（様式４）

　　　指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する定期報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先）京都市長 | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 主たる事務所（法人）の所在地 | | | | | 届出者（法人）名称及び代表者名 | | |
|  | | |  | | | | |
| 京都市指定通所介護事業所等における宿泊サービスの事業の人員，設備及び運営の基準等に関する条例第１７条第１項の規定により報告します。 | | | | | | | |
| 基本情報 | ふりがな | | |  | | | |
| 名称 | | |  | | | |
| 所在地 | | | (郵便番号　　　　－　　　　　) | | | |
| 前年度の１日  当たりの最大利用人数 | | | 人 | 介護保険  事業所番号 |  | |
| 運営関係等 | 前年度の実施状況について | | | | | | |
| ① | 介護職員又は看護職員を常時1人以上配置しましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ② | 指定通所介護事業所等又は宿泊サービス事業所に１人以上の看護職員を配置しましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ③ | 利用定員が指定通所介護事業所等の利用定員の２分の１以下かつ９人以下を超えることはなかったですか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ④ | 宿泊室の面積は１室当たり７．４３平方メートル以上確保しましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑤ | 処遇上必要と認められる場合を除き，男女が同室になることがありませんでしたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑥ | 介護支援専門員等がやむを得ない理由があると認めた場合に限り，宿泊サービスを提供しましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑦ | 利用申込者又は家族に宿泊サービスの利用に関する重要事項を記した文書を交付して説明を行いましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑧ | 連続宿泊日数は７日以内（介護支援専門員がやむを得ないと認めた場合は１４日以内）でしたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑨ | 宿泊サービス提供日数は，要介護認定等の有効期間の半数を超えませんでしたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑩ | 緊急やむを得ない理由がある場合を除き，身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いませんでしたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑪ | 宿泊サービスの利用が相当期間にわたり継続することが見込まれる場合，宿泊サービス計画を作成し，利用者又は家族に書面を交付して説明を行い，同意を得ましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑫ | 非常災害に関する具体的な計画を定め，非常災害に備えるために必要な訓練を定期的に実施しましたか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |
| ⑬ | 利用者ごとに記録を作成し，宿泊サービス完結の日から５年間保存していますか。 | | | | | 〔　はい　・　いいえ　〕 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前年の４月１日から今年の３月３１日までの間に宿泊サービスを利用した者の概要※1 | | | | | |
| 利用者 | 年齢※2 | 要介護状態区分又は  要支援状態区分※2 | 宿泊合計日数 | 最大連続宿泊日数 | 備考※3 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |

※１　記入欄が不足する場合は，別に欄を設けて記載するか，又は別に記載した書類を添付してください。

※２　今年の３月３１日現在の状況を記載してください（サービスの利用を終了した者については，終了時点の状況）。

※３　前年の３月から４月にかけて連続利用した者がいた場合，その旨を記載してください（（例）３月３０日～４月２日　４日連続利用）。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者連絡先 | |
| 事業所名 |  |
| 担当者名・職名 |  |
| 電話番号 |  |
| Email |  |