

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、在宅難病患者（以下「患者」という。）の介護の負担軽減を図るため、家族等の介護者の用事や休養等の理由により、在宅での介護が一時的に困難になった場合に患者を一時入院させるために必要な事項を定め、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、岩手県（以下「県」という。）とする。

### (実施方法)

第3条 この事業の実施方法は、県が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、別に定める委託料を支払うことにより実施する。

### (対象者)

第4条 一時入院の対象者は、次に掲げる要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 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（平成26年法律第50号）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
- (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
- (4) 病状の安定している者

### (一時入院施設)

第5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（以下「契約医療機関」という。）とする。なお、契約の対象となることができる医療機関は別に定める岩手県難病診療連携拠点病院及び岩手県難病医療協力病院とする。

2 一時入院に係る委託契約の締結を希望する医療機関は、別に定める期日までに岩手県在宅難病患者一時入院事業実施申出書（様式第1号）を県に提出するものとする。

### (連絡調整)

第6条 契約医療機関は、患者又はその保護者家族から本要綱に基づく一時入院希望があった場合は、その入退院について調整等を行う。

2 契約医療機関は、必要に応じ難病診療連携拠点病院の難病診療連携コーディネーターの助言を求めることができる。

### (申請)

第7条 一時入院を希望する者又はその保護者家族（以下「申請者」という。）は、岩手県在宅難病患者一時入院事業利用申請書（様式第2号）（以下「申請書」という。）に岩手県在宅難病患者一時入院事業医療状況等情報提供書（様式第3号）（以下「医療状況等情報提供書」という。）を添えて、一時入院を希望する契約医療機関を經由して県に申請を行う。

### (一時入院の調整及び決定)

第8条 契約医療機関は、担当医師や訪問看護ステーション等関係機関と連絡調整を図り、申

請内容を確認の上、一時入院受入の可否について申請書に記入し、医療状況等情報提供書とともに県に提出する。

この場合において、一時入院可の意見の場合には、一時入院期間等を記載し、一時入院否の意見の場合は、その理由を記載する。

- 2 県は、契約医療機関から提出された申請書に基づき、一時入院の可否を決定する。
- 3 難病診療連携拠点病院の難病診療連携コーディネーターは、県の求めに応じ一時入院に関し必要な助言を行うものとする。
- 4 県は、一時入院の可否を決定したときは、岩手県在宅難病患者一時入院事業利用承認（不承認）通知書（様式第4号）（以下「一時入院承認（不承認）通知書」という。）により、申請書提出契約医療機関を通じて、申請者に通知するものとする。

この場合において、一時入院承認の場合には、一時入院承認通知書に一時入院予定期間を記載し、不承認の場合には、一時入院不承認通知書にその理由を記載し、申請者に通知する。

- 5 県は、一時入院を承認したときは、岩手県在宅難病患者一時入院事業利用決定通知書（様式第5号）に申請書の写し及び医療状況等情報提供書の写しを添付して申請書提出契約医療機関の長に通知するものとする。

#### （緊急時の手続）

第9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条及び第7条に規定する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きを行うものとする。

#### （一時入院日数）

第10条 本実施要綱に基づく委託料の対象となる一時入院の日数は、同一年度で1人あたり延14日を限度とする。

#### （実績報告）

第11条 一時入院実施契約医療機関の長は、承認された一時入院の期間が終了したときは、岩手県在宅難病患者一時入院事業利用実績報告書（様式第6号）により、速やかに県に報告する。

#### （移送）

第12条 患者の移動（移送）については申請者の責任において行い、県はその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22年7月28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27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8年4月1日から施行する。

岩手県知事 様

開設者住所

開設者氏名

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業実施申出書

岩手県在宅難病患者一時入院事業を実施したいので次のとおり申し出ます。

記

開設者住所	(〒 - )
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
医療機関名	
代表者氏名	
所在地	(〒 - )
電話番号	
保険医療機関 コード	

## ・留意事項

- この申出書により岩手県在宅難病患者一時入院事業実施要綱第5条に基づく委託契約を締結します。
- 「開設者氏名」欄には、法人にあっては法人の名称及び代表者氏名、個人にあっては医療機関名及び開設者氏名を正式名称で記入してください。(当該名称及び代表者氏名等に基づき契約書を作成します。)
- 提出先  
〒020-8570 岩手県保健福祉部健康国保課健康予防担当(難病)  
(郵便番号のみで、住所の記載は要しません。)

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業利用申請書

(あて先)  
岩手県知事

申請者住所

氏 名

(保護者が申請する場合は患者との続柄)

電話番号

連絡先

(電話番号)

次により岩手県在宅難病患者一時入院事業による一時入院の利用を申請します。

なお、この事業に必要な情報を、別紙の医療状況等情報提供書により、一時入院医療機関へ情報提供することを同意します。

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 ( )				
一時入院についての担当医の了解の有無			<input type="checkbox"/> 了解を得ている ( 担当医師名 ) <input type="checkbox"/> 了解を得ていない ( 施設名 )		
一時入院希望期間	年 月 日から 年 月 日まで				

### 契約医療機関記載欄

訪問看護ステーション等 担当者氏名		一時入院の必要性	有 ・ 無
一時入院医療機関 担当者氏名		一時入院の可否	可 ・ 否
一時入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一時入院施設			
可否の理由 (否の場合のみ受入医療 機関が記載する)			

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業医療状況等情報提供書

(あて先)

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 患者氏名		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)			
その他必要な 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			

\* 情報提供の内容は最新のものでお願いします。

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業利用承認(不承認)通知書

様

岩手県知事

印

年 月 日付けで申請のあった一時入院事業利用申請について、次のとおり承認(不承認)としたので通知します。

一時入院予定期間		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		
一時入院施設名				
施設の所在地				
不承認の場合 その理由				

## 岩手県在宅難病患者一時入院事業利用決定通知書

病院長 様

岩手県知事

印

下記の者を、貴病院への一時入院事業利用を承認したのでよろしくお取り計らい願います。

一時入院予定期間		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		
一時入院理由				
備 考				

岩手県在宅難病患者一時入院事業利用実績報告書

岩手県知事 様

医療機関名  
代表者名

次のとおり岩手県在宅難病患者一時入院事業の利用があったので報告します。

患者氏名

受給者番号

利用期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

医療機関担当者

氏名