

富山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、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。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、富山県（以下「県」という。）とする。

(対象患者)

第3条 この事業の対象患者は、次に掲げる要件をすべて満たしている者であって、知事が一時入院する必要があると認めた者とする。

- (1) 富山県内に住所を有する者
- (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、次のいずれかの要件を備えている在宅療養患者
 - ア 人工呼吸器を使用している者
 - イ 気管切開をしており、頻回な吸引を必要とする者
 - ウ 胃ろうを造設している者
 - エ 医療依存度が高く、常時介護を必要とする者
- (3) 家族等の介護者の休息（レスパイト）、又は事故等の理由により、一時的に介護等が受けられなくなった者

(一時入院施設)

第4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とする。

なお、契約の対象となることができる医療機関は、富山県難病医療提供体制整備事業実施要綱（以下「整備事業実施要綱」という。）第3条の規定に基づき、県が指定する難病診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院とする。

(一時入院の申請及び決定)

第5条 第3条の規定に該当し、医療機関への一時入院を希望する者又はその家族は、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診療情報提供書（様式第2号）（以下「診療情報提供書」という。）を添えて、希望する入院日の14日前までに、拠点病院を経由して、知事に提出するものとする。

なお、申請年度内の2回目以降の申請の場合、一時入院施設が診療情報提供書を不要としたことを難病診療連携コーディネーターが確認した場合、その添付を省略することができる。

2 前項の申請があったときは、整備事業実施要綱第5条に定める難病診療連携コーディ

ネーターは、当該患者及び介護者の状況等の確認並びに医療機関との調整等を行う。

- 3 知事は、第1項の申請の内容及び難病診療連携コーディネーターが把握した患者の状況を踏まえ、一時入院の可否について決定し、在宅難病患者一時入院承認通知書（様式第3号）又は在宅難病患者一時入院不承認通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。
- 4 知事は、一時入院を承認したときは、在宅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診療情報提供書の写しを添えて、一時入院を受け入れる医療機関に通知するものとする。

（緊急時の手続き）

第6条 前条に規定する手続きは、患者や介護者等の状況に鑑み、緊急性が極めて高いと知事が認めた場合には、口頭で行うことが出来る。この場合は、事後速やかにこれらの手続きを行うものとする。

（一時入院期間）

第7条 本事業における一時入院の期間は、一人あたり1回において14日以内、同一年度において28日以内とする。

（実施報告）

第8条 一時入院施設の長は、患者が退院したとき、又は病状の急変等やむを得ない理由により利用ができなかったときは、在宅難病患者一時入院事業報告書（様式第6号）を作成し、拠点病院を經由し、速やかに知事に報告する。

（移送）

第9条 一時入院における患者の移送については、患者及びその家族の責任において行うものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成22年11月25日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

在宅難病患者一時入院申請書

富山県知事 殿

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

次により在宅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、この内容については、一時入院先へ情報提供することに同意します。

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)		
住所					
疾患名		受給者番号			
保険証の記 号及び番号		保険者名		保険の 種 類	(本人・家族)
一時入院を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院希望期間	年 月 日から 年 月 日				

※ 難病診療連携コーディネーター確認欄

確認者	難病診療連携コーディネーター 氏名				
	確認日 年 月 日				
一時入院施設 (施設名、所在地)					
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日				
診療情報提供書	要 ・ 不要				

注) ※欄は記入しないでください。

在宅難病患者一時入院診療情報提供書

ふりがな 患者 氏名		性別 男・女	生年 月日	年 月 日
住所	〒 TEL ()	緊急時 連絡先	連絡者氏名 () TEL () (携帯)	
疾患名		発病 年月		
主治医	医療機関名 主治医名 TEL	担当 ケア マネ	機関名 氏名 TEL	
患者等 の状況	<p>1. 病状経過</p> <p>2. 患者の身体状況</p> <p>胃ろう <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>気管切開 <input type="checkbox"/>施行 <input type="checkbox"/>未施行</p> <p>人工呼吸器 <input type="checkbox"/>装着 <input type="checkbox"/>未装着</p> <p>食 事 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全面介助</p> <p>移 動 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>車いす使用 <input type="checkbox"/>不能</p> <p>排 泄 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全面介助</p> <p>その他の状況</p>			
記載者	所在地 〒 医療機関名 記載者氏名	記載年月日 年 月 日		

在宅難病患者一時入院承認通知書

様

富山県知事

印

年 月 日付けで申請のあった一時入院について、次のとおり承認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				

様式第4号

健 第 号

年 月 日

在宅難病患者一時入院不承認通知書

様

富山県知事

印

年 月 日付で申請のあった一時入院について、次のとおり認められないので通知します。

理 由

在宅難病患者一時入院決定通知書

病院長 殿

富山県知事

印

下記の者を次のとおり貴病院への入院を承認したので、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 理 由				
備 考				

在宅難病患者一時入院事業報告書

富山県知事 殿

医療機関の長

印

次のとおり報告します。

患者氏名	
一時入院利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
入院日数	日
担当医師名	
備考	

注) やむを得ず利用できなかった場合は、その理由を備考欄に記入すること

難病診療連携コーディネーター確認欄 ※

確認者	難病診療連携コーディネーター 氏名 確認日 年 月 日
備考	

注) ※欄は記入しないでください。