

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業実施要綱

制 定 平成15年6月23日 福高施第109号（局長決裁）

最近改正 平成24年4月1日 健高施第3801号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 本要綱は、在宅の高齢者等が緊急にショートステイを必要とする場合に備え、緊急利用に対応できるショートステイ床を確保し、速やかにショートステイを利用できる体制を整える横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業（以下「本事業」という。）を行うにあたり必要な事項を定める。

（事業実施主体）

第2条 本事業の実施主体は横浜市（以下「市」という。）とし、利用者及び家族、居宅介護支援事業者並びに実施施設との相互の連携を密にし、事業の円滑な運営に努めるものとする。

（事業内容）

第3条 本事業の事業内容は、次の各号に定めるとおりとする。

- （1） 緊急ショートステイ床確保事業（一般型）
- （2） 緊急ショートステイ床確保事業（個室対応型）
- （3） 緊急ショートステイ床確保事業（医療対応特化型）

（実施施設）

第4条 市は、在宅の高齢者等が緊急にショートステイを必要とする場合に備え、横浜市内に所在する短期入所生活介護事業所及び介護老人保健施設において、ショートステイ床を確保する。

2 第1項に定めるショートステイ床を確保する本事業の実施施設については、別に定めるところによる。

（利用要件）

第5条 本事業における緊急ショートステイ床の利用対象者は、本市に居住する者で、介護保険法第7条第3項に規定する「要介護者」又は介護保険法第7条第4項に規定する「要支援者」に該当する者のうち、次の各号のいずれかの要件に該当するものとする。ただし、利用対象者が入院治療を必要とする場合は除く。

- （1） 介護者の急病や事故等により、他に介護する者がいない場合
- （2） 葬祭等緊急やむを得ない介護者の事情があり、他に介護する者がいない場合
- （3） 一人暮らしであるが、本人の急病等により、居宅生活を継続すると本人の生命または身体に危険が生じる恐れがある場合
- （4） 介護者等による虐待により、居宅生活を継続すると本人の生命または身体に危険が生じる恐れ

がある場合

(5) 罹災等不測の事態により、居宅に住むことができなくなった場合

2 前項の規定にかかわらず、前項第4号の要件に該当して利用する場合に限り、概ね65歳以上の高齢者で要介護認定の結果、介護保険非該当となった者についても本事業（個室対応型）を利用できることとする。

(利用手続き)

第6条 本事業の利用手続きは、別に定めるところによる。

(利用受入義務)

第7条 利用希望者から申込みを受けた施設は、正当な理由なく緊急ショートステイ床の利用を拒んではならない。ただし、施設において、適切なサービスを提供することが困難な場合はこの限りではない。

(利用料)

第8条 本事業の利用料は、別に定めるところによる。

(利用期間)

第9条 利用期間は、一度の利用につき、7日以内とする。ただし、利用期間について、当初申込み時から必要日数が7日を超えることが見込まれ、真にやむを得ないものと福祉保健センター長が認める場合には、14日以内の範囲で、当初申込み時から利用を決定できるものとする。

2 第1項で決定した利用期間後も、第5条で定める利用要件に該当し、他に代わる手段がない場合、利用者の申出を受けた福祉保健センター長は、施設と協議の上、原則7日以内で利用期間の延長を認めることができる。

(事業費)

第10条 第4条において市が施設ごとに定める緊急ショートステイ床の床確保費として、市は予算の範囲内において、別表1に定める金額を負担するものとする。

2 第4条において市が定める緊急ショートステイ床確保事業実施施設において、当該事業として利用者の受入れを行った場合には、利用者受入費として、市は予算の範囲内において、別表2に定める単価を利用日数に応じて負担するものとする。

3 第4条において市が定める緊急ショートステイ床確保事業実施施設（一般型及び個室対応型）において、当該事業として別表3の各号に掲げるいずれかの特別な医療対応を提供した場合には、要医療対応者受入費として、市は予算の範囲内において、別表4に定める単価を、利用日数に応じて負担するものとする。

4 第4条において市が定める緊急ショートステイ床確保事業実施施設において、認知症高齢者の日常生

活自立度ランクⅢ以上の利用者を受入れた場合には、認知症対応者受入費として、市は予算の範囲内において、別表４に定める単価を、利用日数に応じて負担するものとする。

５ 第４条において市が定める緊急ショートステイ床確保事業実施施設において、当該事業として、要介護認定の結果介護保険非該当となった者が利用した場合、施設が負担した費用について、市は予算の範囲内において負担するものとする。

６ 介護保険非該当となった者が本事業を利用する場合、事業に係る経費は別に定めるところによる。

７ 第４条において市が定める緊急ショートステイ床確保事業実施施設において、各実施要領に基づき、虐待等により利用料の負担が特に困難と認められる者が利用した場合、施設が負担した費用について、市は予算の範囲内において負担するものとする。

８ 虐待等により利用料の負担が特に困難と認められる者が本事業を利用する場合、事業に係る経費は別に定めるところによる。

（事業費の請求及び支払い）

第11条 前条第１項で定める事業費は、前金払とする。

２ 前条第２項、第３項及び第４項で定める事業費は、原則として四半期ごとの支払いとする。

３ 施設長は、各四半期終了後１０日以内に、床別利用状況（第１号様式）及び利用者別利用状況（第２号様式）並びに問合せ状況報告書（第３号様式）を添付の上、横浜市予算、決算及び金銭会計規則第１１３条に規定する第４３号様式の１（以下「請求書」と言う。）及び請求内訳書（第４号様式）により市長あて請求するものとする。

４ 請求書を受理した市長は、内容を審査の上、速やかに支出手続きを行うものとする。

（その他）

第12条 本事業の実施にあたっては、この要綱に定めるもののほか、介護保険法の定めるもの、及び健康福祉局長が別に定めるものによる。

附 則

この要綱は、平成１５年７月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成１６年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成１８年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

別表1

(1) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (一般型)	447,735円／四半期
(2) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (個室対応型)	1,646,265円／年
(3) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (医療対応特化型)	1,253,714円／年

別表2

(1) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (一般型)	3,000円／日
(2) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (個室対応型)	3,000円／日
(3) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業 (医療対応特化型)	7,000円／日

別表3

特別な医療対応
(1) 吸引
(2) 吸入
(3) 鼻腔経管栄養
(4) 瘻孔経管栄養(胃・腸)
(5) 酸素療法
(6) 中心静脈栄養
(7) 点滴の管理
(8) カテーテル
(9) ストーマの処置
(10) インスリン注射
(11) 透析
(12) 人工呼吸器
(13) 気管切開の処置
(14) モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)
(15) じょくそうの処置
(16) がん末期疼痛管理

別表4

要医療対応者受入費	4,000円/日
認知症対応者受入費	2,000円/日

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業床別利用状況

施設名 _____

(1) 利用日数

	日数	
月		日
月		日
月		日
合計		日

(2) 利用内訳

	日にち	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計		
月	利用日																																		
	医療対応日																																		
	特別な医療対応の区分数																																		
	認知症対応日																																		
	認知症日常生活自立度																																		
月	利用日																																		
	医療対応日																																		
	特別な医療対応の区分数																																		
	認知症対応日																																		
	認知症日常生活自立度																																		
月	利用日																																		
	医療対応日																																		
	特別な医療対応の区分数																																		
	認知症対応日																																		
	認知症日常生活自立度																																		

(注1) 利用内訳欄には、次のとおり○印を記入してください。

「利用日」…利用があった日に印を記入してください。

「医療対応日」…要綱第9条2項に掲げる医療処置を行った場合には、全利用日に印を記入してください。また、医療対応日の下に、実施した特別な医療対応の区分数を記入してください。

「認知症対応日」…認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅢ以上の利用者を受入れた場合には、全利用日に印を記入してください。また、認知症高齢者の日常生活自立度のランクを記入してください。

(注2) 合計欄には利用があった日の合計日数を記入してください。

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用者別利用状況

施設名 _____

1 利用実績

(月分)

利用者氏名	性別	住所	被保険者番号	緊急事由	利用期間	※利用期間のうち、介護保険非該当又は利用料の減免期間	事前調整区
					月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	区
					月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	区
					月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	区
					月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	区
					月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	区

2 特別な医療対応実績

利用者氏名	医療対応日	処置項目[※]	特別な医療対応の内容(具体的に)
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		
	月 日～ 月 日		

※ 処置項目の欄に、次の項目の中から、対応した処置名の番号を記載してください。複数の場合は番号が若い順に左から記入してください。

[①吸引・②吸入・③鼻腔経管栄養の管理・④瘻孔経管栄養(胃・腸)の管理・⑤酸素療法・⑥中心静脈栄養の管理・⑦点滴の管理・⑧カテーテル・⑨ストーマの処置・⑩インスリン注射・⑪透析・⑫人工呼吸器・⑬気管切開の処置・⑭モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)・⑮じよくそうの処置・⑯ガン末期疼痛管理]

3 認知症対応実績

利用者氏名	認知症対応日	認知症日常生活自立度
	月 日～ 月 日	Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ
	月 日～ 月 日	Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ
	月 日～ 月 日	Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ
	月 日～ 月 日	Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ

高齢者緊急ショートステイ床確保事業問合せ状況報告書

施設名

(月分)

1	問合せ日時			利用者の 居住区	受入れの有無 (対応しなかった場合は理由を記載)	
	月	日	時頃		区	有・無
2						受入不可の理由※
3						受入不可の理由※
4						受入不可の理由※
5						受入不可の理由※
6						受入不可の理由※
7						受入不可の理由※
8						受入不可の理由※
9						受入不可の理由※
10						受入不可の理由※
11						受入不可の理由※
12						受入不可の理由※
13						受入不可の理由※
14						受入不可の理由※
15						受入不可の理由※
16						受入不可の理由※
17						受入不可の理由※
18						受入不可の理由※
19						受入不可の理由※
20						受入不可の理由※

※ 理由は以下から選択してください(複数回答可)。「⑧その他」の場合は、具体的に記入してください。

- ① 緊急ショートの利用が重なってしまった。
- ② 性別の問題
- ③ 特別な医療対応ができないため。
- ④ 認知症対応ができないため。
- ⑤ 受入れの時間帯が遅いため(夜間・朝方等)。
- ⑥ 判断できる者が不在のため。
- ⑦ 利用予定だったが、利用者の事情により利用しなかったため。
- ⑧ その他

※2 記入欄が足りない場合は、コピーして追加の報告書を作成してください。

(第 四半期分)

施設名

月	利用者受入費		
	利用日数(A)	単価(B)	金額(A×B)
			0 円
	要医療対応者受入費		
	医療対応提供日数(C)	単価(D)	金額(C×D)
		4,000	0 円
	認知症対応者受入費		
	認知症対応提供日数(E)	単価(F)	金額(E×F)
	2,000	0 円	
小計		0 円	
月	利用者受入費		
	利用日数(A)	単価(B)	金額(A×B)
			0 円
	要医療対応者受入費		
	医療対応提供日数(C)	単価(D)	金額(C×D)
		4,000	0 円
	認知症対応者受入費		
	認知症対応提供日数(E)	単価(F)	金額(E×F)
	2,000	0 円	
小計		0 円	
月	利用者受入費		
	利用日数(A)	単価(B)	金額(A×B)
			0 円
	要医療対応者受入費		
	医療対応提供日数(C)	単価(D)	金額(C×D)
		4,000	0 円
	認知症対応者受入費		
	認知症対応提供日数(E)	単価(F)	金額(E×F)
	2,000	0 円	
小計		0 円	
四半期合計		0 円	

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業（一般型）実施要領

制 定 平成22年4月1日 健高施第3512号（局長決裁）

最近改正 平成24年4月1日 健高施第3801号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 本要領は、横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業実施要綱（平成15年福高施第109号。以下「要綱」という。）に基づき、高齢者緊急ショートステイ床確保事業（一般型）（以下「本事業」という。）に関する事項を定める。

2 要綱第3条第1号で定める本事業の実施については、要綱に定めるもののほか、この要領に定めるところによる。

（実施施設）

第2条 本事業の実施施設（以下「施設」という。）は、別表1に定めるところによる。なお、別表1に定める実施施設及び床数については、必要に応じて見直しを行うものとする。

（利用手続き）

第3条 本事業において緊急ショートステイ床の利用を希望する者（以下「利用希望者」という。）は、その居住地を所轄する福祉保健センターの長（以下「福祉保健センター長」という。）と事前調整の上、調整の結果提示された施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用するものとする。

2 第1項で定める事前調整は、利用希望者が事前調整依頼（第1号様式）を福祉保健センター長に送付することにより行う。なお、事前調整依頼の受付は利用希望日の原則3日前から開始することとする。

3 事前調整依頼を受けた福祉保健センター長は、速やかに、利用要件、利用期間及び利用者の身体状況等を確認の上、第2条に定める施設に緊急ショート床の空き状況を確認し、利用希望者に事前調整の結果を連絡するものとする。

4 第3項の規定に関わらず、要綱第5条第1項第1号及び第2号に規定する要件に該当するもの及び福祉保健センターの閉庁日においては、利用希望者は、第1項で定める事前調整を行わずに施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用することができる。この場合、利用希望者は、速やかに福祉保健センター長あてに利用の報告を行わなければならない。

（利用料）

第4条 本事業における緊急ショートステイ床の利用者は、施設との契約に基づき、介護保険法に基づく利用料及び食費等の実費を施設に支払うものとする。

（利用料の減免）

第5条 前条の規定にかかわらず、福祉保健センター長が虐待等により利用料の負担が特に困難と認める者については、利用料を減免することができる。この場合、減免した費用については、施設の負担とする。

2 第1項の施設が負担する費用については、市は予算の範囲内においてこれを負担することができるものとする。

3 虐待等により利用料の負担が特に困難と認められる者が緊急ショートステイ床を利用する場合は、減免対象者は「高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書」（第2号様式）を福祉保健センター長に提出することができる。福祉保健センター長は減免の可否について「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票」（第3号様式）により審査及び決定を行い、利用希望者及び施設へ「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書」（第4号様式）を送付するものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

別表 1

高齢者緊急ショートステイ床確保事業（一般型）実施施設

施設種別	施設名	床数
(1)	特別養護老人ホーム 若竹苑	1床
(2)	特別養護老人ホーム 本牧ホーム	1床
(3)	介護老人保健施設 すこやか	1床
(4)	特別養護老人ホーム 芙蓉苑	1床
(5)	特別養護老人ホーム さわやか苑	1床
(6)	特別養護老人ホーム 旭ホーム	1床
(7)	介護老人保健施設 ハートケア左近山	1床
(7)	特別養護老人ホーム 新横浜さわやか苑	1床
(8)	特別養護老人ホーム ふじ寿か園	1床
(9)	介護老人保健施設 リハビリゾート青葉	1床
(10)	介護老人保健施設 ケアポート田谷	1床
(11)	特別養護老人ホーム 恒春ノ郷	1床

事前調整依頼(兼事前調整結果)
(横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業)

【 年 月 日】

区高齢・障害支援課 (担当者:)
FAX番号:

居宅介護支援専門員名 (ケアマネジャー名)
電話番号:
FAX番号:

◎ 次の1・2欄を記入し、区高齢・障害支援課担当に本票を提出してください。

なお、FAXで送付する場合には、誤送信の可能性を考慮し、1の欄は原則、空欄のまま送信してください。この場合は、FAXが到着したか否かを電話で速やかに確認し、その際に空欄部分を口頭で補ってください。

1 利用者基本事項欄					
ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
利用者名					
住所		電話番号	()		
被保険者番号		要介護認定区分			
入所後の 連絡先	氏名	電話番号	()		
	住所				
	氏名	電話番号	()		
	住所				

※ 入所後の連絡先はできるだけ2か所記入してください。

2 確認事項欄		
緊急事由	介護者の急病や事故・葬祭等・本人の急病・虐待・罹災等	
具体的な状況※1		
利用期間	年 月 日() 時 ~ 年 月 日() 時	
利用者の 身体状態 等 ※注2	身体状況	寝たきり 移動は車いす 自立歩行 その他()
	認知症症状	無 有(程度、具体的な症状:)
	感染症状	無 有(具体的な症状:)
	医療処置	※該当する処置項目がある場合には、必ず○を付けてください。 ①吸引・②吸入・③鼻腔経管栄養の管理・④瘻孔経管栄養(胃・腸)の管理・⑤酸素療法・⑥中心静脈栄養の管理・⑦点滴の管理・⑧カテーテル・⑨ストーマの処置・⑩インスリン注射・⑪透析・⑫人工呼吸器・⑬気管切開の処置・⑭モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)・⑮じょくそうの処置・⑯ガン末期疼痛管理 (その他の処置) 無 有(具体的な処置内容:)
その他 留意事項		
認知症高齢者日常生活自立度	Ⅱ以下・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	

※注1 具体的な状況欄には、介護者の誰が、どのような事由で、いつまで介護ができないか、他に介護する者がいないなど具体的に記入してください。

※注2 利用者の身体状況等により、医療機関の治療が必要な場合など利用できないことがあります。

3 事前調整結果欄			
利用の可否	可 ・ 否		
利用施設名	利用期間	月 日 ~ 月 日	

※ 事前調整の結果を、連絡内容を3欄に記入してください。

※ 施設利用にあたっては、介護保険上の利用手続きが必要となります。

高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書

(申請先)横浜市 福祉保健センター長

申込者氏名 _____ 続柄 ()

住 所 _____

電話番号 () _____

(ふりがな) 氏名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 _____					
	電話					
	FAX					

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏名				性別	男・女						
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳					
住所	〒										
	電話										
	FAX										
対象者区分	非該当・要支援()・要介護()		利用者負担段階	第1・2・3・4段階							
経済状況	現金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	預金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	負債	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	生保区分	<input type="checkbox"/> 受給中(担当: CW)		<input type="checkbox"/> 申請中(月 日申請)							
		<input type="checkbox"/> 非該当(理由)									
	境界層措置(境界層減免)		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当							
利用料の負担が困難な理由											
今後の見通し	成年後見人等の選任の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
減免の可否	<input type="checkbox"/> 可 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>退所時に利用料を支払う資力が無い</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>将来にわたり受入施設への滞納が予想される</td> </tr> </table>					{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される
{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否								
	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い										
	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される										

様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 ー					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				

高齢者緊急ショートステイ床確保事業 実施施設長 様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業（個室対応型）実施要領

制 定 平成22年4月1日 健高施第3512号（局長決裁）

最近改正 平成24年4月1日 健高施第3801号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 本要領は、横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業実施要綱（平成15年福高施第109号。以下「要綱」という。）に基づき、高齢者緊急ショートステイ床確保事業（個室対応型）（以下「本事業」という。）に関する事項を定める。

2 要綱第3条第2号で定める本事業の実施については、要綱に定めるもののほか、この要領に定めるところによる。

（実施施設）

第2条 本事業の実施施設（以下「施設」という。）は、別表1に定めるところによる。なお、別表1に定める実施施設及び床数については、必要に応じて見直しを行うものとする。

（利用手続き）

第3条 本事業において緊急ショートステイ床の利用を希望する者（以下「利用希望者」という。）は、その居住地を所轄する福祉保健センターの長（以下「福祉保健センター長」という。）と事前調整の上、調整の結果提示された施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用するものとする。

2 本条で定める事前調整は、利用希望者が事前調整依頼（第1号様式）を福祉保健センター長に送付することにより行う。なお、事前調整依頼の受付は利用希望日の原則3日前から開始することとする。

3 事前調整依頼を受けた福祉保健センター長は、速やかに、利用要件、利用期間及び利用者の身体状況等を確認の上、第2条に定める施設に緊急ショート床の空き状況を確認し、利用希望者に事前調整の結果を連絡するものとする。

4 要介護認定の結果、介護保険非該当となった者が利用する場合は、利用希望者は「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用申込書」（第2号様式）を福祉保健センター長に提出するものとする。申込書を受理した福祉保健センター長は、施設利用の審査、事前調整及び決定を行い、利用希望者及び施設へ「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用決定通知書」（第3号様式）を送付するものとする。

5 第3項の規定に関わらず、要綱第5条第1項第1号及び第2号に規定する要件に該当するもの及び福祉保健センターの閉庁日においては、利用希望者は、要介護認定の結果介護保険非該当となった者が利用する場合を除き、第1項で定める事前調整を行わずに施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用することができる。この場合、利用希望者は、速やかに福祉保健センター長

あてに利用の報告を行わなければならない。

(利用料)

第4条 本事業における緊急ショートステイ床の利用者（以下、「利用者」という。）は、施設との契約に基づき、介護保険法に基づく利用料及び食費等の実費を施設に支払うものとする。

2 要介護認定の結果介護保険非該当となった者が利用する場合の利用負担は以下のとおりとする。

(1) 高齢者緊急ショートステイ床確保事業実施要綱第8条に規定する健康福祉局長が別に定める額（以下「事業単価」という。）は、別表2で定めるところによる。要介護認定の結果介護保険非該当となった者が利用する場合は、別表2に定める利用料を施設に支払うものとし、その他の費用は施設の負担とする。

(2) 介護保険非該当で利用する場合は、利用者は別表3に定める居住費を支払うこととする。また、利用者は、その他施設が定めた食費等の実費を支払うものとする。

3 第2項の施設が負担する費用については、市は予算の範囲内においてこれを負担することができるものとする。

(利用料の減免)

第5条 前条の規定にかかわらず、福祉保健センター長が虐待等により利用料の負担が特に困難と認める者については、利用料を減免することができる。この場合、減免した費用については、施設の負担とする。

2 第1項の施設が負担する費用については、市は予算の範囲内においてこれを負担することができるものとする。

3 虐待等により利用料の負担が特に困難と認められる者が緊急ショートステイ床を利用する場合は、減免対象者は「高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書」（第4号様式）を福祉保健センター長に提出することができる。福祉保健センター長は減免の可否について「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票」（第5号様式）により審査及び決定を行い、利用希望者及び施設へ「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用減免決定通知書」（第6号様式）を送付するものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

別表 1

高齢者緊急ショートステイ床確保事業(個室対応型)実施施設

施設種別	施設名	床数
(1)	特別養護老人ホーム わかたけ富岡	1床
(2)	特別養護老人ホーム ヴェルデの森	1床
(3)	特別養護老人ホーム 今宿ホーム	1床

別表 2

実施施設	事業単価	利用料
特別養護老人ホーム わかたけ富岡	4, 848円	485円
特別養護老人ホーム ヴェルデの森		
特別養護老人ホーム 今宿ホーム		

別表 3

対象者	居室区分	居住費	利用者負担額	本市負担額
生活保護を受給している者、 中国残留邦人等の円滑な帰 国の促進及び永住帰国後の 自立の支援に関する法律(平 成6年法律第30号)による 支援給付を受けている者	従来型個室	1, 150円	320円	830円
上記以外の者	従来型個室	施設が定めた額	施設が定めた額	0円

事前調整依頼(兼事前調整結果)
(横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業)

【 年 月 日】

区高齢・障害支援課 (担当者:) FAX番号:	居宅介護支援専門員名 (ケアマネジャー名) 電話番号: FAX番号:
--------------------------------	---

◎ 次の1・2欄を記入し、区高齢・障害支援課担当に本票を提出してください。

なお、FAXで送付する場合には、誤送信の可能性を考慮し、1の欄は原則、空欄のまま送信してください。この場合は、FAXが到着したか否かを電話で速やかに確認し、その際に空欄部分を口頭で補ってください。

1 利用者基本事項欄						
ふりがな			性別	男 女	年齢	歳
利用者名						
住所			電話番号	()		
被保険者番号			要介護認定区分			
入所後の 連絡先	氏名			電話番号	()	
	住所					
	氏名			電話番号	()	
	住所					

※ 入所後の連絡先はできるだけ2か所記入してください。

2 確認事項欄		
緊急事由	介護者の急病や事故・葬祭等・本人の急病・虐待・罹災等	
具体的な状況※1		
利用期間	年 月 日() 時 ~ 年 月 日() 時	
利用者の 身体状態 等 ※注2	身体状況	寝たきり 移動は車いす 自立歩行 その他()
	認知症症状	無 有(程度、具体的な症状:)
	感染症状	無 有(具体的な症状:)
	医療処置	※該当する処置項目がある場合には、必ず○を付けてください。 ①吸引・②吸入・③鼻腔経管栄養の管理・④瘻孔経管栄養(胃・腸)の管理・⑤酸素療法・⑥中心静脈栄養の管理・⑦点滴の管理・⑧カテーテル・⑨ストーマの処置・⑩インスリン注射・⑪透析・⑫人工呼吸器・⑬気管切開の処置・⑭モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)・⑮じょくそうの処置・⑯ガン末期疼痛管理 (その他の処置) 無 有(具体的な処置内容:)
その他留意事項		
認知症高齢者日常生活自立度	Ⅱ以下・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	

※注1 具体的な状況欄には、介護者の誰が、どのような事由で、いつまで介護ができないか、他に介護する者がいないなど具体的に記入してください。

※注2 利用者の身体状態等により、医療機関の治療が必要な場合など利用できないことがあります。

3 事前調整結果欄			
利用の可否	可 ・ 否		
利用施設名	利用期間	月 日 ~ 月 日	

※ 事前調整の結果を、連絡内容を3欄に記入してください。

※ 施設利用にあたっては、介護保険上の利用手続きが必要となります。

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用申込書（兼同意書）

(申請先)横浜市 福祉保健センター長

申込者氏名 _____ 続柄 ()

住 所 _____

電話番号 () _____

※ 本サービスを利用するにあたり、サービスの提供に必要な情報について、関係機関に提供することを同意します。
 ※ 本サービスにおいて利用した施設での生活状況、介護状況等に関する書類は、当該施設で保管することに同意します。
 ※ 利用にかかる実費相当額を支払います。

氏名 <small>(ふりがな)</small>				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 _____					
	電話					
	FAX					
緊急時連絡先	氏名		住所		電話等	

様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用決定通知書

高齢者緊急ショートステイについて、次のとおり利用することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

利用期間	年 月 日から	年 月 日まで
施設名		電話
区役所 担当者名		

高齢者緊急ショートステイ床確保事業 実施施設長 様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用決定通知書

高齢者緊急ショートステイについて、次のとおり利用することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒					
	電話					
	FAX					

利用期間	年 月 日から		年 月 日まで	
施設名			電話	
区役所 担当者名				

高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書

(申請先)横浜市 福祉保健センター長

申込者氏名 _____ 続柄 ()

住 所 _____

電話番号 () _____

(ふりがな) 氏名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 _____					
	電話					
	FAX					

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏名				性別	男・女						
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳					
住所	〒 —										
	電話										
	FAX										
対象者区分	非該当・要支援()・要介護()		利用者負担段階	第1・2・3・4段階							
経済状況	現金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	預金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	負債	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	生保区分	<input type="checkbox"/> 受給中(担当: CW)		<input type="checkbox"/> 申請中(月 日申請)							
		<input type="checkbox"/> 非該当(理由)									
	境界層措置(境界層減免)		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当							
利用料の負担が困難な理由											
今後の見通し	成年後見人等の選任の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
減免の可否	<input type="checkbox"/> 可 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>退所時に利用料を支払う資力が無い</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>将来にわたり受入施設への滞納が予想される</td> </tr> </table>					{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される
{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否								
	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い										
	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される										

様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				

高齢者緊急ショートステイ床確保事業 実施施設長 様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				

横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業（医療対応特化型）実施要領

制 定 平成22年4月1日 健高施第3512号（局長決裁）

最近改正 平成24年4月1日 健高施第3801号（局長決裁）

（趣旨）

第1条 本要領は、横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業実施要綱（平成15年福高施第109号。以下「要綱」という。）に基づき、高齢者緊急ショートステイ床確保事業（医療対応特化型）（以下「本事業」という。）に関する事項を定める。

2 要綱第3条第3号で定める本事業の実施については、要綱に定めるもののほか、この要領に定めるところによる。

（実施施設）

第2条 本事業の実施施設（以下「施設」という。）は、別表1に定めるところによる。なお、別表1に定める実施施設及び床数については、必要に応じて見直しを行うものとする。

（利用対象者）

第3条 本事業における緊急ショートステイ床の利用対象者は、要綱第5条に規定する利用要件に該当する者のうち、別表2に定める特別な医療対応を必要とする者とする。

（利用手続き）

第4条 本事業における緊急ショートステイ床の利用を希望する者（以下「利用希望者」という。）は、その居住地を所轄する福祉保健センターの長（以下「福祉保健センター長」という。）と事前調整の上、調整の結果提示された施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用するものとする。

2 第1項で定める事前調整は、利用希望者が事前調整依頼（第1号様式）を福祉保健センター長に送付することにより行う。なお、事前調整依頼の受付は利用希望日の原則3日前から開始することとする。

3 事前調整依頼を受けた福祉保健センター長は、速やかに、利用要件、利用期間及び利用者の身体状況等を確認の上、第2条に定める施設に緊急ショート床の空き状況を確認し、利用希望者に事前調整の結果を連絡するものとする。

4 第3項の規定に関わらず、要綱第5条第1項第1号及び第2号に規定する要件に該当するもの及び福祉保健センターの閉庁日においては、利用希望者は、第1項で定める事前調整を行わずに施設に申込みを行い、介護保険上必要な契約等の手続きを行った上、利用することができる。この場合、利用希望者は、速やかに福祉保健センター長あてに利用の報告を行わなければならない。

（利用料）

第5条 本事業における緊急ショートステイ床の利用者は、施設との契約に基づき、介護保険法に基づく利用料及び食費等の実費を施設に支払うものとする。

(利用料の減免)

第6条 前条の規定にかかわらず、福祉保健センター長が虐待等により利用料の負担が特に困難と認める者については、利用料を減免することができる。この場合、減免した費用については、施設の負担とする。

2 第1項の施設が負担する費用については、市は予算の範囲内においてこれを負担することができるものとする。

3 虐待等により利用料の負担が特に困難と認められる者が緊急ショートステイ床を利用する場合は、減免対象者は「高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書」(第2号様式)を福祉保健センター長に提出することができる。福祉保健センター長は減免の可否について「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票」(第3号様式)により審査及び決定を行い、利用希望者及び当該施設へ「高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書」(第4号様式)を送付するものとする。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

別表 1

高齢者緊急ショートステイ床確保事業（医療対応特化型）実施施設

施設種別	施設名	床数
(1) 介護老人保健施設	リハリゾートわかたけ	1床
(2) 介護老人保健施設	都筑ハートフルステーション	1床
(3) 介護老人保健施設	港南あおぞら	1床
(4) 介護老人保健施設	恵の杜	1床

別表 2

特別な医療対応
(1) 吸引
(2) 吸入
(3) 鼻腔経管栄養
(4) 瘻孔経管栄養（胃・腸）
(5) 酸素療法
(6) 中心静脈栄養
(7) 点滴の管理
(8) カテーテル
(9) ストーマの処置
(10) インスリン注射
(11) 透析
(12) 人工呼吸器
(13) 気管切開の処置
(14) モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）
(15) じょくそうの処置
(16) がん末期疼痛管理

事前調整依頼(兼事前調整結果)
(横浜市高齢者緊急ショートステイ床確保事業)

【 年 月 日】

区高齢・障害支援課 (担当者:) FAX番号:	居宅介護支援専門員名 (ケアマネジャー名) 電話番号: FAX番号:
--------------------------------	---

◎ 次の1・2欄を記入し、区高齢・障害支援課担当に本票を提出してください。

なお、FAXで送付する場合には、誤送信の可能性を考慮し、1の欄は原則、空欄のまま送信してください。この場合は、FAXが到着したか否かを電話で速やかに確認し、その際に空欄部分を口頭で補ってください。

1 利用者基本事項欄						
ふりがな			性別	男 女	年齢	歳
利用者名						
住所			電話番号	()		
被保険者番号			要介護認定区分			
入所後の 連絡先	氏名			電話番号	()	
	住所					
	氏名			電話番号	()	
	住所					

※ 入所後の連絡先はできるだけ2か所記入してください。

2 確認事項欄		
緊急事由	介護者の急病や事故・葬祭等・本人の急病・虐待・罹災等	
具体的な状況※1		
利用期間	年 月 日() 時 ~ 年 月 日() 時	
利用者の 身体状態 等 ※注2	身体状況	寝たきり 移動は車いす 自立歩行 その他()
	認知症症状	無 有(程度、具体的な症状:)
	感染症状	無 有(具体的な症状:)
	医療処置	※該当する処置項目がある場合には、必ず○を付けてください。 ①吸引・②吸入・③鼻腔経管栄養の管理・④瘻孔経管栄養(胃・腸)の管理・⑤酸素療法・⑥中心静脈栄養の管理・⑦点滴の管理・⑧カテーテル・⑨ストーマの処置・⑩インスリン注射・⑪透析・⑫人工呼吸器・⑬気管切開の処置・⑭モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)・⑮じょくそうの処置・⑯ガン末期疼痛管理 (その他の処置) 無 有(具体的な処置内容:)
その他留意事項		
認知症高齢者日常生活自立度	Ⅱ以下・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	

※注1 具体的な状況欄には、介護者の誰が、どのような事由で、いつまで介護ができないか、他に介護する者がいないなど具体的に記入してください。

※注2 利用者の身体状況等により、医療機関の治療が必要な場合など利用できないことがあります。

3 事前調整結果欄		
利用の可否	可 ・ 否	
利用施設名	利用期間	月 日 ~ 月 日

※ 事前調整の結果を、連絡内容を3欄に記入してください。

※ 施設利用にあたっては、介護保険上の利用手続きが必要となります。

高齢者緊急ショートステイ床確保事業減免申込書

(申請先)横浜市 福祉保健センター長

申込者氏名 _____ 続柄 ()

住 所 _____

電話番号 () _____

(ふりがな) 氏名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 _____					
	電話					
	FAX					

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免審査票

記入日 年 月 日

(ふりがな) 氏名				性別	男・女						
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳					
住所	〒										
	電話										
	FAX										
対象者区分	非該当・要支援()・要介護()		利用者負担段階	第1・2・3・4段階							
経済状況	現金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	預金	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	負債	<input type="checkbox"/> 有 (円)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明							
	生保区分	<input type="checkbox"/> 受給中(担当: CW)		<input type="checkbox"/> 申請中(月 日申請)							
		<input type="checkbox"/> 非該当(理由)									
	境界層措置(境界層減免)		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当							
利用料の負担が困難な理由											
今後の見通し	成年後見人等の選任の予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
減免の可否	<input type="checkbox"/> 可 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>退所時に利用料を支払う資力が無い</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>将来にわたり受入施設への滞納が予想される</td> </tr> </table>					{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される
{	<input type="checkbox"/> 退所時に利用料を支払う資力が無い	}	<input type="checkbox"/> 否								
	<input type="checkbox"/> 区が後見人等の選任などできる限りの支援をしても利用料を支払える見込みが無い										
	<input type="checkbox"/> 将来にわたり受入施設への滞納が予想される										

様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				

高齢者緊急ショートステイ床確保事業 実施施設長 様

横浜市 福祉保健センター長

高齢者緊急ショートステイ床確保事業利用料減免決定通知書

高齢者緊急ショートステイ利用料について、次のとおり減免することを決定しましたので通知します。

対 象 者						
(ふりがな) 氏 名				性別	男・女	
生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒 —					
	電話					
	FAX					

減免期間	年 月 日から		年 月 日まで	
減免内容	利用者負担分(サービス費用自己負担・食費・居住費) ・ 支給限度額超過分			
施設名			電話	
区役所 担当者名				