

鼎談

専門医からみた漢方薬の使い方

現在、リハビリテーション医学・医療の対象は、運動器障害・脳血管障害・循環器や呼吸器などの内部障害・摂食嚥下障害・小児疾患・がんなどきわめて幅広い領域に及ぶ。そこで漢方薬を用いるメリットとは何か、また、実際の臨床で漢方薬がいかに活用されているかを、さまざまな疾患での実際の症例を交え話し合っていた。



〈司会〉久保 俊一先生（京都府立医科大学 教授・日本リハビリテーション医学会 理事長）
伊藤 友一先生（済生会山形済生病院リハビリテーション科 科長）
巷野 昌子先生（東京通信病院リハビリテーション科 医長）

はじめに

久保 現在、リハビリテーション医学・医療の対象者は、小児から青年・成人、高齢者まですべての年齢層に広がっています。特に近年は社会の急速な高齢化の進展にともない、高齢者の割合が高くなってきました。

また、高齢化により疾病構造が複雑となり、リハビリテーション医学の対象とする疾患や障害は運動器障害・脳血管障害・循環器や呼吸器などの内部障害、摂

食嚥下障害、がんなどの幅広い領域に及んでいます。さらに、不健康寿命の延伸に従い、病院や施設だけでなく生活期でも良質なリハビリテーション医学・医療が求められています。現在、リハビリテーション医学・医療では、急性期・回復期・生活期（維持期）に加え、その後の再発予防までを含めて、一貫したひとつの流れとして考えることが求められています。

そうした中で、リハビリテーション医学・医療において、「訓練療法」は大きなウエイトを占めています。しかし、訓練療法を進めるにあたり、無痛性がひとつ

の大きな課題となります。疼痛管理を含めトータルに治療するために、薬物療法の役割をしっかりと位置づけなくてはならないと考えています。

西洋医学は、実証医学といわれていますが、「体のどこがどのように病的な状態にあるのか特定して、その原因を治療する」医学です。これは、古代ギリシャのクニドス派の考え方を踏襲しています。その一方で、「病気よりも病人の現状を全体としてとらえ治療をする」という、ヒポクラテス派の考え方があります。つまり、局所をみるか、全体をみるかの2つの考え方があります。この後者の考え方が、まさに漢方医学に通じるものだと思います。

そのため、リハビリテーション医学・医療において、漢方医学は親和性が高く、その積極的な活用が望まれます。また、最近では「フレイル」や「ロコモティブシンドローム」の予防においても、漢方医学的な考え方が強調されています。

本日は、リハビリテーション医学・医療の第一線でご活躍される先生方に、漢方薬をどのように活用されているか、お話をおうかがいしたいと思います。

それでは、それぞれの先生の自己紹介をお願いします。

伊藤 私は、山形市にある山形済生病院のリハビリテーション科に勤めています。当院は病床数 473 床の地域中核病院として急性期医療を担い、整形外科を柱のひとつとして医療を行っています。整形外科専門医が 10 人、研修医とあわせて 15 人体制で診療にあたり、年間の手術件数は約 2,200 件です。

リハビリテーション部のスタッフは、理学療法士



(PT)・作業療法士 (OT)・言語聴覚士 (ST)、あわせて約 70 人です。私はもともと整形外科医で、脊椎外科を専門としていました。リハビリテーション部では、主に整形外科の術後の運動器疾患、脳血管障害のリハビリテーションを行っています。また、心臓リハビリテーションや、がんリハビリテーションなども行っています。私は、疼痛外来・骨粗鬆症外来・漢方外来も担当しています。リハビリテーションでは、高齢患者の割合が高いため、漢方薬を処方する機会がとても多く、全体では 8 割程度の患者さんに漢方薬を使用しています。また、慢性疼痛の患者さんに対して、西洋医学的アプローチが不十分な場合に、漢方薬で治療しています。このように漢方薬は、私にとってなくてはならない存在となっています。

巷野 私は、東京都千代田区にある東京通信病院のリハビリテーション科に勤務しています。研修医時代を終えてから約 10 年間、脳神経外科に所属していました。その後は、リハビリテーション科に転向して、現在はリハビリテーション全般をみています。当院では、整形外科領域の疾患は、整形外科医が専門に診ていますので、私が日ごろ多く診ているのは脳血管障害・内部疾患の患者さんです。施設基準としては、運動器障害・脳血管疾患障害・がん患者・呼吸器疾患の各リハビリテーションを行っています。近年は内部疾患の患者さんが増えてきていますので、今後は呼吸器や心臓リハビリテーションの強化をはかっていきたいと考えています。理学療法士が 10 人、作業療法士が 3 人、言語聴覚士が 2 人の体制で、1 日のべ 150 ~ 170 名の患者さんがリハビリテーション科を訪れています。当院は急性期の病院ですが、若干長めの期間にわたって入院する患者さんや、地域の高齢者の方も多いのが特徴です。

久保 私は、15 年前から京都府立医科大学整形外科学教室の教授を務め、2 年半前に大学にリハビリテーション医学教室ができてから、リハビリテーション医学とスポーツ・障がい者スポーツ医学の教授も兼任しています。約 40 年前に日本リハビリテーション医学会に入会し、現在、理事会の中で最古参のメンバーと

なっています。大学の附属病院では、リハビリテーション科の部長も兼任していますので、リハビリテーション医療・医学の問題点や教育のあり方について、身をもって体験しています。そのため、本日はさまざまな問題点について、客観的かつ俯瞰的な視点からお話をさせていただければと思います。

リハビリテーション医学・医療の現状

久保 ここで、現在の医療制度を含めリハビリテーション医学・医療の現状について、あらためて考えていきたいと思っています。リハビリテーション医療が一番多く行われている回復期リハビリテーション病棟では、入院対象となる疾患は限定されており、患者さんの多くが高齢者です。その高齢患者は、2つ以上の疾患がある重複障害の場合が多く、現在のリハビリテーション医学・医療の体系では、きちんとした対応ができずに取り残されるケースがあります。そのため、リハビリテーション医学・医療全体を俯瞰的にとらえた総合的（疾患横断的・臓器横断的）な仕組みづくりが急務となっています。

また、リハビリテーション医学・医療に関連する診療報酬は包括化され、在宅復帰率など改善実績が一定水準を下回る場合、成果主義に基づく診療の質に踏み込んだ評価が行われるようになりました。それにより、薬物療法に関しましても、必要最小限の使用が求められています。さらに、病棟から在宅復帰した後も要介護状態に陥ることを予防し、健康寿命を保つという視点も求められています。そのため、地域医療連携・多職種連携が今後ますます重要な役割を果たしていくと考えています。

このように、リハビリテーション医学・医療は社会的な重要性が増していますが、体制の整備という面では非常に遅れている部分があります。現在、日本リハビリテーション医学会では、教育システムの構築を大きな課題としてとらえ、その取り組みを進めています。伊藤先生は、日々のリハビリテーション医療において感じている問題点は何かありますか。

久保 俊一（くぼ としかず）先生

- 1978年 京都府立医科大学卒業
- 1983年 同 大学院修了
米国ハーバード大学留学
- 1990年 京都府立医科大学講師
- 1993年 仏国サンテチエンヌ大学
留学
京都府立医科大学整形外科
科学教室助教
- 2002年 同 教授
- 2003年 同 大学大学院運動器機能再生外科学教授(改組)
- 2004年 厚生労働省特発性大腿骨頭死症研究主任研究者
(班長)
- 2010年 日本股関節学会理事
- 2012年 第85回日本整形外科学会学術総会会長
- 2014年 同 大学リハビリテーション医学教室教授(兼任)
- 2015年 同 大学副学長(兼任)
- 2016年 日本リハビリテーション医学会理事



伊藤 当院では、当初急性期病棟のみでしたが一昨年から回復期リハビリテーションと地域包括ケア病棟を新設し、以前よりもスムーズにリハビリテーション医療を進めることができるようになりました。ただ、山形県全体で見ますと、全国平均と比較しても高齢化がだいぶ進んでおり、80代、90代の患者さんが多く、その受け入れ先がなかなか見つからないという問題があります。また、一度入院すると自宅に帰れる人が少ないという現状もあり、そうした部分が今後の課題ではないかと思っています。

腰痛・下肢痛のファーストチョイスは？

久保 リハビリテーション医療を行う上で、一番対処が必要な患者さんの訴えは痛みだと思います。そこで痛みに対して、漢方薬を用いた症例がございましたら伊藤先生からご紹介ください。

伊藤 私が、外来で診ている高齢の患者さんに多いのが、腰痛・下肢痛を訴え、足に冷えがみられる方です。一般的には腰部脊柱管狭窄症が原因だと思うのですが、さまざまな合併症を伴っている方が多く、そも

伊藤 友一 (いとう ともかず) 先生

1984年 山形大学医学部卒業
同 医学部整形外科研修医
北里大学病院麻酔科研修医
1999年 山形大学医学部整形外科
講師
2000年 山形県立保健医療大学理
学療法学科教授
2004年 済生会山形済生病院整形
外科部長
2015年 同 リハビリテーション科科長



そも高齢のため、手術に踏み切れないケースも多くあります。そうしたときに、私がよく使っているのが牛車腎気丸しやじんきがんです。80代の男性で、腰痛と左下肢痛を訴える患者さんに牛車腎気丸とブシ末を併用し効果がみられました。(症例1)。牛車腎気丸は、高齢者で下肢機能が低下している方には、使ってよい漢方薬だと思います。

久保 具体的にどのように症状が改善するのでしょうか。

伊藤 ポイントは、痛みと冷えの改善です。リハビリテーション医療を進める上では、これらの改善はとても重要です。症例1のように冷えの改善と除痛効果を高めるために、牛車腎気丸とブシ末をよく併用します。ブシ末は、痛みや冷えの強い場合に、エキス剤に足して使用します。初めは、1日0.9～1.2gから開始し、効果が弱ければ1.5～1.8gに増やします。逆に症状がよくなれば減らすといった使い方をしています。

巷野 ブシ末は、少し飲みにくいという患者さんもいるのですが、私も使ってみてよい印象を持っています。

久保 牛車腎気丸は、サルコペニアに関連して話題になっていますね。

伊藤 萩原圭祐先生(大阪大学大学院医学系研究科漢方医学講座准教授)が、動物実験により牛車腎気丸がサルコペニア予防に効果があるという報告をされています。

実際の臨床でも、牛車腎気丸で痛みが取れたので投与を終了しようとする、「体調もよくなり元気に

なった」「前よりも歩けるようになった」と、患者さんが処方継続を希望されることもあり、その効果を実感しています。

また、ブシ末についても、小泉修一先生(山梨大学医学部薬理学講座教授)が行った動物実験で慢性疼痛を予防する効果があると報告されています。これらの漢方薬が今後、疼痛治療においてブレイクスルーするかもしれません。

巷野 私は牛車腎気丸をサルコペニアに対する効果を期待しつつ、やや高齢で頻尿の患者さんに処方しています。今のところサルコペニアの改善は実感できていませんが、頻尿に関しては患者さんから「飲んだその晩に効いた」という声を聞くことが多いです。

久保 腰痛・下肢痛で使用される他の漢方薬はありますか。

伊藤 冷えがあって、長く続く慢性の痛みがある場合は、当帰四逆加呉茱萸生姜湯とうきしぎやくかごしゆじゆしょうたうを使用します。外科手術後の腹痛や脊椎手術後の腰痛などに効果があります。使用目標となる大きなキーワードのひとつとして、しもやけがあります。小さい頃にしもやけができたことがないかを確認して使用します。慢性疼痛には、この処方がとてもよく効いています。また、冷えや痛みが強い場合は、当帰四逆加呉茱萸生姜湯にブシ末を併用する場合も多いです。

◆症例1 腰痛・左下肢痛に牛車腎気丸が奏効した症例(伊藤先生)

患者：80代、男性。
主訴：腰痛・左下肢痛。
現病歴：もともと心筋梗塞でステント留置術を受けていた。腰痛・足弱などの下半身機能の低下に加え、足腰の冷えとしびれがあり、排尿障害・浮腫傾向がみられた。
所見：腹診では臍下不仁が認められた。
治療経過：牛車腎気丸7.5g/日分3とブシ末1.0gを併用で処方したところ、1カ月後に若干症状の改善がみられ、4カ月後に痛みが消失。10カ月後に治療を終了した。

「瘀血」に注目し桂枝茯苓丸を使用

久保 巷野先生は、もともと脳神経外科のご出身ということですが、脳出血の後遺症で麻痺が残る患者さんに漢方薬を使用した症例をご紹介いただけますか。

巷野 脳出血後遺症で片麻痺がみられた80代の女性に桂枝茯苓丸を処方したところ、麻痺側の手の動きが改善しました（症例2）。その患者さんは、もともと指を開く程度の動作は可能でしたが、桂枝茯苓丸の服用後は明らかに動きがよくなりました。また、当初、関節の腫脹と手全体にフワツとした浮腫がみられましたが、それらがすっきりして、とてもきれいになりました。この症例は私が初めて桂枝茯苓丸を使った患者さんで、まるで魔法の薬のような印象を持ちました。

久保 この漢方薬はどこに注目して使用すればよいのでしょうか。

巷野 桂枝茯苓丸は「瘀血」を改善する薬のひとつですので、血液の循環をよくしたり、血腫の吸収を早めたりする効果があります。関節が腫れぼったく、動きが少し悪い患者さんに有効な場合が多い印象があります。

久保 「瘀血」はどのような病態と考えればよいのでしょうか。

伊藤 瘀血とは、わかりやすくいうと末梢循環障害の状態を示す漢方用語です。瘀血の診断ポイントとしては、便秘、唇が紫色、目の下のクマなどに注目します。

久保 伊藤先生は桂枝茯苓丸をどのような場面で使用されていますか。

伊藤 運動器疾患では、手根管症候群などの末梢神経障害にも使用します。また、腰椎椎間板ヘルニアによる神経根障害などでは、効果を増強するために五苓散とあわせて使用することが多いです。

NSAIDsで対処できない痛みが漢方薬で改善

久保 痛みに対し西洋薬ではNSAIDsが一般的ですが、リハビリテーション医療の現場では、今ひとつ効果を発揮しないことを日常的に経験します。そういうとき

にも瘀血に注目するとよいのでしょうか。何か痛みに対し漢方薬が効いた症例があればご紹介ください。

伊藤 30代の男性が腰痛を訴え受診しました（症例3）。最初はNSAIDsを使用しましたが、あまり効果がみられませんでした。そこで、疎経活血湯を処方したところ痛みが改善しました。疎経活血湯は、先ほど巷野先生が話された桂枝茯苓丸と同様に瘀血を改善する薬です。この患者さんの場合は、非常に疲れが溜まったことによる末梢循環障害が起きていたと考えられます。疎経活血湯は、軽い冷えがあり夜間に痛みが増強するなどの瘀血がみられることを目標に使用します。

久保 漢方薬と西洋薬はどのような使い分けをされていますか。

伊藤 NSAIDsは体を冷やす性質がありますので、急

◆症例2 脳出血後遺症の片麻痺に桂枝茯苓丸が奏効した症例（巷野先生）

患者：80代、女性。
主訴：脳出血後遺症の片麻痺。
現病歴：右前頭葉皮質下の出血の後遺症で片麻痺がみられた。軽度の認知症があり、自主トレーニングや生活注意の指導を守れない。
所見：小柄でぼっちゃりした体格。脈拍70回/分、血圧120/60mmHg前後。
治療経過：脳出血の発症から約2カ月後に桂枝茯苓丸7.5g/日分3を処方。もともと指が開く程度の動作は可能であったが、数日後には麻痺側の手の動きが明らかによくなった。その後、食事の場面などで、自然と左手を使えるようになり、ブルンストロームステージで5まで回復した。

◆症例3 西洋薬の効果がない腰痛に疎経活血湯が奏効した症例（伊藤先生）

患者：30代、男性。
主訴：腰痛。
現病歴：非常に疲れが溜まったときに、腰部より下肢にかけて強い痛みがあり、夜になると増悪する。
所見：身長175cm、体重69kg、手足の冷えなし。便秘あり。
治療経過：疎経活血湯7.5g/日分3を処方したところ、腰痛が改善して投薬終了となった。

巷野 昌子 (こうの まさこ) 先生

- 1992年 弘前大学医学部卒業
横浜市立大学医学部付属
病院臨床研修医
- 1994年 同 大学医学部脳神経外科
学講座入局
- 2002年 東京慈恵会医科大学リハ
ビリテーション医学講座
入局
- 2003年 東京通信病院リハビリテーション科
- 2005年 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座
助手
同 大学附属病院リハビリテーション科
- 2006年 東京通信病院リハビリテーション科
- 2017年 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座



性期では体を冷やす効果のある漢方薬との併用は問題ないと思います。しかし、温める効果のある漢方薬とNSAIDsは逆の働きをするため、注意が必要です。また、慢性期で体力の弱り切っている患者さんには、NSAIDsは逆効果ですので、漢方薬のみを使用することが多いです。

女性高齢者に多い脊椎圧迫骨折

久保 女性高齢者では脊椎圧迫骨折が比較的好くみられますが、伊藤先生はどのような漢方薬を使用されますか。

伊藤 60代の女性で腰痛が出現し、第4腰椎の圧迫骨折がみられました(症例4)。高齢者の圧迫骨折では、初期段階でのみNSAIDsを使いますが、長期間の使用が難しいといった問題があります。そこで除痛と治癒促進を目的に治打撲一方をよく使います。治打撲一方は、その名の通り打撲を治す薬です。打撲・捻挫・骨折などの他、犬による咬傷などの外傷にも使っています。効果としては、腫れが早く引いて、治りが早いように思います。骨折時に使用した場合、未使用の場合と比べて治癒期間が半分くらいに短縮されるイメージがあり、とてもよい感触を持っています。西洋薬に

は、痛みを取るだけで組織そのものの修復を早めたり、局所の循環障害や水代謝異常を改善したりするような薬はないので、漢方の役割は大きいと思います。

久保 高齢者の場合は、特に早期からのリハビリテーション医療を行うことが重要です。そうした点からも、患部の除痛や腫脹の早期改善などの効果が期待できる治打撲一方は、非常に面白い薬だと思います。

高齢者では膝の痛みを訴える患者さんも多いですが、伊藤先生はどのような漢方薬を使用されていますか。

伊藤 膝痛に対して使用する漢方で有名なのが防己黄耆湯です。特に、色白な小太りの女性で、膝の関節に水が溜まっている方が適応となります。

久保 効果としては痛みを取るということでしょうか。

伊藤 防己黄耆湯はどちらかというと、痛みを取るというより体内の水代謝異常である「水腫」を治す作用が強いのが特徴です。そのため、痛みに対する効果が少ない場合は、先ほどお話したブシ末を併用して、痛みを緩和するののひとつの手だと思います。

精神症状での漢方の使い方

久保 リハビリテーションの現場では、身体症状だけではなく抑うつや意欲低下・不眠などの精神症状を訴える患者さんも多いと思います。そうした精神症状に対して漢方薬が有効であった症例を巷野先生からご紹介ください。

巷野 50代の男性が脳出血の後、職場復帰を果たし

◆症例4 腰椎圧迫骨折に治打撲一方を使用した症例(伊藤先生)

患者：60代、女性。
主訴：第4腰椎の圧迫骨折。
現病歴：特別な誘因はなく腰痛が出現し、第4腰椎で新鮮な圧迫骨折が認められた。
治療経過：治打撲一方7.5g / 日分3を14日分処方したところ、2週間程度で症状の改善がみられ2カ月程度で内服終了。その後は、骨粗鬆症の治療を継続中。

たことを契機に精神症状が出現した症例です（症例5）。その患者さんは、脳出血後遺症としてごく軽度の失語症がありました。脳出血の発症から約1カ月で退院し、その後は通院で言語訓練を行っていました。職場に復帰した約2カ月後に「自分の体ではない感じがする」「調子が悪い」と言い、外来でさめざめと泣き出すようなことがありました。また、「よく眠れない」「先々のことを思い煩ってしまう」ということでしたので、抑うつや不安の症状と判断して、加味帰脾湯を処方しました。約2週間後には、症状に改善がみられ、どうにか仕事に行けるようになりました。しかし、仕事には行くものの、疲れやすく、食欲の低下がみられたので、加味帰脾湯に加えて人参養榮湯を処方しました。その2週間後には食欲が出て、笑顔を見せるようになりました。1年後には出張にも行けるようになり、2年後に廃薬としました。

社会復帰の時期になると、どうしても強い気持ちを持ってないことが多いのですが、そうしたときに、漢方

◆症例5 抑うつ・不安・不眠に加味帰脾湯と食欲低下に人参養榮湯を使用した症例（巷野先生）

患者：50代、男性。

主訴：抑うつ・不安・不眠。

現病歴：脳出血の後遺症で軽い失語症で換語困難があった。後遺症の麻痺がほとんどなかったため、約1カ月で退院し、その後は通院で言語訓練を行っていた。

所見：身長178cm、体重75kg、脈拍75回/分、血圧120/70 mmHg 前後。

治療経過：職場に復帰した約2カ月後に「自分の体ではない感じがする」「調子が悪い」と言い、外来でさめざめと泣き出す。また、「よく眠れない」「先々のことを思い煩ってしまう」と話すため、抑うつや不安の症状と判断し、加味帰脾湯5.0g（就前）を処方。約2週間後には、「悪くないです。眠れます」と話し、仕事に行けるようになった。しかし、疲れやすく、食欲の低下がみられるため、加味帰脾湯と併用で人参養榮湯を3.0g（朝）を処方。その2週間後には食欲が出てきて、「あの薬もいい感じがする」といい、笑顔が出るようになった。1年後には少しずつ出張などにも行けるようになり、2年後に廃薬とした。



薬で支えることでスムーズに職場や社会復帰につながることがあります。入院中の患者さんでは、イライラしたり、注意力散漫になっていたりする方も多いため、抑肝散を使うことが多いですが、外来の患者さんでは、気虚に対して元気を出す補中益気湯などがよい印象があります。

久保 こうした精神的な症状は複合的な要因が関係してきますので、漢方薬を使ってコントロールできたとてよい症例だと思います。漢方薬を飲むことが患者さんの安心感となり、治療がよい方向に進んだのかもしれません。

精神症状に対して他の漢方薬を使用した症例はお持ちでしょうか。

巷野 40代の女性が、多発外傷で他院に入院し、約3カ月で独歩できるまで回復し退院しました。外来で経過観察と高次脳機能障害のリハビリテーションを続けていました。当科受診時の歩く姿は非常に弱々しく、記憶力障害や注意力・集中力の低下、判断力の低下を訴えていました（症例6）。外来受診から約1カ月後に不眠と疲れやすさを訴えるようになり、他院にてアルプラゾラム・ゾルピデム酒石酸塩の処方を受けていました。そこで、疲れやすさに注目して補中益気湯を処方しました。すると、約2週間後に作業療法を担当する療法士から「患者さんが何か元気になりましたよ」というコメントをもらいました。その後も、「眠れない」という訴えが続いたため、加味帰脾湯を追加で処方したところ、1週間後には改善がみられ、最終的には約半年間服用を続け、廃薬としました。

◆症例6 抑うつ・意欲低下・不眠に加味帰脾湯と補中益気湯を使用した症例（巷野先生）

患者：40代，女性。

主訴：抑うつ・意欲低下・不眠。

現病歴：多発外傷で他院に入院し，約3カ月で独歩できるまでに回復し退院。外来で経過観察と高次脳機能障害のリハビリテーションを続けた。

所見：身長161cm，体重48kg。

治療経過：外来受診時の歩く姿は非常に弱々しく，記銘力障害や注意力・集中力の低下，判断力の低下を訴えていた。その約1カ月後に不眠と疲れやすさを訴えるようになり，他院にてアルプラゾラム・ゾルピデム酒石酸塩を処方された。当院では，疲れやすさに焦点を当てて，補中益気湯7.5g/日分3を処方。約2週間後に，作業療法士から「患者さんが何か元気になりましたよ」というコメントをもらう。その後も，眠れないという訴えが続いたため，加味帰脾湯5.0g（就前）を追加で処方したが，昼2回の服用の方がよりよいと希望があり途中で服用方法を変更した。1週間後には不眠が改善し，アルプラゾラムの服用を中止。また，「アルプラゾラムの持ち越し作用で，翌日辛かったのがだいぶ楽になり，イライラして子どもを怒鳴ることもあまりなくなった」という。その後，約半年間服用を続けて，廃薬とした。

伊藤 私は，補中益気湯を化膿性脊椎炎などの免疫力が低下した患者さんに使う機会が多いです。その他の漢方薬として，感染症で弱り切っている高齢の患者さんには**十全大補湯**も使用し，免疫力を高めて体力の底上げをはかっています。



補腎剤で「未病」に備える

久保 私は，リハビリテーション医学・医療において漢方を考える際に，重要なキーワードとなるのは「未病」ではないかと思っています。

未病とは，漢方医学において，健康と病気の間で連続的に変化する状態と理解しています。特に高齢者の多くは，未病を抱えていると考えられます。この高齢者の未病に対しては，漏れ出している堤防の穴を見つけて補修するように，顕在化している問題だけにとらわれて対処しているのは，次々と問題が起こる可能性があります。

伊藤先生はそうした問題に対し，どのような対応をされていますか。

伊藤 患者さんが最初に訴えた痛みなどの症状が取れたとしても，高齢者の方はサルコペニアや下肢の機能低下といった問題を抱えていることが少なくありません。これは漢方医学的に老化との関係が深い「腎」と呼ばれる機能が，加齢とともに衰えることにより起こります。そうした方には，先ほど話しました牛車腎気丸や**八味地黄丸**などの腎を補う補腎剤を上手に使うことで，未病の状態から病気にならないように予防ができるのではないかと思います。

漢方を使う際の留意点

久保 漢方薬にはさまざまな効果が期待される一方で，患者さんや医療者の一部には，有害事象や副作用はないと考える人がいます。また，漢方薬をサプリメントのように考えて大量服用するケースもみられます。このように漢方薬に対して，過度な期待や誤った先入観を持つのは禁物だと思います。リハビリテーション医学・医療において，漢方薬を用いる際に，特に気をつけるべきことについてお話してください。

伊藤 多くの方剤に含まれる，**甘草**による偽アルドステロン症には注意が必要だと思います。例えば，こむら返りなどでよく使われる**芍薬甘草湯**は，甘草の含有

量が多いため頓用で使うようにしています。また、麻黄は尿閉をきたすおそれがありますので、特に男性高齢者では、麻黄が含まれる方剤を処方する際には、前立腺肥大がないかどうかチェックをするようにしています。その他では、地黄は長い期間使っていると胃腸障害が出る可能性があることを、処方の際に十分に説明しています。

巷野 私も甘草には気をつけています。以前にもともと腎機能が悪かった入院患者さんに甘草を含む十全大補湯を投与したところ、数日で血圧が上がり、むくみがひどくなりました。偽アルドステロン症と判断して、服用を中止したところ、すぐに回復しました。医療用漢方製剤では、アルドステロン症・ミオパシー・低カリウム血症のある患者に対して、1日量に甘草を2.5g以上含有する処方投与は禁忌とされています。甘草は食品や一般市販薬にも使われていますので、甘草の総量あまり多くならないように常に注意しています。

効果判定の時期はケースバイケース

久保 あくまでも漢方薬は医薬品ですので、西洋医学の考え方とは異なる視点から漢方医学的な診断を行い、1人ひとりの患者さんに合わせた方剤を適正な量で用いて、治療効果の評価を行うことが大切なのではないかと思います。その処方が効いたかどうかを判定する期間、投与を継続するかどうかの判断の目安についてはどのようにお考えでしょうか。

伊藤 患者さんや方剤によって差はありますが、漢方薬は服用してからすぐに効くものや2週間程度でようやく効果のみられるものもあります。一般的に、漢方は長く使わなくてはいけないというイメージがありますが、私自身は早く効くことが漢方のよい点だと思っています。また、漢方薬は基本的に主訴がよくなれば止めるようにしています。しかし、患者さんの中には、主訴が改善しても服用の継続を希望する場合があります。そうした方には、ある程度長期間の服用をしてもらっています。

久保 患者さんの希望に合わせて、臨機応変に服用してもらっていいということですね。

伊藤 また、治打撲一方では、痛みが取れて症状が改善してくると、少し便が緩くなる傾向がありますので、その場合はそこで中止しています。

巷野 私は、2週間ほど服用を続けて症状がまったく変わらない場合は、一度その処方を中断するか、他のものに切り替えます。また、症状が改善してくると、患者さんから「薬が余るようになってきた」と言われることが多いので、その時期を廃薬のタイミングとすることが多いです。

久保 患者さんの服用状況を確認して、服用を止めていくということですね。

表 リハビリテーション医療でよく使われる漢方方剤 (本鼎談を中心に)

漢方方剤	疾患・症状
牛車腎気丸	腰部脊柱管狭窄症・腰下肢痛・頻尿
八味地黄丸	頻尿
桂枝茯苓丸	片麻痺・手根管症候群
治打撲一方	骨折・打撲・捻挫
疎経活血湯	腰痛
防己黄耆湯	膝痛
当帰四逆加呉茱萸生姜湯	腰痛・腹痛・冷え症
加味帰脾湯	不安焦燥感・不眠
抑肝散加陳皮半夏	術後せん妄
人參養榮湯	意欲低下
補中益気湯	意欲低下

治療効果を高めるための工夫

久保 漢方薬は匂いや剤型などによって服用が困難な場合があります、食間服用による飲み忘れも少なくありません。アドヒアランス向上のために適切な服薬指導や工夫が必要となる場合があります。さらに治療効果を高める、または適正使用をはかることを目的に、実際に行っている取り組みがあればご紹介ください。

伊藤 私は、基本的に漢方薬はお湯に溶かして飲んでいただくよう患者さんに指導しています。しかし、ブシ末はお湯に溶けにくいので、オブラートに包んで飲んでいただく場合があります。また、呉茱萸湯ごしゅうじゅうとうなど特に苦みを強く感じる漢方薬を飲めないという方がいますので、そうした方にもオブラートでの服用を勧めています。

なお、漢方医学では、そうした苦い薬などを抵抗なく飲める場合は、その薬が患者さんに合っていると考えられます。そのため、味や匂いが合う、合わないということも漢方薬を選ぶ際のひとつの基準になると思います。

久保 患者さんにはどういったお声がけを行っていますか。

伊藤 高齢の患者さんには「これを飲むと元気になるよ」「少し長く飲んでいれば長生きするよ」といった一言を加えて、処方をするようにしています。

久保 伊藤先生にそう言われたら、本当に効きそうな気がします。

さいごに

久保 リハビリテーション医学・医療において、まだ漢方になじみの少ない先生方に対して、漢方を活用していくためのポイントをお聞かせください。

伊藤 久保先生もお話されましたが、全人的に患者さんを診るのがリハビリテーション医療ですので、そこには漢方の考え方がピタリと当てはまるのではないかと思います。漢方医学では、よく患者さんの話を聞くことが重要視されます。全身的に患者さんを診て、社会的な背景も全部みて、そこから漢方薬を処方していきます。それが、リハビリテーション医療・医学でも役に立つのではないかと思います。

巷野 リハビリテーション医療では、その患者さんの社会的背景まで含めて全体をみています。そのため、リハビリテーションの先生方は、漢方を比較的受け入れやすいのではないかと思います。漢方薬を使うことで、患者さんとの関係を深められますし、それが、リハビリテーション医学における漢方薬のエビデンスを構築するためのフィールドにもなっていくのではないかと思います。

久保 リハビリテーション医療に漢方はとてもマッチする部分があると思います。今後、日本リハビリテーション医学会でも、漢方薬の使い方について、教育が必要ではないかと考えています。本日は、非常に有意義なお話を聞かせていただきありがとうございました。

(2017年3月1日開催)

