

(様式1)

MRI造影検査における副作用と危険性についてのご説明

2007年01月10日に予約を入れさせていただく検査は造影剤を用いたMRI検査です。

1. 造影剤の有用性

造影剤は、病気を見つけたりどのような病気を診断するために非常に有用であり、MRI検査ではしばしば使用されています。当院では現在ガドリニウムとSPIOという2種類の造影剤を使用しています。

2. 造影剤の副作用

しかしすべての薬剤にはアレルギー反応などにより、時に致命的な副作用がでることが知られており、造影剤も例外ではありません。さいわい造影剤による重篤な副作用は非常にまれです。当院では救急部とも協力して、その万一の場合にも備えております。

3. 造影剤による副作用の発生率

副作用重症度別発生率は以下の通りです。

軽度の副作用：1% 吐き気、動悸、頭痛、かゆみなどで、基本的に治療を要しません。

重い副作用：0.05%以下 呼吸困難、意識障害、血圧低下

きわめて重い副作用：極めてまれ(100万人に1人)ですが死亡例も報告されています。

4. 造影剤による副作用が通常よりみられやすいか重い場合

「以前に造影剤で副作用があった人」や「他の薬剤などでアレルギーを生じたことのある人」の場合は、各症状の発生率が上記よりも高くなります。また、アレルギー以外にも、下記の病気や状態では造影剤の副作用が出やすく、危険度が高まると考えられています。このような場合の造影剤使用については、造影検査の必要性和危険性を十分に比較検討した上で判断します。ご心配な点がおありの場合は、必ず主治医にご相談下さい。

【造影剤を使用してはいけないとされている病気や状態】

以前にMRI用造影剤でアレルギーを起こしたことがある人

【造影剤を使用しない方がよいとされている病気や状態】

非常に健康状態の悪い人

気管支喘息のある人

重い腎臓病のある人（“SPIO”は腎機能に関わらず安全に使用可能です）

【気をつけて使用する必要がある状態】

高齢の人

妊産婦や授乳中の人

5. 造影剤注入時に起こりえること

注入は慎重に行われますが、まれに血管の外に漏れ腫れてしまうことがあります。漏れてしまう量は多くないため通常はあとかたもなく自然に吸収されますが、レソピストについては皮下に色素沈着を来すことがあります。

6. 検査担当医の判断で、造影剤を使用せずに検査を行うことがあります。あらかじめご了承ください。

経口造影 MRI 検査をうけられた患者さんへ

検査、お疲れ様でした。

今日の造影MRI検査に、診療上の必要性から 経口造影剤・フェリセルツ
(クエン酸鉄アンモニウム) を内服しました。

以下の検査後のお願いとご注意をご確認ください。

- ・ 検査後は、普通に食事をし、常用している薬があれば内服して下さい。
- ・ 検査終了後、数時間から数日後に**造影剤の副作用**として、下記の症状が現れることが、極めてまれにあります。

鉄の酸化などにより便が黒くなる事があります。
お腹がいつもよりゆるくなる事があります。
一過性に歯や舌に色が着くことがあります。

嘔気・嘔吐 食欲低下 胃部不快感

- ・ 尿検査の結果に影響を及ぼす事があります。
尿検査がある場合は、日を改めて検査してください

このお薬を飲まれた後に体調が優れないようであれば慌てず、様子観察してください。
症状が改善せず、また、ひどくなるようでしたら、下記までご連絡ください。
その際、「〇日にMRI検査を受けたのですが...」と、「造影剤の名前」を伝えて下さい。
また、次回に京大病院を受診された際、外来主治医に造影剤の副作用が出た事をお知らせ下さい。また今後、どちらの病院を受診されても、この造影剤で副作用が出たということを必ず伝えて下さい。

京都大学医学部附属病院

放射線部インフォメーション 075-751-3522 平日9:00~17:30
時間外事務当直 075-751-3093 夜間または土・日・祝日
17:30~翌朝

何か疑問や不安な事がありましたら、遠慮なく、検査担当者にご相談ください。

京都大学医学部附属病院 放射線部

肝臓造影 MRI 検査をうけられた患者さんへ

検査、お疲れ様でした。

今日の造影MRIに、診療上の必要性から、**造影剤・リゾピスト**を使用しました。

以下の検査後のお願いとご注意をご確認ください。

- ・ 採血時より太い針で注射しました。
針を抜いた部分は、絆創膏だけでは十分ではありません。
最低5分以上はしっかりと指で押さえて下さい。
止血用の絆創膏（ステプティ）は、30分～1時間程度で除去して下さい。
(絆創膏は、1時間を限度にお取りください)
ステプティの絆創膏を剥がされる時は、ゆっくりと剥がして下さい。
- ・ 検査後は、普通に食事をし、常用している薬があれば内服して下さい。
- ・ 検査終了後、数時間から数日後に造影剤の副作用として、下記の症状が現れることが、極めてまれにあります。

頭痛 めまい ふらつき 腹痛 吐き気 気分不快
冷汗 手・下肢のしびれ 便や尿への着色（黒色）

・経口造影剤・フェリセルツ（ケエン酸鉄アンモニウム）を内服された方へ

検査終了後、数時間から数日後に造影剤の副作用として、下記の症状が現れることが、極めてまれにあります。

- ・ 鉄の酸化などにより便が黒くなる事があります。
- ・ お腹がいつもよりゆるくなる事があります。（嘔気・嘔吐、食欲不振、胃部不快感）
- ・ 一過性に歯や舌に色が着くことがあります。
- ・ 尿検査の結果に影響を及ぼす事があります。
尿検査がある場合は、日を改めて検査してください

・発疹・蕁麻疹が現れた場合

もし、発疹・蕁麻疹の症状が生じた場合は、慌てず、様子観察してください。症状が改善せず、また、ひどくなるようでしたら、下記までご連絡ください。その際、「〇日に造影MRI検査を受けたのですが、...」と、「造影剤の名前」を伝えて下さい。

次回、京大病院を受診された際、外来主治医に造影剤の副作用が出た事をお知らせください。また今後、どちらの病院を受診されても、「MRI造影剤〇〇で副作用が出た。」ということをお知らせください。

京都大学医学部附属病院

放射線部インフォメーション 075-751-3522 平日9:00~17:30

時間外事務当直 075-751-3099 夜間または土・日・祝日 17:30~翌朝

何か疑問や不安な事がありましたら、ご遠慮なく、検査担当者にご相談ください。

京都大学医学部附属病院 放射線部

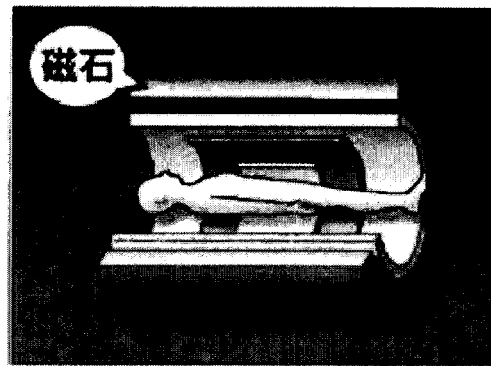
MRI検査を

お受けになる患者さんへ

MRI検査を安心して受けていただくために、検査の仕組みと手順についてご説明いたします。

MRI検査とは…

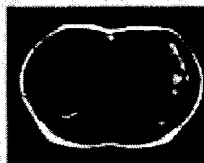
磁石が埋め込まれたトンネルの中に体を入れて、コンピューターによって、体の中を映し出す方法です。



使用する磁気や電波は、無害で、体に感じるものではありません。

- ① 検査による痛みはありません。
- ② X線被曝は全くありません。
- ③ 患者さん自身の体の位置を変えなくても、あらゆる角度から、体の中の様子をみることができます。

▼お腹の中のMRI写真



別の角度からみたMRI写真



次のような方は必ずスタッフに申し出てください。

検査を受けることができません

- 心臓にペースメーカーを使用されている方



- 金属製の心臓人工弁を入れてある方
- 人工内耳を入れてある方

検査を受けられないことがあります

- 脳動脈瘤の手術により、金属クリップを入れてある方
- その他の金属を体内に入れてある方
- 補聴器を使用されている方

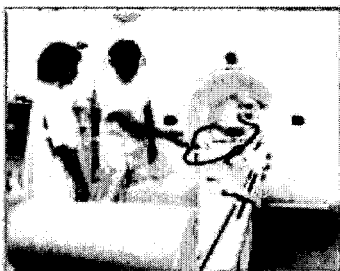
1 検査を受ける際



金属のついていない下着一枚になって、検査室に着替えていただきます。

- 身につけている金属類を外してください。
- 入れ歯が固定されている方は、検査室スタッフにお申し出ください。
- クレジットカードやテレホンカード、定期券などは、MRI装置の磁気によって使えなくなってしまいます。検査室には持ち込まないよう、お願いします。

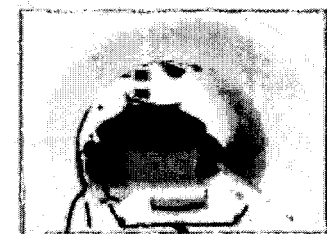
2 検査のご説明



検査室に入る前に、金属を身につけていらっしゃらないか、再度確認させていただきます。

- 検査用のベッドに仰向けに寝てください。体の位置がずれないように固定します。
- 検査中に異常を感じた時のために、連絡ブザーがごぞいます。また、検査中は検査室スタッフとマイクを通していつでも会話ができます。
- 検査時間は、約30分から1時間程度です。
- 肩の力を抜いてリラックスしてお受けください。具合が悪くなった時はどうぞ遠慮なくお知らせください。

3 検査をはじめます



検査が始まると「トントン、ビービー」という大きな音が聞こえてきますが、装置から出る音ですから、安心してください。

- 検査する部分が胸やお腹の場合
何回かに分けて、少し息を止めていただくことがあります。できない方はスタッフにお申し出ください。
- 造影剤について
検査の内容によっては造影剤という薬剤を、静脈内に注射して検査を行う場合もあります。造影剤については、担当医からの説明をお聞かせください。

検査終了

検査後、安静などは必要ありません。食事や入浴など、日常生活は普段通りで結構です。

- 検査の結果は専門医が診断します。
- 皆様には主治医の先生が説明いたします。指定された日時にご来院ください。



監修：日本医学放射線学会

資料4 せん妄などの判断能力を損なう精神症状への対応ツール

「せん妄などの判断能力を損なう精神症状への対応ツール」 報告書

NTT東日本関東病院医療安全管理室長	秋山 剛
NTT東日本関東病院精神神経科医師	本堂徹郎
NTT東日本関東病院外来看護主任	曾根原純子
NTT東日本関東病院ICU病棟看護主任	大貫夏代
NTT東日本関東病院6A病棟看護主任	吉田佐知子
NTT東日本関東病院6A病棟看護リスクマネジャー	松山郁美
NTT東日本関東病院7B病棟看護リスクマネジャー	沓澤直子
NTT東日本関東病院CCU看護師	新井修子
NTT東日本関東病院専任医療安全管理担当者	栗原博之
NTT東日本関東病院医療安全管理室クラーク	服部麻水
NTT東日本関東病院看護部副看護部長	葛西圭子
NTT東日本関東病院CCU看護長	堀川慶子
NTT東日本関東病院外来看護長	前田美保
東京医療保健大学講師	秋山美紀
首都大学東京健康福祉学部准教授	横井郁子

I. 背景

医療が進歩するにつれて、高齢の患者、多くの疾患を合併している患者が診療の対象となる例が増加している。これに伴い、(精神科ではない)一般の診療科で患者にせん妄などの判断能力を損なう精神症状が発生し、転倒・転落やチューブ自己抜去が発生するインシデントが多く起きている。(NTT東日本関東病院では、平成18年7月～19年2月までに報告されたインシデントレポート1148例のうち、転倒・転落に関するレポートが292例(全体の25.4%)、チューブ自己抜去に関するレポートが74例(6.4%)であった。)

せん妄などの精神症状が発生した場合、精神科医師が往診し、向精神薬の処方、抑制の指示を行うことがある。この際、いくつかの問題となる点がある。

1. 患者はもともと、精神症状ではなく、身体疾患の診療のために入院しており、向精神薬の投与や抑制の施行は、入院当初、想定されていなかった診療的介入——言い換えれば、患者や家族にとっては不本意な診療的介入である。
2. 患者に、向精神薬の投与、抑制の施行に同意する判断能力がない。
3. せん妄などの精神症状は発生を予測しにくく、患者への危険性が突然発生するために、向精神薬の投与、抑制の施行について、家族への事前説明を行うことが、通常不可能である。
4. 患者の診療に関する包括的な責任は、一般の診療科の主治医が負うと考えられるが、主治医は、向精神薬の投与や抑制の必要性について、「診療を必要とする症状」「診断」「予想される効果」「起こりうる副作用や併発症」「副作用や併発症への対処」「効果、副作用、併発症に影響しうる患者の個人的要因」「代替の診療方法」「診療を行わなかった場合の危険性」について、十分に説明できないことが多い。
5. 精神科医は、往診を突然依頼されて対応しており、患者や家族とのそれまでの治療関係がない。また、患者が他の診療科の病棟に入院しているため、家族に説明する場を設けることが困難である。
6. 向精神薬の投与、抑制の施行を行った場合には、多くの副作用、併発症が高い頻度で発生し、一方、向精神薬の投与、抑制の施行を行わない場合には、患者に、転倒・転落、チューブ自己抜去など、生命を脅かしかねない危険性が発生する。

7. そのため、患者に向精神薬の処方や抑制の指示が行われた後、重篤な副作用が出現し、家族から、「十分な説明を受けていなかった」と抗議される場合がある一方、向精神薬の投与や抑制の指示を行わないまま対応して、転倒・転落、チューブ自己抜去が発生し、家族から、「病院の対応が十分でなかった」と抗議される場合がある。
8. 抑制についての判断する責任は医師にあるとされるが、一般の診療科の医師には、日々浮動する患者の精神症状を観察している余裕、精神症状に対する抑制の必要性を判断する能力がない。一方、日々浮動する患者の精神症状を観察しているのは看護師であるが、看護師には、抑制の必要性を判断する権限が与えられていない。
9. 看護師が、精神症状を観察、記載する項目が標準化されておらず、看護師の観察記録から、抑制の必要性を、妥当性をもって判断できない場合がある。
10. 現状では、看護師が、自分なりの経験で精神症状を観察、記載し、医師の指示か看護判断であるかという判断責任があいまいなままに、抑制を施行したり、解除している例が多い。抑制について家族は通常ネガティブな感情的反応を示し、こういった感情的反応を示された看護師が、危険性について十分な説明をすることなく、抑制を解除し、インシデントが発生することもある。
11. これらの、やや混乱した状況が、患者にインシデントが発生した場合の家族の抗議をさらに強めている。

II. 目的

これらの、状況を改善するために、今回の研究では、

1. 一般の診療科に入院している患者にせん妄などの精神症状が発生し、診療上の介入が必要であるが、これに同意する能力がない状態になった場合に、家族に危険な事態の発生を知らせ、向精神薬の投与、抑制の施行に関する説明を適切に行うためのフローを作成する。
2. 向精神薬の投与、抑制の施行に関する説明書を作成する。
3. 抑制の施行に家族が強く反対する場合に、抑制を施行しないことに関する危険性についての説明し、説明に基づいて同意をうるための書式を作成する。
4. 看護師が、精神症状を観察、記載するためのチェックリストを作成し、チェックリストの内的一貫性、評価者間の信頼性、抑制の必要性との関連について検討する。

III. 対応フロー

資料1に、一般診療科に入院している患者にせん妄などの精神症状が発生し、診療上の対応が必要であるが、これに同意する能力がない状態になった場合のフローを示す。このフローでは、

1. 主治医から家族に対して、簡単な事前説明を、精神科医の診察前に行う。
 2. 向精神薬の投与を行なう場合には、精神科医が作成する資料2に示す説明書を、家族との面談時に主治医が手渡す。
 3. 抑制を施行した場合には、資料3に示す説明書を、家族との面談時に、主治医が手渡す。
 4. 家族が、精神科医から直接説明を聞くための場を設ける。
- という形で、説明が行われる。

つまり、

1. 必要最小限の説明は、全例、主治医から家族に伝える
 2. 詳細な説明は、希望する家族に対して、精神科医が伝える
- という体制の確保を目的としている。

IV. 抑制不使用危険性説明

まれに、家族が、「転倒・転落の危険性があっても、患者に抑制を施行しないでほしい」と希望することがある。抑制には、からだの動きを制限されているという強い心理的な不快感のほかに、様々な副作用、併発症が発生しうるので、こういった家族の要望に沿って、抑制を解除する状況も考えられる。しかし、抑制を使用しない場合には、患者に、転倒・転落、チューブ自己抜去など、生命を脅かしかねない危険性が発生するので、この点について十分に説明する必要がある。資料4はこういった場合に使用するための書式である。

V. 看護師が精神症状を観察、記載するためのチェックリスト

資料5に、看護師が精神症状を観察、記載するためのチェックリストとして、今回作成されたものを示す。このチェックリストの各項目は、

1. 就職後、3年程度の経験がある看護師が判断できる
 2. 内容が抑制の必要性に関連している
- を基準に、選択されたものである。

VI. チェックリストに関する調査

1. 目的

- ① チェックリストの、内的一貫性を検証する。
- ② 経験3年以上の看護師がチェックリストの評価を行った場合、精神科リエゾンナースの評価と一致するか、評価者間信頼性を検証する。
- ③ チェックリストの項目が、抑制の必要性と関連しているか、妥当性の検討を行う。

2. 対象

平成18年12月～平成19年2月の間に、研究協力者が配属されていた病棟で、

- ① 話のつじつまがあわない
- ② 場所、人が分からない
- ③ 指示に従えない（必要な安静が保てない／指示をしても、ルート、チューブなどに触ってしまう／ナースコールが押せない／看護や介護に抵抗する）

のいずれかの症状がみられ、経験3年程度の看護師（チームリーダー）に評価が依頼された患者である。

3. 調査方法

- ① チームリーダー（看護師経験3年程度）が、資料5のチェックリストに従って精神症状を評価した。チームリーダーには、チェックリストについて、特に訓練は行わなかった。
- ② 精神科リエゾンナースが、①とは独立に資料5のチェックリストに従って精神症状を評価した。精神科リエゾンナースは、チェックリストの作成作業に一貫して関わっており、また日本看護協会の認定精神科専門看護師の資格を持っている。
- ③ 調査対象の患者に、①、②の評価時に抑制が施行されていたかを確認した。
- ④ 調査対象の患者に、①、②の評価後に抑制が施行されたかを確認した。

4. 分析方法

- ① チェックリストの内的一貫性について、精神科リエゾンナースの評価に基づいて、Cronbach の α 係数を求めた。

- ② チームリーダーと精神科リエゾンナースの評価者間信頼性について、級内相関係数を求めて検討した。
- ③ 評価時の抑制施行状況、最終的な抑制施行状況との関連について、Fisher's exact test を行った。

5. 結果

- ① 対象となった患者は、計 20 名であり、性別、年齢、担当科の分布は、表 1, 2 のようであった。
- ② 精神科リエゾンナースの評価による Cronbach の α 係数は、0.702 であった。(表 3)
- ③ 患者の状態に関する評価の集計と評価者間の一致度は、表 4, 5 のようであった。ベッドから落ちる様なからだの動きに関する一致度が低い結果であった。
- ④ チェックリストの評価の集計と評価者間の一致度は、表 6, 7 のようであった。「話のつじつまがあわない」「物忘れがある」の一致度が低かった。
- ⑤ 評価時の抑制施行、最終的な抑制施行と、評価項目の関連は、表 8, 9 のようであった。抑制施行状況によって、評価に有意な差がみられたのは、「不安、落ち着きのなさ、いらいら、怒りっぽさ」「物を引っ張ったり触ったりする」であった。

6. 考察

- ① 研究協力者がいる病棟を今回の調査対象としており、担当診療科などの分布には、こういった影響がある。
- ② Cronbach の α 係数は、0.702 であり、チェックリストの項目の内的一貫性が示された。
- ③ 患者の状態に関する評価はおおむね一致していた。「ベッドから落ちるようなからだの動き」に関する一致度が低かったのは、体動の有無が時間によって変化する、「落ちそうな体動か」という評価にばらつきがあるなどの可能性がある。
- ④ チェックリストの項目で、評価者間の一致度が低かったのは、「話のつじつまがあわない」「物忘れがある」であった。これらの判定には、相手の会話の内容についての判断が必要である。今回、訓練なしに判定を行ったチームリーダーには、やや判断が難しかった可能性があり、この 2 項目については、今後使用する際に、ある程度の説明が必要であると思われる。他の項目は満足すべき一致度を示し、本チェックリストが、現場の看護師によって実用的に使用できる可能性が示された。
- ⑤ 抑制との関連については、「不安、落ち着きのなさ、いらいら、怒りっぽさ」「物を引っ張ったり触ったりする」の 2 項目のみが抑制群と非抑制群で有意な差を示した。しかし、今回の調査は例数が少なく、この結果をもって、これ以外の項目が抑制の必要性の予測に関連を持たないと結論づけることは適切でない。
- ⑥ 使用目的を考えると、チェックリストの項目が、将来の転倒・転落、チューブ自己抜去の必要性を予測できるかについて、検討しなければならない。項目の内的一貫性、判断の一致度については、ほぼ満足すべき結果が示されたので、このチェックリストをより多くの症例に適用し、転倒・転落、チューブ自己抜去の危険性、抑制の必要性の予測との関連について検討を進めることが適切であると思われる。

7. 結論

- ① 今回作成されたチェックリストは、満足すべき内的一貫性、判断の一致度を示した。
- ② 今後、多数の症例に適用して、転倒・転落、チューブ自己抜去の危険性、抑制の必要性の予測との関連について検討を進めることが適切であると思われる。

評価者 () 評価日 平成 年 月 日
 患者ID ()
 性別 1. 男性 2. 女性
 年齢 歳
 担当科 科
 ルート・チューブ類の使用は 1. なし 2. あり
 歩行 1. 不可能 2. 可能だが要介助 3. 介助なし独歩可能
 ベッドから落ちる様なからだの動きが 1. なし 2. あり
 直近の転倒・転落のアセスメント点数 点
 評価時にすでに安定剤が投与されていた(例:アタP、セレネース、サイレー 1. なし 2. あり
 リスパダール、ドルミカム、ディプリバン)

③～⑧の症状は、過去24時間の間にみられたかで評価する

①	コミュニケーション上の障害(聴覚・視覚・構音障害、失語)	1. なし 2. あり	
②	せん妄、離脱症状、肝性脳症の既往	1. なし 2. あり	
③	不安、落ち着きのなさ、いらいら、怒りっぽさがある	不安、心配事、不定愁訴を繰り返し訴える／うろうろする／起き上がったり立ち上がったり座ったりを繰り返かえす／食事に集中できない／怒る／どなる／攻撃的である	1. なし 2. あり
④	物を引っ張ったり触ったりする	物やルート類などを実際に引っ張る(意識的か無意識的かをとわない)／あるいは強く気にする	1. なし 2. あり
⑤	話のつじつまが合わない	場所がいえない／日付が大きくずれる(例:2ヶ月以上)／親しい人を取り違える／主治医を覚えられない／話の内容が現実と合わない	1. なし 2. あり
⑥	物忘れがある	食事・面会があったことを忘れるなど、数時間前のことを忘れてる	1. なし 2. あり
⑦	幻覚妄想がある	ないはずのものが見えているそぶりがある／ないはずの声や音が聞こえていそうなそぶりがある／根拠がなく、「いじわる、嫌がらせをされている」という訴えがあり、説明しても訴えがかわらない	1. なし 2. あり
⑧	指示に従えない	必要な安静が保てない／指示をしても、ルート、チューブなどに触ってしまう／ナースコールが押せない／看護や介護に抵抗する。	1. なし 2. あり

資料1 同意能力を損なう精神症状への対応フロー

せん妄などの精神症状が出現し、本人に精神科医による治療への同意能力がない場合、家族への説明、同意確認を以下の手順で行ってください。

1. 家族への連絡

主治医は、家族に連絡して、「～という状態が出現しているので、ご本人の安全を確保する必要があり、精神科医の診察を依頼します」と説明してください。（電話など口頭でかまいません）万一家族が精神科医の診察に反対した場合は、6の合同面接を行ってください。

2. 精神科外来への連絡

家族への連絡後、主治医から、精神科外来に連絡してください。

3. 精神科医の診察、精神科リエゾンナースの援助

精神科医が診察を行います。必要に応じて、精神科リエゾンナースが病棟看護師への助言、援助を行います。

4. 処方への説明

精神症状に対する処方を行った場合、精神科医が「精神症状に対する投薬についての説明書」を作成します。主治医から家族に渡し、「精神科医からの説明書を家族に渡した」旨、カルテに記載しておいてください。

5. 精神科医からの説明

「精神症状に対する投薬についての説明書」の内容などについて、精神科医が説明します。家族に、精神神経科外来まで連絡してもらってください。

6. 合同面接

家族が、抑制や精神症状に対する投薬に納得しない場合は、精神症状による危険性、本来の治療への影響などを説明するために、主治医、精神科医、病棟看護師、精神科リエゾンナースで、合同面接を行ってください。

注. 抑制説明書

抑制を行った場合は、主治医が「抑制説明書」に記入し、家族との面接時に渡してください。

精神症状に対する投薬についての説明書

平成 年 月 日

病院精神神経科 医師 _____

● 精神症状

様には、現在、次のような精神症状があります。

- () 場所や人などが分からない
- () 物忘れが強い
- () 幻覚や妄想がある
- () 理解力が低下している
- () 興奮
- () うつ
- () 不安
- () 不眠

その他 ()

●このため、現在、精神症状に対する以下の薬を処方しています。

● 予想される効果

薬剤の効果ができれば、精神症状が改善します。

● 主な副作用

精神症状に対する薬に共通する副作用としては、ふらつきや眠気などがあります。また、筋肉がこわばる・ふるえる、よだれが出るというパーキンソン症状が、一時的に出現することがあります。パーキンソン症状が出現した場合は、パーキンソン症状を緩和させる薬を投与します。精神症状を抑える薬は、からだの機能も抑えるため、呼吸が抑えられる、脈が遅くなる、血圧が低くなるなどの副作用が、ときに見られます。このため、患者様の状態を観察し、これらの副作用が出現した場合は、主治医と相談して対応します。まれに、高熱、からだのふるえ、硬直が出現する場合があります。悪性症候群と呼ばれます。悪性症候群の症状が見られた場合には、悪性症候群の治療をおこないます。

● 精神症状に対する薬を投与しない場合、予想される事態

精神症状が継続し、患者様がづらい思いをされたり、患者様の安全に危険が出たりします。

● 他の治療法

精神症状が軽い場合には、ご家族のご面会などでリラックスして、症状が改善する場合があります。精神症状がある程度強くなりますと、薬を投与しないと、症状が改善しないことが多いです。

● 効果に限界をきたす、または副作用を増強させるかもしれない患者様の要因

症状が強い場合は、薬の効果が十分に得られないことがあります。副作用の出現には個人差が大きいのですが、身体的な病気がある場合、年齢が高い場合、脳の機能に影響を与える病気がある場合には、副作用が強く出現することがあります。

なお、副作用・併発症に対する診療は、患者様への診療の一部と考えられますので、患者様の御負担となります。

● 精神科医師との面接

上記の内容などについて、精神科医師が、直接説明させていただきます。精神神経科外来までご連絡ください。

抑制についてのご説明

平成 年 月 日

病院 _____ 科 医師 _____

● 危険な症状

様には、現在、次のような症状があり、転倒やチューブ抜去などの危険があります。

() 場所や人などが分からない

() 物忘れが強い

() 幻覚や妄想がある

() 理解力が低下している

その他 ()

● 抑制

転倒やチューブ抜去のために、骨折、出血などが起きる可能性があります。このため、安全を確保し治療を進めるために、医療的な配慮がなされた用具を使用して、胴・手足・肩などへの抑制を施行いたしております。また、チューブ抜去を防ぐために、「ミトン」「メガホン」と呼ばれる用具を使用することもあります。

● 指示

医師が、抑制の指示を出します。

● 看護師、医師の対応

抑制は、患者様にとって、心理的にも、身体的にも、高い負担となります。抑制をしている患者様には、看護スタッフが頻回に（30分に1回）巡回を行い、食事、排泄、清潔への援助を行います。また、医師が毎日患者様の状態を確認し、まだ、抑制が必要かどうかを判断します。

● 合併症

抑制を行っている場合、次のような合併症が起きることがあります。

① 筋力の低下

抑制中は、からだを動かさせませんので、抑制が長期間にわたると、下肢などの筋力が低下することがあります。筋力の低下のために転倒の危険がある場合はトイレ歩行の時に看護師が付き添います。また、抑制を解除するときに、慎重に筋力の訓練、リハビリを進め

ます。

② 深部静脈血栓・肺塞栓症

これは、「エコノミー症候群」などと報道されているものです。からだを動かさないことから、血液が固まりやすくなり、血液の塊（血栓）ができて、心臓から肺にいく動脈につまると（肺塞栓症）、生命に危険がある場合もあります。これを防ぐためには、弾性ストッキングなどの対応を行うことがあります。

③ 褥瘡

高齢の方などは、もともと褥瘡ができやすくなっている場合がありますが、からだを動かさないため、骨が突出しているところなどに、褥瘡ができることがあります。対応としては、可能な範囲でからだの向きをかえたり、マットをあてたりします。

④ 抑制抜け、すりおち

抑制帯は、あまりきつくしめることはできませんので、ときに、患者様が抑制を抜けてしまうことがあります。また、からだを動かして、ベッドからすりおちてしまうことがあります。対応として、抑制帯がゆるすぎる場合は少し締めますが、あまりきつく締めることはできません。

⑤ 尿路への影響

抑制を全日行う場合には、排尿のために、尿路に留置カテーテルを挿入いたします。このために、患者様が違和感を感じる場合があるほか、ときに膀胱炎などの感染症が生じます。違和感に対しては有効な対応があまりありません。感染症に対しては、抗生剤などを投与いたします。

⑥ 血液循環への圧迫

患者様が、からだや手足などを激しく動かすと、抑制帯で圧迫され、血液の循環が悪くなる場合があります。そうすると、圧迫されたところから先が、浮腫のようになり、色が紫色になったりします。対応としては、興奮が強い場合には、睡眠薬、安定剤で、興奮が鎮まるように致します。また、患者様の状態を観察して、血液の循環が悪くなった場合には、抑制帯を緩めたり、からだや手足の向きを変えたりします。

⑦ 神経への圧迫

同じように、患者様がからだや手足などを激しく動かすと、神経が圧迫されて、感覚鈍麻、しびれ、冷感などが出現することがあります。対応は、⑤の場合と同じです。

⑧ 関節のこわばり

同じ姿勢を長時間とるために、関節の動きが制限され、関節が硬くなる場合があります。対応としては、患者様のからだや手足の向きを変えたり、マッサージしたりします。

⑨ 鎮静剤の副作用

抑制をするときには、患者様の苦痛を軽くするために、鎮静剤を使用することがよくあります。鎮静剤を使用すると、脈が遅くなる、血圧が低くなる、呼吸が十分にできなくなる、などの副作用がときどきみられます。これらの副作用が強くと出現して、危険でないかどうか、モニターを使って、患者様の状態を観察します。副作用が強くと出る場合には、やむをえませので、鎮静剤の量を減らします。

⑩ 皮膚障害

からだを動かしたときに、抑制帯との摩擦により皮膚を痛めることがあります。対応としては、タオルをあてて皮膚を保護します。

● 精神症状の改善

はじめにご説明した精神症状が改善すれば、抑制の必要がなくなります。症状には、大きく分けて二つの原因が考えられます。一つは、身体的な病気が悪くなっている、脳の神経がうまく働いていない場合です。二つ目は、認知症や脳血管性の障害など、脳の異常がもともとある場合です。身体的な病気が主な原因である場合には、身体的な病気がよくなれば、精神症状は改善します。脳の異常がもともとある場合には、精神症状がなかなか改善しない場合があります。

● 解除のプロセス

非常に症状が悪く、危険性が高い患者様の場合は、一日中抑制を行う場合があります。状態が改善してこられると、だんだんに、抑制を解除できるかどうか試みていきます。抑制の解除試行は、主に昼間の時間帯に行います。というのは、夜間は、精神症状が悪化しがちで、かつ、看護スタッフの数が少なく、安全を図るのがむずかしいからです。

● 患者様の協力

当然ですが、医師の治療、看護師のケアに対して、患者様の協力が得られるほど、抑制が解除しやすくなります。医師や看護師に協力していただけるよう、ご家族からお話しいただければと存じます。

● ご家族の協力

抑制を行う場合には、患者様のお部屋に入れる物品についても、万一の危険性を考え、必要最小限にさせていただいております。

この説明書の内容に、ご不明な点がございましたら、主治医までお知らせください。

抑制を使わないことの危険性に関する説明

患者様（ID ）は、下記のように、事故が起きかねない危険な状態にあります。ご家族と、次のように確認させていただきます。

【医療者側の説明】

患者様には、現在

意識障害、認知症症状、興奮、転倒の危険性（危険度 点）

その他（ ）

という症状がみられます。このため、

転倒・転落、チューブ類の自己抜去、その他（ ）

など、患者様の生命等に危険を及ぼす事故がおきる可能性があります。この危険性を防ぐために、現在、

巡回、離床センサー設置、その他（ ）

の対応を行っています。

しかし、患者様が、看護師に知らせることなく、起立・歩行、チューブ類の自己抜去などの行為をとられた場合、抑制を施行していないと、上記の危険性を防ぎきれない場合があります。

説明者： 医師
看護師

【家族の署名】

上記の危険性があることについて、 病院の医師・看護師から説明を受け、理解しました。しかし、本人の心理的、身体的苦痛を考え、抑制を使用しないで対応してもらおうよう 病院に要請します。なお、患者の生命等への危険が発生した場合は、病院側がやむをえず、緊急に抑制を使用する必要があることを理解します。

平成 年 月 日

氏名

患者様との続柄