

えば薬が落ちていてしかも開けてないまま落ちているときは) **話題にするべきだ**と思いますね。一つはやっぱりこれを飲まなきゃいけないということがあると思うんですけども、もう少し婉曲に言うとする、「これ、まだ使えるから、今度行ったときに、これぐらい余っているって先生に話して、それで少し減らしてもらってちゃんと飲むようにしたほうがいいよ」と。「これ、1錠いくらするんだよ」とか。例えば、ジプレキサだったら五百数十円しますからね、1錠、通常。(中略) ええ。やっぱりもったいないから、●しても、やったほうがいいよと。「飲まなかったのは、先生に言いにくいかもしれないけど、『これから飲みます』って一緒に言いましょう。そうしよう」と。「また使おうよ、これ」。そんな感じがいいかなと思うんですけども。

- ・(今度患者さんが来たときにきつこういう話が出るだろうと)(中略)「どうも先生に怒られると本人は思っていて、なかなか言えないみたいです」。看護婦がそこまで伝えてくれば、怒る人はいないのではないのでしょうか。やっぱりそのための訪問看護でしょうから。
- ・(看護師との情報のやりとりというのは) 医者というのは患者さんがうなづくとわかってもらえているんだと思うんですね。診察室でこういう説明をうなづくわけですよ。「そうですか」って。でも、その人が本当にわかってうなづいていたわけじゃなくて……(中略)何かそういうふうに相づちを打たないと悪いんじゃないか、先生が嫌な気になるんじゃないか。こんなに一生懸命説明してくれているのに、それを「わかりません」というと、嫌な患者と思われるんじゃないかと。第一自分でも何がわからないのか、わからないなど。そこで**多分臍に落ちないことがあって、それはやっぱり先生の前では言えない。(中略) 多分彼女は見抜いて、「どういう点がわからなかったの？」**みたいな、そういうフォローを入れてくれたんだと思います。ときには、その次回の診察のときに一緒に入って「この間こう言われたのは、この点がわからなかったみたいですよ」。(中略)「ああ、そうなの」って。「そうすると、診察もやりやすいですか。」という質問に対して) そうです。
- ・**薬を飲みたがらない**とか、そういう場合ですね。前から知っている看護師(Bさん)も一緒に入ってもらったほうが(中略) やりやすいかな。(中略)「いや、実はね。こうやって説明しているんだけど、なかなか本当は飲んでないみたいなんだよね。いい薬だから飲んで、いい薬だよ、Bさんね」って。(中略)それで、Bさんは、「前はあんなに薬飲んでいたじゃないですか」って。「薬が少なくなって、あなたはこんなによくなったと思いますよ。だから多分、今回も先生はこういうふうに言っているし、替えようと思っているみたいだから、そのとおり飲んでみたらどうですか」と。(中略) そうしたら「ああ、わかりました」って。

Q9. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、看護スタッフにはどのような知識やマニュアルが必要だと思いますか。

- ・看護サイドでの知識が必要かなと思うのと、あと医者は、その**医者は薬物療法に対してどういう考えを持っているか**ということ看護サイドは**知っておく必要がある**と思う
- ・(薬の知識を持っておいたほうがいいというのは、単なる作用だけでなく) **副作用**は特に必要だと思います。そういうことを**直接伝える**というのは、やはり看護婦さんたちだし、毎日接して見ているのは看護婦さんたちなので、「こんなことがありました」というのは、副作用についての知識は持っていたほうがいいと思いますね。
- ・興奮とアカシジアというのは結構必要かなと思いますね。興奮なのか、アカシジアなのかという。アカシジアは結構、かなり落ち着かなくなるので、精神症状の落ち着かなさとか、精神運動興奮みたいなのと間違われることがあります
- ・それを見分ける必要はないと思います。そのことで、**ドクターと、この時間になると落ち着かなくなるとか、夜になると落ち着かなくなると**というようなインフォメーションを与えて、それはその副作用なのかどうなのかということは、ディスカッションできれば、

それに越したことはないと思います。

- ・知識、マニュアルについては本当に難しいのはなくてもいいと思うんですよね。(中略)ただ知識についてはですね。そもそもなぜ**薬物療法は必要か**と、**どういうところに効いているか**と。そこのところからわからないと、わかってない人もいるんじゃないかなと思いますね。(中略)というのは、なぜ**非定型が生まれたか**と。**定型とどこが違うのか**と。その前に、そもそも**統合失調症、薬で治療する**というのは**どういう意義**があるのかと。どこまで可能かということもあります。なぜ**飲み続けなければいけないか**。薬をやめると再発しやすい、再入院しやすいというのは看護師さんたちもわかっていると思うんですよ。だから**飲み飲み**と患者には言うんだけど。じゃあ、そもそも**どうやって効くのか**とか、**どうしてそういう副作用が起こってくるのか**とか**かっていうメカニズムも知っておいたほうが**いいかもしれないです。

#### ■ 看護師が知識をもつことのチーム全体に対する意義

- ・今年出た中山書店の、『チームで変える第二世代抗精神病薬による統合失調症治療』という本はなかなかいい本だと思うんですけれどもね。やはり高いのが難点ですね。
- ・今までの感覚だと、薬物を処方するのは医者だけなので、(中略)多分看護婦さんたちはただ飲ませると。あんまり異を唱えることなく、ただ飲ませるとのことだったと思うんですけれども、ちゃんと根拠を持って、例えば「この患者さん、こういう副作用があるんですけども」というような、もし**薬物療法についての知識を持つ**ということが大事なのかな。そうすれば、副作用も見えてくるし、**今までこの人の習性とか癖みたいなものとしてとらえてたのが、実はこれは副作用だったのかもしれない**なという。**なぜそう思うのか、こう変えたらもうちょっとよくなるんじゃないかな**というようなことは持っていたほうがいいかもしれませんね。
- ・一番いいのは、その病院あるいは病棟単位でこう……。病院ですね。病院単位で一丸となって、そういうふうにやっていくのが一番なんですけれども、やっぱりこう……。みんな結構精神科医療、特に医者は結構独善的だし、客観的なマーカーがない以上、自分のやり方がいいんだというふうに信じていく。
- ・看護師さんたちがそういう知識を持つということは非常に大事なことだと思います。
- ・看護力が高まれば、治療もよくなると思います。

#### Q10. 非定型抗精神病薬を服用する患者には、どのような指導が必要だと思いますか。

- ・統合失調症の薬物療法(中略) **いかに継続して抗精神病薬を飲み続けるか**ということなわけですよね、短期的治療の目標は。だから、とにかく飲ませることに固執しないと。飲ませたり、体内に入れることに固執しない。いかにコンスタントに飲んでもらえるようにするかということを考えながらやったほうがずっとその人の**長期予防には役に立つ**。
- ・鎮静効果は単回投与でも発揮するわけなんですけれども。あまり鎮静目的で抗精神病薬を使うべきじゃないと思うんです。そういうふうな使い方をすると、**錐体外路症状**とか、それから**心血管系の副作用**とか、とてもリスクだと。それから、**心理的トラウマ**もかなり強く与えてしまう。精神科のことが、かかることがますます嫌いになってしまう。だから、(中略)ちょっとリスクな治療から、ゆっくりだけど安全で、優しい治療っていうふうにだんだん変わっていくべきんじゃないかなというふうに考えています。
- ・医療保護入院の場合(中略)とにかく連れて行くわけです。(中略)何人かで。「行きましょう」って言って。外来で注射打ったり、そういうことはしない。連れて行って、そこで何をするかというと、実は何もしないんです。(中略)何もしないで、ただ病棟にいてもらうんです。閉鎖病棟ですから、出ていかれない。夜寝る前とか夕方に、1錠とか2分の1とかの薬が出るわけです。すると、患者さんは「ああ、そんなもんか」と思って、**何されるのか怖い**と思っていたし、どんなことが待っているのか怖いなど思っていたんだけど、「ああ、そうなんだ」という感じで、そういうふうにしていくと、非常に協

力的になって、ちゃんと薬を飲んでくれる。最初のうち、「あの患者さん、薬飲んだか」「ああ、飲みましたよ。何かよく寝て、翌日は随分すっきりした顔になりました」ということが随分多くなったんですね。(中略) そういうのをやらなくても、やらないほうが実はちゃんとその後、薬を飲んで

- ・このこれも1錠ぐらいなら飲むんだなど。やっぱり最初に注射だなんだって行えば、反感も買うし、意外と飲まないと思っているのはこちらの勝手な思い過ごしだったのかなと、そんなようなこともありました。

#### ■ 精神科治療の目的(ゴール)としての患者の幸福

- ・非定型を僕がよく使うようになって思うんですけど、今までは薬によって症状を改善しようということを一生懸命思っていたわけですよ。(中略) 多剤併用に陥ってしまったりとか、ところが、結局は一番何が大事かという、患者さんがよりハッピーになることだと。治療を受けることによって症状が消えることじゃなくて、ハッピーになることだと。そこの妨げになっちゃいけないんだということなんですよ。
- ・症状が取れなくても、それと共存して社会生活を営めたり、よだれが出なかったり、アカシジアが出なかったり、そういうことのほうがずっと大事なことであって、ここで治療を受けてよかった、この薬を飲んでよかったというふうに思っただくことが一番大事なことだと思います
- ・QOLの向上であったり、社会復帰だったりすると思うんですね、治療目標というか。そういうレベルに変わってきているということですね。そういうことをよく認識してもらいたいと思うんです
- ・いわゆる訪問看護でも、誰々さんのうちに訪ねてきましたと。「誰々さん、何か最近困ることはありますか」と。(中略)「自分で生活する上で、支障が何かありますか」とか。「幻聴があって困ります」はそれは一つなんだけれども、あるけど、それはでも時々しか聞こえないし、自分でもそれはそんなに邪魔なものだと思っていないからいいんだとか、どうもそういうふうに感じているみたいだなとかっていうところが非常に重要な点なんじゃないかなと。
- ・(「ただ単に、幻聴があったから、じゃあ、即薬替えてとか、そういうことではなくて、そのことがその本人の生活にどういう影響を与えているかということを知ったほうがいいと。」という質問に対して) そうです。そのとおりだと思います。
- ・(「患者さんがこういうことをやりたいと思っているっていうようなことにも焦点を合わせたりすることもあるわけですね。」という質問に対して) そうですね。だから、患者さんが統合失調症なんだけれど、「何々さん」なわけですよ、あくまでも。それで、たまたま統合失調症という病気を持っている。それだけであって、何々さんはこういうことをしたがついてるとか、仕事に就きたいと思っていると。じゃ、一体何が妨げになっているとかですかね。そこのところだと思うんですよ。

※ゴシック体部分：ガイドラインの臨床問題を抽出するにあたり重要と思われた部分。

### 資料3-2 A施設 看護師へのヒアリング詳細

ヒアリング対象者：

精神科外来看護師、50代。

臨床経験：約34年（主に精神科、内科）

現在の勤務先：精神科診療所

Q1. 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。

- ・非定型抗精神病薬の導入は医師が積極的だった。
- ・非定型薬が入り始めたころに、結局は医師はわかっているけれども、私たち看護師がわからなかったというか、よく理解しないまま新規抗精神病薬の導入に至ったということがあった。[そのことが]一番問題だったかなという感じがしている。
- ・十分な、新規抗精神病薬を使うためには、十分な看護スタッフへの理解を促すような説明が必要。[看護師への]同意はほとんどの医師は、多分得ないでやると思う。「入れていいか」とか「使っていいか」なんて言う医師はいないと思う。
- ・そういう同意は得るようなことはないと思うが、ただ説明とか、納得というものがあれば、もっとその後で観察ポイントなどが的確に行われるんじゃないかなと思う。
- ・新規抗精神病薬に切り替わって、いろいろな症状が出てくる。そこで看護師がびっくりしたり、また悪くなった、悪化した、と感じた。
- ・家族が面会に来たときに「悪化した」と言われて、本当に悪くなったという感じに思えて、医師に慌てて報告するということもあった。
- ・協力してもらうためには説明が必要。家族にも事前に切り替えに当たっては、「こういう症状があって、こういう経過をたどって、このようによくなるんですよ」という十分な説明が必要だと思う。
- ・だいぶ後になってからいろいろ勉強会がなされたけれども（中略）1～2年たっていた。
- ・看護師は（中略）どういう症状が出てくるのかというのがわからないというのは、ちょっとはあれだったんじゃないかと思う。

Q2. 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。

- ・非定型の単剤に替わる時に、発病当時の陽性症状とは違うが、陽性症状っぽい感じの症状が出てくる現象が起こる。
- ・目覚めたような感じ、今まで眠らされていた自分の考えも（出てくる）。
- ・思考障害が取れてきて、あとはこうどろどろしたところの副作用なんかも取れてきて、はっきりしてくる。
- ・ずっと抑えられていた自分というものがこう、ひょこんと出てくる感じがある。自我が出てくるというか。
- ・目覚め現象みたいに（中略）[患者さんが]自分は眠っていたような、眠りから覚めたみたいな感じで出てきて、すごく明るくというか、考えがいろいろまとまってきたりする。
- ・考えが次から次へと出てくるみたいで、躁状態みたいになったりする。それで、急に自分は何でもやりたい、何でもやれるんだというので、あちこち、あれもやりたい、これもやりたい。とにかく何かエネルギーがちょっと爆発したような感じに見受けられる。
- ・スイッチングって、切り替えする人は、外来だけでは無理な場合もある。
- ・陽性症状みたいなのが出てくるから。結局は病棟に一回入院してもらって、そこで切り替えをして、それで落ち着いたあたりに帰っていただいて、あとは外来で通院するという形で切り替えていく。
- ・入院する場合には、期間の予想はなかなかつかないです。その症状の出方が違うし、あ

と薬の量によっても個人差が非常に激しいので。

- ・単剤になった人たちは、思考障害が取れて常識的な会話ができるようになる。
- ・副作用がエビリファイはないんですよ。
- ・非定型を使う前の待合室とは全然雰囲気違ってきた。(中略) どこかの内科か、歯医者さんとか、そんな感じの雰囲気で患者さんたちの表情がとても自然になった。
- ・今まで1日4回大量に飲んでいたので、1回1錠になるとその過程でものすごい変化が出てくるというのは誰もが想像できると思う。

Q3. 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。また、副作用についてどのようなケアを行っていますか。

- ・落ち着く方は早く落ち着くし、ちょっと長引く方は長引くし、でも大体すっきりしますね。とにかく[従来薬に独特なタイプの]副作用はなくなる。
- ・旧来の薬で患者さんにみられた副作用というのは、例えば錐体外路症状がほとんど。アカシジアとか、ジスキネジアとか、ジストニアとか。
- ・非定型薬も結構副作用はある。
- ・例えばジプレキサは、糖代謝が悪い人はだめだということだが、糖代謝が悪くなくても太るようだ。
- ・[ジプレキサを服用している人は]「我慢できないくらい食べちゃう」「食欲がとにかく出る」と言っている。

#### ■ 健康指導の方法

- ・患者さんへのアドバイスは 医師は「あまり食べないように」という感じで言っている。
- ・糖尿病療養指導士をもっているので、食事療法と運動療法をとにかくすすめている。
- ・食事の仕方とか、「こういうふう到我慢しましょう」とか具体的に説明している。何が何単位、何が何単位とか、表1、表2、表3なんて絶対使わない。
- ・難しく言わないで、とにかく具体的に、すぐわかる、すぐやれるという説明をする。
- ・あとは運動療法ですね。寝る前にこれぐらいは最低やったほうがいいですよとか。
- ・やって見せる。寝る前に布団に横に寝て、あお向けになって、自転車こぎでもいいし、ゴキブリ体操(手足、ぶらぶらぶらぶらってやって、体をぶらぶら揺らす)がテレビでいいよとか……。これだけできるって。私は簡単なのしか導入しない。
- ・本当にちょっとできるようなことから、それができれば次っていうような。
- ・こういう副作用がエビリファイはなく、むしろやせてくる。(中略)「スマートになった」って喜んでくる。そうすると、もちろんアドヒアランスもよくなるし、コンプライアンスもよくなる。(中略)「食欲はどうなの？」ってきくと、「うん、ないこともないけれども、何かあんまりおなか、すかない」とか、「昼眠くもならないし」とか。
- ・個人差があるので、本当に個人のレベルを大切にやってきている。

Q4. 非定型抗精神病薬を服用する患者に対して、看護師としてどのような点を観察していますか。

- ・血糖のチェックや、結構、定期で検査しているので、定期検査項目をみている。
- ・血糖とか体重の測る頻度はそんなにしょっちゅう測れば、患者さんは神経質になるので。(中略) 気にならない程度に来て、1カ月に1回とか、そんな程度でいいと思う。
- ・そういう患者さんと会う機会というのは、2週間に1回位、状態が悪い人は1週間に1回、状態のいい人は1カ月に1回。
- ・あとは、精神症状をみている。来院したときの表情や言動などで、大体わかる。
- ・初めて見る人は、なかなかわからないけれども、結構長くつき合ったりしていると、い

つもと違うというのがひと目でわかるので、精神状態がちょっと悪い状態じゃないとか、上がっているとか、下がっているとか波がわかる。

- ・体重がどうなのかなどは、体重を測るのが嫌な人もいるが、「少し太りました？」とか「ちょっと体重測ってみましょうか」と言ってみると、本人が「実は太ったんだよ」って話してくれる。どういうものを食べているとか、どれぐらい動いているとか、寝てばかりになっているとか、間食が多いとか、お菓子が止まらないとか、そういうことから聞き出だしていく。
- ・観察点の情報源としては雑誌の新規抗精神病薬の記事などをチェックして、「あ、こういうところを観察すればいいんだな」という点について、そういうのを何げなく見る
- ・神経質に見ないで、何げなく見る
- ・また何げなく声をかけてみる。そこから、引き出されるものが結構ある。患者さんの日常が見えてくる。お菓子ばかり食べてしまうとか。そうしたら、そこからまた、解決のための話ができる。
- ・作業療法に通っていらっしゃる方は、寄ってくれたりしている。受診のときの待合い時間が結構長かったりすると、その時間にお話したり。
- ・私にとってはあまり気になるものではなくても、患者さんたちが気にするものもある。
- ・非定型薬も結構副作用はある。(中略) いろいろな脱力感とか。(中略) リスパダールは今も使ってるけれども、だんだんエビリファイのほうに替えてきているので、その症状も今は消失しつつある。
- ・副作用については(中略) 医師はそういうふうなことを具体的には話さないし、時間もないこともあって、看護師のほうがわかりやすく説明することができる。

**Q5. 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。**

- ・うちの医師の場合は、併用はまずない
- ・定型の人がほかの病院から来院されると、非定型に替える作業をしていく。上乘せしながら、減らしていく作業をまず行って、最後には単剤にする。
- ・全部単剤で使えば、その薬の効果とか副作用がすぐわかる。
- ・非定型薬はコストが高いのに混ぜて使うと全然効き目がわからない。

■ 精神科チーム医療において看護師が配慮していること

- ・薬物療法と心理療法とリハビリ、この三本柱が、とにかくこの三本柱が1本でも柱が欠けると、効果的な治療、いくら単剤で治療しても、効果的な治療は行えない。
- ・リハビリだけしても、きちんとした薬、薬物療法が行われなければ、いつまでもよくなる感じがする。新規を薬を飲んでる人は全然違う。
- ・精神療法で先生との信頼関係を築きながら[進んでいくのが重要]。
- ・薬物療法にしても、納得いく説明、自分が飲む薬だから、自分の病気を治すためだからという説明を受けて、患者さんが「そうなのか」って納得して同意して飲むという形が重要。
- ・看護師が非常に困ったことなどはその過程においてどこの病院でもほとんど同じと思う。

■ 患者が同意や納得を得られるような援助について

- ・同意とか、納得が得られなければどんな薬を医師が出しても患者さんは自分から薬を飲まないと思う。
- ・患者さんの納得っていう部分をサポートするために心がけていることは「わかりましたか？」と質問すること。診察の後、よくわからなくて出てくる人は、わからないという顔をしている。目が泳いでいたり、眼球が上転しているとか、口が開きっぱなしとか。

- ・そのままにしていたら、「ああ、この人はわからないまま、薬を飲んでくれるんだろうか」と感じたときは、「今のわかりましたか？」って、ちょっと呼び止めて。そして、「わかった」って言ったら、「どういうことがわかったんですか？」と聞く。結局はわかってなかったとか、こういうところがわかんないという確認をし、フォローをする。
- ・「わかんなかったけど、診察を終えて出てきちゃった」という話になったときには、説明する。(中略) この薬を飲むと、こういうふうにあなたの中で作用して、こういう効果になっていて、だから飲まなければいけないということをわかりやすく。「飲む飲まないはあなたの自由だけれども、あなたが自分で自分の病気を治すのであって、先生が治すのではないし、私が治すのでもないんですよ」「あなたの病気はあなたが治すんですよ。だから、薬飲むのも飲まないのも、それはあなたの自由だけれども、やっぱり自分のことは自分でちゃんと考えなければいけませんね」というふうな形で。「自分で自分の病気を治すんだ」という話をする。

Q6. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、困ったことや知りたいと思ったことはありますか。それはどのようなことですか。

- ・観察するポイントはということなんだろう。
- ・非定型抗精神病薬はどれがどういうふうな作用になって、どういう副作用が、どれぐらいの頻度、パーセンテージで出るのかよくわからなかった
- ・医師に聞いても簡単にしか説明してくれないので、もっと詳しく知りたいと思っていた。

Q7. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、ケアに困ったときにはどのような資料を参考にされていますか。

- ・新規非定型抗精神病薬が少し出始めたときには、日精看の『精神科看護』でいろいろ薬の特集をしていて本に1冊に載っているのがある。
- ・製薬会社の方が来て、全部説明とかしていただいてというフォーラムがあった。
- ・製薬会社の方に声をかけると、いろいろな非常にわかりやすいパンフレットとか持ってきてくれる。
- ・製薬会社の方が持つてくる情報は、副作用の情報を小さく言うんじゃないかっていうことを心配することがあるんですけど、そういう経験はない。見ると、副作用についてどういうパーセンテージで、こういうふうな副作用が表れるとかって、多い順番に書いてある。[副作用についても書いてある]。
- ・患者さん向けのものでも十分わかりやすい。
- ・患者さん向けのパンフレットが一番勉強しやすい。ちょっと詳しく知りたい場合は、こういうふうなもの[専門書や雑誌]を見ればよい。
- ・結構リスパダールとジプレキサは患者さん向けのリーフレットが多い。
- ・[患者さん向けのリーフレットには]飲み方や効果、注意事項も書いてある。あと「飲み忘れに気がついたら、すぐに1回分を飲んでください」とか、「ぬるま湯で飲む、コップ1杯程度の水またはぬるま湯で」というようなことや、「ああ、それでいいんだ」とか、「こういうのはだめなんだとか」とか確認できる。「間違っただけで飲むとき」こういうことはとても多い。一度に多くを飲んでしまったとか。こういうふうに書いてあると、すごくわかりやすいと思う。
- ・結構、新聞にも(中略)いろいろ情報記事が出ていた。
- ・そのときの精神保健福祉フォーラムでも取り上げた。

Q8. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、看護スタッフにはどのようなマニュアルが必要だと思いますか。

- ・特に患者さんの側に立った情報があるとよい。患者さんが一番困っていることをケアするとか、支援するっていうのをきめこまかくやるのは、やっぱり看護スタッフだと思うし、一番話しやすいのは薬を出している医師にじゃなくて、看護師のほうが話しやすい【と思うので】。
- ・私たちが患者さんの立場に立って、患者さんたちが一番困るような情報とかっていうものを全部もっている。こういうのが聞かれそうだとか、こういうのが困ってそうだっていうのを、こう、普段日ごろやっていてわかるので。そういうものが全部具体的に書かれていて、できればイラスト入りがよい。
- ・できるだけ誰にでもわかりやすい言葉で書く。(中略) 新卒の看護師でもわかるように、とにかく難しく書かない。
- ・錐体外路症状という言葉だけでなく、錐体外路症状、括弧して「手が震える」とか、「むずむずする」とか、「じっとしてられない」とか、具体的に書いてあるのがよい。
- ・マニュアルというのは、堅苦しく、難しい言葉で書いてあるのが多いが、そういうのは読みたくない。誰にでもわかる言葉で、書かれていて、しかも、小さな字じゃなくて、大きな字でと、説明がきちんとされているとか。見たくなる、読みたくなるマニュアル。
- ・妊娠していた【ことがわかった】とか、【薬を】飲み忘れたとか。【飲み忘れたときに2回分を】 いっぺんに飲んでいいかなど、予測がつくようなことは全部書き出して【いれば】、具体的なものが聞けてすごくいいものができるんじゃないかと思う。
- ・こういう副作用があって、その順位があればよいと思う。(中略) 副作用のほかに注意点、大切な観察ポイントはこれとこれとこれなど、順位で5場面ぐらいまで、書いてあれば、「ああ、一番多く表れるのはこれなんだな」とか「一番注意しなければいけないのは、この部分だな」とか、頻度によって【書いて】あれば一番わかりやすい。

Q9. 非定型抗精神病薬について、患者から質問されることはありますか。どのような質問をされ、どのように答えていますか。

- ・あまり、患者さんは質問しない。むしろ質問する人はわかっている人なんですよ。
- ・わからない人は質問しない。(中略) 質問できる人は、ちゃんとわかる人なので。だから、逆に質問されないというか、全く何も聞かないで、ちょっと目が泳いだり、眼球上転状態にしたりしている状態の人にこちらから声をかけて、何がわかっているのか、何がわからないのかというのを逆に質問する。
- ・例えば薬のことでわからないような感じで出てきたときは、「今のお薬の話、わかりましたか？」って言うと、わからないときは、すぐ「わかんない」って言ってくれる。考えながら、多分診察室から出てくると思うので表情でわかる。「ちゃんと言いたいことを言えましたか？ 伝えられましたか？」とか、『はい』って言っていたけど、それでいいのですか？ 本当にいいのですか？」とか、そのままの感じでよく。
- ・コミュニケーションの取り方で、答えてくれるか、答えてくれないかというのは大きく違うと思う。あまり何だろう、事務的には絶対話さないようにしている。
- ・「お薬、少なくしてほしかったのに言えなかった」という患者さんに対しては、「あなたが言いにくかったら、私が代わりに伝えることもできますよ。主治医の先生に伝えておきましょうか」ときく。言えなかったこと、「Aさんはこういう理由で、こうしてほしかったんですね」とお話を聞きながら繰り返して、それで確認する。
- ・「職場の人の前で、精神科のお薬だというのがばれるような気がして、お昼は薬飲みたくない」と本人からきいたら、もう1回繰り返して、それで間違いがないか確認して、「言いにくかったら私から先生にお話ししましょうか」「今度それを紙に書いて自分で話しますか？」って。事前に紙を主治医に渡すこともできるし、というふうに選択してもらえ



るようにする。私が代わりに先生に伝えていいか、自分で口で伝えるように努力するか、紙に書いてそれを先生に渡すか。

- ・話す練習とか、そういうのは一切やっていない。定型薬を飲んでいる人たちは練習があつていてそれでよかった。今は練習などは全然必要ないぐらい話すことはできる人が多い。
- ・本人が医師に伝えるにしても、先にスタッフが私のほうに情報をくれて、私から医師に伝えることもあるし、直接スタッフが医師と私に同時に伝えられるということもあるし、経路の仕方はいろいろある。
- ・事前に医師に、「患者さんが勇気を出して言うから、そこで否定しないで下さいね」とくぎを刺しておくとか。
- ・患者さんの中には「お医者さんは偉い、やっぱり患者は弱い」というような考え方がどうしても今でもある。
- ・考えられないとか、うまく言えないというのは性格もある。
- ・デイケアではそういう練習というよりも、診察場面でこういうことがあって困っているというふうなものをデイケアメンバー、スタッフに相談するというようなケースがある。
- ・医師は事前にわかっているんだけど、本人がその場で直接医師に言うほうが伝わりやすい。
- ・本人にとって何かうまくいった（中略）感じがあれば、いいと思う。（中略）そういうところも医療チームの役割じゃないかなと思う。
- ・コミュニケーションの取り方で、答えてくれるか、答えてくれないかというのは大きく違うと思う。

Q10. 非定型抗精神病薬を服用する患者には、どのような指導が必要だと思いますか。

- ・患者さんは。講演を聴いたからって、勉強会したからって、少人数の勉強会で輪になってやるような勉強会じゃなければわかんないですよ。
- ・個々の指導というのは非常に必要だと思うんですよ。というのは、レベルがすごく違うんです。学歴も違うし、職歴も違うし、生活歴も違う。理解の仕方にすごく差があるので、やっぱり個人指導が一番いいと思う。
- ・「ああ、この説明だったらわからないな」とか。あとはわからないのに「はい」と返事しているなというのが一目でわかる。
- ・うちの医師は統合失調症を告知している。
- ・情報も非常に過多なので、あんまりごまかしたりはしないですね。
- ・人間関係が一番。（中略）自己開示してもらえるとというか、言いにくいことでもちゃんと話してもらえるとというのは、やっぱり人間関係をどのように構築できるかとか。
- ・薬を飲むだけでなく外来に通うこと、デイケアに通うこととか、人の中にいることとか（リハビリ）。良くなる為にはその三本柱が必要。
- ・同意が得られなければ、どうせ何を出しても飲まないだろうっていうことで。
- ・ちょっと図を書いて、説明している。

その他のトピックス

■ 調子がよくなったから薬を飲むのをやめたいという患者への対応

- ・薬を止めたいと言うケースは結構ある。「何か調子よくなったから、薬をやめたい」ということはある。（中略）「だけれども、このお薬は、脳の神経伝達物質というのがあって、そこがうまくつながらないというかね、その量が多から、こういう症状が出るんですよ。すると病気になるのです。こういう症状が出ているので、それを調節する薬を今飲んでいるのだから、今薬を飲まなくなったら、また少なくなったり多くなってこういう症状がまた出てしまうんですよ」と話して、「だから、この薬は1日1回だから、何したってね。そうすると、一生ちゃんと自宅で生活できるんですよ。ちゃんと社会で生活

できるんですよ。それとも、これをやめて、またこういう症状が出てきて、また入院するような生活をしますか？ 損するでしょう。人生一回しかないのに」というような、その人に合ったレベルで話をしている。

- ・「調子がいいのは、薬があなたの脳の中でこういうふうになっているから、調子がいいんだよ。こういうのがなくなったら、どうなるでしょう？」という感じで、図を書いて、説明していく。すると「また入院しなければいけない」って。「それでもいいのですか？」って聞くと、「嫌だ、絶対嫌だ」「じゃあ、どうしましょうか？」って。「やっぱり飲まなきゃいけないと思う」というような感じで説明すれば納得はしてくれている。
- ・ごまかせば、不信感が生じる。不信感から今度は妄想、被害妄想になって、どんどん悪いほう、悪いほうへ行くので、とにかく不信感を与えないようにする。
- ・家族はどちらかというと、薬をきちんと飲み続けてほしいという人のほうがほとんど。どうしたら薬をちゃんと服薬できるのかとか、本人がなかなか納得しなくても、どうやったら薬を飲んでもらえるのかという相談は非常に多い。

■ 親から「どうしたら薬を飲むようになるか」という相談をうけたらどうするか

- ・まず医師に相談しましょうと伝える。結局、親が言ってもなかなか難しい。子供は親の言うことは聞かないことが多いので。病気であればあるほど、言うことは聞かない。親じゃない第三者からお話をしてもらうのが一番効果がある。一番効果的なのは医師から説明してもらうこと。薬の必要性を説明してもらうこと。その後の出番が看護師で。(中略) そのダブルで行けば、大抵インフォームドコンセントはうまくいく。

■ 信頼関係の維持のために行う「自己開示」

- ・相手の身になって考えることができるか、できないか。(中略) 共感の仕方とか、受容の仕方、患者さんのほうはその人の人間性を見抜いてくる。この人は信頼していい人か、これを話してもいい人かというのをすごく鋭く見抜くので、こちらは最初からとにかくバリアを張らないで、自己開示しながら入っていく。そうすると、本当に正直に飛び込んでくれる。そこで手応えを感じるということがある
- ・医師で何か支えきれないところを看護師がフォローするというのは、難しい言葉で説明されて、よくわからないときは、簡単な言葉で説明できる、(中略) 要するに、患者さんのわかる言葉でということ。あとは(中略) どういうところがわからないのか話しているうちに、「こういうことがわからないのですね」ということがわかる。そして、それに対して答えていく。
- ・患者さんのことを裏切ってはいけない。人間関係が一番大切、それさえちゃんとやっつけば、何が起ころうと、何を言っても、何を言われても絶対うまくいく。
- ・患者さんに対してうそをつかない。ごまかさない。裏工作をしない。(中略) 家族から、例えば、(中略) 薬を飲んでいると本人は診察で話しているんだけど、実は飲んでいないという情報を家族が来て話してくれるけれども、「何も聞かなかったことにしてお話してください」と(中略)「本人には内緒に」ということがすごく多い。(中略) それを医師や看護師から言うと、本人は「それはどこから聞いた情報だ」と勘繰るのは当然で「何で知っているの？」って、すぐわかる。そうすると、(中略) 医師、看護師に対する不信感になってしまう。(中略) そういふときは家族の方に、「それはご本人の前で、ご家族の人から医師に言って下さい。医師も看護師も親御さんが言ってほしいということをご本人の前で言います。」って説明すると、家族も納得してくれる。
- ・「大事なことから、親御さんはそれだけあなたのことを心配してくれていて、治ってほしいと思っているんですよ」というフォローができる。アクションを起こさなければ、前には絶対進みませんよというのを親にも、その本人にも伝えることができる。

※ゴシック体部分：ガイドラインの臨床問題を抽出するにあたり重要と思われた部分。

### 資料3-3 B施設 医師へのヒアリング詳細

#### ヒアリング施設：

私立の精神科病院。大学の研究教育機関を兼ねており、元々多剤併用による治療はほとんど行われていない。さらに日本国内で非定型抗精神病薬の導入治療を積極的に進めている先駆的な病院の一つであるため、ヒアリング先として選定した。

#### ヒアリング対象者：

医師（管理職）

20 数年の臨床精神科医としての実践、研究、教育経験を有する。非定型抗精神病薬の導入を国内においていち早く取り入れ現在に至る。院内処方アルゴリズムの統一化や、院内外の教育活動にも熱心に取り組んでいる。

#### 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。

- ・リスペリドン（リスパダール）
- ・オランザピン（ジプレキサ）
- ・クエチアピン（セロクエル）
- ・ペロスピロン（ルーラン）
- ・アリピプラゾール（エビリファイ）

#### 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。

##### 1. 医師同士が薬物療法に対して共通認識をもつことが最も難しい

- ・医師自身がすんなりとチームを組むというのはなかなか難しい。医師がチームを組むところでうまくいくと非定型抗精神病薬導入のプロセスはあまり問題ないと考えている。
- ・最初に新規の非定型抗精神病薬が入ってきた頃にスッと受け入れた先生、今までのやり方で自分はやってきたから、なぜわざわざ（投薬方法を変えるのか）という先生などいろいろな考えの医師がいた。医師は個性が強い場合も多く、自信やプライドもあるし、自分の考え方をもっている。
- ・まず、最初に話し合っただけで医師のチームを作り、医師同士が薬物療法に対して同じ考えをもつようになると、単剤化は常識、当たり前になった。先にアルゴリズムを作って、医師にアルゴリズムに従うよう求めたら、「いやだ」という医師が出たかもしれない。
- ・当院は大学の教育病院でもあるので、基本的にはなるべく単剤を使用しようという傾向はあった。多剤大量療法を行っていた医師もいたが、医師が薬物療法について共通認識をもつと単剤に切り替わっていく。

##### 2. 急性期病棟の若手医師との勉強会の立ち上げ

##### エビデンスに基づいた薬物療法についての話し合い

- ・うまくいった理由のひとつは、急性期治療病棟を立ち上げて起動に乗ってきた頃、ちょうど非定型抗精神病薬が一通り使えるようになってきたときに、急性期の治療病棟の医師を集めて、「薬を選択するときどのような理由で選択しているか」を皆で話し合ったことにある。第一選択薬を決めるときの根拠を聞いてみると、医師それぞれが自分の理由で選択しているが、第一選択薬を選ぶ際の根拠が医学的とはいえない理由もあった。例えば科学的なデータに基づいているわけでも、臨床薬理学に沿った処方でもないということがわかった。そこで、勉強熱心な医師が、海外論文を参照して、薬の選択の根拠について皆で話し合った。
- ・若手医師が、リスパダール液でも同じように効くというデータがあると言って、アメリカのデータについての論文をもってくる。しかも痛い注射をせずにすむので、むしろ患者

さんとラポールがとりやすくなった。

#### 統合失調症の治療ゴールは“社会参加”

- ・最終的には統合失調症は慢性の長い経過をたどる病気なので、社会参加あるいは社会復帰、社会で生活できる状態にもっていくというのがゴールだということは、多くの医師が考えていた。そのために薬物療法のあり方を話し合った点は良かった。まず、最初に**統合失調症の治療の目標**を何にするかについて話し合った。病棟の中だけで症状を治めるとか不穏な患者さんを鎮静するだけというのは、ゴールではない。

#### 3. 看護師に対する非定型抗精神病薬導入の目的の説明

- ・患者さんの退院後の生活を目標にして医師が薬を使っているということ、主治医が薬を使う度に、看護師らに説明した。看護師も、医師の考えに同意したので、「先生、注射でなんとかしてくださいよ」と言われたことはない。むしろ「リスパダール何cc飲ませたらいいですか」「2ccですか3ccですか」「私は2ccでいいと思う」という感じのやりとりになった。

#### 4. “社会参加”という治療ゴールを看護師と共有

- ・退院したあとどういう生活を彼らはめざしたいのかということ、それをアシストするための薬物療法をどうするのかを考えている医師がやっていることを看護師も見ていれば、納得すると思う。
- ・看護師も患者さんが社会復帰したあとの姿を見て、たとえばバレーボールの大会に応援に行行って感激する。勝った試合は皆大喜びする。それを見たら現場で大変であったとしても、そういう患者さんの姿をイメージするとスタッフはやはり頑張る。

#### 5. 単剤化率の変化

- ・療養病棟、慢性の治療抵抗性の統合失調症の患者さんのいる閉鎖病棟も今年単剤化が6割を超えた。急性期病棟はあつという間に単剤に変わったが、急性期治療病棟の若手医師の勉強会を始めた頃は、単剤化率4割程度だった。それが2002年から2004年の時点で8割になった。

#### 6. 医師のチームから他職種の連携へ

- ・2002年単剤化を始めた時から4年間を振り返ると、医師が小さなチームを作った時点では特に意識していたわけではないが、運動、栄養指導から**メタボリックシンドローム予防**という方向性につながり、それがどんどん縦横につながって進んできた。小さな医師のチームを作ったところから、色々なところに芽や実は出たが、最初はそれぞれのつながりがわからなかった。しかし、一つ一つつながっていくうちに『バシーン』とつながり始めて、チームになっていくような感じになった。最初からその「チームでやりましょう。」というのではなく、やっているうちに4年程たって**チーム医療**が見えてきた。
- ・各部署のスタッフはそれなりに皆一生懸命やっているが、確かにそれぞれ自分がしていることが他部署とどうつながるか良くわかってなかった。それぞれのスタッフは一生懸命患者さんの治療のために自分たちの専門性でいろいろと工夫していたが、それだけでは動かない。それが非定型抗精神病薬の導入がきっかけで、お薬の話を皆がするようになり、看護も非定型抗精神病薬について知り、いろいろなところに横のつながりができていった。
- ・疾病教育の中に**栄養士**がメタボリックシンドロームについて受けもつことになり、幅が広がっていくというようなことから、患者さん自身の健康管理、自主管理になってきて、**アドヒアランス**向上にもつながっていった。そこに障害者の国体のバレーボール大会で活躍している患者さんをみると、治療の1つの目標が見え、大会参加のためには運動プログラムも、栄養のプログラムも、疾病教育のプログラムも、**服薬教育**も全部が必要でつながってくる。
- ・1人1人の医師は、お薬の使い方を考えて看護師と一緒に協力してやっている。看護師もきちんとケアしている。単剤化が全然進まないのは、それぞれの職種内の思惑でやっているからではないか。このチームは何をめざすのかを理解し、統一すれば短時間で変わることができると思う。

- ・チーム医療は医療の中で一番難しいもののひとつと思う。少なくとも方向性を一緒にしていかなければならないが、方向性をどうするのかということが意外と難しい。特に様々な職種の中で治療の方向性をひとつにするというのは容易なことではない。

#### 7. チーム医療における医師の役割

- ・チーム医療の中で医師は患者さんの主治医でもあるし、治療の方針、方向を示せる人間だと思ふ。医師が患者さんのいろいろなところをみて、なぜこの薬を使うのかという方向性を考え、示す。まわりのスタッフは何とか頑張つてやろうと思つても、この方向性のベクトルが狂つてしまうと、全体としては流れにならず、滞つてしまう。だから医師というのはチームが同じ方向性を向くための、最初のスタートだから責任が重い。
- ・医師が皆同じ方向をむいているから、他職種と一緒に何かに取り組もうという話になる。それが非常に大事なことで、医師の責任は重い。
- ・多剤大量療法になっているのはいろいろな理由があるだろうが、医師が何をめざすかということがはっきりしてないと単剤化はすすまない。医師がチームになり、看護師も薬剤師も、医師と一緒に何をめざすのかを十分に話し合うようになれば単剤化がすすむのではないか。

#### Q3. どのような患者さんに非定型抗精神病薬の導入を進めていますか。

##### 1. 非定型精神病薬の内服の対象となる患者さん

- ・非定型抗精神病薬を使用するのは、基本的には統合失調症、非定型精神病、精神病圏内の患者さんである。セロクエルやリスパダール内用液は高齢者のせん妄などによく使っている。ジプレキサは、双極性感情障害でなかなかうまくコントロールできない人に使うこともある。場合によってはセロクエルのように眠気が出るような薬は、少量であれば境界性人格障害患者さんのイライラに使ったりする。
- ・非定型精神病も統合失調症の症状が出現することがあるので第一選択薬になると思う。

##### 2. スイッチングについて

- ・療養病棟におられるような患者さんのスイッチングは、その目的が何かが大切である。例えばある程度従来型のお薬を飲んでいて、生活ができていて安定している方に無理やりする必要はない。特に体に副作用もないし、それなりの生活ができていない人に無理やりする必要はない。しかしなかなか従来型の薬でうまくいっていない人や副作用で悩んでいる人たちに対しては、一応家族にも話をし一度スイッチングにトライしてみる。
- ・切り替えの仕方というがあるので、やみくもにスイッチングをやると症状が悪くなってしまうこともある。例えば、前薬を急にやめたときにリバウンドが生ずる場合もある。悪くなったらこの薬は効かないと患者さんやスタッフもが誤解してしまう。切り替えるときに慎重にやっていると、割とうまくいく人はいく。何のためにするのかという目標があってやるのであって、やみくもにやることに賛成しているわけではない。
- ・現時点では、切り替えの目標をもてたら非定型抗精神病薬にスイッチしていくのが当たり前ではないか。何を目標にするかということに尽きる。

#### 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。

##### 1. 非定型抗精神病薬の特徴

- ・例えば今までだったら私たちもすぐ不穏な患者さんに対しては注射を使っていたが、リスパダール内用液という新しい薬が出てきた。あれはよく効くし、新しい薬で、新しい戦略でもあると思う。
- ・非定型抗精神病薬は、症状には良く効き、副作用が少なく、再発がしにくい。一旦良くなったあとも再発がしにくいお薬であれば社会復帰に向けてかなり有利である。それと医療経済的なことだが、高すぎないことが重要。有効であること、再発率が低いこと、高すぎないという3つの条件をつけて、論文を調べてみると、必然的にファーストチョイスは、リスパダールで、次はオランザピンになった。

- ・アメリカやイギリスで使われているアルゴリズムを見ても、当院と同じ選択の仕方をしているようだ。

## 2. 非定型抗精神病薬選択のアルゴリズム作り

- ・最初はリスペリドンを使って、そのうち徐々に他の非定型抗精神病薬も使えるようになってくるので、「これがだめなら次はこうしたらいいんじゃないか。」という話し合いの中でアルゴリズムが出来てきて、他大学のアルゴリズムを参考にして確認しながら、僕らの独自の病院のアルゴリズム作っていった。
- ・アルゴリズムは、複雑なものではなく、経験に基づいたごくシンプルなものを使っている。第一選択は、オランザピンかリスペリドンのどちらも使いこなせるようになってきているので、副作用を考慮しながらどちらからスタートしてもいい。リスペリドンを使ったが、だめだったらオランザピン、オランザピンがだめなら次は、系統が違うルーランになる。エビリファイがどこにくるかというのを今は検討中だが、ファーストラインぐらいには入ってくると思う。非定型抗精神病薬のアルゴリズムに沿って行ってだめだったら従来型の薬をいろいろ試して、それもだめだったら電気療法も考えながら、最後は再び神経保護作用のあるといわれているオランザピンを使ってみる。
- ・1週間や2週間で変えると多剤療法になるからうまくいかない。特にオランザピンを使っている、1週間2週間でパッと切り替えるとリバウンドがあるので、そこで変になってしまう。例えばエビリファイは、効きだすと非常にいいが、効くまでに少し時間がかかる感じがする。しかし、看護師にもお願いしながら粘って使うと、2ヶ月目ぐらいから効きだして非常に良くなる人がいる。
- ・1週間2週間で変えずに、最低4週間しっかり使った後、増やしていくということをアルゴリズムの横に注意書きで書いてある。実は大事なのは最低4週間くらい使うこと。どうやって粘ってやっていくかということがわかり、粘りだして使っていくとある程度から非常に効き始める。

## 3. 患者さんの将来を見据えた薬のファーストチョイス

- ・薬物療法の急性期に、不穏な患者さんを鎮静させると不穏ではなくなるが、先のことを見たときに鎮静のまま、それで本当にいいのか。ここで薬物療法を失敗してしまうと、のちのちバレーボールで国体に出られるだけの運動能力があっても機会を失う。先を見て今の薬物療法をどうするかというときの工夫として、患者さんが国体に出たいという希望にどう結びつけるかを考えてみる。そのときに出てくる問題点を看護師も理解して、どういうふうにするか。内用液やジプレキサの場合によっては注射もありえると思う。注射を打つとしても、それはどういう意味があるのか。単に鎮静目的だけでは先がないので、一時的だということを意識することが大切と思う。
- ・今は目の前の患者さんは調子が悪いが、退院したあとに国体に出る、バレーボールでプレーをしたいというときに、**運動機能を低下させる従来型の薬は使いにくい**。ハロペリドールは症状にはよく効くが、運動機能を落とすことがわかっている。お薬で運動機能を落としてしまうとバレーボールでスムーズに動くことはできない。患者さんの希望をかなえるのに何の薬物を選ぶかは自ずと決まってくる。

## 4. シンプルな薬物療法によって社会復帰のためのケアを充実させる

- ・できれば薬物療法はなるべくシンプルなほうがいい。統合失調症のこのタイプの人というのがしっかりわかって使うことができるのが一番良い。例えば、**認知機能の障害**のパターンがわかって、このタイプの認知機能障害にはこの薬と決まって、良くなるというふうになると理想的だと思う。医師も楽だし、その後の社会復帰に向けてやることのほうが非常に時間もかかるし労力もかかるので、そちらにもっともっと力を注ぐことができれば一番良いと思う。将来の研究課題ではある。
- ・**注意力**が落ちている、**認知機能**が落ちているので、注意力を改善するためには今はこのお薬で、その次はこれで、こうするともっといいと薬物治療を工夫しながら、その間、多職種で脳の機能を回復するためのリハビリの方法、社会復帰に向けてのいろいろな方法な

どに力を注ぐことができれば、多剤療法で、看護師が副作用のケアに追われているばかりという状況よりは理にかなっている。

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。

1. 認知機能の向上

- ・オランザピンが効いて、認知機能が改善したために、治療抵抗性の患者さんで35年ぶりに退院できた人もいる。
- ・非定型抗精神病薬は、認知機能ということを考えた場合に全然違う。よく話が理解できる、本はスラスラ読めるようになり、サッカーの好きな患者さんではサッカーを非常に楽しんで見たり、最近ではサッカーをやり始めた人がいる。その人は、3年間ひきこもっていたが、ある面接に出かけて受かるといった、そういう変化は現れてくる。

2. 運動機能の向上

- ・統合失調症の運動機能障害をいろいろ研究しているが、**運動機能**というのは認知機能の一種である。最終的なアウトプットが運動でそれが行為に結びつく。統合失調症の人は、微細な運動機能が確かに悪い、非常に不器用。その運動機能が、グンと伸びるということは、トレーニングで認知機能が上がっている証拠かもしれない。
- ・スポーツチームのメンバーの中には、非定型抗精神病薬へのスイッチングや、内服薬の整理をしていくと動けるようになってきている人がいる。

3. 注意力の向上

- ・非定型抗精神病薬に変えると、**注意力**は間違いなく上がると思う。注意力というのは物事を考える最初のゲートなので、最初に注意力が上がると、次々と次の機能につながっていく。本を読めるというのは注意力がグッと上がり、集中できることと関係があると思う。

4. IQの維持・向上

- ・抗精神病薬の使い方を間違えて、患者さんの注意力が落ちるとIQのテスト結果も低くなる。お薬をうまく使うと実はお薬で落ちていた部分上がるので、その上でトレーニングして認知機能が上がれば、IQは上がっているといってもいいと思う。ただIQは1つのテストの中での話なので、それ以外のいろいろな認知機能もある。ただ難しいのは皆が皆そうではないことや、病気が進行してくるとIQは下がってくるといわれている。その進行を止める、あるいは治療で逆に上がる人もいるはず。少なくともお薬でIQを下げるのは意味がない。

5. 服薬アドヒアランスの向上

- ・以前は押さえつけて注射をして、『なんだよ！』という感じだった患者さんが、一生懸命説得して内服液を内服してもらったら、20～30分でだんだん効いてきて落ち着いて、『看護師さんありがとう』と言って寝てしまう。次の日、『昨日の薬が良かったので、またちょうだい』と言ってくる。看護師のほうも最初はたぶん驚いたと思う。
- ・バレーボールをするために、皆自分で薬を管理して自分で進んで飲んでいる。バレーボールをするためには、薬物療法が必要だとほとんどの人が思っている。薬を飲まないで病気が悪くなり、悪くなって入院したら、そのときたまたま国体の時期だったら出られない。彼らは、やっぱり出たいから自己管理をする。ほとんどの人が自分で管理して自分できちんと飲んでいる。ほぼ100%服用している。それで主治医も工夫して1日1回とか2回の服用でいいようにして単剤にして、至適容量にして、必要最小限の少ない量でいけるようにしている。

6. 言語的な能力の改善

- ・患者さんは、非常に鋭い意見をいってくるようになった。病棟が狭い、ここが汚い、あの看護婦さんの言い方はちょっとおかしいんじゃないですか、などはその通りだと思うことがけっこうある。

Q6. 副作用について気になるものはありますか。

1. 非定型抗精神病薬の副作用の特徴

- ・一般に症状には良く効くが、副作用は少なく、一旦良くなったあとも再発がしにくいお薬であると言え、社会復帰に向けてはかなり有効。
- ・もちろん錐体外路症状は気をつけなければいけない。
- ・肥満と糖代謝の異常は最も注意を要する。確かに太る人は太るし、糖代謝の異常も出るし、脂質の代謝異常が出やすい人もいる。
- ・副作用のリスクが高いのは、糖尿病を患っている人、家族に糖尿病を患う者がいる人、非常に太っている人であり、慎重に使わないといけない。
- ・オランザピンは、認知機能に一番よく効くが、急激に太ってしまう人がいる。

2. 副作用対策

- ・非定型抗精神病薬はメリットが大きいので、メリットを残したまま副作用をなんとか抑えるという努力をすれば、メタボリックシンドロームに統合失調症患者はもともとなりやすいが、それも防げるのではないか。
- ・副作用について患者さんにある程度説明し、「副作用の傾向が出たらやめましょう」と話をする。しかし若い女性の中には、太らない薬を希望する人もいるので、難しい。
- ・副作用対策として、栄養指導や運動療法もあるということを説明しておくことは大切である。
- ・認知機能を改善させ、体重増加を防ぐとなると、服薬当初から栄養士の栄養指導や運動療法のプログラムを実施するなど、患者さんにも情報を伝えて要望をだしてもらおう。スタッフもチームで取り組む。
- ・糖代謝の異常が出始めたらオランザピン、クロザピンは注意を要する。

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。

1. 非定型抗精神病薬と定型精神病薬の併用の仕方

- ・非定型と定型の併用は、絶対にいけないわけではないが、原則は非定型の単剤使用である。
- ・主剤を2剤にしないで、用いる。(併用の例：リスパダールの液剤を睡眠薬と一緒に使うと非常に睡眠が改善するケースは単剤で用いるが、それだけでは改善せず、ヒルナミンによって睡眠が改善される場合、少量のヒルナミンを用いる。しかし、眠れるようになったらすぐ単剤にする。)
- ・少量でも定型薬を併用することによって副作用の出方も異なる。

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。

1. アルゴリズムに沿って非定型抗精神病薬を導入しても、うまくいかないケース

- ・おそらく欧米だったら最終的にクロザピンを使用するだろうが、日本ではクロザピンが使えない。
- ・その場合の処方はどうするかは決まってないが、私たちは一応最後にオランザピンを一旦使う。最後にオランザピンを使用する理由の一つは、オランザピンには、神経保護作用があるといわれているからである。統合失調症は脳神経の変性および脳の萎縮を伴う疾患かもしれないという仮説に基づくと、神経を保護する作用についてデータがある薬はオランザピンである。
- ・しかし、オランザピンには肥満とか糖代謝のリスクがかなりある。

2. 非定型抗精神病薬から定型抗精神病薬へ切り替えるケース

- ・アルゴリズムでいうと、非定型抗精神病薬を使ってだめだった場合、従来型の薬や、場合によっては電気痙攣療法なども検討したうえで、それでもうまくいかなかったときは一旦オランザピンに戻す。



・場合によっては新規の抗精神病薬同士の多剤併用もあるのではないかと思います。欧米のデータをみるとクロザピンを最後に使ってクロザピンに何かを、1つ加えて強化するやり方をしているが、結局日本ではできない。

### 3. 急な体重増加・糖代謝異常が出現するケース

・非定型抗精神病薬の処方を中断するケースもないわけではない。急に太りだしたり、糖代謝の異常が出始めたらオランザピンは逆にやめないといけない

**Q9. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、看護スタッフにはどのような知識やマニュアルが必要だと思いますか。**

#### 1. 非定型抗精神病薬の作用・副作用に関する知識

・新規の抗精神病薬の薬理的なことをある程度知っておいたほうがいい。従来型と何が違うのかという知識はある程度必要である。錐体外路症状はどんな症状で、どうして起こるのかということも知っておくべきである。

・非定型抗精神病薬が、統合失調症患者さんの幻覚、妄想という症状に関して効くということだけでなく、認知機能の向上をもたらすということを理解しておくこと。

・副作用に関しては肥満や糖代謝の異常に対する知識と、チーム医療の中でさまざまな対策があるということを知っておく必要がある。

#### 2. 非定型抗精神病薬の内服に伴い認知機能が向上した患者さんに対する社会復帰のためのアプローチ

・社会復帰に向けたケアの方が非常に時間もかかるし労力もかかる。そちらのほうに力をもっともっと注ぐことができれば一番いい。脳の病気なので脳の機能を回復するためのリハビリの方法であるとか、社会復帰に向けてのいろいろな方法であるとか、そちらのほうに力を注ぐことができれば、多剤療法で、看護師が副作用のケアに追われているよりはずっと理にかなっている。

・患者さんの言っていることが妄想にかられての言動なのか、実は現実をしっかりと見ている非常に自然な言動なのかの見極めが、看護師の対応に大きな差を生じさせる気がする。

・患者さんの認知機能の向上がみられても、看護師が、アプローチしなければ社会復帰はできない。非定型抗精神病薬が効いて認知機能が向上し、今までずっと部屋に閉じこもって汚い格好をしてボーっとした状態だった患者さんがだんだん変わってくる時に、看護師が、身の回りのことや整理整頓の仕方などを毎日毎日声かけして、できるようになったら開放病棟に行くということを患者さんに説明していくような関わりがあれば、患者さんは少しずつできるようになってくる。

#### 3. 非定型抗精神病薬について患者さんへ説明するために最新の情報を得る

・非定型抗精神病薬は何が違うのかということ薬理学的のほうからも、症状に関しても、いろいろなことを説明できないといけない。医療スタッフが勉強しないといけない。患者さんもかなり知識がある。看護師も薬について聞かれるので、答えられなかったら、やっぱり患者さんにも「どういうことだろうか」と思われるだろう。

**Q10. 非定型抗精神病薬を服用する患者さんには、どのような指導が必要だと思いますか。**

#### 1. 最新の薬物療法に関する知識を提供する

・患者家族もインターネットで多くのことを知っているので、より新しい情報—新しい薬がでるときに、それは一体今までの薬とどう違うのかを薬理学的のほうからも症状に関してもいろいろなことを説明できないといけない。

・非定型抗精神病薬が出てきて、以前は薬理学が結構軽視されていたし、よくわかっていない部分もあったが、仮説として、こういうような理由で実は効いているのではないかということ、例えばドパミン仮説だけではなくセロトニンやNMDAなどの話も含めて、最先端の薬理学について患者さんや家族に説明を求められることがある。

・最初は私たちの疾病教育の中で当事者の人には、わかりやすくということを含め

るような話をしていたがそれだけでよいのだろうか。例え話にしてかんで含めるような話というのは、実はわかっているようでわかってない、わかる人にとっては実はわからない話になってしまうから、ある程度レベルをあげて、どうもそういうことがあるらしいという感じで、脳の機能でもこういうことがあるし、お薬でもこういうことがあるし、どうも最近こういう考え方があるらしい、中身は完全にはわからないけれども進んできているみたいだという話をし、患者さんとか家族にも薬の開発がよりよい方向に変わってきていることを伝える。

- ・エビリファイが出るときはどのようにして効くのか、新しい情報どんどん知りたいという要望が多かった。

## その他

### 1. 就労支援について

- ・非定型抗精神病薬がうまくいっても、**就労**に至るまではなかなかファクター多くて難しい。就学は高校になって発病して引きこもって学校をやめたという子が、例えば通信制の高校や大検を受けるなどの様々な選択肢が増えてくれば行けるようになるだろう。
- ・目標が出れば意欲がでる。ただ就労はいろいろなファクターがあるので難しい面もある。
- ・考え方としては、もし就労できたときのことを考えてみる。就労できたというときに、仕事が終わってへとへとになって、「ああ、しんどい」と思ったときに、仕事後に例えば皆で集まって仲間とスポーツをして、そのあとちょっとビールでも飲みに行くということがあれば、生活に潤いができる。今はなかなか就労へのアプローチは難しいが、就労できたときのことを考えて、周りを固めておくなど何かできる可能性は十分あると思う。

※ゴシック体部分：ガイドラインの臨床問題を抽出するにあたり重要と思われた部分。

## 資料3-4 B施設 看護師へのヒアリング詳細

### ヒアリング施設：

私立の精神科病院。大学の研究教育機関を兼ねており、元々多剤併用による治療はほとんど行われていない。さらに日本国内で非定型抗精神病薬の導入治療を積極的に進めている先駆的な病院の一つであるため、ヒアリング先として選定した。

### ヒアリング対象者：

看護師（管理職）

20 数年の精神科臨床看護師としての経験を有し、急性期やアルコール病棟などで看護長などの経験がある。管理職として病院内の看護部の統括的な立場で、院内部署間の連携や、看護師の指導を行なっている。

### Q1. 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。

#### 1. 医療機関のもともとの土壌

・当院は新しいものを取り入れる体質の病院で、従来のお薬のときから他の施設に比べるとお薬は断然と少なかった。医師が医局でアルゴリズムを作って使う薬を統一したことが理由で導入が進んだ。

#### 2. 非定型抗精神病薬の導入はアルゴリズムを固めながら行われた

・看護サイドにこういう薬が入るからこんな症状やこういうふうな患者さんの変化があるだろうという説明はなかった。しかし、医局の方が事前にアルゴリズムを作ってお薬を統一していったので、結果的に非定型抗精神病薬導入時も看護は非常に動きやすかった。

### Q2. 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。

#### 1. 薬剤数の減少

・まず薬剤の数がずいぶん減った。

#### 2. 見えやすい薬物の効果

・リスペリドンの場合、特に液剤では症状だけを落とし、行動まで鎮静化させずに薬効が顕著に早かった。

・定型抗精神病薬の液剤では薬効が出始めたときに、看護師が何かケアをしたり話をしようとしても患者さんがウトウトして寝てしまう。なかなかそのとき対応ができなくて、覚醒を待たなければならなかった。

#### 3. 生活レベルの向上

・QOL が向上しているというところでは、会話がスムーズになってきている。セルフケアが非常に低下している人がずいぶん自分でできるようになってきたことなどが非常に大きい。

・療養病棟では今半数以上が内服自主管理をしている。以前は全然会話も通じなかった人が自分で管理している。その患者さんの以前の入院時の姿から考えると、想像もつかない。それだけ患者さんが変わってきているのだから、看護も変わらないといけない。

#### 4. 症状の改善に伴う院内プログラムへの積極的参加

・前は 5 分もしないうちに席を立つ。じっとしていられなかった。それが、お薬が変わってくると 1 時間半じっと、終わるまで話を聞いている。

#### 5. 目標設定の見直しの必要性

・退院は当たり前になってくる。だから退院後の地域での生活、日常生活をどうするかということを必然的に考えなくてはならなくなった。

・運動機能なども非常に改善されてきているので、社会復帰が容易になってきた。地域での今度のフォローも考えなくてはいけない。病棟のスタッフが適宜訪問に行って、一緒に

地域で生活する患者さんを見る。そうすると今度は入院中に何が必要なかがわかってくる。

#### 6. 新たに増える看護師の役割

- ・今までいえなかったことが言えるようになる。一番そこで大切なのは聞く耳を持つということである。頭ごなしに「もうだめだめ」というふうにやると、前へ絶対進まない。

#### 7. 症状の変化に応じた体制の強化

- ・退院に向けてチームを組み、それぞれの観点からケアしていく、保護していくということが必要。前の薬ではたぶんそこまでイメージできなかった。

#### 8. 経験から得られたプロセスの予測

- ・もし症状の改善のプロセスを知らなかったら、まず医師に「こういうふうなすごい不穏症状があって、薬またちょっと増やしてください。」ということになってくる。また患者さんに不必要な鎮静がなされてしまう。すると退院に向けたプロセスが次に進めなくなる。

#### 9. 幅広い視野をもてるかどうか

- ・病棟だけではなくて、地域にも目をむけながら病棟でケアしていくというのが一番大きい。病棟だけのケアをしても、視野が狭かったら何も見えない。いろいろな部署とのつながりの中で次は運動、次は栄養とか、そこで看護が関わらないといけないところは関わって協力し合いながらやっていく。

Q3. 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。また、副作用についてどのようなケアを行っていますか。

- ・医師の返答を参照

Q4. 非定型抗精神病薬を服用する患者さんに対して、看護師としてどのような点を観察していますか。

#### 1. 社会復帰に向けた視点

- ・退院は当たり前になってくる。だから退院後の地域での生活、日常生活をどうするかということ必然的に考えなくてはならなくなった。
- ・一定プロセス、運動機能なども非常に改善されてきているので、社会復帰が容易になってきた。地域での今度フォローも考えなくてはいけない、病棟のスタッフが適宜訪問に行き、一緒に地域で生活する患者さんを見る。そうしたら今度は入院中に何が必要なかがわかってくる。
- ・たぶん教育を受けてなかったら、非常に活動が活発になると業務も繁忙になってくる。もし現場を知らなかったら、まず医師に「こういうふうな不穏や興奮をどうかしてください。薬またちょっと増やしてください。」ということになってくると、また患者さんに不必要な鎮静がなされてしまう。すると次に進めない。

#### 2. チーム医療の推進

- ・チームを組んで、それぞれの観点からケアしていく、保護していくということが必要。前の薬ではたぶんそこまでイメージできなかった。
- ・QOLが向上しているところでは、会話がスムーズになってきていることや、セルフケアが非常に低下していた人がずいぶんできるようになってきたり、というのが非常に大きい。
- ・患者さんと一緒に何かをしないといけないということで、社会復帰に向けてどうしていこうかというのが出てきた。

#### 3. 看護の視点の変更

- ・療養病棟では今半数以上が服薬自主管理をしている。以前全然会話も通じなかった人が自分で管理している。それだけ変わってきている。だから看護も変わらないといけない。
- ・結局待てるか待てないかは何が違うかという、やはりある程度教育を受けて知識がないと、待てない。
- ・病棟だけではなくて、地域にも目をむけながら病棟でケアしていくというのが一番大きい。