

ID NO. :

患者氏名：

## 身体抑制説明書・同意書

当院では、患者さんの入院生活が安全かつ安楽であるように努力いたしております。現在患者さんは安全が保たれない状況にありますので、身体抑制（身体的拘束）を行うことのご了解をお願いします。夜間や緊急時はご家族やご本人の同意がない場合でも身体抑制を行うことがあることをご了承ください。

### 1. 身体抑制が必要な状況

- 生命に危機が生じる可能性がある
- 身体抑制以外で安静の保つことが難しい
- 転倒・転落が予想される
- 体内に入ったチューブ類を自分で抜くことが予測される

### 2. 身体抑制用具について

- 安全帯（主に四肢を抑制する帯）
- 安全着（ベッドと上半身をとめるチョッキのようなもの）
- 手袋（ミトン→指の動きを抑制する手袋）
- その他（ ）

### 3. 身体抑制を中止する目安

- 身体抑制をしなくても治療ができる
- チューブ類を自分で抜こうとする動作がない
- 転倒・転落のリスクが回避できる
- その他（ ）

### 4. 身体抑制中に予測されるリスク

抑制部位（周囲）の圧迫等により、皮膚の変化（色調、温度）、浮腫、点状出血、擦過傷、あるいは抑制による精神的ストレスなどが出現する可能性があります。そのような場合は、症状の悪化防止に努めると共に身体抑制の方法や必要性について再考致します。

※ 患者さんの身体抑制は、可能な限り行わないことが望ましいと考えておりますので、出来る限り身体抑制は必要最小限に致します。

上記のことについてご説明いたしました。

2014年07月15日

説明医師：呼吸器外科

説明看護師： \_\_\_\_\_

身体抑制について担当医師より説明を受け、その内容・必要性について理解しましたので同意します。

患者ご本人： \_\_\_\_\_ <自署>

保護者または保証人： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_) <自署>