

行動制限（身体抑制）における指針

<背景>

我が国における身体拘束禁止の取り組み

1998年（平成9年）高齢者に対する身体拘束廃止の動き「抑制廃止福岡宣言」

「全国抑制廃止研究会」発足

1999年（平成11年）厚生労働省から介護保険施設などにおける「身体拘束禁止」が省令

2000年（平成12年）介護保険法 身体拘束禁止規定が施行

【介護保険指定基準の身体拘束禁止規定】 厚生省令 平成11年3月31日

「サービスの提供に当たっては、当該入所者（利用者）等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない」

対象：指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、
短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応共同生活介護、特定施設入所者生活介護

2000年（平成12年）厚生労働省から「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発足

2006年（平成18年）高齢者虐待防止法 施行

2024年（令和6年）診療報酬改定より 全病棟（精神科を除く）に対し「身体的拘束最小化」が義務化

<身体拘束がもたらす多くの弊害>

1) 身体的弊害

- ① 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害をもたらす。
- ② 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害をもたらす。
- ③ 車いすに拘束しているケースでは無理な立ち上がりによる窒息等の大事故を発生させる危険性もある。
- ④ 抑制により機能の回復を妨げる要因となりうる可能性がある。

2) 精神的弊害

- ① 不安や怒り、屈辱、諦めといった多大な精神的苦痛を与えるばかりでなく、人間としての尊厳をも脅かす。
- ② 身体的拘束によりさらに認知機能が低下、進行し、さらにせん妄の誘発をもたらす可能性がある。
- ③ これらは家族にも大きな精神的苦痛を与えかねない。自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき混乱や後悔、また罪悪感にさいなまれる家族も多い。
- ④ 看護、介護するスタッフも、自らが行うケアに対し意欲や士気の低下を招く可能性がある。

3) 社会的弊害

- ① 介護、看護する人々の士気の低下を招くばかりか、医療者側に対する社会的な不振や偏見を引き起こす可能性がある。
- ② 身体拘束による高齢者の心身機能の低下は、その方のQOLを低下させるだけでなく、抑制による偶発症などを合併し、医療的な処置を生じさせ、経済的にも影響を及ぼす可能性がある。

身体的拘束によるさまざまな悪循環への認識が重要であり、高齢者に対する拘束であれば、認知機能の低下や体力はますます低下する。その結果せん妄の発症や転倒などなどの二次的、三次的リスクが生じその対応のためにさらに拘束を必要とする状況が生み出される。

最初は「一時的」として始めたが時間の経過とともに「常時」の拘束となり、場合によっては身体機能の低下や高齢者の死期を早める結果にも繋がりがかねない。

身体的拘束は悪循環を生むためのものではなく、治癒や自立の促進を図るための良い循環に繋げる為の方策と

して取り扱っていく。

また身体拘束の実施においては以下の要件を満たすことを条件とする

- ① 生命または身体の危機がある
- ② 他の回避方法が見つからない。
- ③ 一時的な手段である。

<共通の確認事項>

① 当院における身体的拘束の対象となる行為

- 1) ミトン （職員が介助等の為に患者のそばにつき添っており短時間の場合、また処置や移動の終了時に確実に介助している場合は実施日数には含めない）
- 2) 4点柵でベッドの周囲を囲む
- 3) 車いすベルト （本人、家族の同意の上で自由に車いすを操作できる状態であり、車いす操作による訓練の時間中、安全確保のために固定ベルトを使用する場合は実施日数に含めない。）
- 4) 抑制帯
- 5) 介護服
- 6) 向精神薬（※抗精神薬投与基準、後述）

上記をケアの一環としてやむを得ず実施した場合は、手順書に則りカルテに記載を行う。

② 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のアセスメントを兼ねたリスクスクリーニングを必ず行う。

*せん妄とは脳機能の失調によって起こる注意障害を伴った軽い意識障害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。

せん妄発症の諸因子を入院時に抽出し、早期に対応を行う事で、せん妄発症に伴う身体的抑制を未然に予防し早期対応、対策を立てることが重要であり過剰な身体的抑制を行わない為の手段の1つである。

② せん妄の発症には下記の3つの因子が関与している。

準備 因子： 高齢 認識能障害 慢性疾患の既往など

誘発 因子： 疼痛 環境変化 生活・睡眠パターン変調 心理的問題など

直接 因子： 中枢神経系 代謝異常 電解質バランス異常 心肺疾患 低酸素 手術・処置、重症 感染 薬剤排泄の問題 新たな疾患の罹患など

これらの因子を早期に抽出し、予防・対策を立て共有する

令和 6年 5月 27日 作成

令和 8年 4月 15日 改定

身体的拘束最小化に向けたケアマニュアル

目的

せん妄リスクスクリーニングマニュアルと合わせ、せん妄に対する予防的なケアの実施と、認知症による BPSD との鑑別評価を行い、適切な支援方法を多職種と共有し協働する。身体拘束を行わなければならない根拠と、解除に向けた取り組みの一環として、このマニュアルを活用する。

① せん妄対策

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)
- 活動と休息のバランスを保つ。
- (せん妄の発症要因となる薬剤を投与している場合)投与後の効果をモニターする。

2) 誘発因子(促進要因)を取り除き、心地よい環境に整える。

- 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。(眼鏡 補聴器 騒音排除 音楽 TV、照度など)
- 身体拘束を取り除く。(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 症状別対応策

1) 転倒・転落の危険性が高い

(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:アセスメントは、「対象者側の要因」と「環境要因」の両方から行う。

- 物理的環境:ベッドの高さ 椅子の位置 床が滑らないか 物が届く所にあるか、など
- 人的環境:用事を頼みやすいか、密なコミュニケーションが図れているか、など
- 治療環境:チューブ類が目につく位置にあるか、薬剤による影響はないか、など

<考えられる理由>

- トイレに行きたい
- 何かものを取りたい
- 同一体位による身体的苦痛がある
- 不安や寂しさなどがある
- 落ち着かない理由:対象が認識している世界にある

(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ていないか検討する。
- ③ 排泄ケアを配慮して行う。
 - 排泄の間隔を把握し、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なければ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、ADL の介助量を調整する。
 - 睡眠導入剤を使用時は、生活リズムへの影響と適切性について再確認する。

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ものとして認知して、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を考え、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カンファレンスを行い検討してみる。

(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、行動を制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の緩和をする。

- 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ンを把握する。(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環境の調整をする。

- 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。
- 対象者の理解度に応じてチューブに注意が向かないよう視界に入らない調整をする。
- チューブ挿入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活動を取り入れ、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多職種でアセスメントし介入を検討する。

③ チューブ類の早期抜去に向けた介入を行う。

- チューブの挿入目的を明確にして、どうなれば抜去できるのかを検討する。
- 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、自分が他者から正當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のり、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、せかさ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、いろいろな不快の原因をつくらない。
- 発熱、痛み、不快感の有無を観察して、早期に症状の緩和を図る。
- 帰宅願望が募る時間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) ケアへの抵抗

(1) 基本的な考え方

対象者の身体に触る、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。
- ケアに抵抗する傾向がある場合は、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を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。助けを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がないか？
- 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する。
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、家族の写真などを整え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？ 陰部や皮膚の搔痒感はないか？
- 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。
- 排泄間隔を把握し、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。
- 長期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
- 長期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。尿と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・湿度に調整する。

<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に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。衣類を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、必要なケアの充足を図る必要がある。

(2)アセスメントの視点

- 皮膚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。
- 乾燥が強い場合は、こまめに保湿剤を使用する。

②着心地の良い衣類の選択をする。

- 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。

※抗精神病薬投与基準

1) 使用の目的

抗精神病薬など薬物による身体的、精神的抑制を行うことでしか生命の維持、治療の継続が図れないと判断された場合。

2) 使用にあたる留意点

- ①身体的、精神的異常な状態を招く要因が、使用している薬物とは関係性がないことを確認し、まずは環境要因を整備する。
- ②対応についての第一選択は、非薬物療法であるという認識の下で行う。
- ③薬剤の使用は身体、精神的抑制を行うことであり、スタッフ全体とカンファレンスを行い、以下の条件を踏まえての行為であることを確認する。

切迫性：患者本人または他の患者等の生命または身体が危険にさらされ、かつ緊急を要する可能性が著しく高いこと。

非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う意外に代替する介護方法がないこと。

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。

③ 薬剤の使用に関しては、患者又は家族に十分説明を行う（行動制限同意手順の確認）

また定期的なカンファレンスを行い状況評価、継続の有無を検討し記録に残す。

⑤抑制による ADL、QOL の低下を招くことの無いようケアを充実し、ストレス因子によるさらなる合併症を起こさないように配慮する。

⑥薬効や薬剤の半減期などを十分考慮したうえで使用を開始し、使用前後の状況を モニターすることで、薬剤の評価を行う。（その間の日常生活状況を記録に残す）

- ・薬剤の服薬時間、入眠開始時間、中途覚醒時間、覚醒時間（睡眠状況把握表の活用）
- ・日中の活動時間の把握と評価
- ・食事の摂取状況（嚥下障害、食べ方の変化、摂取量など）
- ・下肢のふらつきなど薬のもち越しの有無
- ・パーキンソン症状の有無（寡動、前傾姿勢、小刻みもしくはすり足歩行、振戦、仮面様顔貌、筋硬直など）
- ・高熱、発汗、頻脈などの悪性症候群の発症（薬の急な中断でも起こる）の有無

抗精神病薬はいずれもドパミンに対する作用が特徴である。

薬物名	症状	薬剤の特徴・注意点	半減期(時間)
セロトニン受容体 ドパミン受容体遮断 リスパダール =リスパダール	幻覚、妄想、 焦燥、 興奮、攻撃 性や精神 病症状	非定型抗精神病薬 糖尿病の合併では第一選択。 パーキンソンニズムを悪化させやすいため注意	3～6 時間
セロトニン受容体 ドパミン受容体遮断クエチア ピン =セロクエル	幻覚、妄想、 焦燥、 興奮、攻撃 性や精神 病症状	非定型抗精神病薬 DLB に対して使用を考慮しても良い。鎮静・催眠作用あり。 眠前薬として使用できる。高血糖では慎重投与	2～3 時間
セロトニン受容体 ドパミン受容体遮断オランザ ピン =ジプレキサ	幻覚、妄想、 焦燥、 興奮、攻撃 性や精神 病症状	非定型抗精神病薬 DLB に対して使用を考慮しても良い。鎮静・催眠作用あり。 高血糖、あるいは糖尿病では禁忌。	22～30 時間
ドパミン受容体部分的刺激 アリピプラゾール =エビリファイ 改良薬:レキサルティー:神経 伝達を適正に調整可能	幻覚、妄想、 焦燥、 興奮、攻撃 性や精神 病症状	鎮静・催眠は弱い。 高血糖・糖尿病では慎重投与 錐体外路症状が比較的少ない。	47～68 時間 52～92 時間
クロルプロマジン =ウインタミン、コントミン	興奮、幻 想、妄想、 不安、緊張	定型抗精神病薬であるためパーキンソンニズムを起こしやすい。	12～24 時間
ドパミン受容体遮断作用 ハロペリドール =セレネース	興奮、幻 想、妄想、 不安、緊張	定型抗精神病薬であるためパーキンソンニズムを起こしやすい。強力な制吐作用がある。鎮静作用は強い	11～17 時間

*定型抗精神病薬…主に脳内のドパミンに対して抑制作用をあらわし、幻覚、妄想、不安、緊張、興奮などの症状を改善する。脳内のドパミンの作用を抑えることにより陽性症状の改善が期待でき脳内で過剰になっているドパミンの働きを抑える作用などをあらわす一方、ドパミン抑制作用による錐体外路症状や高プロラクチン血症などがあらわれたり、統合失調症における感情の鈍麻や意欲減退などの陰性症状を強めたりする場合がある。

*非定型抗精神病薬…ドパミン受容体に加え、さらに多様な受容体に作用して陰性症状の改善に効果がある。脳内のドパミン D2 受容体やセロトニン 5-HT₂ 受容体などの拮抗作用により、幻覚、妄想、感情や意欲の障害などを改善し 脳内のセロトニン 5-HT₂ 受容体の拮抗作用により、陰性症状の改善が期待できる。現在はこちらの使用が多い。