

慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	蘭学と漢方医学
Sub Title	
Author	秋葉, 哲生(Akiba, Tetsuo)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.1 (2004. 3) ,p.61- 62
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	http://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20040300-0061

蘭学と漢方医学

出島に置かれたオランダ商館を通じてわが国に流入した西欧の学術は蘭学と総称された。そのなかの医学は、薬物を意味する方を付して蘭方と呼ばれた。

1774年に杉田玄白等の『解体新書』が世に出たことに象徴されるように、西洋医学である蘭方は江戸時代のわが国において次第に公然の存在となった。蘭学に関心を持つものも次第に増加し、幕末には何らかの意味で蘭学を習得して蘭方の知識を持った漢方医は、京都周辺では医師全体の29%（『洛医人名録』）に及んだといわれている。

また、明治8年（1875）の内務省衛生局第一次年報によれば、医師の総数23,248人中、西洋医5,097人（22%）、漢方洋方折衷医2,524人（11%）、漢方医14,807人（64%）、その他831人（4%）であった。時代が進むにつれて漢方医のしめる割合が低下するのは、西洋医学による医制を發布した明治政府の意図したところであった。

明治以前の19世紀のわが国では、蘭方の教育はもっぱら蘭学の私塾でおこなわれていた。有名なものには、江戸の伊東玄朴の象先堂（1833年開設）や大阪の緒方洪庵の適々斎塾（1838年開設）があって幾多の人材が輩出した。

『福翁自伝』には、福沢先生が適塾に学ばれた当時のことが書かれていて、『ただ、当の敵は漢方医で医者が増ければ儒者までも憎くなって、…、ことに漢医書生は之を笑ふばかりでなく之を罵詈して少しも許さず…』（150-151頁、第十四版、時事新報社、昭和11年刊）とあり、当時の蘭学塾は漢方医を排撃する急先鋒であったようである。先生は封建的なものを蛇蝎のごとく嫌われたから、漢方医とみると封建時代の守旧派の象徴とみなされたのであろう。

しかしこれはわが国に西洋医学が扶植される以前のことであり、西洋医学が隅々まで行き渡ると今度は別な意味での弊害が生じてきた。いまでは西洋医学一辺倒でなく、漢方の治療医学としての優れた側面を活かして満足度のたかい臨床医学を構築する方向性へと大きく政策的な舵がきられている。

いまでは誰も省みなくなっているが、明治政府の方針に対して当時の漢方医の団体がどのような主張をして漢方医学の存続をはかったかについても触れてみたい。

第一は疾病構造が人種により相違するので、外国の医

術のみでは治療に齟齬をきたすおそれがあること、第二に漢方医学はあまり物財を要しない簡素な治療体系であるので医療費が低廉であること、第三に（明治になってから）養成された西洋医は僻地や地方に行きたがらないので、漢方医は地方住民のために必要であること、などである。

第一の主張は当時の有り様からみれば臨床医の経験からする言葉と思われるが、今日にも通用するものである。いま相補代替医療の必要性が叫ばれる理由の一端はここにある。

第二の漢方治療は経済的な医療であるという点は、現在日本東洋医学会などで筆者等が盛んに主張していることである。医療費の高騰が問題視される今日こそそのような長所を臨床研究で明らかにしたいものである。

明治22年の帝国議会に出された請願書には、漢方医学と「漢」の字が使われていることに対して、「漢」という文字を用いているが実際はわが国で千有余年の歴史があり、わが国の英傑輩が「千辛万苦」して発明する所にして現在の中国大陸の医学とは雲泥の差のある本邦固有の医学であると力説している。弁明めいたこの文章には、清国とのつばぜり合いが始まっていた当時の世論に配慮した一面があるようにもみうけられる。このあと明治22年に日本は清国に宣戦を布告した。

福沢先生が適塾に学ばれる約50年前の1803年ごろ、大阪の伏屋琴坂（1747～1811）という医師が『和蘭医話』という書物を刊行した。彼は漢方医であったが、杉田玄白（1733～1817）らの『解体新書』に触発されて蘭学をまなび、ついに人体の解剖まで行うようになった。

『和蘭医話』で注目されるのは、解剖時に腎臓につながる血管に管をさしこんで墨汁を吹き入れて後、管を抜き取って手で腎臓を握りしめれば清澄な水が「ベッケン」に出てきて、それは七、八寸の「管紐」を通り膀胱にいたり、最期に尿道を経て排出されることを記録したことである。この研究は『ボーマン、ルードウィッヒ、ハイデンハインなどの腎機能の生理学的研究の先駆をなすもの』（内山孝：医学古典集 伏屋琴坂著 和蘭医話 日本医史学会編、医歯薬出版株式会社、1973年）である。

われわれ漢方研究者にとってうれしいのは、彼が無類な西洋崇拜者でなく、随所に漢方医学の長所と西洋医学の長所を並列して論じていることで、最期まで冷静に実務家の目を以て東西両医学をながめていることである。これが西洋医学唯一崇拜の風潮がまだ支配的な医学界で伏屋琴坂がいまひとつ高い評価を下されない一つの理

由であるといつては言いすぎであろうか。それは全身麻酔薬を考案した華岡青洲などの業績についてもいえることであるが、

秋葉哲生 (あきば病院)

思考力を持つ医師

“Hours of boredom, minutes of terror”¹⁾ -- 「麻酔」の本質を表現した言葉である。患者の状態に大きな変動も無く、「退屈」と感じられるほどの手術経過の中に、時折麻酔科医自身の心臓が止まるかと思うほどの、事態急変の可能性が潜んでいる。患者の生命維持に直結する行為を「退屈」と表現するとは、何と不謹慎と思われる読者も多いかと思うが、筆者はあえて「退屈」と言い切ることこそ、麻酔の安全を支える精神があることを論じてみたい。

全身麻酔は導入(患者の意識消失まで)、維持(手術開始から終了までとはほぼ同義)、覚醒の3つの時期に分けられる。これはしばしば航空機の離陸上昇、水平巡航飛行、降下着陸と比較される。航空機事故の大半は離陸時の3分間、着陸時の8分間に集中しており、「魔の11分」と言われている。麻酔においても、導入と覚醒は、患者の意識、自発呼吸、循環がきわめて短時間に大きく変動する時期であり、換気困難、低酸素症、血圧低下などの危険な事態も起こりやすい。しかし、本来これらの変化は、麻酔薬の薬理作用から、ある程度予測できる現象であり、しかもこの時期に薬物投与、マスク換気、気道確保などの「手を使う行為」を連続的に行う麻酔科医の注意力はかなり高い状態にある。パイロットは離陸滑走を始める時に、万一途中でエンジンが故障した場合離陸を中止するか、あるいは離陸して上空で燃料を放出した後、緊急着陸するかを常に考えており、その決断を下すための臨界速度も計算している。今まさに快適な空の旅に出発という時に、全エンジン停止という最悪の状況を考慮するわけである。この「最悪のシナリオを想定する」ということは、麻酔に限らずあらゆる医療行為の安全のために、医療提供者が身につけるべき基本的な姿勢であると筆者は考える。卑近な例では、気管挿管が困難な場合、第2、第3の方策がとれるよう、常日頃から習練を重ねることや、血圧低下に対処するための昇圧薬の準備といったことになる。執刀医には失礼かもしれないが、申告された手術予定時間や予想出血量を麻酔科医が信用しないのも、「最悪のシナリオを想定する」ためである。

反面、安定した水平巡航中の事故は少ないとされているが、わずかひとつの航法モードスイッチの切替間違いによる航路逸脱や、自動操縦装置と手動操縦のコンフリ

クトによる墜落の例もある。機体、天候、管制とのコミュニケーション等を含めた現状認識 (situation awareness) の誤りによる事故である²⁾。「みずからの置かれた状況を正しく認識する」ことは重要である。たとえば切断指再接着術の麻酔中は、一旦安定すれば、手術野からの出血は無視できるほど少なく、患者のバイタルサインもほとんど変動しない。顕微鏡下の繊細な操作のために鎮痛と不動化を提供するのみである。これを「退屈」と感じる麻酔科医が多いことはあえて否定しない。つい居眠りをしてもまったく不思議ではないが、このような時期にも気管チューブと呼吸回路のはずれ、麻酔薬の残量確認忘れなど、事故の陥穽は確実に存在する。これらを防ぐには、「退屈」な時期であるからこそ、事故につながる危険があることを明確に意識する以外にはない。

「現状認識」能力の欠如が一因となったと考えられる医療事故が後を絶たない。内視鏡下の前立腺手術による死亡事故が広く報道されたが、止血操作に難渋した上に、開腹に切り替える判断の遅れが、致命的になったようである。予想を超える出血に直面して、「頭に血がのぼる」状態になって冷静な判断を妨げた可能性は否定できない。事故を受けて関連諸学会は内視鏡手術を行う医師の技能向上対策の検討を始めた。技術の修練を積むことは当然であるが、どんなに熟達しても、不慮の事態は起こりうる。そのような事態に遭遇したときに、自分ならどのような思考、行動をとるかを平時に考え、必要であれば自らの性格や行動様式を修正するような研鑽が、重要であると考えられる。

単なる行為を羅列したマニュアルを作って事足りれりせず、その基盤となる思考、判断力の養成が今後の医療事故防止の主眼となるべきであろう。手術の成否を決めるのは切開 (incision) ではなく、判断 (decision) である³⁾。現役機長が著した書物に寄せて、柳田邦男氏は「思考力を持つ機長」像を提言している。医療過誤報道が日常茶飯事のように感じられるようになってしまった昨今、初心にかえって自らの行動を律すべく、医療界もまさに他山の石とすべきである⁴⁾。

文 献

- 1) Crisis management in anesthesiology. Gaba DM, Fish KJ, Howard SK Churchill Livingstone 1994.
- 2) Human factors in air traffic control. Hopkin VD. Taylor & Francis 1995.
- 3) Near misses in cardiac surgery. Lee ME. Butterworth Heinemann 1992.
- 4) 機長の危機管理. 桑野啓紀, 前田荘六, 塚原利夫. 講談社 1997.

木山秀哉 (北里研究所病院 麻酔科)