



総合診療科入院患者の大半は高齢者である。後期高齢者も多く、80歳代はごくふつう、90歳代もふつう、100歳を超えられる方々も散見される。人生の年輪を反映して、病氣と老いとの区別がつきにくい。既往症が多く、複数の病気を抱えられており、処方薬も多種類・大量になりやすい。抵抗力も弱く、薬の副作用も出やすい。



松村 理司氏

404



まつむら・ただし 1948年大阪市生まれ。74年京都大医学部卒。病院総合医。2013年から現職。著書に「“大リーガー医”に学ぶ」「地域医療は再生する」。訳書に「患者はだれでも物語る」。

多剤併用に「ら」も算を！

で回復。ところが1カ月ほど前から次第に食事が入らなくなってきた。2週間前にはふらつくようになり、動きも緩慢になった。疲れやすい。今年5月の暑さのせいだけとは思えない。1週間前には尿をおもらしするようになり、量も多く、おむつにも同意。今では好きな牛乳も一切飲まず、口も利かない。「認知症にしては急の様だし」と娘さん。

入院時の狙い定めた診断仮説「高カルシウム血症」は、血液検査で確かめられた。果たして何が原因か。副甲状腺機能亢進症？ 悪性腫瘍？ 結局、1年前の骨折手術後からの「骨粗鬆症」に対する処方薬ビタミンドとカルシウムによるものと判明。「お薬手帳」で調べると、Aさんとはもともと二つのクリニックと一つの病院で13種類の薬が処方されていた。それに1年間に及ぶ整形外科からの3種類（鎮痛薬を含む）が加

わった次第。四つの医療機関との調整には時間と忍耐を要したが、退院時には合計6種類に何とか落ち着いた。この事例は、うまくいった方である。薬の副作用や相互作用が見破れず、逆に薬を追加してしまうことすらあるからだ。薬のせいでは？ と疑えても、4医療機関からの16種類・1日30錠の多剤併用を整理する機会はないか訪れない。往診薬剤師を巻き込むなんてまだ先の話か？ 多いことは良いことだという足し算の思想が、これまで医療界の主流だった。最新の画像診断も過剰使用されやすい。しかし、検査で命を失うことすらあるのが現実である。最新薬の薬理作用ほど科学的に映り、処方誘惑は強い。しかし、鳴り物入りの新薬がわずか半年で発売中止になる例も後を絶たない。過ぎたるはなお及ばざるが如し。超高齢社会では聡明な引き算にこそ出番が多い。(医療法人洛和会総長)