年　　月　　日

（宛先）高槻市健康福祉部福祉指導課長

主たる事務所の所在地

開設（事業）者名称

代表者の職・氏名

事業種別及び事業所名

身体拘束廃止未実施減算に伴う改善計画について

　標記の事項に係る改善計画については、下記のとおりです。

記

１　身体的拘束適正化のための対策を検討する委員会

 (1)・・・・・【未実施内容】

　　①・・・・・【改善計画】

 (2)・・・・・

　　②・・・・・

２　身体的拘束適正化のための指針について

３　身体的拘束適正化のための定期的な研修について

４　添付書類

 (1)・・・・・・

 (2)・・・・・・

（記載上の留意点）

・改善計画の記載については、内容を具体的に文章化し記載してください。

・添付書類を添付する場合は、改善計画のどの事項に対するものかが分かるようにしてください。

　　年　　月　　日

（宛先）高槻市健康福祉部福祉指導課長

主たる事務所の所在地

開設（事業）者名称

代表者の職・氏名

事業種別及び事業所名

身体拘束廃止未実施減算に伴う改善報告について

　標記の事項に係る改善報告については、下記のとおりです。

記

１　身体的拘束適正化のための対策を検討する委員会

 (1)・・・・・【未実施内容】

　　①・・・・・【改善内容】

 (2)・・・・・

　　②・・・・・

２　身体的拘束適正化のための指針について

３　身体的拘束適正化のための定期的な研修について

４　添付書類

 (1)・・・・・・

 (2)・・・・・・

（記載上の留意点）

・改善報告の記載については、改善内容を具体的に文章化し記載してください。

・添付書類については、改善内容のどの事項に対するものかが分かるようにしてください。

・返還を伴う報告については、保険者・入所者等各々に対し返還された対象月、金額等を列挙し、返還対象者が多数の場合は、一覧表等を作成してください。