



はじめに

本書は「OTC 薬とセルフケアサポート」と題されている。WHO によると、セルフケアは、「健康を管理し、病気を予防し、病気に対処するために、自分自身で行う行動」と定義され、健康に資する食事・運動、衛生管理を心がけること、セルフメディケーションを実践することなどが含まれる。一方、セルフメディケーションは「自分が認識している疾病・症状を緩和するために、Medicinal Product を個人が選定し、使用すること」とされている。それでは、ここで、本書に関する5つの基本方針等についてのまとめをおきたい。

【その1 セルフケアサポート (SCS)】

本書では、生活者の初回来局時における SCS の主な業務範囲 (薬学的管理) として、① 来局者 (相談者) への推奨薬等の選定と、それに関連する疾病の評価 (病態・病型・重症度等)、② 推奨薬等の使用後の効果及び予期しない有害反応 (副作用) のモニタリング、③ 予後不良の疾患のスクリーニング (問診で得られる臨床症状等による鑑別診断)、④ 苦痛あるいは不安の元となる関連症状に関わる疾病 (症状) の精査・治療のための受診勧奨を想定している。

さて、ここで、生活者がエパデール T (中性脂肪改善薬) あるいはセレキノソン S (過敏性腸症候群 (IBS) 再発症状改善薬) を選択する場面を想定してみよう。2つの製品は「要指導医薬品」であり、エパデール T の添付文書の「してはいけないこと」、「相談すること」の記載事項によると、エパデール T の SCS では、日本動脈硬化学会の「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療ガイド 2013 年版」及び特定健康診査・特定保健指導に基づく実践的知識と実務経験が要求される。他方、セレキノソン S の添付文書を見ると、OTC 薬としては前例のない Rome III の IBS の診断基準に基づく承認申請を行っており、来局時に IBS の再発であることを確認できる例を適応とすると定められている。

一方、医薬品医療機器法第1条の5 (医薬関係者の責務) には、「医師、歯科医師、薬剤師、獣医師その他の医薬関係者は、医薬品等の有効性及び安全性、その他これらの適正な使用に関する知識と理解を深めるとともに、これらの使用の対象者及びこれらを購入し、又は譲り受けようとする者に対し、これらの適正な使用に関する事項に関する正確かつ適切な情報の提供に努めなければならない」と記載されている。

したがって、軽医療・生活習慣病を中心とする OTC 薬等の適応探し・適剤探しについては、地域医療のパートナーとなる医師との間に共通する臨床的な判断基準をもたなければならない。また、その基準は可能な限りエビデンスに基づくものでなければならない。その理由は、それらの判断基準等を尊重して、薬局・薬剤師が相談者に対して受診勧奨等の臨床的指導を実践しなければならないからである。

【その2 症状からの適剤探し】

本書のサブタイトルは「症状からの適剤探し」である。OTC薬は症状とその経過等から、仮の診断（症状からの臨床診断）をつけ、その疾病（症状等）の強さ・生活等への影響（重症度など）、病型（優勢症状の評価）を考慮して適剤探しを進める。適剤探しでは、セルフメディケーション・サポート（SMS）における「適応探し」での課題となる「症状からの予後不良の疾患のスクリーニング」の再度の確認、相談者が抱える疾病（症状等）への不安感に十分な配慮をする。

なお、相談者が置かれている疾病・病態の適応となる医療用医薬品がある場合は、その選択による診療上の利点と配慮すべき点などについて適切な説明を行い、事前の納得を得ることが前提条件となる。

【その3 セルフメディケーション・サポート（SMS）の3段階】

SMSの3段階とは、「ステップⅠ：プライマリ・ケア（適応探し）」、「ステップⅡ：適剤探し」、「ステップⅢ：服薬指導」のことを指しており、通常はこの順番でSMSを進めていく。

また、脂質異常症、境界型糖尿病のような生活習慣病、あるいは、頭痛、かぜ症候群後咳嗽、IBS等の慢性の経過をたどる疾患（症状）については、相談者の要望に応じたフォローアップが行われる。

【その4 Medicinal Product】

本書では、Medicinal Productの範囲をOTC薬、一般用漢方製剤、特定保健用食品（トクホ）等としている。本書では「第2部 Common DiseaseⅠ」で29疾病、「第3部 生活習慣病」で2疾病、「第4部 Appendix Common DiseaseⅡ」で7疾病について述べているが、特に第2部ではMedicinal Productとして700品目あまりを取り上げている。

なお、SMS薬局で取り扱われる品目数の平均は300品目（中央値235品目）との報告があるが（「第3回 健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」の参考資料（平成27年7月2日））、Common DiseaseⅠ・Ⅱ及び生活習慣病に関し、適切なSMSを実施するためには、Medicinal Productの範囲も的確なSMSの実施に見合うものでなければならない。

【その5 Pharmacist's point of view (PPOV) と薬学的管理】

本書第1～3部では、各章ごとに「学習ポイント」と「PPOV」を示した。「学習ポイント」では、各章の学習要点または目標について掲げ、「PPOV」では、各章の細目に関する要点をまとめている。

薬剤師・薬局の日常業務は、SCSを中核とし、SCSは薬学的管理の精神によって支えられている。読者の皆様においては、創意と工夫で本書の意図するところを汲みとり、転換期にあるわが国の医療の中で、座右の書としてお役立ていただければ望外の喜びである。

2018年5月

宮田 満男 石井 文由 小原 公一
村上 泰興 渡辺 和夫

推薦のことは

本書の筆頭著者である宮田満男先生は共著の形で2008年12月に「OTC薬とセルフメディケーション—症状からの適剤探し—」を出版され、その3年後には時流に応じた改訂版を出されるという実績をおもちである。今回は構想も新たにセルフメディケーションに関わる薬剤師、そして登録販売者、さらには6年生薬学生の方々を念頭に置いて、薬局、ドラッグストアなど、それぞれの現場において訪れる生活者に対し、いかに適切に対応するかについて「OTC薬とセルフケアサポート—症状からの適剤探し—」と題する本書を4名の共同執筆者とともに刊行された。ここには最新かつ有用な情報が満載されている。

いま薬局には多様なニーズが生じている。主要な業務が調剤であることは言うまでもないが、加えてかかりつけ薬局機能、さらには地域の健康ステーションとしての役割など多岐にわたっている。厚生労働省は2014年度から「薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業」をスタートさせ、都道府県ごとに「医薬連携・セルフメディケーション推進協議会」を置き、「健康づくり支援薬局」の認定制度を設置した。認定された支援薬局は、食生活情報や介護、OTC薬などの情報を発信し、薬局を地域密着型の健康情報拠点にしたいとしている。これに対応する人材のレベルアップに必要な学習には、本書は最適な内容になっている。すなわち、本書の特徴は軽医療・生活習慣病を中心とするOTC薬等の適応探し・適剤探しについて、地域医療のパートナーとなる医師との間に共通する臨床的判断基準を持てるような記述がなされ、その基準がエビデンスに基づくものとなっていることにある。そしてその先のあるものは、2017年からスタートした「セルフメディケーション税制」への対応も考慮しつつ、来局する生活者に対しては、適切な受診勧奨等の臨床的指導を実践するまでを学べるように配慮されている。

本書の構成は5つに分けられている。その1では基本の基本であるセルフケアサポートが、その2では「症状からの適剤探し」という現場に求められる最重要命題が詳述されている。その3ではセルフメディケーションサポートの3つの段階、すなわちステップⅠ（適応探し）、ステップⅡ（適剤探し）、ステップⅢ（服薬指導）が示されている。本書はこの点を確実に進める方法論を知るうえで大いに役立つ構成になっている。そして特筆されるのはその4で、OTC薬、一般用漢方製剤、特定保健用食品（トクホ）をMedicinal Productとして取りまとめ、700品目あまりを収載し、類書に例を見ない情報を提供している。これを一目瞭然で見られることは現場の備えつけ書として、また、日頃座右に置くにふさわしい書として大変優れている。なお、その5は薬学的管理のためのPPOV（Pharmacist's point of view）として1,000項目あまりのPPOVが提示され、薬剤師を中心にした薬局関係者に学習の要点と目標がつかめるように工夫されている。

今後地域における薬局、ドラッグストア内の薬局も含めて、地元におけるかかりつけ薬局として選んでもらえるようになるためには、地域の生活者との接点を増やす仕掛けや、他の薬局との差別化対策も視野に入れていく必要があるだろう。セルフケアそしてセルフメディケーションの実を挙げていくうえで、本書が多くの方々に役立つことを願って止まない。

2018年5月

セルフメディケーション推進協議会 会長
一般社団法人日本生活習慣病予防協会 理事長
池田 義雄

目次

第1部 総論 1

- 1章 セルフメディケーション・サポート (Self-medication Support : SMS) 4
 - 1.1. セルフメディケーションとは何か? 4
 - 1.2. 軽医療を支える SMS 9
 - 1.3. SMS の3段階 19
- 2章 適応探しの新戦略 29
 - 2.1. 適応探しと添付文書 29
 - 2.2. 適応探しの SMS 34
 - 2.3. 適応探しの類型化 42
- 3章 適剤探しの新局面 54
 - 3.1. 消化器系疾患と咳嗽にみる診断的治療 54
 - 3.2. 合併症状がある例の適剤探し 59
 - 3.3. 適剤探しの新局面 69
- 4章 超高齢化社会における薬剤師の役割 78
 - 4.1. 超高齢化社会と薬剤師 78
 - 4.2. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) と薬剤師の役割 86
 - 4.3. こころのゲートキーパーとしての薬剤師 93
 - 4.4. 薬局・薬剤師に求められる SCS 98

第2部 Common Disease I 109

- 5章 かぜ症候群 112
 - 5.1. かぜ症候群とは? 112
 - 5.2. かぜ症候群の適応探し 115
 - 5.3. かぜ症候群の適剤探し 119
 - 5.4. かぜ症候群の服薬指導から生活指導まで 128
- 6章 インフルエンザ 137
 - 6.1. インフルエンザとは? 137
 - 6.2. インフルエンザの適応探し 142
 - 6.3. インフルエンザの適剤探し 146
 - 6.4. インフルエンザの服薬指導から生活指導まで 150

7章 アレルギー性鼻炎 (AR)	154
7.1. アレルギー性鼻炎 (Allergic Rhinitis : AR) とは？	154
7.2. アレルギー性鼻炎の適応探し	156
7.3. アレルギー性鼻炎の適剤探し	161
7.4. アレルギー性鼻炎の生活指導	175
8章 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)	182
8.1. 花粉症とは？	182
8.2. 花粉症の適応探し	187
8.3. 花粉症の適剤探し	193
8.4. 花粉症の生活指導	199
9章 咳を伴う Common Disease	206
9.1. 咳を伴う Common Disease とは？	206
9.2. 咳嗽の適応探し	210
9.3. 咳嗽の適剤探し	217
9.4. 咳を伴う Common Disease の生活指導	236
10章 COPD (慢性閉塞性肺疾患) と禁煙補助薬	243
10.1. COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) とは？	243
10.2. COPD 疑診例に対する禁煙指導	247
10.3. 禁煙の薬物療法と禁煙補助剤	254
11章 過敏性腸症候群 (IBS)	263
11.1. 過敏性腸症候群 (Irritable Bowel Syndrome : IBS) とは？	263
11.2. IBS の適応探し	264
11.3. IBS の適剤探し	266
11.4. IBS の FD・GERD 合併例に対する SCS	269
12章 機能性ディスぺプシア (FD)	271
12.1. 機能性ディスぺプシア (Functional Dyspepsia : FD) とは？	271
12.2. FD の適剤探し	275
12.3. FD の SCS	280
13章 胃食道逆流症 (GERD)	282
13.1. 胃食道逆流症 (Gastroesophageal Reflux Disease : GERD) とは？	282
13.2. GERD の適応探し	284
13.3. GERD の適剤探しと SCS	285
14章 機能性下痢・食中毒・薬物性潰瘍 (NSAIDs 潰瘍)	292
14.1. 機能性下痢	292
14.2. 食中毒	295
14.3. 薬物性潰瘍 (NSAIDs 潰瘍)	298

15章 頭痛	302
15.1. 頭痛とは？	302
15.2. 頭痛の適応探し	306
15.3. 頭痛の適剤探し	309
16章 月経困難症	312
16.1. 月経困難症とは？	312
16.2. 機能性月経困難症の治療	316
16.3. 月経困難症のSCS	322
17章 アレルギー性結膜疾患(ACD)	324
17.1. アレルギー性結膜疾患(Allergic Conjunctival Disease: ACD)とは？	324
17.2. ACDの適応探し	326
17.3. ACDの適剤探し	328
18章 結膜炎・眼瞼炎・眼精疲労	332
18.1. 一般用眼科用薬	332
18.2. 一般点眼薬におけるグルーピング	334
18.3. 一般点眼薬の適剤探し	336
19章 肛門疾患(痔核・裂肛)	343
19.1. 肛門疾患(痔核・裂肛)とは？	343
19.2. 痔疾用薬の適剤探し	346
19.3. 肛門疾患のSCS	349
20章 腰痛	351
20.1. 腰痛の疫学と診療ガイドライン	351
20.2. 腰痛の適応探し	352
20.3. 腰痛のセルフケアとSCS	355
21章 変形性膝関節症(膝OA)	361
21.1. 変形性膝関節症(Osteoarthritis: 膝OA)とは？	361
21.2. 膝OAの保存療法	363
21.3. 膝OAの薬物療法	366
22章 アトピー性皮膚炎(AD)	369
22.1. アトピー性皮膚炎(Atopic Dermatitis: AD)とは？	369
22.2. アトピー性皮膚炎の適応探し	371
22.3. アトピー性皮膚炎の適剤探し	374
23章 白癬(皮膚真菌症)	379
23.1. 白癬とは？	379
23.2. 浅在性白癬	380
23.3. 白癬の薬物療法	383

第3部 生活習慣病 389

24章 特定健康診査・特定保健指導	392
24.1. 特定健康診査・特定保健指導（特定健診・保健指導）とは？	392
24.2. 特定健康診査（特定健診）	396
24.3. 特定保健指導	399
25章 境界型糖尿病	402
25.1. 糖尿病の診断基準	402
25.2. 境界型糖尿病	405
25.3. 境界型糖尿病のSCS	407
26章 脂質異常症	411
26.1. 脂質異常症とエパデールT	411
26.2. エパデールTと適正使用調査	414
26.3. 軽度高中性脂肪血症（境界域）	417

第4部 Appendix Common Disease II 423

I 脱水と熱中症	426
1. 脱水と熱中症の概要	426
2. 熱中症の予防と治療	428
3. 経口補水液の3つの適応症	430
II こむら返り	433
1. こむら返りと基礎疾患別の「芍薬甘草湯」の効果	433
2. 芍薬甘草湯の用法・用量と臨床効果	435
3. こむら返りのSCS	436
III 誤嚥性肺炎	439
1. 誤嚥性肺炎とは？	439
2. 誤嚥性肺炎予防のための薬物療法	441
3. 誤嚥性肺炎のSCS	443
IV ドライマウス	447
1. ドライマウスとは？	447
2. ドライマウスの症状評価と適応探し	450
3. ドライマウスの治療とSCS	452
V 老人性乾皮症(SX)	457
1. 老人性乾皮症(Senile Xerosis: SX)とは？	457
2. SXの予防と治療	458

3. SX の適剤探し	460
VI 機能性便秘	467
1. 機能性便秘とは？	467
2. 機能性便秘の治療	469
3. 高齢者の機能性便秘の SCS	476
VII ロコモティブシンドローム (ロコモ)	480
1. ロコモティブシンドローム (Locomotive Syndrome) とは？	480
2. ロコモ度の評価とロコトレの継続	487
3. ロコモの SCS	491
薬剤索引	501
事項索引	511

本書のご利用にあたって

本書に掲載した医薬品等の製品については、本書発刊の際において、販売終了や添付文書の改訂等、時間差が生じていることが考えられます。

読者の皆様におきましては、本書掲載製品の製造元が発出する製品情報および添付文書改訂情報等により、常に最新の内容をご確認いただきたくお願い申し上げます。

なお、本書の記載内容によって生じたいかなる問題につきましても、編著者および出版社はその責任を負いかねますので、あらかじめご了承いただきたくお願い申し上げます。



第 2 部

Common Disease I

第 2 部は「Common Disease I」として、29 疾病及び Medicinal Product 400 品目を取り上げている。発生頻度の高い疾病（病態）は「Common Disease」と呼ばれているが、既刊の医学書によると、その疾病（病態）の数は 46～59 の範囲にあり、診療・治療には、各種の診療ガイドラインと、医療現場で長く使われてきた医薬品（長期収載品など）が尊重されている。

一方、OTC 薬市場では、2013 年 4 月に生活習慣病（高中性脂肪血症）予防薬のイコサペント酸エチル製剤（「エパデール T」）が発売され、同年 5 月には過敏性腸症候群（IBS）の諸症状の緩和を効能にもつトリメブチンマレイン酸塩配合剤（「セレキノン S」）が承認されている。

したがって、軽医療・生活習慣病を中心とする OTC 薬等の適応探し・適剤探しにおいては、地域医療のパートナーとなる医師との間に、共通する臨床的な判断基準をもたなければならない。また、その判断基準は、薬剤師が受診勧奨等の指導を実践するうえで、可能な限りエビデンスに基づくものでなければならない。



第 2 部の Clinical Key Concept

	疾病 (症状)	適応探し	適剤探し	SCS
5 章 かぜ症候群	かぜ症候群	<ul style="list-style-type: none"> ACP：かぜ症候群/非特異的上気道炎 急性上気道感染症治療ガイドライン 	<ul style="list-style-type: none"> 急性上気道感染症治療ガイドライン OTC 薬 9 グループ 23 製品、葛根湯配合剤 10 製品 	<ul style="list-style-type: none"> 急性上気道感染症治療ガイドライン かぜ症候群の生活指導
6 章 インフルエンザ	A ン連型・香港型, B 型インフルエンザ	<ul style="list-style-type: none"> 迅速診断キット 新型インフルエンザ診療ガイドライン・成人新型インフルエンザ治療ガイドライン 	漢方製剤 3 グループ 12 製品	服薬指導, 生活指導, 外出許可基準
7 章 アレルギー性鼻炎 (AR)	通年性アレルギー性鼻炎	<ul style="list-style-type: none"> 臨床診断 ①かぜ症候群との鑑別 ②病型・重症度評価 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻アレルギー診療ガイドライン 2016 OTC 薬 10 グループ 50 製品, 漢方製剤 4 製品 	<ul style="list-style-type: none"> 家庭治療における 5 つの視点・14 の対策 鼻づまり対策
8 章 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症)	花粉症	<ul style="list-style-type: none"> 鼻アレルギー診療ガイドライン 自覚症状, 結膜充血により臨床診断が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 診療ガイドラインにより, 初期療法・軽症例・中等症の適剤を探す 製品のグループは 7 章と同様 	<ul style="list-style-type: none"> アレルギー性鼻炎との鑑別診断 小児例では服薬指導に重点をおく

	疾病 (症状)	適応探し	適剤探し	SCS
9章 咳を伴う Common Disease	<ul style="list-style-type: none"> • かせ症候群後遷延性咳嗽 • 咽頭アレルギー • アトピー咳嗽 • 咳喘息 	<ul style="list-style-type: none"> • 簡易診断基準による適応探し (左記の4つの疑診例) • 疾患の鑑別と鎮咳薬の診断的治療 • 小児咳嗽は別途設定 	OTC薬 12グループ 49製品, 漢方製剤 2製品	<ul style="list-style-type: none"> • 咳止めの適剤探し 10の基準を尊重 • 喀痰排出を促す生活指導 • メディカルドロップの推奨
10章 COPD (慢性閉塞性肺疾患) と禁煙補助薬	COPD	<ul style="list-style-type: none"> • COPDの8問診票 • 禁煙ガイドライン 2010 • 禁煙治療における保険適応の4条件, ニコチン依存症のスクリーニングテストなど 	ニコチンガムとニコチンパッチ, 医療用医薬品では, ニコチネルTTSとチャンピックス錠	<ul style="list-style-type: none"> • 自由診療による禁煙治療の流れ • 健診・保健指導の場における禁煙推進
11章 過敏性腸症候群 (IBS)	過敏性腸症候群 (4病型・重症度, 他機能性消化管疾患 (FGIDs) 合併例の診断が必要)	<ul style="list-style-type: none"> • 医師によるIBS診断・既往歴の確認 • 「してはいけないこと」等のCQによる鑑別診断・臨床診断 	<ul style="list-style-type: none"> • 食事療法・生活療法の優先指導 • OTC薬 10製品, プロバイオティクス, 高分子重合体・食物繊維 	<ul style="list-style-type: none"> • 合併例 (IBS+FD, IBS+GERD) への症状によるSCS
12章 機能性ディスペプシア (FD)	<ul style="list-style-type: none"> • 食後愁訴症候群 (PDS) • 心窩部痛症候群 (EPS) 	<ul style="list-style-type: none"> • FD診断のためのRome III基準 • 自記式問診票の活用 	<ul style="list-style-type: none"> • 5グループ 13製品 • 漢方製剤・健胃生薬の活用を考慮 	<ul style="list-style-type: none"> • 生活指導・食事療法 • 「してはいけないこと」の遵守
13章 胃食道逆流症 (GERD)	<ul style="list-style-type: none"> • 逆流性食道炎 • 非びらん性胃食道逆流症 (NERD) 	<ul style="list-style-type: none"> • GERD診療ガイドライン 2009 • GERD-Q問診票の活用 	3グループ 10製品, 漢方製剤 3製品	<ul style="list-style-type: none"> • 生活習慣の見直し • 減量と頭側挙上
14章 機能性下痢・食中毒・薬物性潰瘍 (NSAIDs潰瘍)	<ul style="list-style-type: none"> • 機能性下痢 • 食中毒 • 薬物性潰瘍 (NSAIDs潰瘍) 	<ul style="list-style-type: none"> • 左記の3疾病を鑑別後, IBS-D (下痢型IBS) との鑑別診断 • 食中毒: 症状診断 • 消化性潰瘍診療ガイドライン 	<ul style="list-style-type: none"> • 機能性下痢に使用: 3グループ 6製品 • 食中毒による下痢の際に選択: 2グループ 4製品 • 被疑薬の断薬 	<ul style="list-style-type: none"> • 生活療法が基本 • 経口補水液 • 低用量アスピリンの長期使用には定期的SCS
15章 頭痛	<ul style="list-style-type: none"> • 一次性頭痛 • 片頭痛 • 緊張型頭痛 	<ul style="list-style-type: none"> • 国際頭痛分類第3版 beta版 2013 • 二次性頭痛の症状 • 片頭痛・緊張型頭痛の診断基準 	<ul style="list-style-type: none"> • 3グループ 8製品 • 頭痛に悪心・嘔吐を伴う場合は, 呉茱萸湯, タナベ胃腸薬 (調律) 	<ul style="list-style-type: none"> • 頭痛・生理痛の医療受診 vs OTC薬の需要は 14%/49% • 治療の目的は患者のQOLの改善
16章 月経困難症	機能性 (原発性) 月経困難症	初経から1~2年後・青年期初期の発症で, 特徴的・反復性症状の病歴	<ul style="list-style-type: none"> • 6グループ 15製品, 漢方製剤 (駆瘀血剤) 4製品 • 産婦人科診療ガイドライン 	<ul style="list-style-type: none"> • NSAIDsによる早期治療 • 月経困難症疑診例に対して受診勧奨を考える7つのケース
17章 アレルギー性結膜疾患 (ACD)	<ul style="list-style-type: none"> • 季節性アレルギー性結膜炎 (SAC) • 慢性アレルギー性結膜炎 (PAC) 	<ul style="list-style-type: none"> • アレルギー素因と掻痒感・眼脂・流涙 • 眼掻痒感はI型アレルギーの90% 	<ul style="list-style-type: none"> • 3グループ 15製品 • SAC, PACの診療ガイドラインに準ずる 	鼻炎症状が強い場合は, グループCの製品③, ④または⑤の併用を勧める
18章 結膜炎・眼瞼炎 眼精疲労	<ul style="list-style-type: none"> • 結膜炎 • 眼瞼炎 • 眼精疲労 	眼精疲労・結膜炎・眼病予防・眼瞼炎の臨床診断	<ul style="list-style-type: none"> • 6グループ 28製品 • 相談者の愁訴内容の緩和が目標 	小児では, 保護者の問診による症状の把握を出発点とする
19章 肛門疾患 (痔核・裂肛)	<ul style="list-style-type: none"> • 内痔核 (1度及び2度) • 外痔核 (痛み・腫れは受診) • 裂肛 	<ul style="list-style-type: none"> • 肛門疾患診療ガイドライン • 排便時の痙攣性疼痛例は受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> • 3グループ 28製品 • ステロイド剤は急性慢性期・急性増悪期 	<ul style="list-style-type: none"> • ステロイド剤の長期使用例は要受診勧奨 • 排便コントロール
20章 腰痛	特異的腰痛 85% (非特異的腰痛は鑑別し, 要受診勧奨)	<ul style="list-style-type: none"> • 腰痛診療ガイドライン 2012 • Red Flag 徴候は受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> • 4グループ 15製品 • NSAIDs 経口剤: 腰痛診療ガイドライン 2012の推奨度はA 	<ul style="list-style-type: none"> • 貼付・塗布剤は, 中程度以上 • 腰痛及び高齢者に注意
21章 変形性膝関節症 (膝OA)	膝OA	疼痛, 膝関節の可動域制限, 筋力低下, 歩行障害などで診断	<ul style="list-style-type: none"> • 膝OAガイドライン • NSAIDs外用剤 6製品, 漢方製剤 3製品 	ひざ痛対策プログラム
22章 アトピー性皮膚炎 (AD)	アトピー性皮膚炎	<ul style="list-style-type: none"> • アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005 • アレルギー・非アレルギー要因に留意 	<ul style="list-style-type: none"> • 4グループ 20製品 • 適正使用の励行 	<ul style="list-style-type: none"> • アトピー性皮膚炎炎症例: グループA及びBの製品 • プロアクティブ治療の活用
23章 白癬 (皮膚真菌症)	白癬	感染部位別白癬の適応探し (臨床診断)	9グループ 12製品	爪白癬の疑診例, 炎症性白癬, 頭部白癬, 格闘技による感染例等は受診勧奨

5 章

かぜ症候群

学習のポイント



本章では、かぜ症候群の適応探し、適剤探し、服薬指導から生活指導までを扱っている。適応探しではアメリカ内科学会のかぜ症候群の4臨床型を取り上げ、本章の骨格を形作っている。一方、かぜ薬等の選択肢と推奨度については、日本呼吸器学会の「呼吸器感染症に関するガイドライン 成人気道感染症診療の基本的考え方」及び「急性上気道感染症治療法ガイドライン」を尊重しつつ、これに著者らが提唱するかぜ症候群に使われる Medicinal Product の配合成分によるグループ化の考え方を導入し、OTC薬等の適正使用から生活指導への展開を図っている。

5.1. かぜ症候群とは？

5.1.1. かぜ症候群の医療受診と OTC 薬需要の代替性

かぜ症候群は上気道（鼻・咽頭・喉頭）の急性炎症だけではなく、同じ原因ウイルスによって連続的にひき起こされる下気道ウイルス感染症までを含めた気道感染症と定義される。かぜ症候群は広い年齢層に発症し、ハイリスクではない健常人でも年に3~4回は罹患する。かぜ症候群の病原微生物 (pathogen) は、80~90%がウイルス（ライノウイルス・コロナウイルス・パラインフルエンザウイルス・RSウイルスなど）であり、ほかにA群β溶血性連鎖球菌、百日咳菌、肺炎マイコプラズマなどがある（図5-1）。

かぜ症候群は典型的な Common Disease（一般的な病気）の1つであるが、厚生労働省の「患者調査」によると、外来患者に占める急性上気道感染症初診患者の比率は19.6%、再診時の同比率は3.3%にまで低下していることから、急性上気道感染症の初診患者の多くは、セルフメディケーションの対象となる軽医療分野に入ると解釈されている（表1-2）。また、Common Disease の医療受診と OTC 薬需要の代替性に関する研究によれば、かぜ症候群の医療受診は44%、OTC薬需要は32%となっている（表2-4）。

5.1.2. かぜ症候群のプライマリ・ケアにおける抗菌薬使用の実態

多くの生活者は、かぜ症候群罹患時の経験を活かして2つの道を選択する。セルフメディケーションの道と重症化不安の解消を願う医療受診の道である。しかし、ひとたび医療受診の道を選べば、抗菌薬使用の判断は医師の手に委ねられる。阪大微研が実施した2001年のプライマリ・ケア医508人へのアンケート調査によれば、上気道炎に対して、30%の医師

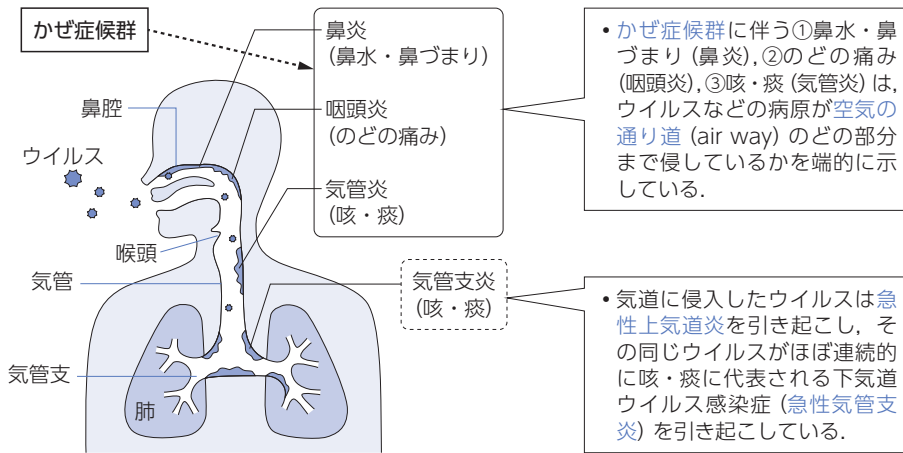


図 5-1 かぜ症候群の炎症部位とかぜ症状¹⁾

は全例患者に、33%の医師は50%の患者に抗菌薬を投与していたが、この診療傾向が、薬剤耐性菌の増加につながるとの指摘もある（図 5-2）。

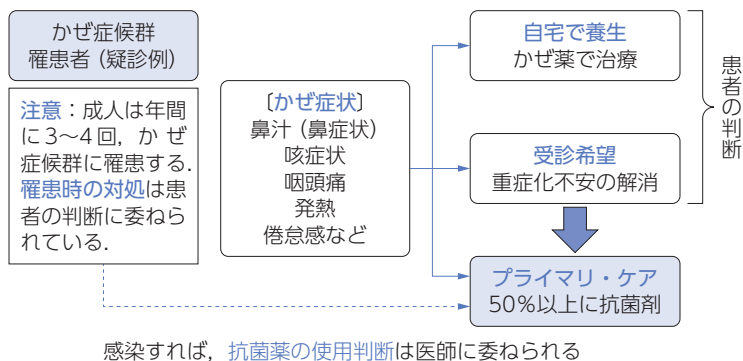


図 5-2 かぜ症候群のプライマリ・ケアにおける抗菌薬使用の実態

5.1.3. アメリカ内科学会が提唱するかぜ症候群の4臨床型

アメリカ内科学会が急性気道感染症（かぜ症候群）に対する抗菌薬の過剰使用に警鐘を鳴らしたのは2001年²⁾で、かぜ症候群を次の4臨床型に分類している（表 5-1）。

①非特異的上気道炎

鼻症状（鼻汁、鼻閉）、咽頭症状、下気道症状（咳、痰）の3症状に優位なものがなく、複数認められる

②急性鼻・副鼻腔炎

鼻症状（鼻汁、鼻閉）主体の例

③急性咽頭炎

咽頭症状（咽頭痛）が主体の例

④急性気管支炎

下気道症状（咳、痰）が主体の例

かぜ症候群のプライマリ・ケアでは、かぜ症候群の4臨床型のうち、セルフメディケーションの対象となるのは①の「非特異的上気道炎」であり、②～④については、一部の鑑別

5.2. かぜ症候群の適応探し

5.2.1. かぜ症候群の SMS—2 つの視点

かぜ症候群の確定診断にはウイルス抗体価の上昇をみる血清学的検査や抗原の検出が必要となるが、OTC 薬の現場では、流行時期、患者の症状・身体所見等から臨床診断を経て、対症療法 SMS が行われている。

かぜ症候群の適応探しには 2 つの視点がある。1 つ目は見逃すことが許されない急性喉頭蓋炎、肺炎などの救急疾患及びアレルギー性鼻炎、インフルエンザ、急性副鼻腔炎、扁桃炎・咽頭炎、百日咳などの鑑別疾患に対する視点、2 つ目は感染免疫の弱者である高齢者・小児、compromised host (抵抗力のない宿主) や、慢性呼吸器疾患・心疾患・糖尿病などのリスクファクターに対する視点である (図 5-4)。

かぜ症候群の SMS における 1 つ目の視点では、①症状による適応探し、つまり、かぜ症候群の症状による臨床診断及び②症状による受診勧奨の基準をもつことが必須要件になる。

日本呼吸器学会が「成人気道感染症診療の基本的な考え方」の中で、臨床症状(発熱・鼻汁・咽頭痛・咳)による受診勧奨の基準を示したのは 2003 年のことである。この基準は、成人気道感染症の受診勧奨基準として活かされているが、かぜ症候群疑診例の受診勧奨基準としても活用することができる (図 5-5)。

かぜ症候群の SMS における 2 つ目の視点では、リスクファクターの SMS への反映がある。日本呼吸器学会の「急性上気道感染症治療法ガイドライン」には、「かぜ症候群(急性上気道感染症・急性気管支炎)の患者背景(リスクファクター)からみる受診勧奨基準」が示され、受診勧奨の重要な判断基準として利用されている (図 5-6)。

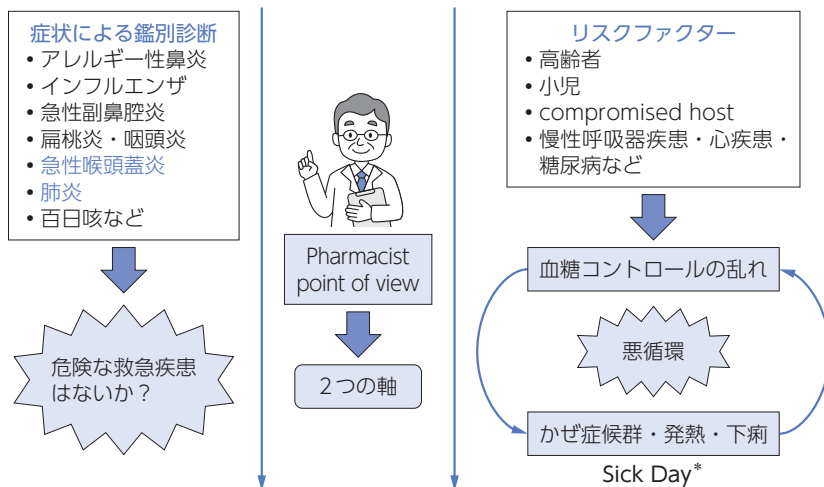
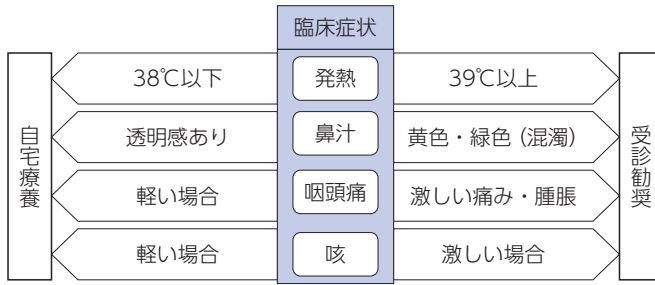


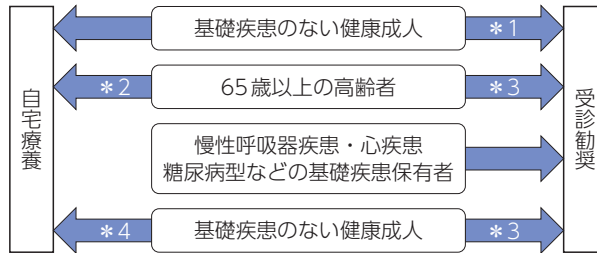
図 5-4 かぜ症候群の SMS に必要な 2 つの視点

* 糖尿病の患者が糖尿病以外の病気にかかること。



※発熱：測定体温が38～39℃では、他の複数の症状がみられる場合に、医療機関受診を勧める

図 5-5 かぜ症候群の症状による受診勧奨基準⁵⁾



- *1：インフルエンザなどで重篤な症状の場合に限られる
- *2：健康な身体状況が保たれている高齢者
- *3：インフルエンザの流行前のワクチン投与など
- *4：第二子以降の妊娠では、自宅に呼吸器病原体のキャリアがいることに留意する

図 5-6 かぜ症候群の患者背景(リスクファクター)からみる受診勧奨基準⁶⁾

5.2.2. 急性上気道感染症治療法ガイドライン等による「適応探し」

かぜ症候群は症状から診断される。かぜ症候群の適応探しは、重篤な疾患との鑑別が主体となる。かぜ症候群は鼻閉・鼻水で発症し、咽頭痛を伴うが、これは早期に改善する。その後咳嗽を伴うことがあり、鼻水は漿液性から膿性に変化することがある(図 5-7)。

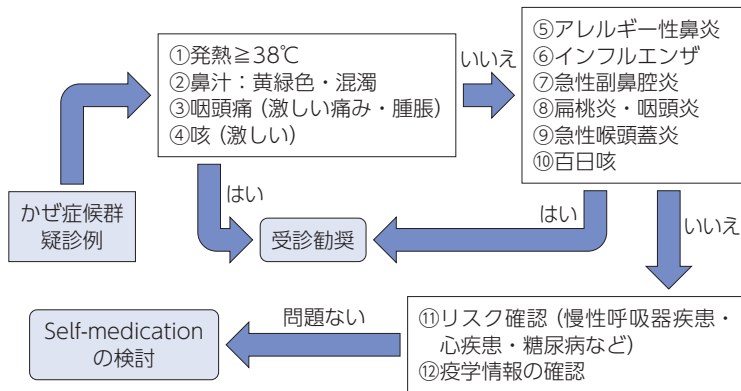


図 5-7 かぜ症候群の適応探しの考え方^{7)~10)}

5.2.3. かぜ症候群 4 つの臨床型と適応探し

アメリカ内科学会における急性気道感染症(急性上気道炎と急性気管支炎)は、ウイルス

5.3. かぜ症候群の適剤探し

5.3.1. 急性上気道感染症治療法ガイドラインの留意点と薬物治療の推奨度

かぜ症候群の治療の成否は、かぜ症候群に対する①生活者の啓発、②薬剤師による良質なSMSに依存する。かぜ症候群のセルフメディケーションは、かぜ症候群の病原ウイルスに対する直接的な治療ではなく、あくまでも対症療法である。また、治療目標は、相談者が辛いと感じている臨床症状であり、これを緩和して、本来、生体がもっている感染免疫能を引き出してやることにある。

かぜ症候群の適剤探しに当たっては、「急性上気道感染症治療法ガイドライン」を尊重する。相談者の治療目標症状への効果が期待できる成分が配合され、必要度が低い成分は配合されていない製剤を選択し、適剤探しの対象とすることが原則である。その理由は、「急性上気道感染症治療法ガイドライン」が、質の高いエビデンスに基づく標準的治療を目指しているためである(図5-9)。

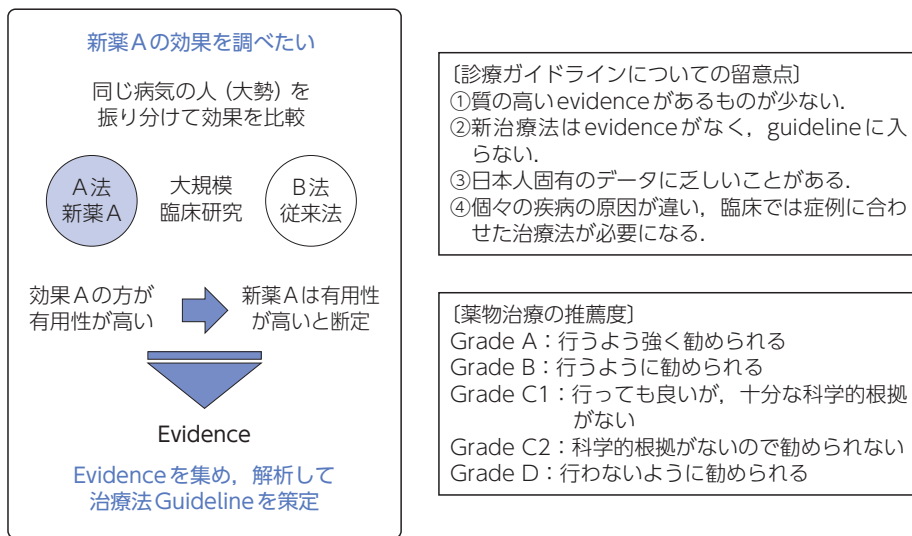


図5-9 急性上気道感染症治療法ガイドラインと薬物治療の推奨度¹²⁾

5.3.2. 治療目標症状と治療法の選択肢

「急性上気道感染症治療法ガイドライン」には、急性上気道感染症（かぜ症候群）に伴う治療目標症状と治療法の選択肢が示されている。また、その選択肢ごとの用法・用量について、一定の制限を設けている。解熱鎮痛薬配合剤では頓用を勧め、抗ヒスタミン薬、吸入副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬配合剤では、短期間、回数を限っての使用を規定している。

抗ヒスタミン薬は、成人・小児のかぜ症候群に対して、効果が認められないとするコクランレビューの報告がある(2003年)。また、カナダのBC Health Guideは、かぜ症候群の多彩な症状に合わせた複数成分の配合剤の使用を避け、かぜ症候群の個々の優勢症状の適合成分の配合剤を選択すると規定している。

それでは、「急性上気道感染症治療法ガイドライン」に示されている治療目標症状と、その治療法の選択肢（適剤探しの指針）を考えてみる（表5-3）。

表5-3 急性上気道感染症治療法ガイドライン¹³⁾

治療目標/推奨度		治療法の選択肢
発熱・疼痛 Grade C1		<ul style="list-style-type: none"> 患者にとって発熱・疼痛が強い場合は、下記薬剤が選択されるが、基本的には頓用となる。 成人：NSAIDs 小児：アセトアミノフェン
鼻汁・鼻づまり くしゃみ Grade C1		<ul style="list-style-type: none"> 抗ヒスタミン薬、吸入副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬などを短期間、回数を限って使用する。
咳と痰	Grade A	<ul style="list-style-type: none"> 末梢性鎮咳薬、含嗽水、トローチ（咽頭痛、咽頭不快感を伴う咳に）
	Grade B	<ul style="list-style-type: none"> 末梢性鎮咳薬・去痰薬（痰を伴う咳に） 気管支拡張薬（喘鳴や呼吸困難を伴う咳に）
	Grade C1	<ul style="list-style-type: none"> 中枢性鎮咳薬（非麻薬性鎮咳薬） デキストロメトルファン、ジメモルファンリン酸塩、クロペラスチン
	Grade C2	<ul style="list-style-type: none"> 中枢性鎮咳薬（麻薬性） ジヒドロコデインリン酸塩、コデインリン酸塩
咽頭発赤・腫脹・咽頭痛 Grade A		<ul style="list-style-type: none"> 含嗽水、トローチ
扁桃腫脹 Grade A		<ul style="list-style-type: none"> 高熱を伴ったり、膿性分泌物（膿栓・白苔）がみられる場合には、細菌感染の合併を考え、抗菌薬投与をする。 →受診勧奨
その他の治療	Grade A	<ul style="list-style-type: none"> 安静にしてバランスのとれた食事を摂る。 十分に水分補給し、適当な室温と湿度を保つ。
	Grade C1	<ul style="list-style-type: none"> 漢方製剤、特に葛根湯は病初期に有効とされている。

①発熱・疼痛

患者の苦痛が強い場合、解熱鎮痛薬の使用を検討するが、選択薬物は、成人には酸性非ステロイド系抗炎症薬（酸性NSAIDs）、小児にはアセトアミノフェンとする。ただし、その使用は“頓用”とする（Grade C1（やっても良い））。

②鼻汁・鼻づまり・くしゃみ

抗ヒスタミン薬、吸入副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬を、短期間、回数を限って使用する（Grade C1（やっても良い））。

③咳と痰

- 咽頭痛・咽頭不快感を伴う咳：末梢性鎮咳薬含有製剤、含嗽水・トローチ（Grade A（強く勧める））
- 痰を伴う咳：末梢性鎮咳薬・去痰薬（Grade B（やった方が良い））
- 喘鳴や呼吸困難を伴う咳：気管支拡張薬（Grade B（やった方が良い））
- 中枢性鎮咳薬：非麻薬性：デキストロメトルファン、ジメモルファンリン酸塩、クロペラスチン（Grade C1（やっても良い））
- 中枢性鎮咳薬：麻薬性：コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩（Grade C2（や

らない方が良い))

④咽頭発赤・腫脹，咽頭痛

含漱水，トローチ (Grade A (強く勧める))

⑤扁桃腫脹

高熱，膿性分泌物（膿栓・白苔^{のうせん}）がみられる場合は，細菌感染の合併を考え，抗菌薬を投与する (Grade A (強く勧める))。

⑥その他の治療

- ・安静にしてバランスのとれた食事を摂る (Grade A (強く勧める))。
- ・十分に水分を補給し，適当な室温と湿度を保つ (Grade A (強く勧める))。
- ・漢方製剤の葛根湯は，特にかぜ症候群の病初期に有効とされている (Grade C1 (やっても良い))。

5.3.3. かぜ薬等と葛根湯等配合剤のグルーピング

OTC 薬・一般用漢方製剤は，配合成分の構成，1 日服用回数，製剤の違いなどでグループ分けすることができる。本書では OTC 薬をグループ化 (グループ分け) することで，プライマリ・ケアの SMS の 3 段階におけるステップⅡ (適剤探し)，ステップⅢ (SCS) の対応を効果的に進めることが可能である (表 1-11)。

適剤探しでは，推奨薬の配合成分の構成，使用上の注意，効能・効果，用法・用量，さらには，「急性上気道感染症治療法ガイドライン」に示される治療目標症状ごとの治療法の選択肢と推奨度が，SMS を進める決定的要因になることがある (表 5-4，表 5-5)。

表 5-4 かぜ薬の配合成分によるグルーピング

A	AA+ 抗 H 薬 + 鎮咳薬	エスタック総合感冒，ベンザブロック S
B	AA+ 抗 H 薬 + 鎮咳薬・去痰薬	カイゲン感冒カリュー，パブロン SC 錠
C	AA+ 抗 H 薬非配合 (基準内成分)	改源，パブロン 50
D	AA+ 抗 H 薬・消炎酵素・抗コリン薬 (基準内成分)	新ルル A ゴールド，新ルル A ゴールドカプレット
E	IBP+ 抗 H 薬 + 鎮咳薬	ベンザブロック IP，カコナルゴールド UP 錠，ベンザブロック L 錠
F	IBP+ 抗 H 薬 + 鎮咳薬・去痰薬	パブロンエース AX 錠，カコナルカゼブロック UP 錠，コルゲンコーワ IB 錠 TX
G	AA・IPA+ 抗 H 薬 + 鎮咳薬	プレコール持続性カプセル，アルペンゴールドカプセル
H	PSE+ 抗 H 薬 + 抗コリン薬 + CAF	新コンタック 600 プラス
I	トローチ製剤	ベンザブロックトローチ，新コルゲンコーワトローチ
J	一般用葛根湯製剤	サトウ葛根湯エキス顆粒，ツムラ漢方葛根湯エキス錠 A，カコナル・内服液，カゼコール (地竜エキス配合)，葛根湯加川芎辛夷エキス〔細粒〕77，カンボンコール感冒内服液葛根湯 (小中学生用)
K	葛根湯配合のかぜ薬	JPS かぜ薬 1 号 N，カゼコールハイ A，プレコールエース顆粒，新エスタック顆粒

AA：アセトアミノフェン，抗 H 薬：抗ヒスタミン薬，IBP：イブプロフェン，IPA：イソプロピルアンチピリン，PSE：プソイドエフェドリン塩酸塩，CAF：無水カフェイン

表 5-5 9グループ (グループ A~I) のかぜ薬と「してはいけないこと」の関係¹⁴⁾

「してはいけないこと」	A	B	C	D	E	F	G	H	I
①次の人の服用 ①本剤へのアレルギー既往歴者 ②本剤・かぜ薬・解熱薬でのぜんそく発作があった者	●	●	●	●	●	●	●	●	●
②本剤服用中の他のかぜ薬等の服用	●	●	●	●	●	●	●	●	●
③服用後の乗り物・機械類の運転操作	●	●	—	●	●	●	●	●	—
④授乳中の人 (本剤を服用しないか、服用する場合は授乳を避ける)	●	●	*	●	●	●	*	*	*
⑤服用前後の飲酒	●	●	●	●	●	●	●	—	—
⑥長期 (または 5 日以上) 連用	●	●	●	●	●	●	●	●	—

●：記載あり

①欄の**グループ H** (新コンタック 600 プラス) は、ブソイドエフェドリン塩酸塩、抗ヒスタミン薬、ベラドンナ総アルカロイド、無水カフェインの配合剤。

③欄の**グループ C** には抗ヒスタミン薬の配合はない。

④欄の*を付した**グループ C・G・H・I** については、添付文書に配合成分との関係が示されていないが、総合感冒薬は母乳中に移行するため、長期の使用は避ける必要があるといわれている。

5.3.4. かぜ薬のグループ特性と適剤探しの留意点

かぜ薬のグループ特性を知ること、適剤探しはよりの確なものとなる。グループ A~I、葛根湯配合のグループ J・K の特性について考えてみる。

〔かぜ薬グループ A・B の適剤探しの留意点〕

グループ A 及び B は、「アセトアミノフェン+抗ヒスタミン薬・鎮咳薬」を基本処方とする総合感冒薬で、適剤探しでは発熱、鼻炎症状 (鼻水・鼻づまり)、咳嗽が揃っている (非特異的上気道炎) 症例が適応になる。ただし、麻薬性鎮咳薬が配合されるグループ A のかぜ薬は、「急性上気道感染症治療法ガイドライン」の推奨レベルが C2 となっており、適剤探しには慎重さが求められる。また、グループ A 及び B を小児に推奨するに当たっては、発熱が与える QOL への影響を的確に判断する必要がある。また、病初期における悪寒おかんを伴う発熱の段階では、グループ J (葛根湯) の選択を優先する (表 5-6、表 5-7)。

〔かぜ薬グループ C の適剤探しの留意点〕

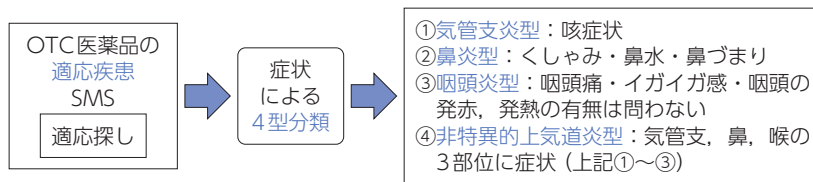
抗ヒスタミン薬非配合のグループ C の製品は、かぜ症候群では比較的頻度が低い咽頭・喉頭炎、かぜ症候群後咳嗽の第 1 選択薬となる。また、グループ C のかぜ薬を選択する症例では、抗ヒスタミン薬がもつ抗コリン作用による喉の渇きなどの副作用を回避できるため、これが適剤探しの決定要因となる場合がある (表 5-8)。

〔かぜ薬グループ D の適剤探しの留意点〕

グループ D は鼻炎、咽頭炎からくる鼻水・鼻づまり・のどの痛みに適しているが、「基準外成分」であるクレマスチンフマル酸塩、リゾチーム塩酸塩、ベラドンナ総アルカロイドを配合している。また、アセトアミノフェン、鎮咳去痰薬のジヒドロコデインリン酸塩、ノスカピン、dl-メチルエフェドリンを配合しているので、発熱、咳嗽が軽度な例には、休業、他剤への切り替えを検討する (表 5-9)。

〔かぜ薬グループ E の適剤探しの留意点〕

グループ E はイブプロフェン配合剤 (イブプロフェン+抗ヒスタミン薬・鎮咳薬) であり、添付文書の「してはいけないこと」には、「5 日間を超えて服用しないこと」と記載されている。



A かぜ症候群の病型	適剤探し	
①気管支炎型	かぜ薬 (グループE)	咳止め
②鼻炎型	かぜ薬 (グループD・H)	鼻炎治療薬
③咽頭炎型	かぜ薬 (グループC)	トローチ (グループI)
④非特異的上気道炎型	かぜ薬 (グループA～K)	咳止め・鼻炎治療薬・トローチ
B かぜ症候群発症初期	かぜ薬 (グループJ・K)	

図 5-10 かぜ症候群の 4 臨床型, 発症初期に使われる Medicinal Product の基準^{16)~19)}



Pharmacist's point of view かぜ症候群の適剤探し

- かぜ症候群の適剤探しは, 治療目標症状への効果が期待できる成分が配合され, 必要度の低い成分が配合されていない製剤を選択し, 適剤探しの対象とすることが原則である。
- 解熱鎮痛薬では頓用を勧め, 抗ヒスタミン薬, 吸入副交感神経遮断薬, 点鼻血管収縮薬などの配合剤では, 短期間, 回数を限って使用する。
- 抗ヒスタミン薬は成人・小児のかぜ症候群に効果が認められないとする報告がある。
- 発熱・疼痛の場合, 成人は酸性非ステロイド系抗炎症薬 (酸性 NSAIDs), 小児はアセトアミノフェンの頓用とする。
- 咽頭痛・咽頭不快感を伴う咳には, 末梢性鎮咳薬含有製剤, 含嗽水・トローチが強く勧められる。
- 痰を伴う咳には末梢鎮咳薬・去痰薬, 喘鳴・呼吸困難を伴う咳には気管支拡張薬が勧められる。
- かぜ症候群の咳嗽には, 麻薬性中枢性鎮咳薬の配合剤は使わない方がよい。
- かぜ症候群では安静, バランスの良い食事, 水分補給, 室温・湿度を適切に保つことが重要である。
- 葛根湯はかぜ症候群の病初期に有効とされている。
- 適剤探しでは, 配合成分, 使用上の注意, 効能・効果, 用法・用量, さらには, 「急性上気道感染症治療法ガイドライン」に示される治療法の選択肢と推奨度が決定的要因になる。
- 総合感冒薬は非特異的上気道炎の適剤となる場合がある。
- 病初期における悪寒を伴う発熱の段階では, グループJ (葛根湯・麻黄湯) またはグループK (葛根湯などに解熱鎮痛薬や抗ヒスタミン薬を配合した総合かぜ薬) の選択を優先する。
- 抗ヒスタミン薬非配合のかぜ薬は, 咽頭・喉頭炎, かぜ症候群後咳嗽の第1選択薬となる。
- グループDのかぜ薬は, かぜ症候群の病型のうち, 頻度が高い鼻炎, 咽頭炎からくる鼻水・鼻づまり・のどの痛みに適した薬剤である。
- イブプロフェン配合剤は, 5日間を超えて服用しない。
- グループGの製品②は, 鼻炎・咽喉頭部の炎症症状に対応する成分が5種類配合されており, 解熱鎮痛薬の使用の不適例でも短期間に限っての使用は許される。
- くしゃみ・鼻水・鼻づまり・のどの痛み, 頭重には, 鼻炎治療薬が第1選択薬となる。
- セチルピリジニウム塩化物水和物配合のトローチ剤は, 皮膚炎や, まれに重篤なアナフィラキシー, 皮膚粘膜眼症候群 (スティーブンス・ジョンソン症候群 (SJS)), 中毒性表皮壊死融解症 (TEN) の原因薬となる。
- かぜ症候群に使われる薬剤は, かぜ薬, 咳止め, 鼻炎治療薬, 漢方製剤に及ぶので, その適剤探しでは, かぜ症候群の自然経過, 4臨床型の適剤選択基準を尊重する。

5.4. かぜ症候群の服薬指導から生活指導まで

5.4.1. かぜ症候群の服薬指導

用法・用量 「急性上気道感染症治療法ガイドライン」に示される治療目標症状ごとの治療法の選択肢と推奨度が、服薬指導を進める決定的要因となることがある(表5-3, 表5-4)。「急性上気道感染症治療法ガイドライン」によれば、解熱鎮痛薬配合のグループA~G及びKは、“頓用使用”が原則となる。その理由として、①解熱鎮痛薬がもつ解熱鎮痛作用と、対極にあるショック(アナフィラキシー)・皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群(SJS))などの原因薬となる懸念があること、②かぜ症候群発症初期の過度の解熱作用が患者の免疫能を抑制し、患者に不利益をもたらす懸念があることが挙げられる。したがって、プライマリ・ケアのSMSにおいて、解熱鎮痛薬配合剤を勧める場合は、たとえ頓用使用であっても、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」に従って、慎重な対応をとることが前提となる。

また「急性上気道感染症治療法ガイドライン」では、抗ヒスタミン薬、吸入用副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬の配合剤は、“短期間、回数を限って使用する”としている。これら指定3成分のうち、吸入用副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬の製剤は、原則的に使用期限を3日間と定め、あわせてかぜ症候群の生活指導をSMSに反映する工夫が必要である。また、抗ヒスタミン薬は眠気の誘発による危険性だけでなく、成人・小児のかぜ症候群に対して効果が認められないとする、コクランレビューの報告があることも念頭におく必要がある。

してはいけないこと 各記載項目の設定理由を考慮して、SMSに活かす必要がある(図5-11)。「本剤・かぜ薬・解熱薬でぜんそく発作」は、副作用歴のない患者でも発症することがあるので、本症に特徴的な臨床像を知る必要がある。また、嗅覚低下、鼻茸副鼻腔炎はなたけふくびくうの合併例については、かぜ薬等の服薬後に鼻閉・鼻汁などの鼻症状がみられる場合、NSAIDs過敏症を疑い、素早い対応が求められる(図5-12)。

相談すること 次の場合、添付文書を持参して医師、歯科医師、薬剤師等に相談することとされている(第2類医薬品、指定第2類医薬品、第3類医薬品の場合は、登録販売者も含む)。

①服用前の相談

「医師の治療を受けている人」などの7項目。

②服用後の相談

- 「皮膚」(発疹・発赤・かゆみ)、消化器(悪心・嘔吐・かゆみ)、精神神経系(めまい)、その他(息切れ・息苦しさ、排尿困難、過度の体温低下)の副作用がある場合。
- まれで重篤な副作用であるショック(アナフィラキシー)、皮膚粘膜眼症候群(スティーブンス・ジョンソン症候群(SJS))、中毒性表皮壊死融解症(TEN)、肝機能障害、腎機能障害、間質性肺炎、ぜんそく、再生不良性貧血、無顆粒球症を疑う症状が現れた場合。
- 便秘、口の渇きがある場合。
- 5~6回の服薬で症状改善がない場合(服用は中止した上で相談すること)。

「してはいけないこと」	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K
①次の人の服用 ①本剤へのアレルギー既往歴者 ②本剤・かぜ薬・解熱薬でぜんそく発作があった者	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
②本剤服用中の他のかぜ薬等の服用	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
③服用後の乗り物・機械類の運転操作	●	●	—	●	●	●	●	●	—	●
④授乳中の人（本剤を服用しないか、服用する場合は授乳を避ける）	●	●	*	●	●	●	*	*	*	◎
⑤服用前後の飲酒	●	●	●	●	●	●	●	—	—	●
⑥長期（または5日以上）連用	●	●	●	●	●	●	●	●	—	●

●：記載あり

グループA：アセトアミノフェン（AA）・抗ヒスタミン薬（抗H薬）・鎮咳薬

グループB：AA・抗H薬・鎮咳薬・去痰薬

グループC：AA・抗H薬非配合

グループD：AA・抗H薬・消炎酵素・抗コリン薬（基準外）

グループE：イブプロフェン（IBP）・抗H薬・鎮咳薬

グループF：IBP・抗H薬・鎮咳薬・去痰薬

グループG：AA・イソプロピルアンチピリン・抗H薬・鎮咳去痰薬

グループH（鼻炎用内服薬）：プソイドエフェドリン塩酸塩・抗H薬・ベラドンナ総アルカロイド

グループI（トローチ）：セチルピリジニウム塩化物水和物 等

グループK：葛根湯配合のかぜ薬

*：表5-5参照

◎：グループKの製品◎には、「してはいけないこと」の④欄の項目（授乳中の人服用不可）について記載されている。

図5-11 かぜ薬等グループA～I・Kの「してはいけないこと」6項目の記載事項

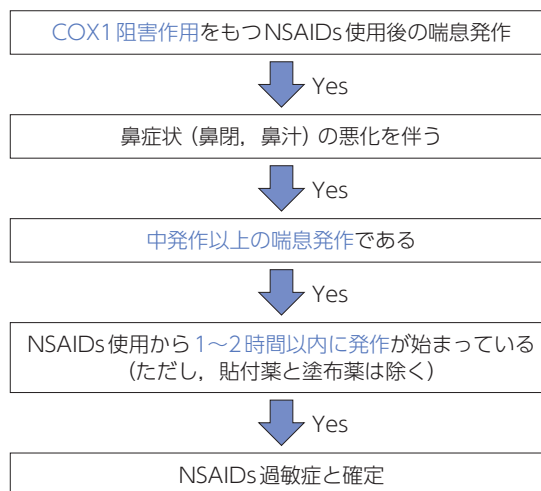


図5-12 NSAIDs使用後の喘息発作からの鑑別

5.4.2. かぜ症候群の発症と感染防御免疫

かぜ症候群の病原ウイルスは空気中の塵・埃（ちり・ほこり）に付着して浮遊し、これが鼻・喉に侵入して上気道の粘膜に到達すると考えられている。かぜ症候群の病原ウイルスのサイズは20～250nmであり、空気中の土壌粒子・花粉の粒子径は2,000～50,000nmの範囲にある。花粉粒子は人が吸い込んでも鼻や喉より奥に到達しないが、ウイルスが付着した微小粒子は、

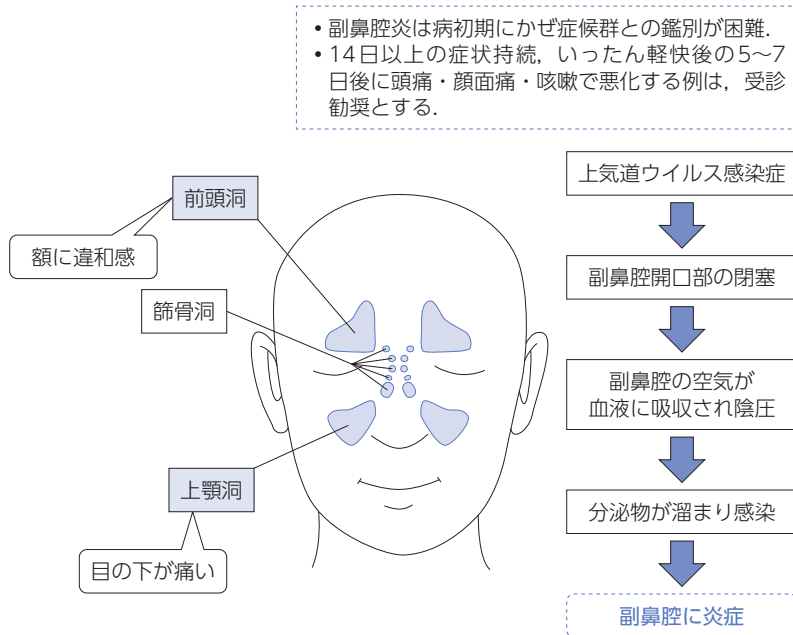


図 5-19 かぜ症候群との鑑別が困難な病初期の副鼻腔炎²³⁾



Pharmacist's point of view

かぜ症候群の服薬指導から生活指導まで

- 「急性上気道感染症治療法ガイドライン」に示される治療目標症状ごとの治療法の選択肢と推奨度が、服薬指導を進める決定的要因となることがある。
- 解熱鎮痛薬配合のグループ A~G 及び K は、「頓用使用」が原則となる。
- 抗ヒスタミン薬、吸入副交感神経遮断薬、点鼻血管収縮薬の配合剤について、「急性上気道感染症治療法ガイドライン」では、「短期間、回数を限って使用する」としている。
- 嗅覚低下、鼻茸副鼻腔炎の合併例について、かぜ薬等の服薬後に鼻閉・鼻汁などがみられる場合は、NSAIDs 過敏症を疑い、素早い対応が求められる。
- 添付文書の「相談すること」には、服薬前の相談と、服薬後の相談に関する事項がある。
- くしゃみや咳で放出されたウイルスは、塵・埃に付着して上気道粘膜にたどり着き、生体側のさまざまな防御機構をかいくぐって粘膜細胞にまで侵入し、宿主細胞の DNA を変異させて増殖を始める。
- 3つの感染防御免疫機構とは、①上気道粘膜の物理機械的防御、②非特異的免疫（マクロファージ・NK 細胞が担当細胞）、③特異的免疫のことをいう。
- NK 細胞の活性は年齢、健康状態、ストレスなどに大きく影響を受ける。
- ウイルス感染に対して、マクロファージはサイトカインを出して呼応するが、この物質群は炎症性物質でもあり、宿主に発熱・発汗・倦怠感などのインフルエンザ症状を発現させる。
- マクロファージは、ウイルス細胞の異常蛋白を貪食し、その情報を提示する。この情報を認識するヘルパー T 細胞は、B 細胞に対して、提示情報に特異的に反応する抗体の産生を指令する。
- プライマリ・ケアの SMS/ステップⅢ (SCS) における生活指導については、かぜ症候群の予防とかぜ症候群に罹りにくい体質の獲得の立場から SMS を進めることが効果的である。
- 紅茶のうがいは、インフルエンザ感染を阻止する可能性がある。
- NK 活性を高める 10 の対策では、かぜ症候群に罹らない体質を作り、かぜ症候群からの回復を促す作用、養生の効果が期待されている。



第3部

生活習慣病

糖尿病の治療では、糖尿病の教育入院や糖尿病教室が前提となる。また、知識と経験が豊富な医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師などの医療スタッフが育成されるとともに、患者の自律的動機づけや、アドヒアランスを高めるといったアウトカムの改善に向けた努力が注がれている。

一方、国立循環器病センターの糖尿病・代謝内科の研究グループが実施した、約1,000人の糖尿病患者を対象とする「糖尿病の実態アンケート調査」の結果をみると、約半数の患者が血糖管理目標に達していないなどの実態が明らかになっている。

「第3部 生活習慣病」では、境界型糖尿病、軽度高中性脂肪血症に焦点を当て、初めから医師主導の治療の流れに入るのではなく、適正な医学的管理の下、未病レベルの段階で患者本人がヘルスリテラシーを高める努力に取り組み、生活の質の向上を目指した健康管理を実践することによって、生活習慣病の予防につなげていく考え方を示している。

なお、そのためにも、糖尿病のSMBG（血糖自己測定）のように、脂質異常症についても中性脂肪値の自己測定が可能となる医療環境の変化が期待されている。

第3部の Clinical Key Concept

	24章	25章	26章
	特定健康診査・特定保健指導	境界型糖尿病	脂質異常症
特定健康診査と特定保健指導の重要事項	<ul style="list-style-type: none">特定健診の検査項目特定保健指導の階層化と保健指導の流れ	<ul style="list-style-type: none">糖尿病の診断基準境界型糖尿病とメタボリックシンドローム境界型糖尿病のSCS	<ul style="list-style-type: none">脂質異常症とエパデルT脂質異常症と生活習慣の改善（食事・運動）
生活習慣病対策	生活習慣病対策の3本柱 ①特定健診・保健指導にメタボリック・シンドロームの概念を導入 ②糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の人数を25%削減 ③医療保険者に特定健診・保健指導を義務化		

	24 章	25 章	26 章
	特定健康診査・特定保健指導	境界型糖尿病	脂質異常症
生活習慣病対策	<p>健康日本 21（第二次）における 7 つの健康目標</p> <p>①健康格差の縮小 ②高血圧の改善 ③脂質異常症の減少 ④糖尿病の有病者の増加抑制 ⑤脳血管疾患による死亡率の減少 ⑥虚血性心疾患の減少 ⑦糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少</p>		
医療費節減	<p>介入可能な疾病と、そのリスク要因について、疾病・年齢層ごとの「Ⅰ．健康増進」, 「Ⅱ．発症抑制」, 「Ⅲ．重症化抑制」を推進し、最終的には 1 人当たりの医療費の節減を目指す</p>		
その他	<p>特定保健用食品（トクホ）と健康食品・サプリメントの問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査段階の問題 ・製造段階の問題 ・販売段階の問題 ・代用エンドポイントと真のエンドポイントの混同 		
	<p>【境界型糖尿病】</p> <p>境界型糖尿病は、「糖尿病型」とよばれる糖尿病患者にみられる糖代謝の型への進展リスクがあることを説明し、次の点について勧奨する必要がある</p> <p>①不適切な生活習慣の改善 ②3～6ヵ月後に血糖値の再検査を受ける ③高血圧、脂質異常症があれば、かかりつけ医のフォローアップを勧める</p>	<p>【脂質異常症】</p> <p>エパデル T の使用上の注意（「してはいけないこと」, 「相談すること」）の各項目に対応するためには、「脂質異常症治療ガイド」の把握と、特定健診・保健指導に基づく実践的知識、実務経験が要求される。</p>	



第4部

Appendix Common Disease II

「第4部 Appendix Common Disease II」では、在宅医療，地域包括ケアシステムが充実していくことを想定し，高齢者に多い7つの Common Disease を取り上げた。

「高齢社会に求められる総合医療とそれを実践できる『総合医』に関する私見」(大内尉義(東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 社団法人日本老年医学会理事長) 2008年)*によると，高齢者医療においては，特定臓器の疾病だけでなく，身体機能，心の状態，QOLなど，高齢者の身体状況全体に着目する総合的アプローチが必要であり，それに伴って総合医に求められる資質も，新たな局面を迎えているとしている。

第4部の Clinical Key Concept

	Clinical Point	適応探し	適剤探し	SCS
I 脱水と熱中症	温度基準と注意を要する日常生活の目安をチェック	軽症例(重症度I)では救急対応を考慮する	体温上昇がない重症度Iでは経口補水液(ORS)の摂取を推奨する	熱中症の内的・外的予防ポイントを個別に策定し，指導する
II こむら返り	①下肢有痛性筋けいれん，②基礎疾患に伴う下肢疼痛，③閉塞性動脈硬化症(ASO)に伴う間欠性跛行 <small>かんけつせい はここう</small> の鑑別		芍薬甘草湯は，骨格筋のけいれん(こむら返り)，平滑筋のけいれん(腹痛)のいずれにも効果がある	Clinical Point 及び適応探しの②及び③の疑診例は受診勧奨
III 誤嚥性肺炎			<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり等のハイリスク患者に対する予防法として，①薬物療法，②口腔ケア，③食後の座位指導がある 「証」の適合例では，半夏厚朴湯の総合的服薬指導がある 	水飲み試験(嚥下反射簡易試験)をふまえた受診勧奨
IV ドライマウス			<ul style="list-style-type: none"> 初期症状では，ドライマウス新分類による臨床診断と，予防法の提案 進行期ドライマウスの自他覚所見について問診を行い，中等度の判定例では受診勧奨 	ドライマウスの原因の推定と，Oral Care Supportの実施(複数の医療従事者との協力)

* <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-5b.pdf>

	Clinical Point	適応探し	適剤探し	SCS
V 老人性乾皮症 (SX)	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚視診により、湿疹を伴わないSXの診断 ①アトピー性乾皮症 (AX) との鑑別, ② SXに続発する皮膚掻痒症・皮脂欠乏性湿疹の皮疹による臨床診断 		<ul style="list-style-type: none"> SXのMedical Careでは、室内の加湿、入浴方法、入浴後の保湿剤に注意を払い、湿疹が起きた例には、マイルドなステロイド外用剤での治療を早期に検討する 薬剤は重症度によって使い分ける 	
VI 機能性便秘	<p>排便が4日以上なく、「Rome III・IBS診断基準」を満たさない弛緩性便秘については、問診によって判断する</p>		<ul style="list-style-type: none"> 非薬物治療として、適度な水分・食物繊維の摂取、ビフィズス菌とオリゴ糖の有効活用がある 5グループ18製品からの適剤探し 	
VII ロコモティブ シンドローム (ロコモ)	<ul style="list-style-type: none"> ロコモパンフレット2015から、骨粗鬆症、変形性膝関節症(膝OA)・変形性腰椎症(腰椎OA)、サルコペニアによる痛み・機能低下を把握し、ロコモ度を判定 問診によって、急性腰痛症、膝OA、サルコペニアを臨床診断 		<ul style="list-style-type: none"> ロコモパンフレット2015に掲載されているロコトレや、食生活の指導によって、健康年齢の延伸を図る カルシウム製剤、アミノ酸製剤を活用したSCS 	

編著者略歴

宮田 満男 (みやた みつお)

NPO セルフメディケーション推進協議会理事

ファーマ人材開発研究所所長

元北海道大学薬学研究科非常勤講師

1957年千葉大学薬学部卒，1957年山之内製薬株式会社入社（医薬品営業部），1973年日本ロシュ株式会社（東京営業所長，医薬品研修部長），1989年日本メジフィジックス株式会社（常勤監査役，理事），1998年東京エグゼクティブ・サーチ株式会社，2011年より株式会社テイク・グッド・ケア/ファーマストリーム（担当講師）など。

主な著書に「MR 資格試験対応 疾病病態と薬物療法」（シーエムシー出版），「薬剤師国試問題 精選 200 問詳解（医療薬学Ⅱ）」（フロンティア出版），「OTC 薬とセルフメディケーションー症状からの適剤探しー」（金原出版）などがある。

石井 文由 (いしい ふみよし)

明治薬科大学セルフメディケーション学教授

明治薬科大学名誉教授

NPO セルフメディケーション推進協議会理事

NPO 法人 Health Vigilance（ヘルスヴィジランス）研究会理事

東京理科大学薬学部製薬学科卒，東京理科大学大学院修士課程修了，薬学博士。1979年より明治薬科大学助手，講師，助教授，教授（医療製剤学）を歴任。明治薬科大学附属薬局薬局長を併任。東京理科大学客員教授を兼任。

主な著書に「Liposome Technology, 2nd ed, Vol.I, CRC Press」, 「Liposome Technology, 3rd ed, Vol.1, Informa Healthcare USA Inc.」, 「Advances in Planar Lipid Bilayers and Liposomes, Vol. 5, Academic Press」, 「Colloid and Interface Science in Pharmaceutical Research and Development, Elsevier」, 「Encyclopedia of Biocolloid and Biointerface Science, 1st ed, John Wiley & Sons, Inc.」など多数。

専門は製剤学，物理製剤学，臨床栄養学，地域医療学及びセルフメディケーション学で，基礎から臨床までをカバーした教育・研究に従事。産官学連携による地域医療におけるセルフケア（健康維持・改善・予防法）ならびに健康増進法を教育研究の視点から提案，提示および提供している。

小原 公一 (おはら こういち)

OBC 研究所設立代表

AC メディカル株式会社顧問

株式会社アエタスファルマ顧問

1965 年法政大学経済学部卒，1965 年三共株式会社入社，1974 年医療法人社団温
和会間中病院入職，1974 年日本ロシュ株式会社 (医薬品本部学術企画部長)，1994
年ローヌ・プーランローラー株式会社 (専務取締役営業本部長) などを歴任し，1999
年株式会社グローバル・アイ (代表取締役社長)，2002 年アポプラスステーション株
式会社 (執行役員 CSO 事業本部長)，2007 年より平塚市の民生委員 (2018 年現在)。

「医薬品の安全確保システム FDA 薬事規制改革への 25 の提言」(じほう (翻訳書))
の他，連載に「MR のキモチ」(日経メディカル)，「MR 生態学」(ミクス社) 等がある。

村上 泰興 (むらかみ やすおき)

東邦大学名誉教授

1961 年千葉大学薬学部卒，東京大学大学院修士・博士課程修了，薬学博士。千葉大
学薬学部講師，東邦大学薬学部教授，同学部長，同大学理事。2004 年より千葉科学大
学薬学部教授，特任教授。厚生労働省薬剤師試験委員，日本薬学会ファルマシア編集委
員，千葉県製薬協会理事，イオン株式会社ドラッグ事業政策チームスタッフなどを歴任。

著書に「薬学生のための有機合成化学」(廣川書店)，「生体成分の化学」(南江堂)，「局
方有機医薬品化学」(廣川書店)，「ヘテロ環の化学—医薬品の基礎」(化学同人) など (い
ずれも分担執筆)。受賞歴に宮田専治学術振興会学術賞，日本薬学会学術貢献賞。

渡辺 和夫 (わたなべ かずお)

千葉大学名誉教授

1958 年千葉大学薬学部卒，東京大学大学院修士・博士課程修了，薬学博士。東京大
学薬学部助手，名古屋市立大学薬学部助教授，富山大学薬学部教授，富山医科薬科大学
薬学部教授，同大学和漢薬研究所所長，千葉大学薬学部教授，同学部長。厚生省，文部
省，日本薬剤師研修センター，MR 研修センターなどの各委員を務める。

著書に「薬理学」(南江堂)，「生薬学」(南江堂)，「漢方薬理学」(南山堂)，「Magnolia」
(Taylor & Francis (分担執筆))。受賞歴に日本薬学会学術貢献賞，和漢医薬学会賞。