

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で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12cm、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3cm、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融合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のような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の調査研究」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

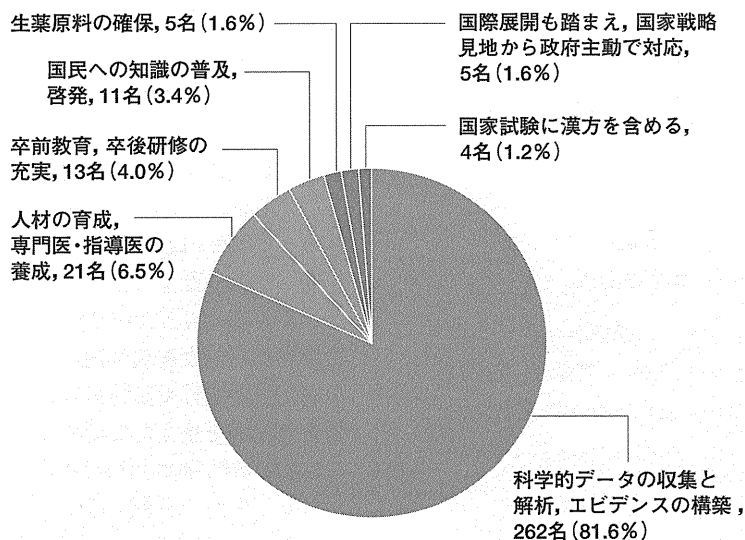


図3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言に関する医師の意識調査 (n=321)

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) を一部抜粋改変

医の3人が診察に訪れて、おのおの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得るわけです。

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、地域連携は本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 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. 漢方製剤の記載を含む診療ガイドライン2010より

