

2012年8月に改訂された自殺総合対策大綱(内閣府)において、「調剤・医薬品販売等を通じて住民の健康状態等に関する情報に接する機会が多い薬剤師」がゲートキーパーの一員であることが明記され、各地で薬剤師対象のゲートキーパー養成講座が開催されるようになった。

そもそも、ゲートキーパーとしての薬剤師に対する期待は、自殺総合対策大綱が改訂される以前からあり、2010年9月に発表された「過量服薬への取り組み－薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて－(厚生労働省)」では、「薬剤師は過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー」と明記されている。具体的には、薬局を訪れる患者への声かけ、処方医への疑義照会、医療従事者間の連携を充実させることで、過量服薬リスクの高い患者に気づき、適切に関わり、必要な支援につなぐといった役割が提案されている。

自殺対策というと、「薬局でそのようなことができるのか?」と身構えてしまう薬剤師も少なくない。しかし、医薬品の乱用・依存を早期に発見し、予防していくことは、自殺を予防するうえで極めて重要な意味を持つ。つまり、医薬品の適正使用というこれまで薬剤師が注力してきた取り組みをそのまま活かすことができるのが、このゲートキーパーとしての薬剤師といえる。



### 共感の態度で傾聴を

過量服薬のリスクに気づいた場合、服薬指導の場面ではどのようなことに配慮すべきであろうか。過量服薬の意図を十分理解しないうちに、「どうして、そんなことしたの?」と一方的に責めることや、「そんなことしちゃ、ダメ」と患者の行動を否定することは、ほとんど意味がないばかりか、逆効果となる恐れ

すらある。患者は「この人に何を言ってもどうせわかってくれないだろう」と感じ、あなたを信頼できない援助者として位置づけてしまうかもしれない。信頼できない援助者の前では、誰しも正直になれず、口を堅く閉ざしてしまう可能性や、嘘をつくようになる可能性もあるだろう。

一方、「もっと意志を強く持ちなさい。」や、「もっと頑張らなきゃ。」などと安易に励ますことも、生きづらさを抱えながら毎日を過ごしている本人からしれみれば、「これ以上、どう頑張れっていうんだよ…」、「私のこと何もわかっていないくせに…」と受け取られる可能性があるのを避けるべきであろう。

生きづらさを抱えた患者と信頼関係を構築していくためには、共感の態度でまずはじっくり話を聞く傾聴が重要である。傾聴をしながら、患者に寄り添うことが良好な信頼関係を作っていくうえでの第一歩といえる。患者の語りに耳を傾ける際には、重要なキーワードを繰り返すことで、「あなたの話は私に十分伝わっていますよ。」というメッセージを送ることも重要である。



### 「まちの科学者」としての 薬剤師

今一度、日頃の服薬指導の場面を思い出してほしい。服薬指導中に、医師に伝えていない事実(過量服薬以外のことも含めて)を告白された経験のある薬剤師は大勢いるのではなからうか。「医者には言いにくいが、薬剤師なら」という患者が存在することは、紛れもない事実である。実際、生きづらさを抱えた患者のなかには、医師の前ではなかなか正直になれない患者もいるようである。医師は本人が望まなくとも、患者からしてみれば、権威的な存在として捉えられる機会が多い。また、

治療する側、治療を受ける側という構造的な関係から、医師との利害関係を気にする患者もみられる。患者にとって医師との信頼関係は重要なものであり、その関係性が崩れることを恐れ、結果として過量服薬のような不都合な事実は隠そうとするのかも知れない。

一方、患者にとって薬剤師との利害関係は、医師との利害関係に比べれば、小さなものである。そもそも患者からしてみれば、薬剤師という存在は、所詮、薬局のおばちゃん(おじちゃん)に過ぎないのかもしれない。かつての薬剤師は、「まちの科学者」と呼ばれていた。専門知識を持った薬局のおばちゃん(おじちゃん)は、地域住民から信頼され、尊敬される存在であったという。この権威的ではない患者との関係性が、相談しやすい環境を作りだしているのかもしれない。相談に対する「敷居の低さ」は、薬局の薬剤師が誇るべき利点であり、ゲートキーパーとしても大切にすべき点である。

フィジカルアセスメントなど、専門的な知識や高度な技術を身につけ、より質の高いヘルスサービスを提供していくことは、これからの薬剤師には必要なスキルであろう。しかし、こうした専門的技術の追求は、ともすれば権威的な態度につながる危険性もある。「まちの科学者」としての敷居の低さが、患者にとっては心地の良い相談環境を生み出していることも忘れてはならない。



### 抱え込まずに「つなぐ」

薬剤師1人ができる患者支援には当然限界がある。1人の薬剤師が患者を抱え込んでしまうことは、ともすれば薬剤師自身が潰れてしまう恐れもある。1人で問題を解決しようとせず、薬局全体で患者を支える体制が求められる。また、患者に寄り添う姿勢を維持し

つつ、他の専門家につないでいくこともゲートキーパーとして重要な役割である。

処方薬に関することであれば、やはり処方医とのコミュニケーションが重要となる。しかし、過量服薬に気づきながらも、約4割の薬剤師が処方医に疑義照会や情報提供を積極的にしていないという報告がある<sup>6)</sup>。「主治医であれば、患者の状況はわかっているだろうからあえて連絡する必要はない」と消極的な理由が目立つ一方で、医師とのやり取りをめぐって苦い経験を持つ薬剤師も多く「処方医や患者とのトラブルを避けたいから」という理由も多い。しかし、疑義照会は薬剤師法で定められた義務である。疑わしき事項があれば、薬剤師は迷わず疑義照会すべきであり、医師も疑義照会の意識と目的を十分に理解する必要がある。また、過量服薬などの事実を処方医に話せていない患者がいることを改めて思い出してほしい。医師が薬剤師に期待しているのは、診察室では知り得ない患者の様子や服薬状況に関する情報提供である。

前述のように、メンタルヘル스에不調がみられる患者の問題は、医療的な側面だけではなく、生きづらさの背後にはさまざまな心理的・社会的な問題が存在する。地域には医療機関以外にも、さまざまなメンタルヘルスの支援資源が存在する。例えば、精神保健福祉センターは全国の都道府県および政令指定都市に設置されているメンタルヘルスの相談機関である。精神科医をはじめ、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士といった専門家が働いている。地域には、その他にも保健所、福祉事務所、児童相談所、自助グループなどの支援資源がある。地域のメンタルヘルス支援サービスの役割を理解し、適切な支援につないでいくソーシャルワーカー的な機能もゲートキーパーとしての薬剤師に求められる役割であろう。

## 参考文献

- 1) 松本俊彦ほか：わが国における最近の鎮静剤(主としてベンゾジアゼピン系薬剤)関連障害の実態と臨床的特徴 覚せい剤関連障害との比較. 精神神経学雑誌, 113 (12): 1184-1198, 2011.
- 2) 廣川聖子ほか：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) Rodham K, et al : Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43 (1) : 80-7. 2004.
- 4) Owens D, et al : Br J Psychiatry, 187 : 470-47, 2005.
- 5) 松本俊彦ほか：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・薬物医学会雑誌, 47 (6) : 317-330, 2012.
- 6) 嶋根卓也：ゲートキーパーとしての薬剤師：医薬品の薬物乱用・依存への対応. YAKUGAKUZASSHI, 133 (6) : 617-630, 2013.

## 嶋根 卓也

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

1998年東京薬科大学薬学部卒業, 調剤薬局勤務を経て, 2008年順天堂大学大学院医学研究科修了. 国立精神・神経医療研究センター流動研究員, 同センター研究員を経て, 2012年より現職.

## 南山堂 書籍のご案内

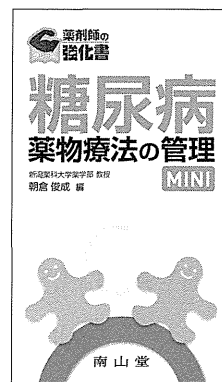
## 薬剤師の強化書

# 糖尿病 薬物療法の管理 **MINI**

新潟薬科大学薬学部教授 朝倉俊成 編

2010年9月に発刊した薬剤師の強化書シリーズ「糖尿病薬物療法の管理」のエッセンスのみを集約したポケット版。臨床現場で患者さんに質問された際や、必要なときにすぐに調べられるように、白衣のポケットに必携の一冊！

- ◆ ポケット判 260頁
- ◆ 定価 (本体 1,800円+税)



南山堂

〒113-0034 東京都文京区湯島4-1-11  
TEL 03-5689-7855 FAX 03-5689-7857 (営業)

URL <http://www.nanzando.com>  
E-mail [eigyo\\_bu@nanzando.com](mailto:eigyo_bu@nanzando.com)

## ゲートキーパーとしての薬剤師：医薬品の薬物乱用・依存への対応

嶋根 卓也

**The Pharmacist as Gatekeeper: Combating Medication Abuse and Dependence**

Takuya Shimane

*Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry; 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.*

(Received February 13, 2013)

The nonmedical use of medications, including psychotropic drugs, is a growing health problem in Japan. According to a nationwide survey of mental hospitals, the proportion of patients with sedative (mainly benzodiazepine)-related disorders has more than doubled over the last decade. An association between psychotropic drug overdose and suicide risk has also been reported. Furthermore, over-the-counter drug abuse is still a serious problem in Japan. In recent years, pharmacists have been expected to act as gatekeepers, making timely identifications of suicide risk or substance abuse and directing these individuals to appropriate medical care facilities. In August 2012, the revised Comprehensive Suicide Measures Act identified pharmacists as one professional group that should act as gatekeepers. This article begins by reviewing the fundamental terms involved in understanding the nonmedical use of medications, including abuse, dependence, and intoxication. The current situation of substance abuse and dependence is then introduced through a summary of several epidemiological surveys conducted in Japan. Finally, the role of pharmacists as gatekeepers in preventing substance abuse and dependence on medications is discussed.

**Key words**—pharmacist; gatekeeper; suicide risk; psychotropic drug; dependence; overdose

**1. はじめに**

薬物乱用・依存という言葉から麻薬や覚せい剤といった違法薬物を連想する人は少なくない。特に地域における薬物乱用防止活動や、教育現場における薬物乱用防止教育に従事している薬剤師は違法薬物に対する危険性を啓発する機会が多いため、「薬物乱用＝麻薬・覚せい剤」と考えがちではなかろうか。しかし、今、薬物乱用・依存に大きな変化がみられる。睡眠薬・抗不安薬といった向精神薬を適正に使用せず、薬物依存症に陥る患者が過去10年間で2倍以上に増加している。<sup>1)</sup> また、自殺の背景として向精神薬の過量服薬の問題も浮上している。<sup>2)</sup> 一方、鎮咳薬や風邪薬といった市販薬の乱用・依存も依然として無視できない状況にある。<sup>3)</sup>

薬剤師にとって身近な存在である医薬品の乱用・依存が、社会の中で広がりつつある今、薬剤師に対する社会の期待は大きい。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していくことが政策として明記された。こうした薬剤師への期待を素直に歓迎する者もいれば、「果たして自分に何ができるのか?」と不安になり、戸惑いを隠せない者も少なくないかもしれない。

本来、ゲートキーパーは自殺予防の文脈で使われる言葉であるが、向精神薬の過量服薬の対策は、医薬品の乱用・依存対策と重なる部分も多い。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からみれば、自殺意図の有無にかかわらず、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言える。そこで本稿では、「医薬品の乱用・依存」という切り口から、ゲートキーパーとしての薬剤師の役割について考えていきたい。まずは、薬物乱用・依存・中毒という

The author declares no conflict of interest.

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 (〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1)

e-mail: shimane@ncnp.go.jp

本総説は、日本薬学会第132年会シンポジウム S37 で発表したものを中心に記述したものである。

基本用語を整理し、医薬品の乱用・依存に対する共通認識を得る。次に、わが国の薬物乱用・依存の動向を様々な疫学調査を通じて概観し、医薬品の乱用・依存についての現状を掴みたい。そして、医薬品の乱用（過量服薬を含む）や依存への対応を「気づき」、「係わり」、「つなぎ」にわけて考え、ゲートキーパーとしての薬剤師に期待される役割を論じてみたい。

## 2. 用語の定義：乱用・依存・中毒

医薬品の乱用・依存に対する共通認識を得るために、キーワードとなる3つの用語を定義したい。つまり、薬物乱用・薬物依存・薬物中毒である。

薬物乱用は「薬物を社会規範から逸脱した目的や方法で、自己摂取すること」と定義される。ここでいう社会規範とは法律と考えればよい。例えば麻薬や覚せい剤は、使用そのものが法律で禁じられており、それらを自己摂取することは法律という社会規範から逸脱した薬物乱用である。未成年者の喫煙・飲酒は法律で禁じられており、未成年者としては薬物乱用となる（ただし、未成年者喫煙禁止法や未成年者飲酒禁止法は、未成年者の使用目的での販売を禁止する法律であり、違反をした未成年者を処罰する規定はなく、刑事処分されない）。

一方、薬物乱用における社会規範はかならずしも法律だけを指すわけではないことにも注意が必要である。例えば、処方薬や市販薬の使用自体は法律で規制されていない。しかし、こうした医薬品を乱用目的で過量服薬することや、決められた量や回数を守らずに服用することは、本来の治療目的から逸脱した方法での使用であり、これも薬物乱用の1つの形である。

このように薬物乱用とは、法律のみならず、社会的・文化的な規範やルールにも照らし合わせて用いられている言葉である。また、1回1回の逸脱行動そのものを指す言葉であり、「何度も繰り返し使うこと」や「薬物にハマりやめられない状態」といった意味は含まれない点にも注意したい。

依存や中毒は乱用の結果として生じる状態あるいは症状である。メディア等では依存と中毒が混同されている場合もあり、ここでは両者の違いに注意したい。まず、大量の薬物を短時間に摂取するような乱用をすると、心拍数や呼吸数の増加や血圧上昇に加え、嘔吐、意識消失、呼吸抑制など様々な症状を

引き起こす。場合によっては死に至ることもある。こうした急性の症状を急性中毒という。

これに対して、慢性中毒は乱用を繰り返した結果として生じる慢性的な症状を指す。例えば、鉛中毒における消化器症状・神経症状・貧血のように特定物質への曝露が続くことによって引き起こされる健康影響を指す言葉である。覚せい剤の慢性中毒の場合、健康影響は主に身体ではなく精神障害の形であられる。幻覚や妄想といったいわゆる中毒性精神病である。

薬物依存は、「なぜ自ら健康を害するような行動を繰り返すの?」、「ようやく刑務所から出てきたのに、懲りずにまた使い始めるのはなぜ?」といった疑問を解く上で重要な手がかりとなる。薬物依存とは、慢性的な脳の異常状態であり、精神障害の1つである。糖尿病などの慢性疾患との共通点がみられ、長期的なサポートを必要とする精神障害の1つである。

薬物依存の状態は、薬物乱用のコントロールを喪失し、自身の健康のみならず、家族や社会に対しても様々な不都合や不利益が生じていることを理解しながらも、薬物乱用を中止できない状態となる。また、薬物の使用を中止すると、離脱症状（いわゆる禁断症状）があらわれる場合もある。まさに「わかつちやいるけど、やめられない状態」である。

脳が依存状態となると、身の回りの様々な引き金（トリガー）をきっかけとして、薬物を使いたい気持ち（渴望感）を抑えられなくなる。テレビや音楽など外部からの刺激、昔使っていた場所や繁華街、薬仲間や売人からの電話、薬物の再使用を引き起こす引き金は様々である。こうした薬物依存の形成には脳内の生理的変化が関与している。例えば、覚せい剤の依存形成にはドーパミン神経系が関与している。覚せい剤はドーパミントランスポーターと結合することで、ドーパミンをシナプス間隙に放出させることが依存形成に関与すると考えられている。

前述の幻覚や妄想といった中毒性精神病症状（慢性中毒）に対しては薬物治療（抗精神病薬等）により症状の改善が期待されるが、残念ながらその根底にある薬物依存に対する特効薬はない（開発は進められているが）。健康被害を理解していながらも乱用を繰り返してしまうという現象の根底にはこの薬物依存が関与している場合が多い。したがって、薬

物依存を正しく理解することは、薬物問題に係わる薬剤師にとっては重要であろう。

以上の用語定義を踏まえた上で、向精神薬の過量服薬について考えてみたい。処方医に指示された量や回数を守らず、睡眠薬等を過量服薬すること自体は薬物乱用である。そうした乱用により、大量の薬剤が短時間に体内に摂取され、運動失調、意識障害、昏睡、呼吸抑制といった急性中毒症状を引き起こす。こうした乱用を繰り返しているうちに、依存が形成され、薬物依存となる危険性がある。

### 3. わが国の薬物乱用・依存の動向

**3-1. 一般住民における薬物乱用者の動向** わが国に、薬物乱用者は何人いるか。また、どのような薬物を乱用しているか。わが国では、薬物使用自体が犯罪行為とされ、国民の薬物乱用に対するイメージは否定的な場合が多く、薬物乱用の実態を把握することはなかなか困難な作業となる。犯罪統計をみれば、覚せい剤取締法違反の検挙人員は毎年1万人を超え、犯罪白書によれば、2009年中に11873人が検挙されている。<sup>4)</sup>しかし、これらが薬物乱用者全体の氷山の一角であることは言うまでもない。

「薬物使用に関する全国住民調査」は、わが国の一般住民における薬物乱用の状況を把握し、各種対策を講じる上での基礎資料とするためのモニタリング調査である。<sup>5)</sup>1995年より継続実施されている。対象者は、住民基本台帳からランダムに抽出された

一般住民（15歳以上）である。薬物乱用の生涯経験率（lifetime prevalence）について、1995–2011年までの推移を示した（Fig. 1）。生涯経験率とは、生涯において一度でも薬物を使ったことがある経験者の割合である。最も高いのは有機溶剤（Organic solvents）であり、続いて大麻（Cannabis）、覚せい剤（Methamphetamine）の順である。1995–2011年の推移をみると、有機溶剤と覚せい剤はほぼ横這いであるが、大麻は増加傾向にある。2011年データを基に、15歳以上の人口に換算すると、有機溶剤約148万人（下限約102万人–上限約193万人）、大麻約114万人（下限約69万人–上限約158万人）、覚せい剤約38万人（下限約15万人–上限約62万人）となる。

ただし、これは生涯における経験を尋ねたものであるため、現在の流行を直接反映しているとは限らない点に注意が必要である。現在の流行をより正確に捉えるためには、「過去1年使用率」のような直近の経験を指標とすべきである。しかし、同調査の調査項目に含まれているものの、過去1年における乱用経験者数が少なすぎるため、統計誤差範囲となり、推計値を算出することは統計学的に困難である。

### 3-2. 精神科医療における薬物依存患者の動向

一方、薬物依存の状況については、「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（以降、病院調査と表記）」が1987年より継続実施

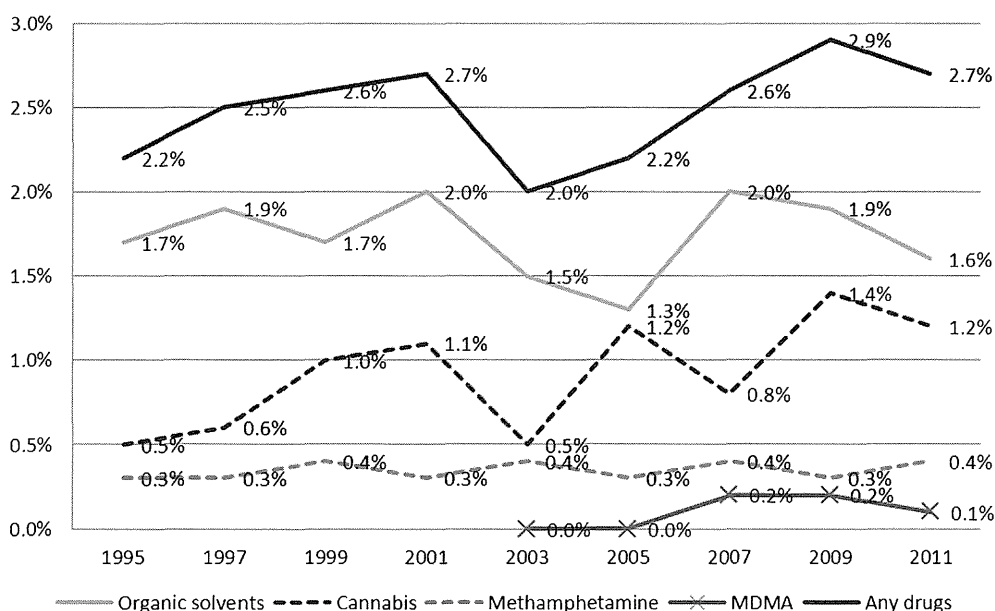


Fig. 1. Lifetime Prevalence of Drug Use among General Population in Japan (aged 15 and over)

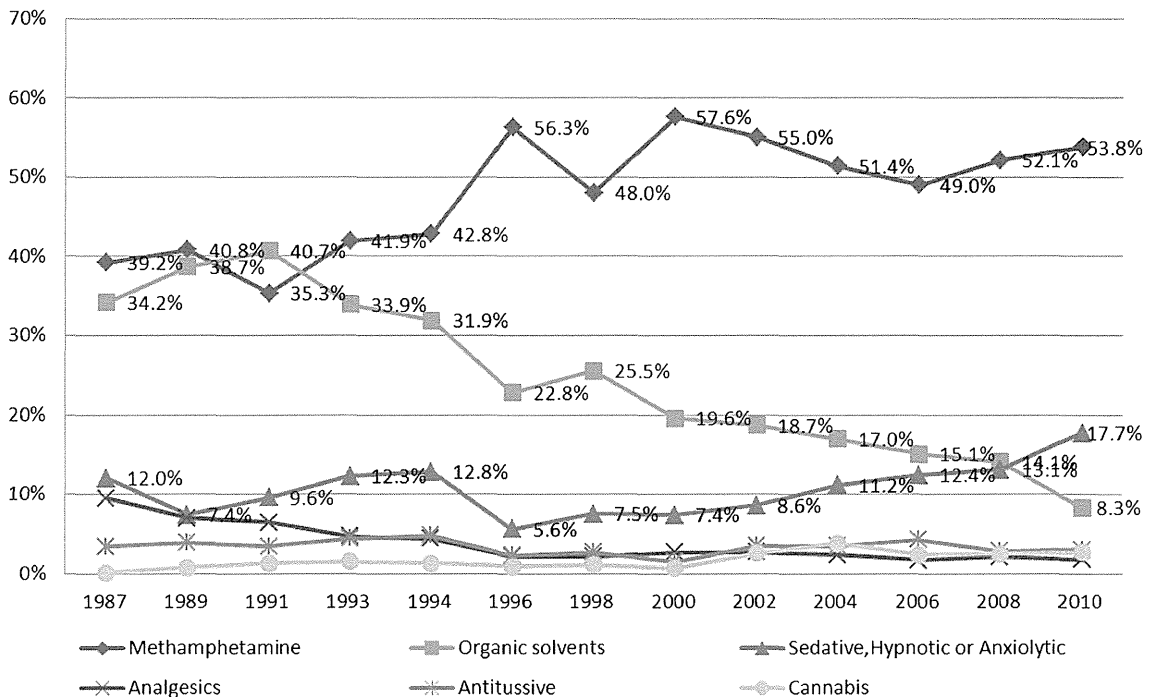


Fig. 2. The Ratio of Substance Use Disorder Patients by Drugs among Both Outpatients and Inpatients in Mental Hospitals in Japan

されている。<sup>3)</sup> 対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設であり、対象者は入院あるいは外来で診療を受けた「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」である。1987-2010年における主たる使用薬物別にみた症例割合の推移を示した (Fig. 2)。

従来、薬物依存患者は、覚せい剤症例と有機溶剤症例が大部分を占めていた。覚せい剤が高い割合で推移している一方で、有機溶剤は激減している。その一方で、上昇傾向にあるのが鎮静剤を主たる使用薬物とする薬物依存患者である。鎮静剤は2008年調査において有機溶剤とほぼ同率となり、最新の2010年調査では、ついに有機溶剤を上回り、第2位に転じた。ここでいう鎮静剤とは睡眠薬や抗不安薬を指し、その多くが向精神薬のカテゴリーに分類される処方薬である。松本らは、乱用されるベンゾジアゼピン系薬剤として、フルニトラゼパム、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデムなどの乱用症例が多いことを報告している。<sup>1)</sup> つまり、薬剤師にとって身近な医薬品が適切に使えない患者が、今や覚せい剤につぐ問題となっている事実は無視できる状況ではない。

向精神薬が適切に使えない患者 (向精神薬症例と表記) とはどのような人たちか。まず、病院調査に

おいて対象者は薬物関連精神障害患者と幅広く設定されているため、睡眠薬や抗不安薬の使用コントロールができない依存症候群 (ICD-10における dependence syndrome) の者もいれば、依存には至っておらず、有害な使用 (ICD-10における harmful use) のみの者も含まれる点に注意が必要である。

続いて、乱用開始の動機に注目したい。向精神薬症例は「不眠の軽減」、「不安の軽減」など自らの症状を緩和することを乱用動機とする場合が多くみられることが報告されている。<sup>1)</sup> つまり、向精神薬症例は気分障害や睡眠障害といった原疾患があり、精神科医療等で投薬治療を受けているものの、不眠や不安の症状が改善されず、自己判断で服用量を増量していくうちに、薬物依存に至っている可能性が示唆されよう。なお、覚せい剤症例は、「友人に誘われて」、「好奇心から」のように仲間からの影響や、刺激を求める態度が乱用開始のきっかけとなっており、動機の種類としては対照的である点にも注意が必要である。

向精神薬症例は覚せい剤症例に比べ、女性の比率が高く、年齢が若く、暴力団や非行グループとの関係が薄く、逮捕・補導歴が少ないといった人口統計学的な差異も報告されている。<sup>1)</sup> つまり、向精神薬症例は違法薬物を乱用してきた集団とは基本属性や

反社会的な傾向が大きく異なる集団である可能性が示唆される。さらに、覚せい剤症例では精神病症状の治療が临床上最も重要な課題となるケースが多いのに対し、向精神薬症例では、「薬剤が適切に使用できないこと」自体が主たる課題となるケースが多いといった臨床的特徴も指摘されている。<sup>1)</sup>

#### 4. 医薬品乱用・依存と薬剤師の係わり

**4-1. 向精神薬と地域の保険薬局** 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に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持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平成20年より開始しており、向精神薬による薬物療法に積極的に係わる病院薬剤師も増えている。

しかし、向精神薬と係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。<sup>6)</sup>精神科や神経科で通院治療を受けている患者の多くが、向精神薬を地域の保険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、ついで内科29.9%、外科21.3%であったと報告している。<sup>7)</sup>したがって、複数の医療機関の処方箋を応需する地域の保険薬局の薬剤師は、精神科のみならず、様々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。

**4-2. 向精神薬の重複処方と保険薬局** 筆者らは、埼玉県薬剤師会の協力を得て、保険薬局における調剤報酬明細書（レセプト）から向精神薬の重複処方の実態を探る試みを行った。<sup>8)</sup>レセプトの中でも、重複投薬・相互作用防止加算に着目し、各薬局のレセコン端末から該当する症例をピックアップ

し、担当薬剤師が調査票に転記する形で調査を行った。なお、この研究は、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委員会の承認を得た上で実施された。

重複処方となった向精神薬を、前述の病院調査において薬物依存患者が乱用していた向精神薬と比較した（Table 1）。最も高い頻度で重複した薬剤はエチゾラムであった。エチゾラムは病院調査においても乱用者が多くみられる一方で、最も乱用されていたフルニトラゼパムの重複は比較的少ないという違いもみられる。エチゾラムの重複が多い背景にはいくつの理由が考えられるが、対象者の年齢層が病院調査とは大きく異なる点が挙げられる。病院調査における薬物依存患者の平均年齢が約36歳であるのに対し、保険薬局における重複処方患者の平均年齢は約70歳と大きく上回り、高齢者が多くみられた。

では、なぜエチゾラムが、高齢者において重複するのか。薬剤を処方した診療科をみると、その背景がみえてくる。重複処方患者の、処方された診療科の組み合わせを示した（Table 2）。最も多い組み合わせは内科と整形外科の組み合わせであり、さらに

Table 1. Total Number of Overlapped ( $n=119$ ) and Abused ( $n=139$ ) Medications by Name of Psychotropic Drugs (multiple answer)

	Overlapped psychotropic drugs <sup>a</sup>	Abused psychotropic drugs <sup>b</sup>	Schedule I-III psychotropic drugs
	$n^a$ (%)	$n^b$ (%)	
Etizolam	46(38.7)	44(31.7)	not regulated
Zolpidem	23(19.3)	37(26.6)	Schedule III
Brotizolam	21(17.6)	21(15.1)	Schedule III
Triazolam	11( 9.2)	45(32.4)	Schedule III
Zopiclone	7( 5.9)	6( 4.3)	not regulated
Alprazolam	6( 5.0)	14(10.1)	Schedule III
Ethyl loflazepate	6( 5.0)	2( 1.4)	Schedule III
Diazepam	5( 4.2)	12( 8.6)	Schedule III
Flunitrazepam	5( 4.2)	69(49.6)	Schedule II
Clotiazepam	4( 3.4)	3( 2.2)	Schedule III
Estazolam	3( 2.5)	7( 5.0)	Schedule III
Nitrazepam	2( 1.7)	13( 9.4)	Schedule III

<sup>a</sup> Adapted from Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence, 47(5), 2012, Shimane T, Matsumoto T, and Wada K: Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists. <sup>b</sup> Adapted from Seishin Igaku, 54(2), 2012, Matsumoto T, Shimane T, Ozaki S, Kobayashi O and Wada K.: Tentative Identification of Benzodiazepines at the risk of abuse or dependence: A preliminary study on associations of drug selection and prescription using a literature control. (in Japanese)



Table 2. The Combination of Clinical Titles Which Overlapped Medications and Name of Overlapping Medications ( $n=119$ )

Combination of clinical titles	$n^a$ (%)	Overlapped medications (total number)
Internal medicine and orthopedic surgery	23 (19.3)	etizolam 12, triazolam 3, estazolam 3, alprazolam 2, etc.
Two departments of internal medicine	17 (14.3)	etizolam 6, brotizolam 4, flunitrazepam 4, triazolam 2, etc.
Internal medicine and psychiatry	7 (5.9)	etizolam 2, etc.
Internal medicine and neurology	7 (5.9)	etizolam 4, etc.
Internal medicine and cardiovascular medicine	5 (4.2)	brotizolam 2, zolpidem 2, etc.

<sup>a</sup> Displayed more than 5 cases. Adapted from Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence, 47(5), 2012, Shimane T, Matsumoto T, and Wada K: Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists.

エチゾラムの重複が最も多くみられた。

エチゾラムの適用症は幅広く、内科であれば不眠症に対し、整形外科では腰痛や肩こりに対して処方される場合もある。重複患者に高齢者が多いことを考えると、異なる診療科において異なる目的で処方されたエチゾラムが重複した可能性が考えられよう。向精神薬として規制されていないために、長期処方になり易いことも重複に影響している可能性がある。また、エチゾラムの後発品は数多く、商品名からエチゾラムであることに気づかないうちに重複している恐れもある。調剤レセプトを情報源としているため、これらの重複処方患者の薬物依存の程度を知ることはできないが、エチゾラムは薬物依存者の間でも広く乱用されているベンゾジアゼピン系薬剤である。また、高齢者においては急な増量により転倒リスクが高まるという報告もある。<sup>9)</sup>したがって、エチゾラムを向精神薬として規制し、処方日数の上限を設けることは、薬物乱用・依存の予防の観点からみれば意義があると考えられよう。

**4-3. OTC薬の乱用・依存とドラッグストア** これまで向精神薬を中心に論じてきたが、一般用医薬品 (over the counter drug; OTC薬) の乱用・依存の問題も無視できない。1980年代に社会問題化した咳止めシロップ等 OTC薬の乱用問題は依然として存在する。<sup>10)</sup>

前述の病院調査<sup>3)</sup>によれば、鎮咳薬を主たる使用薬物とする患者は全体の3%であり、覚せい剤症例

に比べれば少数派である。しかし、違法薬物の依存者が併用薬として鎮咳薬や風邪薬を乱用することもある。また、栄養ドリンク代わりに風邪薬や咳止めを乱用するケースもみられ、精神病院やダルクにつながるほど困っていないものの、薬物依存予備軍のような OTC薬乱用者は少なくないと考えられる。

主に乱用される OTC薬は、Dihydrocodein や Methylephedrine を含む鎮咳薬や風邪薬、Bromvalerylurea 系薬剤を含む鎮静薬や鎮痛薬である。近年、改正薬事法により、OTC薬の販売制度が大きく変更され、医薬品のリスクの程度に応じ、第一類医薬品から第三類医薬品までの3グループに分類された。しかし、これらの OTC薬の多くは対面販売が義務づけられていない指定第二類医薬品に分類される。指定第二類医薬品は、その陳列方法や表示方法に若干の相違があるのみであり、販売者 (薬剤師及び登録販売者) や販売方法 (対面販売は努力義務) に関する規定は第二類医薬品と同様である。

多くのチェーンドラッグストアでは、乱用の危険性のある OTC薬の販売個数制限や、空箱陳列といった対策をとっているが、一度に10箱以上の鎮咳薬を大量販売していた薬局 (個人経営) も報告されている。<sup>10)</sup>裏を返せば、OTC薬の乱用・依存問題には、販売者側の意識や規範が大きく関わっている。OTC薬販売に従事する薬剤師や登録販売者は、乱用・依存が疑われる者の存在に早期に気がつくことができる立場にある。この点において、OTC薬販売の主翼を担っているチェーンドラッグストアは、OTC薬乱用・依存の早期発見・早期介入が可能な重要拠点となり得ると考えられる。

## 5. 自殺の背景としての向精神薬の過量服薬

**5-1. 向精神薬の過量服薬をめぐって** 近年、向精神薬の過量服薬と自殺との関連が注目されている。これまで、救急外来における急性薬物中毒例では、向精神薬の過量服薬が数多くみられることが報告されてきた。近年では、大倉らが、救急外来における過量服薬患者273件のうち、ベンゾジアゼピン系薬剤による過量服薬が212件 (77.7%) と大半を占め、その中でも flunitrazepam が77件 (28.2%) と最多であったことを報告している。<sup>11)</sup>これらの過量服薬者のすべてが自殺を目的とした過量服薬であったと言え、かならずしもそうではなく、明確な希死念慮を確認できない者もみられる。向精神薬の

過量服薬者 273 件のうち、明確な希死念慮が認められたのは 65 件 (23.8%) であり、55 件 (20.1%) は希死念慮を明らかに否定するものであったという。

一方、過量服薬をリストカットのような非致死性の自傷行為の 1 つとして捉える考え方もあるが、過量服薬者を 16 年間に渡って追跡した英国の研究によれば、過量服薬エピソードを持つ者の自殺率は高く、過量服薬時に精神安定剤や抗うつ剤を使用していた場合、あるいは過量服薬による意識障害が重症であった場合に、自殺リスクがさらに上昇することが報告されている。<sup>12)</sup>

わが国では、自殺既遂者における向精神薬の過量服薬について報告されている。廣川らによれば、生前に精神科に受診していた自殺者既遂者の多くが、自殺行動におよぶ直前にベンゾジアゼピン系薬剤等の向精神薬を過量服薬していたことが報告されている。ベンゾジアゼピン系薬剤の安全性は高く、急性中毒による致死性は低いと考えられるが、過量服薬によって惹起された脱抑制効果が致死的な自殺行動を促進した可能性が指摘されている。<sup>2)</sup>

**5-2. 過量服薬対策と自殺総合対策大綱** ここでは、向精神薬の過量服薬を背景とする自殺に関する国の対応を整理したい。平成 22 年 6 月、厚生労働省は通知文書（向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について）により、自殺傾向が認められる患者に向精神薬を処方する場合には、投与日数や投与量に注意を払うなどの配慮を求めている。ついで平成 22 年 9 月、厚生労働省が組織した自殺・うつ病等対策プロジェクトチームが過量服薬への取り組みをまとめた文書を発表した（過量服薬への取組—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて—）。この取り組みの中で「薬剤師の活用」がとりあげられたことは記憶に新しい。

平成 23 年 11 月には、「向精神薬の処方実態に関する報告及び今後の対応について」が発表され、残薬や他の医療機関からの処方を確認するように呼びかけている。これは、抗不安薬・睡眠薬の処方に関する実態調査を踏まえたものであり、薬物依存の可能性にも触れている点に注意したい。同種の薬剤を 3 種類以上処方する必要性について十分に考慮するように医療従事者に求めるとともに、一般市民に対しては、1 回の処方で抗不安薬（あるいは睡眠薬）が 3 種類以上処方されている場合、処方医や薬剤師等

に確認するよう提案している。ここでも、薬剤師の関与が期待されている。

自殺対策基本法に基づき、わが国の自殺対策の指針として定められる自殺総合対策大綱が 5 年ぶりに改訂され、平成 24 年 8 月に閣議決定された。大綱の中では、過量服薬対策について触れられているほか、調剤、医薬品販売等を通じて住民の健康状態等に関する情報に接する機会が多い薬剤師をゲートキーパーとして養成することについても触れられている。既に内閣府はゲートキーパー養成研修用の教材として DVD やテキストを制作し、その中には「薬剤師編」も含まれている。薬剤師のゲートキーパーとしての養成が政策に明記されたことから、今後こうした教材を活用しながら、薬剤師を対象とする養成研修が各地で開催されていくことが期待されよう。

#### 6. ゲートキーパーとしての薬剤師（気づき）

ゲートキーパーの基本的な役割とされる「気づき」、「係わり」、「つなぎ」をキーワードとして、薬剤師に求められる役割を論じたい。

**6-1. リスクの高い患者に気づく：向精神薬乱用・依存が疑われる患者の認知率** ゲートキーパーとして患者に対処するためには、まず患者の存在に気がつく必要がある。では、どのくらいの薬剤師がリスクの高い患者の存在に気づいているか。筆者らは、地域の保険薬局での現状を明らかにするために、埼玉県薬剤師会の協力の下で、埼玉県内の保険薬局 1863 ヲ所（平成 23 年 12 月時点）に対して郵送調査を実施し、1414 ヲ所（回収率 75.9%）の薬局より回答を得た（以降、埼玉県調査と表記する）。<sup>13)</sup> なお、この研究は、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委員会の承認を得た上で実施された。

向精神薬の乱用・依存が疑われる患者の具体例として過量服薬 (Overdose) と、ドクターショッピング (Doctor shopping)<sup>14)</sup> をとりあげた。過量服薬は、「自殺意図の有無にかかわらず一度に大量の薬剤をまとめ飲みすること」と定義した。ドクターショッピングは、「特定の薬剤を手に入れるために、複数の医療機関を重複受診すること」と定義した。過量服薬を乱用の 1 つの形と考え、ドクターショッピングを薬物依存に基づく探索行動と考えた。

過去1年間において過量服薬患者とドクターショッピング患者と対応した薬剤師の割合を示した (Table 3)。薬剤師全体の25.9%が過量服薬患者を、13.9%がドクターショッピング患者を特定し、対応していた。筆者の知る限り、薬剤師を情報源とする向精神薬の乱用・依存の研究はこれまでになく、これらの対応率を他のデータと比較することはできない。しかし、いわゆる地域の保険薬局においても過量服薬やドクターショッピングが認知されることは少なくないことを裏付けるデータと言えよう。また、こうした対応率は、薬剤師の向精神薬の乱用・依存に対する意識の程度によって左右される可能性が考えられることから、今後薬剤師向けのゲートキーパー研修を継続実施することで、対応率が上昇する可能性が示唆されよう。つまり、こうした患者との対応率は、薬剤師向けのゲートキーパー研修の効果を測定する上での指標として活用できるかもしれない。

一方、これらの対応率は、月当たりの処方箋応需枚数及び勤務薬剤師数と正の相関関係がみられている。処方箋応需枚数が多ければ、調剤回数自体が増えるのは当然であり、結果として向精神薬乱用・依

存が疑われる患者との面会機会が多くなると考えられる。一方、勤務薬剤師数は処方箋応需枚数に応じて変化するため、処方箋応需枚数と勤務薬剤師数は、ほぼ同義と考えてよいであろう。薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師数は「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」において、取り扱う処方箋枚数によって定められている。つまり、処方箋応需枚数が増えれば、それに伴い従事する薬剤師数も増え、両者は正比例の関係にある。

**6-2. 患者発見につながる情報源** 保険薬局の薬剤師は何を情報源に向精神薬乱用・依存が疑われる患者の存在に気づいているのか。前述の埼玉県調査によれば、患者発見につながる最も有力な情報源として「服薬指導」が挙げられた。「服薬指導」は、過量服薬患者、ドクターショッピング患者いずれにおいても最も有力な情報源であった。つまり、患者との対話にこそヒントが隠されていることを示唆する結果と言えよう。

もちろん、薬剤服用歴管理簿やお薬手帳といった文字情報が患者発見につながることも少なくない。「薬剤服用歴管理簿」は、特に過量服薬患者の発見につながる情報源であった。薬剤服用歴管理簿は、いわば「薬のカルテ」であり、患者の薬剤服用歴（副作用やアレルギーなども含めて）を記載する。複数の薬剤師が勤務する薬局では、服薬指導にあたる薬剤師が毎回同じとは限らず、服薬指導等で知り得た情報を薬剤服用歴管理簿に記載することで、薬剤師間で情報共有を図っている場合も少なくない。こうした薬剤服用歴管理簿による情報共有が、過量服薬患者の発見につながっているのかもしれない。

一方、「お薬手帳」は、ドクターショッピング患者の発見につながる情報源であった。「お薬手帳」は、患者の薬剤服用歴や副作用などの薬剤情報が記載された手帳であり、処方薬を手渡す際に薬局で記載する仕組みになっている。ドクターショッピングは、特定の薬剤を入手するために複数の医療機関の重複受診を行う行為であり、この結果は複数の医療機関の処方歴を記載した「お薬手帳」がドクターショッピング発見の情報源として利用できる可能性を示唆するものと言える。しかし、患者が他の医療機関の受診を告げない場合や、受診する医療機関毎に薬局を変える場合は、「お薬手帳」だけでドクター

Table 3. Percentage of Pharmacists Who Have Met Overdose Case and Doctor Shopping Case in the 12 Months ( $n=1414$ )

	Overdose case	Doctor shopping case
Total	25.9%	13.9%
Number of prescription per month		
Less than 100	11.0%	5.5%
101-500	14.3%	9.3%
501-1000	25.2%	13.9%
1001-1500	25.5%	14.9%
1501-2000	34.2%	18.2%
2001-2500	37.0%	17.0%
2501-3000	32.4%	21.1%
3001-5000	39.3%	20.2%
More than 5001	66.7%	18.5%
Number of pharmacist		
One	7.7%	3.6%
Two	17.1%	10.5%
More than three	33.7%	17.6%

Adapted from Matsumoto T, Shimane T and Wada K: Psychotropic drugs abuse and dependence, Research Report; Health and Labour Sciences Research Grants named Comprehensive Research on Disability Health and Welfare, Ministry of Health, Labour and Welfare: 48-67, 2012. (in Japanese)

ショッピングを見抜くことは不可能である。「お薬手帳」の情報だけで患者の服薬状況を判断するのではなく、服薬指導を含めた患者との対話や、薬局内外で共有される情報も加味しながら、ドクターショッピングの早期発見を目指す必要がある。

ドクターショッピングの発見は、単独の薬局だけでは限界があり、レセプトを使って重複受診や重複処方モニタリングする必要があるかもしれない。

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及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。<sup>15)</sup> 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する価値はあると考えられる。

## 7. ゲートキーパーとしての薬剤師 (係わり)

**7-1. 薬物乱用・依存者のこころを理解する** 向精神薬乱用・依存が疑われる患者を早期発見するためには何が必要か。まずは、薬物依存者の“こころ”を理解することであろう。薬物依存者の多くは両面的 (アンビバレンス) な感情を持っている。乱用を続けたいという気持ちと、やめたい気持ち、つまり相反する2つの感情を同時に持っているのである。問題解決のための対処法が薬物乱用しかなく、(健康を害することはわかっているながらも)「直面する問題を解決するにはこの薬を大量に飲まなければならない」と考え、強迫的な使用を続ける場合も少なくない。

薬物依存者が薬物を使う動機として、快楽や刺激を求める場合があるが、向精神薬依存患者には当てはまらないことが多い。前述の通り、向精神薬依存患者の多くは、不安障害や睡眠障害といった原疾患を有していることを思い出してほしい。こうした患者の多くが不安感や不眠症状を軽減させるために自己増量を繰り返していくに薬物依存に至っているのである。

また、誰かに相談したり、助けを求めたりするこ

とに抵抗感を持っている薬物依存者も少なくない。その背景には自己肯定感の低さ、自分に自信が持てず本音を言えないという特徴も関係している。その一方で、孤独感や見捨てられ不安が強いため、人との健全な距離感を保つことが不得意な側面もある。したがって、援助者に対し過度に緊張して距離を置くことや、逆に必要以上に依存的な関係を築こうとする場合もある。

**7-2. 共感と受容の態度を** 薬剤師が服薬指導を通じて、向精神薬乱用・依存が疑われる患者と接する際に、どのような態度で係わることが望ましいか。薬物依存症治療では、患者に対する「共感と受容の態度」が重視される。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、ともに解決策を考えていく姿勢が求められるのである。

埼玉県調査において、向精神薬乱用・依存が疑われる患者との服薬指導の質を高めるために必要な条件を尋ねたところ、薬剤師が最も重視していたのは、「患者との良好な信頼関係」であった。つまり、信頼できる援助者として患者との関係性を良好に保つことの重要性を示唆する結果と言える。薬物乱用・依存者との係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。

仮に「過量服薬をしてしまった」という告白が服薬指導の中で語られたのであれば、その薬剤師は患者との間に信頼関係が築かれている証拠であろう。そのような患者に対し、「なぜそんなことをしたのか?」と一方的に問い詰めるような態度や、「そのようなことは絶対にはいけない」と説教的な態度で接することは、患者との信頼関係が崩れる可能性もあり、逆効果と言える。一方、事務的、マニュアル的な態度で接したり、薬剤師の都合で話を一方的に切り上げたりすることも望ましい態度とは言えないであろう。また、そもそも薬剤師が患者の援助希求に気づいていない場合もあるので、患者から語られる言語的情報のみならず、患者の表情や態度の変化など非言語的な情報にも注意が必要である。

**7-3. 薬局内での情報共有と基礎的知識の習得** 服薬指導の質を高めるために必要な条件として、「薬局内での情報共有」や「向精神薬乱用・依存に

関する知識」という回答も目立つ。若年薬剤師や、薬剤師数が多い薬局に勤務する薬剤師は「薬局内での情報共有」を重視する傾向がみられた。近年の医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の流れは、病院のみならず、地域の保険薬局でも重視されている。近年の薬学教育においてもチーム医療が強調されるようになった。若年薬剤師は、薬学教育のなかでチーム医療の重要性を学ぶ機会が多いことから、服薬指導の質を向上させる条件として、「薬局内での情報共有」を重んじる傾向がみられたのかもしれない。また、薬剤師数が多い薬局は、処方箋応需枚数も多いということであり、こうした大型薬局では、同一薬剤師がかならずしも同一患者の服薬指導ができないこともあり、「薬局内での情報共有」により服薬指導の質を向上させようと取り組んでいる結果と読みとれよう。

一方、年代の高い薬剤師や、勤務薬剤師数が少ない薬局では、「向精神薬乱用・依存に関する知識が必要」という考えが重視されていた。つまり、裏を返せば、向精神薬乱用・依存に関する知識が十分ではなく、自信を持って服薬指導を行えないという本音を表した結果と言えるのかもしれない。したがって、薬剤師が向精神薬乱用・依存に関する基礎知識を習得するための学習機会をさらに増やす必要があると考えられる。

薬剤師対象の研修会等を企画するにあたっては、薬剤師の勤務形態を十分考慮した上で、開催の時間帯や場所を決めることが求められる。勤務薬剤師数が多く、勤務シフトが組めるような大型薬局の場合、研修等に参加できる機会は比較的多いと想定される。しかし、薬剤師数の少ない薬局、特に薬剤師が一人のみの薬局の場合は、営業時間内に薬局を離れて研修会に参加することは物理的に困難である。こうした状況にある薬剤師に対しては、薬局あるいは在宅で、向精神薬乱用・依存について学べる仕組みが必要であろう。例えば、実施した研修会の映像をDVD等の記録媒体に収録し、資料とともに配布することで、学習機会を増やすことができるのではなかろうか。

## 8. ゲートキーパーとしての薬剤師（つなぎ）

**8-1. 主治医へのつなぎ** ゲートキーパーとしての薬剤師に期待されている役割は、患者の向精神薬の不適正使用に気づき、患者と共感的な態度で係

わることだけではない。薬局で知り得た患者情報を処方医に提供することや、処方箋中の疑わしき事項を問い合わせるといった、いわゆる「つなぎ」の役割も重要である。

前述の埼玉県調査において、過量服薬やドクターショッピングなど向精神薬の乱用・依存が疑われる患者の存在に気づいていながらも、約40%の薬剤師は、処方医への積極的な情報提供や疑義照会をしない（できない）ことが明らかにされている。

処方医への疑義照会・情報提供をしない（できない）背景として最も多かったのが「処方医は患者の状況を理解していると思うから」であった。外来通院患者が辿る経路を考えれば、医師の診察を経て、院外処方箋が発行され、薬局で向精神薬を含む薬剤が手渡されることになる。そのため、過量服薬などのエピソードが服薬指導の場面で患者から語られたとしても、「医師は知っているであろう」と薬剤師が考えるのも当然である。しかし、医師との関係性を重視するあまりに、自身の服薬コンプライアンスを偽り、薬局において薬剤師にその事実が語られることもあるという<sup>16)</sup>。患者との係わりのなかで、向精神薬乱用・依存が疑われる情報をキャッチした場合は、まずは「処方医との相談状況」を確認する必要がある。

「処方医とのトラブルを避けたいから」、「患者とのトラブルを避けたいから」も多くの薬剤師が理由として挙げている。まさに処方医と患者の両者に挟まれて、対応に苦慮する薬剤師の姿が目につく結果と言えよう。処方医や患者とのトラブルを避けたい傾向は、年齢の若い薬剤師（特に30代）、及び特定医療機関（特に病院）から処方箋を応需している薬局に勤務する薬剤師ほど強くみられることに注意したい（Table 4）。この結果から患者や処方医とのやりとりの経験が豊富ではない若年薬剤師は、「つなぎ」という行動を自ら起こすことに抵抗を感じているのかもしれない。しかし、経験不足だけが理由であれば、医師や患者とのコミュニケーションの経験を積み次第に改善する見込みがあるので、それほど深刻な結果ではないと考えられる。

しかし、相当の経験を積んでいるはずの30代の薬剤師が最も傾向が強いという結果は、どのように解釈できるか。処方医や患者とのトラブルを避けたいと答えた薬剤師の多くが経営者から管理薬剤師を

Table 4. The Inhibition Factor for Inquiry to Doctor by Age Group of Pharmacists and Type of Pharmacies (n=1414)

	To avoid trouble with prescribers	To avoid trouble with patients
Age group of pharmacists (years)	**	**
Under 29	31.0%	35.7%
30-39	32.8%	37.7%
40-49	31.6%	36.7%
50-59	30.4%	23.0%
60 or older	18.6%	9.1%
Type of pharmacies: To receive prescriptions from	*	**
Particular hospitals	36.0%	33.0%
Particular clinics	29.0%	31.8%
Not specific hospitals/clinics	26.2%	20.3%

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ ,  $p$  value for Fisher's exact test. Adapted from Matsumoto T, Shimane T and Wada K: Psychotropic drugs abuse and dependence, Research Report; Health and Labour Sciences Research Grants named Comprehensive Research on Disability Health and Welfare, Ministry of Health, Labour and Welfare: 48-67, 2012. (in Japanese)

任されている立場にあることが関係していると考えられる。恐らく、薬局の管理者として患者や処方医と無用のトラブルを起こすことは避けたい事柄であり、つなぎに対して消極的な態度をとらざるを得ない状況なのかもしれない。特定病院から処方箋を応需している薬局は、目の前の疑わしき患者のことより、応需先との利害関係の方が優先されている可能性が考えられる。「(確かに量的には多いかもしれないが)先生は患者のことをわかって処方しているのだろうから…」、「(確かに量的には多いかもしれないが)レセプトさえ通れば…」などと、疑義照会や情報提供をしなくてもいい理由を自ら考え出している可能性はなからうか。

筆者は薬局のリスクヘッジや医療機関との利害関係を優先し、処方医へのつなぎに消極的な態度をとる薬剤師を批判したいわけではない。むしろ、患者の健康を守りたいという医療者としての気持ちと、処方箋応需先との関係性を気にする責任者としての気持ちの両者に板挟みとなり、あと一歩が踏み出せない状況に問題意識を感じるのである。やはり、実務経験の長さや、処方箋応需に関する利害関係に左右されることなく、薬剤師が安心して処方医に「つなぎ」ことができなければ、薬剤師がゲートキーパーとして職能を十分に発揮することはできない。

## 8-2. 実りのある「つなぎ」をするために 処

方医との電話応対で苦い経験を持つ薬剤師は少なくないと思われる。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、医師を相手に疑義照会的话题を出すと、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吐露する医師も少なくない。他職種との連携が図り易い病院とは異なり、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、かならずしもスムーズな対応ができるわけではない。

前述の埼玉県調査では、「薬剤師の疑義照会の意義や目的自体が医師に理解されていない」という意見が目立った。その一方で、「私の処方文句があるのか?」と、一方的に薬剤師を叱責する様子も垣間みられる。

こうした処方医の対応は、多忙な診療時間に割り込む形での連絡であること、薬剤師の臨床的な知識や病態に関する理解がかなら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十分ではない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を医師が理解していないために生じるトラブルは、結果として患者の安全な薬物治療を妨げる可能性すらある。

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医師に理解されていない場合もあるようである。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、その処方せんに交付した医師、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。

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ものになりがちである。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)を見る力ではなからうか。前

述のように、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有効であろう。

**8-3. 地域の援助資源へのつなぎ** 薬局やドラッグストアで薬物乱用・依存に関する相談があった場合、地域の相談援助機関につなぐこともこれらの薬剤師に期待される役割であろう。残念ながら、薬物依存症の治療を専門に行える精神科医療施設は全国でも限られている。ここでは、地域の公的相談機関や当事者団体を紹介したい。

**8-3-1. 精神保健福祉センター・保健所** 精神保健福祉センターや保健所といった公的保健機関は全国どの自治体にも存在し、アルコール・薬物相談の中核となっている。個別相談のほか、家族相談や家族向けの教育プログラムを実施している施設もある。近年では、後述する薬物依存症向けの認知行動療法を実施している精神保健福祉センターもあるが、実施施設は限られている。

勤務薬局の最寄りの精神保健福祉センターや保健所に連絡し、アルコール・薬物相談の担当者と事前に連携していくことが望ましい。薬物に関する相談があった場合に備えるために、公的保健機関が作成しているパンフレット等の資料を薬局に置いておくことも有効であろう。また、厚生労働省が発行している家族向けのパンフレット「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」<sup>17)</sup>には、薬物依存を理解するための様々な情報や、全国の精神保健福祉センターの一覧が掲載されており、家族から相談を受けた際に薬剤師から手渡すことも有効であろう。

**8-3-2. ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC)** ダルクの名前をメディア等で見聞きしたことのある薬剤師も少なくないと思われる。ダルクとは民間の薬物依存回復支援施設である。入所施設と通所施設があり、利用者のみならずスタッフも基本的に薬物依存者で構成される当事者団体である。1985年に東京都荒川区で始まった活動は全国に広がり、現在では60施設を超える施設

が薬物依存者を受け入れている。ただし、ダルクの所在地は比較的都市部に集中しており、いまだにダルクが存在しない県もあり、地域によって多少の偏りがみられる。

ダルクの活動内容は、1日2-3回のミーティングである。このミーティングとは後述する Narcotics Anonymous (NA) で使われている 12 step プログラムと呼ばれる回復プログラムに基づくものである。ミーティング以外にも共同生活による生活訓練や、スポーツや音楽などの活動を通じて薬物を使わない習慣を身につけるための生活訓練を行っている。従来、利用者の多くは覚せい剤等の違法薬物の薬物依存者が中心であったが、乱用薬物の多様化により、近年では処方薬や脱法ドラッグなどの薬物依存者の利用もみられるようになった。

近年では、ホームページを開設している施設や、ニュースレターを発行している施設もあり、最寄りのダルクを見つけることはそれほど困難ではないと思われる。一般市民も参加できるフォーラムなどが定期的に開催されており、彼らの活動を知るよい機会となる。また、学校の薬物乱用防止教室や地域の薬物乱用防止活動を通じて自らの体験談を語る活動をしているスタッフもいる。したがって、学校薬剤師や地域の薬物乱用防止活動に従事する薬剤師であれば、薬物乱用の一次予防としての連携も可能であろう。

**8-3-3. Narcotics Anonymous (NA)** NAとは薬物依存症の当事者団体であり、いわゆる自助グループと呼ばれる組織である。1953年に米国カリフォルニア州で生まれ、現在、その活動は世界130カ国に広がっている。NAの活動は、“12 step プログラム”と呼ばれる薬物依存から回復するためのプログラムに基づいている。活動の中心は“12 step ミーティング”である。テーマに基づいて自らの話（体験談のときもあれば、現在の気持ちや考えを話すこともある）を語るだけのシンプルなものである。ミーティングに同席する他の当事者（仲間）は、それに反論したり話し合ったりするわけではなく、ただじっと耳を傾けて話を聞くのである。

ダルクは独自の施設を有するのに対し、NAは特定の施設を持たないという特徴がある（ただし、事務局はある）。ミーティングを行う際には、教会や公民館などを借りて活動を行う。病院、刑務所など

薬物依存者がいる場所に出向き、自らの体験談を語る“メッセージ”と呼ばれる活動も行っている。

もともと 12 step プログラムは、アルコール依存症の自助グループである Alcoholics Anonymous (AA) で作られたものである。アルコール依存症の当事者同士が自身の体験を互いに語り合うことで回復を目指すという「当事者ミーティング」のスタイルが薬物依存に応用され、NA が誕生した経緯がある。わが国では 1981 年に NA ミーティングが開始され、現在では全国に広がっている。<sup>18)</sup>

前述のダルクでは、入所期間中から地域の NA に通うこともプログラムの一環としている。これは、ダルクは薬物依存者にとっての最終目的地ではなく通過点に過ぎない、という考えに基づくものである。つまり、病院や刑務所と地域社会との間に位置する中間的施設としてデザインされているのである。薬物依存症は慢性的な疾患であり、完治という概念が当てはまり難い。ダルクのプログラムで薬物を使わない生活習慣を身につけ、その後は地域の NA ミーティングを利用しながら、社会復帰を目指すという形が理想的であろう。もちろん現実の回復はそれほど簡単に進むわけではなく、プログラム途中での再使用や再逮捕は珍しいことではなく、薬物依存症からの回復には長い時間と労力を要することに改めて留意したい。

**8-3-4. 認知行動療法プログラム** 近年では、認知行動療法をベースにした外来型プログラムの開発も進められている。Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP, スマープ)<sup>19,20)</sup> は、松本・小林らによって開発された薬物依存症に対する認知行動療法プログラムである。米国で中枢刺激薬依存（主にコカイン）に対する集中外来型プログラムとして定評のある Matrix Model<sup>21)</sup> をベースに、国内の薬物依存者向けに開発された治療プログラムである。一部の精神科医療施設、精神保健福祉センター、ダルクなど実践が始まっており、プログラム効果検証が進められている。

SMARPP の特徴は、ワークブックとマニュアルといった教材を活用することで、援助者にとって敷居の低いプログラムを目指していることである。薬物依存臨床にあまり係わりがなかった援助者であっても、教材に沿ってプログラムを進めることである程度の効果が得られるように配慮されている。職種

を問わず実施できることも魅力的であろう。既に禁煙外来では薬剤師が医師や看護師と連携した指導を行っている実績がある。<sup>22)</sup> 今後、他職種チームの一員として、薬剤師が認知行動療法プログラムに参加できる場が増えることが期待される。

## 9. おわりに

本稿では、医薬品の乱用・依存を切り口として、近年の薬物乱用・依存の動向及び、ゲートキーパーとしての薬剤師が果たすべき役割について論じてきた。出口の見えない日本経済の低迷、長引く不景気などの閉塞感漂う社会の中で、メンタルヘルスに不調をきたし、向精神薬等の投薬治療を余儀なくされる人も少なくない。こうした患者背景も十分に理解できる一方で、向精神薬の乱用・依存の背景には薬物療法に偏重したわが国の精神医療の影響も無視できないと考えられる。薬学教育が 6 年制になった今、薬剤師に求められる役割は、処方箋や添付文書といったモノを読み解く力だけではない。患者に向精神薬を手渡す最前線にいる薬剤師が、患者の変化に「気づき」、信頼される援助者として「係わり」を持ち、処方医に有益な情報を提供するといった「つなぎ」を行うことが、ゲートキーパーとしての薬剤師に求められる姿であろう。

**謝辞** 本研究は、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（研究代表者：宮岡 等）」の一環として行われた。ご多忙の中、快く調査にご協力頂きました埼玉県薬剤師会及び会員薬局薬剤師の皆様には厚く御礼申し上げます。

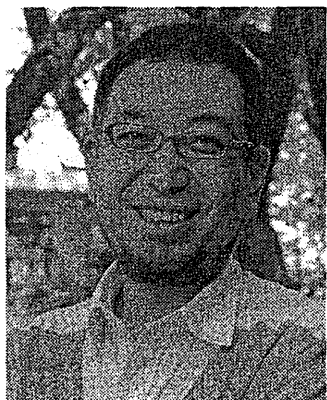
## REFERENCES

- 1) Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **113**, 1184-1198 (2011).
- 2) Hirokawa S., Matsumoto T., Katsumata Y., Kitani M., Akazawa M., Takahashi Y., Kawakami N., Watanabe N., Hirayama M., Takeshima T., *Jpn. Bull. Soc. Psychiat.*, **18**, 341-351 (2010).
- 3) Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., Nationwide Mental Hospital Survey on Drug-related Psychiatric Disorders 2010,



- Research Report, Health and Labour Sciences Research Grants named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2011, pp. 89–115.
- 4) Research and Training Institute, Ministry of Justice, “White Paper on Crime 2010”.
  - 5) Wada K., Shimane T., Kobori E., The Nationwide General Population Survey on Drug Use and Abuse, Research Report, Health and Labour Sciences Research Grants named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012, pp. 15–95.
  - 6) Statistics and Information Department, Ministry of Health, Labour and Welfare, “Survey of Medical Care Activities in Public Health Insurance 2007”.
  - 7) Nakajima M., Homma M., Igarashi T., Kambayashi Y., Ohara M., Nagasawa I., Kohda Y., *Jpn. J. Pharm. Health Care Sci.*, **36**, 863–867 (2010).
  - 8) Shimane T., Matsumoto T., Wada K., *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, **47**, 202–210 (2012).
  - 9) Shuto H., Imakyure O., Matsumoto J., Egawa T., Jiang Y., Hirakawa M., Kataoka Y., Yanagawa T., *Br. J. Clin. Pharmacol.*, **69**, 535–542 (2010).
  - 10) Shimane T., Kawamura K., Prevention of over the Counter Drug Abuse by Community Pharmacists, Research Report, Health and Labour Sciences Research Grants named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012, pp. 127–134.
  - 11) Ookura R., Mino K., Ogata M., *Journal of Japanese Association for Acute Medicine*, **19**, 901–913 (2008).
  - 12) Owens D., Wood C., Greenwood D. C., Hughes T., Dennis M., *Br. J. Psychiatry*, **187**, 470–475 (2005).
  - 13) Matsumoto T., Shimane T., Wada K., Psychotropic Drug Abuse and Dependence, Research Report, Health and Labour Sciences Research Grants named Comprehensive Research on Disability Health and Welfare, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012, pp. 48–67.
  - 14) Martyres R. F., Clode D., Burns J. M., *Med. J. Aust.*, **180**, 211–214 (2004).
  - 15) Fass J. A., Hardigan P. C., *J. Manag. Care Pharm.*, **17**, 430–438 (2011).
  - 16) Shimane T., *Japanese Journal of Psychiatric Treatment*, **87**, 87–93 (2012).
  - 17) Ministry of Health, Labour and Welfare. “Kazoku Dokuhon.”: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/kazoku\\_doikuhon.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/kazoku_doikuhon.html), cited 30 September, 2012.
  - 18) Narcotics Anonymous Japan Official Site: <http://najapan.org/top.html>, cited 30 September, 2012.
  - 19) Kobayashi O., Matsumoto T., Otsuki M., Endo K., Okudaira K., Harai H., Wada K., *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, **42**, 507–521 (2007).
  - 20) Kobayashi O., *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **112**, 877–884 (2010).
  - 21) Obert J. L., McCann M. J., Marinelli-Casey P., Weiner A., Minsky S., Brethen P., Rawson R., *J. Psychoactive Drugs*, **32**, 157–164 (2000).
  - 22) Ishida N., Ono T., Morimoto Y., Tokuyama S. Nishida H., *Jpn. J. Pharm Health Care Sci.*, **38**, 25–33 (2012).

# 一般用医薬品のインターネット販売解禁 が及ぼす乱用・依存症の危険性



Takuya Shimane

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

東京薬科大学薬学部卒。調剤薬局勤務を経て、順天堂大学大学院医学研究科修了。  
埼玉県薬剤師会理事。日本薬剤師会地域保健委員。  
「薬剤師からみたくすり漬け問題」(くすりにたよらない精神医学、日本評論社、2013)  
「医者や薬局のくすりなら大丈夫？」(中高生のためのメンタルヘルスサバイバルガイド、日本評論社、2012)

## インターネット販売解禁を めぐる動向

一般用医薬品(Over The Counter Drug、OTC薬)のインターネット販売解禁をめぐる議論が活発化していますが、私たち薬物依存症に携わる研究者や臨床家は、インターネット販売解禁が及ぼす乱用・依存症の危険性は、「十分に高い」と考えています。本稿では、薬物乱用・依存の観点から、インターネット販売について論じていきたいと思ひます。

平成25年1月にインターネット通販会社が国を相手に起こした訴訟に対して、最高裁が「インターネット販売を一律に禁じた厚生労働省令は違法である」という判決を下したことは記憶に新しいと思ひます。この判決は厚生労働省が定めた省令(第三類医薬品以外は原則禁止)が、その上位にあたる薬事法の委任の範囲を逸脱しているため違法であるという判断を下したものです。

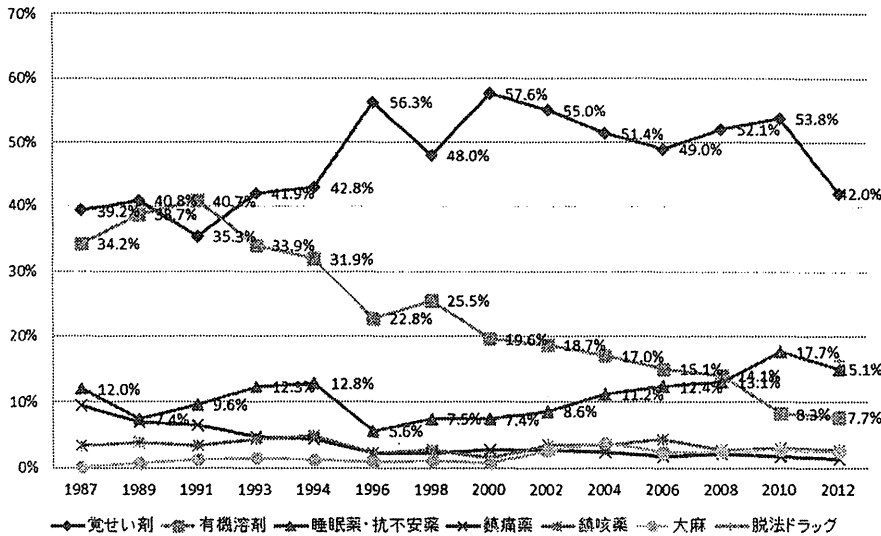
同年6月に閣議決定された日本再興戦略(いわゆるアベノミクスの成長戦略)では、「一般用医薬品のインターネット販売を解禁し、世界で最も便利で効率的で安心できるシステムを作り上げる」と説明しています。とはいえ、政府も無条件で全面解禁を許可しているわけではありません。日本再興戦略では、インターネット販売を解禁するにあたっ

ては、「消費者の安全性を確保しつつ、適切なルールの下で行う」といった文言や、「スイッチ直後品目等については、他の一般用医薬品とは性質が異なるため、専門家による検討を行う」という文言が付け加えられています。

その後、厚生労働省に設置された作業グループによる検討が進められ、同年10月には、「一般用医薬品の販売ルール等について」という議論の取りまとめが公表されました。取りまとめの中では、一般用医薬品を販売する際には「多量、頻回購入等が防止できること」が求められ、「乱用等のおそれがある医薬品については、販売個数の制限や、多量・頻回購入の際の購入理由の確認、若年購入者に対する氏名、年齢等の確認、他店での購入状況の確認等を義務付けることとする。」というルールが提案されています。

そして、同年11月には「薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律案」が国会に提出されました。この法案では「要指導医薬品」というカテゴリーが新設され、劇薬やスイッチ直後品目を要指導医薬品として定義し、薬剤師による対面販売を義務付けています。こうした例外を設けつつも、対面販売を義務付けているのは28品目に過ぎず、残りの99.8%はインターネットによる販売が解禁されることとなります。では、薬物乱用・依存の観点

図1 全国精神科医療施設における薬物関連精神障害患者の主たる使用薬物の推移 (1987~2012年)<sup>1)</sup>



※対象は全国の精神科病床を有する医療施設において、入院あるいは外来で診療を受けた「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」

からみると、インターネット販売解禁によってどのような危険性が予測されるのでしょうか。

## 違法ではない物質を求める乱用者たち

当研究部では、薬物依存症患者の動向や臨床的特徴を把握するために、全国の精神科医療施設を対象とする調査を実施しています。図1は、薬物依存症患者の「主たる使用薬物」の構成割合に関する統計です<sup>1)</sup>。「主たる使用薬物」とは、入院時において治療上最も問題となっている薬物のことです。割合が最も高いのは覚せい剤であり、調査を開始した1980年代より首位独走状態が続いています。

そして、着実に増加傾向にあるのが睡眠薬や抗不安薬といった処方薬(主にベンゾジアゼピン系薬剤)です。処方薬に依存する患者は、この10年間で2倍以上に増加し、今や覚せい剤に次いで多い患者群です。また、事件や事故の報道が相次いでいる脱法ドラッグの依存患者も急増しています。2012年の調査によれば、処方薬依存患者に並んで多い患者群です。

処方薬や脱法ドラッグに依存する患者の増加は、わが国の薬物乱用のトレンドが「使うことが違法ではない物質」にシフトしていることを示し

ています。こうした患者の中には、「捕まりたくないのだから、違法薬物には手を出さなかった」「合法だから、これを使ってきた」と語る者も少なくありません。

法律で所持や使用が禁じられている覚せい剤等とは異なり、医薬品の所持や使用が禁止されていないのは言うまでもありません。また、脱法ドラッグについては、中枢神経系の興奮若しくは抑制又は覚醒作用を有する蓋然性が高く、かつ、人の身体に使用された場合に保健衛生上の危害

が発生するおそれがある物を指定薬物として規制されています。しかし、指定薬物は製造、輸入、販売、授与といった流通を禁止するものであり、個人の使用や所持を禁じるものではありません。なお、「薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律案」の中で、指定薬物の所持・使用についても禁じる方向で検討が進められています。

一方、一般用医薬品を主たる薬物とする患者は、処方薬や脱法ドラッグに比べれば少ないですが、鎮咳薬・総合感冒薬・鎮痛薬・鎮静剤に依存する患者が継続して報告されています(図2)<sup>2)</sup>。な

図2 一般用医薬品を主たる使用薬物とする患者数および医薬品名

調査実施年	分類	報告された薬物依存症者が主に使用していた商品名
2010年	鎮咳薬・総合感冒薬	プロロン®液 (18例)、プロロン®錠 (11例)、トニン®液 (5例)
	鎮痛薬	ナロン® (8例)、セデス® (6例)
	鎮静薬	ワット® (9例)
2008年	鎮咳薬・総合感冒薬	プロロン®錠 (10例)、プロロン®液 (9例)、トニン®液 (1例)、プロロン®剤形不明 (1例)、カノン®液 (1例)
	鎮痛薬	セデス® (6例)、イブ® (1例)、ナロン® (1例)
	鎮静薬	プロムワレリル尿薬 (5例) ワット®を含む
2006年	鎮咳薬・総合感冒薬	プロロン®液 (16例)、プロロン®錠 (10例)、トニン®液 (8例)、プロロン®剤形不明 (2例)、カノン®液 (1例)
	鎮痛薬	セデス® (3例)、ナロン® (4例)
	鎮静薬	プロムワレリル尿薬 (12例) ワット®を含む、ドリエル® (1例)
2004年	鎮咳薬・総合感冒薬	プロロン®剤形問わず (14例)、トニン®剤形問わず (5例)、コデイン® (2例)、カイゲン®シロップ (1例)、パブロン® (3例)
	鎮痛薬	セデス® (2例)、ナロン® (6例)、パファリン® (5例)、イブ® (1例)、ノーション® (1例)
	鎮静薬	プロムワレリル尿薬 (12例) ワット®を含む、ドリエル® (1例)
2002年	鎮咳薬・総合感冒薬	プロロン®液 (17例)、プロロン®剤形不明 (10例)、プロロン®錠 (6例)、トニン®剤形不明 (4例)
	鎮痛薬	セデス® (18例)、ナロン® (8例)、パファリン® (4例)、カイテキ® (3例)、ノーション® (2例)
	鎮静薬	プロムワレリル尿薬 (28例) ワット®を含む

依存症例が報告されているすべての医薬品が「要指導医薬品」ではなく、インターネット販売が可能となる一般用医薬品に該当します。

わが国の薬物乱用のトレンドが「使うことが違法ではない乱用物質」にシフトしていることや、インターネットを通じた入手容易性を踏まえれば、一般用医薬品の乱用・依存問題が今後拡大する可能性は十分に考えられます。

## 薬剤師の「声かけ」は抑止力

一般用医薬品の薬物依存となった症例<sup>3)</sup> をみてみましょう。

### 症例Aさん（男性、23歳）

主たる乱用薬物は、ブロン錠<sup>®</sup>、新トニン咳止め液<sup>®</sup>。いわゆる「合法的なものしか使わない主義者」で、向精神薬や脱法ハーブなども併用。19歳の時、友人の誘いで乱用を開始し、ブロン錠<sup>®</sup> 1ビン（84錠）と新トニン咳止め液<sup>®</sup> 1本を一度に服用するスタイルで、22歳まで乱用を続ける。

次第に、離脱症状が現れるようになり、寒気、下痢、じっとしてられない、下肢のむずむず感などの症状に悩む。現在は民間の回復支援施設（ダルク）で入所生活を続ける。

一般的に、薬物依存者は、乱用物質を手に入れるために様々な行動をとるようになります（薬物探索行動）。一般用医薬品に依存している患者であれば、特定の医薬品を手に入れるために多量・頻回購入という行動が現れます。Aさんも、鎮咳剤を手に入れるために、複数のドラッグストアを回って購入していたそうです。そこで、当時の様子をたずねたところ、以下の発言が語られました。

「咳止めがレジ裏に置いてある薬局は、薬剤師の目が届きにくいから買いやすいですね。レジにいるのは、だいたいアルバイトなので特に怪しまれることなく購入ができますし。」

「逆に、薬剤師がいるカウンターとレジが近い薬局は、薬剤師に怪しまれる可能性が高いので買いにくいですよ。たくさん買おうと思ってレジに行ったら薬剤師に注意されたこともありました。以前、薬剤師に声をかけられ、『どんな症状ですか?』と聞かれたことがあったのですが、

当然症状なんてないわけで、バレたくないのに、適当に話をごまかして逃げてきました。あの薬局には二度と行きたくないって思いましたね。」

この発言から考えられることは、乱用者にとって、使用目的や症状を確認されないコンビニ的な店舗は「買いやすい薬局」であり、薬剤師が積極的に関与する店舗は「買いづらい薬局」となっていることです。つまり、薬剤師による「対面販売」や「声かけ」は、多量・頻回購入に対する抑止力になっている可能性が考えられます。

これまでドラッグストア等では、乱用の恐れのある医薬品の販売個数を制限したり、空き箱を陳列したりといった自主的な対策で、多量・頻回購入に対処してきました。厚生労働省も一般用医薬品を販売する際には「多量・頻回購入等が防止できること」を販売ルールの一つとして挙げています。では、多量・頻回購入者に対して、薬剤師はどのような対応をしているのでしょうか。

私たちは、某チェーンドラッグストアの薬剤師を対象に、一般用医薬品の多量・頻回購入に関する実態調査を実施しました（回答者1108名、回収率67.5%<sup>4)</sup>）。多くの薬剤師は多量・頻回購入者に対し、使用目的の確認などの声かけを積極的に行っている実態が明らかにされています。図3に示したように、全体の80%以上が「声かけ」、「使用目的の確認」、「店内での情報共有」といった対応をしていました。

## クスリはリスク

現在、一般用医薬品のインターネット販売解禁

図3 チェーンドラッグストアにおける多量・頻回購入者に対する薬剤師の対応（n=629）

