

身体拘束予防ガイドライン

柏たなか病院

柏たなか病院の身体拘束適正化に関する基本的な考え方

身体拘束は極めて非人道的な行為であり、人権侵害、QOLの低下を招く行為です。私たちは日頃より拘束をしない看護実践に取り組んでいますが、医療の中で治療を優先し、患者の安全確保を目的にやむを得ず拘束が必要になる場合も少なくありません。私たちは「拘束をしないための具体的ケア」を追求し、不要な拘束を少なくするために十分な患者理解に努め、根拠に基づいた安全で効果的な最小限の拘束を実施するため、以下の内容を実施して下さい。

身体拘束適正化への取り組み

- 入院時の転倒転落評価
- 各診療科の患者カンファレンス
- 多職種による身体拘束カンファレンス
- セーフティ委員会による身体拘束ラウンド 1回/月

目次

I.身体拘束の定義	・・・2
II.身体拘束に関する方針	・・・2
III.身体拘束の基準	・・・2
IV.身体拘束の実施・手順	・・・3
V.夜間・休日、家族不在時の対応について	・・・4
VI.身体拘束の実施から解除にむけて	・・・5
VII.身体拘束の解除基準	・・・5
VIII.身体拘束の解除手順	・・・5
IX.身体拘束をしない工夫のポイント	・・・6
X.身体拘束の具体的な行為	・・・8
XI.身体拘束の対象としない具体的な行為	・・・8
XII.アセスメント参考資料	・・・9

日本看護倫理学会発行 【身体拘束予防ガイドライン】より

2023年9月11日更新

2024年4月1日改訂

I. 身体拘束の定義

用語の定義（厚生省告示第129号「身体拘束の定義」）

身体的拘束とは、「衣類または綿入り帯などを使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」をいう。

安全と事故防止を目的に、体位の固定あるいは運動を制限する目的で実施する行為をいう。鎮静効果のある精神に作用する（向精神薬）を過剰に使用し行動を制限する行為をいう。

II. 身体拘束に関する方針

1. 原則として拘束は認めない。

拘束は人権問題ととらえ、「拘束のない臨床場面」を常に意識して行動し、身体拘束の代替案を検討することが優先されるものとする。

2. 緊急やむを得ず拘束をする場合※

- 1) 生命に危険を及ぼす状況にあり、拘束が避けられない場合は、主治医・担当看護師より本人または家族に説明を行なう。
- 2) 本人または家族の了解を得る。
- 3) 拘束時間、期間を明確にし、評価する。

※緊急やむを得ない場合とは、下記①から③に該当すること

- | |
|---|
| <p>①切迫性：利用者本人または他の利用者等の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こと。</p> <p>②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する治療・看護方法が無いこと。</p> <p>③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。</p> |
|---|

III. 身体拘束の基準

拘束の判断は、主治医と部署責任者、担当看護師が協議し行うこととする。

担当看護師は、必ず看護計画を立案・記録に残し、チームで共有する。

1. 意識障害があり、説明を行っても現状が理解できず、生命維持に必要な治療や処置に協力が得られない場合
2. 不穏行動が激しく、転倒・転落、チューブ類の自己抜去などの危険性が高いと判断した場合
3. 自傷、自殺または他人に損害を与える危険がある場合

4.皮膚搔痒や病的反射などがあり、自分の意思では体動を抑えられない場合

5.治療上必要な体位が保てない場合

IV.身体拘束の実施・手順

1.患者の行動の意味やニーズの確認など観察をする。

2.アセスメントを行う。

脳の器質的変化の有無や意識障害の有無、激しい体動があるかせん妄や不穏な状態か

1)アセスメントにより問題行動がある場合

①医師や看護師によりカンファレンスを行い下記項目に留意し原因は何かを見極める

- ▶ 患者の背景（年齢・性格・理解力・心理状態・視覚や聴覚などの感覚障害など）
- ▶ 身体状態（疼痛コントロール・排泄トラブル・感染の有無・脱水・低酸素・低血糖・発熱・体力低下・薬物中毒の有無・認知症・心疾患等）
- ▶ 環境（病室・モニターやライン類の状況）
- ▶ 治療段階（治療上の制限、安静、拘束・長時間の手術・緊急入院・負担の多い検査、処置・人工呼吸器装着・薬剤副作用等）

②原因の除去に努める

可能な範囲で行動制限するものを取り除く工夫をする。睡眠時間の確保や家族の面会など精神的に安定する環境を心がける。また、恐怖をあたえないような対応を心がけ気分転換や散歩を取り入れるなど、危険行動の原因と考えられる状況を除去すること

2)問題行動の原因を取り除いても問題行動がみられる場合

① 1対1でのケア介入の検討

②ルートやチューブ類など、必要な治療であるかなど検討する

③ベッドセンサーの使用の検討

④病室の変更や、音・採光の調節などの環境整備を行う

3.身体拘束実施の判断

アセスメントの結果を踏まえ医師、担当看護師と協議し、身体拘束の基準に該当し且つ

緊急・やむを得ず身体拘束が必要と判断された場合には、医師により「身体拘束に関する同意書」を発行する。

- 4.医師は患者や家族に対して身体拘束の目的、内容、理由、拘束時間等できる限り詳細に説明し、「身体拘束に関する同意書」にて同意を得る。同意書はカルテスキャンし、原本は患者または家族にお渡しする。
- 5.担当看護師は看護計画に従い、適切な身体拘束方法および部位、時間を選択する。
別記「身体拘束の種類と方法」を参考に方法を選択し身体拘束を実施する。
- 6.実施した際には、巡視毎に抑制帯の位置、循環状態、身体の動き、抑制帯を使用している部位の感覚機能、皮膚損傷の有無を観察し経過表の観察項目にあげる。異常がある場合には記録に残し継続的に観察・記録する。
- 7.1日1回の多職種カンファレンスを行い、継続、変更、解除について検討する。
- 8.記録は、テンプレートの「身体拘束カンファレンス」を引用する。
- 9.身体拘束の必要性がないと判断された場合は直ちに医師に報告をして、相談の上、医師の指示の下、解除する。「身体拘束解除基準」に基づき実施する。
- 10.初回同意書発行の際は、開始日より月末とし、以降継続が必要と考えられる場合は、月単位で再発行とする。

V.夜間・休日、家族不在時の対応について

- 1.夜間・休日、家族不在時に身体拘束が必要となった場合の同意書について
夜間・休日に「緊急やむを得ず身体拘束が必要」となった場合、「同意書」を頂くことが困難なケースが想定される。その場合「緊急やむを得ず身体拘束が必要」な状況をカルテに当直医師、または看護記録に看護師が判断基準を記載し、緊急的に身体拘束を行うが、御家族へその旨の一報を入れる。但し、後日に主治医から身体拘束の必要性を本人・家族に説明し同意書を頂く。
- 2.家族不在時の身体拘束の手順
 - 1) 説明同意書を医師が記入・署名・看護師長、担当看護師が署名し、患者へ説明を行う
 - 2) 患者に必要最小限の身体拘束を行う。
 - 3) 看護計画に基づき病気の状態、時間、心身の状態などを記録する。入院当日または入院期間中に、医師から家族へ報告、説明を行う。
 - 4) 同意が得られれば、家族への説明内容をカルテに記載し、身体拘束を続行。同意書は、できるだけ早期に署名をいただく。

- 5) 毎日、身体拘束カンファレンスを実施・記録に残し、身体拘束の方法・解除時期について検討する。

VI.身体拘束の実施から解除にむけて

24時間～48時間毎に「身体拘束を行うときの基準」に戻り、必要性の評価を行い早期に身体拘束を解除できるよう取り組む

- 1.巡視毎に抑制帯の位置、循環状態、身体の動き、抑制帯を使用している部位の感覚機能、皮膚損傷の有無を観察する。異常がある場合には医師へ報告し、対応を記録に残し治癒まで継続する。
- 2.「身体拘束解除基準」に則り、毎日「身体拘束カンファレンス」を実施する。
アセスメントし、継続、変更、解除について検討する。参加医師および看護師・他職種参加者名を記録する。
- 3.拘束開始、軽減、解除の月日、時間は必ず看護記録に残し、また軽減や解除については他者と協議の上の判断とし、看護記録にその旨を残す。

VII.身体拘束の解除基準

- 1.身体拘束を行うときの基準に該当しなくなったとき
- 2.切迫性に値する身体拘束の必要性がなくなった時
- 3.非代替性に値する身体拘束の必要性がなくなった時
- 4.一時的に値する身体拘束の必要性がなくなった時
- 5.身体拘束により心身の状態に悪影響を与えると判断した時

VIII.身体拘束の解除手順

- 1.身体拘束解除の説明を医師から患者・家族に行う。
- 2.看護記録に身体拘束を解除した時間、理由、説明内容、説明後の反応を記録する。

IX.身体拘束をしない工夫のポイント

1.徘徊をする患者の場合

- 1) 徘徊そのものを問題と考えるのではなく、そのような行動をする原因・理由を究明し、対策をとる。
- 2) 無理に連れ戻さず、ある程度一緒に歩き・傾聴し、少しずつ自室に戻れるように促す。
- 3) 障害物の除去など転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。
- 4) 必ずそばで話しかけるなどスキンシップを図り見守りを強化・工夫する。
- 5) 常時、見守れるようなベッドの位置にする。
- 6) 情緒の安定。

2.転倒・転落をしやすい患者の場合

- 1) 自分で動くことの多い時間帯やその理由を究明し、対応策をとる。
- 2) 1日の生活リズムを整える工夫をする。
- 3) バランス感覚向上や筋力アップのための段階的なリハビリプログラムを組むなど、自立支援をする。リハビリとの連携を図る。
- 4) ベッドの高さを調節し可能な限り低くする。
- 5) 常時、見守れるようなベッドの位置にするなど、見守りを強化する。
- 6) 離床センサーの使用を検討する。

3.点滴・経管栄養チューブなど、自己抜去をする恐れのある患者の場合

- 1) 経口摂取できないか検討する。
- 2) 嚥下訓練を遂行する。
- 3) 点滴・経管栄養などを行なう場所の選定し見守れるよう配慮する。
 - ① 刺入部が患者に見えないよう包帯を巻くなど管やルートが患者に見えないようにする。
 - ② ルートを袖の中に通すなど、経管栄養のチューブなどの固定を工夫する。
 - ③ 皮膚を掻破しないように、常に清潔にし、掻痒感や不快感のないようにする。

保清の際には石鹼を使いすぎないように注意し保湿剤を使用する。また、内服薬や塗り薬なども考慮する

4.車椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりする患者の場合

- 1) 長時間座らせたままにしない。
- 2) バランス感覚向上や筋力アップのための段階的なリハビリプログラムを組むなど、自立支援をする。リハビリとの連携を図る。
- 3) 立ち上がる原因や目的を究明し、それを取り除く。
- 4) 排泄パターンの把握。姿勢のバランス。
- 5) 体に合った車椅子を使用する。
- 6) 床に足がしっかりつくようにする。クッションの有効利用。
- 7) デイルームの利用などスタッフが見守りやすい場所の選定。

5.脱衣やオムツはずしをする患者の場合

- 1) 排泄パターンの把握。尿取りパットとショーツを組み合わせるなどオムツに頼らない排泄を促す。
- 2) 原因や目的を究明し、それを除くようにする。
 - ①着衣の乱れはないか、肌に合っているか。オムツの素材はどうか。
 - ② 排泄物による不快感ではないか。
 - ③搔痒感や不快感の除去はできているか。

6.異常行動（不隠など）のある患者の場合

- 1) 迷惑行為など、それ自体を問題として考えるのではなく、原因を究明しそれを取り除く。
- 2) 不安・不快など、ストレスを解消。落ち着ける環境をつくる。
- 3) 見守りを強化・工夫するとともに、他に関心を持つように仕向ける。
- 4) 部屋やベッドの位置を、スタッフの見守りやすい場所にする。
- 5) 対話や散歩などの1日のリズムをつける。

X.身体拘束の具体的な行為

- 1.徘徊や転落しないように車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- 2.自分で降りられないように、ベッドを柵で囲む。
- 3.点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢を紐等で縛る。
- 4.点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 5.車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないようにY字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 6.立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような器具を使用する。
- 7.脱衣やおむつはずしを予防するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 8.徘徊する患者の衣類に名札や鈴をつける。
9. 患者自身の意思で開けることの出来ない病室等へ隔離する。
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。

XI.身体拘束の対象としない具体的な行為

- 1) ベッド3点柵
- 2) 離床センサー
- 3) 点滴時のシーネ固定
- 4) 止血目的に使用する外固定（血管治療後等）

* 注意：離床センサー使用に対しては、身体拘束同意書の中で同意を得るが、行動を制限するには至らない身体拘束の前段階として説明を行う。（身体拘束の実施には含まれない）

* 管理事項：身体拘束の実施が最小化となるように部署の身体拘束患者の人数を把握し、管理日誌へ入力するとともに毎日の評価の状況を確認する。

XII.アセスメント参考資料

1.共通項目

患者に危険と思われる症状の背景にはせん妄症状が潜んでいる場合が多いため、すべての患者において、せん妄症状についてアセスメントを必ず行なう。

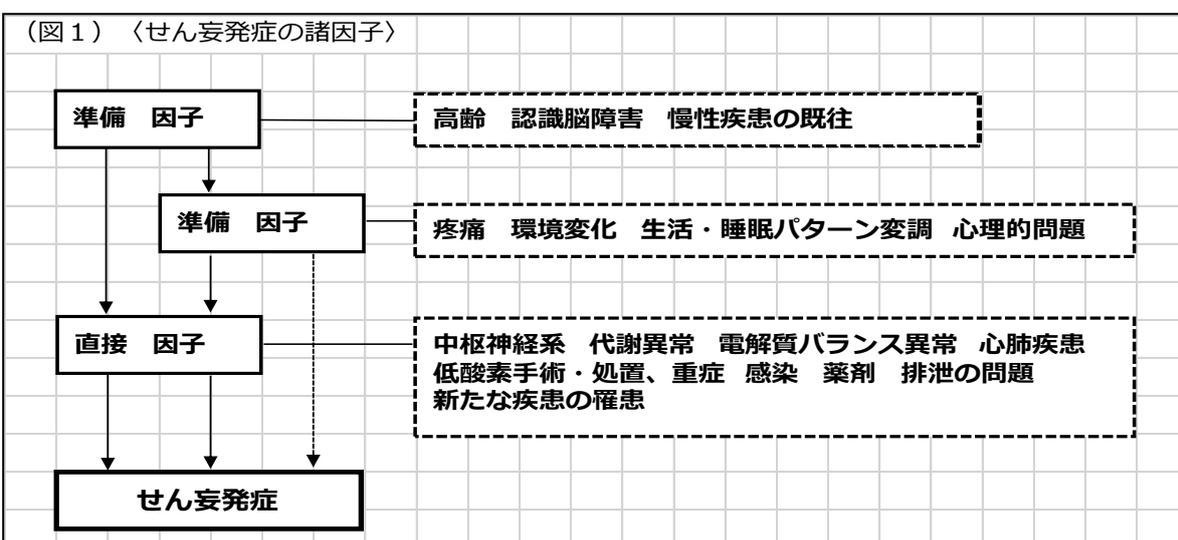
1) せん妄症状の理解 — 予防とせん妄からの離脱に向けて

①基本的な考え方：せん妄とは患者の身体内部変化（疾患や手術侵襲など）によって認知機能や情報処理能力が低下したところに不慣れでストレスの高い環境（入院や治療）が加わり不適応反応を起こしている状態である。通常、症状は1週間程度で消失するが、高齢者の場合は遷延化しやすく、回復の遅延や廃用症候群が進行し、その後の生活に多大な影響を及ぼすという悪循環に陥ることもある。また、認知症高齢者の場合には、環境への適応が困難なために一時的に認知症の症状が悪化する「リロケーション・ショック」と呼ばれる状態になることを免れるのは難しい。更に、脳機能の脆弱性からせん妄は必発するものと考えてよい。看護職はせん妄の特徴である「発症が急激」・「症状の動揺」・「可逆性」について十分に理解して、せん妄の早期発見・早期対応に努める。また同時にせん妄を誘発させる因子を調整して予防策を実践することが重要な役割となる。

せん妄とは：脳機能の失調によって起こる注意の障害を伴った軽い意識のくもり（意識混濁）を基盤とする症候群である。落ち着きのなさ、不安、易怒性（些細なことで怒りやすい）、注意散漫、睡眠障害などの前駆症状から、次第に注意障害、記憶障害、見当識障害、言語障害、知覚・思考障害、精神運動、情緒障害、睡眠覚醒周期障害などの症状が出現する。

せん妄の発症機序（図1）

せん妄の発症には、加齢による脳機能変化や器質性脳疾患などにより睡眠妨害、感覚遮断、環境変化などの誘発因子がこれに促進的に作用する。脳内の病態生理においては、中脳・視床・皮質系の活動低下および辺縁系などで過剰興奮が想定され、せん妄患者の行動量の変化、覚醒閾値の維持困難性、正常な睡眠障害が同時に存在すると考えられる。



2) アセスメントの視点

せん妄発症に関連する要因は「準備因子」・「直接因子（身体要因）」・「誘発要因（促進要因）」に大別される。入院時や手術後、急性症状が出現した際には以下の項目を確認し、対象者にどの程度のせん妄発症のリスクがあるかを見極める。

表1 せん妄のリスク因子

〈準備因子〉 脳機能低下に影響する	<input type="checkbox"/> 高齢（60歳以上）
	<input type="checkbox"/> 認知症・脳血管障害
	<input type="checkbox"/> 慢性腎疾患、肝疾患、肺疾患
〈直接因子〉 身体的要因 せん妄発症の病 因となる疾患や 薬物	<input type="checkbox"/> <u>中枢神経疾患</u> 頭部外傷、けいれん発作、脳血管障害、変性疾患
	<input type="checkbox"/> <u>内分泌・代謝性障害</u> 低酸素床、貧血、脱水、電解質異常、低血糖、高血糖、肝不全、腎不全、ビタミンB1欠乏症、甲状腺、副甲状腺疾患
	<input type="checkbox"/> <u>循環・呼吸器系疾患</u> 心筋梗塞、うっ血性心不全、不整脈、ショック、肺塞栓、呼吸不全
	<input type="checkbox"/> <u>他の疾患</u> 状態：アルコール離脱、感染症、悪性腫瘍、重症外傷、手術侵襲、低体温、高体温
	<input type="checkbox"/> <u>薬物</u> ：ベンゾジアゼピン系（抗不安薬、睡眠導入薬） 抗パーキンソン病薬（抗コリン作用薬、ドーパミン作動薬） H2ブロッカー、抗うつ薬、抗ヒスタミン薬、抗生物質、非ステロイド性炎症剤、抗がん剤
	<input type="checkbox"/> <u>環境の変化</u> 緊急入院、初めての・不慣れな環境、見慣れない人の存在 家族等いつもそばにいる人の不在
	<input type="checkbox"/> <u>感覚過剰・遮断</u> 視覚、聴覚障害、眼鏡、補聴器などの補助具などの補助具未装着、騒音、過剰な照明、日時が確認できない状態
	<input type="checkbox"/> <u>不動・身体拘束</u> 安静、身体拘束（抑制帯の使用など）、点滴、胃管、ドレーンなど管類の挿入、酸素マスク、心電図モニター等の装着
〈誘発要因〉 促進要因 せん妄発症を 促進する 環境や 心理的要因	<input type="checkbox"/> <u>疼痛</u> ：コントロールされていない疼痛
	<input type="checkbox"/> <u>排泄に関する問題</u> 便秘、頻尿、失禁、普段と異なる排泄方法 (膀胱留置カテーテル、おむつ、ポータブルトイレなど)
	<input type="checkbox"/> <u>睡眠障害</u> ：不眠、コントロールされていない眠剤投与
	<input type="checkbox"/> <u>心理的ストレス</u> ：不安、気がかりな出来事、喪失体験

3) せん妄の予防的なケア

①直接因子（身体要因）を取り除き、全身状態を整える。

- 脱水を予防し、水分出納のバランスを保つ。
- 電解質バランスを保つ。
- 低酸素状態にならないように、正常な循環動態を保つ。
- 対象者の排泄パターンを保つ。（利尿剤・持続点滴の調整、苦痛を感じない排泄方法）
- 活動を休息のバランスを保つ。

②誘発因子（促進要因）を取り除き、心地よい環境を整える。

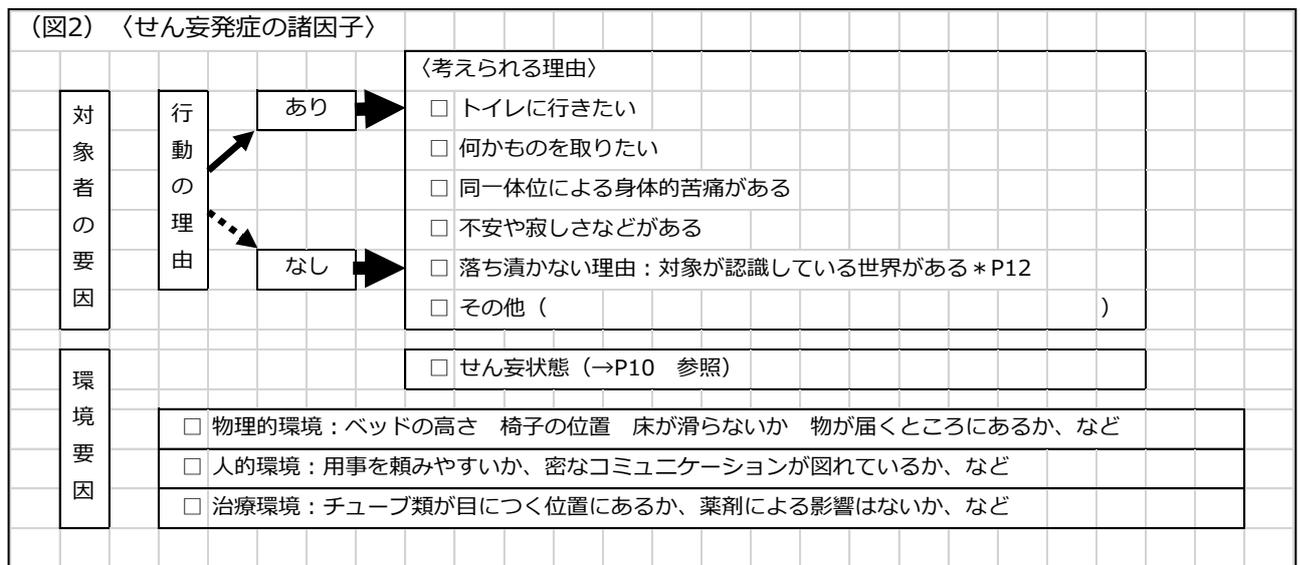
- 見当識を維持する刺激を整える。（カレンダー、時計など）
- 感覚障害を補い適正な感覚刺激を保つ。（チューブ、ライン類の早期抜去、早期離床）
- 疼痛を取り除く。
- 環境変化を最小限にする。（病室の変更は最小限、できるだけ同じスタッフが関わる）

2.症状別

1) 転倒・転落的の危険度が高い

①基本的な考え方：対象者が転倒・転落するとき、せん妄状態にない限り、その多くは対象者なりの行動の理由（例えば「トイレに行きたい」「落とした物を取りたい」「長時間座っていてお尻が痛かった」など）がある。対象者によっては、認知症等により行動の理由の言語化が難しい場合、そのことを看護職が察知する必要がある。対象者の行動を予測して、事前に適切な対応や環境を整えていくことが転倒・転落の予防につながる。

②アセスメントの視点：アセスメントに際しては、「対象者の要因」と「環境要因」の両方から行う。



③転倒・転落の予防的なケア

1対象者の行動の理由を看護職が受け止める。

- まずは対象者の認識している世界を理解し、受け止める。
- 看護職が認識している現実と違うことを語っても、決して否定や説得をしない。
- 「家に帰りたい」という場合には、さらにその理由（真意）を確かめる。

2自立的な動作を支援する環境づくりをする。

- 対象者が使用するものは手の届く位置に配置する。
- ベッドの高さや車いすの位置など対象者が移動しやすい環境に整える。
- 床が濡れていないなど、安全に配慮した環境を整える。
- 安静や長時間の同一体位による苦痛のサインを把握する。
- 廃用症候群を予防する活動プログラムを実施する。
- 必要に応じて防護具（サポーター、帽子、プロテクターなど）を活用する。
- 夜間帯には適度な照明をつける。
- 薬剤によってふらつきやせん妄などが出現しないか検討する。

3排泄ケアを配慮して行う。

- 排泄の感覚を把握し、先取りして排泄ケアを行う。
- 膀胱留置カテーテルが挿入されている場合には自排尿の可能性がないか探求する。
- 利尿剤の使用や過剰な水分量などにより過活動膀胱となり、頻尿となっていないか確認する。
- 下剤の使用等により排便がコントロールされていない状態になっていないか確認する。

4心理面への対応とコミュニケーションを良好にする。

- 対象者が用事を頼みやすいよう信頼関係を構築する。（遠慮させない）
- 不安や寂しさなどがいないか観察やコミュニケーションによって対象者の心理面を確認する。
- 対象者の生活史や価値観を踏まえて、言葉の真意をくみ取る。

5生活リズムの調整をする

- 夜間不眠などの睡眠障害を把握し、日中の活動を検討する。
- 覚醒状況に応じて、A D Lの解除量を調整する。
- 睡眠導入剤を使用時は、生活のリズムへの影響と適切性について再確認する。

P11 図2*印) 注釈：対象者が認識している世界とは、認知機能の低下と環境変化なども相まって、例えば自分が勤務していた会社にいると認識しているために、会議資料が気になっている状況など。まず本人の認識している世界を理解することが最も大切になる。

2) チューブ類を抜いてしまう

(チューブ類：輸液ルート、CVカテーテル、経鼻胃管カテーテル 胃ろう、バルンカテーテル等)

①基本的な考え方

対象者が医療行為の必要性を認知できない場合、チューブ類は不快や苦痛をもたらすもの、行動時に邪魔になる物として認知して、チューブ類を抜去したり、はさみで切ったりするかもしれない。まずは対象者の視点に立ち、なぜチューブ類を抜くのか考え、それゆえに、どのような環境を整えていくことが必要なのかチームで検討してみる。

②アセスメントの視点

患者は、チューブ類について、どのように認識しているか

[]

- チューブ挿入による痛みや不快感はないか？
- 固定部位の皮膚の痒みや引きつりはないか？
- 対象者は、チューブが入っていることをわかっているか？
- ルートが目障りになったり、行動を抑止したりしていないか？
- 寝たきり、活動不足、低刺激の状態ではないか？
- 発熱や脱水などのせん妄を引き起こすような要因はないか？

③予防的なケア

1チューブ挿入による苦痛を緩和する。

- 対象者にとって苦痛の少ないチューブの種類やサイズを選択する。
- 痛みや不快感のサイズを把握する。(顔をしかめている、不機嫌、うめき声、大声、泣く、努力呼吸、緊張、そわそわしている、拳を握っている、怒りの表出)
- 痛みがある場合は、医師と鎮痛剤投与を検討する。
- 固定部位の観察と清潔の保持を適宜行う。
- 皮膚に負担の少ないテープ類を使用する。

2環境を調整する。

- 対象者にチューブ挿入について適宜わかりやすく説明を行う。
- 対象者の理解度によって行動の妨げにならないようにする。
- 対象者にとって関心を寄せられる行動を取り入れ、無為に過ごす時間を減らす。
- 食べる、トイレで排泄することを目標に他職種でアセスメントし介入を検討する。

・せん妄への対応 → P9を参照

3チューブ類の早期抜去に向けた介入を行う。

- チューブ類の挿入目的を明確にして、どうなれば抜去できるのを検討する。
- チューブ類の早期抜去を目標にして、多職種とのカンファレンスを行う。

3) 攻撃的な行為がある

①基本的な考え方

攻撃とは、怒り、敵意、憎悪、不安などに基づき、他者や自己、またはその他の対象に損害や恐怖などを引き起こす行動である。自分の感情を制しきれず物を投げたり、激しい言葉を使ったり、暴力を振るうことがある。こうした行動は身体的な病気が原因になるとともに、ケアの不足、医療行為に影響する。また不快感、心細さ、孤独、不安などの気持ち、自分の思うようにならず、自分が他者から正当に認められない時に生じる葛藤やフラストレーションにより引き起こされる。身体的な病気による症状は、医師と相談しながら治療を進めることが必要であるが、ケアや環境を調整・工夫することで、容易に症状の改善や軽減を図ることができる。逆に対象者の状況を理解できないスタッフの対応により、症状を悪化させてしまうことがある。従って、心身のアセスメントと同時に関わり方のアセスメントを行いケアの工夫をすることが重要となる。

②アセスメントの視点

1対象者

- 身体的病気の進行や発熱、痛み、不快感、かゆみなどはないか？
- 視聴覚の低下、思い違い、頻尿や残尿はないか？
- 今までできていた事ができない、身体に障害が生じた等の戸惑いや焦りはないか？
- 排泄の失敗による混乱はないか？
- 夕暮れや夜に不安や淋しさがつづり、家に帰ろうとしていないか？
- 環境の変化による混乱や周囲の状況に変化はないか？
- 安易におむつなどを使用して自尊心を傷つけていないか？

2看護職

- 言葉遣いや対応が乱暴、押しつけ、せかすなどの不快や興奮を助長する傾向はないか？
- 対象者の思い違いや興奮に対して、スタッフが否定していないか？
- 生活環境に閉そく感や、見慣れないものはないか？
- 室内の照明は適度に調整されているか？
- 使用している薬の副作用を正しくモニタリングしているか？

③予防的なケア

- あいさつ、スキンシップ、声かけ、身体面のケアを通して、なじみの関係を築く。
- 関わる時は「否定しない、議論しない」優しく声をかけ、叱ったり行動を制止しない。
- 食事、排泄、清潔への介助を適切に行い、いろいろや不快の原因をつくらない。
- 発熱、痛み、不快感への有無を観察して、早期に症状の緩和を図る。
- 帰宅願望が募る時には一緒に過ごし和める時間を作る。
- 混乱しているときには、きちんと話を聞き、対象者の行動につきあう。

4) ケアに抵抗する

①基本的な考え方

対象者の体に触る、声をかけることで、身体が緊張してこわばり、ケア（介護・看護・治療）に対して拒否的なしぐさや言動を示すことがある。これは対象者にとって、ケアする側の関わりが不快・苦痛と感じられるあらわれである。「何が苦痛になっているか」という視点で身体的、心理的、社会的な要因を探ることが必要となる。対象者にとって安心できる環境と信頼される関係を築き、必要なケアの実践に努める。

②アセスメントの視点

- 身体に触る、声をかけることで身体が緊張していないか？
- ケアをしようとするとき怒りやいらつきの表情や言動はないか？
- 身体的に痛みや創傷などはないか？
- 対象者の言動に変化はないか？
- そのきっかけとなるようなイベント事はないか？
- 対象者の自尊心を尊重せずに自分たちの業務を優先してケアを進めていないか？

③予防的なケア

- ケアの必要性をあらかじめ対象者にわかりやすく伝える。
- 表情や態度をよく観察してケアするタイミングを選ぶ。
- 痛みや不快感などの症状がある場合は、苦痛症状の緩和を図ってからケアを実施する。
- ケアに対抗する傾向がある場合には、可能な限り2人で効率的にケアを行う。
- 患者にとって「快」の刺激になるケアを積極的に取り入れる。（生活歴を知り患者が好む話題を提供する・緊張緩和を図るマッサージ・好きな音楽など）
- 視線を同じ高さにして、近い距離から見る。
- やさしくケアをしながら説明するように話しかける。
- 言葉をかけながら静かに触れる。

5) 大声で叫ぶ

①基本的な考え方

叫ぶという行為は基本的に誰かに助けてもらいたいことがあり人を呼ぶという行為である。対象者にとって、えも言われぬ不安感や恐怖心、被害的な妄想などを体験していることのアラわれである。助けてもらいたい内容は身体的・心理的・社会的な要因などから起こっており、一見して理解できるものではないかもしれない。また対象者にとっても、自分自身の状況を認知することができないため非常に苦痛な体験となっている。

②アセスメントの視点

- 生理的苦痛（痛みや痒み、尿意・便意・失禁による不快感、口渇等）はないか？
- 生活リズムが整えられているか？
- 活動不足によるストレスはないか？
- 不安や孤独、怒りなどの感情を抱えていないか？
- 社会的な事柄（経済的・家族関係など）で困っていることはないか？
- 尿路感染や肺炎による発熱や脱水はないか？
- 周囲の状況や自分の状況がわからない等の意識障害の症状はないか？
- 時間や場所を間違える、いない人や虫が見える等の認知機能障害はないか？
- 一日の中での症状出現にむらがあり、夜間に悪化していないか？

③予防的なケア

1対象者の行動の理由を看護職が受け止める。

- まずは対象者の認識している世界を理解し、受け止める。
- つじつまが合わない時は決して否定せずに、話に付き合い、安心できるような会話を。間違いを正すことは対象者を傷つけることになる。
- 対象者が叫ぶ理由や気がかりなことを知り理解することに努める。

2苦痛や不快感の原因となる身体症状の緩和を図る。

- 口腔内、陰部、手足、頭皮、全身の清潔を保つ。
- 痛み、かゆみ、便秘、口渇などの症状緩和を図る。
- 口渇感がなくても水分補給を行う。

3昼夜の区別をつける。（夜間は過度に暗くならないように明かりを工夫する）

4夜間睡眠を確保する。睡眠を障害する行為やケアはさける。薬剤による睡眠確保は時に鎮静作用をもたらすことがある。日中に眠気が残りADL低下を招く事がないよう注意する。

5不必要なモニターやラインを外す。馴染んだ衣服、時計、日用品、小物類、家族の写真など整えた安心感をもたらす環境を作る。

6困難事例は症状出現の早期から医療チーム内で話し合い必要な治療やケアを開始する。

6) オムツを外す・衣類を脱いでしまう

〈オムツを外す〉

①基本的な考え方

オムツの装着は決して心地よいものではない。対象者がオムツを外すときは、不快感を伴っている。看護職は、排泄のアセスメントを通して失禁を予防することができないかケアを工夫し、できるだけオムツを装着しない状況を作り出していく必要があるとともに、失禁が改善しない場合でも、オムツ内の汚染が長時間にならないように、排泄のタイミングを見逃さず、対象者の不快な状況を減少させる必要がある。

②アセスメントの視点

- 尿失禁・便失禁による不快感はないか？腹部不快感や残便感はないか？
- オムツ装着による違和感はないか？陰部や皮膚の掻痒感はないか？
- 下剤や浣腸によって腹痛や便意をもよおしていないか？
- 部屋の室温や湿度は快適であるか？

③予防的なケア

1排泄のアセスメントを行う。

- 時間・量・性状などを記載する排尿・排便日誌などを活用し排泄障害の原因を探る。
- 排泄感覚を把握し、失禁する前に排泄行動へ誘導する。
- 利尿剤や下剤など薬剤の影響がないか確認する。

2尿意・便意のサインを見逃さない。

- 認知症がある場合、尿便意を訴えず、行動が落ち着かない、そわそわする、焦ってどこかに行こうとしている等の行動で示すことがあるため、そのサインを読み取る。
- 便意は我慢すると消失するため、我慢させない。
- 起きることが刺激となり、腸蠕動を誘発するため、積極的に離床をすすめる。
- 長時間安静にしていた場合は座位訓練からはじめ洋式トイレに座ることを目標にする。

3オムツ装着による不快感をなくす。

- オムツは体にフィットするよう装着する。尿取りパットなど必要以上にあてすぎない。
- オムツのサイズ、材質にも配慮して不快感がないものを選ぶ。
- オムツに排泄後は、すぐに取り替えて清潔にする。

4スキンケアを丁寧に行う。

- 高齢者の場合、皮膚のバリア機能が低下し尿中のアンモニアや便中の酵素、カンジダなどで皮膚炎を起こしやすいので、排泄物を拭き取る際には強くこすらず、やさしく拭き取る。
- 発赤がみられる場合は石けんを刺激を避ける。スキントラブル時は皮膚保護剤を使用する。
- 通気性のよいオムツを使用する。
- 全身の乾燥が強い場合は保湿剤を使用する。

5快適な環境づくりをする。

- 対象者にとって心地よく感じられる温度・湿度にする。

〈衣類を脱いでしまう〉

①基本的な考え方

対象者が脱衣を繰り返す場合の原因としては、次の2つが考えられる。1つは基本的なケア不足により不快を感じて衣類を脱いでしまうこと、次に生活に刺激がなく周囲に関心を向ける機会がないため自分自身に関心が向いてしまう結果、衣類を脱ぐ状態になることが挙げられる。衣類で脱いでしまうことによる大きな害はないが、患者の尊厳やプライバシーに関わることなので「何度も脱いでしまうからこのままでよい」と諦めずに、必要なケアの充実を図る必要がある。

②アセスメントの視点

- 皮膚の掻痒感やスキントラブルはないか？
- 衣類やオムツ装着による不快感はないか？
- 部屋の室温・湿度は快適であるか？
- 幻覚などの精神症状がみられていないか？

③予防的なケア

1スキンケア（十分な保湿）を丁寧に行う。

- 入浴後や清拭後に保湿剤を塗布する。
- 乾燥が強い場合には、こまめに保湿剤を使用する。
- オムツを外してしまう場合 → P17参照

2心地の良い衣類を選択する。

- 対象者にとって肌触りのよい衣類を選択する。
- 病衣などの場合は、普段対象者が着ているものを着用してもらう。
- サイズが大きい場合、襟元や袖口などが気になり脱いでしまう場合もあるので、できるだけ身体にフィットするものを着用してもらう。

3生活リズムを見直す。（活動性の低下はないか）

- 対象者にとって安静時間が多く、することがない場合に衣類を脱ぐことがある。今までの生活習慣や生活歴を考慮して、できる活動はないかを考える。
- 対象者が何をしたいと思っているのか確認する。
- 臥床時間が長い場合には、起立性低血圧に注意しながら座位訓練を開始する。
- 座位がとれる場合は、食事はベッドサイドもしくは食堂、排泄はトイレなど生活機能の拡大が図れるように援助する。
- 対象者の言葉で今感じていること等を確認しコミュニケーションの充足を図る。

