川崎市高齢者緊急一時入所事業実施要綱

６川健高事第３３６４号

令和７年３月３１日局長決裁

（目　的）

第１条　川崎市高齢者緊急一時入所事業（以下「本事業」という。）は、在宅での援助を必要とする高齢者等が、緊急的かつ一時的に在宅での生活が困難となった場合に、第５条に定める実施施設に一時入所させて第６条に定めるサービスを提供することにより、高齢者本人及びその家族の福祉の向上を図ることを目的とする。

（実施主体）

第２条　事業の実施主体は、川崎市とする。ただし、適正な事業運営が確保できると認められる社会福祉法人等に委託することができるものとする。また、川崎市高齢者緊急一時入所事業の利用者及び家族、実施施設及び地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所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。

（利用対象者）

第３条　事業の利用対象者は、市内に居住し、原則として、65歳以上の高齢者（市内で保護された年齢不詳、身元不明の徘徊高齢者等を含む。対象者の要支援・要介護認定の有無を問わない。）等で、次の各号に掲げる理由により、一時的に在宅での生活が困難となり、施設に一時入所することが必要な者（以下、「事業利用者」という。）とする。

（１）本人の病気や骨折・打撲等による入院後の退院した際等に、在宅で生活が一時的に困難になる場合。

（２）同居の家族等の急病や事故等により、本人の在宅生活の継続が困難等の理由により、一時入所を必要とする場合。

（３）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。

（４）徘徊等により川崎市が保護し、緊急的に一時入所を必要とする場合。

（５）65歳未満の者で要支援・要介護認定を受けており、緊急的に一時入所を必要とする場合。

（６）高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号。）第２条第４項に規定する養護者による高齢者虐待により、一時的に保護する必要がある場合。

（７）その他、緊急的に一時入所が必要であると福祉事務所長が認める場合。

２　前項の規定に関わらず、事業利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、対象としないことができる。

（１）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）の規定に基づき、医療機関等に入院されるべき者。ただし、軽度の風邪症状（軽症の新型コロナウイルス陽性者含む）は除く。

（２）医療機関で医療を受ける必要があると認められる場合。

（３）事業利用者が専門的な医療的ケア（バルーンカテーテルの管理、痰の吸引、点滴等）を必要とし、事業者の運営施設ではその対応ができない場合。

（４）その他、一時入所の利用が不適当であると福祉事務所長が認める場合。

（実施事業者の種別等）

第４条　事業利用者が緊急的かつ一時的に施設への入所を必要とする場合に備え、実施施設において、常時、短期入所用のベッド１床を確保し（ベッド確保に協力する事業者を以下「ベッド確保事業者」という。）、事業利用者に対して第６条に定めるサービスを提供するものとする。

２　ベッド確保事業者は、利用申込を受けた場合は、第３条２項に定める正当な理由なくその利用を拒んではならない。

３　ベッド確保事業者は、休日や夜間等に緊急受入の要請があった場合でも対応できるよう体制を整えておくものとし、休日、夜間等で相談員等が不在であったとしても一旦受入、保護を行うものとする。また、医療機関の診療時間外に受入においても、受入を実施するものとして、翌日以降、必要に応じて速やかに医療機関への受診等をさせるものとする。

４　ベッド確保事業者は、確保した１床分に事業利用者を受入れている場合でも、通常の施設運営に支障がない範囲で、更に事業利用者の受入及び第６条に定めるサービスを提供できるものとする。ただし、この場合は、第４条２項は適用しない。

５　ベッド確保事業者以外で、事業の内容に賛同し、事業者が運営する施設において事業実施に協力できる事業者(以下、「協力事業者」という。)は、当該施設の通常の施設運営に支障がない範囲で、事業利用者の受入及び第６条に定めるサービスを提供するものとする。

（実施事業者）

第５条　本事業の実施事業者は、別表１に掲げる事業者とする。

（提供サービス）

第６条　事業利用者への提供サービスは次のとおりとする。

(１)事業利用者に要支援・要介護認定がある場合は、施設との契約に基づき介護保険法に規定する短期入所生活介護等のサービスを提供するものとする。

(２)事業利用者に要支援・要介護認定がない場合は、介護保険法に規定する要支援１相当の介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護又はそれに準ずるサービスを提供するものとする。

(３)川崎市が保護した事業利用者の身元が判明せず、要支援・要介護認定の有無が確認できない場合は、要介護１相当の短期入所生活介護又は短期入所療養介護又はそれに準ずるサービスを提供するものとする。

２　本要綱における要支援・要介護認定がない場合には、要支援・要介護認定申請の結果、非該当となった者も含むこととする。

３　実施事業者は、事業利用者に対して、当該施設の通常の施設利用者（本入所や短期入所）と同等の対応をするものとする。

４　受入施設までの移送手段は、原則として、事業利用者本人又はその親族等が手配するものとする。なお、事業利用者が希望した場合、実施事業者は可能な範囲で送迎に協力するものとする。

５　本事業による入所中に、事業利用者に急な体調変化等があった場合は、原則として、実施事業者が対応する。ただし、実施事業者のみでの対応が困難な場合は、福祉事務所と連携・調整して行うものとする。なお、事業利用者に要支援・要介護認定がない場合（不明含む）も、同様とする。

６　要支援・要介護認定のある事業利用者が希望する場合は、受入施設と協議の上、本事業利用後も、引き続き、契約による利用ができるものとする。この場合は、第４条１項に規定するベッド１床分の確保枠からは外れるものとする。

（利用期間）

第７条　本事業における利用期間は、次の期間とする。

（１）事業利用者に要支援・要介護認定がある場合の利用期間は、介護保険法に定める範囲とする。

（２）事業利用者に要支援・要介護認定がない場合の利用期間は、１年間で30日を上限とする。

（３）事業利用者が川崎市に保護された身元不明の徘徊高齢者等の場合は、１回の利用につき７日以内とする。ただし、利用期間後も利用要件に該当し、他に代わる手段がない場合、福祉事務所長は、受入施設と協議の上、更に７日を限度に必要最小限の範囲で、利用期間の延長を認めることができる。

（費用の算定及び負担区分）

第８条　本事業の利用に伴う費用の算定及び負担区分は次のとおりとする。

（１）事業利用者に要支援・要介護認定がある場合は、事業者との契約に基づき介護保険法に基づく利用料、居住費及び食費等を施設に支払うものとする。ただし、介護保険の支給限度額を超えて事業を利用する場合は、施設で定める利用料を全額自己負担で支払うものとする。また、事業利用中に施設での生活上発生した費用の実費分を支払うものとする。

（２）事業利用者に要支援・要介護認定がない場合は、別表２のとおりとする。また、事業利用中に施設での生活上発生した費用の実費分を支払うものとする。ただし、家族の一時的な旅行等、第３条に該当しない本人又は家族の都合を理由として一時入所する場合には、事業利用に伴う費用の全額を本人又は家族の負担とする。

（３）事業利用者が川崎市に保護された身元不明の徘徊高齢者等で、要支援・要介護認定の有無が不明な場合の費用の算定及び負担区分は、次のとおりとする。

ア　事業利用期間中に身元が判明し、事業利用者に要支援・要介護認定がある場合は、区役所は速やかに、事業利用者を担当する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し、判明時点から受入事業者と契約したものとして第８条（１）と同じ取扱いとする。また、事業利用者を担当する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの連携ができず、受入施設との契約が困難な場合における費用の算定及び負担区分は、別表３のとおりとする。

イ　事業利用期間中に身元が判明したが、事業利用者に要支援・要介護認定がない場合又は身元が判明せず、要支援・要介護等認定の有無が不明な場合の費用の算定及び負担区分は、別表３のとおりとする。

（４）事業利用者に要支援・要介護認定がない場合又は川崎市に保護された身元不明の徘徊高齢者等で、身元判明時に本人に要支援・要介護認定がない場合かつ本人又はその家族等が生活保護受給者等である若しくは事業利用者の身元が判明しない場合で、支払い能力がないと認められる場合は、本人負担額について川崎市が負担する。

なお、本人が生活保護受給者であり、要支援・要介護認定がある場合は、保護課と連携・調整の上、可能であれば、生活保護制度における介護扶助により負担する。

（５）川崎市は、必要に応じて、別表４の費用を事業者に支払うものとする。

（６）川崎市は、ベッド確保事業者に対して別表５にある費用を前金払いにて支払うものとする。

（７）川崎市は、受入れを行ったベッド確保事業者及び協力事業者に対して、別表２及び３にある川崎市負担分の費用を支払うものとする。

（８）移送や健康診断に係る費用は、原則として、事業利用者本人又は親族等が負担する。事業利用者が、川崎市が保護した徘徊高齢者等の場合で、本人又は家族等が生活保護受給者等のため、福祉事務所長が支払い能力がないと認める場合に限り、川崎市が負担する。

（９）事業利用料について、本人負担分については、事業利用者本人又は家族等が、事業者からの請求に基づき、支払うものとする。

また、川崎市負担分については、事業者からの請求に基づき、川崎市が支払うものとする。なお、川崎市が負担した本人負担額及び移送や健康診断に要した費用について、後に事業利用者本人又は家族等に支払い能力があると判明した場合には、その費用について利用の決定を行った福祉事務所長が、事業利用者本人又は家族等に請求するものとする。

(10)本要綱でいう生活保護受給者等とは、事業利用者の属する世帯が生活保

護を受けている場合又は市町村民税の所得割を課されていない場合又は事業利用者が虐待等により、利用料の負担が特に困難と認められる場合を指すものとする。

（利用手続き）

第９条　事業の利用希望者は「川崎市高齢者緊急一時入所事業利用申込書」（第１号様式）、「生活状況等調書」（第２号様式）及び「老人福祉施設入所等にかかわる健康診断（証明）書」（参考様式）をその居住地を所管する福祉事務所に提出する。

なお、事業利用希望者に要支援認定がある場合は、住所地を所管する地域包括支援センターのケアマネジャーに、事業利用希望者に要介護認定がある場合は、担当居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談の上、利用申し込みを行うものとする。

また、健康診断（証明）書は参考様式と同程度の内容であれば、必ずしも当該様式である必要はないものとする。

２　福祉事務所は、速やかに、申込書等に基づき事業利用者の利用要件、利用期間及び身体状況等を確認の上、「川崎市高齢者緊急一時入所事業受入依頼書」（第３号様式）に「生活状況等調書」（第２号様式）付して事業者に送付し、受入依頼を行う。依頼を受けた事業者は受入の可否について確認の上、速やかに、「川崎市高齢者緊急一時入所事業にかかる利用承諾・不承諾書」（第４号様式）により回答する。

３　福祉事務所長は、事業利用希望者及び利用施設に「川崎市高齢者緊急一時入所事業利用決定通知書」（第５号様式）を送付するものとする。

４　要支援・要介護認定のある事業利用者は、担当する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャー等と連携し、送付された「川崎市高齢者緊急一時入所事業利用決定通知書」に基づき、速やかに受入事業者と

介護保険上必要な契約等の手続きを行う。

５　福祉事務所長は、利用の申出を却下したときは、「川崎市高齢者緊急一時入所事業利用却下通知書」（第６号様式）により、事業利用者あて通知するものとする。

６　受入実施日の施設までの移送は、原則として、事業利用者本人又は家族等が実施する。

なお、施設に送迎を依頼することもできるが、その場合は、本人負担分に送迎費を加算する。

（緊急時の取扱い）

第10条　福祉事務所長は、身元不明の高齢者等を保護した場合で、緊急を要すると認めるときは、第９条の規定による申請手続を省略して事業者に受入れを要請し、サービスの実施をすることができる。この場合において、福祉事務所長は、次に掲げる事項について調査するとともに、事業者と連携して速やかに所定の手続を行うものとする。

（１）年齢、居住地及び家族等緊急連絡先

（２）要介護・要支援認定の有無

（３）要支援・要介護認定がある場合はサービス利用の状況

２　福祉事務所長は、身元等が判明した場合は、速やかに事業者、家族等、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャー等の関係者と連携して、その後の支援について協議するものとする。

（業務の報告等）

第11条　ベッド確保事業者は、四半期ごとに「川崎市高齢者緊急一時入所事業利用状況報告書」（第７号様式）により、市長に利用実績を報告する。

２　事業者は、事業利用があった際は、「川崎市高齢者緊急一時入所事業実施報告書」（第８号様式）、請求書及び関係資料を、市長あて提出する。

３　市長は、前項の報告書及び請求書に基づき、事業者に対し、費用を支払う。

（衛生用品等経費の支弁）

第12条　川崎市は、事業利用者退所日を起算日として14日以内に、施設内で事業利用者が原因と推測される新型コロナウイルス感染症等が発生した場合、事業者と協議の上、施設運営費に必要な衛生用品の確保等の経費を、別表６のとおり支弁するものとする。事業者は、「川崎市高齢者緊急一時入所事業実施後の衛生用品等使用報告書」（様式９号）、請求書及び関係資料を、市長あて提出するものとする。

２　市長は、前項の報告書及び請求書に基づき、事業者に対し、費用を支払う。

（その他）

第13条　本事業の実施にあたっては、この要綱及び仕様書に定めるもののほか、介護保険法の定めるところによる。また、この要綱及び仕様書に定めのない事項については、事業者と協議の上、健康福祉局長が定めるものとする。

附　則

（施行規則）

１　この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

（川崎市養護老人緊急一時入所事業実施要綱等の廃止）

２　本要綱の施行に伴い、川崎市養護老人緊急一時入所事業実施要綱及び川崎市高齢者等短期入所ベッド確保事業実施要綱は、廃止する。

（施行規則）

３　この改正要綱は、令和８年４月１日から施行する。

別表１（第５条関係）

本事業の実施事業者

●ベッド確保事業者

事業者名	実施施設	施設住所
社福）中川徳生会	介護老人福祉施設　ビオラ川崎	川崎市川崎区小田栄２－１－７
社福）照陽会	介護老人福祉施設　みんなと暮らす町	川崎市幸区東古市場116－12
社福）照陽会	特別養護老人ホーム　陽だまりの園	川崎市高津区諏訪２－10－15
社福）照陽会	介護老人福祉施設　太陽の園	川崎市多摩区栗谷２－16－６

●協力事業者

事業者名	実施施設	施設住所
社福）和楽会	特別養護老人ホーム　夢見ケ崎	川崎市幸区南加瀬１－７－14
医）興生会	介護老人保健施設　ベルサンテ	川崎市高津区久末703－４

別表２（第８条関係）

事業利用者に要支援・要介護認定がない場合の利用料（事業利用者からの申込があった場合）

<table>
<tr><td rowspan="2">世帯区分</td><td colspan="3">利用者負担額</td><td>川崎市負担額</td></tr>
<tr><td>利用料／日</td><td>送迎費用／回</td><td>食費・日用品費／日</td><td>利用料・送迎費用</td></tr>
<tr><td>生活保護世帯等</td><td>０円</td><td>０円</td><td rowspan="2">食費：下記の定めによる

日用品費：施設の定めた実費相当額</td><td rowspan="2">利用料：受入施設に応じた各施設の区分に応じた介護予防短期入所生活介護費（要支援１）又は介護予防短期入所療養介護費（要支援１）の単位数に、受入施設が取得している各種加算における単位数を足した単位数により算定した額から事業利用者負担額を減算した額
送迎費用：１，８０１円／回</td></tr>
<tr><td>その他の世帯</td><td>受入施設に応じた各施設の区分に応じた介護予防短期入所生活介護費（要支援１）又は介護予防短期入所療養介護費（要支援１）の単位数に、受入施設が取得している各種加算における単位数を足した単位数により算定した額に10％を乗じて得た額（小数点以下四捨五入）に、下記に定める居室ごとの居住費を加えた額</td><td>200円</td></tr>
</table>

別表３（第８条関係）

事業利用者に要支援・要介護認定がない場合の利用料（身元不明の徘徊高齢者等で川崎市が保護した場合）

世帯区分	利用者負担額		川崎市負担額	
	利用料／日	送迎費用／回	食費・日用品費／日	利用料・移送費用
生活保護世帯等	０円	０円	食費：下記の定めによる 日用品費：施設の定めた実費相当額	利用料：受入施設に応じた短期入所生活介護費（要介護１）又は介護予防短期入所療養介護費（要支援１）の単位数に、受入施設が取得している各種加算における単位数を足した単位数により算定した額に10％を乗じて得た額から事業利用者負担額を減算した額
その他の世帯	受入施設に応じた短期入所生活介護費（要介護１）又は介護予防短期入所療養介護費（要支援１）の単位数に、受入施設が取得している各種加算における単位数を足した単位数により算定した額に10％を乗じて得た額（小数点以下四捨五入）に、下記に定める居室ごとの居住費を加えた額	200円		

※別表２及び別表３に定める居住費及び食費は厚生労働省が定める基準費用額を用いるものとし、当該金額が変更になった場合は、変更後の金額を用いるものとする。

●基準費用額（令和６年８月以降）

項目	日額
食費	1,445円
多床室	915円
従来型個室	1,231円
ユニット型個室的多床室	1,728円
ユニット型個室	2,066円

別表４（第７条関係）

事業実施に伴う各種加算について

名称	加算額	加算要件
事業協力加算	1,000円／日	事業利用者の受入を実施した場合に加算する。
医療対応加算	10,000円／回	事業利用者の体調急変時等で、施設が単独で医療機関等の受診付き添い等の対応を行った場合に加算する。
緊急受入加算	8,000円／日	川崎市が保護した者を緊急的に受け入れた場合に、事業協力加算と別に加算する。（上限７日）
要配慮ケア加算	12,000円／日	川崎市が保護した者が、認知症や軽度の風邪症状等（軽症の新型コロナウイルス陽性者含む）、特に配慮を必要とする者であった場合に加算する。

別表５（第７条関係）

ベッド確保料

名称	支払額	支出要件
ベッド確保料	2,500,000円／年	ベッド確保事業者に対し、年度当初に支払う。

別表６（第１２条関係）

衛生用品等経費の支弁対象及び限度額

限度額／回	対象経費	支出要件
500,000円	①マスク、消毒用アルコール、ガウン等の衛生用品の購入経費 ②その他、施設運営の維持に要した消耗品の購入経費	事業利用者退所日を起算日として、１４日以内に、受入施設内で事業利用者が原因と推測される新型コロナウイルス感染症等が発生した場合

（第１号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業利用申込書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川崎市　　福祉事務所長

申出者　住所　　区
氏名
電話　　（　　）
利用者との続柄

川崎市高齢者緊急一時入所事業のサービス利用を申出ます。

<table>
<tr><td rowspan="15">利用希望者</td><td>利用希望施設名</td><td colspan="5"></td><td colspan="5">必ずしも御希望の施設を利用できるわけではありません。</td></tr>
<tr><td>利用期間</td><td colspan="10">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>介護保険被保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="5"></td><td>□</td><td colspan="4">本サービスの利用に必要な市が保有する情報について、関係機関に提供することを同意します。</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="10">明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>性　　別</td><td colspan="3">□男　□女</td><td>電話番号</td><td colspan="6">（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10">〒</td></tr>
<tr><td>要介護度</td><td colspan="10">□要支援（　１　２　）　□要介護（　１　２　３　４　５　）　□なし</td></tr>
<tr><td>世帯の状況</td><td colspan="10">□ひとり暮らし　□高齢者世帯　□日中独居　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>経済状況</td><td colspan="10">□特になし　□生活保護受給世帯　　□市町村民税所得割非課税世帯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">緊急連絡先</td><td>氏　名</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td colspan="5">（　　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">地域包括支援センター又は担当ケアマネジャー</td><td>氏　名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="5">担当者と調整　　□済</td></tr>
<tr><td>利用申込理由（介護者の状況含む）</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">家族の状況</td><td colspan="3">氏　　名</td><td colspan="2">性　別</td><td>年齢</td><td>続柄</td><td colspan="2">同居別居</td></tr>
<tr><td rowspan="2">主な介護者</td><td>１</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">男・女</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>２</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">男・女</td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※事業利用中に利用者の体調が急変した場合、受入施設から緊急連絡先に連絡しますので御対応願います。

※要介護度の「なし」には、要支援・要介護認定申請の結果、非該当となった者も含みます。

（第２号様式）

生活状況等調書

利用希望者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）記入者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　関係（＿＿＿＿）

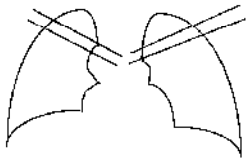
<table>
<tr><td colspan="3">入居希望者の状況（記入日　令和　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">身体の状況</td><td>食　事</td><td>１　自立　　２　一部介助　　３　全介助
（食事の種類　□常食　　□半粥　　□全粥　　□ミキサー）</td></tr>
<tr><td>排　泄</td><td>１　自立　　２　一部介助　　３　全介助
（おむつの使用　□なし　　□昼夜　　□夜間のみ）</td></tr>
<tr><td>入　浴</td><td>１　自立　　２　一部介助　　３　全介助</td></tr>
<tr><td>着脱衣</td><td>１　自立　　２　一部介助　　３　全介助</td></tr>
<tr><td>移　動</td><td>１　自立　　２　一部介助　　３　全介助
（歩行　□つかまり歩き　　□杖使用　　□車椅子　　□ねたきり）</td></tr>
<tr><td>視　力</td><td>１　普通　　２　やや悪い　　３　人の動きがわかる程度</td></tr>
<tr><td>聴　力</td><td>１　普通　　２　やや悪い　　３　大声が聞き取れる
（補聴器　□使用）</td></tr>
<tr><td>言　語</td><td>１　普通　　２　聞き取りにくい　　３　聞き取れない</td></tr>
<tr><td>認知症等の状況

＊症状のある方のみ記載してください。</td><td colspan="2">１　認知症の症状が見られるも、日常生活はほぼ自立している。
２　日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、介護を必要とする。
３　日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常時介護を必要とする。
＊次のような行動がある場合は、すべてにチェックしてください。（複数可）
１　乱暴なふるまいを行う　□時々ある　□常にある
２　自分の体を傷つける　□時々ある　□常にある
３　火の不始末がある　□時々ある　□常にある
４　家中や屋外をあてもなく歩き回る　□時々ある　□常にある
５　興奮したり騒いだりする　□時々ある　□常にある
６　不潔な行為がある　□時々ある　□常にある
７　失禁する　□時々ある　□常にある
８　その他　□時々ある　□常にある</td></tr>
<tr><td>疾病の状況</td><td colspan="2">＊　現在治療中の病気・今までかかった病気
<table><tr><th>病　名</th><th>医療機関</th><th>治療中</th><th>既往症</th></tr><tr><td></td><td></td><td>年
月～</td><td>年頃</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年
月～</td><td>年頃</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年
月～</td><td>年頃</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>医療的処置</td><td colspan="2">１　経管栄養　　２　人工肛門　　３　胃ろう　　４　インシュリン注射
５　カテーテル等　６　その他（　　）</td></tr>
</table>

参考様式

老人福祉施設入所等にかかわる健康診断（証明）書

氏名			住所	
性別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
診断名				
現病歴				
既往歴				

血圧 ・ 脈拍	血圧　　/　　mmHg　脈拍　　回/分		
感染症 検査日 年 月 日	梅毒	梅毒脂質抗原使用検査［定性］（－・－） TPHA試験［定性］（　・　）	胸部X線（撮影日　　年　　月　　日） 所見  異常あり・異常なし
	肝炎	HBs抗原（－・－）　抗体価（　　） HCV抗体価（－・－）　抗体価（　　）	
	皮膚真菌	1．白癬　（＋・－） 2．疥癬　（＋・－）部位（　　） 3．その他（　　）	
	MRSA	（咽頭または鼻腔）	結核の既往　無・有　（　　歳）

検査（任意） ※入所にあたって特に検査が必要な場合に記入してください。	1　血液：赤血球数（　　）血色素（　　）白血球数（　　）血小板数（　　） ヘマトクリット（　　）　血沈（　　） 2　尿：蛋白（　　）　糖（　　）　潜血（　　） 3　生化学：総蛋白（　　）アルブミン（　　）クレアチニン（　　）尿素窒素（　　） 尿酸（　　）γGTP（　　）GOT（　　）GPT（　　）総コレステロール（　　） CRP（　　）血糖（　　）HbA1c（　　） 4　心電図：　異常所見　無　・　有　（　　） 5　その他：　　※（採血年月日　　年　　月　　日）

入所等に係る医師の意見（バルーンカテーテル・ペースメーカー等装着している医療機器があれば記入してください。また、新型コロナウイルス感染症の感染歴、ワクチンの接種歴、インフルエンザの予防接種履歴等、わかる範囲で記入してください。）

上記のとおり診断（証明）します。

年　　月　　医療機関名　　（診療科：　　）

所在地

医師氏名　　㊞

（第３号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業受入依頼書

令和　　年　　月　　日

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様

川崎市　　福祉事務所長

川崎市高齢者緊急一時入所事業実施要綱第９条に基づき、次の者の受入を貴施設に依頼いたします。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>男
女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日生
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">状況</td><td>要介護度</td><td colspan="5">□要支援（　１　２　）□要介護（　１　２　３　４　５　）□なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター</td><td colspan="5">□あり　　□なし</td></tr>
<tr><td colspan="5">ありの場合
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>世帯状況</td><td colspan="5">□ひとり暮らし　□高齢者世帯　□日中独居　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td colspan="5">□あり　　□なし</td></tr>
<tr><td>受入期間</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">送迎</td><td colspan="5">□本人若しくは家族が実施　　□施設に依頼</td></tr>
<tr><td colspan="5">施設に送迎を依頼する場合　　□往路　□復路　□往復
※１回の利用につき費用負担が発生します。（往復だと２回）

送迎場所（住所　　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

※要介護度の「なし」には、要支援・要介護認定申請の結果、非該当となった者も含みます。

（第４号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業にかかる利用承諾・不承諾書

（あて先）
川崎市　　福祉事務所長

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日付け入所依頼のありました件について、次のとおり、回答します。

氏　　名	
受入期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで
受入の可否	□承諾　　□不承諾
	不承諾の場合の理由
送迎の可否	□承諾　　□不承諾

（第５号様式）

川　　第　　号
年　　月　　日

様

川崎市　　福祉事務所長

川崎市高齢者緊急一時入所事業利用決定通知書

令和　　年　　月　　日付に申込のありました川崎市高齢者緊急一時入所事業の利用につきましては、次のとおり決定しましたので、通知します。

利　用　者	様
利用施設名	（電話　　－　　－）
利 用 期 間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日（　　日間）
送 迎 可 否	□可能　　□不可 ※１回の利用につき費用負担が発生します。
その他事項	１　事業利用に伴い発生する本人負担額については、受入施設からの請求に基づきお支払いください。 ２　事業利用中に利用者の体調が急変した場合、受入施設から緊急連絡先に連絡しますので、御対応願います。 ３　事業利用中に利用者の体調が急変した場合等で、医療費その他事業利用中に発生した費用等については、後日、利用者本人又は親族の方に請求いたします。

（問い合わせ先）
〒　　－
区役所高齢・障害課高齢者支援係
電話番号　　－　　－

（第６号様式）

川　　第　　号
年　　月　　日

様

川崎市　　福祉事務所長

川崎市高齢者緊急一時入所事業利用却下通知書

令和　　年　　月　　日付に申込のありました川崎市高齢者緊急一時入所事業の利用につきましては、次のとおり利用を却下いたしますので、通知します。

利　用　者	様
利用施設名	（電話　　－　　－）
却 下 理 由	

問い合わせ先）
〒　　－
区役所高齢・障害課高齢者支援係
電話番号　　－　　－

（第７号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業利用状況報告書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川　崎　市　長

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

理事長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、川崎市高齢者緊急一時入所事業の利用状況について報告します。

実施施設＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年度第　　四半期分）

月	合計日数	合計人数	内訳			受入不可の理由
			日数	人数	状況	
					要支援・要介護認定あり	
					要支援・要介護認定なし	
					市が保護した者	
					受入不可	
					要支援・要介護認定あり	
					要支援・要介護認定なし	
					市が保護した者	
					受入不可	
					要支援・要介護認定あり	
					要支援・要介護認定なし	
					市が保護した者	
					受入不可	

※要支援・要介護認定なしには、要支援・要介護認定申請の結果、非該当となった者も含みます。

（第８号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業実施報告書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川　崎　市　長

住　所
法人名
理事長

次のとおり、川崎市高齢者緊急一時入所事業を実施したので報告します。

実施施設　　（令和　　年　　月分）

利用者氏名	要支援･要介護認定		世帯の状況		利用期間	移送回数	医療対応回数	緊急受入	要配慮ケア	依頼地区
	あり	なし	生保	その他						
（記入例）	○			○	R7.4.1～4.10	2	1	○	○	川崎区

※要支援・要介護認定なしには、要支援・要介護認定申請の結果、非該当となった者も含みます。

合　　計	項　　目	要支援・要介護認定			
		あり		なし	
		世帯の状況		世帯の状況	
		生保	その他	生保	その他
	対象者数	人	人	人	人
	延べ日数	日	日	日	日

	世帯状況	利用料	移送費	各種加算額	合計
委　託　料 （川崎市負担分）	生活保護	円	円	円	円
	その他	円	円	円	円
	合　　計	円	円	円	円

【検査確認書】
川崎市高齢者緊急一時入所事業（令和　　年　　月分）

令和　　年　　月　　日

健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課　　検査員　　印

上記につき検査し履行されたことを確認しました。

（第９号様式）

川崎市高齢者緊急一時入所事業実施後の衛生用品等使用報告書

令和　　年　　月　　日

住　所
法人名
理事長

次のとおり、報告します。

１　発生状況

施設名	
事業利用者名	
利用期間	
感染症等発生日	
感染症等発生状況 ●感染症名や発生の状況（人数や場所等）、事業利用者との関係等、具体的に御記載ください。	
区衛生課への連絡	有（担当者名　　）　　無

２　衛生用品等使用報告書

使用した衛生用品等を御記載ください。
費用合計　　円

使用した衛生用品等を補填した場合の領収書の写しを添付して御提出ください。