

医療系ショートステイ利用のための
ガイドブック

令和元年11月

富山県厚生部高齢福祉課
(一社)富山県介護支援専門員協会

目 次

I 「医療系ショートステイ病床確保事業」の利用について	1
1 目的	1
2 事業概要	1
3 フローチャート（基本）	2
4 受入医療機関	3
5 Q & A	3
II 医療処置等の実施状況	5
III 各病院の利用方法	
(1) 医療法人社団平成会桜井病院	6
(2) 医療法人社団いずみ会温泉リハビリテーションいま泉病院	11
(3) 医療法人光ヶ丘病院	14
(4) 医療法人社団寿山会あおい病院	18
資料編	
(1) 課題分析標準項目	22
(2) 「診療情報提供書」（医科診療報酬点数表（別紙様式11））	23
(3) チラシ	
① ケアマネジャー編	24
② 医療機関編	26
③ ご利用者編	28
(4) 利用事例	30
(5) 「医療系ショートステイ病床確保事業」の利用に関するアンケート結果	31

富山県では、家族等の介護者が急病・急用などで在宅での介護ができなくなった場合や、介護者の予定外に必要な休息に対応するため、県内4か所の医療機関に、医療系ショートステイの専用病床を確保しています。

この事業は、要介護者の心身機能を維持しながら、家族等の介護者の身体的・精神的負担を軽減し、医療の管理を必要とする要介護者が、安心して在宅での生活を継続していくことを目的としています。

ケアマネジャーの皆様をはじめ、医療関係者等の皆様には、事業の趣旨をご理解いただき、積極的にご利用ください。

I 「医療系ショートステイ病床確保事業」 利用について

1 目的

富山県内では、介護老人保健施設や介護療養病床等の利用率が 96～98%と非常に高いことから、介護者の急病時等に、医療を受けて一時入所できる短期入所療養介護施設（医療系ショートステイ施設）を見つけることが困難な状況にあると考えています。

このため、県では、家族等の介護者が急病・急用等により介護できなくなったときなど、予定外の医療系ショートステイが必要となった場合に備え、必要最小限見込まれる病床を確保し、速やかな入所を図り、安心した在宅療養の継続と家族等の介護者の負担軽減を進めることとしています。

2 事業概要

介護保険法の指定を受けた病院（短期入所療養介護事業所）で、医療系ショートステイ専用の病床を確保する。

(1) 利用対象者：医療処置が必要で、病状が安定している在宅の要介護者

①介護者が急病、急用、事故等により介護ができなくなったとき

例) 病気・入院、葬儀・法事、事故、地区の行事、出張など

②介護者に予定外にレスパイトが必要になったとき

レスパイトの目的で、不定期な利用。なお、1～2 ヶ月おきなどの定期的な利用は対象となりません。

(2) 利用者負担：介護保険制度の通常の利用料と食費等の自己負担分

(3) 利用期間：1回の利用で、原則7日以内

(4) 病床確保病院（1か所あたり1床、4医療圏で4床を確保）

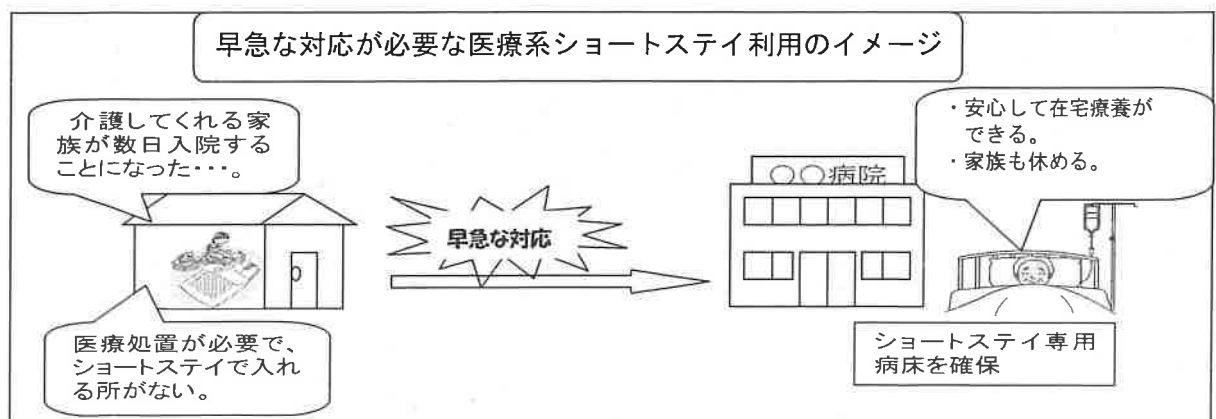
新川医療圏 桜井病院（黒部市）

富山医療圏 温泉リハビリテーション いま泉病院（富山市）

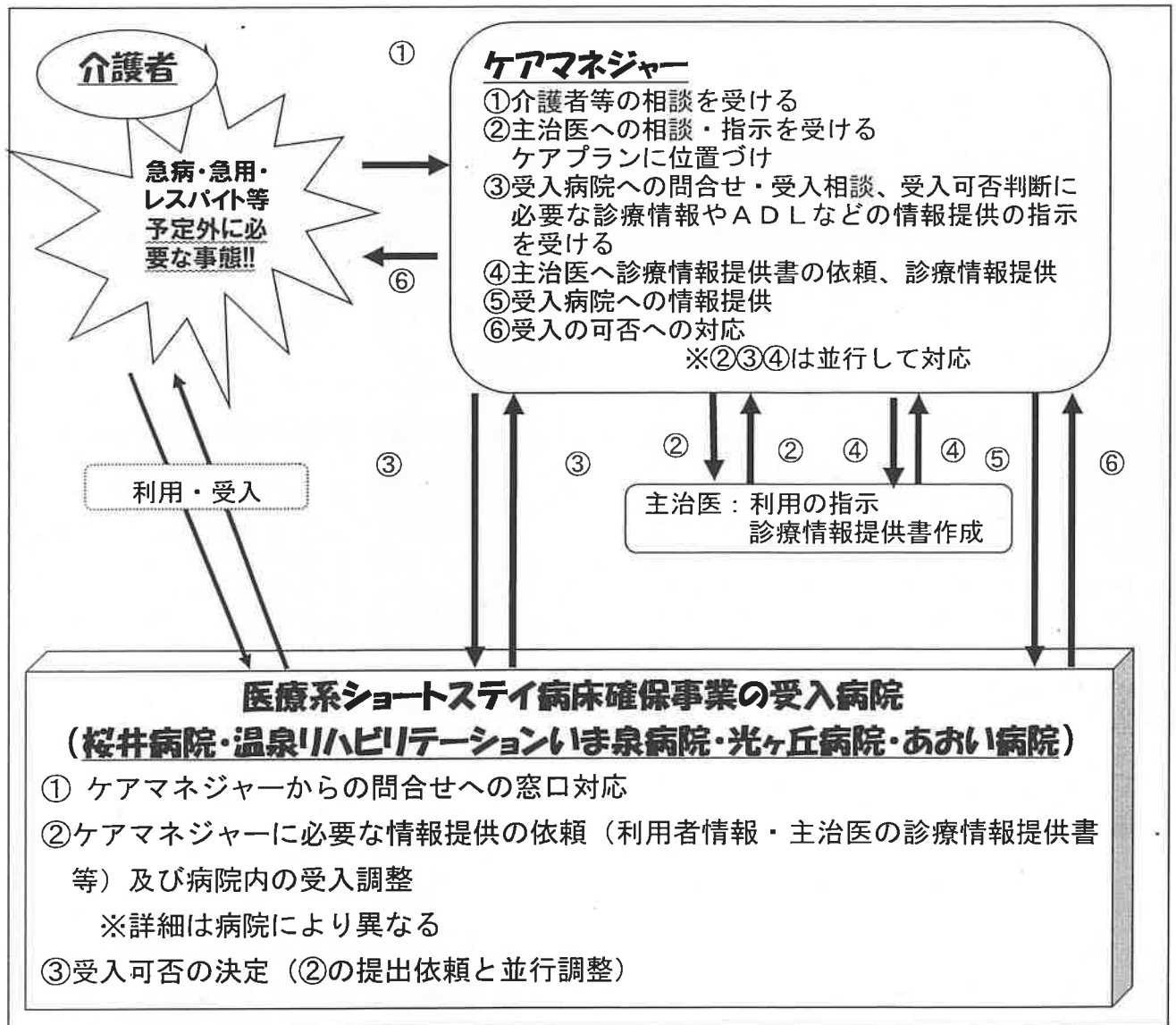
高岡医療圏 光ヶ丘病院（高岡市）

砺波医療圏 あおい病院（砺波市）

(5) 主な医療処置：吸痰、胃ろうの管理、経鼻栄養の管理、尿カテーテルの管理、酸素療法、褥瘡の処置 など



3 本事業利用のフローチャート（基本）



○ケアマネジャーの皆様へ

利用に際しては、主治医の指示や診療情報提供書が必要となりますので、スムーズな利用につなげるためにも、日頃より、主治医と連携を図ることが、ケアマネジャーの重要な役割になります。

○主治医の皆様へ

本事業には、主治医の利用指示と入所先への診療情報提供書の提出が不可欠であり、利用の相談がケアマネジャー（場合によっては、利用者のご家族等）よりあった場合には、できるだけ速やかに入所の指示のご判断と「診療情報提供書」の作成と提供をお願いいたします。

4 医療系ショートステイ病床確保事業 受入医療機関

病院名 (窓口)	住所	TEL(代表) FAX	受付時間
医療法人社団平成会 桜井病院 (地域医療連携室)	〒938-0801 黒部市荻生 6675-5	TEL 0765-54-1800 FAX 0765-54-4001	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団いずみ会 温泉リハビリテーション いま泉病院 (地域医療連携室)	〒939-8075 富山市今泉 220	TEL 076-425-1166 FAX 076-425-1228	平日 9時～17時 土曜(第2・4土曜休診) 9時～12時
医療法人光ヶ丘病院 (地域医療連携室)	〒933-0824 高岡市西藤平蔵 313	TEL 0766-63-5353 FAX 0766-63-5716	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団寿山会 あおい病院 (医療系ショートステイ相談窓口)	〒939-1307 砺波市堀内 18-1	TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	平日 9時～17時 土曜 9時～12時

5 医療系ショートステイの利用におけるQ&A

Q1：利用の対象者は？

A1：医療依存度が高く、病状が安定している要介護者で在宅療養中の方（医療処置が必要で、主治医が短期入所療養介護の必要性を認めた方）です。

医療処置の例—胃ろうの管理、吸痰、経鼻栄養の管理、尿カテーテルの管理、酸素療法、褥瘡の処置、内服薬・食事の管理 など

Q2：利用できるのはどのような場合か？

A2：介護者が、次の（1）あるいは（2）に該当する場合です。

（1）急病、急用等により介護ができなくなった場合
病气・入院、葬儀、法事、地区の行事、出張など

（2）予定外にレスパイトが必要となった場合
レスパイト等の目的で、不定期なもの。なお、定期的な利用は、本事業による確保病床が各医療圏1床（男女）のため、定期利用を認めた場合数人～10人程度で病床が埋まり、介護者の急病時等に対応ができなくなるため、利用はご遠慮いただいています。

Q3：レスパイトの定期的な利用とは、どのようなことさすのか？

A3：定期とは、1ヶ月おきなど、規則的に複数回の利用を予め計画しているものを想定しています。

したがって、不定期とは、ケアプランに位置づけがないが、介護者にレスパイトが必要と認められる場合、またはケアプランに位置づけされていても、入所先の都合により利用できなくなった場合など、予定外に必要性が生じた場合などを想定しています。

Q4：利用手続きは複雑ではないのか？

A4：利用手続きは、通常の短期入所療養介護と原則同じです。

主治医に連絡し、利用の指示をもらうとともに、利用予定の受入病院に相談してください。その後の手続きの流れや、提出が必要な書類等については、各病院にご相談ください。

2回目以降の利用に関しては、病院でも利用者の状況が把握できていれば、一部書類等で簡略化できることもあります。

Q 5 : 利用手続きに時間を要するのではないのか？

A 5 : 通常は1～2日程度の時間を要します。なお、主治医等と密な連絡・連携をとっていただくことで、事態発生の翌日に入所となった例もあります。

Q 6 : 7日以上は利用できないのか？

A 6 : 原則1回のご利用で7日以内です。ただし、事情により、延長が認められる場合があります。

Q 7 : 利用回数の制限はあるのか？

A 7 : 原則、ありません。

Q 8 : 送迎はあるのか？

A 8 : 一部の病院では送迎をしていますが、送迎時間や送迎場所、付き添い等に制約等もあるので、詳細は利用される病院に確認が必要となります。

Q 9 : 今まで一度も利用したことはないが、利用はできるのか？

A 9 : 初めてでも利用はできます。ただし、初回の利用時には、特に、在宅療養中の方の日常生活の状況が具体的に分かるように、病院への情報提供が重要となります。

例)・トイレまでは自力で移動しているが、時間を要する場合が多い。移動の能力はあるため、トイレ以外も壁などをつかまりながら移動している。

・熱発時は、腋下ではなく、ソケイ部を冷やすと、早く解熱する。

Q 10 : 入所を予定していたところ、体調が悪くなってしまったが、入所先で治療を受けることができるのか？

A 10 : 原則、病状が安定している療養中の方を対象としていますので、治療目的の入所はできません。まずは、かかりつけの病院（診療所）を受診され、主治医の指示をもらえることを優先してください。

ただし、入所中に体調が悪くなられた際には、入所先の病院とご相談いただくこととなります。

Q 11 : 難病患者の入院事業とは違うのか？

A 11 : 本事業と富山県厚生部健康課が実施している「在宅難病患者一時入院事業」とは異なりますので、ご注意ください。

富山県厚生部健康課が実施している「在宅難病患者一時入院事業」とは

○対象者：下記（1）～（3）すべてを満たしている方

（1）富山県内に住所を有する方

（2）難病法に定める指定難病の患者及び特定疾患治療研究事業の対象疾患の患者で、次のいずれかの要件を備えている在宅療養中の方→ア 人工呼吸器を使用している方、イ 気管切開をしており、頻回な吸引を必要とする方、ウ 胃ろうを造設している方、エ 医療依存度が高く、常時介護を必要とする方

（3）家族等の介護者の休息（レスパイト）または病気等の理由により一時的に介護が受けられなくなった方

○入院先： 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院、難病医療協力病院

○入院期間： 1人あたり同一年度内 14日以内

○入院費用： 移送費用、差額ベッド代等は自己負担となります。

また、患者さんの状況によっては医療費が発生する場合があります。

II 医療処置等の実施状況

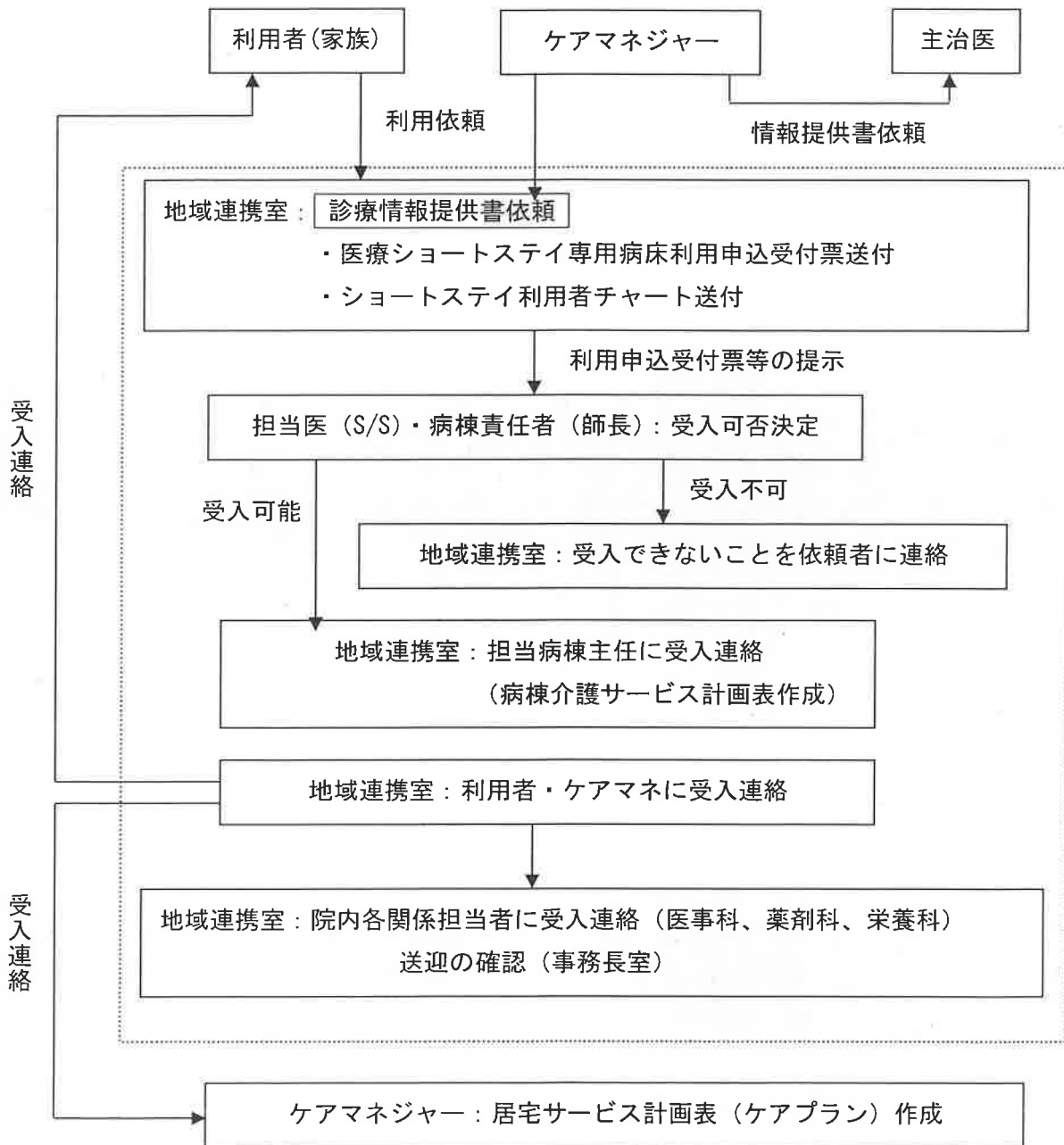
	項目	4病院の実施状況			
		桜井病院	いま泉病院	光ヶ丘病院	あおい病院
医療処置等	ADL全介助	○	○	○	○
	褥瘡	○	○	○	○
	吸痰	○	○	○	○
	酸素療法	○	○	○	○
	人工呼吸器(気管切開)	×	×	△(要医師相談)	×
	特殊酸素(鼻、顔マスク)	○	×	○	×
	気管切開	○	○	○	×
	胃ろう	○	○	○	○
	経鼻栄養	○	○	○	○
	経管栄養	○	○	○	○
	CVポート	○	○	○	○
	腹膜透析	×	×	×	×
	導尿	○	○	○	○
	膀胱ろう管理	○	○	○	○
	尿カテーテル管理	○	○	○	○
	バルーン管理	○	○	○	○
	ストーマ管理	○	○	○	○
	腸ろう	×	○	○	×
	摘便	○	○	○	○
	ガーゼ交換	○	○	○	○
血糖測定、インスリン	○	○	○	○	
内服・食事管理	○	○	○	○	
点滴	○	○	△(要医師相談;微量点滴)	○	

※CVポート:皮下埋没型中心静脈ポート

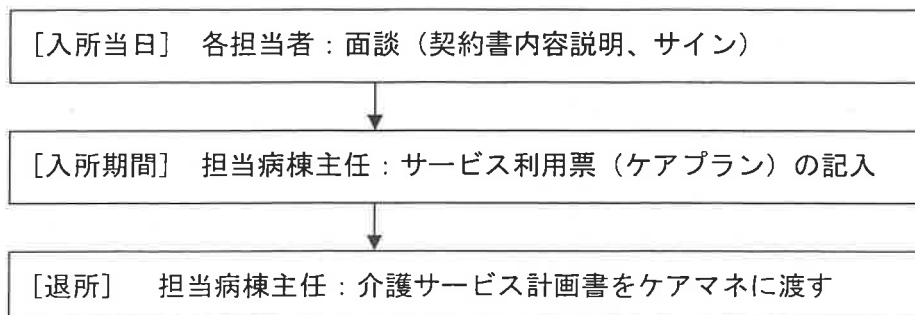
医療系ショートステイ利用フローチャート

医療法人社団平成会 桜井病院

<依頼段階>



<入所～退所期間>



医療ショートステイ専用病床 利用申込受付票

受付日時	年 月 日 () 時頃	受付者	
------	--------------	-----	--

申込者	氏名		TEL	- -	
		家族・ケアマネジャー・主治医・他 ()			
	相談方法	電話 ・ 来院 ・ 他 ()			
	介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
利用内容	利用者名	MTSH 年 月 日生 (歳)			
	住所	〒			
	TEL	- -			
	病名				
	利用者の状況	ADL状況 ・ 食事 ・ 排泄 ・ 歩行 ・ 会話 特記事項			
	利用理由				
	主治医	氏名		病院名	
	担当ケアマネジャー	氏名		事業所名	
	利用希望日 期間・時間	令和 年 月 日 時 ~ 月 日 時まで			
	受入れの判断	・ 受入れ 可 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> その他 ・ 要検討 理由： ・ 受入れ 不可 理由：			
個人情報保護法	・ オープンで良い ・ 保護希望				
急変時の対応	心肺蘇生を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

部署責任者 承認	令和 年 月 日 印
----------	------------

ショートステイ利用者チャート

桜井病院

作成日 令和 年 月 日

*基本情報

氏名		生年月日		歳	
要介護度	有効期限(H・R / / ~ R / /)			住所	
緊急連絡先(複数可)	①	②	③		
主治医					
現病歴・既往歴					
(処方薬)					
障害高齢者の日常生活自立度					
認知症高齢者の日常生活自立度					

*家族(キーパーソンなど)

--

*ADL等(具体的な介助方法や使用している用具、注意点なども分かる範囲で記載するよう願います)

移動 :
食事(内容・形態) :
排泄 :
入浴 :
更衣 :
整容 :
身長・体重: (cm) (kg) (年 月の情報)
医療処置についての詳細な情報:

*サービス利用希望理由

--

担当ケアマネジャー		所属	
-----------	--	----	--

医療系ショートステイを利用される方に

当院に入所されます方は、次の事を了承の上、入所の準備をしてください。
入所中は、担当医・看護師の指示に従い、院内の諸規則を守ってください。
守られない場合には退所していただくことがあります。

1. 入所される病棟	4階 III病棟
2. 入所手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・受付で入所手続きをしてください。 保険証（医療保険・介護保険）、持参されたお薬（ラコール、外用薬、点眼薬なども含めて）、お薬手帳を提出してください。 ・入所に必要な診察が終了した後に入所病棟へご案内いたします。 ・初回入所時には、誓約書・契約書などの書類手続きをしていただきます。（要印鑑）
3. 入所に必要な持ち物	<ul style="list-style-type: none"> ・保険証（医療保険・介護保険） ・身体障害者手帳 ・お薬手帳 ・洗面用具 ・服薬中のお薬全て（ラコール・外用薬・点眼薬等も含む。尚お薬は利用日数より1～2日分余計に） ・印鑑 ・マグカップ（プラスチックなど割れない物） ・うち履きの靴（歩行可能な場合） ・タオル（3枚程度） ・バスタオル（2枚程度） ・ティッシュペーパー ・パジャマ・肌着（3枚程度、前開きでゆったりサイズのもの） ・義歯洗浄剤（義歯入れはプラスチックなど割れない物） ・洗濯物入れ（原則、洗濯物は持ち帰っていただきます。） ・掛物（春・夏はタオルケット、秋・冬は薄手の毛布） ※ 紙オムツ・紙パンツは当院で用意いたします。
4. 送迎について	<p>当院の送迎車利用可能（但し、時間指定あり）です。</p> <p>ご利用の場合は、必ず、付き添いの方に同乗していただきます。</p>
5. その他	<p>ナイフ、はさみ、針等の危険物は持ち込まないようお願いします。</p>

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 _____

_____ 科 _____ 先生 (紹介元医療機関名)

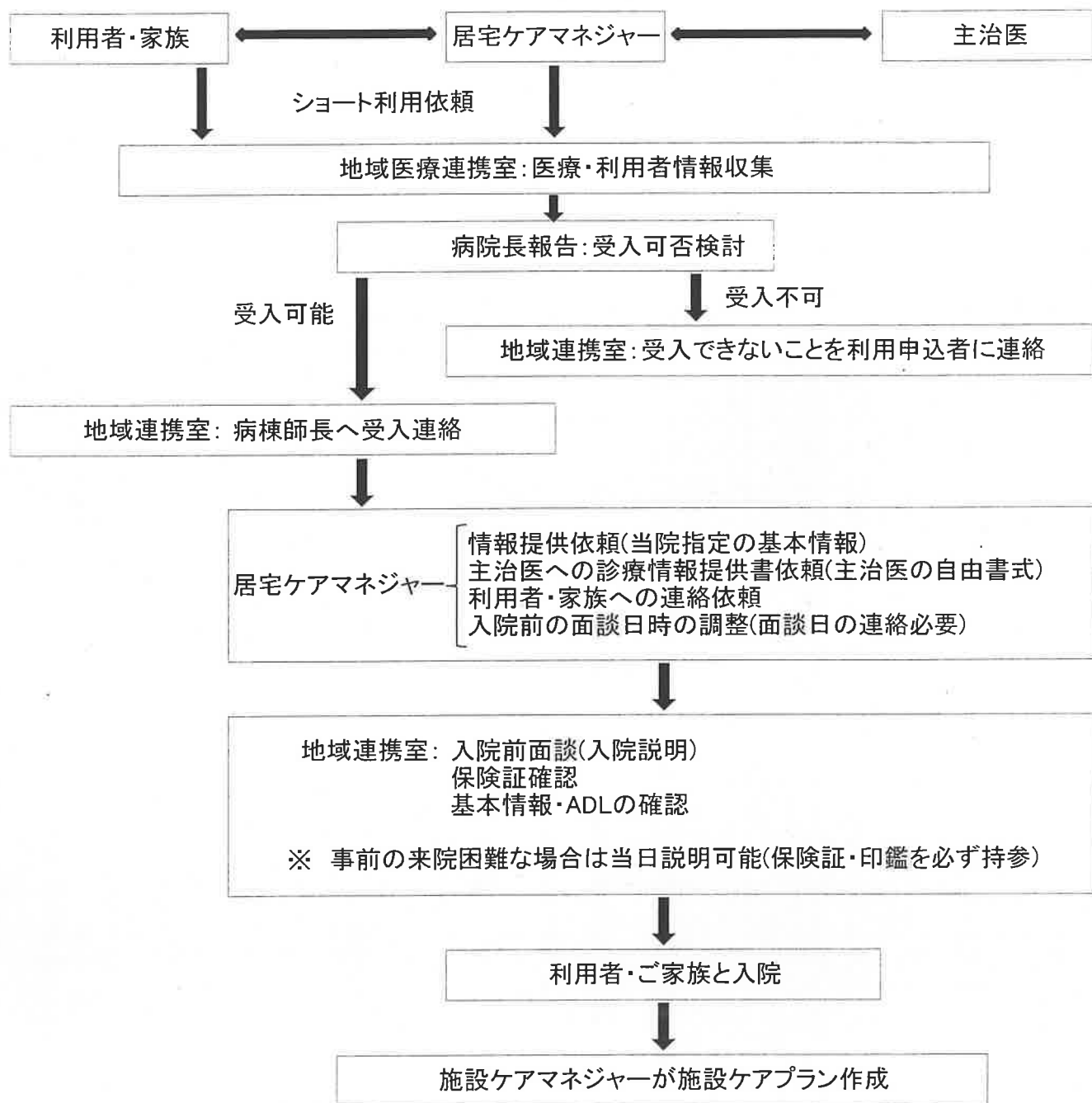
_____ 科 医師氏名 _____ 印

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業	
傷病名及び紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果			
現在の処方		備考	

各医療機関専用の様式で結構です。お持ちでない機関は上記をご利用ください。

いま泉病院 医療系ショートステイ利用フローチャート

医療法人社団いずみ会 介護医療院 温泉リハビリテーションいま泉病院



入院説明

- * 介護医療院契約書
- * 個人情報同意書
- * いま泉病院利用契約書説明
- * 保険証確認(医療保険証・介護保険証・負担限度額認定証 等)

入院基準

- * 原則 1週間以内の利用
- * 要介護認定者の利用(自立は該当しない)
- * 特別な医療行為は不可
 - ・人工呼吸器 等
 - ・腹膜透析

基本情報

受付日 R

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男 女	M/T/S	歳
住所	TEL			
キーパーソン	続柄			
住所	TEL			
緊急連絡先 続柄	①	②	③	
勤務先	TEL			
介護保険	要介護	H・R	年 月 日	～R 年 月 日迄 番号
希望入院期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日迄			
利用理由				
病名		既往歴	感染症(有・無)→	
内服薬				
かかりつけ医		事業所名		
住所		担当ケアマネ		
TEL・FAX		住所		
		TEL・FAX		

個人情報(介助方法・注意点)

医療面	処置状況(経管栄養・CVC(CVP)・吸引・酸素・尿カテーテル・導尿・ストマー・血糖管理・褥瘡・軟膏等)		
移動	麻痺(右・左) 独歩・杖・歩行器・車椅子(自立・見守り・一部介助・全介助) 介助状況→		
食事	食事形態→ 嚥下状況(良・不良) トロム(有・無) アレルギー(有・無)→ (自立・見守り・一部介助・全介助) 介助状況→		
口腔	歯磨き(自立・見守り・一部介助・全介助) 自歯・部分義歯・総義歯(自立・見守り・一部介助・全介助)		
排泄	トイレ(自立・見守り・一部介助・全介助) オムツ・尿カテーテル・人工肛門 介助状況(昼・夜・回数等)→		
入浴	一般浴(自立・見守り・一部介助) 椅子浴(座位可・不可)		
更衣	(自立・見守り・一部介助・全介助) 介助状況→		
コミュニケーション	会話(良・不良) 対応状況→	視力(良・不良) 聴力(良・難聴)	眼鏡(有・無) 補聴器(有・無)
認知面	転倒リスク(有・無) 大声(有・無) 睡眠状態(良・不良) 対応状況→		
備考			

入院時に必要な持ち物 全てに名前記入

医療面	数
内服薬	
外用薬(湿布・点眼等)	
経管栄養ボトル	
栄養チューブ	
特別な栄養剤	
カテーテルチップ	
インシュリン/チップ	
ストマー(排泄袋)	

日用品	
横飲み(必要な方)	1個
電気カミソリ	
シューズ	1個
衣類	
靴下	3組
(オムツは当院指定の物使用)	
帰る時の服	1組

衣類は病衣使用となります。

*** 本人に必要な物**

眼鏡 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 装具 ・ 時計

*** 持ち込み禁止物**

ナイフ・はさみ・針 等の危険物

*** 衣類について**

羽織物などの持参衣類で、高級品・毛糸製品等はトラブルの元になりますので、控えて下さい。

持参衣類には、必ず名前を記入してください。

*** 携帯電話は原則禁止ですが必要な方は師長に相談下さい。**

光ヶ丘病院 医療系ショートステイ 受け入れの流れ

①問い合わせ・相談の対応(電話にて受け入れ対象となるか聞き取り)
※介護保険の方のみ・支援費はこの事業では対象外



②空きベッドの確認・調整(すでに利用がある場合は不可)



③当院より情報の提示を依頼
内容:フェースシート・介護保険証(あれば減額認定証)・診療情報提供書



④情報を確認し、最終的な利用の決定・事前面接日時調整



⑤事前面接・利用確定

光ヶ丘病院 短期入所療養介護(ショートステイ)利用案内

光ヶ丘病院では短期入所療養介護(ショートステイ)事業を行っています。要介護状態になり、且つ看護・医学的管理が必要な方を、短期入所していただき介護サービスを提供しています。また機能回復訓練(リハビリテーション)を希望される方(介護保険のみ)には、1階の機能回復訓練室やお部屋にて機能回復訓練を行います。

<ご利用日> 年中無休 (ベッドの空き状況に応じてご利用いただけます)

<サービス内容>

療養・・・医師や看護職員が療養上の管理、看護、医学的管理をおこないます

食事・・・栄養のバランスを考え、利用者様に合ったお食事をお出しします。
(トロミ付、ミキサー食、心臓病食、糖尿病食等の特別メニューにも対応できます)

※ 経鼻栄養や胃ろうの方は利用日数分の栄養剤をご持参ください

朝食 8:00～8:30

昼食 12:00～12:30

夕食 18:00～18:30

入浴・・・一般浴、生活浴、シャワー浴を身体機能に合わせてご利用いただけます

※入退所時に希望の方はご家庭まで送迎に参ります。(送迎時間、場所により送迎できないこともあります) 片道184円ご負担願います

<ご持参いただく物>

当院では、院内の感染防止と利用者様の入院準備の負担軽減から
入院ケアセット（CSセット）を推奨しております。

なお、ご利用されますと「ご持参頂く物」は、

- 健康保険証(コピーでも可) 介護保険者証(コピーでも可)
- 利用中の情報を記載する為のノート（介護保険の方は介護連絡帳）
- ご利用中の薬 シューズ となります。

<利用料金> 個室（介護保険自己負担分） 1日分

介護保険サービス費 (円)

介護度	基本単位	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	710	710	1,420	2,130
要介護2	813	813	1,626	2,439
要介護3	1,036	1,036	2,072	3,108
要介護4	1,131	1,131	2,262	3,393
み	1,216	1,216	2,432	3,648

基本単位には夜間勤務等加算「4」、褥瘡・感染対策指導管理加算が含まれていますが、リハビリを行った場合は上記に加算されます。

お食事代	1段階	2段階	3段階	4段階
1食	300	390	650	700
2食	300	390	650	1,250
3食	300	390	650	1,650

(経管栄養の流動食など持込の場合は、滞在費のみとなります。)

滞在費	1段階	2段階	3段階	4段階
個室	490	490	1,310	1,640

※平成24年4月より「介護職員処遇改善加算」が新設されたことにより、
介護保険適用料金の総額に2.6パーセント上乗せとなっています。

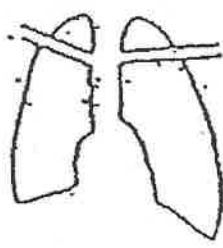
<その他>

◎本人の病状悪化時には原則ご家族にご連絡し、病状によっては利用を中止して
いただく場合もあります。

利用の相談等は、下記連絡先または担当ケアマネジャーまでお電話ください。
医療法人 光ヶ丘病院 (0766) 63-5353 担当 林 浩靖

診療情報提供書
(高岡市在宅福祉・介護保険サービス用)

光が丘病院

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
住所			胸部X線所見 撮影日: 令和 年 月 日
診断名及び発症年月日			
1.	発症年月日(昭・平・令 年 月)		
2.	発症年月日(昭・平・令 年 月)		
3.	発症年月日(昭・平・令 年 月)		
服薬 <input type="checkbox"/> (主要薬剤:) <input type="checkbox"/> 無			
既往歴			
病名 1.		(昭・平・令 年 月頃)	
2.		(昭・平・令 年 月頃)	
精神・神経状況		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状:)	
認知症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ランク: <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III・ <input type="checkbox"/> IV・ <input type="checkbox"/> M)	・検査不能
身体 の 状 態 ・ 介 護 に 関 す る 意 見	* 感染症について <input type="checkbox"/> 陽性の項目() <input type="checkbox"/> 陰性の項目() <input type="checkbox"/> 不明		
	* 現在、発生の可能性の高い病態とその対処方針を記入してください。 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他() ・対処方針 []		
	* 介護サービス(入浴サービス等)における医学的視点からの留意事項 血压について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 嚥下について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 摂食について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 入浴について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり 送迎について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ※具体的な留意事項 []		
その他介護について留意事項があれば記入してください。			

上記のとおり情報提供(診断)いたします。

令和 年 月 日

医師氏名 _____ 印
 医療機関名 _____
 医療機関所在地 _____
 (電話 _____)

医療法人社団寿山会 あおい病院 フローチャート

◎フローチャート：通常例

- ①ケアマネジャーから電話相談あれば、相談員が状況を聞き取る。一旦電話を切る。
- ②管理者、介護病棟担当医師、担当看護師と受入の可否を相談。日程の空き状況確認。
- ③相談員からケアマネジャーに電話する。
 - A) 受入できそうであれば、フェイスシートを提供してもらう。
主治医に診療情報提供書作成を依頼してもらい、家族に（診療情報提供書持参の上）来院してもらう。急ぎの場合は、本人同席にて状態確認実施。
 - B) 受入困難であれば、相談終了
- ④家族相談、本人の状態確認後、院内審査会にて最終判定。
- ⑤ケアマネジャーから居宅ケアプラン・サービス予定表を提供してもらう。
- ⑥家族と利用日前にオリエンテーションを行う。時間調整、持参品の説明、契約を行う。

- ・ショートステイ利用チェック表
- ・介護療養型医療施設（短期入所療養介護）契約書重要事項説明、同意書
- ・あおい病院利用料
- ・医療法人社団 寿山会 あおい病院 説明書・同意書（個人情報など）
- ・使用申出書（携帯電話等、院内への持ち込みに許可が必要な時）

- ⑦利用開始。

◎診療情報提供書

病名、病歴、投薬内容、（感染症）について記載があるもので、1ヶ月以内に作成されたものであれば、あおい病院用の様式はない。主治医の自由書式。

希望があれば、ケアマネジャーが持っている様式を使ってもらう。

ショートステイ利用チェック表

*持ち物には必ず名前を記入して下さい

利用者氏名 _____ 様 利用期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

	品目	御家族記入数	職員確認数	
			入所時	退所時
薬	内服薬			
	経管栄養剤 (ラコール)			
	経管栄養セット			
	吸痰チューブ			
	カテーテルチップ			
衣類	バスタオル1枚			
	フェイスタオル2枚			
	肌着2枚			
	パジャマ			
	毛布			
	マクラ			
日用品	指ガード			
	コップ(1個)			
	歯ブラシ			
	ティッシュペーパー (1箱)			
	クッション (体位交換用: 2個)			
	ごみ袋 (大: 1枚)			
	連絡帳 (すこやかノート等)			
	オムツ (基本的に不要)			
	口腔ウエット			
	ひげそり			
その他	入れ歯			
	入れ歯用ケース			
	保険証 (医療、介護)		受付へ	
	利用契約書		受付へ	
確認者のサイン				

あおい病院利用料 令和元年10月1日より

〈介護予防短期入所・短期入所〉

療養費関係 療養機能強化型A

※すべて非課税

項目		負担金額			備考
病院療養病床介護予防短期入所療養介護費 I		1割負担	2割負担	3割負担	
従来型個室 (1日) (ii)	要支援 1	553円	1,106円	1,659円	個室を利用された場合 311号室 411号室
	要支援 2	687円	1,374円	2,061円	
多床室 (1日) (v)	要支援 1	614円	1,228円	1,842円	多床室 (相部屋) 利用された場合
	要支援 2	769円	1,538円	2,307円	
病院療養病床介護短期入所療養介護費 I		1割負担	2割負担	3割負担	
従来型個室 (1日) (ii)	要介護 1	721円	1,442円	2,163円	個室を利用された場合 311号室 411号室
	要介護 2	830円	1,660円	2,490円	
	要介護 3	1,063円	2,126円	3,189円	
	要介護 4	1,163円	2,326円	3,489円	
	要介護 5	1,252円	2,504円	3,756円	
多床室 (1日) (v)	要介護 1	831円	1,662円	2,493円	多床室 (相部屋) 利用された場合
	要介護 2	939円	1,878円	2,817円	
	要介護 3	1,173円	2,346円	3,519円	
	要介護 4	1,272円	2,544円	3,816円	
	要介護 5	1,361円	2,722円	4,083円	

項目	1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算【I】イ	18円	36円	54円	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上
夜間勤務等看護加算【IV】	7円	14円	21円	看護要員が20:1以上で、看護職員が1以上
療養食加算 (1回)	8円	16円	24円	医師の食事箋に基づく療養食の提供を行った場合 (糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・ 膵臓病食・脂質異常症食・痛風食及び特別な場合の検査食)
緊急短期入所受入加算	90円	180円	270円	緊急で受入を行った場合
重度療養管理 (1日)	125円	250円	375円	要介護 4、5の利用者に常時頻回の喀痰吸引を実施している状態、 ストーマの処置を行った場合等
感染対策指導管理料 (1日)	6円	12円	18円	院内に感染対策委員会を設置し、感染対策を常時講じた場合
褥瘡対策指導管理料 (1日)	6円	12円	18円	「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」のランクB以上に該当する利用者について、常時褥瘡対策をとっている場合
医学情報提供料【I】	220円	440円	660円	退院時に診療に基づき別の病院での診療の必要を認めた時、入院患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合
理学療法【I】	123円	246円	369円	理学療法 (I) の必要なりハビリテーションを実施した場合
リハビリ計画加算	480円	960円	1,440円	医師、看護師、理学療法士等が共同して共にリハビリテーション計画を策定し理学療法を行った場合
リハビリ体制強化加算	35円	70円	105円	専従する理学療法士を2名以上配置してある場合
送迎加算	184円	368円	552円	片道
介護職員処遇改善加算【I】				基本報酬額 + 加算報酬額の2.6%

主な利用料関係

保険外負担分

項目	金額	備考
食費 1食/1日	700円	食材料費及び調理費用
2食/1日	1,400円	
3食/1日	1,900円	
滞在費(1日)		
従来型個室 (第4段階)	1,710円	家賃(共用部含む)・水光熱費・補修費・維持費
(第3段階)	1,310円	
(第1,2段階)	490円	
多床室 (第4段階)	470円	水光熱費
(第2,3段階)	370円	
(第1段階)	0円	
日用品費	実費	口腔ケア剤、ティッシュペーパー、イヤホン等
行事費	実費	お楽しみ会、各種イベント
教室参加費※	実費	書道等
テレビ使用料(1日)※	75円	
おやつ代	実費	医師の許可要、病状・嗜好等対応
病衣貸与(1日)	55円	
特別な室料(1日)※ 従来型個室(311・411号室)	750円	個室を利用される場合(占有面積・設備・家具)
理髪代(1回)	2,530円	業者委託による
エンゼルケア(寝巻)※	2,750円	
証明書料※ 受領証明書(1月)	110円	月毎に作成

※は消費税が含まれます。

上記療養に関する利用料について説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____

保証人氏名 _____ 印

利用者の情報提供（フェースシート等）時の記載内容の参考にしてください。
 （受入病院では、ケアマネジャーのできるだけ詳細な情報を求めています。）
 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」
 （平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添

（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

病院により所定の様式がない場合等は、本様式をご参照ください。

「医科診療報酬点数表（別紙様式11）」より抜粋

参考資料2

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

電話番号

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

医療系ショートステイ病床確保事業

家族等の介護者が急病などで、在宅療養者にショートステイ（短期入所療養介護）を利用する必要が生じた場合に備え、療養型の病院にショートステイの専用病床を確保しています。医療処置を必要とする在宅療養者の方々が安心して在宅生活を継続できるよう、本事業を積極的にご活用ください。

利用の対象となる方

医療依存度が高いが、病状が安定している要介護者で在宅療養中の方で、次の（１）あるいは（２）に該当する場合となります。（医療処置が必要で、主治医が短期入所療養介護が必要と認めた場合となります。）

- （１）家族等の介護者が、急病、急用、事故等により介護ができなくなった場合
例）病気・入院、葬儀・法事、事故、地区の行事、出張など
- （２）予定外にレスパイトが必要となり、一時的に家族等の介護者が、介護ができなくなった場合

利用について

- （１）利用期間 原則７日以内
- （２）利用料 介護保険制度の通常の利用料と食費等の自己負担

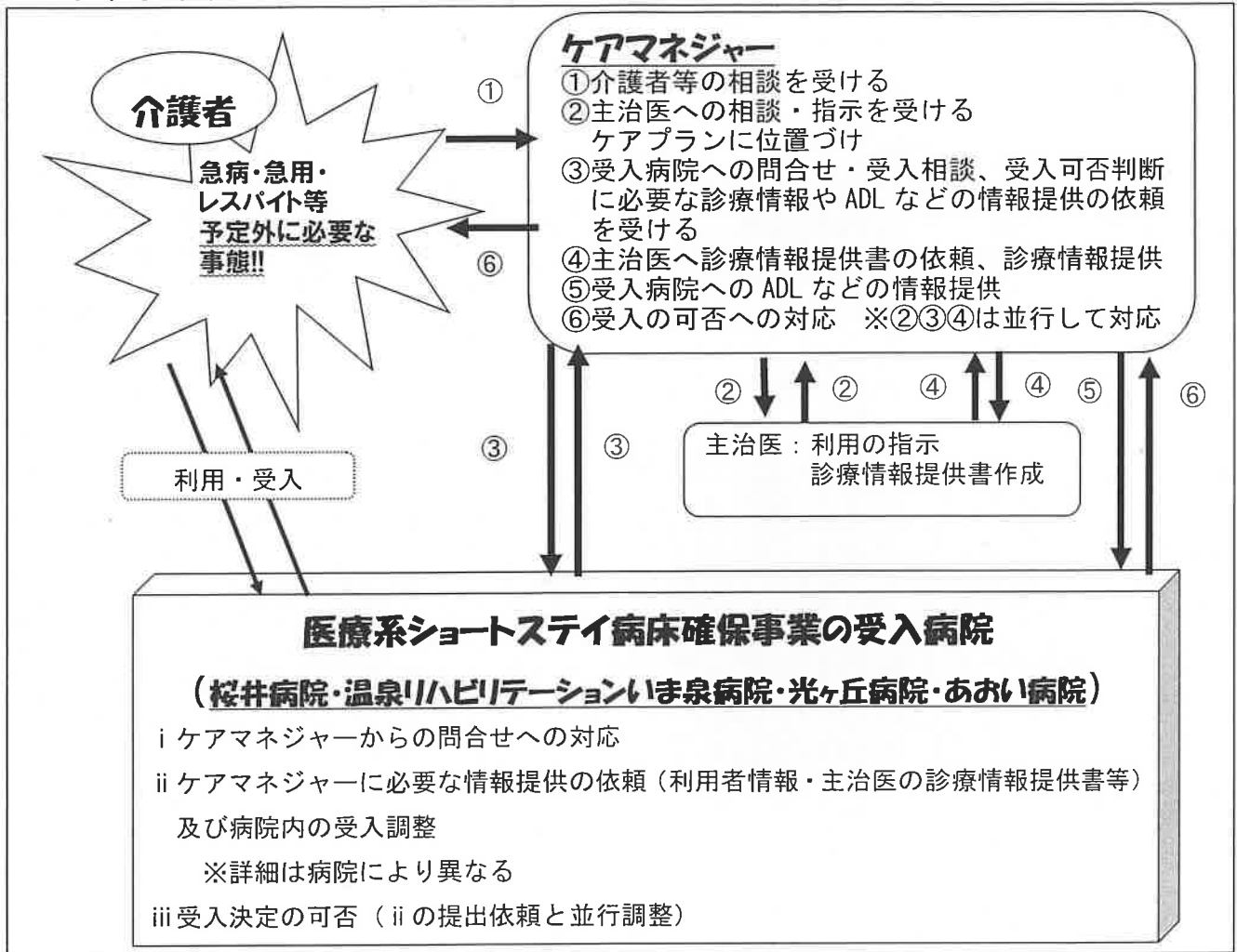
受入医療機関

病院名 (窓口)	住所	TEL(代表) FAX	受付時間
医療法人社団平成会 桜井病院 (地域医療連携室)	〒938-0801 黒部市荻生 6675-5	TEL 0765-54-1800 FAX 0765-54-4001	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団いずみ会 温泉リハビリテーション いま泉病院(地域医療連携室)	〒939-8075 富山市今泉 220	TEL 076-425-1166 FAX 076-425-1228	平日 9時～17時 土曜 9時～12時 ※第2・4土曜休診
医療法人光ヶ丘病院 (地域医療連携室)	〒933-0824 高岡市西藤平蔵 313	TEL 0766-63-5353 FAX 0766-63-5716	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団寿山会 あおい病院 (医療系ショートステイ相談窓口)	〒939-1307 砺波市堀内 18-1	TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	平日 9時～17時 土曜 9時～12時

※利用に際しては、主治医の指示や診療情報提供書が必要となりますので、スムーズな利用につなげるためにも、日頃より、主治医と連携を図ることが、ケアマネジャーの重要な役割になります。

お問合せ先: 富山県厚生部高齢福祉課 地域包括ケア推進班 076-444-3205

◎本事業利用のフローチャート（基本）



利用に係るQ&A

Q 1：利用できるのはどのような場合か？

A 1：家族等の介護者が、次の（1）あるいは（2）に該当する場合です。

- （1）急病、急用等により介護ができなくなった場合
病気・入院、葬儀、法事、地区の行事、出張など
- （2）予定外にレスパイトが必要となった場合

「予定外に」とは、不定期な利用となるものを考えています。定期的な利用は、本事業による確保病床が各医療圏1床のため、定期利用を認めた場合、定期利用者で満床となり、介護者の急病時等に対応ができなくなるため、定期利用はご遠慮いただいています。

Q 2：レスパイトの定期的な利用とは、どのようなことさすのか？

A 2：定期とは、1ヶ月おきなど、定期的に複数回の利用を予め計画しているものを想定しています。したがって、不定期とは、ケアプランに位置づけがないが、介護者にレスパイトが必要と認められる場合、またはケアプランに位置づけされていても、入所先の都合により利用できなくなった場合など、予定外に必要な性が生じた場合を想定しています。

Q 3：手続きに時間を要するのではないのか？

A 3：通常は1～2日程度の時間を要します。なお、主治医等と密な連絡・連携をとっていただくことで、事態発生の日には利用できた例もあります。

※その他の詳細は、「医療系ショートステイ利用促進のためのガイドブック」および
富山県高齢福祉課ホームページ (http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1211/)、
富山県介護支援専門員協会ホームページ (<http://www.toyama-cm.com/>) を参照ください。

医療系ショートステイ病床確保事業

家族等の介護者が急病などで、在宅療養者にショートステイ（短期入所療養介護）を利用する必要が生じた場合に備え、療養型の病院にショートステイの専用病床を確保しています。

○ 主治医の皆様へのお願い事項

利用の相談がケアマネジャー（又は、利用者のご家族等）よりあった場合には、円滑な入所のため、できるだけ速やかに「利用の指示」と「診療情報提供書」の作成と提供をお願いいたします。

利用の対象となる方

医療依存度が高いが、病状が安定している要介護者で在宅療養中の方で、次の（１）あるいは（２）に該当する場合となります。（医療処置が必要で、主治医が短期入所療養介護が必要と認めた場合となります。）

- （１）家族等の介護者が、急病、急用、事故等により介護ができなくなった場合
例）病気・入院、葬儀・法事、事故、地区の行事、出張など
- （２）予定外にレスパイトが必要となり、一時的に家族等の介護者が、介護ができなくなった場合

利用について

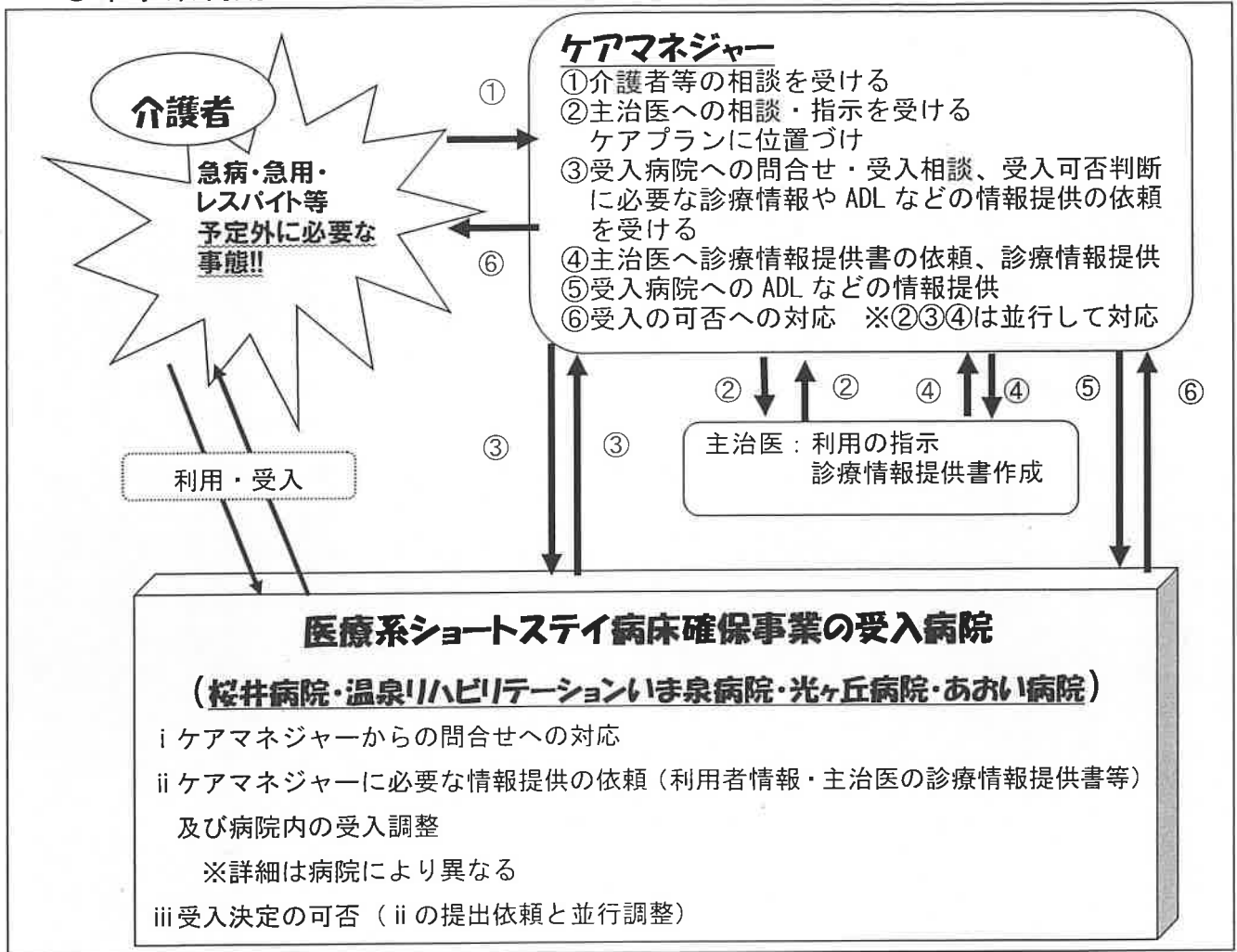
- （１）利用期間 原則7日以内
- （２）利用料 介護保険制度の通常の利用料と食費等の自己負担

受入医療機関

病院名（窓口）	住所	TEL(代表)・FAX	受付時間
医療法人社団平成会 桜井病院 (地域医療連携室)	〒938-0801 黒部市荻生 6675-5	TEL 0765-54-1800 FAX 0765-54-4001	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団いずみ会 温泉リハビリテーション いま泉病院(地域医療連携室)	〒939-8075 富山市今泉 220	TEL 076-425-1166 FAX 076-425-1228	平日 9時～17時 土曜 9時～12時 ※第2・4土曜休診
医療法人光ヶ丘病院 (地域医療連携室)	〒933-0824 高岡市西藤平蔵 313	TEL 0766-63-5353 FAX 0766-63-5716	平日 8時30分～17時 土曜 8時30分～12時
医療法人社団寿山会 あおい病院 (医療系ショートステイ相談窓口)	〒939-1307 砺波市堀内 18-1	TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	平日 9時～17時 土曜 9時～12時

お問合せ先: 富山県厚生部高齢福祉課 地域包括ケア推進班 076-444-3205

◎本事業利用のフローチャート（基本）



利用に係るQ&A

Q1：利用できるのはどのような場合か？

A1：家族等の介護者が、次の（1）あるいは（2）に該当する場合があります。

- （1）急病、急用等により介護ができなくなった場合
病氣・入院、葬儀、法事、地区の行事、出張など
- （2）予定外にレスパイトが必要となった場合

「予定外に」とは、不定期な利用となるものを考えています。定期的な利用は、本事業による確保病床が各医療圏1床のため、定期利用を認めた場合、定期利用者で満床となり、介護者の急病時等に対応ができなくなるため、定期利用はご遠慮いただいています。

Q2：レスパイトの定期的な利用とは、どのようなことさすのか？

A2：定期とは、1ヶ月おきなど、定期的に複数回の利用を予め計画しているものを想定しています。したがって、不定期とは、ケアプランに位置づけがないが、介護者にレスパイトが必要と認められる場合、またはケアプランに位置づけされていても、入所先の都合により利用できなくなった場合など、予定外に必要性が生じた場合を想定しています。

Q3：手続きに時間を要するのではないのか？

A3：通常は1～2日程度の時間を要します。なお、主治医等と密な連絡・連携をとっていただくことで、事態発生の日には利用できた例もあります。

※その他の詳細は、「医療系ショートステイ利用促進のためのガイドブック」および
富山県高齢福祉課ホームページ (http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1211/)、
富山県介護支援専門員協会ホームページ (<http://www.toyama-cm.com/>)を参照ください。

医療系ショートステイが利用できます!

ご自宅で、ご家族など介護されている方が、急病や急用などで、一時的に介護ができなくなった場合、県が指定する医療系ショートステイの専用病床をご利用していただくことができます。

まずは、ご担当のケアマネジャー(介護支援専門員)にご相談ください。

ご利用の対象となる方

要介護認定を受けておられ、病状が安定している在宅療養中の方で、胃ろうをお持ちの方や痰の吸引、点滴が必要な方など医療の処置を必要とされる方などで、次の(1)あるいは(2)に該当する場合があります。

- (1) ご家族等の介護者の方が、急病、急用等により介護ができなくなった場合
例) 病気・入院、葬儀・法事、地区の行事、出張など
- (2) ご家族等の介護者の方に、予定外に休息(レスパイト)が必要となり、一時的に介護ができなくなった場合

ご利用について

- (1) 利用期間 原則7日以内
 - (2) 利用者負担 介護保険制度の通常の利用料と食費等の自己負担分
- ※ただし、医療処置の内容や病床の空床状況によってはご希望に添えないことがあります。

受入医療機関

利用申込みについては、ご担当のケアマネジャーを通じてご依頼ください。

病院名 (窓口)	住所	TEL(代表) FAX	受付時間
医療法人社団平成会 桜井病院 (地域医療連携室)	〒938-0801 黒部市荻生 6675-5	TEL 0765-54-1800 FAX 0765-54-4001	平日 8時30分~17時 土曜 8時30分~12時
医療法人社団いずみ会 温泉リハビリテーション いま泉病院(地域医療連携室)	〒939-8075 富山市今泉 220	TEL 076-425-1166 FAX 076-425-1228	平日 9時~17時 土曜 9時~12時 ※第2・4土曜休診
医療法人光ヶ丘病院 (地域医療連携室)	〒933-0824 高岡市西藤平蔵 313	TEL 0766-63-5353 FAX 0766-63-5716	平日 8時30分~17時 土曜 8時30分~12時
医療法人社団寿山会 あおい病院 (医療系ショートステイ相談窓口)	〒939-1307 砺波市堀内 18-1	TEL 0763-33-7888 FAX 0763-33-7900	平日 9時~17時 土曜 9時~12時

お問合せ先: 富山県厚生部高齢福祉課 地域包括ケア推進班 ☎076-444-3205

ご利用に関する質問コーナー

質問1：家族が急に病気になった時は、すぐに対応してもらえますか？

→まずは、ご担当のケアマネジャーにご相談ください。ケアマネジャーが主治医や利用できる病院に相談し、できるだけ早くに入所できるよう調整します。

そのため、日頃から、ケアマネジャーに家族の方の健康状態等も伝えておかれると、いざという時には、早目に対応してもらえます。

質問2：2ヶ月程先に行事（法事など）があるが、いつ頃、ケアマネジャーに相談すればよいのでしょうか？

→行事の日程がわかった段階で、一度、ケアマネジャーにご相談ください。どのサービスで対応できるか、ケアマネジャーが確認・調整等を行ってくれます。

質問3：1ヶ月程、入所できないのですか？

→本事業では、一時的にご家族等の方が介護できなくなった時にご利用いただくことを想定していますので、1回につき7日間以内の利用を原則としています。ご事情がある場合は、ご担当のケアマネジャーにご相談ください。

質問4：療養者の体調が悪化した時など、入所して治療はしてもらえますか？

→原則、病状が安定している療養中の方を対象としていますので、治療目的の入所はできません。まずは、かかりつけの病院（診療所）を受診され、主治医の指示をもらえることをお勧めいたします。

ただし、入所中に体調が悪くなられた際には、入所先の病院とご相談いただくこととなります。

質問5：「予定外」に家族の休息（レスパイト）が必要になった場合とはどのような場合ですか？

→ケアプランに記載されていなくても、ご家族等の介護される方に早急に休息が必要と認められた場合や、ケアプランに記載されていても、入所先の都合により利用できなくなった場合など、予定外に必要なが生じた場合として、ご利用いただくことができます。

質問6：1年間で利用回数の制限はありますか？

→原則、ありません。

質問7：利用料金はどれくらいかかりますか？

→金額については、要介護度や医療の処置等によって異なりますので、ケアマネジャーにご相談ください。

質問8：送迎はしてもらえるのですか？

→一部の病院では送迎をしていますが、送迎時間や送迎場所、付き添い等に制約等もあるので、詳細は利用される病院に確認が必要となります。

(4) 利用事例

(H30.4.1～R1.7.31)

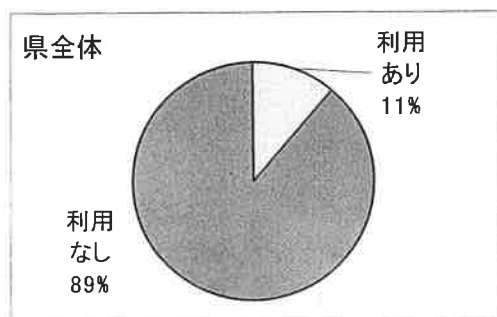
事例番号	性別	利用日数	要介護度	病名等	医療処置の内容
1	男	7日間	要介護5	再発性脳梗塞	胃ろうの管理、吸痰、ADL全介助
2	女	7日間	要介護5	進行性核上性麻痺	胃ろうの管理、吸痰
3	女	2日間	要介護5	多系統萎縮症	気管切開、胃ろうの管理、吸痰
4	男	2日間	要介護5	パーキンソン病	吸痰
5	女	4日間	要介護5	筋萎縮性側索硬化症(ALS)	胃ろうの管理
6	男	4日間	要介護5	脳挫傷、外傷性クモ膜下出血	胃ろうの管理、吸痰
7	女	2日間	要介護5	レビー小体型認知症、パーキンソン病	中央静脈栄養
8	男	4日間	要介護5	脳梗塞後遺症、神経因性膀胱	胃ろう・膀胱ろうの管理、吸痰
9	女	2日間	要介護5	アルツハイマー型認知症、多発性脳梗塞	胃ろうの管理
10	女	2日間	要介護4	慢性心不全、慢性呼吸不全	酸素療法
11	男	3日間	要介護4	慢性腎不全、2型糖尿病、閉塞性動脈硬化症	吸痰
12	男	6日間	要介護4	2型糖尿病	インシュリン管理
13	男	3日間	要介護4	胃癌	内服管理
14	男	6日間	要介護3	口腔底癌治療後、両声帯麻痺、慢性呼吸不全	胃ろうの管理、吸痰
15	女	6日間	要介護2	2型糖尿病、変形性腰椎症、高脂血症、高血圧	BSチェック
16	女	3日間	要介護2	多系統萎縮症	気管切開、吸痰
17	女	4日間	要介護1	神経因性膀胱	導尿

※介護者不在：急病、冠婚葬祭、地区等の行事、出張等

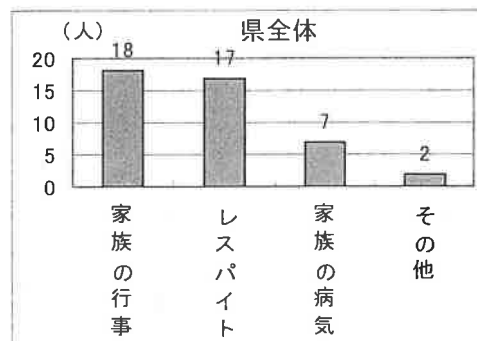
(5) 「医療系ショートステイ病床確保事業」の利用に関するアンケート結果

- 実施時期：平成 24 年 8 月
- 回答者：介護支援専門員 271 名
- 内容（一部抜粋）

Q 1 利用の有無



Q 2 利用の目的



利用者の方の感想

- ・ 急な家族の入院で、利用していたサービスが訪問系のサービスだけだったので、心配だったが、翌日に受入れていただき助かった。
- ・ 家族が安心して、入院治療を受けることができた。
- ・ 介護者が安心して出張に行けた。（今までは、日帰りの出張にしか行けなかった。）
- ・ 急な出張に際して、近くに介護する者がいなかったなので、助かった。（県外の家族が仕事を休んでこなければいけないことになっていた。）
- ・ 緊急時などでも他のショートステイの空きがないので、この制度で受入れてもらうことができてよかった。
- ・ 家族があきらめていた行事に参加できた。

ケアマネジャーの方の感想

- ・ ご家族が介護から離れ、用事を済ませることができた。
- ・ 「いざというときに、胃ろうでも受け入れてもらえるところがあり、安心する。」とご家族が言われた。
- ・ ご家族が安心して療養に専念できた。
- ・ ご家族も利用者も満足された。
- ・ 「介護は自分の生活の一部となりハリとなっているが、時々休みたいと思うこともあるので、このような制度はありがたい。また明日からがんばろうという気になれる。」と言われた。
- ・ 日常のケアや療養について、ショートステイの看護師からもアドバイスがあった。
- ・ 1度利用しておくことで、ご家族の精神的余裕につながった。
- ・ ショートステイの担当者の方に丁寧に対応いただき、安心して利用できた。
- ・ 主治医も指示をくださり、スムーズな利用につながった。

医療系ショートステイ利用促進のためのガイドブック

(令和元年11月発行：第3版)

【関係機関】

◎富山県厚生部高齢福祉課

〒930-8501 富山市新総曲輪1番7号

地域包括ケア推進班

TEL 076-444-3205 FAX 076-444-3492

◎一般社団法人 富山県介護支援専門員協会

〒930-0094 富山市安住町5番21号

富山県総合福祉会館内（サンシップとやま）3階

TEL 076-432-6455 FAX 076-432-6450