

ALS在宅療養患者介助人派遣事業事務取扱要領

第1 ALS在宅療養患者介助人派遣事業の事務取扱いに当たっては、「ALS在宅療養患者介助人派遣事業実施要綱」（以下「要綱」という。）に定めるもののほか、この要領の定めるところによる。

第2 この事業による家族支援（以下「介助人派遣」という。）業務の委託契約の締結及び契約に関する事務の一切は、知事が行うものとする。

第3 要綱第5に規定する特定疾患治療研究事業の認定患者等には、生活保護受給中であるが特定疾患治療研究事業の対象となることが臨床調査個人票により確認できる者を含むものとする。

第4 調査認定について

(1) 要綱第8第1項の規定による調査は、「ALS在宅療養患者介助人利用者調査票」（別紙様式第1号）に基づいて行うものとする。

(2) 要綱第8第3項の規定による対象者の決定に当たっては、要綱第3第1項第2号の規定による介護に当たれない状況について十分検討を行うとともに、認定する場合は、認定要件が確認できる資料の提出を求めるものとする。

(3) 要綱第8第3項の規定による認定の通知は、「ALS在宅療養患者介助人派遣認定通知書」（別紙様式第2号）により行うものとし、要件を満たしていないと認めたときの通知は、「ALS在宅療養患者介助人派遣不認定通知書」（別紙様式第3号）により行うものとする。

(4) 保健所長は、要綱第8第3項の規定による認定に当たっては、要綱第3項1号に規定する「介護”ホットいきぬき”サービス事業」の場合は年1回、同第2号に規定する「指名制介助人派遣事業」の場合はその理由が生じ、申請があった都度、決定を行うものとする。ただし、病気（急病は除く。）を理由とする場合は、3か月まで継続できるものとする。

(5) 保健所長は、要綱第12の規定により届出があったとき又は届出内容の事実確認を行ったときは、速やかに必要な措置を講じなければならない。

第5 利用券について

利用券の発行は、次により行うものとし、「ALS在宅療養患者介助人派遣認定台帳」（別紙様式第4号）により管理するものとする。

(1) 利用券は、1か月につき1枚の発行とする。

(2) 保健所長（仙台市にあっては知事）は、承認した派遣回数分を第4第（4）による認定通知と同時に発行するものとする。

(3) 認定家族は、介助人派遣を利用したときは、介助人に利用券を渡すものとする。

第6 介助人について

- (1) 要綱第2の規定による介助人は、看護師家政婦紹介所等（以下「紹介所」という。）に登録するものとする。
- (2) 介助人はALS患者が推薦する者で、保健所長が適当と認める者とする。ただし、3親等以内の親族は除く。

第7 介助人の登録抹消について

- (1) 要綱第9に規定する介助人の登録の抹消は、患者からの推薦の取消し及び介助人として登録された者からの辞退の申出があったとき、患者又は介助人として登録された者の意見を聴いた上で行うものとする。
- (2) 保健所長は、介助の状況等を調査の上、介助人として適当でないと判断したときは、患者又は介助人として登録された者の意見を聴いた上で登録を抹消することができるものとする。

第8 介助サービスについて

介助人の行うサービスは次に掲げるもののうち、必要と認められるものとする。

(1) 介助サービス

- イ 入浴の介助
- ロ 排せつの介助
- ハ 食事の介助
- ニ 衣類着脱の介助
- ホ 身体の濡拭、洗髪
- ヘ 就寝、離床等の介助（体位変換を含む。）
- ト 外出の介助
- チ その他必要な介助
- リ 上記介助サービスに附帯する家事サービス

- (イ) 調理
- (ロ) 衣類の洗濯、補修
- (ハ) 住居等の掃除、整理整頓
- (ニ) 生活必需品の買い物

(2) その他、前各号に掲げるサービスに附帯するサービス

第9 介護に当たっての留意事項

介助人派遣は、在宅で療養を行っている人工呼吸器を装着したALS患者の介護のために行うものであることから、介護に当たっては特に次のことに留意すること。

- (1) 患者家族と密接な連携の下に行うこと。
- (2) 患者の病状悪化や機器の故障時などの緊急連絡体制を事前に把握しておくこと。
- (3) 緊急事態が発生した場合は、緊急連絡体制に従って適切に対応するとともに、その状況を速やかに保健所長に連絡すること。

第10 関係機関との連携及びケア体制の整備等

- (1) 保健所長は、対象患者の療養状況の把握に努めるとともに、主治医、訪問看護師、市町村保健師、ホームヘルパー等と連携の上、当該患者の地域ケア体制の整備に努めるものとする。
- (2) 保健所長は、対象患者の緊急時における医師等への連絡体制を確認し、介助人に緊急時の連絡がとれるように指示しておかなければならない。
- (3) 緊急時の医療体制が整備されていない場合は、その整備に努めなければならない。

第11 委託料の請求、支払

- (1) 紹介所は、要綱第11第1項に規定する派遣費用の請求を月ごとに行うものとし、「ALS在宅療養患者介助人派遣業務委託料請求書」（別紙様式第5号）により、前月分を翌月の10日までに知事に請求するものとする。
- (2) 知事は前項の請求書を受理した場合は、その受理した日から30日以内に支払わなければならない。

第12 報告

- (1) 紹介所は、毎月の介助人の派遣状況について、「ALS在宅療養患者介助人派遣業務報告書」（別紙様式6号）により、翌月10日までに知事に報告するものとする。
- (2) 保健所長（仙台市の保健所長を除く）は、対象者の認定及び介助人の登録をした場合は速やかに知事に報告するものとし、その提出先は健康対策課とする。
 - (イ) 対象者の認定（利用者調査票、認定通知書の写しを添付）
 - (ロ) 介助人の登録（介助人推薦書、介助人登録申込書の写しを添付）

第13 介助人の保険

介助人として登録された者は、介助に従事している際の偶然の障害事故及び賠償事故に備え、損害保険及び賠償責任保険に加入するものとする。

附 則

この要領は、平成11年12月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成14年3月1日から施行する。

別紙様式第1号 (要領第4関係)

ALS在宅療養患者 介助人派遣利用者調査票

1 患者の状況

住所							
フリガナ氏名	-----			性別	男女	生年月日	M・T・S・H 年月日 (歳)
特定疾患医療受給者証	受給者番号	一般・老人		0	8		
	医療機関名	診療科	主治医名	有効期間			
				平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
				平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
				平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

2 病歴等

診 療 歴			医療機関名	備 考
年 月~	年 月	入院・在宅		
年 月~	年 月	入院・在宅		
年 月~	年 月	入院・在宅		
年 月~	年 月	入院・在宅		
年 月~	年 月	入院・在宅		
年 月~	現 在	入院・在宅		

3 家族の状況

氏 名	性	年齢	続 柄	職 業	備考 (主な介護者に○印)

※患者と別居の介護者は、備考欄にその旨記載のこと。

4 人工呼吸器管理状況

人工呼吸指導管理医療機関名	
人工呼吸器使用開始時期	平成 年 月 日 ~
在宅人工呼吸器使用開始時期	平成 年 月 日 ~
人工呼吸器使用形態	24時間・夜間のみ・その他()

5 訪問診療・訪問看護等

	施設名	月	火	水	木	金	土	日
訪問診療								
訪問看護	訪問看護ステーション							
	訪問看護ステーション							
訪問指導	区・市・町・村							
	保健所・支所							
ホームヘルプサービス(難病・老人・身障)								

6 緊急時の対応

緊急時の連絡先 (かかりつけ医師等氏名)	昼間	氏名	所在地
			名称 ㊟
緊急時の入院可否	夜間	氏名	所在地
			名称 ㊟
緊急時の入院可否	可・否	否の場 提携す 医療機 関	所在地
			名称 ㊟

調査者	所属	職名	氏名	調査年月日
				平成 年 月 日
保健所長の意見				

保健所長 印				

**A L S 在宅療養患者
介助人派遣認定通知書**

認定番号		特定疾患受給者番号	0	8					
認定者住所							患者との続柄		
認定者氏名									
患者氏名							性別	男・女	
認定期間 (ネットいきいき サービス専認入籍)	平成 年 月 日～ 平成 年 3月 31日	認定期間 (協働介助 派遣専認入籍)	平成 年 月 分(日、日、日、日、日)： 日間	平成 年 月 分(日、日、日、日、日)： 日間	平成 年 月 分(日、日、日、日、日)： 日間				
<p>さきに申請のありましたALS在宅療養患者介助人の利用につきましては、ALS在宅療養患者介助人派遣事業実施要綱の定めるところにより、上記のとおり認定しました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 〇 〇 〇 保健所長 <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"></div> </div>									
注 意 事 項									
<p>1. 介助人の派遣を依頼する場合は、利用券の裏面に記載の看護師家政婦紹介所に直接連絡をしてください。 なお、利用に当たっては、留意事項をよく読んでください。</p> <p>2. 患者や介護を行う家族が次の事項に該当するときは、届出が必要となりますので管轄保健所に連絡し、その指示を受けてください。</p> <p>(1) 特定疾患医療受給者証（老人医療一部負担金相当額受給者証）の資格がなくなったとき。 ・死亡したとき。 ・宮城県から転出したとき。 ・治癒したとき又は病名変更のとき。</p> <p>(2) 医療機関等に入院したとき。 (3) 人工呼吸器療法を中止又は中断したとき。 (4) 住所・氏名・医療機関に変更が生じたとき。 (5) その他、患者・介護者に大きな変動が生じたとき。</p>									

**A L S 在宅療養患者
介助人派遣不承認通知書**

申請者 殿

さきに申請のありましたALS在宅療養患者介助人派遣事業の認定につきましては、下記の理由により承認できません。

平成 年 月 日

〇 〇 〇 保 健 所 長

記

患 者	住 所			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)		

不承認の理由

- 1 患者が特定疾患治療研究事業の医療受給者証を交付されていないため。
- 2 患者の特定疾患治療研究事業の医療受給者証は対象疾患外のため。
- 3 患者が入院中のため。
- 4 患者が人工呼吸器を装着していないため。
- 5 その他

ALS在宅療養患者介助人派遣事業認定台帳

申請者	住所	電話 ()	認定番号	認定期間							
	氏名		ホ	①	年	月	日	~	年	月	日
	勤務先		ト	②	年	月	日	~	年	月	日
患者	住所	電話 ()	指	①	年	月	(日)	④	年	月	(日)
	氏名		②	年	月	(日)	⑤	年	月	(日)	
	医療機関名		③	年	月	(日)	⑥	年	月	(日)	
	特定疾患受給者番号		0 8								
	生年月日		M. T. S 年 月 日								
	診療科		主治医								
介助券交付記録											
交付番号	交付年月日	交付枚数(承認日数)						交付方法			
-1	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-2	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-3	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-4	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-5	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-6	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				
-7	平成 年 月 日	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	月分(日):	申請者へ直接・郵送				

(注)交付番号は、記載されている交付番号の前に認定番号を入れて使用のこと。

**A L S 在宅療養患者介助人派遣
業務委託料請求書**

ホットいきぬきサービス事業 指名制介助人派遣事業

請求金額	金					
-------------	----------	--	--	--	--	--

委託契約書第5条の規定に基づき、平成 年 月分を下記のとおり請求します。

1 現金払(直接払)	2 送金払(隔地払)	3 口座振替
_____銀行	_____支店	当座・普通
		口座番号 _____

平成 年 月 日

宮城県知事 浅野 史郎 殿

請求者
住 所
氏 名
(代表者)

平成 年 月分

対 象 者	家 族 支 援 料	紹 介 手 数 料 等	合 計
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(曜), 日(曜) 日(曜), 日(曜), 日(曜) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(曜), 日(曜) 日(曜), 日(曜), 日(曜) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(曜), 日(曜) 日(曜), 日(曜), 日(曜) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
合 計	時間	円	円

平成 年 月分

対 象 者	家 族 支 援 料	紹 介 手 数 料 等	合 計
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
氏 名 _____ 市町村名 _____ 保健所名 _____	支援日： 日(時), 日(時) 日(時), 日(時), 日(時) @ 円 x 時間 _____ 円	①紹介手数料 12.0 % ②事務手数料 5.0 % _____ 円	_____ 円
合 計	時間		円

ALS在宅療養患者 介助人派遣業務報告書

ホットいきぬきサービス事業

指名制介助人派遣事業

宮城県知事 浅野 史郎 殿

住 所

氏 名
(代表者)

印

平成 年 月分の業務実績は下記のとおりです。
記

対象者名		住 所		介助人氏名	
業 実 績	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	合 計		時間	
対象者名		住 所		介助人氏名	
業 実 績	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	合 計		時間	
対象者名		住 所		介助人氏名	
業 実 績	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	合 計		時間	
対象者名		住 所		介助人氏名	
業 実 績	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	日： 時 分～ 時 分 (時間)		日： 時 分～ 時 分 (時間)	
	日： 時 分～ 時 分 (時間)	合 計		時間	

