

平成 20年度
日本東洋医学会関西支部例会(和歌山)
講演集



曼陀羅華

社団法人 日本東洋医学会関西支部和歌山県部会

目 次

巻頭言	
八瀬 善郎	1
平成20年度関西支部例会を終えて	
山本 昇吾	2
特別講演Ⅰ	
生活習慣病は何を暗示するか	
山本 宏	3
特別講演Ⅱ	
M-Test による診断と鍼治療	
向野 義人	8
ランチョンセミナー	
高齢者漢方治療 口訣60分90連発	
秋葉 哲生	22
シンポジウム 介護する側から見た漢方	
高齢者医療のあり方ーその限界を探る	
八瀬 善郎	39
病院・施設入所者のための漢方	
田原 英一	43
家族に応用できる鍼灸	
清水大一郎	51
あなたの家にかえろうー住み慣れた家で死ぬということー	
桜井 隆	58

巻 頭 言

平成20年度日本東洋医学学会関西支部例会

会長 八 瀬 善 郎

我が国の高齢化は急速に進み、1970年から1994年の24年間に、高齢化率は7%から14%に倍増しました。先進諸国では、高齢化率の倍増にアメリカは75年、フランスは115年、スウェーデンは85年、西ドイツは45年もかかっています。これら諸国に比べて我が国の24年は突出していますが、それだけにあらゆる分野で歪が目立ち、医療分野でも例外ではありません。

平成20年度日本東洋医学学会関西支部例会では、こうした我が国の現状から、学会テーマとして高齢者の医療・福祉を取り上げました。特別講演では山本宏先生が、ユーモラスな語り方で、現代科学文明の本質的な欠陥に鋭い洞察を加えられ聴衆を魅了しました。教育講演では向野義人先生が、経穴・経絡の深い意味を日常臨床の場で「患者の病気」の立場から、治療に役立つ先生ご考案のMテストについて豊富な症例を挙げてお話を頂きました。またランチョンセミナーでは秋葉哲生先生は、多くの古人先達の経験に基づいた口訣から、日常での用薬の妙を数多くお教え頂きました。シンポジウムには、第一線でご活躍中の先生方（田原英一先生、清水大一郎先生、桜井隆先生）に、病院施設、在宅での東洋医学の実践に際して、医療・福祉・介護の直面する広範な諸問題をお話頂き、私は、後期高齢者の一人として、老いを経験しつつ、その限界と新たな意味についてお話し致しました。一般講演にも多数演題をお寄せ頂き、おかげで盛会裡に終えることができました。厚く感謝申し上げます。多くの参加者の温かい共感のご感想をいただき、せっかくの貴重な学会の内容を活用するべく、準備委員会の皆様のご努力を得て、本小冊子の発刊となりました。

現代医療は高齢者に対してその限界を露呈し、医療費の高騰を招きながら効果が見えません。人類が初めて経験するこの長寿社会での対応は試行錯誤の連続ですが、人生終焉を控えた高齢者の医療では死生観を抜きにしては考えられません。多様な人生を歩んでこられた高齢者の諸問題の解決に共通の回答はありませんが、この小冊子は、少しでも皆様方の診療のご参考になれば幸いです。

最後になりましたが、本会にご参加ご支援頂いた先生方、本会運営にご尽力頂いた関係各位に深謝申し上げます。

平成20年度 関西支部例会を終えて

準備委員長 山 本 昇 吾

和歌山県部会の主催で平成20年度日本東洋医学会関西支部例会が大阪国際会議場で無事盛会に終えることができましたこと、諸会員の皆々様に厚くお礼、感謝申し上げます。

開催準備に当たり、八瀬会長より急速に進む日本の高齢化、後期高齢者医療制度の開始、医療費の高騰を考え、テーマとして「高齢者の医療・福祉」を取り上げることとなり、特別講演Ⅰに山本宏先生の「生活習慣病は何を暗示しているか」、特別講演Ⅱに向野義人先生の「Mテストによる診断と鍼治療」ランチョンセミナーに秋葉哲生先生の「高齢者漢方治療口訣60分90連発」を、また、シンポジウム「介護する側からみた漢方」に田原英一先生、清水大一郎先生、桜井隆先生にお願い致しました。時代を背景としたテーマであり、期待度も高く、参加者が関西支部例会では最高の310名を超えたことにも現れました。

一般演題も例会としては最高の30演題が発表され、活発な討論がなされました。このように盛会に終えることができたのは、会員の皆々様のご支援、ご協力による賜であると感謝申し上げます。

ここに特別講演、シンポジウムの内容を小冊子として発刊することになりましたが、皆様の日頃の診療に少しでも役立てば幸いです。本当にありがとうございました。

生活習慣病は何を暗示するか

和歌山県立医科大学

名誉教授 山 本 宏

はじめに

はじめに一言お断りしておきます。当日は何の原稿もなく話をさせていただきましたので、折角文章化していただきましたものを読みましても、いかにもまとまりがなく、また順不同のところもありまして、皆様の目に触れましても失礼であり、私自身も恥ずかしく思いますので、初めから文章にして書き直すことにしました。勿論発言の主旨は少しも変わっておりません。どうか口頭での発表のときの印象と重ね合わせて読んでいただければ有り難く思います。

生活習慣病とは何か？

最近よく生活習慣病という言葉を目にすることが多くなっていますが、それは一体どういう内容を意味しているのでしょうか。ある人の話を聞きますと、この生活習慣病という病名は、以前は成人病と言われていたものですが、昨今は単に成人に限定される現象でなくなって、男女を問わず、青年、少年、さらには幼児にまでも及んできているように思うので、生活習慣病と病名を変更したのであると言っているのを聞いたことがありました。

これでは、この病気は一種の国民病、あるいは国内に限定されるものではなくて、現代は国境を越えて、世界に広がっている病気ではないかと思えます。しかし、これは単に肉体に限ったものではなく、精神にも深刻な影響を及ぼしているのではないかと心配されてくるのです。現代における家庭内での青少年の非行、また家庭外での非行、また社会での青少年の理由のない犯罪、さらには、老人、あるいは初老の人にまで現れる痴呆症状なども理解に苦しむところでもあります。

もしも、このような病気が単に生活習慣病だけに限られるものであれば、それはあくまで個人に限られるか、同一な習慣を持つと考えられる一国内に限られるものと思えます。

ところが、これが国境を越えて広がるところを見ますと、それは、現代人の同じような生活習慣を支配している現代文明が影響を及ぼしているのではないかと考えられるのです。これは正に「健全な精神は健全な肉体に宿る」という格言を裏から証明しているように思うのです。

このように考えてまいりますと、生活習慣病とは人々全般の生活習慣を支配している現代文明自体が病んでいるのではないかと考えられてくるのです。現に、未開や後進地域にはなくて、文明化するにつれてこの病気が発生してくるといわれております。しかし、現代文明とはいうまでもなく科学文明であります。人間の精神と肉体との両方の健康に奉仕するはずの科学文明が人間を不健康化すると思うと、いかにも矛盾したことだと考えられるのです。この生活習慣病によって、現代文明とその基礎としての人間の心身の健康の保全、促進、さらには治療に専念している現代医学は深刻な反省を迫られていると思われるのです。生活習慣病自体が現代医学の方法論に対して重大な問題提起をしていると考えられるのです。あるいはむしろ、この問題提起を自身の問題として、現代文明を一度再点検することこそ、現代医学に与えられた使命だとも思われます。

客体的な生と主体的な生、量的な生と質的な生

そもそも、文明とは人間の幸、不幸を追求する人間自身の行動原理のあり方です。人間の健全、不健全を決定する人間の生活の基礎となるものです。

人間の生き方には二種類あります。生理的にして外面的で客体的な生と、これに対して、内面的な原理によって支配され、生き甲斐を持った主体的な生き方があります。このような生き方を、日本を含む東洋人は天命を宿した生命といっているのです。このような主体的な生命のあり方を孔子は「五十にして天命を知る」といっているのです。

それは生甲斐を持った生き方、それ故にまた死甲斐をも内包した生き方であります。このような生に宿る命は生と死を統一し、支配するために天命といっているのです。単なる客体的な生は量的存在にしか過ぎません。これに対して、主体的な生命に宿る命こそ本当の質であります。

現代文明下において体系化された現代医学の対象となる生き方は、正に科学の対象としての量的な客体的生でしかありません。科学は客体的な量だけをその研究対象とするからです。生甲斐を持った、それ故に命を宿した生命は質的な生き方であるがために科学的な現代医学の対象とはなりえないのです。現代の科学的医学においても、quality of life (QOL)という言葉は使用されておりますが、その内容は、病人や老人の特別に苦痛などのない平穏な生の量的状態だけを表しているのに過ぎないのです。現代科学文明の下ではこのように本当に質的なあり方は切り捨てられているのです。

勿論、現代文明にあっても命という言葉は盛んに使われてはおります。例えば、「命は地球よりも重い」といわれております。また、日常、学校の先生方はこのことを子供に教えていると思います。しかし、戦中においては「命は鴻毛のごとく軽い」と教えられたのです。このように命に対する全く相反する評価について誰も疑問を提出する人はおりません。ただ、口先だけで、意味も考えずに唱えているだけのようです。それは、現代科学文明の下にあっては生の質としての命は真剣に考えられていないからです。そして生の量的側面だけが目的になっているからです。

しかし、命の宿らない単に量的な生は、無人の車と同様であります。その行動は暴走以外にはありえないのです。現代社会の非行、犯罪、薬物依存はすべて生の意味喪失にもとづいているとしか考えられないのです。成人から子供にまで及ぶ生活習慣病はこの量的側面だけが目的となり、その質を忘れていることの結果であると考えられるのです。しかも、この科学方法は単に個人の生活習慣を規定するだけに限らず、社会組織自体がこの原理によって組織されているのです。現代市民社会は市場原理によって成り立っているのです。市場とは量だけを行動原理とする個人の集団であります。

生活習慣病はこのような現代文明の原理である

科学的観察、観測という方法に対して深刻な反省を迫っているのだと思います。ここでは、農業や畜産も極度に科学化され、その量的な増産が目的となって、肥料や飼料は極度に富栄養化されて、例えば狂牛病のような不思議な病気が発生したのです。このようなあり方は、人間にまで及んで、いわば食材も富栄養化によって配合飼料に近づいているように思います。生活習慣病は人間の飼育化の結果ではないかとさえ心配されるのです。

生活習慣病に集約される現代の文明病はすべて、その原因は科学方法論として、すべてを突き放し、客体化し、量的側面だけを分解、分析する観察、観測、すなわち視覚の絶対化にあると考えられます。

飼育と食事

人間においては、他のすべての生物に比べて、五感の中で特に視覚だけが優れていると考えられます。正に、目は心の窓と考えられ、これが人間に特有の分析能力となっているのです。分別できるとは人間だけの能力であります。これが心の働きであると考えられているのです。これが人間を他の生物から区別する目安となっているのです。

しかし、考えて見て下さい。目だけが人間に特有の感覚器官でしょうか。生物を発生論的に見れば、目は五つの感覚器の中で一番最後に発生したのです。発生論的には最初は味覚であり、次に触覚であり、次に嗅覚であり、さらに聴覚が発生し、最後に視覚ができたと考えられます。このように考えますと、視覚は味覚の延長線上にあるのです。だから、視覚作用の本質は味覚にあると考えるのが当然です。

では一体、味覚作用の本質は何でしょうか。それは食べる事であります。口は第三者による栄養注入口ではありません。食事をするところです。では、飼育と食事は本質的にどう違うのですか。飼育は栄養が目的であります。食事は食材を介しての自然との共鳴にあるのです。乳児は母乳を介して母体と共鳴し、成人は食材を介しての母なる自然との共鳴にあるのです。食事の喜びとは共鳴の喜びに他ありません。

このように考えますと、発生の原点が共鳴作用であるのであれば、後発の感覚器官の本質能力はすべて共鳴作用にあるのは当然だと思います。五

感の違うところは共鳴の場合の間隔の違いだけです。味覚は直接に、視覚は離れて間接的に共鳴する能力であると考えられます。しかし、五感の作用はすべて生きる喜びの源泉であるのです。乳児が母親に抱きしめられて母乳を含む喜びを想像して見て下さい。また、大人も、母なる自然の母乳である「旬の物」を食べる喜びを考えて下さい。「目には青葉 山ほととぎす 初鯉」とは正にこの喜びに他なりません。この喜びは共鳴の喜びです。この喜びによって外にあるものが生の中に命として宿るのです。すなわち、母乳育児によって、母親が乳児の生の中に、また母親の生の中に乳児が命として宿るのです。母乳育児によって、母も子も生命として成長することができるのです。

分析的な現代科学文明の下においては、このような食事の本来の目的である自然との共鳴が無視されて単なる結果であったはずの栄養が目的化しているのです。栄養の目的化こそ正に飼育に他なりません。量的栄養こそ食べることの目的になってしまっているのです。

現代科学文明は、人間に限らずすべての存在するものに、この逆転した発想を適用しているのです。自然の破壊、人間の荒廃、農業の衰退、畜産の肥大化とすべての生あるものはその本来的な質、すなわち、QOLを喪失して、量的側面だけが強調される結果になっているのです。生活習慣病はこの結果としての現象であると思われるのです。

共鳴と納得－観の医療と看の医療

このように考えますと、科学的医学の進歩に逆比例して、医療面の裏に沈殿してきている不信感もまた、医療における分析的科学面だけが進歩して、大切な患者との共鳴の方が忘れられている結果ではないかと考えられるのです。現に医療の現場ではinformed consentが盛んにいわれるようになっているのは、患者と医療者側との分裂があることの反証であると思います。Informed consentという言葉はもともと近代市民社会という訴訟社会から言われ出したものです。勿論、医療の科学化は無視できない必要条件ではありますが、決して充分条件ではないのです。患者との共鳴によってこそ、この充分条件が満たされると思うのです。ここにはじめて、医療に納得が成立することがで

きるのです。医療は生だけに限られるものではありません。死の面も要求されるのです。世にいう見送り医療です。この生死の両面を統一する医療は共鳴による納得の医療であります。

では一体、医学における学問的側面からの観察や観測という分析的方法論に対して、共鳴的方法論は何かといえば、それは観に対する看の方法であります。観とは相手を研究対象化するのに対して、看は共鳴することによって相手を主体化することです。砕いていえば医療従事者は患者の心を自分の心とするのです。心とは本来的に共鳴状態のことを意味するのです。日本語の「魚心あれば水心」とは正にこれをいっているのです。医療にこの心を入れることによってはじめ、必要条件と充分条件を充たすことになるのです。これによって患者は生きる喜びと生きる意味とさらに生きる力を持つことができるのです。これによってまた、患者の生の中に自然治癒力が湧き上がってくるのです。観は外から分析し、処置するのに対して、看は内から治る力を引き出すのです。医療における癒しとは正にこれによって成立するのです。現代において医学の科学面が極端に発達したために、この共鳴による癒しの側面が忘れられているのではないかと思います。最近医療における笑いの効果について聞くことがありますが、笑いこそが共鳴の表現に他なりません。笑いによって生の力を回復することができるからです。

医療面においてはそれ故に観の方法論と看の方法論の並立が要求されているのです。換言すれば、分析的方法論と共鳴的方法論であります。分析的方法論としての観は研究の段階では有効であるけれども、臨床面においては看の方法論でなければならないと思います。

観から看への転換

このような観から看への転換を説いたのは能の演劇論を完成した世阿弥であります。彼は観から看への転換を「離見の見」といっております。その意味は分析的「見」から離れて共鳴的「見」に立つことを説いているのです。それは能の演者は舞台にのぼれば観客の心を自身の心にするのを教えているのです。これによって観客は納得し、生きる喜びと生きる力を確かめることができるのです。同様に臨床においては、患者は同じことを

要求しているのです。患者は科学的な外的処置だけで満足するものではありません。共鳴による生の喜びと生きる力を求めているのです。これには看への転換が要求されるのです。現代科学文明下では観だけが注目され、また評価されて、看の立場が忘れ去られているのです。

このように、現代科学文明の中に観と看の二つの方法論を並行させますと、一般に次のような反論が起こると思います。「そのように観の支配する現代文明の中に無理に実践面から看の立場を押し入れても、現代文明の著しい分析方法の進展によって所詮は看の立場は押し出され、忘れられて、観一辺倒になるのではないですか。科学の進歩というのはそういうものですよ。情的なものは科学に立ち向かうことができないのです。」という反論であります。

果たしてそうでしょうか。現代文明における分析的方法論としての観はどこで確立されたのでしょうか。それはいうまでもなく、ニュートンによる古典物理学が確立した方法論であります。これによって主観と客観とは完全にクリアカットに分離され、主観によって客観が完全正確に規定されるということが確立されたのです。当時においては、余りに目覚ましく正確な自然認識であったために、これが一切の思考および学問のモデルとされたのであります。また、人間の社会をこの方法論によって説明したのがアダム・スミスでありました。市場原理に基づく近代市民社会がここに成立したのです。

しかし、今やこの方法論に基づく物理学は古典物理学といわれるように古典的なものとなってしまっているのです。物理学はすでにこの分析方法を批判して、共鳴を原理とする新しい物理学に進んでいるのです。これこそ古典物理学に対する量子力学であります。そこにおいては、主観と別個にクリアカットには認識できないのです。そこでは、観測装置を介して共鳴させることによって客観をすくい上げるのです。だから認識された客観は主観との共鳴の結果でしかないのです。現代物理学では主観と客観との完全な分離、認識はありえないのです。そこに存在するのは共鳴状態だけです。ここに観測装置の意味があるのです。それは主観でもあれば客観でもあるのです。観測装置こそ正に手を介して共鳴して見るという看の

働きをしていると考えられるのです。このように考えますと、すべての科学のモデルになった物理学はその方法論において既に観から看に転換しているのです。現代科学文明はそれ自身の胎内にそれ自身を否定する子供を宿しているのです。新しい文明は共鳴文明であると考えられるのです。この看の芽を医療は今、臨床で育てつつあるのです。外から処置するだけでなく、内から生きる力を高める新しい医療の姿であります。生活習慣病は古い文明の中に宿る新しい文明の成長の兆しと考えられるのです。

自然と天然

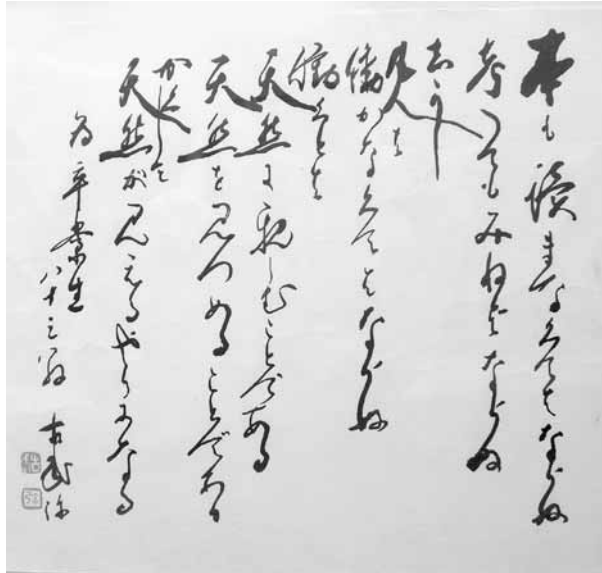
そもそも、現代医療の原点はどこにあったのでしょうか。医療は、昔は「手当て」といわれておりました。それは、患者の体に手を添え、目を注いで、寄り添うということです。正にこれによって、患者のリズムと共鳴し、低下した活力を引き上げようとするのであります。患者の内面の力を覚醒させることが医療の原点であったのです。この原点が現代科学文明の下にあっては忘れ去られようとしているのです。いや、むしろこの内面の力を抑制するように働いているのではないかと心配されるのです。強力な化学薬品の乱用は人体に対してマイナスに働くこともあると思うのです。あるいは、物理的な医療器械の多様にも同様の心配があるのです。

一体、人間も含めて自然とは何でしょうか。自然の然とは燃であります。中国では同じように使用しているのです。日本においては、燃は萌とも書き直されております。自然とは内から萌え出す力であるのです。このような萌え出る内面の力を現代文明はどれほど疎外していることでしょうか。現代文明下における人間の荒廃、自然の破壊は現代人の最大の関心事になっているのです。

現代科学文明の下で外面的にして量的な操作を加えられた人工的自然を西洋では“*natura naturata*”と呼び、内面的な力を内包した質的な自然のことを“*natura naturans*”と呼んで区別していたのです。日本でも人工操作の加わった量的なものを自然科学的自然あるいは単に自然と呼び、これに対して質的な生き方を天然と呼んで区別することもあるのです。

自然に対するこの区別を明確にとらえたのは私

の知る限り、和歌山県立医科大学初代学長 古武弥四郎先生でありました。先生は次のような言葉を残されているのです（下図）。



本も読まなくてはならぬ
 考えてもみねばならぬ
 しかし
 凡人は
 働かなくてはならぬ
 働くとは
 天然に親しむことである
 天然を見つめることである
 かくして
 天然が見えるようになる

「本も読まねばならぬ、考えてもみねばならぬ」けれども、これはあくまで観の立場に立つ、外からの分析的な態度であるのです。このような分析的方法では内面的な天然はとらえられないのです。我々の働く対象は自然ではなくして、天然であるのです。それに対しては、親しく手を添え、寄り添って目を注げといわれているのです。これこそ正に看の立場に立つ天然との内面的共鳴の方法であります。ここに新しい天然についての主体的認識が成立するのであります。先生のこの言葉は看の立場からの観に対する厳しい批判の言葉であります。これは正にまた、現代科学を方法論とする現代医学に対する反省を迫るものともなっているのです。

私の本日の講演は先生のこの言葉の単なる解説に過ぎないのです。昨今問題になっている脳死問題や心の問題もすべてこの延長線上においてのみ考えられることです。しかし、本日は時間がまいりました。これで講演を終わることといたします。

M-Test による診断と鍼治療

福岡大学スポーツ科学部 福岡大学病院 東洋医学診療部

向 野 義 人

はじめに—Mテストの概要

Mテストは、これまで経絡テストと表現していましたが。経絡というのはなかなか理解されないこともあって、平成19年ケア・ワークモデル研究会を発足するにあたって、もう少しわかりやすい名前にしようということで名称を変更しました。最初の本では、経絡テストつまり Meridian Test でしたし、2冊目の本の英語の題は、Motion-induced somatic response test ということでした。というのも、動きで誘発される体性反応を評価するテストというふうに位置づけていたからで、頭文字をとって「M」にしようということになりました。この方法は体を動かしてみ、つまり経絡を伸ばすことで誘発されるさまざまな症状に対して治療を構成していくというやり方で、患者さんが参加してくれるという特徴があります。

まず、簡単に、経絡についてお話ししてみたいと思います。経絡というのはあまり信じられていないわけですが、実は1949年、千葉大学の眼科学教室で、「経絡敏感人」がみつかりました。長濱善夫先生がその患者の詳細を観察して、1950年に『経絡の研究』という本を出版されました。この本をみますと、例えば、指先に軽く触れるあるいは鍼を刺すと、点線で描いているようなルートにある種の感覚が伝わっていくことを患者自身が示すことをできると書かれています（図1）。

それが身体のあらゆる部分で観察されるということで、これを整理してまとめた本が、「経絡の研究」です。この本は当時中国から留学していた医師の目にとまって、翻訳され、中国に非常に大きな影響を与えました。その後、中国でこの現象に関してたくさんの研究がなされたわけですが、病的な時に出現しやすく、病気の改善とともに弱くなるといったことが書かれています。私も3週間前に、1側の椎骨動脈解離が起こって脳外科に入院して治療を受けて退院した後からいろんな刺激に非常に敏感になった患者さんに鍼治療を行う

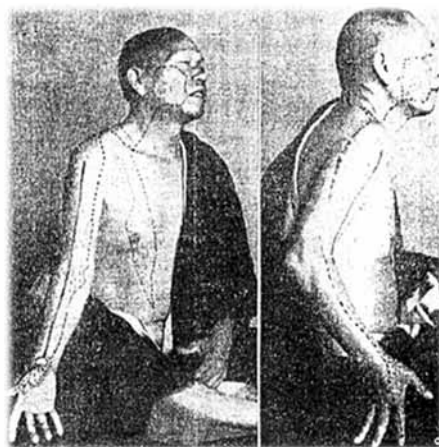


図1 経絡敏感人

機会がありました。その方は、例えば、光を異常に敏感に感じるので診察するときに暗くしないと耐えがたいと訴えます。あるいは病院の中のアナウンスがとても耳に響いて耐えがたいなどの症状がありました。その方の指に軽く手を触れますと、図1のように刺激がずっと伝わって行って、それが肩のところで反転して、下肢のほうへ向かうということをおっしゃいます。その方を治療して訴える症状が改善するとともに経絡が敏感に反応するという現象が次第に弱くなっていくということを経験しました。まだ未知の情報伝達系があるのではないかと考えています。

その当時の長濱先生の著書をみますと、記載されている現象は昔の人が書き残している経絡についての記録とほぼ一致します。そこで、経絡を考える場合に、昔の分類に準じて経絡を3つの群にわけて考え、大きく体の前面と体の後面あるいは側面に分布する経絡に分類します。ご存知のように、それぞれの面には上肢に関わる経絡が2本、下肢に関わる経絡が2本ずつあるという特徴があります（図2）。

このような分布をしている経絡が実際に体の動きとどのような関係にあるか、あるいはツボはどのような関わりを持っているかということを、ちょ

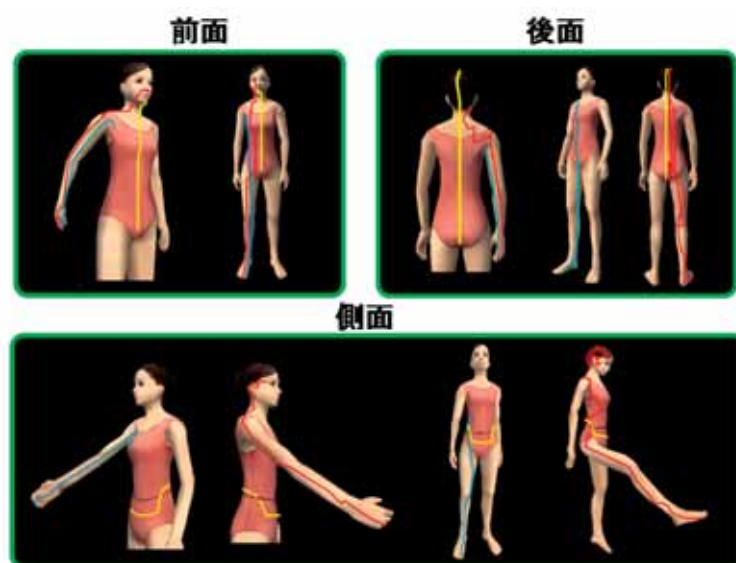


図2 体の前面、後面あるいは側面に分布する経絡

うどスポーツ科学部に配置換えになって初めて診た患者からヒントを得ました。患者は19歳の女性で、バレーボールの選手です。スパイクするときに肩が痛いという訴えでした。肩をいろいろ調べてみたのですが、どこにも異常はありません。なにか変わったことはなかったかと聞いたら、数日前に相手のスパイクをブロックしようとしてジャンプして着地するときに人が滑り込んできたので、それを避けて転倒しました。その時、足首と膝のところがちょっと打ちました、けどなんともありませんとご本人は言うのです。けれども、打撲した足首と膝の部分、つまり胆経の丘墟と陽陵泉に相当する部分を押さえてみたらとても痛がる、それでここに鍼をして、ちょうど診療室が体育館の中にありますので、すぐスパイクをしてもらったら、肩の痛みは瞬時に消えていました。

このことから局所のわずかな異常でも、動きという面でみていくと、その連鎖に影響を与えていそうだということが推測できました。また、動きの連鎖という面から言えば、これには経絡・経穴が関わっており、ツボ刺激はその異常をリセットするのではないかという仮説を立ててスタートいたしました。

この仮説を考える前提として、経絡・経穴の仕組みを交通網に似たネットワークと考えたらわかりやすいかなと考えています。このネットワークの異常は自覚できない場合が多いにもかかわらず、いろいろな症状発現の原因となっているというこ

とです。それを、動きを使って、どのように異常を把握して治療するかというのがMテストなのです。具体的には、経絡を伸ばすとわかる、つまり、身体を動かしてみると、症状がいろいろ誘発されるということです。例えば、この動きは体の前を伸ばします、これは後ろを伸ばす、これは横を伸ばす、というふうに、動きを定義づけていきますと、どの経絡を伸ばしているかということがだいたい判断できます。それで、その時に症状がどのように変わるかということを見ていくやり方です。経絡を伸ばす動きというのは、大きく身体の前面を伸ばす動きと、後面を伸ばす動きと、側面を伸ばす動きの3つにまとめられます。

これは診療に使っている所見用紙です（図3）。負荷に対する反応にはいろんな症状があります。動きに対するSomatic Responseにあたりますが、患者さんによっては、耳鳴りがひどくなる動きであったり、めまいがひどくなる動きであったりします。このような動きで悪化するあるいは誘発される症状を見つけていきます。図4aは、前面の経絡を伸ばす動きですが、上半身前面の経絡は上のブロック、下半身前面の経絡は下のブロックで代表して、という形になります。後面は体の後ろを伸ばす動きで（図4b）、側面は体の横を伸ばす動きです（図4c）。動作は30項目・6ブロックで構成されています。この6つのブロックは経絡の分類とそのまま対応します。上半身前面の経絡は、肺経・大腸経で、下半身前面は脾経と胃経に相当

M-Test check-up list D/M/Y: / / No. _____

Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Pre ☐ Post
 Name: _____ M/F age: _____
 C.C. _____ Pre Post

Anterior **Posterior** **Lateral-Medial**

1	2	3
4	6	8
5	7	9
12	13	14
16	18	20
17	19	21
23	24	25
27	28	29
10	11	15
		22
		26
		30

L/R L/R L/R

Motion-induced Somatic Response Test

前面 後面 側面

Fukuoka University 2008

図3 M テスト 所見用紙

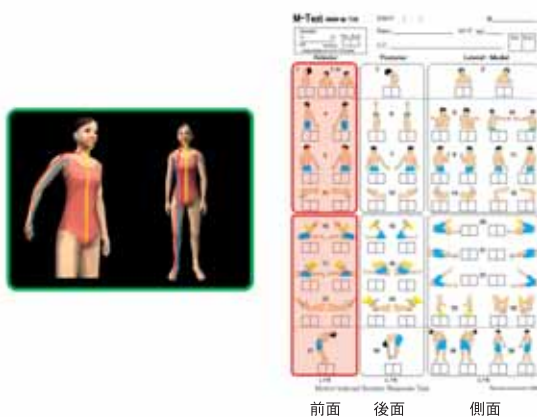


図4a 前面の経路を伸ばす動き

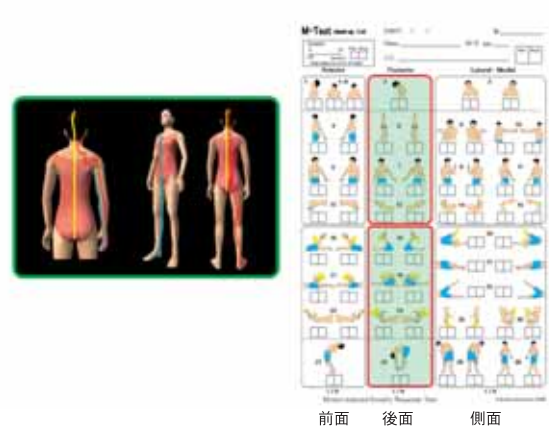


図4b 後面の経路を伸ばす動き

します。上半身後面は心経・小腸経ですし、下半身後面は腎経・膀胱経です。上半身側面は心包・三焦経ですし、下半身側面は肝経・胆経というふうに表現されます。

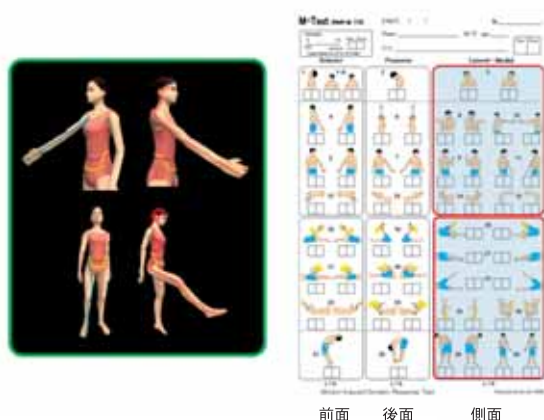


図4c 側面の経絡を伸ばす動き

さらに、この動きを五行に分類して見ることもできます。それぞれのブロックの動きは、木 (Wood)、火 (Fire)、土 (Earth)、金 (Metal)、水 (Water) の5つに分類できます (図5)。このように、五行を動きの相互関係とみなすと、五行の考え方をもとに人の動きの相互関係を推測できることになりますし、その情報は治療を組み立てるのにとても有用です。

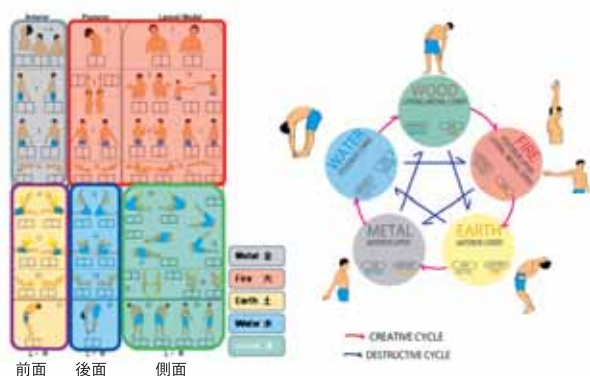


図5 動きと五行との関連

治療を行うときには、どのブロックの動きに異常があるかを診断して、それを解決するためにツボをみつけるわけですが、例えば、図6のAブロックに異常があれば、解決するツボは上半身側面にあるというような形ですし、図6のBブロックに異常があればツボは下半身側面にあるということ

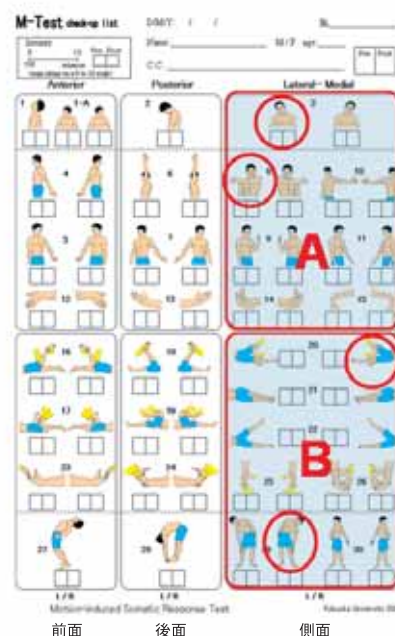


図6 どのブロックに異常があるかを判断する

になります。

治療のフローチャートは図7に示すとおりで、ブロックAを治療する場合は、これに基づいて治療していくということになります。各ブロック別にいろいろ異常が出てくる場合には、もっとも辛い動きのあるブロックから治療をします。また、動きの辛さをスコアで評価しておくところから治療すべきかを容易に判断できます。一番つらいのは10点にして、全くどうもないのを0点にという形で表現します。例えばスコアが8と4の動きですと8の動きのほうから治療を開始していくということになります。

次に、Mテスト治療の一番根幹にあたる、とおきのツボについてお話します。例えば、前面の上半身のブロックの異常の場合には、親指のラインの肺経と人差し指の大腸経のラインからそれぞれ2個ずつ合計4つ (尺沢、太淵、二間、曲池) を選びますが、これは五行論から選んだツボなのです。下半身の前面の場合にもやはり同じようにこういったツボを4つ (解谿、厲兌、商丘、大都) 選ぶということになります。後面の上半身 (少衝、神門、後谿、小海)、下半身 (至陰、束骨、復溜、湧泉)、側面の上半身 (中衝、太陵、中渚、天井)、下半身 (曲泉、行間、俠谿、陽輔) についても同じで、各ブロックに4つずつのツボを選ぶということになります。

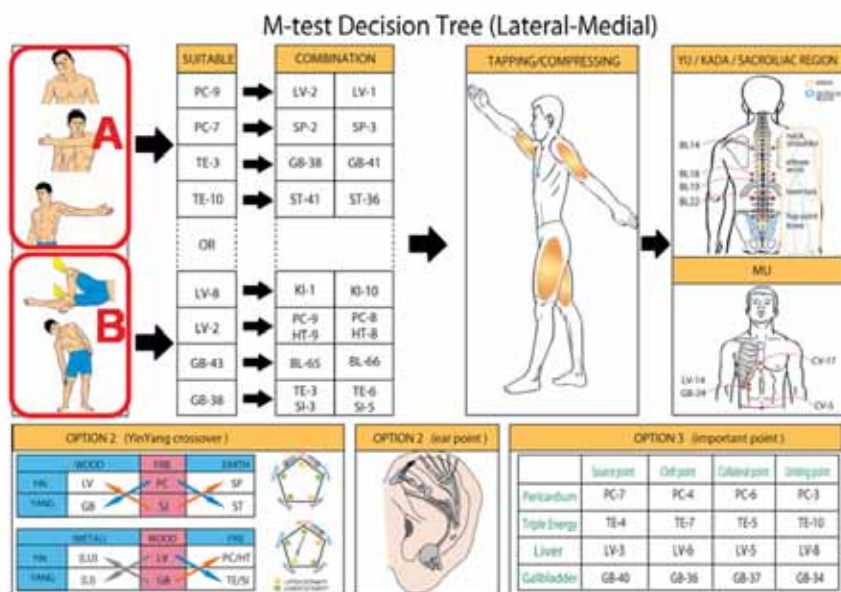


図7 治療のためのフローチャート

歯科医の症例

それで、これをどういうふうにするかということ、症例を通してお話ししたいと思います。

35歳の女性歯科医で、主訴は、酔っぱらったような感じ、吐き気、頭痛および脱力感でした。200*年12月1日に東洋医学診療部に受診しました。3週間ほど前から、上記のような症状が出始めて、北海道の方なのですが、T市民病院を受診して、いろいろ検査をして異常はないと言われました。その後、症状は徐々に悪化して動悸とか血圧上昇も出現して、日常生活にも支障が出るようになったため、実家に帰省して、飯塚のI病院を受診しました。詳しい検査を受けたのですが、異常はみられないと診断されました。それで福岡大学病院の循環器内科に紹介されて、さらにいろんな検査を受けています。検査所見はBMI (Body Mass Index) が26.6で、ちょっと肥満、HbA1cが6.0で若干高いといったところでした。EBM (Evidence-based Medicine) からみたドクターにとっての病気というのは、BMIが26.6でHbA1cが6.0ということになります。患者の困っていることは異なります。このようなギャップを私は以前から「医者の病気」、「患者の病気」といった表現で医師と患者との間に介在するギャップを比喻していました。最近、EBMをしっかり実践している先生たちが、日常診療でいかに患者と医師

がすれ違っているかということを書いた『医師アタマ』という本を出しました。医師アタマというのは自然科学としての医学に依拠する医師特有の思考過程で、医師の頭の中では、医療に関して、明確で整然とした世界が構築されているという指摘で、それが医者と患者がすれ違う原因になっているということに触れています。このすれ違い、つまりギャップを埋めるのにからだの動きを応用することが役に立つだろうと私は考えています。

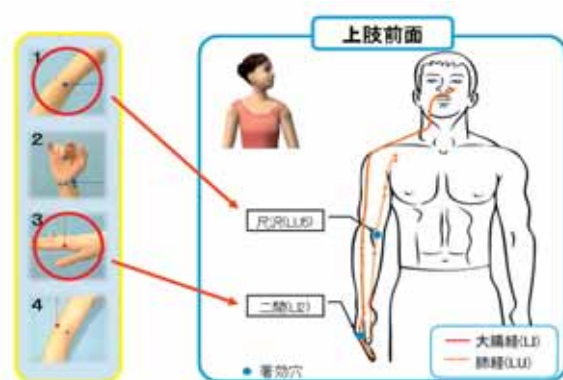


図8 有効な経穴は大腸経の二間と肺経の尺沢

さて、治療原則はもっとも辛い動きからスタートしますが、この患者さんの場合は、頸を左に回旋する動きで酔っぱらう感じをととてもひどく感じました。これは上半身前面のブロックですから、

ツボは4か所（尺沢、太淵、二間、曲池）を選択します。それぞれのツボを軽く押さえながら同じ動作をしてもらおうと、頸を左に回旋する動きをしても酔っぱらっている感じが誘発されないツボを見つけることができます。この症状を抑えるあるいは改善するツボが有効なツボですので、それを確認しながらどのツボが有効かを決定していきます。この方の場合、二間と尺沢というツボが非常によく効きました（図8）。1回の治療で症状は全く消えてしまいましたので、後はストレッチをお教えしました。親指と人差し指のラインに問題があるわけですから、自分でできるケアとして、これらのラインをストレッチする方法をお教えしました。

なぜこういう症状が出たかと考察しますと、この方は歯科医なので、歯科の治療器具は親指と人差し指に負荷をかけて動かす器具が多く、日常診療で常日頃これらのラインに負荷がかかっています。発症する約1年前に歯科医院を開業して、非常に多忙になったことや勤めているときにはやらなくてよかった事務業務もやらなくてはならないようになって、親指と人差し指のラインに過剰な負荷がかかったということが背景にあります。親指と人差し指のラインの疲れがこういった症状をおこしてしまったということのようです。

ところで、同じ親指や人差し指のラインの4つのツボのうちなぜこのツボが効くのか？ 推測ですが、五行での説明が可能です。図9で見ますと、

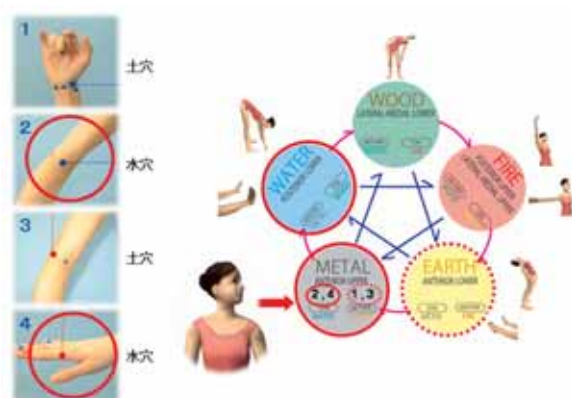


図9 虚すればその母を補い、実すればその子を瀉す。

1（太淵）と3（曲池）は、土穴、つまり脾経・胃経と関係の深いツボです。2（尺沢）と4（二間）は水穴、つまり腎・膀胱経と関係が深いツボ

と昔から分類されていて、五行的にみますと、性格が違います。そのことを昔の人は「虚すればその母を補い、実すればその子を瀉す」という表現で、使い分けています。それで、土穴である1（太淵）と3（曲池）が効く場合はこの母のほうの問題を解決するためのツボということですから、これが効いた場合は、虚だったということになります。水穴である2（尺沢）と4（二間）は、子のほうに対して作用するツボですから、その子を瀉すということにつながる、そういうことを表現しています。

この患者さんで水穴である尺沢と二間が有効であった背景に、こうした五行的要素があるかということなのですが、実はこの人の治療作業中の写真を送っていただきました。作業姿勢をみると、体の後面を非常に伸ばして作業を続けている、つまり腎・膀胱経（水）を伸展する事が多くなっています。こういう日常の仕事での姿勢がいろんな形で影響して効果的なツボが決まるのだらうとの推論が成り立ちます。

図10は、この患者に有効であった肺・大腸経（金）の尺沢・二間は水穴であり、この場合、腎・膀胱経（水）の金穴である復溜、至陰を組合せて用いることを示しています。この患者には、この組合せを用いる必要がなかったのですが、効果が不十分のときにはこういった組合せを追加して効果を強化します。

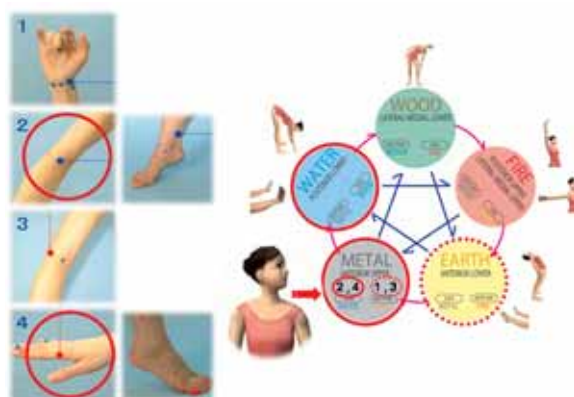


図10 有効なツボと組合せて用いるツボ

腕立て伏せが原因と考えられた症例

この症例は、ツボの組合せがこういった意味を持っているかということを端的に示している例です。ベルギー人の59歳の男性です。息子さんが

オランダのライデン大学在学中に九州大学に留学してきて、日本の鍼灸の歴史を勉強したいということを希望したために、九州大学から私に依頼があって、彼の勉強につき合いました。彼は、その後、一旦ベルギーに帰りましたが、再来日して、日本女性と結婚して、今日本に住んでいます。先日たまたま福岡にいたことがわかって、また連絡をするようになりました。一昨年の12月末にメールが来て実は父親が来ていて、1年ほど肩が痛くて、どこに行ってもうまくいかないから、なんとかしてくれということでした。

そこで、肩痛をひどくする動きをチェックすると、水平外転の動きが非常に痛いということでした。この動きは上半身の側面のブロックですから、やはり4つのツボを押さえながら、同じ動作をしてもらいますと、手首のところのツボ（太陵）と肘のところのツボ（天井）が非常によく効くということがわかりました。太陵・天井は心包経・三焦経の土穴です。先ほどの組合せの原則、五行の関係から、組合せのツボは土経（脾経・胃経）の火穴になるので、その組合せで治療をしたら、すっかり肩痛がとれました。

「ところで、この1年間は何をしていたのですか？」と聞いたら、実は1年前から腕立て伏せを毎日50回やっているという返事でした。図11を見ていただきますとよくわかりますが、腕立て伏せをする時に負荷のかかるところに有効なツボが存在していました。動作で負荷のかかるところが有効なツボと組合せすべきツボになっているということがおわかりいただけたと思います。こういった症例はたくさんあります。



図11 有効なツボは腕立て伏せで負荷のかかるところ

乳癌手術後の症例

この患者さんはめまいの患者さんです。69歳の女性で、乳癌の手術をきっかけにひどいめまいが始まりました。いろんなことを試して結局うまくいかないということで、200*年4月に私どもの外来にお見えになりました。術後10年間乳癌の再発はありませんので、乳癌はすでに治癒しているといわれているわけですが、日常生活に差し支えるめまいがあって非常に困っている様子で、さまざまなことをやってもうまくいかないということでした。

この患者について、どういう動作がめまいを誘発しているかと動きを負荷していきますと、首を上にあげたり、左に回旋させたり、下を向いたりとか、あるいは腹ばいになって足を挙げたときにめまいがひどくなり、中でもこの腹ばいで足を挙げる動作で一番ひどくなりました。これを五行的にみますと火と金と土の動きでめまいが誘発されています。この場合、めまいがもっとも辛い動きに対してまず治療を行います。この患者さんは、腹ばいで足を挙げる動作でもっとも辛いめまいが誘発されますから、この動きが属するブロックの4つのツボを順次押さえながら、めまいがおこるかどうやっていくと、大都を押さえたときにめまいが全くおこらないということがわかりました。また、組合せのツボ（神門）も一緒に使いました（図12）。この方は、ほとんどめまいが起こらなくなつて、月に一回ぐらいの受診になっていますが、からだの冷えがあるということで、漢方専門医にみていただいて、現在では真武湯を飲むだけでめまいはほとんどコントロールできている状態で鍼治療はしていません。

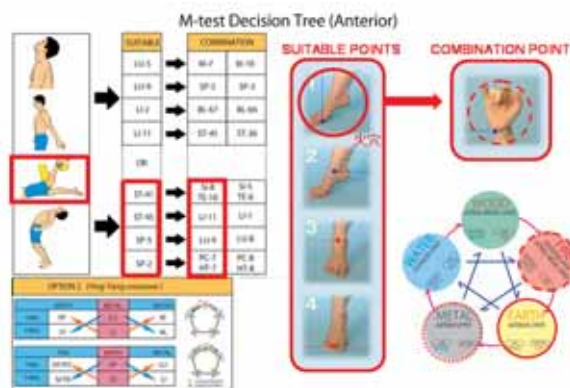


図12 乳癌術後のめまいに有効であったツボと組合せのツボ

この方のめまいがなぜ大都で著効したかを考察してみます。大都は脾経のツボですが、この患者は手術で乳房周辺の脾経のルートに癒痕が残り、あたかも脾経のルートが二カ所で切断されている様相を呈しています（図13）。めまいの発症に手術痕の関わりがあったのではないかと考えられます。この症例のように手術痕が悪さをしていると推測できる例はとてもたくさんあります。

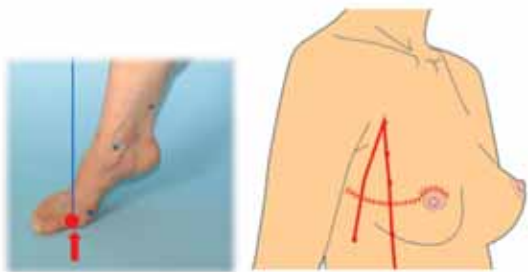


図13 大都（左）と脾経ルートを横断する手術痕（右）

栗むきの3例

五行をベースに動きとの関係をみていくことも可能なのですが、基本は1つのブロックごとにみていくということになります。五行を知らなくても、ブロック単位でものを考えていって、それを一つずつ解決するというスタイルでも十分に対応できます。

	西洋医学的検査	M-Test (症状を増悪する動き)
① 肩痛 35歳 女	肩関節XP、CT、MRIなど	
② めまい 54歳 女	平衡機能検査、MRIなど	
③ 肘のしびれ 65歳 女	神経学的検査 頸椎のXP、MRIなど	

図14 3症例それぞれにおける症状をひどくする動き

例えば、これは5・6年前になりますが、ある秋に続けて受診した3症例を紹介します。①肩が痛い35歳女性、②めまいの54歳女性、③肘のしびれと痛みの65歳女性です。この3例の場合、

西洋医学的には、いろんな検査が考えられます。3例の患者さんの症状をひどくする動きというのは、それぞれ、肩を後ろに伸展させる動き、首を後屈する動き、上肢を回内させる動きですが（図14）、これをMテストでみますと、いずれも前面上肢のブロックに入っているわけです。これは肺経・大腸経ですから、親指と人差し指にかかわるルートということになります（図15）。3例の症状はそれぞれ異なりますが、同じ経絡の異常ですから、治療原則は同じで、これはとても容易に改善します。

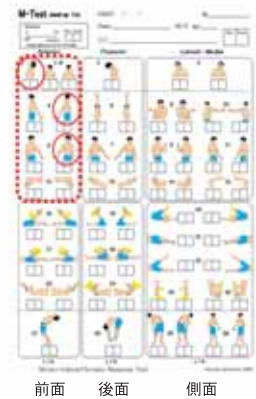


図15 症状を悪化させる動きは前面上肢（親指と人差し指）のブロックの動き

実際3例とも容易に改善しました。1例目、2例目は実は栗むきをやっていただけです。包丁で栗をむく作業では親指と人差し指に繰り返し力をいれますので、そのための異常と考えられました。3例目の方が来られたときに、栗むきだと思ったものですから、「栗むきでしょう」と言ったら、65歳の女性はびっくりされていました。その方は3日間で6キロの栗をむいたということでした。このように「こういうことが原因で起こっているのだ」ということを推測できる場合があります。

一部のブロックだけの異常で多彩な症状のある症例

一部のブロックだけに異常がある、しかし症状はいろいろ複雑な症状を持っている方がいらっしゃいます。この方はアメリカ人だったのですが、泌尿器科の教授から電話がかかってきて、前立腺肥大症の経尿道的手術の後から排尿時の尿道灼熱痛や夜間の頻尿といった症状が持続しているのでなんとかならないかということで、来診しました。

パトリックテストで右と左の顕著な差があり、左側のパトリックテストで大腿内側に痛みが誘発されることがわかりました（図16）。下肢側面ブロックの異常ですので、これに対する治療というのは、先ほどのフローチャートに基づいて簡単にできます。次の受診のときにはもう灼熱痛が無くなって、夜間頻尿についても夜20回ぐらい排尿で起きていたのですが、2回で済むようになったと非常に喜ばれました。



図16 排尿時灼熱痛の症例における動きの異常

ブロック異常が重なった症例

いつもこういう単純な症例ばかりではなくて、ブロック異常が重なっている症例もあります。その場合には一番強い症状を呈するブロックから治療していくという形をとります。椎間板ヘルニアでレーザー治療を受けた後も腰が痛いという女性がお見えになって、「実は50万円も支払ったんです。説明では7割は治るけれども3割は治らないといわれましたが、私は3割に入ってしまった」と訴えました。腰の後屈とパトリックテストが腰痛を誘発しました（図17）。

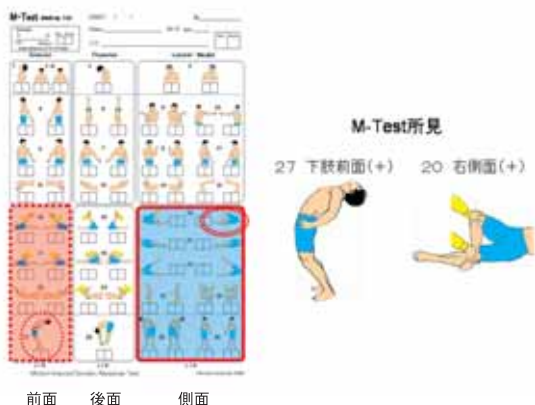


図17 腰椎椎間板ヘルニア術後も持続する腰痛における動きの異常

パトリックテストによる痛みがひどかったので、その所見から治療していきました。パトリックテストが改善しても腰痛がとれない場合はさらに腰の後屈のブロックの治療を追加するというやり方を繰り返すことで腰痛は改善しました。（図18）。

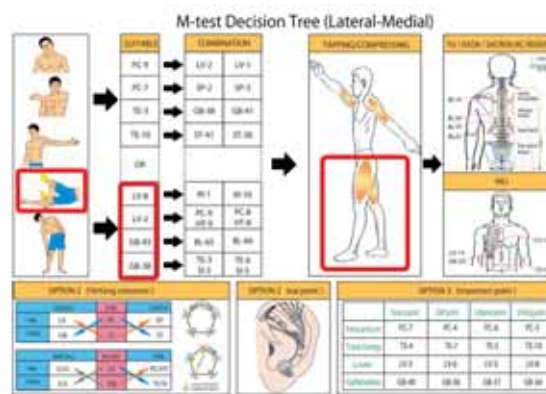


図18 腰痛症例における治療フローチャート

歩行時に腰に力が入らない人工透析症例

これは200*年2月に診た症例です。一昨年から歩くときに腰に力が入らないということで、いろんな検査や治療を試みましたが、原因がはっきりしないし症状がどうしても改善しないということで、ある大病院から紹介されてきました。実はこの方は、膝屈曲、股関節屈曲に異常があり（図19）、しかも右ばかりに所見が強かったので、右側から治療ということにしました。

M-Testで所見が強かったもの



図19 透析患者の歩行困難例における動きの異常

こういう場合に対象となるブロックの治療をフローチャートに基づいてやると、非常に短時間のうちに治療できます。まず、所見がもっとも強い

ブロックの治療を行い、その後、次のブロックに対して治療していくという形をとります（図20）。

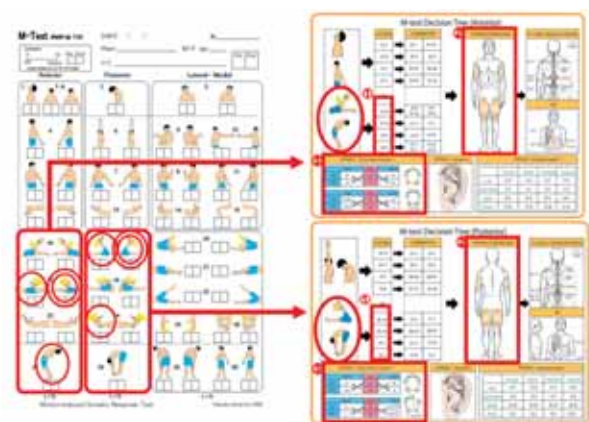


図20 透析患者の歩行困難例における治療フローチャート

医者の病気という立場から見るといろんな所見がありますが、患者の病気という立場からは、困っていることは腰に力が入らないということになります（図21）。

医者の病気

維持血液透析中 脊柱管狭窄症 2型糖尿病

腰部MRI:

両側第5腰椎神経根軽度圧排所見 両側椎間孔狭小化(+)

L4/5の軽度左椎間関節炎を疑う所見(+)

MRミエロ及び拡散強調画像:

両側第5腰椎神経根起始部付近の軽度圧排

L4/5以下のCSFの軽度うっ滞

透析直後の高カリウム血症は正でも症状(+)

治療:プロスタグランディン

腰部圧迫ベルト、

牽引 など

患者の病気

降車時や椅子から立ち上がる時に、腰に力が入らなかった。

M-Test陽性所見:17(右)、18(右)

図21 「医者の病気」と「患者の病気」

この方は、初回の治療でほぼ楽になり、その後は月に1回でだいたいコントロールできるまでに回復いたしました。人工透析を受けている患者さんで、左上腕部にシャント側があるのですが、陰陽交叉取穴法を用いて左上腕部の対応部位である右大腿部を治療したところ非常によく効いた症例です。シャントの存在や繰り返される穿刺が右膝屈曲や右股関節屈曲異常を誘発して、からだの動きのバランスが崩れたと推測されました。

頸部、上肢、背部の痛み・しびれの症例

この症例は麻酔科から紹介を受けた61歳の男性です。症状は左の頸部、上肢、背部の痛みが非常に強いため、整形外科では鎮痛できずに、F大麻酔科に入院しました。糖尿病があるということで、硬膜外持続ブロックはせずに、左腕神経叢のブロックを2日に1回行って激痛は減ったということでした。退院時診断は頸椎症性脊髄症です。まだ4割ほど痛みが残っているということで、東洋医学診療部に紹介された患者です。この患者は図22で示した領域が非常に痛くてしびれるのですが、この症状をひどくさせる動きをチェックしていきますと、ちょうど3つのブロックにまたがっているということがわかりました（図23）。上肢の後面と側面は2つ一緒になっていますから4つのブロックにまたがっているということにもなるのですが、五行的にみると、火、土、金の3つが関わっていることになります。



図22 頸椎症性脊髄症における痛み、しびれの領域

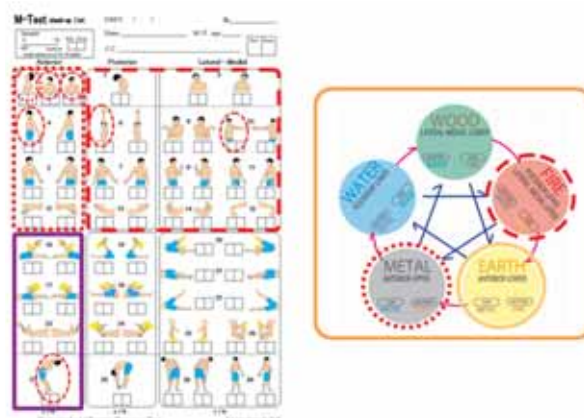


図23 3ブロック（火・土・金）におよぶ動きの異常

1) 投球に対する鍼治療の影響

まず、肩痛がない投手の場合の結果を図27に示します。球のスピードをみますと、鍼治療した場合（赤色○）は最初からトップスピードです。一方、治療しない場合（黄色△）は徐々にしかスピードが上がってきません。そのときに極端に差があったのは上腕二頭筋と上腕三頭筋の筋放電量です。

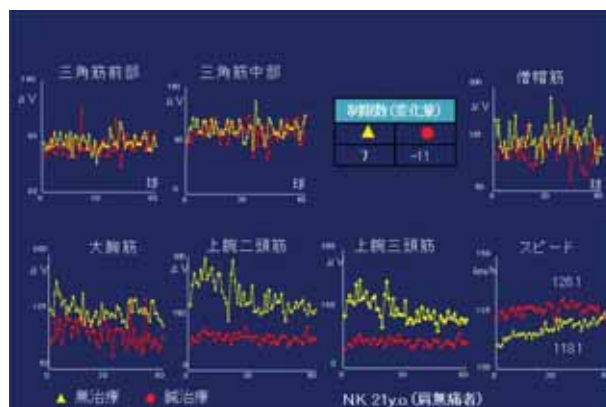


図27 動作筋電図RMS・スピードに対する鍼治療の影響—肩痛がない投手の場合

縦軸がroot mean squareの値で筋放電の面積に当たりますが、治療した場合はコンスタントに、しかも治療しない場合に比べて非常に少なくなっているという結果です。投球動作が効率良い滑らかな動きになったことで上腕二頭筋や上腕三頭筋に力を入れなくても球のスピードが速くなったと考察できます。

次に肩が痛い人で基礎疾患があまりはっきりしない人に投げてもらいました。30球で痛くなるということだったのですが、治療後、60球ほどは肩痛もなく投げることができました。球のスピードは落ちていませんが、筋電図をとりますと鍼治療によって極端に変わってきています（図28）。

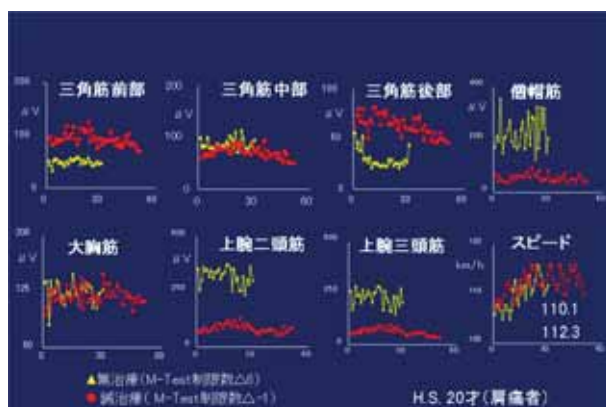


図28 動作筋電図RMS・スピードに対する鍼治療の影響—肩痛のある投手の場合

このように、動きをチェックして鍼治療で動きの異常を改善していくと、投球時の筋肉への負荷が変わってくるらしいということがわかります。

現在、昭和大学のリハビリテーション医学教室でMテストに基づいた治療の効果について研究されていますが、脳梗塞患者においても投球時と同様なことが起こります。例えば、歩行がスムーズになるという現象が観察されるのですが、それと同時に、筋放電のパターンがすっかり変わってしまいます。患側肢のほとんどの筋放電量が減っていますが、大腿四頭筋の筋放電量だけが増えています。また、健側においても筋放電量が減っているという現象が観察されています。

2) 自律神経系に対する鍼治療の影響

さらに、こういった鍼治療が、神経系、特に自律神経系にどういった影響を及ぼすかということも少し検討いたしました。肩が凝っている学生ボランティアを対象に、肩凝りが慢性であることを確認した後、動きをチェックしてそれを鍼治療で元に戻してやって、座位30分間、心電図でheart rate variabilityをみたものです。LF/HFは交感神経系の機能の指標なのですが、無治療の場合は座っていますとだんだんと交感神経系の緊張が高まってきます。ところが、鍼治療をして、動きを良くした後に座ってもらっていると、時間がたっても非常に安定した状態が続くことがわかりました（図29）。

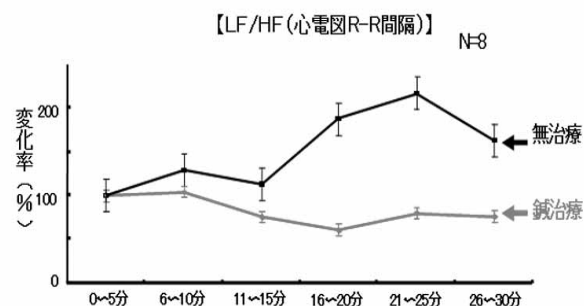


図29 慢性肩こり患者に対するM-testを活用した鍼治療効果—交感神経活動の経時的変化

このように動きを良くするということは、自律神経系活動にも影響を与えています。

ツボを面として刺激する方法

有効なツボに対して、実際どのように刺激するかということですが、ツボを点で刺激するか面として刺激するかという問題があります。私どもは、ツボを指で軽く触って動きに対する効果を確認しますから、ツボに接触する部分は点というよりもかなり大きな面になります。そこに鍼を刺してもいいのですが、鍼だとどうしてもピンポイントになり、効果が十分でなく、指のほうが有効ということをたびたび観察しますと、これを面として刺激できないかと考えるようになりました。医者になった初期から生理食塩水を皮内に打つ方法をずっとやっていて、その劇的な効果にはいつもびっくりしていたのですが、リバウンドが大きいのと、何か所か刺すと、やはり痛いものですから、何とか痛みがない刺激方法がないかと考えていました。実は、研究会を作ったいきさつというのが、こういう刺激ツールができたものですから、Mテストを広める条件が整ったということだったのです。この刺激ツールはツボを面として刺激します（図30）。1cm²の中に、先端が約20μmの突起が400本程あります。2つ種類がありますが、左のソマセプトは陰経のツボに使うと非常によく効きますし、右のソマレゾンは陽経のツボに使うとよく効きます。この差は陽経と陰経は皮膚の作りや分布しているところがどうも違うことに由来しているのではと感じています。こういった刺激を標準化したものを使って、また、ツボ選択も動きに対する反応をもとに標準化して、誰がやっても同じ様にできる形にしようと試みています。鍼灸治療の効果を決める要因を標準化した形で臨床を組み立てていこうとしているわけです。

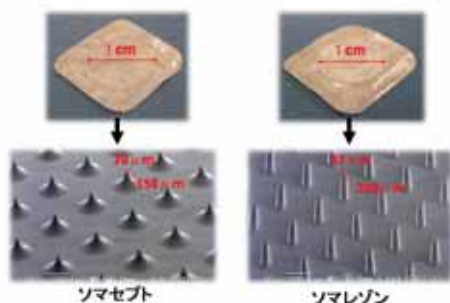


図30 ツボを面として刺激する皮膚を傷つけない刺激ツール

おわりに

まとめますと（図31）、Mテストは、東洋医学の考え方をベースとしています。体の動きと関連させて、病気をみていこうという方法です。非常に簡単で、安全で、迅速に判断ができます。効果も確実で、確認しながらできますので、誰にでも容易に実践できます。個々人の動きの異常を本来の姿にリセットしてあげるとそれだけで症状を改善できます。また、動きの改善というのは自律神経系にも影響を与えているようですから、いろんな疾患に使えるだろうと考えています。また、「栗むき」のところでお話ししましたように、これは西洋医学と東洋医学との共通言語になり、病気を診る異なる座標軸となると考えています。

- ◆東洋医学の考え方を基に身体の動きを応用して病気を診る方法。
- ◆簡単で安全な方法であり、迅速な診断と確実な効果を実現する。
- ◆個々人の動きの異常を本来の姿にリセットすることで症状を改善できる。動きの改善は自律神経系にも影響を与えている。
- ◆誰でも容易に実践できるので西洋医学と東洋医学との共通言語になり、同時に病気を診る異なる座標軸となる。
- ◆これらの特徴は医者や患者の病気のギャップを埋めるだけでなく、生活に根ざした病気のストーリーの推理に役立つ。
- ◆刺激ツールであるソマセプト、ソマレゾンは無侵襲で定量化を実現。
- ◆経絡・経穴という情報伝達系の異常を身体の動きを診ながら早期に見つけ出し、日常的に修復する方法論は健康の維持増進や病気の治療に有用な手段になると期待できる。

図31 Mテストの特徴と利点

「医者や患者の病気のギャップ」と表現できる医者や患者との間のギャップが現代医療の中で非常にたくさんありますし、Mテストはこのギャップを埋めるのに非常に役立つと考えられます。また、日常的に使っていきまると、生活に根ざした病気のストーリーの推理に役立つという方法論でもあります。

刺激ツールとして定量化できるものを開発しましたので、例えば出血傾向のある人達にも使えますし、無侵襲ですから非常に使いやすくなるだろうと考えています。ただ、基本としてはきちんとしたツボ選択の仕組みが必須であると考えていま

す。

また、経絡・経穴という情報伝達系の異常を、身体動きをみながら早期に見つけ出していくことも可能ですので、その異常を日常的に修復できます。このことは病気の悪化を防ぐ方法としても使えることを意味しています。私の外来では、ある程度落ち着いたら月に1回くらいのペースで治療しているのですが、患者さん自身がからだの動きの異常をみつけて対処できますから、患者参加型の方法論として、これからさらに役に立つ可能性があるのではないかと考えております。

ご静聴誠にありがとうございました。

高齢者漢方治療 口訣60分90連発

慶応義塾大学医学部漢方医学センター・あきば伝統医学クリニック

秋 葉 哲 生

皆さんこんにちは。口訣60分90連発などというちょっとあまり品の良くないタイトルだと私自身思ひまして、内心忸怩たるものがありますが、私の人柄が「隠すより見（あら）わるるはなし」という感じで、現れてしまいましたことをお許しいただきたいと思います。

それでは始めさせていただきます。1口訣が大体40秒となります。口訣にはどうも2種類あるようであります。1つ目は、方剤や生薬の運用に直接関わる口訣（具体的な戦術 Tactics）。先生方よくご存知の如く、「～湯は～」などで、例えば最近では、「抑肝散は怒りだ！」というものです。2番目は、治療の大方針を決めるための口訣（戦略 Strategy）で、これは大きな重要性を占める訳であります。この2番目については、日頃はいわば重視されず、必要になるのは途中からです。つまり、あるところまでわからないとストラテジーは必要がないということになるかも知れません。

和田恭順曰く、人参は頓虚を治し、漸虚を治せず。是の言真に然り。今勞などを治するに、危証に至りては、参を用ゆれ共、百に一つも効を奏するなし。且つ、水は天然の白虎湯と云り。此の二言は千古の名言と云ふべし。（山田業広）

これは山田業広の『椿庭先生夜話』で引用されたところですが、和田恭順という江戸時代の人が、こう言ったと書いています。「人参は頓虚を治し、漸虚を治せず」と。この頓虚と言うのは急性の虚ですから、いきなりサブショックになったりする病態です。漸虚というのはだんだん衰えてくる。そういうものには、「参を用ゆれ共、百に一つも効を奏するなし」という。つまり、人参など100回使ったって1回も利かないよ、人参を使ったって駄目だよと言うことです。これは誠に当を得た表現でありまして、衰えや何だかんだに「人参だ、附子だ！」というような短絡的な考え方は我々自

身もよくするわけですが、これはどうもあまりよろしい方針とは言えません。この後がまた面白い。「且つ、水は天然の白虎湯と云り。此の二言は千古の名言と云ふべし」。山田業広という先生は相当ユーモアを解する方だったことが良くわかります。天然の白虎湯とか、何ていうか「鉄管ビール」のような旧聞の言葉であってなかなか面白いと思います。

安中散

この方世上には癖囊（胃拡張）の主薬とすれども、吐水甚だしき者には効なし。痛み甚だしき者を主とす。反胃に用ゆるにも腹痛を目的とすべし。また、婦人血氣刺痛には癖囊より反つて効あり。（『勿誤薬室方函口訣』浅田宗伯）



浅田宗伯（1815-1894）

これは浅田宗伯先生の有名な口訣です。安中散は胃腸の薬であります。が、「痛み甚だしき者を主とす」と「痛み」であることを言っています。例えば、一方では平胃散は「もたれた」といったような簡潔な指示がありますが、安中散は、やはり

痛みを中心とすべきだろうということですね。「反胃に用ゆるにも腹痛を目的にすべし」ともおっしゃっています。最後に大事な指摘なのですが、「婦人血氣刺痛には癖囊より反つて効あり」。これは、ご存知のように月経痛・月経困難症などに対しては、安中散がよく効くよ、むしろ胃腸よりも良く効くという浅田宗伯の誠に的確な指摘が見られるわけです。しかし、現在、保険診療におきまして、安中散の適応は皆、胃の症状、胃腸の症状ばかりであることは皆さんがご存知の通りです。しかしながら、使っていけないことは全くありま

せんので、当帰芍薬散などに合わせて使ったりすることはいくらでもあるということです。

八味地黄丸

- 1) これはもっぱら下焦を治す。虚腫あるいは腰痛などに用いて効あり。(浅田宗伯)
- 2) 男子40歳以上は八味丸を服用してよい。(藤平健)

八味地黄丸について、同じ宗伯先生が、「これはもっぱら下焦を治す。虚腫あるいは腰痛などに用いて効あり」と。これはある意味「あたりまえよ」という感じなのですが、上焦・中焦・下焦などという言葉にあまりなじみのない先生もおられるかも知れません。鳩尾（みぞおち）までの上半身は上焦、お臍から下は下焦、中間が中焦だということになります。私の師匠の藤平健先生は「男子40歳以上は八味丸を服用して良い」とおっしゃっていました。誠に簡潔であります。アバウトではありますが、簡潔な指示だと思います。

加味逍遥散

婦人いっさいの申し分に用いてよくきく。いまより十数年前は、世間の医者、婦人の病というとほとんどこの方を用いた。月経が不調になって、のぼせ冷えが有り、午後になると逆上して両頬が赤くほてるものによい。肝気が高ぶりやすく、嫉妬深く、皆（まなじり）がつり上がって、発狂でもしかねない症によい。男子でも癪癪持ちに適する。(百々漢陰、1773-1839『漢陰臆乗』)

百々漢陰（とど かんいん）というのは、江戸時代の中後期の方です。『漢陰臆乗』のなかに面白いことが書いてありまして、「婦人いっさいの申し分に用いてよく効く。いまより十数年前は・・・」といいますから、百々先生が活躍された1800年～1820年頃でしょうか、「十数年前は世間の医者、婦人の病というとほとんどこの方を用いた」と書いてあります。「月経が不調になって、のぼせ冷えが有り、午後になると逆上して両頬が赤くほてるものによい。肝気が高ぶりやすく、嫉妬深く、皆（まなじり）がつり上がって、発狂でもしかねない症によい。」という、ちょっとゾッとするような記述です。また、「男子でも癪癪持

ちに適する」と指摘がございます。百々先生はだいぶんこの辺で悩まれたのか、個人的な経験がおりなのかも知れませんね。

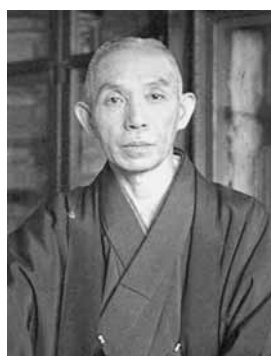
呉茱萸湯

水毒を下降させるのが主治です。だから泡沫を吐くのを治し、頭痛を治し、食物を吐くのを治し、煩躁吐逆を治すのです。およそ危篤の症で、痰飲が上るのを診てこれを処方し奏功した事例は枚挙にいとまありません。(浅田宗伯)

これは浅田宗伯先生のお言葉で、普通の言葉にしてあります。脚気衝心、衝心性脚気には今でも適応があります。適応として書いてありますが、呉茱萸湯、昔の尻尾（しっぽ）が残っているという感じです。

半夏瀉心湯

これは熱邪が水邪を挟んで心下に結ばれ、痞鞭を起こして升降の気を阻み、あるいは水邪が上下に動いて時に嘔吐、腹中雷鳴、下痢を発する等の証に対する薬方であって、主として水邪を去り、心下の痞鞭をのぞき、升降の気を順通する等の能を有する。(『古方要方解説』奥田謙藏)



奥田謙藏 (1884-1961)

奥田謙藏先生は、私の師匠の師匠で、四国は丸亀のご出身であります。昭和36年までご存命で、戦後千葉の市川というところに引越しをされまして、それ以前から御縁のあった千葉の先生方をご指導なさったわけです。

最初に先生と御縁の合った千葉の先生は、和田正系先生です。ご存知、和田啓十郎先生のご令息であります。私がいろんな資料にあたりますと、昭和7年くらいから和田先生は奥田先生の筆頭のお弟子さんであったようです。昭和12～3年から私の師匠の藤平先生、当時は千葉医大の学生でしたが、入門をされたということです。奥田謙藏先生はいろんな方剤に対しての口訣めいたものを残しておられますが、たとえば心下（しんか）あるいは心下（しんげ）という

ころは気の昇降をするところなんだと、つまり、そこは関所ようになって上に昇ったり、下に降りたりする。気がグルグル巡るときにそこを通るのだと言っておられるわけです。また、その時に水邪が絡むと先生は指摘しておられます。なかなか穏当な御指摘だと思います。

柴胡桂枝湯

この方は、世医、風薬の套方とすれども左に非ず、結胸の類証にして心下支結を目的とする薬なり。
(浅田宗伯)

浅田宗伯先生は柴胡桂枝湯について、このように書いてあります。「心腹卒痛」という、あのキーワードにも通ずるところだと思います。他の柴胡剤のラインアップの中でも柴胡桂枝湯はいささか違うのだと浅田先生はおっしゃりたかったのかも知れません。

柴胡桂枝乾姜湯

極く軽度の胸脇苦満を「胸脇満微結」とみなす。
(藤平健)



藤平 健 (1914-1997)

この写真は私の師匠の藤平健先生の中年の頃のお姿ではないかと思います。藤平先生は、ごく程度の胸脇苦満に柴胡桂枝乾姜湯を大変お上手によく使われました。私をご指導いただいております、北里研究所の外来におきましても、先生は、5名いれば1名は必ず柴胡桂枝乾姜湯を使うぐらいよく使われました。「胸脇満微結」ということをその時よくおっしゃいまして、有るか無いか位の胸脇苦満が胸脇満微結であるとおっしゃっていたのを思い出します。師匠が亡くなられて11年が経過致しました。

柴胡加竜骨牡蛎湯

此方は肝胆の鬱熱を鎮墜するの主薬とす。故に傷寒の胸満煩驚のみならず、小児の驚癇、大人の癇癇に用ふ。此方傷寒にてはさもなけれども、雑病

に至りては柴胡姜桂湯と紛れやすし。いずれも動悸を主とすればなり。蓋し姜桂は虚候に取り、此方は実候に取りて施すべし。『勿誤薬室方函口訣』

柴胡加竜骨牡蛎湯については、浅田宗伯先生の言葉があります。ただ今述べた柴胡桂枝乾姜湯と紛れやすい、腹候としては良く似ているということです。どこが違うかと言いますと、いずれも動悸を主とするけれども、「蓋し姜桂（柴胡桂枝乾姜湯）は虚候に取り、此方は実候に取り」、つまり柴胡加竜骨牡蛎湯は実候であるとおっしゃっています。

半夏厚朴湯

病人、咽中に炙臍有るが如く、之を吐けども出でず、之を吞めども下らず、心下微満する者は、半夏厚朴湯之を主る。(江戸時代、能條保庵著『医聖方格』)

有名な半夏厚朴湯です。江戸時代、能條保庵の『醫聖方格』で書かれている条文です。大変印象的な口訣といえますね。

五苓散

五苓散を多数例の頭痛に適用して効果を確認したが、慢性頭痛ということであれば症例を選ばず用いてよく、なかでも女性に効きが良いという印象である。(矢数道明)



矢数道明 (1915-2003)

矢数道明先生が五苓散を慢性頭痛に使われた時の、その件（くだり）があります。私はこの五苓散を追試しようと思いついて、口渇小便不利で頭痛がある人を対象にしようと思いついたところ、半年も1年たっても1例も症例が出ません。ある時思い余って、学会の時に矢数道明先生に声をかけまして、「先生、恐れ入りますが、先生の追試をしたいのですけれども、先生はどのようにして症例を集められましたか」と聞きましたら、「頭痛の人みんなに使ったんですよ」とおっしゃいました。そ

れで私の疑問は水解しまして、偉い人は臨機応変にして大したもんだとあらためて感心いたしました。

桂枝加朮附湯

- ・桂枝剤中に附子あるものは、皆陽証中の客寒なり。（『腹診配剤録』）
- ・本方適応症に似て、咽喉がかわき、夜間排尿回数が多いものには八味丸を用いる場合が多い。（『現代漢方治療の指針』）

桂枝加朮附湯については口訣を2つお示します。まず、『腹診配剤録』ですが、「桂枝剤中に附子あるものは・・・」というのは桂枝剤の加味方で附子が加わっているもので、桂枝附子湯などがあります。「皆陽証中の客寒なり」というのは、この場合の寒は客証であるといっているわけでありす。

『現代漢方治療の指針』という市中の薬局のいろんな指示に使われたものには、「本方適応症に似て、咽喉がかわき、夜間排尿回数が多いものには八味丸を用いる場合が多い」とあります。つまり、八味丸か桂枝加朮附湯かは、きわめて近いところであるということではなかなか面白いものです。意外に気がつかないものですが、こういった文章を読みますと、ハッと思わされることがあるわけです。浅田宗伯先生は多いんですよ。『勿誤藥室方函口訣』というきちんとしたものを書かれていますし、また後で述べますが、『老医口訣』、これも非常にすぐれたものでありますが、『老医口訣』などを残されたということから、我々はやはりこういうところから学ぶところは多いわけです。

温清飲

この方は、温と清と相合するところに妙ありて、婦人漏下あるいは帯下、あるいは男子下血久しく止まぬ者に用いて驗あり。（浅田宗伯）

申すまでもなく、温清飲は「温」と「清」ですから、ここに書かれたようなことです。

小青竜湯

心下に水飲があって、しかも表の邪が解せず、この水飲動揺によって、諸症候を現わすものである。（矢数道明）



美髯公34歳とご母堂
(1940)

写真は美髯公、矢数道明先生で34歳です。矢数先生のご兄弟は誠に髯の美しい方が多くて、矢数格先生も大変素晴らしいお髯の持主でありました。まさに美髯公。関羽を思わせるような、しかもこのスタイルがよろしいですね。ご母堂と一緒に撮った写真です。矢数道明先生は、「心下に水

飲があって、しかも表の邪が解せず、この水飲動揺によって、諸症候を現わすものである」という誠に穏当なご解説をなさっておられます。

消風散

（皮膚炎の）急性症状には無効で、この場合は越婢加朮湯が適する。（『現代漢方治療の指針』）

消風散は、急性症状には無効で、急性症状には越婢加朮湯がいいんだよということです。こういうものも意外に我々臨床で、いろんな解説本を読んでもなかなかつかめないもので、アッと驚くというか一瞬ハッと虚を突かれた思いがするわけです。口訣というのはやはりそういう力を持たなければならないと私は思っております。

補中益気湯

この方元来、（李）東垣、建中湯、十全大補湯、人參養榮湯などを差略して組立し方なれば、後世家にて種々の口訣有れども、畢竟（ひっきょう）小柴胡湯の虚状を帯ぶるものに用うべし。（浅田宗伯）

補中益気湯も浅田宗伯先生の言を引用致しました。私の師匠は藤平健先生だったのですが、藤平先生から北里研究所で教わった6年間で、先生は補中益気湯を使ってみせたためしがほとんどないというか記憶がないのです。ですから、補中益気湯とか十全大補湯を私はうまく使えませんでした。見よう見まねで使うんですが、うまくいかない。そのときに、私は結局浅田宗伯先生の口訣に救われたわけですが、この「畢竟、小柴胡湯の虚状を

帯ぶるものに用うべし」に誠にハッと胸を突かれたわけで、そうか藤平先生も小柴胡湯はしょっちゅう使われていましたが、これは虚状をおびたものに使えばいいんだということで、長年の疑問が氷解いたしました。なるほど、小柴胡湯を日頃であれば使うであろうに、そういう人が疲れたとか、なんだか体がだるいとか熱っぽいとかそういう時に使えばいいんだということがわかりました。それでもって、誠に的確に使えるようになったという記憶があります。私も今では補中益気湯は好きでよく使います。

「畢竟、小柴胡湯の虚状を帯ぶるものに用うべし」という、この浅田宗伯の一言に有る意味では私自身多きに教わった、そういう記憶があります。

真武湯

本方の行くめまいは、雲の上を歩むような頼りなさ。また、まっすぐな廊下を歩くといずれかに寄ってしまうのが目標。(藤平健)



藤平 健 (1914-1997)

私の師匠の藤平健先生です。このお写真は、亡くなられた年の1月15日のもので、9月に亡くなりましたから、8か月前ということになります。先生は真武湯を使われるのが大変巧みで、真武湯を使われる時にいくつかの手がかりをおっしゃっていましたが、そのうちの1つがこれです。本方の行くめまいは、雲の上を歩むような頼りない感じである。また、真っ直ぐな廊下、たとえばホテルのような真っ直ぐな廊下を歩くと右か左どちらかの壁に寄ってしまう。自分で寄ろうと思っていないのに何となくそうなるようなもの、これがその目標だよと言っておられました。

当帰芍薬散

其の人、心下に支飲ありて小便少なく、或は冒する者は、当帰芍薬散之を主る。(能条保庵著『医聖方格』)

医聖方格からまたもう1つ。当帰芍薬散ならうまく使えるよと誰でもおっしゃるかも知れません。「冒する」というのは、頭に水飲が少し上って、きつい帽子かなんか被った状態である思うのですが、当帰芍薬散は、そういう状態に使うということです。また、心下に支飲があって使うということです。

桂枝茯苓丸

小柴胡湯との合方は胃腸障害も予防でき、便秘のひどくない蕁麻疹に卓効を示すことが多い。(『現代漢方治療の指針』)

これもまあ、誰だって間違った使い方はしないと思いますが、小柴胡湯との合方という、なかなか、教えられることが多いですね。私も実際に追試してみようと思っています。これも『現代漢方治療の指針』という薬局漢方の指針からであります。我々にとっても、考えさせられることが多いわけです。

桂枝加竜骨牡蛎湯

遺精もそうだが夜尿症、前立腺肥大症や萎縮腎で小便近きもの、帯下などすべて締まりが無くて下に漏れる症状を対象にして本方を使う。区別を要するのは八味丸である。(龍野一雄)



龍野一雄 (1905-1976)

龍野一雄先生はこの桂枝加竜骨牡蛎湯について、大変面白い深いことをおっしゃっています。なるほど、実に解る感じがします。締りがなくて下に漏れるという、これは非常に印象的です。まさに口訣と言うに相応しいお言葉です。龍野先生も惜しい事にもうちょっとお元気で長生きしていただきたかったですね。

十全大補湯

この方、局方の主治によれば、気血虚すというが八珍湯の目的にて、寒というが黄耆、肉桂(桂皮)の目的なり。また、黄耆を用うるは人參に力を併

せて自汗盗汗を止め、表気を固むるの意なり。
(浅田宗伯)

十全大補湯。誰だって知っている薬でありまして、皆うまく使っているのだと思いますが、私はさっき申し上げた通りうまく使えませんでした。浅田宗伯先生はこうおっしゃっています。「局方の主治によれば・・・」、これは『和剂局方』のことだと思いますが、「気血虚すというが八珍湯の目的にて」、四物湯と四君子湯を合わせて八珍湯ですね。「寒というが黄耆、肉桂（桂皮）の目的なり」、後の二つは黄耆・肉桂です。「また、黄耆を用うるは人參に力を併せて自汗盗汗を止め、表気を固むるの意なり」、つまり固表の意味だということを言っておられる。浅田先生がこうおっしゃると、なるほどとそうだという感じがするから不思議です。

麻黄湯

この方は太陽傷寒無汗の症に用う。桂麻の弁、仲景氏厳然たる規則あり、犯すべからず。又喘家風寒に感じて発する者この方を用うれば速やかに癒ゆ。朝川善庵終身この一方にて喘息を防ぐという。
(浅田宗伯)

「麻黄湯は誰だって知ってるよ」とおっしゃると思います。「桂麻の弁」というのは、桂枝湯や麻黄湯といった方剂ということでしょう。小さい子供で、ゼイゼイしやすい子供などには、急性症には麻黄湯、そして咳だけ出ていても麻黄湯、あちらもこちら麻黄湯一方でよいというのは私だっでよくおこなっております。浅田宗伯先生のおっしゃるとおりだと思います。

潤腸湯

仲景の麻子仁丸よりいでたるもので、老人、虚人、血燥の人、大黄ばかりを用いがたき者に用いる薬なり。この証、大黄ばかりを飲めば腹が痛んで微利するばかりである。(百々漢陰)

なかなか懇切な解説がされております。百々漢陰先生ですね。大黄だけでしたら、局方にも粉末がございますので、0.5グラムや1グラム使えば、通じがつくわけですが、スムーズにつかない方は

沢山おられますよね。やはり、潤腸湯など必要なゆえんがここに述べられているということになります。

越婢加朮湯

条文の「肉極」を翼状贅片とみなして、本方で消褪せしめ得る可能性がある。(藤平健)



藤平 健 (1914-1997)

私の師匠の若い頃です。師匠はなかなか鋭い顔をされていました。集合写真の一部ですので少しぼけております。翼状贅片というのは眼科の病名ですが（私の師匠は眼科でした）、「肉極」を翼状贅片とみなして本方で消褪せしめ得る可能性がある。

る。私が5～6年間北里研究所に在籍しております時に、2～3例、先生が目の前で使って見せてくれました。どんどん消退していくことに私は驚きました。実際にそういうことがあります。

大黄牡丹皮湯

（痢疾久しく癒えざるもの）陽証にはこの方を用い、陰証には薏苡附子敗醬散を用いて手際よく治すと云ふ。(浅田宗伯)

大黄牡丹皮湯は、例えば、虫垂炎の初期のようなものによく使われるというのは皆さん誰もがご存知です。ごく簡単なことですが、陰証、陽証の場合のそれぞれの適応が簡潔に述べられていると思います。

白虎加人參湯

白虎湯証の熱によって津液枯渇したものに対して、人參をもって滋潤するのである。(龍野一雄)

白虎加人參湯は、白虎湯に人參が加わったものですが、誠に穏当なご解説だと思います。

木防己湯

膈間支飲ありて、欬逆倚息、短気臥すことを得ずその形腫るるが如き者を治す。膈間の水気、石膏

にあらざれば墜下すること能はず。(浅田宗伯)

浅田宗伯先生は木防己湯に関してこう言っておられますね。「膈間支飲」というのは木防己湯の条文にも確か出ていると思います。なかなか面白いですね。「膈間の水気」は石膏のような重質なものなので下げるのだと言っておられます。

半夏白朮天麻湯

痰飲による頭痛が目的である。嘔吐が激しいものは呉茱萸湯がよい。また、老人虚人の眩暈に用いる。(浅田宗伯)

半夏白朮天麻湯です。最近、非常によく使われる薬となりましたね。頭痛眩暈、痰濁上擾、そういった病態に使うのだということです。浅田宗伯先生はまさにそれをおっしゃっているわけですね。

当帰四逆加呉茱萸生姜湯

桂枝湯の加味方というより、桂枝加芍薬湯の加味方と考えれば、主として下焦に効く理由が分かりやすい。(桑木崇秀)



桑木崇秀 (1916-)

本稿に登場いたしますお姿は皆すでに故人となられた先生になりますが、桑木崇秀先生だけはご存命です。確かに当帰四逆加呉茱萸生姜湯というのはお腹とか、腰でありますとか、大腿でありますとか、そういうところにある症状をよくとるわけ

です。従って、構成生薬の内容から桂枝湯のバリエーションであると言われますけれども、その場合も桂枝加芍薬湯のバリエーションと考えたほうがよかろうというのが先生のご意見だと思います。これは誠に臨床的でよろしいのではないかと思います。

猪苓湯

下焦の蓄熱利尿の専剤とす。若し上焦に邪あり、或は表熱あれば五苓散の証とす。凡そ利尿の品は津液の泌別を主とす。故に二方ともに能く下利を

治す。但しその位異なるのみ。此の方下焦を主とする故、淋疾或は血尿を治す。(浅田宗伯)

またまた浅田宗伯先生です。五苓散ときわめて似ているということですね。巧みに五苓散と猪苓湯の鑑別を述べているというところがやはり、浅田先生です。

六君子湯

脾胃虚弱、水湿を帯びるものを治す。

死が近くなった病人に、(末期だからといって)附子剤を与えるのはいたずらに苦しめるだけになりかねない。その時に六君子湯を与えれば元氣も引き立ちて至って楽になるものだ。(『梧竹樓方函口訣』百々漢陰、百々鳩窓著)

六君子湯もいろいろ基礎研究が行われて、現代の西洋医学の先生方の理解も深まり、漢方薬に対して、理解を深める1つの手がかりとなったお薬ですが、これに対して百々漢陰先生はこう言っておられます。水湿を帯びるものは六君子湯に人参湯だと。誠にそのとおり。そのあとは、私がハッと思ったことなんです。急に危ないとなったら、附子剤を投与してしまうという悪い反射が我々には備わっているようですが、よく考えてみますと、死が不可避であると思われる人がいたら、飲み按配のいい、淡味の薬、淡白な味の薬を差し上げて、そこそこに気分も引き立って、ある時には食べたものも少しはノドを通して、そういう状態で最後を看取ってあげるのが人間というものだと言っているのでありまして、実にQOLの考え方に基づいた診療を言っている。こういう人を先人に持つということは、私は幸せに思うわけであります。六君子湯の百々漢陰先生のお言葉ですね。

桂枝湯

妊婦の微熱や産婦の産褥熱、老人の疲労回復などに用いると卓効を奏する。(『現代漢方治療の指針』)

これもなかなか面白い、思い切ったお言葉ですね。妊婦の微熱や産婦の産褥熱、これは確かに桂枝湯がいい。妊婦に使うのは桂枝湯とそれから咳が出たときの麦門冬だというのは私の頭にも入っていますが、老人の疲労回復に桂枝湯がいいとい

うのはなかなか愉快痛快というか、実に面白い。もう既に亡くなられた大家であります。朝に一服、葛根湯を晩年にしてのまれると一日中調子がいいと、言われていたのを思い出しますね。

小柴胡湯

小柴胡湯は、いわゆる少陽正対の方にして、その応用範囲最も広大なり。(奥田謙藏)



奥田謙藏 (1884-1961)

奥田謙藏先生の小柴胡湯についてのお言葉は、誠にその通りで、それ以外にないというお言葉ですが、先生方には、奥田先生の何といいますか、実に役者みたいなお姿を見せたかったために引用しました。

釣藤散

この方は、俗にいわゆる癩症の人、気逆甚しく、頭痛眩暈し、或は肩背強急眼目赤く、心気鬱塞者を治す。(浅田宗伯)

釣藤散は『本事方』に「寒厥頭暈」という四文字が載っておりますが、それを浅田宗伯先生流に解説いたしますとこうなります。誠に言葉を尽くして、釣藤散のほとんどすべてのところを述べているように思います。肝気が鬱して熱を帯びるといったようなところが述べられていまして、非常に面白い。釣藤散は今よく使う薬の1つですね。

疎経活血湯

この方、いたって多味雑駁なるをもって、あるいは抹殺して用いざるものあり。(中略)余が家、この方を常用として、しばしば偉功を奏す。(山田業精)

先ほど冒頭に山田業広先生の「和田恭順曰く、参は百使っても全く効かない・・・」という話をいたしました。これは疎経活血湯についてのご子息、山田業精先生のお言葉です。この疎経活血湯というのは、たしか18味ぐらいあるのです。

かね。「しばしば偉功を奏す」ということはつまり、山田業広先生もよくお使いになったということでしょう。疎経活血湯は大変よく効きます。そこそこ効く。そして、患者さんとの治療関係を維持するには大変よろしい。私も遠くから来られる痛みを訴える方には、疎経活血湯から入るのはよくやるやり方です。ただ、煎じ薬は大変飲み難いことがありますので、それについてはよく患者さんに説明して差し上げます。疎経活血湯、大変いいお薬ですね。

抑肝散

(本方を用いる時は) 怒りはなしやと問うべし。
(目黒道琢)



目黒道琢 (1739-1798)

途中で抑肝散のことも少し申しましたが、『餐英館療治雑話』を書きました目黒道琢先生ですね。目黒先生は江戸医学館の初代の教授であります。1791年に江戸医学館がそれまでの躋寿館、多紀家の私塾が幕府立になりましたね。そのときの初代の教授です。その目黒道琢先生のお言葉で、『餐英館療治雑話』に出てきますが、「本方を用いる時は、怒りはなしやと問うべし」はとても大事。私たち現代に生きる日本人は怒りというのをあまり表に出してはいけない、あからさまに出してはいけないという思いが募るあまりに自分自身が怒っていることすら忘れてしまう。そういうことですので、外来で「あなた、怒っているのじゃありませんか」と聞いてやる必要があります。そうするとハッと胸を突かれたように目からポロポロ涙がこぼれることなんてこともあります。自分に怒りがあるということを実際に知ってもらわなければならない。そういう意味からいいましても、道琢先生のお言葉は大変優れている。肝が五臓(五情)で「怒り」だと知っていながらも、尚且つこの言葉は今大変大事な言葉になっております。

麻杏甘石湯

痔疾の痛み、睾丸炎に有効である。(古矢知白)

麻杏甘石湯。言われた人物は古矢知白先生です。痔疾の痛み、睾丸炎に有効だとおっしゃっています。どうして知白先生がこんな事を考えたのかと思いましたが、たまたま、痔が腫れている人が、「風邪を引いて咳が出る、咳をするとひびくんです」とおっしゃったことが、「アッ、そうか、知白先生はこういう人を治療したのかも知れないな」と私思いました。たまたま、咳のほうをまず治療しようと思ったら、実は痔のほうも痛みがとれたよという話を聞いて、恐らくこういうことに至ったのではないかと、下衆の勘ぐりかも知れませんが、私は思ったわけです。

防已黄耆湯

全身むくみて重く、汗が出てさむけあり。小便少なき者、または特に腰より下に水気ありて足重く小便少なき者。(荒木性次)



荒木性次 (1896-1973)

語りでおっしゃる。我々は、すぐ答えないと具合が悪いわけですが、1~2回聞かれるうちに、「防已黄耆湯と柴胡加竜骨牡蛎湯です」ということで、急を逃れたことを思い出します。

清上防風湯

この方は風熱上焦のみに盛んに、頭面に瘡癰毒腫などの症あれども、ただ上焦ばかりのことにて中下二焦の分さまで壅滞することなければ、下へ向けてすかす理はなき故、上焦を清解発散する手段にて防風通聖散のごとき黄硝滑石の類は用いぬなり。(浅田宗伯)

荒木性次先生、ト菴(ぼくあん)先生ですね。この中に「重く」と書いてありますが、「身重し」と書いてあったりする。藤平先生が時々、私などに謎掛けをいたしまして、「傷寒論の条文で、"身重し"というのは何処に出てるのかね」と問わず

これもなかなか面白い。これは確か、李東垣が朱丹溪の話を用いているのですが、ご興味のある先生は読んでいただきたい。少しわかり難い文章かも知れませんが、清上防風湯は要するに上焦だけで清熱をするということを述べています。一方、防風通聖散は、下焦、下に通じて、熱を下げる、清熱をするということを言っているのであります。おそらく治頭瘡一方なども下に通じて、清熱をする。まさに、黄硝滑石は用いていませんが、大黄で下して上焦の熱を冷ます。そういった区別を述べたものでしょう。なかなか興味深いところです。

桂枝加芍薬湯

腹柔軟なるも虚脹し、あるいは疼痛を發し、便通に著変なきもの。(奥田謙藏)

奥田謙藏先生のお言葉。虚張するということが、1つ大きなポイントかと思います。桂枝加芍薬湯は最近使う機会の多いものです。特にお腹の具合を大変気にされる方が多いですね。ご高齢の方がお腹とか便通のことばかりお話になりますと、心身のバランスを失ってきて、もはやちょっと危なくなる時期が近いのではないかと私などは外来ですぐ考えます。そういう時に桂枝加芍薬湯を使う。時にはこれに、(小建中湯でもいいわけですが)大建中湯などを少し混ぜる、あるいは、便通がやや滞り気味な方には大黄を加えた桂枝加芍薬大黄湯を用いる。大黄剤は、ダウンレギュレーション、つまりだんだんと効かなくなることが多いのですが、桂枝加芍薬大黄湯はこれがみられません。大建中湯を少し混ぜますと非常に長持ちをして、一定した良い効果を示しますので、最近大変重宝しております。その大本(おおもと)が、この桂枝加芍薬湯です。

茯苓飲

小児乳食化せず、吐下止まず、ならびに百日咳、心下痞満、咳逆甚だしき者を治す。(尾台榕堂)

これは『類聚方廣義』の頭注にあるものです。茯苓飲というのは、よく見るとこのなかに橘皮枳実生姜湯が入っております。橘皮(陳皮)、枳実、生姜が入っていますから、結局上に突き上げる気を下げる。つまり、鎮咳作用も持っています。単

に「心胸中に停痰宿水ありて・・・」だけではないわけですし、実はもともと六君子湯と橘皮枳実生姜湯のようなものですから、これを合わせますと、胃腸にソフトで鎮咳作用を持ったものになります。私はよく咳止めとして子供に使ったり、老人に使ったりしていたのですが、『類聚方広義』の頭注に書いてありました。「天が下、新しきものはなし」でありまして、我々が何か発見したと思ひましても、昔の人はちゃんとそれを言っているということです。

桃核承気湯

- ・陰股部を打撲して尿閉となったものは導尿管を用いるか、本方を与えるかしなければ治すことができない。(尾台榕堂『類聚方広義』)
- ・この方、傷寒蓄血小腹急結を治するは勿論にして諸血症に運用すべし。瘀血の目的はかならず昼軽くして夜重き者なり。(浅田宗伯『勿誤藥室方函口訣』)

尾台榕堂先生の『類聚方廣義』。非常に面白い。尾台榕堂のようなバリバリの古方派、いわば自身を吉益東洞の再来であるといわんばかりの方が導尿管を用いないと治せない人がいるという。こういう事を言ったところが面白い。導尿管はカテーテルのことですが、金属カテーテルなんですね。彼の書いた『方伎雑誌』には、金属カテーテルを非常にうまく作る人が居て、銀製で舶来のものに劣らないとあります。ですから、金属カテーテルということは間違いありません。これが『類聚方廣義』の頭注にあるということについては私自身二重の意味で驚いています。

もう1つは、浅田宗伯先生。この辺も面白いですね。昼軽くして夜重い。これは瘀血の証であるということですね。血と気に関しては左のものは血であって、右のものは気だと私自身思っておりましたら、フロアからお声がありまして、私のうちでは右が血で左が気だと思っているといったようなことがありまして、「いろいろ伝わり方も違うのだな、どっちもあるのだな」と私はいい加減に思っております。

防風通聖散

本方の正証は、皮膚が比較的黄白色を呈し、脈は充実に力があり、便秘がちで、肥満重役型の太鼓腹で、臍を中心に病毒充満するというものである。(矢数道明)



矢数 格 (1876-1941)

防風通聖散は、日置智津子先生が大変有名な論文を書かれたために、今メタボリック症候群が吹き荒れている日本中を席卷しているわけですが、これを元々お披露目になられたのは一貫堂森道伯先生です。先ほどは矢数道明先生が、誠に美髯公、関羽髯だったわけですが、お髯はお兄さんの矢数格先生のお髯が見事です。そのお師匠さんが森道伯先生です。

この内容は申し上げるまでもないでしょう。便秘がち、肥満重役型の太鼓腹で、臍を中心に病毒充満するという。しかしながら、これがあまりにも行き過ぎまして、太った人しか防風通聖散は使えないというふうな、そういう考え方が広まったために、矢数道明先生が必ずしもこれにこだわらなくていいという一言をその後の著作に入れています。なかなか面白いところだと思います。

五積散

- ・先哲この方を用うる目的は、腰冷痛、腰腹攣急、上熱下冷、少腹痛、の四症なり。(浅田宗伯)
- ・諸病に効あることは宋以来俗人も知る薬にて、また輕蔑すべからず。(同)

五積散は浅田宗伯先生がいろいろ書いておられます。まず、腰冷痛、腰腹攣急、上熱下冷、少腹痛と4つの明確な目標を挙げておられます。しかも、先ほどの山田業広先生のお話と共通するのですが、薬味が多いからといっていたずらに輕蔑してはいけません。また、みんなに知られているからといって輕蔑してはいけません。こういったことはよくあります。時に間違えて専門家風を吹かしますと、薬局で買った薬で簡単にすぐ良くなったと患者さんが言ったりしまして、足元をすくわれる

ことがままありますので、諸賢兄におかれましては、一つお気をつけになりますように。

炙甘草湯

この方は心動悸を目的とす。(浅田宗伯)

これはもう「脈結代、心動悸す」というむしろ傷寒論の条文の方が口訣っぽいですが、自覚症状を目的とするということでしょうね。

女神散

この方は元、安栄湯となづけて、軍中七気を治する方なり。余家、婦人血症にもちいて特験あるをもって今の名とす。世に称する実母散、婦王湯、清心湯みな一類のくすりなり。(浅田宗伯)

浅田宗伯先生の女神散に対する解説はいろんな事を教えてくれます。軍中七気ということですから、合戦の時などに気持ちを鎮める時に使ったということですね。また、特に「婦人に使うからこういう名前にしたのだよ、さらに実母散、婦王湯、清心湯、こういう物から派生したのだよ」と先生はおっしゃっています。

甘麦大棗湯

小児啼泣止まざる者に用いて速効あり。(浅田宗伯)

甘麦大棗湯につきましては、確かどこだかの小児科の先生が、「外来待合室で子どもの泣き声が聞こえますと、すかさず、看護婦さんにこれを湯に溶いたものをもって行って飲んでもらう」と、そういうことを書かれていたのを思い出します。そういうふうにしても即効があります。

竜胆瀉肝湯

竜胆瀉肝湯証は、同じく解毒証体質でも結核性疾患とは比較的無関係である。概して婦人病や泌尿生殖器病、花柳病などに運用される。しかも処方構成の上から言つて、下焦、すなわち臍部より下の疾病によく用いられる。(矢数格)

竜胆瀉肝湯証は、解毒証体質。解毒証体質というのは、森一貫堂の三大病体質ですね。解毒証体

質、臓毒証体質、瘀血証体質、3つのそれぞれに薬方があります。

「竜胆瀉肝湯は解毒証体質のものである。若いうちは、確か荊芥連翹湯であり、長じては竜胆瀉肝湯である。他の体質は結核性の疾患を前提しているのに比べて、これは結核とは比較的無関係である。婦人病や泌尿生殖器病、花柳病などに運用され、下焦の疾病によく用いられる。」これは矢数格先生ご本人からの引用です。

四物湯

出血の有無に関わらず下腹部の鈍痛に使うことができる。(龍野一雄)

四物湯は我々単独で使うことはありませんが、四物湯に阿膠、甘草、艾葉の入ったものが芎歸膠艾湯です。これは出血にも使いますが、鈍痛にも使いますので、まさに四物湯一類のものです。

麻杏薏甘湯

疣贅など(に有効)。(奥田謙藏)

奥田謙藏先生です。薏苡仁が入っているということから、「なるほどな」と。麻黄で表を動かす、そういうことから疣贅(イボ)などに使うと書いてあります。極めて簡潔に御本の中で言及しています。

平胃散

はかの行かざる病人(なかなか治らない病人)、何とも(適方を)見付け難き者、色々に治さんと思ふ薬を用ひたる者の後などには、かまわず平胃散を用い、軽快するものなり。(浅田宗伯『老医口訣』)

誠ににべもない話ですが、いろいろと「ああだ、こうだ」と考えて工夫してもうまくいかないものには、平胃散を使えば意外とよくなるのだよと、こんなことを言っておられます。ところが、一方で、『勿誤藥室方函』では、平胃散は有名な割に何にも効かないと書いてあります。『老医口訣』ではこういって、別のところでは矛盾したことをおっしゃるという浅田宗伯はすごい人だと思います。深さにおいて違う、奥行きにおいて違う、そ

ういうことを言いたかったのだと思いますが、誠に2つを1人の人が語るというところに浅田宗伯の言はやはり信頼できるなぁと私はあらためて思いました。

治頭瘡一方

(同じく体上部の皮膚疾患に用いるといえども)
清上防風湯は清熱を主とし、この方は解毒を主とするなり。(浅田宗伯)

先ほど言いましたように、清上防風湯は上焦において清熱するということですが、「この方は解毒を主とするなり」です。治頭瘡一方は、紅花などが入っておりまして、破血をし、下す作用をめていますので、違うタイプのものであるということになります。

柴胡清肝散

解毒証体質者は皮膚が黄褐色あるいは色素沈着しやすい。(矢数 格)



矢数 格 (1876-1941)

矢数格先生のこの写真は是非良く見て頂きたい。これをみるとなんとなく晩酌をやりたくなるというのがすごいところです。矢数格先生は誠にフォトジェニックですね。これほど被写体としてのものをいう、プロの写真家が撮ったのかどうか分かりませんが……。温知会の関係の御本に載っていたわけですが、これは矢数格先生の本当に良い写真だと私は思います。59歳の昭和25年頃だろうと思われます。先生は朝から晩まで診療されて、終わった後の一杯が何より楽しみだったと書いていました。

柴胡清肝散、荊芥連翹湯、竜胆瀉肝湯など防風通聖散以外はいずれも大概一貫堂処方では、皮膚が色素沈着をしやすいということなのですが、これは温清飲がほとんどに配合されていることに関係しているのかも知れません。

桂枝人參湯

頭痛といえば第一選択に考える。(藤平健)



晩年の奥田謙蔵と藤平健

これは奥田謙蔵先生と藤平健先生で、奥田先生の市川にありましたお宅の縁側で撮られたものです。藤平先生は常習性の頭痛、片頭痛などを含めまして、いわゆる反復性の頭痛には桂枝人參湯をよく使われました。ご自分が桂枝人參湯をこういう領域に使うのを編み出したといいますが、領域を開拓したというお気持ちがあったと思います。ある御本で、「頭痛といえば第一選択に考える」というぐらい桂枝人參湯を使われておられる。もともとは、「協熱下痢」だったと思いますが、発熱をして下痢をするといったものに使うのではなかったかと思います。

大黃甘草湯

いわゆる南薫を求めんと欲すれば必ず先づ北牖(ほくゆう)を開くの意にて、胃中の壅閉を大便に導きて上逆の嘔吐を止めるなり。(浅田宗伯)

これはもう、『勿誤藥室方函』の有名なところでありまして、簡単に言いますと、南薫は南の芳しい風ですね、4月～5月の風。そのために南向きの窓をいっぱい開けて、その芳しい風を入れようとするのですが、そうしても存外入らない。その時は、北側にある明かりとりの小窓をちょいと開けなさい。そこを通じてやれば、何も言わなくても入ってくるよと。こういうことを言っているわけです。つまり「北牖開く」というのを大黃甘草湯で便通をつけることに例えたわけですね。これは大黃甘草湯の「食しおわりてすなわち吐するもの」ということで、大黃甘草湯はつまり食べ物が収まるために便通をつけるのだという、そう

いう事が書いてあります。実には大黃甘草湯の機微をついた素晴らしい解説だと思えます。ですから、「胃中の壅閉を大便に導きて上逆の嘔吐を止めるなり」とこういうことになるわけです。

清肺湯

この方は痰火咳嗽の薬なれども虚火の方に属す。とかく咳の長引きたる者によろし。ゆえに小青竜湯加石膏などをもちいて効なく、労咳をなすものに用う。(浅田宗伯)

清肺湯は滋潤をする、つまり、陰虚証がベースにある状態に使うのでしょうか。清熱をするものとか、滋潤するものなどが一緒に入っているのではなかなか良く効きます。小青竜湯加石膏などを用いてうまくいかないようなときには、これがいいよというのは臨床的にも大変参考になると思います。

滋陰降火湯

- ・皮膚が浅黒い、大便秘結、または硬、乾性ラ音の咳嗽によい。(矢数有道)
- ・陰虚火動の主薬なり。『当莊庵家方口解』、北尾春甫、1659-1741)



矢数有道 (23歳)

す。

「皮膚が浅黒い、大便秘結、または硬、乾性ラ音の咳嗽によい」ということが矢数有道先生の御本に書いてあるわけです。北尾春甫は、「陰虚火動の主薬なり」と、これまた簡潔に的確に述べておられます。

五虎湯

浅田流は、五虎二陳湯（五虎湯合二陳湯）とすることが多い。(浅田宗伯)

さまざまなものを二陳湯と合方して、胃内停水、つまり胃の中の水をさばいたりすることが、おそらく合方の対象となった方の力を強めるということです。五虎二陳湯や同じように小青竜湯合二陳湯、そういったものもよろしいということですね。おもしろいところです。

柴朴湯

小児喘息や気管支喘息の間歇期には first choice でよい。(桑木崇秀)

桑木先生は、本日2回目ですが、おっしゃる通りだと思います。

黄耆建中湯

小建中湯の一等虚したものに用いる。(道聴子)

これはもう何となくわかる。

小建中湯

この方、よく中気を建立す。故にこれを建中湯と名づくと。また、小と称するは、その大建中湯に比して作用緩和なるをもってなり。(奥田謙藏)

奥田先生のこれは誠に穏当なご解説だろうと思います。

大建中湯

本方は、出洩のような弛緩性下痢にも、兎糞状の硬い便にも有効なことがある。腸の蠕動亢進はていねいに問診すれば必発である。(藤平 健)

今をときめく大建中湯といってもいいかも知れませんが、大変広く使われております。内科的にも高齢者のお腹のトラブルに大変ようございます。意外と弛緩性の下痢などに有効だったというのはなかなか面白いところだと思います。ちゃんと有形便になったりするわけです。「腸の蠕動亢進はていねいに問診すれば必発である」というのは、お腹がグルグルというのはどの例もおそらくあるよということをおっしゃっているのです。

六味丸

少年の水欠け、火旺（さ）かな陰虚の症に最も

宜しく之を服すべし。(龔廷賢)

これは龔廷賢の言葉で私が何も言うことはないわけですが、いろいろなものと合わせてよく使うわけです。

升麻葛根湯

森道伯翁は、大正年間のスペインカゼの流行に際し本方、小青竜湯、香蘇散を駆使して治療した。
(矢数格)



ここでまた美髯公が出てまいりました。矢数格先生、先ほどは白い髯でしたが、これは先生のまだお若いころです。矢数格先生と森道伯先生の2ショットです。確かこれは温泉の湯治場に行った時に撮ったと書いてありました。

矢数 格 (1876-1941) と 森道伯先生が、大正
森 道伯 (1867-1931) 7~8年頃ですかね、
スペイン風邪に使ったお薬を、矢数格先生が御本に
記載しています。

それぞれ加味があるわけですが、升麻葛根湯を、脳症を伴った当時のスペイン風邪に使っている。それから小青竜湯は確か小青龍湯加石膏だったと思います。さらに香蘇散に少し加味したもの、この3つを使って、「治せざるものなし」と言っておられます。これには文飾があると考えますが、それでも治らざるものなしと言わしめた何がしかの効果があるのではないのでしょうか。われわれは新型インフルエンザの出現に怯えているわけですが、これに対して何がしかのヒントが与えられるものであります。強い病毒をもったウイルスには、強い薬で対応するという、何か一種の暗黙の前提のようなものがあるようですが、どうもそれは修正を要するのではないかと思います。つまり、小青竜湯にしても升麻葛根湯にしても香蘇散にしてもそんな激しい作用のものは1つもないわけです。恐らく、嘉納治五郎の空気投げではありませんが、病毒をスルリと通り抜けて、相手をすってんころりとさせてしまうような、そういう知恵こそ漢方

に求められるのではないか。強い病気に強い薬ということであれば、猿でもと言ったら怒られますけれども、誰でも考えることであります。そこをうまくやってのけてこそ我々（漢方医）の知恵というものであらうと思うわけです。そういうことを教えてくれるわけです。

ちなみに当時の秋田魁（さきがけ）新報によりますと、大正年度秋田県に流行ったスペイン風邪でどれくらいの死亡率があったか。入院する方はやはり3割ぐらい、2割~3割は死亡しておられます。入院に至らない方を含めた全体では、3~4%ぐらいの死亡率がずっと毎日記事になっております。このように秋田魁新報によりますと、かなり死亡率が高いのですが、ただみんなばたばた死んでしまうようなものでもないということです。ですから、おそらくこの矢数格先生が書かれました升麻葛根湯、小青竜湯、香蘇散でもってかなりの人が救命できたというのは事実ではないかと私は思っております。今の我々の方法論が本当に正しいのか、そういうことを再考させるきっかけになる大事なことはないかと私は考えます。

当帰湯

心腹冷氣絞痛し、肩背へ徹して痛むものを治す。
(浅田宗伯)

これも大変穏当なものです。最近の心臓の病気はカテーテルのインターベーションが行われて、ずいぶんいい状態になりましたが、それでもやはり、どれにもひっかからない方は結構ありますね。

酸棗仁湯

不眠にも嗜眠のものにも適用する。(吉益東洞)



これは吉益東洞の『建珠録』に、嗜眠傾向の人、つまり、しょっちゅう寝てしまう人に、逆に酸棗仁湯を使っているということです。「陰極まりて陽」という感じですね。

吉益東洞 (1702-1773)

人參養榮湯

頑固な咳嗽が続き、衰弱のために麻黄剤が使えないが、麦門冬湯、半夏厚朴湯、柴胡剤などでも効果がない場合に本方を試みるとよい。（『現代漢方治療の指針』）

これも薬局向けとは言いながら、われわれの胸をハッと付くものです。なかなかここまで発想を飛躍できないところがわれわれの弱いところですよ。

清心蓮子飲

上盛下虚というのが目標となる。上盛下虚というのは、上部の心熱が盛んになって下焦の腎の働きが弱くなり、上下の調和を失って、下焦にあたる泌尿器に症状を現わすことを意味するものである。（矢数道明）

「上盛下虚というのが目標となる」と矢数道明先生が書いておられます。

苓姜朮甘湯

老人、平日小便失禁し、腰腿沈重、冷痛するものを治す。（尾台榕堂）

「腰の重きこと五千錢を帯びるが如し」というあの条文も有名ですが、この尾台榕堂先生の非常に現実的なご解説も印象に残ります。

黄連湯

日常大酒を好むもの、あるいは二日酔いで苦しむものに、しばしば本方証があるのは注意すべきである。（奥田謙臓）

奥田謙臓先生がわざわざこんなことを書いています。奥田先生はお猪口いっぱいまで真っ赤になっておられました。酒はあまり飲めません。ただし、酒を飲むのは大好きでした。しかし、そのお弟子さん、私の師匠の藤平健先生とか小倉重成先生は大酒のみでしたので、あの先生方を目の前にして書いたのかも知れないと私自身これを読みながら思っていました。

三物黄芩湯

この方は蓐勞のみならず、婦人血症の頭痛に奇効

あり。（浅田宗伯）

これも面白い。三物黄芩湯は手のひらや足のひらがぼかぼかし煩熱に苦しむ場合に使う。これは誰もが使うわけですが、頭痛に使うというのは考えもしなかった。これもやはり浅田先生といった感じです。

排膿散及湯

（本方の眼目は）桔梗と枳実と合したところにある。（浅田宗伯）

これも浅田宗伯先生。創方者は吉益東洞ですが、「桔梗と枳実と合したところにあるのだ」ということですね。

当帰建中湯

（地黄、阿膠を加味したものは）去血過多の者に用いて、十全大補湯などより確実であることが多い。（浅田宗伯）

これなども浅田宗伯先生、面白いですね。十全大補湯を長く飲むのが難しい場合もありますよね。その場合、当帰建中湯の方が確かに飲みやすい。

麻子仁丸

胃中に熱ありて、小便の数多く、大便堅きもの、汗出で皮膚湿りたるものによろし。汗無く皮膚カサカサのものに効なし。（荒木性次）

これは荒木性次先生の麻子仁丸です。

麻黄附子細辛湯

最初から咽にチクチクする痛みがあるカゼ（のどチクの風邪）によい。（藤平 健）

私の師匠の「のどチクの風邪」です。

大承気湯

この方は胃実を治するが主剤なれども、承気は即順気の意にて、気の凝結甚だしき者に活用することあり。（浅田宗伯）

承気というのは即順気だと、これは知っていて

いい。気を巡らすことだ、単に下すだけではないのだということです。鬱滞した気を巡らすということです。

通導散

- ・一貫堂の五大処方の一つで、紅花、蘇木の破血薬を含むのが特徴。(矢数格)
- ・顔色に赤味があり、脈が細実。(矢数格)
- ・古方の桃核承気湯に比すべきもの。(矢数道明)



矢数道明 (1915-2003)

矢数道明先生が軍務に服している時のこれもなかなかいいフォトジェニックです。一貫堂の細かいことはもう申し上げません。

桂枝加芍薬大黄湯

この方は温下の祖剤なり。(浅田宗伯)

先ほど申し上げた通り、大黄を入れたものにしては、ダウンレギュレーションがなく、いつまでも同じ効果が長びくということで大変喜ばれる。

茵陳蒿湯

本方は梔子鼓湯の去加方とみなす可きなり。(奥田謙蔵)

茵陳蒿湯（茵陳蒿、山梔子、大黄）、梔子鼓湯（山梔子、香鼓）です。

清暑益気湯

李東垣の『脾胃論』に同名方（15味あり）があるが、本方は（近製と称され）より簡潔な内容で、夏まけには速効がある。(浅田宗伯)

これも近方がよく効く、つまりエキスに入っている『医学六要』の方が良く効くよ、夏まけには速効があるよ、と浅田宗伯先生は述べているということです。

『老医口訣』にみる浅田宗伯の戦略1

根本虚証なれ共、痰火甚盛なるに補剤を用ふれば却つて火盛になつて元氣耗散するものなり。火盛なる時は先づ痰火清冷の剤を用ひ火の勢、和ぎて、後に補剤を用ゆべきなり。忽じて療治は先づ重き方を押ふる心得よし。縦令ば又痰火盛なりとも元来甚だ虚したらば先づ補薬を用ゆることもあり。兎角病と体と見合せ肝要なり。



浅田宗伯 (1815-1894)

最後に『老医口訣』。先ほど『老医口訣』について少しご説明いたしましたが、浅田宗伯先生の戦略について書いてある本です。戦略について書いている口訣というのはあまりありません。ところが『老医口訣』にはこのようにあります。例えば、「火が盛んな時には補剤などをつかつてはだめだよ」と言っておられるわけですが、使うときのタイミングが大変大事なんだということです。ただし、「元来甚だ虚したならば先づ補薬を用ゆる」こともあるよ、つまり虚火といえども、火があるうちは補しては危険だよということです。これはアトピー性皮膚炎などがひどくなっているときに四物湯などを入れたものを使いますと、すぐにワッと悪くなるのをみても明らかです。

『老医口訣』にみる浅田宗伯の戦略2

避来鋭撃情帰といふことあり、是れ兵法の辞なり、よく痢疾を治するに叶ひたる辞なるに因て医書共にあらはしたり。

避来鋭とは来たるホコサキなり。するどくつき掛り切り掛り来る時は此方よりは開きさけて敵の勢ぬけて怠りかへる所を打つ也。かくのごとく病も盛なる時は病に随つてあしらへて邪の衰へたる所を窺つて退治するなり。此時病人病の盛にして薬の効なき故かれこれと云ふ故に医者も又迷ふものなり。

痢病を他流には先づ止めて其上にて療治するなり、たとえば、止めても止まらぬ時は、又大承気などにて下しなどするなり、勿論見合次第によるべけれど、一概に先づ止むると云ふは愚なる事なり。

又一概に寒冷疎滌の剤を先づ用ふると云ふも愚かなる事なり。

これも面白い。これは浅田宗伯先生の『老医口訣』なのですが、「避来鋭撃惰帰といふことあり、是れ兵法の辞なり」。要するに病が盛んで力のある時にはのりくらしと治療をして、病に隙が見えたらバンとそれを叩けとそういうことっておられまして、やっぱり病の治療にはタイミングが必要であるということです。タイミングを計らなければいけない。その間は、いわば、のりくらししている間にはうまく薬が効きませんというけれども、そんなものに拘泥するなと言っております。浅田宗伯先生も大分ご苦労されたんだと思います。

『老医口訣』にみる浅田宗伯の戦略3

惣じて療治と云ふものは緩かなる時は本を治し急なる時は標を治すること肝要なり、本と云ふは病因なり、標と云ふは病症なり。

大抵療治は病因を尋ねて医すること能はざれども、然りながら急症の時は先症に心を寄せて急なる所から医するを臨機應変と云ふなり。

病症を先づ医すれば病因にもよく當るものなり、始めから病因を専らとして医する時は薬術働かざるものなり。

最後に非常に面白い。本（もと）を治すというのは大変大事なんだけど、「病症を先づ医すれば病因にもよく当たる」、つまり、本（もと）にもよく当たるんだと言っています。表に出た症状を治療するということですね。「はじめから病因を専らとして医する時は薬術働かざるものなり」と言っているところに大変妙味がございます。そういうことで、私の90連発を終了いたします。

ご静聴ありがとうございました。

〈シンポジウム〉 介護する側からみた漢方

司会 橋本市民病院 嶋 本 都多子
京都府立医科大学 三 谷 和 男

司会より

後期高齢者の医療については、今、非常に取りざたされているのですが、どうしても患者本人に対する医療サービスばかりに目が向いているように思うのです。しかし、高齢者、特に後期高齢者の医療を考えた場合に、家族あるいはその方達を介護するヘルパーや看護師などの役割も非常に重要になってくると思います。ところが、西洋医学では、そういう面がかなりおざなりになっているのではないのでしょうか。その中で東洋医学的なアプローチが、患者本人、および介護する側の家族、あるいはヘルパーの方達の健康を更に良くしていく、それによって高齢者の方達もより過ごしやすくなる、そういう医療が提供できるのではないかとということで、今回シンポジウムを企画させていただきました。

高齢者医療のあり方—その限界を探る

平成20年度関西支部例会会長、関西医療大学名誉学長

八 瀬 善 郎

はじめに—生命とは？

今朝ほど、山本宏先生にお話をいただきましたが、山本先生は85歳、私は81歳で、二人とも後期高齢者です。今、説明がありましたように「生命と医療の限界」という側面から考えてみたいと思います。

命というのは古くから時間軸に沿った流れであると考えられてきました。西洋ではいろいろ言われていますが、例えば、ベルグソンは、「命とは、物質とエラン・ビタル（élan vital 生の飛躍）との共棲で、その本質は偶然性で創造的進化（évolution créatrice）である」と言っております。東洋では、ご承知のように、天地万物を生成するその源となるエネルギーを古代人は「気」と捉えて気血水という病理感を完成させました。人間もその「気」を受けて誕生し、尽きれば終焉に向かうと考えられています。向野先生のご講演にもありま

したが、人にあってその生体を巡る気の経路を「経絡」というのはご承知の通りで川の流に例えられます。古代にはその経絡と実際に存在する河川とを対比させて、例えば図1のように、揚子江は陽明大腸経、黄河は太陰肺経というような天地、あるいは天人相関の思想がありました。



図1 天人相関の思想

人にあっては、いわゆる生命の流れとしてのその寿命は個人差が大きく様々ですが、寿命を規定する要因で非常に興味ある仮説の1つにテロメア説があります。細胞老化は人の細胞分裂回数の関数で、その分裂の回数が減少するにつれて老化が進んで行くと考えられています。染色体の末端にテロメアと呼ばれるDNAの組織があり、テロメアの調節機構としてはテロメラーゼという酵素が存在します。生殖細胞や胎生期に非常に強い活性を示しますが、誕生後は激減し正常な細胞にはほとんど存在しません。従って、分裂するたびにテロメアは末端から短くなり調節され、ある短さに達しますと細胞は分裂しないか死んでしまうわけです。テロメアの回数は種によってほぼ決まっており、人では50回、マウスでは10回、ウサギでは20回、ある種のゾウガメでは100回と言われています。従って、寿命は人間では100年から120年、マウスは3年、ウサギは10年くらい、ゾウガメは時には200年以上というように推定されています。

図2は、細胞分裂回数の能力とその年齢との推移を示したのですが、胎児が50回といたしますと、我々高齢者は20回、いわば生命エネルギーの80パーセントぐらいはもうすでに消耗したということになります。

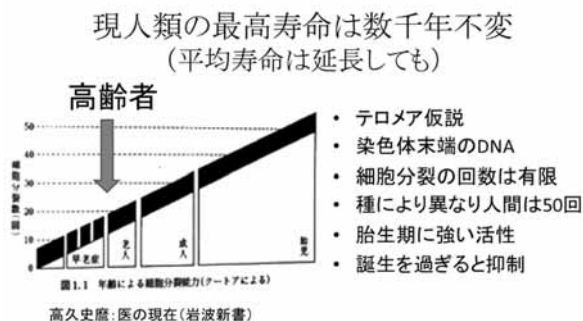


図2 寿命の限界－細胞分裂能力と年齢

しかし、近年我が国でも高齢者の数が増え、平均寿命が80歳台、100歳人口は35,000人を超えたと報道されております。このように先進国の平均寿命が延びたのは、医学の進歩というよりは食料とエネルギーの獲得が非常に容易になり、そのためインフラ整備あるいは生活様式の改善によるところが大きいと考えられます。例えば、紀元前、中国・春秋時代の最古の医書と言われる『黄帝内

経』の黄帝と岐伯とのやり取りのなかで、「上古の人は春秋みな百歳を渡りて動作衰えず」とあるように百歳人の記載が既にあります。また、世界各地の長寿に関する地域が報告されていて、地中海のグルジアとかコーカサス地域あるいは我が国でも沖縄などの名前が挙がっています。最近の厚生労働省の発表では、日本の長寿県としては、沖縄とか高知、島根といったところが上位を占めていますが、これらの県はいずれも医療の設備はそれほど完備されていません。こういった状況から医療というものを考えてみますと、医療は本来、検査も含めて投薬や手術は生体に有害ですから、手術的侵襲は小さいほど良いし、検査や投薬も少ないほど体力の消耗が少ないというのは自明であります。加齢によって免疫力や回復力が低下するにつれて、治療による効果と侵襲による体力消耗とのバランスが特に高齢者にとっては要求されます。大事なことは、現代医療の基盤は科学文明、科学技術ですが、これは、再現性、客観性を基本として成り立っているものです。生命は、先ほども申し上げましたように、偶然性はその本質ですから、その対応には自ずから限定的な効果しかないと思います。生命というのは、一つの細胞、一つの組織、どこをとっても部品がないし、また、どの瞬間も完成された調和を示す存在であり、さらに、こういった生命の在り方を現代の科学をもってしても変えることが出来ないのが現実です。

医療とは？

唐の『備中千金要方（孫思邈）』に、「人故なくんば薬を餌（くら）うべからず。偏に助くれば、蔵気不平にして病生ず」という言葉がありますが（図3）、ある部分だけを治療すれば調和を乱し新たな病気になるのだと戒めています。また、二千数百年前に中国最古の薬物書の『神農本草経』では（図4）、既にこの時期、薬の使い方については上薬、中薬、下薬というふうに厳密な基準が設けられていました。こうした生命と医療というものの限界を考えますと、高齢者というのは、きわめて多様で多彩な状態を示します。中高年の一直線上にある、延長線上にあるとは一概には言えません。従って、各学会でいろいろガイドラインや治療、診断基準が出ていますが、高齢者には該当しないことが少なくありません。



薬は
人故なくんば
薬を餌(くら)うべからず。
偏に助くれば、蔵気
不平にして病生ず。
(唐・孫思邈)

図3 孫思邈の戒め



貝原益軒(1630～1714)



杉田玄白(1733～1817)

図5 江戸時代を生きた偉大な先達

神農本草経

- ・ 中国最古の薬物書
- ・ 春秋戦国時代(紀元前320～250)
- ・ 「神農…百草の滋味、水泉の甘苦を嘗め、民をして避就を知らしむ。日に七十毒に遇う」
- ・ 既に
上薬: 人参、甘草
中薬: 生姜、葛根
下薬: 附子、大黃
に分類

神農炎帝



図4 神農本草経と神農炎帝

今の医療制度では、益々不安が助長され、昨今の社会情勢と相まって、特に高齢者にとっては一層不安感が募ります。他方、医療に対する過剰な期待を生み出します。医療者側は万全を期して、医療事故やミスを避けるために、どうしても検査あるいは治療が過剰となり、本来の治療効果を大きく阻害しがちです。特に高齢者にとっては、その調和力が極めてもろいので、先端的な手術的侵襲が時に大きな後遺症を残したり、命を失ったりすることも希ではありません。劉仲達氏の『鴻書』に「病あって、もし明医なくば、薬をのまず、ただ、病の癒ゆるを静かに待つべし。病ありて治せざるは常に中医を得る」という言葉がありますように、緊急時は別として高齢者では治療をせずに経過を見守るという選択肢も重要だろうと思います。

先達が教える「老い」

私はここで江戸時代という日本文化の花が咲いた250年を取り上げてみたいと思いますが(図5)、この時期は日本人の平均寿命がようやく20歳台に達したと推定される時期です。当時84歳まで

共に生きて東西両医学に精通し養生に徹した2人の先達があります。1人は84歳で『養生訓』を著した貝原益軒、もう1人は100年遅れて、『蘭学事始』や『解体新書』で有名な杉田玄白です。貝原益軒は、その著書『養生訓』の中で特に択医(医師を選ぶ)が非常に大事だと述べており、「老人の大気は衰え、腸胃は弱く、心を用うべし。老後の一日は千金に当たる。胸中に一物一途の患はなく、天地、自然を楽しむべきである。」というふうに説いています。杉田玄白は蘭方、漢方に精通し非常に豊富な臨床経験をもっていますが、晩年84歳世を去るその年の正月に門人の川口信頼に与えた「医事不如自然(医事自然にしかず)」というこの六文字が、絶筆と言われています。これは、医聖ヒポクラテスの「一切の障害をさけて自然の治癒を待つ」という言葉と共に千古不易の真理であります。

一方、欧米においては、アレキシス・カレルが、名著『人間 この未知なるもの』という本を著わしていますが(図6)、その中には「老衰による退化を防ぐには、子供の時よりも厳しい規律鍛錬が必要だ」と説いています。また同著の中には「努力の法則」ということを書いていて(図7)、知能とか道德観念、それから精神的進歩などについても、努力をしなければ退化という形で適応すると努力の必要性を説いています。養生訓の「養生に徹する」という言葉と軌を一にするものだと考えます。

老いると言うことはマイナス面だけではなく、豊かな実りもあり歳を取って初めてわかることもあります(図8)。後期高齢者でも日々新しい価値を見出し、その老いを楽しむことが必要でしょ

人間 この未知なるもの



- ・ 老衰による退化という深淵を防ぐには
- ・ 人間は中年、老年期には、子供時代よりもっと厳しい規律鍛錬が必要なのだ。多くの人が早くから衰えるのは、勝手気ままな、自分を甘やかす生活によるものである。
- ・ 若者を形成するのと同じ要因によって、老人の退化を防ぐことができる。

(アレキシス・カレル 1873-1944)

図6 アレキシス・カレル『人間 この未知なるもの』

老年の価値



- ・ 固有であり、多様多彩である。
- ・ 生きるとは、日々新しい価値を見出すこと。
- ・ 老いを楽しみ(老楽)、中庸を守る。
- ・ 若くして気づかなかった一木一草の意味が見えてくる(道楽)。
- ・ 心の遍在に気づく。
- ・ 感性は検査に勝る

図8 老年の価値－老いは豊かな実り

努力の法則

筋肉は活動すればするほど発達する。
器官は使われないと退化する。知能と
道徳観念も訓練が不足すると退化する。
個人の生理的、精神的進歩は努力に
雇っている。器官と精神を十分に働かせ
ないと退化と言う形で適応する。

(A.カレル、1935)

図7 アレキシス・カレル「努力の法則」

う。また「道楽」、道を楽しむというのは遊びではなくて、今まで高速で走ってきて、やっと人の歩める小道に入り周りを見回す余裕が出てきたことで、今まで気づかなかった一木一草の意味が見えて参りますし、万物にその心が存在する、いわゆる「心の遍在」に気づかされます。そしてまた、我々人間が持っている非常に優れた本来の能力、これは先ほどの向野先生のお話にもありましたように、感性は磨けば磨くほど優れた、どんな精密な機械にも勝る、そういった能力を我々の身体は本来もっているということに気付くことができると思います。長い人生経験を経て人知の浅はかさを悟ります。ようやく、人間の感性はどんな状態でも磨くことが出来る、例えば身体の一部が欠損し、あるいは障害をもっている、それでもって完成された生命の存在であるということにだんだん気がついて参ります。

おわりに

結論として、命は有限であり、偶然性がその本質である、命のどこを取っても部品はない、老いることは、それぞれに固有で、そして感性を磨くことによって、どういう状態でもまた新しい価値を見いだすことができるということを申し上げて、私の繰り言を終わらせて頂きます。

病院・施設入所者のための漢方

(株) 麻生飯塚病院東洋医学センター漢方診療科

田 原 英 一

はじめに

私の少ない経験を元にお話をさせていただきま
す。多分に偏りがあるかと思いますが、どうぞよ
ろしく願いいたします。

近畿大学の新谷教授から教えて頂きましたが、
「世の中は食うて糞して寝て起きて、さてその後
は死ぬるばかりよ」と一休さんが言ったというこ
とです。捨て鉢な感じもいたしますが、意外とこ
れには真実があるなという思いをこのプレゼンテー
ションを用意していく中で思いました。

「介護で困ること」については、それぞれの立
場で異なると思いますが、私どもが病院、あるい
は施設で患者さんをみていて感じることは、まず
やっぱり「食べられる、食べられない」、これが
一番大事であります。それから「眠る、眠れない」、
さらには、「出すこと（排泄）」と「行動が確保で
きること」です。トイレに行くにしろ、1人で動
かないといけません。あるいは着替えたりもしな
くはないといけません。こういう生活の基本動作が、
まずやはり一番病院に期待されることではないか
と思います。食べられなかった人が、食べられる
ようになるとか、そういうことが目的の一つでは
ないかと思います。先ほども精神活動は無限大に
広がっていくという話があったかと思いますが、
より良く生きるというのが必要だと思います。

今日のお話としては、この「食う・寝る」そし
て、「より良く生きる」ということでお話を進め
ていきたいと思えます。ちなみに、いつも私は
「食う・寝る・出す・動く（最近は遊ぶにしてい
ます）」というのをお経のように唱えておりまし
て、この辺が本当の基本ではないかなという印象を持
っております。

四診について

四診ですけれども、診察をしてお薬を出すとい
うのが、やはり漢方医の一つの立場かなと思いま
す。当然、診察というのが必要なのですが、望・

聞・問・切の四診があります。望診では、顔色と
か眼光、特にご高齢の場合は座った姿勢とか、ガ
ツガツご飯を食べるかどうかなどが結構大事な
なと思います。ただ、舌については、口が開けられ
ないとか介護の方が磨きすぎて、（所見が）良く
わからなくなっているということもあり、そうい
う時は（所見が）ちょっとわかりづらいように思
います。

聞診は、声の様子とか、においですが、これら
も非常に大事です。ただし、においについては自
分で直接みることがなくなってきましたので、
介護者あるいはご家族の方に、便の性状とかそう
いうものを聞く、そのための（家族に対する）教
育が必要でないかなと思っております。

問診ですが、特に高齢者の場合は非常に難しい。
記憶が定かではない場合もあるので、「どこか痛
みますか」と聞くと、「はい」と答える。「そこは
痛くないですよ」と聞くと「はい」と答えると
いう感じなので、ちょっと問診は難しい部分があ
ります。

切診ですが、特に脈とお腹については、高齢者
では動脈硬化の影響で非常に硬い脈の方がいま
す。これは虚の状態なのではと思うのですが、硬
くて強くみえてしまうという可能性があるのでは
ないかと思えます。

入院の方は、オムツを使用している方もいらっ
しゃいます。入院してくる方は大体オムツを使
ってきます。頑張って病院ではずしますと半分強
の人はオムツがはずれるのですが、それでも結構
巻いてあります。これをゆるめて腹診して、また
元に戻すというのは結構大変なことで、いつぞ
や、巻き方が緩くて、介護の主任にめちゃくちゃ
怒られたことがあります。「誰ですか、あんなに
オムツをユルユルにして・・・、ウンチが流れち
ゃったじゃない」と言われて、それ以来あまり腹
診を積極的に（必要があればするのですが）腹診
をするということは少なくなってきました。

こういうことですので、脈・舌・腹の所見を一応スライドでは用意しているのですが、あまり当てにならないかも知れない、あるいは怪しいなど、参考意見ぐらいに見て頂きたいと思います。

症例1（図1、2）

83歳 男性

【主 訴】意欲の低下（寝たきり状態）
 【既往歴】70歳頃前立腺肥大手術 1998年腰椎圧迫骨折
 【家族歴】特記事項なし
 【現病歴】X-1年4月転倒し腰椎圧迫骨折、リハビリにて自立歩行可能となったが 12月に再転倒後寝たきり状態となる。
 X年4月嚥下性肺炎の診断で近医入院。
 4月30日胃瘻造設術施行、継続加療目的で5月31日転院。

【入院時身体所見】
 BP 114/56 P78 Temp 36.3 皮膚乾燥
 栄養中等度 結膜貧血様・黄染なし
 胸部に異常なし 腹部に胃瘻 浮腫なし
 両膝屈曲拘縮 HDS-R 不能

【漢方医学的所見】
 無気力な顔貌 手足温
 脈候：弦（硬）
 舌候：乾燥して無苔
 腹候：腹力中等度 腹直筋緊張
 胸脇苦満 小腹不仁



図1 症例1

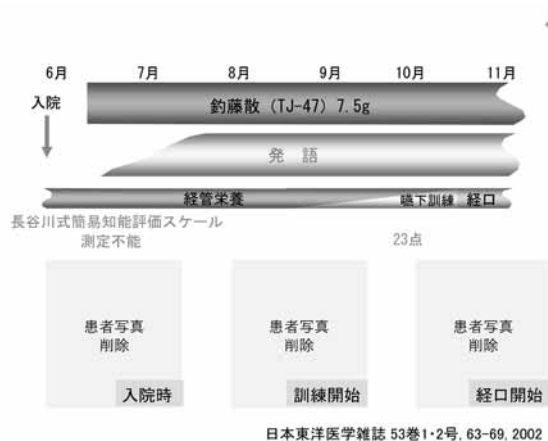


図2 症例1の経過

83歳の男性です。意欲が低下して寝たきり状態の患者です。治療の目的としてはご飯が食べられたらいいなという感じです。腰椎の圧迫骨折があり、1度良くなったのですが、再度転倒して寝たきり状態になってしまいました。その後、嚥下性肺炎を起こして、胃瘻を作って、それでリハビリ目的でいらっしゃった方です。

身体所見としては、膝が屈曲拘縮で固まって動かない状態で、会話がほとんどできず、長谷川式簡易知能評価スケールも取れないという状況で、無気力な感じです。ただ、手足は結構温かく、脈・舌・腹については図に書いておきましたが、ちょっと当てにならない感じでしょうか。

入院してしばらくの間は、特に漢方薬とかも処

方せずにしばらく様子を見ました。長谷川式も取れない方で、膝も屈曲していて、色々なチューブが付いていて、「おはようございます」と言っても、3回くらいでやっと「お、お、おはよう」と言うくらいで、なかなか会話にならないような方です。私はこういう場合に釣藤散を一応使ってみるというストラテジーを持っております。当時、二重盲検で血管性の認知症に良いというのを寺澤先生が出されましたが、その前後でしたので、まあ1度使ってみようということを出しました。

その後、ジワジワとですが、少し発語が多くなってきました。そうすると奥さんとの馴れ初めとかシベリアで抑留されてエライ目に遭ったとか、というようなお話をするようになってきました。そうなってくると、ご飯が食べたいと言うようになってきます。それじゃちょっと練習しますかということで、1月半くらい練習すると、ご飯が食べられるようになってきました。このくらい頭がシャキッとしているなら長谷川式を取ってみようと思い取ってみたら、23点もありました。認知症があったかどうかということはわからないのですが、もともとそんなに（認知機能は）悪い人でなかったのが、何と言いますか、今日の山本先生のお話にありましたように「活」が入っていなかったという感じではないかと思います。その状態に対して釣藤散は「活」を入れたのではないかなと思っております。

釣藤散の中身を分解して考えてみますと、六君子湯の成分のうち、大棗と朮が足りないのですが、だいたい六君子湯が入っています。ランチョンセミナーの秋葉先生のお話にありましたが、お年寄りが弱ったときには、附子剤ではなくて六君子湯が良いんだという口訣を今ふと思い出しました。釣藤散というのはそういうところがあるのかなと思います。この症例は『日本東洋医学雑誌』に報告させて頂きました。

症例2（図3、4）

93歳の女性です。胃瘻が出来ておりますが、チューブを自己抜去するという方です。元々脳梗塞で左の不全片麻痺があったのですが、右の完全片麻痺を発症して失語になってしまいました。その後総合病院で胃瘻を造設されたという方です。

93歳 女性

主 訴: 胃瘻チューブ自己抜去 右片麻痺
既往歴: 1990年頃右前腕骨折 腰椎圧迫骨折
職業歴: 元農業(養蚕)

現病歴:

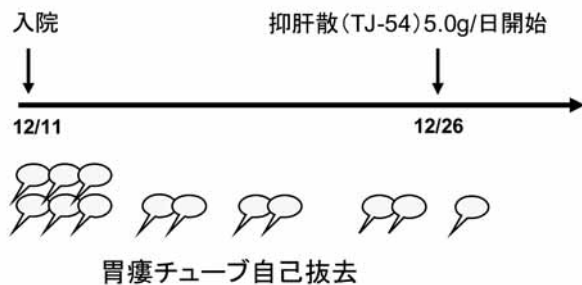
X-1年3月脳梗塞を発症し、左不全片麻痺となった。

X年8月に脳梗塞の再発にて右完全片麻痺、失語となり、総合病院へ入院。11月胃瘻造設術を施行され、継続加療目的に12月11日転院となった。

前医では胃瘻チューブ自己抜去があるとのことで、入院時にも両側上肢にミトンがはめられていたが、外したところ、同日夜間より胃瘻チューブの自己抜去が始まり、多い日で1日2回、その度に再挿入を行った。

現 症: 身長は不明、体重43.4kg、血圧148/98mmHg、脈拍81/分、体温36.2℃。
漢方医学的所見: 自覚症状に関しては不明。やや赤ら顔で、脈候は沈で弱、舌候は湿潤した微白苔、腹候は腹力中等度よりやや弱、腹は腹直筋緊張と小腹不仁を認めた。

図3 症例2



漢方の臨床 50巻1号, 105-114, 2003

図4 症例2の経過

胃瘻チューブの自己抜去があるというので、入院時に両上肢にミトン（手袋）をはめられたわけです。動くのは左手だけですが、なぜか両上肢にミトンをはめられていました。ミトンはずしたら少し利く方の手で、夜間にポコンポコンと胃瘻を抜くわけです。多い日で2回くらい。そのたびに再挿入するのですが、周りは血だらけになりますし、チューブから（胃内容が）流れてきますので、かなり看護婦さんに苦情を言われました。患者さんは、少しぼっちゃりとした感じで栄養が過剰気味、自覚症状はもちろん不明です。少し赤ら顔で、腹候としては小腹不仁と書きましたが、本当に小腹不仁で良いのかどうか微妙なところです。とにかくポコンポコンと抜くわけで、抜かない日もたまにありますが、だいたい毎日抜いています。それで、どうすれば良いだろうと色々考えたのですが、ある時に、これはもしかして怒っているのではないかなと思いまして、抑肝散を出しました。お年寄りで何か怒っているようなら抑肝散を処方しています。実際、怒っているかどうか

はわからなかったのですが、当時私もマイブームで抑肝散を結構出していまして、何でも抑肝散を出していた時期がありますが、その中の一つが本症例です。この方の場合、腹部のこの辺が不快なのかお怒りだったようで、翌日1回抜いたのですが、その後、ズーッと抜かなくなりました。ご家族のお話を聞いてみますと、何だか最近、顔が穏やかな感じで、とても良いということでした。私が見てもあまりわからないのですが、ご家族は柔和な顔つきになってとても良いんじゃないかと言われまして、抑肝散の病態だったんだということを感じた次第です。

本症例は『漢方の臨床』に掲載して頂きましたが、残念ながら『日本東洋医学雑誌』では、怒っている人に抑肝散を出して気持ちが落ち着いたのは当たり前だと、たぶんそう思うことだと思うのですが、rejectされて、『漢方の臨床』に出したということです。2000年ころの当時はBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) などという言葉もアメリカで生まれた直後くらいでしたので、ちょっと時代が早かったかなという感じがいたします。自己抜去を「怒り」と見るかどうかというところが問題なのかなと思いますが、今日の秋葉先生のお話で、「本方を用いる時は、怒りはなしやと問うべし」というお話がありました（目黒道琢のところだったと思います）が、怒りがあるかどうかをみることによって、こういうトラブルが回避できる可能性があるということです。みんながみんな抑肝散で良いとは申しませんが良い場合があるようです。

症例3 (図5、6ab)

97歳 女性

【主 訴】夜間奇声

【既往歴】X-3年左大腿骨頸部骨折

【家族歴】父高血圧 母胃癌 息子腎疾患

【現病歴】X-4年より物忘れがはげしくなったため 自ら志願して特別養護老人ホームへ入所した X-3年12月 X-2年5月 8月と嚥下性肺炎を繰り返したが会話および歩行は可能であった X-1年5月 8月と嚥下性肺炎を繰り返し 9月9日胃瘻造設術を施行され 以後経口摂取は中止となった X年6月に再度嚥下性肺炎となり 継続加療目的で8月10日転院となった

【入院時身体所見】

BP 140/70 P78 Temp 36.9 るいそう

結膜貧血・黄染なし 胸部に異常なし 腹部に胃瘻

両股・膝関節屈曲拘縮 下腿浮腫・出血斑 HDS-R 不能

【漢方医学的所見】

顔面の色素沈着 診察に際し高い声を上げる

脈候: 弦(硬)

舌候: 湿潤した微白苔

腹候: 腹力中等度 腹直筋緊張 胸脇苦満?

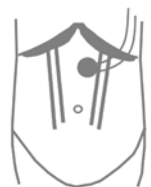


図5 症例3

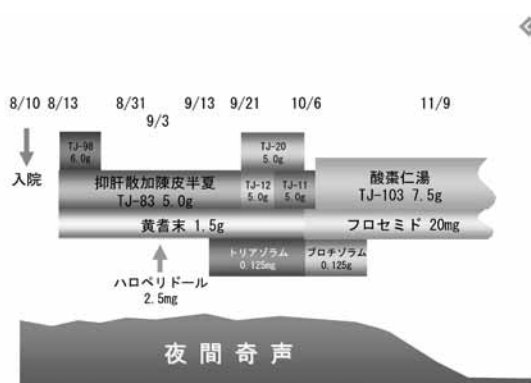
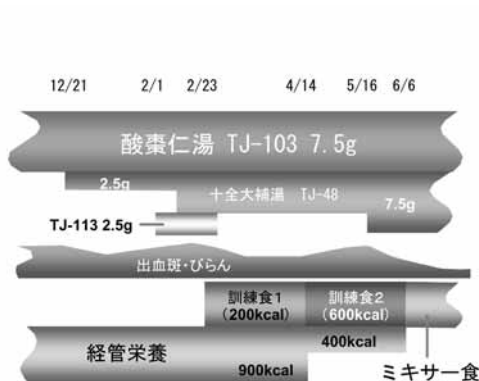


図6a 症例3の経過



日本東洋医学雑誌53巻4号351-356、2002

図6b 症例3の経過

97歳の女性、主訴は夜間の奇声です。日中も奇声があるのですが、夜間の方が激しいということです。物忘れが激しいということで老人ホームに入っているのですが、嚥下性肺炎を繰り返すため、胃瘻を造設して食べるのが中止になったという方です。いつから始まったのかわからないのですが、少なくとも、私どもに転院になる1年半くらい前から、何か叫んでいる状態だったということです。胃瘻があり膝も屈曲拘縮、下腿に浮腫があり、皮膚がべろりとめくれ出血斑などもありました。当然会話はできませんので長谷川式も取れません。診察に対して非常に高い声をあげます。あまり上手に真似ができるかどうかわかりませんが、「アイー」とか「オカアサン」とか言うのです。しかし会話にはならないというような状態です。

胸脇苦満とか書いていますが、本当にあるのかどうかは暴れていますのでわかりません。暴れて

いましたので抑肝散を出しました。しかし、残念ながらどうも効果がなかったみたいです。浮腫んでいましたので、あるいは皮膚がべろりとめくれたりしましたので、黄耆末を少し使用しました。浮腫がとれなくて、結局、フロセミドを少々使ったというような感じです。夜間の奇声が続いております。「ウーン、ウーン」とか声が病院の中に響くわけです。トイレに出てきた他の患者さんがサービスステーションで「先生、この病院は猫を飼っているのですか？」とこう言うわけです。「いや、猫は飼ってないんですけど・・・」というやり取りがあったほどです。ハロペリドールを使ったり、トリアゾラムとか、プロチゾラムとかを使ったりしたのですが、30分くらいしか効かない。そこで、うーんと考えまして、酸棗仁湯。虚勞、虚煩、興奮して眠れないという病態が、もしかしてあるのかなと思いまして酸棗仁湯を出しました。最初はあまり効かないなという感じだったのですが、3週間位過ぎましたところから、「なんかそういえば最近静かですね、先生」と看護師さんから言われまして、「そういえば静かだね」と返答する状況になりました。もちろん、夜中にオムツを替えたりする時なんかは、やや声が出るのですが、比較的落ち着いた状態になりました。酸棗仁湯をずっと使い、それに加えて皮下が破れたりしますので十全大補湯を使ったりもしました。ある時、誕生会みたいなものをやったのですが、介護のスタッフが、「ちょっと食べてみる？」という感じでムースをちょっと口元に差し出したところ、パクッと食べちゃったと言うのです。アララと思ったのですが、これは良い機会だと思って、少しずつ食べるということから練習を始めました。時間はある程度かかっておりますが、徐々に食事を増やしましてミキサー食くらいならご自身で食べられるようになってきました。時間が経つと気持ちも落ち着いたということなのでしょう。か、ご飯を自分でしっかり持って食べられるようになりました。ミキサー食ですので、足りない水分等は胃瘻から補ってという感じで食べられるようになったという症例であります。97歳ですが、やればできるものだなということでもあります。

症例4 (図7、8)

66歳 女性

【主 訴】発汗過多 左側胸部びらん 左不全片麻痺 失語

【既往歴】特記事項なし 【家族歴】特記事項なし

【現病歴】

元来発汗過多傾向があった

X-14年頃脳血管障害のため左不全片麻痺となり以降も数回の発作を認めた

X-1年11月6日自宅で転倒しているところを発見され

脳挫傷の診断で治療を受けた

リハビリ目的でX年4月21日転院

ややるいそう傾向 左側腹部にびらん 左上下肢とも関節拘縮
発汗により皮膚湿潤 口臭・体臭あり 体動が激しい

図7 症例4



日本東洋医学雑誌54巻3号657-660、2003

図8 症例4の経過

66歳女性。主訴は発汗過多です。側胸部にびらんがあって、これも治らない。片麻痺や失語もあるのですが、もともと汗ばむ傾向が強かったのだそうです。脳血管障害を何回か繰り返して左の不全片麻痺があって、以後も発作があり転倒しているところを発見されたそうで、脳挫傷の診断で治療を受けました。その後リハビリ目的で来られましたが、左の側腹部にびらんがあって、関節拘縮は左側で強い方です。また、発汗によって皮膚が湿潤しており、口臭・体臭がかなりきつい方です。また、体動が激しく、結構激しく動かれます。便秘もあり、熱候が強いと思いましたので、ムシムシした汗ということで大承気湯をベースにおき色々使いました。また、暴れているのも考慮に入れて、抑肝散加陳皮半夏を用いました。これで暴れるほうは少々良いかなと思いましたが、ただ発汗が止まらずびらんもひどいのが続いている。しかも6月から7月、8月になろうとしている暑い

時期でしたので、どんどん汗が出て、1日に3回も4回も着替えないといけないという状況でした。それで、(発汗を何とかしようということで、)黄耆の生薬の粉末を取り寄せて、その粉末1.5gくらいをいわゆる振り出し(ポットのお湯でジャーっとやって)で、お茶漉して漉して、それを胃管から朝晩2回くらいで注入いたしました。そうしますと夏だというのに汗がシュルシュルシュルと減ってきました、その後1回ちょっと陰部の湿疹みたいになりましたが、だいたいこれも良くなって、もう軟膏もいらなくなりました。湿疹部分をガーゼで覆ってテープで貼っていくと、また皮膚がバリッと破れてしまう、そういう状況だったのですが、黄耆の振り出しを使ってみると、真夏だというのに皮膚はしっかりしてきて発汗も治まって、その他の皮膚の症状も良くなって介護の人も大助かりというような症例であります。

症例5 (図9、10)

71歳 男性

【主 訴】自慰行動 【家族歴】特記事項なし

【既往歴】20歳代で肺結核 X-6年大腸癌切除

【現病歴】X-3年に脳梗塞と診断されその後徐々に見当識障害が出現 X年6月に前立腺肥大症の診断で経尿道的前立腺切除を施行されリハビリ目的で8月23日転院 8月31日頃より場所をかまわず性器を露出して自慰行為が見られるようになった

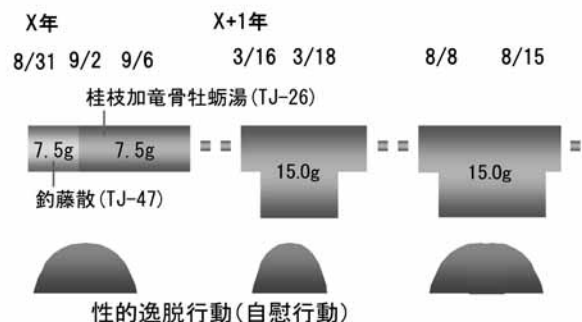
【入院時身体所見】血圧124/80mmHg 体温36.6℃ 脈拍72回/分 体重49.5kg 結膜に黄染・貧血なし 胸部は非対称性 II s軽度亢進 下腹部に手術痕 下腿浮腫なし 改訂長谷川式簡易知能評価スケール9点

【漢方医学的所見】反応に乏しく仮面様顔貌 軟便傾向

脈候:浮弦(硬) 舌候:湿潤した白苔

腹候:腹力やや弱 心下痞 右胸脇苦満 両腹直筋緊張 小腹不仁

図9 症例5



日本東洋医学雑誌54巻5号957-961、2003

図10 症例5の経過

71歳の男性。自慰行動だろうと思うのですが、ペロリとお出しになるという状況です。脳梗塞の診断で、見当識障害があります。また、前立腺肥大の診断で経尿道的前立腺切除が行われています。その後、リハビリ目的でいらっしゃったのですが、図11の経過図を見て頂きたいと思います。この方ぼーとしておられましたので来られてまもなく釣藤散を出しました。釣藤散をお出しして1週間くらいするとあたりかまわず性器をお出しになられまして自慰行動がみられるというようなことになりました。検尿もしましたが、特に問題はなく、長谷川式は9点くらいでした。結核の手術をしているので、ちょっと胸部が非対称ですが、漢方医学的所見を注目していただければ軟便傾向というのがあり、またお腹に腹動がないのが特徴かなと思います。釣藤散を出したのですが、ご飯を食べてしばらくすると、下の方をズルズルっとお出しになられて、真向かいに座っている女性の患者さんがあんまり認知症のない方で、気持ちが悪い、吐くといって点滴騒ぎになりました。どうしようかなと思っていたのですが、ある時、ふと思ひ出しまして桂枝加竜骨牡蛎湯をお出ししました。これは昔、寺澤捷年先生がそういう何というか過剰な状態、これは本来インポテンツの薬なのですが、過剰な状態にも使っても良いんだよとたぶん言われたと思うのですが、それを何となく思ひ出ししました。それで桂枝加竜骨牡蛎湯を出しましたら数日で治まりました。その後もずーっと続けていたのですが、また3月、春頃ですね、木の芽時なのでしょうか、また出現しまして、桂枝加竜骨牡蛎湯7.5gを15g／日に増量したところ3日くらいでシュッと治まりました。その後、夏から秋にかけて、また出ましてやはり2倍量にしたところ、しばらくして治まった、こういう経過の方です。この方の場合、お腹に腹動がないのですが、その辺が勇気がいったところです。ただ、今日の秋葉先生の口訣のお話の中に、龍野一雄先生が「桂枝加竜骨牡蛎湯は、とにかく下に緩めばいい（締まりがなくて下に漏れる）」と言われているというのがありました。この方は軟便傾向がありましたので、もしかしてこれは、そうだったのかなと十何年ぶりくらいで初めて、桂枝加竜骨牡蛎湯で良かったんだと合点がいった次第であります。

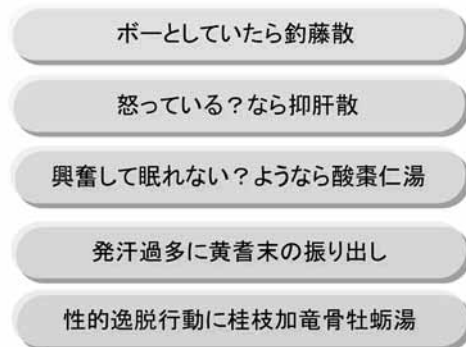


図11 処方まとめ

おわりに

まとめ（図11）ですが、ボーとしていたら「活」を入れるということで釣藤散を使ってみる、裏には六君子湯が隠れていると思っています。また、怒っていると考えたら抑肝散も使ってみる、興奮して眠れないような要素があるなら酸棗仁湯を使ってみるということになります。ここから先は技術的な問題になるかも知れませんが、発汗過多に黄耆末の粉末をやってみるということです。但し、結構、実証の方も多いので白虎加桂枝湯などで汗がピタッと止まった方も経験しております。それから、性的逸脱行為、これにはいろいろありましたが、やはり桂枝加竜骨牡蛎湯が一番良く効くように思われます。

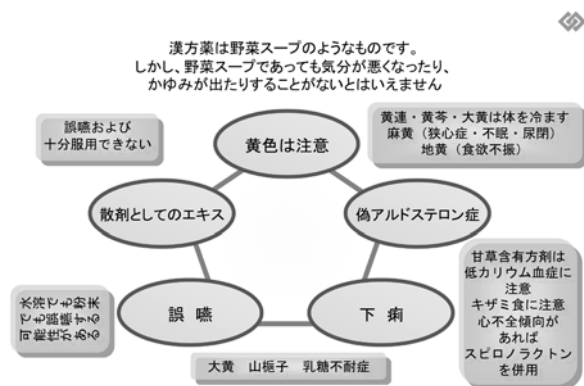


図12 高齢者に漢方を用いる際の注意点

図12には、高齢者に漢方を用いる際の注意点を私なりに、ちょっと書いて見ました。エキス剤を処方することが多いのですが、黄色は注意です。黄連、黄芩、大黃は身体を冷ましますよということです。麻黄とか地黄についてもその副作用は良く知られていると思います。次に、偽アルドステ

ロン症も比較的多いかなと思います。甘草含有方剤というのは結構多いので、特に刻み食を食べているような人には注意が必要です。心不全傾向があれば私はスピロラク톤を一錠併用したりもしております。

下痢ですが、あまり下痢すると介護のスタッフに怒られますし、便秘でも怒られます。できるのであればお風呂に入る前、前日の朝くらいには下るのが良いというのがありますので、大黃剤を使う時には注意が必要です。

誤嚥のリスクがあるので煎じ薬にしてもエキス剤にしても難しいというのがあります。それから、粉薬ですので、ちゃんと飲めたかどうかというのが問題になります。エキス剤を溶いて飲んだつもりが入れ歯の裏側にガッチリとくっついていたということが、しばしばありますので、注意が必要だと思います。

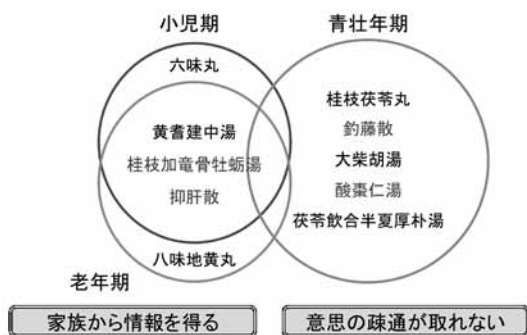


図13 小児医療の知恵を高年齢者医療に

図13には、大胆なことが書いてありますが、今までお話した桂枝加竜骨牡蛎湯とか抑肝散とかは、割合と子供にも使えるような印象を持っております。もちろんこの辺（図13右）は大人に使う薬だと思いますが、高齢者では家族から情報を得たりしないといけない、意思の疎通がとれないということがあり、そういうところは小児医療とかなり似ているのではないかと思います。先ほどの八瀬先生のお話ではご高齢の方は多彩だというのがありましたが、私はそれに対してはむしろ、逆の意見を持っております、意外とお年寄りには陥りやすい病態がありうると考えています。抑肝散とかそういう方剤で、病態の認識をしていった方が良いのではないかなと思っております。高齢者に関して西洋医学的な目で見ると病気はすごく

たくさんありますが、漢方の切り口で高齢者を見て何々湯証といった分け方をしていくと非常にクリアカットでシンプルに分類できるのではないかなと思っております。そういうことで「小児科の先生、どうぞ私たちに高齢者医療を教えてください」と思っております。

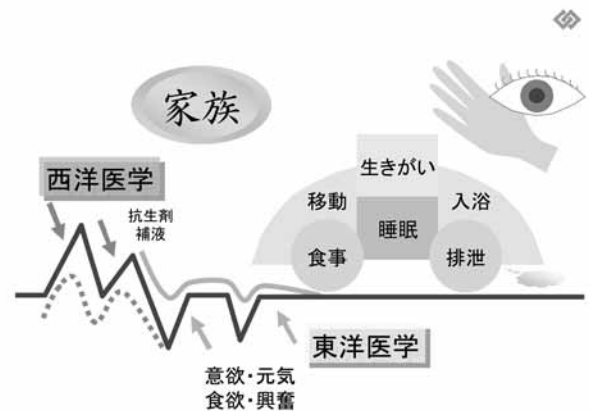


図14 東洋／西洋医学と介（看）護

それから図14です。私の勝手な解釈かも知れませんが西洋医学もとても大事だと思います。やはり補液とか抗生剤も良いなと思います。そして漢方的には、意欲を出したり元気を出したり、食欲を出したり、場合によっては興奮状態を鎮めたりと道を少しならして、こういう生活のユニットを乗せた車を（高齢者を車にたとえてしまいましたが）、家族が道を照らし、そして介護、看護で少し介助してあげる。まさにこれが「看」の字（手と目）ですが、そういう形が必要ではないかなと思います。



漢方診療科HP: <http://aih-net.com/medical/depart/kanpo/index.html>

暮らしの中の漢方(読売新聞福岡版): <http://kyushu.yomiuri.co.jp/magazine/kanpo/>

図15 麻生飯塚病院全景

図15は飯塚病院の全景図です。1000床くらいありますが田舎の病院です。漢方診療科のホームページを出しましたので、もしよろしければご覧

頂ければと思います。また、「暮らしの中の漢方」という読売新聞の福岡県版にコラムを書いております。これは一般向けですが、ホームページからみることができますので、これも、もしよろしければご覧頂ければと思います。

最後に一句、「二、三百生きようこそ思いしに 八十五にて不時の若死に」というのは、英一珪と言う江戸時代の日本画の巨匠の言葉だそうです。二・三百年生きようと思っていたんだけど、八十五で不時の若死にだと言っております。何故この人を挙げたかと言いますと、この中に私の名前が入っていたからです。この方の場合には八十八歳ぐらいでお亡くなりになっているのですが、その半年ぐらい前に18歳年下の奥さまが亡くなり、あとを追うようにお亡くなりになったということです。所詮、男性は女性によって生かされているのかなというのがこの句の結論であります。

症例につきましては高齢者のための和漢診療学という本に、だいたい載っておりますので、もしご興味のある方はお買い求め頂ければと存じます。ご静聴ありがとうございました。

文 献

- 1) 療養型病床群において釣藤散投与を契機に経管栄養状態から経口摂取が可能となった高齢者の3例；田原英一、斉藤大直、川上義孝、荒川龍夫、寺澤捷年；日本東洋医学雑誌第53巻第1・2号、63-69、2002
- 2) 高齢者の痴呆による陽性症状に抑肝散が奏功した2例；田原英一、新谷卓弘、森山健三、中尾紀久世、久保道德、斉藤大直、佐藤伸彦、荒川龍夫、寺澤捷年；漢方の臨床50巻第1号、105-114、2003
- 3) 酸棗仁湯が有効であった奇声を主徴とする夜間せん妄の2症例；田原英一、斉藤大直、川上義孝、荒川龍夫、寺澤捷年；日本東洋医学雑誌第53巻第4号、61-66、2002
- 4) 高齢者の大量発汗に黄耆末の振り出しが有効であった2例；田原英一、新谷卓弘、森山健三、中尾紀久世、久保道德、斉藤大直、佐藤伸彦、荒川龍夫、寺澤捷年日本東洋医学雑誌第54巻第2号、657-660、2003
- 5) 高齢者の性的逸脱行動に桂枝加竜骨牡蛎湯が有効であった2例；田原英一、新谷卓弘、森山健三、中尾紀久世、久保道德、斉藤大直、荒川龍夫、寺澤捷年日本東洋医学雑誌第54巻第5号、957-961、2003

家族に応用できる鍼灸

清水クリニック

清水 大一郎

はじめにー在宅緩和ケアの基本

図1は厚生統計協会の人口動態調査で平成18年度のもので、これはがん患者さん以外も含めたものですが、現在自宅で亡くなる割合は12.2%です。がん患者さんに限りますと、自宅で亡くなるケースは、平成18年度では5.7%です。緩和ケア病棟、ホスピス緩和ケア病棟で亡くなる方が6.8%、一般病院が87.2%になっております。

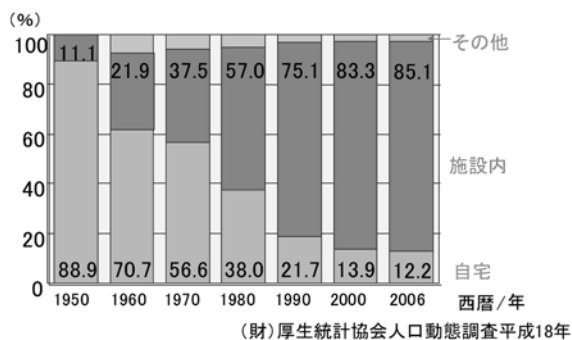


図1 死亡場所の年次別変遷

図2は、私が1999年7月から自宅での末期がん患者さんの看取りを始めてからの患者数のグラフです。だんだんと訪問診療の依頼が増えてきて、2005年に一般外来を午前中だけにして午後からを往診ならびに訪問診療という形にしました。今まで訪問診療させて頂いた数が、210名で、そのうち最後まで自宅で看取らせて頂いた末期がん患者は140名となっております。

図3は、在宅ホスピス、在宅緩和ケアホスピスを支えるケアチームについてですが、クリニックの医師、看護師、訪問看護ステーションの看護師、それからヘルパー、調剤薬局の薬剤師などによるチームです。また、ボランティアの方が一緒に入っていることが、ユニークな点の1つだと思います。

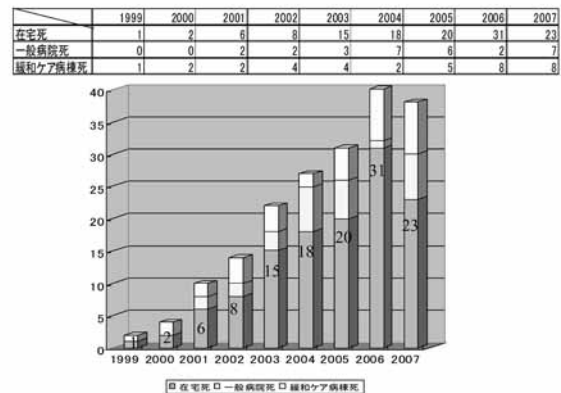


図2 清水クリニックにおける在宅緩和ケア件数の推移



在宅ホスピスを始める人のために 川越厚編、医学書院

図3 在宅ホスピスを支えるケアチーム

図4は川越先生が書かれた文章で、在宅緩和ケアが成立するための患者・家族側の要件です。絶対的条件、準絶対的条件、望ましい条件とあるのですが、望ましい条件のなかで、看取る家族が複数いることという項目があります。ところが最近では、奥様一人でご主人を看取るというケースも少しずつ増えてきています。

・絶対的条件

- ① 患者が在宅ケアを切望すること
- ② 家族が在宅ケアを切望すること

・準絶対的条件

- ① 看取る家族がいること
- ② 患者が末期がんであることを知っていること
- ③ 症状コントロールが簡単で十分できていること
- ④ 医師、看護師のいる場所が患者の家に近いこと

・望ましい条件

- ① 看取る家族が複数いること
- ② 病院の主治医が在宅ホスピス、緩和ケアに理解をもっていること
- ③ 積極的な延命医療を希望しないこと
- ④ 緊急時の入院先がはっきりしていること

(川越厚:在宅ホスピス・緩和ケア。メヂカルフレンド社。2003)

図4 在宅緩和ケアが成立するための患者・家族側の要件

在宅ケアに携わるものとして、その開始時に心がけることですが、できれば退院したその日、遅くても翌日までには初回往診をおこなって、その後1週間は頻回に患者宅へ行く必要があると考えています。病状の十分な説明等に全力を尽くすだけではなく、共感をもって患者・家族の言葉に耳を傾け相談にのる。繰り返し、繰り返し、言葉を変えて平易な優しい言葉で説明をする。いま言ったからわかっているはずなんて思ったらダメです。何回も何回も、繰り返し繰り返し、そして傾聴傾聴です。患者・家族の発言の真意を見極めることが時には必要になってきます。

そういった在宅ホスピスケアの中心的課題は、皆さんもうお分かりだと思いますが、身体的痛みをきちんと取るということから始まります。痛みが残った状態では末期がんの患者さんも家に帰ろうとはおっしゃいませんし、まずはきちんと痛みを取ることです。本来WHO方式で行けば90%を取れるにも拘わらず、一般病院での除痛率がまだまだ50ないし60%くらいしかなくて、そういう痛みが残った状態で家に帰らざるを得ないというケースが残念ながらあります。

在宅における症状緩和は、病院で行う医療を在宅で行うという発想では行えません。「末期がん患者が家族とともに家で安心して過ごす」ことができる為に医療者は何ができるのかを考えることが重要だと思います。Key Wordは「生活」「自然」「安心」です。

がん患者と鍼灸

がん患者に対する鍼灸治療の文献ですが、漢方

薬については、かなりの文献がありますが、鍼灸はまだまだです。図5は2007年に福田先生（明治国際医療大学）が発表されたものですが、鍼灸に関してはまだまだ、症例数が少ないです。ただ、少しずつですが増えてきています。ところが、緩和ケアに関しては、まだ2.2%という状況です。図6は英文の治療文献ですが、漢方薬に比べればやはり少ない状況で、緩和ケアについては1.3%しかありません。

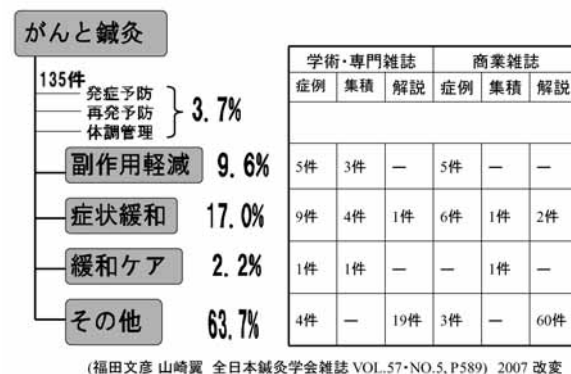


図5 がん患者に対する鍼灸治療文献（国内）

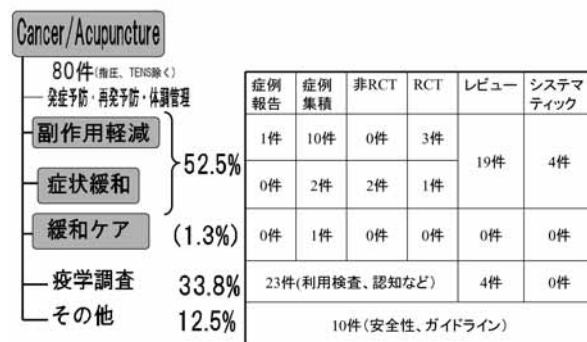


図6 がん患者に対する鍼灸治療文献（英文）

表1は今から11年前に国立がんセンター中央病院麻酔科の平賀先生が発表されたもので、「モルヒネが効果不十分又は無効ながん患者の痛みと治療」ということで、ヘルペス後神経痛、四肢の浮腫による痛み、筋の攣縮による痛み、緊張性頭痛などに鍼灸が有効であるとの発表がなされています。

図7は、緩和ケアに携わる鍼灸師に関して福田先生が書かれたものですが、一般の医師にも通じることでもあります。がん患者の痛みが、

「Total Pain（全人的苦痛）」であることを理解すること、また、患者さんや家族に接する場合に傾聴的態度とか共感的対応ということが大事になってきます。

表1 モルヒネが効果不十分又は無効ながん患者の痛みと治療

痛みの種類	治療法
ヘルペス後神経痛	三環系抗うつ薬、硬膜外局麻薬注入、鍼灸
痛覚求心路遮断による痛み	三環系抗うつ薬、抗けいれん薬、局麻薬、ケタミン
神経圧迫	ステロイド、抗けいれん薬、局麻薬
交感神経が関与した痛み	交感神経ブロック
炎症による痛み（褥瘡）	NSAIDs、硬膜外局麻薬注入
四肢の浮腫による痛み	NSAIDs、鍼灸
胃膨満痛	水酸化アルミゲル、メクロプラミド、ケタミン
腸閉塞による腹部膨満痛	ケタミン
筋の攣縮による痛み	筋弛緩薬（ジアゼパム）、鍼灸
緊張性頭痛	筋弛緩薬（ジアゼパム）、NSAIDs、鍼灸

平賀一陽他：モルヒネが効かない場合の疼痛マネジメント、ターミナルケア、7、106、1997

緩和ケアに携わる鍼灸師には以下のことが必要と考える
 (1) 終末期の患者の苦痛は、身体的、精神的、社会的、霊的苦痛が相互に関係する全人的苦痛(Total Pain)であることを理解する。
 (2) 患者の身体状態・精神状態を理解する。そのためには、医師や看護師との連携、現代医学的な病態や治療内容を理解する必要がある。特に精神状態では、傾聴的態度、感情に焦点をあてた共感的対応が必要である。
 (3) 同じ癌、症状でも患者によって効果を示す治療方法や刺激量が異なるため、一般成人の刺激量と比べて少ない刺激量から始めることが安全で効果的である。

(福田文彦 矢野忠 全日本鍼灸学会雑誌 VOL.54 NO.5 P676) 2004

図7 緩和ケアに携わる鍼灸師の心得

また、心身医学的な病態に対する鍼灸治療の効果と脳報酬系に及ぼす影響に関して、先の全日本鍼灸学会会長の矢野先生は図8に示しますように、鍼灸刺激は脳報酬系に影響を及ぼし、心地よさやリラクセーション効果を引き出す可能性が示唆されたという研究論文を発表されております。

また、図9のように、過敏性腸症候群（IBS）に対する鍼灸治療の臨床的效果として、心身にわたる症状の軽減がみられ、鍼灸治療はIBSの治療の1つになりうるということが示唆されています。さらに、抑うつ気分には随証療法による鍼灸治療が効果的であることが示唆されたということも発表されています。

鍼灸治療の非特異的効果として鍼灸刺激の快適性に注目し、その機序の一端を解明するために脳報酬系の主要部位である側坐核におけるモノアミンを指標に検討した。

実験対象はSD系ラットとし、鍼刺激および灸刺激によるモノアミン量とその代謝産物量を測定した。その結果、鍼刺激および灸刺激は、側坐核のセロトニン分泌を高めることが示唆された。

これらのことから鍼灸刺激は脳報酬系に影響を及ぼし、心地よさやリラクセーション効果を引き出す可能性が示唆された。

(矢野忠 福田文彦 心身医学 VOL.48 NO.1 P17, 2008)

図8 脳報酬系に対する鍼灸刺激の効果

・過敏性腸症候群（IBS）（n=4）に対しては、1事例研究法により検討した。いずれの症例も罹病期間が長く、薬物療法に抵抗性を示した症例であった。鍼灸治療の臨床的效果の評価は、腹部症状および全身状態、QOL、弁証スコアおよびPOMSを用いて行った。結果、心身にわたる症状の軽減がみられ、鍼灸治療はIBSの治療の1つになりうるということが示唆された。

・抑うつ気分に対する鍼灸治療の効果については、65歳以上の高齢者（n=33）を対象として検討した。抑うつ気分はGDS簡易版、主訴の評価はVASを用いて行った。鍼灸治療は原則週1回とした。結果、抑うつ気分には随証療法による鍼灸治療が効果的であることが示唆された。

図9 鍼灸治療の臨床的效果－過敏性腸症候群と抑うつ気分

ハウトケアとは？

ハウトケアは造語でありまして、ハウトはドイツ語の皮膚、ケアは英語のケアです。精油、アロマオイルを使用した手・足マッサージに、東洋医学の経穴・経脈を取り入れた独自のものです。「ファイナルステージを考える会」という会を、14～15年前に福岡市を中心に末期がんの患者・家族の日常生活を支援するボランティア団体として立ち上げたのですが、そのハウトケア部門において、末期のがん患者さんやその家族、長期入院児に付き添う家族等に施術しています。実際、福岡市内の緩和ケア病棟・ホスピスで第一、第三土曜日にっておりますし、依頼があれば患者さんの自宅にも行っております。

ハウトケアの効能についてですが、マッサージは従来、物理的な圧刺激や温熱刺激により、脈拍数の減少や血圧の安定、末梢の皮膚温の上昇などの循環効果や緊張緩和に有効であると報告されています。また、東洋医学では体内を氣と血と津液

がスムーズに流れている場合を健康と考えています。経穴は、氣血が流れる体表の路線（経脈）の「駅」に相当します。内臓と連絡している十二の経脈の発着駅である井穴は、いずれも手足の末端の爪甲側か指端にあります。従って、手足の指を中心にマッサージすることで全身の調整を図ることができると考えております。

図10は、マッサージ法のパターンを示しています。例えば、腕に関して言えば、肘関節から橈側、親指の方からグルッと回って尺側を通って腕の方へ行くという気の流れに沿って、こういったマッサージをしております。10のストロークパターンがあります。

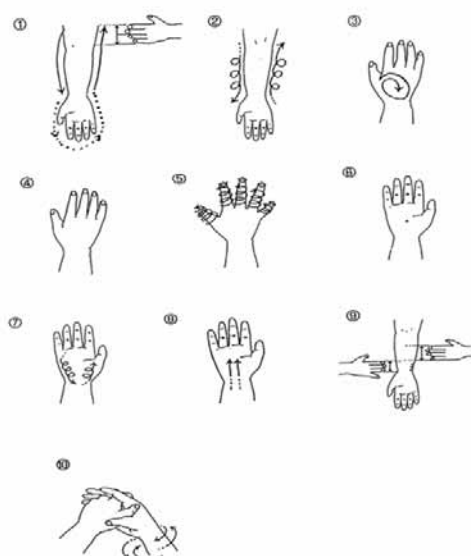


図10 ハウトケア・マッサージの方法

長期入院時に付きそう母親の疲労緩和に関する看護研究

Interventional study on fatigue relief in mothers caring for hospitalized children - Effect of massage incorporating techniques from Oriental Medicine

ハウトケアという方法が有効であると科学的に実証した論文を紹介いたします。IWASAKI MIZUE 氏の「長期入院時に付きそう母親の疲労緩和に関する看護研究」という論文ですが、東洋医学的手法を用いたものです。

身体的・精神的に疲労していると考えられる入院治療中の子どもに付き添う母親に、リラクゼーション（手・肩のマッサージ）を施行し、疲労がどの程度緩和されるかを客観的・定量的に評価検討しております。対象は、K大学病院小児科病棟

に入院中の患児に付き添う母親68人（平均年齢34.7±5.5）と健康児の母親20人です。方法ですが、ハウトケアを用いたマッサージを20分ほど行い、その前後で1) POMS (Profile of Mood States)、2) 深部温・血圧・脈拍数測定、3) 聞き取りの3つによる評価を行いました（図11）。

POMSは、6つの指標で気分を評価するものですが、5つのネガティブな気分と1つのポジティブな気分で測定するものです（図12）。

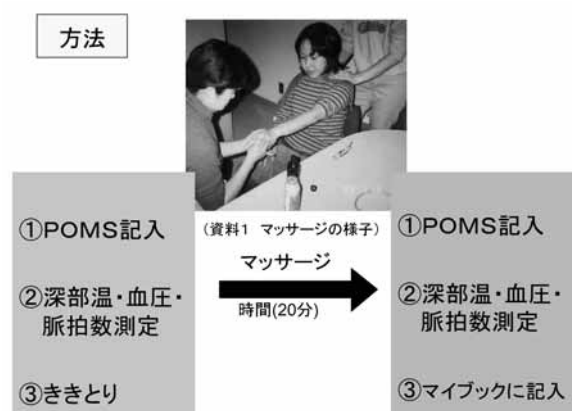


図11 長期入院時に付きそう母親の疲労緩和に関する看護研究—その方法

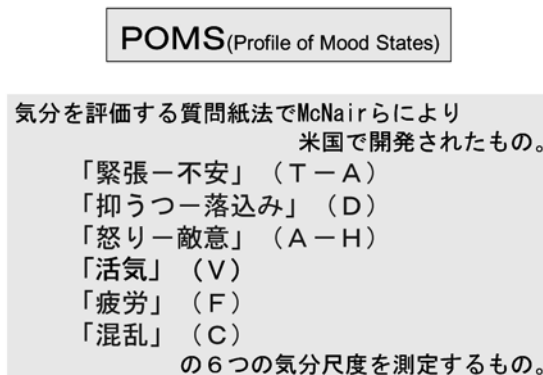


図12 POMS (Profile of Mood States)

結果を表2と図13, 14に示しますが、図のグレーの棒グラフは病院に入院している子供のお母さんで、白い棒グラフは健康児のお母さんです。明らかに入院中のお子さんがあるお母さんの方がネガティブな気分が大きく、ポジティブな部分は少ないという結果でした。ところが、マッサージをしますと、ネガティブな気分がグッと下がります。健康児のお母さんは、もっと下がるわけですが、ポジティブな気分はマッサージ後は入院児のいるお母さんよりも上がるという、そういうデータです。図15はさらに白血病患児のお母さんと、そ

の他の疾患で入院している患儿のお母さんでどちらがT-A（緊張と不安）スコアが下がるかですが、やはり白血病でないお母さんの方が下がりやすいわけです。白血病患児のお母さん達の群で「緊張と不安」の部分の下がり方が悪いということです。患儿の病気の内容が母親の精神的な部分に影響を及ぼすということが言えると思います。

表2 健康児(n=20)と入院児(n=68)の母親に対してハウトケア・マッサージを行った前後でのPOMSスコアの変化

Change of POMS scores before and after intervention in the mothers with healthy children, and the mothers with hospitalized children

	Mothers with healthy children (N:20)			Mothers with hospitalized children (N:68)		
	before intervention	after intervention	p value	before intervention	after intervention	p value
T-A	10.5±5.8	4.1±4.9	p<0.001	16.4±6.5	8.6±6.0	p<0.001
D	9.4±7.4	3.6±5.1	p<0.001	17.3±10.6	10.2±9.0	p<0.001
A-H	6.3±5.9	1.5±3.0	p<0.001	11.4±8.7	4.9±6.1	p<0.001
V	17.3±5.7	20.7±7.7	p<0.01	11.1±5.5	16.2±6.5	p<0.001
F	8.6±6.2	2.7±3.7	p<0.001	12.6±6.7	5.9±5.0	p<0.001
C	6.8±4.0	4.0±3.9	p<0.001	11.8±4.7	8.0±4.2	p<0.001

T-A, Tension-Anxiety; D, Depression-Dejection; A-H, Anger-Hostility; V, Vigor; F, Fatigue; C, Confusion

Comparison of POMS scores before intervention in the mothers with hospitalized children and mothers with healthy children.

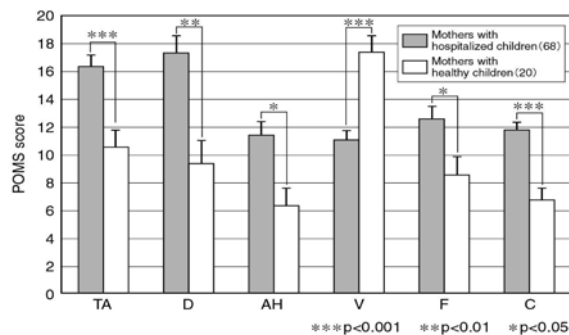


図13 健康児(n=20)と入院児(n=68)の母親のPOMSスコアーハウトケア・マッサージ前

Comparison of POMS scores after intervention in the mothers with hospitalized children and mothers with healthy children.

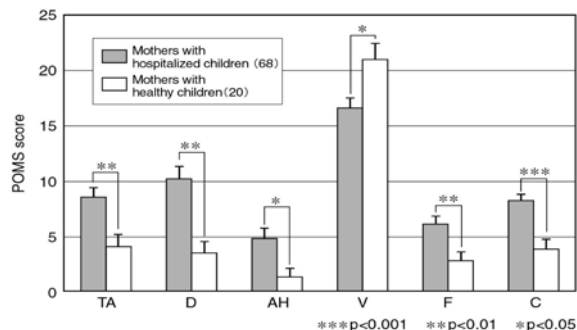


図14 健康児(n=20)と入院児(n=68)の母親のPOMSスコアーハウトケア・マッサージ後

Change in POMS "T-A" scores before and after intervention according to the type of disease suffered by the hospitalized children.

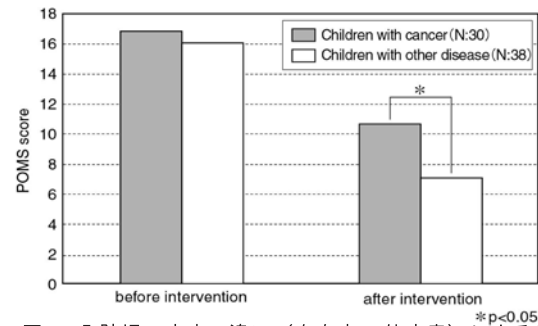


図15 入院児の疾病の違い（白血病vs他疾患）による母親へのハウトケア・マッサージ効果の比較ーPOMS T-Aスコアを用いた検討

表3は血圧、心拍数、深部体温を測った結果です。図16は、前額深部温と手掌深部温の絶対値の差が、マッサージをすることによって有意差を持って下がったということを示したグラフです。深部温の中枢温と末梢温の温度格差があるということはストレスがかなり高いということです。その温度格差が低くなるということは、ストレスがかなり改善をされたということで、それが証明されたと思います。

表3 健康児(n=20)と入院児(n=68)の母親に対してハウトケア・マッサージを行った前後での血圧、心拍数、深部体温の変化

Changes of blood pressure, heart rate and deep body temperature before and after intervention in the mothers with healthy children and the mothers with hospitalized children

	Mothers with healthy children (N:20)			Mothers with hospitalized children (N:68)			Mothers with healthy children VS Mothers with hospitalized children	
	before intervention	after intervention	p value	before intervention	after intervention	p value	p value before intervention	p value after intervention
SBP (mmHg)	112.3±12.1	109.5±10.5	n.s.	104.5±12.1	100.8±12.8	p<0.01	p<0.05	p<0.01
DBP (mmHg)	74.7±9.5	74.6±10.3	n.s.	70.4±10.9	71.0±10.6	n.s.	n.s.	n.s.
HR (beat/min)	72.4±9.2	69.3±7.8	p<0.05	71.5±9.8	68.6±9.0	p<0.01	n.s.	n.s.
FDT (°C)	36.2±0.6	36.3±0.4	n.s.	36.2±0.5	36.4±0.4	p<0.001	n.s.	n.s.
PDT (°C)	35.1±1.4	35.6±1.3	p<0.01	35.5±1.1	35.7±1.2	p<0.05	n.s.	n.s.

SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; HR, heart rate; FDT, Frontal deep temperature; PDT, palmar deep temperature

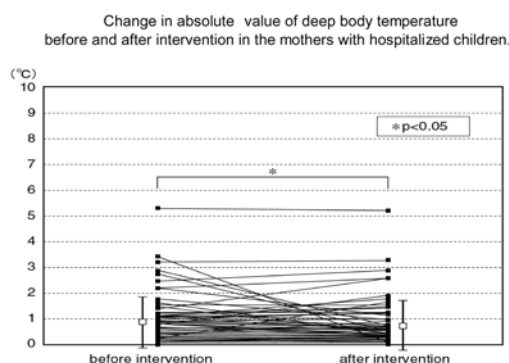


図16 入院児母親に対してハウトケア・マッサージを行った前後での深部体温絶対値の変化

この論文をまとめますと、1) 皮膚の経穴・経脈への触圧刺激が、副交感神経を遠心路とする反射を起こし、過緊張にある交感神経を抑制し自律神経系のバランスを保たせ、また、自律神経系の調整が、情動をつかさどる大脳辺縁系と大脳皮質に好影響をもたらしたと思われる、2) 直接的に血管、リンパ管などの循環系に作用し、局所の血行改善をもたらし、さらに温かい手で皮膚に直接触れることにより、信頼関係が得られ、安心感が生じ、気分を良くする効果も考えられる、ということになります。

症例呈示

最後にボランティアの方達がハウトケアというマッサージを実践してくれたお陰で、最後まで在宅で看取ることができた症例を提示いたします。

50歳、女性、肺がん。一番最初に出会った患者さんで、その方から絵をいただいたのですが(写真は割愛)、ハウトケアというマッサージを最初に在宅に導入した方です。本人だけでなく、お歳をとられた母親に対してのマッサージも行い、お母さんから話を聞かせてもらったりしました。

56歳、女性、卵巣がん。先ほどの方はMSコンチンが240mgでしたが、この方は480mg内服されています。この写真(写真は割愛)の1か月後に永眠されました。ボランティアの方がメイクをして写真を撮っているところです。もちろんハウトケアというマッサージも行っております。

51歳、女性、子宮肉腫。この写真(写真は割愛)のあと1週間後に亡くなられています。

MSコンチンを600mg内服していました。この方はご主人から告知されていなかったのですが、ボランティアの方がマッサージをすることによって家族が一つになってきました。中州のママさんをしていましたが、最後に自分のお店に行きたいということで、酸素を吸いながらボランティアの方を含めて一緒に中州に行ったときの写真です。ご主人とは四十九日以降もお付き合いをしています(写真は割愛)。飲み仲間です。

62歳、男性、腎臓がん。MSコンチン300mg内服中でした。約2か月後に永眠されました。若いお嬢さん達が毎週土曜日にマッサージに行きました。(写真は割愛)。お子さんがいらっしゃらないので、ちょうどこのお嬢さん達が自分たちの子供みたいということで、彼女たちのマッサージを受けていました。最後は奥さんが一人で看取られました。

66歳、男性、膵臓がん。写真の3週間後に亡くされました。この方はオキシコンチン40mg、最終的にはデュロテップパッチ2.5mgです。通夜と葬式の時に自分の歌を流したいということでその歌を録音中の写真です(写真は割愛)。この方もお子さんがいらっしゃらなかったのですが、ご主人と奥さんとを同時にマッサージしまして、無事に(といいますか)、ご自宅で奥さんが一人で看取られました。この時に出来上がったCDはお葬式にももちろん使用されまして、その後は毎日奥様が、家で聴いてらっしゃるとのことでした。

最後の症例は39歳、女性、卵巣がんです。この写真(図17)の3日後に亡くされました。ライトが見えますが、これは庭に行燈みたいなものを置いたものです。ハウトケアというマッサージに行っていたボランティアの方々が企画して、お母様がちょうど3日後に誕生日ということもありまして、パーティーをしているところです。医療者でなくてもマッサージを通じて最期の時を共有できたという症例だと思います。



図17. 過去・現在・未来

おわりに

家族は患者にとって、Life（人生、日常生活）の最小単位の集合体であり、強力な援助資源です。疾病により顕在化した家族機能の危機は、家族を援助することで結合、再整合が可能になります。ハウトケアは緩やかに家族機能を修復できる手段であると思われます。

あなたの家にかえろうー住み慣れた家で死ぬということー

さくらいクリニック
おかえりなさいプロジェクト
阪神ホームホスピスを考える会

桜井 隆

はじめに

先ほど、清水先生もお話をされていましたが、年間108万人、日本で人が死にます（図1）。去年くらいから日本の人口が減り始めているのですが、108万人のうち、病院で死ぬ人が81.2%、家で死ぬ人は12%を切って減ってきているということです。日本では、施設での死亡が3%くらいで非常に少ないのが特徴です。施設や在宅で暮らしていても、最後は病院に入院してしまうというのがほとんどだというのが現状だと思います。こういう状況は世界中を見ても非常に珍しい。では、108万人がどのような原因で死ぬかというと、だいたい癌、心臓疾患、脳血管疾患などで、これらで2/3を占めます。自殺が多いのはまた別の困った問題なのですが、1/3は癌で、2/3は癌以外で死ぬということにもなります。

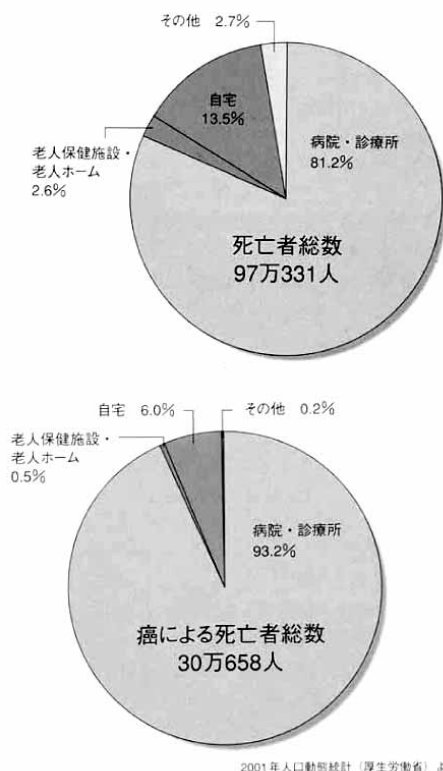


図1 死亡者全体および癌患者の死亡場所

私は最近やっと、介護者含めて一般の方にそういった「死に方講座」というと変ですが、死に際の話、往生際の話ができるようになりました。少し前までは、そんな話はとんでもないということだったのですが、最近は老人大学で「死に方講座」をしてほしいと依頼されるようになってきました。健康についての話は、「みのもんた」に任せておけばいいわけで、我々はもうちょっと往生際の話をしていかなければいけないということです。一般市民の方に、この表（表1）を見せて、「さあ、あなた、もし選べるなら癌で死ぬか、心臓で死ぬか、頭で死ぬか、何で死にたいですか？」と手を挙げてもらうとほとんどの方が心臓死（突然死）を願って手を挙げるわけです。ところが、皆さんご存じの通り不可能ですよ。突然死をする人は約3%、100人いたら3人くらいは突然死をする方がおられるのですが、一般的には突然死は望めないと思います。そのあたりの往生際に対する一般人の方の認識のギャップが、今の医療崩壊の原因の一つになっているのではないかという感じもあります。

表1 日本人の主要死因

1	がん	30.0 %
2	心臓	15.5 %
3	脳血管	13.2 %
4	肺炎	8.9 %
5	事故	3.9 %
6	自殺	3.0 %

日本および諸外国における在宅死の現状

在宅で死ぬというのが非常に難しくなってきたのですが、在宅死のパーセントも非常に面白いですね。県別では、どういう訳か奈良、和歌山の在宅死亡率が高い（表2）。何故ですかね、病院から遠いとか不便であるとか、こんなこと言ったら怒られますが、そういう理由があるかも知れません。大阪、兵庫は5位になっています。もちろん同じ大阪、兵庫でも阪神間と地方ではかなり違うと思うのですが、面白いのは、今、清水先生が頑張っておられる福岡、九州は軒並み在宅死が非常に低いということです。これは、病院の数、病床の数と相関しているのではないかとされており。一方、北海道は特殊で寒いからでしょうか。しかし、寒いところでも在宅死の多いところもあります。これだけ県別で在宅死が違うというのも面白いと思います。

表2 在宅死亡率（平成16年）

全国平均 12.4 %

1	和歌山	16.4 %
2	奈良	16.2 %
3	新潟	15.9 %
4	長野	15.5 %
5	山形	15.0 %

大阪 13.9 %, 兵庫 14.2 %

5	熊本	9.5 %
4	福岡	9.4 %
3	大分	9.5 %
2	長崎	9.0 %
1	北海道	8.2 %

図2は、先ほど清水先生も出されていましたように病院死が8割、在宅死が2割ぐらいというグラフです。注目すべき点は、在宅死が病院死より少なくなり病院で死ぬ人が多くなったのは1970年代、74～75年ということです。1970年に大阪万博があったときは、まだ家で死ぬ人の方が多かったわけです。それからたった30年間で逆転してしまったということで、30年というのが1つのサイクルです。親から子に、師匠から弟子に物事や文化が継承されるのに30年かかります。この30年間で、家で死ぬという看取りの文化が地域あるいは家から失われてしまったということです。そして20年～30年後には年間170万人、今の1.5倍の人が死ぬ。これで何が困るかという

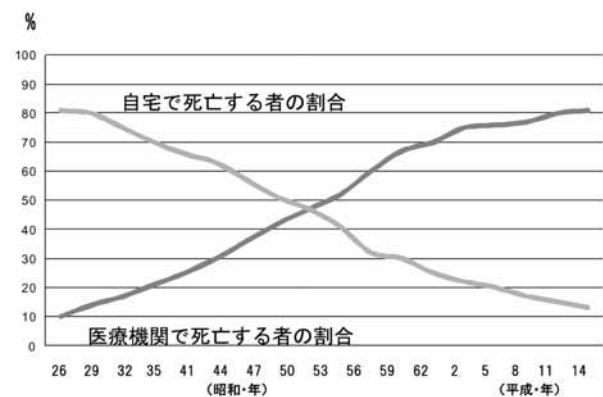


図2 医療機関における死亡割合の年次推移

表3 各国における死亡場所の構成比

	病 院	自 宅	施 設	癌の病院死
日本	84 %	12 %	4 %	93 %
アメリカ	41 %	31 %	22 %	41 %
オランダ	35 %	31 %	33 %	35 %

と火葬場が足りなくて困るようです。火葬場を作るといったら地域住民が反対しますので最近では港に船を浮かべて（火葬船）、そこで火葬しようという話も出ていと聞きます。私たちはこれからいったいどこで死ねば良いか、死に行く人たちをどこで支えて行くのかということが1つの問題になっていくのかなと思います。

日本はこういう現状なのですが、諸外国へ目を向けると（表3）、アメリカでさえ家で死ぬ人に関しては、メディケア、メディケイドという公的保険が在宅ホスピスケアをカバーしています。アメリカでは医療費が高くて入院できないということが確かにあるかも知れませんが、ナース中心のホームホスピスケアにより3割くらいが家で死んでいます。また、オランダでは病院、自宅、施設が1/3ずつであるといわれています。つまり、（死に場所を）自分で選択ができるというわけです。こういった諸外国と比べて日本において病院死が突出して多いというのは非常に特異的で、また、それがたった30年間で起こってきたというのが日本の現状なのかなと思います。

図3は、最後を過ごす場所ですが、介護ニーズ

と医療のニーズの状況によって、病院であれ、ホスピスであれ、あるいは施設であったり、グループホームであったり、在宅であったり、本来はそれらを自由に行き来できる、流れるように行き来できる、その人の状況、本人の状況、家族の状況、介護の状況に応じて、自由に行き来できるというのが理想的なのです。その流れがなかなかうまくいかないというのが、今の日本の医療保険・福祉制度かなと思います。

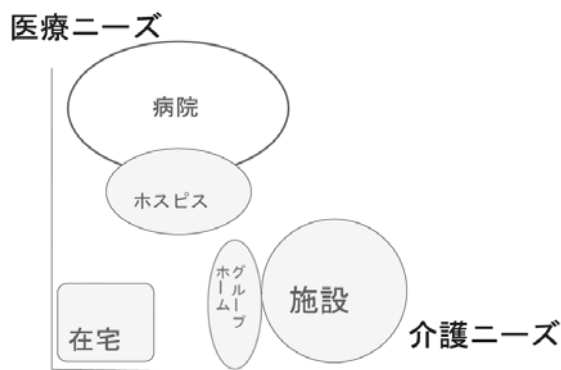


図3 ターミナルケアの場—最後を過ごす場所

今の日本では、制度が医療保険、介護保険に分かれ、しかも医療保険も年齢が75歳で分けられるという、非常に細切れの制度が結びつかず、その狭間に落ち込む難民、癌難民、介護難民、死亡難民という難民が発生しています。そこをつなぐいわゆる「のりしろ」が、表から見たら見えませんが、裏でしっかりくっつけている、「のりしろ」にあたる、間を取り持つ業種が不足しているためにたくさんの難民が発生しているというのが今の日本の現状かなと思います。

癌患者の在宅死は難しくない

この写真は私のクリニックで、先ほどの清水先生と同じように外来と訪問の両方をやっています(図4)。ちょっと前までさくら銀行と間違えていらっしゃる方もいたのですが、そのさくら銀行も今はなく、小さな町のクリニックです。

だいたい10年くらい在宅で一生懸命やっていますが、今までに210名くらいのかたをお見送りさせていただきました(表4)。男性の方が多いのかなと思っていましたが、意外に女性のほうが多いことがわかりました。意外といえますのは、

在宅ケアを考えるとときに何となく、例えば、60代70代の男性が癌になって家に帰りたいと言ったときに、奥さんと嫁いだ娘さんが近所にいるというパターンは何とかいけるかなと思います。ところが、60代の女性乳癌末期患者さんが家に帰りたい、でも介護者は旦那と息子しかいないとなるとかなり社会資源をしっかりと入れないと家に帰れないかなというイメージがあったのですが、意外に男女比はあまり変わりませんね。



図4 さくらいクリニック外観

表4 さくらいクリニック在宅死亡診断件数(男98名、女108名、計206名)

		癌の種類	人数
癌患者	158名 (76%)	肺癌	29
		胃癌	27
非癌患者	48名	大腸癌	23
		肝臓癌	19
		膵臓癌	11
		乳癌	7
		脳腫瘍	4
		胆嚢癌	9
		腎臓癌	5
		子宮癌	3
		膀胱癌	2
		その他	18

癌の種類については、肺癌、大腸癌、膵臓癌、いろいろありますが、種類はあまり関係ありません。専門家、特に肺癌の専門家の先生ほど、肺癌は最後には呼吸困難のため在宅で看取るのなんて困難ではないのかとお思いになるのですが、意外とそうではないですね、また、膵臓癌だから痛みが強くって・・・という感じもあまりありません。亡くなった後で死亡診断書を書くときに、「あれ？あの方何癌だったっけ」といったこともあります。

もちろん、消化器系癌と呼吸器系癌では、多少緩和ケアや症状コントロールの方法は変わりますが、概してあまり大きな違いはないように思います。

特に癌患者さんの末期に特化して看取っているわけではないのですが、癌患者さんの方が、在宅でのターミナルケア、ホスピスケアはやりやすいです。何故でしょうか？ それは癌患者さんは期間限定だからです。90歳の母を70歳の娘がみていて、どちらも要介護認定を受けられるというような老老介護が少ないということ、何よりも期間限定、ご存じの通り癌患者さんは割と最後までADLの良い方が多いので、本当に動けない（病気の種類にもよりますが）、本当の寝たきり状態というのは、だいたい1週間から2週間弱です。従って、短期間上手に介護福祉のサービスを入れれば乗り切ることができます。症状コントロール、ペインコントロールは基本ですが、癌の末期だからといって家に帰れないということはありません。逆に癌の末期の方が頑張れるとも言えます。ただ、「残りちょっとだから家族の世話になったらええやん」と言いにくいのが問題ではあるのですが、末期癌のほうが在宅ケアはやりやすい、むしろそうでない非癌患者さんのほうが難しいと思います。つまり、非癌患者さんのほうがエンディング、どこに着陸させるのが難しいということです。そういう問題があると思います。

何故家に帰れないのか

どうしてみんな病院から家に帰れないのか？ もちろんすべての方が家でいいとはいいませんが、いろんな問題があって、残り寿命が短いということやきっちり伝えることができないために家に帰れないのだと思います。例えば、「もうちょっと良くなったら帰ろうね」とか、「今年の正月は無理だから、来年の正月はお家でね」というようなことです。「そんな時間はないよ」ということを周りがなかなか伝えられないのが問題だと思います。また、在宅に移るとどんなサービスがあるのかわからない、病院のスタッフも上手に退院支援をしてあげられないというような問題もあるかも知れません。

あとはコストの問題です。例えば癌保険というのがありますが、皆さん新聞広告をご覧になると一面にドーンと載っていますが、入院1日1万円、

3か月入院したら百万円になります。家に帰ったらゼロですから、できたら入院したいですね。しかし、最近ようやく在宅特約といって在宅でケアしていても保険金が出る癌保険が発売されるようになりました。皆さん、もし癌保険に入っておられて、「わしは最後自宅で過ごしたい」という方がおられましたら、在宅特約が付いているかどうかをチェックして、もし付いていなければ保険会社にリクエストしていただいた方がいいと思います。家に帰れない一番の問題は家族に迷惑をかけるとみんな思っていることでしょうか。いろんなアンケートがありますが、在宅死を望まない一番の理由は、家族に迷惑をかけるということがあるようです。もし家族に迷惑をかけなければ・・・という条件を付ければ、もっと多くの方が最後は住み慣れた家で過ごしたいのではないかと思います。

最後に家で過ごすための条件

どんな条件かと言うことですが、今日も皆さんはこのセッション終わればおうちにお帰りになるのと同じように、まあ家に帰ろうかということです。仕事が終わったら家に帰るのと同じように、人生が終わるときには家に帰ろうということです。そのように軸足を在宅においたときに、それには何が必要かということを考える、そんなケアを我々が提供できればと思います。

私は病院から帰ってきた患者さんのところに最初に往診に行ったときに、「おかえりなさい」と声をかけます。そうすると「ただいま」と言ってくれる患者さんが多いですね。それでそのうちに、「じゃ、さよなら、行ってきます」とか、「お先に」みたいな、そういった出会いと別れが在宅のホスピスケアなんだと思います。

医療－福祉－介護の垣根を越えて広がるケア、時間－空間－次元の垣根を越えて流れるケア

先ほども申しましたように、こういった狭間に落ち込む難民を作らないために、我々みたいな町医者や、禁煙支援の予防から、在宅療養支援の看取りまでを流れに沿った、流れに寄り添うケアが提供できればと思います。残念ながら今の日本の制度は流れに寄り添いにくく、こうした難民を作りやすくなっているのが現状かと思います。「の

りしろ」のようにきっちりとつなぐのが我々の役目だと思います。

往生際の形

図5は往生際、つまり死に方のパターンです。①は元気でぽっくり、②は肺炎、心不全などです。例えば、誤嚥性肺炎を起こして危ないかなと思ったら助かって、どうかなと思ったら亡くなってしまうような例です。④は、認知症でだんだん悪くなって亡くなっていくというパターンです。③は癌です。ほとんどの人がポックリ型を願うのですが、無理ですよ。こういった往生際のパターンを我々はもっと、介護している本人には言いにくいですが、少なくとも介護者には往生際はこうなんだよと、伝えることはできると思います。

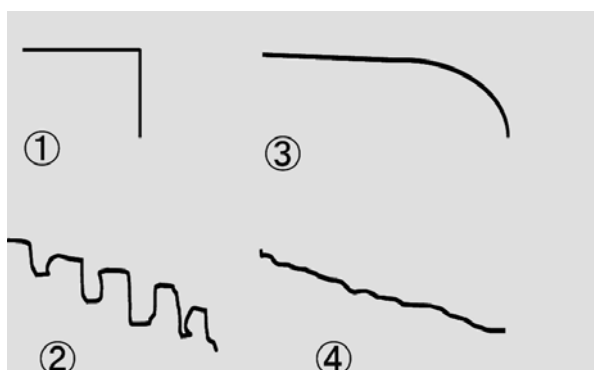


図5 往生際の形

①がいいのはここまで何も考えなくていいってことです。③は一見ADLは良いのですが、やはりここは癌と闘うという、精神的な頑張りが必要なので、難しいところです。万人が①を望むのは無理ないのですが、現実問題として非常に難しいと言うことは伝えてくべきだと思います。

どういう往生際を望むかを尋ねると、みんな①に手を挙げるんです。ところが、あなたの家族がもし朝、見に行った時に死んでいたらどうですかと聞くと、それは嫌だというわけです。自分は突然ポックリ死にたいけれども、家族に急に死なれては困る。家族が朝、見に行って、起きなかったらどうするんですか。救急車を呼ぶ。救急車を呼んだら、救急救命センターに運ばれる。必死で救命される。命が助かる。けれども管がいっぱい付く。「こんなはずじゃなかった」ということです。

救命救急の現場のスタッフは一生懸命徹夜でやったのに、家族に「こんなはずじゃなかった」と言われたら、「こんなあほらしいこと、やってられるか」というのが、今の医療崩壊の一つの原因となっている感じがいたします。こういうパターンでしか往生際はありえないんだよ、現実的に即してあなたはこういったケアや介護を受けて最後まで暮らしたいのかということを、きっちりお伝えする必要があるかなと思います。

人生はフライト—ソフトランディングをサポートするために

そんな話のとき私は人生をフライト例えます。飛行機を頑張って飛ばす。遠くに高く飛ばすというのが、20世紀の医療でした。臓器移植、遺伝子治療、再生医療などです。ところが、いくら頑張って遠くに高く飛んでも、人間は最後着陸しなければならない。着陸するところを支えるのが、ホスピスケアです。これはむしろ漢方的な発想なのかなと思います。

図6はそれをあらわしたものです。誕生、離陸した飛行機、命が高く遠くへ飛ぶようにサポートするのが、上へ引っ張る治療、キュア（Cure）の矢印です。そして、下りの命、着陸をサポートするのが下から支えるケア（Care）の矢印、最後のソフトランディングをフワッと支えるホスピスケアの矢印です。

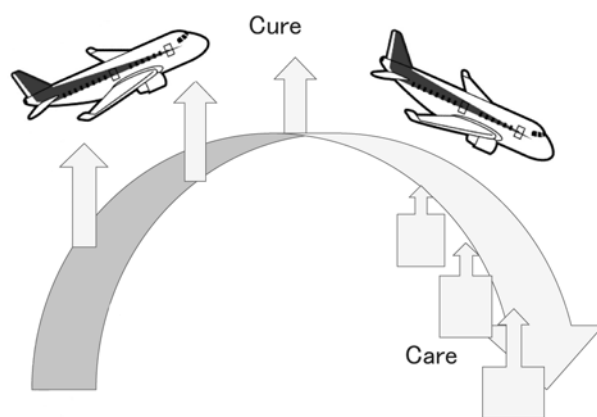


図6 人生はフライト—ソフトランディングをサポートするために

癌の末期が何故ケアしやすいかというと着陸地点が見えるということがあります。つまり、着陸する飛行場がある程度、本人はともかくとして、周りとしては、例えば、羽田を飛び立って、伊丹

に降りるんだということがある程度わかります。そろそろ伊丹空港が近づいて大阪の町の灯がみえるというところでソフトランディングを支えることができます。ところが、認知症とか誤嚥性肺炎、心不全の人は、着陸する飛行場がはっきりしない。伊丹で降りるのかな、神戸まで飛ぶのかな、あるいは福岡までかなと思っていたら、瀬戸内海に墜落してしまうような、そんなイメージですよ。そのあたりが癌以外の良性疾患の看取りの難しいところかなと思います。

生きて老いて病気になって死ぬ、この人間を支えるのに、病院という箱の中じゃなくて、地域の住み慣れた家というのは、いい場所かなと思います。死んでいくじいちゃんを孫が見ていく。命のバトンといますか、かわいがってくれたじいちゃんが本当につめ冷たくなって、息をしなくなっていく瞬間を孫がズーッと見ることができるというのが、在宅ケアの良さかなとも思います。日常の中にある死というものを見ることができますよね。

ところが、最近在宅死を勧めるといいますと、厚労省の医療費削減の政策の一端を担っている感じになっています。追い出されて、いやいや在宅に帰ってきた人を我々在宅ケアのスタッフも、あんまり見たくないわけです。そうではなく、「あなたが願うならお家に帰りましょうね。それは可能なんですよ。そこを我々はサポートしますよ」というような、看取りの文化とでもいいですか、「最後はお家で過ごすことができますよ」という、そんなPRをもっとしていかないといけないかなと思います。



図7 あなたの家にかえろう

そこで、「あなたの家にかえろう」という冊子(図7)を作っています。今日持ってきていますので、また後で配らせてもらいますが、「最後の

場所は病院でも、施設でも、家でもいいんですよ、でも、選択肢の一つとして、住み慣れた家、住み慣れた地域で最後まで過ごす選択肢がありますよ」ということをお伝えする冊子を一生懸命配布しております。また後で見いただければと思います。

おわりあかんでもまあええか

「終わりよければすべてよし」という映画が流行ったのですが、みんなが言う往生際、大往生ってどんなんだろう。「あなたが願う大往生というのはどんなのですか？」と一般の方に聞きますと、ほとんどの方が「ベッドに寝ていて、周りに家族とか大事な人がいて、その中でだんだん意識が薄れていく、それが家ならいいね」とそういうふうに言うんです。「では、その1週間前はどんなですか？」と聞くと「そろそろ食べられなくなって、食べさせてもらう」と。「では、1か月前は？」と聞くと、「ちょっと歩けなくなって、車いすに乗っていて押してもらっている」という、そんなイメージです。

それがみんなの言う大往生ですね。最初にみんなが手を挙げた、心臓死・突然死とは違いますねという話をしたら、「あっ、そうだね」とそこで気づいて下さるんですが、でもその介護の期間が長いと家族に迷惑をかけるというわけです。「それは困りますね。だったらいい病気がありますよ。癌ですよ。癌の場合は最後に介護を受ける時間が短いですからね。」と一般の方にお話をして、「まあ癌で死ぬのも、多少ぼけて死ぬのも、いいじゃないか。」「大往生は無理でも中往生、小往生くらいならサポートできますよ。」「終わりよければすべてよしが理想だけれども、終わりあかんでも、まあいいか。今までよく頑張ったよね。」というような、そんな発想で最後のサポートができればいいなと思いますね。

おわりに

図8に示しますが、バイオ(生物)、サイコ(心理)、ファミリー(家族)、ソーシャル(社会)モデルです。ある人を支えるのに、今まではこういった、バイオロジカルな臓器であるとか、細胞とか、遺伝子、これはもう今までやってきた医療の部分ですが、そうじゃなくてサイコロジカルな心理的な面があります。この上に本当はもっとス

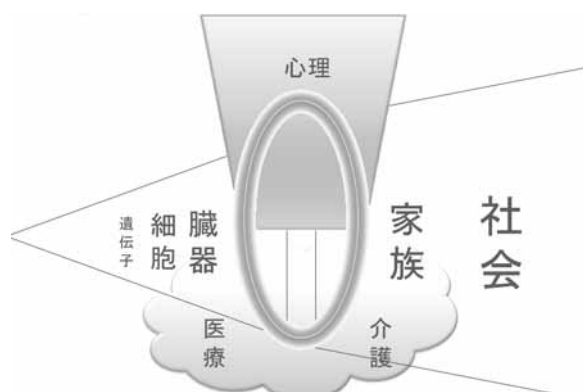


図8 生物・心理・家族・社会モデル

ピリチュアルというのがあるんですが、まあ僕はあんまり好きじゃないんで書かないんですけど…。それだけでなくそれを支えるファミリー、こういった視点である1人の人を支えていく。その家族が、社会に属している、それを我々、医療と介護が支えるということですね。医療と介護が狭間を作らないで「のりしろ」を上手に作って支えるという、こういった連携の中で、バイオ、サイコ、ファミリー、ソーシャルというような、こういうサポートや介護をする視点の中で本人が最後、消えて死んでいく、そんなイメージでサポートができればと思っています。

平成20年度日本東洋医学会関西支部例会（和歌山）準備委員

会長 八瀬 善郎

準備委員長 山本 昇吾

準備委員 川端 寛

坂口 俊二

笹野 雄助

嶋本都多子

三谷 和男

山崎 寿也

山田 伸

吉田 宗平

若山 育郎

平成20年度
(社)日本東洋医学会関西支部例会（和歌山）講演集

平成22年11月1日発行

(社) 日本東洋医学会関西支部和歌山県部会