

薬剤師がすべき うつ病に対する服薬支援

大岩眞二 Oiwa Shinji

ハーブ調剤薬局取締役専務／精神科薬物療法認定薬剤師

はじめに

今日、うつ病が急増している。1999年までは約40万人と横ばいであったが、厚生労働省が3年ごとに実施する調査において2008年に100万人を超えた。この増加は、10年前と比較し2.4倍（気分障害）である。こうしたうつ病患者急増の背景には、昨今の不況の影響、マスメディアを含めたうつ病啓蒙活動の影響によるうつ病の社会的認知、1999年以降国内で次々と発売になったSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）をはじめとする新規抗うつ薬の出現、そしてDSM-IV^{*1}、ICD-10^{*2}などの診断基準の普及が関係していると思われる。また、「うつ病」でも、現在のうつ病は新型うつ病の存在、境界型人格障害や社会不安障害の合併、双極性障害Ⅱ型の混在、そして軽症～重症と多様化している。ここでは、単極性うつ病（以下、うつ病）のみを取り扱う。

次に、うつ病治療を成功させるには、以下の3つのハードルがあると筆者は考えている。①受診までのハードル、②服薬までのハードル、③効果実感までのハードルである。

これらの上記背景を考えれば、うつ病治療には当然薬剤師が関わるべきであり、必要不可欠な職種であると思われる。

病院薬剤師の服薬支援

入院で治療するうつ病と、通院で治療するうつ病とは根本的に違うと考えている。うつ病の入院基準を示す（表1）。入院でのうつ病治療初期は、薬物治療が第一選択となる。また、うつ病の根本治療と同時に精神病様症状（妄想・希死念慮等）を早期に治療する必要がある。使用する薬剤は抗うつ薬を主薬に抗精神病薬が補助薬となる。

入院時は一般的に心理的視野狭窄状態であるため多くのことは理解できない。説明しても混乱し不安だけを助長させることとなりかねない。よって服薬説明は、現在のつらい症状を早期に改善するための薬であることを理解していただくことで十分である。患者側から質問する余裕がある場合はその点だけ追加説明をすればよい。

患者のコンプライアンスは、入院初期では薬剤は病棟管理となるため良好で、逆に強制的な部分を含んでいる。従って注意しなければならないのは副作用である。副作用は抗うつ薬と抗精神病薬の両方をチェックすることが必要である。

抗うつ薬、抗精神病薬の副作用は受容体で把握し

表1 | うつ病の入院基準

1. 自傷、他害がある
2. 希死念慮がある
3. 自傷、他害、希死念慮につながる妄想がある
4. 生命維持に必要不可欠な身体症状がある
5. 環境が最大の要因となっている
6. 入院が必要な治療（modified electro-convulsive therapy：mECT）などを受ける
7. 他の疾患（心疾患、肝疾患など）を合併している

*1 DSM-IV：diagnostic and statistical manual of mental disorders, アメリカ精神医学会による精神障害の診断と統計の手引き

*2 ICD-10：international statistical classification of diseases and related health problems-10, WHOの疾病及び関連保健問題の国際統計分類

表2 | 受容体遮断と副作用

受容体の遮断	副作用
ドパミンD ₂ 受容体	錐体外路症状（歩行障害、筋強剛、動作緩慢、流涎、振戦、アカシジア、ジストニア、ジスキネジア）、悪性症候群（発汗、発熱、筋硬直、ミオグロビン尿など）、高プロラクチン血症（性機能障害、乳汁分泌、月経異常、女性化乳房、乳がん）
ムスカリン性アセチルコリン受容体	末梢神経症状（口渇、便秘、排尿障害、視力調節障害など）、中枢神経障害（認知機能障害、意識障害、記憶障害）、洞性頻脈
ノルアドレナリン再取り込み受容体	振戦、勃起障害、射精障害、排尿障害、頭痛、血圧上昇、頻脈、不眠
アドレナリン α_1 受容体	中枢神経症状（過鎮静）、心・循環器症状（低血圧、起立性低血圧、平衡機能障害、心電図変化、突然死、反射性頻脈）、振戦、不眠
アドレナリン α_2 受容体	性機能障害（勃起障害、射精障害、持続性勃起）
セロトニン再取り込み受容体	胃腸障害（悪心、嘔吐、下痢）、中枢神経系の賦活作用（不安、不眠、焦燥）、性機能障害、発汗、頭痛、食欲不振、セロトニン症候群
セロトニン5-HT _{2A} 受容体	性機能障害
セロトニン5-HT _{2C} 受容体	食欲亢進、体重増加、アクチベーション・シンドローム ¹⁾
ヒスタミンH ₁ 受容体	眠気、過鎮静、ふらつき、低血圧、食欲亢進、体重増加、肥満

たほうがよい（表2）。なぜなら対応策が立てやすいのと、患者にも説明がしやすいからである。ただ、これ以外にも高血糖、水中毒、無顆粒球症、けいれん、脂質代謝異常など検査データチェックも忘れてはいけない。

また薬剤の副作用だけでなく効果に関しても確認ができるとよい。なぜなら患者は良くなっていることを実感できていないことが多いからである。患者が訴える具体的な症状以外にも「話を聞くことができるようになった」「笑顔が出るようになった」「落ち着きが出てきた」などの細かなチェックが必要である。これは薬剤の服用により改善しているという印象を与えることと、薬剤師が自分のことをきちんと診ていてくれる印象を与えることができるからである。うつ病の患者には薬剤だけが治療でなく、自分のことを真剣に考えてくれる人、相談できる人、力になってくれる人、信頼できる人が一人でも多く身近に存在することが重要だからである。職能から見れば、だからこそ、退院後も安心して薬剤を服用できるのである。

**POINT**

うつ病に対する病院薬剤師の服薬支援は3つ！

服用中断に結びつく事象回避，アドヒアランス確立への導入，そして良き相談者になることである。

保険薬局薬剤師の服薬支援

うつ病（初発）と診断された患者は自分の中でまだ十分受容できていないことが多い。そのような状況下で服薬支援をすることとなる。さらには先に示した服薬までのハードル，効果実感までのハードルを越える必要があり，それを越えないとうつ病の治療は成功しない。そして，成功するかしないかは薬剤師の服薬支援によるところが大きい。

外来通院の患者の場合，うつ病の状態は入院治療が必要でないと判断されているだけに意思疎通も十分可能であり，うつ病治療にとって薬物療法の重要

表3 | うつ病治療経過における服薬支援のポイント

治療経過	服薬支援のポイント
急性期治療期	・薬物療法がうつ病には必要であること。なぜなら、自然治癒でも改善するかもしれないが、それより早く治る。つらい思いから早く抜け出すことができる ・現在のつらい症状（不安、抑うつ、楽しくない、不眠、食欲不振など）を改善する薬である ・精神科だけの特別な薬ではないこと。うつ病が社会に浸透し、一般的な薬としてすでに位置付けされている ・抗うつ薬の併用薬についても目的、効果を説明する ・薬は、どんなに良い薬を出されても、服用することで初めて効果を発揮する ・効果発現を実感できるのは、2～4週間ぐらいかかる ・効果発現までの期間は、副作用のチェックの期間であり、飲み続けることができるかどうかを自己評価させる ・副作用に気付くこと、そして早期に対処すれば全く問題ない ・抗うつ薬の副作用（症状、発現時期、対処方法）を伝えることにより、安心させる ・薬に関して疑問、不安、心配な症状があれば、いつでも連絡し、相談してもらうように導く ・アクチベーション・シンドロームが発現した場合は、すぐに中止し受診させる
維持治療期	・思ったより症状が変わらない場合は、低用量からのスタートであり、症状に合わせて用量を増量していく ・生活リズムにも気を付けること。なるべく一定にする ・残存症状、気になる症状の確認をする。症状をそのままにせず完全に治療すること。不眠などの症状を残すと再発しやすくなる ・症状は波を打ちながら改善していくため、焦らず気長に ・100%回復していても自己判断で用法、用量を調節しないこと。半年間は継続しないと再発率が高くなる報告がある ・他院を受診する場合は、必ず、現在の服用薬を伝える ・環境の変化がある場合（職場復帰など）、それを契機に、絶対に自己調節、中止しない
投与中止期	・減量する場合は、服用開始時と同じぐらい重要である。指示を遵守させる ・減量に（週5%減量より）半年以上かかる人もいることを説明する ・中止後症状（症候群）について説明する

性を説明し理解できれば、本来のまじめで几帳面な性格によりきちんと服薬継続できる場合が多い。

◆急性期治療期

うつ病の治療は急性期治療期を乗り越えればほぼ成功したといっても過言ではない。当然、服薬支援もこの急性期治療期が非常に重要であることはいうまでもない。急性期治療期の服薬支援は服薬開始から2週間がとくに重要と筆者は考えている。

うつ病治療経過における服薬支援のポイントを表3に示す。初回の服薬支援の場合には十分な時間が必要なため、あらかじめ患者に時間がかかる旨を伝えておくとい。また薬剤師も患者が十分理解したことを確認することが必要である。中途半端で終わってしまったたり、確認をとらずに終了したり、不安だけ与えて安心まで導けないと、うつ病の治療は成

功しない。

併用薬はスルピリド、モサプリド、抗不安薬、睡眠薬などがある。併用目的、効果、服用期間の目安を説明する。頓服は使用目的、使用間隔、1日の使用回数も伝えること。過剰服薬の予防につながる。アクチベーション・シンドローム^{※3}についてはとくに強調して伝える必要がある。なぜなら、自傷、他害、破壊、自殺企図に結びつく可能性が高いからである。話の最後には必ず一人で頑張るのではなく一緒に頑張りましょうという姿勢を示し、次回の来局を待っていることを言葉で伝えることが大切であ

※3 アクチベーション・シンドローム：賦活症候群。抗うつ薬によって誘発される中枢刺激症状の総称。軽少な不安症状から、自傷、他害、自殺関連事象につながりうる抗うつ薬による行動毒性。

る。

服薬支援が実際にうまくいけば「副作用で悪心が時々あるが続けられる」また「服薬開始時はめまいがあったが今はない」などの成功体験が実感できるものである。



- ・服薬できるかを必ず確認する。
- ・服薬できたかを必ず確認する。

◆維持治療期

この期の服薬支援のポイントは薬剤の調整の援助、継続支援、患者と信頼を深めることである。

「薬剤の調整」では本人に症状が100%改善していることを確認させることが大切である。改善していない場合は健康なときと現在の違いを明確にすることが重要である。治療者側からみるとどこが悪いのか判断できない場合でも、本人評価では意外と完全に症状が改善していない人は多い。また、主治医に自己の病状を伝えることができない患者も多い。そのような場合は病状の伝え方をサポートする必要がある。薬の評価方法も伝える必要がある。生活リズムが整っていない場合はそちらの調整が優先になり、その後に薬の評価をすることとなる。うつ病の評価は生物学的指標がないため主治医に伝えないとそのまま我慢する結果となり、治療も長引く。症状を残すと再発する可能性が高くなる。限量量に達していない場合は限量量まで増量し、評価し、それでもなお改善しない場合には他剤への変更となることもあることを説明する。

「継続支援」はまずは正確な服薬確認である。なぜならうつ病は波を打ちながら改善していくため正確な服薬がされないと薬剤が波の発生原因となる場合があるからである。また、波を打ちながら改善していくことを伝えると納得されることと、悪い時期を乗り切れるものである。

次に、症状が100%改善した患者はいつまで服用

すればよいのだろうと思っている。それを指示することがアドヒアランスの維持には不可欠である。この説明を怠ると自己判断により半量にしたり、隔日投与にしたり、最悪は中止する原因となる。従って維持治療期と判断したらなるべく早期に指示することが必要である。主治医に確認することが一番ではあるが、アルゴリズムを参考にすれば6～9カ月を提示するとよい。あとは、再発状況、病状、環境などが影響することを付加する。

また、症状が消失しているのに漫然と投与されている薬剤の減量・中止も重要である。医師の指示を仰ぐことはいうまでもないが、消化器官用薬、抗不安薬、睡眠薬などが該当する。きちんと評価すれば結構、中止可能なものも多い。

この時期になると、患者も気持ちにゆとりが出てくる。つまり「信頼」をより深めることができる時期である。患者の考え方、周辺環境、性格、出来事、行事などを掌握することで一緒に考え、支え、共感することが病状の波を軽減し、アドヒアランスの維持につながる。

退院した場合は環境が大きく変化するため、生活リズムの乱れを重点に置く。あとは維持治療期からの服薬支援となる。



患者自身も治療者であるという自覚を持たせること。

◆投与中止期

この期の服薬支援は減量の最初の時点で中止後症状（表4）と再発の区別がつきにくい点、減量にも半年ぐらいの期間が必要であることを説明することが重要である。

中止後というのが漸減時にも発生する。漸減後1～2週間以内に発生し通常2週間以内で消失する場合が多いことも付加しなければならない。期間を示すことで安心につながるからである。症状が発現した

表4 | 中止後症状（症候群）

分類	症状
平衡障害	フラフラ感、めまい
知覚障害	錯覚感、しびれ感、電気ショック様感覚、耳鳴
睡眠障害	不眠症、悪夢、多夢
感情障害	易刺激性、不安感、激越、抑うつ気分、悲哀感、不機嫌、焦燥
消化器障害	悪心、嘔吐、下痢
身体障害	疲労、倦怠感、頭痛、傾眠、振戦、発汗、食欲不振

場合は主治医の診察を受けること、そして中止後症状の対策としては、量を戻せば症状が改善していくことを伝える。中止後症状が発現した場合は、原因として一度に減量する量、減量間隔などがあげられることを伝え、現時点では症状の改善が最優先であることを説明する。この投与中止期で重要なことは患者に服薬期間の終了を焦らせないことである。



- ・用法用量を必ず遵守させること。
- ・とにかく焦らないこと。

さいごに

うつ病の服薬支援に対する、薬剤師の役割を上述してきた。しかし、薬剤師法第一条の意味する薬剤師の任務はこれだけではない。うつ病の早期発見と治療を促すという点を付加し、地域あるいは社会の保健に大きく貢献することができてこそ本来の役割と筆者は考えている。

引用・参考文献

1) Burghardt, NS. et al. Acute selective serotonin reuptake inhibitors increase conditioned fear expression : blockade with a 5-HT_{2c} receptor antagonist. Biol Psychiatry. 62 (10), 2007, 1111-8.

BOOK REVIEW

50歳からの健康歳時記

- 杏林大学医学部名誉教授・内科医 石川恭三
- 2012年1月20日発売
- 定価 1,500円＋税
- 朝日新聞出版
- ISBN9784022509291



季節の移ろいを楽しみながらも、次第に順応性を失っていく中高年は、時候によってなりやすい病気があるようです。著者は臨床循環器病学の権威ですが、30年近く日本テレビの「午後は○○おもいッきりテレビ」やNHKのラジオ番組に出演し、分かりやすい健康養生法を解説し、著書も多数出版されています。

2月の不整脈、8月の熱中症、11月のうつ病、12月の脳卒中……。この年齢層の人は、このような時候ではこんな症状が出やすい、こんなことに気を付けたほうが良いといったことが、本書では著者自身の体験と実感を通して語られています。患者さんとの話のきっかけに、また、患者さんが訴える症状の理解に役立つのではないのでしょうか。