第３号様式（別紙）

年　　月　　日

新宿区子ども家庭部
保育課長　あて

医療的ケア実施内容についての指示書

医療的ケア利用児氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□(1)経管栄養

・種類

□鼻腔留置チューブ　サイズ（＿＿＿）Fr.　挿入の長さ（＿＿＿）cm
□胃チューブ　サイズ（＿＿＿）Fr.　挿入の長さ（＿＿＿）cm
□十二指腸チューブ　サイズ（＿＿＿）Fr.　挿入の長さ（＿＿＿）cm
□胃ろう
□腸ろう

□栄養剤注入
実施時間（＿＿＿：＿＿＿）（＿＿＿：＿＿＿）
内　容（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　１回量（＿＿＿）ml　注入時間（＿＿＿）分程度
□胃残量が（＿＿＿）ml 未満のときはそのまま予定量を注入する
□胃残量が（＿＿＿）ml 以上（＿＿＿）ml 未満のときは（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□胃残量が（＿＿＿）ml 以上のときは（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応〔　　〕

□水分注入
実施時間（＿＿＿：＿＿＿）（＿＿＿：＿＿＿）
内　容（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　１回量（＿＿＿）ml　注入時間（＿＿＿）分程度
□胃残量が（＿＿＿）ml 未満のときはそのまま予定量を注入する
□胃残量が（＿＿＿）ml 以上（＿＿＿）ml 未満のときは（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□胃残量が（＿＿＿）ml 以上のときは（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応〔　　〕

□薬剤注入　実施時間（＿＿＿：＿＿＿）　注意点など〔　　〕

□胃からの脱気
脱気タイミング□注入前　□注入中　□注入後　□その他（＿＿＿：＿＿＿）（＿＿＿：＿＿＿）
注意点など〔　　〕

□(2)胃ろう・腸ろう部の衛生管理

① ボタン・チューブの種類（＿＿＿＿＿）　サイズ（＿＿＿）Fr.　（＿＿＿）cm 挿入
バルンの水の量（＿＿＿）ml　Yガーゼ　□有　□無
② ボタン・チューブの種類（＿＿＿＿＿）　サイズ（＿＿＿）Fr.　（＿＿＿）cm 挿入
バルンの水の量（　　）ml　Yガーゼ　□有　□無
チューブ抜去時の対応など〔　　〕

□(3)喀痰吸引

□鼻、口からの吸引
吸引カテーテルのサイズ（＿＿＿）Fr.　吸引圧　－（＿＿＿）kPa程度まで
看護師実施の場合　鼻からの挿入長さ（＿＿＿）cm　口からの挿入長さ（＿＿＿）cm
保育者実施の場合　鼻からの挿入長さ（＿＿＿）cm　口からの挿入長さ（＿＿＿）cm
注意点など〔　　〕

※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（＿＿＿）Fr.　吸引圧　－（＿＿＿）kPa
部位（□鼻　□口）　挿入の長さ（＿＿＿）cm　注意点など〔＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〕

□気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）
吸引カテーテルのサイズ（＿＿＿）Fr.
看護師実施の場合　カニューレ入り口からの挿入の長さ（＿＿＿）cm
保育者実施の場合　カニューレ入り口からの挿入の長さ（＿＿＿）cm
吸引圧　カニューレ内　－（＿＿＿）kPa程度まで　カニューレ先端より奥　－（＿＿＿）kPa程度まで
注意点など〔　　〕

□経鼻エアウェイからの吸引
吸引カテーテルのサイズ（＿＿＿）Fr.
吸引圧　－（＿＿＿）kPa程度まで　エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ（＿＿＿）cm
注意点など〔　　〕

□(4)気管切開部の衛生管理

□単純気管切開　□咽頭気管分離　□その他　（　　）
□肉芽について　□有　□無
□内視鏡検査　□有　□無（所見　　最終検査　　年　　月）
□CT検査　□有　□無（所見　　最終検査　　年　　月）
□カニューレの種類　（　　）　内径（　　）mm　入口から先端までの長さ（　　）cm
カニューレの抜去時や気管切開部・気管内出血への対応など
〔　　〕

□(5)経鼻エアウェイ

□挿入・抜去　挿入の長さ（　　）cm　エアウェイの種類（　　）　内径（　　）mm
注意点など〔　　〕
□管理　注意点など〔　　〕

□(6)酸素管理

経路　□気管切開部　□鼻カニューレ　□マスク
酸素流量（　　）L/分　SPO_2（　　）%以下の場合（　　）L/分
SPO_2（　　）%以下の場合（　　）L/分
注意点など〔　　〕

□(7)人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等

自発呼吸（□有　□無）　普段の装着時間　□24時間　□定時（　　：　　）～（　　：　　）

使用機種		呼気圧	cmH_2O
換気様式	□従量式　□従圧式	PEEP	cmH_2O
呼吸モード	□CPAP　□IMV　□SIMV　□ASSIST □BiPAP（□Sモード・□S/Tモード・□Tモード）　□その他（　　）		
トリガー感度	cmH_2O・（　　）	最高気道内圧	cmH_2O
O_2流量・FiO_2	L/分・　%	最低気道内圧	cmH_2O
吸気流量	L/分	最大分時換気量	L/分
吸気時間	秒	最小分時換気量	L/分
吸気呼気比	:	吸気圧低下ｱﾗｰﾑ	cmH_2O
呼吸回数	回/分	酸素併用	有（　　L/分）　無
吸気圧	cmH_2O・hPa	加温・加湿器	有（　　℃）（　　ﾀﾞｲｱﾙ）　無
1回換気量	L		オート機能　有　無

本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法
〔　　〕

※人工呼吸器の管理を園で行う場合、「人工呼吸器の管理　医療的ケア指示書」を記載してください。

□(8)導尿

実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）
カテーテルの種類（　　）　サイズ（　　）Fr.　尿道に挿入する長さ（　　）cm
用手圧迫（□可　□不可）－　その場合の圧迫の強さの程度　□強　□中　□弱
注意点など〔　　〕

□(9)血糖値測定等

測定時間（　　：　　）（　　：　　）
対処方法　詳細は「医療的ケア「血糖値測定及びその後の処置」に関する指示書」のとおり

□(10)定時の薬液吸入

実施時間（　　：　　）（　　：　　）
吸入薬内容／量（　　）を（　　）ml　（　　）を（　　）ml
注意点など〔　　〕

□緊急時の医療機関受け入れ先（　　）

年　　月　　日

人工呼吸器の管理 医療的ケア指示書

医療的ケア利用児氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 人工呼吸器装着の原因となっている病態

〔　　〕

☐ 日常的に離脱している時間の最長

〔　　〕

☐ 気管カニューレに関して

カフ：☐ 無　☐ 有　　カフエアー：〔　　〕cc

☐ 気管カニューレからの吸引（または気管内吸引） は、「医療的ケア実施内容についての指示書」のとおりとする。

【人工呼吸器に関して】

● マスク型の場合マスクの種類

〔　　〕

- 補助的に使用している設定　〔設定の目安：　　〕

☐ 呼吸補助装置　〔　　〕 使用

【回路に関して】

☐ パッシブ回路　☐ アクティブ回路

【加湿器に関して】（「医療的ケア実施内容についての指示書」にて使用☑ チェックありの場合）

☐ 常時加湿器使用　☐ 登園後加湿器回路への変更　☐ 降園時外出用回路への変更

【緊急時対応】

● 人工呼吸器のアラームが鳴った場合の対応

☐ バイタルサイン（ SpO_2、脈、顔色） が安定していたらしばらく経過観察する
☐ バイタルサイン（ SpO_2、脈、顔色） の変調時には以下を原則として対応する
☐ 気管カニューレ事故抜去時には〔 ☐ 速やかに ☐（　　）以内に〕 看護師が再挿入を試みる
☐ 再挿入できない場合には直ちに保護者に連絡をとるとともに、救急搬送を要請する
☐ 気管カニューレ抜去がなくても、児童のバイタルサイン（ SpO_2、脈、顔色） が回復しない場合
　☐ アンビューバッグで　（　　）回／分、バギングをして保護者の到着を待つ
　　注意点：〔　　〕
　☐ 気管カニューレを抜き、再挿入をし、保護者の到着を待つ
　☐ バギングをせずに、保護者に連絡し、ただちに救急搬送を要請する

● 起こりやすいトラブル及びトラブルの既往

〔　　〕

● その際の対応　〔　　〕

● 園において看護師が対応するにあたっての注意事項

〔　　〕

年　　月　　日

医療的ケア「血糖値測定及びその後の処置（ペン型簡易注射器）」に関する指示書

利　用　児　氏　名			
血液感染症検査の結果 年　　月　　日	HBs抗原　（　　） HCV抗体　（　　）	HBs抗原　（　　） HIV抗体　（　　）	HBe抗原　（　　） ※ HBs 抗原陽性の場合検査を実施する
インスリン投与の方法	ペン型簡易注射器		

使用機器等	インスリンにかかわる機器名	
	血糖値測定器名・穿刺器具名	
	インスリン名	基礎インスリン　（　　）　ボーラスインスリン　（　　）

「血糖値測定及びその後の処置」について、下のとおり指示する。

1　定時の血糖値測定について

（1）　測定時間

測定時間	①	②	③
	④	⑤	⑥

（2）　測定後の処置

※対応別に血糖値を三段階に分ける
「危 険 値」医療機関への搬送等、緊急対応が必要な血糖値
「要対応値」緊急時の対応・特別な対応が必要な血糖値
「標 準 値」平時の血糖値

①　〔　　〕の対応

	対応方法	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備考
高	**危 険 値**			
▽	要対応値			
	標 準 値			
	要対応値			
低	要対応値			
	危 険 値			

②　〔　　〕の対応

	対応方法	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備考
高	**危 険 値**			
▽	要対応値			
	標 準 値			
	要対応値			
低	要対応値			
	危 険 値			

③　〔　　〕の対応

	対応方法	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備考
高	**危 険 値**			
▽	要対応値			
	標 準 値			
	要対応値			
低	要対応値			
	危 険 値			

２ 条件による測定について

血糖値測定が 必要となる 条件	

（現在のインスリン治療について）

３ 緊急時の対応について

４ その他（特記事項等）

年　　月　　日

医療的ケア「血糖値測定及びその後の処置（インスリンポンプ）」に関する指示書

利　用　児　氏　名			
血液感染症検査の結果 年　　月　　日	HBs 抗原　（　　）	HBs 抗体　（　　）	HBe 抗原　（　　）　HBs 抗原陽性の場合検査を実施する
	HIV 抗体　（　　）	HCV 抗体　（　　）	
インスリン投与の方法	インスリンポンプ		

使用機器等	インスリンにかかわる機器名	
	血糖値測定器名・穿刺器具名	
	イ　ン　ス　リ　ン　名	

「血糖値測定及びその後の処置」について、下のとおり指示する。

1　定時の血糖値測定について

（1）　測定時間

測定時間 （ボーラスを実施する回は○で囲む）	①	②	③
	④	⑤	⑥

（2）　ボーラスの設定

ボーラスの設定	【最大ボーラス：　　】

（3）　測定後の処置

※対応別に血糖値を三段階に分ける
「危 険 値」医療機関への搬送等、緊急対応が必要な血糖値
「要対応値」緊急時の対応・特別な対応が必要な血糖値
「標 準 値」平時の血糖値

ア　〔　　〕　のときの対応（①～⑥を記入）

	対応方法	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備考
高	**危 険 値**			
▽	要対応値			
	標 準 値			
	要対応値			
低	要対応値			
	危 険 値			

イ　〔　　〕　のときの対応（①～⑥を記入）

	対応方法	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備考
高	**危 険 値**			
▽	要対応値			
	標 準 値			
	要対応値			
低	要対応値			
	危 険 値			

２ 条件による測定について

血糖値測定が必要となる条件	

（現在のインスリン治療について）

３ 緊急時の対応について

４ その他（特記事項等）