

0022157085

行動制限(抑制・拘束)に関する説明書

私は、患者 [REDACTED] (令和 04.11.01生)

登録番号 [REDACTED]

に関して、行動制限(抑制・拘束)について、次のように説明しました。

(1) 行動制限の必要性

患者さんに対して目的とした治療に支障をきたす恐れがある場合や、生命または、身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合、まず患者さんの安静が保てる環境整備につとめます。しかし効果が十分ではない場合、安全を守るためにやむを得ず行動制限を行う必要があります。

(2) 行動制限(抑制・拘束)の方法

患者さんの安全を守るための行動制限にはいくつかの方法があります。状況によって頭部を支える、点滴刺入部にシーネ(副木)をあてる、チューブ類の自己抜去予防のために手袋装着、四肢抑制、体幹抑制が必要となる場合があります。

(3) 予想される効果と不利益(有無とその程度)について

患者さんには必要に応じた行動制限により、より安全に治療を受けていただくことができます。しかし、行動制限の実施により皮膚の傷害、血行障害を併発することがあるかもしれません。また、そのことにより手足指が自由に動かせないなどの身体的苦痛、またそれによるストレスなどの精神的苦痛を感じるようになるかもしれません。患者さんが示すこれらのサインを見逃すことがないように、不利益を被ることがないようにいたします。

(4) 行動制限(抑制・拘束)を要すると予測される期間について

行動制限を行うことなく患者さんの安全が確保できると判断すれば、速やかに解除いたします。

(5) 災害時の対処について

避難の必要性が発生した場合には、直ちに抑制などの行動制限を解き避難誘導いたします。

(6) その他(質問及びその回答等)

セカンド・オピニオンを得る機会のご希望があればご紹介いたします。また、質問などあればお申し出ください。

同意書

令和 4 年 11 月 1 日

説明医師：周産期母子医療センター 氏名(自署) [REDACTED]

同席者：所属(周産期母子医療センター) 職名([REDACTED]) 氏名(自署) [REDACTED]

同席者：所属([REDACTED]) 職名([REDACTED]) 氏名(自署) [REDACTED]

※説明時には、可能な限り医師又は看護師等が同席する。

愛知医科大学病院長 殿

☒ 私は、診療行為に関する説明を受け、自由意思により同意します。☐ 私は、診療行為に関する説明を受けましたが、自由意思により同意しません。

令和 4 年 11 月 1 日

患者氏名：(自署) [REDACTED] (明・大・昭・平・令 4 年 11 月 1 日生)

患者に同意能力がない場合の代諾者

親族又は代理人(親権者、配偶者、保護責任者、法定代理人、その他)

氏 名：(自署) [REDACTED] (29 歳) (患者との続柄 父)

住 所： [REDACTED] ID308 1st floor 1038

※患者さんに同意能力がない場合とは、次のものをいう。

- ①意思を表明できない場合。
- ②意思決定能力がないと医師が認めた場合
- ③未成年者の場合

※患者さんに同意能力がない場合には、親族、代理人のみの署名でよい。

患者の同席者氏名：(自署) [REDACTED] (患者との関係 父)