

事 務 連 絡
令和 3 年 6 月 2 5 日

富山県医師会長 様

東海北陸厚生局富山事務所長

「訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書」
(別紙様式 16)の様式変更に係る広報掲載依頼について

平素は保険医療行政に格別の配意を賜り厚く御礼申し上げます。

「訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書」(別紙様式 16)につきましては、令和 3 年度介護報酬改定に伴い医療保険においても様式の変更が行われたところで

す。
つきましては、貴会の広報誌に別紙を参考とした記事を掲載いただき、会員様への周知に御協力いただきますよう御願いたします。

(照会等連絡先)

課所名：東海北陸厚生局富山事務所 指導課：岩坪
電 話：076-439-6570

訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（別紙様式 16）の様式変更について

令和 3 年度介護報酬改定に伴い、医療保険における訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（別紙様式 16）の様式が変更となりました。

変更箇所は、留意事項及び指示事項のⅡの「1. リハビリテーション」欄です。
ご注意をお願いいたします。

東海北陸厚生局富山事務所

令和3年3月31日まで

(別紙様式 16)

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	
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	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	DESIGN分類 D3 D4 D5 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 (1 /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 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 : 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

事業所 殿 印

令和3年4月1日から

(別紙様式 16)

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	
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	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	DESIGN分類 D3 D4 D5 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 (1 /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 : 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

事業所 殿 印

訪問看護指示書の一部改正について

区分番号「C007」訪問看護指示料の訪問看護指示書について令和3年度介護報酬改定に伴い、介護保険の訪問看護へのリハビリテーションの指示に係る記載が変更されましたので、ご注意ください。

(別紙様式 16)

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	
患者住所	電話 () - (歳)			

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)

富山マラソン2021における医療救護活動へのご協力について(募集案内)

富山マラソン2021開催にあたり、医療救護活動へご協力いただける医師を募集しております。大会コースとなる高岡市・射水市・富山市医師会にも別途お願いしておりますが、コース以外の郡市医師会員の先生方もご応募いただけます。

ご協力いただける際は、富山県医師会事務局あて FAX (076-429-6788) 又は E-mail (ishikai@toyama.med.or.jp) にて **7月30日(金)**までにご連絡ください。

なお、活動場所の指定はできませんので、あらかじめご了承ください。

活動の詳細についてはマニュアルを作成のうえ、10月頃に説明会を開催する予定です。

※新型コロナウイルスの感染状況をみながら慎重に開催を検討しておりますので、万が一中止となる場合は改めてご案内致します。



開催日時 11月7日(日) 6:30~17:00(予定) [活動場所により拘束時間が変わります。]

活動内容 救護所での指示統括及びランナー、スタッフ、応援者の応急処置等

大会の詳細は、富山マラソン2021公式サイトにてご確認ください。

<http://www.toyamamarathon.com/>