

MONTHLY

世界の視点で情報を発信する総合誌


2015

8

AUGUST

# KORON

発行・株式会社財界通信社 平成27年8月1日発行 毎月1回1日発行 第48巻8号 昭和47年11月10日第三種郵便物認可



選ばれ続ける企業グループに  
大阪ガス 本荘武宏社長

月刊公論

# 剤投与への処方箋 推進よりも優先する課題

医学博士 長尾 和宏

## 歳をとりお薬が増える現実

人間は本来、歳をとり人生の終わりが近づくほど飲むべきお薬の数は減るはずである。しかし、現実には処方されるお薬の量は増えてくる。なぜだろうか。それは歳を取るほど病気の数が増えるからだ。これは古今東西、生物、いや生命体の宿命。そしてフリーアクセスをウリとする日本の国民皆保険制度下では、歳をとるということは診察券の枚数が増えることになる。お世話になる専門医の数が増えることとなる。専門医の数だけ薬の種類が増えることは、ある意味、必然かもしれない。お薬好きな国民性もあるだろう。しかし、余命1ヶ月という紹介状を持って自宅に帰ってくる末期がん患者さんの投薬数が10種類を超えていると、松田優作ではないが「なんじゃこりゃー!」と叫びたくなる時がある。ご飯さえもまともに食べられないような人が、どうやって10種類もの薬を飲むのか?、ゆっくり老衰に陥りつつある高齢者に在宅医療で接しても、同様な想いになる。「多剤投与」という素朴な疑問に、医療界は処方箋を切れないまま超高齢社会は進行

している。

医学の専門分化が進みその恩恵に預かる患者さんは確かに増えた。○専門医だけではなく、○専門看護師も続々と誕生し多くの学会や研究会も生まれた。各医学会は「診療ガイドライン」を発表し年々更新している。それぞれの医学会の専門医は、それぞれのガイドラインに従って投薬をするが、ひとつの病気にひとつの薬、とは限らない。たとえば血液サラサラの低用量アスピリンを投与する際には必ず胃酸分泌抑制剤も併用することが通常だ。なぜなら低用量アスピリンの副作用でも胃潰瘍が起きたら、患者さんや家族から文句を言われたり最悪の場合訴えられるかもしれない。だから医師は、その時代時代の診療ガイドラインから外れた処方はいくも。多くの医師の脳裏にあるのは「訴訟恐怖」であることを多くの患者さんは知らない。訴訟恐怖があるので病院ではあれだけ多くの書類にサインをさせられ、お薬の種類もどんどん増えていく。

当然、お薬の種類だけ相互作用の組みあわせが増える。10種類を超える組み合わせの数は天文学的数字

になり誰も把握できない。まったく未知の相互作用がおきるかもしれない。まためまいや転倒・骨折のリスク、そして認知症リスクが増大することが明らかになっている。東京大学の秋下雅弘教授は「薬は5種類まで」(PHP研究所)という本を書かれていますが、私もその通りであると強く賛同する。昨今、マスコミでよく取り上げられている「残薬問題」は、あくまで「結果」であり、問題の根本は多剤投与にあると認識している。

## 多剤投与の削減

私自身は、学生時代から「なんでも屋」を目指し30数年が過ぎた。とはいえ大病院で医学研究もかじったし専門医の試験も受けてきた。そして最近では、「なんでも屋」までもが「専門医」として扱われる時代となり驚いている。「総合診療専門医」と言われてもピンとこない。「なんでも屋」の専門医資格を持たないなんて50歳を超えると専門医資格の維持が難しい。学会に行く時間や気力が低下してくる。そしてなにより専門医資格を持っていても持っていない

# どうする多 ジェネリック



**長尾和宏**  
(ながお かずひろ)  
医療法人社団裕和会理事長、  
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、(大阪大学)授与ニッ  
1991年 医学博士(大阪大学)長尾クリニッ  
1995年 現任理事、日本ホスピタル協  
を本博性期医現協理、日本支院診療  
ク本在宅性研全会理事、療学客総  
日在副事長、理宅理在国際大  
会連絡会医事客員教授(高齢  
東京座)学博士、10の条件(ブックマン社)、ク  
【医学博士】器病学会専門医、日本消化器  
【日本消化器学会専門医、日本禁煙学会  
【日本視光学会認定医、労働衛生  
【著書】「平抗がん剤」(ブックス)、  
「マ選択」(小学館)「抗がん剤が効く人、  
「選道か仰など、と書  
ス(中山書店)第一巻「在宅医療のすべ  
て」、第二巻「認知症医療」など多数。

くても何ひとつ変わらなかったことを知っている。そろそろ放棄する年代かと思いはじめている。

一方、日本医師会は開業医に「かかりつけ医」制度を推進している。「私は正しい方向性だと思ふ。だから「大病院信仰、どこまで続けますか?」(主婦の友社)という本を書き、かかりつけ医の啓発を行っているが、現状はまだまだであらう。日本国民の病院信仰は、マスコミが高度医療を成功させるスーパー名医ばかりを描く限りそう簡単には変わらないだろう。また「かかりつけ医」と言っても、たとえば「緩和ケア」の技術はさまざまだろう。常々、「緩和ケアは地域にある」、「緩和ケアはがん、

非がんを問わない」と言っているが、全国各地のかかりつけ医がそれを担うには、もう少し時間がかかりそう

だ。さて今回の話題である「多剤投与」問題は、「かかりつけ医」の課題であらう。歳をとり、要介護状態になればお薬の処方を一元化する方向にすれば解決するはずだ。しかし、「かかりつけ医制度」を国民に理解してもらえないのは容易ではない。特に病院と併診している間は、減薬などできない。もし勝手に減薬してなにか事故が起これば訴訟リスクを負う。「かかりつけ薬局制度」も謳われているが薬の処方権が医師にしかないの、薬剤師さんが勝手に減薬することは

あり得ない。患者さんに減薬についてアドバイスをする程度であらう。現在のお薬手帳と健康保険証を1枚のカードにすれば、多剤投与対策になるのではないかと。昨年、台湾の開業医を訪問する機会があったが実際にICカード化が実現していた。やろうと思えば、すぐにでもできることを知った。

昨年末、多剤投与をテーマにした「その症状、もしかして薬のせい?」(セブン&アイ出版)という本を出した。ジェネリック誘導も大切だが、多剤投与対策にもっと本腰を入れるべきであることを書いた。前者はお金の問題であるが、後者はそれに加えて人間の尊厳に関わるもので、より本質的な課題であると思う。患者さんでもできるだけの「かかりつけ医」と「かかりつけ薬局」をもち、そこで多剤投与の実態から一段一段降りていくべきだろう。多剤投与への処方箋は誰が切るのか?、そろそろ国民と医療界が真剣に議論すべき時

(ながお・かずひろ)