

2021年4月 卒後藤谷塾録

開催日 2021年4月14日（水）7:00～8:00

場所：Teams 会議

◆活動報告

- ①所属部署
- ②活動内容（体言止め）
- ③困っていること、その他相談など

【4期生】…自立活動

A（病院：奈良県）

- ① 診療支援室 整形外科・四肢外傷センター
- ② 特定ケア看護師の配置が初めての診療科のため、特定行為内で実施可能なものや病棟管理の範囲を話し合いながら、術後患者を中心に治療経過や検査結果、症状に応じて介入。代行入力やカルテ記載を実施。
- ③ 特になし

B（病院+診療所：島根県）

- ① 診療局
- ② 診療所 経営、看護業務内容の整理
- ③ なれない診療所の業務（健診など）、診療所の看護師の役割について再考している。

C（病院：東京都）

- ① 看護部 一般病棟
- ② 特定行為を行いながら、整形外科の術前スクリーニング、せん妄スクリーニング、嚥下訓練、栄養管理などを行っている。低ナトリウム血症や意識障害などの患者さんの対応を担当医とともにやっている
- ③ もう一人のNDCが支援に行っているので、一人で3つ病棟の活動をするのが大変

D（病院：島根県）

- ① 包括ケア病棟
- ② 病棟業務を行いながらスタッフの相談にのり、医師との連携を図り勉強会を行っている。定期の胃瘻交換や病棟患者の動脈穿刺を行っている。
- ③ 特になし。

E（病院：神奈川県）

- ① 総合診療センター
- ② 入院患者管理、新患・再診外来、RRS/MEWS ラウンド

③ 特になし

F (病院：北海道)

① 看護部 救急外来

② 救急車対応 救急外来の管理・運用 入院患者管理 指示、処方、注射の代行入力、手術患者の入室、退出時同行。

③ 特になし

G (病院：群馬県)

① 回復期病棟

② 入院患者の急変対応 創傷管理 救急車対応(重症症例)

③ 特になし

H (病院：長崎県)

① 総合診療科

② 整形外科患者併診2名。外科患者併診1名。回復期病棟ラウンド

③ 代行入力なれない(検査・点滴・処方)戸惑い。

I (病院：神奈川県)

① 総合診療センター・麻酔科

② 月・火曜日はICUで回診。指示、処方、注射の代行入力。水・木・金曜日は麻酔科で入室から退室までの一通りの管理。術前、術後訪問。

③ 新しい業務の仕方にまだ慣れてない。

J (複合施設・診療所：滋賀県)

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、緊急往診、院内トリアージ、発熱外来診療補助、創傷処置、デブリ、腹部超音波検査

③ 特になし

K (病院：東京都)

① 整形外科

② 病棟当番

③ 日々の振り返りや相談ができない

L (病院：長崎県)

① 心臓血管外科所属

② 手術日は解剖やドレーン留置位置などを学ぶために一部見学、心臓血管外科術後患者の管

理病棟患者の回診・対応、患者指導

HCU 患者（診療科問わず）スタッフの相談・指導・実践、医師への報告・提案等

心外朝カンファレンス前に患者回診、カンファレンス、1日の予定を確認、医師と包交朝のカンファレンスや外来診察時にレクチャーを受けることもある

HCUでのスタッフ教育、患者のスケジュールをスタッフと共有（看護師、リハビリ、など）

代行入力はほとんど実施していない

1日/週は透析室で患者の除水管理やシャント穿刺を実施し、CKD 保存期の管理や透析患者の管理、糖尿病管理などについて学習を継続している（腎臓内科医師指導の下）

③ 自分から積極的な提案ができず受け身になっている。

術後管理に関しては医師の方針にまだ慣れておらず、積極的提案ができないことがある。

それ以外の業務や調整（心不全療養指導の基盤づくり、心臓リハビリテーションの連携など）の時間調整の余裕がない。

#### 【5期生】…臨床研修中

M（病院：神奈川県）

① 総合診療センター（循環器内科研修中）

② 入院患者管理（受け持ち患者2人又指導医の10人程度の受け持ちの把握）、指示、薬剤の代行入力。内科、眼科、皮膚科などの院内コンサルテーション、依頼文作成。心臓カテーテル検査及び冠動脈形成術の助手。

③ 特になし

N（病院：東京都）

① 整形外科・脳神経外科

② 入院患者管理、併診患者管理、手術見学、電子カルテや院内ルールの指導を受けた

③ 特になし

O（病院：東京都）

① 総合診療科

② 入院患者管理、指示・処方・検査・注射の代行入力、カルテ記載、COVID-19 擬似症のためセラピストが介入できない患者のリハビリテーション、医師が外来等で不在時の患者対応

③ 特になし

P（病院：東京都）

① 総合診療内科

② 入院患者管理、内科コンサルテーション患者管理(併診)、PICC チーム活動

③ 特になし

Q（病院：静岡県）

- ① 看護部 外科
- ② 入院患者管理、術前後の指示簿記載・術前後の補液や抗菌薬の代行入力・退院サマリーの記載・手術の第2助手
- ③ 特になし

R (病院：東京都)

- ① 外来・在宅診療部門
- ② 救急外来での診療補助と在宅診療同行と緊急コール対応(見習い)
- ③ 特になし

S (病院：神奈川県)

- ① 総合診療部
- ② 入院患者管理や EWS 回診でのスクリーニング
- ③ 特になし

#### ◆症例発表

質問

- ・入院前の食分量や活動量はどれくらいか→入院前は摂取できていた。活動量は少なめ
- ・体重変化の有無→不明
- ・6回食の理由→認知症が強く、分割食にして摂取量を増やしていた
- ・疼痛の有無、スケール使用の有無→術後からかなり経過していたため、疼痛はなかった。  
スケール使用なし
- ・検診歴→不明 わかる範囲での上部・下部内視鏡検査の受診歴なし
- ・検査値で Mg の測定の有無→Mg 測定なし
- ・貧血の鑑別→鉄パネルで評価した
- ・食事における K 摂取量は→食事からの K 摂取量は計算していない。食事自体が摂取できていなかったため低 K 血症はそれが原因と思った

指導 NP より

- ・フェロミアの開始量は、1 番少ない量を眼前に内服することが副作用の影響を受けにくい。約 1 か月内服して必ず評価すること。症例ではフェロミアを中止したが、フェロミアを継続しないといけない場合はインクレミンシロップという薬剤がある。また、どうしてもフェロミア内服が困難な場合は、フェジンの静脈注射も検討する（アレルギーに注意が必要）
- ・骨幹部骨折の際、約 500ml の出血がある。必ず貧血の有無に注意する

塾長より

- ・うつ傾向になりやすい薬剤（ $\beta$  遮断薬、Ca 拮抗薬）や、甲状腺疾患の有無を確認
- ・悪性疾患や嚥下機能低下は体力消耗が激しい

- ・難聴や視力異常の有無がないかも確認
- ・食欲不振に繋がる背景の情報収集が大事
- ・リフィーディング症候群も鑑別に挙げ、電解質異常のディスカッションができればもっと広がったかも
- ・皆で症例を掘り下げて、どんどん積極的なディスカッションができるように頑張ってください