

令和5年度厚生労働省委託事業

「薬局における疾患別対人業務ガイドライン作成のための調査業務」

薬局における疾患別対応マニュアル

～患者支援の更なる充実に向けて～

【精神疾患(気分障害)】

令和6年3月

ガイドライン作成委員会・精神疾患に関する作業部会

ガイドライン作成委員会

氏名	所属・役職
朝倉 俊成	新潟薬科大学薬学部 教授 －糖尿病に関する作業部会 委員長
飯島 裕也	イイジマ薬局 開設者
石井 均	奈良医科大学医師・患者関係学講座 教授
川上 純一	公益社団法人日本病院薬剤師会 副会長
高井 靖	医療法人三重ハートセンター 診療支援部長 －心血管疾患に関する作業部会 委員長
竹内 尚子	湘南医療大学薬学部医療薬学科地域社会薬学 准教授 －精神疾患に関する作業部会 委員長
寺田 智祐	京都大学医学部附属病院 教授・薬剤部長 －脳卒中に関する作業部会 委員長
橋場 元	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
益山 光一 (○)	東京薬科大学薬学部薬事関係法規研究室 教授
宮川 政昭	公益社団法人日本医師会 常任理事
米村 雅人	国立がん研究センター東病院薬剤部 副薬剤部長 －がんに関する作業部会 委員長

(○：委員長、敬称略)

精神疾患に関する作業部会

氏名	所属・役職
井深 宏和	公益社団法人日本薬剤師会 理事
栗原 正亮	有限会社みわ薬局 代表取締役
黒沢 雅広	一般社団法人日本精神薬学会 理事長 昭和大学附属烏山病院 薬局長
斎藤 庸男	さいとうクリニック 院長
真田 建史	昭和大学精神医学講座 准教授
鈴木 弘道	アルテ薬局 管理薬剤師
竹内 尚子 (○)	湘南医療大学薬学部医療薬学科地域社会薬学 准教授
中田 裕介	合資会社中田薬店ゆう薬局 管理薬剤師
成井 繁	グッドファーマシー株式会社湘南あおぞら薬局藤沢店 管理薬剤師
橋場 元	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

(○：委員長、敬称略)

精神疾患(気分障害)

はじめに	1
第1章 総論	4
<薬剤師の関わり方、治療目標>	4
Q1-1 うつ病で通院中の患者に対応する薬剤師の役割、治療目標は何か。	4
<疾患の特性に配慮した服薬指導・フォローアップのポイント>	5
Q1-2 うつ病の患者や双極性障害の患者に対応する際の基本的な注意点を教えてほしい。	5
第2章 疾患・病態や治療方針の特徴	6
<疾患の定義・特徴>	6
Q2-1 うつ病・双極性障害の発症原因は何か。症状、経過について教えてほしい。	6
Q2-2 「うつ病」と「双極性障害」は異なる疾患か。	8
Q2-3 うつ病、双極性障害の治療方法は薬物療法以外にもあるか。	9
<治療薬の特徴>	10
Q2-4 SSRI、SNRI、NaSSA の使い分けを教えてほしい。	10
Q2-5 フルボキサミンの特徴は何か。	11
Q2-6 パロキセチンの特徴は何か。	12
Q2-7 セルトラリンの特徴は何か。	13
Q2-8 エシタロプラムの特徴は何か。	14
第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント	15
Q3-1 精神科で抗うつ薬が処方された患者は、うつ病だと判断してよいか。	15
Q3-2 抗精神病薬が、うつ病の治療目的で処方されることはあるか。	16
Q3-3 抗てんかん薬が、気分障害の治療目的で処方されることはあるか。	17
Q3-4 うつ病患者の薬物治療に、抗不安薬は併用されるか。	18
Q3-5 従来型の抗うつ薬が処方されている患者と、新規抗うつ薬が処方されている患者と では、背景にどんな違いがあるか。	19
Q3-6 抗うつ薬の処方箋を応需した際に、何から確認を行うべきか。	20
Q3-7 抗うつ薬の服用歴をどのように確認するとよいか。	21
Q3-8 抗うつ薬の処方目的をどのように確認するとよいか。	22
Q3-9 若年者への抗うつ薬処方について、確認すべき事項はあるか。	23
Q3-10 トラゾドンは抗うつ薬としてどのような場面で使われるか。	24
第4章 患者情報の収集・服薬指導・フォローアップにおけるポイント	25
<患者情報の収集>	25
Q4-1 炭酸リチウムやバルプロ酸ナトリウムを服用中の患者に、血中薬物濃度の確認を毎 回行うべきか。	25
Q4-2 ラモトリギンを漸増中の患者に、皮疹の確認は毎回行うべきか。	26

Q4-3	抗うつ薬の処方箋を応需する際に、受付ではどのようにモニタリングを行うとよいか。.....	27
Q4-4	「抗うつ薬は服用を中止しづらくなると聞いたので、服薬が心配だ」と言う患者に対して、どのように服薬指導すべきか。.....	28
Q4-5	抗うつ薬が処方されたことを「情けない」と嘆く患者に対して、どのように声をかけるべきか。.....	29
Q4-6	抗うつ薬による自殺リスクについてどのように伝えるべきか。.....	30
Q4-7	過去に抗うつ薬で副作用を経験したことがあり、服薬に拒否感を示す患者がいる。どのように服薬を促すとよいか。.....	31
Q4-8	抗うつ薬を服用中に効果を感じられないと訴える患者を、どうフォローすべきか。.....	32
Q4-9	うつ病患者の「本当に良くなるのだろうか」というネガティブな発言に対し、どのように寄り添うとよいか。.....	33
Q4-10	うつ病患者が、症状が治まったからと言って薬を減らそうとしたり、いつまで薬をのめばよいのかと聞いてくるが、どうしたらよいか。.....	34
Q4-11	話が長くて終わらない躁状態の患者がいる。どのように対応するのがよいか。...	35
Q4-12	がん患者で、うつ症状を併発している。服薬指導等に当たってはどのような点に留意するとよいか。.....	36
Q4-13	休職が必要だと医師から言われたうつ病患者が、「自分がいないと職場に迷惑をかけてしまう」「休んでいる間に評価が下がってしまう」と不安そうである。どうすればよいか。.....	37
Q4-14	気分障害の患者から自殺願望を聞かされた時の対応はどうすればよいか。.....	38
	《各治療薬の特性をふまえた服薬指導・フォローアップのポイント》.....	39
Q4-15	SSRI の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	39
Q4-16	SNRI の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	40
Q4-17	NaSSA の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	41
Q4-18	炭酸リチウムの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	42
Q4-19	ラモトリギンの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	43
Q4-20	バルプロ酸ナトリウムの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。.....	45
Q4-21	副作用の「性機能障害」について、具体的に教えてほしい。.....	46
	《患者家族との接し方》.....	47
Q4-22	気分障害の患者の家族との接し方で、意識すべきことはあるか。.....	47
第5章：地域医療連携.....		48
Q5-1	うつ病や双極性障害患者と「精神疾患にも対応した地域包括ケアシステム」の関係性について教えてほしい。.....	48
Q5-2	薬業連携・多職種連携により、うつ病や双極性障害患者の情報を共有する意義について教えてほしい。.....	49
第6章 総括.....		50

はじめに

【作成の背景】

人口減少・少子高齢社会が到来し、当面の間、医療ニーズが極大化される中、少子化により医療従事者の確保はさらに困難となっていくことが予想されており、地域包括ケアシステムを機能させていくことが必要です。薬局薬剤師は薬の専門家として、入院医療において入退院支援を通じた医療機関との連携を推進したり、外来医療、在宅医療において多職種と連携を図りつつ薬物療法に対応するなど、地域医療を担う一員としての役割を果たすことが期待されています。

そのような状況の中、厚生労働省は、今後の薬局薬剤師の業務及び薬局の機能のあり方並びにそれを実現するための方策を検討するため、「薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ」を開催し、令和4年7月に議論のとりまとめを公表しました (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26701.html)。

当該とりまとめでは、今後、薬局薬剤師が地域包括ケアシステムを支える重要な医療職種として活躍するために、薬局薬剤師業務について対人業務をさらに充実させることが重要であることが指摘されています。

本マニュアルは、令和6年度厚生労働省委託事業「薬局における疾患別対人業務ガイドライン作成のための調査業務」として、薬局における対人業務の充実に向けた参考としていただけるよう、医療計画における5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）ごとに対人業務としての対応をまとめたものです。

【本マニュアルのねらい・想定読者】

本マニュアルは、全国の薬局における対人業務の質の均てん化を目指して作成しています。各疾患の患者に対して実施することが期待される、基本的な対応についてまとめました。

本マニュアルには、薬局薬剤師の方にとってはもちろんのこと、薬局における登録販売者や管理栄養士などの他職種や、薬局の連携先となる医療機関等の関係者にとっても参考となる情報を記載しています。地域の連携体制構築に向けてもご活用ください。

マニュアルの作成方針

- 薬局薬剤師は、その専門性を発揮して、外来診療や在宅医療において、診療ガイドラインに沿った薬物療法が適切に実施され、患者の治療や生活を支援することが期待されています。
- そのため、本マニュアルでは、疾患別の特性や特徴を踏まえた対人業務に焦点を当て、かつ、薬物療法のみならず、生活習慣の改善等も含めた対応について記載しています。
- 薬物療法そのものの詳細は診療ガイドラインをご参照ください。また、疾患に共通して求められる対応に関しては、日本薬剤師会や各関連学会等から発行されている各種資料をご活用ください。

【マニュアルの構成・内容】

本マニュアルの構成は、大きく以下に分かれています。各章において、薬局薬剤師が遭遇しやすい疑問や困りごとに「ポイント」として Q&A 形式で記載しています。第3章・第4章は、薬局における対応のフローに沿って解説しています。

第1章 総論	疾患対策の意義や治療における薬剤師の役割・目標等を解説しています。
第2章 疾患・病態や治療方針の特徴	診療ガイドラインを踏まえた疾患・病態や治療方針の特徴を解説しています。
第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント	処方監査や薬剤調製におけるポイントを解説しています。
第4章 患者情報の収集・服薬指導・フォローアップにおけるポイント	患者情報の収集と、疾患の特性に応じた服薬指導・フォローアップのポイントについて解説しています。
第5章 地域医療連携	地域の医療機関や関係機関等との連携など、対人業務の充実のために必要な取組を中心に解説しています。
第6章 総括	第1章から第5章までを総括しています。

なお、本マニュアルは、疾患ごとに、診療ガイドラインを踏まえた薬局における対人業務についてまとめています。多くの薬局において遭遇しやすい状況を想定して記載しており、医薬品の適応外使用に関しては取り扱っていません。詳細を知りたい場合は、最新の診療ガイドラインをご確認ください。

参考

- 対人業務のうち「フォローアップ」は、ただ漫然と実施するのではなく、患者情報の収集、処方監査、調剤設計、服薬指導の中で、薬剤師が必要であると判断した患者に対して実施するものです。様々な要因を抱えた患者一人ひとりについて問題点を見つけ、それに対する目標を明確化し、フォローアップすることが重要です。
- 日本薬剤師会が作成し公表した「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」(第1.2版: 日本薬剤師会)を基に、厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」(令和2～4年度)(研究代表者: 益山光一教授)において、調剤後のフォローアップ事例の収集及び手引きの改訂や、フォローアップによる効果検証などが行われ、その成果を基に、「薬剤使用期間中の患者フォローアップ(研究班版)」が公表されています。ぜひあわせてご参考ください。

【マニュアルの活用に向けて】

本マニュアルは薬局薬剤師のみならず、多くの関係者において参考としていただける情報を掲載しています。次のような形での活用を想定しています。

活用例

薬局での活用

- ✔ 薬局において、対人業務の実務の中で不明点や困ったことが生じた際に、該当する章・ポイントを参照する。
- ✔ 薬局において、人材育成などの研修や勉強会の資料として活用する。

地域での活用

- ✔ 地域の関係機関との研修や勉強会の資料として活用する。

大学等での活用

- ✔ 薬学部において、対人業務に対する理解を深めるための教材として活用する。(例:実習前の事前課題として活用する等)

第1章 総論

《薬剤師の関わり方、治療目標》

Q1-1 うつ病で通院中の患者に対応する薬剤師の役割、治療目標は何か。

【回答】

うつ病治療の目標は、短期的には落ち込んでしまった現在の症状からの寛解（元の気分に戻る）にある。薬剤師は、患者がうつ病の薬物治療に取り組むことを支援し、薬物治療に取り組んでいる患者の状態を継続的に把握し、患者が副作用などによって治療から離脱することをできる限り防ぐことが求められる。

うつ病、双極性障害ともに再発・再燃頻度が低い疾患である。そのため、長期的には、再発・再燃を繰り返さず、就労など日常生活を続けることが目標となる。薬剤師は処方箋調剤の関わりだけではなく、OTC 販売などでより頻繁に関わることを通じて、その患者の状態を把握したり、薬物治療に関する患者からの相談に応じたり、再発の兆候にいち早く気づき対応したりすることが期待されている。

【解説】

服薬指導に際して薬剤の副作用を説明するだけでは患者の不安が増してしまうため、必ず薬剤の投与の狙いや、副作用として生じやすい症状への対処方法も説明する。また服薬継続を促進するために、服薬開始数日後のフォローアップを行うことが大切である。

うつ病の初回エピソードの場合、その再発率はおおよそ 50～60%であり、再発の回数を重ねるごとに、さらに再発率が高くなると言われている。したがって初回エピソードの時点でしっかりと治療を受けることが大切とされている。そのため抗うつ薬は寛解してからも、半年程度は同量で服薬を継続するべきと言われている。薬物治療を開始した後、その効果を確認しつつ、患者の状態が安定してきてから、社会復帰に向けたプログラムが始まる。一人で抱え込まず、一つ一つ優先順位をつけられるようになれば、仕事量を減らしての職場復帰も可能となる。

最終的には症状が出る前の状態に戻れることが最終目標となる。仕事の再開後はストレスもあるため、医療機関だけでなく、薬局でもフォローする。薬局には再発・再燃に対し、早めに対応することが期待されている。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・日本うつ病学会治療ガイドライン 双極性障害 2023
- ・厚生労働省，“精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き 地域共生社会を目指す市町村職員のために 詳細版”，令和4年3月 https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/%E5%88%A5%E6%B7%BB%EF%BC%93%E3%80%80p153-206.pdf

《疾患の特性に配慮した服薬指導・フォローアップのポイント》

Q1-2 うつ病の患者や双極性障害の患者に対応する際の基本的な注意点を教えてほしい。

【回答】

薬局では初診時に様々な情報収集を行うが、その対応を嫌う患者がいる。うつ病の患者ではその傾向は強くあるので、このようなときには、無理に聞き出そうとしないことや思考を巡らせる必要のある質問ではなく Yes、No で簡単に答えられる質問による情報収集にとどめることなどの配慮が必要である。

また自殺の兆候にも注意が必要である。「死にたい」と言われる、自殺の手段を考えている、受診頻度が高まり処方薬を貯めている可能性があるなど、薬剤師でも気づくきっかけがある。自殺の兆候に気づいた際には速やかに医師、家族などと情報共有する。

双極性障害で躁状態とうつ状態を繰り返している患者では、躁転を避けられるように、薬剤師は患者の言葉遣いや態度などの変化にも注意を払い、例えば、過度に機嫌が良い、化粧が濃い、話が終わってもすぐに帰ろうとしないなどの様子があって、医師が気づいていない可能性があれば、情報提供を検討する。

【解説】

うつ病患者の重症時は、眠れない、何も話さない、他人との接触を避けたがる、食事をとらないなど意欲の失われた状況にある。薬学的管理のために情報収集が必要であるが、患者の状況に配慮して、質問の仕方を工夫したり、重症時は最低限の情報収集に留めたりすることで対応する。必要な情報の収集は一度の来局で行うのではなく、継続的に取り組んでいくこととなる。

双極性障害Ⅰ型の明らかな躁病期は、入院で治療するケースが多く、通常、薬局には寛解期で外来通院となってから来訪する。この状況であれば、通常、情報収集は可能と考えられる。双極性障害Ⅱ型の場合はうつ病相の方が長く、明らかな躁病期を示さない症例もあり、本人も気づかず、医師に話しておらず、双極性障害Ⅱ型ではなくうつ病の診断を受けている場合がある。薬局での会話などでうつ病の診断を受けている患者の軽躁状態に気づいた場合は、双極性障害Ⅱ型の可能性を医師に情報提供することが必要となる。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン Ⅱ うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・日本うつ病学会治療ガイドライン 双極性障害 2023

第2章 疾患・病態や治療方針の特徴

《疾患の定義・特徴》

Q2-1 うつ病・双極性障害の発症原因は何か。症状、経過について教えてほしい。

【回答】

うつ病や双極性障害の発症原因は明らかになっていない。

ストレスとなる出来事が重なったときに、助けを求められず、時間的にも精神的にも眠れない状況になることで脳の機能に変化が起き、物事を悪い方に捉える状況になっていると考えられている。脳の機能変化を修正するために脳を休ませること（休息をとること）や薬物治療が行われ、物事の捉え方を修正するために認知行動療法が施行される。

双極性障害は気分障害の中でも経過中に躁状態・軽躁状態、抑うつ状態などの病相が認められた場合に定義される。うつ状態ではうつ病と同様に気分が落ち込み、思考も抑制され、重篤な場合は自殺行動に至る場合もある。身体的には不眠、食欲不振などが認められる。躁状態では気分の爽快感はあるものの、怒りやすく、自己中心的な発言で周囲が振り回されたりする。身体的には疲労感を感じず、寝ずに動きまわることもある。患者自身が明らかな躁状態を自覚している場合と、うつ状態が前面に出ていて軽躁状態に気づいていない場合がある。

薬物治療が開始されれば4～6週間で治療効果が認められはじめ、3か月程度で症状は落ち着くことが多い。その後、3～6か月程度様子を見たのち、初回であれば薬剤の減量を始める。

尚、初回であっても抗うつ薬を早々に中止・減量すると再燃の危険性が高まるため、寛解後半年以上は服薬を続ける。再発症例では2年以上服薬を続ける方が良いとされている。

【解説】

うつ病の発症のピークは20歳代にあり、生涯有病率は7%程度と言われているものの年々増えている。男性に比べて女性の方が多く、女性においては50歳代の発症も多い。社会的にまじめで頼まれごとを断れない人が罹患しやすい疾患で、例えば、無理と思っても仕事を引き受けてしまい、結果的にできないことが続くなど、頑張りが空回りすることによるストレスや自分はダメな人間との考え（認知のゆがみ）により、うつ病が引き起こされる。大切な人との別れによる喪失感や仕事上の失敗による気持ちの落ち込みは誰にでもあることだが、それが長期に及ぶと、抑うつ感を感じたり、物事への興味がわからないなどの症状が現れる。また、不眠や食欲不振などの身体症状が出やすい。仕事や家事で優先順位がつけられなくなり、手を付けるものの他に気がなり全てが中途半端になってしまうことなどで周囲が不調に気づく。

脳を休ませるためには、その環境から切り離し休息させるとともに、抗うつ薬や睡眠薬などを用いる。

同時に、患者には怠けではなく病気であることを理解してもらい、認知のゆがみを修正するための精神療法・心理教育を行う。また職場や家庭環境を調整しなければ復帰しても同じ状況に戻りやすいので、家族とも相談し、患者の負担軽減なども行われる。

双極性障害は10代後半から20～30歳代に発症の多い疾患で、生涯有病率は3～4%とされている。双極性障害Ⅱ型では、軽躁状態とうつ状態を繰り返す障害であり、躁の状態が軽度であるため患者自身も躁の状態を自覚しておらず、うつ状態で受診し、問診によりわかることもある。双極性障害の治療は、第2世代の抗精神病薬または気分安定薬による治療となる。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病/大うつ病性障害 2016

Q2-2 「うつ病」と「双極性障害」は異なる疾患か。

【回答】

病態も治療法も異なる疾患である。

いずれもうつ状態が共通しているものの、「うつ病」はうつ状態の単一病相を呈する疾患であり、「双極性障害（いわゆる躁うつ病）」はうつ病相と躁病相を繰り返す疾患である。

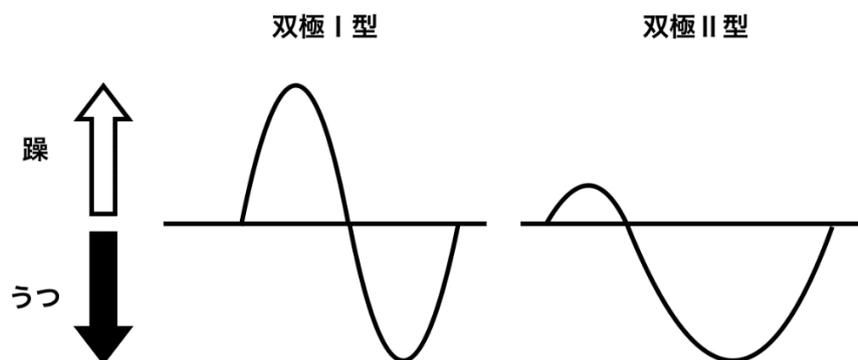
「うつ病」のうつ状態には抗うつ薬が有効であるが、「双極性障害」のうつ状態に抗うつ薬を用いると躁病相に転じるリスクがあるため、基本的に抗うつ薬は避けて気分安定薬を用いることが推奨されている。

【解説】

「うつ病」と「双極性障害」は、気分障害を代表する疾患である。

両者は異なる疾患として区別されており、双極性障害はさらに「I型」「II型」に分類される。I型は明確な躁病相とうつ病相を示すが、II型では軽躁病相とうつ病層を示し、かつ、うつ病相が長いのが特徴である（図1）。II型の躁～うつ周期は数年単位になる場合もあり、うつ病だと診断されていたものが、後から双極性障害だったと分かる場合もある

「うつ病」は寛解後も症状が再燃せぬように見守る必要があり、「双極性障害」では安定した日常生活を送るために状態を維持する必要があり、いずれも長期間にわたる治療が必要となる。治療法は病状にもよるが、いずれも薬物療法に加えて、認知行動療法などの精神療法を組み合わせることが多い。



（図1：中田作成）

Q2-3 うつ病、双極性障害の治療方法は薬物療法以外にもあるか。

【回答】

うつ病・双極性障害のいずれの疾患も、うつ状態の場合は、患者はストレスを一人で抱え込み、脳が休息できない状態にある。医療者はまず患者の訴えを支持的に傾聴し、つらさに共感を示しながら患者の抱えている問題点を一緒に整理し、必要があれば休養を勧めるなどの一連の基本的な介入（支持的精神療法）を行うことが原則とされている。

うつ病の患者には認知のゆがみ（認知障害）があることから、この基本的介入に加えて、薬物療法もしくは認知療法・認知行動精神療法などの体系化した精神療法を併用することが望ましいと考えられている。ただし、これらの治療を組み合わせることは望ましいものの、中等症以上では有効性が認められているが、軽症例ではエビデンスが乏しいことも念頭におくべきである。

双極性障害の躁病エピソードでも前駆段階（イライラ、不眠などが本格的な症状の出現前に認められることがある）での体系化した精神療法による早期介入は有用とされている。ただ薬物療法なしに精神療法のみで治療を継続することは患者の症状の悪化を招く可能性があり、勧められない。

【解説】

双極性障害の躁病エピソードの急性期やうつ病患者の重症エピソードの急性期の際には、推奨される心理教育プログラムは主要なガイドラインには示されていない。この時期は自傷・他害の可能性を考え、薬物療法や入院などの集中治療が行われる。

症状が落ち着き、寛解した後や、維持期には認知行動療法、心理教育も有用とされている。

うつ病患者では、物事を否定的に考えたり、悪い方へ考えたりする認知のゆがみがあるが、本人は自らの性格と考え自覚していない場合もある。この状態を修正していくには、心理教育や社会的支援（心の相談窓口の設置や、うつのスクリーニング、受診体制の整備、あるいは孤立予防など）が必要とされ、早期に医療へつなげることが求められている。

治療は長期に及ぶ場合もあり、再発することもあり得る。また患者が薬物療法に対する不信感を持っている場合もある。良好な患者・治療者関係を形成しつつ、うつ病は病気であること、どのような病気で、どのような治療が行われるのか、どのような経過をたどるのかなどを十分説明し、患者に推奨される対処行動を教育することを治療の基本におく必要がある。

なお、通院治療で対処可能な軽症患者の中には薬物療法以外での治療を望むこともあるが、過去に抗うつ薬で良好な反応が得られている、罹病期間が長くなっている、睡眠障害・食欲低下の程度が重い、焦燥感が強いなどに当てはまる患者の場合は薬物療法が推奨されることを念頭に、服薬を継続できるようなサポートを薬剤師もしていくことが大切である。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・日本うつ病学会治療ガイドライン 双極性障害 2023

《治療薬の特徴》

Q2-4 SSRI、SNRI、NaSSA の使い分けを教えてください。

【回答】

うつ病のうち、SSRI は不安を伴うものに、SNRI は意欲低下を伴うものに、NaSSA は不眠を伴うものを選択されることが多い傾向にある。

【解説】

SSRI は Selective Serotonin Reuptake Inhibitor の略で、選択的で強力なセロトニン再取り込み阻害作用を示す。セロトニン不足による不安・抑うつ等の症状の改善を期待する。うつ病以外の複数の適応症をもつ薬剤がある。

SNRI は Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor の略でセロトニンとノルアドレナリンの再取り込みを阻害する。ノルアドレナリン作動性神経に作用することで、SSRI に比べて意欲向上の作用が期待でき、SSRI と比べて作用発現も早いとされる。SNRI のベンラファキシンは、低用量では SSRI、高用量では SNRI のような効果を発現するという独特の挙動を示す。

NaSSA は Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant の略で、SSRI や SNRI と違いヒスタミン H₁ 受容体拮抗作用が強いため、焦燥の強いうつ病患者や不眠を伴ううつ病患者に用いられ、用法も「就寝前」とされている。ヒスタミン H₁ 受容体拮抗作用により食欲の亢進も認められる場合がある。

【参考】

- ・じっくり読めてしっかり身につく精神科薬物療法ガイド改訂版 / じほう 2021

Q2-5 フルボキサミンの特徴は何か。

【回答】

フルボキサミンは1999年、本邦で初めて販売されたSSRIで、他の治療薬と比較して、臨床での使用経験が長い。

不安・緊張に効果があり、「小児の強迫性障害」の適応も取得している。チトクロムP450に関する薬物相互作用に注意が必要である。

原薬には刺激性があるため、粉砕には不向きである。25mg錠は比較的小さな錠剤なので、50mg錠や75mg錠の嚥下に支障がある場合は、粉砕前に25mg錠の使用を検討してもよい。

【解説】

強力なCYP1A2阻害作用を有し、CYP1A2で代謝される「チザニジン塩酸塩」「ラメルテオン」「メラトニン」とは併用禁忌である。ラメルテオン、メラトニンは不眠を伴ううつ病や強迫性障害患者に処方される可能性もあり、十分注意しなければならない。

特に小児の不眠にはラメルテオン、メラトニンが選択されるケースが多く、フルボキサミンが小児の強迫性障害に適応を取得していることから、より一層の注意が求められる。

Q2-6 パロキセチンの特徴は何か。

【回答】

幅広い適応症をもち、治療効果も高いとされる。その一方で減量・中止時の中断症状が起こりやすいとされる。

インターネット等で「離脱症状がきつい」等の口コミを見て、服用に不安をもつ患者もいる。医師の指示の下、時間をかけて減薬していくことなどを丁寧に説明して、薬物治療の適切な実施を支援する。

【解説】

2000年に先発品が発売され、SSRI群に承認されている全ての適応症をもち、幅広い用途がある。効果も強力とされているが、減量・中止時の中断症状が起こりやすく、慎重な漸減による中止が求められる。当初は10mg錠と20mg錠の2規格のみが販売されていたが、漸減をより確実に進めるため、2010年に低規格の5mg錠も承認・発売された。5mg錠は原則として、減量または中止時のみに使用する。

インターネット上の口コミ等で「ひどい吐き気に襲われた」「一度開始したらやめられなくなる」など負の側面が強調されることが多いが、これらはSSRI特有の消化器症状や、漸減開始時期や漸減方法が不適切な事例とも考えられる。「知人から、この薬はやめた方がよいと言われた」「ネットで調べたら怖いことが書いてあった」という相談を持ちかけてくる患者も実際にいるが、薬剤師として客観的な立場から、口コミ等が全てではないことを説明し、服用のメリットや留意すべき点を正確に理解してもらうようにアドバイスを行う必要がある。

なお、2012年には二層の腸溶性徐放錠である「パキシルCR錠」が発売された。普通錠と比べて消化器症状などの副作用軽減が期待できるが、適応症は「うつ病・うつ状態」だけなので注意が必要である。

【参考】

- ・精神科薬物療法の管理 / 南山堂 2011
- ・Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal/JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY vol.16 No.5 1996

Q2-7 セルトラリンの特徴は何か。

【回答】

効果と副作用のバランスが良く、減量・中止時の中断症状も比較的軽いとされる。将来妊娠の可能性のある女性にも選択しやすいとされる。

【解説】

2006年に本邦にて承認された。海外ではそれ以前から「ゾロフト」という商品名で販売されており、JapanのJにちなんで「ジェイゾロフト」の名称で国内では販売されている。

効果と副作用のバランスが良く、継続しやすい薬剤とされている。減量・中止時の中断症状も他のSSRIと比べて軽いとされるので、将来妊娠の可能性があり、妊娠中は抗うつ薬の服用を減らしたいと考える女性においては、減薬・中止の計画を立てやすいことから選択しやすい薬剤とされている。

なお、妊娠中に抗うつ薬を継続するか否かは個別に検討する必要がある、必ずしも抗うつ薬の中止が望ましいとは限らない。主治医、産婦人科医等の専門職としっかり相談しながら検討していく必要がある。

【参考】

- ・ Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal/JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY vol.16 No.5 1996

Q2-8 エスシタロプラムの特徴は何か。

【回答】

不安・緊張に高い効果があるとされる。用法用量がシンプルで治療計画をたてやすく、患者の服薬上の負担も他の SSRI と比べて軽いとされる。

他の SSRI と比べて副作用が少ない（忍容性が高い）とされる。また用法用量がシンプルで治療計画をたてやすいこともあり、患者の服薬上の負担も軽いとされる。

QT 延長を起こす可能性があるため、不整脈の既往に注意が必要である。

【解説】

2011 年に販売開始された、本邦で最も新しい SSRI である。海外で販売されていたシタロプラムの活性本体である S 体である。

用法用量がシンプルで、1 日 1 回 10 mg から開始、最大投与量は 20 mg である。治療計画が立てやすいとされる。10mg 製剤と 20mg 製剤が販売されており、実際に服用する患者にもわかりやすく、服用上の負担も軽いとされる。

一方で、QT 延長の副作用報告があり、不整脈などの心血管系障害の既往がある患者には注意が必要である。

【参考】

・ Journal of Affective Disorders 266(2020) 626-632

第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント

Q3-1 精神科で抗うつ薬が処方された患者は、うつ病だと判断してよいか。

【回答】

抗うつ薬が処方されていても、うつ病とは限らない。

抗うつ薬は「うつ病・うつ状態」の適応症をもつが、SSRI には「強迫性障害」「社会不安障害」「パニック障害」「外傷後ストレス障害 (PTSD)」などの適応症もある。これらは薬剤ごとに異なり、適応症によって用法用量が異なることもあるため、添付文書等を参照して最新の適応症・用法用量をこまめに確認する習慣をつけるとよい。

【解説】

【SSRI における「うつ病・うつ状態」以外の適応症】

- ・フルボキサミン：強迫性障害、社会不安障害
- ・パロキセチン：パニック障害、強迫性障害、社会不安障害、外傷後ストレス障害 (PTSD)
- ・パキシル CR 錠：なし
- ・セルトラリン：パニック障害、外傷後ストレス障害 (PTSD)
- ・エスシタロプラム：社会不安障害

医薬品名	うつ病・ うつ状態	強迫性障害	社会不安障害	パニック障害	外傷後ストレス 障害 (PTSD)
フルボキサミン	●	●	●		
パロキセチン	●	●	●	●	●
パキシル®CR 錠	●				
セルトラリン	●			●	●
エスシタロプラ ム	●		●		

Q3-2 抗精神病薬が、うつ病の治療目的で処方されることはあるか。

【回答】

抗精神病薬が、うつ病の治療目的で処方されることはある。

抗精神病薬のうち、アリピプラゾール、ブレクスピプラゾールには「うつ病・うつ状態（既存治療で十分な効果が認められない場合に限る）」の適応症が認められている（一部製品を除く）。

【解説】

アリピプラゾール、ブレクスピプラゾールの両方とも、既存治療で十分な効果が認められない場合のうつ病・うつ状態の適応症が認められている（一部製品を除く）。いずれの薬剤においても、うつ病の治療目的で投与する場合は統合失調症よりも低い用量が設定されている。

治療歴がわからない患者を受け付ける場合などは、お薬手帳やマイナ保険証、電子処方箋管理サービスなどを活用して過去の治療歴を確認し、投与目的を明確にする必要がある。

Q3-3 抗てんかん薬が、気分障害の治療目的で処方されることはあるか。

【回答】

抗てんかん薬が、気分障害の治療目的で処方されることはある。

バルプロ酸ナトリウムには「躁病および躁うつ病の躁状態の治療」、ラモトリギンには「双極性障害における気分エピソードの再発・再燃抑制」の適応症が認められており、双極性障害の治療に用いられる。

【解説】

バルプロ酸ナトリウムは古典的な抗てんかん薬として知られているが、国内では 2002 年に気分安定薬としての適応も取得した。ただし、それ以前から実臨床においては適応外で使用される場合があり、使用歴は長い薬である。

ラモトリギンは新規抗てんかん薬として国内では 2008 年に発売されたが、2011 年に気分安定薬としての適応も取得している。

Q3-4 うつ病患者の薬物治療に、抗不安薬は併用されるか。

【回答】

治療の開始時に一時的に抗不安薬を併用することがある。これは、抗うつ薬の効果が発現するまでにある程度の期間がかかるためである。

抗うつ薬にもよるが、およそ2週間程度で徐々に抗うつ薬の効果が現れてくる。通常、抗不安薬は1カ月程度で中止されるため、患者が医師から抗不安薬の投与についてどのように説明を受けているか確認した上で、漫然と抗不安薬の投与が行われていないか継続的に留意していく。

【解説】

抗うつ薬の効果が現れるまでの間、患者の不安感等を一時的に和らげるために抗不安薬を併用することがある。即効性を期待してベンゾジアゼピン系薬剤が多く用いられるが、ベンゾジアゼピン系薬剤には習慣性があり、漫然と投与することで常用量依存を形成することも知られている。ベンゾジアゼピン系抗不安薬による副作用リスクも考慮して、必要最低限の投与とすることが望ましい。

患者には、抗不安薬の使用について医師からどのように説明を受けているか確認した上で、その内容を踏まえつつ、抗うつ薬と抗不安薬の使用目的の違いを説明することがよいと考えられる。医師が抗不安薬の処方中止後に、抗不安薬による即効性を体感した患者が継続を希望する場合には、抗不安薬の将来的な副作用リスク等を必要に応じて慎重に説明する。医師が抗不安薬を継続処方している場合には、その必要性を薬剤師の視点からも検討する。中止が望ましいと考えた場合には、トレーシングレポート等で薬剤師の考えを医師に伝え、抗不安薬の中止を検討してもらうことも有効である。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病/大うつ病性障害 2016

Q3-5 従来型の抗うつ薬が処方されている患者と、新規抗うつ薬が処方されている患者とでは、背景にどんな違いがあるか。

【回答】

新規抗うつ薬は従来型の抗うつ薬と比較して忍容性に優れるという考えが主流であり、優先的に選択されることが多い。

一方で、治療歴が長い患者や重度のうつ症状を呈する患者に対しては、効果・副作用のバランスを踏まえ、従来型の抗うつ薬が処方されるケースが見受けられる。

【解説】

SSRI以降の抗うつ薬（SSRI、SNRI、NaSSA、ボルチオキセチン）は新規抗うつ薬と呼ばれ、三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬等の従来型の抗うつ薬と区別される。

従来型の抗うつ薬は複数の受容体に作用を示すことで、抗コリン作用をはじめとする様々な副作用の発現が問題になってくる。新規抗うつ薬は受容体選択性が高く、従来型と比較して副作用の程度が低い（＝忍容性が高い）とされている。

従来型の抗うつ薬で薬物治療を行っており、効果・副作用のバランスが良好な患者では、あえて薬剤を変更することなく長期に連用しているケースが見られる。

また、新規抗うつ薬を服用中の患者においても、重度のうつ症状で早急な対応が求められる場合には、従来型を投与することがある。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016

Q3-6 抗うつ薬の処方箋を応需した際に、何から確認を行うべきか。

【回答】

「服用歴」と「服用目的」を確認する。

【解説】

多くの精神疾患において、患者が診断を受け入れるにはある程度の時間を要することが想定される。すでに服用中、あるいは服用歴がある患者の場合は、自身の疾患をある程度受け入れて、治療に向き合っている可能性がある。一方、初めて治療薬を処方された患者では、いわゆる心の準備が整っていなかったり、精神科薬剤の服用に不安を感じていたりする可能性もある。「服用歴」の確認は、患者ごとの背景・精神状態に配慮して会話を進める際に有益である。

抗うつ薬は、うつ病以外の疾患にも用いられることがある。先入観や思い込みで話を進めずに、医師からどのような目的の薬だと説明があったのか、患者に確認しながら話を進め、医師と薬剤師の説明が食い違うことのないように注意する（説明が食い違くと、患者と医師あるいは患者と薬剤師間の信頼関係を損なうことにつながる）。なお、患者は自身の精神的不調に気付かずに、身体的な不調を訴えて他の診療科を受診していることも少なくない。頭痛、動悸、食欲不振、体重減少、便秘、下痢、不眠など身体症状は多岐にわたり、それに関連する治療薬を同時に服用する場合もあるため、そうした背景も確認しながら患者の話を聞くとよい。

Q3-7 抗うつ薬の服用歴をどのように確認するとよいか。

【回答】

お薬手帳や患者サマリーなどから服用歴を確認することが基本になるが、それらが不十分な場合は、患者に直接確認する必要がある。「初めてですか」「似たような薬を服用したことがありますか」など、はっきり確認すると良い。

【解説】

服用歴によって服薬指導の内容が変わるため、服用歴の確認はあいまいにせず、しっかり実施する必要がある。抗うつ薬の扱いに慣れていない薬剤師では躊躇するかもしれないが、お薬手帳などで確認できない場合には直接確認するべきである。その際、安易に「初めてですか」などと質問すると、「服用中だが、見て分からないのか？」と信頼を損ねることにつながりかねないので、質問の仕方には注意する必要がある。

なお、うつ病の薬物治療では単剤を低用量から開始し十分な量を十分な期間投与することが原則である。奏功しない場合は薬物変更や増強療法を検討するが、あくまで単剤による治療を原則とし、多剤併用は基本的に推奨されないことを念頭におく必要がある。これらを踏まえて処方鑑査の際に服用歴を確認することも大切である。

Q3-8 抗うつ薬の処方目的をどのように確認するとよいか。

【回答】

抗うつ薬の使用目的は多岐にわたるため、病名を決めつけないようにする。開いた質問（オープンクエスチョン）と閉じた質問（クローズドクエスチョン）を組み合わせて確認していく。

【解説】

「開いた質問＝オープンクエスチョン」は、質問に対する回答が定まっておらず、回答者が自由な言葉で答えるタイプの質問である。「閉じた質問＝クローズドクエスチョン」は、はい・いいえ、A・B・Cのいずれかなど回答者は用意された選択肢から回答するタイプの質問である。

SSRI は複数の適応症をもつため、処方目的の確認が必要になる。この時、医師の説明と薬剤師の発言が異なると、患者が不安に感じてしまう場合もある。

「(医師から) どのような目的で出す薬だと説明されましたか？」とオープンクエスチョンを行い、患者の口から確認するのが理想的である。ただし、患者によっては薬剤師に対して「なぜわざわざ聞いてくるのか」「なぜ患者に言わせるのか」「薬効を知らないのか？」などの不信感につながることも想定される。「複数の使い道があるので、確認いたしました。ありがとうございます」などのフォローをいれておくとよい。

こちらからの質問に対して、無言だったり、具体的に答えようとしないうちもいる。その場合はある程度病名をしぼりこんで「通常、うつ症状や不安感などに使う薬ですが、間違いはないですか？」「うつ症状や強い不安の高まり（パニック発作）などにも使う薬ですが、間違いはないですか？」とクローズドクエスチョンを行い、情報をしぼりこんでいく。無言のまま、うなずいてももらえれば十分である。

2. SSRI 以外の抗うつ薬の場合

一部の三環系抗うつ薬や SNRI のデュロキセチンには「夜尿症」「神経障害性疼痛」などの適応症が認められているので、診療科や患者の年齢等から処方目的を推測する。クロミプラミンやスルピリドには「ナルコレプシーに伴う情動脱力発作」「統合失調症」が認められているが、これらの目的で使用される場面は限られている。それ以外の抗うつ薬の適応症は「うつ病・うつ状態」だけなので、うつ病の薬という前提で話をすすめて差し支えないと考えられる。逆に、オープンクエスチョンを行うと「うつ病以外の使い道もあるのか？」という余計な疑問や不安を抱かせてしまう場合も考えられる。

ただし、近年ではトラゾドンやミアンセリンは鎮静効果も期待して処方される場合があり、医師からどのように処方目的の説明を受けているか確認した上で、齟齬がないように服薬指導を行う（Q3-10を参照）。

Q3-9 若年者への抗うつ薬処方について、確認すべき事項はあるか。

【回答】

多くの抗うつ薬の添付文書において、国内での小児の臨床試験を実施していない旨や、海外でも未成年者の患者における有効性が確認できていない旨や、24歳以下の患者で自殺念慮や自殺企図のリスクが増大する旨の記載がある。また、三環系・四環系抗うつ薬はメタ解析でも有効性が確認されないことが示されている。

若年者への抗うつ薬の処方については、副作用や衝動性の発現に注意しながら、総合的に投与の意義を検討する必要がある。

【解説】

うつ病患者ではそもそも自殺リスクが高くなるとされ、治療によって気力・行動力が回復してきたタイミングには十分な注意が必要だとされる。若年者の場合には薬剤の効果が強く現れることも想定して、患者に急激な変化が生じていないか、家族にも注意を促す必要がある。特にパロキセチンについては18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討することと警告が発せられている。

※パロキセチンについては、米国・欧州を中心に実施された小児等を対象としたプラセボ対照比較臨床試験において、18歳未満の患者には有効性が証明されず、自殺念慮／自殺企図のリスクがプラセボ群に比べ高いという結果が得られた。その後、SSRI、SNRI等の抗うつ薬全般における臨床試験データの分析も行われ、抗うつ薬の投与は小児等の患者において自殺念慮及び自殺企図のリスクを高めるとの評価が得られた。これらを受けて、国内においても注意喚起がなされている。

なお、「自殺リスク増大」という言葉は治療を受ける側にも大きな抵抗感を与えるおそれがあるので、「衝動的な行動」などの表現を用いて、家族の目から患者の変化を慎重に見守るよう指導すべきである。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・パキシル錠 5mg/10mg/20mg およびパキシル CR 錠 6.25mg/12.5mg/25mg 添付文書
- ・塩酸パロキセチン水和物に係る「18歳未満の患者（大うつ病性障害患者）」の取扱いに関する検討の結果について / 独立行政法人医薬品医療機器総合機構安全部 2006

Q3-10 トラゾドンは抗うつ薬としてどのような場面で使われるか。

【回答】

トラゾドンは「SARI (Serotonin 2 Antagonist and Reuptake Inhibitor)」に区分される抗うつ薬であるが、該当薬はトラゾドンだけで「その他の抗うつ薬」として扱われることがほとんどである。トラゾドン塩酸塩の作用特性は精神賦活作用よりも抗不安・鎮静作用が強いと考えられており、このような特性を踏まえて、1日1回就寝前に投与されるケースがある。

【解説】

トラゾドンは「その他の抗うつ薬」に区分され、通常、成人には1日75～100 mgを初期用量として1日200 mgまで増量し、1日1～数回に分割経口投与することとされている。

実際にトラゾドンが処方される場面では、トラゾドン塩酸塩の作用特性は精神賦活作用よりも抗不安・鎮静作用が強いと考えられていることを踏まえて、1日1回就寝前に服用するケースがある。服薬指導の際は、医師からどのような説明を受けているか確認した上で、患者が混乱しないよう配慮する必要がある。

同様に、四環系抗うつ薬のミアンセリンは5-HT₂受容体遮断作用が比較的強く、うつ病・うつ状態に伴う睡眠障害を改善させることで抗うつ作用を示していると考えられており、このような作用機序を考慮して投与されることがあるため、服薬指導の際は配慮する必要がある。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・じっくり読めてしっかり身につく精神科薬物療法ガイド改訂版 / じほう 2021
- ・今日の治療薬 2023 / じほう

第4章 患者情報の収集・服薬指導・フォローアップにおけるポイント

《患者情報の収集》

Q4-1 炭酸リチウムやバルプロ酸ナトリウムを服用中の患者に、血中薬物濃度の確認を毎回行うべきか。

【回答】

炭酸リチウムやバルプロ酸ナトリウムは血中濃度の治療域が狭く、安全性と有効性を保つために定期的な血中濃度測定が必要な薬剤である。血中濃度について、毎回積極的に確認を行うのが望ましくはあるが、実臨床においては毎回血液検査が行われるとは限らず、現実的ではないと思われる。

血中濃度の確認頻度は投与初期や維持期でも変わりうるので、これらの薬剤が処方された患者には、「定期的に血液検査の結果を確認させてください」とあらかじめ伝達した上で、受診間隔など考慮しながら定期的に確認を行うとよい。

【解説】

治療域の狭い薬剤を安全かつ有効に使うためには、定期的な血中濃度管理が必要である。例えば炭酸リチウムの場合は、投与初期又は用量を増量したときには維持量が決まるまでは1週間に1回をめぐり、維持量の投与中には2~3ヵ月に1回をめぐり血中濃度を確認することとされている。

ただし現実には、投与初期に血中濃度を測定したものの、その後はほとんど血液検査を行わずに処方が継続されているケースもあるかもしれない。しかし、比較的低用量で病状が安定しているケースや投与初期の血中濃度の値が基準値を下回っていたが病状が安定しているケースなどにおいても、リチウムはきっかけ次第で血中濃度が変化して、過量投与による中毒に陥る可能性もあるため、定期的な血中濃度の確認が推奨されており、調剤時においても血中薬物濃度の測定結果の確認を積極的に行うことを心掛けるべきである。

主観的な評価が多くなりがちな精神科領域において、血液検査の結果は客観的に評価できる数少ない項目とも言える。服薬指導の話題にもしやすく、適正な数値を目指すことが患者のモチベーションにつながるなどの効果も期待できる。

【参考】

- ・リーマス錠 100/200 添付文書

Q4-2 ラモトリギンを漸増中の患者に、皮疹の確認は毎回行うべきか。

【回答】

毎回、積極的に行うべきである。

ラモトリギンによる皮疹は生命にも関わる副作用である。患者に皮疹の確認の重要性をあらかじめ伝えておき、維持用量に到達するまでは、皮膚の違和感等がないか、調剤時に毎回確認する。また、患者が皮膚の違和感等を感じた場合には、速やかに医療機関又は薬局に連絡するように指導する。

ラモトリギンはグルクロン酸抱合に対する影響がある薬剤との相互作用によって血中濃度に変化しうることも知られている。維持用量に到達した後も、併用薬に変化があるとラモトリギンの血中濃度が影響を受ける可能性があるため、併用薬もこまめに確認する必要がある。

【解説】

ラモトリギンの皮疹については、Q4-20 において詳述する。

Q4-3 抗うつ薬の処方箋を応需する際に、受付ではどのようにモニタリングを行うとよいか。

【回答】

「薬名」「病名」は口に出さず、代名詞を用いたやりとりを行うことが推奨される。

【解説】

全ての疾患・全ての患者に共通して、プライバシーの保護が必須であることは言うまでもない。特に、我が国における精神疾患への国民的な理解の状況を踏まえると、精神疾患患者の医療情報の取り扱いは特に慎重な対応が求められる。

そのため、「薬名」「病名」は極めて注意を要する情報であり、他の来局者には聞こえないように配慮する必要がある。処方箋やお薬手帳を指さしながら「この○mgが△日分ですね」「このカプセルが□mgに増えましたね」など、代名詞を使って確認することが望ましい。

また、うつ病患者側が話したがらなかつたりすることも珍しくなく、その場合は受付での細かなモニタリングも難しくなる。処方箋の応需の際は薬剤調製を行う上で必要最低限の情報を収集して、詳しいモニタリングは薬剤交付時に改めて行うといった配慮が必要になる。

Q4-4 「抗うつ薬は服用を中止しづらくなると聞いたので、服薬が心配だ」と言う患者に対して、どのように服薬指導すべきか。

【回答】

抗うつ薬の服用を急に中止すると、めまいや吐き気などの多岐にわたる中断症状が起きる場合がある。

中断症状を防ぐために、服用の中止に当たっては、まず時間をかけて投与量を漸減し、十分に減らしてから服用中止することが基本であるが、「抗うつ薬は服用を中止しづらい」という情報は、服用終了まで時間を要することや、服用量の漸減が正しく実践されずに中段症状を生じたりしたことを踏まえていると想定される。

抗うつ薬の服用は時間をかけて服用量を減らしてから終了する必要があること、時間をかけて服用量を減らした場合には投与終了できることを説明する。

【解説】

抗うつ薬の投与により病状が寛解した後も、最低でも 6 ヶ月は抗うつ薬の継続服用が奨められる。服用終了する場合は、医師の判断の下、服用してきた期間も考慮しながら、時間をかけて服用量を漸減し、十分に低用量にしてから終了する。

抗うつ薬の急な中止による中断症状は、SNRI のパロキセチンにおいて特に生じやすい傾向もあるとされ、現在は漸減目的の低用量製剤が追加承認されている。近年、インターネット上の SNS や口コミ等で薬物治療に関する情報も散見されるようになり、特にネガティブなコメントは目につきやすく、不正確な情報が拡がりやすくなっている。

Q4-5 抗うつ薬が処方されたことを「情けない」と嘆く患者に対して、どのように声をかけるべきか。

【回答】

「(あなたの考えは否定しないが) 私は、情けないとは思いません」とはっきり伝える。

「誰でもうつ病に罹ることがあります」「あなたが悪いわけではありません」「情けないとご自身が思われること自体が病気の症状なのですよ」などのフォローも有効である。

【解説】

うつ病の生涯有病率はおよそ7~8%で、女性の有病率は男性の2倍とされている。誰でも罹患しうる疾患であるが、我が国における精神疾患への理解はいまだ十分とは言えず、また、かつては「根性が足りない」「なまけ病」などと言われていた時代もある。うつ病になったことを「情けない」と嘆く患者には、このような背景が影響している可能性を考慮する必要がある。

また、うつ病の症状として、思考が前向きになれず、ネガティブに傾きやすくなることが挙げられる。自身に起きたことを悲観的に捉え、自己嫌悪に陥りやすくなっている。

そのような患者に対応するときは、まずは、患者の話をよく聴くことが大切である。患者がなぜ「情けない」と感じるのか、患者の言うことを否定せず、傾聴の姿勢で耳を傾ける。その上で、こちらからは「(あなたの考えは否定しないが) 私は情けないとは思いません」と伝える。

ここでの「あなたの考えを否定しない」というスタンスは重要である。なぜなら、「情けない」と嘆く患者に対して一方的に「情けなくない」と声をかけると、相手が「自分の気持ちを否定された」と感じるかもしれないからである。

話を傾聴した後は、「よく受診されましたね」「受診されて良かったと思います」などの言葉で患者を労ることも大切である。

Q4-6 抗うつ薬による自殺リスクについてどのように伝えるべきか。

【回答】

「自殺」という言葉を直接出すのに抵抗がある場合、「衝動的な行動」などの間接的な表現を使って注意喚起するとよい。

【解説】

そもそも、うつ病患者では自殺リスクが高くなるとされ、治療によって気力・行動力が回復してきたタイミングには十分な注意が必要だとされる。抗うつ薬を用いることで、患者の状態に急激な変化が生じる可能性があり、特に家族にはあらかじめ注意を促しておく必要がある。

抗うつ薬の添付文書では、24歳以下の患者で自殺念慮や自殺企図のリスクが増大することが注意喚起されている。若年者の場合は保護者に服薬指導を行う機会も多くなりがちだが、「自殺」という言葉は治療を受ける側にも大きな抵抗感を与えるおそれがあるので、「衝動的な行動」などの表現を用いて、家族の目から患者の変化を見守るよう指導する。

Q4-7 過去に抗うつ薬で副作用を経験したことがあり、服薬に拒否感を示す患者がいる。どのように服薬を促すとよいか。

【回答】

どのような薬剤で、どのような副作用だったのかを具体的に確認する。その際、患者の心理に共感しながら接するように心がける。今回処方された抗うつ薬と同じもので過去に副作用を生じている場合には、医師にその旨を説明しているか、医師に説明している場合には、医師からどのような回答があったかも確認し、その結果を踏まえて、副作用を防止するための留意点などを説明する。

従来型の抗うつ薬（三環系、四環系）では抗コリン作用を始めとする副作用が生じやすいが、SSRI 以降の新規の抗うつ薬における副作用は軽減しているとされている。過去に服用していた抗うつ薬と今回処方された抗うつ薬が異なる場合には、すべての抗うつ薬で同様の副作用が出るとは限らないことも説明する。

【解説】

まず、患者が過去に抗うつ薬の服用でどのような副作用を経験してきたか、共感的に聞くことが重要である。

その上で、下記の会話例も参考に、回答に示したような具体的なアドバイスを行うべきである。

会話例：

患者 「何年か前に、抗うつ薬をのんで喉が渇き、便秘になって、苦労しました。だから今回の薬も心配です…」

薬剤師 「喉が渇いて、便秘にもなって、苦労されたんですね。それは嫌な思いをされましたね。その時に服用されていた薬の名前は、覚えていますか？」

患者 「名前はハッキリ憶えていないけど、〇〇色の錠剤でした」

薬剤師 「もしかすると、昔ながらの抗うつ薬だったかもしれません。昔の抗うつ薬は、△△さんが経験された副作用が出やすいもの多かったですのですが、今回処方されている□□は、そういった副作用が少なくなるように開発された抗うつ薬です。」「飲み始めに胃がムカムカしたり食欲が落ちたりすることもあります。だいたい2週間くらいで収まります。以前のような喉の渇きや便秘にはなりにくいと思うので、試してみませんか？」

Q4-8 抗うつ薬を服用中に効果を感じられないと訴える患者を、どうフォローすべきか。

【回答】

抗うつ薬は原則として低用量から開始し、段階的に増量する必要があるため、効果を焦らないように説明する。そして、抗うつ薬の効果発現にはある程度の時間がかかることも説明する。具体的な抗うつ薬の作用機序を説明すると、納得する患者もいる。

また、患者と周囲（家族や治療者等）とで治療効果の感じ方が異なることがある。周囲は何と言っているのか確認してみる。治療効果が得られていても、患者自身が実感できていないことがある。

【解説】

抗うつ薬の効果発現にある程度の時間がかかることの説明に当たっては、具体的な作用機序として、セロトニンやノルアドレナリンといった神経伝達物質の名前を挙げてよいかもしれない。

例：「抗うつ薬の作用で脳内のセロトニン濃度が上昇しますが、それが効果を発揮して気分が楽になる（やる気がでてくる）までには、どうしても 2～4 週間程度の時間がかかります。少しずつ効いてくるので、安心してください」

患者と周囲との感じ方の違いについては、抗うつ薬の投与によって治療効果が得られたと周囲が評価していても、患者は治療効果を実感できていない場合もある。

そのような場合には、薬剤師はまずは患者の主張に耳を傾けるべきである。患者は早く回復したくて焦りや不安を抱えていることも多いので、「『良くなっている実感がない』のですね」「『仕事の復帰が遅くなるのが不安』なのですね」のように、患者の言葉を復唱し、患者に寄り添う姿勢を見せる。一方的に「効果は少しずつ現れていますから」と言うのではなく、患者に寄り添った上で同じ言葉をかけると、患者の安心感や、治療を続けようというモチベーションにつながる。

Q4-9 うつ病患者の「本当に良くなるのだろうか」というネガティブな発言に対し、どのように寄り添うとよいか。

【回答】

ある程度の治療期間が経過している場合、治療開始前と比べると少しでも改善している場合が多い。まず、患者の考えを傾聴した上で、治療開始前と比べて改善している点があればそのことを患者に伝え、時間はかかるかもしれないが良くなります、と自信をもって声をかけるようする。

【解説】

ネガティブな思考パターンも、うつ症状の一つと言える。回復後に「なぜあの頃はあんな（ネガティブな）ことを言っていたのだろう」と言う患者もいる。まず、患者の考えを傾聴した上で、治療開始前と比べて改善している点など前向きに感じられる点を伝え、患者には、時間がかかるかもしれないが良くなるとはっきり伝える。

その際、「あまり後ろ向きに考えないで」「そんな風に言わないで」など、患者の否定につながる言い方は避けるべきである。良かれと思った発言でも、うつ病患者にとっては「自身を否定された」と感じてしまう可能性がある。

「本当に良くなるのか、不安なのですね。」

「大丈夫、時間はかかるかもしれませんが良くなります。」

と、まずは患者心理に共感を示して、それから前向きな言葉をかけることが大切である。

なお、うつ症状に苦しむ患者は、自分なりに精一杯、できることをがんばっている。もっとこうすればよいなどの具体的なアドバイスをすると、かえってプレッシャーを与える可能性があることにも留意する必要がある。

Q4-10 うつ病患者が、症状が治まったからと言って薬を減らそうとしたり、いつまで薬をのめばよいのかと聞いてくるが、どうしたらよいか。

【回答】

抗うつ薬などの治療でうつ状態が寛解しても、一定期間は同用量での服薬を継続すべきとされている。また、うつ病になった原因が解決していない限り、症状が再燃する可能性は高くなる。

患者に対して、服薬量について医師からどのような説明を受けているのか確認した上で、症状の再燃を防止するために一定期間は抗うつ薬を医師から指示された量で飲み続けることが推奨されていることを説明する。

【解説】

早期に抗うつ薬を中止・減量することは再燃の危険性を高めること、また、寛解後 26 週は抗うつ薬の再燃予防効果が立証されている。また、抑うつ相を繰り返す患者は再発危険率が高いが、これらの再発性うつ病の患者に対しても抗うつ薬を 1～3 年間急性期と同用量で継続使用した場合の再発予防効果が立証されている。

そのため、患者から抗うつ薬の服用量を減らしたいと相談があった場合には、まず、どのような理由で服用量を減らしたいと思っているのかを傾聴しつつ、医師から服用量についてどのような説明を受けているのかも確認した上で、症状の寛解後の再燃を防止するために一定期間は医師から指示を受けた量で抗うつ薬を服用し続けることが推奨されていることを説明する。また、例えば患者が副作用を懸念している場合は、副作用の発生の有無について確認した上で、副作用を防止するために留意すべき事項の説明など必要な対応を行う。

【参考】

- ・日本うつ病学会治療ガイドライン II うつ病／大うつ病性障害 2016
- ・じっくり読んでしっかり身につく精神科薬物療法ガイド改訂版 / じほう 2021

Q4-11 話が長くて終わらない躁状態の患者がいる。どのように対応するのがよいか。

【回答】

躁状態の患者は、話の内容にまとまりがなく、話題があちこちとんだりして、なかなかまとまらない。薬剤師が服薬指導をしている最中に、関係のない話を始めることもある。話が終わるタイミングがなかなか見えないので、こちらから話の趣旨を整理し、「また来月、聞かせてくださいね」などと会話を終了させることを検討する。

あらかじめ話が長くなることが予想される場合は、事前に薬局内で時間や合図を決めておき、途中で電話等で呼び出してもらうなどの工夫も効果的である。

【解説】

双極性障害の躁症状にある患者は多弁となり、周りが見えにくく、疲れも感じにくくなって、放っておいたらどれだけでも話し続けることがある。まずは、そのような状態が患者の病状であることを理解する必要がある。

躁状態では機嫌が良いことが多いので、こちらも笑顔で対応しつつ、患者の話の内容を反復しつつ、「つまり、……」とこちらから整理したり、周囲のスタッフの助けを得てきっかけを作って会話を終わらせることがよいと考える。ただし、易怒傾向の強い患者の場合などは、思いもよらないきっかけで怒りだし、攻撃的な態度をとってくることもある。躁状態の双極性障害の患者ではあり得ることであり、症状の一部であると捉えて落ち着いて対応することが重要である。

ただし、実際に手をあげようとしたり、周囲に危険を及ぼしかねない行動が確認された場合には、薬剤師をはじめ周囲の人々の安全確保の対応を行う。また、患者の症状の情報の一部として、主治医に連絡することも重要である。

Q4-12 がん患者で、うつ症状を併発している。服薬指導等に当たってはどのような点に留意するとよいか。

【回答】

がんと告知された患者やその家族には大きな心理的負担がかかっているため、服薬指導等に当たっては、患者や家族の心情に配慮し、特に傾聴の姿勢を重視した対応が望まれる。

【解説】

がんと告知されてからの患者心理は、「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」という段階を経て進行していくという考えがある。また、がん患者だけではなく、患者の家族にも大きな心理的負担が発生する。

がん患者のがんによる不安や抑うつ等の精神症状に対して、抗不安薬や抗うつ薬などの向精神薬が用いられることがあり、その服薬指導等に当たっては、患者やその家族の心情に配慮し、特に傾聴の姿勢を重視した対応が望まれる。

【参考】

エリザベス・キューブラー・ロス 「死ぬ瞬間」

Q4-13 休職が必要だと医師から言われたうつ病患者が、「自分がいないと職場に迷惑をかけてしまう」「休んでいる間に評価が下がってしまう」と不安そうである。どうすればよいか。

【回答】

うつ症状は目には見えないが、少しずつ蓄積していき、休息をとらないと、やがて深刻な状態に陥る可能性もある。うつ病の治療にあたり、休息が必須であることをはっきりと伝える。

必要な休息をとることは、患者自身はもちろん、家族や職場にとってもプラスになると説明し、患者の自責の念をやわらげる。

【解説】

わが国における精神疾患への理解はまだまだ不十分であり、それが精神疾患による休職のハードルを高くしている一因とも言える。患者には、「あなたが悪いわけではない」ことをはっきりと伝え、休息をとることが医学的にも正解だと説明する。

Q4-14 気分障害の患者から自殺願望を聞かされた時の対応はどのようにすればよいか。

【回答】

うつ病、双極性障害ともに、自殺リスクが高くなる疾患として知られている。うつ症状に伴い希死念慮が生じ、うつ症状が回復するタイミングで自殺行為に至るケースがある。

自殺願望の表現は様々で、直接的に「死にたい」と言う患者もいれば、「ここから消えてしまいたい」「このまゝなくなってしまうたい」など、間接的な言い回しをする患者もいる。

自殺願望を聞かされた時は、「死にたいと思うほど、辛いんですね」「消えてしまいたいと感じるくらい、悩んでいたのですね」と、まずは患者の思いを復唱する。それは、決して自殺を肯定することにはならない。その上で、時間をかけて患者の思いを傾聴する。聞き終えた後は、言いにくい話をしてくれたことに対し「お話をしていただき、ありがとうございます」「またお話を聞かせていただけますか」などの言葉をかけることが大切である。

速やかに主治医に報告し、必要に応じて訪問看護スタッフ等の多職種とも情報を共有する。

【解説】

自殺願望を聞かされることになれていない薬剤師にとっては、対応に苦慮する場面かと思われるが、気分障害の患者にとっては決して珍しくないことだと心得ておきたい。

話を聞く際は、傾聴の姿勢を心がける。患者の思いを復唱して、患者に寄り添う姿勢を見せる（薬剤師の個人的な意見は極力控え、もし意見を求められた場合には、あくまで「私はこう思う」というスタンスでふるまい、患者の発言を否定しない）。そして話の終わりには「またお話を聞かせていただけますか」と、次へつなげる言葉をかけることが望ましい。

自治体等では「ゲートキーパー養成講座」を開催している。ゲートキーパーは「命の門番」とも呼ばれ、悩みを抱えている人に寄り添い、支援する。薬剤師も積極的にゲートキーパー養成講座に参加することが望まれる。

用語：

希死念慮＝自殺を想像したり、考えたりすること

自殺念慮＝希死念慮に比べ、より具体的な計画を伴うもの

自殺企図＝様々な手段により、実際に自殺を企てること

自殺未遂＝自殺企図の結果、死に至らなかった場合

自殺既遂＝自殺企図の結果、死に至った場合

【参考】

- ・厚生労働省ホームページ：自殺対策

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/index.html

- ・こころの耳 <https://kokoro.mhlw.go.jp/>

《各治療薬の特性をふまえた服薬指導・フォローアップのポイント》

Q4-15 SSRI の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 消化器症状が起こりうること
2. 効果発現に時間がかかること
3. アクチベーション・シンドローム（抗うつ薬の服用開始や増量に伴い発現する、不安、焦燥、パニック発作、不眠、衝動性、アカシジアといった症状）が出現することがあること

【解説】

1. 消化器症状：SSRI はセロトニンの再取り込みを阻害して脳内セロトニン濃度を増やすことが目的であるが、腸内に存在するセロトニンにも作用すると考えられている。腸内セロトニン濃度が増えることで悪心や食欲低下が生じるが、この症状は服用開始から1週間程度で生じ、2～4週間程度で治まることを事前に伝えておく。
2. 脳内セロトニン濃度が上昇して効果が発現するまでには、2～4週間はかかるとされる。体感的にはそれ以上の期間を要することもあるため、即効性を期待しすぎないように、あらかじめ説明しておく必要がある。服用開始後の1～2週間は、効果が得られず、消化器症状も生じるため、説明を受けていない患者は「この薬は自分には合わない」と思って治療から脱落してしまう恐れがある。
3. 「アクチベーション・シンドローム（賦活症候群）」は、抗うつ薬により本来の目的にそぐわない過度な賦活化が引き起こされた状態とされ、特にSSRIで多く報告されている。焦燥感や不安感の増大、不眠、パニック発作、アカシジア、敵意・易刺激性、衝動性の亢進、躁・軽躁状態などの一連の症状が挙げられ、時には自傷行為や自殺企図といった深刻な状態へつながる可能性もあるため、注意が必要である。

【参考】

- ・服薬指導・疑義照会・症例報告に役立つ精神科の手引き / メジカルビュー社 2024

Q4-16 SNRI の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 消化器症状が起こりうること
2. 効果発現に時間がかかること

【解説】

1. SSRI と同様に初期に消化器症状がみられる場合があり、悪心や食欲低下、胸焼けや便秘等の症状が起こりうる。これらの症状は SSRI よりも少ないとされるが、自覚症状として感じやすく、服薬アドヒアランスにも悪影響を及ぼしうるため、事前に説明しておくことが望ましい。
2. 従来型の抗うつ薬と比較すると効果発現には時間がかかるが、SSRI と比べると効果発現は早いとされる。

本邦ではミルナシプラン、デュロキセチン、ベンラファキシンの3種類が販売されており、いずれも排尿困難のある患者ではノルアドレナリン作用による症状悪化に注意が必要である。最初に販売されたミルナシプランは尿閉に禁忌であり、ミルナシプランの処方時には泌尿器症状の有無に特に注意が必要である。

【参考】

- ・精神科薬物療法マニュアル / 南山堂 2018
- ・服薬指導・疑義照会・症例報告に役立つ精神科の手引き / メジカルビュー社 2024

Q4-17 NaSSA の服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 強い鎮静作用
2. 食欲亢進

【解説】

ミルタザピンはヒスタミン H₁ 受容体拮抗作用が強いため、鎮静作用や食欲亢進がみられるのが特徴である。不眠を伴ううつ病患者に鎮静作用を期待して、用法を「1 日 1 回就寝前」として用いられることが多い。ミルタザピンの初期投与量は 15 mg だが、鎮静作用による翌日への持ち越しを考慮して 7.5 mg で処方されるケースや、眠気に応じて錠剤を半錠化して減量してもよいと指示されるケースもある。

なお、NaSSA の効果発現は SSRI と比較して早いとされる。

【参考】

- ・精神科薬物療法マニュアル / 南山堂 2018
- ・服薬指導・疑義照会・症例報告に役立つ精神科の手引き / メジカルビュー社 2024
- ・臨床精神薬学 / 南山堂 2013

Q4-18 炭酸リチウムの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 効果発現に時間がかかること
2. 血中濃度を測定する必要があること
3. 妊婦には投与禁忌であること

【解説】

炭酸リチウムは双極性障害の治療薬として欠かせない、代表的な気分安定薬である。歴史も古く、広く使われ続けてきた実績がある。

1. 基本的には躁状態に対して投与するが、効果発現に時間を要するため、即効性は期待できない。安定した体調を保つための薬であることを説明して、長期にわたって服用する必要があることを伝える。
2. 炭酸リチウムは血中濃度の治療域が狭く、安全かつ有効な治療を行うために適正な血中濃度を維持する必要がある。リチウム中毒の初期症状として、悪心や下痢等の消化器症状や、口渇、手指の振戦などに注意するよう伝える。リチウム血中濃度を上昇させるいくつかの因子があるが、身近な例としてNSAIDsの併用によるリチウム血中濃度上昇の報告がある。整形外科等で一定期間処方されるケースもあり、あらかじめ説明しておくとうよい。
3. 炭酸リチウムは催奇形性の観点から妊婦又は妊娠している可能性のある女性には禁忌である。炭酸リチウムによる治療は長期間にわたる可能性も考えられるので、将来的に妊娠する可能性のある女性に投与する場合には、事前にその旨を伝える。

【参考】

- ・服薬指導・疑義照会・症例報告に役立つ精神科の手引き / メジカルビュー社 2024
- ・副作用早期発見プラクティカルガイド / じほう 2019

Q4-19 ラモトリギンの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 皮疹の発現に十分注意すること
2. 用法用量を必ず守る必要があること

【解説】

ラモトリギンは新規抗てんかん薬として国内で販売開始後、双極性障害の治療薬としても承認されている。

1. ラモトリギンを扱う際には、重篤な皮疹を引き起こす可能性があることに注意しなければならない。中毒性表皮壊死融解症（TEN）、皮膚粘膜眼症候群（SJS）、薬剤性過敏症候群等の全身症状を伴う重篤な皮膚障害による死亡例も複数報告されており、2015年に安全性速報（ブルーレター）が発出された。重篤化した場合には生命にも関わるため、少しでもおかしいと思ったらすぐに連絡するように伝える。

The image shows a safety alert document for Lamotrigine. It is titled "安全性速報" (Safety Alert) and is dated February 14, 2015. The alert concerns severe skin reactions associated with Lamictal (Lamotrigine) in both pediatric and adult formulations. It states that from September 2014 to December 2014, approximately 4 cases of severe skin reactions were reported, including one fatal case. The alert emphasizes the importance of adhering to the prescribed dosage and schedule, and advises patients to stop the medication immediately if they experience symptoms such as fever, rash, or mucocutaneous lesions. A table lists symptoms to watch for: fever (38°C or higher), rash, oral mucosal lesions, and eye/mucous membrane lesions. The document also notes that severe skin reactions can occur even with low doses and that the risk is increased when used in combination with other medications.

2. こうした皮膚症状の発生を防ぐため、ラモトリギンは少量ずつ投与量を増やす必要がある。またバルプロ酸ナトリウムを併用するとラモトリギンの消失半減期が約2倍延長するとの報告もある。これらを踏まえ、ラモトリギンの用法用量は併用薬剤の有無ごとに細かく定められており、薬剤師は細心の注意を払って処方鑑査を行う必要がある。慣れによって注意がお

ろそかにならぬよう、処方鑑査の際は最新の添付文書等をこまめに確認するよう心得ておく必要がある。服薬指導の際は、処方ごとに変わる用法用量を間違えないように、薬袋に太字で記載する・色をつけて強調するなどの工夫をするとよい。ただし、患者の不安をあおりすぎないように言葉を選び、きちんと用法用量を守りつつ、少しでも皮膚の異常を感じたらすぐに連絡相談するように伝える。

【参考】

- ・ラミクタール®安全性速報（2015年 グラクソ・スミスクライン株式会社）
<https://www.pmda.go.jp/files/000198343.pdf>

Q4-20 バルプロ酸ナトリウムの服薬指導時に最初に伝えておくポイントはあるか。

【回答】

基本的な事項として、以下のことについて、説明する。

1. 肝機能障害に注意が必要であること
2. 血中濃度を測定する必要があること
3. 徐放性製剤の取扱いについて
4. 妊婦には投与禁忌であること

【解説】

バルプロ酸ナトリウムは抗てんかん薬として古くから使われてきたが、躁病及び躁うつ病の躁状態の治療薬としても承認され、双極性障害患者に用いられている。

1. バルプロ酸ナトリウムには投与初期 6 ヶ月以内に重篤な肝障害が現れることがあり、投与初期 6 ヶ月間は定期的に肝機能検査を行う必要がある。患者には、倦怠感や黄疸などの肝障害の初期症状を伝えてセルフチェックを促し、投与日数が長くなったら薬局からの患者フォローアップを行うのもよい。
2. バルプロ酸ナトリウムは血中濃度の治療域が狭いため、適切な血中濃度を保つために、診察時に血液検査が必要だと伝える。
3. 近年ではバルプロ酸ナトリウム製剤において徐放錠の使用頻度が高くなっている。適正な血中濃度を維持するために徐放性を保つ必要があるが、規格によっては大きな錠剤も販売されており、噛んだり砕いたりしてはいけないことを、忘れずに伝える。
4. バルプロ酸ナトリウムは催奇形性の観点から妊婦又は妊娠している可能性のある女性には禁忌である。日本うつ病学会診療ガイドライン双極性障害（双極症）2023 においても、妊娠中にバルプロ酸ナトリウムを使用しないことを強く推奨している。バルプロ酸ナトリウムの治療は長期間にわたる可能性も考えられるので、将来的に妊娠する可能性のある女性に投与する場合には、事前にその旨を伝える。

【参考】

- ・日本うつ病学会診療ガイドライン 双極性障害（双極症） 2023

Q4-21 副作用の「性機能障害」について、具体的に教えてほしい。

【回答】

抗うつ薬の副作用による性機能障害については、具体的に以下のような症状が挙げられる。

	男性	女性
性欲の減退	●	●
オルガズムの遅延・欠如	●	●
リビドーの減少	●	●
性交に対する嫌悪感	●	●
勃起障害・勃起不全	●	
射精遅延	●	
膣潤滑液の減少・不全		●

【解説】

日本では、性に関する話題にはなかなか触れにくいといった背景があり、性機能障害についても患者自らは言い出しにくいと思われる。

副作用一覧などを用意して「副作用が起きていないか、これでチェックしてみましよう」と切り出して一緒に確認するなど、患者が言い出しやすくなるシチュエーションを用意する。

《患者家族との接し方》

Q4-22 気分障害の患者の家族との接し方で、意識すべきことはあるか。

【回答】

うつ病や双極性障害に代表される気分障害患者の家族は、患者と生活をともにする中で、心身ともに疲弊していることが多くなる。しかし薬局の薬剤師の前ではそのような姿を見せず、薬剤師は家族の状態には気がつかないこともしばしばである。

薬剤師が、患者への対応にあたっては、家族が置かれている状況を想像し、家族に対しても傾聴の姿勢で接して、フォローする。

【解説】

うつ病を発症した患者は人が変わったようになり、声をかけても反応が薄く、外出に誘っても行きたがらず、食事も無表情で食べ、すぐに疲れて横になるというケースがある。こうした患者に対し、家族の反応は様々である。「自分がしっかりしなければ」と考える家族もいれば、「どうしてそんな態度をとるのか」と怒りを覚える家族もいるかもしれない。薬剤師が家族に接するにあたっては、家族が置かれている状況を想像し、相手の話を丁寧に伺う、傾聴の姿勢で接することが必要である。

患者の家族は、不安、悲しみ、怒り、など様々な感情に振り回される。自分のせいで患者がうつ病を発症してしまったのではないかと責任を感じている場合もある。そのような場合には、「患者も、家族も、悪くないですよ」というメッセージをはっきりと伝えてあげることも大切である。

第5章：地域医療連携

Q5-1 うつ病や双極性障害患者と「精神疾患にも対応した地域包括ケアシステム」の関係性について教えてほしい。

【回答】

地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるようサポートする制度である。

うつ病や双極性障害患者の好発年齢は20歳代と50歳代となるため、通常は介護保険の対象ではないが、精神疾患にも対応した地域包括ケアシステム（いわゆる「にも包括」）による支援の対象となる。うつ病患者は社会との関わりを避けたがることもあるが、社会的なサポートを必要とすることも多くあり、そのような場合には「にも包括」により必要なサポートを得られるように支援することが望まれる。

【解説】

うつ病や双極性障害だけでなく、うつ症状を呈する疾患として、適応障害、アルコール依存症、強迫神経症、パニック障害などが挙げられる。このような症状があると外出困難となり、社会との接点が減ることで治療回復が難しくなる。また、うつ病の罹患により脳卒中、糖尿病、心疾患などの身体疾患のリスクも増加することが報告されている。

「にも包括」は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのことであり、うつ病や双極性障害の患者においても「にも包括」により、必要なサポートを得られることが望まれる。

なお、就労支援のサポートも「にも包括」の一部になる。

【参考】

厚生労働省，“精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き 地域共生社会を目指す市町村職員のために 詳細版”，令和4年3月 https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/%E5%88%A5%E6%B7%BB%EF%BC%93%E3%80%80p153-206.pdf

Q5-2 薬薬連携・多職種連携により、うつ病や双極性障害患者の情報を共有する意義について教えてほしい。

【回答】

入院退院を繰り返す患者においては、入院中の生活習慣と地域での生活習慣が異なる場合も見られる。多職種連携により、場面によって異なる患者情報を交換・共有することで、多職種それぞれが知らない面を把握し、より適切な患者サポートを行えるようになる。

双極性障害の患者はしばしば入退院を繰り返す傾向がある。躁症状が悪化して攻撃的な態度をとり、入院に至るケースも見られる。病状が落ち着いて安定してから退院するため、薬局に勤務する薬剤師は極端な躁状態の患者の姿を見る機会は少なくなる。多職種連携によって情報を共有することで、普段は気付けない患者の一面を知り、より患者に適した対応をとることができるようになる。

【解説】

薬薬連携は、薬局の薬剤師と病院の薬剤師が協力して患者の生活を支援していく取り組みである。薬剤師以外の医師や看護師、ケアマネジャー等のコメディカルといった多職種とも連携体制を構築することが望まれる。場面によって異なる患者情報を把握することは患者を深く知ることにつながり、より好ましい対応をとることが可能になる。

まずは薬局と病院の薬剤師による薬薬連携を構築した上で、病院薬剤師から病院内の多職種に声をかけてもらい、多職種連携につなげていくことも効果的である。

第6章 総括

- ・うつ病と双極性障害は気分障害を代表する疾患であり、それぞれ異なる疾患である。
- ・うつ病の薬物治療には、新規抗うつ薬が使用される機会が増えている。
- ・抗うつ薬の効果発現には時間がかかり、また症状の寛解後も一定期間の服用継続が求められる。
- ・双極性障害の薬物治療は、気分の波を安定させる目的で長期間にわたって行われる。
- ・気分障害の患者をもつ家族にも心身の負担がかかっており、家族へのフォローも必要である。

精神科領域においては、他の診療科と比べて薬の「渡し方」が大きな意味を持つ。例えば薬剤師の言葉遣いや表情はもちろん、動作のスピードや患者と向かい合う角度など、あらゆる要素が患者の精神状態や治療効果に影響を及ぼしうるということである。大切なのは、患者ごとに好ましい接し方を考えながら対応していくことであり、そのような気遣いは、必ず患者に伝わるものである。同じ薬でも「渡し方」によって結果が変わりうるということは、言い換えれば薬剤師が直接治療に関わる機会が多いことを意味し、それこそが精神科領域における服薬指導の重要性でもある。

精神疾患の薬物治療は、血圧や血糖値のように治療結果が具体的な数値で得られるわけではなく、治療効果を把握しにくい。さらに、順調に治療が進んでいたと思っていたところで急遽変調を来して入院するケースがあるなど、治療者側が結果を焦らず、患者と長くつきあう覚悟も必要になる。精神疾患患者に関わる薬剤師には服薬指導を通じて患者と時間を共有していくことが求められる。地域のかかりつけ薬局（薬剤師）は、精神疾患患者が社会とつながる場所にもなることを自覚し、精神疾患患者や家族らにとって大切な存在になるよう努める必要がある。

我が国における精神疾患への国民の理解は十分ではなく、それが精神疾患の治療や生活支援の妨げになっているともいえる。医療従事者の中で最も地域住民と近い距離にいる薬局の薬剤師が、精神疾患について正しい知識を持ち、地域住民への啓発を行い、国民全体へと拡げていくことが肝要である。