

令和3年6月16日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰  
地域保健担当理事 蔵並 貴子  
宮下 明

令和3年度在宅見取りに関する研修事業  
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について

神奈川県医師会を通じて通知がまいりましたのでお知らせいたします。  
受講ご希望の場合は申込書等ご記入の上郵送にてお申し込みください。  
こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。

神奈川県医師会  
会長 菊岡 正和  
(公印省略)

令和3年度 在宅看取りに関する研修事業「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」の開催について

時下 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より本会活動に種々ご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、標記について、日本医師会長より別添のとおり開催通知がありました。

なお、受講を希望される方は、別紙の受講申込書兼受講に関する医師の同意書にご記載いただき、郵送で日本医師会医事法・医療安全課あてお申込み下さい。

お問合せ先  
地域医療課 担当：関根  
横浜市中区富士見町3-1  
TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464  
E-mail t-sekine@kanagawa.med.or.jp

## 「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」

## 開催要領

## 1 研修形式

〈座学〉 e-learning 形式により、法医学に関する講義、看護に関する講義を視聴

〈演習〉座学を終えた後、下記のいずれかの会場において、「演習」受講

(1) 東京会場 定員 20名  
令和3年8月22日(日)

(2) 大阪会場 定員 20名  
令和3年9月5日(日)

〈実地研修〉大学法医学教室及び監察医務機関等において、解剖、死体検案を見学

## 2 対象者

原則として、以下の要件(ア～カ)のすべてを満たす訪問看護事業所の看護師

(ア) 看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験が3例以上ある。

(イ) 看護師としての実務経験のうち、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(※1)ことがある。

※1 ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。

また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

(ウ) 実務においてICTを活用して連携している医師に、研修受講について説明し、同意を得ていること。(医師の同意書を提出)

(エ) 「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン」を読んでいること

(オ) 所属施設で業務上タブレットまたはスマートフォン等を使用していること

(カ) 所定の期間内に2体以上の死体検案又は解剖に立ち会う実地研修(※2)が履修できること

※2 ここでいう「実地研修」とは、大学法医学教室及び監察医務機関等において、死体検案や解剖見学に参加することを通じ、死の三兆候や死後硬直等の法医学等に関する講義で学ぶ内容を実際に観察する研修をいう。

## 3 プログラム

別添参照

## 4 備考

e-learningによる講義視聴、会場における演習参加および実地研修の全プログラムを履修した者に修了証を交付する。

※詳細は本研修会の案内サイト [https://www.med.or.jp/people/info/doctor\\_info/010042.html](https://www.med.or.jp/people/info/doctor_info/010042.html) をご参照ください。



受講申込者氏名 ( )

受講者選考の参考としますので、必ず以下の設問にもご回答ください。

(該当するものにチェック (☑) してください。)

1. あなたの所属施設の所在地は、下記のいずれに該当しますか。

離島             へき地 (※)             離島、へき地以外

(※) 医療保険・介護保険で、地域に対する加算の要件となっている地域を一カ所でも含む場合には「へき地」にチェック (☑) してください

2. 所属施設の利用者の居住地として、下記の地域を含みますか。

離島             へき地 (※)             離島、へき地以外            (※) は設問1と同じ

3. 業務において ICT を利用し、所属施設以外の施設と患者情報のやりとりを行っていますか。

行っている             行っていない

4. 表面の「受講要件 (イ)」に関して、特記すべき事項がある場合は、詳細に記入してください。

5. この研修を受講しようと思った動機をお聞かせください。

申込につきましては、以下の宛先まで“郵送”してください。(令和3年6月25日消印有効)

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 日本医師会 医事法・医療安全課 宛て