

〔論文〕

# 文化遺産としての伝統医学

— 日中医療制度の比較 —

堀 毅

〈目次〉	まえがき
	I 伝統医学の特質
	II 漢方の復権
	III 日本と中国の医療制度
	IV 専門医制度の問題点
	V 腹八分の心得と知足の精神
	あとがき

## まえがき

中国・日本を中心とする東アジアにおいては、思想・文化・技術など共通の文化を有する。

医学に関しても、同様に、中国に起源を発する伝統医学も、現代に至るまで社会に生き続けている。

現代中国では、伝統医学と現代医学を同格に扱い、両者の長所を生かせるような医療制度を設けている。

近年では、大学の医学部において、中国伝統医学と西洋現代医学の両学科に加えて、両者を融合した、中西結合学科も設けられ、新しい時代に対処している。

一方、わが国においては、明治時代の医制により、伝統医学の漢方を廃止、西洋医学一辺倒となった。

文明開化を国是とする当時の状況では、伝統医学に代わって西洋医学を採用することは、あながち誤った選択とは言えないが、医制が制定された当時は、日清戦争などがあり、日本社会の中に、中国を蔑視する風潮があったことも漢方を排除する大きな要因であろう。以来、100年の歳月が経過した。その間、ほぼ一貫して、西洋医学を正統とし、伝統医学を異端視する政策をとり続け現代に至っている。

中国においては、伝統医学と西洋医学の優劣を計り、二者択一をするということはしない。両者は、それぞれ、異なった特質を有する。

- 西洋医学は近代の技術の上に進歩してきた文明の産物  
治療の分野では目覚ましい成果を上げている
- 伝統医学は悠久な歴史の中で培われてきた文化の産物  
予防・養生の面では捨てがたい価値を留めている。  
さらに、伝統医学は哲学的な要素を含み、文化遺産にも十分に値する。

本論では、日中両国の医療制度を概観し、両者の特質つき論及したい。

## I 伝統医学の特質

伝統医学と西洋医学の比較は、両者の特質を知る上で有効であり、多くの概説書などでもしばしば試みられてきた。

私も、両者の根本思想を示す際に、伝統医学では〈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〉ととらえるのに反し、西洋医学では〈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〉と区分してきた。

その後、考究を進めていった結果、伝統医学と西洋医学の本質的相違は、“気”“心”という目に見えない要素がポイントとなっていることに着目した。

### 1 “心身一如”と整体的哲学論

西洋医学の概念では、健康を善とし、病気を悪ととらえる二元論に立つ。

この思考法は、キリスト教における正と邪、刑法における無罪と有罪の二元論に相似している。

刑法では、物的証拠が犯罪の有無を決する大きな要素であり、情況証拠は時には度外視される。

西洋医学では、個体の中における、病気の因子を見つけ、それを治療の対象とするが、病因が物的証拠に相当し、治療が刑罰に相当する。

一方、伝統医学では、一個の人間を小宇宙としてとらえ、病気の症状をパーツの不具合としてではなく整体的な観点から見る<sup>(1)</sup>。

伝統医学の入門書などでは、〈西洋医学は病気を診るが、伝統医学では病人を診る〉と、述べられているが、まさに当を得た表現である。

また、伝統医学の根本には4000年の歴史を踏まえた哲学的要素も存在するが、日進月歩の近代科学技術の集積である西洋医学と好対照をなす。

### ◇気血水

伝統医学の理論書には、陰陽・五臓六腑・虚実・寒熱・六病位と並んで、必ず“気血水”の記述がみられる。

このうち、“血水”は現代医学によっても認識できるが、“気”に関しては、血液検査やCTの画像によっても確認できず、現代医学の理論にはなじめない。

目に見えない要素を基盤にしているという点で、哲学的である。

伝統医学を特徴づける概念として、“心身一如”があるが、伝統医学における気はその核心にある。

“心身一如”とは本来、仏教用語で、心（精神）と身（肉体）は、本質的に一体をなすものであり、不可分とされる。

現代医療でも、“ホリスティック”（Holistic；全体的）が提唱され、整体的な自然治癒力が見直されているが、この理論はヒトの体のパーツごとに対処する現代医療の限界を超え包括的に病を癒すという観点に立つ。

さらに、東洋哲学の根本理論たる“陰陽・五行思想”も現代科学では容易に解明できない概念でありながら、数千年の経験の上に形成された理論であり、気血水とともに伝統医学の中核理論である。

近年においては、自律神経のバランスの失調を病因の一つとみる福田・安保理論など、従来の医学理論の枠を超えた学説が出だされているが、精神と身体<sup>(2)</sup>の平衡を重視するという点で、伝統医学と相類似する面も有している。

伝統医学における気血水は細胞病理学が提唱される以前の概念であり、人体を小宇宙とみて、気や水のバランスの失調が健康に害を及ぼすという観点に立つものであり、近年、益々、重要視されている。

## 2 西洋医学の沿革

古代ギリシャの、医学の始祖と称されるヒポクラテスは、人間の身体の構成要素として血液・粘液・黄胆汁・黒胆汁四種類の体液があるとし、そのバランスが崩れると病気になるとする四体液説を唱えた。

ローマのガレノス（129年頃-199年）は、ヒポクラテス医学を基礎に、四

体液説を継承し発展させた。

その後、体液病理学に対し、病気の原因は身体の固体にあるとする固体病理学が唱えられるなど幾多の変遷を経ながらも、ガレノスの学説＝体液病理学は、19世紀中葉に至るまで、西欧社会では支持されてきた。

さらに、顕微鏡の進歩や解剖技術の向上により、臓器病理学へと発展し、ドイツの病理学者ルドルフ・ウィルヒョウ（Rudolf Virchow, 1821-1902）が体液病理説を否定し〈すべての細胞は細胞分裂によってのみ生じる〉と唱え、《細胞病理学》<sup>(3)</sup>が著されることにより、これが現代医学の定説になっている。

ギリシャ以来のヒポクラテスの四体液説はウィルヒョウによって否定されたが、事柄の善悪をハッキリと峻別する西欧キリスト教倫理の社会では、細胞病理説こそが善で、体液病理説は悪として斥けられた。

但し、病因には、ウイルス性疾患や脳梗塞など細胞に起因しないものもあり、細胞説は万能ではなく、様々な見地より見直しがなされている。

### 3 西洋医学の隆盛と漢方の凋落

#### ◇西洋医学の進歩

ウィルヒョウの学説が医学界を席卷した19世紀中葉、日本はまさに明治維新により、新しい時代の幕開けを迎えた。明治の医療制度の大転換については、すでに述べたごとくであるが、医学史を概観すると、ドイツ医学を手本とする一大方針の状況下では、漢方に代わり西洋医学を選択するということもやむを得なかった。

さらに、当時の日本と中国をめぐる国際情勢は、漢方医学がわが国で生き続けるうえで大きな逆風となった。

病気の原因を細胞レベルまで究明した現代医学は、確かに人類に対する偉大な貢献をもたらしたが、この原理のみでは、医学のすべてをカバーできない。

明治の医制により、西洋医学を柱とする政策を採ったことは誤りではなかったが、二者択一的な発想で、2000年の伝統を有する伝統医学を捨て去っ

たことは、その後の我が国の医療に大きな禍根をのこすこととなった。

#### ◇明治期の医療

幕末に黒船の威力を目の当たりに見た当時の為政者にとって、西洋文明の卓越した先進性は認めざるを得なかった。

この意識は医学界にも及び、新政府は文明国にふさわしい医療体制作りにとり掛かった。

明治七（1874）年、政府は従来からの漢方医学から西洋医学に切り替える方針を打ち出し、医制を、東京・大阪・京都の三府に発布した。その内容は、教育医術、薬舗開業試験並びに免許規則の改正であった。

翌明治八（1875）年、東京・大阪・京都の三府で西洋医学による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名であったが、その内、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。この試験制度は、医療の現場に大きな混乱を招来した。

そこで政府は、漢方医の立場にも考慮をはらい、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、この年六月の時点で満二十五歳の者に限り開業許可証を与える旨を布達した。これにより、漢方医の多くは、当面失職を免れることとなった。

しかし、漢方医の開業は一代限りとされ、以後、伝統医療は立ち枯れの命運をたどることとなる。

明治十六（1883）年10月、政府は、漢方医の請願を斥け、医師の免許規則は〈太政官布告第三十四号・第三十五号〉として公布した。以後、公的な資格を持つ医師の養成機関において、漢方を専修する道は閉ざされた。

しかし、当時の社会においては漢方医の勢力は強く残存し、漢方の伝統を守ろうという運動が起こった。漢方継続運動は免許規則を改正し、一発逆転勝利を図るものであった。

明治二十八（1895）年、帝国議会が開られたが、この議会で〈医師免許

規則)を改正する決議がなされれば、漢方は晴れて市民権を得ることになる。

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。

## II 漢方の復権

日本の文化の中で生まれた漢方は、衰亡の一途を辿ることとなったが、その中で、漢方の復活を唱える医療関係者や有識者が現れた。

### 1 戦前の動向

☆和田啓十郎(1872～1916)長野県出身・済生学舎(現在の日本医科大学)卒業、和田は江戸時代の漢方医・吉益東洞の理論に触発され、医業を営む傍ら、漢方復興の運動に勢力を傾けた。しかし、世論の風当たりは冷たく、その努力は空しく費やされた。

1910(明治43)年、彼は一念発起し、《漢洋医学比較研究 醫界之鐵椎》を著述し、漢方の優れている点を論じ、これを排斥することの非を説いた。

当時の漢方のおかれた状況は次の記事により如実に伝えられる。

漢方医術は天下衆人悪罵の中心に立てり。学者となく無学者となく。医家となく俗人となく。冷罵嘲笑殆んど底止する所を知らず。

或は草根木皮に生命委ねし去り敢えて悔ゆるの色なしと冷罵し、或は皇漢医学の旧想を夢むる者と嘲笑し。或は常識を欠ける狂者の言の類と為す。<sup>(4)</sup>

彼の漢方に対する熱情は、この書の行間からも読み取れるが、惜しむらくは、43歳の若さで夭折した。その業績は、後進に対しても大きな影響を残し、漢方に対する不断の精神は、湯本求真らにも伝えられている。

☆中山忠直（1895～1967）早稲田大学商学部出身

大正から昭和にかけての詩人・思想家である中山は、分析や分解に陥り医学の本質から逸脱した西洋医学に対し《漢方医学の新研究》を著し、社会に大きな影響を与えた。

この書は、当時の医学界に大きな波紋を投げかけ、漢方復興の契機となった。

☆湯本求真（1876～1941）石川県出身、金沢医科専門学校（現在の金沢大学医学部）

湯本は、東京で診療所を開設したが、疫痢の流行により家族を失ったことを契機に漢方医としての人生を歩む。

東京で開業しながら、名著《皇漢医学》を著し、漢方に新理論を打ち立てた。復興の礎となった。

☆大塚敬節（1900～1980）高知県出身・熊本県立医科専門学校（現在の熊本大学医学部）

大塚は湯本求真に師事し、古法の研究に精力を傾けたが、他の流派の漢方医とも如才なく交流した。

1934（昭和9）年、後世派の矢数道明らと、日本漢方医学会を設立し、漢方医学復興の基礎を築いた。

☆矢数道明（1905～2002）茨城県出身・東京医学専門学校（現在の東京医科大学）

矢数は、1930年、医科専門学校を卒業後、後世派の大家・森道伯に師事し、漢方医の道を志した。

江戸時代から漢方の世界では、後世派・古方派などの流派があり、深刻な対立があった。その構造は、明治以降にも払しょくされなかったが、矢数道明と大塚敬節は流派の垣根を超え盟友関係を結び、東亜医学協会結成・学術書の刊行など、近代医学史の金字塔を築いた。<sup>(5)</sup>



## 2 戦後の動向

戦後日本は、新しい憲法の下、国家建設にとり掛かったが、医療に関しては、旧来の西洋医学一辺倒の方針は保持された。

しかし、漢方に対する需要や期待は次第に高まりを見せた。

1950（昭和25）年、日本東洋医学会が設立され、第一回日本東洋医学会総会が慶應義塾大学 医学部北里講堂にて開催された。さらに、1971（昭和46）年には、漢方製剤が保険収載されたことから、保険診療として漢方薬が使用できるようになった。

1975年、製薬事業に永年の伝統を有する富山の地に富山医科薬科大学が設置された。

1978（昭和53）年6月には、和漢薬研究所（現、和漢医薬学総合研究所）が旧富山大学から移され、伝統医学に関する他に類を見ない特色を持った研究機関となった。

1976年から85年までの10年間、安井広迪らを中心とする北里研究所付属東洋医学総合研究所は、〈医学生のための東洋医学セミナー〉を実施毎年夏、1週間の日程で実施してきた。

このセミナーの参加者から現代の漢方医学界の中核たる専門医師が多く輩出されている。

1979年、わが国の伝統医学に永年の実績を誇る富山医科薬科大学において、漢方教育が実施され、これが先駆けとなり、以後多くの医科大学で漢方教育が行われるようになった。

1990年、日本東洋医学会における専門医認定制度が開始され、2005年から現行の制度になった。これにより、漢方専門医の存在が世に知られ、漢方医の広告を出すことが許可された。

### 1998（平成10）年9月第20回漢方治療研究会開催

矢数道明が昭和13年に設立した東亜医学協会（矢数圭堂会長・寺澤捷年理事長）主催の第20回漢方治療研究会が開催。

シンポジウムでは《近代漢方の現在，過去，未来》をテーマに，座長の寺澤捷年氏・秋葉哲生氏（あきは伝統医学クリニック）・花輪壽彦氏（北里大学東洋医学総合研究所）渡辺賢治氏（慶應義塾大学）ら多くの研究者が参加した。

2001年には、文部科学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムのガイドラインに「和漢薬を概説できる」という項目が盛り込まれ、医科大学において、漸く漢方医学が医学教育として公式科目として日の目を見ることとなった。<sup>(6)</sup>

文部科学省から2001（平成13）3月に公布された医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議の報告書（座長：高久史磨自治医科大学長）において、「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—」に「和漢薬教育」が掲載され、基本的診療知識の中の薬物治療の基本原理に『和漢薬を概説できる』（卒業までの到達目標として提示）の一項目が新たに追加された。

これを機に各医学部においては、漢方医学を採り入れた医学教育カリキュラムが組まれるようになった。そして、平成19年度（2007年）には、80大学すべての医学部において漢方医学に関する講義が開設されるようになった。

平成20年度には漢方医学を8コマ以上必須とする大学が68校に達した。<sup>(7)</sup>

#### ◇現代の名医を尋ねる

我が国における漢方の数に関しては、大雑把ながら、一応の推定ができたが、問題はその質である。ところが、評価に当たっては一定の基準はない。

そこで、次なる視角から判断を試みてみよう。

#### a；[研究・教育の実績]

論文が、東洋医学会の機関誌である《日本東洋医学雑誌》や《医学教育》などの学術誌に採用されている。

大学・研究所などにおいて研究・教育の成果を挙げている。  
学会において、研究発表或はコーディネーターを担当する。  
外国からの留学生の指導をする。

**b ; [刊行物・インターネットなどからの情報]**

☆《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方》(朝日新聞出版)

朝日新聞社では、1980年から漢方の解説本を刊行しており、現在まで継続出版されている。

このシリーズは、多角的視点で構成され、初心者から専門家に至るまで広範囲の人にとって今やバイブル的存在となっている。

体裁としてはA4・一冊平均250ページ余りで、4冊では1000ページを超える。内容的には、漢方理論の入門から専門医のリストまで広範囲である。最近刊行の物から、名医に関する記事は以下のとおり。

〈ベテラン漢方の専門医に聞く〉

〈漢方の名医とは〉

〈頼れる漢方専門医の10の条件〉

以上(《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2011》)所収

〈本当に頼れる名医の漢方治療〉〈賢人が語る漢方の真価〉

〈自分に合った漢方医と出会うために…頼れる「名医」三つの条件〉

- (1) 漢方医学の概念を治療の基本としている
- (2) 漢方医学にのっとり診察・診断する
- (3) 西洋医学における専門領域の知識がある

3条件を満たした名医20名を紹介、料金・：保険適用か自費診療かなどの病院に関する基本情報も詳しく明示

日本大学附属板橋病院におけるサーモグラフィーも紹介

以上(《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2012》)所収

〈漢方道を極めた「名医」の最新治療〉

生活習慣病・女性の病気・アレルギー・心に関する病気の分野に分けて19名の実績ある名医を紹介《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2013》所収

〈名医に聞く 症状別処方箋〉

冷え症・更年期障害・月経の不調・尿漏れ・不妊症・アトピー性皮膚炎・頭痛・高血圧・糖尿病。がん・肥満・花粉症・消化器心身症・うつ、関する分野ごとに分けて14名の実績ある名医を紹介

〈漢方が処方できる全国医療機関・漢方治療医2509人のリスト〉

以上《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2014》所収

[ネット情報]

〈漢方のお医者さん探し〉漢方薬を処方する病院・診療所を都道府県・市区町村別に紹介／診療科名と診療可能分野を明示。病院のホームページの他住所・最寄り駅・休診日など必要な情報を掲載。ただし、診療科名については、表2に示される通り“その他”の科目に分類に属されている。

〈漢方ナビ〉漢方薬を処方する病院・診療所を都道府県・市区町村別に紹介。

本サイトの特色は、漢方科目と専門分野が明確に表示されている点である。住所・最寄り駅・休診日など必要な情報を掲載。担当医師お名前とクリニックにおける週間の勤務予定日時掲載

〈日本東洋医学会・専門医名簿〉

病院・診療所を都道府県・市区町村別に紹介。

本サイトの特色は、担当医師の西洋医学における得意分野を明示している。

〈名医を探すドクターガイド〉

現代日本を代表する名医の中より、下記の13名につき、詳しい紹介がなされている。

医師名；

班目健夫医師・川嶋朗医師・石川友章医師・伊藤隆医師

伊藤剛医師・武田卓医師・寺澤捷年医師・久保田達也医師

加茂登志子医師・中川幹子医師・高橋亜佐子医師

三瀨忠道医師・嶋田豊医師<sup>(8)</sup>

上記の各サイトはそれぞれ一長一短があるので、検索の際は、各サイトを参照すべきである。

**c ; 著作物**

《最新 東洋医学の名医134人 徹底紹介》<sup>(9)</sup>

[第1章 日本漢方] [第2章 中西医结合] 第3章 [鍼灸] 第4章 [第三の医学] に分類し134名の医師・薬剤師・鍼灸師を紹介

この本の特色は、医師の出身大学などのキャリアとクリニックの費用について保険適用か自費か、という点につき明示し、利用者の便に供している。

[第1章 日本漢方] 47人の医師が紹介されている。その一部

温知堂矢数医院 矢数圭堂                      あきば病院 秋葉哲生  
修琴堂大塚医院 大塚恭男                      青山杵渕クリニック 杵渕彰  
千代田漢方クリニック 桑木崇秀  
東京女子医科大学附属東洋医学研究所 佐藤弘  
ヨシコクリニック 高木嘉子  
富山医科薬科大学付属病院和漢診療部 (2003年当時 寺澤捷年  
銀座・玄和堂診療所 寺師睦宗              昌平クリニック 鍋谷欣市  
北里研究所東洋医学総合研究所 花輪壽彦  
表参道福澤クリニック 福澤素子      日本医科大学東洋医学科 三浦於菟  
人和会総合病院婦人科 村田高明  
金匱会診療所 (東京都中央区) 山田光胤・松田邦夫・藤井美樹・室賀昭  
三・山田亨弘・寺師睦宗・鎮西弘・大塚恭男  
日本漢方医学研究所附属渋谷診療所 山田博一

[第2章 中西医结合] として12人の一部医師が紹介されている。その一例：

帯津三敬病院 帯津良一

第3章〔鍼灸〕 第4章〔第三の医学〕における医師として、75名が紹介されている。その一例。

甲田病院 甲田光雄 水嶋クリニック 水嶋丈雄  
国際自然医学会・御茶の水クリニック 森下敬一

《漢方の名医9人》<sup>(10)</sup>

漢方療法の奥深さを知り、西洋医学と漢方療法の融合をはかりつつ、より患者のためになる漢方処方を目指す医師として、下記の9人を紹介

あらなみクリニック 荒浪暁彦 ありさわクリニック 有澤正義  
アイケアクリニック 佐藤香 うるおい皮膚科クリニック 豊田雅彦  
日比谷トータルクリニック 中村公一  
若葉ファミリー常盤平駅前内科クリニック 原田智浩  
芦屋こころとからだのクリニック 春田博之  
朴澤耳鼻咽喉科・統合医療センター Tree of Life 朴澤孝治  
横内醫院 横内正典

◇名医の条件

日本の医療制度において、漢方が埒外に置かれているため、存在感は少ない。その多くは、日々の臨床では西洋医学に軸足を置きながら、必要に応じて、漢方の製剤を処方する程度が実情であろう。

一方、日々の臨床医療で漢方を主軸にしている漢方医も皆無ではない。

現代日本漢方界のリーダーたる丁宗鐵・秋葉哲夫・花輪寿彦らの諸氏の言を借りれば、頼れる「名医」として、〔漢方医学の概念を治療の基本としている・漢方医学にのっとって診察、診断する・西洋医学における専門領域の知識がある〕の三つの条件が示されている。<sup>(11)</sup>

私は、さらに、一歩進んで、次の条件を加えたい。

**a ; 臨床面**

西洋医学は、血液検査やCTスキャンなど科学的データを重視するが、漢方はいわゆる“四診”を基礎に治療を行う。

専門の漢方医を称する以上は、[“四診” > 科学的データ] が望ましいが、日ごろの治療において、漢方の比重が10%程度では、専門医とは認めがたい。

**b ; 基本概念**

整体としてのヒトを小宇宙としてとらえ、気血水・陰陽のバランスを整え、個体が本来持っている自然治癒力を引き出す。

a・bを総合すると、診療にあたって、まず“四診”を基礎に整体的にバランスを診たうえで証を決め、漢方を処方すること肝要であり、この手順を踏まずに、漢方薬の処方を行う行為は、名前だけの漢方医の域を出ない、また、気血水・陰陽という哲学的概念に基づかない医療も漢方としての要件を満たさない。

### Ⅲ 日本と中国の医療制度

#### 1 医学教育・研究

##### ◇富山大学（旧富山医科薬科大学）

1975年、富山医科薬科大学が設置され、1978（昭和53）年6月には、和漢薬研究所（現、和漢医薬学総合研究所）が旧富山大学から移され、伝統医学に関する他に類を見ない特色を持った研究機関となった。

1979年、わが国の伝統医学に永年の実績を誇る富山医科薬科大学において、漢方教育が実施され、これが先駆けとなり、以後多くの医科大学で漢方教育が行われるようになった。

その後、国立大学法人富山大学として統合されたが、建学の理念は〈東西医学の融合〉および〈医学薬学の有機的連係〉を謳い、富山医科薬科大学時

代の伝統を受け継いでいる。

なお、慶應義塾大学医学部漢方医学センターが作成した後期臨床研修（専修医課程）のためのプログラムにおいて、富山大学を短期の研修先としている。

### ●富山大学附属病院

和漢診療科で扱う疾患

- ① 従来の西洋医学的治療に限界がある場合
  - ② 副作用のために西洋医学的治療を十分に受けられない場合
  - ③ 西洋医学的治療に東洋医学の長所を加え、より一層の効果を期待する場合
  - ④ 症状が複数の臓器や器官に渡り、愁訴が多い場合
- などで受診されることが多くなっている。

診療スタッフ；嶋田豊・柴原直利・引網宏彰・藤本誠・野上達也による、高度な医療または特徴的な医療

- ① 東洋医学と西洋医学を融合した全人的医療を行なっている。
- ② 個人個人の体質に合わせたオーダーメイド治療を、漢方治療を通して実践している。
- ③ 現代医学的治療と漢方薬の併用により、難治性疾患に対する効果を高めている。

### ●和漢医薬学総合研究所

〔研究所の特色〕<sup>(12)</sup>

伝統医学は人類が自然の摂理と天然の恵みを巧みに利用し、疾病の予防、治療にあたってきた経験知の集積と考えられます。和漢医薬学総合研究所は近年著しく発展した先端科学技術を駆使することにより、この伝統医学や使われる薬物を科学的に評価し、東洋医学と西洋医学の融合をはかり、



新しい医薬学体系の構築と自然環境の保全を含めた全人医療の確立に貢献することを使命とします。この使命を達成するため当研究所は

- ① 天然薬物資源の確保と保全、
- ② 和漢医薬学の基礎研究の推進と東西医薬学の融合、
- ③ 漢方医学における診断治療体系の客観化と漢方医療従事者の育成、
- ④ 伝統医薬学研究の中核的情報発信拠点の形成

などに関する重点課題を設定し、研究所内の横断的連携、国内および国際的共同研究を推進しています。伝統医学は人類が自然の摂理と天然の恵みを巧みに利用し、疾病の予防、治療にあたってきた経験知の集積と考えられます。和漢医薬学総合研究所は近年著しく発展した先端科学技術を駆使することにより、この伝統医学や使われる薬物を科学的に評価し、東洋医学と西洋医学の融合をはかり、新しい医薬学体系の構築と自然環境の保全を含めた全人医療の確立に貢献することを使命とします。この使命を達成するため当研究所は天然薬物資源の確保と保全、和漢医薬学の基礎研究の推進と東西医薬学の融合、漢方医学における診断治療体系の客観化と漢方医療従事者の育成、

- ⑤ 伝統医薬学研究の中核的情報発信拠点の形成

などに関する重点課題を設定し、研究所内の横断的連携、国内および国際的共同研究を推進しています。

また、本研究所は、長年にわたって、伝統医薬学に関する国際会議を主催してきたが、江戸時代における越中の和漢薬の伝統が、現代の富山という地に生かされている。会議は、平成4年から、国際シンポジウムの体裁で開かれている。(下線は筆者による追加)

- 第1回 (平成4年8月) 伝統医薬研究の現状と課題
- 第2回 (平成5年10月) パキスタン、カナダ及び中国の伝統医薬
- 第3回 (平成6年10月) ネパール、ブータン、モンゴル、中国及び韓国  
の伝統医薬
- 第4回 (平成7年10月) 中国医学と漢方医学を考える
- 第5回 (平成8年11月) 中国医薬、アーユル・ヴェーダに関する討論
- 第6回 (平成9年12月) アフリカの伝承医薬の現状と将来
- 第7回 (平成10年8月) 薬用植物の栽培と育種
- 第8回 (平成13年10月) 病気の予防と健康増進
- 第9回 (平成15年10月) 生活習慣病と伝統医学
- 第10回 (平成17年7月) 伝統医薬学の新展開—国際調和と独自性、経験  
知と先端科学
- 第11回 (平成19年10月) 伝統医薬および代替医療が臨床的に大いに役立つ部分
- 第12回 (平成21年11月) 和漢薬の科学基盤形成
- 第13回 (平成23年10月) 伝統医薬 (和漢薬)・天然薬物を駆使した疾患の  
予防・治療 (戦略) : その臨床的・前臨床的研究の国際的最前線
- 第14回 (平成26年10月 第35回特別セミナーと合同開催) 伝統薬物のサス  
テナビリティと創薬への展開

[民族薬物資料館]

目的： 世界の諸民族の伝統薬物を蒐集、保存、展示するとともに、それらの学術情報を収載したデータベースを構築し、伝統薬物に関する共同研究を推進する。

沿革：

昭和48 (1973) 年 富山大学薬学部附属和漢薬研究施設化学応用部門の増設に伴い生薬標本室を増設

昭和60 (1985) 年 民族薬物資料館を設置

平成10（1998）年 第1回富山医科薬科大学民族薬物資料館一般公開。  
（この年から年1回開催）

平成17（2005）年 富山大学和漢医薬学総合研究所附属民族薬物研究センター民族薬物資料館となる。

公開日：年に1回、秋に一般公開日を設けている。原則的には非公開である。

#### ◇北里研究所付属東洋医学総合研究所

沿革

1914年 北里柴三郎、現在地に北里研究所設立

1962年 創立50周年記念事業として学校法人北里学園を創立、北里大学を設置 衛生学部を開設

1970年 医学部を開設

1971年 東洋医学総合研究所を開設

1976年～1985年 安井広迪らを中心として10年間、全国の医大生を対象に毎年夏1週間の東洋医学集中教育を実施。

湯液・生薬・針灸・医学史等広範囲に亘る講義と実習を行い、このセミナーの参加者から現代の漢方医学界の中核を担う専門医師が多く輩出されてきた。

1986年 看護学部を開設

北里大学東病院を開院

東洋医学総合研究所が日本初のWHO伝統医学協力センターに指定

#### ▽漢方鍼灸治療センターの特色

沿革に示したとおり、漢方鍼灸治療センターは創立以来、他の施設にない特色ある内容を有する。

漢方鍼灸治療センターにおける外来医師は、13名である。各医師の出身校・専門科目認定資格などが明示されているので受診者は安心できる。

#### 外来医師

花輪 壽彦（センター長） 伊藤剛 及川 哲郎 小田口浩  
鈴木 邦彦 星野卓之 堀田広満 森裕紀子 川鍋伊晃 石毛達也  
五野由佳理 櫻井正智 齋藤絵美 堀川朋恵

センターの特色は、保険を適用せず、自由診療としている点である。

<sup>(13)</sup>  
その理由として、

“漢方治療で最も大切なものの一つが漢方生薬です。ところが、保険診療では生薬の品目数が制限されており、また高品質な漢方生薬を使用することが出来ません。

当治療センターでは、個々の患者様に処方された漢方薬が最大限の治療効果を発揮できるように、治療に必要とされる厳選された高品質かつ豊富な漢方生薬による自由度の高い治療を実施し、患者の皆様で最高の診療を提供しております。

最良の治療効果を上げるために、各種の制約から解放された結果が自由診療という診療形態となっているのです”と治療方針を示す。

また、メリットとして、“医師の処方箋がなくても薬局で購入できる一般用医薬品は、安全性などの観点から、医療機関で処方される漢方薬より用量が少なくなっています。当センターの漢方薬は、日本で手に入る最高品質の生薬を用い、医師の診断に基づきそれぞれの患者様に合わせて、必要十分な量を処方しています。”と効きが良い点を強調し、また、“薬局には医師がいまませんから、服薬後の不調などさまざまな相談に十分対応できない場合があります。当センターでは、必要であれば採血などの検査もできますし、外来担当医に直接相談できます。少し敷居が高いと感じるかもしれませんが、その分の安心があります。”と服薬後の不調にも自由診療という保障する。

自由診療というと、患者の負担が増大するのではなかろうかという懸念がある。この点に関し、“薬局によっては、さまざまなサプリメントや健康食品の同時購入を勧めることがあり、自由診療の当センター以上に、月々の出費が必要となる場合があります。当センターは漢方一筋で勝負！専門の医師や薬剤師、最高品質の漢方薬を揃えた充実の診療体制をとっているにもかかわらず、大変良心的な価格設定をしています。”と、当センターの漢方薬は決して割高ではない点を説明する。

費用に関しては、漢方外来・鍼灸外来ともに、きちんとした明細書に請求されるので不安はない。

#### [自由診療の得失]

現行の健康保険制度では、一般の人は税金と併せて、保険料を納付しており、治療を受けたときは、治療費の20～30%を負担する。

年間の医療費が100万円であれば、患者の負担は20～30万円で済む。ところが、自由診療では全額負担となる。

これは、患者にとって、医療費の二重払いである。ところが、医療の質を考えたとき、あながち、自由診療が不適正であるとは即断できない。

すなわち、当センターにおける治療は、一般の病院で行われている〈証の決定⇒方剤の処方〉という方式とは全く次元の異なるものであり、日本の漢方というより、むしろ、中医に近いものである。そこで、私が中国で体験した事例を紹介しよう。

私は2005年、中国に滞在したとき、体調を崩し、本場の中医の治療を受けたが、そのとき治療にあたったのは、中医の経験30年の主任医師で、かねてからの友人であった。懇切な四診を経て、煎じ薬の処方を受けたが、まず、その形態を見て驚いた。

診察室において、医師が処方箋を書き、それが、直ちに薬局に回り、薬草を煎じて真空パックにする。

いわゆる、煎じ薬で内容量は300gほど、あくの強い強烈な臭気を発する。

俗諺に“良薬口に苦し”とあるが、服用するにはよほどの覚悟がいる。

中国における中医と日本における漢方はもちろん同根であるが、中国では、“弁証論治”（五臓や気血水の状態を主として四診により判断し、その病状に対処すべき生薬の組み合わせを決める）を基本としているのに対し、日本では、“方証相對”（腹診を中心として“証”を決め、症状と漢方薬の対応を決める）を基本としており、臨床・処方という点では、大きく異なる。

現在、148処方の医療用漢方製剤に保険が適用され、さらに、薬局漢方製剤は212種である。

センターでは、①一般用医薬品②エキス製剤の他③中国式の煎じ薬をも併用して処方するので、コスト面では当然割高となる。ただし、センターの煎じ薬は、最高品質の生薬を用いているので、単純な比較はできない。

自由診療には、経済的に不合理な面があるようであるが、治療面の効果を考えた場合、優れた選択ともいえよう。費用面において、年間、100万円くらいの格差があるにしても、治療面で目に見える薬効を得れば、十分に引き合うであろう。

[東洋医学ドック]

西洋医学における、人間ドックに相当するもので、センターの説明は下記のとおり。

#### ①漢方専門医による漢方医学的診察

脈 診：脈の深さ・速さ・緊張状態から身体の状態を判断します。

舌 診：舌の形・色・苔の状態から身体の具合を診ます。

腹 診：全身状態としての“虚実”と漢方医学的な病態を把握します。

#### ②東洋医学的な体質判定

陰 陽：中国哲学の根幹の一つで、昼と夜・天と地というように、万物は相反する二つの要素を持ち、それらが作用して宇宙が営まれているという考え方です。

虚 実：衰弱した機能を“虚”、異常亢進した機能を“実”といいます。日本漢方では体力の充実度をもって表現することが多く、充実を

“実”、中等度を“虚実中間”、体力低下を“虚”としています。

気 血 水：気▶「元気」「生氣」の気で生体を充実した状態に保つ重要なもの。

血▶各組織に必要な栄養などを運ぶ体液、血液のこと。

水▶体液や分泌物など血以外の水分。

これらの三要素が身体でバランスを取り、互いに循環していれば、健康な状態であると考えられます。

### ③漢方医学的診察と現代医学的検査による判定

一般血液・尿検査：貧血・肝臓機能障害・腎臓機能障害・脂質異常症・糖尿病・痛風などをチェックします。

P O M S：質問票によって“気分の状態”について6つの尺度で評価します。

バセラ（CAVI）：脈波の伝わる速度を利用して動脈硬化の程度を測定します。

インボディー：細胞内・外の水分量を測定し全身の水分のバランスを評価します。

オプション検査

イリスコーダー：光に対する瞳孔の反応を見ることにより自律神経バランスを評価します。

漢方医学と西洋医学とは、時には相反するようになかなか調和がとれないが、東洋医学総合研究所におけるがごとき相互の協力があれば、大きな効果をもたらすであろう。

[東洋医学資料展示室]

歴史学研究部管理下の東洋医学資料展示室においては、漢方にゆかりのある文献などを一般の人に対し公開している。

展示品の一部

a. 中国医学の形成と三大古典の成立

- b. 『黄帝内経』と鍼灸
- c. 神農と本草学
- d. 張仲景と『傷寒論』『金匱要略』

#### ◇慶應義塾大学

慶應義塾大学の医学の歴史において、創設者の福沢諭吉と近代日本医学の泰斗たる北里柴三郎の果たした功績は大きい。

1892年、北里が芝白金に土筆ヶ岡養生園を創設した際、福澤は土地の提供などの支援をなした。

一方、1919年、慶應義塾大学が医学科（後の医学部）を設置した時には、北里柴三郎が自ら学部長に任じ、北里研究所から人材を送り込んだ<sup>(14)</sup>。

漢方に関しては、1950年から1952年にかけて、慶應義塾大学医学部卒の漢方医・龍野一雄が東洋医学会学術総会の会長として、漢方研究者の学術研究のリーダーシップをとった。

慶應義塾大学医学部出身の人物を語るとき、武見太郎の名は抜きにできない。彼は13期・25年にわたって日本医師会の会長に君臨し、厚生省相手に喧嘩を売るなど武闘派の名をほしいままにした。

彼の評判は、必ずしも良くなかったが、漢方に関しては、少なからぬ功績を残した。

その一は、漢方製剤の薬価基準収載への道を拓いたことであり、第二は、北里研究所附属東洋医学総合研究所設立に寄与したことである。

#### [漢方医学センター]

塾医学部においては、1991年、漢方相談室が開設され、93年には、漢方医学センター診療部に改編され、2008年に慶應義塾大学医学部の正式な組織として漢方医学センターとなり今日に至っている。

今日のセンター診療部外来担当は下記のメンバーによる。

渡辺賢治 小川由英 福澤素子 吉田祐文 渡邊賀子 沢井かおり 荒浪



暁彦 前嶋啓孝 堀場裕子 徳永秀明 山本智史 坪井貴嗣 有田龍太郎  
小池宙 吉野鉄大 大岸美和子 濱口卓也

[担当医紹介] (一部)

☆渡辺賢治 北里研究所東洋医学総合研究所で漢方を学ぶ。慶應義塾大学医学部東洋医学講座准教授を経て、現在、慶應義塾大学医学部漢方医学センター センター長・准教授。《日本人が知らない漢方の力》(祥伝社、2012年)《漢方医学》(講談社、2013年)など著書多数。それらの内には一般向け図書も含まれるが、漢方の理論の指南書として格好の書である。

☆荒浪暁彦 《東洋医学を極めた! 漢方の名医9人》において、皮膚科漢方の名医として紹介されている。漢方医学は金匱会診療所・北里研究所東洋医学総合研究所などで学ぶ。

☆福澤素子 1986年、塾医学部において漢方治療の企画がなされたが、その時、村田高明教授とともにそのメンバーに参加し、1990年の漢方診療相談室開設に尽力した。父子二代にわたる漢方の医家。著書に《女性のための漢方クリニック》(講談社)《入門漢方医学》(南江堂)などがある。

☆渡邊賀子 北里研究所東洋医学総合研究所において、日本初の“冷え症外来”を担当中国の古典《黄帝素問》に記されている男女の性差などの要素の知識を治療に生かす。センターにおいては主として、婦人科系の疾患を担当。

また、外来担当医師に関し、センターの公式ホームページに①西洋医としての経歴、②漢方医を志した動機、③漢方の理念などが記載されているが、これは外部の者に対し、格好のメッセージとなっている。

その一例として、小池宙医師の紹介文を示す私は町や農村で、家庭医療や精神医療を中心に、患者さんたちの近くで診療をしてきました。その中で、西洋医学だけでは治しきれない、しかし漢方医学では調整できる患者さん

たちの苦しさを目にして、漢方医学に従事するようになりました。西洋医学はどこが悪いのかを見つけて悪いところを治すことが得意です。しかし、ひとの体は必ずしもどこか一部分だけが悪いわけではありません。体調の「乱れ」は漢方での治療の方が得意なこともあります。生活の中で、どこか不都合なことがあればぜひお気軽にご相談ください。

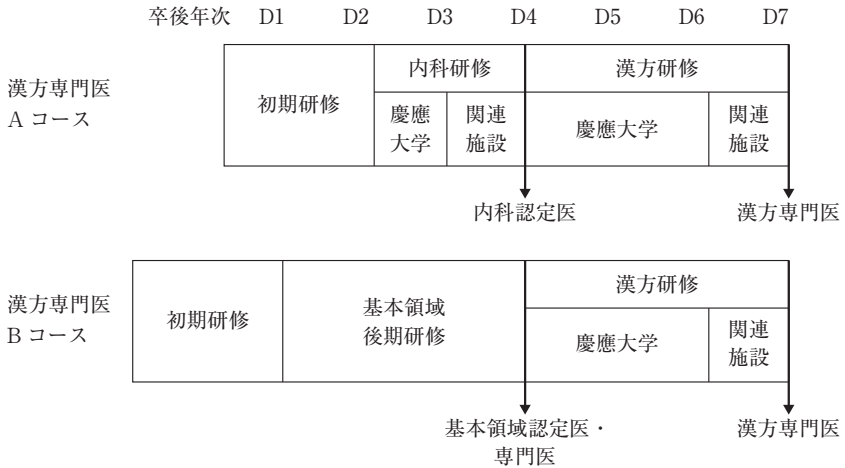
医学部漢方医学センターでは、後期臨床研修（専修医課程）のためのプログラムを作成したが、漢方医としての高いレベルの診療技術を修得するのみならず、西洋医学との融合した医療を行う医師を養成することを目指している当センターのプログラムは、漢方専門医をA・Bの2コースに分かつことにより、多様性を持たせている。

[漢方専門医Aコース]：初期研修終了後にスタートするコースである。初期研修を終了後、本プログラムでは、内科共通コース（2年間）にて、内科学の基礎を学ぶ。

1年目は慶應義塾大学病院で、2年目は内科の関連病院にて研修を行う。3年目、4年目は慶應義塾大学漢方医学センターにて漢方を学ぶ。その間、富山大学に短期の研修に行く機会が与えられる。5年目は漢方医学に関する関連病院に出向し、実践の漢方を修得する。

[漢方専門医Bコース]：専門医制評価・認定機構の定める基本領域の専修医を終了し、基本領域の専門医・認定医取得または取得予定の者が選択するコースである。基本領域の専修医終了後に漢方医学を専門の一つに加えたい医師または、基本領域の専門医を維持しつつ漢方医学の専門家を目指す医師が対象となる。<sup>(15)</sup>

[後期臨床研修（専修医課程）プログラム]



## 2 統合医療

明治政府が、漢方を排除し、西洋医学一辺倒としてから、100年余り経過したが、近年に至り、その硬直した制度の歪みが顕在化してきた。

漢方薬の一部に保険を適用することは、その一例であろうが、医療の現場でも、伝統医学などの様々な療法の見直しがなされてきた。

この問題について、欧米の医学先進諸国において、1990年代から研究者の間で論議されている。

### 〈代替医療〉

主にアメリカ・カナダにおいて alternative medicine という名称で用いられてきた。

### 〈補完医療〉（相補医療）

主にヨーロッパで complementary medicine と称されていたが、〈代替医療〉と意味上の大きな違いはない。

### 〈補完代替医療〉

1998年、アメリカにおいて、〈代替医療〉が名称変更されて以来、この名称が通用されている。

ただし、〈補完代替医療〉の定義については、研究者の間で統一的な解釈はなく、曖昧さは依然として残されている。

我が国における補完代替医療の研究者たる今西二郎氏によれば〈主流の現代西洋医学以外の医学〉と定義されているが、核心をついているといえる。なお、医療の細目については、今西氏の論著に詳述されている。

日本においても、1990年に代替医療研究会が発足し、1998年、その組織を代替医療学会とし、2000年に日本補完代替医療学会と名称を変更し、今日に至る。

なお、日本においては漢方も補完代替医療に分類されるが、その原因は、明治の医制で、漢方を非正統とした結果による。

中国では、中医と西医を同格に扱っているので、伝統医学を西洋医学に從属するものという発想はない。

### 〈統合医療と混合医療〉

今西二郎氏によれば、〈現代西洋医学では力の及ばないところを補完・代替医療で補っていく医療を統合医療（integrated medicine or integrative medicine）という。現代医学と補完・代替医療を組み合わせ、疾患の治療を図るだけでなく、予防や治未病、健康増進や維持、active aging（年をとっても、生き生きとした活動的な生活を営むこと）をも包含した総合的な医療である。〉とされる。

一般人の通念からすると、どの範疇に属する治療であろうが、最も効果のある治療法を施すことが最善と思われるが、わが国の保険制度においては、統合治療は原則的に禁止されている。

さらにガンなどの治療における未認可の先進治療も補完代替医療とされ、治療の一部にそれを組み込めば治療費の全額が自費負担となる。

2010年、当時の鳩山由紀夫首相は統合医療の積極的な推進の検討を表明

した。厚生労働省はこれをうけ、〈統合医療のあり方に関する検討会〉を設け、2013年に統合医療に関する現況と諸問題を整理し公にした。

なお、中国においては、中医（中国伝統医学）と西洋医学は同格にあつかわれているので、中医が西医の代替・補完という概念はない。また、中医と西医の統合に関しては、中西医結合という独立したカテゴリーを設け、医科大学の初年次から専門のコースで修得する。（表1参照）

### 3 中国医療制度の沿革

20世紀に至り、中国においては、2000年来の封建体制が終焉を遂げ、新しい国家建設が始まった。

国土の面積をとっても日本の25倍を擁する大国においては、変革を遂行することは容易ではなかった。

医療の分野においても、数千年の経験を有する中医を存続しようとする勢力と西洋の近代科学技術を以てそれに替えようとする勢力が対立状態であったが、日本における医療制度の改革がこの国にも影響を及ぼした。

北洋政府は、1912～1913年に、《壬子癸午学制》を定めたが、医学教育に関しては、西洋医学を採用し、伝統医学を公的機関から除外した。<sup>(16)</sup>

中華民国においては、西洋医学を主流とする主張は一層強まってきた。

1929年2月23日、南京国民政府衛生部は、医学関係者を招集し、国の方針を論議した。この時、余岩の提出した《旧来の医療制度を廃止し、以て医事・衛生の障害を取り除く案》《廃止旧医以掃除医事衛生之障碍案》が大方の支持を得た。

しかし、同年3月17日、上海にて全国医薬団体代表会議が招集され政府の方針に反対する決議をなし、その後、反対運動は全国的に展開していった。<sup>(17)</sup>

当時の首席・蒋介石は世論の動向を無視できず、伝統医学の存続を認めざるを得なかった。

1949年、共産党による新中国が建国された。

新体制において、毛沢東は、伝統医学と近代医学を綜合すべきことを一大

方針として打ち出した。

《中華人民共和国憲法》第21条では、伝統医学と近代医学の双方に同等の地位を保障している。

毛沢東は、中医と西洋医の協力を唱えたが、“中医が西医を学ぶのではなく、西医が中医を学ぶべき”旨を強調した。

毛沢東没後も中医は発展を続けた。

1998年の統計によれば、全国の中医医院は2,522か所あり、その内、中西医結合医院は40か所を数えると報告されている。

日本の漢方が中国から伝来したという経緯を有しているのに対し、中医はいわば本家筋にあたる。

日本では、明治政府により漢方医学が排斥され、現代においても、昔日の光輝を取り戻すことはないが、中国では、近代化の過程で、様々な議論を経験しながらも、伝統医学を法的に排除することなく、西洋医学と同格に位置づけ厚い保護を与えている。

漢方医に当たる中医師も、西洋医学の医師と同格の扱いを受けている。

## 4 日中における伝統医学の比較

### ◇伝統医学を担う学生数

我が国には、文部科学省管轄の医科大学は79校で、その入学定員は、2015年の時点で、9,134名である、新入学生の実入学者は8,841人・編入者<sup>(18)</sup>259人である。

ただし、日本においては、医師の資格は、西洋医学一本であるので、大学進学の時点を漢方系の学科を志望する道は開かれていない。

将来的に漢方を目指す者は、まず国家試験に合格して、さらにオプションとしての漢方のコースに進む必要がある。

### ●中国の医学系大学卒業者数

中国の医学系大学において、制度面でわが国と大きく異なる点は、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

結合異学（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である。

大学医学部は、下記の学科から構成されている。

表1 <sup>(19)</sup> [医学部における学科別卒業生]

(学科)	(卒業人数)	(備考)
医学		
予防医学	4000～5000	
中医学	8000～9000	※
臨床医学	50000～60000	内科・外科などに相当
麻酔学	2000～3000	
口腔医学	3000～400	歯科に相当
医学影像学	5000～6000	放射線科
中西医臨床医学	6000～7000	伝統医学と西洋医学の統合 ※
医学検験	5000～6000	
護理(看護)学	20000～30000	
鍼灸・推拿学	3000～4000	※
薬学	10000～20000	
中薬学	7000～8000	漢方薬 ※
薬物製剤	3000～4000	

注：※は中医関係の学科

- ① 中国では、中医として年間15,000人程度の卒業生がいるほか、中薬学（薬剤師）として、7,000～8,000名ほどの卒業生がいる。
- ② 中医学を専攻する者の数は、西洋医学専攻者には及ばないが、毎年の卒業生が2万人近くに達している事実は、現代においても、中医いまだ健在なりと自負するに十分である。

なお、中国における中医とは、入学時から中医学の過程を専修し、国家試験に合格した者である。換言すれば、中国には西洋医学を専修した医者が中医の診断にあたるということは原則上あり得ないといえる。

### ◇講義のコマ数と深度

日本の漢方医学教育は2001年に文部科学省の医学教育モデル・コア・カリキュラムに組み込まれ、漸く根付いたが、コマ数を見ると、約6,000コマの講義数に対して、わずか8コマ程度である。

一方、中国の中医薬大学では5年間の課程において、50%を中医学・50%を西洋医学に充てている。

また医科大学の西洋医学を専攻する学科においても、80コマ程度の中医学の講座を割り当てている。

また、中国においては、中医関係の科目は国家試験の必須となっているが、日本においては試験科目に課されていない。

授業の内容においても、日本の医大では、いわゆる“入門”“概論”の域を出ないが、中国においては、《黄帝素問》などの原典の講読を含めた専門領域に立ち入っている。

明治時代の日本人であれば、医学の古典を読み解くことはさほど抵抗はなかったが、現代の日本人にとっては、原典の読解が大きな壁となっている。

医学史上の名著和田啓十郎著《醫界之鉄椎》もその内容が、文語調で書かれていたため、近年、現代語訳に改定されるに至った。<sup>(20)</sup>

この一例を見ても、現代人にとって原典は遠い存在になってしまった。

さらに、古文の典籍の理解は、言語上の問題に止まらず、内容的に陰陽五行などの深い哲学的な要素が含まれ、一朝一夕にこの分野にアプローチすることは至難の業である。

近年、日本においても、漢方修得のための教科書が作成されている。<sup>(21)</sup>

内容は高い水準を保ちながら解りやすく構成されており、入門書としては優れているといえる。

しかし、この教科書に沿って漢方入門を講義するならば、少なくとも45コマ以上は必要であろう。ところが、現実には、必要とされるコマ数の20%



にも満たない。

これに対し、中国ではいずれのコースにおいても豊富な時間を割り当てているので、彼此的格差は際限ないほど開いている。

### ◇医師数

#### 日本の医師数

厚生労働省の発表によると、全国の医師の数は約30万人である。

また、厚生労働省による医師の診療科は以下のとおりである。

表2 診療科一覧

内科・心療内科・呼吸器科・消化器科（胃腸科）・循環器科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・精神科・神経科・神経内科・外科・整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・産婦人科産科・婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・気管食道科・皮膚科・泌尿器科・性病科・こう門科・リハビリテーション科（理学診療科）放射線科・麻酔科・病理・救命・救急・研修医・全科・その他・不詳  
（漢方・東洋医学は、その他に分類）

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部・2006（平成18）年／医師・歯科医師・薬剤師調査の概況

2014年発足の一般社団法人日本専門医機構によれば、加盟学会の専門医は、下記のとおり分類され、それ以外の専門医制度（学会）については、<sup>(22)</sup>今後検討・認定される。ただし、漢方はこのいずれの分類にも含まれない。

- ① 基本領域18専門医制度
- ② Subspecialty領域29専門医制度

日本で医師の資格を得るためには、医科大学を卒業したのち国家試験に合格する必要がある。

さらに、専門医の認定を得るには、日本専門医機構認定の学会に入り、所定の手続きに従い資格を得る必要がある。

一般の医師は、医学部在学中に学習した領域の中から、各自の関心のある科目を選択し、開業医・病院勤務・研究職などの道に進む。

漢方医に関しては、明治以来、日本の医科大学において漢方医を養成するため必要とされる科目が設置されていなかったため、漢方医を志す者は、卒後に専攻コースに進み所定の単位を取得するか、自力で漢方の理論を修得する必要がある。

#### ※漢方医の実態

明治初年においては、医師の全体の8割以上を漢方医が占めていたが、その後の医制の改革により、日本社会から漢方医はほぼ淘汰された感がある。

今日、偶々、街中で“漢方”の看板を見かけても、その大半は、漢方製剤を販売する薬局である。

しかしながら、わが国伝統の漢方は今日においても僅かながらも命脈は保たれている。

ところが、現代の日本において、漢方医の数に関しては、定義・基準がいまいであるため、その実数は把握しにくい。

近年、漢方に関心を寄せる医師が増え、専門学会に加入したり、学会より専門医の認定を受ける医師も少なくない。

#### [データーから見た漢方医の数]

漢方医の数を知ら手がかりは、学会関係のデーターなどがある。

- ① 学会加入者；8000～10,000名<sup>(23)</sup>,
- ② 認定医数；2,000～3,000名<sup>(24)</sup>

まず、①の学会加入者についてであるが、その大半が、日常の医療活動において、積極的に漢方を採り入れているとは認めがたい。

次いで、②については、一応、学会より“認定医”“専門医”が認められ

ているが、外部に公表されている数値は額面通り受け止めるべきであろうか。そこで、制度面より専門医の資質をうかがってみよう。

日本東洋医学会の専門医認定制度による要件は以下のとおり。<sup>(25)</sup>

- a : わが国の医師免許証を有する。
  - b : 日本専門医認定機構の定める基本領域に属する学会の認定医あるいは専門医の資格
  - c : 3年以上継続して日本東洋医学会会員で所定の単位数（7単位）を取得
  - d : 学会が定める研修施設で、3年以上東洋医学の臨床に修練を積む・
  - e : 50症例の一覧及び、そのうち10症例の臨床報告を提出
  - f : 毎年1回の認定試験（筆記試験、口頭試問）に合格すること。
- なお、資格は5年毎に更新

上記において、a・bは漢方と無関係。漢方の理論にかかわる要素はcの、所定の単位のみであるが、これは高校における生物・物理の取得単位程度である。決して十分であるとはいえない。

また、dの「学会が定める研修施設で、3年以上東洋医学の臨床の経験」  
eの「50症例の一覧及び、そのうち10症例の臨床報告を提出」は「気血水」理論に基づいた「四診」によりなされたか、確証がない。

f : 「毎年1回の認定試験」は、全国的な統一基準がなく、学会内において実施されているので、高い水準が担保されない。

したがって、専門医の資格を認定された者（2,000～3,000名）の内、名実ともに漢方の専門家という名に相応しいのは、その一部とみるべきである。

私の独断では、その割合は20～30%と想定するがこれによると漢方医の数は200～300、専門医の名誉を考慮しても、最大3,000名を超えることはない。

そこで、全国の医師の内の比率をみると0.1%～1.0%となる。

[計算根拠]

- ◆漢方医の数を300人とすると、漢方医の比率は0.1%
- ◆漢方医の数を3000人とすると、漢方医の比率は1.0%

#### ◇中国の医師数

1997年の統計によれば、全国の中医・中薬・衛生技術員の数は、52万人余に達し、その内、中医師は25.8万人、中西医结合医師は11151人、中薬師<sup>(26)</sup>8.6万人と報告されている。

2008年の統計では、中医師32.2万人、西洋医師467.7万人である。<sup>(27)</sup>

中国においては、1999年に〈執業医師法〉が公布、2002年国家試験が整備された。

法令の執行は、社会における医療体制の急激な崩壊を惹き起こした。

それ以前は、いわゆる裸足の医者という正規の免許を持たない、医師が社会の底辺の治療を担っており、医師数の実態は良く分からなかった。

2001年の調査によれば、資格を有しない全国の民間医師は205,698人おり、民間中医師はその48%を占めていた。

中国政府衛生部の中にある国家 中医薬管理局は、2007年11月に民間中医師の特別資格政策として「伝統医学師弟教育および民間専門技術を持った医師の資格試験について（考核考試方法）」を公布した。

その主な内容の一つ目は、1998年6月以前にクリニック許可をとった民間中医師、および師弟方式の中医教育形式でも、当地の省政府相關衛生部門に申し込みをし、省ごとの試験に合格すれば、中医師の国家試験受験資格が認められる」というものである。しかし現状では、省ごとの試験の合格率は高いものの、国家試験の合格率は20%ととても低い、そのため、非合法で医師を続ける民間医師が存在し続けているという問題が生じている。二つ目の内容は、「臨床25年以上、55歳の民間中医師達は当地の省衛生行政部門の書類審査を受け、その後国家中医薬管理局に医師資格を出願する事ができ、書類に問題がなければ、国家試験受験を受けずに医師免許をとることができ

る」<sup>(28)</sup>というものである。

#### Ⅳ 専門医制度の問題点

医学の分野において一般人にとっては理解しにくい用語は少なくない。

“専門医”もその一つである。今日、漢方の分野で公認の学会で認定を受けている医師は2000人余りに達しているが、そのすべてが、内科や整形外科などの基本領域の専門を持ち、オプショナルとして漢方の専門医の資格を有する。

例えば、一人の医師が基本領域として内科 小児科の資格を持ちながら、診療科可能な科目として、外科 整形外科 皮膚科 漢方を掲げることも少なくないが、今の制度では、このように多方面の科目を専門とする医師も、漢方の専門医として認められるのが現状である。

専門医の問題は、漢方の専門医特有のものではなく、他の分野においても、ほころびを見せ始めている。

2015年4月、首都圏のM医科大学で、組織的な専門医資格の不正取得が<sup>(29)</sup>発覚し、社会問題化した。

専門医の問題は、1990年代からしばしば論議されており、1997年、厚生労働省は、医師の専門分野を明示すべきことを改革案に盛り込んだ。

2002（平14）年、厚生労働省専門医資格の認定基準を公示し、広告掲載の要件を示す。これにより、社団法人日本東洋医学会は、2005年に厚生労働省から、専門医資格認定団体として認められ、“漢方専門医”として、対外的に広告を出すことが可能となった。

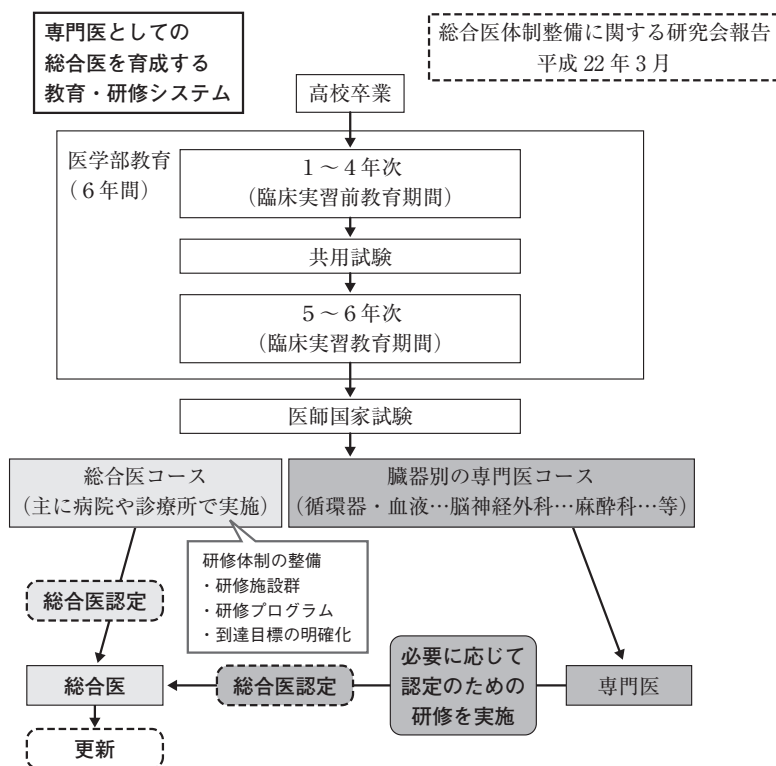
2003（平15）年、2001年に学会認定医制協議会から改組した専門医認定制協議会を、中間法人日本専門医認定制機構に改組し、専門医認定の権限をもつ日本医学会加盟学会を統括する機関とした。<sup>(30)</sup>

2011年10月、「専門医の在り方に関する検討会」（厚生労働省医政局）開催され、2012年8月には検討会の中間報告が公表された。

2013（平成25）年，厚生労働省医政局は《専門医の在り方に関する検討会報告書》を公刊し，今後の専門医に関する，国の方針を打ち出す。

2014（平成26）年5月7日 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」の報告書を受けて，一般社団法人日本専門医機構が正式に発足し，新制度に向け動き出した。

厚生労働省により示された趣旨は，従来，不明確であった“専門医”の性格をはっきりと打ち出し，国の管理体制におくことと，基本領域の枠の中に独立した科目として“総合医”或は“総合診療医”<sup>(31)</sup>を設け，多様なニーズに対処できるようにしたことである。



## [報告書による専門医のデザイン]

上図により、新しい専門医の性格は明らかにされるが、注意を要するのは、日本の医療が俯瞰的にとらえられていないという点である。

中国においては、まず、大分類として、中医・西洋医・民間医に分け、次いで、中医の中に、中西結合・民族医などの分類をする。西洋医に関しては、日本と類似した科目別の分類となる。

図のような分類法に従っては、漢方はその他の分野として扱われる。

本来は、漢方は西洋医学と同格の概念の下で論じられるべき性質を有するものである。<sup>(32)</sup>

## V 腹八分の心得と知足の精神

〈腹八分に医者いらず〉という格言は、江戸期の貝原益軒の養生法に由来し、現代においても、人口に膾炙している。<sup>(33)</sup>

益軒は《養生訓》のなかで、慾を慎むことを説いているが、その劈頭に、食は少なく、かつ、体に有害なものは慎むべきことを掲げている。

養生の道、多くいふことを用ひず。只飲食を少なくし、病をたすくる物をくらはず、色慾をつゝしみ、精氣をおしみ、怒・哀・憂・思を過ぎず。心を平にして氣を和らげ、言を少なくして無用のことをはぶき、風・寒・暑・湿の外邪をふせぎ、また時々身をうごかし、歩行し、時ならずして眠り臥すことなく、食気をめぐらすべし。これ養生の要なり。

さらに、飽食は後々まで健康に害を及ぼすと警告している。

珍美の食に対すとも、八九分にてやむべし。十分に飽き満るは後の禍あり。少しの間、慾をこらゆれば後の禍なし。

この一節は、後世に至るまで〈腹八分に医者いらず〉という格言としてよく知られている。

近年、サーチュイン遺伝子の発見に伴い、カロリーの摂取を70～80%に抑えることにより、健康の増進・若返り（アンチエイジング）に大きな効用があることが広く喧伝されてきた。

サーチュイン遺伝子をめぐる健康法が一大ブームとなり、商業主義と結びつき、その結果、サプリメントさえ飲めば、誰でも容易に健康と長寿が手に入れることができるという風潮まで惹起した。

その後、サプリを過信することへの批判が起こり、見直しもなされた。<sup>(34)</sup>

#### ◇腹八分の効用

サーチュイン遺伝子の問題はさておき、わが国では従来から“小食”“断食”などの民間療法があり、多くの支持者を得ている。

☆甲田式健康法は、“小食”により、ガンなどの症状を緩和する療法としてよく知られている。<sup>(35)</sup>

☆薬学博士の山崎正利氏は、アポトーシスの現象をヒントにし、節度ある食事が免疫力を高めることを説いている。<sup>(36)</sup>

☆東海大医学部微生物学教室の橋本一男教授、健康科学部 看護学科田爪正気教授らは、マウスを使い、腹八分目が長生きできることを発表。<sup>(37)</sup>

☆堀泰典氏は①なるべく自然食を。②腹八分目に。③バランスよくとる。を食事の要点としている。<sup>(38)</sup>

☆糖尿病の専門医である古家大祐氏は、糖尿病の血管合併症の研究の過程で、長寿遺伝子・サーチュインに注意し、25%のカロリー制限がアンチエイジングをもたらすことを説いている。<sup>(39)</sup>

近年の健康診断では、メタボリックシンドロームや肥満症が重要視されているが、その予防には、いずれにおいても、食事におけるカロリーが大きな要素となっている。

日々の生活習慣において、{食事による摂取カロリー > 運動などによる



消費カロリー} という状況があれば、当然、肥満の道を歩むこととなる

肥満を解消しつつ健康体を獲得するには、難しい議論は不要である。

私の検証によれば、〈①腹八分の節度ある食事 ②適度な運動 ③健やかな心〉を生活の上で身に着けることが健康と長寿の王道である、との結論に至った。<sup>(40)</sup>

#### ◇腹八分の実践

“腹八分”は良く周知されているが、これを生活習慣の中にしかりと身に着けることは容易ではない。

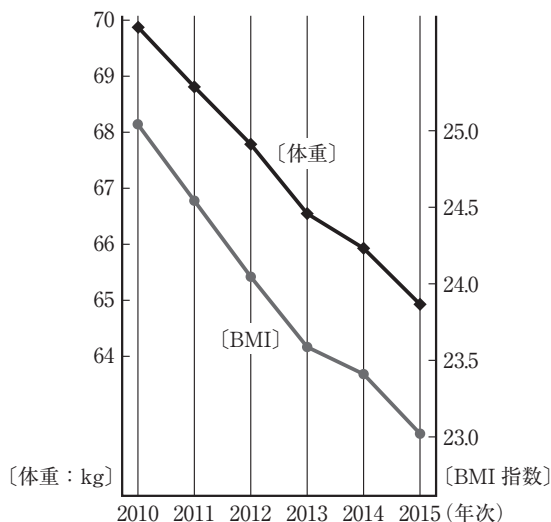
私は、かつて生命の危機に曝された経験から、様々な健康法を試みたが、最も簡明な腹八分を実行に移すこととした。

この方法の趣旨は、一日の摂取カロリーを80%に抑えることにより、糖尿病・高血圧症・高脂血症の発症を惹き起こす因子を抑えることであった。また、この機会に併せ、糖分・塩分・脂肪の摂取をも極力控えるように心がけた。

具体的には、野菜・果物を従来に比べ3倍摂り、炭水化物の摂取は従来の50～60%程度にし、肉類はほとんど口にしない。外食の場合は、できるだけ、なじみの店を作り、主食の量を半分に、また、味付けを薄目にしてもらおうお願いした。

その結果、5年間で所期の目的を達成することができた。

現在の体重は65.1kgであるが、これは30年前の数値と一致する。



#### ◇ “知足”の精神と腹八分

老荘思想は、“無為自然”を至上とするが、現実的には、世俗的な慾を必要最小限に留め、分相応で満足することである。

《老子》に〈足ることを知れば辱められず。止まることを知れば殆うからず、以て長久たるべし〉と、ここに“知足”の字句が見られる。

益軒が崇拝していた孫思邈は老荘思想を信条としており、益軒もその影響を受けていた。益軒の養生書《楽訓》において“知足”について下記の記述が見られる。

- 君子は足ることを知って貧らぬゆえ、身は貧しくても心は富んでいる。古い言葉に〈足る事を知る者は心富めり〉とあるとおりだ。小人は身が富んでも心は貧しい。貧りが多く飽くことを知らぬからである。それゆえ、ただこの楽しみを知って貧賤を気にとめず、富貴を願わぬ計りごとをすべきである。老いては、いよいよ貧らず、足ることを知って貧賤を甘受するがよい。

- ◎ わが身の足ることを知って分（天が自分にさだめた領域）に安んずる人はまれである。これは分の外を願うので楽しみを失うのである。知足の理をよく考えてつねに忘れてはならない。足ることを知っていれば貧賤にあっても楽しい。足ることを知らないと、富貴をきわめても、なお飽きたらず楽しめない。こういう富貴は、貧賤な人の足るを知っているのにはるかにおとる。富貴貧賤は賢愚によらず、ただ生まれついた分がある。古人の詩に「耕牛宿食（たべのこした食）なし、蔵鼠余糧あり」とあるようなものだ。賢者でも貧しく、不肖の子で富んでいる人も多い。これは生まれついた分である。分に安じて、分外をうらやんではならぬ。分外を願う人は楽しみがなく、憂いが多い。禍はまたここからおこる。愚かというべきだ。（〈巻上・総論〉）

上記は、中国の老子の言を敷衍したものであるが、益軒翁は《養生訓》（前出）のなかで、行住坐臥を含む通俗的な慾を慎むことを説く。とりわけ、食を慎むことを力説するが、その根底には、知足の精神がある。

## あとがき

私がさまざまな特異体質をもって生まれたことは、専門外の医学に関心を抱く要因であった。

その一は、大学を卒業してから7～8年の間に身長が6 cmほど伸びたこと。次いで、50歳のころに大腸にがんが原発しながら、10年間もそれと共生し、無事に回復できたことである。

さらに、幼少期にはどちらかというと虚弱であったが、40代の壮年期以降は、風邪とかインフルエンザとは無縁な体質となった。そのため、大学在職中の30年間は、風邪などの理由で欠勤することは皆無であった。

今日、健康体でいられるのも、伝統医学を会得したお蔭であると思っている。

## [漢方的生き方]

まず、“気血水”という漢方の基礎理論に忠実な生き方を心がけ、安易に医薬品に頼らないようにした。その結果、個体に本来備わった自然治癒力を引き出す健康術を会得できた。

次いで、古今の達人より、養生の心得を学び、生活習慣に取り入れた。

すなわち、江戸期の貝原益軒のほか、現代における日野原重明氏・帯津良一氏などの生き方は良き指針となった。

作家の五木寛之氏は、現代医学に頼らない独自の自然流の生き方を日々実践されているが、それにより多くの教訓をえた。

近藤誠氏は、ガン治療に関し、敢えて異端とも思われる対処法を唱えられ、現代医学に一石を投じられている。

門外漢の私には、これらの所説に対し論評する立場でないが、諸氏が、現代医学の枠にとらわれずに独自の健康哲学を築き、それを広く提示することの意義は大きいといえよう。

本稿では、伝統医学に関し述べたが、紙幅の都合もあり十分に意を尽くすことができなかつた。機会があれば、さらに問題を掘り下げて発表したいと思う。

## 〈注〉

- (1) 本文で用いられている“整体”は、現代の日本社会で用いられている概念と異なり、ヒトの体全体をいう)
- (2) 福田・安保理論——福田稔氏と安保徹氏により、自律神経のバランスが、白血球中のリンパ球と顆粒球の割合と数に影響を及ぼすという発見がなされ、それを整えて免疫を高めることにより、健康の維持・病気の治療に有効であるとする理論。

〈福田・安保理論〉と呼ばれているが、その根底には漢方の理論と一脈通じるものがある。

- (3) 初版：1858年，再販；1862年，1871年
- (4) 和田啓十郎《増補 醫界之鐵椎》(中国漢方，1974年) p231

- (5) 1938（昭和13）年11月，日華満三国の漢方医学による文化提携・友好親善を目的として東亜医学協会結成
- ・1941（昭和16）年，《漢方診療の実際》南山堂より発行（大塚・木村・矢数・清水共著）
  - ・1954（昭和29）年，協会機関誌《漢方の臨床》（月刊）創刊。大塚・細野・馬場・間中・矢数発行同人；〈東亜医学協会創立五十周年主要年表〉より引用
- (6) 今津嘉宏・金成俊・小田口浩・柳澤紘・崎山武志〈80大学医学部における漢方教育の現状〉《日本東洋医学雑誌》Vol.63 No.2, 131-137, 2012
- (7) 今津嘉宏・金成俊・小田口浩・柳澤紘・崎山武志〈80大学医学部における漢方教育の現状〉《日本東洋医学雑誌》Vol.63 No.2, 122, 2012
- (8) 一例として，寺澤捷年医師の項目の一部を紹介すると以下のとおり。

#### 専門 和漢診療学、冷え症

**医師の紹介** 寺澤捷年医師は、千葉大学在学中より西洋医学と並行して藤平健・小倉重成に師事し、漢方を学ぶ。日本初の漢方と西洋医学を統合する和漢診療部を設立した富山医科薬科大学の教授・医学部長・病院長、日本東洋医学会会長などを歴任。

**累積症例数または患者数** 冷え症を基盤とする各種の疾患は実に多い。慢性リウマチ、頭痛。神経痛など——。これまで40数年間で2万人以上を診察。

**年間症例数** 現在、1年間に約500人の新患を診察するが、その約70%は冷え症を基盤としている（約350人が冷え症）。現代医療で脱落してしまう患者は「冷え症」の体質。漢方でいう「陰証」で「虚証」である。

#### 医師のプロフィール

##### 経歴

- 1970年 千葉大学医学部 卒業
- 1979年 富山医科薬科大学和漢診療部講師
- 1982年 富山医科薬科大学和漢診療部助教授
- 1990年 富山医科薬科大学和漢診療部教授
- 1999年 富山医科薬科大学和漢診療部医学部部長
- 2002年 富山医科薬科大学和漢診療部副学長・病院長
- 2005年 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学講座教授
- 2010年 千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長

##### 所属学会・認定・資格

医学博士、日本東洋医学会会長、和漢医薬学会理事長を歴任。日本神経学会専門医、日本内科学会認定内科医

主な著書（編集・共著含む）

『吉益東洞の研究—日本漢方創造の思想』（2012年 岩波書店）  
 『症例から学ぶ和漢診療学』（2011年 医学書院）  
 『絵でみる和漢診療学』（1997年 医学書院）  
 『新しい漢方 東洋の知と医療 寺澤捷年先生に聞く』（2004年 考古堂書店）  
 など多数

千葉中央メディカルセンター（千葉県）和漢診療科部長

「漢方はわが国の統合医療の中核をなしていくもの」という理念をもち、漢方のもつ構造主義的視点を活用し、西洋医学的叡智を取り込んだ「日本型統合医療」を進めることが重要とする。著書「症例から学ぶ和漢診療学」は漢方診療の入門書として、ドイツ・中国・韓国で翻訳される。

診療内容「漢方的な診断と西洋医学の診断を併せて行います。治療方法も漢方薬を単独で用いることもあれば、漢方薬と新薬を併用することもあります」とのこと。現在の割合は、漢方薬が90%、西洋新薬との併用が10%ほどだという。

- (9) 旭丘光志《最新 東洋医学の名医134人 徹底紹介》（有楽出版社，2002年）
- (10) 現代書林特別取材班編著《東洋医学を極めた！ 漢方の名医9人》（現代書林，2014年）
- (11) 《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2012》
- (12) 富山大学 公式サイトによる
- (13) 公式サイトによる
- (14) 慶應義塾大学の東洋医学及び北里研究所の関係については、大倉多美子・出野智史《漢方のススメ—慶應義塾の東洋医学を支えた人々》（戎光祥出版，2008年）に詳述されている。
- (15) 慶應義塾大学医学部専修医センター：<http://www.med.keio.ac.jp/sotsugo/kouki/kouki-index.html>  
 漢方医学ホームページ URL：<http://www.keio-kampo.jp/>
- (16) 李経緯《中医史》（河南出版社，2007年）
- (17) 李経緯《中医史》（河南出版社，2007年）
- (18) 文部科学省管轄の医科大学79校の他，防衛医大がある
- (19) 陳紅雨編著《看就業，挑大学，選專業—高考志愿填报手册》（北京・科学工業出版社，2011年）
- (20) 和田啓十郎原著／寺澤捷年・渡辺哲郎注釈解説《完訳 医界之鉄椎》（たにぐち書店，2010年）
- (21) 社団法人日本東洋医学会学術教育委員会編《学生のための漢方医学テキスト》（南江堂，2007年）

- (22) 機構が認定した学会・認定医の例を挙げると次のとおり。  
 基本領域：日本内科学会・総合内科専門医・15,125名／日本小児科学会・小児科専門医・14,940名 日本皮膚科学会・皮膚科専門医・6,129名  
 Subspecialty領域：日本消化器病学会・消化器病専門医・18,876名／日本循環器学会・循環器専門医・12,830名／日本呼吸器学会・呼吸器専門医・5,149名  
 一般社団法人日本専門医機構ホームページ 加盟学会の専門医数の一覧；（平成25年8月現在）
- (23) 2014年3月現在では 9,058名  
 正会員 8,640名  
 特別会員 43名 賛助会員 302名 名誉会員 73名  
 合計9,058名  
 （正会員の内訳、医師 7,372名、歯科医師 63名、薬剤師 785名、鍼灸師 398名、研究職 22名）  
 2008年3月現在では、8,561名 正会員：8,249名（内訳：医師7,044名、歯科医師39名、薬剤師800名、鍼灸師349名、研究職17名） 賛助会員：312名 専門医を基準会員数などについては、漢方専門医機関、日本東洋医学会のホームページにて年次ごとで更新されている。
- (24) 2,755名（2008年3月現在） 2,187名（2014年3月現在）
- (25) 1989年（平成元年）より制度が発足し、学会認定医制協議会加盟の制度として運用されている。
- (26) 李経緯《中医史》（河南出版社、2007年） p406
- (27) 高鵬飛 宗形佳織 睿詹 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〉（《日本東洋医学雑誌》）Vol.63 No.2 p133, 2012
- (28) 高鵬飛 宗形佳織 睿詹 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〉（《日本東洋医学雑誌》）Vol.63 No.2 p133, 2012
- (29) 聖マリアンナ医大病院：精神保健指定医20人資格取り消し  
 聖マリアンナ医科大病院（川崎市）の医師が「精神保健指定医」の資格を不正に取得したとして、厚生労働省は15日、勤務経験者も含め同病院の医師計20人の指定医の資格を17日付で取り消すと発表した。取り消しは少なくとも過去に3例あったが、一度に大量の指定医の資格が取り消されるのは初めて。（中略）精神保健指定医は、精神障害があり自分や他人を傷つけるおそれがある患者の強制入院や身体拘束の可否を判断するために必要な資格。取得には一定期間の実務経験に加え、資格を持つ指導医のもとで自ら診察した入院患者8

例以上のレポートを厚労省に提出する必要がある。

処分理由によると、処分された医師のうち11人は、2010年6月～昨年7月、自分で診断や治療に十分関与していない患者なのに、治療に関わったとの虚偽のレポートを同省に提出した。残り9人は指導医で、実際に治療を担当した患者か確認しないままレポート提出に必要な署名をした。(中略) 厚労省によると、今年1月下旬、同病院の医師から提出されたレポートの内容が別の医師のレポートに酷似していることに気付き、カルテの記載とつき合わせて11人の不正を確認した。(中略) 指定医には通院患者の診療などで通常の医師より高い診療報酬が支払われ、救急入院施設など一定数の指定医がいることを要件にした施設基準もある。大学側は11人の外来診療に上乘せられた診療報酬約170万円を返還する方5年間に指定された2466人の申請書類についても、不正がなかったか調べる。

《毎日新聞》2015年04月15日

(30) 酒井紀〈わが国の専門医認定制度の現状〉(《歴史教育》35巻3号, 2004年)

(31) 《専門医の在り方に関する検討会報告書》

(32) 《専門医の在り方に関する検討会報告書》

- わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度\*を設け、運用してきた。(※現在の専門医制度では、学会が専門医認定を受けるために必要な基準を作成し、医師免許取得後の一定の経験等を評価し、主に試験による能力確認を行って専門医を認定している。)

しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。

- 求められる専門医像について

専門医とは「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するのではなく、例えば、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当である。

- 専門医の認定は、第三者機関が学会との密接な連携のもとで行うべきであり、そのような第三者機関を速やかに設立すべきである。このため、医療関係者や国民の代表等からなる準備組織を設ける必要がある。
- 総合的な診療能力を有する医師の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること、②複



数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる。

- 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
- (33) 貝原益軒の養生論については、拙稿〈現代養生論〉《中央学院大学・人間自然論叢》第39号、2015年1月、を参照されたし。
- (34) サプリメントの過信については、拙稿〈現代養生論〉《中央学院大学・人間自然論叢》第39号、2015年1月参照
- (35) 甲田式健康法  
 これまでの栄養学は1日に30種類以上の食品を摂るなど「いかにして多種類の栄養素を摂るか」でしたが、この健康法では「各人の症状に応じ、食事を如何に少なく摂るか、食べたものを如何にして滞りなく完全に排泄するか」という立場です。  
 腸管内に停滞した宿便が盛んに腐敗発酵を繰り返す過程でガンを始め色々な病気の原因となる毒素を産生するので「宿便は万病の元」という。「薬も注射も一切使用されない」のであります。「少食の思想」は簡潔に言えば「少食に病なし」「少食が健康の原点だ」ということです。  
 飽食・過食を反省してできるだけ無駄な殺生をしない」愛と慈悲の実践であります。  
 つまり「心とからだは一体」なのです。すべてのいのちの平等という立場から「いのち」を分かち合い少食の生活を学ぶことが自らを健やかにし、世界の飢餓を救う意思を育て21世紀を拓いていくといわれ「愛と慈悲の心が食生活の原点でありすべての人が真に幸福に生きる道だ」と説いておられます。  
 「より少なく食べることが食べ物をより美味しく味わうこと」  
 だという平凡な事実が自分を変革し世界を変えていく無限の力を秘めているのです。  
 (日本食養協会；ホームページ)
- (36) 従来は、一生の細胞分裂の回数は決まっているので、腹八分目の食生活をし

ていると、その細胞分裂の速度が遅くなり、長生きできる、と説明されてきた。それが、最近出てきた説によれば、腹八分目にしておくと、エネルギーの使用を制限することができるからよいという。実際腹八分目にしたマウスは長生きするし、発がん率も低い。

これを細胞から見てみよう。私たちの体内では、細胞が日々変異して悪い細胞がでてきているのだが、エネルギーの使用を制限してやると、その悪くなった細胞がどんどん死んでいく。この細胞が自然死していく現象をアポトーシスといい、腹八分目の動物によく見られる。腹八分目に食べていると、悪い細胞がアポトーシスにおちいり、たとえば肝臓がんなど肝臓病になりにくく、長生きできるということになる。(中略)

アポトーシスは、医学、生物学では細胞の自然死と理解されているが、アポトーシスの語源は、ギリシャ語で「秋になって木の葉が散ること」を意味しており、植物にも起こる現象である。たとえば、イチヨウの木の葉が黄色く染めて落ちるのは、アポトーシスである。

イチヨウの葉は落ちて土の肥料となるが、人間の身体の中でアポトーシスした細胞はマクロファージが食べて処理する。アポトーシスが起ころうと白血球が活性化していれば、いらなくなった細胞がゴミのようにたまることもない。三段論法のようになるが、野菜を食べれば白血球が活性化し、不要な細胞は効率よく除去され、その結果、健康が維持され病気になりにくくなるのである。健康にまつわるさまざまな格言があるが、「腹八分目」などは、代表的な養生訓である。山崎正利《サイトカインの秘密》(PHP研究所、1999年)

③7) マウスも腹八分目が長生き 平均寿命122週、満腹は74週

格言を裏付け？ 東海大グループが発表

いつもお腹いっぱい食べられる“満腹”マウスに比べ、食事を8割に制限された“腹八分目”マウスの方が長生きする——。こんな研究結果を東海大医学部微生物学教室の橋本一男教授、田爪正気教授(筆者注；1999年当時；講師)のグループがまとめ、12日公表した。両者のマウスの間では、免疫機能や腸内細菌にも差が見られ、「腹八分目は長命のもと」との格言を科学的に解明する手掛かりになりそうだ。

田爪講師らは食事の制限と老化との関係に注目し、この実験を実施した。生後5週間で特定の病気を持たない普通のマウス200匹を用い、半数は食べ放題飲み放題とし、残り半数は食事の量をその80%に制限した。無菌マウス100匹についても同様の実験を行った。

この結果、平均寿命は、普通の満腹マウスが74週だったのに比べ、腹八分目マウスは122週と長かった。無菌の場合も満腹マウスが90週、腹八分目マウ

スが110週と差が出た。また、生後20週ぐらいを境に、免疫機能の点で腹八分目マウスの方が満腹マウスより優れていることもわかった。

さらに、腹八分目マウスの場合、無菌マウスよりも普通のマウスの方が長命だったことから、腸内の細菌に注目。生後約2年の腹八分目マウスと満腹マウスを比較したところ、満腹マウスにない2種類の細菌が腹八分目マウスには存在した。

これらの結果について田爪教授は「長寿がエサによるものか、細菌に関係しているかはまだわからない。食事制限されたマウスの方が良く動くので、運動が関係しているかも知れない」と話している。(毎日新聞 1990/01/13)

- (38) 東洋医学では健康を維持するため、また病気を治すために「気・血・動」のバランスを取ることは大切なことだという考え方があります。これは千島喜久男博士が提唱され、「気」は心の安定、「血」は正しい食事、「動」は適度の運動を示しています。つまり、苦しんでいるのは自分だけではない、とか精神的な話をして心の安定を図り、食事療法を基本にして散歩や適度な運動をして、病気の治療や健康管理に役立てるという考え方です。(中略) 一般に「バランスのとれた食事をしなさい」といわれますが、では実際に何を、どのような割合で食べればよいかとなると分からないのが現状です。厚生省によりますと、6つの基礎食品をもれなく組み合わせる食べることが、1日に30食品を目標に全菜と福菜をそえて食べれる目安になるとしています。しかし、これは大変なことです。

そこで、私が考える一応の目安を示しますと、1回の食事を10としますと、主食を5、副食5と半々にとるのがよいと思います。そして副食は魚介類1、豆腐・納豆類の加工植物性タンパク1、野菜・海藻類3の割合で取るとバランスが取れるのではと考えています。これは昔からの日本食です。日本は世界一の長寿国になりましたが、いま高齢者の方々の若い頃の食事というのは、ご飯2杯にメザシ1～2匹、きんぴらごぼう、おひたし、それに豆腐とワカメのみそ汁ぐらいのものでした。これはまさに1：1：3のバランスにあっています。これにご飯が玄米なら理想的といえるでしょう。

ところが現代は食事が豪華になって、種類も増え、野菜も食べるが肉も食う、牛乳も飲む、果物も食うで、結局病気になるのです。また別の観点から、食事の要点を3つまとめますと、(1)なるべく自然食を。(2)腹八分目に。(3)バランスよくとる。です。これが実行できれば健康で長寿になると思いますが、いまは何を食べても食品添加物が入っています。その量は1日に10～12gといわれています。また農薬が使用されており、自然食などなかなか手に入りません。

(中略)

二番目の「バランスよく」は、主食と副食を半々の割合で取ればよいと思うのですが、厚生省のバランスばかりを考えていると、食べ過ぎる可能性が高いので注意が必要です。そこで昔から「腹八分目に医者いらず」という言葉があるように、食べる量が全体で腹八分目に納まるようにすることです。当然、腹七分目、六分目でもよいのです。西式健康法の西勝造先生は「常におなかがついている状態であるのが健康の秘訣」といわれたそうです。今日は食べ物が豊富で、おなかがついたらすぐ食べます。お金を出せば何でも手軽に買えます。しかし、おなかがついたら「いま五臓六腑が休めて喜んでいる」「いま少しで元気で健康になれる」と思うと、案外、空腹が我慢できるかと思えます。

堀泰典〈腹八分に医者いらず〉1999年3月23日《中部経済新聞》

(39) 古家大祐《老けない人は腹七分め 若返り遺伝子が活性化する食べ方》(マガジンハウス, 2012年)

(40) 〈現代養生論〉《中央学院大学・人間自然論叢》第39号, 2015年1月

#### [参考文献]

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, 2101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)

古家大祐《老けない人は腹七分め 若返り遺伝子が活性化する食べ方》(マガジンハウス, 2012年)

〈長寿遺伝子を活性化 秘訣は腹七分目〉《週刊 東洋経済》(2011年 9 / 3号 第6345号)

山崎光夫《老いてますます楽し一貝原益軒の極意(新潮選書)》(新潮社, 2008年)

宮澤正順《養生訓のことば》(斯文会, 2012年)

松田道雄訳《貝原益軒 養生訓ほか》(中央公論新社, 2005年)

(《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2011》)

- 《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2012》  
 《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2013》  
 《週刊朝日別冊 MOOK 本格漢方 2014》  
 寺師睦宗《漢方医者之眼》(1990年, 医道の日本社三浦)  
 三浦於菟《東洋医学を知っていますか》(1996年, 新潮社)  
 エイドリアン・フー＝バーマン著/今西二郎・渡邊聡子訳《医療従事者のための代替医療》(フレグランスジャーナル社, 2001年)  
 旭丘光志《最新 東洋医学の名医134人 徹底紹介》(有楽出版社, 2002年)  
 旭丘光志《統合医療の力》(実業の日本社, 2008年)  
 阿岸鉄三《科学的医療と非科学的医療の統合》(金原出版, 2009年)  
 帯津良一《白隠禅師の気功健康法一新呼吸法「時空」実践のすすめ》(佼成出版社, 2013年)  
 鈴木信孝《適切な代替医療選択のポイント》(日本医療情報出版社, 2001年)  
 今西二郎《補完・代替医療 統合医療》(金芳堂, 2008年)  
 社団法人日本東洋医学学会学術教育委員会編《学生のための漢方医学テキスト》(南入江堂, 2007年)  
 陳紅雨編著《看就業, 挑大学, 選專業—高考志愿填报手册》(北京・科学工業出版社, 2011年)  
 五木寛之・帯津良一《健康問答》(平凡社, 2007年)  
 五木寛之・帯津良一《健康問答②》(平凡社, 2007年)  
 五木寛之・帯津良一《養生問答》(平凡社, 2010年)  
 帯津良一《まあるく生きる》(海竜社, 2014年)  
 帯津良一《養生という生き方》(JTBパブリッシング, 2009年)  
 帯津良一《がんの民間療法》(日経BP社, 1996年)  
 五木寛之《なるだけ医者に頼らず生きるために私が実践した100の習慣》(平凡社, 2010年)  
 近藤誠《患者よ, がん闘うな》(文藝春秋, 1996年)  
 近藤誠《がん専門医よ, 真実を語れ》(文藝春秋, 1997年)  
 近藤誠《僕がすすめるがん治療》(文藝春秋, 1999年)  
 日野原重明《生き方上手》(ユーリーグ株式会社, 2002年)  
 日野原重明《生き方上手 対話編》(ユーリーグ株式会社, 2002年)  
 安保徹《人が病気になるたった2つの原因》(講談社, 2010年)  
 安保徹《病気は自分で治す 免疫学101の処方箋》(新潮社, 2006年)  
 安保徹《病気が治る免疫相談室》(ソフトバンククリエイティブ株式会社, 2011年)

