

愛媛県在宅難病患者一時入院事業実施要綱

(目的)

第1条 在宅の難病の患者が、家族等の介護者の病気治療や休息（レスパイト）等の理由により、一時的に在宅で介護等を受けることが困難になった場合に一時入院することが可能な病床を確保することにより、難病の患者の安定した療養生活の確保と介護者の福祉の向上を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 実施主体は、愛媛県とする。

(実施方法)

第3条 愛媛県は、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委託料を支払うことにより実施するものとする。

(対象患者)

第4条 一時入院の対象患者は、次に掲げる要件の全てを満たす者とする。

(1) 愛媛県内に住所を有すること。

(2) 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特定疾患治療研究事業対象疾患患者で、在宅で常時、家族等から介護を受けている者のうち、次の要件に該当すること。

ア 当該疾病を主たる要因として、常時、医学的管理下に置く必要がある者

イ 病状が安定しており、かつ人工呼吸器（在宅非侵襲的陽圧呼吸器（NP PV）を含む。）を装着している者

(3) 家族等の介護者の療養、休息（レスパイト）等の理由によって、一時的に在宅での介護が受けられなくなること。

(4) 介護保険法及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく短期入所が利用できないこと。

(一時入院医療機関)

第5条 一時入院医療機関は、愛媛県と一時入院に係る委託契約を締結した県内の難病医療拠点病院及び難病医療協力病院とする。

(一時入院の期間)

第6条 一時入院の期間は、同一の対象患者につき年度当たり14日以内を限度とする。

(申請)

第7条 この事業を利用し、一時入院を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、在宅難病患者一時入院申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書（様式第2号。以下「医療状況等情報提供書」という。）を添えて、対象患者の住所地を管轄する保健所の長（以下「管轄保健所長」とい

う。)を經由して知事に提出するものとする。

(一時入院の調整)

第8条 知事は、前項の規定による申請があった場合は、申請書及び医療状況等情報提供書の写しを難病医療拠点病院の難病医療コーディネーターに送付し、一時入院の調整を依頼するものとする。

2 難病医療コーディネーターは、管轄保健所長等の協力を得て療養状況を確認し、一時入院医療機関との連絡調整を行った上で、知事にその結果を報告するものとする。

(一時入院の決定)

第9条 知事は、難病医療コーディネーターから送付された申請書に基づき、一時入院の適否を決定し、その結果を在宅難病患者一時入院決定(適否)通知書(様式第3号。以下「通知書」という。)により申請者に通知するものとする。

2 知事は、一時入院が適当であると決定したときは、通知書に申請書の写し及び医療状況等情報提供書を添えて、在宅難病患者一時入院決定通知書(様式第4号)により一時入院医療機関に通知するものとする。

3 通知書を受けた申請者は、一時入院医療機関に連絡し、入院手続等について確認を行うものとする。

(緊急時の手続)

第10条 知事は、対象患者及びその家族等の状況に鑑み、緊急性が極めて高いと認めた場合には、第5条から前条までに規定する手続を口頭で行うことができる。

なお、この場合にあつては、事後速やかにこれらの手続を行うものとする。

(患者の移送)

第11条 一時入院における対象患者の移送については、申請者の責任において行うものとする。

(一時入院の費用)

第12条 知事は、一時入院医療機関に対し、予算の範囲内において本事業の実施に必要な費用を支払うものとする。

2 前項により知事が支払う委託料の額は、一日当たり13,000円とする。

(退院事業報告)

第13条 一時入院医療機関は、対象患者が退院したときは、在宅難病患者一時入院事業退院報告書(様式第5号。以下「退院報告書」という。)により速やかに難病医療コーディネーターに報告する。

2 難病医療コーディネーターは、退院報告書を確認し、記名、押印した上で知事も送付するものとする。

(秘密の保持)

第14条 本事業の実施に携わる者は、対象患者及びその家族等のプライバシーの保持に十分配慮するとともに、業務上知り得た個人情報は、業務目的以外で他に漏らしてはならない。

附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

電話番号

次により一時入院を申請します。

なお、この内容については、別紙の在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書により、受託一時入院先へ提供することを同意します。

ふりがな 対象患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
疾 病 名		特定医療費受給者番号	
保 険 証	記号番号	保険者名	
	種 類	国保・協管・船員・共済・健組・生保・国組・後期高齢 その他 ()	
一時入院を 希望する理由	介護者の休息・介護者の疾病等 その他 ()		
一時入院希望 医 療 機 関		一時入院について担当医 の了解を得ていますか	はい・いいえ
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日		

難病医療コーディネーター確認欄

一 時 入 院 の 必 要 性	あり ・ なし
一 時 入 院 期 間	年 月 日 から 年 月 日
一 時 入 院 医 療 機 関	
否 の 理 由	
難病医療コーディネーター 特 記 事 項 欄	
難病医療コーディネーター氏名	㊞

在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

年 月 日

一時入院医療機関 担当医 様

医療機関名
所在地
医師の氏名
電話番号

㊞

ふりがな 対象患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			
疾 病 名			
病状の経過			
身体状況			
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 ()
人工呼吸器の 機種 (種類)			
その他の 医療機器			
経管栄養の持込	あり (内容)	なし	
服薬の持込	あり (内容)	なし	
治療経過及び検査結果 (MRSA等の感染症を含む。)			
緊急時の対応			

在宅難病患者一時入院決定（適否）通知書

様

愛媛県知事

年 月 日付けで申請のあった一時入院について、次のとおり（適当である・適当でない）と決定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		
特定医療費 受給者番号			
対象患者	氏 名	生年月日	
	住 所		
申請者	氏 名		
	住 所		
	連絡先	電話	
入院医療機関名			
医療機関の 所在地			
否の理由			

在宅難病患者一時入院決定通知書

病院長 様

愛媛県知事

下記の者を、次のとおり貴病院への入院が適当であると決定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		
特定医療費 受給者番号			
対象患者	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			

