

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科薬物治療における精神科医と薬剤師の協働

吉尾 隆 (東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室)

I. はじめに

精神科医療における薬剤師の役割として最も重要なことは、薬物治療の最適化である。現在国内でも第2世代(非定型)抗精神病薬や新たな抗うつ薬(SSRI, SNRI), 気分安定薬等の使用が可能となっており、精神科薬物治療はこれまでの医師の経験に頼った薬物治療から、薬理作用の特徴やエビデンスに基づく薬物治療に変わりつつある。薬剤師はこれらの情報を入手し、薬理的な特徴を踏まえ、的確に医師と協働し、薬物治療に反映させることが求められる。

II. 薬物治療における薬剤師の役割

薬剤師は、薬物治療に関し医師に対して意見を言わなければならない職種であり、薬剤師法第24条では、「薬剤師は処方せんを監査し、疑義がある場合は処方医に問い合わせ、その疑義が解消した後でなくては調剤をしてはならない」、25条の2では「調剤した医薬品については安全に服薬するための情報を提供しなければならない」とされており、法的にもその義務と責任が明記されている。現在、精神科医と協働することで処方のできるだけ個々の患者に合ったものとし、処方の低用量化や簡素化に繋がったとの報告も多く聞かれるようになってきている。しかし、一方で薬剤師からの情報に耳を傾けようとしない精神科医も多く、精神科薬物治療に関する薬剤師の専門性を向上させなければならない。現在、精神科薬物治療に関する専門性の向上を目指し、日本病院薬剤師会では、精神科専門薬剤師・精神科薬物療法認定薬剤

師の認定を行っている。精神科専門薬剤師・精神科薬物療法認定薬剤師と精神科医との協働で、精神科薬物治療の最適化と精神疾患患者の社会復帰が期待できる。

1. 薬剤師法(図1)

医療を行う職種には根拠となる法律があり、その責任と義務が定められている。薬剤師は薬剤師法と薬事法に従ってその職能を果たす必要があるが、その中で薬物治療に関して重要な法律が、薬剤師法の第24条と第25条の2である。

1) 薬剤師法第24条

「薬剤師は処方せんを監査し、疑義がある場合は処方医に問い合わせその疑義が解消した後でなくては調剤をしてはならない」つまり、薬剤師は医師が処方した処方せんをチェックし、用法・用量やその他安全な服薬に関して疑問がある場合には、処方医に対して問い合わせを行い、訂正や変更を求めることができる。また、現在、この疑義照会の内容は、単なる薬品名や用法・用量に関するものから、患者情報を基にした薬剤間相互作用、疾病・薬剤間の禁忌等に関するものまで、薬物治療の安全性を担保するためその範囲は拡大している。

2) 薬剤師法第25条の2

「調剤した医薬品については安全に服薬するための情報を提供しなければならない」つまり、薬剤師は調剤した医薬品に関する安全な服薬のため、患者や家族に対して副作用の初期症状、相互作用、その対処法等の情報を提供する義務があり、正確

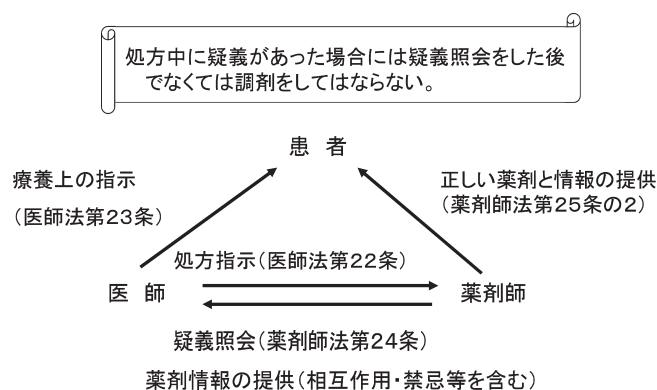


図1 疑義照会義務（薬剤師法第24条）

で適切な薬剤情報の提供が求められている。

III. リスクマネジメントシステムとしての 薬剤管理指導業務

薬剤師が行う薬学的管理は、薬剤管理指導業務を通じて薬物治療のリスクマネジメントを行うことである。そのために、医薬品情報管理による適切な医薬品情報の把握と提供、薬歴管理による相互作用・禁忌・重複投与の防止、服薬指導による患者情報の把握と提供、処方設計への参加を積極的に行う必要がある。

1. 情報提供のために薬剤師が行うこと

医師に対する情報提供のためには、副作用のモニター、相互作用の検討、自覚的薬物体験の検討、服用方法の検討、処方調査、多剤併用・大量療法への対応、第2世代（非定型）抗精神病薬へのスイッチングの支援、服薬指導などが必要と考える。

1) 副作用のモニター

服薬の継続に影響を与える副作用としては、錐体外路症状、過鎮静、体重増加、性機能不全、認知機能障害などがあり、より副作用の少ない薬剤による治療が提案できなければならない。

2) 相互作用

相互作用の情報提供は薬剤師の最も得意な分野であり、医師にとっても大変重要な情報となる。相互作用チェックリスト等を作成し、常に処方と

薬歴から相互作用をチェックし、重篤な相互作用が生じる可能性が考えられる場合には、医師に速やかに情報提供を行う。

3) 自覚的薬物体験

統合失調症の患者では、その服薬の経験が服薬の継続に多くの影響を及ぼしていると考えられる。多剤併用大量処方のみならず、自身の症状の改善に結びつかない薬物治療、強制的な服薬や入院、薬の飲み心地の悪さなどが、自覚的薬物体験に様々な影響を及ぼしている。

4) 多剤併用大量療法と第2世代抗精神病薬へのスイッチング

抗精神病薬による多剤併用処方は、抗精神病薬の総投与量を増加させ、抗パーキンソン薬の投与剤数・投与量を増加させるため、服薬の忍容性を低下させる可能性が高い。統合失調症における薬物治療では多剤併用を避け、できるだけ単剤での処方が望ましい。さらに可能であればより効果的で副作用の少ない薬剤を選択するために、適切な薬剤情報を医師に提供する必要がある。

国内における統合失調症に対する薬物治療は未だに多剤併用大量投与となっている場合が多く見られる。多剤併用大量処方は、多くの副作用を引き起こし、薬原性錐体外路症状や過鎮静は患者のQOLを著しく阻害し、その結果、リハビリテーション等の社会復帰プログラムの効率を低下させる結果となっている¹⁾。多剤併用大量処方を改善

表1 非定型抗精神病薬 vs 定型抗精神病薬

| | 非定型 (N: 31) | 定型 (N: 31) | P-値 |
|--------------------|----------------|---------------|-------|
| 抗精神病薬投与量 | 622.28±397.30 | 623.78±690.85 | 0.207 |
| 抗パーキンソン薬剤数 | 0.55±0.51 | 0.94±0.63 | 0.015 |
| 抗パーキンソン薬投与量 | 1.17±1.31 | 2.73±2.23 | 0.003 |
| 抗不安薬剤数 | 0.55±0.77 | 0.52±0.72 | 0.878 |
| 抗不安薬投与量 | 6.16±11.97 | 5.17±13.78 | 0.594 |
| DAI-10 | 4.19±3.98 | 0.42±4.70 | 0.002 |
| DIEPSS (Parkinson) | 1.19±1.56 | 1.74±1.73 | 0.112 |
| DIEPSS (Total) | 1.74±2.08 | 2.61±1.98 | 0.035 |

Mann-Whitney 検定

することは、服薬の継続の最も重要な要素である。また、筆者らが行った処方調査における第2世代(非定型)抗精神病薬と第1世代(定型)抗精神病薬の比較では、抗精神病薬投与量(クロルプロマジン換算)に差がなくても抗パーキンソン薬の投与剤数・投与量が第2世代(非定型)抗精神病薬の方が少なく、自覚的薬物体験(DAI-10)は良好で、錐体外路症状(DIEPSS)も軽度であった(表1)。したがって、第2世代(非定型)抗精神病薬へのスイッチングは認知機能を悪化させることなく、また、陰性症状への効果が期待でき、錐体外路系副作用が少なく、服薬の忍容性を向上させることから積極的な介入が必要となる²⁾。

5) 服薬指導

服薬指導では、今後の服薬の継続について患者と話し合い、抗精神病薬、抗パーキンソン薬、抗不安薬・睡眠薬などの投与剤数・投与量あるいは投与方法や剤形が適切であるか、精神症状の改善度や副作用の有無を評価し、“服薬できる”処方となっているかについて確認する。主治医からの病気に関する説明、患者自身の薬物療法とその継続の必要性の理解、病識と実際に服薬している薬の副作用、服薬に関する体験などについての情報を医師に提供する。

IV. 医師との係わりについて(筆者の経験から)

精神科薬物治療を効果的に安全に実施するために医師と薬剤師の協働は重要であることはこれまで述べてきた通りである。現在、薬剤管理指導業務を通じて、薬物治療に関する医師との協働は当たり前のこととなりつつある。しかし、その歴史は未だ浅く、筆者が某精神科単科病院に赴任した当時(約15年前)は、薬物治療における医師・薬剤師の協働は成立していなかったと考える。薬剤管理指導業務を精神科において実施することには医師のみならず看護師を含めた他の職種からも危惧の声が聞かれ、本業務が定着するまでには約10年が必要であった。このような状況の中で医師との協働について筆者が行ったことは、薬剤師を積極的に病棟に配置すること、薬物治療に関する共同研究を行うことである。幸い、筆者の勤務した施設には、薬物治療と心理教育に熱心な医師がおり、お互いに協力して臨床研究を行うことができた。医師や看護師等の危惧を払拭するために、薬剤師が患者に薬剤情報(効果、副作用、相互作用など)を提供した場合の患者の反応などを調査し、薬剤情報を提供された方が患者が安心して服薬できること、副作用や相互作用といったネガティブな情報についても殆どの患者が受け入れることが可能であり、その結果、服薬に恐怖感を抱いたり、拒否することはないことも判明した。そし

表2 各薬剤の剤数と投与量

| | | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------|-------|-------|--------|--------|
| 抗精神病薬 | 剤数 | 2.2 | 2.2 | 2.1** |
| | CP換算 | 873.8 | 844.8* | 840.7 |
| 抗パーキンソン薬 | 剤数 | 0.9 | 0.9 | 0.8** |
| | BP換算 | 2.6 | 2.4 | 2.1 |
| 抗不安薬・睡眠薬 | 剤数 | 1.5 | 1.6* | 1.5** |
| | DAP換算 | 16.1 | 16.6* | 15.4** |
| 気分安定薬 | Li | 571.9 | 573.0 | 586.9 |
| | CBZ | 472.6 | 488.2 | 492.4 |
| | VPA | 684.5 | 676.2 | 688.6 |

*P<0.05：2006年対2007年，**P<0.05：2007年対2008年

て薬剤情報を得ることで、満足感や自己評価が向上することも判明した。その後も、向精神薬が患者に与える影響やアドヒアランスの向上に関する研究を継続して行い、医師と共有することで、より適切な薬物治療が可能になったと考える。

V. 精神科薬物治療における精神科医と薬剤師の協働の成果

筆者が勤務していた施設では、薬物治療における精神科医と薬剤師の情報共有により、統合失調症患者の薬物治療の簡素化、低用量化が進展した。1996年から2006年にかけて、抗精神病薬投与剤数（1日平均）は2.2剤から1.7剤に減少し、クロルプロマジンに換算した抗精神病薬投与量（1日平均）は945mgから604mgまで減少した。同様に抗パーキンソン薬投与剤数/投与量は0.9剤から0.4剤/3.1mgから1.1mg（ビペリデン換算）に減少し、抗不安薬・睡眠薬投与剤数/投与量（1日平均）は0.5剤から0.3剤/5mgから2.8mg（ジアゼパム換算）に減少した。本施設における単剤率は40%をやや下回るが、抗不安薬・睡眠薬の使用量が極端に少ないことが特徴であり、医師と薬剤師の協働により、ベンゾジアゼピン系薬の使用を少なくすることができている。このような活動は、現在精神科臨床薬学研究会（PCP研究会）の会員病院においても実践され、

統合失調症患者の薬物治療の適正化が少しずつではあるが進展していることが窺える（表2）。

VI. さいごに

薬剤師は、薬剤の効果、副作用、相互作用、重複投与、禁忌などをチェックし、医師に適切な情報提供を行うことが必要であり、そのことにより安全で効率的な薬物治療の実施が可能となる。精神科における薬物治療の継続のためには“飲みやすい薬”“飲める薬”であることが必要であり、患者自身が参加した薬物治療の構築が重要で、必ずしも理想的な処方服薬の忍容性を向上させる訳ではない。薬物治療の実施に際し、安全性や有効性についてチェックを行うことを法律で義務付けられているのは薬剤師であり、医師に対する疑義照会を適切に行い、患者に情報提供を適切に行いセカンドオピニオンとしての役割を果たすことで、医師との協働による効果的で安全な薬物治療が実現できるのではないかと考える。

文 献

- 1) 吉尾 隆：特集；多剤併用大量療法をどうするのか？ 薬剤師からみた多剤併用大量療法への対応。臨床精神薬理，4；1413-1421，2001
- 2) 吉尾 隆：新薬（非定型抗精神病薬）への切り替え方—共同作業で行う多剤併用大量療法からの処方変更—。精神看護，3；58-63，2003