

◆ 訪問看護指示書記載についての注意点 ◆

① 指示期間

- ・訪問看護指示書の指示期間は、1 か月から最大 6 か月の範囲で、主治医が期間を決め訪問看護指示書の指示期間欄に記載します。
- ・訪問看護指示書は、利用者の病状に応じて指示期間内でも再度交付することができます。
- ・1 人の利用者に複数の訪問看護ステーションが訪問している場合には、それぞれの訪問看護ステーションに訪問看護指示書の原本を交付する必要があります。

注) 訪問看護指示書は「主治医が訪問看護の必要性を判断して交付する」ため、「継続して訪問看護が必要と判断した」場合には、訪問看護指示書の指示期間に再度、訪問看護指示書の交付をする必要があります。

② 主たる傷病名

- ・訪問看護の利用者が、制度上介護保険と医療保険のどちらが優先になるのかについて、訪問看護指示書に記載された傷病名が判断の基準になります。
- ・特に悪性腫瘍の場合の「末期状態」パーキンソン病の「ヤールの重症度分類と生活機障害度」「頸髄損傷」など訪問看護指示書への正確な記載が必要です。

③ 褥瘡の深さ

- ・【特別管理加算を算定する】場合や【特別訪問看護指示書を月 2 回交付する】場合、訪問看護指示書の「褥瘡の深さ」の欄に「真皮を肥える褥瘡の状態」であることを記載する必要があります。
- ・「真皮を越える褥瘡の深さ」とは N P U A P 分類でⅢ度または D E S I G H 分類で D3、D4 または D5 をいいます。

④ 装具・使用医療機器等

- ・使用している医療機器について○を付け、(カッコ内) に必ず機器の設定や管理方法、カテーテルのサイズや交換頻度などについて具体的に記載します。

⑤ 留意事項及び指示事項

- 「療養生活指導上の留意事項」は全体的な注意点を包括的に記載する欄です。
- 「装具・使用医療機器等の操作援助・管理」など、看護師が行う「診療の補助」行為については、文書による具体的な指示が必要です。

例) 1.リハビリテーション： 禁忌動作・禁忌肢位や荷重。内科系疾患を合併している場合の負荷量や留意点

2.褥瘡の処置等： 部位・処置方法と頻度、薬剤の選択の可否や使用薬剤

3.装具・使用医療機器等の操作援助・管理

： 装着器具の種類やサイズ、カテーテル等の定期交換頻度や注意点、管理トラブル発生時の対応方法など。在宅酸素や呼吸器を使用の場合、流量や濃度等の詳細な指示及び、安静時と労作時の指示変更について等

4.その他： 食事制限や排便コントロールの際の具体的内容

注) これらの指示事項が記載しきれない場合については別紙に記載し、添付すること

(別紙様式 16)

介護予防訪問看護・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 (令和 年 月 日 ① ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)												
患者住所	電話 () -												
主たる傷病名	(1) ②ここに記載される傷病名が、介護保険または医療保険の												
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療	どちらが適用されるかの判断基準になります											
投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.											
	3.	4.											
	5.	6.											
	日常生活	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
	自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	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③深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 Ⅲ度 Ⅳ度											
	1. 自動腹膜透析装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 (/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・胃薬: サイズ)	日に 1 回交換											
装着・使用医療機器等	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	全体的な注意点を包括的に記載してください												
I. 療養生活指導上の留意事項													
II. 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	⑤ 看護師が行う「診療の補助」行為について具体的な指示を記載してください												
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)													
点滴注射を指示する場合、投与薬剤名・量・速度・方法・注意事項など、具体的に記載													
緊急時の連絡先不在時の対応法	夜間も含め緊急時の連絡先を記載												
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、薬剤アレルギーの既往、安静時間・随時対応要請等を留意事項及び緊急時対応マニュアルに併記の留意事項等があれば記載して下さい。)													
病状や身体・精神的理由で複数名での訪問看護が必要な場合、その旨を記載 感染症についても記載してください													
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)	複数の訪問看護ステーションに指示書を交付している場合に記載												
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。

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

指示日は、指示期間開始日前以前の
日付を記載してください

印

事業所 訪問看護ステーション Gift 殿