

付表4 基準該当短期入所生活介護事業所の登録に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 —)										
		県	都市									
連絡先	電話番号							FAX 番号				
	フリガナ							(郵便番号 —)				
管理者	氏名							住所				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称											
	兼務する職種 及び勤務時間等											
利用者の推計数	人	通所介護事業所等の種別・名称										
従業者の職種・員数	医師		生活相談員		看護職員		介護職員					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
	栄養士		機能訓練指導員		栄養士を配置していない場合の措置							
	専従	兼務	専従	兼務								
常勤(人)												
非常勤(人)												
基準上の必要人数(人)												
適合の可否												
設備基準上の数値記載項目等											基準上の必要数値	適合の可否
居室	1 室あたりの最大定員				人	人以下						
	利用者1 人あたり最小床面積				m ²	m ² 以上						
食堂と機能訓練室の合計面積				m ²	m ² 以上							
廊下	片廊下の幅				m							
	中廊下の幅				m							
耐火建築物、準耐火建築物の別												
主な 掲 示 事 項	利用定員	人										
	利用料											
	その他の費用											
	通常の送迎の実施地域											
機 関 医 療 協 力	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
	名称				主な診療科名							
添付書類	別添のとおり。											

備考1 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。

3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 当該基準該当居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該基準該当居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

(別表)

登録事項の変更に係る添付書類一覧

サービスの種類		訪問 介護 ①	訪問 入浴 ②	通所 介護 ③	短期 入所 ④	福祉 用具 ⑤	居宅 支援 ⑥
番号	変更の届出が必要な事項						
1	事業所の名称	○	○	○	○	○	○
2	事業所の所在地	○	○	○	○	○	○
3	主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○	○
4	代表者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○
5	事業所の建物の構造等	○	○	○	○	○	○
6	備品		○				
7	事業所の管理者の氏名及び住所	○	○	○	○	○	○
8	サービス提供責任者の氏名及び住所	○					
9	運営規程	○	○	○	○	○	○
10	協力医療機関(病院・協力歯科医療機関)		○		○		
11	入院患者又は入所者の定員				○		
12	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合においては、委託等の契約の内容)					○	

備考 変更の状況が判る書類を添付してください。

(参考)

登録申請に係る添付書類一覧(チェック用)

番号	添付すべき書類	訪問介護 ①	訪問入浴 ②	通所介護 ③	短期入所 ④	福祉用具 ⑤	居宅支援 ⑥	参考様式の 有無
1	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	参考様式1
2	管理者の経歴	○	○	○	○	○	○	参考様式2
3	サービス提供責任者の経歴	○						参考様式2
4	平面図	○	○	○	○	○	○	参考様式3
5	居室面積等一覧表				○			参考様式4
6	設備・備品等一覧表		○	○	○	○		参考様式5
7	運営規程	○	○	○	○	○	○	
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	参考様式6
9	サービス提供実施単位一覧表			○				参考様式7
10	当該申請に係る資産の状況	○	○	○	○	○	○	
11	協力医療機関との契約の内容		○		○			
12	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容						○	
13	通所介護事業所等との連携体制及び支援の体制の概要				○			
14	福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)					○		

事 務 連 絡
平成 1 2 年 6 月 3 0 日

各 都道府県介護保険主管課（室） 御中

厚生省老人保健福祉局計画課

都道府県身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催希望について（照会）

介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止されたことに伴い、その趣旨を徹底し実効をあげていくため、厚生省では、「身体拘束ゼロ作戦」を推進していくこととしておりますが、その一環として、各都道府県においても、推進体制が整備されることが期待されております。

このため、来年度からは、全都道府県において「都道府県身体拘束ゼロ作戦推進会議」の開催や、「身体拘束相談窓口」の設置等を進めていただきたいと考えておりますが、今年度については、モデル的な実施とし、来年度以降の事業展開の参考にしていきたいと考えております。

つきましては、今年度において推進会議の開催等を希望する場合には、別記様式にて、7月14日（月）までに回答願います。

照会先

厚生省老人保健福祉局計画課

法令係 森田（3929）

予算係 西田（3925）

TEL 03-3595-2888

FAX 03-3595-3670

(別記様式)

都道府県名

本年度実施希望

有 ・ 無

具体的に推進体制の整備について、検討されている場合には、その内容

[]

(注)

- 1 今年度については、会議開催経費等として、1 県あたり若干額（10～20万円程度）の定額の助成を予定しています。
- 2 今年度に関しては、モデル事業という位置づけであることから、事業実施についての実績と評価（事業実施上の工夫点）に関する簡単な報告をお願いします。

「都道府県身体拘束ゼロ作戦推進会議」設置要綱（案）

1. 趣旨

介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止されたが、その趣旨を徹底し実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要である。このため、身体拘束の廃止に向けての幅広い取り組みを「身体拘束ゼロ作戦」として取りまとめ、関係者の協力の下でその推進を図ることとしたところである。

こうした趣旨を踏まえ、「身体拘束ゼロ作戦」を推進していくために、都道府県において、関係者による種々の取り組みを進めるための協議を行うことを目的として、「都道府県身体拘束ゼロ作戦推進会議（以下、「推進会議」という。）」を設置するものである。

2. 推進会議の設置

- (1) 推進会議は、介護保険施設関係者、介護保険サービス事業者、利用者代表、その他の関係者をメンバーとするものとする。
- (2) 推進会議は、身体拘束廃止に向けて、身体拘束に関する意見や情報の交換などを行うものとする。
- (3) 推進会議には、「身体拘束相談窓口」を設置し、介護保険施設や介護保険サービス事業者等からの相談に応じるものとする。
なお、当該窓口は、介護保険施設関係団体等適切な団体に設置しても差し支えない。