

地域で暮らす精神疾患の患者には、
薬局薬剤師が突出して貢献できる。
存在感をアピールする好機を逃すな！



東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室教授

吉尾 隆

ポリファーマシーの仮言

精神科医療の分野では、すでに
ポリファーマシーを改善する動きが

近年、多剤処方＝ポリファーマシーという言葉をよく耳にするようになった。日本は超高齢社会に突入し、患者の高齢化が進んでいる。高齢者では生活習慣病や老年症候群など複数の疾患が併存するケースが多く、処方薬の増加傾向が著しい。結果、副作用のリスクや誤服薬の増加、アドヒアランスの低下といった、ポリファーマシーの弊害が多く見受けられ始めたのが、大きな理由だと考えられる。

さて、このポリファーマシー、精神科医療の分野においては、すでに改善の動きが出ているのを読者の方々はご存じだろうか。2014年度診療報酬改定では、抗精神病薬をはじめとする向精神薬の多剤処方について大きな見直しが行われた。種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2は廃止。1回の処方につき、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬、4種類以上の抗精神病薬を処方すると、精神科継続外来支援・指導料が不算定となり、処方せん料や処方料なども軒並み減算とされたのである。

MY OPINION

—— 明日の薬剤師へ ——

構成／武田 宏 取材・文／及川 佐知枝 撮影／林 溪泉

こうした改善を具現化させるのに奔走してきたのが、現在、東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室の教授を務める吉尾隆氏だ。そもそも彼が精神科の薬剤の処方に疑問を持ったのは、薬学部のある学生のころだったと言う。

「精神科の病院で看護助手のアルバイトをしていたとき、統合失調症の患者さんの薬物治療に4、5種類の薬が当たり前のよう到处方されていました。海外に目を向けると、1種類か2種類の薬で十分に効果をあげている。日本だけが多いのには諸説あり、いずれが真実か定かではありませんが、とにかく確固たる理由なく、伝統的に多剤処方がまかり通っていたのです。どうして誰も問題提起しないのか、不思議でなりませんでした」

薬理にもとづかない処方正すため 独自に臨床研究を開始する

しかし、疑問を放置できないのが、吉尾氏。大学卒業後、いったんは一般病院に勤務するも、抱いた疑問が心に引っかかり精神科専科の病院の薬剤部に勤務する。

「そこでも、学生時代に働いた病院と同じような治療が行われていました。統合失調症患者に抗精神病薬をひとつ使って効かなかったら、もうひとつを併用し、それでもダメだったらもうひとつ……。どんどん増えて3、4種類の薬を同時に使うのが、普通だった。

でも、そうすると何が起きるか。副作用が出現しやすくなります。たとえば、ある薬にひとつの副作用があり、もうひとつの似たような薬にも副作用がある。2つの作用機序はほとんど同様なので、副作用も重なりますから、必然的に副作用が出やすくなるのは医療関係者でなくとも容易に想像できます。

さらに悪いことに副作用が出現し、それを抑えるための薬が用いられると、今度はその薬の副作用が出てきて、いわゆる、いたちごっこみたいな治療に陥ってしまいます」

精神科の薬剤の副作用で代表的なのが、錐体外路症状。体の運動機能の異変で、手が震えたり、筋肉がこわばったり、腕が勝手に動いたり……。このような不随意運動とも呼ばれる症状を止めるための薬を使うと多少の改善が見られるが、副作用として、口の渇き、便秘、あるいは排尿障害が起きるケースが多々あるそうだ。

「もっと困るのは、精神病の悪化です。眠れないとか、不安が強くなるとか。そうすると、別の精神科の薬が処方され、ポリファーマシーに拍車がかかります」

かつて吉尾氏は、学生時代にアルバイトをしていた先の精神科医に「なぜ、こんなにたくさん薬を使うのですか？」と詰め寄ったことがあった。返ってきたのは次のような答えだったという。

「私が使う薬は専用の薬籠（薬箱）に入っていて、使い慣れた薬を組み合わせて処方をする。患者さんの症状と薬の組み合わせは、鍵と鍵穴のようなもので、うまく鍵が開いて効果が現れるまで、いろいろ

PROFILE

よしお・たかし

1979年 東邦大学薬学部衛生薬学科卒業

立川第一相互病院

西八王子病院

1991年 西八王子病院薬局長

1994年 桜ヶ丘病院薬剤科長

桜ヶ丘病院薬剤部長

2008年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科非常勤研究員
東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室教授



な薬の組み合わせを試すんだ」

薬理にもとづかない処方正せるのは、薬剤師しかいない。そう痛感した吉尾氏は、業務外の時間を使い、薬が及ぼす患者への影響について小規模ではあるが、独自に臨床研究を開始した。

精神科臨床薬学研究会を創設 全国から1000名の薬剤師が結集

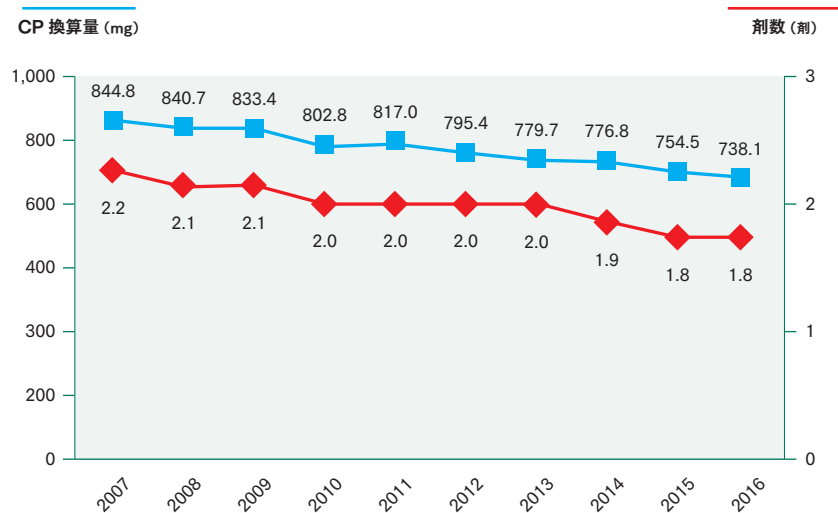
そんな精神科医療に異が唱えられ、変革を余儀なくされ始めたのが20世紀終盤。

「きっかけのひとつは、栃木県で発生した精神科病院での事件でしょう。1983年、栃木県宇都宮市にある精神科病院で看護職員らの暴行により、患者2名が死亡しました。当初、病院は隠ぺいを図りましたが、翌年、新聞報道で明るみに出たのです」

この事件の発覚は大きな波紋を呼び、社会では精神科病院の閉鎖性とともに、患者の人権侵害が問題視される。

「結果的に統合失調症の患者さんに対する治療の方向性が、院内での鎮静でなく、院外で普通の生活ができるようにすべき、つまり、多剤処方を見直そうとの流れに変わってきた。見直すには、まず、現状の処方分析を行わねばなりません。そこで2006年に、地道につづけてきた臨床研究を仲間を募って大規模なものにし、処方分析にも挑もうと精神科臨床薬学研究会（以下、PCP研究会）を立ち上げました」

【資料1】抗精神病薬の処方の推移



出典：精神科臨床薬学研究会ウェブサイトより抜粋

精神科医療にたずさわる薬剤師の専門性の向上及び精神科医療のレベルアップへの貢献を目的に掲げたPCP研究会には、なんと1年間で1000名以上の薬剤師が集まった。初年度から活発な活動を展開し、立ち上げの動機となった統合失調症の処方実態調査も会の世話人の施設で行い、日本精神神経学会で発表するにいたる。

「以降、毎年、調査を実施して結果を学会で発表するのが恒例となりました。すると、だんだんと薬の種類、量が減っていくという現象が起きてきました（資料1）」。

MY OPINION

— 明日の薬剤師へ —

薬の使い方を正そうとの雰囲気が高まってきたからでもあります。協働施設に調査結果のフィードバックを行っていた効果が大きかった。他施設と比較した自身の施設の現状認識が、もっと改善の余地があるのではないかと考える動機づけになり、好循環が生まれたようです」

PCCP研究会が調査結果をもとに抗精神病薬の制限を厚生労働省に働きかけると、データの提出を求められ、直後に冒頭に記した診療報酬の改定が成った。吉尾氏らの提言が、精神科薬物療法におけるポリファーマシーの是正をあと押ししたと言っているだろう。

薬局薬剤師も取得しやすい 精神科専門薬剤師の認定制度を

薬剤師が精神科医療にもっと役立てるよう、吉尾氏は歩みを止めない。2016年には、精神科の専門薬剤師の認定資格制度の確立と臨床研究の奨励をめざし、日本精神薬学会を創設した。

実は、精神科領域の専門薬剤師には日本病院薬剤師会が認定する精神科専門薬剤師が存在しており、吉尾氏はこの認定制度をつくったひとり。第1号の認定薬剤師でもある。あえて、新たな資格を設けた意図を尋ねた。

「日本病院薬剤師会は職能団体なので、精神科専門薬剤師は残念ながら専門資格として広告ができません。また、取得条件が病院薬剤師向けです。しかしなが

ら日本精神薬学会の精神薬学会認定薬剤師は、学会という学術団体のものですから広告ができますし、取得も全薬剤師を対象にしています」

確かに精神科専門薬剤師認定申請資格を見ると、精神科領域に関する学会発表が3回以上（うち、少なくとも1回は発表者）、複数査読制のある国際的あるいは全国的学会誌・学術雑誌に精神科領域の学術論文が2編以上（うち、少なくとも1編は筆頭著者）のすべてを満たしていることなどがある。かなりのハードルの高さだ。一方、精神薬学会認定薬剤師の認定申請資格（**資料2**）には、学会発表などの文字は見当たらず、取得しやすい印象である。

どうやら学会の創設には、保険薬局の薬剤師にまでその野を広げての教育や啓発が必須の思いがあったようだ。

「現在、約300万人の精神疾患を有した患者さん

【資料2】精神薬学会認定薬剤師認定申請資格

- (1) 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた見識を備えていること
- (2) 薬剤師免許を取得後5年以上経過していること
- (3) 3年度以上引き続いて本学会の一般会員であること
- (4) 所属長（病院長あるいは施設長等）または保険薬局においては開設者の推薦があること
- (5) 業務を通じて精神疾患患者の薬物療法における有効性または安全性に直接寄与した症例を10症例報告できること（複数の精神疾患を含む）
- (6) 4年度内に所定の単位を取得し、規程の講習を受けていること
- (7) 本学会が実施する試験に合格していること
- (8) 薬剤師認定制度承認機構により認証された生涯学習認定薬剤師として認定を受けていること

出典：日本精神薬学会ウェブサイトより抜粋

MY OPINION

明日の薬剤師へ

のほとんどが、外来通院をしています。今後も退院促進にもなっており多くの患者さんが外来通院され、地域で生活されます。そのような患者さんを適切にサポートするために、精神薬学会認定薬剤師には的確な知識を持ち、患者さんやそのご家族が安心して相談できる薬剤師になってほしいですね」

日本精神薬学会の精神薬学会認定薬剤師の認定試験は、2018年11月に第1回が行われたばかり。精神科の患者が増えていると言われる昨今、薬剤師の皆さんには、ぜひ、注目いただきたい。

患者本人から病態を話してもらえ コミュニケーションスキルを磨け

吉尾氏のもとには、「精神科の患者さんが来たら、どう対応したらいいのか?」、「処方せんを見てもなんの病気がわからない場合がほとんどで、服薬指導に難渋する」などの薬局薬剤師からの質問が、頻繁に寄せられる。

「悩まれる気持ちはよくわかります。たとえば、抗うつ薬と抗精神病薬、気分安定薬、睡眠薬が処方されていた。抗うつ薬と気分安定薬、睡眠薬だけだったら、うつ病か躁うつ病かと考えるところですが、抗精神病薬が入っていると、統合失調症の可能性もあるわけです」

精神科医の処方せんから病気を特定するのはきわめて至難で、精神科医同士であっても、精神科医Aが出した処方を精神科医Bが正しく把握できる確率

は低いと吉尾氏は話す。処方せんでわからなければどうしたらいいのか。

「患者さんに聞くのが、いちばんです。ただ、病名を聞かれた患者さんが、薬局の窓口で『私はうつ病です』とか『統合失調症です』とは、おそらく言わないでしょう。

だから、症状だけを聞くアプローチによって医師の意向を処方せんから読み取る努力も重要であり、そのうえで患者さんに薬の相互作用や副作用についての情報提供を行ってもらいたいですね。こうした会話が進む中で患者さんとの間に良い関係が構築されれば、さらに患者さんの病気に対する不安や心配に寄り添っていくことも可能になります。

『副作用が出たらすぐ来てください』と言う際にも、『飲むのをやめて、すぐに来てください』と、『飲んでいてもいいですが、早めに来てください』の2種類がある。薬の出ている目的がわからなければ、2つのうち、どちらの言葉で説明すべきかの判断はできません。

したがって、薬局薬剤師の方々には、目の前にいる患者さん本人から、病態を話してもらえコミュニケーションスキルを持っていたきたいと切望します」

新しい精神薬学会認定薬剤師への思いを語った言葉からも、吉尾氏の薬局薬剤師に対する熱い期待は明らか。地域で暮らす精神疾患の患者への貢献度に関しては、薬剤師の中でも薬局薬剤師が突出するところだろう。これは、薬局薬剤師の存在感をアピールする好機となるはずだ。