

第55回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

漢方薬の国際性を目指して

座長：津谷喜一郎・丁 宗鐵

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1. 漢方の普及と発展—中医学と温病— | 菅沼 栄 |
| 2. 漢方薬の国際性を目指して | 曹 基湖 |
| 3. 総合医療としての漢方—東西文化の橋渡し— | グレゴリー・プロトニコフ |
| 4. 漢方国際化の問題点 | 渡辺 賢治 |

キーワード：漢方薬，代替医療，標準化，NIH，グローバル化

Aiming at Globalization of Kampo Medicine

Chairperson : Kiichiro TSUTANI, CYONG Jong-Chol

- | | |
|--|--------------------|
| 1. The Application and Development of Traditional Chinese Herbal Medicine in Japan —In Relation to Chinese Medicine and Umbin | Sakae SUGANUMA |
| 2. For the Globalization of the Herbal Medicine | CHO Ki-ho |
| 3. Kampo as Integrative Medicine —Bridging Eastern and Western Thought | Gregory PLOTNIKOFF |
| 4. Problems in the Globalization of Kampo Medicine | Kenji WATANABE |

Key words : Kampo medicine, alternative medicine, standardization, NIH, globalization

第55回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

漢方薬の国際性を目指して

座長：津谷喜一郎・丁 宗鐵

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1. 漢方の普及と発展—中医学と温病— | 菅沼 栄 |
| 2. 漢方薬の国際性を目指して | 曹 基湖 |
| 3. 総合医療としての漢方—東西文化の橋渡し— | グレゴリー・プロトニコフ |
| 4. 漢方国際化の問題点 | 渡辺 賢治 |

キーワード：漢方薬，代替医療，標準化，NIH，グローバル化

Aiming at Globalization of Kampo Medicine

Chairperson : Kiichiro TSUTANI, CYONG Jong-Chol

- | | |
|--|--------------------|
| 1. The Application and Development of Traditional Chinese Herbal Medicine in Japan —In Relation to Chinese Medicine and Umbin | Sakae SUGANUMA |
| 2. For the Globalization of the Herbal Medicine | CHO Ki-ho |
| 3. Kampo as Integrative Medicine —Bridging Eastern and Western Thought | Gregory PLOTNIKOFF |
| 4. Problems in the Globalization of Kampo Medicine | Kenji WATANABE |

Key words : Kampo medicine, alternative medicine, standardization, NIH, globalization

丁 これからシンポジウム4「漢方薬の国際性を目指して」を始めます。

最初に進行についてご説明します。まず、各演者のかたに発表していただき直後にディスカッションを行います。もしも最後に時間のゆとりがありましたら、各演者間、またはフロアのかたも交えて総合討論を行います。また、演者のご紹介は、時間の関係で抄録に出ておりますプロフィールを参考にしていただきます。

このシンポジウム4のテーマは「漢方薬の国際性」ということですが、日本東洋医学会の会員は臨床家が非常に多いと思いますが、こういう日本の東洋医学の臨床家の考えとは別に、すでに産業レベルでは国際化が進行しているわけです。ですから、我々が好むと好まざるとにかかわらず、国際化に何らかの関係していくことになるわけです。

もちろん日本では漢方薬はほとんど海外に依存していますので、最初から漢方というのは国際性を帯びた分野なわけです。特に漢方薬は国際商品になっているわけです。元は、中国、韓国、台湾、ベトナム

という国は、日本にとっては漢方薬の資源調達国だったわけです。原材料を調達する国であって、日本でクオリティ・コントロール (QC) をして、最終製品にして、またそれらの国に輸出するという流れが戦前からずっと行われてきたわけです。

最近の国際化の特徴は、日本発ではなくてそれぞれの国々が作った最終製品を日本に持ち込んでくる。または、この図1にもありますように、海外の製薬



図1 中国の三九企業集団によるカネボウ医薬品事業買収への動き

漢方薬の標準化

1. 品質
2. 診断法
3. 有効性・安全性の評価の方法
4. 行政によるハーモナイゼーション

図2 漢方薬の標準化

メーカーが日本の製薬メーカー、特に漢方関係も巻き込んだ形でM&Aなどを考えていく時代になってきています。ですから、やはり国際化というのは避けて通れない分野ではないかと思えます。

漢方薬の国際化を論議するときに、いつも問題になるのが漢方薬の標準化の問題です。図2に示します。今回、この辺についてもご発言いただけたと思います。もともと流通から端を発する問題です。さらに、品質、診断法、有効性、安全性の評価の方法があります。臨床的な問題としては、漢方薬の用量、配合生薬の用量比、生薬の規格があります。さらに生薬そのものが国によって同じ名前でも違う生薬が流通したり、薬局方もそれぞれの国で違う。これから行政的にもハーモナイゼーションが必要な分野です。早く手をうたないと、この分野は混乱をどんどん深めていくでしょう。それぞれ歴史的な背景がありまして、すぐには解決がつかないと思います。ここで東洋医学会としてもいろいろな問題点を整理して、今後国際的にも働きかけていかなければいけないと思います。

今回お願いした4人の演者のかたは、菅沼先生が中国、曹先生が韓国、プロトニコフ先生がアメリカ、最後に日本で渡辺先生という非常に国際性のあるシンポジウムです。発表は日本語でおこないます。

最初は「漢方の普及と発展—中医学と温病—」と題して、東京中医学研究会の菅沼栄先生をお願いいたします。

1. 漢方の普及と発展—中医学と温病—

菅沼 栄
東京中医学研究会

菅沼 菅沼です、どうぞよろしく申し上げます。

今日は中医学（中国医学）と中医学の中の温病について、紹介したいと思っています。私は日本に来て25年たちましたが、いろいろな形で中医学と関連がある仕事をやっています。中医学の好きな先生が増えてきまして、一緒に勉強していて、非常に充実感を味わっています。今後ともできるだけ正確に中国医学を日本の先生がたに伝えたいと思っております。

20年前はどちらかというと、元気になりたい、もう少し長生きしたいから漢方を使うという人が多く、ある意味では予防・養生に漢方を使うというイメージが強かったのですが（図1）、現在は、病気を予防するだけでなく、病気の治療に対して漢方を用いたい、あるいは、難病に対しても漢方を使いたいという患者さんが増えてきたような感じがします。そういう意味では、単一的な考え方では複雑な病気に対応しきれない部分があると思います。

日本もだんだん外国の方が増えてきています。特にアジア各国の方が増えているのです。そういう方々は小さいときから生薬の治療方法に慣れていまして、病気に対応できるようにいろいろな角度から東洋医学を把握しておく必要があると思います。

アジアの方ばかりでなく、つい最近メキシコの方の言葉が非常に印象に残りました。「伝統のある中国や日本には民間療法があるから安心して生活しています。メキシコにも似たような治療法がたくさんあります。病気の際は絶対に漢方治療を受けたいですね。」

ここ数年、特に東洋医学の存在感を感じるようになってきました。しかも通常の病気だけではなく、難病や感染症に対しても、東洋医学は十分役立つことができると思っています。

ここ2～3年の間、いろいろな話題がありました。2年前にはSARSの問題がぼつ発し、去年は人間にまでは広がらなかったのですが、鳥インフルエンザ

1. 漢方が浸透しやすい環境

中国では、漢方治療は臨床医療の中で大きな役割を果たしている。

日本でも、20年前と比して養生のみならず、疾病の予防から治療にまで幅広く浸透してきた感じがある。国際社会の到来により、漢方を希望する患者は日本のみならず、中国、韓国等アジア諸国はもとより世界中にまで及んでおり、彼らの慣れ親しんだ治療法を掌握しておくことの必要性が求められる。

図1

2. 感染症に有効な漢方医学

この2～3年の間も、SARS、鳥インフルエンザ（鶏瘟）、猪瘟、インフルエンザなど伝染性の高い感染症の記事が新聞のトップを賑わせている。その病因の究明及び治療方法の策定は、世界中の医療関係者の宿題となっている。

漢方は臨床を重視する医学である。その発病及び症状の特徴から分析すると、温病の認識が一番適応できると考えられる。

図2

のような病気も出現してきています（図2）。

このような問題だけではなく、毎年流行っているインフルエンザの問題とか、あるいは増え続けてきたエイズの問題といった病気に対しては、病因、発病の機序（病理）、症状、進展などの特徴から考えると、やはり『傷寒論』の方法だけでは不足な感じがします。その症状の特徴から考えれば中医学の温病の考え方が非常に近いのではないかと思います。

鳥インフルエンザや、豚の流行感染性疾患について、中国では鶏瘟・猪瘟と名付けています。「瘟」という病名からも、鶏瘟、猪瘟は温病との関連が非常に強いことが分かります。

中国の場合、当然のように『傷寒論』は普及していますが、温病の考え方も、傷寒と同様に一般的な臨床の疾患に使われています。一般疾患から、感染症、或いは生活習慣病等の現代病に対しても温病の治療方法を用いることが多いです（図3）。

『傷寒論』の中にも「温」の文字がありますし、温病に対応できる処方が存在し、温熱の存在を強調する条分もあります（図4）。しかし温病についての、系統的、理論的な整理はなかったように感じま

す。肝心の治療方法と具体的な処方に関しては、『傷寒論』は不足しています。これは歴史的背景によるもので致し方がありません。しかし温病に帰属する諸疾患に対しては、やはり対応しやすく、治療効果が優れている温病の処方を選びたいです。

検査、診断を比較的重視する西洋医学と違って、東洋医学は臨床症状と治療を重視する医学です。

『傷寒論』と『温病』は両方とも外感病に属します。

外感病とは外邪、自然界に存在している邪気の侵入によって生じる疾患です。初期の治療方法では双方とも解表法を使います。初期の段階は「傷寒」にも「温病」にも表の症状が見られます。少し汗をかかせる解表法を用います。

表の段階、『温病』で言うと「衛分」の段階で適切な治療を施さなかったり、邪気の勢力が強かったりすると、邪気は「裏」に侵入します。『温病』で言う「気分」の段階です。ここでは体内の正気は衰えていないので、邪気と激しく抗争します。『傷寒』、『温病』ともに清熱の方剤を使うことが多くなります。例えば清熱瀉火の効能をもっている「白虎湯」は両方の学説に使われている重点処方です。

しかし、両学説の決定的な相違点は初期に受けた邪気の性質の違いです。『傷寒論』は風寒の侵入を強調します。風寒の邪気は身体の陽気を消耗しやすく、最終的には陽気虚弱を呈することが多く、治療では、体内の陽気を助け、回陽救逆の効能を持つ附子などの配合された処方を使うことが多いです。

これに対して『温病』は初期に受けた邪気の性質が風熱であるため、熱の特性で病症の進行が速く、体内の津液（水）、陰を消耗するので、最終的には真陰不足を呈することが多くなります。『温病』は治療において、体内の陰液を守り、育てる養陰効能を持つ生地黄・白芍薬などの生薬を使うことが多いです。

弁証法では、『傷寒論』は六経弁証を使用します。これは表から裏そして、陽から陰への順序で重篤化します。『温病』では衛気営血弁証を用います。これも浅い段階から深い段階、表から裏、陽から陰への順序で疾病は悪化していきますので、その点は『傷寒』と同じですが、初期に受けた邪気の性質が違うことから、途中から病態が分岐し、最終で選ぶ治法、方剤、生薬も異なります。

中国医学では弁証に関し、傷寒学派と温病学派に大別されている。温病学は傷寒と同様に広く普及しており、臨床で活用されている。一般的な風邪から、流感、肝炎、生活習慣病、現代の感染症まで、傷寒より温病の著名な方剤を用いることが多い。

図3

3. 傷寒と温病

| | 病因 | 侵入経路 | 主症状 | 治療原則 | 代表方剤 | 病変の特徴 | 弁証方法 |
|----|-------|------|-----|------|------|-------|-----------|
| 傷寒 | 風寒の邪気 | 皮毛 | 悪寒重 | 辛温解表 | 葛根湯 | 陽を損傷 | 六経弁証 |
| 温病 | 温熱の邪気 | 口・鼻 | 発熱重 | 辛涼解表 | 銀翹散 | 陰を損傷 | 衛気営血・三焦弁証 |

図4

『温病』の特徴が見られている疾患に対しては、衛気営血弁証の考え方が一番理に適っていると思います。

もう一点強調したいことは、『温病』の成因として、熱のほかに湿の存在を考慮することが多いことです。湿には粘滞・重濁（粘りがあって、停滞しやすく、身体が重く、痰などの分泌物が濁る）を主の特徴があります。高脂血症のような血の粘稠度が高い生活習慣病や、しつこく体内に残り、なかなか除去できないウイルスなどの感染症の状態から見ると、湿の存在を考えなければなりません。「湿」は「ㇿ」（サンズイ）であることから、水の停滞によって発生する邪気と考えますので、水液の通路と呼ばれている三焦という臓腑から治療することが少なくありません。『温病』の考えでは湿と絡んでいる、いわゆる『湿熱病』に関しては、上焦→中焦→下焦の順序で治療する三焦弁証を用います。

もちろん湿の問題に対して『傷寒論』の方法を使

うこともありますが、『温病』の三焦弁証を把握することによって、考え方と治療方法の幅が増えるわけです。

今話題になっている各種の感染症についても、その発病の特性を考えると中医学の『温病』に酷似していると思います。温病では次の三点を強調しています。

- ①突然の発病であること。例えばSARSにしてもインフルエンザにしても、昨日はよかったけれども今日は突然に体調が悪くなって熱がぐっと高くなります。
- ②突然の発熱であること。発熱を主症状とするのも温病の特徴です。
- ③病状が突然に変化すること。急性感染症では熱っぽいかなといった状態から急に意識不明になることがあるなど、急速な変化が見られることが多いです。

『温病』は発病の環境に関しても次の三点を強調しています。

4. 中医学とは

日本漢方と中医学の基本概念(古典・方剤)は同源であるが、病証に応じて取捨選択すべきである。中医学では「弁証論治」=「理・法・方・薬」を強調している。

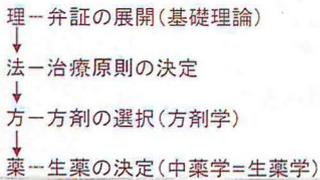


図5

- ①季節性。春に流行しやすく、夏には一旦落ちつく。このような季節性から考えると、『温病』は流行性感染性疾患に適しています。
- ②地域性。『温病』は特に地域性を強調します。2～3年前に話題となったSARSなどは地域性がはっきりしています。
- ③流行性。『温病』が一番強調しているのは流行性です。周囲に広がるということも『温病』の特徴です。

寒邪と比較し、温邪は熱性の特徴を有し、変化が急速で進行も速いです。このことから感染症には『温病』の考え方が適していると言えます。

傷寒と同じように温病を重視している中医学が一番強調しているのは「弁証論治」です(図5)。

日本の先生方は中医学のレベルが非常に高くなりました。弁証論治も普及しています。しかし、どんな簡単な病気でも、一つの疾患に対して一つの処方だけで解決しようと思うと必ず壁にぶつかると思います。一つの症状或いは一つの病名だけでは、治療方法は生まれません。必ず「証」を弁証しなければならぬと考えます。

『傷寒論』にも同じように弁証というものがあります。しかし、これらは葛根湯証、小青竜湯証といったような固定した証が多いです。実際の中医学で言う「弁証」は、臨機応変に対応できる生きた考え方を有しています。弁証によって正確な「証」を決定し、これに呼応した治療方法を選択します。即ち「同病異治」「異病同治」の考え方を大切にします。私は大学卒業後の1年間、北京中医薬大学の教授、任応秋先生からいろいろなことを学びました。任先生が特に強調したのは証の大事さです。正確な弁証には中医学理論の勉強が必要不可欠です。中医

5. 漢方医学の普及

(1)歴史ある漢方医学を正確に把握するためには、傷寒論のみならず、歴代医学家の各家学説を学習する必要がある。

特に現代の生活習慣病や感染症に関しては、各角度から東洋医学の治療方法及び処方を得ることが大切である。

図6

学理論とは陰陽五行・気血津液(気血水)・八綱弁証・臟腑弁証などの基礎内容であり、この点においては日中間に差異はありません。

次に弁証に符合した治療原則を考えます。日本では、方剤の選択の段階に所属しますが、病気が複雑なときなどには、一処方では対応できないので、必要であれば生薬の加減が必要になります。このような理→法→方→薬の一貫した流れの中医学は強調します。やや難しい面もありますが、面白い一面もあります。

効果的に東洋医学を普及させるためには、一部の古典だけではなく、数千年の歴史の中で育まれた優れた学説を勉強することが理想的です(図6)。補益法を上手に使える方、攻邪法を上手に使える方、活血法が得意の方等がたくさん現れてもよいと思います。

来日当初、日本では、六味地黄丸、八味地黄丸など補益剤の印象が非常に強かったように感じます。今後、補充していきたい部分は①活血化癥法：婦人科疾患から、肝臓、心臓、脳などの慢性疾患、或いは生活習慣病から癌の予防に対しても瘀血を考えることは多く、活血の方剤を増やさなければならないと思います。「桂枝茯苓湯」がよく用いられますが、清の時代に瘀血をまとめた『医林改錯』の代表活血剤である「血府逐瘀湯」が最も有名です(図7)。

②清熱利湿法：現代疾患では感染症が多く、病状が複雑で、治療しにくい状況にあります。陽邪である熱邪と陰である湿邪を同時に除去できる清熱利湿法が非常に重要となってきています。例えば「茵陳五苓散」、或いは「三仁湯」などの処方です。清熱利湿法は体内、特に胃腸間に付着している湿熱の邪気をきれいに除去することによって、腸管免疫の調節

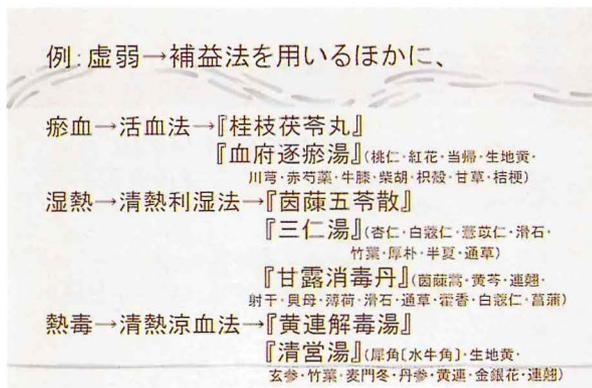


図7

にも役に立つと考えられます。

③清熱涼血法：温病の最終段階に用いられる治法です。急性疾患の危篤状態から、慢性疾患の難病にまで、広く本法を併用することができます。例えば、SARSなどの流行性感染症は重症化を呈し、意識障害も起こりますし、熱も長く続きますから、病位は血分にあると考えます。エイズについても血分のことを考え、清熱涼血法を最優先します。「黄連解毒湯」あるいは「清營湯」などの清熱涼血剤を用います。

日本の先生方も日々の臨床で多忙を極め、系統的に勉強する時間が不足していると感じていると思われます。将来、基礎から臨床まで、系統的に東洋医学を学べる大学が設置されれば、日本漢方や中医学はもちろんのこと、世界各国の伝統医学を勉強することができ、理想的です(図8)。

処方では、古典の処方だけではなく、新しい処方も広く取り入れていくことが大切です。中国ではSARS問題の後、SARSに関する新処方が多く販売されています。そのような新しい処方に関しても徐々に把握していく必要があると思います。

最後にお話ししておきたいことがあります。日本ではエキス剤が広く使用されています。これはとても飲みやすく、応用しやすく、患者にも喜ばれていると思います。これに対して、中国では現状から見ると、やはり主流は煎じ薬です。煎じ薬は飲みにくく煎じることが面倒ではありますが、先ほど話したいろいろな難治疾患に対してもその効果が期待できます。エキス剤だけでは対応しきれません(図9)。ですから、余裕があれば生薬を組み合わせ、併せて対応していく経験も必要であると考えます。もちろん煎じ薬を使用しているところもたくさんあり

(2)漢方の専門大学が設立されれば、

- ①漢方理論(中医基礎学・古典)
- ②漢方薬(中薬学)
- ③方剂学(古方・新方)
- ④臨床学(中医臨床各科)

図8

(3)患者の個人差も様々であり、疾病も古代と異なり複雑化しているため、既成の漢方製剤では十分に対応仕切れないことが多々見られるが、良い治療効果を求め、本来の漢方の姿である煎じ薬を用いることも考えられる

図9

ますが、もっと普及できるような環境を整えたいかなと思います。

丁 どうも菅沼先生、ありがとうございました。時間が押してしますので、一つだけ、もしもフロアのほうからご質問がございましたらお受けしたいと思えます。

村上 栃木の一貫堂の村上です。先生のお話を聞いて非常に参考になりました。ありがとうございます。

実は私は、肝硬変とがんの患者に対して悩んでいるのですが、何か先生の考えがあれば教えていただきたいと思えます。

菅沼 肝硬変に関して、病変は肝臓にありますが、臓腑弁証から考えることが重要であると考えます。臓腑弁証では、まず肝の生理機能について把握しておく必要があります。肝の主な生理機能は、疎泄機能ですので、肝の疾患を治療するときは先ず肝気の機能を調節しなければなりません。いわゆる疎肝理気薬です。柴胡は疎肝理気の代表薬です。

ただ、ここで注意しなければならないことは、柴胡剤のような巡りをよくする薬は乾燥を招くことです。肝は血臓のため、肝血を常に保護しなければなりません。ですから、血分の薬を併せて考えます。例えば「当帰芍薬散」などの穏やかな養血剤を併用することが必要です。気は血を生むので、慢性肝疾

患の場合では、疲労倦怠感などの気虚症状も見られることが多く、「補中益気湯」を選ぶことも可能です。

また、肝硬変は肝が硬化していくので、体力があれば、病状を進行させないために「当帰芍薬散」よりやや強い活血剤を併用することも大切です。活血剤では、もちろん「桂枝茯苓丸」を考えてもいいのですが、ここでは先ほどスライドに出た「血府逐瘀湯」をお勧めします。婦人科の代表方剤「加味逍遥散」も肝の主方です。いらいらなどの肝鬱症状が現れている時に効果的です。

この他、症状や肝機能が不安定な時には少し温病の考え方を取り入れます。慢性化してきている、食欲不振、下痢などの胃腸症状が多く見られる時には湿熱邪存在を考えます。清熱利湿できる茵陳蒿が配合された処方を用いたほうがもっと安心ではないかと思えます。

丁 続きまして、「漢方薬の国際性を目指して」と題して、韓国の慶熙大学の曹先生、お願いします。

2. 漢方薬の国際性を目指して

曹 基湖
韓国・慶熙大学

曹 ただいまご紹介にあずかりました韓国慶熙大学の曹と申します。今、我々は進んでいく国際化の流れを拒むことはできません。それでは発表に入ります。

今日の発表では、まず最近注目を集めている漢方薬の国際化において伝統とは何を意味するかについてお話ししたいと思います。続いて、韓国と日本の漢方医学の相違点、漢方医学の効果の評価方法について述べさせていただき、最後に現在抱えている課題とその解決のために私たちにできることが何であるかについて考えてみます。

ごらんのとおり、2002年6月のタイム誌ですが(図1)、漢方薬が大きく取り扱われており、漢方薬に関する世界的な関心が高まっていることが分かります。

図2は、ベルギー、アメリカ、オーストラリア、フランス、カナダの5カ国で、代替医療を使用する人たちの割合を示したものです。もちろんこの代替医療には漢方薬ではないものも含まれていますが、西洋医学の代わりに他の治療法が実際に多く行われていることが分かります。

このように伝統医学が大きく使用されている理由は、その有効性、接近の便宜性、安全性、文化的な信頼性が高いことにあると思います。それに、経済

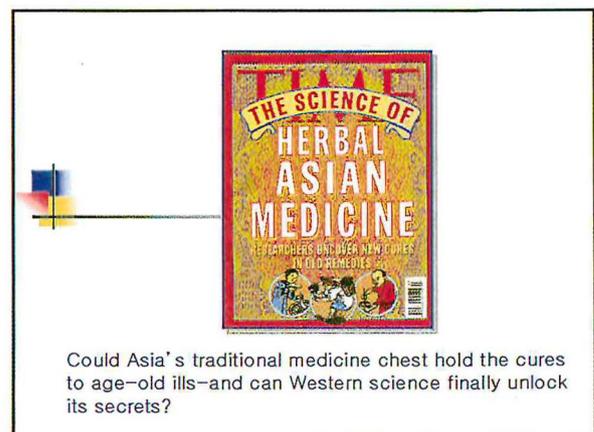


図1

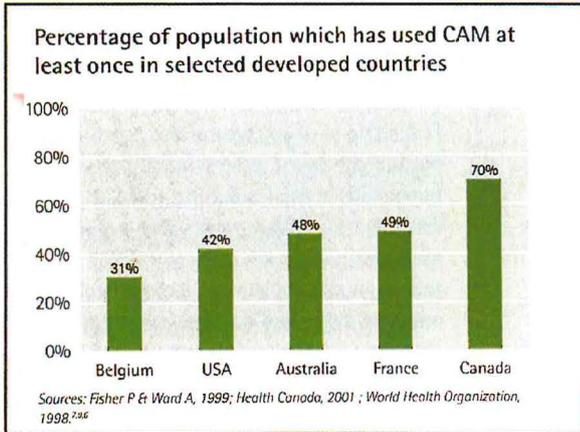


図 2

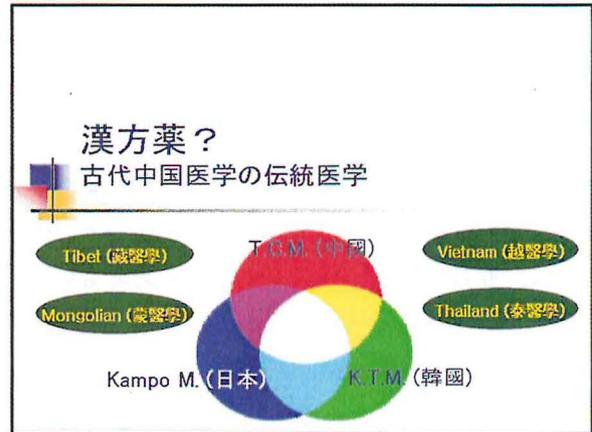


図 3

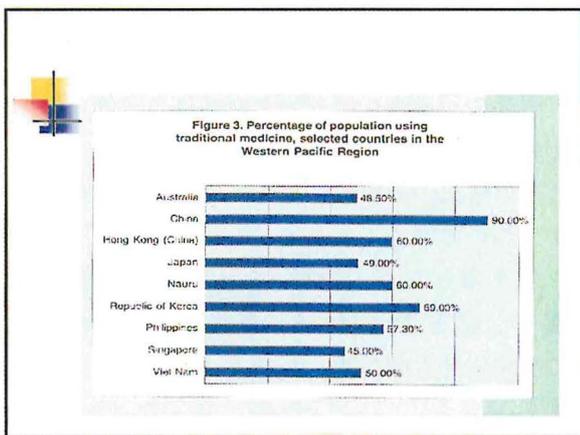


図 4

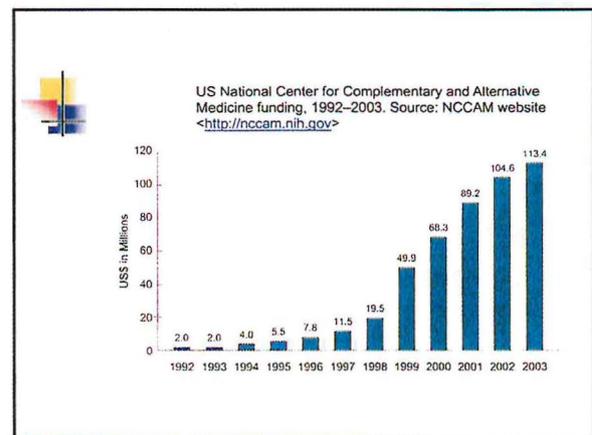


図 5

医療面で負担が少ないことも大きな理由に挙げられると思います。

それでは、国際化において伝統をいかに理解するべきかについて考えてみたいと思います。国際化を成功させるためには、民族的、地域の特徴はもちろん、歴史的、文化的、宗教的な背景などを考慮する必要があります。

今日、我々が漢方薬というと、古代中国の伝統医学を意味し、これは現在、中国、韓国、日本はもちろん、ベトナム、チベット、タイ、モンゴルにまで影響を与えています。しかし、このうち中国、韓国、日本が中心になっていることは言うまでもありません(図3)。

図4は東アジア地域の各国の伝統医学の使用割合を示したものです。最も使用度の高い中国の90%をはじめ、韓国は70%、日本は50%という調査結果が出ています。

それでは、これから国際化に対するアメリカの現況についてお話しします。というのも、グローバル

社会においてはアメリカの状況を抜きにして語ることは難しいからです。

図5は、アメリカのNCCAMで代替医療に対する投資割合を示したものです。昨年1年間、1億アメリカドル以上投資しています。これについて皆さんはどう思われますか。

ところで、私は今日の発表で、アメリカのNIHの研究は中医学中心に行われることを強調したいです。現在、アメリカのNIHのグラント(Grant)で全世界の研究結果を自分のものにしていきます。

アメリカは、中医学を中心にアジア伝統医学を見てきたといえます。特に2002年9月、中国の国家医薬管理局長は、鍼のWFAS(World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies)のように、漢方薬を世界中医薬学会連合会(WFCMS: World Federation of Chinese Medicine Societies)という組織を作ろうと宣言しました。しかし今日、アジア伝統医学の多くを占めている日本と韓国の漢方状況にも注目すべきだと思います。そして、中国、日本、韓国の共

The Comparative Study of Oriental Medicine in Korea, Japan and China

| | 韓医学 | 和漢医学 | 中医学 |
|------|---------|--------|---------|
| 傷寒論 | ○ | ◎ | ○ |
| 後世方 | ◎ | ○ | ○ |
| 八剛 | ○ | ○ + 瘀血 | ○ + 血瘀 |
| 生理病理 | 精気神血+藏象 | 気血水 | 気血津液+藏象 |
| 他 | 四象体質医学 | 口訣 | 弁証論治 |

(supported by Korean Ministry of Education and Human Resources Development)
(J. Korean Oriental Med, 19:1, 1998)

図 6

虚實診断の概念の違い

| | 韓医学、中医学 | 和漢医学 |
|---|---------------|------|
| 虚 | 正気の衰えたもの | 体力虚実 |
| 實 | 邪(外乱因子)の盛んなもの | |



図 7

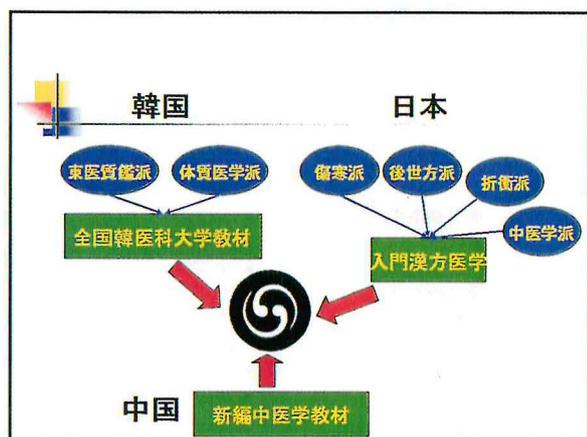


図 8

薬物処方相違点

◆ 例) 四君子湯

| | 韓国 | 日本 | 中国 |
|----|--------|----|-------|
| 人蔘 | 6g | 4g | 2 |
| 朮 | 白朮(6g) | 4g | 白朮(2) |
| 茯苓 | 6g | 4g | 2 |
| 生薑 | X | 1g | X |
| 大棗 | X | 1g | X |
| 甘草 | 炙(6g) | 1g | 炙(1) |

日本: 實用漢方処方集, 韓国: 方薬合編
中国: 2000年中華人民共和國藥典より

図 9

同戦略で伝統医学の共通する部分は生かし、異なる点は理解していくことが何より大事なことでありと考えます。我々は、中国、日本、韓国の伝統医学に対する認識の差異を的確に把握し、理解を求める必要があると思います。お互いの相違点を悪く評価したり無視したりしないで、相対主義に基づいて思考し行動する訓練を体系的に築いていくことが大事だと思います。

私は1996年から1997年にわたって1年間、富山薬学大学の寺澤先生のもとで韓国・日本・中国の3カ国の伝統医学に対する比較研究をしました。その内容は大変な量になりますが、このように大きく分けられます(図6)。今回は詳しい説明は省略させていただきます。

続いて、医学においては最も重要な診断の相違に関する例を一つ挙げます。漢方で一番重要な診断のなかの一つである虚実に関する定義ですが、国によってこのように違ってきます(図7)。つまり、我々は同じ古代中医学を扱っていながらも、基本的

な用語の定義さえ統一されていない現実を直視しなくてはなりません。また、韓国と日本では、伝統医学の中でそれぞれの流派を持っており、全体に統一されていないのが現状です(図8)。

国際化のために、とにかくこの中で共通項目を探さなければなりません。そこで、「ハリスン内科」のように国際的に通用できる統一されたテキストが必要になります。漢方用語と漢方診断についても国際的に通用する標準が設けられることが最も大事なことでありとされます。

それでは、これから漢方薬をいかに評価するかについて申し上げます。まず問題点を指摘してから標準化作業について申し上げます。

まず、3カ国の処方が統一されていないことについてお話しします。最も簡単な四君子湯を例にすると、このように材料と分量に大きい差があります(図9)。続いて、四物湯の場合も見てみます。同じ薬でも、使用される部位が違うことがわかります(図10)。我々は、漢方処方ではいちばん簡単なこと

◆ 例) 四物湯

| | 韓国 | 日本 | 中国 |
|----|-------|---------|------|
| 當歸 | 6g | 4-5g | 1 |
| 川芎 | 6g | 4-5g | 1 |
| 芍薬 | 白(6g) | 赤(4-5g) | 白(1) |
| 地黄 | 熟(6g) | 乾(4-5g) | 熟(1) |

日本: 實用漢方處方集, 韓国: 方薬合編
中国: 2000年中華人民共和国薬典より

図10

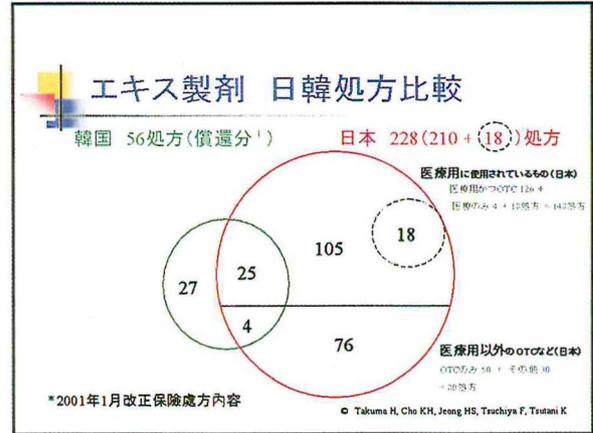


図11

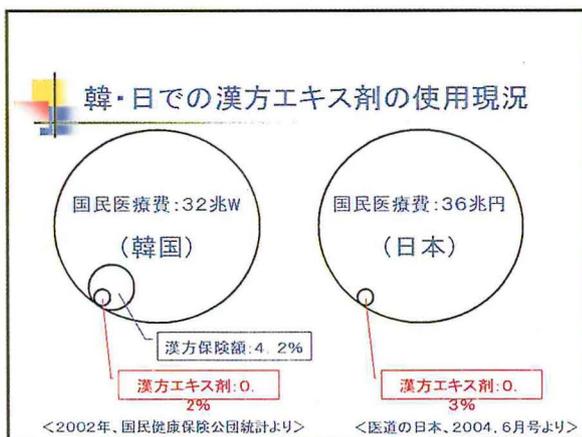


図12

固有の処方

| 韓国 | 日本 |
|----------|-----------|
| ■ 清暑益気湯 | ■ 乙字湯 |
| ■ 安胎飲 | ■ 小半夏加茯苓湯 |
| ■ 生脈散 | ■ 七物降下湯 |
| ■ 清上補下湯 | ■ 治頭瘡一方 |
| ■ 当帰六黄湯 | ■ 女神散 |
| ■ 内消散 | ■ 治打撲一方 |
| ■ 参胡芍薬湯 | ■ 通導散 |
| ■ 不換金正気散 | ■ 排膿散及湯 |

図13

でも3国で統一されていない事実で、今日のテーマが難しいと考えるでしょう。

図11は、現在、薬事行政の日韓比較研究が行われている東大の津谷先生のもとで博士課程に在学している詫間浩樹君からお借りしたものです。これは韓国と日本の保険エキス製剤の現況を表しています。

保険エキス剤は、韓国には56種類、日本には148種類があり、このうち29種類が共通しています。我々は、同じ処方からは共通点を見いだし、一方にしか見られない固有処方からは、その長所を探し出す必要があります。

韓国での漢方エキス剤の使用現況についてお話します。韓国の総健康保険額で、漢方保険額は4.2%、漢方エキス剤は0.2%ぐらいです。日本は0.3%といわれるから、韓国での漢方エキス剤の発達が遅れているといえます(図12)。

韓日間の固有処方を簡単に見るとごらんのとおりです。日本で使われているこのような処方は韓国の漢方処方集には入っておりません(図13)。

現在、韓国では、中国の心滴丸、日本からはツムラ漢方エキス剤が入り臨床で使用されています。したがって、漢方薬の国際化が盛んになっています。そこで、このような問題点を解決するためには、西洋医学のワシントンマニュアルのような国際的に統一された規格処方集が必要になります。

それでは、漢方薬の評価に入りますが、国家政策、効果、安全性、民族間の使用頻度などに対してお互いの理解は欠かせないことです。

漢方薬の効果に対する評価方法は次の二つに分けて考えられます。一つは、西洋医学の診断名による効果の証明です。例えば脳卒中には韓国の星香正気散、高血圧には日本の七物降下湯です。

もう一つは、処方による効果の確立です。例えば日本での八つのエキス剤の再評価結果を応用します。または2002年、日本東洋医学会 EBM 特別委員会の中間報告書である「漢方治療における EBM」を利用することが考えられます。

皆さんもご存じのとおり、いよいよ八つの漢方エ

医療用漢方製剤の再評価

| 処方名 | 適応症 |
|--------|-----------|
| 小柴胡湯 | 肝機能改善 |
| 小青龍湯 | 通年性アレルギー |
| 大黃甘草湯 | 便秘 |
| 六君子湯 | 上部消化管機能低下 |
| 芍薬甘草湯 | 筋肉痙攣 |
| 桂枝加芍薬湯 | 過敏性腸症候群 |
| 黄蓮解毒湯 | 高血圧 |
| 白虎加人參湯 | 口渴 |

図14



図15

芍薬甘草湯の鎮痛剤としての可能性

| | 慶熙韓方病院 (HH-316) | ツムラ製薬 (TJ-68) |
|-------|---------------------|------------------|
| 芍薬 | 2 (白芍薬) | 1 |
| 甘草 | 1 | 1 |
| 1日服用量 | 18g(エキス含有量:14.5g)#3 | 7.5g #3 |

図16

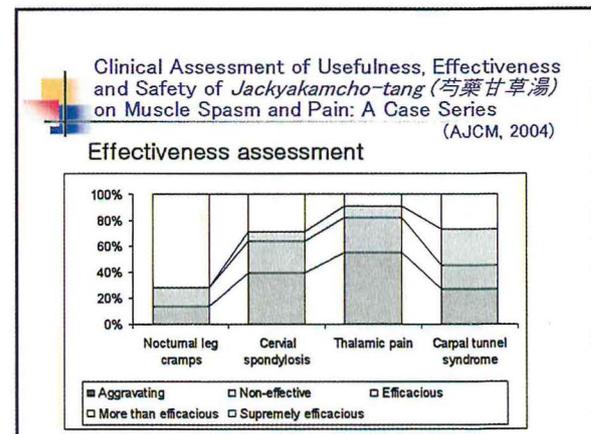


図17

キス製剤の臨床再評価結果がこのように出ました。日本漢方医学の偉大な成果であると思います (図14)。

これは2年前、皆さんが出したEBM中間報告書ですが、私はこの論文は全部翻訳して韓国に紹介しました (図15)。

それではこれから、韓国と日本で同じ効果が現れた我々の臨床研究結果のうち、一つを取り上げてお話しします。

それは芍薬甘草湯の鎮痛効果ですが、今年、アメリカの「チャイニーズメディスン」に載せる予定です。芍薬と甘草の比率は、ツムラでは1対1ですが、うちの病院では2対1です。量でもうちのほうは3倍ぐらいです (図16)。我々はこのような疾患に対して芍薬甘草湯を使い、ケースシリーズで検討しました。その結果、日本と同じように、筋肉けいれんに対して最もよい効果が表れました (図17)。

これは安全性のことです。芍薬甘草湯の甘草による副作用は表れていません (図18)。

これは全般的な有用度を示しています。タラミックスペインのようなひどい痛みにもかなりの効果があることが分かります (図19)。

それではこれから、我々が共にプロトコールを作るときに考慮すべきことについてまとめます。もちろんこの問題だけでも、多くの時間とさまざまなファクターがあると思います。そこで、最低限この程度はお互いに考え合い理解することが必要であると思います。

すなわち、単一疾患に対応する処方群の設定。EBMは西洋医学のベースに伝統医学の概念をプラスすること。マルチセンタートライアルは国際的に拡大すること。比較優位の漢方処方の開発、例えば肝機能改善剤で日本では小柴胡湯ですが、韓国では清肝健脾湯です。また、国家間の副作用のモニタリングなどです。

今までお話ししたことをこのようにまとめられます (図20)。特に漢方薬の評価のため、国家間共同プロトコールを作成。1997年、NIHの鍼効果の評

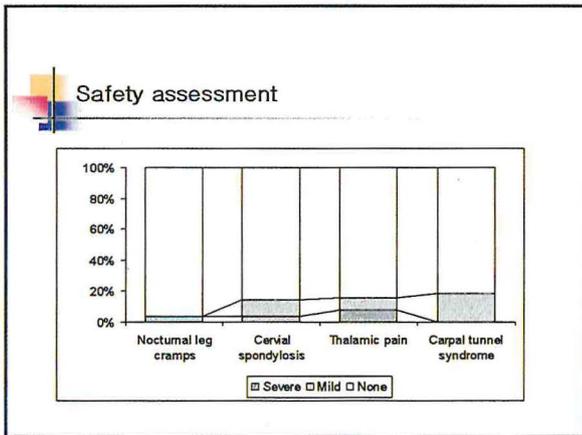


図18

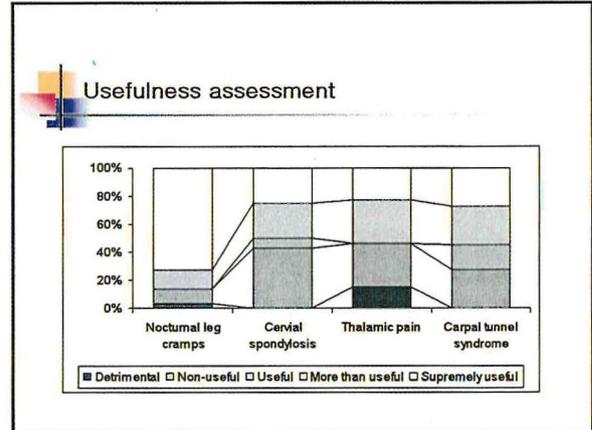


図19

提案及び課題

- アメリカのNIHとの協力
- 東洋医学としての伝統概念を生かすべき
- 国際的共通教科書の必要性
- 国際統一規格漢方薬処方集の必要性
- 用語表記の国際化(International Standard Terminology 作成)
- 漢方薬の評価の為、国家間共同protocol作成
- 漢方薬の効果に対する review(例、1997年、NIH Consensus Development Conference on Acupuncture)

図20

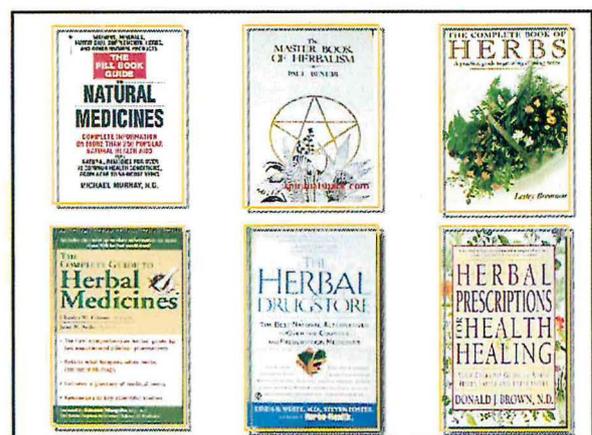


図21

価パネル会議のような漢方薬の効果に対するすべての論文のレビューなどが必要であると思われます。現在はパラダイムの転換の時代だといわれています。相手を理解するためには何より自分の考えの幅を広げ、場合によっては行動を切り替えることが必要です。

これらの本はすぐ手に入れる伝統薬物の本です。そのため我々が共同戦略で努力をしなければ欧米に追い越されるかもしれません(図21)。最後までありがとうございました。

丁 曹先生、ありがとうございます。非常に示唆に富んだご発表だったと思います。アジアの国々が共通基盤を作らないで分裂したままでいると、アメリカなどから見ると非常にいいカモになってしまいます。アメリカはアジアのハーバルメディスン、漢

方、伝統医学のいいところ取りをして、それをグローバルスタンダードといっています。今度は逆にアメリカの基準をアジアの国に押しつけてくるということも考えられるわけです。そういう最悪のシナリオもありうることを示唆された発表ではないかと思えます。

曹 はい。おっしゃるとおりです。

丁 後ほど時間がありましたら質疑を予定しております。次に進行させていただきます。曹先生、ありがとうございました。

津谷 では、後半は津谷が司会を担当いたします。3番目のスピーカーは、ミネソタ大学医学部、現在は慶應義塾大学医学部の東洋医学講座におられるグレゴリー・プロトニコフ先生です。よろしくお願いします。

3. 統合医療としての漢方 —東西文化の橋渡し—

グレゴリー・プロトニコフ

ミネソタ大学医学部/慶應義塾大学医学部東洋医学講座

プロトニコフ 皆様こんにちは。私はグレゴリー・プロトニコフと申します。アメリカのミネソタで医学部の助教授で内科と小児科の医者をしています。慶應義塾大学医学部に来て2年ぐらいです。そこで渡辺先生の研究室と外来で漢方を勉強しています。どうぞよろしくお願ひします。

今日のプレゼンテーションで、東洋と西洋の視点の障壁に関する私の意見、そして架け橋になると思われる漢方の役割について皆様と一緒に考えていきたいと思ひます。

最初に、西洋における生薬の使用状況の一番新しいデータを話します。それから、漢方の国際化の障壁を四つ述べたいと思ひます。また、私の四つの提言も述べたいと思ひます。最後に、漢方が治療のために最善の医療手段であるか、そして、漢方が東西医療を統合するための最適な架け橋になるかについて話したいと思ひます。

ここでNIHのデータを話します。こちらはNIHからのものです(図1)。2002年にNIHは31,044人の人をインタビューしました。その時に60%以上の国民は補完代替医療を用いていました(図2)。生薬とサプリメントは3番目に多く用いられた医療でした。祈ることが主流の補完代替医療でした。例えば、こちらは生薬、そしてこちらは祈ること。なぜ用いましたか(図3)。これは役に立つと思ったからです。面白いと思ったからです。西洋医学は役に立たないと思ったからです。でも、これは大事だと思ひます。こちらは医者が提言をしたからです。そして西洋医療は高すぎたからです。

こちらは何を用了か(図4)。一番はエキナシア、二番はジンセンで;三番目は、ギンコプロバで;四番目、ガーリックで;五番目、グルコスマンで;六番目、セントジョンズワートで;七番目、ペパーミントで;八番目 N-3 Fatty Acids で;九番目ジンジャーで;十番目、大豆のサプリメントです。

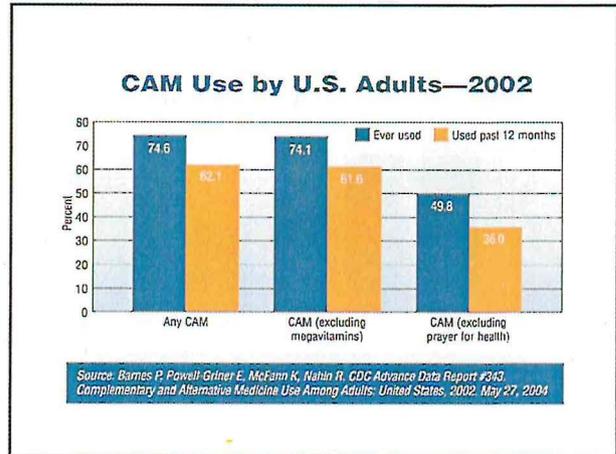


図1

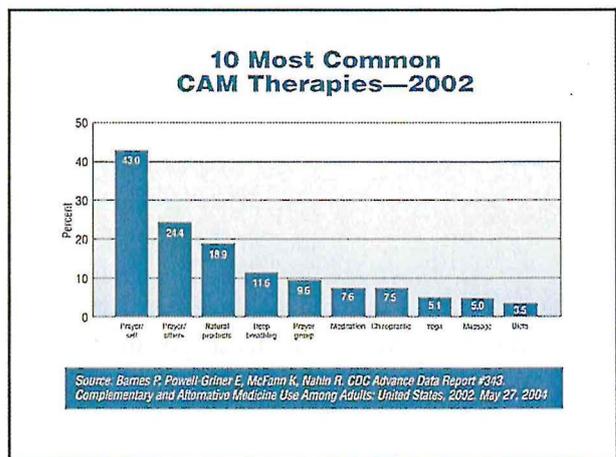


図2

ですから漢方の国際化はよい考えだと思ひます。

ここで、四つの障壁について話したいです。最初のスライドで、1番目のポイントを話します。

“We, the National Cancer Institute of the National Institute of Health, NIH, need to know if there were sufficient reasons to continue to pursue research of our product as an incompletely characterized and variable mixture rather than isolating and purifying an active ingredient.”

Jeffrey White, MD, Director, National Cancer Institute

北米と欧州のドラッグ・デベロップメント・モデルは、一つの植物から一つの有効で独立した純粋な成分を製造しています。例えば「ジギタリス」という薬があります。この花から一つの有効な成分を抽出します。このモデルはとても効果があります。20世紀に自然の物質からたくさんの抗がん剤が発見されました。例えばブレオマイシン、マイトマイシン等ができました。そして樹木からもいろいろな抗がん剤が発見されました。例えば、マダガスカルペリ

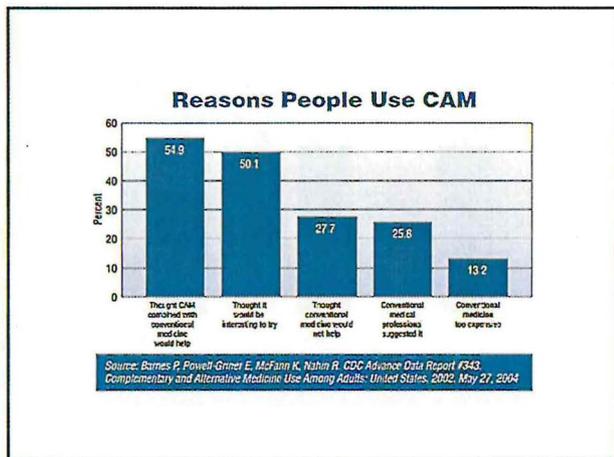


図 3

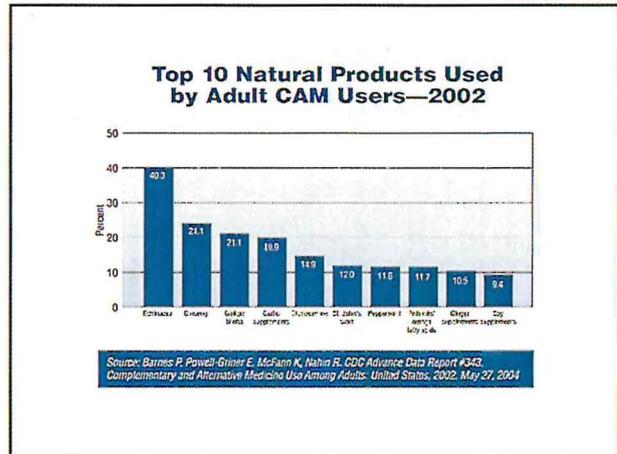


図 4

ウインコから、ビンクリスチンができ、メイアポから、イトボサイドができました。

このモデルは残念ながら漢方に適しません。しばしば漢方薬の製剤は、たくさんの植物からたくさんの有効な成分があると思われています。ですから、これが漢方の国際化の障壁になるのです。

2番目のポイントについて話します。

According to Jeffrey White director of the National Cancer Institute, “The fundamental questions raised by herbal medicine such as the synergistic, therapeutic activity of various components need to be answered for the field to progress.”

西洋ではまだ生薬の相乗作用が受け入れられていません。漢方の国際化のためには相乗作用が証明されなければなりません。

3番目の障壁は、まだ英語の厳格な臨床研究データが少ないということです。

4番目の障壁は、まだ英語の費用効果のデータも少ないということです。

これらの障壁を乗り越えるために四つの提言をしたいと思います。

1番目、日本の大学において遺伝子工学やたんぱく解析といった最先端の技術を駆使した漢方の学際的研究を推進する。

2番目、漢方の安全性と臨床的有用性に関する科学的な研究提携の中で、確かなものに関して早急に英文で出版する。

3番目、日米の大学間での研修や専門家の育成を含む研究を推進する。

4番目、漢方薬の科学的・経済的有用性を証明す

るような臨床研究を積極的に養成する。

ここでもう一度、統合医療について考えてみたいと思います。

まず、二つの質問がしたいです。漢方は治療のために最善の医療手段でしょうか。漢方は東西医療を統合するために最適な架け橋になるでしょうか。

では、一緒に「治療」の言葉を考えてみましょう。それによって認識、見ること、認知すること、そして考えと行動を決めるために視点がとても重要であることがお分かりいただけたらいいと思います。いろいろな解釈があると思いますが、私の視点をご紹介します。

まず、治療の「治」の意味を話したいです。1番目の部分はサンズイです。2番目の部分は台です。ですから、治の漢字はサンズイと台です。このようなイメージです(図5)。「治す」の説明のために四字熟語辞典から、「治水治国」、「治水治人」を引きます。この「治」の漢字は、治す、治めるという意味です。

次に、治療の「癒」の意味を話したいです。1番目の部分はヤマイダレです。2番目の部分は心です。3番目の部分についてちょっと分かりにくいのですが、3番目の部分を使った二つの漢字、「輸」と「諭」をここで紹介したいと思います。輸の意味は物を移すです。諭の意味は言葉を伝えるです。ですから、癒の意味は患者に、病気に、看病の心を移し伝えることです(図6)。

なぜ大事なのでしょう。西洋の視点では、治すことだけが重視されています。でも、私の視点から、治すことだけでは十分ではないと思います。もちろ



図 5

ん治癒のためには癒すことが必要だと思います。もう少し説明させてください。まず、「患者」の漢字の意味を思い出してください。串と心でできます。「患者」という意味は、心に串を刺すです。ですから、患者の治癒のために心に移さなければなりません。このようなイメージです。

治癒（コンプリート・リカバリー）の意味は、治す（to control govern, fix, cure）と、癒す（to heal）ということに成ります。治癒は、治すと癒すが統合したものです。

ここで西洋の視点と東洋の視点の比較をしたいです。西洋の視点では、治すが一番大事な動詞で、東洋の視点では、癒すが一番大事です。陽、陰；客観的、主観的；論理的／理性的、直観的などに見られるように対照的です。これはとても大事な点だと思いますので、完全な考えにするには、西洋の視点と東洋の視点の両方が必要なのです。

もっと違うことがあるのです。たとえば、次の事を考えて見て下さい：“Nature is to be controlled” vs. “Nature is essentially uncontrollable,” または “Measurement is the basis of knowledge” vs. “Observation of nature is the basis of knowledge.” 西洋の視点で、高血圧はすぐに分かります。東洋の視点で、冷え性と瘀血がすぐに分かります。

物事をどのように理解するかと、人をどのように分かるかは同じです：absolute/independent, relative/interconnected；one’s humanity is defined by one’s degree of independence or autonomy from the will of others, one’s humanity is defined by one’s degree of connection to or relations with others.



図 6

真実が分かるためには両方の視点が必要なのです。両方の視点を使って、認識し、物事を価値付けることができないのは、大きな障壁だと思います。

和らげるために陽と陰のバランスが必要です。統合医療は陽と陰のバランスが取れています。短い説明をさせてください。

この部分は丘です。そして、この部分は光る太陽です。いいイメージですね。でも、もし丘に光る太陽だけがあったら大きい問題になると思います。それに、これは治癒ではありません。

結論として、私は日本東洋医学会が西洋および東洋両方の視点に立ち、その視点をよりよく発展させ、より強靱なものにしていくよう祈っております。両視点は共に重要なものですが、治癒の立場に立つと相異なった真実を示します。

また、私は日本東洋医学会がこの大切な役割を認識し、真実の視点に架け橋を架けられることを祈っております。治癒のために、そしてすべての患者のために、西洋と東洋、つまり治すと癒す、そして陽と陰といった二つの考え方に橋を架けることは非常に大事なことだと信じています。この橋こそが真の統合医療であると思います。

私の願いは、漢方を用いることによって、我々が共に東西二つの文化に素晴らしい橋を架けることにあるのです。どうもありがとうございました。

津谷 時間の関係で、お一方のみ質問ないしコメントを受け付けます。ないようですね。プロトニコフ先生は、キャリアを見ますと、ハーバード大学の神学部を卒業されたということです。先生の講演を聞いているとハーバード大学の神学部はキリスト教ではなくて道教を教えているような感じがしました

(笑)。では、どうもありがとうございました。続いて、慶應大学の渡辺先生、プロトニコフ先生に指導をしていらっしゃいます。指名発言ということで、「漢方国際化の問題点」と題してお話ししていただきます。渡辺先生は他のセッションの座長をやっておられて、やっと間に合って今来られたということですが、よろしくお願ひします。

4. 漢方国際化の問題点

渡辺 賢治

慶應義塾大学医学部東洋医学講座

渡辺 日ごろ、プロトニコフ先生と一緒に働いているのですが、プロトニコフ先生のほうから非常に示唆に富む発言がありましたので、私はもう少し現実的なことを話します。

現在、プロトニコフ先生とミネソタ大学で、桂枝茯苓丸のホットフラッシュに対する臨床研究を始めようとしております。漢方というものがそもそも外国人に通用するかというようなばかげた議論もあったのですが、浅田宗伯がレオン・ロッシュの腰痛を治したエピソードが、その議論が全く無意味である例として引用されます。私も北里研究所時代、周囲に大使館が多くあったので外国のかたを随分治療した経験があります。

時間が非常に限られているのでポイントを少し早口で話します。

NIHの中に相補代替医療を扱う国立のセンター(national center for complementary and alternative medicine = NCCAM)が1998年にできました。予算は年々増加して、2003年度予算は1万1330万ドル、約130億円で動いています。これはNCCAMだけの話で、国立がんセンター(NCI)の予算等を合わせると恐らく250億円ぐらいで動いています。

日本の研究費は幾らか。厚生労働省で年間せいぜい何千万円、文部省の科研費を合わせても恐らく億にはならないと思います。ところが、アメリカは250億円の予算を今この分野につき込んでいるのです。

NCCAMはこの数年でいくつかの方向転換をしました。まず一つは、2001年に国際協力を推進しようとOffice of International Health Research (OIHR)を設置しました(図1)。それから2002年の5月に、それまで単一の生薬のみを扱っていたNCCAMが複数生薬の研究にも助成金を与えるという非常に画期的な方向転換をしました。これは本当に驚くべきことで、NIHがそれまでのヨーロッパ中心の生薬療法からアジアに目を向け始めた、ということにほかなりません。

NCCAM の国際化に向けての動き

2001 2月
 NCCAMにOffice of International Health Research (OIHR) 設置
 2001年 11月12-14日 シンガポール
 NCCAM Workshop on Clinical Research Methodology and Grantsmanship
<http://aitmed.od.nih.gov/news/pastmeetings/111301/photos.htm>
 2002年 10月30-31日 香港
 Enhancing the Evidence-base for TCM Practice
 Methodology and Grantsmanship
 2002年12月
 NCCAM Planning Grants for the First International Centers for
 Research on CAM をリリース
 2003年4月
 Planning Grants 申請締め切り
 2003年10月
 Planning Grants 助成者の発表

図 1

Summary of Planning Grants for the International Centers for Research on CAM

| Collaborating Countries | | Subjects | |
|-------------------------|---|--------------|---|
| China | 2 | Herb | 5 |
| Hong Kong | 2 | Ayurveda | 2 |
| India | 3 | Acupuncture | 2 |
| Korea | 2 | Yoga | 1 |
| Singapore | 1 | Hand Therapy | 1 |
| South Africa | 1 | (重複あり) | |
| Japan | 1 | | |
| (重複あり) | | | |

図 2

各国の伝統医学に対する行政の取り組み

中国: 審査(SFDA国家食品医薬品管理局内の中
 医薬の部門)、行政(国家中医薬管理局)
 香港特別行政区: 審査、行政(香港中医薬管理委
 員会)
 台湾: 審査(中医薬委員会)、行政(薬政処、医政
 処の中医薬の部門)
 韓国: 審査(KFDA食品医薬品安全局内の生薬製
 剤の部門)、行政(保健福祉部次官と部局の中間
 に「韓方政策官」がいて管理)。

図 3

武見太郎と漢方

漢方に造詣が深く、日本の医療として
 推進したが、その背景として、患者で
 あった幸田露伴の影響が大きい。
 武見が漢方を医療用とした背景には
 当時(昭和50年頃)、医薬品の7割が輸
 入に頼っており、逆にわが国から輸出
 できるものが非常に少ないことを憂慮し
 ていたからである。
 漢方を世界に発信することがわが国
 の存在を示す手段と考え、漢方の発展
 を願っていた。

図 4

2001年2月にこのOIHRがNCCAM内に設置されたのですが、2001年の11月にはシンガポールで、
 どういうグラントの申請をするかというシンポジウ
 ムがありました。

2002年の10月に再度香港でありまして、たまたま
 プロトニコフ先生が案内を見たので私は行ったので
 すが、日本からは津谷先生を含めて数名しか参加し
 ておりませんでした。一方韓国、中国、台湾、香港
 からは多数の参加者がいました。

そこで驚いたのですが、これが何をやったか。そ
 もそもシンポジウムの名前が「グランツマンシッ
 プ」というのです。グランツマンシップはスポーツ
 マンシップに倣った造語で、どういふグラント申
 請をすれば通るか、どのような書き方をすべきか、と
 いうことを手取り足取り教える会だったのです。こ
 れには非常に私は驚きました。要するに、もうお金
 を取れよということはこの時点でNIHが言ってい
 るわけです。

2002年の10月に香港のシンポジウムがあって、12
 月にインターナショナル・コンソーシアムのグラント
 申請がリリースされました。2003年の4月にはも

う締め切られて、10月には助成者の発表があった。
 この間の流れというのが、非常に短い時間なです
 が、日本にはほとんどその情報が入ってこない。こ
 ういう会も、シンガポールや香港は積極的に誘導す
 るのですが、日本は全くそういう動きを見せていな
 い。

しかもシンガポールの会も香港の会も「グランツ
 マンシップ」というような、そのもののタイトルで
 した。

中央のセンターはアメリカになければいけない。
 コラボレーティングのセンターは海外にあっていい。
 海外のコラボレーティングセンターは中国が二つ、
 香港が二つ、インドが三つ、韓国二つ、これは曹先
 生の慶熙大学も入っています。それからシンガポ
 ール、日本はかろうじて一つ。これは我々のグルー
 プですが、入りました(図2)。

サブジェクトを見てみると、ハーブ関係が五つ、
 アーユルヴェーダが二つ、鍼灸が二つ、ヨガが一つ、
 ハンドセラピーが一つ。こんなような内容ですが、
 要するに国際化に対して他の国が非常に熱心なの
 に対して、日本は全く無関心であるということです。

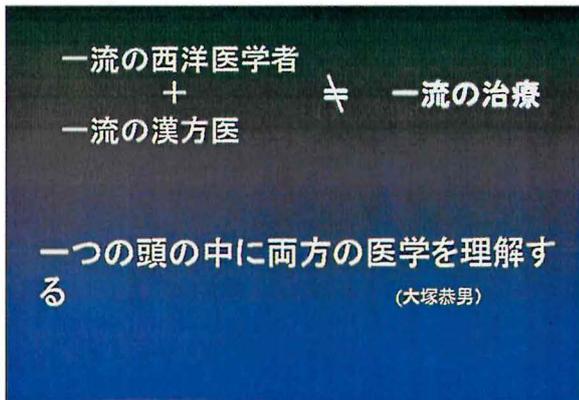


図5

我々のコンソーシアムは、慶應とハーバードと中国伝統医学アカデミーと香港大学と組んで、月に1～2回、インターネット会議を行っています。今は、がんとか炎症に対する研究を立ち上げるということをやっています。

このNIHの動きに対して、中国は香港などを足がかりにして非常にいろいろなプロモーションをしています。例えばオーストラリアと香港はもともと近かったものですから、中国、香港、オーストラリアという連携ができて、オーストラリアを中心に展開する。それから、香港を中医学の拠点にするというインフラ整備を行っています。

そもそもいろいろな会議に出席するのに、中国、香港、韓国、台湾は政府の代表が来るのですが、日本にはそれを扱うセクションがない。中国、香港、台湾、韓国、それぞれ伝統医学を扱う政府機関があります(図3)。ところが、日本は残念ながらそれがなくて、実はこの4月にASEANの保健大臣会議があつて、伝統医学を扱うというので石橋会長の命令で行ったのですが、厚生労働省には伝統医学の部局がないものですから国際課が対応するということになりました。

武見先生は漢方を医療用にした元医師会会長ですが、その武見先生がなぜ漢方というものに関心を示したかということですが(図4)、昭和50年当時に日本の医薬品の中の7割以上が輸入品であった。逆に日本から輸出するものが何もない。何と情けないのだろうというのが発端です。そこで見渡してみたら漢方があるじゃないかということをおもわれたのです。

ところが、30年以上たった今、現実はどうでしょうか。漢方のシェアは1.3%ぐらいで、非常に情け

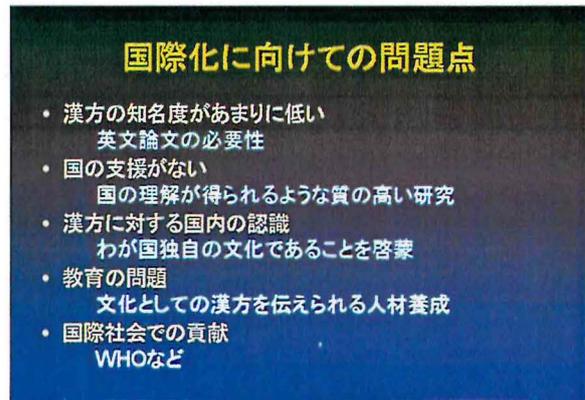


図6

ないものです。あとは、どんどん高い新薬が海外から入ってきます。医療費がどんどん上がるといいながら、ほとんどその末端は海外にお金が流れているというのが現状だと思います。武見先生の意味とは全く正反対の方向に行っていると思います。

近未来に予想されることというのは、アメリカやヨーロッパなどがいろいろな生薬製剤を逆に日本に売る。そうすると日本はさらに自国のものまで外国から買わなければいけない。これに対しては曹先生も同様の危機感をお持ちで、アジアのコンソーシアムを作るべきだということを御提案されています。

では、漢方の何を国際化するのか。漢方薬なのか漢方医学なのかという問題を考えたいと思います。

日本の伝統医学である漢方の特徴というのは、医師の7割以上が漢方を日常診療で使っていることです(図5)。慶應にも漢方クリニックという診療部門があるのですが、当然私も西洋の薬も使っています。検査も、MRIからCTから何から何まで自由のできる環境で漢方診療をされている先生がほとんどだと思うのです。要するに、西洋医学と漢方医学を同じ土台で使っている。これがある意味では日本の医学の特徴であるといえると思います。

大塚恭男先生から私が強く教えられたのは、一流の西洋医学者と一流の漢方医の二人が一人の患者を診ても一流の治療は生まれません。とにかく一つの頭の中に両方の医学を理解することが必要であるということをおもって教えられるようになりました。

漢方の国際化に向けての提言に関してはプロトニコフ先生が先ほど言ってくれました。朝日新聞に今年の1月出たのですが、スライドには国際化に向けて問題点とその対策を私なりにまとめました。

まず、漢方の知名度があまりにも低い(図6)。

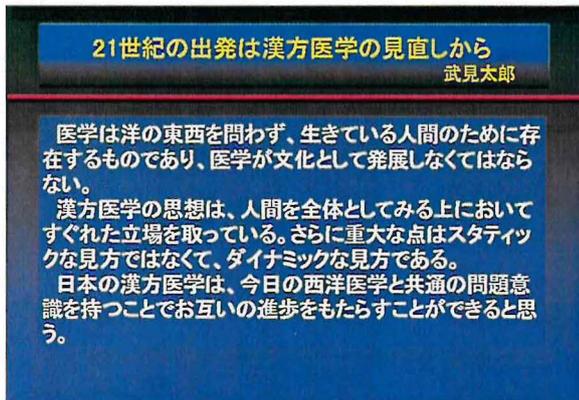


図7

アメリカに行くと、TCM、最近中国は政府の方針でT(トラディショナル)を外して、CM(チャイニーズ・メディスン)と呼んでいます。CMはだれもが知っている。でも「漢方」と言ってもだれも知らないというのが現状です。

それから、国の支援がない。国の理解が得られるような質の高い研究をすべきだし、質の高い研究することによって国の助成を増やす努力が必要かと思えます。

それから、漢方に対する国内の認識。これは時間の都合で話ができなかったのですが、漢方という言葉自体が、国際的には日本の伝統医学である、ということ啓発する。一般の国民というのは、やせ薬とか中国から輸入したものは全部漢方であると信じています。しかしそれは漢方ではなく、また中薬でもなく、中国の健康食品です。「漢方」というのは江戸時代の日本の造語ですから、「Kampo」は国際的には日本の伝統医学を指すわけです。すなわち我が国独自の文化なのです。さらに漢方の特長として、統合医学として非常に優れたモデルであるということがいえると思います。

先ほどプロトニコフ先生が「治癒」ということを言ってくれました。武見太郎先生も30年前に、西洋医学と漢方医学というのは思想が違う。その思想を無理やり融合することなく、両方の医学が相まってやがて一つになっていくだろうということを予測しています。

その違いは、西洋医学が部分を重視する、というのに対して漢方が全体を見るということのほかに、西洋医学というのは診断を下したら、すなわちある定義をしたからそこから動かない。非常に静的なのです。ところが漢方というのは、同じ疾患であっても



図8

ステージによって異なるというように、非常にダイナミックに動くということが違います。こうした違いは文化そのものの違いであることを認識する必要があります。

教育の問題としては、単に西洋医学の中で漢方薬を使えるということではなくて、その漢方のよさを理解した人材の養成が必要です。

国際社会での貢献というのは、たとえばWHOに対してです。Chen Ken先生という中国の先生がWHOの西太平洋地区の伝統医学部門の部長だったのですが、今はDr. Choi、韓国のかたが部長をやっています。

WHOに対する日本の貢献度はきわめて低く、昨年の11月にオーストラリアで会議をやったときも、日本からの参加者は私一人でした。日本の貢献度が非常に低いということをWHOの西太平洋地区は嘆いています。元部長だった津谷先生を前にこんなことを言うのはおこがましいのですが。

武見太郎先生がどういう思いで漢方を医療用にしたかということですが(図7)、医学というのは、洋の東西を問わないで生きている人間のために存在するものであり、医学は文化として発展しなくてはならない。漢方医学の思想は、人間を全体として見るうえにおいて優れた立場を取っているが、さらに重大な点はスタティックな見方ではなくてダイナミックな見方である。日本の漢方医学というのは、今日の西洋医学と共通の問題意識を持つことでお互いの進歩をもたらす。先ほどプロトニコフ先生が指摘したように、西洋にはないものが漢方にある。漢方にもないものが西洋にある。それをお互いに認め合ってお互いに進歩していく姿が真の姿かと思えます。

幸い、日本の医療技術は最先端をいっています

(図8)。慶應においても、外科の教授が慶應で手術をすると全く別の病院の患者がロボットによって手術をされる、という時代になっています。そうした最先端の技術と東洋医学の英知を組み合わせることでよりよい医療の構築ができる。これこそ我が国の文化であり、それを我が国の医療文化として世界に発信していくことが可能なのではないかと考えております。どうも御清聴ありがとうございました。

津谷 時間がなくなってきましたので座長の方で簡単にまとめさせていただきます。このシンポジウムのタイトルは、「漢方薬の国際性を目指して」となっていますが、実は、このシンポジウムは公募された演題の中で国際化に関係しているものを集めてセッションをつくり、それで丁先生と私が座長を頼まれたという経緯です。このため寄せ集めのセッションになるのではないかと心配したのですが質の高い発表が多かったと思います。また、いろいろな提言もありましたので、皆様ぜひともこれらを積極的に考えていただきたいと思います。

今日はフロアーに国立医薬品食品衛生研究所（国立衛研）の生薬部長の合田幸広先生も来られていますが、漢方薬は薬事行政が大きく関係します。

図1は日本で新薬としての漢方製剤が歴史的にどのように承認されてきたかを示します。1981年以降、処方数が145、品目数が627、企業の数でいうと26社で全くフラットです。つまり、23年間、新しい医療用漢方製剤は全く承認されていないのです。これは

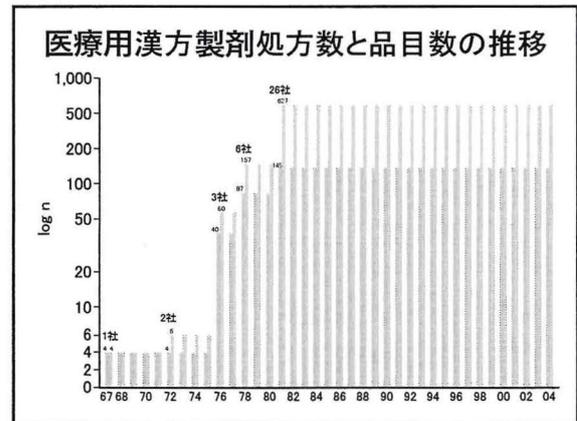


図1 承認されている医療用漢方製剤の処方数と品目数の推移

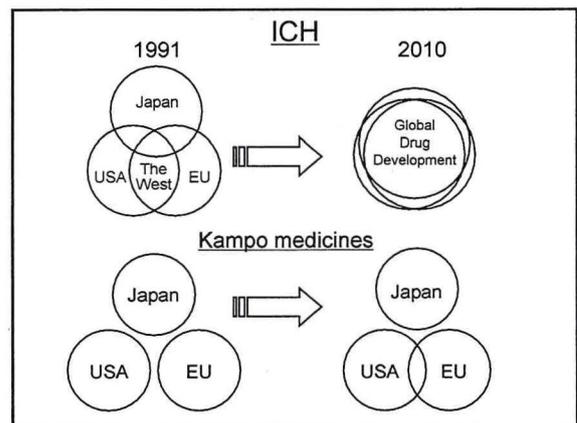


図2 ICHと漢方薬におけるハーモナイゼーションの乖離

だれかの怠慢だと私は思います。これに対して、国内だけではなく海外からもいろいろ不満があると聞いています。

つぎに、皆さん、ICH ということばを聞かれたことがあるかと思います。正式には International Conference on Harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use (ICH, 日米欧医薬品規制ハーモナイゼーション国際会議) と長い名前です。ICH は1990年から始まりました。日米欧で新薬の承認のための規制をハーモナイズし、無駄な繰り返しを避け、全体の医薬品行政の質をあげ、よい薬を早く患者へ届けることをゴールとしています。

図2の上部に示しましたように、このICHでは3極の種々の医薬品規制で重なる部分がだんだん大きくなってきました。日本で1998年から全面施行となった新GCPもICH-GCPにもとづいています。予想では2010年ぐらいには3極はほぼ重なるであろうというものです。ただしメディカルカチャーなどの

違いがありますので完全には重ならず、若干の違いが残ります。

一方、漢方薬はどうかというと、私の予想では2010年になってもまだ日本だけが離れているかもしれないのです。こういう状況は、日本国民にとってあまりよいことではありません。今日もいくつかの提言がありましたが、皆さん、それぞれ自分のことだと思って今後の行動を考えていただきたい。

日本から海外への発信もそうですが、海外から、例えば韓国や中国などから、新しい漢方薬が日本でも使えるような状況、相互に漢方薬の医薬品行政がハーモナイズされる状況が来るべきだと思っております。

以上、簡単なまとめになりました。つぎのセッションが4時から始まるということで、そろそろ部屋を空けないといけません。

今日は部屋が狭く、立ったままの人もおられましたが、長時間、ご清聴をいただきありがとうございました。