

特別養護老人ホーム天神ユニット型指定介護老人福祉施設運営規程

第1章 総則

(趣旨)

第1条 この規程は、社会福祉法人島根県社会福祉事業団が設置する特別養護老人ホーム天神（以下「施設」という。）がユニット型指定介護老人福祉施設を適正に運営するために、島根県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年12月21日島根県条例第69号）第28条に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(施設の目的)

第2条 施設は、ユニット（少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所をいう。以下同じ。）ごとに入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第27項に規定する介護福祉施設サービス（以下「施設サービス」という。）を適切に提供することを目的とする。

(施設の運営方針)

第3条 施設は、次に掲げる運営方針に基づき、施設サービスを提供する。

- (1) 入居者のプライバシーの確保に配慮しながら、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう支援する。
- (2) 入居者一人一人の個性、心身の状況、入居に至るまでの生活様式や生活習慣等を具体的に把握した上で、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活を支援する。
- (3) 地域住民をはじめ、保険者、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設等との密接な連携に努める。
- (4) 施設サービスの提供に当たっては、入居者及びその家族等に対し、サービスの提供方法等について十分に説明するなど家族等との結びつきを重視する。
- (5) 常に質の高い施設サービスが提供できるよう、職員の資質向上の機会を計画的に確保する。

(施設の名称及び所在地)

第4条 施設の名称及び所在地は、次の表のとおりとする。

名 称	所 在 地
特別養護老人ホーム天神	島根県出雲市天神町 163 番地 9

(施設の入居定員、ユニットの数及びユニットごとの入居定員)

第5条 施設の入居定員は、50人とする。

2 ユニットの数は、6ユニットとし、（専ら短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の用に供するユニットを含む。）とし、1ユニットの入居定員は10人とする。

3 施設の長（以下「施設長」という。）は、前2項に規定する入居定員を超えて入居させてはならない。ただし、災害等やむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

第2章 職員の職種、員数及び職務の内容

（職員の職種及び員数）

第6条 施設に、次の職員を置く。

- (1) 施設長 1人
- (2) 事務職員 3人
- (3) 医師 3人
- (4) 生活相談員 2人
- (5) 介護支援専門員 1人
- (6) 介護職員 35人（内ユニットリーダー 6人）
- (7) 看護職員 5人
- (8) 機能訓練指導員 1人
- (9) 管理栄養士 1人
- (10) 調理員 8人
- (11) 用務員 4人
- (12) 警備員 3人

（職員の職務）

第7条 職員の職務は、次のとおりとする。

- (1) 施設長は、施設の業務を統括し、職員を指揮監督する。
- (2) 事務職員は、会計事務、給与事務その他の庶務を行う。
- (3) 医師は、入居者の健康管理及び療養上の指導を行う。
- (4) 生活相談員は、入居者の生活全般についての相談、援助業務等を行う。
- (5) 介護支援専門員は、入居者の施設サービス計画に関する業務等を行う。
- (6) 介護職員は、入居者の日常生活に必要な介護等を行う。
- (7) 看護職員は、入居者の健康管理、保健衛生業務等を行う。
- (8) 機能訓練指導員は、入居者の身体機能の維持・改善等のための訓練を行う。
- (9) 管理栄養士は、入居者の栄養管理、献立作成、食事全般に関する栄養指導等を行う。
- (10) 調理員は、調理業務を行う。

(11) 用務員は、運転業務、施設内の家事援助、清掃、環境整備、日用品の補充等を行う。

(12) 警備員は、夜間及び休日の防犯、防災のための警備を行う。

(職員の勤務体制等)

第8条 入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視した施設サービスを提供

するため、職員の勤務体制は次のとおりとする。

(1) 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員を配置するものとする。

(2) 夜間及び深夜については、2ユニットごとに常時1人以上の介護職員を配置するものとする。

(3) ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置するものとする。

2 前項に規定する職員の勤務体制は、社会福祉法人島根県社会福祉事業団職員就業規則（平成12年5月26日規程第3号）の定めるところによる。

3 施設長は、職員の資質の向上のために、研修の機会を確保するものとする。

第3章 入居・退去等

(入居)

第9条 施設への入居を申し込もうする者（以下「入居申込者」という。）は、あらかじめ入居申込書（様式第1号）に必要事項を記入し、施設長に提出するものとする。

2 施設長は、前項の入居申込書を受理するときは、当該入居申込者の介護保険被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期限を確認するものとする。

3 施設長は、前項の確認において、要介護認定の申請が行われていない入居申込者については、その者又はその家族等の意思を踏まえて、速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行うものとする。

4 施設長は、入居に関する検討のための委員会を設置し、入居申込者の心身の状況、介護の必要な程度、家族等の状況、施設のサービス提供体制等を総合的に判断し、施設サービスを受ける必要性が高いと認められる者から優先的に入居を決定するものとする。

5 前項に規定する委員会についての必要な事項は、施設長が別に定める。

6 施設長は、入居を決定したときは、当該入居が決定した者（以下「入居者」という。）又はその家族等に対し、この規程の概要その他入居者のサービスの選択に資すると認められる事項を記載した文書を交付して説明を行い、文書により同意を得た上でサービス利用契約を締結するものとする。

(退去)

第 10 条 入居者は、次のいずれかに該当する事由が生じた場合には、施設を退去するものとする。

(1) 入居者の要介護状態区分が自立、要支援、要介護 1 又は要介護 2 と認定された場合。ただし、要介護 1 又は要介護 2 と認定された場合であっても、特例入所の要件に該当する者は、この限りでない。

(2) 入居者が医療機関へ入院する必要がある場合で、入院後 3 か月以内に退院することが見込まれない場合

(3) 前条第 6 項に規定するサービス利用契約で定める契約の終了事由に該当した場合、契約の解約又は解除が行われた場合

2 施設長は、入居者の退去に当たっては、その者及びその家族等の希望を勘案し、退去についての必要な援助を行うものとする。

(入院中の取扱い)

第 11 条 施設長は、入居者が入院後 3 か月以内に退院した場合は、その者を再び円滑に入居させるものとする。

2 施設長は、入院中の入居者の居室を、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の用に供する場合は、その者又はその家族等の同意を得て行うものとする。

第 4 章 サービスの内容及び利用料等

(施設サービス計画)

第 12 条 介護支援専門員は、入居者の有する能力、心身の状況、置かれている環境等を評価し、入居者が自立した生活を営むことができるよう、施設サービス計画を作成する。

2 介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入居者及びその家族等の希望、解決すべき課題等を把握し、施設サービスの提供に当たる他の職員と協議の上、作成するものとする。

3 介護支援専門員は、施設サービス計画を入居者又はその家族等に対し説明し、同意を得るものとする。

4 介護支援専門員は、施設サービス計画の実施状況を定期的に把握し、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

(施設サービスの内容)

第 13 条 施設サービスの内容は、次のとおりとする。

(1) 第 12 条に規定する施設サービス計画に基づき、ユニットごとに提供される食事、入浴、排泄、離床、着替え、整容等の介護

- (2) 入居者ごとの栄養ケア計画の作成及び計画に基づく適切な栄養量及び心身の状況、嗜好に応じた食事の提供
- (3) 入居者の心身の状況等に応じ、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための機能訓練の実施
- (4) 入居者又はその家族等からの相談に対する必要な援助
- (5) 医師及び看護職員による健康管理
- (6) 歯科医師又は歯科衛生士及び介護職員による口腔衛生管理
- (7) 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に関するレクリエーション、行事等の実施
- (8) 入居者の希望に応じた外出支援
- (9) 入居者とその家族等との交流の機会の提供
- (10) 入居者又はその家族等からの依頼に基づく行政機関等に対する手続きの代行

(預り金等の保管管理)

第14条 施設長は、入居者又はその家族等から依頼があった場合は、当該入居者の現金、預金等を安全かつ厳正な方法により、保管管理するものとする。

2 前項に規定する保管管理についての必要な事項は、施設長が別に定める。

(利用料等)

第15条 施設長は、法定代理受領サービスに該当する施設サービスを提供した際は、入居者又はその家族等から利用料の一部として、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当該施設サービスについて施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 施設長は、前項に規定する利用料のほか、別表に掲げる費用の額の支払を受けるものとする。ただし、食事の提供及び居住に要する費用について入居者が市町村から介護保険負担限度額認定証の交付を受けている場合は、当該認定証に記載された負担限度額の支払を受けるものとする。

3 施設長は、前項に規定する費用に係るサービスの提供に当たっては、入居者又はその家族等にあらかじめ説明し、文書により同意を得るものとする。

第5章 施設利用上の留意事項

(施設利用上の留意事項)

第16条 入居者は、施設の利用に当たっては、次の事項に留意しなければならない。

- (1) 施設の居室、共用施設、共用設備及び敷地をその本来の用途に従って利用すること。

- (2) 施設及び施設の設備を故意に滅失、破損、汚損し、又は無断で仕様変更しないこと。
- (3) 入居者相互の親睦を図り、施設内の風紀秩序の維持に努めること。
- (4) 他の入居者に対し、勧誘、強要その他の迷惑行為を行わないこと。
- (5) 火気の取扱いに注意すること。
- (6) 外出又は外泊する場合は、施設長にその旨を届け出ること。

第6章 緊急時等における対応方法

(緊急時等の対応)

第17条 指定介護福祉施設サービスの提供を行っているときに入居者の病状の急変が生じた場合、その他緊急事態が生じた場合、施設長が別に定める対応方針により対応するものとする。

第7章 非常災害対策

(非常災害対策)

- 第18条 施設長は、非常災害に備え、火災、風水害、地震等の災害に対する消防計画を定め、職員に周知徹底するものとする。
- 2 施設長は、前項に規定する消防計画に基づき、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。
 - 3 施設長は、前項の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するとともに、訓練の実効性が高まるよう、消防関係者の参加を促すものとする。

第8章 その他施設の運営に関する重要事項

(事故発生時の対応等)

- 第19条 施設長は、入居者に対する施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該入居者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。
- 2 施設長は、事故の発生又はその再発を防止するための委員会を設置し、職員に対し定期的な研修を実施するなど必要な対策を講じるものとする。
 - 3 前項に規定する委員会についての必要な事項は、施設長が別に定める。

(苦情処理)

第20条 入居者及びその家族等からの苦情の処理については、社会福祉法人島根県社会福祉事業団苦情解決実施要領（平成21年6月15日要領第4号）の定めるところによる。

(虐待防止・身体拘束廃止のための措置)

- 第 21 条 施設長は、入居者に対する虐待を防止し、及び身体拘束を廃止するための委員会を設置し、職員に対し定期的な研修を実施するなど必要な対策を講じるものとする。
- 2 施設長は、虐待が発生した場合は、速やかに市町村に通報するとともに、必要な措置を講じるものとする。
 - 3 第 1 項に規定する委員会についての必要な事項及び緊急やむを得ない場合に行う身体拘束の手続き等については、施設長が別に定める。

(感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための措置)

- 第 22 条 施設長は、感染症及び食中毒の発生又はまん延を防止するための委員会を設置し、職員に対し定期的な研修を実施するなど必要な対策を講じるものとする。
- 2 施設長は、感染症発生時において迅速に行動できるよう、実際に感染症が発生した場合を想定した対応訓練を定期的に行うものとする。
 - 3 第 1 項に規定する委員会についての必要な事項は、施設長が別に定める。

(協力医療機関)

第 23 条 施設の協力医療機関の名称及び所在地は、次の表のとおりとする。

名 称	所 在 地
島根県立中央病院	島根県出雲市姫原町 4-1-1
出雲徳洲会病院	島根県出雲市斐川町直江 3964-1
さいとう 歯科医院	島根県出雲市塩冶町神前 6-4-9

(秘密保持等)

- 第 24 条 施設長は、職員及び職員であった者が、職務上知り得た入居者及びその家族等に関する一切の秘密を他に漏らすことがないように、必要な措置を講じるものとする。
- 2 施設長は、施設が保有する入居者及びその家族等の個人情報については、社会福祉法人島根県社会福祉事業団が保有する個人情報の保護に関する規程（平成 17 年 5 月 25 日規程第 1 号）に基づき、適切に管理するものとする。

(地域との連携)

- 第 25 条 施設長は、施設の運営に当たり、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を図り、地域との交流に努めるものとする。
- 2 施設長は、入居者の生活に支障のない範囲で、施設の土地、建物、設備等を地域社会のために供するものとする。

(記録の整備)

第26条 施設長は、施設の設備、職員及び会計に関する記録、入居者に対する施設サービスの提供に関する記録その他必要な記録を整備し、社会福祉法人島根県社会福祉事業団文書等管理規程(平成18年3月23日規程第6号)に定める期間保存するものとする。

附則

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成23年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成24年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成25年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成25年8月1日から施行する。

附則

この規程は、平成26年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成27年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

附則

この規程は、平成30年8月1日から施行する。

附則

この規程は、平成30年10月1日から施行する。

附則

この規程は、平成31年4月1日から施行する。

附則

この規程は、令和元年10月1日から施行する。

附則

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附則

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

附則

この規程は、令和4年4月1日から施行する。

附則

この規定は、令和5年4月1日から施行する。

別表（入居者が負担する費用）

(1) 食事の提供及び居住に要する費用

食費	1,445 円/日
施設が提供する特別な食事に係る費用	実費
施設外の飲食店からの出前・購入及び外食の費用	実費
居住費	2,006 円/日

(2) その他日常生活上必要な費用

個人用の日用品	実費
理美容代	実費
予防接種代等	実費
クリーニング代	実費
預り金等管理料	700 円/月
上記のもの以外に、入居者からの依頼により購入する趣味嗜好品及び被服費	実費

様式第1号

特別養護老人ホーム 入所申込書(ご家族記入用)

申し込み日 年 月 日

(ふりがな) 申込者氏名	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	電話番号	
介護保険者	被保険者番号	
要介護度	要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5	
要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

【本人の状況】

1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している方は記入してください ◇ 施設名又は病院名 ◇ 所在地 ◇ 入所又は入院期間: 年 月 日から入所・入院している
2. 入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 日 頃までに入所したい
4. 医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ◇ 現在治療中の病名 ◇ 病院名 ◇ 主治医
5. 障 害 状 況	<input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級)
6. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 天神のみ希望 <input type="checkbox"/> 「おやま」のみ希望 <input type="checkbox"/> 「天神」「おやま」のどちらでもよい <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定 ※申し込んでおられる（申し込む予定の）施設に、チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> ひまわり園 <input type="checkbox"/> 清流園 <input type="checkbox"/> もくもく苑 <input type="checkbox"/> みせんの里 <input type="checkbox"/> 潮風苑 <input type="checkbox"/> いなさ園 <input type="checkbox"/> やまゆり苑 <input type="checkbox"/> 湖水苑 <input type="checkbox"/> サン・スマイル <input type="checkbox"/> なのはな園 <input type="checkbox"/> かんべの里 <input type="checkbox"/> かんどの里 <input type="checkbox"/> るんびにい苑 <input type="checkbox"/> 万田の郷 <input type="checkbox"/> 薫風園
7. 要介護1.2の場合	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

【申込者連絡先】

(ふりがな) 氏 名	続 柄		性 別	男 ・ 女
	生年月日		年 月 日	生
住 所				
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活			
家族からの意見				
担当ケアマネジャー				
事業所名				
連絡先電話番号				

介護支援専門員の入所調査票（介護支援専門員⇔特養）

担当ケアマネジャー名	所属事業所名	連絡先電話番号

ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
入所申込者氏名			
現住所		電話番号	
被保険者番号			

項目		評価基準	点数	
共通項目	1 本人の状況	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 認知症に伴う問題行動の有無（		
	2 介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上 10割		
		<input type="checkbox"/> 6割以上 8割未満		
		<input type="checkbox"/> 4割以上 6割未満		
		<input type="checkbox"/> 2割以上 4割未満		
	3 家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がない		
		<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難な状況		
	4 入所・入院中の状況	居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所・入院している		
	合計			
	5 障害老人の日常生活自立度	自立 ・ J-1 ・ J-2 ・ A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2 ・ C-1 ・ C-2		
6 認知症老人の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
7 介護者の急死や緊急入院、住居の立ち退き、住宅改修が困難である等の居住環境の問題点、その他の特別な状況				
8 要介護の方のみの「考慮事項」	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である			

☆同居家族（いる方のみ記入してください）

	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

☆近親者の状況（同居家族のいない方のみ記入してください）

	氏名	年齢	続柄	住所
1				
2				
3				

☆連絡先

	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
3				

ケアマネジャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性について、状況の詳細を記入してください）
