

社会鍼灸学会
研究

社会鍼灸学研究 2009

第4号

社会鍼灸学研究会

社会鍼灸学研究 2009 (通巻 4 号)

目次

序	i
形井秀一	
現代日本鍼灸を取り巻く状況を考える	1
形井秀一(筑波技術大学保健科学部・教授)	
招待講演	
現代医学・医療のなかの鍼灸とこれから	8
佐藤純一(高知大学医学部医療社会学・教授)	
世界の鍼灸の事情と日本の鍼灸	21
小野直哉(京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻 健康情報学分野、大学院生(博士後期課程))	
社会制度から見た鍼灸の変遷と今後:医療の「外側」の制度とニーズ	71
箕輪政博(首都大学東京大学院都市環境科、筑波技術大学・客員研究員)	
学校教育、臨床の場における鍼灸の現在と未来	82
小松秀人(日本鍼灸師会・学術局長)	
討論の部	90
特別寄稿	
経絡治療の学術的意義並びに普及運動の真の意味—経絡治療の社会的意義— ..	100
戸ヶ崎正男(東洋鍼灸専門学校講師、蓬治療所所長)	
あとがき	115
箕輪政博	

— 招待講演 —

現代医療の中での鍼灸医療 -医療社会学の視点から考える-

高知大学医学部医療社会学教授
佐藤純一

I. はじめに

このような鍼灸学・鍼灸医療と社会の問題を研究している会において発表の機会を与えていただきありがとうございます。私自身は鍼灸を専門としているわけでもなく、また、医療社会学的な意味で、鍼灸学を研究している実績もありますが、このような機会をいただいたので、現代医療の中でも、鍼灸医療というのは、社会学的、医療社会学的に見て、どのようにみえるかという、そのようなテーマで話させていただきたいと思います。

議論は、まずは、鍼灸というのを医療として見て(捉え)、どのような、私たちの現代医療の中でどのような位置づけと考えるか、その医療を医療社会学から見た視点でお話しさせていただきます。

II. 医療を議論する方法と用語

医療社会学の立場から、医療を議論する方法と用語についてです。それも、現代の我々近代社会の中の医療を議論する用語と方法について、特に今日の議論に合わせて考えていきたいと思います。この用語、方法を確認したうえで本題に入っていきたいと思います。

我々が一般に医療と呼んでいるものというのは、病院や診療所で医師によって行われている医療を指しますね。この医療を、医療社会学では、医療（一般）ではなく、近代医療と呼びます。しかし、よく見ると、近代社会においても、近代医療以外の様々な医療が存在している。でも、一般に医療と称されるのは近代医療だけです。では、なぜかという、近代社会において、近代医療は、国家により制度的に規定された制度的医療として、近代医学の理論（方法論）に基づいて行われるという特異的な医療になっているからなのです。つまり、近代初期においては、多くの医療のなかのたったひとつだった近代医療が、制度的医療という地位を確保することにより、それが全世界を席卷し、もしくは、全社会の支配的な権力的な医療となってしまった。ゆえに、近代社会においては、近代医療という言葉は医療一般ということになってしまったということです。

医療を議論する医療社会学では、この病院・診療所で行われている医療を、近代医療と呼び、これを社会学的視点から、つまり、社会的行為と社会的制度としてみていきます。そうするとですね、近代医療を構成している要素というのは、ひとつは社会的制度としての医療専門職、つまり、医師。それから、医療を行う（プラクティス）に対しての知識・

パラダイム・理論としての近代医学が見いだされます。医学理論としての近代医学と、制度としては医師。この二つが近代医療を構成をしているだろうと。逆にこれ抜きには近代医療は今の社会には成立しなかっただろうということです。

つまり、医療社会学の視点からは、私たちの社会には、1 個だけの医療があるのでなく、多くの医療が存在しているということ。その多くの医療の中の一つが、近代医療であるということ。しかし、ワンオブゼン(one of them)である近代医療が、絶対的力を持って全体的医療のフィールドを支配しているのも、私たちの近代社会の実態であるということ。

では、ワンオブゼンでありながらなんでこれだけ近代医療が近代社会・世界を制覇しているのかですね。

歴史上に現れた多くの医療が、民族とか、文化とかもしくは、国家という枠組みの中までしか広がりを見せていなかったのが、近代の西欧の片隅に出現した近代医療が、国家を超えて世界中に広がり、どの近代国家でも、制度的医療として採用され、その社会で最大の支配的医療となっている。

この近代医療の世界制覇に関する要因とダイナミズムに関しては、「近代医療が有効（多くの病気を治せた）だったからだ」という、実証的でない神話みたい話だけが語られてきています。しかし、医療社会学は、「近代医療は、非西欧社会に導入(移植)された当初は、非西欧社会の病気に対して、全く有効性を示すことができなかった(病気を治せなかった)。」という歴史的事実を提示し、近代医療の世界制覇を別な要因・ダイナミズムに求めます。医療社会学の指摘する要因とは、一言でいうと、「(その)国家が、社会システムの西欧近代化の一環として、近代医療を制度的医療として導入して、(それまでそこにあった)既存の医療を非制度的なものとして排除したからである」ということになります。つまり、ほとんどの近代社会において言えるのですが、近代医療は、医療としての有効性をもって支配的医療となったのではなく、国家権力によって必要なシステムとしての制度的医療の地位を与えられたがゆえに、支配的になったのです。

このような議論は、明治初期の明治政府によるわが国への近代医療の導入、そして、既存の漢方医療・鍼灸医療の排除の歴史、また「漢洋脚気相撲」などをご存じの方なら、ご理解ご同意して頂けるかと思います。

さて、近代医療の世界覇権の話になってしまいましたが、次の議論は、「本当に近代社会の医療フィールドは近代医療に支配されてしまったのか？」という問いから出発しました。

正直、1960 年代までの医療社会学や医療人類学では、医療＝近代医療で、近代医療以外の治療行為・癒し行為は、習慣とか、迷信とか、魔術とか、宗教行為などとみなし、医療とは考えませんでした。ところが、1960 年代後半からこれらの社会科学において、医療を「その社会の『病い・治療・健康』などをめぐる社会的文化的事象(行為)の中で、何らかの形で社会的に形式化(慣習化・制度化)された営為」として捉える視点、つまり、「社会の中で人が人を治療する行為を医療として捉える」視点の出現があり、これにより、社会科学が見る医療の世界が一変します。それは、どのようなものだったかというと、私た

ちの近代社会にも近代医療以外の多くの医療が存在しているという、「医療の多元性」の確認と、近代医療はその中の一つの医療に過ぎないという「近代医療の相対化」であったと言えます。つまり、70年代になり、医療社会学・医療人類学は、近代医療が制覇したはずの私たちの社会で、近代医療以外の多くの医療が存在し医療実践を行っていることに気がつくのです。

では、このような医療社会学の視点から、現在の近代社会の医療をどのように描けるかをご紹介しますと思います。

医療という社会行為を見れば、歴史的にも文化的にも、近代医療以外の医療が存在している（した）ことを確認できる。そして、我々の社会（近代社会）にも、様々な、「近代医療でない医療（＝非近代医療）」の存在を確認できる。もちろん、私たちの社会で最も支配的な医療は近代医療であることも確認のうえですが。

そこで、これらの「近代医療でない医療」を分析するには、どのようなカテゴリーをもってすれば、分析が有効か、その医療が見えてくるかという問題になります。

この「近代医療でない医療」の分析に私たちが使っているカテゴリーは次のようなものです。

まず、私たちの社会（近代社会）の近代医療を定義（カテゴリー化）します。

この定義は、このお話しの最初のところで申し上げたものなのですが、

「近代医療は、近代社会において、国家により制度的に規定された構造・関係の中で、近代医学の方法論に基づき行われる治療（医療）」と定義し、社会行為としての医療という視点から近代医療の必須構成要素として、制度としての国家資格を持つ医師と、医学理論としての科学に基づく近代医学（理論）、この2つを考えます。つまり、この2つの両方を充足するものが近代医療ということになります。

次に、この近代医療の定義をもって、近代社会の医療フィールド全体を見ると、圧倒的な支配力を示す近代医療が存在し、その周辺に、大小も形態も様々な、「近代医療でない医療」が多数、多様な形で存在するの認められます。つまり、ここまでは、まず、「近代医療」と「非近代医療」という2分の世界が描けます。

ここで、本論から離れて、この「非近代医療」の呼称について少し触れておきたいと思います。

70年代以降、医療社会科学や医療の領域だけではなく、様々な分野・領域で、「非近代医療」への認識が高まり、それぞれの立場から「非近代医療」は、様々な名前で呼ばれてきております。例えば、人類学・民俗学などでは「民間医療」「伝統医療」、社会学では「逸脱医療」「非正統的医療」「非制度的医療」、医学の領域では「非証明医療」、そして、非近代医療の実践者・支持者の間では「代替医療」「補完医療」「相補医療」「補完代替医療」。

これらは、皆、私たちの社会での「非近代医療」への呼び名であり、それぞれの立場が「非近代医療」のどのような点に着目するか、または、何を期待するかが、それぞれの呼称に反映されているとも言えます。

例えば、「非近代医療」(の一部)に、近代医療に取って代わる(代替する)医療と期待する人たちは、「非近代医療」を「代替医療」と呼びます。

私の医療社会学の作業では、「非近代医療」または「民間医療」の呼称を使いますが、鍼灸関係の皆様は、昨今の代替医療ブームもあり、「代替医療」という呼称が馴染みやすいかも知れませんね。ですので、これからの私の話では、「非近代医療」を指す言葉として、「民間医療」「代替医療」の両方も使うこともありますので、よろしくお願いします。

では、本論に戻ります。

近代社会の医療フィールド全体を見ると、圧倒的な支配力を示す近代医療が存在し、その周辺に、大小も形態も様々な、「非近代医療」が多数、多様な形で存在するのも認められます。私たちが日常的に見いだす一出会う「非近代医療」として、思いっただけでも、整体、足裏マッサージ、カイロ、ヨガ、プロポリス、アガリクス、サプリメント、アロマセラピー、宗教的治療、手かざし、ハーブ、気功、尿療法、**ワクチン、活性化リンパ球療法、様々な非近代医療が元気に実践しているのを見いだせます。

では、この近代社会での「非近代医療」は、どのようにカテゴリー化できるでしょうか。近代医療の定義の条件を充足してない医療が「非近代医療」ですので、「非近代医療」とは、

(1)近代医学以外の理論で行われる医療、(2)(国家が認定した)医師以外の治療者によって行われる医療、であり、この2つの条件のどちらか、または両方を持つ医療となります。つまり、「非近代医療」とは、非近代医学理論での医療であるか、非制度的医療であるか、両方の条件を持つ「非制度的・非近代医学理論的医療」であるかということになります。

さらに、この定義から、「非近代医療」を類型化するとすれば、

「治療者」が医師であるか否か、「治療理論」が近代医学理論か否かのマトリックスを使って、次のように「非近代医療」を分類できます。

- 0型:医師 :近代医学理論 ←近代医療
- 1型:非医師:非近代医学理論 ←pure な非近代医療
- 2型:医師 :非近代医学理論 ←医師による非近代医療
- 3型:非医師:近代医学理論 ←近代医学に擬態化した非近代医療

ここで、0型と表示したのは、医師による近代医学理論での治療ですので、非近代医療でなく、近代医療そのものですね。

残りの1~3型が非近代医療の類型となります。

1型としたのは、「非医師・非近代医学理論」での治療であり、これが多くの人が民間医療や代替医療の名前で呼んでいる非近代医療のタイプでしょう。ですので、私は、ここでは「pure な非近代医療」と書いておきました。

このタイプには、施術者が存在する「(1) 治療者施術タイプ」と、直接的施術者がいなく自己治療の形になる「(2) セルフケアタイプ」の形態が見られます。例えば、無資格の治療者による非近代医学的治療である、整体、カイロ、気功、足裏マッサージ、温熱療法、光線療法、手かざし、宗教治療などが、「(1) 治療者施術タイプ」の例であり、「(2) セルフケアタイプ」の例としては、「薬品」「食品」「器具」「情報」を手に入れ、利用者が自ら実践するウコン、アガリスク、ヨガ、アロマセラピー、尿療法などがあげることができると思います。

さて、日本の鍼灸医療についてですが、広い意味での鍼灸理論は非近代医学理論であり、鍼灸師は医師ではないので、ここでの議論からは、鍼灸医療は、治療施術者タイプの非近代医療ということになります。

これまでの医療社会学・医療人類学は、このタイプの非近代医療に関心を寄せてきました、最近ようやく、医療社会学・医療人類学の研究が行われ始めています。しかし、日本の鍼灸医療を非近代医療として分析するような研究は、まだ行われていないと思います。

次に2型としたのは、資格を持つ医師が非近代医学的治療を行うパターンで、これは「医師による非近代医療」と類型化できると思います。

診療所・病院で医師によって行われている、手かざし治療、オーリング、尿療法、断食療法、「波動医学」、ホメオパシー、医学的に正統化されてない疑似医学療法（たとえば、「* *水」療法や「リンパ球」「免疫」療法の多く）、そして、「医師による代替医療」の多く。

この医師による非近代医療、つまり、医師資格者が、医学的に認められてない（正統化されてない）治療を行うことは、医事法学的には違法＝傷害行為なのですが、私たちの社会では、実際、多くの医師が、近代医学理論からは正統化されてない治療法を、ときにはオカルトまがいの治療法を行っているのも見られます。

近代医学の教育を受けた医師が、なぜ、どのように、非医学的治療・オカルト治療実践者に「転向」するのか—このような疑問を含めながら、この「医師による非近代医療」は社会的に興味深い社会行為であり社会現象でもあります。でも、今までの医療社会学。医療人類学では、この治療を「非近代医療」として捉えることはなかったので、調査・研究・分析の実績がほとんどありません。このタイプの「非近代医療」への研究も、これからの医療社会学の課題です。

さて、3型としたのは、非医師が、近代医学の理論（診断・治療器具、医薬）を使って行う治療であり、「近代医学に擬態化した非近代医療」と類型化できると思います。

具体的なイメージを持ちにくいかもしれませんが、例えば、非医師が「非近代医療」と称しながら、血圧計・聴診器で「診断」したり、近代医学の治療器具・薬剤を使って近代医学的に妥当とみなせる治療や投薬をするような非近代医療（民間医療・代替医療）です。このパターンには、民間医療のアトピー治療薬にステロイド製剤が含有されている例や、民間医療の「やせ薬」にホルモン製剤が含有されている例なども入れることができると思います。

このパターンの非近代医療は、基本的には「医師法違反・薬事法違反」となりますが、(たまには、摘発されることもあります)、実際多くは、摘発されることもなく、元気に実践されている非近代医療の一類型です。しかし、このパターンは、「医師法違反—偽医者」という枠組みで医事法学的に議論されることがあっても、「非近代医療」という社会行為とし医療社会学的医療人類学的に議論することは、行われてきていません。この「非近代医療」への研究も、医療社会学のこれからの課題としなければならないと思います。

では、本日の話の本論、日本の鍼灸医療について社会的に検討するには、どのような方法が可能であろうか、という話に入りたいと思います。

ここからの議論は、医療社会学が、日本の鍼灸医療を、まだ、研究も議論もしていないので、つまり、医療社会学としてのコンファームされた知識・見解・理論がないので、私個人の見解・理論によるものになりますが、私からの皆様への問題提起という形で お聞き下さるようお願いします。

さて、ここまで、私たちの近代社会における医療フィールドの構成を、「近代医療と非近代医療」という枠組みで見する方法について、お話しさせて貰いました。

これは、近代社会における非近代医療の機能とか、発展・展開の分析枠をもって、日本の鍼灸医療の現状を分析できるのだろうかという思いからでした。

では、まず、考えてみたいのは、日本の鍼灸医療は、ここまでに議論してきたように、非近代医療(代替医療)としてカテゴライズされるものなのか。つまり、先に類型化した非近代医療の一つとしてしまっているのか。それとも、そのような非近代医療とは異なった医療と考えるべきか。そうなら、どのように非近代医療一般とは違うのか、ということに関してです。

このことに関しての、私の医療社会学的見解はこうです。

まず、「日本の鍼灸医療」というカテゴリーは成立するであろうということです。

つまり、鍼灸医療は、社会の中で「一つの医療実践システム」として存在していると言えるのです。そして、この鍼灸医療は、現在の日本社会では、近代医療に次ぐ、2 番目の大きな医療セクターとして機能していると言えます。

次に、(前にのべた定義から言えば)、鍼灸医療は近代医療ではなく、近代医療の一部でもなく、非近代医療である。現在日本社会での最大の非近代医療であると言えます。

しかし、非近代医療としての鍼灸医療は、他の非近代医療とは、全く異なる要素(構造)があります。それは、鍼灸医療が、国家によって部分的に制度化された医療だということです。鍼灸医療は「あはき法」などで、法的に規定・規制されています。皆さんご存じというよりは、痛感・遺憾の念をもっておられるかもしれませんが、その規定・規制は、近代医療への規定・規制に比べ、非常に曖昧で部分的で多義的で恣意的なものです。つまり、鍼灸医療は中途半端な制度化(半制度化と私は呼んでますが)された非近代医療と言えるのです。

半制度化された非近代医療としての鍼灸医療 — さて、このような論点を受け入れて、医療フィールドを概観する方法を再考すると、私たちの社会の医療フィールドは、次のような医療セクターによって構成されていると描けるでしょう。

- (1) 近代医療セクター（医師法などによる制度的医療）
- (2) 半制度化された非近代医療セクター（あはき法などでの「医業類似行為」）
- (3) 非近代医療セクター

このような3つの医療セクターの医療実践によって構成されているのが、現在の日本社会の全体医療（フィールド）であると描けます。このスケッチからは、鍼灸医療は、近代医療セクターでもなく、非近代医療セクターでもない、第3の医療セクターとして機能（実践）していると想定され、この視点・構図から、鍼灸医療実践の医療社会学的分析を行っていくことが必要ではないかと思われます。

半制度化された非近代医療としての鍼灸医療 — また、この論点を受け入れることにより、鍼灸医療を分析するに有効な方法・理論枠組みが想定されます。

鍼灸医療が、非近代医療としての面（性質・要因・構造）と、制度的医療としての面（（性質・要因・構造）とを、併せ持つ医療であるというこの論点に立てば、その鍼灸医療の分析を、それぞれの面について分析することで可能になるのではないかということです。

まず、鍼灸医療を、制度的医療として分析する方法が考えられます。

鍼灸医療の法的位置づけ、医療制度、資格制度、鍼灸師教育制度、専門職組織（職能団体）、医療理論生産制度（学会）、医療保険制度、近代医療との兼ね合いの措置・制度などなどを、その歴史的構成・思想（イデオロギー）、制度・組織の機能や実態、そして、それらを動かすダイナミズムとその要因などを、社会学的に研究（調査・分析）することで、日本社会における鍼灸医療を捉える、つまり鍼灸医療の一つの姿を、社会学的に映し出せるのではないかと思います。

私たち医療社会学は、先行する制度的医療である近代医療を、このような形で分析した方法と成果を持っており、その方法を援用して鍼灸医療を分析し、近代医療の分析結果と比較することも可能でありましょう。

さてもう一つは、鍼灸医療を、非近代医療として分析する方法が考えられます。

近代医学の理論・疾病概念・治療概念にとらわれず（自由な理論で）、また近代医療制度にもとらわれず（自由な治療の場で）、患者（クライアント）の悩み・訴えを受け止め、自分たちの治療技術を自由に提供していくという、非近代医療の医療実践を、鍼灸医療の多くの部分（鍼灸師）が行っていると思います。

これは鍼灸医療の非近代医療的面の表出された形であると言えます。

この非近代医療的医療実践を、（鍼灸師とクライアントとの相互関係による）社会行為とみなし、社会学的に研究分析することが可能かと思われます。

例えば、鍼灸師が、どのようにクライアントと出会い、どのような医療観身体観医療理論を持って、どのようにクライアントと治療関係という相互行為を始めるのか。鍼灸医療のクライアントは、なぜ、どのようにして、またどのような医療観身体観をもって、鍼灸師に鍼灸医療を求めてくるのか。鍼灸師とクライアントは治療関係という相互性の中で、何を求め合い、何が得られて、何が得られないのか。そして、鍼灸師とクライアントは、治療という相互行為によって、どのように変わるのか、または変わらないのか。

鍼灸の治療を、「物理化学的または医学的侵襲による生体の組織的機能的変化」とみなすのではなく、このよう視点で、相互関係の社会的行為とみなして、社会学的に捉え返していく—このような研究分析が積み重ねることができれば、これもまた、鍼灸医療の一つの姿を、社会学的に映し出せるのではないかと思います。

Ⅲ. 医療の制度化と制度的医療

半制度化された非近代医療としての鍼灸医療—医療社会学が最も関心もつポイントでもあります。ここで、「制度的医療」とは何かを考えて、そこから、鍼灸医療の制度化の持つ意味を考えてみたいと思います。

まず、医療の制度化とは何かです。

擬人主義的に表現すれば、国家権力が、複数存在していた医療の中から、ある一つの医療を選び、これだけが医療であるとして、その医療に特権的地位（制度的医療）を与え、その他の医療は医療でないとして治療行為を禁止（排除）することです。

このようにして、国家によって制度的枠組みに組み入れられた医療が、つまり、国家の墨付きを貰った医療を、制度的に正統化された医療として、「制度的医療」と呼びます。

社会学では、制度的医療以外に、「正統的医療」とか「正規医療」と呼ぶこともあります。

現在の近代社会(近代国家)では、どの国でも、近代医療が制度的医療となっています。この医療の制度化、つまり、近代医療の制度化は、西欧諸国の国民国家において、18世紀末から19世紀にかけて行われはじめ、全世界の国民国家で行われるようになりました。

わが国では、江戸期までは、「漢方医療」は、支配的な医療として存在していましたが、その漢方医療の制度化は行われませんでした。明治期になり、明治政権は、漢方医療を制度的医療にするのではなく、西洋医療（近代医療）を導入し、日本国家の制度的医療として設定したのです。これが、ご存じの、1874年からの「医制」による、西洋医療移植制度化・漢方医療排除です。ちなみに、この時点で存在していた鍼灸医療は、漢方医療（湯液）とともに排除され、一部のみが、医療ではなく「職業」として扱われるようになっていったのは、皆様のほうが詳しく知っている歴史だと思います。

この医療の制度化は、国民国家によるシステムとしての医療の構築でもあり、医師法・病院法などの医療者資格法・医療規制法などの法律制定によって制度化が行われるのです。

医療の制度化は、歴史的には次のような形で進行し、現在ででも、それぞれの制度化の過程は進行中であるとも言えます。

まず(1)医療専門職の制度化（国家資格化）と、その資格への医学教育の制度化
次に(2)医療法などでの医療内容・医療行為の制度化（規定・規制・管理）
また(3)病院法などでの医療の場（施設・設備）の制度化（規定・規制・管理）
さらに(4)国家の医療保険の制定などによる医療経済の制度化
そして(5)医学（学問と理論）と医学研究の制度化（国家による規制・管理）

実はこのような、医療の制度化（諸法の制定）の進行に併せて(続いて)、これらの法で医師資格が認められたもののみが関与できる出生法・戸籍法・埋葬法などの制定も行われました。医療の制度化により、医師資格が規定され、続いて、この制度で国家が認めた医師のみが、人々(国民)の出生や国民としての資格認定や死亡を、判定・認知・承認できるという、出生届けの法・戸籍法・埋葬や火葬許可の法・死亡届の法など「人口管理」の法が、制定されていくのです。明治政権も1874年の医制以降、近代医療の制度化の過程に併せて、1900年までに、出生診断・出生届け、病気診断書作成、死亡診断・死亡届け、火葬許可に関して、医師の独占を前提とした法律を制定整備していきます。

ここに、医療の制度化、それも近代医療の制度化の意味が見いだせるように思います。

IV. 医療の制度化の意味

多くの国家では、国家権力からは「医療の制度化は、「医師専門職を認定し、偽医者・偽医療を排除し、人々(国民)に、有効で安全な医療を提供するための制度である」との説明がなされています。

しかし、医療社会学的には、医療の制度化の意味は、次のようなものであると議論されています。

近代の国民国家の権力は「バイオの権力（生の権力）」であるという見方があります。

このバイオの権力は、国民とされた「生きとし生きる人々の集団」つまり「人口(population)」の管理を至上の目的とします。どのような人間（国民）が、どのくらい、どのような状態でいるのか、どのような人間が出生して国民となってきたのか、どのような人間が死亡して国民ではなくなっているのか、人々（人口）の生の管理を目的とするのが、バイオの権力の本質だとする議論です。

この議論によると、バイオの権力は、国家のシステムを形成していく中で、人口の生を直接的に管理する社会統制システムが必要になり、そのよう生の管理の社会統制システムとしての医療が想定された。そして、そのような統制システムとしての医療として選ばれたのは近代医療であり、近代医療を制度的医療としての医療の制度化が行われたという。。

つまり、制度的医療は、国家の社会統制システムの一つとして位置づけられるものであり、制度的医療に国家から第一義的に要請されたものは、国民への有効で安全な医療の提供ではなく、人々（人口）の生の管理なのである。これが医療の制度化の意味することでもある、と思われます。

V. 鍼灸医療の制度化—半制度化

もう、このような経験をお持ちの方も多いかと思いますが、まず、次のような風景・状況を想定し考えてみて下さい。

鍼灸師である貴方が、ビルの1室を借りて、鍼灸診療所として開業し、鍼灸医療の実践を開始した。そのビルの他の部屋で、カイロプラクターと称する人が、カイロの診療所を開業し、カイロプラクテックの実践を開始した。

この2つの治療実践に関わる国家の規制を考えて、それらを、比較して見て下さい。鍼灸医療がやりにくい、つまり、(鍼灸師になることも含めて) 鍼灸医療を実践することに対して、隅から隅まで国家権力が規制・管理していることに、あらためて気がつかれるかと思いますが、これが、制度化された鍼灸医療の一つの姿(側面)であるでしょう。

(当事者で、よくご存じの皆様に、私ごときが言うのは、はばったいのですが、)

「あはき等法」により、名義上は「有資格者の医業類似行為」と規定されている鍼灸医療は、医療者資格、鍼灸師教育、鍼灸医療内容、鍼灸医療の場、鍼灸医療経済、全ての局面において制度化され、規定・規制・管理されている医療といえます。ただ、先行の近代医療の制度化と比較すると、その制度化の程度、その規定・規制は、近代医療への規定・規制に比べ、非常に曖昧で部分的で多義的で恣意的なものと言えます。つまり、鍼灸医療は、先行の近代医療の制度化を前提に、「部分的に限定的に制度化」された、半制度化された非近代医療と言えるのです。

では、私たちの日本社会での鍼灸医療の半制度化の意味は、どのようなものと考えたらいいのでしょうか。

そうです、この問題—鍼灸医療の半制度化の意味—は、まだ誰も議論してない問題なので、ぜひ、皆さんに考えて頂きたいと思います。

ここまで私が提示した、近代医療の制度化の過程や意味に関する議論を、参考にして頂いて、社会鍼灸学を志向する皆さんに、社会と鍼灸医療を考える方法の中で考えて頂くことをお願いして、この「制度的医療」の話を終わらせて頂きたいです。

VI. 現代社会における鍼灸医療の可能性

現代社会(近代社会)では、科学的思考と合理的思考が支配的です。そして、現代社会の人々は、主知的で合理的で自己決定を好む(価値とする)人々が多数であると言えます。

こんな現代社会において、人々には、非科学的に見える中国医学・漢方医学に医学理論を依拠し、非科学的に見える鍼や灸での治療をする鍼灸医療が、これから、社会的な医療として、展開・発展、または生き延びることができるのでしょうか。

さあ、私の最後の話として、現代社会における鍼灸医療の可能性について、社会科学的に議論してみたいと思います。

まず最初に、「医療の成立(存立)」に関しての医療思想史的議論を紹介しましょう。

これまでの多くの医療の歴史・思想を議論している医療思想史から言えることは、「医療

は、治療結果が受容されるから医療として定立する(正当性を持つ)のではなく、その人たち(社会)にとって正当的医療として定立しているから、その治療結果が受容されるのである」。そして、「社会(人々)による医療の支持(受容)は、一つのシステムとして医療を支持(受容)するのであり、個別治療結果の集積を支持(受容)しているのではない」ということなのです。さらに医療思想史的に言えることは、

「ある治療法が、一定程度の形の医療として成立するには、その治療へのクライアントの自主的主体的参加と、社会的受容が必須要件である。つまり、ある治療法はクライアントによって医療になり、社会的に受容されて医療として定立する。」ということです。

この医療思想史の総括的議論を信じるなら、「医療の存立・発展は、その医療が、クライアント(人々)にもつ魅力と、その社会にもつ魅力とに依っている(依拠している)」ということになるでしょう。

このようなことから、「現代社会における鍼灸医療の可能性」を考える議論は、「鍼灸医療が、現代社会の人々(クライアント)に魅力的か、また現代社会にとって(社会機能的に)魅力的か」という議論としても論じることができることになると思います。

そこで、今日の私の話としては、「現代社会にとっての鍼灸医療の魅力」についての医療社会学的議論をしてみたいと思います。

VII. 現代社会にとっての鍼灸医療の魅力

「医療の存立は、その医療が個々のクライアントにもつ魅力よりは、社会的魅力、つまり、その社会での効能に依っている」とする議論もあります。そのような議論に乗れば、現代社会の民間医療の社会的魅力(効能)は、次のように、「二つの次元」での鍼灸医療の社会的「効能」として、描けるかと思えます。

まず、一つの目の次元の「効能」の議論は、鍼灸医療は、近代医療が見捨てたり、うまく扱えなかったり、または「無視」したりする、近代医療の「治療対象外」の「病人・患い・訴え」を、「治療の対象」とすることによって、近代医療と相互に補完しあう医療システムとして機能している、というものです。

近代医療は、自らの近代医学理論によって、病気を認知し、治療方法を指示し、治癒の状態を措定します。そこでの病気(概念)が、患者の訴え(リアリティー)によって構成され病い(illness)でなく、病理的実在を必要とする疾病(disease)である限り、そこでは、必ず、常に、一定程度の多くの人々の病い・患いが、その認知枠から排除され、「病気ではない」として「対象外」とされていくのです。また、慢性疾患や変性疾患などの難治性疾患、そして癌末期などの疾患は、「病気であるが、近代医療では治せない」と、治療から「対象外」とされていきます。また、「不定愁訴」や「(治療しなくてもいい)どうでもいい病気」や「副作用・治療失敗と患者が感じている治療結果」や「近代医療への不満・うらみ」も、対象外の「余剰物」として、近代医療システム・実践から生み出されます。

鍼灸医療は、この近代医療の「対象外の患者(病気)」「余剰物」を、その理論で再解釈

し、治療対象として、まさに積極的に受け止めていくことにより、自らを医療として成り立たせると言えます。これは同時に、近代医療の「対象外患者」を機能的に分担して治療する、近代医療の（いわば）「下請け」であり、この機能分担を通して、近代医療と鍼灸医療は、相互「補完」的關係を構成することになるわけです。このような補完関係の下、鍼灸医療は近代医療の弱点・欠点を補うかたちで機能し、近代医療と鍼灸医療との補完関係によって構成される（上位の）全体的医療システムが、社会の医療的諸問題を全体として解決するのに、大きく機能（寄与）していると考えられるのではないのでしょうか。

近代医療が「対象外の患者」「余剰物」を生み出す限り、鍼灸医療の需要は生み出され続け、鍼灸医療がそのような補完をし続ける限り、近代医療への不安・不満は鍼灸医療の中で回収され、近代医療に行き詰まりも破綻も訪れず、さら近代医療のシステムは強化・増強され、さらに「対象外の患者」「余剰物」を生み出し続ける、という構図です。

この、近代医療の補完機能としての鍼灸医療の効能と魅力の議論は、皆さんにとっては、比較的、ご理解ご同意しやすいものではないでしょうか。そして、ご理解して頂いた方の中には、「そうだ、鍼灸医療はそれを目指すべきだ!」と考える方と、「いや、鍼灸医療はそのようなあり方を否定すべきだ!」と考える方が、おられるのかとも思われます。

さて、もう一つの次元の「効能」の議論は、まさに社会学的な議論で、そこでは、鍼灸医療は、近代化の「末期」の、社会的不安と逸脱から、人々を近代システム内で拾い上げるリスク回避のオプションの一つとして、機能しているというものです。

近代化の浸透は、近代的自我の形成を通して「個人」という概念と、その個人による能動的な「主体的選択」という神話を構築しました。

それ対して、近代の多くのシステムは、そのような個人の主体性（判断・選択・能動）の介入する余地のないものを、合理的なシステムとして構成してきました。そのようなシステムの一つが「近代医療システム」であるともいえます。

近代的自我が、そのような「主体性」をはじき飛ばすシステムの中で、自分の主体性に関して社会的不安・リスクを感じたり、まさに「逸脱」の危機を感じた際に、その主体が「ある行為を能動的に選択している」（と思う）ことで、その社会的不安・リスク不安は解消（慰撫）されるのです。そのような、個人に「能動的選択を行っている」と思わせるオプションとしては、「消費（行動）」や「宗教（活動）」や「環境保護などのボランティア運動・市民運動」などがあると言えます。

鍼灸医療は、つまり、患者が主体的に鍼灸医療を選ぶということは、これらと同じ種類のオプションとしてあり、これらと互いにオーバーラップしながら機能しているものであると考えられるのではないのでしょうか。消費としての鍼灸医療、宗教的癒しとしての鍼灸医療、市民運動としての鍼灸医療、近代の生み出した近代への不安を近代システムの中に再回収するオプションとしての鍼灸医療(参加)と捉えると、鍼灸医療の、クライアント中心主義や、治療選択における主体性、そして「治療・癒しの患者の能動性」などは、近代

的システムに対抗する近代的主体の自己実現ではなく、近代システム側からの、台頭する近代的主体を篡奪し、近代的システムの中に再回収するための「呼び水（おとり）」のようにも見えてくるのではないのでしょうか。

近代社会の鍼灸医療は、近代という病いを、本治(根本的治療)ではなく、標治(対症療法)によって、生きながらえさせているというのが、この議論の落としどころなのでしょう。

さて、最終的な、「現代社会における鍼灸医療の可能性」についてです。

ここでご紹介した2つの次元の鍼灸医療の社会的機能論を受け入れれば、その可能性の議論は、次のように言えるかも知れません。

鍼灸医療は、近代社会と近代社会のシステムの中に、うまく、はまり込んで、社会的秩序維持に有効に機能している。

ですので、近代社会と近代社会のシステムが、いまのまま機能・展開しつつけて、近代医療が、いまのまま支配的医療として機能・展開しつつけていく限り、鍼灸医療は社会的な医療として、展開・発展、または生き延びることができるであろう。

しかし、そのような鍼灸医療の展開・発展・生き延び方を、選択・受容するか否かは、まさに、皆さん鍼灸医療実践者たちの決断(問題)でもあるということでしょう。

その際（問題化と決断）には、鍼灸医療を社会的医療として見ていく、社会鍼灸学という眼差しが、必要とされるのではないのでしょうか。

こんな、無責任な話で、今日の、私の話を終わらせて頂きます。

ご静聴、ありがとうございました。

世界の統合医療の現状 -日本の鍼灸の在り方を考えるために-

財団法人未来工学研究所
京都大学大学院医学研究科
小野 直哉

I. はじめに

先進国の少子高齢化に伴う医療費負担の増大や開発途上国の人口増加に伴う末端への確実な医療の供給が問題となっており、経済的な理由やマンパワーを含めた医療資源の問題から相補・代替医療への関心が世界的に持たれている。また、先進国や一部のアジア諸国では、知的財産の観点から、健康サービス産業分野で世界に先んじるために、近代西洋医学による現行の医療分野に比べ学問的に未開である相補・代替医療分野に参入し、バイオテクノロジー等の最新の科学技術を駆使して、相補・代替医療の分野から有益な知的財産を見出し、特許を取得していく戦略を展開している。

一方、日本では少子・超高齢化の加速は、年金や医療など社会保障制度全体の再構築や労働力の転換問題ばかりではなく、単なるモノ作りから、環境や健康、観光などの高付加価値の産業分野へ産業構造そのものの転換を日本に迫っており、国内外の需要から健康をキーワードとした健康関連商品やサービスなどの研究開発と供給が望まれている。

このような世界の医療財政や産業状況を背景に、相補・代替医療は有益な疾病治療・予防手段、さらには将来有望な産業分野として、世界から期待、注目されている。

統合医療は近代西洋医学を根本とする現行医療と相補・代替医療により構成される。現行医療には、分子生物学やシステムバイオロジー、情報工学やロボット工学を用いたエンハンスメント(サイボーグ)技術を含む医療工学など、先端科学技術を用いたゲノム治療や再生医学、人工臓器や脳機能イメージングなどの所謂先端医療が含まれ、必然的に先端医療は統合医療の範疇である。本稿では、今後の日本の鍼灸の在り方を考えるための参考として、世界の統合医療の現状を把握することが目的であり、特に統合医療を構成する相補・代替医療に関する海外の現状、特にアジア諸国(韓国、中国、台湾、ベトナム、インド)及び欧米諸国(米国、英国、フランス、ドイツ、スウェーデン)の状況について述べる。

II・アジア諸国の現状

アジア諸国において統合医療や相補・代替医療を考える際、各国の伝統医学が日常臨床や統合医療、相補・代替医療関連の製品やサービスに与えている影響は大きい。欧米諸国においては相補・代替医療の一部として、その範疇に含まれる伝統医学であるが、伝統医学の歴史を有するアジア諸国では、伝統医学と相補・代替医療を明確に区別し、伝統医学が相補・代替医療に含ま

れる事を良としない傾向がある。特にこの傾向は伝統医学に携わる臨床家や研究者に顕著である。また、伝統医学などの、近代西洋医学以外の医療体系を正規の医療システムとして自国の医療政策に取り入れているアジアの国は、韓国、中国、台湾、インド、ヴェトナムの5カ国である。以下に各国の伝統医学の現状の概略を述べる。

1. 韓国

韓国では、3年ごとに全国健康調査が政府によって実施されており、2001年の調査(1万2,183世帯、3万7,769人対象)では、調査時の過去2週間に、医療機関の外来の利用状況を調査している。全体の外来利用者の内、近代西洋医学医院36.6%、薬局44.2%、韓医学医院5.8%である。医療機関の訪問経緯は、自分1人の判断でその医療機関を選択した者が、近代西洋医学医院87.8%、薬局92.1%、韓医学医院65.4%であった。韓医学医院の場合は、近代西洋医学医院よりも自分1人の判断よりも知り合いの紹介で受診するケースが多かった。選択動機としては、医療機関の隣接性と治療効果の2つが示されていた。近代西洋医学医院と韓医学医院を比較すると、韓医学医院の場合は近いから受診するという人は相対的に少なく、治療効果がより重視されていた。医療機関の訪問経緯と選択動機から、韓医学医院の場合は、名医のうわさや口コミで受診するケースが多かった。年齢別の韓医学の利用者は、相対的に年齢が上がるほど、特に40歳以上に韓医学の利用は増える傾向にあり、10歳以下の利用者はほとんどいない。しかし、最近、アトピー性皮膚炎や風邪予防などの大学受験を控えた子供達の健康のために、韓医学分野で小児科の人気の高くなっている。韓国では、中学校に入学するくらいの年齢に、韓医学の煎じ薬を飲めば背が高くなるとか、体力が向上するとか、言われており、自費で高価な韓薬を摂取する習慣がある。このように伝統医学に対する韓国民の意識は日本国民とはかけ離れている。

韓医学医院の利用者の特性としては、利用者の症状は筋骨格系が過半数を超え、その他の特徴としては、農村よりも都市に利用者が多く、専門管理職と労働職が相対的に多かった。筋骨格系患者が多いのは労働者の過労による筋骨格系疾患のために多く、専門管理職が多いのは韓医学の治療の中で保険に認められていない煎じ薬が高価なため、相対的に生活水準が高い専門管理職に多いと考えられる。男女での比較では、近代西洋医学医院と韓医学医院の利用に差は殆どない状況であった。

韓国の伝統医学は古代中国医学にその起源を発する。近代、日本の植民地政策の影響を受け、韓国の伝統医学は「漢医学」または「東洋医学」と呼ばれる。1953年、韓国の保健システムに国民健康保険を導入する際には、近代西洋医学から近代西洋医学の医師、東洋医学(韓医学)から漢(韓)医学の医師の2つのアプローチが考えられていた。それぞれの医学法規では、各医学に排他的実践の主権的権利が与えられた。1962年、韓医学の医師に鍼と灸を用いた鍼灸治療の臨床の独占権が与えられ、韓国での鍼灸師制度は廃止された。そのため、韓国で鍼灸治療を行うには韓医科大学または韓医学部での6年間の教育課程を受ける必要があり、現在では韓医学の医師が鍼灸治療を担っている。1986年、法律が改正され、「漢医学」または「東洋医学」の名称は、正式に「韓医学」と改定された。2002年、韓国では、伝統医学の育成と開発のために、近代西洋医学とは

違う韓医学を規制する独自の法律体系として、韓医学育成法が施行された。近代西洋医学の医師は、韓薬と鍼灸を用いて患者を治療することはできず、韓医学の医師も近代西洋薬を用いることはできない。日本の近代西洋医学の医師がオールマイティーである様に、韓医学の診療行為において、韓医学の医師は、韓医学及び韓方と名のつく医療行為に対してオールマイティーである。鍼灸を含めて韓医学の診療行為において韓医学の医師が出来ないことはない。合法的に韓医学の医師が可能な医療行為は、韓医学的理論に基づいた医療行為全般である。

1997年には、韓医学政策を扱う最高機関である大韓民国政府健康福祉部韓医学政策局が設置されており、その下部組織に、韓薬剤の管理などを行なう韓医学政策科と韓薬剤の研究などを行う韓医学産業科が在る。また、1994年には、韓医学を促進・発展させるために、国立の大韓民国東洋医学研究所が設立されている。

韓国の法律で定められている医療従事者には次のものがある。①医師(近代西洋医学の医師)、歯科医師、韓医師(韓医学の医師)、助産師、看護師(医療法第 2 条)、②薬剤師、韓薬剤師(薬師法第 3 条)、③医療技士:臨床病理士、放射線士、物理治療士、作業治療士、歯科機工士、歯科衛生士、医務記録士、眼鏡士(医療技士などに関する法律第2条)、④看護助務士(医療法第 58 条)。

2004 年の医療従事者免許登録状況は、医師 81,914 名(医師、歯科医師、韓医師は地位同格)、歯科医師 20,727 名、韓医師 14,348 名(16,016 人:2007 年)、薬剤師 53,537 名、韓薬剤師 653 名、看護師 202,012 名、看護助務師 321,152 名、医療技師 124,638 名である。

韓医学を提供する医療機関には、韓医学病院と韓医学医院、保健診療所の3種類がある。2004 年時点においては、韓医学病院 151 ヲ所、韓医学医院 9,860 ヲ所など、約1万の韓医学医療施設が存在する。

2005 年の医療従事者養成機関と定員数は、医科大学(41 校、定員 3,097 名)、歯科大学(11 校、定員 750 名)、韓医科大学(11 校、定員 750 名)、薬学大学(20 校、定員 1,210 名)、看護大学(52 校、定員 2,786 名)、看護専門大学(63 校、定員 8,130 名)である。2009 年 9 月時点における韓医科大学及び韓医学部は 12 校(国立 1 校、私立 11 校)あり、2004 年 12 月時点における韓薬を教育する大学は3校存在する。

韓国の医学教育制度は、いずれも教育課程が6年間である近代西洋医学と韓医学の二本立て体制で、互いの排他性を尊重しながら、共存するシステムを長い間保ってきた。近代西洋医学と同様、韓医師の養成機関として、韓医科大学及び韓医学部が在り、学部は6年制(予科2年、本科4年)の課程であり、さらに学部卒業後は、大学院碩士(修士)課程2年、博士課程3年の大学院教育課程がある。学部卒業後は、1年間の就業体験(インターンシップ)と3年間の研修期間(レジデンシー)がある。韓医学部の教育目標は、統合された手法を理解するために、近代西洋医学に確り根ざした東西医学の統合である。また、韓医師には専門医があり、韓医師として専門医になるためには保健福祉部長官が指定する修練韓医学病院で一般課程1年、専門課程3年の修練を受ける必要がある。専門科目は韓医学内科、韓医学婦人科、鍼灸科など8科目が設置されている。2005年時点では、修練韓医学病院は56箇所があり、韓医学専門医724名が修練を受けており、韓医師専

門医は1,013名である。また、伝統的に韓医学の臨床修得には、師弟関係による個人師習が存在し、近年は韓医学の大学教育の整備と韓医学部卒業生による韓医師が主流となってきたことにより、師弟関係による個人師習は減少している。鍼灸専門医になるには、韓医学部卒業後4年間の研修医課程を受けなければならない。韓国の韓医学の医師は韓医学専門医師資格とともに鍼灸の資格を持ち、鍼灸と韓薬を併用する韓医学の総合的なシステムを発展させてきた。

近代西洋医学の大学の統合医療の教育は、2005年に始まり、6年間存続しており、16時間のコースワークと1週間の臨床実習で修了する。しかし、棚上げにされている法律の問題と統合医療が国家試験の要件に含まれていない状態があり、統合医療の広がりにはやや欠ける。

韓国では、近代西洋医学の医師は、「患者が韓医学の医師を受診した」こと知ると、嫌悪感を抱く。そのため、患者たちは余り韓医学の医師を受診したことを近代西洋医学の医師に申告したがないのが現実である。しかし、韓医学の医師は、「近代西洋医学の医師の治療を受けた」と患者から申告されると、むしろ近代西洋医学の医師の受診により、患者は医療の1次的な検査が終わっていると安心する場合が多い。

昔から韓医学の科学性に対し、近代西洋医学の医師は韓医学の医師を無視する傾向にあった。しかし、近年、韓医学の医師の平均年収が近代西洋医学の医師よりも高いなどの理由から、成績優秀な高校生達が韓医科大学や韓医学部を受験し、入学しているといった韓国社会の実情から、優秀な人材が韓医学の学生となり、韓医学の医師になっている。そのため、韓医学に対する近代西洋医学の医師の見方が変わって来ているのが現状である。

2009年1月8日の韓国の医事法改正は、地域的に2010年1月31日付けで地方の医療機関が病院のレベルを超えて東洋と西洋の医療サービスを統合した協力的な臨床実践を始めることを可能にした。多くの韓国の韓医学の大学系列の病院が、東西の臨床サービスを統合するために熱心な努力を始めている。

2.中国

中国には、伝統的に行われてきた医療として、生薬や鍼灸等を用いた中医学や他の少数民族で用いられてきた複数の民族医学が存在する。特に中医学は、中国の民族の構成から多数派を成す漢民族を中心に継承、発展してきた伝統医学であり、インドのアーユルヴェーダ、イスラム圏のユナニと共に世界三代伝統医学の1つに数えられている。

中医学は、感染症及び寄生虫性疾患、内科疾患(肝系疾患、心系疾患、脾系疾患、肺系疾患、腎系疾患など)、耳鼻咽喉科疾患、外科疾患、神経精神疾患、運動器疾患、婦人科疾患、眼科疾患、小児疾患などに用いられる。中医学の利用者には慢性疾患の患者が多く、近代西洋医学の利用者には急性疾患の患者が多いが、中医病院でも外科手術や急性疾患にも対応している。

中医学を提供している医療機関には、中医病院、中西病院がある。省・市レベルで設けられている衛生院(日本での保健所に相当)と町・村レベルで設けられている衛生室(日本での保健所の出張所に相当)でも中国の病院は規模により、1級、2級、3級に分かれ、等級が大きくなるに従い、規模の大きな病院になって行く。

中国全土の医療機関の内、75～85%の医療機関に中医科が設けられており、さらに近代西洋医学の病院の75%に中医科が設置されている。他に中国国内には196の民族医学病院がある。

中国の町中には、定年を迎えた中医師が常駐している薬局(省や自治地区によって中医師常駐の条件が違う)があり、そちらでも中医学や中医薬の相談を行っている。

全国の中医病院数は1949年以降徐々に増加し、2004年には2,611ヶ所に達したが、現在では病院総数の約14.2%である。また、病床数では、2004年の中医病院の病床数は27.55万床、総病床数の12%である。病床使用率においては、1980年代初期、中医病院と近代西洋医学総合病院は共に88%位の水準であったが、中医病院は1985年以降、近代西洋医学総合病院では1990年以降、病床使用率が徐々に低下し、特に中医病院の利用率の下落幅が大きい。2004年の病院の診療患者数は、中医病院は1.97億人で、近代西洋医学総合病院の7.44億人を大幅に下回った。近年、中医学の人気は近代西洋医学に押されつつあると言われている。

中医病院と近代西洋医学病院との格差の拡大と共に、中医病院の西洋医化の傾向が顕著になって来ている。中医病院で伝統的な中医学の診療技術の代わりに、近代西洋医学の医療器機を使用し、診療を行ういわゆる「中西医结合」の動きが広がっており、医薬品についても中医薬だけでなく、近代西洋医薬も投与されている。

中国国内では、中医師の個人開業も増えている。中国全土には、私立の中医医療機関が、3,600ヶ所ある。経済的に豊かな地域では、中医学の需要が増えている。そのため、中国の北方よりも経済発展している南方に、個人で開業している中医師が多く存在している。

中医学を規制する法律としては、中医薬条例(過去数回、中医、中医薬に関する条例が中国政府から出されている)が存在する。

伝統医学の政府管轄機関としては、中華人民共和国国家中医薬管理局が設立されている。中華人民共和国国家中医薬管理局は、中国国家衛生部内の一部門であった「中医指」を基に、中医学や中医薬関連の教育、制度を管理するために、1986年に設立された。中国政府衛生部副大臣が局長を兼務している。中華人民共和国国家中医薬管理局には立法の権限がある。これ以外にも、中華人民共和国国家中医薬管理局とは別に省レベルでの管理部署がある。また、中華人民共和国国家中医薬管理局内の原中西医结合民族医処では、中国少数民族の伝統医学に関する教育、制度を管理行っている。

中医学の研究機関としては、北京に中国中医科学院がある。この研究機関は、各地に分散していた伝統医学関連の医療機関と研究機関を統合した5つの附属病院とエイズや整形外科領域等を研究する5つの研究所から成り、職員数1万人の中医学を始め、少数民族の伝統的民族医学を含めた中国最大の伝統医学の研究機関である。2006年時点における、他の中医学関連の研究機関としては、国立研究機関11ヶ所、県立研究機関50ヶ所、市立研究機関35ヶ所が存在する。

中国政府は、「1元の投資をすると100元の利益が得られる」との考えから、2000年以降、予防医学に力を入れるようになった。当時の呉儀国家副主席が中心となり、「予防医学は中医学を中心に行う」との政策を打ち出し、現在、中国国内に重点を置いた予防医療政策が展開している。それは、古くから中国では、医者には3種類あると言われており、「国手-上医医未病之病、中医医欲病之

病, 下医医已病之病」, つまり, 「聖人・良医・上医は無病・発病前の病を治し, 中医は発病直後に治し, 下医は発病後に治す」, 「上医は国を治し, 中医は民を治し, 下医は病を治す」との言葉があり, これは中国の伝統医学である中医学で代々伝えられてきた格言である。中国政府はその中医学の根本理念である「未病治」という概念を中国の医療政策に取り入れる試みを行っている。現在, 中国の保険会社では, これらの医療政策に注目している。

また, 2000 年以降には, 中医学の全国統一教科書が出版され, それと共に中医学の教育改革を行っている。2000 年以降の中医学の流れは次の通りである。2002 年に「中薬現代化発展綱要」, 2003 年に「中華人民共和国中薬条例」が策定される(この年, 中医学が SARS 治療において重要な役割を果たす)。2006 年頃に中医学の排斥論がインターネット上を中心に流行し, 同年, 危機感を抱いた中医学関係者は, 事態改善及び現状の巻き返しを図り, 中薬の知財権の問題が浮上し, 中医学の国家戦略プロジェクトの方向への現状転換に成功する。中華人民共和国国家中薬管理局が主導で, 中国中医科学院など 15 機関 30 名の専門家が参加し, 国内・国外における中薬知財権の現状, 保護戦略, 制度について調査研究が行われ, 2006 年の第 11 期 5 カ年計画に「治未病」が政策案に盛り込まれた。2007 年に「中薬創新発展計画綱要(2006-2020)」が策定され, 中国政府国務院に中薬業務を取りまとめる班ができ, 同年に開催された中国共産党第 17 期全国大会(十七大)で, 中医学の発展が謳われ, 中でも「未病治」の分野の発展が重点項目として中国共産党の方針に組み入れられた(「中西医併重」「中薬・民族中薬事業発展の助成」)。2008 年 3 月以降に, 中国政府国務院から, 中国政府は今後中医学を発展させて行く方針の発表が行われ, 同年には中華人民共和国国家中薬管理局による『「未病治」健康プロジェクト実施方案(2008-2010 年)』が制定された。ここでは 3 年間で, 中医学の特色ある, 適切な技術で, 多様な形式のサービスが規範化された「予防保健サービス体系」の基本的枠組みを完成させるとしている。2009 年には「中薬事業発展の助成と促進に関する国務院の若干の意見」が公表されている。

1993 年に中国政府は, 中薬を含む医薬品に対する特許保護を始めた。以来, 知的財産権の重視により製薬会社の中薬に対する保護意識が強まった。現在, 中薬は, 主に行政による新薬保護, 中薬品種保護, 特許保護によって保護されている。また, 中薬由来のドリンク剤や健康食品等が, 市場では年々増えている傾向にある。

中医学では 823 の中薬が, 民族医学では 47 の民族中薬が公的医療保険の適用になっている。公的医療機関における治療費は国の公定価格で決まっており, 例えば, 一度の鍼灸治療費は 10 元, 按摩は 20 元である。中国で最高レベルの中西結合医学の一度の治療費は 300 元である。

個人で開業している中医師の診察及び治療には, その規模により, 公的保健が適用される。また, 中国の保険会社の医療保険は, 契約者が病気になった際に, 契約者がどのような治療を受けようとしても契約した一定額の金額を契約者に支払うだけである。

中国では中医学及び中薬に関する本格的な費用対効果の研究は未だない。中国政府及び中医学や中薬関連学会では, 今後行うべき研究課題となっている。

中国で中医学を始めとした伝統医学を正式な医学としている理由には次の 4 つの理由が挙げられる。①近代西洋医学では治療できない疾病に対し, 伝統医学で治療できる可能性がある。②医

療を受ける際には、ある時は近代西洋医学、ある時は中医学のように、その都度疾病の種類や状況に応じて、コストのかからない医療を利用する方が良いので、そのための医療サービスの選択肢として重要である。③今後の中国及び世界の人類の科学的研究テーマ、研究資源として重要である。④体調管理の側面において、中医学は有効であり、予防・健康増進の面からも有効な医療資源及び手段として期待されている。

3.台湾

台湾では、「統合医療」と言う言葉は海外から 10 年程前に入ってきた言葉で、学術的には「統合医療」と言う概念は存在しない。台湾では、中国と同様、「統合医療」と言う言葉よりも、近代西洋医学と中医学の両方を提供する「中中医結合」が一般的に知られている。

しかし、統合医療は、個人の医療従事者において行われている場合がある。但し、近代西洋医師は、近代西洋医学以外の治療法を国民が利用することを快く思っていない。そのため、近代西洋医学と中医学を用いた統合医療はなかなか進まないのが現状である。

また、台湾には相補・代替医療の概念は存在し、台湾の医療制度に規定されていない、医療に類似したものを指し示す。但し、台湾においては中医学や中医薬は正規の医療のため、相補・代替医療の範疇には含まれない。

台湾では、中医学及び中医薬は主に慢性疾患に用い、急性疾患には用いない。予防や健康増進にも用いられている。

10 数年前の台湾の伝統医療は、主に中国本土から渡ってきた老中医師、または中医師認定試験に合格した中医師が、診療所のレベルで煎じ薬中心の中医薬治療を行っていた。診療内容は主に慢性疾患であるが、近代西洋医学でカバーできない難病も含み、特に強壮、強精、老化防止、病気の予防などに力を入れていた。

1995 年の国民皆保険制度の導入前後から、政府は多くの公立の中医学病院を設立し、さらに多数の私立の中医学診療所が開設された。中医学病院の診療科目は、中医内科、中医婦人科、中医小児科、鍼灸科、傷科、痔科などである。また、中医師養成の大学の附属病院では、中医学外来と中医学入院診療を行い、設備的にも充実している。

特に 2003 年、政府の推進で、全国 14 箇所のメディカルセンターと、各医科大学や医学部附属病院に伝統医学科が増設された。中医医院及び病院中医科(殆どの大きな病院に中医科が設置されている)、薬局でも中医薬を扱っている。

台湾の医師制度では、医師資格は近代西洋医師と中医師に分かれ、近代西洋医師と中医師は別々に養成されている。中医師養成の大学は 2 校(私立;長庚大学医学院中医学系、中国医薬大学中医学院中医学科、学士後中医学科)が存在する。近代西洋医師養成の大学は 11 校(国立 4 校、私立 7 校)が存在する。

特に近代西洋医師が中医師資格を取得するのは容易ではない。現在、中医師資格を取得するためには、次の三つのプロセスがある。①中医師養成の大学医学部(8 年制過程で中医学と近代西洋医学を同時習得)を卒業。両者の国家試験に合格すれば中医師と近代西洋医師の両資格を有する中西医師になれる。しかし、就業時には両者の 1 つを選択しなければならない。1998 年国

民皆保険制度を導入する前は 16.3%の中西医師は、中医師を選択したが、近年 22.9%に増加している。②台湾では、古来中国の科举制度の影響で、学歴に関係なく、老中医に弟子入りした者や独学者などは、中医師認定試験(検定試験と特種試験の二段階の試験)に合格する必要がある。受験資格には出身、学歴に関係なく近代西洋医師養成医大の出身者も含まれている。しかし、近年、正規の中医師養成の大学の卒業生が育ってきたため、合格率は年々厳しくなり、本検定試験は、2008 年までに廃止される予定である。③近代西洋医師養成の大学出身の近代西洋医師が中医課程の 45 単位を取得して、中医師国家試験に合格することである。今まで数十名の近代西洋医師がこのプロセスで中医師資格を得ている。

2007年時点での中医師数は、4,743 人で、毎年 300 人前後増加している。中医師の年齢分布は、約 6 割を 30 歳～50 歳が占めている。近年、近代西洋医師から中医師に転身する者が増え、近代西洋医学のトレーニングを受けた 40 歳前後の中医師が活躍している。

また、2007年時点での台湾の薬剤師 27413 人で、薬科大学及び薬学部(中国医薬大学薬学部中薬資源学科等)で中医薬と近代西洋医薬の両方を学ぶが、日本同様、薬剤師の資格は一つである。

2004 年の統計では、中医師の年齢分布は約 6 割が 30～50 歳を占めている。中医師の出身は、3 割強は①の中医師養成の大学の卒業生で、6 割弱は②の中医師認定試験の合格者、③の近代西洋医師からの転向者は 1%弱に過ぎない。

1971 年、伝統医学の政府管轄機関として、行政院衛生署(日本の厚生労働省に相当)の内に中医薬委員会が設立され、中医薬に関する諮問業務が開始された。1995 年、台湾では国民骨保険制度が導入され、中医学による医療も含まれたため、中医学の需要が高まった。台湾政府は中医学の管理強化と振興のために、中医薬委員会を衛生署の中の独立した部門とし、諮問機構から執行機関に格上げした。さらに、国家予算を運用し、各大学、研究所などに研究費を補助し、中医学の科学技術研究を行っている。毎年の研究費は日本円に換算すると 1 億数千万円である。中医薬委員会では、毎年採択した中医薬科学研究の研究計画と成果報告論文をまとめた「中医薬年報」を公表している。

2002 年の家庭用の中医薬の市場規模は 166～240 億元(台湾ドル)であった。2007 年現在、台湾における生薬・中医薬の市場規模は、年間約 300 億元(台湾ドル)に達している。その約 70%を薬膳(食生活の中で生薬・中医薬が用いられている)が占め、治療に用いられる生薬・中医薬は約 20%程度である。

台湾の医療保険制度には、中医薬の煎じ薬は含まれず、中医薬のエキス製剤だけが保険で使用されることになったため、多くの患者が中医薬のエキス剤を服用している。台湾には、300 薬方以上の中医薬のエキス剤と、数多くの単味エキスがあり、それらの組み合わせで多様な薬方ができるよう工夫されている。但し、保険診療の場合、近代西洋医師が中医薬を処方すること、逆に中医師が近代西洋薬を処方することは認められない。また、薬局での中医薬の相談、及び処方箋無しに薬局で中医薬を購入する際の費用は、全て自己負担である。台湾の公的医療保険制度での中医学が占める医療費の割合は、8～10%である。

台北医学大学は、50 年以上の歴史を有す近代西洋医師養成大学で附属病院は先端の医療機

器を備えた、近代西洋医学中心の近代化された病院である。台北医学附属病院伝統医学科は、臨床科目のひとつとして 2003 年に増設された。伝統医学科の中医学外来では、近代西洋医学の臨床検査機器の活用と、最新のコンピューターシステムを導入している。さらに、中医学の四診と弁証論治を重視し、診療に当たっている。台湾の医療保険制度では、煎じ薬は含まれておらず、中医薬エキス剤だけ保険扱いになったため、大部分の患者に対し、中医薬エキス剤が処方されている。主に、単一または、複数の薬方を合方するか、薬方に複数の単味エキスを加味し良好な治療効果を上げている。現在、伝統医学科には 4 人の中医師を擁し、1 ケ月の外来患者数は延べ 5,000～6,000 人に達している。外来では、中医薬投与の他に鍼灸治療も含まれている。対象疾患は肝疾患、消化器疾患、呼吸器疾患、脳神経疾患などの内科疾患が最も多く、次に脊椎間接疾患、脳卒中後遺症などの内科的疾患が最も多く、次に脊椎関節疾患、脳卒中後遺症などの鍼灸治療対象の疼痛・麻痺疾患であり、3 番目は不妊症、血の道症、更年期障害などの婦人科疾患である。台北医学附属病院伝統医学科は、台湾における近代西洋医学の大学付属病院に於ける中医学の実践の臨床モデルの一例と言える。

4. インド

インドでは、近代西洋医学による医療だけではなく、伝統医療の診療所も多数あり、貧困層の多くが通っている。英国による植民地支配の際に近代西洋医学がインドにもたらされたが、それ以前から今日まで伝統医療といわれる様々な医療が行われていた。現在でもこれらの療法はインドにおいて根強い支持があり、盛んに行われており、アーユルヴェーダ、ヨガ、ナチュロパシー、ユナニ、シッダ、アムチ(ソワ・リグパ)[Amchi(Sowa-Rigpa)]などが存在する。

アーユルヴェーダ、シッダ、ユナニ、ホメオパシー、ナチュロパシーはこれまで慢性疾患に多く用いられていたが、近年、メタボリックや生活習慣、多因子疾患の管理に用いられるようになっていく。ヨガは、肥満及び循環器系疾患の予防と手術後の予後のサポート、ストレスの緩和に用いられている。

インドの統合医療はインドの伝統医学を用いた統合医薬品の製薬開発の分野で主に行われている。統合医薬品の開発過程は、生薬学、分析化学、植物化学、薬理学の分野で実践されている。インドでの統合医療は、製薬などの物理的な側面だけで行われているだけで、近代西洋医学と伝統医学が同じ建物にあっても、お互いが連携して統合医療のサービスを行っている事例は少ない。また、インドには政府が規定した健康食品、機能性食品の概念は今のところ存在しない。

インドの伝統医学の職種としては、2005 年時点で、アーユルヴェーダ医師 339,233 名、ユナニ医師 22,241 名、シッダ医師 4,963 名、ホメオパシー医師 150,267 名が存在し、他に、ヨガ・ナチュロパシー医師、パンチャカルマ・テクニシャン(アーユルヴェーダ医師の指示の下、オイルマッサージ等のアーユルヴェーダ手技を行う職種)などが存在する。

また、アムチはチベット族の伝統医学(チベット医学)の一種で、インド国内には 250 人ほどのアムチ医師が存在しているが、インドにおける民族構成上、少数派のため、インド政府による近代的資格制度及び教育機関の整備、伝統知の保存等は未だ行われていない。

インドの伝統医学の政府管轄機関としては、インド政府保健家族福祉省に AYUSH 局 (Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy) が設置されている。1995 年 3 月に、インドの伝統医学システムと Homoeopathy の部署, ISM & H としてインド政府保健家族福祉省に設立され、2003 年 11 月に AYUSH 局と改名された。インドにおける伝統医学に関わる教育、臨床、管理全てを統括しているインド政府の公的機関である。2006 年時点の職員数は 91 名である。

また、インドの伝統医学を提供する医療機関としては、インド政府保健家族福祉省のトップである Secretary の下に Commissioner/Director が置かれている。Commissioner はアーユルヴェーダ、ホメオパシーの病院をそれぞれ 6 病院、ユナニの 5 病院その下には Additional Director がアーユルヴェーダ、ホメオパシー、ユナニ各 1 名ずつが置かれ、他に Accounts Officer, Administrative Officer や、Deputy Director が置かれる。Deputy Director は、6 地域ごとに置かれ、国内 23 地区を統括し、550 のアーユルヴェーダ、193 のホメオパシー、283 のユナニの診療所を統括している。都市診療所、地区レベルの診療所は Senior Medical Officer が統括し、村レベルでは Junior Medical Officer が統括している。その下にさらに大学、薬草園、病院、調査研究部署、薬局が置かれている。なお、州レベルでの組織は各州によって多様であるため割愛する。

伝統医学を規制する法律には、The Central Council for Indian Medicine, New Delhi. The Indian Medicine Central Council Act, 1970. The Drugs and Cosmetics Act, 1940. が存在する。1970 年の The Indian Medicine Central Council Act により設置された Central Council of Indian Medicine が医学の教育政策の立案を担当している。活動として、教育の最低限の水準の確保、医療に関する記録の保持、政府への医療資格に関するアドバイス、職業倫理の規定を行っている。研究に関しては、Central Council for Research が AYUSH 局の下に独立した組織として、伝統医療ごとに設置されている。政府からの資金提供受け、研究所、医療機関の協働により科学的な研究を行っている。

伝統医学の医師は、各伝統医学専門の医科大学や学部、研究所で養成されている。2005 年度の各伝統医学の医師の養成機関の状況は次の通りである。アーユルヴェーダ医師養成機関は、大学学部 5.5 年制 (219 校: 国立 54 校、私立 165 校、学部生 9,865 人)、大学院修士課程 3 年制 (57 校、院生 905 人)、大学院博士課程最低 2 年制 (2 校、院生 40 人)。シッダ医師養成機関は、大学学部 5.5 年制 (6 校: 国立 4 校、私立 2 校、学部生 320 人)、大学院修士課程 3 年制 (3 校、院生 110 人)、大学院博士課程最低 2 年制 (1 校、院生 30 人)。ホメオパシー医師養成機関は、大学学部 5.5 年制 (178 校: 国立 31 校、私立 147 校、学部生 12,785 人: 国立 1,065 人、私立 11,720 人)、大学院修士課程 3 年制 (31 校: 国立 5 校、私立 26 校、大学院生 1,040 人: 国立 108 人、私立 932 人)、大学院博士課程最低 2 年制、他に、薬剤師に対するホメオパシーの教育施設 (9 ヶ所、学生 390 人) が存在する。ユナニ医師養成機関は、大学学部 5.5 年制、大学院修士課程 3 年制、大学院博士課程最低 2 年制。ヨガ・ナチュロパシー医師養成機関は、大学学部 5.5 年制。

2005 年度の伝統医学を提供する機関は次の通りである。アーユルヴェーダでは、病院 753 院、病床 35,182 床、医院 15,193 院。シッダでは、病院 276 院、病床 2,386 床、医院 444 院。ホメオパ

シーでは、病院 223 院(国立 86 院, 公立 2 院, 私立 135 院), 病床 11,205 床(国立 2,675 床, 公立 170 床, 私立 8,370 床), 医院 5,826 院(国立 4,799 院, 省庁立 192 院, 公立 774 院, 私立 61 院), 薬局 659 件(国立 18 件, 非国立 634 件)。

公的研究機関としては、アーユルヴェーダとシッダ, ユナニ, ホメオパシー, ヨガとナチュロパシーに対応した国立の 4 つの RESEARCH COUNCILS が存在する。また 8 つの EDUCATIONAL INSTITUTES と 2 つの STATUTORY COUNCILS, 他に NATIONAL MEDICINAL PLANTS BOARD, PUBLIC SECTOR UNDERTAKING 等がある。

インドではアーユルヴェーダで 7,000 種, ユナニで 700 種, シッダで 600 種, 近代医療にも 30 種, 全体で約 15,000 種の植物が医療に用いられている。また, 薬用植物は治療だけではなく, 薬用植物の国際市場は年間 620 億英国ドルの規模となり, 年 7%以上の成長率で伸びており, 重要な輸出産業品でもある。インド政府は, このセクターの育成, 商取引や貿易の組織化, 各利害関係者の調整などのために, 中央レベルで Medicinal Plants Board を 2000 年 12 月に立ち上げた。具体的な活動として, 市場の動向の把握, 生産者の認証, 生産品の宣伝などを担っている。2003 年時点では, 治療のために需要の高い植物として 32 の植物を指定している。また, 幾つかの民間保険会社が, アーユルヴェーダやシッダの治療をカバーしている。

過去にインドと EU の間で行われた調査によれば, アーユルヴェーダ関連商品のインド国内の市場規模は, 約 1,100 万ユーロ。海外 130 ヶ国へのアーユルヴェーダ関連商品の輸出額は約 3 億～4 億ユーロである。2004 年～2005 年にかけての EU への輸出額は約 9,000 万ユーロであり, これらには補助食品や中間物, 医薬品が含まれている。

殆どのインドの伝統医学において, 費用対効果に関する本格的な研究は余りされていないのが現状である。しかし, 2005 年にホメオパシーの分野において, “ Cost Effectiveness and Efficacy of Homeopathy in Primary Health Care Units of Government of Delhi-A study ”のタイトルで, プライマリー・ヘルス・ケアにおけるホメオパシーの費用対効果に関する先駆的な研究が試みられている。

インドが伝統医学を医療政策に用いている理由としては, インド独自の伝統医学は, 多様な形態でインド国民に実践されている。インドの伝統医学の幾つかの原理や実践は日常生活習慣の一部であり, 食習慣や生活習慣, 社会の慣例に影響を与えている。また, 救急医療や抗生物質, 外科手術, 麻酔等の点から, 近代西洋医学の人氣が増しているが, 地方人口の約 70%は伝統医学を利用している。インドの伝統医学は, 慢性疾患において, 費用対効果的で有益である場合が多く, 勿論予防医学の分野において有用である。今日, 劇的な変化が伝統医学に起こっており, メタボリックや生活習慣, 多因子疾患の管理への効果, そして, 生活の質を高めることが求められている。

5. ヴェトナム

ヴェトナムは伝統医療の長い歴史をもっている。ヴェトナム政府は, 伝統医学は保存・継承すべき国家的文化資産の 1 つとして捉えている。ヴェトナムの伝統医学は, 印象的で, とても多様性に

富んだ、特異的な歴史的遺産である。ヴェトナムの伝統医学は、主に2つの医学から成っている。1つは、ヴェトナムの北部に存在する、54の民族から成る、民族医学である。もう1つは、ヴェトナムの南部に存在する、ヴェトナムの気候や風土に合わせてヴェトナム様式化された、東洋医学である。これらヴェトナムの伝統医学は、4千年以上の歴史の中で発展し、人々の疾病予防や治療、健康増進において、とても重要な役割を担っている。

ヴェトナム伝統医学の管轄組織体系は中央と末端のレベルに別れており、中央レベルとしては保健省内に伝統医学を管轄する伝統医学局が設置され、伝統医学局の下に4つの中核病院(国立伝統医学病院、国立鍼灸医学病院、軍立伝統医学病院、ホーチミン市立伝統医学病院)と軍伝統医療研究所(医療材料研究所)が設立されている。また、末端レベルとしては、伝統医学局の下に地方及び県レベルの一般病院の80%に伝統医学科が開設されており、51の地方の伝統医学病院、地域レベルでは地区の病院の伝統医学科と伝統医薬薬局が設置されている。地区の病院の伝統医学科と伝統医薬薬局の下に、保健所の伝統医学ユニットと10,000以上の私立伝統医学医院が存在する。国立伝統医学病院では、全国の伝統医学において指導的役割を果たしてきたが、近年は伝統医学と近代西洋医学の結合に注力している。

教育システムとしては、伝統医学局の下に国立医科大学、国立伝統医学部、国立薬科大学、国立伝統医薬学部、伝統医学学会が設立されており、それらの下に内科医学、専門学校の伝統医学科が存在する。国立薬科大学には、伝統医学の2つの学部と9つの科がある。ヴェトナムでは伝統医学の医師になるためには、伝統医学の医師国家試験に合格し、免許を取得しなければならない。

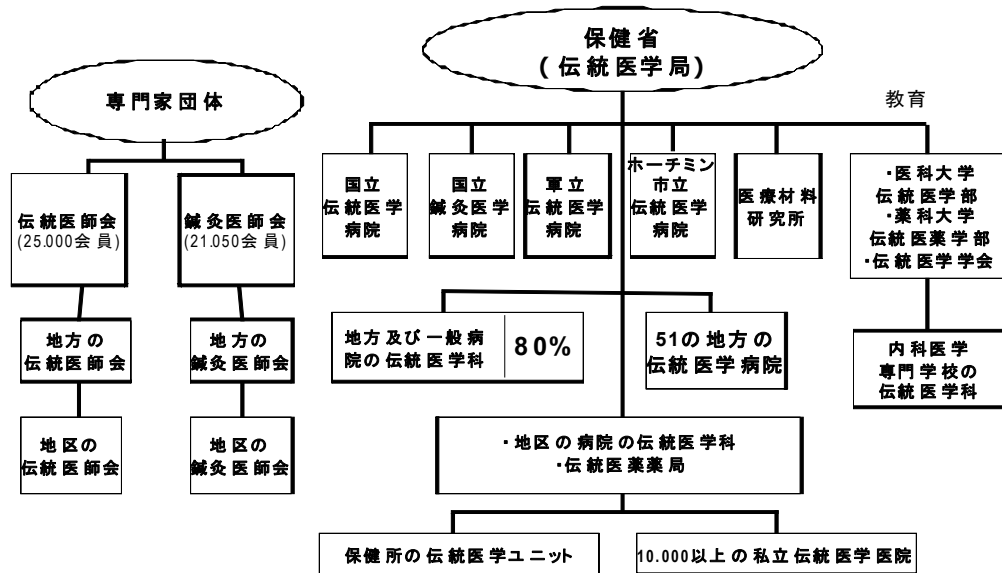
また、国立伝統医学病院では、伝統医学の医師は、近代西洋医学の基礎と応用を教育されると同時に、近代西洋医学の医師は、伝統医学の基礎的知識を身に付けなければならない。

伝統医学の専門家団体としては、伝統医師会(会員約25,000名)と鍼灸医師会(会員約21,050名)が存在し、各医師会の下に地方の伝統医師会と鍼灸医師会が存在する。さらに、各地方の医師会の下に地区の伝統医師会と鍼灸医師会が組織されている。

これらヴェトナムにおける伝統医学の管轄組織体系の詳細を図1に示す。

これまで、ヴェトナムの伝統医学の病院は、伝統医学と近代西洋医学を統合することに多くの努力をしてきた。ヴェトナムでも統合医療は、増大するヘルスケアサービス需要を満たすことを目指しており、科学的なトレンドとなっている。

ベトナム 伝統医学の管轄組織体系 (中央から末端レベルまで)



Ⅲ. 欧米諸国の現状

欧米諸国には、伝統医学が日常生活や習慣に影響を与え、文化を形成してきた歴史がないため、欧米諸国において統合医療を考える際、伝統医学は相補・代替医療の一部として捉えられている。欧米諸国で自国の「伝統医学」と言えば、正規の医科大学や医学部で教授された「近代西洋医学」であり、正規の医学 (official medicine) としている。欧米諸国では基本的に近代西洋医学を基に、医療制度や教育制度の設計が成されている。但し、近代西洋医学自体、古代ギリシア医学の流れをくむ欧州の伝統医学に近代科学を取り入れて発展したものである。本稿では欧米諸国でも、明治維新以降、日本が政治、経済、制度、文化的に影響を受けて来た米国、英国、フランス、ドイツ、スウェーデンの相補・代替医療の現状の概略を述べる。

1. 米国

米国における相補・代替医療の現状は次の通りである。2008年12月10日に発表された、米国疾病対策センター (CDC: US Centers for Disease Control and Prevention) が行っている国民健康調査 (NHIS: National Health Interview Survey) では、米国では成人の約40%、子どもの12%が、相補・代替医療を利用していることが明らかとなっている。2007年版NHISでは、相補・代替医療は、従来の診療ではなく、ハーブ系サプリメント、瞑想、カイロプラクティック、鍼などを利用した治療法のこととし、NHISでは初めて、17歳以下の子どもに関しても相補・代替医療利用について調査を行った。調査対象は成人2万3,000人、および対象となる子どもの親9,400人で、健康状態と利用している治療法について質問した。治療法については、米国で一般的に利用されている相補・代替医療の治療法のうち、鍼やカイロプラクティックなど施術者が行う治療法10種類、ハーブ系サブ

リメントや瞑想など施術者を必要としない治療法 26 種類の計 36 種類が挙げられた。調査の結果、成人の全体的な利用率については、CAM に関する調査が初めて実施された。2002 年の 36% と比べて、2007 年は 38% とほとんど変化はなかった。一方、2007 年の調査では、深呼吸訓練、瞑想、マッサージ、ヨガなど、特定の治療法の利用者が「大幅に増加」していたことが分かった。例えば、成人では、魚油(オメガ 3, ドコサヘキサエン酸)、グルコサミン、エキナセア、亜麻仁油(オイル、錠剤)、高麗人参などの天然成分が含まれた製品を使用した人が 17.7% と最も多く、続いて深呼吸訓練(12.7%)、瞑想(9.4%)、カイロプラクティックまたは整体(8.6%)、マッサージ(8.3%)、ヨガ(6.1%)などが多く利用されていた。相補・代替医療を利用したことのある 12% の子どものうち、魚油(オメガ 3, ドコサヘキサエン酸)または亜麻仁油などの自然成分が含まれた製品を使用したとの回答が最も多く(3.9%)、以下、カイロプラクティックまたは整体(2.8%)、深呼吸訓練(2.2%)、ヨガ(2.1%)と続いた。また、利用者の構成については、2002 年同様、成人では男性より女性が多く、高齢になるほど増え、さらに高学歴者に利用が多いことが明らかとなった。

米国における相補・代替医療の教育と訓練は次の通りである。米国では、現在、近代西洋医学の医科大学や医学部で相補・代替医療の課程を提供しているところがある。これは 1997 年に始まり、プライマリケア(初期医療)の近代西洋医学の医師は、自分の臨床にホメオパシーを導入することを奨励するように設計された課程を取ることができる。2000 年には、クリントン政権下で、ホワイトハウスに相補・代替医療政策委員会が設置され、相補・代替医療政策委員会では、相補・代替医療の教育について、全米の医学生が少なくとも 1 つの相補・代替医療を並行して学べる体制を各医学部が備えていることが望ましいとした。そのため、NIH では公式に相補・代替医療の研究と教育を推奨するようになった。一方、米国の医学生の 80% 余りが相補・代替医療の知識と技術を身に着けたいとの強い要望があり、1998 年の段階では、全米 125 医学校中 75 校(60%)が相補・代替医療に関する講座・単位を持つようになった。今日では、米国の大学の医学部の 90% で相補・代替医療のカリキュラムを組んでいる。例えば、NIH 近隣のジョージタウン大学は、相補・代替医療の教育において、初めて正規課程(修士課程)を定めた学校であり、多くの相補・代替医療の研究が行われている。また、アリゾナ大学医学部教授のアンドルー・ワイルにより、西洋医学による医療と相補・代替医療とを合わせた統合医療が教育実践されている。また、米国には、世界中でも、最多数のカイロプラクティック大学がある。16 の大学が、世界カイロプラクティック連盟に公認され、カイロプラクティック教育評議会により認定を受けている。カイロプラクティック教育評議会では、最低基準を確立し、全体的な効果として、これらの基準と共に、施設の適合性を評価している。さらに、僅かの州で、自然療師を認可しており、自然療法に関しては 2 つの大学がある。これらの大学へ入学するには、2 年間の予備専門家授業を受けることが条件である。この課程の期間は 4 年間である。1997 年の NIH パネルによる鍼に関する合意声明(NIH Panel Issues Consensus Statement on Acupuncture, 5/11/1997)では、鍼治療が手術後および化学療法による吐き気と嘔吐、悪阻、および手術後の歯痛に有効であるという明確な科学的根拠があることを確認し、科学的データは少ないながらも痛みに関連した状態、薬物中毒、脳卒中後のリハビリテーション、頭痛、月経痛、テニス肘、線維性筋痛(一般的筋肉痛)、腰痛、手根管症候群、喘息は有効である可能性があるとし、さ

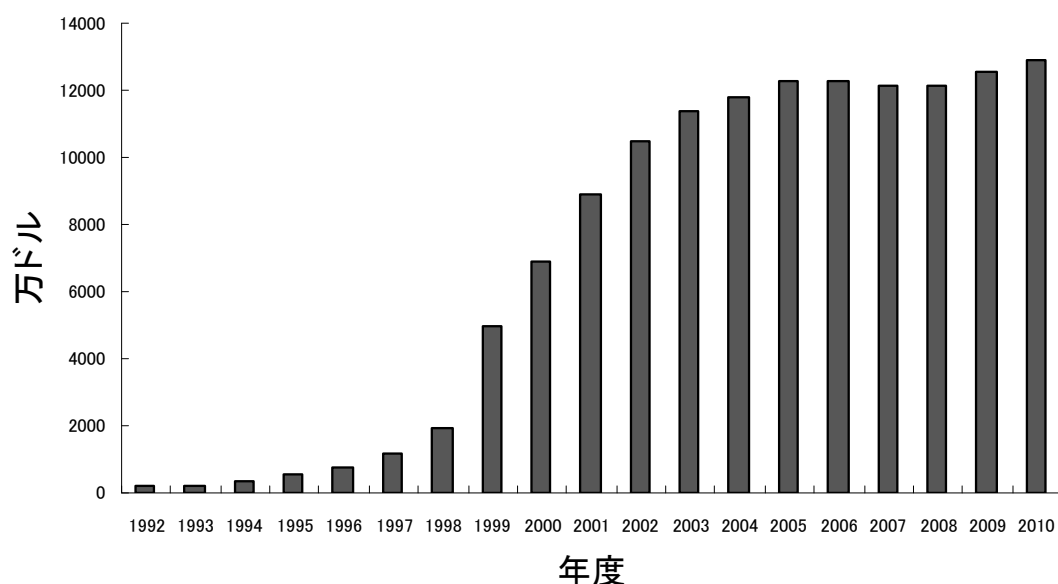
らにこれらに限定されるものではないと記され、限られた疾病ではあるが鍼灸の効果が認められて以来、鍼灸学校の生徒数は増加した。鍼灸学校の入学資格は4年制大学卒業で、学校により異なるが、3年又は4年制の修士過程であり、大学院教育が行われている。また現在、鍼灸師ではなく中医師となる5年制博士課程が検討されている。鍼灸学校で行われる教育は、基本的に中医学ベースの教育で、漢方と鍼灸の両方を教授している。

米国における相補・代替医療の保険の範囲は次の通りである。米国では、消費者ニーズに応えようと、相補・代替医療を医療保険でカバーする民間保険会社が増えている。また、民間保険会社だけでなく、会員制健康医療団体(HMO: Health Maintenance Organization)などのマネージドケア(Managed Care: 管理医療)産業も相補・代替医療をカバーしている。クリントン政権時には、公的医療負担を軽減し、財政赤字を均衡させるために、米国における公的保険であるメディケア(Medicare: 65歳以上の人々と身体障害を持つ特定の者に与えられる)とメディケイド(Medicaid: 老人・盲人・障害児を持った成人、妊婦を含む低所得者に対し連邦と州が協力して行う)のHMO化が促進された。この動きが、全米健康保険組合が相補・代替医療を給付対象にし始めた一つの要因と考えられ、今日の米国における民間保険会社による相補・代替医療へのカバーに至っている。鍼灸など、最近まで迷信と信じられていた幾つかの相補・代替医療の効果が医学的に証明されるにつれて、その一部が病院での医療に取り込まれだしている。米国でも10を超える州で医学的に効果の証明された相補・代替医療には保険が適用されている。但し、レイキ、ホメオパシーなど、現在でもその効用が実証されていないものは除外されている。しかし、相補・代替医療の費用対効果分析など、相補・医療の医療経済学的研究は、2000年以降に盛んに報告がされる様になってきており、相補・代替医療の科学的経済根拠の蓄積は未だ浅いのも事実である。米国の民間保険会社による相補・代替医療へのカバーは、今のところ、保険会社自体にとって、費用削減につながる明確な根拠は乏しいものの、何れNCCAM等でその効果は証明されるだろうから、自社の医療保険商品を販売促進するためのセールスポイントとして、相補・代替医療には価値があるとの考えが実情のようである。米国の民間保険会社は、相補・代替医療の費用が近代西洋医学に比べ格安なだけでなく、相補・代替医療の利用者は近代西洋医学の利用率が低くなり、相補・代替医療の利用を奨励することで、自社の医療保険商品の購入者が高額な近代西洋医学を利用することへの支払い補償金額をも削減するといった、二重の意味での費用削減効果を期待している。

米国の公的機関での相補・代替医療の取り扱いは次の通りである。相補・代替医療に関する大統領委員会はホワイトハウス相補・代替医療政策委員会(WHCCAMP: The White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy)が設立され、相補・代替医療に関する現状と今後の戦略について、2002年3月に最終報告書をまとめ公表している。この大統領委員会は、2000年のクリントン政権時代に発足したもので、同報告書は相補・代替医療に関する医療保険の給付と償還のあり方について、民間保険によるカバーが増加していること(カイロ、鍼灸、マッサージ等)、またその場合、通常は補足給付(supplemental benefit)として位置づけられていること等、最近の動向について整理を行っている。その上で、政府が安全性・有効性等の研究を行い、それを見ながらまず民間保険が相補・代替医療を導入していくという方向を示し、また州政府

は規制メカニズムを確立し、それにより民間保険導入も促進されるという姿を示している。さらに、一旦、相補・代替医療が保険給付の対象となった場合、保健省(DHHS:Department of Health and Human Services)は関係者と協力し、保険における相補・代替医療の使用についての基準を策定していくべきものとしている。また大統領、保健省または議会は、連邦政府の補完・代替医療に関する活動調整のための事務局を保健省に創設すべきであり、それには十分な人員と予算が伴うべきであるとしている。米国国民の相補・代替医療に対する関心の高まりと相補・代替医療の研究の必要性を受け、1992 年米国議会は国立衛生研究所(NIH)内に、相補・代替医療事務局(OAM: Office of Alternative Medicine)を設立し、1992 年と1993 年に事務局に 200 万ドルの資金を割り当てた。その後 OAM の予算は着実に増えて 1997 年には 1,200 万ドルとなった。さらに、1998 年に入ると OAM は、国立相補・代替医療センター(NCCAM:The National Center for Complementary and Alternative Medicine)へ昇格し、予算も 2,000 万ドルと増額され、組織としては NIH の他の研究所やセンターと同レベルとなった。1999 年には、前年度比 2.5 倍の 5,000 万ドルの予算が NCCAM へ割り当てられた。1999 年に NIH で大幅な予算増となったのは NCCAM と前立腺癌に対する研究であった。相補・代替医療関連の研究の大部分(80%)は、科学者に既に広く受け入れられている分野、抗酸化剤や食事療法又は行動療法に向けられており、例えば鬱病の治療にオトギリソウの全抽出液を試す無作為化臨床試験等が既に行なわれている。図2は、相補・代替医療事務局(OAM)及び国立相補・代替医療センター(NCCAM)における予算額の年次推移(1992 年度～2010 年度までの 19 年間)を示している。

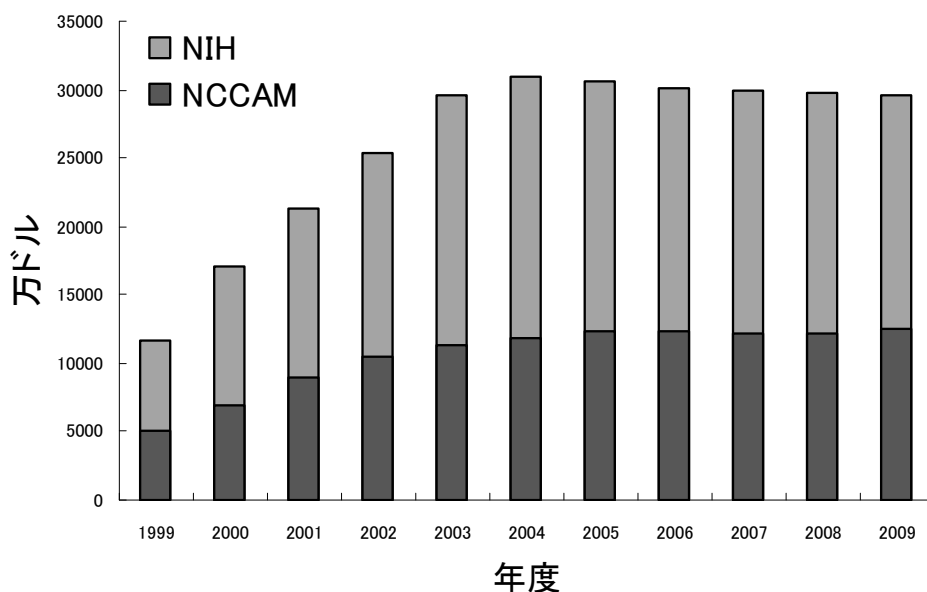
図2. OAM 及び NCCAM における予算額の年次推移(19 年間:1992 年度～2010 年度)



(出 典 : NCCAM ホ ー ム ペ ー ジ ; NCCAM Funding: Appropriations History <http://nccam.nih.gov/about/budget/appropriations.htm> のデータより作成)

また、図3は、国立衛生研究所(NIH)全体の相補・代替医療に関する予算額と国立相補・代替医療センター(NCCAM)における予算額の年次推移(1999年度～2009年度までの11年間)を示している。何れも1990年代後半から、NIHとNCCAMの相補・代替医療研究に対する予算額が急激に増加し、2004年及び2005年頃から2010年に至るまで、NCCAMで年間約1億2,000万ドル(約120億円)超、NIH全体では年間約3億ドル(約300億円)の統合医療へ向けた相補・代替医療に対する研究投資が行われており、相補・代替医療事務局(OAM)を設置した1992年度～2010年度の19年間の相補・代替医療事務局(OAM)と国立相補・代替医療センター(NCCAM)の予算額(研究投資)の合計は、13億3,950万ドル(約1,339億5,000万円)に上っている。また、2009年2月にオバマ大統領によって調印された、「米国の回復と再投資法(回復法)」においても、NCCAMやNIHにおける相補・代替医療の研究は、ライフサイエンス研究における向こう2年間の研究投資対象となっている。

図3. NIH全体の相補・代替医療への予算額とNCCAMの予算額の年次推移(11年間:1999年度～2009年度)



(出典:NCCAM ホームページ;

NCCAM Funding: AppropriationsHistory.<http://nccam.nih.gov/about/budget/appropriations.htm>

CAM Funding by NIH Institute/Center. <http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center.htm>

CAM Funding by NIH Institute/Center FY 1999-FY 2005 Archive.

http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center_archive.htm より作成)

NCCAM は、一般に大学で伝統的に教えられている医学の一部であるとは考えられていない医学と健康管理に関するさまざまなシステムや習慣、及び製品に対する科学研究のための連邦政府の主導機関である。当初 OAM 及び NCCAM の立場は、多くの先進国で一般的な医療である近代西洋医学に代わる代替の医療 (Alternative Medicine) としての色合いが強かったが、近年は近代西洋医学を相補う補完の医療 (Complementary Medicine) へと変遷しており、2001 年～2005 の戦略計画及び 2005 年～2009 年の戦略計画では、相補・代替医療と近代西洋医学を包括した統合医療 (Integrative Medicine) の推進を図っている。

また、国民への相補・代替医療の啓発活動を行っている。OAM の設立をきっかけに、全米の医科大学、医学研究センターなどの相補・代替医療研究に国費の補助が行われるようになった。NCCAM では、全米の医科大学・医学研究所などでの相補・代替医療に関する研究を割り振り、政府からの研究予算の割り当てを行っている。これまでに NCCAM から研究予算を割り当てられた大学や研究機関と研究対象の一部の例を表1に示す。2009 年の NCCAM による大学や研究機関での相補・代替医療研究への研究費助成は、200 件を超えていた。米国政府は巨額の国家予算を投じて、NCCAM や NIH の他の研究所やセンターにおいて、人員を動員、育成しながら、個々の相補・代替医療の安全性と有効性、経済性等に付いての効果の自然科学的及び人文社会科学的検証を行うため基礎研究や臨床研究、社会科学的研究を行っている。米国政府は相補・代替医療の効果を科学的に分析・解明することで、有益な疾病予防や健康増進の手段として相補・代替医療の有用性を疾病の予防対策や医療機関における臨床に反映させ、さらに産業界との研究開発により、自国の医療政策や産業育成に反映させようとしている。つまり、相補・代替医療の研究に対する米国政府の多額の資金投入は、将来の米国国民の医療費削減と健康・医療分野における産業育成に繋がることを念頭に置いた先行投資であり、自国の医療費の抑制と経済の発展を相補・代替医療分野に期待してのことと考えられる。

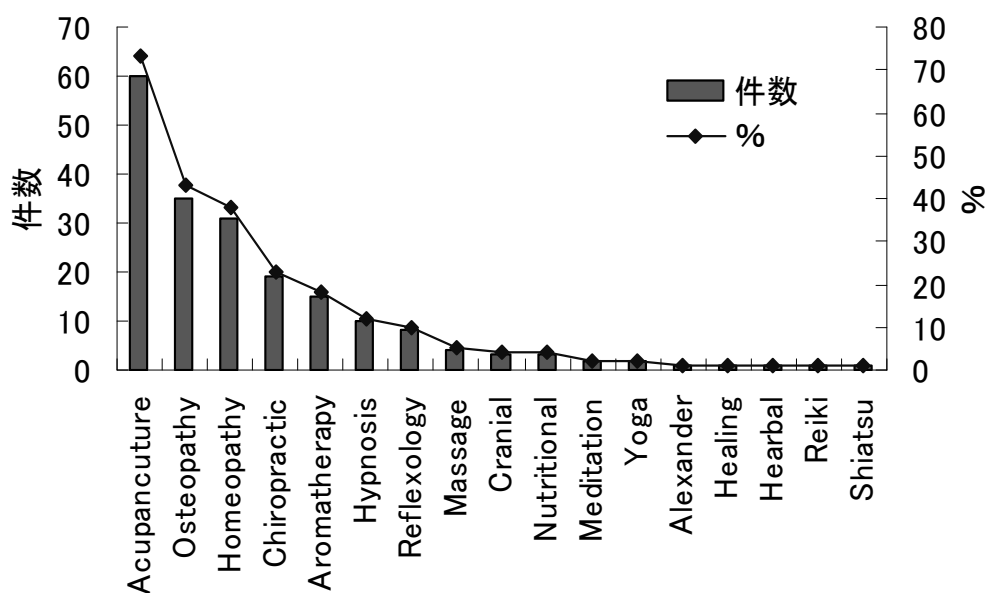
表1. NCCAM から研究予算を割り当てられた大学及び研究機関と研究対象の例

大学・研究機関	研究対象
スタンフォード大学(疾病予防センター)	老化現象
ハーバード大学(医学部オッシュャー研究センター, ベス・イスラエル・ディーコネス医療センター代替医療研究教育部門)	内科, 医学全般
カリフォルニア大学(UCSF オッシュャー統合医学センター, UCLA, UCDavis)	喘息, アレルギー, ハーブ, 健康・栄養食品
テキサス大学(CAM 医療センター)	癌疾患
コロンビア大学(老年・女性 CAM 研究センター)	老化と女性の健康一般
バスチール大学(AIDS 研究センター)	HIV, AIDS
ミネソタ大学(ミネアポリス医学研究財団)	薬物中毒, 麻薬中毒
メリーランド大学(CAM ペインセンター)	関節炎, 疼痛
アリゾナ大学(ヘルス・サイエンス・センター)	小児疾患, 植物医学
ミシガン大学	心臓血管系疾患
バージニア大学(CAM 看護センター)	疼痛
パルマー・カイロプラクティック大学(パルマーセンター研究所)	カイロプラクティック
ニュージャージー医科大学	脳卒中, 神経症
ユタ大学	関節炎
デューク大学	鬱病
ピッツバーグ大学	アルツハイマー痴呆症
ケスラー・リハビリ研究所	神経リハビリ
マハリシ大学	心臓血管疾患とアフロ・米国の老化
カイザー財団病院	頭蓋・顔面障害
エモリー大学	神経変性疾患
オレゴン大学	神経系障害
パデュー大学	老年病に対するハーブ
イリノイ大学	女性の健康に対するハーブ, 健康・栄養食品
ジョン・ホプキンス大学	癌疾患
ペンシルバニア大学	癌とハイパーバリック酸素療法

2. 英国

英国における相補・代替医療の現状は次の通りである。英国では相補・代替医療(CAM)の治療法を提供する施術者の数が増加している。2000 年に発表された、保健省(DH:Department of Health)からの委託により、補完療法の自主規制機関が行った調査によると、英国には約 50,000 人の CAM の施術者が存在した。さらに今回の調査では、従来の医療専門家約 10,000 人がいくつかの CAM の治療を行っていることが示された。現在、カイロプラクティックと整骨療法の 2 つの CAM 専門職が法規制の対象となっている。これらの 2 つの職業の登録された施術者は、称号の保護を含む、特別な権利を持っている。彼らは、他の近代西洋医学以外の施術者のように、公式な医療提供者としては承認されず、国民健康保険病院で働くことはできない。しかし、カイロプラクティックと整骨療法は、相補・代替医療の重要な一部と考えられており、鍼師やホメオパシー施術者、薬草療法師を含む他の相補・代替医療の施術者は、現在、カイロプラクティックや整骨療法と同じレベルで認識されている。図4は、2000 年に、国営医療サービス(NHS:National Health Service)のプライマリケア(初期医療)で用いられていた相補・代替医療を示している。鍼治療(Acupuncture)73%、整骨療法(Osteopathy)43%、ホメオパシー(Homeopathy)38%、カイロプラクティック(Chiropractic)23%、アロマセラピー(Aromatherapy)18%、催眠(Hypnosis)12%、リフレクソロジー(Reflexology)10%、マッサージ(Massage)5%、頭蓋整骨療法(Cranial osteopathy)4%、栄養療法(Nutritional therapy)4%、瞑想(Meditation)2%、ヨガ(Yoga)2%、アレキサンダー・テクニク(Alexander technique)1%、ヒーリング(Healing)1%、ハーブ薬(Herbal medicine)1%、霊気(Reiki)1%、指圧(Shiatsu)1%の順であった。

図4. 国営医療サービス(NHS)のプライマリケアで用いられている相補・代替医療(2000 年)



(出典: Complementary medicine, information pack for primary care groups, June 2000. より作成)

国立統計局(ONS)による 2001 年 4 月の調査では、英国では過去 12 カ月間に、10 人に 1 人が補完療法を使用していたことが分かった。

シェフィールド大学による家庭医に対する調査では、2001 年の治療の 49%は何かしらの形で相補・代替医療の受診が提供され、1995 年の治療の 39%と比較された。現在、診療所における治療の 3 分の 1 は、何らかの形で相補・代替医療が提供されていた。また、2,400 人以上の登録医師やその他の医療専門家は、英国医療鍼灸治療学会に所属し、2,400 人の公認理学療法士の何人かは、公認理学療法士鍼灸治療協会に所属していた。数ある相補・代替医療の中でもカイロプラクティックとオステオパシー(一種の整体)が特に人気が高く、相補・代替医療の中でもこの2つが法的に整備された制度を持っている。2001 年の国営医療サービス(NHS)の調査によると、4分の1近くの外科医がカイロプラクティックかオステオパシーを利用している、という結果が出ている。カイロプラクティックは“General Chiropractic Council”が代表機関であり、オステオパシーは“General Osteopathic Council”が統括しており、業務を行う為にはこれらの機関に登録する必要がある。両者共に 30 分で 40~50 ポンドが相場である。英国に於ける鍼灸に関しては、西洋式、中国式と2種類の治療法が使い分けられ、協会も British Acupuncture Council(伝統的な鍼灸治療)や、British Medical Acupuncture Society といった鍼灸に関する複数の機関が存在する。

英国における相補・代替医療の教育と訓練は次の通りである。英国医師会は、相補・代替医療を医学校の学部カリキュラムに組み入れて、公認の卒後研修が利用できるようにすることを勧めている。多くの近代西洋医学以外の施術者は、効果的な訓練をしているが、相補・代替医療のプログラムの質は異なる。相補・代替医療の機関は、国民と政府の両方が許容できる訓練の国家基準を確立するために研修部局と取り組んでいる。相補・代替医療の施術者を代表する 54 の専門職協会があり、人智医学やカイロプラクティック、ホメオパシー、植物療法、自然療法、整骨療法の包括的な全日制の課程を提供しており、修業年限は最低 3 年間である。ホメオパシー法の権限は、近代西洋医学の医師や他の法的に認められている医療専門家に対してホメオパシーの訓練をし、試験をして、卒業証書を授与するといった、ホメオパシーの権能を強化するものである。英国には 4 つのカイロプラクティックの学校がある。相補・代替医療(CAM)のさまざまな分野に入るための要件は、各々の経歴と(既に存在する)関連規制団体により設定されていることがらにより変化する。

例えば、英国でカイロプラクティクターや整骨治療家として業を希望する者は、全カイロプラクティック協会(General Chiropractic Council)や全整骨治療協会(General Osteopathic Council)の登録教育機関から認められた資格を取得する必要がある。相補医療でのキャリアを選択する際のより詳しい情報については、統合医療皇太子財団のウェブサイト(www.fih.org.uk)等が情報を提供している。保健省では、今のところ、相補・代替医療のコースで学んでいる学生に奨学金を出していない。

英国における相補・代替医療の保険の範囲は次の通りである。一部の例外を除いて、相補・代替医療の治療にたいする費用は、社会保障制度で還付されない。例外としては、時折、国民健康保険病院の中で利用可能な治療、鍼灸療法や整骨療法、カイロプラクティックの治療については、無料で提供されている。近代西洋医学の家庭医は、理学療法士やカイロプラクター、栄養士などの

広い範囲のスタッフに対する還付請求をすることができるが、当局はこれらの治療や処置の費用の全てや一部に対する還付の認否をする自由がある。いくつかの民間保険のプログラムでは、最も人気のある 5 つの相補・代替医療(ホメオパシー、整骨療法、ハーブ療法、鍼治療、自然療法)を近代西洋医学の医師が提供する際に還付する。カイロプラクターと整骨治療師のサービスは、英国貿易機関と産業や退役軍人協会のような、いくつかの団体によって還付される。

英国の公的機関での相補・代替医療の取り扱いは次の通りである。保健省(DH)のホームページでは相補・代替医療専用のページを設けられ、相補・代替医学の定義、法的規制に関する保健省運営部会からの大臣への報告、ホメオパシーの業務に関する文書、初期医療のための情報、相補・代替医療の法規、研究と統計、相補・代替医療に関する上院報告など、相補・代替医療に対する英国政府の取り組みが紹介され、相補代替医療関連の情報支援を行っている。科学と技術に関する上院特別委員会は、2000 年 11 月に、英国や先進国での相補・代替医療(CAM)の利用の増加による公衆衛生政策の高まりへの意義に関する質問への質疑において報告した。その報告書は、CAM の利用や規制についての情報提供に関する多くの提案を行った[科学と技術に関する上院特別委員会の相補・代替医療に関する報告への政府の反応(2001 年 3 月 28 日)]。2001 年 3 月、患者や他の消費者の利益を保護するための支援として、政府はその報告を歓迎した。その報告書は、仮に正統医学と相補医療の両方が真剣に取り組めば、医療全体として大きな利益をもたらす可能性も示した[相補・代替医療:科学と技術に関する上院特別委員会第 6 回報告書「1999 年から 1900 年のセッション」(2000 年 11 月 28 日)]。国営医療サービス(NHS:National Health Service)の職種紹介のホームページでは、相補・代替医療専用のページが設けられ、相補・代替医療の一般的な事項、現状と統計、入学条件と訓練、規制、給与や福利厚生、仕事の内容、より詳しい情報の提供先などが紹介され、これから相補・代替医療関連の仕事を希望する者への情報支援を行っている。そこでは、保健省は、現在英国で利用可能な多数の補完的治療が存在することを認めており、これらの幾つかの治療は、正統医療では完全な解決策を提供できないような特定の病気の状況において、その症状を軽減することが知られており、政府は、患者のニーズや要望への責務として患者の健康状態の管理において積極的な役割を果たすことができるような国営医療サービス(NHS)の開発に取り組んでいると明記されている。さらに、補完療法は多くの患者を引き付けていることは明らかであり、原則として、一部の国営医療サービス(NHS)機関が提供するサービスの範囲内で、もし患者が相補・代替医療に賛同すれば、相補・代替医療は臨床及び費用上の資源の有効活用となり、部分的に同意された健康の優先順位に沿うものになるであろうと述べている。また、最もよく使われている相補・代替医療の治療法として、鍼治療、アロマセラピー、カイロプラクティック、ホメオパシー、マッサージ、整骨療法を挙げており、多くの国営医療サービス(NHS)の病院では、既に様々な CAM の治療を使用しており、例えば、鍼治療は、しばしば出産を支援するために用いられ、多くの診療所では疼痛管理の目的のために用いられ、ホメオパシーや他の治療は、ロンドンやブリストル、タンブリッジ・ウェルズ、リバプール、グラスゴウの国営医療サービス(NHS)のホメオパシー病院で用いられて、多くの支援診療所と連携し、他の幾つかの病院では、癌患者の緩和ケアで様々な CAM の治療を行っている」と述べている。特に癌の患者における相

補・代替医療の公益性と利用が増加しており、英国上院特別委員会の責務として、CAM 分野の質の高い研究を進展させ、癌患者の平均 3 分の 1 は何かの形で CAM を利用したことを示す調査から、保健省は CAM の研究（研究能力養成計画の最初の期間に 130 万ポンドと癌患者の治療における CAM に関する 3 つの定性研究の計画のために 32 万 4,000 ポンド）に対し資金を提供し、保健における根拠に基づく CAM の発展の助けになるとしている[癌患者の治療における代替医学 (CAM) の役割の研究 (2008 年 12 月 5 日)]。国営医療サービス (NHS) の相補・代替医療臨床家要覧 (NHS Directory of Complementary and Alternative Practitioners) では、相補・代替医療の施術者リストの公開と検索サービスを提供しており、相補・代替医療の利用における国民への情報支援を行っている。英国国内で相補・代替医療の利用を希望する者は、NHS に登録されている相補・代替医療の施術者の住所と氏名、提供される相補・代替医療の種類と内容を検索することができる。英国では、特に予防と医療の観点から相補・代替医療をプライマリー・ヘルス・ケアに位置づけ、国営医療サービス事業 (NHS) のプライマリケアで用いている。

英国における相補・代替医療の学術機関や支援団体は次の通りである。1983 年に近代西洋医学の医師や相補・代替医療の学術と経験を積んだ専門家集団により結成された、相補医療調査評議会 (RCCM: The Research Council for Complementary Medicine) という、公認慈善事業団体がある。この団体は、相補・代替医療と一般的な医学の関係について調査し、適切な研究を支援し、研究結果を広めることを目的としている。また、個々の相補・代替医療の治療や特定の条件の治療の有効性に関する情報を臨床家と患者へ提供するために、相補・代替医療の根拠を研究し、広めている。RCCM で行われている事業の 1 つに、RCCM とウェストミンスター大学の統合健康学校 (School of Integrated Health) とが連携して開発し、最近立ち上げられた CAMEOL データベースがある。これは、相補・代替医療の情報をより広く利用できることを目的にしたものである。また、RCCM の具体的な目標と現在の活動は、①研究成果の普及、②適切な研究の簡素化、③CAM と従来の医療の関係の探究である。また、皇太子統合医療財団では、人々が安心と質の高いケアを、相補医療の専門家から受ける必要があると考えている。それを確保するための 1 つの方法は、これらの専門職の基準を設定し、医療過誤の場合には行動を取る規制機関の設立を支援することである。皇太子統合医療財団は政府と共に、主な相補的治療の範囲において、相補・代替医療の専門職の規制の枠組みを確立するための支援に取り組んでいる。

3. フランス

フランスにおける相補・代替医療の現状は次の通りである。フランスではホメオパシーとハーブの健康ケア製品に人気がある。相補・代替医療の中で最も人気があるのは、ホメオパシー、鍼治療、ハーブ薬、水治療法、カイロプラクティック、タラソセラピー（海洋療法）、整骨療法、虹彩学の順である。1987 年の調査では、主に一般開業医の医師の 36 % は、医療行為において少なくとも 1 つの相補・代替医療を使用している。相補・代替医療を使用している医師の内 5.4 % は相補・代替医療だけを使用し、20.7 % は頻繁に使用し、72.8 % は時々使用していた。社会保障制度は、医師が医療行為において相補・代替医療を用いることを、「特殊なタイプの治療を行う医師 (MEP)」として

認めており、全ての医師に適用されている。1993 年には、医療全体の 6.2%が MEP として登録された。MEP の 30%は鍼治療を提供している。20%はホメオパシー治療を提供している。さらに、フランスでは5万人の医師以外の施術者が相補・代替医療を提供していた。フランスには約390人のカイロプラクティックの施術者が治療を行っている。2,000 人～4,000 人の キネシオセラピスト(運動機能療法士)がいる。ある調査では、49%の人がアンケートに回答し、その内 53%の女性と 44%の男性で少なくとも 1 回相補・代替医療を利用し、16%は前年中に利用していた。相補・代替医療は 35 歳～45 歳の間で最も人気があり、この年齢層の人々の 59%が相補・代替医療を利用していると報告された。組織の幹部や学識経験者の 68%は相補・代替医療は利用しており、中間管理職や中堅の専門家の 60%や農家の 40%と比較し、最も相補・代替医療の利用率の高いグループであった。これらの調査は、軽症な疾病(49%)、慢性的な症状(54%)、重篤な病気(3%)、疾病予防と健康的なライフスタイルの推進(17%)のために相補・代替医療を利用していると報じた。相補・代替医療を利用している患者の 70%が軽症の疾病に効果があると考え、65%は慢性疾患に効果がある、9%は重篤な病気に効果があると考えている。11 %の患者のみが、相補・代替医療は軽症の疾病の治療には効果がないと考え、15%は慢性疾患には効果がない、38%は重篤な病気には効果がないと考えていた。フランスには相補・代替医療の専門家と患者のための多くの組織が存在する。

フランスにおける相補・代替医療の教育と訓練は次の通りである。近代西洋医学以外の施術者に相補・代替医療を教えることは許可されている。相補・代替医療の学校や課程の数は最近増加しているが、それらの質は種々多様である。しかし、私立学校は、その学校の卒業生に卒業証書を発行しないことがある。1880 年 3 月 18 日の法律第 4 条では、国のみがこの効力を保有している。カイロプラクティック認可に対する近代西洋医学の医学界の反対にもかかわらず、1953 年 2 月 11 日の法令は、医学校にカイロプラクティックの編入を促した。しかし、法令は適用されておらず、カイロプラクティックはフランスの医学校で一度も教えられたことがない。事実、フランスではカイロプラクティックの治療は違法である。それにもかかわらず、カイロプラクティックの学校が存在する。ボビグニー大学は、1982 年に自然医学部を設立した。それ以来、鍼療法、ホメオパシー、フィトセラピー、整骨療法、耳介療法、自然療法、オリゴセラピー、メソセラピーで卒業証書を与えている。1990 年に、自然医学の大学卒業証書(フランス政府医師指令によって公認された大学間証明につながる訓練)は、鍼療法と整骨療法のために作成された。ホメオパシー検定の公認は、考慮中である。フィトセラピーは既に薬局での訓練に組み入れている。しかし、これらの療法は医療専門職であるとは考えられていない。医学専門職として認識を得るためには、近代西洋医学の専門職に適用されている評価基準に従い規律を教えなければならないし、訓練は、終日であり、臨床実習の期間も含むべきである。外国の学校で修業する近代西洋医学以外の施術者もいる。例えば、キネシオセラピストや理学療法士が、通常提供するカイロプラクティックの治療は、英国かドイツで訓練されている。

フランスにおける相補・代替医療の保険の範囲は次の通りである。フランスでは、近代西洋医学の医師が相補・代替医療を提供する限り、社会保障と民間保険は相補・代替医療はそれらを還付

する。社会保障は、公認医師によって書かれたホメオパシーの処方箋とカイロプラクティック、医学的植物療法の診察、認定されたキネシオセラピストによる相補・代替医療の施術セッションを含む特定の医療活動や医薬品を還付する。MEP 医師によって行われる鍼治療は還付され、MEP 医師であれば、近代西洋医学の診察に関する規則に即し、供給される。

フランスにおける鍼灸の現状は次の通りである。2001 年の時点で、フランスでは約 6,000 人の医師が、鍼治療に従事している。そのうち、フランス鍼灸師協会に所属する者は、約 2,000 人である。フランスでは、法律上、鍼治療の施術は医師のみに限定されている。医師でない者が鍼治療を行うのは違法行為である。しかし、実際には医師資格なしに鍼治療を行っている者(マッサージ師など)が多く存在する。パリには、東南アジアや中国出身の移住民が多数住んでおり、その中には非公認の鍼師が少なくないと推測されている。都心の病院で鍼治療を行う医師は少数で、大半は開業した医師が自分尾診療所で行われている。鍼治療を行っている医師のうち、鍼療法だけを実践している医師は約 10%である。1986 年、フランス当局は伝統的な鍼治療と鍼師の職業を公認する方向性を示したが、フランス医学アカデミーと医師会により拒絶されている。1990 年以降、医師が鍼治療を専門として開業する為には 9 ヶ所の大学で共通の免許が必要とされている。鍼治療は法的に認可されているが、現行の医学の専門の一分野としては認知されていないのが現状である。2002 年に欧州共同体が発足以来、様々な分野での法的規制の共有化が進められており、今後は鍼灸においても将来的に何らかの統一が見られるかも知れない。鍼治療の学術や専門職団体としては、鍼灸治療を行っている医師で構成するフランス鍼灸師協会がある。ここでは、近代西洋医学の中に鍼治療を統合される目的で、鍼治療のランダム化比較試験に取り組み、鍼灸の科学的根拠の研究を行っている。フランス人医師、ポール・ノジエによる生理解剖学的見地から記した「耳介神経刺激の研究」が、鍼治療の分野では、世界的に有名である。そのため、フランスでは耳鍼の臨床と研究が行われている。フランスの一般内科医と鍼灸師との経済的な関係を見比べると、平均的に、鍼灸師は年間約 6,000 回、一般内科医は約 4,000 回の診療を行うが、鍼灸師の場合は、余分な近代西洋医薬や検査を余り使用しないため、一般内科医と比較して、年間の医療費が少なく済むといわれている。

4.ドイツ

ドイツにおける相補・代替医療の現状は次の通りである。1992 年に、ドイツ連邦政府研究技術省と Witten/Herdecke 大学が共同で、相補・代替医療に関する大規模な世論調査を行った。その報告では、近代西洋医学の医師の 4 分の 3 は相補・代替医療を使用し、疼痛治療の 77 %で鍼治療が行われていた。また、1994 年には、1 万～1 万 3,000 人の相補・代替医療の施術者と専門家団体に所属している 8,000 人のハイルプラクティカー(治療師)が存在していた。約 40 人のカイロプラクティックの施術者が、ドイツで治療を行っていた。1992 年には、2,000 万人の患者が相補・代替医療を利用していた。最も頻繁に利用される相補・代替医療で、人気があるのは、ホメオパシー(27.4%の患者が利用)、鍼(15.4%)、プロカイン注射療法、カイロプラクティック、オゾン・酸素療法、ハーブ薬、体液病理学、マッサージ、細胞療法であった。1992 年の世論調査では、人口の

20%～30%が相補・代替医療を利用し、人口の 5%～12%が前年の間に相補・代替医療を利用していた。相補・代替医療は男性よりも女性に人気があった。ほとんどの相補・代替医療は、18 歳～65 歳の年齢で、教育のレベルが比較的高いとされる人々が利用していた。ほとんどの場合、患者は最初に近代西洋医学の治療を受けていた。ドイツには相補・代替医療関連の団体や施術者が多数存在していた。また、1994 年に英国の王立ホメオパシー病院の Peter Fisher と Adam Ward により BMJ に掲載された論文 (Complementary medicine in Europe.) では、ドイツ国民の 46%が、何かしらの相補・代替医療を利用していると報告している。さらに 2006 年のハイデルベルグ大学の Joos S らの論文 (Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with inflammatory bowel disease.) では、炎症性腸疾患の患者の 52%で相補・代替医療が利用されていたと報告されている。2009 年 3 月の最新の Joos S らの論文 (Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey.) では、相補・代替医療に対する家庭医の対応が調査されている。この調査研究では、無作為抽出されたドイツの家庭医 3,000 名に対して質問票を郵送し、後日、葉書を同封したリマインダーレターが未回答の医師に再送された。家庭医 3,000 名の内、質問票の回収率は 34%(1,027 名)、葉書の回収率は 15%(444 名)であった。1,471 名の回答者のうち、886 名(60%)の家庭医が、日常診療の中で相補・代替医療を利用していた。相補・代替医療に対してポジティブな態度を示した家庭医は 503 名(55%)、どちらかといえばネガティブな態度を示した家庭医は 127 名(14%)であった。家庭医によって最も効果的とされた相補・代替医療は、カイロプラクティック、リラクゼーション、ニューラル・セラピーであった。家庭医による診療で最も用いられる相補・代替医療は、ニューラル・セラピー、フィットセラピー、鍼治療の順であった。以上の調査データから、ドイツでは相補・代替医療が家庭医の間で受け入れられ、プライマリケアの日常診療において、相補・代替医療が広く利用されていることが判明した。

ドイツにおける相補・代替医療の教育と訓練は次の通りである。標準カリキュラムの一環として、近代西洋医学の医学校では、相補・代替医療に関する知識を学生に試験しなければならない。また、学生は相補・代替医療を大学院での専門として選択することができる。ハイルブラクティカー候補者は、教育訓練期間と教育内容の質が違いのように、幅広く多様な教授法による資格試験に合格するための標準化された訓練をする必要はない。最近の世論調査では、僅か 10%のハイルブラクティカーだけが、どんな形の訓練もしておらず、88%では、1 年～4 年の形で訓練をしていた。ドイツ連邦ハイルブラクティカー協会では、免許取得を希望する人のために、29 の都市で訓練を組織化して行っている。この訓練の一部は、3 年か 350 時間の修業年限である。ドイツでは、「ホメオパシー専門医師」という称号が法的に保護されている。医学会議所は 3 年間の研修プログラムの後に、この称号を与える。ホメオパシーの教授の高度な義務研修コースは、定期的に行われている。公的なホメオパシーの教育契約は、ベルリン、デュッセルドルフ、ハノーバー、ハイデルベルグの医学部にある。地域認定機関からの学位を有するカイロプラクターは、「カイロプラクティックの医師」の称号を用いることがある。

ドイツにおける相補・代替医療の保険の範囲は次の通りである。ドイツでは、公的保険と民間保

険は同じ種類の適用範囲を提供している。双方は現在、いくつかの相補・代替医療への還付の適用範囲拡大に向けて動いている。還付を得るための憲法上の権利が何もないにもかかわらず、社会保険と民間保険の両方で、次の 4 つの範囲を相補・代替医療の適用とする決定を下した。①特定の病気の治療や痛みを減少させるために、近代西洋医学の治療が何も利用できない場合、例えば、多発性硬化症やある特定の形質の癌において、因果関係が未知である場合でも、治療方法が科学的に認知されるか否かに関係なく、治療に少しでも勝算があるのなら、相補・代替医療の使用は還付される。②因果関係が分かっているが、どんな近代西洋医学の治療も利用できない場合、相補・代替医療への償還請求は容認され、その因果関係による僅かな成功の機会が与えられる。手当は、先の近代西洋医学の治療が失敗している時、同様の治療が行われる。③近代西洋医学の治療と相補・代替医療の治療の両方が利用可能な場合は、近代西洋医学の治療は患者に対し、一般的にまたは特定の副作用や危険性があるため、相補・代替医療の使用は還付される。但し、この場合、治療の危険性と費用対効果のバランスをとる必要がある。④患者の自由において、安全な近代西洋医学と非近代西洋医学の治療法があれば、患者は安価な治療法を選択することができる。社会法典の条項 92 al. 1 と 135 al. 1 により、人智医学と植物療法、ホメオパシーの製品は還付され、還付されるためには、実験的治療は、広範な条件において役に立ち安全であることが認識されなければならない。民間保険会社の中には、ハイルプラクティカーによって提供された科学的に認められない治療であつても、その有効性を完全に否定することができなければ、還付するものもある。

ドイツにおける相補・代替医療の定義と特徴は次の通りである。ドイツでは相補・代替医療の公的な定義は存在しない。また、ドイツの医療システムにおいては“school medicine”と呼ばれる、所謂従来の近代西洋医学が主流であり、相補・代替医療を含む「統合医療」という言葉も余り知られていない。しかし、主流の近代医学による医療においても、医師による疼痛管理や治療の 7 割以上で、従来の医薬品による治療以外に、鍼治療や徒手療法などの相補・代替医療も用いられている。また、認知症改善に効果があるとされているイチヨウ葉エキスは、医師の処方する医薬品として認可されているほか、ナチュロパシー(自然療法)、ハーブ療法、ホメオパシーなどが積極的に利用されている。さらに、医学生は相補・代替医療の知識は必修となっており、医師国家試験にも相補・代替医療の問題が出題されている。医師会が医学校卒後の生涯教育による専門医追加資格の認証を得る際、政府が認める専門科は 23 種あるが、その中には近代西洋医学の専門科以外にホメオパシーなども含まれている。現在ホメオパシー専門医は約 6,000 人、自然療法専門医約 1 万人いると言われている。ドイツで相補・代替医療全般を提供できるのは、医師とハイルプラクティカー(治療師)であるが、薬剤師には薬剤師の追加資格としてホメオパシー専門薬剤師が存在する。ドイツでは相補・代替医療が国民だけでなく医療従事者にも浸透している。ドイツは、主要先進国や欧州の中でも最も相補・代替医療が活用されている国でもある。ドイツには、相補・代替医療を行うドイツ独自の職業として、ハイルプラクティカー(治療師)が存在する。ハイルプラクティカーとは、「治療士法」(1939 年制定)により規定されている、「医師の免許なくして営業的に診療行為を行う職業」のことである。治療師が施す治療方法の範囲は広く、職種の具体的な定義はない。例えばホ

メオパシー、中国伝統医学(TCM)、指圧、鍼灸治療などの職業もハイルプラクティカーとされている。但し、歯科領域とレントゲン撮影などを行うことはできない。ドイツ各地にハイルプラクティカー養成校が存在し、それぞれの養成校によって、ホメオパシーや植物療法の教育が充実しているところや中国の伝統医学である中医学や鍼治療の教育に長けているところなどの特色がある。ドイツにおける医師以外の鍼灸治療者の教育を担っているのも、これらハイルプラクティカー養成校である。一般的に、どの養成校を卒業したかにより、そのハイルプラクティカーの能力も計られているようである。養成校の修業年限は各校によって違う。養成校を卒業後、管轄区の下級行政官庁が保健所との合意で免許を与えている。ハイルプラクティカー連盟に加入しているハイルプラクティカーは現在約 2 万人であるが、強制加入ではないため実際には、かなり多くがハイルプラクティカーの免許を取得していると予想される。ハイルプラクティカー連盟には、「医薬品委員会」「鑑定委員会」「料金委員会」などがあり、ハイルプラクティカーの営業基準や料金の統一化に努めているが、ハイルプラクティカーには法的規制がないため、この業界の全体像は不透明である。因みに、ハイルプラクティカー(治療師)の各種療法のおおよその利用料金は、呼吸器治療とマッサージ(8~35.50 ユーロ)、鍼灸治療(5.20~26 ユーロ)、カイロプラクティック(10.5~19 ユーロ)、泥土パック(8~15.50 ユーロ)、超音波療法(5.5~15.5 ユーロ)である。また、ドイツにおける鍼治療には、次の 3 つの特徴がある。①鍼灸の資格:鍼灸術を許可されているのは、医師、ハイルプラクティカー(治療師)、助産師の 3 職種である。助産師は病院の産科で分娩時にのみ鍼を用いる。日本のようなはり師、きゅう師という公認された資格を持つ鍼灸の専門職はドイツには存在しない。②鍼の保険診療:私的疾病保険金庫(Die private Krankenkasse)の給付対象に一部なっている。また、ハイルプラクティカーと助産師の鍼治療は公的疾病保険金庫(Die gesetzliche Krankenkasse)による保険給付の対象となっている(2003 年時点)。③鍼灸の学術団体:ドイツの鍼灸の学術団体としては、ドイツ鍼・神経治療協会(DGfAN: Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie e.V.: German Society for Acupuncture and Neuraltherapy. <http://www.dgfan.de/>)やドイツ鍼医師協会(DÄGfA: Deutsche Ärztgesellschaft für Akupunktur : German Medical Acupuncture Society. <http://www.daegfa.de/>)のような団体がある。DGfAN の正会員は医師、歯科医師、獣医師、及び自然科学系の研究者である。

5. スウェーデン

スウェーデンにおける相補・代替医療の現状は次の通りである。1989 年の調査では、成人の 20 %が相補・代替医療を利用していた。患者は相補・代替医療を利用している患者の 40%は、政府の国民健康サービスに満足できないため、相補・代替医療を選択したと述べている。相補・代替医療を利用している患者の 70 %は、相補・代替医療を通じて健康が増進され病気が治癒したと述べたが、1%は健康が悪化したと述べた。カイロプラクティックはスウェーデンで最も一般的に受診される相補・代替医療である。人口の 13%が少なくとも 1 回、130 人いるカイロプラクティックの施術者を受診している。次に相補・代替医療で最も人気があるのはホメオパシーで、相補・代替医療の受診の 4%を占め、鍼治療、ナチュロパシー(自然療法)、生薬の順であった。また、2005 年に発

表された、スカンジナビア半島諸国(ノルウェー、デンマーク、スウェーデンの首都ストックホルム)の相補・代替医療の利用状況の調査では、スカンジナビア半島諸国を横断した電話調査の結果から、スウェーデンの首都ストックホルムでは 49%の人が相補・代替医療を利用していると報告されている。相補・代替医療の中でも、ストックホルムで最も人々が活用しているのはマッサージ(57%)、次いで自然治療薬(42%)、カイロプラクティック(30%)、鍼治療(26%)、ナブラパシー(21%)、リフレクソロジー(9%)、ホメオパシー(7%)、ヒーリング(4%)、人智医学(3%)、ローゼン・セラピー(2%)、キネシオロジー(2%)、クリスタル・セラピー(1%)の順であった。ストックホルムでは、ノルウェーやデンマークと比較して、鍼治療の利用率が 2 倍以上であった。過去一年以内の相補・代替医療の利用については、ストックホルム(20%)であった。ストックホルムでは、相補・代替医療の利用に男女の差は少なかった。ストックホルムの相補・代替医療を最も利用している年齢層は 30 歳～59 歳で、教育レベルの高い人々であった。スウェーデンには 103 の承認された自然治療薬があるが、どれも国家の必須医薬品リストに含まれていない。1980 年に、副作用のモニタリングを含んでいる市販後調査システムが、初めて自然療法に適用された。スウェーデンでは、自然治療薬は卸売業証明書をもっていれば誰でも販売することができるが、それらは薬局だけで販売されているのではなく、スーパーマーケットや通信販売などでも販売されている。1999 年の自然治療薬の年間売上高は、9 億 8,000 万スウェーデンクローナ(1 億 2700 万 USドル)で、2000 年と 2001 年には、11 億クローナ(1 億 4,300 万 USドル)で、2002 年と 2003 年には、およそ 10 億クローナ(1 億 3,000 万 USドル)であった。

スウェーデンにおける相補・代替医療の教育と訓練は次の通りである。今日、スウェーデンで働いているホメオパシーの施術者の数は増加しており、その大部分は民間の団体で教育されている。この教育は、様々な側面で、近代西洋医学の医師の教育に対応している。ホメオパシーのトレーニングを提供している 3 つの私立学校がある。また、ウプサラ大学では教授によって教授される 4 年制の基礎医学コースがある。カイロプラクターは、スウェーデンに 21 ある医療専門職の 21 番目として公認されているが、どんなスウェーデンのカイロプラクティックの訓練プログラムも公式には認められていない。そのため、現在、登録されている全てのカイロプラクターは、海外の養成機関で訓練してきている。但し、ストックホルムのスカンジナビアカイロプラクティック大学で訓練されたカイロプラクターは、公認された施術者に含まれた形で施術を行っている。

スウェーデンにおける相補・代替医療の保険の範囲は次の通りである。近代西洋医学以外の施術者がスウェーデンで患者を治療する際、それらの治療に対する医療システムからの償還はない。近代西洋医学の医師によって提供された鍼治療だけが、社会保険によって、部分的に償還される。相補・代替医療に関する委員会は、相補・代替医療の施術者による治療に対する償還を提案しなかった。

スウェーデンの公的機関での相補・代替医療の取り扱いは次の通りである。スウェーデン政府には、現在のところ相補・代替医療に関する国策や法、規則、国家計画はない。また、それらを確立する計画も今のところはない。現在、相補・代替医療に対応する非国営の事務局や専門委員会、国立の研究所がある。しかし、相補・代替医療への関心が高まる中、1989 年に議会の委託による

代替医療に関する委員会 (Commission on Alternative Medicine: CAM) の報告書が出され, 「誰でもその必要とする形態・方法の治療を選ぶ自由がある」ことを強調されるとともに, 代替医療に関する現状調査や評価などが示され, また「患者の自由の拡大と医師による独占の緩和が患者及び科学の今後の発展の双方にとって恩恵をもたらす」とされた。さらに 1996 年には別の委員会 (Swedish Commission on Competence) の報告書が出され, 「1 年以上の訓練期間をもつ相補・代替医療従事者のグループの創設と, それらが国家医療福祉委員会に登録されること」が提言された。これらの動きを受けつつ, 相補・代替医療の位置づけや政策のあり方について模索が行われている状況にある。

スウェーデンにおける相補・代替医療の学術機関は次の通りである。スウェーデンで統合医療や相補・代替医療を学術的に研究している機関の一つに, カロリンスカ研究所のオッシャー統合医療センター (OCIM) がある。オッシャーセンターは, 米国のオッシャー財団の寄付により設立された。オッシャーセンターは世界に三ヶ所在り, 他の 2 つは米国のカリフォルニア大学サンフランシスコ校 (医学校) とハーバード大学 (医学校) にある。何れも相補・代替医療や統合医療を科学的に研究する目的で, 米国のオッシャー財団から資金援助を受け, 運営されている。カロリンスカ研究所のオッシャー統合医療センターでは, 「統合医療は, さまざまな分野と確立された医療を補完する伝統医学から根拠に基づく知識の開発や確立を通して, 健康増進と疾病の駆逐を目的としている」としている。統合医療では, 高い水準の科学的証拠と評価が伴えば, 従来の医療は相補・代替医療の治療法や知識と組み合わせることができると考えている。そこでは, 厳密な科学的方法を, 相補・代替医療のメカニズムや治療効果, 効率, 社会における利用を評価するために用いられ, 研究されている。特に心理学的視点を肉体的で精神的な幸福の決定因を精査するために用いている。偽薬のメカニズムや疼痛経験, 自己健康観に重点をおいた基礎科学の研究を中心に行っており, 主に疼痛として拡散する疾病の症状に焦点を当てた治療に関する応用研究も行っている。オッシャー統合医療センターでは, 主に「心身医療」に関連するもの, 例えば疼痛や不眠などの心理的な治療法などを扱っている。その治療法は他に主要な治療が確立していない領域に関連するものである。全ての患者の治療は, 研究計画で行われ, オッシャー統合医療センター独自の臨床は行っていない。具体的に, 現在行われている研究には, 「ライフスタイルと風邪」(ライフスタイル要因と上気道感染症に対する感受性の Web ベースの研究: Web-based study of lifestyle factors and susceptibility to upper respiratory tracts infections) と「電気鍼治療」(ランダム化比較試験による, 多嚢胞性卵巣症候群における代謝や免疫, 内分泌, 心理的機能に関する電気鍼治療と物理的運動療法の評価: Evaluation of electro-acupuncture and physical exercise on, metabolic, immunological, endocrine and psychological function in polycystic ovary syndrome, a randomized controlled trial) などがある。また, オッシャー統合医療センター以外のカロリンスカ研究所内の他の部署でも統合医療や相補・代替医療の研究が行われている。特に Torkel Falkenberg 教授が統括する看護学部 of 統合医療研究部門 (Unit for Studies of Integrative Health Care) では, 年間 200 万クローネの研究費が付き, 10 人が統合医療及び相補・代替医療の研究に従事している。看護学部の統合医療研究部門では, オッシャー統合医療センターのような心身医療に関わる基礎研究で

はなく、主に統合医療や相補・代替医療の臨床応用研究や社会医学的研究を行っている。現在、スウェーデンでも統合医療や相補・代替医療の費用対効果が注目されており、統合医療や相補・代替医療の医療経済学的研究を含めた研究計画を進めている。また、ルンド大学やスウェーデン農業大学などの大学や研究機関でも相補・代替医療の研究が行われている。

スウェーデンにおける鍼灸の現状は次の通りである。スウェーデンでは、相補・代替医療の医療現場での臨床応用として、理学療法士と看護師による疼痛管理や緩和医療での鍼治療の使用が公的保険で認められている。但し、医師は法律上、鍼治療を行えるが、現実の臨床現場で鍼治療を行っていない。何故なら、医師が行う鍼治療は、スウェーデンの国民健康保険の適応となっておらず、また、医療システム上、日本の様にスウェーデンには自由診療や混合診療が存在しないからである。スウェーデンの医療体系は近代西洋医学が中心ではある。スウェーデンの医療システムにおいては“school medicine”と呼ばれる、所謂従来の近代西洋医学が主流であり、近代西洋医学の医師は、大学で近代西洋医学のみ教育される。医師は養成段階で公的に教育されなかった近代西洋医学以外の治療法を日常の臨床に用いてはならないことになっており、また、スウェーデンの国民健康保険にかかわる医療制度上、スウェーデンの殆どの病院が県と契約している公的医療機関であり、スウェーデンの殆どの医師はそれらの機関に所属しているため、公務員でもある。そのため、大学の公的医学教育で教授されない鍼治療を含めた相補・代替医療のような公的に認められていない治療法を公的医療機関で行うことは違法となる。スウェーデンの医師の職能集団では、医療行為の公正性を互いに監視しており、仮に、“school medicine”で教えられていない治療行為を日常の臨床で行う医師がいれば、その医師は医師仲間からの告発を受ける。

IV. 海外の統合医療モデル

各国における現実の医療は、近代合理主義を基盤とした近代科学による知識や技術の集積のみならず、各国や民族特有の文化や習慣にも影響を受けて存在している。医療と一口に言っても、各国共通の部分もあるが、国によって其々特徴がある。それは統合医療においても同様である。

現在、世界共通の統合医療の定義は存在しない。それ故、日本は日本特有の文化や習慣に根ざした、日本独自の統合医療モデルの構築を行う必要があり、その中で日本の鍼灸の在り方を考えることが必要であるが、これまで近代西洋医学を正統派医療としてきた欧米諸国においては、伝統医学や相補・代替医療の研究は盛んに行われているが、臨床実践において、今のところ参考とすべき注目に値する統合医療の実践モデルは余り存在しない。むしろ、自国の伝統医学を医療政策に取り入れてきた歴史と経験を有するアジア諸国において、近代西洋医学と伝統医学を取り入れた幾つかの試みが行われてきたが、特に 2000 年以降、注目すべき統合医療モデルが出現してきている。その中でも、特に以下に紹介する韓国とインドでの統合医モデルの試みは、今後、日本でも日本独自の統合医療モデルを摸索、構築する際の参考になるものと考えられる。

1. 韓国の統合医療モデル

韓国では長年、近代西洋医学の医師と韓医学の医師は対立関係にあり、互いに交流を避け、

其々が別個に臨床に当たっていた。近年、韓国におけるバイオテクノロジー産業の旺盛と共に、バイオテクノロジーの技術応用対象の一つとして韓医学が注目されるようになると、近代西洋医学の医師と韓医学の医師のお互いの歩み寄りもあり、共同参画事業が始まるようになった。その最たるものが慶熙大学校の試みである。

慶熙大学校は、東西医学の協同作業に不可欠な調和に沿って、医学の新しいモデルを導入する先駆的役割を担っており、東洋医学の全体的な見方と生命と医学に対する西洋科学の分析的で還元的な手法を調和させることにより、新しい医療モデルを創造し、新たな健康概念の再確立と共に、人間指向の医療文化を創出し、生活の質を向上させることを基本方針とし、それを任務としている。

慶熙大学校では、1971年10月、近代西洋医学の病院と東洋医学(韓医学)の病院、そして歯科医学の病院を含めた医療センターを開設した。しかし、同年4月、「第3の医学」を創出する目的の下、東西医学研究所を設立した。1999年、東西医学センターが設立され、医療サービスの提供を始めた。2006年、697病床の新たな医療センターを設立し、それを慶熙大学校医療院東西新医学病院(Kyunghee University East-West Neo Medical Center)と命名し、法律で認められている妥当性ある治療の提供を可能にしている。

慶熙大学校医療院東西新医学病院は、ソウル市内郊外に位置し、現在は800床の臨床ベッドを有する。韓国で統合された治療とは「組み合わせの医療」であり、慶熙大学校医療院東西新医学病院では、近代西洋医学と韓医学を統合したワンストップ型の医療サービスの提供と近代西洋医学と韓医学による統合治療の研究を行う、韓国で最初で唯一の近代西洋医学の医師と韓医学の医師による大学病院であり、韓国の伝統的医療資源である韓医学の科学的評価手法の確立と統合医療推進の中核拠点としての役割を担っている。

慶熙大学校医療院東西新医学病院では、韓医学部門と近代西洋医学部門が連携し、先端医工学技術である生体機能計測法などを活用し、疾病の治療及び予防・診断分野において、各疾病の予防と予後のための韓医学(鍼灸や韓医薬;高麗人參や補薬など)の科学的効能のエビデンスの収集と分析を行っている。さらに韓医学独特の身体観に基づく診断理論(太陽人・太陰人・少陽人・少陰人の四象体質論)による診断治療法を各疾病の予防及び治療、予後に融合させることにより、韓国独自の先端技術と(伝統的)医療資源を統合させた疾病の予防・予後医療の方法論の構築を試み、医工学などの先進科学技術も用い近代西洋医学と韓国医学の統合医療的アプローチの研究をすすめている。また、2009年、慶熙大学校東洋医学病院では、灸や気功、腸洗浄、燻蒸療法、経絡マッサージを用いた自然療法センターを開設した。

慶熙大学校では、統合医療のビジョンを実現するために、患者満足に対し高品質な医療サービスを提供する理想的な東西協同臨床(EWCC)モデルを開発しており、韓医学や近代西洋医学、自然科学、人間性を含む多岐に渡る分野に研究の協力と努力をしており、関連の基礎研究では、より卓越した、より効果的な統合のための方法を摸索している。また、東西協同臨床モデルを開発するための通信ネットワークやシステムの改良、運営戦略図の作成、草薬の相互作用に関する研究、韓医学理論の現代的解釈、関連データベースの構築など、研究基盤の土台に必要な一連の

継続的活動を通し、よく考え抜かれた、堅固な基盤の構築を行なっている。統合医療の目的は、全ての人々の利益のために達成されるべきことであり、新しい医学のための慶熙大学校の試みは、西洋と東洋の両医学の調和的共生のための共通基盤の創出を行なっている。

2. インドの統合医療モデル

インドでは長年、近代西洋医学の医師とインドの伝統医学の医師は相互に余り交流をすることがなく、其々が別個に臨床に当たっていた。

一方、近年、欧米先進国で受けられる殆どの近代西洋医学の治療を、インドにおいて欧米の 6 割から 7 割の費用で、欧米と同等の質で高度な医療を受けることができるメディカルツーリズムがインドでは盛んである。1 日に 100 件の心臓の冠状動脈バイパス手術を処理できる機能と規模の医療機関が、インドの主要都市に建設され、少なくとも年間 15 万人とも言われる海外からの患者を盛んに受け入れている。

インドでは年々循環器系疾患が増大しており、インドにおける最新の循環器系疾患の外科手術の技能を持ち、長年、循環器系疾患の外科手術に携わってきた、インドのメディカルツーリズムの立役者であり、草分け的存在である心臓外科の医師が、数年前からインド政府保健家族福祉省の一部門で、伝統医学を管轄する政府機関である AYUSH 局直属のインド国立ヨガ研究所と共同研究を行い、循環器系疾患の予防と予後に対するヨガの効果を検証してきた。そこで得た知見から、近代西洋医学の医師とインドの伝統医学であるアーユルヴェーダの医師らとが協力し、近代西洋医学の最先端の技術とインドの伝統的医療資源の知見を用いた、臨床の実践と研究開発を行う MediCity のプロジェクトが進められている。

MediCity のプロジェクトは、MediCity が所在する州政府や市の支援を受け、米国の大手医療機器メーカー及び投資ファンドから約 350 億円の資金を得て 2008 年 7 月に第一次フェーズが開設された、首都デリー郊外で進められている都市開発プロジェクトでもある。1,500 床を超える臨床ベッドを有し、近代西洋医学の医師 1,000 名、伝統医学の医師 50 名、看護師 2,000 名、循環器系の専門科を含む 20 の特別専門科と 45 の手術室を完備した最新鋭の臨床施設兼研究機関であり、医療滞在型の宿泊施設や医科大学、コメディカル大学などの教育機関も併設した、近代西洋医学とインドの伝統的医療資源による統合的治療の実践と研究開発を行う、インド最大の近代西洋医学とインドの伝統的医療資源による統合的な臨床と研究を行う大規模複合型臨床サービス・研究開発拠点であり、インドの伝統的医療資源の科学的評価手法の確立と統合医療推進の中核拠点としての役割を担うことになる。

MediCity は循環器系疾患の部門において、循環器疾患の予防・診断分野における先進医工学とインドの伝統医学の統合医療的アプローチの研究をすすめている。先端技術である生体機能計測法などを活用するとともに、ストレスによる脳・循環器系疾患の予防と予後のためのインドの伝統医学(ヨガやアーユルヴェーダなど)の科学的効能のエビデンスの収集と分析を計画している。さらにアーユルヴェーダ医学独特の身体観に基づく診断理論(ヴァータ、ピッタ、カッパのトリドーシャ論)による診断治療法を循環器系疾患の予防及び治療、予後に融合させることにより、イン

ド独自の、先端技術と伝統的医療資源を統合させた循環器系疾患の予防・予後医療の方法論を構築しようとしている。また、インドの伝統的医療資源の1つであるヨガなどはストレスによる精神的・身体的異常に対して優れた臨床効果があるとの学術論文による報告もあり、それらの有効性のメカニズムを明らかにすることにより先端医療との融合を図ろうとしている。MediCityは、インド独自の伝統的医療資源を用いて、インドにおける統合医療のモデルの構築を目指している。

V.生物遺伝資源、伝統的知識、文化資源、知的財産の問題

各国の伝統医学の多くは、自然界に存在する植物や動物、鉱物を素材とした薬を多用している。これら伝統医学における薬の素材の多くは、地球上の生物多様性による各国の生物遺伝資源に依拠していることが多い。そのため、現在、生物遺伝資源の資源国であるインドは近隣諸国と共に、中国は独自に、生物遺伝資源のアクセスと利益配分の側面から、自国の伝統医学で用いられる生物遺伝資源のアクセスと利益配分に関する基本的ルールを構築しようとしている。2010年10月に名古屋で開催される「生物多様性条約(CBD)」の「第10回締約国会議(COP10)」では、資源国と利用国による、生物遺伝資源のアクセスと利益配分の問題の攻防と駆け引きが展開され、生物遺伝資源の有用性を裏打ちする伝統的知識に関する何らかの規制の問題が議論されることになっている。

また、WHO(World Health Organization:世界保健機関)によれば、人口比率では、近代西洋医学の恩恵に預かっている者たちは先進国を中心とした世界人口の20～35%であり、世界の健康管理業務の65～80%は土着の民間療法や伝統医学の相補・代替医療に頼っているとされている。WHOでは、1980年代から伝統医学や民間療法を1次医療(プライマリーヘルスケア)に取り入れた。1990年代には伝統医学や民間療法の分類や評価、分析が本格的に始まり、それらを用いたヘルスプロモーションの試みがなされてきた。しかし、アフリカやアジア、南米などの開発途上国では、現在、先進国の企業などが、開発途上国の伝統医学や民間療法に用いられている薬草などの有効成分、診断や治療方法など、その国の伝統医学や民間療法の治療に必要な資源や知識に特許をかける知的財産(IP:intellectual properties)戦略が問題となっている。これに対し開発途上国では、伝統医学や民間療法による特許は、伝統医学や民間療法を育んできた、それぞれの国に帰属すべきであると主張している。また、WHOでは伝統医学の底上げをしようとしているが、それに伴う教育の整備や研究開発投資による伝統医学の治療費の高騰化という問題もでてきている。今後、WHOにおける伝統医学や民間療法を用いたヘルスプロモーションが発展していくかは、これらの課題をいかに解決するかにかかっている。

他方では、産業の側面から中国が国際標準化機構(ISO)において、中医学の国際標準化を試みようとしており、韓国や日本に賛同を求めているが、各国の伝統医学の存亡に関わる危険性があるとし、韓国や日本は此れに反対している。

さらに、現在、韓国は国連教育科学文化機関(UNESCO)の世界無形文化遺産に韓医学を登録しようとしている。また、中国でも同様に中医学を世界無形文化遺産に登録しようとしている。両国では、其々の伝統医学の帰属性を巡って、互いの国民の感情を刺激する争いにまで発展している。

これは言わば、両国のナショナリズムの衝突であるが、一方で国の文化を保存し、世界へ発信する重要な文化戦略をも担っており、伝統医学は文化資源と捉えている。さらにその影には、国家としての知的財産戦略上の産業資源としての伝統医学の保護と各国への伝統医学の帰属性の確保の狙いも伺える。

これらの問題は、明らかに先進国と開発途上国の経済格差や南北問題、ナショナリズムに連動している事柄でもあり、自国の医療保障および産業育成を考えるうえでも重要な課題である。しかし、今日のこれら伝統医学を取り巻く問題は、多岐の分野に渡る事柄が複雑に絡み合っており、既に医療や公衆衛生に関わる国際機関である WHO、単独で解決できる事柄ではない。WHO も含め、環境問題に関わる国連環境計画 (UNEP) や生物多様性条約 (CBD)、文化に関わる国連教育科学文化機関 (UNESCO)、食料や農業に関わる国連食料農業機関 (FAO)、産業に関わる国際標準化機構 (ISO)、知的財産に関わる世界貿易機構 (WTO/TRIPS) や世界知的所有権機関 (WIPO) の各国際機関で縦割りに議論されている生物遺伝資源や伝統的知識の事柄を総合的且つ有機的に捉え、問題解決に当らなければならない時代に突入しているのが現状である。

VI. おわりに

伝統医学の歴史を有するアジア諸国では、伝統医学に携わる臨床家や研究者は、伝統医学と相補・代替医療を明確に区別し、伝統医学が相補・代替医療に含まれることを良としない傾向があり、歴史的経緯から、日本と医療制度が類似している韓国及び台湾はもとより、中国、インド、ヴェトナムの医療体系は、近代西洋医学と伝統医学の二本立ての体制で、正規の医師として、近代西洋医学の医師と伝統医学の医師が共存する医療体系である。何れの国も、伝統医学を正規の医療として医療政策に用いている。また、各国の政府機関内に伝統医学の担当部局が設置されており、国立の研究機関や病院も設立され、各国内の伝統医学専門大学や欧米の大学や研究機関と連携して研究活動を行っている。

また、欧米諸国で自国の「伝統的医学」と言えば、正規の医科大学や医学部で教授された“school medicine”である「近代西洋医学」であり、欧米諸国では基本的に近代西洋医学を基に、医療制度や教育制度の設計が成されており、伝統医学は相補・代替医療の一部として捉えられている。

相補・代替医療が欧米の主要先進国、特に米国や英国で興味を持たれているその要因には少なくとも次の 3 つが挙げられる。①急性期疾患から慢性疾患中心の疾病構造の変化により、治療から予防・健康増進へと医療の潮流が大きく変化していること。②各国の医療費の高騰や医療財政の悪化。③産業としての「保健・医療・福祉」を考えた時、臨床および予防医学や健康増進において、相補・代替医療が秘める経済的可能性への期待である。

また、世界的にも予防や健康増進の側面から相補・代替医療の研究に興味を持たれており、そこから将来的な自国の医療費削減や産業創出による知的財産戦略の一環として、伝統医学の研究や統合医療モデルの模索が行われており、特にアジア諸国においては、国民の福祉と経済発展のための独自の資源として、医療資源及び知財産資源の両側面から伝統医学が注目、見直

され、医療・産業・科学技術政策に積極的に活用されている。近年の韓国における慶熙大学校医療院東西新医学病院やインドの MediCity の統合医療モデル構築の試みは、正に伝統医学を医療資源と捉え、国民の医療と福祉のために、近代西洋医学と共に活用し、新たな医療サービスとその方法論を開発し、提供する試みである。勿論、各国特有の伝統医学の教育システム、制度及び医療構造によるところは大きい、世界的にも統合医療モデルの模索が行われている現在、これらの統合医療モデルは示唆に富んだ試みである。

日本でも、2010 年 1 月に日本政府の要請で、厚生労働省内に医政局主管で「統合医療」推進のためのプロジェクトチームが発足したが、日本の医学界や行政には、統合医療や相補・代替医療に未だ関心を持たない者も多い。その原因としては、日本の医学界に医療に対する費用対効果の考え方、つまりコスト意識が希薄なことから、統合医療や相補・代替医療への認識がまだまだ浸透していないことがある。また、日本の行政は医療のコストに強い関心を持っているが、統合医療や相補・代替医療に対する認識は、日本の医学界同様、希薄であることが挙げられる。そのため、両者とも相補・代替医療を自国の医療資源とは認識しておらず、現行医療である近代西洋医学による医療サービスの範疇でのみ日本の医療サービスや制度、政策をこれまで考えてきたのが現状である。正にこの点が欧米の主要先進国である米国や英国、他のアジア諸国と日本との医療資源に対する意識と認識の差異でもある。

WHO では 1980 年代から開発途上国における伝統医学のヘルスプロモーションへの応用を試みている。しかし、産業的には、生物遺伝資源や伝統的知識の知的財産の側面から、伝統医学が国際標準化機構 (ISO) や国連環境計画 (UNEP)、生物多様性条約 (CBD) で議論され、各国のシリアスな攻防と駆け引きが展開されている。しかし、伝統医学を取り巻く問題は、多岐の分野に渡る事柄が複雑に絡み合っており、伝統医学に関する生物遺伝資源や伝統的知識が各国際機関で縦割りに議論されており、それらを総合的且つ有機的に捉え、問題解決に当らなければ成らない状況である。これらの問題は、先進国と開発途上国の経済格差、南北問題に連動している事柄であり、自国の医療保障および産業育成上の重要な事柄である。

今後、日本の統合医療や相補・代替医療の市場は、次に挙げる 10 の要因によって、ますます拡大していくことが予想される。その要因とは、①超高齢化社会に伴う健康志向と QOL (quality of life) の追求、②医療費の高騰、③生活習慣病の増加、④現行医療制度における近代西洋医学の病院診療への不満、⑤少子化に伴う就労人口の減少による医療財源の不足、⑥セルフメディケーションの浸透による健康への自己責任と生活習慣病の予防、⑦度重なる食品の安全性の問題や環境汚染による自然志向の増長、⑧健康補助食品をはじめとする相補・代替医療と統合医療の規制と制度化、⑨インターネットやマスメディアの報道および公的機関の情報提供による統合医療や相補・代替医療に関する正しい情報の普及と整備、⑩生物遺伝資源や伝統的知識の知的財産の問題に伴う産業及び経済的インセンティブである。これらのことから、日本では、市場先行で、統合医療や相補・代替医療は発展していくと考えられる。しかし、日本には統合医療や相補・代替医療を管轄する公的機関が存在しない現状であり、国策に伝統医学を用いている中国や韓国、台湾、インドなどのアジア諸国の後塵を拝することが明らかになるのも時間の問題である。また、先に述べ

たように欧米の主要先進国と比べ、日本の医療や健康に対するコスト意識や統合医療や相補・代替医療への認識不足により、この分野の臨床および研究、さらに産業においても、日本は欧米の主要先進国にも遅れを取っていくことが予測される。

但し、アジア諸国で伝統医学を正規の医療として自国の医療政策に用いたり、伝統医学や相補・代替医療の臨床や研究を管轄する公的機関がアジア諸国は勿論、欧米の主要先進国にも存在している要因は、各国の産業や経済状況、政治体制、文化的経緯により異なる。そのため、先進国と開発途上国の統合医療や相補・代替医療の現状を一元化して議論することには注意が必要である。国際市場など、産業や経済の国際的に共通な要因と国内産業や経済、政治的、文化的経緯の差異など、各国個別の要因とを明確にし、それぞれの国の事情を考慮したさらなる議論が今後には必要である。

今後、日本の鍼灸に関わる者が主体的に多分野の方々と協同で日本独自の統合医療を摸索し、そのモデルを多分野の方々と共同で構築する際、日本の鍼灸の在り方が必ず問われることになる。日本と医療制度が類似し、一部文化を共有しているアジア諸国の伝統医学の現状と統合医療の試みは、欧米諸国の統合医療や相補・代替医療の現状と共に、来るべき日本の鍼灸の存在が問われる時の参考になるであろう。

【参考文献と URL】

II-1. 韓国

- 1) 小野直哉. 「アジアにおける統合医療」, 日本統合医療学会誌, 第 3 巻第 1 号, Page 20-25, 2010. 4.
- 2) Ki-Ho Cho, Woo Sang Jung, Jae Hwan Ryu. 「『韓国の統合医療の現状』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 」プログラム & 予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 12-13, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 3) Ki-Ho Cho, Woo Sang Jung, Jae Hwan Ryu. Present States on Integrative Medicine in Korea: Education, Research and National Institute on Integrative Medicine. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia -. Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 17 / 19-21, March 27-28, 2010.
- 4) 小野直哉, 西村周三. 「アジア諸国の統合医療の現状」, 【特集 補完代替医療のこれから】『病院』, 第 68 巻第 11 号, Page 908-913, 医学書院, 2009. 11.
- 5) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 6) 小野直哉. 「『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』の概要と展望」, 日本統合医療学会誌, 第 1 巻第 1 号, Page 39-44, 2008. 7.
- 7) 1st 5-year Comprehensive Plan to Foster and Develop Korean Traditional Medicine. Ministry of Health & Welfare, Korea, 2007.
- 8) The Current Status of CAM World Market 2007. Korea Institute of Oriental Medicine, 2007.
- 9) 金 基玉. 韓国の保健医療制度, 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.

- 10) 金 英信. 「第2回日韓東洋医学シンポジウム」より, 韓国韓医学の現代史と現状 (上). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 8 号, (9)1289, 2006 年.
- 11) 金 英信. 「第2回日韓東洋医学シンポジウム」より, 韓国韓医学の現代史と現状 (中). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 9 号, (163)1619, 2006 年.
- 12) 金 英信. 「第2回日韓東洋医学シンポジウム」より, 韓国韓医学の現代史と現状 (下). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 10 号, (117)1775, 2006 年.
- 13) Hae-Rang Chung. Health intended food use by Korean adults: Data from the Korean national health and nutrition examination survey 2001. Journal of the Korean dietetic association, 12(4):369-377, 2006.
- 14) 曹 基湖. 漢方薬の国際性を目指して. 日本東洋医学雑誌 (Kampo Med), Vol. 56 No. 1, 81-86, 2005.
- 15) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 16) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 17) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 18) Young Mi Park, Cheong Min Sohn, Hak Chul Jang. A study on status and subjective recognition of functional foods among diabetic patients. Journal of the Korean dietetic association, 11(2):216-222, 2005.
- 19) 日韓における鍼灸の医療経済～その他の代替医療や国民医療費全体との関係を含めて～. 医道の日本, 63(5): 11-24, 2004.
- 20) 続, 日韓における鍼灸の医療経済～その他の代替医療や国民医療費全体との関係を含めて～. 医道の日本, 63(6): 11-26, 2004.
- 21) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 22) 曹 基湖, 徐 廷徹, 李 源哲, 金 甲成. 韓国韓医学会の現状と鍼灸分野における近代韓日交流史ー鍼灸学を中心にー. 全日本鍼灸学会雑誌, 2002 年第 52 巻 5 号, 601-609.
- 23) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 24) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 25) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance - THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 26) 韓国政府統計庁監修. 韓国標準疾病死因分類 (韓医) 1994. 社団法人大韓韓医師協会. 1994.
- 27) 大 韓 民 国 政 府 保 険 福 祉 部 韓 医 学 政 策 局
http://english.mw.go.kr/front_eng/sg/ssg0103mn.jsp?PAR_MENU_ID=1001&MENU_ID=10010301#
- 28) 大韓民国政府統計庁 <http://www.nso.go.kr/>
- 29) 大韓民国東洋医学研究所 <http://www.kiom.re.kr/>

II-2. 中国

- 1) 小野直哉. 「アジアにおける統合医療」, 日本統合医療学会誌, 第 3 巻第 1 号, Page 20-25, 2010. 4.
- 2) Liu Jianping. 「『中国の統合医療の現状』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 」

- プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 17-18, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 3) Liu Jianping. Present State of Integrative Medicine in China. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia - . Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 25 / 28-30, March 27-28, 2010.
 - 4) Leung Ping-chung. 『中国医学の研究に関する統合的研究方法と現在進行中の幾つかの事例』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 』プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 19-20, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
 - 5) Leung Ping-chung. An Integrated Approach to Research on Chinese Medicine and some On-going Examples. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia - . Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 26-27 / 31-33, March 27-28, 2010.
 - 6) 小野直哉, 西村周三. 「アジア諸国の統合医療の現状」, 【特集 補完代替医療のこれから】. 『病院』, 第 68 巻第 11 号, Page 908-913, 医学書院, 2009. 11.
 - 7) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
 - 8) 小野直哉. 『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』の概要と展望, 日本統合医療学会誌, 第 1 巻第 1 号, Page 39-44, 2008. 7.
 - 9) 中国少数民族伝統医学概論 / 崔箭, 他主編. - 北京: 中央民族大学出版社, 2007. 6.
 - 10) 戴昭宇, 梁永宣, 甄雪燕. 中国における中医学の現況 1 - 大学における中医学教育の概況 -. 漢方の臨床, 第 54 巻, 第 6 号, (12)908, 2007 年.
 - 11) 中医現代化発展研究報告 / 中国中医科学院中医現代化発展戦略研究項目組; 曹洪欣主編. - 北京: 科学出版社, 2007.
 - 12) 2006 - 2007 中医薬学学科発展報告 / 中国科学技術協会主編; 中華中医薬学会編著. - 北京: 中国科学技術出版社, 2007. 3.
 - 13) 中国社会統計年鑑. 2006 / 国家統計局, 社会と科技統計司編. - 北京: 中国統計出版社, 2006. 10.
 - 14) 中国科学技術統計年鑑. 2006 / 国家統計局, 科学技術部編. - 北京: 中国統計出版社, 2006. 9.
 - 15) 孟 開. 中国の保健医療制度, 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
 - 16) 中国国家発展と改革委員会, 2005 年中国国民経済と社会発展報告書.
 - 17) 中国国務院発展研究センター, 中国医療体制改革に関する報告書, 「中国発展論壇」2005 年 3 月.
 - 18) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
 - 19) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
 - 20) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.

- 2 1) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 2 2) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 2 3) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 2 4) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance - THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 2 5) 中華人民共和国中央人民政府 <http://www.gov.cn/>
- 2 6) 中華人民共和国衛生部 <http://www.moh.gov.cn/>
- 2 7) 中華人民共和国国家中醫藥管理局 <http://www.satcm.gov.cn/>
- 2 8) 中華人民共和国国家食品藥品監督管理局 <http://www.sda.gov.cn/cmsweb/webportal/>
- 2 9) 中華人民共和国国家統計局 <http://www.stats.gov.cn/>

II-3. 台湾

- 1) 小野直哉. 「アジアにおける統合医療」, 日本統合医療学会誌, 第 3 巻第 1 号, Page 20-25, 2010. 4.
- 2) I-Hsin Lin. 「『台湾に於ける中国医学と薬学の開発戦略 (2000 - 2009)』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 」プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 22-23, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 3) I-Hsin Lin. The Development Strategies of Chinese Medicine and Pharmacy in Taiwan (2000-2009). International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia - . Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 35 / 36-41, March 27-28, 2010.
- 4) 小野直哉, 西村周三. 「アジア諸国の統合医療の現状」, 【特集 補完代替医療のこれから】. 『病院』, 第 68 巻第 11 号, Page 908-913, 医学書院, 2009. 11.
- 5) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 6) 小野直哉. 「『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』の概要と展望」, 日本統合医療学会誌, 第 1 巻第 1 号, Page 39-44, 2008. 7.
- 7) 中華民國 96 年版公共衛生年報 / 戴桂英総編輯. - 臺北市: 行政院衛生署編印, 2007. 11.
- 8) Taiwan Public Health Report 2006. Department of Health, R. O. C. (Taiwan), Taipei, 2007.
- 9) 傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯 (二) 傳統醫學與現代醫學對話困難的排除 / 呂鴻基, 張永賢, 林宜信主編. - 臺北市: 行政院衛生署中醫藥委員會編印, 2006. 12.
- 1 0) 全球中醫藥網路資源導覽 / 林宜信総編輯, 張淑貞副総編輯. - 第一版. - 臺北市: 行政院衛生署中醫藥委員會編印, 2006. 12.
- 1 1) 台灣中醫藥現代化暨國際化之策略與成果 (CCMP 2006) / 林宜信総編輯. - 臺北市: 行政院衛生署中醫藥委員會編印, 2006. 9.
- 1 2) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (7). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 7 号, (145)1257, 2006 年.
- 1 3) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (6). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 6 号, (158)1094, 2006 年.
- 1 4) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (5). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 5 号, (151)911, 2006 年.
- 1 5) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (4). 漢方の臨床, 第 53 巻, 第 4 号, (149)737, 2006 年.

- 1 6) Visions on Chinese Medicine in Taiwan – The Introduction of Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, R. O. C. . Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, R. O. C. , Taipei, 2006. 2.
- 1 7) 傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯 (一) 傳統醫學與現代醫學對話的動與機制 / 呂鴻基, 張永賢, 林宜信主編. - 臺北市: 行政院衛生署中醫藥委員會編印, 2005. 12.
- 1 8) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (3). 漢方の臨床, 第 52 卷, 第 9 号, (128)1420, 2005 年.
- 1 9) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (2). 漢方の臨床, 第 52 卷, 第 8 号, (125)1273, 2005 年.
- 2 0) 宮崎瑞明, 盛克己. 台湾伝統医学の眺望 (1). 漢方の臨床, 第 52 卷, 第 7 号, (137)1129, 2005 年.
- 2 1) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 2 2) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 2 3) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 2 4) 中藥 GMP 錠片廠暨中藥商實務/ 林宜信總編輯. - 第一版. - 臺北市: 行政院衛生署中醫藥委員會編印, 2004. 12.
- 2 5) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 2 6) WHO traditional medicine strategy 2002–2005. World Health Organization, 2002.
- 2 7) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 2 8) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 2 9) 中華民國行政院衛生署 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/index_populace.aspx
- 3 0) 中華民國行政院衛生署中醫藥委員會 http://tcam.comp.gov.tw/menu_1.asp

II-4. インド

- 1) 小野直哉. 「アジアにおける統合医療」, 日本統合医療学会誌, 第 3 巻第 1 号, Page 20–25, 2010. 4.
- 2) G. Geetha Krishnan. 「『アーユルヴェーダと統合医療: インドに於ける統合医療の状況』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 」プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 36–37, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 3) G. Geetha Krishnan. Ayurveda and Integrative medicine: Status of IM in India. International Conference on Integrative Medicine – To Open the New Frontier on Health Care in Asia – . Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 61 – 64, March 27–28, 2010.
- 4) 小野直哉, 西村周三. 「アジア諸国の統合医療の現状」, 【特集 補完代替医療のこれから】. 『病院』, 第 68 巻第 11 号, Page 908–913, 医学書院, 2009. 11.
- 5) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.

- 6) 小野直哉.『『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』の概要と展望』, 日本統合医療学会誌, 第 1 巻 第 1 号, Page 39-44, 2008. 7.
- 7) Family welfare statistics in India – 2006. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi, 2007.
- 8) National Health Profile – 2006. Central Bureau of Health Intelligence, Directorate General of Health Services. Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2007.
- 9) AYUSH Annual Reports 2005–2006. Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2007.
- 10) 浅野昌彦. インドの保健医療制度, 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 11) AYUSH in India 2005. Planning & Evaluation Cell, Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2006.
- 12) The Arya Vaidya Sala, Kottakkal – Our Progress – A bird's eye view – 2006. P. S. V. Natya Sangham, Arya Vaidya Sala, Kottakkal, Kerala, India.
- 13) A Journey of Research in Unani Medicine. Central Council for Research in Unani Medicine, Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2005.
- 14) Raj Kumar Manchanda, Mukul Kulashreshtha. Cost Effectiveness and Efficacy of Homeopathy in Primary Health Care Units of Government of Delhi–A study. Paper presented at 60 th International Homeopathic Congress organized by LIGA at Berlin, Germany from 4 th May 2005 to 7 th May 2005.
- 15) MoHFW, Annual Report, 04–05, 2005.
- 16) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 17) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 18) Bodeker, G. , Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 19) An Over View of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy in India. Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2004.
- 20) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 21) Peters. D. H. , Yazbeck.A.S., Sharma.R.R, et.al., ” Better Health Systems for India’ s Poor” , IBRD/WB, 2002.
- 22) WHO traditional medicine strategy 2002–2005. World Health Organization, 2002.
- 23) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 24) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.

25) WHO 東南アジア地域事務局 <http://www.searo.who.int/>

26) インド政府健康家族福祉省 AYUSH 局 [Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India]
<http://www.indianmedicine.nic.in/index.asp>

II-5. ヴェトナム

- 1) 小野直哉. 「アジアにおける統合医療」, 日本統合医療学会誌, 第 3 巻第 1 号, Page 20-25, 2010. 4.
- 2) Duong Trong Nghia, Tran Quoc Binh. 「『ヴェトナムにおける統合医療』アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 」, プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 30-31, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 3) Duong Trong Nghia, Tran Quoc Binh. CURRENT STATUS OF INTEGRATIVE MEDICINE IN VIETNAM. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia - . Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 53-55, March 27-28, 2010.
- 4) 小野直哉, 西村周三. 「アジア諸国の統合医療の現状」, 【特集 補完代替医療のこれから】. 『病院』, 第 68 巻第 11 号, Page 908-913, 医学書院, 2009. 11.
- 5) 小野直哉. 「『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』の概要と展望」, 日本統合医療学会誌, 第 1 巻第 1 号, Page 39-44, 2008. 7.
- 6) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 7) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 8) Bodeker, G. , Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 9) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 10) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 11) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 12) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance - THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 13) ヴェトナム社会主義共和国国立伝統医学病院 <http://www.yhcotruyentw.org.vn/en.php>

III-1. 米国

- 1) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 2) 小野直哉, 西村周三. 統合医療の経済—統合医療における相補・代替医療と医療経済. いま, 知っておきたい統合医療, Modern Physician 28-11, 新興医学出版社, 2008.
- 3) 矢澤 一良. “欧米における補完代替医療・ヘルスフード関連機関の視察”. 日本補完代替医療学会誌. Vol. 5. No.

- 1: 65-75. (2008) .
- 4) 鈴木 信孝. サプリメントの臨床医学への応用. 日薬理誌 (Folia Pharmacol. Jpn.) 131, 252~257 (2008).
- 5) 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 6) 伊藤 壽記, 井倉 技. “米国の補完代替医療施設を訪れて”. 日本補完代替医療学会誌. Vol. 3. No. 1: 27-31. (2006) .
- 7) National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005 with Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, Maryland: 2005.
- 8) Healthcare Financing Review, Centers for Medicare & Medicaid Services, vol. 27(1), 2005, p.47-58.
- 9) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 10) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 11) Bodeker, G. , Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 12) 兵頭 一之介. “がんの補完代替医療”. 日本補完代替医療学会誌. Vol. 1. No. 1: 7-15. (2004).
- 13) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 14) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 15) The State Legal Guide to Complementary & Alternative Medicine and Nursing (State Legal Guide to Complementary and Alternative Medicine). Alternative Link, Delmar Pub. 2001.
- 16) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 17) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 18) Centers for Medicare and Medicaid Services <http://www.cms.hhs.gov/>
- 19) NIH <http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NCCAM.htm>
- 20) The Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM) <http://www.cancer.gov/cam/>
- 21) The Office of Dietary Supplements (ODS) <http://ods.od.nih.gov/index.aspx>
- 22) The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) <http://nccam.nih.gov/>
- 23) Expanding Horizons of Health Care: Strategic Plan 2005-2009 Executive Summary. National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health, U. S. Department of Health and Human Services. <http://nccam.nih.gov/about/plans/2005/strategicplan.pdf>
- 24) NCCAM-Funded Research for FY 2009 <http://nccam.nih.gov/research/extramural/awards/2009/#inst>
- 25) NCCAM CAM Funding by NIH Institute / Center FY 1999 - FY 2005 Archive http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center_archive.htm
- 26) NCCAM Funding: Appropriations History <http://nccam.nih.gov/about/budget/appropriations.htm>
- 27) NCCAM Expanding Horizons of Health Care: Strategic Plan 2005-2009. Executive Summary. <http://nccam.nih.gov/about/plans/2005/>

- 28) NCCAM CAM Funding by NIH Institute / Center <http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center.htm>
- 29) Harvard Medical School Osher Research Center <http://www.osher.hms.harvard.edu/>
- 30) UCSF Osher Center for Integrative Medicine <http://www.osher.ucsf.edu/index.html>

Ⅲ-2. 英国

- 1) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 2) 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 3) 「がんの補完代替医療ガイドブック-厚生労働省がん研究助成金研究」 日本補完代替医療学会, 2006 年 4 月.
- 4) Jane Griffiths, Alternative Healthcare Market Assessment, Keynote, 2005.
- 5) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 6) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 7) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 8) 直本美知 「英国における CAM の現状と鍼およびハーブ療法の法律規制」『全日本鍼灸学会雑誌』, 第 54 巻 4 号, 2004 年, 636-641 頁.
- 9) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 10) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 11) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 12) Ernst E, Weihmayr T. UK and German media differ over complementary medicine. BMJ. 2000 Sep 16; 321(7262):707.
- 13) Complementary medicine, information pack for primary care groups, June 2000.
- 14) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 15) Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ. 1994 Jul 9; 309(6947):107-11.
- 16) Department of Health (DH)
http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/HealthImprovement/Complementaryandalternativemedicine/DH_074489
- 17) National Health Service (NHS) <http://www.nhs.uk/nhsprofessionals/Default.aspx?id=910>
- 18) The NHS Directory of Complementary and Alternative Practitioners. The NHS Trusts Association
<http://www.nhsdirectory.org/default.aspx>
- 19) The Prince of Wales' s Foundation for Integrated Health <http://www.fihealth.org.uk/>
- 20) The Research Council for Complementary Medicine (RCCM) <http://www.rccm.org.uk/>
- 21) Complementary and alternative medicine
<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/ComplementaryAndAlternativeMedicine/fs/en>

2 2) Alternative medicine <http://omni.ac.uk/browse/subject-listing/WB300.html>

2 3) Information for complementary medicine practitioners <http://www.nhsdirectory.org/>

Ⅲ-3. フランス

- 1) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 2) 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 3) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 4) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 5) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 6) Sicart, D., Documet de travail Les medecins Estimations au 1er janvier 2005, d. e. Direction de la recherche, de l'evaluation et des statistiques, Editor. 2005, Ministere de l'emploi, de la cohesion sociale et du logement, Ministere de la sante et des solidarites.
- 7) Les Chiffres-Cles du Sport. 2005, Ministere de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative: Paris.
- 8) Ceron, C. Socio-estheticienne a l'hopital. Soins Corps Communications Volume, C.N.E. Th. Etablissements thermaux Frequentation medicale en 2005. Quelques chiffres 2005 [cited.
- 9) 成沢広幸, 現代フランスの温泉事情. 経済学論集, 2001. 9(2): p. 79-114.
- 1 0) Caignot, C., Le Thermalisme en questions, in Dossier d'informaiton presse. 2005, Conseil National des Exploitants Thermaux: Paris.
- 1 1) Agence BIO, Barometre de Consommation et de Perception des Produits Biologiques en France. 2005, csa: Paris.
- 1 2) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 1 3) Bonnici, B., La politique de sante en France. Que Sais-Je? 2004, Paris: Presses Universitaires de France.
- 1 4) Sebbah, C., Le systeme de protection sociale en France. ASH etudiants. 2004, Paris: Editions ASH.
- 1 5) Direction des statistiques, d. e. e. d. l. r., Action sociale Ventilation fonctionnelle des depenses Exercice 2004. 2004, Caisses d'allocations familiales Metropole et departements d'outre-mer.
- 1 6) Mascart, S., Structuration du secteur de la remise en forme. 2004, ESC WESFORD Grenoble.
- 1 7) Siffert, M., Salles de remise en forme, in Le point eco. 2004.
- 1 8) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 1 9) 亀 節子. フランスを中心に, 欧州の鍼治療. その歴史と現状 (第 50 回全日本鍼灸学会学術大. 会特別招待講演, 講演者: Dr. Patrick. Sautreuil), 全日本鍼灸学会雑誌, 51(5), 547. ~556, 2001.
- 2 0) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 2 1) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.

- 2 2) Dutheil, N., Les services d'aide a domicile en 1998 et 1999, d. e. Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques, Editor. 2000, Ministere de l'emploi et de la solidarite.
- 2 3) Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ. 1994 Jul 9; 309(6947):107-11.
- 2 4) Guilloid O. Legal status of complementary medicine in Europe. Forsch Komplementarmed. 1999 Feb; 6 Suppl 1:17-9.
- 2 5) フランス共和国保健連帯省 <http://www.sante.gouv.fr/>

Ⅲ-4. ドイツ

- 1) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 2) Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. Evid Based Complement Alternat Med. 2009 Mar 17.
- 3) Dr. med. Gisela Dahl. Japanische Delegation. Mitglied des Vorstandes. 17. September 2008.
- 4) ECHAMP, Homeopathic and Anthroposophic Medicine in Europe, Second Edition 2007, 30-31, ECHAMP E.E.I.G, 2007.
- 5) Dana Ullman. The Homeopathic Revolution: Why Famous People and Cultural Heros WHO Choose Homeopathy. North Atlantic Books, 2007.
- 6) Homeopathic and Anthroposophic Medicine in Europe. FACTS AND FIGURES, Second Edition, 2007. ECHAMP.
- 7) 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 8) Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Hahn EG, Willich SN, Brinkhaus B. Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with inflammatory bowel disease. BMC Complement Altern Med. 2006 May 22; 6: 19.
- 9) 「がんの補完代替医療ガイドブック-厚生労働省がん研究助成金研究」 日本補完代替医療学会, 2006 年 4 月.
- 1 0) Gunver Sophia Kienle, Helmut Kiene, Hansueli Albonico. Anthroposophische Medizin in der klinischen Forschung. Effectiveness, utility, costs, safety (Perfect). Schattauer GmbH; Englische Ausgabe. 2006.
- 1 1) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 1 2) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. WHO Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 1 3) Bodeker, G., Ong, C. K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. WHO Global Atlas: of Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 1 4) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 1 5) 斎藤竜太. ドイツの鍼事情—主にドイツ東部を中心に—. 海外紹介 世界の鍼灸コミュニケーション (20). 全日本鍼灸学会雑誌, 2003 年第 53 巻 1 号, 94-98.
- 1 6) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 1 7) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine: A worldwide review. World Health Organization, Geneva, 2001.
- 1 8) Ernst E, Weihmayr T. UK and German media differ over complementary medicine. BMJ. 2000 Sep 16;

321(7262):707.

- 19) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 20) Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ. 1994 Jul 9; 309(6947):107-11.
- 21) Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2004.
http://www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_617014/EN/Health/health-policy.param=.html
- 22) ドイツ・ハイルプラクティカー（治療師）連盟 Die Deutschen Heilpraktikerverbaende (DDH) Maarweg 10, 53123 Bonn <http://www.ddh-online.de/>

Ⅲ－５．スウェーデン

- 1) 「統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究」. 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）平成 20 年度総合研究報告書, 2009 年 3 月.
- 2) Carlson Pia, Falkenberg Torkel. Integrativ vard – med konventionella, alternativa och komplementara metoder. 2007.
- 3) スウェーデンの保健医療制度, 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 4) タクティールケア, スウェーデン福祉研究所, 2006.
- 5) Komitee om Alternative Medicine SFS 1998:513 kap.4 2006.
- 6) The legal situation of homeopathy in Sweden 2006, Komitee om Alternative Medicine.
- 7) Adresslista Pa forbund tillhorande KAM 2006, Komitee om Alternative Medicine.
- 8) Ministry of Health and Social Affairs, Swedish Association of Local Authorities and Regions, National Board of Health and Welfare, Medical Product Agency, National Corporation of Swedish Pharmacies (Apoteket AB), CarelinkNational: Strategy for eHealth Sweden, 2006.
- 9) スウェーデン医療保障制度に関する研究会編:スウェーデン医療関連データ集 2004 年版, 財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構, 2005.3.
- 10) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 11) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine: Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 12) Bodeker, G. , Ong, C. K. , Grundy, C. , Burford, G. , Shein, K. . Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine: Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 13) National Food Administration, National Institute of Public Health: The Background Material to The Action Plan for Healthy Dietary Habits and Increased Physical Activities, Uppsala and Stockholm, Sweden, July 2005.
- 14) Hanssen B, Grimsgaard S, Launso L, Fonnebo V, Falkenberg T, Rasmussen NK. : Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. Scand J Prim Health Care. 2005 Mar; 23(1): 57-62.
- 15) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 16) National Institute of Public Health: Sweden' s new public health policy naiotnal public health objectives

for Sweden, 2003.

- 17) WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization, 2002.
- 18) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 19) Eklof M & Tegern G (2001) Stockholmare och den komplementära medicinen. Befolkningsstudie angående installning till och användning av komplementär medicin genomförd under år 2000 i Stockholms län landsting. HSN rapport 12. Stockholm: Stockholms län landsting.
- 20) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance - THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 21) 河本佳子. 『スウェーデンの作業療法士』 新評論 2000.
- 22) スウェーデン統計局 (Statistiska Centralbyran) <http://www.scb.se/>
- 23) Osher Center for Integrative Medicine Karolinska Institutet
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&d=17226>

IV. 海外の統合医療モデル

- 1) Ki-Ho Cho, Woo Sang Jung, Jae Hwan Ryu. 『『韓国の統合医療の現状』 アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 』 プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 12-13, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 2) Ki-Ho Cho, Woo Sang Jung, Jae Hwan Ryu. Present States on Integrative Medicine in Korea: Education, Research and National Institute on Integrative Medicine. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia -. Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 17 / 19-21, March 27-28, 2010.
- 3) Choi Seung-hoon. 『『韓国の統合医療への序論「新しい医学のための慶熙研究所」の提案』 アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 』 プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 14-15, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 4) Choi Seung-hoon. Introduction to Integrative Medicine in Korea. Proposing "Kyung Hee Institute for Neo-Medicine". International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia -. Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 18 / 22-24, March 27-28, 2010.
- 5) G. Geetha Krishnan. 『『アーユルヴェーダと統合医療: インドに於ける統合医療の状況』 アジア統合医療会議 - アジアにおける統合医療モデルと科学的解明 - 』 プログラム&予稿集 (抄録), 東京大学小柴記念ホール, 一般社団法人日本統合医療学会 (IMJ), 独立行政法人日本学術振興会 (JSPS), Page 36-37, 2010 年 3 月 27 日・28 日.
- 6) G. Geetha Krishnan. Ayurveda and Integrative medicine: Status of IM in India. International Conference on Integrative Medicine - To Open the New Frontier on Health Care in Asia -. Koshiba Memorial Hall, The University of Tokyo, Tokyo, JAPAN. The Society for Integrative Medicine Japan (IMJ), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS), Page 61 - 64, March 27-28, 2010.
- 7) 慶熙大学校医療院東西新医学病院 (Kyunghee University East-West Neo Medical Center)
<http://inter.khnmc.or.kr/jpn/index.html>
- 8) MediCity (Medanta). <http://www.medanta.org/>

V. 生物遺伝資源, 伝統的知識, 文化資源, 知的財産の問題

- 1) 「第8回遺伝資源へのアクセスと利益配分 (ABS) に関するアドホック公開作業部会 (概要)」, 資料4, 外務省地球環境課, 2009年11月.
- 2) 「各国・地域における伝統的知識の保護制度に関する調査研究報告書」, 社団法人日本国際知的財産保護協会 (A I P P I ・ J A P A N), 特許庁委託 平成20年度産業財産権制度各国比較調査研究等事業, 2009年3月.
- 3) 森岡 一. 「生物遺伝資源のゆくえ - 知的財産制度からみた生物多様性条約」, 三和書籍, 2009.
- 4) 小野直哉, 西村周三. 「統合医療の経済 - 統合医療における相補・代替医療と医療経済」, 『いま, 知っておきたい統合医療』, Modern Physician, 28(11) : 1575-1583, 新興医学出版社, 2008. 11.
- 5) 田上麻衣子. 「『遺伝資源及び伝統的知識をめぐる議論の調和点』特集: 伝統的知識・遺伝資源」, 知的財産法政策研究 Vol. 19, Page 167-190, 2008.
- 6) 田上麻衣子 (訳). 「『伝統的知識の保護に関する規定案: 政策目的及び基本原則』, 世界知的所有権機関事務局」, 資料紹介, 特許研究 PATENTSTUDIES No43, 79-87, 2007. 3.
- 7) 田上麻衣子 (訳). 「『公衆衛生: イノベーション及び知的財産権. (第6章: イノベーションとアクセスを促進する持続可能な計画に向けて)』, 世界保健機関知的財産権, イノベーション及び公衆衛生に関する委員会」, 資料紹介, 特許研究 PATENTSTUDIES No42, 65-79, 2006. 9.
- 8) 森岡 一. 「『薬用植物特許競争にみる伝統的知識と公共の利益について』特集: 遺伝資源と伝統的知識」, 論文, 特許研究 PATENTSTUDIES No40, 36-47, 2005. 9.
- 9) 田上麻衣子. 「『遺(伝)資源及び伝統的知識の出所開示に関する一考察』特集: 遺伝資源と伝統的知識」, 知的財産法政策研究 Vol. 8, Page 59-93, 2005.
- 10) 小野直哉, 他: WHO 神戸センター主催「伝統医学に関する国際シンポジウム」参加レポート (その2). 医道の日本 60 (6) : 187 - 192, 2001.
- 11) 小野直哉, 他: WHO 神戸センター主催「伝統医学に関する国際シンポジウム」参加レポート (その1). 医道の日本 60 (5) : 135 - 139, 2001.

VI. おわりに

- 1) 小野直哉, 西村周三. 「統合医療の経済 - 統合医療における相補・代替医療と医療経済」, 『いま, 知っておきたい統合医療』, Modern Physician, 28(11) : 1575-1583, 新興医学出版社, 2008. 11.
- 2) 小野直哉, 西村周三. 「相補・代替医療と医療経済」, 『治療』, Vol. 89, 2007年3月増刊号, Page 716-724, 南山堂, 東京, 2007. 3.

討論の部

形井秀一：4人の先生方にお話しいただいたわけですが、せっかく佐藤先生にお越しいただいているので、ここまでのところの印象というか感想をお話しいただいて、その後、全体討論に移りたいと思います。お願い致します。佐藤先生、ご苦労様でした。

佐藤純一：感想を述べさせていただきたいと思います。全体を通して、非常に仕組みられた演題、且つそれを上手くこなされて、問題が非常にクリアに浮き彫りになって、私もお聞きして非常に参考になり、今後、医療を考えていく上で非常にいい刺激を受けました。私の発表は、私自身の準備不足というか、逆に話そうとしたことを変に公約したものですから、半分しか話せず、皆さんご迷惑をおかけしたんじゃないかと思います。それで、私も含めて4つの演題となっていますが、私が受け取ったのは、形井先生と小野先生がひとつのユニットになっています。形井先生は鍼灸のグローバルイゼーションというか、世界化というか、その動きを近代の世界観ということと合わせて話されて、非常に面白く今の動きを教えていただいて、且つその中で、アジアの東洋医学というものの独自性は、鍼灸の世界化の中で、どうなるんだという、議論までいった。これは近代医療の世界化と近代医療の土着化というテーマと共通するものですね。これは、世界化した近代医療もその土地その土地でまた別の形で土着化しているというのです。

理論的には世界共通的な近代医療ですが、実際の近代医療を比較するとイギリスの近代医療と、ドイツの近代医療と、フランスの近代医療と、日本の近代医療と、かなり違うんです。医学上は同じように見える患者や疾患でも、その患者をどうコントロールするか、どういう病気として診断するかというのは、それぞれの国の近代医療によって有意に違う。このようなことに関しての研究は、「文化と医療」という形で若干行われ始めたところです。たとえば、米国で人口当たりの子宮癌での子宮摘出手術は、同じアングロサクソン系の人達をとっても、イギリスの5、6倍です。食生活とか、ライフスタイルとか、またいわゆる人種的なものと同じでも、治療される率が違うと。分娩あたりの帝王切開の率なんていうのは、日本は8～10%ですよ。ブラジルは50%以上ですよ。そういう風に現れるように、一度は世界化した医学が、今度はその土地ごとに土着化しているのだと。これと同じようなことが鍼灸の世界化と鍼灸の土着化として議論できるのかなという感じです。

日本の鍼灸というものがあり、これが通用してきたときに。このあとの小野先生の発表の中で、日本の鍼灸医療が代替医療なのかというような話があるとの紹介。鍼灸が代替医療なんていうの、鍼灸が新たな代替医療として制度化されるという欧米の問題だけなのであって、アジアにおいてはまさに伝統的な医療としての鍼灸が、たまたま戦後、半制度化の枠を与えられたということ。そうすると、世界化と土着化という議論はですね、アジアの医療が戦後、西洋文化と近代医学の世界制覇のあとどのように、頑張ってきたのかと、人々がそれをどういう風に受け止めたのかという議論とクロスさせることができる。非常に興味深い議論の二つの組み合わせが、形井先生の発表と小野先生の発表から非常に面白いテーマとして出てきて、これは本当に参考になった。ただ、分からないのは、僕も考えていきたいのは、今の鍼灸の世界化の「力」です。政治の力なのか、この力は何なのだろう。経済のグローバルイゼーションを支えている力、経済の力、その力の方が鍼灸の世界化に大きく関係しているのかなと。まあ仮説ですけども。こういう視点をもったら、非常に僕自身も面白いなという感想を持ちました。どうもありがとうございました。

箕輪先生と小松先生の発表した問題が、一つのユニットになっているように受け止めました。箕輪先生のお話しは、医療のガバナンスが、鍼灸のガバナンスがどういう風に作られた

のかというお話しでした。そこでは、明確には日本の近代鍼灸学においては制度と、その制度による教育が、ガバナンスの形成に関与したという視点。それをちゃんと実証的にお示し下さった。僕は全然データがなくて分からなかったんですけど、つまり僕にとっては明治以降の昭和までの鍼灸医学の成立というのは全然見えてこなかったんですが、それが今日の箕輪先生のご指摘で見えてきた気がしました。明治政府の漢方医学の廃絶によって、逆に近代鍼灸学が成立したのではないかという。そんな仮説を思わせる非常にクリアな面白い話で、どうもありがとうございます。

それで小松先生のお話しは同じその鍼灸の教育という問題ですね。手かせ足かせをしておいて、医療をなささい言われている鍼灸をどう教育するんだ。国民が、もし近代的なもの、もしくは近代的な意味での安心と安全を鍼灸に求めた場合、鍼灸教育はどうなんだという問題ですね。

手かせ足かせされて医療せいと言われていた鍼灸にさっき言った制度的な問題をどうしようかといわれたら、それは僕としたら非常に答えづらい問題ですね。それは何故かという、話が制度の外側なのか内側なのかという問題に戻ることになるので。私自身は医師として制度化されてはいるんだけど、国家権力によって。実はそれによって、私の医療行動は、癒しの行動でなくて、排除の行動になっているとおもっているのです。

小松先生が提供してくれた、臨床教育に関すること。それから箕輪先生の医療ガバナンスの話聞いていて、チラッと思ったのは、終戦直後の米軍による日本の医学教育改革のこと。そう、日本の鍼灸医療を潰そうとしたことも含めて。米軍サムス准将たちによる医学教育改革の背景に何があるかという、アメリカの医学教育の思想があって、それを形成したフレクスナー・レポートというのがあります。これは、1910年に出された医学教育に関する報告書です。実は1820年くらいからアメリカの医療というのは医療行為を規制する法律が廃止になって、医師法が無意味になっていきます。その前には、ポピュラーヘルスマーブメントという代替医療運動のようなものがあるって、また、国民が人命救うのに資格が必要か(必要ない)というようなジャクソン流民主主義の興隆があって、一時期ほとんど医師法が意味無くなる時代があるんですね。そうすると何が起きたかという、医者をも乗る治療者がたくさん出てくるわけです。それでそれらを作るための医学校が、制度的な保障がない、資格認定に関係ない医学校がぼんぼん作られて、そういう卒業生が医者をも乗って医療を始めるという時代が来るんです。それで制度的な医学教育の枠組みが少し残っていても、医学の質が、近代医療の質が落ちたと多くの人を感じたんです。そこで国家と専門職集団の医師会なんです、医学教育をまったく変えようとするのです。そうでないとアメリカの医療が発達しないということで。1900年代前半に、カーネギー財団のお金を使って、予備校の校長をやっていたフレクスナーという人を引っ張ってきて、医学教育改革を行ったわけです。フレクスナーは二百何十あった医学校を全部潰してしまっただけ。一時的に医療者は少なくなるけど、医学教育を大学・大学院レベルの基準に決めて、「科学的な医学」を科学的な医学教育で教える医学校を制度化してしまおうと。そのおかげで、改革後の最初は医学校の数31校と少ない。それでだんだん制度に合わせた新しい学校が増えてきて、このおかげで、医療の質と医学の質が上がったといわれているんです。しかし、人口あたりの医師の数は、むしろ減少し、おかげで、医師たちは社会的エリートとして復活するのです。もちろん、この語りはアメリカ医学の勝利者史観によるものですが、この改革により1910年代以降のアメリカというのは、世界の近代医療のトップにたったわけです。それで、サムスはアメリカ医学教育改革の延長でその発想を持っていて、それで、日本の医学教育を改革しようとしたのでしょう。それから小松先生がご紹介した臨床研修の考え方。あれはアメリカ医学教育が臨床研修をどういう風に、医師免許を持っていない学生にどうやって臨床のトレーニングするか

苦心に苦心して考えてやったシステム。日本の医学にも最近入ってきている、臨床研修のシステムですね。ですからそれを見ると、今回の箕輪先生のサムスの話、それから、小松先生の臨床研修に悩んでいるという話の問題、その背景には98年の福岡地裁判決以降の、さっきどなたがおっしゃった、べた褒めの学校の、質の悪い学校の乱立。そこから出てくる鍼灸師たち。それから、国家試験は臨床実技を問わない、ペーパーだけ。その日から、開業できると。そういうことに対する、いろんな不安があって、こういう話が出たのではないかと思っただけでフレクスナーの医学教育改革ことの話をしたんです。、僕自身も非常に聞いていて面白くて勉強になったんです。今後、もし機会があれば、こういう話は聞かせていただきたいし、私自身も皆さんに問いかけたいと思います。どうもありがとうございました。

形井：有難うございました。これから参加頂いた皆さんと少し議論をしたいと思います。

今、先生が最後におっしゃった、内か外か。これは制度として一応外側に置かれたんだけど、いかに内側に入るかを目指してきた歴史が鍼灸にはあると思うんですが、片足というか、片足の指先くらいは入っているかもしれないですが、それ以上、全身入り込むことがいいのか。佐藤先生は外にいたわけじゃないかという立場のようですが、これは非常に微妙な問題です。それぞれの依って立つ立場は、今日来ていらっしゃる方の中でもそれぞれ違うわけですね。ですから、もし依って立つところの利害関係のようなところだけで話をしようとする、おそろく話しくらくなると思う。ここは、社会鍼灸学研究会という名前が付いているわけですから、そういう立場は分かるけれども、この部屋に入ったら立場を取っ払って、学術的に純粋に、そういう立場で話していただきたい。そういう努力をしていただきたい。ですから、自分は今までこっちの立場で考えていたけれども、あっちの立場も面白そうではないかと。そういうのも含めて今までのことにこだわらずに発言をしていただきたいと思います。

内か外かといきなりテーマを出してどう言ったらいいか分からないかもしれませんが。

小川卓良：佐藤先生は、もともと外科医なのに、西洋医学を徹底的に批判して、西洋医学医の体の中にまで実は肺癌だよというところまで断言してくれる。要するに西洋医学には人間の体を治す力はないんだと。統合医療を考えると、今の統合医療はあくまでも西洋医学がベースという意味なんで、他の物は全部補完しろという。僕は補完医療と総合医療と全く違うと思うんですけど、本当に相補になるのか、例えば今ベトナム医療もそうだと思いますが、そこに制度的に入っているけれども、入っている中で誰がオーダー出して、どこでどうして、そこの連携はどうなっているのか。たぶんみんな違うと思うんです。日本の病院でも鍼が入っているとき誰がオーダーしているのか、ペイシエントが出しているのか、ドクターが出しているのか、みんな違うわけです。だから単にそこに入ればいいのかではなく、これは全く違うと思う。それで、僕は野望として、21世紀は鍼灸をもって西洋医学を叩き潰すというくらいの気ではいるんですが、鍼灸をやればやるほど、佐藤先生は、お前は助けていると。先ほどの話もそうですが、部外者をたくさん作って代替医療を助けているから、西洋医学は滅びないんだと。これを言われると私はどうしようもない。ここで詰まってしまうんですけど、中に入るというのはどういう形で入るのが大事だと思うんです。入り方の問題なので、単にやればいいのかというのは全く違うと思うんですが、いかがでしょう。

形井：というようなご意見お話頂きましたけども、シンポジストもどんどん発言していただいて結構ですが。

小野直哉：内と外ということですが、あまり中にはいると、外と中にそれぞれメリットとデメリットがあるんですけれども。それと、メリットの上ではいろいろ？とかあると思うんです。あともうひとつ、自分の欲望の満足とかですね、非常に個人的なものとかいろいろあると思うんですが、そういうのがあると、なんとなくこうぼやっとした感じがするんですね。ですから、もう少しクリアにした方がいいのかなと。それから中と外の話は、相対的なものでもあるのではないかなと思うんです。個人個人によって、また自分が所属する集団によって変わってくると思うので、ですからまずは相対的ではないところのメリット、デメリットというのを明確にしないといけないのではないかなと思いますけれども。

形井：小野先生がいろいろ紹介して下さったものに、鍼は西洋医学の中に入っているけれども、それは医師自体が、医師の免許を持っている人がやるという形で入ったわけですよね。だから日本だとしたら、日本は鍼灸師というのがいるわけだから、鍼灸師が内に入るということは、医師が鍼をやるという意味とは違うわけです。昔から鍼灸が全部保険でできたら、「鍼灸」は生き延びるけど鍼灸師は滅びるだろうというのを密かに言い続けているんです。鍼は中に入った、でも鍼灸師はいなくなる。でもそれも一つの生き方で、鍼灸が発展したんだと考えることは出来る。おっしゃりたいのはすごく分かるんです。

例えば韓国ですと、MRIを韓医師がやっていいのかどうか、裁判起こしているわけです。微妙なところはちょっとよくわかりませんが、MRIについては西洋医学サイドから裁判起こしている。西洋医学の医師は鍼をやりたいわけですよね。だからいかに鍼を取り込もうとするかというのを、これは鍼じゃないんだけどと、違う理論で持ってきて、金属の細い、0.2ミリくらいのものを体に刺すということで、非常に効果的な新しい技術を開発した。鍼ではない新しい療法と主張して、西洋医学は鍼を始めているわけです。それは内に入るか外なのか、実際には非常に難しい問題なんですけれども、やっぱりそれぞれの立場で、曖昧なところはある。けれども、自分の理解している範囲で内か外かというのを言っていた方がいいと思います。もやもやしたところは置いておいて。

箕輪政博：私の方で内側か外側かというテーマを出して、外側の事実が結構いっぱい出てきてしまって、もう近代でかなり言われていたことが大分分かりました。今まで分かっていたんですかね。かなり分かってくるんですね、これはもう消えない事実であるなというのを感じました。ただ、私自身が内側目指した方がいいとか外側目指した方がいいという前に、もっといろんなことを冷静に見つめてみて考えなければいけないし、もちろんそれは非常にブレインを集約して、長期的なビジョンを考えていかなければいけない問題だと思います。

例えばここで具体的に、これ怒られちゃうかもしれないですけど、療養費の件は、療養給付じゃない所に療養費が出るというのは、あれは外側なのか内側なのかよく分からないところです。ずっと僕も、例えば、そこで療養費をどんどん増やしていくというのは、あれはどっちの方向に向かっているのかなという、それが要は一つの我々の動きとしては、どっちに向かっているのかというのが、僕自身分からないんですよ。そういうところが、我々が考えていくことが必要なのではないかなと思っています。

大口俊徳：日本鍼灸師会の研究部長の大口です。先月で厚労省が毎月1回行っている定期協議が104回を迎えて8年が過ぎたんですけれども、先ほど言った外側なのか内側なのかというと、厚労省の考え方はいわゆる外側なんです。

療養費というのは、医師による適当の手段のない時以外は使えないというところにある。

業団の旨みはどこにあるかといったら、柔道整復はもう3千3百億位。なぜ外にいるかといったら、医療費の中の枠の決め方に束縛されないで、予算も何もないで出来高払いなんです。医療費って枠が決められているじゃないですか。ただですね、国民の医療費の中に療養費は含まれているから、最近お医者さんも気が付いてきちゃったのは、俺たちの取り分の所から、そういう形で持っていくっていうのはどういうことなんだと。鍼灸もマッサージも分刻みの上がり方ですよ。それに気付いてしまったんですね。そこで、僕はどうしようかと、いろいろ考えているんですけど、まず国が認めたものできちっと数字に出ているのは、療養費しかないんです。鍼灸をどのくらい国民が利用してるか、それをまず多くしなければならないというのが僕の役目で、そのつもりでずっとやってきたんです。

平成13年から18年までを比べても実際3倍は多くなっている。70億超えていなかったのが今は210億。それで今月の終りに平成19年度が出ます。おそらく250億近くなっているのではないかと、マッサージは230億超えると思います。療養費の中で柔道整復師がなぜいるんだろう、予算カットされないで、自分たちは出たところ勝負で、使える分だけ支払ってもらえるというところの利点がある。それからマッサージにおいても、在宅ケアのソースマッサージにいけるのも、また介護保険制度の中でだしているのではなくて療養費で出しているから行ける。だから外枠でいる旨みというのは、業団は保険の中では十分関与している。

さて、今後、療養の給付にしなければ、大学卒業した人たちが病院で働けないじゃないかという意見が別にあるんです。それで、今日、小野先生の話聞いて、イギリスのTMCという中医学のプラクテーション。去年大分大学の大学院が看護学科。ここがナースプラクテーションだということを規制改革で勝ち取って、今度はそこを卒業した人が、処方箋をかけたたり、治療できるようになってきて、医師会は反対したにもかかわらずそれができたのも事実ではありますね。だからちょっと先生に、TMCといわれる中医学のプラクテーションというのがどういう形のものなのかちょっと教えて戴きたい。

小野：イギリスでは保険が支払われるとかそういう話ではないですから。今まで鍼灸やる人達、医療系のお医者さんとか看護師さんとか理学療法士さんです。西洋医学系の医師達がやることになってしょうがないから鍼とかをやろうとといった場合に、大枠の例えば定額医療制度がイギリスでは保険のシステムなので、その範囲内でやろうと、簡単に言うるとそういうことになります。

でも鍼を医療系でない人たちが提供していくといった場合は、公的な保険の対象という形ではないわけですから、処方箋がかける看護師さん、これはちょっと性質が違う、条件ですね。あと教育もシステムティックに確立されたものを行っているというのではない場合がありますから。例えば簡単に言ってしまうと、イギリスの移民とか、中国系の移民とかそういう方たち。ヨーロッパは結構移民でもともといた国の医療を飛び越す形で多いんですけど、医療従事者でなくても。そういう形での一つの職種。ですから先生が期待しているようなところまではまだまだです。そういう状況になって規制するために、いくつかの資格を規制して協力していこうという段階です。ですからお金のところはまだ辿り着けない。

大口：今日は社会鍼灸学ということで、私がちょっと危惧していることがありまして、それは何かというと、中医があつて韓医があつて、その年数と、ナースプラクテーションの6年という年数と、今薬学が6年になりましたんで、一番中医、韓医タイプの学校が作りやすいということは、薬学のその中に鍼灸の科目を入れてしまうと中医・韓医に対抗できるような学校が出来やすいし、医師会も納得しやすいようなシステムになるかもしれないというのが非常に僕が危惧していることで、それで技術なり、皆さんが習得することのレベルが低い

と、多くの鍼灸学校がそういう評価された場合にどこに本当の鍼灸を任せたらいいのかと考えると、非常にある意味不安になるんです。

小野：その点に関しては、日本薬剤師会の方にも世界の代替医療の状況というのをちゃんと把握するチームがいるんです。日本薬剤師会は結構やっているんです。それで定期的にヨーロッパ、ドイツですとかフランスとかの、いわゆるドイツですとかホメオパシー、そういうのを使って、専門に薬剤師が扱っている人達がいいますから、そういう所の人達と情報交換をして、定期的に情報を集めているんです。あとは海外とかにも学術大会みたいなものとかをして、ですから、ちょっと知り合いがそういう部署に行っているもので、彼らに聞いてみると、やはり自分たちの将来的にどういう状況になるか分からないけれども、情報は収集しているということは言っていました。ですから相当それなりのことは考えていると思うんです。

形井：ありがとうございます。もう少し話を進めたいと思いますけれども、他にご意見はありますでしょうか。

松田博公：先ほどの小野先生のご報告を聞いて思ったのですが、インド、中国、韓国、それぞれ要するに植民地から離脱した戦後の新興国家ですよね、それが近代的な医療制度、まあ戦後型の医療制度を作るときに、その中に伝統医療を公設したと、それを一つの核に置いたと。これは国家の性質のナショナリズムの問題と医療は切り離せないという大きなテーマがそこにあると思うんですよ。それで日本のわれわれの混乱さ、現在の混乱さは、ナショナリズムに訴えて鍼灸を医療制度の中に入れることが出来ない。これは鍼灸の問題だけではないんです。日本人の戦後のナショナリズムの構造がどうなっているのか。これは国家の問題ですよね。あらゆる日本文化がナショナリズムの核を抜かれてしまった。これは右翼の人とかからいろいろ宣伝があるところなんだとおもうんですが。そういう捉え方を実は戦前日本の鍼灸はやったわけなんですよね。鍼灸だけじゃないです。各方面で。それでファシズム運動と連動しながら、そのときは日本医学という固い雄志を掲げて、その中で鍼灸は頑張ろうとした。それで一定の成果は上がったのかもしれない。でも柳谷素霊はその時、大変絶妙なスタンスを持ったような気がします。

つまり、非常にイデオロギー的思想的に、日本医学の中に鍼灸を入れようとした、その運動を見つめながら、我々が思想において、そのイデオロギーにおいて国家に奉仕するのではなくて、技術において奉仕するという風に歯止めをかけたんですよね。そういう彼の言葉が残ってますけど。彼はその危険性というものをよく分かっていたからだと思いますけれども。いずれにせよそういう運動はまさに敗戦とともに過ぎ去ったわけですよね。戦後日本の文化というのは、ナショナリズムというのは骨を抜かれて、形成されてしまって、我々鍼灸界はそのナショナリズムに乗っかって医療制度の中に鍼灸を入れるというのが出来ていない。でもそれが出来ればってやればいいと思うんですよ。韓国もやっているしまさに中国はそれをやっているわけですね。だからこの間、西洋医のほうから中医学を廃止せよというインターネットの署名運動が起こりました。それを最終的に抑えたのが国家なんですよね。国家が中医学守るべきだと宣言して、その動きが、西洋医学のほうから、中医は非科学であると、偽科学だという署名運動が起きたわけですよ。だから国家の公認の医学から廃止せよという運動が起きた。

これは非常に面白いですね。これはちょっと分析してみるといろんな面白い面が出てくるのではないかなと思うんですけれども。でもそれを抑えたのは国家です、中医学を守るんだと。でも日本はその路線はとれない。じゃあ西洋型のエビデンスがあれば政府の中に入れるんだ、

そういう合理的主義の面も日本は取れないですね。本来近代国家であればそれはとるべきなんです。合理主義に基づいて形成されるならば、ところが日本はいくらエビデンスがあっても、例えばそれは膝関節痛の問題で明らかになったわけですね。いくらエビデンスがあっても入らないという非合理的なものがある。だからナショナリズムもだめだ、合理主義もだめだ、そこに我々の今の困難があるわけですね。今日の皆さんの議論をずっと聞いていて、やはり我々はどちらかというと、その制度の中に入っていくには、どちらかというと合理主義に期待して、いろんな成果を、協力して、特に今日も教育制度の問題が重視されていますけれども。

教育制度は近代のシステムなんです。近代のシステムを利用してその中に入っていこう、整えて入っていこうとすると、どうしても合理主義の側面に我々は賭けるということになるわけですね。僕はそれはそれでいろんなメリットがあると思います。ただそのときに片方のナショナリズムのほうに踏み台をおいて入っていこうとしたときに、その要素となるものが欠けてしまうということを、僕は恐れているわけですね。それはどういうことかといいますと、文化としての鍼灸です。日本の伝統文化を生み出した、伝統医療としての鍼灸のこの側面には、それこそスピリチュアルケア、患者さんとの関係のつくり方から、あるいは技の問題ですね。国際的な形で押し付けられようとしているあの消毒法に対して、抵抗できる日本的な鍼灸の技の問題。それらも全部、文化としての鍼灸、伝統医療としての鍼灸という視点を据えれば、きちんと対抗できるひとつの足がかりだと思うんですよ。そちらの面が落ちてしまっ、制度の合理的な面で入ろうとするときには、何か欠けてしまうのではないかなと思うんですよ。いずれにせよ、この発言が何の解答にもならなくて、我々はそういう困難の中にいるという、そういう話なのですが。そういうことで佐藤先生になにか示唆を与えていただければいいかなということなんですけど。

佐藤：

松田さんのおっしゃった文化としての医療というのは非常に正しい指摘ですし、今までの医療人類学の成果から見れば、ナショナリズムと伝統医療の復活というのは密接に結びついてきたということもあります。そしてやはり文化としての医療を認めて、文化としての医療を近代制度や医療制度の中で展開することはできるのかという問題の立て方がひとつあります。もう一つは、鍼灸は合理的な技術ではなくて、もちろん合理的技術という捉え方もあるのですが、鍼灸は文化なんだということとして、それを我々の社会の中で医療という形で認めさせるという、そんなことも可能なのかなということも。どちらも、困難な状況でしょうが。ただ私の視点から言うと、ちょっと議論の次元が違うんですが、実はもう近代医療というのもひとつの文化なんですよ。我々の近代文化の一つの表現形態だと思ってますから。その意味で合理主義と文化というダイオトミー（2分法）ではなくて、むしろ文化と文化のダイオトミーではないかという風に論点を立てていくとですね、私たちが今担っている文化というのは、近代医療の文化と鍼灸医療の文化と、どちらに適合性というか、アフェニティ（親和性）があるか、それとも内在的なものなのか外在的なものなのかという問題の立て方も出来るのではないかなと。今はそれ以上ちょっと言えないのですが…よろしいでしょうか。

形井：はい。すごく難しいところに問題ではあるんですが、ただ、日本に鍼灸がどういう形で存在してきたかというところを考えると、韓国と日本ではちょっと意味合いが違うと思うんですよ。中国に発祥したものが伝わってきているという意味では同じことなんですけども、ただ韓国やベトナムというのは非常に中国からの影響をストレートに受けやすい地で

あって、日本の場合には上手くすり抜けてきているところがあるんですよね。中国からの言うことを聞きたくないところは聞かないで、やって来ているところがあって。面白いことに、江戸時代は東洋医学は国の医学だったわけですけど、将軍なんかは病気だから日本に優秀な医師をよこしてくれとオランダに手紙を出して来てもらっているわけですよ。だから、東洋医学をやっている国の将軍がそういうことをやっている国だったわけです。それはなんだったのかなと。国の医学である東洋医学というのは、国にとってどういう意味があったのか、どういう位置にあったのかということを、その事実だけで考えると分からないわけですよ。おっしゃったとおり混乱しているわけです。江戸時代から混乱している。私は江戸時代の人にはそれを知っていたと思うんですけど、長崎から歩いて江戸までオランダ医師は旅行をしていますから、途中で見たこともない色の人が歩いていることは分かったんでしょうけども。

あの、6番目の保険対象の疾患として、外傷性頸部症候群、むちうちが入ったわけです。1996年に入った。それまでは保険は5疾患だったわけです。何故、外傷性頸部症候群が96年に入ったのかというのは、未だに分からない。さっきの言い回しで言うと、科学的な根拠があるから入ったはずですよ。けれど、現在、膝が入らない、科学的根拠がはっきりしないという理由で。

科学的根拠があっても入らないんだけど、無くても入っているわけですよ。96年に。だから、日本はそういう国なんです。1300年の歴史があって、江戸時代は非常に大事な医学でしたと言っても、僕らが引き継いできた文化たるや、そういう江戸時代からの状況の文化であったわけです。しかも今それが、江戸時代の文化自体がもうほとんど消えつつあるという状況の中で、江戸時代から引き続いてきたものは消えつつあっていいのではないかと。文化の正しい発展の仕方なのかとも知れないですね。復活させようとする事態がもう無理なのではないかという考え方も出来るのではないかと思うんですけども。どうぞ。

松田：いや僕はまったく同じことを言っているんです。だからナショナリズムに同調して入れようと思っても、この国では入らないということをいっているんです。

小野：すみません。例えば、中国やアジアが何故伝統医学になったのかというのはナショナリズムが前提にあるのは当然かもしれないけど、金が無いからですよ。西洋医学をやるには、猛烈なお金と時間がかかるわけで、これは伝統医学は認めなければいけない。中国はまさにそうなんです。今の中国は完璧なナショナリズム。でもこれはアフリカを取り込みたいという政治的な配慮があつての問題だと僕は思うんで、全部それをナショナリズムに持っているのはちょっと難しいなと僕は思うんですが、ただどっちにしろ、それは国民に受けているからであって、受けなければ話にならない。受けているのが文化かもしれない。

松田：だからまさにその権力が、正当性を維持するためにはそういったナショナリズムを包摂しないとだめだという国家なんです。ところが日本の場合あまりそれに考慮しなくても、この国家権力が成立しているという、国家の問題ですよ。そういうことだろうと思います。

形井：えー、面白いところですが、ちょっと別の方に発言を。横山先生。

横山浩之：すみません。えっと国家論の話にあまり深入りしても困ったことになってしまうんですけども、古典的な時期の国家論、国家と医学の関係はどうかというときに、中国や韓国というのは国家として医学や医療制度というものと積極的に関わっているんですね。伝統的に。日本は、平安時代、奈良時代は別ですけど、それ以降国家として正面から医

療制度、医療政策というものに取り組んできていないと思っています。で、国家は医学や医療に直接タッチせずに、まあ国家経済の問題が中心になるんですけど、国家の運営者、大名だったり天皇だったり、個人が自分の自己防衛作として複数の医者雇用するとか、自分の藩の医学教育として何かを行うということはあるんですけど、国家として、江戸時代って本質的に機能してませんから、日本が国家形態をとって医学と本格的に関わるというのは明治になって初めて経験することだと思います。

中国や韓国は歴史的に正史というものをまとめるという作業をずっと伝統的に繰り返してますけど、日本の江戸時代は正史が存在しませんし、国家形態が中国や韓国と日本はぜんぜん違います。古典的な時期にあって。それで、近代国家を体験したときの中国、韓国と日本のあり方というのが、そもそも本質的に違うということがひとつあるだろうなと思います。ということと、あと、今の国家に我々鍼灸をどういう風に選んでもらうのか。

ここにいるのは鍼灸師であって、国家を運営している人達で無いから、国家を運営する側として鍼灸をどう扱うのかということは、ここにいる人達はタッチできないわけですよ、当然ながら。それで国を運営する人達に鍼灸をこういう風に使ってもらったら国の宣伝になりますよというアピールをして、それを受け入れてもらえて、国の戦略に取り込んでもらえたら、そうなるのかもしれないけど、戦前、柳谷素霊とか他の人たちがイデオロギーを利用して何か戦略を立てようとしたけど、実際に誰に対して何をやったかといったら、国家とか国家管理者に対して直接提言をしているわけではなくて国民に対する大衆運動として展開した。あるいは同業者間にそういうことで活動して行こうと、同業者向けのアピールだったりすることが一番強いと思うんですね。そうすると、発言の内容は国が選んでくれないとか、国が動いてくれないといったところであったりするけど、実際発言を聞いているのは同業者だったり国民であったり、国家管理者に話を聞いてもらえるような話の仕方、発言の仕方というのはずっとしてきてないんですね。

その辺のところ国がどうなのか、今の日本という国のあり方と、日本の中の鍼灸の位置づけ、あり方というのと、あと同じように医学というのはグローバルな学問であって、医療というのはローカルな文化。医学と医療の本質的な違いがある中で、日本の近代医療というのは、ある意味で日本の伝統医療なわけですよ。で、日本の医療というのは江戸時代の医療と日本の西洋医学というのが非常に一続きで同じような本質的な面を持っているかもしれないし、それに対して、逆に日本の伝統的な鍼灸というのが、やはり、日本の西洋医学も日本の鍼灸も両方とも日本の伝統なのかも知れないし。すみません、ちょっと話がずれてしまいました。

大口：あの、答えになるかどうか分かりませんが、先ほどの小野先生のお話の中でアメリカのNIHが年間で300億円出している。私が行っている厚生労働省保険局、医療課の鍼灸の保険料に対する委託研究費、350万円。350万円があまりにも少なすぎて、委託研究できないから、すみませんけど委託研究やらないんですけどという話で、つい数日前話が出たんですけども、いわゆる膝関節の事に関してノーということで、まだ時期尚早だということで16年間の委託研究費、当時700万。こちらは反論をして、学会のほうに委託研究費を払って、それから京都の方で国際鍼灸学会やってもらった。医師薬出版から日本人に訳した膝関節のエビデンスという本を出して、これを全部厚労省に出しました。

だけれどもその後、委託研究費、前は700万円以上あったのが、他のところが削られたら、そちらの方にお金回して、委託研究やってないんですよ。なぜかという、まともにやると、（研究成果を）認めざるを得ないような状況になっちゃったんです。今まで業団は厚労省にこういうことに関して反対はしなかったんですよ。それを、どういう風にやったら新

しい疾患が認められるかということで、検証をしようと思って試みたんですよ。だからひとつの国家権力に対する反乱ですよ。これは言い過ぎかもしれないですけども。それで今度は委託研究費を削られたから出来ない。じゃあ、来年はもっと増やしますから、ひとつのどういうデザインでやったらいいか、考えて費用にしてもいいですかという話がつい数日前ありました。じゃあこちらから、形井先生をメンバーに入れてくれとか、そういうオーダーを出しているわけです。そういう方向でひとつの形が見えれば、また新しい病名を入れる形が出来上がるかもしれない。

それから、岡田先生も医療経済学から言って、鍼灸の方が安上がりなんだと。僕は医療課長に言ったら、保険適応で、例えば腰痛症で病院かかるのと、鍼灸を保険でやった場合どちらが安いかわざわざ出したんですよ。大口さんね、ここにいるメンバーのほとんどはみんな医療の担当の方たちで、医療費が下がるというのを喜ぶ人達だけじゃないから、といわれたんです。

つまりそういうことなんです。どのようにその辺を折衷していくかというのは、まさにグレーゾーンの外枠にいる療養費だから上手く渡っていけるといっても気づいているんです。だけれども、きちっとした位置づけじゃないと鍼灸は生き延びられないのであれば、そのときにはそれなりの覚悟を決めなければならない。もう保険なんていいよ。きちっとした鍼灸の医療を提供してその対価を患者さん、国民から払ってもらえばいいよ。国民の意見を高めるというのは、そういう国民的発想に持っていくときには痛みを伴うということ、これは折衷は出来ないんですよ。だから、大変な話を今日はしているなと思っていました。

形井：はい、積極的な手が挙げられなければそろそろまとめますが、大きな宿題をドンと残した形になりましたが、一年間考えて、また来年お話が出来ればと思いますが、今実は、来年と言っている状況ではなくて秋にもう1回やらなければならないのではないかという気持ちはずっとしているんです。それはどうなるか分かりませんが、日本は7番目に膝が認められても世界がもっと早いスピードで動いたら、その成果が素晴らしいということになって、非常に残念な結果になるかもしれないと、そういう不安もあるんです。

長い時間どうもありがとうございました。皆さんのご発表の中身が濃い内容でしたので、一生懸命頭に入れ込むのがやっとなという感じでしたけれども、しかし非常によい刺激になりましたし、またさらに来年に向けて次の勉強を始めなければいけないなと思いました。半年後ということはどうか分かりませんが、来年はまた7月か8月に5回目をやるつもりでおりますので、是非また時間を見つけて参加していただけたらと思うんです。

本当にどうもありがとうございました。これにて終わります。

—特別寄稿—

経絡治療の学術的意義並びに普及運動の真の意味
—経絡治療の社会的意義—

東洋鍼灸専門学校講師、蓬治療所所長

戸ヶ崎正男

I. はじめに

昭和 10 年代、経絡的治療は誕生した。「術には長けているが、学に劣る」という鍼灸を古典理論に基づいて、診断から治療まで一貫したシステムを作りあげたのである。それが経絡的治療である。竹山晋一郎、井上恵理、岡部素道の三氏(以下敬称略)が代表となり、その普及運動を展開した。全国各地で講演会を開催し、さらにはその内容を東邦医学誌に掲載して、全国の鍼灸師や東洋医学に興味のある医学関係者を先導した。こうして瞬く間に、経絡的治療は全国に普及していったのである。

第二次世界大戦後、アメリカの GHQ による、鍼灸の廃止要求に対し、鍼灸界は大同団結してこの難局を無事に乗り切ったが、これを期に鍼灸の科学化を唱える一派が経絡治療を表面きって批判するようになる。科学派と経絡治療派(古典派)の対立の始まりである。昭和 27 年前後の数年間は、両者間で激論が戦わされた。その後、昭和 40 年代に古典派から分かれた人たちから批判が起こった。昭和 40 年代になると折衷派なるものも登場し、中医学も入ってきて、鍼灸界は複雑な様相を呈するに至る。

その後、古典派の中からも経絡治療再考の声が上がり、平成 5 年から 5 年間、熱い議論が戦わされた。経絡治療の生命線である証決定上の脈診の意義、本治法と標治法との関係、六十九難の選穴の意義等、重要な概念の見直しがなされた。

最近では、科学派も古典派も折衷派等も、お互いに我関せずを決め込んでいるかのようである。また、古典派による経絡治療の自己改革もその後、なりを潜めて、何も無かったかのように旧来の経絡治療を続けている流派も多いと聞く。日本の鍼灸界は「住み分け」ならぬ、「蛸壺化」の様相を呈しているようである。

かつて、日本の鍼灸はすぐれた技術によって、中国、韓国をはじめ、ヨーロッパ諸国を先導した。しかし、今の鍼灸界はどうであろうか。少なくとも他国の模範にはなり得るのだろうか。低迷している鍼灸界の現状を打開するすべはあるだろうか。

このような鍼灸界の状況を作った大本は経絡治療を普及したことに始まる。従って、原点に帰り、経絡治療の学術的意義とその普及運動の真の意味を捉え直すことによって、現状打開の鍵を探って行きたい。

前回は“経絡治療の学術的意義”について書いたが、今回は“経絡治療の普及運動の真の意味”、GHQ の鍼灸禁止要求による鍼灸界の変化、推計学に基いた臨床試験による経絡治療の再評価、古典の立場からの経絡治療の再検討等を社会的観点から眺めてみよう。

Ⅱ. 明治時代、何故漢方は撲滅されたか

江戸時代まで日本の医学の主流であった漢方、鍼灸は、明治時代に入ると文明開化(和魂洋才)の名の下に日本の伝統文化と共に歴史の表舞台を追われた。すなわち漢方は法的に葬り去られたのである。鍼灸(特に鍼)は、江戸時代から社会福祉的な観点から視覚障害者(盲人、注*)の職業として位置づけられていたため、ドイツに範をとった近代医学による教育体制の中で命脈を保ったのである。漢方、鍼灸は何故に明治時代にこのような状況に陥ってしまったのであろうか。明治政府は医学に何を求めていたのであろうか。『漢方医術復興の理論』(竹山)を要約すると以下のようになる。

注*: 盲人という言葉は、現在では適切な言葉ではないかも知れないが、引用した文献中に使用されている場合はそのままにした。

「明治 12 年、旧尾州公の医官国幹浅井篤太郎を社長とした「愛知博愛社」が起こり、同年、漢方医浅田宗伯、山田業広、森立之等によって「温知社」が結成された。また、同 13 年には京都に山口容斎、田中歌永等による「賛育社」が創設され、同 14 年には熊本に村井雲台、高岡玄真らが中心となった「春雨社」が結成され、漢方医学の存続運動が展開された。そして明治 15 年には、温和、賛育、春雨の 3 社が連合して一大全国的統一運動を成すことになった(P51~52)*¹」。

また、「明治 14 年に和漢共立医学院(2 年後、和漢医学講習所と改称)が開校されたが、その趣旨(「和漢共立学院創立後進の開業許可上願の件」)は以下のようであった。

『政府は曩に明治 8 年 2 月内務省乙第 5 号を以て、医師試験法を 3 府に布達し、翌 9 年 1 月より各県に及ぼし、自今新に医師たらんとする者には考試の制を設けて、6 科の學術を課した。尋で明治 12 年 2 月廿 4 日内務省甲第 3 号を以て、医師試験規制を發布し、自今新に医師たらんとする者は理学、化学、解剖、生理、病理、藥物、内外科の試験に通過したるものでなければ開業を許さぬことに定めた。其間わづかに特例を設けて、従来開業医を除外したが、試験の科目は純乎たる西洋医学のみ採用し、和漢医方に拠る試験科目は認めていない。従って、我医道はその人一代(即ち従来開業医)を以て終り、早晚絶滅の時を迎へざるを得ず。是豈世の常理なりとせんや。是本学院を創立し、生徒を養成し、後進開業允可の上願を必要とする所以である』(P53) *¹」。

「明治 20 年になると漢方存続運動の中心であった温知社は社員の激減と会費の未納のため解散せざるを得なくなった。その後、温知社や回天医学会等を解散した人々は、こんどは「帝国和漢医学会」を結成して、議会を通じて存続運動を行なおうと考えたのである。彼らは議会への請願運動によって、法律を改正させて漢方の存続を計ろうと決心したのである(P54~55) *¹」。

～そして同 24 年 11 月の第 2 帝国議会へ第 1 回の請願運動を行なった。東京、平戸、熊本、秋田、鎮西、厳原、尾張、鹿児島、富山、長崎、宮崎等 37 団体が運動に参加して貴衆両院へ「和漢医師継続請願書」を提出した。請願書に連名した者、医師 1,984 名、医師以外の者 51,050 人であった(P55) *¹。請願は衆議院請願委員会で大多数の賛成を得たが、第 2 議会は海軍軍事費問題のため解散されてしまったために、第 1 回の議会闘争は結果不明の

まま葬られてしまった(P56)※¹。～同 28 年の第 8 議会において「改正法案」はついにわずか 27 票の差で否決されてしまった。～それ以来、漢方の存続運動は、理論的にも政治的にも火の消えたように屏息してしまった。そしてまったく絶滅してしまったかのように、医学といえば洋医学、医者といえば洋方を学んだ洋医でなければならなくなってしまった(P57)※¹。

以上のことが竹山晋一郎氏(以下、竹山)の著した『漢方医術復興の理論』の中に書かれている。このように多くの漢方家とその賛同者が明治政府に働きかけて漢方の存続を図ったが、果たせずに失敗に終わってしまったのである。では何故このようなことになってしまったのであろうか。竹山は同書でこう語る。

「～「学」としての漢方は、洋医学のいわゆる科学性の前に立って、とうてい太刀打ちではできなかった。理論闘争では、当時の進歩思想であり、したがって歴史がその登場を必然にしている洋医学には敗北せざるをえなかったのである。当時における漢方は「学」として洋医学の批判を受け、丁髷や帯刀とともに旧時代の遺物視されねばならなかった(そして臨床医術として「術」において内科的に洋方にまさっている点については彼は知らず、私も主張することを忘れていた)(P53～54)※¹。～日本の資本主義が急速に発展する必要のために、あらゆる封建的なものを、一日も早く片付けてしまわねばならぬ要求を、本質的にもっているところのものであった。いわば、この国会は、終局において彼(多くの漢方家と賛同者)らにとっては敵の陣営であったのだといってよい。敵の陣中に味方を求め、それにたよることを最後の望みとしたことこそ、まことに彼らの最後の悲劇であった(P57)※¹。

明治政府は、欧米列強の脅威から自国を守るため富国強兵政策、資本主義経済機構を急速に進展させる必要があった。そのために邪魔になるもの、不必要なもの、即ち封建主義社会の中で培われた多くの文化を否定し葬り去ってしまったのである。漢方もその一つであるが、多くの漢方家とその賛同者がそうとも知らずに、漢方存続を明治政府に訴え続けたことがこの存続運動の失敗の大きな要因であると竹山は指摘するのである。

「一般的に、概念的にいうならば資本主義社会の医学が『社会医学』であることに論はない。それは個人の病気を臨床的に治す「術」が重んぜられるよりも、大数的な社会予防医学的傾向を有するものである。だから「衛生」という問題が政策的に重要になり、予防医学としての医学が重んぜられるのである。また、軍事的要求からも軍陣医学の成立が要求されるのである。～個人の病気を問題とするよりも、社会的に大数的に疾病の予防と一般の健康保持のために医学が問題とされる。ゆえに資本主義社会の医学は、その国の社会政策とあいまってはじめて「社会医学」たる本領を十分に発揮しうることになる(P80～81)※¹。

～資本主義社会が医学に求めているところのものは、一人や数人の患者を正確に治すことよりも、千人、万人を大数的に予防し救ってくれることであった。社会衛生の医学としては、漢方はまったく無力である(個人的養生の学においては一応の発展を示しているが、それはあくまで個人衛生、すなわち「養生の道」で、目的的に社会的性質は存在しない)(P84)※¹。

以上のように、資本主義を標榜する当時の社会は、予防医学として、法医学として、軍陣医学として役だつ医学を必要としていたため、個人的な臨床的医術である漢方が撲滅されたのは歴史的必然であると竹山は結論づけたのである。

Ⅲ. 鍼灸は何故撲滅を免れたのであろうか

「鍼灸医術の存続された理由については、社会史的にみてほかの理由がある。漢方が撲滅されようとしたとき、鍼灸がその巻き添えから免れた最大の理由は、当時、鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が支配的でなく、微弱であったこと、云々(P207)※¹。」

また、「鍼灸医術が今日あるのは、実に、盲人の職業教育の必須課目として、全国の盲学校の中に温存されてきたためである。もしも、鍼灸医術が盲人の職業教育になくってはならぬ課目として盲学校の中へ持ち込まれなかったとしたら、漢方と同じく、とうの昔に撲滅されてしまっていたかもしれない。その意味では、全国の盲学校は、鍼灸術を今日まで存続させたことについて、歴史的に重要な役割を果たしてきたのである(P207)※¹。」

第一に鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が弱かったこと、第二に治療的価値が低かったことにより、盲学校の教育科目の中に近代医学の理論に基づく鍼灸として存続したのであると竹山は同書で結論付けた。明治政府の近代化に伴って、封建主義社会の文化を一掃する波に吞まれ、また、資本主義社会が求めている社会医学には不適當であると看做され、漢方は日本の社会から葬られてしまったのである。一方、鍼灸は、近代医学の基礎理論に基づいた鍼灸という条件付で撲滅を免れ、視覚障害者の職業として生き残ったのである。

「わが国の医学教育の方針が洋方医学に準拠することになったために、盲学校の鍼灸の教育方針は、洋方医学を取り入れて、診断は西洋流に、そして病名により穴(ツボ)を選ぶという木に竹を継ぐようなことになってしまっていて、「随証療法」としての一大体系を破壊し、とうとう臨床には役に立たぬものとしてしまったのである(P208)※¹。」また、「近代医学の基礎医学のある学説を借用した刺激を目的としての刺鍼、施灸。圧痛点や過敏点のみを目当てとした統一のない施術。炎症部位への局所的皮膚鍼による炎症の解消。局所的皮内鍼等々の施術は、ただ、それだけではまだ治療術とはいえない。対症療法ということさえできない。それらはすべて治療以前のものである。形式だけ残された名灸や家伝灸の類も同断である(P211～212)※¹。」

鍼灸は、近代医学の学説を借りて局所治療に終始していたため、治療効果が一向に上からず低迷していたのである。漢方とは対照的に視覚障害者等の職業として細々と社会の片隅で生き続けていたのであった。

Ⅳ. 漢方、鍼灸が再び脚光を浴びる

明治 30 年代になると日本の医学は近代医学による医療体制が確立し、順風満帆に航行しているかのようにであった。しかし、大正末期から昭和の始めの頃になると特に治療にほこ

ろびが見えてきたのである。また、明治に入ってから社会が急速に欧米化した反動から、復古主義が大正末期以降台頭しその波に乗り、漢方は再び脚光を浴びるようになる。また、鍼灸を近代医学に基づく病名治療ではなく伝統医学の基礎理論による治療法を模索する人が少しずつ増えてきたのである。竹山はこの辺の事情を同書の中でこう語る。

「明治の末年、漢方がまったく世人からも医界からも見捨てられてしまったようなとき、和田啓十郎の『医界の鉄椎』が出版された。それは、西洋医学を学んだ人によって、漢方の本質が説かれ、復興すべき価値がある医術であることを医界に向かって大胆に主張した歴史的文献であった。湯本求真は、この著書により漢方医に転じ一家をなした人である(P196)※¹。」

漢方復興運動の敗北で、多くの漢方家が路頭に迷い、職業を変えざるを得なかったり、わずかながら極貧の中で漢方を細々と続けていた人もあったであろう。このような人の信念や義憤が和田啓十郎に伝わり動かし、『医界の鉄椎』を書かせたといっても過言ではないほど、この本を読むと、漢方の本質が鮮明に説かれ、復興すべき価値のある医術であることが伝わってくるのであり、また、漢方復興運動で倒れた人々の怨念をも感じるのである。

「しかるに洋方では、個人の病気がなかなか治らないために、たまたま漢方にかかった人たちが、理屈はどうでも治るので、経験的に漢方を信用してきたのである。～臨床的に個人の病気を治す、その点では洋方にまさっている、ということが、まず患者の側において、大正から昭和にかけて、経験的に(学問的にはない)理解され、次に、洋方に治療的行きづまりを感じた医者によって漢方研究が開始され、かくて満州事変から日支事変と復古思想の台頭に乘じて漢方復興の気運が盛んになってきたのである(P86)※¹。」

「同時に、世界的に、近代洋医学が、基礎医学と臨床医学との分裂のために、また、臨床医学内における孤立的専門分科の弊のために、臨床的に幾多の行きづまりを生じ、その行きづまりの打開策として、欧米の医学者、医師等によって東洋医術への関心が払われるようになり、それがわが国の医界の一部の人々をして、急に「漢方医術の再認識」を叫ばしめることになって、復興の気運は、いまやますます濃厚となりつつあるのである(P87)※¹。～臨床医学における内科と外科の跛行的現状、すなわち、近代技術の進歩に伴う外科の技術的な長足の進歩に対して内科の技術的立遅れ、この近代医学における内科の立遅れこそ、随証療法としての漢方医術の存在を可能にしている条件の一つといえる(P213)※¹。」

「大正期から昭和時代にはいって、中山忠直の『漢方医学の新研究』が現われた。これは、忘れられた漢方や鍼灸に対しての興味を世人に与えるために大いに役立った。この著書に刺激されて、漢方医や鍼灸家の門をたたく患者が急に増したほどであるといわれている(P196)※¹。」

近代医学は基礎医学と外科臨床医学が飛躍的に発展したのに比し、内科臨床医学がそれに伴わず、臨床医学内部の専門分化とそれらの間に有機的連関が欠如しているため、治療成績の上まらない内科臨床医学であることを暴露してしまったのである。明治時代、漢方は臨床医術としては優れていたにもかかわらず、社会医学としてまた学として優位な近代医学に道を譲らざるを得なかったが、大正時代以降、漢方(鍼灸)は内科臨床医術として、近

代医学以上に優れていることが社会的に認められてきた。一般大衆や一部の医師や医学研究者が漢方、鍼灸の支持者となり復興の機運が盛んになってきたのである。

「ここにおいて、漢方医術の再認識の問題は、たんなる復興にとどまるのではなく、近代洋医学の臨床的行きづまりを方法論的に打開すべきものとして、革新家としての任務を帯びることになったのである(P87) *1。～『漢方的内科臨床医術』の立場こそ、漢方医術がもっている本質的性格であり、この性格のゆえに、かつては衰亡しようとし、いまはまた、この性格のゆえに、復興し、終局には、現代臨床医学の革新を行なうべき使命を荷なうことになったのである(P91) *1。」

竹山はこの機が漢方(鍼灸)の復興のチャンスであり、さらには近代医学の臨床面に対する革新を担う使命があると考えていたのである。

このような状況の中で竹山は漢方の復興は漢方家に任せ、自分は鍼灸の復興を目指したのである。彼は同志である井上、岡部と柳谷の指導の下に、『素問』、『靈樞』、『難経』等の古典理論と漢方の随証療法を手本にした経絡治療システムを作り、明治以降近代医学によって改竄され、局所治療に終始して一向に治療成績の上がらない鍼灸の改革に乗り出したのである。

先ずはこのシステムを鍼灸界に浸透させ、これにより鍼灸師を教育することであった。この臨床方式を学んだ鍼灸師が多くの患者を治療し、実績を上げることによって一般大衆を味方につけることである。その結果、多くの人の支持によって鍼灸を社会化することであった。即ち、鍼灸を日本の医療の一つとして認知させることであり、鍼灸師を正当な社会的地位に位置づけることである。さらには、漢方、鍼灸の臨床医術の側面から日本の医学、医療の治療技術及び治療理論の発展を図ることにより、医学、医療の改革を目指そうとしたのである。

では、経絡治療システムの特徴はどんなものであったか。術には長けているが学には劣る鍼灸医術を古典理論に基いて理論構築してできたのが経絡治療システムであると言われているが、実は技術面が非常に重視されたシステムである。診察では、四診という術者の感覚に基づいて病人の状態を捉えるのであるが、その中でも脈診が特に重視されている。診断では、脈診の情報を主としその他の四診の情報を従として証が決まるのである。治療に関しては、標治法、本治法共に切経(探穴)し異常反応を捉えて、適切な手技(補瀉)を行うということである。さらには経絡治療は単に病気だけを治すのではなく、病人の体質をも考慮した治療であり、この治療の本質は自然治癒力の発現を阻害する条件を取り除くことであり、自然治癒力を高めることである。

鍼灸の学よりも術を重視する鍼灸(漢方)の考え方を温存しつつ、理論化したのが経絡治療システムなのであるが、この理論化が後に問題になる。また、臨床実績を十分に積み上げずに見切り発車したことも後に批判的となるのである。

ここで経絡治療を推進する人たちが目指したことをもう一度整理して次に進める。

第一に随証療法である経絡治療を全国の鍼灸家に普及し診断治療技術の向上を計ることである。

第二に経絡治療を会得した鍼灸家が患者を治療して、多くの病気を治すことによって多くの賛同者を得て一般大衆を味方につけることである。

第三に多くの治療効果を発揮することによって、鍼灸が内科臨床医術として近代医学のそれ以上に優れていることを真摯な医者や医学研究者に認知させることである。

第四に漢方鍼灸の持つ臨床医術によって日本の医学、医療の改革を行うことである。

以上のことを実行することによって、政治を動かし、鍼灸医術が社会的に認められ、鍼灸師の社会的地位の向上を目指したのである。

この運動が軌道に乗り瞬く間に全国的規模で経絡治療は広がったのである。このまま順調に進むかのようにであった。

しかし、そう上手くいかないのが、歴史の常である。第 2 次世界大戦で日本が敗北を帰すことにより新たな受難が始まるのである。GHQ による鍼灸に対する干渉である。これが鍼灸界にどのような意味があったのであろうか。

V. GHQ による鍼灸治療の廃止要求がもたらしたもの

「47 年 9 月 23 日、板倉博士ら医療制度審議会の委員 6 人と厚生省医務局(局長 東龍太郎^{あずまりょうたろう}氏)の局員らは GHQ から呼び出しを受けた。彼らは次のことを言われた。

“自動車の運転手は自動車の性能、機械の構造等を知らねばならぬ。人間も治療に当たっては身体のすべてについて知識がなければ害が多い。しかるに東洋古来の療法であって効くものもあろうが、現在行っている業者は身体に関する知識が低いから害があると思う。晴眼者でさえも難しいものを視覚障害者にやらせるとは何事だ。故にこの際禁止を要求したい。日本政府はいかが思うか。”

① 盲人による鍼灸、按摩は全面的に禁止したい。

② この際、鍼灸、按摩、柔道整復等療術は全面的禁止を要望する。

③ これらを現行医療制度の中で存続させたいのであれば、10 月 2 日までにその理由を書いて提出すること(10 月 5 日までの期限延長が認められていた)(P166~167)※2-1。」

GHQ が日本政府に突きつけた鍼灸、按摩等に対する禁止要求であった。青天の霹靂という言葉があるが、鍼灸界にとってこの鍼灸の禁止要求はまさにそのような出来事であつたろう。このとき厚生省、鍼灸界はどのように動いたのであろうか。

「大阪市にて「日本鍼灸医会」(日医会)を結成、一致団結して鍼灸存続をかけて動き始めた。そして同じ頃、関東にも日本鍼灸界の将来に不安感を抱いていた人々がいた。花田伝^{はなだつと}氏、岡部素道氏、井上恵理氏、全鍼連(日鍼連)会長・小守良勝^{こもりよしかつ}氏と、先の参議院議員選挙で当選したばかりの小林勝馬^{こばやしかつま}議員、そして東京帝国大学医学部講師・厚生省医療制度審議会委員の板倉武博士^{いたくらたけし}などである(P166)※2-1。～盲学校関係者として澤田正好(栃木県立盲学校校長)、松野憲治(東京盲学校校長)、芹澤勝助(東京盲学校教官)、大野加久二(『点字毎日』編集長)、岩橋武夫(日本ライトハウス創立者。ヘレン・ケラーとの交流で知られている)などの諸氏が挙げられる(P168)※2-1。」

このように鍼灸界はすぐに晴眼者、視覚障害者それぞれ同盟を結成して、鍼灸禁止要求

の反対運動を全国的に展開したのである。また、その当時の厚生省の役人や医学者の中には鍼灸のよき理解者がいてその協力を得ることができた。

「～板倉博士は、自らが行ってきた鍼灸研究のデータをもとに鍼灸治療の有効性を述べ、その理由を科学的根拠に基づいて説明した。さらに、東洋医学と西洋医学は根本的に考え方が違う医学であるとして、「西洋医学は病理学として発達し、疾病の本態を追及し、それを予防するための医学、すなわち『疾病の科学』(Science of Diseases)である。これに対し、東洋医学は治療の術として発達し、この研究を進めていけば『指示の科学』(Science of Indications)として完成せられるべきものである」と述べ、東洋医学も確立された医学であり、将来、東西両方の医学が融合すれば「真の医学」が誕生することを確信していると説明した(P169) ※2-1。」

東洋医学は治療の術として発展してきた医学であり、今後研究を進めていけば、指示の科学として確立するものであり、東西両医学の融合により「真の医学」が誕生することを板倉武氏(以下板倉)は GHQ の医療関係者に訴えたのである。また、板倉は GHQ の申し出に対して、東洋医学の研究機関の設立、鍼灸の有効性の科学的解明、鍼灸師の教育制度確立・資質向上を図ると述べた。

「博士(石川日出鶴丸)は、『鍼灸の科学性を解明するには、自分の専門である自律神経の研究(求心性二重支配法則)以外、方法はないとし、将来的には、鍼灸を科学的に裏付け、さらに在来の西洋医学をも包み込んだ鍼灸医学』を完成させようとしていた。～敗戦によって鍼灸は禁止される恐れがある。しかし幸いなことに米国民は特に科学を尊ぶ民族であるから科学的な根拠さえ示せば案外存続が認められる公算も多いので、今からそれに備えて準備を始めなくてはならない。万一諸君のところに進駐軍(GHQ)から何らかの問い合わせや取り調べがあった時は、『津の石川に聞くように』と答えてもらいたいと要望した(P164) ※2-1。」

石川日出鶴丸氏(以下石川)は GHQ により鍼灸の禁止がありうることを予測していたようである。

「この日、軍政部が示した鍼灸の問題点は、『消毒の観念がない』、『医療としての教育が欠けている』、『質的に低級で実に野蛮きわまる治療法である』という点であった。そのため、軍政部は鍼灸師に対して弾圧を行うことを明示していたが、会談の最後に石川博士に対し、『鍼灸医学は医学の先端をいく立派な理論である。さらに研究を進めるように』との激励の言葉を述べ云々～石川博士は回答書の最後を、『既存の鍼灸師に対し、再教育を施して資質向上を図り、最後は大学とする』という言葉で締めくくっている(P165) ※2-1。」

以上のカッコの文章は、医道の日本(平成 14 年 7・8 月号)に『占領下の鍼灸－GHQ 旋風と検閲のはざまで－』と題して掲載された奥津貴子氏の論文の引用である。

GHQ の鍼灸の禁止要求に際して、鍼灸を守ったのは、厚生省の理解や鍼灸業界の団結が基調にあるが、板倉、石川両医学博士の GHQ の答申に対する回答が非常に大きい。しかしこのことが鍼灸界を二分する結果になったのである。

「～今や日本は敗戦を契機として、いま一度すなおに近代的精神の洗礼を受けなおし、

科学的基盤の上に日本文化を立て直さねばならぬ時運に遭遇したのである。鍼灸医学も勿論、その例にもれない。今後我等は、全力をかけて鍼灸医学の科学化に努力を傾注しなければならぬ。然らざれば、いつまでもその正しき生長発展は望まれず、やがては過去の遺物として廃棄されるような運命に觸倒するであろう(P1)*³⁻¹。」

当時の鍼灸界を代表する代田文誌氏(以下代田)が GHQ の鍼灸禁止要求が出る 1 年前に述べている。

「～古典的経絡学説をまでも、そのまま全肯定せんとするものが、鍼灸界には少なくないのである。この事は驚くに堪えないことであるが、事実であるからいうのである。現に私の今年名古屋で逢った青年鍼灸家の如きは、古典に忠実な経絡治療派の鍼灸師の許に入門していて、2 年間以上の年月、その最初より鍼灸の古典のみを教えられ、古典的経絡治療の障碍になるという主張のもとに、現代医学の知識の勉強を拒否され、古典をそのままに信ずることを強いられていたのである。これは、その極端な例であるが、この青年を指導した鍼灸家と大同小異の人々が少なくないのである。それ等の人々は、口を極めて現代医学を罵倒している。古典的鍼灸医学さえあれば、現代医学などは不必要なようにいう。そういう人々が鍼灸家に多くなると、鍼灸禁止を要望されても仕方なくなる。鍼灸の古典を全科玉条として信じ、これを研究すると、そういう非常識な人々が随分生れるのである。

～経絡説とそれに関連して起る数多の弊害とが、鍼灸医学の発達に大障碍を来すことを、つぶさに経験して来ているので、経絡説を排除し、古典的鍼灸医学思想をも一応否定して、新しい立場に立って、経験的に把握して来たものを科学的に組織しようとするのである。これをなさずしては、鍼灸医学の発展は不可能だと思う(P13～16) *³⁻²。」

上記の文章は、代田の書いた経絡説を否定する文章に対して間中喜雄氏(以下間中)が反論を唱えたが、それに対してさらに代田が答えたものである。古典的鍼灸医学さえあれば、現代医学などは不必要なようにいう鍼灸師が多くなれば、鍼灸医学の発展は不可能だと代田は考え、経験的に把握して来たものを科学的に組織することが鍼灸医学の発展につながり、鍼灸師の社会的地位の向上になる、と考えていたのである。

代田は、石川の自律神経学説によって鍼灸の科学化を進めることが鍼灸界の発展につながると考え、鍼灸関係誌にこれに関することを書いたり、また講演等で訴えた。当時の鍼灸界は古典に基く経絡治療を行うものが多く、これが鍼灸の科学化を推し進めるために最大の障害になると代田と志を同じくする人々は考えていた。その一人である米山博久氏(以下敬称略)は 1952 年、医道の日本誌に『経絡否定論』を発表した(これについては前号に詳述)。この論文がきっかけとなって、日本の鍼灸界は、“経絡治療” 否定派と肯定派に二分され、1 年間以上、紙上で激論が戦わされたのである。

科学派はその当時の医学、科学理論によって、鍼灸の治効は十分証明できると考える立場をとる一方、古典派はその一部は証明できるかもしれないが、その大半は無理で、将来のさらに発展した科学による実証を待つしかないと考えた立場を採っているのである。どちらも科学化をしなければならないと考えていることは同じであるが、いつにするか、何を科学化するのか、という点に違いがあることが明確になり、数年間にわたる論争の幕は

下ろされた。

この論争以降、鍼灸界は科学派と古典派に二分され、それぞれの立場に従って、科学派は鍼灸の科学化に向かって、古典派は治療技術のさらなる向上を目指して、鍼灸の学術の発展に寄与することになる。そうすることによって、鍼灸師の社会的地位向上を目指したのである。

ここで“GHQ の鍼灸禁止要求”がもたらした鍼灸界の状況を科学派、古典(経絡治療)派のそれぞれの立場からの考え方をまとめて次に移ることにする。

<科学派の考え方>

1. 陰陽五行論、経絡論等の東洋医学を重視し、近代医学の勉強が疎かである鍼灸界の現状を打開しなければ鍼灸師の地位保全及び向上はありえない。即ち鍼灸師の社会的地位向上の必要条件は近代医学の知識を深めることである。科学的なものの見方、考え方を浸透させることである。
2. 鍼灸医術を近代医学の基礎理論によって解明することの重要性を説く。
3. 鍼灸臨床に対する衛生面の重視を訴える。

<古典派の考え方>

1. 本文の『3.漢方、鍼灸が再び脚光を浴びる』の項に書いた“経絡治療を推進する人たちが目指したこと”を更に強化推進することであった。
2. “原典批判”を通じて鍼灸の学、術両面の質的向上を計る。
3. 科学化に関しては、その当時(昭和 20 年代)の近代医学の基礎にある科学理論では漢方、鍼灸の理論及び治療効果を説明することは不可能であるという見解を持っていた。科学化は、漢方、鍼灸の理論及び治療効果を十分に説明できるくらいに発展した将来の科学の到来を待って行うという考えである。

VI. 経絡治療の臨床試験による科学化

GHQ 旋風によって鍼灸界は二分されてから十数年の歳月が過ぎると今度は古典派の中から、臨床試験による経絡治療の科学化を推進しようという動きが出てきた。昭和 40 年代、古典派に属していた木下晴都、出端昭男両氏(以下敬称略)を中心に起った。彼等が問題提起した内容、論争等は前号で述べたので、ここでは詳述を避け、“経絡治療の科学化”が巻き起こした社会的側面について簡単に記してみよう。今回は経絡治療を勉強し実践していたものからの批判であることが前回の論争とは大きく違うところである。

木下は『信仰的観念の脱皮』の中で、「経絡治療を 20 年やってきたが、年数を経るにしたがって疑問点が増加するばかりで、経絡治療の考えで治療しても、また、そんなことを考慮に入れないで治療しても、治る病人は治って行くのである。ただ治ったという現象のみをみて、鍼灸治療の効果と結び付けることは、一定の研究方法に従って証明しない限り危険である。～信仰的な観念から脱皮して、自然科学的な客観的真理を求める努力が、鍼灸を医学として発展させる方法である(P9)※2-2。」と言っている。そして経絡治療を推計学的に見直すことを提案し、木下の主催する「あゆみ会」で臨床試験をして発表したのでは

る。それは六部定位の脈診の臨床試験であった。

出端は、『鍼灸の科学について(竹山氏論文を読んで)』(P3~4) *2-3 の中で、「古典に記載されている治療体系は未だに実証されていないから、仮説として扱い、臨床試験により証明されなければならない」という主旨の主張をし、さらに (P5) *2-3 の彼の主張を要約すると、「治療効果を判定するとき“自然治癒”、“心理効果”、“個体差”を排除する必要がある」と言うのである。

また彼は、本治法、標治法に対する問題提起をしている。標治法、本治法のどちらで効いたのかを評価する必要があること。標治法には治療法則がなく、本治法と標治法を統一させる原理もないということを『和田氏の反論をよんで』*2-4 の中で語っている。科学派による経絡治療批判のときにも問題視されたところである。

木下、出端両氏が主張する臨床試験による経絡治療の科学化(推計学的処理)が社会的にどのような意味があるものであろうか。その当時、薬害問題が出始めていて、薬の再評価が叫ばれていた。高橋暁正氏、砂原茂一氏等が薬の臨床試験を行い、それを推計学的処理により薬の有効性と安全性に対する再評価を行うことを積極的に説いていた。木下等はこの考え方を鍼灸に持ち込み経絡治療の再評価を図ろうとしたのである。

彼らが言うように経絡治療の科学的再評価、即ち、客観性、再現性を検証することは大事なことである。しかし、前号にも書いたが、経絡治療の診断治療には技術的側面が非常に強い方法であるから、経験年数の違い、例えば、1 年、5 年、10 年の治療家の誰が臨床試験をするかで結果が大分変わってしまう。

また、臨床試験の条件設定をする人がどのような立場にいるかによって評価に違いが出る可能性が高い。即ち、経絡治療を肯定的に見ている人とその反対の人のどちらが条件設定をするかによって評価が変わってしまう可能性が十分に考えられるからである。推計学的に臨床試験を行うことは意義のあることであるが、この問題をどのように解決するのが今後の課題である。

自然治癒、心理効果、個体(体質)差は病気が治ることの本質的な内容であり、東洋医学だけでなく古代の医学に共通した最も重要な考え方である。近代医学はこの考えを否定したところから出発し、発展してきた医学である。その結果、外科手術の発達と急性感染性疾患の対処の充実に促すことができた。しかし、慢性化疾患においてはお手上げの状態である。液体病理学説、生氣論を排して、細胞病理学説、細菌学説をよりどころにして発展してきた結果である。

このように近代医学が軽視乃至捨ててしまった大事な考え方を、鍼灸、漢方等の東洋医学を標榜する人は社会に広く伝えていく役割を担っているのである。これは経絡治療を創始し、推進した人達の目指すところであった。

古代医学を前提に臨床試験を行おうとすれば、自然治癒、心理効果、個体(体質)差の 3 つの要因を排除するのではなく、試験対象の治療法が、自然治癒力の発現にいかに関与しているのか、心理効果にどのくらい貢献しているのか、個体差にどのくらい対処できているのか、ということの評価しなければならないはずである。

VII. 古典派による経絡治療の見直し

最後に、古典派の古典の立場から経絡治療の見直しをしたことが社会的にどのような意味を持つのか検討してみよう。

平成 5 年から 5 年間かけて討議を重ねた結果が経絡治療学会誌に掲載されているが、この経絡治療の証問題に関することを整理すると以下ようになる。

1. 経絡治療の理論面に関しては、原典考証を続けて古典理論の真偽を文献学的に見直す必要がある、と井上雅文氏が指摘したが、例えば『素問』、『靈樞』等の古典理論を経験的事実に基いた理論か否かの検証や理論の発生からその発展過程を文献学的に研究した丸山昌郎、藤木俊朗、島田隆司氏(以下敬称略)等の研究成果を基に整理していくこと、さらには彼らの研究を継承していくことが重要な課題である。
2. 診断(証の決定)に関しては、脈診偏重を改め四診総合によって行い、経絡の変動だけでなく、病の重症度、鍼灸治療の適否、病気の原因、予後等を捉える必要があるという島田、篠原昭二氏(以下敬称略)等の発言は重要な検討課題である。
3. 当初の経絡治療の本治法では、選穴も幅広く、さらには切経探穴をして反応を捉えて補瀉をしていたが、後に本治法は主として難経六十九難による選穴だけになり、反応の有無も問わなくなった。その結果、本治法で治せる範囲は限定され、形式化してしまったのである。しかし、井上、村田溪子氏等により選穴の範囲を広げること、変動経絡の切経(探穴)をして反応を捉えて用いることが提案され、形骸化は少しまぬがれた。
4. 本治法、標治法を本来の本標概念で考えることにより、本治法の治療の幅が広がることを島田は指摘した。病気の出発点(本)である症状(疾患)や過去の怪我、事故、手術後の不完全治癒部、大病後の後遺症に関係した反応のあるツボ(経穴)に対する治療は本治法であり、また、任脈、督脈上のツボを用いることで本治が完結し、要穴以外の重要な一般穴も本治のツボとして用いることを提案した。

以上のように経絡治療を見直すことによって、経絡治療の原点である重要な考え方が再認識されたり、経絡治療をさらに発展させる考えが多く出たことで、学術的意義は非常に高いといえよう。しかし、その後経絡治療学会は伝統鍼灸学会に変わり、さらに発展するかのようであったが、実際には、分派活動が促進され、この見直しの考え方はあくまで参考程度でそれぞれの学会の考え方に固執して相互不干渉の様相を呈してしまったようにもみうけられるのである。

この見直しの結果を経絡治療学会誌に載せただけでなく、例えば、医道の日本誌、全日本鍼灸学会誌のような古典派以外の鍼灸師が読む本に積極的に載せるということがなかったことは残念なことである。この考えが多く鍼灸師に伝われば、経絡治療の高度な治療技術、治療理論を見直す鍼灸師が増えたであろうし、東洋医学に興味を持った医者がいたずらに中医学に傾倒しなかったのではなかろうか。残念ながら、この経絡治療の見直しの社会的意義は少なかったといえよう。

VIII. まとめ

ATM の問題提起、漢方薬の健康保険収載、最近の医学、医療の動向等を調べなければ、経絡治療の社会的意義を完結することは出来ないのであるが、これに関しては今後の課題として、この段階でひとまずまとめてみよう。

経絡治療の社会的展開はまさに竹山ワールドであった。しかしそれは竹山の独断ではなく、その当時の鍼灸を社会的に認めさせようとしていた人々の共通した思いでもあったのである。彼の世界を実現すべく引いた路線を順調に多くの鍼灸関係者が進んでいった。しかし、GHQ の干渉にあい、鍼灸界は軌道を修正せざるを得なくなった。それが科学派の台頭であり、鍼灸を科学化するという新たなる路線が引かれたのである。この二つの流れは一見天と地、両極であるかに見えるが、内実としては共通項がある。それは鍼灸の治療技術を社会に伝え、医療に生かすことであり、また、それにより鍼灸を伝えていく人達の社会的地位の向上を計ることであった。しかし実際には表層の対立面が強調されて今日まで来てしまったのではなかろうか。

経絡治療を推進した人々はそれ以外に鍼灸の内包している本質的な考え方を持って、日本の医学を批判克服して、新しい内科臨床医学の構築を目指したのである。この考え方は、今にも充分いかせる内容であり、前号に載せた“経絡治療に内在する真の意義”に凝縮されている。これをもう一度要約して載せる。

『病気とは気血(体液)の流れに異常が起こりからだ(心身)がアンバランス(不調和)になったことである。からだの不調和は、精神(気質)の不安定、飲食不節制、不良な姿勢と動作、運動不足、房事過度等による体質不良によって起るのである。病気が治るとは生命力の現われである自然治癒力(真気)が十分に発揮され、身体のアンバランスが整った状態のことである。』

診断で最も重要なことは、病の大元である本を捉え、またからだのアンバランス状態(寒熱虚実)を捉えることである。治療とは自然治癒力が十分に発揮できるように、薬や鍼灸等の手段によって病人に働きかける行為である。治療法には、患部に対する治療(局所治療)は基本であるが、そればかりではなく大元の治療や全体調整はさらに重要な治療法である。

精神の安定(気質改善)を計り、身体のアンバランスの調整(体質改善)をすることによって、病気にならない、病気になり難い、病気になっても治り易い(治未病・養生)からだを創ることが最も重要である。』

現在の医学の進歩は目覚ましいものがあることは間違いないが、それは医学全体に亘ってではなく、ある限られた範囲である。医学にとって重要な治療学の面と個人の予防医学(養生)の面の発展は未だに遅れている。治療の分野でも器質的疾患、伝染性疾患、救急医療に関してはそれ相当の発展を示しているが、それ以外の慢性化疾患に対して、治療技術の整備は不完全であり、治療学は未だ確立されていない。この面にこそ東洋医学の内包する技術や考え方は活かされるのである。また、活かされなければならない。そのために東洋医学を志す者は積極的に現在の医学、医療に働きかける必要がある。

これは経絡治療草創期の人々がその当時の医学、医療に働きかけようとしたことであり

意志である。この意志を受け継ぐことが東洋医学を実践する鍼灸師の社会的使命であり、鍼灸界の蛸壺化現象脱却の鍵ではなかろうか。

完

IX. 引用文献

※1『漢方医術復興の理論』 竹山晋一郎著 續文堂

※2『医道の日本』

2-1 平成 14 年 7・8 月号「占領下の鍼灸 ―GHQ 旋風と検閲のはざまで―」

奥津 貴子

2-2 昭和 42 年 2 月号「信仰的観念の脱皮」木下晴都

2-3 昭和 42 年 6 月号「鍼灸の科学について(竹山氏論文を読んで)」出端昭男

2-4 昭和 42 年 11 月号「和田氏の反論をよんで」出端昭男

※3『鍼灸月報』

3-1 1946 年 11 月号「鍼灸医学と圧痛点との関係に就て」代田文誌

3-2 1948 年 8 月号「経絡説をめぐって 間中喜雄氏に答う」代田文誌

X. 参考文献

- 『医道の日本』昭和 27 年 2・12 月号、昭和 42 年 6・10 月号、昭和 44 年 5 月号
- 『東邦医学』第 11 巻 第 1 号 昭和 19 年
- 『経絡治療』昭和 40 年(8 号)
- 『日本経絡治療学会誌』15 巻 16 号「証について」、17 号「証を立てる上での問題点」、18 号「診断から治療へ」、19 号「証を立てる上での脈診の位置付け」、20 号「鍼灸における“証”について―診断編―」「鍼灸における“証”について―治療編―」

