

国際シンポジウム 1

「世界から見た漢方」(Kampo medicine from the world point of view)

日時 2009年6月19日(金) 16:10~18:40

- 座長 Takeshi Sakiyama (St. Marianna University School of Medicine)
Gregory A. Plotnikoff (Penny George Inst. for Health and Healing, USA)
- 講演者 Ulrich Eberhard (Madrid, Spain)
Heidrun Reissenweber (Research Unit for Japanese Phytotherapy (Kampo),
Department of Internal Medicine-Campus City Center,
University of Munich, Germany)
Gretchen P. De Soriano (President Kampo Association, London, England)
Gregory A. Plotnikoff, MD, MTS, FACP (Medical Director,
Penny George Institute for Health and Healing, USA)
Huang Huang (Nanjing University of Chinese Medicine, China)
Byung-Il Min (Department of East-Medicine,
Graduate School of Kyung Hee University, Seoul, Korea)
Rueyme Miyazaki (宮崎瑞明、Miyazaki Clinic Shiohama,
Visiting Professor of Guangzhou University of Chinese Medicine, China)
- 指定発言 Kazusei Akiyama (Medicina do Oriente Clinic, Sao Paulo, Brazil)

【要旨】

国際シンポジウムI

60回学術総会のメインテーマである、いま漢方医学がめざすもの、の一つに日本漢方を世界に認知してもらう事が挙げられる。その為には現時点で、漢方が世界でどう見られているかを知る必要がある。本シンポジウム演者8人中5人は日本で漢方を学んで、帰国後に自国で漢方を広めている欧米の先生方である。残る三名は既に自国の伝統医療で治療を行っており、日本漢方を客観的に判断出来る東アジアの先生方である。前者は自国では補完医療のひとつと見なされているが、漢方パイオニアとして、漢方が高齢化社会で高騰する医療費の抑制やプライマリーケアと慢性疾患への導入に期待している。一方、漢方薬の輸入、品質の問題、効率と効果、法律上の制限、日本からのサポート不足などが共通の問題点と述べた。後者は自国の伝統医療と日本漢方との違いを基に、日本漢方の利点と欠点について述べて、今後の日本漢方の方向性について提案した。

キーワード：日本漢方、伝統医療、補完医療、医療費、法律上の規制

【Abstract】

International Symposium I

The main theme at 60th Annual Meeting of JSOM, “Now, the aims of Japanese Kampo Medicine”, includes the idea that “Acknowledgement of Japanese Kampo Medicine among the world nations”. To fulfill this purpose, we need to understand how global recognizes Kampo Medicine at this moment. In this symposium, five out of eight speakers come from Europe and America. As a pioneer, these five western doctors are now actively introducing Kampo Medicine, recognized as a part of complementary and alternative medicine in their own countries, after receiving training about Kampo Medicine in Japan. Other three speakers from East Asia are using their own country’s traditional medicine for their clinical practices, and they can judge Japanese Kampo Medicine objectively. The western doctors are trying to suppress increasing medical costs at a aging society, and to hope introducing Kampo Medicine into primary care medicine and chronic diseases fields. On the other hand, they pointed out several common problems such as import of Kampo drugs, their quality, their efficiency and effectiveness, legal limitation and lack of strong support from Japan. The East-Asian doctors mentioned the merits and demerits of Kampo Medicine based on the differences between their country’s traditional medicine and Kampo Medicine, and then proposed the future direction of Kampo Medicine.

Key words: Japanese Kampo Medicine, traditional medicine, alternative complimentary medicine, medical cost, legal limitation

(Sakiyama) 皆さん、こんにちは。それでは、ただ今から国際シンポジウム 1「世界から見た漢方」を開始いたします。シンポジストは、スペイン、ドイツ、英国、米国、中国、韓国、台湾の 7 名の先生方、ならびに、指定発言にブラジルの先生が来られております。また、欧米の先生方は、日本で漢方を勉強されて自国に帰られて漢方治療を行っておられる先生です。このテーマを選びましたのは、2 年前から皆さんに学会誌あるいは学会広報誌で報告いたしております「なぜ、今、日本漢方か」というテーマの延長の集大成として、今回のタイトルでシンポジウムを開かせていただきます。

座長は Plotnikoff 先生と私、Sakiyama が進めさせていただきますが、講演に先立つ先生方の詳細な紹介は省かせていただきます。できれば皆さんに 30 分以上話していただきたいのですが、その時間がなく講演時間が 15 分ということで非常に短いので、内容をできるだけ細かく話していただくことにいたします。

最初の 3 題は Plotnikoff 先生の司会をお願いいたします。

(Plotnikoff) こんにちは。最初のスピーカー、Eberhard 先生は東京の北里研究所で 4 年間漢方医学を勉強されました。現在、スペインのマドリードに住んでいて、漢方外来があつて、ドイツ語で有名な漢方の本を書きました。

Eberhard 先生、please join me in welcoming Dr. Eberhard (拍手)。

On the Advantages and Difficulties to Introduce Kampo-Igaku in Europe
Ulrich Eberhard (Madrid, Spain)

(Eberhard) こんにちは。Ulrich Eberhard です。本日はご招待いただき、本当にありがとうございます。たくさんの先輩の先生方の前で講演させていただくことを、大変光栄に思います。さて、ここからは英語でお話しすることを、どうぞお許してください。

After 3 years of intensive study at the Kitasato Toyoigaku Kenkyujo – Kitasato Institute for Oriental Medicine in Tokyo, I returned to Munich in 1985. I brought 80 different kinds of Kampo drugs with me, each of it wrapped in bags of 500 grams. My intention was to practice Kampo medicine in addition to Japanese acupuncture. It proved easy to find a chemist – the owner of a renowned pharmacy in the centre of Munich who showed great interest and was able to recognize the high quality of the drugs. This led to a fruitful cooperation between us that lasted several years.

From the start, I had very positive experiences with classical Kampo formulations in my clinical practice. Important reasons to establish Kampo medicine in my country were the holistic approach of Kampo medicine, the possibility to adapt herbal formulations to the patients' 'Sho', the low risk and low adverse reaction therapy, as well as the positive feedback from my patients.

However, I experienced considerable difficulties introducing Kampo Igaku as this was largely unknown. The late Dr. Heribert Schmidt, who once had sent me to Japan to study acupuncture, had repeatedly praised Japanese Kampo Medicine during his training courses in acupuncture. However, he was unable to practice Kampo as it was impossible to get hold of the drugs. It was therefore a great challenge to import the herbal drugs and to keep them in stock for my own practice as well as for colleagues who started to prescribe Kampo formulations.

As the interest from medical colleagues increased, teaching and training needed to be organized. I was invited to give lectures and seminars on Kampo Igaku on medical congresses. Amongst others, I lectured within a project of the University of Munich at the end of the 80s together with Professor Paul Unschuld. Moreover, a study group (AfKAM) for constitutional acupuncture and Kampo was founded in Munich in cooperation with Dr. Heribert Schmidt. More and more MD's from other parts of Germany joined AfKAM, and also from Austria and Switzerland, and even from Italy and Spain.

On the slide you can see that the training activities have continued until present and that the number of physicians with knowledge of the theory and practice of Kampo is steadily growing (図1). To most medical doctors in the West, the perceived distance

between western and oriental herbal medicine is as large as the physical distance between Europe and the Far East. Many, even those who practice acupuncture, do not have the heart for qualified herbal therapy that follows the criteria of traditional Chinese medicine. However, Kampo medicine shortens this distance because it has a direct clinical reference through its diagnostic 'Sho' determination on one side and its 'Shoho' prescription on the other. Especially 'Fukushin' has attracted many Western colleagues.

From 1985 to 2003, raw drugs from Japan were imported directly by three different pharmacies in Munich. Like readymade pharmaceutical preparations, extracts of Kampo formula also require special licensing due to German drug law. Hence, the application of Kampo prescription is only possible in form of decoction of the raw drugs, what is called 'Senji-gusuri' in Japan.

Although sales of Kampo drugs in Munich's pharmacies increased every year, the number of medical doctors and TCM practitioners who prescribe Kampo formulations remained limited. The reasons for this are manifold. I will return to this point later.

In 2004, the situation changed considerably as German drug law was amended. As a result, our Kampo pharmacy ran out of Kampo-Shoyaku for 2 years.

Thus, a new supply-channel had to be found. On the next slide, you can see the essential changes of the new pharmaceutical law (図2). The new law considers Chinese herbal medicine for therapeutical use as medical drugs rather than as herbal teas or food products.

After 2 years of onerous efforts full of bureaucratic hurdles, a direct connection was established between a renowned German pharmaceutical firm and a reputable Japanese Kampo maker.

Goods can be freely traded in the EU once they receive an import licence from any EU member state. This means that in theory, every Japanese Kampo Drug exported to Germany that has obtained a German import certificate, can be marketed in all EU member states.

Unfortunately however, the last delivery of Kampo Drugs faced a number of challenges during the importing process. Due to contamination of a number of important Kampo Drugs, the necessary import certificate was not granted.

For instance, the measured values of insecticide/herbicide/heavy metals for Rad. Bupleuri, Rad. Ginseng and Cort. Phellodendri, were well above the EU treshold for imported drugs. Therefore, they had to be eliminated and could not be used for the composition of Kampo formulas .

However, there were still technical and organizational problems resulting in the forced replacement of some Japanese drugs by Chinese drugs. For example, Rhizoma Atractylodis (Byakujutsu), Radix Giseng (Ninjin) and Cortex Phellodendri (Obaku) were not granted a clearance certificate because these drugs contained residuals when they underwent the obligatory laboratory testing.

This leads me to talk about the existing challenges and difficulties we face today. Some

problems are old and some are new. I want to call 'old problems' those, which existed from the very beginning; we could also call them 'intrinsic difficulties'.

The first problem regards the average patient's difficulty to accept a strange and unfamiliar form of medicine with a strong smell and a bitter taste of the decoction. Another problem is the high cost of Kampo, which has to be paid fully by the patient himself, as only very few private insurance companies cover these expenses. Furthermore, Kampo practice is not officially recognized by the medical association and it is not validated on the scale of charges and fees. Last but not least, each doctor using Kampo drugs is personally liable and can be sued by the patient if side effects occur.

The 'new problems' mainly result from the changed laws that affected import and certification procedures, as I explained before. We might call them 'extrinsic difficulties' because all of them are avoidable and must be cleared if Kampo is to have a future in Europe.

Above all, there is the problem of contamination. As already mentioned before, 11 out of 100-selected Kampo-Shoyaku herbal drugs were not given the required certification. As a result, 400 kilograms of Kampo-Shoyaku had to be destroyed. Being a convinced and dedicated Kampo doctor, I do not like to be forced to substitute Japanese Shoyaku like Byakujutsu or Obaku with those imported from China. More importantly, contamination brings the name of Japanese Kampo medicine into disrepute. In order to have access to all Kampo drugs needed for prescriptions, we depend on the unobstructed and continuous supply of Kampo-Shoyaku and this in turn depends on a close and productive relationship between importing and exporting companies. Without this, the future of Kampo in Europe will be uncertain.

Summing up, I see the opportunity of developing Kampo medicine in Germany and Europe as follows:

1. Like Japan, Germany and other European countries will face increasingly chronic health vectors in the near future. Moreover, the so-called diseases of civilization are increasing and this will lead to more demand for geriatric care. Both of them are a domain of Kampo.
2. There is a growing public interest in TCM Phytotherapy and thus an increasing demand for clean, high quality, herbal drugs in Europe. The estimated amount of imported herbal drugs on the European market from China is 2,000 tons per year. It is worth noting that Germany's population amounts to approximately one sixth of the EU's population, and thus occupies a large part of the market.
3. The high standard of Japanese Kampo Medicine offers many advantages in comparison with Chinese Phytotherapy, such as the selection of the main herbal drugs, their high quality, and their efficiency.
4. Kampo's clinical approach is closer and therefore easier to learn and to

practice than the more complicated TCM Phytotherapy. This encourages medical doctors and practitioners of TCM and/or Western Phytotherapy to practice the Japanese way.

5. After 23 years of teaching doctors, pharmacists, and medical practitioners, as well as publishing a manual and several articles on Kampo, I think there is a base good enough for further development.

I would like to use this opportunity to thank all my Japanese partners for their help and support whenever I was in Japan. However, I would also like to stress that it was not always easy to alert the Japanese Kampo community to the growing interest in Kampo outside Japan.

I believe we have reached important cross roads. Until today we have managed to teach and to practice Kampo on our own. However, more Japanese engagement will be necessary in the future. This includes the initiation and support of Kampo research projects in Europe, the training and promotion of young European Kampo specialists, and the continued supply of high quality medicinal herbs. In other words, I would like to encourage our Japanese partners to take a stronger stance, a higher sense of mission and to provide more support to our efforts to establish Kampo medicine in Europe.

Mr. President, Ladies and Gentlemen, thank you very much for your attention.

(日本語要約)

A. ヨーロッパで漢方診療を開始するまで

1. 北里研究所東洋医学総合研究所で3年間の研修
2. 1985年にドイツのミュンヘンに戻る
3. 80種類の漢方薬を持ち帰り、優秀な薬剤師と協力体制を築いた
4. 鍼灸と漢方薬を組み合わせた治療を行う意図であった

B. 漢方診療開始当初

1. 患者を全身的に診察して治療できること、副作用が少ないこと、患者さんからの反応が良好であったことの要因により、ミュンヘンにおける漢方診療は順調にスタートし、普及していった。
2. 診療には随証治療を取り入れた。
3. 同僚も漢方を診療に取り入れ始めた。
4. 問題は漢方医学の知名度が低いことであった。
5. また、漢方薬の入手が困難であることも大きな問題であった。

C. 教育

1. 漢方に興味を示す同僚は増加し、彼らに対する教育が重要な課題となった。自分が数々の場で教育講演や指導を行った。
2. 1980年代の終わりにはミュンヘン大学に漢方鍼灸治療の勉強会が発足し、ドイツ国内はもとより、オーストリア、スイス、果てはイタリアやスペインからも参加者が集った。
3. このような勉強会は現在も継続して開催され、参加者も徐々に増加している。

D. 中医学と漢方医学

1. ヨーロッパの医師にとって、遠方にある東アジアの伝統医学、特に中医学に対する一定の距離感があることはやむを得ない。
2. たとえばヨーロッパにおいて鍼灸治療は普及しているものの、ベースにある中医学理論まで考慮しながら診療を行っている医師は少ない。
3. これに対して漢方の「方証相對」の理論は親しみやすく、上記距離感は小さい。

E. 漢方薬の輸入

1. 先の 18 年間、日本からの生薬の輸入はミュンヘンの 3 つの薬局を通じて行われた。
2. エキス製剤はドイツの法規制の関係で輸入できない。したがって漢方薬治療はいわゆる煎じ薬を用いて行われている。
3. 生薬を扱っているミュンヘンの薬局の売り上げは年々増加しているが、漢方薬を処方する医師や中医師の数は少数にとどまっている。この理由は後で述べる。
4. 2004 年、ドイツの法律が改正され、生薬輸入に大きな制限がかけられ、診療のための生薬が 2 年間に渡って不足した。
5. 2 年間にわたるドイツ規制当局との交渉の結果、ニュルンベルグの近くにある著名なドイツの商社と日本の有名漢方薬メーカーとの間で貿易ルートが確立した。ヨーロッパでは一つのルートができれば他の国にも通じるので、結局現在では漢方生薬はヨーロッパ全土で入手できる体制になっている。
6. ただし、残留物が法規制に抵触する関係で日本産生薬でなくて中国産生薬を輸入しなければならないこともある。柴胡、人參、黄柏がその例である。

F. ここで我々がヨーロッパで漢方診療を行うに当たって直面している課題について述べる

1. 古くからある問題

- ◇ 患者が味やにおいを含めた煎じ薬の形態になれていない。
- ◇ 自費診療のため治療費が高額である。
- ◇ 漢方診療は公的に認められた医療ではないため、価格などの基準が存在しない。
- ◇ 副作用などが現れた場合、処方した医師の賠償責任が生じる。

2. 新しい問題

- ◇ 改正が日常的に行われるため、種々の法規制に振り回される。
- ◇ 残留物のために大量の漢方生薬を捨てざるを得なかったこともあった。
- ◇ ヨーロッパで漢方診療を行う場合の一番大きな障害は漢方生薬の流通の確保である。この点が解決されない限りヨーロッパにおける漢方医療の将来の見通しは暗い。

G. まとめ

1. 現在日本が直面している医療状況、つまり急性期疾患よりも慢性期疾患、加齢医学の必要性は、今後ヨーロッパ諸国でも直面する状況である。
2. したがってこれからはまさに漢方の出番であり、そのため安全性の高い生薬の流通が求められている。現在中国からヨーロッパに輸出されている生薬量は推定 2,000 トンである。
3. 日本の生薬が中国よりも優れている主要な点は次の 3 点である：主な生薬の選定、高品質、高い効果。

4. 中医学は理論が複雑で習得するのが大変であるが、日本漢方は内容が比較的わかりやすく、西洋医にもなじみやすい。
5. 23 年間の漢方教育、指導経験を経て思うことは、漢方はこれから伸びる分野であるということである。
6. 現在までは我々のような、日本で漢方を学んだヨーロッパ人の指導者がヨーロッパにおける漢方普及の役割を担ってきた。しかしヨーロッパ諸国における漢方に対する需要はこれから増え続けると考えられる。将来的にはヨーロッパでの漢方教育、漢方普及活動に日本が主体的に関与し、ヨーロッパでの漢方の基礎を強固に築いてゆく必要があると考える。
7. 最後に、現在まで自分たちを助け、支えてくれた全ての日本のパートナーに感謝の意を表します。

Academic activities on Kampo-Medicine	
1988 – 1991	Training program for medical students at the University of Munich (in cooperation with Prof. Dr. P. Unschuld, Institute of History of Medicine): 80 participants
1988 – 2001	Training program for medical doctors at AFKAM in Munich („Arbeitskreis für Konstitutionelle Akupunktur und KAMPO“): approx. 200 participants
1993 – 2007	Training program for medical doctors at DÄGFA (German Medical Association for Acupuncture): approx. 160 participants
2006 – 2007	Training program (8 weekend seminars) for medical doctors at Institute for Holistic Medicine in Rheinfelden (Germany): 20 participants
2007 - ?	Training program for TCM-practitioners and medical doctors at LIAN-Institute in Zürich (Switzerland): 25 p., and at AGTCM in Berlin (Association for Acupuncture and TCM): 15 participants

図 1

Regulation by the new German pharmaceutical law (2004)
A certification procedure for importation and merchandising of herbal drugs is required:
<ul style="list-style-type: none">• Each drug has to be licensed by the government authority prior to the importation• The producer has to possess the qualifications of GMP• The importer has to meet the official requirements („Herstellererlaubnis“)• Each imported drug (lot) has to be checked for residuals (chemical, heavy metal, biological) through an independent laboratory after importation

図 2

(Plotnikoff) Eberhard 先生、どうもありがとうございました。漢方を国際化する上でとても大事なメッセージでした。どうもありがとうございました。

次のスピーカーはミュンヘンの Heidrun Reissenweber 先生です。ミュンヘンの大学では内科と消化器内科医です。そして、外で、漢方医学研究プログラムを指導しています。彼女は日本で漢方医学を勉強して、漢方の Ph.D. を取得しました。Please join me in welcoming Dr. Reissenweber.

Japanese Phytotherapy (Kampo) in Germany

Heidrun Reissenweber (Research Unit for Japanese Phytotherapy (Kampo), Department of Internal Medicine-Campus City Center, University of Munich, Germany)

(Reissenweber) ただ今ご紹介いただきました Reissenweber でございます。東洋医学会の 60 周年学術総会の記念会にご招待いただきまして、大変光栄に存じます。私は日本で 3 年間漢方医学を勉強させていただきました。帰国後、ミュンヘン大学でドイツ最初の日本生薬療法研究室を開きました。さて、本日はドイツにおける漢方医学の現状と展望についてお話しさせていただきます。

ドイツでは、毎年、国の医療費が増えてまいりました。2007 年に人口 1 人당りに 3,000 ユーロを超えました (図 3)。

国際医療費の比較では、ドイツは 4 番目です。公共、つまり、国の医療費と私立の医療費の割合を比べますと、やはりドイツとフランスの数字が一番高いです。アメリカではプライベートの割合は非常に高いですけれども、ドイツとフランスは、国の医療費がやはり一番高いです (図 4)。

それ故に、2004 年にドイツ政府が医療制度の改革を実施しました。患者が自分のお金で、ある部分を支払うべきとなりました。例えば、診察のとき 10 ユーロ、入院する場合、1 日 10 ユーロ、薬品のパックにも 10 ユーロを払うべきとなりました。慢性病患者さんには難しくなることもあります。ですから、ただになるケースもあります。そして、小児科の場合、子供の場合は、まだただです。更に、OTC 製剤はドイツで認可された薬品です。日本と違って、OTC も薬品として認可されたものです。ですから、基本的に医者も、それを処方できます。

ところが、改革後、ほとんどの OTC 薬、生薬も含めて買うことができなくなりました。しかし、研究データで有効性がはっきり証明された場合だけ、健康保険でまだ買うことができます。例えば、西洋オトギリソウ、Hypericum の製剤ははっきりうつ病に対して効果があるということは研究面で分かっていますので、それは買うことができます。イチョウの葉の製剤もそうです。保険からの払い戻しも変わってきて、今度、Disease-Related Group、DRG によって、その払い戻しが国から出ます。入院期間も減らす傾向が強調されています (図 5)。

改革後、補完医療に関する受け入れはどう変わってきたのか。最近の世論調査によりますと、補完医療のさまざまな療法、特に生薬療法、ホメオパシー、鍼治療などが変わりなく非常に人気があります。2007 年の調査では、67% はしばしば総合的な治療を要します。少し 2004 年から減ってまいりましたが、まだ非常によく使われているということ

が分かっています (図 6)。

ドイツの OTC 製剤マーケットでも、この傾向は分かります。生薬製剤の売り上げは薬の 30%を占めています。その 30%のうち、5 分の 1 だけは処方されて買うことができます。5 分の 4 は個人で支払われています。以前は半分・半分でした (図 7)。

そこからは、自己健康管理の傾向が見えます。先ほどと同じ世論調査ですが、西洋医学と補完医療についてどう考えるのかという質問もありました。その二つの方法がお互いに共通できると答えた方が 81%でした。そして、その二つの方法が合わない、対立すると答えた方は 5%だけでした。そういう意味で、総合的医学を希望している人が非常に多いとはっきり分かります (図 8)。

つい最近、今年の 5 月、ドイツの隣国スイスでは、世論調査ではなく実際の選挙がありました。ご存じだと思いますけれども、スイスで直接法律を決められる民主主義がありますね。人口が少なく、そういう制度がまだ残っていますけれども、その選挙でやはり 67%の人が補完医療を選びました。ですから、今度、補完医療が法律に入ります。スイスの国の生薬、そして、伝統を守ろうという義務も法律に出ていますし、もちろん、ほかの補完医療、鍼治療とか、ほかの国の伝統医学も法律的に守ろうということにも入ります。西洋医学と補完医療は協力すべきだということ、総合的医学にも強い影響を及ぼすと、皆、分かっています。研究および教育を支援することにもなりますでしょう。ですから、今後、スイスは補完医療の楽園になるでしょう (図 9)。

ドイツでは、同じ選挙が可能ではないのですけれども、可能であれば結果は同じだろうと思います。現在ドイツで補完医療はまだ医学の世界、つまり、総合的医学という海に揺れているという現実です。象徴的な意味ですけれども、その補完医療の中で、まずドイツの生薬療法が主な部分ですね。研究面では、非常にレベルは高いです。そして、TCM、中医学も結構盛んで、Eberhard 先生もおっしゃいましたけれども、もう 3 万人の医者が鍼治療を行っています。そして、中医の生薬療法は 2,000 人だけが行っています。その間に日本の漢方があると思います。まだ少ないということが現実ですけれども、だんだんドイツでは、漢方はどういうものかということが分かってきていると、私は分かりました (図 10)。

なお、補完医療における研究面の現状と施設をご紹介します。大学の講座はまだ少ないのですけれども、ベルリンにありまして、私立財団から作られたコンプリメンタリー・メディシンの講座ができていまして、ロストックには生薬療法の講座があります。エッセン大学にも研究所があつて、補完医学研究所、そして、ハイデルベルク、そして、ミュンヘンにもいろいろな施設があります (図 11)。

更に、自然療法と補完医学に関する研究グループが集まる学術団体ができています。研究計画および方法について議論する会議が毎年行われます。グラントをもらうのは、まだ難しいです。特に、国のグラントをもらうのは補完医療の場合は非常に難しいですけれども、私立財団、製薬メーカーから限られた期間でももらうことがあります。

私の診察の場所、ミュンヘン大学の内科病院では、もちろん視診を大事にしますとともに、病歴、自覚症状、患者さんの訴えをよく聞いて、腹診、脈診、舌診を行います。生薬製剤および生薬は、ドイツでは認可されていません。Eberhard 先生も先ほどそうおっしゃいましたけれども、それ故に、私は自分の、医者としての責任で処方します。薬を国際薬局によって輸入します。ですから、日本の漢方の品質を信用しなければなりません。一つ良

いところは、薬局方はドイツと日本はお互いに認められますので、その点は少し楽になります。

どういう疾患について漢方をこの 4 年間使ったのかというと、上腹部不定愁訴、過敏性腸症候群、UC、クローン病。私は消化器内科医ですから、消化器疾患が一番多いです。糖尿病合併症の患者さんも結構多くて、次いで、脳血流の障害、脳梗塞のリハビリ、自己免疫疾患、リウマチ、更に、癌の補足治療、そして、肝炎に対して漢方を使っております (図 12)。

臨床研究の方法論に入りますけれども、どういう方法が漢方医学の特徴を守りながら西洋医学界に認められやすい方法でしょうか。まず日本でもいろいろな臨床、実験のデータが数年前からずっと集められていますので、それをまず基にすることが大事だと思います。そして、A の方ですけれども、日本の漢方の証、そして、西洋から見た診断は、場合によってはそんなに違わないと思います。よく合っている、割と似ている、証と西洋診断もある場合が多いです。特に西洋診断のサブタイプは、部分的に合わせられることが多いと思います。そこからスタートした方がいいかなと、私は考えております。

B の方は、この方が大きな研究になるでしょうけれども、個人的な治療、いろいろな処方を使って、証によって処方を使う。そして、西洋医学と比べる。だけど、その場合は非常に患者さんの数が多くなって臨床研究にそれを行うのは難しくなりますけれども、第 1 に、そのスタディデザインはハードエンドポイントですから、認められたスコアとか、ハードエンドポイントを使うということは非常に大事だと思います (図 13)。

一つの例なのですけれども、私のところでの最近の臨床観察を紹介いたします。私の経験では、六君子湯が、上腹部不定愁訴だけではなく、下痢型の過敏性腸症候群にもよく効いています。六君子湯の原典『万病回春』に、組み合わせの症状についても出ています。疲れた元気がない患者、そして、主に上腹部膨満感、痛み、吐き気、下痢、冷え性に使えばいいと書いてあります。

六君子の内容は皆ご存じだと思いますので、薬理もちょっと省略しています (図 14)。

臨床観察を紹介いたします。私は 22 人の患者さんを対象にして、皆さんが胃の痛み、そして、下痢という主な症状を訴えました。そして、内視鏡は皆さんの場合は異常ありませんでした。そして、ラクトースとフルクトース呼気テストもネガティブだったのです。4 週間後、8 週間後、12 週間後の治療経過を診察しました。そして、5 度のスコアで症状の程度と頻度を解析しました (図 14)。

患者さんの訴え、症状の程度は、大部分の 3 分の 2 は高い程度で症状があり、3 分の 1 はまあまあ程度でした (図 15)。

結果ですが、上腹部の症状は 4 週間後には非常に有意的に下がり、改善されました。特に胃の痛みが良くなりました (図 16)。

下腹部腸管の症状も改善して、下痢も非常に良くなったということが図 17 で分かります)。

六つの症状の頻度、程度を合わせて、このような total functional gastrointestinal disorder score が出て、臨床面で意義的な有意差が出ていると思います (図 18)。

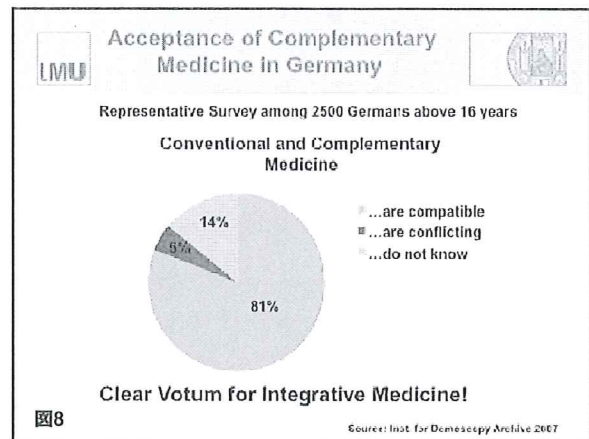
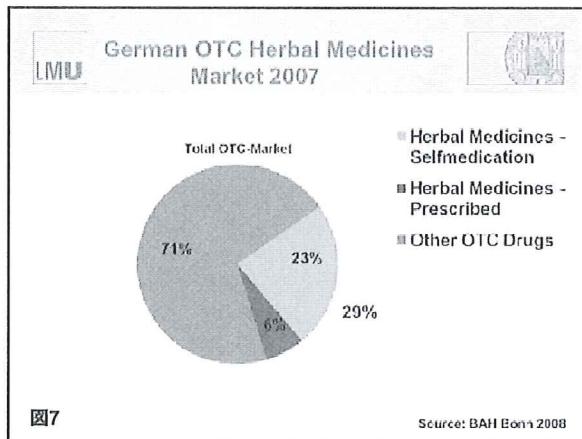
漢方薬の受け入れは西洋人でも非常に良かったということが認められます。そして、臨床で、4 週後に 56% (drop ≥ 1.7 points) 意義的有意差のある改善を認めました。この処方、西洋人に同じように効いています。ですから、西洋人も日本人と同じ証に合わせて

処方することができます。今後、このデータは二重盲検プラセボ比較試験で確認が必要だ
と思います。

最後になりますけれども、漢方の証に伝えられている口訣は、日本人と西洋人に同じよ
うに応用できます。ヨーロッパでは漢方処方の有効性、安全性と法規制、受け入れの確保
が不可欠です。ドイツ人は漢方に非常に興味があります。まだ漢方を扱う医者的人数は非
常に少ないですけれども、ドイツ、ヨーロッパにおいて漢方医学をもっと広げる、支援す
るために、高いレベルの臨床研究を行うのが一番正しい道だと思います。

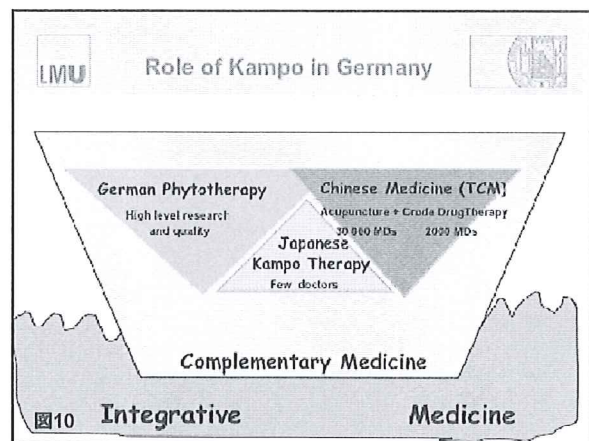
ご清聴、ありがとうございました（拍手）。

<p>LMU Health Care Expenditure</p> <p>National Health Care Expenditure per capita in Germany</p> <p>Source: Federal Statistical Agency 2009</p> <p>図 3</p>	<p>LMU Comparison of Health Expenditures</p> <p>National Health Expenditure as % of GDP 2006</p> <p>図 4</p>
<p>LMU Reform of Health Care System 2004</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient share of costs (10 Euro per doctor's office visit, per hospital day, per pharmaceutical), except children ▪ In part removal of OTC-drugs from coverage of national insurances ▪ New structure of medicinal reimbursement (hospital and outpatient clinic, according to morbidity: DRG) ▪ Reduction of hospital days <p>図 5</p>	<p>LMU Acceptance of Complementary Medicine in Germany</p> <p>Representative Survey among 2500 Germans above 16 years</p> <p>Source: Inst. for Demoscopy Archive 2007</p> <p>図 6</p>



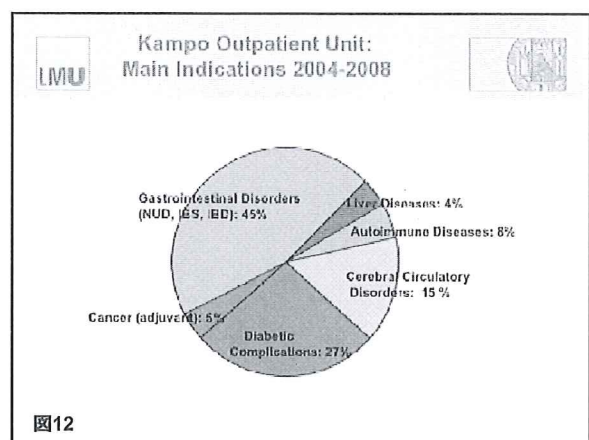
Breaking News: Swiss Referendum May 2009

- 67% of the Swiss Population voted for Complementary Medicine.
- Complementary Medicine becomes Constitutional Law.
- Local herbs and traditions have to be preserved.
- Integrative Medicine, the cooperation of Conventional and Complementary Medicine will be compulsory.
- Research and Education in this field will be promoted.



Research Infrastructure for Complementary Medicine in Germany

- University Institutes focusing on Research in Complementary Therapies
 - Berlin
 - Munich
 - Rostock
 - Essen
 - Freiburg
 - Heidelberg
- Forum for Academic Research Groups in the field of Natural and Complementary Therapies
- Project funding mainly by private foundations or industry, time limited.



- Selection of adequate indications for clinical studies on the basis of Japanese research data.
- A) Starting with prescriptions characterized by a closeness between traditional efficacy profile of the prescription (*sho*) and conventional diagnosis (Subtype of conventional diagnosis).
- B) Comparison of individualized treatment (different prescriptions) with conventional treatment.
- Study design based also on "hard" endpoints.

图13

- Selection of 22 consecutive patients during the past 2 years with the leading symptoms epigastric pain and diarrhea. All patients had a negative gastroscopy, colonoscopy and a negative lactose and fructose breath test.
- Observation visits were after 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks of treatment.
- Evaluation of six key symptoms according to a five-scale symptom score: epigastric fullness, epigastric pain, nausea, abdominal pain, bloating and diarrhea. For each symptom intensity and frequency from 0 to 4 were scored.

图14

Baseline characteristics:

Number	22
Sex (m/f)	8 / 14
Age mean (years)	52 ± 8
Age range (years)	38 – 71
Duration of symptoms (years)	4 ± 2.3
Symptom intensity severe (%)	64%
Symptom intensity moderate (%)	36%
BMI (kg/m ²)	23 ± 2.6

图15

Changes in Epigastric Symptoms
(n=22, mean of intensity and frequency 0-4)

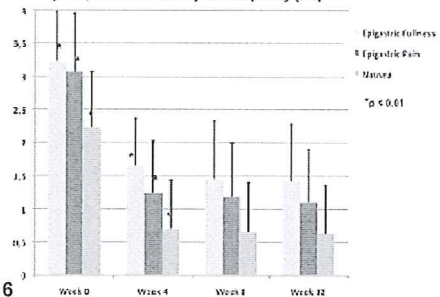


图16

Changes in Abdominal Symptoms
(n=22, mean of intensity and frequency 0-4)

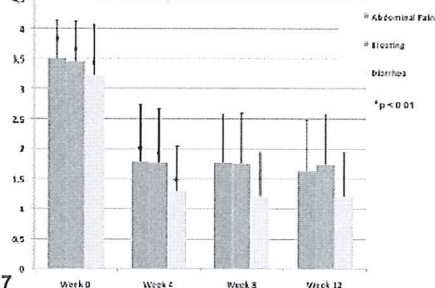


图17

Changes in the Total Functional Gastrointestinal Disorder Score
(n=22, mean of intensity and frequency 0-4) of all symptoms

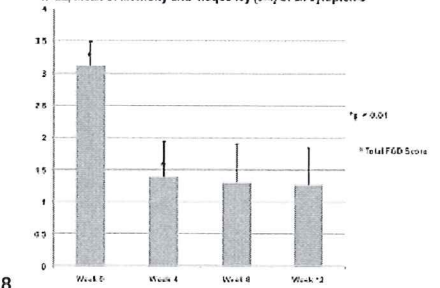


图18

(Plotnikoff) Reissenweber 先生、どうもありがとうございました。とても興味深いデータであって、将来も研究を継続してください。

次のスピーカーは、イギリスの Soriano 先生です。Soriano 先生は 8 年間、大塚先生と漢方を勉強しました。来週、大塚先生の漢方医学の本が、英語の翻訳版で出版されます。リビングストーンという出版社から出ると思います。Soriano 先生、どうぞ宜しくお願いします (拍手)。

Traditional Asian Medicine (TAM) in the UK and the Position of Kampo
Gretchen P. De Soriano (President Kampo Association, London, England)

(Soriano) 私はロンドン市内の補完代替医療チームで施術スタッフとして働いています。私は患者のケアと治療を、医師の指示で行います。私の施術と患者情報は、英国の国民医療サービスのコンピューターで、厳格的に管理されています。

英国では既に鍼治療の方は、医師に広く理解されています。しかし、漢方薬は、まだ十分に理解されておりません。われわれのチームでは漢方薬も併用しております。英国では、プライマリ・ケアに補完代替医療を取り込むと医療費が安くなるので、実施されています。ロンドンにおける私たちのチームの現状を紹介します。

Today's presentation will demonstrate the work of our Kampo Unit in the United Kingdom. This presentation will cover a wide breadth of the Kampo clinic outside Japan; Kampo formulas are prescribed using a different medical delivery system. I will describe a structural model and call it Kampo UK. Within the Kampo UK model, acupuncture or Kampo herbal therapies can be used concurrently and administered by the same practitioner. Here are the key terms in this presentation, plus Japanese translations (図 19).

Within these 15 minutes I will set out the practice structures: the referral process into the Kampo clinic, the conditions treated, the formula used. The final section will introduce the General Practitioners (GPs) who refer patients for Kampo treatment.

In this presentation, the slides and my discussion work in tandem; the spoken commentary gives the depth and background to the figures on the slides. The first studies present quantitative data; while the interviews with the GPs are qualitative; the first methodology is by retrospective file review, while the qualitative study is via structured interview (図 20).

This study addresses three questions:

1. What will Kampo practice look like in Primary Care clinics in the UK?
2. How does our Kampo-inclusive clinic compare to a non-Kampo public health clinic?
3. What do the GPs say about the benefit of Kampo UK to the National Health Service?

Point 1: How does the Kampo clinic operate?

There are three pertinent frames which we will look at into turn:

- The kind of conditions which GPs want to use Traditional Asian Medicine

- (TAM) — Kampo or acupuncture combined in one clinic;
- The useful formula to be included in the Kampo medicine chest in Central London; and
 - The value of Kampo to the doctors who refer the patients

By retrospective file review, we see the referrals cluster into 4 categories.

In the first category, are conditions of **Pain**—where pain itself was the main complaint; joint pain, neck pain, bowel pain, muscular-skeletal, post surgical pain and other kinds of pain.

A second category is **Stress**; according to the *sho* these are treated by metabolic formulas; conditions included are menstruation disorders, fertility dysfunctions, insomnia, irritable bowel syndrome, metabolism dysfunctions, childhood growth problems and so forth. We will leave aside any discussions on why GPs selected to refer these patients for Kampo rather than conventional treatments.

The third group is designated as **Viral**—asthma, childhood fevers, and such inflammatory conditions, including post-viral following a cold or flu.

Unexpectedly a fourth cluster of referral conditions appeared; the mysterious illnesses sent for Diagnosis & Observation (DO)... the GP referral was *God-only-knows what is the trouble with this patient* (GOK) other complaints outside the remit of western medicine—for example, a bleeding tongue, bad breath, or the notorious *restless leg syndrome*, tired-all-the-time, and mysterious illnesses following surgery (図 21).

Pain accounted for 17.5% of the referrals; **Stress** 28.5%, **Viral** 36.5% and **DO**, 17.5%. The high percentages of **Stress: Metabolic Complaints** and **Viral: Viral-post** referrals was an unusual finding; the common conception in the West is that acupuncture clinics and Kampo clinics will be used for pain. Notably, **Pain** and **DO: strange and mysterious illnesses** are referred in equal numbers (図 22).

Here are some typical formulas associated with these referral clusters:

For Pain: We see: *Anchusan, Daikenchuto and similar*; with **Stress**, as in Japan: *Shosaikoto, keishikaryukotsuboreito, Shakanzoto, various formula of that ilk*; for the **Viral** cluster: “*Shokanron*” formulas were used almost without exception; the **DO, mysterious** cluster took the widest variety of formulas—for example including *Boiogito, Mokuboito, and Hyakugohkokinto* (図 22).

The tally of variety of formula required for the “medicine chest for central London” shows for Pain, 4 formulas would be adequate; for Stress/ metabolism about 11; for Viral 10 or so; and for the DO mysterious illnesses approximately 14, bringing the total to around 40 formulas. As a comment, the DO category had the widest variety of formula but was not the highest number of referrals.

The next slides show a comparison of our work in Kampo UK—situated at the Cavendish Health Centre—with a similar NHS complementary health clinic—Westminster Complementary Health Project(the Westminster)—also in central London, a few blocks away. Kampo UK receives referral from 5 GPs who may send any patient; there is no limit on the referral conditions. The treatment, however, is limited

– either acupuncture or Kampo depending on patient choice or doctor's recommendations.

The Westminster Complementary Health Project at first glance seems to be very similar, with 5 therapies: acupuncture, massage, homeopathy, stress management, osteopathy. The referral conditions are limited to certain disease patterns: dyspepsia, migraines, insomnia, joint pain, back pain; and some could be diagnosed as metabolic. A respective study of referral patterns, *Integrating Complementary Medicine into London's National Health Service, a Review of Our First 5 Years*, by Dr Alice Fraser, is presented in the Poster Session displayed in an adjacent building. Despite the wide remit of conditions that can be received, most of the referrals coming into this unit were for pain exclusively, and mainly for one kind of pain – musculoskeletal pain. Over 900 referrals were made and very few were for anything other than pain.

By comparison, the Kampo UK clinic treats a much wider array of illnesses. This could show the value of adding Kampo into a complementary medicine therapy team, although more and further studies could confirm this (図 23).

This is the end of the quantitative part of the introduction to Kampo UK, which was an analysis by retrospective file review. The final section is qualitative study from structured interviews with the 5 doctors who refer patients into Kampo UK. Their photos appear in the slide presentations, and their responses to 3 questions are shown in columns:

1. The first is: what motivates you to refer to Kampo UK?
2. What would you suggest as improvements to the system?
3. What is the value to the doctor and to the health service?

These slides are rather information-dense; for clarity each color band represents a just one doctor's view. There is an accompanying text in Japanese; I hope you can see clearly. I'll read aloud several highlights to question 1, about why referrals are made: *When Conventional (Western) Medicine has failed this patient, and there is nothing to offer; I try Kampo;* and *Well, the patients are likely to choose Kampo because it has positive non-medical associations;* and *When there is a psychological overlay to a functional disorder, and no cause can be found;* then *When there is no clear target;* and, *There is more than one thing going on, I do not know which one to treat; let us try Kampo;* or, *There is no serious illness but the patient seems to be suffering terribly; let us try Kampo;* and, *What does Kampo make of this disease; it looks very confusing to me;* there are a few direct associations: *Kampo is good for young girls with mood swings.. for infertility..* .. And on it goes, demonstrating that patients are being sent for Kampo because GPs perceive a real need in primary care for this kind of alternative treatment (図 24).

Question 2 posed: what changes would you like to see? The intention of Question 2 is to allow for complaints about Kampo; we expected to have some of the complaints typically associated with TCM boiled medicine outlets which are widespread in London, such as – side effects, diarrhea, abdominal pain, bad taste, high expense. The GPs did

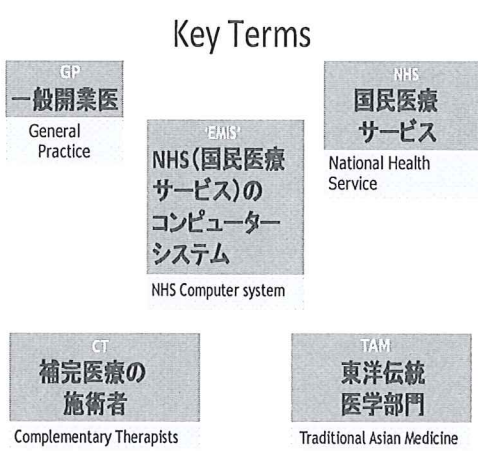
not cite any of those as complaints. Here is a brief overview. First, *The Kampo treatment room needs wheelchair access;* and, *More science is always good;* then, *Clinicians need to have more discussions;* and, *I'd like to know more about Kampo;* records note *the tongue coat is furry, the pulse is weak and rapid or the person is full of water...*, *what do these signify?;* another asks: *Can we offer the formula for free, under the NHS?;* and, *We need more meetings with feedback from the practitioner to review all patients, successful and unsuccessful.* There were no adverse incidents reported (図 25). 有害事例は一つも報告されていない。

Our final question GPs were asked to state a benefit to the health service or to themselves as a gatekeeper to NHS services, the replies were: *When bio-medicine is failing, we got to Kampo;* and, *It saves us money, we do not have to send people away to expensive doctors;* and, *it is useful for chronic conditions;* or, *it is another string in the bow (an additional skill);* then, *it is valued by the patients, it helps the doctor himself;* then, *it is alternative route for patients;* and, *Kampo is enhancing the health service and cutting down on costs;* finally, *it is a good option* (図 26).

Thank you for listening to this broad overview of the work of Kampo UK. We will respond to your questions at the end of this session.

慢性疾患の治療には漢方薬を加えると、より効果的です。英国の経験では、約 40 種類の漢方薬でほとんどプライマリ・ケアに対応できます。このようにプライマリ・ケアに漢方薬を取り入れるためには、まず、費用対効果のデータを蓄積すること。2 番、トレーニングを受けた漢方薬専門家の養成と確保。3 番、開業医の漢方医学への理解を深める。4 番、長期的には医学生へ漢方教育を行う。以上が必要と考えられます。

日本語訳は UCL のタジマヒカルさんに協力をいただきました。あと、スライドショーは、ブランドフォード・アンさんとディソレアーノ・エセバラさんの協力をいただきました (拍手)。



Key Terms

- GP 一般開業医 General Practice
- NHS 国民医療サービス National Health Service
- NHS (国民医療サービスの) コンピューターシステム NHS Computer system
- CT 補完医療の施術者 Complementary Therapists
- TAM 東洋伝統医学部門 Traditional Asian Medicine

Questions 質問	1. What kinds of conditions will GPs refer?	2. What formula should be in the "Kampo medicine chest" for a practice in Central London?	3. What is the value of the Kampo practice to the GPs who refer patients?
	1. GPはどのような症状において照会するのか?	2. ロンドン中心部での診療で「漢方治療棚」に入るべき処方は何か?	3. 患者を照会するGPにとっての漢方の価値とは?
Methods of investigation 調査方法	Retrospective file review 後ろ向き調査	Retrospective file review 後ろ向き調査	Structured Interview 構造的インタビュー

図 19
図 20

Suggested TAM Referral code TAMへの紹介コード	Pain 痛み	Stress ストレス	Viral 感染性疾患	DO (Diagnostic/Observation) DO(診断上の所見)
Conditions Included 含まれる疾患	Neck pain, Joint pain 首の痛み、関節痛	Menstruation disorders 生理に関する症状	Frequent colds & flu 頻繁な風邪や流感	Tired all the time (TATT) 慢性疲労症候群
	Sciatica 坐骨神経痛	Insomnia 不眠症	Asthma ぜんそく	(God only knows) GOX 診断不能
	Bowel; stomach pain, post-surgical pain 胃腸の痛み、手術後の痛み	IBS, infertility 過敏性腸症候群、不妊症	Skin problems, Inflammatory conditions 皮膚疾患、炎症性疾患	Bleeding tongue, restless legs, 舌の出血、下肢静止不能症候群
	Neurasthenia 神経衰弱症	Childhood growth problems 発育障害	Childhood fevers 子どもの発熱	Illness following splenectomy 脾臓摘出後の症状

図21

.Pain 痛み	Stress ストレス	Viral 感染性疾患	DO 診断/所見	Total 全体
13	27	21	13	74
17.5%	28.5%	36.5%	17.5%	100%

Referral code 紹介コード	Pain 痛み	Stress ストレス	Viral 感染性疾患	DO
Sample Formula 処方例	桂枝加芍薬湯	小柴胡湯	猪苓湯	百合固金湯
	芍薬甘草湯	柴胡桂枝乾姜湯	五苓散	木防己湯
	大建中湯	当帰芍薬散	小青竜湯	変製心気飲
	安中散	炙甘草湯		温経湯
Sample Total=39 (Full list is available)	4	11	10	14

図22

Cavendish Health Centre 6 GPs, one surgery カベンディッシュヘルスセンター 6人のGP、1つの病院	Westminster PCT Project; all surgeries in the locality ウェストミンスターPCTプロジェクト; 地域の全ての病院
Categories accepted: 認められているカテゴリー	Categories accepted: 認められているカテゴリー
Unlimited 制限なし	Backache, unspecified 原因不明の腰痛、背中の痛み Dyspepsia 消化不良症 Tension headache 緊張性頭痛 Insomnia 不眠症 Menstruation disorders 生理に伴う症状 Classic migraine 偏頭痛
Treatment: TAM (acupuncture and Kampo) 治療方法: 東洋伝統医学 (鍼、漢方)	Treatment: Osteopathy, acupuncture, stressmanagement, homeopathy, massage 治療方法: オステオパシー、鍼、ストレスマネジメント、ホメオパシー、マッサージ
Common referrals: wide range of complex conditions よく紹介される症状: 幅広い複雑化した疾患	Common referrals: back pain, neck pain, knee pain よく紹介される症状: 腰痛、首の痛み、膝の痛み

図23

patients who feel as though conventional medicine doesn't have much to offer them or is failing them. 従来の治療ではあまり選択肢がないように感じていたり、またその効果が機能していないと感じている患者	psychological overlay to a functional disorder, no cause can be found; 機能的疾患と心理的負荷が重ねあわされている時や何の原因も見つけられない時	patients with more than one issue. 複数の問題を抱える患者 those not seriously ill but suffering & I have little to offer. 深刻な病気ではないものの苦しんでおり、治療の余地があまりないとき。 "let's see what TAM makes of it." 「TAMがどう判断するか見てみよう」 It is a different kind of diagnosis. 違った種類の診断の仕方であるということ。	headaches, 頭痛や gyno problems; 婦人科系疾患 good for young girls with mood swings, 気分変動がある若い女性にも適している Infertility, 不妊治療にも。	Headaches, 頭痛 IBS, menstruation, 過敏性腸症候群、月経障害 Children's problems, 子どもにまつわる問題 stress, ストレス insomnia, 不眠症 GOK(God Only Knows) disorders, 原因不明の症状 Ones we're not helping. 私達の治療では助けられない事例。
--	---	---	---	--

図24

Accessibility; アクセスのしやすさ to increase より科学的に wheel-chair usage to the TAM. TAMへの車椅子の利用	More science is always good. より科学的になることはいいつも賢明だ。	More discussions. より多くの議論。 TAM diagnostic patters are intriguing; "furry tongue or pulse weak and rapid, or full of water is the basis for these complaints". TAMの診断パターンは不思議で興味深い。「舌苔が厚い」「脈が弱い、あるいは速い」「水毒が3つの病状のもととなっている」など	A regular meeting with practitioner to review all patients both successful and not successful. 有効、無効を含め全ての患者を対象にした定期的な施術者との検討会。	Free medication. 薬の無料化 More feedback covering effectiveness, satisfaction, health gain. 効果、満足度、健康状態の向上に関するフィードバック
---	--	---	---	--

図25

beneficial; 利益がある; TAM provides an option for patients and GPs who feel conventional medicine is failing. TAMは、従来の治療では対応しきれないと感じる患者とGPに別の選択肢を与えてくれる。	more therapeutic options, 治療の選択肢の幅を広げてくれる TAM saves on referrals outside the surgery. TAMは院外への照会を少なくしている。 It gives the GPs time; in chronic conditions it helps patients to cope. TAMはGPに時間を与えてくれる; 患者が慢性疾患に対応しやすくしてくれる。	Another string in the bow to offer patients. 患者に提供できる「第二の策」 Helpful to GP and valued by patients. GPにとって助けになり、患者に評価されている。	An alternative route for patients & doctors not widely available in the NHS. NHSでは広く利用出来ない、患者と医師にとっての代替手段。 It is enhancing the NHS, reducing costs. NHSによる治療を強化し、コストを抑えている。	An additional therapeutic option. 治療のもうひとつの選択肢。 Health gains. 健康状態の向上。 Reduced GP workload GPにとつての負担の軽減。 Brings TAM perspective into our surgery 東洋伝統医学的視点をごの医院にもたらししてくれる。
--	--	---	---	--

図26

(Plotnikoff) Soriano 先生、どうもありがとうございました。イギリスでの漢方の状況が、よく分かると思います。どうもありがとうございました。

(Sakiyama) それでは、続きまして、Penny George Institute for Health and Healing のメディカルディレクター、かつ慶應大学の客員助教授で、日本語で多くの論文を書かれております Plotnikoff 先生から講演いただきます。先生、よろしくお願いいたします。

2009 Update on Integrative Medicine in the United States

Gregory A. Plotnikoff, MD, MTS, FACP (Medical Director, Penny George Institute for Health and Healing, USA)

(Plotnikoff) 皆さん、こんにちは。Plotnikoff ですが、どうぞよろしくお願いいたします。ここにいることは大変名誉だと思っています。

主題として、アメリカの統合医療の新しい考え方を話します。そして、漢方の状況も話したいと思います。その話をする時にまず大きい問題は、アメリカの健康システムの問題です。次に慢性の病気がある人が、国の医療費の 75%以上を消費していることです。慢性の病気はライフスタイルを改善することで、大きく効果を得ることができます。3 番目は、4 年間で保険が十分支払えない人が 60%増えた点です。4 番目は、お年寄りの 3 分の 1 以上の人で医療費の支払いに問題があります (図 27)。

漢方が普及する機会についてですが、キーポイントとして、アメリカの現状から見ると、考え方と医療の方法を完全に改めることが必要とされます。漢方の考え方が普及する機会があるかどうかもう一度検討しましょう。現在、システムが二つあると思います。現代のコンベンショナルな西洋と、統合医療では考え方がとても違うと思います。即ち、前者と後者では事後対策や事前対策、断続的または連続的病気の視点、あるいは癒しと予防の視点、発見して治すか、リスクを前もって認めて施策するなどです。そして、前者は医師の力が、後者は患者さんの力が主であり、個人の力とグループでの力があると思います。目標は、積極的に取り組んでいる患者さんです。本当に積極的に取り組んでいる患者さんのイメージは、どちらでしょうか? (図 28)

統合医療への取り組みの意味は三つあると思います。第一は、患者さんを中心に考えたケアだと思います。2 番目、予防医療と生活改善医療だと思います。3 番目、患者さんの身体および精神に心を向けることだと思います。この視点で漢方薬の普及する機会があると分かります (図 29)。

今年 2 月に、アメリカの National Academy of Sciences、国立科学研究所、Institute of Medicine、医学研究院の大きい会議があって、実に 600 人の統合医療のリーダーを集めて、統合医療の将来を 3 時間話しました。それから定義ができました。

まず、病院と外来のクリティカル・パスウェイズに入れます。2 番目、患者さんが自然治療力を発見して、そして、それを発展させる。要するに、発見、発展させる。でも、ほかの考え方や統合医療の定義、これは、何でもないことです。

大事なポイントは、薬を生薬またはサプリメントへ取り替えることではない。次に、物理療法を追加するという事ではない。ホリスティックの考え方がとても大事だと思います (図 30)。

慶應大学で 5 年間漢方を勉強して、それから、ミネソタ州の Penny George Institute for Health and Healing に行きました。この病院はミネソタで一番いい病院だと思います。大きいですよ。600 部屋があって、3,000 人以上の看護師がいます。そこで、パーソナルヘルスプランをたてます (図 31)。このプログラムにはいろいろな部署があって、例えば、病院の相談チーム、外来の相談チーム、フィットネスセンターの相談チーム、そして、研究のチームがあります。この病院では、統合医療の治療があって、例えば、鍼灸、マッサージ、アロマセラピー、ハンドセラピー、音楽セラピーなどなどがあります。そこで治療を行うセラピストを含む 22 人のスタッフがいます。

こちらはバーバラ・デッカーさんです。そして、リフレクソロジーのセラピストのトニー・ベイルサーさんです。こちらは、心療科の看護師のスー・パーカーさんです。この相談はたくさんしています。現在、本当に 5 万 5,000 件以上の相談が既にあり、私たちのチームのメンバーが入院患者の元へ行き、臨床統合医療を行っています。

例えば、看護師はマッサージをしています。そして、マッサージ・セラピストのジュリー・レグさんは、多分、guided imagery を指導しています。それぞれのチームのメンバーは cross training しており、いろいろな治療ができます。

医師または看護師から相談要請を受けて、患者さんを診察して治療します。なぜ臨床統合医療を行うのでしょうか。患者さんには、痛み、吐き気、不安感などの心配事がある状態だからです。それらをスコア化しています。それから、いろいろな分野、心療科と脳外科などと痛みの相談をして、再びスコア化します。実に 30% の人は痛みのスコアが、相談の後、ゼロになります。心配のスコアも集計し、いい結果が出ています。

次のプロジェクトは、入院前のプレパレーションのプログラムをしています。それから、観察、または、乳癌の手術の前に病院へ行って、特別なプログラムをしています。栄養の評価と運動の評価をしています。そして、いろいろな補充をして、マインド・ボディ・コントロールの技術を決めます。例えば、いろいろな癒しのイメージの指導などです。

外来では、こちらで毎日患者さんを診ています。このチームは 25 人のセラピストがいて、例えば、鍼灸とマッサージとバイオフィードバックとアーユルヴェーダという伝統的なセラピストや、ヨガ、メディカルヨガなどのセラピストもいます。目的は、パーソナル・ヘルス・プランを立てることです。

最後のポイントとして、新しい考え方のプログラムの説明をさせてください。Resilience Training というプログラムは、要するに、慢性のうつ病の回復力のプログラムです。内容は栄養の評価と運動評価、そして、精神科医の評価。内容と運動とマインド・ボディと、Cognitive Behavioral Therapy を 8 週間、週に 1 度、2 時間半、グループで行います (図 32, 33)。

このプログラムの後で病気の、要するにうつ病のスコアは、例えば、PHQ-9、または、State-Trait Anxiety、または、Perceived Stress Score というアンケートまたは調査で、スコアは 13 から、プログラムの後で 4.5 になり、本当に良くなっています。いい結果が続いています。8 週間後も同じスコアです。そのプログラムに薬は全然使いませんでした。本当に一切ありません。この考え方はとても大事だと思います (図 34)。

漢方を使用する機会については、別の機会に話したいと思います。

ご清聴、どうもありがとうございました (拍手)。

America's Challenges

1. 慢性の病気がある人は国の医療費の75%以上を消費している。
2. ライフスタイルと生活習慣をよくすることで慢性の病気は大きく効果を得ることが出来る。
3. 2003年から2007年までで保険が十分ではない人は60%増えた。
4. お年寄りの3分の1以上の人の医療費の支払いの問題がある。

図27

統合医療は新しい視点

- | 現代 | 統合 |
|----------|----------------|
| ▪ 事後対策 | ▪ 事前対策 |
| ▪ 断続的 | ▪ 連続的 |
| ▪ 病気の視点 | ▪ 癒しと予防の視点 |
| ▪ 発見して直す | ▪ リスクを認めて小さくする |
| ▪ 意志の力 | ▪ 個人又はグループの力 |

(積極的に取り組んでいる患者さん)

図28

統合医療への取り組みの意味

1. 患者さんを中心に考えたケア
2. 予防医療と生活改善医療
3. 患者さんの身体及び精神に心を向ける

図29

統合医療の定義

- A.これはなんですか？
- A-1. 病院と外来のクリタカルパスウェイに含む。
- A-2. 患者さんが先天的な自然治癒力を発見してそしてそれを発展させる。
- B.大事なポイントは？
- B-1. 薬を生薬又はサプリメントへ取り替えることではない。
- B-2. 物理療法を追加するということではない。

図30

Personal Health Plan

- Personalized Health Status
現在の健康の状態
- Risk Assessment
リスクの評価
- Risk Tracking
リスクを注意深く見る
- Wellness Plan
良い健康状態を保つための計画
- Therapeutic Plan
医療計画

図31

Resilience Training

- 慢性のうつ病の回復力のプログラム
- 栄養評価、運動評価、精神科医評価
- 栄養、運動、Mind-Body, CBT
- 8週間、週に一度、2.5時間、グループ

図32

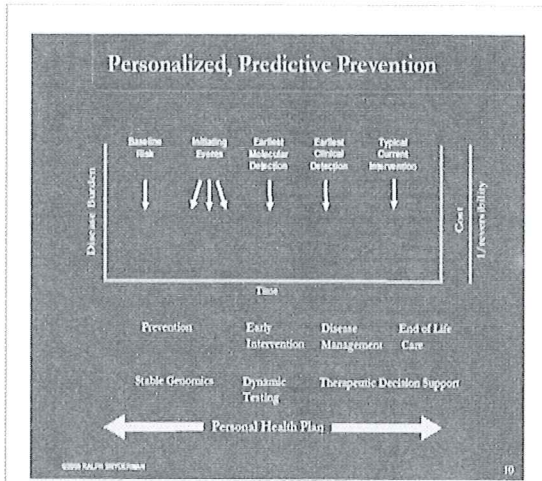


図 33

Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public

1. ライフスタイルを改良することで、慢性の病気の進行が逆になり、時々完全に治療します。
2. 遺伝は運命的なものではありません。
3. 医師の報酬の制度が改善されなければなりません。
4. EBMは支持されている標準てきなものであるだけです。
5. 大きな全体のシステムのRCTをしなければなりません。

図 34

(Sakiyama) Plotnikoff 先生、どうもありがとうございました。アメリカの医療情報、特に慢性疾患に占める費用の割合が 65% と非常に高いということですね。時間が足りなくて漢方の話が聞けなかったのがちょっと残念ですけれども、別の機会ということをお願いしたいと思います。

それでは、中国から Huang Huang 先生。先生はもう既に東洋医学会で何度もお話ししていただいております。抄録に紹介は詳細に記載されておりますので略させていただきますが、日本語で『漢方十大類方』あるいは『張仲景 50 味薬証』等、多くの著作がございます。Huang Huang 先生、よろしくお願いたします (拍手)。

Advantage and Drawbacks of Japanese Kampo (Han Fang Medicine) Huang Huang (Nanjing University of Chinese Medicine, China)

(Huang) 今日は日本漢方医学の長所と短所についてお話しさせていただきます。

漢方は漢字や漢語などと同様に中国の特色を有する文化の一つであります。唐代に東方へ伝わり始めた漢方は、日本という土地で絶え間ない発展を続け、現在まさに鮮明な学術的な特徴を持つ日本漢方となりました。吉益東洞から大塚敬節先生へ、浅田宗伯から細野史郎先生へ、丹波元簡から森立之先生へと、多くの優れた漢方学者の英知が結集し、壮大かつ精微な漢方医学が築かれたのです。日本漢方の特色と優れた点は、日本の漢方医のみが発展させるべきものではなく、中国の中医者にとっても学習し参考にすべきものであります (図 35)。

日本漢方の長所については、まず日本漢方は実用性が高い。それは二つの点に表れています。1 点目は、方剤を重視する点です。吉益東洞は「医の核たるや方これのみ」と明確に指摘しています。処方古代医家たちによる天然薬物の使用研究の結晶であり、治療の知恵が内在し、何より漢方医学の核心部分であります。現在、日本で国民医療保険が適用される 233 種類の漢方製剤は、まさに漢方の精華であります。

2 点目は、方証を重視する点であります。方証は症状ではなくて、それは要薬の指標、根拠です。実用性が極めて高く、方証が相応すると効果が得られます。方意をあいまいに

せず、明確な規範である方証を重視するのは、これはまさに日本漢方が本質を求めるといふことの表れです。

また、日本漢方は、客観性が強い。腹診および体質観は日本漢方の最も魅力的な部分です。吉益東洞が創設した腹診法は、湯本求真らの近代漢方家が発展させ完成し、古方の方証識別において、欠くべからざる診察手段となりました。また、森道伯による一貫堂の体質学説も、その極めて強い客観性によって臨床医師に受け入れられています。また、多くの日本の漢方医家が、心理面からも方証と体質の鑑別を行っていることは、臨床の上で大変意義があります。

日本漢方の文献は信頼性が高い。湯本求真先生の『皇漢医学』や、矢数道明先生の『漢方治療百話』は、文章が確実で無駄がなく、多くの経験は後人にとっても非常に実用的で、繰り返し伝授をされるべきであります。「漢方の臨床」などの漢方雑誌には多くの症例報告があり、それらは実際の資料に忠実で、記載は詳細であり、治療後の効果が確実です。

また、日本漢方と現代医学の結合は、ある程度緊密で現代的であります。同時に日本漢方は、製剤の現代化や生薬の使用量の規制を重視し、基準の作成という点では大変に優れています。漢方の国際化が進む中で、日本漢方は極めて進んでいるといえるでしょう。

しかしながら、日本漢方には欠点があることも認めざるを得ません (図 36)。その欠点としては、第 1 に加減が不便であります。日本漢方の発展は顆粒製剤によるところが大きい。このため、方剤中の薬療の増減や薬味の加減は制限されます。このことは結局、単味薬物の研究にも影響しています。特に薬証の研究は深まらず、日本漢方は方剤を重視し、薬味、特に単味を軽視する被害的状况に至っています。そのため、伝統的な湯液の伝承と研究が更に注視されるべきです。

第 2 に、有毒生薬の利用に関して過剰に慎重であります。できる限り安全な用薬を考えるあまり、日本では馬錢子、巴豆、甘遂、斑蝥などの有毒生薬は使用されない。薬性が比較的明らかな附子、麻黄、甘草でさえ非常に慎重に扱われ、甚だしきは、小柴胡湯に対する恐怖心まで存在する。それはあまり良くない。こういった心理は改めるべきです。中国の昔の言葉では、「薬の 3 割は毒でも」ともいわれています。有毒生薬の使用は往々にして重病、難病に打ち勝つための手段の一つです。漢方の発展には、有毒生薬もおろそかにできない。重要なのは、中医学は理、法、方、薬ですが、理にかなった応用であります。

第 3 に、発展力の不足です。20 世紀の中ごろはまさに日本漢方の隆盛期です。大塚敬節、矢数道明、細野史郎、龍野一雄、奥田謙蔵ら、優れた漢方家が名を連ねた。日本漢方界は古方の応用、方証研究、現代薬理、文献研究、体系改革など、各方面で誇るべき成果を収めてきました。

ところが、ここ数年来、日本漢方界では新しい学説が乏しく、経験が蓄積されても重大な突破口が見いだせない。漢方界の内部では思想的にやや混乱も見られて、日本漢方の特質が鈍化する印が伺えます。

第 4、国外との交流が閉塞であります。日中張仲景学術検討会は過去 3 回ほど開かれたが、3 回目以降、既に 20 年が経過しています。日本の漢方医家は国際的に日本漢方を広める動きが少なく、中国の経方医家との交流も極めてまれです。吉益東洞、湯本求真、大塚敬節、矢数道明を除いては、数多くいる日本の漢方の大家の話を中国で聞くことはありません。

また、中国の多くの経方による著作や医案が日本で出版されたり伝播されることもない。

経方とは喧伝の処方で、漢時代、『傷寒論』『金匱要略』、つまり、張仲景医学を中心とする医学です。中国の古方と呼ばれます。

清の時代の喻嘉言、舒馳遠、柯韻伯、徐靈胎、陳修園、鄭欽安ら、明国時代の曹穎甫、陳伯壇、范文虎、祝味菊ら、現代の北京の胡希恕、岳美中、劉渡舟など、南京の葉橘泉、雲南の呉佩衡、四川の范中林らは、優れた経方家で漢方医学の重鎮であった。残念なのは、以上の大家はもう死去しました。

日中の青年医師たちは、両国の漢方医学の歴史についてはあまり知識がない。これは大変憂うべきことであります。伝統医学は歴史が分かなければ勉強はできない。けれども、両国のそれについての交流も少ないです。

私の提言ですが、張仲景の医学は漢方医学を代表するものであり、伝統医学の神髄です。その体系の厳密性と再現性は、国際化する医学の基礎であり上限です。漢方医学体系を発展させ完全なものにするには、中国や日本を含め、世界の中の有志者が共に力を合わせていくことが必要です。そして、日中両国間（図 37）の協力や交流は早急に必要であり、最も具現性の高いことであります。なぜかという、これは両国間の文化が根を同じくし、漢方医学の交流が悠久の歴史を持ち、両国国民が深く漢方医学の基礎を共有しているためです。われわれは、日中両国の漢方医学の手を取り合い、漢方医学の機運を再び高めてくれることを希望しています（図 38）。

ご清聴、ありがとうございました（拍手）。

（中国語原文）

汉方，与汉字、汉语一样，是中国特色的文化之一。从唐代开始东传的汉方，在日本这块土地上不断发展，至今已经形成了学术特色鲜明的日本汉方。从吉益东洞到大塚敬节，从浅田宗伯到细野史郎，从丹波元简到森立之，一大批日本汉方学者以其聪明才智，共同构筑起了精美的汉方医学大厦。日本汉方的特色和优势，不仅日本汉方医者要继承发扬，中国汉方医者也需要学习和借鉴。

日本汉方实用性强。其表现有二，一是重视方剂。吉益东洞明确指出：医之学，方也。复方是古代医家使用天然药物的经验结晶，是治病智慧的所在，更是汉方医学的核心内容。当今进入日本国民医疗保险的 233 种汉方制剂，就是汉方中的精华。二是重视方证。方证是临床用药的目标，实用性极高，方证相应就能取效。没有纠缠于笼统浮泛的方义，而着力于明确规范的方证，这正是日本汉方的求实之处。

日本汉方的客观性强。腹诊和体质是日本汉方最有魅力的部分。吉益东洞开创的腹诊法，经过汤本求真等近代汉方家的充实完善，已经成为经方方证识别中不可缺乏的诊察手段。森道伯一贯堂的体质学说，也以其极强的客观性，为临床医生所接受。许多日本汉方家从心理行为特征上对方证体质的鉴别，也很有临床意义。

日本汉方文献的可信度大。无论是汤本求真的《皇汉医学》，还是矢数道明先生的《汉方治疗百话》，文风朴实，没有空话，许多经验非常实际，可以重复，可以传承。《汉方临床》等汉方杂志上登载的不少报道，忠于临床事实，有的虽为个案，但记载详细，前后对比疗效确实。

日本汉方与现代医学的结合比较紧密，有现代感。同时，日本汉方重视制剂的现代化，重视汉方药物的质量控制，在规范化建设上是一流的。可以认为，在汉方国际化的进程中，日本汉方极有可能捷足先登。

不可否认，日本汉方也有一些不足之处。

第一，加减不便。由于日本汉方推广成方颗粒制剂，由此限制了方剂药味的加减以及药量的增损，久而久之，也影响了日本汉方对单味药物的研究。特别是药证的研究不深入，这容易使日本汉方酿成有方无药的弊病。因此，传统汤剂的传承和研究，应该引起重视。

第二，毒药的应用过于谨慎。可能是出于安全用药的考虑，日本汉方不仅不用马钱子、巴豆、甘遂、斑蝥等毒药，就是对药性比较明显的附子、麻黄、甘草也十分谨慎，甚至对小柴胡汤也心存恐惧。这种心理需要调整。是药三分毒。有毒药的使用，往往是攻克重病难病的途径之一。要发展汉方，毒药不能偏废，关键是合理应用。

第三，发展乏力。应该说，上个世纪的中叶，是日本汉方的鼎盛时期，大塚敬节、矢数道明、细野史郎、龙野一郎、奥田谦藏等均是那个时期的佼佼者。日本汉方在古方今用、方证研究、现代药理、文献研究、剂型改革等方面，都取得了骄人的成果。但是，这些年来，日本汉方缺乏新的学说，经验积累没有重大突破，而汉方界内部思想也比较混乱，日本汉方的特质有被钝化的迹象。

第四，与国外的交流闭塞。中日张仲景学术研讨会仅仅举办了三次，便关上了交流的大门，已经是持续近二十年的沉寂。日本汉方医家很少向国际上推广日本汉方，与中国经方医家的交流也极其稀少。除吉益东洞、汤本求真、大塚敬节、矢数道明外，大多数日本汉方大家在中国几乎毫无声息。而中国许多经方家的著作及医案，在日本也没有得到出版和传播。许多中日两国青年医生对两国汉方医学历史的知晓程度极低。这种局面是令人担忧的。

以张仲景医学为代表的汉方医学，是人类传统医学中的精华。其体系的严密性、可重复性是其国际化的医学的基础和条件。而汉方医学体系的发展和完善，需要包括中国日本在内的全球有志者的共同参与与合作，而开展中日两国间的合作与交流，在当前更迫切，也最具可行性。这是与两国之间文化的同根、汉方医学交流历史悠久、两国国民具有深厚汉方医学基础有关。我们希望中日两国汉方医家联手，重振汉方医学雄风。

日本漢方の特色と優れた点

1. 実用性が高い
2. 客観性が強い
3. 文献は信頼性が高い
4. 現代医学の結合はある程度緊密で、現代的である

図 35

日本漢方の欠点

1. 加減が不便である
2. 有毒生薬の利用に関して過度に慎重である
3. 発展力が不足である
4. 国外との交流が閉塞的である

図 36

提言

1. 張仲景の医学は漢方医学を代表するものであり、伝統医学の真髄である。その体系の厳密性と再現性は国際化する医学の基礎であり条件である。漢方医学体系を発展させ完全なものにするには中国や日本を含め世界中の有志者がともに力を合わせていく必要がある。

図 37

提言

2. そして日中両国間の協力や交流は、早急に必要であり、最も具現性の高いことである。これは、両国間の文化が根を同じくし、漢方医学の交流が悠久の歴史を持ち、両国国民が深く漢方医学の基礎を共有しているためである。我々は日中両国の漢方医家が手を取り合い、漢方医学の気運を再び高めてくれることを希望している。

図 38

(Sakiyama) Huang 先生、大変素晴らしいご講演をありがとうございました。素晴らしい提言もいただきました。

続きまして、韓国から Min 先生のご講演を伺いたいと思います。Min 先生は、大塚先生、高木先生が編集された『漢方医学を学ぶ人のために』を韓国語に訳されまして、非常に評判が良かったとお聞きしております。よろしく願いいたします。

Contemporary evidence based acupuncture researches in Japan and Korea

Byung-Il Min (Department of East-Medicine, Graduate School of Kyung Hee University, Seoul, Korea)

(Min) 皆さん、こんばんは。まず、Sakiyama 先生、ご親切な紹介をありがとうございます。それから、この立派な大会に招待してくれました日本東洋医学会、石野先生、それから、大会長の石川先生にもお礼を申し上げます。

今日の僕の話は、主に日本と韓国の鍼の研究がどうなっているかということなのですが、あまりにもこれだけだと面白くなさそうなので、こういう話も入れていきます。

まずは日本の東洋医学、和漢医学と、僕のかかわりはどのようになっているかということです。それから、日本の東洋医学と韓国の東洋医学はどのように違うかということをお話した後で、鍼の研究に対してお話をしたいと思います。

僕が最初に日本を訪ねたのは、1979 年 2 月でした。そのとき僕は既に韓国で韓医学大学を卒業して、それから、また医学部の学生の時でした。医学部の本科 3 年生のとき、裴元植先生の薦めで、岩手医大歯学部薬理の伊藤忠信先生のところでちょっと共同研究みたいなことをやればどうかという話で、岩手医大に行くことになりました。

そのとき全く日本語ができなくて、仕方なくて今、教授になりましたが、そのときは慶熙大学韓医学部の学生だった金成俊教授、彼と一緒に盛岡に行きました。金成俊先生は北里東洋医学総合研究所を経て、今は横浜薬科大学の立派な教授になりました。

そのとき研究をさせてもらったのは、八味地黄丸の毒性研究というものなのですが、僕は医学部の学生で、もちろん漢方医学部を卒業して韓医者としての免許は持っていますけれども、研究はあまりやったことがないので、伊藤先生が、「いやあ、もう餌を与えたらいいんじゃないの」ということで、この薬の入った餌を朝と夕方の 2 回あげるだけでした。そのほかにはぶらぶらいろいろなところに行って日本語の勉強をしたり、日本語の歌を習ったりしました。何もしていません。たった 1 カ月でした。

しかし、そのおかげで、1985 年、僕が既に医者になって大学病院で勤めていたとき、裴元植先生から、日本に行ってまた勉強する気はないかということをお聞かれて、そのとき非常に心身医学に興味がありまして、九州大学の心療内科に入ることになりました。

皆さんよくご存じのように、池見酉次郎先生、日本の心身医学を始めた先生です。日本の心身医学の中心はやはり漢方医学だというほど、漢方医学をものすごく強調した先生で、それで、心療内科に入ることができました。当時既に池見先生は定年で、中川哲也先生が教授になり、中川教授の指導を受けました。それから、九大では博士を取るためには、必ず基礎の方に行って共同研究をしないと行けないという規則があります。当時、九大の生理学には大村裕先生と言う脳研究で有名な先生がおられたので、生理学に行って、視床下部の中でも食欲に関する研究をやり、幸い博士号を取ることができました。5 年かかりま

した。

そのとき、久保千春先生と付き合うことができまして、それからアジア心身医学会と世界心身医学会を彼と一緒にやっております。2005 年には神戸で第 18 回の世界心身医学会を久保先生が主催しまして、2011 年には韓国で、僕が世界心身医学会を主催することになりました。本当に九大の心療内科のおかげで、僕も心身医学を学ぶことができ、その中でやはり東洋医学が重要だということが、良く分かりました。

博士号を取ってから、アメリカのテネシー大学の医学部に行ってポスドクをやり、それから自分の母校に帰りました。一応生理学に属して、神経生理を教えながら 1996 年に慶熙大学大学院、学科間協同課程東西医学科というものを作りました。これを作りまして、なるべく日本の優秀な先生をお招きして客員教授にいたしました。丁宗鉄先生、寺澤先生、今はもう亡くなられました武重先生、戸田一雄先生を呼んで、学生に講義をしたり、ディスカッションしたりしてもらいました。それが、また日本の和漢医学とのかかわりになりました。

日本と韓国の東洋医学の違いは何かというと、大概是皆さんご存じだと思いますが、韓国では公式医学としては漢方も入っているのです。だから、法律によって医者と韓医者があって、これは中国の「漢」ではない、コリアンの「韓」で traditional Korean Medical Doctor ですね。だけど、日本では明治時代にもう漢方のことをなくして、今はこういうメディカルドクター、医者になっている状況ですね。これが大きい違いとなります。

それから、漢方を専門にする人を教育したり、トレーニングするシステムもやはり違うわけですね。日本の場合は一応 80 校の医学部の学生が、まず医者になり、それから、日本東洋医学会に入って漢方の勉強をするわけです。その後で医者としての漢方専門になります。基本的に医者が漢方をやっていることになります。

しかし、韓国の場合は違います。韓国は 12 校に漢方医学、韓医学部があります (図 39)。もちろん医学部もあります。医学部は 41 校あります。これはもう完全に別々なのです。医学部では医者を養成し、漢方医学部では韓医者だけ養成することになっています。この医者と韓医者の関係は、あまり良くないのです。お互いにいろいろ言っています。詳しいことはここでは言い難い位の事情もあります。

次に、よく使う処方ですが、やはり日本は『傷寒論』を中心にした古方をよく使っている。だけど、韓国の場合は、古方の外、後世方とか四象方とかいろいろなことを使う点がちょっと違うのです。

更に鍼灸のことですが、日本の医者の場合はどうしても鍼灸よりは薬をよく使う。鍼灸する医者は数が少ない。研究する人もちょっと少ない。その代わりに、日本では鍼灸大学とか鍼灸専門学校というものがあまして、ここで鍼灸師を養成しております。しかし、韓国ではそれは全くありません。1960 年以来、鍼灸師はいなくなりました。それで、漢方の医師がみんな鍼灸をやっております。漢方の医師は漢方の薬と、鍼灸を全部やるのが法律で決まっています。だから、もし西洋の医師が鍼灸を使ったり、漢方の薬を使ったら法律違反になります。これはお互いにちょっと厳しいです。

韓国は 12 校に漢方医学部がある。日本の場合は、日本東洋医学会を通してそういう漢方の専門家になります。

今日のメイントークになりますけれども、鍼の研究はどうなっているかということをも日本と韓国の現代の現況を中心にちょっと調べてみました。

その目的として、まずインターナショナル・ジャーナルに鍼の研究をどのくらいお互いに発表しているかということ、次に採ったトピックは何を主にやっているか、更に acupuncture、鍼の方法で、どういう方法を主に使っているかとそれを主にやっている、研究している場所です。デパートメントかインスティテュートか、どちらかということをおよそ調べてみました。それは一応 PubMed website を利用して、「acupuncture in Japan」「acupuncture in Korea」というキーワードを入れて比較してみました。

全体ではやはり中国が、鍼の研究の論文を一番多くパブリッシュしている。その次がアメリカです。それから、日本、英国、韓国、ドイツ、イタリアという順番になっております（図 40）。

日本が 7%、韓国は 5%でした。これを数として見たら、数は日本が 1 万 3,000 の中で 415 稿、韓国が 331 稿ぐらいになりましたが、実際に足してみたら、混在しているものが多いです。薬のことを研究しているのに鍼の分類に入っていたり、鍼ではなくて灸をやったものが入ったりしました。それで関係ないものが入っていたのを全部除いてみたら、日本の場合は 232 稿のアーティクルが出てきて、最初にインターナショナル・ジャーナルに出たのが 1975 年でした。それから、韓国の場合は全部合わせて 236、ほぼ同数になっていますけれども、最初にパブリケーションしたのは 1988 年になります（図 41, 42）。

日本で最初に鍼に関する論文を出したのは、帝京大学、放射線科の平松慶博先生でした。それから、韓国の場合は、カトリック大学医学部の neurosurgery、神経外科医が、ドイツのジャーナルで発表いたしました。

これらをまとめたものを見てみると、2000 年度までには、日本の方が 110 稿ぐらい発表して、韓国に比べて数が多かったのです。しかし 2001 年度からはちょっと事情が変わって、韓国の方がもっと発表をおこしたのです。その結果、今全体的にはほぼ同じになった次第です。これを表にしてみると、日本は全体的には step by step に上昇しています。韓国の場合は 1960、1970、1980 年代までは何もなかったのです。しかし 1990 年代後半から急に数が増えて、2000 年度には日本よりちょっと数が多くなりました。どうしてそういう傾向が起こっているかということですが、まず、1960～1980 年代は漢方の大学の数はあまりなかったのです。僕が漢方医学の学生ときはたった 1 校だったのです、慶熙大学の漢方医学部。それから、定員がたった 40 人しかなかった。それがどんどん数が増えて、最近では漢方大学が 12 校まで増えました。それから、ソウル大学の医学部に入るぐらいの優秀な人たちが漢方大学の医学部に入ってくる。それに加えて、政府から研究費が出始めたのが 1990 年代の初めころです。それから、どんどん研究費を出してくれ、そういうお金でこのぐらいになったということです。

一方、日本の場合は、昔は生理をやっている多数の人が、例えば相川先生、武重先生、戸田先生とか、市岡先生など多くの先生が医学部で鍼灸の研究をやりました。しかし最近ではものすごく少なくなりました。その代わりに、明治鍼灸大学（現：明治国際医療大学）をはじめ多数の鍼灸大学でよい研究がされてます。

トピックをまとめた表で見ると、第 1 は、日本でも韓国でもやはり痛みです、痛みと鍼がよく勉強、研究されたことです。2 番目が自律神経系なのです。主に老人総合研究所の佐藤先生がよく研究されましたが、先生も亡くなられました。各々日本 61 稿、韓国は 31 稿でした。

3 番目が免疫学です。鍼と免疫。ここは韓国の方がちょっと頑張っていて 38 稿で日本は 16 稿になっています。その反面、臨床研究は、日本がもっとやっています。33.9%が臨床、ほかは動物実験です。韓国はまだその半分の 17.8%しか行っていないことが特徴でした (図 43)。

これを表で見ると、やはりこういう順番になっているということです。特徴としては、やはり韓国では中枢神経の研究が増えております (図 44)。

次に acupuncture の方法ですが、これも表で見ると、手でやっているマニュアルよりは electroacupuncture を使った方が多かったです。日本の場合は 92、韓国は 76。この違いは、手でやると、定量性が保てないですね。Electroacupuncture にすると、カレント、抵抗、アンプリチュード、それからフリークエンシーを control して、いつでも同じ条件を与えられますから、科学的な研究としては electroacupuncture が最も望ましかったということだと思います。

3 番目にやったのは、日本では auricular acupuncture、耳にやるものですね。だけど、韓国では bee venom が 3 番目になりました (図 45)。

それから、どういう研究所とか、どういう科がよく研究したのかということなのですが、日本の場合は生理学教室が一番です。次に、漢方関係の鍼灸大学。ついで自律神経を研究するところです。また、よく corresponding author として出ている方は昭和大学生理学の久光先生で、次に河北先生。この先生は明治大学の教授です (図 46)。

韓国の場合は漢方医学部でよく頑張っている。さらに、獣医学大学 (college of Veterinary Medicine) でも頑張っている。そして、integrated medicine の生理学でもやっています (図 47)。

最後になりましたけれども、韓国でも日本でも鍼の研究はよく行われました。一昔前は日本が頑張ったのですが、最近は韓国でも頑張っているということです。トピックとしては、痛みをよく研究したということです。使った方法としては electroacupuncture を最も良く使ったということです。

どうもありがとうございました (拍手)。

BACKGROUND

Differences	Japan	Korea
School System	The Japan Society for Oriental Medicine	12 Oriental Medical Colleges
Qualification	Japan has many acupuncture colleges and institute	Korean practicing acupuncture are all oriental medical doctors

図39

Rate of the world research

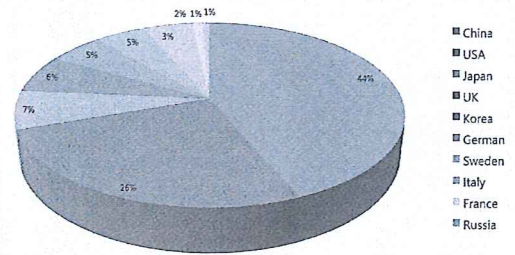


図40

RESULTS

Researches	Japan	Korea
1 st Publication	1975	1988
Until 2000	110	16
Since 2001	122	220
Total	232	236

図41

The number of publications

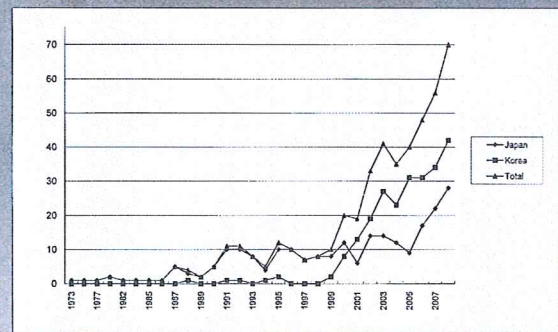


図42

RESULTS

Topic	Japan	Korea
Pain	64	65
Autonomic Nervous System	61	31
Immune System	16	38
Clinical Study	33.9%	17.8%

図43

Study field

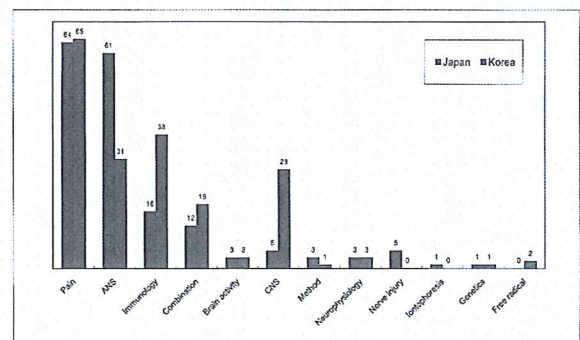


図44

RESULTS

Kind of Acupuncture	Japan	Korea
Electro-Acupuncture	92	76
Manual-Acupuncture	76	70
3 rd most preferred method	Auricular acupuncture	Bee venom

图45

Japan, Department of

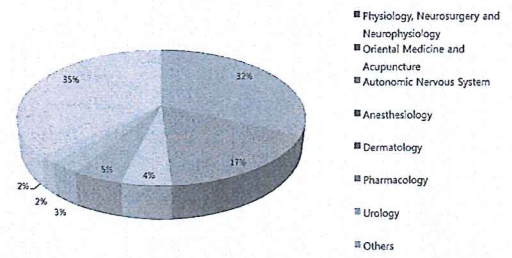


图46

Korea, Department of

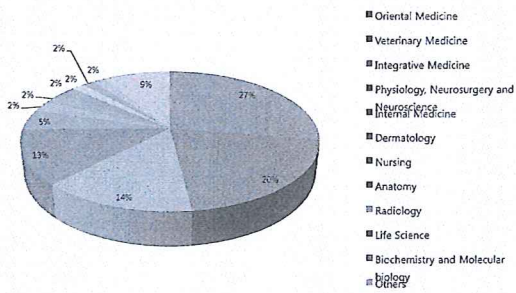


图47

(Sakiyama) Min 先生、ありがとうございます。詳細な日本と韓国との、特に鍼での比較の文献的な考察を、どうもありがとうございました。

続きまして、千葉で開業されていて、台湾で医師免許を、それから日本でも取られ、日本の雑誌あるいは学会誌に多数論文があります Miyazaki 先生にご講演をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

Overview of the development of Taiwanese traditional medicine, and investigation of the advantages and disadvantage of Kampo medicine (Japanese traditional medicine)
Rueymeiy Miyazaki (宮崎瑞明、Miyazaki Clinic Shiohama, Visiting Professor of Guangzhou University of Chinese Medicine, China)

(Miyazaki) Sakiyama 先生、ご紹介ありがとうございます。また、貴重な発表の機会をいただき、石川会頭をはじめ、関係者の皆さまにお礼申し上げます。今回、私がこの十数年来見てきた台湾伝統医学の発展を検討しながら、日本漢方医学の光と影を探っていきたいと思えます。

では、本題に入ります。台湾と日本は地理的、歴史的に深い関係があります。特に、日本の領有時代、日本政府は西洋医学中心の医学政策を取り、伝統医学は衰退しました。戦後、台湾国民政府は西洋医学と伝統医学の両者を認める政策に転換し、伝統医学が復活しました。今回は、戦後台湾伝統医学発展の道のりを検討し、日本漢方医学の優位点と問題点を探ります。

一. 台湾伝統医学の変遷

まず、台湾伝統医学のうつりかわりを見てみます (図 48, 49)。

1、日本の領有以前、中国からの移住者に伴って中国伝統医学が流入し、台湾伝統医学の主流となりました。

2、日本の領有時代、日本政府は台北帝大医学部を設立し、西洋医学の発展に尽力。一方、伝統医学は衰退しました。

3、国民政府時代以降、台湾政府は西洋医師と中醫師の両者の資格を認め、また、中国からの中醫師が多数流入、更に、中醫師認定資格が緩和され、中醫師が増加。95年、国民保険制度が導入され、中医医療も含まれ、伝統医学の需要は高まっています。2009年現在、中醫師養成大学は2校、西洋医師養成大学は11校ありました。

二. 台湾伝統医学の現状

台湾伝統医学の現状を4項目に分けて述べていきます (図 50)。

台湾中醫師になるプロセスを見てみましょう (図 51)。正規のルートは医大を出て、条件がありますが、国家試験に合格すれば中醫師になれます。一方、中醫師認定のための2段階の試験に合格して、1年半の研修を受ければ中醫師になれます。近年、中醫師養成大学、中医学系出身の中醫師が徐々に増えてきました。

中国医薬大学中医学院を紹介します (図 52)。中国医薬大学は1958年に台中に設立され、台湾では著名な西洋医師・中醫師養成大学です。その中の中医学院には、中医学系(中西医结合専攻8年制と、中医学専攻7年制)、および学士後中医学系があります。

次に、中国医薬大学中西医结合専攻の学習内容を見てみます (図 53)。8年間中医学と西洋医学を並行して学びます。卒業後、中醫師国家試験と西洋医師国家試験に合格すれば、

中西医師になれます。図 54 は 2008 年の台湾全医師数との比率を示しています。中醫師は 5,061 人で、全医師数の 12.1% を占め、人口 10 万人に 22 人となっています。

台湾中医医療機構の現況を見てください (図 55)。1996 年の 2,075 カ所から 2008 年には 3,169 カ所まで増加しました。また、小規模の中医病院、中医診療所だけではなく、大規模な大学病院、総合病院でも伝統医学は中医科という形で市民に中医医療を提供しています。

中国医薬大学附属病院の中医外来を見てください (図 56)。中医内科、耳鼻咽喉科など八つの科に分かれています。そのほかに中西医合作医療センターがあり、患者に良い中西医结合医療を提供しています。

中医健保医療を見てください (図 57)。台湾の中医健保医療は混合診療制度を採用、中薬エキス剤は保険扱いで、煎じ薬は自費となっています。08 年 6 月の台湾中医医療機関経営統計によると、92.5% は健保で、7.5% が自費となっています。台湾中医健保医療の現状を見ると、外来医療が大部分を占めています。08 年、台湾中医健保予算総額は 185 億台湾円で、医療総額の 4.33% を占めています。

三. 台湾伝統医学についての検討

台湾伝統医学についての検討を 3 項目に分けて述べていきます (図 58)。

台湾伝統医学の特徴は (図 59, 60)、陰陽五行説、病因、病機を重視し、診断は弁証論治と脈診が中心です。特に中醫師養成大学出身の中醫師は、中医学だけではなく西洋医学にも精通し、西洋医学の臨床検査データ、先端の CT の検査なども応用できます。投与薬剤は今まで煎じ薬が中心でしたが、健保診療の影響で、最近ではエキス剤中心となっています。

台湾では現在、約 100 社の中医薬エキスメーカーがあり、全面的に GMP (Good Manufacturing Practice) 制度を導入しています。

主な四つの中医薬エキスメーカーを見てください。方剤エキスは二百数十種あり、単味エキスも四百数十種あります。傷寒金匱による薬方のみならず、後世方、温熱病論などの薬方も含まれています。単味エキスは伝統的中医薬生薬以外にも民間薬、西洋生薬なども含まれています。

台湾伝統医学発展のための問題点を示します (図 61)。

1、中西医学専攻コースの学習内容が多すぎ、中医学と西洋医学の両者を十分に習得し切れないケースもある。2、中醫師、西洋医師、両資格を持って、健保診療ではどちらかを選択する制限がある。3、台湾伝統医学の客観的な基礎・臨床データ不足。4、台湾中医薬エキス剤の品質の管理、薬効の維持の懸念などとなっています。

台湾伝統医学の展望を見てください (図 62)。

1、台湾中医医療は、外来診療のレベルから入院診療のレベルまで拡大。2、中西医師の育成と卒後臨床教育の充実。3、台湾民間薬の調査研究と臨床応用の進展。4、政府を中心に中薬新薬の研究開発に着手し、台湾の中薬新薬を世界に進出させることなどとなっています。

四. 台湾伝統医学の観点からみた日本漢方医学

台湾伝統医学の観点から見た日本漢方医学を 3 項目に分けて述べていきます (図 63)。

台湾の中醫師は日本の漢方医学をどう見ているでしょう。350 名の台湾中醫師にアンケートを行い、回収率は 78% でした (図 64)。1、日本漢方医学については「認識」以上で、

86.8%となっています。2、日本漢方医学では漢方薬方の運用だけではなく、薬味の薬理研究も含まれることについては、「認識」以上は 82%となっています。3、日本漢方医学の文献や著書を参考にした経験の有無。「ある」以上は 58.2%となっています。

このアンケートから見ると、多くの台湾中医師は日本漢方に対し高い認識と関心を持っています。

台湾から見た日本漢方医学の優位点を見ますと（図 65）、1、漢方生薬学の構築と発展。2、漢方エキス剤の品質と改良。3、漢方医学における弁証理論と薬方証の構築。4、漢方医学における EBM の構築。5、漢方医学と西洋医学の併用治療と先端医療検査の応用。6、漢方専門医、指導医システムの構築などが挙げられています。特に EBM の構築については、台湾から高い評価を受けています。

次に、台湾から見た日本漢方医学の問題点です（図 66）。

1、漢方医師育成専門の教育施設と病院が完備していない。2、よく用いられている漢方処方は傷寒金匱に偏っている。3、固有薬方の臨床応用は得意であるが、薬方中の構成生薬の薬性・薬効の理解は不足している。4、新しい薬方の創生力が不足。5、漢方医学における方証相対の限界などが挙げられています。

以上、台湾伝統医学の発展の道のりを検討しながら、日本漢方医学の優位点と問題点を挙げてきました。

五. 日本漢方医学に対する私からの提言

最後に僭越ながら、日本の一漢方専門医として、私の方から日本漢方医学に対する提言をさせていただきます。5項目に分けて述べます（図 67）。

1、傷寒金匱を中心とした随証治療の再認識と工夫です。随証治療は日本漢方治療の一大原則です。その治療のプロセスを以下のようにまとめてきました（図 68）。

方証一致と方証不一致に分けて漢方的治療を行います。方証一致のとき『傷寒論』では、方と証が一致している程度に応じて、「これを主る」「これを宜しい」「これを与える」と、適した方剤を指示しています（図 69）。

一方、方証不一致のとき、すなわち、証が複雑で一つの明確な薬方証にまとめ切れないうち、『傷寒論』では、合病、併病などを弁証し、おのおの対応を指示。更に新しい工夫として、創方、合方などの手法で対応します（図 70）。以上のように、アプローチの方法と治療方法は幾つもあります。傷寒金匱を中心として随証治療の再認識と工夫をすれば、より良い治療効果を上げられます。

2、方証相対の限界を知り、更なる工夫をして発展を目指す（図 71, 72）。方証相対とは、証に応じて患者のその時点に適した方剤を選別することです。「方剤」と「証」は鍵と錠前の関係にたとえられます。しかし、急性症の場合、傷寒金匱を中心とする方証相対には限界があり、後世方などを含む有効薬方の習得も必要となります。

また、多くの慢性症の場合には証が多様化しているため、二重ロック式錠前のように複数の方剤で対処しなくては治せないことも多いため、方証相対のアプローチの方法と治療方法を工夫しなければなりません。以上のように、方証相対の限界を理解し改善、そして、更なる工夫をして発展を目指しましょう。

3、日本を中心とする漢方エキス剤学の構築です（図 73）。日本漢方エキス剤の利点は、成分含量は比較的少なくても、品質管理で高い水準を維持、また、エキス剤の利点としては簡便性、合方に便利、加味に便利などが挙げられます。一方欠点としては、減方が不可

能。合方時に共通構成生薬が増量されるなどが挙げられます。今後、利点を更に伸ばして欠点を改善し、日本を中心とする漢方エキス剤学の構築をするべきです。

次にわれわれが研究し、臨床に応用している生薬末の加味の実際を示します (図 74)。現在当院で行われている生薬末加味は、牡蛎末、当帰末、桂皮末など十数種あり、有効性、安全性、経済性、簡便性に優れていることを実感しています。今まで当院での漢方エキス剤への生薬末加味の発表は図 75 のとおりです。生薬末加味により良好な効果を得ています。

次に、漢方エキス剤における牡蛎末加味の検討を紹介いたします (図 76)。

不安、不眠などの精神神経症状のある患者に、鎮静安神作用を持つ漢方方剤を投与しましたが、効果は不十分な症例に牡蛎末を加味し、投与した 32 症例を検討しました。結果は有効率が 75.9%でした。前投与主薬方で改善し切れなかった不安、不眠、うつ状態などの精神神経症状は牡蛎末の加味により改善を得ました。

漢方医学・西洋医学の併用治療の発展について述べます。

漢方医学と西洋医学の併用治療は日本でだけ保険診療に認可され、日本漢方の一大特長であり、日本漢方の利点ともいえます。更に発展させるべきです。当院の漢方医学・西洋医学の併用治療については、漢方薬と西洋薬の併用で良好な効果を得て、既に学会発表しています (図 77)。その中のインフルエンザに対するタミフルと漢方薬併用効果を紹介します (図 78)。

対象は、まずタミフルと漢方薬併用群を、I 群の漢方薬常用量投与群 20 例と、II 群の漢方薬増量頻回投与群 25 例に分けました。更に、タミフルと西洋薬併用群 29 例を III 群としました。これら 3 群のタミフル服用回数および治癒までの日数の比較を図 79, 80 に示します。

漢方併用群の I 群と II 群は、西洋薬治療群の III 群に比べ有意差を持ってタミフルの服用回数は少なく、治癒までの日数も短かったです。特に、II 群の漢方薬増量頻回投与群は最も結果が良かったです。現在、世界ではやっている新型インフルエンザにも充分に応用できると考えられます。

最後に、日本漢方が理想とする真の東西医学結合医療について述べていきます (図 81)。

まず、現時点で台湾で行われている中西医学結合医療を見てみます。台湾では、西洋医師と中醫師はおのおのの観点から疾患を弁証診断し、西洋医学と中医学両者の良い面を出し合って、患者に良い中西医学結合医療を提供しています。一方、日本の漢方が理想とする真の東西医学結合医療とは、漢方専門医は西洋医学と漢方医学の両者に精通し、西洋医学の観点と漢方医学の観点を有機的に結合させ、患者に最も良い治療法を提供できる体制です。

まとめ

まとめは図 82, 83 に示します。今回発表の主なデータは、盛克己先生との共同研究によるものであります。盛先生のご指導とご協力にお礼申し上げます。

以上です。ご清聴ありがとうございました (拍手)。

一、台湾伝統医学の変遷(1)

- 1 日本領有以前(16世紀～1894年):
中国からの移住者に伴って、中国伝統医学が流入し、台湾医学の主流となる。
- 2 日本領有時代(1895年～1945年):
日本政府は台北帝大医学部を設立し、西洋医学の発展に尽力。伝統医学は衰退し、中醫師は数十名以下に減少。

図48

台湾伝統医学の変遷(2)

- 3 国民政府時代以降(1945年以後):
台湾政府は、西洋医師と中醫師の両者の資格を認め、また中国からの中醫師が多数流入。さらに中醫師認定試験が緩和されたため、1950年代中醫師数は1500人以上に増加。95年、国民皆保険制度が導入され、中医医療も含まれ、伝統医学の需要も高まっている。2009年現在、中醫師養成大学は2校(私立)、西洋医師養成大学は11校(国立4校・私立7校)ある。

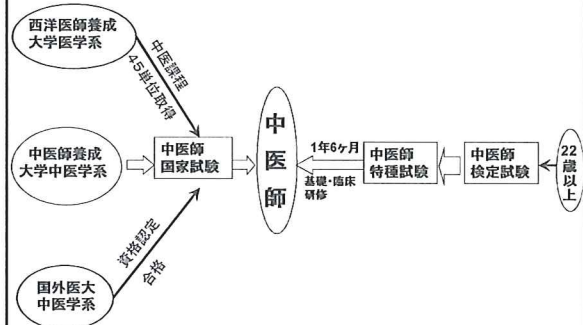
図49

二、台湾伝統医学の現状

- 1 台湾中醫師になるために
- 2 台湾中医醫師の概況
- 3 台湾中医医療機構の現況
- 4 台湾中医健保医療

図50

図51 台湾中醫師になるために



中国医薬大学中医学院

中国医薬大学は1958年に台中に設立され、台湾では著名な西洋医師・中醫師養成大学である。現在、医学院、健康照護学院、中医学院、薬学院と公共衛生学院の5つの学院に分かれる。

特に中医学院には、中医学系(中医学専攻・8年制、中医学専攻・7年制)と学士後中医学系(5年制)がある。その他、中国医学研究所、中西医結合研究所と鍼灸研究所を有し、台湾では最も歴史のある中醫師養成大学である。

図52

図53

中国医薬大学中医学専攻の学習内容

学習課程	単位数
中医基礎医学	35
西医基礎医学	57
中医臨床医学	43
西医臨床医学	65
中医臨床見習	11
西医臨床見習	32
中医臨床実習	45
西医臨床実習	48
教養科目	45
計	381単位

台湾中医師の概況

台湾全医師数と比率(2008年)

	人数	比率	医師数/人口10万
西洋医師	36,835	87.9%	160.2
中医師	5,061	12.1%	22.0

図54

台湾中医医療機構の現況

	大学病院 中医科	総合病院 中医科	中医病院	中医 診療所	計
2008年	12	65	23	3,069	3,169
1996年	2	0	87	1,986	2,075

図55

中国医薬大学附属病院中医外来診療部門

中医内科	一般内科、心臓血管科、胸腔内科、 消化器内科、腎泌尿器科、内分泌科、 血液腫瘍科、過敏免疫風湿科
耳鼻咽喉科 皮膚科 精神・神経科 中医婦人科 中医小児科 中医傷科 針灸科	骨折脱臼、運動障害など
中西医合作 医療センター	肝臓胃腸科、心血管科、内分泌科、脳神経科、 過敏免疫風湿科

図56

図57

中医健保医療

台湾中医健保医療は混合診療制度を採用。中薬エキス剤は保険扱いで、煎じ薬は自費となっている。08年6月の台湾中医医療機関経営統計によると、92.5%が健保で、7.5%が自費となっている。

台湾中医健保医療の現状を見ると、外来医療が大部分を占めている。08年台湾中医健保予算総額は185億台湾元で、医療総額の4.33%を占める。

三、台湾伝統医学についての検討

- 1 台湾伝統医学の特徴
- 2 台湾伝統医学発展のための問題点
- 3 台湾伝統医学の展望

図58

図59

台湾伝統医学の特徴(1)

台湾伝統医学は、陰陽五行説、病因・病機を重視し、診断は弁証論治と脈診が中心である。特に中医師養成大学出身の中医師は、中医学だけではなく、西洋医学も精通し、西洋医学の臨床検査データ、先端のCT検査なども応用できる。投与薬剤は今まで煎じ薬が中心であったが、健保診療の影響で、最近ではエキス剤中心。

台湾では現在約百社の中薬エキスメーカーがあり、全面的にGMP(Good Manufacturing Practices)制度を導入し、さらにcGMP(Current-GMP)標準化を目指している。

台湾伝統医学の特徴(2)

主な四つの中薬エキスメーカー

順天製薬: 方剤エキス262種、単味エキス358種。
勝昌製薬: 方剤エキス287種、単味エキス459種。
明通製薬: 方剤エキス236種、単味エキス344種。
荘松榮製薬: 方剤エキス214種、単味エキス303種。

『傷寒・金匱』による薬方のみならず、後世方、温熱病論などの薬方も含まれている。単味エキスは伝統的中薬生薬以外にも、民間薬(福建系、広東系、台湾系など)、西洋生薬なども含まれている。

図60

台湾伝統医学発展のための問題点

- 1 中西医学専攻コース(8年制)の学習内容が多すぎ、中医学と西洋医学の両者を十分に習得しきれないケースもある。
- 2 中醫師・西洋医師両資格を持って、健保診療ではどちらかを選択する制限がある。
- 3 台湾伝統医学の客観的な基礎・臨床データ不足。
- 4 台湾中薬エキス剤の品質の管理と薬効の維持に懸念。

図61

台湾伝統医学の展望

- 1 台湾中医医療は外来診療のレベルから、入院診療のレベルにまで拡大。
- 2 中西医師の育成と、卒後臨床教育の充実。
- 3 台湾民間薬の調査研究と臨床応用の進展。
- 4 政府を中心に、中薬新薬の研究開発に着手し、台湾の中薬新薬を世界に進出させる。

図62

四、台湾伝統医学の観点から見た日本漢方医学

- 1 台湾の中醫師から見た日本漢方医学
- 2 台湾から見た日本漢方医学の優位点
- 3 台湾から見た日本漢方医学の問題点

図63

台湾の中醫師から見た日本漢方医学 350名の台湾中醫師にアンケート(回収率78%)

- 1 日本漢方医学について
 - 1) 良く認識30.4%
 - 2) 認識56.4%
 - 3) やや認識9.2%
 - 4) ほとんど無し4%
- 2 日本漢方医学では、漢方薬方の運用だけでなく薬味の薬理研究も含まれることについて
 - 1) 良く認識17.2%
 - 2) 認識64.8%
 - 3) やや認識8.8%
 - 4) ほとんど無し9.2%
- 3 日本漢方医学の文献や著書を参考にした経験の有無
 - 1) よく有る5.1%
 - 2) 有る53.1%
 - 3) 時々有る22.3%
 - 4) 無し19.1%

図64

台湾から見た日本漢方医学の優位点

- 1 漢方生薬学の構築と発展。
- 2 漢方エキス剤の品質と改良。
- 3 漢方医学における弁証理論と薬方証の構築。
- 4 漢方医学におけるEBMの構築。
- 5 漢方医学と西洋医学の併用治療と先端的医療検査の応用。
- 6 漢方専門医・指導医システムの構築。

図65

台湾から見た日本漢方医学の問題点

- 1 漢方医師育成専門の教育施設と病院が完備していない。
- 2 漢方処方『傷寒論』『金匱要略』に偏っている。
- 3 固有薬方の臨床応用は得意であるが、薬方中の構成生薬の薬性・薬効の理解が不足している。
- 4 新しい薬方の創生力が不足している。
- 5 日本漢方医学における「方証相對」の限界など。

図66

五、日本漢方医学に対する私からの提言

- 1 『傷寒・金匱』を中心とした「随証治療」の再認識と工夫を図る。
- 2 「方証相對」の限界を知り、更なる工夫をして、発展を目指す。
- 3 日本から世界に発信する「漢方エキス剤学」の構築。
- 4 漢方医学・西洋医学の併用治療の発展。
- 5 真の東西医学結合医療への到達。

図67

『傷寒・金匱』を中心とした「随証治療」の再認識と工夫

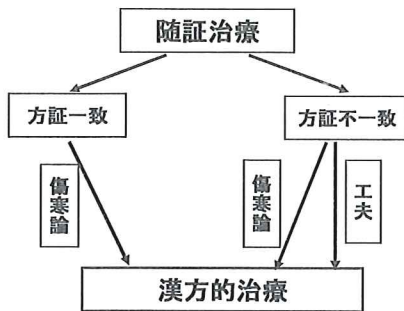


図68

方証一致

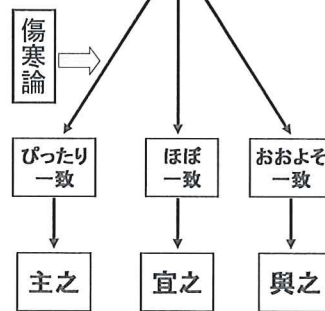
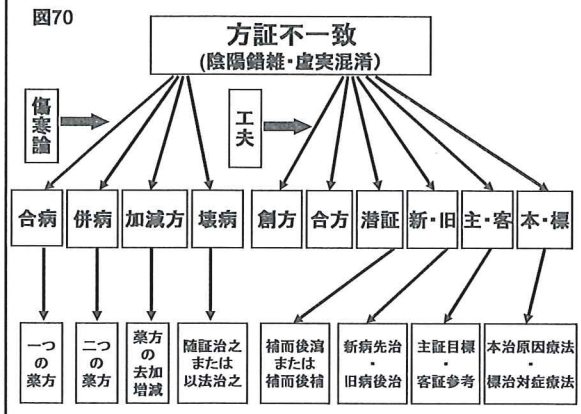


図69

図70



方証相對の限界を知り、更なる工夫を(1)

「方証相對」: 「証」に応じて、患者のその時点に適した「方劑」を選別する。



<1>限界:
特に、急性症の場合は方劑(鍵)と証(錠前)がぴったり合わないと対処しきれないこともあり、『傷寒・金匱』を中心とする「方証相對」には、限界がある。後世方などを含む有効薬方の習得も必要。

図71

方証相対の限界を知り、更なる工夫を(2)

<2>工夫:

また、多くの慢性病の場合は、証(錠前)が多様化しているため、二重ロック式錠前のように複数の方剤(錠)で対処しなくては治せない事も多い。このようにより高い治療効果を目指すために「方証相対」のアプローチの方法と治療方法を工夫しなければならない。

図72

図73 日本漢方エキス剤学の構築

- 利点1:日本の漢方エキス剤は、成分含量が比較的少なくとも、品質の管理で高い水準を維持
- 利点2:「簡便性」に優れている。
- 利点3:複数の薬方の合方が便利。
- 利点4:単味エキス、生薬末の加味が便利。
- 利点5:試飲に適している。
- 利点6:「経済性」に優れている等。

欠点1:構成生薬が一定しているため、減方が不可能
欠点2:合方時、共通構成生薬(甘草など)が増量される等。

当院における漢方エキス剤への 生薬末加味の実例

- | | |
|----------|---------|
| 1. 牡蛎末 | 7. 黄耆末 |
| 2. 当帰末 | 8. 茯苓末 |
| 3. 桂皮末 | 9. 乾姜末 |
| 4. 葛根末 | 10. 甘草末 |
| 5. 大黃末 | 11. 芍薬末 |
| 6. サフラン末 | 12. 枳実末 |

生薬末加味は、「有効性」「安全性」「経済性」「簡便性」に優れている。

図74

当院での漢方エキス剤への生薬末加味の発表

○漢方の臨床:

- 1)盛克己、宮崎瑞明:月経痛に対する枳実芍薬散及びその加味方(特に甘草)の使用経験から、50(4). 2003
 - 2)盛克己、宮崎瑞明:麻黄附子細辛湯への散剤加味方の検討 53(5). 2006
 - 3)盛克己、宮崎瑞明:漢方エキス剤における牡蛎末加味の検討 53(8). 2006
 - 4)盛克己、宮崎瑞明:漢方エキス剤における当帰末加味の検討 54(8). 2007
 - 5)盛克己、宮崎瑞明:桂枝湯エキス剤への桂皮末及び葛根末加味有効例の検討、55(9). 2008
- 第60回日本東洋医学会学術総会:
盛克己、宮崎瑞明:精神神経疾患に対する漢方方剤に牡蛎末加味の効果検討

図75

漢方エキス剤における牡蛎末加味の検討

○対象と方法:

平成17年1月~6月の間に両院を受診した患者で、不安、不眠などの精神症状のある者に、鎮静・安神作用を持つ漢方方剤を投与したが、効果が不十分な症例に牡蛎末(ウチダボレイ末1g~3g/日を熱湯で服用)を加味し投与した32例を検討。

○結果:

- 1)牡蛎末加味方の有効率は75.9%
- 2)有効例22例は前投与主薬方で改善し切れなかった不安、不眠、うつ状態などの精神神経症状が、牡蛎末加味により改善を得た。

図76

当院で行った 漢方医学・西洋医学の併用治療の発表

- 1)宮崎瑞明:小児マイコプラズマ肺炎の回復期に対する麻杏甘石湯の効果、日本東洋医学雑誌;44(4),1994
- 2)宮崎瑞明:桂枝加黄耆湯及び桂枝加竜骨牡蛎湯が奏功した成人気管支喘息の二症例、日本東洋医学雑誌;49(1),1998
- 3)宮崎瑞明,盛克己:小児マイコプラズマ肺炎に対する小柴胡湯合竹葉石膏湯の効果、漢方の臨床;48(6),2001
- 4)盛克己、宮崎瑞明:インフルエンザに対するオセルタミビルと漢方薬併用の治療効果、漢方の臨床;53(12),2006
- 5)盛克己、宮崎瑞明:めまい、難聴、耳鳴を主訴とする内耳疾患に対する塩酸パランスクロピル(バルトレックス)と漢方薬併用の治療効果、漢方の臨床;56(9),2009

図77

インフルエンザに対する タミフルと漢方薬の併用効果

対象

1: タミフルと漢方薬併用群

I 群: 漢方薬常用量投与群 (S院, 20例)

II 群: 漢方薬増量・頻回投与群 (M院, 25例)

診断後、タミフル投与と同時に、証に応じて漢方エキス剤を併用。タミフルの投与は解熱及び全身症状の改善を得た時点で中止。漢方薬の投与は、全身症状の改善及び気道症状の改善を得た時点で治療終了とした。

2: 西洋薬治療群

III 群: タミフルと西洋薬併用群 (他院, 29例)

方法: 1) 三群の背景因子。2) I 群、II 群の漢方投与方剤。

3) 三群のタミフル服用回数、治療までの日数など。

図78

タミフルの服用回数

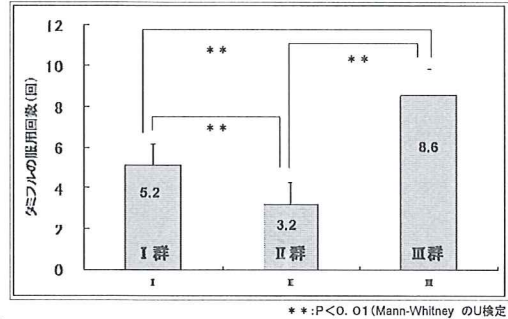


図79

治療までの日数

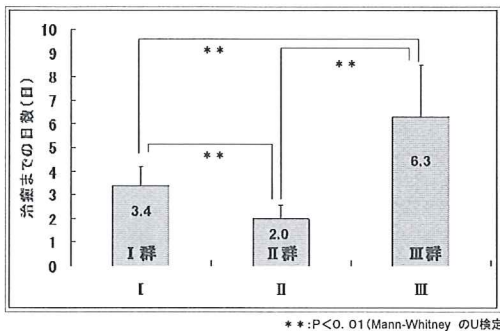


図80

真の東西医学結合医療への到達

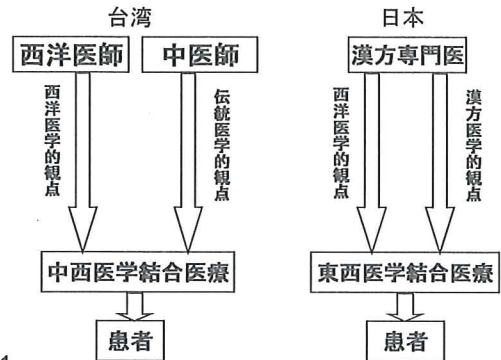


図81

図82

まとめ(1)

- 今後、日本漢方医学の更なる発展のためには、世界各国の伝統医学の長所を取り入れ、外から見た日本漢方医学の不十分な点を改善していくことが重要。
- 『傷寒・金匱』を中心とした「随証治療」の再認識と工夫を図る。日本漢方医学の特徴である「方証相對」の限界を知り、更なる工夫をし、発展を目指す。
- 日本から世界に発信する「漢方エキス剤学」の構築及びその臨床応用の発展が必要。

まとめ(2)

- 西洋医学と漢方医学の併用治療が、保険診療で認可されている日本漢方の利点を生かして、西洋医学的観点と漢方医学的観点を有機的に結合させ、患者に最も良い治療法を提供することで、真の東西医学結合医療の発展に繋げる。
- 世界不況、環境破壊が進む状況の中、医療経済、生薬資源等考慮しなければならない現在こそ、日本漢方医学を活用し、世界に普及させることにより、有効性、安全性、経済性を兼ね備えた医療に近づくことができる。

図83

(共同研究者 盛克己)

(Sakiyama) Miyazaki 先生、提言までいただきまして、どうもありがとうございました。

時間が押しているのですが、実はブラジルから Akiyama 先生が来られております。Akiyama 先生は近畿大学の東洋医学研究所の、亡くなられた阿部博子先生の下で 5 年間漢方を勉強されて、今、ブラジルで一人孤軍奮闘して漢方臨床に当たっておられます。Akiyama 先生、ご発表をお願いいたします。

指定発言

(Akiyama) ブラジルから来ました Akiyama です。指定していただいて、とても光栄です。

では、世界から見た漢方ということで、ブラジルの開業医から見た漢方について話をさせてもらいます。

外国で漢方を語る場合、伝統医学の定義というのが必要です (図 84)。これは WHO の定義なのですが、伝統医学というのは全国各地の、その文化に固有する診断技術、治療技術であるということですね。要するに、アジアの伝統医学だとか、アメリカの原住民の伝統医学とかというのが、西洋社会各国に取り入れられていって (図 85)、この間も補完医学とか代替医学で一緒になって、統合医学といったような名前になるわけです。

伝統医学には薬草学とかも入ってまして、ハーバル・プレパレーション、つまり薬草製剤というものも入るわけです。

伝統医学がブラジルでどのように使われているかということ (図 86)、要するに CAM、つまり、輸入された伝統医学というのは都市部で使われるわけです。もともと現地の人が持っていた伝統医学というのは田舎、地方でよく使われるということが特徴です。最近では、全体的に患者さんも、あと、ドクターの方からの支持が多いということですね。

ブラジルではどうなっているかということですが (図 87)、2003 年に私がやった、サンパウロ在住の 3 万 7,600 人の医師を対象にした調査で、50%が、せめて 1 種類の CAM あるいは TM に対して賛成的な態度を取っていたというのがあります。ところが、「CAM とか TM の知識を持っていますか」と聞くと、10%しか持っていないわけです。これは、この 50%、賛成をする人たち 50%に全部この 10%が入っていても、最低 40%の医師が、結局、あまり何もよく分かっていないのに、「いいだろう」というような態度を取っているということが分かった研究です。これは、昔、各民族とか各集団が固有していた医学が外へ出て行って、非常に支持されて、医者も「じゃあ、いいんじゃないの」といったようなところが、結局、写真に写ったのではないかと思います。

この伝統医学を輸入する場合、チャレンジがあります (図 88)。まず一つが国際多様性ですね。結局、基準とか評価方法とかをはっきりしないままに世界各国に散らばってしまったので、多様性が出てくるということです。次に、各国の医療政策と、規制とか、そういうものが違う。だから、例えば、先ほどの Miyazaki 先生のお話ですと、台湾ではちゃんとそういった政策とか規制があるのと、ヨーロッパ、あと、ブラジルとかも規制とかそういうのが違うという問題が出てきます。それから、安全性と効果、品質をどのように確保していくのかという問題があります。また、知識と持続性という点では、これは特に、例えば少数民族の医療知識が取り込まれて、なくなってしまうのかといったような危惧が

あるわけです。それから、患者さんの安全と、使い方ということで、漢方とか、こういう補完・代替医学というのは安全だろうと、副作用がないだろうという迷信がありまして、そうではないですよ、ちゃんとした知識を持って使いましょうというチャレンジがあります。

ブラジルで漢方はどうかというと (図 89)、日系社会の外ではほとんど知られていません。日系社会の中でも、結局、民間薬と混同されることが非常に多いです。多少漢方、東洋医学というのを知っている場合でも、大体 TCM と混同されます。それから、薬草なので、ヨーロッパの薬草学とか薬草製品とか、そういうものと混同されることが多いです。

先ほどの調査で 13.4% の医者が TM とか CAM を実践されているというデータがあるのですが (図 90)、この中ではホメオパシーが一番多くて、次に鍼灸、次に TCM、次に薬草学といった順番になっています。

これは (図 91) ブラジル人の、私の診療所の患者さんの舌ですが、これは女性ですね。

これは (図 92) 男性。

去年の 6 月から今年の 6 月の月上旬まで 1 年強、当診療所で処方した実績を見てみますと (図 93)、1 年強で 1,259 週間分の処方を出し、53 種類の処方を出している。約 3 分の 1 の診察や処置で、漢方を出している。あと、漢方を出した場合、5 分の 1 が複合的な処方になっているということですね。

これは日本語名なのですが (図 94)、上の方が使用頻度が多くて、下の方が少ないのですが、桂枝茯苓丸や大黄甘草湯、それから五苓散も非常に多い。これらは複合的に使うことが多いので多いというのが一つと、もう一つが、この瘀血の証というのは比較的取りやすいので分かりやすい。ブラジル人でも分かりやすい。そういうことで出しやすいから、こういったような出し方になると思います。どちらかということを実証の方が多いと思います。

漢方の効果です (図 95)、要するに、プライマリ・ケアに非常に有用であると思います。あと、西洋薬でどうしようもないケース、あるいは、西洋薬では副作用が多すぎるというときに、ブラジルでも有用です。これは日本と同じだと思います。

問題です (図 96)、ブラジルでどういう問題が出てくるかというと、まず教育システムがない。漢方をやりたいのであれば、日本に勉強に来るしかない。それから、漢方製剤を入手することが困難です。ルートがありません。それから、ドクターも医者も知識がありませんから、例えば、チーム医療とかをするような場合、問題があります。それから、これは文化の違いで味の問題だったり、粉末というのかエキス、細粒、顆粒とか、そういうのは向こうでは普通飲みませんので、飲んでくれないことが多い。それから、高価である。輸入品なので高いですね。それから、保険が利きません。これで続かなくてやめてしまう患者さんも多いです。それから、ブラジル人は体格が日本人と違うということに対して、診断基準が確立されていないということです。

しかし、臨床をやっていると (図 97)、ちゃんと飲んでくれて、かつ、続けられる患者さんには漢方は効くのではないかといった感触があります。それから、証がきちんと取れれば、その証に合っている方剤のおりの効き方をする。量は、体格が違うのですけれども、日本で使っている用量でいけるのではないかと。患者さん側からは (図 98)、日本の品質とか日本の規格が非常にいいと言われます。それから、漢方エキス製剤の分包品を使う

と結局、加減とかをすることが難しいのですが、ちゃんと 1 包ずつ分かれているから治療としては分かりやすいという意見ですね。それから、飲みやすいと。一応患者さんも長いことちゃんと治療していると、全く健康と診断がつく間の、病気前状況とか、不健康状態とかいった状態を理解して、自分で漢方を飲むようになるということです。

ブラジルで、何が重要かということ (図 99)、最終的に規格、規制ですね。法律でちゃんと漢方のやり方とか、漢方製剤の規格をしないといけません。これをするためには、結局、使用している医師とか患者さんの増大を図ると。これにはやはりエデュケーション、教育ですね。それから、トレーニングをやる必要があると思います。まずそれをするには、現地の言語、ポルトガル語で漢方の情報を発信する必要があるでしょう。

日本側に、ぜひしていただきたいと思うのが (図 100)、西洋社会で理解可能な漢方の情報の発信ということです。それから、漢方に関連する、例えば診断だとか、あと、お薬の出し方だとかといったようなことに対して、国際的な規格化を進めていただきたいと思います。また、非常に重要だと思うのが、非日系人種に対する漢方の診断方法のバリデーション、確立というのがやはり必要ではないかと思います。結局、証が合えばそれでいいのですけれども、ちゃんとした証の取り方とか、そういったバリデーションをやらないと、西洋社会ではちょっと納得してくれないのではないかという感触があります。

以上です。これで終わります。ありがとうございました (拍手)。

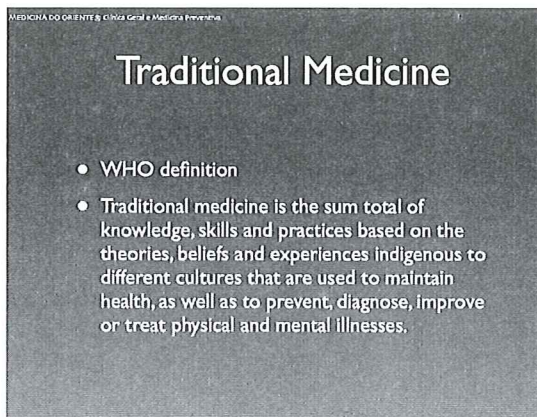


図 84



図 85

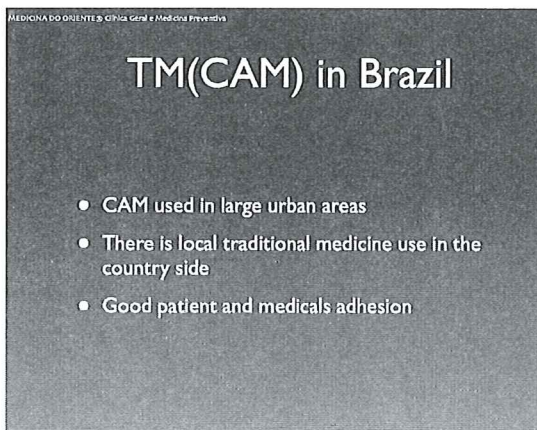


図 86



図 87

MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva

Challenges of TM

- International diversity
- National policy and regulation
- Safety, effectiveness and quality
- Knowledge and sustainability
- Patient safety and use

图88

MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva

Kampo in Brazil

- Very few known outside Japanese community
- Muddle up with Traditional Chinese Medicine
- Muddle up with European Phytotherapy, phytotherapeutic products

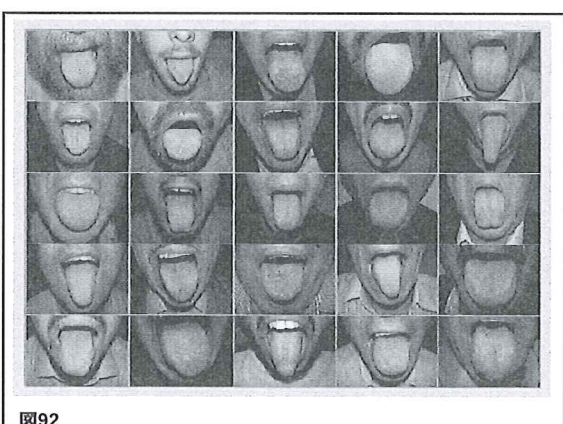
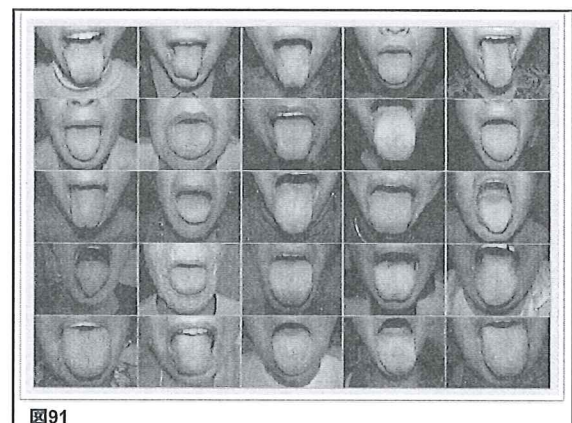
图89

MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva

So, what's known?

- homeopathy (34.1%)
- acupuncture (29.6%)
- TCM (22.7%)
- European phytotherapy (13.6%)

图90



MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva

Kampo prescription Medicina do Oriente Clinic June 08-June 09

- Total 1259 weeks of treatment.
- 53 different formulas.
- Kampo prescribed in 1/3 of medical consultation or procedure, 20.8% of them was combination of 2 or more formulas.

图93

RECURSOS DA UNIDADE EM ALFABETIZAÇÃO E PRÁTICA PREVENTIVA

Naming the prescribed formulas

桂枝茯苓丸	大黃甘草湯	歸中益氣湯
五苓散	芍藥甘草湯	半夏厚朴湯
小柴胡湯	蜜糖湯	九種祛毒湯
六君子湯	解結加香骨桂湯	加味羌活湯
滋陰芍藥散	十全大補湯	桃核承氣湯
大黃中湯	養運解毒湯	厚朴散
八味地黃丸	平夏瀉心湯	真武湯
小胃痛湯	四神湯	加味神痛湯
麻桂桂枝湯	小建中湯	苓瀉芍甘湯
茵陳蒿湯	人參湯	牛黃解毒丸
抑鬱散加糖及半夏	桔梗湯	十味散毒湯
平胃散	大承氣湯	真珠散
歸身烏梅湯	黃連湯	除痰散子眼毒湯
神效散	防風通聖散	寒門老湯
大黃牡丹湯	半夏白朮天麻湯	龍苓湯
蜜糖湯加川芎芍藥	白朮加人參湯	安中散
麻桂桂枝散毒湯	小柴胡加茯苓湯	消風散
三寶瀉心湯	茯苓湯	

圖94

- MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva
- ## Effectiveness of Kampo
- On health promotion, disease prevention
 - On primary care medicine
 - No known conventional treatment
 - Known conventional treatment harms
- 圖95

- MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva
- ## Practice problems
- There is no educational system
 - Difficulty to access Kampo products
 - Medicals and patient have no knowledge
 - Prescription culture is different, taste problem
 - High cost
 - Absence of diagnostic standardization
- 圖96

- MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva
- ## From the practice...
- Kampo is effective in Brazilian patients.
 - The effect is the same as predicted by each formula's "Sho".
 - Dosage should be the same used for Japanese patients.
- 圖97

- MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva
- ## What patient says?
- Appreciate Japanese standard
 - Industrialized preparation is easier to understand the treatment
 - Industrializes preparation is handy for use
 - Trained patients can understand pre-disease condition
- 圖98

- MEDICINA DO ORIENTE @ Clínica Geral e Medicina Preventiva
- ## Challenges in Brazil
- Regulation of the practice and the products
 - Efforts to enlarge the user basis
 - Medical and patient education, as general knowledge
 - Medical training
 - Information about Kampo in local language
- 圖99

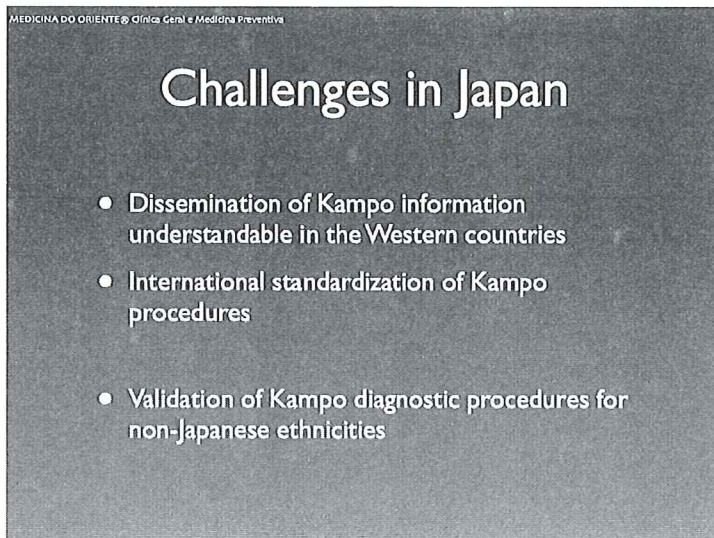


図 100

(Sakiyama) 非常に時間が迫っておりまして申し訳ないのですが、シンポジストの方は大至急上に上がっていただけますでしょうか。その間に Plotnikoff 先生は漢方のことを何も話されなかったので、一言二言、ちょっと言ってください。

(Plotnikoff) ブラジルの問題はいい説明だと思います。現在、海外での漢方の使用機会は、アメリカでは私一人で、弱いです。一緒にやることで強くなると思います。本当にパートナーシップはとても大事だと思います。

(Sakiyama) 「世界から見た漢方」ということでシンポジウムを開いたのですが、二つのグループという問題があると思いますけれども、漢方をこれから取り入れて医療に取り込んでいきたいというグループと、それから、もう既に伝統医学としてかなり使われていて、日本漢方に対して提言をしていただいたグループと二つあると思いますが、シンポジストの方で、まずこれから漢方をやはり世界で広めていくという立場で、欧米の先生でどなたかコメントをいただけますか。

(Reissenweber) 非常に興味深いシンポジウムだったと思います。私が面白い、そして、分かりやすいと思ったのは、欧米の国の私たちは本当にパイオニアのように初めて漢方をその国に紹介することですよね。ですから、非常に難しいところが多くて、薬を輸入する、薬の品質の問題、もちろん法律の限られた点が多くてとか、それで文化が違って全然違う文化からできた伝統医学を紹介するということがそういう難しい点がたくさんあります。

そして、一人ずつ、パイオニアがこちらに並んでいると思いますけれども、それは一つです。そして、韓国、中国、台湾、その国ではもう既に東洋医学の制度も昔からあります。もちろん日本の漢方といろいろ違いますけれども、もう既に存在していて、日本の漢方といろいろなところで違うところがありますね。それは一つの大事なところだと思います。どうでしょうか。

(Sakiyama) Huang 先生、何か一言。

(Huang) 日本漢方は、先ほど私も話したように、実用性も高いし、客観性も高い。だから、世界に広まる可能性が大きいと思います。問題は、今からできるだけ分かりやすい、普及しやすい本とかを作った方がいいです。特に先ほども申し上げたように、中国と日本の、中医師と日本漢方医者との間の交流も必要です。

私は今、学生さんに必ず大塚先生、矢数道明先生、特に吉益東洞の『薬徴』とか『類聚方』とか、その本を見て、また、中国の出版社も、前に出版した古い日本の漢方の本を編集して、今、出版しました。かなり売れています。

また、私のホームページ、「黄煌経方サロン」というホームページの中で日本漢方の宣伝をしています。やはり交流が一番。

(Sakiyama) Huang 先生、あるいは Miyazaki 先生に提言をいただいたのですが、フロアの方からどなたか。Watanabe 先生、どうぞ。

(Watanabe) 慶應大学の Watanabe でございます。本当に面白いシンポジウムで、やはり日本のガラパゴス化がここにもあるのだなと。要するに、海外と全くつながっていないのですね。30 年前は、アジアの本当に優秀な人たちが生薬とか漢方の勉強に日本に来ていました。それはいろいろな技術のことでもそうなのですが、ジャパンプッシングから、今、ジャパナッシングになって、全く日本を通りすぎていると。

逆にわれわれは、昔はアメリカに行けば何でも情報が取れたのですが、今は世界が広がっている。それを認識していないためにアメリカにばかり向いていて、やはりアジアとの交流、それから、ヨーロッパとの交流、これをどんどん深めていくということに尽きるように思いました。どうもありがとうございました。

(Sakiyama) ありがとうございました。もう少しフロアの方から質疑を受けたいのですが、実は代議員会が 7 時から始まりますものですから、明日、懇親会で欧米の先生ならびに中国、台湾、あるいは韓国の先生に直接お話、あるいは、ご質疑をしていただければと思います。まとまりのない形で終わってしまうのですが、このシンポジウムに関しましては、また何らかの形で皆さまに還元できればと思っております。

本日はお忙しい中を、どうもありがとうございました。これでシンポジウムを終わらせていただきます (拍手)