

# 行動制限に関する説明・同意

## 1.行動制限（身体抑制・薬剤による抑制）の必要性について

### 1) 身体生命維持のため

治療上必要なチューブ・ドレーン類の自己抜去が予想される場合。

認知症や意識障害、せん妄・内分泌疾患に伴う一時的混乱状態などにより、必要な治療・検査が行えない場合。

### 2) 身体の安全確保のため

患者自身が安全を保持する判断能力を一時的若しくは恒久的に失っていることにより、転倒・骨折・頭部外傷などが発生する可能性が予測される場合。

離院・離棟の可能性がある場合。

### 3) その他

--

## 2.行動制限に関する内容

	計画案内容
行動制限の方法	安全具を用いた身体拘束・薬剤による行動の制限
身体抑制の部位	体幹・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他（ ）
身体拘束の方法	安全帯・シーツ・ジャケットタイプ・マグネット式・ミトン
身体時間・投与時間	
拘束時期・投与時期	

## 3.約束事項（実施に当たり以下に留意していきます。）

- 最低でも1～2時間毎に、薬剤の効果と副作用の観察、あるいは臨床状態、見当識、安全具の位置、循環動態、動き、拘束を行っている四肢の感覚機能の観察を行います。
- 2～3時間毎に安全具を解き、水分補給（食事）・排泄・運動・その他の日常生活援助を行います。
- 出来る限り拘束具を用いることがないよう、安静や運動制限についての説明、又は他の看護介入の検討を行います。

説明した医師のサイン

同席した看護師サイン

※ご了承いただけた場合は、以下にサインして下さい

年 月 日

患者氏名：

保護者氏名：