

訪問看護ステーション管理者のみなさま

今年度、兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 管理者育成委員会では、管理者が経験した事実をもとに不適切な事例等についてまとめました。この事例集が管理者の皆さまが訪問看護の質向上に関わろうとするときに、役立ててもらえることを願っています。

兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 管理者育成委員会
2022年4月発行

不適切事例等目次

- がん末期で介護保険を申請された第2号被保険者が、介護保険での訪問看護の利用を依頼されたケース。
- 点滴の抜針を家族に依頼したことを、「違法行為」と言われたケース。
- 在宅がん医療総合診療料を、かかりつけ医が訪問看護につたえず請求し、二重請求となっていたケース。
- 緊急時訪問看護加算を算定する利用者で、夜間に緊急時訪問を行い、夜間加算を算定して返戻となったケース。
- ASV を使用している利用者に対して、医療保険での訪問看護を提供しようとしていたケース。
- 介護保険で自立支援医療(精神通院医療)が適応されるケース。
- 経口摂取が可能な人に対して、点滴を継続することに疑問を抱いたケース。
- 精神科訪問看護の不適切と思えるケース(ある管理者のつぶやき)

がん末期で介護保険を申請された第2号被保険者が、介護保険での訪問看護の利用を依頼されたケース 病院の地域連携部から訪問看護の依頼があった。

A氏は50歳代女性、数年前から子宮癌で治療を受けていたが、全身に転移があり治療を断念し、緩和ケア病棟に登録。できるだけ在宅で療養したいと介護保険を申請。訪問診療、訪問看護の希望があり、訪問看護の説明のために訪問した。

A氏は看護師ではないが、訪問看護ステーションに勤めた経験があり、制度について理解している様子であった。今回の訪問看護については医療保険の利用になると説明すると、「以前勤めていた所では介護保険の利用ができていた。」と言い、納得せず訪問看護の利用には至らなかった(A氏の自己負担割合は、健康保険は3割、介護保険は1割)。

【本ケースの説明】

末期の悪性腫瘍の場合、厚生労働大臣が定める要介護者、要支援者であっても、医療保険で訪問看護が行われる疾患に入る。介護保険第2号被保険者は、特定疾病により認定を受けることができ、A氏はがん末期で申請していた。A氏は第2号被保険者のため、訪問看護は医療保険対象となる

第2号被保険者の特定疾病

①がん(医師が一般に認められる知見にもと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)【がん末期】

(訪問看護業務の手引き 令和2年4月版 P730より引用)

点滴の抜針を家族に依頼したことを、「違法行為」と言われたケース

食事摂取困難となった利用者の訪問看護で、点滴の指示があり毎日 500ml の補液をしていた。訪問時間は1時間のため、点滴は訪問時間内には終わらず、介護をしている家族に抜針又は生食ロックの方法を指導し、問題なく行っていた。ある日親戚が、家族が抜針する場面を見て、「医療行為を一般人がしてはならない」と、家族に話した。

その親戚は主治医にも電話で「訪問看護師が家族に点滴を抜かせていた。医療行為やろが。訴えるぞ」と言った。主治医はその強い口調に動揺し「そんなこと(家族に抜針を依頼)は言ってない」と返答。医院の看護師から「家族が抜針をするのは違法なのか？」と問い合わせがあった。

家族が抜針を行うことは違法ではないことを説明し、納得のうえ点滴継続の指示が出た。

【本ケースの説明】

☆全国訪問看護事業協会の回答☆

違法性の阻却事由と考えます。違法には該当しません。

ただし抜針を嫌がったり、明らかに高齢で依頼しかねる家族に無理強いするなどは、また違ってくると思います。抜針を指導し、任せても大丈夫かどうか、きちんと見極めて判断する必要があります。

<https://mirai56.wixsite.com/mirai/ok>

今回のケースは、家族に手技の指導や注意事項の説明は行ったが、医療行為の違法性の阻却についての説明を行わなかったことが問題だったと考え、今後同様のケースがあった場合は、医療行為の違法性の阻却についてしっかりと説明をし、同意書をもらうことにした。

在宅がん医療総合診療料を、かかりつけ医が訪問看護に伝えず請求し、二重請求となっていたケース

これは、かかりつけ医が全てのがん利用者に対して請求していたケースである。

訪問看護ステーションには全く通知されていなかったため、訪問看護料は国保連に請求していた。

利用者の状態報告に行った際、カルテにく在宅がん医療総合診療料の印鑑が押してあった。事務所に戻り、在宅がん医療総合診療料について調べたところ、訪問看護療養費は保険請求できず、医療機関と合議し、支払ってもらうこととなっていた。他のステーションにも問い合わせしてみると、同じように国保連請求で対応していた。

そこで、複数ステーションがクリニック医師、事務長、医療事務と話し合いの場を持った。しかし、医師からは訪問報酬を支払うと言ってもらえなかった。そこで、保健所の監査指導係に相談することを伝えた。事務長からの説得もあり、保険請求額と同額を請求し、受け取ることができた。利用者への説明や保険請求の差し戻し、再請求返金と、それにかかる手間もたくさんあった。診療報酬の改定などで、訪問看護ステーションが請求できるものについては情報があるため理解できるが、クリニックや病院の請求内容は知らないなので、注意が必要だと感じた。

【本ケースの説明】

☆在宅がん医療総合診療料

<http://www.hhk.jp/member/hoken-seikyuu-qa/ika/150525-070000.php>

緊急時訪問看護加算(介護保険)を算定する利用者で、夜間に緊急時訪問を行い、夜間加算を算定して返戻となったケース

利用者家族から20時頃に「発熱していて様子がいつもと違うので見に来てほしい」と依頼があり、訪問。39.0℃の高熱、全身倦怠感、腰痛の訴えがあり、腎盂腎炎を疑い主治医に報告、往診後、救急搬送となる。

『夜間・早朝訪問看護加算』を算定して請求していたが、早朝、夜間、深夜の訪問看護に係る加算は2回目以降(2回目以降とは、日中でも1度緊急の訪問看護をしていたらカウントされる)の緊急時訪問において算定できることを後から知り、返戻で対応した。

※医療保険の24時間対応体制加算を算定している利用者の場合は1回目から算定できる。

ASVを使用している利用者に対して、医療保険での訪問看護を提供しようとしていたケース

ASV(慢性心不全患者に対する非侵襲的陽圧換気)を使用している利用者の訪問看護の依頼があり、医療保険での契約書類を準備していた。契約前に偶然、他の訪問看護ステーションの管理者と話す機会があり、今回のケースは医療保険ではないと教えてもらい、介護保険で契約することができた。

【本ケースの説明】

※睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全でCPAPやASVを在宅において使用している場合は、「厚生労働大臣が定める疾病等」に規定されている別表7「人工呼吸器を使用している状態」に含まれないため、介護保険の適応となる。

非侵襲型人工呼吸器使用でも、主治医が「在宅人工呼吸指導管理料」の「人工呼吸器加算の2(鼻マスク・顔マスク使用)」を算定している場合は、別表7に掲げる人工呼吸器に含まれるので医療保険の適応となる。

介護保険で自立支援医療(精神通院医療)が適応されるケース

B氏は要介護5。幻覚のため精神科病院に入院歴があった。退院後、訪問診療を受けていたが、誤嚥性肺炎を併発し、寝たきりの状態となり、胃ろう造設、膀胱留置カテーテルが挿入され、訪問看護依頼となった。

B氏は自立支援医療(精神通院医療)受給者証を持っていたが、当ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定する届け出は行っていなかった。しかし、自立支援医療の届け出は行っていた。

【本ケースの説明】

B氏は要介護認定5を受けており、精神科医が交付した訪問看護指示書(様式16)により、訪問看護は介護保険で自立支援医療の適応が可能となる。

経口摂取が可能な人に対して、点滴を継続することに疑問を抱いたケース

有料老人ホームの入居者。水分摂取不足のため補液を実施。数日後、経口摂取ができるようになり、本人も点滴を好まないの、訪問看護による点滴終了について施設側と主治医に相談した。すると施設職員から、施設も家族も点滴を希望しており、これまで通り継続で良いのではないかと。今まで点滴終了を提案してくる訪問看護ステーションはなかった」と驚かれたが、主治医から終了の許可が出る。

【本ケースの説明】

今回のケースはステーションの不適切事例というわけではなく、オーダーが不適切ということになる。看護職の倫理綱領に、【看護職はいかなる場でも人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重し、常にあたたかな人間的配慮をもって、その人らしい健康な生活の実現に貢献できるよう努める】(本文1)【関係者による不適切な判断や行為がなされる可能性や、看護職の行為が対象となる人々を傷つける可能性があることを含めて、いかなる害の可能性にも注意を払い、人々の生命と人権を守るために働きかける】(本文6)とある。この事例では、漫然と「指示が出ているから」、「施設や家族が希望するから」点滴を続けることを選択せず、利用者の権利を守ることができたとも言える。

看護師の倫理綱領は、訪問看護でよく経験する、倫理的課題の解決に、方向性を示唆してくれます。活用できるよう、手元に置いておきましょう。

(引用元: 日本看護協会 看護職の倫理綱領)

https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/code_of_ethics.pdf

精神科訪問看護、こんなケースどう思いますか？(ある管理者のつぶやき)

【すべての訪問を30分で済ませる！？】

精神科訪問看護では、主治医の指示があれば30分未満の訪問看護が認められるんですよ。

訪問看護ステーションからの基本療養費は、30分以上で5,550円、30分未満で4,250円。

つまり 29分と30分で1,300円の違いがあり、30分と60分では違いがないことになるわけです。

そのため、最初から30分で計画すれば、件数を稼ぐこともできる♪ってこと。

精神科訪問看護に限らず、訪問看護の対象者は状況によってかかる時間が異なると思うんですが、最初から30分という枠組みでの訪問看護って、？？？をたくさんつけたくなるなあ…。

【グループホームで10人の訪問！？】

同一建物減算って、1日3件以上の訪問で1件目から減算されますよね。

でも、1日10人ほどに訪問するのを週3日繰り返すと、1日2件ずつ訪問するより儲かってしまう。

この仕組みを逆手にとって儲けるのもどうかと思うけど、1日10人の訪問で質を担保する自信はないなあ。

ステーションが経営破綻しては話にならないので、経営を考えるのは当然ですが、行き過ぎたやり方はどうなのかなー？その人に週何回の訪問看護が必要なのか、1回の訪問時間はどのくらいが妥当なのか。その人がその人らしく暮らせるようアセスメントし支援できる訪問看護ステーションでありたいなって思っています。こんな事例はどうなんだろう、と思う事例なんかを、気軽にメールに書いてくださいね。

いかがでしたか？

管理者同士のつながりで不適切な事例について意見を出しあったり、事例を共有したりして、不適切な事例をなくしていきましょう。

そのことによって、訪問看護の質を高めていきたいですね。

メールで感想をお寄せください。

Email h-houkan@hna.or.jp