

## ICUにおける身体拘束（抑制）のガイドライン

～全国調査を基に～

2010年12月

日本集中治療医学会 看護部会

## もくじ

### I. 抑制に関する基本的な考え方

#### 1. 抑制とは

#### 2. 方針

### II. 抑制の判断基準

別紙『身体拘束（抑制）判断基準フローチャート』

### III. 抑制の実施

### IV. 抜かれない・抜けないための抑制方法

### V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

集中治療を必要とする患者は、過度な侵襲を受けたことにより、重度の急性機能障害に陥っているため、高度な医療介入なしに生命が維持できない。さらに、種々の機械・器具、チューブ類を装着していることが多く、身体の自由が損なわれ、意思の伝達もままならない状況にある。そのため、身体拘束（以下、抑制とする）を行なわざるを得ない場合がある。

そこで、集中治療医学会看護部会として、以下のような抑制のガイドラインを作成した。

## I. 抑制に関する基本的な考え方

### 1. 抑制とは

「衣類又は綿入り帯等を使用して、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言う」（昭和63年4月8日 厚生省告示第129号における身体拘束の定義）

今回のガイドラインでは、上記定義に則り、隔離および薬物による抑制は含まないこととする。

### 2. 方針

抑制は、人権擁護の観点から問題があるだけでなく、QOL（生活の質）の低下を招くものであるため、原則としては行わない。しかし、患者の生命あるいは身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、抑制による行動制限を行う以外に、代替する方法がない場合に一時的に行うものとする。

## II. 抑制の判断基準

抑制は、『身体拘束（抑制）判断基準フローチャート』（様式1）に基づいて判断する。

※ 別紙 様式1を参照

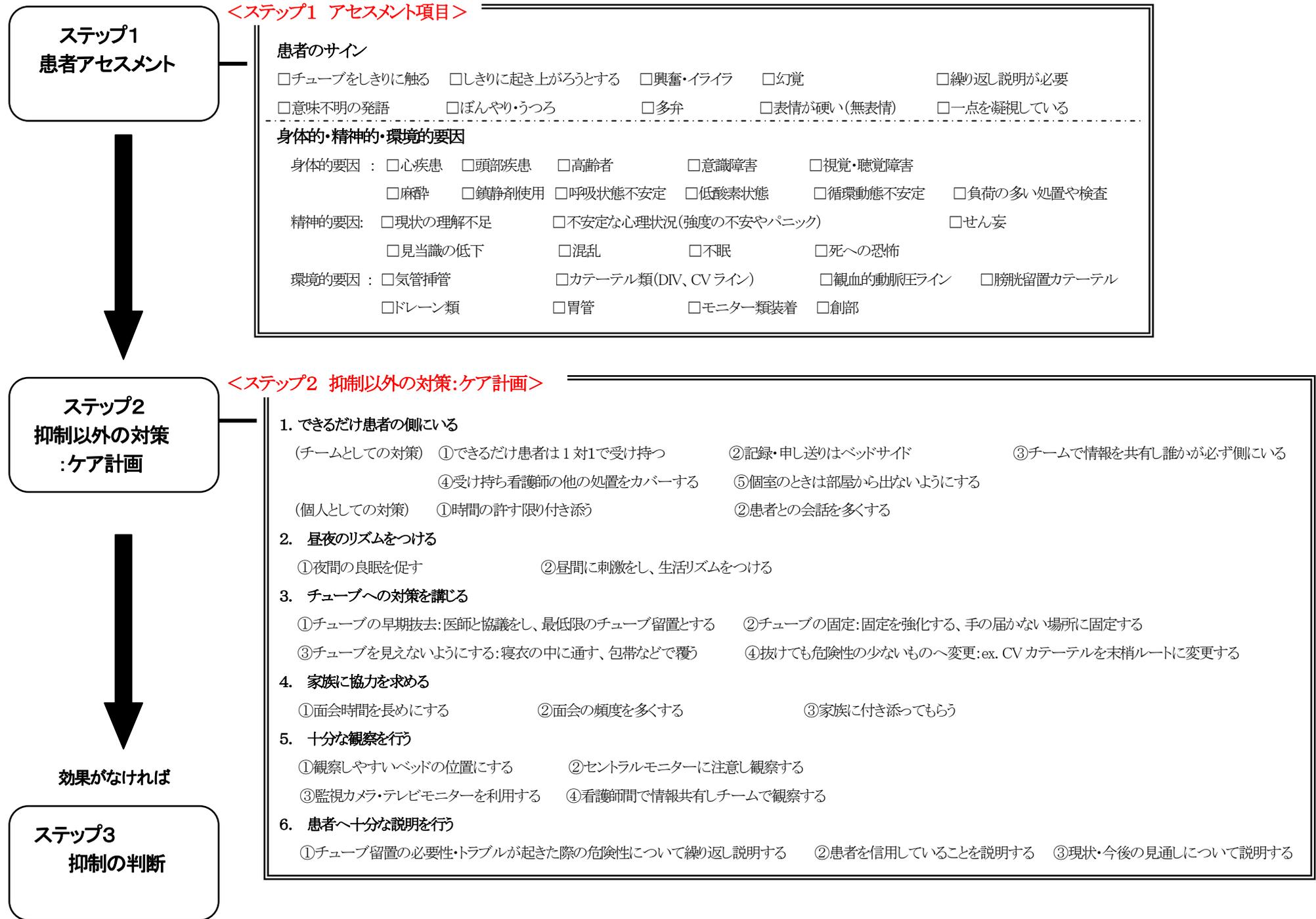
## III. 抑制の実施

1. 抑制を行う場合は、抑制を最小限にする工夫をし、患者の快適性と尊厳が保たれるように配慮する。そのため、抑制の必要性の判断と抑制以外の対策を常に検討し、患者の状態に応じて必要とされる最も短期間の抑制とする。さらに、抑制に伴う二次的障害への予防対策を徹底し、観察と記録を行う。
2. 抑制を行う場合は、可能な限り、あるいは事前に患者・家族の同意を得て記録する。その方法に関しては、各施設の運用に則る。

## IV. 抜かれない・抜けないための抑制方法 別紙 表1を参照

## V. チューブ管理方法と抜去時の対応 別紙 表2を参照

身体拘束(抑制)判断基準フローチャート



医師と協議のもと、抑制を実施し記録する  
 抑制中は、毎日ステップ1にもどり医師と共に評価し記録する

## IV. 抜かれない・抜けないための抑制方法

要 因	対 策
用具の不具合・老朽化	使用前の用具の点検する マジックテープ・ホック等の確認をする 紐部のほつれ・強度（引っ張って確認）の確認をする
不適切な抑制具・サイズを選択	装着（手首など）部位のサイズにあった用具を選択する 目的にあった抑制具を選択する（患者のこういった動きを制御したいのか）
抑制帯側の固定部位のスライドによる緩み	固定の紐はベッド柵あるいはベッドフレームのスライドしない部位に固定する  スライドしにくい結び方をする <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="color: red; font-weight: bold;">* スライドする場所への固定は緩みが生じるため行わない</p>
抑制具の結び方	固定紐の結び方は、紐先端部が患者の手が届かないようにする
足側への体がずれて手が届いた	ベッドアップすると体がずり落ちることを認識する 頭部挙上位にする場合は、下肢側のベッドを挙げる、あるいは、膝下に枕を入れる 座面から脇の下に枕を入れる 肩部分をベッドに抑制する 足底部に枕を入れる
上体を起こして手が届いた	起き上がることを認識する 肩部分をベッドに抑制する 抑制ベストにより体幹をベッドに固定する

## IV. 抜かれない・抜けないための抑制方法

要 因	対 策	
体がずれることでテンションがかかった	<p>体のズレや顔の動きにも対応できる余裕をチューブ類に持たせておく</p> <p>挿入部の固定とは別に、体の動きに合わせてチューブ類を身体の一部に固定する</p>	
激しい首振りや顔の動きでの抜去	<p>顔が左右に動いても対応できる余裕をもたせた位置でチューブ類を固定する</p> <p>挿入部の固定とは別に、体の動きに合わせてチューブ類を身体の一部に固定する</p>	
下肢によるチューブの抜去（蹴る・挟む・引っかける）	<p>下肢の可動範囲内にチューブ類や人工呼吸器・輸液ポンプなどME機器を配置しない</p> <p>下肢の指にチューブ類が引っかからないようにチューブを固定する</p> <p>下肢の指でチューブ類を挟まないように靴下などを履かせる</p> <p>下肢の動きでチューブトラブルの危険がある場合は、下肢を抑制する</p>	
チューブ類に手が届く抑制	<p>抑制後に、上肢の可動域、特に屈曲による可動域を実際に動かして、チューブ類に届かないことを確認をする</p> <p>チューブ類が見えない、触れないようにバスタオル等でチューブ類を覆う</p>	
あそびをもたせた抑制（看護師の判断・患者の希望）	<p>看護師個々の判断ではなく、複数のスタッフで抑制についてアセスメントする</p> <p>抑制は患者の安全か守れる方法で確実にを行う</p>	

## IV. 抜かれない・抜けないための抑制方法

要 因	対 策
体位変換後の確認不足	<p>位変換は必ず2名以上で実施する</p> <p>体位変換実施前は、チューブ類に不要なテンションがかからないことを確認する</p> <p>体位変換実施後は、チューブ類のずれや固定状況を確認する</p> <p>体位変換実施後は、身体の可動域を確認し抑制部位がチューブ類に届かないことを確認する</p> <p>体位変換実施後は、身体抑制部位・抑制具の固定部位のゆるみを確認する</p>
体動による抑制の緩み	<p>体動により抑制に緩みが生じることを認識する</p> <p>抑制後には結紮部分を動かし、緩みを確認する</p> <p>定期的に固定部の緩みを確認し、緩みが生じている場合は再固定する</p>
身体側の固定部位の緩み	<p>手首・足首の抑制部位にタオルを挟むことは緩みを生じて逆効果となるため、使用は避ける</p> <p>身体抑制部位の抑制具を動かし、抜けないことを確認する（特に上肢の場合）</p>
皮膚保護のためのゆるめの固定 シーネの上からの固定	<p>皮膚保護時はストッキングや透明ドレッシング等厚みのないものを使用する</p> <p>原則、シーネの上から抑制はしない</p> <p>シーネ実施部位を抑制する場合は、シーネ自体をベッドに固定する</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p data-bbox="831 1217 1169 1275">*シーネの上からの抑制は、患者の体動などで抜けやすい</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p data-bbox="1547 1209 1774 1235">シーネ自体を固定する</p> </div> </div>

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
挿管チューブ	<p>最も苦痛を与えるチューブであり、チューブトラブルの危険性が高いチューブであるため、鎮痛剤・鎮静剤の使用が望ましい</p> <p>チューブの深さは最低勤務に1回確認し、固定用テープが剥がれかけている時は速やかに貼変えを行う</p> <p>バイトブロック使用時は、バイトブロックを吐き出す可能性があるため、チューブと一緒に固定しない（直接気管チューブに巻きつけるタイプを除く）</p> <p>閉鎖吸引回路使用時は、吸痰後や体位変換後にサクション部分が手に届かない頭側におく</p> <p>あらかじめ用手的換気（バックバルブ・ジャクソンリリース）を準備する</p> <p>再挿管の準備：使用しているチューブのサイズ、深さを確認する（ワンサイズ下のチューブも準備する）</p>	<p>患者の呼吸状態を観察する</p> <p>周囲にいるスタッフに声をかけ人員を確保し、医師に報告する</p> <p>同時に、用手的換気（バックバルブマスク・ジャクソンリリース）での酸素投与および換気を行う</p>
気管切開チューブ	<p>チューブの固定は1横指程度の余裕を持たせて固定する</p> <p>自己抜去の危険性がある場合や気管切開術後1週間は、チューブと皮膚を縫合固定する場合もある</p> <p>閉鎖式吸引回路使用時は、吸痰後や体位変換後にサクション部分が手に届かない頭側におく</p> <p>あらかじめ用手的換気（バックバルブマスク・ジャクソンリリース）を準備する</p> <p>再挿管の準備：使用しているチューブのサイズを確認する（ワンサイズ下のチューブも準備する）</p> <p>&lt;気管切開直後～1週間以内の場合&gt;</p> <p>気管切開部からの再挿入は困難であるため、あらかじめ用手的換気装置（バックバルブ・ジャクソンリリース）と気管挿管の準備する</p> <p>気管挿管チューブは以前入っていたものとワンサイズ細いものを準備する</p>	<p>患者の呼吸状態を観察する</p> <p>周囲にいるスタッフに声をかけ人員を確保し、医師に報告する</p> <p>同時に、気管切開口をガーゼ等を用いて手で塞ぎ、用手的換気（バックバルブマスク・ジャクソンリリース）で酸素投与および換気を行う</p> <p>&lt;気管切開直後～1週間以内の場合&gt;</p> <p>患者の呼吸状態を観察する</p> <p>周囲にいる人に声をかけ人員を確保し、医師に報告する</p> <p>同時に、気管切開口を塞ぎ、用手的換気（バックバルブマスク・ジャクソンリリース）で酸素投与および換気を行う</p> <p>医師の指示に基づき、再挿管の介助を行う</p>

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
胃管	事故抜去の頻度が高いチューブであり、挿入目的により注意事項が異なるので、挿入目的を把握する  鼻から頬へのループ部分に手が入り、ひっかけてしまう場合もあるので、ループを大きくつくらないようにする場合によっては、ループを作らない固定をまず、耳にかける固定も注ぎます。	
胃管（術後排液用）		排液が多くなければ、再挿入せずに様子観察  吐気・嘔吐の有無を観察する
胃管（食道術後）	術創部になるので抜けかけている時は、押し込まず医師に報告する	直ちに医師に報告し、指示を仰ぐ  吐気・嘔吐の有無を観察する
胃管（経管栄養）		誤嚥していないか、呼吸音、バイタルサインの観察を行う
EDチューブ		吐気・嘔吐の有無を観察する  チューブの先端を確認し、残存がないか確認する（チューブが長いので、長さを把握しておく）  誤嚥していないか、呼吸音、バイタルサインの観察を行う
イレウスチューブ	バルンが膨らんだまま事故抜去となってしまった場合、消化管に傷がついている可能性があることを認識する	排液が多くなければ、再挿入せずに様子観察  チューブの先端、バルンの状況を確認し、残存がないか確認する  吐気・嘔吐の有無を観察する  バルンが膨らんだまま事故抜去となってしまった場合、腹痛・出血に注意して観察を行う
S-Bチューブ	S-Bチューブは、チューブの深さおよび胃バルンを各勤務で確認する  再挿入を想定して、予備のチューブを確保する	大量出血の可能性があるので、直ちに医師に報告し、バイタルサインのチェックを行う  再挿入が出来るよう準備する  吐血の可能性があるので、膿盆を準備し、誤嚥しないよう頭部挙上位を保つ

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
脳室、脳槽ドレーン	<p>ドレーンの抜去事故は直ちに生命に関わることを認識する</p> <p>髄膜炎予防のため閉鎖回路システムを使用し無菌操作で対処する</p> <p>脳圧管理は頭蓋内還流圧管理、脳ヘルニア防止に重要</p> <p>外力がかかっても簡単に抜けないようループを作り固定する</p> <p>体位変換時など高さのずれによる逆流防止や刺激による多量の髄液排出を防ぐためドレーンをクランプし、終了したらクランプを開放をする</p>	<p>すみやかに抜去部を消毒し、清潔ガーゼをあて圧迫し、医師に報告する</p> <p>同時に周囲にいるスタッフに声をかけ人員を確保する</p> <p>抜去したドレーンの先端を確認し、体内残存の有無を確認する</p> <p>必要時医師の指示に基づきCT撮影、手術の準備を行う</p> <p>必要時医師の指示に基づきスパイナルドレーン挿入準備を行う</p> <p>頭蓋内圧亢進症状である意識レベルの変化、頭痛・嘔吐の出現、瞳孔所見（外転神経麻痺、動眼神経麻痺）除脳硬直、片麻痺の増強・出現、呼吸状態の変化、循環動態の変化（血圧上昇、除脈、脈圧の増大：クッシング現象）を経時的・継続的に厳重な観察を行う</p>
スパイナルドレーン	<p>ドレーンの抜去事故は直ちに生命に関わることを認識する</p> <p>髄膜炎予防のため閉鎖回路システムを使用し無菌操作で対処する</p> <p>脳圧管理は頭蓋内還流圧管理、脳ヘルニア防止に重要</p> <p>刺入部でループをつくり、その上から透明ドレッシング材を貼る</p> <p>側腹部又は肩部まで這わせた部分全てにテープを貼り、緩みや引っ掛かりがないように固定する</p> <p>体位変換時など高さのずれによる逆流防止や刺激による多量の髄液排出を防ぐためドレーンをクランプし、終了したらクランプを開放する</p>	<p>すみやかに抜去部を消毒し、清潔ガーゼをあて圧迫し、医師に報告する</p> <p>同時に周囲にいるスタッフに声をかけ人員を確保する</p> <p>抜去したドレーンの先端を確認し、体内残存の有無を確認する</p> <p>必要時医師の指示に基づきCT撮影、造影の準備を行う</p> <p>必要時医師の指示に基づきスパイナルドレーン再挿入準備を行う</p> <p>頭蓋内圧亢進症状である意識レベルの変化、頭痛・嘔吐の出現、瞳孔所見（外転神経麻痺、動眼神経麻痺）除脳硬直、片麻痺の増強・出現、呼吸状態の変化、循環動態の変化（血圧上昇、除脈、脈圧の増大：クッシング現象）を経時的・継続的に厳重な観察を行う</p>
動脈ライン	<p>テープを用いて数箇所を固定する</p> <p>大腿部からカテーテルを挿入しモニタリングしてる場合は、縫合固定も行う</p> <p>挿入部が手関節など動きが多い場所の時は、シーネ固定をする</p> <p>発汗が多い場合はドレッシング剤が剥がれやすくなるので、固定を確認する</p> <p>ルートの屈曲や閉塞がないか、動脈ラインの波形に注意して観察する</p>	<p>抜去部を清潔なガーゼなどで圧迫し、医師へ報告する</p> <p>バイタルサイン、出血量の確認を行う</p> <p>止血しているか、血腫の形成はないか観察する</p> <p>ほかの部位に再び動脈ラインを確保する場合は、新たな動脈ラインのセットを用意し、刺入時の介助を行う</p>

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点 (固定など)	抜けた場合の対処
CVライン (胸部)	<p>カテーテルは患者の手が直接届かない肩側に固定し、患者に不快を与えない位置で固定する</p> <p>体位変換のつどカテーテルの屈曲・閉塞がないこと、更に固定がずれていないことを確認し、体位とカテーテルの位置を整える</p> <p>留置針挿入部は接続部を確実にロックしフィルムドレッシングを貼付し、挿入部を確認しやすくする</p> <p>ラインの接続部などは緩みがないか、勤務交替時などに確認する。</p>	<p>抜去部を圧迫固定し、出血、血腫を防止する</p> <p>モニターで血圧・脈を観察する</p> <p>CVラインより薬剤投与を行っている場合は、すぐに他のルートに接続するまたは、新たな末梢ルートを確認する</p> <p>抜去したカテーテルの先端を確認し、体内残存を有無を確認する</p> <p>残存している場合は、造影下で抜去</p> <p>患者の状況により、再挿入の準備を行う</p>
CVライン (鼠径部)	<p>カテーテルは患者の手が直接届かない場所に固定し、患者に不快を与えない位置で固定する</p> <p>留置針挿入部は接続部を確実にロックしフィルムドレッシングを貼付し、挿入部を確認しやすくする</p> <p>体位変換のつどカテーテルの屈曲・閉塞がないこと、更に固定がずれていないことを確認し、体位とカテーテルの位置を整える</p> <p>ラインが足に引っかかったりしないように整理し、足の指でルートを挟んだりする場合は、靴下等を履かせる</p>	<p>抜去部を圧迫固定し、出血、血腫を防止する</p> <p>モニターで血圧・脈を観察する。</p> <p>CVラインより薬剤投与を行っている場合は、すぐに他のラインに接続するまたは、新たなルートを確認する</p> <p>抜去したカテーテルの先端を確認し、体内残存を有無を確認する</p> <p>残存している場合は、造影下で抜去</p> <p>患者の状況により、再挿入の準備を行う</p>
バスキュラーアクセス (内シャント)	<p>HDの穿刺針はテープで固定する</p> <p>HD、CHDFのラインは余裕をもたせて、ベッド柵などに固定する</p> <p>脱血不良などのアラームがなる場合は、必ず刺入部まで確認する</p>	<p>抜去部を清潔なガーゼなどで圧迫し、医師へ報告する</p> <p>周囲にいるスタッフへ声をかけ、人員を確保する</p> <p>脱血側が抜けた場合は空気流入の可能性があるため、送血側が抜けた場合は大量出血がおこるため、クランプ鉗子でカニューレをクランプしポンプを停止する</p> <p>患者のバイタルサインに変化はないか、血圧・心拍・心電図・呼吸状態や意識レベルなどを観察する</p> <p>空気が流入している可能性がある場合は、脳への空気流入を防ぐためトレンデレンブルグ体位とし左側臥位にする</p> <p>止血しているか、血腫の形成はないか観察する</p> <p>止血確認後は、シャント音・スリルを確認する</p>

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
バスキュラーアクセス (ブラッドアクセス)	縫合固定を行う  カテーテル挿入の長さを確認し、体位変換時などに抜けないか確認する  HD、CHDFのラインは余裕をもたせて、ベッド柵などに固定する  脱血不良などのアラームがなる場合は、屈曲などがないか刺入部まで確認する	抜去部を清潔なガーゼなどで圧迫し、医師へ報告する  周囲にいるスタッフへ声をかけ、人員を確保する  完全に抜けていない場合も押し込んだりせず、直ちに医師に報告する  空気が流入している可能性がある場合は、脳への空気流入を防ぐためトレンデレンブルグ体位とし左側臥位にする  患者のバイタルサインに変化はないか、血圧・心拍・心電図・呼吸状態や意識レベルなどを観察する  再度ブラッドアクセスの挿入が必要な場合は、準備を行う
スワン-ガンツカテーテル	留置針の挿入部にテンションがかからないようにループをつくり、更に屈曲・閉塞・動揺がないように関節可動域や動作を考慮して固定する  カテーテルは数本にわたり、重みがあるため挿入部にテンションがかからないようにカテーテル本体でループをつくり、ループ全体を覆うようにフィルムドレッシング剤で固定する カテーテルの挿入部にテンションがかかったり、動揺していないことを定期的に観察する  留置針とモニターリングキッドの接続部はロックし、テープで固定する	抜去部の圧迫止血 シースを確認し圧迫止血し、血腫を防止する  モニター観察し、不整脈の有無を確認する  カテーテルの先端を確認し残存がないか確認する  ラインより薬剤投与を行っている場合は、すぐに他のラインに接続する  患者の状況により、再挿入の準備を行う
胸腔ドレーン	ドレーン接続チューブは近接した皮膚に2箇所以上テープで固定し挿入部に直接牽引圧がかからないようにする  ドレーンにはマーキングを行い、各勤務で挿入部のずれを確認する  テープから出ているドレーン接続チューブはタオル等で覆い直接チューブが触れられないようにする  ドレーンがねじれたり、屈曲、閉塞しないように患者の体動や体位を観察する。  ドレーンは皮膚に縫合しドレーン周囲をカットガーゼで包み上からテープで覆う。  ドレーンを低圧持続吸引機で引く場合は機械による牽引圧がかからないように接続部を補強する  体位変換後には必ず、ドレーンのずれがないかどうかを確認する	ドレーンが完全に抜けているのか確認する  完全に抜けている場合は、刺入部を清潔なガーゼなどで圧迫し直ちに医師に報告 完全に抜けていない場合は、押し込まずに医師に報告  呼吸状態を観察し、酸素投与あるいは換気補助を行う  気胸の有無を確認する  ドレーンの先端を確認し、残存がないことを確認する  再挿入の準備を行い、医師の指示の基、再挿入の介助を行う

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
心嚢・胸骨下（前縦隔）ドレイン	<p>ドレイン接続チューブは近接した皮膚に2箇所以上テープで固定し挿入部に直接牽引圧がかからないようにする</p> <p>ドレインにはマーキングを行い、各勤務で挿入部のずれを確認する</p> <p>テープから出ているドレイン接続チューブはタオル等で覆い直接チューブが触れられないようにする</p> <p>ドレインがねじれたり、屈曲、閉塞しないように患者の体動や体位を観察する</p> <p>ドレインは皮膚に縫合しドレイン周囲をカットガーゼで包み上からテープで覆う</p> <p>ドレインを低圧持続吸引機で引く場合は機械によるテンションがかからないように接続部を補強する</p> <p>体位変換後には必ず、ドレインのずれがないかどうかを確認する</p>	<p>ドレインが完全に抜けているのか確認する</p> <p>完全に抜けている場合は、刺入部を清潔なガーゼなどで圧迫し直ちに医師に報告 完全に抜けていない場合は、押し込まずに医師に報告</p> <p>抜去部からの出血はないか、皮下の腫脹がないかを観察</p> <p>血圧・心拍・心電図・呼吸状態や意識レベルなどの変化を観察する 出血が多かった場合、心タンポナーデになる可能性があるため血圧低下やCVP上昇などに注意する レントゲン、エコーなど検査の準備を行う</p> <p>ドレインの先端を確認し、残存がないことを確認する</p> <p>再度ドレナージを行う場合は、医師の指示の基、再挿入の介助を行う</p>
IABP	<p>シース挿入部は皮膚と縫合固定し、挿入部から膝上までのカテーテルを大腿部で絆創膏または縫合して固定する</p> <p>カテーテルの固定位置を確認しフィルムドレッシング等で固定する</p> <p>カテーテルの挿入部にテンションがかかったり、動揺していないことを定期的に観察し確認する</p> <p>カテーテルの屈曲・閉塞がないようにライン類を整理し、また挿入部の下肢が屈曲していないことを確認する</p> <p>機械本体と下肢の間でテンションを回避する為、ベッド柵などにカテーテルを固定する</p> <p>挿入側の下肢の屈曲、体動は極力避けるよう十分に説明する</p> <p>状況により下肢の抑制、鎮静剤の使用を考慮する</p> <p>挿入側の股関節、膝関節の屈曲は30度まで、ベッドアップは20～30度までとする</p> <p>仰臥位安静による苦痛に配慮する 受動的体位変換や反対側の下肢の屈曲等で苦痛・拘束感の軽減を図る</p>	<p>カテーテルがどれくらい抜けているかを確認する</p> <p>カテーテルが完全に抜けていない場合は、絶対にチューブを押し込まずに挿入部の出血などを確認し、直ちに医師へ報告する</p> <p>カテーテルが完全に抜けている場合は、ガーゼで圧迫止血を行い直ちに医師へ報告し、機械はOFFにする</p> <p>IABPが正常に作動しなくなると、血圧の低下など循環動態の変動をきたす可能性があるため、バイタルサインの変動を観察する</p> <p>足背動脈の触知を確認し、下肢の血流阻害がないか確認する</p> <p>皮膚の損傷がある場合は、縫合の準備を行う</p> <p>再挿入の可能性がある場合は、透視などの検査の準備を行う</p>

## V. チューブ別管理方法と抜去時の対応

チューブの種類	管理上での注意点（固定など）	抜けた場合の対処
PCPS	<p>カテーテルは数箇所を縫合固定し、テープで補強する</p> <p>体位変換後など常にカテーテルにテンションがかかってないか注意し、回路の振動（脱血不良）などがないか観察する</p>	<p>抜去部を清潔なガーゼなどで圧迫し、直ちに医師へ報告する</p> <p>周囲にいるスタッフへ声をかけ、人員を確保する</p> <p>脱血側が抜けた場合は空気流入の可能性があるため、送血側が抜けた場合は大量出血がおこるため、クランプ鉗子でカニューレをクランプしポンプを停止する</p> <p>患者のバイタルサイン、血圧・心拍・心電図・呼吸状態や意識レベルなどを観察する。急激に呼吸・循環動態を維持できなくなる可能性が高いので、救急カートなど蘇生の準備を行う</p> <p>再度PCPSが挿入される場合に備えて、準備を行う</p>
体外式ペースメーカー	<p>固定は電極カテーテル挿入部で皮膚と電極カテーテルを縫合固定する</p> <p>カテーテル自体でループをつくりテンションを防止する。さらに屈曲・閉塞・動揺がないよう関節可動域や動作を考慮してテープで固定する</p> <p>電極カテーテルとジェネレーター接続部は緩みやすいため固定を確実にし、ジェネレーターの重みによりカテーテルにテンションがかからないように袋に入れるか紐で吊るす等の対応をする</p>	<p>カテーテルの先端を確認し残存がないか確認する</p> <p>心電図モニターで脈の確認をし、経皮ペースティング用パッドを胸部に貼り、患者の状況によりペースティングを開始する</p>
臍チューブ	<p>臍液が漏れると血管も含めた周囲組織も消化・壊死させ、血管の破綻をきたし突然の大出血の恐れもあることを認識する</p>	<p>直ちに医師に報告する</p> <p>臍液の漏れがないか観察し、漏れがある場合には、周囲の皮膚を皮膚保護剤等を用いて保護する</p> <p>臍液の漏れがある場合には、周囲の皮膚に皮膚保護剤等を貼付してから、清潔なガーゼで保護する。可能であればパウチングを行う。</p> <p>チューブの先端を確認し、残存がないか確認する</p>
腹腔内ドレーン	<p>ドレーンが挿入されている部位を把握する</p> <p>ドレーンの長さを把握しておき、埋没、抜去がないか観察する</p>	<p>挿入されていた部位の観察を行い、排液の有無、性状を観察する</p> <p>直ちに医師に報告し、再挿入が必要かどうか確認する</p> <p>必要時ドレーン抜去部位を清潔なガーゼで保護する</p> <p>チューブの先端を確認し、残存がないか確認する</p>
PTCDチューブ	<p>胆汁が腹腔内に漏出すると腹膜炎を併発する危険性があることを認識する</p>	<p>直ちに医師に報告する</p> <p>抜去部位を清潔なガーゼで保護する</p> <p>チューブの先端を確認し、残存がないか確認する</p> <p>腹痛の有無を観察する</p> <p>バイタルサインに変化はないか観察する</p>