

(参考) 在宅持続陽圧呼吸療法装置の使用にかかる説明と同意書 (兼誓約書)

医療法人〇〇クリニックは患者さまの CPAP 療法 (在宅持続陽圧呼吸療法) について健康保険の適応基準で行います。睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の対象患者となる要件を満たすと、保険適応になります。保険診療の基準によって、定期的に月 1 回 (少なくとも 3 月に 1 回) の外来受診は必要です。

睡眠時無呼吸症候群の治療を管理する〇〇クリニックは医療機器メーカーと契約し、CPAP 機器をリースします。CPAP 治療の管理、副作用・トラブルの対応・対策しながら、CPAP 機器を患者さまに貸し出しをしています。

医療機器メーカーは毎月 CPAP 機器のリース料を医療機関へ請求し、一方で〇〇クリニックは保険点数により患者さまと健康保険へ請求をすることになります。患者さまは〇〇クリニックに受診しなかった時、医療機関は患者さまと健康保険へその月の請求できなくて、その患者さま用に借りている CPAP 機械の料金を医療機器メーカーから請求されることになります。従って、必ず月 1 回は受診して診察を受けることができないと保険請求が不可となり、患者さまに医療機器メーカーから自費請求することになり得ます。

また SAS 治療の管理する医療機関に受診予定日の前に別の病院に入院した時には、入院期間等にもよりますが、基本的には機器の回収となりますのでご注意ください。

毎月外来受診できない場合は、必要に応じて遠隔モニタリングを実施いたします。前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合、2 月分を限度として次回に来院時にご請求いたします。

患者さまの同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成いたします。計画の中には、患者さまの急変時における対応等も記載し、計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者さまに来院を促す等の対応を行います。

[誓約事項]

1. 1 月 1 回の定期受診を受け医師の指示に従い健康保険での CPAP 療法を受けます。
2. 3 月以上外来受診を受けられない場合で他病院などへの入院などで CPAP 療法を受けられない場合はその旨〇〇クリニックに連絡して治療を中止いたします。
3. 2. の理由以外で患者さま都合により外来受診を 3 月にわたり受けない場合、医療機器メーカーより機器を引き下げることに同意いたします。また引き下げ時には〇〇クリニックが代替えた費用を全額支払います。
4. 毎月対面受診できない場合は、対面診療と対面受診できない月の遠隔モニタリングによる治療について受診することに同意いたします。

令和 年 月 日

医療法人〇〇クリニック 説明者

在宅持続陽圧呼吸療法装置の使用開始にあたり、上記について説明を受け内容を確認し、CPAP 療法の目的および誓約事項の自費支払いについて同意いたしました。

(住 所)

(患 者 名)