

Correspondence

Whaling: quota trading won't work

Anti-whaling organizations are often presented as conservationists (*Nature* **481**, 114; 2012). But for conservation efforts to advance, we need to resolve the differences between animal welfare, which is concerned with individuals, and environmental conservation, which focuses on maintaining populations, species and ecosystems.

Anti-whaling organizations spend millions of dollars every year trying to stop the Japanese whaling fleet from hunting the common minke whale (*Balaenoptera acutorostrata*), which is not endangered (*Nature* **481**, 139–140; 2012). Their use of financial resources is justifiable only from an animal-welfare perspective.

If the anti-whaling lobby were interested in whale conservation, it would use its financial power to help to assess the population ecology and dynamics of the many whale species listed as 'data deficient' by the International Union for Conservation of Nature. This would enable evidence-based quotas to be set for countries that choose to exploit this resource.

The quota-trading scheme proposed by Christopher Costello and his colleagues is a promising market-based solution for whale conservation, but is unlikely to succeed. For some countries, such as Japan, whaling is a symbol of national and cultural identity, so the economic returns may not provide sufficient incentive. Also, this is strictly a moral issue for the anti-whaling lobby, driven not by environmental conservation but by the suffering imposed on individual whales.

Over the past decade, the two sides have grown further apart. If a compromise is to be reached, environmental conservationists must inform decision-makers and public

opinion in the same way that the anti-whaling lobby has used its financial muscle to push its agenda over the years.

Diogo Veríssimo, Kristian Metcalfe *Durrell Institute of Conservation and Ecology, University of Kent, Canterbury, UK. dv38@kent.ac.uk*

Scientists cannot compete as lobbyists

Suggestions that scientists should run for political office or campaign to promote their work are counterproductive and ultimately self-defeating (*Nature* **480**, 153; 2011). Science needs a permanent pipeline into policy, not temporary windows cracked open by individual researchers.

Lobbying takes time and money: more than US\$3.5 billion was spent in 2010 on lobbying US Congress members. Academic scientists simply cannot compete on that scale.

Scientists must be impartial arbiters of data, not political agents. They need to be able to negotiate with governments, irrespective of their political hue, and to advise politicians in a useful and timely way.

Scientific-liasion offices would give scientists an apolitical route to policy formation. These would have a cross-ministerial mandate to make research results accessible and enable politicians and policy-makers to reach informed decisions.

When politicians ignore science, it is a failure of our system of governance rather than of individual scientists to act as lobbyists for their research.

Brett Favaro *Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada. bfavaro@sfu.ca*

Expand Australia's sustainable fisheries

We do not believe that marine protected areas (MPAs) currently offer effective conservation in

Australia. They do not address pollution or climate change (*Nature* **480**, 151–152; 2011), and overfishing there has largely been rectified. MPAs are also inadequate for managing the major threat of introduced organisms, of which more than 400 have already been identified in Australian waters.

Terry Hughes' call to protect coral reefs from catch-and-release fishing (*Nature* **480**, 14–15; 2011), by closing a further 480,000 square kilometres of ocean in Australia's Coral Sea in addition to the adjacent 507,000 km² already proposed, is an example of exaggerated restriction of fishing. We contend that sustainable fisheries need to be expanded, not restricted.

Australia has well-managed fisheries but imports more than 70% of its seafood. By continuing to import while closing more of its exclusive economic zones to fishing, Australia is diverting pressure on seafood resources and the responsibility for their sustainable exploitation to other countries, most of which do not have Australia's effective governance of fishing.

Robert Kearney *University of Canberra, Australia. bob.kearney@canberra.edu.au*
Graham Farebrother *Institute for Marine and Antarctic Studies, University of Tasmania, Australia.*

Use snail ecology to assess dam impact

It is not yet clear whether dam construction in the Mekong Basin will increase the impact of schistosomiasis in the region (A. R. Blaazer *Nature* **479**, 478; 2011). We need a better understanding of the parasite's transmission ecology to improve disease prediction and to determine the best dam locations.

Comparisons with dams in other countries can be misleading. In Africa, schistosome parasites are transmitted by snails with

different habitat requirements from *Neotricula aperta*, a snail that is found only in calcium-rich waters in the Mekong Basin and the sole intermediate host of *Schistosoma mekongi*.

In fact, densities of *N. aperta* have declined to undetectable levels downstream of the Nam Theun 2 dam in Laos (S. W. Attwood *et al. Ann. Trop. Med. Parasitol.* **98**, 221–230; 2004) — possibly as a result of flooding, decreased calcium levels and silting. Densities are also falling farther downstream in Thailand, even though habitats there are apparently unaffected (my unpublished observations).
Stephen W. Attwood *Sichuan University, Chengdu, China. swahuaxi@yahoo.com*

Asian medicine: a way to compare data

To help to integrate traditional Asian medicine with Western medicine (S. Cameron *et al. Nature* **482**, 35; 2012), the World Health Organization (WHO) is developing common systems for collecting statistics from both. This information — known as the International Classification of Traditional Medicine (see go.nature.com/mv3iux) — is being incorporated into a revision of the WHO International Classification of Diseases, to be released in 2015.

Clean, standardized data from several countries will allow proper comparison of the effectiveness, cost and safety of the different approaches.

Kenji Watanabe, Xiorui Zhang, Seung-Hoon Choi *WHO ICTM Project Team, Center for Kampo Medicine, Tokyo, Japan. watanabekenji@a6.keio.jp*

CONTRIBUTIONS

Correspondence may be sent to correspondence@nature.com after consulting the guidelines at <http://go.nature.com/cmchno>.

Correspondence

Asian medicine: Japan's paradigm

The international medical community could benefit from the wide range of therapeutic options that traditional Japanese Kampo medicine can offer. Its integration into modern medicine has already been realized in Japan (*Nature* **480**, S96; 2011), where it is available as a 5-year specialization for physicians already trained in Western medicine.

Kampo and traditional Chinese medicine have common roots, but Kampo uses additional diagnostic techniques and more rigorously controls the quality of herbal preparations.

It would be a major loss for both Western and traditional medicines if political or financial factors were to cause the "sun to set" on Kampo.

Silke Cameron *University Medicine Göttingen, Germany.*
silke.cameron@med.uni-goettingen.de

Heidrun Reissenweber *Clinic for Japanese Medicine, Munich, Germany.*

Kenji Watanabe *Center for Kampo Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.*

Asian medicine: a fungus in decline

Estimates of wildlife trade for traditional Asian medicine should include that of the caterpillar fungus *Ophiocordyceps sinensis* (*Nature* **480**, S101–S103; 2011).

The fungus, used to treat asthma and other diseases, is legally harvested on a huge scale in Tibet and the Himalayas, and is one of the world's most expensive natural medical resources. Some 85–185 tonnes are collected annually by the local population for a global market worth between US\$5 billion and \$11 billion.

Large increases in the price (up by 900% from 1997 to 2008)

and trade of caterpillar fungus have encouraged more intensive harvesting. My informal survey of harvesters in the Himalayas reveals that caterpillar fungus abundance is dwindling: the average harvest per collector dropped by around half between 2006 and 2010. Harvesters are extending their range as a result, risking overexploitation of a pristine landscape and more ecosystem degradation.

Conservation efforts must be initiated to halt the decline of this species, which is causing a loss of biodiversity and threatening local livelihoods.

Uttam Babu Shrestha *University of Massachusetts, Boston, USA.*
ubshrestha@yahoo.com

Asian medicine: many unique types

The different branches of traditional Asian medicine are frequently confused (*Nature* **480**, S81–S103; 2011). Now could be the time to revive the centuries-old term 'Eastern medicine' to avoid such inaccuracies and to complement descriptions of Western medicine.

'Oriental' and 'Asian' medicine collectively describe the range of traditional treatments used in many Asian countries.

Traditional Chinese medicine is more specific. Although practised mainly in China, it influenced the development of traditional medicines unique to Japan, Korea and Vietnam in the past few hundred years. Lumping all of these together as 'traditional Chinese medicine' is therefore incorrect.

The term 'Eastern medicine' was first coined in 1613 by a court physician in Korea, Heo Jun, in his book *Donguibogam* ('Principles and Practice of Eastern Medicine'). The book is still used in clinics and, in 2009, was added to the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization's World Documentary Heritage list.

Hoyun Lee *Health Sciences North, Sudbury, Ontario, Canada.*
mhlee@hsnsudbury.ca

Asian medicine: call for more safety data

Marketing of traditional Chinese medicines is developing rapidly worldwide (*Nature* **480**, S81–S103; 2011). So much so that the European Union (EU) issued a directive in 2004 that all herbal preparations should be subject to the same screening procedures as pharmaceuticals by 2011. But by April last year, no Chinese herbal medicines had met the directive's requirements. Many have therefore been withheld from sale in the EU.

If these traditional remedies are to be accepted, their quality needs to be standardized and rigorous scientific data must be supplied on their efficacy and safety. The mystique surrounding such treatments must give way to verification and a proper understanding of concepts and applications. Only then can traditional Chinese medicine be integrated into a global health-care system.

Juncai Xu, Min Liu *Shanghai Clinical Research Center, Shanghai, China.*

Zhijie Xia *Shanghai Huashan Hospital, Fudan University, China.*
janexia2006@126.com

Asian medicine: protect rare plants

As the global market in traditional Chinese medicines expands, many wild plants are on the brink of extinction (see also *Nature* **481**, 265; 2012). Urgent measures must be taken to ensure that these rare plants are harvested sustainably.

Some 11,000 plant species are listed in the Chinese pharmacopoeia, medicinal botany textbooks and ancient Chinese medical texts such as the *Compendium of Materia Medica* and Shennong's *Classic*

of *Materia Medica*.

Examples of critically depleted natural populations include *Herba epimedii*, a herb used as an aphrodisiac, tonic and antirheumatic in China, Korea and Japan; *Panax ginseng*, a tonic and sleep-inducer; *Euchresta japonica*, for anti-tumour activity; *Dysosma versipellis*, a cleanser of toxins; and *Aconitum brachypodum*, an anti-inflammatory.

Hua-Feng Zhang *Shaanxi Normal University, Xi'an, Shaanxi, China.*

Xiao-Hua Yang *Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi, China; and Moscow State University, Russia.*
yxh@bk.ru

Safety-test initiatives for nanomaterials

Your report on the need to establish safety regulations for nanomaterials focuses largely on US initiatives (*Nature* **480**, 160–161; 2011). Other initiatives are also making important contributions.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) provides guidance on what parameters should be used for reporting the safety testing of nanomaterials (see go.nature.com/yiaxnd). Projects set up to aid implementation of Europe's REACH (for 'registration, evaluation, authorisation and restriction of chemicals') legislation advise on how to review information on nanomaterials.

The European Food Safety Authority published guidance last year on risk assessment of nanotechnologies in the food chain (see go.nature.com/7131fo). The European Commission's Joint Research Centre has also set up a repository of representative nanomaterials samples.

Juan Riego-Sintes *European Commission Joint Research Centre, Institute for Health and Consumer Protection, Ispra, Italy.*
juan.riego-sintes@ec.europa.eu

Introduction of the World Health Organization project of the International Classification of Traditional Medicine

Peng-fei Gao¹, Kenji Watanabe²

1. Department of Traditional Chinese Medicine, Jinshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200540, China
 2. Center for Kampo Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Abstract: The World Health Organization plans to incorporate “traditional medicine” into the next revision of its International Classification of Diseases — Version 11 (ICD-11). If traditional medicine is included in ICD-11, it is definitely an epoch-making issue. The expected result is the International Classification of Traditional Medicine, China, Japan and Korea Version (ICTM-CJK). The intention of the ICTM project is not only beneficial for traditional medical components, but also might be beneficial for Western biomedicine. For this shared purpose, China, Japan and Korea must understand the meaning of this project and collaborate to develop it.

Keywords: Western medicine; medicine, traditional; International Classification of Traditional Medicine; World Health Organization


Although traditional Chinese medicine (TCM) occurs all over the Asian world, most countries like China, Korea and Japan have its own “flavor” of traditional medicine. Korean and Japanese traditional medicines originated from ancient China (Han Dynasty)^[1]. Today, however, each country’s traditional medicine is unique in many aspects. For example, the Korean traditional medicine (Han medicine) values four types of body constitutions (Sasang constitution diagnosis), while in Japan, Kampo medicine developed uniquely during the Edo period (1603—1867)^[2].

Traditional medicine has been used in some communities for thousands of years^[3]. As traditional medicine practices are adopted by new pop-

ulations, there are challenges emerging. Traditional medicine practices have been adopted in different cultures and regions without the parallel advances of international standards and methods for evaluation. This kind of diversity among traditional medicine is very common so the World Health Organization (WHO) emphasizes international diversity in regard to the challenge of policies for traditional medicine.

1 WHO and traditional medicine

In 1978, the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care called on countries and governments to include the practice of traditional medicine within their primary health care approach. Thirty years later, traditional medicine is even more

 Open Access 开放获取	 Submission Guide 投稿指南
<p>DOI: 10.3736/jcim20111101 http://www.jcimjournal.com</p> <p>Gao PF, Watanabe K. Introduction of the World Health Organization project of the International Classification of Traditional Medicine. <i>J Chin Integr Med</i>. 2011; 9(11): 1161-1164.</p> <p>高鹏飞, Watanabe K. WHO 传统医学国际疾病分类项目介绍. <i>中西医结合学报</i>. 2011; 9(11): 1161-1164.</p> <p>Received June 29, 2011; accepted July 13, 2011; published online November 15, 2011.</p> <p>Full-text LinkOut at PubMed. Journal title in PubMed: <i>Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao</i>.</p> <p>基金项目: This study is supported by Japan Ministry of Health, Labour and Welfare Science Research Grant for FY 2007/2008.</p> <p>Correspondence: Kenji Watanabe, MD, Professor; Tel: 03-5366-3824; E-mail: toyokeio@sc.itc.keio.ac.jp</p>	<p><i>Journal of Chinese Integrative Medicine (JCIM) or Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao</i> is an international, peer-reviewed, open access journal for the study of complementary and alternative medicine or integrative medicine from all regions of the world. <i>JCIM</i> is indexed in PubMed and Directory of Open Access Journals (DOAJ). <i>JCIM</i> is a member journal of CrossRef. Articles published in <i>JCIM</i> have maximum exposure to the international scholarly community.</p> <p>Submit your manuscript here: http://mc03.manuscriptcentral.com/jcim-en (for manuscripts written in English) http://mc03.manuscriptcentral.com/jcim-cn (for manuscripts written in Chinese)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No submission and page charges for manuscripts written in English • Quick decision and rapid publication <p>Send your postal address by e-mail to jcim@163.com, we will send you a complimentary print issue upon receipt.</p> <p>ISSN 1672-1977. Published by JCIM Press, Shanghai, China.</p>

widely available, affordable, and commonly used in large parts of Africa, Asia and Latin America. For example, in some Asian and African countries, 80% of the population depends on traditional medicine for primary health care. Recent studies conducted in North America and Europe indicated that traditional medicine health care approaches tend to be used primarily in groups with higher levels of income and education^[4] and in many cases, the costs are not covered by medical insurance schemes. This is not the “poor man’s alternative” to Western medical care. The use of these complementary and alternative medicine (CAM) therapies has become a multi-billion dollar industry that is expected to continue its exponential growth. For instance, 70% of the population in Canada and 80% in Germany have used CAM. The most recent WHO resolution on traditional medicine (2009) urges its member states to formulate national policies, regulations and standards, as part of their comprehensive national health systems, to promote the appropriate, safe and effective use of traditional medicine to strengthen the health systems ability to provide primary care.

2 WHO activity for traditional medicine

WHO founded the Department of Traditional Medicine in 1972. Among the seven regional offices, the West Pacific Regional Office (WPRO) and the African Regional Office have a Department of Traditional Medicine, respectively. The aim of these offices is to promote traditional medicine throughout the world. Among the traditional medicines in the world, the Chinese, Korean and Japanese traditional medicines originate from ancient China, Ayurvedic medicine has Indian origin and Unani medicine is used in Arabic countries. These are considered to be the three major traditional medicines in the world, but sometimes Tibetan medicine is included, as a fourth major traditional medicine. The process of harmonization of Chinese, Korean and Japanese traditional medicines with Western medicine started in 1989 to determine the coding system of acupuncture, which was published

by WHO headquarters in 1989. After that, the activity of the WPRO (key countries include China, Japan and the Republic of Korea) mainly focuses on a classification of traditional medicine in China, Korea and Japan. The aim for this activity is to include traditional medicines as a part of the next revision of the International Classification of Diseases (ICD), namely, ICD-11.

3 WHO Family of International Classification

WHO Family of International Classification (WHO-FIC) is the society which deals with international classifications. The central core classifications are ICD and International Classification of Functioning (ICF). Derived classifications contain the core classification in ICD and detailed classification in its own. Related classifications are independent from each other and maintained independently.

WHO-FIC has an annual meeting to maintain and revise the family of classifications. The proposal for the International Classification of Traditional Medicine (ICTM) to become a derived or related member of the WHO-FIC was presented to the WHO-FIC annual meeting in Tunis in October 2006. Although at the beginning there was a negative atmosphere concerning traditional medicines, the WHO-FIC supported the proposal and recommended that a formal submission should be prepared at last.

The main issues arising from WHO-FIC 2006 were as follows: (1) name of the classification should be ICTM-China, Japan and Korea (ICTM-CJK); (2) mapping of the clinical diseases section to ICD-10; (3) based on the result of these mappings, recommendations on derived or related status of the proposed classification; (4) custodianship with WPRO; (5) preparation of a draft of the classification including clinical conditions and disease patterns for the 2007 WHO-FIC meeting.

4 Mapping between ICTM-CJK and ICD-10

A second informal consultation on development of the classification was held in Tokyo, Japan, in



Related Articles 推荐阅读

李照国. 中医术语国际化的若干问题探讨:从 WHO/ICD-11 到 ISO/TC249. 中西医结合学报. 2010; 8(10): 989-996.

Li ZG. Issues on international standardization of traditional Chinese medical terminologies: from WHO/ICD-11 to ISO/TC249. *J Chin Integr Med*. 2010; 8(10): 989-996.

Free full text available at <http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=jcim20101013>

李照国. 中医名词术语英译国际化新进展——从世界卫生组织传统医学国际分类东京会议谈起. 中西医结合学报. 2011; 9(1): 113-115.

Li ZG. Development of international standardization of traditional Chinese medical terminologies: a review of WHO’s second conference on International Classification of Traditional Medicine held in Tokyo. *J Chin Integr Med*. 2011; 9(1): 113-115.

Free full text available at <http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=jcim20110119>

More free related articles at <http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=jcim20111101>

March, 2007. It was held to further explore the feasibility of the proposed ICTM as a derived or related member of the family based upon the outcome of mapping between International Standard Terminologies (IST) and ICD-10 and the results of national efforts were presented by representatives from China, Japan, Korea and Vietnam. China found that only 17 of 564 IST terms (3%) could be found in ICD-10, mainly in "Infectious", "Parasitic" and "Other" chapters. They also reviewed four glossaries of TCM and found between 5% and 10% of words occurring in ICD-10. Japan did not map IST and Western medicine names as practitioners of Kampo medicine use ICD-10 for naming diseases. Japan concluded that coding independently in ICD-10, International Classification (IC)-Kampo and Kampo "SHO" (means "pattern" or "syndrome" in English) was possible from the patient charts. Korea undertook the mapping of 565 preferred terms (disease concepts) from IST to Korean Classification of Disease in Oriental Medicine (KCDOM) and ICD-10. They found 296 matches with KCDOM and 1 806 with ICD-10 (average of 6.1 ICD-10 terms to each IST term). Of 2 439 KCDOM codes, 376 were identical to IST. From Korea there was also a report of a hospital trial of disease name mapping between KCDOM and ICD-10 in 2 040 patients. The results showed that it was difficult and invalid to map between ICD-10 and KCDOM. The conclusion from Korea was that IST and ICD-10 have multiple matchings for each other. However, some areas such as ophthalmology showed 1 : 1 matching. Vietnam focused its attention on syndrome mapping and developed a Vietnamese classification of terms. It recognized that traditional medicine practitioners have access to disease names in Western as well as traditional medicines. As the mapping between IST and ICD-10 has yielded such low correspondence, it was decided to proceed with an ICTM/WPRO that could stand alone as a classification or function as Chapter 23 of ICD-10. Based on the results during the second informal consultation of development of ICTM-CJK, core members of this project met in Brisbane, Australia on August 26-29, 2007 and made the product. This product was presented in WHO-FIC annual meeting in Trieste, Italy on October 28-November 3. The product was well accepted in principle and approved as a member of related classification of WHO-FIC with the condition of some minor revisions.

5 From WPRO to the WHO headquarter

The third and final informal consultation on development of ICTM-CJK meeting was held in Seoul on Jun 24-26, 2008. After this meeting, this project was driven by the WHO headquarter. In May 2009, WHO headquarter invited various countries dealing with traditional medicine from all over the world and explained the WHO's plan to incorporate traditional medicine into ICD-11 and asked them whether they are interested in

joining the project or not. Among traditional medicines in the world, the candidate for ICD-11 should be internationally used and should have systematic diagnostic ways. Because in China, Korea and Japan, traditional medicine has an inter-country experience and experience of harmonization, it met the criteria. Also, considering that the time is limited for the revision of ICD-11, WHO decided to consider Chinese, Korean and Japanese traditional medicines at the beginning. In May 2010, the first WHO meeting on the ICTM was held in Hong Kong on May 25-29^[5] followed by an informal consultation on the ICTM project plan held in Geneva on March 22-24, 2010^[6]. In the Hong Kong meeting, an organization was formed and it discussed how to promote this project.

5.1 Purpose of this project WHO proposed to coordinate various streams of work to develop a standardized traditional medicine terminology and classification system which will allow for regular data collection and comparisons with conventional health information systems.

5.2 Existing resources for traditional medicine classification and terminology China used the 1995 classification and codes of diseases and Zheng (pattern/syndrome) of TCM (GB95), which has disease and pattern names. It is a national standard and is distributed electronically. Also some information of interventions was included in GB97. Korea used the KCD4 (2004) based on the ICD-10 for Western medicine. The KCDOM-2 (1994) had disease names used for traditional medicine insurance claims and pattern names, and the KCDOM 2004 focuses on disease patterns. KCDOM-3 started in January 2010, designing double coding of Western disease name (ICD) and traditional medicine patterns/diseases. Japan used the ICD for disease description for Western and Kampo medicine and government insurance claims. It has also developed disease patterns for prescribing 148 formulae within Kampo medicine.

5.3 Characteristics of ICTM This project is expected to promote traditional medicine as a main stream medicine by recording all traditional medicine terminologies in ontology software (i. e. Protégé), establishing links to the current ICD and using a common base for terms when possible, producing an ICTM and linking the traditional medicine ontology/terminology and classification with other WHO-FIC products, such as cross-links to the International Classification of Health Interventions (ICHI)^[7].

5.4 Benefits of the project When this project is completed, it will link traditional medicine practices with global norms and standard development activities for health information systems through the WHO-FIC. Incorporation in WHO classifications will enhance international public health tasks on global statistics, surveillance and patient safety. It will also enhance basic and clinical research around traditional medicine, which will facilitate enhanced acceptance. These project

activities will also create an international platform and a network for sharing knowledge and securing cultural sensitivity.

5.5 Challenges of this project ICTM will be made by the effort of China, Japan and Korea. However, inclusion in ICD-11 will be a big challenge because ICTM should be understood by Western physicians. Also, content models (information platforms) should be shared. This is a big challenge because the basic concepts of medicine are different between Western medicine and traditional medicine. First, medical practice is deeply connected with culture. There are large differences between Western and oriental cultural background. Second, traditional and conventional medical systems are totally different. It is not so easy to understand Chinese, Japanese and Korean traditional medicines from the viewpoint of Western medicine. Finally, if ICTM will be included in ICD-11, many challenges will remain before true integration can occur, because most of the Western physicians are skeptically regarding traditional medicine for its clinical evidence, mechanism of action and active components.

6 Conclusion

In order to promote the integration of Western and traditional medicines and provide a better health care system to the world, a shared platform is necessary. WHO ICD-11 is a good opportunity to realize this goal. Although this project is not easy, it is worth to be promoted. For this purpose, collaboration and communication of the related countries are essential.

7 Acknowledgements

This study is supported by Japan Ministry of Health, Labour and Welfare Science Research Grant for FY 2007/2008.

8 Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

REFERENCES

- 1 Yasui T, Fujita K, Sato M, Sugimoto M, Iguchi M, Nomura S, Kohri K. The effect of takusha, a kampo medicine, on renal stone formation and osteopontin expression in a rat urolithiasis model. *Urol Res.* 1999; 27(3): 194-199.
- 2 Watanabe K, Matsuura K, Gao P, Hottenbacher L, Tokunaga H, Nishimura K, Imazu Y, Reissenweber H, Witt CM. Traditional Japanese Kampo medicine: clinical research between modernity and traditional medicine — The state of research and methodological suggestions for the future. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011: 513842. Epub 2011 Feb 17.
- 3 World Health Organization. Traditional medicine. (2008-12) [2010-11]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>.
- 4 Bodeker G, Ong CK, Grundy C, Burford G, Shein K. WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine. Kobe: World Health Organization Center for Health Development. 2005.
- 5 World Health Organization. Informal consultation on the International Classification of Traditional Medicine project plan. (2010-03) [2010-11]. <https://sites.google.com/site/whoictm/meet/march2010>.
- 6 World Health Organization. First WHO meeting on the International Classification of Traditional Medicine. (2010-05) [2010-11]. <https://sites.google.com/site/whoictm/meet/may2010>.
- 7 World Health Organization. ICTM project plan. (2010-03) [2010-11]. <https://sites.google.com/site/whoictm/>.

WHO 传统医学国际疾病分类项目介绍

高鹏飞¹, Kenji Watanabe²

1. 复旦大学金山医院中医科, 上海 200540

2. Center for Kampo Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

摘要:世界卫生组织计划在“国际疾病分类第 11 版(International Classification of Diseases-11, ICD-11)”中加入“传统医学”这一部分,预期的版本是“传统医学国际分类-中日韩三国版”。传统医学加入 ICD-11,有非常重大深远的意义。传统医学的国际分类的建立,不仅有利于传统医学,也有利于西方医学。所以,中、日、韩三国必须充分理解这个项目的意义和难得的现实机遇,相互进行密切合作来实现这一目标。

关键词: 西医学; 医学, 传统; 传统医学疾病分类; 世界卫生组织

漢方の証を考える

慶應義塾大学医学部
漢方医学センター

渡 辺 賢 治

WHO国際疾病分類の改訂

現在WHOでは国際疾病分類（通称ICDと呼んでいる）の改訂作業を行っている^{①②}。ICDの歴史は1900年に遡るが、元々は死因統計を国際的に比較する目的で開始された。しかしながら、今では疾病統計の基礎にもなっており、今では多くの病院に導入されている診断群分類包括評価（いわゆるDPC）もICD準拠となっており、その利用範囲はさらなる広がりを見せている。

現在わが国で施行されているのはICD-10（ICD第10版）であるが、昨今の電子カルテの普及により、次回改訂のICD-11では電子化された疾病分類となる予定で、2015年のWHO総会での承認を目指している。

ICD-11では上記電子化に伴い、今までは分類のみであったのが、用語や診療情報も含まれる全く新しい分類になる。もう一つの大きな出来事は1900年来一貫して西洋医学一本でやってきたICDに初めて伝統医学が入ることである。この準備は2005年からWHOに西太平洋事務局で行ってきたが、2009年からはWHO本部のプロジェクトとして、正式にスタートした。日中韓を中心に全世界からの専門家によるプロジェクトマネジャーのグループが組織され、この3年間相当ハードに作業を進めてきた結果、2012年5月のWHO総会に合わせてICD-11ベータ版がリリースされた。このベータ版は一般に公開され、意見を幅広く求めるもので、現在ウェブ公開され幅広い意見を募っている^③。

日中韓の伝統医学の相違

現在ICDは22の章から成っている。この度の改訂では、新たに23章を設けてそこに伝統医学を入れる予定である。今回の改訂では日中韓を中心とした医学を入れるが、その次の改訂ではインドのアーユルベータ、アラブのユナニなども候補に挙がってくると思われる。

現段階では日中韓の医学が中心であるが、その作業を進める過程でそれぞれの国で使用されている伝統医学がどうも違うのかということをつくづく実感した。

まず、23章の構成から説明すると、大きく2つに分けられる。一つは伝統医学病名で、もう一つは証である⁽³⁾。

中国では伝統医学病名を重んじており、上海中医药大学を中心とした医療情報ネットワークでは、「西洋医学病名」「伝統医学病名」「証」の3つを記録している。その数は今や400万件を超えている。一方韓国ではICD-10の韓国版であるKCD-6には西洋医学と一体化した韓医学のコードが入っており、保険制度の中で融合した形で使われているが、西洋病名と混乱を来す伝統医学病名は排除し、数少ない伝統医学病名と証とを使っている。

一方わが国の提案としては西洋医学的病名と混乱を来すため、伝統医学病名は提案しないということになった。

こうした伝統医学に対する考えは、決して今に始まったことではない。江戸時代の李朱医学の受容と『傷寒・金匱』への復古を基調にした日本化、そして明治に至るわが国の漢方の歴史についてはすぐれた論文が多くあるのでここでは触れない。本稿では、700号の「漢方の臨床」誌を振り返りつつ、補足資料を加えて近年におけるわが国の伝統医学に対する考えについて少しレビューをして今の漢方医学の体系に至る過程について考察してみたい。

証と病名との関係

日本漢方が何故伝統医学病名をほとんど用いないか。それと関連して、中医学の代表である臓腑弁証を何故日本が用いないのかも含め、まず見てみたい。

「漢方の臨床」誌の第1巻第1号に「証」を語る⁽⁴⁾⁽⁵⁾という座談会がある。昭和29年5月に行われており、出席者は馬場辰二先生、細野史郎先生、大塚敬節先生、和田正系先生、矢数道明先生、坂口弘先生、気賀林一先生（イロハ順）という漢方の最高峰の先生方の座談会である。その中で重要と思う箇所を抜粋してみる（敬称略）。

大塚敬節「証は時間的で、病名は空間的の分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよい

ように思います。」

細野史郎「私は漢方入門以来、漢方のよいところは『証に随って治せばよい』と云うことで、病名の必要がないことだと考えもし、また信じていました。其のうち追々それだけでは不十分なのではないかと思うようになりました。それは我々が医者であるのに、「病名のことには私は知りませんよ、ただ治療だけが私の本分なのでから」などとすましているわけにもいかなりました。(中略) 現代医学の講義などを、母校で傍聴する機会に恵まれて、従来の『随証治療』の考えを更に訂正、拡大していくことこそ必要なのではないかと痛感するようになりました。(中略) 現代医学的病名の必要性は、現社会に医師として立つうえにも又漢方治療を現代的に翻訳理解する上にも必要だと考えるようになりました。すなわち現代医学に立脚した少なくとも現代医学的知識で十分に理解することのできる漢方医学にまでもって行くことは現代医学を更に完全な医学に作り上げる近道たらしめるものであります。」

「つまり極言すれば昔は病名は漢方ではいらなないといつたが、これからの漢方治療ではそうは言っていられない。」
和田正系「西洋医学の病名は病理解剖の基礎に立っているのですから漢方の病名と違うことは明らかですね。つまり解剖的根拠から立てた病名と漢方の治療の立場から立て

た病名とは違うのは当然ですね。しかし漢方の建て前で行くにしても現代ではもちろん西洋の病名を無視することはできないでしょう。ですからわれわれは西洋的病名の根拠を頭に入れておいて東洋的な『証』を考えてゆくということになりましょう。」

馬場辰二「『漢方と漢薬』誌などを見ていると病名がよく書いてあるから分かりやすいですが、どうもわれわれ現代医学の病名に慣れている者にはやはり漢方といえども病名を無視されたのでは困る場合が多いです。」

坂口 弘「たとえば胆石などの場合など大柴胡湯で治ることが多いと思います。この場合に、ブランクの状態で傷寒論に記載された証を求めるということよりも、胆石症には大柴胡湯という予備知識を持って果たしてこの患者はどの証だろうと考えた方が早道であるように体験しています。」

西洋医学病名と伝統医学病名の混乱回避

これらの発言を見れば一目瞭然であるが、医師が行う以上、漢方的考え方だけではなく西洋医学の知見を活用しながら漢方の発展があるべき、という考えである。ここが日本漢方の基礎作りに欠かせない部分と思われる。もちろんわが国にも伝統医学病名は存在した。消渴、霍乱、瘧など

である。しかし、こうした伝統医学病名は論文のテーマにはなっても実地の診療で使われることはまずない。それは似て非なる病態であることから西洋医学の見地からの混乱が予想され、極力避けられてきたものと思われる。例えば霍乱は水様性下痢であるが、英訳される時はコレラである。コレラはコレラ毒素が検出されて初めてコレラと診断される。すなわち病理学的根拠を持って西洋医学の診断が成り立っているのに対し、伝統医学では症状のみから命名されているため、霍乱と言った場合には「コレラ」を含む病名であることが想定されるが、イコールではない。病理学的分類である西洋医学病名と症候から判定する伝統医学病名との混同を回避する努力がなされてきたのである。

臓腑弁証に対しても同じような考えで日本漢方に取り入れてこなかったものと思われる。WHOの議論の中でしばしば臓腑弁証と伝統医学病名の臓腑システムの異同がよく議論された。中国から提出された十二指腸潰瘍の症例の伝統医学病名は「嘈雜」であり、臓腑弁証は「胃熱証」であった。これらの定義を見ると、十二指腸潰瘍とかぶることが非常に多い。すべてがそうであると言っているのではない。臓腑弁証の中には西洋医学病名との意味の混同を来すものが多数存在する、という点を指摘しているのである。定義はすべてWHO ICD betaのホームページで見られる

ので、是非とも西洋医学病名との比較をして欲しいと思う。病因論的には伝統医学的に説明していても、症状を読むと西洋医学病名と重なる点が多い。ここではその是非を問うことは避けたい。日本漢方の成り立ちの上で、こうした混乱を避ける智恵が働いたことは容易に想像できる。

前記の大塚敬節の発言「証は時間的で、病名は空間的分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよいように思います。」は、漢方医学と西洋医学の両者を融合した診断体系を念頭にしていた意味で、特筆すべきであろう。すなわち西洋医学の診断体系と漢方医学の診断大系がお互いに独立しつつも、その交わる点に漢方の治療のターゲットがある、という卓見である。これは今日的にも、関節リウマチという診断名は非常に静的であり、一度確定したら動かないが、患者の状態は日々変化している訳で、それを表現するためには漢方の証を加えて判断することが好ましいことを短い言葉で見事に表現している。

虚実について

虚実のそもそもの混乱は『黄帝内経』にあることは皆が認めることであろう。「邪氣盛んなれば則ち実し、精氣奪われれば則ち虚す」(『素問』通評虚実論篇)、「邪氣勝るは、

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¹²⁾。病理概念的に虚実を定義すると虚実中間≡正常ということになり、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どん吸収していき、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はよく理解できる。

こうした考えを敷衍したのが龍野一雄の虚実論¹⁴⁾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っきり言えない。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ZEH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⁶⁾¹²⁾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¹⁸⁾は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¹⁹⁾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ろうか。

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に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。

さかのば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、今のようには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(20)を引用したい。

「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、現代医学の真つ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には賛成しがたい。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/f/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)

伝統医学国際化の潮流

わが国では1976年に大々的に医療用漢方製剤が登場する。現在では医師の9割が漢方を日常診療に用いるほど普及している。このように漢方医学は江戸時代に日本化が確立され、医療用として30年近くの歴史のなかで完全にわが国独自の医学として存在するのである。2001年にはコアカリキュラムとして医学教育に取り入れられるまでになり、80の医学部・医科大学すべてに漢方教育が取り入れられるに至っている。

一見順風満帆のようにみえるが、これを継続・発展していくためには多くの課題があり、国の施策としても重要と考え、医学のあゆみにシリーズとして、3回にわたり漢方の国際化問題に関する記事を連載させていただいた¹⁻³⁾。今回別冊発刊に際し、それらをアップデートして書き直したものを再度掲載させていただく。

■ 漢方医学は日本独自の医学

古代中国を起源とする東アジア伝統医学、インドを中心とするアーユルヴェーダ、それら2つから影響を受けながら独自の発達を遂げたチベット医学、アラブ諸国に伝承されるユナニが伝統医学の代表としてよくあげられる。共通点としては自然のなかに立脚した包括的な人間観をもっている点で、西洋医学とはまったく異なる医学体系を形成している。

東アジア伝統医学は古代中国を起源としているが、韓国、日本でそれぞれ独自の医学体系として発展し、それぞれ韓医学、漢方医学として現在の伝統中国医学とは区別される。

これら三医学体系には共通点も多いが細かい点はかなり異なっている。たとえば、韓医学には四象(ししょう)医学があり、体質を重んじた医学体系が発達している。漢方医学は江戸時代に実学を重んじる医学として発達し、余計な理論を排除し、患者観察を重視する医学として今日まで継承

されている。そもそも“漢方”という言葉自体が江戸時代に“蘭方”に相対する語として日本で造語されたのであるから英語で“Kampo Medicine”と表記したものは日本の伝統医学である。アメリカ国立図書館のシソーラスにもKampoが入っている。

■ 補完・代替医療のなかでの伝統医学

こうした伝統医学に対する注目は欧米における補完・代替医療への関心の高まりと軌を一にしている。1990年にハーバード大学医学部のEisenbergらは1990年に全米的な調査を行い、1993年New England Journal of Medicineにその結果を発表した⁴⁾。Eisenbergは1997年にその後の調査を行い、JAMAに発表している⁵⁾。その結果は、

- ・1990年にはアメリカ民の成人の33.8%が補完・代替医療を利用していたが、1997年には42.1%になった。この間生薬療法の利用者は3.8倍に増加した。
- ・補完・代替医療を受診する延べ回数は1990年の4億2700万回から1997年の6億2900万回に増加し、これはプライマリケア医の延べ受診回数3億8600万回を上回った。

などといったものであった。

このような動きを受けてアメリカの国立衛生研究所(NIH)に1992年代替医療局が設置され、200万ドルの国家予算を割り当てられた。1998年には、国立補完・代替医療センター(NCCAM)と名称を変え、予算も2,000万ドルと増額され、その後も順調に増え続け、2009年度の予算は1億2,000万ドルとなっている⁶⁾。しかし、NIH全体の予算はこれにとどまらず、国立癌研究所(NCI)の癌補完・代替医療オフィスの予算が1億2,000万ドルある⁷⁾。他のNIH部門でも5,000万ドルあり、総計約3億ドルがこの領域に使われている。

■ 国立補完・代替医療センターの方向転換

国立補完・代替医療センターは国立センターに格上げされてから、あいついで2つの大きな方向転換を行った。一つは複数生薬の研究をも認めたことである。ひとつの生薬ですら品質の担保が困難であるのに、複数生薬であるとさらに品質管理

が困難となる。しかし、東アジア伝統医学は複数生薬を基本としているので、そうしたことを勘案して複数生薬の研究をも認めた。

二つ目は、国際協力関係を強めるために2001年、国際保健研究局を設置した。2002年には国外との国際共同研究を推進するためのPlanning Grantをリリースし、積極的に海外との共同研究を推進している。日本でも慶應義塾大学がハーバード大学との共同研究で、助成を受けた。

■ Whole medical systems

もうひとつ大きな転換は whole medical systems という概念を打ち出したことである。補完・代替医療の定義は“現在の正規医療の一部と考えられていない種々の医療、保健、診療、ならびに機器のグループ”と定義されている。NCCAMでは補完・代替医療を4つのカテゴリーに分けていたが、2007年NCCAMは5番目のカテゴリーとして whole medical systems を設けた⁶⁾。この whole medical systems には西洋医学と独立してまたは正規医療と並び立つ医学体系として位置づけた。代表的なものとして中医学(漢方も含む)、インドのアーユルヴェーダがあげられている。Whole medical systems が設定された意義は、西洋医学が主流で補完・代替医療が傍流だという考え方を覆すもので、西洋医学と同等の扱いをすべき体系としてはじめて認識したところにある。

■ グローバル化が進む伝統医学

本来伝統医学はその地域の医療であったのが、上記のようにもはや地域だけの医療に止まることができなくなっている。実際に中国からの生薬の輸出の主要国は日韓から欧米に大きくシフトしている。

そうしたなかでこれから述べるWHOの国際疾病分類(ICD)のなかに伝統医学が入ろうとしていたり、国際標準化機構(ISO)のなかで伝統医学の部会ができたりと、伝統医学の国際化の潮流が加速している。その背景にはいろいろな因子が考えられるが、一番大きな原動力となっているのはその経済的効果であろう。現在生薬製剤の市場はどんどん拡大を続けており、医療用のみならず健康

食品、化粧品などに含まれる生薬の需要は爆発的に伸びている。中国の生薬産業は10兆円を超える規模にまで成長しているが、その主導権をめぐって国際的競争が激化しているともいえる⁸⁻¹³⁾。

■ 世界遺産をめぐる競争

知財をめぐっても国際的競争は激化している。発端は2005年“端午の節句”(旧暦5月5日)が韓国によって“江陵端午祭”の名前でユネスコ(国連教育科学文化機関)の“文化遺産”に承認されたことがきっかけである。中国は当然のことながら“端午の節句”は中国の文化であると反論した。さらに翌年、“韓医学”を申請準備をしていたが、中国がこれに対抗して“中医学”を無形文化遺産に申請した。しかし、ユネスコも前年の“端午の節句”のことがあり、これを認めなかった。2009年韓国は韓流ドラマにもなった許浚(ホ・ジュン)の“東医實鑑(とういほうかん)”を文化遺産に申請し、これが認められた。2010年、今度は、中国が“中医学”のなかの鍼灸だけ切り離して“中医鍼灸”としてユネスコに申請したところ、これが文化遺産として認められた。こうした伝統医学の世界遺産をめぐる争いには、国際展開の主導権争いという側面がある

その他の主導権争いとしては国際標準化機構(ISO)などがあるが、残念なことにこうした国際競争に対してわが国はまったくの傍観者である。中国、韓国が政府内に伝統医学の専従部署があり、国内の振興・国際展開を推進しているのに対し、わが国には伝統医学の部門すらない。国際会議において、中韓は政府の代表が参加するのにに対し、わが国は学術団体など民間だけで議論しなくてはならず、その重みがまったく違うのである。

■ 生物多様性条約をめぐる伝統医学の競争

生物多様性条約と聞いてピンとくる人は少ないが、2010年に名古屋で開催されたCOP10と聞いてピンと来る人はいるかもしれない。生物多様性条約とは、①生物多様性の保全、②生物多様性の構成要素の持続可能な利用、③遺伝資源の利用から生じる利益の公正かつ衡平な配分を目的とする国際条約であり、1993年に発効し、192の国と地

域が条約を締結している。日本も1993年から参加しているが、漢方薬の原料である生薬はほとんどが中国に依存しており、なかには砂漠化などにより資源の枯渇が心配されているものもある。いまでも甘草・麻黄といった多くの漢方薬に配合される生薬が中国からの輸出規制品になっているが、さらに拡大する可能性もある。それとともに、伝統的知識をも議論の対象にしようという動きがある。さきに述べたように、中国と韓国は伝統医学の本家争いをたがいに譲らない。日中韓の伝統医学が古代中国にあったことは間違いないが、いまの中医学は戦後に近代化されたものであり、それに対し、韓国こそもともとの伝統医学の形を保っているという主張もわからないではない。日本は大陸から海を隔てた地で独自の発展を遂げてきた結果、中韓とはかなり異質の医学体系となっている。しかし、こうした各国の主張をどこまで認めるかは注視していかなくてはならない。

■ 漢方医学のアイデンティティーの確立

2008年12月のWHO発行Traditional Medicine Fact Sheetには伝統医学の挑戦として以下の5つがあげられている¹⁴⁾。①国際的多様性、②各国の医療政策と規制の相違、③安全性、効果と品質、④生薬の知識と持続性、⑤患者安全性、である。

このなかで、国際的多様性についてはつねに日中韓の間でも問題となる。東アジア伝統医学はたしかに古代中国を起源とする医学体系ではあるが、日韓では独自の発達をした結果、似て非なるものとなっている。こうしたものをすべて中医学と称していいのかという問題がある。とくに現代中医学は毛沢東政権下で、近代化されたものであり、それ以前の伝統医学とは大分異なる形態となっている。

また、医療制度上でも日本の伝統医学は非常にユニークである。もっとも特徴的なのは、医師ライセンスが西洋医学と一体化していることである。その結果、補完医療でもなく、代替医療でもなく、西洋医学と一体化した統合医療が展開されている。

術後イレウス予防における大建中湯の効果などがそれであるが、内視鏡手術と漢方医学の組合せ

など、最先端医療と伝統医学を組み合わせた新しい医療を展開できるのはわが国に利がある。

また、医療用として30年以上用いられているので、安全性に関しても確立しているといえる。こうした点からも新しい医療の提案を世界に向けて発信していくことが可能なのである。日本漢方にしかできないことを世界にアピールすることで、漢方医学のアイデンティティーの確立をはかるべきであろう。急ぐべきは政府内にしかるべき組織をつくり、そこが責任をもってわが国がもつ伝統医学の知財を整理することである。とくに江戸時代は漢方の医学研究が花開いた時代であり、わが国独自の知財が数多くある。そうした情報を収集して日本の伝統医学(漢方・鍼灸など)のデータベース化すべきである。それをもとにして生物資源や伝統的知識への積極的な関与と戦略性をもつべきである。

文献

- 1) 渡辺賢治：伝統医学国際化の潮流。医学のあゆみ，231：169-170，2009。
- 2) 渡辺賢治：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，231：243-246，2009。
- 3) 渡辺賢治：漢方医学をめぐる国際的諸問題。医学のあゆみ，231：311-312，2009。
- 4) Eisenberg, D. M. et al.: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. N. Engl. J. Med., 328 : 246-252, 1993.
- 5) Eisenberg, D. M. et. al : Trends alternative medicine use in the United States, 1990-1997 : results of followup national survey. JAMA, 280 : 1569-1575, 1998.
- 6) 米国国立補完代替医療センターHP. <http://nccam.nih.gov/>.
- 7) 米国国立がんセンターHP. <http://www.Cancer.gov/cam/>.
- 8) 渡辺賢治。日本人が知らない漢方の力。祥伝社，2012。
- 9) 渡辺賢治：漢方薬の国際性を目指して。日本東洋医学雑誌，56：90-95，2005。
- 10) 渡辺賢治：国際化が進む漢方医学。科学，75：862-864，2005。
- 11) 渡辺賢治：21世紀の日本の東洋医学の進路を探る漢方の国際化に向けての戦略。日本東洋医学雑誌，58：594-599，2007。
- 12) 渡辺賢治：世界で高まる伝統医療のニーズに後れをとる日本漢方。クリニックマガジン，486：28-33：2010。
- 13) 渡辺賢治：今こそ日本型医療の創生を。日本医事新報，4468：1，2010。
- 14) WHO traditional medicine Fact Sheet Number 134 December 2008. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html>

(執筆：渡辺賢治)

ICD-11 への改訂に向けての 東アジア伝統医学分類作成

■ ICD とは

国際疾病分類(international classification of diseases : ICD)とは死因統計の国際比較をするために1900年にはじまった国際的分類である。本分類はWHOの管理下にあり、実際にはWHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)ネットワークという諮問機関が管理・運営している。国際分類ファミリーのなかでICDは中心分類に属すが、そのほか派生分類、関連分類が存在する(図1)。派生分類は中心分類に入っているのだが、それでは足りない分類について詳細な分類を作成したもので、関連分類はファミリーの一員であるが、中心分類とは直接の関係のないものである。わが国の施策としても中心分類、派生分類までは政府が関与する。

現在世界でもおもに用いられているのは第10版(ICD-10)である。現在WHOでは1990年に改訂されたICD-10からICD-11への改訂作業が進んでいる。電子化時代に合わせ、ICD-11はそれまでのICDと比較して大きく変わる。ICD-10までは分類だけだったが、ICD-11では用語が付き、オントロジーによりコードどうしの関連性も明らかとなる。また、基本的に電子化されるため、ボリュームの制限がなくなる。

■ 伝統医学分類

2009年5月11~13日にWHO本部主催の伝統医学に関する国際会議が香港で開催され、その席で伝統医学分類をICD-11に入れることが方向性として合意された¹⁾。2010年1月にはプロジェクトチームが立ち上がり、世界保健の本流の仕組みのなかに伝統医学が入る大きな一歩が踏み出された。

2010年9月にジュネーブで行われたICD改訂運営会議の席で、伝統医学をそのなかに入れる計画が正式に承認された²⁾。2010年12月6日に東京にてジュネーブ・東京同時記者発表を行った³⁻⁵⁾。WHOにおける伝統医学分類プロジェクトチームでは伝統医学分類案およびそれに付随する情報モデル案を作成し、2011年にはICD-11のアルファ版に組み込まれたが、2012年5月にはICD-11ベータ版(一般公開)にあらたな章が設けられ、Traditional Medicine Conditionsとして反映されている⁶⁾。2011年WHO-FIC年次総会で、伝統医学を組み込んだ日本のWHO協力センター(センター中心は厚労省)が承認されたことで、本作業については政府が牽引する形で進められている。

■ ICD-11 ベータ版の構成

現在のICD-10は1990年に改訂されたが、病理学的観点に基づいて分類がなされた。もともとはICDは死因統計の国際情報を得るためのものであり、そうした観点では病理学的分類であって然る

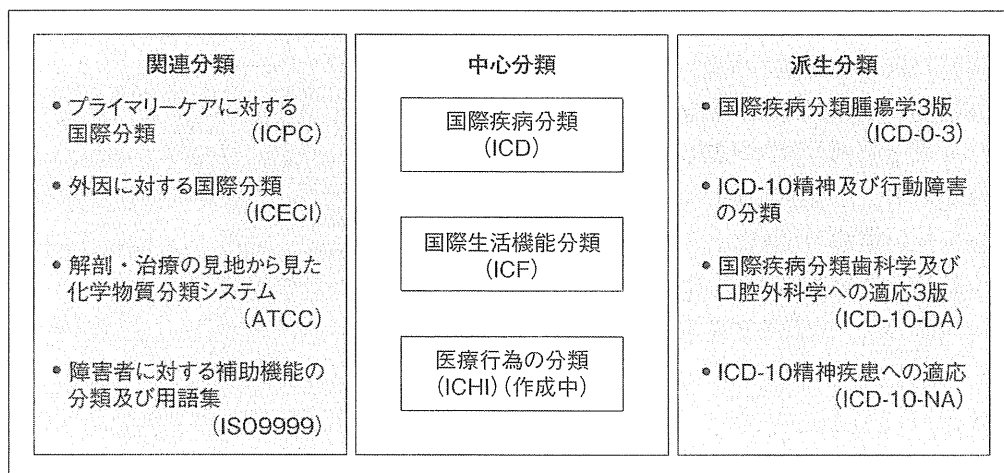


図1 世界保健機関国際分類ファミリー(WHO-FIC)

表 1 漢方分類コーディングの例：49 歳女性，副鼻腔炎

ICD 1～22 章	西洋病名	ICD23 章	漢方の証コード
J303	慢性アレルギー性鼻炎	23P511	虚寒・水毒証
J329	急性副鼻腔炎		

べきなのであるが，最近では ICD は死因統計のみならず，疾病分類にも用いられている。わが国の包括診療も ICD 準拠となっている。

このような観点から病理学的分類を重視した ICD-10 は疾病分類としては使いにくく，アメリカなどはいまだに ICD-9 を用いている。

伝統医学分類はこうした病理学的疾病分類からみると，かなり異なる。東アジア伝統医学分類の構成は，①伝統医学病名，②証，の 2 章からなる。このうち伝統医学病名は西洋医学的病名と似ているところもあるが，“頭痛”“痢疾(下痢)”などの症状で表す病ものが多い。

ICD のなかでもこうした症候に対する分類は，R コードとして 18 章に存在する。ICD にマッピングできるものもあるが，マッピングできない分類も多く，混乱を招くため，わが国では伝統医学病名を用いずに，ICD と次に上げる“証”コードのダブルコーディングを予定している(表 1)。

■ 漢方の“証”分類

“証”は，多くの伝統医学にみられる，病に対する人間の反応を表現するものである。英語ではパターンと翻訳される。漢方において実証，虚証などと表現するが，これは病因側を表現するというよりも宿主側の表現である。

中国には国家で定めた 1,625 の証が存在する。中国医学の古典である『傷寒論』『金匱要略』には症状とそれに対する治療法の簡潔な記載しかない。しかし時代が下り，中国ではなぜ効果があるのか，またこまかい鑑別のために，理論を膨らませていった。金・元の時代はとくに漢方の理論化が進んだ時代であった。江戸時代初期まではわが

国でもこうした中国の理論を受け入れていたが，儒教における古学の動きと同期して『傷寒論』『金匱要略』時代のシンプルなものに立ち返ろうという動きがあり，中国の複雑な理論を排除する形で，わが国の漢方医学が確立した背景から実践的な医学でこうした“証”の用語が少ない。その点，漢方には理論がない，という批判もある。

しかし医療用漢方製剤として大々的に登場した 1976 年以降，漢方薬を日常診療に用いる医師の割合は 9 割にもものぼるが，学生時代に漢方教育を受けていない医師がほとんどである。こうした医師が簡便に証コードを付与できるようなシステムが必要と考えている。

文献

- 1) Watanabe, K. et al.: Asian medicine : a way to compare data. Nature, 482 (7384) : 162, 2012.
- 2) Gao, P. F. and Watanabe, K.: Introduction of the World Health Organization project of the International Classification of Traditional Medicine. J. Chin. Integ. Med., 9 : 1161-1164, 2011.
- 3) World Health Organization : Geneva, Switzerland. WHO to define information standards for traditional medicine [press release]. December. 7 : 2010. Available at : www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/trad_medicine_20101207/en/
- 4) Dennis Normile : WHO Shines a Light on Traditional Medicine 6 December 2010. <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2010/12/who-shines-a-light-on-traditional.html>
- 5) Lindsay Stafford : HerbalEGram : Volume 8, Number 1, January 2011 WHO Developing New Traditional Medicine Classification. <http://cms.herbalgram.org/heg/volume8/01January/WHOClassifiesTM.html?t=1294841964>
- 6) ICD 11 beta. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>

(執筆：渡辺賢治)