

皮膚・排泄ケア認定看護師・在宅看護同行訪問について

時下ますますご隆盛のこととお喜び申し上げます。平素は何かと御支援を賜り、誠にありがとうございます。
さて、今年度の診療報酬改定により、当院では、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下 WOCN と記載）を地域の在宅療養患者さんの「褥瘡ケア」に加え、「人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者」が追加され、訪問看護師との同行が可能となりました。
当院では、地域医療支援病院として、更なる連携の強化と在宅医療の充実を図って参りたいと思っております。どうぞご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 開始日 平成 30 年 6 月
2. 同行者 門司メディカルセンター
皮膚・排泄ケア認定看護師 大瀬良 久美
3. 対象者
 - 1) 褥瘡（真皮を超える褥瘡）保有者
 - 2) 人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者
4. 依頼に関して
 - 1) 専門の看護師がケアに係る同意書【様式 1】
 - 2) 皮膚・排泄ケア認定看護師 同行訪問コンサルテーション用紙 【様式 2】
メールまたは、FAX で送付
・メールアドレス renkei@mojih.johas.go.jp
・FAX 番号 093-331-3466
 - 3) 同行日程日を電話または、メールにて調整（原則 1 回／月）
5. 金額に関して
 - 1) 医療保険の区分による負担となります
基本料金：12,850円（1割負担：1,285円・2割負担：2,570円・3割負担：3,855円）
 - 2) 料金の請求について
訪問終了後、当院より請求書と振り込み用紙を郵送します。

※該当患者さんがいらっしゃる場合は、【様式 1】【様式 2】を送らせていただきます。
その他、ご相談や運用について、ご不明な点についても、お気軽にご連絡ください。
TEL 093-332-7616（代） 地域連携室

【様式1】

専門の看護師がケアに係る説明・同意書

九州労災病院 門司メディカルセンター

看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師 大瀬良 久美

専門の看護師の訪問を希望される患者さん・ご家族の方へ

往診医・訪問看護師と連携し、在宅療養されている皆様の自宅へ
直接伺い、適切なケアの提供やご相談に対応します。

※ケアの経過観察のための患部の写真撮影、ケアに必要な物品購入の相談をする場合がありますのでご了承ください。

床ずれのケア

- 床ずれができた要因を考えます。
- 床ずれが治る事、また、悪化しない最良のケアを提供します。
- 他の場所へも出来ないように予防ケアを検討し、提案します。

※ご自宅への訪問は、保険診察での対応、交通費は別途請求となります。

上記内容に関して、同意をいたします。

平成 年 月 日

(署名)

(続柄)

患者（家族）病院控え (2部作成)

【様式2】

皮膚・排泄ケア認定看護師 同行ケアコンサルテーション用紙

☆下記の欄内へ御記入の上、メールまたは、FAXにてご連絡ください。

九州労災病院 門司メディカルセンター 看護部

皮膚・排泄ケア認定看護師 大瀬良 久美

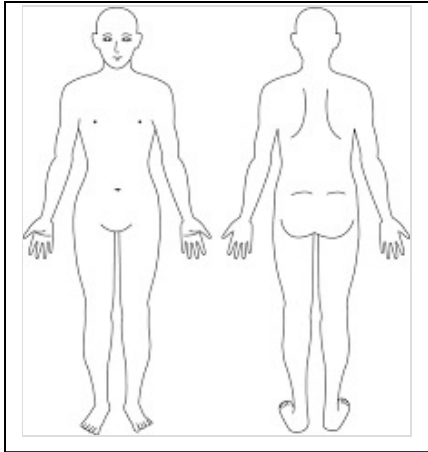
メールアドレス renkei@mojih.johas.go.jp

FAX 番号 093-331-3466

ご依頼施設			
ご担当者			
施設連絡先	TEL	FAX	
	メールアドレス		
担当往診医・かかりつけ医			
往診患者	フリガナ		
	氏名	年齢 () 歳	
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	明治	・大正	・昭和
	年	月	日 生まれ
病名・登録日	病名		
	(病名登録日)	年	月 日
往診宅 住所	〒福岡県北九州市		
電話番号	TEL		
保険種類	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	番号		
	記号		
	負担	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 3割
備考	<input type="checkbox"/> 当院受診歴あり <input type="checkbox"/> 当院受診歴ない		
訪問希望日 第1希望	年 月 日 () 時頃		
訪問希望日 第2希望	年 月 日 () 時頃		

相談内容

部位：褥瘡発生している部位に印をつけて下さい。



大きさ：

現在行っているケア：

御依頼ありがとうございます。同行訪問後、ケア内容を返信します。

★次の書類を地域連携室にご提出ください。

- ①訪問看護指示書（コピー1部）
- ②訪問看護計画書（コピー1部）
- ③医師の診断名記載のある書類（コピー1部）
- ④専門の看護師がケアに係る同意書（1部）【様式1】