

身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用 に関する説明書・同意書

患者氏名 _____ ID _____

説明日時： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

説明を行った場所： _____

説明を受けた人 (患者本人・ _____)

主に説明を行った者 _____

同席者 (医療関係者) _____

1. 診断名 (疑われる病名) または病態名

2. 状態の説明

- () 治療上必要な安静が守れない危険性がある。
- () 生命を維持するための医療機器・輸液ライン・チューブ等はずす危険性がある。
- () ベッドから転落する危険性がある。
- () ベッドサイドで転倒する危険性がある。
- () 一人で病棟を離れ、戻ってこられない危険性がある。
- () 患者自身の危険行為、自傷行為がある。
- () その他

3. 身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用の目的・必要理由

上記のような身体的・精神的状態で、治療・看護を継続させ患者の安全を確保するためには、行動を制限する必要があります。

4. 身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用の実施日・期間、場所、内容

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

場所

- () ベッド柵 4 点の使用
() サイドレールスペーサの使用
() ミトン型手袋の使用
(上肢 下肢 体幹) 抑制帯の使用
() 離床センサーマットの使用
() 離床センサーベッドの使用
() 徘徊防止センサーの使用
() テレビ観察カメラの使用
() その他 _____

- ・身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用を行う場合は、医師・看護師等の多職種で身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用の継続の必要性、代替措置の有無、身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラ使用の方法、時間を毎日協議し、身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラ使用が最小限となるようにいたします。
- ・適応要件が改善したと評価した時点で、身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用を速やかに解除します。
- ・身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラ使用中は、少なくとも 2 時間毎に全身状態、皮膚の変化、精神状態等を観察します。

5. 身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用により期待されることと限界

期待される効果

- ・治療上必要な安静が保たれる。
- ・生命を維持するための医療機器・輸液ライン・チューブ等が持続して使用される。
- ・ベッドからの転落を防ぐ。
- ・ベッドサイドでの転倒を防ぐ。
- ・患者自身による受傷を防ぐ。

限界として

- ・想定外に、ベッド柵をはずされたり、ミトン型手袋・抑制帯を外されたりすることがあります。

- ・離床センサーマットや離床センサーベッド、徘徊防止センサー、観察カメラを使用してもすぐに対応できないことがあります。

6. 身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用に伴う危険性とその対応について

- ① ベッド4点柵の使用により、ベッド柵を乗り越えて転落する危険性があります。
- ② ミトン型手袋や各種抑制帯の使用により、接触部の皮膚障害を起こす危険性があります。
- ③ 離床センサーにつまずいて転倒する危険性があります。

7. 代替可能な医療行為について

- ・薬物による鎮静

8. 身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用をおこなわなかった時に予想されること

- ・治療上必要な安静が守れない。
- ・生命を維持するための医療機器・輸液ライン・チューブ等はずす。
- ・ベッドから転落する。
- ・ベッドサイドで転倒する。
- ・一人で病棟を離れ、戻ってこられない。
- ・患者自身の危険行為、自傷行為がある。
- ・その他_____

9. 患者の特性による問題点、その他

説明日 西暦 年 月 日

説明者 氏名 印

私は上記の説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、身体抑制・行動制限・テレビ観察カメラの使用を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

氏名 印

代諾者 印 (本人との関係 :)