

別記様式3（医療的ケアに関する診療情報提供書）の別紙2

人工呼吸器使用中の患者（幼児・児童・生徒）に対する対応指示・意見書^{注)}

標記の件について、貴校の学校看護師等に対して下記のとおり指示・意見します。

なお、学校行事の参加等については、別紙1のとおりとします。

期間：令和 ×年 ×月 ×日 ～ 次回指示・意見書作成まで ※原則最大1年間有効

（別添指示文書のみ変更する場合） 別添の人工呼吸器等の設定処方のみ変更し、期間を含め他は変更なし 医師名 _____	（1年以上を過ぎる場合） 期間を次回指示・意見書作成まで延長する 医師名 _____
--	--

学校名	新潟県立 ○○学校	患者氏名	○○ ○○
-----	-----------	------	-------

※各項目に必要事項を御記入ください。

学校における 医療的ケアの 実施内容 （人工呼吸器による呼吸管理に関する内容）	① 学校で人工呼吸器に関連しチェックする内容（チェック項目、頻度、注意点等） <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器の接続状態、アラーム、加湿器の水量を1時間ごとに確認 ・呼吸状態（胸の動き、顔色、SpO₂）を定期的に観察 ・異常があれば看護師がバイタル確認し、保護者へ連絡 ② 学校での人工呼吸器アラーム時や不具合時の実際の対応 <ul style="list-style-type: none"> ・アラームが鳴った場合は、接続・電源・設定を確認 ・呼吸状態が悪化している場合は、バッグバルブ換気を開始し、医療機関へ緊急搬送 ③ 学校での人工呼吸器加温・加湿器の確認と取扱い <ul style="list-style-type: none"> ・毎朝、加湿器の水量・温度・オート機能を確認 ・異常があれば交換または保護者へ連絡
--	--

他の指示文書等を添付するか、ここに直接記入してください。

＜人工呼吸器設定等＞

※次のどちらかを選択し、チェックしてください。

医師から人工呼吸器メーカーへの指示文書（人工呼吸器等の設定処方）を参照 以下の内容を参照

※該当箇所の口にチェックし、必要事項をご記入ください。

人工呼吸器機種名	医師が処方した機種名を記入	換気モード	<input type="checkbox"/> 従量式(VC) <input checked="" type="checkbox"/> 従圧式(PC) <input type="checkbox"/> HFNC <input type="checkbox"/> その他 ()
呼吸器回路	<input checked="" type="checkbox"/> パッシブ回路 <input type="checkbox"/> その他 ()		
換気コントロールモード	(CPAP、IMV、SIMV、ASSISV、BiPAP、S、S/T、T、PSVモード等の情報) S/Tモード		
設定内容	(IPAP、EPAP、PEEP、1回換気量、分時換気量等の情報) IPAP 16cmH ₂ O、EPAP 6cmH ₂ O、PEEP 5cmH ₂ O		
患者の自発呼吸能力	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間は可能 (約 5 分) ※呼吸器離脱可能時間 (約 分)	酸素併用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 0・分) <input type="checkbox"/> 無
人工呼吸器装着時間	<input checked="" type="checkbox"/> 常時 (24 時間) <input type="checkbox"/> 定時の使用 <input type="checkbox"/> その他 ()		

注) これまでは「対応指示書」でしたが、医師の指示通り行うこと、校長の判断により医師の指示の範疇内で学校が調整してケアを行うことがあることから、「対応指示・意見書」としております。

※裏面あり

人工呼吸器 のインター フェイス	□マスク (名称:) <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ (カフあり: カフ圧 20 cc)	加温加湿器	(チャンパ 37℃ □口元 34℃)
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(ダイヤル) オート機能 <input checked="" type="checkbox"/> あり
人工呼吸器 使用患者の 注意点、想定 される変化・ トラブル等	呼吸器の接続不良、アラーム誤作動、加湿不足による痰の粘性増加 呼吸状態の急変 (チアノーゼ、SpO ₂ 低下) カニューレ周囲の皮膚トラブル、感染症リスク		

<緊急時対応> ※左空欄は学校チェック欄

緊急時 (人工呼吸器が使用不能と判断時、気管カニューレの意図しない逸脱/抜去時を含む) の対応 バイタルサイン確認しながら以下を実施してください。	
	バイタルサイン悪化時(改善しない場合も含む)は直ちに、医療機関に緊急搬送・保護者連絡を行う (バイタルサイン悪化時の状態: 呼吸数の増加 (30回/分以上)、SpO ₂ 低下 (90%未満)、顔色不良 (チアノーゼ))
	人工呼吸器が使用不能と判断された場合 (換気が行われアラームがなるだけの場合、原則人工呼吸器使用は継続)、 フェイスマスク使用者はバックバルブマスクに切り替えて、気管カニューレ挿入者は気管カニューレに接続したバ ッグバルブで*1~3の内容を実施しつつ医療機関に緊急搬送・保護者連絡を行う
	気管カニューレの意図しない逸脱/抜去が起きた場合は、例外的な救命救急活動の一つとして第一に、学校看護師 が再挿入を試みてみることを願います 試みたが、再挿入が不可能な場合はバックバルブマスク換気の必要性を考慮し*1~3の内容を開始し、医療機関 に緊急搬送・保護者連絡を行う ※*1, *2, *3は該当する口にチェックをしてください。 □ *1: 本患者は自発呼吸が一定時間可能なためバックバルブマスク換気は直ちに実施せず、バイタルサイン 悪化時に実施する <input checked="" type="checkbox"/> *2: 本患者は自発呼吸が極めて不十分なため、バックバルブ換気を開始し、気管切開孔からのリークに対応 する □ *3: その他対応 ()
	バックバルブ換気は、約 (20 回/分) で行う 留意点 (換気量の考え方等: 胸郭の自然な膨らみを確認しながら、過換気・低換気にならないよう注意する)
	緊急搬送先の医療機関名 (○○○○ 病院) Tel (×××-×××-××××)
上記の補足およびその他のトラブル等の対応・ポイント	
<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の対応マニュアルを学校内で共有 ・呼吸器の予備バッテリー・器具を常備 ・看護師が常時見守り、異常時は即対応できる体制を整備 	

その他、人工呼吸器を装着中の患者に対する注意事項等

- ・呼吸器の接続状態は常に確認し、チューブの折れ・外れ・水溜まり等に注意する
- ・加湿器の水量・温度を毎日確認し、乾燥による痰の粘性増加を防ぐ
- ・気管カニューレ周囲の皮膚状態を観察し、発赤・腫れ・滲出液がある場合は保護者へ連絡
- ・呼吸器のアラームが頻繁に鳴る場合は、設定・接続・児の状態を総合的に確認する
- ・緊急時に備え、予備のバッテリー・バックバルブマスク・加湿器部品を常備する
- ・学校行事参加時は、医療的ケアが可能な環境を事前に整備し、看護師が同行すること