

A L S 在宅療養患者介助人派遣事業実施要綱

(目的)

第1 在宅療養を行っている人工呼吸器装着の筋萎縮性側索硬化症の患者（以下「ALS患者」という。）を常時介護している家族が休息をとる間や病気等の場合に介助人を派遣しケアサービスを提供することにより、ALS患者が在宅で安心して療養生活を送ることができる環境を整備し、もって、患者・家族のQOL（生活の質）の維持、向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2 この事業による介助人とは、看護師家政婦紹介所等（以下「紹介所」という。）所属のケア・ワーカーとする。

2 紹介所とは、職業安定法（昭和22年法律第141号）第32条第1項の規定により厚生労働大臣の許可を受けたもの（社団法人日本臨床看護家政協会宮城県支部を含む。）で、かつ、宮城県と委託契約を締結した紹介所とする。

(事業の種類)

第3 この事業の種類は、次のとおりとする。

(1) 介護“ホットいきぬき”サービス事業

介護している家族が休憩をとる間、家族の代わりに介助人を派遣する事業

(2) 指名制介助人派遣事業

介護している家族〈親、子、兄弟姉妹、配偶者（内縁関係を含む。）、同居の親族〉が、病気（通院を含み。）又は、出産、冠婚葬祭、事故、災害等の社会的理由により介護に当たれない場合にALS患者が推薦する介助人を派遣する事業

(実施主体)

第4 事業の実施主体は、宮城県とする。

(対象者)

第5 この事業の対象者は、特定疾患治療研究事業の認定患者等で、かつ、在宅で療養を行っている人工呼吸器を装着したALS患者を介護している家族とする。

(家族支援期間)

第6 この事業による家族支援は、予算の範囲内において、対象者が要件を満たし、かつ、保健所長（仙台市にあっては知事）が必要と認める間、継続できるものとする。

(申請)

第7 介助人派遣を希望する者は、保健所長（仙台市にあっては仙台市の保健所を經由して知事）に「ALS在宅療養患者介助人派遣申請書」（別記様式第1号）を提出するものとする。

(認定・利用券)

第8 保健所長は、第7の申請書を受理したときは、患者家族の状況について調査を行うものとする。

2 前項の調査に当たっては、必要に応じて主治医、市町村の保健師、ホームヘルパー等から情報を把握するものとする。

3 保健所長（仙台市にあっては知事）は、調査により申請者が該当事業の対象者として要件を満たしていると認めたときは、申請者にその旨通知の上、「利用券」（別記様式第2号）を交付するものとし、要件を満たしていないと認めたときは申請者にその旨通知するものとする。

（介助人の推薦・登録）

第9 保健所長は、第3第2号の事業について第7の申請のあったときは、患者から「介助人推薦書」（別記様式第3号）を、介助人から「介助人登録申込書」（別記様式第4号）の提出を受け「介助人登録台帳」（別記様式第5号）に登録するものとする。

（介助人の派遣）

第10 介助人の派遣は、対象者として認定された家族（以下「認定家族」）が、直接紹介所に申し出ることにより行うものとする。

2 前項の申し出のあった紹介所は、認定家族が指名する介助人を派遣しなければならない。

3 第3に定める事業ごとの利用回数等は、次のとおりとする。

（1）「介護”ホットいきぬき”サービス事業」の利用回数は、1か月4回を限度とし、1回当たりの利用時間は2時間を基本とする。ただし、必要に応じて4時間の延長ができるものとする。

（2）「指名制介助人派遣事業」の利用回数は、1か月5回を限度とし、1回当たりの利用時間は8時間とする。

（派遣費用の負担）

第11 介助人の利用に要する費用は、宮城県が負担する。ただし、介助人に要する交通費については、認定家族の負担とする。

2 前項ただし書の交通費については、その都度介助人に直接支払うものとする。

3 第10第3項に規定する利用時間を超える介助人の利用に伴う料金は、認定家族の負担とする。

（届出）

第12 認定家族は、対象となるALS患者が次の各号に該当するときは、保健所長（仙台市にあっては仙台市の保健所を經由して知事）に「ALS在宅療養患者介助人派遣事業資格喪失届」（別記様式第6号）を提出しなければならない。

（1）死亡、他県への転出、治癒等により特定疾患治療研究事業の対象でなくなったとき。

（2）入院したとき。

（人工呼吸治療を中止又は中断したとき。

2 対象となる患者又は認定家族に大きな変動があったときは、保健所長（仙台市にあっては仙台市の保健所を經由して知事）に「ALS在宅療養患者介助人派遣事業変更届」（別記様式第7号）を提出しなければならない。

（その他）

第13 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、別に定める。

附 則

この要綱は、平成11年12月15日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年3月1日から施行する。

A L S 在宅療養患者介助人派遣申請書

介護”ホットいきぬき”サービス事業

指名制介助人派遣事業

平成 年 月 日

保健所長 殿

申請者 住 所

(電話 -)

フリガナ
氏 名

印

患者との続柄

A L S 在宅療養患者介助人派遣を利用したいので申請します。

申請理由											
利用日	平成 年 月 日 ~ 日 ・ 毎週 曜日										
患 者	受給者番号	0	8						性別	男 ・ 女	
	氏 名							生年月日	年 月 日		
	住 所										
	医療機関名										
介 護 者	氏 名							性別	男・女	患者との続柄	
	生年月日	M. T. S. H 年 月 日						職業			

※ 申請する事業名の に-の印を記入してください。

※ 申請理由、利用日については、ホットいきぬきサービス事業の申請の場合は記入不要です。

交付番号 _____

A L S 在宅療養患者介助人派遣事業

ホットいきぬきサービス事業

指名制介助人派遣事業

「 利 用 券 」

1 対象者

住 所
氏 名

(患者名)

2 家族支援日

日	時	担当者印	対象者確認印
平成 年 月 日 (曜日)	時 ~ 時		
年 月 日 (曜日)	時 ~ 時		
年 月 日 (曜日)	時 ~ 時		
年 月 日 (曜日)	時 ~ 時		
年 月 日 (曜日)	時 ~ 時		

3 介助人

所 属
氏 名

保健所長

使用上の留意事項

- 1 利用日数は下記のとおりです。
 - ・ホットいきぬきサービス事業
月4回を限度に、1回の利用時間は基本2時間に加えて4時間延長できます。
 - ・指名制介助人派遣事業
月5回を限度に、1回8時間の利用ができますが、認定された日時、回数に限られます。
- 2 介助人派遣については、下記の看護家政婦紹介所に直接依頼してください。
- 3 介助人派遣費用は、宮城県が支払いますので介助人の派遣を受けたときは、派遣日、派遣時間等記入するとともに、確認印を押印の上、毎月の派遣最終日に介助人にお渡しください。
- 4 介助人の交通費は、利用者の負担になりますので、その都度お支払ください。
- 5 介助人派遣を受けての問題、苦情等は、看護家政婦紹介所又は保健所に御連絡ください。

保健所 ☎

担当

- 6 利用申込み窓口

社団法人

日本臨床看護家政協会宮城県支部

☎022-267-2668

介 助 人 推 薦 書

平成 年 月 日

保健所長 殿

住 所
氏 名

印

私は、宮城県が実施するALS在宅療養患者介助人派遣事業（指名制介助人派遣事業）の介助人として、下記の者を推薦します。

記

番号	氏 名	住 所	所属紹介所	備 考
1				
2				
3				

別記様式第4号（要綱第9関係）

介 助 人 登 録 申 込 書

平成 年 月 日

保健所長 殿

住 所

氏 名

所属紹介所名

印

私は、宮城県が実施するALS在宅療養患者介助人派遣事業（指名制介助人派遣事業）の介助人として、患者 の推薦を受けましたので、同事業の介助人として登録申し込みします。

介 助 人 登 録 台 帳

保健所名

番号	対象者氏名 (患者名)	登録年月日	指名介助人氏名住所		所属紹介所

A L S 在宅療養患者介助人
派遣事業資格喪失消失届

平成 年 月 日

殿

認定家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

平成 年 月 日付で認定を受けたALS在宅療養患者介助人派遣利用資格は、
下記の理由により消失しましたのでお届けします。

記

理由

A L S 在宅療養患者
介助人派遣事業変更届

平成 年 月 日

殿

認定家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

平成 年 月 日付で認定を受けたALS在宅療養患者介助人派遣の利用について、下記のとおり届出事項に変更が生じたのでお知らせします。

記

変更事項

変更前	
変更後	