病棟における
身体拘束ゼロのためのケアマニュアル
－大誠会スタイル－

【監修】
山口 晴保・田中志子
【作成】
大誠会認知症サポートチーム

日本医療研究開発機構（AMED）研究
山口班（2017～2019年度）成果物
2019年6月2日公開、第1版
医療法人大誠会©、禁無断転載

目次

拘束ゼロのための基本となるアセスメントと対応

Ⅱ基本的なコミュニケーション方法と看護・介護に対して抵抗する際のケアのコツ

Ⅲ具体的な治療場面の工夫

（１）点滴・チューブ等の治療を行う工夫

（２）経口摂取の工夫

（３）経鼻カニューレ・酸素マスク装着時の工夫

（４）膀胱留置カテーテル挿入時の工夫

（５）脱衣・おむつはずし時の対応

【Ⅱ、Ⅲにおけるチャートの解説】
・1から順に確認する
・Yesは青の矢印に進む
・Noは赤の矢印に進む
・施行・確認は黄色の矢印に進む

医療法人大誠会©

Ⅰ 身体拘束ゼロのための基本となるアセスメントと対応

医療法人大誠会©

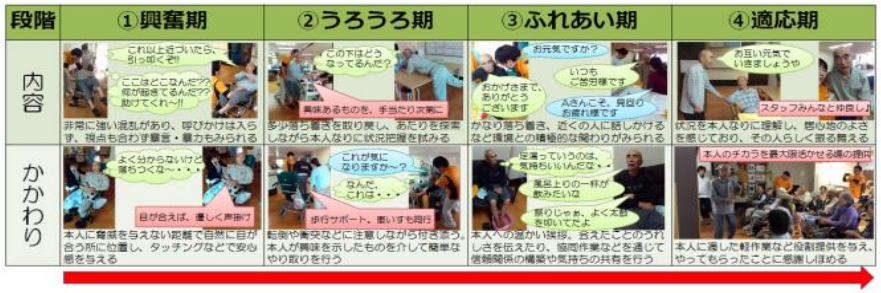
認知症のタイプ・BPSD・せん妄

せん妄

基本アプローチ：環境調整　・薬剤調整　・付き添い

過活動性せん妄

適切な治療・ケアにより多くは寛解をみるが、その過程にはいくつかの段階があり、その段階に合わせてケアを進めていく必要がある。



低活動性せん妄

直接、身体拘束には至らないが、活動の低下が廃用症候群などの身体機能の低下を招くことにつながるため、適切なかかわりが必要である。

BPSD

過活動型BPSD

多くは不安が背景にあり、信頼関係の構築や落ちつける環境調整などによって不安の軽減を図ることで全般的に落ち着いていく。

低活動型BPSD

低活動性せん妄同様、意欲の向上や身体機能の低下を防ぐためのかかわりが必要となる。

認知症のタイプ

AD：アルツハイマー型認知症

記憶・見当識以外の多くの機能は残存している場合

- カレンダーや予定表などを本人が見える所に置き、いつでも自分がいる場所や時間を確認できるようにする。
- 処置を行う際には、処置の流れを説明し、本人と一つ一つ確認しながら行う。
- 何かあればいつでも相談や要望に応じることを伝え、安心感を与えることができればなお良い。

多くの機能が低下している場合

- 本人の目に入るところに点滴やチューブがあると気になり取ろうとしてしまうため、なるべく視界に入らないように工夫する。
- 本人が興味や関心を引く物を呈示し、注意がそちらに向いてもらうようにする。

DLB：レビー小体型認知症

- 幻視とそれに伴う不安や混乱、RBDの有無を確認し、対応する。
- 薬剤過敏性あり、薬の変更・増減も細かく確認する。

FTD：（行動障害型）前頭側頭型認知症

- 周徊・常同行動がみられるとき、これらを制止しようとすると不穏や興奮につながりやすくなるため、治療・処置の妨げにならない程度にこうした行動を許し見守る。
- 本人が集中して作業をしているときには、治療や処置は控える。

SD：意味性認知症

- 口頭指示のみでは理解困難のため、強い混乱を示す場合も多い。
- 指示内容を視覚的情報を付加しながら伝えると理解できることもあり、こうした伝達方法の工夫に焦点を当てる。

共通項目

パーソンセンタードケアのもと、**脳活性化リハの5原則**（快・交流・役割・ほめ合い、成功体験）を状況に合わせて選択し、継続的に行う。

●歩行ルート、動作範囲の安全確保する　●本人が認識できる、もしくは安心して過ごせる環境の提供する　●転倒などのリスク回避のための付き添う
●タッチングや声掛けによる安心感の提供　●共同注視による気持ちの共有　●本人へ挨拶とともに会えたことのうれしさを伝える
●本人に軽作業などの役割提供をし、ほめる

Ⅰ 身体拘束ゼロの基本となるアセスメントと対応についての説明

【はじめに】
この説明書きは『身体拘束ゼロの基本となるアセスメントと対応』の補足である。この説明書きに沿って①認知症のタイプ、②BPSD、③せん妄の順に確認を行う。確認後はマニュアルを基本的な軸としてケア方針を決めていく。

①認知症のタイプ
●診断名を確認
→診断名の特徴と異なる様子が見られる場合には主治医に確認する。
　例）ADと診断名がついているが、幻視がみられている
　　FTDと診断名がついているが、転倒が目立つ　など
●他の認知症タイプ
【VD：血管性認知症】
脳の障害の部位や範囲により、症状の個人差が大きい。多面的にアセスメントを行い、本人のペースに合わせた関わりが重要となる。
【その他】
認知症の原因疾患は、さまざまなものが、なかには正常圧水頭症や硬膜下血腫のように治療により改善が期待できるものもある。また、うつ病（仮性認知症）のように認知症と混同しやすいものもある。日々、状態を細かく観察しながらさまざまな可能性を視野に入れてケアを行っていく必要がある。
●重症度の確認
HDS-RやMMSEなどを実施し、本人の認知機能障害の程度を把握する。ただし、点数が同様でも個々に認知機能の状態には差があるため、HDS-RやMMSEの得点・失点項目にも注目し個人の残存している機能を見極めケアを行っていく。
※スクリーニング検査の各課題と認知機能の対応
記憶機能：直後再生や物品記銘　　見当識：時間や場所の確認
視空間認知：図形模写　　実行機能：口頭指示
注意・集中：計算・逆唱　　言語機能：書字課題、文字命令、物品呼称

②BPSD
●NPI（NPI-Q）やBPSD+Qなどを実施し、該当項目を目安にBPSDのタイプを分類する
過活動型BPSD：妄想、幻覚、興奮、不安、異常行動、易怒性、暴言・暴力
低活動型BPSD：うつ、無関心、食欲低下、睡眠過多

③せん妄
●せん妄のアセスメントシートなどを用いて状態を確認し、せん妄の有無について主治医に確認し、下記のどのタイプかを分類し、軽減に努める。
過活動性せん妄：不穏、興奮、混乱、暴言・暴力、夜間不穏
低活動性せん妄：無関心、食欲低下、睡眠過多
混合性せん妄：過活動性・低活動性の症状が混在するもの
　　昼は低活動性・夜は過活動性の昼夜逆転など

【注意点】
認知症の人の状態は常に変化しているものであり、アセスメント情報にとらわれ過ぎず症状に対する潜在的な可能性や今後の予測などを視野に入れながらケアにあたる必要がある。

Ⅱ 認知症の方への基本的なコミュニケーション方法と看護・介護に対して抵抗する際のケアのコツ

【はじめに】
話しかける前に事前に知っておきたい情報やポイント
・生活歴、習慣、好み、性格などの情報収集
・言動や行動の理由を探るための観察やコミュニケーション
・言葉選び、話す速さ、声の大きさに注意を払う
・どのような事に混乱、困惑しやすいかなどの情報の把握
・体調の確認

話しかける際の配慮事項
・私を認識してもらう
・鼻と鼻の高さを合わせて目を合わせる
・話しかける
・「～していいですか」「～しますね」と何をするのか説明し、許可を取る
・わかろうとする・共感する

まず話しかける準備をする
・前方から、笑顔で、不要なマスクは外して、ゆっくりわかりやすく、適切な声量で話しかける。

パーソン・センタード・ケアと脳活性化リハ5原則に基づいた具体的なコミュニケーションやケア方法
・楽しく会話をする（スタッフやほかの患者さんと）
・何度も同じ話をしても聞く姿勢　相手の話をしっかり聞く
・話の内容を否定しない
・目線を合わせ、笑顔で接する　敬意をもって丁寧に接する
・認識してもらってから話す
・許可を取ってから行動する　例「これから〇〇しますがいいですか？」
・共感する、わかろうとする
・触れる、さする、タッチング：必要以上に触れたり、馴れ馴れしくしない
・本人がわかる言葉や方法（身振り手振りなど含め）で説明する
・好きな方を選んでもらう　自分がどうしたか自分で決めてもらう
・できることとできないことを評価する
・身だしなみや、出来たことを褒める
・仕事に類似した活動の提供や生活歴に即した活動の提供をする
・明るく楽しい雰囲気、語尾を上げて、ポジティブな声掛けをする
・お礼を言う、感謝を述べる
・無理強いをしない　理由に共感する
・好きな活動ができる

【左記のステップを踏んで話しかけても、コミュニケーションがうまく取れない場合】
1.聴力　2.視力　3.表出力　4.失語（理解力）**の視点でアセスメントしていく。**

1.耳が聞こえるかを確認
・耳が聞こえる場合：
→適切な声量で優しくゆっくりわかりやすく話しかける。
　それでも困難な場合は短文にしたり、単語に区切ったりしてみる。

・耳が聞こえない、もしくは耳が聞こえにくい場合：
→どちらの耳の方が聞こえるか確認
→聞こえる側より優しくゆっくり低い声で話しかける。
　それでも困難な場合は短文にしたり、単語に区切ったりしてみる。
→聞こえていないようであれば補助具を使用する（集音器や補聴器など）。
　それでも困難な場合は、筆談や文字盤、コミュニケーションボード、手話、絵、ジェスチャーなどを試す。

2.目が見えるかを確認
・目が見える場合：
→鼻と鼻の高さを意識して前方より笑顔で話しかける。
→筆談や文字盤、絵、ジェスチャーを活用する。

・目が見えない、もしくは見えにくい場合：
→認識してもらえる視力の程度、距離感を把握する。
→聴覚・触覚・嗅覚を利用して声をかける。
　例）優しくゆっくり（時には短文で）声かけながら手を添えて確認させ、安心できるように対応する。

3.言葉が話せるかを確認
・言葉が話せる場合：
①拒否：生活史や性格に配慮して声をかける、同性介護や介護者の世代を変えてみる、性差による反応の違いをみる、共感する、気持ちを汲み先取りして声をかける、体調を確認する
→それでも困難な場合、もともとの性格、気分、信頼関係、体調の確認をする
→一旦その場を離れタイミングをみて、再度を声かける
→信頼関係構築へ
例)バリデーション：共感と理解から信頼関係を築く技法。ミラーリングなど。心地よいと感じられる関わりをする。

②うつ・アパシー：生活史や性格に配慮して声をかける、話しやすい環境、静かな場所でゆっくり話しかける、距離感に配慮する、1対1や集団、性差による反応の違いをみる、好きな事の話題を活用する等試してみる
→もともとの性格、気分、信頼関係の確認
→一旦その場を離れタイミングをみて、再度を声かける
→信頼関係構築へ
例)バリデーション：共感と理解から信頼関係を築く技法。ミラーリングなど。心地よいと感じられる関わりをする。

・言葉が話せない、もしくは話しにくい場合：
①意識障害：体調の確認や内服の影響の確認をする。
②構音障害：筆談、表情、ジェスチャー、yes/no質問（はい/いいえで答えることができるような質問）、短文や単語に区切って話す、選言質問（「●●と○○どちらがいい？」というように答えを選んでもらうような質問）、文字盤やコミュニケーションボードを試す。
③音声障害：筆談や口唇の動きでの読み取り、文字盤やコミュニケーションボード、（人工喉頭）などを試してみる。

4.理解ができるかを確認
・理解ができる場合：拒否やうつ・アパシーへ
・理解ができない場合：失語の問題が隠れていることがある
①運動性失語：短文、わかりやすい言葉、ジェスチャー、yes/no質問、選言質問、逆質問（例：「お腹が痛いですか？」の質問に対し答えた後、再度「お腹が痛くないですか？」と否定形など、答え方が逆になるような質問をすることで、答えの信頼性を確認する質問法）
コミュニケーションボード（絵・文字）、絵や文字を書いて言いたいことを示してもらう
②全失語：短文、わかりやすい言葉、ジェスチャー、yes/no質問、選言質問、逆質問、コミュニケーションボード（絵・文字）を試してみる。
③感覚性失語：ジェスチャー、yes/no質問など簡潔に質問、要点だけを書きながら話をすすめる、コミュニケーションボード（絵・文字）を試してみる。
→試したものの中で、反応の良いものをもとにyes/no質問で話を深めていく。

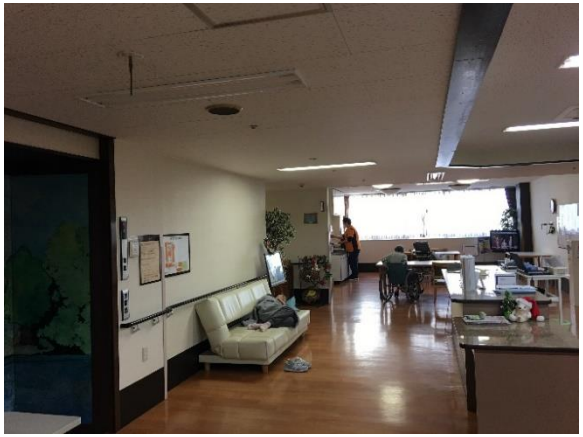
Ⅲ具体的な治療場面の工夫

【 は じ め に 】

不安を取り除いて居場所を作ること

かかわりの基本は、「その人が今しようとしていることを、けっして止めないこと」「本人がやりたくないことを強要しないこと」。治療やリハビリテーション、ケアを行う際も、行う側の都合ではなく、認知症のある人の状態や気分に合わせることが必要である。

全職員に徹底することは、相手の立場に立って「自分だったらどうしてほしいか」を考え、「自分がされて嫌なことはしない」という意識をもつことが必要である。そして常に誰かが見守っている安心感のある病棟にする。「ここにいていいのです」「あなたがいてくれて嬉しい」と言うだけでも認知症の方は安心する。



身体的な苦痛の緩和

疾患や治療による苦痛から生じる症状を予測して、BPSDを予防することが必要である。また、長時間の臥床や車いすに座ったまま動かないでいることで苦痛が生じていることもある。

治療法をチームで話し合う

患者が回復してくると、じゃまな酸素のチューブや点滴などのルート類などを抜去できるまで活動性があがる。「元気が出てきた。いつもの通りになった。」ととらえ多職種で治療法を話し合う。チームで、その治療は必要なのか、代替方法はないか、どのタイミングなら治療ができるかを検討していく。

環境を整える

ベッドからの転落の危険がある方でも、ベッドの高さが低い物であれば、衝撃も少なく済む。超低床ベッドや離床センサーを活用する。

離床センサーは、患者を制止するために使用するのではなく、何のために動いたかをまず確認するものである。離床時も「ベッドに戻そう」と思い込まず、その人の目的に合わせた支援をする。

特に行動したいことがなくベッドから離れたかった場合には、話しをしながら散歩に出るなど気分転換をはかる。

離床センサーを設置することで、「ベッドから降りるたび」ではなく、「廊下に出ようとしたときだけ」声をかけることもできる。病室の入り口など、ベッドサイド以外でも活用し、その人の活動性に応じた離床センサーの使い方をする。

Ⅲ（１）点滴・チューブ等の治療を行う工夫　１

医療法人大誠会©

1.点滴の指示

2.本人が点滴を必要だと思っている

3.点滴が本当に必要か

経口摂取の工夫へ

点滴実施

①刺入部の不快感・痛みがある → 刺入部の確認・本人の訴えがある → 持続点滴のしやすい場所に刺し直す

経鼻チューブは、14Fr以下のできるだけ細い物を選択する

②点滴ルートが気になる → 気をそらす・ルートが目に入らないようにする → 触り心地のいいリボンや毛糸、鈴を天井からつるす

カーテンの裏側に点滴台を置く

点滴ルートは袖や裾の中に隠す

包帯などで留置部を隠す

半固形状流動食を短時間で注入する

③歩行ができる

点滴台が持てない → Tシャツにポケットを縫い付け、底を開いて点滴を背負った。点滴針は下肢に留置されている

座位が可能である → 車いすに乗り、目の届く場所で見守りながら行う

臥位の場合、首の後ろからルートを出し、点滴台を背中側に置く

車イスと点滴台を固定する

点滴を隠してベッド上で行う → 超低床ベッド

点滴ルートが気になる場合のケアのコツも参照する

すべてチェックした

YES

NO

試行・確認

Ⅲ（１）点滴・チューブ等の治療を行う工夫　２

点滴実施

④車椅子から立ち上がる

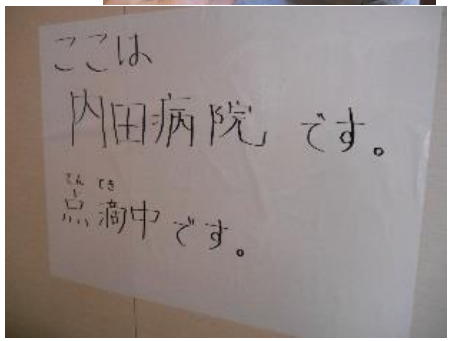
(1)トイレに行きたい → トイレへ案内する

(2)長時間座っているので、お尻が痛い → クッションを敷けば落ち着けることもある。座り心地の良い、痛くならないイスやクッションを用意する

(3)座っているだけで退屈である → 温もりのある木のおもちゃ/毛糸を編む木のおもちゃ/人形

本人が集中できる場面をつくる

⑤点滴しているのを忘れてしまう → 視覚で記憶を補う → 「点滴中」「〇〇の治療中です」などメモや張り紙をする
固定するテープに書く



すべてチェックした

YES

NO

試行・確認

Ⅲ（1）点滴・チューブ等の治療を行う工夫

【はじめに】

点滴が負担にならないようにする必要がある。認知症の人に負担をかけないためには、点滴を実施する期間を必要最低限にするように、体調をよく観察し、医師に申し出て早期に抜去し、経口薬と経口摂取を促す。点滴の主たる目的は水分補給であり、カロリー補給にはあまり役立たないことを理解する。

点滴・チューブ等の治療を行う工夫　1

1は認知症の方に点滴をするための工夫を示す。

① 刺入部の不快感・痛みがある

本人の訴えと刺入部を確認し、必要であれば刺し替えることも必要である。その際は動かしても痛くないように、持続点滴のしやすい部位に刺し直す。また下肢に血管確保し、接続チューブでラインを延長し点滴ルートを隠す工夫をする。点滴台の位置は、本人の目のつかない場所に置く。
また、体に貼り付いているテープが不快ではないか確認することも大切である。テープの接着剤によるかゆみ、皮膚の引きつれ、違和感などをできるだけ軽減できるテープを選択して使用する。（スキナゲート®、優肌絆®、カブレステープ®)

注入の場合の経鼻チューブは、14Fr. 以下の出来るだけ細い物を選択する。例えば細いことで薬剤の注入時、詰まってしまわないかという心配がある。その場合は簡易懸濁法はできるものか、出来なければ代わりの薬剤はないか、常に医師や薬剤師と話し合い進めていく。
経管栄養の形態や注入時間についても、医師、栄養士を含めチームで話進めていくことが必要である。比較的カロリーの高い半固形流動食を選べば、付き添っている間の短時間で注入できる。

経鼻チューブは患者の苦痛をできるだけ軽減し、かつ抜けないように固定法を工夫する。経鼻チューブから栄養剤までのルートを後方に回すなど、本人の目の前に触れないようにする。また、高齢者は皮膚が脆弱であり、特に認知症の方は皮膚の変化を自分で訴えられないため、チューブ圧迫による発赤や潰瘍など皮膚トラブルの発生を予防するケアも重要である。

② 点滴ルートが気になる

気をそらす工夫として、その方の好きなものやお気に入りのものを知ったうえで、目の前や手の届く位置に触り心地のよいリボンや毛糸などを置く。リボンなどはリネンと同じ日に交換することや使い捨てなどで衛生面を保つようにする。

刺入部は包帯などで隠したり、延長チューブで長くとったルートは、じゃまにならないように袖の中を通し、本人の視界に入らないよう点滴台の位置を目のつかない場所に置く。

<座位での点滴の場合>

座位では、点滴ラインを、例えば下肢など見えないところに留置する。下肢に点滴針を留置し、点滴ラインをズボンの中に沿わせて腹部のゴムのところから外に出す。座っている状態で点滴をしながら、両手は本人の好きなものをいじったり、リハビリテーションの道具を使って作業療法をしてもらうなど（カラフルな木のおもちゃ、毛糸を編む木のおもちゃ）、点滴の時間をほかに意識が向く時間に変える。また点滴台は本人の背中側に置いて見えないようにする。上肢への点滴の場合も、点滴ラインが患者から見えないよう、洋服の中を通して首から外に出すようにし、点滴台は患者の後ろに置くようにする。

<臥位での点滴の場合>

ベッド上で点滴をする際にも、ラインを長めにとり、動いてもすぐに抜けないよう、ラインに余裕をもたせる。また、点滴を挿入している腕と反対のほうに点滴台を置くのではなく、できるだけ本人の視野の範囲外に点滴台を置くとよい。この場合にも、首のほうからラインを出して、頭側に点滴台を置くようにする。また当院では、点滴以外に注意が向くように、天井から下げた紐やリボン、キラキラ光る飾りなどに触るなど楽しんでもらい、患者の気が紛れるようにしている。

③歩行ができる

歩行状態は良好であるが、点滴台が持てない場合は、Tシャツにポケットを縫い付け、底を開いて点滴を背負った。点滴針は下肢に留置されている。

100円ショップで購入したTシャツにポケットを縫い付け、そこを開いて点滴の刺入部を外に出した。点滴針は下肢に留置されている。患者は自由に歩き、リラックスした様子で新聞を読んでいる

図4 徘徊する患者に対する点滴投与の工夫

歩行が出来なくて座位保持が可能な場合は、車いすに乗りスタッフの目の届く場所で見守りながら行う。点滴ルートは首の後ろからだし、点滴台を背中側に置く。カチャっと君®などの道具を使用すると、患者に負担をかけずに自由に移動できる。

歩行ができず、座位保持もできない場合や、ベッド上で休みながら行う必要がある場合には、点滴ルートが気になる場合のケアのコツを参照にする。また転落の危険性がある場合は、超低床ベッドを活用し、患者への衝撃を防ぐ。

点滴・チューブ等の治療を行う工夫 2

2は点滴を抜かれないようにするための工夫を示す。

④車いすから立ち上がる:様々な要因があることを推測する。

(1)トイレに行きたいかは、本人に聞く。答えられないようであるなら、排尿日誌で排泄パターンを把握するなど、客観的な根拠に基づいてケアを行う。
(2)長時間座っているのでおしりが痛いと推測すれば、クッションや座布団で座り心地を良くする。車いすは移動するための道具であり、長時間座るものではない。ソファや背もたれ、肘掛けのある座り心地の良いものを使う。
(3)座っているだけで退屈と推測した場合は、本人の好きなものをまわりに置いたり、カラフルな木のおもちゃや人形なども活用しながら作業療法をするなど、点滴の時間を使い他に集中できるようにする。

⑥点滴をしているのを忘れてしまう

視覚で記憶を補うケアが必要である。認知症の初期や混乱期ではない場合は、それが何なのか、それがなぜ必要なのかを示すことでスムーズに治療を受けることができる。また、実際に点滴をしていることを常に理解できるような「点滴中」というメモや張り紙を使用し、視覚からの情報を活用する。患者の目の付くところに「〇〇のため入院しました」「点滴中です」「元気になるための点滴です」などといったメモを書くことも有効である

正しいことを伝えることはよいのだが、本人の思い込みを必ずしも修正する必要はない。「さっきも同じこと言ったでしょう。」「さっきなんて言いましたか?」「点滴してると何度言えば分るのですか」などとは言わずに、「大丈夫ですよ」「今は点滴しているのですよ」などと安心を与えてほしい。繰り返し同じことを言っているスタッフも疲れてしまうため、「気をそらす工夫」も参考にしてほしい。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

車いすや椅子に座りスタッフの目の届く場所で見守りながら点滴を実施する。見守りはつきっきりでしなくてよい。他の仕事をしながらそばにいれば十分である。側にいると、チューブの抜去などの事故も未然に防げる。**また多職種連携の場合には、**看護師、介護士、リハビリテーションスタッフ、相談員などの各職種がフロアに配属されることで連携もしやすくなり、患者側は、多くのスタッフに見守られる安心感がある。

参考:BPSDの評価尺度

NPI

BPSDの評価尺度として、研究で標準的に用いられるのはNPIである。この評価尺度は妄想・幻覚・興奮・うつ症状・不安・多幸・無関心・脱抑制・易刺激性・異常行動・夜間行動・食行動の12項目を評価し、夜間行動と食行動を除いた10項目の合計点を算出する。このように、全てのBPSDを網羅しているわけではない。NPIには、病院などで使われるNPI、ナーシングホームで使われるNPI-NHがあり、介護者への構造化インタビューで評価する。加えて、質問紙であるNPI-Qがある。NPIは海外で開発され、日本語版には版権があるので、ここに載せることはできない。

BPSD+Q/BPSD25Q

BPSD+Qは主治医意見書「周辺症状項目」を中心に構成されたBPSD評価票で、質問紙形式なので評価しやすい。さらに、合計点の他に過活動スコア、低活動スコア、生活関連スコアと３つのサブカテゴリーに分けて採点できる点が優れている。BPSDを詳細に把握して看護・ケアプランを検討するのに有効である。また、せん妄2項目を含み、せん妄に気づきやすくなっている。せん妄2項目を外せばBPSD25QとしてBPSDのみの評価用紙となる。
BPSD+Q/BPAS25Qは日本で開発され、DCnet で使い方とともに無料公開されている。ダウンロードして自由に使えるので、活用してほしい。評価票を次ページに示す。
(http://www.dcnet.gr.jp/pdf/journal/BPSD＋Q_190122.pdf)

DBDスケール

行動障害の尺度で、28項目からなる。質問紙形式なので付けやすいが、妄想などの心理症状を含まないので、BPSDの標準的な尺度ではない。

BPSD＋Q/BPSD25Q
認知症困りごと質問票

記入日　　年　　月　　日（　　）
ID　　評価者　　（関係　　）
対象者　　年齢　　歳　性別　男 ・ 女

過去１週間について、下記の全質問 27 項目に答えてください。
認められなければ０に〇をつけ、認められれば重症度と負担度に点数を付ける。

重症度　1:見守りの範囲　2:対応したケアが可能で毎日ではない　3:対応したケアが可能だが毎日ある
4:対応に困難を伴うが毎日ではない
5:対応に困難が伴いかつ毎日継続する
負担度　0:なし 1:僅かな負担 2:軽度の負担 3:中度の負担
4:大きな負担 5:極度の負担

		認められない	認められる 重症度 1～5	認められる 負担度 0～5	網掛けは主治医意見書に関連するもの
1	実際にないものが見えたり、聞こえたりする	0			幻視・幻聴
2	盗られたという、嫉妬する、別人という(選択して〇:盗害、嫉妬、誤認、他)	0			妄想
3	他者を傷つけるような乱暴な言葉を発する	0			暴言
4	他者に乱暴な行いをする	0			暴行
5	うろうろする、不安そうに動き回る	0			徘徊・不穏
6	家/施設から出たがる	0			無断外出
7	他者への性的に不適切な行為	0			性的不適切行動
8	こだわって同じ行為を何度も繰り返す	0			常同行動
9	我慢ができない、衝動的に行動する	0			脱抑制
10	怒りっぽい	0			易怒性
11	忘れて同じことを何度も尋ねる	0			繰り返し質問
12	ものをためこむ	0			収集
13	大声・鳴声が続く、さけぶ	0			大声
	過活動スコア（1～13）計				
14	悲観的で気分が落ち込んでいる	0			うつ
15	やる気がない、自分からは動かない	0			アパシー
16	声かけに反応がない、興味を示さない	0			無反応・無関心
17	心配ばかりする	0			不安
18	日中うとうとする	0			傾眠傾向
19	部屋・家から出たがらない	0			閉じこもり
	低活動スコア（14～19）計				
20	夜間寝ないで活動する	0			昼夜逆転
21	異食や過食、拒絶	0			食行動異常(異食)
22	介護されることを拒否する(選択して〇:更衣、整容、入浴、食事、他)	0			介護への抵抗
23	尿や便で汚す、何日も入浴しない(選択して〇:風呂、異所排尿、弄便、他)	0			不潔行為
24	タバコ、ガスコンロ等の火元不適切管理	0			火の不始末
25	隠す、別な場所に置く、探し回る	0			物をなくす
	生活関連スコア（20～25）計				
	BPSD25Q（1～25）計				
26	幻覚妄想を伴い興奮状態が急激に出没	0			過活動性せん妄
27	ボーッとして覚醒レベル低下が出没	0			低活動性せん妄
	BPSD＋Q（1～27)合計				

自由回答欄：

文献

１．日本慢性期医療協会運営委員会:身体拘束廃止のためのケアの工夫事例集～ファースト・ステップ～.日本慢性期協会,東京,2013
２．大誠会認知症サポートチーム:楽になる認知症ケアのコツ　本人も家族もそろって笑顔に.山口晴保,田中志子編,技術評論社,東京,2015
３．内田陽子:一般病棟の認知症患者「こんなときどうする？」.照林社,東京.2017
４．エキスパートナース編集部編:Part1 認知症の多い病院での取り組み大誠会内田病院(特集/こうすればできる!身体拘束ゼロ).照林社,34(13):20-51,2018.
５．堀内ふき:マンガで早わかり看護師のための認知症のある患者さんへの対応Do&Do not－「とりあえず」でケアしていませんか?困ったケースへの対処法.メディカ出版,大阪.2017
６．北川公子:統計看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学.医学書院,東京.2013:290-293
７．山口晴保:紙とペンでできる認知症診療術笑顔の生活を支えよう.協同医書出版社,東京.2016:216-219

編集:小池京子、安原千亜希、尾中航介