

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2018.7) 平成29年度:98-99.

在宅患者訪問看護・指導料算定運用までの多職種地域連携のプロセス
～他施設褥瘡患者の皮膚排泄ケア認定看護師による訪問に向けて～

田中 理佳, 上野 直美, 高橋 伯明, 阿部 大, 本間 大

在宅患者訪問看護・指導料算定運用までの多職種地域連携のプロセス ～他施設褥瘡患者の皮膚排泄ケア認定看護師による訪問に向けて～

○田中 理佳¹⁾、上野 直美¹⁾、高橋 伯明²⁾、阿部 大²⁾、本間 大³⁾

1) 旭川医科大学病院 看護部、2) 旭川医科大学病院 事務部門 3) 旭川医科大学病院 皮膚科

1. 【はじめに】

平成28年度の診療報酬改定に伴い、C005-3在宅患者訪問看護・指導料の算定が可能となった。これは、悪性腫瘍の患者に対する真皮を超える褥瘡の状態にある患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保健医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料を月1回を限度として、当該専門の看護師が所属する保健医療機関において1,285点を算定する¹⁾ というものである。

A病院B病棟に所属する皮膚排泄ケア認定看護師（以下、WOC）は、関連病院である他の医療機関から教育セミナーの依頼を受け講義を行った際に、難治性の褥瘡を持つ通院困難な症例の相談を受け、訪問看護師との同行訪問の依頼があった。これらの内容についてWOCからの相談を受け、B病棟の看護師長として、看護部と事務部門、褥瘡対策チーム皮膚科医師と共に、A病院での算定をする適用条件と運用方法の流れを決定した。以前より、退院後訪問の実績もあったため、その際の流れに準じながら新たに開始する在宅患者訪問看護・指導料の運用を多職種と共に協議し作成した。専門性の高い皮膚排泄ケア認定看護師が、院内の褥瘡対策チーム医師との協働の元、他の医療機関の看護師や訪問看護師と同行訪問することによって、在宅褥瘡の治癒促進が期待される。

今回、関連病院である他施設から同行訪問の依頼を受け、A病院事務部門・看護部・褥瘡対策チーム医師との協働によるシステム化を図った多職種地域連携プロセスの運用までの流れを報告する。

2. 【目的】

在宅患者訪問看護・指導料算定（C005-3）に向けたA病院と関連病院間の地域連携プロセスのシステム化を図る。

3. 【方法】

- 1) 期間：9月1日～9月30日
- 2) 在宅患者訪問看護・指導料算定(C005-3)に向けたマネジメントの概要
 - ①加算算定の適応基準を決め、A病院と関連病院間で共有した。
 - ②加算算定の運用の流れを看護部・褥瘡対策チーム皮膚科医師・事務部門（医療支援課・会計課・地域医療連携室）で協議し決定した。
 - ③A病院内で決定した運用手順を関連病院の担当者へ提示し、患者同意取得方法など、病院間で協議すべき内容については、双方の同意のもと運用までの流れを決定した。

4. 【運用手順】

- 1) 適応基準は、他施設を退院決定後、真皮を超える褥瘡の状態にある通院困難な患者が、退院後も継続的に褥瘡への適切な処置やケアが必要であると患者が入院している保険医療機関の医師が判断し、当院の褥瘡対策チーム皮膚科医師が当科の皮膚排泄ケア認定看護師による専門性の高い継続的なケアが必要と判断した場合で、患者またはその家族等が在宅患者訪問看護・指導料算定に承認をした場合とする。
- 2) 患者が入院中、または退院をした保健医療機関の医師は、B病棟WOCに対し、褥瘡ケアの継続的な訪問を依頼したい場合、地域医療連携室を通して（受診歴のない場合はIDを作成）、診療情報提供書（画像を含む）を当院褥瘡対策チーム皮膚科医師宛てに郵送をする。その際、患者や家族等からこの在宅患者訪問看護・指導料の1,285点の算定と訪問するための交通費の患者負担（A病院から患者宅までの料金）についても説明をし、訪問の承認を得た同意書を同封する。連絡を受けた地域医療連携室担当者は、A病棟看護師長へ

連絡がきたことを伝える。

- 3) 当院褥瘡対策チーム皮膚科医師は、診療情報提供書の内容を受け、在宅患者訪問看護・指導料算定の適応基準と合致する患者であるかを判断し、訪問時の処置・ケアに対する指示書を電子カルテへ記載する（カルテ診扱いとする）。訪問前には褥瘡対策チーム皮膚科医師とB病棟WOCはカンファレンスにて事例を共有し電子カルテに記載する。
- 4) WOCの所属するB病棟の看護師長は、契約第一係長へ連絡し、同意書のコピーを提出する。訪問日程スケジュールと訪問先の住所を伝え、訪問前日にタクシーチケットの発行を依頼する。半券と領収書を訪問後契約第一係長へ提出する。同時に、医療支援課診療報酬係長・収納係長へ在宅患者訪問看護・指導料算定患者の氏名、ID番号、訪問日程スケジュール、算定料や交通費の支払い方法について伝え、同意書のコピーを提出する。
- 5) B病棟WOCは、訪問当日に当院側で作成をした訪問日と訪問を担当するWOCの氏名を記載した説明用紙・同意書を持参し、確実に訪問をしたことの証明として、患者または家族等に署名を頂き、原本は電子カルテにスキャンをし、コピーは患者または家族等に渡す。
- 6) B病棟WOCは、医師の指示のもとで、訪問した際の患部の画像と、実施したケアの内容について褥瘡対策チーム皮膚科医師へ報告をし電子カルテに記載をする。
- 7) 訪問をするWOCは日勤とし、訪問する時間の控除をする。

5. 【考察】

A病院B病棟で実績のある退院後訪問指導の算定に準じ、看護部・事務部門・褥瘡対策チーム皮膚科医師と共に、多職種で協議をし、在宅患者訪問看護・指導料算定の適応条件・流れを決定した。これらの内容は、A病院内のみならず、関連病院にも情報共有し、患者同意書の取得の流れや交通費の概要についても説明をし、お互いの役割を認識し合いながら、理解を深め運用の準備を整えてきた。

平成28年の診療報酬の改定に伴い、B病棟で

は退院後訪問指導や同行訪問を通し、高齢者や身体的な障害を抱えながらも、患者が望めば、住み慣れた地域で療養や生活が継続できることを体験してきた。今年度の看護部目標にもあるように、『看護をつなぎ、ひろげる』ためには、地域包括ケアシステムが推進され、組織の壁を越えてつながり、必要な人に必要なケアを届けられる体制を構築するチーム医療が求められる。看護管理者や専門性の高いスペシャリストが多職種連携をつなぐコーディネーター役を担い、通院困難な在宅褥瘡の治癒促進と訪問看護師との看看関係の強化による看護の質向上につなげ、ひろげていくことが課題である。現在、関連病院側に対象となる患者は数名存在するが、交通費の患者負担が訪問の妨げとなっている。交通費の患者負担によって、近隣であれば患者負担も少なく訪問が出来るが、遠方になれば現実的に訪問することが経済的な面からも不可能となってしまう。この不公平性が生じてしまうことも、今後の課題として検討が必要であると考えている。

6. 【まとめ】

退院後訪問指導、同行訪問に続き、組織の壁を越えたチーム医療、多職種連携によって、在宅患者訪問看護・指導料の算定を運用する一連の流れを組織化した。実際の運用に向け、導入前に多職種での連絡会議等を設定し、事前準備とイメージ化を図り、病院の看護師が地域包括ケアシステムの一員として地域での役割を担うことは、このシステムを強化し、地域包括ケアシステムの推進への貢献に繋がる。さらには、地域で暮らす患者が安心・安全に、納得し在宅療養を継続できるよう、「生活を支える」視点を持ち、治療から療養まで切れ目のない、よりよいケアを提供できるような体制整備に貢献していきたい。

【参考文献】

- (1) 平成28年度診療報酬点数：
https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika_2_2/c005.html
- (2) 齊藤 訓子：地域包括ケアシステムにおける看護提供体制の構築. 看護管理、第27巻第8号：610項～614項、2017年