

シンポジウム「合理的な薬物療法の実践をめざして」より

## 精神疾患患者さんとの折り合い（服薬相談活動）について

石田 悟

### 1. はじめに

編集子の方から、総会シンポジウムでの講演について「まとめ」を行なうよう依頼されました。当日、私に与えられましたテーマは「精神神経科領域における合理的薬物治療に向けて」というものでしたが、講演時にもお話ししましたように、精神科領域、とりわけ抗精神病薬の分野にあってはまだ合理的な薬物療法なるものは確立していません。

合理的薬物療法の確立を困難にしている要件はいくつかあるのですが、抗精神病薬の「特徴」でもあります①個体差（および民族差）、②個体範囲内の生理的・心理的状況による差、③疾病による差、④疾病の段階による差、⑤日周差、⑥睡眠の違いによる差、⑦喫煙・非喫煙による差<sup>1)</sup>などが非常に大きいことがあげられると思います。

抗精神病薬には、こうした「壁」は存在していますが、一方で分析技術の進歩は（動物実験ないしは *in vitro* という限界はありますが）生体内各種受容体との結合能測定を容易にし、受容体結合プロフィール・パターンからは各抗精神病薬の「非同等性（個別性）」が明らかにされつつあります<sup>2)</sup>。また臨床医が患者の状況に応じてすみやかにエキスパートが推奨する治療法を探し出せるよう構成された「治療法選択アルゴリズム」<sup>3)</sup>が提案されるなど合理的薬物治療確立に向けた“流れ”が動き始めていることも事実と考えます。

しかし、臨床との相関性という点ではまだ十分に検証された段階ではないことから、本報告では、ディスカッション時に出されました、主として服薬相談活動における患者さんへの「関わり方」に焦点を合わせた内容で「まとめ」を行いたいと思います。

## 2. 服薬相談活動で留意する点

### (1) その基本的視点について

講演時にもお話ししましたが、分裂病の方々との「つき合い方（そして折り合い方）」にはいくつかの定式化されたものが存在していると思います。それは、分裂病がなぜ発症するかということでは不明な点が多いのですが、発病から回復（寛解）に至る「一連の諸過程」についてはかなり詳細に分析され、各段階での対応の仕方～してはいけならしいことと許されるだろうこと<sup>4)</sup>も明らかにされています。しかし私たち薬剤師は、患者さんの微妙な、そして“うぶ毛”のような心のあり様をしっかりと理解するのは「不可能」に近く（日本の薬剤師の世界にも米国のように専門領域薬剤師教育が行なわれ、精神科治療専門薬剤師が生まれるようになればまた別でしょうが・・・）、「一連の諸過程」と「各段階での大雑把な特徴」を理解しつつ別の“角度”からの「関わり方」を今は行なう必要があると考えています。私は、ここ15年ほど、H. S. サリヴァンという1900年代初めに生きた米国の精神分析医の「考え方」と人生から学び、その「考え方」（「関与」しながらの「観察」）を薬剤活動、とりわけ服薬相談機能に活かすことができないかどうか検討してきました。サリヴァンの生涯や彼の「臨床哲学」については成書<sup>5～8)</sup>を参照していただきたいのですが、サリヴァンは患者さんに期待することのできるものの一つとして、辺縁的身体感覚の意識化ということを掲げています。

具体的には、(1)クスリの服み心地、(2)季節感、(3)味覚、(4)眠り心地、(5)目覚め心地、(6)疲労感（逆に疲労回復感）、(7)心身の余裕感（逆に目詰まり感）、(8)不安感や焦燥感など患者の「身体基礎感覚」の重視ということですが、精神分裂病圏を含む精神疾患の患者さんとの「折り合い（薬剤師による服薬相談活動）」では、こうしたあまり「痛くないところから始める」というスタンスが重要と考えています。またサリヴァンは、患者さんとの関係では常に「安全保障感」の保障を行なう必要性を強調しています。サリヴァンの「安全保障感」には、「安心と癒し」という二つの要素が組み込まれていると思いますが、その意味からも直接的に中核部分に触れることのない“保護的”な「関与」の仕方を行いつつ、同時に「関与」に対する患者さんの反応を「観察」し（+その時、その場において薬剤師の内面を流れる感情の動きも）、「記録化」を図ることが求められると考えます。私自身が作成しました精神分裂病圏の患者さんへの「関与」しながらの「観察」諸項目につきましては、講演当日に配布しました資料<sup>9)</sup>を参考にいただければと思います。

### (2) 基本的視点から言えそうな二つのこと

サリヴァンが指摘しました「辺縁的身体感覚の意識化」というのは、観察者であります薬剤師側からしますと、患者さんの外部環境変化にともなうストレス負荷によって生じた心理的側面での“ゆらぎ（さざ波）”が神経・生理的過程に影響を与え、さまざまな身体化として現われてくる「反応」や、逆に身体面での変化（内部環境の準安定状態の“破綻”→C. ベルナルルによる）が不安や焦燥感、アレっ？なにか変だな～という“感覚面”での「反応様式」両面を「観察」するということですが、前述しました「身体的基礎感覚」を重視した患者さんへの「関与」は、服薬相談という「場」を互いに“楽”な形で行なえる点で有用と考えています。また患者さ

んの身体感覚という「自己モニター機能」を活かしながらの「関与」と「観察」は、患者さんの心理・社会的ストレス負荷の程度を観察者である薬剤師が押し量り、「今、ここで」の対応を考えたり、患者さんが悪化していく際に身体に現われてくる、その患者さんに特有な“身体からの警告現象”をいち早くキャッチして対応する能力を患者さんとともに考え、育てあげていくことは（→患者さんの“気づき”を促す働きかけ）、患者さんが“見えてくる”とともに投与薬剤の有効性と限界を学んでいく上で重要と考えます。

第二に、こうした「中立的な事象」からの「関与」は、分裂病圏の患者さんの気持ちを考えてみても「合理的な関与法」ということが言えるのではと思います。分裂病の方が最も忌み嫌う「関与」の仕方は「強引さ」と「不意打ち」、そして「指導」という、いわば「押しつけがましさ」とされています。私たち薬剤師はたしかに、薬の持つ物理化学的側面や薬理作用といった専門的視点から“その薬”を把握することについては得意としています。しかし、患者さんは「患者」としての生活を十数年という単位で送っている方もおり“その薬”が「どういう物であるか？」（→服用したときの経時的な身体面や感覚面に現われる微妙な変化）という点では優れた「観察者」でもあります（その意味ではむしろ患者さんから教えられる面が多く、服薬「指導」という言葉は適切ではないような気がしています）。

そして、患者さんは薬の名前や薬効、副作用のことについて知りたいと思うこともあるのでしようが、私自身の少ない経験からは“その薬”という媒体を通して、さまざまな問題～例えば医師—患者関係といった治療関係や対人関係上のことなど～を服薬相談という「場の器」の中に投げ入れてくるケースが多いように思います。したがって服薬相談活動をする際の“構え”としては、「強迫的」に一方的に薬剤師側から説明を行なうのではなく、中井久夫が「カタツムリ」を例にして述べているように、思う方向に「指導」しようとするれば「カタツムリ（＝分裂病の患者さん）」が“どこに行きたいのか”という情報を失うことになることから、患者さんに“添い”つつ患者さんの言葉に“聴き入り”ながら一歩遅れた形で臨むことが（そして方向性としては「関与」しながらの「観察」という形）、患者さんの特徴（押しつけがましさを嫌う）を考えた場合、大切なのではと思います。

### 3. おわりに、そしてこれからの薬剤師（薬学生）の皆さんへ

サリヴァンは、彼の分裂病論で「われわれは何よりも先ず同じ人間である。幸福な者も・・・悲惨な分裂病患者も」「分裂病はあくまで人間的過程であり、急性の分裂病患者がみせるもっとも奇異な行動さえも、われわれの誰しもが日常馴染みの対人関係、あるいは過去の生活において馴染みであった対人関係から成るものである」と述べています。分裂病になぜ？罹患するかについてはまだ分かりませんが、抗精神病薬の薬理作用はその病巣部を解明していくための重要な糸口を提供し始めています。例えば、数年前に登場したセロトニン／ドパミン拮抗薬・リスペリドンや米国で使用されていますクロザピンの臨床薬理学的研究からは、分裂病の病巣部が前頭葉領域に「位置」しているらしいことが報告されつつあります。分裂病が中枢神経系（CNS）の言葉でどのように語られてくるかについては今後の課題となりますが、学習や未来に向かって身がまえる役割（中井によりますと、この身がまえるという役割は対人感覚における認知機能に相当すると

しています) を担っている前頭葉機能とサリヴァンが規定した「分裂病=対人関係の病」という命題とは、相互排他的ではなくむしろ「対応」<sup>1)</sup>していく可能性があると考えています。

そろそろ所定の枚数がきてしまいましたので「まとめ」たいと思いますが、明治という時代に生きた呉 秀三という精神科医はその著書で分裂病者は二重の不幸を背負っていると書いています。二重の不幸とは「(分裂病という)病を得たる不幸であり、もう一つはこの国(日本)に生まれたる不幸」ということですが、当時ヨーロッパを中心に精神障害者の処遇について視察を行なった呉自身が日本との比較でそう書かざるをえなかったのだらうと思います。しかし、呉が述べた二重の不幸という状況は、明治時代と違い治療法も格段に進んでいますが、しかし全体としては「今」も変わっていないと言えるのではないだらうか! ? と思います。精神障害者のリハビリテーションが「治療の一環」として取り組まれていますし、その診療報酬上の点数化もされています。しかし、60年代に厚生省と労働省が欧米の流れから学び、リハビリテーションの概念を日本に導入するにあたり、その訳を「更正」とし、今だに訂正することなく使用していますが、私はそこに精神障害者に対する国の基本的な姿勢を見る想いがします。(患者さんたちは)何も悪いことをしているわけではないにもかかわらず「更正」とはどういうことなのでしょうか! ?。またあまり知られていませんが、ナチス・ドイツが戦争遂行時に行なった精神障害者の「抹殺」という歴史的事実からも理解できるように、その国の精神障害者たちがどのように処遇されているかは「民主主義のパロメーター」でもあると考えます。

したがって服薬相談活動という機能には、サリヴァンがそうであったように、患者さんから何ごととも学ぶ(→あれかこれかではなく、あれもこれもの視点)と同時に、薬物という狭い枠内だけでなく「しっかりとした人権思想」に根ざした“関わり”が薬剤師には必要になりますし、患者さんたちが第一に“求める”ことなのではと思います。ともに頑張りましょう。

## 文 献

- 1) 中井久夫, 抗精神病薬の使用戦略試論, 精神科治療学, 1, 5-22 (1986).
- 2) 石田 悟ほか, 受容体結合プロフィール・パターンを用いた抗精神病薬の個別化と処方解析用テキスト作成について(第1報), 社会薬学, 18, 46-51 (1999).
- 3) Allen. F., et al., エキスパートコンセンサスガイドライン(精神分裂病と双極性障害の治療), (株)ライフサイエンス, 東京, 1997.
- 4) 中井久夫, 妄想患者とのつき合いと折り合い, 中井久夫著作集 第2巻(精神医学の経験), 岩崎学術出版, 東京, 46-56 (1985).
- 5) H. S. ベリー, サリヴァンの生涯(1, 2), みすず書房, 東京, 1985.
- 6) サリヴァン, 精神医学的面接, みすず書房, 東京, 1995.
- 7) サリヴァン, 精神医学は対人関係論である, みすず書房, 東京, 1990.
- 8) サリヴァン, 分裂病は人間的過程である, みすず書房, 東京, 1995.
- 9) 石田 悟, 保険薬局における精神科薬剤の服薬相談活動について, 都薬雑誌, 22(7), 25-32 (2000).

(青森 大野あけぼの薬局)