

熊本市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱

制定 平成30年 3月16日 市長決裁

改正 令和 3年 8月 1日 医療政策課長決裁

(目的)

第1条 この事業は、人工呼吸器を装着していることについて特別の配慮を必要とする難病の患者に対して、在宅において適切な医療の確保を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 実施主体は、熊本市とする。

(対象患者)

第3条 対象患者は、熊本市内に住所を有する、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であつて、かつ、当該指定難病を主たる要因として在宅で人工呼吸器を使用している患者のうち、医師が訪問看護を必要と認める患者とする。

(実施方法)

第4条 熊本市は、在宅人工呼吸器使用患者支援事業を行うに適切な訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）又は訪問看護を行うその他の医療機関（以下「訪問看護ステーション等医療機関」という。）に訪問看護を委託し、必要な費用を交付することにより事業を行うものとする。

2 前項の費用の額は、診療報酬において、在宅患者訪問看護・指導料又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和58年法律第80号）第78条に規定する訪問看護療養費を算定する場合には、原則として1日につき4回目以降（ただし、特別な事情により複数の訪問看護ステーション等医療機関により訪問看護を行う場合にはこの限りではない。）の訪問看護について、患者1人当たり年間260回（以下に掲げる特例措置として実施する場合を含む）を限度として、次により支払うものとする。

なお、複数の訪問看護ステーション等医療機関により訪問看護を実施する場合には、（2）から（5）に係る該当区分の費用を支払うものとする。

(1) 医師による訪問看護指示料

1月1回に限り3,000円

(2) 訪問看護ステーションが行う保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の費用の額

1回につき8,450円

(3) 訪問看護ステーションが行う准看護師による訪問看護の費用の額

1回につき7,950円

(4) その他の医療機関が行う保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の費用の額

1回につき5,550円

(5) その他の医療機関が行う准看護師による訪問看護の費用の額

1回につき5,050円

ただし、1日につき3回目の訪問看護を前2回と同一訪問看護ステーションで行う場合には、特例措置として3回目に対して次の費用を当面支払うものとする。

(6) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の費用の額

1回につき2,500円

(7) 准看護師による訪問看護の費用の額

1回につき2,000円

(事業の期間)

第5条 事業の期間は、同一患者につき1か年を限度とする。ただし、市長が必要と認める場合は、その期間を更新できるものとする。

(事業を行う機関)

第6条 事業を行う機関は、訪問看護ステーション等医療機関とし、在宅人工呼吸器使用患者支援事業に関し、市長と委託契約を締結するものとする。

(事業実施の手続)

第7条 第3条に規定する対象患者で事業を受けようとする者は、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に訪問看護に係る主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書(診療報酬対象分とは別に行う分を含む訪問看護計画書をいう。以下同じ。)を添えて、市長に提出するものとする。ただし、申請者が他制度による公費負担医療の給付を受けている等の理由により難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第7条に規定する医療受給者証の交付を受けていない場合には、更に、同法第5条第1項に規定する指定難病に係る臨床調査個人票を添付するものとする。

2 前項の書類は、本事業を実施しようとする訪問看護ステーション等医療機関が取りまとめて提出するものとする。

3 市長は、第1項の申請について可否を決定したときは、その結果を申請者及び事業実施訪問看護ステーション等医療機関に通知するものとする。

(事業計画及び実績報告)

第8条 訪問看護ステーション等医療機関は、毎月、訪問看護に係る主治医の訪問看護指示書及び訪問看護計画書をあらかじめ市長に提出するものとする。

2 訪問看護ステーション等医療機関は、事業を行った月の翌月10日(その日が閉庁日の場合は、翌開庁日)までに、患者別の在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書(様式第2号)及び在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護実績報告内訳書(様式第3号)(以下「報告書等」という。)を市長に提出するものとする。

(費用の請求及び支払)

第9条 訪問看護ステーション等医療機関は、訪問看護指示料を請求するときは在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護指示料請求書(様式第4号)により、また訪問看護の費用を請求するときは在宅人工呼吸器使用患者支援事業訪問看護費用請求書(様式第5号)により、事業を行った月の翌月10日(その日が閉庁日の場合は、翌開庁日)までに市長に請求するものとし、市長は前条第2項の報告書等に基づき、事業の内容を検査し、適当と認められたときは、速やかに支払うものとする。

(報告)

第10条 市長は、本事業を委託した訪問看護ステーション等医療機関から提出された第8条第2項の報告書の写し(患者の氏名及び住所を削除したもの)を毎月、厚生労働省に送付するものとする。

(秘密保持)

第11条 事業を行う機関及びその職員は、事業によって知り得た事実の秘密保持については、慎重に配慮

するものとし、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取り扱いについては、その保護に十分配慮するものとする。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、この事業に関して必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年8月1日から施行する。

在宅人工呼吸器使用患者支援事業 登録申請書

ふりがな 氏名			性別	男・女	生年 月日	年 月 日	
住所	〒 ー			出生 都道 府県	発症時の 職業		
	TEL ()						
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険種別	協・組・共・国・介・他 ()		
指定難病名				医療受給者証 受給者番号			
過去 1年間の 訪問看護 状況	訪問看護回数	(年 回、月平均 回)					
	訪問看護 ステーション等 医療機関	所在地	〒 ー				
		名称					
		管理者氏名					
	上記事業所の 開設者 (法人等)	所在地	〒 ー				
		名称					
		代表者氏名					
	主治医	医療機関名					
		所在地	〒 ー				
		氏名					
申請書記載者	氏名				受給者 との続柄		
	住所	〒 ー TEL ()					
<p>私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局難病対策課に送付され、個人情報の保護のもと研究等の用に供されることに同意のうえ、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請を行います。</p> <p>年 月 日 熊本市長 様 申請者氏名 (印)</p>							

在宅人工呼吸器使用患者支援事業 実績報告書

(年 月分)

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住所	〒 - TEL ()	出生 都道府県		発症時 の職業	
発症年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険 種別	協・組・共・国・介・他()
指定難病名			医療受給者証 受給者番号		
当月の訪問看護状況	診療報酬対象 訪問看護	回数	(月 回、週平均 回)		
		時間	(月間総 時間、1回平均 時間)		
		訪問看護 の内容			
	診療報酬対象 外訪問看護	回数	(月 回、週平均 回)		
		時間	(月間総 時間、1回平均 時間)		
		訪問看護 の内容			
<p>上記患者に対し在宅人工呼吸器使用患者支援事業に基づく訪問看護を行ったので、その実績を報告します。</p> <p style="text-align: center;">熊本市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">法人(団体)所在地</p> <p style="text-align: center;">法人(団体)名称</p> <p style="text-align: center;">代表者職氏名</p> <p style="text-align: center;">訪問看護ステーション等医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">管理者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>					

㊞

在宅人工呼吸器使用患者支援事業

訪問看護実績報告内訳書（ 年 月分）

対象患者氏名	
--------	--

診療報酬 の区分	日 回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	診療報酬 対象	1回目															
2回目																	
3回目																	
診療報酬 対象外	4回目																
	5回目																

診療報酬 の区分	日 回数	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
	診療報酬 対象	1回目															
2回目																	
3回目																	
診療報酬 対象外	4回目																
	5回目																

※ 記入方法：訪問された日の欄に看護者の職種を下記の分類（正・准）で御記入ください。

正：訪問看護を実施したのが、保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかの職種の場合

准：訪問看護を実施したのが、准看護師の場合

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

法人（団体）所在地

法人（団体）名称

代表者職氏名

⑩

