

総合診療・家庭医療に役立つ

10

2019  
Vol.33-No.10

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

# 地域での 漢方治療のススメ

【企画】山田誠史 市立恵那病院 内科部長

●インタビュー

## 「2025年,2040年の 社会を見据えて医療を考える」

仲井培雄 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長

## 目次

### インタビュー

- 2025年、2040年の社会を見据えて医療を考える／仲井培雄 2

### 特集 地域での漢方治療のススメ

- エディトリアル／山田誠史 10
- 総論 -これだけは知っておきたい漢方の基礎知識-／村松慎一 11
- 内科領域 -半夏厚朴湯と補中益気湯-／吉永 亮 17
- 外科・整形外科領域で使える漢方薬／岡部竜吾 23
- 産婦人科領域 -更年期障害を中心に-／大澤 稔 30
- その他の領域について -皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科-／星野卓之 36

### 原著 第30回地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

- 新潟県湯沢町におけるレム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder:RBD)の有病率および患者特性調査(RBD Yuzawa study)／竹内 暢・笹井妙子・ほか 43

### 症例

- Creutzfeldt-Jakob病のミオクローヌスにレベチラセタム単剤治療が有効であった1例  
／岩崎智裕・軸丸美香・ほか 50

### Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第72回「在宅から持ち込まれた人工呼吸器の使用」に関わるアクシデント!  
-事例の発生要因と未然防止対策-／石川雅彦 54

### JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 地域で役立つ実地臨床血液学(前編) 62

### ちょっと画像でCoffee Break

- X線クイズ／伊藤大輔 63

### 離島交換日記

- 真夏の成人式と離島の小児科／福田聡司 66

### JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 台東区で必要な特定ケア看護師とは／岡田芳恵 68

### 研修医日記

- 地域で学ぶ／奥村幸治 70

お知らせ ..... 74

求人病院紹介 ..... 80

投稿要領 ..... 82

編集後記 ..... 巻末

## INTERVIEW

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長  
仲井培雄先生



# 2025年, 2040年の 社会を見据えて医療を考える

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## へき地医療を経験後、病院の経営者に

山田隆司(聞き手) 今日石川県の芳珠記念病院に仲井培雄先生をお訪ねしました。

まずは先生の経歴を紹介していただけますか。

仲井培雄 私は石川県立小松高校を卒業して自治医科大学に入学し、卒業後初期研修は石川県立中央病院で、2年間全科ローテーションを行いました。

山田 先生は自治医大の何期生ですか？

仲井 8期生です。

当時、自治医大の先輩方からは臓器別専門医としっかりコネを作って、「へき地や離島診療所に行くときにはいつでも電話をして聞けるようにしておきなさい」ということを言われました。「患者にとって緊急を要する厳しい状態という

のはどんな状態かを直感的に分かるように覚えておきなさい」ということも教えていただきました。

初期研修終了後は輪島病院に半年間行き、1985年10月から石川県最北端舳倉島診療所に半年間行きました。看護師もいない、医者一人だけの離島診療所です。次に行ったのが県最南端の白峰村診療所です。

それから金沢大学附属病院の第2外科に入局しました。自分の父が私の在学中に開設した芳珠記念病院で外科医を確保できず第2外科から医師を派遣してもらっていたからです。ところが石川県の自治医大卒業生は石川県立中央病院で初期研修を行っていて、石川県立中央病院は

第1外科関連の病院だったため、県から第1外科の所属でなければ駄目だと言われました。へき地へは行きたかったのですが、将来自分の父の病院で働くために、私はこの時に奨学金を返納して義務を離脱することになりました。そういうことになって、一時期は同窓会などにも出られなくなり、とても辛かったですが、今は理解を得られてとても感謝しています。

金沢大学第2外科で外科専門医を取得して学位も取ったあとに、父の病院である芳珠記念病院の外科部長に就任しました。その後父の勧めで、オーストラリアのRoyal Brisbane Hospitalへ1年間行き、Visiting Medical Officerとして腹部の鏡視下外科手術と海外の医療制度と文化を学びました。

帰国後、2004年に病院の理事長に就任し、2012年には社会福祉法人の理事長にも就任しました。そして改めて地域医療と介護の重要性を認識するようになりました。その後2014年5月に、地域包括ケア病棟協会の初代会長に就任しました。

**山田** 自治医大卒業生にとって、県によっては地元の大学の医局制度との関係がいろいろあって、特に1桁世代では苦勞したという話はよく聞きます。先生は中でも非常に厳しい環境にあって、大変だったのですね。

一方で外科医として研鑽を積み重ねていく中で、お父さんの病院を手伝おうと最初にここに着任されたときはどういう感じだったのですか。

**仲井** 職員からは医者としてよりも経営者として求められました。それがちょっとショックでしたね。

**山田** やはり若いころは臨床医として自分の技能を磨くことに関心が高いと思いますが、先生もここに来て、まずは外科医として一人前になることが目標だったわけですね。

**仲井** はい、39歳でまだ若かったのです。

**山田** ところが自分が経営者として関与せざるを得



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

ない状況だったのですね。

**仲井** 父親からは、病院はうまくいっているという話を聞いていたのですが、そうではなかったのです。まず着任した時に「医薬分業」することが決められていたのに全く形ができていなかったもので、これから手をつけようと思いました。ネット等で調べて、医薬分業に詳しい先生にいろいろ教えてもらって、うまく分業を進めることができました。

**山田** なるほど、否応なしに経営に関わっていった訳ですね。次に取り組まれたのはどんなことですか。

**仲井** 実は医薬分業と同時に病院の増改築が進められていたのです。建物の建設は進んでいましたが、医療機器は更新されていなかった。そこで建物を建てた直後にまた融資を受けて、医療機器を大量に購入しました。大変な目にあいましたが、そうしないと職員は残らなかったと思います。

**山田** 先生は外科医として技術を磨きたいという気持ちがある中で、病院を経営していかなければならないということとのギャップはなかったのですか。

**仲井** もちろんありました。自分は外科医ですから

外科として確固たるものをつくりたいと努力してきました。加えて病院全体としては内科が重要になると思いました。一番入院患者が多いのは内科ですし、その中でも高度急性期医療だけ

ではなく、多角経営にしていけないといけないと思いました。そして地域包括ケア病棟のような使いやすい病棟が必要になってくると感じました。

## 地域包括ケア病棟に着目

**仲井** 当院は、祖父が1927年に小松市に眼科医院を開業し、1962年に父がその横に外科病院を開業し、現在の能美市に1983年に芳珠記念病院ができました。私が大学5年生のときです。現在、ほうじゅグループということで、医療法人として芳珠記念病院、居宅介護支援事業所、訪問看護・リハビリテーション、グループホーム、社会福祉法人として介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護施設、共生型福祉施設、そして福祉用具貸与事業所の株式会社があります。

**山田** もともと外科病院だったのを、地域性を考えてこの地域に必要とされるのは金沢のような中心部と同じような超急性期医療ではなく、地域に密着した医療だと考えられ、その後出てきた方向性が地域包括ケア病棟だったのですね。

**仲井** まさしくちょうどいいタイミングだったと思っています。現在は地域包括ケア病棟が82床、DPCの急性期Ⅰが86床、長期療養として医療療養60床、介護療養60床と、障害者30床がありますが、医療療養30床を休床しています。どうしてかということ、地域包括ケア病棟を開業しただけで退院支援が進んだのですが、さらに医療法人の居宅介護支援事業所と訪問、社会福祉法人の訪問と通所の機能を付け加えていったら、医療療養が必要なくなったのですね。つまり「時々入院ほぼ在宅」を一生懸命やったら医療療養はいらなくなったということです。

当院の地域包括ケア病棟への直接入院は約3

割で、在宅からの緊急受け入れが多いです。次がポストアキュート、そして在宅予定の受け入れという感じです。疾患は骨折、肺炎、消化器疾患が多いので、やはり総合診療医がいると重要そうに感じます。

**山田** 先生はお父さんの病院を継いで、病院の状況に合わせて改革を進められたわけですが、自治医大卒業生として地域医療の経験も踏まえているからこそ、総合診療医が重要だと考えられたのですね。

**仲井** そうは言ってもまだ専従の総合診療医はいません。

**山田** それはそうでしょうね。診療所と違って病院はある程度重症患者が集まるわけで、へき地診療所の家庭医というよりは、ある程度のスペシャリティを持って治療にあたる専門医の役割が大きい。ただこういった地域の病院では自分の専門以外のものも診ないというわけにはいかないので、専門医であってジェネラリストのマインドを持つことが大切だと思います。

**仲井** 入退院支援を進めるために、病院の中では多職種協働のすこやか生活支援グループを作りました。NST、ポリファーマシー、認知症ケア、リハビリ、褥瘡ケアをこのグループが担っています。リーダーは歯科医師の副院長です。最初に摂食嚥下サポートチームを設置し、次に褥瘡対策チームを設置しました。そしてNSTを設置しました。患者さんは大体に似かよっていて、

サルコペニア, 褥瘡, 摂食嚥下障害があります。そのうち食べられない人にポリファーマシーや認知症の人がいるということが分かり, それぞれポリファーマシー・ミーティング, 認知症ケアチームも始めました。かつ途中でリハビリ栄養にも取り組むようになり, やはり「食べる」ことが大切と考え, 現状は, NSTのコアメンバーがこれらのチーム医療に横串を入れて取り組んで

います。

また, 地域包括ケア病棟では, 疾患別リハを補うものとして, POC(Point of Care)リハという, 患者さんの傍らで個別に短時間, オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハに取り組んでいます。院内デイケアや集団リハもやっています。早く帰そうと考えるとこういう取り組みが大事だと思っています。

## へき地医療から学んだ貴重な経験

**山田** 先生は, 地域包括ケアを実践していくために, 病院にどのような仕組みをつくれれば効率よく地域ニーズに応えられるかということ, 地域包括ケア病棟を土台にして展開してきたわけですよ。急性期や回復期, 療養型といったそれぞれの病棟の効率的な運営ということから, 地域包括ケア病棟を中心にして病院全体の生産性, 質向上に向けた改革に取り組んでこられた。さらには施設全体での多職種協働のあり方がどう変わっていけば地域の人たちに役立つかということを考え続けられてこられたということがよく分かりました。

われわれ地域医療振興協会が運営する地域の病院も, 多くは卒業生が関与してきた地域の公的病院で, 何らかの仕組みを変えないと維持できないというぎりぎりのところに追い込まれて関わることになった例がほとんどです。ですから先生の地域包括ケア病棟やその後の展開は, ぜひ学ばなければいけない視点だと感じました。先生が協会本部で講演をされた際にみんなが刺激を受けたと聞いていますが, 今後もタイアップしていろいろ情報共有する機会を持てるいいのではないかと思います。

**仲井** こちらこそ, そうしていければありがたいで

すね。

今の自分がこうしていられるのは, その根本を言うと, 自治医大に行ったのが本当に良かったと思うのです。やはりへき地へ行かなければ分からなかったことがたくさんあります。普通に大学へ行って専門医療だけやっていたら, 全く分からなかったと思います。舩倉島では, 漁師や海女さん, 学校の先生と接したり, 訪問診療に行ったり, あるいは患者と一緒にお酒を飲んだりするわけです。朝, 糖尿病と診断した患者さんと一緒に, 夜, 飲んでいるのですね。「何飲んでるん?」とか言いながら。若いころにそういう環境にいられたというのは, 本当に幸せでした。あれはなにものにも代えられないです。

**山田** 自治医大卒業生として, そういった地域に暴露されていると, 地域の人たちの実態を最もよく知ることができる。その中で医療の役割というものを割と平たく教えてもらっているようなところがあって, こうしたらたぶん地域の人たちは喜ぶのではないとか, こういうふうにしなないといくら言っても駄目だろうというようなことを考えられるようになるのですよね。若い時期にそういった医療資源の少ない地域を経験したというのは, 代えがたい経験だったのだと

私も思います。それが先生の馬力になっているのですね。

最初のお話にあったように、さまざまな枠組みの難しさに直面されたと思いますが、一方で

自治医大卒業生としての本領を、まさに今発揮されておられるのだと思います。

仲井 ありがとうございます。みんなが舐倉島みたいなところに行ければいいと思います。

## それぞれの地域の問題にどう対応するか

山田 先生は、今後さらにどんな展開をしていきたいと考えていますか。

仲井 1つは、地域共生社会をつくりたいと思っています。この町は2005年に根上町、寺井町、辰口町という3つの町が合併して能美市になったのですが、私はそのときの合併協議会のメンバーでした。合併確定書にサインをしてから、能美市全体のヘルスケアサービスや共生型の社会を市と一緒にやってつくっていくことで、能美市を1つにする。それが私の義務だと思ったのです。

それから、健康とはなにか、QOLだけではなくQODも市民に根付かせたいと思っています。自分の親といろいろ話す中で、分からない、動けない、食べられないになったらパッと死なせてほしいと言われているのですが、それを容認できる文化を育てたい。あとは、セーフティネットをしっかりしないと健康寿命と平均寿命の差は縮まらないと思っています。

2100年に向けて、総人口は下り坂を転げ落ちるように減少しますが、どうせなら楽しく転げ落ちたい。その楽しみ方は地域によって違うと思うのです。私はヘルスケアサービスの共生型社会を考えていますが、もう少し都会だったら自由度が高いし、もっと山の中だったらまた違います。でも楽しみながら転がり落ちないと、人口は減るわ、苦しいわとずっと思っていると、ろくな方向に進まない。少しでも楽しめればい

いと、そんな感じに思っています。

山田 自治医大の卒業生が、20年、30年いるような地域の診療所では人口が激減して、限界集落どころか消滅集落になるような地域を多く抱えています。そこでどうしたら質の保たれたサービスを提供していけるか、いつまで継続できるか悶々としている卒業生も少なくありません。先生が言われるように、そういったことをむしろ楽しみながら皆で考えたいですね。それはたぶん日本全体が抱えている問題であって、先生のご提案のように地域毎に自立できるヘルスケアの仕組みをつくる、地域全体のヘルスリテラシーを高めていく、あるいは死に対する準備教育をしていく、というようなことを地道に地域で進めていけばソフトランディングできるような気がします。

「よくぞそこまで地域の皆さんの面倒をみた」。そんなふうと言われるような医師であり続けたいと、先生のお話を聞いていて感じました。

最後に、地域で頑張っている後輩にエールをお願いします。

仲井 自分一人でやっていると思いつめないほうが良いと思っています。今、自分があるのは誰かのおかげです。そう思えば一人ではないと。それから、地域の生活を楽しんでください。楽しい中でどうやって自分の足跡を遺せるか。そして一人でも多くの人に喜んでもらえる何かができれば、いいのではないかと思うのです。その

何かは、自分で探していけないといけないし、足跡の大きさは問わず、とにかく遺していただければと思います。

山田 楽しみながら頑張れ！ということですね。その先に自分の足跡は遺ると。

仲井先生、今日はありがとうございました。

#### 仲井培雄先生プロフィール

1985年 自治医科大学卒業後、舩倉島診療所・白峰村診療所所長を務めた後、金沢大学附属病院第2外科入局。石川県・富山県の主要病院にて消化器外科医として勤務。1999年に芳珠記念病院に外科部長として就任。2004年に理事長就任後、同院を地域包括ケアミックス病院にするなど、患者と医療者ともに使い勝手のよい病院づくりに尽力している。

地域包括ケア病棟協会会長。



## 投稿論文募集

「月刊地域医学」では原著論文(研究),症例,活動報告等の  
投稿論文を募集しています。  
掲載されました論文の中から年間3編を選考し,  
研究奨励賞として10万円を授与しています。

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。



あて先

〒102-0093  
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局  
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515  
chiiki-igaku@jadecom.or.jp

# 地域での漢方治療のススメ

企画：市立恵那病院 内科部長 山田誠史

特集

## ●エディトリアル

---

●総論 -これだけは知っておきたい漢方の基礎知識-

---

●内科領域 -半夏厚朴湯と補中益気湯-

---

●外科・整形外科領域で使える漢方薬

---

●産婦人科領域 -更年期障害を中心に-

---

●その他の領域について -皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科-

---

# エディトリアル

市立恵那病院 内科部長 山田誠史

現在の医療は西洋医学が基本ではあるが、漢方製剤も保険収載されており、実際に多くの患者で使用されている。漢方医学は2001年より医学教育モデルコアカリキュラムに組み込まれており、小生の学生時代とは状況が変わっていると思うが、実際に研修医の先生に聞いてみても漢方薬をほとんど使ったことがないと言われることも少なくない。地域医療の現場ではさまざまな症状を訴える方が多く、体調や症状からアプローチする漢方治療が著効する例もしばしば認められる。本格的に漢方治療をしようと思えば診断を含め、ハードルは高いが、一般的に遭遇する症状に対して、治療のオプションとして考えられることのメリットは大きいと思われる。もちろん漢方薬だからと言って副作用が皆無ではなく、注意すべき点は多々あるためそういった知識も必要となる。

今回は実際の地域医療の現場で漢方薬を使用する上で、最低限知っておくべき知識、科別に頻度の高い症状に対する具体的な処方例を挙げていただくことで、漢方薬をほとんど使ったことのない医師でもあまり躊躇なく使用できるようになればと思い企画した。

村松慎一氏には総論として漢方治療の考え方、副作用などについて述べていただいた。これまでとっつきにくいと思っていた病態や腹診、およびそれに関連した生薬や製剤についても簡潔に分かりやすくまとめられている。吉永 亮氏には内科領域での治療に関して述べていただいた。小生もしばしば処方する半夏厚朴湯と補中益気湯を中心とした内容であるが、思っていたよりも応用範囲が広いことに驚かされた。岡部竜吾氏には外科・整形外科領域での治療について述べていただいたが、われわれ家庭医がよく使う漢方薬を中心に、副作用や処方のバリエーションについての記載など非常にプラクティカルな内容になっている。大澤 稔氏には産婦人科領域での漢方治療について述べていただいた。小生も地域にいた時には更年期障害の患者さんに漢方薬を処方していたが、正直なところなんとなく処方していた部分も否定できなかったが、このようなフローチャートがあることでより適切な処方ができると思う。星野卓之氏にはそのほか漢方薬を使用することが比較的多いと思われる皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、精神科領域での実際の処方例について述べていただいた。いずれも比較的馴染みのある製剤について多く述べられているが、使い分けについて分かりやすく記載されている。

今回の特集では複数の筆者から“<sup>いびょうどうち</sup>異病同治”といった言葉が見られたが、確かに西洋薬ではこのように多科にわたり同じ処方が使われるようなことは少なく漢方薬の適応範囲の大きさを改めて感じた。もちろん実際の地域の現場でここで紹介された製剤をすべて網羅することは困難であり、また必要でもないと思うが、漢方薬を使用することで診療の幅が広がることは確実である。本特集が地域でさまざまな訴えに日々直面している先生方の一助になれば幸いである。

# 総論 —これだけは知っておきたい 漢方の基礎知識—

自治医科大学 地域医療学センター東洋医学部門 教授 村松慎一

## POINT

- ① 副作用を知ろう。意外に多い肝機能障害と偽アルドステロン症。まれだが重い間質性肺炎と特発性腸間膜静脈硬化症
- ② 構成生薬を理解しよう。葛根湯・小青竜湯—麻黄—エフェドリン，大黄甘草湯・承気湯類—大黄—センノシドなど
- ③ 先人の経験則を活かそう。古典に記載された病態概念・治療原則を柔軟に理解しよう。発汗による解熱，冷えには温補薬など

## 漢方薬は使いにくい？

現在，漢方薬を処方した経験のない医師はほとんどいない。補中益気湯<sup>ほちゅうえっきとう</sup>，芍薬甘草湯<sup>しやくやくかんぞうとう</sup>，大建中湯<sup>だいけんちゅうとう</sup>，六君子湯<sup>りっくんしとう</sup>，抑肝散<sup>よくかんさん</sup>など，売れ筋の漢方薬をご存知の方は多いだろう。しかし，

- ① 古典に記載された病態は“非科学的”で理解できない。
- ② そもそも効果が弱く，機能性表示食品と大して変わらないのではないか？
- ③ 処方名は難読で意味が不明。似たものが多く記憶しにくい。

などのクレームもよく耳にし，十分活用されているとは言えない状況である。これは，明治期に漢方が医学教育から排斥されて以来，平成13年のコアカリキュラムで復活するまで100年以

上の間，知識の普及が妨げられてきたことが大きな要因だ。頭ごなしに漢方薬を否定する医師に虐げられ日陰生活の長かった漢方医の中には、「漢方薬には副作用などない。有害事象が生じるのは証に従って使用していないからだ」という過激な原理主義者も現れ，ますます敬遠される不幸な事態を招いてきた。

中国と韓国では，漢方医と西洋医は医学教育機関が異なり医師免許も別々である。その点，日本の医師は誰でも漢方薬を処方できる。さらに重要なのは，日本には一定の品質が保証されたエキス製剤があり，しかも保険診療として使用できることである。漢方薬は，元々自然界の植物や鉱物などを素材とした生薬<sup>しょうやく</sup>を組み合わせ<sup>どうえき</sup>て作られている。古来，各生薬を煎じた湯液や丸薬として服用されてきたが，現在では各生薬

特集

から工業的に熱水抽出したエキスが製剤化されている。

このエキス製剤だけで140以上の処方があるが、地域医療においてこれらを全て使いこなす必要はない。漢方の専門医でも頻用するのは30処方程度と言われている。まずは数種類の処方に慣れて、その後徐々に関連処方との違いを体得していけばよいのである。

## 副作用を知ろう

漢方薬にも副作用がある。しかし、最低限ここに記載した知識があれば、安心して使用することができる(表1)。

### 1. 偽アルドステロン症: 血圧上昇・脱力・浮腫に注意(図1)

エキス製剤の7割には構成生薬に甘草かんぞうが含まれる。甘草の主成分であるグリチルリチンの代謝物が、腎尿細管においてコルチゾールをコルチゾンへ変換する11β-HSD2という酵素の活性を阻害する。その結果、コルチゾールによる偽アルドステロン症を発症する。臨床上は、甘草を2.5g/日以上服用している人に血圧上昇、筋力低下、浮腫が出現したら要注意である。血液検査で低カリウム、低レニン、低アルドステロンを認めれば確定であるが、見逃すと低カリウム性のミオパチーが増悪する。疑わしいときは、まず漢方薬を中止する。頻用処方の芍薬甘草湯

表1 漢方薬の副作用

偽アルドステロン症	血圧上昇、浮腫、脱力、低カリウム血症 とくに甘草を2.5g/日以上含む下記の処方は全量の併用を避ける。 芍薬甘草湯、小青竜湯、半夏瀉心湯、人参湯、五淋散、炙甘草湯、甘麦大棗湯、芍帰膠艾湯、桂枝人参湯、黄連湯、排膿散及湯、桔梗湯、甘草湯、附子理中湯、黄芩湯、芍薬甘草附子湯、乙字湯
肝機能障害	意外に多いので血液検査を実施。 とくに黄芩を含む小柴胡湯、防風通聖散、柴芩湯など。
間質性肺炎	発熱、乾性咳嗽、呼吸困難のどれか一つでもあったら要注意。 大柴胡湯、半夏瀉心湯、辛夷清肺湯、柴胡桂枝乾姜湯など。
皮疹	桂枝以外にも生じうる。
特発性腸間膜静脈硬化症	加味逍遥散、黄連解毒湯など山梔子を含む処方を5年以上連用している場合、休薬する。

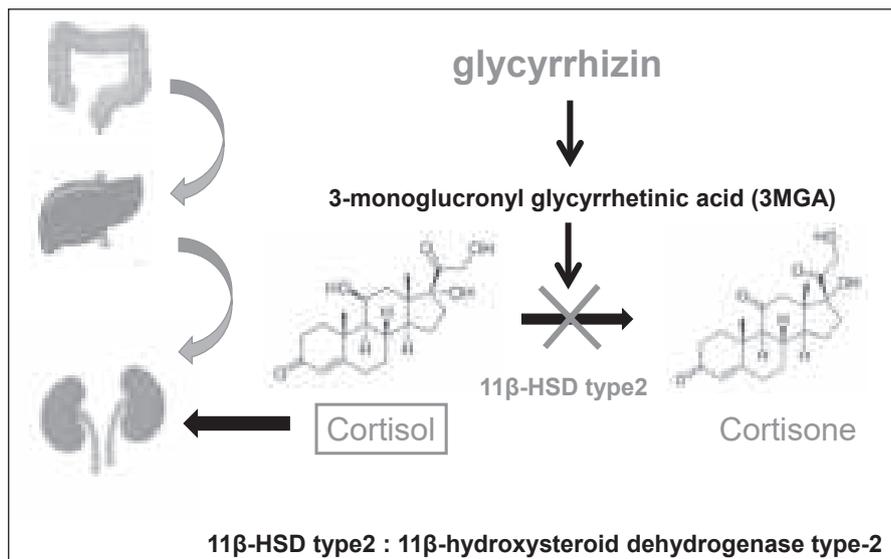


図1 甘草の副作用発現機序

には6g/日の甘草が含まれているので、長期連用やカリウム排泄性のループ系またはチアジド系利尿薬との併用は避ける。早く気づいて減量すれば再開可能な場合もある。

## 2. 肝機能障害:血液検査を忘れずに

漢方薬は薬物性肝障害の起因薬物として意外に多くの報告がある。その大部分は構成生薬に黄芩(シソ科コガネバナの根)を含む処方（小柴胡湯、防風通聖散、柴苓湯など）である。用量非依存性のアレルギー性肝細胞傷害と考えられるが、薬剤リンパ球刺激試験(drug lymphocyte stimulation test:DLST)は測定値の変動が大きく診断には役立たないとされている。服薬後3ヵ月以内に発症することが多く1週以内に発症することもある。半数は服薬中止により2ヵ月以内に回復するが、重症化する例があり油断はできない。漢方薬だけ処方している場合でも、定期的に血液検査を行うことが望まれる。

## 3. 間質性肺炎:発熱, 咳嗽, 呼吸困難に注意

1980年代に慢性肝炎に対して小柴胡湯が頻用され、とくにインターフェロンとの併用例において重篤な間質性肺炎を生じた。現在、小柴胡湯は、インターフェロン投与中、肝硬変、肝癌、血小板数が $10\text{万}/\text{mm}^3$ 以下の慢性肝炎には禁忌となっている。大柴胡湯、半夏瀉心湯、辛夷清肺湯、柴胡桂枝乾姜湯などでも間質性肺炎が報告されており、共通の構成生薬である黄芩が起因薬として推定されている。漢方薬を服用中に発熱、乾性咳嗽、呼吸困難が生じたら要注意である。KL-6は全例で陽性にはならないが、マイコプラズマやレジオネラなどの感染症との鑑別に有用とされている。DLSTが診断に役立たないのは肝機能障害と同様である。疑わしければすぐに中止する。

## 4. 皮疹:シナモン好きですか?

漢方薬に限らず、どんな薬でも皮疹を生じる可能性がある。漢方薬は、アトピー性皮膚炎など皮膚疾患の治療に使用されることが多く、皮膚科の専門医でも原疾患と薬疹との鑑別が難し

いこともあるようだ。よく知られている起因生薬では桂皮・桂枝(クスノキ科ケイの樹皮・小枝)がある。桂皮の入った漢方薬の処方に際し「八つ橋好きですか?」と問う漢方医がいるが、桂枝で皮疹を生じるような人は類縁のセイロン桂枝(Cinnamon Bark)を使用した京都の銘菓も好まないという経験則によるものだ。この真偽はともかく、予測不能な併用薬の影響も考慮し、服用後に皮疹を生じた際には疑ってみることが必要である。

## 5. 特発性腸間膜静脈硬化症:たまには休薬を

加味逍遙散や黄連解毒湯など、山梔子(アカネ科クチナシの成熟果実)を含む処方の長期連用との関連が指摘されている疾患である。まれだが、腸管切除になる場合があるのでしておく必要がある。山梔子中のGeniposideが右側結腸で青色のGenipinになり静脈壁に蓄積し血流障害を来すと考えられている。CT・単純X線・エコーで腸管壁の石灰化を認め、内視鏡では腸管壁が暗青色に見える。無症状のことも多いようだが重篤な腸管壊死を生じるため、5年以上の服薬歴のある場合、念頭に置く必要がある。腹痛、下痢、嘔気、腹部膨満感が出現したときはもちろん、無症状でも便潜血陽性となった場合には精密検査が必要である。初期では休薬により回復すると考えられているので、長期の連用は避けることが原則である。地黄含有処方でも生じる可能性がある。

上記のほか、麻黄や大黃など生薬の本来の薬理作用に由来する有害事象があり、次項で解説する。

## 構成生薬を理解しよう

### 1. 薬学では常識のエフェドリンの由来

例えば、葛根湯（葛根湯）は7種類の植物生薬から構成されている。桂枝湯(桂枝、芍薬、甘草、生姜、大棗)に葛根と麻黄（麻黄）が加わったものである。桂枝はシナモン類、生姜は文字通りのショウガ、大棗はナツメである。甘草は菓子や醤油などの

甘味料として利用されている。このように、生薬には日常の食材と共通のものも多いのである。葛根は風邪の民間療法のくず湯で有名である。麻黄にはエフェドリンが含まれるが、その抽出に成功したのが日本薬学の父と称される長井長義である。エフェドリンはアドレナリン受容体の活動を増強することを知れば、血管収縮作用により鼻閉や喘息に効果が期待できることや、血圧を上昇させる副作用や急性心筋梗塞などには使用を控えた方がよいことが分かる。麻黄を含む漢方薬と、モノアミン酸化酵素阻害剤・甲状腺製剤・カテコールアミン製剤・キサンチン系製剤との併用では、不眠・発汗過多・頻脈・動悸・全身脱力感・精神興奮などの交感神経刺激作用が増強される。急性発熱性疾患における葛根湯と桂枝湯の使い分けに関して、これらの処方「傷寒論」の原典とされる「傷寒論」では発汗の有無を指標の一つとしており、自発的な発汗のある場合は桂枝湯、ない場合は葛根湯としているが、これは麻黄の有無で理解できる。

## 2. 食前服用？

エキス製剤の多くは食前に服用とされている。生真面目な患者さんは、食前に服用し忘れた場合、どうすればよいか悩んでしまうこともあるようだが、服用のタイミングは厳守できなくても幸い大きな問題は生じない。

葛根湯と同様、感冒などに使用される麻黄附子細辛湯（しさいしんとう）の構成生薬の附子は、トリカブトの根茎である。主成分のアコニチンはそのままで猛毒であるが、オートクレーブにより加熱加工しており鎮痛、血流改善作用がある。エフェド

リンやアコニチンなどのアルカロイドは、食前で胃内が酸性の状態ではイオン化して吸収が穏やかになり副作用の発現が減るとされている。しかし、古典には発熱時には暖かい粥とともに葛根湯を服用すると指示されている。これは麻黄のエフェドリンの吸収を促進するとともに、粥で水分を補給し発汗により解熱させるという理にかなった戦略と言える。

便秘によく使用される大黃甘草湯（だいおうかんぞうとう）や麻子仁丸（ましにんがん）に含まれる大黃の主成分はセンノシドである。西洋薬の緩下薬にも多数のセンノシド製剤があるのでご存知だろう。センノシドのような配糖体は腸内細菌により分解されて有効成分となる典型的なプロドラッグである。服薬開始後2週間くらいたって急に下痢したりするのは、この分解酵素を持つ菌（資化菌）が誘導されるためと考えられている。逆に、すぐに無効とあきらめずに最低2週間程度服用すると効果が得られることがある。大黃中のアントラキノン誘導体が母乳中に移行し乳児の下痢を生じることがある。

## 3. 弱い薬ほど上品、強い薬は下品！

漢方の古典に「神農本草経」という薬物書がある。この書では365種類の生薬を上品、中品、下品に分類している（表2）。漢方のユニークなところは、西洋医学と逆に作用の弱い薬ほどよい（上品）とし、作用の強い薬は最小限使用する（下品）としていることである。上品には、山薬（ヤマイモ）や独活（ウド）などがある。下品にはしっかり加工（漢方では修治と称する）しないと猛毒の附子や桃仁（とうにん）が含まれる。妊婦への投与を避けるべき生薬としては、桃仁、牡丹皮、紅

表2 神農本草経の薬物分類

上薬 （上品）	120種	君主、生命を養う（養命薬）、無毒、長期服用可、身体を軽くし、元気を益す 人参、大棗、山薬、独活など
中薬 （中品）	120種	臣、体力を養う（養性薬）、使い方次第で有毒、病気を予防し、虚弱な身体を強くする。 石膏、防己、知母、麻黄など
下薬 （下品）	125種	佐使（召使い）、病気の治療薬、有毒 附子、桃仁など

表3 気血水の病態と対応する主な生薬・漢方薬(文献2より転載)

病態	主な症候	生薬	処方
気虚	気力がなく疲れやすい、食欲不振、風邪を引きやすい、低血圧、日中の眠気	人参、黄耆、白朮、茯苓、甘草、大棗	四君子湯、人参湯、補中益気湯、六君子湯
気鬱	抑鬱、頭重感、喉や胸のつかえ、残尿感	半夏、厚朴、木香、紫蘇葉、香附子	半夏厚朴湯、香蘇散
気逆	のぼせ、めまい、動悸、吃逆、顔面紅潮	桂枝、紫蘇葉、半夏	苓桂朮甘湯、女神散
血虚	顔色不良、皮膚の乾燥・荒れ、不眠、頭髪が抜けやすい、眼精疲労	熟地黄、当帰、芍薬、阿膠、酸棗仁	四物湯、芎帰膠艾湯、当帰飲子、温清飲
瘀血	月経障害、皮下出血、暗赤色の口唇・舌・歯肉、下腹部の圧痛、痔	当帰、芍薬、桃仁、牡丹皮、牛膝、大黃	桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰芍薬散
水毒	浮腫、水様性鼻汁・下痢、拍動性頭痛、胃部振水音、尿量減少または多尿、口渇	茯苓、白朮、沢瀉、猪苓、半夏、防己	五苓散、茯苓飲、防己黄耆湯、小青竜湯

表4 主な腹診所見と対応する漢方薬(文献2より一部改変し転載)

症候	所見	主な漢方薬
胸脇苦満	季肋下部の圧痛と抵抗	柴胡を含む小柴胡湯など
心下痞鞭	心窩部の圧痛と抵抗	人参・黄連を含む半夏瀉心湯など
心下拍水音	心窩部を軽く殴打したときの振水音	六君子湯、人参湯、茯苓飲、二陳湯
心下支結	胸骨剣上突起と臍の中間点(中脘)の圧痛	柴胡桂枝湯など
腹直筋攣急 (小腹拘急)	腹直筋の緊張の亢進、下腹部に強い緊張がある場合を小腹拘急という	小建中湯、芍薬甘草湯、桂枝湯 小腹拘急には六味丸、八味丸
小腹不仁 (正中芯)	下腹部の腹壁の緊張低下、正中芯は下腹部正中の索状の抵抗(白線)	六味丸、八味丸、牛車腎気丸
臍上悸	腹部大動脈の拍動を触れる	柴胡加竜骨牡蛎湯、苓桂朮甘湯
圧痛点	瘀血の症候として下腹部に圧痛を認めることが多い	四物湯、芎帰膠艾湯、桂枝茯苓丸、桃核承気湯(S状結腸部の圧痛)

花、牛膝、大黃、附子、芒硝があり、これらの大部分は下品である。

これまで、漢方薬の薬理研究が進まなかったのは、個々の生薬の品質が天候、土壌、品種、修治など多くの要因により変化すること、生体内で多数の代謝産物を生じること、複雑な相互作用があることなど、単一の化学物質からなる西洋薬とは異なる解析の困難さがあった。今後、漢方がより広く普及し活用されるために、薬物としての有効性を科学的に評価していくことが必要である。個々の生薬の品質を明確にした上で可能な限り現代薬理学的に効果を説明するような研究の進展が望まれる。臨床医としては未

知の複雑な相互作用があることに留意しつつ、判明している薬理作用を意識して使用すればよいだろう。

## 先人の経験則を活用しよう

漢方薬の適応や使用法は、後漢の時代に著された「傷寒雑病論」をはじめ多くの古典に記載されている。現在もこれらの古典に基づき処方の選択が行われるが、古代から中世までに形成された漢方の病態論を無理に現代医学的に解釈する必要はない。古典に記載された処方解説にはこじつけとしか思えないような説明もある。科

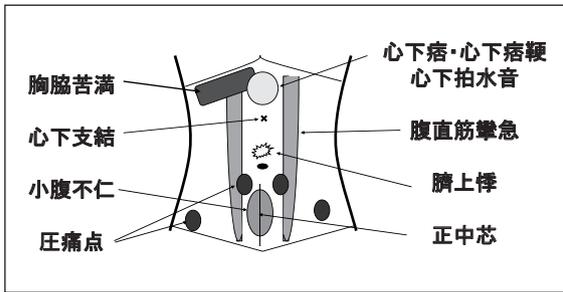


図2 腹診(文献2より一部改変し転載)

学的な根拠の乏しい古の理論に執着する必要はないのだが、陰陽・虚実・寒熱・表裏というそれぞれが対をなす病態分類や、気・血・水、五臓六腑、六病位などの基本的な概念を理解することにより先人の経験を活かすことができる(表3)。漢方独特の舌・脈・腹の診察所見を参考にして処方決定する(表4)(図2)。

漢方では「証」という言葉が使われる。実証、虚証、陰証、陽証など患者の病態や体質にも使用されるが、最終的には処方名で表される漢方の診断名であり治療指示である。例えば、葛根湯証では、原典の傷寒論に記載された「太陽病、項背強几几、汗無悪風葛根湯之主」「脈浮数実」などを現代医学的に意識すると、「比較的体力のある人が急性発熱性疾患になった際に、脈は軽く触れただけでもしっかりと触れて速い。発汗はなく、後頸部が凝っている」となり、先の麻黄の解説でも記載したように、発汗により解熱させる治療が適応になる。

体質に応じた治療としては、「陰・虚・寒」証



図3

の人には、附子、乾姜、人参、黄耆などが入った温補薬を使用し、「陽・実・熱」証の人には、麻黄、大黄、石膏などが配合された清熱薬を使用する(図3)。

西洋医学では最近ようやく個別医療が提唱されているが、漢方では同病異治・異病同治と称し同一の病名に個人別に異なる処方を選択してきた。これは心身一如という精神面にも配慮する姿勢とともに漢方の優れた特質である。血液検査も画像解析もない時代に形成された漢方には丁寧な問診と診察が不可欠で、患者との対話を重視することには精神的な癒し効果も期待できる。

#### 参考文献

- 1) 村松睦:対比で学ぶ漢方入門, たにぐち書店, 東京, 1998.
- 2) 村松慎一:漢方薬. 治療薬レジデントマニュアル, 小谷和彦, 朝井靖彦 編, 梶井英治 監修, 羊土社, 東京, 2014, p846-848.
- 3) 日本東洋医学会医療安全委員会:漢方薬の副作用に関するシンポジウム, 日本東洋医学会誌, 130-133, 2019.

# 内科領域 —半夏厚朴湯と補中益気湯—

飯塚病院 東洋医学センター漢方診療科 吉永 亮

## POINT

- ① 地域医療では漢方治療のニーズは高い
- ② 半夏厚朴湯と補中益気湯は地域医療で頻用される漢方薬
- ③ 一つの漢方薬でさまざまな症状・病態が治療できる
- ④ 漢方治療を行うことで心理・社会的側面の理解の一助となる

## はじめに 地域医療における漢方治療

地域医療では内科に限らずさまざまな症状・疾患に対応する必要がある。また、検査で異常がない(もしくは検査ができない!?), 一般的治療に難渋する症例にもよく遭遇する。筆者も離島や山間地の診療所に勤務した経験があるが、都市部と違って医療資源の乏しい地域では、症状が改善しないからといって通院を自己中断し他の医療機関を受診することも容易でない。そのため、なかなか改善しない症状であっても粘り強く診療するスタンスが重要であることを実感した。それらの特徴ゆえ、地域医療では漢方治療のニーズが高く、医師にとっても患者にとっても、漢方治療に助けられることがしばしばあると考える。

## 地域で内科疾患に頻用される漢方薬

一言で内科疾患といっても多岐にわたるため、本稿では疾患ごとに漢方薬を解説する形式でなく、筆者の地域医療時代の漢方治療の調査<sup>1)</sup>から、どちらの地域でも頻用した半夏厚朴湯、補中益気湯の2つの漢方薬を中心に解説する。これらは地域医療を行う上で、ぜひとも活用していただきたい漢方薬である。また漢方治療の特徴に、一つの漢方薬を異なる疾患の治療に用いる「異病同治<sup>いびやうどうち</sup>」がある。本稿を通じて、半夏厚朴湯と補中益気湯の現代医学的なさまざまな症状・病態に用いることができることを感じていただければ幸いである。

特集

## 半夏厚朴湯

### 1. 半夏厚朴湯の処方解説

半夏厚朴湯は、「のどに炙<sup>あぶ</sup>った肉片があるように感じる場合に用いる」と原典に紹介されていて、現代医学でいう咽喉頭異常感症、ヒステリー球といった病態に活用される漢方薬である。「のどに何かが詰まった感じ」が半夏厚朴湯の最も有名な使用目標であるが、「のど」だけに限定されず、咽喉から上腹部までの消化管や気管の閉塞感による症状(胃がつかえる、上腹部膨満感、息が吸いづらいなど)まで対応可能な漢方薬である。これを漢方医学では生体のエネルギーの循環がスムーズでない状態(氣鬱)と考える。また、氣鬱には、「気がかりだ」「気が滅入る」などの言葉もあるように精神心理的症状も含まれる。半夏厚朴湯は「気分を明るくする作用がある」とされ、不安が主体のメンタルヘルス不調にも活用できる。また一方で、実際にのどに詰まっている場合、つまり喀痰がからんでよく切れない、喀痰や咳があるといった呼吸器症状に対しても活用できる。よって半夏厚朴湯は、「咽喉から上腹部までの閉塞感」「湿性咳嗽」「不安」を使用目標として、地域医療で活用範囲の広い漢方薬である。

### 2. 半夏厚朴湯の活用

#### (1) 咽喉頭異常感症

咽喉頭異常感症に対して、原因疾患が除外されていれば、まず半夏厚朴湯の処方を考慮する。「咽喉頭異常感症」「ヒステリー球」に対する治療に関して下田は、半夏厚朴湯はきわめて高い確率で効果的で、西洋医学的には、精神的な問題が身体面に現れた「身体化障害」と捉えることが多く、西洋医学で治療を考える場合「身体化障害だからその根底にあらう不安感に対して抗不安薬」という発想での処方されるにしても、「喉に詰まった感じがあるから\*\*で治療しよう」とは考えない<sup>2)</sup>として、半夏厚朴湯による漢方治療の有効性と優位性を述べている。また、半夏厚朴湯を主体としたヒステリー球に対する漢方治療では46例中42例(91.3%)に有効で、他の漢方薬を

投与したコントロール群と比較して有意に咽喉頭異常感を改善したという報告<sup>3)</sup>や、プライマリ・ケアにおける症例集積研究で、半夏厚朴湯は咽喉頭異常感症に対して76.5%の有効率で、悪化や副作用は認められなかったとする報告がある<sup>4)</sup>。よって、咽喉頭異常感症に対しては、半夏厚朴湯が第一選択と考えてもよいだろう。特にストレスがかかった際に、「のどのつまりが出現する、悪化する」といった場合は半夏厚朴湯が有効である可能性がより高くなる。

#### ※咽喉頭異常感症に対して半夏厚朴湯の効果が不十分な場合

咽喉頭異常感症に対して半夏厚朴湯の効果が不十分な場合には、イライラや過緊張を伴った症例が多い。その場合、随伴症状に応じて、抗ストレス作用のある柴胡が含まれる柴胡剤を併用する。加味逍遙散や抑肝散も柴胡剤の仲間であり、しばしば半夏厚朴湯と併用する。加味逍遙散は、更年期障害や月経前症候群がある女性で咽喉頭の異常感に加え、イライラや焦燥感があって不定愁訴が多い場合に併用する。また抑肝散もイライラ、不眠、歯ぎしり、眼瞼痙攣など交感神経の過緊張や筋痙攣から生じる症状がある場合に半夏厚朴湯と併用する。また、筆者の臨床では、20~40代の男性でまじめな性格で緊張しやすく、喉元の閉塞感に加え、腹部膨満感、腹痛、下痢などがある場合には四逆散を併用することが多い。

#### (2) 上部消化器症状(胃食道逆流・機能性ディスペプシア)

上部消化器症状に対する漢方薬に関して、胃食道逆流症(Gastroesophageal Reflux Disease: GERD)や機能性ディスペプシア(Functional Dyspepsia:FD)のガイドラインに記載がある六君子湯が有名で、読者の方々も使用した経験があると思う。しかし、胃がつかえる、胃がはった感じ、心窩部の膨満感といった上部消化器症状は、消化管の蠕動運動がスムーズでない状態で漢方医学的には氣鬱が原因で生じる症状と考える。半夏厚朴湯に含まれる厚朴に平滑筋の痙攣抑制作用があり、食道・胃の異常緊張を緩和して蠕動運動を正常化すると考えられている。

機能性ディスペプシアに対する半夏厚朴湯の検討では、「のどのつまり」や「腹満」がある群は、ない群と比べて胃排出能や消化器症状などの改善の効果が高い<sup>5)</sup>。上部消化管の閉塞感を伴う症状には六君子湯でなく、半夏厚朴湯を考慮すべきである。

### ※上部消化器症状に対して半夏厚朴湯の効果が不十分な場合

上記のような閉塞感を伴う上部消化器症状に半夏厚朴湯の効果が不十分である場合には茯苓飲を考慮する。茯苓飲も気鬱を改善する漢方薬であるが、半夏厚朴湯の作用が咽喉～食道～胃前庭部であるのに対して、茯苓飲はもう少し遠位の消化管、つまり胃幽門部から十二指腸を中心に作用して、胃・十二指腸の蠕動運動を促進すると考えられている。茯苓飲が使用目標となる症状に、上腹部膨満感、食べるとすぐに膨満感が出現する、げっぷしやすいなどである。気鬱に対する作用を強化するため、半夏厚朴湯と茯苓飲を併用することも多い。また、はじめから両者が一緒になっている茯苓飲合半夏厚朴湯という漢方エキス製剤も準備されており、1剤投与ですむので便利である。

実際の適応として、半夏厚朴湯や茯苓飲(または茯苓飲合半夏厚朴湯)は上述の上部消化器症状に対して単独でも治療可能である。また、すでにPPIを投与しても症状の改善が得られない胃食道逆流や機能性ディスペプシアにもよい適応で、PPIとの併用で治療効果の増強が期待できる。また、半夏厚朴湯や茯苓飲を投与することでPPIが減量・中止になる症例もよく経験する。近年はPPIの長期使用によるデメリットも注目されており、ポリファーマシーの観点からも、ぜひこれらの漢方薬を活用してほしい。

### (3) 湿性咳嗽

実際に喀痰が咽喉から気管に留まっている状態、喀痰の多い咳嗽に適応になる。半夏厚朴湯の半夏には鎮咳去痰作用、厚朴には気管の蠕動運動を正常化する作用がある。また半夏厚朴湯全体として、気管に分泌された過剰な水分を減らしながら、粘稠な喀痰を溶解させる。風邪が長引いて喀痰と咳が続く感染後咳嗽によい適応

である。風邪の急性期を過ぎて、咳嗽が続く場合には微熱や咽頭痛が残存していることが多いため、抗炎症作用を期待して柴胡剤と半夏厚朴湯を併用すると有効性が高まる。遷延している風邪に用いる柴胡剤として筆者は小柴胡湯加桔梗石膏、柴胡桂枝湯、補中益気湯と併用することが多い。咽頭痛が残存する場合は小柴胡湯加桔梗石膏、活気がない、倦怠感が続く場合は補中益気湯を選択する。柴胡桂枝湯は発症から2～3日が経過した急性期を過ぎた風邪から風邪の治り際まで幅広く用いられ、「迷ったら柴胡桂枝湯」と言われるほど間違いが少ない柴胡剤である。一方、咳嗽に着目すると喀痰量が多くない場合や乾性咳嗽の場合は、半夏厚朴湯のかわりに麦門冬湯を選択するとよい。

### (4) 誤嚥性肺炎の予防

誤嚥を食べ物がのどに痞えた状態、喀痰が貯留してのどがゴロゴロいった状態を半夏厚朴湯の適応と考えて、誤嚥性肺炎の予防に半夏厚朴湯は活用できる。半夏厚朴湯服用により有意に肺炎の発症率、肺炎による死亡率が低かったという前向きランダム化比較試験があり<sup>6)</sup>、その機序として唾液中のSubstance-Pの活性の上昇が関与していることが推測されている。

### (5) 不安感

半夏厚朴湯は不安障害などの不安を伴うメンタルヘルス不調に対する治療薬として活用できる。半夏厚朴湯の適応となることが多い性格として「予期不安」「几帳面」「神経過敏」「取り越し苦労」「用意周到」などが挙げられている<sup>7)</sup>。筆者も、地域医療時代には「一人暮らしで、夜にどうかなってしまいそうで不安」といった訴えに活用したり<sup>1)</sup>、現在の漢方外来でも「めまいが起こりそうで不安」といっためまいそのものより、めまいに対する不安が強い場合にもよく活用している。このように半夏厚朴湯は、今日ではなるべく投与を控えることが多いベンゾジアゼピン系薬剤の代替薬として活用できる可能性がある。

## 3. 半夏厚朴湯のまとめ

半夏厚朴湯は、「閉塞感」「湿性咳嗽」「不安」を

表1 半夏厚朴湯

**主な使用目標:**

咽喉～上腹部の閉塞感 湿性咳嗽 不安感

**主な適応:**

1. 咽喉頭異常感症
2. 胃食道逆流, 機能性ディスペプシア
3. 感染後咳嗽
4. 誤嚥性肺炎の予防
5. 不安感

キーワードに地域医療の現場で活用範囲の広い漢方薬である。呼吸器症状, 上部消化器症状に対して投与することはもちろん, 慣れてくればメンタルヘルス不調に対しても半夏厚朴湯を活用してほしい(表1)。

## 補中益気湯

### 1. 補中益気湯の処方解説

補中益気湯は, 中(ちゅう:消化吸収能という意味)を補って, 気(き)を益(ま)すという意味を持ち, 弱った消化吸収能を立て直すことで全身状態を改善させる漢方薬である。倦怠感, やる気がない, 疲れやすい, 食欲不振, 日中の眠気などが指標になる。これらは漢方医学では生体のエネルギーが量的に不足した状態(気虚)により出現すると考える。また, 気虚に対する漢方薬はいくつかあるが, 筋緊張の低下を改善させる作用がある柴胡・升麻が含まれることが補中益気湯の特徴である。具体的な筋緊張の低下を示唆するものとして, 四肢がだるいという訴えや患者の普段と比べ, 眼に力がない・声が弱々しいなどの所見がある。

### 2. 補中益気湯の活用

#### (1) 急性感染症の治癒後の不調

急性感染症で解熱したものの, 倦怠感, 食欲不振, 微熱などが続いている場合に用いる。風邪やインフルエンザに罹患後に体調がすぐれない, 微熱がある, 倦怠感が強いと訴えるような症例に活用できる。さらに, 感染後咳嗽で咳が

続く場合には咳嗽発作のため体力が消耗していることが多く, 咳に加えて倦怠感を伴う場合には補中益気湯と鎮咳去痰作用のある漢方薬を併用するとよい。その場合, 湿性咳嗽の場合は上述の半夏厚朴湯を, 乾性咳嗽の場合は麦門冬湯と併用する。またウイルス感染症に限らず, 細菌性肺炎や尿路感染症の治療後の不調にも活用できる。高齢者で急性細菌感染症は抗菌薬治療により治癒したものの, 退院後もなんとなく活気がない, 食欲不振が続くなどがよい適応である。筆者も施設入所の高齢者に訪問診療を行っているが, 退院後の高齢者の不調に補中益気湯をしばしば活用し, 急性感染症の入院治療によるADLの低下を最低限に食い止めることができる印象がある。このように弱った体力を補うような治療は現代医学的治療にはなく, 漢方治療のよい適応である。

#### (2) 感染症にかかりやすい

「かぜをひきやすい」に代表される感染症にかかりやすい状態も漢方医学では「気虚」と考える。COPD患者に対する補中益気湯の投与により感冒罹患回数を減少させ, やせを認める患者では体重増加をもたらすといった報告がある<sup>8)</sup>。COPD患者の多くがやせや食欲不振があり, これらが呼吸筋力の低下を来し悪循環を来すことから, 漢方医学的には気虚になりやすいと考えられる。また, 2009年に新型インフルエンザA(H1N1)の世界的大流行が起こった際に行われた前向き研究で, 補中益気湯を8週間予防投与した群(179名)では, 非内服群(179名)と比較して優位に新型インフルエンザの発症が少なかった(非内服群:3.9%, 内服群:0.6%,  $p<0.05$ )とする報告があり<sup>9)</sup>, 補中益気湯の新型インフルエンザAの発症予防に対する有効性が確認されている。また, 筆者の臨床では単純ヘルペス, 膀胱炎, 皮下膿瘍などの感染を繰り返す症例にも補中益気湯を投与することで感染頻度が減ることをよく経験する。

#### (3) 全身倦怠感

プライマリ・ケアを受診する患者の21~33%が全身倦怠感を訴える<sup>10)</sup>という報告もあるように地域医療で全身倦怠感を訴えて受診する患者

は多い。しかし、プライマリ・ケア外来において、身体的な器質的疾患による慢性の全身倦怠感<sup>11)</sup>は7～22%にとどまるとされ<sup>11)</sup>、<sup>12)</sup>、明らかな原因が不明なものや精神心理的要因による全身倦怠感も多いことは読者の方々も実感することかと思う。筆者は地域医療の現場で、夏ばて、過労、介護疲れなどから生じる全身倦怠感を気虚による症状と考えて補中益気湯を活用した。また、悪性腫瘍、COPD、慢性腎臓病などの慢性疾患では疾患の進行に伴い全身倦怠感が出現する割合が増加する。特に悪性腫瘍では、疾患そのものや化学療法により全身倦怠感を来しやすく、全身倦怠感の軽減目的に補中益気湯を投与すると食欲不振や全身倦怠感が軽減することが報告されている<sup>13)</sup>、<sup>14)</sup>。特に化学療法中は、脱毛が多い、爪がもろい、皮膚が乾燥するなどが出現しやすく、漢方医学的に血虚<sup>けつきよ</sup>と考えて十全大補湯<sup>じゅうぜんたい ぼとう</sup>を用いることが多い。

#### (4) 介護疲れ

地域医療では老老介護であることが多く、また医療機関と患者との距離が近いことも影響してか、介護疲れが原因と考えられる「体がだるい」「なんだかきつい」を主訴に受診するケースによく遭遇した。その場合にも「異常はありません」「無理しないように」とアドバイスするのみでなく、漢方治療を活用することで良好な医師-患者関係に通じることを実感した。筆者の離島勤務時代、救急入院した夫の見舞いに本土まで渡船で連日通っていた80代女性が「体がだるい」を主訴に診療所を受診した。普段と比べて眼に力がない、声小さいことを目標に補中益気湯を投与したところ、大変喜ばれた症例を報告した<sup>15)</sup>。さらに筆者が異動後、再び夫が入院した際も後任の医師に「あの漢方薬がまた飲みたい」と漢方治療を希望されたという、地域に漢方治療が根付いたと実感できる嬉しいエピソードも経験した。当然、介護者は精神的にも肉体的にも健康な状態であることが望ましいが、介護者の多くは不安、抑うつ、孤独感を感じやすい状況にあり、認知症の家族を自宅で介護する人の60～70%は、医学的または精神心理的疾患をもつという報告<sup>16)</sup>がある。それゆえ、

介護者に対して漢方治療も活用しながら支えることは意義あることだと考えられる。介護疲れに関して、気虚による全身倦怠感が主体の場合には補中益気湯のよい適応である。全身倦怠感に加えて、目が疲れる、集中力がない、頭がぼーっとするなどの症状を伴う場合には十全大補湯がよい。

また同じ介護疲れでも、介護ストレスからイライラ、不眠を伴うケースも多く、気虚と鑑別が必要な病態である。それらは漢方医学的にはストレスによる「肝の昂<sup>たか</sup>ぶり」と考えて、抑肝散を考慮する。抑肝散は現在、認知症の周辺症状(BPSD)に対して頻用されているが、本来は約1500年前の中国の小児の医学書にルーツがある漢方薬である。そこには「肝の昂<sup>たか</sup>ぶり」をもつ小児とその母親に同時に飲ませる「子母同服<sup>しぼどうふく</sup>」の漢方薬として記載されている。介護者への漢方治療として、介護には、精神的・身体的健康状態が互いに影響を及ぼし合うような濃厚な人間関係が母子関係にも通じる点に着目して、介護者が抱える倦怠感、イライラ、不眠などの多彩な症状に抑肝散およびその加味方が有効であった8症例の報告がある<sup>17)</sup>。抑肝散には抗ストレス作用がある柴胡が含まれ、さらにイライラに加え、悪夢を伴う不眠、動悸、抑うつ傾向などがみられる場合には、同じく柴胡が含まれる柴胡牡蛎湯<sup>さいこぼれいとう</sup>がよい。介護疲れに関する漢方治療で筆者が頻用する漢方薬を(表2)にまとめた。

表2 介護疲れに対する漢方治療のポイント

<p>① 気力・体力が低下している 補中益気湯エキス 3包分3 手足がだるい・眼に力がない・声が弱い or 十全大補湯エキス 3包分3 気虚+脱毛・目の疲れ・集中力がない</p>
<p>② ストレスからイライラしている 抑肝散エキス 3包分3 せつがち・怒りっぽい・不眠 or 柴胡加竜骨牡蠣湯エキス 3包分3 動悸・悪夢を伴う不眠・抑うつ</p>

表3 補中益気湯

**主な使用目標:**

全身倦怠感 昼食後の眠気 かぜをひきやすい  
四肢がだるい 眼に力がない 声が弱々しい

**主な適応:**

1. 急性感染症後の不調
2. 感染症を繰り返す
3. 全身倦怠感(夏バテ, 過労)  
(悪性腫瘍, COPD, 慢性腎臓病)
4. 介護疲れ

**3. 補中益気湯のまとめ**

気虚が原因で生じるさまざまな症状に対する補中益気湯の活用を紹介した(表3)。気虚を捉えるポイントとして、筆者は昼食後の眠気がある場合には「気虚」の治療を優先することが多い。また、診察室だけでなく、患者の日常生活の様子までをよく把握して、患者と近い距離にある地域医療の現場こそ、普段と比べて眼に力がない、声が弱々しいなどの補中益気湯の投与目標に気づくことができることから、漢方治療を行う上で優位な点だと考える。

**おわりに**

プライマリ・ケアでは、病気の生物医学的側面に注意を注ぎながら、同時に臨床家－患者関係、家族、社会背景といった心理・社会的側面に対するアプローチも重要である<sup>18)</sup>。心身一如の漢方治療といわれるように、漢方医学を実践することで心理・社会的側面への理解の一助となる。さらに、筆者自身の経験では、地域医療の現場で漢方治療を活用すると、今まで治療の対象と考えられていなかった症状や、長年苦しんでいた症状が漢方治療で改善した場合、患者さんの喜ぶ姿をみるのはこちらも嬉しく、自

分自身の地域医療のやりがいを高めることができた。本稿で紹介した半夏厚朴湯、補中益気湯以外にも、地域で遭遇する多様な症状、問題に対してほかにも数多くの漢方薬が準備されている。本稿をきっかけに、漢方の勉強を続けていただけたら幸いである。

**参考文献**

- 1) 吉永亮, 他. 漢方治療の地域差と共通点－海の漢方・山の漢方－. 日本病院総合診療学会雑誌 2018;14:249-254.
- 2) 下田哲也:漢方の診察室. 平凡社, 東京, 2003, p100-102.
- 3) Bo P, et al: Clinical observations on 46 cases of globus hystericus treated with modified Banxia Houpu decoction. J Traditional Chinese Medicine 2010; 30: 103-107.
- 4) 島田治:咽喉頭異常感症に対する半夏厚朴湯の臨床効果－へき地における経験. プライマリ・ケア 2001;24:133-137.
- 5) 及川哲郎, 他:半夏厚朴湯の使用目標とその臨床効果との関連について 機能性ディスベプシア患者における検討. 日本東洋医学雑誌 2008;59:601-607.
- 6) Iwasaki K, et al: A Pilot Study of Banxia Houpu Tang. A Traditional Chinese Medicine, for Reducing Pneumonia Risk in Older Adults with Dementia. J Am Geriatr Soc 2007; 55: 2035-2040.
- 7) 花輪壽彦:漢方診療のレッスン増補版. 金原出版, 2003.
- 8) 杉山幸比古, 他: COPDに対する漢方補劑・補中益気湯の効果. 日本胸部臨床1997;56:105-109.
- 9) Niimi M, et al: Prevention of 2009 pandemic influenza A/H1N1 virus infection by administration of hochuekkito, a Japanese herbal medicine. BMJ 2009; 339: b5213.
- 10) Fosnocht KM, Ende J: Approach to the adult patient with fatigue. UpToDate.
- 11) Manu P, et al: Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. Clinical epidemiology and aetiological classification. Ciba found Symp 1993; 173: 23-31.
- 12) Sugarman JR, et al: evaluation of fatigue in a family practice. J Fam Pract 1984; 19: 643-647.
- 13) 森清志, 他:補中益気湯による肺癌化学療法副作用軽減効果. 漢方と最新治療 1993;2:56.
- 14) Jeong JS, et al: Bojungikki-tang for cancer-related fatigue: A pilot randomized clinical trial. Integrative Cancer Therapies 2010; 9: 331-338.
- 15) 吉永亮, 他:離島診療所における漢方治療. 日本東洋医学会雑誌 2012;63:31-36.
- 16) O'Brien J: Caring caregivers. Am Famrien Physician 2000; 62: 2584-2587.
- 17) 木村容子, 他:介護者が抱える諸症状に抑肝散およびその加味方が有効な症例. 日本東洋医学会雑誌 2008;59:499-505.
- 18) 草場鉄周:家庭医療のエッセンス. カイ書林, 2012, p44-66.

# 外科・整形外科領域で使える漢方薬

伊那市国保美和診療所 所長 岡部竜吾

## POINT

- ① まずは、いくつかの症状を手がかりにして漢方薬を使ってみる
- ② 漢方薬の代表的な副反応を理解する必要がある
- ③ さらに、漢方の考え方の基本や西洋医学的知見を学べば的確に処方ができる

## はじめに

漢方治療を本格的に勉強しようとするとう敷居が高いが、まずは現代医学の病名や症状に合わせて漢方薬を使ってみても良い場合がある。その際、処方する漢方薬の副反応と基本的な漢方の考え方や代表的な西洋医学的知見は理解しておいた方がよい。今回は外科・整形外科領域で使えるような漢方薬を例にお示しする。なお、漢方の特性上、一部に医療保険の適応症と異なった使い方の記載もあるので各自の判断で注意して使用していただきたい。

## 使用上の注意点と漢方の基本

### 1. 漢方薬の副反応を理解する

漢方薬を処方する場合は、処方名(例;芍薬甘<sup>しやくやくかん</sup>草湯<sup>そうとう</sup>)だけでなく、処方を構成する生薬(例;シャ

クヤク、カンゾウ)を確認していただきたい<sup>1)</sup>。その生薬ごとに生じうる副反応を確認しておくことが大切である。表1に特徴的な生薬ごとの副反応を示す。

症状に合わせて単純に漢方薬を処方できる簡単なマニュアルなどが多く出版されているが、単に症状に合わせて複数の漢方薬をいっぺんに処方すると、副反応等を来しやすくなるため厳に慎むべきである。また効果の判定を行わないまま漫然と漢方薬を処方し続けることも慎むべきである。

### 2. 漢方の基本:「実していれば攻める。虚していれば補う。」

次に処方の構成生薬をみて、表2を参考に、その漢方薬が攻める薬か補う薬かのおおよそを把握する。攻める薬は、患者の体質が充実し病邪が実しているときに使用でき、補う薬は患者

特集

表1 頻用生薬で起こりやすい特徴的な副反応

生薬	副反応等
マオウ (麻黄)	マオウの成分には、エフェドリン (交感神経刺激作用)、プソイドエフェドリン (鎮痛消炎作用) などがある。 食思不振、尿閉、不眠、頻脈、不整脈、血圧上昇などに注意。
オウゴン (黄芩)	間質性肺炎、アレルギー性肝障害などに注意。 アレルギー疾患などで使用される柴胡剤に含まれることが多い。
ジオウ (地黄)、トウキ (当帰)、センキュウ (川芎)、サンシシ (山梔子)、セッコウ (石膏) など	胃腸障害をきたすことがある。
ダイオウ (大黄)	下剤効果に個人差あり。少量で腹痛・下痢をおこすことあり。 妊婦では流産の危険性、授乳中は乳汁移行に注意。
ブシ (附子)	トリカブトの根。医療用製剤は減毒処理が行われているが過量でアコニチン中毒に注意。口周囲・舌のしびれ、悪心嘔吐、動悸、発汗に注意。 難治性心室性不整脈や呼吸筋麻痺は、死に至ることあり。
カンゾウ (甘草)	偽性アルドステロン症 (低カリウム血症、高血圧、浮腫、Na・体液貯留など) に注意。利尿剤との併用に注意。
サンシシ (山梔子)	サンシシ含有処方長期 (数年-数十年) 内服で、特発性腸間膜静脈硬化症の危険性。腹痛・腹満、便秘・下痢、便潜血陽性に注意。

アレルギーはどの生薬でも出現しうる。  
医療用製剤の賦形剤に含まれる乳糖による下痢・腹満 (乳糖不耐症) にも注意。  
長期投与の際は、残留農薬・放射能等の影響の可能性も意識をする。 (文献1より許可を得て転載)

表2 実証と虚証 / 攻める薬と補う薬

	実証	虚証
特徴	《体力があり、胃腸が丈夫。》 暑がり、活動的、筋肉質、食いだめができる、便秘は苦手、コーヒーを何杯も飲む、など。	《体力がなく、胃腸が弱い。》 寒がり、疲れやすい、痩せ、水太り、空腹になると動けない、少々の便秘は気にならぬ、コーヒーを何杯も飲めない、NSAIDで胃がやられやすい、季節の変わり目に不調になるなど。
腹部の特徴		
治療	攻める治療を選択できる	補う治療が主体
生薬	《攻める生薬》 ダイオウ (下痢させる、冷やす)、 オウレン・オウゴン・オウバク・セッコウ (冷やす)、 マオウ (発汗させる) など、 消炎効果等をもつ。	《補う生薬》 ニンジン、オウギ、ケイヒ、ブシ、 カンキョウ、ビャクジュツ (ソウジュツ)、 ブクリョウ、サンヤクなど、 温め、胃腸を整え、体力・免疫力を高める。
漢方薬の例	《攻める漢方薬》 黄連解毒湯、大柴胡湯、大承気湯など	《補う漢方薬》 人參湯、補中益気湯、六君子湯、大建中湯など

(文献2)より許可を得て転載

の体質が虚していることから生じる症状に使用できる。

ちなみに、体質が虚弱(虚証)の状態は補う治療対象になるが、体質が充実した状態(実証)は治療対象にならない(図1)。一方、病邪が虚している状態は治療対象にならないが、病邪が実

している状態(強い炎症や発熱など)は攻める治療(発汗、消炎、下痢をさせる等)の対象となる<sup>2)</sup>。初学者は、「虚証体質の患者で虚弱体質に由来して症状が生じる場合」と「実証体質の患者で病邪が実して強い抗病反応を呈している場合」を治療対象とするのが比較的容易である。

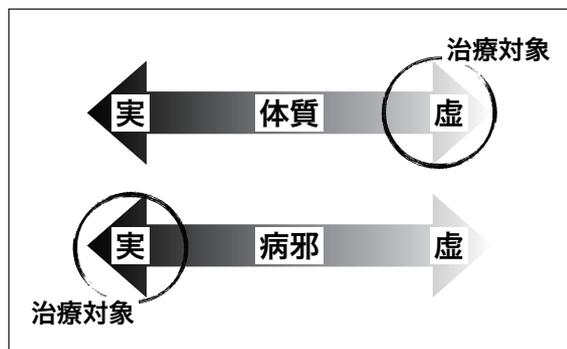


図1

## こんな時に使ってみましょう！

### 1. 胃切除後の上腹部の愁訴りっくんしとうに：六君子湯

#### (1) こんな患者さんに

胃切除後の患者はほぼ全例で虚証体質を示す。このような患者が、食思不振や食後のもたれ・上腹部膨満感を呈する時や、逆流性食道炎を呈する場合に使ってみる。その他、胃切除後に限らず、虚弱体質の患者の機能性ディスペプシア(PDS:Postprandial distress syndrome)や高齢者のPPI抵抗性の非びらん性胃食道逆流症(NERD)などに効果がある。

#### (2) 処方にんじんの解説と注意点

六君子湯は朝鮮人参にんじん(以下、人参)を含む補う漢方薬の基本であり、虚弱な患者に使用する。胃排出能の改善や食欲増進作用を有する消化管ホルモンであるグレリンの分泌を促し<sup>3)</sup>、グレリン受容体の感受性を高めることが分かっている。処方が適切であれば、内服後2～3週間で8割以上の患者に症状の改善が見られる<sup>4)</sup>。上部消化管症状の改善だけではなく、体重増加、倦怠感の改善、抑うつ気分の改善などもみられる場合が多い。

甘草かんぞうを含み、偽アルドステロン症に注意を要する。

食欲の落ちた患者に食前投与すると薬で満腹になり食事が食べられなくなるので、食間など食事に影響しない時間に内服する方が良い。200mLほどの湯に溶いてお茶代わりに飲むと良い。また、末期癌患者等でさらに食欲が落ちた者には、1日分の漢方薬を300～400mLの微温

湯で飲みやすい濃さに溶かしペットボトル等に入れ、1日かけて少しずつ、飲めるだけ飲んでいただく。

#### (3) 処方のバリエーション

六君子湯を処方したいような患者で、覆い被さるような慢性的な緊張型頭痛や慢性的なめまい感を訴える場合は半夏白朮天麻湯はんげびやくじょうてんまとうがよい。冷えの症状が強い場合は人参湯にんじんとう、倦怠感がより強い場合は補中益気湯ほちゅうえっきとうがよい。

## 2. 消化管術後の通過障害だいいけんちゆうとうに：大建中湯

### (1) こんな患者さんに

消化管手術後で腸管の動きが悪い患者に効果があり、排ガスまでの日数を短縮させ、在院日数を短縮させる。整形外科術後などで臥床を要し、腹満し麻痺性イレウスの傾向にあるものにも効果がある。単純性イレウスに効果がありイレウス管挿入期間の短縮を認めるとの報告もある<sup>5)</sup>。筆者の印象だが、イレウス管を挿入してもイレウス解除に難渋する場合、イレウス管から大建中湯の注入を行い、いったんはイレウスが解除し管が抜ける例があるが、このような場合、長期的には外科的にイレウス解除術を行わねばならないことが多いように思う。

消化管術後に慢性的に消化管通過障害を認める患者が、天気が崩れ気圧が下がったり、冷えたりして腹満が強まる際には、食事を休み、大建中湯エキス5gを200mLほどの湯に溶いて内服し、入浴して浴槽で腹部に水圧をかけるとイレウスへの発症を阻止できることがある。

元来、大建中湯は冷えて腹満する者に効果があり、冷えて便秘する場合も冷えて下痢する場合も短期間で効果がみられ、消化器術後に限らず日常診療で広く使用できる。高齢COPD患者等で長時間作用型抗コリン剤(LAMA)を使用すると腹満が増悪する者がいるが、このような患者に大建中湯を処方すると腹満が改善しLAMAの認容性が高まることが多い。その結果、COPD再増悪入院や在院死亡のリスクを低下させるとの報告もある<sup>6)</sup>。

#### (2) 処方さんしやうの解説と注意点

大建中湯には山椒さんしやう、人参にんじん、乾姜かんきやうなど消化管を

温め補う生薬が多く含まれ、元来は腹が冷えて腹満する虚証者に使用する薬である。そのため、下部消化管術後など、体力が充実し冷えない患者に常用量を長期に服用させると、胸焼けや食思不振などが出現する場合がある。その場合は腹満の悪化に合わせて頓用にするなどの工夫が必要である。またサブイレウス等で、どうしても長期内服が必要な場合は、大建中湯常用量の半量に桂枝加芍薬湯や桂枝加芍薬大黃湯を加えて内服させると良い場合がある。

### 3. 術後の体力低下に：補中益気湯<sup>ほちゅうえつきとう</sup>

#### (1) こんな患者さんに

比較的大きな手術や肺炎等で入院後の全身倦怠感、気力低下、食思不振・味覚低下、食後の眠気、微熱などがある場合に効果がある。癌悪液質の疲労に関しても改善効果がある。癌化学療法に伴う食思不振や全身倦怠感を軽減させる効果がある<sup>7)</sup>。

#### (2) 処方解説と注意点

補中益気湯は、人参や黄耆など体力・気力・免疫力を高める生薬からなる代表的な「補劑」で、別名「医王湯」とも言われる。「中(消化機能)を補い気を益す」効果があり、虚弱者に対し使用する。手足が抜けるようにだるい、言葉が弱々しい、眼力がない、会話などの際に口角に白い泡を生じる、熱い飲食を好む、腹壁の筋力や緊張感の低下、橈骨動脈に力がない、等が使用の目安になる。

抗炎症作用のあるサイコサポニンを成分を持つ柴胡が含まれ、微熱には効果があるが、長期に使用すると免疫力の低下を来すかもしれない。甘草を含み、偽アルドステロン症に注意が必要である。

#### (3) 処方のバリエーション

貧血、皮膚の乾燥、爪が割れやすいという症状があるときは十全大補湯<sup>じゅうぜんたいほとう</sup>、呼吸器症状や健忘、不安がある場合は人参養栄湯<sup>にんじんようえいとう</sup>が用いられる。どちらも癌術後の倦怠感や体力低下の改善効果、化学療法に伴う骨髄抑制の軽減などの効果が知られている。人参養栄湯は骨髄異形成症候群による貧血に効果がある時がある。ただし、双方

とも地黄<sup>じおう</sup>が含まれており、胃腸の弱い患者や上部消化管術後の患者では、心窩部痛や食思低下など胃腸障害を来すことがあり注意を要する。その場合は、六君子湯や補中益気湯など消化器への負担が少ない薬に変更する。

### 4. 肺癌術後や放射線肺臓炎の乾性咳嗽に：麦門冬湯<sup>ばくもんとうとう</sup>

#### (1) こんな患者さんに

肺癌術後の遷延性咳嗽<sup>せんえんせいこせう</sup>や放射線肺臓炎に伴う乾性咳嗽に麦門冬湯が効果を示す。乾性咳嗽全般に対しても効果的で、咳き込んだら顔を真っ赤にしてゲーッとなるまで咳嗽が続くような時に効果がある。

#### (2) 処方解説と注意点

麦門冬湯は乾性咳嗽に対して効果を持つ末梢性の鎮咳薬である。人参など補う生薬を含む。

末梢性鎮咳薬として肺癌術後の遷延性咳嗽や放射線肺臓炎に伴う乾性咳嗽に効果があるが、咳喘息や感冒後咳嗽などの乾性咳嗽にも効果がある。効果は内服後比較的速やかに現れ、数時間持続する。甘草を含み偽アルドステロン症に注意が必要である。

#### (3) 処方のバリエーション

気管支炎などの湿性咳嗽には中枢性鎮咳作用を持つ麻杏甘石湯<sup>まきょうかんせきとう</sup>が有用であるが、麻黄<sup>まおう</sup>を含むためエフェドリンの副反応には注意が必要である。

### 5. 化学療法中の口腔粘膜炎の軽減に：半夏瀉心湯<sup>はんげしゃしんとう</sup>

#### (1) こんな患者さんに

半夏瀉心湯は心窩部がつかえ、時に悪心嘔吐があり食思不振で、腹鳴を伴う軟便や下痢のある人の、胸焼けや口内炎に使う薬である。その応用から、化学療法による口腔粘膜炎<sup>9)</sup>やイリノテカンによる下痢<sup>10)</sup>に効果がある。口腔粘膜炎に使用するときは、溶液を氷にしてなめたり、1日分を500mLほどで溶かしペットボトルに入れ少しずつ飲むとよい。4～5日で効果が出る。

#### (2) 処方解説と注意点

黄芩<sup>おうこん</sup>を含み、副反応としての肝障害や間質性肺炎に注意を要する。また、甘草を含み偽アル

ドステロン症に注意が必要である。

人参や乾姜のような温め補う生薬おうれん おうと黄連や黄芩こんのような冷やして攻める生薬からなり、前述した「漢方の基本」だけでは使うことの難しい「寒熱錯雑かんねつさくざつ」という病態に使用する「瀉心湯」というグループに属す。本来は煎じ薬として、患者の症状に合わせ構成生薬の比率を変えて使用したと思われる。病状がこじれて消化器症状や自律神経失調症状などが混在する複雑な状態である。使用時には患者の症状の変化に注意して使用してほしい。そして漢方の勉強を深め、これらの薬も使いこなせるようになっていただければ幸いである。

## 6. こむらがえりに：しやくやくかんぞうとう芍薬甘草湯

### (1) こんな患者さんに

芍薬甘草湯は横紋筋と平滑筋、双方の筋攣縮を改善させる。腰部脊柱管狭窄症などに伴う腓腹筋のこむら返りに対し即効性を持つ。月経痛や消化管の攣縮痛・吃逆等にも効果を示す。漢方の証を意識する必要なく使用できる。

### (2) 処方の解説と注意点

芍薬甘草湯は甘草を多く含み、常用量でも偽アルドステロン症を来す危険性を持つ。こむら返りなどの症状出現時に頓用するか、夜間のこむら返り予防のため、1日1回2.5gを睡眠前に内服する程度にとどめた方が安全である。芍薬甘草湯で低カリウム血症を来したために、こむら返りが遷延するという笑えない危険もあり得る。使用が長期にわたる場合は、浮腫、血圧、電解質などに注意を要する必要がある。

ただし、中には多量の甘草を使用しても偽アルドステロン症を起さぬ者や、逆に高齢者等では少量の甘草でも偽アルドステロン症を来す者もいて、発症予測が困難であるのも事実である。最近、グリチルリチン酸の代謝産物である18β-グリチルレチニル-3-O-硫酸が偽アルドステロン症の原因ではないかとする説があり、Mrp2という胆汁排泄に関わるタンパク質の機能低下により、18β-グリチルレチニル-3-O-硫酸が胆汁中に排泄されず血中に停滞し偽アルドステロン症を来すという<sup>11)</sup>。Mrp2の元来の機能低下や、

老化による低下があり、これにより上記の現象を説明できるかもしれない。血中から18β-グリチルレチニル-3-O-硫酸を測定する方法も開発され、近い将来、偽アルドステロン症の発症を予測できるようになるかもしれない。

芍薬甘草湯は「傷寒論しょうかんろん」という漢方のバイブルに記載され<sup>12)</sup>、原典を読むと、急性病に罹患し、発汗や利尿の末、脱水状態からhypovolemic shockに陥ってしまった状態からの回復の際に生じる「こむら返り」に使用しているように思える。現在では補液があり、水分や電解質の補正が容易に行えるが、昔は疾病に陥った際に、いかに体液とナトリウムを喪失しないようにするかが重要だったと思われる。現在では偽アルドステロン症のため厄介者扱いされる甘草であるが、補液のない時代には、ナトリウムを体内に保持するため、とても大切な役割を演じていたに違いない。現在の漢方薬の多くに甘草が含まれるのは、昔の治療環境を反映しているのかもしれない。

## 7. 開胸術後の肋間神経痛に：けいし か りょう じゅうぶ桂枝加(苓)朮附湯とう

### (1) こんな患者さんに

食道癌や肺癌など開胸術後の肋間神経痛で冷えると疼痛が悪化し、入浴で温まると改善する場合には桂枝加(苓)朮附湯が良い。その他、変形性頸椎症による上肢の神経痛や肩関節周囲炎で冷えると痛む場合など上半身の痛みにも効果があるとされる。冷えて痛む神経痛には広く使用できる。

### (2) 処方の解説と注意点

桂枝加(苓)朮附湯は桂枝や附子ぶしなど身体を温める作用を持つ生薬からなる虚証向けの薬である。附子は併せて鎮痛効果を持つ。附子は表1に示したようにアコニンサン中毒の危険性を持つがエキス剤で使用する範囲では心配ない。入浴して温まり症状改善があれば、漢方薬で入浴したのと同じ状態を作ってやれば良いという論理である。よって熱い湯に溶いて温服した方が、効果がある。(苓)は茯苓のことであるが、組織のむくみをとるような効果がある。冷えて浮

腫んで痛い場合に効果がある。

### (3) 処方の変形性膝関節症に葛根湯が効果を示す

うなじに沿って縦に筋肉が凝る場合には葛根湯が効果を示す。ストレスが増悪因子になる上半身の痛みには柴胡桂枝湯が効果を示すことがある。

## 8. 水太りの変形性膝関節症に：防已黄耆湯

### (1) こんな患者さんに

色白で水太り体質で下半身が浮腫んでいる者の変形性膝関節症に防已黄耆湯が効く<sup>13)</sup>。関節液が貯留している場合には太刀打ちできなため関節穿刺・排液が必要であるが、その後防已黄耆湯を使用すると関節液がたまりにくくなる。関節リウマチではメソトレキセート<sup>®</sup>(メソトレキサート)との併用で効果が高まり経済的といわれる<sup>14)</sup>。

### (2) 処方の解説と注意点

虚証体質に用いられる薬である。固太りは実証であるが、「色白で水太り」は虚証である。防已黄耆湯は浮腫を取る薬だが、甘草が含まれており偽アルドステロン症に注意が必要である。長坂は、防已黄耆湯に加工附子末を併用すると効果が高まると述べている<sup>15)</sup>。

## 9. 初老期の変形性腰痛症に伴う腰痛・坐骨神経痛に：牛車腎気丸、八味地黄丸

### (1) こんな患者さんに

双方の薬とも、加齢により下半身の筋肉の衰えや冷えを伴う慢性腰痛や坐骨神経痛・しびれ、夜間頻尿、老眼などの起こり始めに服用すると、数ヶ月でゆっくと症状が改善する。

牛車腎気丸は、糖尿病性神経障害で足の末梢のしびれがある場合に効果がある。タキサン系の抗がん剤やオキサリプラチン投与による末梢神経障害を軽減するかもしれない。

### (2) 処方の解説と注意点

八味地黄丸に、浮腫をとる働きを持つ牛膝と車前子を加えたものが牛車腎気丸である。

吉永も述べているが、八味地黄丸の効果はマイルドでNSAIDsのような切れ味のよい鎮痛効果は持たない。1～2ヶ月で、いつの間にか腰

痛や夜間頻尿などの症状が改善する印象である。また老化に伴う症状に使用される薬ではあるが、サルコペニアやフレイルが進行してしまった高齢の患者にはあまり効果がなく<sup>16)</sup>、60歳前後までの初老期に効果がある。

牛車腎気丸はタキサン系・オキサリプラチンなどの抗がん剤による末梢神経障害に効果を持つとの報告もある<sup>17)</sup>が、Okiraはオキサリプラチンによる急性期の末梢神経障害に対する予防効果は牛車腎気丸にはなく、むしろ慢性期の神経障害を高める危険性があるかもしれないため、牛車腎気丸の使用を慎むべきと報告している<sup>18)</sup>。当面は慎重な対応が求められる。人参養栄湯に末梢神経障害の予防効果があるとの報告もあり<sup>19)</sup>今後に期待が持てるかもしれない。

いずれの薬も、地黄を含むため、胃腸虚弱な者は食思不振を来すので注意が必要である。

## おわりに

日本の医療では西洋医学と漢方医学を併用できることは大きな利点であり、特徴的な症状を目安に漢方薬を使うことは漢方治療への敷居を低くする。一方で漢方的視点から漢方薬の効きやすい病態・証を見極めて治療することで治療の質を高められる。ぜひ漢方医学に興味を持ち学習を進めていただきたい。

## 文献

- 岡部竜吾：漢方診療の基本中の基本。総合診療 2016;3:205-209.
- 岡部竜吾：ジェネラリスト漢方Basics。総合診療 2018;3:422-424.
- Takeda, H. et al: Rikkunshito, an herbal medicine, suppresses cisplatin-induced anorexia in rat via 4-HT2 receptor antagonism. Gastroenterology 2008; 134: 2004-2013.
- 原澤茂：運動不全型の上腹部愁訴に対するTJ-43六君子湯の多施設共同市販後臨床試験－二重盲検法による検討。医学のあゆみ 1998;183:201-229.
- 康永秀生：「第28回外科漢方フォーラム学術集会」大規模データを用いた外科漢方研究。2018.
- 康永秀生：「漢方の将来ビジョン研究会 2018」大規模データを用いた漢方製剤のアウトカム評価。2018.
- 森清志。他：肺癌化学療法での全身倦怠感に対する補中益気湯の有効性。biotherapy 1992;6:624.
- 常塚宣男：肺癌術後遷延性咳嗽に対する麦門冬湯の有効性。Progress in medicine 2010;30:100-110.

- 9) Aoyama T, et al: Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14(Hangeshashinto) for gastric cancer chemotherapy-induced oral mucositis. *Cancer Chemotherapy Pharmacol* 2014; 73: 1047.
- 10) Mori K, et al: Preventive effect of Kampo medicine (Hangeshashin-to) against irinotecan-induced diarrhea in advanced non-small-cell lung cancer. *Cancer Chemotherapy Pharmacol* 2003; 51: 403.
- 11) Ishiuchi K, et al: 18  $\beta$ -glycyrrhetyl-3-O-sulfate would be a causative agent of licorice-induced pseudoaldosteronism. *Scientific Reports* 2019; 9: 1587. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38182-2>
- 12) 日本漢方協会学術部編: 辨太陽病脉證并治上. 傷寒雜病論(三訂版). 東洋学術出版社, 2000, p51.
- 13) 下手公一, 他: 変形性膝関節症に対する防已黄耆湯と桂枝加苓朮附湯併用治療の試み. *和漢医薬学雑誌* 2002;4:148-152.
- 14) 大野修嗣: 関節リウマチに対する防已黄耆湯併用療法の経済的有用性. *Prthopaedics* 2015;28:101-105.
- 15) 長坂和彦: 慢性疼痛と漢方. *総合診療* 2018;12:1635-1636.
- 16) 吉永亮: 高齢者のマルチモビディティと漢方. *総合診療* 2018;12:1649-1650.
- 17) Yoshida N, et al: Efficacy of Goshajinkigan for Oxaliplatin-induced peripheral Neuropathy in colorectal Cancer patients. *Journal of Oncology* 2013; 2013: 139740.
- 18) Oki E, et al: Preventive efficacy of Goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy (GENIUS trial): a placebo-controlled, double-blind, randomized phase III study. *Int J Clin Oncol* 2015; 20: 767-775.
- 19) 元雄良治: 第70回日本東洋医学会総会: がんの支持療法としての漢方の役割とエビデンス. *がんサポーターケアとしての漢方: 臨床的エビデンスと処方の実例*. 2019.

# 産婦人科領域 —更年期障害を中心に—

東北大学病院 産婦人科・漢方内科 助教 大澤 稔

## POINT

- ① 地域医療においてはプライマリ・ケア医による更年期診療が望まれる。
- ② ごくありふれた愁訴が多数あった場合、更年期症状が隠れていることを疑う。
- ③ “ホットフラッシュ”よりも頻度の多い更年期症状は“肩凝り・背中の張り”である。
- ④ 漢方はまずは効果の出やすい症状ベースで処方をするところから始め、経験値を増やす
- ⑤ 本稿の漢方薬選択のフローチャート(Alternative Pathway)は漢方専門医ではなくプライマリ・ケア医に向けて「大きく的を外さないために作成」されたものである。

## 更年期障害とは

### 1. プライマリ・ケア医が更年期障害を診るには

更年期とは閉経を挟んで前後5年間のおおよそ10年間を指す言葉である。この時期は女性のライフサイクルにおいて、社会的にも身体的にも大きな変化を起こすことが知られている。この時期に心身に起こる症状を更年期症状と呼び、特に不快と感じる症状を“更年期障害”と呼んでいる<sup>1)</sup>。産婦人科外来で経験する女性の疾病は数多くあるが、程度の差こそあれ最も多くの女性が経験する病態がこの更年期障害であると

言っても過言ではない。そうすると、圧倒的多数を有する更年期障害患者の加療を産婦人科医の専売特許としてしまっただけでは到底患者の心身の健康追求は達成されない。まさに地域のプライマリ・ケア医に必要な問題対応能力の1つと言えよう。

また地域におけるプライマリ・ケアにおいては大病院と異なったいくつかの制約が存在すると考えている。①限られた資源(検査・治療薬)で診療、②ジェネラリストとして治療(臓器ごとの症状は問わない)、③心理社会背景まで判断材料とした診療、などを常に一人で考えて診

療を行う必要がある。更年期障害がごくありふれた疾病であることを知り、常に現在の訴えが更年期の1症状であることを疑うことができれば、これら①～③の目標をプライマリ・ケア医に委ねることができよう。

## 2. 更年期障害の背景

更年期障害の症状は多岐にわたる。一見ひとつひとつが些細な症状であってもそれが一度に襲ってくると患者は不安になるものである。例えば、頭痛、悪心、不眠……といった多愁訴に対して、血液や画像の一般検査で大きな異常がなければついつい、頭痛には“鎮痛薬”，悪心には“制吐薬”，不眠には“睡眠薬”といった「症状：その症状止め＝1：1」の治療が行われていることが多いと感じる。しかし、それで患者は満足しているかという点、決してそうではない。事実そのような患者が日々私の外来を訪れている。

そこで更年期障害のような多愁訴患者に対して、私はそれを多愁訴⇒症候群<sup>1)</sup>と捉え、漢方薬による治療を勧めている。そして最近では産婦人科診療ガイドライン－婦人科外来編2017<sup>2)</sup>のCQ415(更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?)にも漢方療法について言及していることを申し添える。

## 3. 更年期障害の症状

更年期障害の症状について患者や学生に尋ねると、「ホットフラッシュ(急な顔ののぼせ)」「発汗」「イライラ」といったイメージを抱いている。しかし後山によるとこのホットフラッシュは女性ホルモン失調に起因する症状のうち、患者全体の30%にしか持ち得ないことを知らされる(表1)。このことはホットフラッシュがあれば更年期障害がまずは疑わしいが、無いことで更年期障害ではないと言っではいけない(陰性適中率は低い)のである。それでは何が最も多いか?……それは“肩凝り”とされている(47%)。そのため、更年期障害で最も医療者が率先して対応すべき症状は肩凝りを中心とした症状群なのである<sup>3)</sup>。

表1 女性ホルモン失調による症状

1 肩こり、首こり(47%)
2 顔がほてる・のぼせ(30%)
3 汗をかく(23%)
4 だるい(17%)
5 腰痛・関節痛・四肢痛(15%)
6 抑うつ、不安、焦燥感(13.8%)
7 寝付きが悪い、途中で目が覚める(12.5%)
8 頭痛・頭重感(12.3%)
9 めまい(12.2%)
10 心悸亢進(10.7%)

## 4. 漢方薬の処方法

漢方薬の特徴として多成分系の薬剤ということが挙げられる。これは取りも直さず、複数の病態(症状)が絡み合っているいわば“症候群”を複数の薬効成分で解きほぐすイメージで使うということとなろう。そのため私はプライマリ・ケアにおける漢方薬の処方「症状ベース」で行うことから始めると良いと思っている。もちろん陰陽、虚実、気血水理論から漢方医学理論を体得することも大切であるが、特に本稿では漢方の専門医を育てるのが目標ではないため、明日から処方しても大きく的を外さないフローチャート式処方法(Alternative Pathway)<sup>4),5)</sup>について述べることにする。

## 5. 実際の処方法

本稿では限られたスペースのため、更年期障害で多く相談を受ける「冷えのぼせ(ホットフラッシュを含む)」「肩凝り」「不眠(症)」「のどの詰まり」についてご紹介する。

## 冷えのぼせ

冷えのぼせは大きく5パターンに分類する。そのうち、図1の①②に相当するのは急な発汗を伴うのぼせ、いわゆる「ホットフラッシュ型」である。一方で③～⑤は冷えのぼせはあるがあ

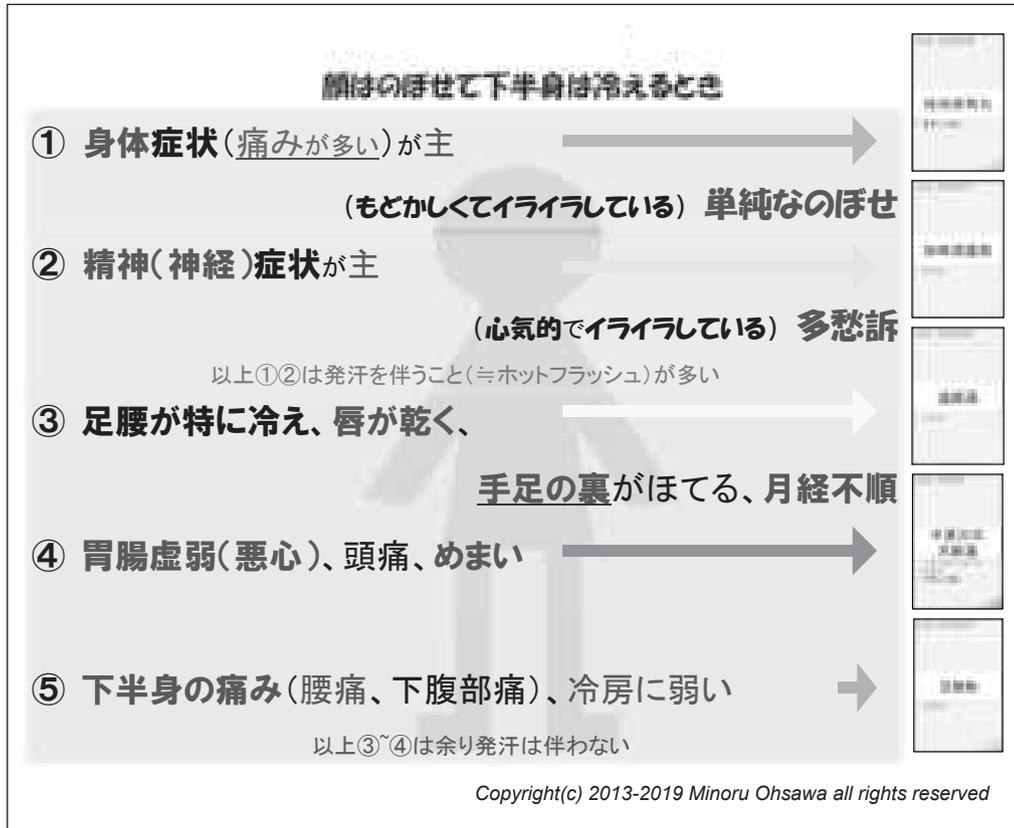


図1 冷えのぼせ

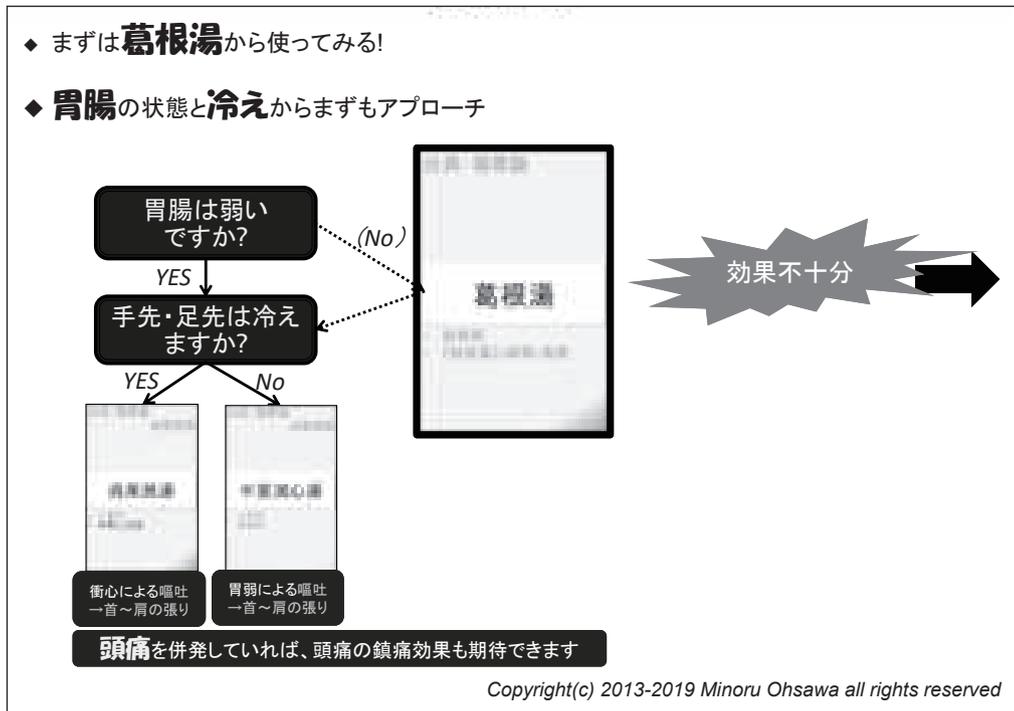


図2 肩凝り①

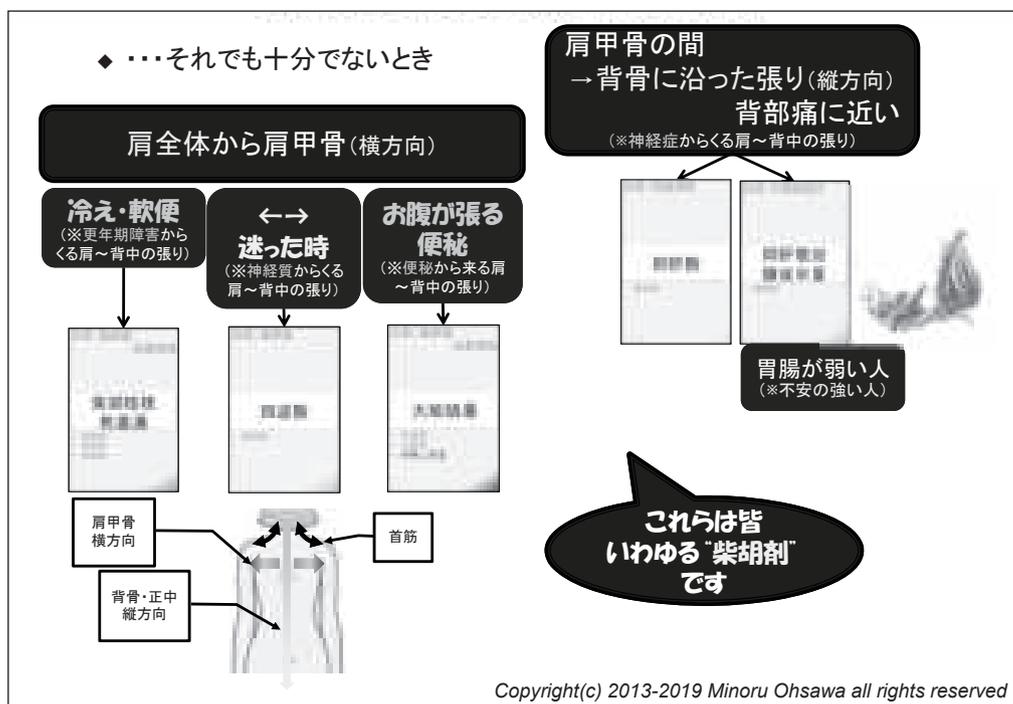


図3 肩凝り② 柴胡剤の処方応用

まり発汗は伴わない。冷えのぼせと同時に現れる他の症状について個々にみていくと、身体症状(特に痛みが多い)が主の場合は“桂枝茯苓丸”<sup>けいし ぶくりょうがん</sup>、精神症状が主の場合は“加味逍遙散”<sup>かみ しょうようさん</sup>である。ただし、加味逍遙散の精神症状はあくまで心気的な「イライラ」タイプであり、更年期障害に多い「抑うつ」や「不安」タイプではないことに留意する。この加味逍遙散タイプのイライラの特徴は、心气的(何か恐ろしい病気ではないかとドクターショッピングする)で外向的・攻撃的である。ちなみに内向的・自虐的なイライラは抑肝散が似つかわしい。ちなみに「抑うつ」タイプには“桂枝加竜骨牡蛎湯”<sup>けいし かりゅうこつ ぼれいとう</sup>(※漢方の抗うつ薬的に用いる)、“不安”タイプには“甘麦大棗湯”<sup>かんばくたいそうとう</sup>(※漢方の抗不安薬的に用いる)”をお勧めしている。

一方で口唇の乾きが主で、月経不順があれば“温経湯”<sup>うんけいとう</sup>である。この温経湯タイプの女性は手足の裏のほてり(手足が熱い)もよく訴える。胃腸虚弱(悪心)とめまいを伴えば“半夏白朮天麻湯”<sup>はんげ びやくじつてん まとう</sup>である。そして下半身の痛み・冷えが強い場合、特に「お尻周り～腿まで冷えて仕方がない」といった場合、“五積散”<sup>ごせきさん</sup>が大変有効である。いわゆる冷房病にも五積散は有効である。

## 肩凝り

肩凝りは第1選択として“葛根湯”<sup>かつこんとう</sup>をお勧めしたい(図2)。葛根湯が得意とする肩凝りは、首の付け根(肩甲筋・僧帽筋)の凝りで、更年期に限らず日本人の肩凝りに広く用いられる。しかし更年期になると、20～30%程度の患者が葛根湯の無効を訴えるようになる。その特徴として、(a) 肩全体から肩甲骨方向へ背中が張る、(b) 両肩甲骨の間、背骨に沿った背中が張るパターンがある。ここでお気付きのように、この段階で患者は“肩凝り”から“背中の張り”へと症状を言い換えていることが多い。この比較的更年期に特徴的な(a)(b)の肩凝り(背中の張り)には図3のように柴胡剤が有効である。

柴胡剤の適用は大きく「①肩全体から肩甲骨方向」への背中の張りには、“四逆散”<sup>しぎやくさん</sup>をベースに便の性状に準じて、軟便傾向 ⇒ “柴胡桂枝乾姜湯”<sup>さい こけい し かんきょう とう</sup>、便秘傾向 ⇒ “大柴胡湯”<sup>ださいことう</sup>をお勧めする。そして「②両肩甲骨の間」の背中の張りの場合は“抑肝散”<sup>よくかんさん</sup>あるいは“抑肝散加陳皮半夏”<sup>よくかんさん か ちん びはんげ</sup>(胃腸虚弱、不安合併)を用いると良い。

- ◆ 1.睡眠衛生のcheck→2.西洋薬を使用
- ◆ それでも副反応が多く効果に乏しいときに3.漢方をお勧め

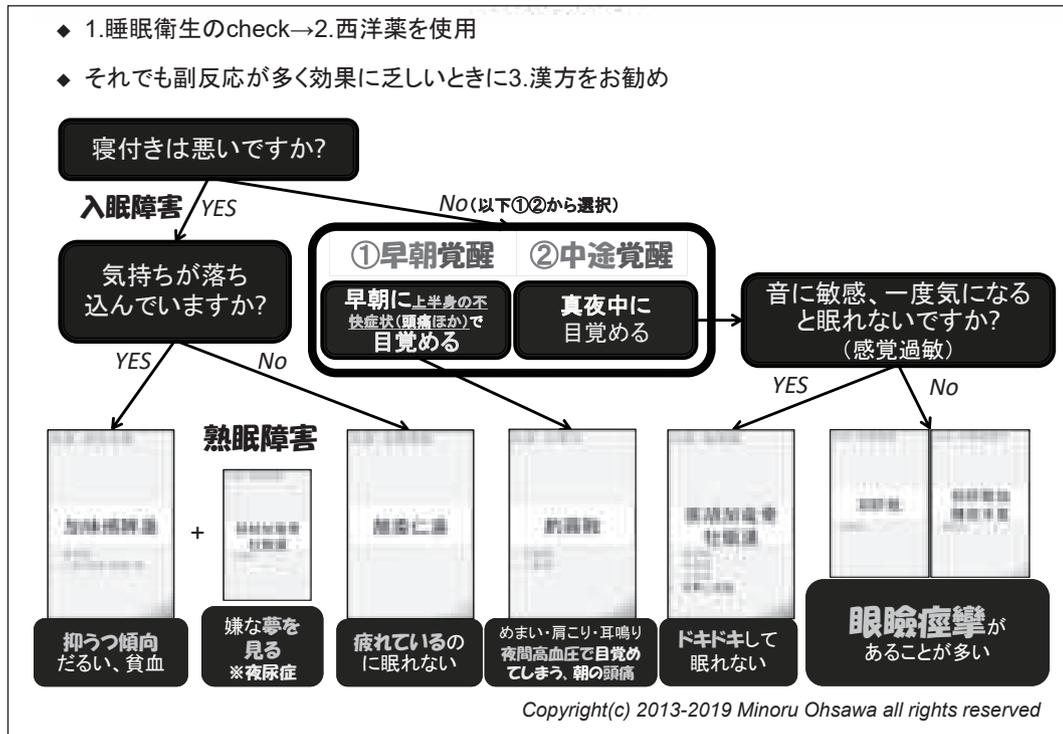


図4 不眠(症)

## 特集

### 不眠(症)

不眠(症)は西洋医学の分類とほぼ一緒で、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害の4パターンで漢方薬を割り振ると分かりやすい(図4)。

選択のポイントとして入眠障害のうち「気持ちが落ち込んで抑うつ傾向がある」場合は「加味帰脾湯」を使用する。また抑うつ傾向がある場合には熟眠障害を合併するため、併せて抗うつ薬的に使用する「桂枝加竜骨牡蛎湯」を処方することが望ましい。この熟眠障害では『嫌な夢(悪夢)を見る』という訴えが比較的聴取できるので、問診項目に加えておくと良い。一方抑うつ傾向のない場合は「疲れすぎて眠れない」「眠ろうとすればするほど眠れない」といった症状を訴えることが多く「酸棗仁湯」が良い。

中途覚醒では「音に敏感」「動悸がして眠れない」といった感覚過敏症状がある場合には「柴胡加竜骨牡蛎湯」を、ない場合は「抑肝散(加陳皮半夏)」が良い。

早朝覚醒に関しては、ここでは「頭痛・肩凝

り・吐き気・めまいなどが理由で目覚めの悪さを訴える」場合で「釣藤散」を使用する。

以上、不眠(症)の漢方薬の選択を示したが、不眠(症)の漢方薬の場合も他の漢方薬と同様、1日3回内服指示を通常は出している。仮に薬の副反応として内服後に眠気が出てしまう場合は軽症であることが示唆され、寝る前1回まで減量可能である。

### のどが苦しい・詰まる

のどが苦しい・詰まる、飲み込みにくい……といった症状はいわゆる梅核気・ヒステリー球(神経性食道狭窄症)と呼ばれる症状で「半夏厚朴湯」をお勧めしたい(図5)。耳鼻咽喉科的な器質的な除外診断も必要であるが、比較的特徴的な症状であるためぜひ用いてみてほしい。ただし症状自体が固定化して長引いている(数ヶ月間我慢してしまった)場合は効果発現まで3～4週間の時間を要する。急性期であれば一両日中に改善することも稀ではない。

◆「耳鼻科に行きましたが何もなし」  
と言われました



◆ この症状を、**梅核気(ばいかくき)**あるいは  
**ヒステリー球**といいます

Copyright(c) 2013-2019 Minoru Ohsawa all rights reserved

図5 のどが苦しい・詰まる

## 最後に

更年期障害を多愁訴 ⇒ 症候群として捉え、その症状の組み合わせで明日から漢方薬を処方できるフローチャート(Alternative Pathway)の一部をご紹介した。この手法を身に付けることで“多・不定愁訴”の治療に対するストレスが無くなることを期待すると同時に、地域の更年期患者の問題解決法の一助としてお使いいただけたら幸いである。

## 参考文献

- 1) 産科婦人科用語集・用語解説集改訂第4版.
- 2) 産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編2017.
- 3) 後山尚久:更年期障害. 治療 Vol.86 臨時増刊 2004.
- 4) 女性のための自分で選べる漢方の本. PHP研究所.
- 5) レシピプラス Vol.16 No.2 よく出る漢方薬ABC.

# その他の領域について —皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科—

北里大学東洋医学総合研究所 漢方診療部 星野卓之

## POINT

- ① 異なる疾患に1つの方剤で対処する「異病同治」
- ② 同じ疾患でも病態や病期により異なる処方を用いる「同病異治」
- ③ 急性疾患は「逐機」慢性疾患は「持重」の姿勢でのぞむ
- ④ 「心身一如」の見地から併存する精神疾患も治療する

## 特集

### はじめに

西洋医学を基本としつつ東洋医学も活用できる環境が、日本にはある。「自家薬籠中の物」として医者も患者も伝統医薬を使ってきた歴史があり、優秀な処方を選択されて医療用製剤となっている。漢方は我が国の医療財産であり、もとより専門科別の垣根はない。

まず「異病同治」として医療用製剤の様々な適応を参考に10数種類程度の処方を使うことに慣れ、さらに「同病異治」として同じ疾患に対しても抗病反応の強弱や病態・病期によって異なる処方を出すことを目指したい。そのためには構成生薬を意識すれば、方剤の理解が楽になる。習熟すれば、複数の科を受診している高齢者のポリファーマシーに1剤で対処できることもある。

急性・慢性疾患ともに投薬内容を適宜変化さ

せることがあり、臨機応変の判断を要する。これを「逐機」という。また我が国の患者は同じ漢方薬でじっくり治療することも理解している。処方を定めたら効果が出るまで待つ「持重」という姿勢が大切である。その際に現代医学的治療を安易に変更せず、漢方の併用効果を確認してから減薬の時期を判断するとよい。

漢方のエビデンスやガイドラインについては日本東洋医学会のホームページに詳しいが、筆者は漢方的診断に基づいて昔ながらの煎じ薬を中心に処方する施設に勤務しているため<sup>1)</sup>、その立場から多科にわたる病症に注目して処方選択するコツを述べていきたい。

漢方では「心身一如」として、罹患に伴う抑うつや神経症、睡眠障害などの精神疾患も合わせて治療することとなる。香り(揮発性薬効成分)で「気」を巡らせる「気剤」が頻用され、その代表

である香蘇散<sup>こうそさん</sup>や半夏厚朴湯<sup>はんげこうぼくとう</sup>では、香りのよい紫蘇葉<sup>しそ</sup>が共通して含まれる。この両剤は対称的なことに、香蘇散は漠然とした不調で訴えが弱々しい(声がかぼそく、問診票の文字も小さめで少ない傾向)のの比べ、半夏厚朴湯は症状の表出が明らかで変動しやすく、予期不安が特徴的であり、度を越した神経質や几帳面さを見直す指導を行うことが効果的となる。

本稿は病症ごとにまとめたが、医療用製剤の適用外となる場合の多くは精神科疾患や月経障害などを併発したものとして、合わせて治療することを想定して読み解いてほしい。

## 皮膚科領域

### 1. アトピー性皮膚炎

熱感が強く、運動・入浴後に痒みが著しくなるような例には黄連解毒湯<sup>おうれんげどくとう</sup>から治療を開始する。飲水が多ければ「口渴」を目標とする石膏で潤しつつ、熱をさます。エキス製剤では白虎加人参湯<sup>びゃくこかじんじんとう</sup>や桔梗石膏<sup>ききやうせうこう</sup>などの併用を検討する。冬期などに乾燥で悪化する粗造な皮膚には、黄連解毒湯<sup>しもつとう</sup>と四物湯<sup>しもつとう</sup>を合わせた温清飲<sup>うんせいじん</sup>がよいが、初療では悪化させることもあるため、黄連解毒湯で落ち着いてから用いることが多い。温清飲に加え、皮膚に効く生薬を多数含んでいる処方<sup>けいがいれんぎょう</sup>は体質治療として長期投与される。例えば荊芥連翹湯<sup>けいがいれんぎょう</sup>は浅黒く肌が引き締まり腹筋が張っているような若々しい人に向くとされる。竜胆瀉肝湯<sup>りゅうたんしゃしんとう</sup>は色素沈着が進んだ例や年配の患者向けで、会陰部湿疹<sup>けいいん</sup>など下半身に炎症がある病態により適している。四物湯に傷を治す作用<sup>おうぎ</sup>の黄耆<sup>おうぎ</sup>が加わる処方としては、皮膚乾燥を潤しつつ止痒効果を強めた当帰飲子<sup>とうきいんし</sup>や、浸出液が多い重症例および食欲不振<sup>じゅうぜんたい</sup>など全身状態不良<sup>ほ</sup>を改善する十全大補湯<sup>じゅうぜんたい</sup>がある。軽症では皮膚の湿気をはらう消風散<sup>しょうふうさん</sup>、頭部主体では乳児湿疹<sup>ちづ</sup>にも用いられる治頭瘡<sup>ちづ</sup>一方<sup>ちづ</sup>で対処可能なことがある。

黄連<sup>おうれん</sup>の目安となる顔面の発赤<sup>おうれん</sup>が強くなく、夜間搔爬<sup>おうれん</sup>がある場合、特に小児<sup>よくかんさん</sup>では抑肝散<sup>よくかんさん</sup>がよい。抑えられた怒りやストレスが存在し、チックなどの不随意運動、左半身の諸症状(痛みやしび

れ、腹壁筋の緊張など)を呈していることが多い。やせていて腹部大動脈が上腹部から下腹部まで触れやすい成人では抑肝散<sup>よくかんさん</sup>か陳皮半夏<sup>ちんぴはんげ</sup>とする。丘疹様の皮疹<sup>か</sup>が散在して滲出液<sup>か</sup>も伴うことがあるケースでは十味敗毒湯<sup>じゅうみはいどくとう</sup>も選択しうる。他の「柴胡剤」と呼ばれる柴胡<sup>さいこ</sup>を含む処方群もストレスの軽減が重視される時に候補となるが、とりわけ若年者では柴胡桂枝湯<sup>さいこけいしとう</sup>が用いやすい。

### 2. 酒皰様皮膚炎

前出の黄連を含む処方が候補となるが、月経障害を伴い、イライラが強い例では加味逍遙散<sup>かみしょうようさん</sup>で諸症状が改善しうる。その際、舌先が赤い所見がよくみられる。顔の赤みが強く、うつうつとする傾向があれば女神散<sup>にょしんさん</sup>がよいこともある。

### 3. 尋常性痤瘡

顔主体に赤く化膿するニキビ<sup>せいじょうぼうふう</sup>には清上防風湯<sup>せいじょうぼうふう</sup>、さらに炎症性病巣の排膿作用<sup>せいじょうぼうふう</sup>をねらいにした排膿散<sup>はいのうさんきやうとう</sup>及湯が候補となる。月経前に悪化して皮疹<sup>はいのうさんきやうとう</sup>に赤みが目立つ時は桂枝茯苓丸<sup>けいしふくりやうがん</sup>、くすんだ色では加味逍遙散<sup>かみしょうようさん</sup>、月経中に胃腸障害を伴って悪化する者には当帰芍薬散<sup>とうきしやくやくさん</sup>や加味帰脾湯<sup>かみきひとう</sup>などで治療すると、月経前後で変動する諸症状も改善が期待できる。柴胡を含む処方に特徴的とされる胸脇苦満<sup>けいし</sup>という季肋部<sup>とうきしやくやくさん</sup>を主とする不快感や緊張があれば、上記以外の「柴胡剤」(後出)も選択しうる。

### 4. 尋常性疣贅

意苡仁<sup>よくいじん</sup>(ハトムギ)はどのタイミングにおいても、また他治療との併用でも試みてよい。食品であり入手が容易で安全性も高いため、美肌効果を期待して自ら摂取している患者もいる。漢方的には皮膚や関節など身体の表層や末梢で水分調整をする生薬と考えられ、皮疹では浮腫性変化や浸出液が多い状態を改善し、乾燥に対しても逆に保湿的に働く<sup>よくいじん</sup>とされる。ちなみにパピローマウイルスが関与する悪性腫瘍で効果は明らかでなく、漫然と投与すべきではない。

### 5. 老人性皮膚搔痒症

加齢がベースにあり、皮膚を潤すねらいから四物湯類が適する。さらに黄耆を含む処方としては、皮膚搔痒に良い当帰飲子(併発する光線過敏症に奏効した経験がある)、七物降下湯(イライラにもよい)、十全大補湯(疲労や食欲不振がある場合)、人参養栄湯(十全大補湯に類するが不眠や肺疾患に配慮あり)が候補となる。

## 6. 蕁麻疹

口渴・排尿減少・発汗のほか、天候悪化時の体調不良が起きやすい病態では「水毒」「水滞」という水の分布異常を表す漢方的概念に当たるものと考え、それを是正する「利水剤」として五苓散や茵陳五苓散を用いる。便秘・肥満傾向なら防風通聖散。食物アレルギーや寒冷蕁麻疹があれば香蘇散。食事・運動・睡眠を適切にし、身体・精神的ストレスを軽減することが必要で、柴胡剤や体力を補う「補剤」が維持治療となりうる。例えば過労では補中益気湯(食事が味気なく、目がトロソとして眠そうに見えたり四肢がだるいと訴えたりする)、心労と不眠に加味帰脾湯、小児の食欲不振には黄耆建中湯など。

## 7. 多汗症

便秘があれば大黄を含む処方などで便通をコントロールすることを優先する。口渴があれば白虎加人参湯がよい。締まりのない肥満に変形性膝関節症などを伴う場合には防己黄耆湯が調整的に働く。緊張しやすいために手足が冷える場合、また掌蹠多汗症では四逆散が用いられる。虚弱な小児の寝汗には黄耆建中湯が適する。

## 8. 汗疱(異汗性湿疹)

汗腺開口部局所に水がたまると考え、五苓散や茵陳五苓散、薏苡仁を応用できることがある。湿気をはらう消風散、搔痒感からくるストレスに着目すれば柴胡剤から柴苓湯・十味敗毒湯なども考慮する。

## 9. 火傷

外用剤の紫雲膏は、古くから切り傷・火傷に用いられた。重症の日焼けに良いこともある。他

項の疾患でも適用があれば紫雲膏は試みてよい。

## 10. しもやけ、凍傷、レイノー病など手足の皮膚障害

末梢の血流障害には当帰四逆加呉茱萸生姜湯がよいが、寒冷で悪化する例は附子末を追加・増量する。附子末は0.5g/包になっており、1包ずつ朝夕2回、または朝昼夕の3回で開始する。手掌角化症には手足のほてりが目安の三物黄芩湯や婦人科疾患にも用いる温経湯、湿潤効果のある四物湯類が試みられる。

## 泌尿器科領域

### 1. 頻尿症・前立腺肥大症・男子性機能障害

加齢に伴う排尿障害には、市販薬でも有名な八味丸とさらに附子が増量され下肢のむくみや冷えにより牛車腎気丸が第一選択となる。男性の性機能障害・不妊にも著効することがある。地黄が胃もたれを起こす場合は、六君子湯の併用もしくは附子剤の中で内服しやすい真武湯を選択する。より若年(20~30代)の男性不妊では、胸脇苦満があれば柴胡剤(柴胡加竜骨牡蛎湯など)、なければ桂枝加竜骨牡蛎湯で、併存する精神症状なども治療できる。加齢で起こる頻尿・尿失禁には次項の処方や、不眠や上半身・手足の煩わしい熱感・火照りを典型的な目標とする清心蓮子飲を用いる。

### 2. 膀胱炎

肉眼的血尿がある時は炎症の熱が強いと考え、五淋散や竜胆瀉肝湯を考慮するが、急性期・慢性期(検査所見が特になく症状がある場合も含む)を限らず、清心蓮子飲や猪苓湯が頻用される。猪苓湯では口渴の傾向がある。放射線照射後などで器質的な粘膜障害がある場合は猪苓湯合四物湯が適する。

### 3. 過敏性膀胱

ストレスの関与があつたり細菌性膀胱炎を繰り返したりする際には清心蓮子飲や猪苓湯、胸脇苦満には柴胡剤も候補となる。のどのつかえなど

食道や胃の機能性障害, 不眠・不安がある時には, 粘膜過敏により半夏厚朴湯で改善しうる。

#### 4. 慢性前立腺炎

長時間座れないことが生活・仕事の妨げとなり, 予期不安などから悪化する会陰部の痛み・違和感には, 神経過敏として半夏厚朴湯で対処する。胸脇苦満があれば柴胡剤でもよい。痔疾患・肛門痛が合併する場合は, 局所の血流障害を改善する桂枝茯苓丸(便秘があれば桃核承気湯)も用いられる。会陰部の痛みに加えて, 鼠径部の圧痛もしくは複数の腹部手術歴があれば, 当帰四逆加呉茱萸生姜湯が奏効しうる。

### 耳鼻咽喉科領域

#### 1. めまい症

急性期に用いる沢瀉・白朮の2味からなる沢瀉湯は一般用医薬品で入手可能だが, 医療用製剤では沢瀉湯を含む五苓散や, のぼせや動悸にもよい苓桂朮甘湯を使うことが多い。いずれも「水毒」として湿気や雨天で悪化する傾向がある。慢性・再発性で食欲不振を伴えば, 消化によい麦芽などを含む半夏白朮天麻湯がよい。

ストレスの影響が強い場合に適する柴胡剤の代表, 小柴胡湯には, 五苓散と合わせた柴苓湯, 半夏厚朴湯と合わせた柴朴湯という合剤がある。便秘などで腹部膨満があれば大柴胡湯(去大黄もあり), 腹部の動悸が触れやすく, うつ傾向・悪夢など慢性的な精神症状が根底にあれば柴胡加竜骨牡蛎湯, 疲れが残りやすく冷え症が主体にあるものの首から上にのぼせや発汗が生じることがある者には柴胡桂枝乾姜湯が用意されている。胸脇苦満がなく, 起床後の頭重・頭痛や目の疲れがあれば釣藤散がよい。女性に多い局所の血流障害である「瘀血」を改善する駆瘀血剤(桂枝茯苓丸など)や便秘の治療が奏効することもある。

#### 2. 難聴・耳鳴

急性発症やストレスで再発・悪化する例は, 柴胡剤で煩わしさや不安が軽減する。加齢性で

は八味丸・牛車腎気丸のほか, 不眠・頻尿があれば清心蓮子飲が用いられる。

#### 3. 耳管機能不全

耳管開放症では補中益気湯の報告例があるが, 同じく食欲不振に用いられる加味帰脾湯も, 不眠などを目当てにして用いられる。一時的に改善しても, 体重増加傾向が確認できるまで治療するとよい。耳管狭窄症には, 併存する神経症・不眠症を考慮して半夏厚朴湯などの気剤が使いやすい。炎症の関与があれば辛夷清肺湯が候補となる。うつ傾向やイライラがあれば柴胡剤も考慮する。

#### 4. 滲出性中耳炎

柴苓湯の報告が多いことは, 抗炎症作用の小柴胡湯と利水剤の五苓散という処方構成からもうなずける。どちらか一方でも治療可能であろうが, 柴胡剤は他にもあるので漢方所見から選択するとよい。胃腸が弱く体重減少がある場合, 黄耆建中湯や補中益気湯, 十全大補湯などの補剤から開始する。

#### 5. 慢性鼻炎・副鼻腔炎

膿性鼻汁が多く熱感が強い場合は清肺湯, 鼻閉が主体であれば辛夷清肺湯, 水様鼻汁であれば葛根湯加川芎辛夷などの麻黄を含む処方, さらに胃腸が弱く麻黄が内服できなければ苓甘姜味辛夏仁湯や前項の補剤が候補となる。鼻咽頭炎から頸部の腫脹感や肩こり・胸脇苦満があれば柴胡剤も考慮する。高齢者で鼻粘膜が乾燥し冷気で鼻汁が出る者には八味丸などの附子剤がよいことがある。

#### 6. 嗅覚異常

当帰芍薬散, 人参養栄湯, 加味帰脾湯, 補中益気湯が候補となる。それでも無効な場合の煎じ薬として, 麗沢通気湯で有効例の報告がある。

#### 7. 慢性咽頭炎・扁桃炎, 咽頭痛

咽頭に限定的な場合は桔梗湯(桔梗・甘草の2味)や甘草湯が用いられる。併発する病症により

他の製剤を選択する場合でも、甘草や黄柏<sup>おうぼく</sup>などが粘膜炎症へ直接作用することを期待し、お湯に溶かして適度な温度でゆっくり内服させる。

## 8. 咽喉頭異常感症・機能性食道障害(グロブス・球症状)

半夏厚朴湯が第一選択となるが「持重」の姿勢で長期的に管理する。症状は消長することが多いので、ストレスに対するバロメーターとして考えて対処するようにし、生来の几帳面な性格傾向に付き合っていく養生指導が必要となる。

## 眼科領域

眼精疲労には長時間や夜間のパソコン・スマートフォン使用を控え、日付が変わらないうちに就眠させ、ストレス下にある場合は胸脇苦満の有無により柴胡剤もしくは釣藤散から選択する。ドライアイには、高齢者では潤す地黄を含む八味丸類や四物湯類(七物降下湯など)、若年者では利尿剤の五苓散やその一部を含む当帰芍薬散・苓桂朮甘湯、石膏を含む白虎加人参湯や麦門冬湯が候補となる。緑内障は眼圧の相対的上昇と神経保護のメカニズムから利尿剤、四物湯類、釣藤鈎を含む前出の処方から選択する。眼瞼浮腫や翼状片<sup>えっぴ かじゅうとう</sup>には越婢加朮湯が頻用される。

## 精神科疾患

特に気剤と柴胡剤がうつや不安を目標とすることは、これまで述べてきたとおりである。小

児や若年者ではあくびが多いことを目安に甘麦<sup>かんばく</sup>大棗湯<sup>たいそうとう</sup>を用いて、全般的な精神症状が改善することがある。疲れていても眠れないという者には酸棗仁湯<sup>さんそうにんとう</sup>、食欲不振と不安を伴う不眠には加味帰脾湯が選択される。

## 最後に

漢方は全ての天然物に薬効や健康影響があることを認め、活用してきた伝統医療である。臨床研究のエビデンスに乏しいものの、その守備範囲は広く、日常の予防的な食事療法も含んでいる。地域の食材をどのように応用するかについては、患者から教わってほしい。同様に各地の民間治療にも伝承されてきた理由があるはずである。身近なところに解決策を求める医療本来の姿が残っていることを尊重し、その有用性を取材し活かしてほしい。

漢方治療はもともと個体差を勘案して患者とともに決定されていくものである。慢性疾患であるほど、お決まりの処方では直ちに解決しないことが多い。医療者側は常に診察内容と病状を吟味しつつ「逐機」よりは「持重」の姿勢で、その「やまい」の専門家である患者に寄り添っていく必要がある。

## 参考文献

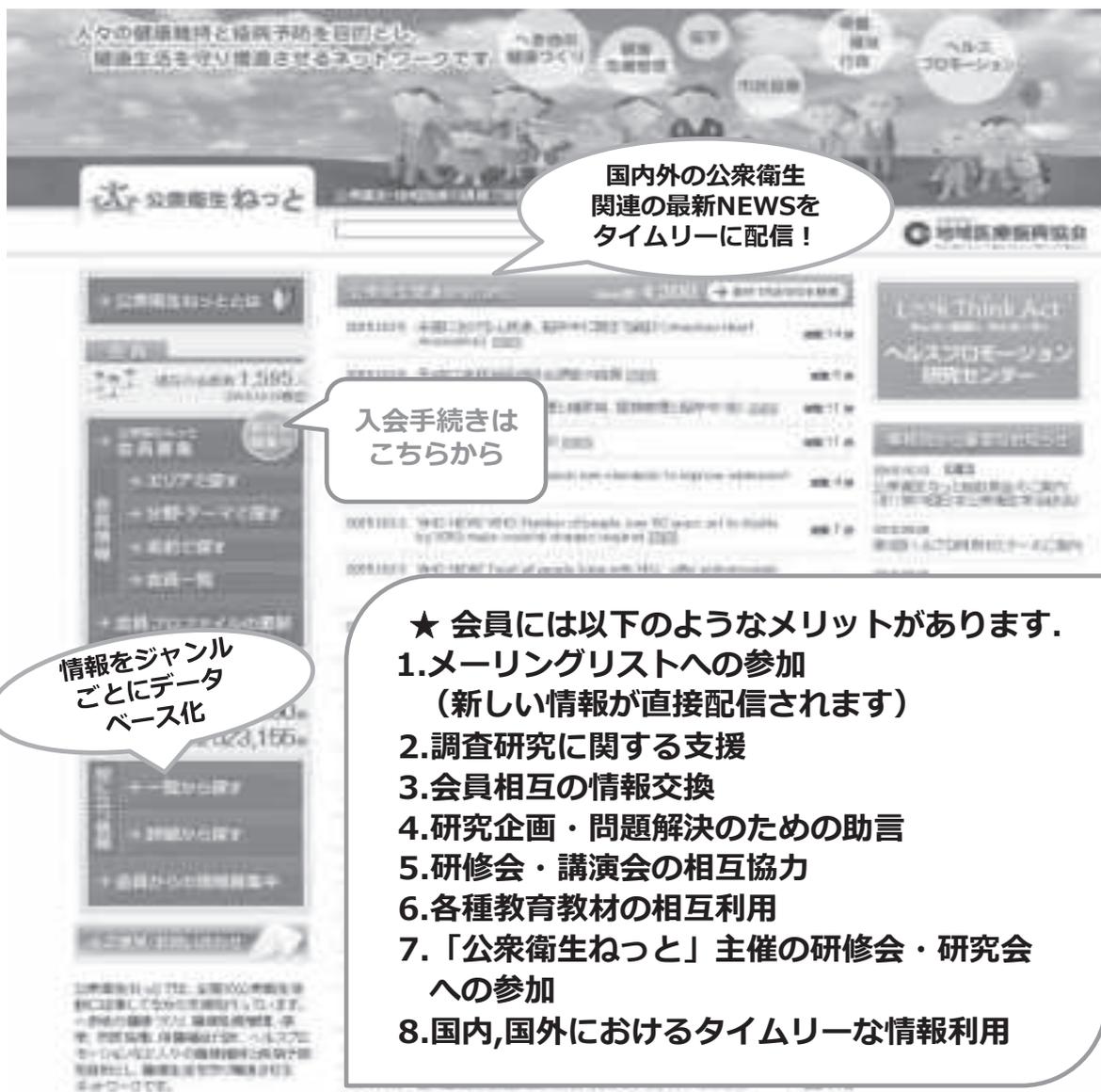
- 1) 北里大学東洋医学総合研究所漢方鍼灸治療センター. "漢方ミニ解説" <https://www.kitasato-u.ac.jp/toui-ken/center/commentary.html> (accessed 2019 Aug 22)

# 「公衆衛生ねっと」へのお誘い

<https://www.koshu-eisei.net/>

登録は無料!

公益社団法人 地域医療振興協会は、公益事業の一環として、公衆衛生、地域医療従事者の交流を促進し、公衆衛生と地域医療の連携を深めるためのウェブ「公衆衛生ねっと」を運用しています。公衆衛生、地域医療の現場で活躍される皆様のご入会を歓迎します。



国内外の公衆衛生  
関連の最新NEWSを  
タイムリーに配信!

入会手続きは  
こちらから

情報をジャンル  
ごとにデータ  
ベース化

★ 会員には以下のようなメリットがあります。

1. メーリングリストへの参加  
(新しい情報が直接配信されます)
2. 調査研究に関する支援
3. 会員相互の情報交換
4. 研究企画・問題解決のための助言
5. 研修会・講演会の相互協力
6. 各種教育教材の相互利用
7. 「公衆衛生ねっと」主催の研修会・研究会への参加
8. 国内、国外におけるタイムリーな情報利用

連絡先: 公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

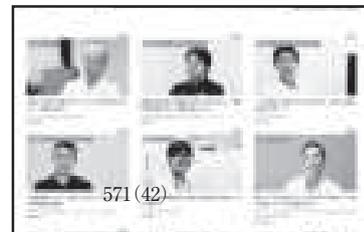
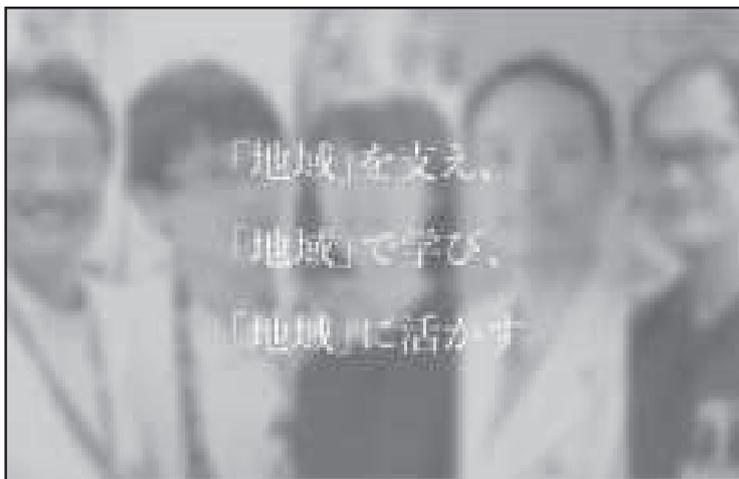
TEL 03-5212-9152 / FAX 03-5211-0515 E-mail: health-promotion@jadecom.or.jp

## JADECOM ACADEMY サイト開設のお知らせ

令和元年8月に医師向けサイト「JADECOM ACADEMY」を地域医療振興協会ホームページ内に開設しました。

「地域を支え、地域で学び、地域に活かす」の言葉のもと、診療、研究、教育が一体となって活動するJADECOM ACADEMY。当協会が誇る各指導医のインタビューを始め、全国各地で活躍する先生方のキャリアストーリーも紹介しております。今後も掲載コンテンツの充実を図り、医師向けのサイトとして情報を発信してまいります。

是非ご覧ください。



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM ACADEMY



### お問い合わせ

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F  
公益社団法人 地域医療振興協会 研究所事務部  
TEL : 03-5212-9152 担当 : 須藤

# 新潟県湯沢町におけるレム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder : RBD)の有病率および患者特性調査(RBD Yuzawa study)

竹内 暢<sup>1), 2)</sup> 笹井(咲間)妙子<sup>3), 5)</sup> 井上陽介<sup>4)</sup> 浅井泰博<sup>4)</sup> 井上雄一<sup>1), 3)</sup>

**背景・目的:**レム睡眠行動障害(RBD)は、パーキンソン病やレビー小体型認知などの前駆症状と考えられている。その診断は終夜睡眠ポリグラフ検査(n-PSG)が原則必要であるが、手技が煩雑で、本邦ではn-PSGを用いた包括的調査は行われてこなかった。そのため今回日本人RBDの有病率や、スクリーニング尺度の評価、n-PSG所見を含めた患者特性を明らかにする。

**対象・方法:**対象は新潟県湯沢町在住65歳以上の日本人。睡眠中の異常行動に関する質問紙に回答した227人に電話での問診後、対面での詳細な問診、診察を行った。最終的に29人にn-PSGを行い、睡眠障害国際分類(ICSD-3)に基づいて診断した。さらに付帯事項基準(オトガイ筋と浅指屈筋のコンビネーション:27%以上)を用いて層別化し、患者特性について群間比較した。

**結果:**18人をRBDと診断し、有病率は1.23%であった。患者特性については、付帯事項の基準27%以上の群(8人)では、臨床症状、神経変性指標とも重症で、また基準27%未満の群(10人)では女性が相対的に多く、スクリーニング尺度では偽陰性が多かった。

**結語:**本邦で初めてICSD-3を用いた調査を行いRBDの有病率、患者特性について明らかにした。

**KEY WORD** レム睡眠行動障害, 有病率, 患者特性, ICSD-3

## I. はじめに

レム睡眠行動障害(REM sleep behavior disorder:RBD)<sup>1)</sup>は、不快な夢をみて、大声をあげ、手足や体を大きく動かすといった睡眠中の異常行動をする疾患で、睡眠障害国際分類(International Classification of Sleep Disorders-3:ICSD-3<sup>2)</sup>)では、睡眠時随伴症に分類されている。近年RBDはパーキンソン病(Parkinson disease:PD)やレビー小体型認知症(Dementia with Lewy Bodies:DLB)に代表される  $\alpha$ -synucleinopathyの前駆症状と考えられ、重要

なバイオマーカー<sup>3)-5)</sup>の一つとして着目されるようになったが、本邦では疾患概念が十分に浸透しておらず、一般地域において主な医療を担っているプライマリケア施設においても、見逃されている症例が多いと考えられる。

RBDの臨床診断には臨床症状に加え、手技が煩雑で、費用が高価である終夜睡眠ポリグラフ検査(nocturnal-Polysomnography:n-PSG)を用いて、筋緊張消失を伴わないレム睡眠(REM without atonia:RWA)の確認が原則的に必要である。またICSD-3以前の診断基準ではRWAの

1) 神経研究所附属睡眠学センター, 2) 台東区立台東病院, 3) 東京医科大学睡眠学講座, 4) 湯沢町保健医療センター, 5) 帝京大学医療技術学部臨床検査学科  
(筆頭著者連絡先: 〒151-0053 渋谷区代々木5-10-10 神経研究所附属睡眠学センター, 久留米大学大学院2001年卒業)

原稿受付 2019年3月14日 / 掲載承認 2019年8月10日

カットオフ値が定まっていないという未解決の診断上の問題点も疾患概念が浸透しきれない一因として考えられ、このような背景から、本邦では一般地域におけるRBDの包括的調査を実施することが困難であった。

しかし2014年にICSD-3<sup>2)</sup>として診断基準が改訂され、付帯事項ながらRWAカットオフ値が示された。そのため対象を睡眠センターなどの受診者に限局せず、一般地域での検討を行うことが、RBD有病率や患者特性のより正確な把握に寄与すると考えられることから、今回本邦で初めて一般地域においてn-PSGを用いた大規

模な包括的調査を行い、日本人RBD有病率、さらにRWAカットオフを用いてRBD症例を層別化した後群間比較を行い、スクリーニング尺度の評価、n-PSG所見を含めた患者特性を明らかにする。

## II. 方法

### 1. 対象者、方法

新潟県湯沢町の住民基本台帳(2017年5月1日時点)に登録されている65歳以上の日本人2,858人を対象とした。一文からなる簡易なス

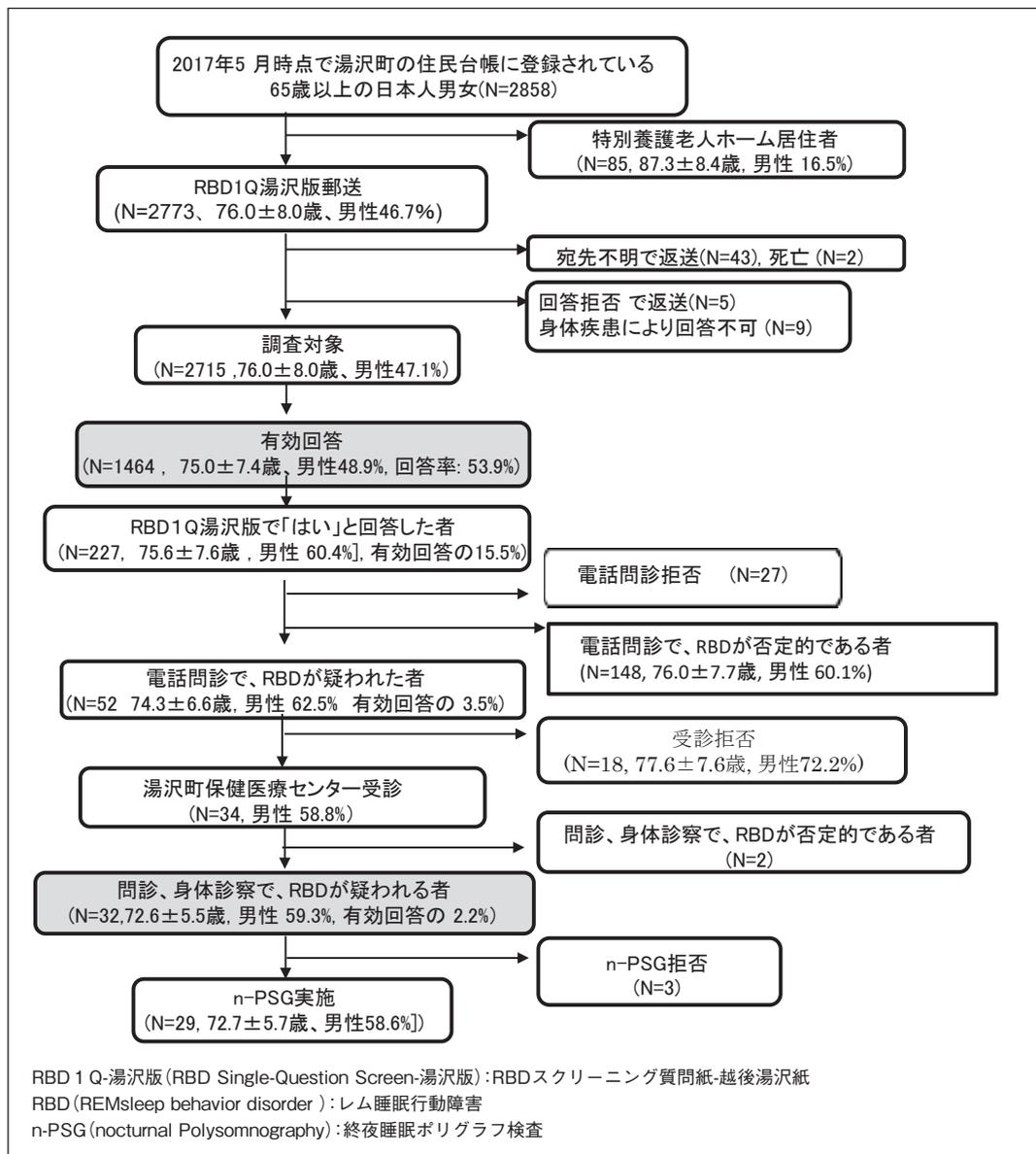


図1 研究フロー

クリーニング尺度であるRBD Single-Question Screen<sup>6)</sup>を参考に、平易な日本語訳として作成したRBD1Q湯沢版(RBD1Q-Y)を2,773人に郵送し、1,465人から有効回答(回答率53.9%)を得た。次にRBD1Q-Yに『はい』と回答した227人について、RBDスクリーニング質問紙日本語版(RBDSQ-J)<sup>7)</sup>を用いて再度の聞き取りを電話にて実施した。その結果52人がスクリーニング陽性となり、34人から対面診察の同意が得られたため、湯沢町保健医療センターにおいて、睡眠専門医が再度問診、身体診察を行った。32人にRBDを疑い、最終的に同意が得られた29人に、同施設においてn-PSGを用いた確定診断を行った(図1)。

なお、本研究プロトコルは、事前に神経研究所倫理委員会に諮り、承認を得ており、研究資金は公益社団法人地域医療振興協会(第30回地域保健医療に関する研究助成賞)および東京医科大学睡眠学講座から得た。

## 2. 測定方法, 測定量

### (1) RBD Single-Question Screen (RBD1Q)<sup>6)</sup>, RBDスクリーニング質問紙-湯沢紙(RBD1Q-Y)

RBDスクリーニング質問紙(RBD Screening Questionnaire:RBDSQ<sup>11)</sup>)は質問項目数が多く、住民研究などの大規模調査には使い難いため、RBD1Qは主に大規模研究用のスクリーニングツールとして開発された。RBD1Qは12施設での検討<sup>6)</sup>では感度93.8%、特異度87.2%と報告され、日本語版もあるが、湯沢町保健医療センターの高齢受診者に、研究開始前に試験的な聞き取りを行ったところ、十分な理解が得られなかった。そのため、新たに『50歳を過ぎてから、寝ている時に夢をみて、大きな声を出したり、手足を動かしていたと言われたことがありますか?』を、RBD1Q湯沢版(RBD1Q-Y)として作成し、一次スクリーニングとして用いた。

### (2) RBDスクリーニング質問紙-日本語<sup>7)</sup> (RBD Screening Questionnaire-Japanese version: RBDSQ-J)

Stiasny-Kolster<sup>8)</sup>が原文を作成し、Miyamoto

らが日本語版の妥当性を検証したスクリーニング質問紙。14の質問で構成される評価尺度で、5点以上はRBDの疑いがある(感度96%、特異度56%)。被験者本人が自覚症状として回答できるものは5項目程度のため、被験者の睡眠状況が確認できるベッドパートナーがいない場合には十分な回答が得られないが、5分程度で簡単に回答できるため、今回電話での問診時に、二次スクリーニングとして用いた。

### (3) RBD重症度尺度日本語版(RBD Questionnaire-Japanese version:RBDQ-JP)

Li<sup>9)</sup>が原文を作成し、Sasai<sup>10)</sup>が日本語版の信頼性、妥当性を検証している重症度尺度。RBDSQ-J同様にベッドパートナーがいない場合は十分な回答が得られないが、今回重症度を定量化するために用いた。また、Sasai<sup>10)</sup>はRBDQ-JPを診断スクリーニングツールとして用いた時の妥当性の検討も行っており、20点以上(0~100点)で感度97.2%、特異度97.5%と、その有用性についての報告もしている。そのため、今回スクリーニング尺度としての評価も行った。

### (4) 終夜睡眠ポリグラフ検査(nocturnal-Polysomnography:n-PSG)

アリス5(レスピロニクス社、ペンシルベニア州、アメリカ合衆国)を用いて、日本睡眠学会専門医、認定検査技師の指導の下、湯沢町保健医療センター常勤検査技師が、標準的な検査手法(脳波4チャンネル(C3/A2, C4/A1, O1/A2, O2/A1)、眼電図、オトガイ筋電図、心電図、鼻/口呼吸気流(温度、圧センサー)、末梢酸素飽和度、いびき音、胸/腹部の呼吸運動、下肢前脛骨筋電図)にて、機器の装着を行い、実施した。検査中は検査技師による直接監視は行わず、看護師の巡回やベッド柵を付けることで患者の安全を担保した。スコアリングはアメリカ睡眠学会(American Academy of Sleep Medicine:AASM)基準<sup>2)</sup>に準拠した。RBDの診断基準であるレム睡眠中の筋緊張低下の消失(REM sleep without atonia:RWA)の評価は、AASM2.3スコアリングルールに基

づき，オトガイ筋電図で持続的筋活動(tonic electromyographic activity: tonic EMG activity: 30秒エポックの内，50%以上NREMの最低振幅以上の筋活動が持続的に続くエポック)を，オトガイ筋，前脛骨筋電図で相動的筋活動(phasic EMG activity: 30秒エポックを3秒の10のミニエポックに分け，背景の4倍以上の振幅があり，0.1~5.0秒持続する一過性に上がる活動を含むミニエポックをカウントし，5つ以上あるエポック)を用いた。またICSD-3付帯条項のRWA基準，オトガイ筋での相動的，持続的筋活動のいずれか(phasic, tonic EMG activityのいずれか)+両上肢浅指屈筋での相動的筋活動(phasic EMG activity)を認めるエポックが，レム睡眠全体のエポックに占める割合(カットオフ値: 27%以上)を用いて，27%以上をPSG-confirmed RBD (c-RBD)，27%未満をprovisionally diagnosed RBD (p-RBD)に分類した。

### 3. 統計

統計解析にはIBM SPSS Statistics (version 25)を用いた。記述データは，平均値±標準偏差，または頻度(%)で表した。c-RBD群，p-RBD群の連続データの比較には，t検定，またはMann-Whitney U検定を用いた。頻度(%)の比較には，Fisherの直接法を用いた。

有意水準はp値0.05とした。

## III. 結果

ICSD-3<sup>2)</sup>に準拠し，18人をRBDと診断したた

め，有病率は1.23% (男性1.68%，女性0.80%)となった(表1)。また付帯事項のRWA基準に基づくと，c-RBD群のみがRBDと診断され，有病率は0.54% (男性0.80%，女性0.27%)となった。

さらに付帯事項にあるRWAの基準に基づき，18人のRBD例をc-RBD群，p-RBD群に層別化し，患者特性を比較検討(表2)すると，c-RBD群はp-RBD群よりも，やや男性の割合が多かったが，統計学的に明らかな差はなく，また受診時年齢にも有意差はなかった。またスクリーニング尺度の評価は，RBDSQ-Jではc-RBD群1/8 (12.5%)，p-RBD群3/10 (30%)，RBDQ-JPでは，c-RBD群0/8 (0%)，p-RBD群6/10 (60%)がカットオフ値未満で，p-RBD群ではc-RBD群との比較において，偽陰性率が高かった。さらにc-RBD群では，p-RBD群と比較すると重症度尺度であるRBDQ-JP，臨床症状を反映するn-PSGのphasic EMG activityがより高値であり，また神経変性を反映するn-PSGのtonic EMG activityもより高い値を示した。

## IV. 考察

今回本邦で初めて一般地域においてICSD-3<sup>2)</sup>に基づいたRBDの包括的な調査を行い，日本人RBDの有病率，付帯事項にあるRWAカットオフを用いた層別化を行い，RBDの患者特性を明らかにした。

近年，一般地域住民を対象にn-PSGを用いたRBD有病率の調査の報告が散見され，最も早期の報告としては，Kangら<sup>11)</sup>が60歳以上の一

表1 RBDの有病率

	男性 (n=716)		女性 (n=748)		総数 (n=1464)	
	n	有病率 [95%信頼区間]	n	有病率 [95%信頼区間]	n	有病率 [95%信頼区間]
PSG-confirmed RBD	6	0.80 [0.17-1.51]	2	0.27 [0.10-0.64]	8	0.54 [0.17-0.92]
provisionally diagnosed RBD	6	0.84 [0.17-1.51]	4	0.53 [0.01-1.06]	10	0.69 [0.26-1.11]
計	12	1.68 [0.74-2.62]	6	0.80 [0.16-1.44]	18	1.23 [0.66-1.79]

PSG confirmed PSG (c-RBD): オトガイ筋 any (phasic, tonic)+両浅指屈筋 phasic EMG activityを認めるエポック/レム睡眠の全エポック ≥ 27%

p-RBD (Provisionally diagnosed RBD): オトガイ筋 any (phasic, tonic)+両浅指屈筋 phasic EMG activityを認めるエポック/レム睡眠の全エポック < 27%

表2 c-RBD, p-RBDの患者特性

	c-RBD (n= 8)	p-RBD (n=10)	p値
男性 (%)	75	60	0.64
診断時年齢 (歳)	76.3±3.4	75.6±5.6	0.49
RBDSQ-J (5点以上 : %)	87.5	70	0.59
RBDQ-JP (20点以上 : %)	100	40	0.01
RBDQ-JP (点)	36.0±8.2	24.8±11.6	0.04
RWA (%)			
オトガイ筋 phasic又はtonic +両浅指屈筋 phasic EMG activity	52.0±20.4	9.9±7.1	0.001
オトガイ筋 tonic EMG activity	12.0±5.6	0±0	0.001
オトガイ、前脛骨筋phasic EMG activity	52.0±20.4	13.9±8.6	0.001
			平均±標準偏差

c-RBD (PSG-confirmed RBD): オトガイ筋 any(phasic, tonic)+両浅指屈筋 phasic EMG activityを認めるエピソード/レム睡眠の全エピソード ≥ 27%

p-RBD (Provisionally diagnosed RBD): オトガイ筋 any(phasic, tonic)+両浅指屈筋 phasic EMG activityを認めるエピソード/レム睡眠の全エピソード < 27%

RBDSQ-J:RBDスクリーニング質問紙-日本語版

RBDQ-JP:RBD重症度尺度-日本語版

RWA: REM sleep without atonia, 緊張消失を伴わないレム睡眠

般住人を対象にしたサンプル調査がある。その調査では、n-PSGのRWA陽性例に電話にて臨床症状を確認し、有病率を2.01% (男性3.75%, 女性0.94%)と報告しているが、診断基準はICSD-2に基づいている。Rubioら<sup>12)</sup>は40~80歳の一般住人において、n-PSGを実施していた住民研究のデータから、ミュンヘンパラソムニアスクリーニング質問紙<sup>13)</sup>を追加実施し、その陽性例についてRWA(オトガイ筋tonic or phasic EMG)の再解析を行い、有病率1.06% (男性1.19%, 女性0.93%)と報告している。最も新しい検討は、Pujolら<sup>14)</sup>がプライマリケア施設で実施したもので、この検討では60歳以上の同施設での定期受診者において、質問紙(RBDIQ<sup>6)</sup>)陽性例に、n-PSGを実施し、RWA(オトガイ筋 tonic or phasic EMG activity + 両浅指屈筋 phasic EMG activity)のコンビネーション)の基

準(ICSD-3)を基に、有病率0.74% (男性1.28%, 女性0.33%)と報告している。それぞれの先行研究はデザイン、対象者属性やRWA基準が異なり、直接的な比較は難しいが、今回我々の検討は、Pujolら<sup>14)</sup>と方法論が最も近いものであった。しかし今回の検討は、今まで過去に実施されてこなかった住民の全数調査を行うことで、一般地域、特に高齢化率の高い地域においてより正確な有病率を算出できたと考えている。今回の我々の検討では、有病率は1.23% (男性1.68%, 女性0.80%)で、その他の先行研究と同様に、高齢者や一般人口での有病率は0.38~0.5%程度と示されていたICSD-3<sup>2)</sup>の報告よりも有病率は高くなり、RBDは以前考えられていた以上に有病率の高い疾患であると考えられた。また今回、付帯事項にあるRWAカットオフ値を基にした有病率は0.54%となり、ICSD-

3の報告例と同程度となったが、当睡眠センターでの実臨床において、臨床症状は典型的なRBDであっても、RWA(オトガイ筋 + 両浅指屈筋のコンビネーション)27%以上という症例はむしろ多くはない。そのため日本人におけるカットオフについては、今後検討する必要性が高く、現時点においては付帯事項の基準に基づいた有病率は参考程度に留めておくべきであると考えられた。

次にRBDの患者特性について検討を行った。18人のRBD例は、男:女=2:1と男性優位であった。睡眠センターを中心とした先行研究<sup>15)</sup>においても男性例が優位と報告されているが、男:女は概ね8:2と報告されており、先行研究と比較すると、今回の検討における男女差はかなり小さい結果となった。RBDの臨床症状は、暴力的な異常行動には性差はないとする報告<sup>15)</sup>もあるが、男性例でより暴力的な臨床症状を呈し<sup>16)</sup>、疾患として家人などから認識されやすいことが、男性有病率がより高くなる一因と考えられている。今回の検討ではp-RBD群では、臨床症状の重症度を示すRBDQ-JPやn-PSGのphasic EMG activityが低値で、臨床症状が比較的軽症である群と考えられ、その群に女性RBD例が多く含まれたため、女性の有病率が高くなったと考えられた。今回先行研究<sup>16)</sup>と同様に女性例は軽症例が多い可能性が示唆され、一般地域においては女性RBDがより多く潜在化している可能性が高いと思われた。

またRBDのスクリーニングに関する評価では、c-RBD群では、RBDSQ-Jで1/8(12.5%)、RBDQ-JPで0/8(0%)、それに対しp-RBD群ではRBDSQ-Jで3/10(30%)、RBDQ-JPで6/10(60%)とより高い偽陰性を示し、スクリーニングをRBDSQ-Jのみで行った場合には、有病率は概算で1.02%、RBDQ-JPのみでの概算有病率は0.82%になった。メタ解析でRBDSQの集団研究における有用性を示している報告<sup>17)</sup>があるものの、今回の検討からはスクリーニングを単一尺度のみで行うことは避けるべきであると考えられ、特に今回のように臨床症状の軽症例が

組み入れられる可能性が高い大規模研究では、質問紙を含めた手法を複数組み合わせるなど、スクリーニングの方法論については再考する必要があるであろう。

最後に  $\alpha$ -synucleinopathy合併の予測因子の検討を行った。先行研究ではtonic EMG activity 60%以上の症例は、将来  $\alpha$ -synucleinopathy合併のリスクが高いとの報告<sup>18)</sup>がある。今回c-RBD群では、p-RBD群よりtonic EMG activityが高く、合併リスクがより高い可能性が推察されたが、c-RBD群の症例でもtonic EMG activityの最高値は60%未満であったため、今回の横断検討のみで結論を導き出すのは不十分であると思われた。

またp-RBD群はc-RBD群との比較では、罹病期間は不明確である症例が多かったが、診断時の年齢は同程度で、臨床症状は軽症例が多く含まれたことから、p-RBD群の一部はc-RBD群とは疾患特性が異なる一群が含まれる可能性もある。RBDの長期予後について  $\alpha$ -synucleinopathyの発展率が低い群の存在を言及している報告<sup>19)</sup>もあり、p-RBD群はc-RBD群の初期状態であるのか、それとも  $\alpha$ -synucleinopathy発展率の低い独立した疾患群であるについては、今後tonic EMG activityだけでなく、他の  $\alpha$ -synucleinopathy関連マーカーの検討も必要であろう。

以上のことからRBDの有病率、臨床症状、 $\alpha$ -synucleinopathyの合併率などの患者特性をはじめとしたRBD全体像の把握は、睡眠センターだけでなく、地域医療を実践している多くのプライマリケア施設が参加した横断的、縦断的な検討が必要であると考えられた。

## 謝辞

本研究実施にあたり、湯沢町保健医療センター医事課、検査課、看護課の方々に甚大なるご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

## 参考文献

- 1) Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, et al: Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep* 1986; 9(2): 293-308.
- 2) American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed: Diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- 3) Schenck CH, Boeve BF, Mahowald MW: Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a 16-year update on a previously reported series. *Sleep Med* 2013; 14(8): 744-748.
- 4) Iranzo A, Tolosa E, Gelpi E, et al: Neurodegenerative disease status and post-mortem pathology in idiopathic rapid-eye-movement sleep behaviour disorder: an observational cohort study. *Lancet Neurol* 2013; 12(5): 443-453.
- 5) Postuma RB, Gagnon JF, Vendette M, et al: Quantifying the risk of neurodegenerative disease in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Neurology* 2009; 72(15): 1296-1300.
- 6) Postuma RB, Arnulf I, Hogl B, et al: A single-question screen for rapid eye movement sleep behavior disorder: a multicenter validation study. *Mov Disord* 2012; 27(7): 913-916.
- 7) Miyamoto T, Miyamoto M, Iwanami M, et al: The REM sleep behavior disorder screening questionnaire: validation study of a Japanese version. *Sleep Med* 2009; 10(10): 1151-1154.
- 8) Stiasny-Kolster K, Mayer G, Schäfer S, et al: The REM sleep behavior disorder screening questionnaire--a new diagnostic instrument. *Mov Disord* 2007; 22(16): 2386-2393.
- 9) Li SX, Wing YK, Lam SP, et al: Validation of a new REM sleep behavior disorder questionnaire (RBDQ-HK). *Sleep Med* 2010; 11(1): 43-48.
- 10) Sasai T, Matsuura M, Wing YK, et al: Validation of the Japanese version of the REM sleep behavior disorder questionnaire (RBDQ-JP). *Sleep Med* 2012; 13(7): 913-918.
- 11) Kang SH, Yoon IY, Lee SD, et al: REM sleep behavior disorder in the Korean elderly population: prevalence and clinical characteristics. *Sleep* 2013; 36(8): 1147-1152.
- 12) Haba-Rubio J, Frauscher B, Marques-Vidal P, et al: Prevalence and Determinants of REM Sleep Behavior Disorder in the General Population. *Sleep* 2018; 41(2): zsx197.
- 13) Fulda S, Hornyak M, Muller K, et al: Development and validation of the Munich Parasomnia Screening (MUPS). *Somnologie* 2008; 12: 56-65.
- 14) Pujol M, Pujol J, Alonso T, et al: Idiopathic REM sleep behavior disorder in the elderly Spanish community: a primary care center study with a two-stage design using video-polysomnography. *Sleep Med* 2017; 40: 116-121.
- 15) Wing YK, Lam SP, Li SX, et al: REM sleep behavior disorder in Hong Kong Chinese: clinical outcome and gender comparison. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79(12): 1415-1416.
- 16) Zhou J, Zhang J, Li Y, et al: Gender differences in REM sleep behavior disorder: a clinical and polysomnographic study in China. *Sleep Med* 2015; 16(3): 414-418.
- 17) Li K, Li SH, Su W, et al: Diagnostic accuracy of REM sleep behavior disorder screening questionnaire: a meta-analysis. *Neurol Sci* 2017; 38(6): 1039-1046.
- 18) Postuma RB, Gagnon JF, Rompré S, Montplaisir JY: Severity of REM atonia loss in idiopathic REM sleep behavior disorder predicts Parkinson disease. *Neurology* 2010; 74(3): 239-244.
- 19) Yao C, Fereshtehnejad SM, Dawson BK, et al: Longstanding disease-free survival in idiopathic REM sleep behavior disorder: Is neurodegeneration inevitable? *Parkinsonism Relat Disord* 2018; 54: 99-102.

# Creutzfeldt-Jakob病のミオクローヌスに レベチラセタム単剤治療が有効であった1例

岩崎智裕<sup>1)</sup> 軸丸美香<sup>2)</sup> 渡邊英之<sup>1)</sup>  
日野瑛太<sup>1)</sup> 是松聖悟<sup>3)</sup> 小野隆司<sup>1)</sup>

**要旨** Creutzfeldt-Jakob病は、異常プリオン蛋白が蓄積して発症する、致死性の神経変性疾患である。その経過中にミオクローヌスをしばしば認める。83歳女性が意識障害のため受診し、四肢のミオクローヌスを認めた。急速進行性認知障害、ミオクローヌス、頭部MRI拡散強調画像で両側尾状核、被殻に高信号、脳波で周期性同期性放電を認め、Real-time quaking-induced conversion法による髄液中異常プリオン蛋白陽性でありCreutzfeldt-Jakob病と診断した。持続するミオクローヌスに対してレベチラセタム内服を開始し、初期投与量でミオクローヌスは減少・消退した。レベチラセタム単剤療法はCreutzfeldt-Jakob病患者のミオクローヌスに有効な可能性がある。

**KEY WORD** プリオン病, プリオン蛋白

## I. 緒言

プリオン病は異常プリオン蛋白が蓄積して発症する、進行性で致死的な神経変性疾患の一群で、年間100万人に約1人が発症する。その代表的疾患であるCreutzfeldt-Jakob病(Creutzfeldt-Jakob disease:CJD)は急速に認知機能障害が進行し数ヵ月以内に無動性無言に至ることが多い<sup>1), 2)</sup>。その経過中にしばしば認めるミオクローヌスに対して、皮質性あるいは皮質下性ミオクローヌスの治療としてバルプロ酸やクロナゼパムが使用されている<sup>2)</sup>。今回、CJD患者のミオクローヌスに対してレベチラセタム単剤治療が有効であった症例を経験した。

## II. 症例

患者は83歳の女性で、頭部の手術歴や海外渡航歴、プリオン病の家族歴はない。3年前から認知症に対してドネペジルを投与されており、2ヵ月前まで独居が可能であった。認知症の進行に伴い特別養護老人ホームに入所した後、急に浮遊性・動揺性めまいを訴えたため、当院を受診した。頭部MRIでは明らかな異常所見は認めなかった。

その1ヵ月後より昼夜逆転、不穏、幻視、独語を認めるようになり急速に認知機能障害が進行した。チアプリド、バルプロ酸、エスゾピクロンの内服を開始するも、傾眠傾向となったため、薬剤は中止された。その後も意識障害が持続するため当院へ入院となった。

1) 杵築市立山香病院 総合診療科, 2) 大分大学医学部 神経内科学講座, 3) 中津市立中津市民病院 小児科  
(筆頭著者連絡先: 〒873-0298 大分県国東市安岐町下原1456 国東市民病院小児科, 自治医科大学2015年卒業)

原稿受付 2019年3月14日 / 掲載承認 2019年7月22日

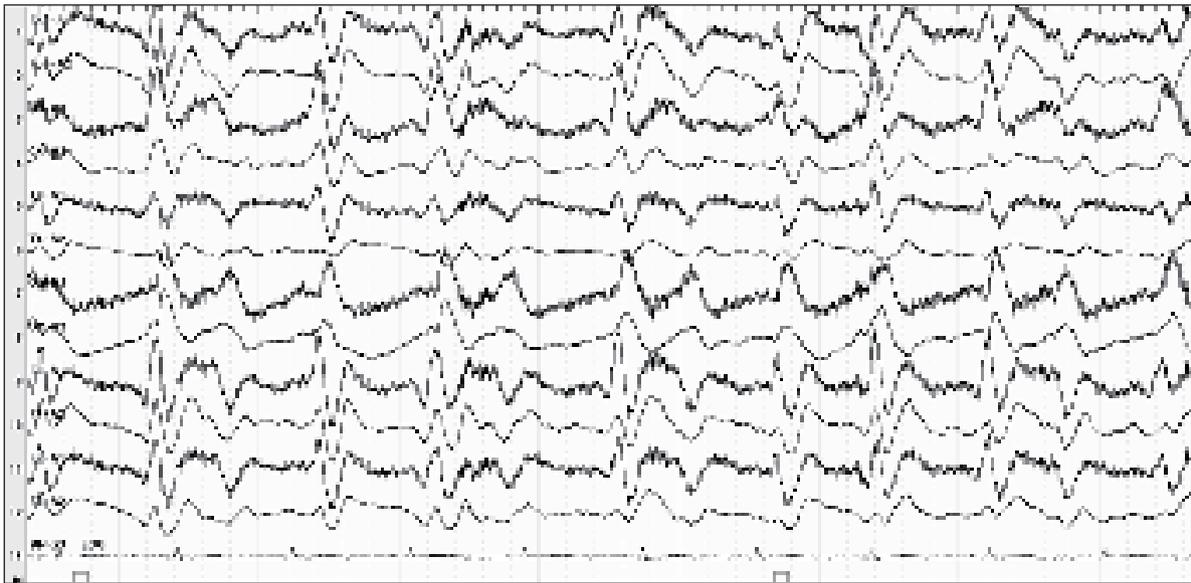


図1 脳波 周期性同期性放電(periodic synchronous discharge:PSD)を認める.

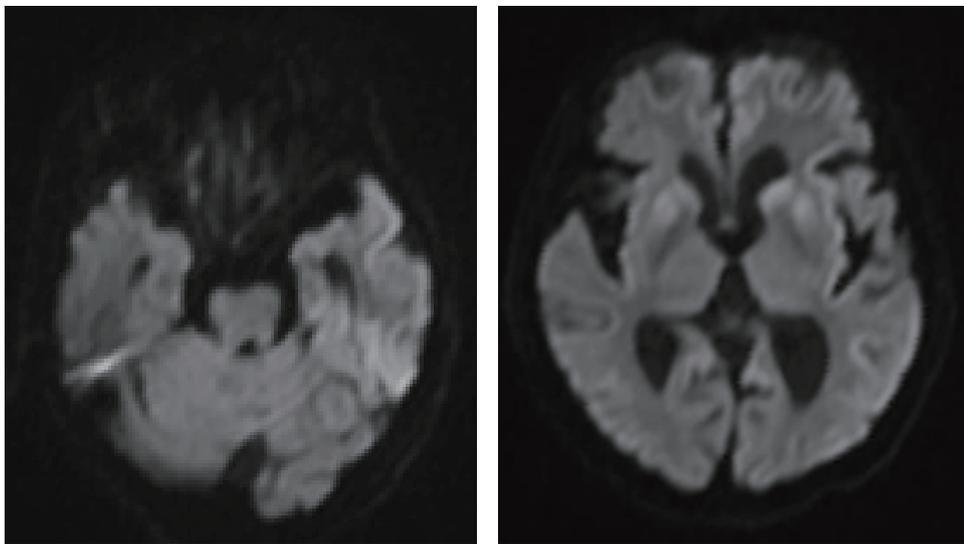


図2 頭部MRI拡散強調画像 両側尾状核, 被殻, 皮質に高信号を認める.

入院時, 意識レベルはGlasgow Coma Scale 7点(E2V1M4)で, 血圧 159/52mmHg, 体温 36.7℃, 脈拍 80回/分, 呼吸数 16回/分, SpO<sub>2</sub> 96%(室内気)であった. 寝たきり状態で, 自発的な運動や意味のある発語, 受け答えや従命はみられなかった. 四肢にミオクロームスを認め, 刺激により誘発・増強した. 驚愕反応を認めた.

血液生化学検査に明らかな異常を認めなかった. 髄液検査で細胞数は1/mLと正常であったが, 蛋白は52mg/dLと上昇していた. 脳波(図1)

では周期性同期性放電(periodic synchronous discharge:PSD)を認めた. 頭部MRI(図2)で拡散強調画像とFLAIR画像で両側尾状核, 被殻に高信号を認め, 拡散強調画像で左前頭葉~側頭葉皮質に沿った高信号を認めた.

急速に進行する認知機能障害, ミオクロームス, 脳波でのPSDと頭部MRI所見からCJDが疑われた. 追加で実施した髄液14-3-3蛋白が陽性, 総タウ蛋白が上昇(>2,200pg/mL)しており, かつReal-time quaking-induced conversion(RT-

QUIC)法で髄液中異常プリオン蛋白を検出したことからCJDと診断した。なおプリオン蛋白遺伝子診断は施行していない。

入院後から経鼻経管栄養を開始した。入院約1ヵ月後に、持続するミオクローヌスに対してレベチラセタム内服を開始した。1,000mg/日で開始したところ、翌日よりミオクローヌスは著明に減少した。刺激時には軽いミオクローヌスを認めることもあったが、安静時にはミオクローヌスは認めなくなった。ただし、内服開始1週間後、1ヵ月後の脳波検査でもPSDは持続していた。初期投与量で内服を継続し、内服開始2ヵ月後には刺激時のミオクローヌスも消失した。入院から1年6ヵ月後に誤嚥性肺炎のため死亡した。

### Ⅲ. 考 察

CJD患者の約90%は、疾患の経過中のさまざまな時期にミオクローヌスを呈する<sup>1)</sup>。本症例でCJD患者のミオクローヌスにレベチラセタムが有効である可能性が示された。

ミオクローヌスは、突然の、電撃的な、四肢・顔面・体幹などに生じる不随意運動である。臨床的あるいは検査所見から推定される発生源に基づいて皮質性、皮質下性、脊髄性、末梢性に分類される<sup>3)</sup>。皮質性ミオクローヌスの治療にはクロナゼパムやバルプロ酸、レベチラセタムが用いられている。皮質性以外のミオクローヌスの治療にはバルプロ酸やレベチラセタムのような抗てんかん薬は無効とされ、クロナゼパムが用いられる<sup>4)</sup>。

CJD患者のミオクローヌスは皮質下性あるいは皮質性ミオクローヌスであるとされている<sup>2)</sup>。体性感覚誘発電位の振幅低下や、経頭蓋磁気刺激法での皮質の運動ニューロンの興奮性低下から皮質下性ミオクローヌスが示唆されているが、巨大体性感覚誘発電位や視覚誘発電位の巨大化から、皮質性ミオクローヌスも併存するとされている<sup>5)</sup>。プリオン病診療ガイドライン2017では、治療としてバルプロ酸やクロナゼパ

ムが使用されているが、明確なエビデンスはないとされる<sup>2)</sup>。

レベチラセタムは、シナプス小胞膜に存在するsynaptic vesicle protein 2A(SV2A)に結合して神経伝達物質の放出を調整することがおもな作用機序と考えられている。SV2Aは、多くの動物種で主にシナプス前神経終末部や内分泌系等に存在し、小胞膜を12回貫通する分子量約90kDの糖タンパク質である。神経伝達物質の放出制御やてんかん原性に関与することが知られ、抗てんかん作用の作用点の1つと考えられている<sup>6)</sup>。

CJD患者のミオクローヌスに対する既報としては、バルプロ酸、クロナゼパム、フェノバルビタールにてコントロール不良であったCJD患者のミオクローヌスに、レベチラセタムを追加し改善したとの報告がある<sup>7)</sup>。またレベチラセタム静注で改善がみられたが、嘔吐の副作用が生じて継続できなかった例も報告されている<sup>8)</sup>。他に私たちが文献検索した範囲では、CJD患者へレベチラセタムを使用した報告はなかった。

本症例は入院時すでに、岩崎らの示す無動無言(自発的な運動や意味のある発語がみられなくなった状態で、うなり声、ミオクローヌスや驚愕反応などの不随意運動、ジストニアや全身けいれんを伴っていてもよい)であった<sup>9)</sup>。この状態での加療には議論があると思われるが、本症例では身体への接触で四肢のミオクローヌスが誘発され処置時の危険性が高かったこと、家族のミオクローヌスに対する不安が強かったことから加療を行った。ミオクローヌスが軽減し、処置時の危険性や家族の不安は改善した。

本症例はCJD患者のミオクローヌスに対して、レベチラセタム単剤内服治療が有効であった。今後第1選択薬として考慮すべき薬剤と考える。

### 謝 辞

髄液14-3-3蛋白、総タウ蛋白の測定、およびRT-QUIC法による髄液中異常プリオン蛋白の検出を施行していただいた長崎大学医歯薬学総

合研究科医療科学専攻保健科学分野(神経内科学)佐藤克也先生に深謝いたします。

参考文献
------

- 1) Prusiner SB, Miller BL: prion diseases, In: J. Larry Jameson, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine 20th ed. New York, McGraw-Hill Education, 2018, p3148-3154.
- 2) 山田正仁, 水澤英洋, 他編: プリオン病診療ガイドライン 2017. [http://prion.umin.jp/guideline/guideline\\_2017.pdf](http://prion.umin.jp/guideline/guideline_2017.pdf) (accessed 2019 Jan 7)
- 3) 上山秀嗣: ミオクローヌスの定義と分類. 治療 2014;96:1598-1601.
- 4) Maja K, Carla C, Kailash B: Myoclonic disorders: a practical approach for diagnosis and treatment. Ther Adv Neurol Disord 2011; 4: 47-62.
- 5) 人見健文, 寺田清人, 池田昭夫: ミオクローヌス, 梶龍兒. 不随意運動の診断と治療 動画で学べる神経疾患 改訂第2版. 東京, 診断と治療社, 2016, p158-182.
- 6) 石井豊, 田中岳: 新規抗てんかん薬レベチラセタム(イーケプラ錠)の薬理作用と臨床成績. 日本薬理学雑誌 2011;137:95-102.
- 7) Imperiale D, Bortolotto S, Cucatto A, et al: Levetiracetam control of myoclonus in a patient with Creutzfeldt-Jakob disease. Eur Neurol 2003; 49: 189-190.
- 8) Belcastro V, Mattucci E, Rossi A, et al: Vomiting due to intravenous levetiracetam in a case of Creutzfeldt-Jakob disease. Epilepsy Behav 2010; 17: 133.
- 9) 岩崎靖, 森恵子, 伊藤益美: 無動性無言状態にいたったプリオン病患者の臨床経過と治療に関する検討. 臨床神経学 2012;52:314-319.

## 第72回

## 「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるアクシデント！

—事例の発生要因と未然防止対策—

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

## はじめに

医療を取り巻く状況の変化として、地域包括ケアシステムの構築による在宅療養の広がりや、介護施設と医療機関の連携などがある。医療機関においても、急性期病院と療養型など、患者の状況に応じて他施設への転院も実施されている。かつては、人工呼吸器をはじめとするさまざまな医療機器を使用する患者は医療機関に入院せざるを得ない状況があったが、在宅療養を支える地域包括ケアシステムが整備されたことで、医療機器を使用する患者も在宅療養の可能性が広がった。

これらの変化に伴い、医療機関においては、他施設や在宅で使用していた医療機器が持ち込まれるという状況が発生し、新たなリスク発生を想定した取り組みが求められる。既に、施設で導入・使用されている医療機器でも、使用目的が同じなのに複数の機種が存在するという状況が少なくない。その結果、医療機器の使用に関わるインシデント・アクシデント事例発生のリスクが高まる可能性も想定される。

自施設では、持ち込まれた医療機器の使用に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろうか。発生していない場合でも、防止対策や現状評価は十分だろうか、この機会に改めて未然防止の取り組みを検討する機会としていただきたい。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)の報告書では、第56回報告書(以下、本報告書)<sup>1)</sup>で、分析テーマとして「他施設や在宅で使用していた医療機器の持ち込みに関連した事例」が取り上げられ、第57回報告書<sup>2)</sup>でも分析テーマで「他施設や在宅で使用していた医療機器等の持ち込みに関連した事例」として検討されている。本報告書では、2015年1月～2018年12月に報告された医療事故情報と、2018年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例が集計され、人工呼吸器に関する事例について分析が実施されている(表1)。

人工呼吸器は、臨床現場で使用される医療機器の一つであり、適切な使用がなされない場合、患者に重大な影響を及ぼす可能性がある。本報告書によると、患者への影響として、障害の程度では11件中5件が「障害残存の可能性が高い」であり、治療の程度では“医療の実施あ

表1 他施設や在宅で使用していた医療機器の持ち込みに関連した事例の分類

分類	件数		
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	合計
人工呼吸器	11	7	18
皮下用ポート及びカテーテル	3	0	3
胃瘻栄養チューブ	2	0	2
気管切開チューブ	1	0	1
経皮経食道胃管	1	0	1
合計	18	7	25

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第56回報告書より)

表2 他施設や在宅で使用していた医療機器の持ち込みに関連した事例の患者への影響

事故の程度	件数	治療の程度	件数
障害残存の可能性がある(高い)	5	濃厚な治療	6
障害残存の可能性なし	1	軽微な治療	1
障害なし	4	治療なし	3
不明	1		
合計	11	合計	10

(「医療の実施あり」の10件の内訳を示す)

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業, 第56回報告書より)

り”の10件中6件に「濃厚な治療」が実施されている(表2)。

人工呼吸器が使用される場としては、医療機関のICUや救命救急センターだけでなく、一般病棟や在宅なども想定される。また、使用に関わる職員は、必ずしも医療機器の使用に関するプロフェッショナルである臨床工学技士に限らず、さまざまな職種や経験年数の職員の関与が想定され、さらに在宅においては、家族を含めて医療者ではない人の関与も想定される。

繰り返し発生する人工呼吸器に関連したインシデント・アクシデント事例に対する注意喚起としては、日本医療機能評価機構の医療安全情報で、「No.24:人工呼吸器の回路接続間違い(2008年11月)」「No.37:『スタンバイ』にした人工呼吸器の開始忘れ(2009年12月)」「No.92:人工呼吸器の配管の接続忘れ(2014年7月)」「No.135:“スタンバイ”にした人工呼吸器の開始忘れ(第2報)(2018年2月)」などが提供されている<sup>3)</sup>。本連載でも、第35回に「人工呼吸器の回路に関わるアクシデント」というテーマで、事例の未然防止対策について提案している<sup>4)</sup>。

そこで、本稿では、「在宅から持ち込まれた医療機器」をテーマとして、医療機器等の中でも特に事例の発生件数が多かった“人工呼吸器”に焦点をあて、「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるアクシデント」事例の発生要因と未然防止対策について検討したい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

### 「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるアクシデント

本事業の事例検索<sup>5)</sup>では、2019年8月上旬現在、キーワード“人工呼吸器”で3,117件、“人工呼吸”“在宅”では84件、“人工呼吸”“他施設”では12件、および“人工呼吸”“在宅”“仕様”では2件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

具体的な事例の内容としては、「CO<sub>2</sub>ナルコーシスにて気管切開し、人工呼吸器使用中の患者が入院した。S<sub>p</sub>O<sub>2</sub>低下、肺雑音聴取にて、排痰補助装置を使用し、終了後に人工呼吸器を装着した。人工呼吸器を装着する際に、呼気ポートのついた人工呼吸器を接続できなかったため、呼気ポートを外して人工呼吸器を接続した。人工呼吸器装着後、『回路リーク低下アラーム』が頻回に鳴り、看護師が確認したが呼気ポートの未接続に気づかなかった。その後、臨床工学技士が呼気ポートの未接続に気づき、呼気ポートを

接続した。入院時に在宅から持ち込まれた人工呼吸器の使用の確認・周知できる使用書を作成していなかった。在宅から持ち込まれた人工呼吸器の簡易説明書やアラームのトラブルシューティング表を持参しておらず、病棟に設置していなかった。病棟で人工呼吸器使用の際、臨床工学技士は入院日に機器点検を実施しているが持ち込みの機器のため対応していなかった]「慢性呼吸不全にて在宅で人工呼吸器装着中の患者が入院し、入院後も自宅で使用中の人工呼吸器を使用していた。看護師がスタッフステーションのモニタを見ると、患者の $S_pO_2$ が低値を示していたが、アラームが消音となっていた。看護師が訪室すると、患者の気管カニューレと人工呼吸器の接続が外れていた。ベッドサイドモニタと人工呼吸器のアラームは鳴っていたが、人工呼吸器は在宅用運搬カバーに覆われアラーム音が小さくなっていた。他のスタッフに連絡し、用手換気にて改善した。人工呼吸器のアラーム音設定が在宅仕様のみで、音量が大小2つの設定のうち『小』になっていた。自院では採用していない人工呼吸器であった。在宅用の人工呼吸器をリースまたはレンタルの場合は診療科とメーカーが連絡を取り合っていて、在宅用の人工呼吸器に対してはMEセンターや臨床工学技士の介入はない」などがある<sup>5)</sup>。

これらの他にも複数の事例が報告されており、幸いにも患者への影響が少ない事例だけでなく、障害残存の可能性が高く濃厚な治療を要する事例や死亡事例も報告されており、これらの現状を踏まえて未然防止のシステム整備が急がれる。併せて、人工呼吸器の使用に関わる医師や看護師、臨床工学技士などの医療者側の要因はもとより、システム要因・環境要因、および患者側の要因などにも目を向ける必要があり、情報の共有と、さまざまな可能性を考慮したリスクアセスメントの実施が望まれる。

### 具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、「在宅から持ち込まれた人工

呼吸器」の使用」に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策として、人工呼吸器使用のマニュアル・ルールの整備や、情報収集・情報共有、職員教育など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用」に関わるインシデント・アクシデント事例の報告がされている。

ここでは、本事業の事例検索<sup>5)</sup>で検索された事例(以下、本事例)を基に、「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用」に関わるアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

#### 事例「喀痰吸引のために消音ボタン?人工呼吸器の誤操作で運転停止」

##### 【事故の内容】

- ・看護師がラウンド中に、担当患者(70歳代、男性)の病室を訪室し、人工呼吸器(在宅から持ち込んだ)の管を取り外して喀痰吸引を実施した。
- ・看護師は喀痰吸引中の人工呼吸器アラームを消すために、消音ボタンを押すべきところを間違えてスタート/ストップボタンを押した。
- ・喀痰吸引後に人工呼吸器の管を接続した。
- ・人工呼吸器は作動していたが、その後、人工呼吸器の液晶画面の『機械の運転を停止してもいいですか』の表示に対して、結果的には『はい』を選択し、人工呼吸器を停止させた。
- ・看護師は人工呼吸器の液晶画面が点灯したままでいつもと変わらないため、正常に動作していると思った。
- ・約10分後、当該看護師がナースステーションのセントラルモニタのアラームで呼吸・心拍の異常に気づき、当該患者が心肺停止状態であるところを発見した。
- ・直ちに心肺蘇生術が行われ、約3分後には心拍再開し、HCUに転床した。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

本事例の背景要因として、「当事者の喀痰吸引、人工呼吸器操作の習熟が十分とはいえなかった」「喀痰吸引作業に院内のマニュアルが合っていない」「自発呼吸が乏しい患者に装着している人工呼吸器の種類としては、適切とはいえなかった」「患者に装着していた人工呼吸器は、自発呼吸がしっかりしている患者向けに開発された機種であり、在宅患者で使用されることが多いため、作動音が小さく、液晶画面も含めた機械全体も小さく、他機種に比べて比較的容易に機械を停止させることができるようになっている。

ボタンが少なく、1つのボタンで複数の機能を兼ねている」患者の装着していた人工呼吸器は、自院で採用していない機種であり、今回は添付文書や取扱説明書のいずれも院内に存在せず、入院時にも持ち込まれていなかった」病棟のモニタリングシステムが十分とはいえなかった」作業環境としては、適切であるとはいえなかった。ベッドをはさんで吸引器は左側、人工呼吸器は右側に配置していた」昼間だけでなく、夜間の作業環境も想定したり、ベッドとさまざまな機器の位置関係も使い勝手を考慮しながら、明るさの基準を設定したり、機器の配置を決定していくことが十分ではなかった可能性がある」情報共有の不足」患者の入院希望が当院に伝わった時点では、呼吸機能低下のため人工呼吸器の機種変更が必要であるとの情報は伝わっておらず、7日後に届いた診療所の医師からの診療情報提供書のFAXに、初めて人工呼吸器の機種変更の必要性が記載されており、重要な情報が抜け落ちた状況での入院申し込みだった」入院後に初めて診療情報提供書を見た主治医は、人工呼吸器の機種変更を依頼されていることを知った」などが記載されていた。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると、「なぜ、看護師は喀痰吸引中の人工呼吸器アラームを消すために消音ボタンを押すべきところを、間違っただけでスタート/ストップボタンを押したことに気づかなかったのか?」「なぜ、看護師は、人工呼吸器の液晶画面の『機械の運転を停止してもいいですか』の表示に対して、結果的には『はい』を選択し、人工呼吸器を停止させてしまったのか?」「なぜ、自発呼吸が乏しい患者への使用が適切とはいえない人工呼吸器を使い続けたのか?」「なぜ、在宅患者で使用されることが多いため、

作動音が小さく、液晶画面も含めた機械全体も小さく、他機種に比べて比較的容易に機械を停止させることができるようになっている人工呼吸器の使用に関わるリスクアセスメントを実施した未然防止対策が、検討されていなかったのか?」「なぜ、自院で採用していない機種である人工呼吸器の継続使用をする際に、添付文書や取扱説明書のいずれも院内に存在せず、入院時にも持ち込まれていなかったことに対策を実施しなかったのか?」「なぜ、医師は、医療機関間の情報提供をするための診療情報提供書を、入院後に見ることになり、人工呼吸器の機種変更を依頼されていることを知ったのか?」などの疑問が浮かぶ。

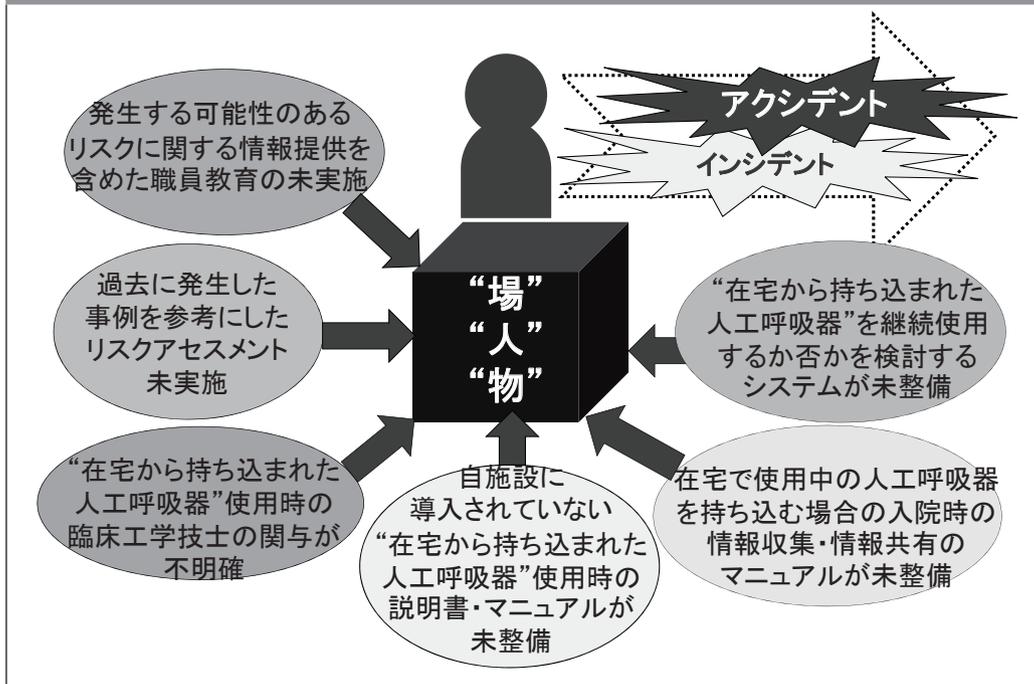
本報告書によると、報告された事例の主な背景・要因としては、①知識・経験、②説明書等の準備・設置、③人工呼吸器の確認、④アラームの設定、⑤アラーム鳴動時の対応、⑥環境、⑦体制、⑧機種の適応、⑨その他、などが挙げられている。

②の説明書等の準備・設置では、「添付文書や取扱説明書のいずれも院内に存在せず、入院時にも持ち込まれていなかった」人工呼吸器の簡易説明書やアラームトラブルシューティング表を持参しておらず設置していなかった」などが挙げられている。また、④のアラームの設定では、「人工呼吸器のアラーム音が小さかった」在宅療養に向け、家族と相談した上で人工呼吸器の低圧アラームの設定をオフにしていた」併用していたパルスオキシメーターは在宅用で音が小さく、ベッドサイドに行かないと聞こえなかった」などが挙げられている。

在宅から医療機関への移動では、「場」「人」「物」の変化を考慮することが重要となる。

「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の発生要因を考える際には、1)「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」を継続使用するか否かを検討するシステムが未整備、2)在宅で使用中の人工呼吸器を持ち込む場合の入院時の情報収集・情報共有のマニュアルが未整備、3)自施設に導入されていない「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」

図1 「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わる事例の発生要因



使用時の説明書・マニュアルが未整備, 4)「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」使用時の臨床工学技士の関与が不明確, 5)過去に発生した事例を参考にしたリスクアセスメント未実施, 6)発生する可能性のあるリスクに関する情報提供を含めた職員教育の未実施, などが考えられる(図1)。特に, 職員個々の認識・判断に頼らず, 職種経験年数や知識の違う職員が関与しても適切な対応が実施できる「標準化」が重要であり, 職員教育の充実が期待される。

### 「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わる事例の未然防止対策

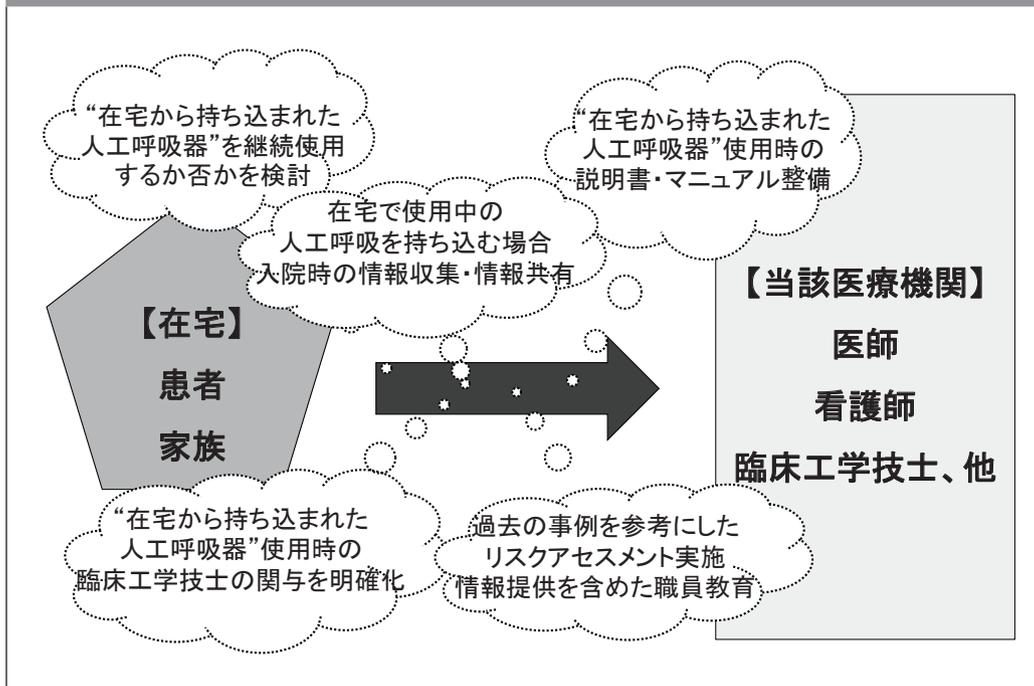
本事例の改善策としては、「人工呼吸器操作の教育訓練」「適切な人工呼吸器の選択」「病棟モニタリングシステムの改善, ベッドサイドモニタの併用も積極的に考慮する」「作業環境の改善」「情報共有の質の向上, 当院の現状の体制説明など, 普段から在宅側の診療所等ともっとコミュニケーションをとる」「看護師の教育(道具的支援等を含めた教育やシステム上の対策が必要), 心電図だけでなく, 呼吸関連のモニタリングに注

意を払うことを普段から訓練・教育する」[「申し送りは書面をベースとした形で行う」「病院内のマニュアルや点検表を整備する」「マニュアルを改訂し, 『30秒間は離れずに患者や機械を観察する』『夜間でも部屋は明るくして作業する, アラームを消音せずに作業する』『セントラルモニタで呼吸波形を表示することを徹底する』などの項目を追加し, 実施する」]などが挙げられていた。

「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策としては, 1)「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」を継続使用するか否かを検討するシステムの整備, 2)在宅で使用中の人工呼吸器を持ち込む場合の入院時の情報収集・情報共有のマニュアル整備, 3)自施設に導入されていない「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」使用時の説明書・マニュアル整備, 4)「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」使用時の臨床工学技士の関与を明確化, 5)過去に発生した事例を参考にしたリスクアセスメント実施, 6)発生する可能性のあるリスクに関する情報提供を含めた職員教育を実施, などが考えられる(図2)。

2)の「在宅で使用中の人工呼吸器を持ち込む

図2 「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策



場合の入院時の情報収集・情報共有のマニュアル整備」では、在宅で使用されている人工呼吸器と、自施設で通常、職員が使用している人工呼吸器の機能や特徴、注意事項について比較し、「相違点」を明確にすることが重要である。本事例、および本稿で紹介している事例にも一部記載されていたが、在宅で使用されている人工呼吸器は、「アラーム音が小さい」「作動音が小さい」「液晶画面も含めた機械全体も小さい」「他機種に比べて比較的容易に機械を停止させることができるようになっていく」「ボタンが少なく、1つのボタンで複数の機能を兼ねている」などの「相違点」があることが想定される。

在宅で人工呼吸器を使用している患者を受け入れる際には、1)の「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」を継続使用するか否かを検討するシステムの整備」が重要である。「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」を継続使用する前に、上記の「相違点」を踏まえたリスクアセスメント実施を検討したい。その場合、3)の「自施設に導入されていない“在宅から持ち込まれた人工呼吸器”使用時の説明書・マニュアル整備」も検討が必要となる。自施設で独自に整備してもよいが、在宅で

使用中の人工呼吸を持ち込む際は、説明書なども併せて持ち込んでいただくことも含めたマニュアル整備が期待される。

さらに、4)の「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」使用時の臨床工学技士の関与を明確化」については、診療科とメーカー、および自施設内のMEセンターや臨床工学技士との連携の有無を確認することも欠かせない。自施設で導入されている人工呼吸器についてはマニュアルが整備されていると思われるが、「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」使用時には、丁寧な情報収集・情報共有が求められる。

自施設におけるシステム整備を検討する際には、5)の「過去に発生した事例を参考にしたリスクアセスメント実施」を、関与する多職種で行うことが望ましい。過去に発生した事例を参考にすることで、自施設の「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用」に関わる事例の未然防止対策の現状評価も可能である。

6)の「発生する可能性のあるリスクに関する情報提供を含めた職員教育を実施」でも、5)のリスクアセスメントを活用した取り組みが求められている。自施設に導入されていない“在宅か

ら持ち込まれた人工呼吸器”使用の可能性がある場合、職員教育として、在宅で使用されている人工呼吸器と、自施設で通常、職員が使用している人工呼吸器の機能や特徴、注意事項について比較し、“相違点”についての情報提供を検討したい。

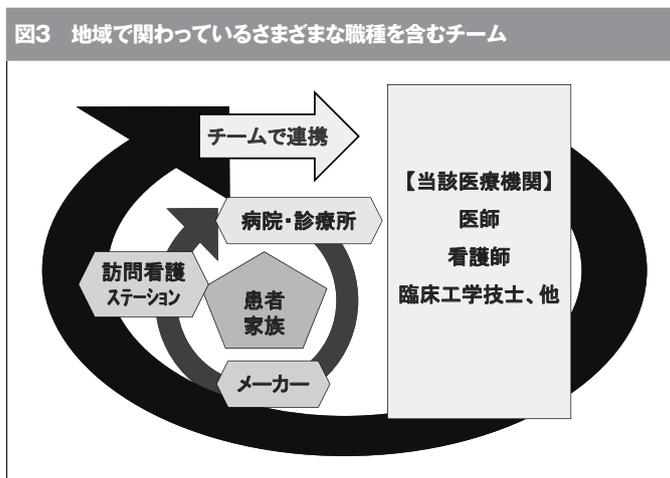
本報告書に記載されている事例が発生した医療機関が検討した改善策として、①人工呼吸器の確認、②アラームの設定、③アラーム鳴動時の対応、④手順書等の作成・設置、⑤教育・研修、⑥機種の変更、⑦入院時の対応、などが挙げられている。①の人工呼吸器の確認では、「適切なチェックリストを活用する」「経験のない医療機器の使用は他スタッフと一緒に確認する」「人工呼吸器の設定や患者データを記録する」などが挙げられていた。他に、④の手順書等の作成・設置では、「人工呼吸器の簡易説明書やアラームのトラブルシューティング表を病棟で準備して設置する」「チェックリストだけではなく、視覚的に確認できるようなツールの作成を検討する」「入院時に使用方法を確認し、統一した使用ができるように写真を用いて視覚的な手順書を作成する」なども挙げられていた。これらの内容も参考にし、自施設における未然防止対策の見直し、検討を実施したい。

## 「“在宅から持ち込まれた人工呼吸器”の使用」事例の未然防止と今後の展望

本稿では、「“在宅から持ち込まれた人工呼吸器”の使用」に関わるアクシデントに焦点を当て、具体的事例を活用して、事例の発生要因と事例発生の未然防止対策について検討した。自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、適切に使用されれば生命維持が可能である人工呼吸器の使用において、リスクを回避できずに患者に重大な影響を及ぼすことを防止するためにも、エラー発生 の 要 因 に な る 可 能 性 を 未 然 に 防 止 す る こ と は、喫 緊 の 課 題 である。

「“在宅から持ち込まれた人工呼吸器”の使用」に関わる何らかのエラーが発生した際の患者への不可逆的な影響、および専門職である医療機関の職員に対する信頼喪失などの影響も大きいことを考慮すると、システム整備の現状評価と未然防止対策の見直しが急がれる。

「“在宅から持ち込まれた人工呼吸器”の使用」に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止を図るための今後の展望としては、地域包括ケアシステムの構築による在宅療養の広がりや、介護施設と医療機関の連携を踏まえて、自施設内はもちろんのこと、在宅との間、および他施設との間の情報共有のシステム整備が望まれる。提供された診療情報提供書が確認されないまま事例発生に至ることを未然に防止する



ためにも、状況に応じて事前に確認すべき「情報の内容」「誰が」「どのように」「得た情報を誰に伝達するのか」「情報共有が実施されたか否かの評価を誰がどのように行うのか」などを明らかにすることが重要である。

「在宅から持ち込まれた人工呼吸器」の使用に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止を図るには、医療機関内の多職種間の連携はもちろんのこと、患者・家族、および他の医療機関、訪問看護ステーションなど、地域で関わっているさまざまな職種を含むチームという認識と連携が欠かせない(図3)。在宅から医療機関への移動では、“場”“人”“物”の変化があるため、関連する職員がチームとして、発生する可能性のあるリスクを予測し、そのリスクを回避する対策を想定内に行うことや、認識を共有することで組織一丸となった取り組みが期待される。

#### 参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第56回報告書. [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_56.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_56.pdf) (accessed 2019 Aug 13)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第57回報告書. [http://www.med-safe.jp/pdf/report\\_57.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/report_57.pdf) (accessed 2019 Aug 13)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2019 Aug 13)
- 4) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第35回 人工呼吸器の回路に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2016;30(9):794-798.
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 Aug 13)





# 三輪哲義先生の 「地域で役立つ実地臨床血液学(前編)」

(8月1日配信)

東京北医療センター 血液内科長・国際骨髄腫先端治療研究センター長の三輪哲義先生は血液内科の長年診療に携わっておられました。今回は地域でよくみる高齢者の貧血についてどのように考えるべきか解説していただきました。

高齢者の初診外来では23.2%に貧血がみられ、その対応には正しい診断学が必要です。例えば、膠原病の全身性エリテマトーデスは高齢者でも発症し、貧血が起こります。教科書的な兆候は蝶形紅斑、抗核抗体陽性ですが、高齢者では蝶形紅斑の発生は非常に低く、認知症様症状が出ます。高齢者の場合は、教科書的ではない症状が多く出ます。高齢者特有の症状・病態をよく知ること、老年病学が重要になります。

外来初診貧血患者のうち25.1%が悪性腫瘍です。入院症例においても同様に貧血は27.1%にみられ、そのうち30%以上は悪性腫瘍です。出血がなくても悪性腫瘍であれば貧血が起こる機序があり、出血がないから悪性腫瘍のスクリーニングは問題なしと考えて良いわけではありません。

ほかの癌でも同様の機序があると思いますが、日本人に多い胃癌について図1のような機序があります。

胃癌の場合、粘膜浸潤、潰瘍形成による慢性の出血から鉄欠乏が生じると考えられています。そのほかに、胃癌に対して身体がいろいろな反応を示します。腫瘍壊死因子(TNF)がサイトカインとして出現し、TNF $\alpha$ などの濃度上昇により赤芽球系前駆細胞抑制が起こります。ナチュラルキラー細胞(NK)と骨髄系の細胞と一緒に培養した結果、赤芽球系幹細胞を抑制することも判明しています。また、慢性型DICが引き起こされます。微小血管内に微小血栓ができるので、赤血球が通過するときに細胞破壊を生じ、細血管障害性溶血性貧血が起こります。骨髄洞内微小血栓による骨髄壊死により造血巣減少が起こります。慢性型DICにより腎障害が起こり腎臓からのエリスロポエチン産生が低下します。慢性型DICから肝障害が起こり、葉酸、ビタミンB12の枯渇も起こります。さらに胃癌により免疫応答が生じるが、免疫応答が変化して自己免疫反応を引き起こす患者が存在し、自己免疫性溶血性貧血を起こすこともあります。つまり出血を伴わない胃癌による貧血が起きているのです。このように、癌による貧血が起こる機序がたくさん存在することを念頭に置いて診療することが重要です(図2)。

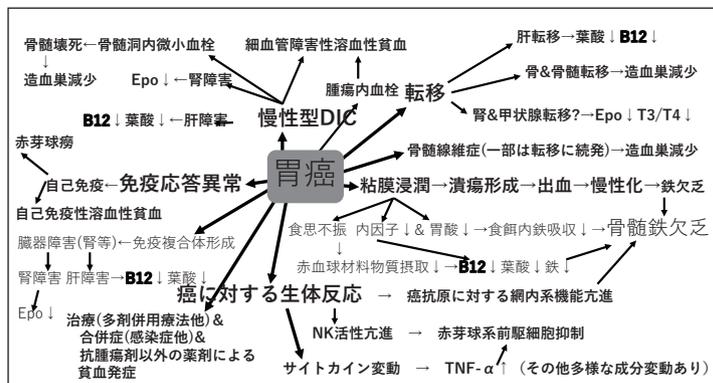


図1 胃癌によって引き起こされる多くの反応

胃癌による貧血は、出血以外にも多要因が関連している。  
 ↓  
 TNF $\uparrow$ やNK細胞 $\uparrow$ 等、担癌状態に伴う生体反応による貧血発症の機序は、出血を介していない。  
 ↓  
 同様に、担癌状態の際の免疫異常による貧血発症機序も出血を介していない。  
 ↓  
 DICを介する貧血発症の機序も出血を介さない面がある。  
 ↓  
 高齢者で貧血を診たら、出血が無いので悪性腫瘍が無いと考えるのは早計である可能性がある。

図2 出血を伴わない悪性腫瘍による貧血に注意する

\*三輪哲義先生のレクチャーの詳細は、8月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

生涯教育 e-Learning は公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。 <http://www.jadecom.biz/>



---

ちょっと画像でCoffee Break

## X線クイズ

練馬光が丘病院放射線科 科長 伊藤大輔

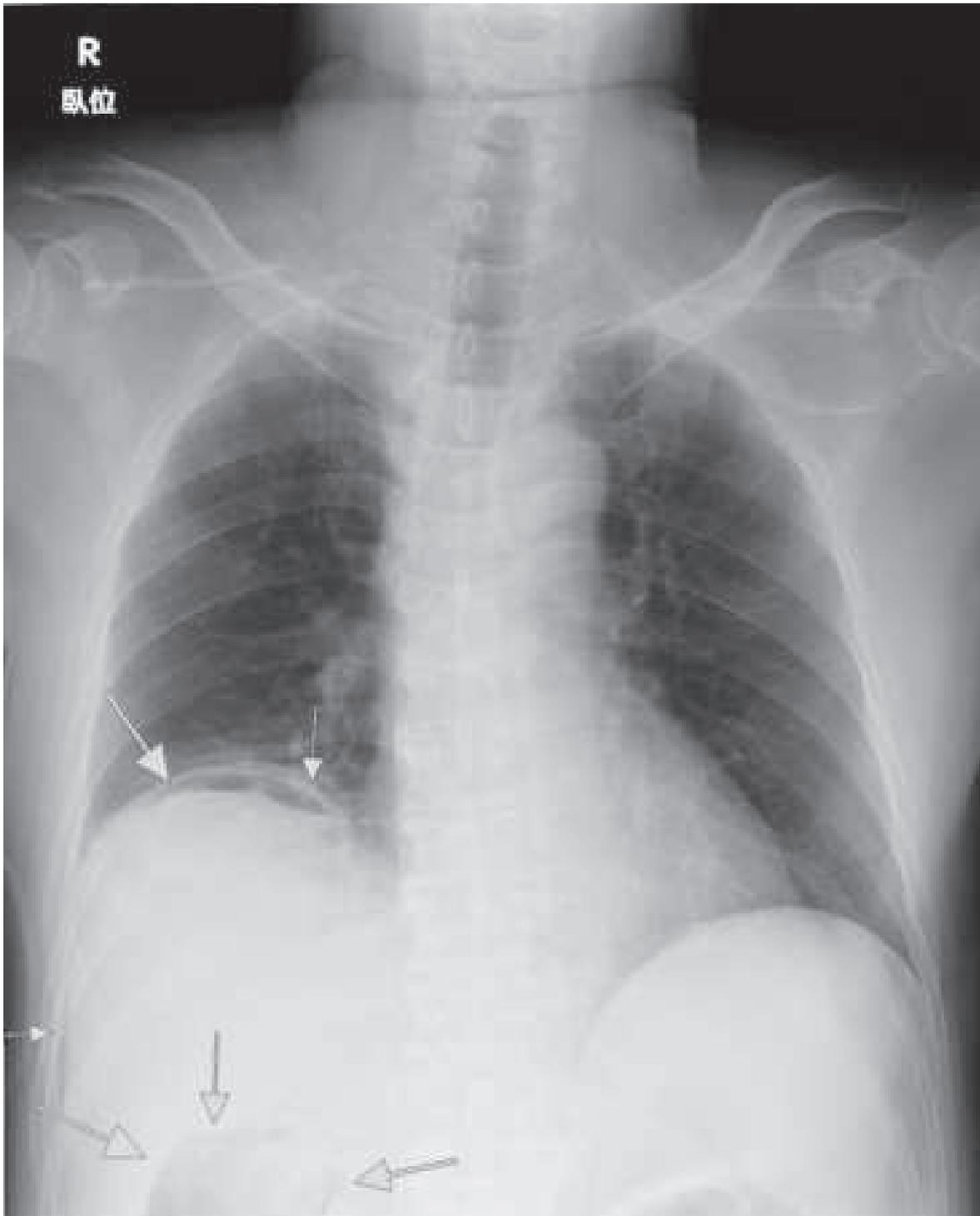
---

?

70代男性.  
4日前より発熱. 腹部膨満感あり.



XP



XP2 横隔膜下に気腫あり(矢印)

### 所見

横隔膜下に気腫あり。穿孔が示唆される。右上腹部では胆嚢に一致した気腫構造も認められる。気腫性胆嚢炎が疑われる。

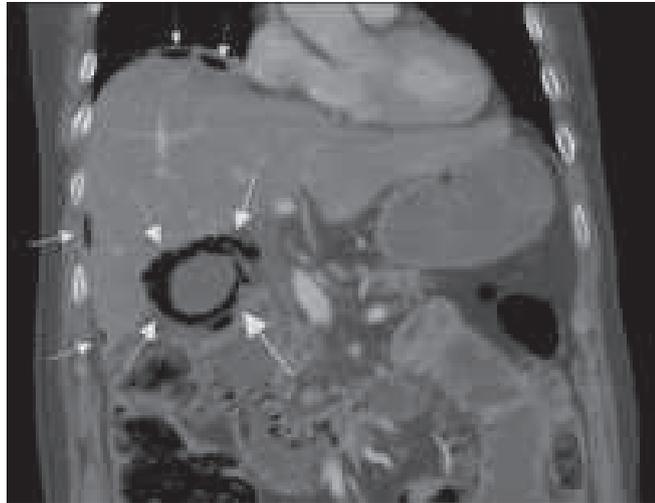
CTでは肝表を中心とした腸管外気腫を認め

る。また胆嚢壁にも全周性の気腫を認め、気腫性胆嚢炎と診断される。

CT撮像の同日、緊急胆摘術が施行された。経過良好で自宅退院となった。



CT1 肝表を中心とした気腫を認める(矢印)



CT2 胆嚢壁には全周性の気腫を認める(矢印)

### 考察:気腫性胆嚢炎

気腫性胆嚢炎は消化管などとの交通がないにもかかわらず胆嚢内腔や胆嚢周囲に気腫を有するものである。大腸菌のような通性嫌気性菌,あるいはクロストリジウム属などの偏性嫌気性菌が検出される。通常の急性胆嚢炎よりも迅速な診断,治療が必要となる。

腹部単純X線での診断能は高いとはいえないが,本症例のような典型例であれば診断は可能である。CTではほぼ100%の感度で気腫は検出されるが,適切なウインドウ値と幅を設定する必要がある。また,消化管との交通があれば胆

嚢内には気腫が指摘されうることは留意が必要である<sup>1)</sup>。

本症例は典型的な所見を認め,単純X線でも気腫性胆嚢炎を診断できる症例であった。CTによる診断は容易であるが,単純X線で診断できるものについては所見をきちんと認識することは重要であると思われる。

### 文献

- 1) 荒木 力:ここまでわかる急性腹症のCT 第3版. メディカルサイエンスインターナショナル, 2018.



## 真夏の成人式と 離島の小児医療



隠岐広域連立隠岐島前病院内科  
福田聡司

長田先生、こんにちは。台風も発生してくる時期になって沖縄は大変でしょうか？ こちらは幸いまだ何も影響ありません。私は強い紫外線の中、魚好きの子どものために毎日魚釣りをしています。

この原稿を書いているのはお盆の直前です。西ノ島ではお盆の真っ最中に成人式が開催されます。冬場は船がいつ欠航するか分からないために、夏に行われます。そのため、お盆の帰省と重なり年間を通してこの時期が一番島の人口が増えます。小さい時から見ていた子が成人式を迎えるのを見て、成長した姿を見られるのは地域でずっと働いてきた醍醐味のひとつではないかと考えます。

島には小児科専門医はいません。かつて小児科医が島から引き上げるときにお母さん方に聞いた小児医療の不安点は小児科専門医がいないことではなく、毎回違うその日の初診医にかかり、それぞれの指導、言うことがバラバラな点でした。小児科専門医に診てもらうことよりも一人の医師に最初から最後まで一貫して診てもらいたいというのがお母さん方の希望でした。そのため、島前病院ではできる限り小児の初診を診たら自分で終診まで責任を持って担当するように予約の調整をしたりして、一人の医師が一人の子どもの病気を一貫して診療するようにしています。

島には2カ所の保育園と小学校、中学校がそれぞれ一つずつあるだけなので、病気の流行も把握しやすいです。先日も片方の保育園でリンゴ病が流行りました。そうしたらその保育園に通っている子が皮疹や風邪で受診したらリンゴ病の可能性を頭に置いて診療に当たったりもできます。さらには学校医や園医も島前病院の医師が担当していますので、病気が流行り始めたら速やかな注意喚起をすることができます。離島という環境で子どもたちが健やかに成長できる、両親が少しでも安心して子育てができるために島前病院のスタッフ一同全力で対応しており、「小児科医がいないから」というのを言い訳にしないように心掛けています。

## FROM 隠岐郡西ノ島 (島根県)

全く話は変わりますが、この原稿が出る10月には西ノ島でハーフマラソンが開催されます。島前はおよそ500万年前に起きた焼火山の噴火によってできたカルデラの外輪山が島となった地形です。そのため、ハーフマラソンも高低差258mのコース



お盆のシャーラ船送り

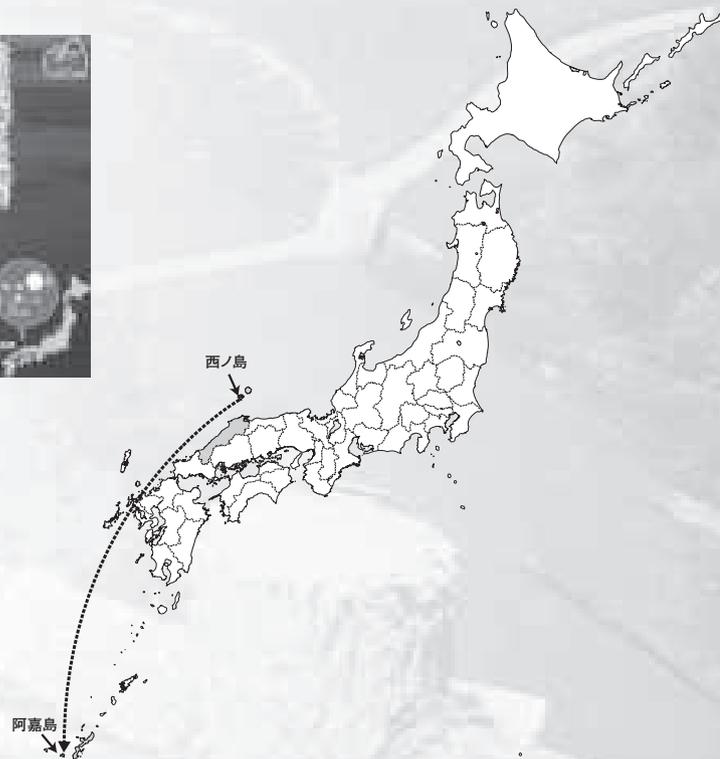
を走ることとなります。今年で第7回となる歴史のまだ浅いマラソン大会ですが、秋の目玉イベントの一つです。病院関係者も参加する人が居て、そろそろ準備を始めている所です。私は走るのが苦手なのでけがのない大会になるよう願うばかりです。



ジオパーク、秋の夕暮れ



西ノ島ハーフマラソンの宣伝





## 台東区で必要な特定ケア看護師とは

台東区立台東病院 特定ケア看護師 岡田芳恵

### 特定ケア看護師を目指すようになった経緯

私は大学を卒業後、6年間大学病院の内科病棟で勤務しました。その間多くの退院困難事例に遭遇し、その多くが病気やそれに伴う医療処置を理由に、住み慣れた自宅での生活を断念せざるを得ないケースでした。また、国の方針として地域包括ケアが推進されており、最期の時間をどこでどのように過ごすかといったことが社会的な課題となっていることを知り、患者さんやご家族が望む医療を提供するためには地域でみる必要があると考え、地域を支える台東区立台東病院に転職しました。

台東区は観光と商業が盛んな街で面積は23区内で最も狭い地域ですが、区内人口に占める65歳以上の割合が23.6%、年間の死亡率は10.8と23区内で1番高いことが報告されています。隣接区に大学病院や専門医療機関が複数あることや、日雇い労働で生計を立て、簡易宿泊所などで生活されている方が多くいらっしゃることも、台東区の特徴です。その中で台東病院は、「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します」という組織理念のもと病院、施設、行政と連携して地域に根差したサービスの提供、構築に取り組んでいます。地域の特徴を踏まえ、地域でのお看取りを充実させること、急性期治療を終えた医療依存度の高い高齢者の地域生活を支えること、独居や住環境が整わない状況下での療養生活を支えることが求められており、そのためには医師の判断を待たずに特定行為を活用して患者さんに対応する看護師が必要であると考えました。

### 台東病院での臨床研修

特定行為研修を終え、臨床研修では診療部の総合内科の先生にご指導いただき、外来・病棟・老人保健施設の3ヵ所で研修を行いました。実際に患者さんを受け持ち、診療を行うのは初めてでしたし、さまざまな疾患、さまざまな背景の患者さんがいらして、戸惑うことも多かったです。また、特定行為に係る看護師については私が台東病院では初めてでしたのでほとんど知られていませんでした。そのため、自分自身に何ができるか、どのようなことを勉強したいかを明確にし、各部署にプレゼンテーションを行いました。

私自身もどのように研修を進めていけば必要とされる看護師になれるかとても不安でしたが、指導医の先生と日々一つのプロブレムを大



研修中から現在まで指導してくださってる台東病院診療部の先生方、診療看護師の筑井さん



お世話になったシティ・タワー診療所、シティタワー訪問看護ステーションの皆さんと、お世話になった揖斐郡北西部地域医療センターの皆さん

切にコツコツ学習しながら診療を行い、看護部長とサポートに入ってくださった診療看護師さんに助けをいただきながら実際の活動と周知活動を行っていきました。体力的にも精神的にも大変なことが多かったですが、院内の皆さんのご理解、ご協力いただいて1年6ヵ月の研修を無事終えることができました。

#### 在宅診療・訪問看護研修 in 岐阜

臨床研修中に2週間、訪問診療・訪問看護研修として岐阜のシティ・タワー診療所と揖斐郡北西部地域医療センターへ行かせていただき、多くのことを学ぶことができました。病院と比べ特定行為を実施する件数は多くはありませんが、臨床推論がなにより必要であり、特定ケア看護師として慢性疾患のコントロールや一般的な疾患の対応が求められていると感じました。さらに、昨年受講したPOCUS-エコーの手技は

とても有用で今後検査技術レベルアップを目指したいと思いました。

また、地域医療の現場で働くうえで予防活動の必要性を実感しました。特定行為のスキルアップはもちろんですが、特定行為が必要にならないためにどのようなことを考え、どのようなケアを実践していくかを考えられるようになることが今後の課題です。

急なお願いにもかかわらず、快く研修を受け入れてくださったシティ・タワー診療所と揖斐郡北西部地域医療センターの皆さんに心から感謝しております。本当にありがとうございました。

#### 今後の課題

私が特定ケア看護師の研修に参加できたのは偶然でしたが、特定行為研修～診療所研修～自施設での臨床研修～在宅診療・訪問看護研修を経てさまざまなことを学び、またさまざまな自己課題が見つかりました。また、活動していくにつれ、内科や整形外科の先生方、外来・病棟・老健の看護師から声をかけていただけるようになり活動の幅はどんどん拡大しているように感じています。

今後は在宅で活躍できる看護師を目指して学習を進めていきたいと考えています。そのためには看護師として充実したケアを行うことはもちろんのこと、特定ケア看護師として内科的なプロブレムに対応する知識や技術、さまざまな背景の患者さんに対して終末期医療・意思決定支援ができるようなコミュニケーションスキルの獲得などを学習していきたいです。まだまだ始まったばかりの制度で不安もありますが、できる可能性が広がっている分野だと確信しており、今後仲間がどんどん増えてほしいと思います。

# 地域医療型後期研修

2019. 8. 15

## 地域で学ぶ

今年で地域医療型プログラム「地域医療のススメ」の4年目となりました。東京北医療センター、台東区立台東病院などでの研修を経て、昨年4月より岐阜県揖斐川町の久瀬診療所に勤務しています。



揖斐川町は岐阜県北西部にあります。周囲は山に囲まれ、町の真ん中を一級河川の揖斐川が貫いています。町全体が豪雪地帯に指定されるほど冬は雪深く、夏は連日のように最高気温をニュースで報じられるほど酷暑となります。そんな厳しい自然の中で暮らす人びとは、優しい方ばかりです。

診療所を受診する患者さんは、畑で採れた野菜を「みなさんでどうぞ」と持ってきてくれます。ある看護師さんは、昆虫が好きな2歳半の私の息子に、自宅にやってきたカブトムシやクワガタムシを何匹も譲ってくれました。

地域の人々の情に支えられながら、地域医療に携わっていることに感謝しています。

### プロフィール

1975年7月27日生まれ。  
早稲田大学政治経済学部政治学科卒業。  
新聞社勤務などを経て、  
2008年4月、福井大学医学部医学科入学。  
2014年4月から名古屋掖済会病院で初期研修。  
2016年4月から「地域医療のススメ」プログラムで研修中。

岐阜の大自然を元気いっぱい走り回る息子は、流行病をもらってくるようになりました。先日かかったのが、今年流行した手足口病です。

7月初旬の土曜日の朝、息子はなんとなくだるそうにしていました。早々に昼寝をし、起きると発熱していました。体温を測ると39℃を超えています。のどを見るといくつも水疱があり、夏風邪のヘルパンギーナだろうと考えました。近くの小児科を受診し、解熱薬を処方してもらいました。

熱は2日ほどで下がり、今度は手や足に水疱が出ました。手足口病で矛盾しないと思い、ほっとしたのですが、熱が下がってからが大変でした。息子は解熱後、非常に不機嫌になり、普段は愛想が良いのですが、この時ばかりは何をするにもぐずぐず、イヤイヤで、夜もなかなか寝ませんでした。妻も私もイライラし、何とか

したいと思うのですが、医学的に行える治療はなく、家族にとってはつらい時間でした。

その前も同じような経験をしました。息子が1歳半で突発性発疹にかかった時のことです。数日高熱が続いた後、顔や体幹に発疹が出現したのですが、このときも解熱後が大変で、発熱時より解熱後の方が泣いたり不機嫌になったりすることが多く、妻は違う病気ではないかと心配しました。



発熱時は解熱薬を使用していたのですが、解熱後は使う薬もありません。機嫌がよくなるのを待つしかない日々は、家族にとってストレスでした。

医療者の立場では、症状が改善すれば治療は終了で、治療が奏功したことに胸をなでおろすところですが、家族にとっては患者さんが普段の状態に戻るまで「病気」は続いていることを実感しました。

診療所で日々患者さんと接していても、同じことを感じることもあります。

入院して、治療する疾患が治って退院しても本人の状態が上がらず、心配した家族に相談されることもあれば、退院後にADLが下がり、今後の介護について聞かれることもあります。

医学的に治療は完遂されているはずなのに「病気」が続き、困ったり悩んだりしている家族はたくさんいます。そうした声に耳を傾け、解決方法を探ることが地域で働く者の本分であることを自覚する日々です。

地域医療を家族や地域の方々から学ぶ。医学書をひたすらめくって学んでいた医学生のところには想像もつかなかったことを毎日経験しています。

## 『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようにしました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ (URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>) にアクセスして申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail [chiiki-igaku@jadecom.or.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.or.jp)

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

**報告**  
**各種お知らせ**  
**求人**

研修会

## 平成31年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもと、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を合わせて年間30回程度開催しています。ぜひご参加ください。  
公益財団法人 地域社会振興財団

### 中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活することができることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

平成31年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等、詳細につきましては、当財団ホームページ (<http://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

10月 災害保健研修会, リハビリテーション研修会

11月 スタッフ育成・管理担当者研修会, がん化学療法看護研修会, 看護師研修会

### 現地研修会

当研修会は、地方公共団体等が推進する健やかな長寿社会づくりに寄与することを目的に、地域住民の方々や地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々を対象として、保健・医療・福祉事業に関するテーマで、当該団体と当財団が共催の形をとり、全国各地で開催しています。

応募要件等、詳細につきましては、当財団ホームページ (<http://www.zcssz.or.jp/>) をご覧ください。

### 問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839

E-mail [fdc@jichi.ac.jp](mailto:fdc@jichi.ac.jp) URL <http://www.zcssz.or.jp/>

## 公益社団法人地域医療振興協会 主催 ヘルスプロモーション研究センター セミナーのご案内

### フレイル予防セミナー 2019

人生100年時代を迎え、後期高齢者のさらなる増加が予測される中で、健康寿命を延伸する高齢者のフレイル予防の取り組みが全国各地で広がっています。今回の講演会では、住民が主体となり地域ぐるみでフレイル予防に取り組むためのコツや課題を好事例から学びます。

地域での通いの場などですぐに使える教材やプログラムも紹介します。ぜひご参加ください。

**日時** 2019年10月16日(水) 16:00～17:30

**場所** 地域医療振興協会 会議室(海運ビル4階)  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル

**講師** 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム研究員 野藤 悠  
地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター 管理栄養士 川畑輝子

**プログラム** ○講演:「地域ぐるみのフレイル予防の取り組み」  
～住民運営のフレイル予防教室の実践とその効果～  
○話題提供:「孀恋村わっきゃない教室の取り組み」～栄養プログラムを中心に～  
○ディスカッション

**定員** 30名

**受講料** 2,500円(教材代含む・事前振込)

**申し込み** ヘルスプロモーション研究センターのホームページからお申し込みください。  
<http://healthprom.jadecom.or.jp>  
申し込み締め切り:2019年10月4日(金)

#### 問い合わせ・連絡先

公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター(担当:嶋田,成田)  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail: health-promotion@jadecom.or.jp

## 自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 研修・入局のご案内

埼玉県は人口比産婦人科医師数が日本一少ない県でありながら、人口密集地区の性質上、当センターでは多数の症例を経験することができます。これから産婦人科専門医を取得したい方、後期研修したい方、研究したい方、興味ある方、どなたでもお気軽にご連絡ください。腹腔鏡技術認定医、超音波専門医、周産期専門医、婦人科腫瘍専門医等々サバスペシャルティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

#### 連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科  
産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)  
教授 今野 良(岩手1984年卒)  
TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

事務局

## 地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトしていただくか、下記担当へお問い合わせください。

**問い合わせ先** 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル 4階  
公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部  
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924  
E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

JADECOM  
よろず相談  
窓口

## 「JADECOMよろず相談窓口」開設のお知らせ

このたび、地域医療振興協会生涯教育センター内に、なんでも相談できる「JADECOMよろず相談窓口」を開設しました。

地域医療の現場での診療に関すること、地域における研究課題や専門医・学位取得といったことから将来の進路、職場環境や生活環境の悩み事まで相談の種類は問いません。

原則として地域医療振興協会会員を対象としていますが、地域医療に従事する医師の皆さんの様々な問題に柔軟に対応します。内容によっては協会関連病院や大学関係者等適切な方にお繋ぎさせていただきます。また学会や都道府県支部会などの際の個別相談にも応じます。まずはお気軽に窓口までご連絡ください。



**連絡先** 地域医療振興協会生涯教育センター「JADECOM よろず相談窓口」  
富永眞一 shintomi@jadecom.jp

生涯教育  
センター

## 生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しました。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にさせていただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的にしています。

配信を開始してから半年が経過しましたが、自治医科大学の教職員や学生の方々から大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてるのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知るといことがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いです。と考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医科大学図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター長 富永眞一

## 「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

「月刊地域医学」は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、「月刊地域医学」を年間定期購読しませんか？

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ（URL [https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/pdf/apply\\_magazine.pdf](https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/pdf/apply_magazine.pdf)）にアクセスして申し込み用紙をダウンロードの上、FAX またはメールにて下記までお申込みください。

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

## へき地・地域医療を志す医学生の皆さんへ 「月刊地域医学」無料送付登録のご案内

公益社団法人地域医療振興協会では、「へき地を中心とした地域保健医療の確保とその質の向上」を目的として活動しており、医学雑誌として「月刊地域医学」を発行しております。へき地・地域医療に興味関心のある医学生の皆さんにご覧いただき、将来のへき地・地域医療の充実と質の向上の一助となりますようご案内申し上げます。「月刊地域医学」は原則として公益社団法人地域医療振興協会会員に配布させていただいておりますが、この度、公益活動として地域医学の啓発・普及のため将来のへき地・地域医療を担う医学生の皆さんに無料にて配布いたします。

**対 象** へき地・地域医療に興味関心のある医学生

**登録方法** 住所、氏名、大学名、学年、E-mail アドレスを下記連絡先までご通知ください。

**費 用** 無料（無料送付登録は医学生の方に限り、年度ごとに登録更新していただくことになります。）

**申し込み先** 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階  
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局  
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515  
E-mail [chiiki-igaku@jadecom.or.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.or.jp)  
URL <https://www.jadecom.or.jp/pdf/gekkanchiikiigaku/chikiigaku.pdf>

## 会費のご案内

---

### 1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

### 2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

### 3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

## ご住所が変更になったときは

---

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、当協会に新しいご住所をご連絡ください。

当協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単にお手続きが可能ですので、是非ご活用ください。

また、所属支部の変更を希望される方は、当協会ホームページ([https://www.jadecom.or.jp/members/shibu\\_henkou.html](https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html))に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

## 連絡先・書類送付先

---

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail [info@jadecom.or.jp](mailto:info@jadecom.or.jp) URL <https://www.jadecom.or.jp/>

# あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には  
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが  
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、  
その支援実績は年々増えていますが  
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、  
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

**公益社団法人 地域医療振興協会** 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

**担当/事務局 医療人材部**

**mail: [hekichi@jadecom.or.jp](mailto:hekichi@jadecom.or.jp) TEL:03-5210-2921**

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

北海道

市立三笠総合病院



●内科, 外科, 整形外科, 小児科  
常勤医師 各1名

診療科目: 内科, 循環器科, 外科, 整形外科, 小児科, 皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科, 神経科, リハビリテーション科

病床数: 199床

職員数: 181名 (うち常勤医師9名, 非常勤医師0名)

所在地: 〒068-2194 北海道三笠市宮本町489-1

連絡先: 事務局総務管理課総務管理係・係長 齋藤  
TEL 01267-2-3131 FAX 01267-2-2493  
E-mail byouin-kanri@city.mikasa.hokkaido.jp

特記事項: 市立三笠総合病院は、北海道のほぼ中央部、三方を山に囲まれ自然豊かな三笠市に位置しています。三笠市は化石や石炭を利用した観光に取り組んでおり、市全域が日本ジオパークに認定され、太古のロマンを感じることができます。三笠高校の生徒が運営する高校生レストランはにぎわいを見せ、若者の活気があふれるまちです。当院は市の基幹病院として、急性期から慢性期にわたる医療を提供しています。急性期に関しては、高度医療機器を積極的に導入し、質の高い医療サービスを提供するとともに、救急医療は365日、24時間体制で行っています。また、地域の医療ニーズに対応するため、回復期リハビリテーション病棟や24時間体制の訪問看護ステーションを開設するなど、医療サービスの向上に努めています。地域に根ざし、地域住民に信頼される病院づくりを目指している当院へのご連絡をお待ちしています。

www.city.hospital-mikasa.jp/

受付 2019.3.11

東京都

小笠原村診療所



●総合診療科 1名

診療科目: 内科, 小児科, 外科, 整形外科, 産婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科, 精神科, 歯科

病床数: 9床

職員数: 30名 (うち常勤医師3名)

所在地: 〒100-2101 東京都小笠原村父島字清瀬

連絡先: 小笠原村医療課 診療所係 小野寺  
TEL 04998-2-3800 FAX 04998-2-2768  
E-mail onodera@vill.ogasawara.tokyo.jp

特記事項: 小笠原諸島は東京から遠く南へ1,000km離れており、週1便運航されている定期船おがさわら丸で24時間かかる超遠隔離島です。診療所では対応できない症例は、空港がないため自衛隊機によって、内地高度医療機関へと搬送されますが、これは日本で唯一の患者搬送システムです。この他にも、超遠隔離島の小笠原でしか体験できないことは沢山あります。

ぜひ、世界自然遺産の小笠原で、医療に従事してみませんか? <http://www.ogasawaraclinic.jp>

受付 2019.7.12

佐賀県

伊万里有田共立病院



●一般内科, 呼吸器内科, 整形外科, 麻酔科, 検診科 各数名

診療科目: 内科, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 糖尿病・代謝内科, 神経内科, 外科, 心臓血管外科, 消化器外科, 整形外科, 脳神経外科, 胸部外科, 小児科, 泌尿器科, 婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科, 救急科, 麻酔科, リウマチ科

病床数: 206床

職員数: 343名 (うち常勤医師18名, 非常勤医師2名)

所在地: 〒849-4193 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860

連絡先: 事務長 森田  
TEL 0955-46-2121 FAX 0955-46-2123  
E-mail kyouritsu@imari-arita-hp.or.jp

特記事項: 地域に密着し急性期医療、地域との連携、医療人の育成を行う病院です。

患者さん一人ひとりに寄り添い、ていねいな診療で地域全体の健康を守ることを、社会に必要とされる病院に育てるために共に学び、共に創造していきましょう。

<http://imari-arita-hp.or.jp/>

受付 2019.2.25

## 各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人の締め切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。
- ②継続して掲載を希望する場合も、原則として毎号締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。  
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM、DVDなど)でお送りください。

### 支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第○回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨：議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論：議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他：講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。  
文字量目安：約950字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

### 開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称
2. 主催および共催団体名
3. 会の形態：研修会・研究会・講習会・講演会・シンポジウム等
4. 趣 旨
5. 日時・場所
6. 内容：テーマおよび簡単な内容、ホームページ等があればご紹介ください。
7. 参加資格：定員がある場合も明記してください。

8. 受講料
9. 申し込み方法：申し込み手続きに必要な書類、申し込み方法(通信手段)
10. 申し込み期間：申し込み締切日は必ず明記してください。
11. 連絡先：担当部署、担当者氏名(肩書き)、住所、TEL、FAX、E-mailを記載してください。  
文字量目安：約900字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

### スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名、教室名
2. 科・教室紹介：約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(○年卒：西暦)で統一願います。
3. 連絡先：氏名(所属・肩書き)、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

### 求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

1. 病院名(正式名称)
2. 所在地
3. 診療科目
4. 病床数
5. 職員数(うち常勤医師数、非常勤医師数)
6. 募集科目・人数
7. 連絡先：氏名(所属・役職)、TEL、FAX、E-mail
8. PR. 特記事項(ホームページURLなど)
9. 写真データを1点掲載することができます。

### 原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：堀江・田代

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

# 投稿要領

2017年6月改訂

## 1. 投稿資格

- 1) 地域医療に携わる全ての者.
- 2) 国内外の他雑誌等に掲載されていない原稿,あるいは現在投稿中でない原稿に限る.

## 2. 採否について

編集委員会で審査し,編集委員会が指名する専門家に査読を依頼して採否を決定する.

## 3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

**原著**: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

**症例**: 症例についてその詳細を著した論文.

**活動報告**: 自らが主催, または参加した活動で, その報告が読者に有益と思われるもの.

**研究レポート**: 「原著」「症例」「活動報告」のカテゴリーに含まれないが, 今後の研究をサポートしていくに値し, また多職種多地域のコホート研究などに利用できるような論文.

**自由投稿**: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

## 4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする. 1ページは約1,800字に相当. 図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)のもので約380字に相当.
- 3) 原稿の体裁: 文字サイズは10.5~11ポイント. A4判白紙に(1行35字, 1ページ30行程度)で印刷する. 半角ひらがな, 半角カタカナ, 機種依存文字は使用しない. 表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「参考文献」ごとに改ページする.
- 4) 原稿の表記: 原則として日本語とする. 句読点として全角の「, カンマ」「. ピリオド」を用いる. 薬品は原則として商品名ではなく一般名とする. 日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる. 略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身\*)とする. (\*必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項  
**表紙**: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

(著者が複数の場合, それぞれの所属が分かるように記載する), 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を記載する. 全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し, 全共著者の署名を添える.

**抄録・キーワード**: 原著には抄録とキーワードを添える. 原著の抄録は構造化抄録とし, 目的, 方法, 結果, 結論に分けて記載する(400字以内). キーワードはタイトルに使用した語句は検索時に認識されるので, それ以外の語句を選択して記す(原則として日本語で5語以内).

**タイトル・抄録の英文表記(希望者のみ)**: タイトルと抄録は, 和文表記に英文表記を併記することができる. 英文の著者名はM.D.などの称号を付け, 名を先, 姓を後ろに記載. 英文抄録はIntroduction, Methods, Results, Conclusionに分けて, 記載する(250語以内). Key words(5語以内)を添える. 抄録は和文と英文で同じ内容にする.

英文抄録はnative speakerのチェックを受け, 証明書(書式自由)を添付すること.

## 6) 図表

- ① 図表は厳選し, 本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する.
- ② 図表は原則としてモノクロで掲載する.
- ③ 図表は通し番号とタイトルをつけて, 本文とは別に番号順にまとめる.
- ④ 他の論文等から引用する場合は, 当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する.
- 7) 引用文献: 必要最小限にとどめること. 本文中に引用順に肩付き番号をつけ, 本文の最後に引用順に記載する.

## 雑誌の場合

### 文献表記例

#### 【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: Adherencetopharmacologic management of hypertension. Can J Public Health 1998; 89: 16-18.

#### 【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

石井威望, 他編. 新医科学体7巻. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

- 4) Schuckit MA : Alcohol and alcoholism. In : Wilson JD, Braunwald E, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, McGraw-Hill, 1991, p.373-379.

#### 【ウェブサイト】

- 5) Evanston Public Library Board of Trustees. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):  
タイトル, 雑誌名 年; 巻: 始頁-終頁.

#### 書籍の場合

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):  
章名, 編集者名, 書名, 地名, 出版社名, 年, 始頁-終頁.

#### ウェブサイトの場合

著者名, 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

### 5. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1) 本文の保存形式: 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する. 画像の保存形式: JPEGかBMP形式を原則とする. これらの画像等を組み込んで作成した図は, 各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける.
- 2) 必要書類: 掲載希望コーナー, 著者名と所属, 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋, および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書.

### 6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
  - ①メールの件名は「投稿・○○○○(著者名)」と表記する.
  - ②原稿と必要書類(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 必要書類)は添付ファイルで送るか, 容量が大きい場合には大容量データサーバを使う.
- 3) 郵送で送付する場合の注意  
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.
- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

### 7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

#### 【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原著者の権利を含む)は, 公益社団法人地域医療振興協会に帰属する.
- 2) 当該協会は, 当該論文等の全部または一部を, 当協会ホームページ, 当協会が認めたネットワーク媒体, その他の媒体において任意の言語で掲載, 出版(電子出版を含む)できるものとする. この場合, 必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある.

#### 【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については, 「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し, 編集委員会により諾否を決定する.

### 8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

- 1) 掲載料金は無料とする.
- 2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈. それ以上は別途実費が発生する.
- 3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈, 別刷は実費が発生する.

### 9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

- 1) E-mail [chiiki-igaku@jadecom.or.jp](mailto:chiiki-igaku@jadecom.or.jp)

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人 地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

TEL 03 - 5212 - 9152 FAX 03 - 5211 - 0515

### 10. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当. 投稿受理後は下記編集室より著者に, 受理日, 受理番号を連絡. 投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿規定等の問い合わせは, 下記編集室あて.

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail [chiiki-igaku@medcs.jp](mailto:chiiki-igaku@medcs.jp)



## 「月刊地域医学」編集委員

---

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(医療人材部総合診療産婦人科養成センター センター長)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 小児科部長)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 内科部長)

(50音順, 2019.8.1 現在)

---

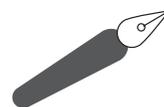
## 編集後記

今月の特集は「地域での漢方治療のススメ」です。「中西結合」という言葉をご存じでしょうか？ 正確には「中西医結合医学」と言います。中華人民共和国が成立後、毛沢東から始まり、歴代の最高指導部が推進してきた医療政策です。私は鄧小平が最高指導者であった時代に大阪府と上海市の医学学术交流として、3ヵ月間上海中医学院で過ごし、中医学を学ぶ機会がありました。時代は1980年代初頭ですが、講義や病院実習の中で「中西結合」の言葉をよく耳にしました。この考えが提唱された背景には当時の政治情勢が関係しているようです。つまり、新中国成立後、「独立自主、自力更生」の精神で、ソ連等の干渉を受けずに独自の道を歩むため、中国本来のものを大切に発展させることが重視され、その一環として1950年代から「中西結合」が提唱されました。つまり、結合といっても中医学が主で、西洋医学はその振興の手段とするねらいであったようです。その後、1990年代には「中西結合」は発展を遂げ、多くの医科大学に専門の学科や学部が設置されます。

しかし、中西結合の政策の弊害や批判も生まれています。西洋医学者に中医学を学ばせ、中医学を発展させる政策を進めた結果、中医学の独自性が失われ、本来のねらいとは異なったとの批判です。中医学と西洋医学はもともと異なる医学システムなので、「共存」を目指すのは可能であっても、真に「結合」することは難しく、事実、目標であった新しい学問体系を構築するに至っていないという批判もあります。中医学が結合すべき相手は、西洋医学ではなく、現代科学ではなかったのかという反省も述べられています。

中西結合が目指している診断・治療のアプローチは、診察における「病」と「証」の結合と、治療における総合的協調と相互利用です。2つの異なる医学の観点から病気の原因と病理変化を診断し、治療において両者の治療方法を合理的に組み合わせて高い治療効果を目指すものです。わが国では保険診療としての漢方治療が可能であり、西洋医学の中で中医学的なアプローチが実践されています。今後、真の意味での結合につながる学問的基盤の確立には時間がかかるかもしれませんが、「中西共存」に有用なエビデンスの創出が進むことを期待しています。

中村正和



### 参考文献

郝曉卿：中西医結合医学の歴史と現状を顧みて、福岡県立大学人間社会学部紀要 2008:17:13-27.

月刊地域医学 第33巻第10号(通巻396号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2019年10月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 URL <https://www.jadecom.or.jp>

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03-5790-9831 FAX 03-5790-9645

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan