

2020年度 10月卒後藤谷塾議事録

開催日：2020年10月14日（水曜日）7:00～8:00

◆活動報告

【3期生】

A

- ① 看護部所属 整形、内科病棟で活動。時に救急外来支援
- ② 整形外科医師とともに術前術後の患者の管理や内科的管理を行っている。代行入力や特定行為を必要時行っている。フィードバックは受けられている。
- ③ 現在は困っていることはないが、今後、訪問看護での活動も視野に入れているため、どのように介入していけばいいか関係各所と調整が必要。

B

- ① 外科・内科病棟
- ② 患者受け持ちと病棟患者の突発的な急変に対する初期対応、せん妄ハイリスクケア加算の導入、病棟勉強会、他病棟での初期対応、適宜特定行為を実施中。来月は看護業務を少し離れ、エコーの技術習得や救外での初期対応、術後患者の病棟管理を外科指導医を立てて実施予定。
- ③ 看護業務と特定行為・病棟看護師の相談が重なり、業務時間が長くなってしまうことが増えた。ケア加算が始まるとせん妄患者のフォロー(全病棟)をする可能性があるため、病棟業務との業務負担の増加が心配。

C

- ① 所属：外来
- ② 先月同様に救急外来にて看護業務を行っている。総診の入院患者さんを一緒に診させて頂いている。朝の回診に同行。特定行為は、ドレーン抜去やPICCなどを行っている。今週から診療所研修を行っている。研修は充実している。
- ③ 深刻な看護師不足。環境が変わることは当分なさそうなので、NDCとしての存在意義について再考していく。

D

- ① 所属：老健
- ② 体調不良者の初期対応やその後のフォロー(体重増加の利用者さん→エコー→利尿剤調整など)。診療情報提供書作成や処方代行入力など。

- ③ 入退所の多い時期で書類作業が多い。業務に追われて、自己学習や自己での振り返りがあまりできていない。

E

- ① 看護部
- ② 主に3病棟を横断的に活動している。入院患者の輸液調整や栄養管理、病棟からの相談に対応し、代行入力や医師とともに診療録記載している。主治医と相談しながら方針を確認し対応している。また医師・病棟看護師・患者との間に入ってやりとりすることも多い。他部署からの相談に対応、相談したりしている。新規プロジェクトチームに参加している。
- ③ 相談ごとに対応しきれないときや、気づけなかったことがあったとき、落ち込むこともある。日々の業務に追われてばかりではなく、学習する時間をつくる。

F

- ① 心臓血管外科
- ② 病棟・ICU患者の状態把握、低酸素や低血圧、発熱などの対応。カンファ、血管造影・シャント手術介助。食事介助、呼吸器装着患者のリハビリ、退院調整。手術で連絡が取れないDrの代わりに院内での情報伝達係。救急でのオーダー、血圧・鎮痛管理、Aライン挿入などの初期対応。救急でのA解離搬送受け入れから手術室搬送までのマニュアル作成、シミュレーションの実施。最近ではA型解離の緊急手術が多く、心外Drは次の手術、夜中で集中治療Drが不在の時間帯の術後管理が増えてきた。他科のICU患者も多く、術後すぐに一般病棟へ移動となるため、術後なるべく安全でスムーズに一般病棟へ移動できるようボリューム、せん妄対応、呼吸器調整を医師・コメディカルと相談しながらしている。
- ③ 術後全身管理の難しさを非常に感じる

G

- ① 心臓血管外科
- ② 回診、カンファ、術前症例のプレゼン、オペ、病棟業務。
発熱時や意識レベル低下の対応、術後の薬剤管理や心嚢前縦隔ドレーン抜去。ECMO、IABP、CHDF、NO症例など重症管理をレジデントと一緒に実施。診療情報提供書の作成や退院調整。病棟で手が足りない時の口腔ケアや食介などの看護ケア。最近ではオペの第3助手、閉胸時の縫合（も少しさせてもらえるようになった）。その他、ICUでの再開胸シミュレーションの勉強会やユニット向けの勉強会施行。
- ③ 特に困ってはいないが緊急解離の季節、深夜の緊急オペには入っていないが、休日の緊急オペ時の病棟業務などは行なっているので休日出勤、時間外は多い。

H

- ① 看護部 ICU
- ② 特定行為はICUで実施。現在は脳外科医師が手薄になっているので回診や、脳外科患者の定期処方や処置を行い、医師のサポートを行っている。
- ③ ICUでの患者を受け持ち（スタッフとして日々の担当）をしつつ、一般病棟の患者も診て、時には師長代行を担う部分があるので負担が大きい。しかし、医師に交じって患者を看させていただいているのでやりがいはある。

I

- ① 所属：看護介護部 主な活動場所：一般病棟
- ② 一般病棟入院患者の全身管理。特に手術目的で入院した整形外科患者の周術期スクリーニング。一般病棟の新人教育や現任教育にも携わる。褥瘡回診・ICT回診・NST回診に参加している。また行政 COVID-19 PCR センター業務も行っている。手術目的以外の整形外科患者の内科的プロブレム（食欲不振・せん妄等）が続いているため、今後はそのような患者の入院時スクリーニング・介入の実施も検討している。
- ③ 臨床推論・特定行為の実施は各科医師から指導やフォローを受けられているが、その時間は限られている。しかしまずは自己学習が第一と考える。

J

- ① 整形外科、外科、内科の混合病棟
- ② 週に1日の活動日に定期的な胃ろう、膀胱瘻カテーテル交換の実施。病棟看護師からの相談を受け、対応。それ以外は、看護師として夜勤、看護業務を実施。
- ③ 看護師不足。特定ケア看護師として有効な活動が出来ているのか、何を求められているのか医師や管理職との話し合い、フィードバックを受けることが必要と感じる。

【4期生】

K

- ① 集中治療部で研修中
- ② 1～3名/日を担当し、術後管理や集中治療管理について学んでいる。週2回の多職種カンファレンスでは担当患者のプレゼンを実施。呼吸器管理や薬剤調整などの特定行為も多く、医師によるフィードバックも当日中には受けている。
- ③ 特になし

L ⇒ NP

- ① 看護部所属、総合内科配属

- ② 朝ラウンド⇒ AM：内科外来初診 PM：病棟相談 火：巡回診療所
来月から、退院後訪問指導 + 地域のグループホーム（認知症型）に月一回
- ③ ・病棟（主に整形外科）で急変前にどうやったら介入できるか？
ハイリスク全患者にスクリーニング的にはいるか検討中
・退院後訪問指導（在宅）で特定行為を使えるようにするには？
薬剤や医療器材などどう調達するのか？等について準備が必要

M

- ① 総合診療科、老健
- ② 症例経験が少ないため、毎日午前中に老健回診の shadowing、診察、ディスカッションをさせて頂いている。病院では受け持ち2名の治療、管理を学んでいる。その他褥瘡管理、栄養管理、気管カニューレ交換、胃瘻交換、発熱患者初期対応等を行っている。
- ③ 症例経験が少なく、次年度からの病棟管理や救外対応（common な疾患）に不安がある。NDC 委員会で管理者、看護部長へ相談し老健の回診で common な疾患への鑑別、身体所見を学んでいるが、症例数はそれほど多くないため、地域研修でディスカッションにもならないのではないかと不安がある。力をつけたい。

N

- ① 包括ケア病棟
- ② 胃瘻交換、褥瘡回診、動脈採血、病棟スタッフからの相談対応
- ③ スタッフ不足で病棟業務を行いながらの活動であり、自分に余裕がない。

O

- ① 総合診療センター
- ② 内科新患外来での外来患者の問診、緊急入院患者の初期対応、入院患者管理、時間外受診希望患者トリアージ、PCR センター
- ③ 多様であるが、現状では上司や指導医にその都度相談しながら研修を進めている状態。

P

- ① 外科・麻酔科
- ② 病棟管理・手術助手・手術中の全身管理・術後管理。特定行為は動脈採血・CV 固定・腹腔ドレーン抜去・胸腔ドレーン抜去・胃瘻交換・気管チューブ交換・NST・褥瘡回診など。各病棟を横断し入院患者の把握を行っている。
- ③ 特になし

Q

- ① 外来・救急、入院受け持ち 3～5 名
- ② 救急外来での初療や発熱対応と内科受け持ちの管理と退院支援
PICC 挿入、腹水穿刺、筋膜リリース、関節穿刺等の介助
創傷外来での処置（切開排膿、デブリ、抜糸など）介助と在宅処置指導
- ③ 特になし

R

- ① 麻酔科
- ② 術前・術後訪問。麻酔科外来による問診・シャドーイング。手術中は、A-line 確保や CV 挿入介助。Epi 挿入見学と適切な鎮痛方法。筋膜ブロックによる鎮痛方法・エコーガイド下見学 筋弛緩使用後のマスク換気。
- ③ 特になし

S

- ① 整形外科
- ② 整形外科病棟の内科管理。手術助手(必要時)。院内、電話トリアージ対応。
行政 PCR センター業務。整形外科病棟、回復期病棟の発熱、体調不良患者初期対応。
- ③ NDC としての院内活動と整形外科研修の活動の比重バランスが難しい。
(先輩特定ケア看護師と相談している)

T

- ① 診療所
- ② 胃瘻交換、気管カニューレ交換、外来トリアージと医師が即応できない救急患者の初期診療、発熱外来診療補助、創傷処置。
- ③ 特になし。

U

- ① 10月16日までは皮膚科研修。10月19日から年末まで総合内科研修
- ② 外来見学、入院患者他科依頼案件
- ③ 院内で活動する上で色々と細かいことはあるが、看護部長や管理者と相談して解決出来ている。

V

- ① 総合診療科・呼吸器外来 を中心に研修、救急外来・生理検査室は時間調整できる時に。
- ② 総合診療科：入院時から患者を担当して治療（輸液や電解質補正、食事開始など）について指導医と相談しながら実施。担当以外の患者の状態を把握しながら治療方針などを

医師とディスカッション。必要に応じ PICC 挿入・動脈採血、CV 抜去なども実施。

呼吸器外来：事前に患者の情報収集をカルテ上で行い、外来での慢性疾患の維持療法や、どのようなタイミングで PSL 減量や増量、入院加療に切り替えるか、どのような時に CT 評価を追加するかなど shadowing、レクチャーを受けている。

- ③ 入院担当患者・救急外来患者共に、医師のスピードについていけないことが多いため、自発的に提案という形が取れないことが多い。すでにオーダーされた検査について、どのような鑑別を上げてのオーダーかを確認するなどの形になるケースが多い。輸液等についても同様で振り返るような形になることが多い。

◆詳細活動報告：〇

総合診療センターで活動している。病棟管理と外来での問診から初期初療を行わせてもらっている。実習開始から現在の内科まで臨床推論を行う機会が少なかったが、残り半年で学びを深めていきたいと思っている。内科の指導医たちは協力的で、相談にも乗っていただいている。発熱持続者の確認、MEWS（修正早期警戒スコア）で選択された患者の初期対応を行っている。

◆症例発表

<腹痛で来院された一症例>

総合内科では救急外来で行ったことも含めすべてアセスメントを見直すことが大切。

→problem list に DKA を考えているなら AG を評価する必要がある。

→低 Na の評価、K 上昇は腫瘍崩壊なども考慮する必要がある。

→腎機能障害は腎前性・腎性・腎後性、糖尿性腎症など原因を検討する。

→すべての問題を problem list にあげて検討する。

→鑑別に挙げたものはすべてきちんとアセスメントする。

胆嚢炎は common な疾患

→右季肋部・心窩部痛、胆石の既往、脂質含有の多い食事を摂取したなどの場合はエコーをあてて sonographic Murphy sign を確認する。胆嚢炎ではエコーで壁肥厚や脂肪織濃度の上昇などの特徴的な画像が得られることが多い、胆石やデブリスを確認する。

→レボフロキサシン+メトロニダゾール内服を行っている。

メトロニダゾールは嫌気性菌カバーのために内服している（1 剤ならモキシフロキサシン）セフトリアキソンは胆泥が多い人には検討が必要である。

患者さんに分かりやすい言葉で胆嚢炎を説明できるか。

→患者さんが知りたいこと、理解できる言葉で疾患を詳しく説明できるようになることが重要である。

急性胆管炎・胆嚢炎診断ガイドライン 2018 モバイルアプリを活用していく。

高齢者の胆嚢炎

→主訴は典型的じゃない、胸部痛を訴えることもあるためエコーを活用する。