

在宅難病患者等一時入院支援事業実施要綱

(令和7年6月13日医疾第275号静岡県健康福祉部医療局疾病対策課長通知)

第1 目的

この要綱は、在宅難病患者等一時入院支援事業費補助金交付要綱（令和7年静岡県告示第465号。以下「交付要綱」という。）の規定により、在宅難病患者等一時入院支援事業を実施する場合について、必要な事項を定めるものとする。

第2 定義

この要綱において使用する用語の定義は、交付要綱において使用する用語の例によるほか、次の各号に定めるところによる。

- (1) 難病診療連携コーディネーター 難病特別対策推進事業実施要綱（平成10年4月9日健医発第635号厚生省保険医療局長通知）に基づき静岡県難病診療連携拠点病院に配置する難病診療連携コーディネーターをいう。
- (2) 一時入院施設 交付要綱第2(3)に規定する知事が認める施設は、次の各号を満たす施設とする。
 - ア 72時間以上連続稼働可能な非常用自家発電設備を有していること。
 - イ 常勤の医師を配置し、難病患者等へ急変時の医療提供が可能なこと。

第3 申請

- (1) 本事業により一時入院をしようとする者（以下「申請者」という。）は、主治医に一時入院を希望する旨を伝えるとともに施設の選定を依頼し、難病診療連携コーディネーターその他の支援機関（以下「支援機関」という。）の支援のもと、一時入院を希望する施設との間で在宅難病患者等一時入院に関する条件確認書（以下「確認書」という。）を作成する。
- (2) 申請者は、在宅難病患者等一時入院支援事業利用申請書（様式第1号。以下「利用申請書」という。）に医療状況等情報提供書（様式第2号。以下「情報提供書」という。）及び確認書の写しを添えて、支援機関に送付する。
- (3) 支援機関は、申請者から受理した利用申請書等を確認し、利用申請書の支援機関記載欄に記入の上、静岡県（以下「県」という。）に送付する。

第4 一時入院の決定

- (1) 県は、支援機関から送付された利用申請書等に基づき、一時入院の可否を決定する。
- (2) 県は、一時入院の可否を決定したときは、在宅難病患者等一時入院決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知するとともに、申請者の住所地を管轄する保健所（以下「保健所」という。）へ写しを送付する。
- (3) 県は、一時入院を決定したときは、在宅難病患者等一時入院調整結果通知書（様式第4号）に利用申請書及び情報提供書の写しを添付して一時入院施設の長に通知する。

第5 一時入院の実施

- (1) 申請者が一時入院をしようとするときは、第4(1)により決定した一時入院施設に一時入院の実施の希望を伝えるとともに、主治医及び県へ連絡する。
- (2) 一時入院施設は、速やかに受入れの可否を申請者に回答する

- (3) 県は、申請者から一時入院の実施の連絡を受けたときは、支援機関及び保健所へ情報を共有する。

第6 一時入院施設の再調整

- (1) 申請者は、第4(1)により決定した一時入院施設での受入れが困難であるときは、支援機関に一時入院施設の再調整を依頼する。
- (2) 支援機関は、申請者から一時入院施設の再調整の依頼を受けたときは、他の一時入院施設と調整を行い、結果を申請者に回答するとともに、県に再調整の結果を連絡する。
- (3) 県は、支援機関から一時入院の再調整の結果連絡を受けたときは、保健所へ情報を共有する。

第7 一時入院期間

一時入院の期間は、対象者一人につき年間14日以内とする。なお、14日以内であれば一時入院の回数に制限は設けないものとする。

第8 移送

一時入院施設までの移送については申請者の責任において行い、県は移送に関する費用は一切負担をしない。

第9 問題の報告

事業を実施する一時入院施設は、当事業において問題が生じた場合には、速やかに県へ報告するものとする。

第10 その他

この要綱の施行に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年6月13日から施行する。
- 2 在宅難病患者一時入院支援事業費補助金実施要綱（平成28年3月17日付け医疾第2234号健康福祉部長通知）は廃止する。

附 則

この改正は、令和8年5月15日から施行する。

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

在宅難病患者等一時入院支援事業利用申請書

年 月 日

静岡県知事 様

在宅難病患者等一時入院支援事業の利用について、以下のとおり申請します。

申請者氏名

（対象者との続柄 ）

申請者住所

連絡先（ ）

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、関係機関へ提供することに同意します。

ふりがな 患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所		生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 (才)
区 分 (該当に○)	1 難病患者 2 医療的ケア児 3 医療的ケア者		
病 名		受給者番号	
期 間 ※	年 月 日 () ~ 年 月 日 () (計 日間)		
利 用 計 画	希望医療機関名 (希望順)		
	①		
	②		
	③		
担 当 医	一時入院について担当医の了解は得ていますか? はい いいえ		
	医療機関名	医師名	電話番号

※決まっていない場合は記入不要

支援機関 記載欄

可否	施設名	期間	第2(2) 要件確認	
			非常用電源	常勤医師
理由 (否の場合のみ記入)				

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

医療状況等情報提供書

年 月 日

医療機関名
所在地
記載医師氏名
電話番号

ふりがな 患者氏名		性 別	男 ・ 女
患者住所		生年月日 (年齢)	年 月 日 (才)
病 名			
病状経過及び 検査結果			
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 機 種			
そ の 他 医 療 機 器			
経管栄養 服薬の持込			
治 療 経 過			
緊 急 時 の 対 応			

※上記の内容の記載は、資料の添付により代えることができる。

その他、アセスメントシートやサマリー、呼吸器設定の詳細等の必要な情報を、主治医は一時入院施設と共有してください。

様式第3号（用紙 日本産業規格A4縦型）

在宅難病患者等一時入院決定通知書

第 号
年 月 日

様

静岡県健康福祉部長

年 月 日に申請のありました在宅難病患者等一時入院支援事業の利用について、次のとおり可否を決定したので通知します。

利用の可否		可 ・ 否
可否の理由		
入院予定期間		
一時入院施設名		
施設の住所地		
入院希望患者	氏名	
	住所	
	連絡先	
申請者	氏名	
	住所	
	連絡先	

※一時入院施設の状況により、本通知とは異なる施設への入院になることがある。

【一時入院施設の再調整が必要な場合の連絡先】

支援機関名	連絡先電話番号	受付時間

※この通知の有効期限 年 月 日

様式第 4 号（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

在宅難病患者等一時入院調整結果通知書

第 号
年 月 日

病院
院長 様

静岡県健康福祉部長

下記の者を、次のとおり貴病院への入院が適当であると決定しましたので通知します。

入院予定期間		
入院希望患者	氏名	
	住所	
	連絡先	
申請者	氏名	
	住所	
	連絡先	
入院理由		
備考		在宅難病患者等一時入院支援事業費補助金の交付申請書の提出期限は、入院予定日の1週間前とする。 ただし、入院予定日が決まっていない場合、入院を実施した後すみやかに提出すること。