

千葉県在宅難病患者一時入院等事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、在宅での介護が困難になった在宅難病患者（以下「患者」という。）を一時入院させること及び病状等の理由により移送が困難な場合は患者宅に看護人を派遣することで、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の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千葉県（以下「県」という。）とする。

(事業内容)

第3条 この事業の内容は、次の各項のとおり規定する。

- 2 病気療養や休息等の理由により在宅での介護が困難になった患者を一時入院させること及び病状等の理由により移送が困難な場合は患者宅に看護人を派遣することとする。
- 3 一時入院先となる施設（以下「一時入院施設」という。）は、県と一時入院に係る委託契約を締結した病院とする。
- 4 患者宅に派遣する看護人は、県と在宅レスパイトに係る委託契約を締結した訪問看護事業所等に従事する看護師とする。
- 5 前項の委託は、在宅難病患者一時入院等事業委託契約書（様式9）において行い、住所地を管轄する保健所長等（千葉市長及び船橋市並びに柏市が設置する保健所の長も含む。以下同じ。）を経由して、知事へ提出するものとする。
- 6 一時入院先や訪問看護事業所等と患者の調整等を行う者（以下「連絡相談員」という。）は、県が委託設置した連絡相談員が行う。
- 7 利用回数等は次に掲げる各号のとおり規定する。
 - (1) 一時入院
 - ア 期間は、20日以内とする。
 - イ 一時入院期間を延長する必要があると連絡相談員及び県が認めたときは、1か月の範囲内で入院期間の延長を認めることができる。
 - ウ 一時入院の回数は、同一年度で3回以内とする。また、より多くの患者の利用希望に応えるため、原則として、当該年度において利用回数の少ない患者の一時入院を優先するものとする。
 - (2) 在宅レスパイト
 - ア 在宅レスパイトは1時間単位で1月につき4時間以内とする。
 - イ 在宅レスパイトの回数は、利用月を1回とし、同一年度で4回までとする。また、より多くの患者の利用希望に応えるため、原則として、当該年度において利用回数の少ない患者の在宅レスパイトを優先するものとする。
 - (3) 一時入院及び在宅レスパイトの回数は合わせて4回以内とする。

- 8 在宅レスパイトにおいて看護人が行う内容は、主として常時の見守り、痰吸引や体位変換等日常生活に不可欠な支援を基本とし、入浴や外出等の支援は除くものとする。

(対象者)

第4条 対象者は、次に掲げる要件全てを備えている者とする。

2 一時入院

- (1) 千葉県に住所を有する者
- (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（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に規定する指定難病の患者及び千葉県特定疾患治療研究事業対象疾患患者
- (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在宅で介護等が受けられなくなった者
- (4) 常時医学的管理下に置く必要があり、病状の安定している者

3 在宅レスパイト

前項に加え、法第5条第1項に規定する指定難病及び対象疾患を主たる要因として在宅で常時人工呼吸器を使用している患者

(事前協議)

第5条 連絡相談員は、一時入院を希望する者又はその家族及び一時入院施設等と一時入院に関する入退院の事前協議を行う。

- 2 連絡相談員は、患者の支援機関以外の訪問看護事業所等から看護人を派遣する場合に限り、在宅レスパイトを希望する者又はその家族及び訪問看護事業所等と在宅レスパイトの事前協議を行う。

(申請)

第6条 一時入院を希望する者又はその家族等（以下「申請者」という。）は、千葉県在宅難病患者一時入院申請書（様式1の1）に千葉県在宅難病患者医療状況等情報提供書（様式2）（以下「医療状況等情報提供書」という。）を添えて、住所地を管轄する保健所等（政令指定都市及び中核市については、各自治体の指定する窓口、以下同じ。）に申請を行う。

- 2 在宅レスパイトを希望する申請者は、千葉県在宅難病患者在宅レスパイト申請書（様式1の2）を住所地を管轄する保健所等に申請を行う。

ただし、連絡相談員が事前協議を行った場合は訪問看護サマリー等の患者情報のわかる書類（以下「訪問サマリー」という。）を添えて申請を行う。

- 3 第1項及び前項の規定にかかわらず、利用状況等により必要ないと認めるときは、医療状況等情報提供書又は訪問サマリートの添付を省略することができる。

- 4 保健所等は、申請者から受理した申請書に一時入院又は在宅レスパイトの必要性の有無を記入し、医療状況等情報提供書又は訪問サマリーとともに連絡相談員に送付する。

ただし、連絡相談員による事前協議を要しない場合は県に送付する。

(調整及び決定)

第7条 連絡相談員は、保健所等及び一時入院施設又は事前協議を行った訪問看護事業所等と連絡調整を図り、申請内容を審査する。

2 連絡相談員は次に掲げるとおり、申請書に一時入院又は在宅レスパイトの適否を記入し、県に送付する。

(1) 一時入院が適当であるとの意見の場合には、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、適当でないとの意見の場合は、その理由を記載する。

(2) 在宅レスパイトが適当であるとの意見の場合には、訪問看護事業所等と調整し、申請書に訪問看護事業所等名及び在宅レスパイト期間等を記載し、適当でないとの意見の場合は、その理由を記載する。

3 県は、保健所又は連絡相談員から送付された申請書に基づき、次に掲げるとおり、一時入院又は在宅レスパイトの適否を決定する。

(1) 一時入院の適否を決定したときは、千葉県在宅難病患者一時入院決定(適否)通知書(様式3の1)(以下「一時入院(適否)通知書」という。)により、保健所等を通じて、申請者に通知するものとする。

この場合において、一時入院が適当であると認められた場合には、一時入院(適否)通知書に、一時入院施設名及び一時入院期間等を記載し、適当でないと認められた場合には、その理由を記載する。

(2) 在宅レスパイトの適否を決定したときは、千葉県在宅難病患者在宅レスパイト決定(適否)通知書(様式3の2)(以下「在宅レスパイト(適否)通知書」という。)により、保健所等を通じて、申請者に通知するものとする。

この場合において、在宅レスパイトが適当であると認められた場合には、在宅レスパイト(適否)通知書に、訪問看護事業所等名及び在宅レスパイト期間等を記載し、適当でないと認められた場合には、その理由を記載する。

(3) 一時入院が適当であると決定したときは、千葉県在宅難病患者一時入院決定通知書(様式4の1)に必要な応じて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。

(4) 在宅レスパイトが適当であると決定したときは、千葉県在宅難病患者在宅レスパイト決定通知書(様式4の2)に必要な応じて訪問サマリーを訪問看護事業所等の長に通知するものとする。

(緊急時の手続)

第8条 県が介護の状況等に鑑み、緊急性が極めて高いと認めた場合には、第6条及び前条の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を行うものとする。

(延長の申請及び決定)

第9条 第3条第7項第2号イの延長を希望する申請者は、保健所等を通じて、千葉県在宅難病患者一時入院期間延長申請書(様式5)(以下「延長申請書」という。)により連絡相談員に申請する。

- 2 連絡相談員は、延長申請書に一時入院延長の適否を記載し、県に送付する。
- 3 県は、連絡相談員から送付された延長申請書を参考として、一時入院期間の延長を決定する。
- 4 県は、一時入院期間の延長を決定したときは、千葉県在宅難病患者一時入院期間延長(適否)通知書(様式6)(以下「延長(適否)通知書」という。)により保健所等を通じて申請者に通知し、併せて千葉県在宅難病患者一時入院期間延長通知書(様式7)により一時入院施設の長に通知する。
また、一時入院期間の延長が適当でないと決定した場合は、延長(適否)通知書にその理由を記載して、保健所等を通じて申請者に通知する。

(退院及び派遣終了)

第10条 一時入院施設の長は、患者が退院したときは、千葉県在宅難病患者一時入院患者退院報告書(様式8の1)(以下「退院報告書」という。)により、速やかに連絡相談員に報告する。

- 2 訪問看護事業所等の長は、患者宅へ看護人の派遣が終了したときは、千葉県在宅難病患者在宅レスパイト派遣報告書(様式8の2)(以下「派遣報告書」という。)により、速やかに県に報告する。
ただし、連絡相談員が調整等を行った場合は連絡相談員に報告する。
- 3 連絡相談員は、退院報告書及び派遣報告書に事業完了の記載をし、県に送付する。

(病床確保料及び訪問看護費用)

第11条 一時入院に係る病床確保料は、予算の範囲内で県が一時入院施設に支払うものとする。

- 2 在宅レスパイトに係る訪問看護費用は、実施時間1時間当たりにつき5,500円とする。

(移送等に係る費用)

第12条 一時入院に係る患者の移送については申請者の責任において行い、県は費用負担を行わない。

- 2 在宅レスパイトの看護人派遣に係る交通費等については、申請者が負担するものとし、県では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21年8月12日から施行する。

附則

この要綱は平成21年11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28年4月1日から施行する。

附則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

附則

この要綱は平成31年4月1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4年5月1日から施行する。

様式1の1

千葉県在宅難病患者一時入院申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

連 絡 先

電 話 番 号

次により一時入院を申請します。

この事業に必要な情報を、別紙の診療情報提供書により、一時入院先へ提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 -		
疾 患 名		医療受給者証又 は 特定疾患受給者番号	
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 ()		
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		

保健所等担当者・連絡相談員確認欄

保健所等 担当者氏名		一時入院の必要性	有 ・ 無
連絡相談員 氏名		一時入院の適否	適 ・ 否
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一時入院施設			
適否の理由 (否の場合のみ連絡相談 員が記載する)			

千葉県在宅難病患者在宅レスパイト申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者住所

氏 名 (患者との続柄)

連 絡 先

電 話 番 号

次により在宅レスパイトを申請します。

この事業に必要な情報を、別紙の診療情報提供書により、訪問看護事業所等へ提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 -		
疾 患 名		医療受給者証 又は 特定疾患受給者番号	
在宅レスパイトを 必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の通院等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する訪問看護 事業所名			日程等調整の有無
			有 ・ 無
在宅レスパイトについて担当医の了解を得ていますか。 はい いいえ			
在宅レスパイト 希望期間	年 月 日 時 分から 時 分		

保健所等担当者・訪問看護事業所担当者氏名又は連絡相談員確認欄

保健所等 担当者氏名		在宅レスパイトの 必要性	有 ・ 無
連絡相談員氏名 疾病対策課担当者氏名		在宅レスパイトの 適否	適 ・ 否
在宅レスパイト期間	年 月 日 時 分から 時 分まで		
訪問看護事業所名			
適否の理由 (否の場合のみ訪問看護事業所 担当者又は連絡相談員が記載 する)			

千葉県在宅難病患者一時入院医療状況等情報提供書

年 月 日

一時入院施設 担当医 様
千葉県知事 様医療機関名
所在地医師の氏名
電話番号

ふりがな 対象者氏名	(男・女)	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)			
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 <input type="checkbox"/> なし
人工呼吸器の 機種(種類)			
その他医療機器			
経管栄養の持込 服薬の持込 (現在の処方)	あり(内容 あり(内容)・なし)・なし	
治療経過 (把握している範囲で記載)			
緊急時の対応			

※ 情報提供書は最新のものでお願いします。なお、一時入院を受入れるための情報が不足している場合は、御連絡をする場合があります。

千葉県在宅難病患者一時入院決定(適否)通知書

疾病第 号
年 月 日

様

千葉県知事 印

年 月 日に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		
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				
適否の理由				

様式3の2

千葉県在宅難病患者在宅レスパイト決定(適否)通知書

疾病第 号
年 月 日

様

千葉県知事 印

年 月 日に申請のあった在宅レスパイトについて、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。

在宅レスパイト 予定期間		年 月 日 時 分から 時 分まで		
患者	氏名		生年月日	
	住所			
申請者	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
訪問看護事業所名				
事業所の所在地				
適否の理由				

千葉県在宅難病患者一時入院決定通知書

疾病第 号
年 月 日

長 様

千葉県知事 印

下記の者を、次のとおり貴医療機関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		
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				

千葉県在宅難病患者在宅レスパイト決定通知書

疾 病 第 号
年 月 日

様

千葉県知事 印

下記の者を、次のとおり在宅レスパイトが適当であると決定したので、貴事業所の看護人の派遣をよろしくお取り計らい願います。

在宅レスパイト 予定期間		年 月 日 時 分から 時 分まで		
患 者	氏 名		生年月日	
	住 所			
申 請 者	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先	電 話		
在宅レスパイト 理 由				
備 考				

様式5

千葉県在宅難病患者一時入院期間延長申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者住所

氏 名

(患者との続柄)

連 絡 先

電 話 番 号

次により一時入院期間の延長を申請します。

この事業に必要な情報を一時入院先へ提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			
一時入院期間の延長を 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 ()		
入院予定期間	年 月 日から 年 月 日		

連絡相談員確認欄

氏 名		入院延長の適否	適 ・ 否
適否の理由 (否の場合のみ 記載する)			

千葉県在宅難病患者一時入院期間延長(適否)通知書

疾病第 号
年 月 日

様

千葉県知事 印

一時入院期間について、次のとおり延長したので通知します。
次の理由により延長できませんので通知します。

入院患者	氏名		生年月日	
	住所			
申請者	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
当初決定期間		年 月 日 から	年 月 日まで	
延長決定期間		年 月 日 から	年 月 日まで	
一時入院医療機関名				
延長理由				

千葉県在宅難病患者一時入院期間延長通知書

疾病第 号
年 月 日

長 様

千葉県知事 印

一時入院期間について、次のとおり延長したので通知します。

入院患者	氏 名		生年月日	
	住 所			
申請者	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先	電 話		
当初決定期間		年 月 日 から	年 月 日	日まで
延長決定期間		年 月 日 から	年 月 日	日まで
延 長 理 由				

様式8の1

千葉県在宅難病患者一時入院患者退院報告書

千葉県知事

様

年 月 日

住 所
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。

連絡相談員確認欄

氏名

千葉県在宅難病患者在宅レスパイト派遣報告書

千葉県知事

様

年 月 日

住 所
事業所名
代表者名

年 月 日 時 分から 時 分まで在宅レスパイトを利用した
(患者氏名)

について、実施状況は以下のとおりでしたので報告します。

家族等介護者確認欄

氏名

連絡相談員確認欄

※調整等を行った場合のみ

氏名

時間 (例：9:00～)	ケア内容 (例：喀痰吸引、排泄の介助)
開始	
終了	

在宅難病患者一時入院等事業委託契約書

在宅難病患者一時入院等事業による在宅人工呼吸器使用患者（以下「対象患者」という。）に対する看護人派遣について、千葉県（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）は、次のとおり契約する。

第1条 乙は、本契約の定めるところにより、患者の安定した療養生活の確保とその介護者の福祉の向上を図ることを目的とした在宅レスパイトの看護人派遣を行うものとし、内容は在宅難病患者一時入院等事業実施要綱（以下「要綱」とする。）に定める。

第2条 乙は、本契約による在宅レスパイトに対して看護人を派遣したときは、実施月の翌月10日までに在宅レスパイトの実施状況を要綱に定める書類を甲に提出するものとする。

第3条 乙は、本契約による在宅レスパイトに対して看護人を派遣したときは、実施月の翌月10日までに実施した在宅レスパイトの看護人派遣に係る費用を、要綱に定める書類にて甲に請求するものとする。

第4条 本契約により乙が実施する在宅レスパイトの看護人派遣に係る費用は、要綱に定める額とする。

第5条 甲は、前条による請求を受けたときは、できるだけ速やかにその費用を支払うものとする。

第6条 委託業務の処理により発生した損害（第三者に及ぼした損害も含む。）の必要経費は、乙が負担するものとする。ただし、甲の責めに帰する理由により損害を生じたときの必要経費は、甲が負担するものとし、その額は甲と乙とが協議して決めるものとする。

第7条 本契約に定めのない事項及び実施上の疑義が生じた事項については、甲と乙が協議して定めるものとする。

第8条 甲は、必要があると認めるときは、乙の在宅レスパイトに関する書類を閲覧し、説明を求め、又は報告を徴することができるものとする。

第9条 甲は、乙がこの契約に違反したときは、この契約の全部若しくは一部の効力を停止させ、又は契約を解除することができるものとする。

第 10 条 本契約の有効期間は、 年 月 日から 年 3 月 3 1 日まで
とする。

ただし、本契約の有効期間の 1 か月前までに甲または乙のいずれか一方より本契約
の更新をしない旨の意思表示がないときは、有効期間の終了日の翌日から向こう
1 年間順次本契約を更新したものとみなすものとする。

本契約の确实を証するため本書二通を作成し、双方記名押印の上、各一通を所持するもの
とする。

年 月 日

甲 千葉市中央区市場町 1 番 1 号

千葉県

千葉県知事

印

乙

印

