

京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業実施要綱

(目的)

第1条 在宅で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、診療報酬で定められた回数を超える訪問看護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。

(実施主体)

第2条 実施主体は、京都市とし、関係機関の協力を得て実施するものとする。

(対象患者)

第3条 京都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（第26年法律第50号、以下「法」という。）第5条に規定する指定難病の患者でかつ、当該指定難病及び対象疾患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 市長は、在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業を実施するに当たり、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（次項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、第2号から第5号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

3 前項の規定に関わらず、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。

- (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, 5 0 0 円
- (2) 准看護師による訪問看護の費用 1 回につき 2, 0 0 0 円

4 この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 週間に付き 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 2 6 0 回（前項ただし書きの特例措置として実施する場合を含む）の範囲内で 1 週間に付き 5 回を超えることができるものとする。

（申請及び承認）

第 5 条 対象患者でこの事業による訪問看護を受けようとする者は，在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業登録申請書（別記第 1 号様式）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。）を添付し，市長に提出するものとする。

また，他の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，当該指定難病にかかる臨床調査個人票の添付が必要である。

- 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とりまとめて提出するものとして差し支えない。
- 3 市長は，前項の申請について承認の可否を決定し，その結果を申請者及び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。
- 4 本事業の対象者の決定効力は，医療受給者証の有効期限の取扱いに準じるものであること。

（事業期間）

第 6 条 事業の期間は，申請書を受理した日から 1 年間を限度とする。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。

（経費の請求及び支払）

第 7 条 この事業のために訪問看護の指示を行った医療機関は，訪問看護指示料請求書（別記第 2 号様式）により，また，訪問看護を行った訪問看護ステーション等医療機関は，訪問看護費用請求書（別記第 3 号様式）によりそれぞれ経費を市長に請求するものとする。

- 2 市長は前項の請求を受理したときは，出来るだけ速やかに支払うものとする。

（報告等）

第 8 条 この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，毎月の診療報酬の対象となる訪問看護とは別に行う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，毎月の患者別の在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業実施報告書（別記第 4 号様式）及び在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業実績内訳表（別記第 5 号様式）を，翌月の 1 0 日までに市長に提出するものとする。
- 3 市長は，前項の報告書の患者の氏名及び住所を削除した上，厚生労働省健康局難病対策課宛に送付するものとする。

(その他)

第9条 この事業の関係者は、患者等に与える精神的影響とその病状に及ぼす影響を考慮して、この事業により知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業の実施に関して必要な事項は、障害保健福祉推進室長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 本事業の実施のために必要な準備行為は、この要綱の施行前においても行うことができる。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3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。

(第1号様式)

京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業登録申請書

ふりがな 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・組・共・国・介・他()	
指定難病 又は 特定疾患名			医療受給者証又は特定 疾患医療受給者証番号			
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	〒 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難病対策課に送付され、個人情報の保護のもと研究等のよう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難病患者支援事業登録申請を行います。 (京都市長宛) 申請者氏名 年 月 日						

(第2号様式)

京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業

訪問看護指示料請求書（ 年 月分）

	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	
請求金額									

円（内税）

※ 金額の先頭に「¥」等を記入してください。

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。

年 月 日

京都市長宛

（請求者） 住 所

法 人 名

（氏 名）

(第3号様式)

京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業

訪問看護費用請求書（ 年 月分）

	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	
請求金額									

円（内税）

※ 金額の先頭に「¥」等を記入してください。

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

上記のとおり請求します。

年 月 日

京都市長宛

（請求者） 住 所

法 人 名

（氏 名）

(第4号様式)

京都市在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業 実施報告書
(年 月分)

ふりがな 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・組・共・国・介・ 他()	
指定難病 又は 特定疾患名					医療受給者証又は特 定疾患医療受給者証 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難病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 京都市長 宛 訪問看護ステーション等医療機関の所在地及び名称： 電話番号： 管理者氏名							

(第5号様式)

在宅人工呼吸器使用難病患者支援事業実績内訳表 (年 月分)

(患者氏名)

(ステーション名)

様

		1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
/ ()	訪問時間	～	～	～	～	～
	職 種	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看	正看等・准看
	他の訪問看護 ステーション			円	円	円
合 計 円 @ 2,000 × 回 = 円 @ 2,500 × 回 = 円 @ 7,950 × 回 = 円 @ 8,450 × 回 = 円						

※ 記入方法

- ・「実施時間」の欄には、訪問看護を実施した時間を記録してください。
- ・「職種」欄は、訪問看護を実施した看護師等が、正看護師等・准看護師のいずれか、該当する方に○で囲んでください。
- ・「他の訪問看護ステーション」欄は、同日1回目、2回目の訪問看護を他の訪問看護ステーションで実施した場合にその事業所の名称（略称で可）を記入してください。（「職種」欄は不明な場合は記入不要です。）
- ・「正看等」とは、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を指します。

