

手順書：気管カニューレの交換

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. 何らかの原因でカニューレが抜けてしまった場合 2. カニューレのカフなどの破損があり、交換が必要な場合 3. 在宅における初回の交換ではない 4. カニューレが乾燥した分泌物などで閉塞した場合 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"/> 気管孔や周囲から出血がない <input type="checkbox"/> 分泌物が血性ではない <input type="checkbox"/> 皮下気腫がない <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
気管カニューレの交換

●特定行為を行う時に確認すべき事項
<input type="checkbox"/> 意識状態、バイタルサインの変化 <input type="checkbox"/> 分泌物量・出血量の変化 <input type="checkbox"/> 不良肉芽がない <input type="checkbox"/> 皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/> 気管孔もしくは不良肉芽から持続的な出血がない <input type="checkbox"/> （人工呼吸器装着の場合）一回換気量、分時換気量の変化 <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
医師氏名