

令和3年4月28日

高知県医師会会員 各位

一般社団法人高知県医師会
会長 岡林 弘毅
(公印省略)

令和3年度介護報酬改定に伴う訪問看護指示書の様式改訂について（再送）

平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきましては、厚生労働省保険局から、令和3年3月31日付保医発0331第1号にて、「「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正等について」の通知が発出されております。

これは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職種の指示や、1日あたりの介入時間や頻度などの詳細を記載することとされたことに伴い、「II 1. リハビリテーション」の欄に、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて1日あたり20・40・60・（ ）分を週（ ）回」とする新たな記入欄が設けられています。

つきましては、令和3年4月1日以降は、新様式にて指示を行う必要がありますので、ご留意の程よろしくお願いいたします。

なお、様式等は高知県医師会ホームページ「お知らせ」欄、または四国厚生支局ホームページにも掲載しております。

〒780-8514 高知県高知市丸ノ内1丁目7番45号
総合あんしんセンター4階 高知県医師会 事務局
TEL 088-824-8366

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		年	月	日	(歳)				
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態									
	投与中の薬剤 の用量・用法	1.	2.							
	日常生活 自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)						
	褥瘡の深さ	DESIGN分類		D 3	D 4	D 5	NPUAP分類		III度	IV度
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置		2. 透析液供給装置		3. 酸素療法 (l/min)					
	4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ					
	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ)				、 日に1回交換					
	8. 留置カテーテル (部位 : サイズ)				、 日に1回交換					
	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定)									
	10. 気管カニューレ (サイズ)									
	11. 人工肛門		12. 人工膀胱		13. その他 ()					
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項										
II 1. リハビリテーション 〔 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載) 〕										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応										
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)										
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿