

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

博多南ビル内科クリニックは患者さまの在宅持続陽圧呼吸療法(CPAP 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。

睡眠時無呼吸症候群の治療を管理する医療機関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、一方で医療機関は健康保険へ請求をして、医療機器メーカーにリース代をお支払いすることになります。医療機関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なりますが、借りている CPAP 機械のリース料金は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て頂くこととしております。

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(オンライン診療)、2月分を限度として次回に来院時に保険請求できます。一方、3 ヶ月以上受診がなかった場合は、2 ヶ月の限度を超える未受診の期間につきましては、保険適応出来ず、自費での診療となりますのでご注意ください。

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. 毎月1回の定期受診を行い、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はその旨を博多南ビル内科クリニックに連絡して治療を中止するか、保険診療の適応外となりますので自費診療となることに同意します(約 15000 円/月)。
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ご同意いたします。また引き下げ時には博多南ビル内科クリニックが立て替えた費用があれば全額支払います。
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。

同 意 書

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。

同意日: 年 月 日

本人署名 _____

連絡先 _____

オンライン診療 診療計画書

医療機関名	博多南ビル内科クリニック
住所	福岡市博多区博多駅南1-3-11 -4F
主治医	吉田 昌義

オンライン診療で行う診療内容	疾病名：睡眠時無呼吸症候群 治療内容：CPAP
オンライン診療と直接の対面診療、検査の組み合わせに関する事項	<input type="checkbox"/> 初診:直接の対面診療 <input type="checkbox"/> 再診:1 ヶ月に1回、オンライン診療を実施する。3ヶ月に1回は対面診療 3ヶ月以上対面診療がない場合は、3ヶ月を超えた月の診療は自費診療(約1.5万円/月)となる。 対面診療の頻度に関しては主治医と都度協議する。
診療時間に関する事項	<input type="checkbox"/> 診察時又は電話にて事前予約を行う。
オンライン診療の方法・使用する機器 利用料	<input type="checkbox"/> 患者側:スマートフォンやパソコン <input type="checkbox"/> 医師側:医療機関のパソコン、タブレット端末等の情報通信機器利用 <input type="checkbox"/> 利用料金:療養の給付と直接関係ないサービス等の費用 1,320円(保険外負担金)
オンライン診療を行わないと判断する条件	<input type="checkbox"/> 患者の心身の状態について十分に必要な情報が得られていないと判断した場合 <input type="checkbox"/> 体調に変化が現れ、対面診療の必要性が認められた場合 <input type="checkbox"/> 情報通信環境の障害等によりオンライン診療を行うことができない場合 上記条件に該当した場合は、後日通常診療時間内に対面診療を行う。
患者による情報伝達の協力	<input type="checkbox"/> オンライン診療の実施に際し、患者は診察に対し積極的に協力し、自身の心身に関する情を医師に伝達する必要がある。
急病急変時の対応方針	<input type="checkbox"/> 当院で対応できない場合は済生会福岡病院をご紹介する。
複数の医師がオンライン診療を実施する予定	<input type="checkbox"/> 有り 主治医不在時に当院非常勤医師による代理で診察する可能性あり
情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任分界点等の明示	<input type="checkbox"/> 想定されるセキュリティリスク 医療機関・オンライン診療システム提供事業者、又は、患者が使用する端末に対するサイバー攻撃等による患者の個人情報の漏洩・改ざん等 <input type="checkbox"/> 医療機関及びオンライン診療システム提供事業者に課される事項 オンライン診療の適切な実施に関する指針に定める情報セキュリティに関するルールを厳守したシステムを構築し、常にその状態を保つこと <input type="checkbox"/> 医師に課される事項 ・ セキュリティリスクを十分に勘案した上でオンライン診療システムを選択すること ・ 患者および医師がシステムを利用する際の権利、義務、リスク等を明示し、かつ、情報漏洩等のセキュリティリスク、医師・患者双方のセキュリティ対策の内容、患者への影響等について、平易に説明できるオンライン診療システム提供事業者を選択すること なお、患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的、間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負わない
オンライン診療の映像や音声等の保存の要否	<input type="checkbox"/> 不要 患者は医師側の了解なくビデオ通話を録音、録画、撮影してはならない

同意書

私は、上記の「オンライン診療 診療計画書」に関する説明を受け、内容を理解し納得しましたので、診療計画に従い、オンライン診療を受診することに同意いたします。

同意日： 年 月 日

本人署名 _____

連絡先 _____