

にかけて柴胡剤が有効である。さらに進行し非代償期に入る病期で、すでに体力が損なわれていれば、補中益気湯・十全大補湯・人參養榮湯などの補剤を使い分ける。また、黄疸や浮腫に対しては茵陳五苓散・茵陳蒿湯などが有効である。このような処方群を知っていることは臨床医にとって多くの「持ち駒」を手に行っていることになる。

文 献

- 1) 山川淳一, 元雄良治: あの治療の現在の位置づけは? 【慢性肝炎】小柴胡湯. 治療 92: 2724-2729 (2010).
- 2) C型慢性肝炎難治症例に対するPEG-IFNおよびRIB併用療法における延長投与(72週投与)について. 肝炎治療戦略会議報告書(2008) p. 11-14.
- 3) Kainuma M, Hayashi J, Sakai S *et al*: The efficacy of herbal medicine (Kampo) in reducing the adverse effects of IFN-beta in chronic hepatitis C. Am J Chin Med 30: 355-367 (2002)
- 4) Motoo Y, Mouri H, Ohtsubo K *et al*: Herbal medicine ninjinyoeito ameliorates ribavirin-induced anemia in chronic hepatitis C: A randomized controlled trial. World J Gastroenterol 11: 4013-4017 (2005)
- 5) Sho Y, Fujisaki K, Sakashita H *et al*: Orally administered Kampo medicine, Juzen-taiho-to, ameliorates anemia during interferon plus ribavirin therapy in patients with chronic hepatitis C. J Gastroenterol 39: 1202-1204 (2004)
- 6) 多羅尾和郎, 坂本康成, 上野 誠ほか: C型慢性肝炎患(慢性肝炎・肝硬変症)難治例に対して十全大補湯は第3の肝庇護剤になりえるか. 日本東洋医学雑誌 61: 1-8 (2010)
- 7) Shiota G: Effects of Sho-Saiko-To on hepatocarcinogenesis and 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine formation. Hepatology 35: 1125-1133 (2002)
- 8) Kayano K, Sakaida I, Uchida K *et al*: Inhibitory effects of the herbal medicine Sho-saiko-to (TJ-9) on cell proliferation and procollagen gene expressions in cultured rat hepatic stellate cells. J Hepatol 29: 642-649 (1998)
- 9) 関塚永一, 大塩 力, 丸山勝也ほか: C型慢性肝炎における小柴胡湯長期投与時の各種線維化マーカーの検討. 診断と治療 83: 579-586 (1995)
- 10) 山内 浩: HBe抗原陽性B型慢性肝炎に対する漢方製剤長期投与の臨床的検討. Prog Med 13: 2873-2883 (1993)
- 11) Motoo Y, Taga H, Yamaguchi Y *et al*: Effect of niuche-shen-qi-wan on painful muscle cramps in patients with liver cirrhosis: a preliminary report. Am J Chin Med 25: 97-102 (1997)
- 12) Motoo Y, Taga H, Su SB *et al*: Effect of gegen-tang on painful gynecomastia in patients with liver cirrhosis: a brief report. Am J Chin Med 25: 317-324 (1997)
- 13) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Expression of pancreatitis-associated protein (PAP) in rat spontaneous chronic pancreatitis: effect of herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10). Pancreas 19: 239-247 (1999)
- 14) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Expression of transforming growth factor-beta in spontaneous chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. Dig Dis Sci 45: 151-159 (2000)
- 15) Motoo Y, Su SB, Xie MJ *et al*: Effect of herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10) on rat spontaneous chronic pancreatitis: comparison with other herbal medicines. Int J Pancreatol 27: 123-129 (2000)
- 16) Motoo Y, Su SB, Xie MJ *et al*: Effect of herbal medicine Keishi-to (TJ-45) and its components on rat pancreatic acinar cell injuries in vivo and in vitro. Pancreatol 1: 102-109 (2001)
- 17) Su SB, Motoo Y, Xie MJ *et al*: Antifibrotic effect of the herbal medicine Saiko-keishi-to (TJ-10) on chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. Pancreas 22: 8-17 (2001)
- 18) Motoo Y, Xie MJ, Su SB *et al*: Molecular mechanisms of therapeutic effects of Saiko-keishi-to on spontaneous chronic pancreatitis in the WBN/Kob rat. J Trad Med 20: 143-149 (2003)
- 19) Su SB, Xie MJ, Sawabu N *et al*: Suppressive effect of herbal medicine saikokeishito on acinar cell apoptosis in rat spontaneous chronic pancreatitis. Pancreatol 7: 28-36 (2007)

頻回手術後の多愁訴に対して
漢方治療が有効であった1症例

金沢医科大学 総合内科学
守屋 純二 山川 淳一

金沢医科大学 腫瘍内科学
元雄 良治

福井県済生会病院 麻酔科
竹内 健二

痛みと漢方 Vol.21 (2011)

(2011年4月20日発行 別刷)

臨	床	経	験
---	---	---	---

頻回手術後の多愁訴に対して 漢方治療が有効であった1症例

守屋純二*¹ 山川淳一*¹ 元雄良治*² 竹内健二*³

要旨：疼痛や頻回に及ぶ外科手術のように身体的、精神的な適応能力をはるかに越えるようなストレスは、過度の緊張状態に陥らせ、疲弊させてしまう。西洋医学的診断では身体的疾患による精神の安定を失った神経症と考え、自律神経と内分泌不調をきたしたものとされ、治療には抗不安剤や抗鬱剤が使用されるが必ずしも有効ではない症例が存在する。精神の安定を失った神経症と診断され自律神経と内分泌不調をきたした症例に対し「心肝火旺の状態が慢性化し瘀血を伴った状態」と捕らえることで、東洋医学的な診断と治療が有効であった1例を経験し、随証治療の有用性を再認識した。

索引用語：三黄瀉心湯、桃核承気湯、随証治療

はじめに

外科手術は人間の身体に対する直接的な侵襲であり、身体にも精神にも大きなストレスが加えられる。頻回の手術を受けることにより自己の訴えが軽減しなければ身体因子よりも精神因子の関与が大きくなり不安と不満が著しく増強し身体的疼痛が増幅して訴えるようになる。この症例は3回の手術を受けたが右上肢のしびれ感が改善しなかったために多愁訴となった。この多愁訴に対して東洋医学的な診断と治療が有効であった1症例を報告する。

1. 症 例

症例：45歳 男性

主訴：右上肢の腫れとしびれ、後頭部痛、左眼から涙が勝手に出る、左胸部筋肉が引きつる

感じと背中から腰まで張った感じがする、のぼせ感、眩暈感（浮遊感）、息が出来ないような感じがする、右かかとの痛み、下肢冷感、腹鳴、腹満感、下痢便秘を繰り返す、口渴、口苦と多愁訴を認めた。

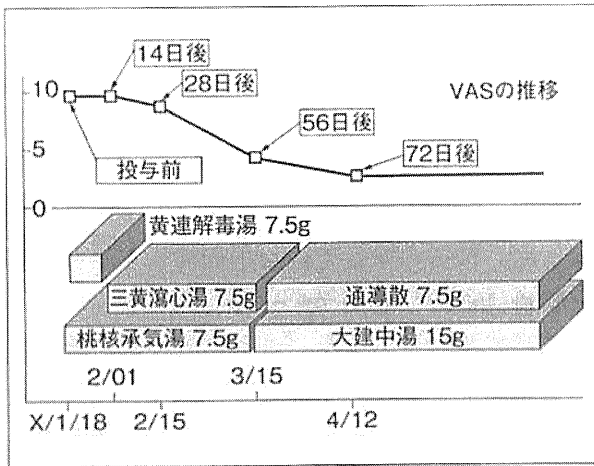
現病歴：X-7年11月、X-3年10月に頸部椎間板症候群としてX-1年04月に胸郭出口症候群として近医にて手術を受けている。しかし症状の改善を認めないためさらに訴えが多くなり当院脳外科に紹介となった。X年01月に漢方外来紹介となった。

東洋医学的所見：（初診時）皮膚は乾燥。赤ら顔。顔面に吹出物。下肢の冷え、便秘1回/3日（切診）脈診：沈弦実 舌診：紅色でやや乾燥、厚黄膩苔。腹診：腹力は実。心下痞硬。左小腹急結を認める。八綱分類：裏熱実証。非常にいらいらした状態で落ち着きが無く興奮しやすい状態で、八綱分類は裏熱実証。黄連解毒湯エキス（TJ-15）7.5g/分3と桃核承気湯エキス（TJ-61）7.5g/分3を処方した。

*¹金沢医科大学 総合内科学 守屋純二
〒920-0265 石川県河北郡内灘町大学1-1

*²同 腫瘍内科学

*³福井県済生会病院 麻酔科
受付：2010年10月15日



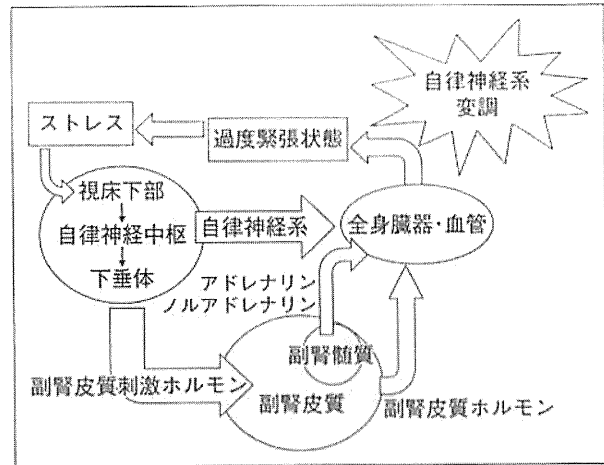
<図1> 臨床経過

2. 治療経過

臨床経過を示す(図1)。第2診時には、のぼせ感、眩暈感(浮遊感)、息が出来ないような感じがするのが少し楽になったがあまり変わらない。便秘がひどいとの事より三黄瀉心湯エキス(TJ-113) 7.5g/分3と桃核承気湯に変方した。第3診には、のぼせ感、眩暈感(浮遊感)、息が出来ないような感じがするが楽になり便秘がよくなってきた(VAS 80mm)。第4診時には下肢冷感、口渴、口苦が改善。肩こりがあり、筋肉が引きつる感じと張った感じが少し楽になったが腹鳴、腹満感が強い。のぼせ感がまだある。体重は8kg瘦せた。便秘1回/1日(VAS 40mm)となった。再度処方を見直すため東洋医学的所見を取り直した。(視診)舌診:暗紅色、白膩苔。(切診)脈診:沈弦 腹診:腹力は実、腹皮拘急、膨満・やや抵抗あり、小腹急結(-)となり、八綱分類は裏熱実証、駆瘀血・理気を目的に通導散エキス(TJ-105) 7.5g/分3に変方とした。

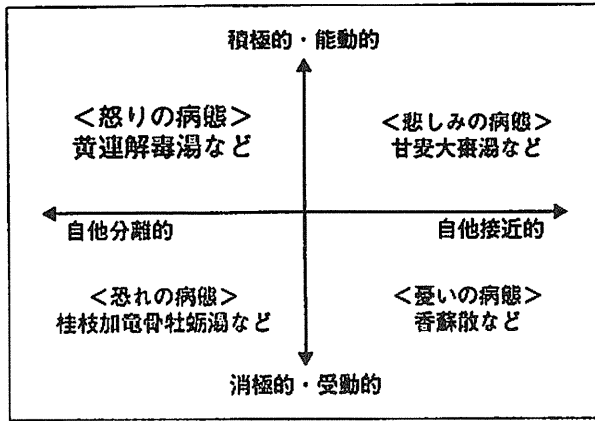
3. 考察

自己の訴えが軽減しなければ身体因子よりも精神因子の関与が大きくなり不安と不満が著しく増強する。ハンス・セリエ(1935年)は『ストレス』を「体外から加えられた要求に対する身体の非特異的な反応で刺激に対して反応し、



<図2> ストレスと自律神経系・内分泌系

歪みを起こした状態」と定義している。適応能力をはるかに越えるようなストレスは、過度の緊張状態に陥らせ、ついには疲弊させてしまう。その発症機序は『ストレスは自律神経系・内分泌系が互いに関与し、ホルモン・免疫系が複雑に関わりあっているため一元的な原因を特定できない(図2)。西洋医学的診断では精神的ショック、情緒の不安定や葛藤、外傷、手術、身体的疾患による精神の安定を失った神経症であり自律神経と内分泌不調をきたしたものと考えられる。治療としては抗不安剤や抗鬱剤が使用されるが必ずしも有効ではなく、この症例も受診前に多数の薬剤を投与されていた。東洋医学的診断では中医学的には心肝火旺の状態が慢性化することにより瘀血を伴った状態となったもので、清肝瀉火剤と駆瘀血剤が有効と考えられた。処方として三黄瀉心湯(金匱要略)は過度の思考・心配などによる顔や頭部の充血、精神不安、不眠などの興奮状態に用いられる。湿熱(脾胃湿熱・肝胆湿熱)心火旺・肝胆火旺・胃熱・いらいら・のぼせ・顔面紅潮・目の充血・口臭・口が苦い・口渴・口内炎・動悸・頭がさえて眠れない・気分が落ちつかない・胸脇部が脹って苦しい・上腹部痛・悪心などの症候に使用される¹⁾。また、桃核承気湯(傷寒論)は神経症状、便秘などを目標に用いられる。蓄血証・下腹部がかたく脹って痛む・圧痛・抵抗・便秘・排尿には異常がないなどの症候で、熱は夜間に高くなり、甚だしい場合には意識障害や狂躁状態を呈する²⁾。喜多は否定的感情の病態に適応となる



<図3> 否定的感情の病態に適應となる代表的処方

代表的処方の使い分けを述べている(図3)³⁾。西洋医学的な加療に対して抵抗を示した症例でも漢方治療が著効した。

まとめ

今回我々は頻回手術後の多愁訴に対して東洋医学的な診断と治療が有効であった1症例を経験した。精神の安定を失った神経症と診断され自律神経と内分泌不調をきたした症例に対して東洋医学的診断により『心肝火旺の状態が慢性化し瘀血を伴った状態』と捕らえることで治療を行ないやすくてきた。頻回手術後の多愁訴に対して漢方治療は有効と考え報告した。

【文 献】

- 1) 高山宏世：三黄瀉心湯。漢方常用処方解説新訂31版，三考塾，東京，84 - 85，2003
- 2) 藤平健：桃核承氣湯。類聚方広義解説，創元社，大阪，436 - 439，2001。
- 3) 喜多敏明：やさしい漢方理論，医歯薬出版，東京，134 - 135，2001。

PAIN AND KAMPO MEDICINE Vol.21 (2011)

A case of painful symptom after the repeated operations treated with the combination of san'oshashinto and tokakujokito

Junji MORIYA *1, Jun-ichi YAMAKAWA *1, Ryoji MOTOO *2 and Kenji TAKEUCHI *3

Abstract: The stress that occurs from the pain or the repeated surgical operations make to fall the patients to the state of overstrain, and impoverish their conditions. It is thought to be the neurosis, and there is a case that western medicine is not effective. Some kampo medicines are effective for the neurosis that loses the mental stability and causes the autonomic and an internal secretion disorders. By the combined treatment with san'oshashinto and tokakujokito, the visual analogue scale (VAS) of the pain score improved obviously by the treatment with kampo medicine. The selection of san'oshashinto among many kampo medicines was carried out according to the kampo diagnosis. Kinkyoryaku said that san'oshashinto is effective for the disorder of the circulatory system originated from the mental conditions. It was suggested that the therapy based on kampo diagnosis should be effective.

Key words: san'oshashinto, tokakujokito, therapy based on kampo diagnosis

*1 Department of General Medicine, Kanazawa Medical University
 Offprint requests to: Junji MORIYA, Department of General Medicine, Kanazawa Medical University,
 1-1 Daigaku, Uchinadamachi, Kahokugun, Isikawa 920-0265, Japan
 *2 Department of Medical Oncology, Kanazawa Medical University
 *3 Department of Anesthesiology, Fukui Saiseikai Hospital

※ ※ ※

21世紀型チーム医療と漢方

近年、チーム医療への関心が高まりつつある。さまざまな医療スタッフが集結し、有機的な協働関係を発揮するチーム医療は、患者を包括的に診療する全人的医療に適した医療体系であり、21世紀の医療のあり方の1つとして注目されている。元雄良治先生は金沢医科大学病院の集学的がん治療センターにおいてチーム医療による外来がん化学療法を行い、単なる抗がん剤治療の域を超えた患者QOLの維持・向上を目指した全人的医療を実践し、そのなかで漢方治療を積極的に取り入れていることで知られている。ここでは、ジャーナリストとして長く医療問題に取り組まれ、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のための調査研究」の班長も務められた黒岩祐治先生に、チーム医療に漢方がどのような役割を果たし得るか、その現状と可能性について元雄先生とお話いただいた。



黒岩 祐治

神奈川県知事

前国際医療福祉大学大学院教授

元雄 良治

金沢医科大学腫瘍内科学教授
集学的がん治療センター長



患者中心の医療への意識変革

黒岩 「チーム医療」は以前から言葉だけにはありましたが、今あらためてチーム医療への取り組みが多くの施設で行われるようになってきました。なかでも金沢医科大学の21世紀集学的医療センターは文字どおり21世紀に求められる医療をチーム医療という形で実践する施設として注目されています。また、同学の集学的がん治療センター長である元雄良治先生は、積極的に漢方を診療に取り入れていらっしゃいます。本日は、今の日本の医療に求められるチーム医療のあり方と漢方の位置づけについて元雄先生にお話をうかがいます。

まず、チーム医療への取り組みが最近特に盛んになってきている背景について医療の現場からのご意見をお聞かせください。

元雄 現代の医療は20世紀に大きく進歩しました。抗菌薬の発見で感染症は駆逐されつつあり、1950年代以降の抗がん剤の開発、CTなどの画像診断、さらには遺伝子診断なども出て、各分野の技術が飛躍的に進歩してきたのですが、そのぶん専門分野の壁ができて同じ患者さんをばらばらに診療するという体系になってしまいました。専門分野間の交流がないために、患者さんはいくつもの科を回り同じような検査を受け、疲れ果ててしまう状況になっているのです。この反省から、患者さんを主体に考え患者さんの負担をできる限りなくす医療を提供する必要性が気づかれはじめたのです。

黒岩 私はジャーナリストとして長く

医療を見てきましたが、これまでの体系は医療を提供する側の理論に立って作り上げられたものでした。普通のビジネスは顧客のニーズを中心に展開するものですが、医療にはそれがなかった。「痛み」ひとつをみても、これまでは「術後だから痛いのは仕方ない」、「治るためのプロセスだから我慢するのが当たり前だ」、ということで患者さんは痛いのを我慢していた。しかし、「そうではない、痛みを取り除くことも含めて治療である」というように治療の概念が大きく変わってきています。患者さんを中心にとみると、痛みは無視できないものだと気づいてきたわけですね。

元雄 患者さんを中心に医療を考えようとする意識変化がチーム医療の推進力となっています。チーム医療が進んでいる領域をみると、緩和ケアや在宅医療、終末期ケアなど、これまで患者さんが我慢をしていた部分に焦点をあてて、痛みや不安や不便をなくしていこうとする分野が多いことがわかります。これもそうした背景を考えると納得できます。

また、患者さんがこれまで言えなかった思いをすくい上げて治療に反映する、ということもチーム医療のテーマです。たとえば痛みなどは、今でも「痛いけれどもモルヒネの副作用が怖いので我慢している」というような患者さんがいます。チーム医療ではこういう患者さんの本音を看護師が感知してそれをすぐに医師や他のスタッフに伝えることができます。そして時には薬剤師が効果と副作用を説明して患者さんの不安を取り除くという素早い対応が可能なのです。

もう1つ、医療行為の安全性を高めるという点でもチーム医療は重要です。たとえば抗がん剤は次々に新薬が開発されていますし、分子標的治療薬なども似た名称の薬剤が数多く登場し、市販後に思わぬ副作用情報が出ることもあります。これらの情報を正確に把握する薬剤師と円滑なコミュニケーションがとれるシステムは、処方への誤りの回避につながります。

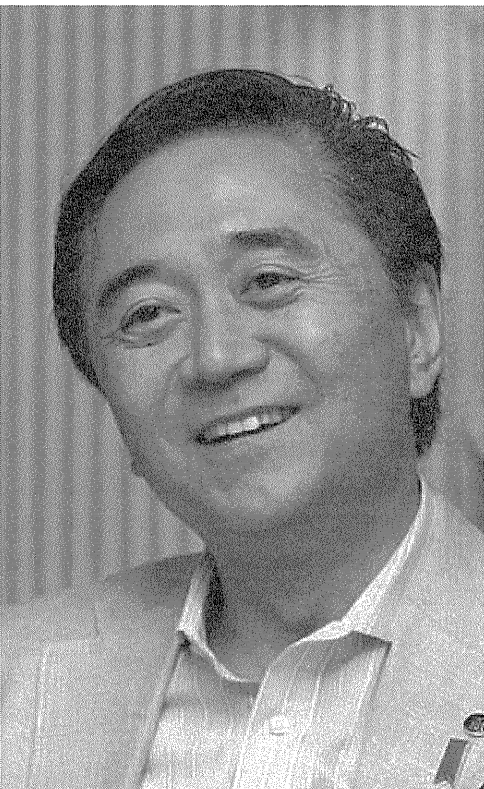
チーム医療を推進することで、患者さん本位の医療の実現と、高度化する医療のなかでの安全性の確保が可能になるのです。

「連携、協働、自律」を支える専門性の追求とコミュニケーション

黒岩 チーム医療が円滑に行われるためには、これまでのように医師が頂点にいてすべての決定権と責任を担い他のスタッフはその下で従うだけ、というトップダウンの構図は変えなければなりませんね。

元雄 患者さんを中心に、医師、看護師、薬剤師などの各職種が対等に医療に取り組むのがチーム医療の基本ですから、従来のヒエラルキーは通用しません。

黒岩 そのためには、各職種の人たちの意識も変わらなくてははいけない。医師にすべてを任せてその指示に従う、という形からそれぞれの専門性に責任を持って医療に参加する覚悟が必要ですし、医師も他職種のスタッフと同じ位置に、同じ目線に立ってそれぞれの専門性を尊重し彼らの意見に耳を傾ける、という意識が求められますね。



くろいわ ゆうじ

黒岩 祐治

神奈川県知事
前国際医療福祉大学大学院 教授

1980年早稲田大学卒業。同年フジテレビ入社。88年『FNNスーパータイム』アンカーマン担当。89年救急医療キャンペーン『救急医療にメス』企画取材編集。以後救急救命士法設立キャンペーンを行い91年の救命救急士誕生のきっかけとなる。2009年フジテレビ退社。同年国際医療福祉大学大学院教授。11年神奈川県知事就任。現在に至る。
主な著書：「救急医療にメス 走れ！家族のための救急車」（情報センター出版局）。「医療白書<2008年度版>「医療崩壊」の次に来る新しい波10年後の医療の「未来像」を描く」（共著）日本医療企画など多数

元雄 チームですから医師はキャプテンくらいの役割で治療方針を方向づけはするとしても、看護の専門のことは看護師に、薬剤の専門のことは薬剤師に任せることも必要かと思えます。緩和ケアなどはむしろ看護師がキャプテンになるほうが自然です。本学の集学的がん治療センターではがん看護専門看護師がいて、彼が緩和ケアチームのカンファレンスを主催し、病棟の回診も中心になって行っています。

黒岩 私はこれからの医療に大事なものは「連携、協働、自律」だと考えています。医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士などがそれぞれの専門性を生かし、尊重しあうことが「連携・協働」であり、それぞれの専門性を高めて自身の専門性に責任を持って考え行動することが「自律」です。これらはまさにチーム医療につながりますね。

しかし日本では医療スタッフは医師の指示によって動くことに馴れていて、米国のナース・プラクティショナーのように自律的に医療行為を行うところまで踏みこめるのが、看護界の中でもいろいろ意見はあるようです。

元雄 日本では看護師が自己決定して医療行為を行うことは認められていませんし、ナース・プラクティショナーにはそのための教育・資格体制の整備が必要で、すぐ実現するには難しい問題があります。しかし現時点でも、がん医療でいえば、がん看護専門看護師やがん専門薬剤師がいて、彼らは医師が知らない知識もたくさん獲得していて、そういう人たちの専門性は上がってきています。私は彼

らの専門性を尊敬しています。今はまだ医師以外のスタッフが自身の決定で医療行為を行うことはできませんが、彼らの意見を聞いて医師の判断が変わることもありますから、円滑なコミュニケーションを図っていけば互いの専門性を十分反映していけると思います。

21世紀集学的医療センター
最適な医療を選択し
提供するために

黒岩 21世紀集学的医療センターはどのような施設ですか。

元雄 本学の21世紀集学的医療センターは2005年に設立されました。診療科の壁を取り払い、多領域、多職種の医療者が患者さんの周りに集結し、それぞれの専門知識・専門技術を提供するためのセンターで、患者さん本位の医療を提供しようという考えのもとに作られました(図1)。集学的がん治療、生活習慣病、健康管理、遺伝子医療、女性総合医療、エイジングケアの6つのセンターが設立されており、臓器別診療とは異なる観点から患者さんのご要望にお応えしています。

黒岩 元雄先生は集学的がん治療センターのセンター長をされているわけですが、具体的にどういう業務をされているのでしょうか。

元雄 第一の業務は外来がん化学療法です。そこには消化器科、呼吸器科、乳腺科、泌尿器科などの専門の壁はありません。すべての外来がん化学療法を一元化して私たちが担当します。これまでは術後のがん化学療法まで外科が担当

することが多く、外科医への負担が多かかっていました。また高度に複雑化する抗がん剤に対応した治療メニューの確立にも時間がとられ、患者さんとその家族に対する十分な心のケアまでなかなか手が回らなかったというのが実情です。これに対し、センターでは医師、看護師、薬剤師、臨床心理士などが1つのチームとなって患者さんに接するので、最適な医療を提供し、かつ患者さんと家族にも十分なケアが行えるようになっていきます(写真1)。

第二の業務はエキスパートによる集学的治療のための調整です。現在でもがん治療は外科手術による切除が最良の治療手段とされていますが、放射線治療や抗がん剤治療も進歩しており、これらを上手に組み合わせることが現代医療では急務となっています。

たとえば頭頸部がんなどのように切除すると機能的欠損が生じる場合には、手術よりも放射線治療や化学療法が優先されることがあります。この患者さんにどの治療法が最適かを判断するには、これらの専門の壁を取り除いた集学的アプローチが必要です。同センターは、臓器別診療科などの専門領域という縦糸に対する横糸のような存在となり、各領域の専門医が最新の技術と知恵を合わせて、患者さんにとってベストの治療をチームで行う仲介役を務めています。

この他にも、セカンドオピニオン対応や地域医療との連携を主要な業務として取り組んでいます。

21世紀の医療における漢方の位置づけ

黒岩 元雄先生は漢方を日常診療に取り入れていらっしゃるが、21世紀型の集学的医療、チーム医療において漢方はどういう位置づけにな

るとお考えですか。

元雄 私たちが進める集学的医療、チーム医療は、患者さんを社会のなかの一個人としてとらえ、病気を治すと同時に痛みや不安、社会生活の不便なども取り除いて健康な生活を提供しようとするもので

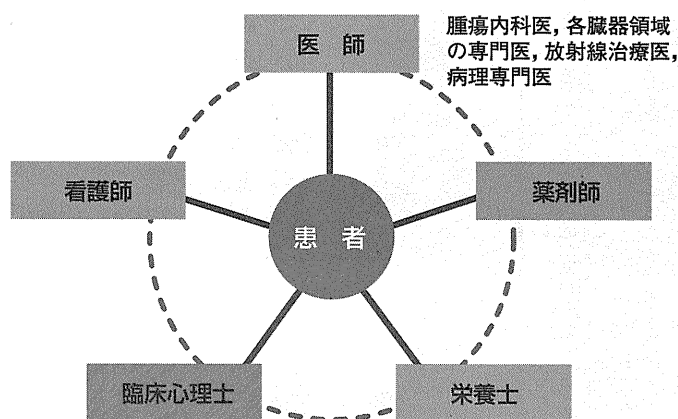


図1 金沢医科大学病院集学的がん治療センターにおけるチーム医療 (元雄 良治)

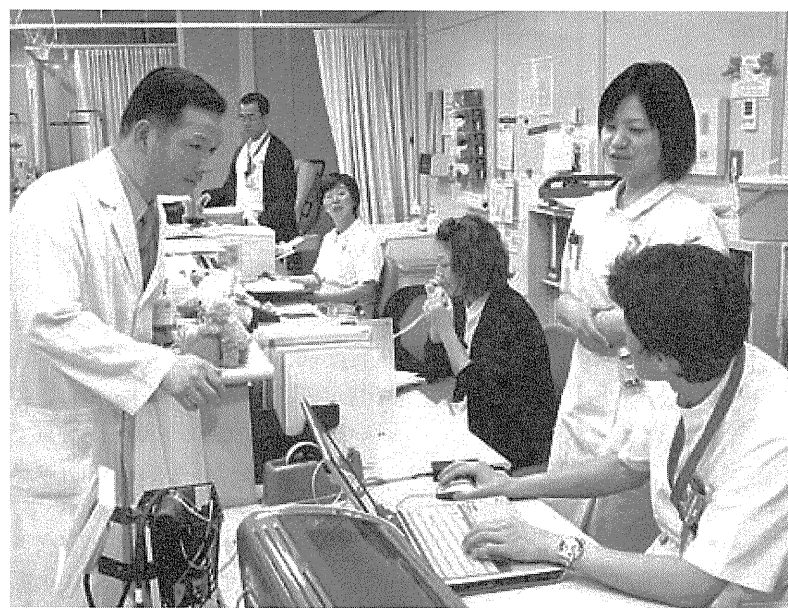


写真1 集学的がん治療センターのスタッフと

(元雄 良治)

す。この人間全体をみる、すなわち全人的医療という視点は漢方的な考えにも共通します。全人的医療を実践しようとする、西洋医学では解決しきれない部分が明確になってくるのですが、こうしたところに漢方は力を発揮します。

集学的医療において、西洋医学と漢方医学を合わせていくことは、全人的医療の実践に欠かせないものと考えます(図2)。当学のセンターだけでなく、チーム医療に漢方を取り入れようとする動きは増えつつあります(表1)。やはり、全人的医療という視点が漢方を必要としているのだと思います。

黒岩 センターでは、そういう漢方への認識は医師だけでなく他の職種にも浸透していますか。

元雄 薬剤師は生薬学を学んでいるので知識はありましたが、看護師には通じない時期もありました。しかし、漢方を使った患者さんの状態が改善するのを実際にみて、しだいに看護師も理解を深めてきています。今では「しびれがあるようですから牛車腎気丸を併用しますか」というように、漢方に関心のない医師に漢方薬を提案することもあります。

黒岩 薬剤師も現場にいるのですか。

元雄 センターにいる薬剤師は安全で効果的な投与方法や投与量などについて医師に提案していますし、点滴直前の混合調製も行います。また、患者さんへの服薬指導や薬に関する相談も随時行っており、漢方に関してもよく患者さんや他のスタッフにアドバイスしていま

す。

黒岩 漢方を組み入れることによって、患者QOLを見つめたチーム医療がより効果的に実現されるということなのですね。

漢方との出会いが治療のブレークスルーに

黒岩 元雄先生と漢方との出会いをお聞かせください。

元雄 1989年の第1回漢方医学セミナー(御殿場市)に出席したのがきっかけです。西洋医学で活躍されている先生方が同時に漢方も使っている姿を拝見して、感銘を受けました。そこで病院に戻り漢方を使ってみたところ確かな手応えがあったのです。

黒岩 手応えというのは、西洋医学では届かないところになにか変化があったのですか。

元雄 西洋医学ではなかなか症状が取れない訴えをよく経験します。

たとえば口が苦いという症状に対し西洋薬では改善が難しく苦慮していたのですが、これに対し六君子湯を投与したところ症状が消えたのです。そこで口が苦いという訴えのある約80例の慢性胃炎症例で六君子湯のデータを系統的に取って臨床研究としてまとめました。この結果から通常西洋医学では取れない症状が漢方で改善されることを再確認しました。

黒岩 それまで元雄先生は漢方とは接点はなかったのですか。

元雄 私の学生時代は漢方の授業はありませんし、卒業してからも5~6年は漢方にはまったく触れる機会はありませんでした。しかし、患者さんを診察しているどうしても壁にぶつかります。なにかブレークスルーがないかと思っていたときに、漢方に出会ったのです。後は研究会や勉強会に出たり、自分で本を読んで勉強して、実際に診療の現場で使いながら体得していったのです。

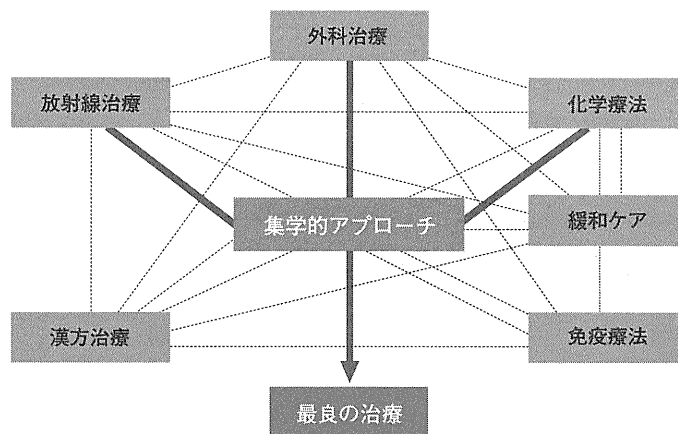


図2 集学的がん治療における漢方の位置づけ

元雄良治. 治療. 2009, 91(6), p.1773-1775. より

黒岩 漢方に関する基礎研究もされていますか。

元雄 当時私は膵臓の研究チームにいたので、ラットの慢性膵炎モデルに柴胡桂枝湯を投与して膵炎の発症抑制効果を検討しました。通常この動物モデルは12週齢で重度の膵炎を発症するのですが、柴胡桂枝湯投与群では12週の段階でもまったく発症がみられず、同処方が膵炎発症を強力に抑制することがわかりました。それを遺伝子レベルで解析して、Pancreas誌等で発表しました。それに対しては、国内だけでなく国際的な反応もありました。

狙い撃ちする西洋薬と全体をみる漢方の併用でより良い治療を

黒岩 西洋薬で改善しない症状がなぜ漢方薬で改善するのでしょうか。

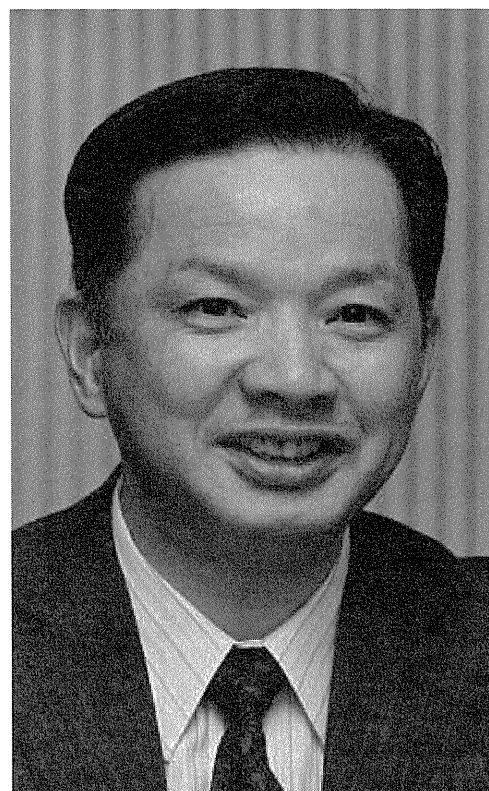
元雄 西洋薬はピュアな単一成分であるのに対し、漢方薬は最低2つ以上の生薬で構成される複合系の薬剤です。しかもそれが伝統的な考えのもとに組み合わせられている。そ

れを飲むことによって、単一の成分では考えられないような作用が発揮されて、生体により影響を及ぼすのです。たとえば六君子湯が胃もたれに効くというのも、これまでの西洋薬にはないメカニズムがだんだんわかってきています。そのメカニズムは単一のものではなく複合的なメカニズムで、それが遺伝子レベルまで解明されつつあります。

逆にいうと、食欲不振など西洋医学では対応しきれない症状は複合的なメカニズムが関与していて、漢方がなぜ効くかを解明することによって、その発症メカニズムが解明されつつあるのです。しかも、六君子湯の悪心・嘔吐の抑制作用はランダム化比較試験(RCT)で認められていますので、この効果は科学的にみても確かなものといえます。

黒岩 西洋薬と漢方薬は役割が違うということですか。

元雄 そうですね。抗菌薬や抗がん剤のように攻撃すべきターゲットを定めて狙い撃ちする西洋薬に対して、漢方薬は足りないものを補う、低下しているものを持ち上げる、冷



もとお よしはる

元雄 良治

金沢医科大学腫瘍内科学 教授
集学的がん治療センター長

1980年東京医科歯科大学医学部卒業。84年米国テキサス州ダラス・ワドレー分子医学研究所研究員。88年金沢大学がん研究所腫瘍内科助手。92年金沢大学がん研究所腫瘍内科講師。2002年フランス・マルセイユ・国立医学研究所文部科学省短期在外研究員。03年金沢大学がん研究所腫瘍内科助教授。05年金沢医科大学腫瘍内科学教授・集学的がん治療センター長・総合医学研究所分子腫瘍学研究部門教授(併任)。現在に至る。
主な著書:「全人的がん医療-がんプロフェッショナルを目指して」(じほう)。
研究領域: 腫瘍治療の分子基盤, がん医療における東西医学の融合

表1 チーム医療で使用されることの多い漢方処方

分野	よく使われる漢方薬
栄養サポートチーム (NST)	六君子湯, 大建中湯, など
がん化学療法	十全大補湯, 牛車腎気丸, 半夏瀉心湯, 六君子湯, 黄連解毒湯, など
リハビリテーション	牛車腎気丸, 桂枝加朮附湯, など
在宅医療	六君子湯, 十全大補湯, 葛根湯, など
認知症	抑肝散, など
終末期ケア	補中益気湯, 十全大補湯, 人參養榮湯, など

(元雄 良治)

えているものを温める、というものです。高齢者などの虚弱な方の体力を持ち上げるような薬は、西洋薬にはないですね

黒岩 「漢方処方」ではなく、「漢方診療」という面では西洋医学とどこが違いますか。

元雄 漢方診療に関しては、体を診て、症状をよく聞いて、トータルな生体情報をとる、いわゆる全人的な医療をベースに漢方処方が決まります。西洋医学は、臨床検査や画像診断で異常をみつけて、それをピンポイントで攻めるという考え方ですから、大きく違います。

黒岩 それは、漢方診療と西洋医学との哲学の違いといえますね。西洋医学は攻撃的治療、すなわち病気は悪いものでそれを徹底的に叩くという考え方です。がんでいえば、がん細胞は悪い細胞だから、手術で取る、抗がん剤で叩く、放射線で叩く。そのことによって大きな成果があったのは間違いないですが、そこにも限界がある。特に高齢者、あるいは再発したがんの場合、攻撃的治療の副作用を軽く

みることはできない。老人は副作用によって体力が弱って、どんどん悪くなる。つまりがんを叩きつぶすのだけれども、体全体も弱ってしまう。

漢方は人間の体全体を診て気血水のバランスを取っていく。気の力、血の流れ、水の流れという、体全体のバランスを重視します。そのときに医食同源という考え方で食をも重視し、未病を治すという見方もします。生活のなかの養生医学というところから病気になる前に改善していく。人間全体の力を高めるといのが漢方の哲学ですね。

だから、西洋医学と漢方医学を足して、そのいいところを取る。攻撃しなければいけないところは攻撃するけれども、それだけでは体力が落ちて人間の体全体がだめになるから、攻撃をするとともに全体の力を上げる。これが西洋医学と漢方医学を合わせることの大きな意義だと思います。

元雄 がん領域でも西洋医学と漢方医学の併用が患者さんにとってメリットになるという理解が進んで

います。たとえば外科手術では、術前・術後の全身状態の改善に十全大補湯や補中益気湯、術後の腸閉塞の予防に大建中湯が広く用いられています。

また、がん化学療法ではイリノテカン投与後の遅発性下痢の予防に半夏瀉心湯や柴苓湯、バクリタキセルの末梢神経障害に牛車腎気丸の有効性が複数の診療分野から報告されています。

そのほかのがん治療や放射線治療に伴う副作用の緩和、支持療法でも漢方薬が大きな効果をあげることがわかっています(表2)。

そしてこのように漢方を取り入れることで患者さんが我慢をすることが減り、治療をより効果的にするのです。これらの処方日常診療ではかなり常識になってきています。当学のセンターでは臓器の領域をこえて漢方の適応のある患者さんの症状に処方し、今では約8割の患者さんに漢方を使っています。

黒岩 漢方薬を使う医師が増えてきてはいますが、ほとんどの医師は漢方薬を西洋医学的感覚で使っているだけにすぎません。全人的医療としての漢方診療の体系、漢方の哲学にきちんと向き合っているのかという疑問が私にはあります。効くから使う、という西洋薬的な感覚で漢方を使っていると、漢方全体に対してはエビデンスがないからということで否定的な立場をとるという矛盾も生まれてきてしまいます。

元雄 確かに、芍薬甘草湯などのシンプルな処方切れ味も鋭く、そういうエキス剤を西洋薬的に使

表2 集学的がん治療で使われる代表的な漢方処方

全身症状の改善	十全大補湯, 補中益気湯, 人參養榮湯, など
食欲不振	六君子湯, など
下痢	半夏瀉心湯, 柴苓湯, など
術後腸閉塞予防	大建中湯, など
うつ状態や不安感	加味逍遙散, 柴胡加竜骨牡蛎湯, 抑肝散, 加味帰脾湯, など
リンパ浮腫	桂枝茯苓丸, など
がん性疼痛	モルヒネと附子剤の併用, など

(元雄 良治)

っている医師もいます。その一方で、たくさんの生薬が入っている複雑な処方見方は効果が見えにくいこともあって敬遠する医師もいます。日本は西洋医学の医師免許を持った医師が漢方薬を処方できる、世界でも珍しいシステムを持っています。これは漢方医学をきちんと学ぶ機会も時間もない日本の医師にとっては大変貴重なシステムなのですが、伝統医学の考えに基づかない治療でいいのかという批判も確かにあり、今後の課題の1つです。

進みつつある漢方治療のエビデンス構築

黒岩 私は、父がかなり厳しい末期の肝臓がんで、一時は腫瘍径が12cm、腫瘍マーカーが5,200という状態だったのが、西洋医学と漢方医学を合わせることで腫瘍径3cm、腫瘍マーカーは20という奇跡的な回復をしたという体験をしています。その

こともあって西洋医学と漢方医学の融合は大切だという思いがあり、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療創生のための調査研究」の班長を引き受けました。いわゆる黒岩班といわれるものです。このなかで、日本型医療を創生していくための課題を明らかにし、2010年に課題と解決についての考察を提言として報告しました(表3)。

この提言に対する臨床医の意識調査があるのですが、それをみると、優先的に実施すべき課題として8割以上の医師が上げたのが「科学的データの収集と解析」、つまりエビデンスの構築でした(図3)。科学的データの収集と解析は、西洋医学との密接な協力関係を築くためには不可欠なものです。実際には漢方のエビデンスを求める動きはどのような状況にあるのでしょうか。

元雄 近年、医学界はエビデンスレベルの高い治療を選択していこうとする動きが活発です。漢方についても科学的エビデンスを蓄積しようと

いう動きが進んでいます。エビデンスレベルが一番高いのは複数のRCTをもとにしたメタ解析データですが、メタ解析を可能にするためにもまずは信頼性の高いRCTを実施することが重要です。RCTでは比較するコントロールの設定が重要です。コントロールはプラセボ、非投与群、西洋薬などリサーチ・クエスチョンに応じて多様です。異なる漢方薬の組み合わせや、漢方薬同士の比較もあります。

私は日本東洋医学会のEBM特別委員会エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォースで漢方薬に関する臨床試験の調査に参加していますが、その結果、信頼できるRCTが国内ですでに345報、メタ解析も1報が行われていることがわかりました(表4)。これを外国で発表すると、そんなにあるのかと驚かれます。

また、最近の診療ガイドラインはEBMの考えに基づいて作成されていますが、こうした診療ガイドライン

表3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言まとめ

1	体質にあった「オーダーメイド医療」実現のための基盤整備	科学的分析の推進(データの収集と解析) 人材の育成	エビデンスの確立 EBMへの転換をはかる、など 教育の充実 専門医、指導医の人材育成、など
2	生薬資源の安定的確保	資源の安定確保、漢方製剤のさらなる安全性	国内栽培の基盤整備、輸入品の安定確保
3	国際ルール作りへの迅速・積極的な対応	迅速・戦略的な交渉の促進 国家戦略的見地から政府主導で対応	WHOにて改訂中のICD-11への対応、など
4	国民への知識普及	漢方・鍼灸にかかる正しい情報提供・知識普及につとめる	漢方・鍼灸の知識普及、など
5	施策推進のための組織的整備	産官学が組織的・戦略的に対処しうる組織的整備を行う	意見交換の場づくり、など

(黒岩 祐治)

にも漢方が取り上げられるようになってきています(表5)。このように、この数年、西洋医学でいうEBMの観点から高いレベルのデータが出てきています。

黒岩 漢方薬はエビデンスがとりにくいという指摘をよく聞きます。その原因として、1つには生薬で構成される漢方薬は組成が均一でないという点。もう1つは同じ症状でも証によって処方も違えば反応も違うという点が挙げられますが、このあたりはエビデンスの確立においてどのように解決されていますか。

元雄 生薬組成のばらつきという点については、中国のように煎じ薬を主体とする治療薬では組成がばらつきやすく科学的な検討が難しいのですが、日本では高度に製品化され組成が均一のエキス製剤が普及し

ていますのでRCTでの検討には最も適していると思います。

また、証については、症例数の多いRCTではサブ解析という手法があり、西洋薬でも体型や性差や最近では遺伝子変異の有無でサブグループに分けてより詳細な解析をすることが行われています。私たちも推論の多重性に注意しながら証ごとにサブ解析することで、証という概念を反映したRCTを行っています。

黒岩 黒岩班の研究では、データマイニングの手法を使い、これまで蓄積された膨大な漢方治療のデータを集めて解析していけば、そのなかから「証」として語られていたもののおぼろげな姿が見えてくるのではないかと、という解決案を提言しました。そのためには診療所間、診療者間

の横断的なデータの共有化がなければできませんが。

もう1つ、黒岩班で指摘した課題として、人材育成も急務です。先ほども話が出ましたが、漢方診療の体系にきちんと向き合い、全人的に患者さんを診ることのできる人材を育てなくてはなりません。伝統医学の考えに基づかない漢方が日本型の漢方治療として定着することになってはいけません。

提言では医学部での教育と卒後教育・研修の充実で漢方への理解の裾野を広げ、専門医や指導医の人材育成をはかり、また薬剤師についても漢方薬・生薬認定薬剤師制度などを利用した研修の充実で専門性を一段と高めることを勧めています。

元雄 私も医学生への講義に漢方を取り入れ、腹診も教えています。今はお腹を診ない医者が増えていますが、日本の漢方は本来必ずお腹に触って処方を決めるものだと思えば、学生も情報がほしいから、お腹に触るようになります。こうして、漢方を通して診察能力の重要性を伝えています。しかし、実際に漢方診療の体系を理解できるまでの教育カリキュラムを組むのは難しいですね。

黒岩 漢方的な診断法を身につけるには五感を使ったトレーニングが必要で、大変なことですからね。全員が漢方診療を理解することはまだ難しいですが、チーム医療に漢方専門医が加わることの意義はどのような点でしょうか。

元雄 一部の施設では患者さんのところに内科医、外科医、漢方専門

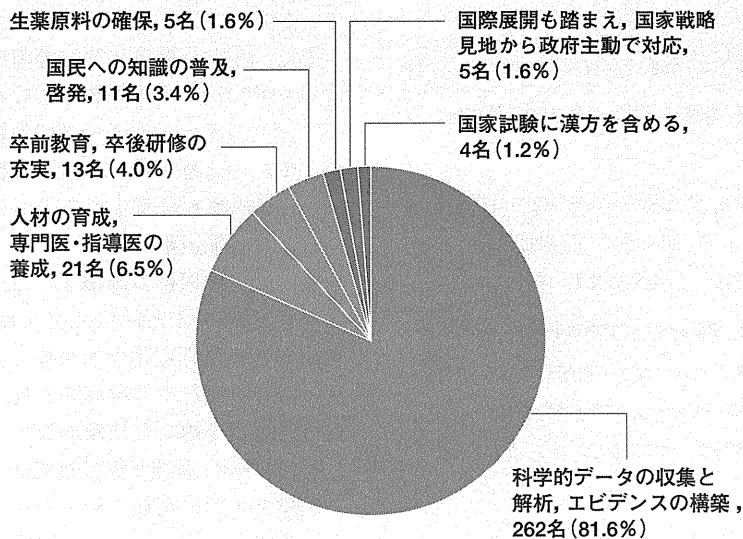


図3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言に関する医師の意識調査 (n=321)

日経メディカルONLINE (漢方使用実態及び漢方に関する意識調査)を一部抜粋改変

医の3人が診察に訪れて、おのおの診断を話し合って治療方針を決めていく、という形をとっているところもあります。

黒岩 看護師や薬剤師に対する漢方教育も大事ですね。私が大学院教授をつとめていた国際医療福祉大学では、薬学部先端漢方センターを作り、薬剤師教育に積極的に漢方を取り入れました。薬剤師に漢方知識が浸透すれば、院内はもちろん、その薬剤師が地域で薬局を開けば、地域レベルで全人的医療を支える拠点になり得るわけです。

いのちを輝かせる、地域も含めたチーム医療

黒岩 私は今回神奈川県知事になりましたが、選挙の時に掲げたビジョンは「いのち輝くマグネット神奈川」です。いのちが輝くためには、地域全体の意識がいのちに向き合い、普段の食生活のあり方から未病を治す環境を作り、病氣にならないお年寄りを増やしていくのです。

そういう漢方的な知恵、東洋医学的な発想が基盤にあって、その一方で西洋医学は専門性を高めていざ

というときは最先端技術を駆使して救います、という形をつくれれば、ただ長生きするのではなく、いのちが輝く地域社会ができます。いのちが輝けば人々を引きつける。それがマグネットです。

私はそのビジョンの実現のために、「医食農同源」という考えを提唱し、環境と農政と医療保健の問題を同じ土俵で討議する、という担当部署の垣根と越えた取り組みを始めています。

元雄 地域という意味でいえば、地域連携は本学の進める集学的医療でも最重要課題の1つです。すでに、金沢市近郊にある当院と能登半島の自治体病院をテレビ会議システムで結んで、私も患者さんの顔をみながら遠隔医療を推進していますし、外科の医師を中心に地域連携パスを使った術後患者さんのための地元クリニックとの連携も始まっています。

また、当院の緩和ケアの看護師は「いつでもどこでもだれでも緩和ケア」というキャッチフレーズで地域のクリニックと緩和ケアの連携を構築し、薬剤師も服薬手帳を中心に地域との連携を図っています。

黒岩 全人的医療は地域も含めた面で考えるものだという事ですね。元雄先生の21世紀集学的医療センターは各診療科や基幹病院と地域施設の垣根を越えた横断的なチーム医療であり、神奈川県は担当部署や医療と生活の垣根を越えたチーム行政です。どちらも21世紀に求められる、いのちを輝かせるためのあり方といえるでしょう。

今日はありがとうございました。

表4 日本で実施された漢方製剤を用いたRCT

Randomized Controlled Trial (RCT)	320報
quasi-RCT (準RCT) : Controlled Clinical Trial	25報
合計	345報

日本東洋医学会, EBM特別委員会, 漢方治療エビデンスレポート(EKAT) 2010より

表5 漢方薬が記載されているガイドライン

タイプ	診療ガイドラインの領域
A	心身症, 白内障, アレルギー性鼻炎, 喘息, 尋常性ざ瘡, 男性下部尿路症状, 夜間頻尿, 慢性頭痛, など
B	小児B型肝炎, 肝癌, アルツハイマー型痴呆, 摂食障害, 小児急性中耳炎, 高血圧, 脳卒中, 鼻アレルギー, アレルギー疾患, 副鼻腔炎, 薬剤性肺障害, 呼吸器感染症, アトピー性皮膚炎, 小児IgA腎症, 前立腺肥大症, 咳嗽, など
C	性感染症, 抗HIV治療, 抗がん剤適正使用, 糖尿病, 加齢男性性腺機能低下症候群, 夜尿症, 睡眠障害, 虚血性心疾患の一次予防, 小児起立性調節障害, 小児気管支喘息, 特発性間質性肺炎, NASH・NAFLD, 接触皮膚炎, 蕁麻疹・血管性浮腫, シェーグレン症候群, 尿路結石症, ペインクリニック, がん疼痛治療, など

A: 引用論文が存在し, エビデンスと推奨のグレーディングがあり, その記載を含むもの

B: 引用論文が存在するが, エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの

C: 引用論文も存在せず, エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの

日本東洋医学会 EBM特別委員会 エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォース, 漢方製剤の記載を含む診療ガイドライン2010より

