

山梨県在宅人工呼吸器使用患者等支援事業実施要綱

第1 目的

本事業は、難病等により長期に介護が必要になった場合、患者本人はもとよりその家族等の精神的、肉体的負担は非常に重いことから、一人ひとりの自立した生き方を支援するとともに、家族等の負担を軽減することにより、患者及び家族の福祉の向上を図ることを目的とする。

第2 在宅人工呼吸器使用患者等支援事業

1 一時入院支援事業

気管切開又は人工呼吸器を使用した指定難病患者等が、介護者の病気などの理由のため在宅療養が困難になった場合、受け入れ可能な医療機関（以下「実施医療機関」という。）に一時的に入院できるよう支援する。

2 介助人派遣事業

一時入院支援事業利用中の指定難病患者が、介護者の休養等のため、訪問介護員及び職業安定法第30条第1項の許可を受けている有料職業紹介事業者（以下「家政婦紹介所」という。）に登録している家政婦等介助人（家政婦等）による介護サービス等を利用するための費用を助成するものである。

3 在宅レスパイト看護人派遣支援事業

気管切開又は人工呼吸器を使用した指定難病患者が、介護者の病気などの理由のため在宅療養が一時的に困難になった場合、訪問看護事業者（以下「実施事業者」という。）が患者の自宅に看護人を派遣し在宅療養できるよう支援する。

第3 実施主体

実施主体は山梨県とする。

ただし、一時入院支援事業の実施にあたっては、実施医療機関に委託（別記様式1）し、在宅レスパイト看護人派遣支援事業の実施にあたっては、実施事業者に委託（別記様式2）して行うこととする。

第4 利用要件等

1 対象者

① 一時入院支援事業

山梨県内に住所を有する次のいずれかに該当する者であって、当該疾患に起因して気管切開又は気管切開を伴う人工呼吸器を利用し、在宅で療養している者及びその介助者とする。

ア 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患者

イ 遷延性意識障害者と認定されている者

② 介助人派遣事業

「一時入院支援事業」を利用する指定難病患者であって、入院中の付き添いを要する者とする。

③ 在宅レスパイト看護人派遣支援事業

山梨県内に住所を有し、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患者であって、当該疾患に起因して気管切開又は気管切開を伴う人工呼吸器を利用し、在宅で療養している者及びその介助者とする。

2 利用限度

① 一時入院支援事業

原則として、1回当たり7日以内の利用とし、一年度内において、42日を利用限度とする。

② 在宅レスパイト看護人派遣支援事業

原則として、1人につき1月当たり4時間以内の利用とし、一年度内において、48時間を利用限度とする。

3 利用の手続き、決定

① 申請

在宅人工呼吸器使用患者等支援事業を利用しようとする者（以下「利用者」という。）は、住所地を管轄する保健所（以下「保健所」という。）に「在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用申請書」（様式1）または「在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用申請書」（様式6）を提出するものとする。

② 決定

保健所は、申請受理後に、速やかに審査を行い、一時入院支援事業の要件を満たしていると認められるときは在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用承認通知書（様式2）により、要件を満たしていないと認められるときは、その理由を記した在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用不承認通知書（様式3）により申請者に通知し、在宅レスパイト看護人派遣支援事業の要件を満たしていると認められるときは在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用承認通知書（様式7）により、要件を満たしていないと認められるときは、その理由を記した在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用不承認通知書（様式8）により申請者に通知する。

また、一時入院を承認した時は、在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用決定通知書（様式4）に申請書の写しおよび必要に応じ診療情報提供書等の写しを添えて一時入院施設に通知するものとし、在宅レスパイトを承認した時は、在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用決定通知書（様式9）に申請書の写しおよび必要に応じ訪問看護指示書等の写しを添えて実施事業者に通知するものとする。

③ 緊急時の手続き

①、②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保健所長が認めた場合は、口頭で行うことができる。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。

④ 入院調整

一時入院を希望する者は、実施医療機関に直接申し込むこととする。ただし、希望する実施医療機関において受け入れが困難である等、一時入院の受け入れ先が見つからない場合については、保健所長等に対し、実施医療機関での受け入れ調整を依頼できるものとする。

⑤ 移送

一時入院における自宅と実施医療機関との間の患者の移送については、利用者の責任において行うものとする。

⑥ サービスの利用

介助人派遣事業の介護人は、申請者が直接、家政婦紹介所に申し出ることにより行うものとする。

⑦ 退院報告

医療機関は一時入院支援事業利用者が退院した場合には速やかに「在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業入院患者退院報告書」（様式5）を利用者の居住地を管轄する保健所に提出する。

⑧ 在宅レスパイトの申し込み及び主治医の訪問看護指示書

在宅レスパイトを希望する者は、実施事業者に直接申し込むこととする。また、主治医から在宅レスパイトのための訪問看護指示書の交付を受け実施事業者に提示するものとする。ただし、既に交付を受けている訪問看護指示書に在宅レスパイトの指示書を兼ねる旨の記載がある場合には、その指示書を在宅レスパイトのための訪問看護指示書とすることができる。

⑨ 在宅レスパイト終了報告

実施事業者は在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用者が利用を終了した場合には速やかに「在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業終了報告書」（様式10）を利用者の居住地を管轄する保健所に提出する。

第5 連絡調整

- 1 保健所長は、利用者として決定された認定家族の状況について、市町村等に情報を提供する等、連携を図るものとする。

なお、保健所長は、市町村等への情報提供に関し、予め、申請者に了承を得ておくものとする。

- 2 情報提供を受けた市町村等は事業の利用が円滑に行われるよう、必要に応じて利用者、実施医療機関、実施事業者及び保健所等との連絡調整を行うこととする。

第6 委託単価等

- 1 一時入院支援事業

実施医療機関に対し、利用者一人、一日当たり13,000円を支払うものとする。

- 2 介助人派遣事業

利用者に対し、一日当たり10,000円を上限として支払うものとする。

ただし、介助人の交通費および一日当たり10,000円を超える介助人の利用に要する料金は利用者の負担とする。

- 3 在宅レスパイト看護人派遣支援事業

在宅レスパイト看護人派遣利用料は、利用者一人、1時間当たり8,450円とし、そのうち利用者一人、1時間当たり5,500円を実施事業者を支払うものとする。

ただし、看護人の交通費、利用者一人、1時間当たり5,500円を超える利用料、その他在宅レスパイトの利用により発生する一切の費用は利用者の負担とし、利用者が直接実施事業者を支払うものとする。

第7 費用の請求

1 一時入院支援事業

実施医療機関は、「在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（一時入院支援事業）委託料請求書」（様式11）を、利用者の住所地を管轄する保健所長に請求するものとする。

2 介助人派遣事業

利用者は、「在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（介助人派遣事業）利用料請求書（様式12）」により、料金明細書及び領収書を添付の上、利用者の住所地を管轄する保健所長に請求するものとする。

3 在宅レスパイト看護人派遣支援事業

実施事業者は、「在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（在宅レスパイト看護人派遣支援事業）委託料請求書」（様式13）を、利用者の住所地を管轄する保健所長に請求するものとする。

サービス提供月	請求月等
4月から 6月実施分	7月
7月から 9月実施分	10月
10月から12月実施分	1月
1月から 3月実施分	翌年度4月10日まで

第8 その他

この要綱に定めるもののほか、事業の実施について必要な事項は別に知事が定める。

附 則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成24年4月1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日から施行し、平成27年1月1日に遡って適用する。

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、令和6年4月1日から施行する。

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用申請書

年 月 日

山梨県知事 殿

申請者 住 所

氏 名 (患者との続柄)

連絡先 (電話)

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業の利用について次のとおり申請します。

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。

記

1 患者氏名	氏 名				
	生年月日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女	
	疾 患 名	指定難病 () ・ 遷延性意識障害			
	受 給 者 番 号	指定難病 ・ 遷延性			
	在宅療養開始時期	年 月 から			
	人工呼吸器の状況	有 無 (装着及び切開の時期： 年 月)			
	気管切開	有 無 (装着及び切開の時期： 年 月)			
	かかりつけ医療機関名				
2 一時入院を希望する医療機関	入院先				
	入院希望期間	年 月 日～ 年 月 日まで (日間)			
	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 ()			
3 介助人派遣事業利用の希望 (指定難病の方のみ)	有 ・ 無				
4 主な介護者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生	患者との続柄		

注) 特定医療費 (指定難病) 受給者証または遷延性意識障害者認定証の写しを添付すること

様式 2

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用承認通知書

年 月 日

申請者 様

山梨県知事

印

年 月 日に申請があった在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用について、次のとおり承認したので通知します。

入院患者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	
申請者	氏 名	
	住 所	電話
一時入院支援事業		
入院予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで	
入院施設名		
施設の所在地		
介助人派遣事業		
利用可能 ・ 利用不可		

()

申請者 様

山梨県知事 印

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業の利用につきましては、次のとおり認められないので通知します。

不承認の理由

()

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用決定通知書

病院長 殿

山梨県知事

印

次のとおり、貴院で在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業の利用を承認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	年 月 日生	性別	男 ・ 女
	疾患名	指定難病 () ・ 遷延性意識障害		
	住 所			
申請者	氏 名			
	住 所	電話		
入院理由				
介助人派遣事業		利用可能 ・ 利用不可		

()

年 月 日

在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業入院患者退院報告書

山梨県知事 殿

医療機関名

印

年 月 日に当院に入院した（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。

様式6

在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用申請書

年 月 日

山梨県知事 殿

申請者 住 所

氏 名 (患者との続柄)

連絡先 (電話)

次により在宅人工呼吸器使用患者等支援事業による在宅レスパイト看護人派遣を申請します。
 なお、この内容については、委託先の訪問看護事業所等へ情報提供することに同意します。

患 者 本 人	フリガナ		生年	年 月 日生	
	氏 名		月 日	(歳)	
	住 所				
	病 名		かか		
	介護保険	有 要介護 度 ・ 無 要支援 度	りつ け医	担当医	電話
申 請 者	フリガナ				
	氏 名		患者との続柄		
	住 所				
	連絡先	電話			
		緊急時 電話			
	在宅レスパイトを必 要とする理由	介護者の在宅療養・介護者の入院・介護者の休息・その他の理由			
	在宅レスパイト希望 訪問看護事業所等		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	
レスパイト希望期間	年 月 日 時 分 から 時 分まで				

○一時入院ができない理由

--

様式7

在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用承認通知書

年 月 日

申請者 様

山梨県知事

印

年 月 日に申請があった在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業について、次のとおり承認したので通知します。

レスパイト予定期間	年 月 日 時 分から 時 分まで		
対象患者	氏名	生年月日	年 月 日生
	住所		
申請者	氏名		
	住所		
	連絡先	電話	
		緊急時	電話
訪問看護事業所等名			
施設の所在地			
備考			



申請者 様

山梨県知事 印

在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業の利用につきましては、次のとおり認められないので通知します。

不承認の理由

()

在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用決定通知書

実施事業者 殿

山梨県知事

印

次のとおり、貴事業所で在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業の利用を承認したので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	年 月 日生
	住所			
申請者	氏名			
	住所			
	連絡先	電話		
緊急時		電話		
在宅レスパイト 利用理由				
備	考			



年 月 日

在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業終了報告書

山梨県知事 殿

実施事業者

印

年 月 日 時 分から在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業
を利用した（患者氏名）については、 時 分に利用を終了しましたので報告します。

在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（一時入院支援事業）委託料請求書

請求金額 円

○請求内容

対象患者名	利用期間	利用日数	請求金額
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
合 計			

上記のとおり請求します。

〔添付書類〕 在宅人工呼吸器使用患者等一時入院支援事業利用承認通知書（様式2）の写し

年 月 日

山梨県知事 様

請求者 住 所

医療機関名

代表者名

振 込 先 金 融 機 関	金融機関名 (支店等名)		
	・ 普 通 ・ 当 座	口座 番号	
	口座名義		

在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（介助人派遣事業）利用料請求書

請求金額 円

上記のとおり請求します。

〔添付書類〕 利用明細書
領収書

年 月 日

山梨県知事 様

請求者 住所
氏名
(患者との続柄)
連絡先 (電話)

振込先 金融機関	金融機関名 (支店等名)		
	・普通 ・当座	口座 番号	
	口座名義		

在宅人工呼吸器使用患者等支援事業（在宅レスパイト看護人派遣支援事業）
委託料請求書

請求金額 円

○請求内容

対象患者名	利用期間	利用日数	請求金額
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
合計			

上記のとおり請求します。

〔添付書類〕 在宅人工呼吸器使用患者等在宅レスパイト看護人派遣支援事業利用承認通知書
（様式7）の写し

年 月 日

山梨県知事 様

請求者 住所

実施事業者名

代表者名

振込先 金融機関	金融機関名 (支店等名)		
	・普通 ・当座	口座 番号	
	口座名義		