

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えます。それで、私も含めて4つの演題となっておりますが、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、かなり違っているんです。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よ。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、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けど、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った、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で、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は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、さっきどなたかおっしゃった、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ていて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、私自身も皆さんに聞かせたいと思います。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から、もし依って立つところの利害関係のようなどころだけで話をしようとする、おそらく話しづらくなると思う。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もうないんだと。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も、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、それは医師自身が、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ぐ分かるんです。

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よね。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なんです。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ぬ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りましょうといった場合に、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、その範囲内でやりましょうと、簡単に言う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が多いんですけど、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、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。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だけど。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。鍼灸だけじゃないです。各方面で。それでファッション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。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。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きました。それを最終的に抑えたのが国家なんですよ。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ど。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よ。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よ。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、その制度の中に入っていくには、どちらかという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く、整えて入っていくとすると、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くとしたときに、その要素となるものが欠けてしまうということ、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て、制度の合理的な面に入ろうとすると、何か欠けてしまうのではないかと思うんですよ。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りますが、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も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ゴトミー（2分法）ではなくて、むしろ文化と文化のダイゴ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ど。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、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迷しているわけです。江戸時代から混迷している。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っ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りますけど、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。古典的な時期にあつて。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つて、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つたりするけど、実際発言を聞いているのは同業者だったり国民であつたりで、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つて、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ものは、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: ああ、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文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、といわれたんですよ。

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えるのは、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ど思っていました。

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で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も、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。皆様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ど思いました。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。