

## 浜松市における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービスの事業の人員、設備及び運営に関する指針に係る定期報告実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、浜松市における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービスの事業の人員、設備及び運営に関する指針(以下「指針」という。)第4の20で定める定期報告について必要な事項を定めることにより、宿泊サービスを利用する者による宿泊サービス事業所の選択を可能とすることで、当該宿泊サービスを利用する者の尊厳の保持及び安心・安全の確保を図ることを目的とする。

### (報告)

- 第2条 宿泊サービス事業者は、宿泊サービス事業所の状況について、様式第1号により、毎年8月1日現在の状況を8月末までに浜松市に報告するものとする。
- 2 新たに宿泊サービスを提供する宿泊サービス事業者は、宿泊サービス事業所の状況について、様式第1号により、宿泊サービス開始月の翌月1日現在の状況を宿泊サービス開始月の翌月末日までに浜松市に報告するものとする。
- 3 宿泊サービス事業者は、宿泊サービス事業所を廃止する場合は、あらかじめ、様式第3号により浜松市に報告するものとする。
- 4 第1項から第3項の報告は、浜松市が指定するメールアドレスに電子メールで送付するものとする。

### (公表)

第3条 浜松市は前条第1項から第3項の報告を受けた場合は、当該報告の内容を公表するものとする。

### 附則

この要綱は、平成26年7月1日から施行する。

(様式第1号) 浜松市が所管する指定通所介護事業所等における宿泊サービス事業所の状況報告

報告日 平成 年 月 日

浜松市長 あて

事業者名等

事業者	フリガナ				
	1 名称				
	2 代表者職氏名	職名		氏名	
3 所在地	郵便番号(〒 )				

1 デイサービス事業所(日中)の情報 (平成 年 月 日現在)

基本情報	フリガナ				
	1 名称				
	2 管理者	職名		氏名	
	3 所在地	郵便番号(〒 )			
	4 連絡先	電話番号		FAX番号	
		電子メールアドレス			
	5 営業日等	営業日		休日	
6 利用定員	デイサービス(日中)	人	8 介護保険事業所番号		
7 事業所開始時期	平成 年 月 日				

2 宿泊サービス(夜間等)の情報 (1/3)

基本情報	1 営業日等	営業日		休日		
	2 宿泊サービスの利用定員	人、特記事項( )				
	3 宿泊サービスの開始時期	平成 年 月 日				
	4 宿泊サービスに係る ケアマネジャーとの連携	具体的な内容				
	5 連続宿泊日数の上限	上限の定め( )	(具体的な日数等	( )	)	
	6 8月1日時点の状況 (新規の場合は開始月の翌月の1日時点の状況)	利用者のうち、一番長く連続宿泊している者の期間	( )			
		利用者のうち、30日以上連続宿泊している者の人数	( )人			
7 前月中の利用者等の状況 (8月1日時点の状況の場合に7月中、新規の場合は開始月の1ヶ月中の状況)	1日の最大利用人数	( )人				
	宿泊サービスの実施日数	( )日				
	前月中の宿泊サービスの利用者延べ人数	( )人				
利用料	1 宿泊料金(1泊あたり)	1泊 円 特記事項: ~ 円				
	2 食事代(1食あたり)	朝食	円	夕食	円	
	3 その他の費用	円(内容 )				
人員等	1 従業者の員数等	宿泊サービスに従事する職員の員数				人
		の職員のうち、指定通所介護事業所等の従業者を兼務している者の員数				人
		宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員の員数(宿直勤務者は除く。)				人
		に記載する職員のうち、有資格者の員数				
	社会福祉士主任任用資格、社会福祉士、精神保健福祉士				( )人	
	介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士				( )人	
介護職員初任者研修を修了した者				( )人		
看護職員(看護師、准看護師)				( )人		
		夜勤、宿直の別	( )			
2 責任者の配置	職名		氏名			
	責任者の兼務(同一敷地内の事業所等)( ) 兼務の内容( )					

宿泊サービス(夜間等)の情報 (2 / 3)

設備等	1 宿泊室	<p>専用の宿泊室 (個室)</p> <p>合計 0 室 (0 人)</p>	<p>・場所及び床面積等 (複数の場合は室ごとに記入) ・ブザーの設置 [ ]</p> <p>[ (場所) (面積)㎡・畳 (日中の使用) ] [ (場所) (面積)㎡・畳 (日中の使用) ]</p> <p>[ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ]</p>
		<p>専用の宿泊室 (相部屋)</p> <p>合計 0 室 (0 人)</p>	<p>・場所及び床面積等 (複数の場合は室ごとに記入) ・ブザーの設置 [ ]</p> <p>[ (場所) (面積)㎡・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p>
		<p>食堂兼機能訓練室</p> <p>合計 0 室 (0 人)</p>	<p>・場所及び床面積等 (複数の場合は室ごとに記入) ・ブザーの設置 [ ]</p> <p>[ (場所) (面積)㎡・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p>
		<p>静養室</p> <p>合計 0 室 (0 人)</p>	<p>・場所及び床面積等 (複数の場合は室ごとに記入) ・ブザーの設置 [ ]</p> <p>[ (場所) (面積)㎡・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>[ ] [ ] [ ] [ ]</p>
		<p>利用者への男女別の配慮</p>	
関係法令の状況	消防法関係	<p>消防署立入検査の有無 (3年以内) [ ]</p> <p>にて「あり」の場合、指摘事項の有無 [ ]</p> <p>にて「あり」の場合、指摘事項を記入してください。</p>	
	建築基準法関係	<p>宿泊サービスを行う建築物について、建築確認申請が必要であるかを所轄庁に確認したか。 [ ]</p> <p>にて「確認した」場合、建築確認申請の有無 [ ]</p> <p>にて「あり」の場合、確認済証、検査済証を取得しているか。 [ ]</p>	
運営等	1 契約、記録、計画等	<p>宿泊サービス計画の作成 (4日以上連続利用の場合) [ ] 宿泊サービス記録 [ ]</p> <p>宿泊サービスの運営規程 [ ] 宿泊サービスの重要事項説明書の交付 [ ]</p>	
	2 健康への配慮	<p>利用者の健康状態を記録する体制 [ ]</p> <p>主治の医師等へ緊急時に連絡する体制がある。 [ ]</p> <p>主治の医師に定期的に情報を提供している場合は、その頻度や内容を記入してください。</p>	
	3 緊急時等の対応	<p>緊急時等対応のマニュアル [ ]</p> <p>緊急時等における医師等に対する連絡等の内容 (概要)</p>	
	4 非常災害対策	<p>非常災害時の対応マニュアル、計画の作成 [ ]</p> <p>定期的な避難訓練 [ ] 直近の実施日: 平成 年 月 日</p> <p>宿泊サービス時 (特に夜間) における地震及び火災等への具体的な対応 (概要)</p>	

宿泊サービス(事業所)の情報 (3 / 3)

運営等	5 事故発生時の対応	事故発生時の対応マニュアル	[		]
		損害賠償保険	[		]
		通院以上の事故について保険者(市町村)への報告体制	[		]
	6 宿泊サービス実施中の事故、ヒヤリハット、苦情件数及び身体拘束の実施状況	事故発生件数(前年度(4月~3月)の件数)	[		件]
		ヒヤリハット件数(前年度(4月~3月)の件数)	[		件]
		苦情件数(前年度(4月~3月)の件数)	[		件]
		身体的拘束等の実施人数(8月1日時点、新規の場合は開始月の翌月1日時点の状況)	[		人]
7 身体的拘束等、その他利用者の行動を制限する行為を行わないための取組					
その他(特徴、取組等)					

- 注1 宿泊サービス事業所を運営する指定通所介護事業所等の事業者は、当該宿泊サービス事業所の状況について、毎年8月1日現在の状況を8月末日までに、新規に宿泊サービスを提供する際には宿泊サービス開始月の翌月末日までに電子メールにて市に報告してください。  
(メールアドレス: kaigo@city.hamamatsu.shizuoka.jp)
- 注2 当該報告は、宿泊サービスの利用者の選択等に資することを目的としていますので、市の指針の基準を満たさない状態でも報告いただくようお願いします。
- 注3 当該報告内容は、様式第2号により、そのまま市のホームページで公表されますので、内容を十分に確認してから提出してください。

(様式第2号)

NO

浜松市が所管する指定通所介護事業所等における宿泊サービス事業所の状況 <公表>

(平成 0 年 0 月 0 日現在)

【 報告日 0 0 年 0 月 0 日 】

1 事業者の情報				
事業者	フリガナ			
	1 名称			
	2 代表者職氏名	職名	氏名	
3 所在地	郵便番号(〒 )			
2 デイサービス事業所(日中)の情報				
基本情報	フリガナ			
	1 名称			
	2 所在地	郵便番号(〒 )		
	3 連絡先	電話番号	FAX番号	
	4 営業日等	営業日	休日	
5 利用定員	デイサービス(日中) 人			
3 宿泊サービス(夜間等)の情報 (1/2)				
基本情報	1 営業日等	営業日	休日	
	2 宿泊サービスの利用定員	人、特記事項( )		
	3 宿泊サービスの開始時期	平成 年 月 日		
	4 連続宿泊日数の上限	上限の定め( ) (具体的な日数等 ( ))		
利用料	1 宿泊料金(1泊あたり)	1泊 円 特記事項: ~ 円		
	2 食事代(1食あたり)	朝食 円	夕食 円	その他 円(内容 )
	3 その他の費用			
人員等	1 従業者の員数等	宿泊サービスに従事する職員の員数 人 宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員の員数(宿直勤務者は除く。) 人		
	に記載する職員のうち、有資格者の員数	社会福祉主事任用資格、社会福祉士、精神保健福祉士 ( 人)		
		介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士 ( 人)		
		介護職員初任者研修を修了した者 ( 人)		
		看護職員(看護師、准看護師) ( 人)		
夜勤、宿直の別		( )		
関係法令の状況	消防法関係	消防署立入検査の有無(3年以内) ( ) にて「あり」の場合、指摘事項の有無 ( ) にて「あり」の場合の指摘事項		
	建築基準法関係	宿泊サービスを行う建築物について、建築確認申請が必要であるかを所轄庁に確認したか。 ( )		
		にて「確認した」場合、建築確認申請の有無 ( )		
		にて「あり」の場合、確認済証、検査済証を取得しているか。 ( )		

宿泊サービス(夜間等)の情報 (2/2)

設備等	宿泊室	専用の宿泊室 (個室)	・場所及び床面積等(複数の場合は室ごとに記入)・ブザーの設置 [ ] [ (場所) (面積) m <sup>2</sup> ・畳 (日中の使用) ] [ (場所) (面積) m <sup>2</sup> ・畳 (日中の使用) ]
	合計		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ] [ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ]
	室		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ] [ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ]
	(人)		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ] [ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ]
			[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ] [ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ ]
	専用の宿泊室 (相部屋)	・場所及び床面積等(複数の場合は室ごとに記入)・ブザーの設置 [ ] [ (場所) (面積) m <sup>2</sup> ・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]	
合計		[ _____ 畳、 _____ 人 ]	
室		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
(人)		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
	食堂兼機能訓練室	・場所及び床面積等(複数の場合は室ごとに記入)・ブザーの設置 [ ] [ (場所) (面積) m <sup>2</sup> ・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]	
合計		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
室		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
(人)		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
	静養室	・場所及び床面積等(複数の場合は室ごとに記入)・ブザーの設置 [ ] [ (場所) (面積) m <sup>2</sup> ・畳 (日中の使用) (プライバシー確保) (利用定員数) ]	
合計		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
室		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
(人)		[ _____ m <sup>2</sup> 、 _____ 人 ]	
	利用者への 男女別の配慮		
運営等	1 契約、記録、計画等	宿泊サービス計画の作成(4日以上連続利用の場合) [ ]	宿泊サービス記録 [ ]
		宿泊サービスの運営規程 [ ]	宿泊サービスの重要事項説明書の交付 [ ]
	2 事故発生時の対応	損害賠償保険 [ ]	[ ]
	その他(特徴、取組等)		

本指定通所介護事業所等における宿泊サービス情報は、事業者から報告された内容を公表しています。

様式第3号(第2条関係)

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所  
〔所在地〕  
報告者 氏 名  
〔名称及び  
代表者氏名〕 印

(代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

### 廃止報告書

浜松市における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービスの事業の人員、設備及び運営に関する指針における定期報告実施要綱第2条の規定により、宿泊サービス事業の廃止を報告します。

### 記

#### 1 指定通所介護事業所等

名 称									
所 在 地									
介 護 保 険 事 業 所 番 号									
宿 泊 サ ー ビ ス 事 業 の 廃 止 年 月 日	年 月 日								

担当者  
連絡先