

## 症候学について

12月7日(日)、午後の4時間を使って、富山県薬剤師会の主催で「症候学とトリアージを学ぼう」というワークショップが昭和大学薬学部木内祐二教授(もともと精神神経科の医師)の指導の下に行われました。今回は、それに参加して感じた内容になります。

### 1) プライマリーケアにおける保険薬局薬剤師の役割

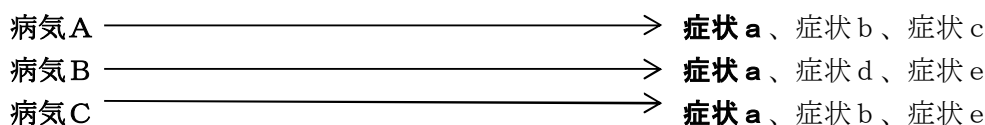
体調が悪い、しかし、病院へ行くと時間もかかるし何かと面倒だ。では、薬局に売っている一般用医薬品でなんとかならないか、そして適切なアドバイスをしてくれないかと思い、人は薬局を訪れます。中には相談も要らないからと薬を指名買いする人(私もその一人ですが)もいます。何故、その薬を指名買いするのかというと、かつてその薬で症状が改善したからという理由がほとんどでしょう。では、その人の言われるままに薬を売ってよいか? 以前の状態と今の状態は違うかもしれないし、以前の状態の時に、その薬を選択したことが実は適切でない場合もあります。その時々によって薬の使い分けが必要になると考えるのが原則でしょう。

その時に、薬剤師が利用者の症状を判断して、適切な薬を選択する必要があります。短期間の薬の利用で症状の改善ができれば、病院にかかる本人の時間的なロスや医療費の抑制にもつながります。これがプライマリーケアにおける薬剤師の役割となるでしょう。

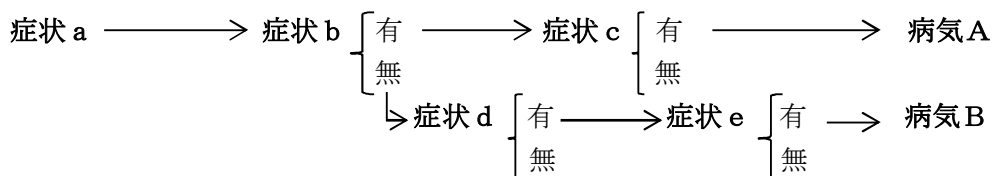
### 2) 症候学の意味

医学の世界では診断学の一つと言えるものですが、最近の薬学部の授業(どうも私立の薬系大学が中心のようです)の中に組み込まれています。患者さんの現在の症状が、どの病気にあてはまるのかを系統立てて推理して、いくつかの病気の可能性を引き出すものです。この授業は従来の四年制薬学部教育の中には組み込まれていなかったもので、四年制薬学部出身の薬剤師は、その症候学的知識を主に経験的な蓄積によって得てきました。従って、全国的にみれば薬剤師間で、その知識は大きくばらついていると思われます。症候学の基本的な概念は以下のようになります。

①従来の教育では、病気Aに、どのような症状が出るかはわかる。しかし、症状aがでた時に、それがどの病気(A~C)に当てはまるかは分からない。



②症候学では、系統立てて症状を分析して、病気の候補を、いくつかに絞り込む。



1) で紹介したプライマリケア、つまり利用者の症状を把握して適切な一般用医薬品を選択するには、この症候学の知識や手法を用いないと適切な一般用医薬品を選択できないのは道理です。さらに、病気を絞り込んだ時には、一般用医薬品を選択するばかりでなく、目の前にある病気が救急車を呼ぶほどの重病の段階か、受診を奨める段階か、一般用医薬品でしばらく様子を見る段階か、生活習慣の

改善（食生活の改善、健康食品や薬膳のお勧めなども良いでしょう）で様子を見る段階か、に振り分ける作業も重要になります。これを最近では「薬局におけるトリアージ」と呼んでいます。

一般用医薬品を販売する際に「症候学の知識」と「トリアージの知識」が必要なのは納得できるというものです。

### 3) 薬剤師のための症候学の書籍

近年、薬剤師向けの「症候学」の書籍や「トリアージ」の書籍が出版されていますが、内容を見ると、なんだかんだと書きながら結局は受診勧奨に結び付ける内容が多いと言われています。せっかく症候学を学んだ六年制薬学部出身薬剤師の将来のためにも、直ぐに受診勧奨の手段に結び付けるのは問題ではないかと今回の講師は主張しています(医師の発想かもしれませんが?)。直ぐに受診勧奨となる原因には、利用できる一般用医薬品の種類の少なさがあるとも主張しています。つまり、「スイッチO T C医薬品」をもっと増やせという主張です。ARB、Ca拮抗薬、スタチン系、P P I 等など、それらがあれば、直ぐに受診勧奨にはならず、症候学を駆使してプライマリーケアの分野で大いに薬剤師の職能を発揮できる訳です。しかし、逆に大きな責任も負うことを覚悟しなければなりません。

### 4) プライマリーケアの意味

スイッチO T C医薬品の種類を増やせば、確かに病気に対応する手段も増えますが、高血圧や脂質異常症、糖尿病など長期に渡り治療薬が必要になる病気のプライマリーケアとは何なのでしょう？ 薬局で簡易の血液検査ができるようになったとして、あなたは脂質異常症と思われるので、ガイドラインの治療法に従って、食事療法をしましょう、とか一般用医薬品のスタチン系薬剤をしばらく飲んで様子をみましょうという環境を作り出そうとしているのでしょうか？

プライマリーというからには初期治療という意味合いになります。本格的な医師による診断、治療の前処置的な意味だととらえることができます。薬剤師による簡易診断・スイッチO T C治療はあくまでも医師に受診する前の一時的な空白区間を埋めるための治療と考えるべきではないでしょうか。

### 5) 保険医療との兼ね合い

医療費の抑制、つまりは保険医療の財源確保の意味からもプライマリーケアの意味合いは大きいとされます。保険医療機関に受診する前の段階、つまり本格的な病気になる前の初期段階で病状を抑えれば、医療費は抑制されます。一方で、一般用医薬品は保険が効きませんから、患者さんは高いお金を支払い、薬を購入することになります。慢性疾患であればあるほど服用期間が長くなる可能性が高いため、費用がかかります。だったら、最初から保険診療を受けた方が患者負担は減って良いという話になり、慢性疾患用のスイッチO T C医薬品の必要性に疑問が生じてきます。また、公的保険が効かなければ民間保険にすれば良いという話になるかもしれません。T P P（環太平洋経済連携協定）の導入は、日本の公的保険の運用を抑制し海外民間保険会社の参入を促進する形になります。T P P導入は最終的に富裕層だけが良い医療を受ける形になり、医療を受ける人達の間には貧富の格差が出来る可能性が指摘されています。アメリカ型医療制度は公平な医療という点では疑問が残ります。

スイッチO T C医薬品の数を増やせという声は、保険の効かない医薬品を市場に流せという声と同じ意味であり、背景にT P P導入の影も見え隠れして、国民の公平な医療受療権に問題(一部保険薬の薬価外し等)を引き起こしかねない発端になるのではないかと個人的には心配しています。

### 6) 薬剤師はミニ医師か

私が大学生の時、薬剤師のあるべき姿に関する大学内の会合で、今回の木内教授の概念のような内容で、もっと稚拙な表現をした際に、会合の世話役であった薬理学の教授から「君は医師になりたいのか？薬剤師は医師ではない。薬剤師には薬剤師にしかできない事があるはずだ」と痛烈に批判された記憶があります。今回、木内教授は内科医の診断率が70%台だと話されました。多くの臨床場面に遭遇する医師ですら、その%であれば症候学に基づく薬剤師の診断率は更に下がると考えた方が妥当でしょう。薬剤師は医師ではないという言葉は常に考えながら私は仕事をしてきたつもりで、症候学の考えも、薬剤師の立ち位置を見失っては、ただ眺めるだけのダイヤモンドの原石に過ぎなくなると思います。症候学をどの場面で、どのように使うか？それを考えたいものです。（終わり）