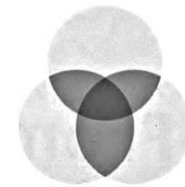


# こころ、からだ、いのち

中野 重行 国際医療福祉大学大学院 創薬育薬医療分野 教授/  
大分大学医学部 創薬育薬医学 教授

連載15

持ち味を生かす！  
長所を最大限に生かし、  
短所を最小に抑える工夫  
副作用のない薬はない！



## ●個性は、求められる場の特性に応じて機能する

「副作用のない薬はない！」、そこで「副作用が出にくいような薬の使い方をすることが重要」なのです。これは、筆者が専門にしている臨床薬理学という学問領域では、常識となっていることです。つまり、薬物は化学物質ですが、その薬物自体の良し悪しもありますが、上手な使い方がとても重要であり、ハードな「薬物」とソフトな「使い方」がセットになって初めて「合理的薬物治療」（有効性を最大限に高め、有害性を最小限に抑えるような科学的な薬物治療）が実現できるのです。そのためには、薬物の化学物質としての特性を熟知した上で、個々の患者の特性に応じて「個別化」して薬物を使うことがポイントになります。つまり、治療のためには診断という「類型化」のプロセスが必須なのですが、「個別化」による「最適化」が治療では重要な頭の働かせどころなのです。

臨床薬理学の教科書では、薬物治療中にみられる薬物に起因した好ましくない反応を「薬物有害反応 Adverse drug reaction (ADR)」と称しています。その中には次の3種類があります。(1) 使用目的とした主作用以外の副作用 (Side effect) が出た場合、(2) 主作用が強く出すぎた場合 (つまり、過剰投与

Overdoseになった場合)、および (3) アレルギー反応です。このように分類して考えると、薬物有害反応の予防対策が見えやすくなります。なお、わが国の一般市民の間では、薬物有害反応の全体のことを副作用とっており、法律でも同じ扱いをしています。たとえば「副作用報告制度」「副作用救済制度」でいう副作用は、薬物有害反応のことです。つまり、学問的な分類・用語と一般市民が頻繁に目にする用語の間には、整合性がとれていないのです。

さて、本稿で注目したいのは、「副作用」という言葉は、「主作用」という言葉と対になっているという点です。腹痛の鎮痛を目的として、消化管の攣縮を和らげるために副交感神経遮断薬を使いますが、副交感神経の作用が抑えられると消化管の平滑筋の収縮を抑えるだけでなく、消化管内への消化液の分泌も同時に抑えられます。したがって、副作用として口渇が生じます。また、感冒の随伴症状を抑えるために総合感冒薬に入っている抗ヒスタミン薬は、ヒスタミンが中枢神経系では覚醒に関与しているため、中枢に入って働く抗ヒスタミン作用は眠気という副作用になります。そこで、血液脳関門を通過せず、したがって脳内に入り難い新しいタイプの抗ヒスタミン薬では眠気が抑えられるわけです。眠気は抗ヒスタミン薬の頻度の高い副作用ですが、眠気を利用して睡眠薬の目的でこれを使うと、眠気は主作用になります。つまり、「主作用」とか「副作用」とかいう薬物の作用の分類は、私どもがその薬物をどのような目的で使うかによって決まってくることであって、薬物が本来持っている作用として「副作用」があるわけではありません。

同じようなことは、人間の社会生活の場面でも起きています。人間の個性は求められる場の特性に応じて、長所として働いたり、短所として働いたりします。そ

こで、人材をその能力と個性に応じて適材適所に配置することによって、チームの全体としての能力が向上することが起こり得るのです。また、長所を徹底して伸ばすと、短所が目立たなくなってくるということもあります。

## ●改革の末に顕在化する「不都合(副作用)」

何かを改革して、しばらくすると当初は思いもよらなかった不都合 (つまり、副作用) が生じてしまうということは、しばしば起こります。医療の世界でいえば、医師の卒後臨床研修制度の改革もその一つです。医学部卒業後、医師国家試験を受けるまでの1年間、臨床各科をローテーションしてオールラウンドの臨床能力を身に付けることを目的として、戦後米国から導入したインターン制度が、身分保障がなく、低医療費政策に利用されているという主張に基づく強い反対運動の結果、1960年代の半ばに廃止になりました。そのため、幅広い臨床能力を身に付ける機会が乏しいまま専門医になっていく傾向が強まったため、その改善を主目的にして新しい臨床研修制度が2004年4月1日にスタートしました。

プライマリ・ケアを中心とした幅広い診療能力の習得を目的として、2年間の臨床研修を義務化するとともに、適正な給与の支給を行い、また、研修中のアルバイトの禁止などが定められました。さらに、米国流のマッチング制度の導入によって、研修先を自由に選べるようになった結果、研修医は都市部へ集中し、地方の医師数は決定的に不足する事態が生じました。さらに、研修医のアルバイトが禁じられたことで、夜間および休日の当直業務を行う医師の確保が非常に困難になりました。いままでの大学医局人事が崩壊すると

ともに、労働力としての研修医を多く抱えることのできなくなった大学病院が、人手確保のため関連病院へ派遣していた医師の引き上げを始めたため、人口過疎地では医療そのものが成り立たなくなるなどの問題 (つまり、副作用) も出てきました。また、大学医学部の基礎研究を担う医師研究者の数は元々減少傾向にあったのですが、新しい卒後臨床研修制度になってからさらに加速しており、医学研究を支える場の地盤沈下が危惧されています。このための改善策も種々議論されていますが、まだ根本的な解決にはなっていません。

改革はどの領域でも行われますが、改革を推進する際には、改革することによる利点 (つまり、それまでの問題点が解決できるという主作用) が過度に強調されます。しかし、改革を行った後にいろいろな不都合 (副作用) が顕在化してくることがしばしばです。インターン制度の廃止や研修医制度改革の例に見るまでもなく、私どもは、過去の歴史から学ぶ必要があります。過去の歴史を、現代の私どもにとっての意味を考えながら見ることによって、現代に生きる歴史にする必要があるように思います。

自分自身の特徴を知って、自分自身の「持ち味」を生かせる職業を選び、また生かせる場を自ら作っていくことにより、自分の社会への貢献度が高まり、充実した人生を歩むことができやすくなります。また、見方を少し変えるだけで、いかに不利に見えるような状況であっても、その状況にして初めて学べること、味わえることがあることが分かります。つまり、本人の心構え次第で、自分の個性を生かしながら、味わいのある、その人らしい生き方、有意義な人生を歩めることにつながっていくことになるのではないのでしょうか。

なかの・しげゆき 岡山大学医学部卒。大分医科大学臨床薬理学教授、同附属病院臨床薬理センター長、大分大学医学部附属病院長、大分大学学長補佐などを歴任。大分大学名誉教授、日本臨床薬理学会元理事長、日本心身医学会認定医・指導医、日本臨床薬理学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本学術会議連携委員、CRC連絡協議会代表世話人、響き合いネットワーク連絡協議会会長として、医療コミュニケーションを学ぶ全国的なワークショップ (大分、岡山、東京、長崎、山形、湯布院) の企画・運営に携わっている。

