

大阪市在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要領

1 対象患者

- (1) 本事業の対象患者の決定は、本市が定める申請書（様式2）による対象患者（実施要綱の対象患者）からの申請に基づいて市長が行う。
- (2) 前（1）の申請書には、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。）を添付するものとする。

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（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、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。
- (3) 前（1）及び（2）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できるものとする。
- (4) 市長は、（1）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。
- (5) 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扱いに準じることとする。

2 実施方法

- (1) 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（様式1）を締結するものとする。
- (2) 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 回の範囲内で1週間につき5回を超える訪問看護を行えるものとする。
- (3) 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。

3 報告

- (1) 訪問看護ステーション等医療機関は、毎月、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3及び様式3-2）を市長に提出するものとする。
- (2) 市長は、前（1）の報告書（実施要綱6に規定する報告書と見なす。）の患者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あて送付するものとする。

4 経費の請求

- (1) 本事業のために行った訪問看護指示料の請求は、市長に請求書（様式4）を提出して行うものとする。
- (2) 本事業のために行った訪問看護の費用の請求は、市長に請求書（様式5）を提出して行うものとする。
- (3) 市長は、上記により請求を受けたときは、できるだけ速やかにその費用を支払うものとする。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

この要領は、令和元年5月1日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

契約番号 健契第	号
----------	---

大阪市在宅人工呼吸器使用患者支援事業委託契約書

在宅人工呼吸器使用患者支援事業による在宅人工呼吸器使用患者（以下「対象患者」という。）に対する訪問看護の実施について、大阪市健康局長（以下「甲」という。）と〇〇訪問看護ステーション等医療機関（以下「乙」という。）は、次のとおり契約する。

第1条 乙は、本契約の定めるところにより、診療報酬において算定できる在宅患者訪問看護・指導料又は老人訪問看護療養費とは別に行う訪問看護を行うものとする。

第2条 本契約により乙が行う訪問看護の回数は、原則として対象患者一人につき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回の範囲内で1週間につき5回を超える訪問看護を行って差し支えないものとする。

第3条 乙は、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及び訪問看護計画書をあらかじめ甲に提出するものとする。

第4条 乙は、毎月、患者別の在宅人工呼吸器使用患者支援事業実績報告書を甲に提出するものとする。

第5条 乙は、本契約による訪問看護を行ったときは、翌月の10日までに前月に実施した訪問看護に係る費用を甲に提出するものとする。

第6条 本契約により乙が実施する訪問看護の費用は別表に定める額とする。

第7条 甲は、第5条に基づく請求を受けたときは、できるだけ速やかにその費用を支払うものとする。

第8条 本契約に定めのない事項及び実施上の疑義が生じた事項については、甲と乙が協議して定めるものとする。

第9条 甲は、必要があると認めるときは、乙の訪問看護について書類を閲覧し、説明を求め、または報告を徴することができるものとする。

第10条 甲は、乙がこの契約に違反したときは、この契約の全部または一部の効力を停止させまたは契約を解除することができるものとする。

第11条 本契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。ただし、本契約の有効期間終了日の1ヵ月前までに甲または乙のいずれか一方より本契約を更新しない旨の意思表示がないときは、有効期間終了日の翌日から向こう1年間順次本契約を更新したものと見なすものとする。

本契約の確実を証するため本書二通を作成し、双方記名押印のうえ各一通を所持するものとする。

令和 年 月 日

甲 印

乙 印

別表

訪問看護の費用の額

- ① 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は、 1 回につき 8,450 円
- ② 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は、 1 回につき 7,950 円
- ③ 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は、 1 回につき 5,550 円
- ④ 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は、 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。

- 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は、 1 回につき 2,500 円
- ② 准看護師による訪問看護の費用は、 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	明・大 昭・平・令 年 月 日		
住 所	〒				出生 都道府県	発症 時の 職業		
	TEL ()							
発症年月	昭・平・令 年 月	初診年月日	昭・平・令 年 月 日			保険種別		
指定難病 名称			特定医療費(指定難病) 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				対象患者 との続柄		
住 所		〒						
TEL ()								

私は、訪問看護指示書、訪問看護計画書及び本事業の実績報告書が訪問看護ステーション等医療機関から大阪市に提出されるとともに、実績報告書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等の用に供されること及び本申請に係る参加の可否が訪問看護ステーション等医療機関に通知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。

令和 年 月 日

申請者氏名

(患者(患者が18歳未満の場合は保護者)氏名)

大 阪 市 長 あて

(注) 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)を添付してください。

在宅人工呼吸器使用患者支援事業
実績報告書
(令和 年 月分)

ふりがな			性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平・令 年 月 日		
氏 名								
住 所	(〒 —)				出 生 都道府県		発症時 の職業	
	TEL ()							
発症年月	昭・平・令 年 月	初診年月日	昭・平・令 年 月 日			保険 種別	政・組・共・国・ 介・他()	
指定難病 名					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						
	当該事業対象 訪 問 看 護 (診療報酬対象外)	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。

令和 年 月 日

大阪市長 あて

〔所在地及び名称〕

所 在 地：

名 称：

氏 名：

電 話 番 号：

(注) 1 様式3－2 訪問看護実績を添付してください。

2 本報告書は、訪問看護治療研究の資料とするため、厚生労働省に送付しますので、御了解願います。

大阪市在宅人工呼吸器使用患者支援事業

(様式3-2)

訪問看護実績 (令和 年 月分 対象患者名)

日にち	診療報酬内の 訪問看護 実施回数	本事業による 訪問看護		備考
		回数	職種	
1日	回	回	正看等・准看	
2日	回	回	正看等・准看	
3日	回	回	正看等・准看	
4日	回	回	正看等・准看	
5日	回	回	正看等・准看	
6日	回	回	正看等・准看	
7日	回	回	正看等・准看	
8日	回	回	正看等・准看	
9日	回	回	正看等・准看	
10日	回	回	正看等・准看	
11日	回	回	正看等・准看	
12日	回	回	正看等・准看	
13日	回	回	正看等・准看	
14日	回	回	正看等・准看	
15日	回	回	正看等・准看	
16日	回	回	正看等・准看	
17日	回	回	正看等・准看	
18日	回	回	正看等・准看	
19日	回	回	正看等・准看	
20日	回	回	正看等・准看	
21日	回	回	正看等・准看	
22日	回	回	正看等・准看	
23日	回	回	正看等・准看	
24日	回	回	正看等・准看	
25日	回	回	正看等・准看	
26日	回	回	正看等・准看	
27日	回	回	正看等・准看	
28日	回	回	正看等・准看	
29日	回	回	正看等・准看	
30日	回	回	正看等・准看	
31日	回	回	正看等・准看	

<記入方法>

※診療報酬内の訪問看護実施回数には、貴訪問看護ステーションにおける訪問回数を記載してください。

他の訪問看護ステーションが、診療報酬の範囲内で実施した回数については、こちらに記載しないでください。

※診療報酬内の訪問看護について、他の訪問看護ステーションで実施した場合は、備考欄に事業所名とその回数を記載してください。

※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さします。

訪問看護ステーション等医療機関名()

担当者名()

大 阪 市 長 あて

住所

氏 名

請求金額	円也		
(請求内訳)			
指示書発行日	対象患者氏名	指示先の訪問看護ステーション等医療機関名	金 額

指示書発行医療機関名 ()

[illegible]

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

振替 口座	金融 機関名		銀行・農協 信金・信組	1. 普通、総合 2. 当座	口座 番号									
			支店											
	ゆうちょ銀行		記号・番号											
	口座名義		(フリガナ)											

記載事項等照合先（契約番号等）			執行主管コード		支出命令番号	
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金		

大 阪 市 長 あて

住所

氏 名

請求金額	円也			
(請求内訳)				
対象患者名	訪問看護実施日	総回数	単価	金 額

☐債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号								指定口座	
-------	--	--	--	--	--	--	--	------	--

☐次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

振替 口座	金融 機関名		銀行・農協 信金・信組	1. 普通、総合 2. 当座	口座 番号								
			支店										
	ゆうちょ銀行		記号・番号										
	口座名義		(フリガナ)										

本市記入欄

記載事項等照合先（契約番号等）		執行主管コード		支出命令番号	
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金	