

第7回 NPO 健康医療開発機構 シンポジウム報告

# 未来志向の漢方

—ポジティブな多世代共生社会を目指して—

2014年3月2日(日)13:00~17:00

於:学士会館

# 第7回 NPO 健康医療開発機構シンポジウム

## 未来志向の漢方

### —ポジティブな多世代共生社会を目指して—

13:00-13:10 【理事長挨拶】

武藤徹一郎 (NPO 健康医療開発機構・理事長/財がん研究会・メディカルディレクター)

13:10-14:10 【第1部 基調講演】

I 本シンポジウムのねらい

渡辺賢治 (慶應義塾大学・教授/NPO 健康医療開発機構・理事)

II 個別化医療時代の漢方

井元清哉 (東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター・准教授)

14:10-14:20 【休憩】

14:20-17:00 【第2部 パネルディスカッション】

吉岡 章 (奈良県立医科大学・学長)

「未来志向の漢方 - 奈良県の取り組み -」

首藤健治 (神奈川県・理事)

「世界へ発信する神奈川モデル ヘルスケア・ニューフロンティア構想」

増田美加 (医療ジャーナリスト、NPO 法人みんなの漢方理事長・市民代表)

「漢方への期待 国民の目線から」

葉山茂一 (漢方デスク株・社長)

「ヘルスケアとしての漢方」

白井正人 (農林水産省 生産局農産部地域作物課・地域対策官)

「薬用作物に関する農林水産省の取り組み」

## プロフィール

【渡辺 賢治】

1984年慶應義塾大学医学部卒、同大内科学教室、東海大学免疫学教室、米国スタンフォード大学遺伝学教室およびSRI Internationalを経て、1995年北里研究所東洋医学総合研究所で本格的に漢方に取り組む。2001年慶應義塾大学東洋医学講座准教授、2008年同大漢方医学センター長、2013年慶應義塾大学環境情報学部ならびに政策メディア研究科教授。医学部兼任教授。奈良県立医科大学客員教授、日本内科学会総合内科専門医、米国内科学会上級会員、日本東洋医学会・指導医・漢方専門医、社会保障審議会統計分科会専門委員、神奈川県顧問、奈良県顧問、日本経済調査会委員、漢方産業化推進研究会アドバイザー、WHO ICD改訂委員会委員(伝統医学共同議長)、ISCMR(国際学会)理事。

【井元 清哉】

1996年九州大学理学部数学科卒業、2001年九州大学大学院数理学研究科博士課程修了、博士(数理学)。東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター博士研究員、助手、助教授を経て07年より准教授。ヒトゲノムデータなど高次元大規模データから知識発見・予測を行うための統計学理論、方法論の研究に従事。特に、創薬標的分子の数学的探索、がんの分子メカニズムと多様性の数理解析について研究。著書に「統計数理は隠された未来をあらわにする」(共著)など。

【首藤 健治】

神奈川県理事(国際戦略総合特区・医療政策担当)

京都大学医学部卒業。1993年厚生省入省。保健局、大臣官房統計情報部などで医系技官として医療行政に取り組み、1996年からはハーバード大学に留学し公衆衛生学を学ぶ。2009年9月から厚生労働省大臣政務官室調査官、2011年1月からは内閣官房医療イノベーション推進室企画官等を経て、2012年4月からは神奈川県参事監(国際戦略総合特区・医療政策担当)、2013年4月からは、同県理事(国際戦略総合特区・医療政策担当)として神奈川県の推進するライフイノベーション政策を担当している。

【吉岡 章】

1970年 奈良県立医科大学卒業、1971年三重県厚生連松阪中央総合病院小児科 部長  
1973年 国立大阪病院小児科、1976年奈良県立医科大学小児科学助手を経て1993年同大学教授、  
2002年 同大学附属病院長、2007年同大学理事、2008年4月同大学 理事長・学長 現在に至る。  
西独ボン大学実験血液学及び輸血学研究所、英国ウェールズ大学血液学教室へ留学、中国西安交通大学医学院客員教授。日本小児血液学会賞(大谷賞)、昭和天皇記念血液事業基金学術賞、国際血栓止血学会(ISTH) Distinguished Career Award、日本小児救急医学会 水田隆三記念賞を受賞。

【増田 美加】

女性のための健康&医療の執筆、講演を行う。女性誌『婦人画報』『Oggi』『美的』『日経ヘルス』、WEBサイト『クロワッサン倶楽部』ほかで執筆中。著書に『女性ホルモンパワー』(だいわ文庫)、『リバウンドゼロダイエット 太りグセがやせグセに変わる!』(高橋書店)、『乳がんの早期発見と治療』、『死ぬまで老けない人になる』(いずれも小学館)ほか多数。乳がんサバイバーでもあり、NPO法人女性医療ネットワーク理事「マンマチアー ~乳房の健康を応援する会」を仲間と主宰。

【葉山 茂一】

漢方デスク株式会社代表取締役。東京大学文学部卒業後、マッキンゼー、アマゾンジャパンを経て、漢方に関する事業を目的に退職して起業。漢方のウェブサービス立ち上げを目指し、2012年11月にクックパッド入社後、2013年11月に漢方デスク株式会社をスピンアウトし、現在に至る。

【白井 正人】

農林水産省生産局農産部地域作物課地域対策官

茶、いぐさ、薬用作物、蚕糸、こんにゃく、そばなどの特産作物の生産振興などを担当。  
1964年生まれ。1987年3月東京農工大学卒。1987年4月農林水産省入省。研究機関、農林水産本省、在外機関、内閣官房、経済産業省などを経て2013年4月から現職。日本茶インストラクター(認定06-1560)。



【第一部 基調講演】

## 「本シンポジウムのねらい」

渡辺賢治

慶應義塾大学 教授

NPO 健康医療開発機構 理事

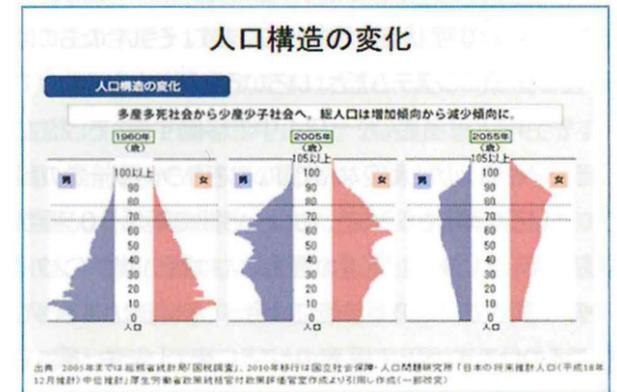


皆さんこんにちは。足元が悪い中ありがとうございます。今日のシンポジウムは健康医療開発機構としては7回目となります。毎年あるテーマで行うのですが、今年は漢方でいこうということになりました。漢方をどうふうに取り上げるかということですが、日本の現状や近未来を考えると、どうしても暗い話ばかりあります。医療費は上がる一方で人口は減っている。こういった中で少しでも明るい未来を描けるようにということで、無理やりですがテーマを「未来志向の漢方—ポジティブな多世代共生社会を目指して—」としました。要するに今ある現状をどうするかという話よりも、あるべき日本の姿を見据えて、その中で漢方をどう使うのか、といった話にしたいと思っております。

### 漢方でこの国の未病を治す

まず今日の内容はプログラムにあるとおりで、武藤先生からお話があったように、本当に多彩な人材が、いろいろな方面から漢方というものをどうみるかという話になります。今日の狙いは何かということを一言で言うと、「漢方でこの国の未病を治す」、この一言に尽きます。私、渡辺賢治の名前はとかく、漢方ロビイストという感じで知られているかもしれませんが、私は別に漢方をどうこうしたいということは考えていません。私は内科の専門医でもあり、アメリカの内科学会の上級会員でもあります。そのような立場で患者さんを前にして、漢方という手法をどうやって使うかを日々考えています。しかし目の前にいる患者さんを一生懸命診るということの他に目を向けてみると、実はこの国が病んでいる。この国の未病に、今手を打たなければ、この国はどうにも立ち行かなくなるということで、今回はいろいろな方からこの国の未病を治すという話を伺いたいと思っております。

### 超超超高齢化時代をどう乗り切るか？



去年の秋、敬老の日の総務省の発表では65歳以上の人口が、ついに4人に1人になりました。75歳以上は12.3%です。これが2050年、人口動態研究所の予想では高位、中位、下位と幅を持たせているのですが、大体65歳以上が40%、75歳以上が25%です。現状でも全医療費の6割近くを65歳以上の方が使っています。一人当たりの平均医療費は65歳以上の方の医療費は65歳未満の方の医療費の約4倍です。将来の国民医療費についてはいろいろな予測がありますが、相当医療費が上がるということが予想できます。7%以上が高齢化社会、14%以上が高齢社会、21%以上が超高齢社会なので、この40%は超超超高齢社会です。誰もこの言葉を認めているわけではなく、私の造語です。でも、いかにもすごいことが起きそうだということはお理解いただけると思います。この社会に多くの人が目がそむけています。

私は現在、慶應大学の藤沢キャンパスや医学部でいうと慶應、武藤先生の母校の東大や奈良医大でも講義をしています。その中で一番最初にこの人口ピラミッドの絵を見せて、最初に言う言葉は、「君たちの将来は暗い」で

す。この間私の大学のイベントで、AO入試で入りたい、そして渡辺賢治を指名して入りたいという高校生が来たのですが、それを知らずに「君らの将来は暗い」、というセミナーをやってしまった。しまった、もっと夢を語らなければいけないと後から思いました。でも本当に考えれば考えるほど暗いんですね。この社会をどう乗り切るのか。

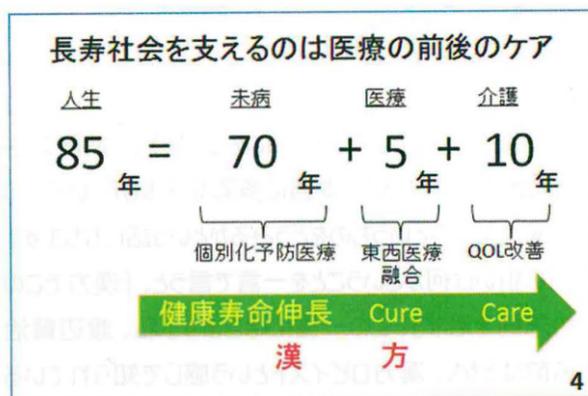
高度成長時代の主として生産者を対象とした医療というのは、「肝臓が悪い」、「では肝臓を治して社会に戻しましょう」ということだったのですが、この高齢社会の医療というのは、頭が重い、腰が痛い、尿の出が悪い、目がかすむなど、多彩な症状を複数持っています。そういったものは現在の医療のシステムだと、いろいろな科にかかるわけです。そうすると患者さんが一日の中で移動するので、どこにいるのかを追うのが大変なんです。なおかつ一つ一つの科でいろいろな薬をもらうので、あっという間に薬が10種類を超えてしまいます。最近の患者さんは賢いのでインターネットで調べて、「この薬は俺には合っていない」なんて言って捨てるわけです。そして医者のところに来て「先生、薬ってというのは燃えるゴミですか、燃えないゴミですか」という質問をするわけですね。果たしてこういう医療がこれから成り立つのか。疾患ごとに薬が出て、大量の薬が破棄されているというのが現状です。そして退行性の変化、例えば脊柱管の狭窄症で、歩く足が痛い、でもそうなるからでは遅いんです。そうなる前に筋肉を落とさないようにする、ということが必要です。悪化予防、すなわち「治す医療から癒す医療」へ変わらなければならない、というのが高齢者医療の特徴です。

#### キューバの事例

キューバの例を挙げてみます。うちの学生が明日漢方の試験なのですが、試験が終わったらキューバに行くというんですね。なぜキューバかという、社会主義国なので本当かどうか分からない情報がありますが、キューバは医療・教育が全て無償です。GDPは日本の4分の1ですが、平均寿命は79歳でほとんど日本と変わりません。低い経済レベルだけれども高い医療・教育レベルを維持していて、なおかつ敵国であるアメリカ人の観光客が来ても、医療は無償です。キューバの憲法では「医療を受けない患者が

あってはならない」「全国民が無料で医療を受ける権利を持つ」ということがうたわれています。社会主義国なので信頼できないという方もいらっしゃると思いますが、学生が行ったらぜひともレポートを聞きたいなと思っています。

キューバの医師の数は、人口比で日本の3倍です。これだけでなく、世界に対しての医療貢献も、ものすごいんです。その秘訣は家庭医、プライマリーケア医が約半数いることです。医師の半分がプライマリーケアをやっている、東洋医学、鍼灸などがとても盛んです。120世帯約800人の患者を1人の家庭医が受け持ち、患者が産まれる前の妊娠中から死ぬまで、全部面倒をみます。こんな医者は今の日本にはいないんですね。NHKの朝ドラで「梅ちゃん先生」というのをやっていました。「梅ちゃん先生」の時代はこういう医療をやっていたはずなんです。だけど今はビルの中で18時まで診察をすれば、あとは家に帰るということで、全人医療、人をみるということがないです。自分は眼科だから他は一切診れません、眼科の中でも網膜症しか診ません、というような時代になっています。



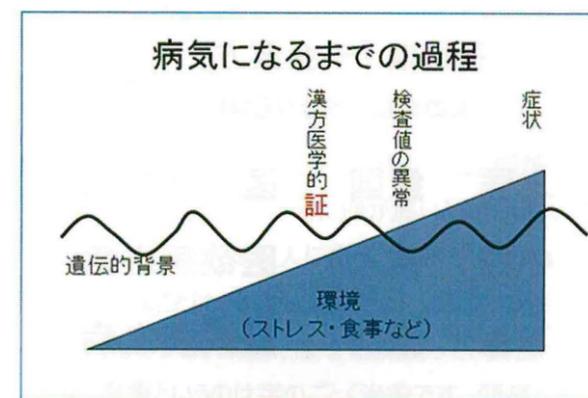
こういった今の日本の医療の姿で、果たしてこの高齢社会を乗り切れるのかということ、常に考えなければいけないと思っています。長寿社会を支えるのは、今日のひとつのテーマでもあるのですけれども、医療という枠だけではもう足りないと思います。「未病、医療、介護」、未病の解釈は後から申し上げますけれども、特に医療と介護は社会の制度として勝手に人が分けたものであって、1人の人間から見たら、医療も介護もシームレスなはずなんです。その全体をみられるというものが無い。

#### 漢方の考え方が日本を救う

実は漢方というのはこの未病、医療、介護を全部一貫してみられるというのが一つの強みであります。まず漢方というのは、病気ではなく人を治す。相手は病気ではないんですね。私はWHOのICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 国際疾病分類) というプロジェクトをここ10年くらいやっているのですが、西洋の病名というのはまず病気です。肝臓のどこにどこにできたというがん、という病気の分類です。

それに対して漢方というのは、あくまでその病気を持っているあなたの分類、人の分類になります。例えば、ある薬をあるところに投与すればそれで解決するというほど、人間の体は単純ではありません。人間の生態そのものがシステムなんです。西洋の薬、1つの化合物ですら、投与すれば人間の体はいろいろな遺伝子が動きます。今の医療には「生体はシステムだ」という考えが少し欠如しているように思います。なおかつ現在の医療というのは、この新しい薬はアメリカの治験では1万人の患者さんに対してこういう結果が出ているので、どうぞ使ってくださいといひます。でもそれはあくまでもアメリカの1万人の患者さんを対象にした集団のエビデンスで、個人個人のエビデンスではないんです。患者さんが聞きたいのは、本当に自分に合う薬は何ですか、自分に合う治療は何ですか、ということです。それには今の医療は、応えきれていないというのが現状です。

これからゲノムの時代に入りますけれども、ゲノムだけで病気が決まるわけではなく、環境因子も入ります。まず病気の症状が出る前に検査値の異常が出ますが、実はそれよりもずっと前に、漢方の素因が出ます。



今日はデータを持って来ませんでしたが、藤沢キャンパスで私の学生、170名くらいを対象に、漢方の「証（しょう）」というのをやったのですけれども、漢方的に見て健康と出たのは約20%です。みんな20歳前後の学生です。20歳前後から何らかの異常や不調を抱えながら生活している。その不調をちょっとしたところで軌道修正してあげれば、大病にはならないわけです。ただみんな、何か不調があっても無理をしながら生活をするものですから、病気になるということです。もっともっと早い段階での介入はあり得ると思っています。

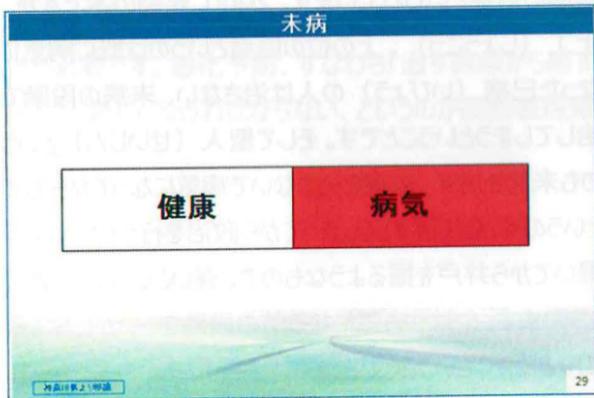
#### 中国古代の治療の考え方

未病のことを少しお話しますと、漢方の中では未病が最高の治療といわれています。2000年前の本ですが、上工（じょうこう）、上の位の医者というのは既に病気になった巳病（いびょう）の人は治さない、未病の段階で治してしまうということです。そして聖人（せいじん）というのも未病を治す。未病を治さないで病気になってから治すというのは、国が乱れてしまってから政治を行うとか、のどが渇いてから井戸を掘るようなもので、遅いというふうに書いてあります。やはり病気になる前の段階を、いかに早く察知できるか、ということが重要になります。

孫思邈「千金要方」  
人の命は千金よりも尊し

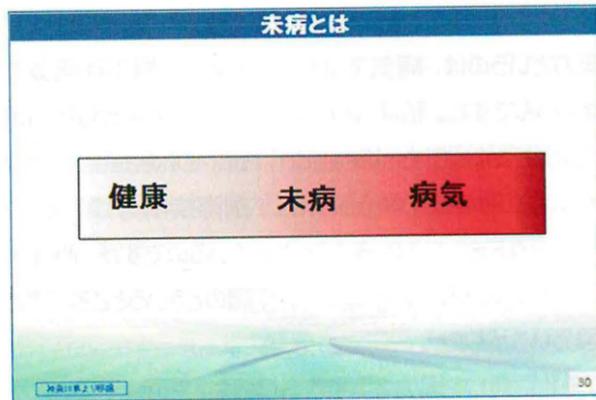
上医 愈国 医未病之病  
中医 愈人 医欲病之病  
下医 愈病 医既病之病

ぐっと時代が下って孫思邈（そんしばく）、唐の時代です。これも医者（のり）のランクは上、中、下と分かれていて、一番下の医者は病気を治す、真ん中くらいの医者は人を治す、一番上の医者は国を治す、それから一番下の医者は、既に病気になってしまったところを治し、真ん中の医者は病気になりそうところを治し、本当の上の医者は未病を治す、と書いてあります。この話は私の恩師の大塚恭男先生が大好きで、必ず最後に言うのは「でもここ（下医）が一番儲かるんだよなあ。これ（上医）やると儲かれないんだよ」という話です。歯医者さんでも歯磨き指導とかをしっかりとやる人は、貧乏そうな歯科医院ですよ。自費診療でどんどん金歯を詰めてやるというほうが絶対儲かります。だけどこの国の医療のシステムはそれではもたないんです。



未病については後ほど首藤さんからお話がありますけれども、これは黒岩知事のお考えで、本来は健康と病気と2つに分けていたのですが、未病はどこにでも存在することです。例えば漢方でいうと、介護を受けている方が誤嚥性肺炎を起こすと入院になってしまう、けれどもそれを防ぐのに半夏厚朴湯（はんげこうぼくとう）という薬があ

ります。これは非常によく使われています。それから認知症になってしまった後でも、抑肝散（よくかんさん）というものでその気分が高揚するのを抑えることができます。



未病というのは、学生のアンケートでわかるように、健康そうにみえていても、実は病んでいるという人がたくさんいますし、また病気になってしまった後でも、そこから悪化させない、というのまで含めて広い意味で未病という考え方になります。これは後ほど首藤さんからお話があると思います。

漢方医学に智慧は薬だけでない

さて、未病を治すために薬を使うと、また医療費が上がります。厚労省のお偉い人と話をすると、予防というと医者がデトックスだとか、美容だとかで金儲けを考るので、医療費が減らない、だから予防のところには医者を入れないとおっしゃっている人もいますが、実は漢方の知恵というのは薬だけではありません。

日本東洋医学会という学会の定義としては、「漢方」というのは「薬物療法」、「鍼灸」、「養生」のは3つから成ります。この「養生」というのが結構大事なんですね。一生懸命漢方薬で体を温めようとするけども、その一方でアイスクリームばかり食べている、これでは駄目です。ですから日々の生活、これが大事なんです。養生の中でも食事というのは大事で、食医同源という言葉がありますけれども、食事というのは毎日のことです。

周礼（しゅらい）  
周（紀元前1100年頃～前256）  
医師の四つの区別

1. 食医（食事療法医）
2. 疾医（内科医）
3. 瘍医（外科医）
4. 獸医

周という時代、ずっと古い時代ですけれども、医者には4つの区別がありました。外科医が内科医より下にあるので武藤先生は見ないでください、これはあくまで周の話です。だけれども内科医、外科医よりも食医という、食事療法医が一番上なんです。ですから日々の食事がいかに大事かということになります。



今日うちのゼミの学生が来てくれているのですが、ゼミの学生が薬膳どんぶりというものを企画しました。これは藤沢キャンパスにあるレストランとコラボをして、そこで出しました。非常に好評だったので、さらに知事に食べていただくということで、神奈川県庁に運んで食べていただきました。知事のコメントは「薬膳というものはまずいと思っていただけ、これはうまい」とお褒めをいただきました。薬膳というと特殊な薬草とか、生薬を使うようなイメージがあると思うんですけども、そうではなくてこの薬膳は日々の食事の中で使う身近な食材を使っています。

養生にも証がある

養生というものはやはり「証」、個別化です。例えば頭痛の養生というものはなく、頭痛も雨が降ると頭痛という人もいれば、朝起きた時に頭痛という人もいて、千差万別なんです。その人に合った養生というものがあります。大事なことは、その頭痛を持った「あなたの養生」ということなんですね。薬膳には2種類あって、食養と食療ですが、食療というのは字のごとく治療です。頭痛というものの、あなたの頭痛を治すということです。食養というのは万人に共通する、春の変動しやすい気候の時にはこんなものを食べましょうというものです。ですから個別化というのは食療であるということです。それから入浴や運動、ツボ押しとか、こういったことを全部ひっくるめて、個別化、一人一人違いますよ、というのが漢方の特徴であります。

漢方は日本社会を持続するためのツール



今日これから漢方デスクという会社の葉山社長から、こういったお話をしてもらいます。漢方というものは日本社会を持続するためのツールです。この超超超高齢社会を乗り切るためには、医療とか社会のパラダイムシフトが必要です。キューバの例にあるように、総合医（プライマリーケア）と漢方とのコラボが必要だということで、プライマリーケア連合会と漢方とのコラボを始めています。

それから大事なこととして、病気になってから治すということが、これからは難しくなります。難しくなるという意味は、日本の全体の財源などを考えた場合に、未病の段階から自分の健康は自分で守る、という考えが必要だということです。未病、医療、介護をつなぐという仕組み作り、実

はここに漢方というものがまた役立てられます。

それからもう1つ大事なことは、これから奈良県の吉岡学長、神奈川県のお話しいたしますけれども、Community-Based Medicine（地域に立脚した医療）というものを復活させないと、この日本の国は成り立たないと思っています。漢方から離れて言うと、例えば外科医が交通事故の患者さんを一生懸命診る、でも実は事故が、ある交差点で頻発するということがわかれば、その交差点の仕組みを直すとか、信号の時間を直したほうがはるかに早いですよね。医者が病院に来る患者さんを診る、患者さんが来るのを待つという状態から、社会とつながりを持って社会のシステムそのものを直していくことが、これからどうしても必要になると思います。

### 漢方活用の課題1 漢方は科学ではない？

漢方活用の課題として、いくつかの誤解があるのですが、その1つが「漢方は科学ではない」ということです。これは散々国からいじめられている言葉でございます。

平成22年3月17日

インフルエンザ治療薬として漢方薬を積極的に利用した場合の医療費節減効果の試算

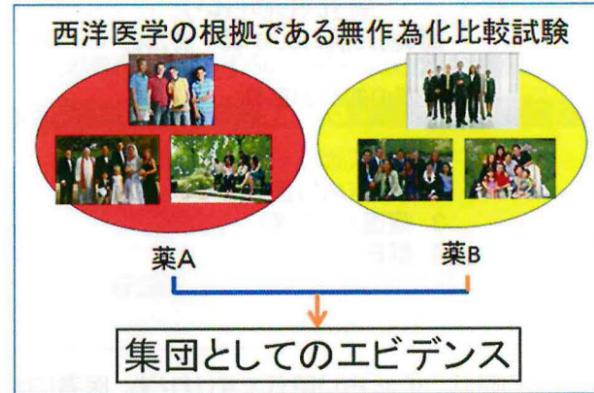
慶應義塾大学医学部 4年・宮本佳典  
4年・大澤一郎  
2年・坂田隆介  
NPO 健康医療開発機構 竹本治

- 漢方薬(麻黄湯)に積極的に切り替えていくことで、90億円以上の医療費節減が期待できる
- インフルエンザに対する治療効果に遜色がなく、医療費節減効果も大きい

⇒漢方医療を臨床の現場で一段と活用する利点をアピールできる

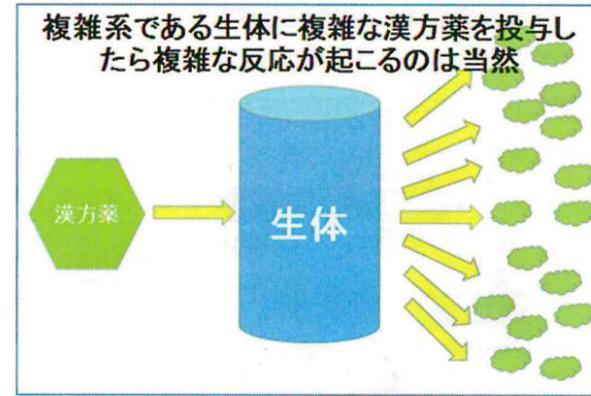
例えばこれはひとつの例ですが、インフルエンザに麻黄湯(まおうとう)が効くということで、抗インフルエンザ薬の代わりに麻黄湯を使うと、医療費が毎年90億円は削減できます。年間のインフルエンザの患者さんは1200万人くらいいるんですけども、そのうちの4分の1、300万人が漢方薬を使えば、90億円の財源が削減できるという試算を、医学部の学生がやりました。これをもって国の新興感染症の対策に漢方を入れるべき、と提言すると、「エビデンスがないからだめだ」と。ではエビデンスを創出するために国の研究費を取ると何回か申し出をしたんですが、全てはねられています。エビデンスがないと言うのであれば

研究補助くらいして欲しい。



そもそも本当に漢方にエビデンスはないのでしょうか？実は漢方の無作為化比較試験は全部で379あり、英語に訳されていて、コクランライブラリーという国際的なデータベースに収められています。ですから漢方にエビデンスがないというのは、全くの嘘です。それから日本では薬学部が非常に頑張っていて、東大の長井長義先生以来、朝比奈泰彦先生、柴田承二先生など名だたる先生方が世界をリードしてきました。そのお陰で生薬学、薬学の分野では薬効機序の研究はものすごくたくさんあります。昔は日本の生薬学は世界のトップで、アジア中の俊英が集まってきました。だけど今は日本で研究する人が減って、アジアの優秀な学生は香港とかシンガポールへ行ってしまう。非常に残念なことです。ですから日本にそういったものが無いというのは全く嘘です。

現在の西洋医学の根拠であるエビデンスというのは、例えば1000人集めて、500人ずつ薬A、薬Bに分けたとします。薬Aのほうが薬Bよりも効果が高かったと。500人も集めれば人間なんてみんな同じでしょうという考えですが、全く嘘です。私は免疫の研究をやっていたのですが、体の中の物質のサイトカインというものは、個人差が大きく、500倍くらい違います。ですから、個人個人全く違う、そういった人々を集めて、まあ500人集めれば同じだよという。われわれは動物じゃないんです。こういう手法では個別化医療には到底なりません。なおかつこのエビデンスというのは、あくまで人間が立てた仮説です。



だけれども実際に1つの薬でも、生体の反応というのはものすごく多岐にわたり、漢方という複合物が入ったら、もっと多岐にわたります。そもそもいろいろなシステムとしての生体で、非常に歪曲化したある肝機能に対して、この薬が効いたかどうかというような単純化したモデルでは、生体というのは語れないですね。ただそれだと科学になりにくいということで、非常に歪曲化した単純なモデルを作り上げてきたということになります。

データプラットフォーム  
患者さんは診察ごとの症状をコンピュータ入力

問診システム

(タッチパネル)

個別化医療というものをこれからどうするのかということは、次の基調講演である井元先生からお話があります。慶應大学ではブラウザ上の問診システムを使っていますが、これは後ほど井元先生からお話がありますので割愛します。

### 漢方活用の課題2 国の支援がない



漢方活用の課題2目としては、国の支援がないということです。これも散々今までやってきましたが、一昨年の2012年4月のクローズアップ現代に私が出演した際の記事に、「漢方薬に異変あり 伝統医療の覇権争い」とあります。WHOやISOとか、こういったところで闘っています。本当に闘ってます。

中国・韓国の国立伝統医学研究所

- 中国中医科学院  
中国最大の伝統医学の研究機関。職員数1万人。その他
- 国立研究機関10ヶ所
- 省立研究機関50ヶ所
- 市立研究機関35ヶ所
- 国立韓医学研究所  
1994年創立  
職員 240名

32

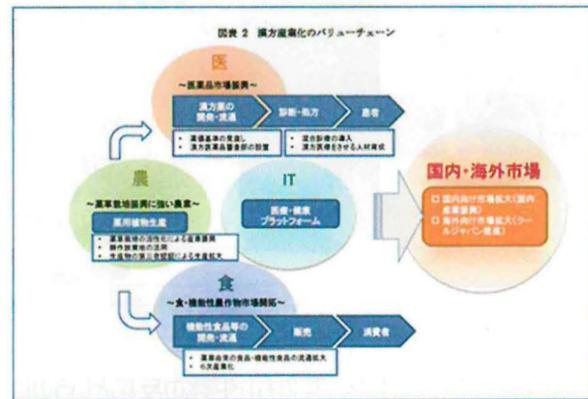
中国や韓国は、政府の人が出てきます。われわれは民間で闘っています。全く後ろに何も無いという丸裸の状態です。そういうことがなかなか理解してもらえない。そもそも中国や韓国は国策で行っています。それは経済効果があるからです。ものすごい経済効果があるんです。中国、韓国にはそれを後押しするためのものすごい規模の国立の機関があります。ところが日本には政府機関すら無い。だから何か問題が起きた時に、持っていき先がないんですね。今日最後にお話しいただく白井さんがいらっしゃるので言いにくいのですが、事案を持っていくのに厚労省、農水省、経産省でたらい回しをされることがよくあります。この

間なんか厚労省の中でもたらい回しされました。それはWHOの案件だったので最初に国際課に行ったら、国際課は窓口だけで個々のところはそれぞれの課があるからと言われ、今度は統計情報部に行ったら、これはうちじゃないよ、薬の話なので保険局ですよと言われました。保険局に行ったらこれは統計の話だからうちじゃないよ、というたらい回しを受けました。こういう状況です。漢方の事業を統括する組織がないというのが、日本の最大の弱点です。官に頼るのはやめる、これが福沢諭吉先生の精神です。



それで去年の12月18日に、神奈川県、奈良県、富山県、それと20余りの企業で連合を作りまして、漢方産業化推進研究会というものを立ち上げて記者会見を致しました。今は3県ですけども、全国から問い合わせが来ております。耕作放棄地が余っている、山が荒れている、何か薬草を作れないかということで、全国の自治体から問い合わせがひっきりなしに来ます。中には個人の方もいらして、7000ヘクタールの山があるのだが、どうにかしてくれといった問い合わせも来ます。あるいは4000ヘクタールの山があるとか、そのヘクタールという単位自体が私には全然わからないんですけども、東京ドームより広いんだろうな、ということくらいはわかります。ひょっとしたらディズニーランドくらいあるのかもしれない。みんなそういうところで困っている。ですから、漢方をやる時には、耕作放棄地や荒れた山で困っている自治体とつながって、国土の再生ということも考えております。

### 漢方活用の課題3 生薬が足りない

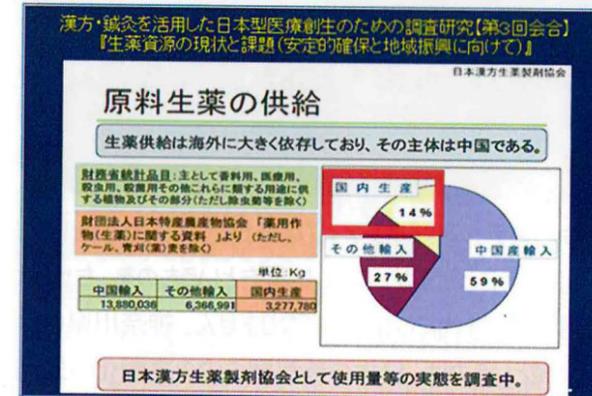


これはちょっと細かいのですが、目指しているのはバリューチェーン、要するに漢方というひとつの出口だけでも、その裏にあるのは実は、生薬の原料を作る畑であり、日本のものづくりだということです。こういった一連の流れ全てをもって、漢方というものが普及できればなと思っています。

生薬が足りないことに関しては後ほど吉岡学長から話があるかもしれませんが、奈良県に奈良のブランドの当帰(とうき)があります。当帰は日本での自給率が高い生薬なのですが、中国から輸入している朝鮮人参が去年の12月に価格が倍になりました。生薬といってもエキス製剤用と煎じ薬用があります。例えば慶應大学病院で私が診ている患者さんの1割くらいは、がんとか膠原病とか、いわゆる難治性の疾患に対して生薬を使っています。いわゆる煎じ薬です。この煎じ薬というのは保存が効かないので、製剤と違ってその年の流通価格で決まります。実は生薬の品質がこの10年でどんどん劣化しています。なおかつ価格は上がっています。流通業者の中には、もう俺やめた、という会社が何社もあって、最後の砦の1社が頑張っているのですが、いつまで堪えてくれるのか不安です。良質の生薬の流通が止まってしまう前に防ぐのが、われわれの使命だと思うんです。

2009年に漢方の保険はずしがあつたときに、武藤理事長のお名前がこのNPOでも署名活動をやったんですけど、3週間で92万4808名の署名が集まりました。たった3週間です。それくらい漢方に対して患者さんの期待が高いにも関わらず、実は患者さんが飲んでる漢方の質は、どんどん劣化しています。このことは言うまいとず

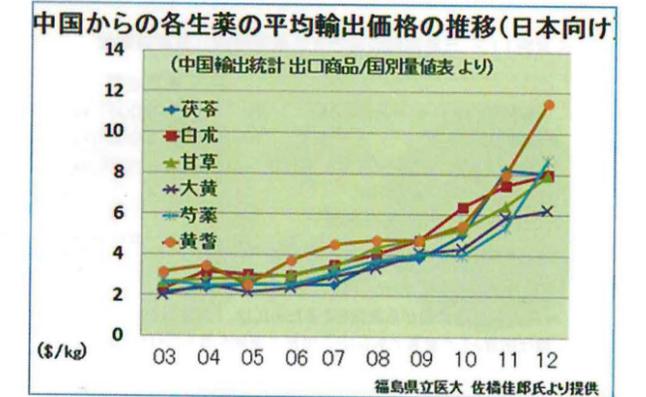
と決めていたんですけども、今日は爆弾発言してしまいました。誰のために漢方を残すのか、医者のためでも業界のためでもなく、患者さんや国民のためです。だけど国民はこの事実を知らされないままどんどん漢方医療の質が劣化している、その事実は本当にどうにかしなければならないと思っています。興奮してしゃべってしまいましたが、落ち着きます。



平成21年に「漢方・鍼灸を活用した日本型医療創生のための調査研究」を行いました。今日はその関係者の方がたくさんいらっしゃるのですが、黒岩知事が知事になる前に代表として行っていただいた研究です。生薬の自給率はその当時に14%あったのですが、今は12%というのが業界の調べで出ています。



これは黄連(おうれん)という生薬で、これ(折れ線)が薬価です。中国産に依存していたおかげでどんどん薬価が安くなって、日本での生産がどんどんなくなりました。もともと黄連というのは、普通に日本で採れる野生のもので、それがどんどん価格競争に負けてできなくなった。



中国に依存した後に、今度は中国の経済発展と人民元の為替のレートの関係で、価格が上がっています。先ほど申し上げたように、流通業者は朝鮮人参で儲けて他の薬剤の赤字部分を埋めていたんですけど、その朝鮮人参の価格が倍になったので、今後どうなるか非常に心配です。



