

なインパクトを与えるのかをきちんと伝えることも、メディアに求められる要素である。患者・家族、市民の不安を過度におおたり、病気や治療の正しい理解を妨げる情報発信は適切であるとはいえない。医療情報や研究成果を発信する医療者・研究者と、一般市民の視点でわかりやすく広く伝える役割を担うジャーナリストが、対立ではなく「よりよい医療、よりよい相互理解」を目指す仲間として、建設的な議論と合意形成を行っていきたくと考えている。

### 医療者とジャーナリストの学びの場

評価というと、組上きみじょうに載せた記事や新聞社、記者の批判になると思われがちであるが、記事の構造や背景を探っていくと、情報源そのものが誤解を受けやすい内容であることが少なくない。このことは、研究者や医療者の情報発信における課題を浮き彫りにしている。

特に、エビデンスの質や効果の定量化についての適切な解釈と発信は、研究デザインおよび結果から導き出せる根拠に基づく事実と、考察や今後検証が必要な推論とをどのように区別して言及すべきかを振り返るきっかけになる。

また、メディアドクターの手法は、患者への説明や対話においても役立つ。例えば、患者・家族から新聞や雑誌の切り抜きを持参して見解を求められることは少なくない。こうしたときに、10の視点を参考にすれば適切な助言が可能になる。患

者の問いかけには情報やコミュニケーションの不足による不安や不満が隠れていることもあり、頭ごなしに否定したりせず、丁寧に対応していく必要がある。

### 施策上の意思決定に必要な視点も

メディアドクターでは治療・医薬品に関する評価のほかに、検診・ワクチン・感染症など、「公衆衛生上の話題を扱う記事」を評価する手法を試みている。

対象が健康な一般市民である場合、施策に向けた合意形成という側面から、予想される有病率や罹患率りかんせつ、エビデンスの質、リスクやコストに関する記述について、より対象を広く設定した上での検証が必要となる。話題によって専門家のレクチャーや評価軸に沿ったコメントを加えることで、参加するジャーナリストと医療者の双方にとって、実践的な学びの場となっている。

重要なことは、記事の良し悪しの議論に終始することなく、本来の目的(よりよい医療・健康報道)につなげるために、建設的なフィードバックと提言を行い、医療者とジャーナリスト、そして一般市民にとってメリットが得られる仕組みを構築することだと考えている。

### 協働の輪の広がりに向けて

記事の利用にあたっては、わが国ならではの課題もある。海外の主要メディアはネットによる発

信を前提にしており、メディアドクターの活動はネット上で行われ、引用や評価結果からのリンクによる参照が容易である。一方、日本の新聞は紙面での運用が基本になり、インターネット環境での記事の検索や閲覧をする場合の制約事項が多い。対象となった記事の紹介や評価結果の提示を含め、どういう形でのコラボレーションが可能か、協力関係も同時に探っていかなければならない。

メディアドクターは2010年10月以降、研究会として定款を定めて発足し、ホームページ(<http://mediadoctor.jp/>)による情報発信と会員の募集、最近のトピックを扱った記事を基にした定例会を2カ月に1回開催している。次回は10月8日に都内で開催される。医療者、研究者、ジャーナリストをはじめ関心のある方々での活動の輪を広め、妥当性を担保できる評価手法を確立するとともに、賛同者を募って評価チームを結成し、評価結果の公開を含めたより広い範囲のフィードバックを目指している。

定例会で新規の参加者も積極的に発言できるように、冒頭にこれまでの取り組みと活動の経緯を概説した。医療・健康情報のリテラシー向上に向けて、関心のある方の参加とディスカッションによって、立場を超えた協働の輪をさらに広げたいと考えている。

◎記事に関するご意見・ご感想・ご要望をお寄せください。

☐ [kousei-dokusha@iji.com](mailto:kousei-dokusha@iji.com)

厚生福祉  
編集部

## 談話室 第25回

医療報道の読み解き方を考える  
メディアドクター (mediadoctor.jp)

### 1. はじめに

今回ご紹介する「メディアドクター」とは、「医療を動かす」を合言葉に集った医療従事者・研究者とジャーナリストが、立場や所属機関といった垣根を越えて、「一人称」で議論することによって始まったプロジェクトです。2カ月に1回の定例会において、最近の医療や健康に関する報道記事を評価する活動を通して、医療・健康情報のリテラシーの向上を目指しています。医療や健康に関する話題への関心は日々高まっており、私たちが新聞やテレビ、雑誌などを通して目にしない日はありません。切り抜きを手にして担当医に尋ねたり、口コミで地域のネットワークで広がるなど、受け手である市民、患者・家族の意思決定に少なからず影響を与えるメディア報道。その内容は正しく報じられ、適切に伝えられているでしょうか。一方で情報源となる研究者・医療者は的確に研究成果を発信しているでしょうか。専門家と記者が対話と議論を重ねる中から相互理解を深めていく取り組みについて、ご紹介したいと思います。

### 2. メディアドクター日本版の経緯

2004年から5年間開講されていた「東京大学医療政策人材養成講座」の受講生有志により、2007年に医療者とジャーナリストがともに同じ記事を読み、10の視点（評価項目）で評価するという試みがなされました。この講座は、ジャーナリスト、医療提供者、患者支援者、政策立案者という異なる4つの立場が一堂に会して、「医療を動かす」ことを実現するための議論と、実際の行動に向け

たプロジェクトを立ち上げるための「場」として運営されていました。そこでは「参加者の属性や組織、特定の立場を代表するものではなく、一人称として語る」ことを共通の土壌とし、議論と実証研究、実践の場としてさまざまな取り組みが試みられていました。

当初の医療報道に対する参加者の共通の問題意識として、報道されている記事が不十分・不完全であり、適切な医療・健康上の判断を行う上で改善すべき点があること、記事の書き手である記者、読み手である市民に対して提言や継続的な発信を行うことが必要であるということがありました。特に、医療事故に関する報道のあり方を巡っては、治療や検査に当たって発生する死亡事例や深刻な有害事象に対して、どのような発信のあり方が望ましいか、という課題が提起されていました。つまり、事実関係が未解明な段階で広く知らせることは「新規性・速報性」という点で重視されますが、一方で「信頼性・再現性・適用可能性」を踏まえた情報、つまり「どこまでが事実で、どのような検証がなされ、その結果はどうか、あるいは今後の医療にどのような影響を与えるか」といった視点での情報を適切に伝えることが求められます。不十分な情報を得たことにより、同様の医療を受けている患者や健康上の関心がある一般市民に対して、合理的な治療を理由なく回避したり、根拠のない（ときに有害な）健康上の判断を行ってしまうおそれがある場合には、特に配慮が必要と考えられます。

オーストラリアにおいて2004年に始まったメデ

メディアドクターは、医療・保健分野の報道の質を評価・公表することで、患者・家族、そして一般に向けた適切な情報発信を促す活動です。2005年にはカナダ、2008年には米国、現在はドイツ、香港などでも始まっています。米国の例をあげると、研究者・疫学者や医療従事者、ジャーナリストOBなどによる評価チームを組織し、新規性、アクセス、代替性、あおり（病気作り）、エビデンスの質、効果の定量化、弊害、コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存の10の項目を指標に採点し、結果をインターネット上で公開しています。

わが国では、医療に関する報道をよりよくするための取り組みとして、海外の事例を参考に、医療者・研究者とジャーナリストが同じテーブルをつくるところから議論が始まりました。メディアド

表 メディアドクターの評価軸に基づくチェックリスト(治療、検査、医療機器、医薬品に関する記事の場合)

評価項目
1. アクセス 適応可能性について言及しているか。
2. 新規性 新規性について、正確な情報を提供しているか。
3. 代替性 代替し得る選択肢について言及しているか。
4. あおり・病気づくり 対象となる疾患の不安を煽る要素がないといえるか。
5. エビデンスの質 出典やエビデンスの質について言及しているか。
6. 効果の定量化 効果を定量的に述べているか。
7. 弊害 可能性がある有害事象について述べているか。
8. コスト コストについて述べているか(個人、社会的なコストなど)。
9. 情報源 情報源と利益相反の可能性について言及しているか。
10. ヘッドラインの適切性 記事の内容を正確に表しているか。

クターを進めるにあたって、両者が顔を突き合わせて、評価方法や評価軸について合意形成しながら共に望ましい情報発信に向け取り組んでいます。当初より、ジャーナリストと医療者がほぼ半々の参加で、海外で用いられていた評価軸を邦訳して評価しており、その評価軸についても、20回を超える定例会での評価作業と議論、合意形成を通じて、日本の実態に即した改訂を加えています。

### 3. 記事評価の実際

実際の評価の方法について取り上げます。治療、検査、医療機器、医薬品に関する記事の場合、表の項目について評価を行います。「①アクセス(その医療について、誰が、どのようにすれば恩恵を受けられるか)」は、その治療や検査、薬について、誰がどのようにすれば適応しうるかを判断する材料が、記事の中で触れられているかどうかを評価します。例えば、新しい医薬品が開発された記事の場合、臨床試験の段階であればどの施設で受けられるか、連絡先や問い合わせ先などの情報、対象となる患者の属性などの記載が求められます。「②新規性(既存の医療と比べてどの点が新しい知見であるか明確に述べているか)」は、既存の医療との対比など、どのような点が新しいのか明確に述べているかどうか注目します。新薬でなくても、新たな知見が明らかになったり、これまでにない視点の報道であれば、その点も踏まえて評価します。「③代替性(他の選択肢についての言及があるか)」では、記載された医療について、選択肢の列挙にとどまらず、選択肢間の比較(利害得失、費用対効果、など)について言及されているかを注目します。これによって、バランスのとれた記事になっているか、読み手が選択する際に十分な材料を提供しているかどうかを評価します。

「④あおり・病気づくり(対象疾患に対する不安を過度にあおる要素がないといえるか)」は、メディアドクターらしい重要な視点です。病気でないものを深刻な状況のように示したり、リスク因

子を疾患そのもののように取り上げて「すぐに対処が必要」という形で示すのは、その医療について「どこで受けられるか、そもそも必要なものなのか」について、考慮するために必要な情報を得られないか、間違っ て受け入れてしまうことにつながりかねません。検査や薬剤費の増加など、社会的な医療コスト増大にもつながるおそれもあります。

「⑤エビデンスの質(出典や研究デザインについて言及しているかどうか)」は、記事において、その元となる研究結果について、報じられた内容の科学的妥当性について読み手側が判断することができるかを評価します。記事では専門家や権威者、その医療の経験者の声が情報源を補強するものとして取り入れられることが多いですが、事例報告と無作為化比較試験による臨床試験の結論から導き出された結論であれば、後者の方が記載された報告の信頼性が高いと言えることから、適切な引用が求められます。「⑥効果の定量化(医療であれば治療効果を定量的に示す、無再発生存期間の延長、QOL指標の改善、など)」も、医療の効用を判断する上では重要な指標です。その医療を適用した場合のベネフィットが定量的に示されることで、個人である患者にとって、あるいは集団(社会)にとっての利益について、判断の目安を得ることができます。例えば治療であれば治療必要数(number needed to treat; NNT、一人救うのに何人治療することが必要か)といった指標があると、その医療の効果について具体的な目安を得ることができます。

「⑦弊害(可能性のある有害事象について言及されているか)」「⑧コスト(医療実施に伴う個人負担、あるいは社会的なコストについての言及がなされているか)」については、提示された選択肢間の比較、利害得失についてバランスのとれた記述になっているかを評価します。こうした視点は、新しい医療を適応する際に、医療制度や政策、社会的な影響について考察したり、意思決定を行うときに有用であると考えられます。

「⑨情報源(情報源と利益相反の可能性について

言及しているか)」に関して、わが国では海外に比して、論文や学会発表で利益相反の開示状況について話題にのぼることは少ない状況です。とはいえ、伝えられる情報は独立した複数の情報源によって裏付けられていることが望ましく、研究の成り立ちや費用負担などにおいて潜在的な利益相反が研究成果や記事の内容に影響を与えている可能性があり、今後情報源の独立性や第三者的な視点が重要といえるでしょう。

「⑩ヘッドライン(見出しが記事本文の内容を正確に表しているか)」については、海外にはない日本版メディアドクター独自の工夫として、評価項目に加えています。客観的な事実と懸案や注意を喚起する説明、継続的な課題の提示や議論の方向性について、バランスよく示される必要があります。読み手の誤解や混乱を招く記述がないか、どのように要点を示すべきかについて考慮すべきと考えられます。

#### 4. わが国における医療・健康報道の現状

評価作業では、複数の記事を評価したところ、新規性を重視すればエビデンスの質についての言及が不十分になる傾向がみられました。内容の速報性を重視すれば研究デザインや結果の適用可能性について十分な言及ができない、あるいは記事の性格上あてはまらない、言及できない場合もあります。メディアドクターでは受け手である患者・家族、市民の視点に立って、その記事を読んだとき健康上の判断や意思決定を行う場合に有益であるかどうかの評価を行っています。例えば創薬研究に関する記事については、候補の薬剤が発見され、それが動物実験段階であれば、診療での適応が相当先になると見込まれるという言及を添えることで、読み手はどのくらい待てばその医療を享受できるか、実現可能性も含めて判断することができると考えられます。

メディアドクターは、単に評価するだけでなく、報道の正確さ(accuracy)・バランス(balance)・完全さ(completeness)の向上のために、「どのような書き方が良かったのか」あるいは「どうすべ



きだったのか」という視点を提供しています。こうした点については、メディアだけでなく、研究成果を発信する側である研究者にとっても、十分留意しておくべき要素と思われます。どのように研究デザインを組んで、その成果を社会に提示していくか、10の評価軸を参考に情報の示し方、適切な伝え方について見直すきっかけになると考えています。

### 5. メディアドクターの視点を活用する

評価というと組上りのぼった記事や新聞社、記者の一方的な批判の場になると思われがちですが、メディアドクターでは「記事の裏側」にある事実やメッセージを読み解いていきます。記事の構造や情報源を探っていくと、発信源そのものが誤解を受けやすい内容であることが少なくありません。この点は、研究者の情報発信という課題を浮き彫りにしています。研究成果についての適切な解釈と発信は、研究デザインと結果から導き出せる根拠に基づく事実と、考察や今後検証が必要な推論をどのように区別して言及すべきかを振り返るきっかけになります。また、メディアドクターの手法は、患者さんや一般の方への説明や対話においても役立ちます。例えば、図書館や資料室において患者さんやご家族が新聞や雑誌の切り抜きを持参して見解を求められることは少なくありません。こうしたとき、10の指標を参考にすれば適切な助言や、一歩引いた冷静な着眼点を身につけるきっかけになります。問いかけには情報やコミュニケーションの不足による不安や不満が隠れていることもあり、頭ごなしに否定したりせず丁寧な傾聴し、説明していく必要があります。

### 6. ウェブによる情報発信と定例会での学びの場

日本におけるメディアドクターは2010年10月以降研究会として、ホームページ<sup>1)</sup>による情報発信と新規会員(正会員・メール会員)の募集、最近のトピックを扱った記事をもとに定例会を2ヵ月に1回開催しています。そこでは医療者、研究者、ジャーナリストをはじめ関心のある方々での活動

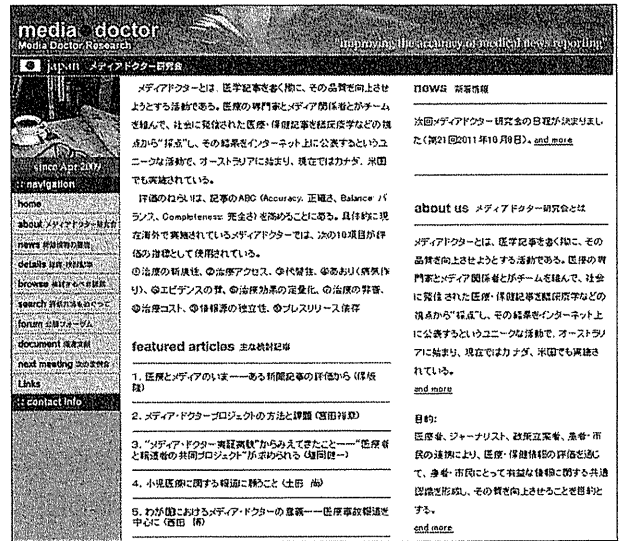


図 メディアドクター研究会ホームページ(<http://mediadoctor.jp/>)。定例会の開催案内やメール会員の申込受付を行っている。

の輪を広め、妥当性を担保できる評価手法を確立するとともに、評価結果の公開を含めたより広い範囲のフィードバックを目指しています。定例会では新規の参加者も積極的に発言できるよう、最近の議論の振り返り、専門家のレクチャーなどを行っています。参加者による白熱した議論は、その場にいるジャーナリスト、医療者はじめ情報リテラシーの向上に関心のある方にとって、実践的な学びの場となっています。対立ではなく「よりよい医療、よりよい相互理解」を目指す仲間として、建設的な議論と合意形成を行っていきたくと考えています。

ぜひホームページにアクセスしていただき、定例会やメーリングリストでご意見、ご提案をいただき、主体的な意思決定を支える医療情報・報道のあり方について、ご一緒に議論する輪を広げていきたいと願っています。

メディアドクター研究会 幹事長  
国立がん研究センターがん対策情報センター  
渡邊 清高 (わたなべ きよたか)

### 参考URL

- 1) メディアドクター研究会. <http://mediadoctor.jp/>, (参照 2011-10-11).

## がん登録の来し方～歴史を知る

The historical background of population-based cancer registries in Japan  
- Where we have been

岡本 直幸\*

疾病登録システムとしての「がん登録」は、主に院内がん登録及び地域がん登録として遂行されている。前者は診療所や病院内での「診療録の記載」という形で古くより実施されていると思われるが、統計的なデータとしての扱いは近年になってであろう。後者の場合、1728年にLondonで初めて「cancer census」が行われたが、失敗に終わっている<sup>1,2)</sup>。その後1900年ごろになると、EnglandやGermanyにおいて、「がん」の予防や原因究明のためには集団内での「がん」統計が必要との認識からがん罹患調査の必要性が叫ばれ、1900年Germanyにおいて治療中の「がん」患者データの登録の試みが行われたが、十分な結果は得られていない。1902-1908年には、この試みがNetherlands、Spain、Portugal、Hungary、Sweden、Denmark、Icelandにまで広がりを見せたが、いずれも失敗に終わっている<sup>1,2)</sup>。これらの調査の失敗の原因は、主として医師の協力が不十分であったとの認識から、USAのWoodは、「がん」を届出の必要な病気として全がん患者を法に基づいて登録すべきであるとの主張を行っている<sup>3)</sup>。

このような情勢の中、1929年よりHamburgにおいて確立した地域がん登録としての稼働が始まり、1940年代にはNew York State

(USA)、Connecticut (USA)、Denmark、Saskatchewan (Canada)、England and Wales、New Zealandで開始されるようになり、現在まで継続して実施されている<sup>2)</sup>。表1に1950年以前に立ちあげられた地域がん登録を示しているが、全8登録のなかで5登録がVoluntaryではなくCompulsoryになっていることに注目していただきたい。

わが国においては、1951-53年に宮城県において東北大学の瀬木三雄先生のもとで「がんの実態調査」が行われ、1959年より出張採録をベースとした地域がん登録が実施されるようになった。その間に、米国の協力のもとで広島市(1957)、長崎市(1958)において、被爆者フォローを目的としたがん(組織)登録が開始されている<sup>4,5)</sup>。この登録も医師の届出方式ではなく出張採録方式による登録であった。1960年代に入って、医師のVoluntary

表1. Population-based cancer registries established before 1950

Country(region)	Year of establishment	Notification
FR Germany(Hamburg)	1929	Voluntary
USA(New York State)	1940	Compulsory
USA(Connecticut)	1941	Compulsory
Denmark	1942	Compulsory
Canada(Saskatchewan)	1944	Compulsory
England and Wales(SW)	1945	Voluntary
England and Wales(Liverpool)	1948	Voluntary
New Zealand	1948	Compulsory

注：文献2より一部抽出

\*神奈川県立がんセンター臨床研究所がん予防・情報学部

〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-1-2

をベースにした地域がん登録が、大阪府、愛知県、兵庫県で開始されている。現在（2011年9月）、45道府県1市で行われているが、一部の登録室の出張採録を含め、すべてVoluntaryベースで遂行されている。このように、わが国の地域がん登録のスタートは、欧米の地域がん登録の開始年と比較して大きな隔たりはないものの、登録の精度(DCO%)に関しては、一部の県を除き、国際的評価に耐えられる数値ではないことが長年の課題となっている。2006年の罹患データのDCO%は、2.9%（福井県）から68.9%（愛媛県）で、平均26.1%であり、欧米の1ケタ台のDCO%には遠く及ばない状況である<sup>6)</sup>。そのため、Voluntaryによる登録ではなくCompulsoryな登録への法的整備を求めて、2006年9月に地域がん登録全国協議会より、国民の皆様へ地域がん登録への理解を求める声明文を公表し、2009年11月には地域がん登録の法制

化を謳っている政党に対してその活動を支援する旨の要望書を提出している。また、全国がん（成人病）センター協議会からも2009年11月に厚生労働大臣、2011年7月には内閣総理大臣・総務大臣等へ宛てて要望書が提出されている。その他にも全国衛生部長会や地域がん診療連携拠点病院連絡協議会からも同様の要望書が出されている。しかし、未だ大きな動きはなく、これまでと変わらず「地域がん登録」の重要性の認識は高まりを見せず、西欧並みの精度への改善への道りは遠いと思われる状況である。

何故にわが国では「地域がん登録」の重要性の認識が低いのであろうか？

がん疫学研究と地域がん登録に30年以上携わってきた立場からその要因に関して私的に考察を試みた。

疫学の嚆矢と言われているのは、19世紀中ごろ、コッホがコレラ菌を発見する前のロン

表2 欧州と日本における疫学関連の歴史事象

西暦	欧州		西暦	日本	
	事象	関係者		事象	関係者
1662 1700頃 1835	ロンドンの人口と死亡統計 生命保険統計 人間について	ジョン・グラント エドモンド・ハレー アドルフ・ケトラー			
1839 1854	イングランド・ウエールズ統計 ロンドン・ブロードストリートのコレラ対策	ウィリアム・ファー ジョン・スノー			
1854-56 1870-91	クリミア戦争 聖トーマス病院に看護教習所を設立	フローレンス・ナイチンゲール	1875-80	聖トーマス病院へ留学	高木兼寛
1866	ミュンヘン大学に衛生学講座	マックス・フォン・ペッテンコーヘル	1884-88	コッホとペッテンコーヘルの元へ留学	森林太郎
1883	コレラ菌発見	コッホ	1885-92	コッホの元へ留学	北里柴三郎
1886-91	コレラの原因・細菌説と土壌説の争い	コッホ(細菌説) ペッテンコーヘル(土壌説)	1883	軍艦艦上で脚気	高木兼寛
			1884	練習船筑波で脚気減少	高木兼寛
1892	コレラブイオンの摂取	ペッテンコーヘル	1885-90	脚気論争(細菌説と栄養説)	森林太郎(細菌説) 高木兼寛(栄養説)
1901	自殺	ペッテンコーヘル	1890	破傷風・ジフテリアの血清療法開発	北里柴三郎
1929	地域がん登録	ハンブルグ	1899	人口動態・動態統計	内閣統計局
			1910	オリザニン(ビタミンB1)発見	鈴木梅太郎
			1951	がん実態調査	瀬木三雄

ドンで、コレラの流行があり、日々増大する死亡者を井戸の使用を禁止することによってくい止めたジョン・スノーの働きだと言われている。スノーはコレラによる死亡者の住所を手掛かりに地図上にプロットするという手法を用いて、ブロードストリートの井戸が問題であることを確信し、使用禁止によってコレラの流行を阻止したわけである。その卓見は素晴らしいことであるが、そもそもコレラ死亡者のデータが収集・管理されており、利用可能であったという実状が前提にあったと思われる。実際にロンドンでは17世紀にジョン・グラント、18世紀にエドモンド・ハレー、19世紀前半にウィリアム・ファーらによって人口の把握や死亡統計の整備がきちんと行われていたのである。

わが国に目を転じると、疫学の嚆矢として認識されているのは、脚気の原因としてビタミンB1が鈴木梅太郎にて発見される20年ほど前に、高木兼寛による「海軍や陸軍で猛威を振るった脚気問題の解決」であろうと思われる。当時の脚気は、わが国の死亡原因の上位を占めており、海軍・陸軍では重大な問題であった。陸軍の医務官であった森林太郎の考えは「脚気の細菌説」で、海軍の医務官であった高木兼寛は栄養説を採っていた。高木は練習船筑波で従来の食事を改善し（白米中心の食事から洋食や麦御飯中心の食事へ）、軍艦龍驤（前年の航海で脚気患者と死亡者を出した）と同じ航海を辿らせ、脚気の発症を食い止めることに成功している。このとき用いられた手法が疫学的方法に基づいていたのである。一方、陸軍の森林太郎は、海軍で疫学的方法により脚気を防止した高木兼寛の説や研究を否定し、白米中心の食事の改善を行わず、脚気細菌説に固執し、陸軍の脚気による死亡の防止に失敗してしまった。

ここで、何故森林太郎は細菌説を唱え、高木兼寛は栄養説を採ったのであろうか？

当時、森、高木、そして北里柴三郎らは同

じ時期に欧州へ留学している（表2）。森はドイツのコッホ、ペッテンコーヘルのもとへ<sup>9,12,13</sup>、北里もコッホのもとへ、そして高木はイギリスのセント・トーマス病院が留学先となっている<sup>7,10</sup>。この留学先の相違によって、森と高木の疾病に対する考え方や対応法が大きく異なってしまったのではないかと推測している。さらに、森はドイツでのコッホ（細菌説）とペッテンコーヘル（土壌説）のコレラ論争を知っており、ペッテンコーヘルが敗北するのを目の当たりにして、コッホの細菌説への信頼を大きく増幅したのではないかと思われる。セント・トーマス病院へ留学した高木は、病気の原因を究明するという研究的視点よりも、理由はともあれ現状を改善する手法あるいは疫学的視点による疾病への対応方法に磨きをかけたのではないかと推測される。留学当時のイギリスでは、統計的手法や疫学的方法が重要視されていたところで、これらの手法に造詣の深かったナイチンゲールが活発に活動を展開していたころであった<sup>8,11</sup>。そのため、イギリスの当時の雰囲気やナイチンゲールらの影響を強く受けていたのではないかと推測している（図1）。高木の脚気の研究は、対象集団（population at risk）

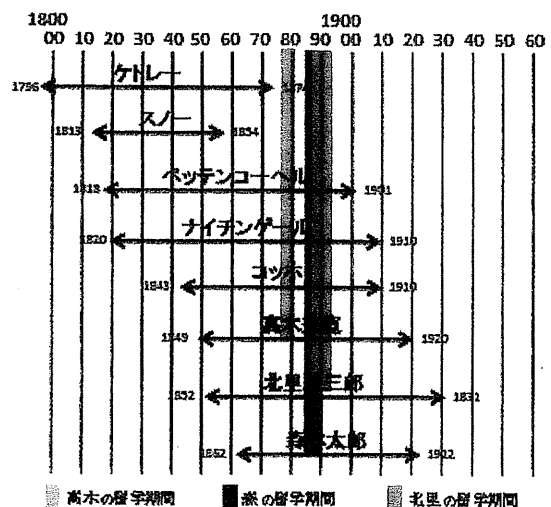


図1 高木、森、北里の留学時期と同時代人の年表

を設定し、疾病や事件の頻度を計算するという基本的な疫学的手法に則っていたことから、そのベースに歴史的なイギリスの考え方が反映していたことが窺われる。

ここで、わが国の疾病対策は、高木兼寛に代表される統計的手法や疫学的な研究ベースのもとで行われる疾病対策の道を中心として進むのではなく、森林太郎が支持する細菌説に代表されるように疾病の原因究明を目指す研究ベースの道を中心に据えて進むことになり、その流れが今日まで蜿蜒と引き継がれているのではないだろうか。森がペッテンコーヘルの考えに同調していたにも関わらずコッホの細菌説へ傾いていなければ、わが国の疾病対策は異なった道を歩んだかもしれない。というのは、ペッテンコーヘルはコレラ論争では土壤説を採って失敗に終わっているが、ミュンヘンにおいて下水道の導入等によって衛生環境状態の改善を図り、感染症の防止対策に大きな貢献をした研究者で、現在でもミュンヘンでは偉人として絶大な尊敬を勝ち得ており、ミュンヘン大学にはその名を翳した研究所も設立されるほどの研究者だったのである<sup>14)</sup>。

「地域がん登録」に30年以上携わってきた思いが以上のような考えに結びついてしまった。今後の地域がん登録は、法的根拠に基づいてCompulsoryな届出とすべきであろうし、社会一般の方々や衛生行政に携わる方々に、疫学的・公衆衛生学的な疾病対策の重要性を認識していただき、その基本的なデータとしてがん罹患、死亡のデータが不可欠であるという理解が人口に膾炙することを期待したいと思っている。積極的に「がん登録の有効性」を訴えることが必要で不可欠なことです。無理に理解を進めるのではなく、実績の積み上げをみていただいて、理解が熟すのをじっくり時間をかけて待つのも1つの方策ではないかと感じている。そのためには、日々、粛々とがんデータの収集・蓄積・管理・保存

を継続して行い、罹患データや生存率データを定期的に報告するとともに、誰もが利用可能であり、いつでもデータの公表ができるような状態にしておくことが肝要であると思っている。その意味で、「がん登録」は、われわれ人類社会の変遷や興亡を健康面から長期的に観察することを可能にする記録を作成していると考えることができる。

近年、過去の資料や記録が現在や未来にとって不可欠な情報を提供するという思想も生まれてきていることに大いなる期待を寄せるとともに、地域がん登録もその流れに寄与できるように準備と実践を重ねておくべき時期が来ているのではないだろうか<sup>15)</sup>。

#### 参考文献

1. Kennaway EL: The data relating to cancer in the publication of the General Register Office, Br J Cancer, 4:158-172, 1950.
2. Wager, G : History of cancer registration. In: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS & Skeet RG: Cancer Registration Principles and Methods, (IARC Scientific Publications No. 95), 1991, Lyon, pp3-6.
3. Wood FC: Need for Cancer Morbidity Statistics, Am J Publ Health 20: 11-19, 1930.
4. Aoki K and Kurihara M (1994) The history of Cancer Registration in Japan: Contribution of Dr Mitsuo Segi. Cancer Surveys 19:563-570.
5. Okamoto N: A history of the cancer registration system in Japan, Int J Clin Onco 13: 90-96, 2008.
6. 祖父江友孝他、編：全国がん罹患モニタリング集計 2006年罹患数・率報告、国立がん研究センターがん対策情報センタ

- 一、東京、2011.
7. 松田 誠：高木兼寛伝、講談社、東京、1990.
  8. 多尾清子：統計学者としてのナイチンゲール、医学書院、東京、1991.
  9. 白崎昭一郎：森 鷗外 もう一つの実像、吉川弘文館、東京、1998.
  10. 倉迫一朝：病気を診ずして病人を診よ 麦飯男爵 高木兼寛の生涯、鉾脈社、宮崎、1999.
  11. 丸山健夫：ナイチンゲールは統計学者だった！ 日科技連、東京、2008.
  12. 山下政三：鷗外 森林太郎と脚気紛争、日本評論社、東京、2008.
  13. 志田信男：鷗外は何故袴をはいて死んだのか、公人の友社、東京、2009.
  14. 青木國雄：予防医学という青い鳥、中日新聞出版社、名古屋、2010.
  15. 松岡資明：アーカイブスが社会を変える、平凡社、東京、2011.

### Summary

Population-based cancer registries are currently receiving attention more than ever before. The first and oldest registration in the world was started in 1929, in Hamburg. The first registries in Japan were in Miyagi Prefecture, Hiroshima City, and Nagasaki City in the 1950s. Today, 45 out of 47 Japanese prefectures practice cancer registration. Though Japanese cancer registries have a 50 year-old history, their accuracy is far inferior to that of registries overseas. Which factors constitute an obstacle to improve accuracy of the cancer registries in our country? We considered some possible reasons from epidemiological and statistical viewpoints.

The governments and the bureaucrats of the West have developed statistics on population and death rates systematically since ancient times. With the advance of statistical methods, record-keeping of fundamental data came to be seen as a routine duty for administrators. Although our country has gathered useful information on infectious diseases and illness prevention, the techniques for identifying “population at risk” statistics were underdeveloped for many years. In this way, the registration of chronic diseases such as “cancer” has been insufficient. This historical background still affects the current cancer registries in our country, and accuracy does not improve easily.

Compulsory cancer registration is legally mandated in many European countries, and Japan needs to follow suit. The periodic data collection and compilation of basic information, indispensable to cancer control programs, will be a key to improving accuracy of our cancer statistics.

The archived data from a cancer registry can describe the history of public health administration and cancer control programs. This data should be recognized as a foundation for the future.



# 21世紀型チーム医療と漢方

**近**年、チーム医療への関心が高まりつつある。さまざまな医療スタッフが集結し、有機的な協働関係を発揮するチーム医療は、患者を包括的に診療する全人的医療に適した医療体系であり、21世紀の医療のあり方のひとつとして注目されている。元雄良治先生は金沢医科大学病院の集学的がん治療センターにおいてチーム医療による外来がん化学療法を行い、単なる抗がん剤治療の域を超えた患者QOLの維持・向上を目指した全人的医療を実践し、そのなかで漢方治療を積極的に取り入れていることで知られている。ここでは、ジャーナリストとして長く医療問題に取り組み、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のための調査研究」の班長もつとめられた黒岩祐治先生に、チーム医療に漢方がどのような役割を果たしうるか、その現状と可能性について元雄先生とお話いただいた。

**元雄 良治**  
金沢医科大学腫瘍内科学教授  
集学的がん治療センター長

**黒岩 祐治**  
前国際医療福祉大学大学院教授  
神奈川県知事





## 患者中心の医療への意識変革

**黒岩** 「チーム医療」は以前から言葉だけはありましたが、今あらためてチーム医療への取り組みが多くの施設でみられるようになってきました。なかでも金沢医科大学の21世紀集学的医療センターは文字どおり21世紀に求められる医療をチーム医療という形で実践する施設として注目されています。また、同学の集学的がん治療センター長である元雄先生は、積極的に漢方を診療に取り入れていらっしゃいます。本日は、今の日本の医療に求められるチーム医療のあり方と漢方の位置づけについて元雄先生にお話をおうかがいします。

まず、チーム医療への取り組みが最近特に盛んになってきている背景について医療の現場からのご意見をお聞かせください。

**元雄** 現代の医療は20世紀に大きく進歩しました。抗菌薬の発見で感染症は駆逐されつつあり、1950年代以降の抗がん剤の開発、CTなどの画像診断、さらには遺伝子診断なども出て、各分野の技術が飛躍的に進歩してきたのですが、そのぶん専門分野の壁ができて同じ患者さんをばらばらに診療するという体系になってしまいました。専門分野間の交流がないために、患者さんはいくつもの科を回り同じような検査を受け、疲れ果ててしまう状況になっているのです。この反省から、患者さんを主体に考え患者さんの負担をできる限りなくす医療を提供する必要性が気づかれはじめたのです。

**黒岩** 私はジャーナリストとして長く

医療を見てきましたが、これまでの体系は医療を提供する側の理論に立って作り上げられたものでした。普通のビジネスは顧客のニーズを中心に展開するものですが、医療にはそれがなかった。「痛み」ひとつをみても、これまでは「術後だから痛いのは仕方ない」、「治るためのプロセスだから我慢するのが当たり前だ」、ということによって患者さんは痛いのを我慢していた。しかし、「そうではない、痛みを取り除くことも含めて治療である」というように治療の概念が大きく変わってきています。患者さんを中心にとみると、痛みは無視できないものだと気づいてきたわけですね。

**元雄** 患者さんを中心に医療を考えたよとする意識変化がチーム医療の推進力となっています。チーム医療が進んでいる領域をみると、緩和ケアや在宅医療、終末期ケアなど、これまで患者さんが我慢をしていた部分に焦点をあてて、痛みや不安や不便をなくしていこうとする分野が多いことがわかります。これもそうした背景を考えると納得できます。

また、患者さんがこれまで言えなかった思いをすくい上げて治療に反映する、ということもチーム医療のテーマです。たとえば痛みなどは、今でも「痛いけれどもモルヒネの副作用が怖いので我慢している」というような患者さんがいます。チーム医療ではこういう患者さんの本音を看護師が感知してそれをすぐに医師や他のスタッフに伝えることができます。そして時には薬剤師が効果と副作用を説明して患者さんの不安を取り除くという素早い対応が可能なのです。

もう一つ、医療行為の安全性を高めるという点でもチーム医療は重要です。たとえば抗がん剤は次々に新薬が開発されていますし、分子標的治療薬なども似た名称の薬剤が数多く登場し、市販後に思わぬ副作用情報が出ることもあります。これらの情報を正確に把握する薬剤師と円滑なコミュニケーションがとれるシステムは、処方への誤りの回避につながります。

チーム医療を推進することで、患者さん本位の医療の実現と、高度化する医療のなかでの安全性の確保が可能になるのです。

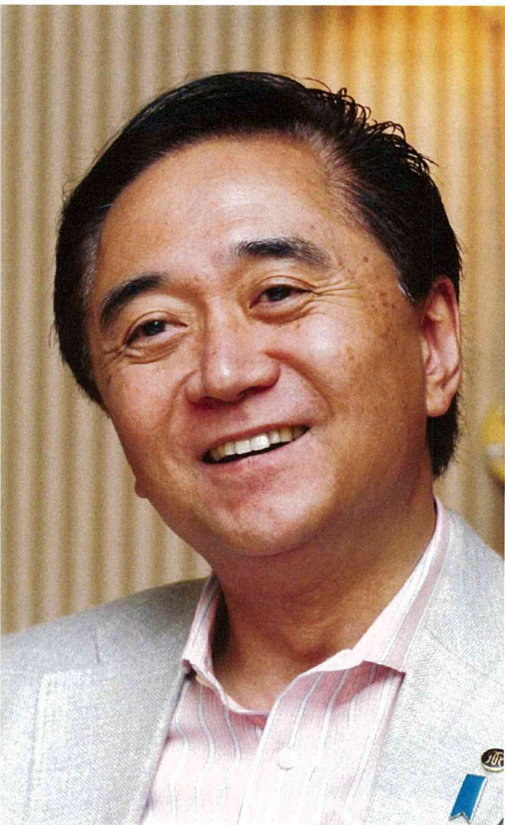
## 「連携、協働、自律」を支える専門性の追求とコミュニケーション

**黒岩** チーム医療が円滑に行われるためには、これまでのように医師が頂点にいてすべての決定権と責任を担い他のスタッフはその下で従うだけ、というトップダウンの構図は成り立たなくなりますね。

**元雄** 患者さんを中心に、医師、看護師、薬剤師などの各職種が対等に医療に取り組むのがチーム医療の基本ですから、従来のヒエラルキーは通用しません。

**黒岩** そのためには、各職種の人たちの意識が変わらなくてははいけない。医師にすべてを任せてその指示に従う、という形からそれぞれの専門性に責任を持って医療に参加する覚悟が必要ですし、医師も他職種のスタッフと同じ位置に、同じ目線に立ってそれぞれの専門性を尊重し彼らの意見に耳を傾ける、という意識が求められますね。





くろいわ ゆうじ  
黒岩 祐治

前国際医療福祉大学大学院 教授  
神奈川県 知事

1980年早稲田大学卒業。同年フジテレビ入社。88年『FNNスーパータイム』アンカーマン担当。89年救急医療キャンペーン『救急医療にメス』企画取材編集。以後救急救命士法設立キャンペーンを行い91年の救命救急士誕生のきっかけとなる。2009年フジテレビ退社、同年国際医療福祉大学大学院教授。11年神奈川県知事就任。現在に至る。  
主な著書：「救急医療にメス 走れ！家族のための救急車」(情報センター出版局)。「医療白書<2008年度版>“医療崩壊”の次に来る新しい波10年後の医療の「未来像」を描く!」(共著)日本医療企画など多数

**元雄** チームですから医師はキャプテンくらいの役割で治療方針を方向づけはするとしても、看護の専門のことは看護師に、薬剤の専門のことは薬剤師に任せることも必要かと思えます。緩和ケアなどはむしろ看護師がキャプテンになる方が自然です。本学の集学的がん治療センターではがん看護専門看護師がいて、彼が緩和ケアチームのカンファレンスを主催し、病棟の回診も中心に行っています。

**黒岩** 私はこれからの医療に大事なものは「連携、協働、自律」だと考えています。医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士などがそれぞれの専門性を生かし、尊重しあうことが「連携・協働」であり、それぞれの専門性を高めて自身の専門性に責任を持って考え行動することが「自律」です。これらはまさにチーム医療につながりますね。

今後は、それぞれの職種がさらに専門性を高めて医療現場で意志決定もできるようになればよいと思います。しかし日本では医療スタッフは医師の指示によって動くことになっていて、米国のナース・プラクティショナーのように自律的に医療行為を行うところまでには専門性は高まっていないという現実があります。

**元雄** 日本では看護師が自己決定して医療行為を行うことは認められていませんし、ナース・プラクティショナーにはそのための教育・資格体制の整備が必要で、すぐ実現するには難しい問題があります。しかし現時点でも、がん医療でいえば、がん看護専門看護師やがん専門薬剤師がいて、彼らは医師が知らない知識もたくさ

ん獲得していて、そういう人たちの専門性は上がってきています。私は彼らの専門性を尊敬しています。今はまだ医師以外のスタッフが自身の決定で医療行為を行うことはできませんが、彼らの意見を聞いて医師の判断が変わることもありますから、円滑なコミュニケーションをはかっていけば互いの専門性を十分反映していけると思えます。

### 21世紀集学的医療センター 最適な医療を選択し 提供するために

**黒岩** 21世紀集学的医療センターはどのような施設ですか。

**元雄** 本学の21世紀集学的医療センターは2005年に設立されました。診療科の壁を取り払い、多領域、多職種の医療者が患者さんのまわりに集結し、それぞれの専門知識・専門技術を提供するためのセンターで、患者さん本位の医療を提供しようという考えのもとに作られました(図1)。集学的がん治療、生活習慣病、健康管理、遺伝子医療、女性総合医療、エイジングケアの6つのセンターが設立されており、臓器別診療とは異なる観点から患者さんのご要望にお応えしています。

**黒岩** 元雄先生は集学的がん治療センターのセンター長をされているわけですが、具体的にどのような業務をされているのでしょうか。

**元雄** 第一の業務は外来がん化学療法です。そこには消化器科、呼吸器科、乳腺科、泌尿器科などの専門の壁はありません。すべての外来



がん化学療法を一元化して私たちが担当します。これまでは術後のがん化学療法まで外科が担当することが多く、外科医への負担が多くかかっていました。また高度に複雑化する抗がん剤に対応した治療メニューの確立にも時間がとられ、患者さんとその家族に対する十分な心のケアまでなかなか手が回らなかったというのが実情です。これに対し、センターでは医師、看護師、薬剤師、臨床心理士などが1つのチームとなって患者さんに接するので、最適な医療を提供し、かつ患者さんと家族にも十分なケアが行えるようになっていきます(写真1)。

第二の業務はエキスパートによる集学的治療のための調整です。現在でもがん治療は外科手術による切除が最良の治療手段とされていますが、放射線治療や抗がん剤治療も進歩しており、これらを上手に組み合わせることが現代医療では急務となっています。

たとえば頭頸部がんなどのように切除すると機能的欠損が生じる場合には、手術よりも放射線治療や化学療法が優先されることがあります。この患者さんにどの治療法が最適かを判断するには、これらの専門の壁を取り除いた集学的アプローチが必要です。同センターは、臓器別診療科などの専門領域という縦系に対する横系のような存在となり、各領域の専門医が最新の技術と知恵を合わせて、患者さんにとってベストの治療をチームで行う仲介役を務めています。

この他にも、セカンドオピニオン対応や地域医療との連携を主要な

業務として取り組んでいます。

## 21世紀の医療における漢方の位置づけ

黒岩 元雄先生は漢方を日常診療にとりいれていらっしゃいますが、21世

紀型の集学的医療、チーム医療において漢方はどういう位置づけになるとお考えですか。

元雄 私たちが進める集学的医療、チーム医療は、患者さんを社会のなかの一個人としてとらえ、病気を治すと同時に痛みや不安、社会生活の

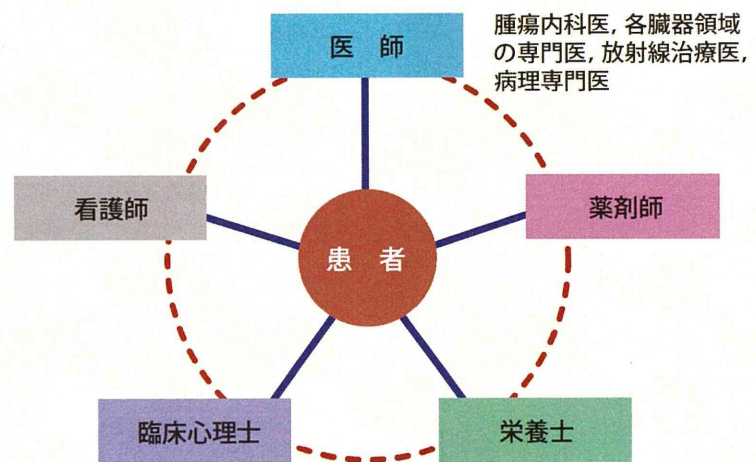


図1 金沢医科大学病院集学的がん治療センターにおけるチーム医療 (元雄 良治)



写真1 集学的がん治療センターのスタッフと

(元雄 良治)



不便なども取り除いて健康な生活を  
提供しようとするものです。この人間  
全体をみる、すなわち全人的医療と  
いう視点は漢方的な考えにも共通し  
ます。全人的医療を実践しようとし  
ると、西洋医学では解決しきれない  
部分が明確になってくるのですが、  
こうしたところに漢方は力を発揮し  
ます。

集学的医療において、西洋医学と  
漢方医学をあわせていくことは、全  
人的医療の実践に欠かせないもの  
と考えます(図2)。当学のセンター  
だけでなく、チーム医療に漢方を取  
り入れようとする動きは増えつつあ  
ります(表1)。やはり、全人的医療  
という視点が漢方を必要としている  
のだと思います。

**黒岩** センターでは、そういう漢方  
への認識は医師だけでなく他の職種  
にも浸透していますか。

**元雄** 薬剤師は生薬学を学んでい  
るので知識はありましたが、看護師に  
は通じない時期もありました。しかし、  
漢方を使った患者さんの状態が改善  
するのを実際にみて、しだいに看護  
師も理解を深めてきています。今で  
は「しびれがあるようですから牛車  
腎気丸を併用しますか」というように、  
漢方に関心のないドクターに漢方薬  
を提案することもあります。

**黒岩** 薬剤師も現場にいるので  
すか。

**元雄** センターにいる薬剤師は安  
全で効果的な投与方法や投与量な  
どについて医師に提案していますし、  
点滴直前の混合調製も行います。  
また、患者さんへの服薬指導や薬に  
関する相談も随時行っており、漢方  
に関してもよく患者さんや他のスタ

ッフにアドバイスしています。

**黒岩** 漢方を組み入れることによ  
って、患者QOLを見つめたチーム医  
療がより効果的に実現されるという  
ことなのですね。

### 漢方との出会いが 治療のブレークスルーに

**黒岩** 元雄先生と漢方との出会い  
をおきかせください。

**元雄** 1989年の第1回漢方医学セミ  
ナー(御殿場市)に出席したのがきっ  
かけです。西洋医学で活躍されてい  
る先生方が同時に漢方も使っている  
姿を拝見して、感銘を受けました。  
そこで病院に戻り漢方を使ってみた  
ところ確かな手応えがあったので  
す。

**黒岩** 手応えというのは、西洋医学  
では届かないところになにか変化が  
あったのですか。

**元雄** 西洋医学ではなかなか症状  
が取れない訴えをよく経験します。

たとえば口が苦いという症状に対し  
西洋薬では改善が難しく苦慮してい  
たのですが、これに対し六君子湯を  
投与したところ症状が消えたので  
す。そこで口が苦いという訴えのあ  
る約80例の慢性胃炎症例で六君子  
湯のデータを系統的に取って臨床  
研究としてまとめました。この結果か  
ら通常の西洋医学では取れない症  
状が漢方で改善されることを再確認  
しました。

**黒岩** それまで元雄先生は漢方と  
は接点はなかったのですか。

**元雄** 私の学生時代は漢方の授業  
はありませんし、卒業してからも5~  
6年は漢方にはまったく触れる機会  
はありませんでした。しかし、患者  
さんを診察しているとどうしても壁  
にぶつかります。なにかブレークス  
ルーがないかと思っていたときに、  
漢方に出会ったのです。後は研究会  
や勉強会に出たり、自分で本を読ん  
で勉強して、実際に診療の現場で使  
いながら体得していったのです。

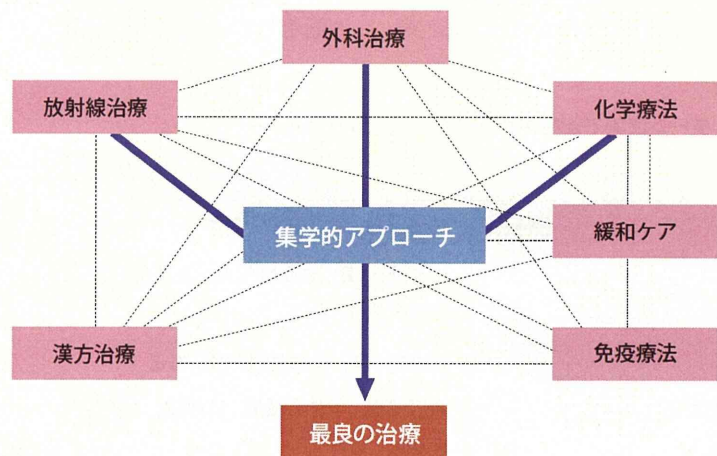


図2 集学的がん治療における漢方の位置づけ

元雄良治. 治療. 2009, 191(6), p. 1773-1775. より



黒岩 漢方に関する基礎研究もされていますか。

元雄 当時私は膵臓の研究チームにいたので、ラットの慢性膵炎モデルに柴胡桂枝湯を投与して膵炎の発症抑制効果を検討しました。通常この動物モデルは12週齢で重度の膵炎を発症するのですが、柴胡桂枝湯投与群では12週の段階でもまったく発症がみられず、同処方膵炎発症を強力に抑制することがわかりました。それを遺伝子レベルで解析して、Pancreas誌等で発表しました。それに対しては、国内だけでなく国際的な反応もありました。

### 狙い撃ちする西洋薬と全体をみる漢方の併用でより良い治療を

黒岩 西洋薬で改善しない症状がなぜ漢方薬で改善するのでしょうか。

元雄 西洋薬はピュアな単一成分であるのに対し、漢方薬は最低2つ以上の生薬で構成される複合系の薬剤です。しかもそれが伝統的な考えのもとに組み合わせられている。そ

れを飲むことによって、単一の成分では考えられないような作用が発揮されて、生体により影響を及ぼすのです。たとえば六君子湯が胃もたれに効くというのも、これまでの西洋薬にはないメカニズムがだんだんわかってきています。そのメカニズムは単一のものではなく複合的なメカニズムで、それが遺伝子レベルまで解明されつつあります。

逆にいうと、食欲不振など西洋医学では対応しきれない症状は複合的なメカニズムが関与していて、漢方がなぜ効くかを解明することによって、その発症メカニズムが解明されつつあるのです。しかも、六君子湯の悪心・嘔吐の抑制作用はランダム化比較試験(RCT)で認められていますので、この効果は科学的にみても確かなものといえます。

黒岩 西洋薬と漢方薬は役割が違うということですか。

元雄 そうですね。抗菌薬や抗がん剤のように攻撃すべきターゲットを定めて狙い撃ちする西洋薬に対して、漢方薬は足りないものを補う、低下しているものを持ち上げる、冷



もとお よしはる

## 元雄 良治

金沢医科大学腫瘍内科学 教授  
集学的がん治療センター長

1980年東京医科歯科大学医学部卒業。84年米国テキサス州ダラス・ワドレー分子医学研究所研究員。88年金沢大学がん研究所腫瘍内科助手。92年金沢大学がん研究所腫瘍内科講師。2002年フランス・マルセイユ・国立医学研究所文部科学省短期在外研究員。03年金沢大学がん研究所腫瘍内科助教授。05年金沢医科大学腫瘍内科学教授・集学的がん治療センター長・総合医学研究所分子腫瘍学研究部門教授(併任)。現在に至る。  
主な著書:「全人的がん医療-がんプロフェッショナルを目指して」(じほう)。  
研究領域: 腫瘍治療の分子基盤, がん医療における東西医学の融合

表1 チーム医療で使用されることの多い漢方処方

分野	よく使われる漢方薬
栄養サポートチーム (NST)	六君子湯, 大建中湯, など
がん化学療法	十全大補湯, 牛車腎気丸, 半夏瀉心湯, 六君子湯, 黄連解毒湯, など
リハビリテーション	牛車腎気丸, 桂枝加朮附湯, など
在宅医療	六君子湯, 十全大補湯, 葛根湯, など
認知症	抑肝散, など
終末期ケア	補中益気湯, 十全大補湯, 人參養榮湯, など

(元雄 良治)



えているものを温める、というものです。高齢者などの虚弱な方の体力を持ち上げるような薬は、西洋薬にはないですね

**黒岩** 「漢方処方」ではなく、「漢方診療」という面では西洋医学とどこが違いますか。

**元雄** 漢方診療に関しては、からだをみて、症状をよく聞いて、トータルな生体情報をとる、いわゆる全人的な医療をベースに漢方処方が決まります。西洋医学は、臨床検査や画像診断で異常をみつけて、それをピンポイントで攻めるという考え方ですから、大きく違います。

**黒岩** それは、漢方診療と西洋医学との哲学の違いといえますね。西洋医学は攻撃的治療、すなわち病気は悪いものでそれを徹底的に叩くという考え方です。がんでいえば、がん細胞は悪い細胞だから、手術で取る、抗がん剤で叩く、放射線で叩く。そのことによって大きな成果があったのは間違いないですが、そこにも限界がある。特に高齢者、あるいは再発したがんの場合は、攻撃的治療の副作用を軽くみ

ることはできない。老人は副作用によって体力が弱って、どんどん悪くなる。つまりがんを叩きつぶすのだけれども、体全体も弱ってしまう。

漢方は人間の体全体を診て気血水のバランスを取っていく。気の力、血の流れ、水の流れという、体全体のバランスを重視します。そのときに医食同源という考え方で食をも重視し、未病を治すという見方もします。生活のなかの養生医学というところから病気になる前に改善していく。人間全体の力を高めるというのが漢方の哲学ですね。

だから、西洋医学と漢方医学を足して、そのいいところを取る。攻撃しなければいけないところは攻撃するけれども、それだけでは体力が落ちて人間の体全体がだめになるから、攻撃をするとともに全体の力を上げる。これが西洋医学と漢方医学をあわせることの大きな意義だと思います。

**元雄** がん領域でも西洋医学と漢方医学の併用が患者さんにとってメリットになるという理解が進んでいます。たとえば外科手術では、術

前・術後の全身状態の改善に十全大補湯や補中益気湯、術後の腸閉塞の予防に大建中湯が広く用いられています。

また、がん化学療法ではイリノテカン投与後の遅発性下痢の予防に半夏瀉心湯や柴苓湯、パクリタキセルの末梢神経障害に牛車腎気丸の有効性が複数の診療分野から報告されています。

そのほかのがん治療や放射線治療に伴う副作用の緩和、支持療法でも漢方薬が大きな効果をあげることがわかっています(表2)。

そしてこのように漢方を取り入れることで患者さんが我慢をすることが減り、治療をより効果的にするのです。これらの処方では日常診療ではかなり常識になってきています。当学のセンターでは臓器の領域をこえて漢方の適応のある患者さんの症状に処方し、今では約8割の患者さんに漢方を使っています。

**黒岩** 漢方薬を使うドクターが増えてきているなかで、今私が危惧しているのは、漢方処方を西洋医学的感覚で使っている場合もあるのではないかとということです。漢方薬を使う医師が皆、全人的医療としての漢方診療の体系にきちんと向き合っているのかという疑問が私にはあります。効くから使う、という西洋薬的な感覚で漢方を使っていると、漢方全体に対してはエビデンスがないからということでは否定的な立場をとるという矛盾も生まれてきてしまいます。

**元雄** 確かに、芍薬甘草湯などのシンプルな処方は切れ味も鋭く、そういうエキス剤を西洋薬的に使

表2 集学的がん治療で使われる代表的な漢方処方

全身症状の改善	十全大補湯, 補中益気湯, 人参養榮湯, など
食欲不振	六君子湯, など
下痢	半夏瀉心湯, 柴苓湯, など
術後腸閉塞予防	大建中湯, など
うつ状態や不安感	加味逍遙散, 柴胡加竜骨牡蛎湯, 抑肝散, 加味帰脾湯, など
リンパ浮腫	桂枝茯苓丸, など
がん性疼痛	モルヒネと附子剤の併用, など

(元雄 良治)



っている医師もいます。その一方で、たくさんの生薬が入っている複雑な処方見方は効果が見えにくいこともあって敬遠する医師もいます。日本は西洋医学の医師免許を持った医師が漢方薬を処方できる、世界でも珍しいシステムを持っています。これは漢方医学をきちんと学ぶ機会も時間もない日本の医師にとっては大変貴重なシステムなのですが、伝統医学の考えに基づかない治療でいいのかという批判も確かにあり、今後の課題の1つです。

## 進みつつある漢方治療のエビデンス構築

**黒岩** 私は、父がかなり厳しい末期の肝臓がんで、一時は腫瘍径が12センチ、腫瘍マーカーが5,200という状態だったのが、西洋医学と漢方医学を合わせることで腫瘍径3センチ、腫瘍マーカーは20という奇跡的な回復をしたという体験をしています。そ

のこともあって西洋医学と漢方医学の併用は大切だという思いがあり、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療創生のための調査研究」の班長を引き受けました。いわゆる黒岩班といわれるものです。このなかで、日本型医療を創生していくための課題を明らかにし、2010年に課題と解決についての考察を提言として報告しました(表3)。

この提言に対する臨床医の意識調査があるのですが、それをみると、優先的に実施すべき課題として8割以上の医師が上げたのが「科学的データの収集と解析」、つまりエビデンスの構築でした(図3)。科学的データの収集と解析は、西洋医学との密接な協力関係を築くためには不可欠なものです。実際には漢方のエビデンスを求める動きはどういう状況にあるのでしょうか。

**元雄** 近年、医学界はエビデンスレベルの高い治療を選択していこうとする動きが活発です。漢方についても科学的エビデンスを蓄積しようと

いう動きが進んでいます。エビデンスレベルが一番高いのは複数のRCTをもとにしたメタ解析データですが、メタ解析を可能にするためにもまずは信頼性の高いRCTを実施することが重要です。RCTでは比較するコントロールの設定が重要です。コントロールはプラセボ、非投与群、西洋薬などリサーチ・クエスチョンに応じて多様です。異なる漢方薬の組み合わせや、漢方薬同士の比較もあります。

私は日本東洋医学会のEBM特別委員会エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォースで漢方薬に関する臨床試験の調査に参加していますが、その結果、信頼できるRCTが国内ですでに345報、メタ解析も1報が行われていることがわかりました(表4)。これを外国で発表すると、そんなにあるのかと驚かれます。

また、最近の診療ガイドラインはEBMの考えに基づいて作成されていますが、こうした診療ガイドライン

表3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言まとめ

1	体質にあった「オーダーメイド医療」実現のための基盤整備	科学的分析の推進(データの収集と解析) 人材の育成	エビデンスの確立 EBMへの転換をはかる, など 教育の充実 専門医, 指導医の人材育成, など
2	生薬資源の安定的確保	資源の安定確保, 漢方製剤のさらなる安全性	国内栽培の基盤整備, 輸入品の安定確保
3	国際ルール作りへの迅速・積極的な対応	迅速・戦略的な交渉の促進 国家戦略的見地から政府主導で対応	WHOにて改訂中のICD-11への対応, など
4	国民への知識普及	漢方・鍼灸にかかる正しい情報提供・知識普及につとめる	漢方・鍼灸の知識普及, など
5	施策推進のための組織的整備	産官学が組織的・戦略的に対処しうる組織的整備を行う	意見交換の場づくり, など

(黒岩 祐治)



にも漢方が取り上げられるようになっていきます(表5)。このように、この数年、西洋医学でいうEBMの観点から高いレベルのデータが出てきています。

**黒岩** 漢方薬はエビデンスがとりにくいという指摘をよく聞きます。その原因として、1つには生薬で構成される漢方薬は組成が均一でないという点。もう1つは同じ症状でも証によって処方も違えば反応も違うという点が挙げられますが、このあたりはエビデンスの確立においてどのように解決されていますか。

**元雄** 生薬組成のばらつきという点については、中国のように煎じ薬を主体とする治療薬では組成がばらつきやすく科学的な検討が難しいのですが、日本では高度に製品化され組成が均一のエキス製剤が普及し

ていますのでRCTでの検討には最も適していると思います。

また、証については、症例数の多いRCTではサブ解析という手法があり、西洋薬でも体型や性差や最近では遺伝子変異の有無でサブグループに分けてより詳細な解析をすることが行われています。私たちも推論の多重性に注意しながら証ごとにサブ解析することで、証という概念を反映したRCTを行っています。

**黒岩** 黒岩班の研究では、データマイニングの手法を使い、これまで蓄積された膨大な漢方治療のデータを集めて解析していけば、そのなかから「証」として語られていたもののおぼろげな姿が見えてくるのではないかと、という解決案を提言しました。そのためには診療所間、診療者間の横断的なデータの共有化がなけれ

ばできませんが。

もう1つ、黒岩班で指摘した課題として、人材育成も急務です。先ほども話が出ましたが、漢方診療の体系にきちんと向き合い、全人的に患者さんを診ることのできる人材を育てなくてはなりません。伝統医学の考えに基づかない漢方が日本型の漢方治療として定着することになってはいけません。

提言では医学部での教育と卒後教育・研修の充実で漢方への理解の裾野を広げ、専門医や指導医の人材育成をはかり、また薬剤師についても漢方薬・生薬認定薬剤師制度などを利用した研修の充実で専門性を一段と高めることを勧めています。

**元雄** 私も医学生への講義に漢方を取り入れ、腹診も教えています。今はお腹を診ない医者が増えていますが、日本の漢方は本来必ずお腹に触って処方を決めるものだと教えると、学生も情報がほしいから、お腹に触るようになります。こうして、漢方を通して診察能力の重要性を伝えています。しかし、実際に漢方診療の体系を理解できるまでの教育カリキュラムを組むのは難しいですね。

**黒岩** 漢方的な診断法を身につけるには五感を使ったトレーニングが必要で、大変なことですからね。全員が漢方診療を理解することはまだ難しいですが、チーム医療に漢方専門医が加わることの意義はどのような点でしょうか。

**元雄** 一部の施設では患者さんのところに内科医、外科医、漢方専門医の3人が診察に訪れて、おのおの

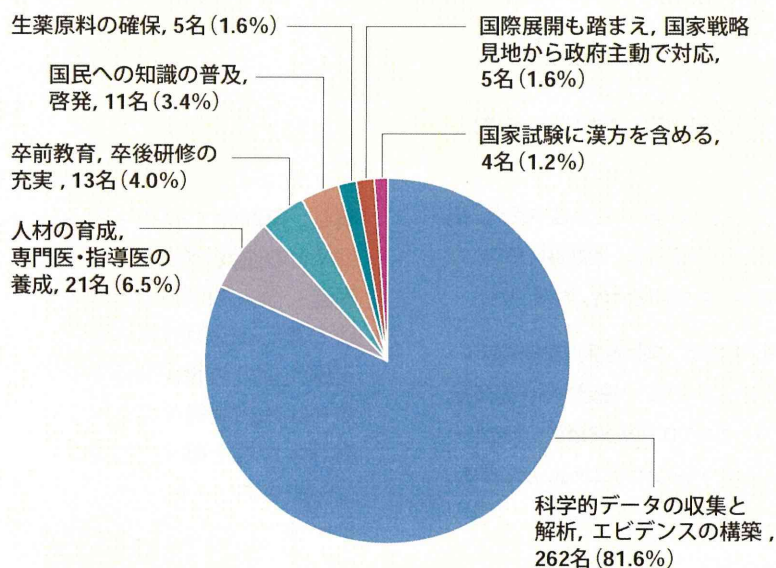


図3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言に関する医師の意識調査 (n=321)

日経メディカルONLINE (漢方使用実態及び漢方に関する意識調査)を一部抜粋変更

診断を話し合って治療方針を決めていく、という形をとっているところもあります。

**黒岩** 看護師や薬剤師に対する漢方教育も大事ですね。私が大学院教授をつとめていた国際医療福祉大学では、薬学部先端漢方センターを作り、薬剤師教育に積極的に漢方を取り入れました。薬剤師に漢方知識が浸透すれば、院内はもちろん、その薬剤師が地域で薬局を開けば、地域レベルで全人的医療を支える拠点になりえるわけです。

### いのちを輝かせる、 地域も含めたチーム医療

**黒岩** 私は今回神奈川県知事になりましたが、選挙の時に掲げたビジョンは「いのち輝くマグネット神奈川」です。いのちが輝くためには、地域全体の意識がいのちに向き合い、普段の食生活のあり方から未病を治す環境を作り、病気にならないお年寄りを増やしていくのです。

そういう漢方的な知恵、東洋医学的な発想が基盤にあって、その一方で西洋医学は専門性を高めていざ

というときは最先端技術を駆使して救います、という形をつくれば、ただ長生きするのではなく、いのちが輝く地域社会ができます。いのちが輝けば人々を引きつける。それがマグネットです。

私はそのビジョンの実現のために、「医食農同源」という考えを提唱し、環境と農政と医療保健の問題を同じ土俵で討議する、という担当部署の垣根と越えた取り組みを始めています。

**元雄** 地域という意味でいえば、地域連携は当学の進める集学的医療でも最重要課題の1つです。すでに、金沢市近郊にある当院と能登半島の自治体病院をテレビ会議システムで結んで、私も患者さんの顔をみながら遠隔医療を推進していますし、外科の医師を中心に地域連携パスを使った術後患者さんのための地元クリニックとの連携も始まっています。

また、当院の緩和ケアの看護師は「いつでもどこでもだれでも緩和ケア」というキャッチフレーズで地域のクリニックと緩和ケアの連携を構築し、薬剤師も服薬手帳を中心に地域との連携を図っています。

**黒岩** 全人的医療は地域も含めた面で考えるものだということですね。元雄先生の21世紀集学的医療センターは各診療科や基幹病院と地域施設の垣根を越えた横断的なチーム医療であり、神奈川県は担当部署や医療と生活の垣根を越えたチーム行政です。どちらも21世紀に求められる、いのちを輝かせるためのあり方といえるでしょう。

今日はありがとうございました。

表4 日本で実施された漢方製剤を用いたRCT

Randomized Controlled Trial (RCT)	320報
quasi-RCT (準RCT) : Controlled Clinical Trial	25報
合計	345報

日本東洋医学会、EBM特別委員会。漢方治療エビデンスレポート(EKAT)2010より

表5 漢方薬が記載されているガイドライン

タイプ	診療ガイドラインの領域
A	心身症、白内障、アレルギー性鼻炎、喘息、尋常性ざ瘡、男性下部尿路症状、夜間頻尿、慢性頭痛、など
B	小児B型肝炎、肝癌、アルツハイマー型痴呆、摂食障害、小児急性中耳炎、高血圧、脳卒中、鼻アレルギー、アレルギー疾患、副鼻腔炎、薬剤性肺障害、呼吸器感染症、アトピー性皮膚炎、小児IgA腎症、前立腺肥大症、咳嗽、など
C	性感染症、抗HIV治療、抗がん剤適正使用、糖尿病、加齢男性性腺機能低下症候群、夜尿症、睡眠障害、虚血性心疾患の一次予防、小児起立性調節障害、小児気管支喘息、特発性間質性肺炎、NASH・NAFLD、接触皮膚炎、蕁麻疹・血管性浮腫、シェーグレン症候群、尿路結石症、ペインクリニック、がん疼痛治療、など

A：引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの

B：引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの

C：引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの

日本東洋医学会 EBMT特別委員会 エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォース。漢方製剤の記載を含む診療ガイドライン2010より