

関信地区国立病院薬剤部科紹介 (10)

# 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター薬剤科の現状について

国立病院機構久里浜医療センター 薬剤科

鈴木 秀則, 渋谷 昌彦, 上嶋 綾  
岡田 美晴, 佐藤 美咲

## はじめに

久里浜医療センターは、1963年に日本で初めてアルコール依存症専門病棟を設立しました。当院は患者様の自主性を重んじた治療を先駆けて行い、“久里浜方式”として全国に知られるようになりました。その後、1989年には世界保健機関(WHO)から日本で唯一のアルコール関連問題研究・研修施設として、また近年では厚生労働省からアルコール及びギャンブル依存症治療拠点機関に指定されました。アルコール依存症の他に、インターネットやギャンブル依存症などを含めた精神疾患の入院治療、物忘れ外来などの神経内科や便秘外来などの消化器内科があります(写真1)。

## 病院の概要

久里浜医療センターは神奈川県横須賀市の東京湾を見下ろす場所にあり、東京ドームの3倍という広大な敷地の院内は、緑豊かな丘やホテルの生息する小川などの自然に恵まれた環境です。

2012年4月より病院名を「久里浜アルコール症センター」から現在の「久里浜医療センター」に変更しました。これはアルコール医療だけでなく様々な医療を提供しているためですが、わが国のアルコール医療の中心施設として、研究、専門家育成、外部へのコンサルテーション、情報発信などの取り組みは継続しています。

アルコール医療では従来はお酒をやめる「断酒」治療に重点が置かれてきましたが、2017年4月よりお酒の摂取量を減らす「減酒外来」を始めました。この外来では飲酒量を減らすことや、問題のない飲み方を目標にし、お酒との上手な付き合い方をサポートしています。

そして近年、ギャンブル依存(病的ギャンブリング)治療研究部門を開設しました。通常は外来

通院にて、医師・臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士が連携を取りながら治療に携わっておりますが、入院による治療もあります。精神科医療では統合失調症・うつ病・パニック障害などの不安障害やインターネット依存症などに対して総合的な診療を行っています。また、従来のデイケアに加えてうつ病やアルコール依存症の社会復帰支援プログラムを開設しました。

司法精神医療分野では早くから2病棟を開棟させ、わが国において国立精神・神経研究センターに次いで2番目に多いベッド数を有しています(表1)。

## 薬剤科業務

### 1. 薬剤管理指導業務(表2)

#### ①アルコール依存症

アルコール依存症の診断にはWHOが作成した国際疾病分類のICD-10または米国精神医学会によるDSM-IV-TRが用いられます。飲酒に問題のある場合を総じてアルコール依存症と診断する訳ではなく、“アルコール依存症までには至らないが何らかのアルコール関連問題を有する場合(アルコール乱用、または有害な使用、プレアルコールリズム)”及び“アルコール依存症”に分けられ



写真1 全景

表1 病院の概要

病床数	291床 [一般病床 45床、精神病床 194床(急性期病棟49床)、医療観察法病床 52床]
診療科	精神科、内科、消化器科、リハビリテーション科、放射線科、歯科
専門外来	アルコール科、減酒外来、もの忘れ外来、IBS・便秘外来、インターネット依存専門外来、ギャンブル外来、思春期・青年期精神科外来
部門	認知症疾患医療センター、医療福祉相談室、心理療法室、薬剤科、検査科、放射線科、作業療法室、栄養科、地域連携室
職員数	総数289名( 医師:26名、看護師:185名、薬剤師数:5名 )
患者数等(2016年度)	入院患者数：1日平均252.1人(急性期病棟：46.3人 医療観察法：39.2人 ) 平均在院日数：83.8日 外来患者数：1日平均226.1人 デイケア患者数：1日平均41.9人

表2 薬剤科の概要 (H29年度)

薬剤師数	5名
院外処方箋発行率	90.70%
処方せん枚数(外来院内)	290枚/月
処方せん枚数(入院)	1791枚/月
注射せん枚数(入院・外来)	274枚/月
薬剤管理指導請求件数	298件/月
退院時薬剤管理指導件数	45件/月
後発医薬品比率(数量ベース)	86.7%
後発医薬品使用体制加算 1	72件/月
持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	35件/月
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	7件/月
感染防止対策加算 2	89件/月

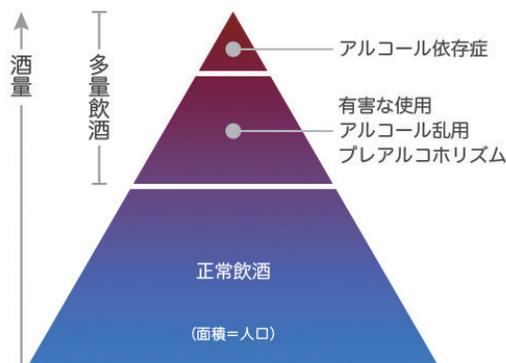


図1 e-ヘルスネット アルコール関連問題の分類

ます(図1)。

入院の適応となるのはアルコール依存症患者であり、それ以外は基本的には外来通院にて治療を行います。入院治療には2段階あり、第一期は断酒・離脱症状に対する解毒治療・肝障害などの身体合併症に対する治療が行われます。第二期では依存症やアルコールの害について正しい知識を身につける酒害教育(ARP:アルコール・リハビリテーション・プログラム)や抗酒剤などの薬物療法、心理社会的治療などが中心となります。薬剤師はARPとして「治療に使われる薬剤」について約70名の入院患者に対して年9回講義を行っています(写真2)。心理社会的治療は、集団精神療法や認知行動療法、アルコール依存症患者同士が互いに励まし合いながら障害を様々な形で克服していく“自助グループ”への参加、作業療法、

そして家族教育などがあります。

治療は一切お酒を飲まない事、つまり“断酒”を目的に行われます。使われる薬剤は、抗酒剤としてジスルフィラム(ノックビン®)、シアナミド(シアナマイド®)、断酒の補助薬としてアカンプロサートカルシウム(レグテクト®)があります。

断酒の三本柱は「通院・自助グループへの参加・抗酒剤の服薬」とされています。抗酒剤は治療の一手段であるため服用は必須ではなく、また、アルコール依存症の患者は肝硬変を合併していることもあり、抗酒剤が禁忌となることもあります。そして、再飲酒の可能性のある患者には危険なため、処方控えられます。

2013年の厚生労働省研究班による調査では、アルコール依存症患者は男性95万、女性14万となっており、男性が約87%を占めています。アルコール依存症に至る背景及びその対処法に相違点が多々あるため、性別でプログラムは異なります。

**男性(若年・中年)プログラム**

男性アルコール依存患者は、第一期治療として

内科病棟（西下病棟）に約3週間入院します。その間に離脱症状（禁断症状）の治療と、頭部MRI、上部消化管内視鏡検査、各種血液検査などの内科的検査・治療を行った後に、断酒教育を受けます。そして、第二期治療として若年・中年男性アルコール依存症病棟（東6病棟）に移り、精神療法や集団活動（1グループ6～8名）により社会に戻る訓練をしていきます。西下病棟では週に一度内科回診を実施し、治療方針等を検討していきます。その際に薬剤師も同伴し、処方提案や適正使用の推奨をしていくなど、チーム医療への参画を積極的に行っています。東6病棟ではお酒に結びつきやすい考え方にフォーカスを当てる“久里浜式認知行動療法”，退院後の生活に備えた“週末外泊訓練”，自助グループ参加，作業療法，服薬指導などからなる約2ヵ月のプログラムを受けます。

### 男性（高齢者）プログラム

高齢者の特性に配慮した緩やかなプログラムで、身体機能や認知機能の低下した方でも対応可能となっており、これまでの半生を振り返る“酒歴発表”などをします。若年・中年男性と同様に、最初は内科病棟（西下病棟）に入院し、各種検査や治療を行います。その後、高齢アルコール依存症専門病棟（東1病棟）へ移ります。入院期間は内科病棟も合わせて約3ヵ月です。

### 女性プログラム

患者の年齢は20代から80代と幅広く認知機能にも差があるため、女性プログラムは3種類に分けられます。MMSE (Mini Mental State Examination) などで認知機能を評価したのち、医師が個々に適したプログラムに振り分けます。女性ならではの背景として、家庭での子育てや嫁・姑問題、職場での人間関係によるストレスなどから飲酒につながるケースもあるため、女性精神保健福祉士による女性だけのミーティングもあります。女性アルコール依存症患者は精神科，インターネット依存症及びギャンブル依存の患者と同じ病棟に入院となり、第一期第二期治療は同一病棟で行われます。入院期間は約9週間です。

### 病棟業務・服薬指導

アルコール病棟では週1回カンファレンスが行



写真2 ARPでの集団指導

われ、医師・看護師・薬剤師の他、心理士・精神保健福祉士・作業療法士・栄養士と多部門のスタッフが情報を共有しています。当院の診療科は内科・精神科に特化しているため、合併症を持つ患者が他科の薬を持参する際にはそれらの薬剤に関する注意情報などをスタッフに提供しています。

また、服薬指導ではアルコールが原因で起こる身体的な問題、精神的な問題を見逃さないよう、しっかりと聞き取りや観察を行っています。身体的な問題とは、高血圧、肝障害、高脂血症、糖尿病、痛風などがあり、精神的な問題としては、うつ、睡眠障害などが多く見られます。

服薬している薬についての説明のみではなく、抗酒剤の服用意義や断酒補助剤の効果、また日常生活における注意点等の説明をすることで患者自身に病識を持たせ、治療の選択肢を増やせるように丁寧に説明をし、自主性を高めています。

患者は外泊時に飲酒をせずに帰ってくる練習を繰り返しますが、その都度退院後の生活を視野に入れ、不眠等の不快症状の改善に努めなくてはなりません。そのため積極的に患者の元に赴き、生活スタイルに合わせた薬の服薬方法や種類等を提案していきます(写真3)。

### ②精神科

精神科の患者は主に統合失調症・うつ病・双極性障害などの疾患であり、症状に合わせて開放または閉鎖病棟に入院します。精神科患者は家庭内の問題により不調を来す場合も多いため、頻回の入院により生活環境を整えて回復を図ることも治療目的となっています。家庭では引き込みり気味になりやすいため、入院中にスポーツや調理・園芸などの作業療法に参加することで、急激に運動



写真3 服薬指導

量が増加し検査値が大きく変動することもあり、患者への聞き取りや観察も頻回に行っています。どの疾患も完全寛解とはなりにくく、退院後も怠薬による症状悪化で再入院するケースも多いため、継続服用の重要性を指導しています。

### ③インターネット依存症

基底に注意欠陥／多動性障害（AD/HD）がある場合も多く、学校で友人とコミュニケーションを上手くとることができずオンラインゲームに没頭し、昼夜逆転生活となり登校困難となってしまうことも多くあります。入院してインターネットとのつながりを断ち、夜寝て朝起きる規則正しい生活を身に着けることを指導します。使用される薬剤は、昼夜逆転を改善するための催眠鎮静薬やAD/HDの治療薬が処方されます。10代の患者は、外来では診察及び投薬のキーパーソンが保護者である場合が多く、入院することによりその者達と離れ患者本人で自立した生活を行うため、服薬指導では個々の患者の理解力に配慮しながら指導することを心掛けています。

### ④ギャンブル依存症

2ヵ月の入院プログラムで、認知行動療法が治療の中心となります。ギャンブル依存症は、薬物での治療は必須ではないため、主に合併症についての服薬指導を行っています。

## 2. 調剤室・注射室の業務

当院の院外処方箋発行率は約90%のため、調剤業務の多くは入院調剤です。現在も手書きの処方箋のため、調剤支援システムのVP-Win（株式会

社トーション）へ手入力することで錠剤自動分包機・散剤監査システム・散剤分包機・葉袋印字プリンター及び薬剤管理指導支援システムPICS（インフォコム株式会社）へ情報を送信しています。調剤時に併用禁忌薬・注意薬を既存のシステムでチェックすることが難しく、オーダリングの導入を待ち望んでいるところですが、VP-Winに薬剤相互作用システムを導入し併用禁忌注意の薬剤についてあらかじめ登録することで、警告画面を出して注意を促しています。

定時薬調剤では、服薬コンプライアンスを重要視して製剤上問題のあるものなど一部を除いて一包化をするため、錠剤自動分包機は休むことなく稼働しています。精神科では1回服用錠数が20を超える処方もあります。

注射薬については処方枚数が非常に少なく、その中の多くはアルコール依存症の急性期治療のビタミン剤などや持続性抗精神病注射剤（例：リスパダールコンスタ筋注<sup>®</sup>、ゼプリオン水懸筋注<sup>®</sup>、エビリファイ持続性水懸筋注用<sup>®</sup>）です。持続性抗精神病注射剤の投与は投与間隔が重要であるため、予定表を作成し管理しています。

## 3. 向精神薬適正使用の取り組み

平成28年度の診療報酬改定における向精神薬多剤投与時の減算ルールについて、薬剤科が中心となり多職種参加型経営改善ワーキングで積極的に取り組んできました。通院・在宅精神療法や処方料・処方箋料等の減算を減らす工夫として、処方箋上の向精神薬名の先頭へマークをつけ（定型抗精神病薬には★、非定型抗精神病薬★★、抗うつ薬■、抗不安薬●、睡眠薬▲）、医師の意識を変えていく努力をしました。その結果、抗うつ薬または抗精神病薬の投与を受けている外来患者のうち、各3種類以上の投与を受けている患者の割合がH28年7月では10%以上でしたが、H29年7月では5%と大幅に減少させることができました。

統合失調症の治療で、多剤併用を減らす手段の一つとしてクロザピン投与があります。クロザピンは治療抵抗性の統合失調症に対して効果が高い反面、無顆粒球症といった重篤な副作用が問題となる薬剤です。そのため本人または代諾者の同意が必要であり、クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）の運用手順に従って投薬しています。原則投与開始後18週まで入院治療することと

規定されていますが、当院患者は2週間分の処方が可能となる27週以降に退院としています。退院の際はクロザピンの服用証明カードの配布や、顆粒球減少症状の具体的な自覚症状などを説明し、該当することがあれば速やかに病院に連絡するよう指導しています。当院には血液内科がないため、顆粒球減少症時はあらかじめ連携している他院へ転院することになっています。

クロザピンを処方するうえで最も優れているところは、単剤化でなければ使用できないところにあり、抗精神薬の多剤投与による過感受性精神病の問題を改善できると考えられ、難治性統合失調症にエビデンスがある由縁でもあります。そして、頻回の血液検査により副作用の重篤化を回避できるため安全に使用できる薬剤です。クロザピンは治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を取得できる唯一の医薬品であり、さらに、減薬することで退院時に薬剤総合評価調整加算の算定が可能となります。実際に、内服薬が10剤から2剤まで減薬できた症例もありました。

当院ではクロザピン治療が2013年から始まり、薬剤科主導で事務局を立ち上げ現在10名に投薬管理を行っています。

#### 4. 治験と臨床研究について

当院は治験を含めた臨床研究を活発に行っています。薬剤科長が治験審査委員を、薬剤科が治験事務局を担っています。当院で治験を行ったNMDA受容体を阻害する新しい作用機序を持った断酒補助薬アカンプロサートが、2013年5月からわが国でもようやく使用できるようになりました。抗酒剤の誕生から約60年を経て新薬が登場し、アルコール依存症治療における選択の幅が広がり、多くの患者の断酒治療に寄与しています。また、2018年3月に終了した治験は、飲酒のおそれがあるアルコール依存症患者に対しオピオイド受容体調節作用によって飲酒量を低減するため、減酒外来においても新たな治療戦略として期待される薬剤です。当院は精神科領域の治験も多く受託し、現在は統合失調症の他、アルツハイマー型認知症の治験も検討中です。今後治験件数の増加が

見込まれ、専任のCRC薬剤師を配置する等、拡大する治験業務に対応する支援体制整備が課題となっています。

また、当院では国際活動や国際交流にも積極的に取り組んでおり、韓国プサン大学との間で共同ワークショップを隔年ごとに開催しています。薬剤科も第2回開催から参加し、アカンプロサートの使用状況調査等、日常の臨床業務から得られた調査・研究の成果を発表しています。また、国際学会ISAM2014（国際嗜癮医学会年次学術総会）においても発表を行いました。昨年は、アカンプロサートの適正使用を目的として大学と共同で臨床研究を企画し、調査・研究は進行中です。

#### 5. 学生実習について

H29年度に当院初の薬学実習生を受け入れました。ARP・回診・カンファレンス等に積極的に参加することで、他職種との関わりを実感できる機会を多く設けました。

国立病院機構は転勤のある職場のため、癌やアレルギー等の様々な分野で経験を積んだ薬剤師が精神科に限らず他の疾患についても指導しています。また、抗がん剤混注など当院での実習が難しい項目については、他院と連携して幅広く学ぶことができるよう努めています。

#### おわりに

久里浜医療センターは、約50年にわたりアルコール依存症の治療や研究などに携わってきました。近年では、ギャンブル依存やインターネット依存症などを含めた精神科医療を充実させてきました。

薬剤科は、クロザピンをはじめ抗精神病薬等の適正使用推進や、患者の特性に合わせたきめ細やかな服薬指導に取り組むことで、質の高い医療の提供に貢献しています。また、アルコール依存症に対しての臨床研究を継続し、学会や論文等で発表することで、アルコール関連問題研究・研修施設の薬剤師として情報発信をしていく必要性を感じています。