

(医療機関、介護事業所における)
訪問看護活用ガイド



製作・発行：一宮市在宅医療・介護連携推進協議会

監修：一宮訪問看護連絡協議会／一宮 SW 連絡会



<目 次>

1. こんな時は訪問看護をご活用ください 3～8
 - 1) 訪問看護活用チェックシート
 - 2) 訪問看護のイメージ(地域とのつながりを深め、安心を届けます)
 - 3) 訪問看護師が実施できるサービス(診療の補助・療養上の支援)
 - 4) 介護職が実施可能な行為等
 - 5) 訪問看護活用事例 (事例 1～5)
2. 訪問看護サービスのしくみ 9
3. 訪問看護利用フローチャート(保険種別・利用回数) 10
4. 訪問看護指示書等の記載時の留意点及び算定について . . . 11～13
 - 1) 訪問看護指示書の発行
 - 2) 特別訪問看護指示書の発行
 - 3) 在宅患者訪問点滴注射指示書の発行
 - 4) 精神科訪問看護指示書の発行
 - 5) 訪問看護指示書等の算定について (表)
5. 訪問看護指示書発行時の流れ(スムーズな連携のために) . . 14～17
 - 1) 訪問看護等指示書の作成ルール
 - ・新規利用者の場合
 - ・継続利用者の場合
 - 2) 訪問看護の指示書作成および利用要否確認のお願い
 - 3) 「訪問看護」事前確認・情報提供シート
 - 4) 訪問看護指示書等の連絡先病院窓口
6. 訪問看護指示書の種類と記載事例 18～28
 - 《訪問看護指示書の種類》
 - 訪問看護指示書
 - 訪問看護指示書(具体的な記入例)
 - 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書
 - 精神訪問看護指示書
 - 《訪問看護指示書の記載事例》
 - <記載事例1> 悪性腫瘍の末期の状態の場合
 - <記載事例2> パーキンソン病で公費対応の場合
 - <記載事例3> 褥瘡の場合
 - <記載事例4> 小児および障害児の場合
 - 《特別訪問看護指示書の記載事例》
 - <記載事例5> 発熱で点滴が必要になった場合
 - <記載事例6> 褥瘡形成で頻回の訪問が必要になった場合



7. 訪問看護指示書記載時の参考資料 29～33

- 基準告示第2の1に規定する疾病等
 - ・特掲診療料の施設基準等「別表第7」(厚生労働大臣が定める疾病等)
 - ・特掲診療料の施設基準等「別表第8」
- 介護保険の申請対象となる特定疾病(16種類)
- パーキンソン病の重症度
 - Hoehn-Yahr(ホーエン・ヤール)の重症度分類と生活機能障害度
- 褥瘡基準
- 超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

8. 高齢者施設における訪問看護利用時の留意点(簡易早見表) . . . 34

<自宅以外の居住系サービス(介護老人保健施設除く)でも要件を満たせば訪問看護が利用できます>

1. こんな時は訪問看護をご活用ください



*以下の項目に該当する場合は訪問看護の利用についてご検討下さい。

＜現在の利用者の状況＞		チェック欄
食生活	食事の摂取量が少ない、食事内容に極端な偏りがある。	
	水分摂取量が少ない。誤嚥しやすい。脱水、熱中症の既往がある。	
排泄面	便秘がある。頻尿がある。尿がでにくい。	
	膀胱炎や尿路感染の既往がある。	
清潔面	入浴時に脈や血圧が変動しやすい。気分が悪くなる。	
	一人で浴槽に入れない。	
	口腔内の清掃ができていない。	
身体機能	段差がないところでつまづく。転びやすくなった。転倒の既往がある。	
	運動機能や体力の低下がある。体動時などに息切れがある。	
	寝たきりや廃用症候群になりやすい。	
その他	精神的に不安定。不安が強い。	
	物忘れが目立つ。認知症が疑われる。	
	眠れない。	
	痛みがある。	
＜医療処置を行っていますか？＞		
インスリン療法などの自己注射をしている。経管栄養（胃ろうなど）。傷や褥瘡がある。人工肛門を造設している。留置カテーテルや自己導尿をしている。在宅酸素療法。その他の医療処置がある。		
＜服薬の管理は大丈夫ですか？＞		
決められたように薬が飲めない（飲み残しがあったり、予定より早く薬がなくなる）。		
薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する。		
＜かかりつけ医はいますか？＞		
定期的な受診ができない。診療所・病院を転々としている。		
＜介護を取り巻くご本人やご家族の状況はいかがでしょう？＞		
一人暮らし。		
日中は家族の方が不在など介護をする人がいない。		
介護者の健康に不安がある。		
在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい。		
病状が不安定で、肺炎などで入退院を繰り返している。		
終末期を自宅で過ごしたいという希望がある。		

訪問看護ステーションが

地域とのつながりを深め、安心を届けます

在宅で療養している人に対して、かかりつけ医の指示にもとづいて、看護師などが自宅など生活の場に訪問し、病状の観察や医療処置などの診療の補助、療養上の世話をを行います。24時間365日対応も可能なので、病状の急変などに備えたサポート体制の充実が図れます。



対象

赤ちゃんからお年寄りまで

※医療保険・介護保険の双方に対応。公費負担医療制度が利用できる場合があります。

訪問スタッフ

保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

ターミナルケア

がん末期や終末期を自宅で過ごせるように支援します。

緊急対応

急変時にはかかりつけ医と連携して対応します。

在宅療養

内服確認、清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助・指導をします。

認知症・精神疾患のケア

認知症や精神疾患の介護や事故防止などの相談や助言を行います。

『自分らしく生きる』を支える訪問看護

医療機器の管理

点滴、胃ろう、尿管留置カテーテル、褥瘡処置、在宅酸素、人工呼吸器などを管理します。

在宅でのリハビリテーション

拘縮予防や機能の回復、嚥下機能訓練などを行います。



入院中からの支援

病院と連携して、在宅医療に移行できるよう支援します。

施設への訪問

地域の各施設と連携し、必要時サービスを提供することも可能です。

ご家族への介護支援・相談

介護方法のアドバイス・心配ごとなどの相談を受けます。

医療と介護の橋渡し

かかりつけ医、ケアマネジャーなど関係機関との連携のこなめとなり支援します。

◆ 介護職が実施可能な行為（医行為などの規制の対象とはならない）

行為内容	実施時の留意点
1. 爪切り・爪やすりをかける	・爪そのものの異常や、爪周囲の化膿・炎症がなく、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でないこと
2. 口腔ケア、歯磨き、入れ歯洗浄	・重度の歯周病等がない場合
3. 耳垢の除去(耳掃除)	・耳垢塞栓の除去を除く
4. ストーマ装具内の排泄物の破棄	
5. 自己導尿の補助	・カテーテルの準備、体位の保持など
6. 市販の浣腸	・挿入の長さが5～6 cm程度以内、グリセリン濃度 50% ・容量 成人：40g程度以下、6～12 歳未満の小児：20g程度以下、 1～6 歳未満の幼児：10g程度以下

◆ 介護職が実施可能（「医行為ではない」※注1）と考えられるもの

行為内容 ※注2	実施時の留意点
1. 水銀体温計・電子体温計を用いた体温測定（腋で計測）	・測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行わない ・事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医療者に報告する
2. 自動血圧測定器により血圧を測定	
3. 動脈血酸素飽和度を測定するためのパルスオキシメータの装着（新生児以外のもので入院治療の必要がないもの）	
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等についての処置（汚れたガーゼの交換を含む） ※応急手当はする	・専門的な判断や技術を必要としないこと
5. 軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く)・湿布の貼付・点眼 一包化された内用薬の服薬介助(舌下錠の使用も含む) 肛門からの坐薬挿入・鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助 【下記の①～③の条件を満たしていること】 ① 患者の容態が安定していること ② 副作用の危険性や投薬量の調整のため、医療者による連続的な容態の経過観察が必要ではないこと ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、使用にあたっての専門的な配慮が必要でないこと	・左の介助ができることを本人又は家族に伝え、事前に本人又は家族から具体的な依頼があること ・あらかじめ患者専用に医師の処方を受けている医薬品であること ・医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守して介助すること

※注1 「医行為とは、医師や歯科医師、看護職員でなければ行えない人体に危害を及ぼし、又は人体に危害を及ぼすおそれのある行為」

※注2 病状が不安定等専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に、専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認する。さらに、病状が急変する等の場合は、医師歯科医師、又は看護職に連絡を行い、必要な措置を速やかに講じること。

◆ 条件付きで介護職員が実施可能な「医行為」（特例）

行為内容	実施条件等 ※【研修種類別】により実施可能な行為と対象者は異なる
喀痰吸引（口腔内・鼻腔内 ・気管カニューレ内部）	・2016年1月以降の介護福祉士合格者（基本研修終了＋実地研修修了者） ・一定の研修を受け、都道府県知事から「認定特定行為業務従事者認定証」を受けた介護職員
経管栄養（胃ろう、腸ろう・経鼻 経管栄養）	・事業者の申請・登録：「登録喀痰吸引等事業者」「登録特定行為事業者」 ・医師の指示のもと、看護師等と連携し、実施手順書の明記、業務の流れを共有

参考：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(通知)

厚生労働省、医政発第 0726005 号 平成 17 年 7 月 26 日 ※詳細は通知をご確認ください

訪問看護活用事例

事例1. 脳梗塞

【事例紹介】

- ・80歳の女性 脳梗塞後遺症(日常生活自立度 C1、認知症日常生活自立度 M)
- ・日中独居。栄養は経管栄養。排泄はおむつを使用
- ・糖尿病の合併症で、足の指が壊死している
- ・息子と二人暮らしで、息子は「在宅で見ていきたい」と希望
- ・息子は8時～20時まで会社勤め

【訪問看護の関わり】

- ・訪問看護1回/日経管栄養を実施(1日2回は息子が実施)
- ・主治医との連携と訪問診療時等に同席し、病状確認
- ・主介護者である息子との情報共有

【効果】

- ・症状の悪化が確認された時には訪問看護より医師に報告することで対処が迅速にできるようになった
- ・在宅であっても壊死組織の切開を行うことができる状態まで回復し、観察とフォローも可能となった
- ・状態が安定し通院が可能となることで、在宅生活が継続できた

事例2. ターミナル

【事例紹介】

- ・79歳の男性 ターミナル期
- ・H18 胃がんにて手術施行 H23.6 肝臓がん・大腸がんにて化学療法を受ける
- ・H23.7 通過障害、下血し入院治療を勧められたが帰宅
- ・妻と二人暮らし 協力者:隣町へと嫁いだ娘
- ・本人は在宅療養を希望するが、娘は入院を希望

【訪問看護の関わり】

- ・訪問看護5～6回/週
- ・在宅主治医との連携による疼痛コントロール
- ・通過障害による栄養低下予防のため、点滴開始3回/週～毎日施行
- ・状態に応じて清拭・洗髪
- ・今後の過ごし方について、本人・家族の意思確認や娘との調整役
- ・状態変化や不安な時、24時間対応にてサポート

【効果】

- ・下血・発熱・痛みの増強時には主治医と連携し迅速に対処ができるようになった
- ・娘に予想される状況を説明のうえ、医師や看護師がサポートすることで、娘の不安も軽減し、在宅療養への同意が得られた。そのことで孫が毎日訪れる生活が送れた
- ・看取りの過ごし方について、家族の不安に答え、寄り添いながら支援することで不安の中にも穏やかな最期を迎えることができた

事例3. 呼吸不全

【事例紹介】

- ・86 歳男性 慢性呼吸不全(日常生活自立度 B、認知症日常生活自立度 I)
- ・昼間:在宅酸素 HOT
- ・夜間:NIPPV 使用(毎晩のマスクの装着に時間を要していた)
- ・78 歳の妻と二人暮らし、介護は全面的に妻が一人で行っている
- ・長男家族は市内に在住。月 1 回の受診に同行

【訪問看護の関わり】

- ・訪問看護 2 回/週、理学療法士 1 回/週
- ・状態観察、HOT、NIPPV の使用状況確認・管理
- ・生活・療養状況の確認、清拭援助・与薬管理

【効果】

- ・装着時の姿勢を工夫することで、マスクの装着がスムーズになった
- ・24 時間サポートにより、療養指導など適宜アドバイスを行うことで再入院を回避できた
- ・リハビリと連携して ADL の拡大を図ることで、介助入浴が可能となった

事例4. 神経難病

【事例紹介】

- ・60 歳女性 神経難病 (日常生活自立度 C2、認知症日常生活自立度 I)
- ・気管切開、胃ろう
- ・下痢による皮膚のトラブルが続いていた
- ・10 年以上寝たきり、70 歳代の夫が主介護者

【訪問看護の関わり】

- ・訪問看護 3 回/週
- ・気管切開の管理、呼吸介助による集中的な排痰
- ・下痢の原因調査、胃ろうからの栄養剤注入を半固形化(寒天等で固める)することの提案
- ・半固形化栄養に変更しても下痢が続く場合、下痢の調整や浣腸による排便方法の検討
- ・全身清拭・陰部洗浄などの清拭援助

【効果】

- ・半固形化栄養により水様便→有形便になり、尿路感染の予防になった。また、栄養剤の注入時間が 60 分→15 分に短縮
- ・誤嚥性肺炎の予防・早期発見により、入院回数が減少
- ・皮膚トラブルを起こすことが少なくなった

- ・24 時間体制サポート(電話での相談や緊急時等の訪問等)により在宅療養の継続につながった

事例5. 小児

【事例紹介】

- ・生後 8 か月の女児
- ・水頭症(VP シャント)
- ・経管栄養、在宅酸素、人工呼吸器を装着しており医療的ケアが必要
- ・核家族で近隣には協力者はいない
- ・第 1 子で子育てなどへの不安も強い

【訪問看護の関わり】

- ・退院までに 2 回病院に出向き、退院に向けての準備を病院職員と実施(家族の不安や思いの傾聴、医療的ケアの習得状況の確認・指導、療養環境の整備、支援体制の整備)
- ・退院前の外泊時に、訪問看護を実施(1 回)
- ・訪問看護 5~6 回/週→3 回/週→1 回/週と状況に合わせて徐々に減らす
- ・状態の変化や緊急時の対応などに関する助言
- ・医療機器の管理や医療処置、入浴などの生活援助を実施
- ・医療的ケアも徐々に減り、成長・発達段階に合わせて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が介入してリハビリを実施
- ・関係機関と協力し、療育に関する提案を実施

【効果】

- ・入院中からの早期介入により、在宅療養のイメージが付き、不安の軽減・家族の精神的な安定が得られた
- ・医療機器の管理や処置、入浴などの日常生活において、家族が自信をもって療養できるようになった
- ・状態や成長・発達に関する相談ができ、状況に応じたアドバイスを受けられるようになった
- ・人工呼吸器や在宅酸素は不要になり、経管栄養も経鼻から胃ろうに変更となった
- ・リハビリにて姿勢保持などの指導を受け、特殊バギーへの乗車ができるようになった
- ・関係機関と協力し、母子通園→特別支援学校幼稚部入園が可能となった

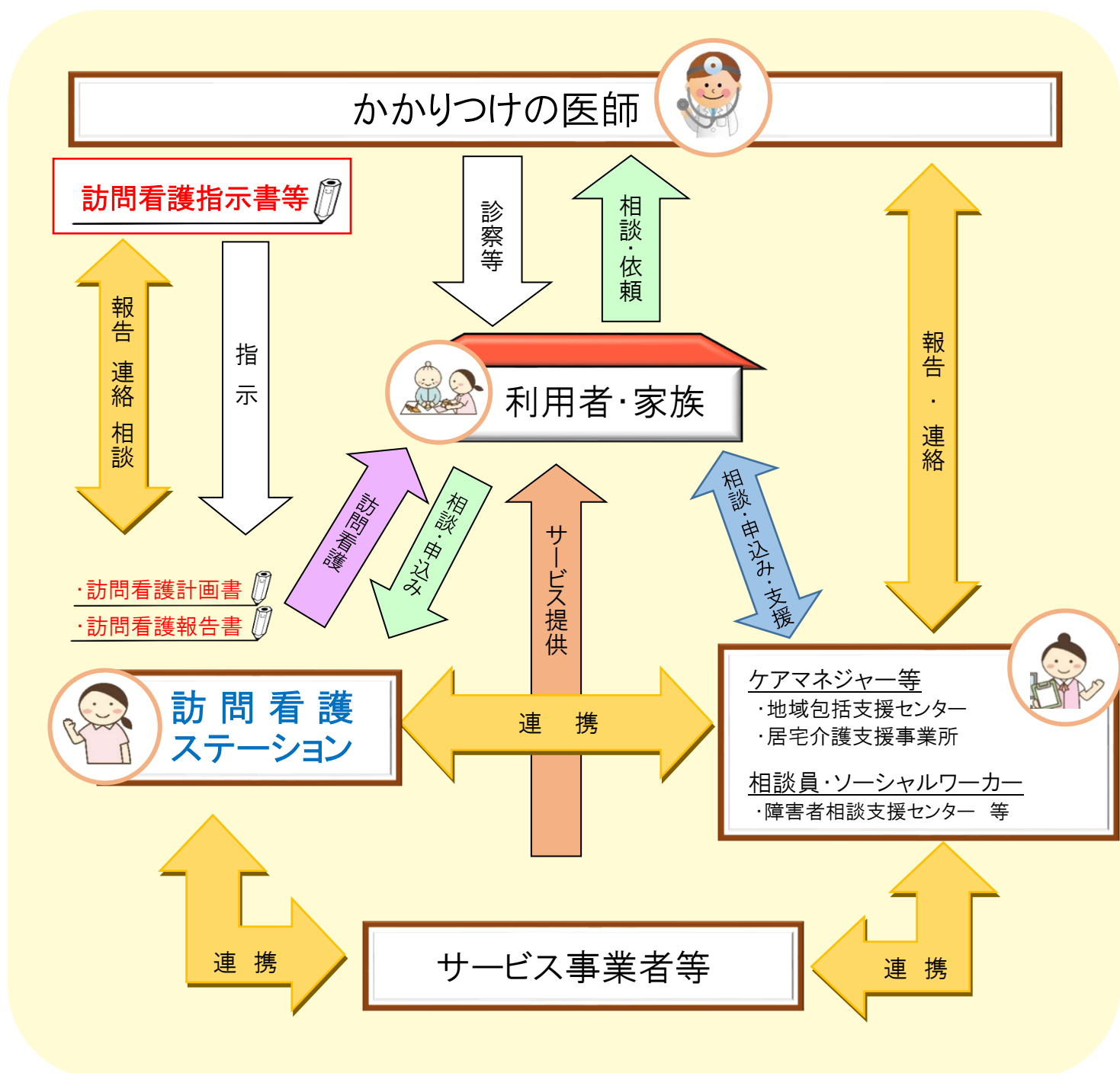
2. 訪問看護サービスのしくみ

■訪問看護の利用対象者は、主治医が訪問看護の必要性を認めたものに限られます。

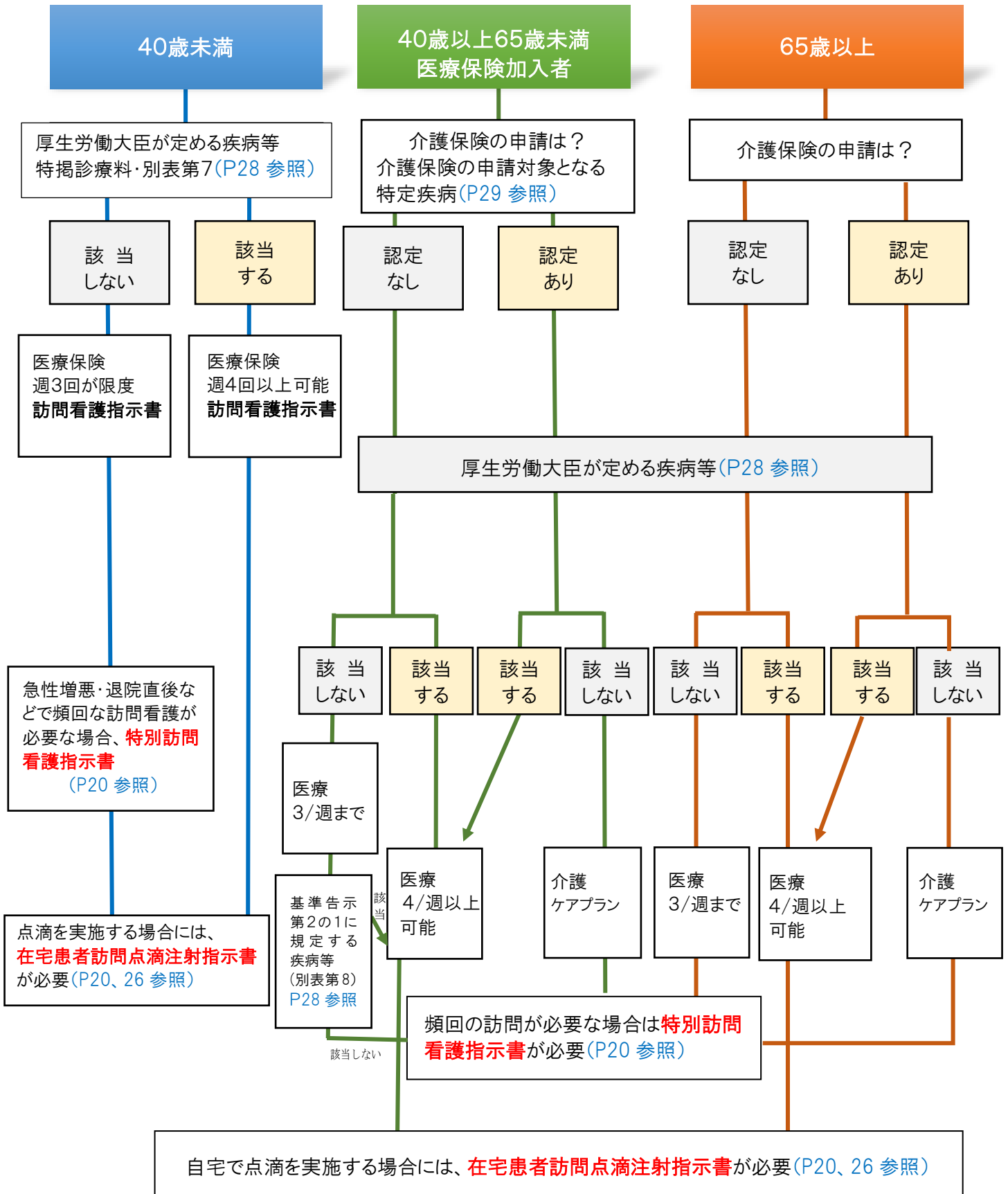
訪問看護の開始に際しては、主治医が発行する『訪問看護指示書』の交付が必要です。

■訪問看護の実施に当たっては、慎重な状況判断が要求されることを踏まえ、主治医との密接な連携を図ることが重要です。適切な訪問看護を提供するために、『訪問看護計画書』及び『訪問看護報告書』を主治医に提出します。

■医師やケアマネジャー、相談員等関係機関などとの密接な連携により、利用者の状態に応じて看護を提供します。



3. 訪問看護利用フローチャート（保険種別・利用回数）



4. 訪問看護指示書等の記載時の留意点及び算定について

1) 訪問看護指示書の発行

- 訪問看護を行うときに必ず必要な指示書です。
- 主治医は、訪問看護ステーションに訪問看護指示書の**原本**を交付します。
- 指示期間は、**1ヶ月間から最長6ヶ月間**です。指示期間は、主治医が決めます。また、指示期間の記載がない場合は、指示日より1ヶ月間となります。指示期間満了日以降も訪問看護の利用継続が必要な場合には、指示期間満了日までに訪問看護の要否を医師に確認し、指示書の再交付が必要となります。
- 訪問看護を、**2カ所以上**の訪問看護ステーションで行う場合は、各ステーションに訪問看護指示書の**原本**を交付します。

【算定】 訪問看護指示料 : 「300点」/月1回

- 訪問看護指示料として「**300点**」算定できます。ただし、2カ所以上のステーションに指示書を交付した場合も、300点のみです。
- 他の医療機関で訪問看護指示料を算定した場合は、**当該月**は算定できません。

例えば



退院する際に、A 病院担当医が訪問看護指示書を記載した場合はA病院での算定となります。よって、当月に状態の変化があった場合は、B 主治医が訪問看護指示書を記入することができますが、訪問看護指示料は算定できません。
退院の際にも B 主治医に記載してもらった場合は、A 病院の担当医に「診療情報提供書」を提出してもらい、A病院は「診療情報提供書」の文書代を算定、B 主治医は訪問看護指示料を算定することができます。

* 通院の可否にかかわらず、ケアマネジメントの結果、訪問看護が必要であれば主治医からの訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護が算定できます。

2) 特別訪問看護指示書の発行

- 訪問看護指示書が交付されていることが原則です。
- 患者の急性増悪・退院直後などにより、週4日以上頻回の訪問看護が必要になった場合に交付します。
- 特別訪問看護指示書は、**月に1回(連続14日間以内を限度)**の交付となります。ただし、「**気管カニューレを使用している状態**」「**真皮を超える褥瘡の状態**」にある場合は、**月に2回(連続する14日以内を限度)**交付することができます。
- 指示日は、訪問看護指示期間の初日となります。例えば、7月23日に指示書を記入して7月24日より訪問開始でも、14日間は認められません。あくまでも、7月23日の指示日でこの日が訪問の1日目とカウントします。指示日と指示開始日は同日となります。

例えば



7月23日～8月5日の14日間(赤字)で一旦終了⇒7月分として算定 (*開始月で請求)
さらに継続する場合は、**8月6日～8月19日の14日間(緑字)**で終了⇒8月分として算定

【算定】 特別訪問看護指示加算 : 「100点」加算/原則月1回

- 特別訪問看護指示加算として「**100点**」加算/原則月1回算定できます。
- 「**気管カニューレを使用している状態**」「**真皮を超える褥瘡の状態**」にある場合は、**月に2回**算定可能。

3)在宅患者訪問点滴注射指示書の発行

- 訪問看護指示書が交付されていることが原則です。
- 週3回以上の点滴注射が必要と認めた場合は、訪問看護ステーションに対して指示書を交付します。
- 7日間を限度として、月に何回でも交付することができます。

【算定】 在宅患者訪問点滴注射管理指導料：「100点」／週1回

- 医師が診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要性を認め、在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（7日以内に限り）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、1週間のうち3日以上看護師等が患者を訪問して点滴注射を実施した場合に、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」を3日目に「100点」（週1回）を算定できます。点滴回路の費用や衛生材料は、「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」の点数に含まれますが、注射の薬剤は、薬剤料として算定できます。また、結果として、看護師等による週3日以上点滴が実施できなかった場合には、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できませんが、「薬剤料」のみは算定できます。
- 筋肉注射、静脈注射は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料の対象となりません。
- 在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できません。
- 訪問看護ステーションは患者の状態を含めた実施状況、終了日を医療機関に連絡を行います。

（補足）「衛生材料等提供加算」 80点／月1回

訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した主治医が、当該患者に対して衛生材料又は保険医療材料の費用が包括されている在宅療養指導管理料等を算定していない場合であって、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供したときに、訪問看護指示料の加算として「衛生材料等提供加算」80点（月1回）が算定できます。ただし、月1回の訪問看護指示書を交付している場合となります。

- *「在宅療養指導管理料」等を算定している場合は、当該管理料に包括されます。
- *「衛生材料等提供加算」には、ガーゼやテープ、点滴ルートなどが該当します。

4)精神科訪問看護指示書の発行 「300点」/月

- 患者の診察を行う保険医（精神科の医師に限る）が診療に基づき訪問看護の必要性を認め、患者又はその家族の同意を得て、患者又はその家族の選定する訪問看護ステーションへ交付します。
- 地方厚生局に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（次のいずれかに該当する者）が精神科訪問看護を提供します。

*認知症は介護保険訪問となります。（精神科在宅患者支援管理料を算定する認知症は医療保険給付）

【算定】 精神科訪問看護指示料:「300点」/月1回・特別訪問看護指示加算:「100点」/月1回

- 精神科を標榜する保険医療機関の精神科主治医が交付でき、月1回「300点」算定できます。
- 精神科訪問看護指示書を交付した場合、「P10 訪問看護指示書の発行」は必要ありません。
- 服薬中断等により急性増悪した場合、精神科医は月に1回に限り、患者又はその家族の同意を得て、**精神科特別訪問看護指示書**の交付ができます。診療のあった日から14日以内は**原則、毎日1回の訪問看護**ができます。

* 訪問看護指示書等の算定について（表）

訪問看護指示書の種類	指示期間	記載時留意点	診療報酬	備考
訪問看護指示書	指示期間の記載がない場合は、指示日より1ヶ月 ※ ₁ 1ヶ月間から最長6ヶ月間	末期の状態、公費対応の疾患の場合は「主たる傷病名」に記載	訪問看護指示料 300点/月	訪問看護を開始する場合、医療保険・介護保険対応にかかわらず必ず必要
特別訪問看護指示書	連続する14日間を限度として月に1回 気管カニューレを使用している状態または真皮を超える褥瘡等の場合は連続する14日間を限度として月に2回	患者の急性増悪・退院直後などにより、頻回の訪問が必要になった場合	特別訪問看護指示加算 100点/回	介護保険対応の場合は、医療保険対応に切り替わるため療養者の負担額も変わる 指示日と指示期間開始日は同日でなければならない
在宅患者訪問点滴注射指示書	7日間を限度として月に何回でも可能	週3回以上の点滴が必要な場合	在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点/回	3回目の点滴時に算定する静脈注射、筋肉注射は該当しない 在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、算定できない ※ ₂ 薬剤、衛生材料については医療機関が請求できる
精神科訪問看護指示書	指示期間の記載がない場合指示日より1ヶ月 1ヶ月間から最長6ヶ月間	精神科疾患で精神科医師からの指示の場合は、医療保険の対応となる	精神科訪問看護指示料 300点/月	精神科医の発行
精神科書特別訪問看護指示書	連続する14日間を限度として月に1回	服薬中断等により急性増悪、頻回の訪問が必要になった場合 指示書内の留意事項および指示事項内の該当項目チェック	精神科特別訪問看護指示加算 100点/回	指示日と指示期間開始日は同日でなければならない ※ ₃ 精神科医の発行

※₁ 指示期間は1ヶ月から最長6ヶ月が可能期間。

指示期間満了日以降も訪問看護の利用継続が必要な場合には、指示期間満了日までに訪問看護の要否を医師に確認し、指示書の再交付を受けること。

※₂ 週3回以上の点滴注射を指示したものの、療養者の状態の変化などで週3回の点滴を実施しなかった場合は、主治医の所属する医療機関は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できないが、使用した薬剤料は算定できる。

※₃ 服薬中断等により急性増悪した場合、精神科医は月に1回に限り、精神科特別訪問看護指示書を交付できる。

5. 訪問看護指示書発行時の流れ（スムーズな連携のために）

●訪問看護等指示書の作成ルール

(1) 新規利用者の場合

- ①患者・家族の意向・要望を確認後、主治医と面会の約束をする。
介護保険利用者については、事前にケアマネジャーとケアプラン内容の確認・すり合わせを行ったうえで面会の約束をする。
- ②面会時、下記「事前確認・情報提供事項」を打ち合わせのうえ、「訪問看護の指示書作成および利用可否確認のお願い(P14)」の回答および「訪問看護指示書」の発行を受ける。
もし面会が困難な場合は、電話や「事前確認・情報提供シート(P15)」で必要事項を確認のうえ、「訪問看護の指示書作成および利用可否確認のお願い(P14)」の回答および「訪問看護指示書」の発行をお願いする。
※病院の場合は、P16「連絡先病院窓口」を参照のこと。
- ③介護保険利用者の場合は、主治医からの指示内容についてケアマネジャーと共有する。

【事前確認・情報提供事項】

- ① 訪問看護導入の経緯、目的、援助内容
- ② 患者・家族の意向・要望
- ③ 訪問看護の可否確認、開始希望日の報告
- ④ 患者の病名や病気の進行具合を確認し、適応となる保険(医療保険・介護保険)種別の共有
- ⑤ 現在の患者の状態、注意事項の有無
 - ・ターミナル期の患者の場合は、告知状況、治療方針、看取りの場所などを確認
 - ・医療機器の管理や処置に関する確認(医療器具交換、医療機器等管理、衛生材料支給等)
 - ・医療保険のがん末期患者の場合、在宅がん医療総合診療料(在医総)の算定の有無を確認
- ⑥ 緊急時・不在時の対応・連絡先
- ⑦ 担当の居宅介護支援事業所・ケアマネジャー名を報告
- ⑧ 医療機関が指示書発行時に請求可能な診療報酬の提示(300点、100点)
※詳細は訪問看護活用ガイド(P10～P12)に掲載

- ③面会等に必要な書類
「訪問看護の指示書作成および利用可否確認のお願い」
「訪問看護指示書」等
「訪問看護活用ガイド」
「事前確認・情報提供シート」(面会および打ち合わせが困難な場合)
※様式等は、一宮市医師会ホームページにて掲載

- ④書類の受け取りは、訪問開始までに行う。

(2) 継続利用者の場合

- ① 指示期間が切れる月の前月に「訪問看護報告書」とともに「訪問看護指示書」等の継続利用時に必要な書類と、訪問看護の利用が必要かどうか確認するため、「訪問看護の指示書作成および利用可否確認のお願い(P14)」を添付する。
- ② 書類の受け取りは、医師(医療機関)と相談のうえ、期間満了日までに行う。

医療機関名：

主治医： 先生

年 月 日

訪問看護の指示書作成および利用要否確認のお願い

1. 訪問看護指示書等作成について

●患者情報

患者氏名： 様 (※病院の場合) カルテ ID： _____

生年月日： 年 月 日 (歳)

住 所：

要介護度： 要支援 () ・ 要介護度 () ・ 未申請 ・ 申請中

●作成依頼指示書

訪問看護指示書 (新規 ・ 継続) 開始予定日 (新規 ・ 継続) 年 月 日～

精神訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示書

●訪問看護の利用目的・患者家族の要望

2. 訪問看護利用の要否確認

訪問看護の利用にあたり必須項目となりますので必ずご記入をお願いいたします。

■訪問看護の要否 (必要 ・ 不要)

※【不要】と判断された場合は、下記に理由を記入しご返送ください。

※本用紙は、指示書(原本)とともにご返送いただきますようよろしくお願いいたします。

〇〇〇〇訪問看護ステーション 担当者：〇〇 〇〇〇
住 所：一宮市〇〇〇
電 話：0586-〇〇-〇〇〇〇 FAX：0586-〇〇-〇〇〇〇

一宮市在宅医療・介護推進連絡協議会

「訪問看護」事前確認・情報提供シート
(下記の枠内にご回答をお願いいたします)

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

1. 訪問看護導入の経緯、援助内容

2. 病名および病気の進行具合(必要時)

3. 現在の患者の状態、注意事項(ターミナル期注意事項、医療機器管理、在宅がん医療総合診療料算定有無等)

4. 緊急時・不在時の対応・連絡先

5. 担当の居宅介護支援事業所・ケアマネジャー名

居宅介護支援事業所：
担当ケアマネジャー：

6. 医療機関が指示書発行時に請求可能な診療報酬

訪問看護指示料 300点
(特別訪問看護指示がある場合は特別訪問看護指示加算として+100点)

訪問看護指示書等の連絡先病院窓口

- 利用シーン：訪問看護指示書等の作成を主治医に依頼する時
- 掲載目的：訪問看護指示書は、原則、主治医と打ち合わせのうえ依頼する必要がありますが 病院の場合は医師との面会自体が困難な場合が多いため、連絡先病院窓口を掲載。
- 病院依頼窓口一覧

令和2年8月1日

医療機関名	連絡窓口	TEL/対応方法 (原則、新規は電話連絡必要)	郵送先
一宮市立市民病院	医事課医師事務	電話不要。受診時に本人家族より主治医に利用相談必要 (受診付添による相談は可)	医事課医師事務
一宮市立木曾川市民病院	地域連携室	86-2173 (代)	業務課書類担当
総合大雄会病院 大雄会第一病院	入院：医療福祉相談室 外来：医事課	72-1211 (代)	医事課
大雄会クリニック	医事課	72-1211 (代)	医事課
一宮西病院	医事課書類受付窓口	48-0077 (代)	医事課書類受付窓口
上林記念病院	入院：医療福祉相談室 外来：医事課	61-0110 (代)	入院：医療福祉相談室 外来：医事課
いまいせ心療センター	医療福祉相談室	45-2531 (代)	医療福祉相談室
泰玄会病院	入退院調整室 又は、医療相談室	61-2121 (代)	医事課
泰玄会西病院	医療相談室	63-3200 (代)	医療相談室
千秋病院	医療サービス課	77-0012 (代)	医療サービス課
山下病院	入退院支援センター	45-4516 (直)	入退院支援センター
尾洲病院	病院サービス課	51-5522 (代)	病院サービス課
いまむら病院	医療相談室	73-8141 (代)	医療相談室
国井病院	事務局 ※新規の場合、主治医と 面会日程の調整あり	87-5505 (代) ※新規に限らず電話連絡必要	事務局

6. 訪問看護指示書の種類と記載例

《訪問看護指示書の種類》

- 訪問看護指示書 19
 - 訪問看護指示書:(具体的な記入例) 20
- 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 . . . 21
- 精神科訪問看護指示書 22

《訪問看護指示書の記載事例》

- <記載事例1> 悪性腫瘍の末期の状態の場合 23
- <記載事例2> パーキンソン病で公費対応の場合 24
- <記載事例3> 褥瘡の場合 25
- <記載事例4> 小児および障害児の場合 26

《特別訪問看護指示書の記載事例》

- <記載事例5> 発熱で点滴が必要になった場合 27
- <記載事例6> 褥瘡形成で頻回の訪問が必要になった場合 28



訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

(※該当する指示書に○で囲んでください)

◆ 在宅患者訪問点滴注射指示書は、訪問看護指示書が出ていることが前提

◆ 在宅注射指示期間は7日間とし、月に何回でも交付できる

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

在宅注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

様 生年月日 明 年 月 日

◆ 指示期間は1ヶ月から最長6ヶ月が可能期間

◆ 指示期間満了日以降も訪問看護の利用継続が必要な際には、訪問看護の可否を医師が判断し、指示書を再交付

主たる傷病名

◆ 傷病名で介護保険か医療保険かの判断基準となる(P29 参照)
末期の悪性腫瘍の場合「末期」などの正確な記載が必要

現 在 病状・治療状態

投与中の薬剤

◆ パーキンソン病の場合はホーエン・ヤールの重症度分類・生活機能障害度の記入が必要(P31 参照)
◆ 小児の場合は、超重症児(者)・準超重症児(者)判定を記載(P33 参照)
◆ 気管カニューレを使用している際は、その旨を記載
◆ 自宅での看取り予定の場合は、「自宅看取り」と記載

*気管カニューレを使用している状態、真皮を超える褥瘡などの場合は、特別訪問看護指示書が月2回発行できる

*○をつけた際は、カッコ内は必ず記入

要 介 護 認 定

褥 瘡 の 深 さ

NPUPAP 分類 Ⅲ度 Ⅳ度 DESIGN 分類 D3 D4 D5(P31 参照)

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
4.吸引器 5.中心静脈カテーテル
7.経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ) 8.留置カテーテル(サイズ) 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()

◆ 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る
◆ 褥瘡の深さの判定基準に(NPUAP 分類、DESIGN 分類)を記載 (P32 参照)

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

*内服管理、食事指導、水分体重管理、呼吸状態の観察、インスリン自己注射指導、自己血糖測定指導、転倒注意等

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日当たり20・40・60・()分を週()回〕

2. 褥瘡の処置等

3. 装置・使用機器等の操作援助・管理

4. その他

*看護師が行う「診療の補助」行為については具体的な指示を記載

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)

*投与薬剤・投与量・投与方法・投与経路・投与速度等を詳細に記載

緊急時の連絡先

不在時の対応法

*夜間を含め連絡が取れる連絡先や連絡が取れない場合の対応方法について記載。または、○○医師と連携、○○病院へ救急搬送などを記載。

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用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)

訪問看護及び複合

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)

*複数のステーションの場合は各ステーションに原本を交付

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 :指定訪問介護事業所名)

*訪問介護事業所に指示書を交付

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

医師 氏 名

○○訪問看護ステーション 様

* 指示日は指示開始前または開始日と同日であること

* 退院時は、退院日以前又は退院日とすること

**指示書の
具体的な記入例**

訪問看護指示書

訪問点滴注射指示書 ← (*該当する指示書に○で囲んでください)

訪問看護指示期間(令和5年7月1日～令和5年12月31日)

在宅注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名	○○ ××× 様	生年月日	明・大(昭)平 10 年 ○ 月 △ 日 (84 歳)
患者住所	○○市○○町3-4-5 電話(○○○○) △△-××××		
主たる傷病名	○○○病 ×××炎		
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態	発熱があり、○/○に褥瘡が発生し、膀胱留置カテーテルを留置している。 水分でむせやすい	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. ○○○○錠 3錠/毎食後 3. △△△△ 2錠/朝・夕食後 2. ××××OD錠 1錠/朝食後 4.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 (C1) C2
	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)	
	褥瘡の深さ	NPUAP分類 III度 IV度 DESIGN分類 (D3) D4 D5	
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(安静時10 労作時20/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・胃ろう:チューブサイズ 日に1回交換) (8)留置カテーテル(サイズ 16Fr 固定水10ml 28日に1回交換) 9.人工呼吸器(陽圧/陰圧) 10.気管カニューレ 11.人工肛門		
<p>*現在の状況～当てはまる部分や、提供される訪問看護サービスの内容は、すべて記載する</p>			
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項 内服管理、食事指導、水分体重管理、呼吸状態の観察、インスリン自己注射指導、自己血糖測定指導、転倒注意等			
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日当たり20・40・60・()分を週()回 日常生活訓練、生活環境調整、嚥下訓練、言語訓練 歩行・筋力維持、補助具の使用法指導、転倒防止、○転・○旋禁忌、負荷加重 1/2 2. 褥瘡の処置等 ○○薬にて1日2回処置 3. 装置・使用機器等の操作援助・管理 カテーテル内交換時、生食にて膀胱洗浄実施 4. その他 ストーマ管理、カテーテル管理等			
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) ○○500ml2時間かけて7日間△△1g×2(朝・夕)3日間など末梢点滴(留置針) CV ポートから △分かけて			
緊急時の連絡先 ○○クリニックへ電話 ○○病院へ救急搬送 不在時の対応法: 090-○○○○-×××× 0586-○○-○○○○			
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用等) ※複数ステーションの場合は、(有)他ステーションの名前を記載 それぞれステーションに原本を発行する ×××薬剤の副作用にて、皮膚症状			
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 (無)有:指定訪問介護事業所名 *指示日は指示開始前または開始日と同日であること *退院時は、退院日以前又は退院日とすること			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和5年6月30日

医療機関名 ○○クリニック
住所 ○○市○○町1-1-1
電話 ○○-○○○○
(FAX) ××-××××

○○訪問看護ステーション 様

医師氏名 ○○ △△△ 印

*** 訪問看護指示書が交付されていることが前提条件**

**特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書**

(※該当する指示書に○で囲んでください)

特別訪問看護指示期間(令和5年7月1日～令和5年7月14日)

在宅注射指示期間(令和5年7月1日～令和5年7月7日)

* 指示期間は月14日間を限度として
交付することができる

* 指示期間は点滴実施予定期間を記載
* 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算
定する場合は、7日毎に指示書を発行する

- ①介護保険で訪問看護を利用している場合
②医療保険で週3回を限度として訪問看護を利用している場合
①②の場合で急性増悪など頻回に訪問看護が必要になった場合に交付する
*介護保険で訪問看護を利用している場合は、医療保険に切り替わる

留意事項及び指示事項
(注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。)

感染症や特に注意が必要なことを記載

点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)

- ① ○○○ 500ml 2時間かけて7日間
② ×××1g×2(朝・夕)3日間など 末梢点滴(留置針) △分かけて

例えば、末梢点滴、静脈注射、皮下注射、筋肉注射などの指示が必要な場合に記載する。
不要な場合は未記載となる。

緊急時の連絡先等

夜間を含め連絡が取れる連絡先や連絡が取れない場合の対応方法について記載。または、○○医師と連携、○○病院へ救急搬送などを記載。

上記のとおり指示いたします。

令和5年7月1日

医療機関名 ○○○クリニック

* 指示日は特別訪問看護指示期間の開始日と同日でなければならない

電話 ○○○○○○
(FAX) ××-××××

○○訪問看護ステーション様

医師氏名 ○○ △△△

印

精神科訪問看護指示書

指示期間(令和5年7月1日～令和5年12月31日)

(ふりがな) 患者氏名		
患者住所		
主たる傷病名	(1)	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p style="color: red; margin: 0;">◆ 指示期間は1ヶ月から最長6ヶ月が可能期間</p> <p style="color: red; margin: 0;">◆ 指示期間満了日以降も訪問看護の利用継続が必要な際には、訪問看護の要否を医師が判断し、指示書を再交付</p> </div>
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p style="color: red; margin: 0;">* GAF 尺度を記載する</p> </div>
	病名告知	あり・なし
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	<p>あり 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</p> <p>2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者</p> <p>3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者</p> <p>4. その他 (* 複数名訪問の必要性がある場合は、必ず一つ以上該当欄に○をつけてください。)</p> <p>なし</p>
	短時間訪問の必要性	あり・なし
	複数回訪問の必要性	あり・なし
	日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>1 生活リズムの確立</p> <p>2 家事能力、社会技術等の獲得</p> <p>3 対人関係の改善(家族含む)</p> <p>4 社会資源活用の支援</p> <p>5 薬物療法継続への援助</p> <p>6 身体合併症の発症・悪化の防止</p> <p>7 その他</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> <p>※必要に応じて○の項目に具体的内容を記載</p> </div> </div>		
緊急時の連絡先		
不在時の対応法		
主治医との情報交換の手段		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。



令和5年6月30日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

* 指示日は指示開始前または開始日と同日であること

* 退院時は、退院日以前又は退院日とすること

精神科医であることが条件

印

〇〇訪問看護リハビリステーション 殿

<記載事例 1> 悪性腫瘍の末期の状態の場合

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(令和 5 年 7 月 1 日～令和 5 年 12 月 31 日)
在宅注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話() -	
主たる傷病名	#1肺がん末期 #2アルツハイマー型認知症 #3誤嚥性肺炎 (末期の悪性腫瘍の場合は「末期」と正確な記載が必要)	
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態	現在の症状や状態、治療内容を記載
	投与中の薬剤の用量・用法	
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 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)
	褥瘡の深さ	NPUAP 分類 III度 IV度 DESIGN 分類 D3 D4 D5
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(/min) 4.吸引器 7.経管栄養(経鼻・胃ろ) 8.留置カテーテル(サイ) 9.人工呼吸器(陽圧式) 10.気管カニューレ(サイ) 11.人工肛門	
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] 1日当たり20・40・60・()分を週 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用機器等の操作援助・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: ○○医院へ電話 ○○病院へ救急搬送 不在時の対応法: 090-○○○○-×××× 0586-○○-○○○○		
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・随時対応型訪問介護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 : 指定訪問介護事業所名)		

* 自宅での看取り予定の場合は、『自宅看取り』と記載

* 具体的な記入例(P20 参照)を参考に、『現在の状況』～当てはまる部分は、すべて記入

* 具体的な処置やリハビリテーション等については、面会時にご相談のうえ決定します

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 5 年 6 月 30 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

○○訪問看護ステーション 様

印

＜記載事例 2＞パーキンソン病で公費対応の場合

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

(公費対象の場合)

医療機関及び訪問看護ステーション、調剤薬局
においては指定医療機関としての届け出が必要

訪問看護指示期間(令和 5 年 7 月 1 日～令和 5 年 12 月 31 日)
在宅注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

様 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
(歳)

患者住所		電話() -	
主たる傷病名		#1パーキンソン病(ヤール StageⅣ、日常生活機能障害度Ⅱ度) ⇒ヤール StageⅢ以上、日常生活機能障害度Ⅱ度以上で医療保険適応 (P30 参照)	
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態	・現在の症状や状態、治療内容を記載	
	投与中の薬剤の用量・用法	◆ ヤール Stage、日常生活機能障害度が無いと適応記入が無いと「医療保険」が「介護保険」適応か判断できない(P31 参照)	
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 (B2) C1 C2
		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)	
褥瘡の深さ	NPUAP 分類 III度 IV度 DESIGN 分類 D3 D4 D5		
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(/min) 4.吸引器 5.経管栄養(経口) 6.留置カテーテル 7.経管栄養(経鼻) 8.留置カテーテル 9.人工呼吸器(非侵襲) 10.気管カニューレ 11.人工肛門		
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 □ 1日当たり 20・40・60・() 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用機器等の操作援助・管理 4. その他			
* 具体的な記入例(P20 参照)を参考に、『現在の状況』～当てはまる部分は、すべて記入			
* 具体的な処置やリハビリテーション等については、面会時にご相談のうえ決定します			
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: ○○病院へ電話		○○病院へ救急搬送	
不在時の対応法: 090-○○○○-××××		0586-○○-○○○○	
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・随時対応型訪問介護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 : 指定訪問介護事業所名)			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 5 年 6 月 30 日

療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

○○訪問看護ステーション 様

印

<記載事例3> 褥瘡の場合

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(令和5年7月1日～令和5年12月31日)

在宅注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名	様 生年月日 明・大・昭・平 月 日 歳)	
患者住所	電話() ()	
主たる傷病名	#1仙骨部褥瘡 #2廃用性症候群	
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態	現在の症状や状態、治療内容を記載
	投与中の薬剤の用量・用法	褥瘡に使う薬剤
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 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)
	褥瘡の深さ	NPUAP分類(★) III度 IV度 DESIGN分類(☆) D3 D4 D5 (P31参照)
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(/min) 4.褥瘡用敷料() 5.褥瘡用ポンプ() 6.褥瘡用敷料ポンプ() 7.褥瘡用ポンプ() 8.褥瘡用敷料ポンプ() 9.褥瘡用ポンプ() 10.褥瘡用敷料ポンプ() 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日当たり20・40・60・()分を週()回] 2. 褥瘡の処置等 処置の仕方を記載 :ユーバスタにて週3回交換や毎日交換など詳細に記載 ③ 装置・使用機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者緊急時不在時	* 具体的な記入例(P20参照)を参考に、『現在の状況』～当てはまる部分は、すべて記入	
特記事項(型サービス)	* 具体的な処置やリハビリテーション等については、面会時に相談のうえ決定します	
他の訪問看護(無) (無 有 :指定訪問介護事業所名)		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和5年6月30日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

〇〇訪問看護ステーション 様

印

＜記載事例 4＞ 小児および障害児の場合

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(令和 5 年 7 月 1 日～5 年 9 月 30 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)		
患者住所	電話() -									
主たる傷病名										
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態	気管切開し、レスピレーター管理中 胃瘻増設状態 判定スコア ○○点 超重症児								
	投与中の薬剤の用量・用法	◆ 小児の場合は、超重症児(者)・準超重症児(者)判定を記載(P33 参照)								
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	自立 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)								
	褥瘡の深さ	NPUAP 分類 III度 IV度 DESIGN 分類 D3 D4 D5								
	装着・使用医療機器等	* 具体的な記入例(P20 参照)を参考に、『現在の状況』～当てはまる部分は、すべて記入 * 具体的な処置やリハビリテーション等については、面会時にご相談のうえ決定します								
留意事項及び指示事項		* 具体的な処置やリハビリテーション等については、面会時にご相談のうえ決定します								
I 療養生活指導上の留意										
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日当たり20・40・60・()分を週()回								
2. 褥瘡の処置等										
3. 装置・使用機器等の操作援助・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 不在時の対応法										
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・随時対応型訪問介護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 :指定訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 5 年 6 月 30 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

○○訪問看護ステーション 様

印

<記載事例5> 発熱で点滴が必要になった場合

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示期間（令和5年7月1日～令和5年7月14日）
在宅注射指示期間（令和5年7月1日～令和5年7月7日）

患者氏名	明・大 日 日 * 指示期間は月14日間を限度として交付することができる
症状・主訴（一時的に訪問看護が頻回に必要な理由） 例） 本日より発熱と食欲低下があり、血液検査で、白血球の上昇、CRP6+にて誤嚥性肺炎を疑い入院を勧めるが、自宅での点滴を希望する 点滴および抗生剤の点滴を1日2回行う必要があるため	
留意事項及び指示事項 （注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。） 例） 心不全の既往があるため、ゆっくり2時間以上かけて点滴する 感染症状の悪化に注意	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） 例） ①ラクテック G500ml 2時間かけて ②ロセフィン1g×2（朝・夕） 末梢より、留置針使用 △分かけて 本日より7月7日まで実施	
緊急時の連絡先等 夜間を含め連絡が取れる連絡先や連絡が取れない場合の対応方法について記載。または、〇〇医師と連携、〇〇病院へ救急搬送などを記載。	

上記のとおり指示いたします。

令和5年7月1日

医療機関名
住 所
電話・FAX
医 師 氏 名

印

〇〇訪問看護ステーション 様

<記載事例 6> 褥瘡形成で頻回の訪問が必要になった場合

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

特別訪問看護指示期間（令和 5 年 7 月 1 日～令和 5 年 7 月 14 日）
在宅注射指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

患者氏名	<p>* 指示期間は月14日間を限度として交付することができる * 真皮を超える褥瘡の状態の場合、月2回発行できる</p>
<p>症状・主訴（一時的に訪問看護が頻回に必要な例） 数日目より自力での体動が困難となり、仙骨部、背部に褥瘡が形成している 炎症も強く毎日の処置が必要なため。 褥瘡の深さ</p> <p>◆ 褥瘡の深さの判定基準に（NPUAP 分類又は、DESIGN 分類）を記載（P32 参照）</p> <p>数日目より自力での体動が困難となり、仙骨部、背部に褥瘡が形成している 炎症も強く毎日の処置が必要なため。 褥瘡の深さ：NPUAP 分類 Ⅲ度以上 又は DESIGN 分類 D3以上に悪化した為、処置を継続。</p>	
留意事項及び指示事項 （注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。） 例） 週1回の写真撮影とアセスメントを実施して下さい 仙骨部はゲーベン処置1日1回 背部は hidro サイト貼付 1週間に1回交換、汚染している場合は連絡	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	<p>夜間を含め連絡が取れる連絡先や連絡が取れない場合の対応方法について記載。または、〇〇医師と連携、〇〇病院へ救急搬送などを記載。</p>

上記のとおり指示いたします。

令和 5 年 7 月 1 日

* 指示日は指示期間開始日と同日でなければならない

医療機関名
住 所
電話・FAX
医 師 氏 名

印

〇〇訪問看護ステーション 様

7. 訪問看護指示書記載時の参考資料

*基準告示第2の1に規定する疾病等

(厚生労働省告示第54号)

特掲診療料の施設基準等 (別表)

別表第7

厚生労働大臣の定める疾病等 (医療保険対象)

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
* パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	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、大脳皮質基底変性症、パーキンソン病(Hoehn・Yahr
ホーエン・ヤールの重症度分類ステージⅢ以上、生活機能障害度Ⅱ又は、Ⅲ度の者に限る)》

別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 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
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 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
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

介護保険の申請対象となる特定疾病

1 特定疾病とは

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられ、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し、要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病のことです。

要介護状態等の原因が特定疾病によるものであれば、40歳以上65歳未満の第2号被保険者であっても介護保険の申請対象となります。

2 特定疾病の範囲(16種類)

1. がん《がん末期》(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝関節または、股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

パーキンソン病の重症度

- パーキンソン病の Hoehn・Yahr(ホーエン・ヤール)の重症度分類は、パーキンソン病の治療方針を決める際に非常に重要な役割を果たします。
- パーキンソン病やホーエン・ヤールの重症度分類は、身体的に現れる症状や、日常生活の動作の不自由さをもとに I から V 度の5段階に分けられており、パーキンソン病の重症度を考える上で、非常にわかりやすい指標となっています。
- パーキンソン病は、罹病期間が長くなるにしたがい、症状が進行していく疾患で、病状の進行の速度は個人によって異なります。なお、**ヤールⅢ度以上、生活機能障害度Ⅱ度以上**の場合は、**特定疾患医療費補助制度が受けられます。**

Hoehn・Yahr(ホーエン・ヤール)の重症度分類と生活機能障害度

ホーエン・ヤールの重症度分類		生活機能障害度
I 度	症状は片側の手足のみに出現。 	1 度 介助がなくても、日常生活や通院が可能。
II 度	症状は両側の手足に出現。 	
以下より特定疾患医療費給付制度の対象範囲		
III 度	姿勢反射障害が出現。 	2 度 日常生活や通院に介助が必要。
IV 度	起立や歩行はかろうじてできるが、日常生活に部分的な介助が必要なこともある。 	
V 度	起立や歩行が困難となり、日常生活に介助が必要となる。 	

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
- ◎以下の判定基準(NPUAP 分類、DESIGN 分類)を参考にしてください

重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)とは

①NPUAP 分類(★):Ⅲ度またはⅣ度

- Ⅲ度:皮膚全層および皮下組織に及ぶ損傷、筋膜には至らない
- Ⅳ度:筋肉、骨、支持組織に及ぶ損傷

②DESIGN 分類(日本褥瘡学会によるもの)(☆):D3,D4 または D5

- D3:皮下組織までの損傷
- D4:皮下組織を超え筋肉、腱などに至る損傷
- D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さが判定できない場合

DESIGN-R分類とNPUAP分類

DESIGN-R Depth(深さ)		NPUAP分類	
d0	皮膚損傷・発赤なし	疑DTI	限局性の紫、栗色の皮膚変色又は血包
d1	持続する発赤	ステージⅠ	消退しない発赤を伴う。表皮の損傷は認められない
d2	真皮までの損傷	ステージⅡ	部分層損傷。皮膚の損傷は表面的
D3	皮下組織までの損傷	ステージⅢ	全層組織欠損。皮下組織、皮下脂肪、筋膜までの損傷
D4	皮下組織を超える損傷	ステージⅣ	全層組織欠損。壊死、骨、腱、筋肉、関節等の露出がある
D5	関節腔、体腔に至る損傷		
U	深さ判定が不能の場合	判定不能	創底で、潰瘍の底面がスラフおよび／またはエスカーまでおおわれている全層組織欠損

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合（※1）にそれぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで

2. 判定スコア（スコア）

- (1) レスピレーター管理【※2】 = **10**
- (2) 気管内挿管，気管切開 = **8**
- (3) 鼻咽頭エアウェイ = **5**
- (4) O₂ 吸入又は SpO₂90%以下の状態が 10%以上 = **5**
- (5) 1 回／時間以上の頻回の吸引 = **8** 6 回／日以上以上の頻回の吸引 = **3**
- (6) ネブライザー 6 回／日以上または継続使用 = **3**
- (7) IVH = **10**
- (8) 経口摂取（全介助）【※3】 = **3** 経管（経鼻・胃ろう含む）【※3】 = **5**
- (9) 腸ろう・腸管栄養【※3】 = **8** 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） = **3**
- (10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上 = **3**
- (11) 継続する透析（腹膜灌流を含む） = **10**
- (12) 定期導尿（3 回／日以上）【※4】 = **5**
- (13) 人工肛門 = **5**
- (14) 体位交換 6 回／日以上 = **3**

〈判定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合 を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については その後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するカマツ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

※3 (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む

8. 高齢者施設における訪問看護利用時の留意点(簡易早見表)

施設の種類	可否	保険	必要な指示書	訪問可能な要件	可能な日数	備考
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	△	医療	訪問看護指示書	①末期の悪性腫瘍の患者に限る ②施設側が「在宅中重度者受入加算」の届出を出している場合	31日/月	①指示書に末期の悪性腫瘍の記載が必要 ②訪問看護ステーションと施設が委託契約を締結している場合は訪問できる。利用料は、施設側がステーションに支払う
介護老人保健施設	×					医師・看護師が配置されているため、外部サービスの利用はできない
特定施設入居者生活介護 (一般型 (介護付き有料老人ホーム など) 外部サービス利用型)	△	医療	訪問看護指示書 特別訪問看護指示書	①厚生労働大臣が定める疾病等の場合 ②急性増悪で特別訪問看護指示書の交付がある場合	①毎日可能 ②14日/月	指示書に末期の悪性腫瘍の記載が必要
在宅型有料老人ホーム	○	介護 医療	訪問看護指示書	特になし	制限なし	
グループホーム	○	介護 医療	訪問看護指示書	特になし	制限なし	
サービス付き高齢者向け住宅	△	医療	訪問看護指示書 特別訪問看護指示書	①厚生労働大臣が定める疾病等の場合 ②急性増悪で特別訪問看護指示書の交付がある場合	①毎日可能 ②14日/月	②真床を超える褥瘡・気管カニューレの場合は月2回交付可
小規模多機能型居宅介護	○	介護 医療	訪問看護指示書	特になし	制限なし	施設によっては小規模多機能型居宅介護を併設している場合があり訪問看護が介護保険の限度額を超える場合は訪問できない
看護小規模多機能型居宅介護	△	介護 医療	訪問看護指示書 特別訪問看護指示書	①当該事業所と訪問看護との契約が必要 ②厚生労働大臣が定める疾病等・急性増悪で特別訪問看護指示書を交付された利用者が宿泊サービスを利用する場合に限り利用可	②14日/月	②真床を超える褥瘡・気管カニューレの場合は月2回交付可
軽費老人ホーム ケアハウス	×					看護師が配置されているため、他のサービスの利用はできない
短期入所者生活介護 (ショートステイ)	○	介護 医療	訪問看護指示書	特になし		特定施設の指定を受けていないこと
養護老人ホーム	△	医療	訪問看護指示書	①末期の悪性腫瘍の患者に限る ②施設側が「在宅中重度者受入加算」の届出を出している場合		①指示書に末期の悪性腫瘍の記載が必要 ②訪問看護ステーションと施設が委託契約を締結している場合は訪問できる。利用料は、施設側がステーションに支払う
生活支援ハウス	○	介護 医療	訪問看護指示書	要介護認定を受けた方は介護保険 要介護認定を受けていない方は医療保険		
介護医療院	○	介護 医療	訪問看護指示書	養護老人ホーム同様		
介護医療院	×					医師・看護師が配置されているため、在宅サービスの利用はできない

(○:介護保険・医療保険を使って利用可能。 △:条件あり。 ×:利用不可。)

訪問看護利用ガイド

令和5年8月 発行

【作成者・発行者】

一宮市在宅医療・介護連携協議会

【監 修】

一宮訪問看護連絡協議会

一宮 SW 連絡会

【お問い合わせ先】

一宮市医師会在宅医療サポートセンター

TEL:0586-73-4769 FAX:0586-72-1447

<引用・参考・参照文献>

- ・「2018 年度版訪問看護関連報酬・請求ガイド～介護保険と医療保険の使い分け～」
公益財団法人日本訪問看護財団,2016
- ・永井康徳,「たんぼぼ先生の在宅報酬算定マニュアル」,日経ヘルスケア,2018
- ・「よくわかる在宅看護」,学研メディカル秀潤社,2016
- ・徳永恵子,「褥瘡のアセスメントと創管理の考え方」,臨床看護,23 巻 2 号,P234,へるす出版,1997
- ・Mindsガイドライブラリ,<http://minds.jcqh.or.jp>,2014/03/19,2017/10/17
- ・安心を支える訪問看護サービスガイド 佐世保市