

新潟市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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。以下「法」という。）第28条第1項第3号に規定する事業を実施することにより、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。

(対象患者)

第2条 法第5条に規定する指定難病の患者で、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3条 市長は、本事業を実施するにあたり適当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57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実施する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月に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の間支払うものとする。

- | | |
|--|--------------|
| ア 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 | 1回につき 2,500円 |
| イ 准看護師による訪問看護の費用 | 1回につき 2,000円 |

3 本事業による訪問看護の回数は、原則として対象患者一人に対して1週間につき5回を限度とする。ただし、患者の病状等の状況から特に必要と認められる場合は、年間260回の範囲で1週間に5回を超える訪問看護を行っても差し支えない。

4 市長は、あらかじめ所管する訪問看護ステーション等医療機関に対して本事業の実施への協力を依頼するとともに、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と委託契約を締結しておかなければならない。

(対象者の決定)

第4条 本事業の適用を希望する対象患者は、訪問看護ステーション等医療機関を通じて、別記様式第1号の申請書を市長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、診療報酬対象外の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（診療報酬対象分と対象外の分を含む訪問看護計画書をいう。以下同じ。）を添付しなければならない。

また、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法第7条に規定する医療受給者証（以下「医療受給者証」という。）の交付を受けていない場合には、更に、法第6条に規定する指定難病に定める診断書を添付する。

3 市長は、第1項の申請に対し本事業の対象と認めたときは、申請者の利用する訪問看護ステーション等を通じて別記様式第2号により申請者に通知する。

4 本事業の対象者の決定の効力は、医療受給者証の有効期限の取り扱いに準じる。

(報告及び支払い)

第5条 本事業による訪問看護を実施しようとする訪問看護ステーション等は、毎月の診療報酬対象外の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は、毎月、患者別の実績報告書を別記様式第3号により市長に提出する。

3 本事業のために行った訪問看護指示料の支払いは、別記様式第4号の請求書により行う。

4 本事業のために行った訪問看護の費用の支払いは、別記様式第5号の請求書により行う。

(事業期間)

第6条 事業期間は、同一患者につき1か年を限度とする。ただし、必要と認められる場合は、その期間を更新できるものとする。

(個人情報の保護)

第7条 事業の実施に従事するものは、利用者のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、正当な理由なくその業務を通じて知り得た個人情報を漏らしてはならない。

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4年4月1日から施行する。

新潟市在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

ふりがな			生年月日	年 月 日	
氏 名					
住 所	〒 ()		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	協会・組合・共済・国保・後期・他 ()
指定難病名			特定医療費受給者番号		
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	住 所	〒		
		名 称			
		管理者			
	主治医	医療機関名			
		住 所	〒		
氏 名					
申請書記載者	氏 名			受給者との続柄	
	住 所	〒 ()			
<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上、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 style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>(宛先) 新潟市長</p>					

別記様式第2号（第4条関係）

年 月 日

（住 所）
（氏 名） 様

新潟市長

新潟市在宅人工呼吸器使用患者支援事業対象者の決定について（通知）

年 月 日付で申請のありました標記事業について、あなたを
対象者と決定しましたので通知します。

記

1 対象期間

年 月 日から 年 月 日

2 訪問看護を実施する訪問看護ステーション等

- (1) 住 所
- (2) 名 称
- (3) 代表者名

新潟市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				生年月日	年 月 日	
氏名				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	協会・組合・共済・国保・後期・他 ()	
指定難病名				特定医療費受給者番号		

当該月の訪問看護状況	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	

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。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

訪問看護ステーション等医療機関の所在地および名称:

電話番号:

管理者氏名:

新潟市在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護費用請求書（ 年 月分）

請求金額 円

請求内訳

対象患者名	訪問看護実施日	総回数	単価	請求金額

上記の通り請求します。なお、支払金額は下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

（宛先）新潟市長

請求者 住所

訪問看護ステーション等
医療機関名

（氏名）

振込先 医療機関	銀行		支店			
	当座	口座 番号				
普通						
	口座名義（カナ）					