

■ IMR の内容

IMR の鍵概念は 10 項目。(1) リカバリー、(2) 精神疾患についての事実、(3) ストレス－脆弱性モデル、(4) 社会生活技能の向上、(5) 薬物療法、(6) アルコール・ドラッグ、(7) 再発防止、(8) ストレスへの対処、(9) 精神症状への対処、(10) 地域社会資源、である。

- ①精神疾患について：精神疾患に関しては特定の疾患だけでなく、他の疾患についても同様に教育する。これは広い精神疾患の一部として自分の疾患がどのようなものであるか理解するためである。
- ②薬物療法：薬物療法を日常生活に取り入れるために認知行動療法を活用する。また薬物療法の利点と欠点を評価できるように教育する。これはまた、薬物療法に対するモチベーションを上げることにつながる。ドラッグやアルコールに関する情報提供も含まれている（これらの物質が薬物療法の効果を減じる）。
- ③ストレスへの対処：その人に合ったストレスマネジメント方法、リラクゼーション方法を学習する。共通する問題や症状への対処法も含まれており、持続症状、うつ、幻覚に対する対処方法も指導する。
- ④ソーシャルサポート：ソーシャルサポートを増やすためのプログラム。人々と親くなる方法、対人関係の作り方、自分が相手を大切に思っていることを伝える方法について指導することが、彼らの幸せにつながる。

■ リカバリーの意味

以前リカバリーは「私は病気を持っていない」ということだと考えられていたが、今では「私は自分の人生を取り戻し、前に進んでいる。」という、自分の人生に目的と意味があるという前向きな概念に再定義されている。

■ リカバリーのゴール

IMR のプログラム開始時に、まず個人のリカバリーのゴールを話し合う。そして明確なゴールを決める。例えば「結婚したい。」などの非常に野心的なゴールであったとしても、否定はせず、それを長期的なゴールとして、「友達を作る」といった短期的な小さい段階のゴールを設定していく。リカバリーはモチベーションである。

ゴール設定後、そこに向かっていけるように我々は援助するつもりであることを伝え、ゴールの達成のために有用な方策を探していくつもりであることも伝える。これもモチベーションにつながる。

■ Integrated Illness Management Recovery Program; IIMR

高齢者によく見られる三大疾患である糖尿病、高血圧、高脂血症に関するカリキュラムを開発し、IMR に統合しパイロットスタディをしている最中である。これは IIMR と呼んでいる。これは精神疾患と身体疾患を管理する方法の教育であり看護の要素である。対象

者は定期的に IIMR を教育する臨床家と会い、生活変容と自己管理の原則に関する教育と適切な薬物療法を確実に受けているかの観察を受ける。

■ 看護師は IMR および IIMR の指導者として適切な人材

看護師は IIMR の指導者として最も適切な人材なのではないか。IMR では精神疾患の管理が重視され、健康的な生活はそれほど重視されていない。しかし IIMR では身体状況、運動、健康的な生活に焦点を当てている。IMR、IIMR 両方において看護師は指導者になれるのではないか。

■ IIMR の効果

IIMR では料理教室も実施している。そこで重視しているのは個人個人の関係作り。同じような目標を持つ者同士が共に前進していくため、集団によるサポートが得られるような援助を行っている。面白いことに、パイロットスタディでは、IIMR に参加した人たちの陰性症状と抑うつ症状が改善している。

■ IIMR の位置づけ

IIMR という全く新しいプログラムを作りたいわけではない。基本は IMR。例えば 30 歳で糖尿病を持つ統合失調症の男性がいたとする。IMR を行うのだが、ここで糖尿病を無視するのではなく、統合失調症の教育を行うのと同じように糖尿病の教育も行う。高血圧など他の身体疾患の教育にも、IMR のテクニックを適用することができる。

個人の必要に応じて、精神疾患管理のみが必要であれば IMR を、身体疾病管理も必要なのであれば IIMR を適用すればよい。

■ IIMR における看護師の役割

看護師はメンタルヘルスケアと身体ケアを統合するという、重要な役割を担っていると思う。看護師は、個人のニーズに応じて、また時間の経過によるニーズ変化に応じて柔軟に対応するという、重要な立場にある。

■ 精神科看護師の専門性とは

服薬管理は非常に重要な役割だと考えられる。なぜなら、看護師は薬物療法とその効果に関して、とても詳しい知識を持っているからだ。

精神症状のモニタリングと再発防止教育も看護師にとって重要な役割だと思う。米国では医師の診察頻度が低い。統合失調症などの重度精神疾患の患者には、最低月 1 回、医療の専門家が会うべきだと思う。それは医師でなくともよい。場合によっては看護師の方がよいかもしれない。米国では医師よりも看護師の方が忍耐力やスキルが高かったりするからだ。

統合失調症患者に関わるときに何のプログラムを行うか、どこで責任を持つかということについては、もし患者に再発が生じ、または再び入院するのならば、その後最低 6 ヶ月間は毎週短時間会いに行く。この時間は再発の早期警告サインを観察するのに、あるいは服薬を評価するのに、または症状を評価するのに十分な時間である。

我々のプログラムでは、看護師が毎週患者に会いに行き、医師は月に一度会う。もし看護師が再発に気づいたら、医師が評価できるように、また服薬を増やす必要があるかどうかを検討するために、特別なミーティングを計画する。このように看護師はメンタルヘルスクアの質を向上させるためにとても重要な役割を担っている。

英国では、看護師の多くは精神病を有する人々と協働しながら認知行動療法の基礎的コースを学んでいる。看護師は幅広いスキルを持っているが、医学的なトレーニングは看護師に特化した内容であり、それゆえに、服薬とモニタリングといった問題に対してはとりわけ適切な役割を担う存在だと思われる。

■ 看護師が週ごとに行っている簡便な評価について

看護師は心理士から BPRS のような標準化された尺度の使い方を教わるのだが、精神科看護師は評価の方法論は既に理解しているので、もし早期警告サインの質問票を使うことになれば、その使い方さえ覚えれば、看護師は的確な評価を行うことができる。認知行動療法や再発予防の方法論を身につける方が、よほど時間がかかる。看護師の場合、精神疾患のモニタリングに関しては、尺度の使い方を覚えるだけである。尺度の使用に関しては、医師も看護師同様その使い方を学ぶ必要がある。

* 早期警告サインに関する文献：

- ・ Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. Archives of General Psychiatry. 2000;57:277-283.
- ・ Mueser KT, Gingerich S. The Complete Family Guide to Schizophrenia: Helping Your Loved One Get the Most Out of Life. New York: Guilford Press; 2006.

■ 米国では標準化した評価尺度はあるのか？

日々の臨床で用いているものはあるが、標準化されているものはない。

再発予防については標準化されたものがある（例：家族教育）。早期警告サインの質問票はある。症状評価、抗精神病薬の効果、副作用（例：ジスキネジア、アカシジアなど）のモニタリングは標準化されたものが存在している。

入院患者の行動を測定するもので標準化された尺度がある（NOSI）。

■ 看護師はどこで患者と会うのか

どのような立場にあるかによる。ACT チームの看護師であれば自宅で会う。リエゾンナースによる管理部があるセンターでは、再発しやすい人を対象にデポ剤の注射のために訪問したりする場合もあるが、これはあまり一般的ではない。一般的なメンタルヘルスセンターでは、看護師は医師と協働で服薬管理教育を行ったり、デポ剤の注射を行ったりしている。訪問はあまり行わない。

■ 米国の精神科看護師

米国では、メンタルヘルスセンターで働く看護師が少ない。なぜなら学士、修士レベルの心理士を雇うよりも、看護師を雇う方が高いからである。PhD を持つ心理士がメンタルヘルスセンターで働くこともまれである

看護師は身体管理の必要な老人のケアに関わることが多い。看護師の多くは修士レベル。学士レベルの場合もあるが、精神科領域では精神科専門看護師（修士レベル）をとるだろう。

HOPES の研究を行う際、生活技能訓練とヘルスケアを統合していきたかったのですが、患者の医療上のニーズを評価し、そのニーズに必要な技能訓練（リハビリテーション）を行う看護師をフルタイムで雇いたかったのだが、この両方をやってくれる看護師を雇うことはかなわなかった。そのため、看護師とリハビリテーションカウンセラーが、リハビリテーションと基本的なヘルスケアマネジメントを統合するために協働する形となった。

■ 日本の精神科看護師に推奨されるのは英国モデル

米国における伝統的な精神保健チームでは、修士レベルの心理士がグループリーダーとなり、学士レベルのケースマネジャーが訪問を行う。前者が薬物治療のコーディネートをを行い、後者が利用者に服薬管理するように促す。本来、薬物療法に詳しい看護師が適任なのだが。

英国では家族療法や認知行動療法の基礎トレーニングを受けている看護師が大勢いる。英国では重度精神障害者のリハビリテーションに行動療法的なアプローチを用いる歴史がずっと長いのだと思う。米国モデルではなく、英国モデルを考えた方がよい。

看護師はヘルスケアマネジメントと社会生活技能の両方を必要とする集団を対象にするため、看護とリハビリテーションを統合させると完璧なケアになる。

■ 精神保健分野の実践に関するエビデンスについて

ACT が服薬アドヒアランスを改善するというエビデンスはある。しかし ACT の介入方法はリハビリテーションや自己管理ではなくモニタリングである。服薬アドヒアランスを高めるといって言えば、行動療法による無作為化比較試験が 4 本ある。社会生活技能訓練 (SST) に関するエビデンスは曖昧で強力なものではない。動機付け面接に関する研究は 2 本あり、ひとつはポジティブな結果であったが、再試に失敗している。

様々な側面からのエビデンスに精通していることが重要だと考える。IMR は「エビデンスが確立された実践; an evidence-based practice」と呼ばれているが、私は「エビデンスに基づいた実践; a practice based on the evidence」と呼んでいる。我々は IMR が実践として効果があるかどうかという情報を得ようとしているのだ。

■ 看護師を対象にしたガイドラインはあるのか？

地域ケアの中で看護師が何をすべきかといったガイドラインはないと思われる。実情はセンターごとに様々である。ただ、ケースマネジャーやコメディカルスタッフが行うことに対して、ある種、標準化されているものはあると思う。

* 看護師のための ACT ガイドライン：

- Allness DJ, Knoedler WH. The PACT Model of Community-Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT Start-Up. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill; 1998.
- Stein LI, Santos AB. Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. New York: Norton; 1998.

■ エビデンスが証明されていない実践には専門家のコンセンサスを得る

研究によってエビデンスが証明されていない実践に関しては、米国では、コンセンサス・パネルを作り、検討すべき疑問や課題を明らかにする。そして、その代表者がそれらについて調査し、推薦される論文を読んだりする。その実践が適切と思えば、推薦される治療法として紹介される。いくつかのガイドラインはエビデンスを伴っていないが、筋は通っている。

■ 日本で看護師向けのガイドラインを作る場合の注意点

薬物療法の役割に焦点を当てると、看護師は医者役割の延長上を担うことになる。看護師は対人関係技術に優れているのだから、薬物療法への理解を含め、幅広いリハビリテーション治療技術を包括すべきである。

資料 2-2 X氏へのヒアリング調査

■ ヒアリング対象者の略歴

看護師（Clinical Nurse Specialist; CNS）。単科の精神科病院勤務。仕事内容は、患者さんのコンサルテーション、調整プロジェクト、直接ケア。病棟から依頼を受けるよりは、CNSから病棟の申し送りに参加するようにし、何か困っていることがないか探っていく形の働きかけが多い。ただし病院全体でカンファレンスを活性化させようと取り組んでいるおり、カンファレンスを定期的に行っている病棟からは参加の依頼が来る。

■ CNSの仕事1_CNSの直接ケアを通して、具体的にどうケアしたらよいか示す

スタッフがある患者さんに関わるのに疲労を感じている場合、いつときだけみんなを患者さんとの距離を調整してあげる感じで、一マンパワーになるために病棟へ行くことが多い。その中でアセスメントを行い、看護師が違った目線で見られるようになるためにアセスメントを行う。それをフィードバックすることでコンサルテーションする。また、対応の難しい患者さんなどに、このように行った方がよいというのを、看護師に実際見せてみるというのものもある。

■ CNSの仕事2_精神科に特徴的な身体合併症を見極めフィードバックする

精神科にも特徴的な身体合併症というのがあるので、それを早期に発見し、病態を見極め、看護師に観察ポイントやケア内容フィードバックするというのもひとつの仕事。薬に関係して注意なくしてはいけない身体症状は肺炎とイレウスが一番だと思うが、高齢の方が多いので、生活習慣病（DM、循環器疾患、高血圧、など）も多い。

■ CNSの仕事3_目の前にある症状を通して、抗精神病薬の副作用が実際どのようなものか示す

非定型薬を使っている人は多いが、非定型薬単剤の人は少ないと思う。非定型薬と定型薬をダブルでというケースもある。薬が多いので、どうしても副作用がたくさん出てきてしまう。とにかく出ているものをしっかり見ていくしかない。看護師は、「アカシジア」という言葉はわかっているけど、言葉と臨床の症状がつながっていない感じがするので、「これがアカシジアだ」と伝えていく。

■ 副作用による生活上の困難を軽減させるようなサポートが必要

病院なので、副作用が出るとすぐ医者に「何とかしてくれ」と頼ってしまうが、本当は患者さんの副作用をうまく緩和するようなテクニック、例えば目が見えないんだったら眼の状態を見たりとか、目がうまく見えないことで生活に困っていることをきいてサポートするのが本当にやれることだと思うし、目が見えないことで生じる不快な感情を軽減させるというのも、難しいことだとは思いますが、何かしらアプローチがあると思う。

■ 患者さんを完璧にして退院させようという流れになりがち

（地域でみていくことを考える場合に）病院としていつも考えていることに、地域の人ほどの程度になったら患者さんを受け入れてくれるかというのがある。地域で何をどういう風にやっ

てくれるというところの情報交換が全くないので、患者さんに対する要求も高くなり、完璧に自立して退院させようという話になってしまう。逆に自立が望まれないと療養型など転棟、転院になりやすい。

■ 地域ケアで役立つもの1_その人特有の症状をチェック項目表にしたもの

この人はこういう症状が出やすくこんな対処をしたら良くなったというような、その人特有のマニュアルというか、チェック項目のようなものがあつたら、患者さんも看護師も安心して（地域で）みることができると思う。

■ 地域ケアで役立つもの2_退院時訪問で地域の関係者とつながりを持つ

退院時訪問で、部屋の状況を確認して一緒に部屋の掃除をしたりする。もともと地域でつながっているものがあれば、その人と呼んで今後の生活をどういう風にするのか話し合う。

■ 地域ケアで役立つもの3_怠薬のある人へのケア

薬剤師をまじえて服薬指導をしたり、患者さんとどうして薬を飲まないのか、どうしたら飲めるようになるのかとことん話し合ったり、薬の効果を感じてもらったり、良くなったことをフィードバックしたり、薬の必要性をわかってもらうために正しく説明と告知をしたり、ということがある。実際の退院が迫ってきたら、実際に家でどんな生活をしていたか話しながら、薬の管理の仕方を一緒に勉強をしたりする。病院で疑似体験みたいなことをしたら、練習になる。とりあえず一回病院で練習したら外泊でやってみよう、できたかどうか帰ってきて一緒にフィードバックしようということを行う。

■ 地域ケアで役立つもの4_個人の具体的な悪化のサインについて知り、それを必ずチェックする

具体的な悪化のサインについての情報をどこかで仕入れ、それがいないかどうか必ず見てくるということは大事だと思う。

■ 地域ケアで役立つもの5_患者さんとのコミュニケーションの具体的なノウハウ

何を言われたらどう返そうとか、相談されたときにどう答えたらいいのかということとかもすごく困ると思うので、コミュニケーションの特徴だったり、うつ病は励まさないじゃないが、そのような感じで何かあるといい。

■ 患者さんとの関係性の作り方への悩み

看護師が具合が悪い患者にどういうふうに戻すかということ。だいたい対応が困難な患者さんのことが多い。「もうこんなに罵倒されていや」というから、罵倒されているのは病気だからということを説明して、じゃあ本人が罵倒しなくなるためにはどうしたらいいか、いろいろなアイデアを提供する感じ。関係性の作り方悩んでいるのだと思う。

■ 患者さんの退院先が決まらない悩み、退院先が決まらない、今後どうするか、という話は多い。

■ 地域で生活していくためには、近隣の情報や連携が大切

近隣の情報も重要。近隣の人とどうお付き合いするのかとか。(ある事例) グループホームで生活していて具合が悪くなり、入院した方。具合が悪いときにグループホームや作業所でいろいろ面倒をかけたのを本人が気にして、行きづらいという。そこでどのようにしたらいいか本人とは具体的に話し合った。作業所のトップの方を呼び、本人がこういうことで生活上困っているからよろしくといった内容を伝えた。本人とは外来でちょこちょこ顔を合わせて「最近どう？」と声をかけ、「最近眠れている？」「気持ちはどう？」「いろいろなことが気になりすぎてない？」など(悪化の)サインの確認をする。

■ 悪化のサインや副作用は、具体的で特徴的な症状をつかんでおくことが必要

なかなか難しい。実際に見てもこれがサインかというような。やっぱり具体的に特徴的な症状というか、副作用を書いていかななくてはいけないと思う。退院のしおりにはサインを書いてある。

■ 病院では家での生活が見えにくいので、家での生活の情報が必要

病院だと家での生活は見えにくい。家で見るときには家での生活はどうかというのがみられる何かがあるといい。

■ 定型薬と非定型薬の違い

違う感じがする。非定型薬は効き方がマイルド。

■ 副作用のチェックマニュアルは、具体的にかみ砕いた内容のものでないと役立たない

製薬会社書いているレベルの副作用の表現だったら絶対に伝わらない。長嶺敬彦先生の「抗精神病薬の『身体副作用』がわかる」(医学書院)がわかりやすかった。あれをさらにかみ砕いたような。こういう風に訴えてくることが多いとか、人物像を書いてここがこうなるみたいなを書くぐらいの方がわかりやすい。

■ 生活習慣病をコントロールするための援助

抗精神病薬に加えてDMの薬を飲むというのは大変。精神疾患を持っていると精神障害を持っていない人だったら入る教育内容が理解できなかつたり、精神障害を持っていない人ができることができない。関心と注意が向かなくなるということがあるので、やっぱり独特のサポートが必要。身体的なことに関しては、ただ見ればいいというだけではなく、わかりやすくできるように説明をして、できるまで見届けなければいけない。本人ができる方法を探り出す支援をするということ。

■ デイケアでは生活習慣病のプログラムを行っている

デイケアでは生活習慣病のプログラムもやっている。1コースが8回で、もう5コース目くらい。生活習慣病とはウェスト何cmになることだとか、具体的な内容のパワーポイントを作り、説明している。基本的に体験学習。一緒にお店に行って買い物をしてみたり、調理をしてみたり。ノンカロリーのものなどを紹介して、一緒に味わってみるといったこともやっている。

資料 2-3 Y氏へのヒアリング調査

■ ヒアリング対象者の略歴

現在、精神科単科の病院で精神科専門看護師(Clinical Nurse Specialist; CNS)として入院ケアと訪問看護を行っている。大学病院の精神科閉鎖病棟に5年勤務、CNSとして精神科病院に11年勤務の後、現職に就く。入院患者のケアに関する相談、外来患者への訪問看護や地域支援活動を行っている。

■ 臨床現場で困難を感じた事例

院内の援助付き雇用部門で働く人の中で、機能が低い人が職場内で孤立してしまう事例があった。その方が働く部門の管理者は事務職と精神保健福祉士で、起こっている問題を精神疾患の特性を含めてアセスメント出来ない状態にあり問題となっていた。精神疾患と行動の関連をわかる者が、問題を適切に整理しなければ、援助することはできないと感じた。

■ CNSとして医療者から相談される内容（地域支援に関して）

- ・外来では、看護師は介助業務に追われているため情報収集には限界がある。そのため外来だけでは様子をつかめない患者について医師等から従来の生活状況の把握をしたいと相談を受ける場合が多い。また逆に病棟の様子を訪問看護に繋げて内服や日常生活・家族関係の援助を行う場合もある。

- ・作業療法士からは、作業療法の時間内では関わりきれない、生活場面で問題がありそうだけども問題が見えないといった内容の相談を受けることが多い。またデイケアスタッフからも同様の相談がある。

- ・それぞれの部署、役割の中ではそれ以上の関わりが困難である場合、先ずは何が起きているのかを把握する必要があるので、相談・調整よりも訪問看護などの直接ケアで問題解決に取り組むことが初期の段階では多い。

■ 訪問看護の実践

1) 開始時のペース

マンパワーの問題もありほとんどが1回/週の訪問である。退院直後やニーズによっては毎日や2回/週の場合もある。家族と同居の場合は訪問看護の回数が多いと、家族が負担に感じる場合が多い。

2) 訪問の時間

15分から長くて3時間の場合もあるが、大体は1時間未満。1時間以上というのは稀である。

3) 訪問時のケアのポイント

その人の主な症状や、睡眠や生活の状況は常に確認する。特に変化がないか気をつけている。その他、患者の個別性に合わせて食事、金銭管理、対人関係、活動状況など多岐にわたって確認するようにしている。

4) 睡眠

睡眠障害が強い人が予想以上にいる。入眠障害や断眠、睡眠時間が短くなる等いろいろなパターンの睡眠障害があり、睡眠薬の調整が必要な人も多い。

睡眠障害は症状の変動と関連しているが、はっきり出る人と何となく不調感として出る人の2パターンがある。

■ 訪問看護における薬物療法に関するケア

1) 薬物療法に関するケアのスタンス

「薬を上手に使うことによって症状が軽くなり、生活がうまくいく。」というスタンスから症状と生活上の問題点と、精神機能がどのように関連しているのか患者と共に分析する。そこに薬物がどのように作用するのか、薬物療法の活用についてという視点で介入していく。

2) 日常生活と薬物療法にまつわる患者のニーズ

- ・お酒を楽しみたいというニーズは多い。一般的な薬物動態については説明出来るが、その人の内服している薬物が、飲みたいと思うお酒によってどのような副作用がどの程度出る可能性が出るかといった個別性に依拠して説明できる資料は少ない。エビデンスを提示して、患者自身が判断できるような形にしたいが現状では難しい。
- ・大きなイベントではなく、日常の小さなストレスを認識する力が弱く、上手くストレスを発散することが苦手な患者が多いように思う。ストレス発散方法のバラエティーが少ないので、アルコールやコーラ等の飲食物でストレス発散することになる。

■ 薬物療法の現状（外来患者）

1) 非定型薬の処方現状

- ・正確なデータではないが、非定型薬を内服している患者は多い。しかし、残念ながら単剤ではなく多剤併用である。非定型薬に定型薬や抗パーキンソン剤を併用している。多剤併用の患者は生活上色々な困難を抱えているが、多剤の影響なのか、疾患によるものなのか区別が付きにくい状況である。
- ・非定型薬導入に当たっては、従来の薬を減らして処方するのではなく併用するパターンが多い。経過が長くなるほど処方薬剤数が増えていく傾向がある。
- ・患者は、薬が自分に必要だと思っている場合が多い。しかし、具体的に自分のどのようなことと薬の効果が関連していると理解している患者は少ないので、その点から説明が必要である。

2) 薬物療法の支援に必要なこと

- ・薬局からでている薬の説明書は抽象的で万人向けなので、それだけでは患者には理解出来ないので、再度説明が必要である。患者自身が内服している薬が自分に本当にあっているのか判断できるような情報提供がしたい。
- ・患者は自分に起こっている脳の機能障害を主観的に理解することは難しい。体験していることと薬の効果を結びつける援助が必要だが、それに止まらず患者自身がその上で薬物療法に対する判断（選択）が出来るようになっていくのが望ましいと思う。薬の具

体的な効果の提示と、その人に起きていることを言葉に表すという面での支援が必要。

・薬の副作用ははっきり見えるが効果はわかりにくいので、効果についての分かりやすい説明は重要。家族を含めて、内服しているために機能障害が軽減しているのだが、疾患そのものが良くなったと思えば必要なくなったと思う傾向があるので、上手く説明しなければならない。

■ 地域生活上の問題点

1) 日常生活

・病気の症状だけでなく、生活上の様々な点に脳の機能障害が影響している場合が多い。金銭管理の問題が多い。なぜ問題が生じるのか、薬の副作用なのか、その人の性格傾向なのか、認知機能障害の問題なのか見極めた支援をしなければならない。

・デイケアの食事やコンビニの総菜の活用で、洗濯や買い物、食事などは、困ることは意外と少ない。

2) 家族

・本人のペースに合わせて見守るということが難しくギャップができ、そこから葛藤が生じて病気にも影響することが時々ある。また、家族にも多少機能障害がある場合もあるので家族の機能レベルをみたり、心理的な辛さをサポートするようにしている。しかし、長年の感情的な不全感が積み重なっているのでなかなか難しい。

・薬に関しては、基本的には本人と同様の説明をしている。病気の経過が家族には見えない場合が多いので、薬と症状の関係や現在の状態について説明する。

■ 地域生活を支援する上で必要な資料

1) 精神機能の障害について

精神機能の障害に関してはあまり資料を使っていない。精神機能の障害は、その人に話ってもらう中から見出していくので資料があまり無い。薬に関しては薬物の説明書を見るが、薬物の特性と認知機能との関連がはっきりしない。ただ、非定型薬に関しては認知機能障害を改善すると言われていて、データもあるので効果はあるのだろうなど思っている。自分としては、内服している患者さんを観察して分かったことを積み重ねている段階。

2) 非定型薬と体重増加の関係

・非定型薬を内服し始めて、実際に空腹感が強く出て薬を変更した患者もいる。体重コントロールの課題を持つ患者は多いが、認知機能障害との関係があると思っている。認知機能の障害のために適切なダイエットが出来ない人が多い。

・地域で生活する患者の場合、一貫した生活の把握がしにくいので、デイケアや訪問看護などの場面をつなげてトータルでの実態を把握し援助していく必要がある。

・カロリーや栄養素のバランスを患者と一緒に考えられる資料が欲しい。また、生活を自分のニーズに沿って組み立てることが難しいので、デイケアや社会復帰施設のプログラムの中で提供していくことが望ましいと思う。

3) 月経異常について

- ・抗精神病薬の内服で生理が止まることが即ち妊娠出来ないということに繋がると不安に思う人もいる。子宮や卵巣の機能がすぐに低下する訳ではないことをエビデンスを提示して説明できると不安にならずにすむのではないかと思う。

4) 再発予防について

- ・入院中の患者をケアする視点というのは患者の症状もはっきりしていることもあり現場の看護師は身につけていると思う。しかし、退院支援となるとケアの焦点が異なるので病棟の看護師は弱い部分だと思う。退院に向けた援助計画を立てるときに、病棟で得られた情報だけでは不十分で、もっと掘り下げた情報が必要となってくる。

- ・病状悪化の原因が何であったのかを、患者が退院するときに改めて整理する必要があると思う。悪化の原因を把握しているかどうかでケアが変わってくる。患者さんが思い出せない場合もあるが、その人にとってのストレスがなんであるのか把握できる者が必要。患者に薬の効果を自覚してもらうことと、それを表せるものも必要だと思う。残せる形でないと認識に留めておけないので。

■ 多職種との連携における困難

- ・他職種には見えなくて自分達の職種に見えるところを理解できるように説明しなければ共有できない点が難しい。ケースワーカーや精神保健福祉士への説明に対して特に困難に感じている。また、職種や場面によって患者に対する評価が異なるので患者も辛く感じてしまうことがある（例：デイケアは参加することを求めるが、訪問看護はその人なりの生活を送れることをよしとしている場合）。

- ・情報は共有できても、役割分担での葛藤があつたりもする。他職種に任せたいところと看護師に任せて欲しいところとずれがあつてなかなかいい協力関係がとりにくい。

資料 2-4 Z氏へのヒアリング調査

<ヒアリング詳細内容>

■ヒアリング対象者の略歴

医療法人民間病院に入職。精神科病棟、訪問看護ステーションなどで勤務した後、退職。現在は職能団体に勤務し、精神科看護に関連する教育、研究、行政といった幅広い領域で活動されている。

■精神科看護業務の中で生じた疑問について電話で相談を受けることが多い

診療報酬改定の内容について、機能評価に関する病棟での基準や手順作り、看護研究を行う際の参考文献に関する問い合わせ、あるいは精神保健福祉法の解釈や運用に関する相談といった実に様々な内容を行っている。

■薬物療法に関する相談はそう多くはない

薬物療法に対する看護師の関心は高いと思われるが、電話での問い合わせはほとんどない。現場では、看護師が服薬指導とか服薬教室を心理教育的活動として行っている病院が結構多いのではないかという印象を持っている。しかし、“服薬教室をやりたいんですけどいい方法はないですか”とか“服薬指導がうまくいなくて困っています”という話は、あまり聞かない。参考文献や関連する本がたくさん出版されているので、それを適宜に活用しているのだろうと思っている。

■非定型薬(単剤化)に関する関心が高まってきたのはここ 2~3 年位前から

全国の精神科病院には、様々な段階の病院がある。協会監修の看護雑誌でも単剤化をテーマとした特集を組むようになり、その中でたくさんの病院の取り組みを取り上げているし、“単剤化に踏み切っているいろいろあったけれど、効果もたくさんありました”という報告を学会のランチョンセミナーでしてもらうこともある。

■薬物療法における看護師の存在感

薬物療法の最新の情報を得るために協会主催の学会等で、ランチョンセミナーの開催を製薬会社に依頼することもあり、参加者には好評である。製薬会社の担当者から“単剤化等の新しい薬物療法を進めていくのであれば、やはりコメディカル、特に看護師が患者さんに対してどのように働きかけるかが非常に大事だというのが分かった”という言葉聞いた。これまでは、薬物療法に関しては医師と薬剤師を対象にアピールしてきたが、看護師に理解してもらうために看護師に対して今まで以上にどんどんアピールする場面をつくってほしいというような依頼が増えている。

■ コメディカルスタッフは医師の壁をなかなか打ち破れない

学会で単剤化をテーマにしたランチョンセミナーを開催した場合、参加者には両極端の反応がある。“ああ、そうか。こんな素晴らしい薬ができたんだ。だから、取り入れてもらうように病院に持ち帰って働きかけます” というように非定型薬の導入に関心を持つ場合と “やっぱり進んでいるところはあるのね” で終わってしまう場合。

医師には独自の処方パターンがある。その壁をコメディカルスタッフはなかなか打ち破れない。セミナーで得た知識や情報を説明したとしても、“うちはそういう新しい薬は使わない、定型薬を昔から使っていたお医者さんばかりだから” という反応の病院も少なくない。一方、病院全体で単剤化に取り組んでいるところも実際にある。しかし、単剤化は急激に浸透しているわけではない。患者さんの薬物療法の選択肢が広がっているかというところとゆっくり徐々にかなの印象を持っている。

■ 3年後の非定型薬(単剤化)の現状を推測してみる

これから単剤化は増えてくると思う。「1日3回、そして寝る前にお薬を飲んで病院でお休みしましょう」という時代は無くなってくると思う。薬物療法の変化が更に広がると、病院の中のムードもずいぶん変わってくるし、医師の世代交代も患者さんの高齢化とともに進んでいくのではないかなと思う。

■ 製薬会社が考えている非定型薬(単剤化)普及の鍵は看護師、看護師が感じている壁は医師

医師が単剤化をやってみようかなと思っても、看護師が“うん”と言わないために実施できない場合もある。そういう意味で、看護師の存在は大きな壁になることがある。一方、看護師は「私たちがいくら新薬をやってみましようと言っても、昔から定型薬を使っていた医師が“うん”と言わないと思う。」と考えており、立場によって『壁』は異なる。

■ 社会復帰施設における薬物療法の支援について

地域生活支援センターによっては、“お薬を預かって本人が取りにきたら渡す” というところをしているところもあるが、職員は圧倒的に精神保健福祉士が多い。だから、薬について専門的に関わるというのはすごく少ない。看護師が配属されているところには電話相談なり、あるいは対面相談なりというところで薬の飲み方、付き合い方を指導するというのは結構ある。

■ (ヒアリング対象者が) 訪問看護をしていた時にどのようなガイドラインが欲しかったか?

飲み忘れを防ぐとか、それから時々やめたくなるのをどういうふうにし合いで乗り切っていくか、それから副作用の有無やその変化、それを本人がきちんとコントロールして

いくとか、あるいはどういうふうに対処するかという感じのもの。副作用だったら副作用のリストみたいなものをつくって薬品名で索引を引けるようになっていれば便利。薬によって分けたものがみやすいのでは？

■ガイドラインはナースのためだけではなく、患者さんと一緒に勉強できるようなもの

患者さんが飲んでいる薬を調べるといような勉強を患者さんとしたらいいと思う。そうしたら中途半端な勉強の仕方じゃなくて、患者さんが分かるまで一緒に自分も学習できると思う。だから、一緒に勉強するという体験が結構看護者の薬に対する理解を深めるんだろうと思ったりもする。そういう本はいっぱい出ているが、そこで終わらせずにもうちょっと専門的な知識まできちんと学習して、ちゃんとそれも患者さんに分かりやすく説明をして共有すると体験的に覚えるよりもずっと正確な知識になる。そして、分かりやすくシンプルなものに絞る。実際に製薬会社の協力をもらい活用している病院もある。そこを詳しく見てみたら使えるものにたどり着くのでは？病棟ではグループで行う場合が多く、決まった内容でやっていることも多い。本来はもうちょっと個別性を持たせたりすべき。

■その他にこんなガイドラインがあったらいいと思うもの

①症状マネジメントもガイドラインの候補の1つ→症状は（標準化が）難しい。

②法律関係

行動制限に関しては法的な解釈とか実際の業務等判断に迷うことが少なくない。医療機能評価の審査では、15分毎の巡視を求められるとも聞く。法律には何分に1回とか明記していない。監査でもまちまち、県によっても見る人によっても違う。だからすごく混乱する。行動制限の調査をしたが、施設間の差が大きい。記録についても、最低限これは必要という雛形はある。緊急避難的隔離拘束は、決して多い数ではないが実態としてある。隔離拘束の判断は医師の役割であるため、ガイドラインとなると難しい。

資料 3-1 A施設 医師へのヒアリング詳細

ヒアリング対象者：

精神科医師、50代。管理職。

非定型抗精神病薬を用いた治療実践および関連の研究多数。

現在の勤務先：精神科診療所

Q1. 貴院で用いられている非定型抗精神病薬を教えてください。また、どのような基準で選択していますか？

- ・すべて使っています。頻度としては、リスペリドンが一番ですね。その次がオランザピン、アリピプラゾール、プロスピロン、クエチアピンの順です
- ・副作用の**プロフィールがいろいろあります**、これの薬に。それを考えて、この患者さんには、例えば、そういう副作用が出るのが好ましくないなど。
- ・(例えば、オランザピンは糖尿病の患者には使わないなど) **肥満気味の人には使わない**とか。ただし、**新婚さんだったら使う**とか。**性機能障害が少ない**ので。
- ・リスパダールは初回エピソードの人に、まあ初めて薬を飲むという人によく使いますね。
- ・統合失調症の急性期で、初発で使うのはこのリスパダールかジプレキサのどちらかです。それで結局、それらがだめな場合にセカンドチョイスとして、それ以下のね。
- ・エビリファイは最近出た薬ですけど、このリスパダール、ジプレキサで(中略)肥満がやっぱり出てしまったという患者さんの場合は、エビリファイに切り替えたりしているんですが、エビリファイ、相当使ったんですけども、ちょっと再発が多いので。(中略)精神症状の再発が多くて、ちょっと今は、少し新しい使用を控えているところです。

Q2. 非定型抗精神病薬の導入にあたって、どのようなプロセスや困難がありましたか。

- ・最初に非定型薬のリスペリドンが日本に導入されたのが10年前です(中略) そのころよく使われていたのは、ブロンペリドール、インプロメンという薬ですけど、これに上乘せしてまず使うと。

私もそういうふうにして始めたんですが、さっぱりどうもこう陰性症状に効くという、うたい文句の割には全然効かないということがありました。副作用もそんなに少なくもないし、一体何でだろうというふうに思っていたんですね。どうも、これは**単剤で使わないとだめな薬だ**という情報が入ってきたんですね。そこでまず、できる患者さんから徐々にスイッチしていったんですね。単剤化していった。それでその過程で、まあ目覚め現象みたいな感じで、恐らく今にして思うと、その認知の改善というか、認知の変化が起こって、何か今まで全然おとなしかった患者さんが、何もしゃべらなかつた患者さんが、とんちんかんではあるけれどもいろいろお話しするようになった。それで中には、今まで寝たきりみたいな感じだったのに、とても元気になって、何かこう……。看護婦さんがびっくりしたということがありますね。

- ・「**どうしちゃったんだろう**」みたいに。**落ち着かない状態になった**という。
- ・そのある患者さんは、どうしても植物を育てたいと言ってですね。それもその病棟の中ではちょっと育てられないので、駐車場のところに行って育てたいと。(中略) 開放病棟の患者さんなんですが、まあそのころは開放病棟とは言っても、あんまり外には出ないでねという、そういう感じだったんですけど、ここは日当たりが悪すぎるのでどうしても駐車場に行きたいんだと。それで看護婦さんがとても困った。今まで、それ以前10年間も入院していたのに、もうずっと全くそういうことがなかった人が、そういうことを言い出したというのはあると思いますね。(中略) どんなにアドバイスしてもがんとして聞かない。まあ、それは悪化ではないと思ったので、「**まだ少し見てたら?**」と。(中略) まあ、しぶしぶですけども、「**わかりました**」というような感じで。でも、かなりはら

はらしたというようなことはあったと思いますね。それが大体そうやってやっていくと、その後、だいぶ見違えるような改善、副作用の軽減とか、だんだんそういう状況に慣れて、社会性も取り戻してきたんですね。

- ・今までは寝たきりで、臥床傾向にある患者さんたちが生き生きとして、普通の感じになって、何年も入院していた人が退院できるというような状況にもなったと。
- ・その際、ちょっと家族の反対にあったり。確かによくはなったけど、今さら帰ってこられても困るんだといったことも見られたんですけどね。
- ・その次に、急性期から使うようになりました。これは多分行けるんじゃないかということで。ちょうどそのころ製薬会社もプロモーションとして急性期から使ってくれと。でも、(中略)日本の精神科医の多くは急性期にはやっぱりハロペリドールを使わないとよくならないと。リスパダールは急性期にはちょっとまだ向かないんじゃないかという考えが大半だったんですね。まあでも、それで行けるということで、随分論文に書きました。
- ・その次に私がやったのは、どうもこれは**新しい薬**というのは、**錐体外路症状が少ない**し、抗コリン薬を抜いたらいいんじゃないかと。副作用止めですね。抜いたらもっとよくなるのではないかと行った感じで行って、今は使わないで非定型だけでやる。その代わり、急性期の補助治療薬ということでエピネフリンを使ったり、あとはパルプロサンを使ったりという工夫とか。あと薬によってドパミン2受容体に対する親和性がかなり違うので、例えば、リスパダールのような薬だったら少量から始めて、ドーズアップもゆっくりしていく。そういう使い方で、かなり錐体外路症状の出現が防げるんですね。
- ・あとの薬も、まあペロスピロンに関してはD2受容体の親和性が非常に高いので、少量からというような感じで。ただ、オランザピンに関しては比較的少量に使っても、あまり錐体外路症状は出ない。そういう感じの使い分けをするようになってきたんですね。だから、より早く、例えば隔離室を使用しなければならぬような患者さんの場合は最初からオランザピンを高容量で使ったり、**若くて、初発でという患者さんは錐体外路症状が出やすい**んですね。将来のことを考えるとリスパダールの少量から始めていくという感じでやっていくようにしたんですね。
- ・それで、その困難はそれほどあんまり感じなかったんですね。というのは、前に勤めていた病院の場合は、かなり平均在院期間が長かったということと、看護師さんたちが内科やなんかの病棟も回ってくるわけですよ。(中略)何で精神科だけこんなに山のような薬を飲んで、毎日下剤を飲んで、全然治る気配もなく、そして、いくら働きかけてもやっぱり動こうとしないのかという、そういう疑問をずっと思っていたんですね。そこで私が言って、そういう治療を始めましたが前に勤めていた病院の看護師さんたちは(中略)とても患者さんたちがよくなったということで一緒に喜んでくれてというような感じで、私としてはあまり逆風という感じはなかったですね。
- ・**抗コリン作用が減りますから、下剤も一気に減ります。**
- ・その当時、私は毎日看護師さんの朝の申し送りに出ていたんですけど、そのときに、誰々さんは今日どれぐらいの便をして、下剤を何個追加してという、そのことばかりですよ。それはちょっとおかしいのではないかと。それで、下剤の追加投与もなるべくしないようにしたほうがいいのではないかと疑問というのは持っていましたね。
- ・本当にうちの看護師たちの看護力は高いなと思いました。よくその後、全国の講演会へ行っちゃって、そういう看護サイドからの抵抗はなかったかということも、よくいろいろなドクターから質問を受けたんですけども、「これが不思議なことにあまりありませんでした」というと、「うちなんかでそれをやったら、きっと大変なことになります」みたいなのがあったと思います。
- ・医者の中でも、**統合失調症の治療とか薬物療法に関しては、かなり隔たりがありましてね。考え方の相違があって、ある人は統合失調症は一生治らない、せいぜい大量の薬を飲んで寝ているのが一番だ**というふうに信じている人もいるわけですよ。そういうレ

ベルの人から、僕みたいに新規薬、単剤でという人までだと…。これが一つの病棟に2人いることもあるんですよ

- ・患者さんたちは看護婦さんたちに主治医を代えてもらえないかということを一生懸命に言う。看護婦さんも多分そのほうがいいだろうなと思っているのだけど（中略）二人でやっている以上、まあ僕ばかり診るわけにもいかないし、そののところが看護師たちは両方知っているわけですよ。だから、この薬、治療はよくないということも多分わかっているわけですよ。そのときに、患者さんたちにどうやって断るかという、見極めもあったりして、とても苦労があると思いますね。そっちのほうが苦労したのではないかなと思いますけど。
- ・**スイッチング**で入院するのは最近ではほとんどないですね。

■ 非定型抗精神病薬の導入にあたって、どのようなプロセスや困難がありましたか。

- ・自殺に関しては、もしかしたらそうなのかなという人が1例いましたね
- ・薬ってそれほど使う必要はなかったというか、今までそれほど飲む必要はなかったんだということが私もわかったし、看護サイドもわかってきたんじゃないかなということですね。多少そういう揺らぎとか、目覚めみたいなのはあるけれども、しばらくすると落ち着くものだということが経験上わかってきたということもあるのかなと思いますね。
- ・（「もしナースにするとしたら、どんなアドバイスを？」という質問に対して）**非定型薬にしたらず自殺が増えるという、そういうあれもないし、ちょっと注意深く見てと。**
- ・自殺というのはね、心配してなかったと思いますね。

■ 非定型抗精神病薬の導入による看護師や他科の医師からの反応

- ・自分たちが内科で看護していた患者さんが、何かのいろいろな事情で閉鎖病棟に移されたらと、精神科のほうに移されたらと。今まではその人たちがみんな何かこうひどい状態になって…（中略）結局精神症状がよくなったけど、あんなところに行かせなきゃよかったみたい、人が変わったみたいになっちゃう……（中略）寝たきりになっちゃったとか。そういうことが結構あったからだと思いますけど。
- ・内科やその他の科のドクターも精神科には紹介したくなかったって、今まではそういうことをしたくなかったということによく言われていましたけどね。

Q3. どのような患者に非定型抗精神病薬の導入を進めていますか。

- ・基本的にはすべての患者さんに対して非定型抗精神病薬の導入を考えます。
- ・（同意を得る段階で、患者さんから）質問はそれほど出ないですね。質問はあまり出ないんですが、例えば、そのことで、「えー、これ以上太るんですか」といった[反応があります]。
- ・その時は「いや、全員じゃないから」といった[答えをする]など。あるいは「そうじゃない、やせるやつでそういうのはないですか」ということはあります。「いや、あるけどね。ちょっと僕最近使ってみたいんだけど、どうも再発が多くてよくないかかもしれないなあ」とか「まあ今は年末だから、正月明けてからちょっと考えようか」。

Q4. 非定型抗精神病薬を処方する際には、どの薬をどのような基準で選択されていますか。

- ・（例えば非定型の間で処方を変更するとかという場合には）この薬はこういういい点と悪い点がある。でも、僕としては一番のお勧めはこれだと。今のあなたの状況だったら、これが多分いいと思う。これに替えていくと、多分こういうことが起こる可能性がある。例えば、リスペリドンを使って、どうも眼球上転が時々起こるという患者さんには、「ちょっともうこれはリスペリドンは合わないね」。リスペリドンの量を極量に減らして、例えば2ミリ、1ミリにしてもやっぱり眼球上転がでることがある。そうなって

くると、「ちょっと生活に支障にあるし、抗コリン薬を使うという手もあるけど、それだとリスペリドンを使う意味がないから、ジプレキサに替えたほうがいいのかもしいかな。ただ、ジプレキサはもっと**太るかもしれないし、食欲が増すかもしれないし、眠くなるかもしれない**。そういうことはあるけども、あなたは今、夜眠れず、睡眠薬を使っているけれど、そうしたら睡眠薬を使わなくてもいいようになるかもしれない」というような感じで、その**薬の特徴を説明**していきます。

- ・日本の治療というのは単剤化率が少ないんです。そういう治療をやっているところでは、そういうオプションを出せないと思うんですよ、**患者さんに。どっちがいいかって。**

Q5. 非定型抗精神病薬を使うことによって症状の変化がありますか。

- ・**非定型薬の作用だけじゃなくてね。やっぱり薬をドーズダウン、トータルでするっていうことも関係していると思いますね。**だから、それによって**精神機能が改善します。陰性症状とか認知機能、それらが改善**します。
- ・**活動性が上がる**人もいます。表情の変化が出て来る。それから、とても自然な感じになる。
- ・(陽性症状の) 表現の仕方が変わるということも実際にあります。それはかなり使ってからですけれども、「あのときの私はこうでした」というようなことを事細かに何か手紙にしたためてくれる。精神症状を表現する、自分の異常体験を表現するのって、なかなか難しいことらしくて。(中略) 僕はそういう異常体験に対する客観性が出てくるんじゃないかなという気がするんですね。これはやっぱり幻聴なんだと言え、100%病識というか。そういうことが、もしかすると出てくるかもしれないです。
- ・(病識に対しては、すごくいい影響で) そういった状況になりますので、**病名の告知**もしやすい。「ああ、やっぱりそうですか」「うん、統合失調症だね」とか。そのころちょうど病名の変更もありましたのでね、とても言いやすくなった。「やっぱりそうですかね。じゃあ、どうしたらいいですかね」といった感じで。今後の治療とか、今の状況について、ようやくほかの科と同じように患者さんと医療サイドが話し合っ、どうしていくかというような、**インフォームドコンセント**ですよ。そういうことがしやすくなりましたね。

Q6. 非定型抗精神病薬の副作用について気になるものはありますか。

- ・特に**大量の薬から新規薬にスイッチした場合、結構不眠が起こってきます**。でも、あんまり安易にそれ(睡眠薬の調整)をやると好ましくないの。
- ・「最近眠れてないみたいだけど、大丈夫？」といった感じで、「じゃあ、ちょっと先生に相談してみようか」。
- ・副作用について気になるものはやはり**メタボリックシンドローム**ですね。新規薬については、これが一番問題になりますね。
- ・(食生活についてのエピソードを聞くとか、アドバイスをするというのは) そういう**日常生活に関すること**というのは、どうも患者さんはナースのほうにいろいろ**相談しやすい**んですよ。だから、それはそういうことを**一緒に考えてくれる**って、とても大事じゃないかなと思います。
- ・(ジプレキサを内服中でない患者さんでも、糖代謝の問題はやはり注意しておく必要があります) アリピプラゾール以外はどれもやはり**肥満**が来やすいですから。それから、**糖代謝、脂質代謝**もみんな違います。僕は前に勤めていた病院で外来の患者さんは全部血糖と脂質のデータを取ったことがあります。そうしたら、この4剤とも、あまり有意差はなかったですね。(中略) ジプレキサのほうがより太るという印象はありますけれども、脂質代謝とか糖代謝に与える影響というのは、そんなに違わない可能性もある。
- ・(血糖値測定は) まだ半年しかたっていないんですけど、大抵1回ぐらいはやりました。ハイリスクの患者については、もうちょっとやることもありますけど。半年に1回ぐら

いはやったほうがいいかなとは思いますがね。

- ・見ていればいいわけですからね。「どうも、ちょっと太ったんじゃない？」と。
- ・ジプレキサに替えたら毎回外出するたびにラーメンを食べたくなると。毎回ちょっと外へ出るたびにラーメンを食べたとかですね。
- ・注意しなければいけないのは、甘い飲み物ですね。清涼飲料水ですね。これは結構、みんなあまり砂糖と関係ないと思って、かなり**多飲水傾向**にある人が結構いますので。とても危険だと思います。

Q7. 非定型抗精神病薬単剤の場合、非定型抗精神病薬と定型抗精神病薬の併用の場合で何か異なることはありますか。

- ・非定型はそれぞれいろいろなメカニズムでもって非定型性を得ているわけですよ。(中略)それを定型と組み合わせてしまうと、定型に引張られちゃうわけです。だから、リスパダールの非定型性が崩れてしまう。
- ・われわれも風邪薬をやめるときそうですね。(中略)「もういいや」って少し残して。そんなようなことだと思いますけれども。
- ・間接的に看護力が高まれば、治療もよくなると思います。
- ・やっぱりどっちが効いているのかわからない

Q8. 非定型抗精神病薬を中断することがありますか、それはどのようなプロセスですか。

- ・一つには、前からあるその病識がないという統合失調症特有の、どうしても**中断**してしまう人がいます。
- ・もうかなりよくなったので、もう必要ないと思ったという人も結構出てくるんですね。つまり、今まで4回もいっぱい飲んでいて、さっぱりよくなかなかたけれども、1日1回、1錠とか2錠でよくなったので、もう飲まなくてもいいのではないかと。(中略)大体治ったら「もういいや」って。
- ・「でも**一生の問題だから、とにかく飲みなさい**」というのは、なかなか最初のインフォメーションとしては与えにくいですね。(中略)だから、「随分よくなったけど、これは**新しい薬の性能が上がってね。たった1個の薬でも、これは必要なんだよ**」ということを時々言ってあげなきゃいけないのだけど、こっちもなかなかそれを忘れることがあるんですね。よくなったということだけで喜んじゃって。その喜びに水を差して、「また悪くなるかもしれないんだよ」なんて、ちょっと言いづらいんですね。(中略)でもそういう注意は、治療を中断した場合も注意深くするべきだとは思いますがね。
- ・一人、高学歴の患者さんで、(中略)無職で統合失調症なんですけれども、時々薬を飲まなくなって、高松の池の周りを裸で1周したり、それで警察で保護されたりとか。でも、そのほかのときは(中略)穏やかで、とても知的で。(中略)こうなるべく減らしてほしいという話をされるわけですね。というのは、彼にはやっぱりまだ、何か研究したいとか、勉強したいという気持ちがあるので、そういうのをちょっと頭脳労働の妨げになるような**薬をあまり飲みたくない**と。すると、あんなふうになっちゃうよと。またなっちゃったらまずいから。まあ、その人は今のところ、素直に「そうですね」と言って飲んでくれているみたい。
- ・中には、「もう決してあんなことはしません」と断言しちゃう人がいるんですよ。今の状態で、多分一時的に混乱してただけだというふうにする人って結構いるんです。(中略)**再発の過程も一つのやっぱりこう、プロセスというか、勉強というか、その人が良識を獲得していく上での一つのくぐらなければいけないドア**というか、そういうこともあると思うので、それ以上は何とも言えないですけども。

■ 服薬中断（ノンコンプライアンス）への看護師の関わり

- ・(もし訪問して、例えば「飲んでいます」って言っていたけど、どうみてもごみ箱に、例