

令和 5 年度 補正予算
地域標準手順書普及等事業

令和 7 年 3 月
富山市医師会

手順書：気管カニューレの交換 (ver.1)

対象者氏名 _____

指示期間： 2025年2月21日 ～ 2025年8月20日

事業所名：

特定行為に係る看護師：

【必要物品】（指示医療機関から払い出します）

☐ 気管カニューレ

商品名・サイズ：

☐

【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または施設入所者で、気管開窓術後、または、気管切開術後、医師または他の看護師により気管カニューレ交換が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、以下に該当する場合。

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. カニューレが乾燥した分泌物などで閉塞した場合
4. 定期的な時期による交換

【看護師に診察の補助を行わせる患者の病状の範囲】

☐ いつもと全身状態に変化がない

☐ 意識、バイタルサインや呼吸状態に変化ない

☐ 気管孔や周囲から出血がない

☐ SpO2が（95・93・90）%以上

病状の範囲内

安定・緊急性なし

【診察補助の内容】気管カニューレの交換

☐ カフ圧（ ）

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

☐ 意識状態の変化

☐ バイタルサイン・呼吸状態の変化

☐ 不良肉芽がない

☐ 分泌物量・出血量の変化

☐ 易出血状態でない

☐ 皮下気腫の有無

☐ その他（ ）

☐ （人工呼吸器）一回換気量・分時換気量の変化

【医療の安全を確保するために担当医師へ連絡が必要となった場合】

☐ 連絡先（ ）

☐ その他（ ）

【特定行為後の担当医師への報告の方法】

☐ 担当医師に電話で直接連絡

☐ バイタルリンクで報告

☐ 看護記録・報告書への記載

病状の範囲外

不安定・緊急性あり

ひとつでも
該当しない
場合は担当
医師へ連絡

指示日： 2025年2月21日

医療機関名：

医師氏名：

手順書：脱水症状に対する輸液による補正 (ver.1)

対象者氏名 _____

指示期間： 2025年2月21日 ～ 2025年8月20日

事業所名：

特定行為に係る看護師：

【必要物品】（指示医療機関から払い出します）

☐ 輸液

☐

【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または施設入所者で

● 自他覚症状や飲水量や排尿回数などから脱水が疑われる場合

または

● 脱水による補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患者

【看護師に診察の補助を行わせる患者の病状の範囲】

☐ 意識状態の変化なし

☐ 軽度の頻脈以外にバイタルサインに異常がない

☐ SpO2が（95・93・90）%以上

病歴や身体診察から、脱水の原因が感染症など急性疾患によるものと考えられる場合は、担当医師に直接連絡

病状の範囲内

安定・緊急性なし

【診察補助の内容】脱水症状に対する輸液による補正

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

☐ 輸液による溢水と思われる自他覚所見が出現していない
（呼吸困難、喘鳴、浮腫など）

☐ 意識状態、バイタルサインに問題がない

【医療の安全を確保するために担当医師へ連絡が必要となった場合】

☐ 連絡先（ ）

☐ その他（ ）

【特定行為後の担当医師への報告の方法】

☐ 担当医師に電話で直接連絡

☐ バイタルリンクで報告

☐ 看護記録・報告書への記載

病状の範囲外

不安定・緊急性あり

ひとつでも
該当しない
場合は担当
医師へ連絡

指示日： 2025年2月21日

医療機関名：

医師氏名：