

治療学

4

vol.40 no.4 2006

漢方の教育とEBM

統合医療の確立をめざす

BIOMEDICINE
&
THERAPEUTICS

 ライフサイエンス出版

TEL(03)3664-7900(代表)

【禁 無断転載・複製】

[座談会] 漢方の教育と EBM

新しい医学教育における伝統医学

—日本ではなければならない統合医療の確立をめざして

統合医療の現状/医療教育現場の実状/EBM とテーラーメイド医療/統合医療の確立に向けて

■出席者■ (発言順)

(司会) 丁 宗鐵 ていむねてつ：日本薬科大学 統合医療学，東京女子医科大学 統合医科学インスティテュート

村松慎一 むらまつ しんいち：自治医科大学地域医療センター 東洋医学部門

新井 信 あらい まこと：東海大学医学部 東洋医学講座

渡辺賢治 わたなべ けんじ：慶應義塾大学医学部 漢方医学講座



左から 新井 信・村松慎一・渡辺賢治・丁 宗鐵の各氏

2005年12月26日・東京

統合医療の現状

丁 最近アメリカでは CAM (complementary and alternative medicine：相補代替医療) という医療が注目され，NIH ではこの研究または評価に対して巨額な予算が出ているという状況です。この動きによってアメリカの CAM の概念，定義を日本に直輸入しようという動きが非常に強くなってきています。

日本の漢方も含め，各国の伝統医学はそれぞれの国で，すでに相補的に現代医療を支えています。このような現状を無視してアメリカの CAM を押しつけることは，いたずらに混乱を招

くだけだと私は考えています。総合医療は日本のほうが長い歴史と実績があります。伝統医学の教育に携わっている人たちはもちろん，日本の医療関係者は現状を見直し，日本のさらなる統合医療あるいは総合医科学の発展をめざすべきだと思います。

■日本の統合医療実践の歴史

丁 村松先生のお父様 (故・村松睦先生) はずいぶん昔から日常臨床の中に漢方を取り入れて，日本独特の新しい医療形態を模索されてきましたが，日本の統合医療実践の簡単な歴史をお話してください。

村松 CAM は非常に曖昧な概念で，漢方，鍼灸



丁 宗鐵氏

だけでなく、いわゆる健康食品、サプリメント、祈禱の類までかなり幅広い内容です。西洋医学一辺倒の方からみると、どうもうさん臭いというイメージがあります。

しかし日本においては、漢方医学が古くから日常臨床の中に取り入れられている実状があります。私の父親も開業医として、当初から漢方医学を診療の中に取り入れていました。日本の特徴は、きちんとした西洋医学の教育を受けたそのうえで漢方を応用していく、足していくというやり方です。

ところが現在、問題になってきたのは、医学教育の中に漢方という部分がなかったことです。多くの先生方が「食わず嫌い」の状態であったと思います。

西洋医学と異なる独特の病態認識と、それに対応する薬方が多数あるとか、西洋医学と概念が違うため、学ぶのがなかなか難しい点がありますが、実際には多くの医師が使っています。

昨年（2004年）、自治医科大学関連の僻地で診療されている約300人の医師を対象に調査した結果によると、96%もの人が何らかのかたちで漢方薬を処方しており、その6割程度はかなりの頻度で漢方薬を使っています。その一方で、「どのようにして使ったらいいかわからない」と答えている実態もわかってきています。

つまり日本における伝統医療は、かなり幅広

く使われているが、適切に使われているかどうかはわからない。医学教育の立場から考えると、もうすでに幅広く使われているが、さらにうまく使うためにはどうしたらいいかというところが、ポイントになってくると思います。

CAMの中でも東洋医学は、漢方薬を主体にすでに多くの医師が使っていて、一部の病院、あるいは診療所では鍼灸も同時に行っているところもあります。

丁 新井先生はダブルライセンスですね。医師であると同時に薬学部を卒業した薬剤師でもいらっしゃるの、薬系の活動も含めて広い観点でお話し下さい。

新井 日本では江戸時代中期頃まではなかなには加持祈禱などもあったでしょうが、基本的には民間療法も含めた東洋医学が国民の医療を担っていました。江戸時代後期になると、長崎を通して日本にオランダ医学が入ってきて急速に広まった。ですからこの頃が日本における漢方と西洋医学の正式な出会いということになると思います。ところが、明治時代になると、医制の大改革が行われ、西洋医学が漢方にとって代わって国民医療の中心に位置づけられてしまいました。そしてその後は、昭和51（1976）年に漢方エキス製剤が一気に保険薬価収載されるまで、漢方は一部の医者と薬剤師の間であまり表舞台に出ることもなく細々と引き継がれてきたわけです。漢方の暗黒時代ということでしょうか。

現在は西洋医学の考えに基づいて当たり前のように医薬分業が盛んですが、このように歴史的に考えてみれば、わが国の医療のバックグラウンドは医薬同業みたいなものです。

したがって、明治以降の医薬分業という状況のなかで、薬剤師はある意味では東洋医学、ことに漢方のスペシャリストであることに自らのアイデンティティを求めていた部分があったのかと思います。しかしここにきて、医学教育コ

アカリキュラムの中に漢方教育が組み込まれ、さらに多くの医師が漢方薬を使うようになるなど、漢方を取り巻く医療状況は急速に変化しています。一昨年度に日本ではじめて設立された漢方薬学科は、これらの漢方医療の中で薬学漢方の立場を明確にして定着させていこうということが狙いなのだと思います。

ですからそのために、薬学教育の中に疾病学など病気についての基礎をしっかりと取り入れてほしい。臨床を踏まえたうえで漢方を学ぶ場所をつくってほしいと考えています。

丁 今度薬学部が6年制になりますから、そういう臨床のことも教えるゆとりが出てくるはずですね。

村松 薬学部では生薬学を教えているのに薬剤師で漢方をやっている方は非常に少ない。その原因は臨床に結びついていないからだと思います。

医系と薬系の統合は絶対に必要で、臨床の知識を薬剤師に、医師には生薬の知識を、とお互いに助け合っていくのが今後の姿かと思えます。

■アメリカのCAMの経緯と問題点

丁 アメリカのCAMの実状と問題点をご指摘いただきたいと思えます。

渡辺 アメリカでいうCAM (complementary and alternative) という言葉ですが、これは実は政府の作った言葉で、アメリカの多くの医学者は alternative という言葉に抵抗を示し、integrative とか comprehensive といっています。

歴史的には、1992年に初めてアメリカの Office of Alternative Medicine (OAM) ができました。ハーバードの Eisenberg が全米での電話調査で37%もの方がCAMを使っているという結果を受けて国が動いたのです。クリントン政権のときにその諮問機関ができ、ワシントンDCの精神科医の James Gordon 先生がヒラ



村松慎一氏

リー・クリントンの推薦で委員長に就任しています。

OAMは1992年に約2億円でスタートしました。それがやがて、1998年に国立センターになり、それから予算が劇的に増え、2005年では140億円ぐらいで動いています。これはあくまでも国立相補代替医療センター (NCCAM) だけで、国立癌研究所 (NCI) が2003年に1億1300万ドル、その他の国立センターすべてあわせて3億ドル。つまりNIH (国立衛生研究所) 全体で、300億円ぐらいの予算です。

日本に関しては政府の支援が非常に乏しい。世界的には、将来的な生薬市場は10兆円といわれ、中国 (香港)、韓国、台湾、といった国が生薬製剤を激しく売り込んでいます。アメリカを制すれば世界を制するとばかりに、アメリカ市場がターゲットになっています。

一方、ヨーロッパではEUの中に生薬製剤の承認・管理をする部署として EMEA (欧州医薬品審査庁) がロンドンにでき、ドイツの BfArM (ドイツ医薬品・医療機器庁) の役人の Keller 先生が赴任し、EUも中国の生薬製剤の非常に大きなマーケットとなっています。日本はかなり出遅れていると感じます。

シャーマニズムはヒポクラテスが否定し、中国で扁鵲も否定し、2000年以上前に否定されていると思えます。しかしおもしろいことに



新井 信氏

NCCAM が web 上で最近発表したところによると、いちばん使われている CAM は「自分に対する祈り」です。これが 43%、「他に対する祈り」が 24.4%と、祈りというものが CAM の大きなウエイトを占めていて、何となくシャーマニズムの時代に戻りつつあるのかなとも感じます。

しかし少なくともハーブ、生薬に関してはきちんと効果が証明されているので、「祈り」とは明らかに違います。

丁 日本ではすでに漢方と西洋医学の統合がある程度進んできていますが、アメリカやヨーロッパなど CAM と西洋医薬の統合が始まったばかりで、日本とは状況が違います。

そんなアメリカの実状がグローバルスタンダードとばかりに押しつけられても困るわけで、むしろ日本のほうが先に進んでいますから、こちらから発信して行く方向で和漢薬の教育も臨んでいく必要があります。

■漢方の治療学は日本から発信すべき

渡辺 もう一つ気になることがあります。最近メルボルンの王立メルボルン工科大学 (RMIT) の Charlie Xue らが主催した伝統医学に関する学会があり、参加しました。

丁 RMIT はレベルの高いカイロプラクティク教育を行っているところですね。

渡辺 日本校もあります。アジア・欧州各国から参加がありましたが、いま一番勢いがあるのは香港で、1997年に中国に併合されるまではまったく中医学はなく、イギリス式だった。それまで Lancet とか Nature に投稿していた人たちが、ある日突然、予算をやるから中医学をやれということになって、香港における一流の研究者が一斉に中医学に向かっている状況です。中医学は香港を拠点にオーストラリアとかアメリカに広がりつつあります。かつて大塚敬節先生の弟子のアメリカ人がオーストラリアで漢方を広める努力をしたようです。

しかしその後、中医学の台頭が著しく、学士が取れる 4 年制の中医大学はオーストラリアに四つあります。法律の整備もずいぶん整ってきていますし研究も盛んで、どんどん新しいデータを出してくる。その学会の参加者から「日本は昔、難波恒雄先生とか柴田承二先生とか、生薬の世界で世界をリードするような研究発表がたくさんあったのに、最近日本の顔が見えない」と強く指摘されました。

グローバル化されればやがて自由競争になります。その中で日本の存在を示すためには、丁先生が主張されているように、日本から発信することを積極的にやっつけていかないと、世界の中で取り残されてしまうと危惧しています。

村松 数年前から、香港、シンガポール、台湾で国をあげて伝統医学の研究を進めると、すごい勢いでしたが、ちょうど SARS が起こって一時冷え込んだという事情があります。

ヨーロッパですとフランスでいちばん売上げのある製薬会社はハーブの会社です。旧植民地のベトナムやラオスなど世界中から資材を集めている。カナダもそうです。それに比べ日本はシステムティックにやっていない。

しかし、臨床の大きな蓄積がありますので、これを今後薬学の研究者に還元すればまだまだ追いつけると思います。

新井 私は CAM 関連の国際学会には、まだ数度しか出席したことはありませんが、諸外国で行われている、生薬あるいはハーブ治療はほとんどが一種類の植物にとどまっています、漢方のような複数生薬のコンビネーションはほとんどありません。治療学という面では日本における漢方、あるいは中国における中医学など、東アジアから発する医学は非常に価値が大きく、他を大きくリードしていると感じています。



渡辺賢治 氏

医療教育現場の実状

■コアカリキュラムにみる教育の現場

丁 CAM も含めて統合医療など、いままでの西洋医学が触れなかったような問題を漢方教育の中で総合的に触れてほしいという要望が各大学であると思います。各大学の現状、教育を受けた学生の反応とか、教職員などの周囲の反応も含めて話していただきたいと思います。

渡辺 慶應大学ではコアカリキュラムへの対応に関して、社会医学系のものが非常に遅れています。それで医学教育統括センターができ、私もそのメンバーです。漢方の教育に関しては1992年からすでに行っていました。

今年は3年生で選択必修が10コマ、必修が2コマ、4年生で必修が8コマで、全部で20コマの単位と、修士課程で24コマです。

ほかに3年生では自主研究があり、3ヵ月間自由に各研究室を選びます。私どもの教室は2004年から学生を取り始め、6名来て、自主学習賞を2名がもらいました。今年は大学院生が4名、学生は1人でしたが、その1名が自主学習賞を受賞しています。熱心に基礎研究をしていることが、学生に受けるのかもしれない。

東洋医学会の学術教育委員会でも、どうやって学生に漢方の興味をもたせるかが話題になっ

ています。ちょうど3学年の基礎医学をやっている最中に漢方の薬理学はこんなものだという話をすると取っつきやすく、慶應の医学教育はわりとうまくいっていると思います。

3年生では必修選択の一つとして自主選択科目がありますが、今年は100名中68名。少ない人数での個別指導が私の希望ですが、現状では無理です。

丁 希望者が多すぎてうれしい悲鳴ですね。それでは自治医科大学ではどうでしょうか。

村松 従来から漢方を使っておられる先生が各科ごとに臨床講義の中で1~2コマずつ取り入れてきましたが、2005年から正式に東洋医学の臨床講義を始めることになりました。東洋医学という枠で5コマ、そのほか従来どおり呼吸器とか耳鼻科、精神科、泌尿器科などの臨床講義で取り入れるというかたちです。

東洋医学専用枠は5コマで、そのうち1コマは鍼灸入門です。基本のすべてを行うわけではなく、とりあえず最低限の知識を覚えてもらいます。西洋医学でもたとえばパーキンソン病の治療について、L-Dopaを何錠という話までは授業で教えていません。東洋医学でもそのレベルでよいと考えています。

学生の反応は非常に良好です。歴史も含めて漢方に前々からうすうす興味をもっていることが多いのです。自治医科大学の場合は、早い時

期に僻地の診療所などで現場をみているので、そこで漢方薬に接し、将来使いたいという希望をもちます。教える側も理解するようになってきたと思います。

新井 東海大学に赴任して間もないので、その前の事情は十分把握していません。今年度私が担当した漢方関連の講義は必修ではなくて、選択科目でした。前期に9コマ、後期に9コマを講義しますが、内容は前後期とも同じです。学生はどちらか一方しか選択できませんので、学生およそ100名中、それぞれ30人、30人、計60人のみが漢方の講義を受けることができるというものでした。

これに対して、漢方を受講する希望者はかなり多く、取りたかったけれど取れなかったという学生も10名ほどいました。新しい医学教育コアカリキュラムに取り入れられたにもかかわらず、不本意にも漢方講義を選択できなかった学生がいるということはとても問題だと思います。これに対して大学も配慮してくれて、来年度は4年次に3コマが必修科目になりました。4年生にはこの必修3コマに加えて、選択科目として、前期の入門コース9コマと後期のアドバンスコース9コマ、計18コマがあります。入門コースは定員30名で実習を中心に行い、アドバンスコースでは臨床応用を中心に定員を90人まで広げて、全員が聴講できるようにしようと考えています。

そのほかに来年度(2006年度)は医学入門というかたちで1年生を対象に、講義を行う予定です。この医学入門という講義は、教養中心の1年生が興味をもちそうな専門授業をちょっとみせることで医学に対する好奇心を高めてやろうというものです。その数少ない1コマに東洋医学を取り入れてもらったことが大きなトピックスです。

また、東海大学医学部の特徴は編入学者が非常に多く、社会経験を経た人も多いということ

です。そういう人たちの中にはかなりの高いモチベーションで漢方を勉強したい人がいて、その人たちを今後どう教育できるかが、これからの課題だと考えています。

丁 前に先生がいらした女子医大とは何か大きな差はありますか。

新井 女子医大は授業コマ数も多く、すべて必修で、実習の時間も特別に取ってあるなど、医学教育カリキュラムの中になんかがちり組み込んであると思います。これを当然のように感じていましたが、今回女子医大を離れてみると、他の医学部における漢方教育はとてもお寒い状況だというのがよくわかりました。

■学生の人気と周囲の好反応

丁 そのカリキュラムを通して学生さんの反応とか、同僚、教職員、周囲の反応などはいかがででしょうか。

渡辺 学生は非常に関心が高く、慶應は女子医大ほどではないにしても、歴史があるので、周りの教職員も非常に理解があります。先日は精神科やりハビリ科から、その前は産婦人科でシリーズで勉強会をやったりしています。

いろいろな科と共同研究をしたり、臨床も皮膚科との連携で漢方アトピー外来をやったり、婦人科との連携で、漢方女性抗加齢という外来をやったり、麻酔科と緩和ケアチームを組んだりします。

研究に関しては、麻酔科や血液内科の大学院生が研究に来ています。基礎研究のレベルでも他科と提携してやっていますので、連携は密に取れていると感じています。

丁 漢方が特殊な医療としてそこに存在するのではなく、実際に統合化して新しい医療をつくっているという現状ですね。

村松 学生は非常に興味をもっていると思います。周りの教職員に関してはこれまで教育を受けていなかったこともあって、積極的に自ら出

てきて加わるところまではなかなか進んでいないと思います。

丁 いろいろな勉強会をやっていますよね。

村松 はい。ただ、大学の各専門科は非常に忙しいですから、あえて漢方を使おうというところまでいかない状況です。今後こういう教育を進めれば、やがて10年後にはそういう勉強会に自然に入れるようになる。いま自治医大の教職員の先生方も決して反対ではないが、おそらく、あえてもう一歩勉強するほど時間も無い。これは自治医大に限らず他大学でも臨床系の教員の実状だと思います。

新井 東海大学では講義の対象はおもに4年生で、新カリキュラムの最初の対象学年です。講義前にアンケート調査をしてみたところ、「漢方、東洋医学が国家試験に出る可能性がある」と認識している人はたかだか8%足らずで、「和漢薬を概説できる」という文言に関しコアカリキュラムに掲載されていることを知っている人に至ってはわずか4%しかいませんでした。

授業を始める前のアンケートによると、84%の学生が漢方に興味があると答えてくれる。調べてみると他大学医学部でもほとんどが同じような状況で、学生の漢方に対する興味と好奇心はいま非常に大きいことがわかりました。

しかし、それとは裏腹に、具体的なイメージを聞いてみると、その84%の中の2/3が疑わしいとか、エビデンスに乏しいとか、否定的、懐疑的なイメージを併せもっている。つまり興味はあるが本質をほとんど知らないというのが実態です。ですから、その興味を教育を通してどうやって大きく確実なものに育てていくかが、今後の課題になってくるかと思えます。

私が講義の中で強調したことは、西洋医学と対峙するもう一つの医学が日本にはあるのだということです。さらに、漢方的なスタンスから基礎的概念に関する講義、実習を取り入れた鍼灸総論など、学生の興味を満たされるように内

容を工夫して組み立てました。

その結果、授業後の学生の反応は非常に良好でした。たしかにエビデンスという西洋医学的な切り口から導入する方法も良いかもしれませんが、学生が求めているのはむしろ自分たちの生活や、日本人としての感性に合ったものだと思います。その意味では東洋医学的な切り口から話をすると非常に喜んでくれますし、受け入れやすい。体験授業ということで実習も効果があると思います。鍼灸実習などで、友人が目の前で治療を受けるのを見ると、とても興味が沸くようです。興味をどんどん膨らませてやれば、100%近くが興味をもつことは間違いないと思います。

また、院内スタッフへの啓蒙も重要です。東海大学では大学内の医師や薬剤師、看護師などを対象に昨年秋から「東海臨床漢方勉強会」という学内勉強会を立ち上げ、毎月漢方の基本理念とその臨床応用をレクチャーしています。さらに患者向けには「漢方教室」や公開市民講座「東洋医学セミナー」を始めるなど、地道に普及啓蒙活動をやっていると、周囲の反応は徐々に友好的になってくるという印象です。

他科との連携も地道に進めていけば、大学の中にも定着するだろうという印象を受けます。

EBM とテーラーメイド医療

■確かなものとうさん臭いものを見分ける教育

丁 大学によっては和漢薬を概説するという漢方の講義の中に、CAMのような話題を学生に教えてほしいなどという要求があると思いますが、慶應大ではどうですか。

渡辺 そういう雰囲気はないです。

村松 むしろ本当にうさん臭いものと、ある程度確からしいものを分けていく姿勢が大事だと

思います。

丁 見分けることを教えるということですね。

村松 そのとおりだと思います。私どもの学生も、漢方そのものの概念は非常に曖昧で、サプリメントもそうです。たとえばどんな漢方薬を知っていますかという、葛根湯ぐらいは出ますが、そのほかはウコンとか人参、そのぐらいはまだいいとして怪しげな民間薬が出てきます。ですからそれらもひっくるめて、何となく彼らにとってみれば alternative ということだと思います。そこをきちっと、漢方は医学としてやれるのだということを教えることが大事だと思います。

新井 東海大学でも CAM の話はまだ全然出ていませんが、村松先生がおっしゃったように、私のスタンスとしては西洋医学に対峙というか、もう一つの医学としての漢方を教えることで CAM との見分けをつけさせる。漢方を教えることによって、ほかのものとの違いをみせるのが教育の中で重要だと思います。

■臨床試験の現状と漢方に合った試験への模索

丁 新井先生のお話の中に EBM と、それから患者さんとの接し方、実習がとても大事だというお話が出てきました。漢方は現在まだ不十分ではありますが、どの伝統医学よりも EBM がしっかりしてきている。それから漢方の医学体系の中で最近よくいわれる narrative based medicine (NBM) も実際の臨床医学の要素としては非常に大きいのではないかと思います。

両輪としての EBM と NBM を兼ね備えた医学が漢方ではないかと私は思っていますが、漢方の EBM に関して最近の研究の話題などお話し下さい。

渡辺 アメリカで現在進行中の EBM としての臨床試験は、桂枝茯苓丸のホットフラッシュに対する研究です。これは NIH の一部サポートを受けて FDA の IND という治験審査を通過して

行っていて、グレゴリー・プロトニコフ先生(ミネソタ大助教授)は私どもの客員助教授で、この研究の PI (主任研究者)です。

予定どおり 180 例の登録が全部終わりました。アメリカの事情に合わせたようなことがあるのですが、錠剤に替えたり、1日2回にするとか、体格も違うので用量設定も含めて研究をしています。来年には結果が出る予定です。

日本の臨床研究はマンパワーの点など、なかなか厳しいです。

日本の東洋医学会の EBM 委員会でも話題になりましたが、たとえば保険の適用になっているものを臨床試験で、もしネガティブな結果が出れば、厚労省が適用を取り下げる可能性があるので、臨床研究を積極的にやる気にならない。

将来的な予防医学とかメタボリックシンドロームに関する長期的な臨床研究であればやる価値は十分あると思うのですが。

丁 現状の臨床研究が非常にお金と人手を要することが問題です。伝統医学の研究、臨床評価に適した新しいプロトコールをつくるというふうに特化したほうが、将来的には有望かもしれません。

村松 最近の臨床試験は、何万例と症例数が非常に増えている。たとえば高血圧の治療一つにしても、ある薬の2万人のスタディの結果を、目の前の患者に当てはめようとしても、その人はほかに合併症があるかもしれない。その2万人のスタディでは全部平均化されてなくなってしまう。平均することはいいけれど、目の前の患者さんにとってみればかえって悪いということはいくらでもあります。そういう事実を見極めよう、と学生には言います。

漢方は最初からテーラーメイドメディシンなわけで、無理に西洋医学を持つてくる必要はない。漢方における EBM という点では、そういうことを教えることが大事だと思います。

村松 漢方の証にあたる個々の症例をもつてき

て、それを EBM と誤解しないということだと思えます。

話は脱線しますが、メンタリティの問題で、もともと中医学を発展させた中国の方は、ある程度当てはまらない理屈や概念も方便として使って理解している。方便として使っているだけなのに、日本人あるいは学生は非常に真面目だから、なぜそうなるのかと考えてしまう。そこで矛盾が生じて、中医学は難しいものだ、わからない、という方向にいつてしまう。

そういうことのないように、いろいろな中医学の理屈、たとえば五体の色体表にしても黄色が何とかなら対応するというのは、出典によって全然違うことを書いています。都合のいいところをもってきているだけのこともある。それをきちっと理解させれば変な方向に深入りしなですむと考えています。ですから narrative であって、いわゆるエビデンスの面が少ないかもしれないのですが、個々人の患者さんの事実というものを大事にしていく。それが漢方の考え方かなと思っています。

■漢方の考え方を教える工夫

丁 メタボリックシンドロームのように新しい医学概念と称するものが提出されていますが、漢方の立場からすれば単なる「実証」という体質の概念を言い換えて言っているだけです。そういうことについても、学生教育で何か生かしていることがありましたら教えてもらいたいと思います。

新井 教育を行う、基本的スタンスはダブルスタンダードが一番良いと思っています。一つは西洋医学的なスタンスから西洋医学的な手法によるエビデンスなどを提示することで、たとえばメタボリックシンドロームは漢方のいわゆる実証の概念に近いものですから、いまの西洋医学的な立場からもかなり理解できる。ですから、これは西洋医学的なエビデンスという手技を用

いても何とか説明できると思います。もう一つは漢方的なスタンス、すなわち伝統の踏襲という立場から教育していくというものです。教育のスタンスを明示して、このダブルスタンダードで使い分けていかないと学生は混乱すると思います。

西洋医学的スタンスからエビデンスを作ることに関しては、たとえば IBS (過敏性腸症候群) に対する桂枝加芍薬湯がよい例だと思います。IBS の診断基準は漢方でいう太陰病の概念に非常に近いので、病名投与を行っても 70~80% の効果があり、いわゆるエビデンスとしてもつくりやすい。しかしこれでうまくいかなければ、随証的に当帰四逆加呉茱萸生姜湯なども用いることがある。患者を治すために、臨床ではいろいろなスタンスからのアプローチを知っている必要があるわけです。学生にも二つの立場を明確に分けて考えられるように教育していくといいと思います。

漢方の考え方を学生に教育する目的の一つは臨床におけるスキルアップです。西洋医学にはないもう一つの医学を身につけることで臨床における解決手段が倍になるわけです。二つめは、西洋医学に対するアンチテーゼだと考えています。西洋医学にどっぷり浸かっていると、その良さ、悪さがわからなくなって、ただただ西洋医学を信じ込んでしまいがちになります。漢方というもう一つの視点から見ると、いままで西洋医学であまりにも常識的だったものが、本当だろうか、どうもおかしいぞということもいろいろ出てくるかと思っています。

三つめは国際化の中における日本伝統医学としての漢方です。欧米諸国では急速に伝統医学を重んじるような風潮になってきていますので、今後は日本人の医師であれば、当然漢方を知っているだろうというようになると思います。

■国際医学用語「未病」と治験の難しさ

新井 それから漢方でいう未病にはいろいろな意味がありますが、予防医学という意味であれば、ある程度は西洋医学的なエビデンスがつくれるのかもしれませんが。ほかはなかなか難しいと思います。そういう漢方的なものをどうやって証明していくかということが問題で、新しい方法論やプロトコルをこれから考えていかなければならないと思います。

村松 未病は西洋医学では最近流行みたい非常に注目されてきました。とくに根本的な治療法がまだ見つからないアルツハイマー病のようなものに関しては盛んです。たとえばサプリメントの類で、ビタミンE、フラボノイド、そういったものは、結局単剤でやっても効かないという結論が出ています。

こういう点は非常に興味深く、漢方だったらsubtleの変化をずっと長く続けることができる。この辺がこれからの漢方の行き方の一つだと思います。今後のEBMでは短期間に多数例をやることと同時に、長く続けるというスタディも必要です。このことは漢方の「養生」という概念につながります。

丁 「未病」「Mibyou」という言葉は国際医学用語として認められたのですよね。「過労死」「Karoushi」も日本語で通用します。ただしあまり名誉なことではないですね。韓国語や中国語の発音もありますが、日本語の「未病」という言葉が医学概念として定着しようとしています。

村松 「陰と陽」も定着していますよね。バランスの概念も大事だというのは理解できるわけです。そのように漢方が自然に入っていけば、最終的には日本から発信するというようになるのではないかと思います。

丁 だんだん、間が埋められつつある。

新井 相互理解が可能になってくる領域はだいぶ増えてきたようですが、逆に離れているのも

あります。(笑)

渡辺 未病について新井先生のおっしゃるとおり、やはり何をエンドポイントにするかが非常に難しいと思います。いろいろなファクターがあるので、漢方薬だけの単独の効果をみるのは非常に難しい。ライフスタイルそのものに対する介入の中に漢方も含まれるというような多因子解析をするような研究であれば成り立つでしょうか。漢方薬の効果だけをみることは非常に難しいと考えています。

もう一つは時間の問題で、発症まで長期間かかるので、その間何十年というスタディをやるかどうかです。プロスペクティブにやるとしたらものすごいお金と労力が要ると思います。

もしくは将来予測ということで短期マーカーをみていくかです。

新井 さまざまなファクターが入ってくるため、ある一つの漢方的治療をした群と、まったく漢方的なものをやらない群で長期のスパンをみたアウトプットスタディを組んでいくことも一つの方法でしょうか。

渡辺 たとえば健康群と不健康群に分けた場合、不健康な人はずっと不健康な生活をしろというのもなかなか難しいと思います。

丁 それはできませんね。

統合医療の確立に向けて

■世界に誇れる日本の医療制度

丁 漢方薬のような複合剤を基本とする治療法は、これからの臨床医学の一つの柱になると私は思います。薬効性を高めるだけでなく副作用を軽減するためにも必要になってくるでしょう。いま世界的に遺伝子レベルのいろいろなテクニックを駆使して新薬を開発しようと考えていますが、開発し尽くせば、次に来るのは、

それをどう組み合わせるかということです。複合剤をつくるときに、漢方の生薬の組合せ理論が非常に役に立ってくるのではないのでしょうか。

実際には、結核の治療から始まって AIDS の治療まで西洋医学も複合薬理的なものを取り入れてきているわけですが、それをもう少し体系的にやる必要があります。そのためには漢方の処方の研究も大事です。どうしてこの組合せが生まれてきたのか、どうしてこの組合せにするとよく効くのか、または副作用が少なくなるのかという解析は日本でやっていかなければなりません。

日本の医療の中には、われわれが日常どっぷり浸かっているのがつかないけれど、本当はすごい価値があるものがまだまだたくさんある。とくに外国に留学した経験のある先生方にそういう宝を探していただき、世界へ発信していかなければならないと思います。

その宝の一つが、私がかねてから指摘している、日本の医療制度です。われわれは医学部や薬学部を卒業すれば、西洋薬も漢方薬も両方扱っていい。これは世界的に見てみると非常に珍しい医療制度だと思います。

韓国、中国、台湾にしても中医と洋医と 2 種類ある。薬剤師も洋薬と漢薬を扱う薬剤師は別々でそれぞれの領分は不可侵です。日本では両方扱え、法的に保証されている。これはすごいことです。両方自由に扱えるので、どちらを使おうか、併用しようか、それはもうそのときの状況で判断できる。そこに新しい治療学の生まれる芽があります。ほかのアジアの国では、どっちの医者に行こうか、どっちの薬局で薬を買おうか、患者が決めなければいけない。これはいろいろな意味で医療の成長の妨げになるのではないのでしょうか。その点日本は医療がこれからさらに次の次元に進むことが保証されていると考えられ、これを土台に今後の新しい治療

学を確立していかなければならないと思います。

しかし現状は、日本の医療の中に漢方の成長が不十分な面もありますので、これは何とか克服していかなければならない。その一つが、現代漢方といっているもののかなりの部分がまだ薬局漢方の受け売りです。医師が検査をしながら使った以上、古典にない新しい応用がもっともっと見つからなければなりません。現代の傷寒論がまだ生まれてこないことに大きな問題を感じます。

渡辺 韓国ではいま韓医師会と西洋医師会が対立しているという事情もあります。中国はかなり事情が変わっていて、中国の中医学の大学は 5 年制の大学で、西洋のカリキュラムがかなり入っています。いま中医学の病院では通常 CT とか MRI を使う。韓国ではそれは禁止されていますが、中醫師の場合にはそれが許されているという事情から、中国においてはかなり融合が進んでいるように見受けられます。

■医師と薬剤師が補い合っ次ステップへ

渡辺 2005 年 12 月に、マレーシア政府の人が慶應に 1 週間来ました。ASEAN 諸国もいま、生薬を自分の国の産業にしようとしています。WHO でも伝統医学の合言葉は safety, efficacy, quality の三つですが、efficacy を別として他の二つがクリアされていない。その点、日本は一日の長があるかなと感じています。

ただ、落とし穴というものもあります。いまの日本の場合は医療用の既成の漢方製剤です。それに頼りすぎてしまうと、創薬という新しい発想が出てこないかもしれません。

和漢医薬学会にもいらしたエール大学の Cheng 教授が、伝統的な中国の生薬 4, 5 種類の製剤でカンプトテシン (CPT-11) の副作用が減らせると発表しました。そこまでならば半夏瀉心湯と同じですが、さらにカンプトテシン

の抗腫瘍効果を高めたので、その点では半夏瀉心湯よりもすぐれているかもしれない。伝統的な使われ方だが、新しい名前をつけてパテントの承認を受けた。

その Cheng 教授が強調していたのは、投与量です。たとえば日本のトライアルであまり効果が出ないとしたら医療用の定められた投与量しか考えないからだといわれる。日本の医療で使われている 30 年の経験で品質や安全性はクリアしているが、逆に新しい創薬のエネルギーは現在のところ香港とか中国のほうが盛んかもしれないと感じています。

丁 210 種方の中から 146 処方の方の医療用漢方製剤が出てきて、漢方がだんだん縮んできている。それが非常に問題だと思います。

もう少し広げて発展させなければいけない。新しい漢方薬の運用もいくつかはありますが、臨床経験が新しい処方を生んだり、もっと大胆に新しいものが出てよかったのではないのでしょうか。

村松 先ほども触れましたが、いま薬系の方との連帯は非常に大事になってきていて、現在の教育では、医学部では生薬の教育はほとんどなく、逆に薬学では植物学から生薬をやっているが臨床の教育はほとんど行われていない。そこをうまく結びつけて互いにフィードバックしたい。

丁 ちなみに日本の薬局方の中にいろいろな生薬の規格基準が書いてありますが、あれは世界的にみて最も水準が高いものです。アメリカの薬局方もいろいろと改訂していますが、いちばん参考にしているのは日本の薬局方です。このことを日本の薬剤師がよくわかっていない。生かしていないのです。われわれは薬局方から出ているので、いわゆる刻みで調合して出せるのですが、そこまでいかない。医師の側でも知識が足りないし、薬剤師に、調べると「ああそうですか」という程度の認識の方が多いと思います

す。

新井 薬剤師の臨床経験不足というのは、せっかくの生薬知識の集積を生かしきれない、宝の持ち腐れみたいになっているところがあると思います。逆に医師側は臨床はたくさんみられるけれど、東洋医学に関する基礎的な知識が不足していて、うまくかみ合っていなかったと思います。

薬学教育では創薬も非常に大切ですが、薬学部が 6 年制に移行して臨床が重視されるわけですから、その前に伝統医学の基礎をきちっと教育する。そうすれば、薬学でも医学でも西洋医学と東洋医学の両方をフュージョンできるような突出した人間が出てくるはずで。そして、次のステップとして創薬も切り開いていくと現実的かなと思います。

村松 薬学部は有機合成がおもで、今回 6 年制になるにあたって、それがむしろネガティブな感じ。研究者あるいは有機合成を希望している人にとっては、むしろ 2 年間余分なステップを踏んでしまうという考えもあるかと思えます。せっかくの 2 年をうまく使えるといいと思えます。

■漢方医学の未来予測

丁 最後に、漢方薬に限りませんが、漢方医学というものが、今後未来の日本の医学とか治療学にどういう役割を果たしていくのだろうか。未来予測などご意見を聞かせていただきたいのですが。

渡辺 医療費が破綻するとき漢方はまた注目されるだろうといわれています。そのときは着々と近づいてきているのですが、予防というものを保険がカバーするとか、医療制度そのものが変わらないとそうはいかないと思っています。

ただ、民間から受け入れられているところが、漢方の大きな強みだと思います。民間の支持を得て皆が使っているうちに、何となくいろいろな疾患が予防できていることに後から気がつ

く。そういうふうに見直されるのかなと思います。あまりポジティブな意見ではないですね。(笑)

研究面においては、漢方にしかできないようなものを作ってやろう、漢方にしかできない、西洋医学には絶対できない、先ほど丁先生のおっしゃられたマルチコンポーネントがあるということも関係すると思いますが、西洋医学には絶対できないということを見せていくことが大事かなと、私は考えています。

村松 臨床の中では10%か、30%かわかりませんが、ある一定の比率で確実に普及すると思います。あるいは必要だと思えます。臨床医が漢方薬を処方することはほぼ100%に近くなるだろう。お金の問題は別ですが、とくにコモディティーズであるとか成人病、それから高齢者、慢性疾患には絶対的に使うべきであるということになるかと思えます。

ただ、それに向けてはある程度きちっとした教育とEBMを含めた体系がない限りは、闇雲に処方してしまう。それこそ医療費も跳ね上がることになると思いますので、その辺がこの10年の課題かと思えます。

新井 西洋医学を学んだ医師が漢方をやっているというのはほかに例がなく、日本の伝統医学を生かすうえで一つの大きな特徴だと思います。

以前、渡辺先生がおっしゃったことですが、一人の医師が漢方のスペシャリストであるとともに、西洋医学のスペシャリストでもあることが重要なのであって、西洋医学のスペシャリストと漢方のスペシャリストを連れてきてもだめなわけです。それが実現できるのが日本の医療体制の中だと思います。今後明らかにニーズが

増えてくるのは間違いありませんから、そのときに両方を駆使できる、両方をフュージョンできるような医師像が、私がおっとも理想とする21世紀の医師像です。

丁 漢方が治療学としては非常にすぐれた面があったのに廃ってしまった理由の一つは、漢方にきちんとした医学教育のシステムがなかったからです。漢方に欠けていた面がコアカリキュラムに入ることによって補われ、これから日本の漢方は新しい飛躍期に入らうと私は予想しています。

ただし、たまたまこの時期に日本の医療が経済的にいろいろな問題を抱えているので、今後の漢方の行き方としては、基本的にはセルフメディケーションに役に立つ漢方、いわゆる薬局漢方の部分と、コアメディシンとして人の命の生き死にに直接関係する漢方の部分とに分化し、薬局漢方と医者漢方が棲み分ける時代がくるのではないのでしょうか。

しかも医者を使う漢方にはかなりEBMが要求され、その研究が進み、薬局漢方はQOLに役に立つように伸びていくと予想しています。いずれも大事な治療学です。とくに寿命が延びるというのはコアメディシンが充実するからではない。アメリカの救急医療はずっと進んでいるのに、アメリカ人はずっと早死にであることからわかりますように寿命に関わっているのはメディカルサービスの部分です。漢方はその両方の要素をきちんともっている医学ですから、これからますます大切にして育てていくべきものだと思います。新しい治療学に漢方は十分寄与貢献できる医学であると思います。本日はありがとうございました。

■新しい治療■

高齢者の呼吸器疾患の統合医療と漢方の EBM

江頭洋祐

● 高齢期医療における統合医療の必然性

最近の呼吸器疾患の臨床においては、以前に比べて高齢者の受診が増加する傾向にある。疾患の種類はさまざまであるが、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、喘息、インフルエンザ、肺炎の増加が目立っている。これらの疾患に対する治療の取組みとしては、各専門学会で作成されたガイドラインに沿って行うのが標準的である。しかし、西洋医学のガイドライン治療のベースはあくまで集団の平均的データによるエビデンスに基づく治療指針であり、個人ごとの体質、体況を参考にしたものではない。筆者のような漢方治療の長所を理解し、その有用性を少しでも治療に取り入れようとする医師にとっては、とても十分とは思われない。なぜならすべての患者はそれぞれ独自の体質体況を有しているため、やはり患者の証、つまり漢方的にみた体質特性と気血水などの病理観に基づいて漢方的治療対策を組み合わせることで治療の質はさらに向上し、患者が本来有している自然治癒能が増進することをしばしば実感するからである。

● 高齢者の特徴と漢方治療の意義

高齢者は加齢による身体機能の低下に加えて、薬物療法に対する体の反応も成人期に比べて異なってくるため、より副作用のない治療の配慮が必要である。その点、天然生薬を素材にした漢方薬が高齢者の生理により適性を有している。しかも患者個人の体質特徴に合った薬を選択できるというメリットがある。さらに高齢者は免疫能が低下していることが多いので、その点では免疫能を改善する補剤とよばれる薬方が有用性を発揮するのである。その他高齢者では慢性疾患が多く、しかも複数の臓器に疾患を有することがあるので、その面でも包括的に作用する漢方の長所を適用することが可能である。漢方的

表 1 高齢者疾患と漢方医療の特徴

| 高齢者疾患 | 漢方医療 |
|---------------------|--------------------|
| 多臓器疾患が多い | 漢方製剤は多面的作用をもっている |
| 個人差が大きい | 随証治療 |
| 慢性疾患が多い | 副作用は少なく、長期内服が可能である |
| 生体防御反応が低下するので治癒しづらい | 免疫能低下改善作用 |
| 陰証、虚証、腎虚となることが多い | 温熱剤、補益剤、補腎剤 |
| 心身症を併発しやすい | 心身一如 |

第 4 回アジア・オセアニア国際老年学会議録より
(菊谷豊彦)

にいえば高齢者は陰証（代謝機能の低下）と虚証（闘病反応の低下）、とくに腎虚（精気の減衰）が認められるが、これらに対して漢方で温熱剤、補益剤、補腎剤とよばれる薬方群を応用することで、患者のトータルコンディションの改善が図られる（表 1）。

● 症状別治療の実例

1 感冒・インフルエンザ

最も普遍的疾患であり、漢方を併用する統合医療のメリットが発揮される疾患群である。一般的には PL 顆粒などの消炎鎮痛薬と抗ヒスタミン薬の組合せに、ケースに応じてマクロライドやセフェム系などの抗菌薬を組み合わせる治療することが多いが、それに高齢者の証を参考にして麻黄附子細辛湯や真武湯などの方剤を病期に応じて組み合わせると治癒が早まり、患者の QOL の改善につながるのが実感される。高齢者でも体力が成人並であれば葛根湯や小青竜湯などの即効性のある薬方の組合せも可能である。

えがしら ようすけ：九州看護福祉大学大学院