

(介護予防) 通所介護事業所 管理者 様

(介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 管理者 様

枚方市福祉部福祉指導監査課長

指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に
指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の
当該サービスの実施に関する届出について (通知)

平素は本市の福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 2 7 年度の介護保険制度改正に伴い、本市では、介護サービス事業の人員や設備等に関する基準を定めた関係条例を一部改正し、指定 (介護予防) 通所介護事業所、(★)単独型・併設型指定 (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 (以下「指定通所介護事業所等」という。) の設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービス (以下「宿泊サービス」という。) を提供するときは、当該サービスの内容を届け出る旨を規定しました。

つきましては、平成 2 7 年 4 月 1 日以降、宿泊サービスを提供する通所介護事業所等におかれましては、下記のとおり届出を行う必要がありますのでお知らせいたします。

また、厚生労働省から別添「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針 (平成 27 年 4 月 30 日付老振発第 0430 第 1 号)」 (以下「国指針」という。) が発出されていますので、国指針に沿った事業運営に努めていただきますようよろしくお願いいたします。

(★)特別養護老人ホーム等 (特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、社会福祉施設又は特定施設) に併設されていない指定 (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所及び特別養護老人ホーム等に併設されている指定 (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所を指す。

記

1. 届出対象事業所

『通所介護、介護予防通所介護、単独型・併設型認知症対応型通所介護、又は単独型・併設型介護予防認知症対応型通所介護の指定を受けた事業者が、①当該指定通所介護事業所等の営業時間外に、②その設備を利用し、③当該指定通所介護事業所等の利用者に対し、④宿泊サービスを提供する事業所』が届出の対象です。

2. 届出に関する提出書類

- (1) 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届出書
- (2) 事業所の平面図
- (3) 各宿泊室の写真 (参考様式 1)
- (4) 指導 (打合せ) 記録書の写し
- (5) 消防用設備等点検結果報告書等の写し

<裏面に続く>

※（１）（３）は本市ホームページに様式を掲載していますのでダウンロードしてください。

【アドレス】 <http://www.city.hirakata.osaka.jp/site/kyotaku-top/otomari-d.html>

※提出書類の留意事項

○事業所の平面図について

- ・ 宿泊室として使用する場所をマーカー等で示してください。

○各宿泊室の写真について

- ・ 各宿泊室の写真を添付してください。
- ・ 個室以外の宿泊室は、各利用者のプライバシー確保の状況もわかる写真を添付してください。
- ・ 利用者の顔など利用者の個人情報が写っていないものを使用してください。
- ・ 写真はA 4用紙に数枚貼付けし、指定通所介護事業所等での設備名称（食堂、機能訓練室、静養室、相談室など）と宿泊室の「個室」「個室以外」の別を該当写真の付近に記載してください。（参考様式1 参照）

○指導（打合せ）記録書の写しについて

- ・ 宿泊サービスを提供する場合、従来から義務付けられている消防用設備等のほかに、新たに消防用設備等の設置が必要となる場合があります。宿泊サービスを提供する通所介護事業所等におかれましては、所管消防署へ相談し、必要な消防用設備等の設置等に係る指導を受けた「指導（打合せ）記録書」の写しを添付してください。
- ・ 上記指導により、消防用設備等の設置義務はあるが、現在未設置の消防用設備等がある場合は、「未設置の消防用設備等の名称」及び「消防用設備等を経過措置期間中（経過措置が適用される場合に限る。）に設置し、消防法第 17 条の 3 の 2 の規定に基づく届出を行い、所管消防署長の検査を受ける」旨を記載した確約書（法人名称、法人代表者氏名を記載の上、法人代表者印を押印）を添付してください。

○消防用設備等点検結果報告書等の写しについて

- ・ 直近の「消防用設備等点検結果報告書」の写しを添付してください。
- ・ まだ報告書がない場合は「消防用設備等検査済証」の写しを添付してください。
- ・ 検査がまだ終わっていない等の理由で検査済証がない場合は、「消防用設備等設置届出書」の写しを添付してください。
- ・ 上記の写しを添付する際は、原本証明（法人名称、法人代表者氏名を記載の上、法人代表者印を押印）を行ってください。

3. 提出方法及び提出先

郵送により、本市福祉指導監査課まで提出してください。

【提出先】 〒573-8666 枚方市大垣内町二丁目 1 番 2 0 号 枚方市役所 福祉指導監査課 宛て

4. 提出期限

平成 2 7 年 9 月 3 0 日（水）まで

<次に続く>

5. 留意事項など

(1) 利用者に対する宿泊サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じてください。また、加入されている損害保険等が宿泊サービスの提供時も対象となっているかをご確認ください。

(2) 提出書類の審査後、届出書の受領について文書にて通知します。また、提出書類の内容について問い合わせをすることがありますのでご了承ください。

(3) 届出後の諸手続きについて

次の場合、届出書の提出が必要です。

①届出内容に変更があった場合・・・変更事由が生じてから10日以内。

②宿泊サービスを休止又は廃止する場合・・・休止又は廃止する日の1ヶ月前まで。

【問合せ先】

枚方市役所 福祉部 福祉指導監査課

介護事業者担当（指導・指定）

電 話：072-841-1468（直通）

F A X：072-841-1322