

# 精神科薬剤師の「役割」と専門性について

石田 悟

## はじめに

桜ヶ丘病院薬剤部長で精神科病院特別委員会委員長の吉尾隆氏が、日本病院薬剤師会雑誌10月号に「精神科薬剤師業務の標準化と専門性」と題して氏の見解を述べている。私自身は患者さん達と“群れ遊ぶ”中で、患者さん達の多様性というか個性あふれる姿に触れ、また「臨床」(ヨーロッパの薬剤師がそうであるように、この言葉を薬剤師が日常的に使用して良いものかどうか最近では疑問に思っている)が常に“応用”である以上、「標準化」という言葉に正直なところ、何とも言えない違和感を持っている。吉尾氏は「精神科における薬剤師の専門性」という段落で、「精神科医療においては、薬物治療のみならず、精神分析や精神療法といった人間の精神(こころ)に働きかける治療法もあり、カウンセリングの技術を取得することが精神科の専門性と勘違いしている薬剤師もいるが、薬剤師の専門性は薬物治療における専門性である」と述べている。私は以前から教育者(スーパーバイザー)による専門的な教育分析(スーパービジョン)を受けることのないカウンセリング(薬剤師によるカウンセリングという言葉を用いることが最近では不評なのか、コミュニケーション・スキルという言葉に置き換わりつつあるが)は、「小学生に多変量解析を行え」というのに等しく“非常に危険”であることを話してきた(土台のない所に柱立てするようなものであり、結果として患者さんを傷けることになる可能性が高くなる)。その意味では氏の考え方に同意できるのだが、これからの時代、(臨床心理教育課程を履修し、きちんと教育分析を受けた上で)専門的にカウンセリングを行える薬剤師が誕生してくることがもしあるとすれば、それは「患者にとって大きなメリット」になるであろうと考えている。そして、これは私の直感的なものでしかないのだが、精神科は「あれか・これか」ではなく「あれも・これも」の視点が要請される“場”と考えている。「薬剤師の専門性は薬物治療における専門性」という氏の見解に賛成なのだが、一方で薬剤管理指導の届出率が全精神病院の54%に対し、実施率が約18%でしかないという現実が、単にマンパワーが充足し、「標準化」という枠や「専門性」制度を設けることで解決できるのだろうか、との疑問がある。本報告では、私論にならざるをえないが、私自身の「臨床」実践過程で私自身が描いている「精神科専門薬剤師像」について述べたいと思う。

## 1 「標準化」の前に抑えておく必要があると思われること

病棟に入り、患者と話していると(精神科の)患者が薬剤師に望んでいることは、薬のきめ細かい薬効や相互作用、有害事象のことなのだろうか、と思うことがある。それらは「聞きたいこと」の第一なのかもしれないが、しかしその奥には「自分の将来や予後、薬を飲み続ける

ことへの心の揺らぎ」などいい知れぬ不安があるのだらうと思っっている。現に処方設計を行った若い患者が（⇨統合失調症「妄想」型）、一通りの薬剤管理指導業務を行っている「毎回、私の飲んでいる薬のチェックをしてくれることは助かるが、結局わたしは、この薬をいつまで飲み続け、そして将来はどうなるのかが知りたい」と述べてきたことがある。

またある患者（統合失調症）は退院して1ヶ月目に再入院してきたが、話を聞くと「薬は一切飲んでいなかった」とのことであった。「飲めなかった理由」を問うと患者は、「〇〇先生の薬ではないから」と答えてきた。彼のようなケースは、コンプライアンス（この言葉も私は余り好きではない）不良群ということになるのだらうが、彼が「薬を飲めなかった」のには彼なりの理由が存在していた。薬物治療というのが患者による「消費段階」までを指すのなら、「医師の分身としての薬物」を服用できなかつた過程に横たわっている「心の襞（ひだ）」（＝不安や相性性などといった心理）を薬剤師が可能な限り理解しようとしなければ（そして、そうした心の襞を大切にしながら一緒に考えるという視点～ヨーロッパの精神医学界がそうであるように Concordance～協同作業～の視点がなければ）、障がいを抱えつつも困難な生を生きていく患者が、「杖がわり」としての薬物を自分のモノとして位置づけていくことは難しいことであらうし、薬剤師側にその患者自身の姿が見えてはこないだらうと考えている。精神科においてコンプライアンスおよびコンプライアンスを補強するアドヒアランスという“技法”は、再燃再発を防ぐ意味から重要である。しかし、コンプライアンスが良くなるのは、単なる強調や指導、説得、教育ではなく（⇨精神科において、“この方向性”からの関りで成功した例はほとんどないのではなからうか）、①「（医師から渡された）その薬により助けられた」とする“患者自身の良き体験”であり（そしてその内在化）、②医師—患者関係という“良好な枠組み”（＝構造）であり、③治療全体に患者自身が能動的に参画できる「治療文化」としての Concordance が決定的な因子であらうと考えている。したがって、私自身はコンプライアンスを強調したことは今までなく（ただし、完全に服薬中止をすると3か月で100%の人が再燃再発することだけは伝えている）、「飲めなかった理由」や「（実験的に）薬を止めたことにより生じた患者自身の気分や意識、心の変化」などを服薬相談時に話してくれたことを高く評価するようにしている（このことはサリヴァンが述べているように、患者による対処能力や薬の持つ効果や限界を患者自身が身につけていく上で重要なことと考えている～大脳辺縁系の意識化⇨飲み心地や意識の変化など）。話は横道にそれるが、吉尾氏は「抗精神病薬」という言葉を使っている。「抗精神病薬」は主として米国で使用され、ヨーロッパでは「神経遮断薬」という言葉が用いられていたと記憶している。どちらでも構わないのだらうが、しかし患者の立場で（身になって）考えるとき、確かに「医師の分身」としての役割を精神科の薬は持っているが、患者にしてみれば「（それは決して、そしていつまでたっても）ありがたくないプレゼント」であり、まして「精神（こころ）に「抗」する「クスリ」というのであれば（これは精神薬理学的にも「不正確」な表現ではないだらうかと思っっている）、「（神経遮断薬を）飲みたくない」との患者心理が働くのは当たり前なのではないだらうか。たかが薬かもしれないが、患者にとってはされど薬なのではないだらうか。さらに経験的に精神科の薬物は、効果、随伴症状を含めた有害事象発現に「患者の主観的心理状態」と置かれている医療（保険）制度を含

む「環境」が大きく関与し、これらパラメーターの相補的・相互的作用に（薬物の効果のみならず生物的次元の病態水準も）強く左右されるという“周知の事実”が存在する（⇔弘前モデル～蟻塚亮二による）。向精神薬分野でのプラシボー実験が「証明」しているように、精神科の薬は、実に“自由度”が大きく、「この領域」に立ち会う薬剤師としては「教科書的」理解だけでなく、フロイトやフロムライヒマン、メラニー・クライン、ウィニコット、バリント、サリヴァンなどといった先人たちの「患者観」や「(技法を含む)治療観」、ならびに「治療構造論（構造～環境～で癒すという視点）」など、薬物療法を補完する「周辺科学」を“そこそこ”薬剤師が学ぶことは重要と考えている。精神科に働く薬剤師の「専門性」が、氏が主張するように薬物療法における「専門性」であるのなら、「周辺科学」領域の裾野を押しひろげ、深めていくことが求められてくるのではないだろうか（そのことはとりもなおさず薬物治療観～技術～の峰をそれまで以上に高めることとなる。「臨床力」をつける（⇔「専門性」を深める）というのは、こういうことではないだろうかと私は考えている。

「症状対応性が極めて低い」ことも精神科の薬の一大特長である。私は患者・当事者の集まりや（精神科勤務）病院薬剤師会での講演（青森市，弘前市）では、「(数多くある神経遮断薬の中で)幻覚・妄想，その他の症状に直接働き，それらを消し去るような薬剤は存在しないこと」，「幻覚・妄想，その他の症状は，サリヴァンが述べているように不安の無い所には構築されないこと」，したがって「精神科の薬は新しい・古いの違いはあっても，主として対人関係に由来する刺激介入により高まった患者の不安エネルギーを軽減化する働きだけであり，それ以上でもそれ以下でもない」と話している。つまり，精神科の薬物（神経遮断薬）は有効領域と限界（薬物だけでは絶対的に無理な領域）が存在し，その「見定め」が薬剤師としてもできなければ，「症状後追い主義」となり多剤・大量療法に道を譲ることになると考えている。私自身は処方設計に際し，ランベルの分類（鋭利型，鎮静型～静穏型～，中間型神経遮断薬）と「治療用窓理論」をモノサシに，患者の自我状態を見ながら薬物選択を行うようにしているが，右肩上がり直線的に「回復の過程」を進むことはほとんどなく，その多くは，対人・対物関係の「変化」（⇔それはとりもなおさず不安や恐怖を惹起し，ときに薬物療法下にあってもエネルギーの流動化・肥大化・拡散化をきたすこととなる）に揺れながらの（右往左往しながらの）遅々とした歩みでしかない。精神科では前述したように，薬物のみならず様々な方法（言葉かけや「場」の変更など）を駆使しながら「不安」に根ざした患者の症状を薬物の修正，追加をしなくとも解消することが可能な場合がある。例えば薬を服んでいる患者が，何らかの刺激介入により状態象の「変化」をきたしたとき，注射製剤を含めた向精神薬を使わずに，そしてカウンセリングまでいかなくとも目を見つめながら，患者の手を握り，ただただ患者に添いつつ彼らの話しに「聴き入る」ことや静かな個室環境に異動させることで患者自らが危機状態をスリ抜けていったという経験はないだろうか。私は医局員へのレクチャーで「精神科臨床とは患者の不安に見入ることであり，精神科における治療とは薬物療法を含めた全ての“技術”を総動員しながら患者による“不安の昇華過程”を援助することである」と述べてきた。つまり，言葉や対人・対環境という「場」にも「不安軽減化作用」があり，精神科治療ではそれらが患者さんの個別性に応じて“統合化”されたときに（薬物の治療効果は）最大となり，薬物

が持つ「限界」はその条件下で最も小さな値を示すこととなる。私は「公式」をしっかりと身につけていなければ「応用問題」を解くことができない数学の世界がそうであるように、精神科勤務薬剤師の「専門性」を強調するのであれば（そして精神科にあって薬剤師の「専門性」が是非とも必要というのであればなおさらのこと）、氏が書かれているような「精神科薬剤師の標準的業務」の他に（というよりもそれ以前に）、これまで述べてきたような“より basic な面”（→「精神」を病むとはどういうことなのだろうか、そして精神科の患者はどのような人たちなのだろうか、私たちには何ができるのだろうか）を精神科で働く薬剤師が学べるよう、余り好きな言葉ではないがその点も「標準化」すべきなのではと考えている。

## 2 サリヴァンから学ぶ「専門性」について

私は一昨年開かれた日本社会薬学会で、「調剤の定義」、「臨床ならびに臨床薬剤活動の定義」について報告した。「調剤の定義」について私は、「情報の塊であるその薬（化学物質）が、目の前にいるその患者（相談者）にとって、①安全で、②有効性にとみ、③経済的であるかどうかを解析することであり、かつその患者（相談者）に提供する④必要性があるかどうかを含め意思決定する一連の行為である」とした（⇔安全性—有効性—経済性の他に“必要性”を加えたのは、私自身が薬剤師を始めた頃に学んだ太田秀ら東京民医連の薬剤師集団が薬剤活動の基本視点として「定式化」していた薬の二面性を発展的に止揚させるとともに、処方解析・処方設計を含む能動的情報提供を薬剤師活動の中心に据えた“形”を作りたいとの思いからであった）。

「臨床」については「医学モデル」をベースに、「生物的—心理・社会的存在である“病を抱えたヒト”に添いつつ、彼らの不安に見入り（聴き入り）、それらを取り上げ、一緒に考え、病を抱えたヒトによる不安の昇華過程（⇔病との付き合い—折り合い—向かい合い方）を援助する一連の“関与しながらの観察”である」と報告した。

そしてこれら両定義から導き出される「臨床」薬剤活動と薬剤師“固有”の業務としては、“関与しながらの観察”を基本に、薬物治療を中心とした薬学的「専門性」と社会薬学的視点、医療心理学的視点からの“複眼的考察とその実践”であり、具体的には、(1)事例を中心とした医薬品「評価」活動～「調剤」定義に添った新薬・副作用モニタリング活動～と(2)「処方設計」を含む能動的情報提供活動とした。周知のように“関与しながらの観察”は、1900年代初め、未だ精神科に薬物がなかった時代に活躍した米国の精神科医・サリヴァンが比較文化人類学の分野から借りて用いた言葉である。サリヴァンが残してくれたこの言葉の意味を私は、「関り—読み取り—伝え」の技術と理解しており、「臨床」活動上の“重要な基本中の基本の一つ”と位置づけている。

サリヴァンは「精神医学は対人関係論である」と定義しているが（これについて私は、もう少し広げて対象関係とした方がシックリするのではと今は考えている）、患者へ言葉による「関与」を行うとき、患者の内面では「関与」に対する動的・静的摩擦力が働く。と同時に、観察者である薬剤師側にも「関与」に基づく反応である表情や仕草の変化といった患者「全体」から“伝わってくる力”への反応が起きる。精神科の「臨床」はこの「観察」の繰り返し

であり、「観察」の密度（精度）によって「観察」結果（薬物の効果など）が異なってくる量子力学の世界がそうであるように、「関与力」とともに「観察力」を個人としても集団としても磨くことは重要なことと考えている。私は精神科のみならず一般科で働く薬剤師を念頭に置いてこれらの「定義化」を行ったが、その内容は薬剤師としては（これまで言われてきたような）“ごく常識的なこと”ばかりであり、とりたてて目新しさはないと思われるが、仮に私が精神科「専門」薬剤師を育てる立場にあるとするなら、「標準的業務」（薬学的ケア）はもちろん重視するが、事例をもとにした“土台創り”（⇔医療観～患者観～なり治療観を磨く訓練と修得，ならびにサリヴァンが言及していない，患者の何を「観察」し，どこに「関与」すべきかとする項目整備～医療薬学会で報告済）を最優先させるだろうと思っている。何故なら、精神障がいという「病」を抱えたその患者がある程度見えなければ、後述するように精神科薬剤師としての“楽しみ”や患者の良さ（健康的な面や治ろうとする力，そして底力など）を見いだすことも、まして「専門的」に深めようという意欲も生まれてくるはずはないと思うからである。氏の見解では「この過程」が文章化されていないので何とも言えないが、「標準的業務」（薬学的ケア）はこうした“基礎”の上に立ってこそ活きたものとなってくるのではないだろうか。

### 3 多剤併用「問題」を通して考える「専門性」について

一方、精神科の「大問題？」として（解決していかなければならない問題として）多剤・大量療法がある。いわゆる第二世代と言われる新しい神経遮断薬が市場化された頃より、この「問題」がそれまで以上に声だかに叫ばれ、「多剤併用は“悪”である」かのごとき宣伝がメーカー主導のもと各精神科専門誌に連載されてきた経緯がある（横道にそれるが、二分法的・単剤＝善論にしても治療ガイドライン・薬物治療アルゴリズム作成にしても、それらは製薬資本の多大な援助のもと行われている。いわば市場性確保のためのビジネス文書に過ぎないのだが、精神科薬物療法に関する「専門性」を強調する方々からはこれら製薬資本の考え方に迎合？した内容報告はあっても批判的に吟味したものが「皆無」というのは実に奇妙なことだと私は思う）。私自身は「単純な単剤志向論者」ではないが（そして、いわゆる第二世代神経遮断薬万能論者でもないが）、しかし明らかに行き過ぎる（と思われる）「多剤・大量療法」には反対の立場である。私は患者に、「ただ生きている」ことにも重要な役割と意味がある」ことを強調するようにしているが、行き過ぎる「多剤・大量療法」は、ホメオスターシス論からも明らかなように、生体を取りえる道は“突然死”以外になくなり、結果として「病者」としての役割（＝淡々と“ただ生きている”こと）をも奪いかねない状況に追い込むこととなるからである。ある「多剤併用」にあった高齢女性患者の減量作戦を行ったことがある。患者は帰る家はあるにしても受け入れが悪く、30年以上にわたり病院生活を送っていた。クロルプロマジン換算で3000mg/日近くの投薬量であったが、患者は「その器」の中で安定していた。主治医と減量計画を持ち、患者に了解を得ることなく（インフォームド・コンセント&チョイスをせずに）そのスケジュールに添って行っていたが、ある日患者は、「私の人生はなにも無いものだった。失いつづける連続だった。母を失い、生まれた家も失った。結婚もできなかった

た。残されたのは、この病気だけだった。薬が減っていくことは嬉しいが、いまの私の気持ちの中には、これでまた何かを失ってしまうのではという不安といつも他人に決められてしまうことへの不満がある」と述べてきた。患者は、無為・自閉・好褥的生活を送る病者としてしかスタッフの目には映っていなかったが、患者は初めて、堰を切ったように「自分の意志」を明確に述べ、社会に対しても忌避的な姿勢でないことを述べた。そして可能であれば、生まれ育った家のそばで暮らしたいとも話してきた（福祉ホームかグループホームで）。患者の発病に至るまでの経過（ならびに生育歴）と、これまでの凄まじい入院生活を知っていた私は、患者の“こころの奥深く”にあるこちらに「伝えたい」ところを読み取れず、しかも「良かれと思ってしたこと」が患者を実は深く傷つけていたことを思い知らされ、権威的であった自分を恥じ、その場で謝罪した。私はこれまで 30 年近く「精神科一本」で（薬剤師として）生きてきたが、患者が回復し養生していく上で棲む所（⇔患者にとっての一人で居られる場所）などの環境要因の重要性を再認識するとともに、この一件で（この患者のこの言葉で）“また一から”やり直そうと思った。精神科薬剤師としての「専門性」とは、前述したように患者が良く見えることではないだろうか。「いまの私」からすると、吉尾氏が書いている精神科薬剤師の標準的業務内容や精神科専門薬剤師認定試験受験資格（案）～この内容も余りにハードルが高すぎるのではないだろうか。精神科では一番遅い方の歩みに私たちの歩を合わせるのが基本とされるが、保険薬局で悪戦苦闘しながらもコツコツと患者理解や添う薬剤活動を行っている薬剤師の“処遇”はどうなっていくのだろうかとの危惧感を持つ～では、薬物の「一側面」を理解できる薬剤師が輩出してくるのだろうか、患者が良く見える薬剤師の「保障」は十分ではないと思うのだが、どうであろうか。

#### 4 精神障がい者の社会的処遇問題と「専門性」について

他方、欧米と違い、日本においてなかなか「単剤化」が進まないのは医療保険制度の違いもあるのだろうが、社会的サポート・システム（24 時間対応の“かけ込み寺的”相談所、憩える場、前述した住居や就労の場など）の“致命的”弱さが一要因として大きく影響していると考えている。明治時代を患者とともに生きた精神科医・呉秀三（東大教授）は、その著書で精神障がい者は「二重の不幸」（⇔病気になってしまった不幸とこの国～日本～に生まれた不幸）を背負いながら生きていると述べた。呉が明治という時代に看破した精神障がい者が置かれている社会的処遇（環境）は、21 世紀の今日、改善されたであろうか。1960 年に WHO 顧問として来日した英国の精神科医・クラークは、日本の精神科医療の後進性（入院中心・収容型）を指摘し、社会復帰促進に向けた施策を講じるよう日本政府へ勧告したが（クラーク勧告）、政府はつい最近までこれを無視し続けてきた。しかし、世界共通の課題である医療費を含む社会保障費の再配分問題が浮上すると、遅まきながら“重い腰”を上げざるをえなくなり、周知のように新・障害者プランや「自立支援法」などをやつぎばやに打ちだしてきている。

しかしその「名称」とは裏腹に、根底には医療費総抑制政策があり、精神障がい者の夢や希望、期待、さらにはこれまで獲得してきた既得権までも打ち砕く中身となっている。いわば「金のある者、力のある者は善である」とする虚無主義の行動哲学・ネオ・リベラリズムその

ものなのだが、患者がその回復にとって最も必要とされる“療養環境”を根こそぎ奪い取ろうとしている。

サリヴァンは、人間が希求する目的を二大別して、飢え、渇きなど、生物体的な「満足」の欲求と、心理的・社会的な意味での「安全（保障感）」の獲得維持であり、人間においては後者が前者をしのぐ重要性と緊急性を持っているとしている～中井久夫による～。つまり精神障がい者の回復過程にとって、心理・社会的要因（療養環境）の果たす役割がいかに大きいかということだが、数少ない私自身の精神科「臨床」経験からも、サリヴァンの指摘は全面的に同意できるものである。さらにヨーロッパには、「その国の民主主義の成熟度は精神障がい者の社会的処遇に比例する」との言い伝えがあるが、精神障がい者が置かれている、そして置かれつつある“これから”を思うとき、21世紀になっても、明治を生きた呉が見抜いた「二重の不幸」をこの日本では未だ超えられないでいると感じるのは私だけであろうか。そして精神科薬剤師の「専門性」を主張し、志向する方々から「この種の政治的問題」（精神障がい者の社会的処遇）に対し、何らの意見も提言もなされていない「現実」を考えると、「専門性」とはいったい何であろうかとする疑問を持つのは私だけであろうか。伝統的にファーマシューティカルケアを行動の規範とするヨーロッパと違って日本の薬剤師の最大の“欠点”は、「この種の微妙な問題」になると統合失調症者と同じく、完全に“無為・自閉”を決め込んでしまうことである。ヨーロッパの薬剤師がそうであるように、患者の立場に明確に立った「社会的任務としての役割」をフロイトではないが“無意識”のうちに果たせてこそ精神科薬剤師の「専門性」という家が建つのではないだろうか。

精神科治療で薬物の果たす役割が大きいことは確かだが、それは薬物が何に対しても「対処可能」であることを意味していない。前述したように「効用」とともに「その限界性」をしつかりと認識していなければ、それは「妄想的」万能感に道を譲ることになると思っている。私自身は、医師の世界で言われるように「病気を診ることができ、病を抱えたヒトを看ることができ、病の温床ともなっている社会をも観ることができ」、いわゆる「上医」の概念を精神科で働く薬剤師が学び、身につけていくことが「専門性」を深め、標榜することを可能とする道なのではと考えている。

## 5 「回復指数式」（林宗義）と「専門性」について

長く患者の傍に（患者にとっては迷惑であったかもしれないが）居続けてきた私は、患者が置かれている現状（に対する不満）や呉の言葉などに影響されたせいか、「差別や選別化」の方向性に対し異常なまでの反応を示す体質となってしまったようである。精神科「専門」薬剤師制度が、単に精神科や薬のことが分かるだけでなく、精神障がいという「病」を抱えたヒトである患者が分かる薬剤師であれば異論はないのだが、吉尾氏の報告や精神科「専門」薬剤師制度確立を志向する薬剤師からは、この点での「納得できる十分な答」を私は未だ見いだせずにいる。

一方、精神科では良く「構造で癒す」ということが言われる。「構造」とは、バンクーバーで地域精神医療を展開している林宗義著「分裂病は治るか」にあるように、薬物治療を含む医

療的介入力／患者自身の治ろうとする力／家族の支えようとする力／社会的サポート・システム力などの「総和(=Σ値)」ということになるが、患者の回復にとってはいずれも重要なパラメーターである。そしてこれらが患者の中で“それなりに統合化”されることで「安全保障感」が満たされ、「病」を抱えつつも安定した人生を歩むことが可能になるものと考えている。薬物療法は重要なのだが、単なる「一側面」でしかなく、まして薬物は“生き方”を語ることがない以上、そのみを「浮き彫り」にただけでは“見えるものも見えてこなくなる”のではないだろうかと思っている。かつて私は、生物学的精神医学の分野にのめり込んだ時期がある。希薄になりつつあった脳内受容体なり薬物と受容体との結合など大学で学んだ「知識」をフル動員しながら多くの文献・資料を読み漁った。当時の生物学的精神医学は、分析技術の進展により脳内受容体の動態が視覚的に「観察」可能な状況であった。薬物個々が持つ性格や治療については、生物学的精神医学を学ぶことで、何となく霧の中に置かれ続けていた状態から一気に晴れ間の世界に移動したような「感じ」を覚えていた。しかし、①精神障がい(もしかしたら)薬物で何とかなるものなのかもしれないとする「(幸せな、幼兒的)万能感」に満たされる一方で、②患者の顔が意識の中から消え去り、とまどっている自分に気づき、悩んだすえ、生物的精神医学の「成果」は成果としつつも、「臨床上」のスタイルとしては「薬物精神療法」～西園昌久～とリハビリテーション視点からの接近へと舵取りの変更を行った。いま考えると、もしこの“気づき”が私の中でなければ、多くの精神障がい者を傷つけていたであろうと思っている。

## 6 おわりに、そして「始まり」として

私は精神科専門薬剤師の育成には大賛成なのだが、しかし、精神科薬剤師の「専門性」を考  
えるのであれば、Concordance の視点、つまり狭い？薬剤師の世界だけで考え抜くのではなく対象  
関係に位置している精神障がい者やその家族の方々から意見をいただき(そして期待を含めた  
批判も受けながら)、精神科薬剤師としての「専門性」とは何かを言語化していくべきでは  
ないだろうかと思っている(→このことは精神科治療における「患者に添う」という基本にも通じることである)。少なくとも私は、今までに明らかにされているような精神科における業務の標準化(その内容は、一般科に勤務する方々を含め薬剤師としてごく当たり前のことだけであり、とりたてて精神科云々ということではないと思っている)や資格認定制度を設けることだけで「専門性」を確立できるとは考えられないし、「基本と基礎」(＝しっかりとした土台構造)のないままの制度化は“統合失調状態”をきたすことになるのではと思っている。精神科勤務薬剤師が「いま、ここで」問われているのは、呉秀三が述べた「二重の不幸」を背負いながら生きている(そしてこれからも大変な中を生きていく)精神障がい者の“せつなさや息づかい”を感じることができ、その“顔”が良く見えるようになることではないだろうかと思っている。

岩木山(津軽富士)の紅葉が美しい10月に

いしだ・さとる(藤代健生病院薬局)