

精気衰える也」(『素問』玉機真藏論篇)と、邪気という尺度と精気という尺度が混在した定義になっているのである。邪気と精気を足せば1になる、ということであれば、その相対的平衡で単純に考えればよい。

しかしながら、同じく『靈枢』に「虚するものは不足、実するものは余りあり」(『靈枢』刺節真邪第七十五)、「有るを實となし、無きを虚となす」(『素問』調經論篇)とある。これらは精気と邪気との対比をした表現とは考えにくい。そうなる虚実の平衡も多義的に解釈するしかないかとも思われる。

日本漢方の中で虚実中間証という表現をするが、これは中韓に取っては極めて異質な考えである。日本漢方と中医学の相違については桑木崇秀と山田光胤・藤平健による論争があり、体質の虚実を重んじる漢方と病邪との反応を重んじる中医学との相違について活発な議論がなされて⁽⁶⁾いる。病理概念的に虚実を定義すると虚実中間⁽⁷⁾正常⁽⁸⁾ということになり、何故「正常」を分類する必要があるのか、ということになる。

まずは「漢方の臨床」誌1巻2号の「証についての諸家の説」の森田幸門⁽¹³⁾の論文を紹介する。「われわれが素因とか体質などという遺伝的因子を特徴づけるのはこの証候(ママ)複合中の流動性平衡である。流動性平衡の在り方

によって患者の陰陽虚実が決定せらるのである。だからこの流動性平衡は定常的で患者の一生につきまとうものである。之は患者だけでなく、所謂健康人といわれるものにも勿論あるものである。もしわれわれに、あるストレスが加わるならばこの流動的平衡は忽ち破れてそこにわれわれが臨床上見るところの証候複合が現れる。(中略)即ち臨床上の証は証候複合の流動性平衡によって規定される素因、素質等の遺伝的因子の上に、ストレスによる流動性平衡破綻が加わったものである」と既に遺伝学的な考えを取り込み説明しようとしている。これは西洋医学的な知識をどんな吸収していき、漢方を解釈しようとする意気込みの表れであろう。この場合のストレスは幅広い外的因子ととらえるとよく理解できる。

こうした考えを敷衍したのが龍野一雄の虚実論⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾である。森田のいうところの「生体に加わるストレス」の解釈として、外邪と内的因子である「生活の過労」を明示したことであろう。

そして体質の虚実と病態の虚実との関係については病態の虚実には体質の虚実が大きく影響するが、必ずしもそれに則らない場合もあることを挙げた上で、「見かけ上の体質で病態の模様を推測することも可能である」と述べている。

また、「多くの人が病気には虚が実かどちらかが必ずあると考えている。けれども黄連阿膠湯や五苓散や黄土湯などの適応症は虚か実かというところらとも言いかねる。処方の内容から考えても虚とも実ともはつきり言えない。強いて言えば虚と実の中間的な場合であろう。」と述べている。

虚実が絶対的なものでなく、段階的なものであることは体質としてとらえる日本漢方の考え方と相まって、自然発生的に出たものと思われる。

例えば柴胡剤の適応に慢性疾患を当てるのは日本独自の使い方であって、2003年に米国のNIHグラントを中国の陳可翼教授と受けた時の研究メンバーで議論した時に、中国では小柴胡湯を慢性疾患に用いることがないことを知って両国の伝統医学の違いを確認したことを思い出す。

大塚敬節は『漢方診療医典』に柴胡剤を虚から実へと並べ、段階説を取った¹⁶⁾。藤平も「虚実というものさしは、体力を質的な面から見て、その充実の度合いを示すものさし」と表現し、「虚実間」という表現も取っている¹⁷⁾。

このように日本の虚実の概念は昭和に形成されてきたことが分かる。詳細は桑木らのすぐれた論文があるので、ここでは微に入ることには避けたいと思う。

慢性疾患における虚実

森田、龍野の論のように素因としての正気が外邪や内的因子によって乱されることにより、虚実の反応が出ることは理解できる。『傷寒論』に見られるような急性熱性疾患では、病的反応としての虚実が極めて分かりやすい。しかしながら、生活習慣病のようにゆっくりと症状がなく慢性的に進行するものにおいては虚実の反応は極めてわかりにくい。

例えば糖尿病歴が10年以上で種々の合併症を伴っている場合には病的症候が表に出るので、虚実の判定は可能であろう。しかしながら耐糖能異常程度で、一見健康に見える人には無症状であることが多く、抗病反応としての虚実は極めてわかりにくい。この場合には体質的虚実の方が臨床上有用である。

『傷寒論』を規範として発達したわが国の漢方医学は昭和年代における疾病構造の変化が（急性感染症から慢性生活習慣病）に対応する必要があったであろう。こうした疾病変化日本の虚実の体系に少なからず影響を与えたのではなからうか。

日本漢方の成り立ち

こうして見てくると、そもそも日本漢方の成り立ちは西洋医学とどうつき合うか、という中で形成されてきたものと考えられる。

『皇漢医学』の自序で湯本求真が漢方を始めたきっかけについて述べている。¹⁸「明治43年長女を疫痢の為にうしなひ、修得するせる医術の頼み少なきを恨み、煩悶懊惱すること数ヶ月、精神ほとんど錯乱せんとするに至りしが、たまたま故恩師和田啓十郎先生著『医界の鉄椎』を読み、感奮興起し始めて皇漢医学を学ぶ。」

大塚敬節も長女を疫痢で失っているが、西洋医学の限界を目の当たりにして漢方に開眼するのである。しかしながら、西洋医学全否定でないことは注目すべき点であろう。『皇漢医学』の総論に「余の本書ある所以は、医聖張仲景師の総説せる東洋古医学を西洋医学の原理を以て解説し、その長所を明らかにすると共に、現代治療術の短所を探り、以て二医学の融合統一を期するの宿望に出ず。(中略)余は元来洋漢医方折衷主義者にして、洋医方の長所は益々之を助長すると共に、その短所は断然廃棄し、その長所に配するに漢医方の長所を以てせる一新医術の出現せんことを希望するものなり」とある。

近代漢方の始まりから、西洋医学を否定することなく、漢方の長所を生かして行こう、という精神が明らかである。これは華岡青洲の「内外合一活物窮理」や大槻玄沢の「採長補短」の精神が綿綿と踏襲されていることが分かる。

さかのほれば山脇東洋は江戸時代に初めて腑分けを行った漢方医である。当然彼の手元には欧州の解剖学書があったに違いない。その東洋が見出した吉益東洞が、山脇東洋の業績を意識しない訳がない。また東洞自身の家系は金瘡医であり、¹⁹東洞の理論形成の中には蘭学を強烈に意識していたはずである。その意味において、東洞が独自の理論を立てる過程は、明治から昭和の先哲たちと共通する環境があったとも言える。これから趨勢を増すであろう蘭学に対し、実利的に理論を展開する必要があったのではなからうか。

西洋医学と影響しながら変化する日本漢方

現在の日本漢方の源流は東洞に求めるところが大であるが、今のように体系化されたのは西洋医学を修めた昭和の先哲たちの努力が大であった。今の漢方の体系化が昭和時代にあると言うと「日本漢方は近代になっていい加減な理論を作り上げた」という輩もおられるだろう。しかし、中国でも韓国でも伝統医学は日本以上に急激な変化を遂げつ

つある。

ここで再び華岡青州の座右の銘である内外合一活物窮理に触れよう。「方に古今なく、古に泥(なず)むものは今に通ずべからず、内を略しては外を治すべからず。蘭を言うものは、理に密にして法に疎(うと)く、漢を奉ずるものは、法に精(くわ)しく跡に泥(なず)む」とある。昔に拘泥しては学問の発展がないのである。

大塚敬節に「時代の変化に応じて変わってこそ伝統」という言葉がある。しかし、無節操に西洋医学に迎合すべきではない。最後に私が大きく影響を受けた大塚恭男の言葉を引用したい。⁽²⁰⁾

「少なくとも今後の漢方は、かたく鎖国することによって保身をはかるよりはむしろ全面的に開国して、現代医学の真ただ中に身をおくことによって、相互に批判し、批判されつつ自らの地位を確立してゆくべきであろう。しかし漢方医学と西洋医学を打って一丸とした日本の新医学をといわれるが、その具体的な方法が示されない限りこの意見にはにわか賛成しがたい。両医学は本質的に相容れぬものを持っており、しかも二つながら存在意義があると筆者は考えている。漢方医学と西洋医学は安易に習合すべきではなく、少なくとも現状ではテーゼとアンチテーゼとして併存すべきである。」

両医学が互いに迎合することなく、時に尊重しあい時に批判しあいながら、互いに影響しあうらせんモデルとして発展するイメージである。

伝統という厚い殻の中でぬくぬくとするのではなく、積極的に西洋医学からの批判を浴びながらも、その特質を失うことなく、両医学が発展していくという、わが国にしかできない医学大系の創造こそが、湯本求真以下の先哲たちの悲願であり、漢方が認められてきた今こそ、現代に生きるわれわれが成し遂げるべきものではなからうか。

結 語

こうして改めて日中韓の違いの元を辿ると、わが国においては西洋医学との融合の中で漢方の考え方が発展してきた結果、西洋医学と混同されるものを避けてきたことがよく分かる。その結果、西洋医学が得意とする病因論的な理論をなるべく使わずに、西洋医学には希薄な宿主側の病態を重んじて体系化されてきたものと思われる。

西洋医学が病理学的分類であるのに対し、漢方の証はなるべく重なる点を排除してきた結果、宿主側の病邪に対する反応を診断できる体系に特化していき、さらに緩徐に進行する慢性疾患にも対応できる診断体系に再編されていった。

日本漢方には理論が少ないとよく言われる。日本の証の成り立ちは西洋医学の医師が行うことによって、西洋医学と補完し合っつて一つの世界になるのである。一方中国、韓国は西洋医学なしで、一つの世界観が形成されている。

しかし、ICDに入るということは西洋医学が主流の世界保健の本流に入るわけである。日本漢方もまだ発展途上であると同様、中医学、韓医学も西洋医学との接点を持ちながら変化を遂げていくことが予想される。

30年後の伝統医学がどのように変化しているか楽しみである。

参考文献

- (1) 秋山光浩・松浦恵子・今津嘉宏・及川恵美子・首藤健治・渡辺賢治：疾病及び関連保健問題の国際統計分類について、日本東洋医学雑誌、62：17-28、2011
- (2) 渡辺賢治：グローバル化時代の漢方1、ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成、医学のあゆみ、231(3)：243-245、2009
- (3) ICD 11 beta
<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/en/>
 (2012年11月15日アクセス)
- (4) 馬場辰二ら：「證」を語る、漢方の臨床、1：52-58、1954
- (5) 馬場辰二ら：「證」を語る、漢方の臨床、1：91-100、1954
- (6) 桑木崇秀：陰陽虚実について、漢方の臨床、21：300-301、1974
- (7) 山田光胤：桑木氏の「陰陽虚実について」の誤りについて、漢方の臨床、21：409-413、1974
- (8) 藤平健：桑木氏の「陰陽虚実について」を読んで、漢方の臨床、21：413-415、1974
- (9) 桑木崇秀：再び陰陽虚実について—山田、藤平両氏に答える—、漢方の臨床、21：657-658、1974
- (10) 山田光胤：傷寒論の読み方の基本(桑木氏の「再び陰陽虚実について」に答える)、漢方の臨床、22：131-137、1975
- (11) 桑木崇秀：日本の漢方と中国の漢方の違いについて、漢方の臨床、25：129-139、1978
- (12) 桑木崇秀：日本の漢方と中医学特に陰陽・虚実の解釈の違いについて、漢方の臨床、30：354-365、1983
- (13) 森田幸門：証についての諸家の説、漢方の臨床、1(2)：109-110、1954
- (14) 龍野一雄：虚実論(一)、漢方の臨床、1(2)：383-392、1954
- (15) 龍野一雄：虚実論(二)、漢方の臨床、1(2)：445-457、1954
- (16) 大塚敬節：矢数道明・清水藤太郎：「漢方診療医典」、南山堂、1969
- (17) 藤平健：小倉重成：「漢方概論」、創元社、1979
- (18) 寺澤捷年：吉益東洞の研究—日本漢方創造の思想—、岩波書店、2012
- (19) 湯本求真：「皇漢医学」、大安、1962
- (20) 大塚恭男：漢方の論理、「東洋医学をさぐる」、135-146、日本評論社、1973
- (医師：〒160-8582 東京都新宿区信濃町35)

日中の伝統医学教育システムの相違

高 鵬飛^{ab} 宗形 佳織^a 詹 睿^a
 今津 嘉宏^a 松浦 恵子^a 相磯 貞和^a
 渡辺 賢治^a

a 慶應義塾大学医学部漢方医学センター, 東京, 〒160-8582 新宿区信濃町35

b 中国復旦大学附属金山病院中医内科, 中国, 201508 上海市金山区龍航路1508号

Comparison Traditional Medicine Educational Systems in Japan and China

Pengfei GAO^{ab} Kaori MUNAKATA^a Rui ZHAN^a
 Yoshihiro IMAZU^a Keiko MATSUURA^a Sadakazu AISO^a
 Kenji WATANABE^a

a Center for Kampo Medicine, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan

b Jinshan Affiliated Hospital of Fudan University, 1508 Long-Hang Road Jinshan District, Shanghai 201508, China

Abstract

Traditional medicine educational systems in Japan and China were compared.

In Japan, Kampo medicine has been integrated into the core curriculum of undergraduate education in all medical colleges since 2001. Japanese university medical schools give 6,000 hours of western medical education, and only 30 hours of Kampo education. In China at Traditional Chinese Medicine (TCM) universities, nearly half of teaching hours are devoted to TCM, and half to Western medicine. And even at medical universities that specialize in Western medicine, students will usually have 80 hours in TCM courses. Usually it takes five years to graduate. In Japan, Kampo education puts a special focus on the *Shang-han-lun* and *Jin-kui-yao-lue* texts, which still influence daily practice. In China, on the other hand, TCM doctors rely on traditional theories of Chinese medicine such as the Yin-Yang theory, the Five Elements theory or relationships between meridians and organs. Kampo specialists have been increasing in recent years, although in China, the number of TCM doctors has been decreasing. However, better traditional medicine education would play a role in increasing our inheritance of both in Japan and in China.

Key words : Kampo, Traditional Chinese Medicine (TCM), educational system

要旨

日本の医学部における漢方医学教育と中国の中医薬大学(中医・中西医の教育課程)および医科大学(西洋医の教育課程)における中医学教育を比較した。日本の漢方医学教育は2001年に文部科学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムに組み込まれたものの、6年間の約4000コマの講義数に対して、わずか8コマ程度である。一方、中国の中医薬大学では5年間の5割を中医学、残り5割を西洋医学の課程が占めている。また医科大学においても80コマの中医学講義がある。一方、教育内容に関しては日本の漢方教育や卒業教育は「傷寒論」と「金匱要略」を重視しているが、中国の中医学教育は中医陰陽五行学説や臟腑経絡理論などを重視している。現在、日本では卒業教育の強化により専門医数が増えつつある。一方で中国は中医学を専門とする医師が減少している。伝統医学を継承する根源となる教育は両国の伝統医学の発展にとって非常に重要であると示唆された。

キーワード : 漢方, 中医学, 教育システム

緒言

日本の漢方医学は古代中国で起こった中国伝統医学を起源としているが、医療システムの相違などから日本の教育システムは中医学の教育システムと大いに異なっている。2001年に制定された日本文部科

学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムのガイドラインでは、基本的診療知識の薬物治療の基本原則に「和漢薬を概説できる」という項目が盛り込まれた¹⁾。これにより現在では全国に80ある大学の医学部すべてで漢方に関する授業が行われている。し

表1 中国における高等中医教育の変遷

中医学院→中医薬大学 (変更年)	北京	(1993)	上海	(1993)	広州	(1995)	成都	(1995)	南京	(1995)
	山東	(1996)	黒竜江	(1996)	天津	(2006)	湖南	(2006)	遼寧	(2006)
	浙江	(2006)	長春	(2006)	湖北	(2010)	福建	(2010)		
医科大学中医系→中医学院 (変更年)	新疆	(1994)	河北	(1995)	重慶	(2002)	首都	(2002)	内モンゴ	(2003)
	寧夏	(2004)	海南	(2008)						
中医学院 (創立年)	広西	(1956)	河南	(1958)	安徽	(1959)	陝西	(1959)	江西	(1959)
	雲南	(1960)	貴陽	(1965)	甘肅	(1978)	山西	(1989)		

かし、授業時間数・内容に関しては、十分とはいえないのが実情である。一方、中国は30の中医系の高等院校（中医大学および中医学院）で中医学教育が行われている他、103の西洋医学大学のうち89校で80コマの中医学教育が行われている。これは中西医結合を強く推進している政府の方針に沿ったものである。筆者は中医薬大学を卒業後、修士課程を経て日本の大学院博士課程を卒業し、両国の伝統医学教育の違いを実感している。本稿では、日本の大学医学部・医科大学、および中国の中医薬大学、西洋医科大学を対象にして、両国の伝統医学教育の歴史、卒前および卒後の教育システムの相違についてまとめた。

教育史の相違

漢方医学は江戸時代までは日本の主流な医学として、国民の健康を守っていた。しかし、明治（1868年）以降、漢方医学は公的に医学教育から除外されることになる。まず1879年の医制設立では医師の学ぶべき項目から漢方は除外された。1895年には帝国議会で提出された「漢医存続願」が否決され制度上漢方医の資格が認められなくなった²⁾。このことにより、漢方医学は公式に医療現場および医学教育から排除されることになった。このような状況の中、1910年に西洋医学を修めた医師である和田啓十郎が、「医界の鉄椎」³⁾の中で、漢方医学の重要性を訴えたことを端緒に、徐々に漢方医学復興の機運が高まっていった。昭和に入ってから、湯本求真・大塚敬節・矢数道明らにより漢方医学が復興され、1967年に初めて漢方製剤が保険薬価に収載されたことを契機に、一般臨床の中に漢方製剤が急速に普及した。1979年に富山医科薬科大学で漢方教育が始まり、以後徐々に漢方教育が医学部・医科大学で行われるようになった。2001年には文部科学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムのガイドラインに「和漢薬を概説できる」という項目が盛り込まれ、明治以来およそ134年ぶりに漢方医学が医学教育として公式

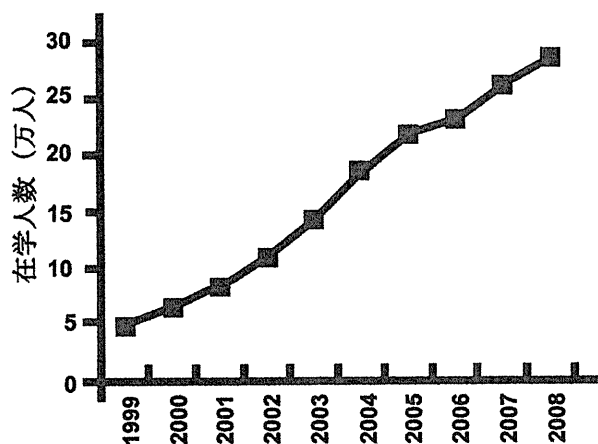


図1 中医学を学ぶ在学人数の変化

に認められた。その結果、漢方に関する講義が行われている大学医学部が増加し、1997年に24校であったのが、現在では全国80ある医学部・医科大学すべてで行われるに至っている。

一方、中医学も、西洋医学からの影響を受けなかった訳ではない。日本と同様に1912年中華民国政府は全国臨時教育会議において、大学に設置する医学の過程は西洋医学のみとする方針をとった。しかしながら中国では全国の中医師の強い反対により教育が断絶する事はなかった。第二次世界大戦後、中国における中医学の台頭には、中医教育施設の創立を推進した毛沢東の功績が大きく関与している。1956年には中医学教育の為、北京・上海・成都・広州の四都市に中医学院が創立された。1958年以降には、中国の他の26省市自治区のすべてに中医学院あるいは医科大学の中医系が創立された。1993年以降、中国の大学教育改革の一つとして大学生の募集数拡大政策が行われ、さらに高等教育の再編が行われた。高等中医学教育においても、多くの中医学院が中医薬大学になり、西洋医科大学の中医系は中医学院になった（表1）。現在、西洋医学を学んでいる在学学生は1,652,513人であるのに対して、中医学を学んでいる在学学生は286,299人おり、10年前に比べて、7倍に増えた（図1）。さらに、ここ数年は、急速

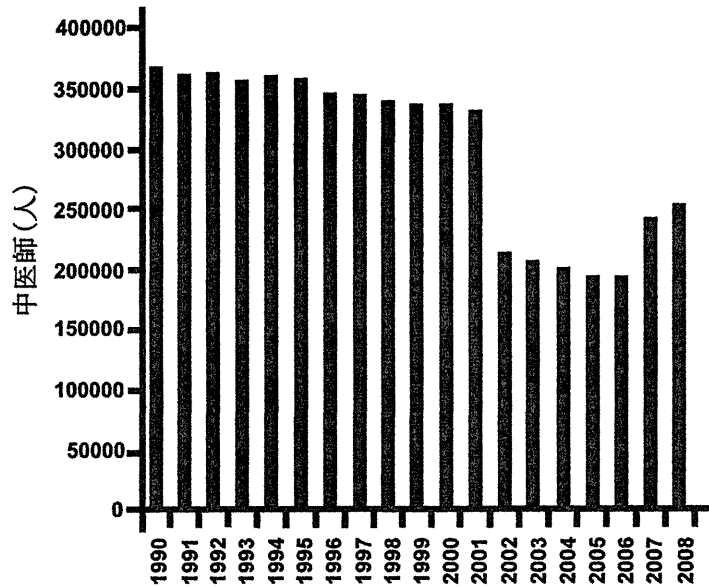


図2 中醫師数の変動

に中医学の「国際化」に力が注がれている。中国は現在、世界70か国と政府間レベルで中医に関する合作協定を結んでいる。その40%は教育に関係するもので、オーストラリア・イギリス・タイ・アメリカの約50大学で中医学教育が行われており、中国に中医学を習得する目的で留学する学生もこの10年間で4,000人以上にのぼっている。

また、中国国内では、1999年に「執業医師法」が公布、2001年に施行され国家試験が整備された。これまで農村部などで治療にあっていた裸足の医者と呼ばれる民間医師（民間西洋医および民間中医類）は伝統的な師弟方式により医学教育を受けており、大学卒業資格を持たないことから、国家試験の受験資格を剥奪された。2001年の調査によれば全国の民間医師は205,698人おり、民間中醫師はその48%を占めている。それらの医師が大学に入学、履修、卒業、国家試験の合格を期待する事はほぼ不可能である。その為、1990年以降減少傾向にあった中醫師人口は2002年に激減している事が判明した（図2）。さらにこの法律は伝統的な師弟制度の崩壊をも引き起こした。旧来の師弟制度にも多くの利点があり、その教育方法によって受け継がれる中医学の側面もある事から、中国政府衛生部の中にある国家中医薬管理局は、2007年11月に民間中醫師の特別資格政策として「伝統医学師弟教育および民間専門技術を持った医師の資格試験について（考核考試方法）」を公布した。その主な内容の一つ目は、「1998年6月26日以前にクリニック許可をとった民間中医

師、および師弟方式の中医教育形式でも、当地の省政府関連衛生部門に申し込みをし、省ごとの試験に合格すれば、中醫師の国家試験受験資格が認められる」というものである。しかし現状では、省ごとの試験の合格率は高いものの、国家試験の合格率は20%ととても低い。そのため、非合法で医師を続ける民間医師が存在し続けているという問題が生じている。二つ目の内容は、「臨床25年以上、55歳以上の民間中醫師達は当地の省衛生行政部門の書類審査を受け、その後国家中医薬管理局に医師資格を出願する事ができ、書類に問題がなければ、国家試験受験を受けずに医師免許をとることができる」というものである⁴⁾。このように未だ法律と現実とのギャップを抱えてはいるものの、政府は民間中醫師の対策を講じてきた。この事により2007年以降は中醫師人口が増加している（図2）。

しかしながら、医師の比率で見ると中華人民共和国建国の1949年には総人口5億4,167万人に対して中醫師27.6万人、西洋医師8.7万人で、3.2:1の比率であったのに対して、2008年には総人口13億2,802万人に対して中醫師35.2万人、西洋医師467.7万人で、0.07:1の比率になり、中醫師と西洋医の比率が大幅に逆転している⁵⁾。国家の支援があり、かつ学生数が増えているにも関わらずこのように中医人口が減少している原因として、社会の西洋化の流れのみならず、医師の給与格差の問題も挙げられる。中国では医師は公務員であり、国家から地位に応じた月収が全国統一の金額で配布されるが、それ

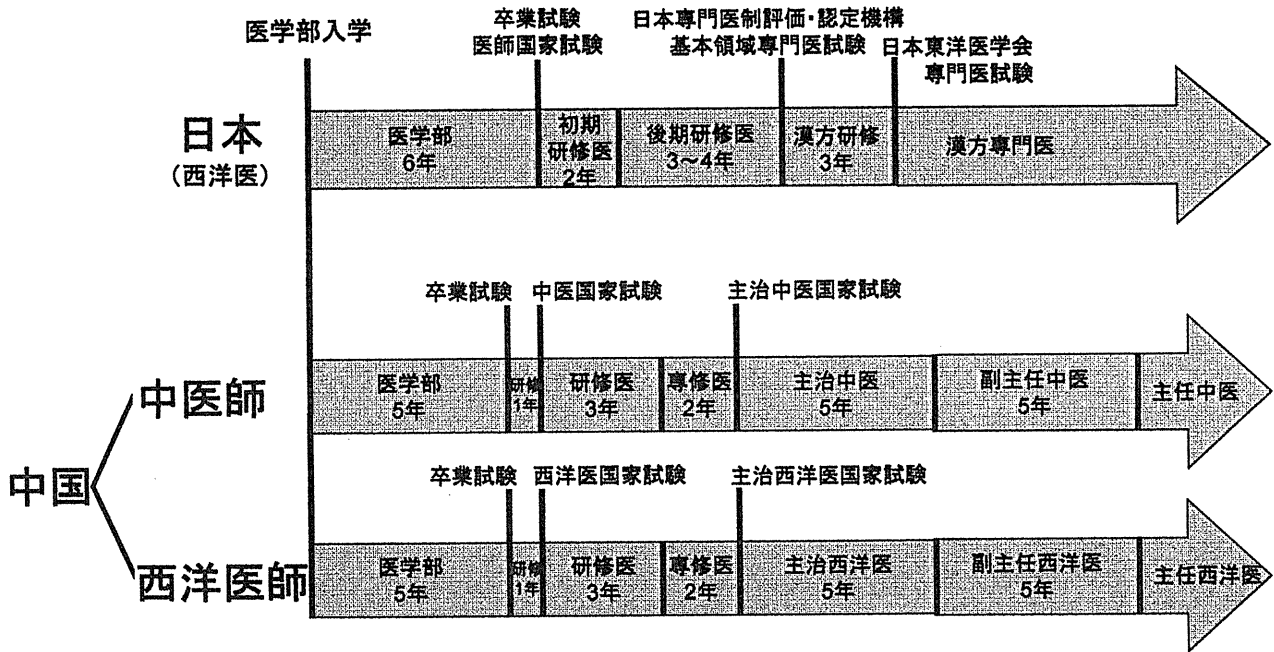


図3 日中伝統医学医師育成システムの相違

とは別に病院からの収入もあり、部門ごとに収入に応じた月給およびボーナスが与えられる。その結果、病院による相違はあるが歩合制に近い給与体制になっている。中医師の給与は西洋医の収入と比較して非常に低い。その原因は中医診療の診断は機器を必要としないため、治療費が安価である事に由来する。診察費は中医師も西洋医師も同じで、医師の地位により14元、副主任17元、主任20元～が一般的であるが、中医師が施す鍼治療は14元、按摩は20～30元、煎じ薬も安価である一方、西洋医師が処方する現代薬やカテーテル検査や、外科手術などは高価である。また診療時間も中医師の方が長い事が多く、必然的に時間当たりの患者数も少なくなる。そのため、中医部門の収益は少なくなり、その結果として中医師の給与が低くなるのである。さらに病院での中医師募集は極めて限られており、現在の中国において中医師の労働環境は厳しいと言わざるを得ない状況にある。

医師育成システムの相違

日本の医師免許は医師（中国における西洋医）のみであり、卒業までの6年間に、一般教養および専門知識を修学し、最後の2年には臨床研修期間も含まれている。卒直前に医師国家試験を受け、合格すれば医師免許を得る事ができるが、その後2年間の臨床研修が初期研修として必修になっている。そのあとは各学会評価による専門医制度に基づく必要な

研修期間として3～4年の後期研修があり、それを経て日本専門医制評価・認定機構の定める基本領域の専門医となる。漢方医学を修得するためには基本領域の専門医取得後さらに3年間の研修期間を経た後、日本東洋医学会で行う試験の合格により漢方専門医を取得することができる。

中国の場合は「西洋医類」と「中医類」の2つの医師免許が存在する。「西洋医類」とは西洋医学を専門とする医師を指す。一方「中医類」とは中医師（中医専攻・鍼灸専攻）、中西結合医師および民族類医師〔蔵医（チベット）、蒙医（モンゴル）、維医（ウイグル）など〕を指す総称である。医師免許の取得には西洋医学の医科大学も中医の中医薬大学も同様で、卒業までに5年を要する。中医学および西洋医学を5年間修学し、卒後1年間の臨床研修を経て、それぞれの国家試験受験資格を得る。中医類の国家試験は西洋医類とは別に設けられ、中医学と西洋医の試験が混合した内容であるが、中医師と中西結合医師と民族類医師ではその出題比率が異なっている。主治西洋医もしくは主治中医師（日本でいう専門医に相当する）になるには、その後3年の研修および2年の専修期間を必要とし、それぞれの専門の国家試験を受け、合格する事が条件となる。その後、5年の専修により副主任医、さらに5年の専修により主任医に就任する事ができる（図3）。

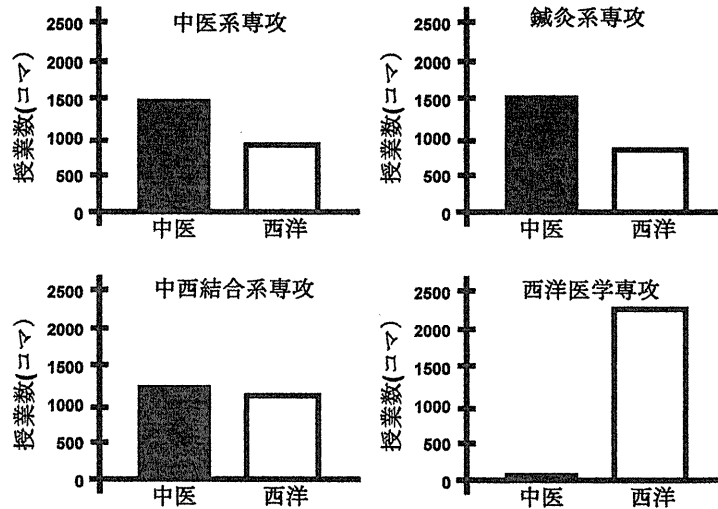


図4 中医薬大学と西洋大学の伝統医学教育コマ数の相違

卒前教育の相違

日本の場合、医学教育モデル・コア・カリキュラムに「和漢薬を概説できる」という項目が入った2001年以来、全国80の医学部・医科大学で漢方医学を教育する動きが本格化している¹⁾。このため、漢方医学教育が急速に普及し、今や6年間で8コマ以上の漢方医学講義が各大学で実施されるに至っている⁶⁾。しかし医学部には6年間に4,000コマ以上の講義・実習があり、8コマ以上といえども十分な量とは言えない。また、学生のための漢方医学テキストも作成されている⁷⁾。慶應義塾大学医学部では、医学部第3学年での選択必修講義10コマの漢方の薬理学、第4学年での必修講義8コマの臨床漢方医学、第6学年におけるクラークシップでの選択としての漢方臨床がある⁸⁾⁹⁾。また講義のコマ数は学校ごとに大きな差があり、せっかく講義を設置しても選択講義である場合には選択者が少ないという現状がある。これらの問題は臨床における漢方医学の重要性が認識されていない事、国家試験に漢方医学の問題が入っていないために、学生の関心が低いことが考えられる。

中国の場合には中医薬大学には中医系、鍼灸系、中西結合系の専攻がある(図4)。それらの専攻では第1学年から第4学年までに中医基礎理論、内経、中医診断学、中薬学、方剂学、中医内科学、傷寒論、金匱要略、温病学などの中医理論と西洋医学の基礎科目を修学するが、中医系、鍼灸系、中西結合系によってその比率が異なる。全体の講義コマ数はいずれも2,400コマであるのに対して中医系では1,400コ

マ、鍼灸系では1,500コマ、中西結合系では1,250コマを中医理論の講義に当てている。第5学年では中医病院での臨床研修を行い、中医学の実際を学ぶカリキュラムとなっている。一方で医科大学は西洋医学専門の課程ではあるが、4年の修学期間中の2,400コマのうち80コマの中医基礎理論の講義がある。第5学年の臨床研修では中医病院での1ヵ月の研修も選択肢に入っているが実際に選択する者は少ない。

卒後教育の相違

日本では一部の大学で初期研修に漢方医学の研修が取り入れられている。また後期研修プログラムに漢方医学研修を有する大学も増えつつある。その他、日本東洋医学会による卒後セミナー、および漢方関連の団体による勉強会も活発に行われている。加えて漢方製剤メーカーも卒後教育に熱心に取り組んでいる。

日本東洋医学会における専門医認定制度は1990年に開始され、2005年から現行の制度になり、漢方専門医の広告が厚生労働省から許可された。漢方専門医の数は制度開始より現在まで増加し続けており(図5)、日本東洋医学会では指導医の育成や『専門医のための漢方医学テキスト』の発行をするなど卒後教育に力を注いでいる¹⁰⁾。

中国における卒後教育は大学内での教育が主である。卒後、100%の中医師が主治中医の課程に進む。これは主治中医の資格を得る事によって、社会的・金銭的に有利になるためであり、もしもこの資格を得る事ができないならば病院内での勤務が困難と

なってしまう。しかしながらこの期間を終えると突然教育の場が激減してしまう。学会は存在するものの教育の場としての機能はほとんど果たしていない。また製薬会社主催の営利目的の勉強会はあるが、自主的な団体による勉強会は皆無に等しい。教育する側の医師も教育を受ける側の医師も病院勤務医である事がほとんどであり、病院内で師弟制度に近い教育に頼らざるを得ない。その場合の教育は指導医によって大きな差があり、ほとんど教育がなされない場合もある。教育熱心な指導医につくためには上司の指示や自分の意志で名中医師の所属する病院に転入する必要がある。このように系統だった卒後教育の場が存在していないことは中国における卒後教育の短所であると考えられる。

問題点と将来展望

日本漢方の強みは一つの医師ライセンスで西洋医学と漢方医学の両方ができることである。その一方で漢方診療の知識・技術を備えた教員が不足している大学が多い。教員が育成されない理由としては漢方医学を担う人材そのものが不足していることが挙げられる。最近の若い医師は漢方医学に興味を持っているが、キャリアパスとして漢方医の人材育成をするシステムそのものがまだ発展途上にある。卒前教育においては医学生が真剣に漢方を学ぶためには医師国家試験導入が必要である。その事が学生の意識改革になるのみならず医学部内での意識改革にもつながる。卒後教育に関しては卒後研修内での漢方教育の充実はもちろんの事、漢方医学を学びたいと願う医師に勉強の場をいつでも提供できる状態を整備しておく事、さらにさまざまな場で漢方の臨床における有用性を提示し、すでにそれぞれの専門領域で活躍している医師に対しても漢方医学の生涯学習の場を提供することが重要と考えられる¹¹⁾。

一方、中国では中医薬大学で中医師系を専攻した学生が中医師にはならず、他の職業に就いたり、中西結合系を専攻した学生の多くが卒後に西洋医を希望するという事態が起きている。この状況は金銭的に西洋医の方が早期から多くの報酬を得る事ができるという現状だけではなく、卒後教育が系統的になされず、固定した指導医に影響されることが大であるという病院での中医教育の質に問題があると考えられる。また現行の教育制度ではこの育成期間が伝統的に行われてきた師弟制度による育成期間と比

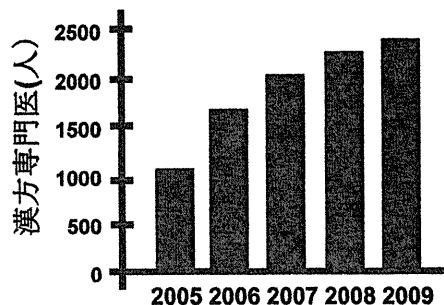


図5 日本における漢方専門医数の変動

較して非常に短く、優秀な中医師が育たないという指摘もある¹²⁾。さらに近年における中国全体の大学進学率増加に伴う中医薬大学入学者の増加により、教育者に対して学生の比率が高くなり、教育レベルの低下が懸念されている¹³⁾。また教育内容に関しても近代の本を重要視する傾向にあり『傷寒論』および『金匱要略』などの古典の教育は希薄で、授業の質に疑問を持つ学生も少なくない。そのため、中医師になった後も自分の処方自信が持てない医師も多い。今後は中医師の人材育成に合わせた卒後教育モデルを模索していく必要がある¹⁴⁾。また国家試験や大学院で必要とされる知識の中で高度な中医教育に十分な時間が割かれていないという指摘もある。国家試験の約3割に西洋医学の問題が含まれており、さらに外国語の試験が課されている一方、古典を読むために重要な医古文の試験は課されていない。中医薬大学の大学院では動物実験を含む基礎研究が必須となっており、修士は細胞レベル、博士は分子レベルで追求する事により学位を取得する。昇進に関しても科学研究論文の数が重視され、臨床実践能力は軽視されている¹⁵⁾。中医を専攻したにも関わらず西洋医学の知識を求められる矛盾は学習意欲の低下を生みだし、質の高い中医師の輩出を妨げる要因となっている¹⁶⁾。今後の中医の卒前教育は西洋医学を学びつつも古典を含む中医学教育を充実させ、早いうちから臨床現場にできるカリキュラム編成が必要であると考えられる。また卒後には、病院以外でも生涯を通じて中医学の勉強が続けられる場の提供が必要と考えられる。中国経済の発展により生活水準が向上するにつれ、人々の医療保健への要求が高まっている。今後中医師が人民から求められる水準も上昇し、中医師がそれらに応じていくためにも、より良い教育システムの確立が急務である。

終わりに

欧米では1990年代以降、西洋医学一辺倒の医療に対して批判が高まり、補完・代替医療に対して関心が高まった¹⁷⁾。これに対して伝統医学を持つ国々は対応していく必要がある。日本の漢方医学、中国の中医学はこれに応じられる医学体系を有する。しかしながら日中ともに伝統医学教育において、さまざまな課題を抱えている。伝統医学を継承する根源となる教育は両国の伝統医学の発展にとって非常に重要であると考えられる。今後はこれらの課題を改善し、さらなる進歩を遂げる事を期待したい。

附記 本稿は第60回日本東洋医学会学術総会（2009年6月、東京）においてその要旨を報告し、さらに、第5回国際補完医学研究会議（2010年5月、ノルウェーの Tromsø）の漢方ワークショップで報告した。

文献

- 1) 大学における教育プログラム研究・開発事業委員会：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，40，2001
- 2) 花輪壽彦：現代医療における漢方の位置，科学75(7)，824-827，2005
- 3) 和田啓十郎：医界の鉄椎，南江堂，東京，1910
- 4) 匡冉：中医薬管理局・民間中医執業門檻有望降低，医院管理決策参考，22-24，8，2008
- 5) 中国中医薬管理局主編：《全国中医薬統計摘編》北京，2003
- 6) 小暮敏明：学術教育委員会の取り組み，日東誌，61，228-233，2010
- 7) 学生のための漢方医学テキスト：社団法人日本東洋医学会学術教育委員会，東京，2007
- 8) 渡辺賢治，西村甲，石毛敦：慶應義塾大学医学部における漢方医学教育の試み，医学教育，39(2)，125-129，2008
- 9) 北島政樹，渡辺賢治：医学教育と漢方医学，産婦人科治療，92 suppl「女性医療と漢方医学」：546-551，2006
- 10) 専門医のための漢方医学テキスト：漢方専門医研修カリキュラム準拠，社団法人日本東洋医学会学術教育委員会，東京，2009
- 11) 小林恵子，寺澤捷年：漢方医学教育の現状，産婦人科治療，98(1)，17-22，2009
- 12) 蔡建鷹，陳鴻儒：民間中医成長的若干特点与啓示，福建中医学院学报，20(1)，67-68，2010
- 13) 張希，祝彼得，李祖倫：淺論中医薬教育現状与發展对策，成都中医薬大学学报，12(6)，3-4，2004
- 14) 羅雯文，範志勇，鄧倩：談“名師帶徒”現象和中医教育現状，河北中医，30(11)，1229-1230，2008
- 15) 李琳：中医教育与人材問題，中国中医薬現代遠程教育，83(3)，14-15，2010
- 16) 華強，李宗友：中国中医薬直面している現状と問題，中医臨床，28(1)，88-93，2007
- 17) Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New Eng J Med.*, 328: 246-252, 1993

