



熊本赤十字病院
総合内科・総合診療科 副部長
加島 雅之 先生



三重大学医学部附属病院
総合診療科 助教
北村 大 先生

プライマリ・ケアに 役立つ漢方薬

進み続ける高齢化、増え続ける医療費、解消への道のりが遠い医師不足等々、わが国の医療は大きな問題をいくつも抱えている。そのような状況において、一次医療の総合診療医であるプライマリ・ケア医への期待は大きい。一方で、プライマリ・ケア医は患者の多彩な訴え、commonな疾患のすべてに対応することが求められており、漢方薬が役立つ場面も多い。

そこで今回は、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、日本内科学会認定総合内科専門医であり、さらに両学会の指導医として後進の育成プログラムの作成にも携わっておられる三重大学医学部附属病院 総合診療科の北村大先生をお招きし、「プライマリ・ケアに役立つ漢方薬」をテーマにプライマリ・ケアにおける漢方治療の実践を、熊本赤十字病院 総合診療科の加島雅之先生とご対談いただいた。



I プライマリ・ケア医が抱く 漢方への期待

加島 家庭医療専門医としてご活躍の北村大先生と、「プライマリ・ケアに役立つ漢方薬」について考えたいと思います。プライマリ・ケアの先生方は漢方に対してどのような期待をお持ちですか。

北村 プライマリ・ケア医の漢方に対するニーズは非常に高いと思います。プライマリ・ケアの現場では初回の診察で患者さんのニーズを満たす必要があるため、診療における幅の広さが求められます。多彩な訴えと限られた検査結果のみで、診断に至らない患者さんも多くいらっしゃいますが、漢方なら患者さんの状態に応じた漢方薬という“次の一手”を選択することができます。

加島 診療スタイルがプライマリ・ケアにマッチしやすい

ということですね。最近では、プライマリ・ケア関連の学会でも漢方のセッションが多い印象があります。

北村 しかし、多くは短時間・単発のセッション1回で終わっています。漢方診療のご経験が浅い先生には限られた時間内の講演を聴講するだけで漢方薬を使えるようにはなりません。漢方のニーズが高いとはいえ、まだ“漢方をやってみようかな”という入口にいらっしゃる先生が多いと思います。



II プライマリ・ケア領域で 漢方薬が役立つ分野

疾患診断に至らない症状

加島 プライマリ・ケア領域で漢方薬が役立つ分野に、「疾患診断に至らない症状」、「症状コントロールが難しい



北村 大先生

2003年 熊本大学医学部 卒業
 同 年 日鋼記念病院 初期研修
 2005年 北海道家庭医療学センター 家庭医療後期研修
 2007年 市立堺病院 総合内科
 2010年 三重大学医学部附属病院 総合診療科

common symptom)」、「ポリファーマシー」の3つが考えられます。

疾患診断に至らない症状として、冷え、倦怠感、食欲不振、軽度の浮腫、慢性咳嗽、筋痙攣などが挙げられます。西洋医学には冷えの概念すらありませんが、冷えてお困りの患者さんは非常に多いと思います。先生はどのような処方を使用されていますか。

北村 証によって様々ですが、当帰四逆加呉茱萸生姜湯、真武湯、八味丸や若年女性では当帰芍薬散など選択肢は多くあります。

加島 倦怠感も西洋医学的に診断できるものとできないものがあります。

北村 プライマリ・ケア医は、たとえ検査結果に異常がなく診断に至らなくても、患者さんが辛い思いをされている限りは患者さんにかかわり、共に歩むことを考えます。倦怠感はその典型症状です。

加島 基礎疾患の有無にかかわらず倦怠感を訴える方は多いと思います。倦怠感や疲労感に用いる代表処方方は補中益気湯ですが、期待したほどの効果がないという声をお聞きすることがあります。ひょっとして、気虚の概念で捉えられる倦怠感ではない、たとえば気滞の症状や過飲・過食が原因の倦怠感に使われているのかもしれない。

北村 病名や典型的な症状に漢方薬を当てはめるだけだと、的外れな選択になることがあります。気虚の概念を知っているだけでも、補中益気湯の応用範囲は広がると思います。

加島 たとえば、軽い運動で改善するような“プチうつ”レベルなら気を巡らせる処方、過飲・過食が原因なら脾胃の障害を治療する処方を考える必要があります。補中益気湯は、労作によって息切れする、消耗性疾患に伴う倦怠感に奏効します。

北村 おっしゃるように、気を巡らせる半夏厚朴湯などの処方を知っているだけでも治療の幅は広がります。

加島 食欲不振も六君子湯だけでなく、胃腸の気の動きや水分の過剰摂取の概念をお持ちいただくと、より適切な処方選択につながると思います。

浮腫については、「足だけむくんでいます」というような訴えも多いと思います。一般には利尿薬などで対処せざるをえませんが、防己黄耆湯や当帰芍薬散、五苓散などで浮腫をマネジメントできるようになると、さらに漢方薬のニーズは高まると思います。

北村 気滞や気虚の概念を理解することで処方の選択肢が大きく広がりますし、漢方の効果をより実感できると思います。お示しいただいた症状はいずれもプライマリ・ケア医が治療に困りがちですが、それぞれの代表的な処方では症状の改善が得られないと“漢方は難しいな”という感じを抱いてしまうと思います。

加島 漢方薬の著効例を経験していただいて、“漢方は使える”というイメージを持つことが大切です。

北村 一度でも著効例を経験すると、“次も使おう”というお気持ちになると思います。一方で、漢方エキス製剤の添付文書の記載に準じて処方しても効かない、ということで漢方治療を諦めているケースが多いと思います。たとえば、かぜに麻黄湯を使うときでも、漢方に精通されている先生は1日量を分3で使われることはないと思いますが、そのような“非公式の情報・知識”にどのようにアクセスするかということも課題だと思います。こむら返りに芍薬甘草湯を1日量分3で長期間処方されるケースも耳にします。

加島 おっしゃるように、芍薬甘草湯を添付文書の記載どおりに処方し続けると、特に高齢者では偽アルドステロン症を引き起こすことがあります。しかし、漢方の考え方を知っていれば、筋痙攣を起こしにくい状況を作りながら、起きた時だけ芍薬甘草湯を頓用するという考え方ができると思います。

北村 漢方薬は比較的安全で副作用は少ないからと、甘草

図1 比較的高頻度に発現する病型に反応性の高い漢方処方(例)

高齢者の冷え	 八味丸
消耗に伴う倦怠感・疲労感	 補中益気湯
消耗に伴う食欲不振	 六君子湯
運動不足に伴う軽度の浮腫	 防己黄耆湯
乾性の慢性咳嗽	 麦門冬湯
筋痙攣	 芍薬甘草湯

や黄芩を漫然と処方されることがありますが、漢方薬の常識を知らないままに処方を継続することは大きなリスクにつながります。患者さんは一度でも漢方薬の服用で嫌な思いをされると、すべての漢方薬は“ダメ”、となってしまう。ですから、疾患や症状の治療に必要な漢方の知識をパッケージ化して発信するというような啓発も必要だと思います。

加島 上腹部不快感にプロトンポンプ阻害薬(PPI)が多く使われますが、安易な連用は避けるべきという話題も注目されています¹⁾。PPIに代わる、あるいは補強する治療法としての漢方ということも十分に意味があると思います。

北村 慢性咳嗽についても、ガイドライン²⁾に準じて胸部X線検査など必須の検査を行うべきであることはもちろんですが、治療の考え方に漢方の概念が加わると治療の幅が広がると思います。

加島 漢方薬の使い分けの詳細を知らなくても、比較的高頻度に発現する病型に反応性の高い漢方処方を、病型ごとに一つずつ覚えるだけでも良いと思います(図1)。

症状コントロールが難しいcommon symptom

加島 診断は付くが適切な治療法がない疾患に、かぜ症候群、軽症～中等症うつ、慢性頭痛、めまい、アレルギー性鼻炎・花粉症、慢性蕁麻疹、フレイルなどが挙げられます。かぜ症候群のようにありふれた疾患でありながら症状コントロールが難しいケースは、むしろ漢方薬の良い適応だと思います。

北村 かぜをきちんと診断し、natural courseをきちんと説明して次につなげられることは、患者さんの信頼を得ることにもつながります。

加島 漢方薬は少なからずnatural courseをmodifyしていると思えるような、通常の経過とは異なる形で症状をコントロールできることを実感することが多くあります。

北村 慢性咳嗽でも、西洋医学と比べて漢方は病位分類が



加島 雅之 先生

2002年 宮崎医科大学(現 宮崎大学医学部)卒業
同 年 熊本大学医学部 総合診療部 入局
2004年 沖縄県立中部病院 総合内科 国内留学
2005年より現職
2006年 亀田総合病院 感染症科 国内留学

細かいので、患者さんから詳細にお話をお聞きして、患者さん個々に細やかに対応できるというメリットがあります。

加島 慢性頭痛も漢方の良い適応です。器質性疾患を除外することは言うまでもありませんが、慢性頭痛に対して良い西洋薬はあまりないですし、連用による危険性もあります。漢方薬は症状コントロールが可能で、しかも薬物連用の頭痛はありません。

北村 むしろ西洋薬の離脱が可能になります。NSAIDの過剰服用例に漢方薬で介入すると、NSAIDの減量が可能になるという感触があります。

加島 気圧変動で誘発される頭痛には五苓散、寒冷刺激で誘発される片頭痛には呉茱萸湯が著効することが知られています。このような知識を身に着けるだけでも良いと思います。

北村 トリプタン系の頭痛薬が減量できるようになれば、医療費負担の面からも患者さんのメリットは非常に大きいと思います。めまいも同様で、器質的なめまいを除外すると、良い西洋薬はありません。

加島 湿度の上昇や気圧変動によるめまいには五苓散、胃腸が弱く車酔いしやすくてめまいがする人には半夏白朮天麻湯、ということを知っているだけでも違います。

北村 ところが、そのような情報は西洋医学では追加情報

として取り上げません。プライマリ・ケア医は患者さんの病歴をきちんとお聞きすべきですから、漢方は患者さんのプラスアルファの情報を詳細にお聞きするツールにもなりますし、より適切な処方を書き出すことができます。

加島 花粉症や慢性蕁麻疹などのアレルギー疾患が近年増加しています。一般的に抗ヒスタミン薬が用いられますが、連用による弊害も指摘されています³⁾。

北村 アレルギー疾患の患者さんは確かに増えています。慢性蕁麻疹の患者さんは皮膚科を受診されるので診療の機会は少ないですが、アレルギー性鼻炎には小青竜湯を用いるケースが多くあります。

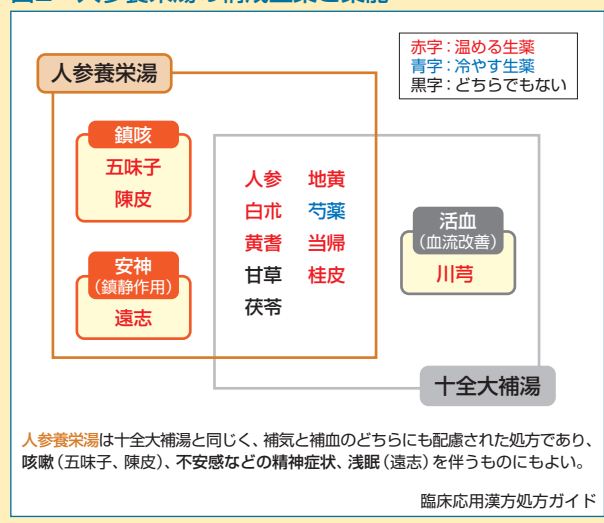
加島 アレルギー性鼻炎の治療で興味深い処方に「虎竜湯」があります。これは小青竜湯と五虎湯の併用によるワンシーズン短期乗り切りの戦略ですが⁴⁾、実際に施行してみると非常に効果的ですし、抗ヒスタミン薬の服用による口渇や眠気が気になる場合にも良い方法だと思います。

北村 有効率が高いのであれば、プライマリ・ケア医にとっては使いやすいですね。

加島 高齢化の進展に伴ってフレイル・サルコペニアが注目されています。

北村 在宅医療に携わっておられる先生方は多くの患者

図2 人參養榮湯の構成生薬と薬能



さんを診療されていると思います。漢方薬としては十全大補湯が思い浮かびます。

加島 私は人參養榮湯を使用することが多いです。十全大補湯は胃腸障害の発現が懸念されますが、一方で人參養榮湯は遠志・五味子が配合されているので呼吸器症状や高次中枢に働きかける効果もあり、高齢者独特の抑うつ気分や不眠、やる気の減退などにも効果がある、幅広い処方です（図2）。

北村 BPSDもコントロールが難しいcommon symptomです。

加島 軽症・中等症うつの一部に双極性障害が混じる人がいますが、抗うつ薬を使うまでもないような、気分の波がある方には抑肝散加陳皮半夏を使います。抑肝散は“upper”に傾いている方に効きますが、“down”に傾く方には今一つです。しかし、抑肝散加陳皮半夏は両者に効果があります（図3）。

北村 それはなぜですか。

加島 陳皮と半夏が加わることで気滞をコントロールできるからだと思います。抑肝散加陳皮半夏はこの他に、ストレス誘発性の頭痛にも奏効します。最近の研究では歯ぎしりが頭痛の原因であるとの指摘もありますが、抑肝散加陳皮半夏はその両方に有効ですし、ストレスの軽減効果もあります。

ポリファーマシーを減らす

加島 高齢化の進展に伴い、ポリファーマシーも大きな問題となっています。たとえば、過活動膀胱や慢性前立腺炎

図3 抑肝散加陳皮半夏

半 夏	[化痰・止嘔]	制吐、止嘔に働き、蠕動を調節して 消化吸収を補助。痰の生成を抑制。
陳 皮	[解 鬱]	
抑 肝 散		
甘 草	消化吸収を高める。[健脾]	
白 朮		
茯苓		
釣藤鈎	筋肉の痙攣・手足のふるえ・ひきつりなどを改善。 催眠効果を持つ。[平肝熄風・止癇]	
柴 胡	鎮静作用を持ち、いろいろ、 抑うつ感などを鎮める。[疏肝解鬱]	
川 芎	血行促進に働く。[活血・調経]	
当 帰	栄養・滋潤作用により、身体を栄養する。[補 血]	

で頻尿を訴える患者さんが増加しています。西洋薬の併用では徐々に効果が減弱しますし、頻尿は患者さんのQOLを大きく阻害します。そのようなときに、心因性頻尿には清心蓮子飲、寒くなると頻尿になる場合は八味丸という知識があると良いですし、西洋薬と併用することで西洋薬が効き始めて剤数を減らすことができることがあります。前立腺の術後の頻尿で西洋薬の効きが悪かったときに八味丸を上乗せしたところ西洋薬を最低限にまで減量でき、しかも症状コントロールが良好になったという経験があります。

北村 私も同様の経験があります。

加島 COPDは、吸入ステロイド薬など多くの選択肢がありますが、生命予後の改善までは期待できません。しかし、補中益気湯で体重増加やADLの改善が認められたとの報告があります⁵⁾。また、体重減少の始まった非代償期COPDに人参養栄湯を用いると、体重減少の抑制、抑うつ気分ややる気の減退などの精神症状にも効果があります。

北村 人参養栄湯がCOPDに合併する精神症状を改善するという事は意外でした。西洋医学には“補う”という発想がありませんね。

加島 心不全についても拡張不全に対しては適切な西洋薬がないため、漫然と利尿薬が処方されているケースもあると思います。ところが、真武湯や八味丸などを併用することで利尿薬の減薬とADLの向上、さらに冷えや食欲不振などの不快な症状の改善効果も期待できます。

北村 西洋薬で不足する部分を補うという点で、漢方薬を上乗せすることは多くあります。

加島 糖尿病の合併症に対する治療にも漢方は良い適応です。

北村 しびれなどでしょうか。

加島 末梢神経障害やそれに伴って起こる筋痙攣もそうですし、腎障害による浮腫にも有用です。利尿薬のみの治療では腎機能の悪化をきたします。しかし、八味丸と防己黄耆湯を用いると、尿たんぱく量に変化はないものの浮腫が軽減したり、上昇していたクレアチニン値がプラトーになったりという経験もあります。さらに結果として、西洋薬の減薬にもつながります。

北村 多剤併用によって何が起こるかわかりませんし、患者さんの経済的な負担も含めて考えれば、漢方薬を用いることで減薬できることのメリットは大きいと思います。



プライマリ・ケアに漢方薬を 役立たせる工夫

加島 プライマリ・ケアの現場で漢方を役立たせるためには、漢方薬を飲みやすくする工夫も必要です。1日3回服用が2回になる、あるいは剤型が錠剤になるだけでも患者さんは服用しやすくなります。

北村 おっしゃるとおりです。分2製剤は働いている患者

- ・漢方薬を飲みやすく
- ・効果が出やすいターゲットを絞る
- ・エビデンス
- ・大規模とN=1
- ・ナラティブ



さんにとって非常に良いと思います。また、クラシエのエキス製剤はスティックタイプなので、飲みやすく、携帯にも都合が良いです。

加島 心不全や透析を受けている患者さんは水分摂取量を制限されているので、錠剤があることも良いです。また、肩こりの葛根湯やこむら返りの芍薬甘草湯のように頓用処方する際にも分2製剤の方が1回の服用量が多いというメリットがあります(図4)。

もう一つは、漢方薬の効果が得られやすいターゲットに用いることで、“漢方薬は効く”という実感を持っていただくことも必要だと思います。しかも、どのような症状であっても、漢方であれば診断・治療が可能であり、治療の選択肢があります。「もう打つ手はありません」と治療者から言われることほど患者さんにとって残酷なことはありません。

北村 なかなか治らない疾患と付き合っている患者さんと向き合うことがプライマリ・ケア医にとっては重要です。“次の一手”があることは患者さんにとっては福音ですし、積極的に漢方を受け入れてくださると思います。

加島 たとえば、緩和医療が治療の中心となった末期の癌患者さんなどにも、症状コントロールだけでなく、疾患コントロールにも好影響を及ぼす可能性のある漢方薬の存在は患者さんにとって大きなメリットですし、プライマリ・ケア医と患者さんとの信頼関係にも大きく寄与すると思います。



IV プライマリ・ケア医が漢方を学ぶための方法

加島 プライマリ・ケアの先生方が漢方を学ぶための方法について、北村先生はどのようにお考えですか。

北村 最初はセミナーの聴講や書籍などで学びながら、ご自身に合う指導者・著者を探し、その方の思考過程・診療内容を一通り習得することになると思います。ただ漢方の場合、著者や指導者によって用いる用語が違ったり、意味合いや考え方が違ったりするので、まずは単著で学ぶことが良いと思います。ある程度使えるようになったら、自分なりに漢方の考え方で理論立てて処方しながら徐々に幅を広げていき、ご自身の型を作ることが重要です。そして、方剤の構成について興味を持って生薬まで掘り下げることができれば良いと思います(図5)。

加島 わが国の漢方医は、診療科を越えた型で診療しており、いわば“究極のプライマリ・ケア医”です。そして、プ

図4 芍薬甘草湯と葛根湯(クラシエ薬品)

クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒 KB-68 EK-68		クラシエ葛根湯エキス細粒 KB-1 EK-1	
			
1日服用量	6.0g	1日服用量	7.5g
エキス量	2.9g	エキス量	5.2g
生薬分量	日局 シャクヤク 6.0g 日局 カンゾウ 6.0g	生薬分量	日局 カッコン 8.0g 日局 タイソウ 4.0g 日局 マオウ 4.0g 日局 ケイヒ 3.0g 日局 シャクヤク 3.0g 日局 ショウキョウ 1.0g 日局 カンゾウ 2.0g

図5 プライマリ・ケア医が漢方を学ぶための方法
(北村先生の私見より)

- セミナーや書籍などを通じて、自分にあう指導者を選ぶ。
→ 最初の書籍は単著が望ましい。
- 指導者の思考過程・診療内容を一通り習得する。
- その後、別の指導者・流派の考えを学ぶ。
- 古典にあたる。
→ 黄帝内経素問、傷寒論、金匱要略ほか
- 歴史を学ぶ。
→ 流派
- さらに、
 - 最初は西洋医学的病名への漢方処方からでもよいので、治療の成功体験をもつ(急性期疾患の方が実感を得やすい)。
 - 何らかの漢方理論を学ぶ機会をもつ。
 - 方剤の構成生薬に関心をもつ。

ライマリ・ケアと漢方は非常に親和性が高いと思います。今までに培われてきた漢方の方法論をいかにプライマリ・ケアの先生方にも共有していただくかは今後の課題ですが、ご興味のある先生にプライマリ・ケア医のスペシャリティの一つとして漢方を取り入れていただければ良いと思います。

本日はありがとうございました。

1) Xie Y, et al.: BMJ Open 2017; 7: e015735. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015735
 2) 日本呼吸器学会. 咳嗽に関するガイドライン第2版作成委員会 編集: 咳嗽に関するガイドライン 第2版、株式会社メディカルレビュー社
 3) 水上勝義: 薬剤による認知機能障害. 精神経誌 111: 947-953, 2009
 4) 今中政支 ほか: スギ花粉症に対する漢方薬併用療法の臨床効果. 日東医誌 60: 611-616, 2009
 5) 杉山幸比古: 漢方補劑. 日内会誌 97: 82-88, 2008