

【参考様式一覧】

(様式1) 基本情報・アセスメントシート

(様式2) 医療的ケア指示書

- ・人工呼吸器の管理（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）
 - ・気管切開の管理
 - ・鼻咽頭エアウェイの管理
 - ・酸素療法
 - ・吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）
 - ・ネブライザーの管理
 - ・経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻）
 - ・中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）
 - ・皮下注射
 - ・血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）
 - ・導尿
 - ・排便管理
 - ・痙攣時の座薬挿入等
- (参考資料) けいれん、意識混濁時のフローチャート（一般社団法人 日本小児神経学会 医療安全委員会 掲載）
- ・（参考）【縮小版】ある施設で使用されている様式の一般化バージョン

監修：埼玉医科大学総合医療センター小児科 埼玉県小児在宅医療支援研究会

(様式3) 介護職員等喀痰吸引等指示書

(様式4) 医療的ケア実施手順書・医療的ケアマニュアル

(様式5) 医療的ケア実施同意書

(様式6) 緊急時における気管カニューレ・エアウェイの再挿入に係る申請書及び同意書

(様式7) 医療的ケア実施記録カード

(様式8) ヒヤリハット記録表・報告書

(様式9) 緊急時対応シート（保護者同意）& 救急搬送に係る情報提供書（消防署届け出用）

医療的ケア児者・重症心身障害児者 基本情報・アセスメントシート

作成日		所属機関名		作成担当者	
-----	--	-------	--	-------	--

1. 本人の状況

氏名		生年月日		年齢		性別	
住所							
障害または疾患名							
現病歴							
既往歴							
障害支援区分		障害者手帳	知的		身体		
管理病院				主治医			
家族構成							
	続柄	氏名	年齢	同居 別居	連絡先（電話）	連絡先（メール）	

2. 医療の状況

①必要な医療ケア 該当するケアに○を記入

気管切開	
吸引	
吸入	
経鼻経管栄養	
胃ろう	
腸ろう	
導尿	
酸素療法	

人工呼吸器	
てんかん	
血糖管理	
ストーマ	
排便管理	
褥瘡	
その他	

②医療サービス ○もしくは機関名を記入

訪問診療	
訪問看護	
リハビリ	通所
	訪問
MCS	
二次救急受入先	
レスパイト入院	
その他	

医療的ケア・医療サービスに関すること（補足）

--	--

3. 福祉・保育・教育・保健の状況

○もしくは機関名を記入

幼稚園・保育園		相談支援		保健所	
小・中学校		居宅介護		保健センター	
特別支援学校		重度訪問介護		その他	
児童発達支援		短期入所			
放課後等デイ		日中一時支援			
生活介護		訪問入浴			
日中活動先なし		生活サポート			

4. 希望・ニーズ

本人のニーズ	
家族のニーズ	
理想とする生活	

5. 課題

本人・家族の困りごと	
支援する上での課題	

6. 生活内容

	生活の様子（現在のケア）※保護者記入欄	事業所記入欄
食事	好きなもの・嫌いなもの、摂取方法・介助方法...etc	
歯・口腔		
排泄	排尿：（ ）回/日、排便：（ ）回/日 ...etc	
睡眠	睡眠リズム...etc	
清潔		
遊び	好きなこと・嫌いなこと	
コミュニケーション・表出方法		
身体（拘縮、側弯、脱臼など）	日常的な姿勢（好きな/嫌いな体位含む）、福祉装具、移動手段...etc	
運動		
てんかん		
その他（気になること含む）		

7. その他

アレルギー・禁忌事項、留意事項...etc

令和 年 月 日

(あて先)

（事業所名） 管理者

医療機関名 _____
医 師 名 _____

医療的ケア実施指示書

下記の者の障害福祉サービス事業所等における医療的ケア実施に係る指示は以下のとおりです。

記

1 利用者名 _____

2 主たる疾患（障害）名 _____

3 実施する医療的ケア(該当する内容に☑及び○を御記入ください)

- ☐ 人工呼吸器の管理
(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。)
- ☐ 気管切開の管理
- ☐ 鼻咽頭エアウェイの管理
- ☐ 酸素療法
- ☐ 吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。)
- ☐ ネブライザーの管理
- ☐ 経管栄養（経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻）
- ☐ 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）
- ☐ 皮下注射
- ☐ 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む）
- ☐ 継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）
- ☐ 導尿
- ☐ 排便管理
- ☐ 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

*詳細については、様式1－2に記入をお願いします。

4 緊急時の対応について

- ☐ 当院へ搬送
- ☐ 救急車で近くの病院へ搬送
- ☐ その他()

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

利用者名 ()

① 自発呼吸 (あり ・ なし)

↑メーカー名と製品名など記載

④ 換氣回数 () 回/分

④ 呼吸器離脱の可否 (可 ・ 否)
離脱可能時間 ()

⑥ その他

• 搬送先

⑧ 緊急時の対応について (SpO2 低下、呼吸困難、機器の故障等)

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【気管切開の管理に関する事項】

①気管カニューレ： _____

↑ 機器メーカー・製品名など記載

- ・カフ（ 有 / 無 ）
- ・カフエアー（ ） ml
- ・気管カニューレのサイズ 内径（ ） ml
- ・気管カニューレの長さ（ ） c m
- ・ガーゼ交換の頻度・目安

② 抜去時の呼吸状態

- ☐ 呼吸困難・呼吸停止が生じる
- ☐ 呼吸苦となりやすい
- ☐ 変化無し

③ カニューレの抜けやすさ、抜けにくさの程度

④ カニューレ抜去時の対応

- ☐ 抜けたカニューレ又は新しいカニューレ（ワンサイズ下）を挿入
- ☐ 主治医へ連絡
- ☐ 保護者へ連絡
- ☐ 病院へ搬送

⑤ 救急搬送が必要な場合の目安について

- ・搬送が必要な目安

- ・搬送先

⑥ 緊急時の対応について

（自由記述）

⑦ その他留意事項

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【経鼻咽頭エアウェイの管理に関する事項】

①経鼻咽頭エアウェイ： _____

↑機器メーカー・製品名を記載

② サイズ：内径（ ） mm
挿入の長さ（ ） cm

③ 留意事項

④ 救急搬送が必要な場合の目安について
・搬送が必要な目安

・搬送先

⑤ 緊急時の対応について
(自由記述)

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【酸素療法に関する事項】

① 酸素療法適応になるまでの経緯とその後の経過（開始： 年 月）

② 現在の様子

③ 障害福祉サービス事業所等で実施する酸素療法指示内容について（□に☑をお願いします）

・実施時間 □ 常時 / □ 随時

随時の場合 酸素が必要になる状態（ ）
不要になる状態（ ）

・酸素供給源 □酸素ボンベ □液体酸素 □その他（ ）

・酸素流量 （ ） L / 分
状態悪化時増量 最大（ ） L / 分

・酸素投与方法 □鼻カニューラ □マスク □気管カニューレ
□その他（ ）

・S p O₂ 測定 □必要（□常時 □健康観察時および必要と思われるとき）
□不要

・平常時のバイタルサイン
◇体温（ ～ ）℃ ◇脈拍（ ～ ）回／分
◇呼吸（ ～ ）回／分 ◇S p O₂（ ～ ）%

・酸素療法中におけるその他の指示
□あり 指示内容（ ）
□なし

④ 事業所生活における留意点について

・通常時の留意点

・その他、留意点（酸素増量指示や事業所行事等への参加について）

⑤ 緊急時の対応について

・搬送が必要な目安

・搬送先

・酸素流量を（ L / 分）に上げて救急車を待つなど

・その他

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（

）

【吸引に関する事項】

① 吸引実施について

☐ 口腔／鼻腔吸引の場合

・カテーテル：_____

↑機器メーカー・製品名など記載

・吸引カテーテルのサイズ（ ）F r

・吸引圧（ ）k P a

・咽頭手前までの吸引に限る

・吸引カテーテル挿入の長さ 口腔（ ）c m

鼻腔（ ）c m

☐ 気管カニューレの場合

・気管カニューレ：_____

↑機器メーカー・製品名など記載

・カフ（あり・なし）サイズ（ ）mm

・吸引カテーテルのサイズ（ ）F r

・吸引圧（ ）k P a

・吸引カテーテル挿入の長さ（ ）c m

・吸引カテーテル挿入の長さ カニューレ内部（ ）c m

☐ エアウェイの場合

・エアウェイ：_____

↑機器メーカー・製品名などを記載

・サイズ（ ）

・固定（ ）c m

・吸引圧（ ）k P a

☐ 口腔内の持続吸引の場合

・吸引カテーテル：_____

↑機器メーカー・製品名などを記載

・サイズ（ ）

・器具の種類（ ）

・吸引圧（ ）k Pa

・留意事項（ ）

② 気管カニューレやエアウェイが抜けたときの対応

☐ 保護者に連絡し、再挿入は保護者が行う

☐ 看護職員が再挿入を行い、当院を受診する

☐ 再挿入せず当院に搬送する

対応の詳細

[]

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

③ 吸引実施にあたっての留意事項

☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他（ ）

[]

④ 救急搬送が必要な場合の目安について

・搬送が必要な目安

・搬送先

⑤ 緊急時の対応について

(自由記述)

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【吸入に関する事項】

①事業所での吸入

☐ 常時 / ☐ 随時

時刻			
薬剤			
量			
時間（分）			

② 実施にあたっての留意事項

③ 救急搬送が必要な場合の目安について

・搬送が必要な目安

・搬送先

④ 緊急時の対応について

（自由記述）

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者（ ）

【経管栄養に関する事項】

□経鼻胃管

種類： _____

↑ 機器メーカー・製品名などを記載

長さ（外鼻孔～胃まで： c m）、サイズ（ ） F r、固定（ ） c m

Yガーゼ（有 / 無）

□経鼻（ ）の場合

種類： _____

↑ 機器メーカー・製品名などを記載

長さ（外鼻孔～ まで： c m）サイズ（ ） F r

固定（ ） c m

□胃ろうの場合

ボタン型（ _____ ）

サイズ（ ） F r、固定水（ ） m l、Yガーゼ（有／無）

チューブ型（ _____ ）

サイズ（ ） F r、固定水（ ） m l、Yガーゼ（有／無）

□腸ろうの場合

種類： _____

↑ 機器メーカー・製品名などを記載

長さ（ ～腸まで： c m）、サイズ（ ） F r、固定（ ） c m

①注入内容について

	注入方法	注入物	注入量	注入所要時間
水分 注入	☐ イルリガートル ☐ シリンジ			分間
栄養剤 注入	☐ イルリガートル ☐ ポンプ使用 ☐ シリンジ ☐ 加圧バック			分間

②内服薬について

- ・ 定時薬の注入・経口 ☐ なし ☐ あり

実施時間 ☐ 注入前 ☐ 注入後 ☐ どちらでもよい ☐ その他の時間（ ）

薬剤名〔 〕

副作用など注意事項〔 〕

- ・ 嘔吐等による再投薬の目安

（例）30 分以内に嘔吐したら全投与など

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者（ ）

- ・臨時薬(市販薬は除く)の注入・経口

☐ 不可

☐ 可の場合 ➡ ☐ 主治医の処方薬のみ ☐ 他の医師の処方薬も可 ☐ その他（ ）

実施時間 ☐ 注入前 ☐ 注入後 ☐ どちらでもよい ☐ 薬剤情報提供書の通り

③胃残があったときの注入指示について

- ・胃残量が（ ）m l 未満の場合は指示の量を注入する。
- ・胃残量が（ ）m l 以上～（ ）m l 未満の場合
 - ☐ 胃残分を差し引き注入する。
 - ☐ 栄養剤（ ）m l + 白湯（ ）m l に変更する。
 - ☐ 白湯（ ）m l に変更する。
 - ☐ その他（ ）
- ・胃残量が（ ）m l 以上の場合は中止し、保護者に連絡する。
- ・胃残に血性のものが含まれる場合（凝固した血液様）
 - ☐ 胃残量の指示と同様
 - ☐ 中止し保護者に連絡する。
 - ☐ その他

④体温が（ ）℃以上のときはケアを実施せず保護者に連絡する。

⑤注入実施にあたっての留意事項

（ ）

⑥胃ろう抜去時の対応について

☐ 抜けた胃ろうボタンを看護職員が応急処置的に挿入し当院を受診する

☐ 再挿入せず当院を受診する

〔☐ ろう孔部をガーゼ等で保護する ☐ 吸引カテーテル等を一時的に挿入〕

留意点 （ ）

⑦腸ろう抜去時の対応について

留意点 （ ）

⑧救急搬送が必要な場合の目安について

- ・搬送が必要な目安

- ・搬送先

⑨緊急時の対応について

（自由記述）

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【中心静脈カテーテル管理に関する事項】

① 注射指示（投与薬剤・投与量・投与方法・投与時間など）

② 投与時留意点

③ 救急搬送が必要な場合の目安について

・搬送が必要な目安

・搬送先

④ 特記事項（緊急時の対応等）

（自由記述）

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【血糖測定・注射管理に関する事項】

① 血糖測定方法 ☐ 観血的血糖測定器 ☐ 埋め込み式血糖測定器

② 注射管理 ☐ 皮下注射 ☐ 持続皮下注射ポンプ

③ 皮下注薬剤（ ）

④ 実施時間・対応

時間	血糖値と対応（捕食・インスリン注射）

⑤ 随時測定目安体調（ ）

⑥ 血糖値と対応（ ）

⑦ 実施にあたっての留意事項

③ 救急搬送が必要な場合の目安について

・搬送が必要な目安

・搬送先

④ 特記事項（緊急時の対応等）

（自由記述）

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【導尿に関する事項】

① ☐ 間欠的導尿 / ☐ 膀胱留置カテーテル

② 障害福祉サービス事業所等での実施時間の目安（ ）

③ カテーテルについて 種類： _____

サイズ（ ） F r

挿入する長さ（ ） c m

④ 導尿の間隔（ ） ～ （ ） 時間ごとに1回

⑤ 実施にあたっての留意事情（尿量計測の必要性・圧迫排尿の可否など）

⑥ 救急搬送が必要な場合の目安について

・ 搬送が必要な目安

・ 搬送先

⑦ 緊急時の対応について

（自由記述）

※以下記載した内容は、想定される項目を全て記載したものです。

適宜、必要なもの・不要なものを選定し、御記入ください。

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【排便に関する事項】

① 浣腸

- ・実施時間
- ・薬剤
- ・浣腸液の量
- ・実施日数の目安

② 実施にあたっての留意事項（肛門部からの出欠、排泄物の確認など）

③ ストーマケアの留意事項

④ その他留意事項

⑤ 救急搬送が必要な場合の目安について

- ・搬送が必要な目安

- ・搬送先

⑥ 緊急時の対応について

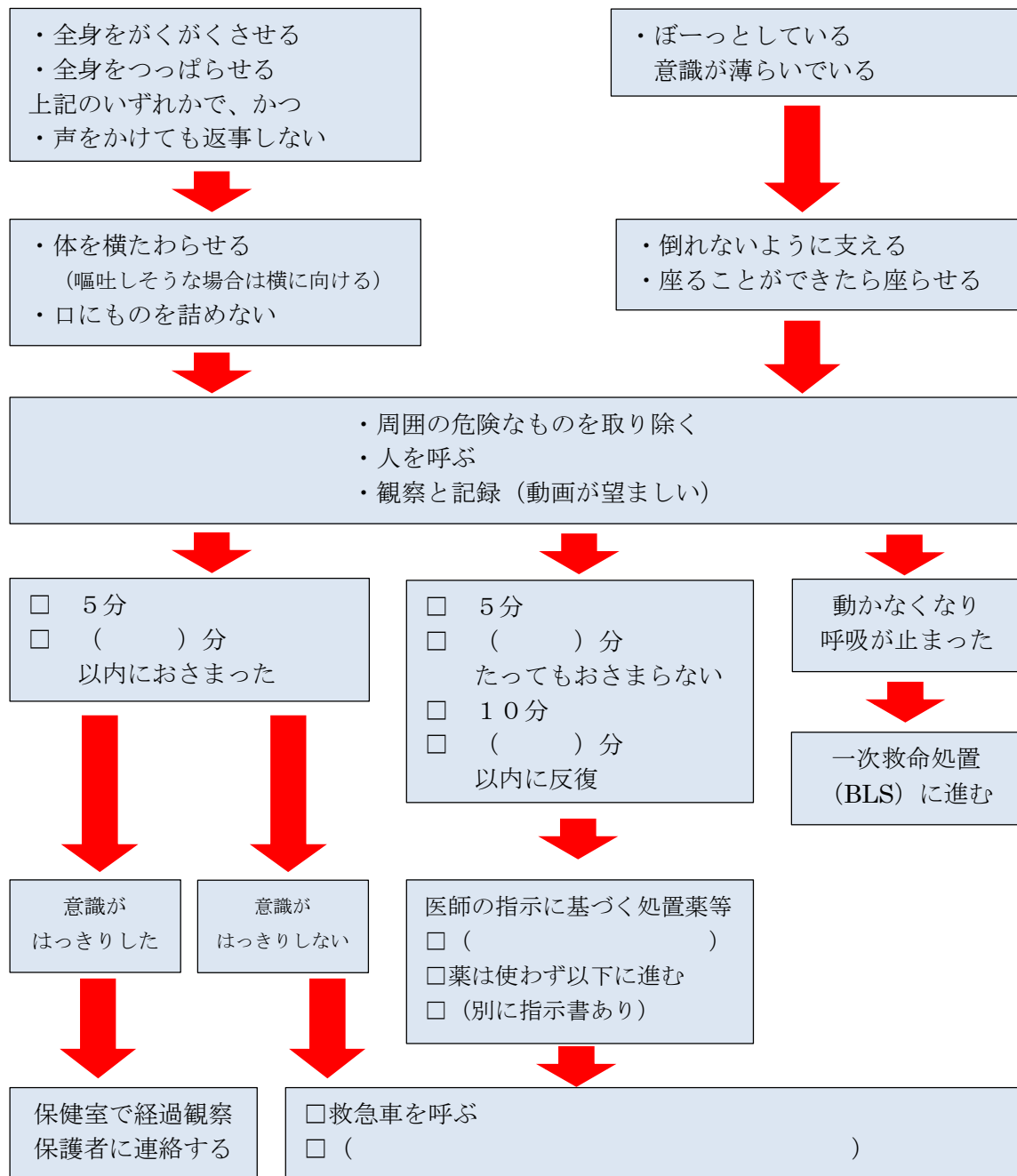
（自由記述）

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。
利用者名（ ）

【痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置に関する事項】

☐ 日本小児神経学会のフローチャートに記載する。

けいれん、意識混濁時のフローチャート・医師の指示書



医療機関（ ）
主治医（ ）
保護者（ ）☐ フローチャートに同意します
提出日（ ）年（ ）月（ ）日

□ その他（「その他」を選択された場合は、以下に記載してください。）

① 痙攣時の対応

□：座薬挿入 □：吸引 □：酸素投与 □：迷走神経刺激装置
□：その他

薬剤（ ）

② 実施にあたっての留意事項

③ その他留意事項

④ 救急搬送が必要な場合の目安について

・搬送が必要な目安

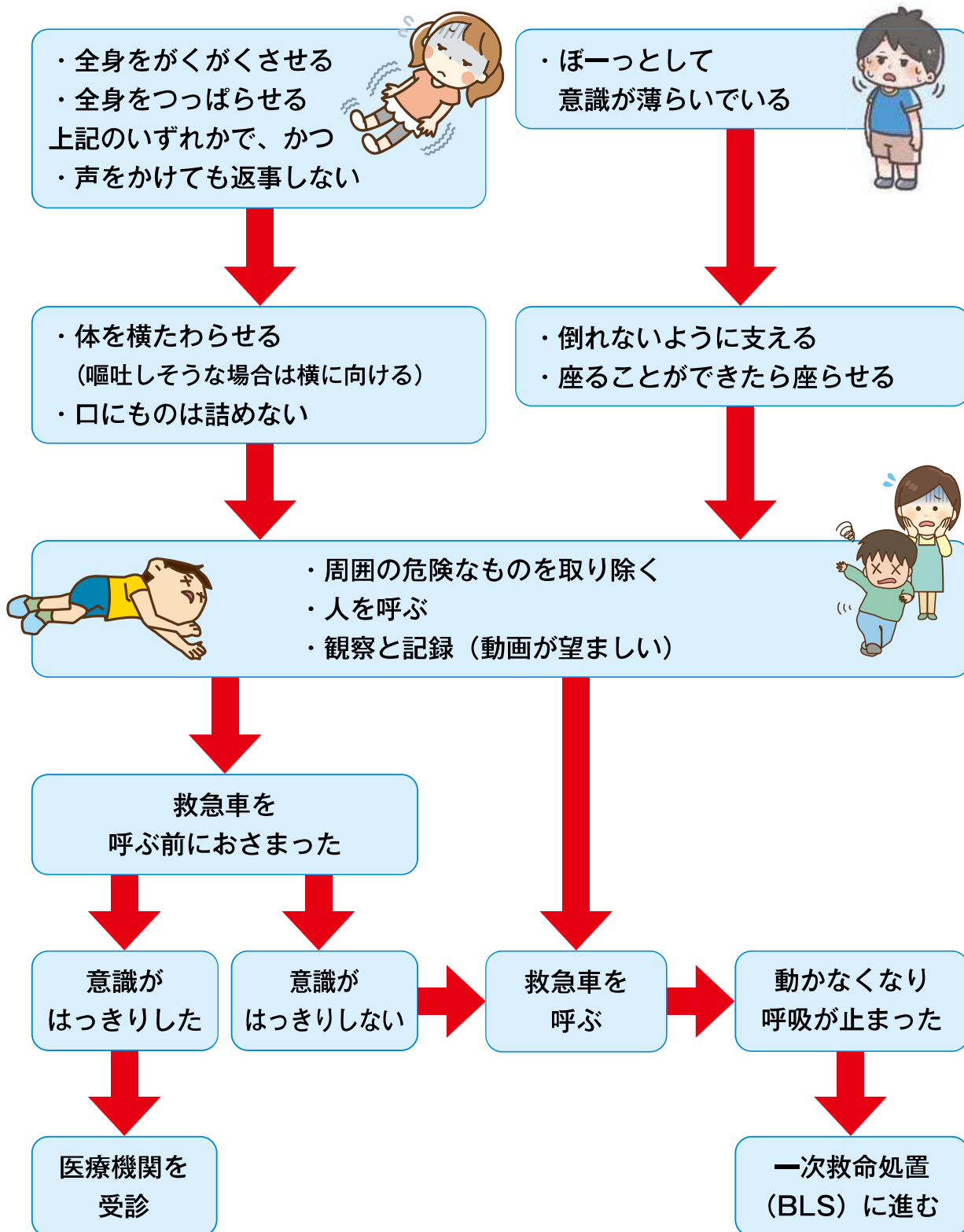
・搬送先

⑤ 緊急時の対応について

（自由記述）

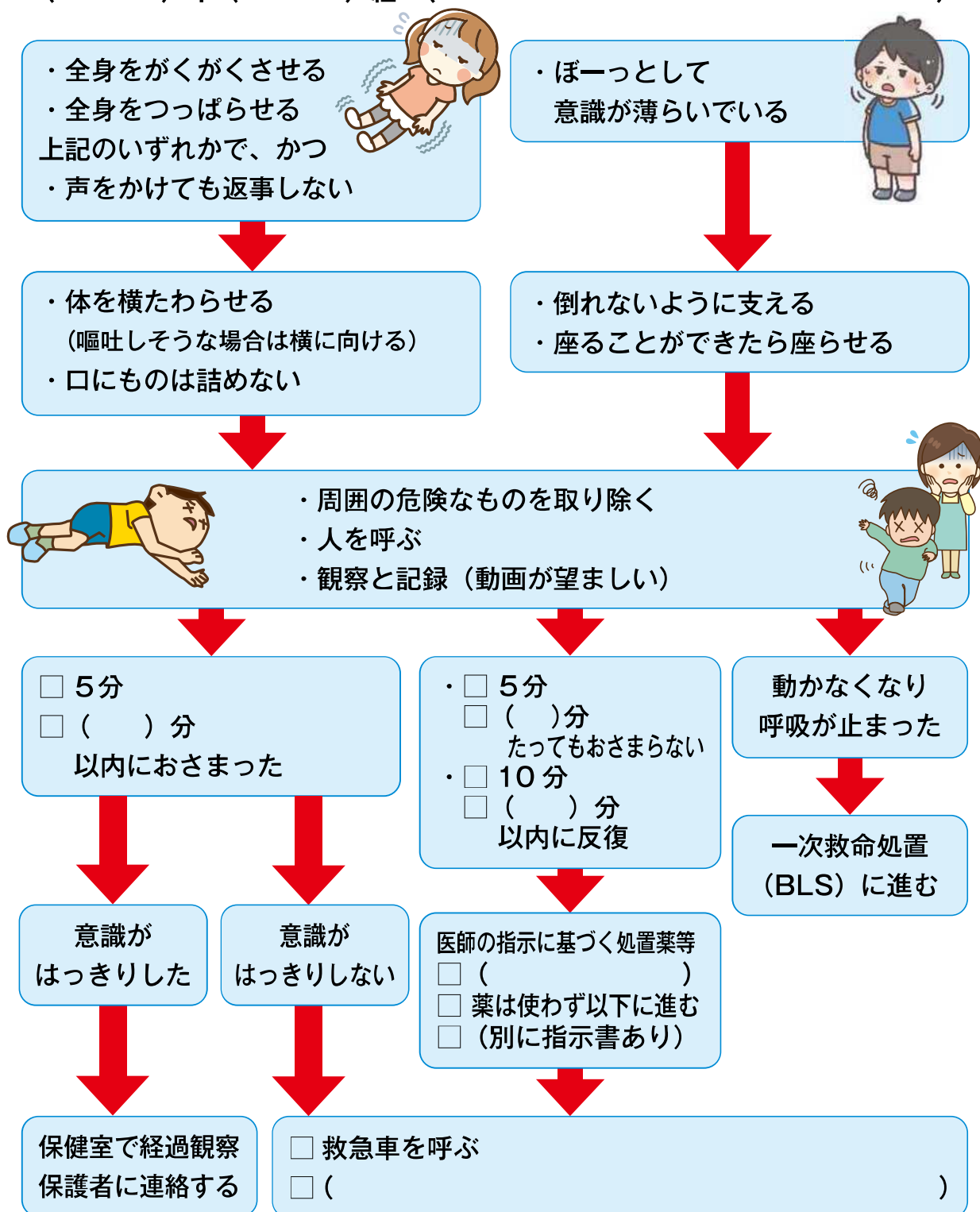
けいれん、意識混濁時のフローチャート

(初めての発作や、医師の指示がない場合)



けいれん、意識混濁時のフローチャート・医師指示書

() 年 () 組 ()



医療機関 () 主治医 ()
 保護者 () ☐ フローチャートに同意します
 提出日 () 年 () 月 () 日

【参考】ある施設で使用されている様式を一般化したもの

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

指示書

【バイタルサイン】

(入所時に確認&保護者から聴取)

呼吸数___/分、心拍数___//分、体温___℃、血圧___/___mmHg

(モニターのアラームの設定)

モニター：SpO2

(異常時の対応)

SpO2：90%未満継続時 吸引と理学療法施行し、酸素___L/分投与

HR： <___/分または>___/分が持続するときに家族に電話

【呼吸管理】

気管カニューレ：_____ 内径___mm 長さ___mm カフ圧 (___mmHg)

人工呼吸器：_____ mode_____ PIP/IPAP___kPa、PEEP/EPAP___kPa、
PS___kPa、f___/分、Ti___秒、Trigger_____, RT_____, その他_____

気管吸引チューブ：___Fr チューブ挿入 ___cm

口鼻腔吸引チューブ：___Fr

気切ケア：Y ガーゼ___枚割下・上 汚染時交換

排痰補助装置

カフアシスト：

モード自動 カフトラック off・on 吸気圧+___kPa 吸気流量 高 吸気時間___s 呼気圧-___kPa

停止時間___s オシレーション吸気・呼気 周波数___Hz 振幅___kPa 回数 5 回 インターバル___ サ
イクル___回

IPV：

【栄養】

胃瘻：_____ 内径___Fr シャフト長___cm 固定水：___ml (水)

Y ガーゼ___枚 他_____

胃残：～___ml 戻して注入、～___ml 差額注入、___ml～／血清胆汁用家族に電話

【排泄】

尿/便：回数と性状の確認

導尿：___回 ___時

GE：___ml ___時

【参考】ある施設で使用されている様式を一般化したもの

※障害福祉サービス事業所等を利用する際の医療的ケアの記入をお願いします。

利用者名（ ）

【毎日処置・ケア】

ドライアイ対策：

口腔ケア：____回/日

入浴：

【体位】

肩枕：

バギー乗車：

腹臥位：____回/日（____人介助）

腹臥位時：設定指示書参照

体位変換：____時間おき（__人介助）

【投薬】

①定時薬

内服

外用

吸入

②頓用約

1) けいれん時

2) 発熱時

3) 喘鳴時

4) 痰硬いとき 吸入：生理食塩水____ml

5) 緊張時：

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
	住所	電話 () -			
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)			
	障害程度区分	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4 区分 5 区分 6
	主たる疾患(障害)名	⋮ ⋮			
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養			
指示内容	具体的な提供内容				
	喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）				
	経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む）				
	その他留意事項（介護職員等）				
	その他留意事項（看護職員）				
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ：_____Fr、種類：			
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：_____Fr、_____cm			
	3. 吸引器				
	4. 人工呼吸器	機種：			
	5. 気管カニューレ	サイズ：外径_____mm、長さ_____mm			
	6. その他				
緊急時の連絡先 不在時の対応法					

- ※ 1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。
 2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長) 殿

医療的ケア実施手順書・医療的ケアマニュアル

利用者氏名	
ケアの内容	
重要事項	(例) チューブ()Fr、固定()cm、酸素供給源()、導尿時間(:)、注入に要する時間()
必要物品	(例) チューブ()Fr、吸引器、消毒液、パルスオキシメーター、栄養剤()ml、シリンジ()本、ビニール袋...

必要な

時間	実施者	内容	内容詳細	備考
10:00		到着	荷物確認 体温測定 ※()℃以上になった場合、保護者と決めた対応しても解熱しなければ保護者に連絡	
		水分	〇〇を()ml	
		体位変換	伏臥位、側臥位 オムツ交換、体位変換は適宜	
11:00		吸引		
		入浴		
12:00		注入	胃残()ml～()mlの場合→通常の手順で注入 胃残()ml以上の場合→指示書、母の指示に応じて対応 注入する体位:	
		歯磨き		
14:00		水分		
18:00		帰宅		

文字だけではなく、
器具の扱い方やケアのアプローチ手順

年 月 日

(宛先)

(事業所名) 管理者 様

利用者氏名_____

保護者氏名_____

医療的ケア実施同意書

貴事業所における医療的ケア実施の内容等について、下記内容のとおり同意いたします。

記

1 実 施 期 間 〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日

2 実 施 項 目

☐ 人工呼吸器の管理

(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。)

☐ 気管切開の管理

☐ 鼻咽頭エアウェイの管理

☐ 酸素療法

☐ 吸引 (口鼻腔又は気管内吸引に限る。)

☐ ネブライザーの管理

☐ 経管栄養 (経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻)

☐ 中心静脈カテーテルの管理 (中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等)

☐ 皮下注射

☐ 血糖測定 (持続血糖測定器による血糖測定を含む)

☐ 継続的な透析 (血液透析、腹膜透析等)

☐ 導尿

☐ 排便管理

☐ 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置

3 緊急時の連絡先（必ず連絡が取れる連絡先を複数記入してください。）

連絡 順位	氏名（続柄）	電話番号	連絡先名称 （勤務先等の場合）
		TEL : e-mail :	

年 月 日

(宛て先)
(事業所名) 管理者 様

利用者氏名 _____
保護者氏名 _____

緊急時における(気管カニューレ・エアウェイ)の 再挿入に係る申請書及び同意書

下記利用者の緊急時における 気管カニューレ・エアウェイ の再挿入を実施して下さるよう、
下記のとおり申請します。
また、下記同意事項のとおり貴事業所の看護職員による再挿入の実施について同意します。

記

1 対象者 _____

2 実施者 看護職員氏名 _____
看護職員氏名 _____
看護職員氏名 _____

【同意事項】

	緊急時に備え、常時連絡（緊急電話）に対応できる体制を整えます。
	事業所に通所する場合は、再挿入に備え、再挿入物品を必ず持参します。
	病状の変化や気管カニューレ等の変更があった場合は事業所に必ず情報提供します。
	看護職員が再挿入を試みても挿入できない場合は、再挿入を中止し、速やかに救急要請します。
	救急搬送に伴い生じた費用は保護者の負担とします。
	再挿入できたとしても、必ず保護者が担当医師に連絡し、受診の判断を受けます。
	ケアで出た廃棄物等は保護者において持ち帰り、処分します。
	入院、治療した際は、主治医に通所可能な時期を確認し、通所する場合は管理者や看護職員と相談します。
	医療機器や必要物品の故障、破損の責任は当センターは負いません。医療機器に不具合が発生した場合、業者との連絡調整は保護者は実施します。
	上記確認事項に変更が生じた場合や上記以外の確認事項については、その都度保護者と相談し文書で取り決めます。

医療的ケア実施記録カード

朝の健康状態									
体温	℃	呼吸	呼吸回数	回／分	喘鳴	有・無	痰	少ない・普通・多い	
チアノーゼ		有・無・その他()			機嫌	良・悪	気管内の痰	少ない・普通・多い	
せき		有・無							
特記事項									
家庭での医療的ケア (最終実施時間)		口鼻腔内	:	頃	量	少・中・多	色	白・淡黄色・緑	
		気管内	:	頃	硬さ	サラサラ・ねばねば			
		最終排尿	:	頃	尿の性状	量()・色()・臭い()・混濁()			

医療的ケアの様子						
吸引	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	
	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	
	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	
	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	
	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	
	:	量(少・中・多)	色(白・淡黄色・緑)	硬さ(サラサラ・ねばねば)	担当者	

水分	胃残 ()ml ()を()ml注入
----	-------------------------

栄養	:	胃残 ()ml、()を()ml注入	
	:	胃残 ()ml、()を()ml注入	
	:	胃残 ()ml、()を()ml注入	
	:	胃残 ()ml、()を()ml注入	
	:	胃残 ()ml、()を()ml注入	

排尿	:	色(薄・普通・濃) 臭い(臭う・臭わない) 混濁(あり・なし)	担当者	
	:	色(薄・普通・濃) 臭い(臭う・臭わない) 混濁(あり・なし)	担当者	
	:	色(薄・普通・濃) 臭い(臭う・臭わない) 混濁(あり・なし)	担当者	
	:	色(薄・普通・濃) 臭い(臭う・臭わない) 混濁(あり・なし)	担当者	

その他、 必要なケ ア	
-------------------	--

その他、 必要なケ ア	
-------------------	--

ヒヤリハット記録表兼報告書

氏名	氏名() 年齢()歳	
日時	年 月 日()	
発生時間		
発見時間		
ケア内容	☐ 人工呼吸器等 ☐ 気管切開管理 ☐ エアウェイ ☐ 酸素療法 ☐ 吸引 ☐ ネブライザー ☐ 経管栄養 ☐ 中心静脈カテーテル ☐ 皮下注射 ☐ 血糖測定 ☐ 透析 ☐ 導尿 ☐ 排便管理 ☐ 痙攣時の座薬挿入等 ☐ その他()	
原因	☐ 確認漏れ ☐ 勘違い・思い込み ☐ 忘れ ☐ 判断ミス ☐ マニュアル以外 ☐ 知識不足 ☐ 転記ミス ☐ 観察不足 ☐ 情報不足 ☐ 体調不良 ☐ 焦り ☐ その他()	
内容・経緯		
対応とその後の経過		
保護者への説明	☐ 実施済 ☐ 未実施	
今後の対応 防止策		

緊急時対応シート・救急搬送に係る情報提供書

氏名	生年月日	年齢	血液型	体重	アレルギー

疾患名・既往歴	内服薬(1日分)

平熱	℃	発熱	℃以上	連絡先
発熱時対応				

SPO2低下時の対応	心拍上昇及び低下時の対応

痙攣・発作時の対応		座薬等

救急対応の目安	

緊急連絡先		
氏名(続柄)	〒／住所	電話番号
()		
()		
()		
()		
()		

主治医、かかりつけ医		
医療機関名(診療科)	主治医 氏名	電話番号

特記事項	
• 禁忌事項...etc	

事業所()

- ☐ 緊急時の対応について、上記に間違いありません。
- ☐ 救急搬送に備えて、上記情報を消防本部に届け出ることと同意します。

年 月 日

保護者氏名