

身体的拘束に関する説明書



【コピー可】

患者 I D _____

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

徳島大学病院 _____ 科

説明医師氏名 _____ 印

同席者氏名 _____ 印

1. 目的と内容

身体的拘束は、当院では原則として行わない方針です。しかし、患者さんの生命あるいは身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合、もしくは、他の患者等に重大な危害が加わる可能性が高い場合で、身体的拘束を行う以外に代替する方法がない場合には、やむを得ず一時的に行うことがあります。

2. 身体的拘束の実施

1) 以下のような状態であると判断します。

- ☐ 意識障害、興奮状態あるいは発達段階により、生命および身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
- ☐ 自傷、自殺行為や他の患者等に危害を与える可能性が高い。
- ☐ 皮膚掻痒、病的反射などのため、患者さん本人の意思で体動を抑えられず、生命および身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
- ☐ 治療上必要な体位や安静が保持できない。
- ☐ 生命維持にかかわるチューブを抜いてしまうリスクが高い。
- ☐ 転倒・転落すると生命にかかわる状態になるリスクが高い。

上述のため、一時的に身体的拘束をさせていただきます。十分に観察させていただき、末梢神経障害、末梢循環障害、骨折などの併発症を予防し、早期に身体的拘束を解除することを目指してケアをさせていただきます。ただし、患者さんの意識状態が清明であるとは言えないため、十分な監視および制止にも関わらず、思いもよらぬ体の損傷等を生じることがあります。

2) 身体的拘束の種類と拘束部位

身体的拘束の種類	拘束部位
☐ ミトン	☐ 右上肢 ☐ 左上肢
☐ 抑制帯	☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ 体幹
☐ 車いす用抑制ベルト	
☐ その他	(_____)

身体的拘束に関する同意書

患者 I D _____

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____

徳島大学病院 _____ 科

説明医師氏名 _____ 印

同席者氏名 _____ 印

徳島大学病院長殿

私は、担当医師から身体的拘束について別紙の通り説明を受け、身体的拘束の内容と問題点及び必要性が理解できました。よって、十分納得できましたので、身体的拘束を受けることに同意します。

【本人署名欄】

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署 名： _____ (自署)

【代諾者名欄】

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者との続柄： _____

代諾者署名： _____ (自署)