［別紙１］

記入例

〇医療的ケアの内容（経管栄養）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 滴下での経管栄養、シリンジでの経管栄養 | | | |
| 注入箇所 | ■経鼻胃管　□胃ろう　□腸ろう　□その他（　　　　　　　　　） | | | |
| サイズ　　７Fr | | 挿入の長さ　　40　　㎝ | |
| 注入内容 | 時間帯 | 内容と量 | | （注入速度を踏まえた）  注入時間 |
| 12：00 | エネーボ150ml + 白湯 50ml | | 20分～30分 |
| 14：00 | ソリタT3 顆粒 100ml | | 10分～15分 |
|  |  | | 分～　　　分 |
|  |  | | 分～　　　分 |
| 注入後 |  | 白湯（10ml） | | 2分～5分 |
| 胃残量の確認 | ■栄養   |  |  | | --- | --- | | 胃内容物の量 | 指示事項 | | （10）ml以上（100）ml未満 | 前吸引を戻して、（注入量－前吸引量）を注入 | | （100）ml以上 | 前吸引を戻して、経管栄養は中止 | | 胃残色に異常がある時 | 全身状態を確認し、保護者へ連絡 |   ■水分   |  |  | | --- | --- | | 胃内容物の量 | 指示事項 | | （10）ml以上（50）ml未満 | 前吸引を戻して、（注入量－前吸引量）を注入 | | （50）ml以上 | 前吸引を戻して、経管栄養は中止 | | 胃残色に異常がある時 | 全身状態を確認し、保護者へ連絡 | | | | |
| 留意点 | 注入中は、カテーテルが抜けないよう特に注意する。 | | | |
| 緊急時の対応 | ＜事故抜去時の対応＞  呼吸状態など誤嚥の有無を確認し、問題がなければ看護師による再挿入可。  誤嚥が疑われる場合は、保護者に連絡し、医療機関受診を行う。 | | | |

［別紙２］

〇医療的ケアの内容（喀痰吸引）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 口腔・鼻内の喀痰吸引  期間カニューレ内の喀痰吸引 | | |
| カテーテルサイズ　　８Fr | | 吸引圧（20kPa・　　　mmHg）以下 |
| 実施箇所 | 実施箇所 | 挿入の長さ（ｃｍ） | |
| ☑　口腔 | 口から10cm | |
| ☑　鼻腔 | 鼻から13cm | |
| □　鼻腔咽頭エアウェイ |  | |
| ☑　気管カニューレ | カニューレ入り口から10cm | |
| 留意点  ※特に、吸引の頻度やタイミング（例.SpO2値等）についてコメント願います。 | 口腔内の喀痰吸引では、嘔吐が誘発されやすいので、吸引は短時間で行う。  頻度は●回/日。SpO2値●％以下の場合、直ちに実施する。 | | |
| 緊急時の対応 | 口腔・鼻腔内の喀痰吸引で出血した場合には、少量であれば経過観察。  出血が止まらない場合には、保護者に連絡し、医療機関を受診。  器官カニューレから出血した場合には、呼吸状態を確認する。呼吸状態が悪ければ、保護者に連絡し、医療機関を受診。 | | |

［別紙３］

〇医療的ケアの内容（気管切開部の管理）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施内容  ※交換頻度についてコメント願います。 | 気管切開部の管理  ※人工鼻は〇回/日、ガーゼ交換は〇回/日実施する。 | |
| カニューレの種類　GBカフなし | サイズ（内径）6.0mm |
| ☑人工鼻の交換　　　　　☑ガーゼ交換　　　　☑固定ひも（の確認）  □スピーチバルブの使用 | |
| 留意点 | 気管孔周囲に肉芽あり、出欠に要注意 | |
| 緊急時の対応 | ＜事故抜去時＞   * 気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・１時間以内）に、   　　 生命が危険となるおそれあり。   * 気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・１時間以内）に、   　　 再挿入が困難となるおそれあり。  ＜抜去後の具体的な対応＞  気管カニューレ抜去時には呼吸困難による生命の危険があるため、看護師 により再挿入を行う。困難の場合には、気管切開孔から呼吸補助を行い、救急車を要請する。 | |
| ＜緊急搬送の判断基準＞  気管カニューレ抜去後、再挿入困難の場合。  肉芽からの出血が多量に気管内へ入り込む場合。 | |

［別紙４］

〇医療的ケアの内容（吸入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 液薬の吸入 | | | | |
| 吸入内容 | ■定時 | 時間 | 薬剤名 | | 流量 |
| 13：00 | メプチン  インタール | | 0.3ml  2.0ml |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ■随時 | 吸入が必要な体調 | | 喘鳴が強い時 | |
| 留意点 | 随時の吸入は、30分以上間隔を開け、２回/日まで | | | | |
| 緊急時の対応 | 喘鳴が強い時、吸入を行っても呼吸困難が強い場合には、保護者に連絡し、医療機関を受診する。 | | | | |

［別紙５］

〇医療的ケアの内容（酸素療法）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 酸素療法 | | |
| 方法 | ☑経鼻カニューレ　　 　□酸素マスク　 　　□気管カニューレ  □人工呼吸器　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 実施時間 | ☑常時 | 流量　　　　0.5　リットル／分 | |
| ☑随時 | 流量　　　　0.5　リットル／分で開始 | |
| 酸素吸入が  必要な体調 | 呼吸困難感を訴え、SpO2値が 90 ％以下の場合 |
| 停止する目安 | 呼吸困難感がなくなった時 |
| 酸素増量の  指示 | 1. SpO2値（90％）以下の場合、流量（1リットル／分）に増量 2. SpO2値が改善されない状態が（〇〇）分継続した場合、   流量（〇〇リットル／分）ずつ増量   1. 最大酸素流量（●●リットル／分）まで増量可能 | | |
| 留意点 | 流量を増しても、 SpO2値が改善されない場合には、保護者に連絡し、医療機関を受診する。 | | |
| 緊急時の対応 | 呼吸困難が強く、意識障害がある場合には、補助を行い、救急車を要請する。 | | |

［別紙６］

〇医療的ケアの内容（血糖測定・インスリン注射）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施内容 | ・血糖測定  定時及び低血糖が疑われるときに行う。  ・インスリ皮下注射  昼食直前にヒューマログを○単位皮下注射する。 | |
| 血糖測定  ・  インスリン  注射 | 時間帯 | 血糖値と対応（補食・インスリン注射（※投与量含む）） |
| 10：30 | 70mg/dl以下の場合、補食を摂らせ、15 分後に血糖値を再検する。再検してもまだ血糖値が以下の場合は、再度補食を摂らせた上で保護者に連絡し、病院受診を勧める。 |
| 12：00（昼食前） | 原則として、食事直前にインスリンの皮下注射を行う。  食前の血糖値が 70 mg/dl以下の場合は、急いで昼食を摂らせ、通常量摂取できれば食後に指示量のインスリを皮下注射する。 |
|  |  |
| 随時測定 | 目安となる体調 | 冷や汗をかいてる、ぐったりし元気がない、顔色が悪いなど、低血糖が疑われる時 |
| 血糖値と対応 | 70mg/dl以下の場合、補食を摂らせ15分後に再検する。再検しても血糖値が80mg/dl以下の場合は、再度補食を摂らせた上で保護者に連絡し、受診を勧奨する。 |
| 留意点 | 低血糖で意識がない場合は、ブドウを口の中にぬりつけるようにするが、誤嚥の可能性あるので注意する。 | |
| 緊急時の対応 | 低血糖時に補食ができない、または捕食を行っても血糖値の上昇がみられない場合や症状が改善しない時には、保護者に連絡し、医療機関を受診する。  けいれん、意識障害などの場合には、救急車で医療機関受診を優先する。 | |

［別紙７］

〇医療的ケアの内容（人工呼吸器）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 人工呼吸の管理 | | |
| 呼吸器 | 機種 | トリロジー200 plus | |
| 設定 | SIMV （詳細設定は別添） | |
| 自発呼吸 | ☑有　　　□無  人工呼吸器を外していられる時間（　　30　分程度） | | |
| 装着する  時間帯 | □常時 | | ＜人工呼吸器の脱着＞  ☑可　　□不可　　□更衣や移乗（　　　　　　）のみ可 |
| □定時 | | ＜装着する時間＞  12：00～14：00の２時間程度 |
| □体調不良時 | | ＜装着が必要な体調＞　SpO2値　〇％以下で〇分継続 |
| □その他 | |  |
| 留意点  ※喀痰吸引のタイミング等に関しては、［別紙２］でコメント願います。 | 気管カニューレ接続部に手が行くこと多く、外れやすいので要注意 | | |
| 緊急時の対応 | ＜SpO２低下、呼吸困難、機器の故障等の対応＞  気管カニューレ部より、アンビューバッグによる呼吸補助を行い，救急車を要請する。  ＜緊急搬送の判断基準＞  酸素 1Lに増量しても、SpO2値が上昇しない場合又は気管カニューレの閉塞等により、呼吸困難になった場合 | | |
| * 搬送先　：〇〇病院 * 担当医　：□□科　△△医師 * ＴＥＬ　：090-1111-2222 | | |

［別紙８］

〇医療的ケアの内容（　導尿　）

|  |  |
| --- | --- |
| 実施内容 | カテーテルによる導尿 |
| カテーテルの種類（サフィードネラトンカテーテル）　サイズ（8）Ｆｒ  尿道に挿入する長さ　（　5　）ｃｍ  用手圧迫　（　可　・　不可　） |
| 実施時間　（　11：30　）（　15：00　）（　　：　　）（　　：　　）  　　　　　（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　） |
| 留意点  ※特に、注意を要する尿の性状変化や混濁が持続する場合の対応についてコメント願います。 | まだ、本人による自己導尿はできません。  不安・緊張により挿入困難となる場合があります。その場合は、少し休憩してから再度導尿ください。  尿量は必ず測定してください。  尿混濁がある場合、特に症状なければ性状を記録しておくだけで大丈夫です。 |
| 緊急時の対応 | 多量の血尿の場合又は導尿後に痛みを強く訴える場合は、保護者へ連絡し、必要があれば医療機関を受診してください。 |