医疾第275号
令和7年6月13日

静岡県訪問看護ステーション協議会会長　様

静岡県健康福祉部医療局疾病対策課長

在宅難病患者一時入院支援事業の見直しについて（通知）

日頃、本県の難病対策事業の推進に御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、在宅で人工呼吸器を使用又は気管切開で頻回に吸引を必要とする在宅難病患者の一時入院（事前避難入院）について、令和7年度事業から見直すこととしましたのでお知らせします。

なお、静岡県医師会、静岡県病院協会、静岡県看護協会、静岡県難病診療連携拠点病院・協力病院等、静岡県難病団体連絡協議会、静岡市保健所及び浜松市保健所に対しては、同趣旨の通知を送付しておりますことを申し添えます。

記

1　主な見直しの内容

（1）主治医による一時入院施設の選定

申請者は、主治医に一時入院施設の選定を依頼し、主治医は選定を行う。（必要に応じて、難病診療連携コーディネーターが支援）

（2）一時入院施設の拡大（要件：72時間以上の非常用発電機の設置、常勤医師の配置）

（3）一時入院条件の事前確認（医療機関と患者間で、条件確認書を作成）

2　関係する要綱の制定及び廃止

新規制定	在宅難病患者一時入院支援事業費補助金交付要綱（令和7年6月13日告示） 在宅難病患者一時入院支援事業実施要綱
廃止	在宅難病患者一時入院支援事業費補助金交付要綱 （平成28年3月30日医疾第2319号健康福祉部長通知） 在宅難病患者一時入院支援事業実施要綱 （平成28年3月17日医疾第2234号健康福祉部長通知）

3　その他

事業の詳細については、静岡県疾病対策課ホームページを御覧ください。

ホームページ　（https://www.pref.shizuoka.jp/kenkofukushi/shippeikansensho/nanbyo/1024222.html）

担　当　難病対策班
電話番号　054-221-3393

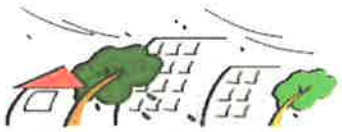
人工呼吸器等を利用し在宅で療養する皆様へ

一時入院（風水害時事前避難入院）を御検討ください

主治医や、難病診療連携コーディネーターと協力して、
一時入院(避難入院)のできる施設を探してみませんか？

在宅で人工呼吸器等を使用して療養する難病患者は、自宅の防災対策を進めておく必要があります。

さらに、自宅で停電や浸水が発生した場合に備えて、事前に安全な避難先を検討しておくことが重要です。



避難入院とは

- 大雨や台風などの予測可能な風水害が迫ってきたときに、病院等の施設に一時的に入院(避難入院)することで、安全を確保します。
- 県は、入院先の病院等に対し補助金を交付することで、避難入院時の患者の自己負担を軽減し、避難入院の実施を支援します。

一時入院施設の選定

- 主治医や難病診療連携コーディネーターの協力を受けて、あらかじめ避難先となる一時入院施設を選定し、風水害の発生に備えます。
- 一時入院時のサービス内容や費用について、事前に条件を確認します。
- 避難先となる施設には、事前に利用者の情報を共有しておきます。

＜一時入院施設の条件＞

☑72時間以上連続稼働可能な非常用自家発電設備を配備している
☑常勤の医師を配置している

制度利用の詳細は、静岡県公式ホームページをご確認ください。

静岡県ホームページ

問合せ先

（制度・補助金に関すること）静岡県健康福祉部疾病対策課　　054-221-3393
（避難先の選定に関すること）浜松医科大学医学部附属病院難病医療相談支援室
（難病診療連携コーディネーター）053-435-2477

いのち輝き、笑顔あふれる社会を。　静岡県健康福祉部

在宅難病患者一時入院支援事業実施要綱

第１　目的

この要綱は、在宅難病患者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。

⑴　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。

⑵　一時入院施設　交付要綱第２⑶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

⑴　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。

⑵　申請者は、在宅難病患者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、難病診療連携コーディネーターに送付する。

⑶　難病診療連携コーディネーターは、申請者から受理した利用申請書等を確認し、利用申請書の難病診療連携コーディネーター記載欄に記入の上、静岡県（以下「県」という。）に送付する。

第４　一時入院の決定

⑴　県は、難病診療連携コーディネーター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。

⑵　県は、一時入院の可否を決定したときは、在宅難病患者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。

⑶　県は、一時入院を決定したときは、在宅難病患者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

⑴　申請者が一時入院をしようとするときは、第４⑴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。

⑵　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

⑶　県は、申請者から一時入院の実施の連絡を受けたときは、難病診療連携コーディネーター及び保健所

へ情報を共有する。

第６　一時入院施設の再調整

⑴　申請者は、第４⑴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、難病診療連携コーディネーターに一時入院施設の再調整を依頼する。

⑵　難病診療連携コーディネーターは、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。

⑶　県は、難病診療連携コーディネーター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。

様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

在宅難病患者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　指定難病患者　　2　特定疾患患者		
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

難病診療連携コーディネーター　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	□している　　□していない		
人工呼吸器	□あり　　□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）

在宅難病患者一時入院決定通知書

医疾第　　号

年　　月　　日

様

静岡県健康福祉部医療局長

年　　月　　日に申請のありました在宅難病患者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		
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	

※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。

※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Ａ４縦型）

在宅難病患者一時入院調整結果通知書

医疾第　　号

年　　月　　日

病院

院長　　様

静岡県健康福祉部医療局長

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。

静岡県告示第465号

静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）第22条の規定に基づき、在宅難病患者一時入院支援事業費補助金交付要綱を次のように定める。

令和７年６月13日

静岡県知事　鈴木康友

在宅難病患者一時入院支援事業費補助金交付要綱

第１　趣旨

知事は、難病患者を介護する家族の負担の軽減及び風水害時における難病患者の安全の確保を図るため、在宅難病患者一時入院支援事業を実施する一時入院施設に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）及びこの要綱の定めるところによる。

第２　定義

⑴　この要綱において「難病患者」とは、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７条第４項に規定する医療受給者証、特定疾患治療研究事業実施要綱（令和６年静岡県告示第739号の３）第10の特定疾患医療受給者証又は静岡県特定疾患治療研究事業実施要綱（令和６年静岡県告示第739号の２）第10の特定疾患医療受給者証の交付を受けている者のうち、県内に住所を有し、かつ、在宅で人工呼吸器を使用し、又は気管の切開により頻回に喀痰（かくたん）を吸引することを必要としている者をいう。

⑵　この要綱において「在宅難病患者一時入院支援事業」とは、難病患者を介護する家族の負担の軽減及び風水害時における難病患者の安全の確保を図るために実施する難病患者の一時的な入院に係る事業をいう。

⑶　この要綱において「一時入院施設」とは、平成10年４月９日付け健医発第635号厚生省保健医療局長通知別紙「難病特別対策推進事業実施要綱」に基づき知事が指定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院その他知事が認める施設をいう。

第３　補助の対象及び補助額

⑴　補助の対象

在宅難病患者一時入院支援事業に要する経費のうち、一時入院施設における難病患者の受入れに要する経費

⑵　補助額

⑴に掲げる経費の額と19,270円に入院日数を乗じて得た額とを比較していずれか少ない額

第４　補助の対象の特例

在宅難病患者一時入院支援事業であって、交付の決定の前に着手し、又は完了したものについては、補助の対象とすべき特別な理由があると知事が認めた場合に限り、補助の対象とするものとする。この場合において、交付の決定の前に完了したものを補助の対象とするときは、第６の⑴、第７及び第８の規定は適用せず、第３の⑴中「要する」とあるのは「要した」と、第５の⑴イ中「収支予算書」とあるのは「収支決算書」と、第９の⑵中「補助金交付確定通知書」とあるのは「補助金交付決定及び確定通知書」と、

様式第１号中「実施したい」とあるのは「実施した」と読み替えるものとする。

第５　交付の申請

⑴　提出書類　各１部

ア　交付申請書（様式第１号）

イ　収支予算書（様式第２号）

ウ　その他知事が別に定める書類

⑵　提出期限

別に定める日まで

第６　交付の条件

次に掲げる事項は、交付の決定をする際の条件となるものとする。

⑴　次に掲げる事項のいずれかに該当する場合には、あらかじめ知事の承認を受けなければならないこと。

ア　補助事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をしようとする場合

イ　補助事業を中止し、又は廃止しようとする場合

⑵　補助金の収支に関する帳簿を備え、領収書等関係書類を整理し、並びにこれらの帳簿及び書類を補助金の交付を受けた年度終了後５年間保管しなければならないこと。

第７　変更の承認申請

提出書類　各１部

ア　変更承認申請書（様式第３号）

イ　変更収支予算書（様式第２号）

ウ　その他知事が別に定める書類

第８　実績報告

⑴　提出書類　各１部

ア　実績報告書（様式第４号）

イ　収支決算書（様式第２号）

ウ　その他知事が別に定める書類

⑵　提出期限

事業完了の日から起算して30日を経過した日（第６⑴イにより補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認の通知が到達した日から起算して30日を経過した日）又は補助金の交付の決定のあった日の属する年度の３月31日のいずれか早い日まで

第９　請求の手続

⑴　提出書類　１部

請求書（様式第５号）

⑵　提出期限

補助金交付確定通知書が到達した日から起算して10日を経過した日まで

第10　消費税仕入控除税額等に係る取扱い

補助対象経費に含まれる消費税相当額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）に規定する仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額（以下「消費税仕入控除税額」という。）がある場合の取扱いは、次のとおりとする。

⑴　交付の申請における消費税仕入控除税額等の減額

当該補助金に係る消費税仕入控除税額等（消費税仕入控除税額と当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）に規定する地方消費税の税率を乗じて得た額との合計額に補助金所要額を補助対象経費で除して得た率を乗じて得た金額をいう。以下同じ。）がある場合には、これを補助金所要額から減額して交付の申請をすること。ただし、申請時において当該補助金に係る消費税仕入控除税額等が明らかでない場合は、この限りでない。

⑵　実績報告における消費税仕入控除税額等の減額

実績報告書を提出するに当たって、当該補助金に係る消費税仕入控除税額等が明らかになった場合には、その金額（⑴により減額したものについては、その金額が減じた額を上回る部分の金額）を補助金額から減額して報告すること。

⑶　消費税仕入控除税額等の確定に伴う補助金の返還

⑵に定める実績報告書を提出した後において、消費税及び地方消費税の申告により当該補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定した場合（消費税仕入控除税額等が０円の場合を含む。）には、その金額（⑴又は⑵により減額したものについては、その金額が減じた額を上回る部分の金額）を消費税仕入控除税額等報告書（様式第６号）により速やかに知事に報告するとともに、知事の返還命令を受けてこれを県に返還しなければならないこと。

附　則

この告示は、公示の日から施行し、令和７年度分の補助金から適用する。

様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

在宅難病患者一時入院支援事業費補助金交付申請書

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名

　　年度において在宅難病患者一時入院支援事業を実施したいので、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

１　交付申請額　　円
（補助金所要額）　（補助金に係る消費税仕入控除税額等）　（補助金額）
円　－　円　＝　円

２　事業の内容

難病患者の氏名	
受給者証の番号	
一時入院期間	年　月　日（　）から　年　月　日（　）まで

口座振替先　金融機関名
支店名
口座種別
口座番号
口座名義人（カナ）

（注）　以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名

様式第２号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

収支予算書（変更収支予算書、収支決算書）

1　収入の部

区　分	予　算　額 （変更予算額） （決　算　額）	（予　算　額）	比　較		備　考
			増	△減	
	円	円	円	円	
計					

2　支出の部

区　分	予　算　額 （変更予算額） （決　算　額）	（予　算　額）	比　較		備　考
			増	△減	
	円	円	円	円	
計					

様式第３号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

在宅難病患者一時入院支援事業計画変更承認申請書

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名

年　月　日付け　　第　　号により補助金の交付の決定を受けた在宅難病患者一時入院支援事業の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

１　計画変更の理由

２　変更の内容

（注）　以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名

様式第４号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

実　績　報　告　書

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名

年　月　日付け　　第　　号により補助金の交付の決定を受けた在宅難病患者一時入院支援事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

事業の内容

難病患者の氏名	
受給者証の番号	
一時入院期間	年　月　日（　）から　　年　月　日（　）まで

（注）　以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名

様式第５号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

請　求　書

金　　円

ただし、　　年　月　日付け　　第　　号により補助金の交付の確定を受けた在宅難病患者一時入院支援事業の補助金として、上記のとおり請求します。

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名

（注）　以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名

様式第６号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

消費税仕入控除税額等報告書

年　月　日

静岡県知事　氏　　名　様

所在地
名　称
代表者　氏　　名

年　月　日付け　　第　　号により補助金の交付の決定を受けた在宅難病患者一時入院支援事業の補助金に係る消費税仕入控除税額等が確定したので、次のとおり報告します。

１　補助金の確定額　　金　　円
（　　年　月　日付け　　第　　号による額の確定通知額）

２　補助金の交付の申請時及び実績報告時に減額した消費税仕入控除税額等
金　　円

３　消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額等
金　　円

４　補助金返還相当額（３の額から２の額を差し引いた額）
金　　円

（注）　以下の項目についても記載すること。
責任者　職・氏名
作成者　職・氏名