（参考様式19）

サービス名

**身体拘束廃止取組の有無チェック表**

事業所番号

事業所名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目（算定要件） | | 適　否 |
| １．入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため，緊急やむを得ない場合を除き，身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行っていませんか。 | | 行っていない  ・  行っている |
|  | →以下の三要件を満たしていますか。  　①切迫性…本人又は他の入居者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。  　②非代替性…身体拘束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こと。  　③一時性…身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。 | はい ・ いいえ |
| ２.やむを得ず身体拘束その他入居者の行動を制限する行為を行う場合には，その態様及び時間，その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録していますか。 | | は い  （若しくは該当なし）  ・  いいえ |
| ３．身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催していますか。 | | はい ・ いいえ |
| ４．身体的拘束等の適正化のための指針を整備していますか。 | | はい ・ いいえ |
| ５．身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会での結果について，介護職員その他従事者に周知徹底を図っていますか。 | | はい ・ いいえ |
| ６．介護職員その他の従業者に対し，身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施していますか。 | | はい ・ いいえ |