

千葉市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱

第1 趣旨

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条及び療養生活環境整備事業実施要綱に基づき、人工呼吸器を装着していることについて特別な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目的として実施する千葉市在宅人工呼吸器使用患者支援事業(以下「事業」という。)について、必要な事項を定める。

第2 実施主体

事業の実施主体は千葉市とする。

第3 対象患者

法第5条に規定する指定難病の患者で、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千葉市内に住所を有する患者のうち、医師が訪問看護の必要を認める患者とする。

第4 実施方法

- 1 市長は、本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、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条等に規定する訪問看護療養費又は診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)に規定する在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合には原則として1日につき4回目以降(包括型訪問看護療養費を算定する場合には原則として1日につき訪問看護時間が90分以上に限る)の訪問看護(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。)について、患者1人当たり年度内260回(以下に掲げる特例措置として実施する場合を含む)を限度として別添1により支払うものとする。
- 3 実施される訪問看護の回数は、原則として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、前項に規定される回数の限度内で訪問看護を行っても差し支えないものとする。
- 4 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医療機関は、毎月の診療報酬とは別に行う訪問看護に係る主治医の訪問看護指示書(写し)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指示書をいう。以下同じ。)を市長に提出するものとする。

第5 申請手続き

- 1 本事業による訪問看護を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、在宅人工呼吸器使用患者支援事

業登録申請書(様式1)に、訪問看護に係る主治医の訪問看護指示書(写し)及び訪問看護計画書を添付して、市長へ提出するものとする。

- 2 前項による申請は、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医療機関が取りまとめて提出して差し支えないものとする。

第6 対象者の決定

- 1 市長は、申請について可否を決定し、結果を申請者及び当該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。なお、申請を承認した場合は、在宅人工呼吸器使用患者支援事業承認通知書(様式2)を交付するものとする。
- 2 対象者の決定の効力は、当該患者の有する特定医療費(指定難病)受給者証の有効期間の範囲内とする。

第7 事業期間

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。

第8 報告

本事業による訪問看護を実施した訪問看護ステーション等医療機関は、毎月、翌月の10日までに、在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書(様式3)を市長に提出するものとする。

第9 費用の請求

- 1 訪問看護ステーション等医療機関からの第4に定める費用の請求は、翌月の10日までに、在宅人工呼吸器使用患者支援事業指示料請求書(様式4)または、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5)を、市長に提出して行うものとする。ただし、請求に際しては第4に定める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の医療機関により訪問看護を実施する場合はこの限りではない。)の訪問看護と確認できる計画書等を添付するものとする。
- 2 市長は前項の請求書を受理した時、その内容を審査し請求者に速やかにその費用を支払うものとする。

第10 千葉県指定難病審査会との関係

千葉県指定難病審査会は、市長からの要請に基づき、この事業の実施に必要な参考意見を具申するものとする。

第11 事業実施上の留意事項

在宅人工呼吸器使用患者支援事業を実施するに当たり、次の事項に留意するものとする。

- 1 関係行政機関、医師会等の関係団体、関係医療機関等と連携を図り、事業の円滑な実施に努めるこ

と。

- 2 事業の実施上知り得た事実、特に個人が特定される情報（個人情報）については、特に慎重に取り扱うとともに、その保護に十分配慮すること。

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。

附則

この要綱は、令和8年6月1日から施行する。

在宅人工呼吸器使用患者支援事業 訪問看護の費用額

1 原則

1日につき4回目以降の訪問看護の費用の額は、次によって支払うものとする。

なお、複数の訪問看護ステーション等の医療機関により訪問看護を実施する場合には、②から⑤に係る当該区分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、作業療法士又は語学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

2 特例措置

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。

なお、包括型訪問看護療養費については、除外する。

① 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

② 准看護師による訪問看護の費用

1回につき2,000円

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

ふりがな 患者氏名			性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住 所	〒 TEL ()					
発症年月	年 月	初診 年月日	年 月 日		保険種別	
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 及び 実施医療機関	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	〒			
		医 師 名				
	申請書記載者	氏 名				受給者との 続柄
住 所		〒 TEL ()				
私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局疾病対策課に送付され、個人情報の保護のもと研究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。 申請者氏名 年 月 日 千葉市長 様						

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
訪問看護承認通知書

			承認番号	
対象患者	氏 名			
	住 所			
	生年月日			
	対象疾患名		受給者番号	
訪 問 看 護 ステーション等 医療機関の名称				
有 効 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		

上記のとおり承認する。

千葉市指令 第 号
年 月 日

千葉市長

印

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 患者氏名				性別	男・女	生年 月 日	年 月 日	
住 所		〒						
		TEL ()						
発症年月		年 月	初診年月日		年 月 日		保険種別	
指定難病名					医療受給者証 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						
	事業対象の 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を行ったので、その実績を報告します。								
年 月 日								
千葉市長 様								
訪問看護ステーション等医療機関の所在地								
名 称:								
電話番号:								
管理者氏名:								

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(年 月分)

請求金額 円

請求内訳

指示書発行日	対象患者名	指示先の訪問看護ステーション等医療機関名	金 額

上記のとおり請求します。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

千葉市長 様

請求者 住所
医療機関名
代表者名

振込 口座	銀行		支店
	普通 No.		当座 No.
	ふりがな 氏 名		

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)

今回の請求は（ 訪問看護基本療養費 ・ 包括型訪問看護療養費 ）にかかる請求です。

請求金額 円

請求内訳

対象患者名	訪問看護実施日	回数	単価	請求金額

上記のとおり請求します。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

千葉市長 様

請求者 住所
医療機関名
代表者名

振込口座	銀行		支店
	普通 No.		当座 No.
	ふりがな 氏 名		