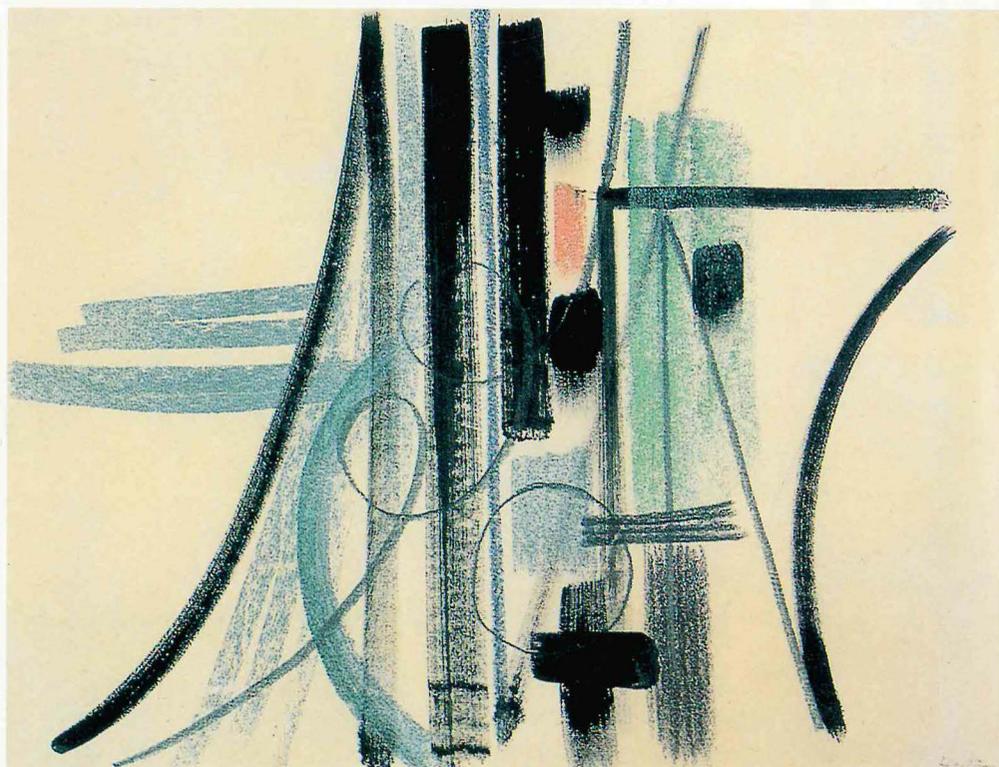


L'ESPRIT D'AUJOURD'HUI 2004/2

# 現代のエスプリ

## 21世紀の漢方医学

編集 慶應義塾大学病院漢方クリニック



SHIBUNDO

# 21世紀の漢方医学

座談会／漢方の過去・現在・未来 ● 秋葉哲生 ● 田代眞一 ● 渡辺賢治 ————— 5

- 漢方の歴史 5
- 日本の薬学は新薬志向 8
- 漢方の復興の歩み 10
- エキス製剤が求められた理由 12
- 現在の漢方の問題点 15
- 漢方薬といえども薬、副作用もあり得る 18
- 漢方薬の安全神話 19
- 漢方薬の適正使用と教育 21
- 証の定義 26
- 時代と共に進歩する「証」 30
- 漢方は日本独自の医学 31
- 漢方の未来に向けて 36
- 統合医療のモデルとしての漢方 39



秋葉哲生



田代眞一



渡辺賢治

## わが国における漢方の実情

- わが国独自の医学—漢方 ● 秋葉哲生 ————— 41
- わが国における漢方医学教育の現状 ● 渡辺賢治 ————— 51
- 漢方と代替医療との相違点 ● 川嶋 朗 ————— 64

## 漢方の科学

- 漢方を支える概念(陰陽、虚实、気血水)と診断法 ● 福澤素子 ————— 73
- 漢方薬はどう効くのか ● 田代眞一 ————— 82
- 漢方薬の副作用／漢方薬と一般薬の相互作用 ● 大西憲明 ————— 93
- 漢方とEBM ● 伊藤鹿島 ————— 102

## 漢方治療の実際

- 内科系疾患の漢方治療 ● 入江祥史 ————— 109
- 外科系領域の漢方治療 — 外科・整形外科・産婦人科・耳鼻咽喉科 ● 緑川沢樹 ————— 121

## 現代医療を補完する漢方

冷え症、生理痛の漢方治療 ● 渡邊賀子	131
めまい、頭痛の漢方治療 ● 喜多敏明	140
こころの漢方治療 ● 山田和男	151
高齢者医療と漢方 ● 岩崎 鋼	160
アトピー性皮膚炎の漢方治療 ● 荒浪暁彦	172
がん治療における漢方 ● 今津嘉宏	183

## 今後の漢方の展望

漢方の国際化 ● G・A・プロトニコフ	195
漢方の抱える問題点とその解決策 ● 入江祥史	205

## 座談会 漢方の過去・現在・未来

- 漢方の歴史
- 日本の薬学は新薬志向
- 漢方の復興の歩み
- エキス製剤が求められた理由
- 現在の漢方の問題点
- 漢方薬といえども薬、副作用もあり得る
- 漢方薬の安全神話
- 漢方薬の適正使用と教育
- 証の定義
- 時代と共に進歩する「証」
- 漢方は日本独自の医学
- 漢方の未来に向けて
- 統合医療のモデルとしての漢方

あきば病院 秋葉 哲 生  
 昭和薬科大学 田代 眞 一  
 (司会) 慶應義塾大学 渡辺 賢 治

### ■ 漢方の歴史

渡辺 本日は『漢方の過去・現在・未来』というところで、秋葉先生、田代先生にお出でいただき、お話を伺います。昭和が漢方の復興の大事な時期に当たり、昭和五十二年の漢方薬の保険収載の時期を経て順調に漢方が伸びてきているように見えますが、まず「なぜ漢方が見直されてきたか」について、秋葉先生から歴史的に整理してお話しいただきます。

秋葉 ご存じのように、明治時代の医制の制定によって漢方というのがそれまでの医療の表舞台から、制度的に退かざるを得なくなりました。当時、日本は文明開化で浮かれていたと同時に、外国からの侵略に備えるという非常に切羽詰まった緊迫した状態でもありました。明治の当事者は、恐らく一種の緊急避難的に、西洋の制度を早く取り入れて、仮想敵と同じか、もしくはそれ以上強くなることを目指して、制度改革が行われたと思います。そのために、明治の早い時期から医療制度改革が推進されて、だいたい明治十六年ころまでに新たな医療制度が日本中に浸透しま

す。

医制の制定といいますが、「医師たるものはどういう学術を備えなければならぬか」ということを定めることです。ちょうど同じ時期に、薬剤師はどういう学術を備えなければならぬかということも決まりました。江戸時代を通じてそのようなものはなかったのです。その中味として西洋医学の八科目のみが採用されたということで、制度的に漢方医学は日陰の存在になったわけです。日清日露の両戦役に勝利したころまでは、文明開化の効用というものが世の中のだれの目にも明らかではありましたが、明治も末のころになってくると、そういうものに対して反省も起り、いろいろな政治的な問題も起こってくるようになりました。それで明治四十三年の和田啓十郎先生の『医界之鉄椎』の出現を見るわけです。

和田先生は、新しい医制のもとで、済生学舎を出られて、当時の医術開業試験に合格され、新制度下での医師になられた。先生は幼少のころ、お身内が難病にかかり十数余名の医師に次々とみてもらったが、治りませんでした。ところが草履履きの蓬頭弊衣の漢方医

(1) 西洋医学の八科目

明治十二年十月に刊行された内務省衛生局訳の『西洋七科問答』には、解剖学、生理学、薬物学、理化学、内科学、外科学、産科学が挙げられている。

(2) 和田啓十郎 (一八七二—一九〇六)

長野県に生まれ、済生学舎で医学を学んで医師となった。明治四十年より日本橋浜町に開業。漢方医学を滅ぼしてはならないと確信し、苦勞の末に明治四十三年(一九〇〇)に『医界之鉄椎』を出版した。大正五年に数え四十五歳で死去。

(3) 済生学舎

明治九年から明治三十六年まで存在した医術開業試験を受験するための私立医学学校で、長谷川泰氏が主宰した。東京医学専門学校済生学舎が正式名。

(4) 多田民之助 (一八三〇—一九〇六)

江戸時代からの古方派漢方医。和田啓十郎氏は明治二十五年十月より同二十六年三月まで多田氏に師事し大きな影響を受けた。

(5) 玉井忠田 (一八〇一—一八七〇)

豊後日田町豆田で生れ、幕末から明治初年にかけて現在の福岡県で活躍した漢方医家。医を村井翠山門下の中垣谷神に学ぶ。『傷寒論柯則』。

きを依頼しました。当時の知識人に訴えるつもりで書かれたと思います。『万朝報』など新聞六紙に書評が載ったということを手息の和田正系氏が書かれています。

本書が刊行された明治四十三年、石川県七尾で当時流行っていた疫病で愛娘を亡くし、二、三ヵ月後に祖父母もまた同じ病気で亡くした青年医師がいました。『医界之鉄椎』を読んで感激し自分の一生を漢方医学にささげる決意をするわけです。これが湯本求真先生です。大正時代を通じてそういうふうになり、また少しずつ漢方の必要性が認識されていくわけです。

大正時代の小さな流れが、少しずつ拡大しながら昭和時代を迎える。

昭和の初めになると、湯本先生の学派を中心にしてまた新しい漢方の流れができてくる。これが敗戦まで続くわけです。

田代 薬局で漢方薬が生き延びただけでなく、医師の数が必ずしも十分でなく医療制度が発達していない時期には、民間では、特に地方へ行くと、家伝薬や配置薬というのが多くありました。今でも富山の置き薬に従事している方がまだ二、三万人はいるようです。

によって救われたという経験があつて、ご自分もそのような漢方医になりたいと思つたださうです。これは『医界之鉄椎』の冒頭に書かれています。先生はまた多田民之助という生き残りの漢方医のところに学生時代に居候していたという話も残っています。

明治三十年代になりますと人々は漢方のことを忘れてしまつており、恐らく薬局漢方と、前の時代からの生き残りの漢方医によって伝統が細々と伝えられていました。正しい意味で日本には漢方医という免許はありませんが、一種の経過措置で生き残りの漢方医にも医師免許証が交付されました。

玉井忠田という久留米藩で活躍した漢方医家に対して、九州にあつた三瀨県が明治九年に交付した医師開業免許証にちゃんと漢方医と書いてあるのを見たことがあります。あとは恐らくそういう技術はだんだん滅びていつて明治四十年代を迎えたのです。

その現状を見て、和田先生は「漢方を滅ぼしてはならない」という強い志のもとに『医界之鉄椎』を書かれました。これはどこも出版を引き受けるところがなく、南江堂の名義を借りて自費で印刷をして南江堂に売りさば

(6) 和田正系 (一八〇一—一八七〇)

和田啓十郎氏の長男で医師、医学博士。南圭と号す。日本東洋医学會理事長などを務めた。早世した啓十郎氏の逸話や遺稿を整理した功績も大きい。『漢方治療提要』。

(7) 湯本求真 (一八六一—一九〇六)

石川県七尾に生まれた漢方研究医師。和田啓十郎に私淑し、昭和初年の漢方興隆の中心人物となった。門下に多数の人材が輩出。畢生の大作、『皇漢医学』三巻。

(8) 浅田宗伯 (一八二一—一九〇六)

幕末から明治中葉にかけて活躍した漢方医学の巨手。法眼。帝室の信任も厚く、大衆的人気を博した。著書に『勿誤藥室方函口訣』、『樞密書影』、『皇国名医伝』など多数、詩文をよくしたことも知られている。

ああいう人たちが当時はもっと多くいて、すぐにその場で使えて後で補充してくれるというところから、よく使われていた。そのベースとして民間薬、伝承薬というのが多くあり、そこに漢方がそれなりに反映していった。手取り早く効いてくれないと困るから更に新薬を忍び込ませたというか、意図的に入れたようなものも一方でありましたが、医療制度そのものも十分に発達していなかった中で民間薬への依存というようなところで細々生きていたような面もあるのだらうと思えます。

渡辺 和田啓十郎先生は出るべくして出た人物でしょうか。和田先生がいなかったら今の漢方はないでしょうか。

秋葉 私はやはり出るべくして出たのだと思います。明治七年の文部省の調査では、西洋医と漢方医の比率は約一対四です。そのうちの比率ですから、漢方医にとっては、医制の制定はまさに死活問題になるわけで、大きな反響運動がまき起こった。ところが政治的な権利回復のようなものも効を奏さない。ついに明治二十七年に浅田宗伯が亡くなると、確かその翌年の第八帝国議会で、いわば最後

の頼みであったところの、医師開業試験の中に漢方を入れるという医師免許規則改正案が否決されてしまいます。この年は日本が戦勝国として日清戦争の講和に臨んだ年でもあり、これも漢方医学には不利な世論を形成したと思われれます。

これ以後は漢方医学の暗黒の時代でした。しかしながら、田代先生が述べられたような形にせよ、家学としてにせよ、ある領域では確実に医療技術として機能していました。社会の底辺のところ細々と、しかも確実に生き残っていました。新制度下で医師になって、漢方の素晴らしさもご存知の和田先生は強い危機感にとらわれたのではないかと思われれます。

渡辺 さきほどの田代先生のお話を伺って思ったのですが、イギリスが香港を統治してから、一切漢方の教育は無くなった。ただ民間の間ではそれはずつと行われており、中国と併合された一九九七年からやっど香港の大学に中国伝統医学が復活しましたが、その間、ずっと伝統医学はオフィシャルには教育されていないし、認められていない。しかし民間の間ではそういったものが生きていた。

方では、日本は南北に長くて暖かい所から寒い所に至るいろいろな植物があるし、漢方に由来するたくさんさんの生薬があり中国や朝鮮などからいろいろな植物を入れて活用してきた。そういう素材がある中で、現代科学を導入したもので、「何が効くか」ということを日本の薬学はいち早く明らかにした。今、欧米では臨床薬学と言ひ、薬学はほとんど医師と薬の使い方を一緒に議論することの専門家になっていますが、日本はまるきり違って創薬の歴史でした。そのため、未だに薬学の中には薬を作る学問が偉くて、臨床は応用編だと思っている先生が多くおられます。

それはなぜかと言つと、それなりに漢方薬や生薬が効いた。効いたからこそ何が効くのかという研究が始まり、「効いた生薬から有効成分を取つてきて新しい化合物にする」という学問が非常に進んだ。これが世界に冠たる薬学を作った。そのためにますます新薬志向でしか薬学は見られなくなっている。未だに薬学の主流は臨床の場で漢方薬がどう使われているかということは棚に上げて、生薬成分を探索して新薬を作ることだけに、ある意味、熱中してしまっている。薬局など民間で

(9) 奥田謙蔵(一八四一—一九二六)

丸亀の代々の漢方医の家系に生まれる。日本医学専門学校卒業後に医師となり、家学としての漢方医学を修める。著書に、『皇漢医学要方解説』、『傷寒論梗概』、『傷寒論講義』があり、正統的な傷寒論解釈で知られた。

(10) 長井長義(ながいながよし)

(一八四一—一九二六)

一八四五年阿波生まれ。一八六六年長崎に留学し、マンスフェルト、ポードインらに西洋医学を学ぶ。一八六八年大学東校(東大薬学部の前身)に入学。東京帝国大学医科大学薬学科の初代教授となる。第一回海外留学生となった一八七一年以来十一年ドイツに留学し、一八八七年漢

方薬に使われる麻黄からエフェドリンを発見した。この発見を端緒に日本は科学的薬理学的研究で世界をリードした。日本薬学会の創立者。

今、秋葉先生が「和田先生は出るべくして出た」と言われましたが、やはり出る素地は十分日本の中にあり、たまたま和田先生が傑物ですが、代表として出られたのではないかと思われました。

秋葉 また生き残りの漢方医という意味では、例えば、奥田謙蔵先生などがおられます。奥田先生は大正四年、まさに新制の日本医学専門学校を出て医師になられ、父上も祖父も漢方医の家代々の学問を引き継がれた。和田先生はもちろん素晴らしい歴史の要を担った人物だと思いますが、想像ですが、同じようなことを考えられていた方は何人もおられたのではないかと思います。

#### 日本の薬学は新薬志向

渡辺 その間に、長井長義先生を初めとして、生薬をシーズとして新しい化合物、化学物質の抽出が盛んに行われました。そのあたりが漢方を支えた大きな要因だと思いますが、いかがでしょうか。

田代 日本は西洋医学や科学を、特にドイツから、医学も薬学もそうでしょうし、化学などそうですが、いち早く入れたわけです。一漢方を支える部隊はかなりいたと思います。一方、大学の薬学はそれとはまるきり無縁なところになってしまい、むしろ西洋薬学、西洋医学志向のような形です。流れ込んだ。だから未だに、生薬学は学んでいる癖に漢方のことを質問されても、「わかりません」という薬剤師が、実はほとんどというのが現状です。

むしろドクターのほうが実際に患者を受け持つて治さなければいけない、今の手段だけでは十分治らない、だから漢方に価値があるのだということを承知の先生は遙かに多くて、薬学よりも漢方には遙かに熱心だと思います。そういう意味で薬学は、確かに漢方が効いていることをバックグラウンドで支えられたのかもしれないし、「漢方は訳の分からない薬ではない」ということを本当は証明していたのかもしれないが、実際にはそういう意味での貢献は極めて残念な流れです。渡辺 生薬という材料を使って何かを抽出しながら、材料の生薬には目をくれないで、抽出した物質に目がいつてしまったということですか。

田代 はい。そして、一方で、そういう有効

成分取りを必死にやる結果、もともと生薬や漢方薬がどういう人に使われるのか、その成分は何に効くのかきちんとした薬理が必ずしも進みませんでした。例えば、長井長義先生が麻黄からエフェドリンを取られましたけれども、エフェドリンの関連化合物を作り、その中に覚醒剤としての作用を見出し風邪に適するなどということは、実は日本で進んでいなかったのです。

**渡辺** そうすると、漢方に対して正当な評価を下した先生としては朝比奈泰彦先生が初めてになるのでしょうか。

**田代** そうなのでしようが、そう言うところまでと言いつつ過ぎだという批判も出るかもしれません。薬剤師の中にも漢方の臨床を支えた方は多いのです。ただ、やはり朝比奈先生が大きな役割を果たされたのはそうだと思います。

**渡辺** 今、伺っていて、「あれ」と思ったことが一つあります。武見太郎先生が、漢方を非常に推進され、自分がなぜ漢方に傾倒したかという理由について昭和五十年頃次のように述べられています。「日本の薬業界が実に情けない。日本の薬の輸出がきわめて貧弱で

の歩みを秋葉先生、また少し続けていただけますか。

**秋葉** 漢方が医療の表舞台に再び登場するようになるのは、大正末年から昭和の初めくらいからだと思えます。昭和二年に、中山忠直氏の『漢方医学の新研究』が大きな反響を呼びます。同じく昭和二年六月に湯本求真著『皇漢医学』第一巻が出て注目を集めました。翌年に第二巻、第三巻が刊行されます。ちょうどそのころ、大塚敬節氏が世に出られた。大塚先生は自分の父親から引き継いだ高知原のご盛業の医院を昭和五年に閉じ、妻子を置いて単身上京され、湯本先生のところで一年間学ばれました。もちろんその前から先生は臨床で漢方を使っておられたということは記録に残っていますが、その後独立をされ、特にジャーナリストティックな活動も含めて非常に華々しく活躍されました。臨床研究を積極的に行い、特に執筆活動を活発にされ、昭和の漢方医学の筆頭格になりました。

その時代背景として考えなければならぬのは、当時の民族主義の風潮です。漢方医学は、良くも悪くも民族医学として脚光を浴びたのです。特にあの時代は外国とわが国とい

(11) エフェドリン (ephedrine)  
風邪の初期などに使われる麻黄湯や葛根湯、花粉症などに使われる小青龍湯、喘息などに使われる麻杏甘石湯などの麻黄剤に配合される麻黄(まおう、Ephedra herba)の主成分で、アドレナリンに似ているために気道を広げたり、血圧を上げたりする。覚醒剤のシード(種、素になる化合物)にもなった。

(12) 朝比奈泰彦  
(あきひな・やすひこ)  
(一八七一—一九五五)

一九〇五年に東京帝国大学医科大學薬学科を卒業。一八八年に東京帝国大学医科大學薬学教授。一九四三年に薬学者として最初の文化勲章を授章。一九二六年の第7回日本医学界総会において「和漢生薬の研究」と題する特別講演を行った。また、鑑真和尚が日本にもたらした「正倉院薬物」の調査団の団長を務めた。

(13) 武見太郎 (たけみ・たろう)  
(一八四一—一九二五)

一九〇四年京都市生まれ。三〇年度應養塾大学医学部卒業。理化学研究所を経て、銀座で開業。一九五〇年〜一九八二年日本医師会会長。国民皆保険制度など現在の医療制度の基礎を作ったことはよく知られている。患者であった幸田露伴から東洋学を教わり、漢方の大切さを説かれた。一九七八年医療用漢方製剤が大規模に保険収載されるために尽力し、今日の漢方医療の基礎を築いた。

(14) 中山忠直 (なかやま・ちかちか)  
詩人、ジャーナリスト。『日本および日本人』に「漢方医学復興論」を発表し、世に漢方医学を再認識させる。さらに昭和二年、『漢方医学の新研究』を著す。

(15) 『漢方医学の新研究』  
昭和二年の山中忠直氏の著作。洋医学と比較しつつ漢方医学の長所を平易に説いて、一般人のみならず医師や薬剤師の漢方の認識を新たにさせた。

(16) 『皇漢医学』  
湯本求真の代表的な著作で昭和二年から昭和三年にわたって刊行された。中国や日本の広範な著作を引用して漢方医学を論じ、昭和漢方の古典となった。

あることを憂えている。逆に七〇%が欧米からの輸入である。日本には漢方があるではないか。漢方の薬理をもっと研究すべきである。」と。今、田代先生のお話を伺って、日本は創薬をずっとやっていて、欧米に比べても秀でたる創薬の技術を持ちながら実際のマーケットに出せなかったのは何か理由がありますか。

**田代** 結局、臨床との切離しだと思えます。つまりそれが何に使われて、どんなふうにも効果を持つてということをはほとんど見ないままに、とにかく片っ端から成分を取り、関連化合物を合成し、ネズミでスクリーニングを掛けるという方向へといってしまった。単一成分ですから、ある意味では明解な作用を出すものもありますが、それをどういうふうにも実際の臨床のニーズに添えていくかという観点で薄かったのだと思います。そう言うところ、薬学の中には反論する人もいると思いますが、私はそう思います。

#### 漢方の復興の歩み

**渡辺** 和田先生が出られて、湯本先生につながって、漢方が徐々に復興してくる。その後

うことを常に意識させられる時代ではなかったと思うのです。昭和二十年の敗戦に至るまで国策に沿ったかたちで漢方の研究教育が盛んに行われた。その時期の蓄積が、戦後の時代の漢方を支えていると思います。

現在私たちが盛んに使っている漢方はエキス製剤が主体です。あれも昭和十八年に東亜治療研究所が同愛記念病院内に設けられて、板倉武先生が所長になられて作ったものが原形です。敗色濃くなった昭和十九年にエキス製剤を作られ、漢方薬の比較臨床研究を企画された。これは他の医学領域から見ると小さなことのように見えるかもしれませんが、日本の漢方界にとっては大きなことです。国家の一大難局の最中であって、先生がああいったことを敢行されたことは、私たちの誇るべき歴史ではないでしょうか。

今われわれは、漢方製剤による質の高い、西洋医学的な評価を可能にする臨床試験を手掛けようとしています。それをすでに板倉先生が構想していたのです。現代の日本の漢方医学の基はやはり戦前に作られたものだと思います。

昭和九年に創刊された『漢方と漢薬』に、

清水藤太郎先生は、漢方薬を治療薬として均一で良質のものにしなければならぬから漢方薬の局方を作ろうということを提案しています。

この提案が、昭和十九年のエキス製剤の開発と、それを使った臨床研究への着手という画期的な出来事につながった。この事実はもつと多くの人に知ってもらいたい。私は日本の漢方を語る上ではこれは欠かすことのできない一里塚だと思っています。

田代 薬系から見ても、少なくとも局方に生薬を採用する努力、その生薬の規格をきちんと明らかにする努力はその時期からずっとできています。決して薬系はさぼっていたわけではないのです。臨床との結びつけは弱かったのですが、少なくとも物としての薬の管理という点から言えば、ずいぶんきちんとしてきています。その中から漢方の製剤化、漢方を使いやすくする、あるいは均一な質で提供する努力をしてきたグループがあることは間違いありません。

エキス製剤が求められた理由

渡辺 大塚敬節先生の本にも書かれています

から、完全に一緒のアジア薬局方を作るということはまだできません。しかし日本薬局方がかなり下敷きになりながら、各地の薬局方が統一化されてきています。そのハーモナイゼーションのための会議は、名前は最近変わりましたが、前の言葉で言えば、国立衛生試験所（現国立医薬品食品研究所）をベースにしています。あそここの生薬部門は東大と関連した歴史を持っており、特に日本での局方の制定、あるいはアジアへのハーモナイゼーションについても、だいたいそこが先行でどんどん進んでいます。今、ハーモナイゼーションの管理などはご定年でお茶の水大学に行かれた佐竹先生を中心にずいぶん進んでいます。

渡辺 治療する側から言えば、ものすごく大事なことです。

効かないなら効かないで一定してもらったほうがまだましで、ある時はよく効いて、ある時は全然効かない、というのは困ります。

秋葉 量で加減できますから。量を増やして奏功を期待したり、少量で微妙な効果を狙ったりできます。信頼できないものであったら、これは増やすも減らすもできませんか

(17) 大塚敬節 (一八〇一—一九〇六) 昭和期漢方医学の中心的人物で、生涯にわたり臨床研究、医史学的研究など多彩な活動を展開し多くの漢方医家を育てた。初代の北里研究所附属東洋医学総合研究所所長。『傷寒論解説』、『漢方診療三十年』など著書多数。

(18) エキス製剤 漢方薬の剤型の一つ。漢方薬は約一時間煎じる必要があるが、その煎液を工場で乾燥粉末として製剤化して簡便に服用できるようにしたものである。漢方治療の普及に大いに貢献した。

(19) 東亜治療研究所 漢方医学の研究のために昭和十八年に設立された研究所で、所長は板倉武氏であった。

(20) 同愛記念病院 現在は社会福祉法人立病院で東京の墨田区にある。大正十二年の関東大震災に際し、米国赤十字社からの義捐金の一部を割いて、翌大正十三年に財団法人病院として設立された。

(21) 板倉武 (一八八二—一九五九) 千葉県山武郡に生れた。東京帝大医学部内科講師、同愛記念病院勤務。

(22) 比較臨床研究 臨床研究のデザインの一つで、試験薬投与群と非投与群、あるいは試験薬（実薬）投与群と偽薬投与群、あるいは試験薬（実薬）投与群と他の実薬投与群の結果を比較し統計的に検定して薬効を判定するもの。

(23) 『漢方と漢薬』 昭和九年から昭和十九年まで通巻一五五号が日本漢方医学会から発行された。内容は漢方、鍼灸などに関する論稿が主体で、当時を代表する執筆者が寄稿した。今日からみても驚くほど高い水準が貫かれている。

(24) 清水藤太郎 (一八八一—一九六六) 湯本求真門下の薬学者。『漢方と漢薬』誌の寄稿者として健筆を振った。共著『漢方診療医典』、『漢方診療の実際』など。

(25) 栝楼根（瓜呂根）（かろうこん）と土瓜根（どかこん） どちらもウリ科の多年草で栝楼根はキカラスウリの根で味は淡白で苦くない。咽の渇きに用いる。土瓜根はカラスウリの根で味は苦く、吐かせる目的で用いる。どちらも見た目

が、例えば、瓜呂根を取り寄せようと思ったら、土瓜根だったとか、分らないように生薬をわざと刻んでしまったり、そういうふうなことがしょっちゅうあったらしいですね。同じ附子であっても成分のアコニチンの含量が千倍違ったなどという話はよく聞きます。敬節先生は附子の量を〇・二グラムとか、非常に繊細に調節していました。それにはやはりどういう附子かわからないという背景があったのだと思います。治療上そうしたことは大きな問題になります。品質の安全性に困難を感じてエキス製剤が求められたのでしょうか。

秋葉 そうだと思いません。実はごく最近、隣の国に行つて参りました。漢方医の先生（漢医）が「エキス製剤で信頼に足る附子剤があったら私は使いたい」と言われた。それは、未だに基準が信頼に足るものには至っていないということの表現かもしれません。

田代 アジアの薬局方に、ハーモナイゼーションという動きはやはりあります。とは言いつながら、これはもう完全に日本リードで進んでいます。それが、それぞれの国がやはり違う生薬を大事にして使つてきている歴史があります

田代 板倉先生はやはり先見の明がありましたね。秋葉 素晴らしいアイディアだったと思えます。

田代 自分で身を置きながら薬学批判みたいでいけないのですが、自分も含めて生薬の鑑定のできる人はほとんどいません。第一、生薬学の教授だつてできない人がずいぶんいます。つまり自分の専門の植物とそこから成分を取つてきて、その化学をしている人はたくさんいますが、これが本物か贋物か何かというこの鑑定を自分の目、味で確認できるような人はほとんどいません。教育・研究の面でも鑑定、鑑別の話はどこかにいつてしまっています。

例えば、木通の代わりに関木通を使った漢方薬で腎障害などの問題が起つて、実際に死者や重症患者まで出ている事態にも係わらず、その鑑別を専門家ができないという、ある意味では非常に悲しい状態になつていいます。こういう技術をきちんと伝授することと、実際にどこで患者に責任を持ち、医療の責任を持つかという点で薬学も少し考えない

といけない時代にきているというのを、今、伺っていて非常に思いました。

これは特にこれから先の医療にどういう形態で使えるのか、もちろん、エキス製剤は大事な役割をするでしょうけれども、患者に見合ったいろいろな医療をしたいという時、刻みだとかいろいろなものをもた分野は広がってくるのでしょうか。それをサポートできるような薬剤師が今養成されているのかという疑問で、最近生薬学会などと一緒になって漢方がわかる薬剤師の認定制度を作り始めてはいますが、今までそういう教育がおろそかにされてきたということをつくづく感じます。私たちはもつと頑張らなくてはいけないと思います。

**渡辺** そういうことでエキス製剤が登場してくるわけですね。最初に、細野診療所でエキス製剤を作られたのはいつぐらいのことになりますでしょうか。

**秋葉** 戦後すぐでしょう。かなり早い、恐らくあのアイディアもずいぶん古くからのものです。

**田代** 旅行に行く人に、旅行先でも漢方薬による治療を継続したいという思いで最初お作ということは、当時の厚生省に保険診療で漢方をするということが当然念頭にあったとおもわれます。これはもつと知ってもらわなければならぬことです。つまりわが国の国民皆保険は最初から漢方薬と共にあった。後から私たちが新規参入したわけではない。これはわが国の名譽のためにも忘れてはならないことです。昭和五十一年からの普及に幻惑されて、漢方治療は保険医療の新参組ではないかと思われていますが、そんなことはありません。西洋医学と同じように、国民皆保険の当初から漢方は日本の医療制度に組み込まれていました。

今は保険でつかえる生薬も二〇〇種類以上になっていて、煎じ薬による治療も不自由なくできます。

**渡辺** 現在保険で使用できるエキス製剤は、何種類ですか。

**秋葉** エキス製剤は一四七処方と言われています。生薬は二〇〇余種、同じ柴胡でもちゃんと規格があって、規格に合ったものが各社から出ますからそのくらいになっています。日常診療で特別な場合を除いてですが、日本の漢方治療で使われるものはほとんどカバ-

には区別がつきにくく、乾燥して刻むと区別がつきにくい。

(26) 附子剤  
猛毒のトリカブトを減毒処理し薬効だけを持つようにした生薬を附子(フジ)といい、これを含む薬方を附子剤と総称する。

(27) 関木通(かんもくつう)  
地域によっては本来の生薬が入手しづらい場合に、類似の植物で代用することがある。本来の木通はアケビの蔓を使うが、中国では、ウマノスズクサ科の植物の蔓を関木通と称して用いることがある。ウマノスズクサ科の植物の地上部には、腎毒性のあるアリストロキニン酸が含まれ、有害作用を出すことがある。日本では、アケビ以外を木通として使うことはない。

(28) 細野診療所  
一九二八年細野史郎により、京都で漢方専門の診療所として開院。一九五〇年坂口弘らを中心に日本で初めて漢方薬の「エキス剤」化に成功した。

(29) 小太郎漢方  
(こたろうかんぼう)  
昭和二十七年設立の漢方製薬会社。一九五七年、漢方薬の工場化を

図り、業界初の漢方エキス製剤を製造開始し、この年三五製剤を発売。一九六七年には葛根湯(かっこんとう)エキス散をはじめ五処方六品目が薬価基準に収載され、漢方の普及に寄与した。

(30) 薬価基準  
厚生大臣(現在では厚生労働大臣)が保険診療に用いることを許可した医薬品とその価格を掲載したりする。

(31) 国民皆保険  
国民のすべてが何らかの健康保健制度に加入し、病気に罹患したときには低廉な自己負担で診療を受けることができる福祉制度の呼称で、わが国で昭和三十六年に実現された。

(32) 柴胡  
サイコと読み、消炎作用や向精神作用を発揮する生薬である。わが国で用いられる漢方薬の六分の一のものに含まれている。

りになったようです。いろいろな工夫をされて、例えば、本来、賦形剤みたいなものを添えないとべちゃべちゃになってしまう、その時に賦形剤に何を使うかということ、煎じの滓を、もう一遍粉末にしてそこへ吸着させる、そうすると、少しでも現実に近いようなものになりはしないかとか、これはすごい工夫を重ねてきておられます。

**渡辺** その次は小太郎になるのでしょうか。  
**秋葉** そうですね。昭和四十二年に六処方のエキス製剤が薬価基準に収載され保険でつかえるようになりました。それらはすでに一般医薬品として市販はされていたようです。東亜治療研究所の技術が何らかの形で貢献したことが推察されます。昭和五十一年には一挙に四七処方が保険でつかえるようになりました。

ただ忘れてはならないのは、昭和三十五年に二〇種類の生薬が薬価基準に収載されていることです。だれもが健康保険の恩恵を受けられる国民皆保険が昭和三十六年、つまり翌年に実現している。しかもその法制度は昭和三十四年に整備され、それが三十六年から実施されたのですが、その一年前に収載される

ことができるようになっていきます。

#### 現在の漢方の問題点

**渡辺** そこから漢方がいよいよ、西洋医学と対等な立場で発展するのですが、現在の漢方の問題点を少し整理してみたいと思います。保険に収載されたということは、日本の漢方を位置づける意味で非常に大きな意味があったと思いますが、逆に失われてしまった部分、さきほど田代先生が、生薬のプロがいなくなつたというようなことを指摘されましたが、その点についてももう少し詳しくお願いたします。煎じとエキスとの関係に関してはどのようにお考えでしょうか。

**田代** エキス製剤ができたことによって安定した力価の物を非常にコンプライアンスよく使えるようになったという意味で、私はやはり製剤技術の進歩だと基本的に理解しています。しかし、いくつかのデメリットはあるわけです。例えば、自由な生薬の組合せができない。自分が思うような加減が困難であることです。ただ漢方は、一方で、今、お話があったように、個別の生薬にも保険が採用されているし、生薬そのものは売られている。

例えば、大黃末を加えて強い便秘に対応したいとか、加工附子末を加えて、もう少し冷え、痛みに対応したいという時、何とか湯プラス大黃末とか何とか湯加附子末とできるように、加方は不可能ではない。今でも生薬末と何かの漢方薬を混ぜるといのは、面倒臭さは別として、やろうと思えばできる。ただ減方ができないという問題が一つあると思います。

渡辺 減らすほうですね。

田代 はい。それからもう一つは、これはエキス剤でもトータルで薬効が評価されればいいではないかという割り切りはありますが、一方で、例えば、安中散の中の牡蠣<sup>(33)</sup>のように、煎じたって何が入ってくるのかというと、よくわからないものがあります。胃酸の中和剤という感覚でいけば、貝殻である牡蠣そのものが入っているのでは、ずいぶん違うだろうというのがあります。ただ、もちろん、龍骨や牡蠣というものは、今の胃薬、中和剤という感覚での安中散の使い方とは違って、同じ胃の障害でも、ストレスからきているものに対して、いわゆる安神作用を期待するのかがどうかによって、話は違ってきます。

問に思っています。

渡辺 漢方薬には精油成分がつきものなので、精油成分が抜けてしまっている可能性がにありますね。

田代 あります。ただ、エキス剤でもあの匂いが嫌で飲めないという人がいるということから言えば、香りは作用しているわけですから、匂いは悪い側だけに転んでいるわけではなくて、薄いなりに効果を出すでしょう。効いている人には、香りの作用は閾値が低いので、精油成分は結構効いているのではないかという気があります。ただもう一方では、香りの強い生薬、たとえばシソ科の蘇葉やセリ科の川芎は、湯という形より、香蘇散や当帰芍薬散のように、散という形で使うことが多いですね。本当は煎じるよりも散でなければいけないというものも、香りを大事にするという意味ではその通りかもしれないと思えます。また、薬効と剤形に関する研究が不十分なのでしようね。今、漢方薬から採った精油の研究もしているところですよ。

渡辺 先生のお考えでは、やはりエキスと同時に従来の煎じとか、散剤という伝統的な形態を残すべきということですか。

(33) 牡蠣(ぼれい)  
カキの貝殻。栄養が豊かだとして使われるカキ肉に対して、漢方では殻を使い、制酸作用を期待して胃痛などに用いる安中散や、安神(精神安定)作用を期待して柴胡加龍骨牡蠣湯や桂枝加龍骨牡蠣湯などに用いる。

(34) 精油(せいゆ)成分  
精油はその香りが嗅覚を刺激し、結果的に中枢神経系を刺激することが漢方の治療効果においては重要であると考えられている。生薬としては桂皮(けいひシナモン)、薄荷(はっか)、紫蘇葉(しそようしそ)の葉、香附子(こうぶし)などがある。桂皮に含まれる桂皮アルデヒドには解熱作用や鎮静・鎮痙作用、末梢血管拡張作用、抗菌作用など多彩な作用が認められている。

安神作用とは何かと言う時、それがトレースエレメント(微量元素)みたいなものを、あの中から取ってきているのではないかということを考えれば、散ではなくて、今のエキス剤であってもできるかもしれない。そういう意味でエキス剤と湯液の区別というのが、本来の意味で現代医学的な、薬学的な説明が十分しきれないから言い切れないところがあります。

それから、浸膏剤では香りが飛んでしまう問題にされることありますが、香り自体について言えば、私はあまり気にしていません。例えば、スパイスとして売られているシナモンと、漢方薬に用いられる桂皮が、薬効として同じかと言うと違うと思います。ただ、味や香りを補充したいのであれば、スパイスは味や香りをつけるために使われるのですから、スパイスとして市販されているものを家庭や職場の机にでも放り込んでおいて、お湯に溶かしたエキス剤に香りだけをパッパッと振りかけて補強したらどうかという考え方は一方であっていいと思います。匂いのためだけに、コンプライアンスを落としてまで湯液にすることがいいかどうかというのは疑

田代 あっていいと思いますし、むしろその方が、患者さんに応じた使い方ができ、使い勝手が遙かにいいだろうと思います。私自身のことを考えますと、朝のたいへん忙しい時にグツグツ煎じてそれをポットに詰めて職場に持って行って飲めるかと言うと、残念ながら難しい。エキス剤はありがたい。ただ、研究のために漢方薬を煎じていますと、香りも嗅ぐことができ、煎じるだけでも結構気持ちいいことがあります。そういう意味で言うと、やはり患者、ステージ、病識、いろいろなことよって、両者のいいところをいかしながらうまく使うべきではないかという感じがします。

渡辺 秋葉先生、その点、いかがでしょうか。  
秋葉 今のご質問に関連したことで、あの当時、私の師匠たちが心配していたことを思い出します。つまりエキス製剤がこれから普及すると困ったことが起こる可能性がある。一つは、乱用と言った方がいいのか、つまり処方量が増えるということが生薬資源が枯渇するということでした。

それともう一つは、一般の医師が使うとい

うことになり、漢方の伝統技術は衰微するのではないかと懸念してました。経験の浅い医師が処方することにより効かないケースも増えるから、医療技術としての漢方の評価が下がるのではないかと懸念しておられましたね。

いまの状況をみますとあなたが杞憂であったとはいえないようですね。

渡辺 活用できる人がいないということでしょうか。

秋葉 そうだと思いません。

田代 製剤化しますと使用期限ができますから、無駄にストックができてしまったり、いろいろな問題があります。

漢方薬といえども薬、副作用もあり得る。

渡辺 いろいろな先生が使うことによって、思いもかけないような副作用が出るのではないかとような予想が見事に当たってしまいましたね。平成八年、小柴胡湯の間質性肺炎の死亡例を報道という大きな問題が起こりましたが、私はあの問題は、漢方に関しては、いいお灸だったのではないかと思います。漢方薬といえどもやはり薬ですから、副

(35) 小柴胡湯(しょうさいことう)の問題

漢方製剤、小柴胡湯による間質性肺炎で八人が死亡した、という記事が平成八年三月の新聞の一面を飾った。それまで漢方薬は自然のもので安全である、という医師・患者の認識が発見を遅らせ、手遅れになったケースが多かった。特に慢性肝炎患者でインターフェロンと併用すると副作用が起きやすい。頻度としては二万例に一例程度であるが、漢方薬といえども適正に使用すべき、という認識が高まった。

(36) 長期投与

保険診療の用語で二週間を超える薬剤処方をするをいう。平成十四年四月から多くの薬物に長期投与が認められるようになった。

(37) 昭和五十八年の吉村厚生次官の提案

一九八三(昭和五十八)年にときの厚生次官であった吉村氏が、医療費高騰の対策として「健胃消化剤・総合感冒剤・パップ剤・漢方製剤の薬価削除」を提起したが、実現されなかった。

(38) 医学教育モデル・コア・カリキュラム

二〇〇一年三月に公表された医学教育モデル・コア・カリキュラムにある「和漢薬を概説できる」という目標を達成すべく、二〇〇二年から医学教育に漢方医学が取り入れられるようになった。

(39) 小柴胡湯の副作用

平成八年に明らかにされたのは、過去二年間に、慢性肝炎の患者に小柴胡湯が投与されて八八例に間質性肺炎が発現し、うち一〇例が死亡したとするものであった。

作用は当然あり得るわけです。そういった意味で、あの事件が起こった時に、一方では困ったことになったということがあると共に、「やはり漢方薬もちゃんとした薬なのだ」と認識されたように思います。先生はいかがお考えでしょうか。

秋葉 私もまったくそうでした。私たちもすでに他の副作用の経験を学会発表してましたので、小柴胡湯にあのような副作用があるとしても不思議ではないと思えました。平成八年四月からは小柴胡湯は長期投与だという記事が官報に載ったのですが、あの突然の記者会見の後ウヤムヤになって、四月からの適量が消えてしまった。後でよく聞いたら、どうもメーカーが最終的に取り下げた形になったということのようでした。

師匠たちの危惧に一つ付け加えるとすれば、西洋薬とエキス剤の併用の問題だろうと思います。「無駄な併用」と言っては誤解を生むかもしれませんが、必要以上の併用が行われやすくなってしまったということ。結局、これは医学教育の問題にいき着くと思えますが、自信がないために、漢方治療をしようという、西洋医薬もかぶせてしまおう。つま

り併用が随所に行われるようになってしまった。昭和五十八年に、吉村厚生次官が漢方薬を薬価基準から削除したらどうかという提案をして漢方界は激震におそわれました。漢方側がひそかに懸念していたことをズバリと指摘されたのです。

漢方治療の可能性と限界が不分明であったまま、時間が過ぎてしまったという印象です。漢方は多くの可能性があるのですが同時に限界もあります。経験を積みれば自然に体得されるのですが、初学のうちはわかりにくいのです。これは最終的には教育の問題ということになります。二年くらい前にモデル・コア・カリキュラムに加えられたので、もう待ってましたという心境でした。

### 漢方薬の安全神話

渡辺 副作用に関して、小柴胡湯の事件があった後も、私にはまだ適性使用ということが患者や医師に十分いきわたっていないような気がします。まだまだ漢方薬は絶対安全だという、安全神話が未だに生きているような気がします。この点についてはいかがですか。

秋葉 昭和三十年代から、四十年ごろに、先生がさきほど挙げられたように、幾多の薬害事件が起こりました。結局、あの三十年代後半から四十年代初めに掛けての公害と薬害事件が、日本人にもう一度漢方の存在を認識させる契機になって、しばらくの間それが普及の推進力になっていったと思います。昭和四十七年に北里研究所に東洋医学総合研究所が設けられたのもそのひとつです。

昭和四十年代後半になると、エキス剤の保険診療への大幅な参入を前提としたいくつかの施策が作られ、さまざまな答申が出されました。そういった時に、国民的な世論を盛り上げたのが、その薬害への反省だったということも不幸の始まりでした。つまり薬害があつて一方で漢方を持ち上げるわけですから、漢方は安全だということになってしまふ。それが過剰に受け取られたのかなと思います。

田代 私もそう思います。さきほどの戦後の漢方をめぐむる状況のお話でも、戦前に民族主義的な立場から漢方を民族医学だと強調された先生が言われた通りだと思います。それだけに戦争直後、それに対する一種のアンチ

テ—ゼみたいな状態のもとで、なかなか広がらなかったということは一方であったと思います。

それよりも何よりも、私は一番新薬が圧倒的に力を持ったということの根拠は、抗生物質の出現だと思えます。戦前、戦争直後でもそうですが、大本営発表の時期には、人口統計は一番微妙な統計ですから信頼できるデータがないわけですが、少なくとも一八〇〇年代の末ころから一九四五年の敗戦までは恐らく人口構成、年齢別の生存率は変わっていない。そのころは、だいたい五歳から十歳くらいまでに四分の一から五分の一が亡くなってしまい、二十歳くらいからだたらと下がり出して、五、六十歳くらいまでに半分を割ってしまふ。それは、小児の感染症と結核のためです。ここに戦争の末ころから戦後に掛けてペニシリンが出てきた、ストマイが出てきたというわけで、一気に一九四七年にグッと生存率曲線が上がり、一九六〇年ころまでに、人口構成は今と近くなってくる。

そのころ急激に改善したというのは、圧倒的に抗生物質のおかげで、明治のころに、新薬の力を外部と抗争する時代に見せつけられ

のです。ご馳走を、コヤシや、餌、培地などと全部一緒にしたくはないが、所詮、生き物は、アミノ酸やブドウ糖をみなもらって生きているわけです。

進化の過程で、確かにいろいろな代謝系が変わってきていますが、大事な代謝系はそう簡単に変えられない。そうすると、材料が一緒で作り方が似ておれば、結構他の生き物も私たちと似たようなものを作って生きている。代謝系が調子悪くなったら、つまり、体に必要なものが作れなくなった時に、他の生き物を作っているものをピンはねしてこようとしてます。これが薬です。天然物だから安全なのではなく、かえって似たような生き様をしているから薬になるということですね。しかし、成分の作用が強ければ強いので、生き物だって大量に作ったら自分自身がやられてしまふ。恐らくそういう意味で、あまり高濃度に存在していない、拮抗成分も持っているということだけが違うのであって、天然物だからこそ薬になるのだと思います。

今の新薬の大半はそうして、まさにこれをシーズ化合して作ったものですから、あちらは危険で、漢方薬は無条件に安全というの

のと同じようなイメージがあったのだと思います。しかし、そのペニシリンはショックを生む、ストマイで難聴が起る、そういうことが相次ぐ中で、「安全な薬へ」という一つの欲求が漢方へという一つの動きとしてバックにあったと思います。

私が病院に勤めたのが、漢方薬が保険に収載された次の年ですが、多くの先生たちは漢方薬が使えるが、何にどう使っているかわからないから、いろいろな質問をされたのです。ともかくも、今の最先端に見える薬で治らないものもあるし、漢方薬をプラスチックで出して、効けばめつけもの、効かないにしてもどうせ安全でしょうというふうな使い方がたいへん多かったと思います。ですから、安全神話というのはやはり漢方にとって一つの推進力に間違いなくなっただけです。

ただ、そのころ、「なぜ、先生、安全だと思うの？」と聞くと「何をいままさら」というような顔をして、ほとんどの人は「だって天然物でしょ」と言われる。そこで私はいつも、「なぜ、フグ料理に調理師免許が要するのか、あれは天然物でしょ」とかかっていた

は、実は根拠がない。それはピュアにして大量に与えているから作用も副作用も強いということに過ぎない、したがって、漢方だつて、変な使い方をすれば当然有害作用は起る。今、アメリカでは痩せ薬として、あるいはドーピングを目的として、エフェドラ、つまり、麻黄を大量に、一つの目的のためだけに単一で使っている。その結果、心血管系の障害で、今もう一〇〇名以上の死亡者が出ているので禁止しようとしている。しかし、それは漢方の麻黄と同じであるという扱いをされたら困るわけです。歴史と伝統の裏付けのない、しかも天然物であれば安全だと一方的に思う、そういう誤りが今とんでもないことをしていると思います。やはり、臨床のエビデンスというものをきちんと大事にしないとんでもない間違いをしようののだと思います。

#### 漢方薬の適正使用と教育

渡辺 本当に大事な問題で、漢方薬がこれから伸びていくためにも適正使用は大事だと思いますが、薬学部では漢方薬の薬剤情報に関する教育はされているのでしょうか。

田代 まだ生薬学という形で、植物と成分に  
関する講義はあっても、漢方薬とその臨床と  
して教えるということができている学校とい  
うのは、極めて少ないと思います。

それは一つは、さきほど述べましたよう  
に、長い歴史の中で、そういう研究自体がさ  
れてこなかったこと。最近はやっている人が  
増えてきてはいますが。もう一つは、薬学四  
年の中に臨床薬学の科目を多く入れたので、  
今、国家試験の枠が広がり、四年では収まり  
きらない。その結果、国家試験に出ないこと  
は、むしろ切り捨てる方向へ進んでいます。  
だから従来、漢方を教えていた学校でも、漢  
方は国家試験に取り敢えず出ないと言いつつ、  
切捨て対象になっていき、むしろ今十分な教  
育ができていくようになっていくという問題が生じ  
ています。早晩六年制になります。早晩、薬学部の  
時点で漢方が中心に置かれてちゃんとした教  
育をしていくのかというと、ちょっと心許な  
い気もします。各大学によっていろいろな  
り方が出てくると思います。早晩、薬学部は  
潰れるところと生き残るところが出てくるで  
しょうから、真面目に臨床薬学と、臨床に実  
際に役立つ薬の、研究や教育をしたところが

うすることで漢方薬の特徴がおおまかに把握  
できます。ここでは漢方のEBM (evidence-  
based medicine) ということが必要になっ  
てきます。私自身の診療の内容から言うと、  
一〇%はやはり病名投与です。

エキス剤が本格的に用いられ始めてもう四  
分の一世紀以上になるわけです。この間に西  
洋医学の専門家が漢方薬を一つの新薬のよう  
に扱って、専門領域で病名投与した臨床研究  
が多数集積されています。それらを子細に検  
討すると、中には非常に優れた研究論文があ  
りますね。西洋医学の薬物を使うのとまった  
く同じように、ある診断病名のもとで、ある  
漢方薬を適用すると、七割から八割が有効で  
あるという結果が出ています。七〇から八〇  
%の有効率となると、これはもうかなり現在  
の新薬に十分匹敵するくらいの効果を持って  
いる。まずその範囲から入ってもらい、それ  
を使っているうちに漢方薬の何たるかがわか  
ってきますから、もう少し、今度は伝統的な  
診断技術としての腹診をやってみようとか、  
脈はどうか、舌はどうか、あるいは古典に親  
しんでみようとか、その薬の出典を覗いてみ  
ようというふうに興味が拡大していくでしょ

(40) EBM  
(evidence-based medicine)  
EBMは、一九九一年に初めて使  
用された医療技術評価に関わる用語  
である。通常は「根拠にもとづく医  
学」と邦訳され、臨床研究のデータ  
をふまえて、患者の希望や価値観に  
かなった医療を継続的に実践するこ  
とと定義される。

(41) 伝統的な診断技術(腹診、  
脈、舌)

漢方医学で用いられる診断手段を  
四診という。四診とは望診、聞診、  
問診、切診をいう。望診は外見、拳  
指動作を視て診断する、聞診は声音  
を聞き匂いをかぐ、問診は問答をす  
る、切診は患者の身体に触れてそれ  
ぞれ診断する。

生き残るのではないかと思えます。

渡辺 先生のご指摘になった伝統技術の継  
承、うまい併用の仕方というところ、それには教  
育ということがあると思えます。二〇〇一年  
三月に文部科学省から公表された、コア・カ  
リキュラムに「和漢薬が概説できる」という  
項目が盛り込まれた結果、「医学部の中で、全  
国八〇の医学部、医科大学のうち今年度は七  
九の医学部・医科大学で漢方の教育が最低一  
コマ入っています。一見、華々しいような印  
象を受けますが、その内実は、まだまだ貧弱  
で、一コマであったり、漢方を専門としてい  
ない先生が興味を持って講義が行われていま  
す。この辺、医学部の教育は何を目指してど  
のような方向に進めばいいとお考えでしょ  
うか。非常に大きなテーマになります。これ  
がまさにこれからの日本で漢方が根づいて伸  
びていくかどうかという分岐点になると思  
います。

秋葉 教育はとても大きなテーマだと思いま  
す。漢方薬を実際の臨床に応用していく観点  
から見たら、一応西洋医学的な評価の基準に  
照らしてみても評価される漢方薬とその用い方  
から入ってもらいたいと思います。そ

う。そうすれば自ずと適切で幅が広く奥行き  
に富んだ漢方薬の運用ができるのではないか  
と思えます。

渡辺 現在、日本の医師の七〇パーセント以  
上が日常診療に漢方を使っている。この数字  
は一見凄まじいように見えますが、実はここ十五  
年くらい変わっていない。使っている医師は  
七割を頭にして、意外とそれ以上伸びていな  
い。生薬の資源の枯渇というような、先だっ  
ての指摘と裏腹に、むしろ使用量のマーケッ  
トとしてはあまり伸びていないということが  
あります。今、大学にいる立場としてちょっ  
と悩むところは、これからきちんとした漢方  
の適正使用も含め、医学生に対する教育をし  
ていく場合、さきほど先生の言われた西洋医  
学と同じ土台で漢方を理解する、という裾野  
を広げる作業と、本当の漢方のプロを育てる  
作業とのどちらに重きをおくか、という点で  
す。最低限押さえて欲しいところは医学部の  
学生全員に教育するにしてもそれだけでは、  
本当に漢方を使いこなすレベルには達してい  
ません。医学生の中の一パーセントでも二パ  
ーセントでも漢方のプロを育てるといふ授業  
をやりたいのですがその両者が一致しないよ

うで、どのような教育をしていくかということがいつも悩みの種です。

秋葉 最近の三十年くらいを見て、その時代時代にふさわしい漢方研究医家が輩出しています。大学教育はある種の教養学みたいなものというか、だれもが共有しなければならぬ範囲の知識を伝授し、習得してもらおうということですね。西洋医学側の尺度から見ると理解されるものを在学中は教え、伝えて戴ければと思います。それから先になると、必ずしも科学的な尺度に引掛からないものが大分入ってきます。こうなると、それこそプロが進むべき道かという感じがしています。その立場の人たちは個人的な技術に止まらないで、それを現代医学的な、科学的な尺度で理解できるように、あるいは他の人が理解できるように形に翻訳することに努めなければならぬと思います。

田代 プロになるには、自分が実際に臨床をするようになって学んでいくことが大事で、学部レベルで講義をしても、うまい工夫をしないと恐らく身についていけないと思います。陰陽五行的な、そこまでいなくても、東洋医学の考え方という話を話しても学生

薬理学の立場から、薬効成分に配糖体が多く、そのままでは水に溶けやすく、細胞膜を通れず、吸収されないこと、ところが、腸内には多くの菌が棲んでおり、エネルギー源として糖を切って食べ、薬効成分を吸収できる形に変える菌がいること、したがって、吸収に腸内細菌が大きく貢献しているが、そうした菌には個人差が大きく、漢方薬の効果に個人差が出ることをお話ししています。せめて、漢方の入り口のところで面白いかもしれないとか、今まで思っていた漢方に対する考え方が変わったと言ってくれたらいいのかなと思っています。

秋葉 私は大学教育で成すべきことの範囲がもしあるとすれば、知らなかったが故に、ただ一方的に排除してしまうことさえ回避できればいい、少なくともそれについては聞いたことがあるというくらいのところを、教えられたいと思います。その人の持つて生まれたいろいろな興味の対象として、面白そうだと思う人もいますし、自分には合わないという人も恐らくいると思うので、少なくとも知らないが故に「ダメ」と言わないということだけをしてくれればいいのではないかと思

たちが学ぼうという気になるかどうかというのが気になってきます。私も今、コアカリキエラムに入ってから、六校くらいの医学部・医科大学で教えていますが、講義の最初に到達目標を示します。

一つ目に「ひょっとしたら漢方は実際に役に立つのかもしれない」と思ってくれること、二つ目に「何か訳のわからぬものだと思っていたが、あまり非科学ではないのかもしれない」と思ってくれること、その結果、勉強してみるか、使ってみるかと思うようになってくれればそれでいいというつもりで話をしています。九〇分一コマで、それ以上の話をするのは無理です。

そこで「虚と実」といった漢方特有の概念を、その知識というか、考え方を理屈で教えるよりも、人によって、薬はこんなに効き方は違う、新薬だって、癌になって体力のない人に抗癌剤をばんばん使うわけにはいかないが、ステージによっては使えるではないかという薬効の個人差レベルの話と、虚と実という概念を掴んでもらう。つまり個人に合った治療をしなければいけないという考え方が漢方にあるという話をする。その上で、現代の

ます。

田代 学生の中には、「実はむかしから私も飲んでいました」という人はたまにいても、大半は、漢方はそんなに効くとは思わなかったとか、漢方はそこまで薬理がわかっているのですかなどと言います。否定的なほうが圧倒的に多いので、そこにインパクトを与えるだけでも講義の価値があると思います。

秋葉 私も田代先生の意見に賛成で、なかなかその先にいくのは難しいのかなと思います。

渡辺 確かに今の医学生は、どっぷり西洋医学に浸かっているわけです。その概念の中にいきなり「証とは何か」とか、東洋的な概念を入れるというのは不可能で、現代医学的に見てこういうふうな働きがあるということを見講義する時は学生が生き生きしています。生理学、薬理学、臨床の講義の合間に漢方の講義が入るので、そこで頭が切り替わらない。そういった意味では、先生の言われたように、それと結び付けるような形の講義がやはり求められるのであろうという事を思いました。

田代 変わった講義だからということでしょう

(42) 証(しょう)

望診(ぼうしん) 外見の診察、聞診(ぶんしん) 語勢、呼吸音など、問診(もんしん) 質問、切診(せつしん) 触診) により薬剤を選定するための漢方の診断方法。個人の経験によるものが多く、なかなか文化ができず、漢方を学ぶ際の難関となる。

うか。今、授業評価、教員の採点があります。が、講義を聴いてくれた医学生のアнкеートを見ると、いい評点がもらえることが多い。学生にとってみると、「目から鱗」というような目新しいというイメージがきつとあるのだと思います。

**渡辺** 単に臨床の場でも使い方にとどまらず、何故漢方が効くのかという、基礎医学的な理解と、もう一つは、臨床の漢方の外来があつて、実際にそこで臨床研修ができるようなものになつて欲しいと思つております。

**田代** その通りです。先生のところも実際に学生のポリクリみたいなものは？

**渡辺** 残念ながらまだありません。富山と女子医科大、などごく限られた大学だけです。漢方は実践の医学ですから臨床の現場を見て欲しいと思ひますが、そのためには、臨床のスタッフがいなければできないので、その条件に叶う大学はまだまだ少ないですね。

**田代** そのためには大学全体が、東洋医学に対する理解がもう少し進まないとしんどいといふところもあるのかもしれないですね。

思つてくれますから。

**渡辺** 「証」の定義というのは非常に難しいのですが、『漢方の臨床』誌の、第一巻一号に著名な先生方の座談会があつて、最近リバイバルが出て読ませて頂いたのですが、奥田先生の定義は、「結果に照らして、患者に効けば証が合った」と、「効かなければ証は合つてない」といふふうなことになるのですが、そういった理解でよろしいのでしょうか。

**秋葉** 「証」の定義には幾通りもありますが、奥田先生の定義はそうなのです。その薬がこの患者には適当だろうと思つても、実際にそれを投じて無効な場合もあります。有効であつたという結果を得て初めてその「証」が合つたと確認できるということです。これは架空な議論を弄しない真にまつとうな臨床家の考え方だと思います。

**田代** 今だつてあり得るのではないのでしょうか。例えば、ニトロを投与してみても、それで胸部痛が取れたら、これは狭心症だと、それだけでは別のものを考えるべきで、まさに薬物的診断というか、そういうことが実際にあるわけです。そういうふうに割り切つてし

## 証の定義

**渡辺** 学生に説明する、もしくはプロの医師を育てる、プロの医師ではなくても裾野を広げていくという場合、「証」というものがやはり抵抗を与えるのですが、「証」というものに関してどのような教育をしていけばいいのでしょうか。

**秋葉** 「証」をある薬の適応条件と理解して、歴史的にさまざまな適応の手掛かりがあるところから入ることが多いですが。適応の手がかりを数えてみれば、十くらいのもに分かれると思います。その辺のところを、どこからどういふふうに話すかは、やはり相手のもつ知識の程度によります。私は古典から入るのが一番分かりやすいと思います。「この薬を作つた先生がいる。その先生の経験から、こういう病気の治療のためにこれを作つた」というのがまず一番分かりやすいのではないのでしょうか。古典も噛み砕いて理解すると非常に分かりやすい。最初から嫌だと思つている人たちに「こうですよ、こう書いてある」と言つと、「あ、そう言えば、そんな具体的なことが書いてあるのだ」といふふう

にまえばいいのですが、それが非常に複雑怪奇になつているとみなに思わせしめていただけのことであつて、実はそういう診断法は今でもいくらか生きています。

**秋葉** 腹痛に取り敢えず胃薬を出しておいてどうなるか見ようなどということと同じです。

**田代** 水虫の薬、抗真菌薬を投与して治れば水虫だと、治らなければ別な湿疹とかを考へると同じようなことですね。そういうことは別にあつてもいいように思うのですが。ただ、一番最初から「証」とはこんなものだという話をする、学生たちはギョツとなるので、今のような譬えを使うとわかつてくれますが、「証」とはそういうものだという議論を最初からすると非常に受け取りにくいかもしれません。

私は二つの面から話しており、一つは薬効の個人差というのがあるということ、どう科学的に納得するか。その時に、薬を使うというのは当たり前だという話です。漢方の良さを説明できるので、こういう説明の仕方があります。「風邪の初期に、頭が痛い、熱が出た、鼻水が出る云々」といふいろいろな症状

がある。しかもそれが少し拗れると、ある症状が抜け、ある症状が加わってくる、いわゆる病気の自然史を見事に観察し、ステージの違いに対応した治療をやっているのが漢方だと思ふのです。「傷寒論」はまさにそうです。その時々々の症状の変化に合わせて、それに効く草を加えたり抜いたりしていると考える、そんなことは当然だという話を、彼らは納得できる。新薬だってそれを真似してはいないか、例えば、「コルゲンコーワ」などは、「熱が出たら〇〇錠、鼻水ならホワイトカプセル」と、錠剤かカプセルかは薬剤を見分けやすくするためにそうしているだけのことであって、当然、症状に合わせて中身の成分が違ふわけです。漢方はまさにそれをしてい、新薬が漢方の真似をしているのではないかと話します。そうすると、そういうことは当然だとわかってくれます。

もう一つ、腸内菌の問題を出しながら、「お腹を押さえてどこに圧痛があるか」ということの対応は残念ながらもまだ取れないが」と言いながらも、有効成分が吸収できる形に菌が変えるかどうか、糞便の代謝活性を見るだけで明らかにこの人には効く、この人には効

まう。太ってもいない人まで、ダイエットだ、ダイエットだと服用する。証が合つてなけりゃ、その中で当然トラブルは出てきます。痩せる必要もない人が痩せたいと思って飲む、そういう「証」の不適合によるトラブルはきちんと見ておかなければいけないですね。

一方、「証」というのは階層性があると思つています。あの時、小柴胡湯であるべきだったのか、あるいは大柴胡湯だったのか、あるいは柴胡加龍骨牡蠣湯だったのかというレベルで、小柴胡湯が合う、合わないという議論がずいぶんされたと思います。でもトータルで見れば、抗炎症、抗線維化をするというのが、広い意味での柴胡剤の適応症であつて、その中の小柴胡湯が比較的幅広くカバーできるという点で言えば、あの使い方が根本的に間違ひだったとは思わなくてもいいのではないかというのが私の考え方です。

先生方にご指導いただいています、私どもの研究室にいた赤瀬朋秀先生と一緒に調べたことがあるのですが、小柴胡湯を継続して投与した群と、継続せずに止めてしまった群で経過や予後がどうだったかと言うと、止めた

かないと言えるという話をする、学生たちは「へえー」となる。そういうことのひとつひとつが分かると、「漢方も科学で効いているのだ」と思ってくれるし、「個人差があるのも当然だ」と思ってくれる、それなら一人ひとり治療が違つてもいいということがスーッと入る。どういう人にどう使うかという話は具体的に臨床で勉強しなければなりません、概念としての「証」を分かってもらうには、それでかなり対応できると思つています。

もう一方で、「証」の階層性ということだけは、アドバンスでいいだろうと思うのですが、気を付けなければいけないと思つています。九六年三月の事態、小柴胡湯によって間質性肺炎を生じ、死者が出たとされたのも、結局「証」が合っていないかつたという議論がありました。証の選択が適切なのかどうか、また、どうしたら証を適切に判断できるのかといったことを感じることは今でも多くあります。例えば、今怪しげなダイエットの薬云々という問題がありますが、その中で、「漢方薬で痩せられる」という「週刊朝日」の記事が出ると、みな防風通聖散を使つてし

らAST (GOT) やALT (GPT) が一遍に跳ね上がっていく。その全員が小柴胡湯の証かどうかはわかりませんが、そんなに多いはずがないというのがあのときの指摘ではなかったでしょうか。でも多くの人に効いていると見えるのです。それから長期で見ていると、小柴胡湯がやはり効くものと効かないもの、それぞれありますから、「証」的なことははっきりあるということです。継続しているからみな効く、そうではないということとは言えないが、しかし今まではずっと長期のフォローアップをしていて、投与を止めた分の死亡例がずいぶん出ていますが、継続投与をしていた部分は未だに死亡例が出ていない、少なくともわれわれがフォローアップした三〇〇何例かでスタートした母集団の中では、

ただし、フォローアップしきれているのは少ないです。ある程度良くなれば来なくなりませんが、悪くなればまた来る。そういう中で、トータルで見ると明らかに差が出ていると思ひます。小柴胡湯の証なのか、柴胡剤の証でもないのか、どのレベルで「証」論をするのかというのはどこかで議論

したいと思いますが。

### ■時代と共に進歩する「証」

渡辺 私見ですが、「証」に関しては、時代と共に進歩していいと思います。「証」というのは絶対的なもので、そこを超えられないので、多くの若い先生たちが「漢方は難しい」ということになってしまふのです。いろいろなところで講演していると学ぶことも多いのですが、例えば、整形外科の先生が柴苓湯さいりやうとうをステロイドと一緒に使う。その根拠としてCTをとってみると局所のところに、水が溜まっている。現代の診断方法を使った局所の「証」、それで実際に効果を上げている。今はいろいろな診断技術が発達する中で、「証」に関しても、もつと時代と共に変化していいのではないかと考えますが、いかがでしょうか。

秋葉 難しい問題ですが、時代とともに変化するのは当然だろうと思います。つまり「証」というものは薬を投与したり薬を中止したりする手掛かりだ、というふうに簡単に理解するとします。それは検査データである場合もあり、身体所見である場合もあり、ち

(43) 柴苓湯  
サイレイトウ。漢方薬の一つで、十四世紀の元代の『世医得効方』を出典とする。現代の難病にしばしば用いられる。

(44) HLA  
(human leukocyte antigen)  
ヒトでの主要組織適合遺伝子複合体で、臓器移植などの際に起こる拒絶反応を決める最も主な抗原である。自己と他の認識をはじめ、免疫の根幹に関わると考えられたために、証の解明に有用だとする立場からの研究がみられた。

よつとした症状の変化である場合もあり、まさに多様ではないかと思えます。現代医学ではそれを診断病名でやっていく。漢方のほうはもう少しさまさまの広範な手掛かりがあつて一様でないということは言えると思えます。

渡辺 使うための目標なので、「証」をもつと柔軟に考えてこれからもどんどん若い先生たちに研究して欲しいと思えます。

秋葉 そうです。より客観的なものを見出すことができれば確な運用が可能になるわけです。ですから、それは当然期待しています。

田代 現代医学的にわかつてきたことをうまく活用することが大事なことです。一方、安易な適用、例えば、HLAが話題になるとすぐ使つて「証」が何とかならないかとやってみて、「プー」か「ピンポン」かみたいなことだけでいくかと言うと、ちょっと違うと思えます。いずれにしても、診断技術が限られていた時代の技術そのままに今しなければならぬ理由は何かないと思えます。患者だつてその時期その時期ずいぶん変化しているわけだし、疾病構造そのものも変わつていく中で、当然われわれの新しい伝統医学を作

つていく努力は必要ですね。

### ■漢方は日本独自の医学

渡辺 次の話題に移りまして、さきほど、「瘦せ薬」という話がありました。中国からの、いわゆる「漢方」と称されるもので、慶応義塾大学で二人亡くなっています。ニトロソフェンフルラミン、日本で認可されていない化合物が入っていて、肝障害を起こし、一人は肝移植までしましたが亡くなってしまいました。そういうものと、日本の漢方を同じ「漢方」という名称で扱っていいのかわるかというのを常々疑問に思っています。いかがでしょうか。

本来、漢方というのは日本だけの医学で、江戸時代にわが国で作られた造語です。始めから中国から漢方というものが日本に輸入されたわけではなくて、中国から四〜五世紀に伝わった医学が、日本風に変遷して日本独特の医学になったものです。日本で使われていた江戸時代の医学が「蘭学」、「蘭方」に対して漢方と呼ばれたという歴史があります。こうした経緯を無視して中国のものとか、アジアの伝統医学も含めて全部漢方としてしま

のは、漢方のこれからの普及発展に大きなきまたげになつてしまふと思うのですが。

田代 ご指摘の通りだと思います。少なくともあれは絶対に漢方ではありません。中医学でもありません。あれは新薬です。明らかに未承認のインキキ薬の新薬。そこに漢方的に、むかしから効くと言われたような生薬が、ゴマカシのために配合されているだけです。実際問題、中国では中成薬という形で、むかしからの伝統的なものに加えて、今どんな新しい薬作りをしています。その中に新薬も平気で放り込ませています。もちろん、私たちも漢方薬と新薬の併用もするし、所詮、新薬のルーツは生薬成分にあることもありませんから、最初から混ぜた薬があつても構わないと思えます。ただ、伝統的な手法とは違うし、安全性も担保されていないことは知る必要がある。だからこそ、そうした成分を入れたのなら、何が入っているのか、全て明らかにすることが必要です。この点で批判しているのです。

糖尿病の薬で消渴丸があります。これは今でも日本人はたくさん買ってきていますが、その中の成分を見ると、「主要成分」として、

生地、北耆、花粉などと書いてありました。「など」なのです。中国ではビデオであれ、何であれ、コピー商品がいくらでも出回っているように、商売になれば何でもする人がいます。そういう中で、特許ではなく、全部の成分を明らかにせずに「秘伝」にすることによって権利を守ろうとするわけです。大事なものを隠しますから、結果的には新薬をコピーと忍ばせることも十分可能なわけです。消渴丸でびっくりしたのは、「優降糖」が一粒ごとに〇・二五ミリグラムはいつていると書いてあることでした。これは何だかわからないが、どう見てもこの量は新薬だということで、苦勞して英語の側から中国語にして探したら幸いなことにEで出てきました。なんと、オイグルコン、グリベンクラミドという血糖降下薬が入っていたのです。

私の勤めていた病院に入っておられた日本人の老婦人がある日突然低血糖を起こしたとき、「先生のくれる日本の薬は効かないが、さすが本場は効く」と言いましたが、それは本場でも何でもなく新薬なのです。そういう経験があったので、前から中国の漢方薬もどきに警告をずっとしていました。例えば、重

金属含量がべらぼうに高いものもあったり、新薬が入っていたり、今回もまさにそういう例です。

今回は明らかにフェンフルラミンが入っていた、これは、麻黄からできたエフェドリンをシースにして作られたものに覚醒剤のアンフェタミンがありますが、そのアンフェタミンにトリメチルフロロキを一つ付けたのと、メチル基をエチル基に伸ばしただけの化合物。ですから、麻黄からそこに至るまでは全部、褐色脂肪細胞を活性化させて、脂肪の分解を促進して発熱させる。だから風邪の初期にうまく使えば、熱産生をさせて、ウイルスなどを落とすと同時に、免疫力を高め、体のほうは体温上昇に対応してフィードバックで自分で体温を下げようとするから、新薬の解熱剤のように下げるばかりで、結局は長引かせ、薬にはならないものと、全く違って優れた効果を出すのです。フェンフルラミンもその延長上のもので、当然、脂を分解するので痩せる。でもその目的のためだけに使っていると心臓の弁が異常をおこすことから、既にアメリカでも回収になっています。回収されるから、これが検出されたら一発

で、せっかく売ろうと思って持ち込んだものが全部ダメになる。そこで彼らはニトロソ化をすることによって、分析しても別なところにピークが出るものにすり替えた。これは一番安易です。むかしタラコの色をきれいにみせるために亜硝酸を入れていましたが、あれが胃の中に入ったら酸性条件下にアミンと反応してニトロソ化合物ができ、発癌性がでるからと禁止されました。胃酸だけでなるくらい簡単にできる成分ですから、薬としてニトロ化するというのは私でも今でもできるくらい簡単な反応です。彼らにしてみれば、簡単に別な混合物にできるのでやったわけです。その結果発癌性や肝障害を持つに至った。あれはもう完全な偽薬、甲状腺ホルモンなどの痩せるための新薬を入れて、そこに価値を付けるためにもっともらしくいろいろな生薬を放り込んだような薬だと思ったほうがいいと思います。漢方薬とは全く無縁の薬で、こうしたこともっと国民にも知らせないと思っ

ています。  
渡辺 そういった被害を防ぐためにはどういうことをすればいいのでしょうか。

田代 難しいです。一方に儲けたい輩がお

り、一方に薬して痩せたい人がいる限り、これからいくらでも出てきます。その時、「太ってもいない人が痩せる必要はない」という教育がまず必要です。それから民間薬などに対して医療機関、あるいは医療者があまりにも無知過ぎる、これは薬系の責任です。もっとこういうことの有害作用があることを私たちは広めていかなければいけないと思っ

ます。  
それからやはり国がきちんと規制ができるようなシステムを作り上げないといけない。あれが公になった時でも、「朝日新聞」の大阪本社の早版と遅版で、「一〇名発症したか、一二名発症したか」「健康食品なのか、医薬品なのか」、同じ新聞の同じ地方版のトップ記事で、記事が全然違った。それくらい混乱していた。それは厚生省のほうも、食品関係と薬品関係が同時に発表しているからくり違う。それは今まで厚生省が認可していないから関係ない世界で、慶應の足立先生、石井先生が「これを問題にする、発表する」ということになって慌てて、その前の日に発表したわけです。慶應大学の果たした役割はたいへん大きい。やはりあれは漢方ではない。今、

中国では同じような問題がいっぱい起こっており、またトラブルが起こることを心配しています。

例えば、バイアグラと同じ成分がたくさん入っており、バイアグラと同じような色と形をしたものが健康食品で売られています。実は日本のバイアグラの含有量とは桁が違います。そういうものが中国にはゴロゴロしています。ですから中国の本場の薬が効くなどと仮に思ったら、それはとんでもない話です。

渡辺 「本場の薬」という言葉に日本人は弱いですね。未だに中国に行つて、本場の漢方薬を手にいれるというツアアがあつたり、中国の先生が来て本場の漢方薬をくれるということが飛びつく一般の人は多いと思います。が、漢方というものは、日本の医学と位置づけていいのですね。

秋葉 まったくその通りです。さきほど呼称についてお話がありました。内容もまったくその通りです。特にオランダ医学（蘭方）と漢方の関わりは江戸時代の早期からありました。蘭学はいろいろな科学知識をもたらしました。その最大なものは医学です。前の時代には南蛮医学があり、その続きで非常にス

渡辺 つまり、漢方というものを日本の独自の医学であるということ認識してもらうことが大事だということですね。

秋葉 とても大事です。江戸時代、特に一六〇〇年代に、陰陽五行説を中心にした当時の中国医学に対する思想闘争が行われました。それで確立されたのが、陰陽五行説を用いない伝統医学としての漢方医学、それが本場の意味でのわが国の漢方医学です。それは当然蘭方を反映したものでした。ヨーロッパ医学である蘭方を最も特徴づけるものは解剖学でしたから、その当時の医師は解剖学に関心も高かったし、造詣も深かった。一例を挙げると、一七五四年に日本で初めて公の許しを得て行った解剖の主催者となった山脇東洋は漢方家です。法眼という高位高官でありました。

渡辺 今の時代も、やはり日本では医師が用いている、漢方薬は医療用として用いられているわけですから品質はたいへん高いと評価してよろしいのでしょうか。

田代 そう思います。確かに原料を向こうに依存している面があつて、これをどうしていくかはこれから考えなければなりません。

ムーズに日本人に受け入れられた。

江戸時代というのは、医学などの実用の上にはあまり大きな制約を設けていない。その道の専門家はちゃんとそういうものを入手することができたようです。それよりも何よりも、江戸幕府の高官たちが真つ先にそれらの恩恵にあずかっています。島原の乱以降、出島にオランダ商館が移ります。わが国に最初に来たのが一六〇九年で、ヨーロッパ勢としては新参です。オランダは新教国でもあつたし、日本にとって受けが良く安心できる相手だったようです。特に島原の乱後はオランダだけが対外貿易の窓口を独占しました。

流入した新技術で代表的なものが医療技術でした。交易に係わる政府高官などが最初に着目し、病氣治療を依頼しています。オランダもその事情を十分承知していて、商館付の医師を積極的に幕府高官の治療にあたらせます。それはすぐに下々の做うところとなり、江戸の市中にオランダ医学などを名乗る医師が出現したりします。

このような背景もあつて、十八世紀中葉には西洋医学と両立しうる漢方医学の体系が成立するのです。

(45) オランダ医学（蘭方）  
一六〇二年にわが国とオランダは通商を開始した。オランダを通じて流入したヨーロッパ医学をオランダ（和蘭）医学、または紅毛医学と呼んだ。前代の南蛮医学と異なり、解剖学は一段と現代医学に近づいていった。

(46) 南蛮医学  
わが国の戦国時代から安土桃山時代に、ポルトガル人の宣教師によって伝えられたヨーロッパ医学。

(47) 陰陽五行説  
紀元前の中国で成立した自然哲学。陰陽二元論と、木火土金水という自然界の始原的要素の循環の相対森羅万象を理解しようとした。朱子学も陰陽五行説を根底にしている。

(48) 山脇東洋（一七六一—一七六二）  
漢方を養父玄修と後藤良山に学ぶ。法眼、吉益東洞を見いだす。一七五四年（宝暦四）わが国初の官許の解剖を敢行した。

極端に言えば、全然違う医学だと思つていいと思つています。

変な譬えですが、「漢字を考えてみよう」と。旧字、正字と言つたものがありますが、中国は中国なりに、日本は日本なりに簡略化した。両方で全然違う字になっているものいろいろあり、中国の文字を見ても私たちは読めません。漢字だけでは、中国医学だつてずいぶん様変わりしています。根は共通だったかもしれませんが、今、向こうが本場で、日本は同じ物の亜流でなどと考える必要はまったくない。むしろ現代医学、現代の医薬学の知識まで含めて、日本は日本なりの新しい発展をしている。さきほども言つたように、新薬と混ぜることがいけないとは思つていません。もともと生薬から有効成分を取つてきて作つたのが、今の新薬のほとんどですから、極端に言えば、ある成分の濃縮みたいなものだと思つてもいいと思います。

しかし、何が入っているかわからないような薬を薬だという、向こうの物は日本では認可されないような薬ばかりですから、そういう意味で、そんなものが効くなどという議論はしないほうがいい。本家と本舗、元祖など

があるようなものです。

### 漢方の未来に向けて

渡辺 これを認識していない人が多いですね。さまざまな問題点を挙げていただき、その中にはこれからの可能性、方向性というようなことで、将来に結びつく話もたくさん出てきましたが、時間も迫ってきましたので、漢方がこれから伸びていくためには、どういった課題をどう解決していけばいいのか、いくつかご提言いただきたいと思います。田代先生、いかがでしょうか。

田代 さきほど、しばらく停滞しているように見えるというお話がありました。これはこれからの世代に期待したいと思います。私たち自身は、EBMという点から見ると、今、秋葉先生たちのご努力で、EBM委員会ができ、かなり評価ができてきました。

ただ臨床がエビデンスだと言っている意味で言えば、長い間実際の臨床で使い、経験を積み上げて、「こういうタイプの人にはこれが合う」と言ってきたのは、エビデンス以外の何物でもない。作用機序がわかっているかどうかではなくて、まして、遺伝子や受容体

と思っています。私自身も糖尿病専門にずっと仕事をしてきましたが、私たちが厚生省の第一回の疫学調査をした時、一一〇万と言われていた糖尿病患者数は五百六、七十万だった。八割の患者さんは何ともないと放ったらかしている。合併症が出てきたから、初めて受診されることが多い。その時は食事療法や運動療法のレベルではない。完全に薬物療法が必要になる。

ところが、いくつかの合併症があると、これは血糖の薬、これは目の薬、これは腎臓の薬とならざるを得ない、多剤併用になる。一方、高齢社会になったので、年齢と共に体のあちこちにガタがき、これまた合併症の患者が増えていく。二十世紀、これからの医療というのは、単純な疾患ではなくて、仮に単純な疾患で来てもバックにもすごい合併症を持っている。これを新薬たった一つの成分、たった一つの作用基準の薬で治療しようと思ったら、必ず多剤併用になる。ところが薬を混ぜ合わせると、今度は相互作用の問題が出る。今回、この特集の中で大西先生がそのことにきちんと触れて下さると思います。そういうことが必ず話題になる。そう

がどうこうではなくて、まさに臨床のエビデンスを話題にしている今のEBM論からいって、漢方は実は最先端をいっています。だからこそ、漢方薬は治験を組めば有効性が示せますし、小柴胡湯だって、あの時点で「肝障害に対して有効だ」ということで、「さあ、自由に使えるようになる」という時に間質性肺炎だということに叩かれただけです。そういう意味ではエビデンスは整っている。ただ問題は基礎のエビデンスがないからどう使っていくか分りにくいところですが、一から新規化合物にしてしまっただけのエビデンスを積み上げておけるおそれる臨床に出してという今の新薬と同じ土俵で争っても、臨床のエビデンスという点では勝てる。

しかし、もう一つたりないとすれば、それは現代医学的なエビデンスであろう、そこを今多くの先生方が一生懸命やっておられるわけです。今の臨床を大事にするエビデンスという話とは別な意味でのエビデンスが整った時に、漢方は一番最先端の医学として改めて必ず評価される、だからその努力をしたいと思っています。

もう一つ、意義をきちんとわかって欲しい

った時、合併症などを持ったような一人の人間に対して、こういう症状の組み合わせを持っている人に、これが効くじゃないかとやってきた漢方、これはもう臭いジジババの薬ではなくて二十一世紀の治療のベースに置くべき薬であると思っています。そういうことが少しずつ明らかになってきたら、また広がりには必ず見せると信じています。

渡辺 最後に述べられた高齢社会で多臓器にわたる疾患、糖尿病、高血圧といったものに、多成分であるところが意味があるわけですね。

田代 そう思います。しかももちろん新薬だとして組み合わせて使うわけですから、症状に合わせて薬を選んでいくという意味で言えば、理屈では変わらない。むしろ、それで何百年、何千年と使ってきて、危険なものや効かないものは打ち捨てられていくと考えた時、これほど素晴らしい薬はないと思います。

渡辺 逆に言うと、西洋医学的な使い方、臓器を目標けて使うような使い方ではダメだということですね。

田代 ある意味ではそうです。

渡辺 西洋医学と漢方との意義の違いを明らかにすべきであるということですね。ありがとうございます。秋葉先生、いかががでしょうか。

秋葉 臨床家の立場から述べますと、西洋薬と漢方薬というものの役割分担をますます明確化していくことが必要だと思います。

昨年九月に私たち東洋医学会で「漢方治療のEBM・二〇〇二年中間報告」を出しまして、そこで七十三報の優れた研究論文を紹介しました。その中の実に三〇パーセントが「西洋医学的薬物との上手な併用」が主題でした。両医学の治療法をいかに組み合わせるかの研究です。

他の儒教文化圏の伝統医学にはない発想で、わが国の漢方医学はまったく独自の立場を築いているということができます。

医師の免許制度がここには色濃く投影されており、日本の医師は一つの医師免許を持った人が漢方薬も使うし西洋薬も使うわけですから、漢方薬に対しても西洋薬並みに厳しい批判精神でのぞむし、その効果を確認する仕方も、いわば西洋医学の基準をそのまま当てはめることになるわけですね。

秋葉 その通りです。これからは悪性腫瘍に対する治療に漢方薬がどのような役割を果たすかということも、とても大事な視点だと思います。今、慶應義塾大学で進行中の研究などでも、十全大補湯を悪性腫瘍の治療に加えることによって、本来副作用の強い薬の投与量を減量できるとか、その後の生体を防御する効果を期待できるとかさまざまの好結果が出ています。そういった領域はこれからますます盛んになるでしょうし、この領域こそは「日本しかできない」ことです。これは強調したいところです。

### ■ 統合医療のモデルとしての漢方

渡辺 ありがとうございます。今、お二方から漢方というのは日本の医学であって、西洋と同じ土俵の中でやっているというお話がさまざま出てきました。現在、世界に目を向けてみると、代替医療が欧米で盛んになっていますが、代替医療というのは、あくまでも西洋医学に代わる代替のものであるという定義です。しかしその考え方に反発する先生が実は多いそうです。今、時代は代替医療、もしくはは相互代替医療と言われているものか

(49) 社団法人日本東洋医学会  
日本医学会加盟の唯一の東洋医学関連学会で、会員は約九、〇〇〇名である。

(50) 儒教文化圏の伝統医学  
中華人民共和国、大韓民国、中華民國、日本など儒教文化圏に残る伝統医学をいう。

(51) 洋漢統合処方  
西洋薬と漢方薬の役割を明確にして処方することを通じて、的確で安全、かつ経済的な医療を実現しようというもので、筆者（秋葉）が一九九七年にメディカルトリビュン紙への投稿で提唱した考え方である。

わが国の医師は効かないような漢方薬は使いません。私はそれを洋漢統合処方などと、十年くらい前から言い続けていますが、EBMを確立しながら、そういう役割分担をはっきりさせるといことが今後求められることだと思えます。そうすると、ますますわが国の漢方医学は近隣の諸国から注目されるものになるし、素晴らしいものになると思っています。私自身もそういうふうになることを確信していますし、その一翼を担いたいものだと思います。

渡辺 具体的にどのような併用例が研究されていますか。

秋葉 現代医学を特徴づける薬の一つに、ステロイド剤（副腎皮質ホルモン剤）がありますが、それに漢方薬の柴苓湯などを併用するとステロイドの副作用を軽減することが可能になります。膠原病や関節リウマチ、喘息、腎臓病などにそういう治療が適用されています。ステロイドというのは「両刃の刃」でして、同じ結果であればなるべく少ない量を用いたいと思うのは、臨床家の共通の心理だと思います。

渡辺 それから抗癌剤とか、放射線治療も。

ら、統合医療になりつつあります。つまりそうした代替医療と従来の西洋医学が同じレベルで一緒になる。そうした観点から考えると、漢方はまさに世界の冠たるモデル的な統合医療です。

なぜそういうことを思うようになったかと言くと、私のところにミネソタ大学医学部助教教授のプロトニコフ先生が漢方の勉強に来ています。また現在ハーバード大学、ミネソタ大学と共同研究を始めたのですが、欧米が非常に漢方に注目している。日本の漢方のレベルが高いため、欧米の先生方が組みたいということ、海外からむしろ注目されています。ところが日本の中を見てみると、ちょっとシラツとしてるところがあります。どうも日本人の気質として、日本独自のものを軽視する傾向があるようです。そのためにも今までは日本人が発明しているながら欧米に特許を取られたものが数多くあります。

例えば、万年筆なども日本で発明されながら米国のウォーターマンが特許を取り、それを日本が買うはめになった。漢方もそういうふうになってほしくないと思います。我々が日常、研究や診療で使う試薬類、医療機器類

(52) 万年筆の歴史

一八二八年、近江の鉄砲鍛冶師、国友藤兵衛が貯墨装置の付いた「御懐中筆」を発明。ウォーターマンの実用万年筆発明より実に五十六年も前に日本でこのような発明が成されていた事実は驚異的である。内部に墨を貯蔵でき、墨乾燥防止用のキャップが付属する等、現在の筆記用具の構造にそのまま当てはまる。

はほとんど欧米のものです。日本の医療費が高い高いと言いながら、実はみなさん方が病院にかかって払うお金の大部分がアメリカもしくはヨーロッパに行ってしまった。そうした試薬類・医療機器類が国の産業として日本がしっかりしているならば、もっともって医療費は抑えられるはず。米国からの試薬などは馬鹿げた為替レートで買わされていて、しかも特許料がばか高い。わが国独自の漢方というものをもっともって国が認めて、わが国の経済の一翼を担うようなものとして育てて欲しいというのが私の希望であり、夢です。何か追加されることはございませんか。

田代 中国は〇〇何グラム、〇〇何グラムと処方する生薬ベースで、日本は包剤ベースですから、統合的に考える。「患者に見合ったような形で」という、このアイディアでの日本の使い方には彼らは興味を持つが、やはり極めて新薬的発想が未だにベースにあつて、「そこから何かいいものはないか」と考える。そういう意味で今なら、われわれがまだ先進性を持って新しい学への貢献という点でもやれるものを持っていると思います。今、われ

われがリードしてやらないと、早晚追いつかれて、われわれが輸入しなければいけないという可能性がありますが、今まだ彼らは物としての、せめて生薬から、せいぜい包剤レベルへ来たというところ。渡辺 ありがとうございます。今日は本場に長い時間、漢方の過去、現在、未来という、まさに大きなテーマでお話しいただき、いろいろな問題が浮き彫りになったと思います。また漢方というのは、これからますます発展していく要素があると思いますので、多くの方々にお力添えをいただいで、日本の医学として大きく発展して欲しいと願っています。

#### わが国における漢方の実情

## わが国独自の医学—漢方

はじめに

漢方医学がわが国独自の医学という違和をおぼえる読者も多いとおもわれる。いうまでもなく、東アジアの儒教文化圏の伝統医学の源は大陸中国であり、わが国の伝統医学もその範疇を出るものではない。しかしその内容を仔細にながめれば、江戸期に大きな展開があつて、もとの中国医学とは似て非なるものに変化した有りさまをうかがうことができる。したがって本論における漢方医学とは、儒教文化圏の伝統医学で江戸時代に日本化されたものを示す術

語としてもちいることにする。

これまでなにゆえにこのような視点が提出されなかったかといえば、明治以来の医史学の先哲がもっぱら西洋医学の専門家であり、漢方医学を歴史医学の一分野としていずれ滅びるものとして扱ってきたからである。今日のように、約八〇%の臨床医が漢方薬を処方した経験を持つようになるという事態は予想するのが困難であった。したがってわが国の医学史では、西洋医学と漢方医学を対等に比較の対象として扱うことはほとんど行われなかった。ましてや両医学の相互交流などは検討の俎上にのぼらず、もしそ

秋葉哲生