

IV. 担当看護師の業務について

【入院時】

1. 「入院される方へ」のパンフレットを渡し、固定チーム担当看護師の説明を行う
2. 入院時の必要書類確認（入院診療計画書・栄養管理計画書、行動制限についての同意書）
 - (1) 入院診療計画書を患者に渡す（基本的には担当看護師が入院日に渡す、必ずNrコメントを入れる）
 - *入院診療計画書は、各項目に詳細を記入し、説明後患者の署名を頂く
 - 本人が署名困難な場合は、家族から頂く
 - （担当看護師以外の者が署名をする際には“代理記入者名〇〇”と記す）
 - 抑制に関する記載の有無確認し、なければ「必要時抑制をさせて頂く事があります」等記載
 - (2) アナムネを聴取 (3) 処置指示書・服薬システムの入力を担当医に依頼
 - (4) 身長と体重（前回比項目）、バイタルサインを測定、マルチチャートに入力
 - ☆体温計を渡す。入院時の血圧は両腕で測定する
 - (5) パッチテスト施行（脳神経外科は除外）
 - 基本 24 時間で判定 結果をマルチチャート・基礎情報に入力 上からテガダームは使用しない（ボピヨドン、ヘキザックアルコール、テープ 3 種：トランスア・エラストア・ロイホア）
 - ※マルチチャートには【〇年〇月〇日（判定結果）】の形で入力する
 - アレルギー情報について、Ns が情報を得た際、Dr にその旨を報告し、Dr によりアレルギーと判断された場合、Dr は詳細画面へ入力する
 - また、外来カルテ、入院カルテの表紙、ピンク用紙にもアレルギー内容を記載する
 - (6) 以下の患者に対して、48 時間以内に監視培養を実施する
 - （鼻腔・咽頭・痰（痰が出なければ前記 2 箇所でも OK））
 - ・術前患者（脳外のみ） ・転院時 ICU より転入時
 - ・定時の OP で 1 週間以上 ICU（1 もしくは 2）に滞在した場合
 - *その他 ICU 以外の転科・転棟の場合は感染係まで相談する
 - （免疫抑制剤・化学療法後・寝たきりなどの場合は必須）
3. 入院時に、電子カルテ内の看護アセスメントを行う
 - 1) 転倒・転落、内服薬管理、褥瘡の項目は入院時・転入時にアセスメントを行う
 - 褥瘡リスクを有する患者、褥瘡形成リスクが高い患者はマルチチャートのセット展開（A7 南→褥瘡ケアフローシート）の中の項目を使用する
 - アセスメントから看護計画を立案し、看護過程の展開に責任を持つ
 - 2) 必要に応じて退院支援アセスメント表・チェックリストを作成（新人は必須）
 - 退院支援が必要と思われる患者には入院早期から介入していく
4. 転院・転科（術後の ICU への転棟も含む）・退院（死亡時含む）サマリーを作成する
 - 1) 入院 7 日目で、中間サマリーを作成する
 - サマリー類の記載方法：未解決のみの問題を展開する
 - 2) 看護サマリーは、退院後 3 日以内作成し師長へカウンターサインを依頼する
 - ☆一年目の Nr はプリセプターに内容を確認してもらう
 - ☆ynaif、ミエログラフィーなどの一週間以内の短期入院（手術を除く）はサマリー不要
5. 当日受け持った患者が急変または新たな問題が生じた場合、担当看護師でなくとも、すみやかに看護計画を立案・修正をする