

漢方の社会学

—現代の保健・医療における漢方の役割及び問題性—

賈 強*

A Sociological Study of Kanpou in Alternative Medicine

Qiang Jia

I. 課題：なぜ今漢方か

慢性病やガンなどの難病、非器質的障害（自律神経失調症など臓器や組織に気質性の病変が認められない疾患及び様々な不定愁訴）の治療に現代医学の限界がはっきり見えている今日では、様々な代替療法が盛んに利用されている。また、病気治療以外に、体質改善や健康増進などの分野にも代替療法が一役を買っている。その宣伝された効果の多くはまだ科学（つまり現代医学や生物学など）によって検証されていないものの、利用者がますます増加する傾向にある。これらの代替医療、代替療法の中で、中心的な役割を果たしているのは何よりも漢方と呼ばれる中国伝統医学とその派生物である。そのため、代替医療が大いに期待されている今日に、保健・医療における漢方の役割及びその問題性を問う必要がある。これは本論文の基本的な課題である。

1. 概念または表現の整理

代替医療を大別にしたら中国伝統医学を中心とした医学（中国では「中医」、日本では「漢方」、以下それぞれ括弧省略）と様々な民間療法の二種類に分けることができる。その間に介入する治療法や健康法も多数存在している。実際には、中国では中医は代替医療ではなく、西洋医学が誕生する以前から正規医療として大きな役割を果たし、現在でも西洋医学と平行した正規の医療である。にもかかわらず、ここで中医を代替医療として取り上げるのは、主に二つの理由がある。一つは、中国以外の世界では、主導的地位を占める現代医療が正規医療とされ、中国伝統医学をはじめ、その他の医療は代替医療の範囲に入れているのが事実だからである。中国伝統医学を正規医療とするケースは中国以外の社会では殆ど見られないので、特例として扱うしかないのである。もう一つの理由は、代替医療とされた数多くの治療法の中で、中国伝統医学及びその医学体系から派生した諸療法は最も重要な役割を果たしていて、代替医療から中国伝統医学を除けば、その中心的な部分は抜かれてしまうからである。

*カ キョウ 文教大学国際学部

漢方は文字通り、中国の伝統医学と薬学である。ただ、日本では、一部の研究者の中で、漢方は中国伝統医学を源流とした日本の独自の伝統医学であると主張する意見がある。だが、全体的に見れば、日本の漢方には中国伝統医学を著しく発展させ、日本独自のものにした部分はそれほど見あたらないため、筆者の考えでは、漢方は中医の代名詞にすぎない。ただ、中医のような社会の医療体系における地位の高さや医療施設の多さ及び専門人材養成体系の膨大さは日本にはないため、日本の漢方は中医体系の中の一部にすぎない。その意味では中国における中医は西洋医学と平行する医療体系の一つであり、西洋医学が主導的な地位を占めている日本の中では、漢方は代替医療の一部である。従って、この論文で代替医療を論じる時に、あえて漢方という表現を用いた方が理解しやすいであろう。

このように日本における漢方と中国伝統医学を代表する中医とは概念上の差異があるにもかかわらず、この論文では、表現の便宜上漢方＝中医というふうに加え、一般論の時に漢方を用い、中国について論じるときに中医という表現を用いる。

2. 漢方をめぐる諸問題を考察する必要性と社会学的視角

前述したように、現代医学・医療の考え方や治療効果の限界が見えている今日に、漢方を始め、様々な代替療法の社会的価値及び治療効果が広く認められている。しかし、漢方の本場の中国においても、日本やその他の社会においても、この伝統医学及び医療システム自身（思想、文化、制度）に潜んでいる大きな問題はそれほど注目されていないように思われる。代替医療の持続的発展を促進し、その社会的価値を最大限に引き出すために、その価値自身だけでなく、その問題点を十分重視しなければならない。

日本では、「小柴胡湯」による間質性肺炎（一部患者の死亡）などの問題は一時的に注目されていたが、いずれも漢方薬の副作用であるという誤った認識にとどまっていて、その非中医的思考方の問題は殆ど認識されなかった。つまり、漢方薬を現代医学に使われている化学薬と同じ考え方で処方されたという根本的な問題は十分に認識されなかったのである。これは漢方をめぐる諸問題の文化的側面といえよう。

社会面から考えると、漢方の最大の社会的価値は現代西洋医学以外に、難病患者や健康を強く望んでいる人々に生の希望或いは健康回復の希望を与え、治療法のもう一つの選択肢を与えることにある。また、大げさにいえば、人間と環境、人間と自然、人間と宇宙との関係を認識するもう一つの方法を提供することにあるのである。同時に、その問題点は主に二つある。一つは、漢方をはじめ、代替医療の諸サービスの需要と供給のアンバランスである。言い換えれば、水準の高い漢方医療サービスの供給不足とそれに伴う諸問題である。もう一つは逆に人々の期待に反する伝統医学の衰退である。つまり、現代医学、生物科学、ハイテク医療機器の進歩の中で、伝統医学に固有の診断・治療方法が少しずつ放棄され、その独自の価値が失われつつあることである。この衰退或いは価値喪失の原因は医学科学や思想、世界観の変化にも見出されるが、それだけではない。現代社会では、医療という行為は、医学、生物科学など現代科学や思想・世界観の影響だけで行われているのではなく、社会の諸制度のあり方からも大きな影響を受けている。言い換えれば、医療行為は社会・経済・政治的制度に強く拘束されている。従って、人々の伝統医学への期待についてもその期待を裏切る伝統医学の衰退についても、その原因を社会諸制度及びその変化に原因を求めなければならない。

現代日本社会では、医療・保健の現状への不満や失望感、不信感の多くは、医学や生物科学自

身のあり方だけでなく、医療保健制度に対するものである。最近多発する医療事故の問題や従来から問題とされてきた「三時間待ち、三分間診療」、薬漬け、検査漬け、医師と患者とのコミュニケーションの不足の問題などは、医学そのもの問題というより、政治・社会・経済制度、特に医療保健制度上の問題である。

従って、漢方をめぐる諸問題を考察するために、社会学的視角が必要である。本論文は文化と制度という両側面から漢方をめぐる諸問題を社会学的に考察したい。考察の方法として、文献研究の他に、主に非統制的観察法を用いた。

II. 漢方の社会的価値と限界

漢方の効用は医学的価値と社会的価値の両方を持っているが、本論文は主に後者を中心考察したい。前述したように、考察の方法として、本研究は文献研究と非統制的観察法を用いた。ご周知のように、非統制的観察法は、部外者として観察する非参与観察と調査対象集団の一員として生活しながら観察する参与観察に分けられている。本研究の場合、筆者は観察を意識的に行う調査者と患者という二つの役割を同時に演じているため、その観察は非参与観察と参与観察の性格を両方持っているといえよう。この論文で取り上げた中医又は漢方における諸問題は、メディアに既に議論されているイシュー以外に、主に上述の観察過程から発見されたのである。

1. 参与観察について

筆者は、持病の治療をきっかけにこの数年間日本における漢方医及び漢方薬関係者、中国における中医師（中医の医師）及び中医関係者を数多く訪ね、診察や治療を受けると同時に、患者の身分を生かしながら、意識的に観察及び聞き取り調査を行った。過去5年間の間に、筆者は日本と中国における中医師、漢方医師及び漢方関係者計22人を訪ねた。日本で訪ねたのは、日本人の漢方開業医、日本在住の中国人漢方医師（漢方薬局の漢方相談医など）、町の一般薬局及び漢方専門薬局の薬剤師、中医研究所の名義で投薬及び気功治療を行っている中国人医師、施術治療を行っている中国人及び日本人の気功師、気功整体師の計14人である。中国で訪ねたのは、中国中医研究院附属病院の国家級名中医師、省級中医薬大学附属病院助教授級中医師、個人開業中医師、中国中医研究院教授、北京中医薬大学附属病院の中医師とその指導下の研修医、中国中医研究院附属病院の気功専門医計8人である。

2. 中国伝統医学の存在意義

前述したように、中国伝統医学を始め、代替医療の最も大きな社会的価値は難病や慢性病患者にもう一つの選択肢を与えることにある。現代医学は、様々な慢性疾患、特発性疾患（原因不明の疾患）、不安障害、うつ病及び様々な心身症等に対しては、一定の治療成果を上げているものの、基本的には対症治療の段階に留まっていて、真の有効な治療法を確立していない。

社会の激しい変化に伴って様々な心身症が多発している。心療内科や精神科などが数年前に比べて著しく増え、受診する患者も増えているが、治療法の中心的役割を果たしているのは様々な精神安定剤や抗うつ剤等の向精神薬の投与である。薬の投与によって、症状は一時的に軽減するものの、薬への依存や再発の問題は依然として解決されていない。こころの病の多くは、中国伝統医学では、まだ「未病」の状態（本当の病気になる以前の状態）か機能性の病気であり、同じ

症状であっても、原因は人によって千差万別である。一律に安定剤や抗うつ剤の投与で解決できるような問題ではない。中医の考え方では、これらの病気を治すために失調した「気、血、水」或いは「陰陽」のバランスを全体的に調整しなければならない。つまり、病気或いは症状の根本的な原因から着手しなければ、一時的に症状が軽くなっても、必ず再発するのである。上述の「気、血、水」や「陰陽」などはほぼ自律神経系、免疫系、内分泌系などの機能低下または失調にあたり、どれも西洋医学の苦手な分野である。

心身症等の場合、身体的症状は前面に出ているため、多くの患者は最初に受診したのは内科や泌尿器科などである。これらの診療科の医師の多くは、検査値や画像だけで診断するので、患者の数多くの不定愁訴の原因を説明できない。患者は死ぬほど苦しんでいるのに、「異常なし」と言われる。このような場合、本格的な中医師の診察を受ければ、諸症状の原因が中国医学的に十分説明できるし、適当な治療が行われるのである。

今日の中国では、中医と「西医」（西洋医学、現代医学、以下括弧省略）は共に正規医療として提供されている。多くの患者は最初に助けを求めるとは治療効果が速く現れる西医である。難病や慢性病、非器質的障害の場合、なかなか治らず、西医に絶望した時点で、中医に助けを求めるとのである。つまり、中医はもう一つの選択肢、多くの場合、最後の選択肢になるのである。当然、中医はそれなりの長所があるが、万能ではないため、最終的に治らないかもしれないが、少なくとも患者に希望を与える。特に、中医の治療法の多くは放射線治療や抗ガン剤治療のように患者の免疫力を壊さず、肉体的な苦痛も与えないため、多くの人々に受け入れられている。とりわけ言及したいのは、中国では、医師は西医師であっても、中医の文化環境に育ったため、多くの場合伝統医学の知識を持っている。これらの医師の一部は診断や治療の際に、自然に中医の考え方を取り入れるのである。

日本では、漢方の環境は中国に比べて遥かに劣る。医師の殆どは最低限の中国伝統医学の知識を持っていないため、診察や処方にあたって、より多くの試行錯誤を犯さざるを得ない。例えば、患者にβブローカーを処方する前に、その患者が冷え性であるかどうかを確かめる医師が非常に少ない。実際には、βブローカーの交感神経への作用は、「漢方」の中で「涼性」或いは「寒性」の生薬に近い性質を持っていて、元々「虚寒」体質の患者を更に冷やすと、病状を重くさせ、場合によっては取り返しのつかない状況になる。血圧が高いからといっても、その原因は人によって違う。中医では、同じ高血圧でも、その原因は「肝熱」や「陰虚陽亢」、「陰陽両虚」など様々なタイプがあり、「肝」（自律神経）からくるものもあれば、「腎」（内分泌）からくるものもある。「脾」（消化器、免疫系）からくるものもある。そして、それぞれに対する治療法は違う。このような複雑な原因からくる病気は西洋医学では「本態性」一言だけで片づけてしまう。当然その治療も画一的になってしまう。

西洋医学では「特発性」というのは、原因不明を意味する。例えば特発性門脈圧亢進症（とそれによる食道や胃の静脈瘤）の原因について、西洋医学では説明できないのである。従って、静脈瘤の破裂による吐血などに対しては、手術や硬化療法など物理的な治療法しかない。治療自体が患者の身体に大きな負担をかけるだけでなく、患者が長期にわたって全身的副作用に耐えなければならない。しかも、硬化療法は典型的な対症療法であり、再発の可能性が非常に高く、患者が長期的に不安や恐怖にさらされ、不安神経症やうつ病などにかかる可能性が非常に高い。

だが、中医では、静脈瘤の破裂を「血症」の一つとして、詳しい診査によって、その原因を特定することができる。吐血の場合、「陰虚血熱」（慢性の肝臓病によるものが多い）や「腎虚」

(内分泌失調)、「裏寒」(自律神経失調など)などの原因が殆どである。勿論、上述諸原因の中でどれが主な原因なのかを特定すること自体は非常に難しいが、経験豊富な医師によって正しく診断されれば、適切な治療が行われ、出血の防止だけでなく、根治することも可能である。

また、西洋医学だけに頼ると、病気自体が治っても、患者の生活の質が悲惨なものになる場合もある。例えば、手術後の諸症状は、西洋医学では有効な治療法がない場合が多く、放置されてしまい、患者は長期にわたって我慢しなければならない。だが、これらの症状の多くは中医では「虚症」或いは「淤血」として、「補」或いは「活血化淤」の方法で改善できるのである。

上述のような西洋医学でお手上げの難病や術後の諸症状が、中医で治ったケースは枚挙にいとまがない。これは中医や漢方が存在する価値であり、また、現代科学・文化の著しい発展に伴って、伝統文化の多くは壊滅的な打撃を受け、その姿が消え、存続が困難になった中で、伝統医学がまだ健闘している(後述するように伝統医学も常に危機に直面しているが)主な理由である。

3. 中国伝統医学の限界

ところが、上に述べたように、伝統医学も万能ではない。その最大の限界はその思想と技術間のギャップである。中国伝統医学の長所は患者を全人的に診る思想或いは考え方である。それは西洋医学に欠けているものである。だが、中国伝統医学には致命的短所がある。それは、その診断方法や生薬の配合、鍼灸などの技術の習得と応用の困難さである。極端に言えば、中国伝統医学は思想面ですぐれているが、技術・技能の訓練や診断基準の制定などでは西洋医学に比べて劣る。言い換えれば、中医では脈診、舌診、問診などの診断方法の他に、生薬、鍼灸、按摩、気功などの治療法が沢山あるが、その理論的基礎には、「陰陽五行」のような哲学的、抽象的で、曖昧なものが多い。生薬の作用及び配合に関する記述にも曖昧な部分が多い。それらの理論や技術を実際に応用するためには、長期的経験が求められるだけでなく、伝統哲学や思想に関する教養も求められ、名医になるためには「悟性」のようなものまでも求められる。

つまり、中医の教育と診断・治療においては西洋医学のようなマニュアル式の教科書や治療ガイドラインのような明確で、研修医でも容易に利用できるものがないため、相当の経験がなければ、一般の病気である場合にも正しく処方することが困難である。

具体的にいうと、中医では「淤血」が多くの病気の原因である。だが、教科書やその他の論著の中でその治療薬に関する記述は非常に曖昧である。「淤血」は「舌診」では舌の色や舌の表面に現れる紫色の斑点が特徴であるとされている。だが、舌下の静脈怒張も「淤血」である。同じ「淤血」なのになぜ舌に違う特徴が現れるのか。中医薬大学の診断学教材にも書いていない。実際には、舌下静脈の怒張は気血の「上沖」によるもので、食道や胃の静脈瘤が伴う場合が多い。舌上紫斑の「淤」とは原因が違う。

「淤血」の治療法としては、「活血」の生薬が使われるが、これらの生薬に関する説明も理解しにくい部分が多い。多くの「活血」生薬には血小板の凝集を弱める作用があると書いている。だが、上部消化器出血の場合、「止血」ではなく、「活血」作用を持っている生薬が使われている。血小板の止血作用を弱めれば出血はますます激しくなるのではないか。このような簡単な疑問については、はっきり説明する教科書は見あたらない。

実際には、上部消化管出血の原因はいろいろある。その中でも、肝臓の血流が滞っている時に発生する場合が多い。「活血」薬は実際に肝臓の血流状態を改善することによって、食道や胃の出血が止められたかもしれない。このような問題は教科書だけではなく、多くの「血症」に関す

る名医の専門書にもはっきり説明されていない。このような問題は中医の教育や研究に多く存在している。医学生だけでなく、一定の経験を積んだ医師もはっきり説明できない。医師の処方にもこのような矛盾が反映されている。

中医では、同じ患者が、同時に10人の医師の診察を受けると、もらう処方は全部違う。真正正銘の十人十色である。治療方法にはそれぞれ特徴があるのは別に問題がないが、多くの場合は全く相反する薬が処方される。A医師は「温補」が必要と強調するのに、B医師は黄連や石膏など「苦寒」の薬を処方する。明らかに陰虚なのに、桂皮や半夏、乾姜など「熱、燥」の生薬を長期間、しかも大量に投与しながら、「補陰」の薬を加えていない医師も多くいる。胃腸が極端に弱っているのに、地黄などのような胃腸障害を引き起こす生薬を平気で使っている医師もいる。

前述の問題からわかるように、中国伝統医学のこの限界は、理論・思想上の限界というより、多くの人々に十分な医療サービスを提供できないという限界である。言い換えれば、現代社会では、医療保険の普及や生活水準の向上に伴って、人々の健康意識も向上し、それに高齢化や少子化の進行が加わって、医療サービスへの需要は以前より遥かに大きくなっている。従来の中医学の診療体系及び方法は、基本的にはオーダー・メイド的な体系と方法であり、名医でないと望ましい治療効果が得られない。だが高い水準の医療への需要に対して、社会がこのようなサービスを提供できる名医を供給できないのである。勿論、中医を西洋医学のように診査や治療をマニュアル化すれば、供給の量が増えるが、そうすることによって、中医の特徴或いは長所が失われ、その存在自体が無意味になる恐れがある。

Ⅲ. 中医及び漢方医療の問題性

前述したように、現代医学の限界が見えている今日では、中国伝統医学をはじめ、様々な代替医療の存在意義または価値が見直されている。同時に、一種の医療体系として伝統医学にもそれなりの限界がある。現代社会における中国伝統医学の問題点は従来から存在してきた固有問題の他に、現代社会の政治・経済・社会システムにもたらされた様々な新しい問題がある。中国の中医と日本の漢方の現状を考察すると、共通する問題も見られるし、それぞれ独自の問題もある。本章では、中医と日本漢方の現状と問題点を具体的に見てみたい。

1. マニュアル化された日本の漢方医療

日本では、漢方を病気の治療及び養生の方法として利用する伝統が長い。とはいえ、現代の日本人にとっては、中国伝統医学はあくまでも一種の異文化である。それを全面的に理解し、医療システムに導入するには言語や文化上の壁がある。中国伝統医学を系統的に紹介し、その思想、診断及び治療方法を体系的に継承する試みは近代以前から続いてきたが、大多数の人々に医療サービスを提供する大規模な医療体系としては成立したことはないし、現在でもまだ確立されていない。最近、西洋医学の問題点を認識し、積極的に漢方の普及に力を入れる動きが見られ、臨床のレベルで漢方の診断方法と漢方薬を本格的に利用できる医師はまだ非常に少ない。多くは中国伝統医学の複雑な「弁証」²⁾方法を西洋医学のようにマニュアル化する安易な応用である。大衆健康書や健康誌は勿論、多くの医療・健康関係の専門書や専門誌においても、中国伝統医学の診断方法の神髄といえる舌診、脈診などを省略し、複雑な症状を実症、中間症、虚症と単純な分類にし、漢方のエキス剤を勧めるのがよく見られている。

例えば、最近日本では、精神疾患の治療において、漢方薬を導入する医師が増えている。だが、神経症やうつ病に関する本や雑誌を読むと、「半夏厚朴湯」は漢方の精神安定剤であるというような言い方がよく見かける。ところが、中国ではこのような考え方や言い方はないのである。「半夏厚朴湯」は伝統方剤³⁾の中で「理気」類に分類されている。詳しくいえば、「降気」剤（逆上する気を降下させる）の部類に入る。臨床では「梅核気」という症状を治す処方として応用されている。「梅核気」は確かに神経症の症状の一つであり、その出現は精神的、心理的要素が絡んでいる。ただ、中国伝統医学は、西洋医学のように、神経症やうつ病患者に一律に精神安定剤及び抗うつ剤を処方するのではない。同じ神経症でも、患者の体質（虚実、陰陽）、病気の段階（表裏、寒熱）などによって、出される薬は千差万別である。「半夏厚朴湯」の中の主役は半夏である。半夏は「降気」の作用を持っているが、同時極めて強い「燥」の性質を持っている生薬である。従って、「陰虚」の患者に投与しないのが普通である。どうしてもその「降気」作用が必要で、投与しなければならない場合は、その「燥」の作用を抑える麦門冬などを大量に配合しなければならない。日本で市販されている「麦門冬湯」はその典型的な配合である。もし、「陰虚」の神経症患者（虚性の亢進、津液不足、ほてり、痰が切れにくい、脈拍が通常より速い、便秘などが特徴）に「半夏厚朴湯」を精神安定剤として投与すると、病気が治らないだけでなく、逆に悪化する可能性が非常に高い。

最近、ある新聞では、「漢方」に関する連載がある。著者は日本では屈指の東洋医学専門家で、様々な病気に漢方薬による治療を行っている医師である。このような医師でさえも、「××症に××湯がいい」というような考え方からのがれることができない。例えば、「開腹手術後の症状緩和に大建中湯がいい」というような考え方が連載の中でよく見られる。しかも連載によると、「大建中湯」は一般外科医の間でも、口コミで伝わっているという。

外科医が手術後の症状緩和に積極的に漢方薬を応用すること自体は評価すべきである。だが、上述の考え方は基本的には西洋医的な考え方である。何とか「湯」が「開腹手術後の症状」にではなく、手術を受けた患者に合うかどうかが問題である。同じ開腹手術を受けても、患者の体質が千差万別である。例えば、手術後「虚証」の場合が多いが、「実証」の可能性もある。「虚証」の場合は「補」が必要で、「実証」の場合は「瀉」をしなければならない。「虚証」がわかった場合でも、「陰虚」か「陽虚」か、それとも「気虚」か「血虚」かを弁別する必要である。これらを明らかにするためには「舌診」や「脈診」をしなければならない。開腹手術後の症状緩和に一律にある方剤をそのまま投与するのは極めて危険なことである。今まで効果があったのは多数の患者に投与する中でたまたま何人かの患者の体質や「証」に合ったからであろう。仮に「大建中湯」がすべての開腹手術を受けた患者の症状緩和に応用できても、その方剤を個別の患者の症状の差異に合わせて「加減」⁴⁾しなければならない。複雑な病気や症状にある伝統方剤をそのまま使うのは中国伝統医学ではまれなことである。

日本では、糖尿病に関する記述を読むと、糖尿病＝肥満という認識が広く存在している。中国医学では、糖尿病患者の中で「気虚」、「陽虚」、「陰虚」の者はそれぞれ一定の比率を示している。その中で「陰虚」が最も大きな原因の一つである。しかし、「陰虚」の者の典型的な体格は痩せ形である。つまり、同じ糖尿病であっても、患者の体質、発病の原因、精神状態、病気の進行状態などは千差万別であるため、同じ薬を処方することは不可能である。これを理解していない西洋医の医師は仮に漢方薬を導入しようとしても、効果は期待できないのである。

日本では、精神科治療に積極的に漢方薬を導入している研究意欲の高い医師が少なくない。だ

が、これらの医師たちが書いた治験集を読むと、非常に心配である。なぜなら、これらの医師は同じ方剤（例えば「逍遙散」や「人參湯」など）を数十人の患者に投与して、何人の症状が改善したか、何人の症状には変化がないか、何人の人に副作用が出たか、何人の症状が悪化したかを統計し、治験集を書いてしまう。つまり、患者を実験台にしているのだ。このような漢方薬の使い方には、中医の「弁証論治」の方法が全く見られていない。

日本では、漢方薬を扱っている薬局は沢山ある。薬剤師の漢方知識もまちまちである。看板に「漢方相談」が書かれているところにおいても、実際に訪ねると、薬剤師の漢方知識はかなり低いレベルにとどまっている。例えば、静脈瘤の破裂による吐血を数度経験したお客さんに「補中益気湯」を勧める薬剤師がいる。この方剤には「昇」の作用（「中気」を上昇させる作用）を持つ典型的な生薬が入っている。吐血の原因が様々あるが、「胃気不降」が主な原因の一つである。この「昇」の作用を持つ薬を飲むと、病気を悪化させる可能性が非常に高い。

日本で市販の大衆漢方胃腸薬も基本的には西洋薬の発想で作られたものである。胃の病気は少なくとも「胃寒」、「気虚」、「気滞血淤」、「胃陰虚」などの四つのタイプがる。中国では、漢方の大衆胃薬は上述のタイプに合わせて十数種類の薬が市販されている。薬剤師と相談したり、自分で説明書を読んだりして買うのである。勿論中医の知識のない人々や自分の症状に合わないものを買って飲む人がいるが、日本に比べて、多くの人々は「弁証」の意識を持っている。日本の漢方大衆胃腸薬の場合、「万人に効く」、或いは胃腸病のすべての症状に対応しているというイメージを消費者（患者）に与えている。しかし、自分の「証」に合わない患者が飲んだら、治らないだけでなく、逆に症状が悪化する可能性が高い。

筆者が訪ねた漢方診療所では、初診で、一度一ヶ月分の煎じ薬を出す日本人医師も珍しくない。中国では、どんな名医でも、初診でいきなり一ヶ月分の煎じ薬を出すことはない。慎重な医師は最初は三日分、多い時も一週間分しか出さない。理由は簡単である。風邪のような軽い病気なら、一ヶ月間飲む必要はない。難病や慢性病の場合、一ヶ月以上飲む必要があるが、病状が複雑で、その「弁証」が難しいので、病状を探るために、まず三日分或いは五日分を処方する。投与された薬の反応を見て、徐々に病状を把握し、ある程度把握できてからも、せいぜい10日分しか処方しない。なぜなら、薬を飲みながら病状は常に変化し、その変化に合わせてまた処方を調整しなければならないからであろう。従って、初診で一ヶ月分の薬を処方するのは基本的には西洋医学の考え方である。

最近、日本の大手漢方薬局に中国から来た中医師が常駐しているケースが増えている。筆者はこのような薬局を三カ所訪ねた。中医師は殆ど中国の中医薬大学の元教師であり、何らかの原因で日本に滞在している。中に教授や助教などの肩書きを持っている人も少なくない。そして、日本の漢方医療の風土に合わせるためか、その相談や診断、処方もかなりマニュアル化された。例えば、「舌診」を省略する医師もいるし、「脈診」を全くしない医師もいる。問診だけで漢方のエキス剤を勧めるのである。本来なら中国伝統医学の神髄を伝える使命を持つ中医師が逆にマニュアル化された漢方治療に同化される現状は極めて憂慮すべきである。

2. 中国における「中医」の「変質」問題

もう一つ極めて重要な問題は、中国伝統医学の発展方向に関する問題である。前述したように、漢方をはじめ、代替療法が多くの国で流行っている。だが、漢方の本場中国では伝統医学自身が二つの相反する方向へ動いている。難病や慢性病患者が相変わらず、或いはますます中医に救い

を求める一方、中医自身は、その神髄といわれる伝統的な「弁証施治」の思想と方法を「中西医結合」や「中医の科学化」の中で、少しずつ放棄し、現代医学のハイテク検査手段と治療法の前に敗退しつつあり、その存続と発展は極めて憂慮すべき状態に陥っている。

現在、中国伝統医学の重鎮北京中医薬大学の付属病院や中国中医研究院の付属病院で受診する時に、中医師は西洋医と同じように、エコーやCT、血液検査、内視鏡、24時間心電図などの検査を患者に受けさせている。筆者が1998年から2003年まで数度上述の病院を訪ねたが、いずれも様々な検査を受けさせられた。中でも肝機能などの血液検査に関しては、日本の大学病院よりも細かいのである。

前述したように、中医の価値は、身体に対する西洋医学と違う見方にある。つまり、中医は心身状態に対するもう一つの見方或いは読み方である。この異なった読み方があるからこそ、その存在する価値があるのである。生薬の薬理については現代科学による分析が有益であるが、診断の方法もいわゆる「現代的」或いは「科学的」になると、中医の存在価値はなくなるのである。

最近、このような中医の「西化」問題が大きな社会問題として提起されている。なぜなら、一部の伝統医学研究者や医師が危機感を感じているからである。近年、中医の医師と薬剤師を養成する中医薬大学の授業では、中医理論と実習の占める割合はどんどん少なくなっている一方、現代医学や外国語などの科目が大幅に増え、本業の中医、中薬よりも重視されるようになった。このような環境で育った中医師は、「望、聞、問、切」など中医の診断方法をマスターできず、現代西洋医学と同じように様々な検査データに基づいて病名をつけて、処方をするようになっていく。

このような中医の変質を引き起こしたのは、様々な要素がある。純粋に学術上の要素、つまり、中医の科学性を高める必要性を強調する観点の影響もあるが、社会的要素の影響も大きい。その中で最も大きな要素は経営上の問題である。

経済改革に伴って、国、公立の病院にも独立採算制が導入され、従業員の収入は病院の経営状況に左右されるようになっていく。従来の中医病院では、CTや内視鏡、エコー、血液検査のような現代医学的検査手段は利用されていなかった。しかし、高額な検査料によって高い収入を獲得している西医病院に比べて、中医病院の収入は明らかに少ない。診察料と薬代だけでは、経営難に陥ることになる。その上、西医病院では、検査料だけでなく、薬代による収入も高い。なぜなら、中国では、少なくとも現時点で「医」と「薬」はまだ分離されていない。西洋薬（特に輸入品）に比べて、漢方薬は殆ど付加価値の少ない植物や鉱物であるため、価格が遥かに低く設定されている。従って、中医病院にとって診察料と薬代だけで高い収入を得ることは困難である。収入を増やすために検査料の高い大型医療機器を導入する必要がある。この経営上の理由は中医の「西化」に拍車をかけた重要な要素の一つである。

経営上の問題については、中医病院だけでなく、改革中に現れた医療制度全体の問題であり、更なる医療体制の改革に解決を求めなければならないが、学術上の問題は広く議論する必要がある。伝統医学には確かに様々な短所と不足部分がある。前文であげた食道静脈瘤の例で述べたように、正しく診断すれば、発病の原因が特定できるが、その「弁証」自体は容易に行えないため、診断が間違ったら病気を悪化させる可能性もある。だが、これらの短所または不足部分を中医の「科学化」によって解決する観点も議論のあるところが多い。なぜなら、中医の診断方法が現代医学の検査手段に代替されると、中医の長所が失なわれ、その存在する価値がなくなる。伝統医学的診断法の不足を補うために、西洋医学の検査手段を補助的手段として導入するのが正しい考え方であろう。

3. 日本における漢方医療体制上の諸問題

日本の漢方医療における体制上の問題は主に医療資源の欠乏と資源利用における不平等である。前者は主に医療体系全体における漢方医療の地位の未確立の問題であり、後者は漢方医療における医療保険の適用問題である。この二つの問題はお互いに強い関連性を持っている。

(1) 医療資源の欠乏問題

日本は、西洋諸国や東アジア以外のアジア諸国に比べて、中国伝統医学から遥かに大きな影響を受け、漢方医療の伝統も長い。だが、近代化の中で漢方医療は正統医療体系から除外され、現在においても、殆どの医科、薬科大学など医療人材養成の機関には、中国伝統医学の教育は正式に導入されていない。現在、漢方医療のサービスを提供している医療機関或いは医師の多くは中国伝統医学に強い関心を持ち、独学または中国の中医薬大学での留学を通して中医の診断方法と漢方薬の応用方法を身につけたのである。このような個人の努力による医療サービスの提供は限界がある。その一つはサービスを提供する医療機関及び医師の数が非常に少ないことである。もう一つは、人材養成における公的支援が少ないため、個人の力だけでは体系的な訓練や研修などを受ける機会が少なく、サービス水準の向上がなかなか望めないことである。

筆者の調査では、首都圏で本格的に中国伝統医学の医療サービス（診断及び処方）を提供できる医師は10本の指で数えられるくらい少ないのである。漢方診療所や漢方薬を処方できる大病院の医師は多数存在しているが、その実際のサービス水準は西洋医薬学の考え方で既製の漢方エキス剤を処方する程度のものに留まっている。従って、代替医療が盛んに利用されている今日では、本格的に漢方医療のサービスを提供できる医療資源は著しく不足している。その結果、漢方の効果が十分発揮できず、一度二度漢方薬を試した患者は漢方の有効性を信じなくなり、漢方療法を放棄してしまう。筆者が1997年、某大学病院入院中に、内科病棟の患者を中心に漢方に関するアンケート調査を行ったことがある。その結果も上述の問題を示していた。

このような医療資源の不足問題は漢方の本場中国においても存在している。前述したように、中国伝統医療の診断方法と人材養成の過程が西洋現代医学及び医療システムと異なるため、一人前の医師を育てるのは西洋医よりも困難である。日本の大学病院の外来では、中堅医師の多くは助手クラスの医師である。病棟では研修医もかなり役に立っている。ところが、中医の助けを求める患者の多くは難病や慢性病など西洋医学に難治或いは不治と宣告された者である。このような疾患の治療には豊富な知識と経験が求められる。医師が相当のレベルにならなければ、患者にとって全く役に立たない存在である。なぜなら、西洋医学では、一定の検査結果に基づいて、病名（病名）は比較的容易に診断され、マニュアルに基づく投薬が行われやすい。だが、漢方の場合は、診断の手段は問診や「望診」の他に決定的なのは指3本による「脈診」であるため、かなりの経験がなければ、全く診断できないのである。中国では、患者の要求に応えられる医師の殆どはいわゆる「名老中医」（有名で、年配の医師）であり、数が非常に少ないので、需要と供給は常にアンバランスな状態にある。だが、中医の性質上、いくら養成機関を増やしても、名医を「量産」することは困難である。

この需給のアンバランスを解決するために、最近の中国では診察料の差別化が導入されている。これはある程度効果があるものの、次の社会問題、即ち医療資源利用の不平等の問題をもたらしてしまう。数多くの国、公立中医薬大学と研究機関を持つ中国でさえ、中医資源欠乏の問題が存在しているので、専門の養成機関が殆どない日本では、漢方医療サービスの水準を上げるために

は多大な努力が求められるであろう。この努力は個々の医師、いわゆる「有志」によるものだけでは遥かに足りない。医療の質を高める認識に基づいた国家戦略が求められる。

(2) 医療資源の利用における不平等の問題

この不平等の問題は既に医療の技術面の問題を超えて、社会的な問題になっている。勿論、この問題は漢方には限らず、すべての医療・保健システムに起こりうる問題である。現代にも限らず、前近代社会においても同様な問題が存在していた。ただ、この問題は漢方治療において特に顕著に現れている。

02年から03年までの間、筆者は東京都内二カ所、神奈川県一カ所の漢方診療所を訪ねた。三つの診療所は共に本格的な漢方診療を提供できる場所である。だが、神奈川県にある診療所では保険の適用ができるので、診察の光景が都内の二つの診療所とはずいぶん違う。保険の適用によって、患者数が多く、診察時間は一般病院の「三分間診療」とさほど変わらない。逆に、100%自己負担の都内の二カ所の診療所では、診察料が高いため、患者の数が少なく、一人20分から30分の診察を受けられる。漢方の診察は問診の他に、脈診、舌診、触診も行われ、10種類前後の生薬が入る処方もしなければならぬので、数分間の診察だけでは正しい診断が望めない。

患者側もこのような状況がわからないわけではない。だが、漢方の治療過程が比較的に長いいため、長期的治療にかかる費用を考えなければならない。従って、どこで受診するかは病気治療上の必要性というより医療費の金額を考えることになる。その結果、経済的に比較的に恵まれている患者はより良い治療を受けられることになる。これは明らかに一種の格差であろう。この問題を解決するためには、漢方医療の保険適用を制度化するほかに、漢方人材の養成に力を入れる必要がある。保険の適用だけでは、漢方医療を利用する患者が増えるが、一定水準をサービスを受けられないので、漢方の治療効果を十分示せず、かえって漢方の発展に不利である。

上述したように、この需給のアンバランスを解消するために、中国では最近、診察料をいくつかの等級に分けられている。この診察料の差別化は西医の病院にも導入されているが、主に外科(手術)に限られている。その理由は外科手術の執刀医は中医師に非常に似ている性質を持っているからであろう。

筆者の調査によると、現在、中国都市の中医病院(国、公立及び少数の私立)或いは診療所(個人開業)では、診察料は一般医師の3元から、中堅医師の10元、50元まで大きく異なり、「名老中医」の場合100元にもなる。数少ない名医の「特診」(特別診察：時間をかけてじっくり診察する)を受ける場合、一回の診察料は300元にもものぼる。実に100倍の差がつけられている。しかも、平均診察料を大きく上回る金額を支払った場合、保険の適用もできない。

この診察料の差は需給の不均衡をある程度緩和しているが、著しい不平等が生まれる。特に農村部の患者は殆ど医療保険に加入していないため、難病の場合でも名医の診察を受けることができない。日本と違って、中医が全体医療システムに大きなウェートを占める中国ではこの不平等は特に問題視されなければならない。市場経済が導入される以前は、中医の名医資源を享受する機会は主に権力とコネによって決められるが、現在はコネと権力は依然として機能しているが、経済力が最も大きな決め手となっている。

IV. 展望

「中西医結合」は中国では既に「老生常談」(新鮮味のない話)になっている。なぜなら、そ

れが提唱され始めてから数十年の年月が経ったからである。この試みは一定の成果を上げているものの、いかに「結合」するかは未だに多くの課題が残っている。だが、人口が高齢化し、生活水準の向上に伴う人々の健康への関心が高まるにつれて、上述の中医における諸問題を解決しなければならない。

前述したように、中医がいくら「全人的治療」であるといっても、その思想を実際の治療に応用できなければ、ただの抽象的の哲学にとどまり、医療システムとしての価値が少なく、その存続自体も困難である。現在の中医は正にこのような苦境にある。この苦境から抜け出すためには「中西医结合」しかないと思われるが、この「中西医结合」の前提は中医の独自の価値を失わないことである。この前提がなければ、「結合」とは単純に中医が現代医学に同化されるだけのことになる。

最近、中国では、一部の生薬の「毒性」が重視されるようになった。この生薬の「毒性」とは、現代医学の視点から見れば、生薬の特定成分が腎臓や肝臓、神経系統に及ぼす悪影響のことである。従って、一部の言論の中で、これらの生薬を現行の中薬処方から取り除き、少なくともできるだけ使わないようにしなければならないという意見がある。例えば、最近、木通という生薬の腎臓への強い副作用が大きく取り上げられ、木通が入っている「龍胆瀉肝丸」などの伝統的名処方の存続も問題になっている。

だが、これに関しては、伝統医学関係者による反論も見られている。中医の視点から見れば、生薬の中で、朱砂（水銀）や附子、半夏などの毒性は昔から知られ、生薬に関する文献や教科書に使用注意が書かれている。その毒性を承知しながら、これらの生薬を何世紀にもわたって疾病の治療に利用してきたのは、そのいわゆる「毒性」には多くの難病の治療に効果があるからである。漢方の処方の殆どが「複方」である。つまり、一つの処方に数種類、十数種類、多い場合数十種類の生薬が配合されている。処方の中の一部の生薬は、同処方に入っている他の生薬の毒性を緩和したり、消したりするためのものである。西洋医学の考え方で生薬の「毒性」に対応すると、古代から伝わってきた数多くの名処方が使えなくなる。例えば、沢瀉という生薬に肝臓や胆嚢の機能に悪影響を及ぼす成分があると指摘されている。だが、「六味地黄湯」や「八味地黄湯」などの極めて有名で、しかも幅広い症状に有効な処方に沢瀉が入っている。その「毒性」を恐れて、それを上述の処方から取り除くと、その処方自体が存在しなくなる。

冒頭に述べたように、難病や慢性病、その他の非器質的障害の治療に西洋医学の限界が見えてくる現在では、中医独自の思想と診断法がますます珍重されるようになってきている。だが、多くの人々に良質の医療サービスを提供する医療システムとして成り立つためには、中医を改革しなければならない。ただ、この改革は中国伝統医学の思想及び診断法を安易に単純化し、マニュアル化することではなく、ハイテク検査機器の大量導入でもない。この前提下での改革が困難だが、現代社会の重大な課題として大いに議論し、その解決を試みなければならない。

注釈

- 1) 中国伝統医学特有の考え方である。現代科学で考えると、気は生命エネルギー、血は血液、水は体液に当たる。「陰陽」は中国の易学でいう、相反する性質を持つ二種の気である。万物の化成はこの二気の消長によるとする。中医の考え方では、虚と実、寒と熱、腹と背、機能低下と機能亢進などを指す。現代医学による完全な解釈が難しいが、一例で説明すると、副交感神経と交感神経（の作用）は「陰陽」に相当する概念であろう。

- 2) 「証」は「症状」に通ずるが、中国伝統医学独特の概念で、西洋医学でいう「症状」とは同じではない。西洋医学では、検査に基づいてまず患者に病名（例えば糖尿病や胃潰瘍、高血圧など）をつける。同じ病名の患者に対して基本的には同じ治療を行う。例えば、本態性の高血圧の症状（血圧が高い、目眩、頭痛など）に対して、決まった数種類の降圧剤が投与される。中医の「弁証」とは、患者の体に現れる病的表現及びその進行状態を見分け、「寒熱、虚实、陰陽、表裏」という八つの「証」に分類し、その「証」に合わせて投薬或いは鍼灸などの治療を行うものである。全く違う病名でも、「証」は同じかもしれないし、同じ病名でも「証」が違うかもしれないのである。
- 3) 「方剂」とは特定の「証」に対する複数の生薬の組み合わせである。日本で市販されている「六君子湯」や「六味地黄湯」、「逍遙散」などは中国古代から伝わった典型的な伝統方剂である。だが、これはあくまでも「既成服」のようなもので、そのまま応用するのは、患者の「証」が単純で、典型的である場合のみである。通常、具体的な患者に対して、上述の方剂をそのまま投与するのはむしろまれである。つまり、その患者の体質や複雑な症状、病気の進行状態などに合わせて「加減」（注4参照）し、或いは、複数の方剂を合わせて投与するのである。
- 4) 既成方剂をそのまま投与するのではなく、中の生薬の配合を患者の体質、症状に合わせて微調整する。特定の生薬を追加したり、除いたり、或いは量を増やしたり、減らしたりすることである。

参考文献

- 大塚恭男『最新の漢方薬理：漢方薬の科学的な検証と展望』、Excerpta Media、1988年
清水宏幸『新しい医療革命』集英社、2004年
大原健士郎編著『精神科領域における漢方療法の実際』新興医学出版社、1994年
勝淑芬「自然的健康饗宴？——心と身体の声に耳を傾けるオルターナティブ医療」、『光華』（日本語・中国語版）2003年1月号、台湾光華書報雜誌社
高城和義『パーソンズ 医療社会学の構想』、岩波書店、2002年
松橋俊夫『今日の精神科漢方治療』、金剛出版、1990年
松橋俊夫『精神科漢方治療集』、金剛出版、1991年
松橋俊夫『漢方による精神科治療』、金剛出版、1989年
山田慶児『中国医学はいかにつくられたか』、岩波書店、1999年
賀東興・他編『臨床中薬手冊』、人民衛生出版社、1996年
馬濟人著、植地博子他訳『中国気功学』、東洋学術出版社、2001年