

第2回 21世紀漢方フォーラム

「総合医の漢方教育を考える」

時：平成20年12月5日（金）6時～8時半

於：慶應義塾大学医学部新教育研究棟2階

イントロ

渡辺 時間が大分過ぎておりますので、始めさせていただきます。

本日はお忙しい中ありがとうございました。慶應大学の渡辺と申します。

私の立場は2つございまして、慶應の漢方医学センターと、もう1つはNPO健康医療開発機構というNPOの活動の一環としても今日のフォーラムの進行をさせていただきます。

本日は本フォーラムの2回目となります。1回目は「生薬資源を考える」というテーマで7月に行いました。生薬資源もどこに話を持っていったいいかわからない。厚労省、農水省、いろんな省庁に持っていったもなかなか埒が明かない。縦割り社会の横串をさすのがまさにこのNPOの仕事ということと理解しております。このNPO健康医療開発機構の活動の中に漢方というものをに入れていただきました。

もう1つ、今日お集まりの皆様にお話ししたいのは、この会に先立って3時から5時まで同じ会場で「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医のあり方研究会」という土屋了介先生を班長にした厚労省の班会議ありました。本フォーラムはその中のサテライト的な意味もありまして、本当は土屋先生も残っていただけるはずだったのですが、御用事があってお帰りになられています。

こちらの方は医療全体の仕組みを変えないと今ある医療崩壊を食い止められないということから、どういう医師を育てるかという教育の制度そのものを見直そうということで活動しております。

そういうことで、今日のはじめに4人の先生方にそれぞれのお立場からお話をさせていただき、その後に総合討論で、3プライマリケア学会の代表の先生方と日本東洋医学会の石野会長の4名の先生方に総合討論をしていただくという形で進めさせていただきます。

まず会を始めるに当たりまして、当NPOの理事長であります武藤徹一郎先生に一言ご挨拶をお願いできればと思います。

武藤 御紹介いただきました武藤でございます。私は、大腸・肛門の方の元外科医でして、もうやめていますから、でしたという過去形なんですけれども、ひょんなことからこのNPOに引っ張り込まれて、のんびり理事の一員を務めたところが、せっかく来ていただいた立派な理事長の先生が大腸がんの関係で亡くなられてしまいました。検診を受けていたのに、きちんと精密検査をしなかったために、がん転移で初めて分かってがん研へ来られて亡くなられてしまった。それで理事の中から年をとって、何となくうわべがいいかどうかは知りませんが、東大の元教授ですし、がん研の理事長をやっていたということでNPOの理事長になれと。今日は来ていらっしやらないけれども、中井さんという財務省の局の中の課長さんをやっています大変偉い方に口説かれまして、理事長をやっているというのが実情でございます。

理事長という仕事はどういうことかよくわからないのが、新聞に出てくるときには大抵いろいろ悪いことで出てくることが多いのですけれども、そんなことをする余裕はありませんが、とにかく新しいパンフレットで初めて理事長の名前が正式に出されて、これは大変だなと実は思っているところでございます。

実このNPOは非常に志の高い組織です。いろいろな素晴らしい研究を実現に移す前にいろんなプロセスがありまして、実際に実現できるのは何百分の1しかない。それから何10億円も必要なのですね。そこをサポートしようというのがそもそもの発端でございまして、いろんな先生方に来ていただいて、先端的なことをやっちら、そういうお話を伺って、何かの形でサポートできないかと考えております。今のところ草の根的な運動をやっているわけございまして、事務局の宮野先生とか何人か熱心な方がいらっしやるおかげで、このような形で講演会を開いているというのが現状でございます。

これには個人会員と企業会員がございまして、個人会員は年会費が1口1万円でございますので、是非ともより多くの方に参加していただいて、少しでも予算を豊かにしていただきたいというのが理事長の最初の仕事かと認識しております。よろしく願いしたいと思っております。実際の具体的なことはパンフレットにいろいろ書いてございますね。

漢方については、実は私も多少経験がございまして、外科医なのに何だと思われるかもしれませんが、炎症性腸疾患と言いまして、潰瘍性大腸炎などですね。皆さん御存じだと思いますけれども、昔は全く誰も知らなかった病気ですけれども、そういう再燃をする炎症性の腸疾患があるんですね。その直腸炎型と言いまして、直腸への影響がいつまでも続いて下血だけ起こす。別にそれで命にかかわるわけではないのですけれども、患者本人

にとってはいつも血便が出るということで気になるわけです。そのときに私は実は漢方を、誰に教わったかは覚えていませんけれども、芍帰膠艾湯（きゅうき今日がいとう）というものを使いました。これが正しいかどうか、渡辺先生は実は私の高校の後輩なんですよ。そういうので漢方とは結びつきがあるかなあと考えていますけれども、そんなことで漢方には興味は持っていたのです。そういう慢性疾患には絶対漢方は必要だなと。

しかし、本を読みますと、陰だとか虚だとか何か難しい言葉がよくわからない。大体やり方が西洋医と違う。ちょっとオーラはあるけれども、言っていることはよくわからない。そういう方が多かったものですから、ちょっととっつきにくかったのです。ところが、渡辺先生に会ったら極めて科学的な、しかも漢方を駆使していらっしゃるということで、私はしっかり渡辺先生のファンで、それ以来いろんな人に漢方とみると「渡辺先生のところへ行ってこい」と言うようにしています。今日はそういう漢方の先生方のお話があると聞いて参りました。来るとしていなかったのが突然に指名されましたが、是非本当に漢方のトップクラスの先生方のお話ですので、じっくり聞いていただきたいと思います。（拍手）

渡辺 どうもありがとうございます。

第1部は先ほど申し上げたとおり4人の先生方にお話しいただきます。キーワードは、今まで医学部は臓器別の専門医を中心に育ててきた。それがどうやら破綻しかかっているのではないかということが今さっきの土屋先生の研究班の流れです。要するに高度成長時代の生産者を支える医療から超高齢社会になっております。この超高齢社会は、お年寄りというのは複数の疾患を持っていて、なおかつ治らない。一つの生き死にの病気と違って、いろんな病気を抱えていながら、そういった方たちをケアする医療がどうも今の中には欠けているのではないかという流れで、土屋先生の研究班としては、そういった総合的なものが診れる家庭医・総合医と専門医との仕分けと連携というものを考えております。

そういう中でアメリカ型の家庭医とかイギリス型のGPとかいろいろありますけれども、日本は非常に特殊な事例であります。アメリカには家庭医というのがあるんですけれども、アメリカはこの20年ぐらいほとんど高齢化が進んでいないのです。日本はこの20年の間にもものすごい勢いで高齢化が進んで、アメリカをモデルにしてもいいんですけども、そのまま真似はできない。

じゃあ、日本版総合医というのはどういうものか。今日土屋班の中で私が述べさせてい

ただいたのは日本版の総合医というのは高齢者をどうやって支えるかということが1つ。もう1つは日本独特なんですけれども、100床、200床レベルの中小病院が一番崩壊の危機にさらされています。平井先生もそういうところの院長先生なんですけれども、そういう危機にさらされた病院がどうやって再生の道を探すか。臓器別の専門医を大学に依存しながら、またリクルートしていくのか、それとも自分たちで育てていくのかというところが大きな議論で、100床、200床の中小病院、地域を支えてきた中小病院をどうやって支えていくか。

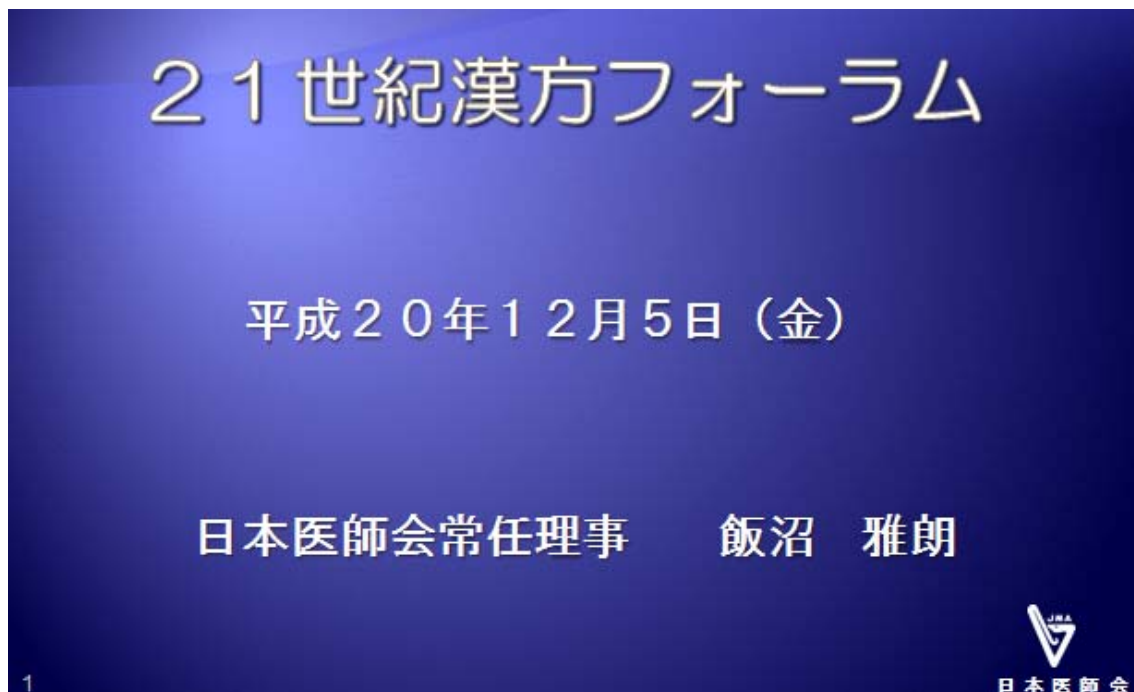
3つ目が今日のこれからのテーマになります漢方が日本版総合医に必要なものではないか、ということで本企画をいたしました。

日本医師会飯沼雅朗常任理事

渡辺 最初にお話しいただく飯沼先生は、日本医師会の常任理事という非常に要職で御多忙な中を縫っていただきまして、本日お越しいただきました。先生、どうぞ。

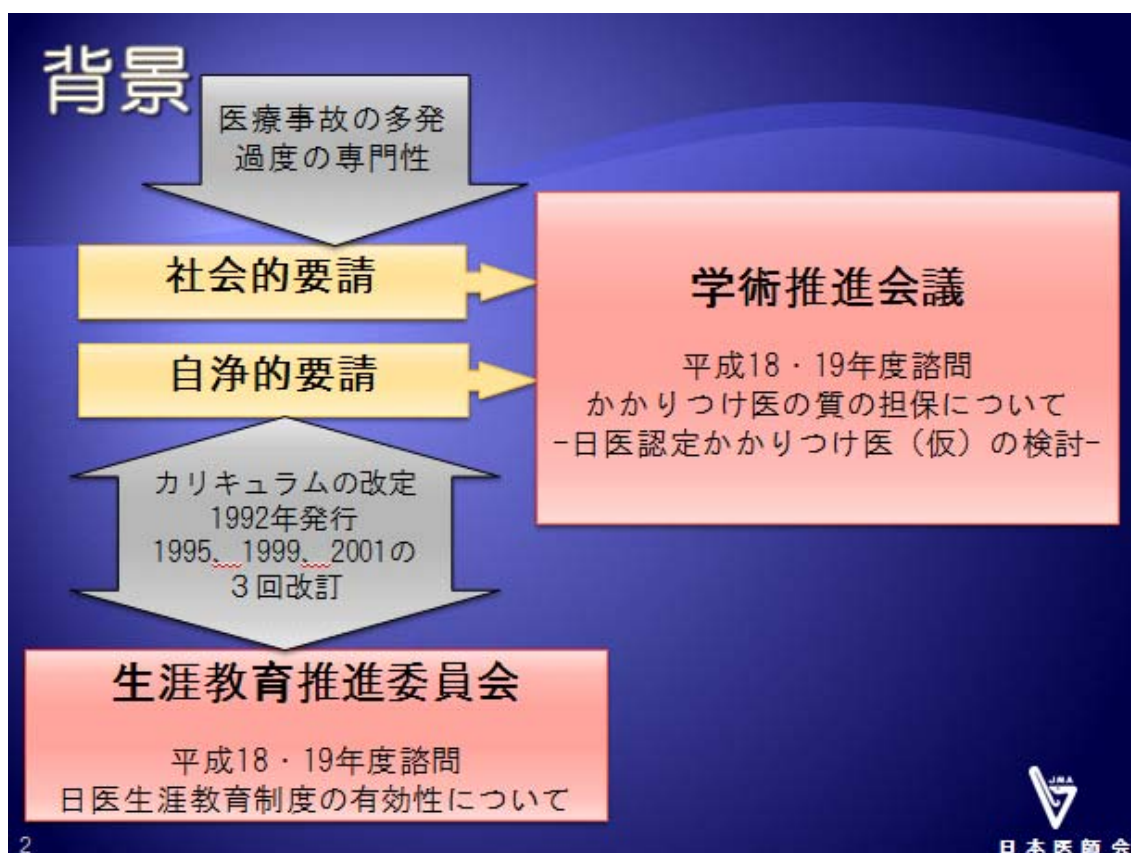
簡単ではございますけれども、飯沼先生は名古屋大学の医学部を卒業されまして、がん研でがんを専門にされていらして、その後地元の医師会、平成18年からは日本医師会の常任理事ということで活躍されております。特に本日の話の中では、医師会が考える生涯教育の総合医、プログラム、ここに飯沼先生が中心になって作られたプログラムがございますので、その話を中心にして、それと漢方がどうやってつながるのかというようなことまで含めてお願いしております。それでは、飯沼先生、お願いいたします。

飯沼 日本医師会の生涯教育や学術を担当しております飯沼でございます。渡辺先生の意図するところと私の今日の話はちょっと齟齬があるかもしれませんが、今さら料理をかえるわけにいきませんので、それでは始めさせていただきます。



我々は今唐澤先生が会長でございますけれども、唐澤会長が2年半ぐらい前においでいただきまして、我々が側面で支えておるわけでありまして、そのときに医師会の僕の担当のところの一部に学術推進会議と生涯教育推進委員会がございまして、ここで会員の学術のレベル、それから医療のレベルを何とか時代のスピードに負けないようにについて

いこうということで2つの会議がございます。学術会議は日医の3大会議の1つでありまして、これだけは会議という名前です。



ちょうどそのころ、それと前後いたしまして医療事故がたくさん起きました。たくさん起きた割には医者は何をやっているんだ、専門医は何をしているんだ、専門医のくせに臓器を取り間違えて手術をしたり、いろいろなことが起こりました。そういうことが多発したということと、もう1つは先ほど渡辺先生がお話にもなりましたが、分野が分かれすぎて、専門性が例えば少しのことでも分けてしまう。「僕はこれは診るけれども、これは診ない。これについてはどこかへ行け」と、そういうように過度の専門性ができた。僕は「社会的な要請」という言葉を使いますが、そういう背景が1つあります。

もう1つは、日本医師会に生涯教育推進委員会がございまして、これはできて20年以上たちます。我々の教育のカリキュラム等をつくってきたわけでありまして。ここに改訂の年が書いてありますけれども、2001年から改訂がしてない。どうも我々の代でこれを変えないと時代の要請にこたえられないだろうということで、その改定をこの推進委員会にお願いしたわけでございます。

学術推進会議には会長諮問が「かかりつけ医の質の担保について」と、ここで日医認定


のかかりつけ医という話が出てきまして、この延長上に総合医なるものの考え方が出てきたわけでございます。それと相まって、こちらの生涯教育推進委員会でカリキュラムの改訂が行われ始めたということでございます。

学術推進会議委員

日本医学会
高久 史磨（日本医学会会長、自治医科大学学長）
岸本 忠三（日本医学会副会長、大阪大学教授）
久道 茂（日本医学会副会長、宮城県対がん協会会長）
矢崎 義雄（日本医学会副会長、国立病院機構理事長）

都道府県医師会長
中嶋 寛（三重県医師会会長）
久野 梧郎（愛媛県医師会会長）

日医推薦
大島 伸一（国立長寿医療センター総長）
齋藤 英彦（名古屋セントラル病院院長）
福井 次矢（聖路加国際病院院長、京都大学名誉教授）
山本 纈子（藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院院長）

3  日本医師会

ここにありますように、学術推進会議は高久先生が議長、それから日本医学会の3人の先生。現在はこういう布陣でやられております。

生涯教育推進委員会委員

委員長	福井 次矢	(聖路加国際病院院長)
副委員長	近藤 邦夫	(石川県医師会理事)
委員	井口 昭久	(愛知淑徳大学教育センター教授)
	今井 重信	(神奈川県医師会理事)
	太田 照男	(栃木県医師会副会長)
	小俣 二也	(山梨県医師会理事)
	木下 敬介	(山口県医師会会長)
	佐藤 家隆	(秋田県医師会常任理事)
	瀬戸 裕司	(福岡県医師会理事)
	林 正作	(香川県医師会理事)
	榎林 親教	(兵庫県医師会常任理事)
	弓倉 整	(東京都医師会理事)
	渡辺 直樹	(北海道医師会常任理事)

4



これが生涯教育推進委員会でございます、福井次矢先生を委員長にこういう先生方で議論をしていただいて、カリキュラムの最終段階に今入っているところでございます。

制度の創設

第IV次学術推進会議報告書、第IV次生涯教育推進委員会答申を受け、さらに平成20年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会や都道府県医師会へのアンケート調査での意見を踏まえて、執行部において議論を重ね、「**地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師**」認定制度（案）としてとりまとめたところである。

日本医師会が関連3学会（日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会）やカリキュラム作成に参加いただいた日本老年医学会、日本小児科医会、日本臨床内科医会、日本専門医制評価・認定機構等の協力を得て認定制度を創設し、国民の要請に応えたい。

5



ここに書いてありますように、第IV次学術推進会議報告書、第IV次生涯教育推進委員会答申を受け、さらに平成20年度都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会や都道府県医師会へのアンケート調査での意見を踏まえて、執行部において議論を重ね、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」を日医が認定したいということで少しずつ話が進んでまいりました。

で、学術推進会議では日医だけでやってもだめだから、関連の3学会ですね。今日も先生方においでいただいておりますけれども、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会の先生方や日本老年医学会、小児科医会、臨床内科医会、日本専門医制評価・認定機構というところの御協力を得て、これを何とか物にしたいということで進んできたわけでございます。

カリキュラム

生涯教育推進委員会が関連3学会（日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会）及びオブザーバーとして参加した日本老年医学会、日本臨床内科医会、日本小児科医会、日本専門医制評価・認定機構の協力を得て作成した「生涯教育カリキュラム～総合診療医の養成をめざして～（案）」をさらにブラッシュアップしたものをカリキュラムとする。

カリキュラム（案）は、47都道府県医師会、日本医学会加盟105学会、全国医学部長病院長会議（各80）に意見をいただいております。その意見を反映させたうえで、今秋完成予定（12月中を目途）としている。完成次第、日医雑誌に同封して全会員に配布する。

改定カリキュラムは、現行のカリキュラムをバージョンアップしたものであることから、現在の生涯教育カリキュラム（平成13年改定）は改定される。

6



カリキュラムにつきましても、今申しあげました3学会で中心になっておつくりいただきました。このカリキュラム案をことしの夏ごろまでかかりまして、47都道府県医師会、日本医学会加盟の105学会、全国医学部長病院長会議の80の先生方にお送りいたしまして、意見をいただきました。で、まもなく最終案が印刷をされて出てまいります。これによりまして、カリキュラムは整いましたので、日医の総合医の認定云々はまだ、今進んではいけませんけれども別といたしまして、生涯教育のカリキュラムもこれで改定されたということでありまして、来年の4月からこれで運用したいというふうに今考えておるところでございます。

生涯教育カリキュラム（案） ～総合診療医の養成を目指して～

●カリキュラム（案）の一般目標

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての態度、知識、技能を身につける。

●行動目標は7項目

- ①医療専門職としての使命
- ②全人的視点
- ③医療の制度と管理
- ④予防・保健
- ⑤地域医療・福祉
- ⑥臨床問題への対応
- ⑦継続的なケア



日本医師会

この総合医のカリキュラムはどのようなものであるかということでもありますけれども、ここに書いてありますように、「頻度の高い疾病、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、我が国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての……」、ここがスライドは今「医師」でいいのでしょうかけれども、まだ「総合診療医」となっています。「態度、知識、技能を身につける」ということを目標にいたしまして、具体的な行動目標は7つからなっております。医療専門職としての使命、全人的視点、医療の制度と管理、予防と保健、地域医療・福祉、臨床問題への対応、継続的なケアという7つの部門から構成されておりました、その一部をごらんに入れますと、

新カリキュラム（案）の内容

特に、「臨床問題への対応」として、57の症状・病態について、「日常診療上、頻度の高い症状や病態について、年代（小児・成人・高齢者）、性別の特性に配慮した鑑別診断と初期対応、適切なタイミングでのコンサルテーション（紹介）、必要に応じた継続管理ができる。」ようにする。

ここにありますが、新カリキュラムでは臨床問題に対応するように57の症状・病態について検討されております。これは日常診療上頻度の高い症状・病態でありまして、子供や大人、高齢者それぞれに対して、性別の特性に配慮した鑑別診断ができるかどうか、初期対応ができるかどうか、適切なタイミングでコンサルテーションして紹介を申し上げる。それから必要に応じた継続管理ができるかどうか、というようなことがしっかり書いてございます。

非常に事細かく書いて、これを新しい臨床研修制度が終わってから3年ぐらいでこれを学んでいただくということが一番メインでございまして、それが新卒業生に対するプレゼンと申しますか、新卒の人に対してはそういうことです。我々年寄りには57のうち7つの項目のそれぞれから選んでいただきますけれども、3年もかからずに単位制なら単位制にして10単位ぐらいをとったら勉強していただいて認定をすとか、いろいろ考えております。

日医では生涯教育修了証書を毎年出しております。10単位勉強して、10時間に相当しますけれども、大体10時間勉強していただきますと修了証が出ます。で、3年間続けてそれを出されると3年が修了したという認定書が既に出ているわけでありまして、その認定書なるものの価値を高めれば自然に総合医みたいな状況になるということで、国民からも理解していただけるように、こういうことの勉強をさらにして生涯教育の質を上げようということもあるわけでございます。

臨床問題への対応（例・鼻出血）

病歴と出血の程度から原因を見極め、必要に応じて可能な止血処置を行いつつ、専門医への紹介が必要か否かを判断できる。

- ①適切な病歴聴取ができる。
指先や鼻こすりによる物理的刺激、顔面外傷、出血量、持続期間
- ②病歴を踏まえて、必要な身体診察ができる。
バイタルサイン、鼻孔部、口腔内の観察
- ③優先度に配慮して臨床検査を施行できる。
血液一般検査（凝固機能検査を含む）
- ④病歴、身体所見、検査所見を踏まえて、鑑別診断として、以下の病態・疾患を挙げるができる。
物理的刺激によるもの、外傷性、血液疾患、肝機能障害、高血圧
- ⑤専門医に紹介すべき病態・疾患を判断できる。
簡単な止血操作で止血しない場合、くり返す出血、鼻後部からの大量出血（口に回る出血）
- ⑥自ら継続管理してよい病態・疾患を判断できる。
簡単な止血操作に反応する出血、容易に止血する出血
- ⑦エビデンスに基づいた標準的なマネージメントができる。
簡単な止血操作

9



例えば鼻出血につきましてはどうかといいますと、鼻出血に関してはこれだけのことを勉強していただいて、最終的には、御自分でできることはありますけれども、できない場合には紹介すべき病態があったら直ちに紹介をして差し上げるといようなことまで、検査から治療まですべて勉強していただくようにカリキュラムをつくっていただきました。今日おられる山田先生は中心的に働いてやっていただきました。後ほどお話があると思いますけれども、こういうものをつくっていただいたわけでございます。

Ⅶ. 継続的なケア

5 相補・代替医療（漢方医療を含む）

(1) 相補・代替医療の内容とわが国の現状について説明できる。

(2) 必要に応じて漢方医療の適応を判断し実践できる。

(3) 患者が特定保健用食品やいわゆる健康食品を利用している可能性に配慮できる。

その7つの項目のうちの「継続的なケア」のところに、付け足しみたいで申しわけありませんけれども、5番目に「相補・代替医療」というところになって漢方についても勉強していただいてもらうということが書いてございます。これは付け足しみたいで申しわけございません。

地域住民の信頼に繋がる認定制度の導入

過去の「総合診療」的な制度の試みは、専門医志向の強い風潮の中、国民の信頼を必ずしも得るに至らなかった経緯があり、今回の制度創設は、同様の結果をまねき、却って医療システムの担い手としての医師会への信頼感を損なうのではないかとの指摘もあるところである。

そうならないよう対処する所存であり、**医師が使命感を持って参加できるようなシステムを作ること、そしてカリキュラムを履修した医師なら、地域の住民が安心して受診できるという信頼に繋がる制度にしたいと考えているので、是非ご理解、ご協力いただきたい。**

結局我々は何を考えているかと言いますと、いろいろ過去において総合診療医みたいな

ものをつくろう、家庭医みたいなものをつくろうという話があったわけですが、当時は、先ほどからお話がありますように、専門医志向が非常に強くて埋没しちゃったという感じもありますし、もう1つは、ヨーロッパの家庭医みたいに人頭割になっちゃう。それからフリーアクセスが制限される等々の問題があって、これはいろいろ詰まったわけでありまして、行政の考えたことと日医が考えたことが一致しなくて流れた経緯もありますけれども、今度は我々が主体になってやろうということで、まず行政の言うような人頭割みたいなことは絶対困るし、フリーアクセスの阻止も困る。そういうことを考えてこのシステムをつくって勉強する。そうすれば医師が使命感を持って参加できるような総合医を含めたこういうシステムをつくること。そして我々が作ったカリキュラムを履修した医師ならば地域の住民が安心して受診できるという信頼につながる。そういう制度にしたいということでもあります。

地域により医療資源の差がある中で、全国一律の画一的な認定制度を進めることが、地域の実情にあった適切な医療の提供となるのかとの指摘もあるが、同一のカリキュラムに基づいた生涯教育を行うことで、「いつでも、どこでも、誰もが」平等に医療を受けることができるという国民皆保険制度の精神を体現できると考えている。

その履修課程においては、当然、地域の実情に応じた学習方法が提供されることになる。

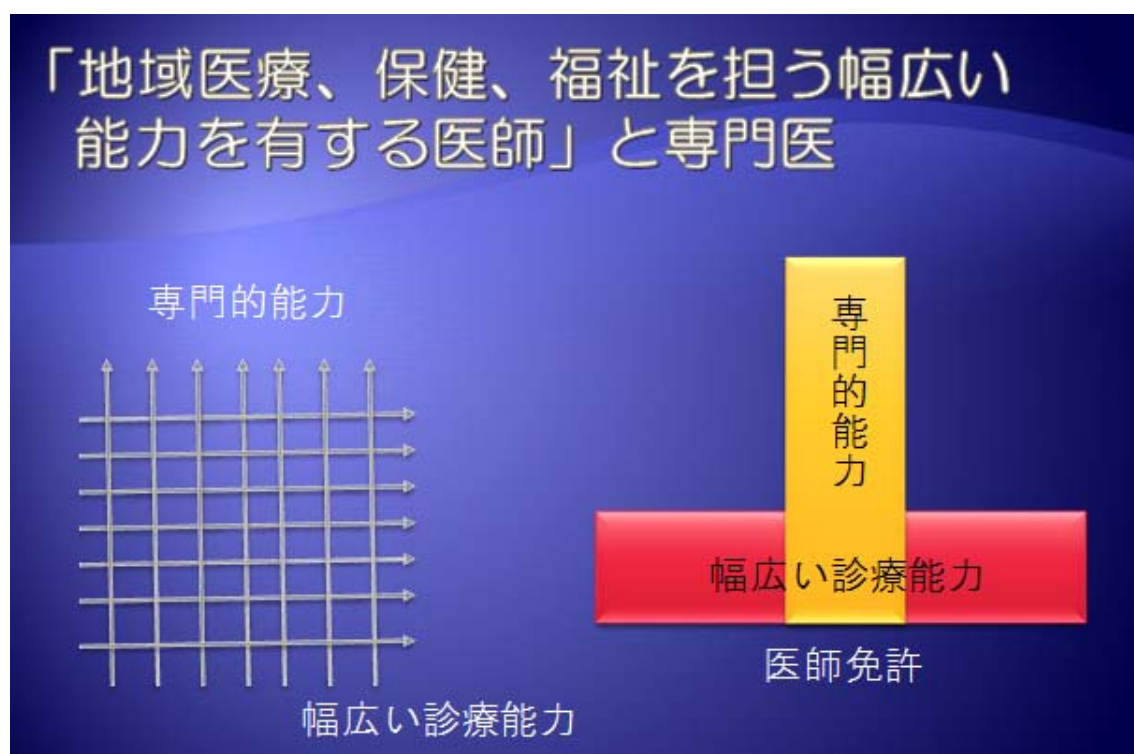
本認定制度の対象は全科にわたるものであり、内科に限ったものではない。

手をあげていただいた医師全員に参加いただく制度であり、できるだけ多くの医師に参加していただきたいと考えている。

いろいろ問題はありますが、ここに書いてありますように我々は、「いつでも、どこでも、だれもが」平等に医療を受けることができるために、共通のベースでものを考える標準的なカリキュラムをつくって、それを勉強しよう。そうして地域の皆さんにそれを提供することができれば、気持ちとしてはうれしいということでありまして、当然のことではありますが、こういうふうにしたいという我々の気持ちがあるわけでもあります。

学習方法は、これが非常に難しい問題で、これももめているネックの1つであります。

例えば北海道あたりで札幌でしかやらないというふうになると、1日ばかりで出てこいという話になります。離島の先生もまたわかりでありまして、そういう先生方にどういう履修の仕方をしていただくかというようなことも、これからお認め願って制度としてできるということになりましたら、またそれを考えなければなりませんけれども、今は何しろeラーニングとかいろいろITを使える時代になってまいりましたので、この履修方法は地域の事情によって異なるでありましようけれども、随分共通の面もあるということで、それはそれなりに対応できるように思っております。



これはうまい絵ができればいいと思うのですがけれども、私の考えた強い地域医療というのは、専門的能力と幅広い診療能力が縦糸と横糸のように織られていけば、そういう強いものになるというふうに考えて織り目をかいてみました。初めはこっちの絵の方がいいかなと思いましたがけれども、我々医者たる者は、幅広い診療能力の上に専門能力が1つでも2つでもある。そういう能力のある人ができれば、それはそれなりにまた国民に対して非常にいいのではないかとこのように思って、この絵をかいてみました。我々の希望するところではありますが、そのためには大変な努力が必要かと思えます。

まとめ

日医生涯教育制度は、昭和62年の発足以来20年以上にわたり、諸先輩のご努力により、着実に発展し日本の医療を支えてきた。この歩みを止めてはならないと考えており、現代の医学・医療の進歩に対応すべく、工夫・改善が必要である。

現在の生涯教育制度の認定証を、国民から評価が得られるよう学習時間を明確にし、質も担保しなければならない。すなわち、現行の生涯教育制度の底上げが必要と考えている。

日本医師会内で2年以上にわたり議論してきたこの制度について、執行部の考えをお示したうえで、制度運営にあたってご協力いただく都道府県医師会や郡市区医師会、さらには、実際に学習していただく会員の先生方のご意見を十分に拝聴しながら対応したい。

14

日本医師会

まとめでございます。今申し上げたように昭和62年から始まっておりますので20年になります。20年になりますが、国民からの評価は必ずしも十分ではございませんので、学習時間を明確にし、質も担保して、これで認定をしようというふうに考えております。認定までいけるかどうか、そのようにしたいと思っておりますけれども、特に新卒の皆さんに対してはなるべく早く決めてあげないと申しわけないし、新卒の人たちにはいいと思っておりますけれども、お年寄りに対して今いろいろ、「そんな必要はない」というお年寄りも多いわけでございますので、お年寄りをどう説得するかというのがまた次の話になりますが、なるべく早くしたいとは思っております。

これは最近会長が代議員会で話した答えでありますけれども、「2年以上にわたって制度について議論してきた。で、執行部の考えを示した。だから、都道府県医師会や都市区医師会、実際にそれを実行していただく先生方に早く御理解をしていただいて、それに対応したい」と、このように申しております。

時間でございますので、御清聴ありがとうございました。（拍手）

渡辺 飯沼先生、どうもありがとうございます。御質問もあろうかと思っておりますけれども、

時間が限られておりまして、後ほどパネルがございますので、そのときにでもまた御質問
いただければと思います。

千葉東金病院長 平井愛山先生

渡辺 それでは続きまして、平井先生にお話を頂戴いたします。

平井先生は、千葉大をご卒業になられた後、千葉大の第2内科で講師・医局長を務められまして、御専門は内分泌・代謝内科でございます。糖尿病がご専門ですけれども、1998年から千葉の県立東金病院という、今医療崩壊が最も進んでいる公立病院の院長になられて、ストーリーどおり医療崩壊の矢面に立たされて、そこからどうやって再生するか、御自身の経験も含めながら、日本医療の崩壊をいかに再生するかということと漢方の話というふうなことでお話しいただきます。それでは平井先生、お願いいたします。

平井 東金病院の平井でございます。今日は貴重な発表の機会をいただきましてありがとうございます。

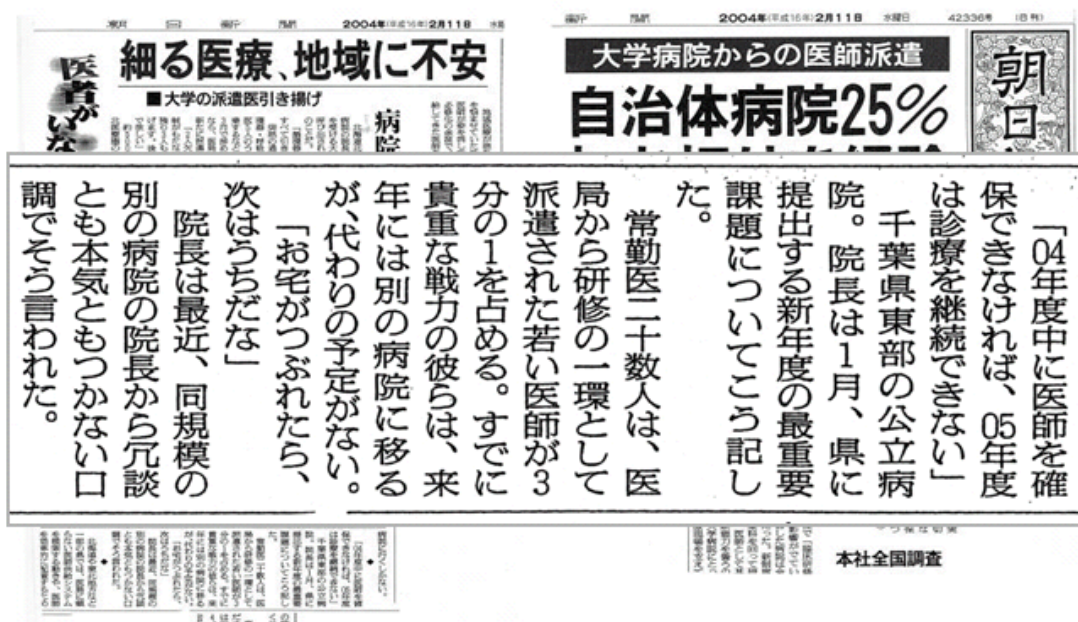
第2回21世紀漢方フォーラム
「総合医の漢方教育を考える」

医師不足時代の総合医育成と 漢方医学の展開 —漢方医療体制の再構築—

千葉県立東金病院
院長 平井 愛山

今日私が申し上げたいのは、日本の医療界が大きく変わってきている。時代の転換点で私どもの医療をどういうふうに再構築して次世代に引き継いでいくかという中で、やはり英知を結集すべきだ。欧米の医療の再生のあり方とまた日本では異なるだろうということでお話をしたいと思います。

医師供給体制の急激な変化と医師不足問題の発生



平成16年2月11日 朝日新聞(4年前の記事です)

最初に申し上げたいのは、地域の医療をどうするかという中で、「明日はあるか」というのは、医療そのものではなくて、地域そのものがあるかどうかということなのです。医療崩壊というのは実は地域崩壊につながるのだということを後で申し上げたい。2年前に東北大学の地域医療システム学講座が連続で開いておりましたシンポジウムの第2回がありまして、小生もシンポジストの一人として参加しました。2年前はまだ医師不足ということが言われ始めた状況でしたが、このあたりから「医療崩壊」という言葉が、小松先生がお書きになった本もきっかけでございますけれども、広がってまいりました。

ここで今日お示しするのは直近の情報でございます、まだ10日ぐらいしかたたない。場所はどこかというとなら大阪府であります。これは大阪市と堺市ですが、そこに隣接して松原市という人口15万の市があります。これが関西国際空港で、このところが有名な阪南市民病院という、全国から医師を集めた方が市長選でお負けになって、それで次の市長さんのある発言でせっかく集まってきた医師が大挙辞職という大きな話題になっています。ここが阪南市ですが、松原市はそれに比べてはるかに大阪の中心部に近い市であります。この市長が11月28日に突然記者会見を開きまして、来年の3月で市立病院を閉めてしまうと発表しました。大阪府のど真ん中です。いよいよ、医療崩壊がある意味で都市部まで来たという状況だと思うのです。この朝日新聞の記事を見て、私は驚いたのですが、

はっきり申し上げて医療崩壊は、もう第2ステージに来ていると言えます。

この病院は、千葉ですと、御存じだと思いますが、9月に銚子にございます銚子市立総合病院400床が閉院になりましたけれども、あその状況とは全く異なっています。この市立松原病院の状況を見て驚いたのは、これはホームページの画像データですが、7月にDPCをとっているんですね。急性期病院のシンボルであるDPCを取得している。それから、臨床研修の管理型の病院をとって、もちろん研修医をとっている。それから院内の情報基盤のITということを見たときには、4年前に電子カルテを整備してある。

地域医療の崩壊は第二ステージへ

大阪府松原市、市立松原病院を来春に閉院へ 再建を断念

2008年11月28日7時57分

ソーシャルブックマーク   

大阪府松原市は、来年3月末に市立松原病院(桑田博文院長、162床)を閉院する方針を決めた。医師不足や患者の減少により、07年度末の累積赤字は40億円近い。財政難で老朽施設の建て替えもできず、再建は難しいと判断した。

総務省は全国の自治体に今年度中に公立病院の改革プランを策定し、経営を改善するよう求めているが、財政難の自治体が医師不足による病院経営の悪化を食い止めるのは容易でなく、閉院や機能の縮小が各地で進む恐れがある。

同病院は大学病院の医師派遣の減少や激務による退職などで01年度に12診療科に38人いた常勤医が27人に減り、900人以上いた1日の外来患者も500人近くになった。24時間救急については、04年に内科、07年に小児科をやめ、病床も07年に221床から162床に減らすなどスリム化を図ったが、病床利用率は逆に70%を割り、「医師不足と患者減少の悪循環を断ち切れなかった」(長谷川修一事務局長)。

老朽化した本館と北館など4病棟の建て替えも、約100億円かかる見込みで、財政上難しい。こうした現状から、同市は経営立て直しは現実的でない判断した。

中野孝則市長は「不採算でも必要な医療の確保に努めてきたが、これ以上の経営改善は難しい」と話す。12月議会に病院廃止を諮り、近隣病院と病床の割り振りなどについて調整するという。(北村哲朗、尾崎文康)

先ほどのホームページデータを見ていきますと、今から7年前に12診療科に38人いた常勤医が、現在は27人に減っているんですね。その後急速に外来の患者数、それから入院患者がどんどん減る。病床利用率が79%というふうな状態で、累積欠損金が40億になって、建物も大分古くなってきたので、これ以上できないということで再建を断念して、ある日突然市長が記者会見をして、もう閉める。人口15万の市であります。これが今の医療崩壊の現状だというふうに御理解ください。

時代背景を知ろう:今は医療界の平成維新!

新医師臨床研修制度導入(平成16年)



医師供給システムの激変
(医局講座制から自由選択の時代へ)

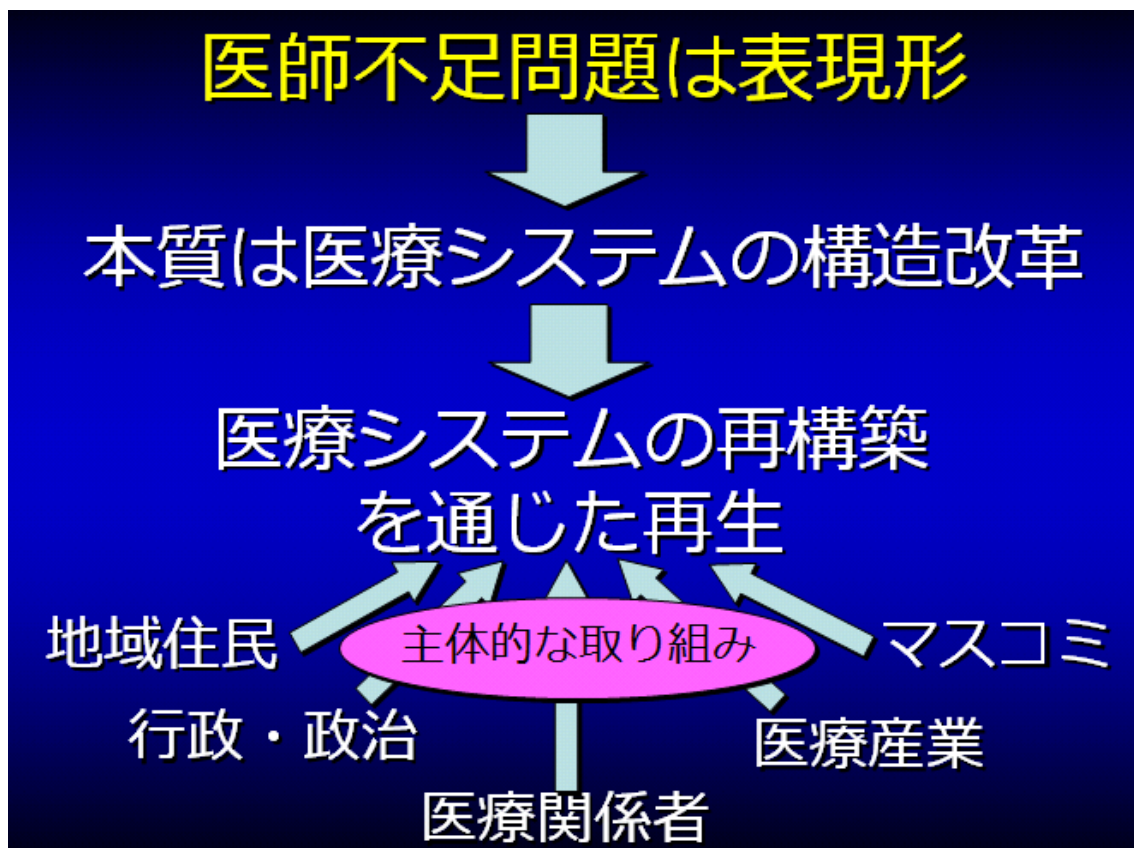


初期研修・後期研修ともに大学病院が大幅減



大学医局からの医師派遣に依存する
自治体立病院の危機

こうした一連の、特に自治体病院の崩壊の背景としては、そのきっかけでございますけれども、平成16年の新臨床研修制度導入があげられます。従来は、医学部を卒業した後の医師の育成の場というのは、圧倒的に大学の医局に集中していたわけでございますけれども、このマッチングを含めた新しい臨床研修制度の導入で、若手の医師が自由選択できるようになりました。また、大学病院以外の多くの病院がさまざまな努力をして研修プログラムを整備することなどにより、若手医師にとり自由選択が可能になった中で、卒業して最初の2年間の初期研修、3年目以降の後期研修とともに大学病院を選ぶ若手の医師が大幅に減少しました。その結果、大学医局に人がいなくなるという状況の中で、大学医局からの医師派遣に100%依存しておりました自治体病院が危機に陥ったということでございます。先ほどの松原市立病院の場合も同様の背景だったというふうに聞いております。



公立病院を中心とした地域病院の勤務医が減ってきたというのは、実は**表現形**に過ぎないわけでありまして、**本質的な問題**というのは、**医療システムの再構築が求められている**ということなのです。今日は医師の供給側からのお話をいたしました。例えばコンビニ感覚での救急受診の問題もさまざまな**取り組み**がされています。最近北海道の札幌のとある町立の診療所のお医者さんが1月でおやめになる。**聞いて驚きました**。人口 3600 人の町なんです。1年間の時間外の受診患者数が 1800 人です。住民の 2 人に 1 人が時間外にかかるという、とんでもないコンビニ受診をやっているという地域があるんですね。これではもたないですね。

そういうさまざまな取り組みをしてきた中で、ただ単に病院に医師を集めれば良いということではなくて、**作り直していかなくては**いけない。**皆様には是非考えていただきたい**のは、この地域医療システムの構造改革というのは、**実は、地域の住民、地方議会、医療関係者**といったもの全員がプレイヤーになってやっていかないといけないということを申し上げたい。



北海道江別市立病院(278床) 深刻な医師不足

内科医：
12名→7名(6月)→0名(9月末)

昔なら、医局の教授が『辞めるな。我慢しろ』と言えば通用した。だが、もう時代が違う。今回も『江別で仕事を続けてくれ』と頼んだが断られた。医局をやめる医師も多く、人がいない。派遣を頼まれても無い袖は振れない。(北大第1内科 西村正治教授)

医師の自由に任せて、社会が求めている地方病院や、拘束時間の長い小児科、産婦人科を働く場を選ぶなら問題ないが、実際には選ばない。国や道にも医師配置の妙案はなく、地域や病院、診療科目別の医師不足は、これから一層深刻化する。(西村教授)

その再生にある意味で成功しつつあるのが北海道の江別市立病院でございます。先日、今日いらしている山田隆司先生と病院長の梶井先生と一緒にお話をさせていただいたときにいろいろ資料をいただきましたので、それを紹介する形でお話しさせていただきます。

勤務医不足から自治体病院の経営危機へ

江別市立病院:内科医退職問題 「赤字14億円」—江別市議会委 /北海道

◇内科医退職が影響

江別市議会厚生常任委員会が24日開かれ、市立病院の内科常勤医12人が全員退職した影響で患者が減り、06年度は約14億2000万円の大幅な赤字が見込まれると報告された。

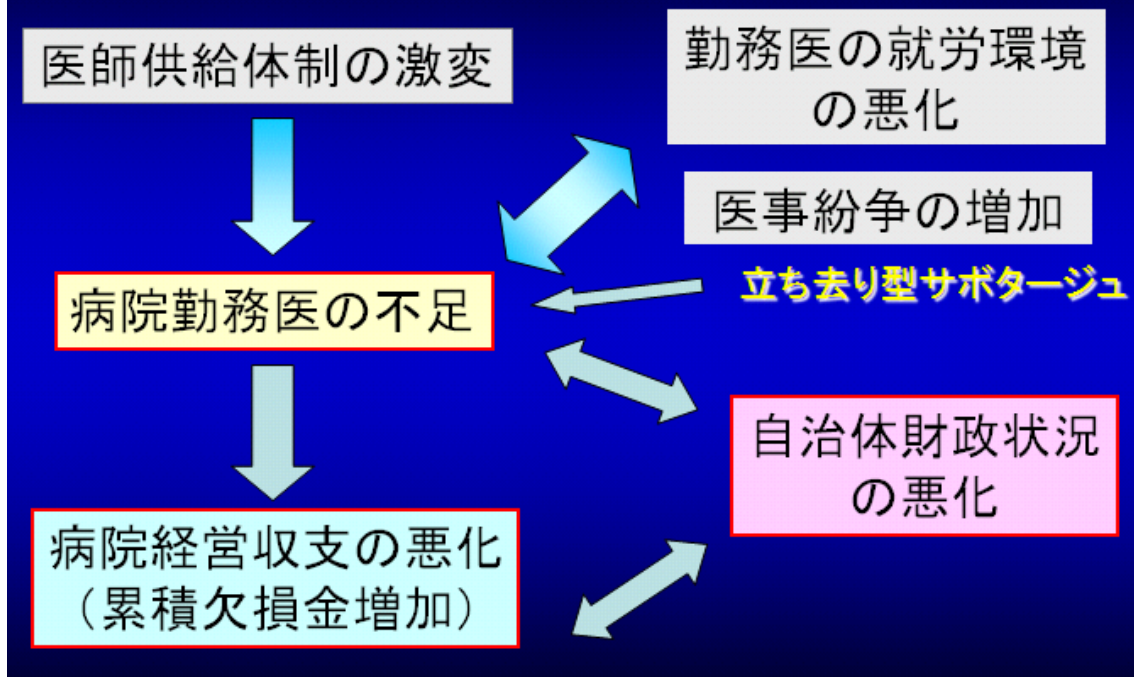
病院事務局によると、内科入院病棟の休止など診療態勢を縮小した影響で、年度当初の見込みより入院患者が約4万7000人、外来患者が約6万2000人の計約10万9000人減ることが予想される。病院会計は支出見込みが約60億2000万円に対し、収入は見込みより約20億8000万円少ない約46億円にとどまる見通し。

同病院は今月から常勤医1人を確保。出張医11人を加えた計12人で内科の外来診療に当たっている。【小崎学】

毎日新聞 2006年11月25日

今から2年前、平成18年ですけれども、4月に14人いらした内科の先生が、これは北大の第一内科の派遣でございますけれども、9月にゼロになったのですね。この平成18年というのは、私どもの千葉県**東部**においても**当院**の医療崩壊に引き継ぐ形でドミノ倒しとも言われておりますけれども、隣でございます350床の成東病院も9名いた内科医がこの18年の4月にゼロになっているんですね。非常に厳しい状況でございました。こういった内科医がまとめて10人程度いなくなるとどうなるかということ、1人の年間収入が1億円でございますから、この江別の場合は14億円の赤字が出て、もうバンザイという状況になりました。

医療崩壊の危機：自治体病院が抱える三重苦



今の地域医療の崩壊のポイントというのは、スライドに示す自治体病院の三重苦と言い換えることができます。この三重苦というのは今申し上げた医師供給体制の激的な変化で、大学病院から医師が来ないということで勤務医が減る。これがさらに医師の就労環境の悪化や医事紛争が起きて立ち去り型サボタージュにつながり、結局は医療収入が減りますので、累積欠損金がドンとふえる。この段階で、先ほど申し上げた松原市立病院のように、もともと地方自治体の財政が悪化しているところでは簡単にもう「医療はひよっとすると自治体にとってはお荷物になっているかもしれない」というぐらいに非常に大きな問題になっていると思います。

江別市民病院, 危機と再生の経緯 (梶井直文氏による)

- 2006年4月 **内科医12名が8名に**, 北大, 札医大, 旭川医大内科に派遣要請
- 2006年10月 **内科医0名**: 院長, 副院長, 医務局長を含む内科医全員が退職
- 2006年10月 北海道庁に援助要請, 地域医療振興協会を紹介される
- 2006年12月 地域医療振興協会から短期医師派遣(~07年3月)地域医療, 総合医療を学習し, **総合内科による病院再生を決断**
- 2007年4月 **道庁自治医大卒業生2名**を派遣
- 2007年4月 **地域医療振興協会から総合医 (~07年9月)**,
消化器内科専門医派遣固定化, シニア8か月派遣
- 2007年11月 **札医大地域医療総合医学講座より指導医派遣**
総合医育成プログラム(ニポポ)に参加, 初年度研修病院になる
- 2008年4月 **総合内科標榜(自治医大3名, 札医大地域医療4名, ニポポ2名)**.
内科医は計11名に回復

この自治体病院の三重苦からいかに切り抜けるか。やはり本質は病院勤務医が減ったのは、この医師供給体制の激変もありますが、果たして従来の仕組みでよかったのかという疑問があります。これは江別市立病院の、ある意味で成功例のモデルになると思いますが、梶井院長からいただいたスライドであります。12名いた内科常勤医が18年の4月には8名に、そして10月には院長、副院長、医務局長を含む内科医全員が退職して0名になった。ここから地域医療振興協会を初めとしてさまざまな取り組みが始まりましたが、大崩壊した後2カ月目には、**梶井先生は小児科の院長だったのですが、非常にものがよく見えている方**でございまして、総合内科による病院再生を決断しました。

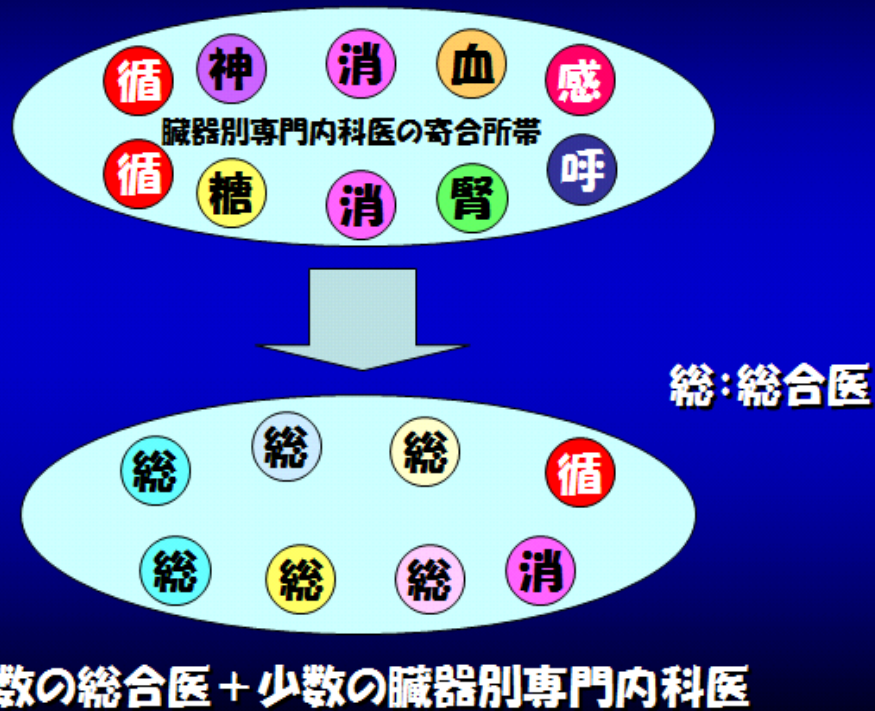
ここがすごいです。2カ月で決められる。院長として私が非常に尊敬する部分でございますけれども、そしてさまざまな多くの方々のサポートをいただいて、2年足らずで11名に戻っている。ただし、数が戻ったのではなくて中身が大きく変わったわけです。平成18年3月までの内科常勤医12名というのは、北大の第一内科のさまざまな臓器別専門医がある意味で寄り合い所帯をつくって、この300床の病院の内科を担ってございましたけれども、現在の江別の内科は総合内科医が主に担っている。ここが一番重要な点ではないかと思えます。

医療提供体制の構造改革

- ① 臓器別専門医から総合医・家庭医の育成へ
- ② 専門医と非専門医の機能分担と連携

ただ数がいればいいということではなくて、100床から200床の地域病院の内科を支える内科医は従来の臓器別専門医ではなくて、総合内科医の集団という1つの大きなメッセージだと思います。先ほど申し上げた医療提供体制の構造改革の中で一番大きいのは、今日も何人かの先生がお話になっておられたように、臓器別専門医から総合・家庭医を育てる仕組み、特に地域医療を支えるのは実はこういったゼネラリストであるというふうに思っています。

地域の病院を支える内科医師はこう変わる

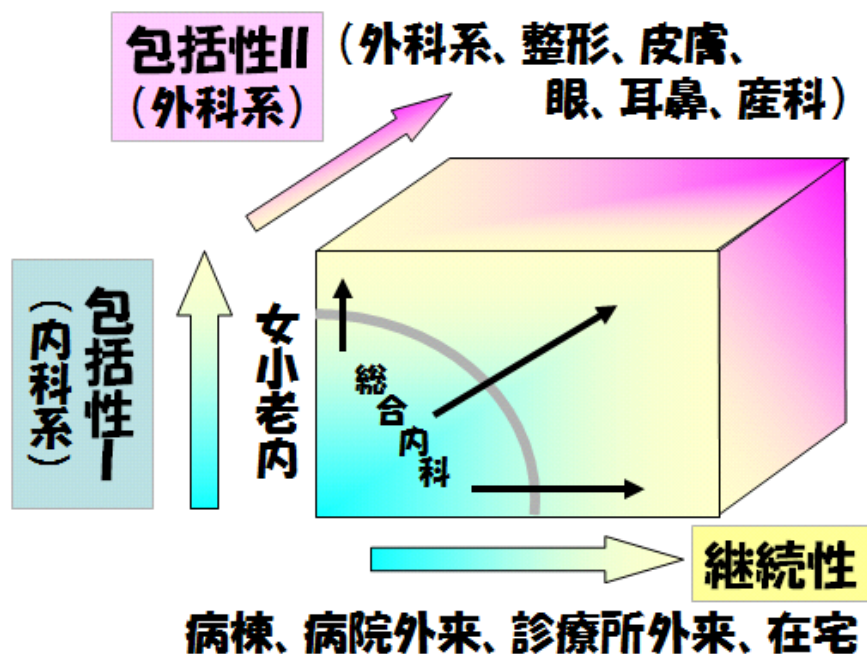


先ほどのをわかりやすく漫画でかきますと、外から入ってくるのは大学からの派遣というイメージでありまして、例えば200床の病院の内科というのは、循環器、神経、糖尿病、消化器、血液、腎臓、感染症、呼吸器といった臓器別専門医がそれぞれの大学の医局から派遣されて従来の地域医療は回っておりました。しかし患者さんの高齢化が進んで、1人の患者さんが複数の病気を持つというふうな状況になってきたので、臓器別専門医で全身的な医療が本当にできるかという大きな疑問が出てきております。

そういう中で下にお示ししていますように、これからの1つの方向性はこの「自前で育てる」というところですね。総合内科医というと、それぞれがさらにステップアップをする分野によって違いがあつていいと私は思いますけれども、少なくともここに書いてあるように、多数の総合内科医と少数の臓器別専門医のチームでいくというような形にこれからはなっていくだろうと思います。これは100床から200床の病院が日本で今大崩壊している一番数の多いところでありまして、あるいは北海道で言えば有床診療所です。そういったところが再生していくのにはやはりここしかないのではないかと思います。大都会の600床とか800床の臓器別専門医の病院が崩壊しているわけではないのでありまして、本当にその地域の人口10万あるいは5万といったところの人が住めるかどうかというのは、

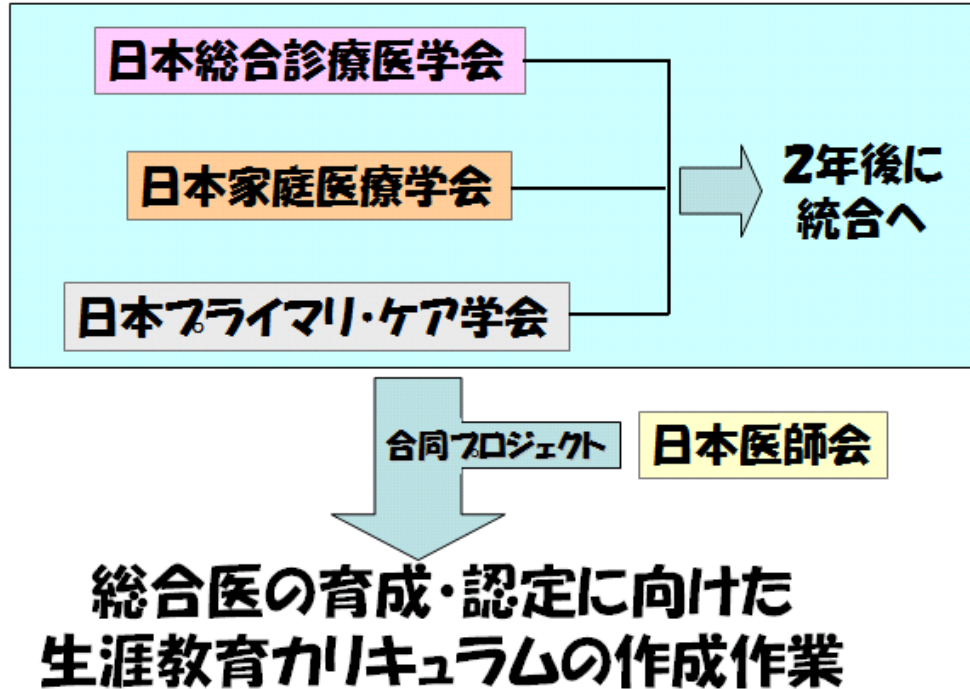
こういったところにあると思います。

総合医・家庭医の基本的コンセプトと漢方



そうなる総合内科医のコンセプトはどこにあるかというと、少なくとも地域の病院基盤型の総合医というふうに私どもは考えておりますけれども、病棟、病院の外来、診療所の外来、在宅までも継続して診られる。そしてこちらの継続性と包括性は内科、高齢者、場合によっては小児、女性といったあたりをカバーできるということが今後の課題になってくると思います。

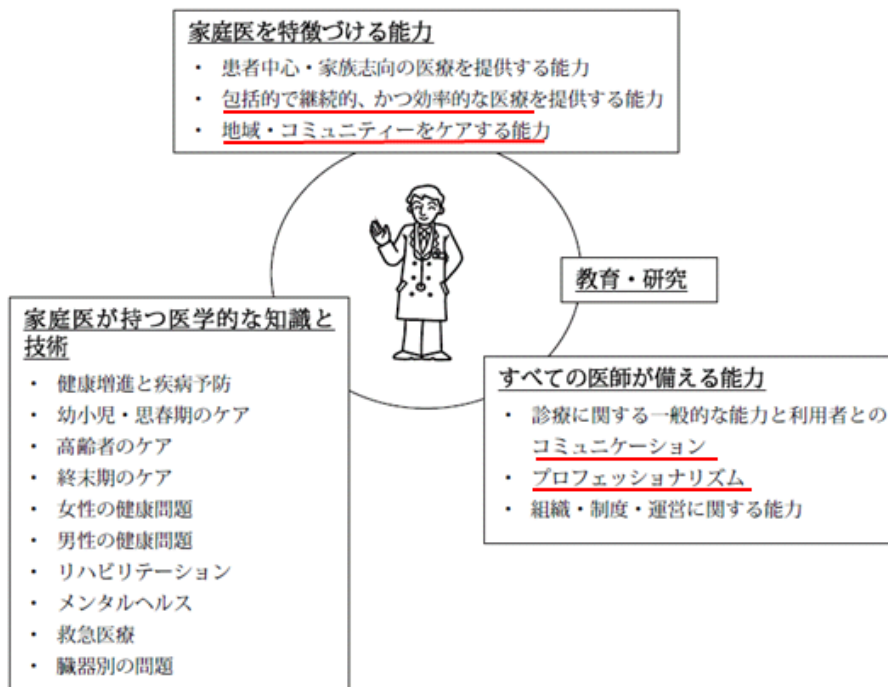
総合医養成のための研修プログラムについて



先ほどございました3学会での共同プロジェクトがそれであります。

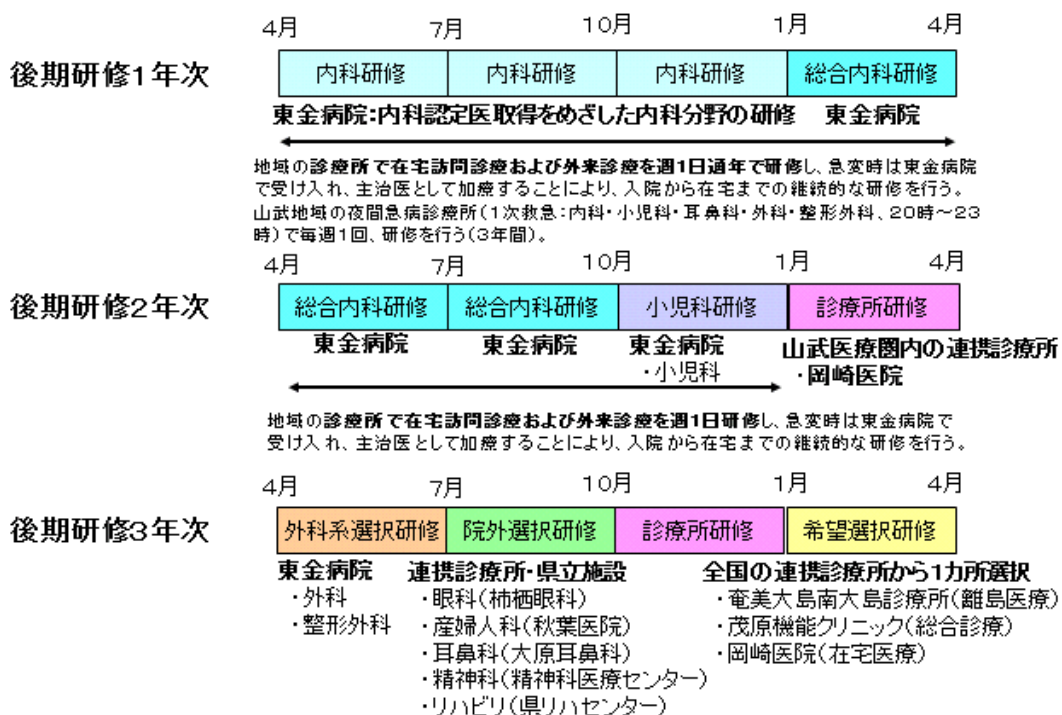
家庭医療学会後期研修医が到達すべき研修目標(outcome)

下記の能力を統合し、地域の診療所や中小病院で地域の第一線の医療を担う医師

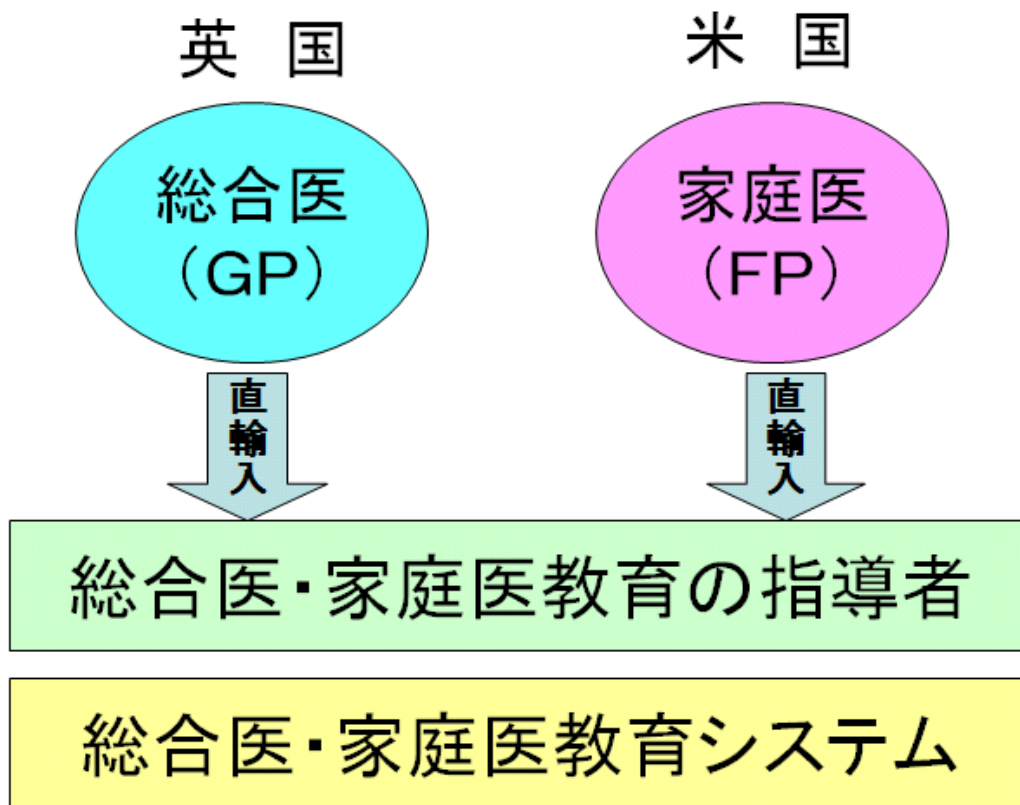


これは私どもの病院で、家庭医療学会の後期研修プログラムの作成にあたり手本とさせていただいた家庭医療学会が示しているものでありますけれども、「下記の能力を統合し、地域の診療所や中小病院で地域の第一線の医療を担う医師」を育てる。このところが非常に重要でありまして、やはりここら辺に医療再生への1つのロードマップが示されているのではないかと私は思います。

千葉県立病院群総合医・家庭医後期研修プログラム案 (日本家庭医療学会後期研修プログラム準拠)



それを踏まえて私どもの病院では3年間の研修プログラムで初期研修が終わった方々を対象に診療所の研修であるとかいろいろな形で人を育てるといった形をとっています。



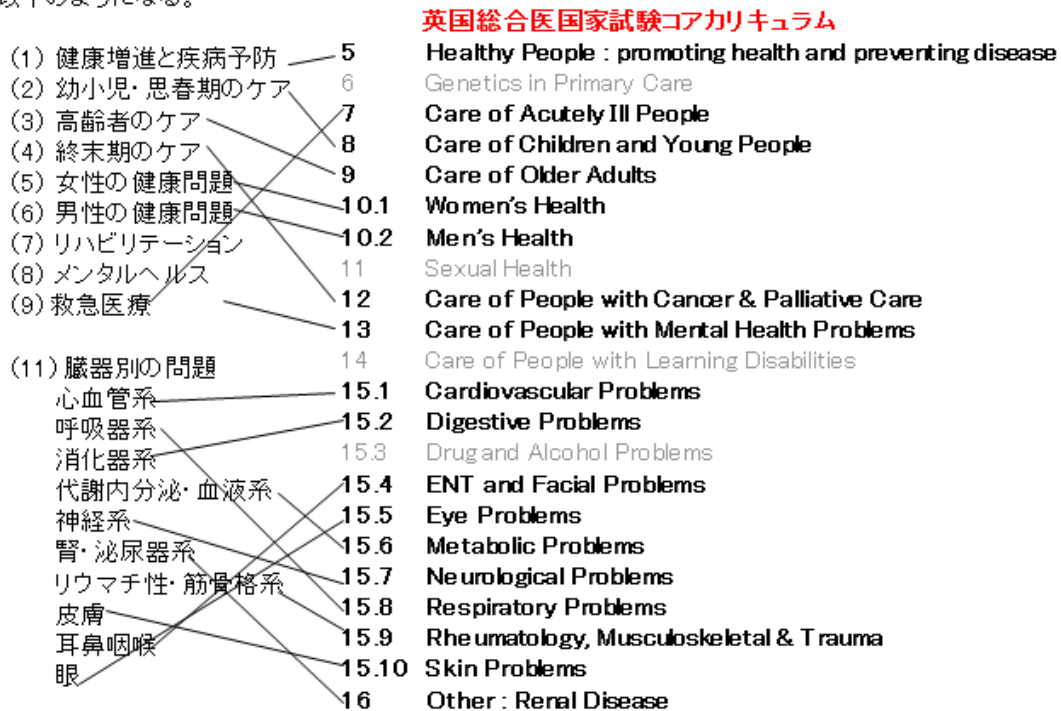
ここで視点を少し変えさせていただきますが、日本で今お示しさせていただいたような総合医や家庭医の育成システムというのは、もともと日本にはなかったわけでありまして、日本と同じような国民皆保険制度を導入しているイギリスでは人口 2000 人に対して 1 人の GP が年間契約をしている。イギリスの場合には日本と違ってフリーアクセスがありませんので、**具合が悪くなった場合には、年間契約をしている GP のところへまず行って、その GP の方が病院を紹介する。**以前のイギリスの場合には、入院待ちが非常に長かった。その間にがんの全身転移で死亡するというようなことがございまして、イギリスは大変なお金をかけて、Electronic Health Record (EHR) と呼ばれる全部の医療機関を光ファイバーでつないで、病院の予約その他を GP のところからオンラインでできるような仕組みをとって、今実は入院待ちの期間が半減しています。そういうふうなことをやりながら、少なくともイギリスの場合には完全に年間で 1 人の先生を主治医とするという形で、この GP を国の制度として仕組みで育ててきました。

一方、アメリカの場合にはファミリープラクショナー、内科系の医師の半分がこれだと言われています。いずれにしても、これはそれぞれの国の制度の違いがあり、アメリカでは、国民皆保険**が**ではありません。そういうふうなところで専門医ライセンスの**制度**がつ

くられていて、そこでトレーニングされて専門医を取得された方が日本に帰って来られて学会の指導医を担っているという現状があります。

日本家庭医療学会: 後期研修プログラム Ver1.0 家庭医が持つ医学的な知識と技術

家庭医は患者の年齢、性別にかかわらず、大多数の健康問題の相談にのることを要求されるため、幅広い医学的な知識と技術を身につける必要がある。家庭医の扱う医学的問題を大きく分類すると以下ようになる。



基本的にはイギリス、あるいはアメリカの教育システムで育った学会の指導医の方々が我が国の総合医・家庭医の教育システムをつくっています。スライドに示すように、例えば日本家庭医療学会の後期研修プログラムにはさまざまな研修テーマが提示されています。その項目を見ていくと、右の方に示した英国の総合医国家試験コアカリキュラムと大部分が共通していることがわかります。先日も向こうから総合医の専門医の方が見えてレクチャーをいただきましたけれども、我が国の総合医・家庭医の研修プログラムについては、かなり日本風には相当揉んでいただいていると思いますが、これを見ていただくと、やはり向こうのG P、F Pをモデルにして、日本の今のものがつくられていることがわかれると思います。

日本家庭医療学会認定 家庭医療専門医試験について

平成21年度に関連3学会が合同で、専門医の認定試験を実施することになりました。試験の日時は、平成21年7月19日・20日(予定)、場所は東京の慈恵会医科大学の予定です。評価の方法は、今後3学会にて企画されますが、現段階では、現在、日本プライマリ・ケア学会が行っているModified Essay Questionによるペーパー試験とObjective Structured Clinical Examination(OSCE)による実技試験の2つによって行われる予定です。

そして、来年にはここに書いてございますようにOSCEとペーパー試験で専門医の最初の認定試験が始まるというところまで来たわけです。

ここで話が変わります。これから日本の地域医療再生を行っていく際に、少なくとも100床から200床の病院の内科系医師は総合内科医が支えている。そういうふうにした場合にどうなのか。今日の私の投げかけはここにあります。先ほどのイギリスは国民皆保険である。ただし、フリーアクセスがない地域。そして国民皆保険のないアメリカで行われているFP。このスタイルをそのまま日本に持ってくるだけで本当に日本の医療の再生ができるか。

日本版総合医・家庭医とは？

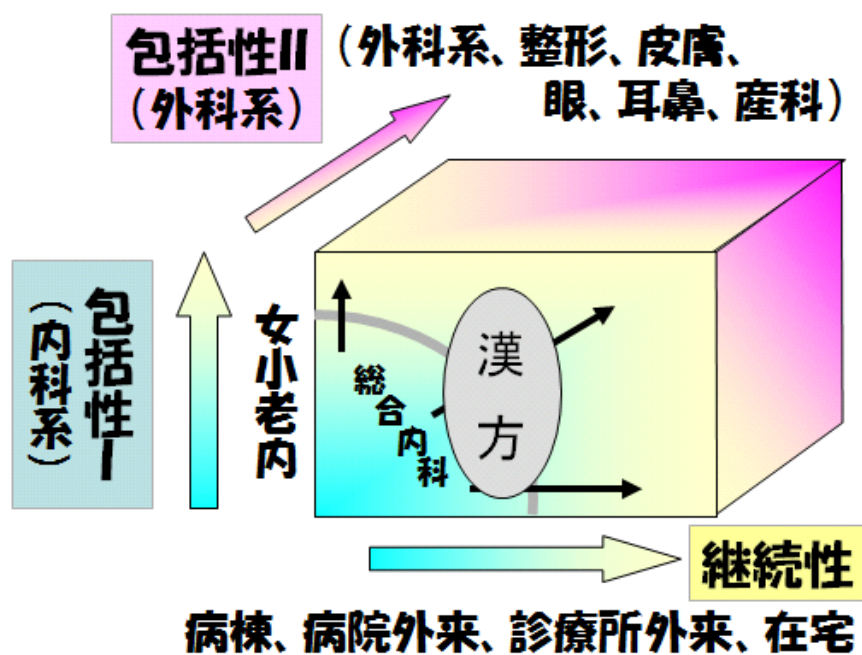


東洋の知恵(漢方)を 活用するのが

日本版総合医・家庭医

この中で日本ではできて、アメリカやヨーロッパでできないものが、はっきり申し上げて漢方があります。診療報酬を含めて漢方薬を使えるようになっているのは日本だけあります。私は漢方の専門医ではありませんが、この漢方と言うのは患者さんの診察方法も含めて、治療手段として**実はプライマリ・ケアの分野で非常に可能性が高い**ということを、多くの専門家の方がおっしゃっています。

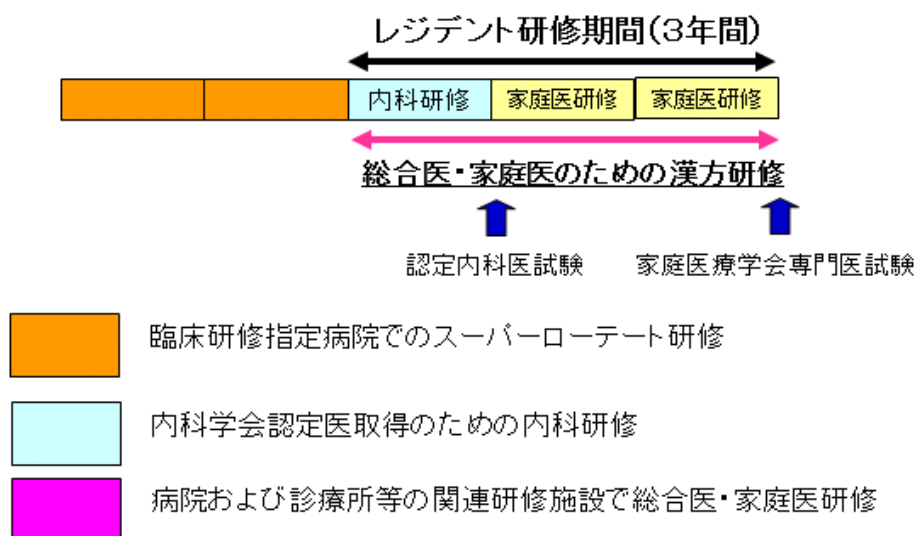
総合医・家庭医の基本的コンセプトと漢方



すなわちわかりやすい模式図をかくと、従来の漢方は外来診療が中心の世界でありましたが、今後の可能性としては、入院診療の病棟や場合によっては在宅にまで広めていくということが、このプライマリ・ケアのレベルアップにつながっていくだろうと思います。

総合医・家庭医後期研修プログラムと漢方研修 —日本家庭医療学会後期研修プログラム準拠—

研修開始2年目で日本内科学会内科認定医を取得し、病院及び診療所等での総合医・家庭医研修の後、日本家庭医療学会専門医を取得します。この間、総合医・家庭医のための漢方研修を3年間、通年で実施する。



例えば先ほどの2年の初期研修の後の3年で総合医・家庭医、専門医をとる後期研修のプロセスの中にこの漢方研修を入れていくことも将来的に私は可能ではないかと考えます。

日本家庭医療学会:後期研修プログラム Ver1.0 家庭医が持つ医学的な知識と技術

家庭医は患者の年齢、性別にかかわらず、大多数の健康問題の相談にのることを要求されるため、幅広い医学的な知識と技術を身につける必要がある。家庭医の扱う医学的問題を大きく分類すると以下のようなになる。

英国総合医国家試験コアカリキュラム

(1) 健康増進と疾病予防	5	Healthy People : promoting health and preventing disease
(2) 小児・思春期のケア	6	Genetics in Primary Care
(3) 高齢者のケア	7	Care of Acutely Ill People
(4) 終末期のケア	8	Care of Children and Young People
(5) 女性の健康問題	9	Care of Older Adults
(6) 男性の健康問題	10.1	Women's Health
(7) リハビリテーション	10.2	Men's Health
(8) メンタルヘルス	11	Sexual Health
(9) 救急医療	12	Care of People with Cancer & Palliative Care
(10) 東洋医学・漢方	13	Care of People with Mental Health Problems
(11) 臓器別の問題	14	Care of People with Learning Disabilities
心血管系	15.1	Cardiovascular Problems
呼吸器系	15.2	Digestive Problems
消化器系	15.3	Drug and Alcohol Problems
代謝内分泌・血液系	15.4	ENT and Facial Problems
神経系	15.5	Eye Problems
腎・泌尿器系	15.6	Metabolic Problems
リウマチ性・筋骨格系	15.7	Neurological Problems
皮膚	15.8	Respiratory Problems
耳鼻咽喉	15.9	Rheumatology, Musculoskeletal & Trauma
眼	15.10	Skin Problems
	16	Other : Renal Disease

すなわち今までのアメリカあるいはイギリスの総合医・家庭医の研修プログラムを規範にしてつくられてきた我が国の後期研修プログラムの中に東洋の知恵である漢方を入れるということはあながち無理なことではないだろうというふうに思います。

医療提供体制の構造改革

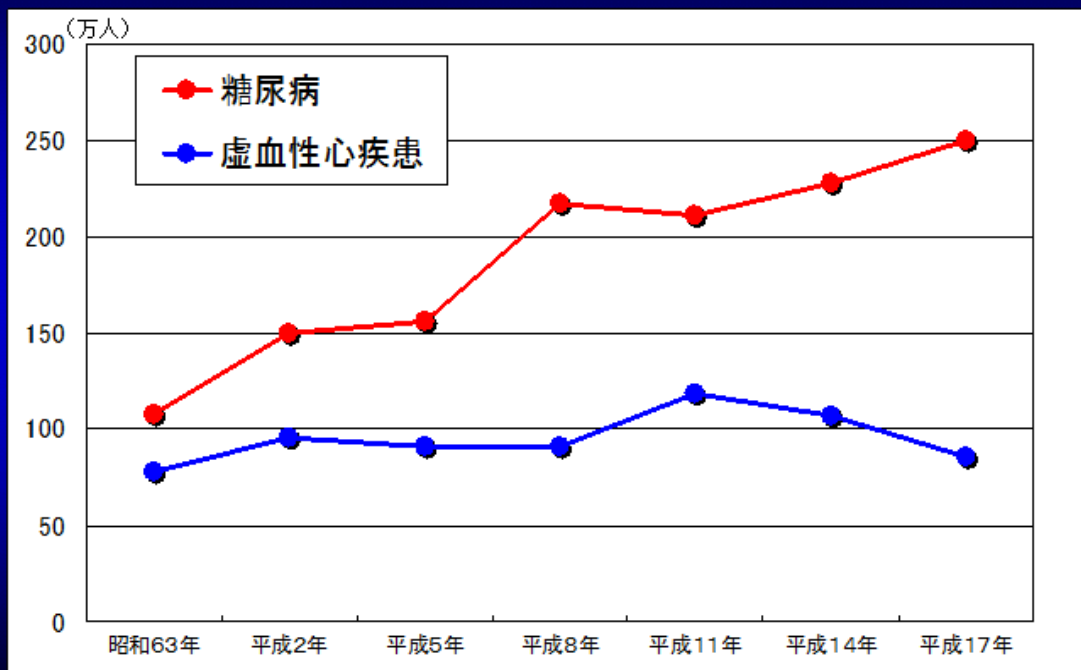
① 臓器別専門医から総合医・家庭医の育成へ

② 専門医と非専門医の機能分担と連携

もう1点ここで重要なことは、医療連携という視点の課題が実はあります。1つは時代

とともに患者さんの数、疾病構造が変わってくるわけでありまして、それによって従来構築した医療システムがスムーズに回るとは必ずしも限らない。

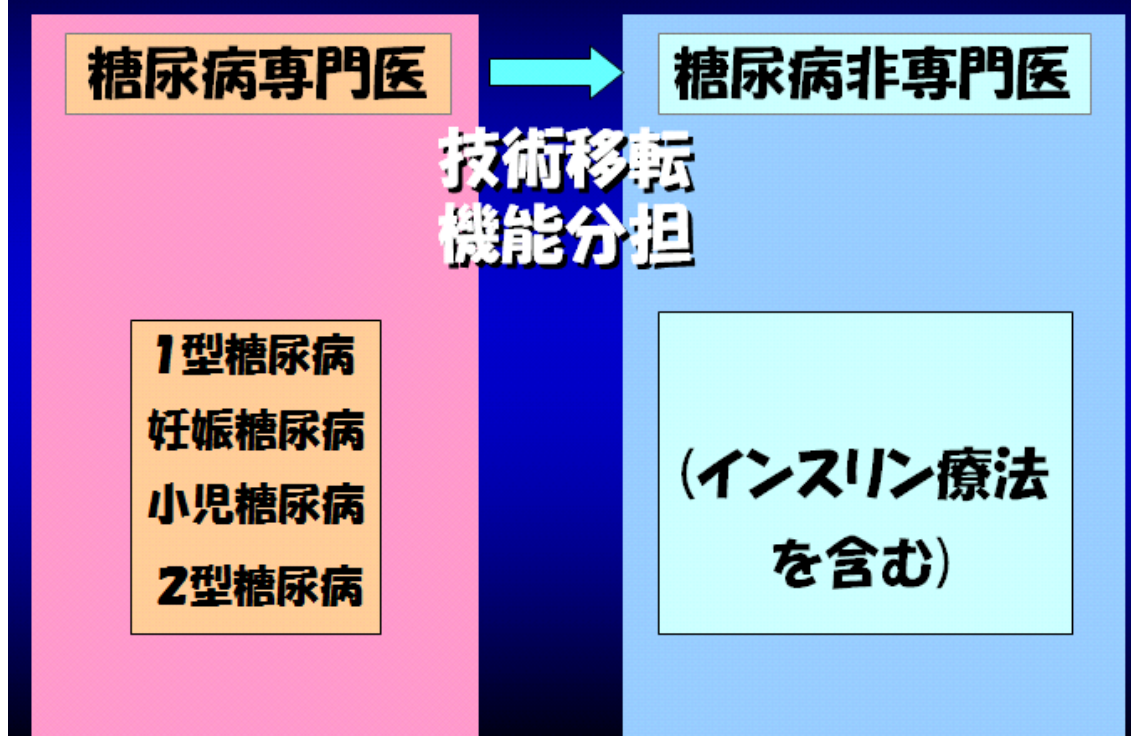
糖尿病と虚血性心疾患の総患者数の年次推移



出典：厚生の指標

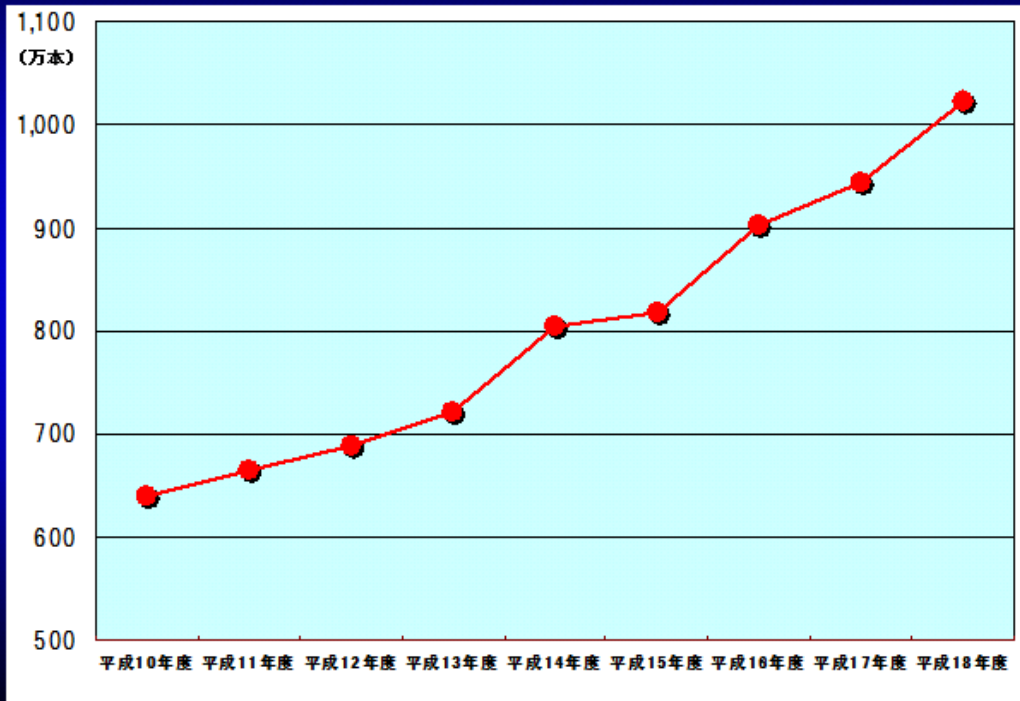
ここでは平成元年から平成17年までの2つの生活習慣病、すなわち虚血性心臓病と糖尿病の患者さんの数の変動を示しております。出典は厚生指標であります。過去17年間で虚血性心臓病は若干ふえましたが、100万人程度でおさまっていますが、平成元年にはほぼ同じレベルであった糖尿病はその後どんどんふえまして、平成17年で約250万人、平成20年には300万人ともいわれ、**四大疾病**の柱の一つになっているわけですね。こうなりますともう病院の専門医だけでは診られなくなってまいりまして、実際に**病院**で糖尿病診療を担当されている先生方は悲鳴をあげているわけでございます。

糖尿病専門医と非専門医の機能分担

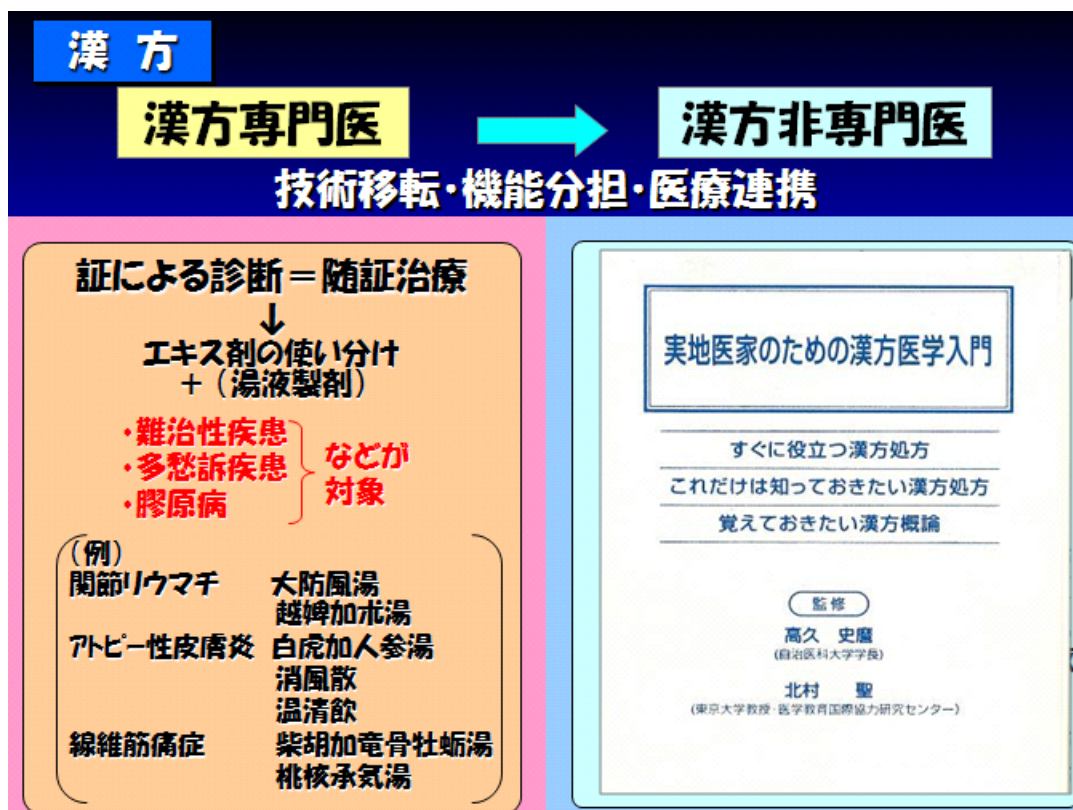


ここで今何が進められているかという、国がこの4月からスタートした第4次医療制度改革の中で医療連携ということで糖尿病診療が上がっています。すなわち従来の糖尿病専門医は、患者さんがそれほど多くない時代は、病院の専門医がこのように1型から2型を含めてほとんどの糖尿病を診ていた。ところが、先ほど見ていただいたように過去20年間で2型糖尿病が激増してまいりましたので、病院の専門医の数ではもう診きれない。そうなると今後は多くのかかりつけ医をはじめとする糖尿病非専門医の方々が、ごらんになりますように専門医からの技術移転を行った上で、2型糖尿病の大部分はインシュリン療法を含めて、かかりつけ医、あるいは糖尿病非専門医が診る。この医療連携が地域医療の構造改革のもう1つの柱であります。まとめますと、**地域の中核病院の医師の内科系は総合医・内科医を中心に地域医療をつくっていく。そして糖尿病の様にふえてきた病気については、専門医と非専門医の役割分担・技術移転をして、診れるようにする。**

漢方製剤の売上本数の推移

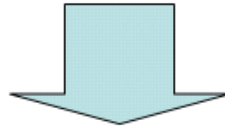


実は漢方の場合も**糖尿病**と同じカーブであります。これは過去**9年間**の漢方**製剤**の売上数ですが、このように我が国では**過去9年間**で約倍近い量の漢方方剤が使われるようになりましたが、漢方専門医の数が少ないために、**漢方専門医**に多くの患者さんが殺到して、十分なサービスが提供できないというところまで来ております。



そうすると先ほどと同じアナロジーとして漢方専門医がここに書いてあるような形の随証を中心とした、よりスキルの求められる治療を行う一方で、さまざまな技術移転を行って機能分担し、漢方の場においても医療連携をすることによって、例えば『実地医家のための漢方医学入門』、これは高久先生と北村先生が書かれたものでございますが、このエキス剤を中心にプライマリ・ケアで担当する疾患、例えば山田先生から前にいただいた資料を見て驚きましたが、プライマリ・ケアで診る疾患のうち22%が実は急性上気道炎でありあります。急性上気道炎をPL顆粒だけで治療していいのか。ここでは葛根湯しかあげておりませんが、ここで複数の漢方処方をあげればいいと思います。こういったあたりを漢方非専門医が使っているということが広がってくれば、漢方専門医も本来の漢方のスキルを使って、西洋医学だけではなかなか治療できない疾患に対して治療をきちりやれるという体制ができるだろうというふうに思うわけでございまして、私の今日のメッセージはこれであります。

プライマリ・ケア分野における漢方の有用性を確立し、世に広めることが大前提である。



『漢方を活用するのがスタンダードな日本版総合医・家庭医である』
という基本的なコンセプトを、
5年後、10年後の日本に定着させる。

プライマリ・ケア分野における漢方の有用性を確立し、世に広めることが大前提でありまして、先ほど申し上げたように、医療再生のプロセスの中でどういうふうにとらえるか。「漢方を活用するのがスタンダードな日本版総合医・家庭医である」というコンセプトを、ここでは「5年後、10年後」と書いてありますけれども、3年後でも決して早くはないだろう。はっきり申し上げて、地域の病院の医師をどのように育てていくのか。そして、役割分担をどうするのか。やはりここが私どもの知恵の絞りどころではないか。

千葉県における総合医と漢方研修の 平成20年度の具体的な取り組み

総合医・家庭医を目指すなら、ぜひ千葉県で！

千葉県総合医・家庭医育成
研修連携プログラム(仮称)「総の国」



継続的な臨床医のキャリアアップとキャリアデザインを支援します

NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
総合医・家庭医分科会

漢方連続講座による 若手医師の漢方研修支援

後期レジデントのための漢方連続講座 in Chiba
- 総合医・家庭医を中心に -

実施要項(20年4月22日現在)

NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク
総合医・家庭医分科会
担当者:千葉県立東金病院 平井 愛山

連続講義(6回構成)の日程案

第1回:平成20年5月10日 土曜日 午後 pm 3:00~

- (1) はじめに 平井 愛山
- (2) 総論 浅羽先生(1時間)・今津先生(1時間)
- (3) かぜ症候群を例にして、漢方医学と西洋医学を比較検討する。浅羽先生(1時間)今津先生(30分)
- (4) 夕食
- (5) ナイトミーティング:喜多先生を囲んで、「プライマリケアと漢方」

第2回:平成20年7月26日 土曜日 午後 pm 3:00~

- (1) 診断学:問診と診察方法(腹診、舌診、脈診など) 秋葉哲生先生(1時間)
- (2) SPIによる演習(2時間)
- (3) 副作用:ツムラ学術担当・今津先生(1時間)
- (4) 夕食
- (5) ナイトミーティング:秋葉先生を囲んで「地域医療と漢方」

第3回:平成20年9月6日 土曜日 午後 pm 3:00~

- (1) 消化器疾患:内科側から 花輪先生(2時間)
- (2) 消化器疾患:外科側から 今津先生(2時間)
- (3) 夕食
- (4) ナイトミーティング:花輪先生を囲んで「東洋の知恵・西洋の知恵」

第4回:平成20年11月 土曜日 午後 pm 3:00~

- (1) Case study 浅羽先生(1時間)
- (2) 精神疾患の基礎と臨床 杵渕先生(1時間)
- (3) めまいと頭痛 佐藤弘先生(1時間)
- (4) 夕食
- (5) ナイトミーティング:杵渕・佐藤先生を囲んで「心身医学の東西比較」

第5回:平成21年1月 土曜日 午後 pm 3:00~

- (1) 肩こり、腰痛、緩和医療と鍼灸 石野先生 講義2時間
- (2) 鍼灸 実技 2時間
- (3) 夕食
- (4) ナイトミーティング:石野先生を囲んで「プライマリケアと物理療法」

第6回:平成21年3月 土曜日 午後 pm3:00~

- (1) 北村先生講義 1時間
- (2) 渡辺賢治先生講義 1時間
- (3) 丸山先生講義 1時間
- (4) ワークショップ「総合医にとって、漢方とは？」
まとめ 喜多先生 浅羽 平井ほか
- (5) 夕食
- (6) ナイトミーティング:受講者・講師全員参加で「明日の医療と漢方」を語り明かす

本当に2年前に私の病院は内科医が2人になりまして、もう本当につぶれる寸前まで行って、地獄を見てきた病院でありますけれども、恐らく同じような思いをしている院長は全国にたくさんいるだろう。でも、それでも絶対あきらめない。医療が崩壊したら、その地域には住めなくなるということが私のメッセージでございます。是非今日は素晴らしいスピーカー、あるいはパネリストの方が集まっていちゃいますので、熱い議論の中から日本の医療をどうつくるのかという方向性が見えてくれれば幸いです。前座として話題を提供させていただきました。御清聴ありがとうございました。(拍手)

渡辺 平井先生、ありがとうございました。まさにキーワードは先ほど申し上げた、中小の100床、200床の病院の再生、高齢社会への対応、それから漢方という、この3つのキーワードを出していただいたところで、次の演者へ移りたいと思います。

渡辺 次は三瀨忠道先生、平井先生の千葉大の後輩として、旭中央病院を経て、富山で漢方をやられた。その後は麻生飯塚病院に移られまして、92年から漢方診療科の部長、2008年からは飯塚病院情報本部長も兼任されて、情報と漢方の両方をもっておるということになります。今日は首相で有名になった飯塚病院を代表してではなくて、日本東洋医学会専門医制度委員会の理事としてお話しいたします。では、三瀨先生、お願いします。

21世紀漢方フォーラム
「総合医の漢方教育を考える」

総合医における漢方教育の 実際の提言

2008年12月5日

社団法人 日本東洋医学会
専門医制度委員会・担当理事
三瀨忠道

三瀨 今、御紹介いただきました、裏表のある三瀨でございます。今日は表か裏か知りませんが、東洋医学会の理事としてお話しさせていただきます。

麻生 飯塚病院における漢方の実際



私は福岡県の遠賀川のほとりにあります、1100床以上の総合病院である飯塚病院におります。最近は今も出ましたように、ちょっと変わった医者がいるんじゃないかということで有名になっておりますけれども、もっと変わっていることは、この病院には17年前から入院で煎じ薬も使うような本格的な漢方診療科があります。この写真の漢方調剤室、これは煎じ薬を作るところで、いろんな疾患に院内でも漢方処方をしています。最近の話題としては、例えば急性感染症で、しかしながら治療法がないもの、新型インフルエンザが来たらどうするか。「漢方でやるしかないね」と私は言っております。

ノロウイルスにも漢方は有用

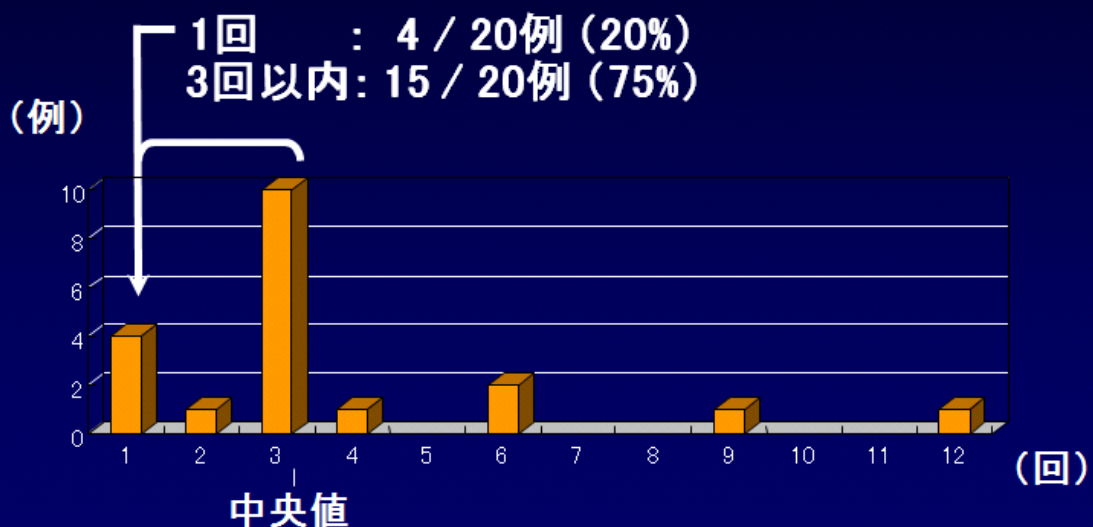
2005年12月1日～2006年1月31日の2ヶ月間
介護付有料老人ホーム“ノア21”入居者のうち
嘔吐または下痢を認め **黄芩湯** を投与した20例

「介護付有料老人ホーム“ノア21”」

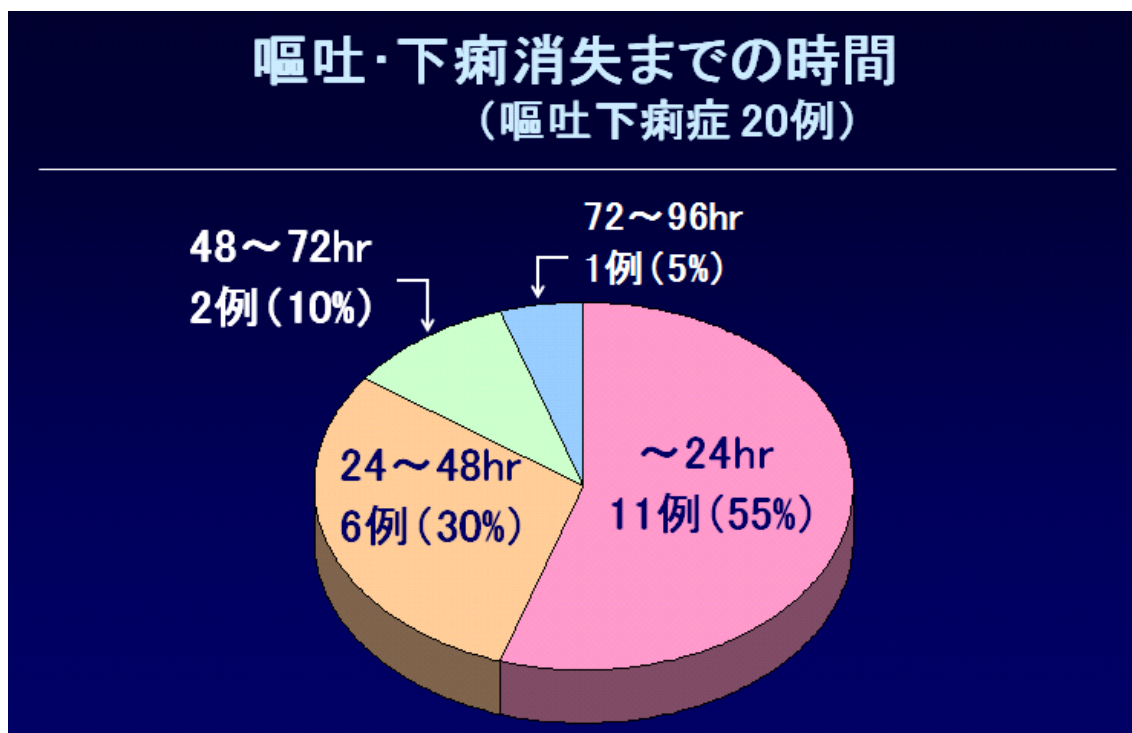
- ・ 当科嘱託医による健康管理 2回/週 往診
- ・ 入居者対介護職員配置 2:1以上
- ・ 漢方治療に対応
発熱時 服薬指示書に基づき漢方薬投与

もう1つ身近な問題としては、ノロウイルスが毎年のように流行りますが、ノロウイルスについてはどうなのかということで、院内でも問題になりますが、これは私どもがお世話させていただいている老人ホームのケースで、毎年のように流行し、対応を迫られます。例えばこの年には21例のノロウイルス感染症が発生し、そのうち20例が黄芩湯(おうごんとう)によって治療されました。

嘔吐・下痢消失までの漢方薬投与回数 (嘔吐下痢症20例)



どのぐらい効くのかといいますと、1服で治った人が4例、3回以内の服用で治った人が75%、このぐらい効くということがありました。



それを今度は軽快までの時間でいきますと、嘔吐、下痢がすっかり治ったのは、半分以上の人が24時間以内、90%近くが48時間以内に治ってしまう。早期から治療しているということがもちろんありますけれども、それと同じような成績が毎年のように経験されています。こんなようなことがありまして、実は2~3日前の飯塚病院部長会でもノロウイルス感染症が疑われたならば黄芩湯を飲ませるか、漢方診療科にすぐ連絡する。受診手続きは後でよいということで、外来に既に黄芩湯が積んであります。

こういった、今は手前ミソな話をさせていただきましたけれども、漢方のことに関しての教育でありますとか、さまざまな研究の中心となっているのは日本ではやはり日本東洋医学会だろうと思います。

社団法人日本東洋医学会の紹介

1950年設立

●現会員数8606名(医師82.4%)

●1990年 専門医制度設立(2404名)

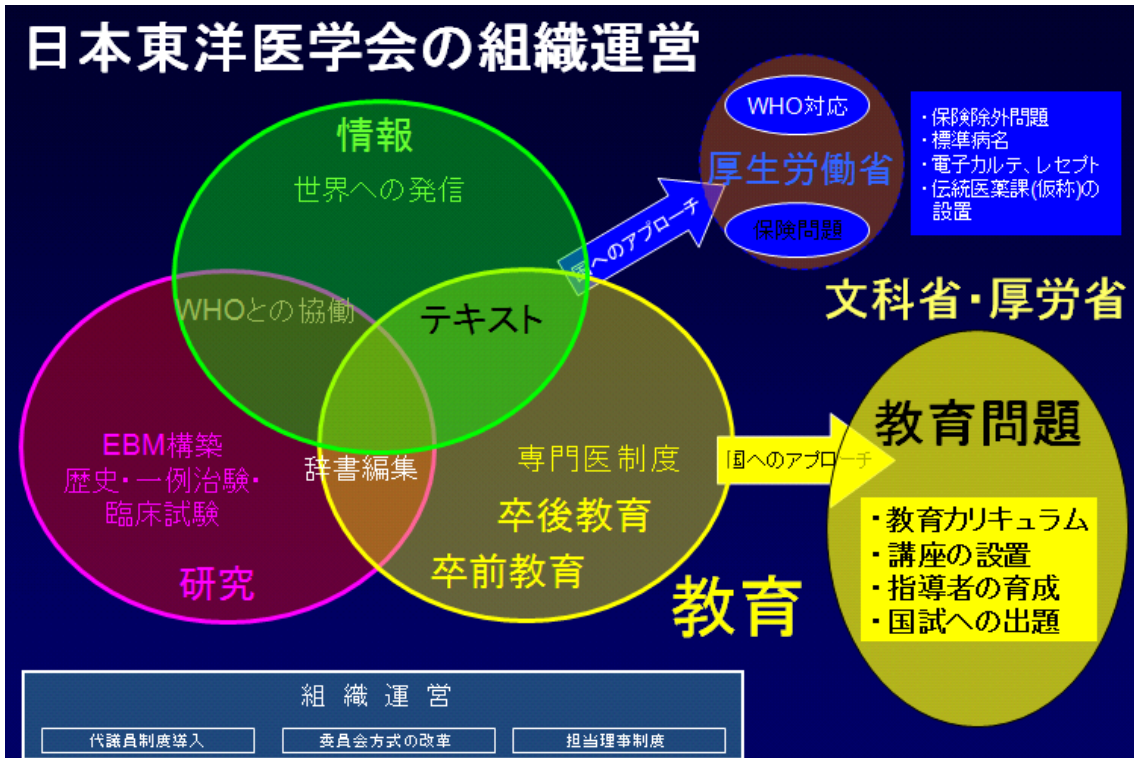
●1991年 日本医学会加盟(87番目)

●1992年 専門医制度認定機構加盟

●2005年 漢方専門医の広告が認可

●2008年 標榜を認められた

そこで東洋医学会について少しお話いたしますと、1950年ですから、もう半世紀以上前に設立されていまして、現在の会員が8600名、そのうち医師が7000名ぐらいでしょうか。そして1990年に専門医制度ができて、現在2404名の専門医が登録されております。翌年に日本医学会に加入し、そして3年前に日本東洋医学会の認定する漢方専門医の広告が厚生労働省から認可されました。さらに本年の4月からは漢方を付けた診療科目の標榜が可能になったという歴史を持っている団体でございます。



日本東洋医学会の組織運営をお示ししておりますが、時間がございませんので簡単に申し上げます。研究とか情報の収集と整理などがありまして、それが厚生労働省等へのアプローチあるいは、WHOとその西太平洋事務局とか、伝統医学に対するいろいろな動きにつながっています。しかし、今日の一番の話題はそういうことではなくて、やはり東洋医学会が担っている漢方教育だろうと思います。専門医の問題もあるし、卒前・卒後の教育もありますし、そういったことで日本東洋医学会が今どういうことをやっていて、それがこれからの総合医にどう貢献でき得るかどうか。そのお話を中心に申し上げます。

教育体系の確立／テキスト類の整備



東洋医学会が作ってきましたテキスト類でございますが、入門編から専門家向けまで、いろいろありまして、今作っているのは専門医制度委員会が中心になって「問題と解説」という形での教科書の改訂です。こちらは学術教育委員会が作っているところの専門医に向けての教科書、あるいは漢方には用語の問題がありまして、伝統ある医学でありますので、用語についてもいろいろと変遷がございまして、それについての議論もしているところでございます。このぐらいは多分今年度中ぐらいに発刊できるかなというところで、今作業を急いでいるところであります。

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会
- 専門医制度委員会
- それを支援する委員会
EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

日本東洋医学会の学術活動としましては、教育を中心に考えまして、3つの分野があると思われます。1つは学術教育委員会、1つは私の所属しております専門医制度委員会、それからそれらを支援する委員会も幾つかございます。

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会
- 専門医制度委員会
- それを支援する委員会
EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

医学教育モデル・コア・カリキュラム

E 診療の基本

2 基本的診療知識

(1) 薬物治療の基本原則

一般目標:

診療に必要な薬物治療の基本(薬理作用, 副作用)を学ぶ。

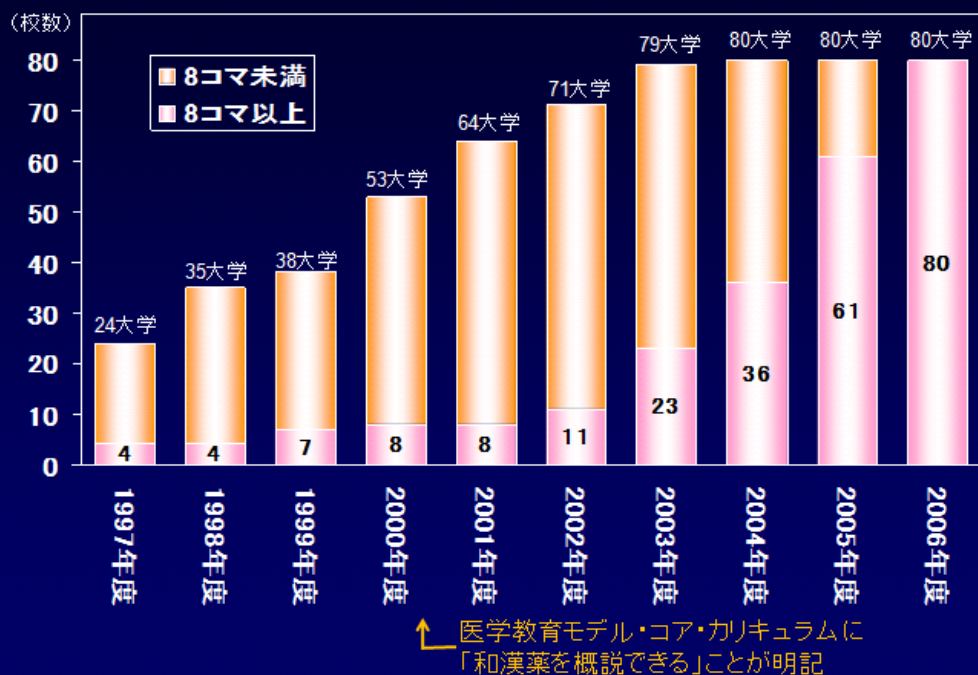
到達目標:

17) 和漢薬を概説できる。

(医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001年3月)

まず学術教育委員会、あるいはそれにかかわる問題としては、もう御承知のように6年ほど前に医学部のモデルコアカリキュラムが作られまして、その中に「和漢薬を概説できる」という言葉が入りました。

漢方医学卒前教育の導入状況



その前からも当然、全国に80ある医学部で徐々に漢方教育が行われていたのですが、やはりコア・カリを境にしまして、続々と医学教育に入りまして、2年ほど前からは、全国80大学すべてで、少なくとも8コマ以上の漢方の学生教育が行われているというのが実情でございます。

『学生のための漢方医学テキスト』

(日本東洋医学会学術教育委員会 2007)



目次

I. 漢方医学の歴史

1. 中国
2. 日本

II. 診断・治療

1. 証（概論）
2. 病態と治療
3. 漢方の診察法

III. 薬物学

1. 方剤学
2. 主な方剤群（1）
君薬による分類
3. 主な方剤群（2）
気血水による分類
4. 副作用
5. 服薬指導
6. 生薬
7. 薬理
8. 剤形

IV. 鍼灸

1. 概論
2. 病態と治療

それに対して東洋医学会の学術教育委員会では標準的なテキストを作って提供しようということで、「学生のための漢方医学テキスト」というものを、こういった内容で作りました。発刊しているところでございます。

漢方医学卒前教育の一般目標と到達目標

(日本東洋医学会学術教育委員会2008年版)

一般目標 (GIO)

教育の目的: 患者のニーズに即した **全人的医療を行える**

漢方医学と西洋医学の
独自性と相互補完性を
認識する

漢方医学の基礎的
知識および技能を
身につける

漢方医学への
関心を深める

到達目標 (SBOs)

1. 漢方医学の特徴を述べることができる
2. 現代医療における漢方医学の適応と限界を示すことができる

ただし、漢方医学の診察法については体験することも必要

以下について説明できる

3. 漢方医学の基本概念
4. 漢方医学の診察法
5. 漢方医学の診断(証)と随証治療
7. 和漢薬(方剤と生薬)の特徴、薬理作用、副作用
8. 鍼灸治療の効果と適応

9. 漢方医学の歴史を述べることができる

10. 漢方医学に関するエビデンスを列挙することができる

11. 現代医療における漢方医学の有用性を実感する

それから卒前教育の目標ということで、一般目標としては患者のニーズに即した全人的医療を行えること、です。漢方医学というのは、一つの大きな特徴として、体全体を見ながらいくというところで全人的医療、心と体を分けない医療ということになります。そういう特徴を持っていますので、それに即した一般目標があります。

到達目標としては、おおよそ3つに分けられると思います。1つは、漢方医学と西洋医学の独自性と相違を認識するといったような内容のもの、あるいは漢方の知識及び技能を身につけるといったもの、あるいは漢方への関心を高めるといったもの、学生教育では大体こういうことをやっています。その中でも特に診察法などにつきましては、体験することが非常に重要な問題だというふうに考えております。これらが漢方教育の1つの目標になるかと思います。

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会

- 専門医制度委員会

- それを支援する委員会

EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

もう1つの専門医制度委員会。これは漢方専門医に関する委員会です。

漢方専門医受験資格

- ① 医師免許
- ② 正会員として在籍3年
- ③ 基本領域の認定医または専門医資格
- ④ (基本領域資格取得後)3年間の漢方臨床研修
- ⑤ 7単位の取得
(学術教育事業参加、演題発表、雑誌投稿)

その受験資格としてはいろいろありますけれども、いわゆる基本領域というものの資格取得後に3年間の漢方の臨床研修をして、所定のさまざまな学術教育事業に参加したり、演題を発表したりすることによって単位を取得して得られます。これは専門医の方の話です。今日の話とは少しずれますけれども、実は5～6日ほど前の日曜日に今年度の専門医認定試験を行ったところであります。

日本東洋医学会指定研修施設の連携、協力体制



漢方専門医を目指す人のための組織としては、現在の大学病院あるいはそれに準ずる病院で102の教育病院、そのほかに関連施設、これには多くが開業医の先生方が当たりますが、そういう教育関連施設として275の施設があります。こういったシステムがこれからもし総合医の先生方を育てていく、あるいはその方々に漢方を教育していくときの1つのベースに使えるのではないかと考えております。

漢方専門医認定試験

1. 症例

症例一覧 50例

臨床報告 10例(上記50例に含まれる)

2. 筆記試験

3. 口頭試問

4. 実技(OSCE):導入予定

以上において所定の成績をあげたもの

認定試験では、実際に臨床経験していることを担保するための症例報告とペーパーテスト、そして口頭試問、ここまで現在やっています、今検討しているところではやはり実技を入れようということでOSCEのようなものをやろうという検討に入っているところでもあります。こういったものも総合医の試験のときに使えるかもわかりません。

総合医の漢方教育プログラム 提言

ならびに

日本東洋医学会の支援体制

という前提を踏まえまして、総合医の漢方教育プログラムに対して、日本東洋医学会としてはどういうふうに支援ができるのだろうかという、本日の本題になりますが、これについて申し上げます。

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

総合医の漢方教育プログラムとしてはおおよそ3つに分けて考えておりますが、基礎知識の修得、実習という実技編、そして講習でさらにスキルアップを図るといったようなものであります。

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(3支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間60回程度

まず基礎知識の修得に関しましては、これは先ほど出ましたように卒前教育で既に漢方
をある程度やってきているわけです。新たにそのための時間をとるということは非常にい
ろいろな意味で大変であります。しかし、もともとある程度の潜在的な知識があるわけ
ですから、それをもう1回掘り起こす、あるいは確認していくというような作業になると
思いますので、DVDを用いたりWEBを使ったり、スクーリングというようなことでや
っていけるのではないかと考えております。

基礎知識の習得

総合医の条件 **コモンディジーズが診られる**
コモンディジーズにおける漢方薬の
最低限の使い分けができる。

「**風邪に葛根湯**」ではない。
漢方薬：葛根湯・桂枝湯・麻黄湯から選択する。

**使い分けをするための最低限の漢方
の原則を理解する。**

基礎知識は何を修得したらいいのかということになりますが、総合医でありますので、いわゆるコモンディジーズにまず応用でき内容が必要です。先ほど言いました感染症について、軽くても急性疾患をまずどうとらえるかということです。そういうコモンディジーズ。例えば有名な「風邪には漢方葛根湯（かっこんとう）」というフレーズがあります。

「風邪に葛根湯」と言われているけれども、実はそうではない。漢方医学的に見ると、風邪だからといっても葛根湯だけが適応ではありませんよ。桂枝湯（けいしとう）の場合もあります。麻黄湯（まおうとう）の場合もあります。ほかにもありますが、主なものが3つか4つぐらいあります。こういったものを使い分けるための、最低限の漢方の原則・理論を理解していただければいいなと思います。

また私事みたいで申しわけないですけども、うちの病院でも3次救急をやっておりますので、研修医たちがいっぱい救急外来に立ちますけれども、そういったときに一番困るのは、いわゆるコモンディジーズに対しては余り良い治療手段がない場合がある、ということです。例えば腹痛、検査しても何も異常がない。では、単に筋弛緩剤だけ使えば良いのか？でも、ほかにない。そのときにどうするか。病院の中で実際の救急に立つ人たちからどういう話を聞きたい？という話をその場その場でテーマをもらって、そして勉強会をやります。例えば今日は風邪、今日は頭痛、それで漢方薬はまず三択ですね。このように例えば風邪だったら葛根湯とか麻黄湯とかあるけれども、適応の違いをどう鑑別するんだ

というような話をしまして、それをずっと毎月毎月院内報に掲載していったら、24回連載した結果が『使ってみよう！こんな時に漢方薬』という本になっています。ですから、こういう本は逆に言うと、現場で実際にコモンディジーズを診ているドクターたちからの要請に基づいて適応となる漢方薬を集めたもので、これくらい集まります。ということですから、漢方は実際に医療現場に対応する能力があります、というふうなことであります。漢方はコモンディジーズのかなりの部分に対応できると思います。

総合医の漢方教育プログラム

1) 基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2) 実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3) 講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

次に実地医家での実習ということになりますが、これは、きちんと3カ月なら3カ月そこに勤め上げて、というのはもちろん理想ですが、専門家を養成するものではありませんので、基礎知識があれば、実際の臨床を少し身につければいいということだと思います。

実 習



例えばこれは実習の様子ですが、漢方的には脈とか舌とかお腹とかを診ながら診察して、あるいは顔色も見るといふようなことであります。

実習で身につけるべき臨床スキル 四 診

望診：視覚による情報収集（顔色や舌診）

聞診：聴覚（ゲル音や振水音）と嗅覚（便臭）

問診：病歴と自覚症状（問診表）

切診：触診（寒熱）、脈診、腹診

漢方で行う診察法を四診と4つに分けて言っておりまして、望・聞・問・切とありますが、特徴的なものは患者さんをよく観察する。そして、顔色とか、漢方独特のものとしては例えば舌があります。その他にもいろいろありますが、例えば切診というのは、直接手を下しての診察。患者さんに触るわけですね。そして、その中で独特のものとしては脈とかお

なかの診察があるわけでありませぬ。



例えば舌一つとって見ても、みんな舌は一緒だと思っっているかもしれませんが、スムーズな形をしているものもあれば、ギザギザで歯形がついているものもありますし、きれいなピンクもあれば、黒っぽいものもあれば、赤っぽいものもある。あるいはコケも薄いものもあれば厚いものもあり、表面にコケが生えていない舌もある。こういったものはすべて漢方的に見れば意味があることで、これによって生体のバランスを見て、それによってさまざまな薬を使い分けます。どの漢方薬でよくなるかを見極めていくわけで、この辺のところはある程度は知っていた方がいいだろう、と思います。総合医としてはそのスキルを身につけさせてあげる。

切診 直接手を下す
(触れる)診察

脈診

相手の向かい合った手の
橈側より橈骨茎状突起の高さで
中指を橈骨動脈に触れ
示指と薬指を添える

3指で均等に脈を触知し
指で血管を強く押したり
力を抜き指を浮かす



浮 指を浮かせると明らか 表在性・・・表証
沈 指で深く抑えると明らか 深在性・・・裏証

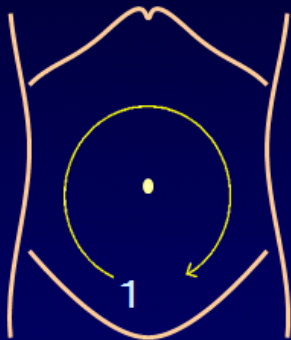
虚(弱) 緊張が軟弱・・・虚証 数 頻脈・・・熱
実(強) 力強い・・・実証 遅 徐脈・・・寒 陰証 虚証

これは脈ですが、脈についてもさまざまなことがあります。脈はナースが一番診ています。医者は診ていないですね。病棟回診しても医者は脈を診ていません。ナースが診ています。最近の医者はなかなか手を下して診察していませんね。

切診

腹診

腹力の診かた

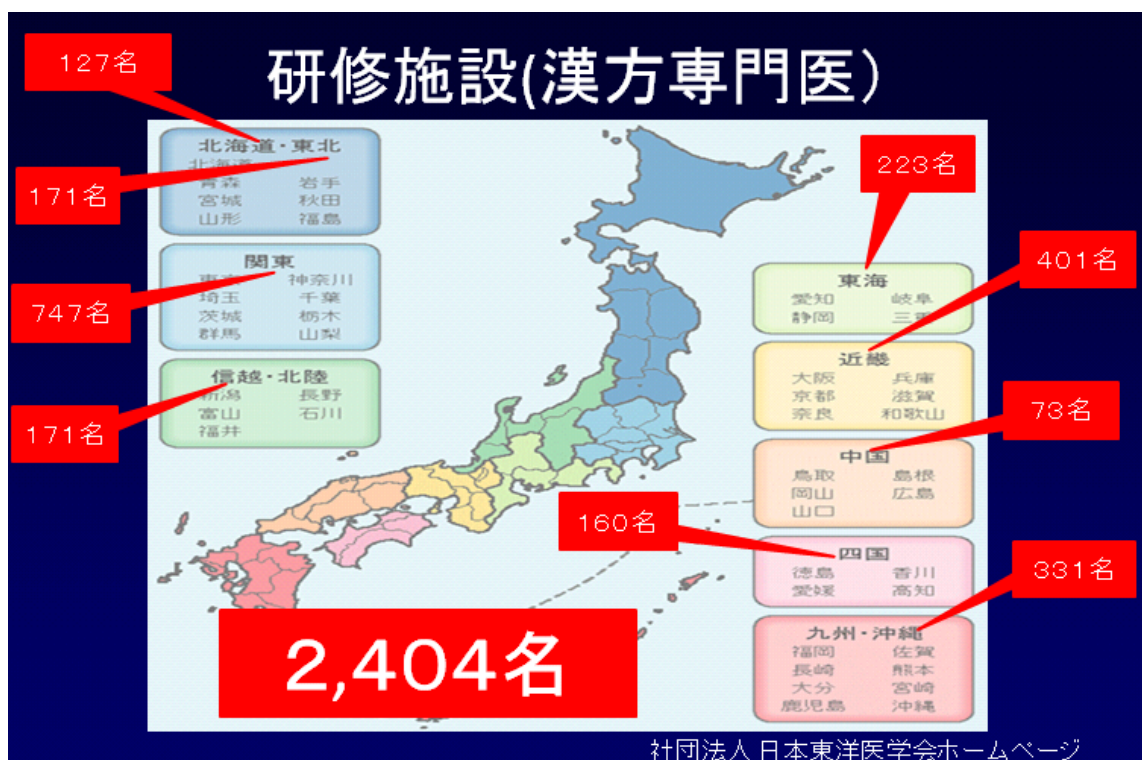


虚実の判定

これは腹診ですね。腹診にもいろいろな見方がありますが、ここでは腹壁の緊張（弾力）

を見るような、いわゆる腹力というものでありまして、こんなふうに見ています。今、各医学部に私もしばしば講義に行きますが、そうしますと内科診断学がない。自分の手で触らない。

私のところにはいろいろな病気の方が来ます。関節リウマチの方も来ますが、リウマチの患者さんに聞くと、リウマチの専門医でも関節を触らない医師がいるらしい。私は触る。CRPが低くても、炎症反応が弱くても、触って熱があったら大体その関節は壊れてきます。逆のこともあります。少々炎症反応が強くても、関節を触って全く何も無い人は、副作用とかの問題がある場合には抗リウマチ薬を直ぐに使わないで、ちょっと様子を見ても変形はきにくいと感じています。そういうふうな五感に頼るところが余りにもなくなっ
てしまいました。正面の目的ではないのですが、こういう脈とか腹とかを診る、患者さんに触れる、いわゆる“手当”ができる医者を育てるための教育はやはり必要ですね。患者さんと触れ合うことができる医者を作るためにも役に立つなど。ちょっと本筋ではないのですが、そういうふうなメリットもあるなと思っております。



そういったことで育てている漢方の専門医が全国に現在 2400 人います。少ないといえれば少ないのですが、総合医を目指す先生方が初期のそういった実技を学ぶ、見学する、体験する上でのアクセスポイントとしては十分役に立つのではないかなというふうなことを考えております。

到達度の評価

総合医・家庭医専門医試験

漢方医学の試験問題をもりこむ

•基礎知識は筆記試験

•実技はOSCE

あと到達度の評価は、当然試験があり得ると思いますが、その中に漢方も入れていただ
いて、基礎知識は筆記試験で、今でも専門医の認定試験がありますから、それに準じて行
えばいいと思いますし、実技はOSCEを取り入れればいいと思います。

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識
の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家
での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

最後に講習会ですが、日本東洋医学会では、多くの研修のための講習会を開いておりま
す。

専門医制度委員会主催・認定

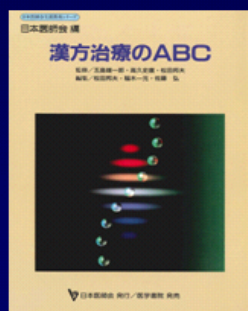
漢方研修会

認定研修事業	年間開催回数
学会行事	
学術総会	1
支部学術総会	各1 × 8 支部
県部会	各1～3 × 47 部会
専門医制度委員会主催	
学術講演会	1
支部学術講演会	1～2 × 8 支部
専門医制度委員会認定学術集会	
和漢医薬学会	1
漢方治療研究会	1
学術総会サテライトシンポジウム	2 など
年間合計	80回以上

年間 80 回以上ありますが、例えば学会の行事の中でもさまざまなプログラムが含まれておりまして、全国の学術総会とか 8 つの支部における総会、あるいは県部会、県によって年間 1 回から 3 回ぐらいありますが、それを 47 都道府県でやっております。それから専門医制度が直接主催するような全国的な学術講演会でありますとか、あるいは支部における学術講演会、ほかの学会とのコラボもございまして、全部で少なくとも現時点で 80 回以上の研修のための機会を提供しております。

これからまだ専門医制度をもう少し磨いていくために検討する余地もあるとは思いますが、少なくとも現時点では 80 回以上は、講習会が全国で開かれています。こういうものも利用価値があるものだと思っております。

総合医に役立つ自己研鑽ツールとしてのテキスト



そして、総合医のために役立つ本として、そのための本というのはまだできていないわけですが、学生のためのテキスト、あるいは『入門漢方医学』、これは英訳本もありますが、日本人だから日本語でいいなと思いますけれども、『実践漢方医学』、この3つは日本東洋医学会の学術教育委員会が編纂したものであります。それから、これは日本医師会様が作られた『漢方治療のABC』というものもあります。個人的な著作による実戦的な教科書も幾つかあります。そういったものが役立つのではないかとこのように思います。

日本東洋医学会の学術活動

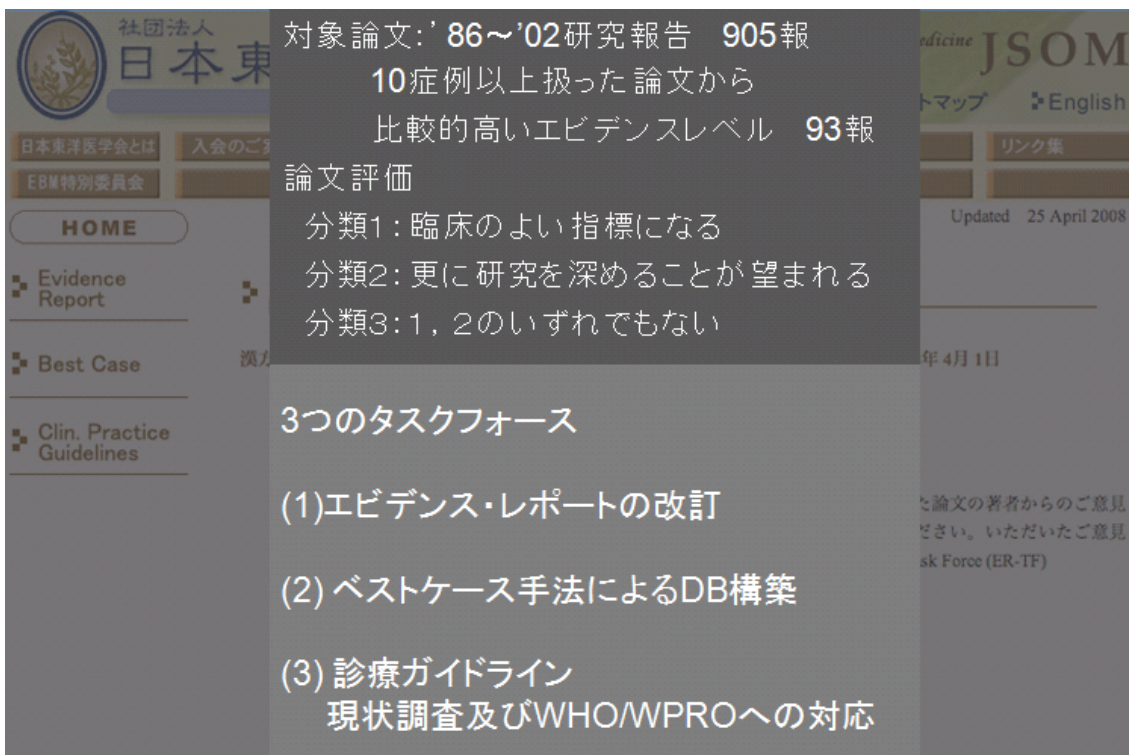
●学術教育委員会

●専門医制度委員会

●それを支援する委員会

EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

以上は主な2つの委員会ですが、それを支援するような立場でさまざまな委員会活動をしておりまして、



The screenshot shows the JSOM website interface. On the left, there is a navigation menu with items like 'HOME', 'Evidence Report', 'Best Case', and 'Clin. Practice Guidelines'. The main content area displays a list of EBM reports, including the number of reports (905) and the number of reports with a high evidence level (93). Below this, there is a section titled '3つのタスクフォース' (3 Task Forces) with the following items:

- (1) エビデンス・レポートの改訂
- (2) ベストケース手法によるDB構築
- (3) 診療ガイドライン
現状調査及びWHO/WPROへの対応

EBM委員会では、漢方に関するあらゆる論文の中からエビデンスレベルの高いものについて、続々と構造的なサマリーを作りホームページに掲載をしています。

WWW.JSOM.OR.JP

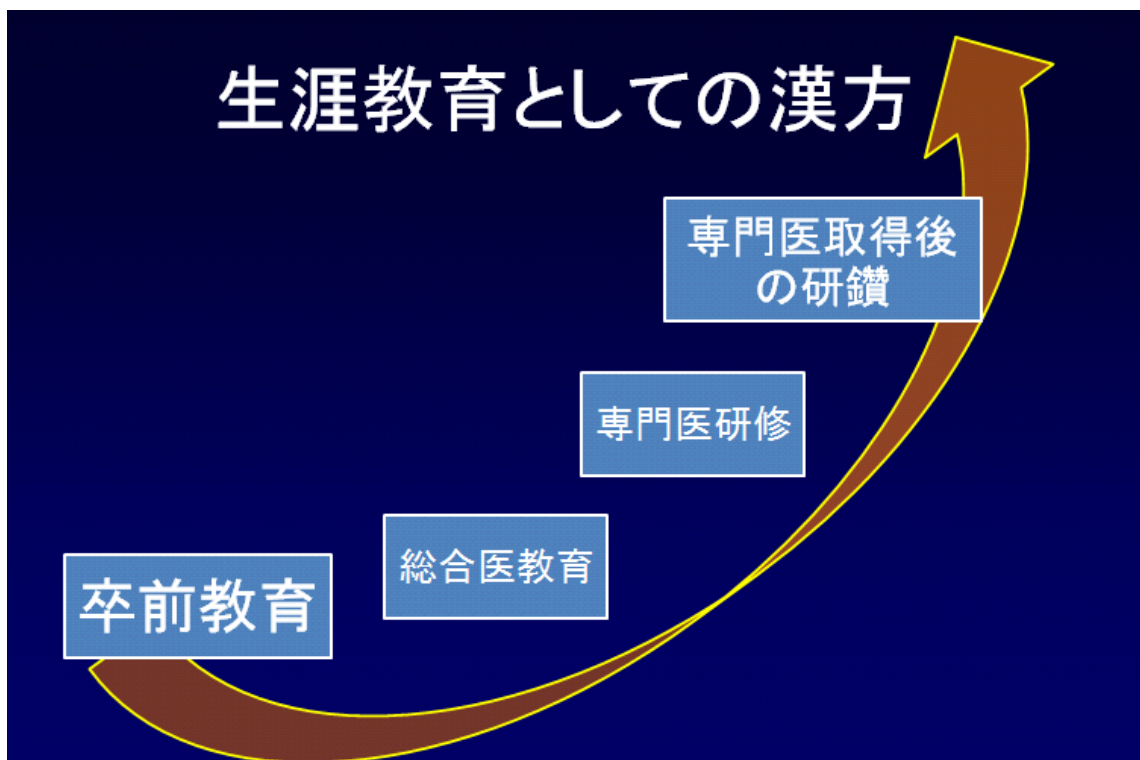
漢方治療エビデンスレポート 第2版
-RCTを主にして-
中間報告 2007

(ver. 1.0 2007. 6. 15) ver. 1.1 2008. 4. 1

日本東洋医学会 EBM 特別委員会
エビデンス・レポート・タスク・フォース (ER-TF)

Evidence Reports of Kampo Treatment, Second Edition

これは2002年までで93報で、そのほかにまた90報の掲載が進んでいるところであって、ホームページで見えていただけるはずでございます。



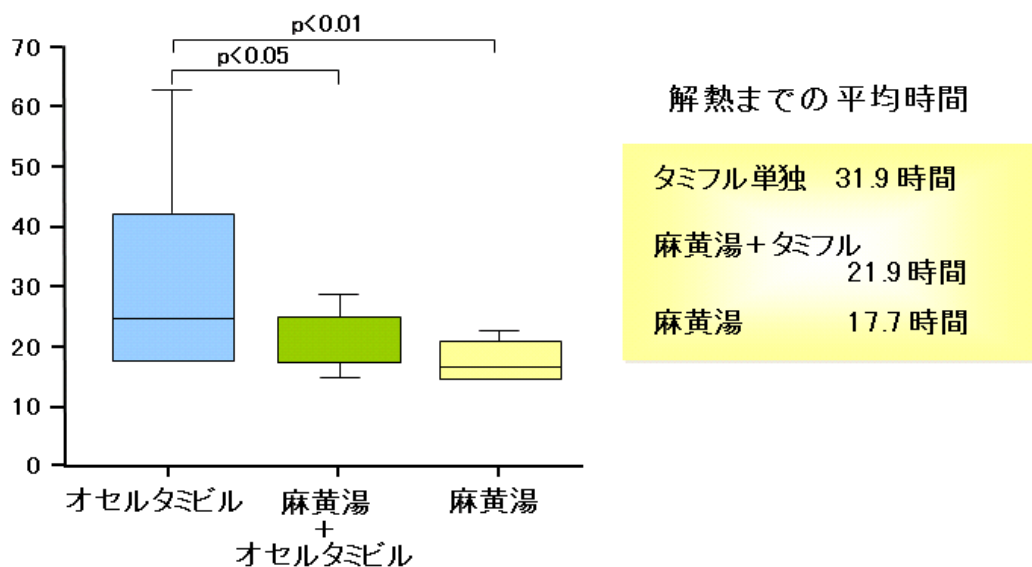
そういうわけで東洋医学会として今までの制度の中に卒前教育、そして総合医の教育にもつながるようなものもある程度の準備はもう既にできています。そして専門医の研修はやっていますし、専門医取得後の研修などにも、今さらに磨きをかけているところがございますので、こういったシステムは総合医の中に漢方を取り入れるときには大いに役に立つであろうと思っております。

日常診療における漢方治療の例

医療経済的効果

日常診療における漢方治療の例を最後に幾つかお示しして終わりたいと思います。

治療開始から解熱までの時間の比較



窪 智宏先生(自衛隊仙台病院小児科):「小児インフルエンザ感染症と麻黄湯」より

まず医療経済的な効果でございますが、これは「小児インフルエンザ感染症と麻黄湯」というペーパーでございますけれども、例えばインフルエンザにかかったときに、タミフル単剤だと大体 32 時間で解熱します。それを漢方薬だけでやると 17.7 時間で解熱します。両方をしたら、もっと早いだろうと、麻黄湯とタミフルを使ったら 22 時間で、反って短く

はならないぞという結果が出ております。

日本東洋医学雑誌 第50巻第4号 655-663, 2000

かぜ症候群における薬剤費の薬剤疫学 および経済学的検討 — 漢方薬と西洋薬の経済性における比較研究 —

赤瀬朋秀 (北里大学病院薬剤部: 神奈川)

秋葉哲生 (あきば病院: 千葉)

井齋偉矢 (JA北海道厚生連鶴川厚生病院: 北海道)

鈴木重紀 (オリエンタルファーマシー: 千葉)

費用に関しましては赤瀬先生たちがレポートをまとめておられますが、例えば西洋薬治療群では1日当たり平均して約204円かかった。しかし、漢方治療群では約120円で1日当たりの薬剤費で40%の軽減が可能である。しかも両方をやったら、もっといいかなと思うと、実はそうではなくて、治療に要する日数も費用も高くなってしまいますので、これは要りません。

各群における比較

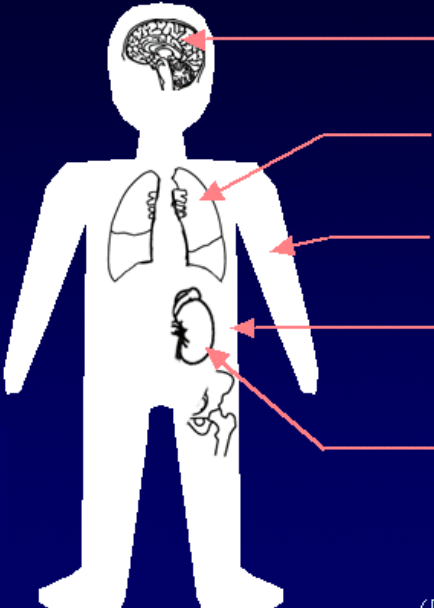
両者の併用が必ずしも治療効果を高めない

	西洋薬治療群	併用群	漢方治療群
例数	597	111	167
平均年齢	40.5 ± 26.6	32.0 ± 28.5	34.2 ± 25.3
平均薬剤数	2.9剤	2.7剤	1.2剤
平均処方日数	6.7日	5.0日	4.0日
平均薬剤費(1日)	¥203.8	¥215.9	¥119.6
	約40%の薬剤費抑制が可能		
平均総薬剤費(1名)	¥1357.3		¥484.5
	415億円の経費削減が可能		

平均薬剤費、平均総薬剤費は標準を基に算定
赤瀬ほか;日本東洋医学雑誌;第50巻第4号,655-663,2000

そうしますと、結局西洋薬でやるよりも漢方単独でやった方が治療に要する日数的な効果もいいし、そして年単価、415億円の医療費、薬剤費の軽減が行われるという1つの検討でございます。そういう報告もされております。

高齢者の諸臓器機能低下に対する 八味地黄丸の効果の検討



- 脳血管障害後遺症
セロク랄
トラカゾル
- 気管支喘息
テオミール
フレドニ
- 末梢神経障害
メチコバル
- 腰痛・しびれ・冷え
ロギノン
ユベラン
(メチコバル)
- 腎機能障害
クレメジン
ヘルサンチン

(+胃粘膜保護) ガスター
(厚生省長寿科学総合研究事業 報告書より)

AGE ↓
MDA ↓

急性疾患ばかり出しまして、漢方の対象の多くは慢性疾患だろうと言われます。先ほど

渡辺先生は高齢化が1つのキーワードということで取り上げられているのですが、これは当時厚生省長寿科学総合研究事業として1990年代の後半に5～6年かけてやった研究で、私はその主任をさせていただいたので、さまざまな高齢者に生ずる疾患について検討しました。高齢者というのは全身諸臓器の機能が低下していて、一度に複数の疾患にかかったり、あるいは連続的にいろいろな疾患を繰り返します。当時、それぞれの疾患に使われる代表的な薬剤を示しておりますが、それらの疾患に対してそれぞれ治療すると、例えばこんな病気があるとこれぐらいの薬が処方され、それで胃が悪くなるから胃薬を飲んで、そして薬でおなかがいっぱいになるから御飯が食べられない、元気がなくなる、ということになりかねません。しかし、例えば八味地黄丸は高齢者に適応となる代表的な漢方薬で、これらの疾患はその代表的な適応疾患です。八味地黄丸の漢方医学的な適応病態をちょっと覚えれば、こういったもの全部が全部きれいに治るとは言いませんけれども、しかし、そのコントロールに非常に有益であって、医療経済上も患者さんのQOLについても非常によくなるだろうといったような研究結果を報告いたしております。

総合医における漢方教育の実際の提言

治療選択幅の増大→患者満足度上昇

日本版総合医が漢方を活用できる

医療費削減への道筋

これで最後ですが、「総合医における漢方教育の実際」ということで、もし日本版の総合医が漢方を活用したら、今日本ではいろんな意味で漢方を活用できるわけですが、そうしますと、治療の選択幅が広がって患者の満足度が上昇します。お年寄りがたくさんの薬を飲まなくて済むようになります。そして、例えば医療費も削減できるのではないかと、いうことで、これに対して、いいところばかり言っているかもわかりませんが、総合医とい

うものにもし漢方教育を取り入れるのであれば、私どもはお手伝いできる用意ができてい
るということを申し上げて終わりたいと思います。御清聴ありがとうございました。（拍
手）

渡辺 三瀨先生、どうもありがとうございました。先ほどの平井先生の投げかけに対する
日本東洋医学会としての返事というようなこととなります。

トータルファミリーケア北西医院 北西史直院長

渡辺 それでは最後に北西先生。北西先生は現場のプライマリ・ケアの立場から今漢方を研修されていて、実際にどういうふうに使えるのかというようなことを現場の声として出させていただきます。

北西先生は、慈恵医大を卒業されて国立第2病院（現東京医療センター）の初期研修を終わられた後、総合診療科の後期研修をとられまして、この間もかなりアクティブにいろんな科を研修されて、その後慈恵医大へ戻られて総合内科から救急診療部をされた後、地元静岡の病院で内科医をされて、現在開業されたということでございます。

北西先生は、内科専門医（今は総合内科専門医）であるとともに、本日話題のプライマリケア3学会のすべての学会の会員でもあるという立場で、そこから漢方という幅広い中でお話しいただきたいと思います。それでは北西先生、お願いいたします。

北西 今御紹介にあずかりましたトータルファミリーケア北西医院長の北西と申します。

第2回21世紀漢方フォーラム 「総合医の漢方教育を考える」 ～総合医療現場からの提言～ トータルファミリーケア北西医院 (静岡県富士市) 北西 史直



このような機会を与えていただきました健康医療開発機構の武藤先生、並びに渡辺先生を初めとしました慶應大学漢方医学センターの皆様感謝申し上げます。



2

まず私の診療所ですけれども、富士市というところにありまして、富士山の南にありますが、静岡市と沼津市に挟まれまして、焼きそばで有名な富士宮にも隣接しております。人口 26 万人都市ですけれども、旧富士川町という村に近い地域がありまして、そういった医療過疎の地域もございます。

Profile 1

自己紹介

昭和42年 静岡県富士市生まれ
昭和60年 静岡県立富士高等学校卒業
平成 3年 東京慈恵会医科大学卒業
平成 3年 国立東京第二病院内科系初期研修医
平成 5年 国立東京第二病院総合診療科後期研修医
平成 7年 東京慈恵会医科大学総合内科・救急診療部助手
平成11年 杉山病院（静岡県沼津市）内科医

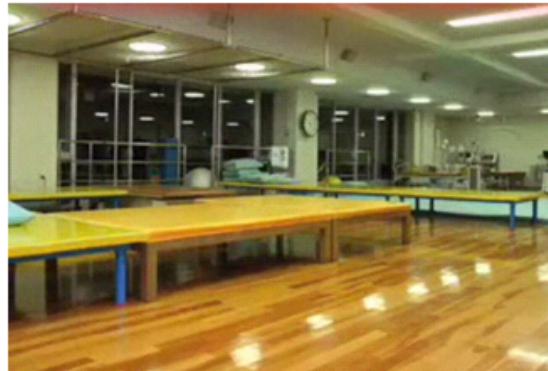


今回は総合医養成がテーマですので、私の経歴をちょっと紹介したいと思います。私は、臨床研修指定病院、大学、そして中小病院と、別に狙ったわけではないのですが、3つの現場で総合診療を約10年やりました。私は能力の大してない人間ですけれども、指導医には恵まれて、今では日本でも有名になりましたティアーニー先生が初来日したときに1年間ほど、まさに西洋医学の大リーガー中の大リーガーに御指導いただきました。そういった経験と仲間ができて、平成14年に『総合外来初診の心得』という本を医学書院から出版いたしました。

Profile 2



平成14年
NTT東日本伊豆病院
リハビリテーション科



4

そういった総合診療の経歴はありますけれども、診断をすること、そして処方をするこ
とというだけでは、必ずしも患者さんの生活までは関われないことを、卒後10年間で多く
経験しまして、その後自宅から通えるリハビリテーション科で2年ほど研修しました。そ
の時にリハビリテーション科でいろんな人からいろんなことを学んだのですが、各エキス
パートの下でいろんなことを経験することが非常に自分の能力を高めるということを認識
いたしまして、その後は各地を転々といたしました。

Profile 3

平成16年 静岡県立静岡がんセンター緩和医療科



半年間静岡がんセンターの緩和医療科で日々がんの患者さんのみとりを中心に研修いたしました。

Profile 4

平成17年 東京医療センター小児科レジデント



6

その後開業するにはちゃんと小児科を診たいなということで、小児科のレジデント、東京医療センターへ戻りまして1年半ぐらい小児科をやりました。結構東京のど真ん中で小児科医当直をやるというのはかなりのストレスで、妻にはかなり迷惑をかけましたけれども何とかこなしました。

Profile 5

平成18年

国立成育医療センター思春期科・発達外来短期研修



産科・婦人科・乳腺外来等
women's health短期研修



その後欲が生まれて、思春期科のある成育医療センターでちょっと研修させていただき
ました。開業する前にお産もちゃんと経験だけはしたいなと思い、今どの程度生きている
かわかりませんが、周産期医療の研修をさせていただきました。多分 50~60 例は、
立ち会ったり、取り上げさせていただきました。

Profile 6-1



相澤病院（松本市）
急性期リハ短期研修
平成18年10月～12月

その後駆け込み的に、松本市の相澤病院で急性期のリハビリテーションを研修しました。

Profile 6-2

平成18年
同時に 相澤病院 褥創・外傷診療短期研修

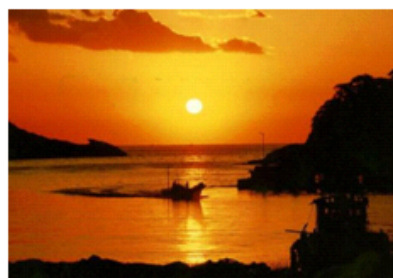


それと同時に、こちらの写真はラップ療法の鳥谷部先生ですけれども、湿潤治療の夏井先

生も当時いらっしゃいましたので、2人の先生方から新しい褥瘡・創傷治療の研修をさせていただきます。

Profile 7

平成19年 西伊豆病院整形外科、僻地医療短期研修 同時に、NTT東日本伊豆病院皮膚科週1回外来研修



西伊豆仁科漁港

そして、いよいよ開業前ですけれども、西伊豆病院の仲田先生という整形外科の僻地医療で活躍されている先生がいらっしゃいまして、そこで押しかけ的な研修を3カ月間やりました。整形外科はもちろんのこと僻地医療の現場というものをすごく肌で感じる研修をしました。大変な場所だけれども、住民が温かいなということを感じました。

Profile 8

平成19年トータルファミリーケア北西医院開業 標榜科目：内科、小児科、婦人科、 心療内科、整形外科、皮膚科



11

そして去年4月に、父親とともにといたしますか、父親の病院を継承する形で開業いたしました。そのとき標榜科目は総合科と名乗れませんので、このような標榜科を、これもいろいろ苦心しましたがけれども、標榜いたしました。ちなみに父は産婦人科医師として元気ですので、婦人科系の患者さんはほとんど父に任せております。



こういった背景の中で、読売新聞がいろいろ家庭医の実際を知りたいということで、私のところにも取材に来られまして、こういった記事にさせていただきました。

休診日に慶應大学漢方クリニック研修

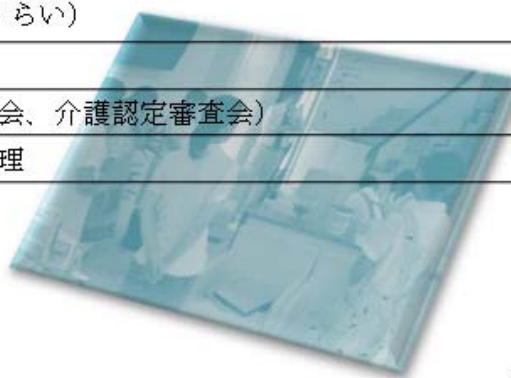


あと、渡辺先生のところに今休診日を利用して研修をさせていただいております。これは『日経メディカル』にも載せていただきました。

さて、開業医というのは、マスコミでは何か楽をして、しかもお金をもうけているという、そういう報道一辺倒でございますので、私がどんな1日を過ごしているかというのをちょっと紹介したいと思います。

1日のスケジュール

7:00~	開院準備
7:30~8:45ころ	早朝診療+保育室入室診察
9:00	朝礼
9:10~12:45ころ	午前診療
昼休み	(1歳半健診、富士常葉大学講義、サービス担当者会議、ミーティング、院内勉強会)
14:00~16:00	訪問診療(2件くらい)
16:00~18:45ころ	午後診療
夕食	(講演会、医師会、介護認定審査会)
20:00~23:00	カルテ・書類整理



まず7時から病院で、2階に住んでいますので通勤時間はゼロなんですけれども、開院の準備を始めまして、早朝診療と病児保育室をやっておりますので、保育室に入室する子供の診察をしています。一旦休憩して朝礼の後、午前の診療、それで昼休みになりますけれども、いろんな行事が重なってしまいまして、2時から訪問診療2件くらいと保育室の回診。あと午後の診療。そして夕食を食べますが、その後「ここまでやるな」と妻は言いますが、カルテの整理と主治医意見書とか診断書などの書類整理を深夜までやっております。在宅の患者さんも何人が診ていまして、脳血管障害、心不全、認知症、神経難病の患者さんで12人ですね。1人で診ていると結構12人はきついですが、15人くらいがマックスかなと思って、少しずつ患者さんを増やしております。

現在の在宅症例リスト

T.K.	86歳女性	脳梗塞（右片麻痺、失語症）、認知症、気管支炎（入院）
Y.Y.	83歳女性	脳梗塞（左片麻痺）、PEG、膀胱留置カテーテル
K.N.	73歳女性	脳梗塞（右片麻痺）、排尿障害（膀胱留置カテーテル）、胆石疑い+大腸がん（入院）
T.H.	81歳男性	脊髄小脳変性症、膀胱ろう
F.W.	92歳女性	心不全、認知症、下痢
Y.S.	101歳女性	心不全、高血圧、糖尿病
T.I.	80歳男性	糖尿病（インスリン）、多発性脳梗塞
K.T.	88歳女性	認知症、運動器不安定症（パーキンソン+廃用）、心不全
M.M.	88歳女性	認知症、腰痛（圧迫骨折の疑い）
Y.K.	87歳女性	認知症、変形性股関節症
J.O.	81歳男性	脊髄小脳変性症、PEG
R.S.	94歳女性	認知症、転倒後左肋骨骨折など

さて、私がどんな診療をして、また漢方をどのように使っているかというのをちょっとまとめたのですが、レセプトの保険病名を見ても余り参考にならないので、11月のレセプトチェックのときに実際にカルテを見て集計してみました。

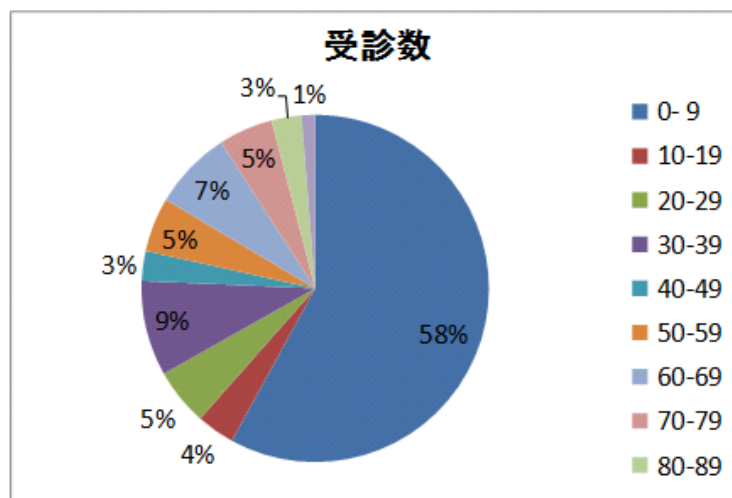
11月の外来（保険診療）受診状況

（北西史直医師）

男性43.3% 女性56.7%

年齢

0-9	58%
10-19	4%
20-29	5%
30-39	9%
40-49	3%
50-59	5%
60-69	7%
70-79	5%
80-89	3%
90-99	1%



もともと診療所は婦人科が主でしたので女性が多いということと、本日のキーワードは高齢者ですけれども、半分以上が9歳以下の、ほとんど小児科の診療所といってもいいぐらい小児が多くなっています。ただ、その他は各年齢が万遍なくなくいらっしやっております。

11月の外来(保険診療) 受診状況 疾患 (プロブレム)

1	呼吸器感染症(肺炎を除く)	54%
2	高血圧	13%
3	皮膚疾患	6%
4	胃腸炎	5%
5	喘息	4%
6	脂質異常症	4%
7	うつ状態 (精神疾患全体で)	4% (5%)
8	便秘異常	4%
9	筋骨格系疾患	3%
10	頭痛・ふらつき	2%
10	内分泌疾患	2%
その他	線維筋痛症	
	リウマチ性多発筋痛症	
	肋軟骨炎	

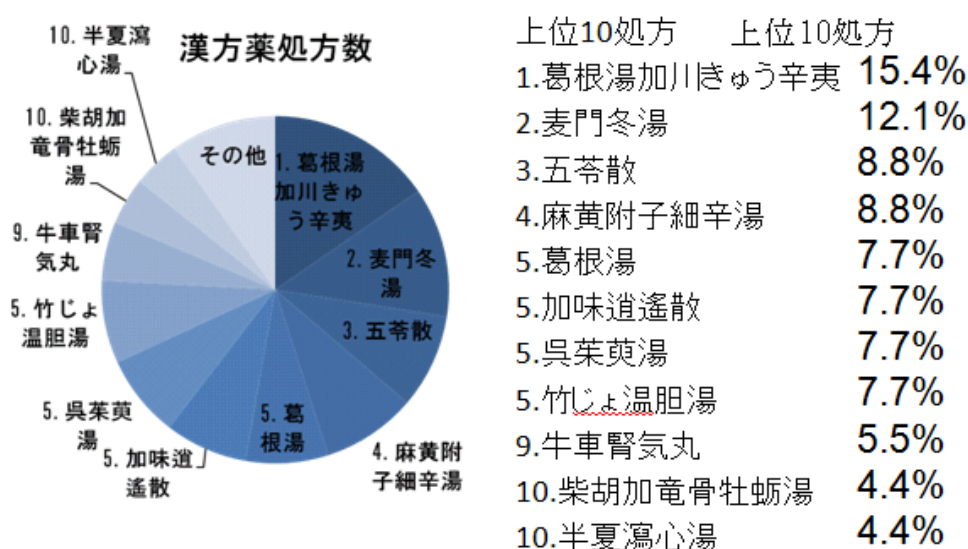
カルテチェックで、1つのカルテに2つのプロブレムまでを抽出しまして、どんな疾患・プロブレムであるかということを集計しまして、その多い順番に並べました。呼吸器感染症が半数おりまして、ほとんど風邪ということになりますけれども、あと高血圧が次に来ます。その他は都市の開業ですから、呼吸器内科のスペシャリストや糖尿病のスペシャリストの開業医の先生が近隣にいらっしやいますので、糖尿病とかCOPDは集計すると多くないのですが、むしろ皮膚疾患とか精神疾患を集めますと結構上位。あと腰痛とか筋骨格系疾患が上位になります。あと頭痛、ふらつきという水毒等を疑わすような症状も割と多くなっています。あと小さな開業医でも、繊維筋痛症とかリウマチ性多発筋痛症が、数字にしますと少ないですけれども、いらっしやいます。

11月の漢方薬処方状況 (北西史直医師)

全レセプトに対し 23%
 10歳以上に絞ると 53%
 20歳以上に絞ると 56%

漢方の処方状況ですけれども、全レセプトを見ますと23%のレセプトに漢方薬を処方しておりました。これが多いのか少ないのかということですが、これを10歳以上にしますと53%。つまり10歳以上ですと半分以上、さらに成人にしますと6割近くのレセプトに漢方薬が載っています。これは漢方のみというわけではないです。私はまだ1～2歳のお子さんに漢方薬を処方するという力量がございませんので、成人では6割ありますが、全体だと2割ということになります。

11月の漢方薬処方状況 (北西史直医師)



私は漢方はまだ研修途上の医師ですので余り参考にはならないと思いますが、実際の漢方薬をどの程度処方しているのかということですが、大体上位を占めるのが主に上気道症状とか呼吸器感染に使われる処方が多いということです。ただこうやってみると五苓散(ごれいさん)という薬が割と使われているなと思います。私は五苓散という薬に出会って、漢

方薬に対する認識を新たにしたのですけれども、こうやってみると意外と処方されているというふうに思いました。

①かぜ、急性気管支炎

- ▶ クリニカルエビデンス・コンサイス(2007年8月発行)で かぜには 抗ヒスタミン薬、うっ血除去薬に症状軽減にわずかな効果、急性気管支炎には有益なものがない
- ▶ 肺炎、中耳炎、副鼻腔炎、溶連菌感染症、マイコプラズマ・クラミジアを鑑別するのが重要だと教育されるが・・・



こういった私の開業1年半、そして今11月のレセプト・カルテを振り返ってみて、どのようなことを考えたかと申しますと、まず風邪、急性気管支炎が1つは非常に有用かなと。これはクリニカル・エビデンスというイギリスのBMJから出している、日本語版で多少古いですが、2007年の本です。そこには「風邪には抗ヒスタミン薬、うっ血除去薬に症状軽減にわずかな効果がある」と書いてありますが、「急性気管支炎に有益なものはない」と書いてあります。総合診療の現場では、風邪の診療は、肺炎を鑑別する、中耳炎を鑑別する、副鼻腔炎を鑑別する、溶連菌・マイコプラズマを鑑別するというのがありますが、それより先は、抗生物質の使い方は教育されますが、これ以後の使用に関しては非常に冷淡な、というか、患者さんにもむしろ「抗生物質を使わないように」などの説明になってしまって、その先の言及が余り今までの総合診療の私の経験、教育・指導を受けた、あるいは教育をしていた経験では乏しかったですけれども、漢方薬は非常にむしろこういうふうに細菌感染に当てはまらない気道感染症に対して非常に緻密に観察する必要性とか実際の処方例があるということで僕も非常に応用しております。

②緊張型頭痛、片頭痛

- ▶ 緊張型頭痛には抗うつ薬、片頭痛にはトリプタンが有効ではあるが・・・
- ▶ 水毒という考え方、冷えを温めるという考え方で長年の悩みが改善する症例も



あと緊張型頭痛、片頭痛ですけれども、確かにこの臨床的・エビデンスを見ますと、抗うつ薬が緊張型頭痛に有効、偏頭痛にはトリプトファンが有効と、実際に有効との経験はありますけれども、抗うつ薬は多少敷居が高いといいますが、多少出しづらいこともありますし、トリプトファンは急性期には非常に有効ですが、薬価の問題や、あとは急性期にしか効かないということで、片頭痛の患者さんの予防には有効でないということがあります。水毒という考えとか冷えを温めるといって、ちょっと西洋医学を学ぶだけでは発想のつかないような発想でお薬を処方すると非常に改善されて、何年も悩まされた患者さんが楽になるという例も経験いたしました。

③月経困難症、子宮内膜症、 月経前症候群、閉経期症状など

- ▶ ピルなどホルモン製剤や抗うつ薬に対する敷居の高さ
- ▶ 抗不安薬の依存性の問題もあり・・・



あと、これは今父に任せているので経験に乏しいのですが、任せている大きな理由は、ピルとかホルモン製剤が、発がん性の問題とか月経に影響するということ、あるいは心血管系や静脈血栓のリスクとか、いろいろ敷居が高い部分があるからです。その点、漢方薬は非常に使いやすいということがあると思います。

あと、しばしば患者さんに抗うつ薬や、抗不安薬が使われると思いますが、依存性の問題もあって、ちょっと抗不安薬の処方を躊躇することがあります。その点漢方薬は比較的処方しやすいという利点があると思います。

④過敏性症候群、機能性胃腸症

- ▶ 案外消化管機能を改善する有効な（西洋）薬は少ない。あっても副作用が問題になりやすい。



過敏性腸症候群、機能性胃腸症、いわゆる消化管の機能異常と言われるものですが、確かにプロトンポンプ・インヒビター（PPI）とかH₂ブロッカーという胃酸を抑える非常にいい薬がありますが、消化管機能を改善するような西洋薬の薬は少ない。またあっても抗コリン系の副作用があったり、特に前立腺肥大の患者さんには使いづらいとか、緑内障の問題があって使いづらいのですが、こういった消化管の機能異常の患者さんに非常に使いやすいのが漢方薬かなと思います。

⑤高齢者の腰痛、膝関節症

- ▶ NSAIDsには胃腸への副作用、理学療法の効果もはっきりせず

あと高齢者の腰痛、膝関節症ですけれども、私どものような都市ではほとんどが整形外科を併診しておられる方が多いのですけれども、鎮痛薬というのは胃腸への副作用がどうしてもあります。また理学療法に通われている高齢者の方が多いですけれども、果たしてどの程度有効なのかなというふうに思う中で、これも先ほど八味地黄丸とか出ましたけれ

ども、使いやすくて実際効果のある薬が漢方薬には多いと思います。

⑥ 冷え症、ほてりなど

- ▶ 日本人（東洋人？）独特の健康感
- ▶ 漢方には多くの武器がある

冷え性、ほてり、のぼせなどと言いますが、これは冷え性というプロブレムで西洋の鑑別診断の本を見ても多分見たことはないかなという感じがするのですけれども、そういう独特の日本人の健康観に対して漢方にある程度の武器があるなというふうに思っております。

まとめ

- ▶ 総合医療現場では、西洋医学だけの考え方では、対応が困難な症例が多い。
- ▶ その中で、漢方医学の考え方で対応すれば、容易に健康をとり戻す症例も見られ、現在漢方薬を使用できない環境での診療は考えられない。
- ▶ 日本の総合医・家庭医が漢方医学を研修すれば、世界の総合医・家庭医の集団になると確信している。

まとめます。まず総合医療現場では西洋医学だけの考え方では対応が困難な症例が多いと感じています。その中で漢方医学の考え方で対応すれば、非常に健康を取り戻す症例も見られ、現在漢方薬を使用できない環境での診療は考えられません。ちなみに私は救急医療センターに月1～2回行かなければいけないのですが、救急医療センターでは漢方薬はほとんど置いていないということで、風邪の患者さんが来たときに私は非常にどうしたらいいのか、昼間だったら逆に「薬局に行ってくれ」という感じになるかもしれませんが、漢方の使えない環境での診療は非常に困っております。

まとめ

- ▶ ある程度独学での研修も可能な領域ではあるが、腹診の指導を受けたり、日々の診療にフィードバックを得るなどの漢方医学の指導医による研修が望ましいと思われる。

ということで、日本の総合医・家庭医が漢方医学を研修すれば、世界一の総合医・家庭医の集団になると私は思っています。昔は海外に学ばなければいけなかったことが、最近では向こうで留学された先生がいろんないい本を書かれたり、いろんなものを輸入できる時代ですので、逆に日本人の、あるいは東洋の漢方医学がむしろ注目を浴びて良いと思います。日本人の総合医・家庭医というのがもしかして世界でナンバーワンのプライマリ・ケアの集団になるのではないかなというふうに思っています。そのためにはある程度独学での研修も可能な領域ですが、腹診の指導、さっき切診とおっしゃいました。腹診の指導を受けたり、日々の診療にフィードバックできるような漢方の指導医による研修が望ましいと思います。以上でございます。ありがとうございました。（拍手）

渡辺 北西先生、どうもありがとうございました。漢方が使えれば世界一の総合医・家庭医になるという大変力強いメッセージを現場からいただきました。

それでは本来であれば休憩を入れるべきなのでしょうけれども、ちょっと時間も押しておりますので、この盛り上がった気分のまま総合討論へ移りたいと思います。

総合討論

渡辺 それでは本日の1つの目玉であります、3プライマリ学会の代表の先生方と日本東洋医学会の石野会長、御登壇をお願いいたします。

ちなみに本日3時から5時の「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究班」も出られた方がいらっしゃると思うのですが、本来この3プライマリ学会の会長を呼んだのはこのフォーラムです。厚労省の研究班ではございません。そこに土屋先生が目をつけないはずはなくて、本日3時から5時の班会議になりましたけれども、本来は我々だということだけ、済みません、余計なことですが、つけ加えておきます。

では、ここから先は平井先生にリードしていただこうと思います。まず折角これだけのメンバーがそろっていますので、それぞれのお立場からお話をいただいた上で、時間があればフロアからというような進行にしたいと思います。では、平井先生、お願いします。

平井 それでは渡辺先生からの御指名でございますので、この3学会の代表たる先生方と、東洋医学会の石野会長先生においでいただきまして、先程来ございました日本の今の医療が抱えている大きな問題をどのように考え、そしてまた臓器別専門医から総合医へ、もう1つはやはり患者さんとのスキンシップ、触らない、触診もしない医師がふえてきているという、本当にこういう医師の育て方でいいのかなというふうな医療者の原点に振り返るような立場でそれぞれの先生方から最初に一言ずつお願いします。学会を代表してというスタンスでもよろしいのですけれども、今後の日本の医療のあり方の中で、先ほど提起された、1つは日本版の総合医はどういうふうにしていったらいいのだろうかというふうなことも踏まえて、それぞれのお立場からお話をいただければ幸いです。一応プログラムをお手元にお配りしてございますので、パネリストの先生の順番で、最初に日本家庭医療学会の代表理事でございます山田隆司先生から、大体5分ぐらいのめどでお話してください。よろしくをお願いいたします。

山田 家庭医療学会から参りました山田と申します。実は漢方のことはほとんど初心者に近いので、今日こういった集まりにお呼びいただいて、かなり戸惑っています。以前ほかの会で平井先生に東洋医学のことを少し学びまして、今日の前段階にはなったようなんで

すが、今日お伺いして、特に最後の北西先生の御報告などを聞いていると本当に心強いというか、前半の会議で日本には日本の総合医を育てる、あるいは日本の今のニーズにこたえられる総合医・家庭医を育てることが重要と感じていただけに、1つの示唆を与えていただいて非常に勉強になりました。

以前から感じていた印象として、漢方のアプローチの仕方で包括的に全体を診るというようところが家庭医のアプローチの仕方と非常に似ているのではないかという印象を持ちました。また先ほど北西先生の御発言の中にも「冷え性」などのように文化とか民族に依存するような愁訴にこだわるといった話がありましたが、患者さんの愁訴とか困っている問題にこだわるという姿勢に共感を持ちました。ともすると病気を西洋医学的に、あるいは我々医療者の側から解釈をして最終的に数値が低くなったとか生存率が高くなったということで捉えがちですが、そういった解釈以外に本人の主観的な評価、愁訴がよくなったとか自分としては生活が豊かになったというような見方を重視するところが、総合医・家庭医と非常に似ているのではないかと思いました。外来主体で診療するところや重症疾患よりも慢性疾患、また病初期に対応するというのも非常にスタイルとして近いと思いますし、重装備の診療機器に頼るのではなくて、基本的な診療を重視するところも共通しているのではないかなと聞いていました。

ということで、漢方は総合医にとってはやはり非常に身近かなあというようなことを改めて確認したところです。現在漢方薬は保険で認められて、多くは西洋医学を学んだ人たちが医学的な診断に基づいて、保険病名に適合する範囲で使用していますが、そういった臓器別の専門医の処方よりは家庭医・総合医が身近で、場合によっては未病というか、はっきりとした診断がつく以前の人たちにアプローチすることがより適切ではないかというようなことを思いました。漢方薬の全体の使い方自体今の保険医療制度に余りなじまない部分もあるので、本当はもっと初期の段階で、余りレセプトとかそういうことに影響されないで、家庭医や総合医がうまく使えると、今日先生方が御発表されたように、全体のコストが下がって、実は満足度の高い診療につながるのではないかなというふうに思った次第です。

それと今回、渡辺先生に3学会、総合医・家庭医の活動に非常に支援的に動いていただいて、僕としては非常に有難いことだと思います。どういった形であれ、日本の総合医・家庭医を育てる機運に賛意を表していただけるとは非常に有難い、漢方の先生たちが取り持つ縁ではないですけども、感謝の意を表したいと思います。

以上です。

平井 どうも山田先生、本当に貴重なコメントをいろいろいただきまして、ありがとうございます。それでは次に、日本総合診療医学会運営委員長の小泉先生、よろしくお願いたします。

小泉 総合診療医学会を代表してお招きいただき、ありがとうございます。漢方といいですか、いわゆる西洋医学以外のいろんな医療が有史以来たくさん出てきましたが、近代になって西洋医学が世界じゅうを席卷して、それ以外の医療はその他の医療というような状態になっているという感じですが、山田先生がおっしゃったように、医療の1つの目標に「満足度」という指標があると思います。患者さんが満足されるという指標を忘れて、医者が自分たちのデータで自分たちが満足して医療を終わっているという、そういうことに対する警鐘として、西洋医学の方では哲学的な思考も含めたEBMというものができたのだと思います。

EBMというと文献データ至上主義と思われませんが、そうではなくて最終的には目の前の患者さんにとってベストなことを医者としてどうしたらできるかということで、患者さんの物の見方を含めて幅広く考える。そのときに、漢方を実践されている先生と漢方に関心のある先生がそういう広い見方をされているということでは相通ずるところがあるかなと思っています。

あと、実は私は佐賀大学で総合診療に携わっていますが、私の科内には何人か非常に漢方といいですか、中国医学の基本に立ち返って非常に深く勉強している仲間も何人かいて、やはり総合医という医師としての姿勢がそういう研鑽に向かわせていると思っています。私から見ればかなり後輩に当たる仲間なんですけれども、一生懸命やっている姿を見て大変感銘を受けることがあります。

一方で、さっき出ていましたように風邪に葛根湯みたいに非常に安易な考え方も、やはり地域の医療とかを見ていますと、ないことはないですね。そういう安易な考え方に対しては、医療には診断から治療に至るプロセスがあると思いますので、それを踏まえて実践していくことが必要なのかなと思います。そういう意味では医療全体のレベルを担保する考えとして「診療ガイドライン」というものがあります。これはどの領域でもそれぞれの疾患を扱う学会がガイドラインを出して、それにしたがってやろうというようなこと、例えば上気道炎の診療はどうしたらいいかというようなことも扱われていて、その中にいる

んな対症療法、例えば解熱剤は使った方がいいのか使わない方がかえっていいのか、もっと卑近な例では風邪のときにお風呂に入ってはいけないのかも議論されています。その中で、民間のいろんな療法や一般の方がこれまでされていることとか、それから医者がついつい習慣的に使う抗生剤とか、いろいろなものを客観的な目で見るということをもう少し積み重ねていくと、確かに、「漢方薬の方がやっぱり(良い)」という可能性が結構見えてくるような気もしています。

そういう意味で、私がうちの若いスタッフにいつも言うのですが、思いつきではなくて、ある1つのやり方をみんなで相談して決めて、それをしっかりやる。そうすれば、そういうことをやった結果、いい結果が出たかどうか、ということもある意味で検証できる、そういった姿勢でやったらいいのではないかなと思います。

それと日本の総合医の将来と日本の医療のことですが、先ほど気になっていますのは、現場のドクターは一生懸命頑張っているんですね。なのに、なぜか余り国民から評価されていない面がある。特に大病院でハイテクの機器を使ってお金のかかることをすると患者さんは感心するけれども、本当に身近なところで知恵を絞って一生懸命診療している姿を、その医療を受けている方は理解されて、その現場ではいろんな感謝の言葉とかそういうような温かい姿はあるんですけども、一方で、少し距離を置いてみる人たちから地域医療の現場で(開業医の先生方の診療に対して)患者さんが十分満足していないことを指摘するような雰囲気があるわけですね。これをやはり何とかするために、1つはこの3学会が協力してやろうとしていることでもありますけれども、医療の質をしっかりとするために、例えば学会で研修プログラムをきちんと作るとか、しっかり勉強をする仕組みをつくっていくということ、もう1つは、医学界が力を合わせて、一般の方に、医療の現場がどういうところで、医療に期待できることと余り期待しすぎてはいけないことなどについて十分理解していただき、患者さんの側からすれば、医療者とのコミュニケーションをよくすることがその患者さんの満足度にもつながること、そのことを通じて医療そのものの姿が非常に自然な形になるよう、そのような考え方をできるだけ広めたいと思っています。

そういう意味で今日の午後は専門医制度の話だったのですけれども、専門医だから偉いんだという意味ではなくて、やはり患者さんが安心してかかれる地域のドクターはその地域でのニーズにしっかり対応できるようなトレーニングを受けたドクターだということを示せるような制度にしていきたいと思っています。

平井 どうも小泉先生、ありがとうございました。大変貴重な事例をありがとうございました。では、次にプライマリ・ケア学会の会長、前沢先生の方からよろしく願いいたします。

前沢 プライマリ・ケア学会の前沢と申します。ただ、あくまでも学会を代表してという
と、言葉の災いが多いと思いますので、あくまでもきょうは個人的な意見を述べさせていただきます
ただきたいと思います。私も漢方には大変あこがれを持っていまして、と言いますのは、
私は北大で総合診療部をやっていた時期があるですけれども、大病院ですので、そうたく
さんの患者さんは来てくれないのですが、近くで漢方専門医で開業された先生のところは
朝から行列で患者さんが集まっておりますね。そういう状況で大変うらやましいなとい
ふふうに思いました。

ただ私自身はプライマリ・ケアを担当したり教育したりしておりまして、大変失礼な言
い方をしますけれども、漢方というのは我々が使う手段の、ごく一部であるというとらえ
方をしておりまして、漢方医学であたかもすべての領域が治るといふ、そういうとらえ方
はしない人間でございますので、きょうは余り漢方の応援演説はできないかもしれません。

私はどんなときに漢方が大切かということでもありますけれども、プライマリ・ケアの現
場で見ている患者さんはもちろん風邪とか高血圧、糖尿病と診断がある程度つきやすく、
何となく治療法が確立しており、ガイドラインもあるような病気が圧倒的に多いのです。
しかし、私が診ている方々の中にはなかなか診断がつかない、それから検査をしても異常
がほとんど出てこないという方が2～3割の数おりまして、そういう方にどういふアプ
ローチをしたらいいかということをやっているわけです。

私はやはり、我々のすべきことは人間をよく知ることだと思っております。最初に、東
洋医学の人間の見方でもあると思っておりますけれども、人間をよく知ることでありまし
て、それはかなり体の問題もありますが、心理的な問題。ストレスをどう受けとめていく
かという問題。多くの場合はなかなか診断しづらい病気の中には、病養育歴の問題があっ
たり、あるいは家族の中の問題、職場の問題、そういうものに象徴されますけれども、大
変な問題を抱えていらっしゃる。

そういう場合に漢方薬のありがたいところは、私自身は即効性が余りないお薬が多いと
いうことで、患者さんにはゆっくり効いてくるということですね。それで継続性というこ
とを我々は1つの武器にしておりますので、「とにかくじっくり治療をしていきましょう

ね」ということで漢方薬が1つの、こういう言い方は大変失礼ですけれども、つなぎ役として大変ありがたいというふうに思っております。

それから、多くの患者さんが、なかなか病気が見つげづらい、治りづらいという方は、薬害に対する不安感が非常に強い方が多いですので、そういう意味では漢方が比較的副作用が少ないということで患者さん自身は信じやすいというか、飛び込んでくれやすいですので、それですまず治療をしてみて、その後にもまたいろんな武器を使って患者さんの協力を得ることが大切だと思っております。

私は西洋医学の中で心身医学を研究していますし、それからそれを補助する、場合によってはメインに使って助けていただく意味で東洋医学的な人間の見方、あくまで患者さんの治癒力・生命力を引き出すような医療ということを心がけていますので、そういう点では大変東洋医学的な、また漢方の力にお世話になっていると思います。これから次世代のプライマリ・ケアの医師を育てていくために、きょう御提言があったように漢方の勉強、それから東洋医学的な人間の見方というものも大変大切な武器になると思いますので、できるだけ具体の中で取り入れていきたいなと願っているところです。

平井 どうも貴重なコメントをいろいろありがとうございました。今家庭医・総合医の3学会の代表の先生方からお話をいただきまして、私なりにある程度少し、現在の医療崩壊あるいは今後の医療再生を考えるとときに2つの切り口が見えてきたというふうに思います。

1つはやはり医師・患者関係の再構築という中でやはりお三方からいろんな切り口でお話をいただきましたが、やはり医師・患者関係が大分壊れてきているという部分が医療崩壊の背景にあるというふうにあった**と思います**。いみじくも先ほどおっしゃられた「漢方はツールである」と。ひょっとすると**漢方**が医師・患者関係の再構築のツールの1つになり得るのではないかというのが、お三方のお話をもって非常に考えさせられた部分でございます。

もう1点の切り口は、医師にとっての提供するスキルアップの部分で、例えば最近の笑い話ですけれども、消化器内科医の医師はすぐ内視鏡のオーダーをして、エコーの検査をして、造影CTを撮って終わり。腹は1回も触らない。信じられない話ですが、実際にある話なんですね。果たしてそれでいいんだろうかというところで、重装備の**医療機器**を使いこなす医師があたかも非常にできる**医師だと思われている**。それは機械を使っているだ

けの話で、実際にその人の腕は何もないのではないか。画像は読めるけれども、患者さんの体を触って本当にわかるんですかと。実は先ほどの医師・患者関係の崩壊の背景に、患者と医師の距離感が遠のいて、間に医療機器とか検査データが余りにも入ってきているのではないかというのを、私も医療現場でふだんから感じておりまして、今お三方のプライマリ・ケアの原点のお仕事をされている方々の多分共通のメッセージだったと。そういう再生のツールになり得るのではないかというふうに私は個人的に思ったのです。

ここで東洋医学会の本当にいろんな形でお仕事をされている石野先生に、医師・患者関係の再構築のツールになり得るかどうか、また患者さんをしっかり診ているという意味での内科診断学が最近見ていると研修医のスキルが非常に落ちているように思うのですが、このあたりでも漢方の知識がある意味でまたもう1つ重要なのではないかと思うのですが、石野先生、いかがでしょうか。

石野 日本東洋医学会の石野でございます。私も日本東洋医学会を代表するというよりも、今日は個人的な立場でお話をさせていただきたいと思います。

日本東洋医学会の医師会員は、日本の医療制度、医学教育制度の中で西洋医学も学んだ人が基本的になっていますから、すべて西洋医学で研修をしている。その上で東洋医学も学んでいるということです。診断をする時点においては、西洋医学的な診断と漢方的な診断の両方が入りますから、そういう意味で脈をとり、おなかを触り、非常にゆっくりと患者さんのおっしゃることをいろいろ聞くという四診を重視しています。逆にそれしかないわけなんですね。なかったわけです。ですから、非常に患者さんと診療する側、医師の感性が大事であって、非常にデリケートなところをキャッチする能力がないと非常にやりづらい面、上達しない面があるのではないかと。これはちょっと言い過ぎかもしれませんが、個人的に言いますが。ただ感性だけでは非科学的と言われるので、そういう意味で現代医学の知識が非常に必要である。その2つがなければ、今までもそうだと思いますけれども、これからの漢方はやはり時代おくれになっていってしまうのではないかと考えております。

私は西洋医学では産婦人科の専門医でございますけれども、これからの季節は風邪を引いて、風邪薬を妊婦さんは西洋薬を好みません。漢方薬ですというと納得して飲みます。私はある時に、これは患者さんに怒られちゃうかもしれませんが、病名漢方的な妊婦の風邪の使い方と、きちんと漢方的に診察して使う風邪の漢方薬の使い方を自分自身が

外来でやったことがあります。そうすると、やはりきちんと漢方的な診察をしないと、病的なものだとやはり効きが悪いような、データはありませんけれども印象であります。

それと漢方は今では慢性の疾患の特効薬のように言われておりますけれども、傷寒論(しようかんろん)というのは急性疾患の病気の経過をよく観察しながら薬を変えていくという、そういうすばらしい治療法であります。そういう漢方治療の基本的な考え方を、西洋医学の薬、抗生物質の使い方等々に活用するということは、僕自身は産婦人科医療の中で非常に役立っております。

ただ大事なことはやはり漢方でやっているというのは、先生方がおっしゃったように自分のドグマに陥りやすいことなんですね。やはり治療効果の評価は西洋医学的な物差しを十分に駆使して、そして判断する。そして、ファーストチョイスとして漢方薬が最初に使われる症状、疾患といえば冷え性から始まって、先ほどありましたような5つか6つぐらいではないか。あと、西洋の合成薬と併用することによって合成薬の量を減らす。ステロイド剤ですと、ステロイド剤を減らしながら副作用を防止しながらやっていく。そういう使い方が十分できるのではないかと考えております。

平井 どうもありがとうございました。今のお話の中で医師・患者関係を再構築という大きな方向の中でのツールの可能性というのは1つあると思いますが、もう1つは、プライマリ・ケアの現場の中で、漢方が逆に言うと活用できる可能性があるかどうか。先ほどございました患者さんの満足度を考えたときに、従来の手にしている治療法に加えて**漢方を活用できる場があるか否か？**先日実は山田先生にお願いして、千葉で**開催された**千葉東洋医学シンポジウムで基調講演をお話いただいたときに、プライマリ・ケアの現場で見る疾患の中で、特に新患で**診る**ときの**疾患**頻度というデータをお見せいただいたのですが、それを**拝見して**私も考えさせられたところがございます。プライマリ・ケアの**現場**で頻度の高い疾患の中で漢方が**活用できるか**どうかというのは今後の**重要な**課題であると思うのです。それが患者さんの満足度であるとか、あるいは**臨床上の**アウトカムの部分**である**とか、あるいは医療経済上の点において、これはアメリカ・ヨーロッパではエビデンスはとれないわけでありまして、このあたりが**今後の取り組む課題ではないのか**と**考えます**。切り口**としては**~~が~~慢性疾患もございませし、あるいは急性上気道炎の場合がございます。このあたりについて、現在の、漢方**を**活用していない状況の中で第一線の総合医を**育**

ている現場では、例えば高血圧あるいは高脂血症という疾患に西洋薬を使ってきちんとコントロールができて非常にいいアウトカムがある。ところが先ほどの不定愁訴その他の方ではどうもなかなかうまくいっていないのではないかというあたりもあるかと思うのです。

そこら辺は、お三方の先生から、きょうは学会の代表ではございませんので、実際の現場で仕事をして、「やはりこれはちょっと弱いかな」と思っているものがもしございましたら一言ずつ。きょうは本当にプライマリ・ケアということで自由にお話しただいて結構でございますので、山田先生からもう一度一言ずつで結構でございますので、何かいただければ幸いです。

山田 次々と難しい質問が来るので、ちょっと身構えてしまいますけれども、僕としては、それこそ余り使用経験もありませんので、どの程度のことができるのかということに関しては本当に漠然としかわかりません。ただ、先ほどの東洋医学会の先生の御発表、北西先生の御発表を聞いていて、やっぱりオプションとして選択肢が非常にふえると思います。エビデンスとかちゃんとした西洋医学にのっとった評価をある程度しなくてはいけないというのは一方ではもっともだと思うのですが、漢方で評価しようとする愁訴の部分はその人しか知り得ない、あるいは人と比較できないような痛みとか苦しみ、しびれとか、そういうものに対しては必ずしもしっかりしたエビデンスを取らなくてもいいのではないかとも思うのです。その人が本当に気持ちよくなったとか、「先生のおかげで」、あるいは「この漢方薬のおかげで」と言っていたるのであれば自分の引き出しをふやす意味でも価値がある。ずっとつき合ってくることでその患者さんと、それこそ信頼ではないですけど、「そういうお薬もあるよ」とか「こういった治療はどうか」「冷え性にはやっぱり漢方薬だね」というようなことで選択肢が広がる、あるいは患者さんに対してそういうお話ができる、そういった架け橋ができる。患者さんにもそういう志向の強い人もいらっしゃるでしょうし、そういった意味でせつかく東洋の文化で育った1つの武器ですし、東洋人同士でやっている日本の医療ですから、そこでそういった武器を持つのは役に立つことではないかというふうに思っています。

平井 どうもありがとうございます。では、小泉先生。

小泉 日常的な患者さんの健康問題でどうしたらいいかということについては、つい単純

に西洋・東洋、アメリカ・ヨーロッパ・日本という分け方をしますけれども、外国の医学書の翻訳を、私自身、何度か体験したのですが、コモンヘルスプロブレム、即ち、患者さんのよくある症状というのは、それぞれの国とか社会の文化と密接不可分です。その文化のコンテキストといえるかもしれません。健康問題もその国の文化の1つと見ることができますが、患者さんの訴えに対して、治療というと、つつい私たちは手術をしたり薬を処方したり、あるいは検査するとか、そういう具体的に何かをすることにすぐなっていますけれども、昔からある貝原益軒先生の『養生訓』のように、広い意味での養生という考え方、その中で医師と患者さんのコミュニケーションが成立し、その中で患者さん自身が自分の健康にとって一番いい生活スタイルを自主的に選ぶという意欲を持っていただける人間関係の構築、そういうものの手助けをしていくべきだと思うのですね。

それが忙しい診療の中で、つついそういう時間をかけるコミュニケーションをとるのを端折るために、抗生物質を出したり、検査したり、そういう手段を使っていたという面があって、患者さんはそういうメッセージを受け取るものだから、病気になったら薬を飲まなければいけない、何か検査を受けなければいけないということがかえって患者さんの頭の中にすり込まれてしまっているという現実があるわけです。そういう点でさっきの繰り返しになりますが、もし、「風邪に葛根湯」みたいなレベルで漢方を使うとすれば、それは東洋医学や漢方にとっても余りハッピーなことではないと思いますので、やはり基本的な枠組みを押さえた上で対応すべきかと思います。

全然、話題は変わりますが、超音波検査というのは、専門家でなくても臨床医であったらある程度技術を身につける。だけど、例えば放射線科の専門医だったら、それで一生超音波の専門医という方もおられますし、自分の診療の役に立つというレベルで技術を身につけたいという人もおられますね。ですから、同じように、人それぞれのニーズによって漢方医学についての勉強というのはレベルがあると思うのです。若いドクターの研修でいつも気になるのはこのことです。漢方にもいろいろ教科書とかがあると思うのですが、これをどの程度までマスターしたら、どの程度のことができるのか、そういうことを分かり易く示せるといいと思いますね。どの世界でも非常に深い世界がありますから、その道の第一人者になるのはそれに一生かけないとできないことですが、プライマリ・ケア医が使いこなせるレベルで、それを裏打ちする基本的な知識、技術、態度、そういうものをわかりやすくお示しいただけると、漢方がプライマリ・ケアの実践に定着していくという意味で非常にいいことだと思っています。今のところ、一方で漢方の大家の方のお話を

1回聞いて終わっていたりで、プライマリ・ケア医にとって、どのぐらいの研修、研鑽が必要なのかということがまだまだわかりにくいな、という印象があります。

平井 どうもありがとうございました。ある意味でプライマリ・ケアの現場で漢方を実際に活用する教育はまだ出ていないと思うのですが、西洋薬を中心とした今の治療体系の中で、例えば高血圧あるいは高脂血症というのは非常にクリアカットに治療できると思うのですが、不定愁訴であるとか高齢者の訴えのしびれとかがあったときに、実はプライマリ・ケアの最前線の先生方でも治療法に難渋されているのではないかなというあたりで本音を聞ければと思います。それでは前沢先生お願いします。

前沢 ありがとうございます。私は、東洋医学不信ではないのですけれども、私の部下に東洋医学の専門医がいて、彼はもともと血管外科だったのですけれども、東洋医学の専門医を持っているのです。ところがやっぱり患者さんを診れないのですね。（笑）僕が留守のときに「かわりに僕の患者さんを診てくれ」と言ったら、ちょっとノイローゼになりました。そういう人間がおりました。たまたま彼がそうだったのだらうと思いますけれども、私自身はこの世界で長年やっておりますと、大変なのはやはり西洋医学的にもメディカライ・アンエクスプレイド・シンドロームとって医学的に説明のつかない症状をいろいろ訴える患者さん。こういう方の場合も未病とかお血という考えで何とか私なりに説明ができるときには、それなりに説明もできて漢方もある程度効果があるということが非常に多いです。

あと非常に難渋するのは今慢性疼痛の患者さんなんですけれども、なかなか痛みが消えないということで、ペインクリニックへ通ったり漢方を処方していただいても全然消えない。私が今のところ最強力なのは、抗うつ剤と抗けいれん剤の組み合わせがありますので、大体の患者さんが何とかできているかなと。あとは信頼関係が全部できずに、精神科にお願いしないとイケないかなという患者さん以外は何とか対応していける自信を持っております。

平井 どうもありがとうございます。私もプライマリ・ケアのプロから「瘀血」の言葉が出るとは、ちょっと驚いたのですけれども、要するにそこがボーダーレスになってきて、

患者さんにいかにサービスが提供できるかという、その部分だと思うのです。先ほども小泉先生からちょっとございましたように、あと時間が10分ぐらいになりましたので、せっかくこれだけお集まりいただいている中で、東洋医学の三瀧先生の方でティーチングスキル、プログラム、あるいはツールをお持ちである。今後はプライマリ・ケアで患者さんのために活用できるためには、やはりプライマリ・ケアの中での漢方の最低限、このぐらいはというミニマム・リクワイアメントの最低線をトレーニングして見せていけるかというふうな部分が必要だと思うのですが、その中で石野先生、東洋医学会としては、先ほどすぐれた教育用のツールあるいは人材、ノウハウをお持ちだと思うのですが、そのあたりは今後のサポート体制という点ではいかがでしょうか。

石野 先ほど三瀧先生のお話でお示しましたように、サポート体制として診断あるいは専門医病院との協力体制の病院というものもありますし、それから全国レベルですけれども、80回以上のいろいろな講演会、学会を主催したこともありますし、東洋医学会は8支部ありまして、8支部に単純に分けても1支部10回以上やっている。そうすると月に1回はどこかで学会主催のもの、そういうような中を踏まえて、5～6症状疾患に関して4つか5つの処方を選んで、そしてそれを漢方的に使う使い方をするということは、今後の教育をさせていただく中で、体制としては現在日本東洋医学会は整っています。

平井 ありがとうございます。先ほどプレゼンでおっしゃられたように「風邪だと葛根湯」というのではさすがの漢方もだめになるという、非常に重要なコメントをいただいたと思うのです。そうするとプライマリ・ケアの現場で頻度の高い症候、あるいは余病を含めて、その中で複数の、病態に合わせて漢方薬を選べるというあたりで、今後、ミニマム・リクワイアメントの部分のある程度たたき台が出せるかというあたりは、三瀧先生、いかがでしょうか。

三瀧 十分可能だろうと。自分のところのことなので、余り言いませんでしたけれども、結局私どものところは三次救急センターを持っていますから、その中で実際に救急外来に立つ人たちの要求にのっとった疾患について3剤を基準として選んで、それを鑑別診断と言いますけれども、どれを選択していくかというのはもう症例によって違うわけですね。

ども、実は漢方的な意味での選択があるわけで、それを説明しています。これは実際に救急をやっているドクターたちには興味があるみたいですね。だから院内で夜遅くにしかみんな集まれないので、夜院内で開いても、結構救急の現場の人たちが漢方の話を聞きたくて来ている。

これは私の独断でやるところもあると思いますので、これを整備して、そうすれば、その中に出てくる漢方用語についてある程度理解できる。そしてその中に出てくる診察主義についてまとめれば、私の頭の中では1つのモデルはほとんどできている。学会としてはそれを共通のものにしていければいいだろうなど。材料は大体そろっているのではないかと私は思っております。

平井 少なくとも麻生飯塚病院では三次救急をやっているらっしゃる救急の先生も含めてプライマリ・ケアの部分もドクターと漢方の出会いがあって、一定の期間の中で主要症候に対して少なくとも3種類の漢方方剤を選んでどう使うのかというあたりのノウハウは蓄積されつつあるということですね。

三瀧 ノウハウというか、結局は決まり手で持っていればいいわけですね。これが救急の診察室に置いてあって、それを見ればいいわけですから。

渡辺 マニュアルですね。

三瀧 それぐらいできちゃうわけです。それ以上になってきて、もっと詳しく運用しようとする、それはやはりある程度専門医の勉強と方針にもっていくしかないと思います。

平井 ある意味では先生の病院では漢方のプライマリ・ケアの部分はマニュアル化ができているという。材料というか、ツールができてきているという、大変有難いお話をいただきました。

今日は初めてのこういう企画を渡辺先生に組んでいただきました。本邦ではこういうディスカッションは今までやったことがなかったというふうに私は思いますし、画期的な出来事ではないかと思います。渡辺先生、フロアの方々も言葉が出ないのかなとも思いますけれども、では、最後に私の方で整理させていただいてまとめてみたいとおもいます。今

日お三方の先生にプライベートのリラックスした雰囲気、**討論**を進めさせていただいて本当によかったと思います。

1番はやはり出会いと学びだったと思いますし、医療崩壊の中で1つの希望の灯が見えてきたような気がいたします。やはり目の前で困っている患者さんのためにどうしようかというのがプライマリ・ケアの原点でありまして、それだけ**ある意味で漢方との新たな**出会いがあったのかなというふうな部分がございます。

そこにもう1つは、先ほど三瀧先生**のお話にあったように**、診療の現場でお互いに知恵を出し合って、マニュアル化をしながらやってきたというふうな、準備はある意味で整ってきているのかなと思います。また、プライマリ・ケアというのは、先生方の先ほどのコモンヘルスプロブレムですね。これをどうするのかというのはやはり国によって違ってくるだろうと**思います**。文化も違えば言葉も違うし、それでもってきた伝統的な何かも違う。そういう意味では、**今日**はひょっとすると歴史的な総合医と漢方の出会いがあったのではないか。そこからひょっとすると日本の新しい医療文化がつかれるのではないか。新しい医療文化という意味です。医療手段ということではなくて、新しい医療文化がつくられるのではないか。臓器別専門医をもう一度ここで振り返って、ゼネラリストという方向も考えていく必要があるのではないか。その中で漢方という、要するに伝統的な文化がそこに入っているわけでございます。症候名も含めて薬剤も含めてですが、そういうふうな中から新しい医療文化がつくられるだろうというのが、どうもきょうのお三方のお話と、それから石野先生のメッセージ、それから先ほどの基調講演の先生方からのお話を伺って私なりに**たどり着いた答えです**。最後に得た結論は、「日本の医療再生はあり。地域医療にあすはある」という**事であり**、私も元気をいただいたような形になりました。

最後に5分ほどございますので、フロアから是非、今日は多くの方々に御参加いただきまして、大変貴重な時間が作られましたので、パネリストの先生方を含めて御質問等がございましたら、お一方かお二方はお受けしたいと思います。せっかくの機会ですので、どなたかいらっしゃいませんか。いかがでしょうか。

浅羽 高知大学の浅羽と申します。せっかく高知から来ましたので一言発言させていただきます。是非総合診療や家庭医療の中に漢方を取り入れていただきたいと思っています。というのは、大学の中で総合診療の授業をしまして、僕なりに漢方の内容をわかりやすく話しているつもりなんですけれども、グルッと教室を回ってみると後ろの方でハリ

ソンの原書の英文を読んでいる学生がいます。「漢方おもしろいんだからやろうや」という話を持ちかけるのですけれども、「いや、先生、僕は将来、漢方を使いませんから。先生の授業を聞いているよりハリソンを読んでいる方がいいです」と言われちゃって、僕も国家試験にもないし、それ以上強く言うことが出来なかったのですが、やはり家庭医療とか総合診療の中に漢方を使うというコンセプトを先生方の中でバンと出していただければ、授業をやっている、「何言ってるんだ。日本版の家庭医や総合医は漢方を使うのがスタンダードなんだぞ。ちゃんと勉強しろ。ハリソンをおろせっ」と言えるので、是非そうしていただけると大学で授業をしている僕としてはうれしいなと思います。よろしく願いします。

平井 どうも浅羽先生、ありがとうございました。最後にフロアから一番いいキーワードということで、では、私は司会の方は以上として、渡辺先生にお返しします。

渡辺 熱い議論をありがとうございました。またリードしていただいた平井先生、ありがとうございました。

今日の3時から5時の第5回目の土屋班会議も、大きなターニングポイントだったかなと思います。今までの専門医がどうあるべきかという議論から、これから日本の医療再生のためにはやはり総合医が必要だと。総合医はどうあるべきかという議論で、それに引き続いてシンポジウムということで意義深いフォーラムにすることができました。

今日はお忙しい中いらしていただきました飯沼先生、平井先生、三瀨先生、北西先生、ありがとうございました。それからパネリストの山田先生、小泉先生、前沢先生、石野先生、本当にありがとうございました。もう一度拍手をお願いして、時間といたします。(拍手)

ちょっとNPOとしてアナウンスをいたします。先ほど武藤徹一郎理事長からお話がありましたように、この会も含めてNPOのいろんな活動の御支援を是非ともお願いできればと思います。漢方医学フォーラムはこれで2回目なんですけれども、3回目は先程来ありましたガイドライン等を含めて、漢方の臨床研究を考えるというようなテーマでやろうと思っています。これはNPOと慶應の漢方医学センターが、ここですべてを解決するというよりは、問題提起をして、いろんな方々に集まっていただいてハブとなる。ハブとなっている方々にいろんなことを考えてもらおうというような企画でやっております。

そういうことですので、是非ともアンケートにお答えいただきまして、今後こんなことをやって欲しいというような要望を出していただければと思います。

本日は本当に皆様、御参加いただいた方々もありがとうございました。天気が荒れるようなので、遠方の方もいらっしゃるのので、気をつけてお帰りください。どうもありがとうございました。（拍手）

（終了）