

い。病棟だけのケアをしていても、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、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のは重要だと思う。

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。

・医師コメント参照

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。

・「この薬いったい何の薬だ。」ということで看護師皆が興味を示し始め、そこで医師に聞いたり、勉強会を開いたりしたので、患者さんを見ながら知ったことは大きかった。

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。

1. 意識の変化

- ・前は薬に対しての教育委員会主催の勉強会が少なかった。看護師は特に薬は苦手で、「まあ、いいか」というのがあったのは事実だったが、非定型抗精神病薬に対してはそんなに種類が多く、薬に対する抵抗も少ないと思い勉強会を開催していった。それだけ患者さんも変わってきているのも実感としてあった。
- ・今まで看護は退院がゴール。退院させるのにどうしようかというのがあった。そうでなくて、退院はもう見えている。退院は当たり前。だから退院後の地域での生活、日常生活をどうして行くかということまで考えないと、というのが必然的に出てきた。
- ・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。そうしたら入院中に何が必要なかが今度わかってくる。
- ・非定型抗精神病薬だけでなく薬全般について、薬の持っている機能。定型も非定型も。比べていかないとその薬がどれだけいいのかや、どういうふうなところに作用するのかというのはわからない。

2. 院内マンパワーの活用

- ・前の注射のときと比べて全然患者さんの状態が違うので、研修会があったら、勉強しに行ったり、院内の教育プログラムにお薬の勉強を先生たちに頼んでもらったり、看護師が自発的に「先生薬の話をして下さい」と知識を求めていった。

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。

- ・薬の特性、機能は絶対必要であり、ないと活用できない。医師はこのお薬を使う。そしてたらどういうところを見ないといけないのかがわからないといけない。

Q9. 非定型抗精神病薬について、患者さん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。

- ・女の人だったら結婚できますか、子供は産めますかという質問が多い。
- ・自分を失うようでこわいという質問もある。定型抗精神病薬から飲まれている人が結構多く、それは家族も思っていて、自分の子供らしさというのがなくなっていて、大人しくなったけど、なくなっているというのは同じ思いが重なっていると思う。
- ・非定型抗精神病薬に変わって殻がとれた、すっきりした感じになっていることが大きいので、「このお薬というのは何ですか」と質問がある。それにどう答えるかは、患者さんのケースによって違うが、ただ患者さん自身が症状の改善を体験しておられるので、それだったら自分で飲んでいかないと、飲まなかったらまた前の状態に戻るといことで少し

ずつ薬の必要性や薬との共存をどうしていくかというようなところの話をするようにしている。

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. 院内プログラムとしての疾病教育

- ・正しい知識を知ってもらうために患者さんには疾病教育を行っている。
- ・自分の病気のことをまず知る。お薬をなぜ飲まないといけないのか、再発予防を目的としている。その際看護は薬や病気について、テキストを使いながら患者さんにいろいろ話をして、その患者さんから質問を受ける。

2. それぞれの立場で意識の統一化をはかる

- ・自分は何故薬を飲まないといけないのかということをお患者さん自身が事前に知っていくと、ケアの導入が円滑になる。またその意味をスタッフも勉強する、患者さんも勉強する、当然家族も勉強するという具合に意思統一されるのが必要。
- ・患者さんの中には「薬をずっと飲んでたいら依存につながらないか」などを聞かれる。そういう不安を少しでも解消しながら説明指導をする必要がある。

3. チーム医療の中での看護の実践と役割

- ・チーム医療の一員として看護が受け持っている部分は、いろいろな部署とつながっていないといけないというのがまず1つ大きい。Aチームはこっちを向いている、Bチームはこっちを向いているのは全然チーム医療ではない。それぞれの役割をしっかりと把握しておく、認識しておくというのが非常に大きい。
- ・各部署が社会復帰に向けて一生懸命やっていたから、バツと横がつながって本当に大きなスクラム体制になった。
- ・薬剤師に薬の説明を聞いてみたり、その教育の中に薬剤師も最近入ってきた。専門の人が入ってくるとまた違う。看護が薬のことを話すが、薬剤師が入ると患者さんの反応も違うし、やっぱり細かいところまで教育を受けることができる。
- ・病棟だけじゃなくて、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。視野が狭かったら何も見えない。病棟だけのケアをしていたって。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。

※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3-5 C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代男性。

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。

勤務先：公立精神科病院（約200床）

Q. どのような患者に非定型抗精神病薬の導入を進めているか

- 困ることがあって切り替える場合ともっと良くしたいと思って切り替える場合とその両方の場合もある。副作用などが問題になって切り替えるような場合は、患者も医師も両方とも同じような考え方で協力し合いながらやれることも結構多い。徐々に切り替えて、例えば外来なら少しずつ切り替えるとよい。
- 今までの薬でうまくいっている人は切り替える必要は何もない。

Q. 非定型抗精神病薬の副作用で注意すべき点にはどのようなものがあるか

- 非定型薬を服用し始めると言っても、初めて抗精神病薬を飲み始めるのと切り替えをするのでは大分違う。
- 初めて服用する薬であれば、非定型抗精神病薬の注意点を守る。それは薬によって違う。

<リスペリドン>

- リスペリドンの場合、錐体外路症状やアカシジア、プロラクチンの問題が重要。
- リスペリドンから始める場合が多い。
- アカシジアは比較的高い割合で出現する。アカシジアは、精神的な病気の症状と副作用とが見分けづらい部分があり、例えばちょっと眠れないとか何か落ち着かないということが、精神症状が安定しないせいなのか、副作用が出かかっているのかとを一緒に考えていくことが大切かもしれない。
- リスペリドンはもともとスイッチングが難しい薬で、気をつけなければならない。ファーストエピソードで使う分には非常に簡単な薬。
- 切り替え時に、患者さんが悪化したり、自殺未遂が起きたり、多動になったりした。しかしこれは、(リスペリドンの導入時に、薬物の)切り替えにみんな慣れていなかったということと、新しい薬だけで治療をするということでは何が起きてくるのかという理解が医師にも看護師にもなかった。

<オランザピン>

- オランザピンなら肥満や高血糖に注意する必要がある。
- 切り替えは比較的しやすい。元々鎮静的な薬でいろいろなレセプターに結合するので離脱が起きにくい。急速に替えてもそれほど問題がおきにくい。不眠も起きにくい。

<アリピプラゾール>

- 切り替えが難しい薬だということがだんだん認識されてきている。
- アリピプラゾールへの切り替えにより想定通り体重も減り、月経も戻って調子が良くなって退院することもあるけれど、精神障害がさらに悪化して余計大変になることもある。
- リスペリドンよりさらにドパミン中心。レセプターに結合しやすいので、今まで結合していた薬をはじき飛ばしてしまう。
- 陽性症状なく安定していて、肥満などの副作用が問題な場合の切り替えはうまくいくことが多いが、陽性症状が残存している場合は悪化に十分注意が必要。

• これは非常に可能性のある薬だと思うが、まだどのような薬なのかわからない。
<クロザピン>

- クロザピンは日本ではまだ発売されていないが、この薬は治療抵抗性患者や多飲水患者に絶対に必要。とても重要な薬。
- クロザピンに関しては、無顆粒球症の問題と緊急対応の必要性の問題がある。これは極めて重要な問題である。モニタリングをちゃんと行って、内科の専門医との連携し、次はこのように、とか、このような感染に気をつけなければならない、この患者はすぐに搬送しなければならないとか、そういうこと（を考えなければならない）。
- ガイドラインが2年後の完成だとしたら、クロザピンについてはガイドラインに絶対に入れておいた方がよい。

Q. 非定型抗精神病薬への切り替え時の問題としてどのようなものがあるか

- 新しい薬を使用することによって病状が揺れる可能性が十分ある。精神症状がでてきかけているのかどうかをよく観察しなければならない。看護師もそのような目で見ていた方がよい。新しい薬になったから皆が良くなるということはない。切り替えたら悪くなる率も結構ある。
- 新しい薬が導入されて精神症状の揺れとして、不眠がある。不眠は、一番いろいろなことのきっかけになる。不眠は本人が辛い。また、見つけやすい症状でもある。精神症状の揺れとしてはそれ以外の一般的な精神的な症状もある。
- 離脱という問題もある。錐体外路、ドパミン、コリナジックな離脱など、千差万別。離脱の問題が起きかけているかどうかを（医療者は）知っていなければならない。離脱には風邪のような症状や胃腸症状もある。精神症状に非常に類似したものもある。また、そのスパンも知らなければならない。抗精神病薬で離脱が起きるとか、抗コリン性抗パーキンソン薬の急激な中止でコリナジックなりバウンドが生じるというような知識を（医療者は）持っておいた方がよい。
- 薬の種類によっても切り替えの困難さが違う。また、切り替えはどのような状況で行うかということも重要。外来で行うか入院で行うのか、とか。
- 切り替えに関して分かっていることは非常に少ない。そこを理解しなければいけない。
- 日本では今まで薬剤は上乘せしていくという考え方が多かったが、スイッチング、つまり、切り替えていくんだという概念がもっと広まるとよい。

Q. 非定型抗精神病薬への切り替え時に注意すべきことは何か

- 切り替えに関しては、なぜ切り替えるのか、が大事。本人や家族の希望なのか、医師の判断なのか？
- 切り替えの方針や、目標をチームで共有する。
- 環境的なもの、家族の要因、本人の病気自体の今の現状、悪くなったときの状況などを加味して切り替えを選択しなければならない。何故、一見悪くなさそうな人を入院させて切り替えるのかを理解しなければいけない。看護師にも理解してもらった上で計画を立ててもらう。
- 最初からこのような目的で治療するけれど、こういうことも考えられるとすることを（医療者および患者で）共有しておかなければならない。

Q. 非定型抗精神病薬を中断することがあるか、それはどのようなプロセスか

- 病状が悪化するとか、新しい薬の副作用が出てきたらやめた方がいいかもしれない。
- 従来薬に戻ることは当然あるし、新しい薬も色々な種類があるので、合う薬をま

た探していくことも当然ある。

- Q. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、看護スタッフに必要な知識やマニュアルは
- 薬を切り替えてこの人を良くしてどうするんだということがない限り（薬を切り替えても）意味がない。切り替えというのは目的を達成するための一つの手段である。
 - 例えば今の状態じゃ単身アパートにさせられそうもないというときに、ある部分は薬でなんとかならないか、またある部分はこのやり方でサポートしようとか、そのように考えるように、薬を切り替えながら本人が一番良いコンディションで元気が出てきて、身体も動くようになって、頭もしっかりするような、少しでも良いような具合に持っていくと言うことを切り替えの目標にするわけで、その目標がなければ切り替えても意味がない。
 - 退院促進に薬物療法も関係する。長期入院患者を退院させ、病床数を減少させ少ない病床を効率的に回転させて急性期治療をするのが最近の流れである。地域で維持するように考える場合には、薬で何ができるのかということを実際に追求している。薬でできることは限定されているけれど、その上にいろいろなことを積み上げるわけで、そのモチベーションがはっきりしていれば、長期入院患者の退院促進は薬の中でも意味が出てくる。
 - 患者さんの状況に応じての切り替えの注意点はすごく重要。
 - ガイドラインでは、指示を出した医師に何を聞いておくべきかとか、家族が知っておくべきこと、患者が知っておかなければならないことといったポイントを押しさせておくべき。
- Q. 非定型抗精神病薬を活用するにあたり、看護スタッフが観察すべき点、理解すべき点、注意すべき点は
- 看護師が見ている薬の副作用に関連する部分や、その他に付随する色々な要因、便秘とか多飲水とか失禁などは看護スタッフも関わらなければならない。また、コンプライアンス、ちゃんと薬を飲み続けられるかという問題も常にある。
 - 切り替えの際に、医師が何を必要としているのか、患者さんや家族はどういうことを切り替えに期待しているのか、その期待に対してどのくらいの段階に来ているのかと言うことを把握する必要がある。
 - 切り替えにより病状が悪くなって入院してくるパターンが数多くあると、病棟の看護者は（入院患者だけを見て）その薬を用いると状態が悪化するのではないかと思ってしまうことがあるが、悪くなった人が入院しているということを理解しなければならない。
- Q. 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か
- 非定型抗精神病薬による初めての治療を外来で始めるのと入院で始めるのでは状況が違う。
 - 初発の場合、とりあえずはちゃんと飲んでいただけるかどうかということ（が重要である）。また、非定型薬だからということではなく、家族も本人も一般的な治療教育的な指導は必要。ただし、従来の抗精神病薬では錐体外路症状などが多く出て服用をやめてしまったりという問題が多々あったけれど、新しい薬の方がその面では楽になったのではないか。

＜きちんと服用するために：デポ剤とロングアクティブについて＞

- コンプライアンスには非常にいろいろな要因がからんでいて、新薬にただけではそれほど改善しないかもしれない。今までのデータで見ると。例えば一日一回

にして副作用が少なければ、やや飲みやすくなるだろうとは思うけれど、自分が病気だと思ってない人は飲めないかもしれないし、飲まなければならないと思っていてもちゃんと飲めないという、パーシャルコンプライアンスの問題は簡単には解決できない。

- そのような意味でデポ剤は重要である。
- デポ剤については今度数年後に重要な展開があるから、これに合わせた治療教育等を当然やらなければならない。
- 外来に通院はしているけれど、薬をきちんと飲んでいないという人が多いと言うことを意識しなければならない。
- またデポ剤は、ある程度以上（の状態の悪さ）の人を退院させるには不可欠な手法。医師がそのテクニックについては理解していなければならないが、その意味づけを看護者も分かっている必要が、訪問看護との組み合わせはとても重要。
- デポは患者さんに負担をかけるという考え方があるけれど、毎日薬を飲むのと月1回注射を打つのとどちらを選択するかは患者さんの自由なのであって、デポ剤を選ぶ患者は少なくない。良いデポができればそちらの方が良いということは当然ある。薬を飲みますと言って飲まない人を、飲まないあなたが悪いんですよと責めるだけで良いのかどうか。再発を繰り返す、再入院を繰り返すことを食い止めるための選択肢として、デポ剤というものも当然考えるべき。
- デポ剤は計画的な使用方法が求められる。間違っ必要以上に打ってしまうと（体内から）抜くことができない。この患者にはこれくらいの用量が必要だと言うことを医師がわかって投与量を決めなければならない、デポも15とか、30、40、50、60（mg）という風に（本来）細かく決めるものだけれど、（よく行われているように）50か100か150（mg）みたいなそんな決め方をしていたのでは外れが多すぎてどうにもならない。
- デポ剤には注射部位の痛みなどの問題がある。それから、注射後の血中濃度の安定性の問題もあるだろう。

※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3-6 C施設 看護師へのヒアリング詳細

ヒアリング対象者：

看護師、30代。

臨床経験：精神科病棟にて約12年（開放病棟および急性期病棟）

勤務先：公立精神科病院（約200床）

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。

- ・[非定型薬の導入前は]片手に山盛りいっぱい薬を飲まれている患者さんが多かったのが印象的。
- ・社会的認知能力の改善による混乱：つらい体験を思い出す、抑うつと自殺行動。
- ・[非定型薬の導入初期には]そのときは目覚め現象とかそういうのはわからなくて、十分な対処ができなかったのは今になると残念。
- ・病状が悪くて入って[入院して]きて、具合が良くなってきたときに抑うつになってくる方もいるので、そういう方にも注意が必要。スイッチのときはよりそれが大切。
- ・[非定型薬への切り替えは]リスパダールが認可された直後に当院に導入された。初めてスイッチしていく頃は、突拍子もないとか想像を絶するような行動をとる（例えば突然夜中にベッドの上で踊りだす、突然走り出して外に飛び出す、小柄な老人が職員に飛び掛ってくる）など、病状が不安定になるようにみえて印象がよくなかった。そのあと方法が確立されてからは、症状は落ち着いていった。
- ・病状改善をむしろ悪化と捉えた。：それまで薬によって抑圧されていた部分が非定型抗精神病薬を飲むことで改善され、[現実がみえてきて]自ら主義・主張（例えば退院の要求や、いろんな意見を自分からいうなど）が出てきたのを、病状が悪くなったと捉え[てしまっ]た。前は全然まわりのことがわからなかったのによく見えてきた、それで自分の主張などをすることで、ちょっと具合が悪いと[されて]入院した方もいる。その改善しているのか具合が悪くなったかの見極めが[難しい]。従順というか何でもいいなりという患者さんだったのが、自分がこうしたいああしたいというのが出たときに、それを改善と捉えられるかどうか。良くなったというふうに思えるかどうかというのはすごく大切。
- ・リスパダールはよくなる患者さんはすごくよくなるが、合わない患者さんはとても具合が悪くなる。効く人にはすごく効くし、効かない人には全然効かない「諸刃の剣」とベテラン看護師が言っていた。

■ 非定型薬への切り替えや非定型薬間での切り替えについて

- ・患者さんから、非定型と非定型の間で状態が変わったという訴えはよくある。
- ・中にはまだ定型薬の患者さんもいるが、肥満だったりして適応外。合っていればそれでいい[非定型に切り替える必要はない]。
- ・今エビリファイになって[エビリファイにスイッチして]、合わなくて結構ゆれる、病状が悪くなる人がある。エビリファイは軽い人はすごくよく効く、重い人は全然効かないという。[スイッチ時の]症状が悪くなるその間を見て看護させて頂いているが、よくなる患者さんは[ここでは]あまり見当たらない。
- ・[スイッチ時に『ゆれる』]というのは前の薬からエビリファイに変わっていく途中で病状が不安定になって、幻聴が活発になったり、夜眠れなくなったりという症状が出てきて、結局ちょっとこれは無理だなということでもたもとの薬にもどったりする。
- ・スイッチ時のゆれは、リスパダール導入時は突拍子もない行動、エビリファイ導入時は症状の増悪という印象：[リスパダール導入初期と比べると、エビリファイへのスイッチ時のゆれは]突拍子のなさというのはないような、本当に病状が悪くなったという感じ。明らかに幻聴が[ある]、表情が硬い、眠れないなど、そういうぐらいだと思う。想像のつ

かないようなことをするという人や、すごく興奮が激しくなるという人はあまりいない。

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。

- ・ 定型抗精神病薬からのスイッチングによる変化は、認知機能の改善、社会生活能力の改善、長期入院患者の大量退院が可能になった。
- ・ 陽性・陰性症状の変化や改善、感情への影響。 **自発的行動**、リハビリへの参加ができるようになった。
- ・ 正常な感情への復帰：過去の耐え難い感情が出現する可能性、躁状態の想起。
- ・ **社会性が出てきた**と感じる。
例：水中毒の患者さんで、もう飲めば部屋に鍵という行動制限をするしかなかったのが、今は外に OT とかに行って挨拶をしてくれる。その**本人から「昔は副作用があって辛くてね」という話**もされる。
- ・ **多飲水が減った**：新たに多飲症になる患者さんも減ったし、定型抗精神病薬で多飲症になった患者さんも非定型抗精神病薬になって症状が改善してきた。非定型抗精神病薬で患者さん自身がセルフコントロールが楽になった。

[Cf. 多飲水への効果について]

非定型抗精神病薬で病状が改善したとしても、いつでも水が飲めて飲みすぎると行動制限するという環境でいくらよい薬を使っても改善は難しい。全体からすれば効果がないということになってしまう。水を飲まなくても過ごせる環境を提供して、薬があればすごく効果もある。薬だけでなく環境が大事。

- ・ **[最初は症状の悪化かと思ったが効果だったという部分は]意思表示をしたり、現実的な質問をしたり、服薬教育に積極的になったこと**：
どうしたいかとか、「もう自分は退院したい」とか、「いつまでいなきゃいけないんだ」とか、そういう現実的な話[が患者自身から出るようになった]。「いつまで入院してるんですか?」と言っても、いまだに「はあ」とか「よくわかりません」とか言う方もたくさんいるが、「じゃあちょっと先生に聞いてみましょうか」と言うと、「そうですね」というふうに[変わった]。前はそんなのどっちでもいいというような、本当に受身的な印象があったが、いろんな意味で自分からという、薬の服薬教育にもすごく積極的になってきて、その面でも本人自身から医師に[聞く]とか、そういう訓練もしている。

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。

(1) 気になる副作用とそのケア

- ・ アカシジア [対応] (激しいときは) 注射
- ・ 尿閉：増えた。突然「朝から出てないです」と言われる患者さんがいてびっくりする。
[対応] 導尿、抗コリン薬
- ・ 体重増加・肥満：特に外来で多い。入院中はコントロールされている患者さんでも、退院したあとの過食は結構ある。
[対応] 体重のモニタリング、散歩や運動
- ・ 性機能障害：訴えてくることが少ない。「エビリファイになったら生理が来た」と患者さんから聞いて、そういうことがやっぱり今までは悩みだったのかなと初めてわかった。
- ・ 錐体外路症状：唾液が増える、ものが飲み込みにくくなる。
- ・ のどの渇き [対応] 本人に聞く、行動を観察、体重増減をチェック
- ・ 便秘 [対応] 排便の観察、下痢・緩下剤の活用
- ・ 高プロラクチン血症
- ・ 起立性低血圧
- ・ 飲み込みづらさ [対応] 主食をおかゆに、誤嚥注意のため食事に付き添う

(2) 副作用全般について

- ・ [従来薬と非定型薬を比べると]昔の激しい副作用（体が曲がってしまう、熱が出るなど）は減ってきているが、やはりあることはある。[ただ]程度が軽くなってきてはいると思う。押さえつけられるような感じやアカシジアなどは多少はあるが、前の薬からすれば楽になったときと比べると感じると思う。
- ・ 患者さんにとっては、薬が新しくなって副作用が少なくなったといってもやっぱり出る。だから「この薬は副作用が少ない」とかはあんまり言わない。特に初回の患者さんが多いので、この薬はいい薬だとかこの薬は副作用が少ないということはあまり言えない。最初から非定型を使う患者さんには、初めてだから関係ないので「この薬は以前の薬よりも副作用はなくて」なんて話は言わない。

(3) 副作用へのケア

- ・ 症状出現時の迅速な対処：どのような副作用の体験もその後の服薬行動に影響を及ぼすことが考えられるため。副作用には注意して、出たらすぐ対処という感じ。初回の方がいっぱいいらっしゃるので、そういう経験を1回でもすると薬に対するイメージが悪くなるので、少しでも出たら即対処というのはいつも思っている。
- ・ 主治医への報告による内服薬の調整：医師に報告して検査、指示が出ている場合は薬をもらう。でなければ医師に確認して対処していく。
- ・ 患者の不安への援助：何か脚がムズムズするとか、首がすごく曲がってしまって、やっぱり初めてだったし、その患者さんはあとですごく不安を抱かれたので、そういうときは医師に連絡したり、もう待たせないで対処しないと怖いかなというのは[ある]。もう今その患者さんは『またああなってしまうんじゃないか』という不安をすごく抱いていて、そういうところで早く動くのが一番だと思う。

■ 副作用に関する問題

- ・ 副作用としての過食か精神症状としての食欲亢進かの見極め：あまり体重ががががが増えていつまでたってもそれが止まらないようなときには、血糖や体重でモニタリングしていくしかないと思うが、そのへんがよくわからない。
- ・ アカシジアと徘徊の見極め（じっとしてられない・ムズムズするというのと、単に歩くと落ち着くという見極め）：
落ち着かなくて歩いている患者さんがいて、それが副作用なのか徘徊なのかを本人に確認したり、すごく洗面所に行く方にはのどが渇くのかと[聞く]。
アカシジアはある一時出る、ずっとではない。日々のその人の行動パターンで、いつもこの人は歩いているなという時間に歩いているのと、いつもと違って歩いている[場合や]「じっとしてられないです」とか「このへんがムズムズするんです」という訴えをするのと、ちょっと違うかなと思う。最初の患者さんはちょっとわからない。ただ「じっとしてられない」というとアカシジアを疑うが、徘徊も似たようなもの。ただしパターンがあって、その人の徘徊する時間帯とか場所とか見えてくると、『この人は今歩きたいから歩いているな』とわかる。見極めは難しい。ムズムズというのとはちょっと違うかなというのがある。
- ・ 多飲水への具体的な対応：
患者さん自身から「のどが渇くんです」という話を結構される。もちろんコップを持って洗面所に行ってすごく水を飲んでる姿とかを見ると、「ちょっと体重を測ったほうがいいんじゃない」みたいな話になって体重増減をみたりしてはいる。
[服の襟や胸元あたりが]ビショビショになっていたりする患者さん[がいたが]今はあまりいなくて、ちょっと洗面所で水を飲んでいる[という]姿が多い。もしかしたら水飲みではないかというぐらいで、あまり激しい方（洗面所にいてずっと水を飲んでいるなど）は

いなくなったが、過去に多飲症があった人というのは要チェックで、体重を測る。

・多飲水に関する注意点：

顔色が悪いので、どこか体の中で出血しているんじゃないかと思ったのが、単に多飲水[だったというケースがあった]。そういう見極めが[難しい]。ちょっと顔色が悪くなった人は要注意だなというのがよくわかった。

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。

(1) 薬全般

- ・薬の副作用：睡眠状況、患者の訴え（幻覚・妄想・会話のまとまりなど）、興奮・衝動性の有無・程度
- ・副作用：血液データ、バイタルサイン、体重の変動、便秘の有無、眠気、ろれつ、流涎
- ・患者の訴え、飲み心地：薬に対する患者のイメージ、内服しての感じ（よくなった点、いやな点）

(2) 薬ごとの観察ポイント

例 1. オランザピン：**定期的に血糖をチェック、体重増減**など（ほとんど今オランザピンが多い）。過食によって体重が増えたりする。

- ・体重はまず入院時に測って[計画を立て]、あとは2週間に1回とか個々の患者さんによって測っているが、オランザピンを飲んでいる患者さん、しかも初めてという方には要注意。
- ・[体重を測るペースは]不定期だが、受け持ちによって「1週間に1回ずつ測っていいこうね」など。体重計はすぐそこにあるので、自分で測るよう患者さん自身に言っている。「体重が増えちゃうかもしれないよ」とか、「**体重が増えやすい薬なので、ちょっと体重気をつけてみてくださいね**」と言う場合もある。

例 2. リスパダール：生理が止まったりということを聞いたりするが、実際にそれをこっちはあまり言っていないので、そのへんの観察というのはあまりよくわからない。

■ 新人ナースに、どういうところに注意するよう指導するか。

- ・**最初入院してきたときの自殺企図。過去に企図のある患者さん**というのはもうずっと要注意。それ以外にも若い方で先のことをすごくあせっていたり、**不安を感じていたり**、そういう患者さんには、現実が見えてくるので、やはり注意が必要。
- ・[目覚め現象に関連しそうな自殺企図に要注意だと]よく言われるのは**若い方**。若い方は回復も早いので。あと**妄想、自責的**とか**被害的**とか**をずっと持ってる方**は要注意。病状が悪くて行動を起こす場合もあるが、病状がある程度回復してきて、あのときの辛い思いはもうしたくないといってそういうふうに行動を起こすという場合もある。
- ・入院している患者さんの退院に向けての集まりで「**ちょっとこの人は要注意だよ**」という話が出ることもあり、やはり若い男性や被害妄想などがすごくある人は要注意で見ている。

■ 観察・把握するには

なるべく声かけする。受け持ちが中心になって、個室で1対1でじっくり向き合って話を**する。患者さんのプライバシーや自尊心を守ることで主張がはっきりしてきた。**：

- ・やっぱり深い話というのは誰にでもできるものではないので、受け持ちが中心になって、じっくり向き合って話ができるようにしなきゃと思う。横でワイワイ言われながらではなく、1対1でということが必要。患者さん自身もそうするとすごく自尊心など守られる

部分があって、話し合いがスムーズにいくと思う。

- ・（4人部屋が少なくなって）個室でじっくり話をしたりということができるので、患者さん自身も、言われるがままでなく、個人個人の主張というのがはっきりしてきた。

■ 患者さんとの関係づくり

具合が良くなったから離れるのではなく、そのときに踏み込んで患者さんが考えていること（焦りや不安など）を話せる関係・それを受け止められる関係をつくることが大切。:

- ・患者さん自身が自分の病気をどういうふうにとらえているか[に気をつける]。危険因子があったり、統合失調症の回復期は抑うつになるといふとき[は気をつけているが]、具合がよくなってきてだんだん離れていく。
- ・[それが]ちょっと気になるというか、具合が良くなった時点でのその人の現実論が見えてきたときの察知の仕方というのも難しいけれど、具合が良くなって離れていってしまうのではなくて、そのときに踏み込んで焦りや不安について話ができたりとか、例えばそういう気持ちがあったらそういうことを言えるとか、そういう関係はすごく大切かなと感じる。
- ・急性期だと余計に興奮している患者さんに目がいってしまっていて、なかなかそういう[具合の良くなった]患者さんに[まで行き届かない]。だから表面的な関わりになり、本当は何を考えているかがうまく把握できない。[看護師のほうから]それまでに、そここのところを話せる関係、受け止められる関係になっていることが大切なのかなと思った。

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。

- ・基本的に単剤なので、併用しているということは非定型抗精神病薬単剤だけでは十分な効果が得られない症状があるということ。不眠・不安・衝動性など、併用する薬によって何が標的となるか、その部分の症状の改善についてもアセスメントしていく。
- ・多剤の場合は非定型薬と定型薬。非定型薬同士の併用というのはめったにない。
- ・初回の方は単剤で、ちょっと副作用が出るとアキネトン、眠れないとLPなど[を併用する]。『この人これ飲んでるのか』と、これが増えたり減ったり、それで病状がわかる。看護師にとっても、医師が何の治療をしたいかというのがすごくわかりやすくなった。『先生、苦労してるなあ』とか。昔は全然そうでなく、たくさんあるときは何が何だかよくわからなかった。見てもわからないので、それでそのままになっていたということがあって、明らかに[処方]の意図がわかるので、ちょっと興味も出る。
- ・非定型抗精神病薬になってもやっぱり医師によって処方の癖がある。

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。

- ・非定型抗精神病薬の種類により作用・副作用に特徴があるということ[を詳しく知らない]。「どうしてこの薬に変えたんですか」と医師に聞けば、例えば「体重が増えすぎちゃってね」とか、「ちょっと男性なのに女性化してきてね」と言ってくれるが、その前に視点として持っていればもっとはやく察知できると思う。
- ・薬に対してあまりそういう困ったというふうには感じない、例えば『自分の受け持ちの患者さんで副作用が強く[困った]』という考え方はあまりない。『この薬があんまり効かなくて困った、先生にちょっと変えてもらわなきゃ』とか、『この薬効きすぎちゃって本人がすごく辛く飲み込みづらいという話題が出る、辛いと言っていて、それを変えてもらわなきゃ』（その薬自体を何とかしたい）ということで医師に伝えることはよくある。
- ・もっとその薬自体について特徴とかそういうことみんなが知っていれば、もっとはやくいろんなことに気がつけるかなと思う。（例えば性機能障害が出るのはリスパダールのほ

うがオランザピンよりも多いなど) 自分たちで調べたり努力しないと、一般の仕事をこなしているだけではあまり情報として出てこない。

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。

- ・「精神分裂病の薬物療法 100 の Q&A」「オランザピン 100 の報告」「今日の治療薬」
- ・医師が出した本などを必要に応じて見る。
- ・インターネットにもたくさん情報が載っている。

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。

- ・使用する薬剤の種類によって生じる副作用の違い
- ・切り替える場合の注意点
- ・初回エピソードの患者に 5 種類の薬のどれを使うかは、何を切り口として使うのか。他の薬へのスイッチの見極めは何か。

■ 切り替え時にどのような情報があったら助かったか、これから非定型薬を導入する病院がどのようなことに困ると思うか。

- ・**スイッチが始まったときの症状と、終わって効果が出たときの目覚め現象**が一番。
- ・(副作用がなくて楽になるという理由でスイッチすると思うが) まだ副作用はあり、長い目で見るとずっと飲み続けていかなければいけない薬。「将来的にそういう大きな影響は今の薬のほうがない」というような説明は納得できるが、その時々副作用はやっぱりその都度あるので、全くなくなるすごい魔法の薬ではないという、多少薬にはなるけれどあるのだということ[を踏まえた対応]がやっぱり必要。

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。

(1) 患者からの質問

- ・薬の作用について
- ・「眠気が強くてね」「のどが乾いてね」「のどが渴くのは副作用ですか」「これは一生飲まなきゃいけないんですか」「いつまで飲むんですか」「退院したら飲まなくていいですか」「体への影響はないのか」、というような話はよく相談というか素朴な疑問として、定型薬と非定型薬とに関係なく聞かれる。

(2) 患者への説明

- ・副作用や作用については、まず医師から説明がある。看護師が先に説明をすることで医師とのズレ・看護師の間のズレがあると不信に結びつくので、まず医師に聞いて、それについて補足はしたり、疑問などがあったら返してもらうようにしている。
- ・**薬について質問されたときに、勉強会を勧めるなど服薬教育につなげる：**
例えば「これは何の薬ですか」と聞かれたときには、「気分を落ち着かせる薬です」ということを説明して、「詳しいことは先生にまだ聞いてないですか」と聞く。(患者さんは薬の名前も、なぜ飲んでるかも知らないことが多い)「一応先生と話をしてみましょう」というところから入って、「薬についての勉強会があるんですけどいかがですか」という話にもっていく。**薬について興味を示したときをつかまえて、「今こういう勉強会をするんですけど、いかがですか」と。**最初は、言われるがまま飲んでるし何の薬かも知らないという方のほうが多い。
- ・「眠気が強い」という場合：医師に病状や「眠気が強いって言ってますけど」ということを報告し、医師との面接を設定する。そこで薬を変えたり(普通医師は薬を見て変えた

ばかりということもあるので一概に変わるということはないかもしれないが)、医師に直接その話をしてもらおうということをまず[おこなう]。

- ・「のどが乾く」という場合：たくさん飲みすぎることの危険性を説明して、あまり自分で飲みすぎるといときは、「ペットボトルなどを1日の目安にしてこのくらい」とか、「うがいとかで対処するように」ということを伝えます。
- ・「一生のみ続けるんですか」という場合：その患者さんが病気について告知されているかどうかという問題がある。まずは「退院したあとも先生の判断なしには勝手にやめることは危険です」ということを伝える。

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。

- ・薬の種類・副作用
- ・飲み忘れないための工夫
- ・医師との情報交換の方法

■ 副作用について

新しく薬を始める患者さんには、事前に副作用について「こういう症状があったら教えてください」と伝えすぎるとそうでなくても副作用ではないかと神経集中してしまうので、**ただ飲んだ感じを聞く。副作用については、観察してから詳しく聞く。**：

- ・[伝えた副作用に]あんまり神経集中しちゃうのは[よくないので]、ただ飲んだ感じを聞く。
「飲んでいかがですか」、「飲み心地はいかがですか」とは聞くが、最初から「こういう副作用があるから注意してください」と言うと、そうじゃなくてもそうじゃないかと[思ってしまうがち]。
- ・「飲んだ感じはいかがですか」ということから始めて、例えばのどの渇きや便秘などはあたりさわりなく聞けるが、「脚がムズムズするんですよ」なんていうことはあんまり言えない。やっぱり観察してから[聞く]。
例：ちょっと飲み込みづらい、よだれが出るなどが見て取れたときに、「ごはんが食べづらいですか」という話をする。

その他のトピックス

■ 水薬による、鎮静や拒薬への対応

- ・入院直後の鎮静：以前は注射が主だったが、リスパダールの水薬による鎮静へと流れが変わり、効果が高く速やかに鎮静が得られる。激しく興奮していて何人もの看護師で徒手抑制して注射するということが少なくなって、あまり患者さんとの関係も悪く[ならない]。ここで患者さんを抑制[や拘束、点滴も]していない。
- ・「どうぞ」「飲んでください」と言って、[水薬を]コップに入れる。それを持って、「これ飲んでほしいんですけど」と言う。「注射します」というのと、「こちら[水薬]で飲んでほしい」というのと、やっぱり患者さんの受け入れも違うみたいで、**注射は嫌でもそっち[水薬]は受け入れてくれることが多いという印象**がある。結構説得してそれでもだめで、何人もで興奮している患者さんを押さえてというのがあったが、それを飲んで頂くことですごく鎮静効果が上がったたり、感覚としてこれのおかげかなと思う。
- ・[味は]苦いという。中には水に入れるのを嫌がるのでそのまま飲む人もいるが、少量の水に入れてそれを飲んでもらってまた水を飲むというにはしているの、**拒薬の方にはすごく楽**。今まで[のように]口の中を開けて[確認し]なくても確実に服薬して頂ける。
- ・[拒薬は]例えば飲み方がちょっとあやしい、飲んだあとすぐ洗面所に行った、部屋のごみバケツに入れた、ゴクンとしないなどの素振りがあった場合に観察して『何かちょっと』となったときには医師に言って、他の薬に変えてもらう。明らかに本人が「飲みません」といった場合には、水薬を始めて[みる]。
- ・[水薬と錠剤とで副作用や症状の出方の違いは]あまり変わったという印象はない。飲んだ

感じの違いというのはよくわからない。[ただ、]錠剤だと飲んでいて飲んでいないかわからない[のが、]水薬だと確実に飲んで頂けるので、拒薬していた患者さんも確実に飲むことで状態が良くなっていくというのはある。

■ 病名告知について

- [告知は]100%する。初発の患者さんもいらっしゃるの最初からするというのではなく、途中でしていく。
- 告知はすごく微妙で、検査や治療方針などが書いてある入院療養計画書に安易に病名が書いてあって、とりあえず告知されているかされていないかを確認してから家族に渡すか本人に渡すかと。本当は本人に渡すのが筋かとは思うけれど、告知されていないのに統合失調症という文書を安易に出せないの、そういう方には家族にお渡しするようにしている。
- [病名を]急性症状などと曖昧に書いてある場合は本人にお渡しできるが、かなりの方が統合失調症と書いてあるので、医師に説明をされているかどうか確認してから渡すようにしないと怖い。
- 最初告知されていても、あとからそれに気がつく方がいるのでそれも怖い。また、別の医院で告知されてきているはずなのに、突然「私は統合症なんですか」「私はこれで人生終わり」とかあとで言われてしまった。それは病状が改善されて、それを受け止め始めて、初めて自分の病気についてショックを受けたという患者さんがいたので、そのへんが怖いと思う。

■ 自殺企図を防ぐことの難しさ

- [目覚め時の自殺企図については]実際にはっきり目覚めたというのをあまり見たことはない。具合の悪いときにやったことをあとで思い返して、自分の罪の重さとか、そういうのを感じてしまったり、それに耐えられなくなってしまう。かえって病気で具合が悪かった方が見えなかった部分というのはすごくある。具合が悪くて入院された方で、病状がよくなって企図という方もいた。
- [自殺企図を防ぐのは]難しい。結局受け持ちが把握していないみたいになってしまって、難しい。そこをどうやって本人がそういう思いでいるというのが把握できるか。

■ 健康管理・健康教育について

- 外来では体重の増えた患者さんを対象に取り組みがされている。肥満の患者さんを集めて話をしたり、体重計もそこにあって測ってみたり[している]。増える人はすごく増える。入院中もだが、退院したあとが[増える]。
- 病棟自体では特に[していない]。前は一律間食を管理していたが、1年ぐらい前にやめた[それで今のところ特に問題はない]。今は個々の患者さんにおまかせしているので、具体的な指導というのは特にない。体重が明らかに増えている患者さんに限りやっている。過食が激しい方やあまりご飯を食べずにおやつばかりという方に対しては、間食を制限して頂くようにお預かりして看護師で管理するなど、その都度個々で関わりをする。
- かえってそのほうが看護師側も楽。それまでは健康管理ということで間食の制限があった（おやつを一律預かって3時だけとしていた）が、どう考えても管理的でおかしい。それは看護師の担うものではない、**管理的なことは患者さんに十分できる**。
- 急性期病棟では**ストレスマネジメント**のほうに力を入れており、開放病棟では**体重や煙草についての健康教室**などを積極的にやっている。
- [ストレスマネジメントでは]「ストレスとは」というところから始まって、そのストレスへの対処はどういうふうにするかや、毎晩癒しの音楽を聴く。呼吸法とか内観法じゃないけれど日替わりで寝る前にやる。[参加は]希望者だけで、別にそれは睡眠の効果を図るわけではなくて、そういうところからストレスに対処する能力を身に付けてもらうと

という意味で行っている。

- ・あとは普段2週間に1回、ストレスマネジメントとして、「ストレスとは」とかストレスにたいしてどういうふうに対応していったらいいかといった教室を開いている。アロマを焚いて、癒しの音楽をかけつつ、ハーブティーを飲みつつ、その中でリラックスするというをしている。
- ・[運動は]閉鎖的な環境なのでなかなか散歩なども1人ではできない。付き添って1日1, 2回というふうに決めて歩いたりしている。[入院中で]劇的に体重が増える患者さんはあまりいない。

※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4 (i) 統合失調症・抗精神病薬に関する既存のガイドラインと専門書

No.	書名	筆者	出版社	出版年	定価
1	EBM を用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド	中山健夫	金原出版	2004	2,800
2	EBM 精神疾患の治療	上島国利, 三村将, 中込和幸, 平島奈津子編集	中外医学社	2006	8,800
3	統合失調症の薬物治療アルゴリズム	精神科薬物療法研究会編集, 林田雅希, 佐藤光源, 樋口輝彦責任編集	医学書院	2006	3,675
4	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	石郷岡純総編集, 池淵恵美, 吉尾隆, 吉浜文洋編集	中山書店	2006	4,800
5	米国精神医学会治療ガイドライン コンペディアム	米国精神医学会, 佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平監訳	医学書院	2006	15,750
6	米国精神医学会治療ガイドライン クイックリファレンス	米国精神医学会, 佐藤光源監訳	医学書院	2006	3,990
7	クリニカルエビデンスISSUE9 日本語版	日本クリニカル・エビデンス編集委員会 監修	日経 BP 社	2004	9,800
8	精神科治療薬の処方ガイドライン—モーズレイ 2001 年版	David Taylor, Denise - Duncan McConnell, Harry McConnell, Robert Kerwin, 鈴木 映二, 八木 剛平訳	星和書店	2002	2,940
9	向精神薬治療ガイドライン 原著 4 版改訂増補版	オーストラリア治療ガイドライン委員会, 医薬品・治療研究会, 医薬ビジランス研究所, 名古屋市立大学医学部精神医学教室	医薬ビジランスセンター	2004	3,780
10	統合失調症の薬物療法—各種ガイドライン・アルゴリズムから学ぶ	稲田 俊也, 岩本 邦弘, 稲垣 中	アルタ出版	2006	2,940
11	統合失調症治療ガイドライン	佐藤 光源 編集, 井上 新平 編集, 精神医学講座担当者会議	医学書院	2003	4,935
12	精神科臨床医による統合失調症の薬物療法コンセンサス	伊豫 雅臣, 稲田 俊也, 渡邊博幸 編集, 千葉統合失調症治療研究会	じほう	2006	2,520
13	カプラン精神科薬物ハンドブック—エビデンスに基づく向精神薬療法	Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, 神庭 重信 訳, 八木 剛平 訳, 山田 和男 訳	メディカルサイエンスインターナショナル	2003	6,510
14	カプラン臨床精神医学ハンドブック—DSM-IV-TR 診断基準による診療の手引	Benjamin J. Sadock, Virginia Alcott Sadock, 融 道男 訳, 岩脇 淳 訳	メディカルサイエンスインターナショナル	2003	7,140
15	カプラン臨床精神医学テキスト DSM-IV-TR 診断基準の臨床への展開	Benjamin James Sadock 原著, Virginia Alcott Sadock 原著, 井上 令一 訳, 四宮 滋子 訳	メディカルサイエンスインターナショナル	2004	19,950
16	DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル	American Psychiatric Association, 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸 訳	医学書院	2002	19,950

17	DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引	American Psychiatric Association, 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸 訳	医学書院	2003	3,990
18	ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン	融 道男、小見山 実、大久保善朗、中根 允文	医学書院	2005	2,005
19	こころの病に効く薬	渡邊 雅幸	星和書店	2004	2,300
20	ひと目でわかる向精神薬の薬効比較 エビデンス・グラフィックバージョン 副作用と有害事象のエビデンス Part1 抗精神病薬・抗うつ薬	稲田 俊也, 笹田和見	じほう	2004	2,800
21	こころの治療薬ハンドブック 第4版	青葉 安里 編集, 諸川 由美代 編集	星和書店	2006	2,730
22	精神科治療薬処方ガイド	Stephen M. Stahl 原著, 仙波純一 訳	メディカルサイエンスインターナショナル	2006	8,400
23	抗精神病薬の「身体副作用」がわかる The Third Disease	長嶺敬彦	医学書院	2006	2,520
24	精神病性障害薬物治療の最適化	John M. Kane, Daniel Carpenter, Stefan Leucht, John P. Docherty 著, 大野裕 訳	アルタ出版	2004	3,675
25	そこが知りたい精神科薬物療法 Q&A	染矢 俊幸 編集, 渡部 雄一郎 編集, 下田 和孝 編集	星和書店	2005	5040
26	エビデンス精神医療	古川 壽亮	医学書院	2003	6,195
27	精神科診察診断学—エビデンスからナラティブへ	古川 壽亮 編集, 神庭 重信 編集	医学書院	2003	7,140
28	エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ 精神科救急治療	大野裕 訳	アルタ出版	2002	2,625
29	地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン	ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会 編集, 伊藤 順一郎	じほう	2004	1,890
30	続:精神障害者のためのヘルスケアシステム—学際的なチームケアモデルと実践のガイドライン	真野 元四郎, Betty Furuta, 高坂 要一郎, 谷岡 哲也	ふくろう出版	2003	3,360
31	新薬で変わる統合失調症治療—本人・家族・専門家のためのガイドブック第2版	Peter J. Weiden, Ronald J. Diamond, Patricia L. Scheifler, Ruth Ross, 藤井 康男 訳, 大野裕 訳	ライフサイエンス	2003	2,625
32	新しい診断と治療の ABC32 統合失調症	上島国利 編集	最新医学社	2005	5,250
33	統合失調症の治療—理解・援助・予防の新たな視点	原田 誠一	金剛出版	2006	2,940

34	統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ	Paul French, Anthony P. Morrison, 松本 和紀 訳, 宮腰 哲生 訳	星和書店	2006	2,730
35	患者と家族が主体のこころの医療 新しい統合失調症治療	渡部 和成	アルタ出版	2006	1,680
36	新世紀の精神科治療(第1巻)統合失調症の診療学	松下 正明, 加藤 敏, 新宮 一成, 丹羽 真一, 岡崎 祐士, 神庭 重信, 武田 雅俊, 山脇 成人 編集	中山書店	2002	26,250
37	統合失調症の前駆期治療(原著タイトル"Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase")	Alison Yung, Lisa Phillips, Patrick D McGorry, 宮岡 等 訳, 斎藤 正範 訳	中外医学社	2006	3,150
38	統合失調症を理解する—彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション	広沢 正孝	医学書院	2006	2,940
39	統合失調症—基礎から臨床への架け橋	Max Birchwood 原著, Chris Jackson 原著, 丹野 義彦 訳, 石垣 琢磨 訳	東京大学出版会	2006	3,360
40	再発予防のためのサイコエデュケーション—統合失調症を患う人とその家族へのサイコエデュケーション	Christopher S. Amenson 原著, 松島 義博 訳, 荒井 良直 訳	星和書店	2003	3,990
41	統合失調症あるいは精神分裂病 精神病学の虚実	計見 一雄	講談社	2004	1,890
42	アリエティ 統合失調症入門—病める人々への理解(第2版)	Silvano Arieti 原著, 近藤 喬一 訳	星和書店	2004	1,937

(ii) 統合失調症に関するコメディカルスタッフ・看護師向け書籍

No.	書名	筆者	出版社	出版年	定価
43	セカンドオピニオン—精神分裂病/ 統合失調症 Q&A	高橋 清久, 朝田 隆	医学書院	2002	1,890
44	統合失調症者とのつきあい方—臨 床能力向上のための精神保健援助 職マニュアル	野坂 達志	金剛出版	2004	2,940
45	ナースの精神医学 改訂 2 版	上島国利, 渡辺雅 幸 編集	中外医学社	2005	5,250
46	看護のための精神医学	中井 久夫, 山口 直彦	医学書院	2004	2,940
47	統合失調症急性期看護マニュアル	急性期精神科看護 研究会, 阿保 順子	すびか出版	2004	2,520
48	統合失調症・気分障害をもつ人の生 活と看護ケア	坂田 三允	中央法規出版	2004	3,150
49	精神看護エキスパート⑥ 救急・急 性期(1)統合失調症	坂田 三允 総編集	中山書店	2004	2,730
50	精神看護エキスパート⑧ 精神科訪 問看護	坂田 三允 総編集	中山書店	2005	2,730
51	精神看護エキスパート⑩ 精神科薬 物療法と看護	坂田 三允 総編集	中山書店	2006	2,835

(iii) 統合失調症に関する当事者・家族・一般向け書籍

No.	書名	筆者	出版社	出版年	定価
52	統合失調症—最新の薬物療法とその他の治療法、患者のための社会福祉制度ガイド	春日 武彦 編集	主婦の友社	2005	1,470
53	統合失調症/分裂病とつき合う—治療・リハビリ・対処の仕方(改訂新版)	伊藤 順一郎	保健同人社	2002	1,575
54	統合失調症 正しい理解と治療法	伊藤 順一郎 監修	講談社	2005	1,200
55	レッスンとうごうしっちょうしょう	三野 善央	メディカ出版	2003	1,680
56	統合失調症とわたしとクスリ—かしこい病者になるために	川村 実	ぶどう社	2005	1,365
57	ぼくは統合失調症—15年の闘病生活をふりかえる	川村 実	雲母書房	2006	1,785
58	精神保健・医療・福祉の正しい理解のために—統合失調症の当事者からのメッセージ	石山 勲	萌文社	2005	1,470
59	統合失調症はどんな病気かどう治すのか—わかりやすい統合失調症の話	遠山 照彦	萌文社	2005	1,680
60	こころの病を生きる—統合失調症患者と精神科医師の往復書簡	佐野 卓志, 三好 典彦	中央法規出版	2005	1,680
61	家族のための統合失調症入門	白石 弘巳	河出書房新社	2005	1,680
62	家族にもケア—統合失調症 はじめての入院	田上 美千佳 編集	精神看護出版	2004	1,890
63	統合失調症—治療を拒むときに読む本	福西 勇夫	法研	2005	1,575
64	統合失調症—患者・家族を支えた実例集	林 公一	保健同人社	2007	1,500
65	統合失調症	風祭 元, 山下 格	日本評論社	2005	1,470
66	NHK「生活ほっとモーニング」統合失調症を生きる—当事者・家族・医療の現場から	有村律子, 三橋良子, 丹羽真一, 山本深雪, 伊藤順一郎, 松浦幸子, NHK「無理解をなくそう統合失調症」制作班	日本放送協会出版会	2005	1,680
67	ウィー・アー・クレイジー!?!—「統合失調症患者」が語る胸のうち	佐々 英俊, 高松 紘子	寿郎社	2004	1,680