

総合診療と東洋医学

津田篤太郎

JR 東京総合病院リウマチ膠原病科

General Modern Medicine and Oriental Traditional Medicine

Tokutaro Tsuda

Department of Rheumatology, JR Tokyo General Hospital

総合診療とは

日本の医師教育は、長らく医局講座制の支配の下、卒業直後から所属する専門科教室に従属するようになり、博くほかの診療科の知識に触れる機会を失いがちとなった。その結果、医師が実地臨床で多種類の疾患を抱える患者に出会った場合、非常に対応に苦慮することが多く、医局のセクショナリズムの壁に阻まれ、ほかの診療科との連携がうまくいかず、適切な医療が提供されないこともしばしばであった。しかも、戦後の日本は平均寿命が大幅に延長し、多種類の疾患を抱える高齢者が増加したため、従来の医師教育では社会のニーズを満たせないものになりつつあった。

そうした問題が表面化しつつあった1976年、奈良県天理市の天理よろづ相談所病院に、全国に先駆けて総合診療方式による研修制度が始まり、その2年後、佐賀医科大学（現・佐賀大学医学部）に「総合診療」を担当する講座が設置された。これらの試みは次第に全国に広がり、2000年には日本総合診療医学会が設立（2010年より日本プライマリケア連合学会に改組）、さらに2004年より臨床研修が必修化され、すべての医師はその卒後初期研修にて各診療科の研修を義務付けられることとなった。これは、最低限の「総合診療」が全国に普及するよう政策的に誘導されたものといえる。

2009年にはNHKで番組「総合診療医・ドクターG」が放送開始され、「総合診療」の概念は医療関係者以外にも知られるようになってきている。一般の人々は、総合診療の「病気ではなく病人を診る」という理想に

共感し、問診や身体診察に重点を置き検査や投薬の適正化を訴える姿勢に期待しているが、実際は各科の専門医が他科の知識を少しずつ学習し、皆で分担して「総合診療」に近いものを提供している、というのが現状ではないだろうか？ 総合診療科を専門の第一に掲げる医師はまだまだ多いとはいえず、英国のように開業医がGeneral physicianとしてのトレーニングを受け、その役割に徹底する制度にはなっていない。このような状況で、「総合診療」に対する過度な期待、特に医療コスト軽減の切り札としてのみ「総合診療」が強調されることには、筆者は違和感を抱かざるを得ない。

東洋医学にみる「総合診療」

儒教の古典「周礼」によると、中国の周代（紀元前12世紀～紀元前8世紀）、医師は「食医（食餌療法家）」「疾医（内科医）」「瘍医（外科医）」「獸医」の4つに分類されていた¹。また、漢書芸文志では、前漢時代（紀元前206年～紀元後8年）の医学関係の宮廷蔵書を「医経（医学）」「経方（薬学）」「房中（性医学）」「神僊（運動療法）」の4分野に分類されていた¹。

時代が下って、7世紀の唐時代に入ると、世界最古の国立医学教育機関である「太医署」が設置され、医科、鍼灸科、按摩科、咒禁科の4つの分科があった²。このうち、按摩科は傷科、すなわち現在の外科に相当する範囲を含んでいたようである。

咒禁科は、まじないの意味であるが、一種の精神療法と見ることもできる。中国医学の最古の文献のひとつ、「黄帝内経素問」には「古の治病、惟だその精を移

Correspondence to Tokutaro Tsuda, Department of Rheumatology, JR Tokyo General Hospital, 2-1-3 Yoyogi, Shibuya-ku, Tokyo 151-8528, JAPAN

E-mail: t-tsuda@jreast.co.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

し氣を^{しゅうゆう}変じ、^い祝由して已ゆるべし。今世の治病、毒薬はその内を治し、鍼石はその外を治す。」という条があり、「毒薬」や「鍼石」を用いる治療に先だって、「祝由」と呼ばれる、一種の精神療法が存在していたことが分かる。

明時代(1368~1644)には、この祝由科を含め、大方脉(内科)、小方脉(小児科)、婦人科、瘡瘍科(皮膚科)、鍼灸科、眼科、口齒科、咽喉科、接骨科、傷寒科(感染症)、金鏃科(戦傷)、按摩科の13科に診療科が増える³が、その後西洋医学の流入による影響を受け、明時代の末期には6科まで統合されたとのことである。(中央大学人文科学研究所・土屋悠子氏のご教示による)しかも、多くの「内科医」は「祝由」の技法も巧みに取り入れつつ、幅広く患者の治療に当たっていたという⁴。

東洋医学の基本理論と「総合診療」

東洋医学を含め、東洋思想の根本原理に「五行説」という理論がある。この世の森羅万象は木・火・水・金・水の5つの要素から成り立っているという考えであり、古代人の素朴な自然認識に基づいた世界観である。天体の惑星や、カレンダーの曜日も、五行説がそもそもの由来となっているが、人体も五行説に従っていると考えられていた。この医学版五行説ともいべきものが「五臓論」である。

五臓とは、肝・心・脾・肺・腎の5つの「臓」であるが、解剖学的に規定された西洋近代医学の概念とは異なる。たとえば、「肝」は様々な物質の新陳代謝を担うとともに、筋肉のトーンや感情を司ると東洋医学では考えられており、現代医学的にいえば肝臓や脾臓(網内系)、交感神経の働きも包含している。また、「脾」に至っては、Spleenとは全く違い、消化器系全般を指しており、しかも「思考」を司るとされている。このように、五臓は、臓器ではなく、5つの器官系・システムととらえるほうが、より東洋医学に即した理解となる。

東洋医学は、「五臓」を5つの臓ごとに研究して、その機能や働きを分析する、という方法論を採らなかった。西洋医学では解剖学や組織学が強固な基盤となっており、人体をバラバラに分解することにより、精密な観察が可能になり、生理学や病理学の理論が構築されていくのであるが、江戸時代の漢方医、尾台榕堂は、そうした西洋医学的方法論の長所と限界を次のように喝破している。

「西洋の医法は、(中略)府臓の形状・位置、官能の

職掌・色味、運動・意識より、以て血液の環流する所以、^{しつちん}疾疢の萌生する所以の理に至るまで、^{せんさく}穿鑿細弁して、その説を極めざる無し。余を以てこれを見るに、^{かいせん}其の論述する所は精細なりと雖も、亦た恐らくは乖舛無きを免れざらん。何となれば則ち死屍を解剖して、以て生人の機運を推す。形状は得べきも、機運は得べからず。機運は推すべきも、機運の変化して病を成す所以は、得て極むべからず。⁵

バラバラに分解すると、観察の「解像度」は上がるが、それは“死んだ”状態であり、生きて動いている状態の近似でしかない。観察の「解像度」が下がっても、システムが生きて動いている状態をリアルタイムにとらえよう、というのが東洋医学的な生体観なのである。そのため東洋医学では、5つの器官系の機能を明確に分節化する方向ではなく、全体としてどのように機能しているか、5つの器官系の間の相互作用 interaction を究明する方向で、個々の病理や病態が記述されることが多い。

したがって、臓器別の専門診療科に細分化していく西洋近代医学に比べ、東洋医学は多臓器にまたがる疾患を抱える multi-problem 症例を受け容れやすいのである。明時代に13科まで分化したと述べたが、肝臓科・脾臓科…というように五臓別に診療科が分かれるようなことにはなっていない。また、「祝由科」が存在しているものの、「感情」の問題は肝の異常と、「思考」に関する症状は脾の異常とみなされ、現在ならば「心療内科」や「精神科」に紹介されるケースも、漢方医や中醫師が治療していたであろう。東洋医学では、「心身一如」、すなわち心理的・精神的症状も「五臓」という身体の次元に翻訳されて診断・治療することが多い。臓器別の仕切りがなく、身体と精神の壁も低い東洋医学の基礎的コンセプトは、究極の「総合診療」に近いものではないだろうか。

東洋医学の新たな「総合」の次元一

①人と人をつなぐ

坂上香監督のドキュメンタリー「トークバック・女たちのシアター」(2013年公開予定)という映画の中で、カリフォルニア州立大学病院のエディー医師は、外来フォローしている HIV 患者のうち、7人が死亡したが、その死因は自殺、殺人の被害、薬物中毒、治療拒否であり、ひとりも AIDS で死亡していないと述べている。そのことがきっかけで、演劇活動を通じ患者を支える活動を企画する、というのがこのドキュメンタリーのあらすじであるが、疾患に対する医療的な処置だけでは不十分で、患者の抱える根本的な

psycho-social な問題を解決する必要に迫られることが、実地臨床でしばしば経験される。

国立社会保障・人口問題研究所の調査⁶によれば、夫は妻に死別すると5年、離別すると10年寿命が短くなることが分かっている。また、Parkes らの研究⁷によれば、妻に先立たれた男性は、死別後半年の死亡率が妻のいる同年代男性に比べ40%増加し、循環器疾患による死亡は約1.6倍にのぼるといふ。疾患は健康や普段の生活、経済的基盤を損なうだけでなく、しばしばひとを孤立させ、生きる意欲を奪ってしまうことがある。また、家族内や職場などの対人関係不和がストレスや生活習慣の乱れにつながり、疾患の原因そのものや増悪因子となっていることもある。

患者が病気と孤独を抱え、医療者のもとを相談に訪れるとき、患者も医療者も、病気の症状に隠された根本的な問題に気付いていない。西洋医学的な考え方では、いかにラポールを形成し、聞き漏らしがないよう適切に質問して、巧みに問題点を抽出するかが問題とされるが、東洋医学のアプローチはもう少し受動的なものである。

東洋医学の伝統的な診察法は「四診（望・聞・問・切）」といわれるが、手技療法家の増永静人は、これを恋愛の4つのステップになぞらえている⁸。

まず「望診」は患者の歩容や顔色などを窺うことであるが、「夜目・遠目・傘の中」—これらは想像力がかきたてられ心が動きやすい状況である—つまり「望診」は細部を明確に見ようとせず、全体をぼんやりととらえるほうがよい、というのである。そして「聞診」は患者の声や呼吸音、体臭や便臭に関する診察であるが、これを増永は「声音・衣擦れの音・漂う香り」と表現している。

言葉を交わす前に、十分に患者の存在を感じたあとで「問診」である。増永の言葉を借りれば「本心を探りだそうといろいろ話しかける」ということであるが、どのように話しかけるかは、「望診」「聞診」での患者の様子に非常に左右される。場合によっては「具合が悪そうですね」「お辛そうですね」と患者の症状を一部先回りして述べることで、信頼関係をいち早く築くこともできる（「不問診」）。

そして「切（接）診」、すなわち脈診や腹診など患者に接触して行う診察である。これも増永のたとえでは「相手に食い込むほどに深くなる」「ただなでるような触り方は失礼」ということである。恋愛でも診察でも、相手のからだに触れるというのは重大なプロセスであり、ただ医療者が患者の身体内部の情報を得てそれで終わり、ではない。医療者が患者の何かを感じ取るの

と同様に、患者も医療者の何かを感じるのである。

望診・聞診・問診で築いた信頼をもとに、切診で医療者と患者は身体的な接触をもつのであるが、これは人と人の「つながりの作法」を示すプロセスであるように筆者には思われる。こうした「四診」を繰り返していると、こちらが想像もできず尋ねもしないようなことを患者の側からポロリと洩らされるということをししばしば経験する。恋愛と同じく how to 式方法論として明示することが難しいのは、潜在意識 subconsciousness に委ねている部分が多いプロセスだからであろう。一見単純な「作法」を通じ、意識の下にあるもの、意識ではどうにもならないものの存在を示すのが、非常に東洋らしいところである。

東洋医学の新たな「総合」の次元—

②人と大自然をつなぐ

中国宋代（960年～1279年）に広まった東洋医学理論の一つに、五運六気の説（「運氣論」ともよばれる）というものがある。五運とは、五行説に基づく木運・火運・土運・金運・水運であり、六気とは風・寒・暑・湿・燥・火をさす。すなわち、自然界の天文、気象と気候の変化が人体に健康と疾病をもたらすことを研究する学説である⁹。

日本漢方では運氣論に否定的だが、中医学ではいまだ支配的な学説である。例えば、中国広東省でSARS（重症急性呼吸器症候群）が流行した2003年は、干支が癸未であり、天文と暦法の補助変数を用いて運氣論的に年次気候の特徴を分析したところ、湿気が多く寒い年になると考えられた。広東省は中国南部に位置するもともと暖かい地方であるため、例年のない湿気や寒気が襲来すると、体調を崩す人が続出しやすい。そのため、2003年は広東省を中心に感染症の流行が冬季に始まり、湿気や寒気が弱まる夏季までに収束すると予測され、実際にそのとおりになった、という¹⁰。

天文学や暦法で感染症の流行を予想するなどという発想は、近代科学的には全く荒唐無稽で、顧みられることはないが、いわゆるグローバル化の急速な進展とその歪みが顕在化する今日、自然環境や、政治・経済など大きな社会の動きが、人々の健康に及ぼす影響をもう一度考えるのは無駄なことではないだろう。

国際赤十字・赤新月社のレポート¹¹によれば、世界には10億人の飢餓人口がいる一方、15億人もの肥満人口がいる、という。つまり、肥満人口が飢餓人口をはるかに上回っているのであり、全世界の食糧生産がすべての人々を養うに足りない、ということではない。

食糧の偏在こそが問題なのである。もう少し踏み込んだ表現を使うならば、飢餓の人々から食糧を奪い、肥満の人々の口に流し込むようなシステムになっている、という言い方もできるだろう。

このような非道なシステムの背景には、気候変動・食糧価格やエネルギー価格の上昇・農業関連産業の歪み・グローバル市場と投機・地方/国レベルの不公平な交易条件・各地の紛争や難民・急速な都市化の進展と食習慣の変化・土地や水などの資源枯渇・不適切な農業慣行や小規模農家からの搾取・深刻な性差別や身分差別など¹¹⁾、たくさんの深刻な社会問題が複雑に絡み合っている。そして、こうした問題のひとつひとつが生活習慣病や栄養失調だけでなく、PTSDや幼児虐待、自殺から、HIVや鳥インフルエンザなどの新興感染症、自然災害と放射能汚染にいたるまで、人々の健康な生活を脅かす様々な出来事の要因となっているのである。

もちろん、現在の社会と医療を蝕む諸問題が「運氣論」や東洋医学・思想ですべて解決できるものではないが、近代西洋医学は人と社会のつながり、人と大自然のつながりを等閑視しがちであり、だからこそこうした諸問題が解決を与えられず積み残されたのかもしれない。東洋医学との比較によって、現代医療に抜け落ちているものを見直すということが、今後ますます必要になってくるだろう、と筆者は考える。

結 語

近代科学、および現代医療は専門分化を遂げること

により長足の進歩を遂げたが、大きな視野での展望が失われ、「つながり」を見ない傾向を強めている。本稿では東洋医学の中にある「総合診療」的な視点として、病気と病気のつながり・心身のつながり・人と人のつながり・人と社会/環境とのつながりを列挙して概説した。東洋医学そして東洋思想の「総合的」視座は、時代のラディカルな批判者としてのポテンシャルを秘めている。

文 献

1. 社団法人日本東洋医学会 学術教育委員会編集：入門漢方医学. 2002; pp7-16, 南江堂 東京.
2. 安井廣迪：医学生のための漢方医学【基礎篇】. 2008; pp20-24, 東洋学術出版社 千葉.
3. 土屋悠子：明代醫生の科擧應試. 次世代人文科学研究 2011; 7: 67-88.
4. 松田邦夫：移精変気について. 漢方の臨床 2005; 52: 361-375.
5. 尾台榕堂(松本一男 訓註)：訓読校註 井観医言. 第二版, 2007; pp116-117, たにぐち書店 東京.
6. 石川 晃：配偶関係別生命表1995年. 人口問題研究 1999; 55: 35-60.
7. Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG: Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *British Medical Journal* 1969; 1: 740-743.
8. 増永静人：経絡と指圧. 1983; pp244-276, 医道の日本社 神奈川.
9. 山田慶兒：気其自然像. 2002; pp8-26, 岩波書店 東京.
10. 鄧 鉄涛：【特集/広東省とSARS】誇りある中医学治療の実現—広州で結実する徒弟制度. *中医臨床* 2004; 25: 284-291.
11. 国際赤十字・新赤新月社連盟：世界災害報告(要約). 日本語版, 2011; pp4-8, 日本赤十字社 東京.

(受付：2013年7月31日)

(受理：2013年8月19日)