

7 これまでの向精神薬使用障害に関連する問題行動(該当するものすべてに○をつける)

- 1) 医療者への執拗な処方要求、恫喝、脅迫、粗暴行為を伴う処方要求
- 2) 健忘を伴う問題行動
- 3) 交通事故や転倒による救急医療機関への搬送
- 4) 過量服薬による救急医療機関への搬送
- 5) 複数の医療機関からの重複処方
- 6) インターネットや密売人からの不正な入手
- 7) 処方せん偽造や薬局強盗などの犯罪行為

D. 他物質の関連障害とその障害に最も影響を与えている薬物

1 向精神薬以外の物質関連障害は併存していますか?(過去12ヶ月以内の物質使用あり) 1) 併存あり 2) 併存なし

2 上記質問で「ある」と回答した場合、その主たる物質を以下から一つだけ選択する

- 1) 覚せい剤
- 2) 吸入薬
- 3) 大麻
- 4) 催幻覚薬
- 5) アルコール
- 6) 複数物質
- 7) その他()

E. 併存精神障害・その他

1 現在の併存精神障害として該当するもの○をつけてください(複数選択可)

- 1) 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害
- 2) せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害
- 3) 一般身体疾患による精神疾患
- 4) 統合失調症および他の精神病性障害
- 5) 気分障害
- 6) 不安障害
- 7) 身体表現性障害
- 8) 虚偽性障害
- 9) 解離性障害
- 10) 性障害および性同一性障害
- 11) 摂食障害
- 12) 睡眠障害
- 13) 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
- 14) 適応障害
- 15) パーソナリティ障害

2 併存精神障害発症と向精神薬使用障害発症との継時的関係(1つだけ選択)

- 1) 併存精神障害が先に発症
- 2) 両障害が同時に発症
- 3) 向精神薬使用障害が先に発症

3 今回以外の自傷・自殺企図歴(いずれかに1つに○をつけてください)

- 1) あり 2) なし

「あり」の場合、以下のうち該当するものすべてに○をつけてください

- (a) 四肢に対する自己切傷
- (b) 体幹・頸部に対する自己切傷
- (c) 毒物の摂取
- (d) 医薬品などの過量摂取
- (e) 縊首
- (f) 高所からの飛び降り
- (g) 鉄道・自動車への飛び込み
- (h) 溺水
- (i) その他()

F. 一般精神科医療における治療のあり方(様々な情報を総合して担当医が判断)

- 1 当該患者は、一般精神科での治療過程で向精神薬使用障害を呈した方ですか? 1) はい 2) いいえ

上の質問で「はい」と回答した場合のみ、以下の質問に回答してください。

- 2 精神科主治医から救急医療機関への診療情報提供の有無 1) あり 2) なし

3 精神科での治療開始時の状態像(該当するものすべてに○をつける)

- 1) 通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害
- 2) せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害
- 3) 一般身体疾患による精神疾患
- 4) 物質関連障害
- 5) 統合失調症および他の精神病性障害
- 6) 気分障害
- 7) 不安障害
- 8) 身体表現性障害
- 9) 虚偽性障害
- 10) 解離性障害
- 11) 性障害および性同一性障害
- 12) 摂食障害
- 13) 睡眠障害
- 14) 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
- 15) 適応障害
- 16) パーソナリティ障害

4 当該患者の向精神薬使用障害発症に影響したと考えられる、精神科における処方内容の問題点(該当するものすべて選択)

- 1) 服薬せずに薬を貯めている可能性を顧慮せずに、漫然と処方続ける 1) あり 2) なし
- 2) 多剤併用療法 1) あり 2) なし
- 3) 大量療法 1) あり 2) なし
- 4) 長期処方 1) あり 2) なし
- 5) 倍量処方 1) あり 2) なし
- 6) 依存の危険がある治療薬の処方 1) あり 2) なし
- 7) 頓用薬の多用 1) あり 2) なし
- 8) 診察なしの処方(「薬のみ」外来) 1) あり 2) なし

- 5 精神科における向精神薬の依存性・危険性に関する指導・説明の有無 1) あり 2) なし

6 精神科において向精神薬の処方量が増えた要因(最も大きな要因と思われるものを1つだけ選択)

- 1) 患者自身の要求
- 2) 家族からの要求
- 3) 医療者側の判断
- 4) その他

質問は以上です。回答していただき、どうもありがとうございます。

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 24 年度分担研究報告書
向精神薬乱用と依存 (2)
—薬剤師調査—

研究分担者 松本 俊彦 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
自殺予防総合対策センター 副センター長

研究要旨

向精神薬の乱用・依存が増加する中で、本研究では向精神薬の服薬者と接する機会の多い医療者である地域の薬剤師に着目し、自由記載によって得られた質的データを元に、薬剤師が向精神薬乱用・依存のゲートキーパーとして果たすべき役割と課題を検討した。

埼玉県薬剤師会における 1863 カ所に勤務する薬剤師を対象に質問紙調査を実施し、計 1414 名の薬剤師より回答を得た（回収率 75.9%）。向精神薬乱用・依存患者に関する「気づき」、「関わり」、「つなぎ」に関する質的データの分析により、以下の知見を得た。

- 1) 質的データの分析から、ゲートキーパーとしての服薬指導（関わり）に必要な役割として「傾聴、共感の姿勢」、「生活背景の理解」といったキーワードが抽出された。
- 2) 一方、薬剤師から処方医への情報提供・疑義照会（つなぎ）に関する課題も見受けられ、背景要因として「薬剤師による疑義照会の目的や意義が処方医に十分に理解されていない可能性」、「処方医に対する遠慮」が影響している可能性が考えられた。
- 3) 処方医への疑義照会は、薬剤師法第 24 条で定められている薬剤師の義務であることを、処方医に周知し、理解を促進させることで、今後ゲートキーパーとしての薬剤師の「つなぎ」を充実させていく必要がある。

研究協力者

嶋根卓也 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
心理社会研究室長
和田 清 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
部長

安薬といった向精神薬を主たる使用薬物とする薬物依存症患者が過去 10 年間で 2 倍以上に増加している¹⁾。また、自殺の背景として向精神薬の過量服薬の問題も指摘されている²⁾。本研究では、向精神薬乱用・依存の早期発見・早期解決に寄与する医療職種の一つとして薬剤師に着目し、向精神薬の重複処方に関する調剤レセプト調査³⁾、向精神薬の乱用・依存が疑われる患者に対する薬剤師の「気づき」、「関わり」、「つなぎ」の現状を明らかにするための量的調査⁴⁾を実施してきた。

一方、平成 24 年 8 月に閣議決定された自殺対策大綱の中では、薬剤師をゲートキーパーの一員として養成

A. 研究目的

ベンゾジアゼピン系薬剤を中心とする睡眠薬・抗不

していくことが明記された。本来、「ゲートキーパー」は自殺対策の文脈で使われる用語であるが、向精神薬の過量服薬の対策は、乱用・依存対策と重なる部分が多い。また、「悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人」というゲートキーパーの定義を踏まえれば、自殺意図の有無に関わらず、医薬品の乱用・依存の問題に直面している人たちに対しても応用できる概念といえる。

そこで今年度は、昨年度実施した薬剤師対象の実態調査で得られた自由記述を元に、向精神薬乱用・依存に関する薬剤師の「気づき」、「関わり」、「つなぎ」に関わる質的データを整理し、薬剤師が向精神薬乱用・依存のゲートキーパーとして果たすべき役割と課題を検討する。

B. 研究方法

1. 対象および調査方法

対象者は、埼玉県薬剤師会入会薬局のうち、調剤業務を行う保険薬局 1863 カ所に勤務する薬剤師である。なお、埼玉県薬剤師会には 1954 ヶ所の会員薬局の登録があるが、このうち保険調剤を行っていない薬局および店舗販売業は除外した（平成 23 年 12 月時点）。

調査は、無記名自記式質問紙による郵送調査法によって行われた（調査期間は平成 23 年 11 月中旬～12 月上旬）。質問紙への回答は、各薬局 1 名の薬剤師に限定した。回答者は、管理薬剤師に限定せず、管理薬剤師ではない薬剤師（常勤・非常勤に関わらず）でも回答可能とした。また、複数の薬剤師が勤務している薬局では、薬局側で回答者を選択させた。以上の手続きによって、計 1414 名の薬剤師より回答を得た（回収率 75.9%）。

2. 調査項目

以下の項目について自由記載で回答を求めた。

- 1) 過量服薬が疑われる患者に気づいたきっかけ
- 2) 服薬指導の質を高めるために必要なこと
- 3) 処方医への情報提供・疑義照会を積極的にできない背景

3. 分析方法

なお、質的データの分析は、「気づき」、「関わり」、「つなぎ」を大カテゴリーとし、記述内容を精査し、意味のまとまりごとにカテゴリー化した。その後、各カテゴリーにタイトルをつけた。記載にあたっては、個人が特定されないよう医療機関名、所在地などの情報は伏せ、商品名は一般名に変更し、文意を損ねないよう配慮しながら文体を整えた。なお、他の記述を区別を図るために、自由記載データは下線付きのイタリック文字で表記した。

4. 倫理面への配慮

本研究は、疫学研究に関する倫理指針を遵守して、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された。研究倫理面への配慮は以下の通りである。

1) 個人情報の保護について

本研究は、患者・薬剤師・処方医の氏名、生年月日、住所等個人を識別する情報を一切扱わない、資料として連結不可能匿名化されている情報のみを用いる研究である。

調査用紙記載内容の電子メディアへの入力には業者に委託した。業者委託に際しては、データの取り扱いに関する誓約書を業者に出させ、情報漏洩防止を徹底した。調査用紙および電子メディアに入れられたデータは、鍵付きキャビネットに別々に保管・管理した。調査票および入力データへのアクセスは、研究分担者が許可した研究協力者・入力担当者だけに制限した。

2) 個人の安全性・不利益に対する配慮

患者・薬剤師・処方医を特定せず、薬剤師の臨床経験のみを情報源とする本研究は、個人の安全性に何らかの危険を与える恐れや、個人の不利益につながる恐れはないと判断された。

3) インフォームド・コンセント

調査用紙の郵送に当たっては、埼玉県薬剤師会から提供された宛名ラベルを使用した（研究目的以外に使用しないことを明記した誓約書を提出）。調査用紙や返

送用封筒には薬剤師や薬局に関する個人情報は記載する欄はなかった。

研究目的を含む研究の実施についての情報をインターネット、埼玉県薬剤師会雑誌、FAX レター（埼玉県薬剤師会からの発信）、講習会等で事前公告した。さらに、対象者が対象者になることを拒否できるよう白紙回答での提出も認め、調査への回答をもって同意を得たものとした。

C. 研究結果

1. 向精神薬の過量服薬が疑われる患者に気づいたきっかけ

43名の薬剤師より自由回答を得た。主な回答結果を表1に示した。内容分析の結果、「来局頻度から」、「患者の訴えから」、「患者の様子から」、「家族の相談から」、「救急エピソードから」の5カテゴリーに分類された。各カテゴリーの代表的な記述を以下に示す。

「来局頻度から」：まだお薬があるはずなのに、来局して来る

「患者の訴えから」：患者から過量服薬したと、薬局に電話があった。自殺意図あり

「患者の様子から」：本人と話していて、呂律がまわらないので確認した

「家族の相談から」：御家族より過量服薬後に連絡あり

「救急エピソードから」：過量服用し救急車を呼んだ本人が救急隊員に話して、救急隊員が患者の指定した医院の医師に連絡が取れるかどうかと当薬局に連絡してきたため

2. 服薬指導の質を高めるために必要なこと

175名の薬剤師より自由回答を得た。主な回答結果を表3に示した。内容分析の結果、「乱用・依存者の生活背景」、「傾聴、共感の姿勢」、「服薬カウンセリングの困難性」、「処方医との連携」、「家族相談」、「レセプトチェック」、「新たなシステムの必要性」、「薬局間の連携」の8カテゴリーに分類された。各カテゴリーの代表的な記述を以下に示す。

「乱用・依存者の生活背景」：向精神薬に頼ってしまう、

背景を理解する必要がある。自分を活かせる場所（役割）の提供など行政との連携も必要。

患者さんの仕事、家族などもきちんと把握して、取り巻く環境の改善も、必要であれば、あわせて指導した方がよいと思います。

「傾聴、共感の姿勢」：時間をかけて、現状を、本音を伝えていただけるように、聞き上手になる。上から目線では解決できないと思います。

過量服薬は、その患者が行いそうな一歩手前に気付いてあげる、患者との良好な関係が一番だと思います。

「服薬カウンセリングの困難性」：特定の薬剤を入手する事を目的として受診していると思われる患者は、こちらからの服薬指導を聞こうとしていない事があり、そういう場合は服薬指導がととてもむずかしいと思う。

「処方医との連携」：処方医と患者の関係以上の信頼関係が、薬局と医療機関、薬剤師と医師の間になければならない。いくら薬剤師が処方医に問い合わせても、医師がそのまま調剤するよう指示をすればそれに従わざるを得なくなるのが現実ではないでしょうか。

「家族相談」：患者家族との情報交換・指導。必要に応じて見守りを行って頂くのも大切だと思います。

「レセプトチェック」：すべての病院、薬局の情報はつながっていないので、レセプトを処理する保険の支払いの時などに疑われるケースがあればわかるようなシステムができれば良いと思う。

「新たなシステムの必要性」：複数の医療機関や薬局を利用して情報が一元管理され、過量やドクターショッピングを行っていることを医療機関や薬局が把握できるようなしくみを作ることがまず先に行われるべき。それがなければ、そもそも問題を発見できない。

「薬局間の連携」：薬局間の連携「知っていて当然」というようなことでも質問できる環境

3. 処方医への情報提供・疑義照会を積極的にできない背景

258名の薬剤師より自由回答を得た。主な回答結果を表4に示した。内容分析の結果、「疑義照会に対する医師の無理解」、「医師や患者に対する遠慮」、「薬剤師

の資質・患者情報の不足」、「対応に苦慮する患者」、「現行システムの限界」の8カテゴリーに分類された。各カテゴリーの代表的な記述を以下に示す。

「疑義照会に対する医師の無理解」：過量と思われる処方で疑義照会をしても、「前回通りの処方なので、このままで問題ない」との返事しか得られず、医師より処方意図の適切な説明がないので、それ以上話が進まない。

ある医師（主に、処方せんを受けている）からのクレームで過去に3人の薬剤師がやめさせられている・・・！！その為そこからの処方せんは、処方内容についての問い合わせはほとんど出来ない状態です・・・。

「医師や患者に対する遠慮」：処方医は患者さんと直接向き合って処方しているので、我々薬剤師は処方せんを尊重しなければいけないという概念がある。

「薬剤師の資質・患者情報の不足」：具体的な病名等は処方せんからはわからず、患者さんに病状を毎回聞いたりするのが難しい。

「対応に苦慮する患者」：患者から病院や主治医に連絡したら二度と薬局に来ないからな！！と言われたが照会して、二度とその患者は来なかったことがあります。

「現行システムの限界」：薬剤師がいくら過量と感じて疑義照会しても、医師からそのまま出せと言われれば出さざるを得ない。現在のような制度、法律では、薬剤師に対していくら言われても限度があります。

D. 考察

1. 向精神薬乱用・依存と薬剤師

薬剤師は、薬物依存症例が増加している睡眠薬や抗不安薬といった向精神薬の服薬者と接する機会の多い医療者である。日本病院薬剤師会は、精神科領域における薬物療法に関する高度な知識と技術をもった薬剤師を養成するため、精神科専門薬剤師等の認定制度を開始しており、向精神薬による薬物療法に積極的に関わる病院薬剤師も増えている。しかし、向精神薬と関わりを持つ薬剤師は精神科医療施設に勤務する病院薬剤師だけではない。院外処方化が進み、向精神薬の処方頻度の高い精神科や神経科においても院外処方箋の発

行は珍しいことではなくなった。例えば、平成19年社会医療診療行為別調査によると、精神科・神経科を標榜する診療所の院外処方率は72.8%であり、診療所全体の56.8%を大きく上回っている³⁾。精神科や神経科で通院治療を受けている患者の多くが、向精神薬を地域の調剤薬局に勤務する薬剤師から受け取っていることになる。

また、ベンゾジアゼピン系薬剤などの向精神薬は精神科のみならず、様々な診療科から処方されている実態がある。中島らは、筑波大学付属病院で処方されたベンゾジアゼピン系薬剤（内用）の分析を行い、全ベンゾジアゼピン系薬剤処方のうち、精神科が占める割合は46.3%であり、次いで内科29.9%、外科21.3%であったと報告している⁴⁾。したがって、複数の医療機関の処方箋を応需する地域の調剤薬局の薬剤師は、精神科のみならず、様々な診療科から処方される向精神薬について処方の重複等をチェックできる立場にある。

そこで、本研究では、平成22年度より地域の薬局に勤務する薬剤師に着目し、向精神薬乱用・依存に関する実態調査を実施してきた。平成22年度は、調剤レセプトを情報源として、向精神薬の重複処方の実態を把握し³⁾、平成23年度は、薬剤師対象の質問紙調査により、薬剤師の向精神薬乱用・依存者に対する「気づき」、「関わり」、「つなぎ」について量的データの分析を行った⁴⁾。そして、今年度は、自由記載によって得られた質的データを元に、薬剤師が向精神薬乱用・依存のゲートキーパーとして果たすべき役割と課題を検討した。

2. ゲートキーパーとしての服薬指導（関わり）

向精神薬乱用・依存が疑われる患者との服薬指導について、対象者からは「時間をかけて、現状を、本音を伝えていただけるように、聞き上手になる。上から目線では解決できないと思います。」、「過量服薬は、その患者が行いそうな一歩手前に気付いてあげる、患者との良好な関係が一番だと思います。」といった結果が得られた。この記述から、薬剤師は向精神薬の乱用・依存の背後にメンタルヘルスの問題が大きく関わって

いることを意識しており、傾聴、共感の姿勢で寄り添うことがゲートキーパーとして必要と感じている可能性が考えられる。その一方で、「特定の薬剤を入手する事を目的として受診していると思われる患者は、こちらからの服薬指導を聞こうとしていない事があり、そういう場合は服薬指導がとてもむずかしいと思う。」のように服薬指導に苦慮している様子もうかがわれる。

薬剤師による服薬カウンセリングは、副作用のモニタリングや服薬コンプライアンスの確認のように「薬」を中心とした話が展開されることが多い。「向精神薬に頼ってしまう、背景を理解する必要がある。自分を活かせる場所（役割）の提供など行政との連携も必要」、「患者さんの仕事、家族などもきちんと把握して、取り巻く環境の改善も、必要であれば、あわせて指導した方がよいと思います。」という結果からは、ゲートキーパーとして乱用・依存者に寄り添うためには、副作用やコンプライアンスの確認といった従来の服薬指導にとどまらず、乱用・依存者の生活背景をも含め、患者をトータルで理解することが重要と感じていることが示唆されよう。こうした「傾聴、共感の姿勢」、「生活背景の理解」は、ゲートキーパーとしての薬剤師の患者への「関わり」の部分に期待される役割であろう。

薬物乱用・依存者に対するコミュニケーションでは、「共感と受容の態度」が重視される。つまり、患者がとった行動（過量服薬などの乱用は援助者からみれば、自らの健康を害する行動そのものであるが）や、その行動の背後にある感情を理解し、共感し、受け止め、共に解決策を考えていく姿勢である。薬物乱用・依存者との関わりで重視されるのは、患者の考えや価値観を即座に否定したり、患者の健康を害する行動を単純に批判したりすることではない。

今回、服薬指導に苦慮する薬剤師の記述もみられたが、まずは患者の気持ちや価値観を受け止め、信頼される援助者として患者との信頼関係を構築していくことから始めることが、ゲートキーパーとしての服薬指導の質を高めることにつながるかもしれない。

3. 処方医への情報提供・疑義照会

「過量と思われる処方で疑義照会をしても、「前回通りの処方なので、このままで問題ない」との返事しか得られず、医師より処方意図の適切な説明がないので、それ以上話が進まない。」という結果に代表されるように、処方医への情報提供・疑義照会をめぐって苦い経験を持つ薬剤師は少なくない。「ある医師（主に、処方せんを受けている）からのクレームで過去に3人の薬剤師がやめさせられている・・・！！その為そこからの処方せんは、処方内容についての問い合わせはほとんど出来ない状態です・・・。」のように、疑義照会や情報提供をめぐり、処方医と薬局薬剤師との間でトラブルが発生することさえある。一方、多忙な診療業務の合間を縫うようにして割り込まれた薬剤師からの電話に凶らずも厳しい対応をとった過去を持つ医師も少なからう。他職種との連携が図りやすい病院とは異なり、地域においては処方医と薬剤師は、互いの顔が見えない関係性で電話のみでのコミュニケーションにならざるを得ない状況であるため、必ずしもスムーズな対応ができる状況とは限らない。

こうした処方医と薬剤師とのコミュニケーションに関するトラブルは、多忙な診療時間に割り込む形での連絡であること、薬剤師の臨時的な知識や病態に関する理解が必ずしも十分ではないこと、対人コミュニケーションスキルが未熟な薬剤師も少なくないこと、などを踏まえれば共感できる面もある。しかし、薬剤師による疑義照会の目的や意義が処方医に十分に理解されていない可能性もある。そもそも、薬剤師の疑義照会が法律で義務付けられていること自体が理解されていない場合もあるかもしれない。処方医への疑義照会は、薬剤師法第24条で「薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない。」と定められている。まずは、薬剤師法第24条を医師や関係機関向けに改めて周知し、薬剤師による疑義照会（情報提供も含めて）に対する理解・協力を求めることが必要であろう。

その一方で、「処方医は患者さんと直接向き合っ

方しているので、我々薬剤師は処方せんを尊重しなければいけないという概念がある。」という記述に代表されるように、処方医への遠慮が、薬剤師の積極的な「つなぎ」を妨げていることも示唆される。薬剤師から医師へのコミュニケーションは、どうしても添付文書を根拠として処方内容を正すような機械的な疑義照会になりがちである。しかし、ゲートキーパーとしての薬剤師に期待されているのは、添付文書や処方箋といったモノを見る力よりも、目の前にいるヒト（患者）を見る力ではなかろうか。診察室で語られることがないエピソードが薬剤師に語られることは少なくない。まずは「処方医に相談できているか」ということを患者に確認し、患者の同意を得た上で、処方医への情報提供を目指してもらいたい。「患者からこのような訴えがあった場合に情報提供してもよいか」、「患者からこのようなリクエストがあった場合はどうすればよいか」など、処方医と事前に打ち合わせをしておくことも必要であろう。

4. レセプトを情報源とする新たなシステム

「すべての病院、薬局の情報はつながっていないので、レセプトを処理する保険の支払いの時などに疑われるケースがあればわかるようなシステムができれば良いと思う。」という記述に代表されるように、向精神薬の処方・調剤は複数の診療科、複数の薬局によって行われており、単独の病院や薬局だけの取り組みは当然限界がある。米国では、麻薬性鎮痛薬やベンゾジアゼピン系薬剤の乱用が増加していることを背景に、処方薬監視プログラム（Prescription drug monitoring program: PDMP）が導入されている。例えば、フロリダ州では、スケジュールII～IVに該当する規制医薬品について、フロリダ州衛生局が処方医および薬剤師から情報を集め、データベース化し、処方薬の使用状況を監視している。わが国には、こうしたモニタリングシステムは存在しないが、平成23年度より厚生労働省が保有するレセプト情報の提供が試験的に開始されている。今後、電子化されたレセプト情報を活用して、処方薬の動向をモニタリングできるようなシステム構

築を検討していくことが必要かもしれない。

E. 結論

向精神薬の乱用・依存が増加する中で、本研究では向精神薬の服薬者と接する機会の多い医療者である地域の薬剤師に着目し、自由記載によって得られた質的データを元に、薬剤師が向精神薬乱用・依存のゲートキーパーとして果たすべき役割と課題を検討した。

埼玉県薬剤師会における1863カ所に勤務する薬剤師を対象に質問紙調査を実施し、計1414名の薬剤師より回答を得た（回収率75.9%）。向精神薬乱用・依存患者に関する「気づき」、「関わり」、「つなぎ」に関する質的データの分析により、以下の知見を得た。

- 1) 質的データの分析から、ゲートキーパーとしての服薬指導（関わり）に必要な役割として「傾聴、共感の姿勢」、「生活背景の理解」といったキーワードが抽出された。
- 2) 薬剤師から処方医への情報提供・疑義照会（つなぎ）に関する課題も見受けられ、背景要因として「薬剤師による疑義照会の目的や意義が処方医に十分に理解されていない可能性」、「処方医に対する遠慮」が影響している可能性が考えられた。
- 3) 処方医への疑義照会は、薬剤師法第24条で定められている薬剤師の義務であることを、処方医に周知し、理解を促進させることで、今後ゲートキーパーとしての薬剤師の「つなぎ」を充実させていく必要がある。

F. 文献

- 1) 松本俊彦、尾崎茂、小林桜児ほか：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）分担研究報告書、89-115,2011.
- 2) 廣川聖子、松本俊彦、勝又陽太郎ほか：死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による調査、日本社会精神医

学会雑誌、18(3),341-351,2010.

- 3) Shimane T, Matsumoto T, Wada K. Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists. *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, 47(5):202-210, 2012.
- 4) 松本俊彦, 嶋根卓也, 和田 清: 向精神薬乱用と依存(2)-薬剤師調査. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」総括・分担研究報告書, pp48-68, 2012
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課: 平成 19 年社会医療診療行為別調査結果の概況, 2007.
- 6) 中島正人, 本間真人, 五十嵐徹也, 他: BZ 系薬剤の処方実態調査. *医療薬学* 36(12): 863-867, 2010
- 7) Fass JA and Hardigan PC.: Attitudes of Florida pharmacists toward implementing a state prescription drug monitoring program for controlled substances. *J Manag Care Pharm*, 17, 430-8, 2011.

G. 研究発表

1. 論文発表

Shimane T, Matsumoto T, Wada K: Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists. *Japanese Journal of Alcohol and Drug Dependence* 47 (5): 202-210, 2012.

松本俊彦, 嶋根卓也, 尾崎 茂, ほか: 乱用・依存の危険性の高いベンゾジアゼピン系薬剤同定の試み: 文献的対照群を用いた乱用者選択率と医療機関処方率に関する予備的研究. *精神医学* 54 (2): 201-209, 2012.

松本俊彦: 過量服薬による自殺企図の理解と予防・危機介入. *日本精神科病院協会雑誌* 31 (10): 1031-1039, 2012.

松本俊彦: 物質使用障害と自傷・自殺. *精神科* 20

(3): 257-262, 2012.

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究. *日本アルコール・薬物医学会誌日本アルコール・薬物医学会雑誌* 47 (6): 317-330, 2012.

2. 学会発表

松本俊彦: 我が国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割. シンポジウム S37 薬剤師を真の“ゲートキーパー”とするために ~薬剤師が潜在的な精神科疾患や処方薬による薬物依存をピックアップできるようになるためにはどうすることが必要か~. 第 132 回日本薬学会, 2012. 3.31, 札幌

松本俊彦: 依存臨床からの提言 スタディグループ 4 睡眠導入薬/抗不安薬依存形成とその対策. 第 22 回日本臨床精神神経薬理学会・第 42 回神経精神薬理学会合同年会, 2012. 10. 19, 宇都宮

松本俊彦: 精神科救急における向精神薬関連障害の治療. シンポジウム 8 精神科救急における物質関連障害の治療的対応. 第 20 回日本精神科救急学会総会, 2012. 10. 28, 奈良

嶋根卓也, 松本俊彦, 和田清: 向精神薬乱用を疑う患者に関する疑義照会・情報提供を薬剤師が積極的にできない背景. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 向精神薬の過量服薬に薬剤師が気づいたきっかけ

来局頻度から
来局間隔が短い、向精神薬のみの追加処方がある。
受診回数が多い、残薬あるのに受診・来局
来局回数が投与日数を超えている
まだお薬があるはずなのに、来局して来る。
患者の訴えから
本人からの申し出「トリアゾラムを14日分(28T)1度に飲んでしまった。」この患者さんは処方医にも本人がこのことを報告しているため、特に私から、情報提供はしませんでした。
患者から過量服薬したと、薬局に電話があった。自殺意図あり。
うちの薬局で調剤しているのは、内科薬で、予定日よりおくれて受診した時の聞き取りで、向精神薬の過量投与のため数日、入院していた旨を本人から聞いた。
患者の様子から
本人と話していて、呂律がまわらないので確認した。
行動や話し方等
在宅にて残薬確認時
家族の相談から
患者家族より過量服薬があったとの情報収集あり
患者家族より相談の電話があった
御家族より過量服薬後に連絡あり
救急エピソードから
過量服用し救急車を呼んだ本人が救急隊員に話して、救急隊員が患者の指定した医院の医師に連絡が取れるかどうかと当薬局に連絡してきたため
患者が車で事故を起こし、その原因として睡眠薬の持ち越しがあるのではと考えたため。
家で暴れて、救急車で運ばれた。(医療機関から電話あり。)2ヶ所の精神科にかかっていた。(別の薬局で処方)68歳の女性

表2. 薬剤師による服薬指導の質を高めるために必要なこと

乱用・依存者の生活背景
まず、患者との薬以外の部分でのコミュニケーションにより、その患者の背景にあるものを探り出す。それが大切だと思う。
患者さんの家庭環境、友人関係まで把握できればよりよいと思います。
乱用患者の対応は、薬局として対応が非常に難しいと感じます。処方がでているんだから、処方されているように出せばいいんだとすむ方もいる。対処法の勉強をしないと難しい。
薬剤師として患者のQOLについて本気で取り組む姿勢が大切かと思っています。
向精神薬に頼ってしまう、背景を理解する必要がある。自分を活かせる場所(役割?)の提供など行政との連携も必要。
患者さんの為という気持ちが強く持つ事。その気持ちを患者さんにも分かってもらう事
薬を服用することより、生活習慣、食養生、リラックスや息抜きなどを提案することが望ましいと思います。それを国や自治体、県、医師がサポートできる体制があるとなおさら良い。
患者さんの乱用・依存を止めるためとはいえ、欲しい薬を渡さないことによる怒り、逆恨みなどを受けとめる覚悟。患者さんのために心を鬼として、向え打つ
患者さんの話をきくことと、冷静に第三者の立場で話し合えることから正しい判断が出来ると思う。向精神薬についてのみでなく、日頃の心構えとして必要な事と思います。
生活全体を知って、指導することが大切だと思います。
患者さまの生活環境すべてを理解していることがプラスに働くと考えます。(経歴、家族、性格、地域性など含めて)
患者さんの仕事、家族などもきちんと把握して、取り巻く環境の改善も、必要であれば、あわせて指導した方がよいと思います。
ある程度患者との信頼が築けた上で、乱用、依存の背景にある精神面や環境面で改善できることの確認、アドバイスをを行う。

表2. 薬剤師による服薬指導の質を高めるために必要なこと(続き)

傾聴、共感の姿勢
患者様の話しを良く聞くということ。なぜこの薬が出ているかということを説明する。
時間をかけて、現状を、本音を伝えていただけるように、聞き上手になる。上から目線では解決できないと思います。
お話をよく聞いてみます。いつも服用しているのかどうか？おくすりがよくきいているのかどうか？他に服用中の薬はどうか？できたら他の精神科等に受診しているのかどうか・・・など。
患者さん自身もいけないと分かってやっていることが多い。納得できるような、具体的な対策などふみ込んで話せる距離、共有が必要。
過量服薬は、その患者が行いそうな一歩手前に気付いてあげる、患者との良好な関係が一番だと思います。
医師、薬剤師共に患者を助けるという気持ちを強く持つこと。人助けの気持ち。
薬物乱用・依存が疑われる患者への服薬指導は非常にデリケートなもので時間をかけたいです。十分な服薬指導の時間の確保が必要だと思います。
本当に患者さんの為を思っていることであることを相手に伝え、それを軸に行動する。これは精神医療のみでなく全てに通ずると思います。
患者さんが心を開けて真実を薬剤師に知らせてくれるような環境と信頼関係を築くことが大切と考える。時間的な余裕も必要。
服薬カウンセリングの困難性
患者の態度が脅威的であったりすると服薬指導にも限界を感じてしまうことがあります。
こういう患者と信頼関係を築くのは非常に難しいと思う。
特定の薬剤を入手する事を目的として受診していると思われる患者は、こちらからの服薬指導を聞こうとしていない事があり、そういう場合は服薬指導がとてむずかしいと思う。
問題になる患者は、暴力団関係者(風)であるため、薬局内で暴れるため、話ができる状況にない。色々な薬局で同じ話をされ、自分の希望が通らないため、薬局を変え、過量服用をくりかえしている。初来局時から聞く耳をもたない。
薬物中毒になっている人間を窓口でやめさせる事は出来ないと確信している。出来る事は薬をわたさない事だけ。しかしそれは処方箋がある以上無理と思う。
エチゾラムなどの中毒になっている人は病院で入院して治療してもらわなければならない。服薬指導しても難しいと思います。
継続的に来局されている患者の場合は、患者との信頼関係とコミュニケーションを上手に取ることがより質の高い服薬指導を行うことが出来ると思います。ただし、ドクターショッピング等、継続的に来局されていない場合はなかなか難しいと思います。
急に減らしたり休んだりさせるのは難しい。根気良く粘り強く投薬する度に話しかけていくしかない。ウルサイと思われたら、違う薬局に行ってしまうだけ。
向精神薬服用患者様に対しては、接客しづらい印象があるため、その偏見をなくし、堂々と接する事が大事。女性は「こわい」という印象を持っている人が多いと思う。
薬局で理論的なSEを説明しても、患者はまず納得しないし、服用を中止することはない。
患者から「併用薬は無い」と返答があった場合、それ以上、過量服用については、指導はできない。
薬剤師がより質の高い服薬指導をしたとしても、その患者がドクターショッピングをやめるとは思わないので、情報を他機関に話す必要はあると思う。
このような患者はかかりつけ薬局を持たぬだろうから、大変大事な要素と思われる信頼関係を保つことは困難と思われる。
本人承知でやっている事なので、その場、その時は一応従順な態度を示すでしょうが、次回からは他薬局で調剤してもらおうことでしょう。
患者さんの情報がある程度わかれば、服薬指導もしやすいと思う。また、医師の意図を説明する必要がある場合も、処方せんだけでは情報が不十分だと思う。
本人はよくわかっていて過量服薬していると思います。こちらでどうのこうの言っても患者さんには伝わらないと思いますがお話はさせてもらっています。けれど言うことを聞き入れてくれませんでした。
基本的に多種の向精神薬を服用している方は、独自の判断友達の判断で服用していることが多いので、あまり説明しても聞く耳をもたない患者さんが多い。

表2.薬剤師による服薬指導の質を高めるために必要なこと(続き)

<p>処方医との連携</p> <p>処方医の処方意図や治療方針が薬剤師に伝達されている事が大事。知らない医療機関の処方せんでは、精神薬の常用量も特定できない。</p> <p>ドクターと薬剤師の普段からの良好な関係がないと、なかなか相談などをしづらいので、まずは、双方のオープンな関係が重要かと思う。</p> <p>より質の高い専門医による研修会。処方意図など知りたい</p> <p>医師側に過量服薬の問題意識が薄い(2つ以上の薬局で何剤も向精神薬を貰っていることが判明したため、相手先医療機関と協議して処方元を一元化しては？と提案するも、「受診したら診ない訳にはいかない」「薬を無くした、旅行に行くという理由を毎回否定する訳にはいかない」などとして、受診抑制や診療所間の連携を全く取ろうとしない。</p> <p>医療機関や医師との信頼関係がしっかりしたものでないと、患者に高い服薬指導は行えない。服薬指導を行うことによって薬をのまなくなってしまうため、難しい。ましてや乱用、依存の服薬指導を行うことは、患者さんとの接し方、話し方が問題となる。</p> <p>1つの病院での過量服薬は、処方日のチェック、患者との信頼関係でチェックすることが可能ではないか。複数科受診による過量服用の場合は、医師との関係が重要になるかと思われます。医師が、情報がほしいと思っているかどうかの問題ではないか。</p> <p>向精神薬の乱用・依存が疑われる患者さんは、内科の医師より処方されている場合がほとんどで、現在の法では、医師の権限が強く、薬剤師からの提言は、医師を怒らせる事が多いので、医師への提言が、スムーズに行うことができれば改善される(特に開業医の医師にこの傾向が強い)と思う。患者に言われるままの(薬効的に?)複数の向精神薬が出ている事がある。</p> <p>処方医と患者の関係以上の信頼関係が、薬局と医療機関、薬剤師と医師の間になければならない。いくら薬剤師が処方医に問い合わせても、医師がそのまま調剤するよう指示をすればそれに従わざるを得なくなるのが現実ではないでしょうか。</p> <p>医師への情報提供後、患者様と話し合い、メンタル専門医への受診をすすめたが、拒否。医師もこちらも強制は出来ず、過量服用はしないよう指導、処方日数を制限するなどしたが、出来なかった。処方医と何らかの対策が必要。</p>
<p>家族相談</p> <p>患者家族との情報交換・指導。必要に応じて見守りを行って頂くのも大切だと思います。</p> <p>その患者の家族とも必要なコンタクトを持っていることだと思います。他人が言うより、ファミリーが説得した方が効果がある場合が少なくない。</p> <p>患者家族の協力、信頼関係。近隣住民との信頼関係。幼い頃からの向精神薬など乱用に対する知識、教育。付き添いの方と来られることが多いので、その方との人間関係も大切だと思う。</p> <p>家庭での服薬状況を把握することが必要。家族・介護者との連携。訪問による所持薬の確認。</p> <p>患者の家族との情報交換、服薬指導も精神病域においては特に重要と考えます。</p>
<p>レセプトチェック</p> <p>過量服薬については、来局回数や、本人・御家族・医師から確認をおこないやすいが、ドクターショッピングについては、患者様の計画的な考えから医療機関をまたぐケースがあるので、本人が「他はかかっている。」と言え、こちらでは確認できないため、レセプトなどを扱う行政機関でチェックできないか？</p> <p>医療保険(国保、社保)レセプトのチェックと医療機関へのフィードバック</p> <p>国保、社保等の保険側からすべての情報を提供すべき。</p> <p>レセプトによる重複確認。お薬手帳のデータ化+保険証のICチップへのデータ書き込み等による処方歴の管理</p> <p>行政機関から、被保険者・医療機関への警告など</p> <p>複数の医療機関から同様の薬剤が処方されているという確かな情報提供と行政側若しくは保険組合から患者サイドへの注意勧告が必要ではないかと思う。</p> <p>病院・医師に対する厳密な保険適応の監査(紛失などの場合には必ず患者に対して自費で請求する。日数が処方間隔に対して明らかに近い場合は、処方せんを発行しない。</p> <p>基本的に医師ショッピングをするような患者は、薬局にバレないように行っているケースが多いと思われる。そのため薬局側で発見できない場合も多いはず。短期間での向精神薬処方重複はレセプトでチェックし、処方医に通報する方が早い。</p> <p>過量服用などで向精神薬やその他のほしい薬を欲しがる患者様に対しては、患者様からの自己申告頼りの現在の併用薬確認のやり方では、限界があります。患者様との信頼関係を築くことはもちろんですが、保険機構など、患者様の情報が集まるところの協力も得られればよいと思います。</p> <p>レセプトのチェックを厳しくする。</p> <p>すべての病院、薬局の情報はつながっていないので、レセプトを処理する保険の支払いの時などに疑われるケースがあればわかるようなシステムができれば良いと思う。</p> <p>レセプトでもチェックする。(他の医療機関へ行かれたらわからない。)お会計が無い患者(生活保護など)は医療機関を1ヶ所に指定するなど…。</p>

表2.薬剤師による服薬指導の質を高めるために必要なこと(続き)

新たなシステムの必要性
情報を共有するデータの作成機関が必要と思われます。県を越えての行為も考えられるため、複数の県や市町村で共有する必要を感じます。
疑いだけでは具体的行動はとれないので、複数の医療機関を受診している患者には、行政機関から警告をすることや、それでも改善しなければ、受診できる病院を限定するなど規制する等を行ってみては？
この手の薬をカルテ無しで、患者からの聞き取りから調剤するシステムに限界があるかと痛感する。もう少し、いや、もっと薬剤師も知識を高め、医師と共にタッグを組んで指導を行うべきと考える。
薬剤師会、保健所などから可能性のある患者の情報が流れる時があるが、患者名など伏せて流している事で、別の薬局に行ってもショッピングしている患者が判別つかないのではと思う。(プライバシーの問題もあると思いますが・・・)
個人情報保護法による、併用薬の確認ができないケースがあった。情報提供の範囲等基準が必要。
個人情報保護法の一部見直し。向精神薬服用中若しくは乱用歴のある患者情報の公開。
ドクターショッピングに関しては、法的に何かなければ、薬局としては限界を感じます。
ドクターショッピングが起こる場合、「今までもらっていた薬、今後ここでもらいたい」など言って、処方してもらうようにすると考えられますが、血圧の薬などなら初めから30日分も良いと思いますが、今までのんでいるからといって、向精神薬をいきなり30日分出ししたりすることを防ぐことができれば、乱用をかなり防ぐことができると思います。
無料で医療を受けられる方に対する、行政の介入
向精神薬は処方された量を全て、市や国などで記録するべき。
ブラックリストの共有、個人情報の例外として扱う
患者が、複数医療機関を受診したことがわかるようなシステムがあると良い。
服薬情報の一元管理。お手帳での任意の管理では、過量服薬や重複投与は防止できない。以前に保険証をICカード化して、処方内容などすべて保存するという考えがあったが、そのようなものが必要と思う。
複数の医療機関や薬局を利用しても情報が一元管理され、過量やドクターショッピングを行っていることを医療機関や薬局が把握できるようなくみを作ることがまず先に行われるべき。それがなければ、そもそも問題を発見できない。
向精神薬手帳(仮)を制度化し、それを持参し、医師が記入しないと、医療機関で処方することができない等、法的に多量に手に入れることができないしくみを作った方がよいと思います。
薬局等で薬をもらう際に、処方内容が保険証等に記録されて、どの医療機関、薬局においても、患者の処方歴がみればいいかと思っています。
所持している向精神薬の数が分かるように、薬手帳やICチップなどを出さなければ処方、投薬できないようにする。
薬局間の連携
他、薬局間の連携「知っていて当然」というようなことでも質問できる環境
同一の医療機関からの処方箋ならば、発見できるかもしれませんが、いちげんさんだとわかりにくいと思う。そのためには、他の薬局や、情報センター、行政機関で情報を収集し、共有しないと難しいと思います。
地域薬剤師会及び、薬局との情報共有
薬剤師会などからコピー処方せんなどの情報がくるが、あのようなことがあるとよい。
みんなが発言できる場を作り、ディスカッションなどできるとよいと考えます。(短期的ではなくて、中、長期的に習慣的に話す場を作ることが大事!!)

表3. 処方医への情報提供・疑義照会を薬剤師が積極的にできない背景

疑義照会に対する医師の無理解
疑義照会において医師と直接話をする事ができない。医師があまりにも無関心である。
薬局からの情報をすいあげる、耳を傾ける、それに対していねいに説明して下さる医師が少ない。
用量を越えた服薬をしていると思われる患者について疑義照会をした場合の対応が、いやな反応だった場合、こちらの問い合わせを積極的にできなくなってしまいます。処方医、医療機関スタッフが、協力的と思われる対応をお願いしたいと思います。
処方医が、あまり踏み込まない様に言われた事がある。
過量と思われる処方箋で疑義照会をしても、「前回通りの処方箋なので、このままで問題ない」との返事しか得られず、医師より処方意図の適切な説明がないので、それ以上話が進まない。
大病院には連絡しても私の処方箋通りとの返事が多い(忙しいから)。開業医の先生の方が薬剤師の話しを聞いてくれ、対応してくれる。
内科の医師で適当でよいとの返事があり薬局でこまっている。
医師が忙しすぎます。人の話を聞く態度ができていない。知っている医師以外、疑義照会する気になれません。医師の教育が必要です。
重複投与に関して、何回となく、処方箋もとに、うたえでも、患者がなくなるとか、もうなくなったとかの言い訳をそのまま信じて、すぐ処方してしまう医師に問題がある。薬局でいくら指導しても、医者が出しているんだから、口を出すなと言うかんじ。
医師によっては、疑義照会を避ける傾向のある方がまだ何人かいらつやるため、慎重にならざるを得ない。
いそがしい時間帯などに問い合わせると相手にされない場合もあり、やはり処方元や処方医とコミュニケーションが大事だと感じる
ある医師(主に、処方せんを受けている)からのクレームで過去に3人の薬剤師がやめさせられている・・・!!その為そこからの処方せんは、処方内容についての問い合わせはほとんど出来ない状態です・・・。
処方医同士で、自分の処方箋ではなく、相手の処方箋の薬を中止してほしいと依頼されることが多く、処方医同士は、我々を媒体にしてトラブルをさせている。間にはいつている我々(患者も含め)とても迷惑
疑義照会時の医師の対応が、こちらの意向を聞く姿勢でなく、“そのようなことを言われても困る”という感じの返答を受けると再度照会はできなくなる。
医師のプライドがあり、薬剤師ごときが意見するのは・・・と思われる医師がいること
医師の向精神薬乱用に対する意識が低く、特に小さなクリニックなどは患者獲得のため承知で処方している。そのような医師に疑義照会しても「処方箋通りだして」と言われるだけ。
問い合わせをすると激怒するので問い合わせはできません。
処方内容についてはよけいな口出し無用と言われた。
問い合わせたこともあるが、処方箋がそれも仕方ないと考えていたり、精神科の患者なんだからと答えたりするので。
他の医療機関にも受診しており、同様の治療をうけていることは、当該医師に伝え、「本人の意思なので、こちらでは、こちらの治療をするのみ」的な回答で、他に行っているなら勝手にして、的な返事であった。間にはさまれて、薬局側としては、どう進めるべきか困ってしまったこと有。
以前に2つの病院から、プロチゾラムを大量に処方された患者さんがいたので、両方の病院に重複投与を連絡したが、薬量が減ることはなかった。医師は、明らかに不機嫌な様子で、「何の問題もないだろう」と、処方はそのままであった。
処方箋が、自分は専門医ではなく、Ptが持ってきた「以前飲んでいた薬」をそのまま処方しただけ、と疑義照会に応じない。
薬剤師に対し、高圧的な発言をする医師が今だに多いからだと思う。
今まで、そのような例を照会したことはありますが、「いいから出して下さい」とコメントを受けるのみです。
処方箋が忙しくTELでの疑義照会をいやがる傾向がある時TELをするのに勇気が必要になります。
処方箋を変更する事は自分を否定されているとの誤解もあると思います。(プライド)
私の勤務する薬局では、処方箋へ疑義照会をしても、処方箋が薬剤師の発言に耳をかたむけてくれないことが多いです。

表3. 処方医への情報提供・疑義照会を薬剤師が積極的にできない背景(続き)

<p>医師や患者に対する遠慮</p> <p>過量である事を疑義照会しているが、医師のコメントが入った書式の整ったものについては疑義照会がかけにくい事もある。</p> <p>一つの医療機関で処方されておる場合、医師が了解している、この処方に行っていると思うと、指摘は出来づらい。</p> <p>医師の方でも考えて処方していると思うので、毎回同じ事で問い合わせをするのはどうかと思ってしまう。</p> <p>薬に関して、適宜増減との記載があると、どの程度の過量服用までが疑義対象かわからない事が多い。</p> <p>処方医が乱用・依存についてどのように考えているかわからないため。(疑義照会しても、変更なしの一言で終わる気がする。)</p> <p>過量服用、まとめ飲み等、明らかに濫用が認められる場合でない限り、疑念の段階で疑義照会するなどということは医師の見を侵害するものと考えます。</p> <p>現在、日本では医・薬の完全分業(強制分業)にはなっていないので医師に対する遠慮がある。</p> <p>医師の処方権は絶対だというドクターも多い。又、患者さんの状況を一番理解しているのはドクターであり、それをふまえて処方しているはずのため。</p> <p>処方医は患者さんと直接向き合っで処方しているので、我々薬剤師は処方せんを尊重しなければいけないという概念がある。</p> <p>向精神薬の乱用、依存が疑われるが、本当に乱用しているかどうかははっきりと確信が持てない時</p> <p>患者から、処方医もすでに了解済みであることを聞いているので、あらためて連絡することはしない。</p> <p>情報提供を医師にすることを了承をとうとするとそれはやめてくれというだろうし、医師に重複投与されている事を告げ薬を削除してもらったら次から来なくなるという事もあり。</p> <p>「疑い」があっても確証がもてないと、疑義照会まではできない。</p> <p>なんとなく「あやしい」と思っても「確証」がない為。</p> <p>電話で“疑われる”状態を上手に説明できない。「処方そのものの疑い」も考えてしまうため、上手に説明することが難しい。</p>
<p>薬剤師の資質・患者情報の不足</p> <p>薬剤師の医師への問い合わせ方にも問題があるのかもしれない。(一部の薬剤師の)</p> <p>薬局は患者様を診察していないので、背景がわからない。診察して処方した医師の治療方針が処方箋に記載されていると思うので、疑問に思うことが少ない。</p> <p>本人が来局せず、すべて家族(妻)が来るため、本当のところはわからない。</p> <p>その患者さんの病名が処方せんだけではわからず、それだけの薬の必要性が判断しづらい。</p> <p>実際に、いくつかの医療機関を受診し、どの薬をどれくらい服用しているか、患者本人の情報に頼るしかないため。</p> <p>具体的な病名等は処方せんからはわからず、患者さんに病状を毎回聞いたりするのが難しい。</p> <p>薬局側での患者情報の取得が不十分で、患者の状態が良くわからないため。</p> <p>実際に面受調剤をしていると手帳の持参が無いと患者からの情報をうまく得る事が出来にくい(質問に答えてくれない等)と処方医への疑義照会も行いにくい。</p>
<p>対応に苦慮する患者</p> <p>患者様に医師への情報提供を断られてしまうため、投薬時に情報提供が困難であることが多い。</p> <p>患者の服薬指導拒否姿勢。すぐに“キレル”。</p> <p>患者から病院や主治医に連絡したら二度と薬局に来ないから！！と言われたが照会して、二度とその患者は来なかったことがあります。</p> <p>服薬指導をしても上の空で、その場だけ返事をして薬をもらって帰る、という患者さんが多いため。</p> <p>普通の患者とはちょっと違った感じがあるから、怒って何をしてくるかかわからないので行動ができない。</p> <p>患者が薬を欲しがってるパターンが多いので、それを減らす行為を患者が好ましく思ってくれない。</p> <p>余計な事をされたと逆上して、身の危険を感じる雰囲気がある。</p>
<p>現行システムの限界</p> <p>医療機関で疑義照会がFAXのみで手続きという場合文章で具体的に説明が困難である。返事もFAXでというので患者を待たせることになる。</p> <p>病院の場合、パートドクターが多く、すぐに処方医と連絡し合うことが出来ないことが多い。</p> <p>薬剤師がいくら過量と感じて疑義照会しても、医師からそのまま出せと言われては出さざるを得ない。現在のような制度、法律では、薬剤師に対していくら言われても限度があります。</p> <p>乱用している確固たる証拠がないため「こういう場合は疑義照会」というルールがあるとやりやすい。</p>

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 24 年度分担研究報告書
精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドライン

研究分担者 小泉 典章
長野県精神保健福祉センター 所長

研究要旨

【目的】精神保健福祉センターの薬物依存症対策への要請は高まり、平成 24 年度は薬物依存症の相談対応のガイドラインを作成した。

【方法】精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドラインを提示し、全国のセンターからの意見聴取を行った。

【結果】薬物依存症の相談対応機関での標準的な相談対応のガイドラインを作成した。ガイドラインを 2 部構成にし、第 1 部は保健所や精神保健福祉センターの共通な薬物依存症相談対応の前提部分、第 2 部は精神保健福祉センターが果たすべき、相談対応や家族支援のあり方を示したガイドラインとした。また、精神保健福祉センターにおける薬物依存症対策の具体例を示した。

【結論】薬物依存症者の病態は多様なため、その対応も、相談対応、自助グループ対応、医療対応、司法対応などの、多様な支援が必要であり、また、本人だけでなく、家族にも十分な理解と協力を求めることが必要である。

研究協力者

増茂尚志 栃木県精神保健福祉センター
所長
田辺 等 北海道立精神保健福祉センター
所長

センターで実施できなければ、意味が乏しいと思われ、相談対応や家族支援の展開のために使うことができる目安となるガイドライン作成を目指した。

B. 研究方法

平成 22 年度に全国精神保健福祉センターの薬物依存症対策状況調査を実施し、その調査に基づき、多くのセンターで実施することができる、相談対応や家族支援の展開のためのガイドラインに必要な要素の検討を平成 23 年度に行なった。

平成 24 年度は薬物依存症の相談対応のガイドライン試案を作成し、全国のセンターからの意見聴取を行った。地域精神保健

A. 研究目的

平成 24 年度はこれまで行った全国精神保健福祉センターの薬物依存症対策の調査や薬物依存症の相談に対応するガイドラインに必要な要素の検討を踏まえ、薬物依存症の相談対応のガイドライン試案を作成する。

ガイドラインの作成にあたって、多くの

活動において、保健所にも可能な限り、相談対応を広げてほしいという要請もあり、ガイドラインを2部構成にした。第1部は保健所や精神保健福祉センターの共通な薬物依存症相談対応の前提部分、第2部は精神保健福祉センターが果たすべき、相談対応や家族支援のあり方を示したガイドラインとした。

(倫理面への配慮)

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

C. 結果

精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドライン

I. 薬物依存症相談対応機関の果たすべき相談対応

1. 保健所、精神保健福祉センターなどの薬物依存症相談対応機関の役割

相談対応機関としては公的機関である保健所、精神保健福祉センター、薬物依存症の民間リハビリテーション施設として知られるダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center ; DARC) などが該当する。保健所、精神保健福祉センターは、初めての相談先として利用しやすい機関である。ここでの支援の基本姿勢は、相談者をきちんと受け止め、方向付けをし、関係機関につなげ、状況を捉えながら継続支援することが重要となる。

また、身近な相談窓口としての市町村への相談があった場合は、保健所等の機関と連携しながら相談支援を行う。

2. 薬物依存症相談の前提

薬物依存症の相談には相談へのつながりにくさ、ファーストクライアント (FC : First Client) は家族が多いこと、相談の主訴の多様性、相談対応者の経験不足

という4つの特徴がある。そこで、特徴を踏まえた相談の心構えを示す。

ア 相談へのつながりにくさ

薬物問題は、その違法性、倫理や犯罪の問題として捉えられることが多いために、依存症という精神疾患の問題としての相談につながりにくいものである。非行、家庭内暴力などで警察沙汰を繰り返していたり、学校や職場でのトラブル処理に迫られた経験をもつ家族は、相談しても解決しない、批判されるだけだと、困っていても相談をためらう気持ちを持つ。

薬物が止められないのは性格や意志の問題ではなく、心の健康問題、依存症という病気の疑いがあること、適切な治療や援助があれば回復できるものであるという理解を促し、当事者や家族が精神保健の相談窓口を訪れることができるよう、住民に周知を行う必要がある。

イ ファーストクライアントとしての家族等への相談対応

身体の健康に関する相談と違い、薬物使用者本人が直接相談してくることは少なく、多くの場合は家族からの相談である。最初に相談してきた家族などの相談者をファーストクライアント (FC) として関わることから始める。

相談につながることで、薬物依存症としての問題に直面化し、回復への長い取り組みを開始する絶好の機会となるよう、初めの相談者 (FC) とのつながりを大切にする。

ウ 薬物依存症相談の多様性

相談のきっかけになりやすいエピソードは、薬物使用によって出現した幻覚妄想などの中毒性精神病症状、薬物を止めている時に出現する退薬（離脱）症状、体重減少や身体的危機状態、または、暴力事件や事故の後、警察や司法の介入を受けた時など、当事者に変化があったときである。初めから「薬物問題」として相談が持ち込まれるとは限らず、暴力、不登校、家に帰らないといった表面的な問題に困り、それが主訴として語られる場合もある。まずは、相談者をねぎらい、気持ちや不安を受け止め、安心してから、具体的な実際にある薬物問題について落ち着いて具体的に聴き取るように心がけたい。

エ 保健所のアルコール依存症相談のノウハウの活用

多くの保健所ではこれまで薬物依存症の相談件数は少なく、経験の積み重ねができないため対応に苦慮している状況である。薬物依存症は、基本的にはアルコール依存症の相談援助とほとんど同様のアプローチで対応可能である。しかし、一般の精神保健福祉相談ではあまり出会わない当事者の背景、例えば犯罪歴など社会的問題、極端な異性交遊問題があったりと、対応が難しそうだと感じる。基本的に依存症のひとつとしてとらえ、問題行動の基となる本質的な問題を捉えることで、アルコール依存症の対応ノウハウを活かすことができよう。精神保健相談は、相

談者にとって利用しやすい初めての精神科医師への相談の機会となる。

3. 相談対応の留意点

ア 初期対応

最初の相談として多いのは、電話によるものである。相談者の心理的抵抗感が少ないため、相談者が恥ずかしいとか、不名誉なことと感じている内容についても話しやすくなる。

薬物依存に関する相談は、複雑で個々に異なった問題を抱えているため、一般論だけで対処することは困難である。1回の電話で全てを解決しようとせずに、できるだけ家族や本人に来所してもらおう方向で話を聞くようにする。そのため、相談者が匿名を希望する場合でも、支援を考える上ではある程度の正確な情報が必要となるので、情報が漏れないことを伝えた上で、最低限必要な氏名、住所、年齢等をなるべく聞くようにする。相談を継続するため、相談対応機関では、自傷他害のおそれがない限り、警察等へ通報することはない旨を伝えること、来所相談につなげるために対応者が名乗ることも有効となる。

イ 評価と対応

① 本人の依存症としての重症度と現在のステージ

「薬物依存の進行段階」でどの段階にあるのか、薬物の使用様態（使用頻度や使用量の増加、連続使用の有無など）、断薬の試みの既往、健康障害、薬物使用に基づく生活リズムの乱れや学業・職業上の問題、法的問題などから、その重症度についておおまかな見立てをす

る。

② 緊急性の評価

精神病症状や強い渴望により、家族への暴力や自分を傷つけることも考えられるのでその際の家族の対応と行動について情報を提供する。

○緊急な精神科医療受診を促す場合（救急車の要請、警察への連絡）

急性中毒に基づく意識障害、錯乱状態や急性幻覚妄想状態
慢性中毒性精神病の増悪等で、
自傷他害の危険が高いとき

○家族の避難を促す場合

暴力行為、器物破損など家族
に危険の及ぶとき
（特に乳幼児や高齢者等の保護）

ウ 他機関を紹介するときの対応

紹介先の機能や役割（何をしてくれるところか、何ができるところか）を、日ごろ充分把握しておき、相談者に正確な情報を伝えるようにする。場所や行き方、担当者の名前を伝えると、相談しやすくなる。相談者の了解を得た上で、紹介する機関へ事前に連絡したり、状況を伝えておくこと、必要に応じて同伴することも検討する。注意点としては、紹介先の機関が判断や決定すること、見通しなどは安易に説明しないようにしたい。

エ 継続支援の必要性

① 本人への支援

薬物依存症の回復には、段階に応じて医療機関やダルク等、様々な支

援者の協力が必要となるため、一貫した支援がとれず関わりが途絶えがちになる。相談対応機関は、それらの関係機関をコーディネートし、本人・家族の動向を長期に捉えながら、支援方針を随時検討していく必要がある。

薬物依存の回復過程には、スリップ（再使用）がつきものである。支援者の姿勢として、たとえスリップしても、自助グループ参加と通院を中断しないよう本人に伝え、スリップ自体を責めず、今後の危険性や予防策について話し合う機会にしたい。

② 家族への支援

本人の薬物問題に対する家族の関与のあり方としては、イネイブラー的役割の存在、イネイブリング行為の見極め、家族内の共依存関係について家族の相談を継続する。

家族に対して、薬物依存症の理解と家族の対応を学ぶ場を提供し、再乱用防止のための支援を行う。家族を対象とした依存症家族教室を実施し、ナラノン、ダルク家族会などの家族会組織育成を目指したい。

相談対応機関における判断と初期対応について、表1にまとめた。

表1.【相談対応機関における判断と初期対応】

a. 本人の治療意思、依存症の自覚がある場合

本人の状態	対応内容(助言、指示)	対応機関
離脱症状 精神病症状	精神病治療の勧め	精神科医療機関
渴望 再使用欲求	依存症治療の勧め リハビリテーションプログラムの勧め	専門医療機関 精神科医療機関 自助グループ
社会復帰、社会参加	断薬の継続 依存症の自覚の継続	精神科医療機関 自助グループ

b. 本人の治療意思、依存症の自覚がない場合

本人の状態	対応内容(助言、指示)	対応機関
緊急性あり 意識障害 急性幻覚妄想状態 生命の危険	緊急受診の指示	救急車の要請
自傷他害のおそれ 暴力・器物破損	刑事司法手続きの優先 危険の回避、家族の避難指示	警察へ通報
緊急性なし	相談対応機関で家族相談を継続しながら、本人の状況を把握	相談対応機関(家族相談)

c. 家族への対応

家族の状態	対応内容(助言、指示)	対応機関
家族の理解不足 イネイブリング行動 共依存関係 精神的負担	家族の薬物依存症理解促進 家族教室参加勧奨 家族同士の分かち合い	専門医療機関 精神科医療機関 保健所 家族自助グループ
本人が回復途上	家族の生活の安定、エンパワメント*	家族自助グループ
その他複雑な主訴	問題の整理 相談担当者が他機関から情報収集 各専門機関の情報提供とつなぎ	各専門機関