

身体拘束（抑制）に関する説明書

身体拘束（抑制）が必要な根拠

患者 _____ ID _____ 生年月日 _____
は、下記【表1】をすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。

※ 患者の安全確保のために緊急を要すると判断された場合には、事後報告となる場合があります。

【表1】身体拘束（抑制）の3要件

- 1 行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い（切迫性）
- 2 行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない。（非代替性）
- 3 行動制限は一時的である（一次性）

I 今後、予想される危険

- 治療に必要な体位の保持や安静を保つことができない危険。
 自傷行為や異食行為などを起こす危険。
 治療に必要なチューブ類など医療器具を抜いたり損傷したりする危険。
 他患に危険を及ぼす危険。
 転倒、転落などの危険。
 その他（ _____ ）

II 身体拘束（抑制）の方法

- おきた君 抑止着 ミトン 車椅子安全ベルト 安全ベルト（手） 安全ベルト（足）
 安全ベルト（体幹） その他
（ _____ ）

III 身体拘束（抑制）開始および解除の予定

開始： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 から解除： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時まで

※ 身体拘束（抑制）期間は、状態によって延長する場合があります。ご承知ください。

IV 身体拘束（抑制）による合併症

- ・呼吸機能障害（肺炎・下肢静脈血栓・肺塞栓症など）・皮膚の障害（褥瘡・皮膚損傷・神経障害など）
- ・関節の拘縮・筋力の低下、など

※ 身体拘束（抑制）中は、定期的に患者様の状態を観察し、拘束（抑制）による合併症が起こっていないかチェックし、異常がみられた場合は対応していきます。また、解除することを目標に定期的に検討を行います。

同意書

説明日： _____

診療科： _____ 科

医師： _____

同席者： _____

説明を聞き、 同意します・同意しません・保留します

*ここでの結論は実施前であれば変更できます。医療者にお声かけ下さい。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前： _____

(本人でない場合に患者様との関係： _____)

署名できない理由：重篤 意識障害 身体的理由 その他

医療従事者： _____ 日時： _____