

1 漢方医学の現況

はじめに

現在、全世界には、なおその体系を保ちながら存続している伝統医学の系譜が3種類存在している。ギリシャ系・インド系・中国系の三大伝統医学である。これら三つの伝統医学は、西洋医学中心の今日の医療状況のなかにあっても、それぞれの地域で、多かれ少なかれ何らかの役割を果たしているが、いずれも現代科学とはまったく異なった独自の理論をもっているという点で共通しており、それゆえにこれらの医学を有する国々では、西洋医学中心の医療体系の中で、その国固有の伝統医学をどのように存続させていくべきかについての論議がたえず行われている。

一方、近代医学が高度な発達を遂げている西欧諸国では、すでに自国の伝統医学を完全に喪失した。

かつて、ヨーロッパのほぼ全域とアフリカ北部からインド亜大陸まで広範に普及したギリシャ伝統医学(ユナニ)は、いまは主として少数のイスラム諸国に残って発展し、インド伝統医学であるアーユルヴェーダは、インドを中心としてなお存続し、マハリシ・アーユルヴェーダなどの新しい動きを生み出しているし、中国伝統医学もなお中国文化圏で根強く残っているが、それぞれ解決しなければならない多くの問題を抱えている。

伝統医学をめぐる世界の動き

高度に発達した医療システムをもつ西欧諸国が伝統

医学を失ってしまったことは、西洋近代医学の発達の歴史と深い関係がある。一方、伝統医学が盛んに行われている国の多くは、一時期、現代医学が十分に普及していない部分を伝統医学で補っていた。しかし、これらの国は現在では伝統医学の先進的な研究を行うようになってきている。

世界保健機関(WHO)は、1977年の世界保健会議で、伝統医学に関する研究・政策開発を提唱した。当初の段階では、発展途上国の医療の充足に力を注ぎ、西洋医学の普及ができないところを、伝統医学や民間療法で補うという目的もあったが、いまではこれらの医学を全世界の共有財産と考え、保護し発展させ、整備に力を注ぐようになってきている。その一環として神戸に置かれたWHO健康開発総合研究センターでは、伝統医学に関するさまざまな研究や活動が行われている。WHOの「伝統医学プログラム」は、上記の三大伝統医学のみではなく、世界中に存在する小さな、あるいは土着の民間療法も含んでいるが、その中で中国伝統医学に対する比重は非常に高い。WHOが1977年および1986年に発表した内容を表1・2に示しておく。

どのような形で伝統医学を発展させていくかについての国際的なコンセンサスを得るための作業は、初期には模索的であったが、その後の各国の研究の発展、医療情勢の変化などにより、現在ではかなり形を整えてきている。それには、この10年ほどの間に、欧米諸国の、特にアメリカ合衆国のこの分野の医療に対する考え方が大きく変わったことが、大きな要因となっている。

表1 WHO:「薬用植物の医療における応用」(1977年於東京)の結論

- ①このままでは伝統医療のもつ、多くの貴重な情報が失われる恐れがあること。
- ②そのため、希少品種の保存と育成の適切な条件の検討が必要であること。
- ③薬用植物の利用を、自国の医療体系の中にどの程度まで織り込むかはその国の決定によるが、WHOは伝統医療の価値がもっと知られるよう働きかけるべきであること。
- ④薬用植物を、保健医療体制の中に経済的・政治的に成功裡に導入している国とそうでない国とがあること。
- ⑤西洋医学に対して、相互補完的に薬用植物を利用することが一つの可能な方向であること。

(『医療概論』医歯薬出版、1993より)

①アメリカ(USA)の動向

アメリカでは、国立衛生研究所(NIH)が1992年に代替医学(Alternative Medicine)の専門部局(OAM: Office of Alternative Medicine)を設立し、積極的に介入するようになってから補完代替医療の研究が盛んに行われるようになり、漢方医学もその中でこれまでとは異なる評価を受けるようになってきた。

その背景には、がんやエイズの患者はどのような治療でも受ける権利があるという社会的な問題意識や、必ずしも現代医学的治療で満足できない人たちの要求、あるいは健康維持のため(つまり病気にならないよう)に代替医療を密かに受けている事例が少なくないということがあり、それらの存在がこの領域の医学

表2 WHO:薬草療法研究推進のための「東京宣言」(1986年)

- ①東洋医学をより発展させねばならない。そのためには、政治的な後押しが必要とされること。
- ②研究は国家的・地域的・世界的なレベルでの交流を深め、資源利用の成果共有を目指すこと。
- ③情報交換のためのネットワークをつくること。
- ④薬草の正確な同定、品質評価、安全性・有効性の検定を急務とすること。
- ⑤薬物の品質、安全性・有効性を評価するための研究のガイドラインを作成すること。
また、鍼灸治療に対してもプライマリー・ヘルスケアや初期治療としての価値を評価し、気管支喘息や腰痛など41の疾患・症状を鍼灸治療の適応症としている。

(同左)

に光を当てることにつながった。

OAM設立の翌年、ハーバード大学のアイゼンバーグが、18歳以上の米国民1,539人に対して行った代替医療に関するアンケート調査の結果を『New England Journal of Medicine』に報告した。その内容は、回答者の3人に1人が過去1年間に1種類以上の代替療法の治療を受けていたというものであった*1。

この調査結果の反響は大きく、この分野における研究が急に活発化し、OAMは、1999年に国立相補代替医療センター(NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine)に昇格した*2。

しかし実施された病気の予防・治療を目的とした臨床試験のほとんどは思わしい結果ではなかったため、

*1 アイゼンバーグの報告によれば、回答者の3人に1人が過去1年間に1種類以上の代替療法の治療を受けていた。そのうち、25～49歳の比較的高学歴、高収入の非黒人の人々の受療回数が最も多く、また、致命的ではない慢性疾患の患者が多かった。重篤な患者もいたが、その83%は現代西洋医学の医師の診療も受けていた。しかも、代替医療を受けていると回答した者の72%は、担当医に代替医療を受けていることを話していなかった。米国総人口から推定すると、米国民が1990年に代替医療を受療した回数は、4億2,500万回となり、この回数はプライマリーケアの医師を受診した回数(3億8,800万回)を上回っていた。また、代替医療療法者への支払い総額(137億ドル)は、その年の病院医療自己負担額(128億ドル)を超えていた。(Eisenberg DM et al: Unconventional medicine in the United States. New England Journal of Medicine 328: 246-252, 1993)

*2 Alternative Medicineという語は、主としてアメリカで用いられていたもので西洋医学の「代替」という意味をもっている。一方、ヨーロッパでは、同じものをComplementary Medicineと呼んでいた。こちらは西洋医学と相補う関係にあるという意味を含んでおり、両者はニュアンスが異なる。両者を合わせた概念がCAM(Complementary and Alternative Medicine)である。