

〔論文〕

# 東洋医学と西洋医学

堀 毅

〈目次〉	まえがき
	I 東洋医学と西洋医学の相異
	II 現代社会における漢方
	III 漢方の歴史（古代～幕末まで）
	IV 明治期の医療

## まえがき

20世紀中頃に日本人の平均寿命が50歳を超え、その後、急速な伸びを示し、現在では男女ともに世界の最高水準に達している。

我が国が健康先進国になっている要因としては、目覚ましい現代医学の進歩に加え、国民の健康意識の向上や医療行政の確立がある。

その結果、我が国では、100歳以上の長寿者は5万人を超えた。

それでは、我が国の医療は名実ともに問題がないといえるであろうか。

共に人生を歩んできた朋友の内に、50代・60代ですでに鬼籍に入った方もいれば、重度の障害を負いつつ生きておられる方も少なくない。

老齡の域に達していながら、矍鑠と生きている人と、そうでない人との差はどこにあるのか。

昨今、マスコミなどで様々な健康法や長寿に関する情報が取り上げられ、我々はそれらの取捨に戸惑うほどである。

さて、私事に関わることであるが、最近10年の間、再度にわたり生死にかかわる重大な疾病に侵され闘病を余儀なくされた。

このことは確かに大きな災難であったが、一方では、今までの生き様を見直し、更に残された時間を有意義に過ごすための指針を探るには良い機会であった。

また、国内や中国で現代医学や漢方を含めた様々な治療を受けることができた。その間、内外の医者との意見を交わし、普段は疎遠な関係にあった医学に関し造詣を深めることもできた。

本論は、東洋医学と西洋医学に関するものであるが、その対象とするところは、私自身が直接かかわったことか特別に関心がひかれたことに限定する。また、漢方医学に関してはその根底となっている東洋の古代思想についても言及したい。

## I 東洋医学と西洋医学の相異

東洋医学の本質を理解するために、これと対極の位置にある西洋医学との相異を明示してみよう。両者の相異に関しては、すでに多くの方々により提示がなされている。その概要は下記のとおりである。

東洋医学	西洋医学
<b>【沿革・歴史】</b>	
<p>古代中国に起源し、2000年ほど前に基礎が確立し、爾来、中国・日本・韓国・などにおいて伝承・発達。</p>	<p>古代ギリシアのヒポクラテスや古代ローマのガレノスなどにより、発達し、その知識は、イスラム世界において、イブン・スィーナーやイブン・ルシュドにより継承された。</p>
<b>【根本思想】</b>	
<p>人体は自然の中に存在する小宇宙哲学的・宗教的な要素も内包。迷信・占いなどの要素も混在。</p>	<p>人体は細胞や臓器などの集合体解剖学を中心に発達した科学技術の成果。</p>
<p>中国・印度の思想を根底にしており、老荘・仏教的な調和に基づく。</p>	<p>ギリシャ・ローマの思想を根底にし、キリスト教的善悪二元論に基づく。</p>
<p>人間を生命体として捉え、臓器そのものを見る臓器と臓器の間にある空間＝生命場に着目し、それを整えようとする。</p>	<p>人体を臓器の集合体として捉え、物として臓器に対し、可能な限りミクロの解析を行う。</p>
<p>即効性に欠けるかわりに、副作用がなく、根源まで遡って根本治療を施す。帯津</p>	<p>対症療法であり、即効的に治療するが、人間を一つの生命体として捉えるという点に欠如。</p>
<p>病理に関しては《黄帝素問》《傷寒論》薬理に関しては《本草綱目》という、聖典が存在。</p>	<p>科学技術の蓄積で絶対的な聖典には依拠しない。</p>
<b>【病気に対する概念】</b>	
<p>五臓六腑を中心とする全身のバランス或いは“気血水”の調和が崩れ、発症する。</p>	<p>集合体を構成する部品が故障すれば、それを修理する。</p>

個体が本来有している自然治癒力を引き出し症状を改善する。  
時には、病気と共生しつつ、時間をかけて治癒する。

病気を悪ととらえ、病巣を攻撃し、壊滅する。  
即効性のある処方優先する。

### 【治療分野と手段】

いわゆる内科的診療に基づく処方が主であるが、鍼灸・按摩・気功などから構成。

内科・外科に大別されるが、症状や部位別に、循環器・消化器・耳鼻科・婦人科など様々なジャンルに分かれる。

経験に基づく感性が治療の成否の核心。

医療技術を最大限に利用。

発病後は、薬の服用を中心に自宅で療養。

重症の場合は入院治療。

### 【診療の手順】

まず“四診”を行い、“証”を判定する。  
それに基づき、処方を決める。  
感性優先のアナログ的。

問診に加え、血液検査・CT・X線などにより症状を探る。  
数値優先のデジタル的。

### 【薬剤】

主として天然植物を原料とする生薬で、効き目は穏やかであるが、副作用は少ない。

科学的に合成されたものが多く、効果は顕著であるが、副作用を伴う事がある。

生薬中の成分を生かし、化学合成しない。

複数の成分を化学合成。

### 【我が国における資格】

〈漢方医〉〈中医〉という国家資格はない。右記の資格が必須。  
この点で、医科大学や大学の医学部で中医を専修と認める中国と異なる。

西洋医学を基礎とした国家試験に合格することが資格取得の要件。

### 【国際的基準】

中国・朝鮮・日本のほかベトナム・印度などにて部分的に行われている

全世界的国際基準となっている

東洋医学と西洋医学の相異は以上であるが、現代社会においては、両者の存在意義も分化されており、その優劣はにわかには断じることができない。

しかし、近年における成果をみると、やはり西洋医学の卓越した医療技術

の進歩に目を奪われがちとなる。

それでは、優れた科学技術に立脚した現代医学は伝統医学を必要としないほど万全なものであろうか。

この問題に関し、医療従事専門家のほか様々な分野から提言がなされている。

## II 現代社会における漢方

### ◇ 一般の認識

中国から伝来した漢方は、100年以上の伝統を有しながらも、現代社会においては、医療の主役とはなっていない。

一方では、テレビ・新聞などの広告では、“○△湯”“◇▽丸”などの漢方的製剤やサプリメントの名が見られ、市井の薬局でもその類の薬が販売されている。

テレビの健康番組でも、様々な形で紹介され、漢方が身近なものとなっている。

しかし、現代の社会通念上、“医療”は、一般の現代西洋医学の治療を意味し、一般人が病気になったときに、はなから漢方医学を選択するケースは皆無に近い。

大学病院などで、医師から〈漢方薬を処方しておきますので、様子を見てください〉などといわれることがある。

従来の西洋医学に基づく薬剤の処方に加えて漢方薬を加えることは近年の傾向であるが、それを以って直ちに、東洋医学へ転換がなされたとはいえない。

現代医学の主流は西洋医学で、漢方の処方はいくまでも補助的なものに過ぎない。

### ◇ 漢方の現状

日本には約30万人の医師がいるが、そのうちいわゆる“漢方医”については、概念が明確にできないため、その数を正確に掌握することは、難しい<sup>(1)</sup>。

医師の免許は西洋医学に準拠しているので、“漢方医”なるものは旧時代の存在でしかない、とも理解できるが今日の日本社会でも、漢方の伝統は、その命脈を保ちつつ、社会的にも多くの支持を得ている。

そこで、以下、現代医療における漢方の浸透度を西洋医学と対比しつつ、五つの段階に示してみよう。

#### i 漢方に無関心

日常の医療において、もっぱら現代西洋医学により、漢方との関わりはほとんど無い。

#### ii 本質的には西洋医であるが、補助的に漢方薬の処方を行う

現代西洋医学を基本としつつ、補助的に漢方薬を処方する。

日本の病院の80～90%は漢方薬を処方しているので、現代日本医療の主流となっている。

#### iii 漢方の理論に対し理解と関心を示す

伝統医学に関心を寄せ、学会などに参加し、積極的に漢方の理論と手法を習得しようとする医師は少なくない。

我が国における、漢方関連の学会は、日本東洋医学会・東亜医学会協会などがある。

日本東洋医学会によれば、会員のうち医師は7,314名であり、彼らは臨床にその知識や経験を生かしている。

#### iv 認定“専門医”

日本東洋医学会より専門医の認定を受けた医師で、その数は2,161名である。(一般社団法人日本東洋医学会 ホームページによる)

しかし、ここで注意を要するのは、漢方の“専門医”と認定されながらも、実態としては、依然として西洋医の要素が多分に残されている。

なぜならば、我が国では、医師を志す者は西洋医学を習得した上で、その

範疇に関する試験に合格することが求められているので、学会から漢方の“専門医”と認定されたといっても、本質はあくまでも西洋医であり、それに漢方の知識を付加されたと看做すべきであろう。

v 現代西洋医学に準拠せず、専ら漢方により治療を行う。

名実ともに、漢方医として相応しい資質を備えた医師である。

このレベルにおいてこそ、真の“専門医”と認定すべきである。日常の医療においては、漢方の理論・手法を主軸とし、現代西洋医学の手法は副次的なおくにおぎない。

漢方は、時として“非科学的”と指弾されるが、その“非科学的”なる内に、哲学的・経験的な要素がある。その深遠な理論は一朝一夕に学べるものではない。

学会で認定する資格は、3年の漢方の研修後、取得できるが、漢方理論の追求には極みは無い。2005年、学会認定医制協議会加盟の制度によれば、広告可能の漢方専門医は、所定の要件を満たすことが必要とされる<sup>(2)</sup>。

我が国の漢方につき、便宜上5段階に分けてみたが、上記は漢方が正統性を認められていないという現代日本の制約の中での分類である。

明治期以前のわが国においては、漢方が医療の主役を担っており、その重みは現代とは社会における信頼度も揺るぎ無いものであつた。

また、漢方の発祥の地である中国における伝統医学の現況は、今後のわが国の漢方に対し、指針を示してくれるであろう。

そこで以下、わが国漢方の歴史と中国の伝統医学について述べよう。

### Ⅲ 漢方の歴史（古代～幕末まで）

我が国における伝統医学の沿革を概観すると、漢字の伝播や仏教の伝来とほぼ同時期といえるであろう。すなわち、漢字・仏教に限らず、衣食住の広い範囲にわたり、有形・無形の文化が中国大陸からもたらされた。

それ以前の我が国においては、一たび病気になると、原始的な祈祷やまじない・迷信などに頼らざるを得なかった。

仏教や律令の伝来については、史料によりその年代が推定されるが、医療に関しては、朝鮮半島を経た民間による伝来が先行したため、その年代を特定することは難しい。

奈良時代になると、遣隋使・遣唐使によって、法律関係の文書とともに医学書も大量に輸入され、中国の伝統医学も我が国に根を下ろした。その後、平安時代・鎌倉時代・室町時代になると、中国の伝統医学も我が国の土壌や風土になじみつつ、徐々にその国情に合ったように独自の体系化がなされた。

すなわち、大陸においては、薬草が自生し大量に供給できるが、わが国においては、中国から輸入せざるを得ない状況にあり、また、彼我の交通は大きな危険や制約を伴うものであった。

### ○後世方派

安土・桃山時代、田代三喜は明に渡り12年の留学経験を経て帰国し、李果（号は東垣）朱震亨（号は丹溪）等により体系化された病理学をわが国に紹介した。

曲直瀬道三は、田代三喜から漢方を学び、毛利元就・織田信長などの信頼を受ける一方、大陸の医学を究明し、“察証弁治”（個々の病状を証にあて、治療法を決める）の理論を体系化した。中国伝来の医学と自らの臨床で得た経験《察証弁治啓迪集》に著したが、これは後世の医家にとって格好の手引書になった。

また、京都に啓迪院なる学舎を設立し、門人の養成に努めた。

その建学の精神は今日に残されているが、すでに慈悲と仁愛が謳われている。

道三の医学は、中国医学の流儀の優れたところを広く取り入れ、一派に偏するようなことはなかった。

処世においても、安土・桃山時代の実力者のほか、カトリックの宣教師ル



イス・フロイスとも交流があり、キリシタンにも入信したとも伝えられている。<sup>(3)</sup>

道三の養子である曲直瀬玄朔は、啓廸院を受け継ぎ、多くの門人を養成した。

玄朔は秀吉・家康・秀忠らの信頼を厚くし、幕府において“法印”という医官としての最高位に就いた。

田代三希を始祖とし、道三・玄朔父子により大成された流派は“後世方派”と称され、300年の歴史を経て現代にまで伝えられている。漢方医学の伝説的名医森道伯、矢数道明やその子で温知会を主宰する矢数圭堂はその後継者として知られている。

### ○古法派

中国の金元時代の李果・朱震亨の系統を受ける後世方派に対し、わが国独自の発展がなされた。

さて、江戸時代の儒学の分野で、宋代の朱子学を見直し、孔子・孟子の原典に戻る学風が興った。

江戸の儒者である伊藤仁斎（1627～1705）は、“古義学”を唱え、荻生徂徠（1666～1728）は古文辞学を完成させ、思想界に大きな影響をもたらした。

儒学における古典復興の動きは、医学の世界にも大きなインパクトを与えた。この流派を“古方派”と称する。

名古屋玄医（1628～1696）は古医方に基づく《医方問余》を著し、儒学における古典の精神を医療に反映させた。

後藤艮山（1659～1733）は、病気の原因は陰陽の不調和であるとし、“一氣停滞説”を唱え、治療においても獨創性を發揮した。

香川修庵は医学の道は孔孟の教えに基づくことを確信し、《儒医一本》説という画期的な論を展開した。

吉益東洞（1702～1773）は、病はただ一毒より成るとし、“万病一毒論”を唱え、当時の医学界に革新をもたらした。

また、毒は腹の中にあることを確信し、診断では腹診に重点を置いた。

CTやMRIが導入される以前のわが国では、内科の診察でもよく腹診がなされたが、それも東洞以来の伝統である<sup>(4)</sup>。

また、“方証相對”<sup>(5)</sup>（四診により病態を割り出し、個別・具体的な“証”と方剤を決める）という治療法を確立し、《類聚方》を著した。

東洞の嗣子の南涯は、古方派先学により提唱された仮説を抛りどころに《医範》を著わし、“気血水”論を提唱した。

### ▽ 気血水

陰陽・五行説は中国哲学の根底であり、森羅万象にわたり通じる理論であり、老荘や道教の思想にも相い通じる。

医学の分野においても、人間を小宇宙ととらえ、陰陽・五行をもって心と体全般にわたる主要素とする。

しかし、わが国においては、老荘思想や道教の浸透度は希薄で、陰陽・五行説をもって診断の基準とすることには馴染めないし抵抗もある。

医家においても、その深遠な原理を会得することは容易ではない。

古方派の学者は日本と中国における医学基礎理論の格差を解消すべく、さまざまな仮説を打ち立てた。

後藤艮山による“一氣留滯説”香川修庵の“儒医一本”説、吉益東洞の“万病一毒論”は、いずれも深い洞察により提示された理論であったが、当時の学者からは、絶対的な支持を得るには至らなかった。

吉益南涯は父・東洞の唱えた仮説を敷衍し、“気血水”説を提示した。気血水は循環すれば体を養い、停滞すれば病を引き起こすという理論である。

この論の根幹は中国の古典にあり、すべてが彼の独創とは言えないが、簡明な理論の展開は後の世までも大きな影響を与えた。

先に紹介した“一氣留滯説”“万病一毒論”はいずれ優れた仮説であるが、病気の因子を一元に求めたという点で、やや問題が残された。

人体は多くの未知なる部分を含む多元的な要素から成る。

この小宇宙を包括する理論としては、一元論は相応しいものではなかった。南涯の“気血水”説は、三つの要素からなる三元論である。

漢方の基礎理論は 陰陽・五行・気血水・六病位などなどであるが、陰陽・五行は多分に哲学的な要素を含み、わが国においては、頭脳明晰な医家や医学生にとってもその深奥を理解することは難しい。

中国では伝統的にこの思想が社会の中に組み込まれ、馴染んでいるので外国人に比べて、抵抗が少ない。

この説は、かつての一元論に比べ、実用性と奥行きの高さを併せ持つもので、漢方の理解に多大な便宜を供した。

現代では、わが国の医大（総合大学の医学部を含む）で漢方の講座が開設されているが、そこで採用されている教科書でも、“気血水”論が記述されている。

### ○折衷派

江戸期においてわが国の漢方は、後世方派と古方派に分かれ、時には対立をみたが、双方の長所を採りながら治療法の向上を目指す動きが現れた。これが折衷派である。

貝原益軒は、儒学や“本草学”などを本業とする一方、処世術や健康法に関する啓蒙に努めた。生涯で98部247巻の多くの著作を残した。

その中で《養生訓》は現代に至るまで読み続けられている名著である。（この著の江戸期の版本は、今日でも神田神保町の古書店で見かけることがある）

華岡青洲は、古方派の吉益南涯に内科を学び、蘭学流の外科を大和見立に学び、“内外合一”（内科と外科の双方に精通すること）を修得し、故郷の紀州に戻った。

乳癌患者に対し、日本初の全身麻酔を施し、患部の摘出に成功した。その後、彼の創案した施術法により143例もの手術を行った。

その後、大坂において私塾を開き、本間棗軒・鎌田玄台など多くの門下生

を養成した<sup>(6)</sup>。

彼の名声は、有吉佐和子の《華岡青洲の妻》によっても知られている。

この派に属するものとして、香月牛山・和田東郭などが知られる。近現代においても、浅田宗伯・細野史郎などの名医に継承されている。

なお、多紀元簡・元堅・元胤などは典籍に対し厳正な考証を加え、新しい潮流を興した。

これらを折衷派の一部と見る向きもあるが、近年では、これを別個に“考証派”と分類する説もある<sup>(7)</sup>。

#### ◇小石川御薬園と養生所

貝原益軒の残した養生論は人の心に潤いを与え、華岡青洲の施術法は医療に貢献を果たした。

しかしながら、当時の庶民にとって、それらは、程遠い存在に過ぎなかった。多くの庶民は、病を患っても、民間療法に頼るか神仏にすがるより方法がなかった。

徳川幕府は、社会の安定化にしたがい、民生にも力を注ぎ、厚生事業を実施した。

幕府直轄の薬草園経営と施薬園開設もその施策に沿ったものである。

1636（寛永15）年10月、三代将軍家光は、薬園を江戸城の南と北、すなわち南の方品川と北の方牛込の両所に設けた。

五代将軍綱吉の1681（天和元）年に北薬園を廃し、南薬園のみを残した。そして、1684（貞享元）年に南薬園を小石川白山の地に移した。これが現在の植物園のある地で“小石川御薬園”と呼ばれていた。

#### ○薬園の管理

小石川薬園の初代管理であった木下道円は、幕府の寄合医師となり、管理は御役御免となった。道円の後には芥川小野寺元風が着任した。享保六（1721）年の拡大にともなって、小石川薬園は東西に道路を設け二分されることに

なった。芥川家は従来から管理していた西側の「有来御薬園」に、添地を加えた22,558坪が預けられた。そして、新規に薬園となった東側の21,642坪は、新たに小普請組岡田利左衛門に預けられることになったのである。<sup>(8)</sup>

吉宗は薬草の増産にも取り組み、小石川のほかに、駒場薬園・下総小金野薬園を開設した。諸藩においても尾張・紀州・南部・弘前・会津などで薬園が設置された。<sup>(9)</sup>

享保二十（1735）年、養生所近くの岡田支配の350坪の地に試作畑が設けられた蘭学者で本草学にも通じていた青木昆陽の提言で、この地にサツマイモの栽培がなされた。現在、東京大学大学院附属植物園となっているこの地に記念碑が立っている。

イモの栽培が実現した背景には、江戸南町奉行・大岡忠相の尽力があったが、それも庶民を思っ<sup>(10)</sup>ての救恤策の一環であったといえる。

### ○ 小石川養生所

江戸中期になると、人口の増大に伴い、火災・疫病・失業などの社会不安が増大し、とりわけ、庶民の中でも下層の階級においてこれらの問題が深刻化した。

八代将軍・吉宗の享保六（1722）年、江戸町奉行は生活困窮者に食料を配るなど、いわゆる生活保護のはしりともいえる救済策を打ち出した。

当時の江戸では、身寄りの無い者などが、ひとたび病に侵されれば、ただ野垂れ死にするほかはないという状況におかれていた。

当時、小石川御薬園から程遠くない伝通院という処で町医者を営んでいた小川笙船は、享保七（1723）年正月、彼らを救済するための療養所を開設すべきであるという内容の文書を目安箱に投じた。

将軍・吉宗はこの請願を受け、江戸町奉行の大岡忠相に命じ、即刻準備に取り掛かり、その年の内に、小石川御薬園岡田利左衛門管理地の一角に施薬

院（後の養生所）を開いた。<sup>(11)</sup>

養生所の収容力は、開設当初は40人ほどに過ぎなかったが、次第に拡充され、享保十四（1729）年には150人ほどの収容人数を有するに至った。

以上、養生所の顛末を略述したが、これにより享保期における、医療史の一端を見ることができる。

八代将軍・吉宗は“暴れん坊将軍”のモデルとされたごとく、歴代将軍の中にあつて、名君として知られる。

江戸南町奉行大岡忠相（俗に越前守と称される）は大岡裁きで知られるごとく、後世に至るまで名声を残した。

小川笙船は一介の町医者の身でありながら、日々の治療を通じ、下層の庶民の窮状を痛感し、緊急の対策を請願した。

かくて、小石川の地に念願の養生所を開設することが出来たが、ここにいたるまでには、三者の絶妙な連携プレーが不可欠であった。

徳川吉宗・大岡越前守の名声は普く天下に知られているところであるが、世に流布されている故事には、誇張や作り話が少なくない。

《享保撰要類集》という文書が国会図書館に収蔵されているが、その内容は、享保期の社会・政治・法律に及ぶもので、当時を知る上で第一級史料である。その〈卷二十八ノ上 養生所之部〉に、養生所開設にかかわる上記三者の果たした功績の一部始終が詳細に記録されている。

江戸時代に限らず、封建時代の権力者は、庶民のことはさておき私利私欲に走ることが常であったが、将軍・町奉行は、いずれもその例に違いない徳をもって職分を全うした。

また、無名の医師・小川笙船は、臨床の経験から幕府・町奉行を動かし、〈医は仁術〉の精神を実現した。

#### ○ 幕末から明治における小石川御薬園と養生所

御薬園奉行岡田利左衛門（姓名世襲）はその後、八代にわたり幕府に使い明治維新を迎えた。旧幕臣の多くは、新政府により職を奪われ、住居を接収さ

れたが、岡田家の場合は新政府による取り潰しに遭うことなく、衣食住も保障された。<sup>(12)</sup>

幕府の諸機関において、薬園奉行は文官であり、新政府にとってさほど危険視する要素は無かった。さらに、明治の初期における医学は西洋医学が市民権を得たと雖も、明治元年の時点で医療に携わる医者のうち81%は漢方医であり、明治八年の時点でも27,450人の医師のうち22,527人は漢方医であった。

時代が変わっても、漢方薬の需要は江戸期とさほど変わらなかった。そこで、新政府は暫時旧薬園の役人に仕事を与えたのである。<sup>(13)</sup>

さて、幕府は江戸末期に、西欧諸国に留学生を送り出した。

宮永孝氏の研究によると、慶応二（1866）年、幕府はイギリスへ国費の留学生を派遣した。<sup>(14)</sup>

此の時、幕臣の子弟の内より、12名が選抜されたが、その名簿の中に、〈岩佐源二（22歳）小石川御薬園奉行岡田利左衛門支配 同心三之助俣〉の記載が残されている。

宮永氏によると、此の時、留学生の選抜試験においては、80名の志願者に対し、国語・英語の筆記試験を課し、その成績によって合否を決めた。

岩佐源二以外の留学生の身分・経歴を見ると、福沢諭吉の弟など外国語に習熟したものが多く見られる。<sup>(15)</sup>

慶応二（1866）年といえば、幕府崩壊前夜であり、社会も不安定であったが、小石川薬園奉行所の同心の子弟が天下の俊才に伍して留学生として選抜されたという事実は、奉行所は当時においてもなお社会的ステータスを維持していたことを物語るであろう。

一方、養生所は幕末になると衰退し、慶応四（1865）年九月、幕府奥医師の多紀養安と同職の安叔の預かりとされ閉鎖されるに至った。<sup>(16)(17)</sup>

## IV 明治期の医療

文明開化の潮流の中で、旧来の思想・文化・技術は欧米先進国のものに置き換えられていった。経済においては資本主義の導入、軍事においては軍隊の編成や装備の近代化などである。

医学の分野においても、大きな変革もたらされた。

既述のごとく、わが国では、中国伝来の医術をそのまま受け入れることなく、この国の風土や気候などに合わせつつ改良を加え、独自の進歩を成し遂げてきた。

その反面、漢方はいわゆる“家元制度”に見られる排他性や閉鎖性も併せ持ち、折角の技術も“門外不出の秘伝”として、埋没することも少なくなかった。

幕末における医師の資質は、将軍家や諸大名に仕え、奥医師・寄合医師などの身分を保障されていた者から、医学の知識もほとんど持ち合わせない者まで多種多様であった。失業浪人が診療所の看板を掲げ糊口を凌いだとしても、法に依って咎められることはなかった。

現代においては、無資格医は厳しく糾弾されるが、江戸時代では医者資格は存在しなかった。当時においては“闇医者”なる言葉があったが、それは幕府禁制の違法な堕胎を業とする者を指していた。

地方においては、さらに劣悪で、まともな医療は殆ど存在しなかった。

病気になれば、まず祈祷や呪いに頼り、医者といえば人に対するものより馬医という獣医が数の上で圧倒していた。青木歳幸氏は近世の農村医療に関し考察をなされ、医師の数は極端に少なく、出家や修験者などの宗教色の濃い職業が多いことを指摘されている。<sup>(18)</sup>

新政府は文明国にふさわしい医療体制を築くべく改革に取り掛かった。

明治七（1874）年、政府は医制を、東京・大阪・京都の三府に発布した。その内容は、医学教育医術、薬舗開業試験並びに免許規則の改正であったが、



従来からの漢方医学を排除し、西洋医学の確立を指向するものであった。<sup>(19)</sup>

明治八（1875）年、東京・大阪・京都の三府で医術開業試験が実施された。

当時における医師の総数27,650名のうち、西洋医は5,123名（18.5%）漢方医は22,527名（81.5%）であり、医療の大半は漢方医が担っていた。このような状況下で漢方を排除しようとする政策が打ち出されたのである。

当時においては、綺羅星のごとく漢方の名医が存在していた。

浅田宗伯ら六人は東京市内に結集し、漢方医養成のための方策を論じた。

これが後世にも知られる“六賢人の会合”である。その場で、西洋医学の七科に対抗するため漢方六科のカリキュラムを作った。

彼らは、わが国伝統医学を継承し、発展する道筋を開いたが、時の政府は彼らの提言を黙殺した。

漢方医はこの政策に反発し、同志に呼びかけ、明治十二（1879）年、温知社を設立した。

明治十三年には、この組織は全国レベルにまで拡大した。同年、名古屋の元尾張藩医・浅井国幹は、東京温知社を中心に漢方維持勢力を結集し、百年の計を実現すべく檄文を全国の温知社の社中に発した。

翌十四年、温知社第二回大会は、全国的な賛同者を得て開かれ、浅井国幹が議長に選出され、漢方医師の認定試験継続を審議した。

明治十五（1882）年、内務省乙十四号で、〈漢方開業医の子弟にして、この年六月満二十五歳のものに限り開業許可証を与える〉旨を布達。

これは、一部の漢方医にとって家業を継ぐという点で歓迎されるべきものであったが、長い目で見れば漢方の将来に道を閉ざすものであった。

明治十六（1883）年、政府は温知社の請願を斥け、医師の免許規則は〈太政官布告第三十四号・第三十五号〉として公布された。

これに対し、浅田宗伯らは明治十七（1884）年、東京に温知病院を設けたほか、全国各地で30近くの治療院を開設し、運動の広がりを示した。

ところが、明治十八年から十九年にかけて、森立之・清川玄道らの有力漢方医が相次いで他界し、温知社は支柱を失い、明治二十（1887）年、解散せ

ざるを得なくなった。

しかし、この頃、漢方継続運動に一筋の希望の光が見えてきた。

明治二十八（1895）年開催の帝国議会で〈医師免許規則〉を改正することである。この決議がなされれば、漢方は晴れて市民権を得ることになる。

ところが同年二月六日、漢方医側から出された改正案は、78票対105票、その差27票をもって否決された。

この決議により、漢方継続運動は万策尽き、今日に至るまで、西洋医学を修めた者のみが、医師として公認されるようになった。

### ○ 明治医制の問題点

明治二十八（1895）年、帝国議会で医制が採決されて以来、すでに118年経過し、この間、医療の分野でも大きな進歩が見られた。

一方、2000年の伝統を有する東洋医学も現代において見直しがなされ、さらにアジア諸国のほか欧米においても高く評価されている。

中国においては伝統医学を西洋医学と同格に位置づけ厚い保護を与えている。

すなわち、医師を志すものに対しては、中医学（伝統東洋医学）西医学（現代西洋医学）中西結合医学（伝統東洋医学と現代西洋医学を統合し両者の長所を併せ持つ新しい概念）の3学科のうちより自由に選択できるようにしている。いうなれば、文学部に、日文科・英文科・独文科があり、それらが学部内に独立しているかの如くである。

わが国の状況は、全くこれと反する。明治に医制が設けられて以来、医学部での専門教育では西洋医学を基軸にされているため、大学入学時から漢方を専修することは出来ない。

一念発起して漢方医を志すのであれば、まず、医学部の過程を修了したうえで国家試験に合格し、研修を経て医師としての身分を得た後に、さらに、基礎から漢方の理論を学ぶ必要がある。

既述のとおり、明治初期においては、開業医の内の80%が漢方医であった。

現代ではその比率は0.7%程度である。この100年間に漢方医の割合は百分の一に激減した。

明治以来の医制に基づく教育を墨守すれば、今後も漢方の発展は望めない。まさに冬の時代は連綿と続くであろう。

今日なすべきことは、明治の医制に関し、問題の所在を明らかにし、“百年の大計”を再構築することである。

そこで、私なりに分析した結果を以下に記そう。

まず、明治という時代に対しては、誰でも文明開化をイメージするであろう。

医学の世界においても、欧米の先進技術を取り入れた。この状況下において、漢方はまさに旧時代の遺物として取り残されていった。

次いで、この時代の日中間の国際情勢を回顧してみる必要がある。

明治二十七（1894）年八月から、翌年にかけて、日清戦争が起こり、両国間の関係は最悪の状態におかれた。

帝国議会が開かれ、法案が決議されたのは、まさにこの時期であった。

漢方とは文字通り、中国から伝来した文化の一つであり、当時においてはいわば敵国の産物といえるものであった。

議会において審議にあたった議員の大半は、もとより医学の専門知識はなく、法案の賛否は当時における反中の国民感情に左右されたのであろう。

### ○ 世襲漢方医の消長

明治の初期においては、江戸時代から数代にわたり家業の漢方を受け継いだ名門も、なお存在していた。

尾張藩の藩医浅井国幹（1843～1903）は、その代表的存在である。

彼は、漢方存続運動に半生をかけたが、その努力は、明治二十八（1895）年の議会決議の結果水泡と化した。その後、失意のうちに故郷に戻ったが、悲憤慷慨の思い絶ちがたく、先祖の墓前に〈墓に告ぐるの文〉を捧げ、名門医家断絶詫びた。その3年後、明治三十六（1903）失意の内に他界した。浅

井氏の業績に関しては矢数道明氏の論著に詳述されている。<sup>(20)</sup>

小石川御薬園奉行を八代にわたり務めた岡田家の場合は、西洋医への転進組の一例といえる。

七代目利左衛門の孫の忠英は、明治五（1872）年、小石川の地に生まれ、  
医師としての生涯をその地で閉じた。昭和五（1935）年没。<sup>(21)</sup>

忠英の場合は、先祖の家系から見ても、伝統医学たる漢方を継ぐべきであったが、少年期において、その道は既に閉ざされていた。

すなわち、忠英15歳のときの明治二十（1887）年、浅田宗伯や浅井国幹らにより経営された温知社は解散し、その後、漢方は凋落傾向を辿らざるを得なかった。

忠英18歳のときの明治二十（1890）年、には森立之・今村了庵らの漢方医学界の巨星が相次いで墜ち、漢方存続運動の支柱は失われた。

彼の人生の行路を左右すべき少年時代は、漢方を志すにもその手段は既に無く、西洋医の道を選ばざるを得なかったのである。

以上、明治初年以降のわが国漢方の来歴につき述べたが、その後、漢方はしばらく雌伏期に入る。

しかし、和田啓十郎などの努力が実り復興期を迎える。

紙幅の都合により、本稿はひとまず擱筆するが、現代に至る医療の諸問題については次稿において述べたい。

以上

#### 〔注〕

- (1) わが国において、中国から伝来した医学の名称は、漢方・皇漢医学など様々あるが、本論では漢方と統一する。中国においては、伝統医学を“中医”と称し、“西医”と対比している。なお“中医”と“西医”を綜合したものに“中西結合医学”という独立した概念が存在している。
- (2) わが国における漢方医資格制度に関しては、高鵬飛・宗形佳織・詹睿・今津嘉宏・松浦恵子・相磯貞和・渡辺賢治〈日中の伝統医学教育システムの相違〉（《日東医誌》63巻2号、2012年）を参照。

【日本東洋医学会専門医試験受験資格】

1. わが国の医師免許証を有する
2. 日本専門医制評価・認定機構の定める基本領域の専門  
または認定医資格の取得
3. 本学会正会員として3年以上継続して在籍
4. 上記 2. の基本領域の専門医または認定医資格の取得後、本学会指定  
研修施設における漢方医学の研修3年以上
5. 受験単位の取得  
(7単位以上、内1単位以上は学術総会参加を必ず含むこと)

【認定方法】

- 1次審査：漢方医学的治療が有効であった50症例一覧およびそのうちの10  
症例の詳細な臨床報告についての審査
  - 2次審査：筆記試験、面接試験（1次審査合格者のみ）
- 更に、この資格は5年毎に更新しなければならない。

【更新要件】

更新点数100点以上、50症例一覧およびそのうち10例の症例報告  
専門医・認定医共通 更新および受験申請のための配点表は日本東洋医学会  
のホームページ参照

- (3) 酒井シズ《日本の医療史》（東京書籍，1982年）p177
- (4) 長崎の現代漢方医・田中保朗氏は、すべての病気の根源は‘根っこ’である腸  
の不調からくる。従って腹診でその状態を知り、漢方薬によって腸を整えてい  
くことで、体質を改善し、万病も改善する。と唱え、《考根論》を著した
- (5) 四診とは問診—具体的症状を聞く・望診—西洋医学の視診に相当・切診—西  
洋医学の触診に相当・聞診—声や息遣いなどを診る  
現在、わが国の漢方では、病態に適した薬をあらかじめ用意された処方のうち  
から選択するという方式を採っている。方剤の配合は国家より認定されたもの  
に限られたもので、いわばレディメイドといえる。個々の診断の結果“ツムラ  
25番”などの“証”がきまる。この方式は東洞の“方証相對”に由るもので  
ある。  
中国の伝統医学では、四診に加え、陰陽・表裏・寒熱・虚実の八要素から“弁  
証”をなし、個々の体質に合った方剤を配合する。わが国の方式と対比してみ  
ると、オーダーメイドといえよう。
- (6) 青木歳幸《江戸時代の医学 名医たちの三〇〇年》（吉川弘文館，2012年）  
P200
- (7) 酒井シズ《日本医療史》（東京書籍，1982年）には、貝原益軒・香月牛山・

和田東郭・のどの名はみられるが、折衷派についての記述が見られない。

富士川游《日本医学史綱要1》(平凡社, 1974年)には折衷派が独立した流派として紹介されている。

- (8) 芥川小野寺は切米百俵, 二人扶持を給せられ, 御役屋敷七七五坪を薬園の西北に賜り, 代々芥川小野寺と称してここに居住した。同心二人は二〇俵二人扶持, 十一人いた荒子はそれぞれ十五俵一人扶持であった。同心と荒子は御役屋敷長屋と呼ぶ長屋に居住して, 薬草の栽培と製造に従事した。

岡田利左衛門の方は小石川御薬園奉行と称した。切米二百俵, 二人扶持が支給された。芥川家同様に薬園内に御役屋敷をもち, 同心, 荒子居住の長屋があった。同心は二〇俵二人扶持で, 塩村, 岩佐両家が代々引継いだ。荒子は十一人で, それぞれ十五俵一人扶持が支給された。同心は薬園の実務管理を担当したと考えられる。荒子は薬草の栽培から, 生薬の精製まで様々な実務を掌握し, 園丁などの差配にあたったといえよう。

- (9) 四ツ谷にも薬園が設けられたが, この薬園は将軍家御典医・小達家により管理されていた。新村拓《日本医療史》(吉川弘文館, 2006年)

若くして夭逝された名女優・夏目雅子(旧姓・小達)はその子孫である。

- (10) 《東京大学理学部付属 植物園案内》(東京大学理学部付属植物園発行, 1962年)。植物園については, 杉本苑子《東京の中の江戸名所図会》(文藝春秋, 1996年) p89参照。

- (11) 小川笙船の請願から設立の経緯については, 《享保撰要類集》〈卷二十八ノ上 養生所之部〉に原文が遺されている。

- (12) 筆者の母の曾祖父(四代前の先祖)が, 奉行職七代目の岡田利左衛門に当たるという関係上, 岡田家の一族の来歴などについては, 母方の親族の方々からさまざまな逸話を聞かされてきた。

伝え聞いた話によると, 岡田家は新政府の治世下においても依然として小石川御薬園に隣接する処に住まいし, 母をはじめ伯父・伯母や従兄弟たちの多くは, その屋敷内で生まれ育った。

- (13) 1962年発行の《植物園案内》によれば, 御薬園の名称は存続し, 明治八(1875)年に植物園と名称変更された。

注: 明治元年より同八年に至る薬園の変遷は《東京大学理学部付属 植物園案内》(東京大学理学部付属植物園発行, 1962年)に詳述されている。

- (14) 宮永孝《幕末イギリス留学生(上)》(《社会労働研究》法政大学社会部学会, 1989年)

- (15) 宮永孝氏によれば, 岩佐源二は帰国後, 静岡学問所の四等教授となったとされる。宮永孝《慶応二年幕府イギリス留学生》(新人物往来社, 1994年)

- (16) 小石川養生所の名前は小説家山本周五郎が書いた《赤ひげ診療譚》という小説とその映画作品で有名になった。
- (17) 新村拓《日本医療史》p114
- (18) 宝永三（1706）年，上田藩の農村99箇村における非農家の職業別を明らかにされている。  
それによると，宗教関係として，神主・社人（11人），夷社入（6人），梓神子（19人）出家・道心（96人）山伏（63人）などが存在し，医事関係としては医師（3人）針医（1人）のほか馬医（12人）が見えるのみである。青木歳幸《江戸時代の医学》（吉川弘文館，2101年）
- (19) 医制の詳細に関しては，酒井シズ《日本の医療史》（東京書籍，1982年）P418に詳述
- (20) 〈浅井国幹先生の「告墓文」について〉《明治110年漢方医学の変遷と将来・漢方略史年表》（春陽気堂書店，1979年）所収
- (21) 御薬園奉行・岡田利左衛門に関する系譜については，岡田忠英の孫にあたる岡田忠義氏（1935年，東京・小石川生まれ）よりご教示を賜った。

#### 〔参考文献〕

- 吉良枝郎《幕末から廃藩置県までの西洋医学》（築地書館，2005年）  
矢数道明《明治110年漢方医学の変遷と将来・漢方略史年表》（春陽気堂書店，1979年）  
青木歳幸《江戸時代の医学》（吉川弘文館，2012年）  
酒井シズ《日本の医療史》（東京書籍，1982年）  
渡辺賢治《漢方医学》（講談社，2013年）  
青柳精一《近代医療のあけぼの 幕末・明治の医事制度》（思文閣出版，2011年）  
和田啓十郎《増補 醫界之鐵椎》（中国漢方，1974年）  
油井富雄《現代に蘇る漢方医学界の巨星 浅田宗伯》（医療タイムズ社，2010年）  
田中保朗《よくわかる東洋医学考根論》（青雲社，2013年）  
新見正則《西洋医がすすめる漢方》（新潮社，2010年）  
富士川游《日本医学史綱要1》（平凡社，1979年）P168  
村松睦《対比で学ぶ漢方入門》（たにぐち書店，2000年）  
旭丘光志《東洋医学の名医134人》（実業の日本社，2003年）