

【概要】

医師や看護師が行った患者指導は、適切に行われることで病院収益にもつながることから、適切な患者指導の実践と算定は、職員一人一人が診療報酬を理解の上になり立つと言っても過言ではない。しかし、大学病院は他の医療施設と比較し、職員の入退職が多いこともあり、算定等に関する知識のばらつきやシステムの不慣れによる算定漏れなどにより、実施した患者指導が適正な算定につながらない状況が散見された。今回、他施設訪問を行い、「有機的な場づくりを行うことで他部門との連携強化は自然と促進される」との助言を得ることができた。その他施設訪問後、医師が算定する指導管理料及び医師と看護師が協働して算定できる指導管理料や指導料等の適正な算定に向けた基盤整備として、医事課職員と経営担当副看護部長をコアメンバーとするチームを設置した。また、アドバイザーとして、事務部長、看護部長の協力を得て活動を実践した。

今回、多職種・他部門が関わるがん患者指導管理料の算定が伸び悩んでいる点に着目し、外来看護師、がん診療センターの担当看護師（以下、がん看護専門看護師と略）等を協力者として、現状の算定までの運用フローにおける問題点の抽出を行った。その結果、看護師が病状説明への同席をタイムリーに行うためには、医師への積極的な働きかけのみならず、外来看護師とがん看護専門看護師との役割分担の明確化と情報連携のあり方を再構築する必要があることが明らかとなった。今後、看護師間の役割分担の明確化を含め、医師を含めて運用フローを見直すことで、算定向上を目指すことが重要である。

【背景】

当院は、長崎県の中央部に位置する長崎市にあり、長崎県内唯一の大学病院である。また、二次医療圏だけでなく県下全域の地域医療の最後の砦としての役割と共に、高度先進医療にも力を入れている特定機能病院でもある。そのため、多くの特定機能病院と同様に DPC/PDPS を導入しており、徹底した病床管理の元、2018年度の平均在院日数が 13.09 日、過去 13 年間で平均 9 日以上在院日数が短縮している。在院日数が短縮化した分、病棟業務は過密化した。そのような中でも病棟看護師は、患者が住み慣れた地域で自分らしく生活が継続できることを目標として、患者指導・患者教育を実践している。また、医療依存度が高いまま在宅療養を継続し、当院の外来に通院している患者に対して外来看護師は、在宅療養の中で実施した患者指導・患者教育が適切に実践されているかをモニタリングし、必要に応じて患者指導・患者教育を行っている。

本院は、1 日平均 1600～1800 名が外来受診しており、診療や処置の介助、検査介助など様々な診療の補助業務を行いながら、在宅療養に関する支援、セルフケア指導を実施している状況がある。近年入院日数が短縮する中で、外来において病状説明や治療や侵襲を伴う検査に対する同意の取得等、患者の意思決定を行う場面も増加傾向にある。このような中で、タイムリーな意思決定支援や患者が必要とする教育指導を行い、これを適正な指導料算定につなげるには、多職種協働による基盤整備が重要であると考えた。

【実践計画】

1. 実践計画の目標

- 1) 現状の算定までの運用フローにおける問題点の抽出
- 2) 適切な患者指導の実践（がん看護専門看護師よ看護師の役割分担）

3) 適正な算定に向けた多職種協働による基盤整備

2.方法及びスケジュール

活動内容	スケジュール
1)組織化について部門長に趣旨を説明し活動の許可を得る。	2019年11月
2)事務担当者へ趣旨を説明し、院内で算定可能な指導管理料及び指導料の抽出と実績状況を把握する。	2019年11月～12月
3)算定フローを確認し、算定状況と合わせて、必要な対策を講じる。	2020年1月～

【結果】

1) 検討チームの設立

11月下旬、看護部長、事務部長、医事課課長へ今回の取り組みに至る経緯と現状の課題について説明し、検討チーム(図1)の立ち上げに了承を得た。その後、コアメンバーとなる医事課担当者を選出し、1回/月程度で会議を実施した。事務担当者に依頼し、診療科別項目別算定件数を月ごとに抽出し分析を行った。その結果、看護師が関わる指導料、指導管理料に着眼し、算定件数向上に向けた取り組みを行うこととした。

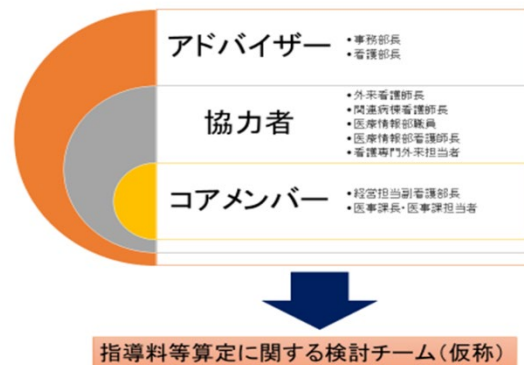


図1 組織の構築

2) 現状の算定までの運用フローにおける問題点の抽出

2019年12月に医事課担当者へ本取り組みの趣旨を説明し、コアメンバーとしての活動について了承を得た。現状を可視化するため、2019年4月から12月までの指導管理料別診療科別での算定実績データの抽出を依頼した。また、指導管理料等の中でも看護師が関わることで算定できる項目に着目し、外来看護師長が作成した算定要件及び看護師が関わることで算定できる指導管理料の一覧表と、医事課が作成した診療科別データと突合せ算定状況を可視化した。その結果、最も算定件数が多かった順に、在宅自己注射指導管理料、移植後患者指導管理料、在宅療養指導料、在宅自己導尿指導管理料だった(表1)。このような状況と合わせて、各指導管理料等に関わることで多い看護師へヒアリングを行ったところ、がん患者指導管理料が、外来での病状説明になかなか同席することができず、算定件数につながらないことが課題として挙げられた。

表1 指導管理料別算定件数

項目	算定件数
在宅自己注射指導管理料(1以外の場合)(月28回以上)	2591
在宅自己注射指導管理料(1以外の場合)(月27回以下)	1460
移植後患者指導管理料(臓器移植後)	1266
在宅療養指導料	986
在宅自己導尿指導管理料	938
在宅酸素療法指導管理料(その他)	874
在宅酸素療法材料加算(その他)	870
心臓ペースメーカー指導管理料(イ以外)	580
糖尿病合併症管理料	242
在宅小児経管栄養法指導管理料	235
ウイルス疾患指導料2	207
在宅自己腹膜透析指導管理料	180
がん患者指導管理料(医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供)	141
在宅自己注射指導管理料(複雑な場合)	138
在宅気管切開患者指導管理料	134
排尿自立指導料	130
在宅人工呼吸指導管理料	86
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	79
リンパ浮腫指導管理料	77
移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後)	69
在宅橋込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	68
在宅肺高血圧症患者指導管理料	54
在宅中心静脈栄養法指導管理料	47
がん患者指導管理料(医師・看護師が心理的不安軽減のため面接)	36
糖尿病透析予防指導管理料	31
在宅寝たきり患者処置指導管理料	31
がん患者指導管理料(医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明)	6
乳癌重症化予防ケア・指導料(初回)	6
ニコチン依存症管理料(2回目から4回目まで)	5
乳癌重症化予防ケア・指導料(2回目から4回目まで)	3
ニコチン依存症管理料(初回)	3
ニコチン依存症管理料(5回目)	2
ウイルス疾患指導料1	1

当院には、先進的・集学的がん診療及び腫瘍学の教育・研究の推進を図ると共に、長崎県におけるがん治療の拠点として、地域病院の医療従事者の教育及び啓発を行い、またがん登録の実施支援等を推進し、継続的に全人的な質の高いがん医療を提供することを

目的として、がん診療センターが設置されている。がん診療センターに所属する看護師は、入院や外来を問わず、がん患者に対して質の高い看護ケアの提供に努めている。がん患者指導管理料は、医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（500点）、医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（200点）に算定が可能となる。医事課からのデータを分析した結果からは、4月から12月までの9か月間での算定件数は141件だった。そのうちの外来における算定件数について現状を確認したところ、特定の診療科に偏りがあることや、算定件数が多い診療科の場合、看護師が事前にピックアップを支援しているなど看護師の介入にも違いが生じていることが明らかとなった。特に、平成26年に実施した医師への調査では、同席依頼ができない理由として、「同席依頼を忘れる」、「同席依頼する時間がない」、「すぐに看護師が来ない」などが挙げられていたことから、医師側の同席に対する認識の違いや、外来看護師の医師への介入方法の違いによって、算定件数にばらつきが生じていることが推察された。そこで、これまでの運用フローを見直すため外来看護師とがん診療センターの担当看護師間での話し合いの場を持った。

話し合いの中で、医師が病状を説明する場合に、看護師の同席依頼を毎回実施しているわけではなく、同席の必要性についての判断基準があいまいであり、看護師側とのコンセンサスが得られていないことが明らかとなった。しかし、看護師側でも気になる患者が来院した場合は、がん診療センターの担当看護師へ連絡するよう心掛けているが、看護師側も同様にがん診療センターへ連絡する基準を明文化しておらず、システム化できていないなどボトルネックとなっている事案の詳細が明らかとなった。

3) 適正な算定に向けた多職種協働による基盤整備

今回の取り組みでは、がん患者指導管理料の算定における課題抽出が実施したが、それ以外の指導管理料や指導料については、未着手である。しかし、今後も医事課担当者との定期的なデータ分析を行いながら、今回の課題抽出の手法を他へ応用することで、算定件数向上に向け運用フローを早期に見直すことが可能と考える。

【評価及び今後の課題】

看護部門から病院経営へ貢献するため、適切な患者指導の実践と適正な算定のための基盤整備に向け、院内の他部門とチームを形成し、基盤整備を開始した。取り組みの中で、適正な指導管理料等の算定を行う上で、コアメンバー内で現状の可視化と情報共有を行うことの重要性を認識した。また、事務担当者が把握する算定件数は、あくまでも患者に対する指導や教育を実施した結果の数値である。どのような運用フローで算定が実施されているか、どこにボトルネックが存在するのか、この点については現場へのヒアリングや関連部署間での話し合いを持つことで明らかにすることができた。これはまさに「有機的な場づくり」の成果であったと考える。

今後は、がん患者指導管理料以外の指導管理料の算定に関しても、他職種協働によるチーム活動で担当者をサポートし、運用フローの見直しと、関連職種への周知を図ることが課題である。この活動を継続するとともに、別の指導管理料項目へ活動を継続し、長崎大学病院の指導管理料等の算定適正化と共に、算定向上に向けたサポート体制の強化を図る予定である。