

## 東アジアの現状

# 生きています 伝統医学

津谷喜一郎  
（ハーバード大学武見国際  
保健講座研究員）

### はじめに

ボストン近郊にあるアメリカ北東部を管轄するFDA（米国食品医薬品局）の地域事務局を訪ねると、受付の脇のショーケースに多くの漢方薬が並べてある。中国、台湾のものが主体だが、「なぜ置いてあるのか」と聞くと「違法な薬の見本です」という答が返ってくる。アメリカの医学界のハードコア・グループでは一般に、漢方薬などは非科学的なものとして見下される。

一方、日本などでは、「自然のものを用い、患者の個人差に合わせて、人間全体を見て投与する漢方薬が効かないはずはない」という考えの人が多いのには驚かされる。

私は一九八四年からほぼ五年間、WHO（世界保健機関）西太平洋地域事務局の初代伝統医学担当医

官として、東アジア、東南アジア、オセアニアの各国での伝統医学の普及発展活動に従事した。この間、WHOの重要な政策決定の会議で、各国の代表から伝統医学を肯定あるいは否定する意見をしばしば聞かされた。各国を訪問し、現状調査、プロジェクトの企画、作成、モニタリングをしている時にも、同じように先の米国と日本の例をより国際的にしたような意見を数多く聞いた。人は自分の知識、経験、文化にもとづいて、あるいは政治的な立場から発言する。伝統医学と聞き想起するものが人によってほとんど異なるのである。また、医学も科学の一分野であろうが、「伝統医学が科学か」というテーマにこのような会場で触れるとそれだけで半日程かかってしまい話が先へ進まない。

WHOの活動は、結核、エイズ、母子保健、環境衛生などのように約五十のプログラムから成り立つが、伝統医学プログラムは中でも最も論争の多いプログラムの一つである。時にその存在そのものが問われるという厄介なプログラムである。何度かこのような会議に参加していると、次第にうんざりしてきて、自分が会議のイニシアティブをとった時は、あまり、原理、原則的なことには触れず、なるべく実態、現状を中心に展開するようにしたものである。では、なぜこのように異なった意見が存在するのであろうか？ また、なぜ人は伝統医学で治療されようとするのであろうか？

WHOは、保健サービスの一環として、伝統医学をとらえる。現在の世界の保健サービスは主に近代西洋医学にもとづいている。このような状況下で、伝統医学のみを切り放して議論することは、学問としては興味深い、WHOとしては現実の保健問題を目の前にした時、近代医学も持駒の一つとして対処するのでそうはいかない。種々の複雑さが生ずる。WHOは研究機関ではなく、執行機関だからである。このような時には、まず現実をよく見ることが肝要である。

そこで本稿では、東アジアを西から東へと旅し、そこでの伝統医学の現状を見、WHOの活動の一端を紹介しながら、東方伝統医学見聞録を書くことにしよう。局面のみを見ずに、全体を把握できるように、旅する時に、一冊のガイドブックを持っていく。その第一章には、伝統医学にどんなニーズがあるのか？ 経済的か、地理的か、文化的か、生物医学的か。それに対して伝統医学としてどのようなリソース（資源）があるのか？ と書かれている。第

二章には、メデイカル・ブルールリズム（医学多元論）を見落とさないように、とある。近代医学と伝統医学の共存のみならず、伝統医学の中にも高度に発展したものと、単純なもの、さらにはそれぞれが何重にも重なって存在している。第三章には、医学として、効いて、安全とは一体どういうことであろうか？と問われている。この問いは、近代医学の発展の歴史を振り返る上で、重要な問いである。見えるのか、理屈からいって効くはずなのか、近代的方法で証明されているのか、である。

一、ラオスでーお坊さんもお医者さんー

まずメコン川のほとりに立ってみよう。パゴダ（寺院）が見える。ここは、仏教国である。おそらく世界でも最も優しい人々の住む国である。人口のほと



んどが農村、山村に住んでいる。一人当たりの年間所得が五百ドル以下という Least Developed Country（後発開発途上国）の一つである。しかし人々の表情は柔らかい。

全国で約一万の村があるが、各村には必ずパゴダがある。そのいくつかを訪ねてみる。風通しのよい薬草をとり出してゆっくりと説明してくれる。日本ていえば室町時代の僧医がまだいるわけだ。いくつかを組み合わせて処方として用いる。中には木片や動物の角をけずって使うものも多い。それらは丁度手のひらにのる程度の大きさを、静かだ、穏やかな寺院の雰囲気もあって、説明を聞いていると何か日本の田舎の温泉地で、陰陽道の玩具を見ているようなほのぼのとした心の落ち着きを感じる。男性のお坊さんは女性の患者を診れない。尼さんが診る。薬草を用いた伝統的なサウナ風呂もあちこちで見られる。

どのように伝統医学を学んだのか聞いてみると、ほとんどが年長の坊さんから徒弟的に習っている。テキストもあつたというので見てみると、バナナの葉のようなものに鉄筆でパーリー語で書かれている。この国の伝統医学はインド系の医学なのである。ラオスは中国系の少数民族が南下してつくった国だが、その後伝わったインドからの文化がより強く影響しているのである。ここは、上座部仏教

（小乗仏教）の国である。

政府は、社会主義体制下での伝統医学の保健サービスへの導入を指向している。プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）従事者に対する伝統医学の教育がなされている。PHCについては後の中国のところで説明しよう。しかしこのおだやかな国では、中央の方針が末端までは、き渡らない。政治とは一定の距離をおいて伝統医学が自然な形で用いられている。そこで、僧医というリソースも活用しようというプロジェクトを UNICEF（国連児童基金）と WHO が始めた。各地からお坊さんを首都のビエンチャンに呼んで、西洋医学の基礎の教育と、伝統医学の技術の向上を図った。すでに百人以上が教育を受け、各地方に帰り、そこで他のお坊さんにも教える。エコー・システムが用いられた。

医師、薬剤師、看護婦、病院とも絶対的に不足したこの国では近代医学がほとんどいき渡っていないために、近代医学とのコンフリクトもまだ生じていない。そして、人々は高い疾病発生率にもかかわらず、正常な健康観を持っているようだ。

二、ベトナムでーコミュニティで薬草栽培ー

焼畑農業で煙る下界を見ながら、山を越えベトナムに移ろう。この辺りから中国系の伝統医学となる。ハノイの近郊にある西方寺という名刹を訪ねてみる。ラオスと違い、いたるところに漢字が見られる。ここは中国文化の影響の強い漢字文化圏、大乘仏教

▲ 鉄筆で葉の表面に文字を書く方法を教えられるラオスの僧医 写真・筆者

の国である。ベトナム式に三体が階段上に三列計九  
体配置された仏像は大変見事なものである。過去に  
このような立派なものをつくりだした民族が、現在  
は疲弊した経済状況で苦しんでいる。

日本と同じく、一千年以上前から中国文化の一つ  
として、伝統医学を受け入れ、これを十四世紀に明  
へ留学した慈航(チウホウ)さらに、十八世紀の懶翁(マンウ)筆名黎  
有卓(リウタク)らがベトナム化している。この時期は、日本  
で中国医学の日本化がなされた時期と同じで、その  
変容のパターンも似ており日本人には大変興味深  
い。この二人はベトナム医学の祖で、彼らを祭るお  
寺があり、ハードラインの社会主義国であるこの国  
の各地の診療所にも彼らの像が掲げられている。

ベトナムは千年近く中国に支配された歴史を持  
ち、中国に特殊な感情を持つ。現在のベトナムでは、  
中国医学システムそのままを用いるものを「北医  
学」、ベトナム化された中国医学を「南医学」として  
区別する。南医学では、熱帯性の疾病に対して、熱  
帯性の植物を用いるなどの現地化、システムの簡略  
化などがなされている。

WHO 伝統医学協力センターでもあるハノイの国  
立伝統医学研究所には、一九二七―一九二八(昭和  
二―三)年にかけて、日本の湯本求真により自費出  
版された「皇漢医学」のベトナム語版がある。この  
国の歴史は戦争の歴史ともいえるのだが、この本は、  
ディエン・ビエン・フーの戦いがあった一九五四年  
に、上海で一九三〇年に出版された中国語訳からの  
重訳として出版されている。なお、一九七五―一九

七七年には韓国語版の「皇漢医学」も出ており、当  
時の日本の全ての医学書の中でこのように国際性を  
持った本は他にないことを思うと、東アジアの伝統  
医学の絆の強さに驚かされる。

ベトナムは中国文化の影響を受け、行政機構が発  
達し、現在の社会主義体制の施策が末端までいき渡  
るも、長い戦争を経て経済的困難にあえいでいる中  
での伝統医学の利用が特徴である。農村部で何度か  
ワークショップを開いたが、診療所の薬箱にはほと  
んど西洋薬がない。抗生物質は鍵のかかった箱に入  
れている。WHOにも多くの援助要請がくるが、よ  
り金のかかる診療・研究のインフラストラクチャー  
の構築を計画するものが主体で、全てを満たすこと  
はできない。三年制の伝統医学の大学がハノイと  
ホーチミン市にあり専門家を養成しているが、国全  
体としての伝統医学の活用は、コミュニティにお  
けるPHCの一環としての薬草の活用である。政  
府が三十種類の重点薬草を決め、コミュニティ・ヘル  
ス・センターで各自栽培し、薬の自給自活を目指す。  
いわば人民公社時代の中国をモデルにしている。

とはいえ、薬草では治療困難な疾患も当然あ  
る。生薬研究の政策、方法についてのワークシヨッ  
プをハノイで開いた時には、虫垂炎に対し、ペニシ  
リンを対照薬とした、サム・ダイ・ハンという伝統  
薬の比較試験がハノイ医科大学の教授によって報告  
された。ほぼ同等の効果で、伝統薬によってペニシ  
リンを代用できるという結論である。歴史的に学問  
に対する志向が強く、一時期フランスに支配された

ことなどにもより、それなりの教育制度が普及し、  
一般的な知的水準が高いこの国で、日本でもあまり  
なされない、よくデザインされた伝統薬の比較試験  
が、ペニシリンの使用量を減らしたいという経済的  
ニーズからなされている。国内での戦争は終わって  
いるが、経済的にみればいわずにお戦時下という状況  
で、薬草の活用が今も叫ばれているのは悲しい現状  
である。

古都ユエにある伝統医学病院も、保健サービス全  
体の改善に手が一杯で、ユエの宮廷で使われていた  
ベトナム伝統医学の研究にまでは手が回らない。ダ  
ナン(ダナン)の近くに以前日本町があった会安(クワン)という町があ  
る。今でも当時から中国人町は残っているが、日  
本町は江戸幕府の鎖国政策により絶えてしまった。  
もし、鎖国がなかったらベトナム医学と日本漢方医  
学はもつと交流があり、日本の伝統医学も今とは随  
分変わったものになっていたろう。いくらか、解決  
の兆が見えてはきたが、カンボジア問題などの政治  
的課題が早急に解決されることを望みたい。よりの  
びやかな形で、伝統医学が使用される日を待ちたい。  
そしていつかは日本の漢方医学との交流も、より盛  
んになってもらいたいのである。

### 三、中国で「あれも、これも」の医学思想

いくら緊張のとれた中越国境、旧名安南関、現  
在の友誼関を越えて、中国に入る。中国は広い。

黄河流域の黄土地帯に発達し、その後周辺へとひ

ろまった中国文明は漢民族を中心とした一大文明である。現在、「中医学」と一口に称されるが、植物、動物、鉱物などの薬物療法、鍼灸、導引、氣功などの物理療法、さらに食事療法、房中術など、広範な治療・予防・保健に関するシステムをつくりあげてきた。その中国医学の歴史は、医学の歴史と並んで、哲学思想、数学、物理、化学、天文学、農学などの関連科学が存在する。

日本で漢方医学というと、中国医学そのもののようには思われるが、後に示すように現在の中医学は日本の漢方医学とはいささか異なるものである。明清時代に特に温病学を中心として理論的な発展を見、日本の漢方医学と比べると、「陰陽五行説」、「臟腑理論」などのようにやや思弁的色彩が強い。

一九七二年の日中国交回復以後、中国に関する情報は広く入ってきている。中国医学も例にもれない。ところがこれがあまりに急なため、日本に「中医学派」なるものが生じ、日本の漢方医学との間にいくらか混乱が起きている。他の学問分野と比べて、医学というより実際の領域であるため、いまいちが目立つてであろうが、これが落ち着き、再び日本化、あるいは「中医学」に漢方医学が組み入れられるなど、真の意味での中国と日本の交流ができるにはしばらく時間がかかろう。中国の中医学の現状も含めてこの辺りは多く出回っている中医学、漢方医学の雑誌、書籍を読まれば理解できると思われるので、ここでは中国医学の現状に関してあまり触れられない他の面について述べよう。

ベトナムにおいても伝統医学における政治的関与が強いが、中国はこの点においても本場である。中華民国当時は、西洋医学を中心とした保健サービスの確立が図られ、一部見るべきものはあったが、人材、施設などの絶対的不足から不完全なものであった。中国の近代化とともに西洋医学は導入されたが、初期には伝統医学との間に大きなコンフリクトも生じている。また、いち早く西洋医学を取り入れ近代化をなした日本が保健サービスの面でも中国にとっての一つのモデルとなっている。当時の知識層では一時期西洋医学を学んだ魯迅のように、中国医学を嫌うものから、「腐医存薬」などのスローガンのごとく、ものとしての生薬は研究に値するが、システムは否定するといった立場まで、種々の意見があり論争がなされている。しかし実態はほとんどの国民が伝統医学に頼らざるをえない状況であった。国民全体を見据えた公衆衛生学的発想はまだ未発達であったといえよう。

革命後これに積極的な支援が与えられる。今日の中医学の興隆は、政治的支援の産物である。衛生の四大方針の一つとして、「人民に奉仕」、「予防第一」について、「團結中西医」が掲げられ、その後さらに「愛国衛生運動」が展開される。またソビエト・モデルのアカデミーの中医研究院が設立される。これらの一連の動きは、革命前の西洋医学指向の医療が国民全体としてはそれほど有用でなかったという批判と反省に立ち、また限られた人的、経済的医療資源の中で、国民の医療、衛生向上のために、従来の西

洋医学を中心としたものとは異なるアプローチを採用したものである。さらに一九六〇年代からのハダシの医者による伝統医学の活用など、中国の現状の鋭い分析にもとづく、ユニークな政策がとられ、それなりの成功をおさめてきたといえよう。

これらはWHOにも影響を与えている。従来の病院中心主義、トップ・ダウン方式の保健サービスでは、人口増加、経済の破綻、社会基盤の不備に悩む途上国の保健問題を解決できないという認識から、国際保健の分野では一九七〇年代に入り「基本的ヘルスサービス」に関する議論が盛んで、これからPHCの概念が生まれたが、この議論の途中で、中国における保健サービス成功の経験が一定の役割を果たしている。つまり、それほどの金をかけず、コミュニティを活用し、さらに、その中で伝統医学を利用してというものである。PHCの中で伝統医学を活用するという、WHOの立場の形成には中国の経験がある役割を果たしているのである。

この流れの中で二つの事柄が浮かび上がってくる。第一に、はたして、伝統医学活用の方針が決定された一九五〇年代当時の中医学は現代からみてどれほど有効なものであったのだろうか、そして、当時の疾病構造に対し、どれほどインパクトを与えたかということである。伝統的に用いられてきたものは医学を含めて文化的受容がよい。つまり伝統医学に対する文化的ニーズが強い。また当時の社会状況からすれば西洋医師を養成するのも、西洋医学の病院を立てるのも、また西洋薬も金がかかり、伝統医

学に対する経済的ニーズは高い。また近くに、西洋医学による保健サービスが存在せず地理的ニーズも高い。しかし抗生物質が始め薬の革命時代とよばれた当時の西洋医学の治療手段と比べると、伝統医学の強さはやはり心もとない。中国医学では病因を「内因」、「外因」、「不内外因」の三つにわけられることも行われるが、そのうち外因、つまり当時の感染症などの多い疾病構造の中で伝統医学が病気を治していたのか、すなわち、生物医学的ニーズを満たしていたかはいささか疑問なのである。

現在でも、途上国で、伝統医学を国の保健サービスに取り入れようとするとき、しばしば、有効性・安全性の評価についての議論がおき、それ以上先へ進まないことがある。この伝統医学の評価というのは大変厄介な問題である。評価法には大きく二通りある。一つはタイム・テスト論、つまり有効で安全なものが歴史の篩に生き残り、それでその有効性・安全性は証明されるというもの。もう一つは確率論にもとづく近代的な評価法で、これは一九三〇年代から英国で開発され、その後、米国で評価に心理的なバイアスが入るのを防ぐ二重盲検法などの手法が導入され、徐々に世界に広まっていったものである。日常ある病気のほとんどは自然に治るものである。そこではどんな治療法でも良くなるものである。治療法は対症療法と原因療法に大別できるが、伝統医学は対症療法として、自然治癒をいくらか助けることは可能であつたらう。だが当時の疾病構造にみられる多くの感染症などにはそれほど力はなかつ

たと思われる。また、結核などに対する多くの伝統的治療法が近代的評価法によりその効果を否定された歴史を見、中国で一九四〇年代、一九五〇年代にはまだ近代的評価法が伝わっていなかったことを考えると、伝統医学活用の方針が何を根拠になされたかは興味深い点である。

この一九五〇年代は中国伝統医学がダイナミックに動いた時代である。初期には「團結中西医」として中醫師と西醫師とが協力して衛生活動に当たるべきという意味が大きかった。ついで一九五〇年代中頃から西醫師が中医学を学習するコースが設立された。これが数年続くと自ずと学習するだけでなく中医学を科学的に研究するグループも現れた。そして当時としては先端的な研究が中医学に関してなされ、その効果が立証されていった。欧米からの近代的評価法は直接には伝わっていなかったようであるが、その基本要素の一つである対照群を置いた研究もなされるようになった。

つまり五〇年代初期には、経済的・地理的ニーズにもとづく「人」の活用という面が主体であったのに対し、五〇年代後期には「医学システム」としての結合という方向へと進んだのである。いわゆる「中西医結合」なることばが使われたのは一九五八年あたりからである。

中国は広い国である。農村部がその人口の多くを占める。上記のような先端的な研究とは別に、中国全体としては、急性や外科性の疾患には西洋医学、慢性や内科性の疾患には中医学などの棲み分けが自然

となされていったようである。

先に述べた評価法の二つの方法は現在でも時々問題となる。伝統医学は患者に「癒されている」という精神的な満足を与えているだけだという極端な意見も一方にあるが、それも評価の尺度の取り方によっては「有効」なものになりうるのである。

中国伝統医学全体の近代的評価がまだ不十分な現在、すぐには結論を出すことはできないが、中国伝統医学の活用の方針の評価にあたっては、当時の保健政策として、他の保健スローガンとともに、人的・物的・技術的保健資源の活用という観点でなされたという視座も必要と思われる。

また、現在、中国の疾病構造も当時とは大きく変わり、欧米や日本と同じく脳・心血管系疾患、癌などが主要な死因となってきた。さらに中医学がものとしても技術としても必ずしも安くはなくなってきた。この新しい保健環境・保健ニーズの中での中医学の再評価も必要であろう。

第二に、伝統医学に関する標準化と多様性についてである。西洋薬についての例であるが、WHOのPHCの具体的な活動項目の一つに必須医薬品という概念がある。薬の数は少なくてもよいため真に有効で安全な薬が安い値段で国民に使用されるべきであるというものである。WHOはこのための約二百種の西洋薬のリストを発表しており、途上国各国がこれをいくらか修正して利用し、無駄な薬の使用を減らす努力をしている。しかし、中国で、WHOのリストをもとに三百弱の西洋薬をリストした「国家基

本薬物」が一九八一年に発表されたが、ほとんど利用されていないようである。

P H Cは、①自助自決の精神に則し、②開発の程度に応じて負担可能な費用で賄え、③地域社会の住民が充分に参加し、④实际的で科学的で社会的に受け入れられる方法を技術にもとづくものの四つを

骨子とするものである。このコンセプトの形成に中国の経験が大いに役立ったことは先に述べたが、P H Cの一環としての必須医薬品のリストが中国であり活用されない背景には、これが発表されたのが、一九八一年と、従来の政治中心主義から、国としての開放路線が始まった後ということもあり、本来の中国文化が強く関与していると思われる。

つまり、中国の医学思想は「あれか、これか？」と問いかけ、「こちらがよいから、こちらのみ」というように限定化し、標準化するものではなく、「あれも、これも」という形になるのである。以前のものをそのまま残してそれに新しい知見を重ねていくという方法は本草書などの記載にも見られる。そして当面する問題に対して、一つの方法ではなくて、歴史的に積み重ねられたいろいろなシステムを取っ替え引っ替え用いるという風なのである。WHOで主に北欧のスタッフにより開発された必須医薬品のよくな限定化し標準化する方向への考え方は、どうも中国にはむかないようである。西洋薬にひきつづき中薬についても必須リストが出るのとことであつたがまだ出ていないのは、地理的な広大さ、植生の多様性の他に、このような理由にもよるのであろう。

最後に、中国の伝統医学は漢民族のものが主体であるが、それ以外の少数民族のものも多くある。元、清の王朝は、それぞれモンゴル族、満州族のものであつたが、チベット族、ウイグル族などでは大陸で地つづきという地理的条件から中国医学や他の医学の影響を受けながらユニークな発展をしている。近年ハンガリーで発掘された七世紀の骨箱に鉄鍼の使用法が記載されていたとのことである。ハンガリーはアジア系の民族であるのでうなずけるが、東欧を含めてヨーロッパにもかなり早くから中国医学が伝わっていたようである。また、少数民族は文化とともに政治的影響を受けやすい。チベット医学は、現在ではインドのダームサラに亡命政府によって設立された、チベット医学研究所においても高度な伝統的教育が行われている。

#### 四、朝鮮半島で―北と南の協力を―

白頭山（中国側では長白山と呼ぶ）を脇に見て朝鮮半島に入る。朝鮮民主主義人民共和国（北朝鮮）はわかりづらい国である。WHOの地域区分では政治的な理由から、筆者が勤務していたマニラに事務局のあるWHO西太平洋地域ではなく、ニューデリーに事務局のあるWHO南東アジア地域に属する。

朝鮮半島では、六世紀の三韓時代の「百濟新集方」を初めとし、十七世紀の「東医宝鑑」や、十九世紀の「四象学説」など、中国医学の影響を受けながら

も独自の発展をとげており、これらは「東医学」あるいは「韓医学」とよばれることが多い。平壤にもWHOの協力センターである東医科学院があり、伝統的薬療法や鍼灸などの分野で、研究・教育に積極的な活動を行っている。

伝統医学に対する国の政策、そのあり様は、一般に「禁止・容認・支持・統合」の四つの段階に分けられる。この最も高いレベルの統合の状態にある国として、中国、ベトナム、北朝鮮、スリランカなどがあげられる。社会体制が大きく関与していることが同われよう。このレベルはそれで、保健水準が高いというものはなく、各国のニーズに合わせて伝統医学が保健サービスの中にどれほど利用されているか、という意味である。しかし、精神主義の影にかかれて見えづらいが、他の国と同じく北朝鮮においても、経済的ニーズが強いことと思われる。

さて、三十八度線を越えて韓国へ入ろう。ここは近代化、工業化への急速な道を歩んでいる。現在、韓国全体で西洋医師が約三万五千人、韓医師はその七分の一の約五千人いる。六年制の韓医師養成の大学が八つあり、両医学とも教育システムとしては立派である。

この韓医師なるものが近代において公認されたのが一九五二年という早い時期であつた背景には、日本統治下で抑圧されていた朝鮮医学の復興というナショナリスティックな動きがあつたことは銘記されてよいであろう。この点、一九六〇年代にアフリカの新興独立国での自国の文化の見直しとともに、伝

統医学が再認識された経緯と共通性を持つ。

韓国では西洋医師と韓医師はパラレル・システムという世界にもあまり例のない排他的システムとなっている。つまり西洋医師が鍼治療や漢方薬を使ったり、韓医師が西洋医学の検査や注射を行ったりと違法となるのである。この制度は矛盾が多くなり現在見直しが図られている。

また、近代化とともに韓医師の多くがソウルや釜山などの都市部に集中するという傾向が見られる。WHOが協力し、韓国人口保健研究が行った調査によれば、セルフケア、韓国で根強い民間医療、韓医師による医療、西洋医師による医療、それぞれに対する人々の行動パターンは、都市部と農村部とはほとんど変わらないという結果が出ている。これも近代化に伴う交通機関やマスメディアの発展によるものであろう。

一九八九年に、中国にある七つのWHOの協力センターのうちの一つの中国中医研究院中薬研究所の協力を得て、WHOで“Medicinal Plants in China”というカラーの写真入りの英文の本を出版した。ここに記される適応症が国際的にも通用するように、中医学的な記載を症候学的なものに変えたり、「癌や結核に効く」といった表現を例えば「結核に伴う咳の軽減」といった風に直したりするにも時間がかかり、出版するのに五年もかかったという筆者にとっても思い出深い本である。この本を先の平壤のWHOの協力センターと、韓国におけるWHOの協力センターであるソウル国立大学生薬研究所と慶熙大学

東西医学研究所からの代表にそれぞれ見せたことがある。一様に彼らも“Medicinal Plants in Korea”を出版したいという。しかし、朝鮮半島の北と南はいくらか薬用植物の種類も異なる。北と南で協力しなければ、この本はできないのだが、その協力が難しい。“Medicinal Plants in People's Democratic Republic of Korea”と“Medicinal Plants in Republic of Korea”の二つになっては困るのである。東西緊張緩和は思いのほかのスピードで進んでいるが、朝鮮半島にも雪どけが生じて早くこの本ができてほしいものである。

## 五、日本で—伝統医学に使うお金世界—

この旅で初めての海路になるが、朝鮮海峡を渡る日本である。日本の漢方医学も今まで紹介してきたベトナムや朝鮮の医学と同じく中国医学の一つのバリエーションである。最も古くは、一千年以上前に、朝鮮半島を通して伝統医学が伝えられ、その後中国大陸から遣隋船、遣唐船などにより直接伝えられるようになる。

この中国医学が日本の展開を示すのは江戸中期以後である。他の日本文化と同じく鎖国体制は日本の伝統医学にも大きな影響を与えた。日本の儒教が古学をとなえ中国古代儒教の復興を意図したのと同じく、日本では漢方の古典のうち歴史的により古いものをよしとする傾向が現れた。また当時伝えられたオランダ医学は長崎という限られたルートをとった

にもかかわらず日本の医学思想に一定の影響を与え、実験を重視する考えが生れた。さらに当時広く蔓延した梅毒に対する治療法の開発の必要性などを背景として、当時の中国医学の思弁的傾向を排し、症候から治療法を直結するより実際の体系が吉益東洞を初めとする医学者により開拓された。

この形成過程を見ると、この日本的なシステムは、日本人の肉体的体質よりも、社会、文化的な要因の方を大きく受けていると思われる。

なお日本には古来よりの「和方」とよばれる民間療法もあるが、神道が道教や仏教の影響を受けているのと同じく、純粹な日本の和方を見出すのは難しい。民間薬としての使い方が、日本にも時を経ずに伝えられた中国の十六世紀の「本草綱目」の記載と近似しているのを見ると、正統的な伝統医学と民間のそれとの交流はかなり多くあったと思われる。

さて、現在の日本の現状を見ると、国民皆保険という世界でも稀なシステムのもとで、医療用として漢方エキス製剤が広く用いられている。一般に伝統薬の使用は歴史的にそう大きく変わるものではないが、日本においては一九七六年の本格的薬価収載以後、その使用量が飛躍的に伸び、十数年で十倍以上となり一千億円を超えるまでになった。これを含めて国民一人当たりの伝統医学に供する費用を見ると世界最高である。

この状況と、今まで述べてきた諸国とを比較してみるといくつかのことが浮かび上がってこよう。一番目に行政的要因が強いことである。保険医療とい

う患者にとつてあまり懐の痛まないシステム、効き目ははっきりしないが、安全な薬が医療機関により多用されるといふシステムがある。二番目に、先進国としての疾病構造がある。伝染性疾患がコントロールされ、慢性、老年性の疾患が増加しつつある。漢方医学的な病因論からみると、「外因」が減って「内

因」、「不内外因」が相対的に多くなつてきている。

これらに対してホーリスティック（全機的）なアプローチが強調され、もともと治療医学として発達した伝統医学の、「病気を治す」というよりも「病人を癒す」という面が利用されている。三番目に、自然なものをよしとする世界的な傾向である。一九六〇年代の薬害を契機として薬に対する不信感が生じ、さらに人工合成品、近代科学、巨大産業に対する否定的な見方が生まれた。さらに、生態学が関心を集め、環境倫理が論議されている。欧米を含めてこれらの動きは、もともと「生きとし生けるものみな同じ」といふ東アジアの古来からの考え方をもち日本では大変受け入れられやすいものである。

これらの状況に対する批判的な意見があるのも日本の特徴である。まず国民総医療費抑制という、先進国共通の立場から、漢方エキス製剤の薬効見直しの動きが起こり、ついで、異なる診断システムを見据えた上での評価の方法が論議されるようになった。現状として漢方薬が、伝統医学の診断システムにもとづいて用いられているのか、近代医学の診断システムにもとづいて用いられているのかが問題になるが、上位十処方では全使用量の八十%以上という

状況は、各患者の状態をそれぞれ漢方医学的に分類して、その上で処方を決めるという漢方医学のシステムとはほど遠いものであろう。また、伝統医学のシステムがニューサイエンスとアナロジーされたり、生態学を語ることがトレンドイな状況には、国際協力の場て明らかになる途上国での低い健康水準からの目が気になるところであらう。

総じて日本では、伝統医学に対する経済的、地理的ニーズはなく、主に文化的、さらに近代工業国での疾病構造にもとづく生物医学的ニーズがあるといえよう。

おわりに

東アジアの伝統医学は、遠い国のそれぞれ独立したのではなく、連続したものである。しばしば東洋の医学は西洋の医学と対比してとらえられる。しかし、より近い東アジアの現実の中での伝統医学を比較してみることにしてもその性格が明らかとなる。東西関係とともに南北関係という視点が今後より重要とならう。

インフォームド・コンセント（説明と同意）が論議され、情報過多な環境にいと、患者による治療選択は人間の基本的な権利であるとなしなしてしまいが、南北問題という視点から見ると、保健水準には経済発展にリンクした一定の段階があり、文化的なニーズは必ずしも正しいものとはいえず、むしろ保健教育が必要という国が多いことにも留意すべ

きてあろう。メコンのほとりから東京の都心へ、モンスーンの風からエアコンの室内へと入ってきたが、東アジアの伝統医学は、奥行の深いシステムが、各国、各民族の多様なニーズに合わせて異なった姿態を見せているといえよう。

参考文献

- 一、津谷喜一郎「東アジア伝統医学史年表の試み」漢方の臨床 床 二十巻号、六〇三—六二一、一九八九。
- 二、Huard, Pierre & Wong, Ming, *La Médecine des Chinois*, Press Univers des Comnaissance, Paris, 1967. (高橋暁正・他訳、「中国の医学」平凡社、一九七〇)
- 三、津谷喜一郎「WHOと伝統医学(1)——世界的な必須生薬リストは可能か——」現代東洋医学、十一巻四号、九一九—九七一九九〇。
- 四、Bannerman, Robert H., et al.: *Traditional Medicine and Health Care Coverage*, WHO, Geneva, 1983.
- 五、津谷喜一郎「内外の伝統薬の行政・評価の現状」臨床薬理 二十一巻一号、二九七—三〇一、一九九〇。
- 六、Lampton, David M.: *The Politics of Medicine in China*, Dawson, England, 1977.
- 七、Unschuld, Paul U.: *Medicine in China*, University of California Press, Berkeley, 1985.
- 八、山本巖「日本漢方・古方への招待」漢方研究 一九八一年八月号、二八—三二六。
- 九、津谷喜一郎「漢方薬の臨床評価に関する十の誤解」HAPPY END、五巻十二号、通巻五十二号、二九—四一、一九九〇。



# 特集 東アジアの科学／技術の系譜

●巻頭座談会 ●東アジアの科学・技術

## 伝統と近代のはざまに立って

全 相運  
杜 石然  
矢野道雄  
吉田 忠  
司会・山田慶兒

西洋科学と東洋科学の比較……………ネイサン・セヴィン……………24

日本の科学の道程……………吉田 忠……………30

ヨーロッパおよび中国における病気と医療の伝統的定義……………パウル・ウシニェルト……………36

中国建築の伝統とその優越性……………田中 淡……………43  
—東アジアの建築文化の諸相

●特別寄稿●  
壑から醫へ……………ジヨゼフ・ニーダム……………51  
解説・山田慶兒

ニーダム研究所の日々……………フランチェスカ・ブレイ……………55

生きている伝統医学——東アジアの現状……………津谷喜一郎……………59

箱庭療法と東洋思想……………河合隼雄……………67

星占いの文化交流——インドと中国・日本……………矢野道雄……………70

日本の本草——「徒然草」と本草……………杉本秀太郎……………74

思考と記号——西洋の数学と日本の数学……………川原秀城……………76

東アジア科学技術史文献案内……………吉田 忠……………79

特別対談  
諸民族の歌流れる 多マニ・ニコニコニキキ  
世界のために……………工藤幸雄……………82

国際交流基金の活動から  
第一回アセアン漫画家展……………91  
地域における国際交流の顕影……………94

表紙裏エッセイ  
伝統と現代……………佐藤 信

監修者 山田慶兒

表紙 井田照一

Garden Project-Locus Sutra-Descended  
Triangle-Well from Karma No.1, 1988  
121.0×146.0×9.0cm 泥で築き取った鉄  
の周囲に水彩着色。ひじかき、骨、石、  
楕圓鉄

表紙デザイン・本文レイアウト 柴水事務所

