

福岡県医発第2146号(地)

平成25年12月 6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一部改正について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、福岡県においては、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標記事業が実施されております。

今般、標記事業実施要綱が一部改正された旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より別添のとおり通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

記

主な改正内容

- ・ レスパイト入院1日当たりの単価の改正
(新) 18,780円 ← (旧) 18,670円
- ・ 様式1～4の変更

小郡三井医師会より

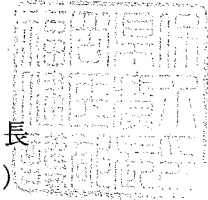
医療保険担当理事 山下拓郎
地域保健担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

25健第3844号

平成25年12月3日

公益社団法人福岡県医師会長 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一部改正について

本県の難病行政につきましては、平素から格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、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一部を改正しましたので、お知らせします。

記

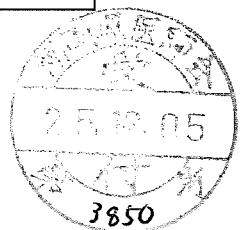
1 主な改正内容

- ・レスパイト入院1日当たりの単価の改正
(新) 18,780円 ← (旧) 18,670円
- ・様式1～4の変更

2 添付資料

- ・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一部を改正する要綱
- ・福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱新旧対照表
- ・福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱(一部改正後)

担当：保健医療介護部健康増進課
疾病対策係 嶋添・田上
TEL：092-643-3267



各医師会通知

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一部を改正する要綱

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱（平成24年9月3日施行）の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附 則

この要綱は、平成25年12月3日から施行する。ただし、第5条第4項及び第6条第3項の規定は平成25年4月1日から適用する。

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱 新旧対照表

新	現行
第1条～第4条 略 (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<u>18,78</u>（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	第1条～第4条 略 (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<u>18,67</u>（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
第7条～第11条 略	第7条～第11条 略

新

様式第1号

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)

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおりレスパイト入院を申請します。

なお、レスパイト入院に必要な情報(様式第1号別紙記載内容等)を拠点病院及びレスパイト入院受入病院に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	年齢 歳
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号	重症認定の有無 (特定疾患受給者証の別紙記載の有無)		
5 1 4 0 6 0 1 5 -	有・無		
レスパイト入院希望期間	年 月 日() ~ 年 月 日() (日間)		
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()		

【重症神経難病ネットワーク難病医療専門員確認欄】

重症患者認定	有・無
人工呼吸器の使用	有・無
レスパイト入院の必要性	有・無
レスパイト入院受入医療機関	
レスパイト入院期間	年 月 日() ~ 年 月 日() (日間)
難病医療専門員氏名	

現行

様式第1号

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)

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	特定疾患医療受給者証の受給者番号		
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氏名			
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)		

新

様式第1号別紙

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

医療機関名
主治医氏名
連絡先(電話番号)

印

ふりがな 患者 氏名	性別 男・女	生年月日 M T S H 年 月 日生	年齢 歳
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号	重 症 認 定 の 有 無 (特定疾患受給者証の裏面に記載の有無)		
5 1 4 0 6 0 1 5 -	有 ・ 無		
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 囲で記載してくだ さい)			
緊急時の方針			
レスパイト入院希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		

※情報提供書は最新のものとお願いします。

現行

様式第1号の別紙

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増院担当医 様

医療機関名
主治医氏名
連絡先(電話番号)

印

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	特定疾患医療受給者証の受給者番号	
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 () ~ 年 月 日 () (日間)	

* 情報提供書は最新のものとお願いします。

新

様式第2号

在宅重症難病患者レスパイト入院承認(下承認)通知書

第 号
年 月 日

様

福岡県知事 印

年 月 日付で申請があった福岡県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		性別	生年月日
患者 氏名		男・女	M T S H 年 月 日生
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号		重症認定	
5 1 4 0 6 0 1 5 -			
レスパイト入院予定期間		年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)	
受入病院	名称		
	住所		
不承認の場合の理由			

現行

様式第2号

在宅重症難病患者レスパイト入院承認(下承認)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		性別	生年月日
患者 氏名		(男・女)	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 () ~ 年 月 日 () (日間)	
申請者 受入病院	氏名	患者との 続柄	
	住所		
	連絡先		
	名称		
所在地			
適否の理由			

新

様式第3号

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

殺

福岡県知事 印

下記の者について、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			
特定疾患医療受給者証の受給者番号		重 症 認 定	
5 1 4 0 6 0 1 5 -		有	
レスパイト入院予定期間		年 月 日 () ~ 年 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	氏 名	
	連絡先	

現行

様式第3号

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		特定疾患医療受給者証の受給者番号	
		5 1 4 0 6 0 1 5 -	
レスパイト入院予定期間		年 月 日 () ~ 年 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	
------------	--

新

様式第4号

在宅重症難病患者レスパイト入院患者受入実績報告書

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

下記のとおり、レスパイト入院を実施したので、福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱第9条第1項の規定により報告します。

記

1 受入実績

ふりがな 患者氏名		性別 男・女	生年月日 MTSH 年 月 日生
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号		重症認定の有無 (特定疾患受給者証の記載の有無)	
5 1 4 0 6 0 1 5 -		有・無	
入院期間	年 月 日() ~ 年 月 日() (日間)		
福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱に基づく入院期間	年 月 日() ~ 年 月 日() (日間)		

2 添付書類

上記入院に係る診療報酬明細書の写し

現行

様式第4号

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 MTSH 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	
	6 1 4 0 6 0 1 5 -	
レスパイト入院実施期間	年 月 日() ~ 年 月 日() (日間)	

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) 福岡県の特定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18,780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）により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。

附 則

この要綱は、平成25年12月3日から施行する。ただし、第5条第4項及び第6条第3項の規定は平成25年4月1日から適用する。

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

福岡県在宅重症難病患者レスパイト入院事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおりレスパイト入院を申請します。

なお、レスパイト入院に必要な情報(様式第1号別紙記載内容等)を拠点病院及びレスパイト入院受入病院に提供することに同意します。

記

ふりがな	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男・女	MTSH 年 月 日生	歳
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号		重症認定の有無 (特定疾患受給者証の重症記載の有無)	
5	1	4	0
6	0	1	5
-			
		有・無	
レスパイト入院希望期間	年 月 日() ~ 年 月 日()(日間)		
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()		

【重症神経難病ネットワーク難病医療専門員確認欄】

重症患者認定	有・無
人工呼吸器の使用	有・無
レスパイト入院の必要性	有・無
レスパイト入院受入医療機関	
レスパイト入院期間	年 月 日() ~ 年 月 日()(日間)
難病医療専門員氏名	

様式第1号別紙

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

医療機関名

主治医氏名

印

連絡先（電話番号）

ふりがな	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男・女	MTSH 年 月 日生	歳
患者住所			
疾患名			
特定疾患医療受給者証の受給者番号		重症認定の有、無 (特定疾患受給者証の重症記載の有無)	
5 1 4 0 6 0 1 5 -		有 ・ 無	
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ください。)			
緊急時の方針			
レスパイト入院希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		

※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

様

福岡県知事 印

年 月 日付で申請があった福岡県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 MTSH 年 月 日生																
患者住所																			
疾患名																			
特定疾患医療受給者証の受給者番号			重 症 認 定																
5	1	4	0	6	0	1	5	-											
レスパイト入院予定期間		年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)																	
受入病院	名 称																		
	住 所																		
不承認の場合の理由																			

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

殿

福岡県知事 印

下記の者について、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		性別		生年月日	
患者氏名		男・女		MTSH	
患者住所				年 月 日生	
疾患名					
特定疾患医療受給者証の受給者番号				重症認定	
5	1	4	0	6	0
1	5	—			
				有	
レスパイト入院予定期間		年 月 日 () ~		年 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	氏 名	
	連絡先	

