処方薬乱用者のゲートキーパーとしての薬剤師：「まちの科学者」を取り戻す

嶋根 卓也

**The Pharmacist as Gatekeeper of Prescription Drug Abuse:
Return to “Community Scientists”**

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 August 10, 2015)

The non-medical use or abuse of prescription drugs, including benzodiazepines, is a growing health problem in Japan. An association between prescription drug overdose and suicide risk has also been reported. The Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare has expected pharmacists to act as “gatekeepers”, facilitating early identification of individuals at high risk of prescription drug abuse including overdose, supplying medication counseling to patients, and helping to introduce these patients to appropriate medical care. Prescription drugs such as benzodiazepines are widely used in psychiatry. However, these drugs are prescribed not only by psychiatrists but also by other healthcare professionals including primary care physicians. Moreover, in recent years, the dispensing of prescriptions has moved rapidly from inside to outside hospitals, with prescription drugs being dispensed mainly at community pharmacies. Although all healthcare professionals including hospital pharmacists can play a role in preventing prescription drug abuse, the role of the community pharmacist is vital in addressing this problem. Formerly, community pharmacists were recognized as “community scientists”, low-threshold accessible healthcare advisors. Now, community pharmacists should return to the role of community scientists to prevent prescription drug abuse. This article begins by reviewing the current situation of prescription drug abuse and dependence in Japan. The role of pharmacists as gatekeepers in preventing prescription drug abuse is then examined. Finally, this article discusses the effect of intervention in the form of gatekeeper training for community pharmacists.

Key words—prescription drug abuse; overdose; suicide prevention; gatekeeper; pharmacist

1. はじめに

処方薬乱用の拡大—それは医薬品の適正使用を推進してきた薬剤師にとって、看過できない問題と言える。特に、ベンゾジアゼピン系薬剤〔以降、benzodiazepine (BZ) 薬と表記〕を中心とする睡眠薬や抗不安薬を乱用し、薬物依存となる患者は、確実に増加傾向にある。また、BZ 薬を含む処方薬乱用は、過量服薬（いわゆる、オーバードーズ）を引き起こす要因にもなる。さらに過量服薬は、自殺の背景となる可能性も指摘されている。処方薬乱用は、命に係わる事態にまで発展する危険性のある問題な

のである。

処方薬乱用には、睡眠薬や抗不安薬などの多剤大量処方が生み出した「医原病」という側面があることは否定できない。つまり、乱用や依存のリスクを考慮せず、安易に多剤大量処方を繰り返してきた医療側にも責任があるということだ。言うまでもなく、わが国において処方権は医師にある。薬剤師が多剤大量処方や患者の処方薬乱用に気づき、減薬あるいは処方内容の変更が必要と判断しても、現行の医療システム下では、薬剤師からの働きかけだけで処方を適正化することは困難という声も耳にする。では、処方薬乱用が医原病であるとして、薬剤師は何ができるだろうか。乱用を続ける患者に対して、漫然と処方をする医師に対して、薬剤師は何をすることもできないのだろうか。

本稿では、処方薬乱用を薬物依存及び過量服薬の視点から捉え、まずはその実態について論じる。そ

国立研究開発法人国立精神・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 135 年会シンポジウム S52 で発表した内容を中心に記述したものである。

Fig. 1. Percentage of Patients with Specific Substance Use Disorders in Mental Hospitals in Japan (1987–2014)

Adapted from Matsumoto T., Takano A., Tanibuchi Y., Tachimori H., Wada K. Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant “Research on the Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices” (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 95–128.

して、過量服薬や自殺対策として注目されているゲートキーパーに焦点をあて、薬剤師が処方薬乱用者のゲートキーパーとして期待される背景や果たすべき役割について論じる。さらに、薬剤師向けのゲートキーパー研修のプログラムやその効果についても論じていきたい。

2. 処方薬乱用の実態

2-1. わが国における処方薬乱用の現状 わが国における処方薬乱用の中心的課題は、睡眠薬や抗不安薬の乱用である。2014年に実施された全国精神科医療施設調査¹⁾によれば、睡眠薬や抗不安薬（主としてBZ薬）を入院の主たる原因物質とする薬物依存患者は、覚せい剤症例、危険ドラッグ症例について多い患者群となっている（Fig. 1）。

薬物依存患者のうち、睡眠薬や抗不安薬の依存患者が占める割合は、17.7%（2010年）、15.1%（2012年）、13.1%（2014年）と一見減少しているように見える。しかし、これは危険ドラッグ乱用が2011年前後に爆発的に流行し、危険ドラッグ症例が占める割合が増えたことにより、睡眠薬や抗不安薬の依存患者が占める割合が相対的に圧縮された結

果である。実際、症例数でみれば、119名（2010年）、128名（2012年）、207名（2014年）と年々増加している（Fig. 2）。

2-2. 睡眠薬・抗不安薬症例の臨床的特徴 松本らは、2010年に実施された全国精神科医療施設調査で得られたデータを基に、覚せい剤症例との比較により、睡眠薬・抗不安薬症例の臨床的特徴を報告している。²⁾なお、同研究では、睡眠薬・抗不安薬をまとめて「鎮静剤」と表記している。鎮静剤症例は覚せい剤症例に比べて、女性の比率が高く、年齢が若年であり、反社会的行動のエピソード（暴力団や非行グループとのつながり、逮捕・補導歴など）が低率という特徴がある。

Figure 3に示したように、鎮静剤症例は、乱用開始の動機が覚せい剤症例と大きく異なる点にも注意が必要である。鎮静剤症例の乱用動機は、「不眠の軽減」、「不安の軽減」、「抑うつ気分の軽減」のように、苦痛の緩和を目的としている。つまり、乱用の背景には、睡眠障害や気分障害といった原疾患を抱えている可能性が高く、自身が抱える不快症状に対し、処方薬乱用という不適切な方法で自己治療的に

Fig. 2. Percentage and Number of Patients with Hypnotic- or Anxiolytic-related Disorders

Adapted from Matsumoto T., Takano A., Tanibuchi Y., Tachimori H., Wada K. Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant “Research on the Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices” (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 95–128.

Fig. 3. Reason for Drug Abuse in the MARD and HARD Groups

MARD: Methamphetamine-related disorder patients, HARD: Sedative- (hypnotic or anxiolytic) related disorder patients. Adapted from Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K. Seishin Shinkeigaku Zasshi, 113, 1184–1198 (2011).

対処している臨床像が想像できる。

一方、覚せい剤症例では、「誘われて」、「好奇心から」、「刺激を求めて」のように、仲間からの誘いや刺激希求が乱用開始の背景にある。なお、危険ドラッグ症例の乱用動機は、覚せい剤症例と類似している。³⁾

2-3. 乱用リスクの高い処方薬 では、どのような薬剤が乱用の対象となっているのか。前述の全国精神科医療施設調査¹⁾によれば、症例数が最も多い薬剤として etizolam (120 症例) が挙げられ、

flunitrazepam (101 症例)、triazolam (95 症例)、zolpidem (53 症例) と続いている。この 4 剤に関しては、調剤報酬明細書 (レセプト) を情報源とした重複処方の実態調査⁴⁾とも共通しており、etizolam は重複処方においても最も多い薬剤であった (Table 1)。

このように etizolam が、乱用リスクあるいは重複リスクの高い薬剤となっている理由は、やはり向精神薬としての指定がないため、長期処方になり易いことが背景にあると考えられる。また、etizolam

Table 1. Number of Abusing and Overlapping Patients by Specific Psychotropic Drug

Psychotropic drug	Schedule I-III	Patients abusing ^a (n)	Patients overlapping ^b (n)
etizolam	not regulated	120	46
flunitrazepam	Schedule II	101	5
triazolam	Schedule III	95	11
zolpidem	Schedule III	53	23
Vegetamin [®]	Schedule III	48	—
nitrazepam	Schedule III	35	2
brotizolam	Schedule III	32	21
nimetazepam	Schedule III	32	—
alprazolam	Schedule III	27	6
bromazepam	Schedule III	18	—
zopiclone	not regulated	12	7
diazepam	Schedule III	11	5
estazolam	Schedule III	11	3

^a Adapted from Matsumoto T., Takano A., Tanibuchi Y., Tachimori H., Wada K. Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant "Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices" (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 95-128. ^b Adapted from Shimane T., Matsumoto T., Wada K., Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence, 47, 202-210 (2012).

の適用症は幅広く、睡眠障害を始め、頸椎症・腰痛症・筋収縮性頭痛における不安・緊張・抑うつ及び筋緊張を取り除く目的でも使われる。このため、精神科や心療内科のみならず、内科、整形外科など幅広い診療科で処方されることも重複処方の一因かもしれない。

2-4. 過量服薬と自殺とのつながり 処方薬乱用が引き起こす問題は、薬物依存の増加に留まらない。処方薬乱用を続ける患者の中には、手元に大量の処方薬を貯めこんでいる事例が少なくない。貯めこまれた処方薬は、過量服薬（いわゆるオーバードーズ）を引き起こす原因となる。薬物依存症専門医療機関4施設を対象とした調査によれば、BZ薬乱用者の51.7%が「過量服薬による救急医療機関への搬送」を経験していることが報告されている。⁵⁾ 一方、救急外来における過量服薬患者の77.7%がBZ薬を過量服薬していたことも報告されている。⁶⁾

そして、過量服薬の問題は、自殺リスクを高める可能性がある。自殺既遂者の遺族を対象とした心理学的剖検調査によれば、生前に精神科受診歴を有する自殺者の約60%が、自殺行動におよぶ直前に、手元にある処方薬を過量服薬していたことが報告されている。⁷⁾ BZ薬等の過量服薬によって惹起された酩酊状態、あるいは脱抑制効果が、衝動性が高く、

Table 2. Motives Chosen by Self-poisoners to Explain Their Episodes of Deliberate Self-harm

	Self-poisoners (n=86) n (%)
I wanted to get relief from a terrible state of mind.	53 (72.6)
I wanted to die.	50 (66.7)
Show how desperate I was feeling.	29 (43.9)
I wanted to find out if someone really loved me.	28 (41.2)
I wanted to punish myself.	25 (38.5)
I wanted to get some attention.	19 (28.8)
I wanted to frighten someone.	16 (24.6)
I wanted to get my own back on someone.	11 (17.2)

Adapted from Rodham K., Hawton K., Evans E., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43, 80-87 (2004).

致死的な行動を促進した可能性が指摘されている。このように処方薬乱用は、命に係わる事態にまで発展する危険性がある。治療目的で処方された薬剤が、言わば「自殺を後押しする道具」として使われている現実、医薬品の適正使用を推進する立場である薬剤師には無視できない事態であろう。

2-5. 過量服薬者の動機 過量服薬と自殺とのつながりが指摘されているものの、即座に過量服薬を自殺行動と判断すべきではない。Rodham らによれば、過量服薬エピソードを持つ青少年の動機としては「辛い感情から解放されたかった」という理由が最も多く、「死にたかった」という理由を上回っていることが報告されている (Table 2)。⁸⁾ このように、過量服薬の背景には、苦痛を緩和させたいという目的があり、これはリストカットなどの自傷行為とも共通する心理である。その他、「自分が絶望している様を見せたかった」や「自分が本当に愛されているのかを確かめたかった」という動機から過量服薬をする若者もいる。こうした動機を踏まえると、過量服薬という自らの身体を傷つける行動は、死ぬためではなく、自身が抱えている様々な「生きづらさ」への対処行動あるいは、周囲に発したメッセージと捉えることができるかもしれない。

過量服薬が「生きづらさ」への対処行動であるとして、自殺リスクと無縁かと言えば決してそのようなことはない。Owens らは、青少年期に過量服薬エピソードを持つ者を16年間追跡し、過量服薬を経験した若者のその後の自殺率は高く、過量服薬の対象として精神安定剤や抗うつ薬を使用していた場合や、意識障害が重症であった場合は、自殺リスク

がさらに上昇することを報告している。⁹⁾つまり、過量服薬に気づいた援助者は、気づいた時点で、できることから介入しないと、取り返しがつかない事態にも発展する可能性があることを示唆する知見と見えよう。

2-6. 医原病としての処方薬乱用 処方薬乱用には、睡眠薬や抗不安薬などの多剤大量処方が生み出した「医原病」という側面があることは否定できない。「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方をする」ことが、処方薬依存の発症に影響したと考えられる一般精神科における最大の問題点」という指摘もあるくらいだ。⁹⁾そこで、平成26年度診療報酬改定では、多剤大量処方を適正化するための見直しが行われた。例外規定はあるが、1回の処方において、3種類以上の睡眠薬・抗不安薬、4種類以上の抗うつ薬・抗精神病薬を投与した場合、精神科継続外来支援・指導料は算定できず、処方せん料・処方料・薬剤料については減算されることになった。

3. 処方薬乱用のゲートキーパーとしての薬剤師

3-1. ゲートキーパーとは 自殺は「追い込まれた末の死」と形容される。なぜなら、自殺者の多くが健康問題、経済問題、家庭問題などを背景に、心に悩みを抱えており、目の前にある辛い状況を打破するためには「死ぬしかない」と追い込まれるように自死を選択する事例が後を絶たないからである。自殺者数はここ数年で減少に転じているとはいえ、平成26年版自殺対策白書によれば、年間2万7千人以上が自らの命を断つ事態が続いている。

ゲートキーパーとは、わが国の自殺対策で提唱されている概念である。ゲートキーパーが担う主な役割は、「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、見守ること」であり、言わば「命のサポーター」とも言える存在である。医療関係者のみならず、保健、福祉、教育、行政、地域のボランティアなど、様々な立場の人たちがゲートキーパーの役割を担うことが期待されている。

厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームは、過量服薬対策をまとめた「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-」の中で、向精神薬を服用する患者との面会機会が多い薬剤師は、過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパーとなり得ることを明記している。

また、平成24年に見直された自殺総合対策大綱においても、「調剤や医薬品販売を通じて住民の健康情報に接する機会の多い薬剤師をゲートキーパーとして養成する」と明記された。

処方薬乱用の早期発見・早期介入は、まさに薬剤師とゲートキーパーがつながる接点と言える。その他、自殺の危険因子として知られている精神障害、アルコールの有害使用、慢性疼痛など、日常臨床において薬剤師が患者の異変に気づける機会が多い。

ゲートキーパーとしての薬剤師が担う具体的な役割は、「気づき」、「係わり」、「つなぎ」に分けて整理することができる。¹⁰⁾ 薬剤師は、服薬指導の場面において、服薬状況や患者の様子から、患者の異変に気がつくことがある（気づき）。その際は、患者に声をかけ、患者の話を傾聴し、悩みを抱えた患者に寄り添うことが求められる（係わり）。さらに、必要な支援に患者をつないでいくことが求められる役割である（つなぎ）。病気や症状に関することであれば、主治医との連携が不可欠であり、患者の同意を取得した上で、患者情報をフィードバックすることが必要となる。しかし、処方薬乱用の背景には、家族関係、職場ストレスや失業、ひきこもり、いじめ、介護疲れ、虐待や育児不安、多重債務などの経済問題など様々な社会的問題や、「生きづらさ」が存在していることもあり、必要に応じて、保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所等の行政機関につないでいくことも検討する。

3-2. 薬剤師の関与が期待される理由 薬剤師がゲートキーパーとして期待される第一の理由は、薬剤師は向精神薬などの処方薬を服用する患者との面会機会が多いことにある。近年では院外処方率が上昇しており、平成26年社会医療診療行為別調査によれば、院外処方率は病院で75.4%、診療所で70.6%と報告されている。つまり、BZ薬を含む処方薬の多くが、地域の薬局で調剤され、薬剤師から患者に手渡していることになる。このため地域の保険薬局に勤務する薬剤師が果たすべき役割は特に大きいと言える。したがって、薬剤師が乱用リスクの高い薬剤を服用している患者に対応する際には、薬物依存や過量服薬の可能性を考えながら服薬指導をすることが必要である。実際、薬剤師が患者の過量服薬や自殺リスクに気がつくことは少なくない。Shimaneらによれば、薬局薬剤師の26%が、過去1

年以内に過量服薬患者と対応した経験があると報告されている。¹¹⁾ また、Kodaka らによれば、精神科専門薬剤師の 58% が自殺未遂者との対応を経験したことがあると報告されている。¹²⁾

第二の理由は、薬剤師は患者の服薬状況から処方薬乱用のリスクに気づきやすい立場にいるからである。入院患者に対する病棟での服薬指導から、通院患者に対する院外処方まで、患者の服薬管理を行うことは薬剤師の役割である。処方薬乱用者の中には、複数の医療機関を重複受診している事例や、自宅に大量の薬剤を貯めこんでいる事例も散見されることから、服薬指導の場面において併用薬、他科受診、残薬などを薬剤師が確認することは、処方薬乱用の早期発見につながると考えられる。また、前述した乱用機会の高い薬剤 (etizolam 等) が処方されている患者に対しては、依存性に関する服薬指導を適切に行うことも期待される。なお、BZ 薬乱用患者のうち、処方薬の依存性に関する説明を受けていた者はわずか 32.9% という報告もある。⁵⁾

第三の理由は、薬剤師は患者にとって身近な相談相手になり得るからである。薬局薬剤師を対象とした調査によれば、「医師への相談はためらうものの、薬剤師に対しては希死念慮 (死にたいと願う気持ち) や、過量服薬の事実を相談する患者」がいることが報告されている。¹³⁾ これは、医師に対する遠慮あるいは、処方薬乱用という不都合な事実を隠したがる気持ちが影響している可能性がある。それに対して、薬剤師は患者にとってより身近な医療従事者として相談できるのかもしれない。

第四の理由は、全国に薬局が膨大にあるということである。乱用の対象となる処方薬は、精神科のみならず、様々な診療科で処方機会がある。処方薬乱用は単独の医療機関、単独の医療者だけで防ぐには限界がある。したがって一人でも多くの医療者がゲートキーパーの役割を担い、処方薬乱用に早期に気づき、適切な対応をとる必要がある。全国には、コンビニエンスストアの数 (49323 カ所、平成 25 年コンビニエンスストア統計調査年間集計) を上回る薬局数 (57071 カ所、平成 25 年度衛生行政報告例) があることを踏まえれば、地域の薬剤師はゲートキーパーに適した職種と言えよう。薬局に勤務する薬剤師一人ひとりが処方薬の適正使用を推進することで、処方薬の過量服薬や薬物依存を早期に予防

できる可能性がある。

4. 薬剤師向けゲートキーパー研修

4-1. プログラムの概要 処方薬乱用や自殺リスクのある患者のゲートキーパーとして期待される一方で、薬剤師の多くは薬物依存や自殺リスクの高い患者に対する支援に関して、十分な知識や技術を持っているとは言えない。従来、薬剤師と患者のコミュニケーションは、「服薬」に関する限定的なものであり、患者のメンタルヘルス支援に特化したものではなかったからである。

そこで、近年では自殺・過量服薬対策の一環として、最低限の知識や技術を身につけるためのゲートキーパー研修会が各地で開催されるようになった。筆者は、日本薬剤師会地域保健委員活動の一環として、処方薬乱用防止に重点を置いた研修プログラムを作成し、埼玉県薬剤師会及び兵庫県薬剤師会をモデル地区として研修を実施した。

研修プログラムは、計 7 時間 (1 日間) であり、講義編とグループワーク編から構成される。講義編では、処方薬乱用を取り巻く現状や、過量服薬と自殺とのつながりに関する基礎知識を習得した。さらに、リスクの高い患者との服薬指導で注意すべき事項 (傾聴、希死念慮の確認、処方医との情報共有など) など具体的な対応方法について学習した。また、医療機関以外のネットワーク先として、メンタルヘルスの専門的な相談に応じることができる精神保健福祉センターや、処方薬依存を含む薬物依存症の支援を行っている民間施設である Drug Addiction Rehabilitation Center (DARC) の職員を招聘し、その活動を理解する機会を設けた。

グループワーク編では、1 グループ 8 名程度の小グループに分けて、実践的なグループワークを行った。自殺リスクの高い患者のサイン (気づき) や、地域の相談支援資源 (つなぎ) については、グループ内で意見を出し合い、付箋を用いて模造紙に貼り、KJ 法の要領でカテゴリーに分類した。なお、このワークでは自治体が発行している相談先一覧を活用しながら地域の各種相談窓口を学んだ。また、リスクの高い患者との服薬指導に関しては、事例に基づき、ロールプレイング形式で患者とのコミュニケーションを学習した。

4-2. プログラムの効果 プログラムの効果測定は、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政策研究事業の一環として行われた。¹⁴⁾ 前述の研修を実施した埼玉県薬剤師会の薬剤師を対象に、プログラムの効果を測定した。研修を受講した介入群 83 名に対しては、介入 2 ヶ月前、介入直前、介入直後、介入 6 ヶ月後の 4 時点で、受講しなかった対照群 231 名に対しては、介入 2 ヶ月前、介入 6 ヶ月後の 2 時点において自記式質問紙調査を実施した。

介入群では、介入直前から介入直後にかけて処方薬乱用者やゲートキーパーに関連する知識や態度（自己効力感）が大幅に上昇し、その上昇は、介入 6 ヶ月後まで維持されていた。一方、対照群では大きな変化はみられていない。研修プログラムに受講することで、ゲートキーパーの役割を担う上での知識や態度が改善され、その効果が半年後まで維持されていることが示唆される。

研修プログラム参加者の自由記載によれば、「向精神薬や精神病薬の服薬指導に対して、及び腰だった参加前に比べ、つなげることができる安心感から、積極的に一步踏み込んだ指導ができるようになった」、「傾聴いつも心がけています、元気をもらったと言って頂くことも増えました」、「話を聞いてあげると安心した様子で、私たちも嬉しい」のように、患者との服薬指導が質的に変化している様子も窺われる。

4.3. 情報共有による医師との連携 ゲートキーパー研修の効果は、知識や態度の変化のみならず、薬剤師の臨床行動にも現れている点にも注目したい。Figure 4 に示したように、介入群では、研修プログラム受講の前後で、過量服薬者に関する情報を処方医にフィードバックする割合が有意に上昇している（T1 介入前 53.8%，T4 介入後 73.1%）。前述のように、過量服薬等の事実を主治医には話さず、薬剤師に告白する患者も存在することから、薬剤師が知り合えた患者の様子を主治医にフィードバックすることは、ゲートキーパーとして担うべき役割の 1 つと言える。

診察時に語られなかった過量服薬者の情報を薬剤師から処方医へ提供することで、再乱用防止に向けた注意喚起となる可能性や、処方が過量服薬に配慮した内容（処方量、処方日数、使用薬剤）に見直される可能性が高い。例えば、東京女子医大病院では、精神科と薬剤師との協働啓発活動により、BZ

Fig. 4. Percentage of Pharmacists Who Reported or Provided Feedback about Prescription Drug Abuse to the Prescriber between T1 to T4

p-value for McNemar test (paired), T1: Before intervention (clinical behavior in past six months), T4: After intervention (clinical behavior in past six months). Adapted from Shimane T., Fujiwara H., Miyano H., Nishikawa S. Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant “Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices” (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 169–179.

薬の処方患者数を低下させた実績が報告¹⁵⁾されていることから、薬剤師から医師への働きかけにより、BZ 薬などの処方を適正化していくことは十分に可能と考えられる。

なお、所属機関が異なる薬局と病院（あるいは診療所）との情報共有は、言うまでもなく患者の同意取得を前提とする。患者から同意をスムーズに得るためには、患者との信頼関係を日頃から構築していくことが不可欠である。ただし、個人情報保護法には、本人の同意を得ることが困難である場合であっても、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」などの例外が明記されているため、薬物乱用の蓋然性が極めて高く、それによる周囲の人間への危険や不利益が十分に予見されると判断された場合には、医療関係者との連携・情報共有は妥当適切なものとみなされる可能性が高いという指摘もある。¹⁶⁾

一方、残された課題もある。医師とコメディカルスタッフ（薬剤師を含む）との情報共有は、精神病院等では日常的に行われる行為であるが、地域の薬局と医師とのコミュニケーションは、かならずしもスムーズとは言えない。Shimane らによれば、医師とのコミュニケーションに自信がない薬剤師や、医師とのトラブルを避けたいと考えている薬剤師は、

Table 3. Multivariate Indicators of Pharmacists' Self-evaluation of Referral to the Prescriber

	Self-evaluation of referral to the prescriber			
	Good (<i>n</i> =195)	Poor (<i>n</i> =158)	Adjusted OR (95% CI)	<i>p</i> value
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Perception of the inhibition factor for referral to the prescriber (agree)				
Insufficient knowledge about addiction	31 (15.9)	23 (14.6)	0.9 (0.5–1.7)	0.717
Insufficient confidence in communicating with prescriber	18 (9.2)	30 (19.0)	2.7 (1.4–5.3)	0.003
Busy work schedule	24 (12.3)	20 (12.7)	1.0 (0.5–2.0)	0.905
Don't want to help prescription drug abuser	4 (2.1)	2 (1.3)	0.7 (0.1–4.2)	0.699
To avoid trouble with prescriber (trouble between individuals)	50 (25.6)	55 (34.8)	1.7 (1.0–2.7)	0.041
To avoid trouble with hospitals or clinics (trouble between institutions)	46 (23.6)	28 (17.7)	0.8 (0.4–1.4)	0.371
To avoid trouble with patients and their families	56 (28.7)	64 (40.5)	2.0 (1.2–3.3)	0.005

Multivariate logistic regression analysis conducted with all variables. CI: confidence interval; OR: odds ratio. Adapted from Shimane T., Matsumoto T., Wada K., Psychiatry Clin. Neurosci, 69, 220–227 (2015).

処方医への情報提供が「不良」となるリスクが、約2–3倍高くなることが報告されている (Table 3)。¹¹⁾ また、医師とのやり取りを通じて苦い経験を持つ薬剤師は少なくない。多剤大量処方に対して、繰り返し処方変更の提案をしても「前回通りの処方なので、このままで問題ない」と取り合わない医師や、薬剤師からの疑義照会を極端に嫌がる医師、電話口で一方的に激昂する医師もいることも報告されている。¹³⁾ 処方薬乱用を早期発見・早期介入するためにも、医師は薬剤師からの情報提供や疑義照会の意義を正しく理解し、薬剤師を貴重な情報源として認識していくことが求められる。

5. おわりに

今、薬局のあり方が問われている。医薬分業が進んだとはいえ、いわゆる「門前薬局」の増加により、薬局は院外処方箋という「入場券」がなければ、立ち入ることができないような特殊な場所が変わってしまった。処方薬乱用者の中には、目的の薬剤を入手するために複数の医療機関を受診する多重受診者も少なくない。こうした患者は、それぞれの「門前薬局」で薬剤を受け取ることになるため、処方薬乱用の早期発見を困難にする要因となる。処方薬を交付する薬局を個人毎に固定する制度や、調剤情報を一元的に管理するシステムがあれば、処方薬乱用を防ぐために役立つと考えられる。しかし、言うまでもなく、薬局の選択は個人の自由であり、法的な拘束力はない。

厚生労働省は、処方薬を受け取る薬局や薬の相談をする薬局を一元化する「かかりつけ薬局」を推進

しており、一定の基準を満たす薬局を「健康サポート薬局」として認定する制度を検討している。かつて地域の薬局は、「まちの科学者」と呼ばれ、専門知識を持った薬剤師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。地域の薬剤師は、薬に関する相談のみならず、薬品や生活に関する幅広い相談にも応じてきた。従来、薬局とは地域に根ざした存在であったはずである。薬剤師が心に悩みを抱えた患者に気づき、患者の話を傾聴し、適切な支援につないでいくというゲートキーパーの役割は、本来の「かかりつけ薬局」が備えていたはずの機能ではなかろうか。薬剤師が処方薬乱用者のゲートキーパーになるということは、「まちの科学者」という薬剤師としての原点を取り戻す作業に似ているのかもしれない。

謝辞 本研究の一部は、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政策研究事業）「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究（研究代表者：和田 清）の助成を受けて実施されたものである。

利益相反 開示すべき利益相反はない。

REFERENCES

- 1) Matsumoto T., Takano A., Tanibuchi Y., Tachimori H., Wada K., Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant

- named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 95–128.
- 2) Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **113**, 1184–1198 (2011).
 - 3) Matsumoto T., Tachimori H., Tanibuchi Y., Takano A., Wada K., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **68**, 374–382 (2014).
 - 4) Shimane T., Matsumoto T., Wada K., *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, **47**, 202–210 (2012).
 - 5) Matsumoto T., Naruse N., Umeno M., Aoyama K., Kobayashi O., Shimane T., Morita N., Wada K., *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, **47**, 317–330 (2012).
 - 6) Ookura R., Mino K., Ogata M., *Journal of Japanese Association for Acute Medicine*, **19**, 901–913 (2008).
 - 7) Hirokawa S., Matsumoto T., Katsumata Y., Kitani M., Akazawa M., Takahashi Y., Kawakami N., Watanabe N., Hirayama M., Kameyama A., Takeshima T., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **66**, 292–302 (2012).
 - 8) Rodham K., Hawton K., Evans E., *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **43**, 80–87 (2004).
 - 9) Owens D., Wood C., Greenwood D. C., Hughes T., Dennis M., *Br. J. Psychiatry*, **187**, 470–475 (2005).
 - 10) Shimane T., *Yakugaku Zasshi*, **133**, 617–630 (2013).
 - 11) Shimane T., Matsumoto T., Wada K., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **69**, 220–227 (2015).
 - 12) Kodaka M., Inagaki M., Yamada M., *Crisis*, **34**, 420–427 (2013).
 - 13) Shimane T., *Jpn. J. Psychiatr. Treat.*, **87**, 87–93 (2012).
 - 14) Shimane T., Fujiwara H., Miyano H., Nishikawa S., Research Report, Health and Labour Sciences Research Grant named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices (H25-iyaku-ippan-018), Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015, pp. 169–179.
 - 15) Takahashi Y., Inada K., Takahashi M., Kimura T., Ishigooka J., *Jpn. J. Gen. Hosp. Psychiatry*, **27**, 27–35 (2015).
 - 16) Kanno N., *The Pharmaceuticals Monthly*, **56**, 1507–1510 (2014).