

品川区特別養護老人ホーム入所調整会議運営要綱

制定平成 12 年 3 月 23 日	区長決定	要綱第 90 号
改正平成 13 年 4 月 1 日		要綱第 122 号
改正平成 16 年 5 月 17 日		要綱第 85 号
改正平成 20 年 12 月 5 日		要綱第 138 号
改正平成 21 年 3 月 31 日	部長決定	要綱第 235 号
改正平成 22 年 8 月 23 日	部長決定	要綱第 103 号
改正平成 26 年 4 月 1 日	区長決定	要綱第 65 号
改正平成 27 年 4 月 1 日	区長決定	要綱第 397 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、介護保険制度の円滑な運営を担う保険者として、在宅サービス活用による在宅生活から特別養護老人ホーム（以下「特養ホーム」という。）への入所を迅速に進めるとともに、施設入所の公平性を確保するため、区が行う入所調整の手続きに関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(入所調整の申し込み対象者)

第 2 条 特養ホームへの入所調整の申し込みができる者（以下「申込者」という。）は、次に該当する者で、心身の著しい障害のため常時の介護を必要とし、かつ、在宅での介護が困難である者とする。

- (1) 要介護認定の判定結果が要介護度 3 以上である者
- (2) 要介護 1 又は 2 で、やむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる者

(入所調整申し込み)

第 3 条 特養ホームへの申込者は、特別養護老人ホーム入所調整申込書（第 1 号様式）を区長に提出するものとする。

(特養入所調整会議の設置)

第 4 条 区長は、第 1 条の目的を達成し、かつ、客観的に入所優先度を審査し、入所順位の調整を図るため品川区特別養護老人ホーム入所調整会議（以下「特養入所調整会議」という。）を設置する。

(会議の所掌事項)

第 5 条 特養入所調整会議は、区長の依頼に応じ、次の各号に掲げる事項について審査を行い、その結果を区長に報告するものとする。

- (1) 特養ホーム入所優先基準に関する事。
- (2) 特養ホーム入所優先審査に関する事。
- (3) 特養ホームへの入所調整申込者にかかる介護サービス計画に関する事。
- (4) その他区長が必要と認める事。

(会議の組織および報酬)

第 6 条 特養入所調整会議の組織は、学識経験者、社会福祉法人の職員、民生委員および区に勤務する職員の中から、区長が任命または委嘱する委員 9 名以内で組織する。

2 委員（区に勤務する職員の中から任命された委員を除く）に対する報酬は、別紙 1 に定める報酬基準表によるものとする。

(会議の委員の任期)

第 7 条 委員（区に勤務する職員の中から任命された委員を除く。）の任期は 2 年とし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。ただし、再任を妨げない。

(会議の委員長および副委員長)

第8条 特養入所調整会議に委員長および副委員長を置く。

- 2 委員長は、福祉部長とし副委員長は、委員の互選とする。
- 3 委員長は、特養入所調整会議を代表し、会務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときはその職務を代理する。

(会議の運営)

第9条 特養入所調整会議は、区長が招集する。

- 2 特養入所調整会議は、委員の過半数の出席がなければ、これを開催することができない。
- 3 特養入所調整会議の審査は、出席委員の過半数でこれを決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(緊急入所)

第10条 区長は緊急に入所等が必要な場合および老人福祉法第11条第1項第2号に規定する措置の場合には、特養入所調整会議の審査を経ずに、緊急入所として特養ホームへの入所手続きをとることができる。

- 2 特養ホーム施設長は、前項に規定する緊急申込者が入所した場合、適切な入所期間および施設介護計画等を定め、速やかに区長に報告するものとする。
- 3 区長は、前項の緊急入所に該当した場合、その結果を特養入所調整会議に報告する。

(庶務)

第11条 特養入所調整会議の庶務は、福祉部高齢者福祉課において処理する。

(委任)

第12条 この要綱の施行について必要な事項は、別に福祉部長が定める。

付 則

この要綱は、平成12年3月23日から適用する。

付 則

この要綱は、平成13年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成16年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成21年1月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成22年9月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

品川区特別養護老人ホーム入所調整申込書

品川区長 へ

品川区特別養護老人ホームの入所調整に申込をします。

I. 該当する項目に記入または□内にレ(チェック)を入れてください。

		申込日		平成		年		月		日																		
入 所 対 象 者	フリガナ							性別	<input type="checkbox"/> 男性																			
	氏名								<input type="checkbox"/> 女性																			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治		<input type="checkbox"/> 大正		<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日 ()歳																
	要介護度	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	その他		被保険者番号																					
	有効期間	平成		年		月		日		～		平成		年		月		日		0	0	0						
	住所	〒 - 品川区											電話()-()-()															
	本人の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等 【 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院(一般・療養)】 <input type="checkbox"/> その他 【																										
	◆入所・入院中の方は以下もご記入ください																											
	入所等している施設名							所在地等	〒 - 電話()-()-()																			
	入所等の期間	平成						年		月		～		現在まで				退所等の予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成						年		月の予定)	

入 所 希 望 施 設	区内施設																						
	希望施設を3つまでご記入ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	区外施設	<input type="checkbox"/> 希望する (施設を選ぶことはできません)											<input type="checkbox"/> 希望しない										



II. この申込書を記入している方についてお聞きます。

申込者	フリガナ		入所対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:)
	氏名			<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 福祉事務所職員
	住所	〒			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 () - () - () <input type="checkbox"/> 携帯電話 () - () - () <input type="checkbox"/> 勤務先 () - () - ()			
	結果送付先	<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 入所対象者 <input type="checkbox"/> その他()			

★記入等していただいた内容について、必要に応じて申込者あてに問合せをすることがあります。

III. 入所対象者を主に介護している方について、お聞きます。

主介護者の状況	氏名	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (⇒)			
	住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (⇒ 〒)			
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳			
	◆主介護者は、入所対象者以外の方を介護していますか。				
	<input type="checkbox"/> している ⇒ 住所と氏名 () 介護の状況 () <input type="checkbox"/> していない				
	◆主介護者は就労をしていますか。				
	<input type="checkbox"/> している ⇒ 勤務先・店舗等名称 (電話:) 就労時間・頻度 (時間/日 日/週) <input type="checkbox"/> していない				
	◆主介護者の健康状態についてお聞きます。				
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (<input type="checkbox"/> 要支援_____ <input type="checkbox"/> 要介護_____) <input type="checkbox"/> 要介護認定は受けていないが、通院しなければならない疾病がある 疾病名() 通院頻度(回程度/月) <input type="checkbox"/> 通院はしていないが、介護に支障のある疾病がある 疾病名()				
	◆主介護者は小さなお子様や心身に障害のある方をお世話していますか。				
<input type="checkbox"/> している ⇒ 状況を具体的に () <input type="checkbox"/> していない					

★主介護者とは、被介護者が在宅の場合は、同居・別居を問わず、日常的に介護を行っている親族等のことです。介護サービス事業者は除きます。施設入所中の場合は、入所に伴う諸手続きやサービス等の相談を行っている方です。

関与者不在	<input type="checkbox"/> 入所対象者への支援や関与する人がいない
-------	----------------------------------------------

IV. 入所対象者について、記入または□にレ(チェック)を入れてください。
不明の場合には、入所中の施設等にお問い合わせのうえ、記入してください。

★身体状況についてお聞きします。

質問項目	該当する□にレ(チェック)を入れて下さい。			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
▲上記で介助時の使用器具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()			
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
座ってられる	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
立ってられる	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入浴(清拭含む)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

★認知症等の状態についてお聞きします。

質問項目	該当する□にレ(チェック)を入れて下さい。		
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
自分の名前が言えない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
収集癖がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
徘徊がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
介護への抵抗がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
暴言や暴力がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
異食行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

★必要な医療についてお聞きします。

現在の主な疾患	
処方されている薬	
過去の既往疾患	

特別な医療行為について、該当する□にレ(チェック)を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 褥瘡
<input type="checkbox"/> インシュリン(服薬・注射 回/日)	<input type="checkbox"/> ストマー	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()	

V. 下記の項目について、全て記入してください。

入所申込理由	
--------	--

同意書	<p>品川区特別養護老人ホーム入所調整にあたっては、各施設に対して、要介護認定にかかる調査内容・判定結果および主治医意見書を提出することに同意します。また、必要に応じて診断書等を施設に提出します。</p> <p>入所対象者(氏名:) 申込者(氏名:) 続柄:)</p>
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

以上で、記入欄は終了となります。区役所窓口または担当ケアマネジャーへご提出ください。

 ▼区使用欄となります。何も記入しないでください。▼

ケアマネジャー等 意見欄 (入所の必要性や 緊急性等を記入)	<p style="text-align: right;">記入者氏名() 所属:)</p>
-----------------------------------------	--------------------------------------------------

介護期間	<p>※非該当、要支援1、要支援2の認定期間および総合事業対象者の判定期間は除きます。</p> <p>年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月</p> <p style="text-align: right;">合計 年 か月</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

受付ケアマネジャー	氏名: 所属:	
-----------	---------	--

在宅 施設系	要介護度	年齢	介護期間	老年	複数介護	就労	病弱

養育	单身	認知症自立度			その他
		意見書	調査書		

決裁 平成 年 月 日

課長	施設支援 係長	高齢者支援 第 係長	担当者	備考

品川区特別養護老人ホーム入所調整会議委員の報酬基準表

	報酬基準額
医療系委員	17,000 円
福祉系委員	12,000 円