

回答先	石川県長寿社会課施設サービスグループ 児玉
	FAX:076-225-1418
	mail:kdmask03@pref.ishikawa.lg.jp
回答期限	令和4年8月19日(金)

介護保険施設等身体拘束実態調査票

1 施設の概要

(1)施設の名称等

施設名			
担当者名			
種類番号		電話番号	

(2)定員

□	人		入所者(入院者)数	□	人
---	---	--	-----------	---	---

2 身体拘束の状況

(1)身体拘束を行っているか。

番号	□
----	---

(2)身体拘束を行うに至った理由について(身体拘束を行っている者ごとにご記入ください。)

理由	
----	--

(3)身体拘束適正化に向けて困難なこと

番号	□	□	□	□	□	□	□
その他							

(4)身体拘束適正化のための指針(マニュアル)について

番号	□
----	---

(5)誰の判断により身体拘束を行うか

番号	□
その他	

(6)身体拘束に関する記録について

番号	□
その他	

(7)身体拘束適正化に向けた取組について

番号	□	□	□	□	□	□	□
その他							

3 身体拘束適正化に向けた取組における課題・問題