

国際医療福祉大学教授／昭和专业名誉教授

上島 国利

MY  
OPINION

—明日の薬剤師へ—

構成／武田 宏  
文／及川 佐知枝  
撮影／木内 博

TURNUP 04

# 薬剤師がチーム医療の一員として機能すれば、アドヒアランスは向上する。

最近、都市部に限らず、「メンタルクリニック」、「心療内科」を施設名称に入れる医療機関が増えているのを、読者である薬剤師の皆さんも肌で感じているのではないだろうか。医師の間からは、駅前にメンタルクリニックを開業すると儲かるという話さえ聞こえ、巷では「うつ病で会社を休んでいる人がいて——」といった会話が耳に入ってくる。ひと昔前、精神疾患の患者はそれを隠そうと必死に生きていたが、今や同疾患は市民権を得たようだ。

精神疾患の治療法は薬物療法が主体となることが多い。精神科の開業が増える中、当然、精神疾患に関する処方薬も増えているはずだが、薬局薬剤師の知識は追いついてい

るのだろうか。今回は、そんな疑問を持って、日本うつ病学会を立ち上げた功労者、臨床精神薬理の権威として知られる国際医療福祉大学教授／昭和大学名誉教授の上島国利氏のもとを訪れた。同氏は、大学でメディカルスタッフの教育を担いつつ、週に2回は患者の診療にあたっている現役の臨床医で、メンタルクリニックの現状にも詳しい。まずは、処方される薬剤に関して問うた。

「精神科の名称ですと、まだ若干、患者さんにとって通院しづらいからと、開業医は『心療内科』や『メンタルクリニック』という看板を出す。その看板のもとに患者さんが殺到し、1日に60〜70名を診る医師もざらようです。

# 多剤併用に疑問を持たないどころか、積極的に多くの薬剤を処方。

初診時にさえ、じっくり患者さんの話を聞く時間をとれない医師が珍しくありません。たいていは不眠や軽いうつ症状の患者さんなので、お馴染みの薬を処方して終わり。確かにそれだけで、サーッと良くなる患者さんも少なくないので、いたしかたない面もあるのは確かです」

患者一人ひとりに合わせ、精神療法と薬物療法を並行して進めるのが、本来の精神科医療である。しかし、薬さえ出してもらえればいいと考える患者と、薬物療法だけで患者をさばいたほうが、利益率が高いと考える医師との両者の利害関係のマッチにより、精神療法が当たり前のようにかットされているようだ。



「ただ、薬物療法しかないのであれば、せめて意味のない多剤併用はしてはいけない。治験では、新薬とプラセボあるいは新薬と標準薬の比較対照しか行われません。薬剤を重ねたときの効果や副作用については、エビデンスがないと言っている。

にもかかわらず、精神科領域では多剤併用大量処方が行われてきましたし、今も行われています。多剤併用は、絶対に見直されなければなりません」

2014年の診療報酬改定において、抗不安薬と睡眠薬は3種類以上、抗うつ薬と抗精神病薬は4種類以上を同時に処方する「向精神薬多剤投与」に対して、厳しい算定が示された。以前から問題視していた上島氏にしてみれば、「ようやく」の感は否めないだろう。

「当然のことが当然と認められたにすぎません。精神疾患においては、まず、できる限り単剤を最小量から使い始め

る。効果が見られない、効き目が足りない場合には量を増やしてみる、あるいは他の薬に変えてみるなど工夫して、安易に薬剤を増やさない姿勢が医師には必要なのです」

多剤併用になんの疑問も持たない、それどころか、積極的に多くの薬剤を処方するクリニックの医師を相手に、理想論が通用しないのも上島氏は承知している。「大学病院の先生の言う『キレイゴト』と一蹴されたこともしばしばだった。

それでもなお、安易な多剤大量投与はすべきでないとの原則論を唱えつづけ、ここにかけてようやく、風向きが変わってきたのを感じ始めていると言う。精神疾患の患者に出される薬の種類は、5種類、6種類はざら。患者が支払う額も高額だが、医療保険財政の負担増大にも影響を与えている。厚生労働省としても、医療費の増加をそのままにしていくわけにはいかない。そこで、多剤併用に関する抑制策が実施されたわけだ。

また、精神疾患が増えたのを受け、精神科を専門に希望する医師も増え、高い倫理観を持った若い医師が生まれてきている。

「1剤か、せいぜい2剤しか使わない、きれいな処方をする若い精神科医たちが、ごく少数ですが出てきています。非定型とか第2世代、第3世代と称される抗精神病薬などをうまく使って、なおかつ薬だけに頼らない治療を模索しているようです」



安易に薬に頼る傾向は、前述したように医師だけに見られるものではない。患者の側の責任も大きい。「飲めば気

分が落ち着く薬」、「ぐっすり眠れる薬」を簡単に出してくれるのは「良い先生」。診療はいろいろなから、薬だけ出してくれればかまわないといった患者は、精神科クリニックに1日もいれば、かなりの数にのぼるとわかる。患者も変わらねばならないのは明らかだろう。

「以前、使われていた『ドラッグ・コンプライアンス』は、今は『ドラッグ・アドヒアランス』と言われます。服薬指示順守などと訳されますが、医師から患者さんへの一方的な指示や管理のニュアンスが強いコンプライアンスに代わって、患者さんのより主体的な治療参加、つまり薬剤や服薬の意義を理解したうえできちんと服薬することを意味する用語として、現在ではアドヒアランスが使われるようになりました」

多剤併用の問題も含め精神疾患治療における薬物療法の比重の大きさを考えると、「アドヒアランス」の言葉が用いられるようになったのは必然。患者自身が病気を知り、受け入れ、医療者たちとともに、双方が納得して選択された薬剤を服用する。これがアドヒアランスの基本だ。

「簡単ではありませんが、医師と患者さん、そして薬剤師も含めたメディカルスタッフがチームとして機能すれば、アドヒアランスは向上するはずなのです」



医師だけが患者を治すのではない。患者も参加し、医師や薬剤師、看護師、ケースワーカー、セラピスト等々のメディカルスタッフが、同じステージで病氣と闘う。上島氏は、そうしたチーム医療に対する思いを、それがもてはやされるずっと以前から持っていた。2006年に日本うつ

病学会を設立したのも、「メディカルスタッフの方々に、うつ病に対するより正確な知識を身につけてもらい、情報を共有する必要性を感じたからだ」と話す。

うつ病に限らず精神疾患の多くは、症状が治まった状態を「治癒」ではなく「寛解」と言う。場合によっては一生つき合っていないかなくてはならない病だからだ。ゆえに上島氏は、患者にとって医師よりも身近で、接する機会も多いメディカルスタッフたちに期待する。特に、薬の専門家である薬剤師の果たす役割は重大だと話す声に力がこもる。

「薬に依存する患者さんがいる一方で、神経に作用する薬に対し常に不安を抱え、どちらかと言えはいやいや飲む、あるいは飲みたがらない患者さんも多い。あるデータによると、処方された量の80%以下しか服用しない患者さんが38%もいるとか。アドヒアランスが不良、ノンアドヒアランスの状況です」

そこに、登場すべきが薬剤師。ノンアドヒアランスに気づくのも、改善のための話をする機会が多いのも、薬剤師なのだ。



上島氏はここでとても興味深い逸話を披露してくれた。「全般的に精神疾患の患者さんは、薬の副作用に対する関心が非常に高いものです。

こんな話を聞いたことがあります。あるとき、SSRI系の新しい抗うつ薬を10名の患者さんに処方することになり、よく勉強している真面目な薬剤師が丁寧に薬の説明をしたそうです。半分の5名には、とても良い薬で副作用もほとんど出まないと伝え、残りの5名には、良い薬だけれ

# 改善の助けをできるのも実は薬剤師。 ノンアドヒアランスに気づくのも、

# 生真面目に副作用のすべてを説明するのはダメ。 必要とされるのは柔軟性やバランス感覚。

ど1週間以内に吐き気など消化器系の副作用が出る場合もあると説明をした。すると、前者の5名には副作用はまったくなく、あとの5名には見事に吐き気の副作用が出たというのです」

治験においても似たような事例はあるようだ。新薬とプラセボの比較対照試験で、優しく親切な治験コーディネーター(CRC)が説明をすると薬効など皆無のはずのプラセボが効いてしまうため、治験が成立しなくなってしまうのだとか。

「薬の効果にも副作用にも、心理的な影響がいかに大きいかを示す好例です。だからこそ薬剤師の皆さんは重要な役割を担っていると自覚してほしい。病気について、薬剤についての豊富な知識・情報と、人間的な優しさを持って患者さんと向き合うのは当然ですが、それだけではいけないのです」

必要とされるのは柔軟性やバランス感覚。どの患者さんに対しても同様に、ひたすら生真面目に副作用の1から10までを伝えるのは、決して正解ではない。相手をきちんと見て、「よくある副作用はコレコレだけれど、もし副作用が出たらこの連絡先に知らせてくれれば大丈夫、心配いりませんよ」など、一人ひとりに即した伝わりやすい表現を工夫すべきではないか。

「まずは、患者さんの話をよく聞くことから——かもしれない。会話をしたい患者さんは多いですからね。それによって、患者さんへの説明の仕方のヒントがつかめるでしょう」

医師たちはたとえ気持ちがあっても、ゆっくり患者の話聞く余裕がない。診断と治療の選択にまず専念するからである。



「病院やクリニックを出て隣の薬局で薬剤師を相手に話し込んでいる患者さんたちを、私自身よく見かけます。もしかすると、病気とは直接関係のない嫁の悪口かなんかのおしゃべりかもしれない(笑)。だとしても、薬剤師の皆さんなら、そうした会話からいろいろな患者情報を汲み取ってくれていると期待しています」

家族構成や生活習慣、趣味や嗜好、悩みや関心事等々。さらに「お薬手帳」などの情報から既往歴や、精神科以外で処方されている薬剤について知る術を持っている。複数の薬剤の相互作用については、各科の専門医よりもむしろ薬剤師のほうがプロフェッショナルだ。患者の信頼を得るに足るアドバイスもできるに違いないのである。

## 病院にいらなくても、チーム医療に参加していると実感できる時代が目前。

# 上島氏の描く薬局薬剤師のイメージは、決して手の届かない理想像ではない。

アドヒアランスの向上に対して、薬剤師の寄与するパートは大きい。

「病院薬剤師の場合、一部の施設では医師と薬剤師などメデイカルスタッフのカンファレンスが行われているようです。それに比して薬局薬剤師はチーム医療の感覚を持ちにくいかもしれません。」

それでも今後、精神科領域でも、たとえば包括型地域生活支援（ACIT）のような地域医療の思想が広がっていくとしたら、薬局薬剤師もまさにチームの一員と実感できるのではないのでしょうか」



患者を中心とするチームの一員として、薬局薬剤師に求められるものは何か。

「まずは専門職、プロフェッショナルとして、知識や情報に対する貪欲さが必要でしょう。とにかく勉強してください。『薬についてなら、医師よりも自分に聞いてくれ』と言えるくらい豊富な知識と気概を持っていただきたい」

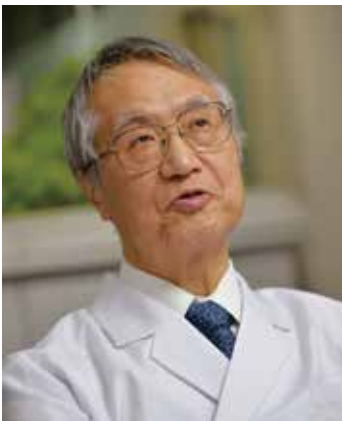
日々、更新されていく膨大な種類の薬剤の情報について最新の知見を得るための努力。勉強会などにも参加し、薬剤師同士あるいは医師や他のメデイカルスタッフたちと交流する積極性。そして一方で、豊かな教養を持った常識人であれということなのだろう。

「患者さんは、高齢者から若い人まで、職業や社会的な立場も千差万別です。どんな患者さんにも対応できる、つまりは、安心して話をしてほしいのだと認識してもらうために、できるだけだけの柔軟性と教養や時事情報を備えてほしいですね」

患者にとつて、もつとも身近で頼りにされる存在。上島氏の描く薬局薬剤師のイメージは、決して手の届かない理想像ではない。

「現に、私の知る限りの薬局には、そういう薬剤師の方々が大勢いますよ。どの患者さんに対しても丁寧な、とても厳密に薬剤の説明をして、患者さんの話にも熱心に耳を傾けている。一人ひとりの調剤にけっこうな時間がかかっています。たとえば、たとえ待たされても文句のつけようのない対応です」

たとえば、日本人が16名いれば1名はうつ病を経験しているとのデータもある。ストレス社会を背景に、うつ病以外でも精神疾患は広まりつつある。治療の選択肢としては薬物療法が非常に大きな比率を占めるのは、当然変わりやうにない。そうした社会で、うつ病と臨床精神薬理のエキスパートとして、多くの患者に希望の道を拓いてきた上島氏からの期待のバトンを受け取り、患者に伴走する薬剤師が増えることを切望する。



PROFILE

かみじま・くにとし

- 1965年 慶應義塾大学医学部卒業
- 1976年 杏林大学医学部講師（精神神経科）
- 1977年 杏林大学医学部助教授（精神神経科）
- 1989年 杏林大学医学部教授（精神神経科）
- 1990年 昭和大学医学部教授（精神科）
- 2006年 国際医療福祉大学教授