2009 年 1 月 21 日放送

私の漢方学習法②

麻生飯塚病院　東洋医学センター　所長　　三潴　忠道

平成 4 年、私は飯塚病院に漢方診療科を開設するために赴任しました。飯塚病院は福岡県の丁度中央あたりの飯塚市にあり、当時のベッド数 1154 床、救命救急センターを持つ地域の基幹病院です。この総合病院は日本でも数少ない株式会社病院で、漢方診療科の設立には、オーナーである麻生泰社長の医療に対する信念と、当事富山医科薬科大学教授の寺澤捷年先生の協力がありました。富山医科薬科大学からは私と、現在は近畿大学教授の新谷卓弘先生が一緒に赴任し、半年後には現在富山大学医学部准教授の後藤博三先生が加わって、医師 3 名体制で診療科の創設に当たりました。

昭和 51 年に漢方製剤が大量に保険薬価に収載されて 16 年経っていたとはいえ、漢方診療がまだ十分に認知されているとはとてもいえない状況の中で、漢方は診療所や病院でも外来診療のほんの一部として使われる程度だったと思います。私は学生時代、小倉重成先生が入院患者を診て孤軍奮闘しながら臨床成果を上げておられる姿に接していました。そこで、漢方が本当の臨床医学として活用されるためには、外来診療だけではなく、重症で入院が必要な患者さんに対しても対応できるシステムを作りたい、と痛切に考えていました。飯塚病院で目指すところは、もちろん西洋医学とも共存し、健康保険を用い、外来から入院、時には病理解剖にも立ち会い、生薬も用いた漢方診療の実践です。漢方診療科の

立ち上げには次のような基本方針で臨みました。

まず第一に、診断と経過観察は現代医学的に実践すること。総合病院の機能を充分に活用し、あらゆる病態をまず現代医学的に検討します。それによって漢方診療の有効性を現代的、いわゆる科学的に裏づけ、臨床成績を蓄積しようと考えました。いわば漢方の有効性を現代語に翻訳する作業です。

二番目は、治療は可能な限り漢方医学本来の方法に則って行う、ということです。まず漢方医学的な診断、つまり証に基づいた漢方方剤を用いることを原則としています。そして治療に用いる漢方薬は、積極的に生薬を用います。私は漢方製剤、いわゆるエキス剤は非常に有益だと思っています。しかし、漢方本来の臨床効果を検討するためには、エキス剤の基となった、生薬を使用した臨床成績が欠かせないと思います。この作業は、入院設備を持つ漢方診療部門の草分けである我々の使命だと考えています。今後は、せめて大学病院などの研究、教育病院では、生薬も用いた診療を行うべきだと思います。

三番目として、必要に応じ西洋医学的治療を併用し、あるいは他の診療科とも連携することです。漢方は好きですが、もちろん西洋医学も必要です。東西両医学を融和し、患者によりよい医療を提供することを目指しています。

最後に４番目として、漢方にも臨床部門として、外来のみならず入院診療、更には不幸な転帰となった患者の病理解剖に立ち会うシステムが必要で、その実践を目指しています。ただ残念なことに、病理医の不足などによって、最近では病理解剖を行いにくい状況です。

臨床に根ざしている漢方医学は、これらの臨床実践や臨床成績の蓄積を通して継承し、医療の向上に寄与していく必要があると思います。その際に注意が必要なことは東西両医学を融合するのではなく、それぞれの個性を活かした融和が大切です。問題は、入院患者も引き受けるこのような診療は健康保険で行うべきですが、採算的に成り立ちにくいことです。社会的に何らかの支援策が求められます。

以上の様な漢方診療科に、何人もの医師が集まっています。現在の常勤スタッフは私を入れた 5 名の他に出向中の１名です。他には、専修医つまり後期研修医として１名、給料の出ない実習医が２名、他部署との掛け持ちが 1 名の 4 名が常駐しています。また外来診療や病棟回診の見学に訪れている医師が 10 名以上います。こういった研修中の先生方への、私なりの方針というか、注意事項をお話してみます。

まず、当科に来ると決める前のことになりますが、医学部卒業後の一時期は西洋医学一筋に研修することです。西洋医学と漢方を同時に学ぼうとすると、例えば西洋医学的に未熟なために治せない部分を西洋医学の限界として漢方に頼る、あるいはその逆が生じ、どちらも十分に上達しない危険があります。卒業試験、医師国家試験と、折角西洋医学の勉強をしてきたのですから、その延長線で、まず西洋医学をある程度まで身につけた方が良いでしょう。さらに西洋医学的にも得意な専門分野を持っているほうが臨床医としての深みが出て、将来、漢方医としても伸びるように思います。私の場合は、学生時代に漢方、卒後 4 年間が西洋医学の内科、それから今の、漢方が主体ですが両者を用いた診療になり

ました。内科の中での専門分野が曖昧な点が、私の弱点だと思っています。

また初心者は、教わる相手を一人あるいはそのチームに絞ること。指導者を決めたら、色々と他に手を出してはいけません。当科では、赴任後、最低 1 年間は私たちの講義以外の研修会などには出席を禁じています。漢方医学は歴史があるだけに幾つかの流派があり、また臨床実地が基の医学ですので、人によって意見が異なることもあります。初心のうちからいろいろな考え方を見聞きすると、混乱しかねません。一つの流れが身について、幹ができてから、広く学んで自分の世界を作るのです。

教わるときの心がけとしては、いちいち批判的なことを言わず、まずは先輩の言うとおりに真似ることです。学ぶ、とは、真似ることが重要です。私は今でも、藤平健先生の手つき、小倉重成先生の言い方、を自分の診療の中に感じることがあります。もちろん、ある程度から先は、自分の臨床体験に基づいた考えを持ち、自分で判断し、時には疑問を述べることが必要です。いつまでも、『師匠の言うことはすべて正しい』という態度は困りますが、初めはできるだけ真似てみることが重要です。

学ぶべき方剤は、傷寒論と金匱要略収載の古方を重視しましょう。古方は陰陽、虚実など方剤の適応病態つまり証が明確で、また構成生薬の種類が比較的少なく、効果の切れ味がシャープです。この中で、自分がよく経験する薬方をしっかりと勉強し、身につけることです。決して多くの方剤を覚えることを急ぐべきではありません。

各々の方剤にはその個性があり、それを人格になぞらえて方格といます。そのようにして幾つかの方剤が身につくと、陰陽や虚実、表裏などを軸とする、いわば証の多次元空間が構成されてきます。この空間の体得が重要です。ここが本当の漢方診療と、西洋医学的な診断によって漢方薬を使う、小倉先生が言われたところの漢方薬使いとの違いです。その後、当然ながら必要に応じて使用方剤の種類が増えていくことになりますが、なるべく古方で行くべきです。後世方に手を出すとキリがありませんし、構成生薬が多く陰陽・虚実などの方意がわかりにくいことが多いように思います。斯くいう私は後世方も使いますが、古方の運用で得られた証の空間のどこに位置するのかを考えて使うようにしています。また、用いる方剤の種類は極力増やさないようにしています。

さらに、西洋医学的にも専門分野を持つことは、臨床の深みを増して、漢方も一層、上達します。私は自分が学位のテーマとした慢性腎不全の分野で、その分野独特の漢方の運用方法があることを経験しました。西洋医学的な病名や検査所見などが方剤選択の参考になることも、もちろんあるのです。

そこで最近、一般の医師向けではありますが、飯塚病院の院内報に連載した、身近な症状や病態に対する簡単な漢方薬の運用方法を本にまとめました。

ただし、あくまで漢方の基本は、病気ではなく病気を持った人間つまり病人を診て、その病人の病的状態、あるいは健康状態からのバランスの乱れを判断し、バランスの正常化に手を貸すことです。これが証に随って治療方剤を選択する、ということなのです。その結果、生体の持つ自然治癒能力を引き出し、病態が改善する、つまり病気が治るのです。

従って、主訴や治療目標となった疾患以外の病気が並行して、時には先に改善することもよく経験されます。漢方は病気と対決する医学ではなく、病人を援助する医学だと思うのです。

最後に、飯塚病院漢方診療科のホームページでは、地域の勉強会の資料や研修の実際などを公開しています。一度、我々の実践の様子を見ていただければ幸いです。