

手順書：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

指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

●患者名	●生年月日
●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で以下の1～5の全てが認められる場合	
1. 関節、会陰部、顔以外の部位に発生した褥瘡	
2. 骨が露出していない褥瘡	
3. 医師が一度は除去している血流のない褥瘡	
4. バイタルサインの変化がない	
●看護師に診療の補助を行わせる患者の病状と範囲	
<input type="checkbox"/> バイタルサイン、全身状態、病状が平常時と変化がない	
<input type="checkbox"/> 意識状態に変化がない	
<input type="checkbox"/> 著名な出血傾向がない	
<input type="checkbox"/> その他	
( )	

※病状の範囲外  
担当医師に直接連絡し、指示をもらう



※病状の範囲内  
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

当てはまらない項目が、1つでもある場合は、担当医師に直接連絡し、指示をもらう。

●特定行為を行う時に確認すべき事項
<input type="checkbox"/> 意識状態、バイタルサインの変化
<input type="checkbox"/> 褥瘡の部位
<input type="checkbox"/> 褥瘡の状態（DESIGN-Rの評価）
<input type="checkbox"/> 施行中及び施行後の出血や疼痛の有無
<input type="checkbox"/> その他 ( )
●医療安全を確保するために医師や歯科医師との連携が必要となった場合の連絡体制
・担当医師 ( )
①日中の連絡先
②休日及び夜間の連絡先
●特定行為を行った後の医師や歯科医師に対する報告の方法
①当日（電話・メール・医療用SNS・医療・介護情報共有システム・FAX）
②後日（連携ノート・メール・医療・介護情報共有システム・FAX 事務員への報告）

上記の通り指示します。

指示医療機関名

医師氏名