第61回日本東洋医学会学術総会

会長講演

和田啓十郎著『医界之鉄椎』と漢方の課題

寺澤 捷年

千葉中央メディカルセンター和漢診療科, 千葉, 〒264-0017 千葉市若葉区賀曾利町1855

Keijyuro Wada's "IKAINO-TETTSUI" and Assignments of Kampo Medicine

Katsutoshi TERASAWA

Department of Japanese-Oriental (Kampo) Medicine, Chiba Central Medical Center, 1855 Kasori-cho, Wakabaku, Chiba 264-0017, Japan

Abstract

Keijyuro Wada's *Ikaino-tettsui* (*The Iron Hammer of the Medical World*) was first published in 1910, just a hundred years ago. This book admonishes against the influence of modern Western medicine, which is based on the theory of element reductionism. Wada insisted that a reevaluation of Kampo medicine was essential to create a holistic medical system. Immediately after the book was published, Dr. Ryuken Hirade proposed a bitter criticism of it in a medical journal. Dr. Hirade, at that time, was leader of a well-respected medical society in Nagoya. His bitter criticism is very meaningful for us who engaged in Kampo medicine today. There is a conflict between the two different paradigms of Western and Eastern medicine. This lecture intends to discuss our challenges facing Kampo medicine based on Ryuken Hirade's opinions.

Key words : Keijyuro Wada, *Ikaino-tettsui*, Kampo

要旨

『医界之鉄椎』の初版本が発刊されたのは明治43（1910）年であり、今年は正に100周年である。この警世の書は医学が専門分化の道を辿り統合的な理解が困難となった医療界の現状を憂え、漢方こそが統合的治療の根幹に据えられるべきものであることを主張した医療論である。この初版本に対して、論理だった反論を展開した人物が存在した。それが平出隆軒氏である。平出氏は奇しくも当時の名古屋医療界の泰斗である。彼は『医界之鉄椎』を熟読し、これに反論（一部同意）を加えた見識と品格を高く評価したい。この平出隆軒氏の反論を輯録した第二版は大正4（1915）年に出版された。平出隆軒氏の指摘した事項は今日の我々にも突きつけられた刃である。そこで、平出氏の指摘した課題を整理し、私共がその課題にどのように取り組んできたか。将来に解決を待たなければならぬ課題は何かについて論じた。

キーワード：和田啓十郎, 医界之鉄椎, 漢方

佐藤 ただ今から、会長講演を開始いたします。寺澤捷年会長の「和田啓十郎著『医界之鉄椎』と漢方の課題」です。完訳本を最近出されたということですので、求められるといいと思います。

寺澤先生は、今の東洋医学会の、文字通りサイエンスの面でもどの面でもトップで、何人ものお弟子さんがあちこちで要職を占めておられます。1970年に千葉大学医学部をご卒業され、富山医科薬科大学にお勤めになって、医学部長、副学長、病院長等もしておられました。その後、2005年から千葉大学大学院医学研究院和漢診療学講座の教授、2009年から東洋医学会の会長。承るところによりますと、今年の3月に千葉大学をご定年になられて、千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長になられました。

会頭講演で申し上げましたが、寺澤先生は富山大学でCOEも取られましたし、本当に文字通り第一人者でございます。今日は会長講演ということで、こういうお題です。よろしくお願いします。

寺澤 佐藤会頭，ご丁寧なご紹介をありがとうございました。ご紹介賜りました，日本東洋医学会会長の寺澤でございます。

会長講演といいますと，いろいろなスタンスがあるろうかと思います。今，東洋医学会が抱えているさまざまな問題等を解説することも考えたのですが，幸いにして，当時（2009年10月）本日の「演題」の提出を求められた折に，和田啓十郎が明治43年に著した『医界之鉄椎』の現代語訳を完了しました。この著作は，大変な医療論です。当時，四面楚歌であった漢方の状況は悲惨なものでした。富国強兵，不平等条約の撤廃を国是としていた時代であったのです。明治37～38年は，司馬遼太郎さんの『坂の上の雲』に描かれているように日露戦争に大勝利して，国が盛り上がっている。その中で，例えば，戦場での貫通銃創や骨折といったものに対する外科治療等においては，西洋医学が秀でているわけですから，漢方などというものは全く顧みられない時代になっていました。

その中で，一人，漢方という伝統医学があるではないか，この医療体系をどう考えるのかという問題を提起したのが，和田啓十郎先生です。和田先生は，長野県の松代町にお生まれになり，その後，済生学舎を経て漢方と近代医学の両方を学んでおられます。そして，日露戦争においては，長野にあった自分の診療所を閉鎖して，志願兵として大陸に渡り軍医として活躍されました。愛国心の強い，武士道の中に貫かれた人でした。

図1に示しますように，この著作が南江堂から出されたのが1910年ということで，今年はちょうど100年目に当たります。

今回，なぜ『医界之鉄椎』を「会長講演」の題材としたかというと，南江堂から自費出版された本書を全部丁寧に読んで，そしてそれに極めて論理的に反論を加えた名古屋の学者がいたのです。その方が平出隆軒先生です（図2）。先生は小児科医でしたが，ただの小児科医ではなく，『東西医学変遷史稿』という著書を出しているくらいの方で，医史学にも詳しい，非常に学識の深い学者であったと考えられます。ちなみに，ここに示しますように，代々，医家の家系で，弟さんは歴史家として名を成した方です。

この『医界之鉄椎』に，平出隆軒先生がさまざま

図1

図2

な批判を寄せております。特に緑色で示した点が強調すべき点ですが（図3，図4），「満々漢方製剤が奏功を証し，證を得れば洋法の為し能はざる根本的治療を成し得る効能について，喋喋せられたる」。喋喋というのは，おしゃべりをする，長々と言葉を連ねているけれども，私たちにはどうも理解ができないというような文章です。「漢方医学を説くに，例を現代医学の精華に採り，漢方製剤を論ずるに，その製剤の主効成分を析出し，叙述するか」。つまり，あなたは漢方薬がそんなに効くと言うのであれば，析出するというのは，今で言う抽出するわけですね。例えば，アルカロイド類を分離，単離して，その薬理をしっかりと調べなければ，到底，同意できないというような問題も提起しております。そうでなければ，一番下に示しますように，「和田先生が漢方は効く，漢方が効くと言っている，それは一種の怪気炎に葬らしめて，世の視聴の上に何らの影響を及ぼさざるは，あえて遺憾とする」。あなたが吠えまくっても，世の中に何の影響も与えるもので

平出隆軒の批判の概要(1)

概括スルニ、著者が漢方醫術ヲ特ニ湮滅セムルトスル境遇ヨリ救ヒ、ソガ鼓吹ニ盡瘁セラレントスル勢ハ、本書ト共ニ永久ニ傳ハランモ。惜イ哉、漢方醫學ヲ具體的ニ亦タ系統的ニ説明セズシテ、漫々漢方成劑ガ偉効ヲ奏シ、證ヲ得れば洋方ノ作シ能ハザル根本的治療ヲ爲シ得ル効能ニ就テ喋々セラレタル、余輩ノ如キ漢方醫術ノ門外漢ヲシテ、徒ラニ誇大衒耀的ニ叙述セラルルノ思ヲ爲サシムルニ止マリ。余輩ヲシテ著者ノ努力ガ醫界ニ對シ比較的好反響ヲ呈セズ、徒勞ニ終ワルニ非ザルヤヲ憾マシム。

図 3

平出隆軒の批判の概要(2)

サレバ著者が現代醫學的差別的進歩ニシテ、機能的総合的進歩ト相伴ハザルヲ言議セラルル點ニ至テハ、慥カニ讀者ノ反省ヲ促ガシ得ルノ力アリト信ズ。余輩ハ更ニ著者ニ囑望ス、將來愈々研鑽ノ効ヲ積ミ、漢方醫學を説クニ、例ヲ現代醫學ノ精華ニ採リ、漢方成劑ヲ論ズルニ其成劑ノ主効成分ヲ析出シ叙述スルカ、例ヲ類同作用ヲ有スル洋藥ニ取り、其ガ運用ヲ述ルニ、例ヲ洋藥ノ主効ト現代醫學ノ命名スル病症トノ關係ニ據リ、一讀現代醫育ノ下ニ養成セラレタル人士ヲシテ、其可否ヲ領解セシムル如キ筆法ヲ以テ叙述セラレンコトヲ、單ニ其理由ヲ説明シ難シト云フヲ以テ、途中茲ニ之ヲ放任スルハ、著者ノ自信厚キ抱負ヲ徒ラニ一種ノ怪氣歟ニ葬ラシメテ、世ノ視聽ノ上ニ何等ノ影響ヲ及ボサザルハ甚テ遺憾トス。

図 4

平出隆軒氏の指摘した漢方の課題

- (1) 漢方で言う「証・定症」とは何か、客観的・具体的に示すべき。無秩序で茫然としている。「証」さえ決まれば、腸チフスも治せるのか？
- (2) 漢方剤の多面的効果は信じられない。一つ一つの生薬の薬理作用・有効成分を動物実験で示して欲しい。
- (3) 一つの化合物の作用は単一であり確定したものである。葛根湯が感冒の治療薬ともなり、駆梅薬ともなるなど納得できない。
- (4) その上で、生薬を複合した場合の薬効を研究すべきだ。例えば、麻黄一味と葛根湯との作用の比較が必要。
- (5) 漢方薬を実際に用いて臨床効果を実感してほしいというが、真武湯を初め様々な漢方剤を手には出来ない。
- (6) 要素還元論に基づく治療学と統合的治療学が共に必要であることには同意する。しかし、その為には現代医学で教育を受けた者が十分に納得出来る方法で科学的事実を示して欲しい。

図 5

証とは？

- ☞ 証＝症候複合(森田幸門)
- ☞ 生体に表出される自覚症状と他覚所見に意味をもたせること
- ☞ 十分に解決されていない課題

証とは、患者が現時点で現している症状を気血水・陰陽・虚実・寒熱・表裏・五臓・六病位などの基本概念を通じて認識し、さらに病態の特異性を示す症候を捉えた結果を総合して得られる診断であり、治療の指示である。

(寺澤捷年:症例から学ぶ和漢診療学より抜粋)

図 6

はないという厳しい批判をされております。

平出隆軒さんの反論は、数十ページに及ぶ膨大な内容ですが、それを整理してみますとここにあるような6カ条になってまいります(図5)。字が小さいので1カ条ずつ抽出してまいります。

「和田啓十郎さん、あなたは漢方が効くと。漢方を効かせるには定症(証)が重要だと言っているわけですが、この定症の実態を客観的、具体的に示すべきであって、私にとっては、あなたの記述は無秩序で、漠然としている。証さえ決まれば、腸チフスでも治してしまうのか」というような反論をしております。これは大問題で、私たちが漢方治療をする場合に、向き合っている証というものは、どのようにして表出されるのか。これは昨日の伝統医学セミナーで、伊藤嘉紀先生が縷々お話しくださっていたところなのですが、「証というのは、ある正常な状態からのゆがみが表出されているわけで、そこには当然、神経、免疫、内分泌系も絡んできているでしょう。そういったことをもう少し客観的に示していか

なければ、あなたの言うことはとても理解できない」というわけです。

証について森田幸門先生はかつて「症候複合」と言いましたが、この言葉もなかなかいいですね(図6)。さまざまなランダムに出てきている生体の信号、それが同時に存在することに意味を持たせるという意味では、症候複合というのは、なかなか魅力的な言葉だと思います。この証については、まだまだこれから十分に解明していかなければならない、私たちにとっての課題であろうと思います。

証のからくりの一部は分かってまいりました。例えば、舌診です。舌苔の厚さが、軽度か、中等度か、高度か、無いのか、あるのかでまず見て(図7)、胃の内視鏡を同時に行います。この表で横軸に黄色で示したものが、こちらが舌の厚さ、これが色調ですが、白い苔、白黄苔、黄苔があります。縦軸は、ほぼ同時に行った胃の内視鏡の所見で、胃のびらん、特に出血びらんがあるわけですが、それとの相関関係を見てみますと、びらんがない人は、舌苔の厚さ

胃びらんと舌苔の関係							
胃 び ら ん の 程 度	舌苔の厚さ			舌苔の色調			
	軽度	中等度	高度	白苔	白黄苔	黄苔	
	なし	31	47	12	46	30	14
	軽度	13	35	19	13	24	30
	高度	4	14	23	6	13	22

* 各数字は症例数を表す

土佐寛順ら. 舌苔の変化と胃病変の関連性に関する検討.
Gastroenterological Endoscopy 1988; 30 (2): 303-13

図 7

が軽度であるし、色は白色調を示す。ところが、びらが高度になると、舌苔は厚くなり、しかも黄苔が多くなってくる。こういった斜めの相関関係がある。つまり、舌診をしていて、私たちは何を見ているかという、実は、舌診は胃の粘膜のびらんと併存性を見る鏡になっているのです。

ここで申し上げたいのは、恐らくこの根っこにあるものは、要するに一つの原因なのです。一つの生体のゆがみ。この場合には、カテコラミンの分泌異常です。私たちはそこまで情報をつかんでいます。つまり、カテコラミンレベルが高くなると、舌には厚い黄色い苔が出てきて、胃には出血性のびらが出るということなのです。ですから、神経、免疫、内分泌の一つの異常が多数に。つまり、胃のびらがある人ですから、腹診すると心下痞鞭を表すことが多くなってきます。心下痞鞭と舌に厚い黄苔があって、脈も実していれば三黄瀉心湯であるとか、もう少し虚の病症であれば半夏瀉心湯あたりでいいかもしれませんが、そういう半夏瀉心湯や三黄瀉心湯の定証（証）が形成される根っこのところには、少なくともこの研究からは、カテコラミンの過剰分泌があることが分かってくる。こういった操作を積み上げることによって、今、私たちが証としてとらえているランダムな信号が、実は根っこのところはかなり単純なホメオスタシスの乱れであるということが言える日も近いのではないかと考える次第です。

これは私どもが明らかにした、カテコラミンに関連するものですが、『金匱要略』に奔豚気病の脈証治という一節がございます。それは、小腹から異常感覚が起こって胸に突き上げ、胸がドキドキする。そしてそれがもっとひどいと頭にまで突き上げて失

図 8

神してしまう。しかし、これは一過性のものであって、また還りて止む（復還止）というのです。20～30分するとまた平常の状態に戻ってしまうという病証が記されています。

この奔豚気病という一つの病証がどうして起こるのかを明らかにしたのが図8で、これは土佐寛順先生が見つけてくれたのですが、奔豚気病はいつ起こるか分からない発作です。ところが、当時、私どもは内視鏡と一緒に胃の二重造影をしていました。バリュームを飲んで、空気を胃腔内に注入して二重造影するわけですが、奔豚気患者さんの胃の検査をしようと思って、バリュームを飲んでいただいて、鼻から胃ゾンデを挿入し空気を300 cc入れたところで奔豚気が起こってしまったのです。そこで、賢い土佐先生は考えたのです。それならば、最初に静脈内にラインを取って、ヘパリンで血管を確保し、採血できるようにしておいて、空気を入れる前ゼロ分、空気を300 cc入れたところから1分、15分、30分と見ていきました。そうすると、普通は150程度のノルアドレナリンレベルがばーんと上がって10倍くらいになる。アドレナリンのレベルも高いところを維持している。これに伴って腹部から違和感が突き上げ、頻脈と気の上衝が起こるのです。このような奔豚気病の治療には肘後方の奔豚湯を使ったり、あるいは桂枝加竜骨牡蛎湯であったり、苓桂甘藷湯であったりするわけですが、この場合には肘後方の奔豚湯でした。4週間ほどたって同じことをしても、こういう反応が全く起こらなくなってくる。

つまり、これは、胃を膨らませるということで信号を入力していますから、迷走神経系にドライブをかけたはずなのですが、それが交感神経反射として

図9

起こってきている異常な状態なのです。それが治療により正常に戻っていますから、一つの生体の制御機構の乱れがある。これが奔豚気病と言われるものの本体の一部だと考えています。そうしますと、突然の動悸発作、あるいは上衝、失神という一連の症状も、すべてこれによって理解可能であると考えています。このような努力もこれからしていったらいいかなと思います。

漢方ではもう一つ、平出先生に私どもが反論するために行った研究としては、瘀血の研究がございす(図9)。昭和58(1983)年ごろ、当時の科学技術庁に、「証と経穴の実証に関する研究班」というのができまして、その研究班に加わらせていただきました。そこで取り組んだのが瘀血の研究です。瘀血を研究するに当たって、まず、この病態を認識する共通の基盤がなければならぬだろうと考えました。そこで、瘀血の診断基準を作成することにしました。今田屋章、土佐寛順、と私の3人で、どう考えても瘀血が強い、どう考えても全く瘀血とは関係ない、これを0, 1, 2, 3とオーバーオール・スケールにしておきました。そして、同時にこれまでの教科書に書かれている、眼瞼のくま、皮膚がざらざらになる、舌が暗赤化する、あるいは古来言われているように、臍傍圧痛が左右、正中、あるいは回盲部、S状結腸部に認められ、さらに、季肋部も現れる。こういったものの出現頻度、強く出ている、全然ない、これを0, 1, 2, 3の4段階で評価しました。これらの個々の症候とオーバーオール・スケールとの関連を多変量解析によって演算し、係数の寄与率を求め、寄与率の高いものが10点、ほどほどのものが5点、古来瘀血と関連すると言われてい

瘀血の診断基準

(科学技術庁・研究班)

瘀血スコア

	男	女		男	女
眼瞼部の色素沈着	10	10	臍傍圧痛抵抗 左	5	5
顔面の色素沈着	2	2	臍傍圧痛抵抗 右	10	10
皮膚の甲錯 ¹⁾	2	5	臍傍圧痛抵抗 正中	5	5
口唇の暗赤化	2	2	回盲部圧痛抵抗	5	2
歯肉の暗赤化	10	5	S状部圧痛抵抗	5	5
舌の暗赤紫化	10	10	季肋部圧痛抵抗	5	5
細絡 ²⁾	5	5			
皮下溢血	2	10	痔疾	10	5
手掌紅斑	2	5	月経障害		10

1) 皮膚の荒れ、ザラツキ、皸裂 2) 毛細血管の拡張、くも状血管腫など

判定 非瘀血病態 : 20点以下,
 軽度瘀血病態 : 21点以上, 40点未満
 重度瘀血病態 : 40点以上

図10

る症候には2点を与えて、スコア化することに成功しました。これを土台にして、さまざまな研究を開始しました(図10)。

瘀血という文字の意味ですが、「瘀」には二つの意味があって、滞るという意味がありますし、また、汚らしいとか、汚れたというような意味もございしますが、古義学的に、漢字の「瘀」の本当の意味は滞ったことであり、ものがスムーズに流れない状態ということです。そうすると、本当にそのようなことがあるだろうかということで、顕微鏡ビデオシステムを用いて、限球結膜の微小循環を観察したところ瘀血の患者さんでは、確かに微小循環に相当な異常があることを見いだしましたので、ここでお示しします(図11)。

図12は、人間の白目(眼球結膜)です。たいてい右の眼球を用いますが、ここに無熱光を照射します。普通の眼科で用いる細隙灯顕微鏡は、光源にフィラメント・ランプが付いていますので、温熱を与えてしまいます。温熱を照射すれば血流が増えてしまいますから、ここからハロゲンランプを光ファイバーで持ってきて、無熱の光を当てて、患者さんに1点を凝視してもらって、それを顕微鏡で観察し、その一部の画像をビデオテープレコーダーに記録し、後ほどコマ送りしながら計測します。

実際の動画を供覧します。これが瘀血の大変強い方の状態です。見ている血管は150 μ mぐらいです。解剖学的には動脈が細くなって行って、細動脈になって毛細血管が作られます。その毛細血管が集まってきて、だんだん太くなって心臓の方にまた戻っていくのですが、その postcapillary venule を見えています。そして、この観察方法の優れた点は、同

図11

図12

図13

図14

じ場所を数週間後、数カ月後にも観察できるので

す。
桂枝茯苓丸を4週間投与した同じ場所のビデオ記録(図13)です。正常の人は投与4週後のようになっています。つまり、正常に近づいているのです。この研究手法の便利な点は、画面上で2点間の距離が測れます。コマ送りしていった、一つの血球の塊がある一定の距離を進む時間を計りますと速度が出ます。血管断面が円形であると想定しますと、直径が分かっていますから、 πr の二乗で断面積を算出出来ます。そうしますと、単位時間の流量が算出出来ますので、薬剤の投与前後での比較ができます。しかも、半年後でも1年後でも同じ血管が見られるという、大変優れた研究方法だと思います。

瘡血というのは、血が非常にドロドロとしてスムーズに流れなくなっている状態であり、それを改善すると言われる桂枝茯苓丸は、その微小循環の異常を改善する力があるということです。瘡血に伴って、腰が痛んだり、筋肉痛が出たり、さまざまな複

合症候が出ます。精神症状ではイライラしてみたり、眠くなったりしますが、それは恐らく、脳内の血流もこのようになっているし、また手足の微小循環等も非常に具合の悪い状態になっていることが想定されます。

さらに研究を進めました。左下に示しますように、赤血球は、マイナスにチャージングしています。マイナスに荷電を帯びています。膜表面のシアル酸でそうになっているのです。これは生体にとっては、合目的であります。つまり、赤血球同士がばらばらの方が、表面積が大きく、ガス交換には有利なわけですから、結合しないようになっています。ところが、瘡血の患者さんは血球同士がくっ付いてしまっています。どうしてか。これを結び付けてしまう架橋分子が出現しているに違いないと当初から想定したのですが、この解析はできませんでした。普通の蛋白電気泳動してみても、そういう低分子蛋白は微量ですから捕まらなかったのです。ところが、最近ではプロテオーム解析によって詳細な蛋白分析が出

図15

麻黄(マオウ) *Ephedrae Herba*

薬味: 辛 薬性: 温
薬能: 発汗解表、宣肺平喘、利水消腫

薬理効果

(1) 中枢興奮作用 (4) 抗炎症作用
(2) 解熱作用 (5) 抗アレルギー作用
(3) 鎮咳作用 (6) 血糖降下作用

主成分: Ephedrine

・中枢神経興奮作用
・交感神経興奮作用
・気管支拡張作用

図16

図17

図18

来るようになったのです。この手法によって瘀血の病態では、分子量6000ぐらいの小さな蛋白が多数出現していることが分かりました。その結果、血管内で赤血球の凝集が起こり、流量が低下する。その状態がいろいろ悪さをし、体の中でさまざまな変調を起こして、それを私たちが症候複合として瘀血の病態と認識するという事です。

平出先生の「漢方の証というのはい体何なのか。おまえの言っていることは分からない」ということについては、一部は回答が出てきています。しかし、これからますますこの必然性が求められるでしょう。ランダムに起こってくる、頭の方から足の先に出てくるものを、私たちは全部まとめ上げて、これが小柴胡湯の証だとか、そうではない大柴胡湯なのだとかというときに、その症候複合のありようを、もう少し科学的に解明していくことが必要であろうと私は考えています。

これは平出さんの立場なのですが、平出隆軒氏は「一つの化合物の作用は単一であり、確定したもの

である。従って、葛根湯が感冒の薬ともなり、駆梅薬（梅毒を治す薬）となることなど、到底納得できない」という判断ですが、これは平出隆軒先生が、西洋医学の方の要素還元論的な、いわゆる科学原理主義に、相当、頭が凝り固まってしまっていたことが分かります。ただ、私たちは今日の免疫学の手法などを動員して、漢方方剤の持つ多面的な、非特異的な効果を客観的に明らかにしていかなければならないと考えます。

一つの薬が確かに一つの働きをするのを見つけていくことも大事です。この実験はラッキーでした。茵陳蒿湯が肝細胞のアポトーシスを阻害することを発見した研究です。どうして茵陳蒿湯をこういう実験に採用したかという、私どもは20年以上前から、当初、C型肝炎がまだ分かっていなくて、Non-A、Non-Bと言っていた当時から、C型が分かるまで、富山で肝炎の患者さんをずっと漢方で治療しておりました。セロコンバージョンを起こしたりして、B型肝炎の人が治ってしまう例にも多々出会いました。

図19

もちろん肝臓癌で不幸な転帰を取った方もおられますが、良い結果が得られた症例には、レトロスペクティブに過去を振り返ってみると、茵陳蒿湯が必ず使われていることが分かったのです。それがこの研究の動機です。

肝細胞の保護作用があるに違いないということで、ファスリガンド (Fas ligand) を使って、肝臓をアポトーシスに陥らせると、急性肝障害が起こって、ネズミが死んでしまいます。そういう条件のところ、茵陳蒿湯を経口投与して、劇症肝炎が起こらないことを確かめました。その中で、山梔子に含まれているゲニポシドがどうも本体であることが分かりました。ゲニピンに糖がくっ付いているものがゲニポシドで、取れたものがゲニピンです。ゲニピンは、消化管を通して、門脈から肝臓に行くという経路を取るわけですが、ゲニポシドがとても大事な役で、しかもこれをコンバートするのは腸内細菌だということを証明しました。なぜかという、茵陳蒿湯を経口投与しながら、クロラムフェニコールも一緒に投与して、腸内細菌をたたいてしまいますと、ゲニポシドがゲニピンになれない。そうしますと、肝細胞のアポトーシスは予防できないということまで突き詰めました。この仕事は茵陳蒿湯という一つの方剤が効く理由が、いわゆる要素還元的、分析的な方法によって明らかになった実例です。これなら平出隆軒さんも、なるほどと思ってくれるのではないのでしょうか。この仕事は大変高いレベルの仕事となりまして、「Gastroenterology」に発表させてもらっております。インパクトファクター18点という、消化器系の論文では最も高いインパクトファクターを持っております (図14)。

図20

しかし平出隆軒氏はこう言うでしょう。「一つの化合物は一つの作用だから、この茵陳蒿湯の話は納得したが、しかし葛根湯が風邪薬であったり、梅毒も治すなどとは、到底信じられない」と。それは要素還元論に立脚する平出先生の限界かもしれません。しかし、そうは言いながら、やはり漢方方剤という複合成分系薬物の持つ多面的な薬理効果を実証していかなければ平出隆軒先生は納得させられないと思います。

そこで、例えば、葛根湯や麻黄湯、大青竜湯を見えます。葛根と麻黄の組み合わせです。このあたりにきっと抗ウイルス作用があるに違いないと思ひまして、落合宏先生という、私の同僚のウイルス学者のお力添えをいただいて、研究した成果の一部をお示しします。

ご存じのように、インフルエンザウイルスが気道上皮に吸着すると、ベジクル (小胞) を形成します。これが酸性条件のままですと蛋白分解酵素によって消化され、脱核して遺伝子転写が起こらない。酸性条件を保つことができれば不活化できる。この作用を持つ抗ウイルス薬は塩酸アマンタジンです。ただ、塩酸アマンタジンはA型インフルエンザウイルスにしか効きません。B型には無効です。それと同じような作用機序があるか、あるいは脱核を阻害し、そして遺伝子転写を阻害する。遺伝子転写が起こってから蛋白合成が起こって、1匹のウイルスが何百匹かになる。そして放出されて細胞外に出ていくというような一連の経路を取っているウイルス増殖過程のどこかでこれを阻害して来ているのかに注目したのです (図15)。そこで、麻黄の煎じ薬で研究してみたわけです (図16)。

図21

図22

図23

図24

右に赤く光っているのが、まさにこれから脱核しようとしているベジクルです (図17)。麻黄の煎じ薬の濃度を濃くしていくと、きらきらと光っているのがだんだん少なくなっていくのが分かります。つまり、この状態ですとウイルスは不活化できます。この作用はA型インフルエンザウイルス、B型インフルエンザウイルスともに抑制することが分かりました。麻黄が抑制している。今まで麻黄というのは、気管支拡張作用や鎮咳作用、あるいは温熱産生して風邪を追い出していくことが知られていましたが、ウイルスそのものを阻害することは知られていませんでした。しかし、麻黄の水抽出液には、ベジクルの酸性化を保つことによって、塩酸アマンタジンに類似した作用を示すことが分かりました (図18)。

それを図にしたものです。麻黄の中の何かを調べますと、結果的には、実はカテキンであることが分かりました。つまり、麻黄で今まで注目されていたエフェドリンなどのような低分子の化合物ではなく

て、要するにタンニン成分なのです。これが麻黄の抗ウイルス作用を示すことが明らかにできたと思います (図19)。

もう一つ、桂皮についてですが (図20)、桂皮もタンニンをたくさん含んでいるものなので、タンニンにウイルスの抑制効果があるのかなと思っていましたが、実は、種を明かしますと、最も単純な化合物であるシンナムアルデヒド、ニッキの香り、桂皮の香り、あの香り成分がベンゼン核に側鎖が付いた低分子物質なのですが、これに実は抗ウイルス作用がございました (図21)。

メッセンジャー RNA の発現をここに示しております (図22)。これは先ほどのベジクル (小胞) の話ではなくて、脱核して、ウイルスが気道上皮細胞のDNAを使って、自分の遺伝子をコピーするわけです。図を見ていただくと分かりますが、この遺伝子転写には全然影響していません。シンナムアルデヒドはメッセンジャー RNA の転写を阻害していない。つまり、転写まではやっていると。転写した遺

図25

図26

図27

図28

伝子情報はオルガネラでコピーを作ります。蛋白合成をしなければ、またウイルスはできません。

それを見てみますと、こちらはシンナムアルデヒドがない場合の感染時間です (図23)。シンナムアルデヒドがあった場合には、この蛋白のバンドが消えていっているのが分かります。つまり、遺伝子転写までは起こすのですが、蛋白合成はさせないということです。

これもきれいなデータです。シンナムアルデヒドの量を振っていますが、4 μ g, 80 μ g, 200 μ g と濃度を濃くしていきますと、ここで合成されていたウイルス蛋白が、全く合成されなくなっているのが分かります (図24)。

これはシャーレの中で培養しておいた気道上皮細胞での実験です。そこで次に *in vivo* の実験で、実際にマウスを使ってウイルス増殖抑制効果を検討しました (図25)。マウスの鼻の中にウイルスを点鼻しますと、インフルエンザになって、肺炎を起こして死にます。そういう濃度の A 型ウイルス、B 型

ウイルスを入れるわけですが、そうしましたら、このように生存率を見ていますが、肺炎を起こして死んでしまいます。シンナムアルデヒドをウイルス点鼻の後で鼻から投与してあげると、これよりは少しいいのですが、最も良かったのは、においをかがせておくということなのです。

戻しますと、このようにケージの中にシンナムアルデヒドの液を垂らしておいて、このプラスチックのケージ中で飼っておくと、6時間ぐらいシンナムアルデヒドの香りがしています。そうした条件下で、ウイルスが点鼻されていますが、肺炎を起こして死ぬ率が極めて低くなるというのがこのデータです (図26)。ですから、私たちは漢方薬を煎じるときに、においをかぎながら煎じることも非常に大事なということを知らされた一つの経験です。

こうしますと BALF 中、生理食塩水をマウスの肺の中に入れて、洗い出した肺胞洗浄液の中のウイルスの量も見事に抑制されていることが分かります (図27)。

コンと咳をするわけです。これが記録計で記録できるようになっています。そこに例えば、モルフィン様のアルカロイドなどを投与すれば、鎮咳効果が証明できるという実験系を持っていたのです。そこで、こんなに激しい咳をするのは越婢加半夏湯の証だろうということで、越婢加半夏湯を選んでこの実験系で試みたわけです（図31）。

そこで分かったことは、何もしなかったときの酢酸を噴霧して起こる咳の量をコントロールとしているわけですが、越婢加半夏湯は極めて強く抑制し、コデインを80 mg/kg 腹腔内投与したのと同じぐらいの強い鎮咳効果を現します。

それから、越婢加半夏湯から麻黄を1個抜いてしまうと、効果が全然出なくなってしまいます。

それでは、越婢加半夏湯に入っている麻黄に相当する、麻黄だけを1個投与すると、これくらいの効果になるということです。ここで注目していただきたいのは、越婢加半夏湯の作用に麻黄は重要な役目を果たしますが、それだけではないかという話なのです。つまり、一番左のバーと、右から三つ目のバーの差は何かというと、越婢加半夏湯に入っている桂皮などのさまざまな生薬がこの差を埋めているわけです。だから、麻黄がなければいけないことは分かったけれど、麻黄以外のものが、例えば、肺の気道環境を良くしているとか、纖毛運動を良くするとか、半夏は何をしているのでしょうか。多分、気管上皮のむくみのようなものがあれば、それを取っていく力があるのかもしれませんが、気道環境を良くして、麻黄の働きを助けている。サッカーでいえば麻黄はフォワードである。だけど、バックスもいいと。それによって得点していることが分かってきました。これは平出先生に対する一つの答えではないかと思います。こういう研究を「一抜き実験」と私どもは言っています。こういったことによって、麻黄なり、そこに含まれている一つの生薬の役割を、これから次々と明らかにしていかなければならないと考えております。

平出隆軒氏はこうも言っています「漢方薬を実際に用いて、臨床効果を実験してほしいというけれども、真武湯をはじめ、さまざまな漢方方剤を手にすることができない」と。これは明治43年当時ですからやむを得ません。生薬しかありませんから。しかし、今日、これについては答えが出ていまして、皆

図33

さんも日ごろ常用されているエキス製剤という、全国一律に、ある規格を満たして安心して使える製剤が出ていますので、平出先生の指摘には十分に答えられていると考えます。つまり、治療手段というのは、相当、普遍性を持ってきているということだと思います（図32）。

それから、最後には「要素還元論に基づく治療学と、統合的治療学が共に必要であることは同意する。しかし、そのためには現代医学で教育を受けた者が、十分に納得できる方法で、科学的事実を示してほしい」と言っておられます（図5）。

昨日の伊藤嘉紀先生のお話を聞いておりましたら、漢方の用語を使わないで、漢方が理解できるように、西洋の学者たちを納得させなければいけないという、大変厳しいお言葉でしたが、私は必ずしも同意しません。それはパラダイムが違うわけですから、どうしても違う。ものの考え方の思考の枠組み、土台が違っていますから、別に科学、科学、科学ですべて漢方が明らかになるかといったら、私はそれは違うと思います。できません。まず、科学の方では心と体を分離しています。科学の土台に乗るものだけを扱っているわけです。私ども漢方が扱っているのは、人間を小宇宙として、心も体も一緒だと思って研究しているわけですから、その一部を取り出した科学で、全部が明らかになるわけがないのです。これは最初のスタートの時点から違っている。

しかし、かといって、では1000年前と同じように『傷寒論』だけ読んでいればいいかというと、そうでもないのです。やはりこのように明らかにできるところは、一部明らかにする。別にこちらから西洋に迎合していく必要もないのです。もっともっと、

図34

人知を動員していった、漢方の何であるかを、群盲が象をなでるようなのですが、一つずつ明らかにしていけないといけない。一つずつ明らかにすることによって、今度は演繹的に、いろいろな病気、例えば、先ほど瘀血の病態を供覧しましたが、あんなに血がドロドロしているなら、血がドロドロしていると思われる病気、今まで更年期障害とか何とかいろいろ言っているけれど、ほかにも使えるのではないかということになるのではないですか。このように幅が広がっていく。これは漢方の一つの応用の広がり、ある部分では発展につながると私は思っています。

EBMということが言われますが、これは矛盾をはらんでいるのです(図33)。漢方はそういう意味で、複合症候をとらえていった、個の医療を目指しているのですが、EBMというのは、臨床疫学を重視して、つまり、100人にやって何人に効いたかという話です。無作為化してみたりする。これと漢方とは、本質的に合わないような気がします。しかし、それでもやはり、現代社会において、保険医療体制の中での漢方治療を維持するためには、批判に耐えるデータも作っていかねばいけないのが現実なのです。そのために私どもが今まで努力してきたことは、ある疾患、例えば、過敏性腸症候群というのがあったとしましょう。過敏性腸症候群を桂枝加芍薬湯で検証しようと思うときには、過敏性腸症候群の中でも、例えば、大柴胡湯が効くような人は除外しなければいけませんし、真武湯のようなもので治さなければいけない人も除外しないと、桂枝加芍薬湯の無作為化試験は不利です。桂枝加芍薬湯の証と思われるものをできるだけ形式知として、こういう

脳血管性痴呆に対する釣藤散の臨床効果 - プラセボを対照とした二重盲検試験 -

参加施設	代表者	参加施設	代表者
富山医科薬科大学医学部和漢診療学	寺澤建年	中通リハビリテーション病院	藤岡 真
豊橋福祉村病院	山本孝之	広南病院	高須貞雄
リバーサイドホスピタル	土佐寛順	国立療養所宮城病院	木村 格
ゆきぐに大和総合病院	斎藤秀雄	東北大学医学部神経内科	中村正三
北聖病院	金木英輔	森の里病院	荒木五郎
宮の森記念病院	後藤社一郎	鹿児島大学医学部臨床検査医学	丸山征郎
札幌東和病院	水島富昭	鹿児島大学医学部第3内科	丸山芳一

図35

患者さんにやってほしい、こういう患者さんはエントリーしない。つまり、この試験研究に入れない、持ち込まないという条件付けをすることによって、エビデンスが形成されていくということです。このような努力によって、今、エビデンスが相当、出るようになりました。

薬物については、今、3Dチャートという、三次元の液体クロマトグラフの活用が可能になりました。例えば釣藤散は11種類の生薬でできていますが、このようなさまざまな化学成分が含まれていることがはっきりしています(図34)。これは半定量的で、ピークが見えると同時に、高い山のものは量が多く含まれていることを意味します。縦軸が紫外線の紫外外部吸光度、横軸が時間です。こういったチャートを示すことによって、私どもが行った研究が、単なる生薬の寄せ集めで、その中には何が入っているかわからないという時代はもう去ったと思います。

ただ、ここで西洋医学者と私どもが、いつもパラダイムの相違で争うのは、彼らはすぐ、この一つにはどのような効果があるのか、これ一つでどういう効果があるのかと言う。それはとても大事なことで、新しい薬もそこから開発されていくことはいくらでもあるのですが、それでは、Aという物質、Bという物質が、例えば、1 mol と 4 mol の比であったときに、どういう薬理効果が出るのか。一つ一つはいいですが、何十種類かがこのような比率であるからこそ、今の効果が得られていると考えられるわけです。これが要素還元的な科学原理主義者には分かってもらえない点なのですが、ここはやはり譲れない。これは科学に迎合できない。私たちはここまでは歩み寄ってあげるけれども、もう一つ、これ1個1個

図36

図37

図38

図39

がどうでといったら、これは大変時間がかかります。二つのものが同時に存在したときの薬理効果を調べるのも、1対1でどうなのか、1対4だったらどうなるか、1対3はどうかとやっていたら、1年ぐらいの仕事になってしまいます。こういうことで、まずはこれを認めるか認めないかというパラダイムの相違を指摘しておきたいと考えます。

私もエビデンスを作ってみました。ここに示しますように、脳血管性認知症、当時は脳血管性痴呆と言っていましたが、今は認知症ですね。関連6施設で、釣藤散でやりましたが、二重盲検、インアクティブ・プラセボを使いました(図35)。実は裏仕掛けがあって、体質的に釣藤散が効きそうな人にやっているのですが、それを書くとき西洋医学の雑誌に通りませんので、それは論文に書きませんでした。ここでは釣藤散が効きそうな人をやったのですが、明らかに釣藤散に有用性があります。濃いオレンジのところまでが確かに効いているところです。これは有意差が出ます(図36)。全般改善度もこのように

有意差が出ています(図37)。

このようなEBMというのは、本当は個の医療の漢方とは矛盾するのだけれども、しかし、こういう一つの医療制度の下で保険医療という中で生きていくためには、どうしても漢方薬は効くというエビデンスも出していかなければいけないという、必要悪に迫られているわけです。それでやむを得ずやっているわけですが、幸いなことに、そういう困難を乗り越えて、エビデンスが今たくさん出てきております。日本東洋医学会としてもEBM委員会を作って、津谷喜一郎先生を中心にエビデンスを集めておりますが、このところ年々、エビデンスが多くなってきていると言えます(図38)。

このようなことで、西洋医学で教育を受けた者も、漢方が容易に理解できるようにしてくれと、平出隆軒氏は言うわけですが、それはできない。やはり漢方は漢方の理念があるわけですから、基本的な考え方がある。それは勉強してもらわなければいけない。そういうことを年来主張していたのですが、平成11

図40

図41

図42

図43

年、21世紀医学・医療懇談会で報告が出ました(図39)。「医学・医療に対するニーズはますます多様化している」という中には、漢方薬に対する知識を医療人は持つべきだという伏線があるのです(図40)。この動きを受けて、平成13年3月に、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改定され、その第2節、基本的診療知識のところに、17番目ですが、「和漢薬を概説できる」という項目を入れることができました(図41)。これを私は自慢させていただきたいのですが、このとき私は富山医科薬科大学の医学部長でした。このカリキュラムは全国の国公私立の医学部長会議で決めたことです。ですから私の提案がここで通ったということで、一定程度の功績があったと自負しております。

このようなことによって、今、全国80大学で8コマ以上の教育が成されるようになってきましたが、これによって広い知識になる。西洋医学とはまた別のパラダイムがあることを学生たちが知るようになってきた。これが全く正しい道だと私は思います。

妙に科学的に証明する科学、科学というのではなくて、別なものがあることを知っておけばいい。この目的は、みんなに漢方の専門医になれと言っているのではないのです。患者さんが漢方にアクセスしたときに、「それもいいかもしれないね」と言えるのか、言えないのか。医者の知識を正しく、公正な判断ができるようなものにしておく。つまり、何の知識もなく患者さんの相談に応じるわけにはいきませんから、それも受け止められる知識を持った医者になってもらいたいということです。

今、私どもが努力しているのは、医師の国家試験にもこの問題を出していただきたいということで、今、厚生労働省と調整中です。そのために前提となるのは、ほぼ全国一律レベルの教育をしていなければいけません。そこで、日本東洋医学会としては、学生教育用の漢方医学のテキストも作っております。また、問題は、それを全国の大体共通したレベルで教える人たち、教員の側の養成もしないといけないので、FD (Faculty Development) をやっております。

『医界之鉄椎』 二大醫方ノ接近ヲ希望ス(1)

余嘗テ某漢醫家ト語ル。某曰「彼洋方醫學、時ヲ得タリト雖モ。洋醫方以外此一大醫方アリテ一切醫學ノ基礎ヲ有セリ。我復敢テ彼ニ學ブノ要アラシヤ」ト。高嘯シテ尚ホ我見ヲ主張シ。自ラ進ミテ洋醫方ヲ修メ。以其長短ヲ相較センコトヲ圖ラズ。洋醫家ハ斷頭既ニ漢醫方ニ取ルベキモノナシト為シテ之ヲ排斥シ。漢醫家ノ洋醫家ニ轉ゼル者ハ。漢醫方ノ非難スベキ者ヲ指摘シテ。其長所ノ存セルコトヲ説カズ。而シテ將ニ醫學ヲ學バントスル者ハ。漢醫方ヲ非難スノ者ノ説ニ聞キテ。根本的一ノ取ルベキ點ナシト斷ズ。

図44

つまり、どのようなスタンスで、どう教えるかということの、教える側のレベルを高めなければいけませんから、こういうことも現在、努力しています(図42)。

漢方というのがよく理解できないと、平出隆軒氏も理解を示しながら、全く漢方のことが分かっていなかったのです。どうしてかという、先ほども言いましたように、西洋の医学は、要素還元論、人間を細かく細かく分析していけば、あるいは薬についても薬の成分を単離して、細かく分析していけば、全体の薬の効果が分かるという論理に縛られていて、そこには普遍性、客観性、論理性が求められている。要素還元論がなければ科学は進歩しませんが、しかし、要素還元論に陥ったとたんに、どんどん分化していつてしまうのです(図43)。外科を見てください。今まで外科といったら一つでした。特に和田啓十郎先生の明治43年ぐらいは、外科といえば一つでしたが、それが整形外科、脳外科、心臓血管外科、肝胆膵、消化管外科、肺臓、腎臓といろいろな外科に分化していく。しかも面白いことに、整形外科一つ取っても、首が上手な人とか、指の関節が上手な専門家とか、どんどん分かれていつていっているのです。整形外科の先生が指の関節から首の OPLL まで、全部治せるという状況ではないのです。あるところに先鋭化して、スペシャリティ(専門性)を上げていかなければ、その道の一流にはなれません。つまり、細分化、専門分化を遂げていくだけで、統合的な世界は全然見えてきません。

一方、東洋の方は、証だ証だと言って、それは平出隆軒氏が指摘しているとおりで、証とは何なのか、その根拠を示してくれと。何で漢方薬は複数の生薬

『医界之鉄椎』 二大醫方ノ接近ヲ希望ス(2)

斯ノ如クニシテ互ニ相疎隔シ。漢醫方は將ニ亡ブルニ垂タトス。而シテ天下一人ノ漢方醫術ノ長所ヲ披瀝スル者アルナシ。洋方醫家ト雖モ内ニ自ラ自家ノ短所ヲ知ラザルニアラザルモ。其客観的、差別的進歩ニ信賴シテ。復、古聖施設ノ大學理ヲ追究スルニ暇アラズ。斯ノ如クニシテ互ニ相乖離シ所謂兩々相損スル者也。其弊ヲ受クル者ハ誰ゾ。天下民衆ニアラズヤ。私ニ思フニ漢洋二大醫術ノ接近融和ヲ謀ルハ。日進月歩ノ醫學ヲシテ百尺竿頭更ニ一歩ヲ進メシムル所以ノ。一大長計ニアラザルカ非カ。

図45

でできているのか、その根拠を示してほしい。少なくとも1品でもいいから薬理効果をはっきりさせてくれと。これはやはりやっていかなければいけない、漢方の側に課せられた問題ではないかと思います。そうでなければいけません。

特に和田啓十郎先生のスタンス(学問的立場)は、吉益東洞の流れをくんでいると私は思うのですが、要するに思弁性を排したい。中国医学、いわゆる中医学が何をしているかという、病態を観念論によって組み合わせを考えているわけです。それは李朱医学です。700年ぐらい前から起こっていることの繰り返しです。分かったつもりになっているだけです。公正な判断でいくと、和田啓十郎さんに味方するのは、そういう観念論ではなくて、そこに科学を少しでも導入して、東洋の知恵に科学で少しずつ光を当てながら、それを大きくしていくという方向性をしっかり打ち出しているのです。ですから、和田啓十郎先生に啓発された湯本求真先生は、大塚敬節先生のお師匠さんになるわけですが、東西医学の融合・統一というところまで言っているのです。和田啓十郎、湯本求真の主張は、今あるがままを見ていつて、それを証と言うのだけれども、それが出てくる仕掛けを解き明かしたい。その解決方法は観念論ではなくて、科学の力を動員していきたいというスタンスを取っていると思います。

「自ラ進ミテ洋医方を修め、その長短を相較せんことを図らず、洋医家は断頭、既に漢医方に取りべきものなしとなし、これを排し」(図44) うんぬんと、医者になるためには西洋医学を勉強しなければ医者になれない時代でしたから、和田啓十郎は西洋の勉強もきちんとしたし、また漢方の先生にも付い

図46

ているのです。けれど、世情を見ると、漢方というのは取るに足らないものだと言って、全く捨て去っているのは実に残念だと。「かくのごとくにして互いに相乖離し、いわゆる両兩相損するものなり、その弊を享くる者は誰ぞ。天下民衆にあらずや。密かに思うに、漢洋二大医術の接近融和を図るは、日進月歩の医学をして百尺竿頭にさらに一步を進めしむる所以の一大長計にあらざるか否か」(図45)と書いてあります。これが和田先生の主張なのです。東西医学を和諧させながら、物事のトータルアウトカム、最終の目標は目の前の患者さんを良くすることですから、西洋と東洋の理論闘争ではないのです。両方があることを認め合い、そして平出隆軒氏がまさしく指摘されているような問題を謙虚に受け止めて、それをできる範囲で営々として続けていく。これがこれからの漢方の一つの歩むべき方向であろうかと思います。

つまり、図に書いてみますと(図46)、治療学という、これを私はあえて医道と言いたいのですが、それを東の医学、西の医学の知恵を両方クロストークするような形で、一番のいい方向に持っていく。この図がなかなか微妙です。西洋医学だけ走りたいという人は、どうぞやったださって結構です。漢方の科学的解明は嫌いだという人はそれで結構です。しかし、やはり私たち臨床医としては、両方クロストークしながら、いい結果に持っていかなければいけないのではないかとことを私は申し上げたいのです。

そして、大事なことは、アート(術)を伝えていく。アートを伝えていって、科学的なエビデンスがそれを追いかける形でいかなければいけません。

術ありて 後に学あり

術なくて 咲きたる学の

花のはかなさ

大塚敬節

図47

アートなしに、先に漢方薬を研究の材料としてしまうと、理念のない研究になってしまいます。大塚敬節先生は「術ありて後に学あり、術なくて咲きたる学の花のはかなさ」と(図47)。つまり、浮ついた研究をしていたのでは駄目なのです。漢方の素晴らしさ、方証相対というようなものをしっかりとマスターして、その術がつながっている限りは、私の子供、孫、その孫、研究の材料はいくらでも提供できるのだけれども、ただ、科学、科学と言って、目を奪われて、足元の土台、漢方薬で人を治せないようなことでは、これはどうにもならない。そういうことを大塚先生は言いたかったと思うのです。「術ありて後に学あり、術なくて咲きたる学の花のはかなさ」、味わうべき歌だと思います。ご清聴ありがとうございました。

佐藤 寺澤会長、大変ありがとうございました。私はこの題名を拝見しまして、この本の解説があるのかと思っていました。もちろん最後にはそういうことでしたが、そうではなくて、平出隆軒先生が普通に考える漢方に対する批判をなさったわけで、それに対して寺澤先生がご一門とずっと研究をされた。例えば、一つの薬でいろいろな作用があるのはおかしいのではないかと、それは理解できないということですが、それに対して、十分にそうではないということで、多面的な効果があることを、きっちりとエビデンスとして出されて、例えば、「Gastroenterology」などの、インパクトファクターの高い国際誌に論文が掲載されている。結局、平出隆軒先生は、昔からの漢方に対する批判ですが、それに対して、すべて科学的エビデンスがあることを寺澤先生は証明されて、さらには二重盲検等で検証を行い、実際に漢方

を科学的に解析しておられるというご講演でした。

最後には、医学教育に漢方医学が取り入れられるようになった経過や、今後の漢方医学、和漢診療学はどういうものでなければいけないかというご提言もいただきました。私も少しは漢方薬の西洋医学的解析に関する研究を行っているつもりです。私のように糖尿病運動療法などの研究に従事し、片手間に漢方の研究を行っている者が会頭をやっているかと言われますと反省のしようありませんが、研究室の一部の少数の大学院生、研究生の方と、及ばずながら漢方の研究を続けてきました。寺澤先生は本格的に取り組んでこられて、漢方医学の多方面にわたり科学的に証明されました。さらに、医学教育に漢方を取り入れ、国家試験にも出題されるよう働きかけるなど、医療制度の改革にも尽力されておられます。それも、単に主張するだけでなく、科学的エビデンスに基づいて、ずっと一貫して歩んでこられたということで、本当に素晴らしいことであると思います。

先生のこれまでのご活動に感謝し、また、寺澤先生には東洋医学会の会長として今後も尚一層頑張っていたいただかなければいけないと思います。先生の過去のご尽力、これからのなお一層のご発展を期待して、もう一度拍手をお願いします。どうも先生、ありがとうございました。