

応用ツール（たたき台）

- 1 在宅自己注射（インスリン療法）管理
- 2 癌末期疼痛管理
- 3 気管カニューレ管理
- 4 在宅経管栄養法管理
- 5 在宅酸素療法管理
- 6 在宅自己導尿管管理
- 7 在宅人工呼吸療法管理
- 8 人工肛門・人工膀胱管理
- 9 腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理
- 10 在宅中心静脈栄養法管理
- 11 糖尿病内服治療管理
- 12 在宅自己腹膜灌流管理
- 13 膀胱留置カテーテル管理
- 14 褥瘡管理

平成 年 月 日

癌末期疼痛管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の癌末期疼痛の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由 _____
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.鎮痛剤による過敏症の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 - 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 8.使用薬剤の種類・投与量（提供機関 _____）

| | |
|-----------------|-------------------|
| 鎮痛剤の種類（ _____ ） | 鎮痛補助剤の種類（ _____ ） |
| 投与量（ _____ ） | 投与量（ _____ ） |
| 投与回数（ _____ ） | 投与回数（ _____ ） |

 その他の薬剤（生理食塩水を含む）
- 9.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）

| | |
|-----------------------|------------------------|
| 輸液回路（ _____ セット／月） | インフューザーポンプ（ _____ セット） |
| 注射器・注射針（ _____ セット／月） | その他 _____ |
| 交換頻度（ _____ ） | |
- 10.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

| | | |
|------------------------------|------------------|--|
| 滅菌綿棒（ _____ 本／月） | 絆創膏（ _____ 個／月） | |
| 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック／月） | 消毒液（ _____ ml／月） | |

 その他 _____
- 11.投与方法（該当するものに○）
 - 1) 経口 2) 経腸 3) 持続皮下注 4) その他（ _____ ）
- 12.事前協議事項
 - 1) 痛みが増強したときの対応方法
 - 2) 副作用に対する対応方法
 - 3) その他 _____
 - 4) 緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

| |
|----------------|
| 気管カニューレ管理連携ツール |
|----------------|

医師の包括的指示にもとづき、療養者の気管カニューレの管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

その他特記事項

6.経口摂取 1) 可 2) 不可

7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）

カニューレの名称（ _____ ）

交換頻度（ _____ 週に _____ 回）

カニューレの数（ _____ 本）

カフ用注射器（ _____ 個）

8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

滅菌綿棒（ _____ 本）

滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

絆創膏（ _____ ）

消毒液（薬品名： _____ 本）

9.事前協議事項

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

10.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

| |
|----------------|
| 在宅経管栄養法管理連携ツール |
|----------------|

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅経管栄養法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由 _____
経口摂取 1) 可 2) 否
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 6.使用栄養剤・注入量（提供機関 _____）
栄養剤名（ _____）
注入量 _____
その他：水分などの注入量 _____
- 7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
1) カテーテル法の場合：
2) 胃瘻法の場合：
カテーテル（種類 _____ 太さ _____ Fr）
イルリガートル _____
注射器 _____
その他 _____
- 8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
- 9.注入方法（該当するものに○）
1) 回数（ _____ 回／1日） 2) 1回の注入量（ _____ ml／回）
3) 1回の注入時間（ _____ 分／回）（または _____ ml／時間）
- 10.事前協議事項
1) 滴下不良の場合の対応方法
2) その他
3) 緊急時の対応方法
- 11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

| |
|---------------|
| 在宅酸素療法管理連携ツール |
|---------------|

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅酸素療法の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由（該当するものに○）

- 1) 動脈血酸素分圧 55mmHg 以下および動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で、睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症をきたす場合
- 2) 経皮的動脈血酸素飽和度 ()
- 3) その他 ()

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

- 1) 自己管理可 2) 介護者による管理可 3) 指導のみ

6.使用機器（該当するものに○）（提供機関 _____）

設置型の場合

酸素ポンペ

吸着型酸素濃縮装置

膜型酸素濃縮装置

液化酸素装置

携帯型の場合

携帯用酸素ポンペ

携帯型液化酸素装置

7.投与方法（該当するものに○）

- 1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間 / 1日 動作時 睡眠時 他 _____)
- 3) 酸素吸入量 (_____ L / 分)

8.事前協議事項

1) 呼吸困難増強時

2) その他

3) 緊急時の対応方法

9.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅自己導尿管管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅自己導尿管の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.開始理由・障害状況（あれば障害者手帳等級内容） _____
- 4.開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
- 1）自己管理可 2）自己管理＋一部家族管理 3）家族管理
4）指導および実施の一部補充 5）全面的補充（代行）
- 6.使用薬剤・投与量
- 自律神経作用薬剤（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- 抗生剤（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- その他（薬剤名： _____ 投与量： _____ /日）
- 7.使用器具・提供数
- ディスポカテーテル
（商品名： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿管用セット
（商品名またはタイプ： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- 上記を代用するカテーテル類
（商品名またはタイプ： _____ Fr. _____ 本または _____ 箱/日）
- 8.消毒薬・衛生材料
- 潤滑剤：キシロカインゼリー・滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）
- 消毒液：リューザブルカテーテル・自己導尿管用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（消毒液名： _____ 本）
- 手指消毒薬（消毒液名： _____ 本）
- 9.1回尿量（ _____ ml 以下）
- 10.自己導尿管回数指示（1日 _____ 回 _____ 時間ごと）
- 11.自己導尿管カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度（1回/ _____ 日）
- 12.事前協議事項
- 1）自己導尿管が本人では不可能な場合に誰が施行するか
2）その他
3）緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅人工呼吸療法管理連携ツール

(筋萎縮性側索硬化症療養者－経気管陽圧法)

医師の包括的指示にもとづき、在宅人工呼吸（筋萎縮性側索硬化症療養者－経気管陽圧法）療養者の人工呼吸の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.訪問看護ステーションの管理（該当するものに○）

1) 指導のみ 2) 指導および実施の一部補完 3) 全面的補完（代行）

6.使用薬剤・投与量（提供機関 _____)

(薬剤名: _____ 投与量: _____ /日)

7.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____)

| | 機種・種類・サイズ | 個数 | 交換頻度 |
|-------------|-----------|----|---------|
| 人工呼吸器 | | | |
| 人工呼吸器回路 | | | 回/週 |
| 加湿モジュール | | | 回/週 |
| バクテリア・フィルター | | | ヶ月毎 |
| 外気取入口フィルター | | | ヶ月毎 |
| 気管カニューレ | | | 医師による交換 |
| | | | |

8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____)

| | | | |
|-------------|---|----------|------|
| 滅菌綿球 | 個 | 吸引チューブ | , 本 |
| 滅菌ガーゼ（Yカット） | 枚 | 消毒液（気切用） | , 本 |
| 絆創膏 | 個 | 消毒液（回路用） | , 本 |
| | | 滅菌蒸留水 | ml 本 |
| | | | |

9.人工呼吸器等設定

| 使用時間 | 時 分～ | | 時 分まで | | |
|-------|------|------|----------------------|---------|--------------------|
| モード | | 呼気時間 | 秒 | 気道内圧下限 | cmH ₂ O |
| 1回換気量 | ml | 呼気流量 | L/分 | 気道内圧上限 | cmH ₂ O |
| 呼吸回数 | 回/分 | 感度 | cmH ₂ O | 加温加湿器設定 | |
| I/E比 | 1: 秒 | 気道内圧 | ～ cmH ₂ O | 酸素量 | ml/分 |

10.事前協議事項

- 1) _____ の場合の対応方法
- 2) その他
- 3) 緊急時の対応方法

11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

腎瘻・尿管皮膚瘻（有カテーテル尿路変更）管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の腎瘻・尿路皮膚瘻の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.造設日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 - 1）自己管理可 2）指導のみ 3）指導および実施の一部補完 4）全面的補完（代行）
 その他特記事項 _____
- 6.使用器具・交換頻度・数量（提供機関 _____）

| | |
|-------------------------|-------------------|
| カテーテル（ _____ ） | カテーテルチップ（ _____ ） |
| 集尿装具（パウチ、バッグ等）（ _____ ） | |
| 注射器（ _____ ） | 注射針（ _____ ） |
| 滅菌コップ（ _____ ） | |
- 7.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

| | |
|------------------|--------------|
| 生理食塩水（ _____ ） | ガーゼ（ _____ ） |
| ガーゼ付絆創膏（ _____ ） | テープ（ _____ ） |
| 消毒薬（ _____ ） | |
- 8.腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法
 - 1）回数 _____ 2）量 _____
 - 3）手技等 _____
- 9.事前協議事項
 - 1）カテーテルが抜けた場合の対応 _____
 - 2）カテーテルがつまった場合の対応 _____
 - 3）血尿の場合の対応 _____
 - 4）その他 _____
 - 5）緊急時の対応方法 _____
- 10.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅中心静脈栄養法管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の在宅中心静脈栄養法の管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 8.使用薬剤・投与量（提供機関 _____）
輸液基剤（ _____ ）抗凝固剤（ _____ ）
ビタミン剤（ _____ ）生理食塩水（ _____ ）
脂肪乳剤（ _____ ）その他（ _____ ）
- 9.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
輸液回路（ _____ セット）インジェクションプラグ（ _____ 個）
フィルター（ _____ 個）ヒューバー針（ _____ 本）
注射器・注射針（ _____ セット）その他：
- 10.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
滅菌綿棒（ _____ 本）絆創膏（ _____ 個）
滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）消毒液（ _____ ml）
その他：
- 11.投与方法（該当するものに○）
1) 持続 2) 間欠（ _____ 時間／1日 他 _____ ） 3) 注入速度（ _____ ml／時間）
- 12.事前協議事項
1) 滴下不良の場合の対応方法
2) その他
3) 緊急時の対応方法
- 13.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

糖尿病内服治療管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の糖尿病内服治療の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.実施理由 _____

4.実施開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.経口薬の内容（薬剤名・量・服用法など）

6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

7. 事前協議事項

1) 明らかな低血糖発作時の対処方法

2) 食事がとれないときのインスリン量

3) その他

4) 緊急時の対応方法

8.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

在宅自己腹膜灌流管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の自己腹膜灌流の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし

6.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面補完（代行）

7.使用薬剤・投与量・回数（提供機関 _____）

透析液（ _____ ）液量（ _____ ml）貯留時間（ _____ 時間）交換回数（ _____ ）

透析液（ _____ ）液量（ _____ ml）貯留時間（ _____ 時間）交換回数（ _____ ）

8.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）

バッグ交換システム

メーカー： _____ 種類： _____ セット _____

その他： _____

9.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

消毒薬（ _____ ml）綿棒（ _____ 本）

滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）絆創膏（ _____ 個）

Y字カットガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）

その他： _____

10.事前協議事項

1) 排液が清澄でないときの対応方法

（洗浄方法、洗浄液の種類、回数、排液の保存）

2) カテーテル出口部に軽度発赤がある場合の対応方法

（入浴の可否・方法の変更、消毒回数の変更、消毒方法の変更）

3) 除水量が不十分な場合の対応方法

（塩分・水分制限、透析液交換回数・濃度の変更）

4) 緊急時の対応方法

11.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

膀胱留置カテーテル管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の膀胱留置カテーテルの管理内容を、情報提供します。

- 1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____
- 3.設置理由 _____
- 4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 5.留置カテーテル感染の既往 1) あり 2) なし
- 6.経口摂取 1) 可 2) 否
- 7.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）
 1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）
- 8.使用器具・交換頻度・提供数（提供機関 _____）
 尿道カテーテル 号数（ _____ セット）
 蓄尿袋 （ _____ 個）
 固定液 （ _____ ）
 注射器 （ _____ ）
- 9.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）
 滅菌綿棒（ _____ 本） 絆創膏（ _____ 個）
 消毒液（ _____ ml） 潤滑油（ _____ ）
- 10.カテーテル交換（該当するものに○）
 月・週 _____ 回
- 11.事前協議事項
 1) 尿道カテーテル閉塞の場合の対応方法
 2) 膀胱洗浄の有無と方法
 3) 膀胱訓練の施行
 4) その他
 5) 緊急時の対応方法
- 12.期限 次回変更日まで

病院名 _____

担当者 _____

平成 年 月 日

褥瘡管理連携ツール

医師の包括的指示にもとづき、療養者の褥瘡の管理内容を、情報提供します。

1.療養者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.訪問開始時の自己管理能力（該当するものに○）

1）自己管理可 2）指導のみ 3）指導および実施の一部補完 4）全面的補完（代行）

4.療養者の活動性・可動性

5.療養者の栄養状態

6-1.褥瘡の位置・ステージ 位置 _____ ステージ _____

| | |
|------------------------|---------|
| 現在の使用薬剤および投与量（提供機関） | _____) |
| 消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関） | _____) |
| 使用器具・提供数（提供機関） | _____) |
| 褥瘡処置回数 | _____ |
| 上記薬剤および材料の要継続期間（推定） | _____ |
| 上記使用器具の要継続期間（推定） | _____ |

6-2.褥瘡の位置・ステージ 位置 _____ ステージ _____

| | |
|------------------------|---------|
| 現在の使用薬剤および投与量（提供機関） | _____) |
| 消毒薬・ドレッシング材の種類・数（提供機関） | _____) |
| 使用器具・提供数（提供機関） | _____) |
| 褥瘡処置回数 | _____ |
| 上記薬剤および材料の要継続期間（推定） | _____ |
| 上記使用器具の要継続期間（推定） | _____ |

7.事前協議事項

- 1）褥瘡の状態変更時の対応方法
- 2）その他
- 3）緊急時の対応方法

8.期限 次回変更日まで

病院名 _____ 担当者 _____