

手順書 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

患者氏名	様		
生年月日	年	月	日

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 関節、会陰部、顔以外の外部に生じた褥瘡または慢性創傷
 2. 壊死組織に血流が認められない褥瘡または慢性創傷
 3. 全身状態に影響する感染兆候が認められない褥瘡または慢性創傷
- 以上がすべて認められる場合



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれにも該当する場合

- ☐ 意識状態の変化なし
- ☐ バイタルサインの変化なし

症状の範囲内

安定

緊急性なし

病状の
範囲外

不安定

緊急性あり

担当医師に直接連絡し
指示をもらう

【診療の補助の内容】

褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
(壊死組織の除去、排膿、創の洗浄、出血時の止血)



【特定行為を行うときに確認すべき事項】

〈壊死組織除去前に確認すべき事項〉

- ☐ 全身状態が良好
(バイタルが安定、発熱なし、創傷以外の急性疾患がない)
- ☐ 褥瘡部位：関節、会陰部、顔以外の部位
- ☐ 褥瘡の状態（DESING-R® 2020の評価）



〈壊死組織除去中、実施後に確認すべき事項〉

- ☐ 施行中の出血、排膿や疼痛
- ☐ 全身状態の異常（バイタルが不安定など）
- ☐ 創の状態（発赤、出血、壊死組織の増加など）
- どれか1項目でも異常があれば医師に連絡



担当医師に直接連絡し
指示をもらう

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医へ直接連絡

主治医： 医師

【特定行為を行ったあとの医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医師へ直接連絡

令和 年 月 日

KKR北陸訪問看護ステーション
管 理 者 様

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

手順書 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 栄養状態の悪化が認められる場合
 2. 脱水が疑われる場合
 3. 栄養水分過多が認められた場合
- ※指示書に特定行為看護師介入の記載がある

【看護師に診療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
☐ バイタルサインの変化なし
☐ 重症の心不全・腎不全がない
☐ 血糖値の著しい変化がない

病状の
範囲外

担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

不安定
緊急性あり

病状の
範囲内

安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】

持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 意識状態の変化
☐ バイタルサインの変化
☐ SpO2（過剰輸液による肺水腫の懸念）
☐ 血糖値（糖負荷による影響のチェック）
☐ 刺入部の状態（発赤、出血、感染兆候など）

どれか1項目でもあれば、下記の確認をして担当医に連絡

- ☐ 血圧
☐ SpO2
☐ 血糖値

いずれかに問題
がある場合は、
担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師に直接連絡

主治医： _____ 医師

【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医へ直接報告

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

KKR北陸訪問看護ステーション
管 理 者 様

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

医 師 氏 名 _____

手順書 創傷に対する陰圧閉鎖療法

患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】

1. 悪性腫瘍のない慢性・難治性創傷を有する患者
2. 皮下組織を超える創傷を有する患者



【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】

以下のいずれにもあてはまる

- ☐ 持続する出血がない
- ☐ 臓器との交通がない
- ☐ 感染の兆候（創周囲の発赤・腫脹・熱感・排膿・発赤）がない
- ☐ 創面が壊死組織で覆われていない（良性肉芽20%以上）

→どれか1項目でも該当しないものがあれば、担当医に連絡

病状の
範囲外

不安定
緊急性あり



担当医師に直接連絡し
指示をもらう

症状の範囲内



安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】

創傷に対する陰圧閉鎖療法

【特定行為を行うときに確認すべき事項】

- ☐ 出血
- ☐ 発熱
- ☐ 局所の感染兆候（創周囲の発赤・腫脹・熱感・排膿）
- ☐ 壊死組織の増加
- ☐ 創が浅い（創縁と創底の段差がない）
- ☐ 持続する疼痛

上記のどれか1項目でもあれば、担当医に連絡



担当医師に直接連絡し
指示をもらう



【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師へ直接連絡 主治医 医師



【特定行為を行ったあとの医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医師へ直接連絡

令和 年 月 日

KKR北陸訪問看護ステーション
管 理 者 様

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医師氏名

手順書 インスリンの投与量の調整

患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【当該手順書に係る特定行為の対象となる患者】
インスリン製剤を既に使用中の1型または2型糖尿病患者で、自覚症状、他覚症状、かつ検査結果から低血糖または高血糖の状態にあると考えられる患者
ただし低血糖症状を自覚できない患者は除く

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】
☐ バイタルサインが不安定でない
☐ 重度の高血糖と思われる症状が存在しない
（意識障害、不穏、強い倦怠感、口渇、多飲、多尿等）
☐ 重度の低血糖によると思われる症状が存在しない
（意識障害、不穏など）
→ どれか1項目でも該当しないものがあれば、担当医に連絡

病状の範囲外
不安定
緊急性あり
担当医師に直接連絡し指示をもらう

症状の範囲内
安定
緊急性なし
【診療の補助の内容】
インスリン投与量の調整
【特定行為を行うときに確認すべき事項】
☐ 低血糖発作と思われる症状が出現した場合の対処方法の指導
☐ 生活を含めたアセスメントの実施や生活指導
☐ 次回の血糖値の評価時期の指導
ただし、変更後の投与量を、直ちに投与した場合は以下も確認
☐ 意識状態
☐ 注射部位の皮膚の状態
☐ 直近の食事摂取状況
→ 1項目でも異常があれば、医師に連絡

担当医師に直接連絡し指示をもらう

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】
担当医師へ直接連絡 主治医 医師

【特定行為を行ったあとの医師・歯科医師に対する報告の方法】
1. 主治医師へ直接連絡

令和 年 月 日

KKR北陸訪問看護ステーション
管 理 者 様

医療機関名 _____
住 所 _____
電 話 _____
F A X _____
医師氏名 _____

手順書 脱水症状に対する輸液による補正

患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【当該手順書に係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、

- ・経口摂取や飲水ができず、自覚症状から脱水が疑われる場合
- ・発熱や発汗が持続し、自覚症状から脱水が疑われる場合
- ・飲水量や排尿回数等・自覚症状から脱水が疑われる場合
- ・上記に伴い、体重が減少している場合
- ・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場合

※指示書に特定看護師介入の記載がある

【看護師に診療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（脈拍数が収縮期血圧値を超えない程度の頻脈）以外にバイタルサインに異常がない
- ☐ SpO₂ ≧ 90%
- ☐ 基礎疾患に重症の心不全や腎不全、および重度の慢性腎臓病が認められない
- ☐ 血液検査を実施した場合は、腎機能や電解質に、病状が落ち着いている時と大きな変化がない

※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
範囲外

担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

不安定
緊急性あり

病状の
範囲内

安定
緊急性なし

【診療の補助の内容】

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】

- ☐ 意識、バイタルサインに問題がない
- ☐ 補液による過剰と思われる自覚症状（呼吸苦、喘鳴、浮腫など）が出現していない
- ☐ 心不全兆候(SpO₂ ≦ 90%)がない

あてはまらない項目がひとつでもあれば、下記の確認をして担当医に連絡

- ☐ バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数、経皮的酸素飽和度）が安定している
- ☐ 肺音聴診でラ音（crackle, wheezing）の聴取がない
- ☐ 浮腫（顔面、下腿など）の悪化がない

いずれかに問題
がある場合は、
担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

【医療の安全を確保するために医師・歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】

担当医師へ直接連絡 主治医 医師

【特定行為を行った後の医師・歯科医師に対する報告の方法】

1. 主治医へ直接連絡

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

KKR北陸訪問看護ステーション
管 理 者 様

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

医 師 氏 名 _____