**Ⅲ　手順書例について**

**１　手順書：気管カニューレの交換**

〇指示期間：令和　年　月　日　～令和　年　月　日

〇患者氏名：　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　）

**（１）診療の補助の内容**

気管カニューレの交換（※カニューレのサイズや種類の変更時は対象外とする）

**（２）「気管カニューレの交換」の対象となる患者**

在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で、気管開窓術後、または、気管切開後、医師または他の看護師により気管カニューレの交換が１回以上行われ、瘻孔が完成した気管カニューレ挿入中の患者のうち、以下のいずれかに該当する場合、対象となる。

　　　□定期的な時期による交換の場合

　　　□何らかの原因でカニューレが抜けてしまい、交換が必要な場合

　　　□カニューレのカフなどの破損があり、交換が必要な場合

　　　□カニューレが乾燥した分泌物などで閉塞または狭窄し、交換が必要な場合

**（３）「気管カニューレの交換」を行う前に看護師が確認する患者の病状の範囲**

　　　以下の□の**全てに✓が入る**場合は気管カニューレの交換を行うことができる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | いつもと全身状態に変化がない | □ | 意識、バイタルサインに変化がない |
| □ | 気管孔や周囲から出血がない | □ | カニューレ交換時に障害となり得る不良肉芽がない |
| □ | 気管内に異物がない（目視・胸部レントゲン） | | |

　　※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

**（４）「気管カニューレの交換」を行った後に看護師が確認すべき事項**

　　　交換後、以下の□の**全てに✓が入る**ことを確認する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 意識状態に変化がない | □ | バイタルサインに変化がない |
| □ | SpO2に変化がない | □ | 分泌物量・出血量に変化がない |
| □ | 易出血状態でない | □ | 皮下気腫がない |
| □ | チアノーゼがない | □ | （人工呼吸器装着の場合）一回換気量、分時換気量の変化がない |

※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

※交換後、病状の悪化があり緊急に診療の必要性があれば、かかりつけ医の指示に基づき救急車で搬送する。

**（５）「気管カニューレの交換」を行った後の医師に対する報告の方法**

※医師の指示に基づき、実施後の報告のタイミング・方法（電話、メール、FAX等）について事前に決定しておく。

【自由記載欄】

上記の通り指示します。　　指示医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　（日中の連絡先：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急の連絡先：　　　　　　　）

手順書発行日：

特定行為実施者：　　　　　　　　　　　所属：

**２　手順書：胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換**

〇指示期間：令和　年　月　日　～令和　年　月　日

〇患者氏名：　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　）

**（１）診療の補助の内容**

胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換（※原則、ガイドワイヤー下での交換とする）

**（２）「胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換」の対象となる患者**

在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で、以下の全てに該当する場合、対象となる。

　　　□内部ストッパーがバルーン型である場合

　　　□創がろう孔化し、カテーテルの交換が困難でないことが確認されている場合

　　　□非X線透視化、非内視鏡下における初回の交換ではない場合

　　　□定期的な時期による交換またはカテーテルやボタンが抜けたり、破損したりした場合

**（３）「胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換」を行う前に看護師が確認する患者の病状の範囲**

　　　以下の□の**全てに✓が入る**場合は胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換を行うことができる。（※原則、ガイドワイヤー下での交換とする）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | いつもと全身状態に変化がない | □ | 意識、バイタルサインに変化がない |
| □ | 胃ろう孔や周囲から出血または  感染がない | □ | 過去のカテーテル交換において、  異常や交換の困難性がない |
| □ | 非X線透視化あるいは非内視鏡下初回の交換ではない | □ | 患者が抵抗的ではない |

　　　※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

**（４）「胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換」を行った後に看護師が確認すべき事項**

　　　交換後、以下の□の**全てに✓が入る**ことを確認する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 意識状態に変化がない | □ | バイタルサインに変化がない |
| □ | 交換後の腹痛がないか、あっても軽度である | □ | 胃内容物の逆流がある |
| □ | 胃ろう部からの持続的な出血が認められない | | |

※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し指示をもらう。

※交換後、病状の悪化があり緊急に診療の必要性があれば、かかりつけ医の指示に基づき救急車で搬送する。

**（５）「胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換」を行った後の医師に対する報告の方法**

※医師の指示に基づき、実施後の報告のタイミング・方法（電話、メール、FAX等）について事前に決定しておく。

【自由記載欄】

上記の通り指示します。　　指示医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　（日中の連絡先：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急の連絡先：　　　　　　　）

手順書発行日：

特定行為実施者：　　　　　　　　　　　所属：

**３　手順書：褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去**

〇指示期間：令和　年　月　日　～令和　年　月　日

〇患者氏名：　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　）

**（１）診療の補助の内容**

褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

**（２）「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」の対象となる患者**

在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で、以下の全てに該当する場合、対象となる。

　　　□関節、会陰部、顔以外の部位に発生した褥瘡の場合

　　　□骨が見えない褥瘡の場合

　　　□壊死組織に血流が認められない褥瘡の場合

　　　□感染兆候が認められない褥瘡の場合

　　　□褥瘡以外の急性疾患がない場合

　　　□褥瘡の状態（DESIGN-Rの評価）が関節腔、体腔に至っていない場合

□褥瘡のサイズが手の平サイズを超えるような範囲（体表面積の１％以上）ではない場合

**（３）「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」を行う前に看護師が**

**確認する患者の病状の範囲**

　　　以下の□の**全てに✓が入る**場合は褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去（壊死組織除去の前後に創部洗浄）を行うことができる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | いつもと全身状態に変化がない | □ | 意識、バイタルサインに変化がない |
| □ | 排膿がない、又は少ない | □ | 出血傾向がない |

　　※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

**（４）「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」を行っている最中及び行った後に看護師が確認すべき事項**

　　　除去後、以下の□の**全てに✓が入る**ことを確認する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 意識状態に変化がない | □ | バイタルサインに変化がない |
| □ | 全身状態に変化がない | □ | 持続する出血や疼痛がない |

※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し指示をもらう。

※除去後、病状の悪化があり緊急に診療の必要性があれば、かかりつけ医の指示に基づき救急車で搬送する。

**（５）「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」を行った後の医師に対する報告の方法**

※医師の指示に基づき、実施後の報告のタイミング・方法（電話、メール、FAX等）について事前に決定しておく。

※なお、除去部位の状態や除去部位以外の褥瘡がないかを報告することが考えられる。

【自由記載欄】

上記の通り指示します。　　指示医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　（日中の連絡先：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急の連絡先：　　　　　　　）

手順書発行日：

特定行為実施者：　　　　　　　　　　　所属：

**４　手順書：脱水症状に対する輸液による補正**

〇指示期間：令和　年　月　日　～令和　年　月　日

〇患者氏名：　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　　）

**（１）診療の補助の内容**

脱水症状に対する輸液による補正

**（２）「脱水症状に対する輸液による補正」の対象となる患者**

在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で、以下のいずれかまたは全てに該当する場合、対象となる。

　　　□自他覚症状や医学的所見、飲水量、排尿回数などから脱水が疑われる場合

　　　□脱水による輸液を繰り返しており、今後脱水を起こしうる可能性が高いと考えられる場合

**（３）「脱水症状に対する輸液による補正」を行う前に看護師が確認する患者の病状の範囲**

　　　以下の□の**全てに✓が入る**場合は脱水症状に対する輸液による補正を行うことができる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 意識状態に変化がない | □ | 軽度の頻脈以外にバイタルサインに変化がない |
| □ | 心不全徴候がない（SPO２に変化がない） | □ | 顔面、下肢などに浮腫が悪化していない |
| □ | 基礎疾患に重症の心不全や腎不全が認められない | □ | 病歴や身体診察から脱水の原因が急性疾患、医原性によるものではない |

　　　※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

**（４）「脱水症状に対する輸液による補正」を行っている最中及び行った後に看護師が確認すべき事項**

　　　実施後、以下の□の**全てに✓が入る**ことを確認する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 意識状態に変化がない | □ | バイタルサインに変化がない |
| □ | 補液による体液過剰と思われる自他覚所見（呼吸苦、喘鳴など）がない | | |
| □ | 刺入部の状態（カテーテルの固定状態、刺入部付近の疼痛や腫脹）に問題がない | | |

※上記□の全てに✓が入らない場合は担当医師に直接連絡し指示をもらう。

※実施後、病状の悪化があり緊急に診療の必要性があれば、かかりつけ医の指示に基づき救急車で搬送する。

**（５）「脱水症状に対する輸液による補正」を行った後の医師に対する報告の方法**

※医師の指示に基づき、実施後の報告のタイミング・方法（電話、メール、FAX等）について事前に決定しておく。

【自由記載欄】

上記の通り指示します。　　指示医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　（日中の連絡先：　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（緊急の連絡先：　　　　　　　）

手順書発行日：

特定行為実施者：　　　　　　　　　　　所属：