今月号から始まる新連載「薬剤師と医師の共通言語――臨床推論から学ぶ“薬剤師力”」。この連載では，医師の診療の意図を理解し，患者から適切な情報を聴き取るための「臨床推論」を学ぶことを目指しているが，「臨床推論って何？」，「薬剤師に関係あるの？」と思われる方も少なくないのではないだろうか。

本連載を執筆するのは医師3名と薬剤師3名。いずれも30代で，臨床の第一線で活躍している。今回は新連載のスタートを記念して，そもそも臨床推論とは何か，なぜ薬剤師に臨床推論が必要とされるのかを6名に議論していただいた。

座談会

薬剤師と医師の共通言語
――なぜ薬剤師に臨床推論が必要なのか

（司会）東京薬科大学医療実務薬学教室　川口　崇氏
東京医科大学病院薬剤部　添田　博氏
手稲渓仁会病院総合内科・感染症科　岸田　直樹氏
昭和大学病院薬剤部　北原加奈之氏
昭和大学病院リウマチ・膠原病内科　高橋　良氏
大浜第一病院救急総合診療科　入江聰五郎氏
（発言順）

●ただ「聞く」のではなく，意図をもって「聴く」

【川口】薬剤師の病棟業務が定着しチーム医療への参画が進むなかで，最近では多くの専門・認定薬剤師制度も確立されていますが，それでもなお薬剤師の基本はジェネラルな能力にあるという点は変わらないだろうと思います。

薬剤師業務は従来，drug centered（薬物中心）という面が強かったのが，現在ではpatient centered（患者中心）の医療にシフトしています。それによって薬剤師が患者の声を聞く機会も増えているのですが，ただ「聞く」のと，意図をもって「聴く」のとでは意味が大きく違ってきます。今日は，患者から必要な情報を聴き取り，治療を円滑に進めていくうえで有用な「臨床推論」をテーマに，薬剤師業務と臨床推論の関係や，薬剤師に必要とされる臨床推論とは何かを議論していきたいと思います。

薬物療法におけるEvidence-Based Medicineと同様に，診断においてもさまざまなエビデンスがあります。臨床推論とは，それらを駆使して患者の訴えから診断までを考えていくものです。通常，入院患者は何らかの症状を訴えて病院を受診し，診察や検査を経て診断・入院に至りますが，その過程を病院薬剤師は目にしないまま入院患者に関わることがほとんどです（図１）。しかし実際は，入院中も医師による診断や治療が随時行われているわけですから，薬剤師も医師の思考過程や診療の意図を理解するために基本的な臨床推論を学ぶことが，両者の間で良好なコミュニケーションを作り上げるためのカギになると考えられます。

例えば図２の左側のような会話は臨床でも見かけるものですが，問題はないでしょうか。右側の会話のように

川口　崇氏
東京薬科大学医療実務薬学教室 助手
東京薬科大学大学院修士課程修了後，昭和大学病院薬剤部に入職。主に消化器・一般外科や腎臓内科，泌尿器科の病棟を担当。2009年より現職。
「実務家教員になった後も，現場の経験を積みつつ，大学での教育や研究に注力しています。また，臨床の薬剤師の学びの場をつくる試みを添田先生，北原先生たちと取り組んでいます。研究では臨床研究や薬剤師の職能に関する研究，支援を行っています」

薬剤師が患者の詳細な情報を把握して伝えることができれば，医師はこの疼痛が胃薬で対処できる性質のものではないと理解できます。こうした情報収集や伝え方ができるようになるために必要なのが臨床推論というわけです。

●カンファレンスとディスカッションは積極的に

【川口】さて，臨床推論の話題に入る前に，まずは薬剤師のお二人に現在の仕事内容を簡単にお話しいただけますか。まずは北原先生から。

【北原】私はいま，昭和大学病院で消化器外科と内科を担当しているのですが，消化器外科では医師と薬剤師と看護師が集まって毎朝カンファレンスをしています。全患者の経過表や検査値，さらに画像も見ながら自由に意見を出しあってディスカッションしています。

私も画像や心電図など基本的なところは十分理解しておいて，そのうえで薬物療法に関する提案をしたりコンサルテーションをしたりという形で，できるだけ薬物療法のなかに入り込むことを意識しています。

【川口】ありがとうございます。では，添田先生はどうですか。

【添田】東京医科大学病院で救命救急センター担当のときは，やはり毎朝のカンファレンスに参加して，センターに前日入室してきた症例のプレゼンテーションを聞きながら薬剤師として意見を出していました。その症例に関して私に質問が来ることもあるし，来ない場合でも自分で疑問に思ったことはどんどん発言していくという感じです。カンファレンスの後は，その他の患者の治療方針を医師や看護師と相談し，回診にもそのまま同行します。やはりこの場でも自分から積極的に提案していくことが大事ですね。

【北原】おそらく添田先生と私に共通しているのは，医師が指示した内容を薬剤師の目線で評価していくという姿勢ではなく，スタッフで一緒に治療を進めていくという感覚だと思います。

【添田】そうですね。最初に救命救急センターに行ったときに言われたのが，「君たちの意見をそのまま言ってほしい」ということです。職種によって立場が違うので意見が異なることは当然あると思いますが，われわれとしては薬剤師の考え方に立って意見を出して，それがディスカッションのなかで採用されることもあるし，もちろん採用されないこともある。

【川口】なるほど。私自身の話をすると，以前勤務していた昭和大学病院で腎臓内科を担当していたのですが，緊急入院後に確定診断がついていく患者さんが数多くいました。確定診断前でも薬物療法が開始されるので，診断をつける過程に薬剤師が関わるのは当然という状況がありました。ところが，医師が何をどう考えてその診断に行き着くのかがわからず，それから患者さんを診てプランを立てることに対して行き詰ってしまったのです。それが臨床推論の勉強を始めた一つのきっかけです。

やはり入院患者に対しても，薬の副作用が出ているかどうかという視点だけでなく，患者の臨床経過や全体を俯瞰する力が薬剤師には必要とされているという実感をもっています。

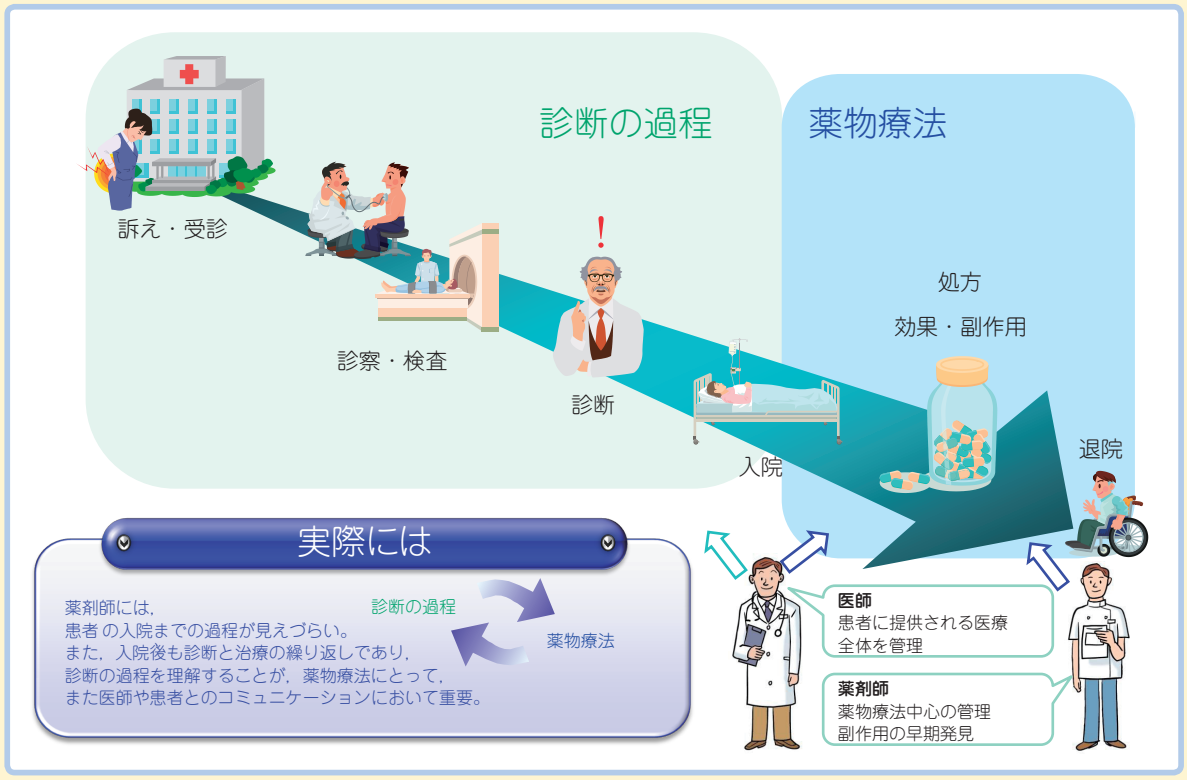

図1　診断の過程と薬物療法

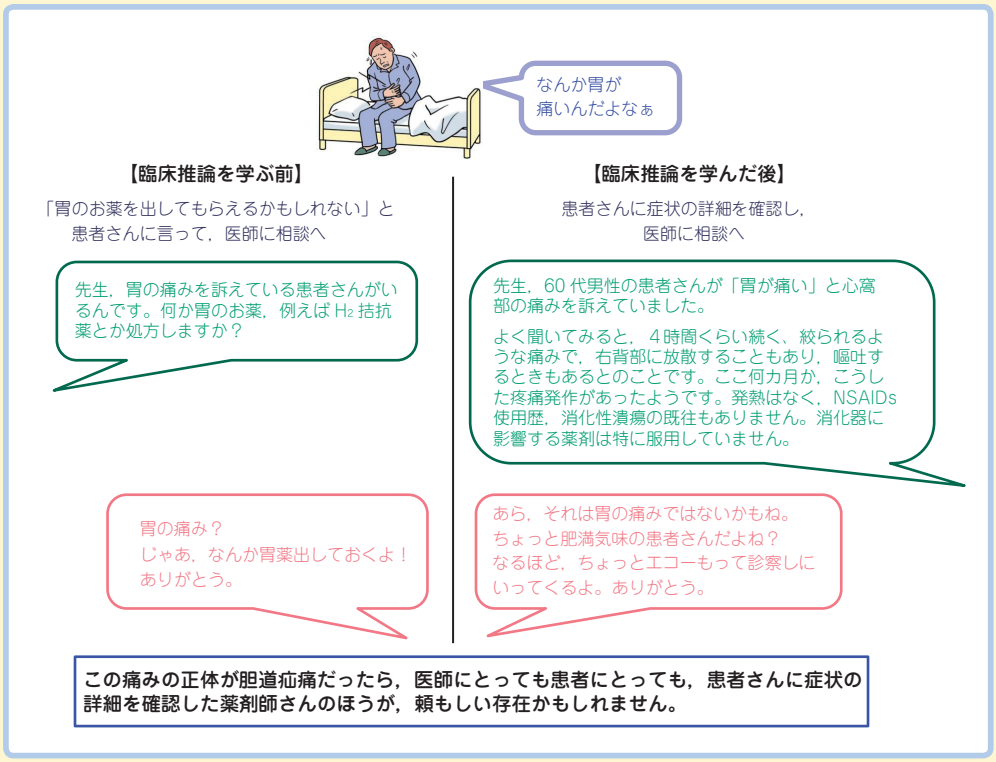

図2　薬剤師が臨床推論を学ぶと…

北原 加奈之氏
昭和大学病院薬剤部 主任
北海道医療大学卒業，明治薬科大学大学院修士課程修了後，昭和大学病院薬剤部に入職。これまでに救命救急センター，腎臓内科，循環器内科，消化器内科，心臓血管外科，消化器外科などを担当。薬剤師レジデント制度のプログラム作成委員，学生実務実習委員など教育関連の委員を併任している。
「この1月号まで本誌で『臨床知識 活用NAVI』と題し，当院の薬剤師とともに臨床薬剤師教育をテーマとした連載をさせていただきました。引き続き，臨床薬剤師の教育に関連した執筆の機会をいただき大変光栄です。本連載が皆さんの臨床業務に少しでもお役に立てば幸いです」

【北原】私も腎臓内科を担当していたので同じ考えですね。

●薬剤師の間にみられる実力差・温度差

【川口】今度は医師の先生方に，薬剤師との日頃の接点や薬剤師の業務のあり方について聞きたいと思います。まず高橋先生からお願いします。

【高橋】薬剤師との関わりという点ですが，率直に言うと，いまは保険請求に関する問い合わせ，処方の確認についての連絡が関わりのほとんどを占めています。こちらが処方を出した後のダブルチェックをしてくれているので非常に助かっていますが，実際，治療方針の決定や副作用の評価などの場で連携をとることはほとんどと言っていいほど，ないかもしれません。

私からみると薬剤師のなかでもかなり実力の差があるので，普段から顔をあわせていないと気軽に相談できないという面があるんですね。手元に資料がなかったり時間がなかったりするときに薬剤部に問い合わせをすることもありますが，電話の対応だけでも実力の差がはっきり出てしまいます。

基本的に人と人とが会っていない，私と薬剤師の間でコミュニケーションがとれていないので，実力があって心底信用して相談できる人であれば，こちらの関わり方ももっと違ってくるかなと思うのですが。

【岸田】実力の差という面もそうかもしれませんが，モチベーションの差みたいなものもあるような感じがしますね。

【高橋】あるでしょうね。私は臨床教育の場では薬剤師と接することが多くて，レクチャーをすることもあるのですが，そこでの薬剤師のモチベーションは研修医にまったく引けをとらないほど高いと感じます。しかし実際の現場になってしまうと，どういうわけかあまり出てこない。もったいないですよね。

【入江】私も現場では薬剤師とほとんど関わりをもっていません。以前は病棟で「この薬でこんなことが起きるのか，ちょっと調べて」と依頼することもありましたが。そのときはだいたい仲のいい薬剤師に調べてもらっていました。

EBMというのはEvidence-Based Medicineですよね。“Medicine”は医療行為なので，論文を調べてくることではありません。その論文や文献などの医療情報が本当にその患者さんにあてはまるのかどうか，そこを考えて判断するのがEBMですが，その元になるエビデンスを持ってきてくれるというのが，私のなかの「できる薬剤師」像でした。

【川口】ありがとうございます。岸田先生はいま感染症治療などで薬剤師とはかなり関わっていらっしゃると思いますが。

【岸田】私は薬剤師をぐいぐい引っ張って，自分たちの業務をいかに減らすかと（笑）。半分冗談ですが，総合内科・感染症科で働いていて薬剤師がいないというシチュエーションはありえないですね。病棟に来る薬剤師と来ない薬剤師の間に温度差があるので，そこは私たち医師が引っ張ってくるしかないだろうと思っています

が，うまく引っ張ってくればチームの一員になってくれます。

総合内科はほとんどが高齢患者です。高齢者はmulti-problemかつpoly-pharmacyで，私たちだけの手には負えないんですよ。どの薬を飲んでいるか，どの薬がどういう作用や副作用をもっているかなどの整理が全然つかないので，少なくとも薬のことは薬剤師に丸投げして「あとは全部整理してください」という形にしています。

感染症治療でも，特にTDMについては「バンコマイシン使います。あとはよろしく」という感じです。体重や腎機能に応じた投与量設定や採血のポイントなども初回投与時から薬剤師に考えてもらっています。ただ，現場で一歩踏み込むことに対して躊躇する薬剤師が少なくないので，そこはわれわれのほうで「いいんだよ」と言って，うまく引き込む必要があると思います。

【北原】その躊躇に関してですが，個人の積極性という問題のほかに，薬剤師の責任という問題も絡んでいるように思います。例えば薬剤師がカンファレンスのなかで発言しなければいけない理由はないんですね。別にしなければしないでも許される。でも医師が診断しないというのはありえないし，治療についても決断していかなければいけない。薬剤師は決断をしなくてもよいのです。服薬指導も，今日はちょっと時間がないなら明日しても平気だし，もしかしたら医師や看護師が説明してくれているかもしれない。そういう意味では責任を伴っていないので，その分決断力がつかなくて成長が阻まれているのではないかと。

【岸田】その意味では，薬剤師が担当した部分に関しては，自らきちんとカルテ記載をするなどの必要があるでしょうね。ただ，実際はどうでしょうか，北原先生がおっしゃったような意味での責任となると，日本では最後は医師になるのだと思います。例えば感染症のコンサルテーションにしても，われわれもリコメンドはするけれども，最終的な判断は主治医との話し合いで決める。やはり主治医制という部分はどうしてもあります。

【添田】私も責任感が薬剤師にとってのキーワードになっていると思います。もともと薬剤師の病棟業務は患者さんに薬の説明をするために始まったという背景があるので，逆に話せない重症の患者さんのもとには行きづらいという認識が皆のなかに結構あったわけです。しかし，2008年の診療報酬改定から「薬剤管理指導料1」が設定されて，説明や指導が行えない救急患者の場合でも適切な薬物療法に参画すれば算定可能になった。そういうことを考えると，より重症な患者さんのベッドサイドにこそ，もっと足を運んで治療に貢献していくべきではないかなと思っています。

添田　博氏
東京医科大学病院薬剤部 主査
星薬科大学大学院修士課程修了後，東京医科大学病院薬剤部に入職。その後，東京医科大学大学院博士課程を修了。これまでに心臓血管外科の病棟や救命救急センターを担当。その他にも感染制御部のメンバーとして院内感染対策や感染症診療に関与している。
「自施設では主に，感染症診療への薬剤師のさらなる参画を目標に，薬剤部スタッフとともに学んでいる毎日です」

●共通言語としての臨床推論

【岸田】チーム医療という点からいうと，職種ごとに「私たちはここまでしかやりません」と線引きをするのではなくて，お互いにうまくカバーしたり介入したりする部分があってもいい。たぶんそれが日本型のチーム医療であり，日本の薬剤師に求められるスキルの一つとして臨床推論のようなものがあってもよいのではないかなと思います。

【高橋】同感ですね。感染症治療にしても，感染症の専門医が十分揃っている病院はほとんどないと思うんです

高橋　良氏
昭和大学病院リウマチ・膠原病内科 助教
昭和大学医学部卒業後，同大学病院にて初期臨床研修，研修修了後は同大学病院の救急医学科総合診療部に入局。2年後，同大学病院リウマチ・膠原病内科へ入局し現在に至る。
「現在はリウマチ・膠原病領域の病棟業務，外来業務，臨床教育を専門としている。4年前より大学病院の初期臨床研修医を対象にした一般内科・症候学の勉強会を主催。また，薬剤師や看護師を対象に，症候学を中心としたレクチャーを行う機会も多い。“なんでも診れる医者”を目指し奮闘中」

よ。だから，例えば広域スペクトラムの抗菌薬のいわば乱用が問題になっているわけです。そこに薬剤師が入って最新のエビデンスを提供していく。臨床も大きく変わると思います。

ただ，いまは1人の薬剤師が担当する患者さんの数が多すぎる。これはハードの問題もあるので難しいところだと思いますが，臨床推論を学ぶうえでも，数をこなすよりは 1 例1例を深く診ていくことが大事になりますから。

【添田】1例1例を深く診ていく重要性は認識しています。ただ，ハード面での問題も事実です。これを改善していくためにも，薬剤師が患者により深く介入するメリットを明確に示していく必要性があると思います。

【入江】責任という言葉が出ましたが，そもそも臨床というのは不確定要素の掛け算の，掛け算の，掛け算なのです。そのなかで患者さんに，いかにして良い人生への道標を提供できるかを決断しなければならない。それがわれわれ医師であり，実はそこにのみ責任があるのです。人の人生を動かすわけですから。

では，薬剤師や看護師には責任がないのかといったら，ないはずがないのです。薬剤師は薬を中心に取り扱ってはいるけれども，薬を通して確実に患者のcureへの責任があるのです。薬を通じて自分が関わった患者に対する絶対的な責任が。これはプロフェッショナリズムともつながるところだと思うのです。

それからチーム医療について，いまここで議論しているわれわれもまさにチームですよね。チーム医療って，要は「本気で相談しあえる相手がほしい」ということだと思うのですが，ただ，患者さんのことを皆で話しあっても，お互いに意思が通じていなかったらチームが成立しませんよ。だから共通言語が必要であり，それが臨床推論ではないでしょうか。臨床推論というと難しく聞こえてしまいますが，要するに患者さんを良い方向へ導いてあげるために医療従事者が情報を共有できるようなスキルのことだと思いますね。

【川口】そうですね。あまりチーム医療を意識しすぎなくても，臨床推論によって情報が共有できてコミュニケーションがきちんととれれば，自然とチームになっていくと思います。

●臨床推論は本当に薬剤師に必要か？

【川口】それでは臨床推論に軸足を移していきましょう。最近では薬剤師によるバイタルサインのチェックもよく取り上げられるようになりましたが，はじめにバイタルサイン，症候学，臨床推論について，それぞれ入江先生，高橋先生，岸田先生に解説をお願いします。

【入江】まずバイタルサインですが，パッと見ればただの数字であり，患者さんの情報です。ところが，それを「掛け合わせる」ことで患者さんの状態がわかるサインなのです。この「掛け合わせる」能力を医師の世界ではアートというのですが，これは非常に高度なスキルで，それを使って「患者はこういう状態だ」と判断できるというものです。バイタルサインというのは測って終わりではないのです。

【川口】入江先生に以前聞いた話では「バイタルサイン

は嘘をつかない」という言葉が印象的でした。次に症候学について，高橋先生からお願いします。

【高橋】例えば医師国家試験をみると，診断がわかったうえで，そこからどうするかという問題の構成がほとんどです。仮に診断名がわからなくても，問題文のキーワードを見ればすぐに診断できるようになっているんです。実際の臨床で医師にとって本当に難しいのはその診断を患者の訴えから導き出すことです。症候学とは，病気を診るのではなく，患者のさまざまな症状や訴えから診断に行き着くところまでのすべてを指します。

ある部位に『痛み』があるとします。その痛みの性状や発症の仕方，持続時間や随伴する症状，その人の既往歴などから，なぜ痛みが出ているのか？　どこがどうなって痛いのか？　さらに緊急性はあるのか？　そういったことを解剖学や生理学，生化学などのレベルで解釈していく。これが症候学の中心的な考え方だと思います。臨床推論はその過程をたどるための方法論とでもいいましょうか。

【川口】ありがとうございます。臨床推論について岸田先生からコメントをいただけますか。

【岸田】臨床推論とは診断するためのツールのように受け止められていますが，それは一部であり，もっと広範囲な患者情報の分析・解釈，そして何よりそれを発見する能力や結果を予測する能力であるはずです。そういう風に考えれば，これは患者理解を深めるものの一つであり，すなわち医療者同士の最低限のコミュニケーションツールであると思います。ところがバイタルサインにせよ，症候学にせよ，臨床推論にせよ，これは実は医師も劣っている部分なのです。特に臨床推論は，医師もまだまだ勉強中の人が多いのが現状で，なので現場では医師が何をしたいのかわかりにくいということも起こっています。

【川口】ありがとうございます。そういう臨床推論を薬剤師が学ぶ必要性というのはいかがですか。

【入江】これは絶対に必要です。医療はまず診断ありきで，そのうえで治療なのです。したがって診断学がわかっていない医療者が治療すると大間違いを起こします。だから臨床推論は絶対に必要ですよ。

しかし，それができるかどうかはまた別の話です

岸田 直樹氏
手稲渓仁会病院総合内科・感染症科 感染症科チーフ
東京工業大学理学部中退，旭川医科大学医学部卒業。手稲渓仁会病院初期研修，総合内科・医学教育フェロー，静岡がんセンター感染症科フェロー修了。2010年より現職。「専門は総合内科，感染症。『高齢者医療，感染症診療ともに薬剤師さん抜きには考えられない』と日々感じています。薬剤師さんのための風邪の診方，臨床感染症シリーズを構築中です」

（笑）。岸田先生がおっしゃったことは真実で，医師ですら臨床推論をきちんと展開して診断に結びつけることは難しいのです。われわれも経験を積み重ねていくなかで獲得していく技術ですから，それを薬剤師がやるとなったら相当に大変だなと思いますね。

だから診断は医師に任せてほしい。チームリーダーは，いまはどうやっても医師がやらないといけない状況ですから。でも医師も完璧ではないですから，それを横からサポートしてくれるのがチームの仲間だと思うのです。そのためには共通の言語によって情報が共有できていないという話です。

【岸田】入江先生のおっしゃるとおりで，私も臨床推論は薬剤師に学んでほしい部分だと思います。特に同じ気持ちを抱いたのは，薬剤師は決して診断をする，つまりミニドクターになるために臨床推論を学ぶのではないという点で，薬剤師が前面に出て診断するという状況は違うのではないかと思います。しかし，重要な患者情報を的確に医師に伝えることは重要です。

入江 聡五郎氏
大浜第一病院救急総合診療科 科長
香川医科大学卒業。臨床研修病院群プロジェクト「群星沖縄」浦添総合病院の初期研修立ち上げから参加し，ピッツバーグ大学短期研修，Japan Focused Medical Teaching Fellowshipを修了。沖縄県ドクターヘリフライトスタッフ，2010年1月より救急専門医取得し現職。2011年よりおきなわクリニカルシミュレーションセンターのコアメンバーとして同センター立ち上げをサポート。
「著作に『バイタルサインからの臨床診断』（羊土社）など。現場医療を継続しつつ，教育回診・バイタルサインからの臨床診断講演を通じて研修医の現場教育活動中。知好楽が座右の銘。口癖は『カテコラミンリリース♪』なんてね」

また，薬剤師にとっては，臨床推論を学ぶことで医師の診療の意図がしっかり理解できて，究極的には個々の患者さんに対する薬剤選択も含めた情報などを提供できるというのが重要ではないでしょうか。それから，私自身が以前のインタビュー（本誌2011年8月号「この人に聞く」を参照）でお話ししたことに，薬剤師による風邪診療があります。日本では救急外来も含めて，あまりにも多くの風邪の患者さんが病院に押しかけているので，薬局の薬剤師には患者さんの症状が「風邪か風邪でないか」を見分ける能力を身につけてほしいと思います。最初に言った高齢患者のpoly-pharmacyやmulti-problemについても同様で，いまも薬剤師が患者さんから情報を拾い上げてきてわれわれ医師に気づきを与えてくれるケースは多いのです。臨床推論を身につけると，より精度の高い情報を集められるのではないでしょうか。

●薬剤師が臨床推論を学ぶと現場が変わる！

【北原】共通言語という言葉について，私のイメージにあるのはカンファレンスの場面です。抗菌薬にしても，患者さんの状態がはっきりしない段階で投与することがありますが，どの薬にするかといった一つの結論に絞り込んでいくときに多面的な意見が出てくるようになるとよいのではないか。カンファレンスのなかで患者さんの状態をスタッフ皆が思い浮かべることができて，病態も理解できているという，そんなとらえ方をしています。ただその際に「先生，この診断は違いますよ」とか「除外診断にこれを加えたほうがいいですよ」という方向には偏らないほうがいいと思いますね。

【入江】そう思います。

【北原】先ほどのmulti-problemも，大学病院の患者さんなんてまさにそうですよね。高血圧があって糖尿病もあってと，病気が一つだけということはあまりない。一方で大学病院は専門性が出るところなので，例えば消化器外科だったら消化器疾患からアプローチする。ではそのときに循環器疾患はどうなっているのか，なぜこの人はバイアスピリンを飲んでいるのかなど，実はあまり把握されていなかったりします。そこを薬剤師がしっかり把握して，それに対するプランまで立てる。そのほうが消化器外科のカンファレンスもより充実するというのを自分の手応えとしてもっているので，multi-problemに対応できるような薬剤師というのが，これからのチームのなかで活きてくるのではないかと思っています。

【入江】医師によってそれぞれ得意分野がありますよね。医師は，やはり診断学という点に関してはすごいし，それでいて治療もできる。専門家の先生たちを見ていると本当に化け物かと思います。けれども彼らも自分たちの苦手分野の診断は難しい。でも私は，そこを磨く必要はないと思うのです。皆でサポートすればよいのです。

はっきり言いますと，私は薬のことは大の苦手です。ニューキノロン系とNSAIDsを使うと痙攣が起こるくらいは知っていますけど，なぜかはわからないし，どんな頻度で起こるのかもよくわからない。そういったことが抜けている医師は多いですよね。

【高橋】入江先生が言われたように，確かに臨床推論を

学ぶには相当な勉強量が必要でしょうね。薬剤師に「寝ないでやれ」と言うのかということにもなりかねませんが（笑），いずれにしても，やるのであれば深くしっかりやったほうがいいと思います。それをこういう連載企画でうまくサポートできるかどうかが大事ですね。

【岸田】だから薬剤師は，臨床推論を診断のためのツールではなく，患者さんの訴えを拾い上げるツールとしてみたほうがいいと思います。日本は医師が少なく，患者さんの話をじっくり聞く時間がもちにくいのは外来も病棟も同じです。なので患者さんは，医師には何も言わないのに薬剤師には体の症状を言ったりすることがあります。でも薬剤師がそれをスルーしていたら意味がない。

【入江】隣の患者さんに言うこともありますからね（笑）。

【岸田】本当にそうなのです。掃除のおばさんに言うこともあるかもしれない。でも掃除のおばさんに臨床推論を教えても仕方がないので（笑）。

【添田】確かに，患者さんが薬剤師に症状を訴えることはありますね。しかも，それが結構重要な症状や情報だったりすることも少なくないです。そうした場面でこの臨床推論が応用できれば，いまよりも円滑な情報の共有が期待できますね。

【川口】一つ例をあげると，病棟でたまたま患者さんを診ていたら異変に気づいたが，そのとき医師はオペ中だったらどうするか。オペから帰ってくるまで待っていてよいのか，それともすぐ連絡すべきなのかということも，薬剤師が判断できるといいですね。オペを続けていいのか，それとも病棟に行かなければならないのか判断できる情報を薬剤師から提供できれば，医師の負担はそれだけ減るわけです。それを「患者さんが何か言ってます」という伝書鳩のような情報伝達をしてしまうと，医師は気になって仕事をいったん止めなければならなくなる。

【北原】患者さんから「ちょっと肩が痛いから湿布出してくれる？」と言われたら，主治医がオペでいないので「痛がっているので湿布だけ出してもらえますか？」と研修医に言って処方してもらうようなことだって，病棟では起こりえますよね。

【入江】そういうのは非常にまずいですね。

【北原】そういうときに，薬剤師がどういう情報を伝えれば主治医の判断に役立つのか。「これは心筋梗塞（による痛み）です」と電話口で診断をする必要はないわけで，「先生，ちょっとこういう気になる訴えがあって，いまバイタルサインはこうなっていて……」と。

【入江】「冷や汗かいています」とか言われたら「すぐ行くよ」みたいな感じですよね（笑）。

【添田】ただ，薬剤師はそのとき診断はしなくても，「これは心筋梗塞かもしれない」という目で患者を診て，「心筋梗塞かもしれませんよ」というニュアンスを伝えていく必要はある。

【入江】それが臨床推論です。

【高橋】薬剤師が臨床推論をやるというのがゴールになってよいと思うのですが，どの辺で満足するかということも結構大事だと思うのです。臨床では感度や特異度で考えても患者の症状とあわないことも多いですから。臨床推論といっても何でも知っている必要はないのです。ただ，「この症状，怪しいぞ」と思う目線と，○○という疾患「らしい」あるいは「らしくない」という見

極めを常にしつつ，怪しかったら調べる。調べるツールはたくさんあるので，それを用意しておくことも重要でしょうね。

【入江】薬剤熱の特徴は，心拍数が変わらないのに熱だけ変わる点にあります。基本的に熱と心拍数は一緒に動くのですが，薬剤熱は心拍数にお構いなしに熱が出るのです。そのときに疑わしい薬を中止するのも手ですが，薬剤熱のほかに高体温という病態も考えられるので，薬剤師から「先生，この人は薬剤熱以外も考えておかないと，ちょっとあわないんですよね」というような話ができるといいですね。

【添田】現場ではよく薬剤師に，患者さんの症状や検査値の異常が副作用かどうかと尋ねられることも多いですが，臨床推論を応用すれば薬剤熱などを含めた，薬剤起因性の副作用と何らかの疾患との鑑別にも有効ですね。

【川口】医師と薬剤師が一緒に悩める存在になってきますよね。

【高橋】そのベースはやはりカンファレンスとコミュニケーションでしょうね。入江先生がおっしゃった会話も，いきなりは言えないですからね。

●身体所見は誰にでもわかる徴候から

【北原】ちょっと話が違うかもしれませんが，薬剤師が臨床所見をとることについて先生方はどう思われるかお聞きしたいのですが。危ないと思われるのか，良いと思われるのか。

【高橋】私が研修医に毎日言っているのは，評価のできない所見はとるなと。患者さんにとっても迷惑だし，時間の無駄。誰かのプラスになるのであればとってもよいとは思います。

【川口】胸の音を聞いた薬剤師が電話口で「こういう音が聞こえました」と伝えたからといって，いったい何の情報提供になるのか，と医師に言われたことがあります。そもそも本当に聴き取れるのかと。聴診などはハードルが高いですよ。

【入江】頸静脈圧を測れるかどうかという面白い論文があるのですが，結論としては，測れるかどうかは普段から患者さんを診ているかどうかで決まります。だからいつも診ていない人が身体所見をとろうとしても意味がない。でも，患者さんを触らなくてもよい身体所見はたくさんあります。例えばチアノーゼ，冷や汗，呼吸が荒い，など。薬剤師は誰が見ても明らかにわかる徴候から入っていくといいのではないかと思います。

【高橋】確かに，誰が診てもこれは重症だという，それを一つ診ただけでストーリーが変わっていくような所見を注意して診ていくのがいいと思います。でも，それも結構経験を積まなければわかりづらいものも多いですが。

【北原】なるほど，わかりやすいところからということですね。薬剤師は何か本質とずれていく方向についつい走りがちなので…，例えば先ほどの感度・特異度の話なんて薬剤師は大好きですよね。そういう細かい数字ばかりを覚えようとする薬剤師が出てこないように（笑）。

【入江】わかりやすいという意味でいえば，簡単なのは急性疾患です。変化が劇的，症状が劇的，バイタルも劇的に変わる。慢性疾患は症状が微妙なので私にも難しい。だから，気道緊急がないかどうか，呼吸はどうか，SpO_2はどれくらいかがわかればよいのではないですか。そういうところから始めていけばいい。

【添田】まずは急性期の症状や重症化の指標から診ていくというなら，薬剤師はもっと積極的に急性期の患者さんに関わりながら経験を積み重ねていく必要性がありそうですね。

【川口】私は最初に臨床推論を誰に教わったわけでもなく，自分なりに勉強していって感度・特異度を初めて知ったとき，すべての感度・特異度を知ればよいのだと思ってそこばかり勉強したのです。でも途中で，感度・特異度に関する文献を読んだとき，「これはそのまま信じて大丈夫なのか」と思った。そこからさまざまな人との出会いでいろいろ学んでいって，感度・特異度がすべてではないということがわかってくるまでに結構時間がかかりました。

【入江】私はやはり患者さんに触るということが基本だと思うのです。高橋先生や岸田先生のレベルで聴診ができなければ聴診器を使ってはいけないということではなく，誰が聞いてもゼイゼイ，ヒューヒューしているのは聞こえるわけです。それが聞こえただけでも全然違うと

思うし，そこで“これはどういった音だ”というような評価は必要ないです。「先生，昨日までなかったブチブチが，今日は右の肺で聞こえます」と。「えっ，嘘！熱は？」となれば話が前に進みますよ。

●執筆者の思い――新連載を楽しんでほしい

【川口】薬剤師が臨床推論を学ぶ――今日はこれをテーマに議論してきました。非常に明確になった部分もあれば，まだ今後の課題という部分もありますが，臨床推論という言葉を聞き慣れない読者の方も少なくないと思いますので，この座談会が連載のガイダンスの役割を果たせれば幸いです。

私としては，執筆という形で医師のサポートがもらえるとはいえ，そのやりとりからしてわれわれ薬剤師には緊張感というものが非常にあります。医師もいま一生懸命勉強している分野に踏み込むという意味では，執筆する側にとってもチャレンジになりますが，読者の方には楽しんで読んでもらえるとよいなと思います。

それでは最後に，これから連載をスタートするにあたり，先生方から一言ずつ読者へのメッセージをお願いします。

【北原】ここには，普段ならなかなか揃わない，すばらしいモチベーションの人たちが集まっていますので，これからの薬剤師というより，医療全体を見つめて，われわれ薬剤師が臨床で必要だと感じている部分を連載に落とし込んでいきたいなと。薬だけに偏ってきたいままでの歴史ではなく，きちんと医療と患者さんをみようというポイントに落とし込んでいきたいと思います。

【岸田】臨床推論はチームの医療従事者同士の共通言語であり，また患者さんを診るという意味での共通言語でもあると思うのです。その両方が大事ではないでしょうか。この臨床推論を薬剤師が勉強してくれることで，チームの一員として入っていくきっかけにしてほしいし，何より薬剤師が患者さんのもとに行くきっかけになってくれたらと思います。

【添田】この臨床推論という一つの共通言語を使って医師と共通の認識をもつことで，薬剤師が薬物治療に対してより適切なコメントや提案ができる可能性が増えていくのではないかなという期待をもっています。

【高橋】なぜ臨床推論をやるのかと思われることもあるかもしれませんが，基本的には楽しんでほしいなと思います。よく引き合いに出されるのは，シャーロック・ホームズがワトソンに会ったときに，一発でアフリカ帰りの医者だというのを見抜いたこと。その人のしゃべり方や服装，身なりなどから推測したんですね。そういったところに臨床推論の根本というものがあって，推理ゲームみたいなものなんですよね。最終的には人を助けるため真剣に取り組まなければいけないのですが，その過程は楽しんでほしいと思います。楽しめれば自ずとスキルアップにつながるはずです。

【入江】良い医療者人生を送るためには，一生学び続ける。これはすべての職種に絶対必要なことです。研修医には「良い医師人生を送ろう」と言っているのですが，良い薬剤師人生を送るためのツールを今回提供してみようと思うので，ここから何を学ぶかではなくて，どう生きるのか，どう患者さんを診るのかを通じて，どういう薬剤師人生を歩むかというヒントになればよいかなと思います。

【川口】皆さん，本日はどうもありがとうございました。