

手順書：胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換

指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

| | |
|---|-------|
| ●患者名 | ●生年月日 |
| ●当該手順書に関する特定行為の対象となる患者 | |
| 在宅で訪問看護を受けている患者で以下の1～5のいずれかの場合 1. 内部ストッパーがバルーン型である 2. 創がろう孔化し、カテーテル交換が困難ではないことが確認されている 3. 在宅における初回の交換ではない 4. 何らかの原因でカテーテルやボタンが抜けたり破損した場合 5. 定期的な時期による交換 | |
| ●看護師に診療の補助を行わせる患者の病状と範囲 | |
| <input type="checkbox"/> バイタルサイン、全身状態、病状が平常時と変化がない <input type="checkbox"/> 出血傾向がない <input type="checkbox"/> カテーテル挿入部に感染がない <input type="checkbox"/> カテーテルの可動性が良好で埋没傾向がない <input type="checkbox"/> その他 () | |

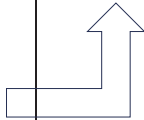
※病状の範囲外
担当医師に直接連絡し、指示をもらう



※病状の範囲内
胃ろうカテーテル（バルーン型）または胃ろうボタン（バルーン型）の交換を行う

| |
|--|
| ●特定行為を行う時に確認すべき事項 |
| <input type="checkbox"/> 意識状態、バイタルサインに異常がないこと <input type="checkbox"/> 出血傾向がないこと <input type="checkbox"/> カテーテル挿入創の感染がないこと <input type="checkbox"/> 交換後の腹痛がないか、あっても軽度であること <input type="checkbox"/> 胃内容物の逆流が確認できること <input type="checkbox"/> 交換後のカテーテルやボタンの可動性が良好であること <input type="checkbox"/> 胃ろう部からの持続的な出血が認められないこと <input type="checkbox"/> その他 () |
| ●医療安全を確保するために医師や歯科医師との連携が必要となった場合の連絡体制 |
| ・担当医師 () ①日中の連絡先 ②休日及び夜間の連絡先 |
| ●特定行為を行った後の医師や歯科医師に対する報告の方法 |
| ①当日 (電話・メール・医療・介護情報共有システム・FAX) ②後日 (連携ノート・メール・医療・介護情報共有システム・FAX 事務員への報告) |

当てはまらない項目が、1つでもある場合は、担当医師に直接連絡し、指示をもらう。



上記の通り指示します

指示医療機関名
担当医師名