	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。 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。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「しばり」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、附子の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にくかったのですが、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。 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。	210処方の見直し 「証」という概念を「しばり」でまとめる 80処方が追加され約300処方に

	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。 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。 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	薬用植物資源の研究と保存 ワシントン条約との関係

	と思います。 それから私がやった仕事を少しだけ紹介します。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（チョウトウ）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。 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まして、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。 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。 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つきまして、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のでだめになり、今は少し栽培しています。 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	漢方薬を科学的に証明するための研究 品質保証における

	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已（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。 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。 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。 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。 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、どういうものを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。	安全性の問題
	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	薬学教育の実際——教育する側の人材不足と不十分な

	は木内先生、間違っていたら教えてください。 選択科目で漢方を教育しているところもあり、学校によっては6年制の中で東洋医学概論のようなものをつくってなさっているそうです。ただ、教育する先生方も人材が不足しているそうです。 一応、薬学では「スタンダード薬学シリーズ」の中で「化学系薬学（3）自然が生み出す薬物」というものの中に、実際には生薬学的なものからあるんですけれども、その III 部に現代医療の中の生薬・漢方薬とありまして、漢方医学の基礎が対応するようになっております。薬学の教科書には漢方と表題があるがいろいろあります。これらの教科書をいろいろ見てみますと、漢方薬という名前の教科書でも、記載の内容が生薬学に関する解説に過ぎず、漢方の本質には触れていません。ですから薬学の中で漢方、東洋医学概論を教える先生は、医学の方で使われている漢方医学テキストとか、「学生のための漢方医学テキスト」とか、こういう本を参考にしているというのを聞いております。もっといいのがあるのかもしれませんが。	教科書
	それからもう一つは、実際に漢方処方で利用されるものは植物のものが多く、それぞれの生薬の中で食品とされているものが漢方薬の中で大変重要な処方になっています。当然、生姜はいろいろな処方に使われていますし、葛根、大棗（タイソウ）などもそうです。そういうようなことで漢方と食品というのは大変深い関係があるということも理解してもらうと。 一つの例として、附子の安全性に関して胃の中の pH によって安全性に差が出ると。pH が低いとき、少し酸性が弱まったときの毒性の出方が違うというデータもあるそうです。 薬剤師と漢方というのは実は大変に古い流れがあります。現在の漢方が今のような形で進行しているのは、基本的な部分	漢方と食品は深い関係がある

	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を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った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上がりました。 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。	薬剤師の認定制度誕生の経緯
	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が、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、慶應大学の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。 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	漢方薬・生薬認定薬剤師は全国に約2000人

	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。 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すので、もし共通しているのなら皆で話し合って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。 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れども、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。 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。 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。 昨年、日本生薬学会が「生薬学会が取り組む漢方薬学教育」	海外との規格調和と販売制度

	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だけると思います。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。 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が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いまして、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。 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。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いうことです。	安全性に学問的な裏づけを
○黒岩	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あります。ではよろしくお願いします。	
○天野	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	

	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）では非常に漢方とは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。 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。 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。 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。 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	漢方は「治療医学」と「養生医学」の二重構造の医学

	切っても切れない状態なんです。 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遥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。 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。 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。なぜかというと、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。 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	漢方は自身が一つの文化 未病を治すために

	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」もありますが、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。	必要なこと
	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います。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います。例えば有名な防風通聖散。今非常に売れています。 五つ、六つの会社の処方はほぼ同じですが、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。 簡単にいうと、確かに防風通聖散を飲むと少しやせていくし、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。なぜかというと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のどうか。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。そこで合わないと医師の薬との相乗効果よりはマイナス効果が出ているではないか。ですからここはこれから薬剤師さんの	予防効果の研究と適切な情報提供の必要性

	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。	
	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。 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。 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、ここで買って飲んで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。	生薬の予防効果の研究開発が必要
	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	日本独自の食養生研究の重要性

	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。 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、同じ人間ですけれど、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。 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。 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。 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。 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	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

	た。ありがとうございました。	
○黒岩	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っ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し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る見方が必要なんだというご意見がありました。 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。 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。	ディスカッション
○石野	先ほど三潴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いますけれども、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いますか、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なければいけないと思います。 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	教育レベルの均一化の必要性

	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いうように配置して、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。	
○黒岩	三潴さん、いかがですか、そのあたりは。	
○三潴	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。 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。 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。	教官の「人材バンク」構想
○黒岩	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。	

○関	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けれども、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。 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が、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るのです。仲が悪いということはありますが、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。 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を伺いました。 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。 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けれども、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	世界における伝統医学教育

	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。	
○黒岩	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だと言っているというときに、言ってみれば、失礼だけれども、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。	
○渡辺	正確にいえば中国は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。 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ので、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名だけということでかなり崩壊しつつあるというのが現状です。 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。 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	日本の医学教育の強みは西洋医学との一体化 卒前教育は最低限で、卒後教育の充実を

	ともいえることで、そうするとどういう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。 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、これは三潴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ということによって、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。 ですから国家試験に入れるということの重要さ、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。	
○黒岩	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いじゃないですか、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、三潴さん、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。	
○三潴	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。 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	まずは教育者の人材ネットワークづくりを

	れで乗り越えられる。 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、行政の方でそこのところを一押ししてくだされば、あとは全部動いていきます。 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。	医療現場における漢方が認められてきた
○黒岩	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るならば。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。	
○宮野	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労されていて、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。	
○黒岩	では渡辺さん、どうぞ。	
○渡辺	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	医療の変化と漢方

	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。	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
○黒岩	関さん、どうぞ。	
○関	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れども、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。 今、渡辺先生からもお話しがあったように、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必要ではないかと。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。 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	シドニー大学での教育 まずフレッシュな時期に伝統医学の