

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(統合失調症)】

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(統合失調症)

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 統合失調症で通院中の患者に対して、薬剤師はどのようなサポートができるか。	4
第2章 疾患・病態や治療方針の特徴.....	6
Q2-1 統合失調症の発症原因は何か。症状、経過について教えてほしい。	6
Q2-2 統合失調症の治療方法は薬物療法以外にもあるか。	7
第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント	8
《処方鑑査・調剤における留意点》	8
Q3-1 処方量が変更されているときに調剤の可否をどのように判断するか。	8
Q3-2 併用薬があるとき、調剤の可否をどのように判断するか。	9
Q3-3 残薬があるとき、調剤の可否をどのように判断するか。	10
Q3-4 副作用歴から調剤の可否をどのように判断するか。	11
Q3-5 調剤設計(剤形、用法等)において留意すべき点は何か。	12
Q3-6 医師等に対する疑義照会・処方提案、情報提供(口頭・文書・オンライン等)の ポイントは何か。	13
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	15
《患者情報の確認》.....	15
Q4-1 どのような患者情報を収集するか。	15
Q4-2 患者情報はどのように収集するか(聞き取り、調剤録・薬剤服用歴、診療録・薬 剤管理指導記録、診療情報提供書、退院時薬剤管理サマリー、検査値、オンライ ン資格確認等システム、お薬手帳、医療等分野情報連携基盤等)。	19
《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》	22
Q4-3 統合失調症の患者への服薬指導の際の基本的な注意点を教えてほしい。	22
Q4-4 幻聴に左右されて不穏になっている患者に対応する際のポイントは何か。	23
Q4-5 病識のない患者に対応する際のポイントは何か。	24

Q4-6	処方変更の際に混乱してパニックになっている患者に対応する際のポイントは何か。	25
Q4-7	拒薬傾向にある患者に対応する際のポイントは何か。	26
Q4-8	応答のない患者に対応する際のポイントは何か。	27
Q4-9	プライバシーを気にする患者に対応する際のポイントは何か。	28
Q4-10	まとまりに欠け、話が長い患者に対応する際のポイントは何か。	29
Q4-11	薬の強さを気にされる患者に対応する際のポイントは何か。	30
Q4-12	一見、薬とは関係のない話をする患者に対応する際のポイントは何か。	31
Q4-13	フォローアップ時の患者状態の確認のポイントは何か。	32
Q4-14	フォローアップ時の服薬状況の確認のポイントは何か。	35
Q4-15	フォローアップ時の交付薬剤の説明のポイントは何か。	37
Q4-16	フォローアップ時の服薬管理指導のポイントは何か。	39
	《治療薬の特性をふまえた服薬指導・フォローアップ》	40
Q4-17	薬剤を交付する際の説明のポイントは何か。	40
Q4-18	残薬がある場合の対応のポイントは何か。	41
Q4-19	患者の自殺リスクへの対応のポイントは何か。	43
第5章 地域医療連携		44
Q5-1	医療機関・処方医との連携のポイントは何か。	44
	《地域包括ケアシステム》	46
Q5-2	精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムは地域包括ケアシステムと何が違うのか。	46
	《災害時の対応》	47
Q5-3	災害前、災害発生後における対応で注意すべきポイントは何か。	47
第6章 総括		48

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」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 統合失調症で通院中の患者に対して、薬剤師はどのようなサポートができるか。

【回答】

統合失調症は再発率が高いことが知られており、治療目標は回復（リカバリー）とされている。そのため、通院中の患者の第一の目標は症状悪化による再入院を防ぐことである。

薬局薬剤師は処方箋調剤以外にも、OTC 販売やフォローアップ、健康相談、訪問指導などにより患者と密接な関わりを持つことができる。それらを通して患者の服薬状況の把握を行うとともに服薬の重要性に対する理解を深めるための教育を行うことや、処方医と患者に対して、より服薬しやすい剤形や服薬回数、服薬タイミングなどの処方提案、社会生活を送るにあたっての障害となる眠気やふらつき、薬原性錐体外路症状などの副作用を軽減するための薬剤選択や減量の提案を行う。また心理社会的治療（心理教育、認知行動療法、社会生活スキルトレーニング等）やストレスへの対処についてのアドバイスを行いながら、症状悪化時の早期介入に努めることが求められる。

【解説】

統合失調症患者におけるリカバリーには様々な定義があるが、例えば、精神疾患からのリカバリーについて、「リカバリーは、個人の態度や価値、感情、目標、スキル、役割を変えていく、深く個人的な、固有の過程として表現される。疾患による障害を持ちながらも、充実し、希望に満ち、生産的な人生を送る方法であり、疾病による破滅的な影響を乗り越えて成長し、人生に新たな意味と目標を見出すことを含む」とされている²⁾。また、統合失調症患者が服薬を中断した場合、その再発率が高くなることも報告されている。

統合失調症は他の慢性疾患に比べて、発症年齢が若いことが知られているが、この年代においては、継続的に服薬していることが少ないため、人前で服薬することに抵抗感を感じたり、学校や職場環境での服薬時間の確保が難しかったりすることから、それが精神的ストレスとなる。

薬物療法に心理社会的治療を併用すると、再発率がより下がったという報告がある¹⁾。例えば、多くの精神神経用剤はアルコールとの相互作用があり、飲酒は避けるべきだが、友人からお酒を勧められた際の断り方など、薬物療法に関連するストレスへの対処方法について患者と一緒に考えることが求められる。

<応対例(患者)>

「これから先もいろいろなストレスがかかってきて、辛いことがあるかも知れませんが、薬を通じて、症状が安定してあなたの目標とする生活が送れるようにこれからサポートします」

【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

- 1) Irene Bighelli et al, Psychosocial and interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis *Lancet Psychiatry*. 2021 Nov; 8(11): 969-980.
- 2) Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>

第2章 疾患・病態や治療方針の特徴

Q2-1 統合失調症の発症原因は何か。症状、経過について教えてほしい。

【回答】

統合失調症の発症原因は明らかになっていない。

病態としては、ドパミン神経伝達の異常と考えられている。

好発年齢は男性では10代後半～20歳代前半、女性では20代後半～30代前半とされているが、10歳代前半に発症することもある。症状は初期には頭重感、倦怠感などの身体症状を呈し、その後、陽性症状（幻覚・妄想など）、陰性症状（意欲低下、無関心など）へと続く。

陽性症状が明らかとなった初発症例では入院治療が中心となるが、副作用が穏やかな非定型抗精神病薬の登場により服薬継続できる状況となり、外来通院への移行も早くなった。

<応対例(患者)>

「統合失調症は脳の神経伝達の異常と考えられていて、人によって症状はまちまちですが、代表的な症状としては幻覚、妄想、意欲低下、無関心などがあります。脳の神経伝達を調節する働きのある薬が処方されます。今は新薬が開発されて、これらの薬を継続して服薬することで、外来通院や社会復帰がしやすくなっています。」

【参考】

今日の治療薬（南江堂）神経系に作用する薬剤 抗精神病薬、抗うつ薬、その他

精神科薬剤師業務標準マニュアル 薬局 第58巻臨時増刊号 p52-57 日本病院薬剤師会精神科病院特別委員会編集 南山堂

Q2-2 統合失調症の治療方法は薬物療法以外にもあるか。

【回答】

統合失調症の治療においては、患者を中心に家族、支援者、医療従事者が協力し、生物学的治療（薬物療法、電気けいれん療法等）・心理社会的治療（心理教育、認知行動療法、社会生活スキルトレーニング等）を含む包括的な治療が必要である。また、薬物療法以外の治療方法として、心理社会的治療や社会生活トレーニングを幅広く取り入れると良いとされている。

【解説】

統合失調症の治療目標は回復（リカバリー）とされている。具体的には、治療により症状が寛解する臨床的回復、精神機能や生活のスキルが回復する機能的回復、その人らしさを取り戻す個人的回復に至り、社会生活を営めることである。そのためには脳に直接働きかける生物学的治療（薬物療法・電気けいれん療法）のみならず、心理的治療を幅広く取り入れることが良いとされている。心理的治療の例としては、心理教育、認知行動療法、認知矯正療法、社会生活スキルトレーニングが用いられている。精神療法の例としては、精神分析的精神療法や認知行動療法などが用いられている。

社会的治療としては、作業療法、デイケア、職業リハビリテーションなどがあり、就労系障害者福祉サービス、グループホーム、家族会や当事者会を通じたピアサポートなど福祉領域を含んだ広範な社会的資源を利用した包括的な支援も行われている。

< 応対例(患者) >

「薬以外では電気による刺激を行う治療があります。また、心理教育や、認知行動療法、認知矯正療法、社会生活スキルトレーニング療法などの学習や訓練を幅広く取り入れると良いとされています。」

【参考】

統合失調症薬物治療ガイドライン 2022. パート1 第2章

第3章 処方監査・薬剤調製におけるポイント

《処方鑑査・調剤における留意点》

Q3-1 処分量が変更されているときに調剤の可否をどのように判断するか。

【回答】

統合失調症の症状や程度は患者個々で異なり、薬物治療も画一的ではなく、服用時毎に服用量を変える、服用量を調節するために同成分の規格違いの薬が同時に処方される、併用薬が多いなど、処方が複雑になる傾向にある。処方する医師側も監査する薬剤師側も間違いを起しやすいため、よく注意する必要がある。調剤を行う前に患者に対して処方内容について確認することが重要である。

例えば、処方として、

(処方1) リスペリドン錠 1mg 1日1回 朝食後 1錠

(処方2) リスペリドン錠 2mg 1日1回 夕食後 2錠

といったように規格違い、用量違いの抗精神病薬を組み合わせることがある。また、

(処方1) リスペリドン錠 2mg 6錠 1日2回 朝食後・夕食後

(処方2) オランザピン錠 10mg 2錠 1日1回 就寝前

といったように同種同効の抗精神病薬を併用する場合も多い。そのため処方が煩雑となる傾向にあるため、

例えば、以下のような処方変更があった場合に調剤の可否について、その判断に迷う。

処方日 2024/1/1

(処方1) リスペリドン錠 2mg 2錠 1日2回 朝・夕食後 7日分

(処方2) リスペリドン錠 2mg 1錠 1日1回 朝食後 7日分

処方日 2024/1/8

(処方1) リスペリドン錠 2mg 2錠 1日2回 朝・夕食後 7日分

(処方2) リスペリドン錠 2mg 1錠 1日1回 朝食後 7日分

(処方3) リスペリドン錠 1mg 1錠 1日1回 朝食後 7日分

2024/1/1ではリスペリドンが1日量として6mg、2024/1/8に1mg追加して1日量が7mgとなっている。添付文書上は12mgを超えないこととされているので、今回の増量は添付文書上、用法用量の範囲内である。朝食後の処方が3mgになるのに、3mg錠に変えるのではなく1mg錠と2mg錠の組み合わせにしていることは不自然であるが、何か患者特有の事情があるために規格違いの組み合わせ処方になっている可能性も考え、各患者の事情に照らして適切な処方であるか確認が必要である。

調剤の可否を判定する際に最初に行うべきは、患者からの聞き取りである。例えばこの処方について患者が処方医から薬を減らすと言われていた場合、ここで疑うべきは、処方医は処方1+処方2から処方1+処方3へ変更、つまりリスペリドン錠を1mg減量する意図で処方したが、誤って処方1と処方2を継続して、処方3を追加してしまった可能性である。

Q3-2 併用薬があるとき、調剤の可否をどのように判断するか。

【回答】

統合失調症の治療に使用される抗精神病薬、抗不安薬、気分安定薬、睡眠薬は併用により、眠気や倦怠感など精神神経系の相互作用を引き起こすが、臨床では患者の事情に合わせて併用される場合がある。服薬指導を行う中で上記のような相互作用による副作用についてモニタリングを行いながら、減量及び単剤治療を視野に入れた調剤、指導を行う。統合失調症患者は生活習慣病を併発するリスクが高い。抗精神病薬には糖代謝に影響する薬剤が多く、処方禁忌の薬剤もあるため、糖尿病薬が処方されている患者の場合には、より糖代謝に影響を及ぼさない薬剤を選択する^{2) 3)}。

【解説】

オランザピン、クエチアピンを処方された患者が糖尿病であるケースや、それらが処方されている患者が糖尿病を発症するケースが稀に生じる。お薬手帳や初回質問票の確認や聞き取り、血液検査結果の確認時には、常に糖尿病リスクに留意する。クエチアピンの少量投与などでは処方医へ疑義照会を行ったが、患者のリスク・ベネフィット評価の結果として変更しない場合も考えられる。その場合は糖尿病の症状悪化リスクを継続してモニタリングする必要があるため、薬剤服用歴にその経緯を記載する。また、定期的な血液検査の実施の有無及びその結果の確認を行うことが重要である。そして、多くの抗精神病薬の体内動態は薬物代謝酵素の影響をうけるため、併用薬及び喫煙やサプリメント等による薬物代謝酵素誘導、阻害作用などの相互作用にも注意を向ける必要がある。

<応対例(患者)>

「このお薬は食欲が増えたり、血糖値が通常より大きく変動をしたりすることがあります。これまで以上に間食の量が増えたり、原因不明の発汗や手の震え、不安な気持ちが強くなるなどの低血糖症状が出たりした場合には、主治医もしくは薬剤師まで相談ください。」

Q3-3 残薬があるとき、調剤の可否をどのように判断するか。

【回答】

以下のような残薬の要因が考えられる。患者の要因に応じた対応を行う。

- * 病識の欠如や副作用に起因した拒薬と服用量の自己調節
- * 頓服指示で服薬していない医薬品の継続処方
- * 処方間隔より期間の短い受診間隔
- * 飲み忘れや飲み間違い

【解説】

残薬の存在を確認した場合には、その要因について患者に確認する。飲み忘れ、飲み間違いの場合と拒薬の場合、頓服薬など医師の指示で調節している場合で対応は異なる。詳細は Q3-6 参照。

<対応例(患者)>

「家に残っている薬はありますか？」

残薬ありの場合には前回処方日数と受診間隔を確認してそれらに問題なければ、服薬コンプライアンス不良が疑われる。

「飲んでいて不都合な点はありませんか？」

副作用などによる服薬コンプライアンス不良を確認する。また、頓服などの処方医指示であれば今回処方に関して疑義照会により、残薬調整を行う。副作用を訴えた場合には、まずは患者の想いに共感しながら、処方医への情報提供もしくは処方提案を行うことについて患者の同意を得る。

「薬の副作用で辛いんですね。私から先生に伝えておきましょうか？」

Q3-4 副作用歴から調剤の可否をどのように判断するか。

【回答】

副作用歴を確認し、同様の副作用の発現がないように注意を払う。副作用は患者のアドヒアランスにも影響するため、早めの対応が必要である。

【解説】

統合失調症に併存する感情症状に対して、バルプロ酸ナトリウムやラモトリギン、カルバマゼピンなどが使用される場合がある。これらの薬剤は薬剤性過敏症症候群、スティーブンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症など重篤な副作用のリスクがあるため、副作用歴の有無を確認し、該当する副作用歴がある場合には疑義照会を行う。

<応対例(患者)>

「過去に薬を飲んで湿疹が出たことはありますか？」

「その時の薬の名前は覚えていますか？」

「皮膚科にかかりましたか？」

Q3-5 調剤設計(剤形、用法等)において留意すべき点は何か。

【回答】

患者がより服薬しやすい剤形、用法を選択する

【解説】

統合失調症における薬物治療は長期にわたる場合が多く、患者個々に適した剤形、用法を選択することが QOL の向上につながることを対応する薬剤師は常に意識する必要がある。抗精神病薬には錠剤、口腔内崩壊錠、舌下錠、液剤、徐放錠、細粒、貼付剤、持続性注射剤など様々な剤形がある。ただし、その剤形の種類については薬剤によってバラつきがある。基本的には、効果、副作用プロファイルを優先して薬剤が選択されるため、剤形、用法の選択肢は狭まるが、錠剤の飲み込みが不得意、携帯性が悪い、薬を飲み込むことに抵抗がある、仕事や就学などで頻繁な服薬が困難な場合など、患者の嗜好や特性によっては薬剤を変更してでも剤形、用法を優先して選択する場合もある。また、基本的には服用回数が少なく、錠数が少ないほど服薬アドヒアランスが良くなる。しかし、患者が服用することによる安心感を得ている場合には、敢えて服薬回数や服用錠数を多くしている場合もある。患者の嗜好や特性についての聴取を十分に行い、患者がより服薬しやすい剤形・用法について、患者及び医師に対して情報提供を行うことが必要である。

< 応対例(患者) >

「今の薬を飲むにあたって、仕事上（就学上）で困ったことはありませんか？」

「水で飲み込む錠剤だけではなく、水なしで飲める錠剤や粉薬、貼り薬、長期間効果が持続する注射薬、1日1回の服用で効果が持続する薬など様々なタイプの薬があります。」

Q3-6 医師等に対する疑義照会・処方提案、情報提供(口頭・文書・オンライン等)のポイントは何か。

【回答】

- ① 処方箋の内容確認と患者への聞き取りを十分に行い、疑義照会を行う。
- ② 処方提案は副作用等により、患者が服薬することによるメリットよりもデメリットが上回っている場合や、症状が改善され、再発予防目的とは考えにくい漫然投与に対して減量や中止に関する提案を行う。
- ③ 精神症状に影響する可能性のある事項や今後の診療に影響する可能性のある事項に関して、患者から情報を得た場合には、その緊急性に応じて、口頭もしくはトレーシングレポート等により、処方医に情報提供を行う。

【解説】

- ① 処方箋の内容確認と患者への聞き取りを十分に行った結果、疑義がある場合のみ疑義照会を行う。

処方内容を確認して疑義があったとしても、まずは患者への聞き取りを行うことが重要である。例えばオランザピンが継続処方されている患者に高血糖が確認できたとしても、突然中止して他剤に切り替えると精神症状の悪化が懸念される場合に他剤への漸減漸増を行う計画であることが診察の中で説明されている場合もあるからである。この場合には疑義照会ではなく、オランザピンによる過食、高血糖の副作用の説明、食事指導や生活指導などを行ったことなどをトレーシングレポートで報告するなどの対応が必要である。

<応対例(患者)>

「今回新しく薬が追加されましたね。この薬は糖尿病の方にはあまり処方されない薬ですが、先生から何か聞いていますか？」

- ② 処方提案は副作用等により、患者が服薬することによるメリットよりもデメリットが上回っている場合や症状が改善され、再発予防目的とは考えにくい漫然投与に対して減薬や減量、中止に関する提案を行う。

処方提案は大きく二つに分けられる。一つは減薬・中止の提案である。ガイドラインや文献、学会の提唱を理由のみで減薬・中止提案を行うべきではない。患者の症状、副作用、身体状況などから減薬・中止によるメリットが高いと判断される場合で、患者の意向、同意も得られていることが前提となる。提案は簡潔で具体的な内容が望ましい。どの薬剤をどの程度のスピードでどの程度の量まで減薬・中止するのかをトレーシングレポートに簡潔に示す。またその論理的な根拠を示すことが重要である。

残薬が確認できた場合には、それが意図的な怠薬(服薬を怠る行為)である拒薬によるものか、意図的な怠薬ではない飲み忘れによるものか、医師の指示による自己調節なのかを確認する。意図的な怠薬である拒薬の場合にはその要因を検討し、要因が副作用であれば、減量もしくは他剤

への切り替えについて処方医に提案する。飲み忘れの場合には、服用時間や服用回数が患者の生活スタイルに合っているかどうか、服用回数を減らせないかを検討し、処方提案を含めた情報提供を行う。こうした処方提案にあたって、処方提案後の症状変化を随時観察できる病院薬剤師と協働して取り組むとよりスムーズに行える。

< 応対例(処方医、病院薬剤師) >

「睡眠薬の〇〇が〇年〇月より、長期間継続して処方されています。患者の〇〇さんは眠れるようになったので、減らしていきたいという意向を持っています。睡眠薬の〇〇の減量について検討いただければ幸いです。なお、厚生労働省重篤副作用疾患別対応マニュアル「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存」では 1~2 週間ごとに 25%の減量と記載されており、〇〇さんは 2 週間ごとに受診していますので、4 分の 1 ずつ減量されると良いかもしれません。」

- ③ 精神症状に影響する可能性のある事項や今後の診療に影響する可能性のある事項に関して、患者から情報を得た場合には、その緊急性に応じて、口頭もしくはトレーシングレポート等により、処方医に情報提供を行う。

処方医に情報提供を行う際には、患者の同意を得て行うことが望ましい。処方元に薬剤師が勤務している場合には処方医との仲介役として協力を依頼する。処方提案とは別に、処方医に伝えるべき内容として、服薬状況や薬局での指導内容、薬局内での相談事の内容、患者の精神症状に影響を与える可能性のある環境の変化などが挙げられる。

< 応対例(処方医、病院薬剤師) >

「本日、患者の〇〇さんが当薬局に来ました。その際、残薬が確認できました。原因を確認したところ、最近、仕事が忙しくなり、飲み忘れることがあるとのことでした。仕事の人間関係でストレスも大きくなってきているとのことです。」

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

《患者情報の確認》

Q4-1 どのような患者情報を収集するか。

【回答】

- ① 病歴（発症年齢、治療経過、家族歴）
- ② 薬物療法の受け入れ度合い
治療への参加意欲、自分が病気であるという認識（以後、病識という）の有無、患者家族の治療への協力度合い
- ③ 生活状況、経済状況、職業、趣味嗜好、宗教
- ④ 合併症
- ⑤ BMI（過去の変化量も含め）、検査値

【解説】

まず初めに、最も重要な点として認識すべきなのは、患者本人が統合失調症という診断を受け入れられない場合や、家族が否定している場合もあることである。

支離滅裂状態で救急病棟に保護入院となり、薬物治療が行われたが、本人に病識がなく、服薬に対してネガティブな感情を持っている患者がいたとする。一か月で退院したこの患者の初回外来投与時にそういった背景を知らずに、幻聴を抑えるとか再発を予防するといった、抗精神病薬の具体的な効果や重篤な副作用を指導、説明することは無謀な行為である。患者と信頼関係を構築し、適切な指導、説明を行うために患者情報の収集は非常に重要な始めの一步である。

薬局での対応によっては、時間の制限やプライバシーの確保などの制約があるが、統合失調症の治療期間は長期にわたるため、数か月、数年単位で、その患者固有の疾患との共存方法とその薬物療法に関して、最善の方法を一緒に探していく姿勢が求められる。

① 病歴（発症年齢、治療経過、家族歴）

病歴の収集は非常に重要である。まずは、これまで入院していたのか、初診なのか、他の精神科クリニックからの紹介なのかなど、受診の経緯を確認する。初回質問票にこれまでの精神科の治療に関する項目を入れると良い。統合失調症は思春期に発病することが多いため、年齢からもある程度病歴の長さを推測することが可能である。会話の応答性、疎通性、遅発性の錐体外路症状などから、病歴の長さや治療経過をある程度推測することも可能である。発病が成人以降であれば、治療目標は健常人と同じ程度の生活状態に設定できる場合もあるが、思春期以前の発症であれば、その目標は低くなる可能性がある。統合失調症は患者ごとに治療目標、ゴールが異なり、それに合わせて薬物療法の内容も変化する。例えば、職場復帰が目標であれば、薬剤選択において鎮静の少なさや服薬回数少なさを考慮することが重要になるが、日中は精神科デイケアや入

所施設で過ごす方で、服薬することで安心感を得ている場合には、あえて服薬回数の多いものや規格の小さな薬で1回の服用数を多くすることを選択する場合もある。

統合失調症の再発率は服薬継続率に大きく影響されることが明らかになっているため¹⁾、入院を何度も繰り返している場合には、服薬状況や服薬の必要性の理解度の確認、理解に向けた支援が非常に重要である（詳細はQ4-1-②参照）。

② 薬物療法の受け入れ度合い

患者が訴える幻聴や妄想は、どんなに非現実的なものであっても、患者にとっては真実である。例えば、患者に「自分が政府から迫害を受けている。自分は政府にとって重要人物であり、政府が電波によって自分に指示を出して行動を制限している」という妄想があるとす。実際、患者にはその指示がどこからともなく聞こえてくる。そういった状況の中で、「いえ、それは現実ではありません。妄想、幻聴です」と言われたとしても、患者が素直に受け入れることは到底できない。

統合失調症は症状の度合いを検査値で数値化できない。また、発症時点で病識を持つことは難しく、それゆえに治療の導入と継続も難しくなる。投薬時には薬物治療の受け入れ度合いについて常に意識する必要がある。さらに、患者家族の協力度合いも重要である。過量服薬や断薬の原因が家族の意向である場合もあるし、家族が服薬を促すことで薬物治療が成立する場合もある。

統合失調症における薬物療法において、病識の獲得は大きなターニングポイントとなる。病識の獲得には、薬を飲むことで得られるメリットと薬を中断することで起こるデメリットを患者に理解してもらうことが欠かせない。

<対応例(患者)>

「今の薬を飲んでいて、効果の実感はどうですか？ なにか気になることはありませんか？」

「以前に比べて、気持ちが楽になってきたのは、薬の効果かもしれませんね。」

③ 生活状況、経済状況、職業、趣味嗜好、宗教

1. 生活環境は患者の精神症状に大きく影響する。生活環境を把握することで、症状の悪化を防ぐためのアドバイスや適切な薬物治療、服薬指導の材料とすることができる。
2. 職業の把握は、危険な機械作業や車両運転、夜勤、早朝勤務など、精神疾患治療薬の副作用が大きな問題となるリスク因子の把握につながる。これにより、リスク因子を踏まえた注意事項の説明や適切な服薬時間に関する指導、処方医への疑義照会を経た適切な服用時間や用法の変更を行うことができる。
3. 患者によっては、精神的な病は薬物療法ではなく、信仰に頼りたいという思いから、服薬が困難となる場合がある。この場合、服薬を促すことは大変困難なため、患者、主治医とともに今後の薬物療法について検討する必要がある。
4. 症状悪化時には趣味に関心がなくなり、症状が改善してもそのことを忘れてしまう。趣味に関する話をすることは、症状や服薬コンプライアンスの状況把握につながる可能性がある。例え

ば、「最近、あれだけ好きだった本を読まなくなった」という情報があれば、症状の悪化が懸念され、その要因として服薬コンプライアンスの低下が疑われる。この場合の対応としては、最近の服薬状況について詳しく確認すると良い。また、趣味は再発要因となる精神的ストレスへの対処法としても重要である。

<対応例(患者)>

不眠など症状について相談をされた際からの展開として、「睡眠は日中の過ごし方も大きく影響をします。日中はどのように過ごしていますか?」、仕事と返答された場合には「どのような仕事ですか?」と続ける。

「休日は何をして過ごしていますか? 以前はいかがでしたか?」

④ 合併症

統合失調症を有する者の標準化死亡比は2.5(平均にくらべ死亡率が2.5倍高い)という報告があり、平均余命は15年から25年減少するといわれている。その主な要因は心疾患であり、心疾患の重要な要因は食生活の乱れや運動不足、喫煙などを含むライフスタイルである²⁾ため、環境改善の支援を行う観点から、ライフスタイルの確認を行うことは重要である。

また、抗精神病薬は糖代謝に影響する³⁾。オランザピンやクエチアピンなど糖尿病に対して禁忌となる薬剤もある。基本的には初回質問票に併存症の項目を付けて、投薬時に再度確認すると良い。

⑤ BMI(過去の変化量も含め)、検査値

抗精神病薬による顆粒球減少や肝機能障害、悪性症候群の発生及び悪化を防止するため、定期的な血液検査を実施する必要がある。定期的な検査を受けているか、そしてその結果について確認する。薬物血中濃度が測定されている場合には、投与量に対して血中濃度が適当かどうかを確認することで、服薬コンプライアンスの状況を把握する。

本人及び家族の糖尿病の既往歴、血液検査の結果やBMIを確認し、以後急激な体重変化に注意する。

<対応例(患者)>

「定期的に血液検査を受けた方がよい薬が出ています。最近、血液検査を受けましたか?」

【参考】

1)Anna Ceraso, Jessie Jingxia Lin, et al. Maintenance Treatment With Antipsychotic Drugs in Schizophrenia: A Cochrane Systematic Review and Meta-analysis Schizophr Bull 2022 Jun 21; 48(4): 738-740. PMID:35556140

2)Petter Andreas Ringen, John A. Engh, et al. Increased Mortality in Schizophrenia Due to

Cardiovascular Disease – A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions *Front Psychiatry*. 2014; 5: 137. PMID: 25309466

3) Chantel Kowalchuk, Laura N Castellani, et al. Antipsychotics and glucose metabolism: how brain and body collide

Am J Physiol Endocrinol Metab 2019 Jan 1; 316(1): E1-E15. PMID: 29969315

Q4-2 患者情報はどのように収集するか(聞き取り、調剤録・薬剤服用歴、診療録・薬剤管理指導記録、診療情報提供書、退院時薬剤管理サマリー、検査値、オンライン資格確認等システム、お薬手帳、医療等分野情報連携基盤等)。

【回答】

- ① 処方内容から患者情報を予測する
- ② 初回質問票や聞き取りから情報収集する
- ③ 外見(体形、服装、表情、動作)に注目する
- ④ 保険情報を確認する
- ⑤ お薬手帳・オンライン資格確認等により使用薬剤・服薬状況等を確認する
- ⑥ 退院時薬剤管理サマリーを確認する
- ⑦ 検査値を確認する
- ⑧ 調剤録・薬剤服用歴を確認する

【解説】

薬局において有効かつ安全な薬物療法を提供するために、患者情報を収集することは前述の通り重要である。しかしその一方、それが困難な場合が多い。情報収集が困難になる要因として、薬局は処方箋通りに薬を渡すだけの場所という認識がある方が一定数存在することや、薬局の設備構造的にプライバシーの確保が難しいケース、精神科という特性上、その症状がプライバシーに深く関わる内容となるため、情報提供を拒まれる方が多い点などが挙げられる。

① 処方内容から患者情報を予測する

処方箋に記載された薬剤から病名や症状を推測する。抗精神病薬の選択は各薬剤の効果の違いよりも副作用プロファイルに大きく影響を受ける。各薬剤の副作用プロファイルを把握することで、処方医の意図をある程度、読み取ることが可能である。例えば若い女性でリスペリドンからアリピプラゾールに変更となった場合、リスペリドンによる高プロラクチン血症、生理不順などの副作用が問題となり、アリピプラゾールに変更した可能性があると考えられる。BMIが高い方がオランザピンからリスペリドンに変更となった場合には、過食、高血糖などの副作用が問題となり、リスペリドンに変更した可能性が推測できる。抗精神病薬は処方されていないが、薬剤性パーキンソニズム治療薬のビペリデンが処方されている場合には抗精神病薬の持続性注射剤を投与している可能性を推測する。

② 初回質問票や聞き取りから情報収集する

初回質問票は新規来局患者の情報を収集する数少ない手段として重要である。精神科初受診なのか、かかりつけ医からの紹介受診なのか、精神科病院から退院した後の初受診なのかを必ず確認する。精神科初受診で抗精神病薬が処方された場合には、確定診断まではされていない可能性があり、薬剤説明時には十分配慮をする必要がある。眠気や便秘など出現する可能性の高い副作用についての説明及び簡単な効果の説明を行う。例えば、「ストレスを和らげて気持ちを楽にする

作用です」程度の説明である。ただし、患者から追加の情報を求められた場合には、処方医からはどのように聞いているのかを確認し、処方医の説明内容と齟齬が生じないように配慮しながら説明を行う。

聞き取りを行う場合、処方内容や患者の表情などを読み取りながら、ある程度の予測を立てて行う。例えば、抗精神病薬が減量されている場合には、症状が軽快したか副作用が出ているかのどちらかであると考えられる。薬剤服用歴からの経過、当日の患者の様子などを加味しながら、どのような状況で減量されたのかを推測しながら聞き取りを行う。例えば、症状軽快と推測できる場合には「薬が減りますが、順調ですか？」となるし、錐体外路症状がみられ、表情が陰しく、症状が軽快しているようには見えない場合には「薬が減りますが、あまり良くないですか？」といったように患者がYES、NOで答えられる質問を行う。「薬が減りますが、どうですか？」といったオープンクエスションはより多くの情報を得られる場合もあるが、その反面、患者から拒絶されるリスクを伴う。

< 応対例(患者) >

「薬が減りますが、順調ですか？」

「薬が減りますが、あまり良くないですか？」

③ 外見(体形、服装、表情、動作)に注目する

精神症状の悪化は、入浴、歯磨き、洗濯、化粧といった日常生活に対して支障を来すことが多いため、服装、化粧、体臭から精神症状の変化を把握できる場合がある。外来患者における精神症状の悪化の主な要因として、服薬コンプライアンス不良があげられており、こうした変化があった場合には、服薬状況を確認することが重要である。

④ 保険情報を確認する

保険情報から経済状況や社会生活の状況、職種を推測することができる。これらの情報は注意すべき副作用の説明や服薬のタイミングと回数、副作用プロファイルによる薬剤選択などについて医師及び患者への情報提供の際に役立つ。

⑤ お薬手帳を確認する

精神科に通院していることに関して、あまり人に知られたいと考える患者は多い。そのため、精神科とその他の科でお薬手帳を分けて管理する患者が一定数存在する。併用薬についてはお薬手帳の記載のみで判断するのではなく、患者にお薬手帳を返却する際に口頭で確認する。また、その他の科で睡眠薬が処方され、重複している場合もある。それが患者の意図によるものか、そうでないのかを患者に確認するとともに、精神科医がそれを把握しているかを確認する。精神科医が把握していない場合や、重複によって用量を超えてしまう場合、副作用の懸念がある場合には疑義照会を行う。

⑥ 退院時薬剤管理サマリーを確認する

退院時薬剤管理サマリーからは入院中の薬物療法、症状の経緯、副作用歴、検査値、退院時処方などの情報を把握することができる。退院後の服薬状況などについて提供元の処方医および病院薬剤師に対してトレーシングレポートなどを通じて情報提供する。

⑦ 検査値を確認する

検査値の把握は全身状態、副作用、投与量の指標、服薬コンプライアンスの把握に有用である。また精神科には定期的な検査が推奨される薬剤が多く、検査が行われていない場合には、トレーシングレポートなどを通じて処方元に検査の実施について提案する。

クロザピンは無顆粒球症という重篤な副作用を起こす頻度が高いため、流通管理及び安全管理のための有識者からなる第三者委員会が設置されている。本薬剤の使用に関しては委員会が規定した運用手順に基づいて行われ、投与初期の入院管理、頻繁な血液検査の実施をはじめとした厳密な管理が行われる。

⑧ 調剤録・薬剤服用歴を確認する

過去の薬局での投薬時に得た患者情報を把握した上で投薬を行うことが重要である。精神疾患における薬物治療は長期にわたることが多く、患者との信頼関係の確保のための必須要件である。

《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》

Q4-3 統合失調症の患者への服薬指導の際の基本的な注意点を教えてほしい。

【回答】

服薬アドヒアランスを高め、治療が中断しないように患者と関わっていくことが大切である。適切な服薬は、規則正しい生活を送ることから始まるので、生活指導も時には必要である。

【解説】

外来通院中の患者の服薬アドヒアランスは6割程度と言われているが、統合失調症では病識の欠如と治療薬の副作用などが原因でさらに低く3～4割程度と言われている。第1世代抗精神病薬に比べ、第2・第3世代抗精神病薬では副作用は少なく、治療中断は減少しているが、症状が落ち着くことで減量・中止を希望する患者がいる。継続が強く推奨されていることから、薬剤師も治療薬の必要性を繰り返し説明し、治療中断を生じないように関わっていく。

患者との関係性作りに際しては、特殊な疾患と考えずに一人の患者として接していくことが重要である。

【参考】

統合失調症薬物治療ガイドライン2022. パート2 第1章

Q4-4 幻聴に左右されて不穏になっている患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

幻聴に左右されて待合室で不穏になっている場合には、外で待つ、後で取りに来るなどの選択肢もあることを伝える。

【解説】

薬局内の狭い空間や人の多い空間は、患者にとってストレスとなり、幻聴などの症状が悪化する可能性がある。そういった場合には薬ができるまで薬局内で待たなければならないという状況を改善する目的で、外で待つ、後で取りに来るなどの方法も有用である。患者と一緒に外に出て、世間話など話をすると良い場合もある。ただし、統合失調症患者は臨機応変に対応することが苦手な場合が多いことに留意する。

< 応対例(患者) >

「〇〇さん、どうされました？ 調子が悪いようですが、薬ができるまでここで待ついただくこともできますが、外で待ついただいても、薬ができたからお知らせしますよ。また、後で取りに来ていただくことも可能ですよ。」

Q4-5 病識のない患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

病識のない患者で妄想を訴える場合には、その内容を否定せず、辛い、しんどい思いに焦点を当てて、こちらが共感していることを伝える。

【解説】

基本的に妄想は患者にとっての真実であるため、それを否定することはしない。妄想に関する話を聞き、辛い、しんどい思いに共感し、それを相手に伝えることが重要である。病識の獲得の前にまずは病感の獲得を促す。精神的負担を軽くする目的で薬が処方されていることなどを説明し、服薬アドヒアランスを上げる努力を行う。

<応対例(患者)>

「そういった大変なことが起きているのですね。それは辛いですね。この薬を飲むと辛い気持ちを楽にすることができますよ。」

Q4-6 処方変更の際に混乱してパニックになっている患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

処方変更の際に混乱してパニックになっている場合には、処方変更による利点を強調して、安心感を持たせる。

【解説】

統合失調症患者は変化に対して通常よりも多くのストレスを感じる人が多いことを理解する。処方変更の内容を伝えるのみではなく、処方変更による利点を強調して安心感を与える。

<応対例(患者)>

「今回薬が変更になりました。薬が変更になると不安ですね。ただ新しい薬は〇〇という作用があるので、さらによくなりますよ。」

Q4-7 拒薬傾向にある患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

薬を飲みたくないと訴える患者、家族に対しては、服薬を強要せず、飲みたくない理由を聞き、どうしたら飲めるかについて長期的な視野を持って患者と一緒に考える。

【解説】

薬を拒絶する患者、家族にはその要因を把握することが服薬指導の最初の一步である。要因としては(1)病識がない、(2)現在及び過去の副作用、(3)医療従事者との信頼関係、(4)家族、知人、メディアなどの情報や助言、(5)服薬すると病気になるとか、癖になるといった誤った考え方、(6)宗教上の理由、(7)精神科に通い精神科薬を飲んでいるということを他者に知られたくないといった偏見の問題などが挙げられる。これらの要因を把握して、服薬ができるようになる方策を長期的な視野で患者と一緒に考える姿勢が重要である。例えば精神症状に起因した辛さやしんどさを患者から相談されたら、それは非常に重要な転機となる場合がある。患者の辛さやしんどさに十分に共感しながら、薬の効果を説明すると良い。その際、服用回数や服用タイミングなどの医師への簡単な処方提案を行うだけで、患者との信頼関係の構築と服薬アドヒアランスの改善につながる場合もある。

< 応対例(患者) >

「薬を飲むのに抵抗があるのですね。今の薬を飲むとどんな困ったことが起こりますか？」

「それは辛いですね。」

「もっと良い方法がないか一緒に考えましょう。先生にもこちらからお伝えしてよいですか？」

Q4-8 応答のない患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

説明時に硬い表情で無言を貫く患者の場合には、返答や反応がなかったとしても、必要事項の説明を行い、聞く姿勢を継続的に患者に示すことが重要である。

【解説】

説明時に無言で険しい表情をしている患者の場合、その多くが精神症状に起因した態度である。いつでも相談に応じる姿勢を常に示すことが重要で、精神症状が改善すると態度が劇的に変わる場合がある。その際に「この薬局は相談に乗ってもらえる薬局だ」と思われるように努めなければならない。

< 応対例(患者) >

「なにか困ったことはありませんか？ いつでもご相談に乗りますので、言ってくださいね。」

Q4-9 プライバシーを気にする患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

プライバシーを過度に気にする患者に対しては、極力対応する。

【解説】

薬袋、薬包紙の氏名印字拒否などプライバシーを気にする患者は多い。薬局では患者氏名が書かれたものを多数発行するため、それをシュレッダーにかけたり、焼却したりと苦勞している患者は多い。氏名印字を消すなど薬局で対応が可能なものに関しては極力対応する。

相談時においても、十分な大きさの衝立を設置する、マスク音を流すなど、設備上の工夫は患者との信頼関係の構築に役立つ。

Q4-10 まとまりに欠け、話が長い患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

会話や電話の内容がころころと変わり、延々と話す患者には、こちらから話の趣旨を整理する。

【解説】

統合失調症患者は思考を整理して話すことが苦手である。そのため、会話の内容がころころと変わり、話が延々と続く場合がある。整理されていないと判断した場合には、患者の話の内容を反復しつつ、「つまり、……」とこちらから整理すると良い。また、通常よりも話の内容が長い、攻撃的である、悲観的であるなどの変化があった場合には、その理由について患者に確認を行う。大きな環境の変化や怠薬などの病状悪化及び自殺リスクを把握することができる場合がある。

<応対例(患者)>

話が逸れてきたタイミングで「そうですか、これまでの話を整理すると、〇〇ということですね」

Q4-11 薬の強さを気にされる患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

処方変更時に薬が強くなったのか、弱くなったのかを患者が気にする場合には、強い薬剤を希望しているのか、その逆なのかをまずは聞き取りから判断して説明するが、できるだけ強い弱いといった表現以外で説明する。

【解説】

統合失調症患者から、その薬は強いのか、弱いのかと聞かれることは多い。まずは患者がどちらの答えを期待しているのかを患者に確認する。効果に満足しておらず、強い薬を希望している場合には、過量服薬のリスクや薬の量、強さへのこだわりにつながる薬への高い依存度に注意が必要である。弱い薬を希望している場合には、副作用が出ている、副作用を心配している、元来薬が好きではない、病状が改善したなどが考えられる。人によって症状が違うように、効き方も人によって変わることを説明し、強い弱いという表現は使わず、「効果の期待できる薬」「効果の期待できる量」「安心して服薬できる薬」「安心して服薬できる量」といった表現を使う。

また、抗精神病薬の効果を過剰に期待している場合には、薬を飲んでも症状がよくなるようなときに、薬への不信感を持つことや、自己判断で増量してしまうことがある。抗精神病薬の効果に頼り過ぎないように説明することが必要である。

< 応対例(患者) >

●もっと強い薬が欲しいと訴える患者に対して

「この薬の効果、副作用の実感はいかがですか？」

「薬の効果を実感できないと、辛いですね。今の薬はあなたの〇〇という症状に対して効果が期待できます。また、飲んでいる量も期待できる量です。ただし、完全に病気を治すことは難しいかも知れません。薬は、症状を抑えてあなたの目標とする生活を送るための一つの杖と想像していた方が良いでしょう。また、自分の判断で増やすと副作用が心配なので、用法用量通りに服用してくださいね。」

Q4-12 一見、薬とは関係のない話をする患者に対応する際のポイントは何か。

【回答】

患者からの一見、薬や健康とは関係のない内容の話であっても注意深く傾聴する。

【解説】

統合失調症の症状に影響を及ぼす要因として、精神的ストレスが考えられる。例えば、統合失調症患者の退院後9ヶ月の症状再発には、患者が統合失調症で入院した際の家族の感情表出の強さの度合いが強く関連しているという報告がある¹⁾。患者との話の中で、精神的ストレスに影響を及ぼす変化について注意深く考察し、主治医やその他の医療従事者との情報共有を図る。

【参考】

1) C Vaughn, J Leff The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients Br J Soc Clin Psychol. 1976 Jun; 15(2): 157-65. PMID: 938822

Q4-13 フォローアップ時の患者状態の確認のポイントは何か。

【回答】

- ① 薬物治療モニタリングを行う
薬剤の副作用に対する効果の有益性を確認する
患者の薬物治療に対する満足度や効果を確認する（特に処方変更後）
- ② 副作用のモニタリングを行う
薬原性錐体外路症状、自律神経系副作用、心電図異常や、肝機能、腎機能、血球、炎症反応などの血液検査値を確認する
- ③ 日常生活状況（BMI の変化、生活習慣）の確認を行う
- ④ 外見（体形、服装、表情、動作）の変化を確認する
- ⑤ 社会活動状況を確認する
- ⑥ 自殺リスクを評価する

【解説】

① 薬物治療モニタリングを行う

抗精神病薬には、眠気や倦怠感をはじめとした、薬効薬理上避けられない副作用がある。抗精神病薬を投与する際には、リスク・ベネフィット評価の観点から、副作用の頻度・重症度に比較して、それ以上に薬の効果が出ているもしくは期待される必要があり、薬剤師には、常に効果と副作用を天秤にかける意識を持つことが求められる。

また、薬物治療に対する患者の満足度が低い場合には、服薬アドヒアランス不良につながる可能性がある。特に処方変更があった際は、患者の満足度の変化に注意する。統合失調症の症状は、変化によるストレスに大きく影響を受ける。患者の不安は治療の有効性に大きく影響を及ぼす。その逆に統合失調症患者の抗精神病薬治療においてはプラセボ効果が大きく（メタ解析において、プラセボ群でも per protocol set 解析で 36%、intention to treat 解析で 59%の患者で PANSS（統合失調症の精神症状の重症度を評価する尺度）を 25%以上低下させたとの報告がある¹⁾）、治療への期待感を持つことにより治療効果が高くなる可能性がある。ただし、プラセボ効果には個人差があることに留意する必要がある。

② 副作用のモニタリングを行う(薬原性錐体外路症状、自律神経系副作用、心電図異常や肝機能、腎機能、血球、炎症反応などの血液検査値を確認する。)

抗精神病薬は錐体外路症状を起こすリスクがある。薬原性錐体外路症状には振戦、動作緩慢、筋強剛、ジストニア、ジスキネジア、パーキンソニズム歩行などがあり、それらの症状の有無、程度について確認する²⁾。通常、副作用は服用開始初期から現れるが、抗精神病薬には長期間経過後でも現れる副作用がある。眠気やふらつき、ジストニア(持続的な筋緊張)、振戦は服用開始初期から現れることが多いが、遅発性ジスキネジアや悪性症候群は長期間経過後でも現れる可能性がある。抗精神病薬は用量依存的に QTc 延長を引き起こす可能性がある^{3) 4)}。高齢者、心疾患の

既往、電解質異常のある患者、甘草含有製剤などの継続投与による偽アルドステロン症のハイリスク患者への投与時には特に注意する。また、副作用の有無は服薬コンプライアンス不良となる大きな要素である⁵⁾。そのため、副作用の有無及びその程度を確認して、処方医への情報提供及び提案を行う。

また、フォローアップ時に抗精神病薬が処方されている患者が急激な血糖の上昇もしくは低下を起こす場合がある。特に高齢者、併存症などのリスク要因がある患者に対しては、低血糖時の症状及び対処方法について説明を行う。

<応対例(患者)>

「このお薬は食欲が増えたり、血糖値が通常より大きく変動をしたりすることがあります。これまで以上に間食の量が増えたり、原因不明の発汗や手の震え、不安な気持ちが強くなるなどの低血糖症状が出たりした場合には、主治医もしくは薬剤師まで相談ください。」

③ BMIの変化、血液検査値、生活習慣の確認を行う

統合失調症患者は生活習慣病などの合併症を起こしやすい。また、統合失調症という疾患自体が糖尿病の発症リスクとなることが報告されており⁶⁾、定期的な血液検査の結果などを継続的に確認して、随時、食事や運動など生活全般の指導を行う。またそれらは栄養士や作業療法士など他の専門職と連携を取ることが望ましい。

④外見(体形、服装、表情、動作)の変化を確認する

Q4-2-③で触れたように、統合失調症では症状が悪化すると歯磨きや入浴、洗濯といった日常生活が難しくなるため外見から精神症状の変化を推測することができる場合がある。外見が急に悪くなった場合には、服薬コンプライアンス低下を疑い、確認・指導することが重要である。

⑤社会活動の状況を確認する

統合失調症患者のリカバリーの目標は患者ごとに大きく異なる。デイケアに定期的に通い、外来治療を継続することが目標の方、作業所で短時間の軽作業を持続的に行うことが目標の方、再就職や職業訓練、再通学を目標とする方などその目標は様々である。社会活動はストレス要因となる反面、患者のモチベーションにもつながる。患者の治療目標及び社会活動の状況を把握し、抗精神病薬の用法や剤形などが患者の生活とマッチしているかどうかを確認する。

【参考】

- 1) Emily J Hird, Kelly Diederer, et al. The Placebo Effect in Psychosis: Why It Matters and How to Measure It Biol Psychiatry Glob Open Sci. 2023 Mar 5; 3(4): 605-613. PMID:37881581
- 2) 稲田俊也 著：DIEPSS を使いこなす 改訂版 薬原性錐体外路症状の評価と診断－DIEPSS の解説と利用の手引き－。星和書店、東京、2012。

- 3) 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）
総括研究報告書 慢性疾患における多剤併用と副作用発現との関連に係る疫学調査の手法に関する研究 樋口輝彦 国立精神・神経医療研究センター 総長
- 4) A H Glassman, J T Bigger Jr, et al. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death *Am J Psychiatry*. 2001 Nov; 158(11): 1774-82. PMID: 11691681
- 5) M Lambert, P Conus, et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence *Eur Psychiatry* 2004 Nov; 19(7): 415-22. PMID: 15504648
- 6) Benjamin Ian Perry, Gemma McIntosh, et al. The association between first-episode psychosis and abnormal glycaemic control: systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016 Nov; 3(11): 1049-1058. PMID: 2772040

Q4-14 フォローアップ時の服薬状況の確認のポイントは何か。

【回答】

- ① 外見（体形、服装、表情、動作）の変化を確認する
- ② 服薬状況を確認する（本人、家族への聞き取り、残薬、受診間隔及び投薬日数を確認する）
- ③ 服薬回数や服薬時間が患者の日常生活に合っているかを確認する
- ④ 剤形が患者のニーズや嚥下機能に合っているかを確認する
- ⑤ 調剤の方法（一包化、シート）は患者のニーズに合っているかを確認する
- ⑥ 患者の薬物治療満足度を把握する

【解説】

① 外見(体系、服装、表情、動作)の変化を確認する

外見の悪化は精神症状の悪化を反映するが、その悪化要因として服薬アドヒアランス不良に留意する。

② 服薬状況を確認する(本人、家族への聞き取り、残薬、受診間隔及び投薬日数を確認する)

残薬がある場合には、その要因を確認する。(対応については Q4-18 参照。)

③ 服薬回数や服薬時間が患者の日常生活に合っているかを確認する

患者が就業や就学をしている場合には、その時間帯での服薬が困難であったり、薬の副作用によって就業、就学に支障が出たりする可能性がある。患者の生活環境に服薬のタイミングが合っているかを確認する。

④ 患者の嗜好とニーズ及び嚥下機能が服用中の剤形に合っているかを確認する。

錠剤の飲み込みが苦手、散薬の味が苦手、嚥下不良によって薬が口腔内残渣となっている場合には、それが服薬アドヒアランスの悪化につながる可能性がある。必要に応じて、剤形変更などの処方提案を行う。

⑤ 調剤の方法(一包化、シート)は患者のニーズに合っているかを確認する

複数の診療科から多くの薬剤が処方され、服薬管理が困難な状況になっている場合には一包化を検討する。その逆に携帯性を重要視して PTP 包装、ヒートシール型包装のままで調剤する方が良い場合もある。処方箋の指示のみで判断せず、患者の意向や服薬アドヒアランスを把握した上で調剤の方法を決定する。

⑥ 患者の薬物治療満足度を把握する

薬物治療の満足度が低い場合は、服薬アドヒアランスが低くなる可能性が高く、注意が必要で

ある。満足度が低い要因について患者と一緒に考え、満足度を上げるための方策を検討する。治療満足度が低い場合には、副作用などネガティブな部分ばかりを注視するのではなく、治療効果を患者に実感してもらうことが重要である。

Q4-15 フォローアップ時の交付薬剤の説明のポイントは何か。

【回答】

- ① 自己判断で増減したり中断したりしないよう説明する
- ② 継続的服薬の必要性について説明する
- ③ 薬効薬理のみの説明とせず、患者理解も踏まえて説明する
- ④ 発現頻度の高い副作用についての説明、重篤な副作用の初期症状の説明を行う

【解説】

フォローアップとして、服薬開始数日後に電話で確認する方法の他、最近ではフォローアップの機能を有する薬局用アプリケーションが開発されており、それらを活用することも有用である。また前回処方から変更があった場合、その説明には細心の注意を払う必要がある。変更の意図を患者からの聞き取りにより推測した上で患者に説明する。

①自己判断で増減したり中断したりしないよう説明する

頓服で処方された薬や、睡眠薬や便秘薬などで処方医から調節して服用するよう患者に伝えられている処方については、症状に合わせて自己判断で服用したり調節したりすることが可能である。一方、抗精神病薬の主剤については、基本的に自己判断で調節すべきではなく、必ず医師の指示に従って服用する必要があるが、処方医からそう伝えられていない場合がある。フォローアップ時は、自己判断で調節していないかどうかには留意しながら聞き取り、説明を行う。

<応対例(患者)>

「先生から薬を飲む量について、なにか指示されていますか？」

「今の薬の量では効果を十分に感じられませんか？」

「統合失調症の症状は自分で判断することが難しいことが多いので、自分で判断せず、指示された用法用量を守りましょう。」

「薬にはその人に合った量があり、自己判断で多く飲んでも、今の症状がさらに良くなるとは限りません。逆に副作用が強くなる可能性もあります。」

② 継続的服薬の必要性について説明する

統合失調症における薬物療法の目的は、急性期における幻覚・妄想などの症状改善のみではなく、再発予防の目的もあることを患者に説明する。幻覚・妄想に左右された言動などで生活に支障が出るのがなく、安定して社会生活を送っている場合など、症状が安定してくると、自分は今もう治ったと判断して服薬を中断する場合がある。安定・維持期にある患者でも、抗精神病薬を中断すると、再発率が有意に上昇することが明らかにされている¹⁾。また、薬への依存度が高い患者では、薬の強さにこだわり、薬の強さの説明が効果の実感に影響を与えることがあるため、

力価が低い処方に変更された場合には、薬の強さには決して言及せず、変更によるメリットを強調する。例えば、薬剤A+薬剤Bの処方から薬剤A+薬剤Cに変更になったとして、薬剤A+薬剤Bよりも薬剤A+薬剤Cの方が力価が低かったとしても、薬剤A+薬剤Bでは効果に不満を訴えている場合には、薬が軽くなったとは決して説明せず、「今回の薬は今の状態に合わせた薬です」のように変更によるメリットを強調する。

<応対例(患者)>

「この薬は今の症状を改善する作用の他に、再発を防ぐ効果もあります。症状が改善していても薬を止めると再発する可能性があるため、主治医が処方する限りは再発を予防するために服薬を続けてください。」

③ 薬効薬理のみの説明とせず、患者理解も踏まえて説明する

処方変更時、患者が求める説明内容とこちらが考える薬理学的プロファイルが合致しているとは限らない。体重への影響や鎮静作用の強さなどの抗精神病薬の薬理学的プロファイルを説明する場合には、まずは患者に変更理由を確認してから説明を行う。

<応対例(患者)>

「今回、薬が変更となりますが、先生からはどのように聞いていますか？」

④ 発現頻度の高い副作用についての説明、重篤な副作用の初期症状の説明を行う

発現頻度の高い副作用を予め伝えておくことで、その影響を最小限にとどめることができる。例えば眠気の副作用を説明し、服用時には車の運転や危険な機械操作を避けるよう説明しておくことで、事故を防ぐことができるかも知れない。ただし、副作用を先に伝えることによってノセボ効果により副作用が発現することや、副作用が起きることを恐れて薬を飲まないことがあることを考慮する必要がある。副作用を気にする方は特にその傾向にあり、アドヒアランス不良の要因となり得る。薬剤服用歴に副作用歴や過去の投薬時での副作用に関する発言などを記録しておくといい。患者の傾向に合わせた説明を行う。

【参考】

- 1) 一般社団法人日本神経精神薬理学会 統合失調症薬物治療ガイドライン 2022 パート2 統合失調症治療の臨床疑問 (Q) 第2章 安定・維持期の統合失調症治療

Q4-16 フォローアップ時の服薬管理指導のポイントは何か。

【回答】

- ①リカバリーに向けた今の状況と患者の意欲、目標を確認して患者と共有する
- ②患者の服薬継続の必要性についての理解を深めるための指導を行う
- ③症状の変化を観察する

【解説】

① リカバリーに向けた今の状況と患者の意欲、目標を確認して患者と共有する

リカバリーの目標に照らして、薬剤の種類や用法を選択する必要がある。例えば仕事復帰が目標の一つとなっていれば、より鎮静作用の少ない薬剤、服用回数の少ない薬剤が適している。2型糖尿病における薬物治療は食事指導をはじめとした生活指導との両輪で行わなければならないように、抗精神病薬をはじめとした精神科用薬も薬物療法のみでは十分にその効果を発揮できない。家族や友人など対人関係の築き方、ストレスへの対処方法、正しい生活リズムの取り方などを患者と一緒に考えながら、薬物療法を通じてリカバリーを探求することが求められる。

② 患者の服薬継続の必要性についての理解を深めるための指導を行う

治療効果により症状が軽快した場合に、病気が治ったからと考えて服薬を中断するリスクを考慮する。Q4-1-①で触れたように、服薬の中断は再発率に大きく影響を及ぼす。しかしながら初発の統合失調症患者が服薬を遵守することは簡単ではない。治療を受け入れることは、自分が統合失調症であるという現実を受け入れることである。統合失調症は検査画像や検査値などで可視化できない疾患で、かつ他の慢性疾患と同じく難治性であり場合によっては生涯治療となる疾患である。もし患者から服薬していないという告白をされた場合には、それは患者との信頼関係構築の第一歩である。告白をしてもらったことに感謝して、これからの薬との付き合い方について患者目線も考慮した共感と指導を長期的な視野で行う。

③ 症状の変化を観察する

症状の揺れにより、患者が自己判断で過量服薬をしたり、減薬をしたりすることがある。症状の揺れ幅により、症状の波は必ずあるので安心するよう促すケースと受診勧奨が必要なケースがある。この選択は患者との十分な話し合いの中で、患者の意思決定を重視して行う。

【参考】

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

《治療薬の特性をふまえた服薬指導・フォローアップ》

Q4-17 薬剤を交付する際の説明のポイントは何か。

【回答】

抗精神病薬が患者のこういった症状に対して処方されているのかを薬局薬剤師が知る方法は、患者との信頼関係、患者の薬局薬剤師の業務に対する考え方などに左右される。効能効果についての具体的な説明は、医師から説明された処方の意図を十分考慮した上で行うことが望ましいが、特に新規患者の場合には信頼関係がまだ構築されておらず、患者の考え方の把握が困難であるため、処方の意図を患者に確認することは簡単ではない。まずは「ストレスを和らげて、気分をリラックスさせる、楽にさせる作用がある」といった説明が良い。また、副作用に関しては頻度の高いものを説明することが重要である。そして重篤なものに関しては、その初期症状を伝え、症状があれば薬局に連絡をするよう説明しておく。眠気やふらつきなどの副作用は全ての精神疾患用薬で考慮する必要がある。特に患者が業務上、車両運転や特殊機械の操作、高所作業など危険を伴う仕事をしている場合には、これらの副作用についての説明及び指導を行う。もし処方医から服用中の車両運転等について特段の指示がなかった場合には、処方医に車両運転等に関する指示について疑義照会を行う。また、車両運転に関する日本精神神経学会の見解について、一読しておく¹⁾。

<応対例(患者)>

「この薬はストレスを和らげて、気分をリラックスさせて気持ちを楽にさせる作用があります。」

「この薬は眠気やふらつき、かすみ目などの副作用が出る場合があります。先生から日常での車の運転や業務上の機械操作などについて、何か説明を受けましたか？」

【参考】

- 1) 公益社団法人日本精神神経学会 患者の自動車運転に関する精神科医のためのガイドライン

Q4-18 残薬がある場合の対応のポイントは何か。

【回答】

残薬は様々な要因によって起こる結果である。残薬があるからその分を今回もしくは次回に処方日数を調節するという対応では十分ではなく、残薬が生じた要因を確認して、適切な対応をすることが求められる。

- ① 残薬の要因について確認する。
- ② 残薬の要因が頓服などの処方医の指示による場合には、実際の服用頻度に合わせた処方日数、回数への変更を処方医に提案する。
- ③ 残薬の要因が飲み忘れである場合には、服用タイミングが患者の生活内容に合っているかどうかを確認する。薬剤的に問題のない範囲で、患者の生活状況に合った服用タイミングを処方医に提案する。
- ④ 残薬の要因が拒薬による場合で、それが副作用による場合には、その程度を確認して処方医に情報提供を行う。そしてタイミングを見計らいながら服薬の必要性について説明する。

【解説】

残薬の要因の可能性として、副作用による拒薬、病識の欠如による拒薬、処方日数よりも短い受診間隔、頓服などの処方医指示、飲み忘れ、自己判断での服薬量調節などが挙げられる。

要因が副作用によるもので、服薬後の眠気がある場合などは、服薬のタイミングを夕食後や就寝前に変更することで対応できる場合もある。

患者が病識の欠如により拒薬している場合には、服薬をしたくない思いに対して共感しながら、服薬の必要性について、数週間、数か月単位でよいので焦らずゆっくりとタイミングを見計らい説明していく。例えば、精神症状による辛さ、しんどさを訴えられた際などに薬の効能効果や服薬の重要性を説明していくと良い。

残薬の要因が頓服などの処方医の指示による場合には、実際の服用頻度に合わせた処方日数、回数への変更を処方医に提案する。

残薬の要因が飲み忘れである場合には、服用タイミングが患者の生活内容に合っているかどうかを確認する。薬剤的に問題のない範囲で、患者の生活状況に合った服用タイミングを処方医に提案する。

残薬の要因が副作用による拒薬による場合は、副作用の程度を確認し、処方医に情報提供を行う。

<対応例(患者)>

- ① 「お薬が家に残っていませんか？」

「前回お渡ししたお薬の量ですと、今回でなくなると思いますが、どうかされました？」

- ② 「前回お渡ししたお薬の量ですと、薬が1週間足りていなかったと思うのですが、大丈夫でしたか？」

飲み忘れがあると話された場合

「薬は足りたのですね。良かったです。これから飲み忘れないためにどうしたら良いか一緒に考えていきましょう」

Q4-19 患者の自殺リスクへの対応のポイントは何か。

【回答】

自殺念慮に注意する

【解説】

自殺念慮に注意する

統合失調症における生涯自殺率は5%、自殺未遂は25～50%と非常に高い。特に男性、高学歴、若年ではそのリスクが高い¹⁾。将来への不安や持続的な倦怠感などの相談を受けた際には、患者に主治医への受診勧奨を行うとともに、主治医や病院薬剤部との情報共有を行う。統合失調症における自殺企図は幻覚・妄想がその要因となることが多い。また、うつ病患者よりも、飛び降り、飛び込み、焼身自殺など深刻な方法を取る確率が高く、既遂率も高い²⁾。

抗精神病薬に起因する自殺リスクの増加については、副作用であるアカシジアに伴う苦痛に惹起された自殺企図³⁾や自殺企図の既往及び自殺念慮を有する患者に対する自殺リスクの増大⁴⁾などの可能性を否定できないが、いずれも確たるエビデンスは存在しない。

<応対例(患者)>

「調子は如何ですか？」

思いつめた表情で幻聴があつてしんどいと話された場合

「どんな幻聴ですか？ それによって自暴自棄になったり、なりそうになったりすることはありませんか？」

状況の緊迫の度合いによっては薬局で待ってもらい、主治医に対応を相談する。

【参考】

- 1) Ryan Michael Cassidy, Fang Yang, et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies Schizophr Bull. 2018 Jun 6; 44(4): 787-797. PMID: 29036388
- 2) Atsuhiko Koeda, Kotaro Otsuka, et al. Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: A study of emergency room visit cases in Japan. Schizophr Res. 2012 Dec; 142(1-3): 31-9. PMID: 23127379
- 3) 厚生労働省 重篤副作用疾患別対応マニュアル アカシジア
- 4) 各抗精神病薬添付文書

第5章 地域医療連携

Q5-1 医療機関・処方医との連携のポイントは何か。

【回答】

統合失調症の患者は、自分が病気であるという認識（病識）がなかったり、服薬に対する姿勢（アドヒアランス）が低下していたりすることがある。従って、処方された薬を医師の指示通りに服用しているかについて、医療機関にフィードバックすることが必要である。服薬状況は薬局に残薬を持参してもらうか、患者宅に訪問して把握する。また、認知機能の低下も症状の一つであることから、食事をはじめとする生活環境についての把握に努める。服薬状況以外でも、体重増加や生活習慣に関する情報を入手した際には積極的にトレーシングレポート等を活用して主治医へ伝達する。

退院後、社会生活で感じたストレスにより、正しく服薬していても症状悪化が見られることもある。初期の小さな変化は薬局で見つけられることもあるので、この観点でも医療機関との連携が大切である。

【解説】

医療機関・処方医との連携に必要な基本的なスタンスは、その情報収集や多職種連携を「患者さんのため」に実施するということである。そして、その連携を滞ることなく実施するためには、医療機関・処方医や薬局にとって互いに必要な情報を効率よく共有することが重要である。

トレーシングレポートを提出する際には、知り得た患者情報は医師にとって有益な情報であるか否か取捨選択して行う。また、提供する際の文書は相手が理解できる内容になっているか、という視点も重要である。トレーシングレポートを書き上げたら同僚等に読んでもらい、理解できる内容であるかを確認してから提供する。

なお、統合失調症の患者は、入退院を繰り返すこともある。情報共有したい情報は以下の通りである。

【入院時に医療機関が必要な情報（薬局から医療機関へ提供して欲しい情報の例）】

- 服用薬（入院前）：使用薬剤（過去3か月以内）・用法用量・投与日数・頓服・臨時処方
- 受診医療機関：自局以外の情報を把握している場合に記載
- 調剤方法（PTP、一包化、粉碎、その他）
- 服薬管理者（本人、家族、その他）
- 既往歴の有無
- アレルギー歴の有無
- 副作用歴の有無
- アドヒアランス（良好・不良）

- 嚥下状態（良好・不良・その他（粉を飲めない・錠剤を飲めない））
- 薬剤の保管状況（良好・不良）
- 後発医薬品（希望する・希望しない）
- 一般用医薬品（OTC）の有無
- 健康食品・サプリメントの有無
- 患者背景・生活スタイル等の特徴
- その他医療機関で必要な項目
- 薬局からの連絡事項

【退院時に薬局が必要な情報（医療機関から薬局へ提供して欲しい情報の例）】

- 病名、入院理由
- 入院中の服用薬剤、治療経過、薬剤の変更、退院時処方
- 入院時服用薬と退院時変更薬とその理由
- 入院中、退院時の患者への指導内容
- 調剤方法（PTP、一包化、カレンダー管理、粉碎等）
- 休薬に関する情報、シックデイ対応方法、麻薬投与回数の情報
- 予め準備して欲しい薬剤（普段在庫していない薬、新薬、高薬価薬）
- 直近の臨床検査値
- 生活上の留意点
- 居宅での服薬管理のキーパーソンの情報
- 薬局にどのようにフォローして欲しいか

《地域包括ケアシステム》

Q5-2 精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムは地域包括ケアシステムと何が違うのか。

【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体制である。

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」の場合、対象者は若く、介護保険の対象ではない。

近年、統合失調症の目標は、入院治療から社会への復帰である。患者の退院を左右する要因の一つに地域の協力体制が挙げられており、「にも包括」の構築が重要となる。

【解説】

地域の実情に応じて高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、住まいおよび自立した日常生活の支援やサービスを提供する体制として、2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築が進められてきた。地域包括ケアシステムは認知症患者など介護保険制度を利用している患者が対象となる。そのためケアマネジャーが地域の社会的資源を利用しながら、療養計画を策定することでシステムが運用されている。

「にも包括」では、その対象者は20歳から50歳代が多くなる。徒歩で30分程度の範囲でサービスを受けられることとされている点は地域包括ケアシステムと同じであるが、ケアマネジャーに代わり、精神保健福祉士が連携窓口となることが多いようである。対象者が若く行動もできることから、患者会・家族会などのピアサポーターや就労リハビリなどの地域社会との関わりは重要とされている。

何よりも患者の日常生活を支援できるよう、社会が受け入れられる体制作りが求められる。

【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

《災害時の対応》

Q5-3 災害前、災害発生後における対応で注意すべきポイントは何か。

【回答】

災害前の準備について：

地震や風水害などの災害時の対応のため、服用している薬剤について、3日分から7日分の予備を確保しておくことを勧める。

ただし、過量服薬歴のある患者や、過量服薬の可能性があったり、不適正流通のリスクがあったりする患者は、過剰な残薬にならないように、予備を確保する日数に注意を払う。

災害発生時、発生後の対応について：

災害が発生した場合や、災害により患者が避難所などに避難している場合は、服用薬剤の確保や持参の状況を確認する。避難所での生活で、精神症状が不安定になった場合、DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) に連絡ができるよう、災害医療チームへの連絡や要請を行う。DPATにつながるまで時間を要する場合は、地域の精神保健福祉士や保健師に連絡し、対応を協議する。

【解説】

災害発生時は、医薬品の供給が可能になるまでタイムラグが発生することが想定される。そのため、3日分から7日分の予備を持っておくことを勧める^{1) 2)}。

ただし、過量服薬歴のある患者（自殺企図患者、高齢者等無意識に服用を多くする患者等）の場合、3日分程度に抑えるように、服薬管理を行う¹⁾。

災害発生後に避難所などに避難する際には、服用薬剤を確認できるよう、お薬手帳を持参するよう伝えておく。避難所等での生活では、プライバシーを保てず、夜間は完全に消灯しないことから、不安により不眠状態になる可能性がある。また、精神症状や不眠が悪化することもある。患者の精神的な状態を聞き取り、患者の不安に「気づき」を行う。

頓服薬での対応が望ましいが、やむを得ない場合は、DPATに加療要請を行うように、現地の災害医療の窓口連絡する（つなぐ）。基本的には、災害地域に派遣されている医療チームの指示に従うようにするが、DPATの到着に時間を要する場合、地域の精神保健福祉士や保健師と連絡を取れるようにする³⁾。

【参考】

1) 成井繁：残薬確認から服薬コンプライアンス改善へ：調剤と情報. 27. 2, 344-351, 2021

2) 日本薬学会ホームページより：健康豆知識 万全ですか？ お薬の災害対策：
<https://www.pharm.or.jp/mame/20190202.shtml> （閲覧日：2024年1月31日）

3) 厚生労働省ホームページ：自治体の災害発生時 精神医療福祉活動マニュアル：
<https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf> （閲覧日：2024年1月31日）

第6章 総括

諸外国に比べて、日本における国民一人当たりの精神科病床数は突出して多い。国は2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定して、7万床の精神科病床削減を目標として対策を行ってきた。しかしながら今現在においてもその目標は達しておらず、今後も引き続き様々な施策が行われる予定である。例えば国は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）の構築を進めている。結果として、薬局において統合失調症患者に対応する場面が増えることが予想される。

統合失調症は病状を数値化できず病識を獲得しづらいことや、認知機能の低下、偏見・差別を受けるのではないかというネガティブな思考が原因となり、服薬コプライアンスが低下して薬物治療における問題が生じやすい。これは入院医療から地域医療への移行に際しての障害の一つとなっている。本マニュアルがこの精神科地域医療における薬物治療の問題に対して薬局薬剤師がその職能を発揮して解決を図り、社会に貢献するための一助になれば幸いである。

厚生労働省ホームページ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html#top>

https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c_1.pdf

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>