

大分県在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱

第1 目的

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。

第2 実施主体

事業の実施主体は、大分県とする。

第3 対象患者

この事業の対象となる者は、大分県内に住所を有する指定難病の患者及び特定疾患治療研究事業対象疾患患者で、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。

なお、在宅の範囲には介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅等に居住している患者は含まないこととする。

第4 実施方法

- 1 この事業は、知事が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。）の長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 前項の委託は、在宅人工呼吸器使用患者支援事業に関する契約書（様式1）により行うものとする。
- 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、診療報酬において、在宅患者訪問看護・指導料又は老人訪問看護療養費を算定できる回数を超える訪問看護を行うものとする。
- 4 前項において実施され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っても差し支えないものとする。
- 5 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（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。）を知事に提出するものとする。

第5 費用の額

第4の1により交付される費用の額は、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、患者一人当たり年間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、次のとおりとする。

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、一日につき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 2,500 円
- ②准看護師による訪問看護の費用 1回につき 2,000 円

第6 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2）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を添付して、知事へ提出するものとする。
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特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けていない場合には、更に、当該疾患にかかる臨床調査個人票又は難病法第5条第2項に規定する登録者証の添付を必要とする。
- 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とりまとめて提出して差し支えないものとする。

第7 対象者の決定等

- 1 知事は、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訪問看護承認通知書（様式3）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8 事業の期間等

本事業の期間は、同一の患者につき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9 実施の報告

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、翌月の10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4-1）及び訪問看護実績記録簿（様式4-2）を知事に提出するものとする。

第10 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5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訪問看護指示料請求書（様式5）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6）を知事に提出して行うものとする。
- 2 知事は、前項の請求書を受理したときは、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11 難病医療連絡協議会との関係

大分県難病医療連絡協議会は、知事からの要請に基づき、本事業の実施に必要な参考意見を具申するものとする。

第12 関係者の留意事項

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、治療研究によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

附 則
この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和元年5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8年4月1日から施行する。

様式1

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、大分県知事（以下「甲」という。）と●●●● 管理者 ●●●●（以下「乙」という。）は、次のとおり契約する。

第1条 乙は、本契約及び甲が別に定める大分県在宅人工呼吸器使用患者支援事業実施要綱（以下「実施要綱」という）に基づき、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請求するものとする。

第6条 本契約により乙が実施する訪問看護の費用は、実施要綱に定める額とする。

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を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 本契約の有効期間は、 年 月 日から 年 月 日までとする。ただし、本契約の有効期間終了日の1か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、有効期間満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みなすものとする。

第11条 乙は、この契約による業務を処理するための個人情報の取扱いについては、別記「機密保持及び個人情報保護に関する特記事項」を守らなければならない。

第12条 甲は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、この契約を解除することができる。

- (1) 乙が正当な理由なく、この契約の全部若しくは一部を履行しないとき、又は、履行の見込みがないとき。
- (2) 乙がこの契約の履行について、不正の行為をしたとき、又は、甲の指示に反したとき。
- (3) 乙が解除を30日前に申し出たとき。
- (4) 乙が暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）又は暴力団（同条第2号に規定する暴力団をいう。）若しくは暴力団員と密接な関係を有する者と認められたとき。

本契約が成立したことを証するため、本書2通を作成し、双方記名押印のうえ各1通を所持するものとする。

年 月 日

甲 大分市大手町3丁目1-1

大分県知事

乙 大分市●●●●●●
株式会社●●
訪問看護ステーション●●
管理者 ●●
(ステーションコード●●●●●)

(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			性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名						
住所	〒		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	社保・国保・共済・後期高齢	
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	所在地	〒			
		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 ()		
<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: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大分県知事 殿</p>						

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	所在地	〒		
	名称			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

上記のとおり承認する。

年 月 日

大分県知事

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			性別	男・女	生年月日	年 月 日		
氏名								
住所	〒			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	社保・国保・共済・後期高齢			
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						
<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: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大分県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">訪問看護ステーション等医療機関の所在地および名称:</p> <p style="text-align: center;">電話番号:</p> <p style="text-align: center;">管理者氏名:</p>								

訪問看護実績記録簿 (年 月分)

(患者氏名)

(ステーション名)

様

日付・曜日		1回目	2回目	3回目	4回目
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
/	訪問時間	～	～	～	～
	職 種	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看	正看・PT・OT・ST・准看
	他の訪問看護ステーション				
<p>【備考欄】</p>					

※ 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」の欄は、訪問看護を実施した方の職種をマルで囲んでください。
- ・「他の訪問看護ステーション」の欄には、1日のうちの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ステーションの名称(略称で可)を記入してください。
(他の訪問看護ステーションの職種が不明な場合は記入不要です。)

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

大分県知事 殿

請求者 住 所

医療機関名

(氏 名)

振込先	銀行		支店							
	当座	口座番号								
	普通									
名義										

