

平成 21 年度厚生労働科学研究費特別研究

「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」

第 1 回班会議 会議録

テーマ：人材面からみた現状と課題（専門的な医療従事者の養成）

日時：平成 21 年 12 月 23 日（水）15：00 - 17：00

場所：慶應義塾大学医学部（新教育研究棟講堂 1）

出席：黒岩（班長）、三瀨、天野、宮野、石野、関、合田、木内、西本、塚田、佐竹、後藤、渡辺

| 発言者 | 発言内容 | 進行・要旨 |
|-----|---|------------------|
| ○黒岩 | <p>ただいまから厚生労働科学研究費特別研究「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」の第 1 回目を始めさせていただきたいと思います。私はこの研究班の班長を務めさせていただきます、ジャーナリストで国際医療福祉大学大学院教授の黒岩祐治です。どうぞよろしくお願ひします。</p> <p>きょうは第 1 回目の会合ですので、まず班員の皆様、そして協力研究員の皆様を御紹介したいと思います。大変恐縮ですが三瀨先生から自己紹介という形で簡単にお願ひします。</p> | 開催挨拶 自己紹介 |
| ○三瀨 | 福岡の飯塚病院の東洋医学センター所長の三瀨でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。 | |
| ○天野 | 東京大学食の安全研究センターの天野と申します。よろしくお願ひします。 | |
| ○宮野 | 東大医科学研究所ヒトゲノム解析センターの宮野でございます。 どうぞよろしくお願ひいたします。 | |
| ○石野 | 昭和大学医学部第一生理学の客員教授を務めさせていただいている石野でございます。その前、約 20 年間、北里研究所東洋医学総合研究所の鍼灸・漢方を実際に担当させていただき、また、昭和 62 年から平成 14 年まで東洋鍼灸専門学校 | |

| | | |
|-----|--|--|
| | の校長を務めさせていただいておりました。どうぞよろしく お願いします。 | |
| ○関 | 東北大学の先進漢方治療医学講座の関と申します。内科医な のですが、臨床は漢方・鍼灸をやっております。それから JLOM (Japan Liaison of Oriental Medicine ; 日本東 洋医学サミット会議) の ISO (国際標準化機構) 担当の ワーキンググループの代表をさせていただいています。よろ しくお願いいたします。 | |
| ○合田 | 国立衛研の生薬部長をしております合田でございます。よろ しくお願いします。 | |
| ○木内 | 慶應義塾大学薬学部の天然医薬資源学講座におります木内 でございます。よろしくお願いいたします。 | |
| ○西本 | 国立がんセンターのがん対策情報センターの院内がん登録 室長を務めております西本と申します。実はこの研究班のメ ンバーの中では、私は漢方の専門ではございませんが、4年 前まで呼吸器内科医として一般臨床をしております。その 後、国立がんセンターに移り、今は院内がん登録の仕事をし ております。ただ、数年前から WHO (世界保健機関) の ICD (国際疾病分類) の会議のメンバーとして日本の方からの情 報発信、あるいは意見の取りまとめ等の仕事をさせていただ いております。慶應の渡辺先生も WHO の漢方の ICD コー ドの設定に尽力されておまして、そういう関係で今回、参 加させていただいたというふうに理解しております。 よろしくお願いいたします。 | |
| ○塚田 | 日本伝統医療科学大学院大学の塚田と申します。私は医師な のですが、鍼灸医学が医療の分野で今後大いに貢献するの であろうということを期待して、教育の方に関与する仕事をさ せていただいております。どうぞよろしくお願いいたしま す。 | |
| ○渡辺 | 慶應義塾大学医学部の漢方医学センターの渡辺と申します。 | |

| | | |
|-----|---|--|
| | この班会議の事務局も務めております。どうぞよろしくお願いいたします。 | |
| ○佐竹 | 富山大学の和漢医薬総合研究所客員教授の佐竹です。また、お茶の水女子大の客員教授をやっております。よろしくお願いいたします。 | |
| ○後藤 | 後藤修司と申します。学校法人後藤学園といって専門学校でございすけれども、はり・きゅう師の教育を東京と小田原の専門学校でやっております。看護師と理学療法士の教育もあわせて東京ではやっております。また、全日本鍼灸学会というはり・きゅう関連の唯一の社団の学会があるんですけど、その会長を務めさせていただいています。また、はり・きゅう関係の学校の協会の監事なんかをさせていただいています。よろしくお願いいたします。 | |
| ○黒岩 | ありがとうございました。それ以外に研究協力者という形で各界の方に来ていただいております。まずはこちらからお願いいたします。 | |
| ○阿川 | 鹿島建設の医療福祉推進部、阿川でございます。国民目線で協力させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。 | |
| ○長野 | オリンパスの MIS 事業部、長野と申します。同じく国民目線で御協力させていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。 | |
| ○丹羽 | 伊藤忠商事の会長の丹羽でございます。どうぞよろしく。 | |
| ○清水 | 防衛医大自衛隊中央病院、あるいは三宿病院の脳外科をやっ てまいりました。今、健康情報サイト、ヘルスクリニック、 エミリオ森ロクリニックをやっておりますが、NPO 健康医 療開発機構の会員として参加させていただいております。よ ろしくお願いします。 | |
| ○安永 | 無菌養蚕でシルク事業のいろいろな活動をやっております 安永です。よろしくお願いいたします。 | |

| | | |
|------------|--|--------------------|
| <p>○黒岩</p> | <p>多彩なメンバーによる研究会が、きょう、いよいよスタートしたわけですが、まず、12月10日に行われました「第5回21世紀漢方フォーラム」、同じタイトルなのですが「漢方・鍼灸を活用した日本型医療を考える」について若干の御報告をさせていただきたいと思います。</p> <p>実は科学研究費補助金を使った研究会が始まることになっていたのですが、なかなか正式決定が下りず、12月10日の漢方フォーラムをどうしようかと。本来ならばそのフォーラムを第1回目にしようかということもあったのですが、時間的な制約がありまして第ゼロ回という形にさせていただきました。基本的なテーマは同じです。そのかわりこの問題を包括的に見渡そうという会になりました。</p> <p>そしてその中では、今やはり西洋医学にある程度限界も見えてきているという中で、漢方をうまく併用していくとまた新しい日本型医療ができるのではないのかという共通認識を確認した上で、そのための課題は一体何なのか、科学的根拠、いわゆるエビデンスというものをどうやって確立していくべきなのか。それからそのような医学を積極的に進めていくためにはどのような人材が必要で、どう育てていけばいいのか。それから漢方薬ということになった場合には、生薬というものをどのように確保していけばいいのか。それから、これは医者だけ、医学界だけで理解してもなかなか進まないもので、国民的な理解を求めるときのどのようにして情報発信していくべきなのか、調査研究機関はどうあるべきなのか、国際的視野から見たときにこういった問題はどのようなふうにとらえるべきなのか等々の議論をいたしました。そしていろいろな課題も出てきたのですが、漢方というものを医師国家試験の中に入れてみたらどうだろうかという話まで飛び出しました。</p> <p>それから国内外の課題について総合的に研究・検討していく</p> | <p>第5回フォーラムの報告</p> |
|------------|--|--------------------|

| | | |
|------------|---|------------------|
| | <p>セクションを設置したらどうかという具体的な提言もなされておまして、そういったものを踏まえながらこの研究会をスタートすることになりました。</p> <p>それでは最初に皆様のお手元にあります資料の説明、そして今回の班会議の概要について渡辺さんからお願いしたいと思います。</p> | |
| <p>○渡辺</p> | <p>事務局の慶應の渡辺でございます。まず資料の説明からさせていただきます。今回は班会議ということで、お手元の資料は班員の方から研究協力者の方のみとなっております。皆様のお手元にホームページの案内があると思いますが、傍聴の方にこの案内を差し上げたのは、記録等は全部ここで公式配信をする予定だからです。ただ、班会議の中身、また、自由な討論をするためにあえて今回は資料としては配付しておりません。皆様のところには資料がありますので説明させていただきます。</p> <p>まず資料の1がきょうの議案でございます。資料の2がこの班会議の全体像ということになっております。</p> <p>検討項目、資料2の5ページをごらんください。検討課題。</p> <p>この班会議は漢方・鍼灸は我が国の基盤としては極めて弱いという問題点から発しております。中国・韓国が国を挙げてやっているという中で、日本だけが世界的にも非常に遅れているというところで本当に国として漢方・鍼灸が発展しないのだろうかというような疑問もありまして、基盤整備ということを中心に念頭に置いてこの課題一覧というのがつくられております。</p> <p>最後の6ページに班会議のスケジュールがございます。演者等、まだ決まっていないところもありますので、わかり次第また公開したいと思います。資料の3が前回の漢方フォーラムのまとめ、概要版でございます。資料の4から7までがきょうのプレゼンテーションの内容。最後の1枚資料がござい</p> | <p>今回の班会議の概要</p> |

| | | |
|-----|--|-----------|
| | <p>ますのが、佐竹先生が提言という形でお出しいただいたものになっております。</p> <p>この班会議の進め方です。一応記録のために DVD を撮っておりますけれども、これは配信しません。あくまでも記録ということで、テープ起こしのために使わせていただきます。</p> <p>1 週間ぐらいでテープ起こしの原稿が発言された方のお手元に届きますのでチェックしていただいて、それで最終版をつくってホームページの上で公開という形にさせていただければと思っております。</p> <p>それから本当にお忙しい先生方に集まっていたいただきましたので、毎回出られないという場合には、班員の方と協力研究者の方にはこの映像が見られるという形にしております。ただ、双方向ではなくて一方通行なので、なるべく会議に来ていただき御発言いただければと思っております。</p> <p>毎回の会議はそのテーマごとの内容の 1 時間のプレゼンテーションをしていただきまして、1 時間のディスカッションと、最後に 10 分ぐらいでまとめ、提言という形でやらせていただければと思っております。</p> <p>国がやるべきこと、それから専門家、学会や業界がやるべきこと、それから国民への理解ということに分けて毎回提言をまとめていきます。きょうのテーマは「人材育成」になりますので、最後にそれがまとまればいいかなと思っております。</p> | 班会議の進め方 |
| ○黒岩 | <p>それでは早速プレゼンテーションに入っていただきたいと思います。きょうのテーマは人材面からみた現状と課題、専門的な医療従事者を養成していくための課題は一体何なのかというところではありますが、最初は三瀨忠道先生、よろしくをお願いします。</p> | プレゼンテーション |
| ○三瀨 | <p>三瀨でございます。漢方というのは中国に原点を発したのですが、約 1500 年の間に日本での工夫がなされて、日本で</p> | 漢方の歴史 |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>漢方と呼ばれています。中国起源の医学については、私の理解の中ではいわゆる漢方薬を使うような薬の治療、それからそのほかにも鍼灸や導引といったものも入ると思います。今、日本で漢方といえば大きくは漢方薬と鍼灸の治療で、それが大きなテーマになると思います。</p> <p>これは歴史ですので御存じのとおりですが、漢方は日本では1500年前に中国から伝わってきて、それが日本化されてきましたが、明治時代に日本の正式な医学としては使わないということになりまして衰退したわけです。しかし今から30年余りに漢方製剤が保険薬価に大量に収載され、そして漢方薬が多く使われるようになり、漢方が盛んになってまいりました。</p> <p>医学部のコア・カリキュラムに7年ほど前に入りまして、内容についてはいろいろ議論もあると思いますが、去年から日本でも医学部の中で漢方の教育を受けた人たちが医者になりました。「和漢薬を概説できる」というたった9文字ですけども、日本の漢方界には大きな衝撃といいますか、波紋を呼び起こしました。4年ほど前には日本東洋医学会の漢方専門医というものも厚生労働省から正式に標榜することが認められています。</p> <p>なぜそのように一遍滅びかかったような漢方が日本で使われてきたのかということをお願いしておきたいと思います。</p> <p>これは厚生労働省ではなくてまだ厚生省と言っていたころの長寿科学総合研究事業で私がやらせていただいた仕事です。漢方薬の代表的なものに八味地黄丸という薬があります。これを漢方医学的な診断基準といいますか、適応状況を満たす方々に使いますと、例えばお年寄りにさまざま出現しやすいような脳卒中の後遺症、あるいは気管支ぜんそくのようなものに改善効果があるとか、神経の伝導速度が遅くなったものが1週間程度でかなり改善してくるとか、腰痛・しび</p> | <p>明治時代に一時的に衰退するも、保険薬価収載により再び盛んに</p> <p>コア・カリキュラムへの漢方の導入</p> <p>漢方見直しの経緯</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>れ・冷え、あるいは腎不全の軽症の腎機能改善など、さまざまなのがデータとして出ました。</p> <p>こういった病気に対してはそれぞれ西洋医学的な薬や治療方法もございますけれども、ただ、高齢者は体のあちこちに病気が同時に出現しやすいために、飲むお薬がだんだんふえてくる。薬をたくさん飲むと胃にも負担がかかるので胃薬も使うことになったりして医療費もかさみます。その上、御飯がおいしく食べられない状態になるということがあります。</p> <p>そういうものが、例えば八味地黄丸というお薬を漢方的な視点で使うとよくなっていく。そうすると薬の量が減る。全部がよくなるわけではありませんが、漢方薬でできるところまでよくして、残りのところを、私から見た代替医療の西洋医学で治療していくというふうにするとお薬の量も減るし、患者さんの負担も軽くなる。こんなデータが出てきました。慢性のような状態だけではなくて、冬場によくはやる嘔吐・下痢症・ノロウイルスというものに対しましても、老人ホームで黄芩湯というお薬を使ったところ、75%の方が3回程度の服用で嘔吐・下痢が治り、そして1日か2日でほとんどの方たちが治ってしまうというようなことでした。お年寄りがこの病気にかかりますと結構重症化することもございますが、こういった急性疾患にも漢方薬はよく効くということです。</p> <p>今、インフルエンザの話題では、これは季節性のインフルエンザについてですが、有名なタミフル単独よりも漢方薬単独の方が治療にかかる時間が短いし、コスト的にも安くなるという報告もあります。ほかにもたくさんいろいろな角度からの、臨床的なエビデンスがございますが、これは日本東洋医学会でまとめているエビデンスレポートでございます。学会ホームページにもありますが、いろいろな臨床的な事実がベースにあって、漢方薬がもう一回見直されているいろいろな制度が変わってきたのだというふうに思っております。</p> | <p>高齢者における薬の量と医療費の問題</p> <p>漢方でできるところまでよくして西洋医学で治療する</p> <p>急性疾患への効果</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| | <p>結果として、先ほど申し上げましたように「和漢薬を概説できる」という教育の到達目標というものが医学部の教育の中で採用されたわけでありす。</p> <p>それに引き続きまして、日本医学教育学会のワークショップの中で漢方医学教育についてもさまざま議論されました。日本東洋医学会の中でも議論されました。その中の一つの結論として、学生が参加するような講義がいいとか、8コマ以上は必ず必要であるとか、漢方外来をしないと実習ができないとか、学内の理解も必要だということもありますが、最終的に問題になるのは、漢方を担う教官を早急に養成する必要があることでした。教官を育成していくことが大事だということですが、きょうのテーマになってくると思っております。</p> <p>卒前の医学部での教育についてはさまざまカリキュラム案が組み立てられて、科学研究費で検討されたり、東洋医学会の学術教育委員会からも出されたり、さまざまな卒前教育についてのプランが出ました。</p> <p>これは東海大学の医学部での実際の様子ですが、生薬実習とか鍼灸の実習をしたり、それから診察方法の実習をしたりというようなことがありまして、それでも3時間の中でこの三つを全部やっていくというカリキュラムで結構厳しいものなのですが、いずれにしてもこういう教育が医学部で始まりました。</p> <p>これは千葉大学医学部での座学や実習の様子でございます。こんなふうにして卒前教育が進んでまいりました。</p> <p>また、東洋医学会では「学生のための漢方医学テキスト」というものをつくって、これは卒前教育において参考になる教科書を目指してまいりました。</p> <p>結果としまして、日本には80の医学部がございますが、2007年度には8コマ以上、「和漢薬を概説できる」ということに基づいた教育というものが80医学部すべてで行われるよう</p> | <p>漢方を担う教官の育成が急務</p> <p>卒前教育の実際</p> |
|--|--|-------------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>になりましたし、漢方の外来がその当時で 80 大学中の 66 の大学病院で行われるようになりました。</p> <p>ただ、こうしてきますとだんだん広がっていいように思うんですが、実はさまざまな問題を抱えております。一つには、講義時間、学習の意欲、教官の不足がございます。まず 2 番目の学習の意欲というところから見ていきますと、例えば今のところ医師の国家試験の中に漢方に関する出題がされておられません。そうしますと当然ながら学生は試験に出ないものはなかなか勉強しないわけですし、興味はあるようなんですが、身が入らないということがあります。</p> <p>国家試験に採用するということになる、教育内容の統一化も必要になってくるとは思いますけれども、しかしこれは先ほど出しましたように東洋医学会でもテキスト等も大分整備されておりもう目の前まで来ております。国家試験に採用していくことで学習意欲も出るだろうと思います。</p> <p>ちょっと順序が逆になりますが、講義時間が不足しているので、この中でどう時間を取っていくかという話がもう一つあります。</p> <p>医学部の教育内容はどんどんふえてきております。その上、私のときには卒業して 4 月ごろに国家試験があったのですが、今は 2 月ごろに国家試験があつて在学中に合否判定が出てしまいます。そうすると 2 カ月間は教育期間が短くなり、中身はふえるし教育の時間が減ったしということでなかなか厳しくなってきました。そのときにやはり国家試験に入っているものについては省略できないわけで、教育のためにはやはり国家試験への採用というのがいいのかなと思います。</p> <p>ただ、大学で教育をしていくときに、漢方の場合は臨床がベースですので、臨床力のある教官を育てなければいけません。国家試験に採用されれば当然ながら教官も育成しなければならぬと思いますが、現時点では十分ではないので、教</p> | <p>医学教育における問題点</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 講義時間 2) 学習意欲 3) 教官の不足 <p>国家試験採用のために整備すべき点</p> <p>臨床力のある教官育成の必要性</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>官を養成するための卒後教育の研修体制、教官たちを育てるための卒後研修をしていかなければならないと思います。</p> <p>それから大学病院の中で診療はやっているのですが、やはりまだまだ外来がほとんどですし、使っているお薬はいわゆる漢方製剤だけで、しかも採用品目がかなり限られています。</p> <p>実際問題として薬剤部等からの反対も強く出たりしてうまくいかない場合があります。</p> <p>そういうことを考えますと、一つは国家試験に入るようなものであればそうも言っていられないでしょうが、これについては実は独立行政法人化で国立大学といえども採算性が問われますので、医療費の評価という問題がどうしてもついてきます。</p> <p>きょうは経済的な点は主題ではないので簡単にいきますけれども、薬剤医療とか臨床といった問題もあることは事実です。今までのところが卒前のものです。</p> <p>卒後になって目立つのは大学の教官を育てるところです。一つは医療崩壊の中で日本型の総合診療医というものが必要になり、それに漢方は非常に役立つと思います。そのためには日本東洋医学会から出されている「入門漢方医学」や「実践漢方医学」といったテキストを参考にした方がいいわけですが、しかしいわゆる専門家となるためにはそれでは間に合いません。学術教育委員会からことし出版されました「専門医のための漢方医学テキスト」、専門医制度委員会がつけました「問題と解説」、こういったものもできておりますが、これらを参考にしながら漢方専門医、特に現在は大学の教官たちを中心に育てるとというのがきょうの一番のテーマだと思っています。</p> <p>漢方は臨床の医学・医療でございますので診療技術を修得しなければいけません。漢方では診察方法を望・聞・問・切と四つに分けます。そしてその中で、例えば舌を診るとか脈を</p> | <p>漢方専門医・教官育成に役立つテキスト</p> <p>漢方独特の診療技術の修得が必要</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>診るとかおなかを診るとかというのが、西洋医学とは大分異なる特徴的な診察方法になってまいります。</p> <p>例えば舌を診ても、右と左を見ますと左の方の舌は薄っぺらいし色も白っぽいし、そしてコケもぬめっとしていますが、右側の舌は赤黒い感じで分厚くてコケもパサパサした感じで分厚い。これらを見分けることが漢方的な病態診断に役に立つわけで、そういったスキルを身につけていかなければなりません。</p> <p>あるいは、脈の診方もありますし、おなかの診方、これは日本で特に発達したのですが、そういった日本漢方の独特の診察方法も身につけていかなければなりません。こういう教育をする必要があるわけですが、診察の四診をし、そして漢方的な理論を使って病態を把握して、治療方針まで結びつけていく、といった一連の流れを身につけなければならぬわけで、これにはやはりただ単に教科書を読んだだけでは不十分なところがあります。</p> <p>そうしますと医師の卒後研修として、基本的には総合診療医などにとっても、漢方の基本的な理論や、運用の仕方、実際の応用といったものを身につけるということは有用ですが、それ以上に専門医、教官ともなれば多くの漢方薬を運用でき、そしてその基となっている生薬を用いた臨床も経験してほしいし、できれば入院で重症疾患に対する漢方治療というものも経験してほしいと思います。</p> <p>こういったことから、やはりこれらを経験するための卒後の研修の拠点というものはどうしても必要だと考えられます。</p> <p>受け入れ態勢の充実や研修環境を整備しなければならない。それができれば多くの総合医のための研修にも応用できるでしょうし、総合医の方は数が足りないということであれば、日本東洋医学会の持っております専門医のための研修のシステムというものを少し整備すれば応用可能かなと考え</p> | <p>生薬を用いた臨床や入院患者への治療経験も必要</p> <p>卒後の研修拠点が必要</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>ております。</p> <p>研修にあたって、実際の障害は何なのでしょう。まず一つは漢方の研修を受ける方たち、大学の教官もそうですが、医学部6年間の専門教育を受け、国家試験を通った後、西洋医学の研修もしておりますからどうしても30歳前後になります。そうすると社会的には家族を養う、構成するような年齢ですし、社会的地位も出てきます。そうなりますと拠点病院をどういうふうにしていくかという中で、その人たちの生活の保障がどうしても必要です。</p> <p>そのためにはある種の内地留学制度とといいますか、奨学金とといいますか、そういったもので、基本的な収入をその研修期間にある程度保障してあげることが必要だと思います。</p> <p>それから、そこで研修してきた方たちは当然ながら最終的に大学に復帰していただかないと意味がないわけですが、復帰することの義務と、大学に戻る保障も必要だと。僕のところにも大学から勉強しにきたいという方がいらっしゃいますが、余り長くいると帰ったときのポストがなくなってしまうので、長くはられないという方が結構おられます。大学に戻ってからのポストを保障するということと、逆に帰る義務もあるという関係の研修をしなければいけない。そのためにもやはり若手の教官を中心に育成していくのがいいのかなと思っております。</p> <p>それからこれはきょうの主題とはちょっと違いますが、総合診療医などが育っていくためには専修医も漢方に早いうちから触れておいていただいた方がよいし、結果として漢方の専門家も育ちやすいと思います。そこで漢方の研修中にはやはり何らかの意味でのプレミアをつけてあげないといけないのかなと。今、後期研修医といたり、あるいは専修医といたり、卒後の初期研修を終えた後で、さらに専門的な教</p> | <p>研修の問題点</p> <p>研修医の生活の保障 内地留学制度や奨学金などが必要</p> <p>研修後のポストの保障も必要</p> <p>安すぎる研修中のコスト——漢方でプレミアをつける</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>育を受ける医師をそう呼んでおりますが、その方たちの研修中のコストが一般的に非常に安いのです。そのところに漢方をやると少しプレミアがつくぞというのはいいことかもわかりません。あるいは比較的いい対応をしているところがありますが、そこでは専修医をたくさん雇えません。勉強しに来たい人はいるけれども、生活の保障をしてあげられないから断らなければならないという事情が生じております。その辺で研修医の費用を何らかの形で補助するようなシステムも必要かなというふうに思っております。</p> <p>話が変わりますが、これは有名な葛根湯でございますが、七つの薬草からなっております。これらを乾燥させたり刻んだりして混ぜ合わせ、水でコトコト煮て、こして、葛根湯という煎じ薬ができます。これがもともとの漢方薬です。今、日本で多く行われている、あるいは 30 数年前に保険薬価に大量に収載されたのは、それらの煎じ薬のエクストラクト（死抽出物）を乾燥させた、いわゆるエキス剤であります。これももちろん便利ですし有効です。そしてこのために漢方は大分進んできたのですが、やはりその基となる生薬を用いた臨床の部分を残しておかないと、これから先に漢方がもっと発展して違う方剤をつくろうとか研究をしようというときに役に立たなくなってまいります。</p> <p>これは今使われているエキスのいわば製品基準のようなものですが、昭和 60 年に当時の厚生省の薬務局から出た通知です。最後の方を見ていただきたいのですが、エキス及び最終製品、今のような顆粒の漢方薬などは標準湯剤、つまりところ刻み生薬からつくった煎じ薬の一日の成分分量、それも全部はわからないので指標成分について、70%以上は含有するようにというものです。しかし指標成分の定量値に近づけることと書いてありますが、つまり煎じ薬にできるだけ近いものをつくれということですから、その基は煎じ薬だという</p> | <p>生薬を用いた臨床の重要性</p> <p>エキス剤の製品基準と刻み生薬</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>ことが言われているわけで、やはり刻み生薬の臨床というものも残さなければいけないと思っております。</p> <p>きょうは経済的な面は余り言わないようにしようと思っておりますが、いずれにしても漢方診療の臨床のフィールドをちゃんと守っていく、あるいは育てていかなければならない。そのためには漢方薬は天然物ですのでそれなりの資源の確保に気を使わなければなりません。ほかのお薬のように2年ごとに3.何%と切り捨てられては困ります。ダイコンもお米も長い目で見ればだんだん値上がりしているわけで、それと同じ天然物が原料なわけですから、そういった経済的なサポートも資源確保の一つの裏支えになると思います。</p> <p>それから品質管理というものも当然ながら天然物ですから手間がかかりますし、最近では農薬などもかなり厳密に検査しておりますから、そういう流通の、あるいは検査のための費用もかかってまいります。資源確保のための投資というのはこれから先、していかなければならない。天然物ですからどうやって生産を確保するのかというようなこともやらなければなりません。</p> <p>それから技術関連に関しましては、これも特に生薬を使いますと在庫管理に場所が要りますし、虫やカビがつかないようにしなければならぬわけで設備も要ります。調剤の人手が要ります。そして特にそれ以上に、重症患者さんに本気で漢方薬を使おうと思えば入院ということになりますが、その方たちの薬剤の調整・配薬には非常に手間がかかります。私の病院ではそれをやっているんですが、20年近く一回も黒字にならなかったことがないというようなやり方で、これでは困るな、広がらないなと思っております。</p> <p>最後にまとめでございますが、漢方薬を漢方的に使う、その漢方活用のための一つの提案としては、先ほど申しましたように第一に医師国家試験へ出題する方向がいいだろうと。医</p> | <p>天然物の品質管理と資源確保のための投資が必要</p> <p>生薬の在庫管理、設備、調剤の人手、入院患者への薬剤の調整・配薬などに手間</p> <p>漢方活用のためには 1) 医師国家試験への導入 2) 研</p> |
|--|--|---|

| | | |
|-----|---|---|
| | <p>学生が修得すべき最小限度の内容は確定しなければなりません、東洋医学会の中でも学術教育委員会等が作業をしております、かなりのところまで来ております。だから後は試験に出すとなれば準備はすぐできると。</p> <p>2番目に、研修の拠点病院を整備して、そこで研修するためのシステムを整えてあげる。一つはそこで研修するときの経済的な裏づけをしてあげなければならない。例えば専門医を育てるための教官というようなことになれば年間500万円では少ないかもしれませんが、それぐらいは奨学金のような形でアシストしてほしいなど。あるいはその基となる専修医の時代から漢方をやっていくということになれば、当然ながら安い給料ですから、それに月々10万円ぐらいは上乗せしてあげるか、あるいは優遇しているところであれば、その専修医のための費用を病院に補助してあげるといったようなことも必要かなと思います。</p> <p>そして最終的には、既に漢方研修の拠点病院になっている大学は別として、各医学部で教官の候補の方たちが漢方の研修をすることが義務化される、漢方の専門家を各医学部で一人、二人はつくらなければいけないというふうなことを強制的にしていけるのかかなと思っております。</p> <p>あと、漢方診療の経済面からの評価につきましてはきょうの主題ではありませんが、しかしこれがちゃんとしていないと教育もできないということにつながるので一応項目として挙げました。どうもご清聴ありがとうございました。</p> | <p>修システムの整備</p> <p>3) 漢方研修の義務化と専門家の育成</p> |
| ○黒岩 | <p>ありがとうございました。質疑応答はまた後ほどあわせて議論の中でやっていきたいと思っております。それでは続きまして鍼灸の立場から後藤修司さん、鍼灸専門教育の必要性と国際貢献ということでお話させていただきます。</p> | |
| ○後藤 | <p>後藤でございます。きょうは国民・医学会に対する理解、それから専門集団に対する提言、政府に対する提言という三つ</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>に整理して話をするようにという渡辺先生からの御命令でございますので、そういう形で進めてまいりたいと思います。</p> <p>まずははりきゅうについては、一言でいうと偏見というか、無理解が非常にあると思います。当たり前のことですがちょっと復習をさせていただきます。医師免許を持つ方と、はり師・きゅう師免許所持者だけがはり治療を行えるというのが法律で決まっております。</p> <p>歴史は6世紀に中国から、これは漢方と同じく仏教と一緒に伝来しました。8世紀の日本の最初の医療制度である大宝律令の医疾令にこのように記載がございます。</p> <p>昭和 22 年には免許制度が整備されております。ただし、都道府県知事免許でした。これが 1990 年には国家試験、厚生大臣免許に移行して現在に至っております。</p> <p>国家試験の科目はここにありますように西洋医学を8割方勉強しております。また、教育課程は3年間以上で2800時間という形で決められております。4年制大学もありますので3年以上ということですが、この中で特に、例えば解剖学は医師を除くコメディカルの教育課程の中では、理学療法士は165時間、今は単位数ですけど、大体そのぐらいです。はりきゅう師は210時間程度を勉強しております。</p> <p>はりきゅうというのをごく一般的にお話するとすれば、エコ医療と言われております。アメリカではオバマ大統領も医療改革の中でこのエコ医療という観点からはりきゅうというものを評価されているようです。エコロジカル、環境に優しい、エコノミー、経済効果が高いということでございます。そして身近で優しい医療だというのがはりきゅうについて言えることだと思っております。元気だとか気分がいい、無邪気、気が合う、陽気、内気、気合い、気が散る…東洋医学の基礎概念の気の思想ということから、こういう言葉が日本</p> | <p>鍼灸の歴史と教育制度</p> <p>鍼灸はエコ医療—環境に優しく経済効果が高い</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>の言葉の中で使われておりますが、これは生命エネルギーというふうに考えてもいいと思います。この気が経絡経穴、ツボというものをめぐって生命を保っていると考えております。</p> <p>人間は自然とともにあるという考え方、体の働き方のバランスこそ大事であるという考え方、心と体は一体であるという全人的な思想、こういうものが基本的に成立している経験的な伝統医学と言えらると思います。自然治癒力の活性化がその基本になります。</p> <p>そしてここで申し上げたいのは、日本人が考えている以上にはりきゅうは海外で評価されており、このことに日本人は気がつかないといけないということです。非常にいいものを外国人の目で気づかされるということがこれから起こってくるのではないかと。</p> <p>これは Newsweek に出た写真でございますが、Alternative Medicine、代替医療というものの中ではりというものが非常に中心的に取り上げられております。メディアにも非常に頻繁に登場いたします。1997年には NIH（アメリカ国立衛生研究所）で3日間にわたる公開討論会が行われまして、一定のエビデンスと、それから可能性があるものとしてこれらが挙げられております。</p> <p>WHOも1996年には37疾患をはり治療の適応疾患とする暫定的な草案を掲げました。非常に多くの分野にわたっております。最近では2007年に国際統合がん学会（SIO）がアメリカに結成されました。アメリカのがん協会、アメリカがん学会ほか、がんの治療で有名な大学が参画しておりますが、そこでがんの統合医療のガイドラインを作成いたしました。これは13項目にわたります、1A、1B、非常に強く勧めるというようなランクをつけまして、実はその中の6項目にはりが取り上げられております。</p> | <p>自然治癒力の活性化が基本</p> <p>海外では鍼灸治療は高く評価されている</p> |
|--|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>例えば疼痛がうまくコントロールできていないときに、はり は補完医療として1 Aで特に強く勧められるというような。 こういう認識が非常に早く高まっているということござ います。</p> <p>また、今年6月に鍼灸国際シンポジウムを社団法人全日本鍼 灸学会主催で行いました。そのときにおいでいただいたスイ スの方の発表でございますが、ドイツのはり治療試験で、対 象者が1162名ですが、結論のところを見ていただきますと、 はり治療は通常治療のほぼ2倍の効果があったというこ とです。ちょっと言葉の使い方が間違っていますが、真のはり 治療というのは中国式のはり治療、偽鍼（にせはり）とい うのは日本式の非常に浅いはりのやり方という意味ござい ます。これもこのときに随分議論をいたしました。それで再 評価を得たということでございます。</p> <p>ドイツの方の発表でも、1万2000人の大きな疫学調査で、 通常の治療にはり治療を加えると非常に効果が大きかった ということです。ドイツの保険会社、保険の財団が中心にな ってやった試験でございます。</p> <p>私のはりの有効性というものを五つの分野に分けて考えて おります。詳しくは全日本鍼灸学会のホームページの会長あ いさつを見ていただくと大変ありがたいのですが、治療医学 の分野はかなりエビデンスがしっかりしたところでござい ます。エビデンスは低いんですが臨床的に有用性がある、例 えばQOL（生活の質）の向上ということに対してはかなり 補完作用が強いと、先ほどのがんの統合医療ガイドラインに も出てまいります。</p> <p>2番目には予防医学でございます。これが東洋医学の本来 の、まだ病気になっていないものを治すということからいう と、現在、日本の社会保障政策の中でも強く言われている予 防医療というものに非常に貢献できるのではないかと思っ</p> | <p>はり治療の有効性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 治療医学分野 2) 予防医学分野 3) 社会医学分野 4) 科学分野 5) ライフスタイルへの影響 |
|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>ております。また、臨床的にははりを受けていると風邪をひきにくいというのが受けている人の感想でございます。</p> <p>3番目には社会医学の分野で、費用効果を申し上げましたが、薬剤費が非常に減ります。かなり深いところの血液の循環がよくなりますので、薬を飲んでも少しの量で効くようになるというようなことが証明されています。はり治療を受けた後にお酒を飲むといつもより少量でも酔います。御自分の体で実証していただくとよくわかります。</p> <p>また、鍼灸医学の経済効果につきましては、先ほどの NIH の会議で手根管症候群を例に挙げて、年間約 6900 ドルの削減になると。こういう研究が日本では非常に少ないのですが、欧米では大変多くあります。</p> <p>これは日本の研究でございますが、鍼灸治療が健康保険組合の医療費を削減するという事で、現在、問題になっている健康保険組合の赤字はこれで解決するのではないかと考えております。これはデンマークの文献で、狭心症患者の医療費ですが、こういう例がいっぱいございます。</p> <p>また、社会学分野、そのほかシステムのあり方で特に申し上げたいのは、セルフケアという視点がはりきゅう治療の中にございます。それから科学分野、つまり免疫や心身相関、体全体を見る複雑性というようなことに貢献していくのではないかと考えております。</p> <p>まとめますと、自然治癒力を重視している、心身一如、全人的である、侵襲が少ない、有害事象が少ない、総じて心地よいと、個の医療、費用効果が高いというような特徴がございます。</p> <p>私は日本人の生活の中に浸透している東洋医学の知恵があるのではないかと。特に愁訴、体のちょっとしたゆがみというのを修正する習慣という知恵を日本人は持っています。肩こりという言葉に相当する言葉は、英語・ドイツ語・中国語・</p> | <p>鍼灸治療の特徴… 自然治癒力重視、 心身一如、全人的 医療、個の医療、 高い費用効果</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|------------------------|
| | <p>フランス語・イタリア語などの中にありません。言葉がないということは概念がないということで、つまり肩こりという体の変調のちょっとしたゆがみを表す体の声を聞く能力が落ちているのではないかと思います。日本人はそれが非常にたけている。これが世界一長寿の原因ではないかと私は思っています。ですからゆがみを正そうキャンペーンをぜひ国民の皆さんに訴えたいと。</p> <p>これはちょっとデータが古くて申しわけございませんが、2001年の厚生労働省のもので、肩こりのときに何もしていないという人がこれだけいるんです。体がだるい、月経不順、生理痛などを治療していないという人がふえています。あんま・はり・きゅうで、はり・きゅうはこれだけしか受けていない。薬に負けているんです。何もしていないという方に、やはり体のゆがみは早く取った方がいいといいたい。このままの状態にしていくと日本の健康長寿世界一はなくなると思います。</p> <p>専門家集団への提言ということでございますが、これは人材育成のところになると思いますが、やはり国民的な合意というものが無いといけませんので、これがはりきゅうの関係者の最大のこれからやらなければいけないことです。</p> <p>そして安心できる人が提供していると認識されなければ決して受け入れてもらえないということで、私は強く免許の更新制をうたっています。これは総論賛成、各論反対で、いつものようでございますが石を投げられます。</p> <p>身近でかかりやすいということでは、病院・診療所ではりきゅう治療が行われるということは絶対必要だと思っております。昔は、例えばはり治療を受けてダメだったら病院・診療所に行ったんです。今は逆になっています。これはやはり病院・診療所で行われていないということだと私は思います。経費が安いというのは非常に重要です。ですから公的な</p> | <p>安心の提供のために免許更新制を</p> |
|--|--|------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>負担や生命保険・損害保険、とくに長生きをしたら長生きをするほど会社にとっては有益であるという生命保険は、はりきゅう治療を取り入れるべきだと思っております。</p> <p>教育の改革をしなければいけません。特に病院などでの見学実習が今のカリキュラムに入っておりません。これは非常に重要です。実は全日本鍼灸学会を初めとして、全日本鍼灸マッサージ師会、日本鍼灸師会、東洋療法学校協会という四つの団体で、「鍼灸医療推進研究会」をつくって卒後研修を義務化しようとしています。一定レベルの臨床技術を国民に提供し、国民にとって鍼灸治療を身近なものにすることで、医療費が削減できます。国民の保健・健康増進のため、そして専門職としての鍼灸師の安定を確保しなければいけないということで、「健康保険指定鍼灸師」というのは仮称でございますが、卒後2年間の研修を積んだ人には保険を優先的に取り扱えるということをやったらどうかと思っております。</p> <p>政府に対する提言でございますが、先ほど申し上げた海外でなぜはりきゅうが注目されているか。日本人が世界一長生きだということが基本にあります。公衆衛生か、国民皆保険か、二次予防か、それとも日常生活かというので日本食もブームになり、今は東洋医学が国民皆保険の中にしっかり組み込まれているから日本人は世界一長生きだと思われています。これは全くの誤解で、漢方薬（市場）は今、900億円ぐらいですか、はりきゅうはまだ100億円もありません。</p> <p>カリフォルニア州バークレーにはりの統合医療の専門職の大学院がありますが、4年制大学を卒業した人がはりのライセンスを取りにくる学校です。私はここの理事長をやっておりますけれども、今、200人ぐらい白人が学びにきています。そこの患者さんの例ですが、痛みが圧倒的に多いのです。これは97年のNIHの影響だと思います。あとは健康維持・QOL、ストレス、疲労感、うつ、依存症、呼吸器の疾患や消</p> | <p>教育改革の必要性 鍼灸医療推進研究会による卒後研修の義務化推進</p> <p>健康保険指定鍼灸師（仮）の提案</p> <p>アメリカにおけるはり治療の実際</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>化器・循環器というような、まさしく、今、日本でいろいろ問題になっているようなものに対して、アメリカの人たちは積極的にはり治療を受けています。その背景には、高齢化社会、疾病構造、難治性疾患などがあると思いますが、満足する医療、自然医療、予防医学、それから医療費の高騰、サイエンスとしての医療からケアとしての医療へというシフトを望んでいるということではないかと思います。</p> <p>そして新しい保険医療の模索の中で、より多くの国民の皆様には満足の高い医療を提供するためには、やはり社会保障政策の中にはりを入れるべきだと私は思っております。</p> <p>そして政府に対する提言の2番目としましては、今現在、保険がききますが、医療と併療してはいけません。つまり坐骨神経痛ではり治療を行う場合、糖尿病性の坐骨神経痛だったら糖尿病の治療と一緒にやってはいけません。ですからこれはおかしいと。</p> <p>それから医療が先行する。先行という言葉自体はいいのですが、医療でだめだからはりきゅう治療でも行えというような同意書になっています。ですから医師が「自分はこの治療ができません」とギブアップしないとはり治療の保険がおりません。これはおかしい仕組みです。先ほどの卒後研修を修了した人には同意書を廃止したらどうだろうというふうなことでございます。</p> <p>もう一つは日本の鍼灸というのは非常に注目されていますので、日本に海外からの研修希望を受け入れる臨床研究センターをつくるべきではないか、そして発展途上国を含めて先進国にも「日本鍼灸臨床センター」を設置するべきだと。中国は世界各国、特に発展途上国には国策としてこのセンターを設置しております。</p> <p>特に「鍼灸 net」という形でウェブを検索していただくといろいろな情報が得られます。ありがとうございました。</p> | <p>社会保障政策の中 にはり治療を</p> <p>海外からの研修希望を受け入れるセンターを設置するべき</p> |
|--|--|--|

| | | |
|-----|--|---|
| ○黒岩 | <p>それでは続きまして、富山大学の和漢医薬学総合研究所、学術博士の佐竹元吉さん、薬剤師教育の充実という観点からお話をいただきます。</p> | |
| ○佐竹 | <p>佐竹でございます。きょうのテーマは「人材育成」ですが、その前に薬学サイドから見て漢方薬、漢方、東洋医学というものをどう考えるかというところから始めていきたいと思えます。</p> <p>まず薬として、日本では「薬局方」というのが一番の基準になっております。一つ一つの生薬に関しては薬局方ができたときから載っています。初版はヨーロッパの生薬が全部載っていましたが、その後 1960 年から 1970 年にかけて漢方薬の原料が載るようになりました。ところがまだ漢方処方は十分載っていなかったのですが、業界のデータでは、1976 年ごろに漢方薬が少しずつ利用されだして、1990 年代のブーム後下がってきましたが、また 2000 年ぐらいから少しずつ漢方が広く利用されてきております。</p> <p>日本の薬局方について、一つ考えなければならないのは、非常に国際的になってきているということです。というのは、ヨーロッパの薬局方とアメリカの薬局方とが常に調和を目指して、意見の交換をしていることです。日本の薬局方に載るということは、アメリカ、ヨーロッパの薬局方にも反映される可能性があることです。ですからもし漢方の処方が薬局方に載れば、そのまま世界の処方として認められていくというようなことになっております。</p> <p>そのほかにもいろいろな汚染などにも同様に対応しております。</p> <p>2001 年から 2006 年の間に漢方薬の収載が大変大きく変わってきて、多くの製剤が載るようになりました。特に皆さん御存じの葛根湯を初め、大黄甘草湯、いわゆる再評価されたものなどいろいろな重要な生薬がエキス製剤の形で薬局方に</p> | <p>漢方と薬局方</p> <p>薬局方の国際化— —日本の薬局方に 収載されると欧米 の薬局方に反映さ れる可能性もある</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>載っております。現在、議論されているものを含めまして、近いうちに 22 品目ぐらいが載ることになると思います。</p> <p>そういうように薬局方に関しての記載が進む中で、もう一つ考えていたのは、漢方の処方薬を製品化するときは、常に 210 処方（一般用漢方製剤 210 処方）という言葉が出てきます。</p> <p>210 処方に対しては、その中のものが製品にするときの許認可が統一の様式で可能だということです。それをもう一度考え直してみようではないかということで、今回の班員の合田生薬部長を中心に見直しを行いまして、いろいろな処方が例に挙がってきました。漢方のお医者さんの立場の方、薬剤師の立場の方、それから教育関係の方、業界の方、そういう方々と議論して進めた過程で、一番大きなことは、「証」という概念をどういうふうに取り上げていこうか。寺澤先生もおいでになりましたけれども、それを少しわかりやすい「しぼり」という言葉でやってみようではないかということでまとめ上げてきております。今、出ているのは 210 処方の中で加減方と言われるものを含めて認められていますが、附子が入った処方が入ったということが大きいと思います。附子に関しては常に危ないという概念から、なかなか局方としては扱いくわがたのたのですが、毒性のデータがきれいに載りましたので、安全性もでき上がりました。</p> <p>それから中医学の発展で、臨床データがいろいろ蓄積されてきましたので、それも考慮するなどして、合わせると約 80 処方が追加され、近いうちに 300 近い処方が載ると思います。ただ、形的には「新 210 処方」という名前になるそうです。同時に安全性の問題が話題になります。残留農薬に関しては国際的にも話題になりましたので、業界の方と局方の方とで、現在対応しております。一つの標本の中で有毒のものが入っているかどうかをチェックしてみると、実際には幾つかデータは出てくるようです。</p> | <p>210 処方の見直し</p> <p>「証」という概念を「しぼり」でまとめる</p> <p>80 処方が追加され約 300 処方に</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>もう一つ考えなければならないのは、薬用植物資源の保存に関しまして、先日、偶然ですが慶應大学の桑木崇秀先生がミャンマーに軍医として行っておられたときの報告を見せてもらったんです。そこに非常におもしろいことが書いてありまして、先生がなぜ漢方医学に深く入り込んだのかは、ミャンマーで薬用植物に接触してからその重要性を知ったということでした。薬用植物に関しては、国としては昔の小石川御薬園（現在の小石川植物園）はじめ、各藩の御薬園を受け継いだ伝統的なものがありますが、その中に薬用植物園がありまして、現在は独立行政法人医薬基盤研究所の中に入っているところです。そこでいろいろな研究がなされており、種子の保存とか、実際に栽培方法をどうすればいいかという国の基準をつくるなどの大切な仕事をやっています。その中の一部が WHO のガイドラインの GACP（薬用植物の栽培と採取に関するガイドライン） というものにも応用されております。</p> <p>そういう研究の中で各企業、及び国の研究機関は新しい薬用植物の種苗もつくり上げておりまして、大黄（ダイオウ）や鳥兜（トリカブト）といったものを含めた新種苗が出されております。これは農林水産省の種苗登録をされています。例えば芍薬（シャクヤク）の登録品、はと麦（ハトムギ）の登録品、大黄の登録品というようなものがあります。</p> <p>こういうものともう一つ別に、自然保護の立場からワシントン条約による保護というのは大変重要なものです。特に麝香（ジャコウ）だとか熊胆（ユウタン）とか、そういうものに関してはワシントン条約で取り扱いが難しいのです。日本では漢方としては余り利用されていませんが、中国では石斛（セッコク）という生薬が抗菌薬として非常に扱われています。それらに関してはワシントン条約が関係するので、これの栽培方法の研究も当然しなければならないものの一つだ</p> | <p>薬用植物資源の研究と保存</p> <p>ワシントン条約との関係</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>と思います。</p> <p>それから私がやった仕事を少しでも紹介します。漢方薬を科学的に証明する方法があるかどうかということで、当時、寺澤先生から循環器に関する研究をすると予算がつくからやらないかという招聘を受けて、循環器の専門家ではない私が突然研究を始めたのです。高血圧のラットの血圧が、釣藤(チヨウトウ)を使った七物降下湯という処方で下がるという予想で研究を始めたのですが、SHRSP(脳卒中易発症高血圧自然発症ラット)を用いたところ、幾ら飲ませても血圧が全然下がらないんです。</p> <p>ところが大変なことがわかりました。飲ませる過程でドーズレスポンスがきれいに出来て、飲ませたものは長生きをするんです。飲ませない普通のものは早く死んでしまうんです。ですから血圧は高くても長生きをするという大変におもしろい結果が出ました。解剖もしましたので、脳の血管系の破壊がされていないといったデータも出すことができました。</p> <p>ですから漢方処方というものを考えるときに、やはり人体に対して大きな効果があるという例ではないかと思います。</p> <p>もう一つは全く漢方と関係ないように見えるアマゾン川の避妊薬の研究をしたのですが、実は使っている片方の材料が日本の香附子(コウブシ)でした。漢方薬で使う香附子の材料をもとにしたものにカビが付きまして、そのカビが生成するものがちょうど麦角(バッカク)とそっくりのグループ、エルゴタアルカロイドです。ですからアマゾンの人たちが受胎調整をするのは、ちょうど天然の漢方処方ではないかと考えたのです。この研究は実は厚生労働省に持ち込みましたら、人口抑制の仕事はしないでほしいということでだめになり、今は少し栽培しています。</p> <p>それからもう一つ、漢方薬の品質保証に関して、もっとも重</p> | <p>漢方薬を科学的に証明するための研究</p> <p>品質保証における</p> |
|--|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>要なのは安全性の問題です。残留農薬、微生物汚染といったものが大変重要なのです。その過程で出てきたのが漢防己（カンボウイ）によるアリストロキア酸の大きな問題で、腎障害を起こしました。</p> <p>薬局方でこの規定をつくり、日本の生薬には全くこういうものは入っていませんよという証明をしながら世界じゅうに発信するようにしております。</p> <p>それから漢方薬の使用上の注意について、医学側からも随分いろいろ出されておりますように、実際に葛根湯に含まれる麻黄のエフェドリンの問題が起こったりすることがあります。</p> <p>もう一つ、これも漢方と関係ないのですが、健康食品ブームのときに集めた材料にカワ（Kava）というものがあるんです。カワを集めたところ、成分含量に極端な違いがあり、含量の高いものと含量の低いものがあって、この割合は全部同じなのです。</p> <p>ですから品質規格のない健康食品は、これを飲んだらとんでもないことが起こるだろうというのを予測して、日本では医薬品として以外では売ってはいけないという食薬区分の薬にしたんです。世界ではそういうことをせずにダイエットサプリメントとして膨大な量が出て、オランダやスイス、ドイツで死亡例が起こってしまった。それで仕方なく WHO は 2007 年にこれに関する危険ですよというガイドラインをつくりました。ですからこのような安全性の情報というのを早くつかんでいかないと国民に対して問題が出ます。ただ、我々は漢方の長い歴史で、どういうものしたらどういう問題があるか知っていますので問題はないと思います。</p> <p>実際にはここからは薬学の取り組みですが、薬学教育の中では必須科目の生薬学の中で漢方を教育しろということになっているらしいです。私は漢方は余り専門でないので、これ</p> | <p>安全性の問題</p> <p>薬学教育の実際— —教育する側の人材不足と不十分な</p> |
|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>は漢方の伝統的な勉強会がなさっていたと思うんです。お医者さんが中心の場合もあれば、薬学の方もいて、漢方の勉強会にはいろいろあったそうです。実は 2000 年ごろ、厚生省にどうしても漢方がある程度表に出したいという意向を持っていた企画課の課長さんがいました。ところが、漢方を表に出してしまうと医師会から反対があるというのです。反対の理由は、実際に薬剤師が医療行為をしていると医師法違反になるというもので、漢方の治療と薬剤師というのを余り強く言うとうまくいかない、何遍もそれで失敗したのだと言われました。そこで何か方法はないのかと聞かれまして、当時、私も国立衛生研究所にいたもので、厚生省の仲間として、薬剤師の教育の中に、漢方薬と生薬の認定制度をつくらどうかと提案したんです。そうしましたら日本生薬学会と日本薬剤師研修センターの当時の内山充所長が、それではやろうということで、実際にその制度ができました。</p> <p>当時、薬学が6年制になるときに、薬草園を廃止して臨床薬学の建物をどんどんつくろうという大きな動きがありました。これに対して薬科大学で薬草園がないのはとんでもないということで、薬草園の充実もやはりこの研修の中の重要な柱にしようと。現在、10年たちますがいろいろ進んでおります。</p> <p>実際に10年間で約4000人の方が「漢方薬・生薬認定薬剤師」に認定され、3年ごとの更新をしています。今、全国に約2000人の有資格者がいます。例えば沖縄の方などはCSネットで放送していますのでネット上でも十分聞けます。60時間の授業と薬草園実習を義務化して行っております。今、慶應大学もとの共立薬科大学の校舎を使わせてもらってやっています。職業もいろいろな方がいますが、保険薬局と病院の方が割と大きな割合を占めておりました。</p> <p>医学サイドでコア・カリキュラムを卒業されて漢方の知識を</p> | <p>薬剤師の認定制度 誕生の経緯</p> <p>漢方薬・生薬認定 薬剤師は全国に約 2000人</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|----------------------|
| | <p>持ったお医者さんがふえたときに、常に地域と認定薬剤師の方々と連携し合うことによって、質の高い漢方治療ができるのではないかと、そういうことを期待して教育をしております。</p> <p>もう一つ、国際化の問題ですが、漢方薬の材料が全く同じなのにそれぞれの国が別々のとらえ方で行政が行われていまして、もし共通しているのなら皆で話し合っ技術的に調和しようではないかというのでつくったのが、漢字文化圏の品質評価に関するものなんです。特に日本・中国・韓国・ベトナム・シンガポール・オーストラリア・香港で、現在は合田先生と木内先生が中心に動いておられると思います。そのときの会議に、今、WHO の中心にいるマーガレット・チャンという女性が香港の代表のメンバーとして参加しており、この会に関しての理解は大変強いと思います。</p> <p>それからもう一つ、今、日本の医薬品の販売制度の中で、モンゴルでの配置薬の販売が大変におもしろい形で行われています。実際にこういうキットの中に入っているんですけども、この中身を見てみると実は梔子（クチナシ）は 24 のうち八つの処方、紅花（ベニバナ）は七つの処方に入っています。そのほか漢方で使う訶子（カシ）というのが一番多くの処方で使われています。そういうことで見ますと、モンゴルの医療はインドのチベット医療から来ていますが、日本漢方の基本的な処方が大分重要なものとなっています。</p> <p>同じようなことをタイでもやっています。タイの場合には医療費が無料なので、病人が出ると医療費を使わなくてはなりません。</p> <p>タイ政府は保険医療費を減らすため、配置薬によって病気にならないようにするという考えです。ミャンマーにおいても同じようなことをやっています。</p> <p>昨年、日本生薬学会が「生薬学会が取り組む漢方薬学教育」</p> | <p>海外との規格調和と販売制度</p> |
|--|--|----------------------|

| | | |
|------------|--|---------------------|
| | <p>というシンポジウムをやったんです。また次年度もそれに近いシンポジウムをやっていたらと思います。薬学、特に生薬学会の中で新しい動きが出ると思うので、それに対してもしこの会で提言していただければ大変におもしろいことになると思います。</p> <p>提言に関しては、国がやるべきことを私が一つだけ言うとしたら、上から2番目にある再評価だと思うんですね。再評価をするときに幾つかの処方二重盲検試験でやると大変にデータがつくりにくい、偽薬をつくりにくいということで壁にぶつかってしまっていて、その辺でうまくいっていません。もう少しその辺を検討して新しい制度でやってもらえればいいのではないかと。</p> <p>それから学会へのお願いです。先ほど附子の修治の話をしてしまいましたが、附子がどうして安全に使えるようになったのかということと同じように、そういう問題がいろいろあると思うんです。修治に関しては中国も進んでいますので、中国とも協力して、日本独特の修治方法が本当にいいものだろうかというように、もう少し学問的にやってもらいたいと思います。</p> <p>国民に対しては知識を広めるということもありますが、やはり私は薬の立場からすると安全な漢方薬というものはこのようなものという知識の普及ができれば一番いいのではないかとことです。</p> | <p>安全性に学問的な裏づけを</p> |
| <p>○黒岩</p> | <p>ありがとうございました。続きまして東京大学食の安全研究センター、天野暁さんです。天野暁さんは劉影先生といい、私の父の末期の肝臓がんを、先生の漢方とまさに西洋医学を合体した医療によって奇跡的に完治をさせてくれた方です。ではよろしくお願ひします。</p> | |
| <p>○天野</p> | <p>天野と申します。まず自己紹介を少しさせていただきます。元の名前は劉影と申します。私と漢方の出会いは今から30年前でした。北京の中医薬大学を卒業して、その後すぐアメ</p> | |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| | <p>リカのカリフォルニア州に行きました。アメリカでは、カリフォルニア州、特に UCLA（カリフォルニア大学ロサンゼルス校）では非常に漢方とほりを大事にしており、どの国のドクターでも受験すればカリフォルニア州の東洋医学のライセンスが取れるのです。</p> <p>そのために私もそこに何年間か行って東洋医学のライセンスを取りました。その後すぐ WHO の統一試験があり、そのまま日本に来ました。北里東洋医学研究所で日本漢方を約 2 年間勉強させていただきました。中国・アメリカ・日本という三つの国で文化、生活習慣、体質などが異なる中で、漢方をそれぞれの形で学びました。日本では、今から 22 年ぐらい前に漢方が大変なブームになりまして、私は日本政府の任命で漢方指導医として都立豊島病院に 8 年間勤務しました。あの 8 年間は多くの学者、医師、薬剤師さん、鍼灸師さんも一緒に漢方を勉強させてもらいました。</p> <p>あのころは、豊島病院でも 3 カ月待たないと受診できないぐらいの人気でした。</p> <p>あれから 22 年たちましたが、現状はどうでしょうか。政府の支援や国民の漢方への理解はどうなっているか。何も言えない寂しさもあります。多分、きょういらっしゃる皆様も私と同様に感じているでしょう。</p> <p>きょうこの話をさせていただく前に、まず皆様に漢方というものはもともと何かとお聞きします。教育者の立場からの漢方の説明はあります。はりの先生の説明もある。また、生薬の立場の話もあります。恐らく製薬会社の方もいらっしゃるでしょうが、その立場の話もあります。実は漢方は非常にわかりやすいようでわかりにくいもので、もともと二重構造の医学です。その二重構造の漢方医学の中に、治療医学、つまり病気になってからの医学と、病気にならないための養生医学があります。その治療医学と養生医学は、実は現実の中で</p> | <p>漢方は「治療医学」と「養生医学」の二重構造の医学</p> |
|--|---|---------------------------------|

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| | <p>切っても切れない状態なんです。</p> <p>私はこれを皆さんと一緒に復習しようと思いますが、都立豊島病院でたくさん失敗の経験をさせてもらいました。例えば簡単にいうと、女性の冷え性には漢方が効きます。ある冷え性の女性に対し、弁証論治して加味逍遙散や当帰芍薬散を処方しました。しかし、幾ら飲んでも効きません。なぜか。後でわかったのは、3グラムの当帰芍薬散を飲んでも、それ以上に体の冷える生活環境にいたんです。ですから「効かない」という場合、漢方は簡単に効かない。実は漢方というものは漢方薬だけではなく、生薬、漢方、食べ物のチームプレーだと私は思います。</p> <p>言葉をかえると、漢方はそれ自身が一つの文化です。その文化の中に生き方があって、食生活があって、はりがあって、薬があって、病院が出した処方箋は漢方治療の一つなんです。東洋医学外来で3グラムの薬をもらってすべての病気が治るという考え方はまず間違いです。もし漢方を全然知らない西洋医学の先生が、ここまで期待すると逆にちょっと難しいです。対症療法ではなく、トータルのバランスを整えるのが漢方の基本の考え方です。</p> <p>実は漢方はただ西洋医学の補完ではなく、漢方独特の治療方針があります。病気を治すのは体のバランスを整えたり、はりをしたり、生薬を使ったりしますが、この治療は海外で大変な人気なんです。この20年間でたまたま海外の学会に出るチャンスが多いのですが、特にヨーロッパとかシンガポール、香港で、漢方は非常に人気があります。なぜかという、人間は病気になりたくないし、年をとりたくないし、死にたくない。そこで注目されているんです。ただ、日本の漢方に対する認識は、少し角度を変えないとなかなかちょっと厳しいところもあります。</p> <p>きょうは自分の専門である養生医学の分野について話をさ</p> | <p>漢方は自身が一つの文化</p> <p>未病を治すために</p> |
|--|--|------------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>せていただきます。漢方の世界では、はりをしても、漢方薬を飲んでも、薬膳を食べても、実は目的は一つで、病気にならないための医学です。生活の中で、その人の人生の中で伴われるものです。そこで「未病を治す」という考え方がありますが、15年前に私が新聞に初めて未病について発信したとき、ほとんどの皆さんの読み方は「未病（すえびょう）」でした。今はもう理解はありますし、「未病システム学会」もあります。実はシンポジウムでも最初は未病という認識が多かったです。この22、3年の日本の生活で、毎日漢方とかかわり合う中で、未病を治すために必要なことが二つ考えられます。</p> <p>一つは生薬、漢方薬による予防効果の研究がどうしても必要ではないかと思えます。さっき先生方のお話の中で出ていましたが、もっと適切で効果的な一般用医薬品の情報提供があるのではないかと思えます。例えば有名な防風通聖散。今非常に売れています。</p> <p>五つ、六つの会社の処方ほぼ同じですが、名称は少し変わります。脂肪がつきにくいとか、中性脂肪にいいとか。しかし、本来の防風通聖散の魅力はだれにも伝わっていません。防風通聖散の適応の体質、証と、特に長期に飲んでいけないということはどこも書いていません。</p> <p>簡単にいうと、確かに防風通聖散を飲むと少しやせていき、便秘には効きます。でも冷え性の人、虚弱の人が飲むとますます冷えてしまう。なぜかという防風通聖散の中には清熱解毒の薬が多いのです。大黄という生薬もあります。ですから証を、体質を全く無視して、中性脂肪の数字だけで防風通聖散を飲むのがいいかどうか。特に長期に飲むこと。また、医師が処方した薬との併用はどうなっているか。そこで合わない医師の薬との相乗効果よりはマイナス効果が出ているのではないか。ですからここはこれから薬剤師さんの</p> | <p>必要なこと</p> <p>予防効果の研究と適切な情報提供の必要性</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>教育と役割も一つ大きなテーマではないかと思います。薬剤師さんは患者さんと触れ合う時間が非常に長いので、防風通聖散を飲むための適切な教育と情報提供がもっとあった方がいいのではないかと思います。これは防風通聖散を問わず、さまざまな処方でも。</p> <p>もう一つ、新しい予防分野の研究開発が必要だと思います。例えば高麗人参や冬虫夏草といった昔からある生薬ですが、実は世界じゅうで、医療の世界、スポーツの世界、美容の世界で愛用されています。食品や薬膳の中でも使われています。ただ、日本ではどこまで効いているか、効果がないか、なかなか研究データが出されません。</p> <p>実は海外では、国家レベルで高麗人参や冬虫夏草の研究班もあります。日本でも、医療用の生薬でないものも、もう少し宝として研究開発することが必要ではないでしょうか。例えば高麗人参は循環をよくし、冷え性にいいのですが、どこまでいい、どのくらいいい、こういうタイプの人には飲んではいけない、どのくらい飲んだらいい、というような、予防効果をちゃんと説明できるような研究開発を私自身もとてもやりたくて、その分野で医者との共同研究で何かいい形ができると相乗効果になるのではないかと思います。</p> <p>そこで生薬、漢方薬による予防の研究分野で、多分、漢方と思わない世界ですが、実は漢方外来に通う患者さんよりは、<u>ここで買って飲んで</u>いる人は圧倒的に多いです。その人たちは自分が何らかの病気にならないために飲んでいる。でもせっかくだからもっと正しい情報、安全性を提供して飲んだ方がいいと思います。</p> <p>もう一つは医食同源による食養生の普及です。漢方では、医者、生薬、食事は、調和した一つのグループなんです。私自身は食養生の専門ではありませんが、食事というものは漢方の世界では切っても切れない関係です。3000 種類の生薬の</p> | <p>生薬の予防効果の研究開発が必要</p> <p>日本独自の食養生研究の重要性</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>中で、実は 1050 種類は食べ物なんです。その中で花があって、草があって、葉っぱがある。食生活の中で栄養学やカロリーだけではなくて、季節に合わせた食事の研究の普及は必要ではないかと。</p> <p>実はこれが私のメインテーマで、順天堂大学消化器内科でずっとこのテーマで研究してまいりました。日本人の体質、証と食事の関連性について、九州から北海道までずっと研究をフォローしてやっていますが、非常におもしろいのは、日本人、中国人、アメリカ人、韓国人の体質は、同じ人間ですけど、同じ病気を持っているとしたらば全然違います。なぜかということ、食文化が違うからだと思います。同じ量の加味逍遥散を飲むと、中国人は平気ですが、日本人はおなかがグルグルします。食生活との関係もそうですが、水との関係もあり、硬水を煎じたものと軟水のものでも違います。</p> <p>日本人独特の体質、証と、日本の食生活の中で、スーパーマーケットでだれでも買える食品が食養生につながると、非常に各家庭や個人が生活の中でうまく漢方を利用することができるのではないか。そこで医師が処方した薬の相乗効果につながり、薬の 5 倍、10 倍以上の効果になります。</p> <p>これは医食同源の基本の考え方です。食養生のアドバイザーの育成ができるといいなと思います。ここはどんな資格か私にはわかりませんが、栄養師さんの教育と役割に、薬剤師さんとお医者さんの協力があると非常にいいのではないかと思います。</p> <p>たまたま三つの国で漢方に触れ合う時期がありましたが、一番長いのは日本です。ですから日本人の食事と体質、証との関連性はこれから自分のライフワークとしてもっと研究していきたいと思います。</p> <p>私の話は非常に大きなテーマなので、少し私が感じたこと、これからやりたいことを皆さんにお話させていただきました</p> | <p>体質、証、生活に合わせて漢方薬を利用することで薬の効果が高まる</p> |
|--|---|--|

| | | |
|-----|---|---------------|
| | た。ありがとうございました。 | |
| ○黒岩 | <p>ありがとうございました。漢方、鍼灸を活用した日本型医療をつつていくためには何が必要なのか、きょうは人材面ということ絞ってお話をさせていただいたんですが、ごらんのように非常に多岐にわたる指摘がありました。まずやはり医師養成の過程で必要なことの提言もありました。それから鍼灸師の課題も指摘されました。薬剤師教育の問題もありました。そして最後に天野さんから、これはやはり生活そのもの、食のあり方そのものに対して統合的な見方が必要なんだというご意見がありました。</p> <p>本来なら一つ一つに分けて議論をしていきたいところでもありますけれども、もう時間もかなり予定した時間よりもオーバーしておりますので、自由にここから先ほどのプレゼンテーションをもとにして議論をしていきたいと思います。</p> <p>まずは医学教育の問題点の中から具体的な提案もありました。医師国家試験に入れたらどうなのだろうとか、拠点病院の整備、研修支援体制を確立したらどうだろうとか、そのための奨学金の支給だとか、漢方診療の経済面からの再評価、こういう問題が出てまいりましたが、御意見のある方はいかがでしょうか。医学教育の御専門から石野先生、いかがでしょうか。</p> | ディスカッション |
| ○石野 | <p>先ほど三瀧先生のおっしゃったように、やはり国家試験に入れるということが早道かと思えますけれども、その前に全国にある 80 医科大学の漢方知識に対するレベルの均一化といえますか、国家試験に出た問題をまだ我々は習っていないというようなことがないような教育のシステムをつくっていかねばいけないと思います。</p> <p>それから日本と中国と韓国との医学教育の違いですが、中国・韓国には伝統医学の専門の大学があります。そこでは余り西洋医学は教えていません。日本の医学教育は現代医学が</p> | 教育レベルの均一化の必要性 |

| | | |
|-----|---|---------------------|
| | <p>中心で、その中に我々の日本の伝統医学である漢方をいかに組み入れていこうかという段階だと思います。そういうところでどのような人材をどうのように配置して、レベルの均一化を図るかということが大切なことだと思います。実際にやってみまして本当に西洋医学で育った医師たちの伝統医学に対する理解度の差がかなりあるんです。そういうところを教える側のこれからの努力が必要だと思います。</p> | |
| ○黒岩 | <p>三瀨さん、いかがですか、そのあたりは。</p> | |
| ○三瀨 | <p>おっしゃるとおりだと思います。一つはレベルの均一化ということで、ある意味でカリキュラムといいますか、テキストだと思います。今年まで石野先生が会長を務めておられた日本東洋医学会で専門医制度を立ち上げながら、学生のための教科書もつくってきました。これをもう少し整備すればある程度のものはすぐというか、半年1年の努力でできていくのではないかなと思います。</p> <p>ただし、今度はそれを教える人の問題があります。人間はそう簡単には育ちませんが、やはり各大学だけではなく、大学以外にも漢方の教育のできる方々がいらっしゃるわけです。その方たちをリストアップして、人材バンクみたいな形で交流していく。それで教官を、足りない部分に補っていくというシステムをそこに一つ置けば、当面はいけるのではないのでしょうか。その間に卒後教育を本格的に進めていって、各大学に自前でもできるだけの人材をだんだん育てていくと。</p> <p>すぐにはそこまではいかないと思いますので、人材バンクというのを間に一つ置いたらどうかということは考えております。</p> | <p>教官の「人材バンク」構想</p> |
| ○黒岩 | <p>関さんいかがですか。漢方の専門家が育つように専門的に教える人のレベルはどうなのかというのは、やはり非常に気になるところでありますけれど、御専門の立場でいかがですか。</p> | |

| | | |
|-----------|--|---------------------|
| <p>○関</p> | <p>世界的に見て日本の伝統医学教育というのは遅れていると言えると思います。それで東アジア地区、これは中国を発祥として韓国・日本、あるいはベトナム・モンゴル・チベット、そういったところに伝統医学が 1000 年以上昔に伝播したわけですが、いいとか悪いという問題ではなくて、伝統医学の専門の医師というものがまず日本にいないのです。</p> <p>西洋医学をベースにして伝統医学をやる、これは非常に優れたことではあります、例えば韓国ですともうきっちり西洋医学と韓医学という伝統医学の医師が分かれていまして、教育システムもライセンスも分かれています。仲が悪いということはありませんが、ことしの春に韓国へ行って聞いたところでは、200 名以上の両方のライセンスを持った医師が育ちつつあると。その両方のライセンスを取るためには 12 年とか 10 数年かかるわけです。</p> <p>でもそれだけの時間をかけても、そのくらいの教育を受けて両方のライセンスを持っていくという人が育ちつつあるということ伺いました。</p> <p>また一方で、西欧諸国に目を向けますと、卒後教育としまして伝統医学を非常にきちんとしたカリキュラムで取り入れている国が多々ありまして、全世界的な動きでは特に各国の超一流大学レベルの、日本でいえば慶應とか東大とか、そういったような大学で統合医療の正式な講座をつくり始めています。正式に専門の教授を置いて、サイエンティフィックに研究していくというアプローチが、今、行われていまして、ヨーロッパ諸国でも医学教育の中に統合医療のカリキュラムをつくるという動きが、今、進行しています。</p> <p>日本というのは非常に西洋医学中心で、そこに伝統医学があるといういい環境にあるわけですが、実は西欧諸国、それから東アジア諸国の中ではかなりきっちりとした伝統医学教育が行われておりまして、日本もぜひこの伝統医学の</p> | <p>世界における伝統医学教育</p> |
|-----------|--|---------------------|

| | | |
|-----|---|---|
| | <p>よさを今の医療に生かす、きょういろいろ保険診療の問題とか出てきましたけれども、そのためには再認識して教育の中に伝統医学を組み入れていくということを卒前・卒後と両面から、しかも鍼灸も含めて考えていく時期ではないかと思っております。</p> | |
| ○黒岩 | <p>渡辺さん、やはりこれは我々素人的にいうと疑問なのは、今、言われたとおり、中国・韓国は6年間、伝統医学だけを学んだ人が国家資格を取るわけですね。そういう人が伝統医学、漢方の専門家だと言っている。日本は6年間で西洋医学も漢方もちょっとやったという人が漢方の専門家だと言っているというときに、言ってみれば、失礼けれども、この人たちが本当に漢方の専門家として後進を育てられるのかという疑問は当然あると思うんですが、そのあたりはいかがですか。</p> | |
| ○渡辺 | <p>正確に言えば中国は5年、韓国は6年です。ですからいろいろなメリット・デメリットはあると思います。ただ、日本のいいところというのはやはり西洋の医学と一体化しているということで、これはある意味では非常に強みなんです。</p> <p>中国の教育を見ていると、実は今、やはり老中医に徒弟制度で長く学ぶということを余り好まないで、中医学の大学を卒業した人が中医学をやらなくなっています。うちの留学生は大学院にいますが、38名の同級生のうち、今、中医学をやっているのが5名だけということだからかなり崩壊しつつあるというのが現状です。</p> <p>一方、韓国の方は、先ほど来ありますように西洋医学との対立構造が非常に激しい。</p> <p>私は医学教育をもう一つ専門にしていますが、慶應の医学教育は6年間で4000コマぐらいあります。もうパンパンなんです。例えば慶應の場合でいうと、今、漢方教育は20コマですが、これを80コマとか100コマにしろというのは無謀</p> | <p>日本の医学教育の強みは西洋医学との一体化</p> <p>卒前教育は最低限で、卒後教育の充実を</p> |

| | | |
|-----|--|----------------------------|
| | <p>ともいえることで、そうするとどういふスキームがかけるかということになると、やはり卒後教育の充実ということになると思います。</p> <p>卒前から卒後への連携という意味でいうと、やはり教員の問題、これは三瀧先生の御指摘のとおりなので、教員の養成を急ぐと。卒前に関しては、やはり国家試験に入ることによって、逆に卒前教育の整備が進むだろうという願いもあります。</p> <p>ですから国家試験に入れるということの重要性、それからそれと日本のよさを生かすためには、最低限、卒前教育の中では漢方とか鍼灸というものがあるんだということを教えておいて、卒後教育の中で漢方・鍼灸という伝統医学を学んでいくというような仕組みがいいかと思っております。</p> | |
| ○黒岩 | <p>医師国家試験の中に漢方を入れた方がいいというのは、実はこの間のシンポジウムの中で鈴木寛文科副大臣がみずからおっしゃったのです。そう思うのだったらやればいじやないですか、政治主導なのだからと言ったら、そんな乱暴な議論はできませんということでありましたけれども。しかしそれを実現するために、三瀧さん、何が障害なのですか。一番乗り越えなければいけない壁は何ですか。</p> | |
| ○三瀧 | <p>今のところは採用されることが決まれば、もう実現はできると思うんです。国家試験に入れるということが決まれば、そのためのカリキュラムはもう直前まで整ってきているので、最後の一押しでいけると思います。</p> <p>先ほどおっしゃったように教える人が必要だという話はもちろんあるんですが、それは今までもそうであったように、漢方は大学ではなくて民間の医師たちが引き継いできているところがありますから、大学の教官だけで、あるいは自分の大学だけで頑張ろうとしないで、ネットワークを張りめぐらして、まずは教育の人材ネットワークをつくっていけばそ</p> | <p>まずは教育者の人材ネットワークづくりを</p> |

| | | |
|-----|---|--------------------|
| | <p>れで乗り越えられる。</p> <p>あとは何かといいますと、漢方というものを医療現場の中に十分使っていくことに、大分コンセンサスができてきましたが、今まで漢方というものをまだ認めてこなかったような医療の現場もありました。しかしそれが今、大分なくなってきたので、そろそろ頃合いかなというふうに思います。大分障害は取り除かれてきたので、行政の方でそのところを一押ししていただければ、あとは全部動いていきます。</p> <p>ここから先はもう蛇足ですが、国家試験に入ってくれば、教育システムから何からさらに整備が一気に進んでいく一つのきっかけになり得ると思います。</p> | 医療現場における漢方が認められてきた |
| ○黒岩 | <p>この中で国家試験に入れるのはちょっと問題ではないか、時期尚早ではないかということがあならば。皆さん賛成ですか。いかがですか、この点に関してコメントはありませんか。どうぞ。</p> | |
| ○宮野 | <p>宮野です。私は全く漢方は素人で、渡辺先生のデータの解析などをやっている者ですが、今の西洋医学ですらきちっとした専門医を養成するのに大変苦勞されていて、渡辺先生が慶應の医学部の教育の中に 20 コマ入れているとおっしゃっていますが、それをさらにふやしてやるということで、いわゆる医学部での教育が実現できるのでしょうか。試験の科目に入れば各医学部の中で努力して、例えばある科目を削るとか、いっぱいいっぱいになっているということはそういうことですよね、そのあたりが素人というか、一国民として見たときに無理があるのではないかなというふうに感じるんですが、このあたり、先生方、いかがでしょうか。</p> | |
| ○黒岩 | <p>では渡辺さん、どうぞ。</p> | |
| ○渡辺 | <p>医学教育の流れは大分昔と変わっているんです。チーム医療</p> | 医療の変化と漢方 |

| | | |
|-----|---|--|
| | <p>であるとか、生命倫理であるとか、医師の心の教育のようなものが随分入っています。もちろんカリキュラムはパンパンではありますが、それをうまく削って調整しながらやっているんですが、私が漢方を入れるべきかなと思っているのは、天野先生も御指摘のように、やはり薬だけ出せばいい、手術すればいいという医療ではもう対応できないんです。漢方のものの見方というのを身につけることが、総合医の育成とか心ある医療の医師育成というようなことにつながりますので、これはもうぜひ、ほかのものをある程度削っても、そんなべらぼうにふやせというわけではなくて、10コマ20コマのレベルはどこの大学でも可能なはずなので、ある意味ではいい医師を育成するための必須科目ということで入ってもらえればいいかなというふうに思っております。</p> | <p>的考え方の必要性 ——総合医の育成、心ある医療の医師育成につながる</p> |
| ○黒岩 | <p>関さん、どうぞ。</p> | |
| ○関 | <p>海外の例ですが、オーストラリアで一番伝統のある医学部がありますシドニー大学で、3年くらい前から医学教育に漢方薬、鍼灸を入れ始めたということなんです。それで去年行って担当者に聞いてきたんですけども、どの学年に入れるのかという話で、やはりまず1年生・2年生あたりのフレッシュな頭の学生さんたちに教育すると。</p> <p>今、渡辺先生からもお話があったように、もう医学教育はパンパン状態で、ここに新たなものを入れるというのはまず物理的に無理があるくらいの状況なんですけれども、ただ、今、医学自体が世界の潮流として変わろうとしていまして、例えば全人的医療とか、プライマリーケアの充実とか、あるいはホームドクターというものが需要ではないかと。そういうときにやはり伝統医学のよさというのが生きてくるわけです。</p> <p>ただ、実際にはもうカリキュラムがパンパンですので、できることとしてはまず触りだけでも医学部の中で教えておい</p> | <p>シドニー大学での教育</p> <p>まずフレッシュな時期に伝統医学の</p> |

| | | |
|------------|---|---------------------------------|
| | <p>て、あとは例えば具体的な案としては卒業教育を充実させる。これがやはり現実的な方策であろうと思われます。</p> <p>そういう意味では、やはり国家試験にちょっとでも入るといことは、医学部の学生さんの勉強のモチベーションになるとともに、オーストラリアのシドニー大学でもそうですが、フレッシュな頭の時期に西洋医学ではない人への見方があるんだということを知らせておくということが非常に大きいことだろうと。</p> <p>ですから医学部教育ですべてを教えて、専門医レベルのものまで教えようというのはもう無理な話だと思いますので、卒業後につなげる種をまいておくという意味で必要ではないかと思われます。</p> | <p>人への見方を知らせて、卒業に充実した教育をすべき</p> |
| <p>○後藤</p> | <p>鍼灸師とかコメディカルの教育に携わっていていつも思うんですが、やはり日本の教育の仕方そのものを、現実に今、改善していくには、関先生がおっしゃったような、また、渡辺先生がおっしゃったように漢方や鍼灸を教えるというのは、違う体系の医学、全人的に人を見るという視点がすごく重要だと思うんです。だから専門医の教育は卒業にするべきだと私も思います。そもそも日本の医学部が今の様な形でいいのかという議論をした方がいいと思うんです。欧米はもうほとんどメディカルスクール。つまり4年制大学が終わってから専門の医学教育を受けるような仕組みになっているので、ああいう仕組みというのをもう一回考えてみる必要はないかなと。</p> <p>だから医学部のカリキュラムがパンパンになっているのも、これはちょっと文科省批判みたいになってしまいますけれど、学士教育に重点があって、その一方で医学教育みたいな、この組み立て方自体に問題があるのではないかと。だからここをメディカルスクールみたいな発想にすればいいと、コメディカルの教育をやっていて、いつもそう思っています。18</p> | <p>メディカルスクールの発想を生かす</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>歳が3年間で鍼灸のライセンスが得られて、もう開業できるという仕組み自体を考え直さないと。医学教育もそう思いますが、やはり4年間の教育が終わった後にみたい。そこを根本的に考えないとなかなか解決できないのではないかと。</p> | |
| ○黒岩 | <p>何か御意見ありますか。私の意見としては、国家試験に入れるということは非常にシンボリックな意味があるとは思っています。認識がそこから始まるというところ。最初は割と簡単な問題でもいいから、とりあえず始めてみるということが一つのきっかけになるのではないかなと思うとともに、さっきの天野先生の話なども聞きながら改めて思ったんですが、医学教育とはそもそも何だろうといったときに、最初の2年間の一般教養のその教育でも十分できるような話なのではないかなと。やはり生活の中から考えていこうではないかと、命全体を見つめていこうではないかというふうなことは専門教育に入る前の一般教養の中で、ある種の形を整えてやるような話ではないかなという気もするんですが、その辺は丹羽先生いかがでしょうか。</p> | |
| ○丹羽 | <p>私も素人ですが、天野先生の御意見は非常に勉強になりました。私もいろんな企業、いろんな分野の会合に参加していますけれども、そこでは皆さんが大体生産者の論理なんです。消費者、つまり患者の立場に立って何が必要なんだということがどうしてもそういうグループになるとなかなか出てこないんです。それが一つです。</p> <p>それからもう一つ、志だけではこういうことはできない。つまり生産者の論理だけになってしまう。問題はせつかくこういう漢方という東洋医学のいい面があり、それも履修すると、あるいはその専門医になるとこんないいことがある。その専門医が、例えば処遇がよくなるとか、あるいは漢方医とか、そういうものを履修した病院、これは天野先生がおっしゃるように総合医学といいますか、全人医学を行う病院、</p> | <p>患者の立場の必要 性と専門医への優 遇措置の有用性</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | <p>お医者であれば患者が非常に安心してそこに行くようになると良いのではないかと。そうするとそこに勤めるお医者はこのようにふうに通遇がよくなる。ただ単なる西洋医学だけなら例えば100点しかもらえないけれども、その病院に行けば総合的な医学をやっけていただいて130点の通遇を受けられるというような何かメリットをあげないと、こういう漢方の専門医になろうというだけではなかなかそういうお医者が増えないのではないのでしょうか。</p> <p>今でも産婦人科医や小児科医、外科医がなかなか手がないというような状況もあるわけです。それは何かというと、メリットがないんです。デメリットばかりで、何か訴訟に遭うとか、だから危ないものに手を出さないようにしようといった部分がありますので、これをやる時は志とか、こういうことをやるべきだということは十分皆わかっているんですが、それだけではなくて、こういうものがあるとこういういい点がある。皆さんどしどしこういうものを受けてくださいと。それはやはり患者の立場に立ってみれば、今、天野先生がおっしゃるような総合的な医療というものを考えなければいけないですね。栄養士や薬剤師の協力も欠かせません。私はそういう視点を持ってこの問題をぜひ御議論いただきたいと思います。過去いろいろな分野で良い提言がされても、全部実行できていないんです。作文は優秀なものができるけれど全然実行が上がらないのはそこに原因があるのではないかと思います。</p> | |
| ○黒岩 | <p>本当にすばらしい本質的な議論だと思いますけれど、この点についていかがですか。</p> | |
| ○渡辺 | <p>研究協力者の方に漢方・生薬の専門以外の方に入っていたという事は本当に今のコメントにあらわされていたと思うんですけども、やはり医療というのはおっしゃるとおりなんです。</p> | |

| | | |
|-----|--|------------------------|
| | <p>我々が医師の育成、医学生の教育をするときに常に患者さんが主役であるという目線がどうしても欠けてしまう。そういった意味で本当に今のような御意見をどんどんいただいて、やはり全人医療というものは患者さんが求めているのだと。医療界でこれをディスカッションするとどうもやはり我々は立場が非常に弱いんです。むしろ患者さんとか社会がそれを望んでいるという声をぜひとも挙げていただければ大変助かります。どうもありがとうございます。</p> | |
| ○黒岩 | <p>ありがとうございます。この研究班は、私のような者が班長をやっているということがある種の象徴だと思うんですけども、私の場合には、父親が末期の肝臓がんで、西洋医学からさじを投げられて治療をすればするほど悪くなるという状況の中、天野先生との出会いがあって、まさに医食同源という処方によって奇跡的に回復したという体験がありました。こういう医療が実現すれば、多くの患者、特にがんの患者は象徴的ですよ。二人に一人はがんになるというこの時代において、皆、苦しみながら病院で死んでいくという状況ではなくて、最後の最後まで QOL を優先したような形で最期を迎えられるという医療ができれば、それは一番うれしい、そういう形にしてほしいという思いを僕は持っているということです。</p> <p>だからそういう中で、では何が課題なのかというところを整理していきましょうというのが基本的なこの会の目指すところであると思うんです。ですからまさに丹羽会長がおっしゃったように、そういう視点を絶対忘れないようにしながら、改めて問題点を整理していきたいなと思っている次第です。</p> | |
| ○三瀨 | <p>今、丹羽先生がおっしゃったことはまさにそうだと思います。と同時に私どもは毎日外来診療をやっていますが、臨床をやっている多くの医者がそうだと思いますけれども、一番</p> | <p>患者が喜ぶ医療を提供するために</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>うれしいのはやはり患者さんに喜んでいただく、よくなってきた、あるいは非常に調子がいいと感謝されることです。</p> <p>医者の中で7割、あるいはそれ以上の人たちが漢方薬を使っているという事実があります。これはまだまだレベルとしては高くない方もいらっしゃるかもしれませんが、やはり臨床的に有用なので使っているというところだと。要するに使ったら喜んでいただけるという事実があります。</p> <p>先般、御承知のように保険から漢方薬を外そうかというような議論があったときに、だれが署名運動の先頭に立ったかといいますと、患者さんたち、あるいはその知り合いです。ということは7割の医者が使っているということが、一つはやはり役に立っているのだろうなというメッセージであると同時に、それにかかわっている患者さんとしてはこれで漢方が外れてはたまらないという声なのです。僕のところに学生や卒後の方などが研修に来られていますけれども、多くの人たちが漢方をこれから学びたいと思っていますし、大学などで時々講義もしますが、そういう意欲のある学生がたくさんいます。</p> <p>そうするとそのもう一歩先に行くために、やはりここで漢方が国家試験にも入ってくると整備がしやすくなるということにまた行き着いていく。そういう現実というか、今本当に国民が盛り上がっている、患者さんたちが支持してくださっているというのを感じているということをお伝えしておこうと思います。</p> | |
| ○黒岩 | <p>三瀨さんが先ほどおっしゃった研修拠点病院の整備というのがありましたけれど、国民に対するメッセージとして、例えばあその病院は漢方について一生懸命やっている病院なんだということをアピールすると、それは患者にとってメリットを感じさせるきっかけにもなるのではないかなという気もしますが、いかがでしょうか。</p> | |

| | | |
|-----|--|---------------|
| ○三瀨 | <p>それはそうだと思います。ですから、うちも予約診療でなかなかすぐに診てさしあげられないぐらい患者さんがたくさん来ます。</p> <p>もっと多くの方たちが漢方を学んでいただければ僕らの負担も軽くなるし、患者さんたちにはもっと喜んでいただけるし、患者さんが集まってくるという結果にはなると思います。あそこの先生は漢方を出してくれるというところで選んでいる患者さんも中にはいらっしゃるようです。</p> | |
| ○黒岩 | <p>先ほど天野先生がおっしゃった 22 年ぐらい前に大ブームが起きたんだと。そのとき今言っていた議論は全部して、それが何かいつの間にか消えてしまった。何で消えたんですかね、これは。</p> <p>どなたかわかる方。</p> | メディアによる漢方報道 |
| ○天野 | <p>渡辺先生がおっしゃったように政府のせいかなと思うんです。私が 22 年前来日したときは、全然日本語もわからなかったのですが、たまたま中国・アメリカ・日本漢方の勉強の経験があって、東京都衛生局局長から直接漢方指導医としての依頼が来ました。</p> <p>当時、都立豊島病院にはたくさん国から補助金が出たので、医師たちは海外留学したり、毎週勉強会をしたりしました。そこで勉強する意欲が出たのです。多分、基本は政府です。</p> | |
| ○黒岩 | <p>どうですか、そのあたり。</p> | |
| ○合田 | <p>多分、皆さんは御存じだと思いますけれど、小柴胡湯の問題が余りにもインパクトが強かったと思います。(副作用が)具体的に起きる確率というのは特に高いわけではなく、通常の医薬品と同じぐらいのレベルなのにもかかわらず、現実的には漢方は副作用がないと勝手に信じて使ったために、そのことについて余りにマスコミベースで大きく表現をされてしまいました。それで先ほど佐竹先生から出された統計的なところでも一たん大きく落ちてしまいました。その後、医学</p> | 小柴胡湯の副作用報道の影響 |

| | | |
|------------|---|--|
| | <p>教育の中で漢方が組み込まれるようになり、次第に漢方そのものの本質がだんだんわかるようになって、今やや回復傾向にあるのかなと理解しています。</p> <p>やはり漢方の証をいかにとらえるかということについてが大事で、使う人が知らなければ今みたいな問題は当然起こりますね。</p> <p>だから基本的にはやはり教育のシステムと漢方薬とがうまくマッチしなかったことだったのだらうと思います。</p> | |
| <p>○黒岩</p> | <p>この問題というのは最終的にはメディアの問題がかかわってくるんです。一つの事件が起きたら、それを過大にとらえて報道すると、それがたった一つの出来事であっても全体のイメージを形づくってくるということがよくありますね。だからそういうことが二度と起きないようにある程度注意していかないと。しかも薬だからそういうこともともとあり得るものなんだというような情報公開の姿勢ということも同時に必要なのかなと。</p> <p>だからそのときの二の舞には絶対しないぞということはずっとどこかに置きながらこの議論を進めていかなければいけないなとつくづく思うんです。</p> <p>せっかく機運が盛り上がっているわけで、非常に皮肉なことですけど、事業仕分けで一たん切っていただいたおかげで、今、漢方薬の話が大きな注目を浴びていますから、けがの功名というところがありますので、ここで一気に攻め込みたいと思っているところです。きょうの人材育成というだけで一つの提言ということで全部整理をして、ここでまとめて皆様に御提示もしたかったんですが、どうでしょうか、きょう議論が出たいろいろなポイントというものを改めて整理をして、そしてまた次に皆様に発表をして、そしてさらに次のテーマに行きたいと思います。</p> | |

| | | |
|--|--|-------|
| | <p>次回は、きょうもいろいろ出てまいりましたけれど、生薬を安定的に確保するためにはどうすればいいかという、実は理念が幾ら先行してもこの部分ができていないと全部が崩壊するかもしれないという非常に重要なポイントだと思いますので、次回はそのテーマで議論をしたいと思います。次回は科学的根拠の現状と課題ということでもあります。1月18日ということをお願いしたいと思います。</p> <p>きょうは御清聴ありがとうございました。</p> | 次回の予定 |
|--|--|-------|