

日本臨床漢方医会  
漢方医学の発展と普及を  
推進する会

# 漢方を守るために

令和元年 特別号

## 漢方を守るために

令和元年 6月吉日 発行

発行者 日本臨床漢方医会  
住 所 東京都日野市高幡 6-3  
電 話 042-591-6050  
<http://kampo-ikai.jp/>

日本臨床漢方医会

そこで、政府は「2040年までに健康寿命を3年以上延伸させる」という提案をすることになりました。しかし、最新のデータでは、「平均寿命」と「健康寿命」の差は男性が約9年、女性が約12年あり、その間、寝たきりになるなど、何らかの介護等のサービスを受けることが必要になります。

高齢期に自立して生活できなくなる、要介護になる理由として、生活習慣病と「フレイル（虚弱）」が挙げられます。

フレイルとは、心と身体の活力が低下した健常な状態と要介護状態の中間の状態であり、早く気付いて予防することが重要となります。

漢方では未病という概念があります。未病とは、発病には至らないものの軽い症状がある状態を言います。いつまでも治らない不調があれば、それは実は未病かもしれません。

何となく不調が続く、疲れがとれにくいと悩んでいる方は、医師と相談の上、上手に漢方を活用して生き活きとした生活を少しでも長く過ごすことで充実した人生を送っていただきたいと思います。

## 医療用漢方薬を実現した二人の巨人

日本臨床漢方医会 副理事長  
医療法人社団修琴堂 大塚医院 院長  
慶應義塾大学医学部漢方医学センター 客員教授  
渡辺 賢治



### ■はじめに

わが国では、病気になれば全国民が等しく高いレベルの医療を享受できます。この国民皆保険制度がスタートしたのは1961年です。それまでは保険を持たない人が3000万人くらいいました。この国民皆保険制度のおかげで、わが国は世界トップクラスの長寿国になり、乳児死亡率が世界一低いなど、世界のモデルになっています。

この国民皆保険制度の中で漢方薬が使えるのはご存知でしょうか？国民皆保険制度の中で使用できる漢方製剤は148あります。そのうちの1つは軟膏です。紫雲膏（しうんこう）といって世界で初めて全身麻酔による乳がん手術を行った江戸時代の華岡青洲（はなおかせいしゅう）が作りました。残りの147種類は煎じたものをエキスにして賦形剤（味や量の調整に使うもので、乳糖やでんぷんなどが用いられる）を加えて粉末にしたものや、錠剤、丸剤などです。

あまり知られていないのですが、実は煎じ薬も保険が適応されます。構成する生薬一つ一つが保険でカバーされるので、煎じ薬全体でも保険でカバーされることになります。このように漢方薬が保険でカバーされるようになったのは、武見太郎先生のご尽力の賜物なのです。

ここでは武見太郎先生について述べ、漢方の大家の大塚敬節先生との親交の中で、どのように漢方薬が保険で認められるようになったかについて述べます。また、今後漢方薬が継続的に保険適応されるための課題についても、述べたいと思います。

## ■武見太郎先生とは

武見太郎先生（1904～1983年）は1930年に慶應義塾大学医学部を卒業され、内科学教室に入局しました。しかし医局が性に合わず、理化学研究所の仁科芳雄先生の誘いを受けて、1938年に理化学研究所付属診療所の所長兼研究員になりました。

翌年には、銀座で武見診療所を開業し、傍ら理化学研究所での研究を続けました。心電図の研究など、当時の最先端の研究をやっています。医師会活動としては、中央区の医師会代議員から、日本医師会副会長を経て、1957年に日本医師会会長に就任しました。以後連続13期、25年の長きに亘って日本医師会会長を務められました。幅広い視野を持って世界保健にも貢献され、1975年には世界医師会会長にも就任しています。

1983年には、ハーバード大学公衆衛生大学院に、武見国際保健プログラムが開設され、現在も継続しています。毎年世界各国より10名程度の保健の専門家・研究者が選考され、国際保健や医療政策に関する

研究活動を行っています。

武見太郎先生には喧嘩太郎の異名もあったようですが、筆者にとっては大学の先輩であり、学生にも親しく接してくれました。

筆者が大学4年生の時に、医学部の学園祭（四谷祭）の実行委員として武見先生にご講演をお願いしました。快くお引き受けいただき、どのような話をして欲しいのか、と聞かれ、同級生数名と武見先生のご自宅に説明に上がりました。

大きな家に本が積み重なっていました。その上に何か賞状が置いてあるので、尋ねたところ、「エリザベス女王からもらったサーの称号だよ」とさりげなく仰られたのが印象に残っています。こちら辺が武見先生らしい点だと思いました。

私事で恐縮ですが、祖母の主治医が武見太郎先生でした。大宮の在でしたが、銀座から毎月往診に来てくださり、亡くなるまで診ていただきました。その事をお邪魔した折に話したら、懐かしそうに祖母のことを語ってくれました。その表情は医師会会長ではなく、一医師の顔でした。

▼在りし日の武見太郎先生（左）と大塚敬節先生（右）



## ■大塚敬節先生との親交

大塚敬節（1900～1980）は土佐の医師の家系に生まれ、祖先は山内家の御典医を務めていました。若い敬節は文学に傾倒し、医学の道を拒否して冶金科に進学しました。その後、医師になる決意を固め、熊本医学専門学校を卒業しました。病院勤務を経て父が亡くなったことを契機に家業の修琴堂大塚医院を継ぎます。

しかし、長女を疫痢で亡くしたことから、西洋医学だけでは物足らず、漢方の勉強を始めました。1930年、本格的に漢方の勉強をするために、幼子を土佐に残して上京します。湯本求真という漢方医の下で勉強したのちに、神楽坂で漢方専門医院を開業しました。



▲大塚敬節先生（一番左）

1972年に武見先生のご尽力で、北里研究所東洋医学総合研究所が設立された折には、大塚敬節先生が初代所長に就任しました。1978年には長年にわたり、漢方の発展に貢献した業績により、日本医師会最高優功賞を受賞しています。

では、武見先生と大塚先生はどのようにして親交を深めていったのでしょうか？

武見太郎先生と大塚敬節先生の親交が始まったのは1968年頃です。知り合ったきっかけは、武見先生と慶應医学部で同級生だった相見三郎先生を通じてでした。

相見三郎先生は外科医でしたが、大塚敬節先生の下で漢方を学び、漢方の専門家として活躍されていました。

しかし、西洋医学の最先端の研究も行っていた武見太郎先生がどうして漢方に興味を持ったのでしょうか？

そこには患者であった幸田露伴の影響が色濃くあるようです。武見先生が往診をするたびに幸田露伴から「東洋学」の講義を受け、そのメモがノート8冊にも及んだとのこと。幅広い見識をお持ちの武見先生にとっては、最先端の心電図研究も東洋医学も、等しく患者さんのため、という同じ土俵で考えられていたのだと思います。

一方の大塚敬節先生も文学に造詣が深く、幅広い見識を持っていました。何よりも二人の巨人に共通するのは、患者さんのため、という現場医師としての熱い思いだったと思います。

この共通する思いを持つ二人が意気投合するのに時間は要しませんでした。二人とも酒もたばこも一切やらず、将来の医療のあるべき姿について真剣に議論を重ねていったことでしょう。

違う分野ながら、患者さんを治すのに、西洋医学も東洋医学もない、という大きな視野を持つ二人はお互いに認め合いながら親交を深めていきました。二人の親交は生涯続きます。大塚先生は、1980年10月15日朝に、脳卒中で倒れますが、真っ先に駆けつけたのが武見太郎先生でした。

この西洋医学の巨人と東洋医学の巨人の親交により、日本の漢方が大きな転換期を迎えることとなります。

## ■漢方が保険適応にされた経緯

漢方薬は乾燥、もしくは加熱処理など（これを修治といいます）をした生薬を原料とします。生薬は植物の根や葉、全草などですが、動物性生薬や鉱物も使います。これらの生薬を配合して煎じるのが一般的な漢方薬でした。

煎じ薬は手間がかかり、また、旅行などの際、携行が難しいという難点もあります。こうしたことから煎じ薬でない剤形の漢方薬を作ろうという試みがありました。

第二次世界大戦末期に、東京大学出身の板倉武先生が、政府から研究費を得て、同愛記念病院内に東亜治療研究所（のち東方治療研究所と改称）を設立しました。専門家として大塚敬節先生を招いて、漢方薬のエキス製剤の研究に取り組み、錠剤も作成しました。

残念ながら敗戦により研究所が閉鎖となり、研究も頓挫してしまいました。その後もエキス剤の作成の試みは続き、1957年には製薬会社が薬局用にエキス剤の販売を始めるようになりました。

1967年には医療用漢方エキス製剤が保険適応となりましたが、まだこの時点では4処方でした。1976年には42処方となり、現在では148の漢方エキス製剤が保険適応となっています。

この時、中央薬事審議会一般医薬品特別部会の下に設置された「漢方生薬製剤調査会」において、漢方処方を決定するための漢方生薬製剤調査員に委嘱されたのが大塚敬節先生でした。

武見太郎先生は、こうした漢方薬が、広く保険で使えるようになる

ことを医師会会長として後押ししました。大塚先生との親交や東洋学に対する関心に加えて、武見先生が漢方薬の普及の推進をしてくれたもう一つの理由が、武見先生の著作に見られます。

1975年当時、武見先生は、日本の医薬品の7割が輸入に頼っており、逆にわが国から輸出できるものが非常に少ない、と著作の中で嘆いておられます。そんな中、日本から世界に発信できる素材の一つとして、日本の漢方薬に期待を寄せていたのだと考えられます。

## ■保険診療の医療用漢方を発展させるために

今では医師の9割以上が日常診療に漢方薬を取り入れているおかげで、患者さんが漢方薬に触れる機会が増えています。その一方で漢方治療が今後も発展していくための課題もいくつかあります。

一つ目は漢方薬の保険はずしです。この問題はたびたび浮上しますが、2009年には予算編成の直前に漢方薬を保険からははずす案が浮上しました。これに対して日本臨床漢方医会は、日本東洋医学会などと共に署名活動を展開し、3週間で92万以上の署名を集めました。署名してくださった方々の多くが、保険の漢方薬の恩恵を受けている患者さんたちでした。

二つ目の問題は漢方薬の原料確保です。漢方薬の原材料の8割は中国依存であり、国内生薬自給率は12%に過ぎません。生薬の栽培の振興で地方再生も可能であり、産業としても大きな可能性があります。

漢方の六次産業化を目指して、神奈川県、富山県、奈良県が発起人となり、2013年に漢方産業化推進研究会が立ち上がりました。

参加自治体では、生薬栽培を開始したところも増えています。

その一方で、栽培技術を有する農家が高齢化していて、技術の継承が困難になっています。例えば漢方生薬の王様である薬用人参栽培は、1986年の547トンピークに年々減少を続け、2016年には8トンにまで落ち込んでいます。栽培面積も1986年には636haでしたが現在では長野県、福島県の一部でわずかに栽培されているのみです。

三つ目は国際的な日本の存在感です。伝統医学が注目されているのは日本だけではありません。世界中で西洋医学とともに伝統医学が使われ始めています。世界の潮流は西洋医学と伝統医学が融合した統合医療です。

わが国は保険診療の中で漢方薬が活用できることで世界に先駆けて統合医療を推進しています。

国際保健機関（WHO）は2018年6月に国際疾病分類の改訂を発表しましたが、この中に漢方を含む東アジア伝統医学が掲載されました。

このように世界で伝統医学の存在感が増している中で、日本の優れた漢方が世界でも存在感を示せるように、政府には後押しをしていただきたいと思っています。

## ■さいごに

武見太郎先生と大塚敬節先生という東西の巨人の親交により、世界に先駆けて西洋医学と伝統医学の融合した統合医療がスタートしました。

今後さらに発展させるためには、武見太郎先生のような大きなリーダーシップが必要です。

武見敬三先生は、武見太郎先生の漢方に対する情熱を継がれており、日本臨床漢方医学会の顧問として日頃よりお世話になっております。

漢方のさらなる発展のためには、武見敬三先生は不可欠な方です。武見敬三先生の、今後ますますの活躍に大きな期待をさせていただき、この稿を終えたいと思います。

## <参考文献>

1. 武見太郎：聴心記 実業の日本社 東京 1978
2. 武見太郎：私の見た東洋医学と西洋医学，漢方医学，1，1-2（1977）
3. 大塚恭男著『東洋医学入門』日本評論社 東京 1983
4. 有岡二郎：地域の医療介護入門シリーズ  
地域の医療と介護を知るために一わかりやすい医療と介護の制度・政策— 第10回 第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動き（その3）— 国民皆保険成立期のもう一つの側面— 厚生指針 64（5）：57-61，2017
5. 秋葉哲生 医療用漢方製剤の歴史 日本東洋医学会誌 61（7）：881-888，2010
6. 渡辺賢治 漢方医学 講談社メチエ 講談社 東京 2013

