

福岡医発第1475号(地)
平成24年 9月 7日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻 一 良
(公 印 省 略)

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱の制定について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部長より通知が参りましたのでお知らせいたします。
近年、人工呼吸器を使用する重症難病患者の在宅療養が長期化し、患者の医学的な症状は安定していても、昼夜を問わず介護を行う家族のために、レスパイト入院（息抜き、休息を意味する英語で、「介護者の休息のための入院」）を行うことで、患者の在宅療養の継続を支援する必要性が高まっています。

今般、福岡県において、在宅人工呼吸器使用重症難病患者の家族介護者が必要とする時に、患者がレスパイト入院できる病院を確保し、在宅療養の継続を支援するため、レスパイト入院受入病院等に職員の一時的配置増に必要な費用等を助成する事業が別添実施要綱のとおり開始されます。

つきましては、貴会におかれましても本件にご丁知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本実施要綱は各保健福祉（環境）事務所等のほか、福岡県訪問看護ステーション連絡協議会、福岡県重症神経難病ネットワーク各協力病院、人工呼吸器使用難病患者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションには、福岡県保健医療介護部より直接通知されておりますことを申し添えます。

記

1. 対象患者の要件

- ・ 特定疾患医療受給者証の重症患者認定を受け在宅療養中の人工呼吸器使用患者

2. 年間利用可能回数

- ・ 14日×2回／年

3. 1日当たりの単価

- ・ 18,670円／日

4. レスパイト入院受入病院の要件と数

- ・ 重症神経難病ネットワークの協力病院等のうち、人工呼吸器使用難病患者レスパイト入院を受入れる意思がある43病院（福岡17、北九州16、筑豊4、筑後6）

5. 入院申込の受付

- ・ 平成24年9月3日（月）から重症神経難病ネットワークの拠点病院で入院申込を受け付ける。

(社) 福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱の制定について (通知)

本県の保健医療行政につきましては、日頃からご協力賜り厚くお礼申し上げます。

近年、人工呼吸器を使用する重症難病患者の在宅療養が長期化し、患者の医学的な症状は安定していても、昼夜を問わず介護を行う家族のために、レスパイト入院を行うことで、患者の在宅療養の継続を支援する必要性が高まっています。

このため、在宅人工呼吸器使用重症難病患者の家族介護者が必要とする時に、患者がレスパイト入院できる病院を確保し、在宅療養の継続を支援するため、レスパイト入院受入病院等に職員の一時的配置増に必要な費用等を助成する事業を本県において開始します。

つきましては、福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱を別添のとおり制定しましたので、貴会会員に本事業を周知いただきますようお願いいたします。

なお、本実施要綱は各保健福祉(環境)事務所等のほか、福岡県訪問看護ステーション連絡協議会、福岡県重症神経難病ネットワークの各協力病院、人工呼吸器使用難病患者の訪問看護を実施する訪問看護ステーションあて、別途通知しますので、申し添えます。

記

1 対象患者の要件

- ・特定疾患医療受給者証の重症患者認定を受け在宅療養中の人工呼吸器使用患者

2 年間利用可能回数

- ・14日×2回/年

3 1日当たりの単価

- ・18,670円/日

4 レスパイト入院受入病院の要件と数

- ・重症神経難病ネットワークの協力病院等のうち、人工呼吸器使用難病患者レスパイト入院を受入れる意思がある43病院(福岡17、北九州16、筑豊4、筑後6)

5 入院申込の受付

平成24年9月3日(月)から重症神経難病ネットワークの拠点病院で入院申込を受け付ける。

担当 保健医療介護部健康増進課
疾病対策係 佐藤 堤
電 話 092-643-3267

在宅重症難病患者レスパイト入院事業を実施します。

1 事業の概要

福岡県では、在宅で人工呼吸器を使用する重症難病患者さんの家族等の介護者の方が必要とする時に、患者さんがレスパイト入院*できる病院を確保し、在宅療養の継続を支援するための事業を開始します。

* レスパイト入院

レスパイトとは、息抜き、休息を意味する英語で、「介護者の休息のための入院」のこと。

2 事業内容

(1) 対象患者さんの要件 (①～③すべてを満たす必要があります。)

- ① 福岡県に住所を有する方
- ② 特定疾患医療受給者証の重症患者認定（桃色の受給者証で「重症」の印字がある）を持ち、在宅療養中で人工呼吸器（鼻マスクを含む）を使用されている方
- ③ 家族等の在宅介護者の疾病や疲労、出産又は冠婚葬祭等の事由により、必要な介護が受けられなくなり、在宅療養の継続が一時的に困難な状態にある方

(2) 年間利用可能回数

- 1回あたり14日以内のレスパイト入院を同一年度あたり2回まで利用可能です。

(3) レスパイト入院受入病院

- 重症神経難病ネットワークの拠点病院において調整を行い、レスパイト入院受入病院（43病院*）のいずれかに入院いただきます。ただし、受入病院や時期については、ご希望に添えないこともありますので、あらかじめご了承をお願いします。

（* 福岡地区17病院、北九州地区16病院、筑豊地区4病院、筑後地区6病院）

※ 患者さんの移送費用、差額ベット代等は自己負担となります。

3 入院申込の受付

重症神経難病ネットワークの拠点病院でレスパイト入院の申込や相談を受け付けます。

お問い合わせ先

福岡県重症神経難病ネットワークの拠点病院

福岡・筑後ブロック難病医療拠点病院（九州大学病院）

電 話 092-643-1379

北九州・筑豊ブロック難病医療拠点病院（産業医科大学病院）

電 話 093-603-1617

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱

(目的)

第1条 福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業（以下「事業」という。）は、在宅で人工呼吸器（非侵襲的陽圧換気法（鼻マスク式）を含む）を使用する重症難病患者が、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、円滑に適切な医療機関に入院できるよう入院受け入れ体制を整備することで、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。

(定義)

第2条 この要綱において、用語の定義は次のとおりとする。

(1) 福岡県難病医療連絡協議会

福岡県難病医療連絡協議会（以下「協議会」という。）とは、県内における重症難病患者の受け入れを円滑に行うための基本となる地域の医療機関等の協力関係を構築し、その連携を推進するため、これらの機関等の代表者によって構成される組織をいう。

協議会に重症神経難病ネットワークを設置し、難病医療拠点病院において、難病医療協力病院等との連絡・調整や療養相談等への対応を行う。

(2) 難病医療拠点病院

難病医療拠点病院（以下「拠点病院」という。）とは、地域の医療機関、福祉施設等との連携により地域における難病医療体制の拠点的機能を担う病院をいう。

福岡・筑後ブロックの拠点病院を九州大学病院、北九州・筑豊ブロックの拠点病院を産業医科大学病院とし、それぞれ難病医療専門員を配置し、難病医療協力病院・診療所との連絡・調整や患者・家族からの療養相談等への対応を行う。

(3) 難病医療協力病院・診療所

難病医療協力病院・診療所（以下「協力病院等」という。）とは、地域の医療機関、福祉施設等との連携により地域における難病医療体制に積極的に協力するため、重症神経難病ネットワークに加入する病院・診療所をいう。

(実施主体)

第3条 この事業の実施主体は、福岡県（以下「県」という）とする。

(対象患者)

第4条 この事業の対象患者は、次に掲げる要件をすべて満たす者とする。ただし、(2)に相当する状態にあり、レスパイト入院が必要であると知事が特に認めた場合は、この限りでない。

(1) 福岡県に住所を有する者

(2) 福岡県の特典疾患医療受給者証の交付を受けた者のうち重症患者認定を受け、在宅療養中で人工呼吸器（非侵襲的陽圧換気法を含む）を使用する者

(3) 家族その他の在宅における介護者の疾病や疲労、出産又は冠婚葬祭等の事由により、必要な介護が受けられなくなり、在宅療養の継続が一時的に困難な状態にある者

(実施方法)

第5条 この事業の対象となるレスパイト入院は、拠点病院、又は、レスパイト入院受入病院等（以下「受入病院」という。）において行う。

- 2 知事は、協議会の意見を聴き、協力病院等の中から、あらかじめ受入病院を選定する。
- 3 受入病院は、知事からの受け入れ要請に基づき、第4条に定める対象患者のレスパイト入院を受け入れる。
- 4 知事は、前3項に規定する受入病院が受け入れたレスパイト入院に対して、請求に基づき、対象患者のレスパイト入院1人1日につき18,670円を受入病院に支払うものとし、受入病院の長は、これを対象患者の容態に応じた受入体制や環境の整備に係る費用に充当するものとする。

(入院の決定)

第6条 第4条の規定に該当し、レスパイト入院を希望する者又はその家族は、在宅重症難病患者レスパイト入院事業申請書（様式第1号）により、当該患者の住所地を管轄する拠点病院を経由して知事に申請する。

- 2 知事は、前項の規定による申請があったときは、主治医と連携を図り、申請内容を審査してレスパイト入院の適否を決定し、在宅重症難病患者レスパイト入院承認（不承認）通知書（様式第2号）により申請者に通知する。
- 3 知事は、入院が適当であると決定したときは、拠点病院の難病医療専門員の調整を経て受入病院を決定し、在宅重症難病患者レスパイト入院決定通知書（様式第3号）に申請書の写しを添付して受入病院の長に通知する。
- 4 前2項に規定する手続きは、患者の容態等に鑑み緊急性が極めて高いと知事が認めたときは、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文書で行うものとする。

(入院の期間および回数)

第7条 本事業の対象となるレスパイト入院の期間は、知事が指定した日から14日以内とし、同一年度において対象患者1人あたり2回の入院を限度とする。

(入院)

第8条 受入病院の長は、知事から、在宅重症難病患者レスパイト入院決定通知書（様式第3号）が送付されたときは、対象患者の入院受け入れを行うものとする。

(退院)

第9条 受入病院の長は、患者が退院したときは、在宅重症難病患者レスパイト入院患者退院報告書（様式第4号）により速やかに知事に報告するものとする。

- 2 受入病院の長は、レスパイト入院患者の退院後、知事に対し、第5条第4項に定める請求を行うことができる。

(移送)

第10条 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。

(その他)

第11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24年9月3日から施行し、平成24年4月1日以降のレスパイト入院に適用する。

在宅重症難病患者レスパイト入院事業申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者住所
申請者氏名
(患者との続柄)
連絡先(電話番号)

印

下記によりレスパイト入院を申請します。
なお、この事業に必要な情報を、別紙の情報提供書により、レスパイト入院受入病院へ提供することに同意します。

記			
ふりがな 患者氏名	性別 (男・女)	生年月日 MTSH 年 月 日生	(歳)
患者住所			
疾患名	特定疾患医療受給証の受給者番号 5 1 4 0 6 0 1 5 -		
保険証の記号・番号	保険者名	保険の種類 社保・国保・後期高齢	(本人・家族)
レスパイト入院を 必要とする理由	☐ 介護者の休養 ☐ 介護者の疾病等 ☐ その他 ()		
レスパイト入院について了解を得た主治医名			
レスパイト入院希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)		

重症神経難病ネットワーク難病医療専門員確認欄

難病医療専門員氏名		レスパイト入院の必要性	有・無
		レスパイト入院の適否	適・否
レスパイト入院期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)		
レスパイト入院受入病院名			
適否の理由 (否の場合のみ記載)			

在宅重症難病患者レスパイト入院医療状況等情報提供書

年 月 日

レスパイト入院受入病院担当医 様

医療機関名

主治医氏名

印

連絡先(電話番号)

ふりがな 患者 氏名		性別 (男 ・ 女)	生年月日 M T S H 年 月 日生	
患者住所				
疾 患 名			特定疾患医療受給証の受給者番号	
			5 1 4 0 6 0 1 5 -	
病状経過及び 検査結果 (感染症を含む)				
身体状況				
合 併 症	無・有 ()			
気管切開	☐ している ☐ していない	人工呼吸器の種 類及び機種名	☐ TIPPV () ☐ NIPPV ()	
その他の医療機器	無・有 (名称:)			
経管栄養の持込み	無・有 (内容:)			
服薬の持込み	無・有 (現在の処方:)			
治療経過 (把握できている 範囲で記載して 下さい)				
緊急時の方針				
レスパイト入院希望期間	年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)			

* 情報提供書は最新のものとお願いします。

在宅重症難病患者レスパイト入院承認(不承認)通知書

第 号
年 月 日

レスパイト入院申請者 様

福岡県知事 印

年 月 日付けで申請のあった在宅重症難病患者レスパイト入院について、下記のとおり決定したので通知します。

記

ふりがな 患者 氏名	性別 (男・女)	生年月日 M T S H 年 月 日生	
患者住所			
疾 患 名		特定疾患医療受給証の受給者番号 5 1 4 0 6 0 1 5 -	
レスパイト入院予定期間	年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)		
申 請 者	氏 名	患者との 続柄	
	住 所		
	連絡先		
受 入 病 院	名 称		
	所在地		
適否の理由			

在宅重症難病患者レスパイト入院決定通知書

第 号
年 月 日

レスパイト入院受入病院長 殿

福岡県知事 印

下記の者について、次のとおり貴病院でのレスパイト入院が適当であると決定したので、お知らせします。

つきましては、貴病院でのレスパイト入院について、よろしくお取り計らい願います。

記

ふりがな 患者 氏名	性別 (男・女)	生年月日 M T S H 年 月 日生
患者住所		
疾患名	特定疾患医療受給証の受給者番号 5 1 4 0 6 0 1 5 -	
レスパイト入院予定期間	年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)	
申請者	氏名	患者との 続柄
	住所	
	連絡先	

重症神経難病ネットワーク難病医療専門員の連絡先

難病医療専門員連絡先

在宅重症難病患者レスパイト入院患者退院報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関名
代表者氏名
連絡先(電話番号)
担当者氏名

印

下記の者について、次のとおり当院でレスパイト入院を行い、 月 日に退院しましたので 報告します。

記

ふりがな 患者 氏名	性別 (男・女)	生年月日 M T S H 年 月 日生
患者住所		
疾 患 名	特定疾患医療受給証の受給者番号	
	5 1 4 0 6 0 1 5 -	
レスパイト入院実施期間	年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)	