

緊急やむを得ない身体抑制に関する説明・同意書

当院では、可能な限り患者様の行動の安全に努めていますが、万が一下記の事象が生じた場合において、やむを得ず生命・安全確保のため最終手段として身体抑制をする場合があります。いずれも、療養中の安全を確保するための趣旨であることをご理解の上、ご了承頂きたくお願い致します。

身体抑制の適応 【切迫性・非代替性・一時的】

1. 患者様の激しい体動等により転倒・転落の危険が高い場合
2. 患者様の認知障害、興奮、不穏等があり、身の危険を予知できない
3. 患者様の暴力行為等により自傷、他人に損傷を与える危険がある時
4. 医療機器やライン、チューブ類を抜去しようとし検査や治療が安全に行えない場合
5. 生命または身体が危険にさらされる危険性が著しく高い時
6. 身体抑制その他の行動制限を行う以外方法がないため
7. その他（ ）

身体抑制の方法

- ☐ ミトン型手袋 ☐ 抑制帯 ☐ 車椅子用 Y 時型安全ベルト
☐ 4 点柵、ベッド柵固定 ☐ 鎮静の薬物使用

身体抑制やその他の行動制限は一時的で、患者様の人権を尊重し、倫理的配慮を念頭に最小限に留めます。抑制の必要性を常に検討・評価した上で状況を見ながら早期解除に努めます。

【評価予定日：令和 年 月 日】

説明日：令和 年 月 日

医師：_____

確認者：_____

患者様家族記入

上記について説明を受け、確認しました。

患者氏名：_____ 承諾者氏名：_____

(本人との続柄：_____)

* 同意をされた後でも、ご意向に変化があった場合は医師又は看護師へご連絡ください。