

地域密着型サービス事業所 管理者 様

隠岐広域連合 介護保険課長

新型コロナウイルス感染症に伴う運営推進会議の開催に関する当面の取り扱いについて

平素より介護保険事業の運営につきましては、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、地域密着型サービス事業所において開催が義務付けられている運営推進会議の開催につきまして、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、当面の間、以下の取り扱いとさせていただきます。

なお、この取り扱いを終了する場合は、別途通知いたします。

1 運営推進会議について

本日から当面の間、隠岐広域連合が指定する地域密着型サービス事業所において、新型コロナウイルス感染症対策として運営推進会議を延期または中止した場合は、運営基準違反に該当しない取り扱いといたします。ただし、延期または中止となった経過について、事業所内で記録していただきますようお願いいたします。

なお、事業所の判断で当該会議を開催する場合は、各自出席前に体温を計測し、発熱等の症状が認められる場合には出席をしないことを徹底するなど感染防止に十分配慮したうえで開催してください。

2 認知症対応型共同生活介護の「外部評価の実施回数緩和」の要件について

1の取り扱いにより運営推進会議を開催しない場合の、認知症対応型共同生活介護事業所の「外部評価の実施回数緩和」の要件の一つである、「運営推進会議が、過去1年間に6回以上開催されていること」につきましては、次のとおりです。

令和元年度に運営推進会議を5回開催した上で、第6回の会議を開催する代わりに、第6回の議事について出席予定者に対し文書等で報告・意見照会を行い、その結果を、別紙「地域密着型サービス運営推進会議報告書」（以下「報告書」という。）に記載し、隠岐広域連合まで提出した場合は、令和元年度において計6回開催したものとみなします。なお、報告書を提出する場合は、文書等で報告・意見照会を行った旨を記載してください。

(問合せ先)
隠岐広域連合 介護保険課 浅生
TEL : 08512-6-9151
FAX : 08512-6-3330
MAIL : t-asai@okikouiki.jp

地域密着型サービス運営推進会議 報告書

会議名： 令和 年度 第 回 運営推進会議

事業者名： _____

事業所名： _____

サービス種類： 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護

小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護

認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

地域密着型通所介護

開催日時： 令和 年 月 日 () : ~ :

開催場所： _____

【委員出席者】

委員構成区分	氏名
利用者	
利用者家族	
地域住民の代表	
町村職員	
地域包括支援センター職員	
知見を有する者	
その他	

【事業所出席者】

職種	氏名

1. 議 題

2. 利用者の登録・入居の状況

令和 年 月 日 現在

【要介護度別利用者数】

要 介 護 度	人 数
要 支 援 1	名
要 支 援 2	名
要 介 護 1	名
要 介 護 2	名
要 介 護 3	名
要 介 護 4	名
要 介 護 5	名
合 計	名

【年齢別利用者数】

年 齢 層	人 数
65歳未満	名
65～70歳	名
71～75歳	名
76～80歳	名
81～85歳	名
86～90歳	名
91～95歳	名
96～100歳	名
101歳以上	名

【サービス提供回数】※小規模多機能のみ

提供月	通いのサービス		宿泊サービス		訪問サービス		全サービス 1人あたりの1週間の 平均利用回数(※)
	延べ提供 回数	1日あ たりの 平均利 用者数	延べ提供 回数	1日あ たりの 平均利 用者数	延べ実施 回数	1日あ たりの 平均利 用者数	
4月	回	名	回	名	回	名	回/週
5月	回	名	回	名	回	名	回/週
6月	回	名	回	名	回	名	回/週
7月	回	名	回	名	回	名	回/週
8月	回	名	回	名	回	名	回/週
9月	回	名	回	名	回	名	回/週
10月	回	名	回	名	回	名	回/週
11月	回	名	回	名	回	名	回/週
12月	回	名	回	名	回	名	回/週
1月	回	名	回	名	回	名	回/週
2月	回	名	回	名	回	名	回/週
3月	回	名	回	名	回	名	回/週

※サービス過少の基準(週4回以上)になります。

3. 活動状況報告

4. 事故、ヒヤリ・ハットに関する報告

5. 苦情報告

6. その他報告

7. 運営に関する要望・助言・意見交換の内容