

川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設（ソレイユ川崎）入所調整会議設置要綱

（目的）

第1条 川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設（ソレイユ川崎）入所調整会議（以下「調整会議」という。）は、川崎市内に設置される医療型障害児入所施設・療養介護施設ソレイユ川崎（以下「施設」という。）への入所を希望する者及び入所を要する者（以下「入所希望者等」という。）について、公正かつ円滑に入所調整を行うことを目的として設置する。

（設置主体）

第2条 調整会議の設置主体は、川崎市健康福祉局とする。

（調整会議の所掌事項）

第3条 調整会議の所掌事項は次のとおりとする。

- （1）施設の入所希望者等の入所調整に関すること。
- （2）その他、必要な事項に関すること。

（調整会議の構成）

第4条 調整会議は、次の委員をもって構成する。

- （1）施設の長又はこれに代わる者
- （2）川崎市こども未来局南部児童相談所長
- （3）川崎市こども未来局中部児童相談所長
- （4）川崎市こども未来局北部児童相談所長
- （5）区地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）（以下「地域みまもり支援センター」という。）の代表者
- （6）川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者施設指導課長
- （7）川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター所長（以下「総合リハビリテーション推進センター所長」という。）

2 総合リハビリテーション推進センター所長は、必要と認めるときは、関係者の出席を求め、その意見又は説明を聴くことができる。

（調整会議の運営）

第5条 調整会議は必要に応じて開催し、総合リハビリテーション推進センター所長が主宰する。

ただし、総合リハビリテーション推進センター所長に事故があるときは、総合リハビリテーション推進センター所長があらかじめ指名した者がその職務を代理する。

- 2 入所希望者等の数が施設欠員の人数と同数又はそれ以下の場合は、各委員の決裁により調整会議を省略することができる。

(入所調整方針等)

第6条 調整会議は、施設の機能等を考慮の上、家族状況、養護性、障害状況、介護度等により総合的に判断して入所調整を行うものとする。

(入所調整の依頼)

第7条 総合リハビリテーション推進センター所長は、施設の長から「欠員等発生連絡票」(第1号様式)の提出があったときは、速やかに川崎市こども未来局南部児童相談所、中部児童相談所及び北部児童相談所(以下「児童相談所等」という。)の長および各地域みまもり支援センターの長へ連絡をしなければならない。

- 2 児童相談所等の長および各地域みまもり支援センターの長は、総合リハビリテーション推進センター所長からの連絡を受けたときは、原則として次の各号のいずれも満たす者について、当該施設の入所調整を依頼するものとする。

(1) 川崎市内に住所を有する者

(2) 6ヶ月を超える期間の入所が見込まれる者

- 3 前項の要件を満たす場合において、児童相談所等の長および各地域みまもり支援センターの長は、次の書類を作成し、総合リハビリテーション推進センター所長あて提出しなければならない。

(1) 「入所調整依頼書」(第2号の1様式)

(2) 「現況調査書」(第2号の2様式)

(3) 「入所調整に係る個人情報取扱同意書」(第2号の3様式)

(4) その他、調整会議に必要な書類

- 4 前項第3号の書類は、契約入所対象者に限り提出するものとする。

(決定の通知)

第8条 総合リハビリテーション推進センター所長は、調整会議の結果について「入所調整結果通知書」(第3号様式)により児童相談所等の長、各地域みまもり支援センターの長および当該施設の長あて通知するものとする。

(事務局)

第9条 調整会議の事務局は、川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課に置く。

(委任)

第10条 この要綱に定めるものの他必要な事項は、川崎市健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(関係要綱の廃止)

- 2 川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設ソレイユ川崎入所調整会議設置要綱（平成27年4月1日施行）は、廃止する。

附 則

この要綱は、令和7年3月18日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(第 1 号様式)

欠員等発生連絡票

年 月 日

(あて先) 総合リハビリテーション推進センター所長 様

住 所
施 設 名
代表者名

次のとおり、欠員が発生（予定）いたしますので、川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設（ソレイユ川崎）入所調整会議設置要綱の規定に基づき、連絡をいたします。

受 入 れ 可 能 人 数			_____人		
退 所 者 の 状 況	氏 名	性 別	生 年 月 日	事 由	事由発生日
備 考					

※ 施設の状況により、新たに入所となる利用者の年齢・性別等に制限・希望等がありましたら、その旨備考欄に記入をしてください。

担当者名 _____
電 話 _____

(第2号の1様式)

入 所 調 整 依 頼 書

川 第 号
年 月 日

総合リハビリテーション推進センター所長 様

_____長

川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設（ソレイユ川崎）入所調整会議設置要綱の
規定に基づき、次の者の入所調整を依頼します。

番 号	氏 名	性別	年齢	障 害 程 度	保護者の状況	現在 入所 有無
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

現況調査書

本人	ふりがな					男・女	昭和 平成 令和	年	月	日生
	氏名									
	住所	〒川崎市 (電話) 044								
	就学等					保険証 記号 番号				
	診断名									
	身障手帳	種 級 No. 年 月 日交付				障害名				
療育手帳	有 等級 (A 1 A 2 B 1 B 2) No. 無 ・ 申請中 年 月 日交付 IQ = (式 ; 年 月 日実施)									
保護者	氏名									
	住所	(電話)								
	勤務先	(電話)								
緊急連絡先										
家族構成	続柄	氏名	同居	生年月日	職業・勤務先	収入・健康状態等				
入所理由・総合所見	<u>入所理由</u>									
	<u>入所希望時期</u> ☐ 数ヶ月以内に ☐ 緊急で ☐ 空床が出たときすぐに ☐ ショートステイ ☐ ミドルステイ									
	<u>総合所見</u>									
児童相談所・区役所名 担当者 令和 年 月 日記録										

機関等利用歴 医療・学校等	年 齢	病院名・機関名	科・担当医師	内 容

○ 生育歴

〔胎児期〕

異常なし 母…… ☐ 妊娠中毒症 ☐ 貧血 ☐ 慢性疾患

異常あり { その他 ()

児……

〔周生期〕

妊娠期間 妊娠 週 / 分娩の経過 ☐ 頭位 ☐ 骨盤位・その他 ()

体重 g ・身長 cm ・頭位 cm ・胸囲 cm

仮死 ☐ なし ☐ あり / 新生児黄疸 ☐ なし ☐ 普通 ☐ 強い

○ 予防接種および既往歴

a 予防接種 ☐ 三種混合 ☐ ポリオ ☐ BCG ☐ 麻疹 ☐ 水痘

☐ 風疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ その他 ()

b 既往歴 ☐ 麻疹 ☐ 水痘 ☐ 風疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 喘息

☐ その他 ()

○ 身体状況

身長 (cm) 体重 (kg) 年 月 日 測定

平熱 (度位)

○ 発作について

発作の有無 ☐ 有 ☐ 無

回数 (日 回)

過去において発作の有無 ☐ 有 ☐ 無

発作の状態……

○ アレルギーについて

アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無

アレルギーの内容……

○ 投薬状況

投薬の有無 ☐ 有 ☐ 無

種類 (種類) 薬の名称 ()

回数 (1 日 回)

心身の状況・介護状況・生活習慣

姿勢・運動	☐ どんな姿勢でも首の座りなし ☐ 腹臥位で頭をあげる ☐ 背臥位で頭をあげる ☐ 補助での座位可能 ☐ 補助なしでの座位可能 ＊座位のとらせ方 () ☐ 移動不可 ☐ 軸回り移動 ☐ 背這い移動 ☐ 腹這い移動 ☐ ひじ這い移動 ☐ 半寝返り ☐ 完全寝返り ☐ いざり移動 ☐ 四つ這い移動 ☐ ひざ立ち移動 ☐ つたい歩き ☐ 両手支え歩き ☐ 片手支え歩き ☐ 独歩(不安定) ☐ 移動可 ＊補装具等使用 ☐ あり (☐ 車椅子 ☐ 座位保持装置) ☐ なし
排泄	☐ 知らせないで全介助 ☐ 知らせるが全介助 ☐ 時間で尿・便器を当てれば失敗なし ☐ 起きている時は出れば教える ☐ 寝ている時も出れば教える ☐ 出る前に教える ＊ ☐ 便秘 ☐ 下痢しやすい ☐ 浣腸をしている (回/) ☐ オムツ交換 (1日 回位取り替える)
視力	☐ 全く見えない ☐ 光は感じているよう ☐ 視力は弱いが見えているよう ☐ 視力には問題なし
聴力	☐ 全く聞こえていない ☐ 聞こえているようだがはっきりしない ☐ 強い音刺激に反応が見られる ☐ 聴力には問題なし
食事	☐ 口の中に入れても、えん下困難 ☐ 口の中に入れれば、えん下可能 ☐ 口の中に入れれば、そしゃく可能 ☐ 食べさせると上手に食べる ☐ 時々見てあげると何とか一人で食べる (☐ はし ☐ スプーン ☐ 手掴み) ＊介助姿勢 ☐ 寝かせて ☐ 上半身を高く寝かせて ☐ 抱いて ☐ 椅子に座らせて ☐ その他 ()
食事形態	☐ 鼻腔 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 哺乳 ☐ 流動食 ☐ 軟食・軟菜 (☐ 離乳食前期 ☐ 離乳食中期 ☐ 離乳食後期 ☐ ミキサー ☐ きざみ) ☐ 普通食 ＊食事内容等 品名 () 量 () c c × () 回 水分補給の回数 (回/ 日)
意志交換	＜理解反応＞ ☐ 働きかけにはほとんど反応なし ☐ 身体的接触に反応あり ☐ 話しかけに反応する ☐ 日常会話を理解する ＜表現反応＞ ☐ 表現手段なし ☐ 意味のわからない身振りで表現する ☐ 単語や意図した身振りで表現する ☐ 二語文で表現する
入浴等	・入浴 ☐ 好む ☐ 好まない ＊回数 1週間 回 ・歯磨き 1日 回 ・その他 ()
睡眠	・睡眠時間 時 分 ～ 時 分 ・睡眠状況 ()
呼吸等	・喘息 ☐ あり ☐ なし ・気管切開 ☐ あり ☐ なし ＊人工呼吸器の使用 ☐ あり機種名 () ☐ なし ＊酸素の使用 ☐ あり ☐ なし ・その他 ()
その他特記事項	

家族の状況 親族の状況 介護者の状況		
これまでの経過、サービス利用歴、施設の意向など ＊障害福祉サービス等利用状況票添付 ☐ あり ☐ なし		
その他		
大島分類	()	
医療ケア点数 医療管理	(点) 内訳→	

【障害福祉サービス等利用状況票】

担当区 _____ 区

- ☐ 障害児者施設入所利用 (施設名 _____) (利用中・過去利用)
- ☐ 児童発達支援センター利用 (療育センター名 _____) (利用中・過去利用)
- ☐ 障害児通所支援 (児童発達支援・放課後等デイサービス) 利用
(事業所名 _____) (利用中・過去利用)
- ☐ 障害者施設通所施設利用 (施設名 _____) (利用中・過去利用)
- ☐ ホームヘルプサービス (内容 _____)
(支給決定量 _____)
- ☐ 障害児者移動支援事業 (移動支援・通学通所)
(支給決定量 _____)
- ☐ 障害児生活サポート事業
(あんしんサポート・障害児ファミリーサポート・生活サポート)
(支給決定量 _____)
- ☐ 短期入所 (ショートステイ) (利用中・過去利用・登録のみ)
(支給決定量 _____)
- ☐ 障害児・者一時預かり (支給決定量 _____)
- ☐ 重度障害者入浴援護
- ☐ 重度障害者訪問介護サービス
- ☐ その他

(第2号の3様式)

入所調整に係る個人情報取扱同意書

年 月 日

(あて先)
健康福祉局総合リハビリテーション推進センター 所長様

ソレイユ川崎に入所を希望しますので、入所調整を行うため必要な範囲で、入所を希望する施設に川崎市が保有している個人情報を提供することに同意します。

入所希望児童または希望者の情報

フリガナ 氏 名
住 所
生年月日
電話番号

同意書提出者の情報

フリガナ 氏名
住所
電話番号
本人との関係

担当

(第3号様式)

入 所 調 整 結 果 通 知 書

川健リ企第 号

年 月 日

長 様

総合リハビリテーション推進センター所長

先に入所調整依頼がありました次の者について、川崎市医療型障害児入所施設・療養介護施設（ソレイユ川崎）入所調整会議設置要綱の規定に基づき通知します。

[illegible]