

## 山形県在宅重症難病患者一時入院事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、在宅の難病の患者（以下「患者」という。）の介護の負担軽減を図るため、家族等の介護者の事情や休息等の理由により、在宅での介護が一時的に困難になった場合に患者を一時入院させるために必要な事項を定め、もって、患者の安定した療養生活の確保とその介護者の福祉向上を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、山形県（以下「県」という。）とする。

### (実施方法)

第3条 この事業の実施方法は、県が医療機関と一時入院について委託契約を締結し、一時入院の実績に応じて、別に定める委託料を支払うことにより実施する。

### (対象者)

第4条 一時入院の対象者は、次に掲げる要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 県内に住所を有する者
- (2) 在宅で療養する難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者及び山形県特定疾患治療研究事業の医療受給者のうち、人工呼吸器を装着している者
- (3) 家族等の介護者の病気や事故、冠婚葬祭又は休息等の理由により一時的に在宅での介護が受けられなくなった者
- (4) 病状の安定している者

### (一時入院施設)

第5条 一時入院施設は、県と一時入院に係る委託契約を締結した病院（以下「契約医療機関」）とする。なお、契約の対象となることができる医療機関は、原則別に定める難病診療連携拠点病院及び難病診療分野別拠点病院（以下「拠点病院等」という。）、難病医療協力病院とする。

2 一時入院に係る委託契約の締結を希望する医療機関は、在宅重症難病患者一時入院事業実施申出書（様式第1号）を障がい福祉課に提出するものとする。

### (難病診療カウンセラー)

第6条 山形県難病医療提供体制整備事業実施要綱に基づき、難病診療分野別拠点病院（神経・筋疾患）に設置されている難病診療カウンセラー（以下「難病診療カウンセラー」という。）は、患者又はその家族から本要綱に基づく一時入院の希望があった場合は、申請の受付やその入退院について調整等を行う。

### (申請)

第7条 一時入院を希望する者又はその家族（以下「申請者」という。）は、在宅重症難病患者一時入院申請書（様式第2号）（以下「申請書」という。）に在宅重症難病患者一時入院医療状況等情報提供書（様式第3号）（以下「医療状況等情報提供書」という。）を

添えて難病診療分野別拠点病院（神経・筋疾患）に配置される難病診療カウンセラーに申請を行う。

（一時入院の調整及び決定）

第8条 難病診療カウンセラーは、一時入院施設と連絡調整を図り、申請内容を審査する。

2 難病診療カウンセラーは、申請書に一時入院の必要性の有無、入院受入の可否を記入し、障がい福祉課に送付する。

この場合において、一時入院可の意見の場合には、一時入院施設と調整し、申請書に一時入院施設名及び一時入院期間等を記載し、一時入院否の意見の場合は、その理由を記載する。

3 障がい福祉課は、難病診療カウンセラーから送付された申請書及び医療状況等情報提供書に基づき、一時入院の可否を決定する。

4 障がい福祉課は、一時入院の可否を決定したときは、一時入院承認（不承認）通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

この場合において、一時入院承認の場合には、一時入院承認通知書に一時入院予定期間を記載し、不承認の場合には、一時入院不承認通知書にその理由を記載し、申請者に通知する。

5 障がい福祉課は、一時入院を承認したときは、在宅重症難病患者一時入院決定通知書（様式第5号）に申請書の写し及び医療状況等情報提供書を添付して一時入院施設の長に通知するものとする。

（緊急時の手続）

第9条 障がい福祉課が介護の状況に鑑み、緊急性が極めて高いと認めた場合には、第6条及び第7条に規定する手続きを口頭で行うことができる。この場合においては、事後速やかにこれらの手続きを行うものとする。

（一時入院日数）

第10条 一時入院の期間は、同一年度で対象者1人あたり1回14日を限度として原則2回までとする。

（退院）

第11条 一時入院施設の長は、患者が退院したときは、在宅重症難病患者一時入院患者退院報告書（様式第6号）により、速やかに障がい福祉課に報告する。

（移送）

第12条 患者の移動（移送）については申請者の責任において行い、県はその費用負担を行わない。

（その他）

第13条 この要綱の施行に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年5月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月28日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年7月2日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されているものは、改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

山形県知事 殿

開設者住所

開設者氏名

### 在宅重症難病患者一時入院事業実施申出書

在宅重症難病患者一時入院事業を実施したいので次のとおり申し出ます。

記

開設者住所	(〒 - )
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
医療機関名	
代表者氏名	
所在地	(〒 - )
電話番号	
保険医療機関 コード	

・留意事項

- 1 この申出書により山形県在宅重症難病患者一時入院事業実施要綱第5条に基づく委託契約を締結します。
- 2 「開設者氏名」欄には、法人にあっては法人の名称及び代表者氏名、個人にあっては医療機関名及び開設者氏名を正式名称で記入してください。（当該名称及び代表者氏名等に基づき契約書を作成します。）
- 3 提出先

〒990-8570 山形市松波二丁目8-1

山形県健康福祉部障がい福祉課 難病対策担当

在宅重症難病患者一時入院申請書

山形県知事 殿

申請者住所

氏 名

(患者との続柄 )

電話番号

連絡先

(電話番号)

次により山形県在宅重症難病患者一時入院事業による一時入院を申請します。

なお、この事業に必要な情報を、別紙の医療状況等情報提供書により、一時入院予定先へ情報提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住 所			
疾 患 名		特定医療費 受給者番号	
一時入院を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> 介護者の休息 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
一時入院についての担当医の了解の有無	<input type="checkbox"/> 了解を得ている <input type="checkbox"/> 了解を得ていない	担当医師名 施 設 名	
一時入院希望医療機関			
一時入院希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		

※難病診療カウンセラー記載欄

難病診療カウンセラー		一時入院の 必要性	有・無	入院受入の 可否	可・否
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日まで				
一時入院施設					
否の理由					

※県記載欄

担当者名		一時入院の可否	可 ・ 否
------	--	---------	-------

## 在宅重症難病患者一時入院医療状況等情報提供書

一時入院施設 担当医 殿

医療機関名  
所在地  
医師の氏名  
電話番号

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日生( 歳)
住 所		電話番号	
疾 患 名			
病状経過及び検査結果 (MRSA 等の感染症を含む)			
患者のADL等 <u>食事</u> ：自立・部分介助・全介助・経管栄養・胃ろう <u>排泄</u> ：自立・部分介助・全介助 <u>コミュニケーション方法</u> ：口話・意思伝達装置・文字盤・その他 ( ) <u>その他</u> ：			
合併症			
気管切開	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸器の 機種(種類)			
その他必要な 医療機器			
経管栄養の持込 服薬の持込 (現在の処方)	あり(内容	)・なし	
	あり(内容	)・なし	
治療経過 (把握している範囲で記載)			
緊急時の対応			

\* 情報提供の内容は最新のものでお願いします。

## 在宅重症難病患者一時入院承認(不承認)通知書

様

山形県知事

印

年 月 日付けで申請のあった一時入院申請について、次のとおり承認（不承認）としたので通知します。

入院予定期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
入院患者	氏 名		生年月日	
	住 所			
申請者	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先	電 話		
入院施設名				
施設の所在地				
不承認の場合 その理由				

## 在宅重症難病患者一時入院決定通知書

病院長 殿

山形県知事

印

下記の者を、貴病院への入院を承認したのでよろしくお取り計らい願います。

入院予定期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
入院患者	氏 名		生年月日	
	住 所			
申請者	氏 名			
	住 所			
	連絡先	電 話		
入 院 理 由				
備 考				

在宅重症難病患者一時入院患者退院報告書

山形県知事 殿

医療機関名  
代表者名

年 月 日に当院入院した

(患者氏名)

---

については、年 月 日に退院しましたので報告します。

医療機関担当者

氏名

---