

伝統医学が
国際疾病分類 (ICD) に入る意義 その四

『漢方の臨床』64巻8号(2017)別刷

渡 辺 賢 治

伝統医学が国際疾病分類 (ICD) に入る意義 その四

慶應義塾大学 渡辺賢治

日本の虚実の証をどう扱うか

前述したように国際伝統医学分類は伝統医学的疾患 (disorder) と証 (pattern) の二つから成る。2012年5月の香港における会議では、伝統医学病名 (disorder) のセクションをほぼ完成した。証に関しては、まだ数が多く、整理されていなかったため、2012年9月13〜14日に東京で会議を行い、その結果、数を大幅に削減、約700→250まで減らすことに成功した。

そこで問題となったのは、八綱弁証である。八綱弁証は陰陽・虚実・表裏・寒熱の8つから成るが、陰陽は最上位概念であり、残りの虚実・表裏・寒熱の組み合わせが2×2×2の8通りあることから八綱が生じる。通常はその八綱が臓腑とつながり、臓腑弁証として使われ、八綱弁証だ

けで用いられることはほとんどない。

まずは八綱弁証を分類として入れるかどうかが大きな議論になった。しかしこれがないと日本の虚証、実証、寒証、熱証が入らない。しかし他国では八綱弁証のみを使うことはない。そこで、この八綱弁証についてはポストコーディネーションを導入し、虚実寒熱を修飾分類として扱うことで入れもらえることになった。

ポストコーディネーション

このポストコーディネーションという考え方はICD-11の改訂から導入された考え方である。日常診療の中でも違った場面でも使われる用語がある。例えば肺腺癌、子宮腺癌などの腺癌は臓器をまたがって共通の組織型である。また、重症度を表す表現や起因菌を表す表現など、繰り返し

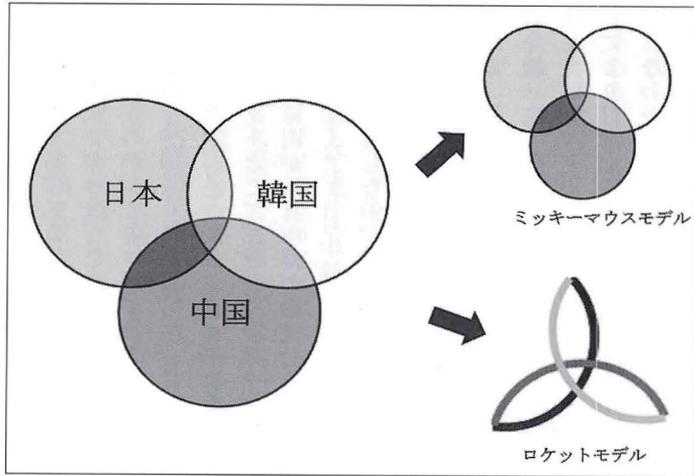


図2 ミッキーマウス・モデルとロケットモデル

いう二つの軸で語られているために歴史的に混乱を来してきたことはよく知られる。
近代になり、「虚とは、病に抵抗してゆく体力の虚乏している状態。実とは、病に抵抗する体力の充実している状態」

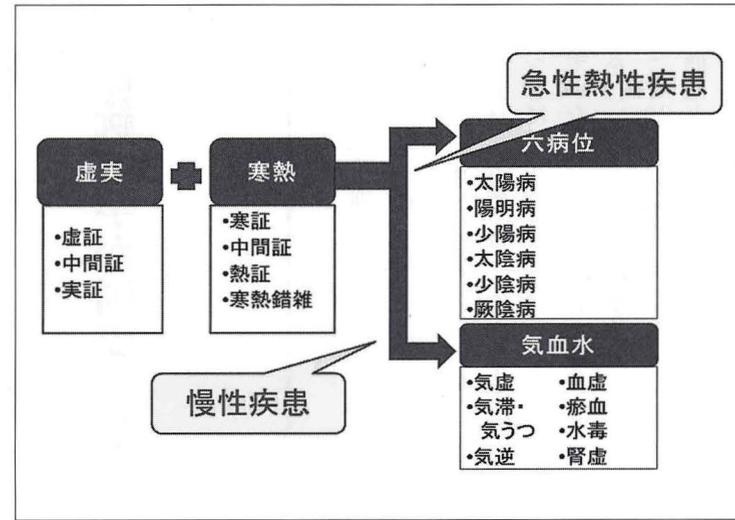


図1 漢方の証のロジック

し異なる場面で使われる用語については extension code として独立した章に納められているが、それ自体は独立したコードにはならない。幹となる分類は事前に決められた分

類、という意味でプレコーディネーションと呼ばれ、あとで付随的に足される用語をポストコーディネーションと呼ぶ。
漢方の分類の場合、虚実、寒熱はいかなる場合にもコードされるが、急性熱性疾患の場合には六病位を、慢性疾患の場合には気血水をコードすることになっている(図1)。
虚証・寒証・気虚証であれば、気虚が幹となる分類で、虚証寒証をエキステンションコードとして扱うことができる。そうすると、気虚証を幹にした場合、虚証寒証気虚証や虚証寒熱中間証気虚証とは別なのであるが、これらを羅列するとすごい数になる。その代わりに気虚証を幹にして、虚証、実証などを修飾語として用いることで、コードの数を減らすことが可能である。
寒熱虚実原則それだけで分類として独立することがない修飾語であるが、気血水の証など幹となる分類がない場合にはそれだけで独立した分類になり得る、といった点が特徴である。

虚実中間証について

もう一つ大きな山場は虚実中間証についてである。虚実の定義が『素問』通評虚実論篇第二十八の「邪氣盛んるは則ち実、精氣奪するは則ち虚」が邪氣という軸と精氣と態」と捉え、宿主側の要因として虚実を捉えることが多くなったのは、一つは漢方の守備範囲が感染症から慢性疾患に移行したことがその背景として考えられるが、この考えに則って考えた場合、虚実中間証という宿主の状態の存在を認める考え方が広く受け入れられている。

この虚実中間証は日本独特の表現であり、これに対しては中韓からも何度も指摘を受けてきた。寒熱中間証も同様である。しかしどうにかこれらを認めてもらったのは、本プロジェクトそのものがミッキーマウス・モデルで行く、という原則があったからである。このミッキーマウス・モデルは日中韓のそれぞれの医学を重んじて、その総和を取る、という考え方である(図2)。

ミッキーマウス・モデル

国際伝統医学分類を開発する日中韓は古代中国医学を起源とする点では共通であるが、長い歴史の中でそれぞれが独自の発展を遂げてきた。これは日中韓のみならず、欧州は欧州で米国は米国で、それぞれの国の事情に応じて独自の発展を遂げてきている。
標準化という作業の中は、これらの多様性がある程度切り捨てる作業にはかならず、どれかを基準にしないで

WHO西太平洋地域事務局で行った用語の標準化の場合には、日中韓のうち、二カ国が賛成すればその用語を認める、という方式でやった。これにより三国どこも不平不満を残したというのが、このプロジェクトを主導したスンプ・チョイ氏の経験であり、これをWHO本部はロケット・モデルと称した(図2)。チョイ氏の助言を受けて、WHO本部プロジェクトとして伝統医学分類を作成する際に一番初めに決めた原則が「日中韓の最大公約数を取る」ということであった。すなわち日中韓それぞれの伝統を重んじて、その独自性を侵害しない、というルールである(図2)。

例えば四象医学は韓国独自の医学であり、李濟馬の『東医寿世保元』は1894年に出版された本であり、近代の理論である。しかしこうした独自の発展を認め合い、最大公約数を取って、国際的に使われるもの、使われないもので淘汰していく、という実際的な方法を取ることにした。これにより日本独特の虚実および寒熱中間証が認められることになったのである。

レビューおよびフィールドテスト

ICD-11の改訂は2012年にα版が、2013年にβ版が完成し、ウェブ上で公開されている¹⁾。伝統医学分類もブラッシュアップを経ながら、現在に至っている。現在

の伝統医学の章に収載されている疾病は155、証が203である(2017年6月現在)。

今までは限られたチームで開発してきた国際伝統医学分類であるが、レビューおよびフィールドテストを行うことにより、外部からの目にさらされることになる。特にレビューは日中韓を含む世界の伝統医学の専門家および言語の専門家142名が国際伝統医学分類の構造、内容、定義についてレビューを行った。

この中で、用語に関する疑義が一番多く出された。これには英語への翻訳の問題も含まれている。英語にした時におかしな言葉になってしまい、それを今度逆に自国語に直した時に同じ用語にならないものも数多く存在することは事実である。その中でも意味を考えてベストな選択をするしかない。

現在レビュー作業が終了し、実際のコードをつけてみるフィールドテストに向けて準備中である。

ICD改訂会議

2016年10月はICDの改訂にとっても伝統医学の章にとっても重要な時であった。ICD-11改訂に向けての準備がほぼ整ったことを示すICD改訂会議が開催されたのである。しかも場所は東京である。

1週間の会議のうち、前半は通常のWHO-FIC年次総会、後半がICD改訂会議に当てられた。WHO-FIC年次総会が日本で開催されるのは1986年、1996年及び2005に次いで4回目である。このうち、2005年はICDの改訂に向けた準備を始めた年である。そして2016年はICDへの改訂がほぼ見えてきたことを宣言する会議である。こうした節目に日本がWHO-FICの会議を行うことは素晴らしいことである。

改訂会議に合わせ、伝統医学のサイドセッションを行った。ここではWHOからは伝統医学担当官のチー・ジャン氏、ICD担当官のネナード・コスタンジュセク氏、それに日中韓の代表が話をした。日本からは日本東洋医学会の佐藤弘会長がスピーチをした。それにオーストラリア、英国、米国が話をし、東アジア伝統医学の次にICDに入る候補として、インド政府の方がスピーチした。

WHO-FIC会議では、西洋医学側からの風当たりも強いが、一方で伝統医学を有する国からの風当たりも強い。「なぜ東アジア伝統医学だけがICDに入るのか?」という疑問がインドやタイから必ず出てくる。2009年5月にWHOが、世界中の伝統医学関係者を香港に招集して第1回の伝統医学拡大会議を開催したのは、世界の伝統医学を公平に扱うためであった。数ある伝統医学の中で東アジア

伝統医学が、最も整備されている、という理由でICDに最初に入る候補になったわけである。

1900年から始まる国際保健の基礎であるICDは西洋医学のみであったところに、伝統医学が風穴を開けるプロジェクトである。東アジア伝統医学がまずは風穴を開ければ、その他の伝統医学もICDの仲間入りを可能が出てくる。そのためこの章のタイトル「Traditional medicine conditions module 1,」なのである。Module 2, module 3が続くことを期待している。

改訂会議の最終日の全体会議でも伝統医学のセッションがあり、日本からは厚生労働省の医事課長が日本における伝統医学の現状についてお話をいただいた。また、渡辺からはサイドセッションの報告を行った。

このようにICD改訂において、伝統医学の存在がクローズアップされた意味において、この東京会議は大きなステップであった。

今後の展望

2017年6月現在、伝統医学の章は28章「Traditional Medicine Conditions」として閲覧可能である¹⁾。

また、多言語化も終了しており、日中韓それぞれに翻訳されている他、スペイン語などにも翻訳されている。

疾病と証の二つから成っており、これらについて国際レビューを終え、今夏にファイルドテストを終えてそれを反映した最終版を10月のメキシコシティーでのWHO FIC会議までに最終版を確定する。

そして2018年のWHO総会でのICD-11の改訂の承認に臨む、という予定である。この国際疾病分類作成プロジェクトはこれで終わりではなく、始まりだと思っている。この先は次世代に委ねたいが、ICDそのものは1900年に開始され、100年以上経った今も改訂が続けられている。伝統医学に関しても今後ますます国際化は進むであろう。日中韓を中心とした国際チームでこのプロジェクトを成し遂げた意義は大きい。今後ますますグローバル化が進み、それぞれの伝統医学の距離は縮まるであろう。そうした次の時代に向けてこの伝統医学の章は進化しつづけてはならない。

特に用語に関しては、まだまだ多くの課題がある。英訳の問題もあり、これからは国際チームで協力しあつてよりよい産物を作っていく必要がある。

標準化の重要性

本シリーズも最終回を迎えるに当たり、ここからは少し私見を書かせていただく。私は漢方が国際化されるために

という。いい物を作りさえすれば売れる、という時代は終わったのかもしれない。

ISO TC249はまさに国際標準を巡つての争いを今も練り広げている。こちらはタイトルが「TCM」に決まってしまった。その点WHOは商売に直接つながらない学際的な内容を議論する場であるので雰囲気は相当に違う。

それでも当初は激しい言葉の応酬があった。しかしながら多くの時間を共にすることで仲間意識が生まれてくる。国際会議は基本的に個人的なつながりが重要である。私も3年半米国に留学していた経験があるが、欧米は人間関係がドライでビジネスライクと言われるが、決してそうではない。多民族国家であるが故に信頼できるかどうかはシビアに観察している。国際プロジェクトがうまく行くためにはまずは信頼関係が不可欠である。

次世代への申し送り

(1) 井の中の蛙になるな

本プロジェクトが始まったばかりの2005年当たりによく耳にした言葉がある。それは「漢方は正規医療の中に入っているのだから補完代替医療ではない」というものだ。これをいくら国内で叫んでみても全く意味がない。もしもそういう主張をするのであれば世界に出て行ってそれを

はどのようにすればよいかを米国留学中から考えてきた。そんな中で本プロジェクトに関われたことは幸いであった。

そもそもICDとは何かを知らない医師は多いと思うし、私自身よく理解していなかった。研修医の頃、病名つけが義務で、その時にICDの一部に触れたくらいである。2005年の北京の会議で、疾病分類の議長を委ねられた時は右も左も分からず、西太平洋地域事務局のプロジェクトであり、何回か議長をやれば終わりと思っていた。

しかしその後、国際標準化機構(ISO) TC215に何回か参加し、ISO249が立ち上がるのを見るにつけ、国際標準というのが如何に重要かを徐々に知るようになった。2009年8月に放送された「NHK追跡! A to Z」の「激突国際標準戦争」を見て、如何に国際標準が重要かを感じ知らされた。日本はものづくりの国であり、いいものさえ作れば売れる、という考えでこの数十年やってきた。しかしグローバル化社会では、製品がグローバル化するためには国際標準を満たすことが要件となる。番組では送電線の電圧のことが取り上げられていたが、日本が最高水準の送電システムを開発すると、それをわざとはずすような国際標準を作る、というものである。車で日本に苦い思いをしているドイツ、スウェーデンなどは特に国際標準に熱心だ

伝えることである。そのために一番重要なのは、どんどん世界とつながることである。

ハーバード大学を中心に香港中医大学、国家中医薬アカデミーと組んで行ったNIHのプランニング・グラントで、国際共同チームを組んだ経験がある。ハーバード大学はデビッド・アイゼンバーク氏、国家中医薬アカデミーはケジー・チェン氏、香港中医大学はPCリャン氏という豪華メンバーであった。このようなメンバーが組めたのは当時慶應に留学していて、結局6年間漢方医学センターに滞在したグレゴリー・プロトニコフ氏のお陰である。

NIHがこの国際プランニング・グラントを企画して、香港でアジアの研究者に呼びかけた時に、プロトニコフ先生が誘ってくれて参加したのがきっかけであった。その時に香港衛生部の部長で辣腕を振るっていたのが後にWHO事務局長になったマーガレット・チャン氏であった。その直前に鳥インフルエンザが香港で流行し、香港中の鶏を殺処分したことで既に有名であった。後にまた伝統医学分類でお世話になるとは夢にも思わなかった。

その後プロトニコフ先生が責任者となったミネソタ大学において臨床研究を行った。その他国際共同研究はドイツ・シャリテ大学(現スイス・チューリッヒ大学)のクラウディア・ウィット先生や米国デラウェア大学のメリッサ・

メルビー氏など行ってきた。
海外からの医師の受け入れも積極的にやってきた。彼らが自国に帰って日本の漢方の素晴らしさを伝えてくれる。とにかく日本漢方のファンを世界に増やすことが重要である。

私が参加している国際学会の一つに国際補完医療研究学会 (The International Society for Complementary Medicine Research: ISCMR) がある。⁵⁾ 現在の学会の理事を務めているが、主催する学会は、2006年のカナダ・エドモントンにおける第1回会議から参加している。最近漢方の若い医師も参加してくれるようになった。しかし残念ながら自分の発表以外にはほとんど会場で姿を見ない。これではせっかく国際学会に参加してももったいない。ほかの発表を聞いてどんどん質問し、その演者と仲良くなることである。国際学会も国際会議も会議場ではないところで、いろいろと親睦が深められるのである。

ICD-11を機に漢方の国際化はこれから一気に進むと予想される。そのためにも若い世代がどんどん世界とつながってくれることを願っている。

(2) 相手をよく理解せよ

日本の漢方を語るためには、他国の伝統医学についても

れた伝統医学の北京宣言⁷⁾にもそれが引き継がれている。

(3) 批評家になるな、実践家になれ

国際活動には多くの時間を費やされる。前述したように国際プロジェクト推進のためには継続したメンバーでチームワークを作ることが重要であるが、一方で日常の診療・研究・教育をやりながらの国際会議参加は大きな犠牲を伴う。そのため、多くの専門家は国際会議への参加をためらうか、継続をあきらめざるを得ない。

今までに少しかじっただけで国際的活動を語ったり、批評する人を数多く見てきた。現場はそんな生やさしいものではない。夜まで討論したり、親睦を深めたりと国際会議に1回参加すると、その後1週間はほとんど機能しないくらい消耗する。その上貯まった仕事を消化しなくてはならない。こんなにしんどいことはない。

そんな思いをよそに心ない誹謗中傷も数多く受けてきた。私としてはこのプロジェクトが向こう100年の漢方の歴史を変えてくれると信じてやってきた。常に国益重視の国士として活動してきたつもりである。

次世代の人たちにお願したいのは、決して批評家にならずに、積極的に現場に立つて欲しい、ということである。

理解することである。熟知する必要はない。井の中の蛙で「日本の漢方だけが素晴らしい」とだけ主張しても国際的評価は下がる一方である。各国の伝統医学はそれぞれ素晴らしい。医療体制も含めて、それぞれの長所・短所を理解した上でお互いに尊重することが必要である。

私も本プロジェクトの最初の頃は日本漢方だけを如何に守るか、ということしか頭になかった。しかしながら、中国・韓国も西洋医学主流の中で自国の伝統医学を守らなければならず、必死に活動している。最初は多くの見解の相違があったが、まさに同じ釜の飯を喰う仲になるにつれ、不思議な連帯感が生まれ、その成果として中国の専門家とも共同研究するための研究費を取りにいったりする仲間になった。

WHOの伝統医学分類作成の過程において最も素晴らしかった点はお互いを尊重するミッキーマウス・モデルを採用したことである。それぞれの国の伝統医学を尊重しながら調和を図った点である。例えば四象医学は韓国以外では使われないが、それは自国版として使ってもらうためにICDの本体にきちんと残す、という方針である。

これにより、自国の伝統医学だけを主張することなく、お互いに尊敬の念が生まれた。WHOの伝統医学の戦略にも伝統医学の多様性は明記されており、⁶⁾ 2008年に出さ

稿を終えるに当たり

新年の言葉で記した約束を守るために、この12年間の軌跡を辿ってきたが、今までの活動を振り返るよい機会を頂戴した。誌面に書けない裏話もまだまだ沢山あるが、また別の機会に伝えたい。特にこれから国際化を担う若い世代には裏話の方が参考になるかもしれない。

数えてみたら本プロジェクトを遂行するために参加した国際学会は2005～2008年のWHO西太平洋地域事務局のプロジェクトとして12回、2009～2016年のWHO本部プロジェクトとして22回、計32回の国際会議に参加してきたことになる。日本での会議もあるが、アフリカ(チュニス、ケープタウン)や南米(ブラジリア)も含まれている。WHO本部にも4回行っている。伝統医学だけの会議の場合には議長を務めさせていただき、日中韓はじめ米豪欧などの取りまとめをした。

この12年間、多くの犠牲を払いながらこのプロジェクトに自身を捧げてきたつもりである。それだけこのプロジェクトが如何に重要であるかを信じてやってきたわけであるが、こうして振り返ってみると、いつつぶれてもおかしくなかった幾度とない危機を乗り越えられたのは、多くの人々が力を合わせてやってこれたからである。

まずは国内に関しては歴代の日本東洋医学会長のご理解とご支援が不可欠であった。日本バッシングの最中に北京に送り出していただいた石橋晃先生の英断がなければこのプロジェクトがスタートしたかどうかとも分らない。チュニジア・チュニスでサパーセミナーを企画してくださった石野尚吾先生、そしてWHO本部プロジェクトになってWHOとの覚え書きを交わした寺澤捷年先生、その後のプロジェクト推進のために多大な労力を払っていただいた石川友章先生、そして改訂会議において歴史的なサイドセッションの支援をしてくださった佐藤弘先生。

そして国内委員会である日本東洋医学会用語および分類委員会の委員長で、夜中までの作業を共にした足立秀樹先生、矢久保修嗣先生、並木隆雄先生はじめ委員の先生方。

マネージングエディターとしてWHOとの交渉の窓口に立ってくれている伊藤美千穂先生。それにWHOに伝統医学の分類プロジェクトを持ち込んでくださった厚生労働省統計情報部の首藤健治ICD室長(現神奈川県庁副知事)および歴代室長、そして2005年からこのプロジェクトをずっと応援してくださった及川恵美子分析官には感謝の言葉もないくらいにあらゆる局面でのご支援いただいた。そしてタイトル決定の際にロールプレイまでしてくださった伊澤章統計情報部長にも御礼の言葉もない。

そして本プロジェクトのきっかけを作ってくれたWHO西太平洋地域事務局の伝統医学担当であったスンプン・チョイ氏の卓抜した先見性には敬意を払っても払いきれない。それをWHO本部プロジェクトとして引き継いでくれたICD担当だったベディルハン・ウースタン氏、そして国際的にはWHO本部プロジェクトになってから共同議長と一緒にやってきたシャオリイ・ザン氏、WHO西太平洋地域事務局プロジェクト時代から苦勞を共にしてきたオーストラリアのチャリー・シユエ氏、ローズマリー・ロバーツ氏。そして素晴らしいチームメンバーたち、そしてここに名前を挙げられなかったすべての関係者にこの場をお借りして感謝申し上げます。(終り)

参考文献

1. WHO ICD-11 β : <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en> (2017年6月アクセス)
2. Plotnikoff GA, Watanabe K, Torkelson C, La Vallée J, Radosevich DM. The TU-025 keishibukuryogan clinical trial for hot flash management in postmenopausal women: results and lessons for future research. *Menopause* 2011; 18: 88-95.
3. Watanabe K, Matsuura K, Gao P, Hottenbacher L, Tokunaga H, Nishimura K, Imazu Y, Reissenweber H, Witt CM. Traditional Japanese Kampo medicine: Clinical research between

- modernity and traditional medicine-The state of research and methodological suggestions for the future. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; Article ID 513842.
4. Hottenbacher L, Weibuhn TE, Watanabe K, Seki T, Ostermann J. Witt CM. Opinions on Kampo and reasons for using it—results from a cross-sectional survey in three Japanese clinics. *BMC Complement Altern Med* 2013; 16: 13: 108.
 5. The International Society for Complementary Medicine Research <http://www.iscmr.org/> (2017年6月アクセス)
 6. WHO 伝統医学戦略 2002、2006 http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002-2006.pdf (2017年6月アクセス)
 7. WHO Beijing Declaration http://www.who.int/medicines_areas/traditional/congress/beijing_declaration/en/ (2017)

(医師：〒160 8582 東京都新宿区信濃町35)

自覚症状を重視する

大塚 恭 男

漢方では患者さんの自覚症状というものを非常に重視します。自覚症状を重視すると言うのは、自覚症状が治療に直結しているわけですね。こういう訴えをするときはこういう治療法があるということが古い時代から記されているわけで、漢方の治療法を決定するには、たとえば膀胱の中に水が入っているようだななんていうのは大事なインフォメーションになるわけです。ですから、それを非常に真面目に取り上げてやるということなんです。

その辺が患者さんに満足がいて、それによって非常によくなるのがかなりあるんです。現代医学のほうでいうと、不定愁訴症候群というような感じになると思うんですけど、そういうものがわりあい漢方の得意とする分野であるということでしょうね。

(大塚恭男論文集『東洋医学の世界』より)