

## 身体拘束に関するチェック表

記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      施設名称： \_\_\_\_\_

1. 事業所における身体拘束事例の有無について、該当する箇所にチェック（レ）をしてください。

	確認事項	はい	いいえ
1	徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛っている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	立ち上がる能力のある人の立ち上がりを防げるようないすを着用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

身体拘束ゼロへの手引き（平成13年3月：厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行）

2. 1で「はい」にチェックをした事例は、以下の要件を満たしていますか。該当する箇所にチェック（レ）をしてください。

	確認事項	はい	いいえ
1	入居者本人もしくは他の入居者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。(切迫性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	身体拘束がその他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない。(非代替性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。(一時性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	「緊急やむを得ない場合」の判断を事業所全体で行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	事前に、入居者本人および家族に対して、できる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努めているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	態様および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	(介護老人保健施設の場合)施設の医師が、記録を診療録に記載しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	実施している身体拘束の廃止の検討を定期的に行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>