

指定研修機関への 申請経緯と取組

秋田県

社会医療法人青嵐会 本荘第一病院 診療部長

柴田 聡

平成30年12月5日（水）

本日の内容

1. 紹介（a 自己、b 病院、c 医療圏）
2. 当院が手を上げた理由（わけ）
3. 指定研修機関への申請経緯
4. 研修の取り組み

1a 自己紹介

- 1981年 秋田高校卒業
- 1988年 秋田大学医学部卒業
- 1988年～秋田大学第一外科（小山研二教授）
- 2007年～本荘第一病院
- 2008年～臨床研修管理委員長
- 2009年～秋田大学医学部バドミントン部OB会事務局
- 2018年～看護師特定行為研修指導責任者

1b 病院紹介

社会医療法人青嵐会 本荘第一病院

- 1988年 秋田県由利本荘市に設立
- 158床（包括ケア40床）
- **看護師 124名(1:10)**
- 医師 23名
 - 外科医6名、2017年 外科手術約600件

- **基幹型**研修病院（東北地方最小規模）
 - 研修医6名（他院13名）
 - 2018年フルマッチ = 5名
- **看護師**特定行為指定研修機関
 - 2018年4月～第一期生 4名
 - 区分：栄養及び水分管理
 - 全日病のeラーニング

由利本荘市＋にかほ市

- 急性期病院 & 基幹型臨床研修病院：2施設
- 人口10万人／面積1,450km²（東京都の66%）
- 人口密度**69人/km²**
 - 秋田市340、仙台市1,385、豊島区23,000
- 一人当たりの広さ**14,500m²/人**（120²）
 - 秋田市2,940m²（54²）、仙台市722m²（27²）、43.5m²（6.6²）

桁違いに広い

2. 当院が手を上げた理由（わけ）

• 医療圏の特徴 = 桁違いに広い

- 距離が遠い
 - 患者－医療者
 - 医療者－医療者
- アクセス不良、連携困難



根治的対策：
熟練医療者
(医師・看護師)
増員

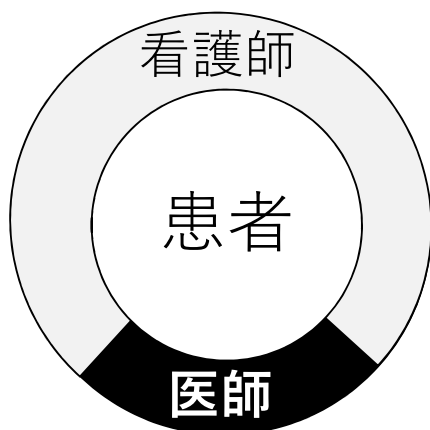


- しかし、熟練者は急に増えない。
- 低人口密度域に多くの医療者を配置→現行の医療制度の元では大赤字になり、非現実的。

そこで、**チーム医療！**
(=今いるメンバーでなんとかする)

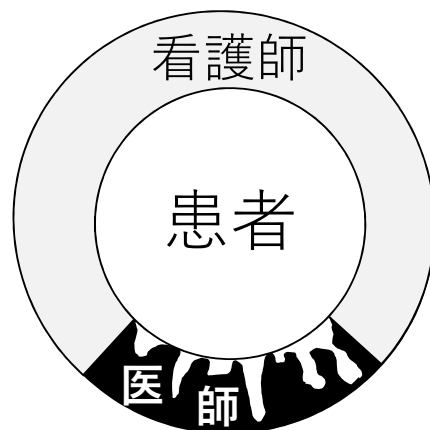
理想のチーム医療

全周
囲密着
医療



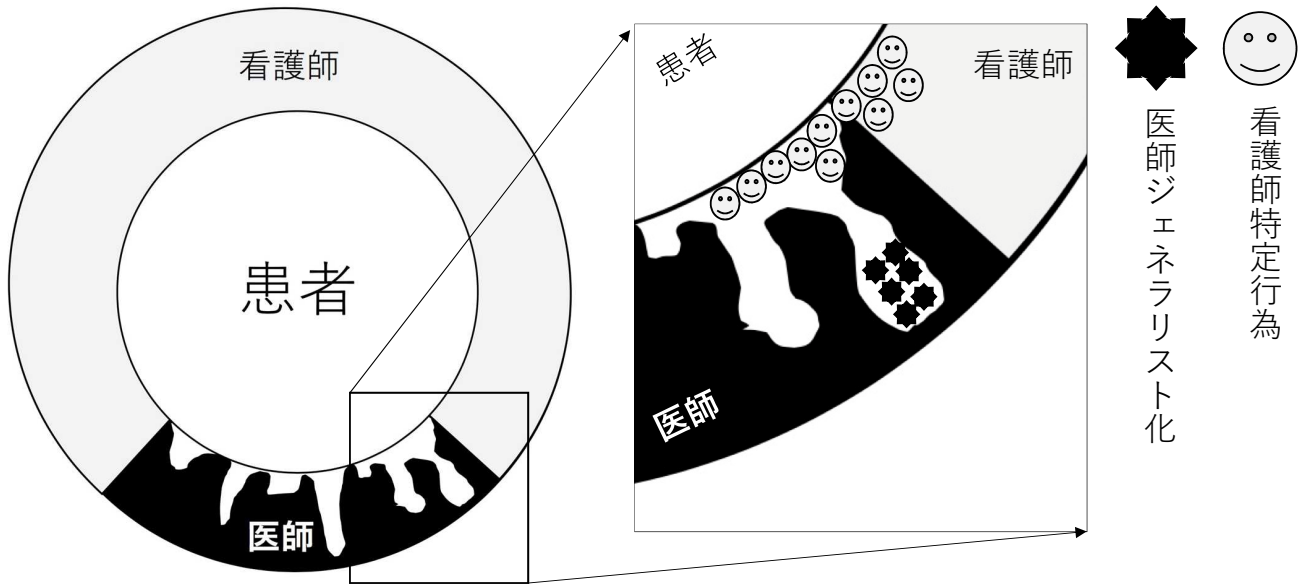
当医療圏の現況

すかすか
です…



- 医師不足なのに相変わらず専門分化
- 医師不足なのに不均衡配置

当医療圏の現況と対策



すかすかです...

みんなで隙間を埋めましょう...

チーム医療、現在→今後

(話を単純化するために看護師・医師・患者に限定)

<医師>

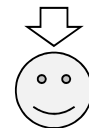
行き過ぎた専門分化
& 不均衡配置



ジェネラリスト化

<看護師>

そもそも看護師は
患者に最も近い存在の
ジェネラリスト



特定行為が患者医師間の隙間を埋め、患者に直接関わる範囲をさらに広げ、**スーパージェネラリスト**に



チーム医療！

～指定研究機関に立候補したわけ～

チーム医療のための医師ジェネラリスト化

～本荘第一病院コンセプト～

看護師だけが特定行為研修で頑張るのでなく、医師もそれぞれに、それなりに努力するべき。ポーツとして、隙間を全て看護師が埋めるかも…

- 行き過ぎた専門分化→ジェネラリストへ！
 - 「総合診療専門医」～ハードルが高い（印象）
- 専門に軸足を置きつつ、ひと全体を診る！
 - 私は自称 総合診療（外）科、またはハイブリッド外科
 - 外科に軸足を置きつつ、消化器内科、内科の分野に裾野を広げる
 - 膵臓、肝臓を切りつつ、内視鏡検査&治療、肺炎、尿路感染等々
 - 禁句「あ、それ、うちじゃないから」
 - 共鳴する医学生少くない～2018年研修医フルマッチ

チーム医療のための看護師スーパージェネラリスト化

～本荘第一病院コンセプト～

- そもそも看護師はチーム医療のキープレイヤー
- 特定行為研修を通じ、患者に直接行える範囲を広げ、適切な医療をより迅速に。
- ジェネラリストナースから、スーパージェネラリストナース（SGN）へ

特定行為研修の何がいいのか？

区分別科目の「行為」を
より適切なタイミングできるようになる

そのうえ、

共通科目の研修を通じ、医師の思考パターンを共有

一つの例

- 金曜日の病棟、柴田看護師が検温に行くと体温**37.8度**の患者が2名...
- 指示簿に「体温**38.5度**以上時、〇〇〇投与」と記載

患者A
月曜日、急性△□炎。熱は**40度**。
火曜日、抗菌薬治療後、徐々に解熱。
金曜日、**体温37.8度**に。

患者B
月曜日、消化器手術施行。
木曜日、平熱。
金曜日、**体温37.8度**に。

柴田「**38.5未満だからオッケー！**」

↓
OK!

↓
NG!

「あれ？なんでこのタイミングで熱出るんだろう？変だな〜。主治医に連絡だ！」

3. 指定研修機関 申請経緯～第1章～

1. 当院初代理事長小松寛治は全日本病院協会（全日病）において、教育を担当しており、佐賀大学卒後臨床研修センター江村正先生と懇意。
2. 2009年9月、学会参加のため秋田県を訪れた江村先生に、小松理事長が柴田を紹介。
3. 2009年12月、江村先生がチーフタスクを務める、全日病の臨床研修指導医講習会にタスクの1人として柴田を招聘。以来ほぼ毎年参加。
4. 2015年7月、全日病が看護師特定行為研修の指導者講習会を行うことになり、江村先生がチーフタスクに就任。その流れで私にも声がかかり、年1～2回、同講習会のタスクを務める。
5. というわけで、早い段階から「看護師特定行為研修」について知っており、指定研修機関になれたらいいんだがな～と、思っていました。

3. 指定研修機関 申請経緯～第2章～

6. しかし、大学や大病院でなければ無理、と思っていました。
 - 300時間以上の講義、演習、実習、そしてシラバス作成...
7. しかし、2016～7年、当院と規模が変わらない施設が研修施設に！
8. 2017年7月、全日病 看護師特定行為研修 指導者講習会の講師控え室
 - 全日病神野副会長、厚労省栗田氏に「当院のような小規模施設でもなれるでしょうか」
 - 神野副会長「大丈夫だよ～」
 - 全日病Eラーニングの活用！
 - 講義、演習、一部の実習まで網羅。シラバスもできている！

3. 指定研修機関 申請経緯～第3章～

9. 院長、理事長、看護部長、そして最後に事務長にプレゼン
10. 全員快諾
11. 2017年9月、申請活動開始

指定研修機関への道（私が思う）

必須

- 教育に関心を持つ医師一名以上
- 看護部長のリーダーシップ
- 院長の同意
- 事務方の頑張り
 - 重要書類作成、補助金申請
- Eラーニング、パソコン、WiFi環境
- 研修生のやる気

必須ではない

～あるに越したことはないが～

- お金
- 高価な研修用モデル、お人形さん
 - 選択区分によっては必須かも...
- DVD
- 本

申請の手順1

1. 厚生労働省のwebサイトに「指定研修機関の指定の申請」というページがあり、提出書類をダウンロードし、書類作成書／柴田～不慣れな仕事だが、完成度高い出来栄えと自負！
2. 東北厚生局に電話し、申請の意思を伝えた／秘書課
3. 書類提出（郵送）／このまますんなり進むものと思っていた...

申請の手順2

4. 東北厚生局に赴き、提出書類を見ながら詳細な説明／柴田 & 秘書課
 - （素人が作成したからなのか）修正点多数～計算違い、誤字脱字、名称不一致等々
 - 全て指摘してくださり（付箋だらけ）、適切に指導してくださる＝手取り足取り
 - 大変だけど、指導通りに訂正すればOK／ここから先は秘書課に丸投げ
5. 書類を訂正し、郵送／秘書課
6. 当院で実地調査（ダメ出しの場ではない）
7. OK

4. 研修の取り組み

- 概略
- 研修生
- 科目
- 問題
- 今後の予定
- 夢

研修の概略

- 研修生4名
- 2018年4月開始
- 共通科目：臨床病態生理、臨床推論、フィジカルアセスメント、臨床薬理、疾病・臨床病態概論、医療安全、特定行為実践
 - 4月～11月（8月は夏休み）＝7ヶ月間
- 区分別科目：栄養水分
 - 12月～2月＝3ヶ月間
- 人数分のパソコン購入。
 - 各自の試験（eラーニング提供）で使用。

研修生

- 定員4名→4名内部採択
 - 病棟看護師2名：認定看護師（がん化学療法看護、認知症看護）
 - 外来看護師1名：認定看護師（緩和ケア）
 - 訪問看護師1名
 - 想定外！：1名が研修中に産休！～ちょうど夏休みと重なったため、演習1回、試験1回を休んだだけ→補講予定
 - 看護科アンケート：全員前向き...
-

共通科目

- 半年間で修了する施設が多い
 - 半年間はキツイと判断
 - 7ヶ月間+夏休み1ヶ月間～夏休みは大好評
- 講義～各自eラーニング～自宅、院内の会議室、看護師控え室
- 演習、実習、試験～院内の会議室に集合、指導者（柴田）とともに。
 - 4月 1回、5月 2回、6月 2回、7月 2回、9月 1回、10月 3回、11月 4回；4～6時間／回
 - 集合15回（全22回）

区分別科目

- 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連一本に。
 - 12月 1回、1月 4回、2月 2回；2~3時間／回
 - 集合回数は7回（全22回）
 - 研修が始まったばかりにて、詳細はこれから...
-

問題

- ① 共通科目の講義数が多い！
- ② 指導者（医師）の確保
- ③ 指導のあり方（研修生との距離）

問題①：共通科目の講義数が多い

- 3月、私も受講しよう！→すぐ断念し、演習&実習のみ共に受講。
- 現職を中断せず、生活の基本をかえずに受講できるのが本研修の利点
 - しかし、講義数が多いため、仕事か研修か生活、あるいは全てにひずみが生じる可能性がある。
 - 7ヶ月間をあてたが、それでもキツイ！
 - 無理なわけではない。なんだかんだ言って、皆こなしている
 - 本制度はまだ始まって間もないため、各施設のエース級、または期待のホープが選ばれて研修している場合が多い。
 - 研修修了者数を増やすためには、「普通の看護師」が研修を修了することが必須。今、なんだかんだ言ってうまく行っているからこれからも...、と言えるか、心配。

問題②：指導者（医師）の確保

- 誰が適任？→医学生・研修医の指導にあたる医師
- 大学だけでなく、一般病院においても、教育は臨床同様、あるいはそれ以上に重要な「業務」と認識し、教育に軸足を置き、臨床もおこなう「教育医」を！

問題③：指導のあり方（研修生との距離）

- 指導者のキーパーソンに臨床現場の医師も。
 - 共通科目＝医学科の教育内容
 - 医師と看護師のチーム医療レベルアップが目的→研修時から現場の医師の関わりを作っておかないと、実臨床の場で生かされない
 - （現場で活用する機会が少なくなるのでは）
- 研修終了看護師が、現場で経験を積んだのち、指導者に！
 - その後も、医師の指導者は看護師指導者に丸投げでなく、部分的関与を継続する。

指導者（医）の感想

- みな、真面目に頑張っている。
- それぞれの立場からの視点にこだわる傾向が若干あり。
 - ベテランになる前に研修した方が、より効果的か！？
 - （ベテランでも十二分にやっていきます！）
- 「Eラーニングの〇〇先生が素敵だ！」などと、講義を楽しむ心のゆとりあり（時間的ゆとりはないけれど）。

今後の予定

- 区分を2、3区分に増やす。
- 研修を修了し、実地を一定期間行った看護師を指導者に加える。
 - 丸投げしない
 - 医師の指導への関与は必須
- 定員を4→5、6名に増員
 - 院内採用が主だが、院外からも若干名採用...

夢

- 特定行為研修修了看護師が各部署に1、2名しかいない状況
 - 研修修了看護師に業務が集中し、かえってチームワーク悪化
 - 日によって、時間帯によって特定行為が行えたり行えなかったり
- ↓
- 全部署で全勤務帯に特定行為研修修了看護師が勤務できるよう多くの研修修了看護師を輩出する。
 - 共通科目を看護師教育の必修とする。
 - 特定行為研修研究会（仮称）を立ち上げ、情報交換！