

気血漸弱・飲食漸減す。

肌肉漸瘦。涼薬を服すれば則ち浮注ぐ。熱薬を服すれば則ち腹癒えて痛み、血癒えて下す。諸医技窮まる。之を治するに用う。

人参・椿白皮・甘草あとは「治陰茎瘡し「風湿痙」「老婦風邪咳痰」「上焦眩暈」などと記してあるものがあるのみである。

②名古屋玄医における桂枝湯類の運用について

(1) はじめに

私は北里東医研に来て三年。この間ずっと矢数道明所長の外来に付いて勉強させてもらってきた。昨今の先生はさすがに円熟の境地、博く衆方を采って処方に窮することがない。しかしそんな中でも私には一つの顕著な傾向がみうけられるようになったとの印象を受けている。

その傾向とは先生の示される処方の中に、桂枝加芍薬湯・桂枝加朮附湯・桂枝加苓朮附湯・桂枝加黃耆湯・堅中湯(即ち桂枝湯加半夏・茯苓)など、桂枝湯類の占める頻度が増えてきたことである。「後世派」の伝統を継ぐ第一人者として衆目に聞こえる先生にして、このように桂枝湯加味を多用されることは注目してよいことと思われる。

例えば桂枝加芍薬湯、頭痛や生理痛、関節痛、めまいなど雑多な愁訴をもつ患者に対し、その富沼に「脾虚」があるとみれば、まず桂枝加芍薬湯を出されることが多い。

例えば堅中湯。中院あたりの圧痛や自覚的胃部不快感に用いられて卓効をとるのはよくわかるとして、先日は肋間神経痛を主訴とする患者に対してもこの処方を出された。確かに患者は胃部の不快感も訴えていたが、堅中湯では処方が甘い、などと初心者たる私の疑惑はみごとに裏切られる。三週間後に再診にみえた患者は「おかげさまで胃腸の具合もよくなりましたし、神経痛もおさまりました」と晴れやかな顔。ウームと感心することしきり。

オーソドックスな処方で病態を動かし、だめなら種々の加減や「後世派」の処方に変えてみるというのが先生の基本的態度とお見受けした。いわば、「太極療法」を第一義としているというべきか。

次に大塚敬節先生が書かれた次の文を紹介してみたい。

「東洞の晩年の治療について」とのサブタイトルの下に書かれた次の文である(注1)。

最近、私は面白い本を発見した。東洞の亡くな

る三、四年前に先生の門人が外来患者の症状と醉処方を書いた写本がある。この中に出てくる処方を統計的に見ると、桂枝加朮附湯と桂枝加苓朮附湯が圧倒的に多い、四〇〇位の症例のうち、一〇〇方近くはこの両者を使っている。東洞先生は石膏が好きだといわれているが、ほとんど使っていない。また柴胡剤は、東洞柴胡といわれているように多用しているのではないかと思ったが、大柴胡湯は二つか三つしか用いていない。むしろ、小柴胡湯を用いており、激しく攻撃するような薬は使っていない。桂枝加朮附湯などは、攻撃剤でなくてもしろ補剤に近い薬効を持っているが、東洞はいろいろの病気に用いている。身体の疼痛以外に、胃腸の弱い人など非常に広く使っている。私は最近先生の真似をしてみたが、音幽外に効くことがある。慢性冒腸病には、桂枝加苓朮附湯などは使い道はないよう思うが、使ってみると疲れなくなったとか、肩がこらなくなったりとか、元気が出て来たということが多いよう思う。

こうしてみると漢方の大家ともなると桂枝湯加味に非常な愛着をもたれるものかなどと思い、改めて深く処方の運用について研究してみたい気持に駆られるのである。

いうまでもなく桂枝湯は『傷寒論』の最初に登場する処方で浅田宗伯も尾台榕堂もこの処方とその発展方の重要性を『勿誤方函口訣』や『類聚方広義』の中で口を極めて絶賛している。

浅見をもってしても桂枝は表・陽・氣、芍薬は裏・陰・血に働きかけるとみれば、これを佐する甘草を加えて表裏のベクトルをもち、生姜・大棗のもつ脾氣を中心とした上下のベクトルと合わせると、周身に遍ねく行きわたって万病の基本処方となることは容易にうなづける。私はかつて桂枝湯の五つのエレメントの分量を変えて、桂枝湯・桂枝加桂湯・桂枝去桂湯・桂枝加芍薬湯・桂枝去芍薬湯・桂枝湯加生姜大棗湯・桂枝湯加甘草湯を作つて飲み比べたことがあるが微妙な味わいのちがいを大変興味深く思った。桂枝湯は虚証の人の風邪薬とか、「衛氣」を整える方剤と軽く考えがちだが、經文の示す如く「嘗衛和すれば則ち癒ゆ、桂枝湯に宜し」の意味は極めて深長である。衛氣を整えるには嘗衛調和を図らねばならず、嘗衛の調和とはそのまま漢方治療の要諦であるからである。

さて前置きが大変長くなってしまったが、この嘗衛調和を金科玉条の如く重視して、万病に桂枝湯の加味方を応用しようとした人がいる。名古屋玄医(一六二八~

一六九六)である。名古屋玄医という人は、万病は寒氣に傷られることによって生ず、もう少し正確に言うと、寒気にあたると、これに抗する陽氣・衛気が損なわれ、これが万病の引き金になると考へたから、衛気を扶げることを治療の本質とした。どうしてそんなふうに考へたかといふと彼の医学思想の基本に「貴陽賤陰」という儒学の生命觀があつたからである。生命とは陽の主宰するものとの生命觀からは、明代に流行した「滋陰降火法」は生命の法則に悖るものとしてこれを拒否し、「内經」も「難經」も「諸病源候論」も「傷寒論」も「金匱要略」も「貴陽賤陰」の考え方に基づいて著された書だと主張した。「陰虛」でさえ陰分の「陽虛」であるというのが彼の説である。例えば傷津の極みに生津益陰の薬物ではなく桂枝加附子湯を指示するといった「傷寒論」「太陽病篇」のこころをみれば彼の主張の一端がうなづける。

そんなわけで、彼はすべての病態に対し、衛気を扶げることを主眼としたから、嘗衛調和の本治法として桂枝湯を掲げ、個々の病態に応じてこれに薬物を加味するという方法を示した。

では玄医は実際に桂枝湯類をどのように臨床に応用したかをみてみたい。

(2)『医方規矩』にみる桂枝湯類運用の実際

名古屋玄医が桂枝湯類をいかに臨床上応用したかを知るには『医方規矩』という書物をみればよい。この書は私の知る限りではすべて写本であつて刊本はない。国会図書館・大塚恭男先生蔵書などでみることができるが、つい最近『近世漢方医学書集成』一〇五・「名古屋玄医」(名著出版)にも収載されている。

写本であるから玄医がいつこの書を書いたか明らかでないが、『医方摘要』や『医方問余』など彼の他の著作と比較して比較的晩年のものではないかと私は考へている。

この書の病門の立て方は聾廷賢の『万病回春』に類似しており、聾廷賢や李東垣・朱丹溪などを「前人曰く」として、それぞれの病門に対する彼らの処方をあげ、そのあとで家法云々と自説を抜瀝している点が特徴である。

この書の内容をすべて述べることはできないがその一部を抜粋すると次の如くである。(表1参照)

一瞥してその特徴を述べるならば、ひとつには先に述べたように「貴陽」という考えに基づいて桂枝湯類を掲げ、補陰薬・補血薬をあまり用いないことである。もうひとつは『万病回春』に示されるような多味な方剤、ごちゃごちゃした方剤を嫌ってなるべく簡単な処方で対応

しようとしていることである。この点は江戸時代の古方派にみられる重要な特徴であるといってよいと思う。

「水腫」の項に「家法は外邪には桂枝湯加白朮・附子・虚には唯、人参・白朮・附子を用う」とある。桂枝加朮附湯は吉益東洞の創作とされているが玄医に既にこうした加味をみることができる。ただし東洞の朮は蒼朮であつて白朮でなくその点は異なる。

「黄疸」に桂枝湯加茵蔯、「泄瀉」に建中湯加赤石脂・乾姜などというのもおもしろいと思う。「自汗・盜汗」はそれぞれ陽虚・陰虚・だとして一般に方剤が異なるが、玄医は「自汗には桂枝湯加附子・乾姜・白朮・盜汗もまた然り」と、陽気が補なわれれば、津液は自ら再生されることを主張している。

桂枝湯に加味する薬物は、衛気を扶ける意味で、附子・乾姜・白朮・人参が多いが、もうひとつの基準は、それぞの症状に有効と思われる薬物を、薬効の実験的経験から提示しており、『医方規矩』の巻末に『薬品規矩』としてまとめられている。(表2参照)

興味深いのは、例え「頭痛」の薬物として、太陽經に川芎・陽明經に白芷・少陰經に細辛・厥陰經に吳茱萸など引經薬を提出する明代の医家に対し「家法は川芎・川烏頭、あるいは厚朴・引經を論せず」などと記している点である。長く瘡癰を患う瘡家に対し、「家法、黃耆・連翹を玖って主と為す。升麻もまた可なり」などとあるから、玄医は皮膚疾患に対して、桂枝湯加黃耆・連翹・升麻と言った処方を用いたものと推察される。

(3) 考案

以上が名古屋玄医における桂枝湯類運用の概略である。いろいろ批判もあるうかと思う。例えば、すべての病態に対し「桂枝湯」ではあまりに芸がなさすぎるし、『傷寒論』の述べる治療指示の妙とは決してこのように桂枝湯加味の乱用ではないはずであるといった批判である。

私もそう思う。

しかしこうした傾向はいわゆる「古方派」と称される医家の間に少なからずみられる一つの特徴であるとみることもできる。彼らは臨床上の親試実験をさかんに主張した。玄医について言ふならば「歴試」である。そのことと彼らの病因論とのQ&Aに注意したい。「万病寒氣説」とか「一氣留滯説」とか「万病一毒説」といった病因論は、千変万変してあらわれる個々の「病氣」のその病因とその発生病理について実は何もいっていないのに等しい。私は彼らが真に親試実験に徹するならば、万病はやはり種々の「原因」でおこると修正せざるを得ないのでなかつたかと思うのである。にもかかわらず、玄医は

表1 (『医方規矩』一部抜粋)

病門	前人	家法
内傷	補中益氣湯, 調中益氣湯, 香砂平胃散, 参苓白朮散, 保和丸の類	人参・白朮・附子・乾姜・半夏等の類
瘧	七味清脾湯, 柴芩湯, 鱗甲飲子の類	極枝湯加川烏頭・乾姜・白朮・驅邪湯など
痢疾	不換金正氣散, 六和湯, 参苓白朮散, 胃風湯, 連丸の類	初痢には大黃・黃連・枳殼香兼桂枝湯, 脾胃虛弱には桂枝湯加白朮枳殼・赤石脂など
泄瀉	胃苓湯, 胃風湯, 五苓散, 霍香正氣散など	建中湯加赤石脂・乾姜, 久瀉には白朮・乾姜・附子大劑, 小便短少, 水腫には白朮・附子を倍す
水腫	実脾飲, 分心氣飲, 八解散の類, 虚には六君子湯, 異功散, 補中益氣湯, 八味丸の類	外邪には桂枝湯加白朮・附子・虚には唯人参・白朮・附子を用う.
黃疸	茵藤四苓散, 茵藤大黃湯桂の類	枝湯加茵蘿, 虚には人参・白朮あるいは川烏頭を加う.
虛勞	滋陰降火湯, 加味道遙散, 六味丸, 大補丸の類	寒湿の五臟を傷るとなす, 故に桂枝湯加減を用う. 咳嗽には麻黃・杏仁・乾姜を加う. 素賦瘦実には麦門冬・五味子・沙參を加う. 上にて血の見わるには犀角・生地黃・乾姜を加う. 久咳止まずして大便溏滑の者には白朮・人参・乾姜・附子・石脂を加う
汗証	自汗には參耆湯, 補中益氣湯, 茯苓補心湯. 盗汗には当帰六黃湯, 当帰地黃湯, 滋陰降火湯, 黃耆六一湯.	自汗には桂枝湯加附子, 乾姜, 白朮. 盗汗もまた然り. 自汗盗汗ともに宜しく白朮・附子を用うべし.
癲狂	清血清心湯, 朱砂安神丸, 黃連解毒湯の類	癲には桂枝湯加竜骨・牡蠣, 狂には黃連瀉心湯.
虛煩	溫膽湯, 竹葉石膏湯の類	桂枝湯加半夏・麦門冬
不寢	酸棗仁湯, 溫膽湯	大半夏湯
大便閉	潤腸湯	麻子仁丸・桂枝湯. 寒邪去れば衛氣めぐる. 衛氣めぐれば腸潤し自ら通ず. 老弱者は人参・白朮を以て主となす.
痔痛	当帰連翹湯, 局方槐實丸. あるいは補中益氣湯, 六味丸, 十全大補湯の類を兼用.	人参・白朮・黃耆・附子を用いて元気を補い, 血を生ず. 初起には桂枝湯加槐花・阿膠・連翹・乾姜.
心痛胃脱痛	清熱解鬱湯の類	桂枝湯加烏頭・附子乾姜. 脾胃虛弱の者は附子理中湯. 決して枳榔子・木香は用うべからず.
産後	補中養血湯, 補血定痛湯, 平胃散, 十全大補湯の類	唯, 脾胃を補うを主と為す. 血薬の地黃・当帰の類は用うべからず. 白朮・人参・附子・乾姜にて脾胃を補ない, 血を生ぜんとす. 少帶, 外邪には桂枝湯加減を用うべし. 諸の証の見われし余を聞いて, 各方を選用すべし. 小産もまた然り.
小兒諸熱	敗毒散, 升麻葛根湯の類	建中湯. 痘疹を欲せんとする者は升麻を加う.

表2 (『薬品規矩』一部抜粋)

諸歪	前人主薬	家法主薬
中風	堯活, 防風, 桂枝, 白附子, 白僵蚕, 竹瀝, 天南星, 荊芥, 白芷	桂枝, 菊花, 白朮, 附子, 川烏頭
寒熱	柴胡	芍藥, 桂枝, 麻黃
頭痛	川芎, 引經藥一太陽・川芎, 陽明・白芷, 少陽・柴胡, 太陰・蒼朮, 少陰・細辛, 厥陰・吳茱萸, 頸巔痛・蒿本去川芎	川芎, 川烏頭あるいは厚朴・引經を論ぜず.
痢疾	芍藥, 黃連, 黃芩, 木香, 枳榔子	赤石脂, 禹餘糧, 芍藥, 黃芩, 大黃, 乾姜, 白頭翁.
明目		黃連, 菊花
老人失溺		牛膝
発黃		茵蘿
久瘧		知母, 龜甲
瘧家		黃耆, 連翹, 升麻もまた可なり.

あくまで自らの病因論に基づいて桂枝湯を多用し、艮山は順氣剤を、東洞は排毒剤を頃用した。その点が興味深いのである。

私は古方派の病因論は帰納的結論ではなく、演繹的仮説にすぎないと考えている。そしてその演繹主義の基盤は依って立つ「生命觀」であると『近世漢方医学書集成・名古屋玄医』の解説で述べた(注2)。

大切なのは次の点であると思う。

玄医は「衛氣」を扶けることを治療の本質と考えて桂枝湯加味の臨床応用を最大限に敷衍しようとした。艮山ならば「順氣剤」、東洞ならば大黄や石膏の運用について、処方運用の妙味を追求した。その根底にはなるべく簡素な处方で多くの実をあげよう、薬物運用のコツを直に体得しようという意気込みが感じられる。それは裏返せば、思弁的理論の排除であり、中国医学の日本の受容的一面ということになろうかと思う。

唯、当然の如く、彼らの臨床上の実際の配剤録は必ずしも演繹的仮説の枠の中に留まっていた。玄医の場合、例えば、『名古屋玄医・経験方』を見ると、その配剤録が桂枝湯加味法ばかりでないことがわかる。

艮山にも「後藤家四剤」があって、順氣剤以外に潤涼剤・排毒剤・解毒剤が用意されていた。東洞の配剤についてば大塚先生の論述された如くである(注3)。

このことは、彼らの臨床の実際が、既に自らの病因論をある意味で形骸化していたとみてもよいだろう。

古方派の病因論とは、科学的アプローチによる「病因論」ではなく、「親試実験」するための「仮説」であると私は考えている。

玄医について言えば、生命は陽の主宰する法則として「扶陽」を掲げ、桂枝湯の臨床的効果を「歴試」したということになる。

その歴試の対象となった处方が、他ならぬ「経方の権輿」であり、この处方運用の可能性を最大限に引き出そうとした点に強く惹かれるのである。

あとがき

以上紙面の都合で簡単に「名古屋玄医における桂枝湯類の運用について」述べた。詳細については『近世漢方医学書集成・第百二巻・名古屋玄医』の「解説」を参照されたい。

なお桂枝湯について次の論文が参考になるから参照されるとよい。

大塚敬節他 「桂枝湯の研究」 『大塚敬節著作集 第七巻』 P186～225 春陽堂

大塚敬節 「妊娠に桂枝湯を用いた三例」 『大塚敬節著作集 第六巻』 P73～75 春陽堂

龍野一雄 「桂枝湯の構成」「桂枝湯及びその類方」「桂枝湯」

『漢方医学大系』 P1909～2005 雄潭社

江部洋一郎 「桂枝湯」 考—その雑病に対する応用と弁証—

『漢方研究』 137号 (1983) P2～11 小太郎漢方製薬

〈註〉

註1 「吉益東洞の功績について」 (『大塚敬節著作集』 第八巻 P192～209 春陽堂)

註2

	生命觀	病理觀	治法	方剤
名古屋玄医	命門から三焦へ絶えず湧き上がる陽氣(陽有余陰不足)	万病寒氣説	扶陽	温熱剤
後藤良山	一元氣の順行	一氣留滯説	順氣	順氣剤
吉益東洞	生命のことば 疾医のあづかり知らぬこと (天命論)	万病一毒説	排毒	峻下剤

なお東洞の「毒」については拙稿「一氣留滯説と万病一毒説について」(『漢方の臨床』第30巻第10号)に若干の浅見を述べた。

註3 花輪壽彦 「後藤良山の一氣留滯説について」

『矢数道明先生喜寿記念論文集』 P563～571 温知会(東京都港区白金五-九一-北里研究所附属東医研内)

③後藤良山の「一氣留滯説」について

「一氣留滯説」は後藤良山の医説として、吉益東洞の「万病一毒説」と並んで江戸時代中期の古方派の代表的病因論として有名である。

しかしこの医説はその名の通り「すべての病気の原因是身体を周循する一気が滞ることによる」というもので、こうした気の流通・閉塞をもって病気を説明することは、ある意味では中国医学の伝統的疾病観であり(注1)わが国においてもひとり良山のみが主張した医説ではなく(注2)、従って「気が滞ることによって病気になる」という説自体は取り立てて注目すべきものとは思われない。

にもかかわらず、艮山が「百病は一氣の留滯に生ずる

ことを識らば則ち思い半ばに過ぎん」と言うに至ったのはどのような理由からであろうか。

本稿はこの点に留意しつつ、艮山の医説の骨子とされている「一氣留滞説」の内容とその医学的意義について若干の考察をしてみたい。

(1) 背景となること

後藤艮山(一六五九～一七三三)はいわゆる「古方派」の開祖とも四大家の一人とも目される人物であるが、特定の師につかなかったこともあってか、従来の学説に固執することなく、自由な立場で医学のあり方を考究した。彼の医説の基本的立場は、臨床における実際の効果の有無を最も重視するといふいわゆる「親試実験」(注3)の態度にあるのだが、それは江戸中期という時代のもつ活動性、即ち治安が回復し、文教政策が押し進められ、あらゆる学問や技術が開花し、模倣にあきたらず批判的精神が抬頭するといった時代の動きと無縁ではない。

艮山が生きた時代には既に曲直瀬道三(一五〇七～一五九五)によって築かれた李朱医学の日本的受容および腹診書などにみる独自の工夫があり、名古屋玄医(一六二八～一六九六)による古医方の重要性を説く動きがあるなど、実証主義的な芽は確実に育くまれつづった。しかし一方では、五運六氣説や天人合一説・易医論などとかく思弁に傾きやすい学説もあり、中国医学の受容とわが国独自の展開をめぐって、なおその方向は混沌としていた。

病因病理論についてみると、中国においては宋代に出された『三因方』の内因・外因・不内外因を受けて、金元時代には病因を外感病と内傷病の二つに大きく分類し、それらが生理的因子である気・血・痰(水)への影響を及ぼすか、あるいはどの臟腑や経絡に不調和をきたすかといった形で病理論が説かれていた。

わが国ではこれを受けて例えば曲直瀬道三は、朱丹溪の气血痰鬱の論から「气血痰の三病、久しくして鬱を兼ね、或るいは鬱久しくして气血痰病を生ず」(注4)と述べて解鬱剤、例えは香蘇散を特に重視し、また名古屋玄医は喻昌の学説を受け「百病はすべて風寒湿より生ずるが、これを総括すれば寒気の一に帰する」(注5)といい、寒気に傷られないために防禦因子として衛氣を強くすることが必要であるとして桂枝湯類を繁用するなど、中国医学の病因病理論をよく消化し、自家経験をふまえた医説とそれに対する処方を提示していることに注意したい。

艮山の医説がこうした諸論の上に立って論じられたことはいうまでもなく、防禦因子としての衛氣を拡大して

「元氣」とし、气血痰の鬱のうち気鬱に特に注目して「氣留滞説」を打ち出したと思われる。またその背景として、儒学の復古主義があり、金元医学が宋儒の理氣二元論に影響されて、理論的体系化を進めた如く、艮山の一氣留滞説には、伊藤仁斎(一六二七～一七〇五)の「=元氣」が基盤として重要な役割を果したとされている。(注6)

(2) 一氣留滞説とその意義

艮山には自らの著作がないとされているため、弟子達に伝授された艮山の医説からコア留滞説の内容をまとめてみると次のようになる(注7)。

- ①生体をくまなく周循する = 元氣に滞りがなければ内外の病因があっても発病因子となることはない。つまり一元氣とは生体の防禦因子である。
- ②ところがその一元氣が飲食の不節制や思慮鬱抑によつて「留滞」すると、ある所は元氣が「鬱」し、ある所は元氣が「虚」す。元氣の鬱が持続すると内傷病となり、元氣の虚にはその不足に乗じて外邪が侵入する。
- ③臨床的にさまざまな姿をみせる見証として「病氣」とは結局元氣の鬱や外邪の「浅深久近緩急軽重」の差、つまり、気の鬱滞や進入する外邪の存在部位、病氣の急性、慢性、病勢の軽重の差による相違である。と説明している。

これは『三因方』を基礎にして提出された、きわめて整然とした発生病理(pathogenesis)である。

しかし「一元氣留滞説」の最大の力点は『師説筆記』の「宋明諸家の陰陽旺相、腑臓分配区々の弁に惑わず、百病は一氣の留滞に生ずることを識らば則ち思い半ばに過ぎん」(注8)に明らかに如く、「内經」に基づく陰陽五行・腑臓配当の説を「思弁」として斥け、これを言わぬために中国医学に伝統的な「氣」の流通・閉塞といった「全体觀」に立つ病因論を提出したことにある。その意味では「病因の穿鑿を保留する」ために伝統的な概念にひとまず病因を求めたともみることができ、例えば名古屋玄医が病因を寒氣の一に帰し、吉益東洞が病因を一毒に帰すなど、古方派に共通した命題として思弁的な病因論を一旦捨て、臨床の中から新しい理論を導き出そうとする意図がみてとれる。

ただ慢性疾患や梅毒のような難治性のしかも局所の病態が問題となる疾病に対し、「腑臓理論」や「経絡理論」を思弁として排するのはよいとして、そのあとで個々の病態の相違や病気の局所観をどう説明しようというのであろうか。ただ一元氣が滞るという説明だけでは不充分である。そこに「一氣留滞説」という発生病理論の苦心

があり、艮山は「浅深・久近・緩急・軽重」という概念を導入して病態を説明しようとしている。

ただ「思弁を排する」という古方派の精神が徹底した形であらわれると、こうした艮山の発生病理自体も思弁として批判されることになり、吉益東洞の「万病一毒説」のように病因をいわぬためにすべて一毒という「実体のあるもの」から話を始めようという医説が提出されることになる。

もう一つ大切な点は、先にも述べたように「一元氣留滯説」の力点は「氣」の滞りに病因を求めたということ自体にあるのではなく、「一元氣留滯説」 = 「順氣剤」(半夏・茯苓・枳実・厚朴・生姜・甘草)という治療に直結した医説を提出した点にあり、治療から導かれた病因論であるという点である。「順氣剤」「温泉」「灸」「熊胆(くまのい)」「番椒(とうがらし)」といった艮山の治療の特色は、一に気のめぐりをよくすれば病気はなおるという艮山の臨床から導かれた一つの結論であった。

従って艮山の面目は、中国医学に伝統的な氣の留滯で病気の理法を説くことの正しさを主張したのではなく「順氣剤」という処方を創造し、民間療法を上手に活用して治療の実をあげたという一点にある。そこにはいわゆる「後世派」の庸医がとかく打算に走って「人参」などの高価な補氣薬を乱用し、多剤乱用の割には治療成績が悪かったといった背景があり、医の倫理や経済効率に対する艮山の確かな目をみることができよう。

ただすべての病気に対し「順氣剤」等のみで対応できないことは、艮山自身よく承知していたようで、例えば「順氣剤」以外に、「解毒剤」「潤涼剤」「排毒剤」を創製していること(注9)からもうかがうことができる。そのことは治療から導かれた「病因論」の限界を示すものとも考えられる。またあらゆる病態に対して、順氣を主眼として対処することは、例えば病気の変遷に応じて、対応する薬方を指示する『傷寒論』の精神とどうかかわるのかという重要な問題が生ずるであろう(注10)。

純粹に「古方」をその条文に従って正しく運用しようとする立場からは、当然こうした「自家経験方」の多用に対して批判がおこった。艮山の高弟の一人、山脇東洋もその一人である(注11)。

古方派と一般に称される人々の間には、尚古主義というイデオオロギーの点でも、実際の処方の運用にあたつても、さまざまな立場の相違がみられることはいうまでもないが、しかし古方派が理論を捨てて「臨床」という経験主義を何よりも尊重したことは中国医学の日本の展開の最大の特長であり、艮山の出した「一氣留滯説」もこの文脈の中でとらえることができるだろう。

<注1>

例えば『論衡』「道虚篇」には「血脉は形体の中に在り、動搖伸せざれば則ち閉塞して通ぜず。通ぜずして積聚すれば則ち病を為して死す」とあり、『呂覽』「重己篇」にも「衣不蟬熱、憚熱則理塞、理塞則氣不達」など厚衣美食は氣の脈理を壅閉し、通達を妨げる旨の記載がみられる。『素問』には「百病は氣より生ず」(挙痛論篇第三十九)とある。

<注2>

例えば艮山と同時代の貝原益軒(一六三〇～一七一四)の『養生訓』には次の如く述べられている。

人の元氣は、もとは天地万物の生ずる氣なり。是人身の根本なり。

百病は皆氣より生ずる。病とは氣病むなり。故に養生の道は氣を調うるにあり。

艮山と同時代の「後世派」の雄、香月牛山(一六五六～一七四〇)の著『牛山活套』にも同様の記載をみる。

艮山以前にも例えば沢庵(一五七三～一六四五)は『医説』の中で

諸病とも氣なり。然れども氣滞ればその滞りたる所の肉血臟腑が病むなり。

気のあつまる所が患う程に気が散れば病なきなり(諸病氣一の事)

とある。

<注3>

この言葉は吉益東洞の『東洞先生答問書』中にみられる。後藤艮山の説を述べた書の中にも「實に驗する」「實詣」などの語をみる。

<注4>

『切紙』上に「三証之外二鬱之一証有リ」として六鬱をあげている。

<注5>

『医方問余』の冒頭に「万病皆莫不生於風寒湿、細分則風寒湿三氣也。總言則只一箇寒氣耳」とある。

<注6>

『語孟字義』上・天道に「けだし天地は一元氣のみ…」とあり、形而上の「理」を認めない仁斎の立場を明らかにしている。

<注7>

艮山の医説をもっともよく伝えるとされている『師説筆記』には次の如く記されている。

凡て病の生ずる、風・寒・湿によればその気滯り、飲食によるも滯るなり、七情によるも滯るなり。皆元気の鬱滞するにより成るなり。故にその支ゆるものは大概此の如くちがえども、その相手になり滯るところは一元気なり

艮山の高弟・香川修庵述の『病因論』には『三因方』の三因の分類のうち、外傷を不内外因とすることや、七清(特に歓喜)が原因で病気になるといった記載に無理のあることを述べたあとで、「三因方」と比較しながら次の如く説明している。

若し元気の順運・充実・壯健・清爽・通暢すれば何ぞ内外の病の之れ來たらんや。苟も元気のわずかに微にして充たざれば、外の邪氣の侵あり、内の癥濁の滯あり。而る後、内外始めて種々の病患あり、外の侵襲、内も亦た患らわざること能はず。

内の鬱滞、外も亦た何ぞ違わざるを得んや。是の如くなれば則ち所因を内外に分かつといえども、所病は煩惱にあらざるはなし。元気の事、元気もとより内外なし。内外に止まらずすべて上下左右前後皆是れ一元気の通貫・透徹するところなり。

……順すれば平にして存す。逆すれば病みて込る。平と病、存と亡は惟だ=元気の順と逆のみなり。故に治療の法、元気を順するを以て至要と為す。

備後尾道の赤沢容斎は艮山の孫・後藤慕庵門下の逸材であるが、彼の残した『救弊医話』(寛政五年〈一七九三〉自序)には「一氣留滞説」に関して、艮山の子・後藤椿庵の言葉として次の如き注目すべき記載を残している。まず「一元気」について次のように説明する。

人身の一元気あり、天の元陽あるごとぎなり。天はその気を以て運行し、息まずして動くは陽と為し、静なるは陰と為す。

……人はその気を以て順環して爽(ほろ)びず。覺すれば動き、寝すれば息す。皮肉臓腑以て形を奉じ、四肢九竅以て用を適う。亘なる哉。人を以て小天地と為す。……その気を保護するは之を形と謂う。内外一貫してその形を活養するは之を氣と謂う。

形氣の二者相離れず。氣離れれば則ち形寒にして死すなり。人の体を為すなり、上下前後左右表裏、その氣の充実条暢するにあらざればなきなり。

人体を構成する「形」を「氣」の「聚」とみて、内外を自由に動きまわる「氣」を形而上学的な働きとし、氣

の運行による flexible な tention を生の姿とみるというのであろう。

統いて発病にいたるプロセスを次のように説明する。

椿庵先生曰く、その氣の纏(わずか)に虛するなり。盛實ならずして鬱するなり。舒暢せざるによつて始めて原頭なし。虛するところ虚し、鬱するところ鬱す。故に人苟しくも節養を慎まざれば則ち虛を加え、鬱を増し、將に各々自ら受け易きの患を発するなり。

先子(=艮山)嘗つて曰く、百病は一氣の留滞に生ずと。今分ちて之を言えば、則ち虛鬱の二言以てその義を蔽尽すること可なり。それ鬱は暢の反対にして抑屈なり。言わば元気抑屈して暢びざるなり。虛は実の反対にして空鬱(くうけい)なり。空の字と同じからず。

言わば元気空鬱して実せずなり。師家虛鬱の二言を以て医を学ぶ者に示す。宜しく思い致すべし。

また別のところには、

人身の病、外感内傷を問わず、皆一氣の充ざる所に在り。一氣とは乃ち元気なり。

元気果して何者ぞ。即ち人身中に寒からず、熱からず、湿せず、燥せず、自から温々として活発の勢を得る者なり。若し人殻肉を節せず、起居を慎まず、陰慮暗籌、淫湎度を過ぎ、是を以て一氣纏かに留滞するなり。上下左右表裏前後、彼は有余と為し、此は不足と為す。而してその見証もまた浅深久近軽重緩急の同じからざるのみ、疝癰血虫豕(ちゅうち)隨生し隨釀す。動ずれば轍ち終身の宿疾と為す、或るいは剩し、或るいは缺し、遂に不完の身と成る者まま之を有す。實に百病の行(みち)を啓くと謂うべし。豈に燿れざらんや。

とある。

<注8>

『東洋洛語』『艮山先生遺教解』などに、土佐の一医生に与えたと語として記されている。

<注9>

有名な「後藤家四剤」である。

『養浩堂方矩』によれば次の如く著されている。

順氣剤 一切諸病出入加減無在不可

茯苓・半夏・枳実・厚朴・生姜・甘草

潤涼剤 主虛勞消渴諸血症

茯苓・括呂根・黃芩・知母・阿膠・甘草・生姜

排毒剤 主溫疫風毒痛痺眼疾瘡腫疥癬之類

茯苓・獨活・川芎・柴胡・枳実・甘草・生姜
解毒剤 主一切緻毒

茯苓・土茯苓・忍冬・川菖・大黃・通草・甘草
また『救弊医話』には養庵(艮山)先生順氣剤は内積を主る、同排毒剤は外邪を生る、同解毒剤は淤血を主るとの記載もみられる。

<注 10 >

後藤家の傷寒論観を知る資料としては『傷風約言』『傷寒瑣言』『傷寒剔髓』『傷寒論析義』『傷寒論誌聞』などがある。「一元気留滞説」と「傷寒論観」の関係についてはそれ自体大変大きなテーマであるので別の機会に論ずることにして、ただ「一元気留滞説」中に解説された病気の「浅深・緩急・軽重・久近」が『傷寒論』の解釈に対しても重要な概念であり、「六經」を排して「浅・深・閉・脱」といった分類をしていること、及びそれぞれの病期に『傷寒論』の処方と対等に「順氣剤」を用いる機会のあることを示していることを記すにとどめる。

<注 11 >

『東洋洛語』には艮山の人格の高潔さと閨里の獲やすきものをとて治療に役立て、艾湯温泉熊胆などを巧みに医術に取り入れた功績を高く評価し「先生、時弊の華にして実を失するをにくみその術を貴ぶ」と賛えながらも

四剤の論一たび出でて古方地を払う。法言用うことなし。敏にして以てこれを求む。

そもそも先生賤伎を屑(いさぎよし)とせずして深く思はざるか。
と批判している。

(北里研究所附属東洋医学総合研究所)

④ 「一元気留滞説」と「万病一毒説」について

「一元気留滞説」と「万病一毒説」はそれぞれ後藤艮山(1659-1733)と吉益東洞(1702-1773)の医説の骨子で、江戸時代中期の古方派の代表的病因論として有名であるが、すべての病気の原因を「一元」や「一毒」に帰すという意図がどこにあるかをさぐることは古方派の医学觀をさぐる上で重要な課題であると思われる。

というのも例えば「一元気留滞説」はその名の通り「すべての病気の原因は身体をくまなく周循する気が滞ることによる」というものであるが、こうした気の流通・閉塞を以て病気を説明することは、ある意味では中国医学の伝統的疾病觀でありⁱ、わが国においてもひとり艮山のみが主張した医説ではないⁱⁱ。従って「気が滞ること

が病気の原因である」という説それ自体は別段取り立てて注目すべきものとは思われない。

またよく言われるように「一元気留滞説」と「万病一毒説」を対立する病因論として両者の相違点を論ずるⁱⁱⁱことはもちろん必要な試みであろうが、筆者はむしろ古方派のめざした医学革新運動の必然的展開として、ふたつの病因論の意味する共通のテーマに主眼をおくべきであると考える。

本稿は以上の点に留意しつつ、両者の内容と医学史的意義について若干の考察をしてみたい。

(1) 背景となること

まず艮山の医説が提出される背景について簡単にまとめておきたい。

艮山が生きた時代には、既に曲直瀬道三(1507-1595)によって築かれた李朱医学の日本的な受容や、例えば腹診書などにみる如き独自の診療法があり、「察証弁治」というすぐれた診断治療学が創られていた。また名古屋玄医(1628-1696)による古医方の重要性を説く動きも興っており、中国医学から脱皮しわが国独自の医学を構築しようとする芽は確実に育まれていた。しかし一方では、五運六氣や天人合一説、易医論などとかく思弁に傾きやすい学説もあり、わが国の医学の行方はなお混沌としていた。

病因病理論についてみると、中国においては『三因方』の内因・外因・不内外因の3つの大きな病因分類法は、金元時代はおおむね外感病と内傷病に整理され、それらが生理的因子である気・血・痰(水)へどう影響して病理的産物となるか、あるいはどの臓腑や経絡に不調和をきたすのかといった形で病理論が展開されていた。そこには陰陽五行説や薬物帰経といった論理的齊合性とは裏腹にとかく思弁に傾きやすい傾向が顕著にみられるようになっていた。

わが国ではこれを受けて、例えば曲直瀬道三は朱丹溪の气血痰鬱の論から「気血痰の三病、久しくして鬱を兼ね、或るいは鬱久しくして気血痰病を生ず」^{iv}と述べて解鬱剤、例えば香蘇散を愛用し、また名古屋玄医は喻昌の学説を受けて「百病はすべて風寒湿氣より生ずるが、これを総括すれば寒氣の一に帰する」^vと言い、寒気に傷られないあめには防禦因子としての衛氣を強くすることが必要であるとして桂枝湯類を繁用するなど、中国医学の病因病理論から、独自の医論を展開する動きをみることができる。そしてその方向がひとつは複雑な論理の簡略化であり、もうひとつは自家経験をふまえた「治療」に主眼をおいた医説の提出であるという点に注意し

たい。

艮山の医説がこうした諸論の上に立って論じられたことはいうまでもなく、防禦因子としての衛氣を拡大して「一元気」とし、気血痰の鬱のうち「気」に特に注目して「一氣留滞説」となっていったと考えられる。

(2) 「一氣留滞説」

艮山には自らの著作はないとされているので弟子達に伝授された艮山の医説から「一氣留滞説」の内容をまとめてみると次のようになる。

- ①生体がくまなく周循する一元気に滞りがなければ内外の病気があっても発病因子になることはない。つまり一元気とは生体の防禦因子である^{vi}。
 - ②ところがその一元気が飲食の不節制や思慮鬱抑がtriggerとなって留滞すると、ある所は元気が鬱し、ある所は元気が虚す。元気が鬱するとやがて内傷病となり、元気の虚にはその不足に乗じて外邪が進入して外感病となる。
 - ③臨床的にさまざまな姿をみせる見証としての病態の相違とは、元気の鬱する部位(浅・深)、あるいは外邪の客する部位の相違、病勢の軽重・緩急に帰することができる^{viii}。
 - ④『師説筆記』の言葉を借りれば、「薬は皆毒で飲まないに越したことはない。臨床的結論として多くの病人は皆、気の鬱滞が原因であって病態の精義は無用である。道三の「香蘇散」も気のめぐりをよくするために用いられた由だが、わが「順氣剤」(茯苓・半夏・厚朴・枳実・生姜・甘草)こそ治療効果が最も高い。」^{ix}
- などである。

「一氣留滞説」の意義は次の二点にある。ひとつは『師説筆記』に

宋明諸家の陰陽旺相・臟腑分配区々の弁に惑わず、百病は一氣の留滞に生ずることを知らば則ち思い半ばに過ぎん

に明らかな如く、『内經』に基づく陰陽五行・臟腑配当の説を「思弁」として斥け、これを言わぬために中国医学に伝統的な「気」の流通・閉塞といった「全体觀」^xに立つ病因論を提出したことにある。その意味では病因の穿鑿を保留するための病因論であり、例えば名古屋玄医が病因を寒気の一に帰し、艮山に続く吉益東洞が病因を一毒に帰すのも同様の意図とみられる。

ただ陰陽五行説に基づく「臟腑」や「経絡」による病態の説明を思弁として排すのはよいとして、そのあとで古方派がこれに替わる理論を何に求めようとしたのか、

そこに問題がある。すべての病気の原因が気の滞りによるというのは千変万化する病態について実は何も説明していないに等しい。そこに「一氣留滞説」という発生病理(pathogenesis)の苦心があり、気の滞りや外邪の進入に対し「浅深・久近・緩急・軽重」という「分類」を導入して病態を説明しようとする。そこには「病邪の存在部位」を見定めようとする理論への傾斜が窺えまい。

この点に関して例えれば『医事傍観』^{xii}(1718)には気がどこに滞るかを問題にして

／衛→發疹

外

＼榮→膿(座瘤)

／腹内→瘍

内

＼腸外・臟腑の間→塊

などに分類している。また艮山が「獺(かわうそ)」を解剖した動機が、紅毛外科医の手技をみたてめで、獺を解剖したところ豆腐の糟のようなものがあり、これが積塊であると判断した云々の記載がみられ興味がある。艮山にみられるこの進取の態度は、そのまま山脇東洋(1705-1762)の『藏志』に連なり古方派の「実証主義」のひとつの方向を決定づけたことはいうまでもない。

「一氣留滞説」のもうひとつの意義は、この医説の力点が中国医学に伝統的な気の留滞に病因を求めたことの正しさを主張したのではなく、「順氣剤」入手しやすい生薬の配合によって創製し「温泉」「灸」「熊(くま)胆(めい)」「蕃椒(とうがらし)」といった民間療法とあいまって治療の実をあげたという、「治療」から導かれた病因論であるという点である。そこには「思弁を排する」という古方派の精神が、思弁を排したあとで求めたものが「理論」ではなく「治療」という実践にあり、実際に効果のある処方を追求するという功利主義への移行してゆくのをみることができる。これも古方派の「経験主義的実証主義」のひとつの方向であろう。

(3) 「一氣留滞説」から「万病一毒説」へ

ところで「思弁を排する」という古方派の精神が徹底した形であらわれると、前述した艮山の発生病理自体もまた思弁として排されるのは当然の帰結であろう。

吉益東洞が「目に見えぬものは言わぬ」^{xiii}といい、「病気に原因がないとは言わないが想像がまじるから言わぬ」(12)といって、病因をいわぬためにすべて「一毒」という「実体のあるもの」から病気の話を始めようとしたのはこうした文脈の中にある。そして「もしあえて病因をいうならば、それは外邪と飲食だが、口より入るも

のは飲食以外ない。飲食が留滞すれば毒となる。」(12)といい、「毒は形があるが積氣は形がない。従って積氣とは言わざ毒という」^{xiii}の発言には「万病一毒説」が「一氣留滞説」の中にある「思弁」を排するという形で提出されたものであることが如実にあらわれている。

東洞の「万病一毒説」の要旨は次の点にある。

- ①治療者(「疾医」)の考るべきことは病気の原因をあれこれ憶測することではなく「治す」ことである^{xiv}。
 - ②病気を治すためには、病因も病名も無用であり、唯「目標」があれば充分である。その「目標」を「毒」と名づける。(12)
 - ③「毒」あ後天的に体内に生じたものであり、多くは「腹中」にあるから「腹診」によって手に触れる「実体」として把握できる。「毒」があることが病気ではなく、「毒が動く」ことによって発病する^{xv}。
 - ④「見証」としてのさまざまな病態の相違は「毒」の「存在部位」の相違である。(15)
 - ⑤「毒」の「存在部位」によって「処方」が決まる。「処方」が目標に命中したかどうかは「瞑眩」によって知ることができる^{xvi}。
 - ⑥体内に「毒」がなければ外邪があっても発病することはない。従って「毒」が動かぬうちに排除すれば未病を治すことにもなる^{xvii}。
- などである。

漢方医学の歴史の中でもとりわけラディカルな東洞の医説は、細かく検討すれば誰でもさまざまな論理の矛盾を指摘せざるにはおれないであろう。

例えば「腹中」の読破あるいはすべて手に触れる事ができるかもしれないが、胸部や頭部の「毒」はどうやってその処剤を見極めるというのか、また「毒」のない体とはどんな体か、「毒」は本当に一種類なのか。

「毒」はどんな形で排されるのか、などである。

こした点については東洞の弟子もいろいろな疑問を提出しており『医事或問』にもさまざまな論議がみられるが、ここではそうした論議には加わらず、東洞の医説の医学史的位置づけについて考えてみたい。

(4) 「万病一毒説」の意義

問われるべき点とは、中国医学の日本の展開にあたり、『内經』に基づく陰陽五行説や臟腑配当を「思弁」として斥けたあとで、何に依拠して医学の土台を築きなおすかということである。

「古方派」に共通した基盤は、それを「臨床」に求めたということで、『内經』による体系化された理論の「演繹的」説明を捨て、「親試実験」^{xviii}によって「帰納的」

に新しい体系を導こうとしたことは前述した通りである。

艮山にとっては、この試みはひとつの「順氣」という実詣からの結論であり、もうひとつは「解剖学」への理論的傾斜となって敷衍されていく。

東洞にとって、この試みは「治療学」の完成に終始した。「順氣」と同様「万病一毒説」も「峻下・解毒」といった臨床から導かれた東洞の結論であった。しかし東洞にとっては「治す」ことだけが主眼であり、従って「毒」の実体が何でどこにどのような形で存在するのかは、治療の何の役にも立たぬとする東洞にとって、「万病一毒説」が「解剖学」へと移行する必然性は生じなかつた。そして、外にあらわれる症状としての「見証」と「腹診」から、「処方」と「証」を相対させることによって「治療学」を完成させようとした。

そうであるならば、その「目標」としての「毒」とはひょっとしたら、あの古方派が排そうと試みた「思弁」にすぎはしないか。

そこで東洞にとって「毒」とはいったい何なのか、もう少し突込んで考えてみたい。

古典において、薬草を「毒」とみる概念は一般的で、艮山も東洞も「薬はみな毒」という立場をとっている。また『諸病源候論』や『金匱要略』にみる如く、皮膚疾患に「陽毒」「陰毒」といった言葉を用いることはある。しかし体内に生じた「病変」を「毒」と呼び、「必ず排されねばならぬもの」として「命名」したのは東洞がはじめてであろう。

東洞は「毒」という言葉を『呂氏春秋』から引用したと述べているが、例えば「畢数篇」に「形不動則精不流、精不流則氣鬱」の句はあっても「毒」の字はみあたらぬ。『古書医言』の注で「気は鬱すべきにあらず、精流れざれば則ち鬱して毒をなし、毒あれば則ち気行らざるなり」とあるので「毒」は東洞の「命名」であることがわかる。

筆者はこうした東洞の「言葉」の使い方には厳密な意図があるにちがいないと考え検討したところ次に示すような『荀子』を読むと、東洞の「天命説」が『荀子』に依っていることが明確に読みとれ、「疾医の道を悟るにいたつた」とさえ述べているが、荀子の合理精神にはふたつの特徴があるとされている。

ひとつは東洞が引用した「天命論」で、「天の役割」と「人間の役割」を分け、人間のなすべきことに全力をつくせという理論である。もうひとつは「解蔽」「正名」の偏にみられる「論理学」である。他の学派の思想をきわめ

てラディカルに排撃する荀子の論理学の特徴は「言葉」と「実体」を正しく結合させるべく「名を正す」ところにある。

「正名篇」の一篇に次の文章をみる^{xix}。

姿が同じでも存在する場所が別々であれば、たとえ同一の名称で呼ばれようとも実体は別々である。

姿が変わっただけで実体が分かれたのでなければ、たとえ異なった名称で呼ばれようと同一物が変化したのである。

変化はしても実体はひとつである。

こうして相手の用語をそっくり使って、その用語に新しい概念をもりこむといったことをたくみにやってのけた「荀子」の論理こそ東洞の「毒」の思想的基盤ではなかろうか。

事実こうした「言葉」に対する厳密な態度は、例えば「毒」が「有る」ではなく「在る」のだといって、「有」と「在」の相違を論ずるなどといった点にも、その一端をうかがうことができる^{xx}。

またこうした「言葉」に対する厳密な態度は、仁斎・徂徠・宣長という系譜に共通した「古典の解釈をその言語から出発させる方法」^{xxi}に根ざしていることも忘れてはならないだろう。

そうであならば、いよいよ問題とせねばならぬのは、東洞にとって「毒」とは正しくは何を意味するのかという点である。

思うに、その「毒」とは「邪氣」や「積氣」といったなにげなく使われてきた「実体のない言語」に対する東洞の厳格な反論であり、本来病むはずのない生命体に「対立する実体」として独立する存在を示す名称であろう。『素問』の「邪の湊まる所、正氣虚す」を受けて「毒はあっても正気は虚さない」といい^{xxii}、「毒が動くと病気になる」というのをみると、東洞の「毒」は例えバラケルズにみられるような「存在論」的な病理館に一脈通ずるように思われる^{xxiii}。

そこには「病気」を「毒」と「生体」のきわめて生物学的な闘争とみる視点があり、「毒」に対し「毒」である薬物を命中させ、瞑眩という形でその効果を実証しようとした東洞の鋭い洞察をうかがい知ることができよう。

東洞は「補氣・補養・補益」といった、いわば「間接的」な治療を嫌った。それに替わる東洞の治療学とは『傷寒論』→『類聚方』→『薬徵』という思考方法に如実に示されるように「毒の所在」もしくはその「体表への投影」

としての「証」と、それに一对一に対応する、いわば「魔法の弾丸」(Zauberkugel)としての「薬物」の同定であったとみることができるだろう。

もっとも「補益」という「間接的な治療」は在る意味では東洋医学のもとも本質的な治療とみるべきふしもあり、「自然治癒力」の補助とみれば、ヒポクラテスの「自然(ピュシス)」から今日にまで連なる医の本質であるだろう。そうであるならば、東洞の「天命論」を基礎にした攻撃的な治療が、この「自然治癒力」とどう関わるのかという重体な問題を指摘しうる。

この問題については、後世派の「補法」と、病気を「積氣」とみた艮山の「順氣」と、「異物」とみた東洞の「排毒」を併せて考える必要があるが、紙面の都合もあり、別の機会にまた詳細に論じたいと思う。

よく比較される如く、艮山の「順氣」と東洞の「解毒」について、その相違点をやはり思想的基盤に求めるならば、艮山の「一氣」は伊藤仁斎の「天地の間は一元気のみ」(『語孟字義』)や「天地は一大活物」(『童子問』)にみられる「元氣」であって、「五臓の氣」「五運六氣」「衛氣・營氣」といった修飾された後世の「氣」ではなく、例え孟子の「氣は體の充なり」にみる如き「氣」であろうと思われる。

また艮山が「補氣」を認めず「順氣」を治療の本質としたのも、仁斎の「存在は必ず運動し、運動するものみが存在する」という「生々として已まざる」「一元氣」論に根ざすもので、東洞との治療法の相違については、ここではこの一点のみ指摘しておく。

こうした点を鑑みると、古方派が『内經』理論を否定したあとで求めた異論の思想的基盤がまさしく「尚古主義」の表白として『内經』以前にまで溯って「聖人」の道に依拠しようとしたことが読みとれる。

そうした点をふまえて彼らが何故『傷寒論』を重視するに至ったのか、あるいはその『傷寒論』と『一氣留滯説』や『万病一毒説』はどう関わり合うのかといった重要な問題があるのだが、これもそれ自体大変大きなテーマであるので、別の機会に論じたいと思う。

D. 結論

従来、ともすれば「一氣留滯説」と「万病一毒説」は全く別々の病理観に立つ異説として理解されがちであった。

筆者はその点に疑問をもち、医学史の必然的な流れとして両者を縦に連ねて論ずべきであると考え、「万病一毒説」を「一氣留滯説」の発展としてとらえようと試みた。

またこれらの医説がめざす中国医学の日本の展開の共通性と相違点について論じ、また彼らの依つて立つ思想的基盤について若干の考究を試みた。

古方派の「経験主義的実証主義」は『内經』の理論を「思弁」として排したあとで大きくふたつの流れをみせる。

ひとつは、人体解剖に象徴される「蘭学」への接近であり、「西洋医学」を受容する器が「古方派」の中に醸成していたことが理解される。

もうひとつは「思弁の理」を「理に定準なし」^{xxiv}と排しながらも「疾に定証あり」として、形態学から出発せず「処方の学」としての完成を夢みた東洞の試みである。

東洞の「毒」は南涯に於いては既に「陰陽の偏勝」として無形の存在に集成され「氣血水論」となって伝統的な病因病理論に接近し、後世派の「補法」主体の処方論と古方派の「瀉法」主体の処方論も折衷されて、理論的な相剋ではなくに処方の運用の妙を求めて「口訣」として蓄積されていく。

こうした経験の蓄積をどのように「体系化」し、科学の土俵に載せるかおいう問題は、今に連なる重要な課題として残されているように思われる。

そして、その場合、医学が「科学的に客観化される」ということの是非について、さまざまな難問の山積されていることも識者の等しく指摘するところである。

「目に見えるものはいわぬ」とした東洞の剛毅が一方で、なぜ「形態学」から出発する医学に対し「治療に役立たぬ」ときわめて冷淡でありえたのか、については実は深く考えねばならぬ重要な論点が隠されているように思えてならない。

前述の通り、東洞の依つて立つ思想的基盤は「荀子」に代表される如き「尚古主義」であった。そして彼の「天命説」に代表される如く、東洞の医論の骨子とは「目にみえるもの」(Physik)と「目にみえないもの」(Metaphysik)を峻別する「不可知論」にあるといわれているが、それが例えば「科学の進歩」によって漸時、解消されるべき「不可知論」であるのか、そうではなくて「天」と「人」のあいだに決して埋められるはずのない溝として厳として存在する「不可知論」なのであるのか。

筆者は東洞の立場は後者であると考えている。東洞の治療学が『傷寒論』→『類聚方』→『薬徵』というプロセスを経たあとで、例えば大塚先生の言われるよう「当時の薬物治療の最小単位は生薬であったから、この段階で東洞の仕事は完了したが、もし生薬中の成分が単離される時代に東洞が生きていたら、当然ミクロへ、ミクロへと進んだであろうことは想像にかたくない」^{xxv}とい

う論理に筆者は同感しない。

一方で、手にとってつかむことのできるものだけを問題にした東洞は、しかし「天」と「人」の「分」に対し厳密にその役割を分け「分析主義」や「形態学」によって「生と死の理法」や「病理」を可知することを決して受け入れなかつたと思うのである。

そうであるならば、彼の唱えた「天命論」や「方証相対」は「漢方の現代的意義」を考える上で、まだまだ議論されねばならぬ問題が山積みしているように筆者には思われてならない。

附記

本稿の作成に際しては、北里研究所副所長の大塚恭男先生、併びに北里研究所医史学研究室客員研究員の丸山敏秋先生に多くの御教示をいただいた。深く感謝の意を表したい。

大塚先生は東洞の一毒について今日的な表現を敢えてあてはめるならば、「degeneration」というような概念を用いて説明したらどうだろうかと指摘して下さった。参考のために記しておく。

また東洞の「毒」について山本巖氏は、例えば「梅毒」のような具体的な疾病から導かれた概念である

文献

i 例えば『論衡』「道虚篇」には「血脉は形体の中に在り・動搖伸せざれば則ち閉塞して通ぜず。通ぜずして積聚すれば則ち病を為して死す」とある。『呂覽』「重己篇」にも厚衣美食は気の脈理を壅閉し通達を妨げる云々の記載をみる。『素問』には例えば「舉痛論」に「百病は氣より生ず」とある。

ii 例えば艮山と同時代の貝原益軒(一六三〇～一七一四)の『養生訓』には次の如く述べられている。
人の元気はもと是れ天地万物の生ずる氣なり、是入身の根本なり。

百病は皆氣より生ずる。病とは氣病むなり。故に養生の道は氣を調うるにあり。

また艮山と同時代の「後世派」の雄・香月牛山(十六五六～一七四〇)の『牛山活套』にも同様の記載をみる。

艮山以前にも例えば沢庵(一五七三～一六四五)の『医説』「諸病気一の事」には

諸病とも氣なり。然れども氣滞ればその滞りたる所の肉血臓腑が病むなり。

気の聚まる所が患う程に気が散れば病なきなり。
とある。

iii 例えば『明治前日本医学史』第三巻五三ページには「一氣留滞説」は西洋に於いていう精氣論者 Vitalism に通する、とあり、大塚恭男先生は「一氣留滞説」から「万病一毒説」への歴史的展開を考慮された上で、その相違点を「液体病理学的思考」と「固体病理学的思考」(例えば『日中傷寒論シンポジウム記念論集』"中医臨床 vol3")あるいは「東洞にあっては毒は毒薬を以て、これを攻めて除かねばならないのに対し、艮山にあっては、順氣剤を用いて、気の循環を正常化することが治療の原則」や「東洞は外因性の因子である毒を、艮山は内因性の因子である気をその理論の基底においている」(『日本東洋医学会誌第25巻第4号』)と述べおられる。

iv 『切紙』に「三証之外二鬱之一証有り」としてこれを記す。

v 『医方問余』の冒頭にみる。

vi 『師説筆記』に

凡病ノ生ズル風、寒、湿ニヨレバ其氣滯り、飲食ニヨルモ滯也。七情ニヨルモ滯也。

皆元氣鬱滯スルヨリ成ル也。故其ササユルモノハ大概如此チガヘドモ、其相手ニナリ

滯トコロハ一元氣ナリ

とある。

vii 香川修庵述『病因論』や赤沢容斎著『救弊医話』中にみる。例えば『病因論』には

若シ元氣ノ順運・充実・壯健・清爽・通暢スレバ何ゾ内外ノ病ノ之來タランヤ。

苟モ元氣ノ纔ニシテ充タザレバ、外ノ邪氣ノ侵アリ。内ノ癪濁ノ滯アリ。

而ル後、内外初メテ種々ノ病患アリ。外ノ侵襲、内モ亦患ハザル事能ハズ。

内ノ鬱滯、外モ亦何ゾ逮ハザルヲ得ンヤ。是ノ如クナレバ則チ所因ヲ内外ニ分カツト

イエドモ、所病ハ煩惱ニアラザルハナシ。

など『三因方』と比較しながら説明する。『救弊医話』には

椿庵(艮山の子)先生曰ク、ソノ氣纔ニ虚スルナリ。盛実ナラズシテ鬱スルナリ。

舒暢セザルニヨッテ始メテ原頭ナシ。虚スルトコロ虚シ、鬱スルトコロ鬱ス。

故二人苟シクモ節養ヲ慎マザレバ則チ虚ヲ加ヘ鬱ヲ増シ、将ニ各々自ラ受ケ易キ

患ヲ發スルナリ。先子(艮子)嘗テ日ク、百病ハ一氣ノ留滞ニ生ズト。

今分チテ之ヲ言ヘバ、則チ虛鬱ノニ言以テソノ義ヲ

蔽尽スルコト可ナリ。……

若シ人穀肉ヲ節セズ、起居ヲ慎マズ、陰慮暗籌潺澑度ヲ過ギ、是ヲ以テ一氣纔ニ

留滯スルナリ、上下左右表裏前後、彼(内傷病)ハ有余トナシ、此(外感病)ハ不足トナス

……

とある。

viii 『救弊医話』に前述に続いて

而シテソノ見証モマタ浅深久近輕重緩急ノ同ジカラザルノミ

とある。

ix 『師説筆記』中にみる

x 「→氣留滞説」が「三陰三陽」や「經絡」「表裏」を言わぬために提出されたものであることは『傷風約言』や香川修庵の論述(例えば『五復田辺南甫書』)にみえる。

xi 三宅石庵(萬年散人)の著で次の如く記されている。

昔日豊臣氏官媼、大患積塊自奈何。使紅夷善医者治之。其医先以藥服之、然復後以刀

斷開腹皮、乃以金篦削剥其塊屑、皆紫黑屑也。劍落既尽、於是縫皮促之、攤葉蓋之、

及瘡則氣体輕快、宛如少壯之日云。屢聞紅夷治疾若華佗之為然。

聞其紫屑則積之有因瘀者可知。医嘗鮮懶取肝、視其腔中、藏府如數、忽見有物。

附有脾後剝而探內、則屑々然如豆腐糟、蓋積塊云。見其白糟、則積之有困瘀者又可知。

内謂腔内也、非謂腹内也。塊在腸外藏府之間、腸内則有成瘍、不有成塊矣。

所謂外者有榮衛之分焉。唯在衛者為能成瘍。如在榮者、久必發瘍、故不結瘍。

腸内不成積何也、日腸冒之為内也。水穀常導焉、湯藥時条焉、化物下去肛門、

不化上出脫口。雖有疮瘍、未必持久、况遑成之塊乎。

xii 『医断』『病因』、『医事或問』にみえる。

xiii 『医事或問』卷下に

毒は形ある物なり。故に積毒とはいふべし。積氣とは言ふべからず。

とある。

xiv 『医事或問』卷上に

「医者は唯病毒を去って、人の疾苦を救う事なり」

「医者の主る所は疾也」

などである。

xv 『医事或問』卷下に

「扁鵲曰く、病應見于大表。是大表に在りといわず

大表にあらはるといふ時は、
則ち腹中に一毒ある事を知るべし。」
「腹を按じて毒のつく所を候ひ、その毒の形状見る
ゆえ憶見にあらず。」
「其毒動きて万病を発す。
頭にありては頭痛をなし、腰にありては腰痛をなし、
足にありては痺躰をなす。」
などである。

xvi 『医事或問』卷上

相応の薬はかならず毒にあたり瞑眩して病治す。

xvii 『医事或問』卷下

其静りである時、病毒を取り去らば百病を発する事
なし。是を未だ病ざるを治するといふらん

xviii この言葉は『東洞先生答問書』中に「是余四十年來，
所親試実驗也」とあるのに基づくと思われる。後藤
家の書にも「實に驗する」「實詣」などの同意の語は
みるが「親試実驗」の語はみあたらないと思われる。

xix 状同而為異所者、雖可合、謂之二実

状変而實無別而為異者、謂之化
有化而無別、謂之一實

xx 大塚先生藏書中にある『病毒所在論』(謙斎先生論門
之語)に

病毒之所在転變者也。起於此者進至干彼、生於彼者、
終至干此。故不日所有而日所在

也。在也。有也。以譬諭之、山有鳥、日鳥在山。山
常有者也。鳥非常有者。如以山為

主、則日山有鳥。有字對無字、有与不有之義自存其
中。以鳥為主、則日鳥在山。

鳥者在彼、在此、無定所者也。故不日有而在也。

とある。

xxi 『仁斎・徂徠・宣長』(吉川幸次郎 岩波書店)中に
仁斎・徂徠・宣長という系譜は、少なくとも大変顯
著な二つの点でつらなっている。

第一は宋儒への反発である。あるいは空泛な理論
によって複雑な現実を処理しようとする哲学の無知・
非良心、それへの反発である。第二は古典の解釈を
その言葉から出発させる方法である。
とある。

xxii 『古書医言』「内經」の注にみる

xxiii ここで西洋病理学の用語が登場するのは、いかに
も唐突であるが、筆者は東洞の意図が川喜田愛郎先生
の『近代医学の史的基盤』上・「パラケルズスにお
ける医学と医術の問題」に述べられている「パラケ
ルズスの存在論的病理観」及び彼の求めた「特効薬」
といった「実体論的な思考方法」に一脈通ずるので
はないかと考えたのである。

xxiv 『医断』「理」に「夫理無定準、疾有定証、豈可以
無定準之理、臨有定証之疾哉。」とある。これが荻生
徂徠の「理は定準なきもの」(『弁名』)からきている
ことは明らかであろう。

xxv 村上陽一郎編『知の革命史』第六卷、『医学思想と
人間』の89ページ参照。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 花輪壽彦：名古屋玄医について、漢方医学書集成
102卷、名著出版、pp.7-84、1984
- 2) 花輪壽彦：一氣留滯説と万病一毒説、漢方の臨床30：
593-603、1983
- 3) 花輪壽彦：後藤良山の一氣留滯説について、矢数道明
先生喜寿記念文集、医聖社、pp.563-571、1983
- 4) 花輪壽彦：漢方の歴史③④、BIOmedica 6(NO.3～4),
1991

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

**厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書**

アジアにおける伝統医学（伝統医療）の比較に関する研究

研究分担者　　日置　智津子　　東海大学医学部　東洋医学講座

研究要旨 2010年に引き続き、日本伝統医療を遂行して健康推進を担う医療人を多く育成するため使用される、漢方標準のスタンダードライン決定のための参考資料作りを念頭に置き、韓国や台湾、日本の伝統医療について、国民の目線で調査を行った。台湾の伝統医療については、管理する行政・教育・地域医療を担う薬剤師について調査する一方、韓国からの留学生や、日本については、漢方薬を購入した国民、薬剤師や漢方市民講座に出席した人を対象にアンケート調査をおこなった。結果、台湾においては伝統医療が全医療福祉に占める割合は高く、伝統医薬継承は根付きやすいと考えられた。伝統医療を担う人材育成に向けた試行、教育制度などは、近代医療を意識して考案されており、日本と共通した視点が多く、今後の参考になると考えられた。韓医学における医療の有体は、国民にとって文化的価値がある特別な医療であると推察された。日本が地域医療において、漢方を活用するために補足すべきものは何か、特に薬剤師の立場から考えた。今後、さらなる調査と検討により、具体案が明確になってくる。

A. 研究目的

急速な経済発展が著しいアジアにおける伝統医学教育や、伝統医療の状況について情報を得、現状を調査し展望を読む。日本の地域医療における漢方医療を展望して、医療人育成に向けた漢方教育スタンダードラインや、具現案を検討する。

日時：2011年7月18日（月）

場所：京都薬科大学

協力：臨床漢方薬理研究会

参加者：薬剤師・医師・鍼灸師・研究者・中医師
学生

B. 研究方法

7月、薬剤師や医師、大学教員、研究者を対象にシンポジウムを開催した。視察後報告を行った後、「アジアにおける伝統医学の展望」について、台湾のシンポジストの基調講演が行われ、参加者とシンポジスト（薬剤師・医師・鍼灸師・研究者・中医師）で意見交換をした。

9月、国立中国医薬研究所、台北医学大学薬学院　台中文化国際研究所を訪問調査し、中国医薬大学、高雄医学大学薬学院から資料提供および質疑、台湾生薬学会会員および開業薬剤師との情報交換を行った。以下にプログラムを記す。

第2回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会

課題「アジアにおける伝統医学の展望Ⅱ」

表1

発表者・所属	演題
東海大学医学部 東洋医学講座 准教授 新井信	「日本伝統医学の標準化への取り組み」
ニプロファーマ 顧問 武田立守	「薬物療法における薬剤師の役割」
台北医学大学薬学院 臨床薬学科 副教授 陳世銘	「台湾の伝統医療における薬剤師の役割と薬学教育」
京都薬科大学 生薬学分野 教授 吉川雅之	「漢方薬学構築に向けた取り組み」
東海大学医学部 東洋医学講座 講師 日置智津子	「アジアの伝統医療状況から鑑みた日本伝統医療システムの展望」
東海大学付属大磯病院 鍼灸師 高士将典	「日本鍼灸の特徴　中国・韓国と比較して」

3種のアンケートによる調査を行った。1, 韓国人留学生の韓医学に対する意識と経験の調査と、2, 三重県薬剤師会の協力による漢方薬を購入した国民に対する調査、さらに、3, 薬剤師と漢方薬に興味をもつ非医療従事者を対象にした調査である。

疫学調査に関する倫理指針に従って行われた。回答者を特定できないようにした。すべて匿名であり、個人情報は質問項目に含まれない。

C. 研究結果

調査 1

【方法】

漢方学習会に参加した市民 118 名を対象に、アンケート調査を行い、薬剤師と薬剤師でない市民の漢方薬に対する意識を比較した。

【結果および考察】

「知っている漢方薬の名前」を質問すると、漢方薬の名前を 1 個以上書いた人は、薬剤師でない人が 18 人、薬剤師は 47 人であった。

調査対象者を薬剤師（1群：57名 うち男性 23名、女性 34名、平均年齢それぞれ 54.0 歳、54.1 歳）と薬剤師でない人（2群：61名 うち男性 17名、女性 44名、平均年齢それぞれ 55.3 歳、53.7 歳）に分類し、両群間における差を、マンホイットニー検定を用いて調べた。漢方薬に対する服用経験、味に関する質問を行った。有意水準は 0.05 % 以下とした。その結果、薬剤師と薬剤師でない人の群間において、経験 ($p = 0.001$)、匂い ($p = 0.002$)、味 ($p = 0.005$) についての質問では、いずれにも有意差が認められた。しかし健康管理と漢方薬の活用についての項目では、両群間で差は認められなかった。

また、およそ 60 % の人が、職域に関係なく、今以上に自己健康管理が必要であると考えていた。職域を問わず、96.6 % の人が漢方薬を活用した健康管理を希望した。特に薬剤師でない人は漢方薬を使うにあたり、相談者を求めていた。薬の専門家である薬剤師もおよそ半数が相談者を必要としており、この点は漢方薬が使えるようになる実践的教育が、今後の薬学教育に取り入れられるべきと考えられた。漢方製剤が市民生活の中に普及する兆しが見えた。

表 1～3、図 1～4 は、論文 1) から引用した。

表 2

対象（年齢）	
調査 1	薬剤師・非医療従事者 ¹⁾ (20歳代～60歳代) ¹⁾ 市民公開講座参加者
調査 2	韓国人留学生 (10歳代～20歳代)
調査 3	薬局における漢方薬購入者 ²⁾ (10歳代～70歳代以上) ²⁾ 三重県における薬局来局者

表 3 知っている漢方薬の名前

回答した人数(人)	薬剤師でない(61人) 回答率(%)	薬剤師(57人) 回答率(%)
葛根湯	12	19.7
小青竜湯	5	8.2
防風通聖散	4	6.6
八味地黄丸	4	6.6
当帰芍薬散	4	6.6
五苓散	3	4.9
補中益気湯	2	3.3
抑肝散	2	3.3
麻黃湯	0	0
桂枝湯	0	0
芍薬甘草湯	0	0
桃核承氣湯	0	0
半夏厚朴湯	0	0
鈞藤散	0	0
		47.4
		14.0
		1.8
		14.0
		7.0
		3.5
		7.0
		0
		15.8
		12.3
		7.0
		5.3
		3.5
		3.5

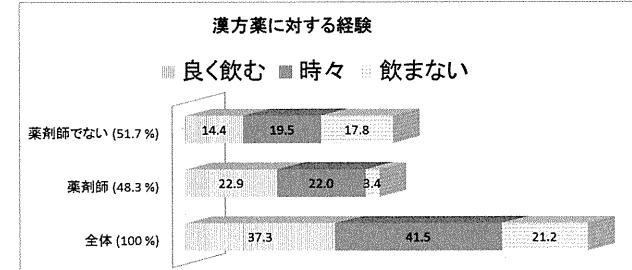


図 1

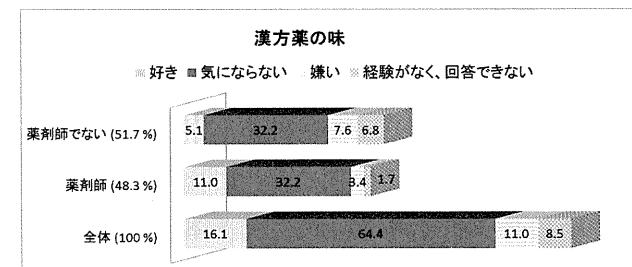


図 2

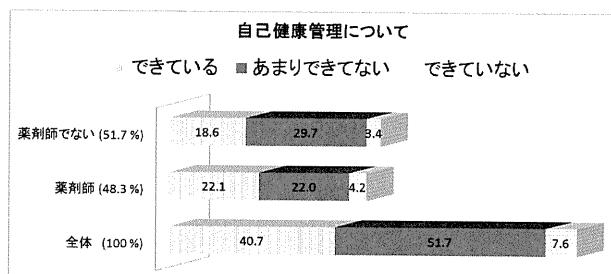


図 3

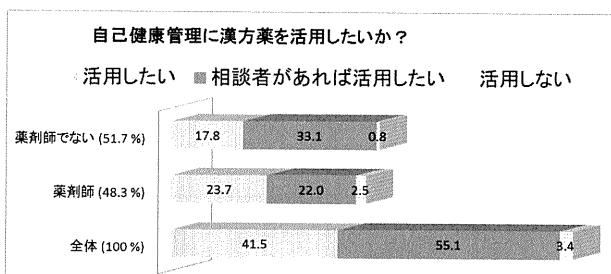


図 4

調査2

【方法】

調査対象は、日本文化と日本語研修を目的に、日本に留学した韓国人文化系大学の学生 58 名(男 8 名、女 50 名)で、年齢は 10 歳代(2 名)、20 歳代(56 名)。質問内容をハングル語に翻訳し、無記名で回答を求めた。

調査においては、疫学調査に関する倫理指針に従った。アンケートはすべて匿名であり、個人情報は質問項目に含まれない。

【結果および考察】

図 5 に見られるように、韓医学を知っている人は 22.4 %、中医学の場合は 0 %で、日本の伝統医学「漢方」を知っていると回答した人は 12.0 %であった。漢方を知っているが韓国の伝統医学は知らない人は 5.3 %であった。回答者の 62.0 %が、自国の伝統医療の経験がなく、38.0 %が経験していることを示した。

風邪の引き始めの症状や、軽い腹痛など、日常的に経験する、体調不良に対する対応の仕方について尋ねた。表 4 に見られるように、50.0 %が特に対処せず、治るのを待つ、24.1 %が西洋医にかかり、20.7 %は西洋薬を購入するなど、結果、44.8 %は西洋医療を活用していた。伝統医療を活用していたのは 5.1 %であった。

経験者を 1 群、経験のない人を 2 群とし、自国(韓国)の伝統医学に対する考え方について検討した。1 群は 2 群と比較して「韓医学を知らない」と回答した人の割合は少なく、韓医学が自国特有の医療、健康増進に適してお

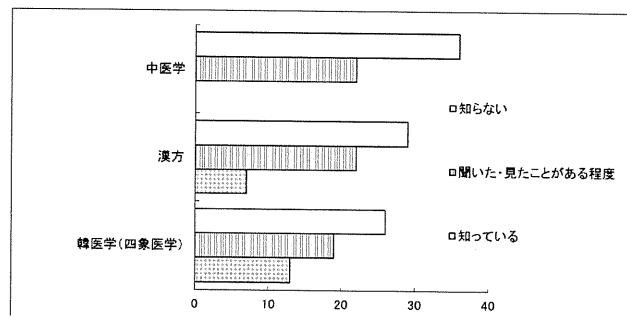


図 5 韓医学・漢方・中医学は知っているか？

横軸の単位は(人)である

表4 風邪や軽い腹痛などの対処方法

質問項目	(%)
市販の西洋薬を薬剤師に相談して貰う	20.7
西洋医にかかる	24.1
韓医にかかる	3.4
薬草などを購入して煎じて飲む	1.7
特に何もせず、治るのを待つ	50

り(73.2 %)、世界に広めたい(73.2 %)、国民に活用されている(73.2 %)と考える割合が高い。治療費については、実際に経験がある 1 群では、高いという回答が多いという回答より、わずかに上回っていたが、経験のない 2 群では安いという人が多いという人の 1.5 倍であった。1 群のうち、2 名の回答者が、治療経費や韓薬価格が高いことにより、韓国人の多くは受診しないと記した。韓国の場合、国民は、伝統医療は身近な医療で、健康増進に良いと思っているが、保険適用がないので、経済的理由により活用が難いという状況が推察できた。韓薬には保険がきかない、鍼灸の技術には保険が適用されると説明を受けたが、この事実を韓国国民は正面から受けとめている。

地域医療に根差した伝統医療の有体とは異なり、伝統医療は国民にとって、文化的価値がある特別な医療であると考えられた。

調査3

【方法】

三重県薬剤師会の協力を得て、県内の薬局で漢方薬の購入者を対象に調査をした。

【結果および考察】

表に示した数字は人数である。

漢方薬を使用する人は、女性が多く、20 歳代から飲んでいた。漢方薬に対する情報や知識を得る手段には、新聞や雑誌、テレビなどのマスメディアの影響が、かな

り大きいことがわかる。また、今回の調査対象は、医師の処方による、医療用漢方薬服用者も含まれていることから、漢方薬を飲みたくないと回答する例は、このケースで、自ら購入した例ではないと考えられた。

一般用以上に医療用および漢方エキス製剤の生産額は増加しており、活用は伸びている。この現状は、漢方薬の科学的根拠の積み重ねの結果であり、西洋薬と同様に、主に医療保険の下で頻用されていることが日本の漢方に特徴といつても過言ではない。そして、国民の漢方薬に対する期待は決して低いものではなく、漢方を活用して健康管理をしたいと考えている人は、今後、増えると類推された。

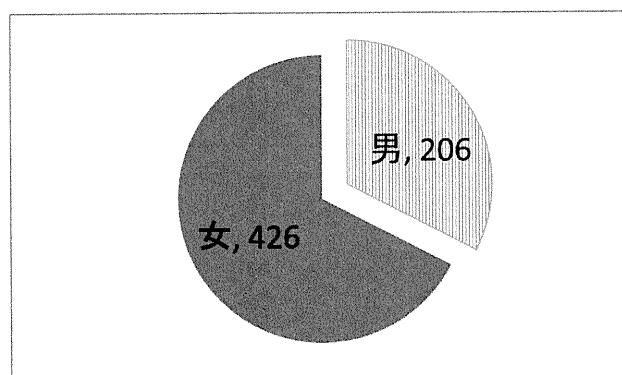


図 6 男女の割合

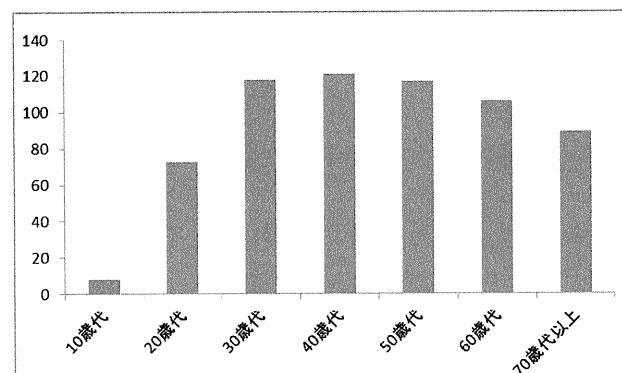


図 7 回答者の年齢 (縦軸は人数を示す)

表 5

知識や経験	知っている	詳細は知らないが言葉を聞いたことがある	知らない
漢方	426	179	27
中医学	83	256	293
東洋医学	190	360	82

表 6

漢方薬を使用しと思った動機(複数回答可)	
慢性病の悩み	113
健康への不安	159
美容	29
肥満・メタボの悩み	42
漢方薬・はり灸に興味があった	121
健康食品に興味があった	69
宣伝	159
流行だった	10
中国・韓国(伝統文化)への興味	31
その他	79

表 7

漢方薬を知るきっかけ	
薬局の薬剤師	132
医師	97
新聞・雑誌・テレビ	317
家族や親せき	36
知人	30
覚えていない	18
その他	2

表 8

漢方エキス剤や煎じ薬の経験	
よく飲む	144
時々飲む	258
飲んだことがない	197
飲みたくない	33

表 9

漢方薬の効き目	
良く効く	160
効くこともある	264
使い方で効果は変わる	157
健康食品と同じ	33
効かない	18

表 10

風邪・腹痛など軽い症状がある時の対処法	
市販の西洋薬を買う	239
西洋医にかかる	150
漢方医にかかる	37
市販の漢方薬を購入して飲む	95
特に何もせず、治るのを待つ	111

表 11

漢方エキス剤や煎じ薬の経験	
よく飲む	144
時々飲む	258
飲んだことがない	197
飲みたくない	33

表 12

漢方薬の効き目	
良く効く	160
効くこともある	264
使い方で効果は変わる	157
健康食品と同じ	33
効かない	18

表 13

健康管理に対する漢方薬	
もっと活用したい	214
相談者があれば活用したい	321
活用しない	97

表 14

購入時、漢方薬についての説明	
説明して欲しい	488
説明はいらない	50
詳しく相談したい	70
自分で知識を学びたい	24

台湾における伝統医療の調査

1. 国家対応

台湾では、伝統医療に使用される薬用植物素材を中薬、生薬と呼んでいる。中医学に供する時は中薬、漢方に使われる時は生薬と区別している。また、青草のように台湾における民間医療に使われる植物は、生で使用され、青草の名称で国民に親しまれてきた。しかし、これらを管理する中薬管理機関は、主に衛生署（1. 食品薬物管理局：研究検査組（中薬生薬検査科）と、2. 中医薬委員会（中医薬の行政事務と研究発展）および教育部（国立中国医薬研究所：中薬草の全般研究（薬理、臨床など））である。

2012年1月から組織改革が行われ、37の中央二級機関が、29の部などの組織に編成された。14部、8会、3独立機関、1行1院2總處である。薬局方の改正も含め、変革の兆しが見えた。国立中国医薬研究所では、標本館に多くの標本が保管されている。

表 15 学年における修得科目や過程

年級、学制	甲組	乙組	年級・クラス
教養課程	28	28	一、二年生
医学人文	10	9	甲組：二、四、五年生 乙組：二、四年生
基礎科目	17	17	一、二、三年生
中医基礎課程	30	30	二、三年生
西医基礎課程	57	45	三、四年生
中医臨床課程	38	38	甲組：三、四年生 乙組：四、五年生

(中国医薬大学 温国慶教授による提供資料)

2. 台湾における中医師・中薬師の育成教育について

台湾でも、国家試験による区分は明確で、西洋医は西洋医学的治療を専門に行い、伝統医療を担う中医師は伝統医学を専門としている。しかし、近年の中医養成は、西洋医学の基礎は修得するということである。生薬や中薬、エキス製剤を処方して治療をおこなう。ただし、中医師の育成教育機関は、中国医薬大学だけである。現在、中医学系は7年制で60名（乙組）、医学系（甲組）60名は8年制の学生が入学する。また、学士後5年制の中医学系がある。医学系で中医必修学（必需学）45点を習得して中医師国家試験に合格すると中医師になれる。さらに国家中医師特種考試という筆記試験合格後、中国医薬大学で8か月の基礎医学訓練を受けた後、中医師としての免許が与えられる場合もある。

中国医薬学院では、甲組も乙組も西洋医学の基礎課程、臨床過程を学ぶ。特に甲組ではクリニックスキル、OSCE、mini-Cex、などチーム学習の教育方法を用いて西洋医学についても修得させる。甲乙ともに中医過程は同じである（表 15）。

薬学に関しては、5大学に薬学系が設置されている。薬師（薬剤師）の免許には中薬師、西薬師の区分はない。しかし中国医薬大学薬学系には、薬学組、中国薬学組の区分がある。また、同院には中国薬学研究所が存在し、修士および博士過程があり、中薬の開発研究などが報告されている。現在、日本からの研究者は無い。

3. 日本の漢方を学ぶ台湾の薬剤師

歴史的な事実から、日本語が堪能な国民が多く、日本に留学経験を持つ人により、日本の伝統医療、漢方薬・生薬についての学習が引き継がれている。日本の漢方薬について学ぶ薬剤師は、少なくない。台湾においても、生薬や中薬は、市場で食材と並んで販売されている。伝統医療は地域と密接に存在しており、国民の大半は、生薬について味覚、嗅覚にも違和感を示すことは少ない。

4. 台湾の伝統医療における薬剤師の役割と薬学教育

台北医学大学薬学院臨床薬学科では、臨床薬剤師の育成に重点を置いており、伝統医薬に着目した教育を行っていた。

D. 考察

台湾では、地域薬局や民間薬草店における伝統医療サービスがあり、保険適用外で、薬剤師が地域薬局において難病患者の相談を受け、既存の漢方薬を調合して煎じ、炮製を行っていた。今のところ、中医学と漢方の両方に視点がおかれている。台湾の若者は、食生活で薬草抽出液を使用しており、生薬（中藥）の味、色、匂いをためらわないとから、伝統医薬継承は根付きやすいと考えられた。

日本の場合は、保険適用の下、医療用漢方が盛んである一方、健康管理のために薬局で購入する国民も少なくない。使用されるのは漢方エキス製剤が主であり、日本国民は、味や匂いには馴染みがなく、伝統医薬という感覚より、西洋薬と同様に考えられ、他剤と併用される場合は少くない。また、日本では特保など健康食品を摂取する人が、漢方薬を飲む場合も多いと考えられる。漢方薬も、併用される薬との相互作用を考えるなど、効果的で安全な新たな使用法が求められる。

アジアのいずれの伝統医療においても、薬品学、調剤学、生薬学、生化学、薬理学、薬物動態学など様々な知識や経験があれば、望まない効果を見ることなく、また有用な薬を作ることができる。逆に有用な物の薬効を弱めることも可能である。日本では特に、医療経済面でも効率の良い治療が大切である。購入時の漢方薬に対する説明は、希望されるから行うものでなく、説明されるべきであると考えられた。

E. 結論

日本は薬学教育が6年生となった。薬剤師が積極的に、今後の地域医療を活性化させ、国民の健康管理に携わるという視点からも、西洋医学の基本を習得し、実践

的漢方や漢方薬を理解できる薬剤師の存在は、重要になると推察できた。そのような薬剤師の育成に向けたスタンダードラインが求められる。

薬学教育においては、生薬植物の知識や研究だけでなく、より臨床実践的内容を盛り込んだ薬学教育の検討が求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Hioki C., Traditional Medicine and Pharmacists of the Future: Current Status and Perspective of the Spread of Kampo Medicine in Japan. Bull Soc Pharmcog ROC., 20, 28-40 (2012).

2. 学会発表

- 新井信、「日本伝統医学の標準化への取り組み」

第2回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会：京都（2011年7月18日）

- 日置智津子、「アジアの伝統医療状況から鑑みた日本伝統医療システムの展望」、第2回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会：京都（2011年7月18日）

- 高士将典、「日本鍼灸の特徴　中国・韓国と比較して」、第2回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会：京都（2011年7月18日）

- 日置智津子、高士将典、荒井勝彦、新井信、アジアの伝統医学（医療）の状況と展望、第68回日本東洋医学会関東甲信越支部学術総会：東京（2011年10月30日）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし