

「内科医の薬 100 Minimum Requirement」 第2版

北原 光夫 編集
上野 文昭

京都大学医学部付属病院総合診療部

野 口 善 令

「内科医の薬 100 — Minimum Requirement」第2版が上梓された。“新しい診療よりもよい診療を”の哲学に基づいて、常用する薬剤の種類を制限し、評価の確立した薬のみを使用するという初版の編集方針は第2版でも貫かれている。

わが国では伝統的に、“医療者＝くすし、薬を調合、処方するもの”というイメージが強く、医療者の側にも、多くの薬、それも、新薬、秘薬を他人に先駆けて使うのが名医という風潮があった。この習俗的伝統と保健行政政策がいまわってわが国の薬剤処方量は世界でも例外的に多い。本書は、この風潮を“誤解”と一刀両断にしており、その挑戦精神には拍手を送りたい。

なぜ、使用薬剤は少ないほうが望ましいのか、新薬にはすぐに飛びつかないほうがよいのか、本書の序文で示された理由に加えて、筆者の見解を述べてみる。薬剤の有効性の評価のためには臨床試験が行われる

が、時間、費用などからの制約で症例数を極端に大きくすることはできないので、頻度が低い副作用のチェックは難しい。更に、他剤との併用による相互干渉はほとんどチェックできないと言ってよい。臨床の現場で、他剤を併用するほど、相互干渉は複雑になり、その予想は難しくなる。頻度が低い副作用とはいえ、リスクは小さいほうがよい。特に、有効性の評価の確立した薬剤がすでに存在するのにあえて新薬を使用するというのでは、金を払って臨床試験をやらされているようなもので、無意味なリスクを冒すのに等しい。また、古典的な薬は、相互作用、副作用についての情報量の蓄積が新薬に比べて桁違いであるから、不幸にして医療障害に出くわしてしまった場合にも、何が起きているのか推測しやすく有利である。実際に、世界の臨床医学をリードする北米の卒業教育では、多種の新薬を使用することなく、少数の基本的な薬の作用、

副作用、相互作用を熟知することに重点が置かれている。

では、本書の100という数字は、少ないであろうか。筆者は、大学ならびに外来診療所での一般内科の診療に従事している。個人的興味もあって、実際にどれくらいの種類の薬剤を使用しているか数えてみたところ、前医からの踏襲を除けば50種類以下であり、本書が扱った範囲でほぼ網羅されていた。100種類は、実用上、十分な種類数であると言える。更に、1つ1つの薬剤については、かなり掘り下げて詳述されており、reviewとしても通読できる。惜しむらくは、評価の根拠となる文献が示されていない薬があり、全項目に参考文献をつけていただければ、更にすばらしい本になったと思われる。

●B6 頁254 図1 表22 1998
定価(本体3,800円+税) 円400

医学書院 刊(☎03-3817-5657)