

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届出に関する要領

(趣旨)

第1条 この要領は、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（以下「条例」という。）及び京都市指定通所介護等における宿泊サービスの事業の届出に関する要綱（以下「要綱」という。）に定める届出に係る提出書類について定めるものとする。

(開始の届出)

第2条 要綱第2条第2項の規定による添付書類は、様式1から様式3までによるものとする。

(報告書)

第3条 条例第17条第1項の規定による報告書は、様式4によるものとする。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

(様式2)

事業所の平面図等

事業所名

(利用者の就寝時の設備・備品の配置図)



※利用者の就寝時の各室の用途を記入してください。(指定通所介護事業所等での用途も合わせて記入してください。)

※各宿泊室の内法寸法、内法面積を記入してください。

※利用者の就寝時の状況が分かるように次の事項を記載してください。

・布団又はベッドの位置 ・パーテーション等の仕切りの位置 ・職員の定位置

※宿泊室の面積が確認できない等の理由により、様式2の他に建築図面の平面図を提出していただく場合があります。

事業所名	
------	--

宿泊サービス提供における設備、備品の配置写真

※食事提供時の**食堂**(利用者の食事場所)・**台所**(宿泊サービスで使しない場合は不要), 就寝時の**宿泊室**(個室の場合はその部屋を, **個室以外**の場合は各利用者の**宿泊スペース**)の写真を添付してください。

※利用者の顔等, 利用者の個人情報~~が写っていない~~写真をご使用ください。

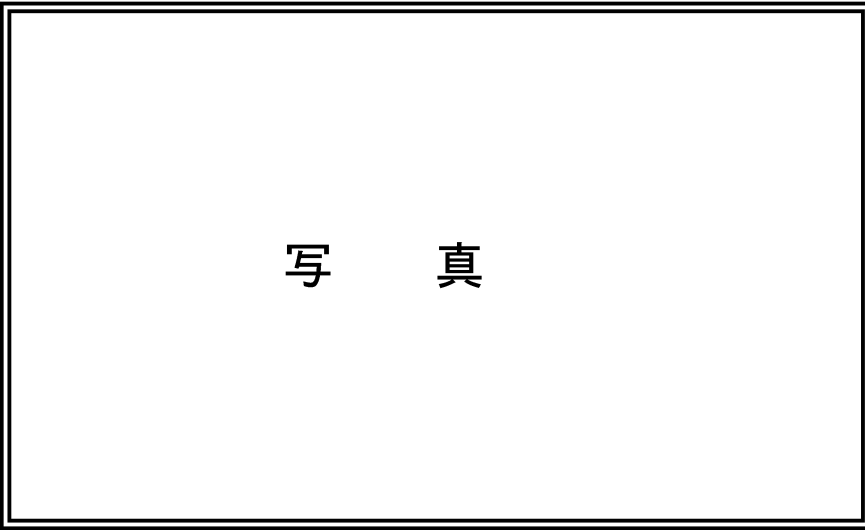
※設備写真の説明として, 次の表に掲げる事項をそれぞれ記入してください。

記入事項	注意事項等
指定通所介護事業等での設備名称	指定通所介護事業での設備名を記入してください。指定通所介護事業等において使用しない場合は, 未使用と記入してください。
宿泊室の個室・個室以外の別	「宿泊室()」の()には, 「個室」または「個室以外」を記入してください。

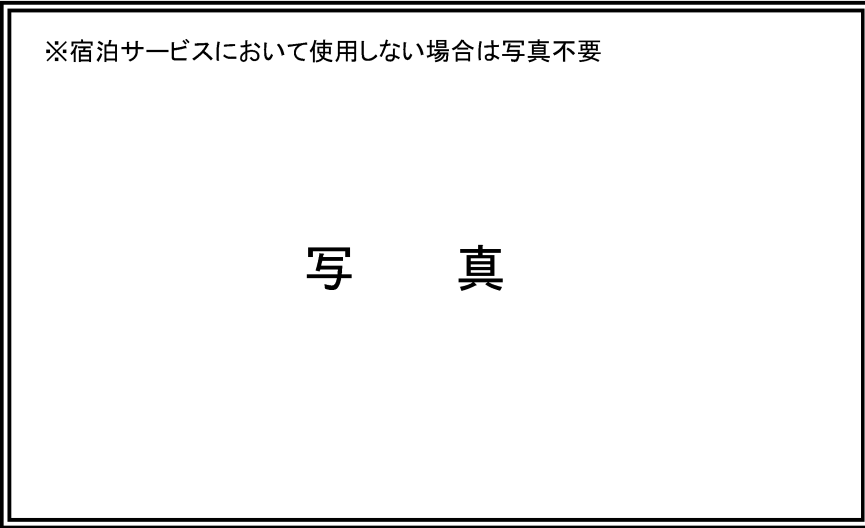
1 食事提供時

①**食堂**(利用者の食事場所)

指定通所介護事業等での設備名称



②**台所**



2 就寝時

③宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

④宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

⑤宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

⑥宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

⑦宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

⑧宿泊室()

指定通所介護事業等での設備名称

※宿泊室が個室の場合はその部屋の写真を、
宿泊室が個室以外の場合は、各利用者ごとのスペースの写真を
添付してください。

写 真

(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室当たり平均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の実施しましたか。		[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	