

「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」情報

高岡駅南クリニック 塚田邦夫

平成 26 年度診療報酬改定で「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」が新設されました。これは、在宅褥瘡患者に対し、医師と看護師、および管理栄養士からなる在宅褥瘡対策チームが一堂に介して患家を訪れ、褥瘡のアセスメントをし、指導管理方針についてカンファレンスを実施し、計画を立案実行した時に算定できます。

この在宅褥瘡対策チームには、在宅褥瘡管理者という専門家がいないとなりません。この専門家になるためには、所定の研修を終了していなければなりません。

このようなチームは本当に在宅褥瘡の対策になるのでしょうか。この点に関し、エビデンスを紹介いたします。

「日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会」の提案

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会では、これまで蓄えてきた在宅褥瘡症例から、在宅でも褥瘡創傷ケアには栄養管理が重要であり、管理栄養士を含めたチーム医療の必要性を提示しました。またその際、在宅の現場を見ることが重要で、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士・歯科医師・薬剤師など、多職種はそれぞれの見方でアセスメントする。この多職種の意見を統合し、また、家族や患者の希望をふまえて対策案を提示することが重要であること。その提案は、医師あるいは看護師から提案されることが重要であり、したがって全チームが一堂に患者宅へ訪問することが大切になる。意見調整には医師あるいは看護師が褥瘡の知識を十分に持ち合わせていることが必要と提示しました。

在宅褥瘡栄養対策の事例

4

在宅褥瘡栄養対策までの経緯

男性 80歳代 要介護4 胆嚢胆管炎,脳動脈瘤術後,虚血性大腸炎
退院時食事指導で「肺炎食」を指導され、継続するも食欲は低下していった。
寝たきり状態になり、褥瘡を発症したため訪問診療を依頼された。

在宅褥瘡栄養対策の内容

管理栄養士:

アセスメントにより**普通食へ変更を提案**:主治医がその場で承認し家族に説明, 了解を得た。
好物を食べさせることで**食欲を改善**, 栄養剤の経口摂取によりエネルギーを一時的に確保栄養状態を改善させた。褥瘡は**3.5ヵ月**で治癒。

作業療法士:

月3~4回の訪問リハビリテーションを実施
自力での食事摂取や排便のための起居動作訓練などを実施:**端座位での食事が可能**となった
ADLを改善させた(FIM 41→45点)



高岡駅南クリニック 提供

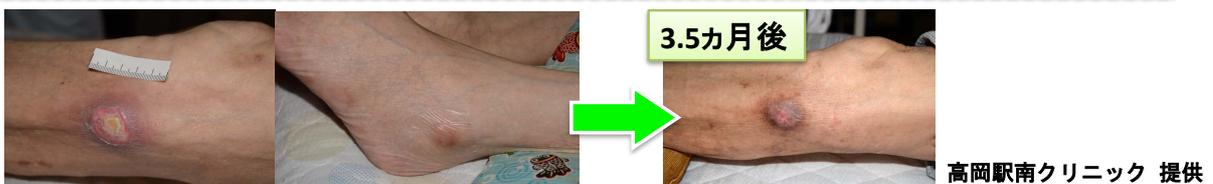
例えば、80歳代の男性が胆嚢胆管炎で入院して改善し、在宅へ戻ってきました。退院指導では、膝炎食を指導され、忠実に守ったため、患者は食欲を無くし寝たきりになってしまいました。その結果左膝外側と足の外果部に褥創を発症しました。往診を依頼され、医師、看護師、訪問看護師、管理栄養士、作業療法士、ケアマネジャーで訪問しました。低栄養による廃用で寝たきりとなり、筋力も低下していました。そこで、まず管理栄養士からは、膝炎食ではなく普通食にすることが提案されました。また、作業療法士からは、訪問リハビリによって日常の行為を自力で行えるよう起坐動作訓練などを中心にリハビリを開始したいことが提案されました。これらの必要性につき、患者と患者家族に私から説明し、実行することとなりました。結果は、好物を食べることと口にあった栄養剤の追加で食欲が改善しました。また、訪問リハビリを行うことで、端座位での食事が可能となりました。これらの結果により、褥創は3.5ヵ月で治癒しました。この結果をスライドにまとめました。

在宅褥瘡栄養対策の事例

5

在宅担当医師の意見

- ・専門職が一堂に介することで、問題点が明確になり、専門的知識を持った主治医がいることで、家族の了承を得たケアを直ちに指示し実践できる。
- ・在宅では、患者や家族の生活を知り希望に基づく目標を立てることで、提案が実行されていく。
しかし、目標が未達成の場合には、落胆し、モチベーションが下がりやすい。
- ・専門職による適切な目標の立案、介入、指導は、患者や家族に改善状況を肌で感じさせ、好循環を引き起こす。
- ・本症例でも、栄養状態、ADLの改善から好循環を招き、最終的には褥瘡も治癒した。



高岡駅南クリニック 提供

その他、褥瘡外来を作り、構成員を形成外科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理栄養士、MSW、薬剤師でにした施設があります。当初褥瘡患者がかなり来院され、そのいずれもが重症の褥創だったようです。それぞれの専門職が適切にアドバイスすることで、在宅での対応が改善し、褥創早期状態での発見が多くなり、褥瘡外来の患者数は減少し、軽症症例が多くなり、結果として治癒までの期間は大幅に減少しました。あるいは、他の例として、病院でも2001年の褥瘡対策委員会が設立される前では、専門職のいる病院での褥創は治癒に時間がかかっていました。しかし、2008年には、同じ施設においても褥瘡対策委員会が設立されたことで、褥創治癒期間は大幅に縮小しました。在宅褥創においても、専門家はいるがチームで訪問していない医療機関での治癒期間は低いのですが、チームでいっているところの治癒期間は著しく短くなっていました。

このような症例やまとめを厚生労働省に提示することで、今回の診療報酬の改定に影響したと考えています。以下は厚生労働省から出ている資料です。

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

23

在宅における褥瘡対策の推進

▶ 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d 2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

(新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)
※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等(准看護師を除く。)を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす**在宅褥瘡管理者**であること。
ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
※ 褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。
※ 学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。
※ 在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
※ 3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

77 

ケア実績の報告が義務化

このように、在宅で是非とも必要であると考えられる褥瘡チーム医療が、いよいよ本格的に開始されることとなりました。

しかし、ここには義務も発生します。在宅の現状を把握し、さらに制度を改善するための資料集めの意味のあるケア実績の報告の義務化です。

まずは、訪問看護管理加算を取るためには、褥瘡患者に対し危険因子の評価と看護計画の作成、および評価をしなければならなくなりました。これに必要な様式は、病院で用いている「様式5」と類似しています。また、毎年7月に褥瘡対策の実施状況についての報告が必要です。

保険医療機関においても、同様の報告が必要です。これらに用いられている書式は、まさに病院で用いている者と基本的に同様です。

このように書式を統一する厚労省の意図は、今まで病院での褥瘡保有率や発生率を把握してきたのですが、在宅からの持ち込み褥創が問題となり、全ての流れを調査する必要性があるとされたからです。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料算定におけるまとめ

在宅褥瘡対策チームは、医療施設に常勤の医師と看護職、および非常勤でも可能の管理栄養士が、患家に一堂に介して訪問しカンファレンスします。

在宅褥瘡対策チームには、医師または看護職が、所定の研修を終了し在宅褥瘡管理者でなければなりません。これは、日本褥瘡学会認定師や皮膚・排泄ケア認定看護師は研修終了者と見なされます。

在宅褥瘡対策チームは初回および3ヵ月以内に、患家にて全員でカンファレンスを開催します。また1年間のケア実績の報告が義務化されています。

今回の新しい制度は、まだまだ在宅チーム医療としては不十分なものですが、何しろ1歩を踏み出したことが重要です。病院においても、チーム医療への加算として、かつて「褥瘡対策時密使減算」によって、チーム医療が始まりました。当初皆不満に思ったのですが、これを機に病院や施設でのチーム医療が始まり、今や「栄養サポートチーム(NST)」も認められることとなりました。

在宅でも「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」は在宅で初めて導入されたチーム医療です。今後在宅におけるNSTも認められることを見越し、実績を作ることでさらに多職種による共同が可能となるでしょう。また、褥創に限らず、在宅多職種チーム医療は全ての疾患やケアに必要な考え方です。これを機会に在宅でも多職種が連携して関わっていくことが普通にできるようになればと願っています。