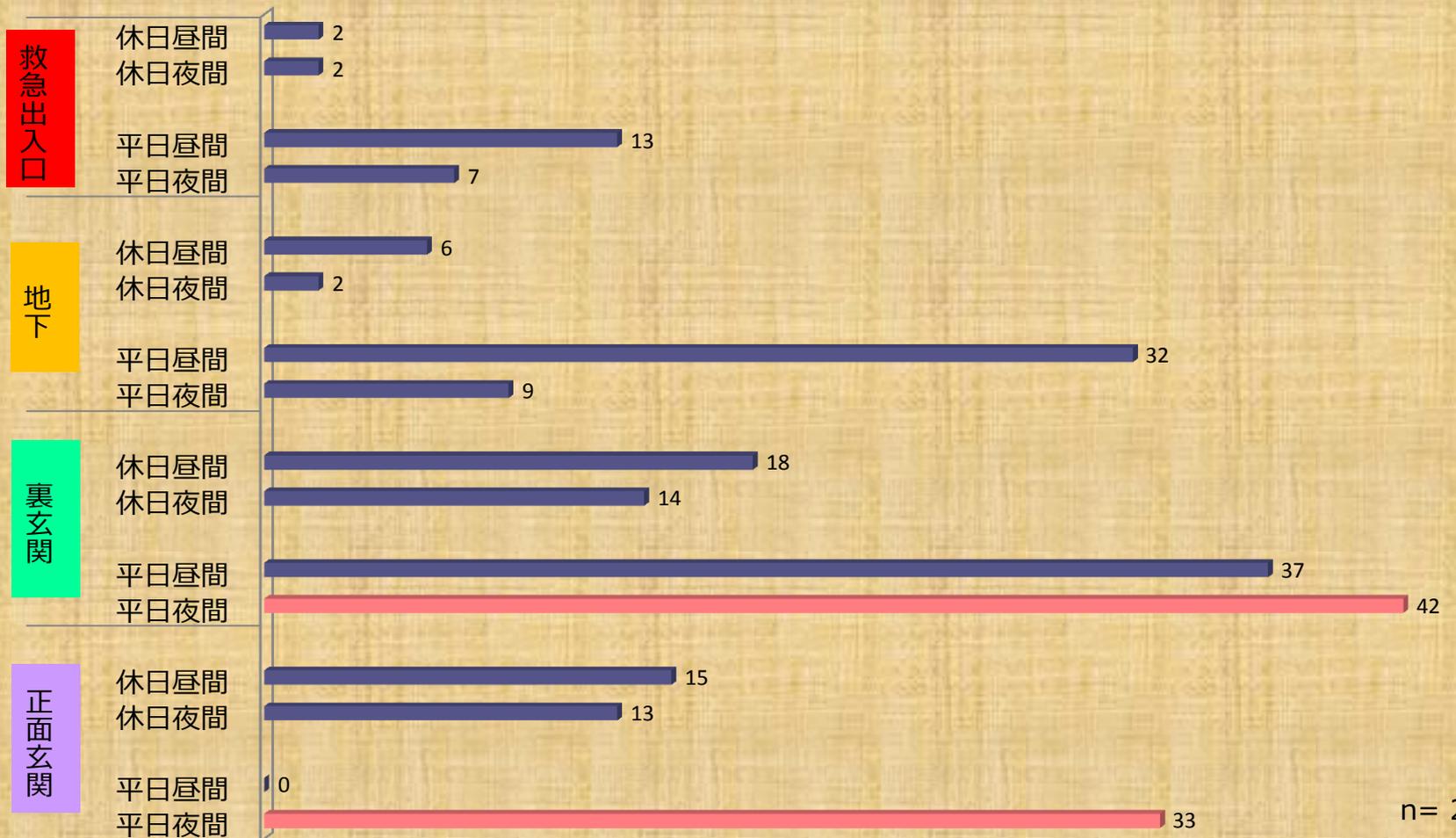


図5：4か所における休日、平日のお見送り場所

# 結果④

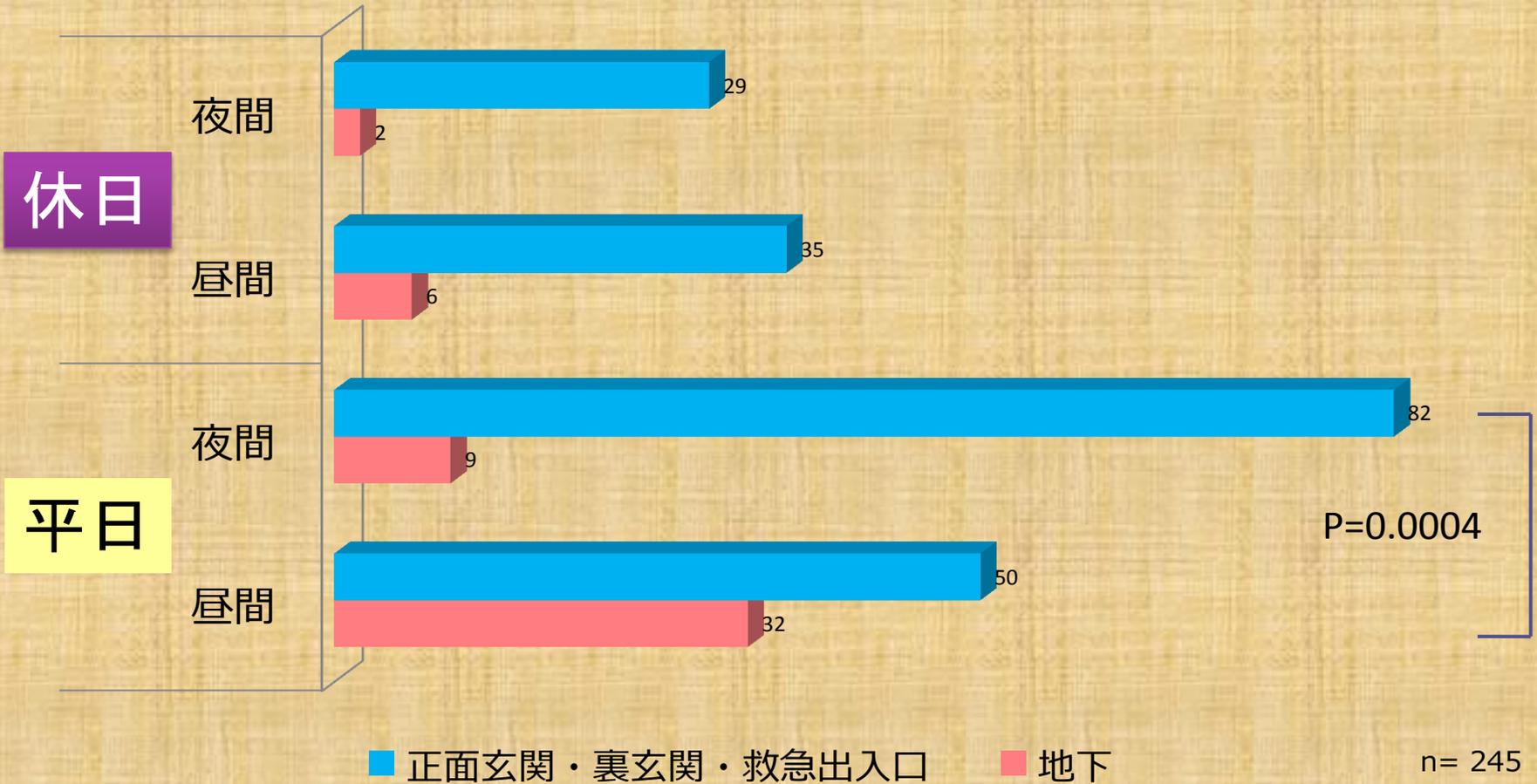


図6：地下と新しいお見送り場所における平日、休日の時間帯

# 考察

- 曜日時間帯に関係なく裏玄関が最も多かったのは、人目にもつかず、周囲に気を遣うことなくお見送り場所として選択できる
- 平日昼間の正面玄関からのお見送りがなかったのは、外来患者の出入り口であり、人目につくことが要因である
- 看護師スタッフは、病院の構造と曜日時間帯により、お見送り場所を提案している
- 救急病棟のみ地下が多かったのは、急変での看取りで、家族の選択の余裕がない状況である

# 今後の課題

- 病院案内に、当院のお見送り場所を提示し、通院患者・家族や見舞客への協力を得ることも大切である
- 平日の昼間は、裏玄関、休日および夜間は正面玄関を提案することも考慮する
- お見送りをを行う医療者の認識がどのようなにあるのか、業務の一環としてお見送り場所を選択しているのか明らかにすることで、さらにお見送り場所の傾向を把握することができる

第41回

# 日本死の臨床研究会年次大会



ケアする私を育む  
見て、感じて、考える

会期

2017年10月7日(土)・8日(日)

会場

秋田県民会館 ほか3会場

秋田県秋田市千秋明德町2-52



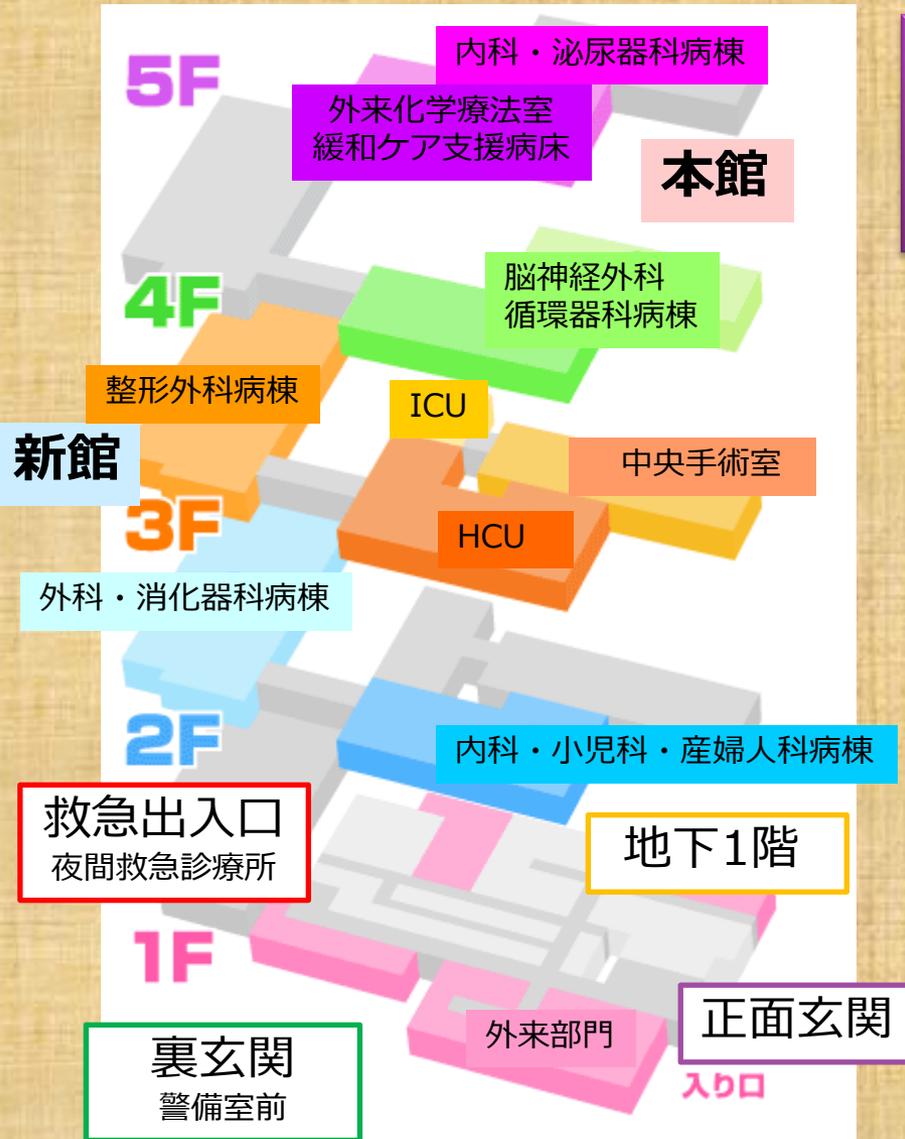
当院におけるエンゼルケアと  
お見送り場所の現状  
－ 医師・看護師の認識調査 －

尾道市立市民病院 看護部

渡辺 陽子

# 当院のお見送り場所

\* 地下1階、裏玄関、救急出入口、正面玄関の4か所から可能である



問い合わせ先 尾道市立市民病院  
TEL:0848-47-1155  
watanabe.yoko@omhp.jp

# 当院におけるエンゼルケア

- 「腐敗させない」「変色させない」「乾燥させない」
- 保冷剤2コ、保湿クリームを導入
- アルミシート・・・背部の粗熱の除去
- 体腔内への詰め物を廃止、胸部と腹部への保冷剤による冷却と皮膚の保湿、洗浄剤で顔を洗浄、その後保湿し、化粧はしない
- 家族の要望する洋服に着替える
- 3点セット（顎付バンド、合掌バンド、白い布）廃止
- 死後の処置料を4200円に設定（現在、税込4320円）

# はじめに

- 当院では、2010年9月から、エンゼルケアを変更し、また、お見送り場所を従来の地下1階からだけでなく3か所（裏玄関、正面玄関、救急出入口）のどこからでも利用できるよう情報提供を行い、家族の希望の場所でのお見送りを始めた
- 変更後も、遺族へアンケート調査を行い、継続してエンゼルケアとお見送り場所を含め終末期ケアを充実させるための取り組みを行っている
- 2016年に行ったお見送り場所の研究では、実際のお見送り場所に地下1階以外が8割を占めていた
- 今回、医師・看護師へアンケート調査を行うことにより、今後の継続した終末期ケアの示唆を得る

# 方法

- 対象：2017年4月1日現在、当院に勤務する常勤医師41名と看護師270名
- データの収集方法：独自に作成したアンケート調査を実施、口頭と文書で説明し、留置法で回収する
- データの分析方法：得られたデータを単純集計、内容を分析評価する
- 倫理的配慮：個人を特定できないようデータを処理、また、所属病院倫理審査委員会の承認を得て行った

# 結果①

- アンケート回収率：83%  
(医師：59%、看護師：87%)
- 当院での平均経験年数：  
医師 8.8年  
看護師 15.6年

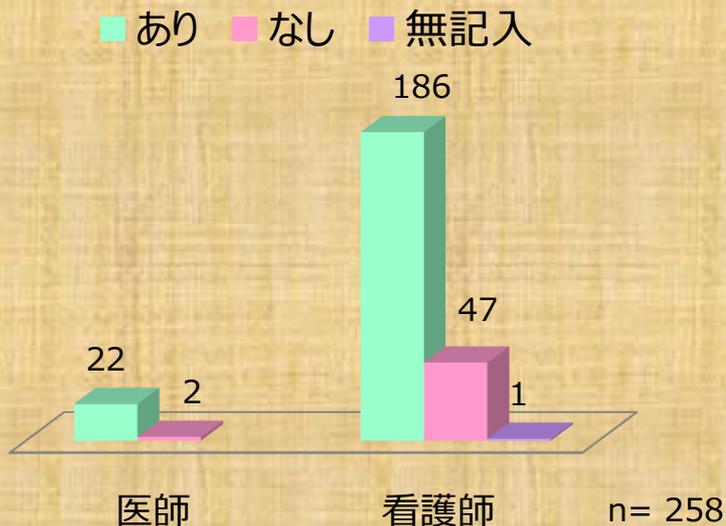


図1：お見送りの経験の有無

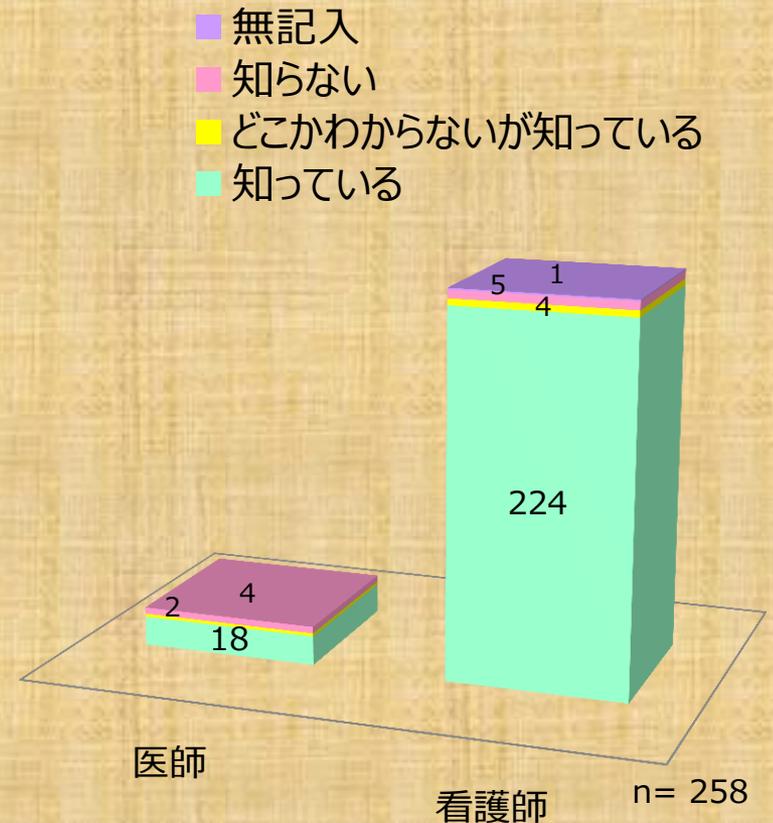


図2：地下1階以外のお見送り場所の認知

## 結果②：看護師のみ

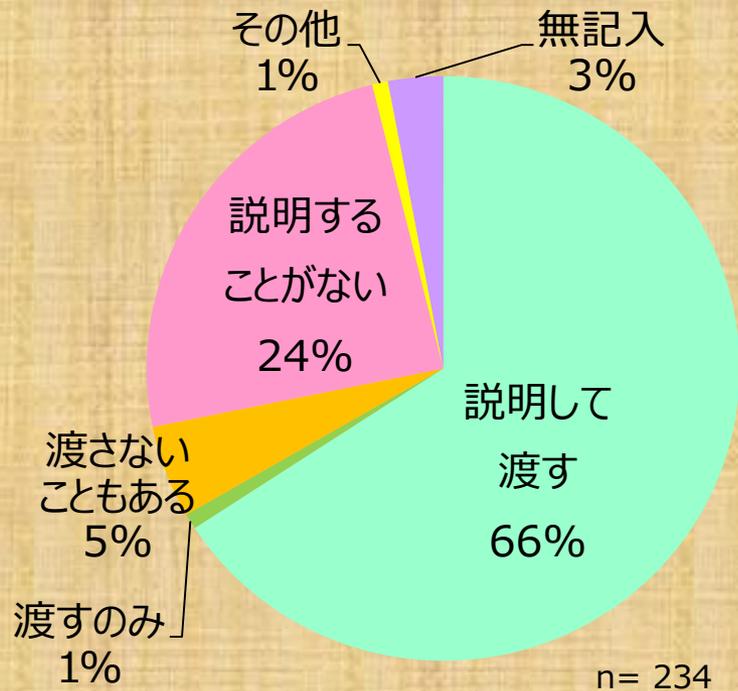


図3：エンゼルケアとお見送り場所の説明の有無

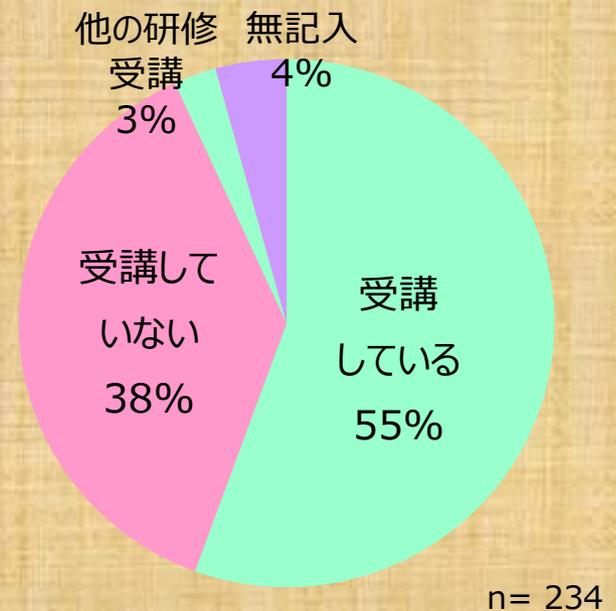


図4：ご遺体の管理の研修受講の有無

# 結果③：看護師のみ

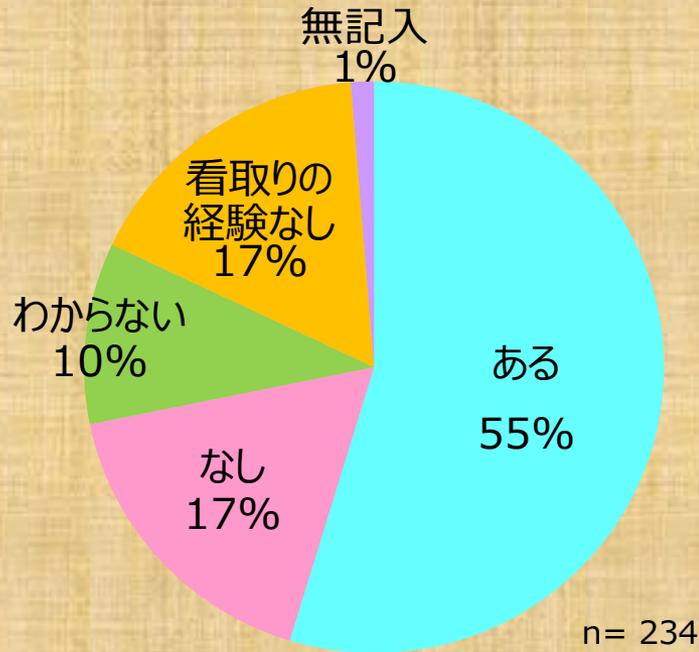
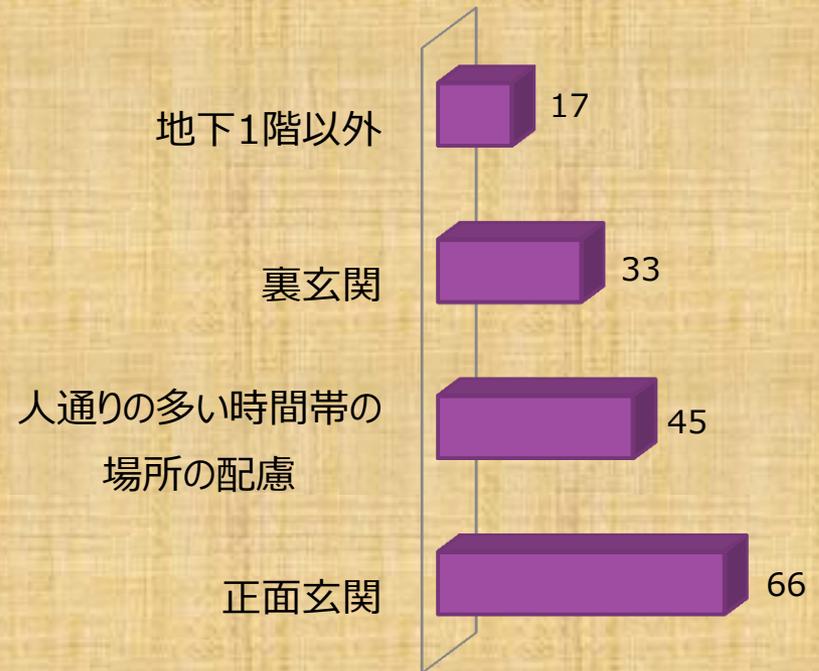


図5：お見送り場所の提案の有無



(複数回答)

図6：お見送り場所として提案している場所

# 結果④：医師のみ

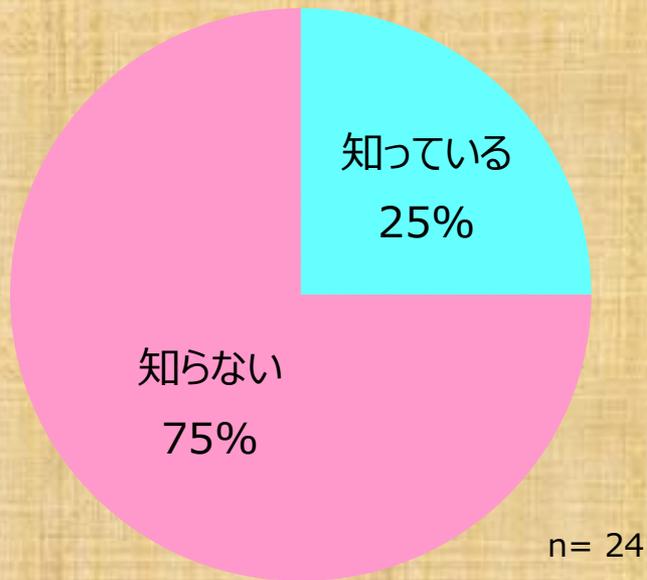


図7：看護師の説明の認知

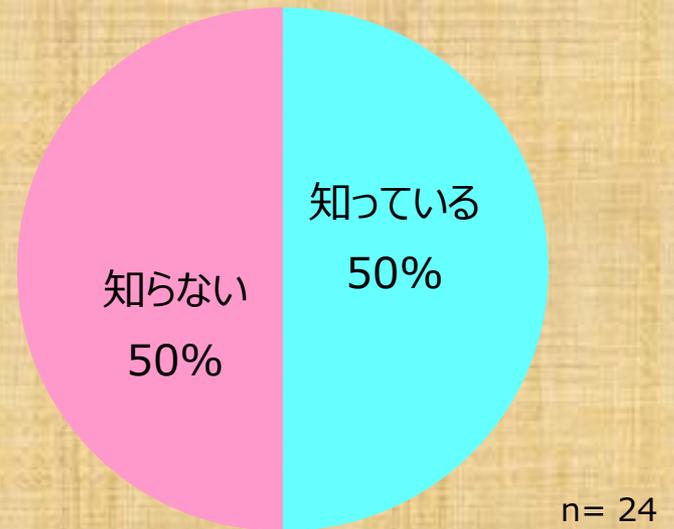


図8：死後の処置方法の認知

# 結果⑤：自由記載

## 【看護師】

- 創傷処置や浸出液の対処方法、義歯装着に困った：16件
- 正面玄関が良かった：8件
- 家族にどこの場所がいいか聞かれた：6件
- 葬儀業者とのトラブル：3件
- 家族への悲嘆ケア など

## 【医師】

- 地下1階以外のお見送り場所に対するポジティブな意見：6件
- 複数のお見送り場所に対する意見 など

# 考察①

- お見送り場所の認知度は高く、看護師は、曜日時間帯によってお見送り場所を提案していることが明らかになった
- 遺族へのアンケート結果も合わせて、今後は夜間と休日のお見送り場所は正面玄関に決めて、お見送りすることを考慮したい
- 医師への理解を促し、協力を得ることも必要と考える

## 考察②

- 「ご遺体の管理」研修を行っているが、受講した看護師は半数であり、毎年、新人含め研修を継続する必要性を感じた。さらに、実際の死後の処置ケアで困ったことに対する対処方法についての内容が必要である
- 変更したエンゼルケアや地下1階以外のお見送り場所の選択が遺族ケアだけでなく、看護師の悲嘆のケアにも影響していると考え

# ICTを利用した死亡診断における 医師と看護師の連携

# 医師による遠隔での死亡診断を サポートする看護師を対象とした研修会

- 平成29年度厚生労働省委託事業在宅看取りに関する研修事業
- ICT（情報通信機器）を利用した死亡診断等ガイドラインに基づく研修
- 主催：全国訪問看護事業協会、共催：厚生労働省
- 研修会概要：第1回（東京会場）平成30年1月12、13日  
**第2回（福岡会場）平成30年1月30日、31日** …定員各回30名ずつ
- 対象者（参加要件の看護師）：①看護師としての実務経験5年以上、患者の死亡に立ち会った経験が3例以上②実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行ったことがある
- 世界初の試み（日本でも初の試み）

# 研修会の目的

- 地域の中で患者や家族が望む最期を迎えられるよう、ICT（情報通信機器）を活用した死亡診断等の円滑な実施において活躍できる看護師を育成する

# 研修会の内容

## 1日目 ①法医学に関する講義・演習

ICTを利用した死亡診断等の経緯、概要、関係法令、死因究明、死因統計制度

法医学に関する一般的事項・死因論・内因性急死

法医学に関する一般的事項・外因死（損傷・中毒）・外因死（窒息論、異常環境死、虐待死）

実際に使用する機器を用いた医師への情報伝達のシミュレーション  
死亡確認後の説明と死亡診断書の交付の流れ

## 2日目 ②看護に関する講義・演習

法医学と看護

ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する利用者・家族に対する意思決定支援  
死亡前から死亡後に至る利用者・家族への接し方

ICTを利用した死亡診断に関する在宅看取りの実践についての意見交換

## ③法医学に関する実地研修（2体以上の死体検案または解剖への立ち会い）

3月28日：広島大学大学院法医学教室（広島東、広島南警察署）

# 研修会の到達目標

- ICTを利用した死亡診断等制度の経緯、概要・関係法令、死因究明・死因統計制度についておよび本制度における看護師の役割を理解する
- 法医学に関する一般事項（死因論、内因性急死、外因死）について理解する
- 死亡確認および機器の使用方法が理解でき、医師への伝達を実践できる
- 死亡確認後の説明の流れが理解でき、医師から遺族に対する死亡診断の伝達と死亡診断書の交付の補助が実践できる
- 法医学と看護の関わり方について理解できる
- 本制度を活用する意思決定支援の意味、患者と家族の意思を尊重した意思決定支援について、また支援のあり方・方法を理解し、実践できる
- 死亡前から死亡後に至る患者・家族との接し方の留意点等を理解し、それらに配慮した実践ができる
- ICTを利用した死亡診断に関する在宅看取りについて実践する際の課題、体制整備、医師との連携方法などについて、自らの職場を例に挙げ、ディスカッションする

# これまでの経緯①

- わが国において、埋葬または火葬を行おうとする者は、市町村長に死亡届を提出し、埋葬または火葬許可を得る必要がある。この際、死亡診断書（または死体検案書）を添付しなければならない
- 死亡診断書に記載する内容（氏名、死亡時刻、死亡の原因等）の正確性を保証するため、医師は自ら診察しないで診断書を交付することが禁止されており、死亡診断書を交付する場合においても、医師は自ら診察することが義務付けられている
- 医師が死亡に立ち会えなかった場合においては、生前に診療にあたっていた医師が死亡後改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判断できる場合には、死亡診断書を交付することが認められる

## これまでの経緯②

- しかし、死亡時にこれまであたっていた医師が遠方にいるなどして、死亡後改めて診察を行うこと（以下、死後診察）が困難な場合には、円滑に死亡診断書を交付し、埋火葬を行うことができないケースがある
- このため、住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長期間保存、長距離搬送するケースがあるとの指摘がある

上記の状況をふまえ



平成28年6月2日：閣議決定

5つ全ての要件を満たす場合

医師が遠隔から死亡診断を行えるよう検討、措置されること

## これまでの経緯③

- 平成28年度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）「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」

### 結果の概要



- ICTを利用した死亡診断の可能性について、機器類を用いて遠隔から死亡の確認と異状の有無を確認してゆくことは十分に可能と考える
- 死亡確認については、患者のそばにいる看護師が心拍、呼吸の停止を聴診で確認し、瞳孔の散大固定を確認することに加えて、心電図像を医師に転送することにより実施するのが適切と考える
- 異状の有無の確認については、身体各所の画像を確認することにより実施可能と思われる
- ただし、交信されるのは個人情報なので、十分なセキュリティ対策をとる必要がある

# 規制改革実施計画

平成28年6月2日閣議決定

- 以下のa-eの5つ全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるようにする
  - a. 医師による直接対面での診療の経過から早晚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取り決めがあるなど、医師と看護師の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、死の三徴候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、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

# ICTを利用した死亡診断等 ガイドライン①

**a要件**：医師による直接対面での診療の経過から早晚死亡することが予測されていること

- 「生前の直接対面での診療」は、死亡前14日以内に行われていることを要する
- 「早期死亡することが予測される」とは、①～④全ての要件を満たすことをいう

- ① 死亡の原因となりうる疾患に罹患していること
- ② その疾患ないしその疾患に続発する合併症により死亡が予測されていること
- ③ 突然死（発症後24時間以内の病死）ではないこと
- ④ 生前の最終診察時に、医師が早晚死亡する可能性が高いと判断し、その事実を看護師、患者および家族に説明していること

# ICTを利用した死亡診断等 ガイドライン②

**b要件**：終末期の際の対応について事前の取り決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること

●①②の両方の要件を満たすことを指す

- ① 所定の様式を用いて終末期の際に積極的な治療・延命措置を行わないこと等について、医師-看護師-患者もしくは家族間で共通の認識が得られていること
- ② 常時看護師から医師に電話連絡できる体制が整っていること

死亡診断のみでなく治療経過も含め説明できている

# ICTを利用した死亡診断等 ガイドライン③

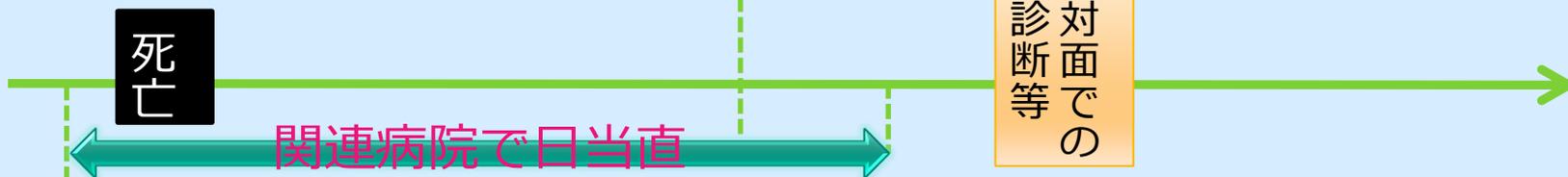
**c要件**：医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること

- 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況を指す

例1：旅客船が週2便しか接岸しない離島の場合



例2：主治医が日当直中の場合



# ICTを利用した死亡診断等 ガイドライン④

**d要件**：法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三徴候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること

- 「法医学等に関する一定の教育」は、①～③のプログラムより構成されるものとする

- ① 法医学等に関する講義：法医学に関する一般的事項（死因究明、死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死＜損傷、中毒、窒息論、異常環境死、虐待死＞）突然死（発症後24時間以内の病死）ではないこと
- ② 法医学に関する実地研修：2体以上の死体検案または解剖に立ち会い、必要な所見を遠隔にいる医師に報告できるよう修練する
- ③ 看護に関する講義・演習：ICTを利用した死亡診断等を行うにあたり理解することが必要な関係法令および制度、実際に利用する機器を用いたシミュレーション、死亡前から死亡後に至る患者・家族との接し方

# ICTを利用した死亡診断等 ガイドライン⑤

**e要件**：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

- 「死亡の事実の確認」は、看護師が①～③の事項をリアルタイムで医師に報告し、医師が遠隔から死亡を確認する（5分以上の間隔で2回実施）
  - ① 心停止：聴診により心音消失を確認し報告。さらに心電図を送信
  - ② 呼吸停止：呼吸音および呼吸筋等運動の消失を報告
  - ③ 対光反射の消失：瞳孔所見を報告
- 所定の様式を用い、頸部や眼瞼結膜等の所見や画像を医師に送信することにより、**医師が遠隔から異状がないこと等を判断する**

# ICTを利用した死亡診断等に関する ガイドラインの概要

- 遺族にとっては、死後診察は、医師から死亡の事実のみならず、これまでの経過等に関する医学的説明を受ける機会であり、極めて重要な意義をもつ
- また、死亡診断書は法律上、社会上の重要性が高く、その記載内容が正確でなかった場合、死因統計が不正確になる等社会に大きな影響を及ぼすことが懸念される
- たとえ、早晚死亡することが予想され、積極的な治療を行わないとの方針の下で終末期の療養を行ってきた患者であっても、ベッドから転落した際の頭部打撲が原因で死亡したり、病気を苦に自殺したり、苦しむ姿を見かねた家族が殺害したりと、継続療養中の傷病以外の原因で死亡する例も存在する
- 医師法が、自ら診察することなく死亡診断書を交付することを禁じているのも、このような事例を見逃すことを防ぐ趣旨である

# 看護として死亡診断への補助

- 対象者の人権の擁護（アドボケイト）者：ケアリングに客観的な視点でより確実・説得力のあるケアを
- 看取りのケア→死者自身の尊厳を守ることができる
- ケアの過程で得られる対象の力になる「証拠」を適切に保存
- 社会の安全に寄与することで、人々の健康・生命の保持
- 情緒的でなく科学的・専門的視点で捉えることで社会の信頼確保

# ICTを利用した死亡診断等の基本的な考え方

- 死が間近に迫っている臨終期では、死亡確認・死亡診断のあり方が看取りの内容・質に影響を与える
- 死が間近に迫っている臨終期では、死亡確認・死亡診断のあり方が利用者の死や死期に影響を与える



- 看護師が正しく医師のよる死亡診断等をサポートすることができるか  
異状死を除外できるか



- 諸外国では英国においてCoroner制度（死因究明制度）があるが、日本にはそのような制度はない
- 遠隔診療（ICTを利用した診療）を用いることで**正確性を保証**しようとするもの

# ガイドラインの対象となる人々

- 医師が12時間以内に駆けつけることができない（島しょ、僻地、豪雪地帯、被災地等）
- 社会資源が不足し、在宅医療へのアクセスが困難な地域に住んでいる人々



在宅で療養すること、在宅で最期を迎えることが選択できず  
断念してきた（無理だとあきらめてきた）人々

# ICTを利用した死亡診断等の制度が 患者・家族にもたらすもの

在宅医療が成立しにくい地域で暮らす人々が、住み慣れた環境で暮らし、人生を終えることが可能となる

ガイドラインが適用される事例では、ICTによる死亡診断がなされれば、エンゼルケア、グリーンケアがスムーズに実施できる

- 在宅では、亡くなってから医師の死亡診断までにタイムラグがある



- タイムラグに対する考えとその間の対応がさまざま
- 医師の到着まで手を触れてはいけない：死後硬直が始まるとエンゼルケアが困難
- 亡くなっていることを曖昧にしたまま、「お身体きれいにして着替えましょう」と、ケア
- 医師に連絡して、到着までにエンゼルケアを実施

# ICTを利用した死亡診断等ガイドラインから 解釈する看護のあり方

- あくまでも医師の対面による死後診察が基本
- ガイドラインの対象（看護師による診療の補助）は限定的であり、死亡診断が可能になったわけではない

患者・家族が、ICTを利用した死亡診断がどのようなものかを理解して、選択できること（意思決定支援）

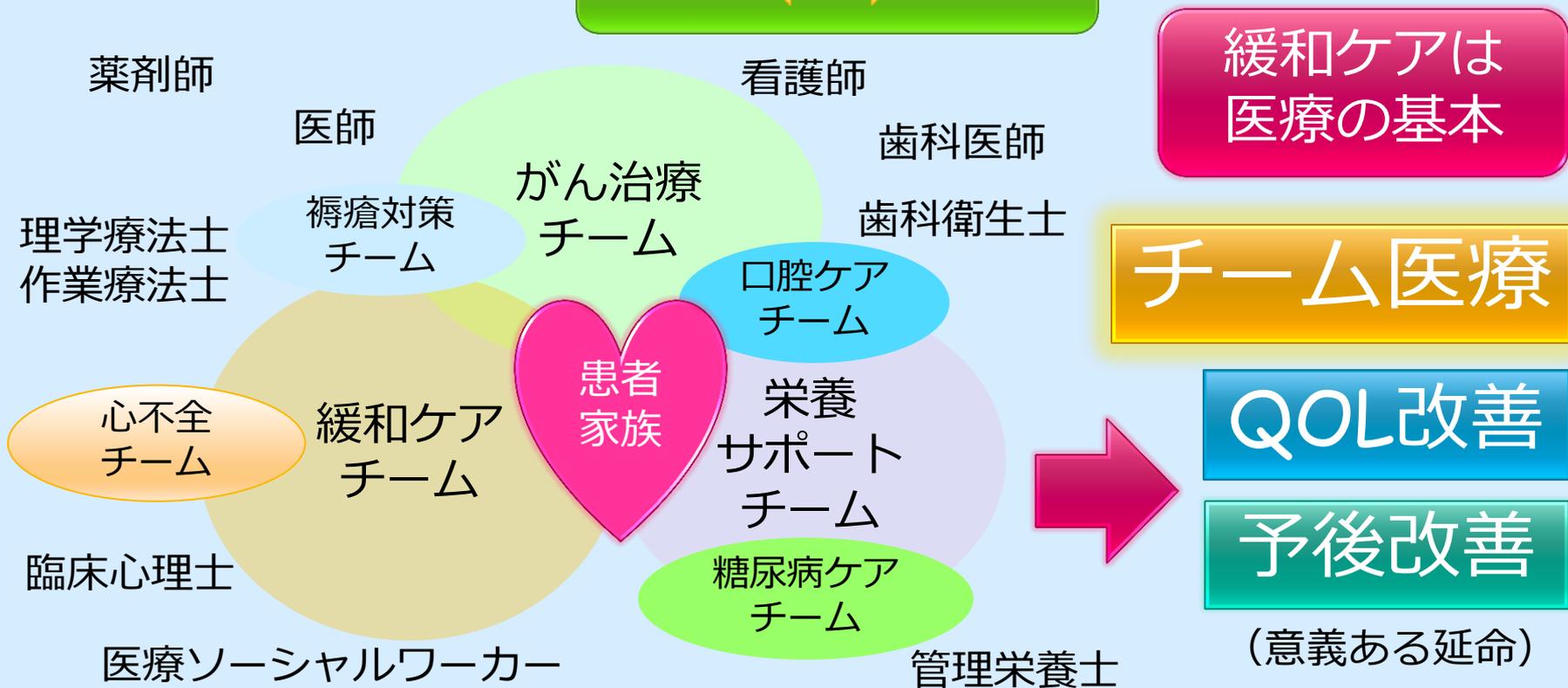
ICTを用いても安楽で尊厳の守られたケアを受けられること（倫理的配慮）



看護師は患者の側において、患者・家族の意向をよく知っており、ケアの一貫として、死亡診断の補助を行う

# 病気になっても安心して暮らせる地域

病院 ↔ 在宅



患者の意思決定支援 → 最善の医療

# 引用・参考文献

- 渡辺陽子，上塚大一，杉原弘記：当院におけるお見送り場所の検討～職員への意識調査アンケート結果より～，死の臨床，Vol.32，No.2，322，2009
- 渡辺陽子，上塚大一，杉原弘記：当院におけるお見送り場所の検討～家族へのアンケート調査結果より～，死の臨床，Vol.33，No.2，276，2010
- 渡辺陽子：当院におけるエンゼルケアの変更とお見送り場所の選択，死の臨床，Vol.37，No.2，343，2014
- 渡辺陽子：当院におけるエンゼルケアの変更の取り組み－勉強会参加者のアンケート結果から－，死の臨床，Vol.38，No.2，402，2015
- 渡辺陽子：当院におけるお見送り場所の現状，死の臨床，Vol.39，No.2，472，2016
- 渡辺陽子：当院におけるエンゼルケアとお見送り場所の現状－医師・看護師の認識調査－，死の臨床，Vol.40，No.2，2017
- （一社）全国訪問看護事業協会：医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会資料，2018

# ご清聴有難うございました

私に関わるすべての人に感謝いたします

*Thank You!*

*YOKO.Watanabe*

