

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

地域医療における漢方と鍼灸の現状調査に関する研究

研究分担者 村松 慎一 自治医科大学・地域医療学センター・東洋医学部門

研究要旨 前年度に実施した自治医大卒の医師を対象とする地域医療における東洋医学に関するアンケート調査結果から漢方薬の頻用処方を抽出し専門医の傾向と比較検討した。地域医療においては、芍薬甘草湯、大建中湯などが頻用されており従来の東洋医学的な経験則に依らずに使用されていると推察される。これらの頻用処方を含む144処方の解説を記載したテキストの作製を行った。

A. 研究目的

日本伝統医学である漢方と鍼灸は、他の東アジア伝統医学とは異なる独自の優れた医療技術、学問体系を備え、西洋医学との協調によって世界に類のない日本型の統合医療を展開している。日本伝統医学の国際的立場を確立するためには、まず日本伝統医学の整備と標準化を行う必要がある。その基礎資料とするため、地域医療における漢方薬と鍼灸治療の現状を調査・解析する。その結果に基づきテキストを作製する。

B. 研究方法

前年度実施したアンケート調査は、1978年以降に自治医大を卒業し2010年7月時点での診療所あるいは300床以下の病院に所属する1538名の臨床医全員を対象とした。質問は、1)漢方薬の使用頻度、2)頻用処方、3)役立つ理由、4)使いにくい理由、5)鍼灸との関わり方、6)鍼灸の適応、7)どのような教育が必要か、8)今後必要と考えられること、の8項目であった。このうち、頻用処方について東亞医学協会が漢方の専門医を対象に実施した調査結果などと比較検討した。地域医療における頻用処方を含む144処方の解説を記載したテキストを作製した。

倫理面への配慮

調査に当たっては疫学調査に関する倫理指針に従った。アンケートは匿名とし回答者が特定できないようにした。また、質問項目に患者の個人情報は含まれない。

C. 研究結果

アンケート調査の有効回答数は679(44%)で国内全域から回答を得た。使用頻度の高い上位10処方は、芍薬甘草湯、大建中湯、葛根湯、六君子湯、補中益気湯、小青竜湯、麦門冬湯、牛車腎気丸、抑肝散、加味逍遙散、当帰芍薬散であった。東亞医学協会が、漢方の専門医101名を対象に2010年に行った「私の愛用処方ベスト5」というアンケート調査では、上位に補中益気湯、八味地黄丸、桂枝茯苓丸、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、六君子湯、真武湯、加味逍遙散、当帰芍薬散、半夏厚朴湯などが挙げられている（漢方の臨床、57卷8号、p1225-1248）。

一方、日本漢方生薬製剤協会が厚生労働省の薬事工業生産統計年報を基に作成・公開している「漢方製剤の生産動態」によると、平成21年度の生産及び輸入金額の上位10処方は、補中益気湯、大建中湯、柴苓湯、六君子湯、加味逍遙散、麦門冬湯、牛車腎気丸、芍薬甘草湯、小青竜湯、葛根湯となっている。

これらの頻用処方を含み、医療用エキス製剤として市販されている144処方について解説したテキストを作製した。適応病態は、自覚症状および他覚所見に分けて整理した。

D. 考察

地域医療では97%もの医師が漢方薬を使用している。しかし、頻用処方は漢方の専門医とはかなり異なる。その理由として、地域医療と漢方専門医とでは治療対象とする疾患が違うというだけではなく、地域医療では、処

方の選択は必ずしも東洋医学的な病態認識に基づいていないことが推察される。実際に、地域の医師の1/3は、漢方薬を使用しにくい理由として、使用法がわからないと回答している。例えば、最も頻用されている芍薬甘草湯は、筋肉痛や神経痛に対する鎮痛薬として処方され、2番目に頻用されている大建中湯は、単純な胃腸薬として使用されている可能性が考えられる。自治医大では2007年から医学部の4年生に漢方教育を開始しており、今回のアンケート調査の対象とした医師は、漢方の卒然教育を受けていない。それでも、日常診療に漢方薬を積極的に取り入れている医師は30%に達しており、今後さらに適切な卒後教育が望まれる。

E. 結論

地域医療においては芍薬甘草湯や大建中湯などが頻用されている。これらの頻用処方を含む144処方の解説を記載したテキストを作製した。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Muramatsu S, Aihara M, Shimizu I, Arai M, Kajii E: Current status of Kampo medicine in community health care. General Medicine, in press.
2. 上野眞二, 村松慎一: Alzheimer病と漢方薬. 神経内科, 76(2): 147-154, 2012.

2. 学会発表

1. 村松慎一: 現代漢方頻用処方. 第401回国際治療談話会例会, 2011年, 東京. (公益財団法人 日本国際医学協会誌 No.450 2-3)
2. Muramatsu S: Frequent formulae of current Kampo medicine in Japan. Annual Congress of Korean Oriental Medical Society, 2011, Seoul.

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

日本伝統医学テキスト作成（漢方編・薬学）に関する研究

研究研究者　吉川 雅之　京都薬科大学薬学部 教授
日置 智津子 東海大学医学部 講師

研究要旨 6年制薬学教育における漢方教育の標準化研究の一環として、統一した内容のテキスト作成を目的に日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）案を作成した。そして、薬学領域の漢方教育者、研究者および医療現場での漢方医療の従事者をはじめ、医学領域の漢方教育や研究および実務の方々からのご意見を参考にして修正、追加した。また、薬学領域での漢方教育の内容の海外への発信とともに、漢方研究の国際学術雑誌での論文発表や、漢方や生薬に関する英文表記などの漢方教育、研究の国際化のために、日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）の英語版を作成したので概要を紹介する。

研究協力者

木内文之	慶應義塾大学薬学部
田代眞一	病態科学研究所
松田久司	京都薬科大学
堀江俊治	城西国際大学薬学部
牧野利明	名古屋市立大学大学院
杉山 清	星薬科大学
三巻祥浩	東京薬科大学薬学部
井上 誠	愛知学院大学薬学部
油田正樹	武蔵野大学薬学部
清原寛章	北里大学
正田純一	筑波大学

A. 研究目的

平成22度の本研究において、統一した内容のテキスト作成を目的として日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）案を分担研究者（2名）と研究協力者（5名）で作成した。今年度は更に増員した研究協力者（6名）の協力を得てテキスト（案）の内容や表現について追加、修正して日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）を作成する。また、完成後テキスト（漢方編・薬学）の英語版を作成して漢方の教育研究の国際化を目指す。

B. 研究方法

日本伝統テキストの漢方編では、第6章が漢方薬学と

なっている。第6章は、A. 漢方薬剤、B. 漢方薬理、C. 漢方薬使用上の注意と副作用、D. 漢方薬の有効性と医療科学の4項目と巻頭口絵（生薬写真）から構成されている。

A. 漢方薬剤の項は、1. 漢方薬を構成する生薬と、2. 漢方製剤の特徴から成っていることから、これまでの生薬学関連の教科書や参考資料を調査して内容を概説する。

B. 漢方薬理の項は、漢方薬の独特の薬理作用と作用機序、作用成分の特徴について調査して西洋医学との比較のもとに説明、記載する。C. 漢方薬使用上の注意と副作用の項は、古文献から厚労省が発表する漢方製剤の副作用情報や原料生薬の残留農薬など多岐に渡って調査する必要がある。D. 漢方薬の有効性と医療科学の項では、繁用される漢方処方を、1. 西洋医学治療で活用される漢方薬と、2. 西洋薬と併用される漢方薬に大別し、計30処方の古典的使用を鑑みながら、薬効と薬理について最新の学術論文をはじめ、使用状況からみる有用性、企業データーまでを調査、検証し、EBMの観点から信頼性の高いものを選択して記載する。更に、3. 漢方生薬の薬効・薬理では、重要漢方処方に配剤される41種の生薬について、基原、主要成分、薬効・薬理について調査、検証し、臨床的に意味ある内容を厳選して収載する。テキスト（漢方編）作成の為に、「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会を開催して薬学領域の漢方教育・研究者および実務者の方々からの意見を聴取する。

このようにして作成された日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）について英語版を作成する。

C. 研究結果

分担研究者および協力研究者 13 名の調査、検証の結果、日本語版および英語版の日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）を作成した。そして、「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会（2011年7月18日、12時30分～17時、京都薬科大学）および臨床漢方薬理研究会大会（第106回例会）において「漢方薬学の構築にむけて」と題した講演会を開催し、日本伝統医学テキスト（漢方編）について薬学領域の漢方教育および研究者、実務者の方々から種々の意見、評価を得たので追加、修正した。

英語版テキストは、株式会社アスカコーポレーションの翻訳者の協力のもとに漢方や生薬関連の専門用語を統一表現して作成した。

D. 考察

6年制薬学教育におけるモデル・コアカリキュラムや

薬剤師国家試験出題基準に漢方医学の基礎および漢方処方と生薬の応用が記載されている。その為、薬学における漢方教育の標準化テキストの作成は急務のことと認識されている。今回、日本語および英語の日本伝統医学テキスト（漢方編・薬学）が作成されたことは、薬学における漢方教育の第1歩として意義あるものと考えられる。また、英文テキストは、漢方教育研究の国外への発信において利用可能と期待される。今後、薬学領域をはじめ医学領域の漢方教育研究者、実務者の方々からの指摘を受け修正、追加する必要がある。

E. 結論

研究結果で示したように、日本語版および英語版の日本伝統テキスト（漢方編・薬学）を完成した。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録情報

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
形井秀一	医学部漢方教育の中の鍼灸、第6回社会鍼灸学研究会2011	社会鍼灸学研究	抄録号	23	2011
形井秀一、後藤修司、東郷俊宏、高澤直美、小野直哉、	鍼灸の国際標準化と日本鍼灸、前編	東洋医学 鍼灸ジャーナル	18号	52-63	2011
形井秀一、後藤修司、東郷俊宏、高澤直美、小野直哉、	鍼灸の国際標準化と日本鍼灸、後編	東洋医学 鍼灸ジャーナル	19号	51-65	2011
東郷俊宏	ISO問題が映し出す日本鍼灸の問題点	鍼灸柔整新聞	第921号	6	2012
HIOKI CHIZUKO	Traditional Medicine and Pharmacists of the Future: Current Status and Perspective of the Spread of Kampo Medicine in Japan.	Bull Soc Pharmcog ROC	20	28-40	2012
Muramatsu S, Aihara M, Shimizu I, Arai M, Kajii E.	Current status of Kampo medicine in community health care.	General Medicine			In press
上野眞二、村松慎一	Alzheimer病と漢方薬	神経内科	76(2)	147-154	2012

IV. 研究成果の刊行物・別刷

医学部漢方教育の中の鍼灸

形井秀一

筑波技術大学

【はじめに】

2001年に、「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」が『医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—』を作成した。このガイドラインには、「21世紀における新たな医学教育の展開への布石として作成したものであり、各大学が編成するカリキュラムの参考となるよう、現時点で修得すべきと考えられる必須の基本となる教育内容」が提示されている。そして、その「E 診療の基本」の「2 基本的診療知識」、「(1) 薬物治療の基本原理」の「到達目標」に「△17) 和漢薬が概説できる。」という文言が入っている。

ところで、このガイドラインは「どのような授業形態で実施するかは、各医科大学（医学部）の責任において教育理念に基づき決定すべきものである。」とされ、強制力を持たない。しかし、和漢薬（漢方薬）については、すべての大学で、必須か選択かは別として開設されていることと、漢方薬の授業の中に何コマかは鍼灸の講義も設定されている大学があることが予測されることから、それらの実態を把握するために、鍼灸に関する教育の実施状況をアンケート調査した。

【方法】

2011年7月4日に、全国80大学の医学部長宛に、漢方薬に関するアンケートと鍼灸に関するアンケートの2種のアンケートを送付し、7月25日を回答期限とした。アンケート方法は往復とも郵送で、大学名と記入者名を明記してもらい、記述方法は選択式と記述式の両方とした。

アンケート内容は、鍼灸に関しては、授業導入時期、講義されている科目名、コマ数、授業内容、今後の導入の予定の有無などであった。

【結果】

有効回答は、80大学中38大学（47.5%）であった。38大学中、すべての医学部で漢方を導入していたが、2001年以前からの導入は10大学（26.3%）、2002年以降の導入は20大学（52.6%）、不明8大学であった。鍼灸を導入しているのは11大学（28.9%）、していない大学は22大学（57.9%）、記載無しは4大学であった。また、灸の導入をしているが6大学（15.8%）、していないが27大学（71.1%）、記載無しが5大学であった。さらに、現在鍼灸を導入していない28大学のうち、今後の導入の予定があるのは1大学のみで、25大学（89.3%）では予定が無いという返事であった。

【考察、結語】

漢方薬の授業は全大学で実施されていたが、コア・カリキュラムに入る以前から授業を行っていた大学は10大学であった。鍼の授業を導入している大学は30%弱、灸は15%強であり、予測されたことではあったが、鍼灸を導入している大学は少なかった。

また、今後、導入予定の大学も1大学（2011年度より）のみであり、鍼灸を医学部教育に導入することに意義を見いだす大学は、現時点では余り多くないといえよう。

本研究は厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）により実施した。



形井秀一氏(司会)



後藤修司氏



東郷俊宏氏



高澤直美氏



小野直哉氏

特別座談会

鍼灸の国際標準化と 日本鍼灸

東洋医学 鍼灸ジャーナル Vol.18、Vol.19 に掲載

国際標準化の始まりからこれまで

形井 司会を務めさせていただく形井秀一です。よろしくお願いします。

現在、日本鍼灸界において国際的な視野で活動されている先生方にお集まりいただきて、座談会を始めたいと思います。今回のテーマは「鍼灸の国際標準化と日本鍼灸」とさせていただきました。現在、鍼灸を国際的に標準化しようという動きが活発になっています。ただ、その国際標準化が和やかに進んでいればいいのですが、昨今その動きが注目されるように、中国が、中医学という形で、鍼灸を国際的な標準にもっていこうとしています。それは「世界記録遺産に中医学の鍼灸を登録した(1)」という所に象徴的に現れています。中医学全体ではなく、湯液から外して鍼灸のみをまず遺産化しました。こういった中国の動きは、日本の鍼灸界では十分に知られていません。一方で、東洋医学に関係する国際的な会議は2、3ヶ月に1回は開かれています。

そこで、まず、日本東洋医学サミット会議(JLOM)(2)の委員で、ISO(3)等の会議で日本の代表として意見を述べられている東郷俊宏先生にお越しいただきました。それから、平成22年度から全日本鍼灸学会(JSAM)の国際部部長になられた高澤直美先生にお出でいただきました。高澤先生は、世界鍼灸学会連合会(WFAS)(4)の執行理事もされ、そこでもご活躍されています。また、京都からお越し頂いた小野直哉先生には学術的な立場から、なぜ世界の鍼灸の動きが現在のような状況になっているのか、その背景をお話しいただきたいと思います。

最後になりましたが、後藤修司先生に参加いただきました。先生は、全日本鍼灸学会の会長という重責のなかで、世界の鍼灸界の動きに目配りをしていただきながら、日本鍼灸をどういう方向に持っていくかという重要な取りをしていただいている。今日は、そのような立場からご意見をいただきたいと思います。

さて、先生方には、鍼灸が国際化されていくなかで、日本鍼灸はどのような現状にあり、今後どうしていくなければならないのか、について討論していただきたいと思います。そして、こうした動きのなかで日本の鍼灸師一人ひとりが、それぞれができる範囲の行動を取っていただけるようにお考えいただきたいと思います。

さて本題に入りますが、先程、国際化の状況・情勢が中国主導で動いているという話をしましたが、その実状を20～30年間の変化とこの4、5年の急激な動きに

ついて、国際会議の最先端で奮闘していただいている東京有明医療大学の東郷先生に、お話ししていただきたいと思います。

東郷 伝統医学の国際標準化は鍼灸だけではなく、薬物療法も含まれています。ここではまず、国際標準化の現在に至るまでの過程を、大きく3つの段階に分けてお話しします。薬物療法と鍼灸でみると、鍼灸のほうが国際化は早く始まっていると考えられます。1980年代はWFASが結成される時期とも重なるのですが、この時期にWHO西太平洋事務局(5)を中心に鍼灸関連の用語(経脈や経穴の名称など)の標準化が始まっています。その他にも様々なガイドラインが作られているのですが、それを第1期としておきます。

第2期はWHO西太平洋事務局の伝統医学諮問官に、韓国のDr. Choi Seung-hoon(崔昇勲)が就任されてからです。2002年から2008年の在任期間に、彼のリーダーシップの下で4つのプロジェクトが立ち上げされました。皆さんもよくご存じの「経穴位置」の標準化のほかに、「伝統医学用語」、「伝統医学情報」、「診療ガイドライン」の4つです。特に診療ガイドラインに関しては、薬物療法でがんの診療ガイドライン作成を目的として始まったのですが、これについては津谷喜一郎先生、元雄良治先生らが参加されて、ユーザーが明確ではないということを指摘し、日本としてはかわらないことを表明、結果としてプロジェクトそのものが頓挫した形になっています。経穴の位置に関しては、日本からは形井先生をはじめ第2次日本経穴委員会の先生方がご尽力されて、2008年に『WHO／WPRO標準経穴部位』(医道の日本社)が出版されました。この4つのプロジェクトのうちもう1つWHOの刊行物として出版されたのが伝統医学の用語に関するもので、『WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region』という本が2007年に出版されています。伝統医学情報の標準化については、いくつかの分科会に分れていて、国際疾病分類(ICD)(6)のなかに伝統医学の用語を組み入れるというプロジェクトがそのひとつとしてありました。これは正式にWHOの事業として、2010年の5月からスタートしております。

私はこうしたWHOの伝統医学の国際標準化に、2005年5月から参加し、主に伝統医学情報と伝統医学用語の標準化にかかわってきました。

Dr. Choiの始めた4つのプロジェクトは、基本的にEBM(7)の流れのなかで、「伝統医学に関する論文が、国際的な交流の中で、その理解に齟齬が生じてはいけない



形井秀一氏

profile

1951年生まれ。東京農工大学卒業後、東洋鍼灸専門学校、筑波大学理療科教員養成施設を卒業。現在、筑波技術大学保健科学部教授、第二次日本経穴委員会委員長、日本伝統鍼灸学会会長。

いから、標準化する必要がある」という彼自身の強い信念の下に始められたわけです。私もそれに日本代表の一人として参加していたのですが、当時、用語や情報に関しては日本のスタンダードとして提示できる材料が非常に乏しかった。鍼灸関連の用語辞典にしても、現在ある出版社で刊行を予定しているものもありますが、やはり最新のものでも十何年前にさかのばらないといけませんでした。用語関係では、主に筑波技術大学の津嘉山洋先生と形井先生と3人で作業をしてきたわけですが、日本からもしスタンダードとして用語を提示しようとすれば、いきおい、国家試験の出題基準か、学校協会のテキストしか提起しようがなかったわけです。しかし、それだけでは日本で行われている鍼灸を正確に表現できないのではないか、ということを常に感じていました。

一方、中国や韓国は鍼灸の用語や手技などの標準化

に、早い段階で着手していました。中国は概ね1990年代には中国の標準として『国家水準(GB)』文書の発行を始めています。韓国は1990年代に韓医学が保険適用されたことに伴い、例えば病気の伝統医学的な分類や、治療で用いられる手技の種類・名称に関しても、きちんと標準化された一覧表が作成されています。こうした例と比較すると、日本は標準化が遅れていると言わざるを得ません。

では、WHOで行われてきた標準化事業に対して、日本はどのように組織的に対応してきたのかというと、2005年5月に日本東洋医学サミット会議を設立しています。英文名称がJapan Liaison of Oriental Medicine (JLOM) というのですが、これは日本東洋医学会、全日本鍼灸学会、日本生薬学会、和漢薬学会及びWHOの伝統医学協力センターである富山大学と北里大学が主なメンバーとなって、日本の伝統医学関連の学術団体を代表する組織として結成されたものです。厚生労働省のなかにも、日本東洋医学サミット会議に対応する窓口が研究開発振興課のなかに設けられました。現在では統合医療プロジェクトチームが窓口となっています。

こうしたWHO西太平洋事務局が主導した伝統医学の標準化事業に対して、全日本鍼灸学会からは、当時の矢野忠会長、その他に形井先生、津谷先生、津嘉山先生、それと私が主なメンバーとして参加しました。またこれらの標準化プロジェクトを通じて明確になったことは、中国や韓国は国策として伝統医学が保護されており、用語や教育、手技の方法、電子カルテの構築に至るまで国の標準化政策の一環として進められていたことです。特に中国では、1990年代からこの標準化の作成について着実に進めていて、TCM (Traditional Chinese Medicine, 中医学) の世界普及についての意志を強固に持っています。こうした中国での伝統医学の標準化の成果は、国家技術監督局から順次発布されており、これまでに頭鍼や耳鍼、これらの治療で用いるツボや反射区、お灸の仕方などの標準が小冊子の形で出版されています。

ところで、WHOでの標準化というのは、どちらかといえば学術的な要素の強い標準化で、国際機関が作成していると言っても国際的な拘束力の強い標準ではなかったのですが、この流れが変わってきたのが、2009年に中国がISOに対して専門委員会の設立を申請した時からです。これには前段階がありまして、鍼のデバイスの標準化を目的として、韓国のKIOMの呼びかけで日本と中国、オーストラリア、ベトナムが2006年にソウルに集まり、以降3年間、会議を重ねました。その後、その

流れを引き継いで、標準化のための団体 International network of standard acupuncture (INSA) を作り、2009 年に第 1 回目の会合が開かれました。

形井 この動きは毫鍼の標準化が中心でした。

東郷 INSA の前身の会議は 3 回行われました。その 3 回目の会議で韓国のはうから、この会議で作っている標準を ISO に申請するということになりました。そして、その後で中国は 2009 年 2 月に ISO に対して専門委員会の設立申請を出しました。

形井 韓国は 2007 年秋に、一度、申請を ISO に出しています。それで中国は急いで出したということですね。韓国が出したものは注射針の委員会だったので差し戻しになって、それ以上進まなかったのですが、中国は別の専門委員会に提出して、進めたということです。

東郷 中国も 2008 年 6 月に、ISO のなかでも TC215 という医療情報を扱う専門委員会に中医学の情報、伝統医学情報の標準化を目的とした申請を行っているのですが、これは中国が考えているようにはうまくいかなかった。それで、中医学そのものの標準化を目的とする委員会を作ったほうがいいと考えたと思われます。2009 年 2 月に ISO の本部に対してその申請が提出されました。ISO ではこうした申請が出されると、各国の、日本でいえば経済産業省にあたる機関に「こうした委員会の設立申請が出ているが、それぞれの国の意見を聞かせてほしい」といった通達が来るんです。日本としては、経済産業省から厚生労働省に照会がいきまして、その後厚生労働省の方から JLOM に問い合わせがきました。中国が提出した申請書のなかには、TCM の用語のみならず経穴部位、鍼灸の手技など、すでに WHO で標準化が達成されたものも含まれていました。それから手技といった各国の法的な規制とも抵触しかねない内容が含まれていたということもあり、JLOM としては経産省を通じて「ノー」と解答しました。これは韓国も同様です。ISO ではこうした各国の意見を集めて投票にかけるわけですが、日本、韓国、ポーランド、オーストリアの 4 か国が反対し、賛成したのが 12 か国。それからアメリカ、イギリス、フランス、ドイツなど欧米を中心とした国はほとんど棄権しています。棄権した理由は、おそらくそれぞれの国の中でも中医学を実践しているグループと中医学の看板を掲げていないグループが両方あり、国としての意見をまとめることができなかったのだと思います。ISO 本部は投票結果を受けて、日本や韓国のような反対国を招いて会議をやりなさいとの勧告を出し、2009 年 8 月に北京で事前会議が開催され、専門委員会

(Technical Committee) の名称とスコープ(所掌範囲)を巡って協議を行いました。議論は紛糾し、専門委員会の設立に関しては合意したもの、その名称に関しては、中国は TCM を主張したのに対し、日本と韓国は伝統医学の多様性を理由にこれに反対しました。そして WHO でも Traditional Medicine が使われているので、基本的にはそれを用いるべきではないかと主張しました。またもう一つの案として Traditional East Asian Medicine という名称を提案しましたが、いずれも合意を得ることはできませんでした。スコープに関しては「安全性および品質の保障 (safety and quality assurance)」とすることで暫定的に合意しました。そして 2010 年 6 月に第 1 回のプレナリーミーティングが北京で開催されたのです。そこで幹事国の中から指名されたオーストラリア人の議長がかなり強引な議事の進行をし、中国寄りではない国々の発言が適切に反映されませんでした。しかし、一応議決としては鍼や鍼灸治療で使われる道具(medical equipment)、および天然薬物 (natural material) の「安全性と品質 (safety and quality)」が標準化の対象として盛り込まれることになりました。また、日本、アメリカ、オーストラリアなどは反対したのですが、教育に関しても優先順位は低いというただし書きがあるものの、現時点ではスコープのなかに入っています。それからインフォーマティック (情報科学) が入っています。

のちほど議論のなかで話していきたいと思っているのですが、北京会議に参加しても必ずしも中国が提起した考え方をそのまま受け入れようという国ばかりではなく、アメリカやドイツ、韓国などは日本と共通点が多いように感じました。

形井 ありがとうございます。結局 3 期というのは 2009 年以降と考えてよろしいですか。

東郷 そうですね。2009 年 2 月に中国が ISO にテクニカルコミッティー (8) の申請をした時点から 3 期と考えています。

形井 長期間にわたる内容を簡潔にまとめていただいて、ありがとうございました。1 期から国際間の話し合いはあったのですが、まとまった国際標準化の話はできていなかった。2 期のなかで標準化が 2 つ達成されて、その他のことも流れがきつつあるけれども、第 3 期は学術的な国際間の標準化よりも、むしろ国家間の利害を含んだ状況が明確となって、それが問題を複雑にさせているということです。

国際標準化に対する各国の捉え方

後藤 今、2009年2月のTC249の話が出ましたね。呼び掛けた時に欧米がほとんど棄権した理由が、各国ごとに中医学を標榜しているグループとそうでないグループがあって、意見が統一されなかったということでしたが、それだけではなくて、そもそも何でISOでやるのか意味が分からなかったのだと思います。そこが重要です。例えばアメリカの代表が今年（2010年）になって、結局あの問題が提起されているのはなぜかと話していました。だから欧米各国が棄権をしたのは、たぶん意味が分からなかったのだと思います。少なくともアメリカはそうだったでしょう。医学の問題をなぜISOでやるのかという根本的な疑問は、押さえておかなくてはなりません。例えば、鍼の標準化や安全性などの道具の問題はISOでなくても、教育の問題まで入ってくるような標準化をISOでやること自体おかしいという声はアメリカでもあったけど、そういう声が汲み上げられていない。日本でもあったけど、いつの間にか消えてしまった。

形井 その点については、おそらく2つの視点で見なければならぬと思います。まず1970年代以降、中国はそれまで社会主義圏の国であったのですが資本主義圏との交流を積極的に行うという政策に転換した時以来、東洋医学について40年間あたためてきた戦略があります。つまり、中医学を世界の医学の一つに位置付けようという流れがあり、それは中医学全体でなければ意味がありません。鍼の道具1つでは意味がない。こうした中国が求めているものと、世界が中国に抱いているイメージあるいはISOに対する認識にずれがありました。もっとも、鍼灸のみを世界遺産とした今回の戦略は、中医学全体では遺産に登録できないので、現実路線に転換して、鍼灸のみを通じたということのようです。一方、韓国は世界記録遺産にも『東医宝鑑』を出していち早く通している。つまり、韓国は東洋医学に対しては、国の医学として中国とかなり近い意識でやっているものだと思います。しかし、日本の国としての意識は相当遅れているのではないかと思います。小野先生いかがですか？

小野 形井先生がおっしゃっている通りだと思います。中国と韓国は基本的に伝統医学に対する活動方針は同じだと思います。国としての捉え方、または実際に従事している伝統医学の人たちの考え方と同じだと思います。現状では中国、韓国のグループがあって、その次に日本とそれ以外の国ということになります。ただ、日本の場合は伝統医学があるので、場合によってはベトナム

などと一緒に中間に位置しているのかなという印象も受けます。ただ、韓国と中国はこれまで争っていることが伝統医学以外にもあります。例えば韓国が「端午祭(端午の節句)」を世界無形文化遺産に登録し、中国が怒りを露にするなど、いろいろと互いに遺恨となる経緯が中国と韓国にはあります。そもそも韓国がいち早く動いているのは、北朝鮮を挟んでいますが、中国とは地続きであるという、地理的緊張関係が挙げられます。場合によっては将来、様々な社会・経済的な意味で、韓国は中国に呑み込まれてしまう可能性も否めません。このような地政学上の条件下で、韓国は自分たちのアイデンティティーを、国として形成しなくてはならないという厳しい状況に絶えず曝されています。別の要因としては、経済的側面があります。中国には元来中華思想があり、近年、その中国に経済力がついてきた。中国は経済力を背景に、自分たちがもともと持っていた文化を海外に押し出して行くという方向性のなかで、これら一連の中国伝統医学の問題に端を発しているのかもしれません。

なぜ日本は出遅れたのか？

小野 また、経済的側面以外に、もう1つの大きな側面があります。それは、日本の医学界や国民の学術や医療に対する社会的メンタリティーの側面です。

形井 経済的な発展でいうと、順番的には日本が先にいて韓国が追いかけてきた。今は中国が勢いに乗っている。だから韓国が出てくる前に、日本から発信されてもよかったのかもしれませんね。何で日本から最初に出なかったのでしょうか？

小野 その理由は日本の学術や医療の社会的側面にあると思います。明治維新を境に、欧化政策の下、日本の体制は近代西洋医学のみを正統な医学とし、伝統医学を捨てました。これが1度目の伝統医学存亡の危機です。更に第二次世界大戦の敗戦により、GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）による2度目の伝統医学存亡の危機があった。日本は明治以後、欧米列強に追い付け追い越せ、第二次世界大戦後はGHQによる占領や日米安全保障条約、フルブライト留学生など、特に米国追随型の米国親和性の高い社会の形成により、西側諸国の経済圏の一員として目覚しい経済発展を遂げ、アジア諸国の中では早く先進国仲間入りを果たした。この間、ごく一部の医学関係者は伝統医学の継承と存続に尽力しましたが、日本の医学界や国民の社会的メンタリティーの大勢は、学術的にも医療資源的にも欧米追随の近代西洋

医学を良しとし、伝統医学は捨てられたまま、真正面から伝統医学を顧みることはなかった。だから、日本より経済発展は遅れたが、伝統医学は捨てなかつた韓国と中国が国家戦略として伝統医学を捉えていても、伝統医学を捨てたままの現在の日本には、伝統医学を国家戦略として捉える意識は皆無であり、そのこと自体に気づいていない。それが現在の日本の伝統医学の窮状を醸成した最大の要因だと思います。

形井 後藤先生や私のように長年東洋医学にかかわっている人たちは「鍼灸をなんとか世界に広められないか」あるいは「日本の医療のなかに鍼灸を入れることができないか」と、要するに西洋医学のなかに東洋医学を入れようと思って努力してきたものの、ことごとく挫折してきました。日本の国内でも広がらないので、世界に広げようとは夢のまた夢だったわけです。柳谷素靈がドイツに行って鍼灸治療を紹介したという実績があったとしても、それは一つのエピソードに終わってしまいます。その視点で見ると今は、中国主導と言っても、東洋医学を世界の医療界に位置付けるというある種の夢を実現できるかもしれない状況にあります。そこをしっかり議論しなければいけないと思います。中国だけが一方的にやっているということではなく、実は日本が抱き続けた願望を実現しようとしているところも一面としてあります。そこは皆さんどのようにお考えですか。

後藤 形井先生がおっしゃったのは大事な視点なんですよ。今、中国がISOにそういう交渉をしている。WFASでもそうです。今度は世界遺産登録をしていく。こういう動きを見ていて一番よくないと思うのは、日本のなかにいわゆるナショナリズムみたいに排斥・攘夷思想が芽生え、中医学を勉強すること自体を拒否するといったような傾向が出てくることです。また、中国の国内や新聞を見ていると、世界遺産申請するなんて後ろ向きでしうがないという意見もあるわけです。だから今の中国の目立った動きは、一部の人がやろうとしていて、それが国家戦略として位置付けられていると考えるべきです。したがって、そのことで日本のナショナリズムを煽ってはいけない。ましてや排斥はよくない。形井先生がおっしゃったように、波に乗ることを推奨するわけではありませんが、そういう考え方を認識することは大事な提案だと思いますね。今度の全日本鍼灸学会60回大会は関東支部が担当するわけですが、その大会で東京宣言を出そうと思っています。日本の社会のなかで鍼灸がどんな役割をしていて、これから先どんな貢献ができるのかという宣言を出そうと準備をしています。例えば鍼はエコ



後藤修司氏

profile

1949年生まれ。東京大学医学部大学院研究生修了後、昭和大学にて医学博士の学位取得。現在、学校法人後藤学園理事長、Acupuncture and Integrative Medicine College, Berkeley (U.S.A バークレー) 理事長、(社)全日本鍼灸学会会長。

医療で効果も高いとドイツでも報告が出ている、それから鍼は今の西洋医学で解決できない問題も、全部解決できるということを中国は主張しているんだよね。だから標準化しなくてはいけないという理屈です。しかも世界中で鍼灸治療が行われているけど、どうも教育が一定のレベルに達していない。3か月くらいの期間で発展途上国の医者たちを教育して、各地に送り返しているけれども、不十分なところがあるからこれをしっかりとレベルにしなければならない。こうした主張もよく分かります。だからもっと言うと、「日本や韓国は、その国の法律でしっかりできているのだから、中国は余計なことを言わないでくれ」という考えも出てくるけど、世界を見た場合は標準化しないと危ないと中国が考えているということも理解しなくてはいけない。だからといって、これから先も中国に全部巻き込まれていいのかとい



東郷俊宏氏

profile

1966年生まれ。東京大学文学部中国文学卒業、明治鍼灸大学(現 明治国際医療大学)大学院鍼灸学修士課程終了。2009年より東京有明医療大学保健医療学部准教授。

うとそうではない。例えば、中国が提案してきた教科書を見てみると、すごく片手落ちな内容です。特にISOの問題で一番気を付けなければならないのは、そこに載っていないものはすべてローカルなもの、という扱いになってしまふこと。

高澤 そこが問題の部分ですね。

後藤 例えば工業製品だと、ISOに載っていなければ輸出もできない。そういう問題が出てくるから、ローカルではなくてそこには当然入っていないといけないのだけれど、問題はTCMという括りと教科書のなかに出てきているもののなかに網羅されていない、日本で1500年近く行われている鍼灸のことが載っていないのであれば、これは片手落ちでしょう。だから、今後は戦略的に、むしろ手を結ぶ方法を考えることも必要かもしれません。ただ危機意識を煽るだけの時代は過ぎた。次の段階に入らないといけないと思っています。

学術団体WFASでの実情

小野 中国の波に乗るというのを理解する上で、まずは高澤先生のお話を伺つてからでもよろしいのではないかでしょうか。

形井 後藤先生のご発言の前半は中国の波に乗るという話で、後半のお話はまとめにもなりそうですね。ここではひとまず、波に乗るということについて議論したいと思います。

東洋医学が世界標準化されて、西洋医学の分野においても標準的な医療の1つと考えられる位置に置かれるなどをどのように考えるか。それと、後藤先生が指摘されたように、その中身が中医学だけになつてしまふと、喜ばしいはずの流れが日本鍼灸の埋没、または消失という結果につながつてしまうのではないか。この二面を考えなければなりません。その具体的な例が、今WFASで行われていることに端的に表れてゐる。学術団体としてのWFASのあるべき姿と、そのWFASが中国主導でどのように運営されているのか、高澤先生にお話しいただきたいと思います。

高澤 後藤先生がご提案されたことをまさに私も提案しようと思っていました(笑)。現在、WFASに参加している世界の学会は中医学系の学会がほとんどです。日本や韓国が独自の意見を持って発言しているのですが、数の上では圧倒的に負けてしまいます。

WFASは、もともとは日本人鍼灸師の黒須幸男先生が声を上げ、当時の全日本鍼灸学会の会長で参議院議員だった高木健太郎先生を中心に日本で準備を始め、1987年に設立したのですが、設立以降、事務局は中国に置かれ、今は中国が中心の執行部で運営されています。設立当初は参加学会は各国から1団体ずつと決められていたはずだったのですが、今では多くの国から複数の学会が加盟をしています。それで一つひとつの学会の会員数が少なくとも、代議員のイスの数は結構持っているという国も出ています。

そういったなかで日本から唯一執行理事を出しているJSAMなどは、発言力が低下しかねない状況になっています。WFASにはWFAS憲章と呼ばれる会則があるので、様々な手続きが会則にのつとて公正に行われないということが慣例化しています。例えば、2009年の11月にWFASストラスブル大会で標準化作業委員会の発足が決まった時に、その作業のための規定がないといけないということで中国執行部が作り始めたんです。そのドラフトをレビューのために各国に配りました。

て、レビュー結果提出の締め切りは8月18日とすることだったのですが、ドラフトの中に書かれていたその規定の施行日は7月1日となっていたのです。こういった規定を作ったとしても形式上のこととこれまで通り準拠するつもりはない、という意識が透けて見えます。JSAMはもちろん問題点として指摘しましたが、返事はないままです。

ごく最近の事例では、WFASの執行部が、2010年上半期に登録希望を出してきた団体の参加を認めるかどうか、メールで執行理事の意見を募ったんですね。そのなかには日本に住所のある団体が入っていたので調べてみたのですが実態がはっきりしない。そのウェブサイトを見たところ、その団体を通じて中医師免許を取得すると、その免許を使って中国やブラジルで国家資格として仕事ができると書いてありました。中国では外国人によるそういった医療行為はまだ認められていないで、全く事実に反しています。ですから、このようなことを喧伝する団体の入会は認めるべきではないとJSAMからコメントを送ったのですが、執行部はそれに対して返事をするわけでもなく、他の執行理事全員が賛成しているから入会を認めると宣言ただけでした。ちなみに、どういった団体が参加できるのかというと、例えばWFAS憲章ではオーガニゼーションは入会許可の対象になっているのですが、今回学校がいくつかリストに挙がってきてたんですね。学校はオーガニゼーションに入らないので認めるべきではないと、日本からは3人の執行理事の名前で出したのですが、学校はオーガニゼーションに入る、日本の3名だけがこれに反対したというメールを全理事に送り、これら学校の入会は認められると言宣言しました。

形井 オーガニゼーションの定義はWFASの規約で決まっているのですか。

高澤 WFASのなかで明確に決まっているわけではないのですが、学校はごく最近まで会員になっているケースはありませんでした。また、オーガニゼーションの意味について複数のネイティブイングリッシュスピーカーに確認しましたが、学校を含むことは基本的に考えられないという意見で一致していました。実は2009年のストラスブル大会で、代議員総会による役員改選が行われる直前の第6執行理事会で、この時は私は執行理事ではありませんでしたのでこれには出席していなかったのですが、執行理事の4分の3の賛同が得られた団体は、条件を問わず入会が認められるという文がWFAS憲章に加わってしまったのです。このため、どのような

団体であっても、4分の3の執行理事が賛成すれば入れることができることになってしまったのです。

形井 ところでWFASの標準化委員会についてお話しいただけますか。

高澤 2009年のストラスブル大会から正式に標準化作業を始めました。今、4つのワーキンググループ「鍼の規格」「灸の手技」「頭鍼の手技」「耳鍼の経穴部位」を立ち上げて動いております。日本はこのうち、鍼の規格と灸の手技のワーキンググループに人を派遣しています。頭鍼の手技のワーキンググループには、頭鍼で世界的に有名な日本人医師の本を参考文献として提出しました。「鍼の規格」も「灸の手技」も、前回の会議で決定されたことがなかったことにされるという、通常考えられない運営が行われています。例えば前回の会議で削除の決まった項目が次のバージョンのドラフトに説明もなくまた載ってくるとか、決まったことが全く反映されていない古いドラフトがそのまま配られ、新しいものを配布するように言っても対応しないといった風で、尋常ではありません。

WFASとWHO、ISOの関係性

形井 先程、ISOの話が出てきましたが、その他にWHOの動きもあります。WFASというのは世界の学術団体の集まりだから、そこで標準化することは世界の鍼灸を学術的に標準化するということなわけです。

高澤 そうですね。

形井 ISOは本来、工業製品を対象にしていたけれど、今は知材も含めて標準化の俎上に乗せていますから、中医学全体や東洋医学全体も対象とされる時代になってきているとは思います。しかし、そういう時代になってきたとは言え、やっぱり国家間の利害が関係するものであることには変わりはないと思います。そのあたりの違いだらうと思います。

高澤 まさしくその通りだと思います。あと、WFASは設立当初からWHOとの関係が深く、1998年から公的関係を持っております。2008年に、北京でWHOの伝統医学会議が行われ、北京宣言が出されました。その際に、WFASが鍼灸についてのサテライトシンポジウムを運営しました。もう1つ、2009年のストラスブルで、当時ジュネーブの伝統医学のコーディネーターだったDr. Zhang Xiaouruiが、鍼灸関連の標準化についてはWFASとの協力関係を強化すると書かれたスライドを出して講演しております。それがどこまで実効性のあるものな

のか判然としませんが、ある意味 WHO の後ろ楯のあるところで、WFAS は鍼の標準化をしているという建て前を作りたいところがあるんですね。

形井 そうですね。それは少しきな臭い話に具体化しています。実は WFAS の標準化と ISO での標準化は関連が深いということに関して、東郷先生、説明していただけますか。

東郷 少しさかのぼるのですが、私が WFAS の執行理事会に出席したのは 2004 年、ゴールドコースト大会の時です。これは直接標準化の話とは関係ないのですが、この時の執行理事会の中で、誰の発言だったか失念しましたが、「WFAS はこれから acupuncture を health industry の一環として発展させていくことを考えないといけない」という主旨の発言がありました。その時に、当時国際部長だった津谷先生が、「WFAS の中で “health industry” という言葉が出てきたのはこれが初めてだな」ということをほそっとおっしゃった。まさに中国は、伝統医学をビジネスの一つとして国際展開するということを、その時すでに明確に意識して持っていたと思うんです。先程、ISO の 6 月のプレナリーミーティングの話が出た際に触れるのを忘れたのですが、ISO の TC249 のリエゾン、つまり協力団体の一つとして WFAS を登録することが認められました。このような重要事項は、WFAS の執行理事会の中で決裁を得るべきでないかと思うのですが、それはないまま、つまり事前に執行理事に対して諮ることなく、いきなり TC249 に持っていってリエゾンとして認められた。それから、この WFAS の中で 5 月と 9 月に標準化のワーキンググループが開かれているわけですが、9 月に開かれた鍼のワーキンググループの参加者リストの中に、中国の国家標準化管理委員会の役員が入っていました。しかもこの人は ISO の最高議決機関である TMB 会議(10)に出席しているメンバーです。そのような職にある人が、WFAS という学術団体の連合体の、そのまた標準化ワーキンググループという下部組織の一會議に、わざわざ正式な出席者として出ていたということは、つまり WFAS としてというよりは中国代表としてそのワーキンググループの会議に出ていた、と私は解釈します。

形井 その ISO のリエゾンになるということは、どういう意味があるのでしょうか。

東郷 WFAS は、リエゾンの中でも最もランクの高いリエゾン A というのに入っていて、単なるオブザーバー的な参加ではなく、リエゾンとして提案をすることができます。TC249 の中で新しい提案をして、その提案が通れ

ばそのプロポーザーとして、そのプロジェクトの中心的な位置を担うこともできるという、そういう立場です。

形井 投票権は各国にあって、そのリエゾンの組織はない。しかし、リエゾン組織として提案ができるということは、WFAS の標準化委員会で決めたことを「世界の鍼灸学術団体はこういう内容を学術的に決めました。これを ISO に提案したいです」と言って出せるということですね。

高澤 まさしくその通りです。WFAS はやはり中国の国家戦略実現のための実働部隊の一つだと思います。

形井 そうなってきた?

高澤 これはもうずっとそうなんだろうと思います。学術団体として発足したという建て前はありますけれど、例えば副会長が 11 名いるとか、そういう点では連邦議会みたいなものです。参加国の意見を広く吸い上げられるような運営の体裁をとっていますので。ただ内実は、49 名いる執行理事が各国の意見を代表しているわけではありませんし、運営は大変不透明です。

形井 そのあたりの組織のあり方は難しいですね。

高澤 日本の WFAS とのかかわり方についてはずっと議論があったんですけど、例えば、我々は JSAM が日本の代表だと思って WFAS に出てはいますけれども、2009 年から JSAM とは別の、中国執行部に近い考えの団体が WFAS に登録され始めていますので、JSAM が脱会すれば、それらの団体が日本の代表となります。そうなると、日本は中国の意見に賛成したという形がきれいに整うわけです。そうなったら、JSAM が世界的な儀で発言する場はなくなるように思うんですね。WFAS はこれまで述べたようないろいろ問題がありつつも、WHO との関係もありますので、そこでうまく発言を通すことができれば世界的な保健の政策に日本の意見を反映できるわけです。ですから、私はそうした立場を捨てるべきではないと思っております。

形井 では、非常に極端な話、JSAM が WFAS に力を入れるのを少し止めて他の世界的な組織と手を組むという可能性というのは、今の世界の学術状況の中であり得るんですか?

高澤 私が見てきた範囲ですが、非常に難しいと思います。何が難しいかというと、そういう所で出た意見を世界的な保健の政策に反映することは難しいのが現状ではないかと。何を根拠にそういうことをお話ししているかと言いますと、WFAS ができる前に ICMART という団体ができました。ICMART というのはメディカルドクターで鍼をする人たちによる学会の連合会で、

WFASの4年前に設立されているんですね。この団体もWHOとの公的関係をずっと求め続けています。私は一度執行理事会にオブザーバーとして出席させていただいたことがあるのですが、そこで見ていると、我々はWFASよりももっとレベルの高い会員教育をやっているのだから、その点をもっとWHOにアピールしようとすることを言い続けるんですね。しかしWHOとの公式関係は未だ実現できないわけです。もう30年近く無理なんです。そういうことを考えますと、我々が他の団体で大きな発言力を育てるということは、現実的には非常に難しいのではないかと思います。

そこでですね、「じゃあ今後どうするの？ 日本は埋もれちゃうでしょ」という話になった時に、後藤先生がさっきおっしゃったことつながってくるわけです。

WHOによる疾病分類、日本鍼灸の疾病分類

形井 学術的な研究を別の形でやっていこうという時に、必ずしも簡単ではないということは分かります。ただ学術的な問題で、さっき東郷先生がおっしゃったICD(国際疾病分類: International Classification of Disease)はWHOが進めているわけで。今はICD10ですけれども、ICD11に向けてWHOが進めているものも、やはり東洋医学というものをターゲットにした動きをしているわけですよね。そのあたりを説明していただけますか？

東郷 先程ちょっと触れましたが、Dr.Chihが始めた4つのプロジェクトの中に「伝統医学情報の標準化」があって、その一つの分科会がICDだったのです。本来ICDはWHO本部で扱う内容ですから、西太平洋事務局だけで扱えるような内容ではないわけですね。とにかくDr.Chihが在任期間中は、それをWHO本部のマターにもっていくというところに最大限の努力が払われました。日本からは、慶應大学の渡辺賢治先生が中心になって進めてこられたわけです。WHOの本部の方では、Dr.Ustünという方がICDを担当しておられます。そもそも、ICDは死亡統計を取ることを目的として最初に作られ、現在では疾病分類として世界中で使われているとされていますが、実際には発展途上国などでは、普及率がそれほど高くないんですね。しかし、WHOとしては、WHOが作った疾病分類を世界的に普及させたいわけです。伝統医学の疾病分類作成の背景にはこうしたWHO側の事情があります。もちろん、伝統医学の疾病分類がWHOの分類に組み込まれることは、伝統医学の発展にとっても



高澤直美氏

profile

1964年生まれ。富山大学人文学部人文学科哲学コース、日本鍼灸理療専門学校卒業。現在、高澤鍼灸治療院院長。全日本鍼灸学会常任理事、国際部長。2009年よりWFAS執行理事に就任。

好ましいことです。今回は、WHO側の意図と伝統医学を実践する側の目標とが合致した形になって、正式にWHOの事業として始まったわけです。

ここで国内的には一つ問題がありまして、それは漢方における病気の分類と、鍼灸の病気の分類が必ずしも一致しないことです。漢方は、葛根湯証であるとか、麻黄湯証であるとか、基本的には処方単位で病態分類を行います。現在の日本の漢方は148処方が保険適用されていますが、例えば風邪の場合でも葛根湯証や麻黄湯証というように、漢方的な病気の分類を謳わなくても処方として患者さんに出せるわけです。ですから、漢方の側はもともと病証分類を必要としていなかったという事情があります。一方、鍼灸の場合、経絡治療的な病気の分類をはじめ、様々な治療法とその理論に基づいた病気の分類があり、一様ではありません。東洋療法学校協会の編纂したテキストをとっても中医学的な病気の分類もあ



小野直哉氏

profile

明治鍼灸大学（現 明治国際医療大学）卒業。現在、京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻在籍。未来工学研究所 21世紀社会システム研究センター主任研究員兼 Executive Fellow, International Institute of Health and Human Services, Berkeley, U. S. A.。

り、いろんな疾病分類が混淆した状態です。だから、日本の鍼灸として提示できる病気の分類というのが実はほとんどない。東洋療法学校協会の教科書をベースにして出せば、「内容はほとんど中医学と一緒にだね」ということになってしまします。ですからそういった意味で、国内でも齟齬があります。

形井 分かりました。現在使われている西洋医学の疾病分類が1900年から始まって100年たっているわけですが、それに対して東洋医学が入り込めるかどうかを、WHOがちゃんと位置付けて検討をしてるという状況ですね。だから、今のISOによる標準化の流れと、もう一つWHOサイドからの流れというのがあって、これはどこかで合流するのか、別々にいくのか。現時点でははっきりしていませんけれども、これらへんも今後視野に入れておかないといけないところですよね。

生物多様性条約と伝統医学

形井 ここまで議論をしてきて、これは随分大変な状況だなということが話せば話すほど感じられるわけですよね。解決しなきやいけないこともいっぱいあるわけです。では、中国と韓国はなぜ今そういうふうに突出して動こうとしているのか。それから、それに対して日本もそれなりに本腰を入れなければならない状況になってきており、また、欧米の国々もそれを受け止めて、国際的な議論をする状況になってきているのは、単に中国からISOに申請が出されたからとか、WHOが取り扱おうとしているからという理由だけではなくて、もっと別の、今動かなければいけない、何か表面には見えない底流となる問題が流れているのではないか。これらへんも押さえておきたいところです。小野先生、日本で2010年秋に開催される生物多様性のイベントのことも含めてお話し下さい。

小野 まず、現在の伝統医学を取り巻く国際情勢について整理したいと思います。

一つは、WHOのICD(11)においてICD-10からICD-11への改訂に向けて、伝統医学に関する国際統計分類の作成作業が、日本では慶應義塾大学の渡辺賢治先生を中心に進められています。次に、ISOのTC249で中医学の国際標準化が行われています。それ以外に、最近では、中国がUNESCO(12)の世界無形文化遺産に中医学の鍼灸を登録すると宣言しました。同様に、韓国は2009年にUNESCOの世界記録遺産に「東医宝鑑」の登録を完了しています。そして、これから具体的にお話する、生物多様性条約での伝統医学に関する議論があります。現在、日本の伝統医学に直接かかわる議論を行っている国際機関や国際条約は、少なくともWHO、ISO、UNESCO、生物多様性条約の4つになります。

形井 生物多様性条約がなぜ伝統医学にかかわるかという、そのへんもポイントだと思うので少し詳しく話していただけますか。

小野 はい。生物多様性条約では、生物の多様性を生態系、種、遺伝情報の3つのレベルで捉えています。生物多様性条約というものは、もともと自然環境を保全する、または生態系を保護するための国際条約です。その保護すべき生態系を構成しているのは何かというと、植物や動物、生物の種です。ダーウィンの「種の起源」の「種」ですね。その種が実際に地球上の自然界における植物や動物、生物の生態系を構成している。更に動植物の種を規定しているものは何かというと、それぞれの種が

持つ遺伝情報です。遺伝情報が種を規定、構成し、その種が生態系を構成しています。現在、絶滅の危機に瀕している種や消滅は時間の問題とされている生態系が地球上には多数存在しています。それを世界中の皆で守っていくために、生物多様性条約の議論が始まりました。それが1992年のことです。

ただし、この条約には目的が3つあります。1つ目は、地球上に多様に存在する生物の種を、その生息地と共に生態系を保全することです。2つ目は、生物やその生息環境を守りながら、生物の持続可能な利用をすることです。我々は日常生活において、生物を食料や薬など何かしらの形で利用しています。しかし、生物やその生息環境を守るだけでは、日常生活において我々は生物を持続的に利用することができず、我々の日常生活が立ち行かなくなってしまいます。そのため、生物やその生息環境を守りながらも、生物の利用を持続可能な形で行なうことが2番目の目的です。そして、3番目は、生物遺伝資源のアクセスと利益配分です。生物多様性の遺伝資源の利用から生じる利益を締約国間で公正かつ公平に分配しよう、というのがこの条約の3つ目の目的です。

そして、生物多様性条約の最大の問題で、今一番議論になっているのが、この3番目に挙げた生物遺伝資源のアクセスと利益配分です。この生物遺伝資源のアクセスと利益配分が問題になる事例にはいろいろありますが、例えば、伝統医学にかかわる問題としては漢方薬があります。日本の漢方薬に用いる生薬の多くは、中国で産出されています。それらの生薬が中国でしか産出されないとした場合、それらの生薬が持つ有効成分を中国以外の第三国企業や研究機関が研究開発し、発見したとします。そして、その有効成分に対して第三国企業や研究機関が特許を申請し、その有効成分が次に近代西洋医学の薬を作る創薬につながっていく。そして、その創薬から生まれた新薬が、難治性の疾患に対し大変有効であったため非常によく売れ、莫大な利益を得たとします。この時、新薬を開発した企業や研究機関が中国の企業や研究機関なら問題はありません。そのまま生薬由来の近代西洋医学の新薬で利益を上げればいいのです。問題は、中国でしか産出しない生薬からの有効成分を、中国以外の第三国企業や研究機関が研究開発し、特許を取得し、その特許を用いて創られた新薬で利益を得た場合、その得た利益の一部を中国に利益配分しなければならなくなるということです。また、もっと元へ戻ると、中国でしか産出しない生薬からの有効成分の特許自体を取得するためには、中国の了解を得なければならなくな

るということです。更に元に戻ると、中国でしか産出しない生薬からの有効成分の研究開発を行うこと自体が、中国に許可を得なければできなくなるということです。簡単に言うとそのようになります。

形井 現在、すでにそう決まっていることですか？

小野 いいえ、まだ決まってはいませんが、そうなる方向に動いています。中国以外にも、インドやペルーなどのアンデス山脈周辺の国々、あとブラジルやアフリカ諸国など、生物遺伝資源を持っている国が、自分達が保有する資源から利益を得たいということで、生物多様性条約の生物遺伝資源のアクセスと利益配分の議論で賛同しています。資源国には発展途上国が多く、先進国(=利用国)と発展途上国(=資源国)の争いが、生物多様性条約で行われているのが現在の状況です。これは言わば、北の富める国と南の貧しい国との経済格差による争い、「南北問題」に他なりません。

伝統的知識の利益配分は可能か？

小野 生物多様性条約において、今のところは生物遺伝資源であるマテリアルの部分がアクセスと利益配分の議論の中心です。生物遺伝資源の様に、遺伝情報を含めた、実体として目に見える形のマテリアルの問題が、生薬を用いる漢方薬に直接かかわってくることは容易に想像できることだと思います。しかし、それがなぜ生薬などの生物遺伝資源を用いない鍼灸、鍼ともぐさしか使わない鍼灸にもかかわることになり、それが問題となるのか。それは次に申し上げる理由からです。2010年10月に名古屋で開催される第10回生物多様性条約締約国会議、COP10では、生物遺伝資源同様、伝統的知識も議論されることになっています。そこが問題なのです。というのは、今まで生物多様性条約でのアクセスと利益配分の議論では実体として目に見える形のマテリアル、物のことだけを正式に扱ってきました。例えば先程、生薬を例に挙げましたが、生薬とされる草木や、葉、動物、鉱物が単なる草木、葉、動物、鉱物とは違い、それらが生薬たる由縁というのは、生薬が使用される際の伝統的な医学知識の裏打ちによって、それらが特定の薬効を持つ生薬と規定されているからです。つまり、漢方薬が漢方薬たる由縁は、伝統的な医学知識があるから漢方薬なので、その伝統的知識がなければ、生薬に用いる草と言えども単なる草なのです。資源国は、伝統的知識に対しても何かしらの利益配分の枠組みを作っていくたいと考えており、名古屋で行われるCOP10の議論の

俎上に乗せようとしています。

伝統的知識が、今後、どのような形で議論されるのか、その方向性によっては、伝統医学は様々な影響を受けることになります。例えば鍼灸や漢方を含めた日本の伝統医学は、資源国によって、その独自性や起源、どこから伝来したのかという由来や出處を開示する必要に迫られる可能性があります。それが明確にならなければ、日本の伝統医学に対し、資源国がそれ相応の利益配分を求めて来る可能性があります。極論ですが、その可能性は否めないのが現状です。ただ、この問題は、文化など非常に広範囲で多岐に渡る分野にかかわってきますので、議論自体とても複雑で困難な部分があります。ただし、利益配分というのは明らかに経済的な側面の話ですが、文化というのも、実は非常に重要な経済的価値を生み出す可能性を秘めていますので、この分野は十中八九議論になることは間違いないと考えられています。

後藤 伝統的知識を議題に乗せようといったのはどこの国ですか？

小野 特定の国というよりも資源国全体です。具体的には中国、インド、ブラジル、東南アジアのインドネシア、マレーシア、アフリカ諸国とアンデス山脈周辺の国々などです。

結局、生物遺伝資源のなかで問題になるのは、生物遺伝資源である草や木、葉、動物、鉱物が持つ機能性です。機能性というのは、薬になるとか、健康食品になるとか、人間にとて何か価値のある機能性です。機能成分や作用する物質を生物遺伝資源が含んでいることが、結果的に経済的な商取引の商品として用いられ、そこには多くの場合、伝統的知識が附随します。例えば近代西洋医学の薬の約30%、つまり約3分の1が天然物由来と言われています。1990年代、製薬業界全体が近代西洋医学の創薬につながるリード化合物は、すべてコンピュータ上で人工的に創り出せるという方向で創薬の研究開発をしていました。しかし、どうも上手くいかない。天然のリード化合物、自然が作り出す多様性の方が、コンピュータが作り出す組み合わせよりも多様だったのです。人間が考え出す多様性は、自然が作り出す多様性には勝てないことが分かったのです。そして、2000年以降、製薬業界は再び天然物由来の薬になる可能性があるリード化合物を探索する方向に戻って来たという経緯があります。そこから、創薬につながるリード化合物になる可能性の高い動植物の標本である天然ライブラリーをいかに多く所有、またはアクセスできるかが、創薬にかかわる企業の価値の1つにもなっているのが今の状況です。

国際機関と伝統的知識の複雑な関係

小野 先程、伝統医学にかかわっている国際機関は4つあると言いましたが、それ以外に、生物多様性条約で今後議論の俎上に載せると言われている伝統的知識にかかる国際機関をまとめておきたいと思います（表1）。環境問題を扱っている国連環境計画（UNEP）（13）、そのなかの生物多様性条約事務局（SCBD）で生物多様性条約が扱われ、生物多様性条約締約国会議（COP）が開催されています。先程言いましたように文化関係の国連教育科学文化機関（UNESCO）。食料とも関係しますので、FAO（国連食糧農業機関）（14）が含まれます。それ以外は、公衆衛生や医療関係でWHO。あと、工業製品の関係の国際標準化機構（ISO）です。知的財産に関しては、世界貿易機構（WTO）。また遺伝子関係の情報の商取引にかかるTRIPS協定（15）、また世界知的所有権機関（WIPO）（16）もかかわってきます。また伝統的知識を持つ先住民の問題で地域開発もかかわってくるため、国連貿易開発会議（UNCTAD）（17）や、労働問題では国際労働機関（ILO）（18）、人権問題も含まれるので国連人権委員会（UNCHR）（19）、あとは国連先住民族問題常設会議（UNPFII）（20）。

更に、伝統的知識を無断で使用する犯罪もかかわってきます。例えば、アフリカのある国の伝統的な装飾模様、テキスタイルのデザインがあり、それを輸入する会社がイギリスに設立されました。その会社は、そのデザインの現地の名称を自社の社名としました。しかし、元来そのデザインが存在するアフリカの国から社名変更のクレームが起り、そのイギリスの会社とアフリカの国は法的に争ったのですが、結果的にそのイギリスの会社が社名変更したという事例があります。この様に国際的な

分野	国際機関
環境	国連環境計画（UNEP） 生物多様性条約事務局（SCBD） (生物多様性条約締約国会議（COP） を管理・主催)
文化	国連教育科学文化機関（UNESCO）
食料・農業	国連食糧農業機関（FAO）
医療・公衆衛生	世界保健機関（WHO）
産業	国際標準化機構（ISO）
知的財産	世界貿易機構（WTO／TRIPS） 世界知的所有権機関（WIPO）
開発	国連貿易開発会議（UNCTAD）
労働	国際労働機関（ILO）
人権	国連人権委員会（UNCHR） 国連先住民族問題常設会議（UNPFII）
犯罪対策・法執行	国際刑事警察機構（Interpol） 世界関税機構（WCO）

表1 伝統的知識にかかる分野と国際機関