

第57回日本東洋医学会学術総会
特別シンポジウム

21世紀の日本の東洋医学の進路を探る

座長：高久 史麿・大澤 仲昭

- | | |
|------------------------|-------|
| 1. 漢方を日本の医療に定着させるための戦略 | 大澤 仲昭 |
| 2. 漢方の国際化に向けての戦略 | 渡辺 賢治 |
| 3. 漢方を含む統合医療の研究開発について | 佐々木孝次 |
| 4. 漢方教育の在り方についての提言 | 北村 聖 |
| 5. 21世紀の日本の東洋医学の進路 | 石野 尚吾 |

キーワード：漢方とEBM，漢方の国際化，漢方の教育，統合医療と行政

In Search for the Road Map of Kampo Medicine through the 21st Century

Chairperson : Fumimaro TAKAKU, Nakaaki OHSAWA

- | | |
|---|----------------|
| 1. Strategy for the Establishment of Kampo in the Medical System in Japan | Nakaaki OHSAWA |
| 2. Strategy for the Globalization of Kampo Medicine | Kenji WATANABE |
| 3. Research and Development on Integrated Medicine | Kouji SASAKI |
| 4. Development of Kampo Education in Japan | Sei KITAMURA |
| 5. The Course of the Japanese Oriental Medicine of the 21st Century | Shogo ISHINO |

Key words : Kampo & EBM, globalization of Kampo, Kampo education, integrative medicine and policy

第57回日本東洋医学会学術総会
特別シンポジウム

21世紀の日本の東洋医学の進路を探る

座長：高久 史磨・大澤 仲昭

- | | |
|------------------------|-------|
| 1. 漢方を日本の医療に定着させるための戦略 | 大澤 仲昭 |
| 2. 漢方の国際化に向けての戦略 | 渡辺 賢治 |
| 3. 漢方を含む統合医療の研究開発について | 佐々木孝次 |
| 4. 漢方教育の在り方についての提言 | 北村 聖 |
| 5. 21世紀の日本の東洋医学の進路 | 石野 尚吾 |

キーワード：漢方とEBM，漢方の国際化，漢方の教育，統合医療と行政

In Search for the Road Map of Kampo Medicine through the 21st Century

Chairperson : Fumimaro TAKAKU, Nakaaki OHSAWA

- | | |
|---|----------------|
| 1. Strategy for the Establishment of Kampo in the Medical System in Japan | Nakaaki OHSAWA |
| 2. Strategy for the Globalization of Kampo Medicine | Kenji WATANABE |
| 3. Research and Development on Integrated Medicine | Kouji SASAKI |
| 4. Development of Kampo Education in Japan | Sei KITAMURA |
| 5. The Course of the Japanese Oriental Medicine of the 21st Century | Shogo ISHINO |

Key words : Kampo & EBM, globalization of Kampo, Kampo education, integrative medicine and policy

大澤 司会をさせていただきます高久先生と大澤です。今日はお忙しい中、皆様方このようにたくさん集まっていたいただきましてありがとうございました。学術総会のほうも一昨日からスタートして、無事に進行しております。多くの参加のかたがたに来ていただき、学術総会会頭として本当にありがたく思っております。

さて今日の特別シンポジウムを始めるに当たりまして、まずその開催の意図について説明させていただきたいと思います。私がこの学術総会をお引き受けしました際に新しい試みをしたと考えましたが、日本東洋医学会会長が会員の皆様かたに、学会を今後どのような方向に持っていこうとされるか、施政方針演説の様なお話をさせていただく機会を作ってはということでした。

そういうことで、現会長の石野先生とご相談しまして、この第57回学術総会の際に、21世紀の日本東洋医学会の将来像、あるいはロードマップについて会長講演のような方式でお話をいただくことにしま

した。ところが、総会では、まず会頭講演というのがありますので、それに会長講演というのは非常に紛らわしいということになりまして、それではむしろシンポジウムの形をとって、最初にEBMの問題、国際化の問題、教育の問題、あるいは厚生労働省の立場からの問題、といったテーマについて専門家にいろいろと提言をしていただき、それを受けて、石野会長に日本東洋医学会の会長として、今後どのような方向に持っていきたいかというお話をさせていただくという計画を立てました。

従ってこの特別シンポジウムは通常の形式と異なり、最初に4名の演者に上に述べました4つの問題について簡潔に提言していただいた後、それを受けて石野会長に日本の東洋医学の進路についてのお話、特に会長として、日本東洋医学会をどのような方向に持っていきたいかというお話をさせていただくという流れにしたいと考えております。

また、座長に高久先生をご一緒をお願いした理由は、高久先生はご存じのように、日本医学会の会長

でおられます。日本東洋医学会も、日本医学会の分科会として、たしか87番めぐらに加入したかと思えます。現在、日本医学会の分科会が全部で101ありますが、その中の一つとして加わっているわけです。そういう意味で、日本医学会の中で、日本東洋医学会がどのような存在意義、あるいは位置づけにあるのか。それについていろいろ状況を理解していただくということで座長をお願いして、このシンポジウムのあとで高久先生にご感想をまとめていただきたいと考えております。

座長のほうは、最初の私の発表と、最後の石野会長の発表を高久先生をお願いして、残りの三人の先生がたの発表の座長を私がさせていただき、最後に私がディスカッションの司会をさせていただき手取りになっております。それでは、私のところの座長を高久先生、よろしく申し上げます。

高久 今、大澤先生からご紹介にあずかりました高久です。この特別シンポジウムの座長をするように会頭の大澤先生から仰せつかりまして、今お話がありましたように、最初と最後の演題の司会をさせていただきたいと思えます。

最初の演題は、会頭の大澤仲昭先生のお話で、「漢方を日本の医療に定着させるための戦略」ということで、それでは大澤先生、よろしく申し上げます。

1. 漢方を日本の医療に定着させるための戦略

大澤 仲昭

藍野学院短期大学, 藍野加齢医学研究所

大澤 漢方を日本の医療にどのように定着させればよいかというテーマですが、このタイトルを第一に選ばせていただいた理由は、まず、これから日本の東洋医学が21世紀にどういう具合に発展していけばよいのかという課題を探る中で、漢方あるいは東洋医学が日本の医療体系に確実に定着しているというのがまず大前提になると思うからです。残念ながら現在、漢方は日本の医療に普及したものの定着できていない状態だと思います。例えば糖尿病の漢方治療を取り上げた場合、東洋医学に関係する方々は、漢方が糖尿病の予防、治療に効果があり、特に糖尿病性神経障害には非常によく効くと言われます。しかし、日本糖尿病学会のシンポジウムでこれが取り上げられることは今までありませんでしたし、東洋医学に関する報告はほとんどないという状況です。こういうことを念頭において、当初の目標をどのような形で実現したらいいかということについてお話ししたいと思います。

ところで21世紀の医療の理想は、20世紀からだんだん考え方が変わってまいりまして、それまで医師中心であった診療でなくて、患者中心の治療体系を確立することであると言われております。これに対応して、その治療体系を支えているのは、日本では西洋医学であることは皆様よくご存じのところだと思います。**図1**に示しますように本邦における医療の基盤は、明治以来西洋医学の治療体系ですし、医学教育は西洋医学中心ですし、医師免許は西洋医学の医師免許でなければ医療行為ができません。保険診療もそうですし、医療の評価あるいは医薬品の評価も、あとでEBMの問題も出てきますが、これも西洋医学的な評価がなされるというわけです。従って東洋医学が定着すべき日本の医療は、西洋医学が基盤であることをまず十分認識しておく必要があります。

このような西洋医学の治療体系は20世紀に非常に発展し急激な進歩を遂げ医療に大きく貢献しました。



図 1

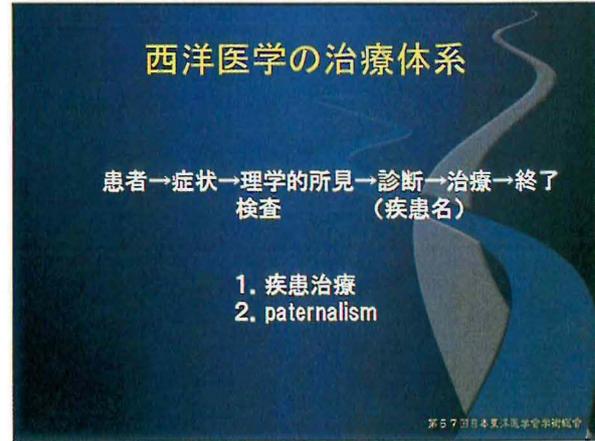


図 2

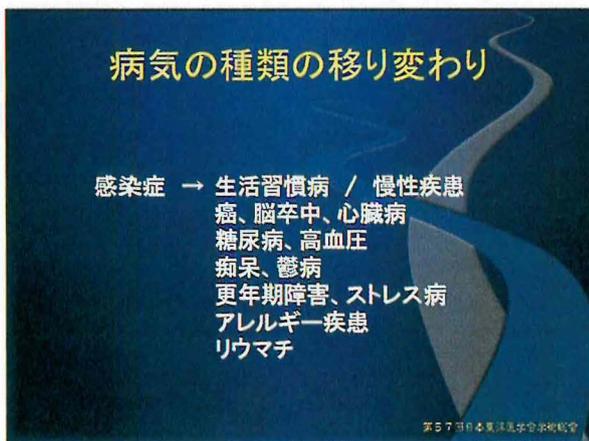


図 3

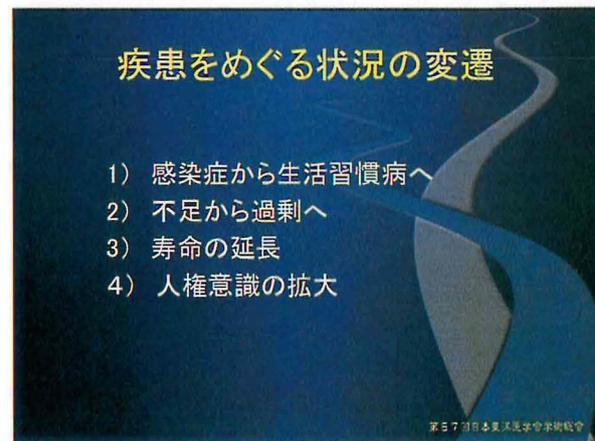


図 4

それが20世紀の後半になって、それだけで十分完璧な医療が行えるのかという問題がおこってきました。その大きな理由の1つは、西洋医学の本質にかかわる問題であることが明らかになってきたからです。その問題とは西洋医学の治療体系が基本的には疾患治療である、病気の治療であるということにつきると考えられます。西洋医学の治療体系は図2に示されますように、患者が来診すると症状を問診し、理学的所見と検査を行い、病名を診断して、その疾患に対応した治療を行うということになります。この体系は疾患治療であること、そしてこれが医師中心であることから見て、パターンリズムであるとよく言われております。この疾患治療は感染症が問題であった時代には大きな威力を発揮しましたが、その後世界の状況が変化するにつれて、その限界が問題となってきました。

その一つは、病気の種類の移り変わりです。ちょうど第2次大戦を挟みまして日本での死亡の原因を調べてみますと、それ以前では感染症が大部分で

あったのに対して、最近では脳卒中、癌、心臓病が3大死因になるとか、生活習慣病が問題になるという状況が生まれてきました。すなわち疾患あるいは治療をめぐる状況が大きく変わってきました(図3)。

このような点をまとめてみますと、感染症から主体が生活習慣病に変わったこと、不足から過剰への流れ、寿命の延長、また別の面からみて人権意識の拡大、さらに加えて、経済の問題、特に医療経済が医療の方向を変えようという時代になってきたといったことがあげられます(図4)。

このような状況に対して、西洋医学の疾患治療だけで対応できるのかどうかということが大きな問題になってきました。そして、20世紀の後半からこの21世紀に入って、西洋医学でも疾患の治療から全人的治療、あるいは、病人の治療のほうに移行していくべきであろうという流れが生まれてきました。

ここで日本の医療に西洋医学と東洋医学があることが大切になってきます。なぜならその治療体系が

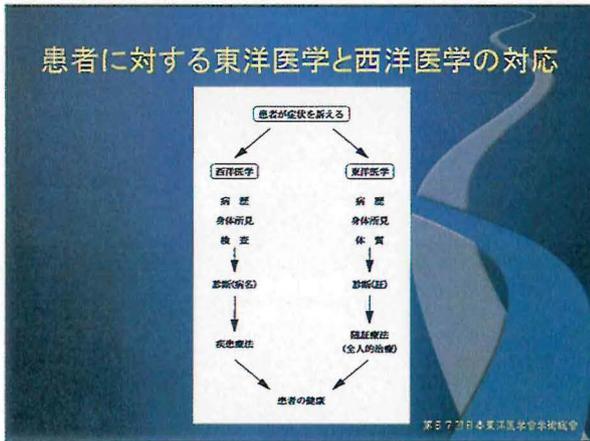


図5

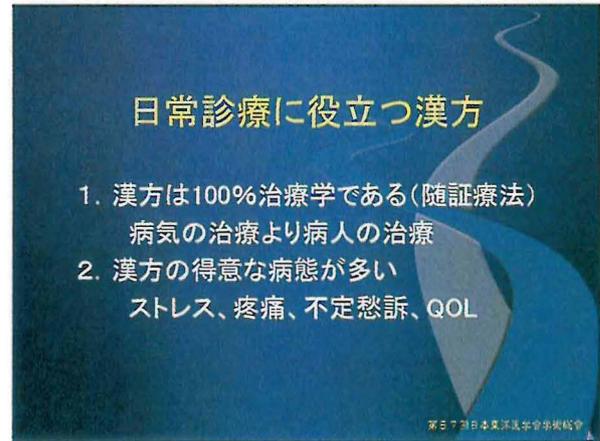


図6

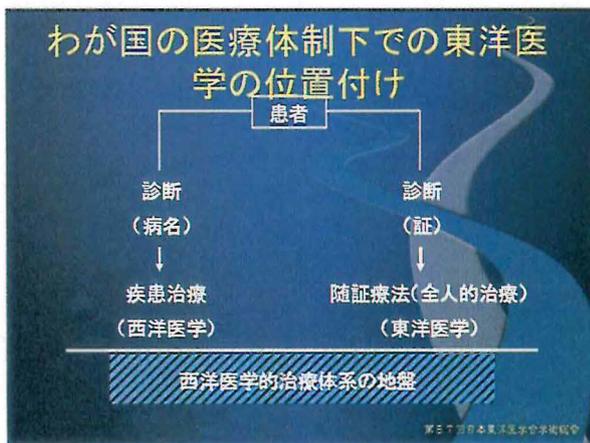


図7

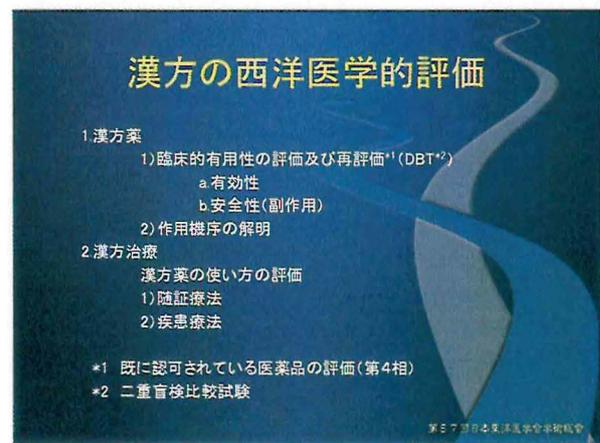


図8

全く異なっているからです。西洋医学では、前述のように患者の訴えに対し、問診、理学的所見、検査などにより病名を診断し、その疾患に対応した治療が行われるいわゆる「疾患治療」が中心であるのに対し、東洋医学では問診、漢方的診察の上で‘証’を診断し、その薬証の漢方薬を用いて治療を行う随証療法が行われます。西洋医学は病気を治すのに対し、東洋医学は病人を治すと言われる訳です。このように西洋医学と東洋医学の体系が全く異なることが大きな意義をもってきます(図5)。

事実、日常診療を考えますと、この点での東洋医学の有用性が浮き彫りになってきます(図6)。まず西洋医学では診断学が大切なのに対し、漢方は100%が治療学であることがあげられます。それから日常診療で、漢方の得意な病態、すなわちストレス、疼痛、不定愁訴、QOLの改善などが多く見られるといったことがあります。そうなると、完ぺきな医療を提供しようというとき、西洋医学のほかに、病人の治療、随証療法を主とする東洋医学

が非常に重要な役割を持つのは、だれでも考えられるところではないかと思われます。

さてこのように日本の医療体系の中で、大きな役割を果たしうると考えられる東洋医学ですが、現在のところ普及はしたものの定着した状況にはないと思われます。そこで東洋医学を日本の医療体系にしっかりと定着させるための具体的な戦略が必要となってきます。それには日本の医療体制下での東洋医学の位置づけを改めて認識しておく必要があります。すなわち、疾患治療を中心とする西洋医学も、随証療法を中心とする東洋医学も、その治療の有用性の評価は日本の医療体制の基盤が西洋医学である限り、西洋医学の評価に耐えねばならないということです(図7)。具体的に言えば、西洋医学の治療で問題とされているEBM(科学的根拠に基づいた医療)が、東洋医学でも必要となることを意味しております。漢方のEBMとしては、漢方薬あるいは漢方治療の有効性と安全性の検討からその臨床的有用性を確立すること、そしてできればその作用機序



図9

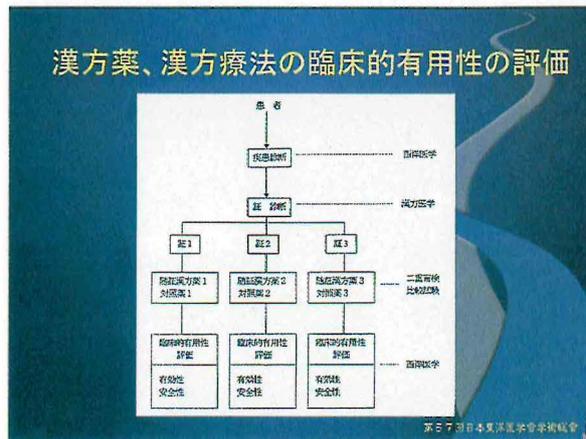


図10

の解明もエビデンスとして得られることが望まれます。

もう少しこれらを別の表現で詳しく申し上げますと、漢方薬の評価、漢方治療の評価、特に疾患治療として漢方薬を用いた場合の他、最も東洋医学で問題となる随証療法を西洋医学的に評価するということになります(図8)。この中でも随証療法の西洋医学的評価は具体的にどのようにすれば可能かについて、いろいろな工夫がなされていますが、大きな問題となっているところです。

まず医薬品としての漢方薬の評価は厳密に言えば図9に示すような厳しい評価に耐える必要があります。特に漢方、漢方薬の国際化が重要視されるようになっております現在、この図9にあるすべての項目についての検討が必要になるかもしれません。ただ我が国では、漢方の主要な処方、特殊な条件下で既に医薬品として認可されているので状況は異なりますが、医薬品の評価の中で最も重要視されますのがスライド中の規格とRCT(無作為二重盲検比較試験)の成績です。この中、RCTについては漢方薬について困難な点があるにしても可能かと思われませんが、規格については容易ではないと思われず。漢方薬の規格は非常に大きな問題で、21世紀の漢方のEBMを問う際に、特に国際化を考える際に重視する必要があると私は考えております。

次に問題となるのが、漢方薬の使い方、随証治療の西洋医学的評価ということになりますが、これは既に述べましたように種々の困難な問題を抱えております。これに対して現在いろいろな工夫がなされておりますが、私自身は過去に西洋医学の新薬の評価に携わった経路から図10に見られるような評価方

法を考えております。

医薬品の西洋医学的評価は、疾患治療における臨床的有用性を求めるものである以上、漢方薬についてもまず疾患治療における有用性の評価が求められます。従って随証療法の評価は、ある特定の疾患の症例を選び、それを証により層別して、証1、証2、証3の群に分けた後、対照薬との間に二重盲検比較試験を行い、その臨床的有用性を評価することになります。例えば気管支喘息に対する小青龍湯の臨床的有用性を評価する場合、気管支喘息の患者の中から小青龍湯の証の症例を選び、それを2群に分けて小青龍湯と対照薬を比較することにより、その随証療法の有用性を評価しようという訳です。

以上は随証療法の評価の一案であります。真の随証療法の評価は西洋医学的には難しいのが現状であると思えます。

漢方薬の臨床的有用性については更に難しい問題があります。それは漢方薬も我が国における医薬品である以上、同一の効能・効果を有する西洋薬がある場合にはそれとの比較が要求されることになることです。それはその漢方薬がある適応疾患の治療において、同一の効能・効果を有する医薬品との間に独自の別の位置づけを持ちうるか否かを問われていることでもあります。このように漢方のEBMの問題は多くの解決すべき点をかかえており、それに対する適確な戦略が求められている状況かと思われず。

ところでEBMは漢方のみならず西洋医学の領域でも厳しい要求をつきつけておりますが、ここで医薬品の歴史を振り返ってみますと、1つの問題が浮かび上がってきます。それは「EBMが提唱される以前から使用されてきた治療法や医薬品の評価を



図11

EBMの現代においてどう扱うべきか」という問題です。事実、インスリンやステロイド剤といった古くから使われている医薬品に関しては所謂「エビデンス」がなくても使用されています。

古くから使われてきたといえは漢方薬も同じです。従ってEBM以前から使用されてきた西洋薬およびその治療法についてはどう扱われているかを知るとは、漢方薬のEBMを考える上でも助けになると思います。

その答えはエビデンスではなくて、コンセンサスを重視する考え方であるということです。糖尿病におけるインスリン治療のように、効くことがはっきりとわかっていて、長い間に多くの医師にその有用性についてのコンセンサスが得られている治療法に、改めてエビデンスが必要であるかという問いかけに通ずるものです。事実、日本糖尿病学会では科学的根拠に基づく糖尿病の診療ガイドラインにおいて、インスリン療法の基本についてはコンセンサスを採用して、グレードAの推奨をしています。従って古くから使われてきた有用な西洋薬についてはエビデンスの代わりにコンセンサスが認められています。そこで古くから用いられてきた漢方薬はどうかということになります。漢方の場合には、傷寒論のような古典の中にコンセンサスと思われるものが集中して収録されているからです。

ここで問題は、漢方薬の有用性が漢方医学的には評価されていますが、我が国の医療体系の基盤である西洋医学的評価をうけていないことでもあります。漢方医学的にはコンセンサスがあるとしても西洋医学的にはコンセンサスが得られていないため、採用が困難ということになる訳です。西洋医学的コンセ



図12

ンサスが得られるか、またどのような可能性があるかを検討することは今後の大きなテーマであると考えられます。

以上、これまで漢方を日本の医療体制に定着させるためにはどのような努力が必要かについて、漢方のEBMを念頭に話を進めて参りましたが、なお多くの課題が残されていることがあらためて感じられます。それらの点をふまえますと、21世紀の日本の医療における漢方の位置づけは、西洋医学との融合にあるのではないかと思います。体系の異なる東洋医学と西洋医学のそれぞれの利点と欠点を補い合い融合した医療体系の確立は、私の漢方の恩師である大塚敬節先生の教えをふまえた目標ではないかと思っております(図11)。

ただ疾患治療と随証療法という全く異なる東西医学を融合させる体系をつくることは具体的には非常に困難であり、まだ完成してはおりません。そこで現実的な対応として、私たちは図12に示すような体系を考えております。すなわち症状を訴える患者が来診した場合、まず西洋医学的に疾患を診断し、治療を行うという疾患治療を行った後、それで十分対応できないときに、証による層別を行い、証にあった随証療法を行い、その漢方療法の効果の判定は西洋医学的に行うというものです。これは我が国の医療体系が西洋医学の行政下にあることを念頭に置いた診療形態であり、西洋医学が主で漢方が従という訳ではないことは当然のことです。診療にあたっては、一人の医師が行うのが望まれますが、漢方の専門家が少ない現在、西洋医学と漢方の専門家がチームを組んで治療を行うのが現実的だと思います。事実、私が東京大学第三内科に漢方外来を創設

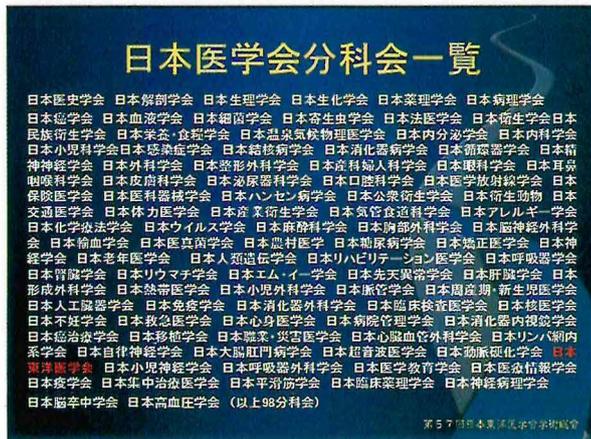


図13

した際にとったのがこの方式で、具体的に西洋医学担当の大澤と漢方専門の大塚恭男先生、または松田邦夫先生とチームを組み、私がまず患者に西洋医学的に対応し、治療が不十分であれば大澤が同席の下に大塚先生あるいは松田先生に漢方の診療を行っていただき、その治療効果については私が西洋医学的に評価するという形をとりました。この診療形式は患者にも喜ばれましたが、私にとっても漢方の有用性を認識するのに大きく役立ちました。いずれにしてもこのようなチーム医療ができるためには、西洋医学の医師が漢方の有用性について納得して受け入れることが必要であり、そのためにはこの講演の主題である「漢方が日本の医療に定着している」ことが必須の条件であることが痛感されます。

さて、これまで東洋医学を日本の医療に位置づけ、大きく発展するためには日本の医療に定置させることが必要であり、そのためにはEBMの立場から、漢方が西洋医学的な評価に耐えられることが要求されることを述べてきました。この学術総会において、漢方のEBMの重要性を認識するプログラムが組まれているのも、これを考慮しているわけです。ただこのままですと漢方が定着するのはよいとしても、定着する基盤が西洋医学でありますから、注意していないと西洋医学の体系の中に埋没して失う心配があります。

それに関連しますが、日本医学会を構成する分科会の加入数が101となっております(図13)。その中で日本東洋医学会だけを赤色で示してありますが、まさに紅一点というところです。他の100分科会はすべて西洋医学が中心の学会ということで、日本東洋医学会はその中に埋没してしまいそうです。この

イメージは、西洋医学が中心の日本の医療体系の中にある東洋医学の位置づけを明確に示していると思います。

この状況下で、東洋医学が西洋医学の体系に定着しながらそれに埋没することなく、西洋医学と対し、独自の立場を確立するためにはどうすればよいか問われることになります。それには東洋医学が西洋医学の体系と全く異なる理念と体系を有しており、しかもその東洋医学の神髄が西洋医学では解明しえない価値のあるものであることを明確にする必要があります。本学術総会のテーマである「伝統の継承と新しい発展」は日本の東洋医学が目指す2つの目標を示したものであります。

言い換えれば「定着と神髄」ということになります。本日の私の話は、「定着」の重要性を中心に申し上げましたが、東洋医学の神髄を守ることの重要性も決して見失ってはならないテーマであると思っています。

高久 大澤先生、どうもありがとうございました。それでは先生、司会のほうをお願いいたします。

大澤 それでは、今度は司会に移らせていただきまして、このシンポジウムの第2席、「漢方の国際化に向けての戦略」ということで、慶應大学の渡辺先生にお話しいただきます。よろしくお祈りします。

2. 漢方の国際化に向けての戦略

渡辺 賢治

慶應義塾大学医学部漢方医学講座

渡辺 まずは、このような機会を与えてくださいました座長の大澤仲昭会頭、高久史磨先生、どうもありがとうございました。私に与えられましたのは、「漢方の国際化に向けての戦略」という大きなテーマです。早速始めさせていただきます。

まず、漢方は世界からどのように見られているかということですが、基本的には中医学は良く知られています。その一方で、日本の漢方というのは、ほとんど知られていないのが現状です。

国内では「漢方は日本では医療用になっていて、補完・代替医療ではない」、「日本は医療用として医師が用いているので、免許が二分化されている他のアジア諸国とは違う」、「漢方は、西洋医学と伝統医学が融合した、世界で最も優れた統合医療である」、「漢方の品質管理は素晴らしく、世界に誇れる技術である」などと、漢方を擁護してくださる先生が増えています。ただし、こういうことを国内で言っても、全く意味がありません。是非とも声を大にして、世界に向かって言って欲しい、というのがまず私の第一の願いです。さもないと、本当に「井の中のかわず」ということになってしまうと思います。

国際学会に行くと、いろいろな声を聞きます。「生薬研究の分野では昔は日本が主役で、研究で世界をリードしていたのに、最近日本の発表者をあまり見ない」とか、「日本を招待したいのだけれど、顔が見えないので誰を招待していいのかわからない」、「日本での臨床研究、基礎研究はどのようなものがあるのかを知りたい」、「漢方は、西洋医学の世界で最も分かりやすい医学なので、共同研究したいけれど、だれに頼めばいいか。」最後の二つは主に欧米からの声です。漢方を知っている一部の有識者からは、日本は熱烈なラブコールを受けているのです。

日本人の顔が見えないとよく言われます。世界を見ざる、世界を聞かざる、世界に言わざるといのは、本当に日本の美德ということなのでしょう



図1 ウェブページより転載

<http://www.imcorsortium.org/cahcm/home.html>

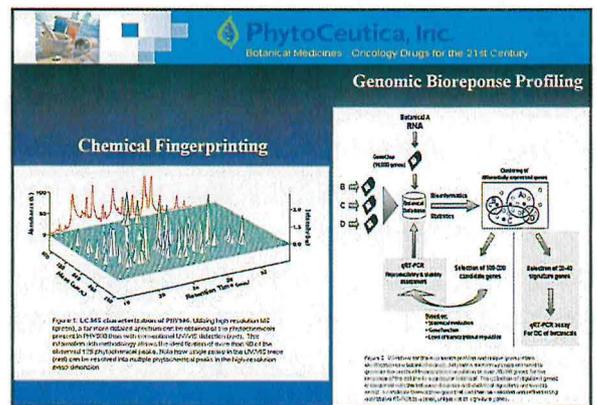


図2 ウェブページより転載

<http://www.phytoceutica.com>

か。

今まで私が安心していただけなのは、日本の製剤技術は非常に高い、世界に誇れるものなので、世界はまだまだ追いつけないだろうと思っておりました。NIHの助成を受けた研究の多くが品質の安定性のために失敗している中で、日本の製剤技術に対する信頼は非常に厚いものがあります。

ところが、世界はものすごい勢いで伝統医薬の近代化を進めています。それを知ったのは、今年の5月にカナダのエドモントンで行われました「North American Research Conference on Complimentary and Integrated Medicine」でした(図1)。これは補完・統合医療の学会になるのですが、日本の先生がたは、「補完」とか「代替」という言葉がつくと、「漢方は違うから」ということで、行かないわけです。この学会でも、日本から発表したのは我々慶應のグループ4人だけでした。中国、韓国からは多数の発表があり、存在感を示していました。国内では漢方は「補完・代替医療」ではない、ということでは

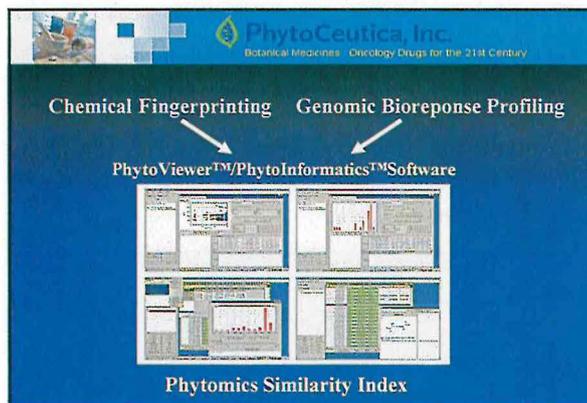


図3 ウェブページより転載
<http://www.phytoceutica.com>

と思いますが、国際的には、日本で漢方の国際学会をやる限り、「漢方」を国際的に認知してもらう機会がありません。むしろ積極的にエドモントンのような学会を利用して、日本の漢方の事情を説明し、日本では「補完・代替医療」ではないのだ、ということを声高に言うべきだと考えますが、如何でしょうか？さもないと情報の発信ができません。

この学会で聞いてきた情報の一つですが、PhytoCeuticaというエール大学が作ったベンチャー企業の例を話します。複合生薬の品質管理のために、その成分を3次元 HPLC (high-performance liquid chromatography) で見る。これは既に日本でもやっていることです。さらに加えて、いろいろな細胞株にその製剤を作用させた場合に、どのような生物学的な反応があるかを、チップで網羅的に見て、データ化をします(図2)。この二つを合わせて、それを数字で表すことによって、その複合生薬の製剤品質がどの程度均一かを評価するというサービスをやっています(図3)。

この会社を立ち上げたのはエール大学の薬理学のチェン(Cheng)教授です。昨年度の和漢医薬学会にもいらしていただきました。チェン教授はさらに、新しい複合生薬の製剤を作って特許を取っています。抗がん剤のCPT-11とともに使うと、副作用を減らすだけでなく、大腸癌、肝臓癌に対する抗腫瘍効果も強める、というものです(図4)。漢方でも、半夏瀉心湯がCPT-11の副作用を減らす目的で使われることがあります。効果をも増強することをきれいにデータとして出しています。それを臨床に持っていき、Dose Escalation Clinical Trialで、

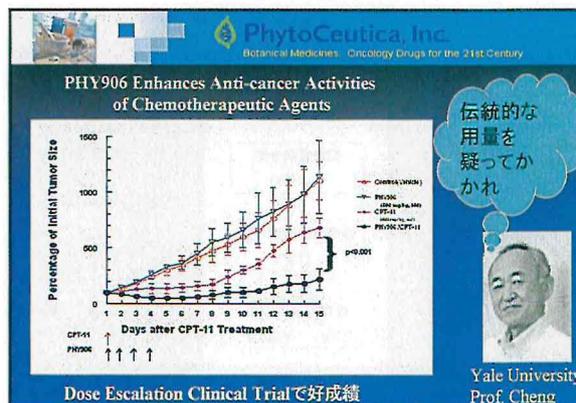


図4 ウェブページより転載
<http://www.phytoceutica.com>

だんだん投与量上げていくことで、適正薬用量を決定し、現在第2相臨床試験に入っています。

チェン教授から言われたことは、伝統的な用量は、あくまでも経験知である。これは薬理的に証明されたものではないので、伝統的な用量をもう一回疑ってかかった方がいい、というメッセージをもらいました。

これはブライアン・バーマン (Brian Berman) というメリーランド大学の教授です。彼はハーバード大学のアイゼンバーグ教授と並んで、この領域におけるアメリカの巨人です。関節痛に対する鍼治療の二重盲検試験の結果を2004年にアメリカの内科学会雑誌に出しました。この学会でもその結果を話しましたが、演題名では「TCM acupuncture」と称していました。

しかし実際に使っている鍼は、江戸時代に杉山和一先生が開発した日本の鍼なのです。私がバーマン教授に、「発表で使っていた鍼は日本の鍼じゃないの？」と質問したところ、「今まで中国とか韓国の留学生は来たことがあるけれども、日本の人と話したことがないので知らなかった、てっきり中国鍼かと思っていた」と言っておりました。これはバーマン先生が悪いのではなく、日本のアピールが足りないのが問題であると感じました。バーマン教授の教室は、コ克蘭・ライブラリーのコラボレーション・センターとして、いろいろな生薬研究の論文データを集めています。彼からは、日本のデータが欲しいと強く言われました。

うちの教室には、海外から、主として欧米から数多くのレジデント、医学生が来ます。1カ月であったり1週間であったりします。例えばレジデントで

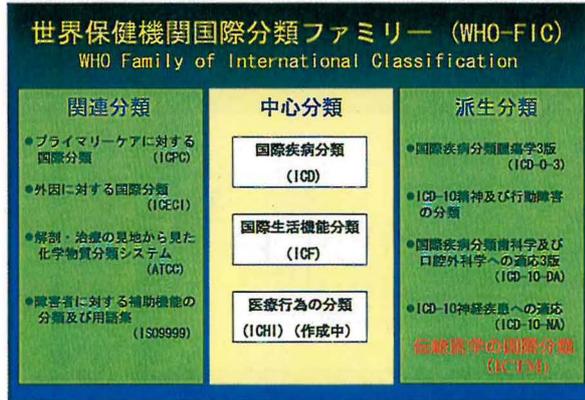


図 5



図 6

すと1カ月のエクスターン (extern) として来ます。最近では医学部志望の大学のインターン学生まで来ます。こういう人たちに漢方の説明をするわけです。海外のレジデントや医学生が漢方を理解できるのだろうか、という疑問を持たれる先生もいらっしゃるかもしれません。しかし、大体理解して帰ります。患者を治すための手段としての医療である以上、東医学が理解不可能なくらいに違うはずがない、と思っております。例えば「冷え」というものがいかに大事かという話をすると、最後には納得して帰って行きます。

しかし一方で、長年日本で漢方の勉強をしている先生ほど「実際に使えるようになるのは難しい」ということを言います。

日本東洋医学会で作った英語の漢方の教科書がありますが、残念ながらこの本を読んでも漢方が使えるようにならないというのです。一応、漢方の概念は分かったような気にはなるけれど、使うところまではいかない。通常このような教科書では、まず用語集があって、その用語に対する定義がある。ところが、この本のいちばんの弱点は、そういった定義がないのです。定義なくして、いきなり瘀血とか水毒などの用語が出てくる。用語に関して本当に理解できているかどうか不安である、というのが彼らの意見です。

漢方が西洋医学の世界で受け入れられるためには、用語の整備が急務であり、特に定義が英文で定まっていることが重要だと考えます。用語の基盤整備の必要性です。

幸いなことに、時を同じくして、WHOの西太平洋地区 (WHO/WPRO: Western Pacific Regional Office) の Choi 先生が中心になって、伝統医学のハー

モニゼーションをしようという動きがあります。いろいろなハーモニゼーションを試みておりますが、その中に ICD (国際疾病分類) があります。現在日本では ICD10 が使われています。この ICD10 のファミリーとして、伝統医学の用語を入れようという話になっています。

WHO の国際分類には ICD の他にもいくつかの分類があります。それらを3つのカテゴリーに分けると、中心分類、派生分類、それから関連分類となります (図5)。ICD10 は中心分類です。

現在 WHO の西太平洋地区での話し合いは、この派生分類の中に伝統医学の国際分類を入れようという方向で動いています。本日初めてこの話を聞かれた先生方は、そんなことが可能かと思われると思いますが、実はこの会議は既に過去3回やっております。2回目の会議は今年の1月に筑波で行いました。3回目は2週間前に開かれたばかりですが、WHO 本部からも ICD 担当の Dr. Üstün が会議に参加しました。Roberts 先生は WHO の国際分類の重鎮だった方で、このプロジェクトの第1回目の会議からすべてに参画してくれております。このお二人の方が伝統医学の用語を ICD のファミリーにすることを主張してくれました。我々ではなくて、WHO 側からそういう提案があったということで、かなり現実味を帯びた話かなと考えています。

今回、厚生労働省から大臣官房統計情報部の先生にお二人ご参加いただきました。国が WHO の会議に参加してくれたのは、これが初めてです。今までは、ほかの国は政府の人が来ているのですが、日本だけは政府の人がいない。国の政策に関するような質問に、どう返答していいのか分からない、ということが多々ありました。今回厚生労働省のかたが参

1. 海外との共同研究の推進
2. 世界の保健機構に対する国際的貢献
3. 積極的な情報発信

図7

加して下さったことは、漢方に取りまして新たな一歩であると、非常に心強く思っています。

どういふものを作ろうとしているかということですが(図6), 疾病分類でするので疾病の名前, ただし伝統医学的な病名に限ります。伝統医学の病名の中には, 現代医学の病名とか症状のものが, かなり多く含まれていますので, ICD10との重複を避けると, これはかなり数は少なくなるであろう。ましてや, 日本においてはICD10がこれだけ普及しておりますので恐らくこれを使うことはあまりないかなと考えています。

もう一つは「証」分類です。疾病分類が縦糸だとすると, 先ほど大澤先生からお話があったように, 横糸である「証」は伝統医学独特のものであり, 非常に重要になります。日本の場合には, 病名の縦糸はICD10を用い, 横糸である「証」の分類を用いたダブルコードになることが可能になります。例えば産婦人科の先生が, 当帰芍薬散と桂枝茯苓丸を使い分けるといった場合に, どういった証の違いで使い分けかという統計も取れることになります。

海外での臨床研究において, 証に基づいて研究を進めた, 層別化というふうに先ほど大澤先生のスライドにありましたが, 証に随って「層別化した」という研究が多々見られます。しかし, その層別化の根拠は何なのかということが見えない発表が多いのです。または, 証に随って個別化治療したら良い結果が出たと。その個別化治療はどういう基準で分けたのかが不明だと評価のしようがありません。こういった問題を解決するには, 「証」というものの定義・分類がはっきりすることが大事かと思えます。これは一回に作れるわけではなくて, 作ったものの検証をして, 確かにこの分類の仕方でいいのだとい

急ぐべきは漢方医学の基盤整備

1. 用語整備(英文用語集、英文定義)
2. MeSHツリーの構成
3. 疾病分類の作成(WHO-FIC)に向けての準備
4. 臨床研究のための基準作り(CONSORT)(世界から批判されないデザインならびに論文レベル)
5. 教育の整備をして海外への普及を図る
データ志向の米国型 vs 教育志向の豪州型
6. 政府の研究費により、西洋医学の医師・研究者に幅広く漢方の研究に参加してもらう(NCCAM方式)

図8

うことを検証しながら進めていく作業なので, 非常に永続的な, 長期間のプロジェクトということになります。

EBM に関しても先ほど大澤会頭のほうからお話がありましたが, CONSORT (Consolidated Standards of Randomized Trials) 声明, これは臨床試験をどうやって標準的なものにするかというものです。1996年に「JAMA」に掲載されたのが初めて, 2001年に改訂版が出ました。2002年に津谷先生が「JAMA」の日本版に翻訳されています。これは先生がたに, ぜひお読みいただければと思います。

アジアで複合生薬のCONSORT声明を出したいと言っているのが, 香港のパプテスト大学のピアン(Bian Zhaoxiang)教授です。こうしたアジアの動きにもついていくことが重要かと考えています。

学ぶべきことが多いかなと思っていますので中国の戦略性のことを少しお話しさせていただきます。全世界50カ国には, 157の中医学の学術団体があります。これを全部まとめようという組織が, World Federation of Chinese Medicine Societies (WFCMS) です。これは学術団体ですが, 中国政府がきちんとバックアップしております。

それから, ノルウェーと中国の政府同士が中医学の普及で提携しております。

それから, 今年の1月に飛び込んできたニュースとしては, 中医学をユネスコの世界遺産に登録したいということで, 中国の政府が積極的に活動をしています。

このような中国の活動に比べると, 日本の場合, どうも政府の対応が不十分でなかなか思うように漢方を海外に紹介するには至らなかったのですが, これからは是非とも産官学で漢方の海外への発信をし

国際化のためにはまず情報の整備から

1. 国際会議の開催
2. 海外の学会への積極参加
3. 総会に海外からの発表者を呼ぶ
4. 国外の動きを日本の医学界に的確に伝える
5. 海外との人的・研究ベースの交流の促進

図9

て欲しいと願っております。

抄録には海外との共同研究の推進とか、世界の保健機構に対する国際貢献とか、積極的な情報発信といったことを書いています(図7)。けれども、その前にやる必要があるなということを強く思いまして、今日、提言させていただきます(図8)。

まずは、用語の整備。これは英文の用語集、それから英文の定義、メッシュツリー、これはPubMedの中にKampoというシソーラス(thesaurus)があるのですが、その中身が非常にプアーです。そこを充実させることが重要かと思えます。

それから、WHOの国際分類のファミリーへの取組に向けて、証の分類の作成、それから臨床研究のための基準作りとしてアジアでのCONSORT作成への対応。

これは非常に重要な課題です。残念ながら日本の先生が書いた幾つかの英文論文が、非常に厳しい評価を受けている、という事実があります。慶應のプロトコフ先生が雑誌からレビューのチェックをするように依頼を受けるのですが、非常に厳しいレビューをされています。やはり日本での漢方の臨床研究がコンソートの基準にマッチしていないことが原因だと思います。

それから、教育の整備をして海外への普及を図る。データ志向の米国型に対して、教育志向のオーストラリアでは、中医学の大学を4つ作っています。中医学という新しいものに対して、まず教育から入るといのがオーストラリアの姿勢であると聞いています。

それから、NCCAM(National Center for Complementary and Alternative Medicine)というのはNIHの組織ですが、NIHの方針としては、こうした領域

漢方医学の国際戦略のTips

- 現在の医療用漢方製剤をベースにして、薬用量の見直し、投与方法の開発、成分からの創薬(タミフル等の例)も含め、幅広い戦略を立てる。
- 日本東洋医学会のみでは不可能。産業界、政府との強調関係を強め、一体となって国際戦略を立てる必要がある。
- 国際化に関しては批評家ではなく当事者になって欲しい。
- 国際化に言葉の壁は全くない。必要なのは人間対人間のコミュニケーション能力

図10

を伸ばそうとした場合に、この領域には関係なく、今まで無関心だった西洋医学しかやっていない研究者たちをどんどん巻き込むという方針を明示しています。ですから、日本でも西洋医学の先生がたに、どんどん入ってもらうような研究費が必要ではないかと考えます。

それから、国際会議は情報の発信源であるとともに収集源ですから、国際会議を日本で開催する(図9)。これは香港、台湾、中国、シンガポールなど各国で盛んにやっています。日本だけがあまりやっていない。ゆえに情報が発信もできないし、逆に集まらないこととなります。その一方で海外への学会の積極参加、これは統合医療とか代替医療に関わらず、どんどん世界に行って、日本の漢方について宣伝する必要があると思えます。

これは全くの私見ですが、総会に海外からの発表者を呼ぶとか、総会にもっともっと西洋医学しか知らない先生たちを巻き込んでいく姿勢が必要かと思えます。世界は代替医療とか統合医療ということで、ものすごい勢いで動いています。NIHのグラントは、統合医療のために毎年300億円あります。こうした国外の動きを日本の医学界に的確に伝える。残念ながらアメリカが変わらないと日本は変わらない、という寂しい面があるのですが、いち早くそういった世界の動きに呼応することが必要かと考えます。それから、海外との研究ベースの人的交流の促進、それから日本語論文の英文での紹介が必要だと思います。

ちょっと国際戦略のためのヒントというか、これも全く私見ですが述べさせていただきます(図10)。海外進出のためには、現在の医療用漢方製剤をベースにして宣伝をする。医療用として既に30年の実績



図11 ウェブページより転載
<http://www.cmr-muc 2007.de>

がありますから。それとともに、海外に行く場合には薬用量の検討、投与方法の開発、タミフルの例が最近ありますが、成分からの創薬、こういった幅広い戦略を立てる必要があると思います。こうした活動は日本東洋医学会のみでは不可能なので、産業界、政府との共同歩調を強めて、一体となって国際戦略を立てることが必要かと思ひます。

それから、国際化に関しては批評家ではなくて当事者になってほしい。これは今日、聞いてくださる先生方に強く要望致します。批評するのは簡単ですが、批評からは何も生まれません。是非とも当事者となって、実際に国際活動をしていただきたいと願ひます。

最後に、国際化には言葉の壁は全くない、必要なのは人間対人間のコミュニケーション能力であるということを言いたいと思ひます。実は、私が留学する時に、私の叔父から手紙をもらいました。叔父は私の30年前に苦勞して米国に留学した人です。その手紙には「真の国際人というのは、言葉ができる人間ではない、人間と人間のつきあいができる人が真の国際人である。それを勘違いしてはいけない。」という内容でした。まさに、いろいろな会議の議長などを務めていて、基本は人間対人間のコミュニケーションであることを強く感じています。

カナダのエドモントンの学会の続きが、来年の5月にミュンヘンであります(図11)。この学会では、ぜひとも漢方のセッションを設けたいと私は考えていますので、先生がた、奮って演題を応募してください。

日本東洋医学会からJLOM (Japan Liaison of Oriental Medicine: 東洋医学サミット会議) という組織

が今できていますが、漢方の関連企業や政府、それから西洋医学の学術団体、WHO、アジア諸機関、欧米の諸機関と手を組んで、大きなコンソーシアムを作ることが必要かと思ひます。日本東洋医学会の中だけではなく、もっともついろいろな人と交流を深めていくことが、国際化の基本路線かなと考えます。どうもありがとうございました。

大澤 渡辺先生、どうもありがとうございました。渡辺先生の熱い漢方の国際化に関する情熱をお感じになったと思ひます。そして、非常に厳しい危機感が伝わったと思ひています。

時間の関係もありますので、次の演者のかたに続いて登壇していただくことにいたします。次の演者は、「漢方を含む統合医療の研究開発について」ということで、最初は鈴木先生の予定でしたが、アメリカへお出かけになるということで、代わりに、厚生労働省医政局研究開発振興課で鈴木先生と同じ課におられます佐々木孝治先生に願ひします。先生、よろしく願ひいたします。

3. 漢方を含む統合医療の研究開発について

佐々木孝治

厚生労働省医政局研究開発振興課

佐々木 厚生労働省から参りました佐々木と申します。本日は、このような場にお招きいただきまして、座長の高久先生、大澤先生をはじめ関係者の皆様がたに、高いところからではありますけれども御礼申し上げます。また、平素より我々厚生労働行政は大変皆様がたにお世話になっております。この場をお借りしまして御礼申し上げます。

私は、ごらんのとおり医政局の研究開発振興課から参っております。当課は医薬品、それから医療機器について画期的なもの、新しいものをどんどん世に出すことを使命としておりまして、一つは厚生労働科学研究による研究振興を図っていることが一つです。また、治験や臨床研究などの環境整備を図るといった業務を仰せつかっております。本日は、「漢方を含む統合医療の研究開発について」と題して、統合医療をめぐる厚生労働省としての対応をご説明したいと思っております。

ご承知のとおり、わが国においては世界でもまれに見る少子高齢化の進展を見ているところです。こちらの黒いグラフは、わが国の進んでいる状況です。これに伴い、当然、医療のニーズが非常増大していき、国民医療費も増大していつている。現在30兆円ですが、これが40兆円、50兆円になるという試算もあります。

このような状況を踏まえて、今般、通常国会が終わりましたが、医療保険制度関連の改革法案が成立の運びとなった状況です。医療保険とリンクはしますが、医政局の立場から申し上げますと、医療制度の改革の目玉としては、このスライドに挙げられたものが言えるかと思っております。

一つは、患者の視点の尊重、安全で安心できる医療の再構築など。それから、質の高い効率的な医療提供体制を構築していくのだということ。それから、医療を担う人材の確保と資質の向上を図ること。そして、医療の基盤整備などを行うということ。

おかげさまで、医療制度改革法案が通過して、実

はそれと併せて、先の国会ではもう一つ、大きな目玉となる健康関連の法案が成立しました。こちらは議員立法ですが、いわゆる「がん対策基本法」です。日本人の3分の1の方が、がんによって亡くなるという状況をとらえて、これまでもがん対策については、厚生労働省をはじめ国を挙げての対策が行われておりましたが、さらに一層の推進を図るということです。

一つは、「がん対策推進基本計画」を国ならびに各都道府県レベルでも策定していくのだということ。それから、基本的施策としては、がんの予防および早期発見の推進を図っていくということ。がん医療を全国で均霑（きんてん）化を図っていくということ。

それから、三つめに「がん研究の推進等」と称して、がん研究の推進、がん医療を行う上で特に必要性が高い医薬品、医療機器を早期承認する環境整備のために必要な施策ということ。

漢方と生薬の状況ですが、1000億円強の市場規模を有していて、医薬品市場約1.4%を占めるという状況です。そして、こういった医薬品が世に出ていって普及する、普及するためには、わが国の場合で言いますと、医療保険の制度に乗せるというところが一つの王道といえますか、近道と言えるかと思えます。その道に乗せるためには、やはり薬事承認を得ていく必要があるのだということで、このグラフは治験届けの数の推移を示したものです。

実施症例、いわゆる薬事承認の基準となる症例ですが、成立したのが平成8年ですから、そのときを境にして、非常に基準としては厳しくなった。それをまさに反映して、治験届けの数も、400件あたりを前後に横ばい状況であったということです。そういった状況もあり、厚生労働省としては、文部科学省と一緒に「全国治験活性化3カ年計画」を平成15年にスタートして、まさに治験を活性化させていこうということで、種々の対策を行ってきたわけです。

これがその治験の活性化3カ年計画の概要で、治験のネットワークの整備を図っていくことによって、製薬企業にとって受け入れやすい土台というのを作っていくのだというのが一つです。それから、治験コーディネーター（CRC）の養成・確保を図っていくのだということで研究を実施しました。それから、国民に対しても治験の意義等に関する普及啓発、

情報提供といった事業を行ってきた。それから、治験契約に関する様式の統一化を図ろうとしてきた。

5番め、臨床研究全体の推進ですが、先ほど来からも話があります、エビデンス・ベースト・メディシン (EBM)、いわゆる根拠に基づく医療のための臨床研究や橋渡し研究等の推進を図ってきた。それから、それを支持してくれるような体制の整備ということで、厚生労働科学研究を活用して、種々の事業・研究を行ってきたところです。

また、ちょっと話がずれますが、臨床研究に関しては当然、倫理的な面でのルール作り、担保を図っていく必要があるということで、「臨床研究に関する倫理指針」を策定し、さらに個人情報保護関連法案の成立を踏まえて、こういった点にも配慮するというので、指針に追加したところです。このように医薬品を世に出すという観点から、治験および臨床研究の環境整備を図ってきたのが一つです。

今回、統合医療ということですが、厚生労働省としては、西洋医学に含まれない医療領域である相補・代替医療、漢方やマッサージ、あんま、指圧、鍼灸等ですが、それと現代西洋医療とを効果的に組み合わせた医療として、統合医療については国民の意識が非常に今高まっているという認識です。

そういった中、この会場にいらっしゃる皆様方のご協力もいただきまして、まず厚生労働省の将来の体制を構築しています。私の所属する医政局の研究開発振興課は、まさに統合医療の研究開発を進めているという立場で、渉外的なこと、取りまとめるなところを担っています。ですが、先ほど渡辺先生の話にもありましたように、これは国内だけの話ではなくなりつつある。伝統医学をめぐる国際的なせめぎ合いがまさに行われており、そういった意味で、国際的な視点でこういった問題をとらえていきたいということです。実は、厚生労働省に国際課という部署がありますが、WHOをはじめとした国際的な動向について、しっかりウォッチをしていくのだというところがあります。それから、同じく国際的なところで大臣官房に統計情報部があり、国際疾病分類等をウォッチしていくのだということで連携を図っているところです。

それから統合医療、いわゆる医療ということですので、それを医療行為の観点として、漢方でいえば薬事という観点で、それぞれ医政局の担当部署、そ

れから医薬食品局の担当部署ということで、省を挙げて連携を図っている。これらが世に出ていくための医療保険ということと言うと、保険局が担当になります。先ほどがんの話が出ましたが、がんについては健康局が一義的に研究開発を進めていきますが、当課としても国内における研究開発を振興している。これが統合医療におけます省内体制の全体像です。

それから、いちばん右端の国内の研究開発というところですが、やはりEBMをしっかりと見ていくのだというのが基本理念にありまして、本年度、平成18年度に新規で、枠としては「医療安全・医療技術評価総合研究事業」という事業の中で、約1億円の予算規模をもって新規に立ち上げたものです。

その研究の目的ですが、一つは、国内外における統合医療の普及の状況、それから経済効果を見るところの一つ。それからもう一つは、西洋医学に相補・代替医療を併用することにより、具体的に高まる効果を確認するというのが二つめです。

ちなみに、先ほど大澤先生からお話がありましたように、随証療法的な評価の難しさというご指摘がありましたが、この評価方法についての調査研究は、文部科学省のほうで対応しているという状況です。

ここで研究例の詳細を、私のほうから申す立場ではないかもしれませんが、まだ本年度始まったばかりですので、各研究者の方々には今後、研究の進捗状況等、適宜確認させていただきたいと思っております。どのような研究を進めていくかを、ざくっとタイトルベースでご紹介申し上げますと、最初の目的にありました、国内外における普及の状況や経済効果については、統合医療による国民医療費の影響の実態把握などの研究を進めているところです。

それから二つめですが、西洋医学に相補・代替医療を併用することにより、具体的に高まる効果としては、がん治療による副作用の緩和とか、経穴の臨床解剖教材の作成とか、それから進行胃がんに対する漢方治療の有効性とか、若年肥満者の生活習慣病としての睡眠時無呼吸症候群の治療法といった研究を、本年度、推進しているところです。

これら研究は、本年度始まったばかりでして、早くも終了するのが来年度、平成19年度末となっています。どのような研究成果が出るかというところですが、そういったものを踏まえて、施策のほうへの反映、もしくはその検討を進めていくことになる

うかと思えます。

最後のスライドになりますが、国際的な動向、特にWHOにおける動向について、私も先ほどご紹介しましたように、国際課とか統計情報部といった関係部署と連携を図って、こういった動向を逐次把握していきたいと思っています。渡辺先生のご報告の繰り返しになるかもしれませんが、現時点の状況を申し上げますと、WHO西太平洋地域事務局、WHOは六つの地域事務局があり、そのうちの西太平洋地域事務局で、このような動向が非常に盛んに行われているということですが、日本、中国、韓国あたりを中心として、伝統医学に関する国際疾病分類の策定、用語の統一、治療ガイドラインの作成などを試みているということです。その中で、特に中国側が非常に積極的な姿勢を見せているということを知っています。

それから、渡辺先生もご出席なさっている、6月3日から韓国で開催されましたWHOの非公式会合においては、伝統医学に係る国際疾病分類については、当面は、WHOが所掌しない関連分類で整理することとされたこと知っています。ただ今後、ICDファミリーの中で派生分類に位置づけていくのだという話も、合意が見られたとは知っています。

この統合医療をめぐる国際的な動向については、お話を最初伺ったときにも、省内関係部署にも情報提供を逐次させていただいており、そして行政を行っていくうえでの問題点の有無等についても、協議を逐次させていただいているところです。

今後も、このようなWHOをはじめとした国際的な動向については、適宜フォローアップさせていただきたいと思っていますし、そのうえで、わが国の行政に影響がある、もしくは影響があると思われる場合には、適切な対応をとらせていただきたいと思いますと考えているところです。

本日は、「漢方を含む統合医療の研究開発について」ということでしたが、それを含めて、厚生労働省としての現時点での対応状況についてご説明申し上げます。日本国として、行政だけではなく、皆様方の今後のご指導等いただきながら対応してまいりたいと思いますので、どうぞ引き続きよろしくお願ひします。簡単ではありますが、私のプレゼンとさせていただきます。ありがとうございました。

大澤 どうも佐々木先生、ありがとうございました

た。行政の立場から今、東洋医学あるいは漢方に関して、どのような考え方があるか、特に統合医療の中でどのように位置づけられるかが問題になると思います。そのあたりは、今後大きなテーマではないかと思えます。次は「漢方教育の在り方についての提言」ということで、東京大学の北村聖先生、どうぞよろしくお願ひします。

注：4番目の講演は行われたが、事情により本誌上において発言を掲載できなかったため、抄録を掲載した。
(責：高久史麿，大澤仲昭)

4. 漢方教育のあり方についての提言(抄録)

北村 聖

東京大学医学教育国際協力研究センター

医学教育は、学部における教育に始まり、卒後の臨床研修を経て専門医教育、生涯教育へと続いている。その流れのそれぞれにおける漢方教育のあり方について考えて見たい。

学部教育においては、コアカリキュラムの導入とそれに基づいたCBT、ならびに客観的臨床技能試験(OSCE)が大きな改革点となっている。その中で、漢方教育は実施されることが求められているものの、教員、カリキュラム、教材の何れをとってもまだ充分ではなく、これらの標準化とその整備が急務と考えられる。さらに、臨床実習のあり方や試験を含めた評価方法の検討も急がれる。漢方の臨床実習は主に外来で行われることが想定されるが、その場を大学病院に求めるのか、あるいは協力病院や診療所に求めるのか、臨床実習の到達目標をどこに置くのかなどが解決すべき課題である。

卒後臨床研修においては、厚生労働省が到達目標や経験目標を定めている。その中で漢方医学とか東洋医学については明示されていない。しかし、臨床研修そのものの目標がプライマリケアの基本を学ぶことであり、また患者を全人的に見ることを学ぶことであるため、東洋医学の考え方は臨床研修の目標に合致するものといえる。しかしながら、新臨床研修で実際に漢方教育がされている事例は少なく、学会を始め専門医集団による、漢方の卒後研修ガイドのようなものを提言する必要がある。その場合、研修の場、症例(経験目標)、ならびに指導医の要件に関して具体的提案があると良い。

専門医研修において、漢方医学の教育はまだ発展途上と思われる。専門医制度ができ実際に公告されているが、専門医にいたるまでの教育課程の標準化がされておらず今後学会に課せられた課題と考える。専門医は基本的には臨床経験を主として決められるものであるが、大学院などの臨床研究の場の整備も必要と考える。臨床研究で新しいエビデンスが公表されていけば新たな若い人材にとっても魅力的な分

野になると考えられる。

生涯教育の場における教育も重要である。近年、若い医師も含め、新たに開業する傾向にある。その際、自分の診療の幅を広げる目的で漢方診療を学びたいとの需要が多い。一般内科、女性科などが特に需要が大きいとそのニーズにこたえる教育システムもいまだ充分には整っていない。卒後臨床研修にも類似することであるが、修練の場の提供とカリキュラムの整備、ならびに指導者の配置などを学会として整備する必要がある。

以上述べたように、漢方医学の教育システムはだいぶ整備されては来ているが、いまだ不十分な点も多い。特に、指導者の育成が最も重要な課題と思われる。学会認定の専門医には診療における専門医に加え、漢方医学の指導者としての役割を果たすよう、学会も取り組む必要があると考える。

大澤 北村先生、漢方の専門でない、医学教育の専門の立場から明解でインパクトのあるご提言していただきました。ありがとうございました。

それでは最後に高久先生に司会していただいて、石野先生のお話を伺いたいと思います。

高久 それでは、この特別シンポジウムの最後に、「21世紀の日本の東洋医学の進路」ということで、この学会の会長の石野先生にお話をお伺いしたいと思います。石野先生、どうぞよろしく願います。

5. 21世紀の日本の東洋医学の進路

石野 尚吾

北里研究所東洋医学総合研究所

石野 座長の高久先生、大変ご丁寧な過分のご紹介を賜り有り難うございます。社団法人日本東洋医学会の会長を務めさせていただいております、石野尚吾でございます。大変著名な先生方のご講演を拝聴し、感銘を受けております。

それでは、私に与えられた時間で、日本東洋医学会の会長という立場から、大沢会頭からいただいたテーマ「21世紀の日本の東洋医学の進路」を話させていただきます。

漢方に造詣の深い故武見太郎先生は「医学は洋の東西を問わず、生きている人間のために存在するものであり、医学が文化として発展しなくてはならない。漢方医学の思想は、人間を全体としてみる上においてすぐ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ことができると思う。」と現代医療に漢方が必要なことを喝破しています(図1)。

漢方医学と西洋医学は世界観を異にしています。現在日本における漢方医学は、特に医学教育・医療制度において、

- 1) 西洋医学体系のなかで漢方医学が存在する意義を確立。そのために「独自のドグマを捨てる」「治療効果の評価は西洋医学で判断する」などです。
- 2) 漢方医学の国際化、情報の発信。
- 3) 複合物質としての漢方薬の処方単位でのEBMの確立。

などが必要事項であります(図2)。

1. 近世の軌跡 廃絶から復興へ(図3)

将来を論じるときに我々の祖先が歩んだ歴史が道標の一つになります。長い歴史の中で漢方の廃絶から復興の時代を見てみましょう。

明治政府は漢方医学廃絶の方針を決定しました。しかし漢方の有用性を否定することはできませんで

21世紀の出発は漢方医学の見直しから

武見太郎

医学は洋の東西を問わず、生きている人間のために存在するものであり、医学が文化として発展しなくてはならない。

漢方医学の思想は、人間を全体としてみる上においてすぐれた立場を取っている。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ことができると思う。

図1



図2

した。1910年に和田啓十郎の『医界の鉄椎』、1927年の湯本求真『皇漢医学』が引き金となり、再び脚光をあびるようになりました。戦前戦後を通して漢方に関する研究団体、教育機関が組織され、漢方復興の努力が精力的に行われました。関東では奥田謙蔵、大塚敬節、矢数道明、関西では細野史郎ほかが主導者となり尽力しました。さらに多くの薬系(薬剤師・薬種商)の人達の努力も大であります。

1950年には日本東洋医学会が設立されました。1970年代からは、大学や公的研究機関に漢方の研究・診療部門が開設されました。

1976年に医療用漢方製剤(エキス剤)が薬価基準に数多く収載されました。1991年には長年の願望であった日本医学会への加盟が認められ、2001年に医学教育のコアカリキュラムに入りました。2006年に広告のできる漢方専門医を日本専門医認定機構より認められました。

2. 日本東洋医学会の現状と展望

漢方が日本で確かな臨床医学として歩むために、

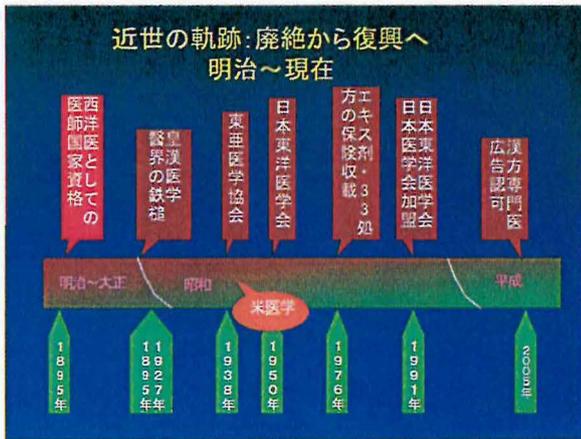


図3

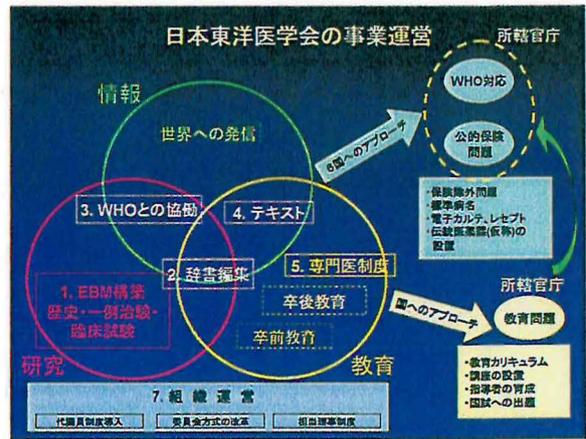


図4

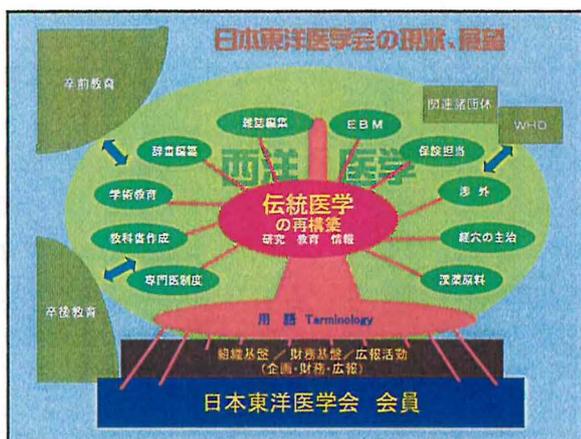


図5



図6

諸先輩方による社団法人への改組実現，その基盤に立って，諸規約の整備，医療用漢方製剤の健康保険収載，日本医学会加盟，医学教育へ参加，日本専門医認定機構加盟という大きな方向性を示し実行されてきました。今後の更なる整備・向上を念頭に置いた施策を進めつつあります。

具体的な施策として，研究活動，教育事業，世界へ向けての情報の発信を三つの柱として，(ご覧頂きます)種々の事業を推進しているところであります(図4，図5)。

用語の整備標準化は，学会のあらゆる事業の根幹であります。

我が国の医療体系の基盤をなすものは西洋医学であり，その基盤の行政下にあります。

漢方薬は西洋医学の医師の資格を得た者が東西両医学の土台の上で使用しています。

従って西洋医学の立場から理解できる用語，ならびにその解説が望まれております。いろいろな委員会が活発に活動しています。しかし，そこをつなぐ

大事なものは用語です。学会誌が出ています。EBMへの対応，教科書の作成があります。専門医制度の指導要綱があります。それらで用いられている用語の標準化，統一がなければ理解できないことは当然です。漢方医学の哲学を残して，西洋医学の立場から理解できる用語の解説が望まれており，現在その作成に全力を注いでいます。

3. 教育

医学部・薬学部ともに「漢方」を学ぶ時代になり漢方の卒前教育が開始されました。我が国の医学・薬学教育は，とりわけ医学教育は知識のみに偏重する教育から，千差万別な病人の抱える問題に対応できる臨床医学を重視する教育に変化してきました。

本学会も，教育システムへの参加，漢方臨床の立場から卒前卒後の教育，専門医の養成，そのための教科書・指導書作成などさらに整備されなければなりません。これから本学会が取り組んでいかなければいけない課題は山積しています。

グラフは漢方卒前教育における，講義コマ数の年

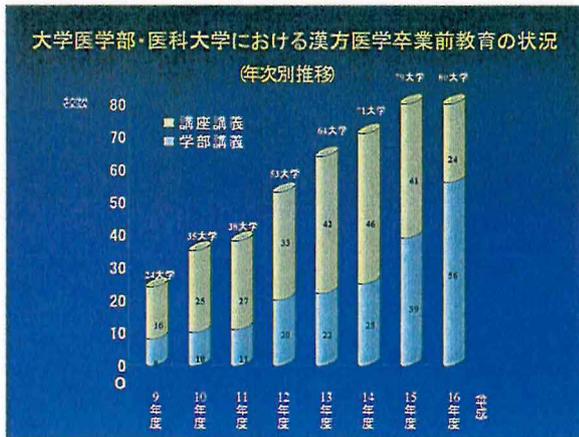


図7

次推移であります(図6)。漢方医学の進歩・普及を目的とし、平成9年度ごろから、各医科大学医学部で年々、漢方の教育をするようになってきました。先ほどありましたコアカリキュラムの8コマがどうも基準のようですが、その8コマを講義をしている大学と、まだ整備が整っていない大学とは、平成17年度以降で40校・40校と半分ぐらいで、かなりの大学で教育が行われていると解釈していいのか、まだ半分と置いていいのかという状況です。

漢方医学の進歩普及を目的として50有余年活動を続けて参りました日本東洋医学会におきまして、漢方卒業前教育に対して微力では有りますがお役に立ちたいと考えております。

(1) 医学教育システムへの参加

医学教育モデル・コア・カリキュラムに「和漢薬を概説できる」という項目が追加されたことにより、全国の医学部・医科大学で漢方医学教育がひろく行われるようになりました。

グラフはその年次推移を示しています(図7)。

(2) 漢方臨床医の教育体系の確立(テキストの整備)

1974年、78年に『漢方医学』を財団日本漢方医学研究所が発行して、編集は日本東洋医学会が行った教科書的なものがあります(図8)。私たちはこれを使って、大家の先生がたの講演、講習会を受けました。そのあと、1981年には『漢方医学講座』が発刊されました。これは戦前戦後に行われた、多くの講習会のレジメをまとめたものですが、本格的な漢方医学の教科書に相当します。まとめたものはこれが初めてだと思います。

永年の懸案事項でありました、教育事業の充実の



図8

ために平成14年に「入門漢方医学」が発刊されました。しかしさらに学生用・中級編・上級編への展開が重要です。専門医制度において『問題と解説』が発行されましたが、それだけでは十分とは言い難く初心者レベルから専門医まで網羅したテキストの整備がなされなければなりません。現在有機的なテキスト編纂事業を行っています。

(3) 辞書編纂—用語統一のための用語の標準化、漢方用語・辞書編纂

用語統一は研究・教育上不可欠の作業であり、これも永年の懸案事項でありました。

教育委員会、専門医制度委員会でテキスト作りが進められています。このような様々な作業の過程で、用語の標準化、統一化、英語化の必要性を痛感致して参りました。漢方の概念は古代中国医学です。ですから、英語化を考える前に、まず日本語化を考えなければならないのではないでしょう。英語化を前提に、日本語の辞書を作ることも行っていかなければいけないと思っています。東洋医学会では、『東洋医学用語集』1、2を今迄に発刊してきました。このような過去の努力を踏まえながら、時代の要請する用語、辞書等、編纂が必要な作業と考えています。

図9は大正12年に中国で出した『中国医学大辞典』で、かなりいろいろなことが、日本の漢方の専門書なども多くのものが収載されています。現在、2004年版として、これにカバーをかけて、全く中身は同じものが、北京から『中医大辞典』として出て現在日本でも買えます。現在、漢方辞典の編纂、それから定本の整備。古典、いろいろな書巻一つとっても、年代等でいろいろなものがあります。学会で

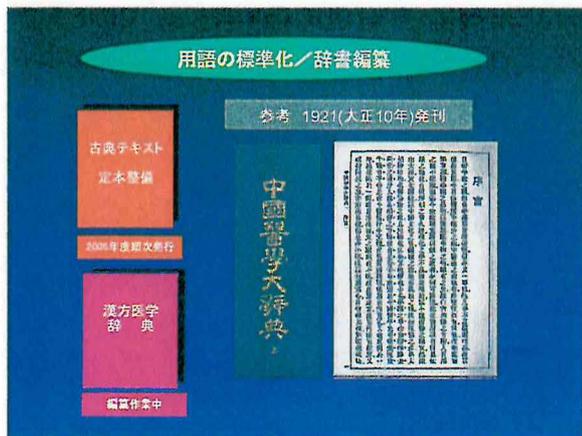


図9



図10

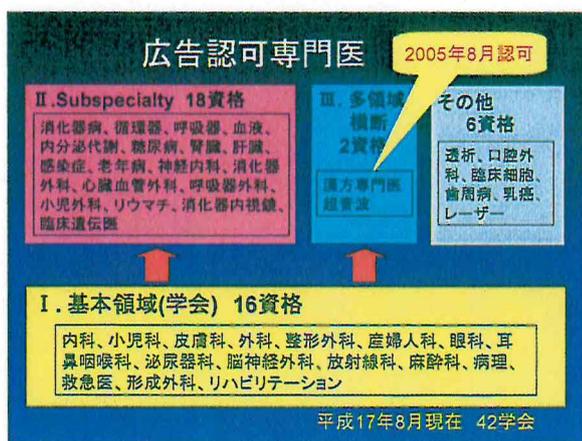


図11

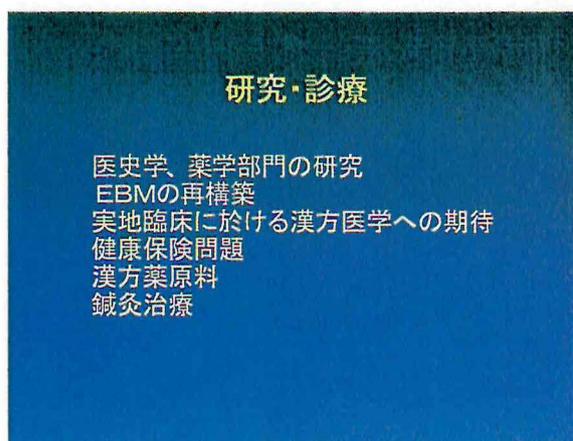


図12

『傷寒論』のどこの条文と言ったら、これを見て、
〇〇版と整備を行い、先生方が勉強しやすい作業も
随時行っていく予定です。

(4) 日本東洋医学雑誌 (図10)

雑誌編集委員会では雑誌名を Kampo Medicine と
改称し国際誌仕様に改めました。英文誌の発行を目
指しています。

(5) 専門医制度の整備

今後の医療体制における重点は「医療従事者の資
質の向上」であります。本会の事業に、専門医制度
があります。医療従事者の資質の向上を目指して中
間法人・日本専門医認定機構が設立されて、患者
のため、社会のため、研修医のための専門医制度が
発足しました。日本東洋医学会も日本専門医認定機
構に加盟がゆるされ、専門医機構が認めた漢方專
門医として、広告可能な漢方専門医認定が認められ
ています (図11)。

4. 研究・診療 (図12)

(1) 基礎研究

基礎医学としての医史学、薬学の研究は重要項目
であります。

個々の生薬に関する研究には優れたものが多く、
本学会誌をはじめ多くの発表がみられます。

臨床医学と連携した漢方薬のメカニズムに関する
研究も最近、発表されています。日本漢方の特徴で
ある「方証相対」を反映する処方単位での作用機序
に関する研究が期待されるところであります。

(2) EBM の再構築 (図13)

漢方は数千年の治療経験から生み出された EBM
そのものであります。しかしそのことだけでは現代
社会の評価を得られにくいことも事実であり、西洋
医学的手法を取り入れた EBM の再構築も必要だと
考えます。

漢方の EBM に関しては、平成14年度に発行した
EBM に関する中間報告に引き続き、雑誌第56巻
EBM 別冊号として「漢方におけるエビデンスレポ
ート」を17年7月に発刊しました。医療経済の面から
も漢方薬が適切に運用されれば、有用という報告が

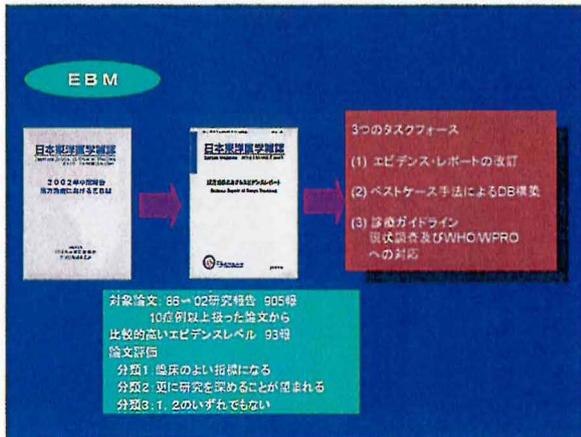


図13

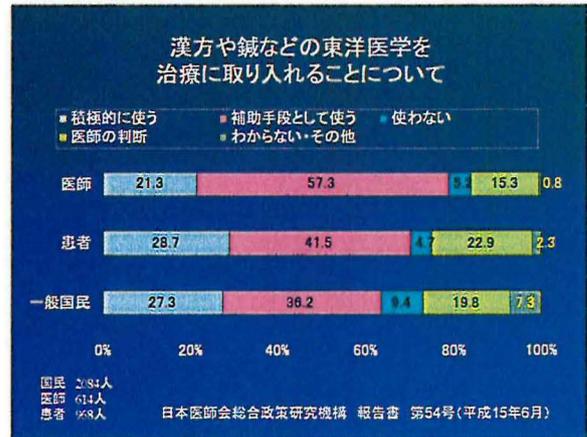


図14

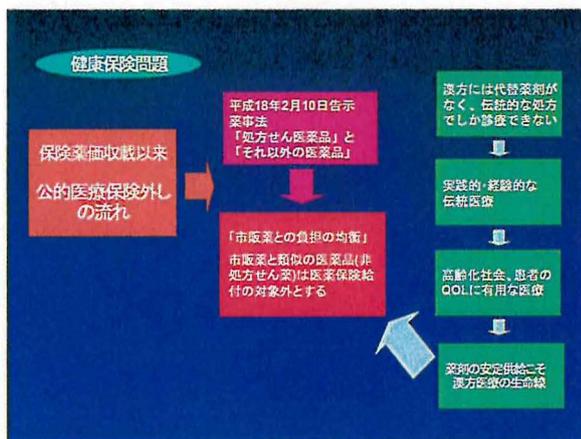


図15

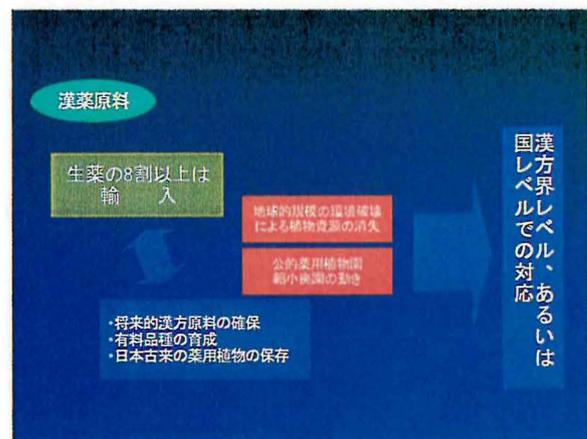


図16

あります。さらに歴史的文献をデータベース化することは膨大な作業ですがその端緒につきたいと考えます。

(3) 実地臨床に於ける漢方医学への期待 (図14)

東洋医学に関する報告書 日医総研, 第54号(平成15年6月)によれば, 漢方や鍼などの東洋医学について, 日常の診療に積極的に, あるいは補助手段として使いたいと思っている国民は63.5% 患者は70.2% 医師は78.6%でありました。漢方薬は上記の示すように期待される医療であります。

『漢方の有用性・経済性について』の論文集を平成15年に刊行し風邪症候群, 高齢者医療, 肝硬変などについて経済効率の良い治療法であることを示唆しています。漢方医学が現代医学の一翼を担うことに, 全員が理解し賛成しているとは限らないこと, 医学として医療として異質なものと捉えている意見があることは十分認識しています。

(4) 健康保険問題 (図15)

本会は文部科学省認可の公益法人であります,

医学分野の学会として厚生労働省とも密接な関わりがあります。そしてこの30年ほどは医療用漢方製剤保険除外問題が何度となく持ち出されその都度反対運動を行って参りました。この問題は決して本質論ではなく, ある意味では学会の事業にそぐわない問題でもあります。そのためもあって日本臨床漢方学会という組織が設立され, 保険問題に取り組んで参りました。本会としましては健康保険対策委員会を中心に今後も必要に応じて対策を講じていくつもりです。この問題は本来, 学会の事業活動とは馴染まない問題ではありますが, 薬剤そのものが漢方診療そのものであるという漢方医学の特殊性を考えたとき, 取り組んで行かざるを得ないと考えております。

(5) 漢方薬原料について (図16)

生薬は天然物です, 現在我が国で生産している生薬は, 需要に対して, 僅かしか供給されていません。消滅の恐れのある生薬を絶やさないために, 学会として種苗(しゅびょう)の保存に努力しています。また天然物であるが故に産地, ロットなどにより構

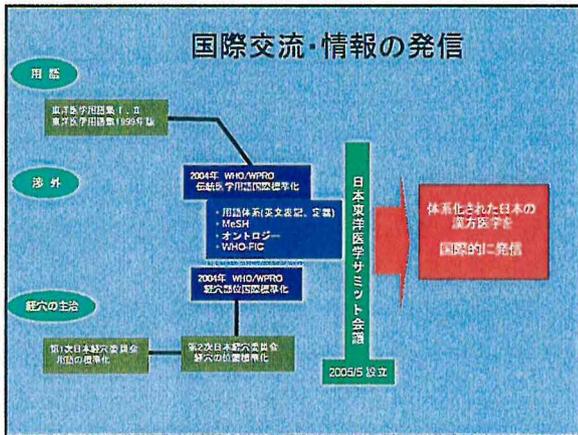


図17

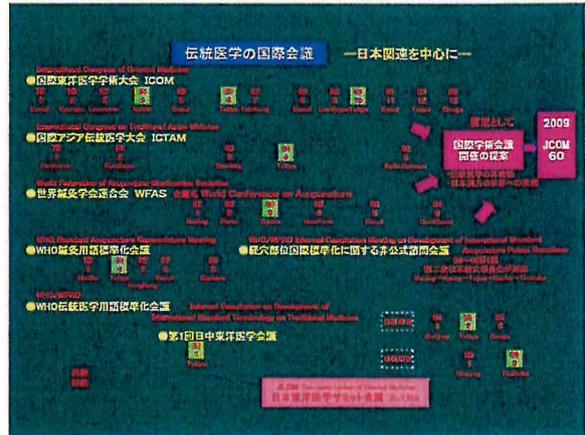


図18

成分や成分濃度などに差異が生じると医薬品としての規格にかかわる事であり、学会としても厳しく監視していく必要があります。

5. 国際交流 (図17)

(1) 鍼灸治療について

鍼灸医学は重要な臨床医学であります。本学会の経穴の主治委員会は WHO/WPRO 提案の経穴の名称、位置の国際標準化に第一次日本経穴委員会、第二次日本経穴委員会ともにメンバーとして参加、協力してまいりました。

伝統医学の国からの支援体制推進・伝統医学に関する国際事業への協力等を目的として、東洋医学関連4学会(日本東洋医学会・和漢医薬学会・日本生薬学会・全日本鍼灸学会)、2 WHO 研究協力センター(北里研究所東洋医学総合研究所・富山医科薬科大学医学部和漢診療学講座)、の6団体が、メンバーとして、平成17年5月に日本東洋医学サミット会議を設立致しました。事業目的は、1) 伝統医学に対する国からの支援体制促進 2) WHO/WPRO 提案の診療領域の伝統医学用語の標準化作成など中国・韓国など諸国と協議を重ねております。

- 1) に関しましては、平成17年医政局長との面談が実現し、厚生労働大臣に要望書を渡し、厚生労働省医政局研究開発振興課に担当官を配置して頂きました。
- 2) に関しましては、日本東洋医学会用語委員会を中心となり、中国・韓国など諸国と協議を重ねております。

(2) WHO との共同伝統医学に関する中国の世界戦略を見る時、日本の動きは残念なものがあります。国としての動きと同時に学会自らの情報発信力を高

めなければなりません。雑誌の国際誌仕様はそのような意図のもとに進められました。用語の標準化についても前項で述べましたが、日本の主張が入れられた用語が国際標準に加えられることが重要です。そのためには WHO との共同作業が必須であり、ジュネーブ本部、西太平洋地域(マニラ)との十分な調整を JLOM の一員として、主導的な立場で進めて参ります。

漢方に関する国際会議のこれまでの経緯と展望をご覧頂きたいと思います(図18)。津谷先生のデータをお借りし、一部追加いたしました。

現在の日本関連の国際会議、学術大会を示しています。上から第1回日中東洋医学会議は厚生省、日本東洋医学会、中国衛生部の後援で行われました。

6. 制度・組織改革 (図19)

代議員制度導入。現在評議員制度はその権限は必ずしも十全ではなく、重要事項についてはすべて総会が決議機関であります。しかし、実際の総会出席はむしろ評議員会よりその数が少なく形骸化しつつあるとも言えます。そのような中で事業執行機関としての理事会運営がさらに近代化される必要があり、同時にその理事会を強力に牽制し、かつ決議機関としての代議員会が総会に代わって機能すべき時代になっていると認識します。

公益法人の抜本改正が進められているなかで、現時点での代議員制度の導入が学会活性化の重要な改革であり、今総会で代議員制度への移行を承認頂きました。

7. 関係諸機関へのアプローチ (図20)

(1) 厚生労働省医政局研究開発振興課のなかに担当官を配置して頂きました。感謝申し上げます。現

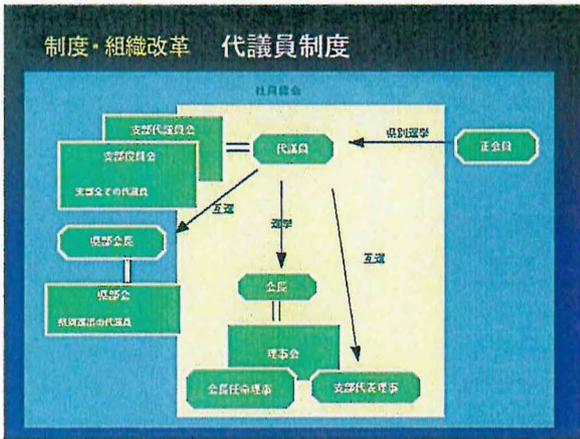


図19

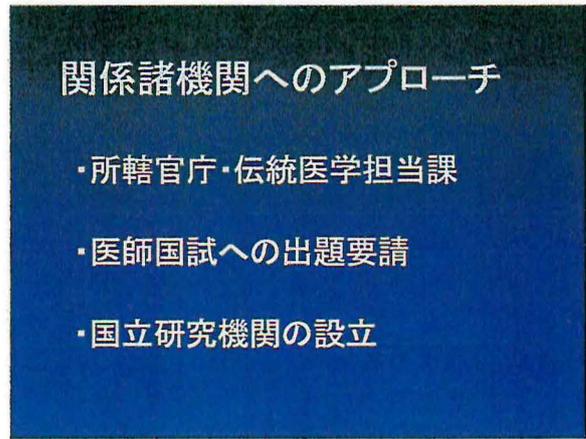


図20

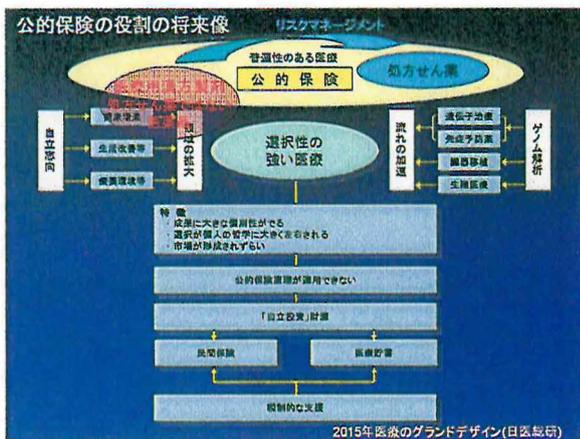


図21

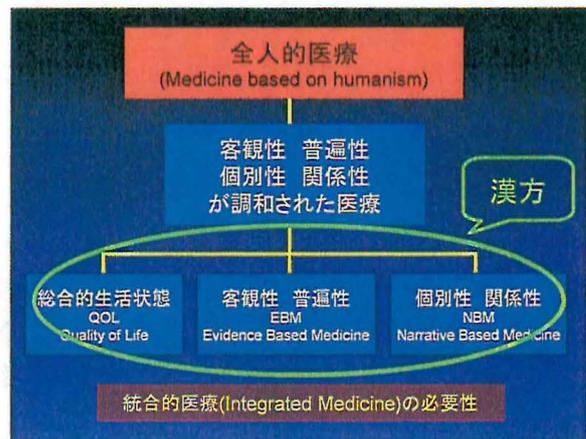


図22

在，統合医療をめぐる世界情勢，他国の動き等を考える時に，日本の医療に混乱をまねき，国民の健康が危くなる事を危惧するものであります。混乱の発生を予防し回避するために，また欧米諸国が統合医学の再評価をしている状況の中で独立した行政側に担当部署たとえば統合医薬課（仮称）の設置を希望するものであります。

(2) 医師国試への漢方出題の要請

(3) 国立研究機関の設立

東南アジアをはじめ欧米諸国の注目度の高い今日，漢方医学の基礎医学から臨床医学までを対象とした，我が国の制度を十分に発揮できる機関の設置も必要と考えます。

図21は日医総研 2015年 医療のグランドデザインであります。

公的医療保険・国民皆保険体勢を維持しつつ，中長期的な対応として公的医療保険の再構築の考えが伺われます。根本的に公的保険の適応範囲と自立投資という新語の導入による，個人負担の範囲の設定

であります。

漢方薬は平成18年2月に告示された薬事法では「処方箋医薬品」には指定されていません。

8. 今後の医療体系

(1) 国民医療の転換期への対応

西洋医学のめざす方向性を臓器移植，再生医療と並んで全人的医療が模索されています。全人的とは知・情・意のバランスのとれた，五体が完全であることを意味しています。

西洋医学は，ある集団を対象にして統計処理によって得られたものを一般化し全体の傾向として行われたのであり，その集団の客観性，普遍性を求めているものです（それは一人ひとりの特徴を示すものではありません。一人ひとりを尊重する背景については何も示していません）。

漢方医学は口訣医学であり「口訣（記述）伝統」であります。口訣により世代間に語り継がれていく臨床経験は，一例一例尊重し，咀嚼する医療であり臨床技術の中核であります。西洋医学・医療の分野

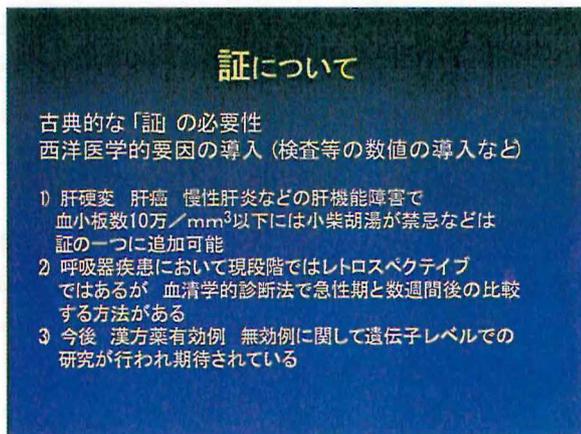


図23

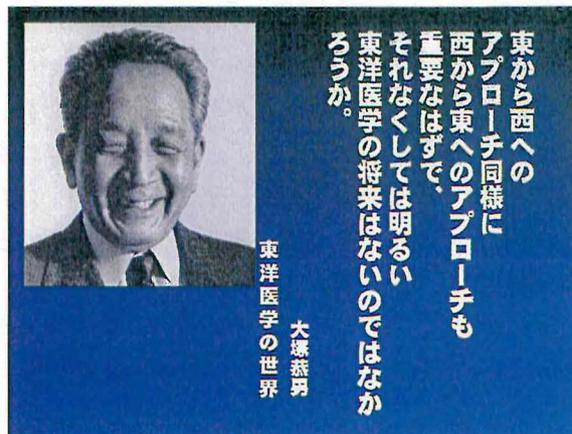


図24

では case study は研究と見なされず報告にしかすぎません。最近 NBM (Narrative Based Medicine) がいわれています、この考えは全ての人それぞれ異なっている、そして医療においては全人的な医療が必要である、との意味を含んでいます (図22)。

この考えは漢方医学に共通する考え方であります。EBM や QOL と同時に NBM を加えた考えが漢方そのものであり、「証」であります。(漢方医学が現代医学・医療の中で定着させるための方法の一になるでしょう。)

(2) 「証」の再構築への提案 (図23)

古典的な「証」診断に加えて西洋医学の検査等の数値の導入が将来可能と考えます。

例えば

- 1) 肝硬変、肝癌、慢性肝炎における肝機能障害で血小板数 $10^4/mm$ 以下には禁忌は証の一つに追加できます。
 - 2) 呼吸器疾患において現段階ではレトロスペクティブではありますが、血清学的診断法で急性期と数週間後を比較する方法の導入。
 - 3) 漢方薬有効例、無効例に関して遺伝子レベルでの研究が行われ期待されている。その導入。
- など今後、西洋医学との共同研究により、誰にでも理解しやすい「証」の再構築を提案します。これは一つの頭の中に二つの医学を理解することでありませ

図24は私をご尊敬申し上げる、大塚恭男先生の言葉であります。

現在の医療用漢方の基礎を築いた方の1人は武見太郎先生です。直接お目に掛ったことはありませんが、武見先生は漢方に造詣が深く、日本の医療とし

て推進しました。その背景として、患者であった幸田露伴の影響が大とのこと。若い頃、幸田露伴の家に往診しては東洋思想を学んだそうです。武見先生が漢方を医療用とした背景には当時(昭和50年頃)、医薬品の大半を輸入に頼っており、逆にわが国から発信できるものが何もないことを憂慮してのこととかがっています。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ておられたようです。

高久 石野先生、どうもありがとうございました。それでは、また大澤先生おねがいします。

総合討論

大澤 皆様方、どうもありがとうございました。最初に申しあげましたように、このシンポジウムを特別シンポジウムという形式に致しましたが、これは石野会長の施政方針演説を我々が伺うということ的前提に4人のシンポジストに4つのテーマについて提言するという形をとってまいりましたので、そろそろまとめたいと思います。時間が迫っていることもありますので、シンポジストを代表して私がまとめますことをお許してください。

最初の4人のシンポジストの提案・提言を、皆様方がたがお聞きになってどう思われたでしょうか。東洋医学の重要性はだれでも認識するのですが、現在、西洋医学が中心の我が国の医療体系の中で、医療体系の全く異なる漢方がどのような位置づけにあるのかということについて、それがどのように皆様方がたに受け止められているかが問題ではないかと思えます。

これは言い方を換えれば、漢方が日本の医療に本当に定着しているのかということになります。定着していれば国際化もこちらから発信できますし、統合医療に関しても漢方の立場でものを言えると思います。日本の東洋医学、漢方の国際化についての渡辺先生のお話は本当にインパクトのあるものでした。日本の東洋医学のレベルは、高いレベルの西洋医学とあいまって、世界に冠たるものだと思いますが、伝統医学のグローバル化が進む現在、国際的な位置づけが本当に不十分であることを痛感させられました。渡辺先生が多くの面からこのテーマを真正面に取り上げられ、どのように対応すべきかを、危機感を持って強く提言していただきました。「国際化に関しては批評家でなく当事者になって下さい」という先生の言葉は皆様方に大きくアピールしたと思います。

厚生労働省の佐々木先生の統合医療のお話がありました。アメリカで見る統合医療は西洋医学とその他からなり、その他の中に漢方も入っている。要するにサプリメントとして入っているという状況です。一方、日本では先ほどのお話で、統合医療は西洋医学とCAM (Complementary and Alternative Medicine: 相補・代替医療) からなり、CAMの中に漢方を入れるという話でございました。ただ、日本東洋医学

会では東洋医学はCAMには入らないという立場をとってきたと思います。このような立場が日本の医療体系の中で、行政上どのような意味を持っているかを十分考える必要がある時期が参ったと感じました。

それから、北村先生には、医学教育の非常に基本的なお話をいただきました。西洋医学を中心に体制を作って、その中に漢方をどのように取り入れるかを検討するという、非常に大事な立場からお話をいただき、参考になりました。その上で学生が漢方の勉強に動機づけられ、それを維持できるかどうかは大切な問題ではないかと思えます。

最後に、石野先生は日本東洋医学会の会長として、これからこの学会をどのような方向に発展させようとなさっているかについて、豊富なデータをもとにお話しいただきましてどうもありがとうございました。先生のお話を伺っていて、西洋医学の医療体系に漢方を確立させることの大切さを改めて感じました。その上で東洋医学の持っている非常に大事な伝統をどのように維持・確立するかが問われると思いますが、それについて先生、一言お願い致します。

石野 今日は、少し西洋医学寄りのお話をさせていただきました。日本の伝統的な医学である漢方医学について、きちんとした漢方医学の理念に基づいた、漢方医学の哲学に基づいた医学・治療は必要です。本日は、現代医療の中で漢方はどのような位置づけであるかという、保険診療も踏まえた中での一つの方向性です。そのために現在行うことの1つは、最初にお話しした用語の整備と、それから古典解釈の整備。その古典に基づいた伝統医学を現代の言葉に解釈して、西洋医学の先生がたに理解していただく。今日の私の話が、日本東洋医学会は、西洋医学のほうへ迎合していくのではないかと、とらえられてしまうと困るなど考えています。現代医療の中で、漢方医学がどういう位置であるかを確認させていただきました。

大澤 そのとおりだと思います。先生のご意思是、日本東洋医学会の会長として、東洋医学をいかに大事にしなくてはならないか、そしてそれを原点にどのように発展させるかということを念頭に努力されるということであると思います。どうも先生、ありがとうございました。ここで日本医学会の会長でおられます高久先生にこれまでの話を聞かれまして、

ご感想そして、何かご意見を言っていただければと思います。

高久 今日はいろいろ勉強させていただきました。いろいろお伺いしているうちに、日本のように、保険診療の中で漢方を使っていくことの難しさを感じました。いちばん安易な方法は、西洋医学の診断のもとで従来のコンベンショナルな治療が効かない患者に対して、漢方を使う。これが恐らくいちばんよく行われている方法ではないかと思います。しかし、それでは漢方医学のアイデンティティがなくなることも、最後のご報告にあったとおりです。

そういうことを考えますと、大澤会頭がおっしゃったように、証という形で西洋医学の疾患を層別化して、その層別化に基づいて、西洋医学と東洋医学とを統合するという事が、東洋医学のアイデンティティを保つ為には必要ではないか。すべての疾患というわけにはいかないと思いますが、例えば糖尿病、高血圧、アレルギーなど、非常に患者の多い疾患では西洋医学と一緒に、証に基づく層別化による漢方医学を行うことは可能だと思います。そのためには、随証についての基本的な知識をドクターが持っていなければ、こういうことはなかなか成り立たない。

そういう意味で、漢方の基本についての教育は非常に重要だと思いますし、また、そういう形の統合医学がEBMに基づいて行われるならば、りっぱな論文として国際的に情報を発信することができる。更にチャイニーズ・メディシンとも違う、日本の漢方医学を世界の人に理解してもらうためにも非常に重要ではないかというのが私の感想です。

大澤 高久先生、どうもありがとうございました。日本医学会の会長の高久先生から、証についてのお話まで戴き嬉しく存じました。高久先生に特別シンポジウムの座長になっていただいて、東洋医学会のものの考え方、それもいろいろな考え方、いろいろな立場、そして研究にしても、医療にしても、教育にしてもいろいろな方向づけがあると思いますが、それについての一端を、長時間にわたり実際に座長として経験していただきました。

東洋医学会では、先生は座長は初めてだそうです。日本医学会の会長として、日本東洋医学会を、どうぞ先生、温かく見ていただきたいと思います。よろしくお願いします。

それでは、これで特別シンポジウムを終わらせていただきます。どうも皆様がた、長い間、ご清聴ありがとうございました。