

## 訪問看護活用マニュアル～医療機関との連携～改定に寄せて

神奈川県訪問看護ステーション協議会では、「私たちの訪問看護ステーションマニュアル 2006」「訪問看護指示書マニュアル 2007」に続き、2010年には「訪問看護活用マニュアル～医療機関との連携～」を発刊しました。以来15年ほどの年月が経過し、医療保険・介護保険の報酬改定を繰り返し複雑化しています。近年在院日数が短縮される中、医療依存度の高い方やターミナル期の方でも自宅で過ごすことを希望されている方が増え、在宅への需要はますます高まっています。

訪問看護を行う上で、主治医はもとより多職種との情報共有と連携は必要不可欠です。今回マニュアルの改訂にあたり訪問看護の仕組み・利用する上でのポイントや留意点を、具体的にイメージしていただけるよう工夫しました。

このマニュアルが、訪問看護に対する理解を深める一助となりさらに、多職種の皆様とよりよい連携を図ることが、ご利用者・家族の安心につながります。医療機関と訪問看護ステーションのより良い連携・切れ目のない看護の提供のためにこのマニュアルをご活用いただければ幸いです。

2026年3月

神奈川県訪問看護ステーション協議会  
訪問看護推進委員会一同

## 目 次

1. 訪問看護サービス利用のメリット	1
2. 訪問看護サービスの内容	2
3. 訪問看護ステーション選択のポイント	3
4. 医療機関と訪問看護ステーションとの連携上のポイント	4
(1) 退院時共同指導で情報共有ができます	4

(2) 病棟看護師や連携室の方々にこんなことをお願いしたい！ .....	4
(3) 退院前に訪問看護師は、こんなことを行いたい！ .....	5
(4) 訪問看護依頼時には、このような情報が欲しい！ .....	5
(5) 医療処置が必要な患者が退院する場合 .....	6
(6) ケアマネジャーからの相談もあります .....	6
(7) 複数の医療機関や診療科を受診している利用者の対応は注意が必要 ..	6
5.介護保険と医療保険の対象者の違いがあります .....	7
介護保険と医療保険の制度の違い .....	7

## 資 料

• 特別管理加算 .....	9
• 障害高齢者の日常生活自立度判定基準 .....	9
• 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋） .....	10
• パーキンソン病における「ホーエン・ヤールの重症度分類等」 .....	10
• 医師・看護師以外の者が行える医療的行為について .....	10
• 褥瘡基準（NPUAP 分類・改定 DESIGN-R2020） .....	12
• 日本語版 STAR スキンテア分類システム .....	13

## 1 訪問看護サービス利用のメリット

### (1) 医学的視点に基づいた判断と予後予測が可能！

- 訪問時の定期的な病状観察により、健康管理と病状変化への対応が速やかにできます。
- 常に主治医と連携をとり、受診のタイミングなどの判断が適切にでき、重症化を防ぐことができます。
- 病気や障害をもって生活するご利用者や介護者への精神的サポートができます。

### (2) 合併症の予防や病状の悪化を防止することができます！

- 低栄養や寝たきりのご利用者に対して、褥瘡や肺炎等の予防や早期発見、対応ができます。
- 病気に対する治療食や栄養管理の必要な方に、栄養指導ができます。
- 嚥下機能に問題がある方には、食形態の工夫や嚥下訓練などを行うことができます。
- 慢性呼吸器疾患の方に、呼吸訓練や生活指導により呼吸機能低下や肺炎等の予防ができます。
- 精神疾患や認知症等により正しく服薬できない方には、服薬管理やアドバイスを行うことで、病気の悪化を予防し病状の安定を得ることができます。
- 難病や進行性疾患の方に、病状の変化を踏まえた早めの対応ができます。

### (3) 病状の不安定な方にも安全なケアや支援が提供できます！

- ご利用者の全身状態の変化に応じて、安全にケアを提供できます。  
⇒ 心不全や呼吸器疾患のご利用者への入浴介助等

### (4) 医学的根拠に基づいた介護予防や自立支援が実施できます！

- 機能回復の可能性の判断と自立するためのケアを提供できます。  
⇒ 自宅での入浴の仕方、自力での食事、ポータブルトイレや自宅トイレでの排泄、日常生活動作や外出方法の工夫等
- リハビリテーション導入の提案とともに、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と連携しリハビリテーションを継続的に実施できます。
- 福祉用具導入の判断、利用効果のアセスメントができます。

### (5) 在宅生活における介護指導ができます！

- 退院指導で行われた療養指導や生活指導を在宅で継続できます。
- 家族の介護状況や健康状態に配慮した介護指導や精神支援ができます。
- 初めて介護等をされる家族へ、介護負担が軽減できるような指導や支援ができます。
- 多職種と連携を図り、情報を共有することで不安の軽減を図ることができます。

### (6) 在宅での看取りを支援できます！

- ご利用者や家族が望む生活を実現できるよう支援します。
- 医療ニーズが高くなるとともに介護者へのサポートが重要になる終末期において、多職種連携を図り、チームケアの中で「看護の専門性」を発揮します。

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚労省）」を活用します。
- 24 時間対応体制を届け出ている訪問看護ステーションは、緊急時の電話相談と必要に応じた訪問看護を実施でき、ご利用者や家族の安心につながります。

### （7）在宅で医療行為が実施できます！

- ご利用者や介護者等が行う医療処置の手技や管理方法の確認ができ、安心して生活するための療養環境を整備することができます。
- 必要な医療処置や医療的管理、セルフケアの指導が実施できます。  
⇒ 人工肛門・人工膀胱、膀胱留置カテーテル、膀胱ろう・腎ろう、経管栄養・胃ろう、褥瘡処置や創傷処置、点滴や注射・中心静脈栄養、気管カニューレ、吸引・吸入、人工呼吸器、在宅酸素、血糖測定・インシュリン注射、輸液ポンプ管理等
- 主治医や医療機関との連携により、緊急時の対応が可能です。

## 2 訪問看護サービスの内容

訪問看護ステーションでは主に次のようなサービスを提供します。

- ①病状の観察
- ②介護者への介護指導
- ③身体の清潔（清拭、入浴介助など）
- ④排泄の支援（排便の介助など）
- ⑤食事・栄養の支援、指導
- ⑥リハビリテーション（看護師又は理学療法士等）
- ⑦医療処置（カテーテル交換、点滴など）
- ⑧医療機器の管理、指導（人工呼吸器など）
- ⑨褥瘡の予防や処置、創傷処置など
- ⑩服薬管理、指導
- ⑪ターミナルケア
- ⑫利用者及び介護者への精神的ケア
- ⑬福祉用具の導入と評価（介護用ベッドやエアマットなど）

病院を退院し在宅療養を始める患者様には、継続的な治療やケアが必要です。患者様が安心してご自宅に戻れるよう、入院中から訪問看護の必要性を判断し、訪問看護ステーションとの連携を進めていただくことが重要です。

### ★訪問看護の利用開始には「主治医の指示書」が必要です

訪問看護を利用できるのは、主治医が「訪問看護が必要」と認めた患者さんのみです。

そのため、訪問看護ステーションがサービスを開始する際は、主治医からの「訪問看護指示書」の交付が必要となります。この指示書に基づき安全で適切な看護を提供します。

### ★主治医との密な情報共有が重要です

訪問看護では、患者さんの状態変化に合わせた対応が求められます。そのため、主治医との密な連携は、質の高い看護を提供する上で不可欠です。

訪問看護ステーションでは、主治医と情報共有を図るため、以下の書類を定期的に提出しています。

- 訪問看護計画書: 患者さんごとの看護計画を主治医と共有します。
- 訪問看護報告書: 毎月患者さんの状態や看護内容を主治医に報告します。

### ★介護保険利用時はケアマネジャーと連携します

介護保険を利用して訪問看護を受ける患者さんの場合は、ケアマネジャーとの連携も不可欠です。

ケアマネジャーが作成するケアプランに基づき連携を図りながら、患者さんに適切な看護を提供します。

\* 患者さんのスムーズな退院と質の高い在宅療養のため、医療機関の皆様との連携を大切にしています。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

## 3 訪問看護ステーション選択のポイント

訪問看護ステーションごとに特徴があります。事業所を選ぶ際には次の点を参考にして、ご相談ください

☆訪問エリア

☆空き状況

☆24時間対応体制（緊急時訪問看護体制）の有無

☆営業日、時間

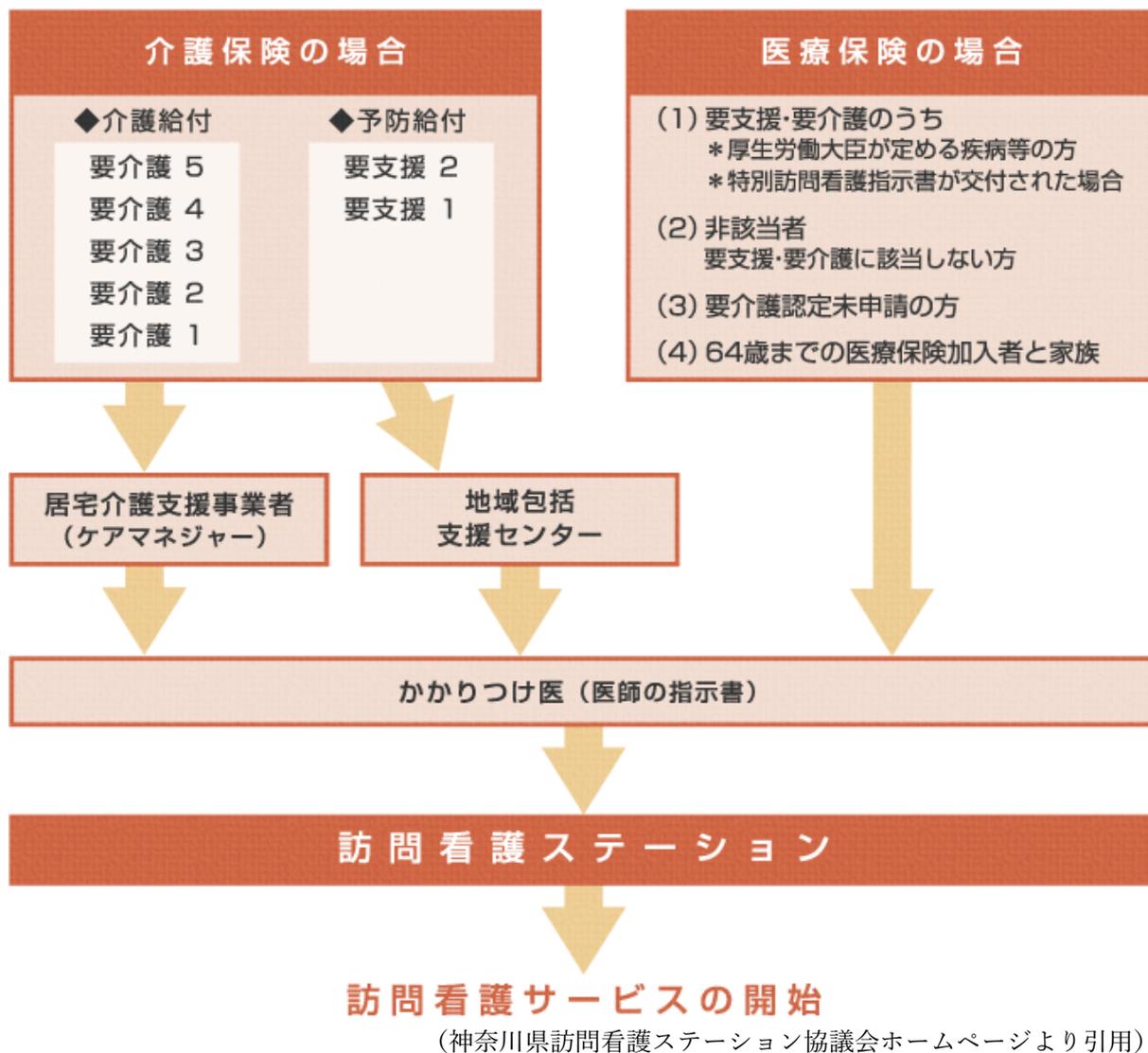
☆活動の特徴や専門性

得意なケア（緩和ケア、認知症ケア等） 専門的看護（精神看護、小児看護等） 専門看護師・認定看護師の在籍

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在籍の有無

☆連携のとりやすさ

神奈川県訪問看護ステーション協議会のホームページ  
「ステーション検索」が参考になります。



#### 4 医療機関と訪問看護ステーションとの連携上のポイント

##### (1) 退院時共同指導で情報共有ができます

訪問看護が必要と判断されたら、退院時共同指導や入院中に情報の共有を行い、在宅療養にスムーズに移行することが可能です。

##### (2) 病棟看護師や連携室の方々に、こんなことをお願いしたい！

○退院時共同指導やカンファレンスへ参加していただき下記の情報共有

- ・ 病識の理解と退院に向けての病棟での指導
- ・ 在宅で継続して行うケア内容
- ・ 必要物品の有無や購入方法
- ・ 次回外来受診日や訪問診療の有無
- ・ 医療機器使用の有無と対処方法
- ・ 介護力の有無
- ・ 急変時の対応

○退院後の生活を具体的にイメージした退院指導の実施（個別性に配慮、病気の管理、服薬管理、生活指導、介護指導等）

不明な点は、事前に訪問看護ステーションに問い合わせください。

退院時共同指導には料金が発生することを事前にお伝えください。

○要介護認定の申請や身体障害者手帳取得など、必要な制度利用のための支援

○退院日から初回の訪問看護が入る日までの間を安全に過ごせる配慮

- ・いつから訪問看護が入るのか
- ・退院後、最初の受診はいつか
- ・受診までに薬や医療材料は足りるのか
- ・病状悪化時（緊急時）の連絡先
- ・訪問診療の必要性の判断やそれに伴う情報提供 等

### （３）退院前に訪問看護師は、こんなことを行いたい！

○退院時共同指導の開催→安心して退院していただけるように顔合わせも兼ねています

- ・現状の共有、退院指導の確認と補足、退院前に準備することなどの確認
- ・退院後の生活による問題予測や解決方法の検討
- ・療養計画の立案と、サービス事業所の検討
- ・退院後の緊急時の連絡方法の確認（体調不良時、夜間・休日、緊急時等）
- ・継続される処置等の確認
- ・可能であれば家屋調査も同行可能です。ご相談ください

### （４）訪問看護依頼時には、このような情報が欲しい！

○基本情報

- ・氏名、性別、生年月日、住所、連絡先、連絡相手（キーパーソン）
- ・主治医（かかりつけ医）、医療機関名と住所、連絡先（電話番号等）
- ・医療保険情報、介護保険情報（申請と認定の有無）、障害者手帳の有無、公費負担医療の確認、利用しているサービスや制度情報等

○身体症状

- ・病名、既往歴、特記すべき病状
- ・寝たきり度、ADL、麻痺の有無や程度、嚥下や視力聴力など障害の有無や程度、意思の伝達能力
- ・最終の身体情報（最終排便日・入浴日、人工肛門・人工膀胱やカテーテルの交換日等）
- ・最新の検査データ・バイタルサイン

○生活支援の必要性

- ・食事、排泄、清潔等に関する自立度や特記事項
- ・必要と思われるケア内容

○介護力や家族の状況

- ・家族構成（独居の有無）
- ・家族の支援体制（主介護者の有無やキーパーソンなど）
- ・家族への指導内容と理解度、ケアの習熟度

- ・ 家族の在宅介護に対する心構えや受け止め方
- 病名・病状（場合によっては予後）
  - ・ 医師や看護師等からの説明内容と本人や家族の理解や受け止め方
- 医療処置の必要性と内容
  - ・ 継続して行う医療処置内容や使用機器の有無
  - ・ 医療機器（器具）の有無と最終交換日、種類やサイズ、設定値、連絡先等
  - ・ 処置を行うのは本人や家族か又は訪問看護かの確認
  - ・ 処置の指導内容と習熟度
- その他、訪問看護に依頼したい内容

#### （５）医療処置が必要な患者が退院する場合

- 退院前に在宅ケアを支える機関と連絡を取り、退院後の医療環境の調整、医療材料の調達、家族も含めた処置等の指導が必要です。退院時共同指導を行うと情報共有ができます
- 病院で処方される物品と在宅で準備する物品を明確にしてください。
- 可能な限り、在宅で使用する機器や物品での退院指導をお願いします。
- 退院時に持ち帰る物品は、次回受診や在宅診療時まで足りる量をお願いします。

医療行為は、医師や看護師の業務です。介護職が行うことはできません。  
 ただし平成17年7月26日に厚生労働省医政局長より「医師・看護師以外の者が行える医行為」が通達されています。P.11をご覧ください。

#### （６）ケアマネジャーからの相談もあります！

- 介護保険を利用する場合は、ケアマネジャーが必要になります。

#### （７）複数の医療機関や診療科を受診している利用者の対応には注意が必要です！

- 利用者に主として診療を行う医師が「主治医」として「訪問看護指示書」を交付するのが原則です。（「訪問看護指示書」を交付する医師は、一人です）
- 「主治医」である医師がほかの医師の指示を集約して「訪問看護指示書」に記載します。（「診療情報提供書」の活用が推奨されています）
- 「特別訪問看護指示書」は、通常の訪問看護指示書を交付している医師が交付することになります。

例1)

内科の主治医が「訪問看護指示書」を交付しているご利用者が、熱傷となり皮膚科を受診した場合

- ・ 皮膚科医から主治医に処置内容の「診療情報提供書」を提出していただく。
- ・ 主治医は「訪問看護指示書」に熱傷処置の指示を記載し交付する。

例 2)

A 主治医の「訪問看護指示書」の指示期間中、途中で B 医師に主治医が変更になった場合 B 医師は「訪問看護指示書」を交付する必要があります。原則として同一月内（1 か月 1 回）に新しい主治医側での訪問看護指示書の料金算定はできません。

## 5 介護保険と医療保険の対象者の違いがあります！

### ◆介護保険対象者

介護認定の申請を行い要介護又は要支援の認定を受け、主治医が訪問看護を必要と認めた人

### ◆医療保険対象者

- 1) 介護保険の未申請、非該当、40歳未満の方々
- 2) 介護保険の認定者でも次に該当するの方々

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症	重症筋無力症
スモン	筋萎縮性側索硬化症	脊髄小脳変性症
ハンチントン病	進行性筋ジストロフィー症	プリオン病
亜急性硬化性全脳炎	ライソゾーム病	副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症	球脊髄性筋萎縮症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群	頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態
パーキンソン病関連疾患 ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症 ・ パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)	多発性萎縮症 ・ 線条体黒質変性症 ・ オリブ橋小脳萎縮症 ・ シャイ・ドレーガー症候群	

(診断・治療指針(医療従事者向け) - 難病情報センター)

### \*精神科の訪問看護について

精神科を有するもの又はその家族等に対して、主治医(精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師に限る)から交付を受けた「精神科訪問看護指示書」及び「精神科訪問看護計画書」に基づき行う訪問看護ステーションからの訪問は、医療保険になります(精神疾患)

ただし、認知症の場合は介護保険になります。

・・・まずは、訪問看護ステーションにお問い合わせください・・・

介護保険と医療保険の制度の違い

事項	介護保険	医療保険
<p>同一利用者に対する複数のステーションによる訪問看護</p> <p>同一利用者に対する複数のステーションによる訪問看護</p>	<p>● 2ヶ所以上の訪問看護ステーションから訪問可能</p>	<p>● 同月に 2 か所までの訪問看護ステーションから訪問可能な場合</p> <p>①厚生労働大臣が定める疾病等</p> <p>②特別管理加算の対象者</p> <p>③特別訪問看護指示書交付期間中であって週 4 日以上指定訪問看護を計画</p> <p>● 同月に 3 か所までの訪問看護ステーションから提供可能な場合</p> <p>①厚生労働大臣が定める疾病等</p> <p>②特別管理加算の対象者であって、週 7 日の指定訪問看護を計画</p>
	<p>※複数の訪問看護ステーションからの加算等の算定 (各ステーションで算定又は1ヶ所のステーションで算定の区別)</p>	
	<p>訪問看護指示書は事業所ごとに交付 (指示書料の算定は利用者 1 人に月 1 回)</p>	
<p>訪問回数の制限</p>	<p>● 1 日・1 週間ともに制限なし (居宅サービス計画に基づく)</p>	<p>● 原則、週 3 日</p> <p>別表第 7(厚生労働大臣が定める疾病等)、別表第 8 (特別管理加算の対象者)、特別訪問看護指示書交付期間中は回数制限なく、難病等複数回訪問加算の算定も可能</p>
<p>休日・時間外の訪問看護に対する差額料金</p>	<p>【緊急時訪問看護加算】</p> <p>● 早朝・夜間・深夜加算の算定</p> <p>・居宅サービス計画に位置づけられている場合</p> <p>* 月 1 回目の緊急訪問の場合は算定できず所定の単位数のみ算定</p> <p>* 特別管理加算対象者でなくても、2 回目以降の緊急訪問から算定できる</p> <p>● 差額料金は徴収できない</p>	<p>【24 時間対応体制加算】</p> <p>● 早朝・夜間・深夜加算の算定</p> <p>● 差額費用の徴収 (その他の利用料)</p> <p>・営業日以外は、ステーションが定める休日料金の額をご利用者から徴収できる</p> <p>・早朝・夜間・深夜加算が算定できない時間外については、ステーションが定める時間外料金の額を利用者から徴収できる</p>
<p>交通費の徴収</p>	<p>● 通常の訪問エリアへ訪問する場合は、交通費は介護報酬 (訪問看護費) に含まれるため徴収できない</p> <p>・通常の訪問エリアを越える訪問の場合は、実費相当額を徴収できる</p>	<p>● 「その他の利用料」として、ステーションが定める額 (実費相当額) を利用者から徴収できる</p>

## 資 料

### ◆特別管理加算

・特別な管理を要するご利用者に対して、計画的な管理を行った場合に算定

利用者の状態	介護保険 単位数（1月 につき）	医療保険 加算額（1月 につき）
在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態	特別管理加算 （Ⅰ） 500単位	5000円
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態	特別管理加算 （Ⅱ） 250単位	2500円
人工肛門、人工膀胱を設置している状態	上記（Ⅱ）	2500円
真皮を超える褥瘡の状態 ①NPUAP 分類Ⅲ度又はⅣ度 ②DESIGN 分類 D3、F4 又は D5	上記（Ⅱ）	2500円
点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態	上記（Ⅱ）	2500円

（訪問看護業務の手引 令和7年度版）

### ◆障害高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	
生活自立 J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する	
準寝たきり A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力で寝返りもうたない

（平成3年11月18日 老健102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より）

◆認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判断基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる IIa：家庭外で上記IIの状態が見られる IIb：家庭内でも上記IIの状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする IIIa：日中を中心として上記IIIの状態が見られる IIIb：夜間を中心として上記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について）

◆パーキンソン病における「ホーエン・ヤールの重症度分類等」

ヤール分類	生活機能障害度
ステージ 1：片側だけの障害で軽度	I 度：日常生活・通院にほとんど介助を要しない
ステージ 2：両側性で日常生活が不便	
ステージ 3：姿勢反射障害・突進現象があり、起立や歩行に介助を要する	II 度：日常生活・通院にほとんど介助を要する
ステージ 4：起立や歩行など日常生活の低下が著しく、労働能力は失われる	
ステージ 5：車いす移動又は寝たきりで全介助状態	III 度：起立不能・日常生活全介助

（診断・治療指針（医療従事者向け）－難病情報センター）

「原則として医行為ではない行為」について

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（その 2）（医政発 1201 号第 4 号令和 4 年 12 月 1 日）「令和 4 年医政局通知」（一部抜粋）

分類	行為
血圧等測定関係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 腋下での体温測定（水銀・電子体温計）、外耳道での体温測定（耳式電子体温計）</li> <li>2 血圧測定（自動血圧測定器）</li> <li>3 半自動血圧測定器（ポンプ式含む）での血圧測定</li> <li>4 パルスオキシメーター装着し（新生児以外で入院治療の必要のないもの）動脈血酸素飽和度測定</li> <li>5 ④の動脈血酸素飽和度を確認</li> </ol>
血糖測定関係	持続血糖測定器のセンサー貼付や測定値の読み取り
喀痰吸引関係	吸引器に溜まった汚水の破棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充
膀胱留置カテーテル関係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 畜尿バックからの尿廃棄（DIB キャップの開閉含む）</li> <li>2 畜尿バックの尿量及び色の確認を行うこと</li> <li>3 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを止めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと</li> <li>4 専門的管理が必要ないことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、利用者の陰部洗浄を行うこと</li> </ol>
排泄関係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ストマ装具のパウチに溜まった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）</li> <li>2 自己導尿を補助する為、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと</li> <li>3 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸を用いて浣腸すること * 挿入部の長さ 5～6 cm 程度以内、グリセリン濃度 50%、成人用 40 g 程度以下、6～12 歳の小児用の場合で 20 g 程度以下、1 歳～6 歳未満の幼児用の場合で 10 g 程度以下の容量のもの</li> </ol>
その他関係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 有床義歯の着脱及び洗浄を行うこと</li> <li>2 重度の歯周病がない場合の歯ブラシや綿棒等を用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること</li> <li>3 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも炎症がなく、糖尿病等の疾患に伴う専門的管理が必要でない場合に、爪切りできること及び爪ヤスリでやすりがけすること</li> <li>4 軽微な擦り傷、切り傷、やけど等について専門的判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）</li> </ol>
服薬介助関係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 皮膚への軟膏塗布を介助（褥瘡処置を除く）すること</li> <li>2 皮膚への湿布貼付を介助すること</li> <li>3 点眼薬の点眼を介助すること</li> <li>4 一包化された内服薬（舌下錠の使用含む）を介助すること</li> </ol>

	5 肛門からの座薬挿入を介助すること
	6 水虫や爪白癬にり患した爪への軟膏又は外用液の塗布を介助すること

「令和 6 年度老人保健健康増進等事業 原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」

令和 7 (2025) 年 3 月 (株式会社 日本経済研究所)

[https://www.jeri.co.jp/wp-content/uploads/2025/05/elderlyhealth-r6\\_02.pdf](https://www.jeri.co.jp/wp-content/uploads/2025/05/elderlyhealth-r6_02.pdf)

#### ◆褥瘡基準

訪問看護指示書に記載する『褥瘡の深さ』について

◎重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)にある場合にチェックを入れます。

<b>NPUAP 分類：Ⅲ度またはⅣ度</b>
Ⅲ度：皮膚全層及び皮下組織に及ぶ損傷。筋膜には達しない Ⅳ度：筋肉・骨・支持組織が露出
<b>改定 DESIGN-R (R) 2020：D3・D4 または D5</b>
D3：皮下組織までの損傷（創縁と創底に段差があり、創底には脂肪層の壊死組織がある） D4：皮下組織を超える損傷（創底には筋膜の壊死がある） D5：関節腔・体腔に至る損傷

(一般社団法人日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント)

## ○スキンテア

主として高齢者の四肢に発生する外傷性創傷であり、摩擦単独あるいは摩擦・ずれによって、表皮が真皮から分離（部分層創傷）、または表皮および真皮が下層構造から分離（全層創傷）して生じる。

（一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会）

## 日本語版STAR スキンテア分類システム

### STAR スキンテア分類システムガイドライン

1. プロトコルに従い、出血のコントロールおよび創洗浄を行う。
2. （可能であれば）皮膚または皮弁を元の位置に戻す。
3. 組織欠損の程度および皮膚または皮弁の色をSTAR分類システムを用いて評価する。
4. 周囲皮膚の脆弱性、腫脹、変色または打撲傷について状況进行评估する。
5. 個人、創傷、およびその治療環境について、プロトコル通り評価する。
6. 皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいる場合は、24から48時間以内または最初のドレッシング交換時に再評価する。

### STAR 分類システム



#### カテゴリー 1a

創縁を（過度に）伸展させることなく正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。



#### カテゴリー 1b

創縁を（過度に）伸展させることなく正常な解剖学的位置に戻すことができ、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。



#### カテゴリー 2a

創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白でない、薄黒くない、または黒ずんでいないスキンテア。



#### カテゴリー 2b

創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができず、皮膚または皮弁の色が蒼白、薄黒い、または黒ずんでいるスキンテア。



#### カテゴリー 3

皮弁が完全に欠損しているスキンテア。

Skin Tear Audit Research (STAR). Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and midwifery, Curtin University of Technology. Revised 4/2/2010.

Copyright (C) 2013 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会All rights reserved.

### 【引用・参考文献】

- ・神奈川県訪問看護ステーション協議会
- ・診断・治療指針（医療従事者向け）－難病情報センター
- ・訪問看護業務の手引 令和7年度版
- ・平成3年11月18日 老健102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より
- ・平成18年4月3日老発第0403003号「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について
- ・「原則として医行為ではない行為に関するガイドライン」令和7（2025）年3月（株式会社日本経済研究所）
- ・一般社団法人日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント
- ・一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会