

ここから始める 薬局トリアージ

「突然の頭痛！」「治らないカゼ？」「繰り返す腹痛…」



佐仲雅樹

城西国際大学 薬学部 客員教授

津田沼中央総合病院 内科 医長

1. 薬局のトリアージ

薬局で行うトリアージとは、医療機関を受診すべきか否か、すなわち受診勧奨について判断することです。トリアージは薬剤師が行うセルフメディケーションの大前提となります。日本薬剤師会はトリアージを以下のように説明しています。

薬剤師は、体調のすぐれない方が薬局を訪れた際に、症状の訴えなどから、**医療機関への受診勧奨**、一般用医薬品（OTC薬）による対応、生活指導、のいずれかに振り分け、適切な対応を提案しています。こうした業務を、最近では“薬剤師によるトリアージ”と呼び、薬剤師が地域のプライマリ・ケアにおいて果たす重要な役割となっています。“トリアージ”という言葉は、**本来は災害医療や病院の救急外来において、患者さんの重症度を識別し、治療の優先度を決定することで、“薬剤師によるトリアージ”とは、この言葉を転用したものです。**

薬局トリアージの方法は、これまでいくつか提唱されています。この小テキストでは、トリアージを始める際の“スタートアップ（立ち上げ）”ともいうべき、最も基本的かつシンプルな方法を解説します。この方法に必要なことは、患者さん（本テキストでは薬局に来る人を“患者さん”と表記します）の全身状態を観察することと、具体的な症状を分析することです。**つまり、「見る」と「聞くこと」であり、特別な診察や検査は不要です*1。**

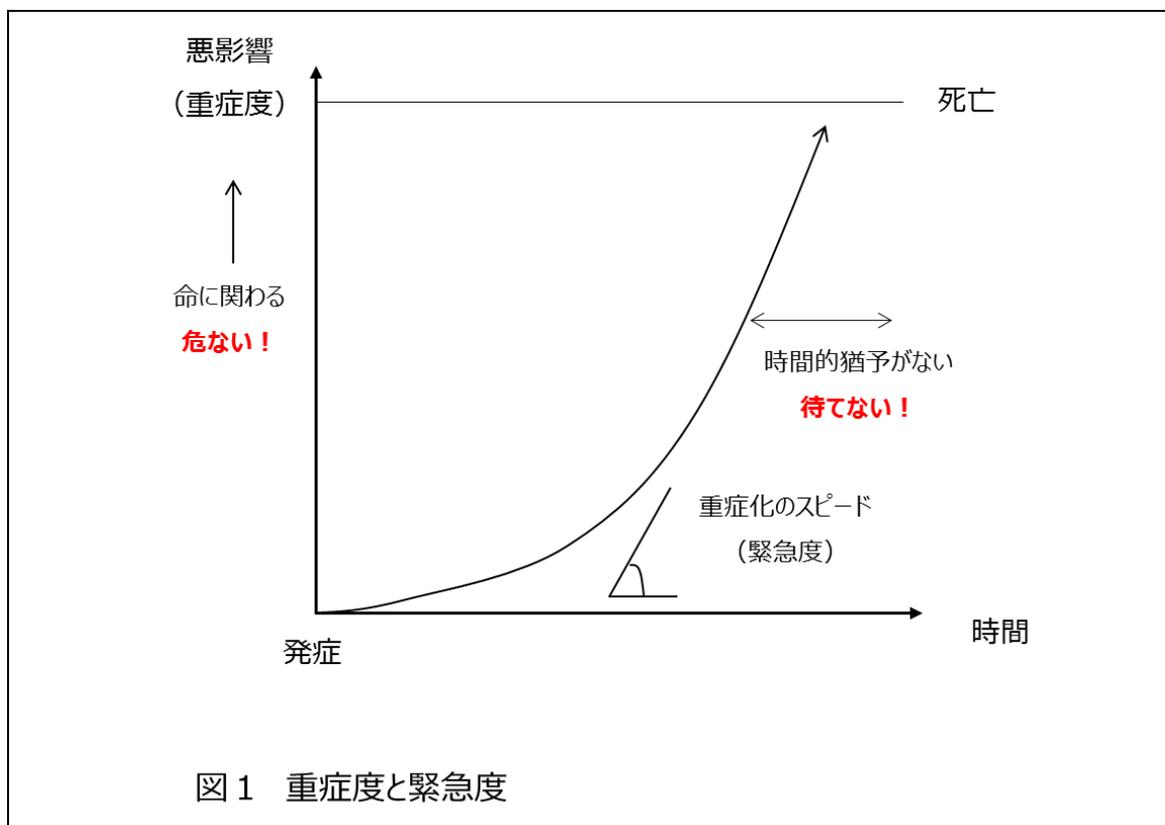
“スタートアップ”の方法は、これからトリアージに取り組み始める“きっかけ”です。トリアージを実践していくなかで他の方法も学び、知識と技術を身に付け、さらにトリアージ能力を深めていきましょう。とにかく「始める」ことが大切です。

*1 診断に最も有用とされるのが問診です。過去の研究によれば、診断に対する寄与率は問診が約7~8割で、身体診察（フィジカルアセスメント）と検査がそれぞれ約1~2割程度です。病状把握の最も有効な手段は問診であり、身体診察や検査がなくても薬局でトリアージは可能です。一方で、近年は薬剤師が行う身体診察が注目されています。身体診察が普及すれば、より正確な薬局トリアージが可能になるかもしれません。しかし、身体診察には様々な難しい問題があります（技術習得の難しさ、感度の低さ、再現性の低さなど）。「身体所見は必要でしょうか？ 多くの人が Yes と言います。しかし、実臨床で活用できているかと聞かれれば、ほとんどの方が答えは No だと思います。…再現性や個々のスキルによる信頼性の低さが問題なのでしょう。…」（香坂俊ほか 「循環器臨床の推理の極意」 羊土社 2013 より）といった意見もあります。筆者も同感です。現時点では、薬局トリアージにおける身体診察は「発展途上」であり、「それがなくてはトリアージができない」というものではありません。

2. トリアージの理論

1) 重症度と緊急度

トリアージとは受診勧奨すべきかどうかを「判断」するものです。「病名」をつけて「診断」する必要はありません。先に示した日本薬剤師会の説明にあるように、トリアージ「判断」の根拠となるのは重症度です。重症度とは「生命に与える悪影響」と考えていいでしょう。「重症度が高い」とは、病院に行かずにほっとけば、最悪の場合命を落とす可能性があるということです。一方で、「重症度が低い」とは、命に関わることがない「軽症」を意味します。



ところで、重症度に似た言葉で緊急度というものがあります。緊急度とは「重症化が進む（生命に与える悪影響が大きくなっていく）スピード」です。わかりやすく言えば、重症度とは「危ないか？」であり、緊急度は「待てるか？」です（図1）。代表的な例として、重症度も緊急度も高いのが急性心筋梗塞（危ない、待てない）、重症度は高いが緊急度は低いのが悪性腫瘍です（危ないけど待てる）。受診勧奨について、重症度と緊急度に基づいて以下のように判断します。

トリアージ判断

- 重症度が高い（危ない）＋緊急度が高い（待てない）→ “今からすぐに病院に”
- 重症度が高い（危ない）＋緊急度は高くない（待てる）→ “早めに病院に”
- 重症度が低い（危なくない；当然待てる）→ “OTC薬でよくなるなら病院に”^{*2}

*2 「軽症」と判断しても、患者さんに安易に「大丈夫」と言うてはいけません。いくら軽症にみえても、重症疾患の初期である可能性は残ります。特に発症から間もない時期は不確定要素が多く注意が必要です。

2) 全身状態と問診

重症度と緊急度を把握するときに最優先されるのは「全身状態」です。全身状態とは患者さんの「全体的な様子/雰囲気」ともいうべきものです。患者さん見て、患者さんと会話しながら、「様子/雰囲気」を捉えます。例えば「グッタリしている」、「全く活気がない」、「ゼイゼイしている」などと表現される「様子/雰囲気」です。「様子/雰囲気」などと言え、**「そんなのは曖昧だ」と批判があるかもしれませんが、決して曖昧なものではありません。全身状態の観察は実臨床における基本中の基本です。**

「全身状態」をみる場合は、「病名」にこだわる必要はありません。全身状態がいいか悪いか（あるいは安定しているか不安定か）が問題です。病名は何であれ、**目の前の患者さんが「全身状態が悪い」のであれば、重症かつ緊急（危ない/待てない）と判断します**（全身状態のみかたは後述します）。

全身状態は重要ですが、現実として全身状態が悪い患者さんが薬局にくることは稀です（多くの場合、直接病院へ行きます）。「全身状態は悪くない」のであれば、次は問診で症状を分析します。患者さんから話を聞いて情報を集め、症状をもとに重症度（と緊急度）を判断することになります。この際は、ある程度「病名」を「想定」しなければなりません。ただし、あくまでも「想定（見当をつける）」であり、「診断（つきつめる/明らかにする）」ではありません。現実としては、問診が薬局トリアージの鍵になります。

3) 疾患分類

「病名」の「想定」にあたって、知っておくべきいくつかの疾患があります。膨大な数の疾患に精通する必要はありません。図2のように、大きく第1群から第3群に分けます。この分類のメリットは、限られた数の重要疾患の知識でトリアージ全般を可能にすることです。なお、この疾患分類において、急性を2週間以内、慢性を4週間以上、その間を亜急性と定義します（詳細は問診の仕方のところで説明します）。

①第1群：軽症と間違われることがある急性重症疾患

第1群に含まれるのはすべて急性で、**「通常は病院を直接受診するような重い症状で発症するが、ときに**

軽い症状で発症し、薬局に来る可能性がある」疾患です。トリアージ判断は“今からすぐに病院に”と受診勧奨です。ときに「軽症だろう」として見逃されうる重要な疾患には以下があります。そのなかでも、赤字表記の疾患は比較的頻度が高く、薬局で遭遇しても決して不思議ではありません。

重要な急性重症疾患

- 脳：くも膜下出血 細菌性髄膜炎
- 気道：急性喉頭蓋炎 扁桃周囲膿瘍
- 心臓血管：急性冠症候群 急性大動脈疾患
- 腹部：腹腔内出血（子宮外妊娠など） 腹膜炎（虫垂炎など）
- 全身：敗血症（肺炎、急性胆管炎、急性腎盂腎炎など）

②第2群：薬局で対応できる軽症疾患

薬局で行うセルフメディケーションとは、OTC薬による一時的な対症療法です。第2群に含まれるのは、急性なら「短期間に自然治癒する軽症疾患（多くは1週間で治癒）」であり、慢性であれば「ずっと前からときどき繰り返す、いつもの軽い症状（症状のあるときだけ数日間OTC薬を使用）」です。第2群に亜急性は含まれません。なお、慢性における「ずっと前から」とは月～年の単位、「ときどき」とは週に1～2回以下、「いつもの」とは症状の質が同じ（程度は多少異なることがあります）、「軽い」とは日常生活に大きな支障がない程度のもので、第2群疾患のトリアージ判断は“OTC薬でよくなるなら病院に”となります。

「自然治癒する急性軽症疾患」の代表は“カゼ”、“急性胃腸炎”、“ぎっくり腰（その他、整形外科的な筋肉や関節の痛み）”です*3。「前からあるいつもの軽い症状」には便秘、花粉症、“頭痛もちの人”の頭痛（軽い片頭痛や緊張型頭痛など），“胃弱の人”の腹痛や下痢（過敏性腸症候群など）などがあります*4。

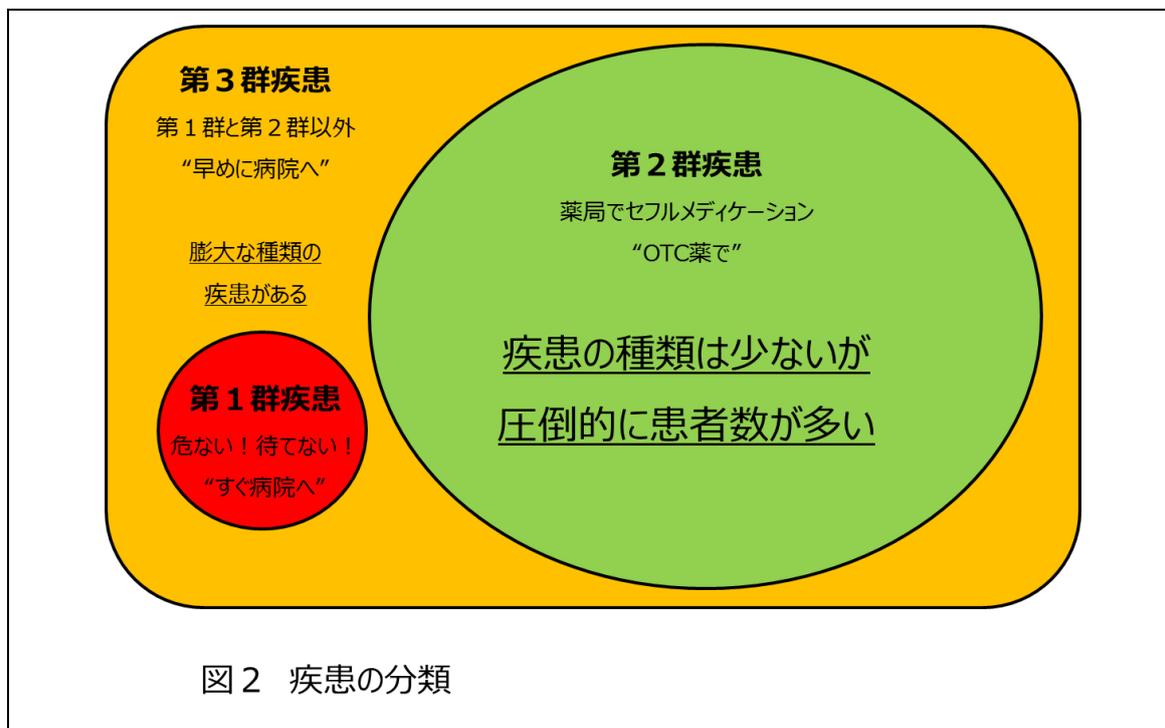
第2群に含まれる疾患の種類は少ないのですが、患者さんの数は第1群や第3群の疾患に較べて圧倒的に多数です。セルフメディケーションの大きな意義は、第2群疾患を適切にトリアージすることによって、病院に頼らない“軽医療”を実践することにあります。

③第3群：「それ以外」の疾患

第3群には急性、亜急性、慢性の様々な疾患が含まれます。急性重症疾患（第1群；すぐに病院へ）ではなく、薬局で対応できる軽症疾患（第2群；OTC薬でよくなるなら病院に）でもないのに、「重症だが緊急ではない（危ない/待てる）」、「重症ではなさそうだが軽症とも言えない（判断が難しい）」、「軽症だけどOTC薬では対応できない（危なくはないが薬局では対応できない）」疾患です。トリアージ判断は、すべて“早めに病院に”と受診勧奨です（受診するまでの間、一時的に使用するOTC薬を販売してもかまいません）。

第3群には多数の疾患が含まれますが、この群に含まれる疾患の知識は必須ではありません。極めて単純化して例を挙げれば、急性の腰痛では、腹部大動脈瘤の切迫破裂（見逃してはいけない第1群疾患）と

“ぎっくり腰”（よくある第2群疾患）が否定的であれば、「病名」を「想定」する必要はなく、第3群（その他）として“早めに病院に”と受診勧奨します。第3群に含まれる椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、尿管結石などを区別する必要はありません（「判断」が同じだからです）。膨大な数の疾患を3つの群に分けることによって、限られた疾患（第1群と第2群）の知識でトリアージができます（図2）。



*3 薬局で販売する OTC 薬（内服）の代表は胃腸薬、解熱鎮痛薬、鎮咳・去痰薬、総合感冒薬、整腸剤、下剤です。従って、薬局（OTC 薬）で対応できる急性軽症疾患は“カゼ”、“急性胃腸炎”、“ぎっくり腰（整形外科的痛み）”ということになります。“たった3つの疾患”ではありますが、患者さんの数は膨大です。ありふれた“たった3つの疾患”に対する“軽医療”は非常に重要で（決して簡単な仕事ではありません）、セルフメディケーションの推進に大きく役立ちます。

*4 「前から」と「いつもの」とは、長期間にわたって繰り返すもので、多くは機能的疾患です（臓器・組織の機能や反応が一過性に増強/抑制されるもので、臓器や組織の構造に問題はありません）。一時的に機能異常が起こり、そのときに症状がでます。機能的疾患は生命に関わらない軽症疾患です。一例として、過敏性腸症候群の下痢や腹痛があります（ストレスなどで腸管蠕動が異常に亢進します）。一方で、「前から」ある症状が徐々に悪化していく場合は、器質的疾患（臓器・組織の構造に異常があり、そのためあるべき機能や反応が障害されるものです）が疑われます。例えば、重症の慢性器質的疾患には悪性腫瘍や結核があります。

4) 覚えておくべき疾患の要点

①第1群：軽症と間違われうる急性重症疾患

“スタートアップ”としては、さしあたり以下のことは覚えておきましょう。実際に経験を積みながら、徐々に知識（特に症候学的知識）を蓄えていきましょう。

a. くも膜下出血

多くは脳動脈瘤の破裂で、突然の頭痛で発症します。典型的には、我慢できない激しい頭痛で嘔吐を伴います。一方で、約2割の患者さんは破裂前に動脈瘤から小出血を起こすことがあります（警告出血）、この際の頭痛は軽くて見過ごされることがあります。“軽い痛み”であっても、その発症は「突然」で、「これまで経験したことのない非日常的な痛み」です。警告出血の数日後に動脈瘤が破裂します（死亡率30%）。

動脈瘤からの出血によって、しばしば項部硬直（髄膜刺激症状）が起こります。これは出血で髄膜が刺激されて起こる頸部筋肉の反射的硬直で、患者さんは「首の後ろが痛い/こわばる」、「歩くと首や頭に痛みが響く」と訴えることがあります。患者さんに頭部を前屈してもらおうと、「首のこわばり」のため下顎が前胸部につきません（これは身体診察の一種で neck flexion test 陽性といえます）。

b. 細菌性髄膜炎

強い頭痛、嘔吐、高熱が主な症状です。しばしば意識障害を伴います。死亡率は10～30%と言われ、抗菌薬投与が数時間遅れると死亡率が上昇します。

頭痛と発熱のため安易に「カゼだろう」と軽視されることがありますが、上気道症状がないことと、頭痛が目立って強いことが“カゼ”に合致しません。“カゼ”の頭痛は発熱に伴う二次的なものですが、髄膜炎の頭痛は頭部に直接由来するものです（髄膜炎の炎症）。

髄膜炎もしばしば項部硬直が起こります。これは炎症が髄膜を刺激するために起こる、頸部の反射的硬直です（neck flexion test 陽性）。

c. 急性喉頭蓋炎/扁桃周囲膿瘍

いずれも38℃以上の高熱と強い咽頭痛（唾液が飲み込めないくらい痛みます）を起こすため直接病院を受診するケースが多いのですが、発症初期には“カゼ”と間違われうるものです。ほとんどのケースが細菌感染症です。

急性喉頭蓋炎では、炎症が舌根から喉頭蓋基部に始まり、粘膜下で急速に拡散して喉頭蓋にいたります。この進展様式に対応して、時間～日の単位で症状が推移します。咽頭違和感や咽頭痛が初発症状となり（“カゼ”と間違われます）、強い嚥下痛、流涎（強い痛みのため唾液が飲み込まず、“よだれ”になります）、声の変化（声帯周辺の気流障害による、“こもった”ような声です）と急速に移行します。最悪の場合は、炎症性の喉頭浮腫による気道閉塞（窒息）を起こします。

扁桃周囲膿瘍とは、口蓋扁桃に始まった炎症が、扁桃被膜の下の“きめの粗い（スカスカの）”結合組

織に波及し、膿瘍を形成したものです。炎症が咀嚼筋に波及すれば開口障害（口が開かない、開けにくい）が起こり、炎症が下方に進展すれば喉頭浮腫から気道閉塞を起こします。また、深頸部の“きめの粗い”結合組織は明確な境界もなく縦隔につながっており、炎症が頸部を下降して縦隔に至れば、致死的な縦隔膿瘍を起こします。

d. 急性冠症候群（急性心筋梗塞/不安定狭心症）

粥状硬化による冠動脈内のプラーク（被膜の下に多量のコレステロールを含む軟らかい“コブ”です）が原因です。何らかのきっかけでプラークの被膜が突然破れると、急速に血小板が凝集して血栓が形成されます。冠動脈が一気に完全閉塞して心筋壊死に至ったものが急性心筋梗塞です。突然胸痛が起こり（しばしば“押しつぶされる”ような圧迫感、あるいは胸焼けに似た“モヤモヤ”した不快感と表現されます）、これが30分以上持続します。重症の心筋梗塞では心室細動や心破裂を起こして突然死するケースがあります。また、分単位で心筋壊死が進行し、急性心不全に至ります。一方、不安定狭心症では、一旦冠動脈を塞いだ血栓が自然溶解（疎通）し、その後再凝集（閉塞）と再溶解を繰り返します。一旦症状が軽快したからといって安心できません。いつ完全閉塞するかわからない“不安定”な状態です。

急性冠症候群の発症時には、しばしば冷汗や嘔吐などの自律神経症状や、左肩や腕、頸、顎、歯、背中、上腹部に放散痛を伴います。これらの症状は胸痛よりも目立つことがあります。頸の放散痛は「のどが痛い」と表現されることがあり、“カゼ”と誤診されます。顎や肩の放散痛は「歯が痛い」、「肩がこる」と表現され、“虫歯”や“四十肩”などと誤診されます。胸痛がなくて放散痛が目立つ非典型的なケースは、高齢者や糖尿病患者さんに多いとされます。特に高齢者で、アゴから下・ヘソから上に急性、あるいは突発性に疼痛が起こったときは、急性冠症候群を忘れてはいけません。特に散歩や階段を上るなど労作時に起こった場合は要注意です（不安定狭心症であれば、一旦症状が軽快するかもしれませんが、安心してはいけません）。

e. 急性大動脈疾患（急性大動脈解離/腹部大動脈瘤）

大動脈壁に突然亀裂が発生し、血管壁が引き裂かれた状態を急性大動脈解離といいます。解離は突然起こり、動脈血の流れの方向に進行しますので、突然背中に“裂けるような”痛みを感じ、次第に痛みが背中から腰の方向へ移動します。解離が一旦停止すると、その間は痛みも軽快しますから（数時間～数日）、「一時的な背中の筋肉痛だろう」として軽視され、薬局に来る可能性があります。急性冠動脈症候群と同様、腕や顎に放散痛を認めることもあります。上行大動脈に解離が起これば心筋梗塞や心タンポナーデを起こし、急速にショック状態から死に至ります。

腹部大動脈瘤は多くが無症状のまま徐々に大きくなり、破裂あるいは破裂直前の状態（切迫破裂）になってから腹痛、背部痛、腰痛が生じます。破裂すれば激しい痛みを起こしますので、患者さんは病院へ直行です。しかし、切迫破裂の状態では、“痛みの強いぎっくり腰”として見逃され、薬局に来る可能性があります（“ぎっくり腰”も突然起こるので、発症の仕方が似ています）。破裂した場合は死亡率が高く、治療されても約50%です。

f. 腹膜炎

虫垂炎、胆嚢炎、消化性潰瘍、腸閉塞などによって管腔臓器に強い組織ダメージ（穿孔、虚血壊死、強い炎症）が起こると、浸出液、腸液、細菌などの“刺激物”が腹腔内に漏れ出ます。刺激物が起こす腹腔内の炎症が腹膜炎です。消化管穿孔や腸管虚血（腸間膜動脈の血栓性閉塞）は超重症です。穿孔や血管閉塞は突然起こりますので、その際の腹痛も突然起こります。

腹膜炎には様々な程度があります。ダメージを受けた部分に炎症がとどまると、腹痛が軽いことがあります（限局性腹膜炎）。しかし、抗菌薬投与や手術など治療が遅れると重症化します（敗血症、膿瘍形成）。一方で、炎症が腹腔内に広く拡散すると、激しい腹痛を伴い、急速に重症化します（汎発性腹膜炎）。ショックや敗血症に進展するため、緊急手術が必要です。

限局性腹膜炎は“急性胃腸炎”と間違われることがあります。ただし、腹痛の性質が異なります。“急性胃腸炎”は内臓痛であり、痛い部位が漠然としており、周期的で“波”のよう痛みが起こります（「キューッと痛んだ後に良くなって…」の繰り返し）。一方で、腹膜炎は体性痛です。筋肉痛に似ていて、痛い部位が明確で持続的に痛みます。さらに、歩行や咳などの振動によって増悪するという特徴があります（腹膜刺激症状）。患者さんに咳をせよと腹痛が増悪します。患者さんは「歩くと痛いところに響く」と訴えることがあります。

なお、骨盤内の腹膜炎では、炎症が直腸を刺激して強い便意を誘発し、少量で泥状の軟便が頻回に排泄されることがあります（“渋り腹”）。これが“下痢（本来の意味は便中水分が過剰に増えること）”と誤認されれば、骨盤内の腹膜炎は“下痢を伴う腹痛”として、ますます“急性胃腸炎”に間違われやすくなります。

g. 腹腔内出血

外傷以外で腹腔内の動脈性出血を起こすものには、子宮外妊娠破裂、肝細胞癌破裂、腹部大動脈瘤破裂などがあります。緊急治療がなされなければ、分～時間単位の経過で出血性ショックとなって死にいたります。動脈破綻は突然起こるので、腹痛も突然起こります。血液が腹膜を刺激するので、腹膜炎と同じような腹痛が起こります（体性痛、腹膜刺激症状）。

特に子宮外妊娠（異所性妊娠）には注意が必要です。本人が妊娠を自覚していないことがあります。また、子宮外妊娠破裂は“若い人に起こる腹痛”なので、安易に“急性胃腸炎”とみなされてしまいます。さらに、上述の腹膜炎同様、骨盤内の血液が直腸を刺激して“渋り腹”を起こすと、ますます“急性胃腸炎”に間違われやすくなります。

h. 敗血症（肺炎、急性胆管炎、急性腎盂腎炎など）

細菌感染症による炎症が強い場合、感染を起こした部位だけでなく、全身の臓器障害が起こります。これが敗血症です。治療が遅れると、多臓器不全やショックに至り、時間単位で死亡率が上昇していきます。敗血症の病態の本質は、血中における炎症促進物質（サイトカイン）の著明な増加です。サイトカインは臓器障害以外にも、発熱、倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐などの、「漠然とした全身的な症状」を起こします。

敗血症になりやすい感染症には肺炎、急性化膿性胆管炎、急性腎盂腎炎などがあります。いずれも特徴的な症状（肺炎なら咳、胆管炎なら腹痛、腎盂腎炎なら腰背部痛など）を欠く場合があります、その際は敗血症になっても「漠然とした全身的症状」のみが目立つこととなります。発熱、倦怠感、食欲低下は、安易にカゼとみなされて軽視されることがあります。急激に起こる強い倦怠感（動くとき“息切れ”、トイレに歩くのもだるい）や強い食欲低下（全く何も食べたくない）があれば、敗血症などの重症感染症を疑わなければなりません（特に高齢者）。悪寒・戦慄（歯がガチガチするくらいの寒気）を伴う発熱は敗血症の特徴です。

②第2群：薬局で対応できる軽症疾患

トリアージで最も注意すべきは、一見第2群にみえる第1群疾患を見逃さないことです（敗血症を“カゼ”と間違わない など）。“スタートアップ”としては、さしあたり以下の急性軽症疾患についておさえておきましょう。実際に経験を積みながら、徐々に知識（特に症候学的知識）を蓄えていきましょう。

a. “カゼ”（急性上気道炎）

“カゼ”とは急性上気道炎であり、「鼻汁、咽頭痛、咳、発熱などの臨床症状が少なくとも1週間以内に自然治癒するものである。発熱は3日以上続くことは少なく、38℃を越えることも少ない」と定義されています（日本呼吸器学会 2003）。軽い局所的な症状（上気道症状：鼻汁・鼻閉、咽頭痛、咳・痰）がみられ、軽い全身的症状（食欲低下、倦怠感、発熱）もみられます。「軽い」の意味は、睡眠や日常生活に大きな支障はない程度ということです。

明確な上気道症状がない場合、上気道症状が2週間以上持続する場合、特定の症状（激しい咳、強い咽頭痛、強い頭痛など）が目立って強い場合、全身症状が強い場合は、“カゼ”ではない可能性が高くなります。

b. “急性胃腸炎”（急性ウイルス性下痢症）

“急性胃腸炎”では、ウイルスに対する生体防御反応として、下痢と嘔吐が起こります。口から侵入したウイルスを排泄するために嘔吐が起こり、胃を通過したウイルスを排泄するために大量の水様性下痢が起こります（“オシッコ”のような下痢）。嘔吐のみ、あるいは下痢のみのこともあります。ただし、嘔吐は様々な疾患で見られますので、下痢のほうが嘔吐より本質的です（つまり、下痢のほうが嘔吐より“急性胃腸炎”っぽいということです）。腹痛はあっても軽度で、全身的症状も軽度です。発症時は局所的な症状（嘔吐や下痢）が強くて「軽症」には感じられないこともあります。ほとんどが2～3日で“山”を越え、1週間程度で収束します。

嘔吐や腹痛があっても下痢がない場合、下痢が2週間以上持続する場合、腹痛が目立って強い場合、全身症状が強い場合は、“急性胃腸炎”ではない可能性が高くなります。

c. “ぎっくり腰”（急性腰痛症）

薬局でよくみる整形外科的疾患の代表です。典型的には、20～55歳で以前で何回か経験があり、痛み

は動かすと増悪しますが(寝返り、咳、くしゃみで悪化します)、“一番楽な状態”で安静にするとかなり軽快します。ほとんどの場合、1~2週間以内でよくなります。

55歳以上で初めて発症した場合、全身的症状(発熱、食欲低下、倦怠感)を伴う場合、安静にしても痛む場合、下肢のしびれや痛み(神経圧迫による坐骨神経痛)を伴う場合、2週間以上改善しない場合は、“ぎっくり腰”ではない可能性が高くなります。

③第3群：「それ以外」の疾患

この群には多種多様の疾患が含まれますが、個々の疾患の知識は必須ではありません。以下に示すような、この群に含まれる疾患のおおまかな特徴を知っておけば、ひとまず十分です。

a. 「重症だが緊急ではない(危ない/待てる)」疾患

重症でも「待てる」のは亜急性~慢性疾患です。一定期間を経過しているので、「今日明日の問題ではない」と判断されます。代表は悪性疾患と感染症(結核や胸部部の膿瘍など)です。いずれにも共通しているのは倦怠感、微熱(しばしば寝汗を伴います)、体重減少などの非特異的症状です。しかし、重症疾患ですから、これらの症状は次第に悪化していきます。

b. 「重症ではなさそうだが軽症とも言えない(判断が難しい)」疾患

一定期間(1週間程度)を経過した急性疾患と、大部分の亜急性疾患が含まれます。軽症の多くが1週間程度で「かなり良くなる(明らかに軽快化傾向になる)」のに対し、1週間を越えても「つらい症状が残っている(軽快傾向がみえない)」状態です。典型的な急性軽症疾患の経過を逸脱していますので、薬局で対応できるかどうか判断が困難です。短期間に自然治癒しないものはOTC薬で対応できません。

しばしばあるのが「カゼが治らない」というケースです。咳や熱が次第に悪化するようなら、“カゼ”に肺炎を合併した可能性があります(重症)。一旦軽快した鼻水や咳が再度悪化した場合は、副鼻腔炎の合併が疑われます(重症ではありませんが抗菌薬が必要なことがあります)。ほとんど良くなったけれども、咳だけが残る場合は感冒後の遷延性咳嗽かもしれません(軽症)。

c. 「軽症だけどOTC薬では対応できない(危なくはないが薬局では対応できない)」疾患

疾患によっては、軽症(「命に関わることがない」という意味です)であっても、医師の処方薬が必要なケースがあります。急性、亜急性、慢性のいずれでもありえます。強い症状に対して処方薬や点滴が必要な場合、あるいは特異的治療が必要な場合などです。例として、QOLをひどく下げるような片頭痛や過敏性腸症候群、咳喘息、重い花粉症、腰椎の圧迫骨折などがあります。

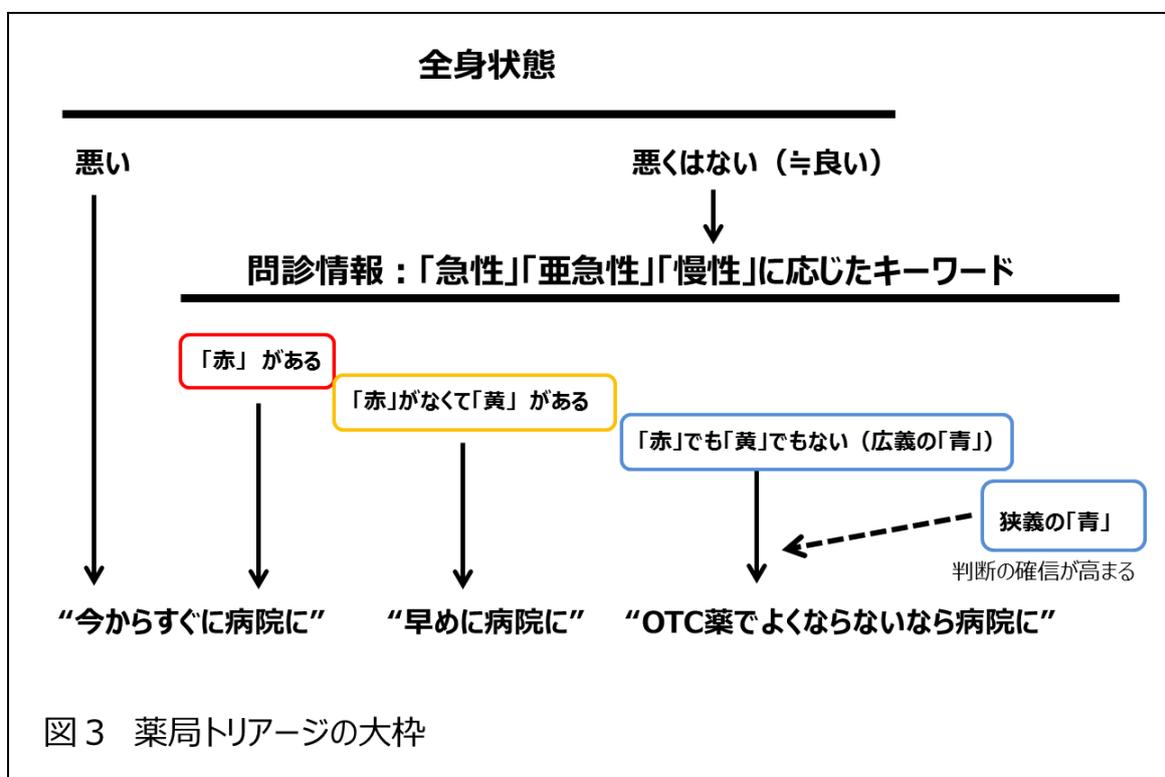
5) 疾患分類に基づく解釈

まず、「そもそも薬局では対応できない症状」を除外します。胸痛、呼吸困難、強い動悸、出血(血痰、

吐血、血便)、めまい、筋力低下、黄疸などです(これらの症状で患者さんが来局することは稀でしょう)。これらは軽症疾患には原則として認められない症状であり、医師による詳細な身体診察や各種検査が必要になります。

薬局でよくみる症状には頭痛、くしゃみ・鼻水・鼻詰まり、咽頭痛、咳・痰、腹痛、下痢、便秘、発熱、倦怠感、腰痛、筋肉痛、関節痛などがあります。多くは第2群疾患の症状ですが、ときに第1群や第3群疾患の症状のことがあります。

問診の要点は、第1群、第2群、第3群疾患を区別できるような“キーワード”を探すことです。交通信号機に例えて、第1群疾患のキーワードを「赤信号(危険)」、第2群のキーワードを「青信号(安全)」、第3群のキーワード「黄信号(注意)」としましょう。なお、ここで言うキーワードは、先に解説した「覚えておくべき疾患」の症候学的特徴から抽出したものです。



「赤信号」が一つでもあれば“今からすぐに病院に”、(「赤信号」がなくて)「黄信号」が一つでもあれば“早めに病院に”と受診勧奨します*5。そして、「赤」でも「黄」でもなければ、セフルメディケーションになります。OTC薬を販売して、“OTC薬でよくなるなら病院に”と説明します。

「赤でも黄でもない」のを「広義の青信号」と呼ぶことにします。一方で、軽症疾患の特徴を反映したキーワードを「狭義の青信号」と呼ぶことにします。これを確認すれば、「軽症だ」という判断の確信を強めるものです。「赤信号」「黄信号」「青信号」については、以下で具体的に説明します。

*5 重症疾患を見つけるためのキーワードをレッドフラッグサインといいます。レッドフラッグサインは医師に共通認識された長年の経験則であり、薬剤師のトリアージにも応用されています。レッドフラッグサインが確認された場合は、医師であれば精密検査を行うか、あるいはすぐに初療を開始します。薬局薬剤師であれば病院の受診を促すことになります。急性疾患に対するレッドフラッグサインが、ここでいう「赤信号」です。

もちろん、レッドフラッグサインがあっても、“結果的には軽症だった”という場合も少なくありません。しかし、「重症を見逃さない」という姿勢が重要であり、レッドフラッグサインを軽視してはいけません。なお、次の章に示す表1には最も基本的な急性疾患のレッドフラッグサイン（赤信号）を示していますが、他にもレッドフラッグサインはあります。詳しくは参考図書（①②③⑧）をご参照ください。

3. トリアージの実践

1) 全身状態のみかた

全身状態は患者さんと対面して、コミュニケーションをとりながら把握します。実際は、“把握する”というよりも、自然に“感じ取る”といった方が正確かもしれません。下記1)～4)のうち一つでも当てはまれば「全身状態が悪い」とみなします。すべて当てはまらないなら、「全身状態は悪くない(≒良い)」とみなします。

全身状態が悪いとは…

- 1) 「見た目」：ぐったりしている 全く活気・元気がない
- 2) 意識：ボーっとしている 会話がヘンだ (合理的な会話が成り立たない)
- 3) 呼吸：ゼイゼイしている 呼吸が速い 呼吸が弱い (浅い)
- 4) 循環：顔や手に冷汗をかいている

* 「見た目」は難しく考え過ぎることなく、直感的に判断します

全身状態はまず「見た目」で“パツと”捉え、さらに意識、呼吸、循環に注意を向けて観察します。意識、呼吸、循環の観察を具体的に数値化したものがバイタルサインです*6。

急性重症疾患が悪化すると、急激に「見た目」が変化し、意識・呼吸・循環の異常を示唆する徴候(上記2)～4))が現れます。これらの徴候は、多くの場合、急性重症疾患の進行に伴う強い炎症(肺炎→敗血症、腹膜炎→敗血症など)や潜在的な低酸素状態(急性喉頭蓋炎→気道閉塞、急性心筋梗塞→心不全など)を反映しています。「全身状態が悪い」ということは「(疾患名に関係なく)急性重症疾患の可能性が高い」ということなので、トリアージで最優先されるのです。

急性の軽い意識障害は、全身状態が悪化する初期段階でよくみられますので注意が必要です(敗血症の初期など)。「見た目」の異常は、しばしば軽い意識障害を反映しています。「目が覚めているなら意識は正常」というのは誤りです。目を覚ましていても、思考力や判断力が低下している状態(コミュニケーションがうまくとれない/受け答えがスローな感じ)は軽い意識障害であり、いわば“急性の認知症”です。意識障害と言えは“脳の病気”と思われがちですが、実際は様々な重症疾患で頻繁に起こります(その代表は感染症です)。

*6 全身状態やバイタルサインの詳細につきましては、すでにアップロードしてある「J I U 薬学部テキスト」の在宅編と病院編をご参照下さい。

2) 問診のしかた

以下に示すような OPQRST リストに基づいて系統的に問診することによって、「赤信号」、「黄信号」、「青信号」の重要なキーワードが得られます。

OPQRST 問診リスト

- 1) Onset (発症)
- 2) Palliative/Provocative factors (寛緩・増悪因子)
- 3) Quality/Quantity (症状の性質・ひどさ)
- 4) Region/Radiation (症状の場所/放散痛の有無)
- 5) Symptoms associated (随伴症状)
- 6) Time Course (症状の経時的経過/変化)

*その他：既往歴 常用薬 アレルギー歴 喫煙歴 飲酒歴

3) 問診によるトリアージ

OPQRST リストのなかで最も基本となるのが「発症 (O)」と「経過 (T)」です。以下、「発症」と「経過」をベースにしたトリアージの仕方について説明します。「発症」と「経過」を関連付けて以下のように定義します。

「発症」と「経過」

- 突然 (突発)：秒～分の単位でピークに達し、その後持続します。「痛み」において重要です。
- 急性 (～2 週)：時間～日単位で発現し、変化します。経過は 2 週間を越えません。
- 亜急性 (2～4 週)：週単位で進展し、変化します。経過は 1 か月を越えません。
- 慢性 (4 週～)：月～年単位で推移し、変化します。

*経過 (あるいは変化)

「良くなってきた (軽快)」 「悪くなっている (増悪)」 「良くも悪くもならない (持続/反復)」

「急性 (突発含む)」か、「亜急性」か、「慢性」かによって確認すべきキーワードが異なりますので、まず「発症」と「経過」を知ることが必要です (図 3)。「いつごろからどんな症状がありますか…」と切り出せば、「発症」の情報を得つつ、自然なかたちで問診を始めることができます。「急性 (突発含む)」

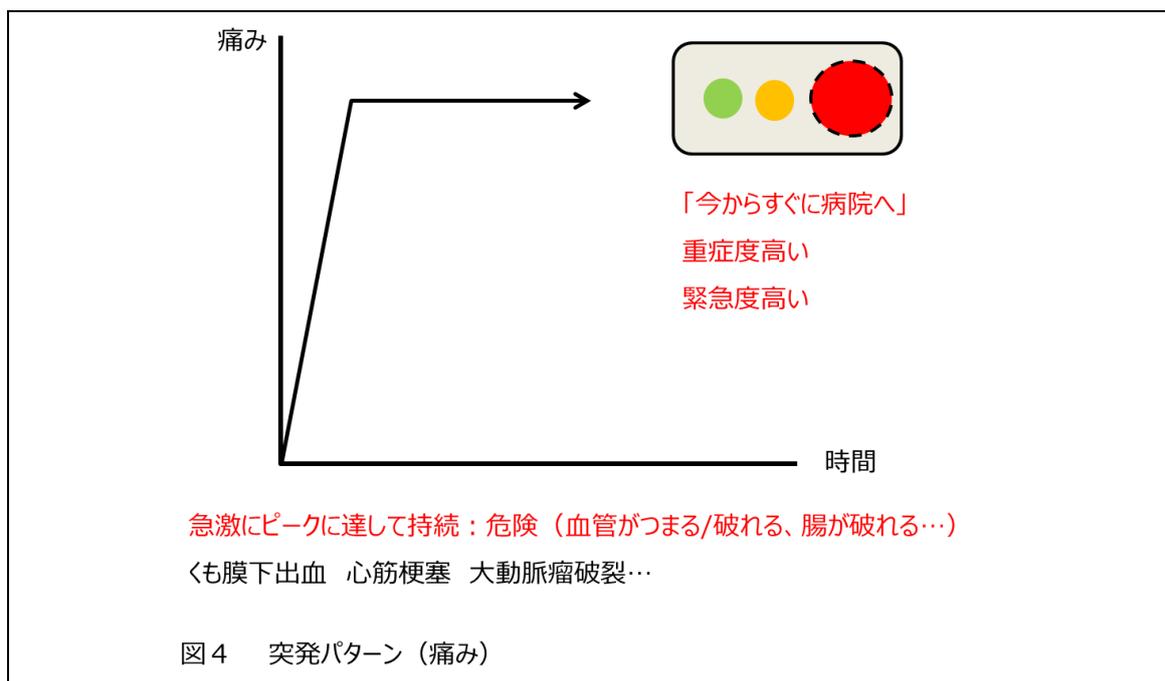
「亜急性」、「慢性」を確認し、それぞれに応じて「赤信号」、「黄信号」、「青信号」をチェックしていきます (図3)。

なお、以下に示すように、「急性 (突発性含む)」を除けば、どのような症状であれ「発症」と「経過」を知るだけで多くのケースのトリアージができます。だから「発症」と「経過」は重要なのです。

「発症」と「経過」のポイント

- 「突発性」の痛みは原則としてすべて「赤信号」です。
- 「急性」の症状にのみ「赤信号」があります (「待てない!」のは「急性」のみ)。
- 「亜急性」の症状は原則としてすべて「黄信号」です (「増悪」傾向なら「赤信号」に近い)。
- 「慢性」で「反復性」の症状の多くは「青信号」です。
- 「慢性」で「持続性」の症状は原則としてすべて「黄信号」です。

①突発性 (図4)



外傷性の痛みを除けば (ぎっくり腰、打撲、捻挫など)、突発性の「痛み」は、血管の破裂、血管の閉塞 (臓器の虚血壊死)、組織や臓器の破綻を示唆します。わかりやすく言えば血管や内臓が“破れる”、“つまる”、“捻じれる”といった、突発的に起こる物理的かつ不可逆的な異変です。急激に痛みのピークに達し、程度がほとんど減じることなく数時間から数日持続するものです。突発性の痛みは「赤信号」です。

患者さんによっては「突然ですか？」と聞いても、こちらの意図が正確に伝わらないことがあります。

「痛くなったときに何をしていましたか？」と聞いて、「〇〇をしていたとき」と具体的に思い出せるのならば、本物の「突発」です。

②急性 (図5)

薬局で対応する「急性」は、そのほとんどが“カゼ”、“急性胃腸炎”、整形外科的な痛みです (第2群疾患)。しかし、ときに急性重症疾患 (第1群疾患) が紛れ込みます。急性重症疾患は「待てない (緊急度が高い)」ので、受診勧奨のタイミングが遅れると、取り返しのつかないことになりかねません。

表1 これだけは知っておくべき「赤信号」

主訴 (メインの症状)	赤信号 (キーワード)	第1群の急性重症疾患
頭痛	突然起こった痛み これまで経験したことのない痛み 嘔吐を伴う	くも膜下出血 (動脈瘤の破裂) くも膜下出血 髄膜炎 くも膜下出血 髄膜炎 (脳圧亢進)
咽頭痛	突然起こった痛み これまで経験したことのない痛み 唾液が飲み込めない	急性心筋梗塞 (ノドへの放散痛) 急性喉頭蓋炎 扁桃周囲膿瘍 急性喉頭蓋炎 扁桃周囲膿瘍
咳・痰*	——	——
腹痛	突然起こった痛み これまで経験したことのない痛み 歩行や咳で「響く」ような痛み	腹腔内出血 腹膜炎 急性心筋梗塞 腹膜炎 腹部大動脈切迫破裂 腹腔内出血 腹膜炎 (特に虫垂炎)
便秘**	——	——
下痢***	——	——
腰痛	これまで経験したことのない痛み 安静にしているも痛む	腹部大動脈切迫破裂 腹部大動脈切迫破裂
発熱	歯がガチガチするような寒気を伴う	敗血症
全身倦怠感	動くと“息切れ”がするくらい トイレまで歩くのもだるい	敗血症 敗血症

*「咳と痰」に直結する「赤信号」はありません。通常は他の随伴症状があるので (発熱、倦怠感、咽頭痛、胸痛、息切れなど)、随伴症状から判断します (随伴症状は薬局で対応できるものか? 随伴症状の「赤信号」があるか?)。

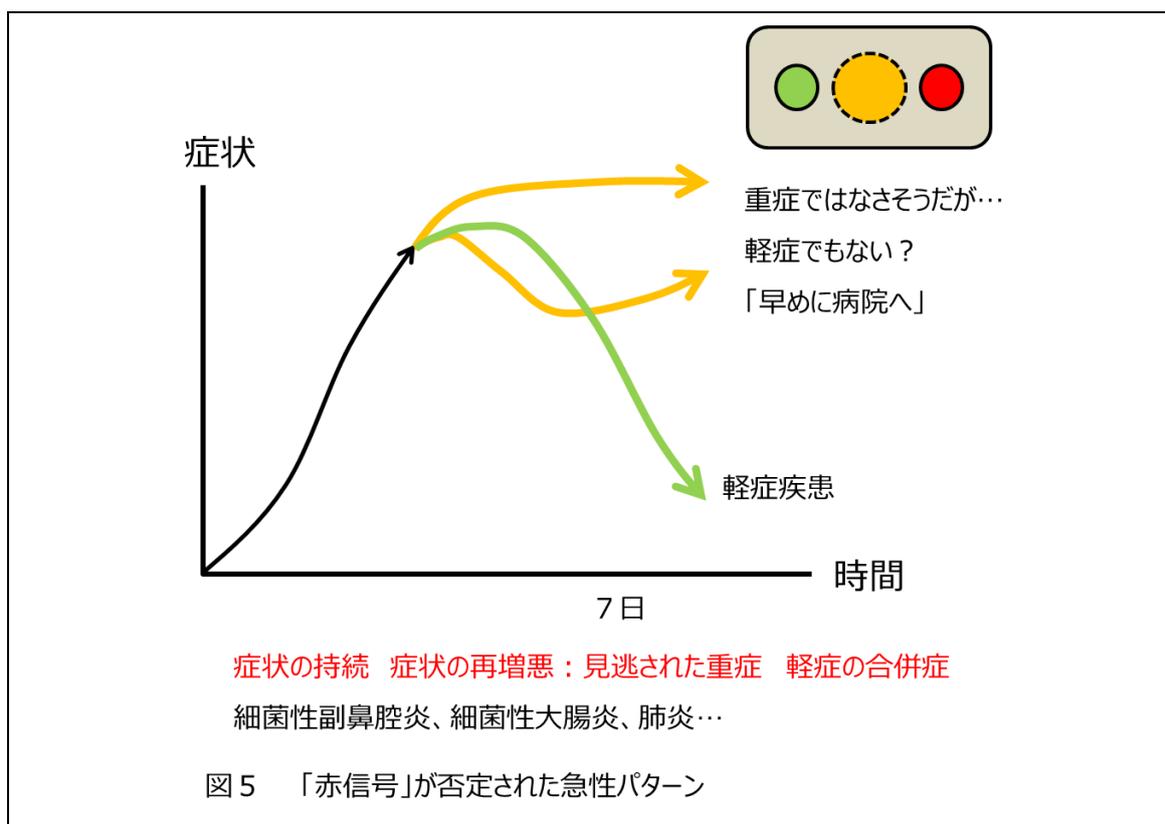
**「便秘」に直結する「赤信号」はありません。「便秘」に注意が必要なのは腹痛を伴う場合であり、その際は腹痛の「赤信号」をチェックします。

***「海苔のつくだ煮のようなドロドロした軟便」はタール便がみられず、消化管出血が疑われる「赤信号」です。しかし、この明らかに異様な便をみれば、患者さんは直接病院を受診します。

「急性」は発症後間もないため「経過 (軽快、悪化、不変)」の評価ができず、また「待てない」疾患が紛れ込むため、トリアージの難易度が高くなります。「急性」では慎重に判断しましょう。「赤信号」を聞き漏らさないことが最も大切です。OPQRST リストに従って問診すれば、必然的に「赤信号」を聞き取る

ことができますが、それでも聞き漏らしのないように、必要最小限の「赤信号」を前もって症状別に整理しておくほうがよいでしょう (表1)。

第1群疾患として挙げたもの以外にも急性重症疾患があります。しかし、表1の「赤信号」によって、他の急性重症疾患もチェックすることが可能です。例えば、糖尿病性ケトアシドーシスや急性心筋炎は稀ですが、若年者の“急性胃腸炎”や“カゼ”に間違われうる急性重症疾患です。これら疾患の知識がなくても、「動く”と“息切れがする””くらいの倦怠感”という敗血症の「赤信号」がひっかかります。病名に関わらず、“今からすぐに病院へ”と適切な判断ができればいいのです。



「急性」に含まれる第3群疾患とは、「重症ではなさそうだが軽症とも言えない (判断が難しい)」疾患と、「軽症だけど OTC 薬では対応できない (危なくはないが薬局では対応できない)」疾患です。「重症ではなさそうだが軽症とも言えない」とは、来局した時点では「重症ではない (赤信号はない)」けれども、同時に「典型的な軽症疾患の症状や経過とは言えない」ということです (図5)。

「赤信号」が除外されていれば、「典型的な軽症疾患の症状や経過とは言えない」所見が「黄信号」と言えるでしょう (黄信号 その1)。「軽症だけど OTC 薬では対応できない」という観点から、OTC 薬ではコントロールできないかもしれない強い症状も「黄信号」となります (黄信号 その2)。

「急性」の黄信号 その1

軽症の症状や経過とは言えない…

- 3日ほどの間で「悪化」の傾向にある「全身的」な症状（発熱、倦怠感、食欲低下）
…これは「赤信号」に近いものです
- 発症から3日以上続く高熱（>38℃）
- 1週間以上「軽快」の傾向にない「全身的」な症状（発熱、倦怠感、食欲低下）
- 1週間以上「軽快」の傾向にない「局所的」な症状（一旦軽快後の再増悪も含まれます）
“カゼ”を「想定」しているとき：鼻水、咽頭痛、咳、痰
“急性胃腸炎”を「想定」しているとき：腹痛、下痢、悪心、嘔吐
整形外科的痛みを「想定」しているとき：腰痛、背部痛、四肢や関節の痛み

*「全身的」な症状は炎症の強さ（サイトカインの量、敗血症の可能性）を反映します

「急性」の黄信号 その2

軽症にみえてもOTC薬で対応できない…

- 仕事や家事の支障になるくらいの局所的な症状
- 十分な睡眠を妨げるような局所的な症状

“カゼ”と“急性胃腸炎”は薬局で対応すべき、頻度の高い疾患です。これらに対しては、以下のような「狭義の青信号」があります。これらは、「赤信号」と「青信号」がないという前提で、軽症疾患である可能性を高めるものです。

「急性」の狭義の青信号

- “カゼ”を「想定」しているとき：さらさらとした“白っぽい”鼻水（“カゼ”の治癒経過で、一時的に黄色で“ネバネバ”することもあります）
- “急性胃腸炎”を「想定」しているとき：“オシッコ”のような水様性下痢（腸のウイルス感染を示唆します）
- “カゼ”あるいは“急性胃腸炎”を「想定」しているとき：3日程度で症状の“山”を越えた（ここでいう症状は発熱、倦怠感、食欲低下などの全身的な症状です）

③亜急性

セルフメディケーションの対象は、短期間に自然治癒しうる軽症疾患です。「亜急性」とは急性に起こっ

た症状がよくならず遷延している、つまり「このままでは自然治癒が見込めないのでは？」と懸念する状況です。すでに2週間以上経過しているので「今日明日の問題（待てない）」というわけではありませんが、「薬局で対応できない」と判断すべきです。「亜急性」であることそのものが「黄信号」と言えます。原則として受診勧奨です。

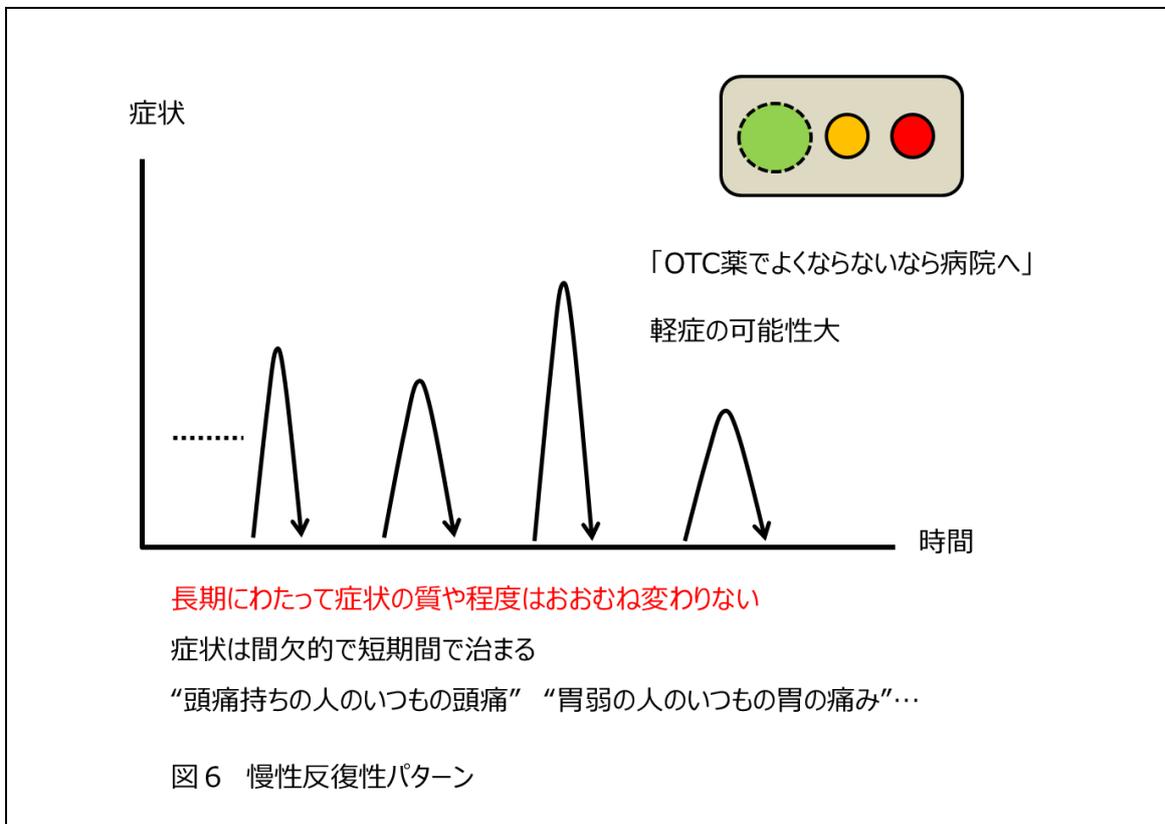
「亜急性」の代表的な重症疾患は悪性腫瘍と亜急性～慢性感染症（結核や胸腹部の膿瘍など）です。特に発熱が続いていたり、体重が徐々に減ってきているようなら、強く受診を促しましょう。

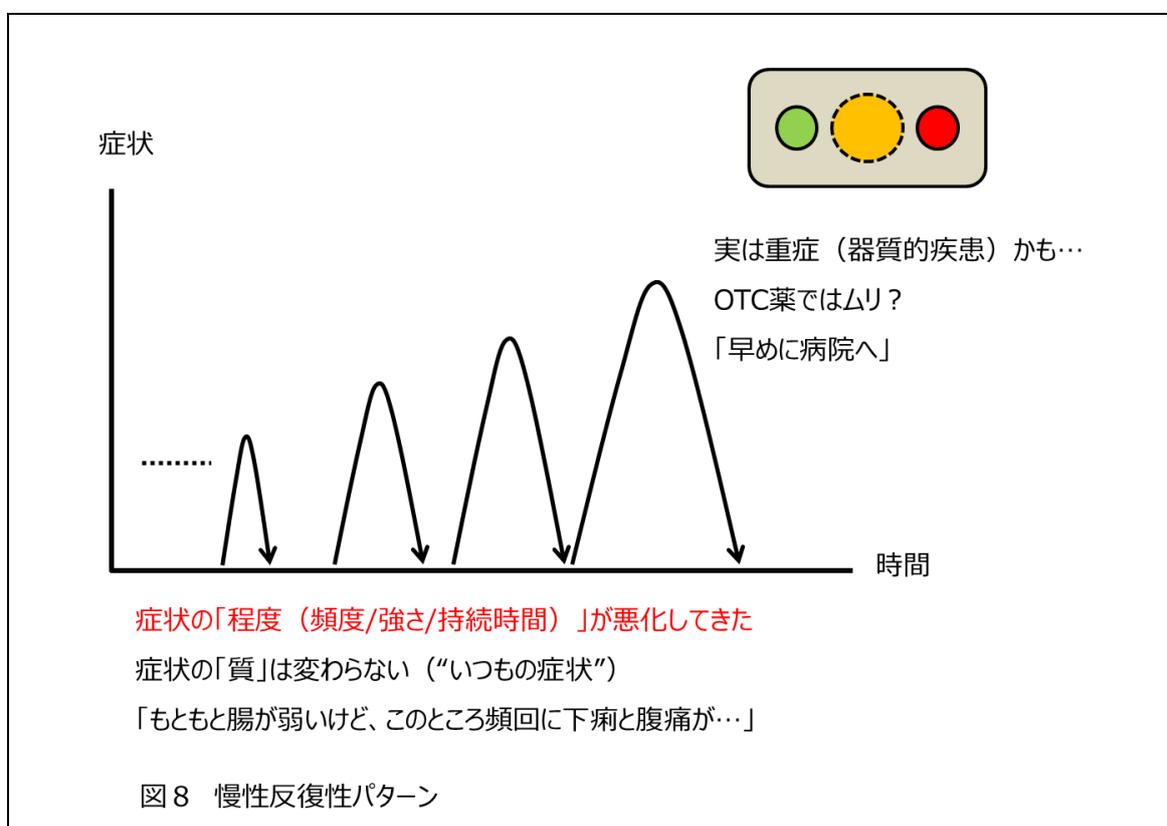
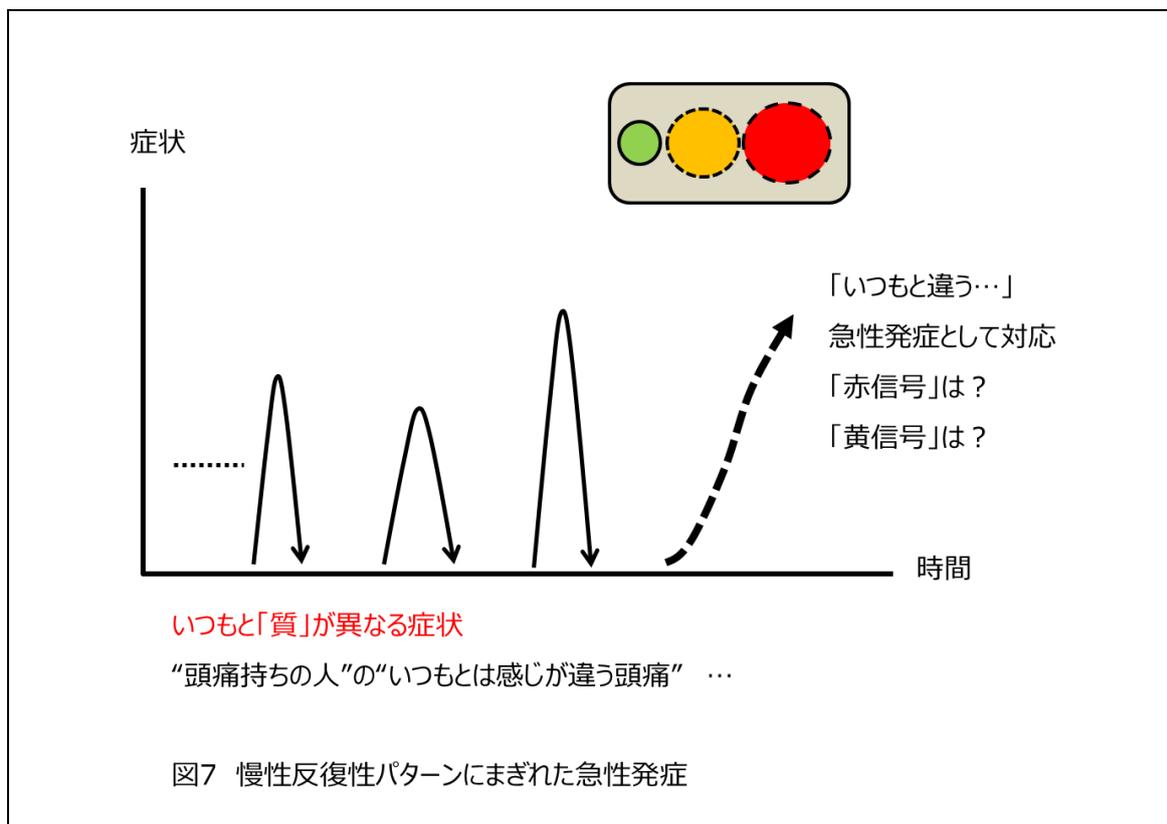
④慢性（図6 図7 図8 図9）

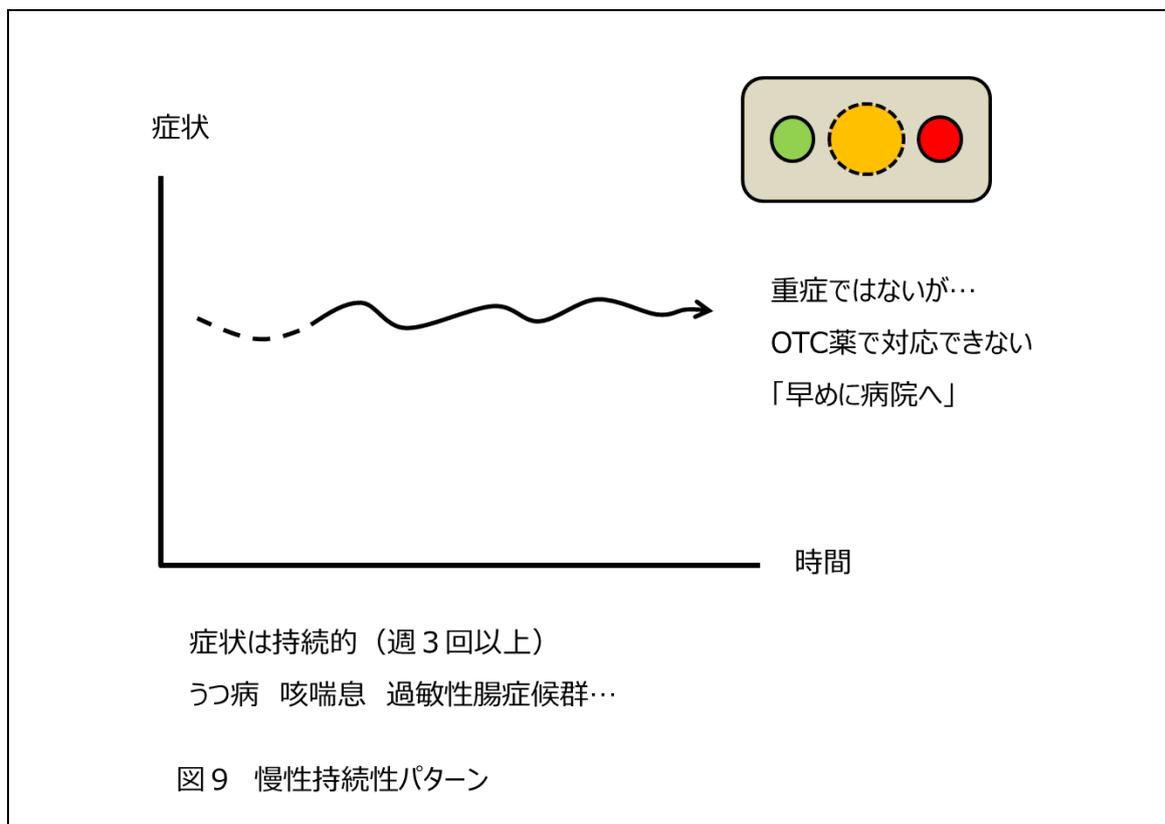
「慢性」も「自然治癒が見込めない」状況ですが、長期間にわたり同じような経過なので、「軽症だろう」と判断できます。つまり、「慢性」は「狭義の青信号」です。「慢性」は期間が長くなるほど重症疾患の可能性が低くなります（狭義の青信号）から「広義の青信号」に近くなります）。

一方で、1～2か月程度の短い「慢性」には悪性疾患や慢性感染症が隠れているかもしれません。症状がだんだん強くなっている、あるいは症状がでる頻度が多くなっているようであれば、「黄信号」とみなしましょう。特に、発熱が続いていたり、体重が徐々に減ってきているようなら、強く受診を促しましょう。

慢性の経過は「反復性（ときどき症状がある）」と「持続性（日常的に症状がある）」に分けます。「症状は月に何回くらいありますか？」と聞きましょう。便宜上、週に3回以上あれば持続性、週に2回以下なら反復性とみなします（持続性の明確な“定義”はありません）。







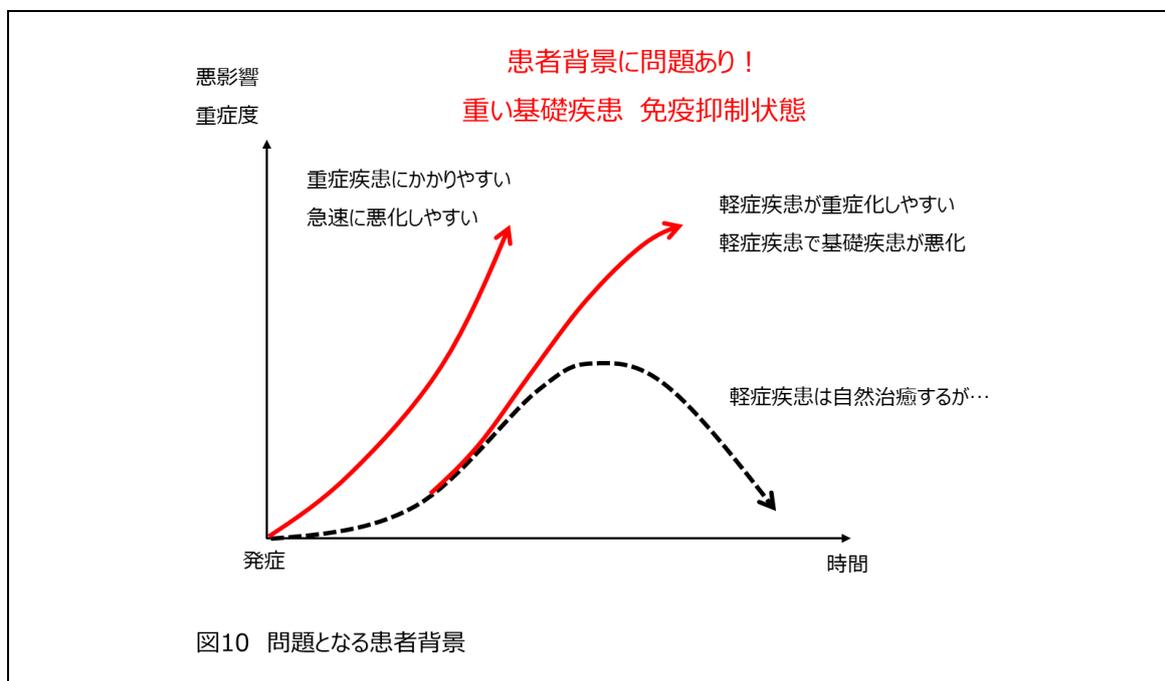
「反復性 (≒発作性)」なら、一時的な OTC 薬の使用で対応できるでしょう (図6)。まず「いつもの症状ですか (症状の「質」が同じかどうか) ?」と聞きましょう。加えて「このところだんだん症状が強くなったり、頻回に起こるようなことはありませんか (症状の「程度」が増悪傾向にあるかないか) ?」と聞きます。いつもの症状で、長期間にわたって増悪傾向がないなら、ほぼ完全な「青信号」とみなしてよいでしょう。ただし、症状の「質」がいつもと違うようなら「急性」とみなして対応します (図7)。また、「程度」が増悪傾向なら「黄信号」です。OTC 薬で対応できない症状かもしれません (図8)。

一方で、「持続性」なら、病院で特異的な治療が必要かもしれません。OTC 薬は長期間持続的に使用するものではありません。「慢性持続性」そのものが「黄信号」です。

4) 気をつけるべき患者背景

患者さんのなかには、特に高齢者において“こじれやすい”背景を持っている人がいます。免疫能が低下して重い感染症にかかりやすい、軽症疾患がきっかけで悪化するような重い基礎疾患を持っているなどです。具体的には免疫抑制状態 (免疫抑制薬の内服、透析中、コントロール不良の糖尿病など) と、基礎疾患としての重要臓器の機能不全 (慢性心不全、慢性腎不全、肝硬変、高度の慢性閉塞性肺疾患など) です。このような背景を持っている患者さんが何らかの症状を訴えて薬局に来た場合は、原則として受診勧

奨したほうがよいでしょう (図 10)。



5) アンダートリアージと safety netting

患者さんの健康・生命を守るという点で、最も基本的なことは「重症疾患を見逃さない (特に第1群疾患)」ことです。従って、ある程度のオーバーリアージは許容されます (重症と判断して受診勧奨したのに、実際はOTCでも対応できる軽症だった…)。判断に迷ったら、オーバーリアージ気味のほうがいいのです。

一方で、薬局にくる患者さんの大部分は「軽症 (第2群疾患)」です。あまりにも「重症を見逃さない」にこだわり過ぎてオーバーリアージが増えると、本来のセルフメディケーションの精神に反します (“なんでもかんでも病院へ” になってしまいます)。アンダートリアージ (軽症と判断したのに、実は重症だった…)、厳しい言葉で言えば“誤診”あるいは“見逃し”です) を避けるべきなのは言うまでもありませんが、患者さんの大多数を占める「軽症」を適切に見極めることが、セルフメディケーションの意義であることを忘れてはいけません。

病院であれ薬局であれ、ある程度のアンダートリアージは、どうしても避けられません (“完璧” はあり得ません)。急性重症疾患であっても、発症直後に来局すれ「赤信号」がはっきりしていないかもしれません (初期の虫垂炎は内臓痛→次第に体性痛→遅れて「歩行で響く」という赤信号の出現 など)。また、軽症疾患でも、それをきっかけにして、後から重篤な合併症を起こすことがあります (“カゼ”→肺炎 など)。

アンダートリアージに対する“備え”を safety netting といいます (総合診療医の Roger Neighbour が 1987年に提唱しました)。これは患者さんに対して、どのようなときに病院を受診すべきかを具体的に説

明することです。特に「急性」において safety netting は重要になります。「軽症でセルフメディケーション」と判断したときに、“OTC薬でよくならないなら病院に”と説明するのが最も簡単な（安易な？）説明です。より具体的には、「赤信号」や「黄信号」を使って説明すればよいでしょう。例えば、腹痛の患者さんには、「もしもこれから痛みの性質が変わってきて、歩いたり咳したりすると“響く”ような痛みになるなら、すぐに病院に行きましょう」と説明したり、咳と熱（“カゼ”っぽい）の患者さんに「1週間以上症状がよくなる場合は、病院に行った方がいいでしょう」などと説明します。

4. さいごに

ここで解説したのは、薬局トリアージを始めるための、最もシンプルな“手引き”です。このトリアージの基本的理論（“誰がやっても同じような判断にたどり着くような理論”という意味です）をふまえたうえで経験を積み、症候学的な知識を増やし、自分独自のスタイル（質問の仕方など）を確立していきましょう。

5. 理解を深めるための参考図書

- ① 佐仲雅樹 著. 薬剤師のトリアージ実践ガイド. 丸善出版 2012年
- ② 佐仲雅樹 著. フローチャートによるトリアージ実践マニュアル. 丸善出版 2014年
- ③ 佐仲雅樹 編集. 薬剤師のトリアージハンドブック. 日新製薬株式会社 (非売品) 2016年
- ④ 佐藤健太 著. 異変を訴える患者の“急変前”アセスメント. 日総研出版 2012年
- ⑤ 落合亮一 著. ゼロからわかるバイタルサイン. 成美堂出版 2014年
- ⑥ 荒井千明 著. いつもと違う高齢者をみたら. 医歯薬出版株式会社 2016年
- ⑦ 葛谷雅文/秋下雅弘 編集. ベッドサイドの高齢者の診かた. 南山堂 2008年
- ⑧ 前野哲博・松村慎司 編集. 帰してはいけない外来患者. 医学書院 2012年
- ⑨ 山本舜悟 編集. かぜ診療マニュアル. 日本医事新報社. 2013年
- ⑩ 橋口一弘 編集. その症状は“風邪”? 中山書店. 2016年

