**マフのケア活用へのご協力のお願い**

**説明書**

○○病院

責任者（病院長・看護部長等）　□□

このたび、○○病院では入院中の△△様に対するケアの質の向上を目的に、マフをケアに活用させていただきたいと思っております。マフは、筒状のカラフルにデザインされたニット製品で、患者様の手を穏やかに温かく保ち、触覚や視覚という感覚を用いたケア実践に活用されています。患者様が筒型の部分に自由に片手あるいは両手を入れたり、マフの小物等を触ったりすることで、心身の緊張を解きほぐし、安心感が得られます。英国オックスフォード大学病院では多くの患者様に活用され、英国の一部地域の救急車に装備するなど、救急搬送時にもマフは活躍しています。

入院中の△△様にもマフを活用し、よりよく過ごしていただきたいと思っております。なお、本院のマフにおける基本的な考え方は、下記のとおりです。ご理解いただき、ご協力のほどお願い申し上げます。

**マフに関する基本的な考え方**

1. マフはボランティアが作成したものですが、安全性に関しては担当職員（看護師等）が十分確認し、ご本人様が好まれるマフをお使いいただきます。

2) ご本人様にわかりやすく説明し、同意を得られた上で実施いたします。

3) ご本人様に決めいただいたマフは、ご本人様にしかお使いいただきませんので、

感染の危険はありません。汚染された場合は病院で他の寝衣と同じように洗濯し

清潔な状態で使用していただきます。

4) 万一、ご本人様がマフの活用をすることで、痛み・苦痛・異食の可能性や何らかの危険性につながる場合には、直ちに使用を中止いたします。

ご質問・ご不明な点がありましたら、下記の職員（看護師等）にお尋ねください。

○○病院

担当職員（看護師等の記載）氏名

**マフのケア活用へのご協力のお願い**

**同意書**

○○病院

責任者（病院長・看護部長等）　□□

私はマフの活用に関する説明を理解し、活用に関して

(　　)　　同意します

(　　)　　同意しません

　　 年 　　月　　 日

氏名　　　　　　　　　　　　　　(ご本人様)

氏名　　　　　　　　　　　　　　(ご家族・代理同意人様)

(同意されない場合は、署名は不要です)

マフの活用について説明しました。

　　 年 　　月　　 日

説明者:氏名