

明日を創る医療総合誌

C LINIC magazine

No. 486

平成22年2月1日発行(毎月1回1日発行)
昭和49年10月15日第三種郵便物認可

2010
FEB
2

[特集]

再考 うつ病診療

うつ病診療の現状と課題

日本うつ病学会 野村総一郎氏

抗うつ薬適正使用に向けての提言

日本うつ病学会 樋口輝彦氏

MANGA Studyを日常診療に生かす

慶應義塾大学 中川敦夫氏



35th

おかげさまで創刊35周年

世界で高まる伝統医療のニーズに 後れをとる日本漢方

日本型医療の創生をめざして

慶應義塾大学医学部漢方医学センター 渡辺賢治



昨年の行政刷新会議での仕分け作業で、漢方の保険給付がはずされそうになり、予期せぬ形で漢方がクロージアアップされた。

医療志民の会、NPO 健康医療開発機構、日本東洋医学会、日本臨床漢方医会の4団体が署名活動をし、3週間で92万4,808名もの署名が集まった。そのほとんどが患者さんや国民であることを考えると、漢方をこの国の医療として残し、発展させなくてはならない。しかしながら国民のみならず、医療者の間でも、まだまだ正しい認識がなされていないように思われる。

本稿では、漢方に関する現状と課題について整理したい。

1. 漢方医療の現状

漢方の歴史

漢方を取り巻く医療環境はここ20年あまりに、大幅に変化した。1976年に大々的に漢方が保険制度に組み込まれてからも、まだまだ漢方は怪しい、漢方医学は中国が本場だ、と思われる医師・患者さんがいる。確かに中国に起源を發して

いるが、「漢方」という言葉自体、日本で作られた造語である。誤解をしている方が少なくないので、簡単に漢方の歴史について紐解いてみたい(表1)。

中国からの伝来は5~6世紀頃に、他の文化とともにわが国に入ってきたと考えられている。日本に伝わってからは徐々に日本化がなされてきたが、現在の漢方の原型となる形ができ上がったのは江戸時代に入ってからだ。西欧医学がオランダ経由で日本に入り、「蘭方」と呼ばれるようになったのに対し、それまでわが国で行われてきた医学を「漢方」と呼ぶようになったのが始まりである。「漢方」という言葉自体、わが国の造語であり、中国に行って漢方と言っても通じない。米国国立医学図書館のシソーラス(検索用語集)では、「Medicine, East Asian Traditional」のなかに「Medicine, Chinese Traditional」、「Kampo Medicine」と併記され、「System of herbal medicine practiced in Japan by both herbalists and practitioners of modern medicine」という注釈がある。

漢方の使用状況

上記の米国国立医学図書館のシソーラスでの説明で分かるように、現代医学のなかで用いられている、というのが日本の伝統医学の特徴となっている。

明治になって医制(現在の医師法、医療制度にあたる)が敷かれたときに、漢方医学は取り入れられなかった。医業試験は西洋7科で、ここにも入らなかったのが、徐々に漢方は衰退の途をたどる。しかし細々と受け継がれていき、1970年代からまたブームになる。その理由として、1. 細分化されすぎた西洋医学に対する反省、2. 副作用への危惧、3. 不定愁訴に対する扱い、4. 感染症から慢性疾患への疾病構造の変化、が挙げられる。そして1976年には医療用漢方製剤が大々的に保険収載され、以来30年間日常診療の場で使われてきた。現在では医師の8割近くが漢方を使用している。産婦人科はとくに使用する医師が多く100%近いが、科の偏りなくすべての科において万遍なく使われているのが現状である。

教育面では、2001年に文部科学

省の定めた「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に漢方医学が入ったことで、全国にある80の医学部・医科大学すべてにおいて卒前教育が行われるようになった。卒後教育として、初期研修や漢方専修医カリキュラムを持つ大学も増えている。しかし、使用実態から考えると漢方教育はもっと拡がって然るべきと考える。

2. 超高齢社会での漢方の立ち位置

総合医療としての漢方

現在、もっとも漢方が期待されている理由は何であろうか。いくつかのキーワードがある。まずは臓器別ではなく、心身ともに全体を見る「全人医療」の要素ではないかと考える。超高齢社会を迎えたわが国の医療が、臓器別専門医療だけでは立ち行かなくなっている現状は、誰しもが感じるところであろう。

高齢者では、どこか1つを治療すればいい、というものではない。病は複数の臓器にまたがっていることが多く、さらに不可逆性な場合も多い。医師側からは「年齢の影響です」と一言で済むことも、それと向き合う患者にとっては非常にづらい。

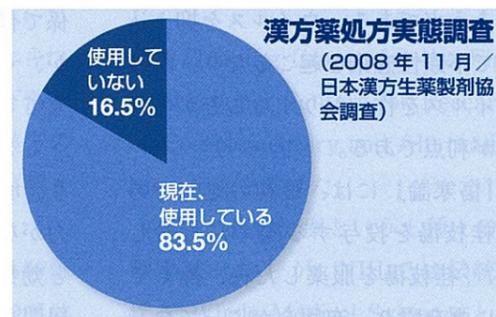
漢方は病を見る医学ではなく、人を見る医学である。西洋医学的にはやりようがなくなっても、漢方は最後まで向き合う。それは人間として向き合っているのだから、病と向き合っているのではないからである。

もちろん漢方ですべてが解決する

表1 漢方の歴史

ルーツ	5~6世紀、中国から日本に伝来。
始まり	日本独自の診断、処方が行われるようになり、江戸時代に体系化。西欧医学の「蘭方」に対し、日本の医学を「漢方」とした。
衰退	明治政府「医制」を發布、西欧医学が採用される。
進展	1976年、医療用漢方製剤保険収載(2010年現在、148処方収載)。2001年、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」により、全医学生が漢方医学を学習。

現在、医師の8割が漢方を使用。



などと言うつもりはない。全人医療である漢方は、どのような訴えでも向き合わなくてはならない責務を負っている。これを筆者は「逃げない医療」と研修医には言っている。

もう1つ、「心身一如(しんしんいちにょ)」というのも漢方では重要である。たとえば、全身性エリテマトーデス(SLE)の患者さんに抑肝散という薬で精神的な安定を図ったら、SLEの活動性が下がったりすることもある。

家族背景や社会活動なども含め、患者さん全体と向き合うのが漢方であり、今後の医療環境のなかでの重要性がますます増大するであろう。

見直すべき漢方の作用

漢方は古くて新しい医学である。これを実感したのは2009年に流行した新型インフルエンザのときであ

る。漢方は一般的に慢性疾患の治療薬であり、急性感染症には効果がなれないと思われる人が多い。これは全くの誤解である。1800年前の書である『傷寒論』には、急性熱性感染症(腸チフスといわれている)の経過とともに、処方の変遷が記されている。

そして江戸時代までは、感染症治療の主役は漢方であったことを考えると、そこにある知恵を活用しない手はない。

筆者が学生時代、呼吸器内科の試験に「かぜの治療法を書け」という問題があった。正解は「安静・保温・保湿」であった。現在でこそ抗インフルエンザ薬が登場したが、薬に頼ることなく、まずは生体防御機能を最大限に引き出すことを忘れてはならない。

漢方の世界では、インフルエンザ感染症に対して葛根湯、麻黄湯、大青竜湯などで対処してきた。今回の新型インフルエンザに対する治療としてもこれら漢方薬は十分に有効であった。

漢方で治る場合の特徴は抗インフルエンザ薬と異なり、熱が上がった後、翌日には大体すっきりと治ってしまう点である。ウイルスを抑え込んで不顕性感染を起こしたり、耐性ウイルスを作ったりすることがないのが利点である。

『傷寒論』には、最初の処方である桂枝湯を投与する際の注意として、「桂枝湯を服薬した後、熱くて薄い粥を啜り、布団をかぶって全身しっとり汗をかきようにする。1服でしっとり汗をかいたらもう漢方を飲まなくてもいい。治らなければ薬と薬との間隔を縮める。冷たい物、刺激物などを避けるように」という細かい指示がある。

伝統医学だからいまの時代に通じないということはない。温故知新で伝統から学べるものは大いに活用すべし、というのが筆者の意見である。

漢方を活用した日本型医療の創生

漢方を古臭いものとせず再発見することで医療の効率が上がることに期待できる。西洋医学の最先端医療と伝統的な全人医療を組み合わせることで医療が提供できるのは、わが国だけである。今回のインフルエンザ騒動を見ても、漢方を活用したらもう少し違った対策ができたのではないと思われる。

たとえば、体力がある程度ある若

年者を対象に麻黄湯を2日分ずつ1,000万人分確保したとしても、かかる費用は11億円である。ワクチン確保に数千億円要するのとは規模が違う。

とくにインフルエンザ迅速診断キットが陰性の場合には、陽性になるまで複数回検査に来る、などというケースも多く見られた。診断書の関係で仕方がないと言えそれまでだが、もう少し効率の良い治療指針が立てられたはずである。

しかしながら教育も不可欠であり、心臓に基礎疾患のある人や、体力がない高齢者が麻黄湯を服薬すると効果が上がらないどころか動悸・尿閉などの副作用を呈することもある。

漢方を専門としない医師が安心して使うためには、こうした漢方の基礎知識が必要となる。さらに臨床的エビデンスも作用機序の理解もまだまだ不足している。これに対しては国として研究予算を付けることで、伝統医学の効率的な活用方法を見出すことが必要であろう。

効率の良い医療を提供するためには、これらの課題をクリアしなくてはならないが、それ以外にも漢方の基盤は非常に脆弱で、国民の医療として根付くためには多くの課題を包含している。次にそれらを整理して述べる。

3. これからの課題

生薬資源の安定確保が不可欠

漢方の発展の大きな足かせになっ

ているのが、生薬原料の供給である¹⁾。生薬の自給率はどんどん低下し、現在では15%に落ち込んでいる。食の自給率よりもさらに悪い。

その理由は、農家の高齢化と、薬価低下で、採算が合わなくなったからである。その結果、生薬の産地をどんどんと海外に求めて行き、生薬原料の8割が中国からの輸入に頼っている。しかしながら、中国の経済発展とともに原価が上がってきて採算性が乏しくなっており、漢方関連の企業体力が低下している。

それに加えて生薬に対する世界的需要の伸びにより、生薬資源が枯渇しつつあると言っても過言ではない。中国からの輸出先を見ると日本・韓国が主要国であることには変わりないが、香港経由で欧米に輸出される生薬量が年々増加していることに気がつく。欧米での生薬の品質・安全性基準は高いために、良質の生薬が日本に入りにくい状況になっている。

麻黄湯に使われる麻黄、甘草という生薬は中国北部の乾燥地帯で野生品を収穫しているが、乱獲により土地がやせ、砂漠化が進むために、1999年来輸出規制品となっている。

漢方薬の原料が生薬である以上、資源確保ができなければ漢方の存続はあり得ない。方法としては2つあると思われる。

1つは漢方の生薬原料を国内栽培に再度道を開くこと。栽培など生産や加工技術は、高齢化しても経験豊かな農家がまだあるので、間に合う。それなりに種苗は確保されてお

り、良質な種苗を作るノウハウも残っている。さらに、生薬の国内栽培の振興は産業育成にもなる。漢方では「身土不二」という、体にいいものはその土地で取れる、という考え方がある。この考えに基づき、質と安全性の高い国産生薬の栽培振興が望まれる。

もう1つは生薬の培養だ。朝鮮人参や冬虫夏草など数多くの生薬がすでに培養可能である。日本のバイオ技術を生かした生薬生産は逆転の発想をすれば、増大する世界市場に応える供給源ともなりうるのである。

しかしながら1番の問題は採算性である。これには薬価も絡むので次項に述べる。

工業製品と同じく2年ごとに下落する生薬ならびに漢方製剤薬価

薬価改定が2年ごとに行われるが、生薬や漢方製剤も改定のたびにほとんどマイナス改定となっている(表2)。ここ30年あまりでは40%近く低下しているのが実態だ。

多くの薬は工業製品である。この場合、生産そのものというよりも開発にお金がかかるので、2年ごとの改定で薬価が下がるのは理解ができる。しかしながら、生薬という天然物やそれから作られる漢方エキス製剤が2年ごとに下がっていく仕組みは解せない。もちろん、薬価下落の直接の原因は実勢価格が薬価を下回っていることにある。医療現場にもいろいろな問題があることは事実であるが、ここで論じる余裕はない。

このような薬価下落により、ここ数年間にもいくつかの漢方製剤メー

表2 生薬薬価改定の状況

	2002年	2004年	2006年	2008年
引下げ品目	114	178	140	76
平均改定率*	-4.4%	-7.8%	-5.1%	+1.3%
最大改定	-20.1% (キョウカツ)	-25.0% (オウレン末)	-24.0% (サイコ)	-13.4% (ウズ)

※品目の平均による生薬薬価
「第1回21世紀漢方フォーラム」日本漢方生薬製剤協会生薬委員会 浅間宏志氏資料より

カーがつぶれたり、撤退するエキス剤があったりする。このまま下落が続くと、日本の多くの会社が漢方の生産から撤退せざるを得ない事態も十分あり得る。

生薬という天然物は、むしろ時価で薬価を考えないといけないのではなかろうか。歯科の材料などの例でも時価で薬価の決まる仕組みもあると聞く。漢方が存続可能な医療となるためには、薬価そのものの仕組みを工業製品と分ける必要があると考える。

国際化に向けての整備

伝統医学の国際化の動きはここ数年激しい²⁻⁴⁾。従来は伝統医学というのは各々の地域の医療であったのが、1990年代に欧米で補完・代替医療が注目される過程で伝統医学に対する関心が高まってきた。米国国立衛生研究所(NIH)は、伝統医学を含む補完代替医療に対し、年間300億円の研究予算で、臨床エビデンスや作用機序の解明を行っている^{5,6)}。米国国内だけでなく、アジア諸国、アフリカ諸国との共同研究も推進している。筆者も2003年から2004年にNIH Grant

R21 Planning Grants for the First International Centers for Research on Complementary and Alternative Medicineを受けた。

補完・代替医療というと種々の治療手法を含むが、NIHでは伝統医学をWhole Medical Systemsとして、他の補完・代替医療と異なる系統だった医学と位置付けている。

一方WHOでは、1978年のアルマータ宣言で、プライマリ・ケアに伝統医学を用いることを提言しており、2008年には30周年を北京にて祝った。

現在WHOではICD-10からICD-11への改訂作業を行っているが、ICD-11に伝統医学を盛り込む計画を推進している。ICD(国際疾病分類)は1900年から始まる世界保健の統計の基礎になってきた分類で、死因統計はもとより、近年では疾病統計もICDに準拠している。ICDに入るということは、世界の主流の医学のなかに伝統医学が初めて位置づけられるということであり、大きな意義を持つ。

日本国内では国民の支持はあっても医療界での評価はまだまだである

が、一旦世界に出ると、漢方に対する扱いは随分と温度差のあることを感じる。ICDに関しては、2005年からWHO西太平洋事務局の事業として、日中韓を中心に分類を作成した経緯があり、これを基に現在WHO本部の事業として進めている。

一方、それとは全く異なる動きとして、ISO(国際標準化機構)がある。2008年4月、中国はISOの専門委員会(TC)の1つであるTC215(保健医療情報)に、中国国内の医療標準を国際標準にするよう要求した。このときは唐突だったので受け入れられなかったが、2つの会議を経てワーキンググループ(WG)の作成が決定した。ところが、中国から既存のISO専門委員会ではなく、新しい専門委員会を作る、という提案がなされ、投票により新しい委員会(TC249)が立ち上がることが決まった。

東アジア伝統医学は確かに古代中国に起源を有しているが、長い歴史の中で、日中韓それぞれに異なった形となっている。一国の国内標準を国際標準にすることは、日韓にとっては抵抗がある。しかし、中国は国策として中医学の国際化を推進しているのに対し、わが国にはそうした基盤が全くなく、日本東洋医学会という学会が中心となっているだけである。

漢方をきちんと使える人材育成・ 教員養成を

つまり、漢方の基盤整備はある程度、国の支援がないと不可能といえ

よう。それに加え、人材育成が急務である。

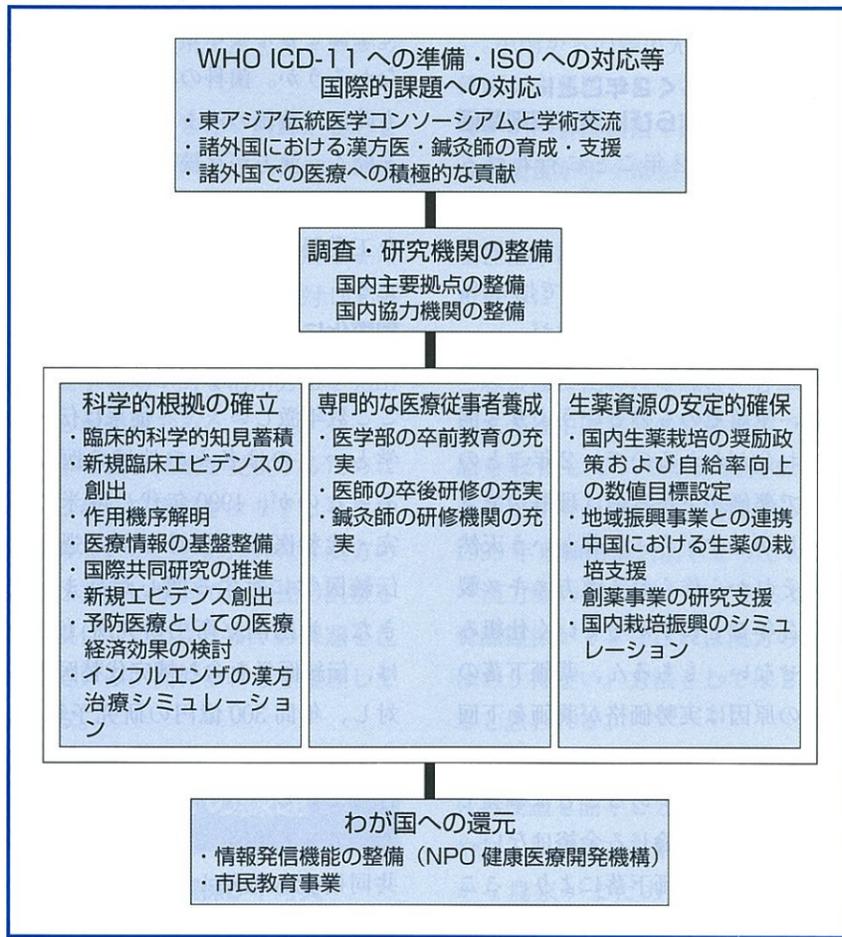
漢方の教育に関してはすでに述べた通り、全国80の医学部・医科大学において卒前教育がなされるに至っているが、内容的には統一されておらず、教員が不足しているのが現状である。漢方教育は卒前のみならず卒後も重要であるので、それも含めた教育の整備と教員の育成が必要だ。専修医プログラムを持つ大学はまだまだ少ない。しかし、漢方医学というのはどの科でも使用されており、漢方的な考えを少し学習するだ

けで治療の幅が広がる。漢方の専門医(=教員)を育成すると同時に、どの診療科においても漢方の勉強する機会が得られるようにすべきと考える。

生薬からの創薬による産業育成

『タミフル』、『タキソール』に見られるように、生薬からの創薬の潜在的可能性はまだまだ高い。われわれの研究室でも、インフルエンザに対する免疫応答の研究や中枢グリア細胞に対する漢方の薬効発現機序などの解明を行っている。脱髄細胞の再髄鞘化やアルツハイマー病に対す

図1 漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のための調査研究



る治療などに関して創薬の可能性がある結果を得ている。

日本はかつて生薬研究においてアジアの中心であった。多くの留学生在日本に来て、国に帰り大学教授になっている。こうした生薬研究を復興することで、生薬からの創薬を行い、産業育成をすべきである。

生薬からの創薬は限られた生薬資源を守るためにも重要である。

4. 最後に

医療用漢方製剤が登場してから34年間、漢方の評価は徐々に高まってきたが、世界の潮流はそれ以上に速く進んでおり、国際的にも存在感が薄くなってきている。

しかし、最先端医療と伝統医療を同時に行うことができるわが国の医療体制は世界でも類を見ない特色であり、こうした利点を生かした医療はわが国の国民のみならず世界に対しても十分に産業となりうる分野である。

わが国の漢方をもっと見直し、活用することで、世界に冠たる日本型医療が創生できるものと期待している。

平成21年度厚生労働省特別研究「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生」⁷⁾では、持続可能な漢方の基盤を作るべく調査研究をしている(図1)。われわれは国民・患者目線で持続可能なわが国の伝統医学のあり方を考えるべきであろう。

参考文献

- 21世紀漢方医学フォーラム「生薬資源を考える」NPO健康医療開発機構、NPO日中産学官交流機構、慶應義塾大学医学部漢方医学センター共催
<http://www.tr-networks.org/usr/NPO-usr-504-035.html>
- 米国国立補完・代替医療センター
<http://nccam.nih.gov/>
- 渡辺賢治：21世紀の日本の東洋医学の進路を探る—漢方の国際化に向けての戦略—日本東洋医学雑誌58(4)594-599, 2007
- 渡辺賢治：漢方薬の国際性を目指して、日本東洋医学雑誌, 56(1)90-95, 2005
- 渡辺賢治：国際化が進む漢方医学, 科学, 75(7), 862-864, 2005年5月
- 米国国立がん研究所 がん相補代替医療事務局 <http://www.cancer.gov/cam/>
- 平成21年度厚生労働省特別研究「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生」
<http://kampo.tr-networks.org/sr2009/>

明日からの「接遇教育」にすぐ役立ちます! 信頼され選ばれる病医院づくりをめざして 医療接遇実践マニュアル

〈著者〉医療接遇インストラクター 大島 昭子 著

- 〈基本編〉
- 1.第一印象が大切、ポイントは笑顔
 - 2.あいさつと声かけ
 - 3.態度はキビキビと端正に
 - 4.身だしなみ
 - 5.話を聞く、話をする
 - 6.自分を名乗ること
 - 7.アイコンタクト
 - 8.スキンシップ
- 〈実践編① 部門別の対応〉
- 1.受付・窓口部門
 - 2.外来部門
 - 3.入院患者への心遣い
 - 4.医師・医局部門
 - 5.検査部門
 - 6.薬剤部門
 - 7.会計窓口
 - 8.リハビリ部門
 - 9.透析室
 - 10.ナース・栄養士の“食事”のケア
 - 11.訪問看護
 - 12.介護部門
- 〈実践編② 患者さまのタイプ別対応〉
- 1.高齢の患者さま
 - 2.痴呆を伴う高齢者
 - 3.子供患者
 - 4.身体障害者
 - 5.患者家族
 - 6.お見舞い人
 - 7.女性患者
 - 8.外国人
- 〈発展・応用編〉
- 1.病医院の環境づくり
 - 2.苦情処理
 - 3.接遇マナー
 - 4.電話応対
 - 他—



病医院、看護ステーション、医療従事者教育機関でのテキストに!

B5判80頁 価格1,680円(税込・送料別)

お申し込みは電話、FAX、Webにて
電話 03(3241)4723 FAX 03(3241)4669 URL=<http://www.climaga.co.jp/>

クリニックマガジン
〒103-0023
東京都中央区日本橋本町2-3-15