

5 進行性核上性麻痺

記入年月日： 年 月 日

記入者氏名（ ） *患者様本人の場合は省略可

*患者様との御関係 [本人・配偶者・子ども・親・職員・その他（ ）]

ふりがな 本人氏名：	生年月日： 年 月 日	年齢： 歳
住所： 〒 さいたま市 区		
電話番号： () 本人・その他(氏名： 続柄：)		
*日中連絡のとれる電話番号を御記入ください。*アンケート内容を基に御連絡する場合がございます。		

以下の項目のあてはまるものに○、または（ ）内に御記入ください。

- 現在、在宅で療養をされていますか？
 - ①はい（同居者：有・無）
 - ②いいえ〔入院（退院予定：有・無） その他（ ）〕
- 要介護（要支援）認定を受けていますか？
 - ①はい〔要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）〕
➡サービス利用：有・無
 - ②いいえ（申請中・未申請）
- 身体障害者手帳はお持ちですか？
 - ①はい（ 級）
 - ②いいえ（申請中・未申請）
- 身近に相談ができる人や頼れる人はいますか？
 - ①いる〔家族・友人・医療従事者・ケアマネージャー・その他（ ）〕
 - ②いない
- 在宅療養で困っていることに○を、それ以外に御相談があれば、④その他へ御記入ください。
 - ①病気への不安
 - ②長期の介護生活による家族の負担
 - ③コミュニケーションの問題
 - ④その他

御協力ありがとうございました

指定難病医療給付制度を受給されている方へ

療養生活のおたずね

本アンケートは、在宅療養上のお困りごとがあった際に相談対応や災害時対策の把握ができるよう、状況をおたずねするものです。可能な範囲でご協力ください。なお、ご記入いただいた内容はプライバシーの保護に十分配慮し、相談対応や災害時以外の目的には一切使用することはありません。また、後日、保健所の担当保健師から連絡させていただくことがあります。ご了承ください。

ご記入いただいたアンケートは、更新申請の書類と一緒にご提出ください。



電子申請・届出サービスからもご回答いただけます。
https://s-kantan.jp/city-saitama-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=52443

お問合せ
 疾病対策課 特定医療給付係
 電話 048-840-2219
 FAX 048-840-2230

ふりがな			生 年		
受給者氏名			月 日	年 月 日	
居住区	区	電話番号	()		
※連絡先が本人でない場合、氏名〔 〕続柄〔 〕					
告示番号 疾病名	<input type="checkbox"/> 1 球脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> 3 脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> 7 大脳皮質基底核変性症 <input type="checkbox"/> 18 脊髄小脳変性症		<input type="checkbox"/> 2 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 5 進行性核上性麻痺 <input type="checkbox"/> 17 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 113 筋ジストロフィー		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 _____ 級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない		介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	
障害支援区分	<input type="checkbox"/> あり (区分 1 2 3 4 5 6) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない			担当ケアマネジャー 事業所 () 氏名 ()	

以下の項目の当てはまるものに☑、または () 内にご記入してください。

1 生活状況について伺います。

(1) 現在、ご自宅で生活をされていますか。

はい



いいえ

入院 (退院予定: あり / なし)
 施設入所
 その他 ()



アンケートは終了です。ありがとうございました。

(2) 同居者はいますか。

いる

同居者との関係を教えてください。

配偶者

親

子ども

その他 ()

いない



裏面のアンケートに続きます

(3) 移動の方法について教えてください。

- 歩行（介助：なし/あり）
- 杖歩行（介助：なし/あり）
- 歩行器（介助：なし/あり）
- 車椅子（介助：なし/あり）
- ベッド（寝たきり）
- その他（ _____ ）

(4) 身近に相談ができる人はいますか。

- いる（どなたですか？ _____）
- いない

(5) 在宅療養で困っていることや相談したいことはありますか。

- ある
- ない

困りごとの内容

2 災害時に関することについて伺います。

(1) 災害時に頼れる人はいますか。（複数回答可）

- いる
- いない

↳

<input type="checkbox"/> 家族（ <input type="checkbox"/> 同居/ <input type="checkbox"/> 別居）	<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 友人	<input type="checkbox"/> 近隣者
<input type="checkbox"/> 自治会	<input type="checkbox"/> 民生委員	<input type="checkbox"/> その他 _____	

(2) 避難行動要支援者名簿に登録していますか。

- はい
- いいえ
- わからない

(3) 現在、服薬以外で受けている医療処置はありますか。

- ある（複数回答可）
- ない

↳

- 唾液やたんの吸引（吸引頻度：必要時____時間に____回/低定量持続式）
- 人工呼吸器（装着頻度：24時間/夜間のみ/その他 _____）
- 酸素療法（ ____ℓ/分）
- 気管切開
- 膀胱留置カテーテル
- 自己導尿
- 経管栄養（経鼻/胃ろう/腸ろう）
- その他 _____

(4) 吸引器、人工呼吸器、酸素療法を利用の方のみ

停電時の備えはありますか。

- ある（複数回答可）
- ない

↳

電力	<input type="checkbox"/> 外部バッテリー（人工呼吸器： <input type="checkbox"/> ____時間分/吸引器： <input type="checkbox"/> ____時間分）
	<input type="checkbox"/> 内部バッテリー（人工呼吸器： <input type="checkbox"/> ____時間分/吸引器： <input type="checkbox"/> ____時間分）
代替	<input type="checkbox"/> 自家発電装置（発電機含む）
	<input type="checkbox"/> 蓄電池
	<input type="checkbox"/> 車のシガーライターケーブル
	<input type="checkbox"/> アンビューバッグ
	<input type="checkbox"/> 手動式の吸引器
	<input type="checkbox"/> 乾電池式の吸引器
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ
	<input type="checkbox"/> その他 _____



さいたま市在宅人工呼吸器使用患者支援事業のご案内

在宅で人工呼吸器を装着し療養されている指定難病の患者さんが、診療報酬で定められた回数を超える訪問看護を受ける場合、その回数を超えた訪問看護の費用を公費で負担します。

対象者

以下の条件をすべて満たす方が対象です。

- ・さいたま市内に住所がある
- ・指定難病に罹患^りしている
- ・指定難病を主たる要因として在宅で人工呼吸器を使用している
- ・医師が訪問看護を必要と認める

対象となる訪問看護

- さいたま市と訪問看護ステーション等が委託契約し、診療報酬で定められた回数を超える訪問看護を行う場合に、さいたま市が以下の費用を訪問看護ステーション等に支払います。
- 1日につき4回目以降の訪問看護^{*1}の費用（原則）及び1日に前2回と同じ訪問看護ステーション等医療機関が行った3回目の訪問看護の費用（特例措置）

*1 ただし、特別な事情により複数の訪問看護ステーション等医療機関により訪問看護を実施する場合にはこの限りではありません。

- 対象者1人当たり年間260回（原則1週間に5回まで）を限度とします。

<原則>

内容	公費負担額
訪問看護ステーションが行う看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、助産師による訪問看護 ()内は准看護師による訪問の場合	1回につき8,450円 (1回につき7,950円)
保険医療機関が行う看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、助産師による訪問看護 ()内は准看護師による訪問の場合	1回につき5,550円 (1回につき5,050円)
医師による訪問看護指示料	1月に1回に限り3,000円

<特例措置> 同じ訪問看護ステーションが1日に3回目の訪問看護を行った場合

内容	公費負担額
看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、助産師による訪問看護 ()内は准看護師による訪問の場合	1回につき2,500円 (1回につき2,000円)

申請方法

● 必要書類

- ・ 在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書
- ・ 主治医の訪問看護指示書の写し
- ・ 訪問看護計画書の写し

● 対象者（またはご家族）からの申請に基づき実施しますが、訪問看護ステーション等が取りまとめて提出することもできます。

● 1年ごと（年度ごと）に更新手続きが必要です。

● 本事業の利用を希望される場合は、申請前に下記お問合せ先へご連絡ください。

申請先・お問合せ先

さいたま市保健所 疾病対策課 特定医療給付係

住 所： さいたま市中央区鈴谷7-5-12

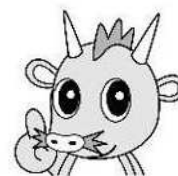
電話番号： 048-840-2219

F A X： 048-840-2230

M A I L： shippei-taisaku@city.saitama.lg.jp

本事業はさいたま市ホームページ内にも掲載しています。

さいたま市在宅人工呼吸器使用患者支援事業



在宅人工呼吸器装着者とその御家族の方へ



埼玉県マスコット
「コバトン&さいたまっち」

利用日数を年間56日に拡大！
(1回あたり14日以内)



在宅難病患者一時入院事業のご案内 (レスパイト入院)

この事業は、難病患者さんが、埼玉県と委託契約している医療機関に一時的に入院できる制度です。

例えば、以下の時に利用できます。

- 休養をとりたい時
- 冠婚葬祭などで介護ができない時
- 介護者の病気やケガ等で介護ができない時
- 災害時に備えた避難的な入院などに！

1. 対象者 (以下のすべてを満たす方)

- 埼玉県内にお住まいの指定難病医療受給者証所持者
- **人工呼吸器を装着している方 (NPPV等も含む) 又は気管切開をしている方**
- 病状が安定し、事業の利用に主治医の同意が得られている方

2. 入院期間・入院費用

- **年間56日まで**利用できます。
- **1回の利用は14日以内**となります。(範囲内であれば、入院回数に制限はありません。)
- 指定難病医療受給者証を利用することができます。
- 健康保険適用外の差額ベッド代等や病院までの移送費用は患者負担となります。

3. 事業の利用イメージ

① 保健所に申請



保健師が、患者さんの様子を
確認させていただきます。

② コーディネーターが入院を調整



難病に関する
相談も
受けています。

希望入院先の医療機関と調整を
行います。

③ 入院決定のお知らせ



受入先の病院が決定次第、
御連絡いたします。

④ 入院



4. 受入医療機関（令和5年7月1日現在）

在宅難病患者一時入院事業 受入医療機関(R5.7.1現在)



5. ご利用の際の注意点

- 申請先は、保健所です。（下記お問合せ先）
- 受入医療機関との日程調整は難病診療連携コーディネーターが行います。
- ベッドの空き状況や患者さんの病状などによって希望どおりの一時入院が難しい場合もあります。
- 受入医療機関の医療・看護体制でのケア提供になります。御自宅と同様の療養環境を設定することは難しい場合がありますので、あらかじめご了承ください。



6. お問い合わせ先

ご利用になるには、申請手続きが必要となります。
 詳しくは、最寄りの保健所または、県庁疾病対策課までお問合せください。

保健所名	住所・電話番号	保健所名	住所・電話番号	保健所名	住所・電話番号
南部保健所	川口市前川1-11-1 ☎ 048-262-6111	坂戸保健所	坂戸市石井2327-1 ☎ 049-283-7815	秩父保健所	秩父市桜木町8-18 ☎ 0494-22-3824
朝霞保健所	朝霞市青葉台1-10-5 ☎ 048-461-0468	狭山保健所	狭山市稲荷山2-16-1 ☎ 04-2941-6557	さいたま市保健所	さいたま市中央区鈴谷7-5-12 ☎ 048-840-2219
春日部保健所	春日部市大沼1-76 ☎ 048-737-2133	加須保健所	加須市南町5-15 ☎ 0480-61-1216	川越市保健所	川越市小ヶ谷817-1 ☎ 048-229-4124
草加保健所	草加市西町425-2 ☎ 048-925-1551	幸手保健所	幸手市中1-16-4 ☎ 0480-42-1101	越谷市保健所	越谷市東越谷10-31 ☎ 048-973-7531
鴻巣保健所	鴻巣市東4-5-10 ☎ 048-541-0249	熊谷保健所	熊谷市末広3-9-1 ☎ 048-523-2811	川口市保健所	川口市前川1-11-1 ☎ 048-266-5557
東松山保健所	東松山市若松町2-6-45 ☎ 0493-22-0280	本庄保健所	本庄市前原1-8-12 ☎ 0495-22-6481	県庁疾病対策課	さいたま市浦和区高砂3-15-1 ☎ 048-830-3562