

川崎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 この事業は、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指定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。

(定義)

第2条 この要綱において「人工呼吸器使用患者」とは、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「難病法」という。）第5条に規定する指定難病の患者であって、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をいう。

2 この要綱において「訪問看護」とは、健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和58年法律第80号）その他の医療の給付に関する法律（以下「健康保険法等」という。）の定めるところにより、その費用の支給が認められる範囲を超えて実施する訪問看護をいう。

(実施方法)

第3条 この事業は、人工呼吸器使用患者が訪問看護を受けるために要した費用（以下「訪問看護費」という。）を支給することによって実施する。

(支給額)

第4条 前条の規定により支給する額は、健康保険法等による訪問看護療養費を算定する場合において、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から訪問看護を受ける場合には、この限りではない。）の訪問看護を受けるために要した費用について、年間260回を限度として、別表により算定した額とする。ただし、訪問にかかる交通費及び日用生活物品費等として訪問看護ステーション等医療

機関から請求される実費負担額に充てることはできない。

- 2 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等医療機関から受ける場合に支給する特例措置の算定回数は、前項に規定する年度の限度回数の算定に含むものとする。

(支給期間)

第5条 訪問看護費の支給期間は、申請のあった日から第6条第2項の規定により主治医が作成する訪問看護指示書に記載された指示期間の末日までの間で、市長が定める期間とする。

(支給の申請)

第6条 訪問看護費の支給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訪問看護費支給申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）及び川崎市の交付する難病法第7条に規定する医療受給者証の写し又は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医療受給者証の交付を受けていない場合は、難病法第5条第1項に規定する指定難病にかかる臨床調査個人票（以下「医療受給者証の写し等」）を主治医に提出する。

- 2 前項の規定により申請書及び医療受給者証の写し等の提出を受けた主治医は、その内容を確認し、訪問看護が必要と認める場合は、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護指示書（様式第2号。以下「指示書」という。）を作成し、次の書類を訪問看護ステーション等へ送付する。

(1) 申請書

(2) 医療受給者証の写し等

(3) 指示書

- 3 前項の規定により主治医から書類の送付を受けた訪問看護ステーション等は、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護計画書（様式第3号。以下「計画書」

という。)を作成し、次の書類を川崎市長に送付する。

- (1) 申請書
- (2) 医療受給者証の写し等
- (3) 指示書の写し
- (4) 健康保険法等による訪問看護指示書の写し
- (5) 計画書の写し
- (6) 健康保険法等による訪問看護計画書の写し

(支給決定)

第7条 市長は、前条の規定により申請があったときは、その内容を審査し、申請者に対し、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護費支給決定(却下)通知書(様式第4号)により審査結果を通知するとともに、主治医及び訪問看護ステーション等に対し、当該通知書の写しを送付する。

(支給内容の変更)

第8条 訪問看護ステーション等は、支給決定を受けた訪問看護の内容に変更があったときは、変更した第6条第3項第3号から第6号までの書類を市長に提出しなければならない。

(訪問看護費の支給)

第9条 市長は、支給決定を受けた人工呼吸器使用患者が、支給決定された訪問看護を受けたときは、当該支給決定を受けた人工呼吸器使用患者に対し、訪問看護費を支給する。

2 支給決定を受けた人工呼吸器使用患者が、支給決定を受けた訪問看護を受けたときは、市長は、当該支給決定を受けた人工呼吸器使用患者に支払うべき訪問看護費について、当該支給決定を受けた人工呼吸器使用患者に代わり、当該訪問看護を実施した訪問看護ステーション等に支払うことができる。

3 前項の規定により支払があったときは、当該支給決定を受けた人工呼吸器

使用患者に対し、訪問看護費の支給があったものとみなす。

4 指示書を作成した医療機関が、第2項により医師による訪問看護指示料を請求するときは、指示書を作成した日の属する月の翌月10日までに、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護指示料請求書（様式第5号）を市長に提出するものとする。

5 訪問看護を実施した訪問看護ステーション等が、第2項により訪問看護の費用を請求するときは、訪問看護を実施した日の属する月の翌月10日までに、在宅人工呼吸器使用患者訪問看護費請求書（様式第6号）と在宅人工呼吸器使用患者訪問看護実績報告書（第7号様式）を市長に提出するものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施について必要な事項は、健康福祉局長が別に定める。

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、令和元年8月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和2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。

別表

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

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。

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

様式第1号（第6条関係）

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護費支給申請書

申請者 住 所

氏 名

電話番号

患者との続柄（ ）

ふりがな			生年月日	年 月 日生	
患者氏名					
患者住所	〒			性 別	
発症年月	年 月	初診年月日	年 月	保 険 種 別	協・組・共・国 介・他（ ）
出生都道府県名		発症時の職業		受給者番号	
疾 患 名					
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 又は 医療機関	住 所	〒		
		名 称			
		管 理 者			
	主 治 医	住 所	〒		
		医 療 機 関 名			
氏 名					
<p>私は、本事業による訪問看護の記録が、医療機関等から川崎市へ提供されること、又川崎市から厚生労働省に送付され、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>(宛先) 川 崎 市 長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">住 所</p>					

添付書類：特定医療費（指定難病）医療受給者証の写し

（医療受給者証の交付を受けていない場合には、指定難病に係る臨床調査個人票）

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護指示書

		年 月 分	
患者氏名		生年月日	年 月 日生（ ）
患者住所	電話（ ） —		
現在の状況	病状・治療状況		
	投与中の薬剤の用法・用量	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
	装着・使用医療機器等（該当する番号に○印）	1.自動腹膜灌流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法（ /min） 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ、日に1回交換） 8.留置カテーテル（サイズ、日に1回交換） 9.人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定） 10.気管カニューレ（サイズ） 11.ドレーン（部位：） 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他（）	
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他			
緊急時の連絡先 不在時の対応方法			
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等あれば記載してください。）			

上記のとおり、診療報酬で定められた回数を超える在宅人工呼吸器使用患者訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

訪問看護ステーション 殿

医療機関名

住 所

電 話

医 師 名

印

添付書類 ・申請書（第1号様式）
 ・特定医療費（指定難病）医療受給者証の写し
 （医療受給者証の交付を受けていない場合には、指定難病に係る臨床調査個人票）

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護計画書

患者氏名	
住 所	
看護・リハビリテーションの目標	
年月日	問題点・解決策
備 考	

上記の計画に基づき診療報酬で定められた回数を超える在宅人工呼吸器使用患者訪問看護を実施いたします。

年 月 日

訪問看護ステーション名

管理者氏名

印

添付書類

- ・ 申請書（第1号様式）
- ・ 特定医療費（指定難病）医療受給者証の写し
（医療受給者証の交付を受けていない場合には、指定難病に係る臨床調査個人票）
- ・ 訪問看護指示書（診療報酬対象分）の写し及び指示書（第2号様式）の写し
- ・ 訪問看護計画書（診療報酬対象分）の写し

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護費支給決定（却下）通知書

申請者 住所

氏名 様

川崎市長

次のとおり決定したので、通知します。

決定内容	決定（却下）	
対象患者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	
支給期間（却下の理由）		
主治医	住 所	
	医 療 機 関 名	
	管 理 者	
訪問看護ステーション 又は医療機関	住 所	
	名 称	
	管 理 者	
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護費請求書（ 年 月分）

1 請求金額 円

2 請求内訳 別紙のとおり

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

（宛先）川 崎 市 長

請求者

住所

訪問看護ステーション名
又は医療機関名

管理者又は 代表者氏名

印

振込先口座	銀行			支店						
	預金 種別	普 通	口座 番号							
		当 座								
フリガナ		貯 蓄								
口座名義人										

在宅人工呼吸器使用患者訪問看護実績報告書

（ 年 月分）

ふりがな			生年月日	年 月 日生		
患者氏名			生年月日	年 月 日生		
患者住所	〒			性別		
発症年月	年 月	初診年月日	年 月	保健種別	協・組・共・国 介・他（ ）	
出生都道府県名		発症時の職業				
疾患名				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	計 回			
		時間	（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	1日につき4回目以降の訪問看護				
		回数	計 回（内准看護師による訪問看護 計 回）			
		訪問看護の内容				
		1日につき3回目の訪問看護 （前2回の訪問看護と同一の訪問看護ステーションが行ったもの）				
		回数	計 回（内准看護師による訪問看護 計 回）			
		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>（宛先）川 崎 市 長</p> <p>訪問看護ステーション等 医療機関の所在地及び名称：</p> <p>電話：</p> <p>管理者氏名： 印</p>					