

evidence-based clinical practice using traditional Japanese medicine, Kampo.

References

1. Motoo Y: Japanese Herbal Medicine in Western-style Modern Medical System. In: *Botanical Medicine in Clinical Practice*, eds. Watson RR, Preedy VR, p105-111, CABI, UK, 2009.
2. Yamada T: Randomized controlled trial on the combined effects of oral 5-FU and jumentaihoto for gastric cancer. *Prog Med* **24**, 2746-2747, 2004 (in Japanese).
3. Takegawa Y, Harada M: Cancer radiotherapy and the role of Kampo: survival benefit of jumentaihoto in cancer patients. *Biotherapy* **20**, 61-69, 2006 (in Japanese).
4. Takeda H, Sadakane C, Hattori T, Katsurada T, Ohkawara T, Nagai K, Asaka M: Rikkunshito, an herbal medicine, suppresses cisplatin-induced anorexia in rats via 5-HT₂ receptor antagonism. *Gastroenterology* **134**, 2004-2013, 2008.
5. Yakabi K, Kurosawa S, Tamai M, Yuzurihara M, Nahata M, Ohno S, Ro S, Kato S, Aoyama T, Sakurada T, Takabayashi H, Hattori T. Rikkunshito and 5-HT_{2C} receptor antagonist improve cisplatin-induced anorexia via hypothalamic ghrelin interaction. *Regul Pept* **161**, 97-105, 2010.
6. Ohnishi Y, Yasumizu R, Fan HX, Liu J, Takao-Liu F, Komatsu Y, Hosoya E, Good RA, Ikehara S: Effects of juten-taiho-toh (TJ-48), a traditional Oriental medicine, on hematopoietic recovery from radiation injury in mice. *Exp Hematol* **18**, 18-22, 1990.
7. Yamamoto T, Murai T, Ueda M, Katsuura M, Oishi M, Miwa Y, Okamoto Y, Uejima E, Taguchi T, Noguchi S, Kurokawa N Clinical features of paclitaxel-induced peripheral neuropathy and role of Gosya-jinki-gan. *Gan To Kagaku Ryoho* **36**, 89-92, 2009 (in Japanese with English abstract).
8. Kono T, Mishima H, Shimada M, Morita S, Sakamoto J; GONE Investigators: Preventive effect of goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy: a placebo-controlled double-blind randomized phase II study (the GONE Study). *Jpn J Clin Oncol* **39**, 847-849, 2009.
9. Motoo Y, Mouri H, Ohtsubo K, Yamaguchi Y, Watanabe H, Sawabu N. Herbal medicine Ninjinyoeito ameliorates ribavirin-induced anemia in chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *World J Gastroenterol* **11**, 4013-4017, 2005.
10. Shu H, Hayashida M, Chiba S, Sekiyama H, Kitamura T, Yamada Y, Hanaoka K, Arita H. Inhibitory effect of processed Aconiti tuber on the development of antinociceptive tolerance to morphine: evaluation with a thermal assay. *J Ethnopharmacol* **113**, 560-563, 2007.

11. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *J Pharmacol Pharmacother* **1**, 100-107, 2010.

Fig. 1. Kampo in multidisciplinary cancer treatment

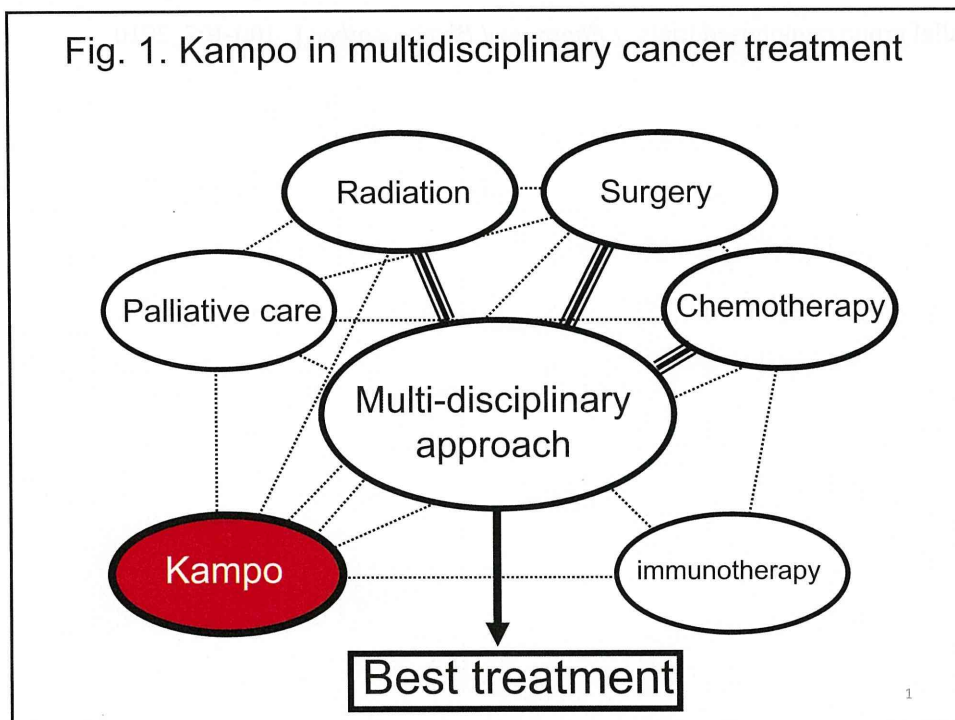
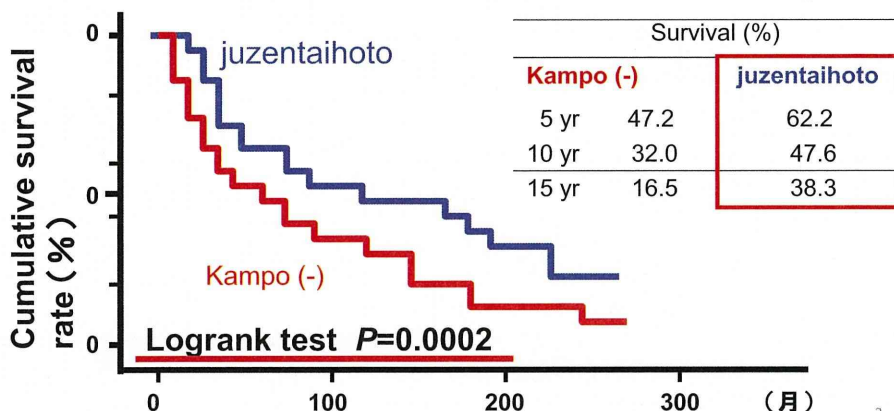


Fig. 2. Combined effect of jumentaihoto and chemoradiation on the survival of cervical cancer patients

Takegawa, Y. et. : Biotherapy 20(1):61-69, 2006

Subjects: cervical cancer pts who received chemoradiation

Methods: jumentaihoto 74 pts; non-Kampo 231 pts



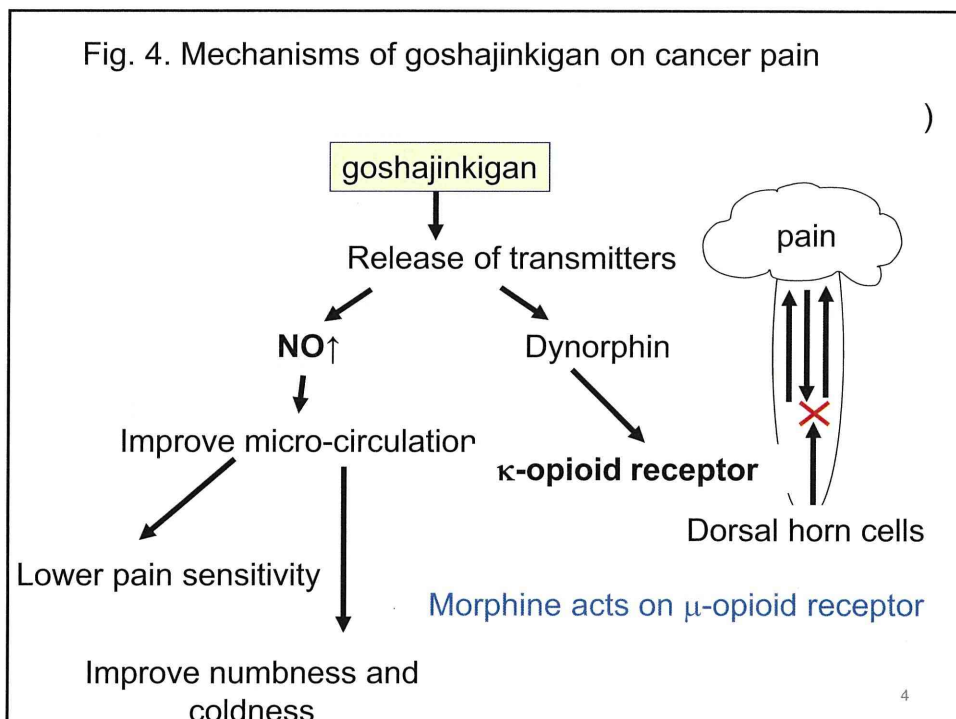
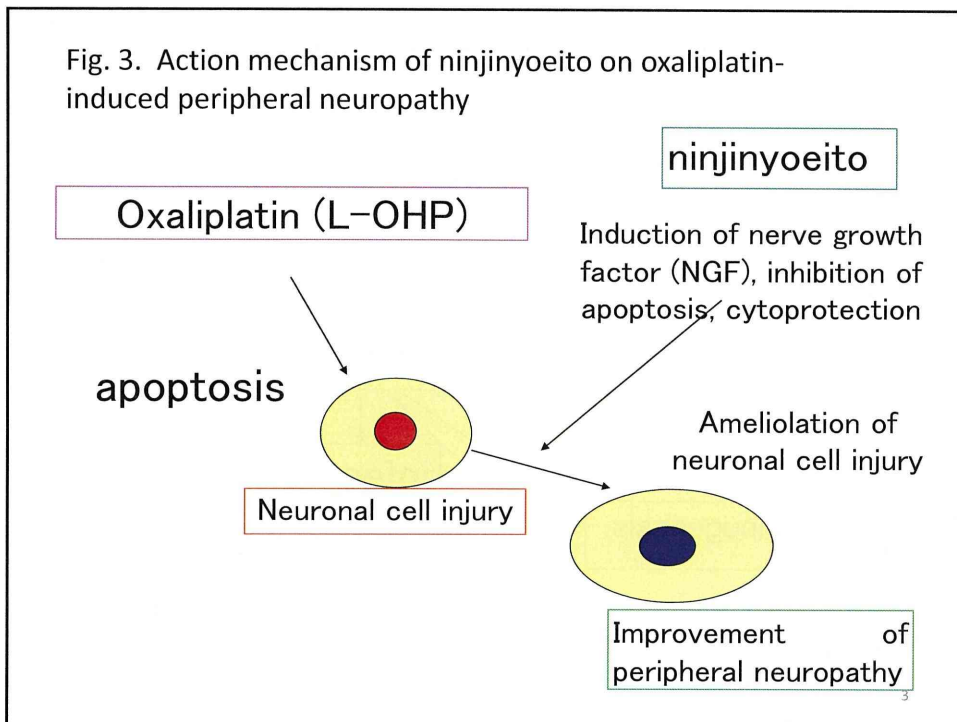
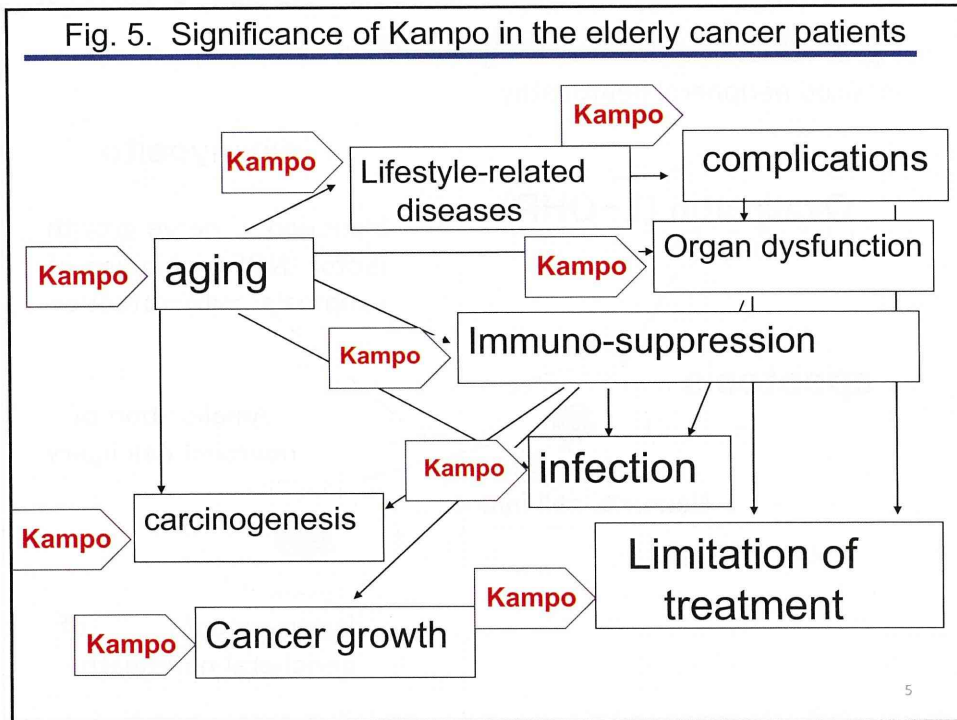


Fig. 5. Significance of Kampo in the elderly cancer patients



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1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」の班長も務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得るか、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
神奈川県知事
前国際医療福祉大学大学院教授

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にはありましたが、今あらためてチーム医療への取り組みが多くの施設で行わ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良治先生は、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うかがいます。

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、患者さんを主体と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」、ということで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よう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です。

もう一つ、医療行為の安全性を高めるといって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、処方士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変えなければなりませんね。

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も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

神奈川県知事
前国際医療福祉大学大学院 教授

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ほうが自然です。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なって行っています。

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。

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馴れていて、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踏みこめるのか、看護界の中でもいろいろな意見はあるようです。

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図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周りに集結し、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取り入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のような位置づけにな

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

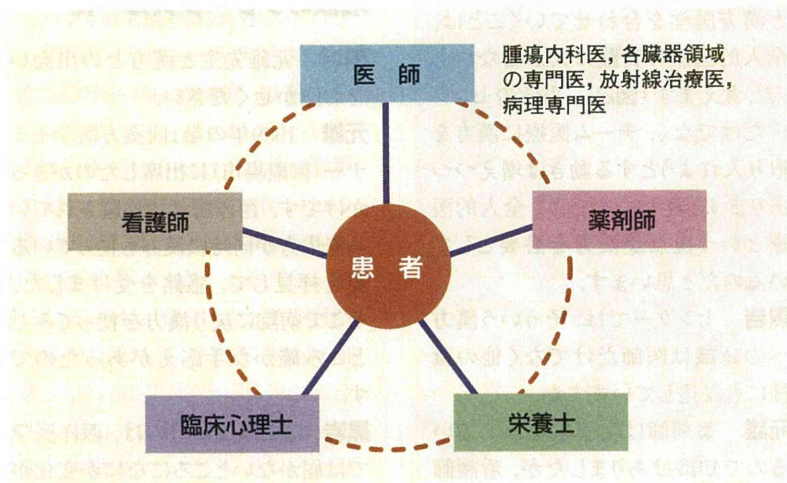


図1 金沢医科大学病院集学的がん治療センターにおけるチーム医療 (元雄 良治)



写真1 集学的がん治療センターのスタッフと (元雄 良治)

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する、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合わせていくことは、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、漢方に関心のない医師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聞かせください。

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ら、そこ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。

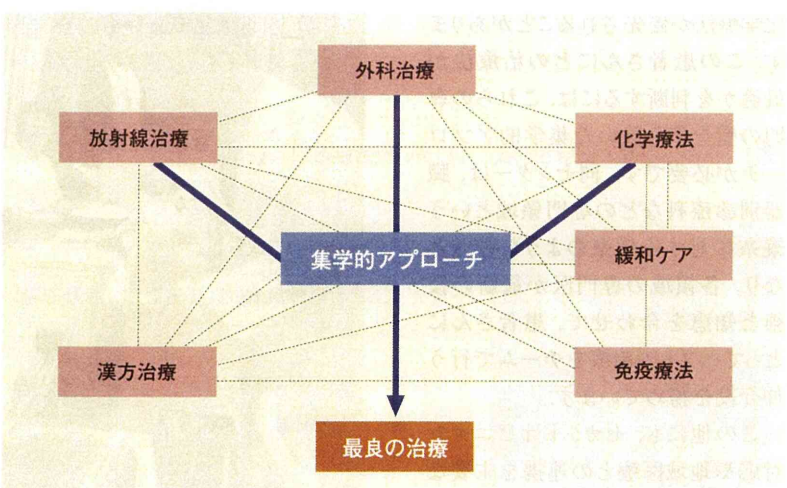


図2 集学的がん治療における漢方の位置づけ

元雄良治, 治療, 2009, 91(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、体を診て、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でも、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合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 漢方薬を使う医師が増えてきてはいますが、ほとんどの医師は漢方薬を西洋医学的感覚で使っているだけにすぎません。全人的医療としての漢方診療の体系、漢方の哲学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、人参養栄湯、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、加味婦脾湯、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)	エビデンスの確立 EBMへの転換をはかる、など
		人材の育成	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まと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業後教育・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思えば、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きます。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

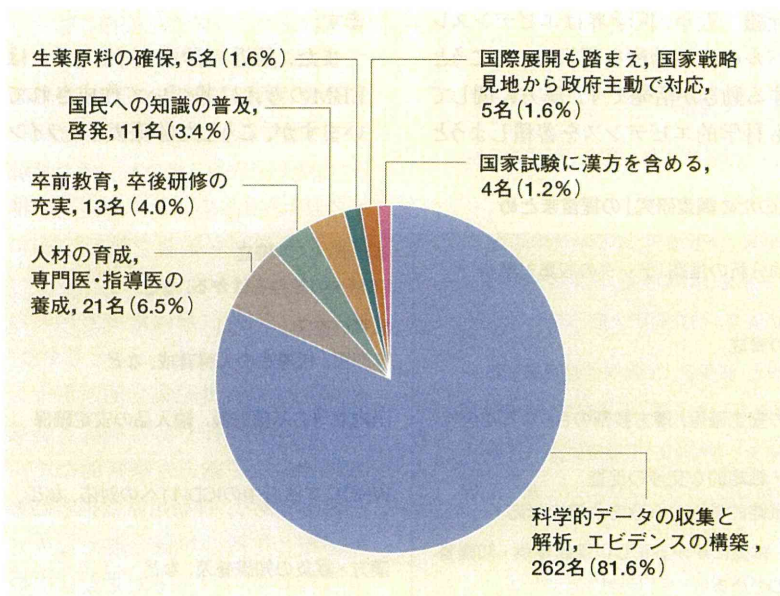


図3 「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のため調査研究」の提言に関する医師の意識調査 (n=321)

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、病気になる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つて、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

第7回世界中医薬大会参加記

（オランダ（およびEU諸国）の
中医学の現状と展望）

The Current Status and Future Prospects of Traditional Herbal Medicine and Acupuncture
in the Netherlands with some other EU countries.

○¹⁾²⁾尾崎和成・³⁾⁴⁾⁵⁾蔭山 充・⁶⁾有光潤介・⁷⁾中西美保・⁸⁾大塚静英
⁷⁾神應知道・⁸⁾神應百重・⁹⁾西田愼二・¹⁾森下竜一・³⁾⁶⁾萩原圭祐

Key words : 中国伝統医学、中医学、漢方医学、補完代替医療
(Complementary and Alternative Medicine : CAM)、オランダ
(the Netherlands)、EU (European Union, 欧州連合)

はじめに

欧米諸国ではアロマセラピーなどの補完代替医療 (CAM) の人気が高いが、近年ではCAMとしての中国伝統医学も大いに勢力を伸ばし¹⁾²⁾³⁾、一方、我国では漢方の需要は期待するほどの増加はみられず、日本東洋医学会の会員数や専門医数をみても1990年代半ばで頭打ちとなり、総医師数の増加に比し、むしろ減少している¹⁾。その上、中国政府主導で「中医学を世界標準に」という明確な国家戦略

を秘め、生薬資源の囲い込みと生薬市場の独占支配が着々と進んでいる²⁾³⁾⁴⁾。

筆者らは、2010年10月1～2日に、オランダのハーグで行われた第7回世界中医薬大会 (WCCM⁵⁾) に参加し演題を発表した。また、アムステルダムにある神州中医学校で特別講義・実習を受講した。また、幕末期の医学の発展に大きな足跡を残したシーボルト関連の施設も見学した。以下、世界中医薬大会の様子を中心にEU諸国の中医学の現状・展望を報告する。

一、オランダ（および欧州）での中医学の現状

【学会、中醫師、教育、医療保険】（表1）
欧州全体では100以上の中医学の関連学会がある。針灸の



図1：オランダの中医学校 学校の英語名がShenzhou Open University of Traditional Chinese Medicineなので大学と訳すべきだが、日本の学制と対応すればさせると専門学校が適切と考えられる。

国家	中医/鍼灸師人数	中医薬学校				中医薬学会	中医薬業者	資料源
		全日制	非全日制	一学年の人数	卒業必要授業時間			
オーストリア Austria	6500	1	9	150	140-500	6	10	W.Eichwer
フランス France	7000	1	40	500	650-3250	6	15-20	F. Marguer
ドイツ Germany	50000	0	30	600	140-350	25	35	M. Wark
イタリア Italy	3000	0	15	250	600	25	5	C.M.Giovanardi
オランダ Netherlands	4000	0	7	120	280-760	7	15	M.De Boer
ノルウエー Norway	1750	0	10	150-200	800	4	3	N.E. Volden
ポーランド Poland	3000	1	5	100	不明	3	10	A. Curzytek
ポルトガル Portugal	2000	0	7	100-300	100-5000	5	4	P. Choi
スペイン Spain	7700	1	4	80	1600-3000	4	2	R.M. Calduch
英国 United Kingdom	11350	6	11	310	80-3600	15	28	張勝
20か国の合計 Total	101690	11	194	3180	100-5000	126	171	

上表にない残りの10か国は、ブルガリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、ギリシャ、ハンガリー、アイルランド、ラトビア、リトアニア、スイスで、いずれも中医/鍼灸師人数が1500人以下の国である。

表1：欧州主要10ヶ国での中医学の現状（合計値は20か国の合計）

上記にない残りの10か国は、ブルガリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、ギリシャ、ハンガリー、アイルランド、ラトビア、リトアニア、スイスで、いずれも中医/針灸師人数が1500人以下の国である。（文献5より改変）

みに特化した学会もあれば、幅広く中薬（中成薬と煎薬）、推拿、気功なども含む学会もある。現在、欧州には中医師、針灸師は12万人以上を数える。オランダでは、人口1600万人のうち中医師・針灸師は4000人で、全日制の中医薬大学はまだ創設されておらず、定時制の中医薬専門学校が7校ある。神州中医学校での教育風景の一部を示す（図1）。学会開催直前の9月29日の特別講義・実習に筆者は参加した。初めに王維祥学部長による英語針灸講義、その後針灸実習が行われ、中国針、艾（もぐさ）、刺絡用の道具とも中国製であった。筆者は刺絡被験者になり、吸玉により背部に治療痕をつくられた。丁度、尖閣諸島問題の直後のためか、王先生は「この血腫は、私が中国人で、あなたが日本人だから憎くて沢山作った」という訳ではないです。」など冗談を言われたが、初めて刺絡を目の当たりにする者の中には本気で心配して下さるオランダ人医師もいた。針灸費用は多くの欧州諸国で大部分を公的医療保険で清算できるが、一方、生薬とその製品の費用は私的医療保険で部分的にしか清算できない。ちなみに、中医（針灸）治療の平均代金は、オランダでは60ユーロ/回程度と比較的高価である。

【中薬および法律での規制】

欧州は全世界の伝統医薬市場の45%のシェア（年間売上高100億ユーロ以上）を占めている。また、欧州人の60%以上が伝統医学の薬を、オランダ人の80%以上がCAMを用いたことがある。中薬は一種の民間代替療法として食品、栄養品、植物サプリメントなどとして市場に出回るが、一方、使用が禁止されている動物性生薬や有毒性生薬も多い。また、方剤に用いられる生薬数も制限され、中医学での煎薬での「生薬配合の妙」が生かされる可能性はない。禁止生薬剤や法律の詳細については省略するが、『漢方研究』誌2011年8月号の「欧州では、麻黄附子細辛湯」は御禁制^③も御参照いただければ幸いである。EU各国の伝統医薬市場の統一目的で、EU伝統薬品指令（TIMPD）(2001/83/EC)^④が制定された。正確には法律ではなく「指令」と訳すべきであるが、中国側は「法律」ととらえている。2004年5月に発布され完全施行は2011年4月4日からである。要旨は、①EU内で30年以上使用歴のある民間薬製品。②EU内で15年以上の使用歴があり、かつ、EU以外で30年以上の使用歴があ

Effectiveness of the Gan San on Destructive and Aggressive Behaviors in Patients with Burning Heat Syndrome
 Jinnichi Kaito, Jap. J. Nat. Med. 65(1): 65-68, 2011

Usefulness of Acupuncture Point ST 36 for Postmenstrual Nausea
 Miho Nakamura, Junzuke Arimura, Kenzuke Hagihara, J. Nat. Med. 65(1): 69-70, 2011

Traditional Herbal Medicine Including Goutu, Entero-Typhoid, and Menstrual Cycle, and General Bleeding Quantity: a Case Report
 Junzuke Arimura, Kenzuke Hagihara, J. Nat. Med. 65(1): 70-71, 2011

Suggestion of New Clinical Assessment for Heat Excess in Female Heart Failure: Saint-Kang's Studies and Cardiovascular Index with Doppler Flow Velocimetry
 Kazunari Otsuka, Mitsuru Katsuzawa, Junzuke Arimura, J. Nat. Med. 65(1): 71-72, 2011

Successful Treatment for Three Patients with Steroid-refractory Systemic Lupus Erythematosus by Ren-Shen Tang: a Case Report
 Junzuke Arimura, Kenzuke Hagihara, Shiroe Yuzaki, J. Nat. Med. 65(1): 72-73, 2011



図2-a: オランダでの国際学会の様子 (文献2より改変)

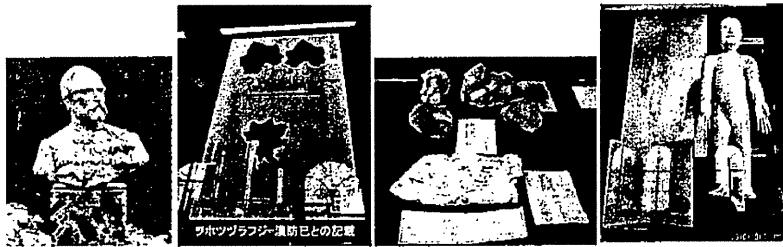


図2-b: シーボルト・ハウス (ライデン市) にて

	2006年度 標準化予算 (百万円)	標準化予算/GDP の各国との比 (日本を1とする)
韓国	4243	11.55
中国	8118	7.23
アメリカ	22280	3.82
フランス	1974	2.02
ドイツ	1344	1.03
日本	2102	1

文部科学省『平成20年度 科学技術白書』(原資料は経済産業省試算) 各国GDPは、内閣府『海外経済データ(2005年)』(平成18年)

表2: 諸外国における標準化予算。(文献2より改変) 標準化予算をGDPで除し、日本を1として各国と比較した。

機関や各国政府に働きかけている。中医学・漢方の世界に限らず様々な分野で学術活動・政治・経済が一体となり、中国をはじめ全世界の国々が「国際標準化」という大義名分のもと、国家主導で多額の予算を使い(表2)、合法的に自国流の伝播と自国流以外の排除を強行している状況である。

る製品。③薬品の品質標準を満たす製品。上記の①か②のどちらかと③を満たす場合に、EU各国で伝統的生薬製品として登録・販売・使用できるという厳しい内容である。また、2005年8月発効のEU食品補充剤指令(2002/46/EC)(日本語表記では栄養補助食品指令)は、中薬に含有される13種類のビタミン類や15種類の鉱物塩類の最大許容量などを管轄する。

二、世界中医薬大会2010の様子
 およびシーボルト・ハウス見学

2010年の第7回世界中医薬大会はオランダのハーグ市で行われた。ハーグ市はアムステルダムスキポール国際空港から電車で約30分のところであり、国会議事堂、王室の宮殿、各国の大使館等があり、事実上のオランダの首都である。会場はノボテルデンハーグワールドフォーラムであった。登録参加者は約800名で、うち中国大陸からは約300名来場し、日本からは、筆者をはじめとする阪大関係者6名と友人2名の計8名が参加した(図2-c)。針灸系は欧州系が比較的多く、煎薬系は中国系が多かった。公用語は英語で、中国語での発表には同時通訳レシーバーが配布されていた。企業展示は25社程度で、日本のセイリン製の針を展示したベルギーの会社も見受けられたが、煎薬や

中成薬の製品展示は全て中国製で、日本製エキス剤の展示は皆無であった。

また、ハーグ市の北隣にライデン大学で有名なライデン市があり、中央駅から徒歩10分くらいのところにあるシーボルト・ハウスを見学した。この施設は、日蘭交流400周年記念の年であった2000年に改装が着工され、2005年に博物館として開館した。シーボルト(Philipp Franz von Siebold)が日本滞在中に収集した約800点もの品々がこの記念館に保存されていた(図2-b)。漢方関係では「ヲホツラフジ 漢防己」、「代赭石 タイシャセキ」、「経穴人形」などが展示されていた。

三、欧州での中医学の展望と
 中医学の国際標準化の動き

針灸の普及は進んでいるが、煎薬に関しては前述の指令による制限などでほとんど普及していない。これらの規制に対し、欧州の中医関連産業、中国政府衛生部は、中医学の危機でもあるが見方を変えればチャンスでもあると考えているようである。中国側は長期的展望を持って中医学の世界的な普及に尽力している。例えば、2000年に遼州ヴィクトリア州で「中医登録法」が成立し中医学が法制化されたが、欧州では、中国政府(衛生部)が率先してEU

まとめ

「こゝまで」「オランダ(およびEU諸国)の中医学の現状・展望」を述べた。

我国の漢方医学には、中医学には欠けている優れた面(口訣、方証相対、腹診、臨床試験、世界に誇る良質なエキス剤、二元的な医療制度など)が多いものの、政治的・国際戦略的な側面では全く出遅れの感は否めない。我国も国家レベルで政府・財務省・文部科学省・厚生労働省等の協力の下、団体個人を問わず漢方医学を世界に英文で発信していくべきであり、今後は中国の世界戦略や欧州のブロッケ化に対し長期的戦略をもって対応策を講じる必要がある。

附記

本稿は、日本東洋医学会関西支部例会(神戸・2010年10月)での報告の一部である。資料・写真の一部は神戸中医学学校からの提供で諸先生・学生にお世話になり、ここに感謝する。

参考文献

- (1) Complementary and Alternative Medicine: CAM
- (2) Cassidy C: Chinese medicine users in the United States. Part I: utilization, satisfaction, medical plurality. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 4(1): 17-27(1998).
- (3) Abstracts of Conference Proceedings. 7th World Congress of Chinese Medicine 2010 (2010年7月世界中医薬大会論文摘要「要録」). 1-1827. 1-20 October (2010).
- (4) 石野尚吾: 日本東洋医学会の90年を顧みる. *日本東洋医学会雑誌*. 19(4): 40-44. (2010).
- (5) Congress Proceedings. Melbourne 2009. The 6th World Congress of Chinese Medicine (2009). 第6届世界中医薬大会(大塚文彦). 1-642. 5-6 December (2009).
- (6) World Congress of Chinese Medicine: WCCM.
- (7) Shenzhen Open University of Traditional Chinese Medicine
- (8) 蔭山光: 《第七届世界中医药大会和传统风光介绍》. *中医药发展*. 中薬在歐洲註冊國際論壇(2010年6月(上海万博)の中国・オランダの友好交流の議題(1))
- (9) 蔭山光: 欧州では、麻黄附子細辛湯は御禁制! 中国政府が推進める国際標準化を想う. *漢方研究*. 通巻46号. 27-29(2007). 2011.
- (10) EU Traditional Herbal Medicinal Products Directive: THMPD (2001/83/EC)
- Directive 2004/24/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 amending, as regards traditional herbal medicinal products, Directive

- 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use. *Official Journal of the European Union*. L183/51. 28 April 2004.
- (11) EUの重要な法令には、規則(Regulation)、指令(Directive)、決定(Decision)などがある。規則には直接拘束力がある。指令は、各国の既存の国内法で対処可能でなければ期日までに国内法に組み込まれてはじめて効力を持つ。(参考: 総務省の世界情報通信事情に関するホームページ <http://e-ictsonnu.go.jp/country/eu/index.html>)
- (12) EU Food Supplements Directive: FSD (2002/46/EC) Directive 2002/46/EC of the European Parliament and of the Council of 10 June 2002 on the approximation of the laws of the Member States relating to food supplements. *Official Journal of the European Union*: L136/85. 12 July 2002.
- (13) 尾崎和成・蔭山光・有光潤介他: オーストラリアの中医学教育の背景・現状・展望. *漢方研究*. 通巻49号. 20-25. 2011.
- (14) 文部科学省「平成20年度版 科学技術白書」第1-2-13表 諸外国における標準化(算)「試験」を断載. 一部改変

- (1) 医師: 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-12
- (2) 医師: 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-15
- (3) 医師: 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
- (4) 医師: 〒545-8585 大阪市阿倍野区旭町1-4-3
- (5) 医師: 〒590-0974 大阪府堺市堺区大浜北町2-3-7
- (6) 医師: 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
- (7) 医師: 〒252-0375 神奈川県相模原市南区北里1-15-1
- (8) 医師: 〒198-0024 東京都青梅市新町3-53-5
- (9) 医師: 〒640-8538 和歌山市小松原通4-20
- 大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学
- 大阪大学医学部附属病院老年・高血圧内科
- 大阪大学大学院医学系研究科漢方医学寄附講座
- 大阪市立大学大学院医学系研究科産婦人科学(女性病態医学)
- かけやま医院
- 北里大学医学部救命救急医学
- 新町クリニック健康管理センター
- 日本赤十字社和歌山医療センター(心療内科)

オーストラリアの中医学の背景・現状・展望

○尾崎和成^{a)b)}, 蔭山充^{c)i)}, 有光潤介^{c)d)}, 萩原圭祐^{d)}, 大谷安司^{d)}, 中西美保^{c)},
井上隆弥^{c)}, 大塚静英^{c)}, 加藤由紀子^{c)}, 清水健太郎^{e)}, 岸田友紀^{c)},
牧野寛史^{a)g)}, 青木元邦^{h)}, 首藤達哉^{f)}, 森下竜一^{a)}, 西田慎二^{c)}

- a) 大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学
- b) 大阪大学大学院医学系研究科 老年腎臓内科学
- c) 大阪大学大学院医学系研究科 漢方医学寄附講座
- d) 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器免疫アレルギー内科
- e) 大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター, 中央クオリティマネジメント部
- f) ぶどうの木しゅどう内科循環器科クリニック
- g) 大阪大学 医学部附属病院 総合診療部
- h) 森ノ宮医療大学 保健医療学部
- i) かげやま医院

The Current State of Traditional Herbal Medicine and Acupuncture in Australia.

Kazunari OZAKI^{a)b)}, Mitsuru KAGEYAMA^{c)i)}, Junsuke ARIMITSU^{c)d)}, Keisuke HAGIHARA^{d)},
Yasushi OTANI^{d)}, Miho NAKANISHI^{c)}, Takaya INOUE^{c)}, Shizue OTSUKA^{c)}, Yukiko
HAKARIYA KATO^{c)}, Kentaro SHIMIZU^{e)}, Yuki KISHIDA^{c)}, Hirofumi MAKINO^{a)g)}, Motokuni
AOKI^{h)}, Tatsuya SHUDO^{f)}, Ryuichi MORISHITA^{a)}, Shinji NISHIDA^{c)}

- a) Department of Clinical Gene Therapy, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan
- b) Department of Geriatric Medicine and Nephrology, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan
- c) Department of Kampo Medicine, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan
- d) Department of Respiratory Medicine, Allergy and Rheumatic Diseases, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan
- e) Department of Traumatology and Acute Critical Medicine, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan.
- f) Budounoki Shudo Clinic, Kobe, Hyogo, Japan
- g) Department of General Medicine, Osaka University Hospital, Osaka, Japan.
- h) Faculty of Health Sciences, Morinomiya University of Medical Sciences, Osaka, Japan.
- i) Kageyama Clinic, Sakai, Osaka, Japan

キーワード (key words) : Kampo (a traditional Japanese herbal medicine: 漢方), CAM (Complementary and Alternative Medicine: 補完代替医療), TCM (Traditional Chinese Medicine: 中国伝統医学), オーストラリア, 中医法制化, 国際標準 (International Standards), ISO (International Organization for Standard: 国際標準化機構)

はじめに

ここ十年近く、欧米諸国では、CAM (Complementary and Alternative Medicine: 補完代替医療) の一部として、特に TCM (Traditional Chinese Medicine: 中国伝統医学) の人気が高

まり、TCM を用いる治療者、患者とも増加しています¹⁾²⁾。一方、我国では思ったほど増えていないと聞きます。

また、中華人民共和国政府衛生部 (国家中医药管理局) 主導にて「国際標準化」の美名の下に、TCM を世界に浸透させています³⁾⁴⁾。