

研究報告

精神科救急病棟における 統合失調症者の服薬自己管理導入に対する看護師の認識

Nurse awareness of introducing medication self-management in the Psychiatric Emergency Ward for schizophrenic patients

田端一成¹⁾ 菅谷智一²⁾ 沼尻信子¹⁾ 森 千鶴²⁾
Kazunari Tabata Tomokazu Sugaya Nobuko Numajiri Chizuru Mori

キーワード：精神科救急病棟、統合失調症、服薬自己管理

Key words : Medication Self-Management, Psychiatric Emergency Ward, Schizophrenia

要旨

統合失調症の治療の中心は薬物療法であるが、精神科救急病棟では入院期間が短いことから服薬自己管理の訓練ができていないことがある。そこで、本研究では、統合失調症者の服薬自己管理導入に対する看護師の認識を明らかにすることを目的とし、精神科救急病棟に勤務する看護師 19 名を対象に、統合失調症者の服薬自己管理に対するフォーカスグループインタビューを行った。その結果、精神科救急病棟では【本来は服薬自己管理を進めるべき】であり【単身生活者には服薬自己管理が必要】と看護師は考えているが【服薬自己管理の開始は時期では決められない】と認識していた。服薬自己管理を行う上で【看護師に協力できる患者】で、【患者に任せられる状態】であり、そして【スムーズに服薬できる患者】に対して服薬自己管理を進めていた。しかし、看護師は【一人では判断に自信がない】ため、【判断基準が欲しい】との認識があった。

I. 緒言

統合失調症者が地域で生活しながら服薬を継続するには自分で自分の為に薬を飲むという主体性が必要になってくる(辻脇・南風原・吉浜, 2011)。厚生労働省(2015)の患者調査によると、統合失調症の入院患者は 16.6 万人であり、精神および行動の障害の 62%を占めている。統合失調症の急性期においては、ほとんどの患者に病識がなく(鈴木, 2015)、多くの患者が怠薬し症状が再燃している(辻脇ら, 2011)。統合失調症者は服薬を継続していないと 1 年以内に 60~70%の患者が再発し、2 年以内にほぼ 90%が再発し、薬物療法なしでは

再発の危険性が非常に高い(吉浜・南風原, 2010)。

このことは、統合失調症者は認知機能の低下や認知の歪みから病識が欠如しているため理解を得ることが難しく、インフォームドコンセントのない強制的な治療がなされていたことによると考えられた(辻脇ら, 2011)。

多くの場合、退院後の薬剤管理は患者本人が行うが、在宅において服薬自己管理ができていないとの報告もある(中村・田村・大澤, 2017)。退院後に服薬自己管理ができず病状再燃となることを防ぐためには、入院中に服薬自己管理を行うことで、様々な問題を確認することができ、退院後に

1) 茨城県立こころの医療センター Ibaraki Prefectural Medical Center of Psychiatry

2) 筑波大学医学医療系 University of Tsukuba Faculty of Medicine

起きる事態を患者・医療者双方で想定することができる。

服薬自己管理に対し入院という保護的な環境だからこそできるため、看護師による過剰な管理としないようにする必要がある（辻脇ら，2011）。退院と同時に患者本人の自己管理となることで患者が戸惑うことがないように、入院中から患者の服薬自己管理への移行に取り込む必要がある。服薬自己管理を入院中から行う事で退院後の再入院抑制効果が指摘されており、服薬自己管理の支援の効果は退院後2年以上持続する患者が多い（木藤・石田・杉・神村，2010）。しかし精神科救急病棟では病状が不安定であることや入院期間が短いことなどから、入院中に服薬自己管理をする機会がなく、動機づけが不十分なまま退院する場合があると推察された。医療チームにおいて看護師は最も患者の近くでかかわる職種であり、看護師の観察や判断などの服薬自己管理導入に対する認識が重要になる（福原・高山・伊藤・鈴木，2012；大橋・萱間，2013）と考えられた。

医療制度の変化、脱施設化の流れが進み精神科救急へのニーズが増し治療体制の構築が迫られている。1995年、国は精神科救急システム整備事業を立ち上げ2002年に精神科救急治療病棟の基準が設定された（吉田・村井・平澤，2009）。しかし精神科救急システムは受け入れ施設の確保が目的であり、治療体制の整備まで十分行き届いていない（阿保，2011）。また、服薬自己管理支援を行うための統一したシステムが整備されておらず服薬自己管理支援の妨げになっており、統一した服薬自己管理システム構築の必要性がある（山崎ら，2012）。

II. 研究目的

本研究の目的は、精神科救急病棟における統合失調症者の服薬自己管理導入に対する看護師の認識を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 対象者

本研究は、服薬自己管理の支援体制が構築段階にある一つの精神科救急病棟を研究対象施設とし、当該病棟に勤務する看護師19名を対象者とした。

2. 調査内容

精神科救急病棟における統合失調症者の服薬自己管理にフォーカスをあて、1回あたりのフォーカスグループインタビューの人数は3～5人とし5回行った。フォーカスグループインタビューの内容は研究参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。

3. 倫理的配慮

インタビュー実施前に対象者に対して研究趣旨、研究参加の任意性、プライバシーの配慮を行うこと、得たデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果は看護学会等で公表することについて口頭で説明し同意を得た。尚、本研究は茨城県立こころの医療センター倫理審査委員会での承認を得て実施した。

4. 分析方法

録音データを逐語録に起こし、得られたデータを質的帰納的に分析し、コードからサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析にあたって、結果の妥当性を保つために精神看護学に精通する大学教員のスーパーバイズを受けながら、内容分析の手法を用いて研究者2名で行った。

IV. 結果

1. 対象者背景

対象者は男性13名、女性6名であった。年齢は20歳代5名、30歳代8名、40歳代2名、50歳代4名であり、精神科看護経験年数は5年未満が6名、5年以上10年未満が4名、10年以上が9名であった。

表1 統合失調症者の服薬自己管理に対する看護師の認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数
本来は服薬自己管理を進めるべき	服薬自己管理は必要	21
	入院中にこそ服薬自己管理の練習が必要	6
単身生活者には服薬自己管理が必要	退院後の環境により服薬自己管理の必要性が決まる	2
	退院後単身生活患者には服薬自己管理が必要	3
	退院後単身生活でない人の服薬自己管理は優先度が低い	2
服薬自己管理開始は時期では決められない	急性期症状が消失した時期が望ましい	6
	病棟外に出る時期が妥当	4
	退院間近の時期が望ましい	2
1人では判断に自信がない	受け持ち看護師任せの現状	3
	服薬自己管理の責任はとりたくない	3
	他職種との協働が必要	4
判断基準が欲しい	判断基準がわからない	7
	救急病棟における服薬自己管理マニュアルが必要	2
	服薬自己管理のツールが必要	2
看護師に協力できる患者	知的能力が高い	8
	治療に対して前向き	2
	過量服薬がない	3
	従順な人	4
	コミュニケーションがとれる	8
	看護師と信頼関係が構築できる	3
患者に任せられる状態	判断能力がある	3
	約束を守る事ができる	2
	自分の物を管理することができる	3
	スタッフから見てできそうだと思う	8
スムーズに服薬できる患者	服薬を肯定的に捉えている	3
	服薬方法を理解している	3
	服薬薬に対する知識がある	4
	服薬行動がとれる	10

2. インタビューデータの分析

研究テーマにそって得られた131個のコードを分析した結果、29のサブカテゴリ-8つのカテゴリを生成し、表1に示した。なおコードは「」、抽出されたサブカテゴリは《 》、カテゴリは【 】で記載する。

精神科救急病棟に勤務する看護師のフォーカスグループインタビューより、【本来は服薬自己管理を進めるべき】、【単身生活者には服薬自己管理が必要】、【服薬自己管理の開始は時期では決められない】、【一人では判断に自信がない】、【判断基準が欲しい】、【看護師に協力できる患者】、【患者に

任せられる状態】、【スムーズに服薬できる患者】の8つのカテゴリが抽出された。

1) 【本来は服薬自己管理を進めるべき】

カテゴリ【本来は服薬自己管理を進めるべき】は《服薬自己管理は必要》、《入院中にこそ服薬自己管理の練習が必要》の2つのサブカテゴリから構成されていた。

コード「本人の服薬意思で勧める」、「精神症状があってもできる」、「服薬自己管理に力を入れた方が良い」、「看護師が患者のアセスメントを行い、服薬自己管理を勧めていく必要がある」から看護

師は服薬自己管理が必要と考えていることが示唆され《服薬自己管理は必要》とのサブカテゴリーが抽出された。また、「入院中はサポート体制がある」、「リスクがある人は入院中にしたほうが良い」、「失敗しても入院中だから対処できる」とのコードから看護師は入院中こそ服薬自己管理に挑戦する価値があると考えていることが示唆され《入院中にこそ服薬自己管理の練習が必要》というサブカテゴリーが抽出された。

2) 【単身生活者には服薬自己管理が必要】

カテゴリー【単身生活者には服薬自己管理が必要】は《退院後の環境により服薬自己管理の必要性が決まる》、《退院後単身生活の患者には服薬自己管理が必要》、《退院後単身生活でない人の服薬自己管理は優先度が低い》の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

「退院後の環境によって検討する必要がある」、「退院後の家庭環境は重要である」とのコードから退院後の環境によって服薬自己管理の検討が必要であることが示唆されていたことから《退院後の環境により服薬自己管理の必要性が決まる》とのサブカテゴリーが抽出された。「単身生活者は服薬自己管理の必要性が高い」、「施設・家族の管理以外は全員服薬自己管理を考えて良いと思う」とのコードから《退院後単身生活患者には服薬自己管理が必要》とのサブカテゴリーが抽出された。また、「施設の人や家族が服薬管理をする患者は勧めない」、「家族が服薬管理をする場合、優先順位は低くなる」とのコードからサブカテゴリー《退院後単身生活でない人の服薬自己管理は優先度が低い》が抽出された。

3) 【服薬自己管理開始は時期では決まらない】

カテゴリー【服薬自己管理開始は時期では決まらない】では、《急性期症状が消失した時期が望ましい》、《病棟外に出る時期が妥当》、《退院間近の時期が望ましい》の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

「急性期症状が落ち着いた時」、「急性期を脱した

時」、「行動制限が解除された患者」のコードは、症状が落ち着き急性期を脱した時期と考え《急性期症状が消失した時期が望ましい》というサブカテゴリーを抽出した。また、「外出ができるようになった状態」、「作業療法に行ける状態」、「試験外泊開始の前後は服薬自己管理開始の目安になる」とのコードは病棟外にできる事が増えてきた段階と捉え《病棟外に出る時期が妥当》とのサブカテゴリーを抽出した。また、「退院の目途がたった」、「退院日が近い」というコードから退院の時期を示していることから《退院間近の時期が望ましい》とのサブカテゴリーを抽出した。

4) 【1人では判断に自信がない】

カテゴリー【1人では判断に自信がない】は《受け持ち看護師任せの現状》、《服薬自己管理の責任はとりたくない》、《他職種との協働が必要》の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

コード「開始は受け持ち看護師の判断」、「受け持ち看護師が患者と話し合う必要がある」、「失敗時に勧めた人の責任になる」とのコードから服薬自己管理開始にあたり受け持ち看護師の判断に大きなウエイトが置かれていることが示唆され《受け持ち看護師任せの現状》というサブカテゴリーが抽出された。また、「失敗した場合周りのスタッフからのフォローが欲しい」、「カンファレンスが必要」、「先輩看護師に相談している」とのコードから服薬自己管理開始後の担当看護師への支援不足、服薬自己管理開始について話しあう場が不足しているとの考えが示唆され《服薬自己管理の責任はとりたくない》というサブカテゴリーが抽出された。「他職種を含めて話し合いたい」、「服薬自己管理を勧める役割をはっきりさせると良い」、「薬剤師も参加して服薬自己管理についてのプログラムがあると良い」とのコードから看護師は服薬自己管理開始にあたり看護師だけでなく他職種との協働を求めていることが示唆され《他職種との協働が必要》というサブカテゴリーが抽出された。

5) 【判断基準が欲しい】

カテゴリー【判断基準が欲しい】は《判断基準がわからない》、《救急病棟における服薬自己管理マニュアルが必要》、《服薬自己管理のツールが必要》の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

「判断基準が曖昧」、「判断基準があるとわかりやすい」、「判断の指標がない」、「患者の過去の経歴からの判断基準が必要」とのコードから看護師は服薬自己管理開始にあたり判断基準が明確でないことを指摘していることが示唆され《判断基準がわからない》というサブカテゴリーが抽出された。また、「治療プログラムを考えたほうが良い」、「練習をする期間が短い」とのコードから看護師は服薬自己管理を開始するにあたり開始の判断基準が必要と考えていることが示唆され《救急病棟における服薬自己管理マニュアルが必要》とのサブカテゴリーが抽出された。さらに、「服薬態度尺度などを使用する」、「服薬自己管理に関するパスがあると良い」とのコードから看護師は服薬自己管理開始にあたり開始判断をするためのツールを求めていることから《服薬自己管理のツールが必要》というサブカテゴリーが抽出された。

6) 【看護師に協力できる患者】

カテゴリー【看護師に協力できる患者】は《知的能力が高い》、《治療に対して前向き》、《過量服薬がない》、《従順な人》、《コミュニケーションがとれる》、《看護師と信頼関係が構築できる》の6つのサブカテゴリーから構成されていた。

コード「認知機能が低い人」、「人格水準が保たれている人」、「記憶障害がない人」から知的能力について述べられており服薬自己管理する為の能力に看護師が求めていることが示唆され《知的能力が高い》というサブカテゴリーを抽出した。コード「治療に協力的で服薬継続意思のある人」、「治療に対して意欲がある人」から看護師は服薬自己管理に患者の治療意欲を求めていることが示唆され《治療に対して前向き》というサブカテゴリーが抽出された。また、コード「衝動的に過量服薬をしない人」、「過量服薬の経験者に薬剤の量を

考慮する必要がある」から看護師は過量服薬の有無が服薬自己管理に関係するとの考えが示唆され《過量服薬がない》というサブカテゴリーが抽出された。コード「薬に否定的な言動がない人」、「自己管理出来そうな人」から看護師は医療者や治療に対して否定的な考えがない人を服薬自己管理できる人と考えていることが示唆され《従順な人》とのサブカテゴリーが抽出された。コード「スタッフの話が聞け、自分の思いを話せる人」、「疎通が判断基準となる」、「発言の内容で判断している」から看護師は服薬自己管理の可否についてコミュニケーション能力を求めていることが示唆され《コミュニケーションがとれる》というサブカテゴリーを抽出した。また、「スタッフと信頼関係が築けている患者」、「看護師に様々なことを相談できる患者」とのコードから看護師は服薬自己管理を検討する上で患者看護師間の信頼関係を重視していることが示唆され《看護師と信頼関係が構築できる》というサブカテゴリーが抽出された。

7) 【患者に任せられる状態】

カテゴリー【患者に任せられる状態】は《判断能力がある》、《約束を守ることができる》、《自分の物を管理することができる》、《スタッフから見てできそうだと思う》の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

コード「判断能力の有無」、「妥当な判断ができる患者」から看護師は服薬自己管理に対して患者に判断能力を求めていることが示唆され《判断能力がある》というサブカテゴリーが抽出された。また、「病棟の物を借りて返すことができる患者」、「病棟ルールを守ることができる人」というコードから看護師は服薬自己管理開始にあたり病棟ルールが守れるかという点が求めていると示唆され《約束を守ることができる》というサブカテゴリーが抽出された。「私物の管理や整理整頓ができる」、「薬を他の物と別に保管できる患者」とのコードから看護師は服薬自己管理開始にあたり整理する能力を求めていることが示唆され《自分の物を管理することができる》というサブカテゴリーが抽出

された。また、コード「精神症状が落ち着いている人」、「衝動性が落ち着いた人」から看護師は服薬自己管理を検討するうえで精神症状に着目していることが示唆され《スタッフから見てもできそうだと思う》とのサブカテゴリーが抽出された。

8) 【スムーズに服薬できる患者】

カテゴリー【スムーズに服薬できる患者】は《服薬を肯定的に捉えている》、《服薬方法を理解している》、《服薬薬に対する知識がある》、《服薬行動がとれる》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

コード「服薬の必要性を理解している人」、「服薬自己管理を行いたいと考えている患者」から服薬に対して肯定的考えを持っていると捉えサブカテゴリー《服薬を肯定的に捉えている》を抽出した。コード「服薬の方法を理解している人」、「服薬の必要性を理解し看護師の前で薬を飲む人」から服薬の必要性を理解した患者と捉えサブカテゴリー《服薬方法を理解している》を抽出した。また、「病識が少しでもある人」、「疾病教育における患者の理解の程度」というコードから疾患や服薬に必要性がある程度理解出来ている患者像を示唆されたことからサブカテゴリー《内服薬に対する知識がある》が抽出された。コード「内服薬を開けられるかどうか」、「薬袋を自分で開けられる人」、「視覚障害のない人」、「服薬時間に自らコップや水を準備できるかどうか」から服薬行動が自らとれる患者像が示唆されサブカテゴリー《服薬行動がとれる》が抽出された。

V. 考察

1. 精神科救急病棟における服薬自己管理の現状

多くの看護師は患者の服薬自己管理をすすめていきたいと思っている反面、判断基準がわからない、服薬自己管理の責任をとりたくない、受け持ち看護師任せの現状があると考えており服薬自己管理の導入に対して迷いが生じていることが認められた。看護師は、入院中に服薬自己管理導入を決めることはできず、1人での判断に自信がなく

手探りでやっているため、服薬自己管理を導入することが困難な状況にあると推察された。

山崎ら(2012)は統一した服薬自己管理支援を行うためのシステムが整備されていないために、服薬自己管理支援が妨げられていると指摘している。また、看護師の経験や考え方に関係なく、適切な時期に服薬自己管理を導入するためにも判断基準を明確にすることが必要である。本研究の結果、服薬自己管理マニュアルが必要とのサブカテゴリーが抽出されており、統一した服薬自己管理の支援体制構築の必要性が示唆された。木藤ら(2010)によると入院中の服薬自己管理支援の効果は退院後2年以上持続する患者が多く服薬自己中断による再入院の抑制効果が述べられている。しかし本研究の結果から服薬自己管理導入が進まない現状があるのは、看護師個々の裁量に任せられ、判断基準がわからず自己管理導入に自信を持ってないことが要因になっていると考えられた。加部・中村・岡田・辻畑(1998)は服薬自己管理を妨げているのは看護師個々の看護観が大きく影響していると述べており、看護師の価値観が影響していると考えられた。判断基準に対する個々の考え方を統合することで服薬自己管理の判断基準となるマニュアルを作成することも可能なのではないかと考えられた。

本研究では多くの看護師が服薬自己管理導入に対して前向きな考えを持っていた一方で服薬自己管理の導入に迷いが生じている現状があり、服薬自己管理マニュアルを必要としていた。本研究の対象者も入院期間が短いことを指摘していたが、福原ら(2012)も精神科救急病棟では急な転出や退院があることで服薬自己管理の訓練が中断してしまうことを述べており、さらに、服薬自己管理の開始時期には言及していないことから、精神科救急病棟ならではの難しさがあると考えられた。佐藤ら(2012)は、独自の服薬自己管理判断基準表を作成し服薬自己管理の必要性や服薬自己管理導入の取り組みに対する意識の向上を報告している。しかし服薬自己管理判断基準表の評価を忘れる人が多かったと述べていることから、服薬自己

管理を患者に開始する上で看護師の服薬自己管理に対する意識改革も求められていると考えられた。

2. 服薬自己管理訓練の判断基準の作成に向けて

本研究のインタビュー結果から服薬自己管理の判断の基準として【単身生活者には服薬自己管理が必要】、【看護師に協力できる患者】、【患者に任せられる状態】、【スムーズに服薬できる患者】の4つのカテゴリーが抽出された。これらのカテゴリー内のサブカテゴリー、コードの内容が服薬自己管理開始判断基準の材料として活用することができると考えられる。しかし、看護師から見た服薬自己管理に求める主観的な判断基準のみでなく、客観的に服薬自己管理開始の判断をするため、対象患者に対して Drug Attitude Inventory (宮田・藤井・稲垣・八木, 1996)等の客観的評価尺度を用い、患者の服薬に対する態度を把握する客観的データも必要であると考えられる。中野ら (2015) は、精神科病棟で服薬自己管理をしている患者としない患者において、認知機能や自己効力感には違いは認められないものの、服薬に対する態度には差異が認められたことを報告している。このように、客観的データから得た患者の服薬に対する態度を把握することで患者の理解を促し疑問を解決することができると考えられた。また、服薬に対してのマイナスの思いがあれば看護師が患者と一緒に考える介入のポイントを探る手段ともなりうる。疾患や薬剤に対する理解を促すために疾病教育や薬剤師による薬剤指導等の介入も可能になる。家族と同居しているが服薬自己中断を繰り返す患者の場合には家庭内での服薬の管理方法を把握し家族に対する服薬指導も必要となる。また、退院後に服薬自己管理ができず再発し生活が破綻するよりも服薬自己管理を入院中に行うことで退院後に服薬自己管理がスムーズになり、戸惑う場合は、患者、看護師が共同して対策を考えることも可能となる (辻脇ら, 2011)。服薬自己管理訓練を導入することで退院後の患者の再発を予防する為の介入ポイントが明確になる。

これらのことから服薬自己管理に対する看護師

の判断基準、価値観を統合し服薬自己管理導入に対するマニュアルの整備を行い、入院期間が短いとの問題に対しては患者に適切な段階で服薬自己管理導入の働きかけができるようなマニュアルを作成していく必要がある。服薬自己管理が進まぬ要因の一つに患者の薬に対する思いを引き出せていないことが指摘されており (小林・仁木・中畑, 2014)、服薬自己管理導入にあたっては機械的に自己管理の可否を決め、薬を飲んでもらうことに注力するだけでなく、服薬自己管理を始める患者の薬への思いを聞き、服薬の必要性を説く必要がある。統合失調症者の薬物療法に関わる際には薬を飲ませるという関わり方ではなく、自ら薬が飲めるように一緒に考えていく関わりが重要である (吉尾, 2014)。服薬をする上で全ての薬には副作用があり、誰でも何かしらの薬に対する抵抗感が生まれる可能性がある。服薬に対する説得ではなく患者と医療者が治療に共に向かっていける治療同盟を作れるような関わりが私たち看護師、そして医療者には求められる。その為には患者看護師間の関係性がオープンで患者が困り事を相談しやすい関係性が求められてくる (辻脇ら, 2011)。

服薬自己管理導入の為には服薬自己管理判断基準の看護師の主観的判断の統合データ、患者の服薬に対する思いの客観的データ、疾病教育や薬剤指導、そして患者と治療同盟を築いていけるオープンな関係を築ける医療者、そして患者の疑問や悩みを共に考える多職種の間が必要になる。私たち看護師は患者に一番身近な医療者として患者の思いに耳を傾け、服薬自己管理を効果的に行うため不安を持つ患者と他職種とを繋ぎ信頼関係を積極的にコーディネートしていく役割が求められると考える。

VI. まとめ

精神科救急病棟における統合失調症者の服薬自己管理導入に対する看護師の認識を明らかにするために、精神科救急病棟に勤務する看護師19名を対象にフォーカスグループインタビューを行った。その結果、【本来は服薬自己管理を進めるべき】、

【単身生活者には服薬自己管理が必要】、【服薬自己管理の開始は時期では決められない】、【一人では判断に自信がない】、【判断基準が欲しい】、【看護師に協力できる患者】、【患者に任せられる状態】、【スムーズに服薬できる患者】の8つのカテゴリーが抽出され、精神科救急病棟において服薬自己管理導入の判断基準の作成の必要性が示唆された。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究では精神科救急病棟の一施設の看護師を対象とした統合失調症者の服薬自己管理に対する調査であり、研究結果を一般化するには限界がある。今後は、施設数や対象者数を増やし、研究を進めていく必要がある。さらに、精神科救急病棟における服薬自己管理を進めていくにあたり、服薬自己管理導入の判断基準の作成につながる研究も必要である。

謝辞

本研究は日本精神保健看護学会第27回学術集会にてその一部を発表しました。本研究の実施にあたり、快くご協力いただきました対象者の皆さまに深く御礼申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

阿保順子. (2011). 回復のプロセスに沿った精神科救急・急性期ケア. 東京: 精神看護出版.

福原美千代, 高山俊行, 伊藤光子, 鈴木智史. (2012). 精神科急性期病棟における服薬自己管理の実践～患者主体の服薬自己管理マニュアルを使用しての検討～. 竹田総合病院医学雑誌, 38, 54-62.

加部啓子, 中村不二子, 岡田民伸, 辻畑博子. (1998). 精神科閉鎖病棟における服薬自己管理を妨げている管理的要因の検討. 山口大学医学部付属病院院内看護研究発表会集録, 平成10年度, 1-6.

木藤弘子, 石田保美, 杉宣江, 神村英利. (2010) 統合失調症における個別の認知機能に対応した服薬自己管理支援による再入院抑制果. 日本病院薬剤師会雑誌, 46(8), 1114-1117.

小林ひろ子, 仁木美枝子, 中畑貴博. (2014). 統合失調症長期入院患者が抱く服薬自己管理に対する思い. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1), 478-479.

厚生労働省. (2015). 平成26年(2014)患者調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja-01.pdf>

宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 八木剛平. (1996). 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ(その1)薬に対する構えの調査表(Drug Attitude Inventory 日本語版)による検討. 精神神経学雑誌, 12, 1045-1046.

中村郁美, 田村文子, 大澤真奈美. (2017). 統合失調症患者が地域生活において対処できない問題とその対処に向けた訪問看護師の支援. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 12, 45-56.

中野麻衣, 麻生浩司, 内海真希, 西本真紀, 元廣隆男, 荒谷菜摘美, 岡本諭, 井本博子. (2015). 統合失調症患者における服薬自己管理に関連する要因の検討—服薬自己管理を行っている者と行っていない者を比較して分かったこと—. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 11, 25-28.

大橋明子, 萱間真美. (2013). ケア対象者のリカバリーを支える服薬支援と看護師の役割. 臨床精神薬理, 16, 1589-1595.

佐藤美紗子, 川石文子, 村重仁美, 加藤千恵, 塩川雄也, 中野圭子, 板垣智恵子. (2012). 精神科における服薬自己管理判断基準表の活用とその効果. 山口大学医学部付属病院看護部看護研究集録, 23, 42-47.

鈴木道雄. (2015). 統合失調症. 野村総一郎, 樋口輝彦(監), 標準精神医学第6版(pp297-320). 東京: 医学書院.

辻脇邦彦, 南風原泰, 吉浜文洋. (2011). 看護者

- の為の精神科薬物用法Q&A. 東京：中央法規出版.
- 山崎慎也，成田堯，工藤慎士，高橋知克，加藤聖也，櫻井良子，沼舘友子. (2012). 統合失調症患者の服薬自己管理支援を妨げる看護師側の要因-ベテラン看護師からのインタビュー調査から-. 青森県看護学会誌, 41, 34-35.
- 吉田佳郎，村井俊哉，平澤久一. (2009). 臨床ナースのためのBasic&Standard精神科看護の知識と実際. 大阪. : メディカ出版.
- 吉浜文洋，南風原泰. (2010). 精神科ナースが行う服薬支援. 東京：中山書店.
- 吉尾隆. (2014). 服薬自己管理の支援-薬剤師からの視点-. 精神科治療学, 29(1), 45-51.

Abstract

Medication therapy is important in the treatment of schizophrenia. However, in psychiatric emergency wards, short hospitalization times make it almost impossible to properly coach medication self-management. This study aimed to clarify the awareness of nurses with regard to medication self-management for schizophrenic patients. Focus group interviews with 19 nurses in this field revealed the opinion that medication self-management should be a priority as it is necessary for independent living although when this training should start is not clear. For patients who are cooperative and can be trusted to follow prescription guidance, nurses could proceed to train with confidence. However, as these nurses were not confident in when to start such guidance, they want standardized guidelines on this kind of training.