



日本TCM研究所  
安井 廣迪 先生



熊本赤十字病院 総合内科  
加島 雅之 先生

# 漢方医学の 発展をめざして

## — 迫りくるパラダイムシフトに どう応えるべきか —

中国伝統医学より変革を遂げ、江戸時代にわが国独自の医学として確立した日本漢方は、現在は西洋医学的な標準治療とのハイブリッドにより、さらなる発展を遂げようとしている。西洋医学と東洋医学のハイブリッドは、わが国なればこそ成し得るものと思われる。

そこで今回は、漢方医学の歴史と構造の研究、教育、そして国際化に深く携わっておられる日本TCM研究所の安井廣迪先生をお迎えし、漢方医学の過去、現在、そして未来への軌跡について熊本赤十字病院 総合内科 加島雅之先生と対談していただいた。

### I 日本の漢方医学の礎は 江戸時代に築かれた

**加島** 日本に伝来した中国伝統医学は江戸時代に画期的な変革を遂げました。まず、その流れの中でどのような特徴が挙げられますか。

**安井** 16世紀になると、陰陽五行説<sup>1)</sup>を基本思想とする明代の医学を、曲直瀬道三<sup>2)</sup>を中心とする後世派<sup>3)</sup>の医師たちが日本に導入し、日本の実情に適合させ、普及させることで医学に革新をもたらしました。しかし、江戸時代中期

になると儒学の復古思想の影響を受け、医学においても「古に帰る」ことが重要視され、『傷寒論<sup>4)</sup>』へ回帰する機運が高まりました。名古屋玄医<sup>5)</sup>らにはじまる古方派<sup>6)</sup>の医師たちは医学の真理が『傷寒論』の中にあると考えたのです。彼らは『傷寒論』に記載されている方剤の構成とその意図や法則をなんとか言語化しようとしたようですが、ついにできませんでした。そこに登場した吉益東洞が、理論を取り払って症候と処方とを直接つなぐシステムを作りました。これが方証相對<sup>7)</sup>と呼ばれるシステムです。

**加島** 日本の外国文化の受け入れ方の特徴として、背景の

1) 陰陽五行説(いんようごぎょうせつ)：自然界のさまざまな変化や関係を「木」「火」「土」「金」「水」の5つの要素に分けて説明する理論。  
 2) 曲直瀬道三(まなせ・どうさん)：1507～1594年。「日本医学中興の祖」とされる。明代中期の医学を集大成して、現代の弁証論治とはほぼ同義の「察証弁治(さつしょうべんち)」を確立し、後に後世派と呼ばれる流派の祖となった。  
 3) 後世派(ごせいは)：明代中期以降の医学が日本に受容され形成された一派。伝統理論を重んじる。  
 4) 傷寒論(しょうかんろん)：後漢末期に張仲景(ちやうちゅうけい)によって編纂されたとされる。「傷寒」という急性熱病の症候と治療を述べた書物。この中の処方は、後の中国伝統医学の処方の基礎となり、江戸時代の日本ではこの書を重視する流派(古方派)が生まれた。  
 5) 名古屋玄医(なごや・げんい)：1628～1696年。『傷寒論』『金匱要略(きんぎょうりやく)：『傷寒論』張仲景の傷寒以外の「雑病」の部分を単離したものをまとめたもの』を重視してその研究を行ったため古方派の始まりとされるが、陽(火)を補うことを治療の第一とし、明代の医学の理論を踏襲している。  
 6) 古方派(こほうは)：江戸時代中期に興った漢方医学の流派。医学の原理を『傷寒論』『金匱要略』に求め、この中の処方(古方)を用いて治療を行った。代表的人物に名古屋玄医、後藤良山、松原一閑斎、香川修庵、山脇東洋、吉益東洞、永富独嘯庵などがある。  
 7) 方証相對(ほうしょうそうたい)：症状と主に腹診を中心とする所見の組み合わせとしての「証」とそれに対応する方剤の組み合わせで、処方を選択する手法。なぜ、その症状・症候にその処方が対応するかの理論は分析の対象としない。

# 漢方医学の発展をめざして

— 迫りくるパラダイムシフトにどう応えるべきか —



加島 雅之 先生

2002年 宮崎医科大学 医学部 (現:宮崎大学医学部) 卒業  
 同 年 熊本大学医学部 総合診療部 入局  
 2004年 沖縄県立中部病院 総合内科 国内留学  
 2005年より現職  
 2006年 亀田総合病院 感染症科 国内留学

理論を重視せずに具体的な事象のみを受け入れる傾向が強いように思います。

**安井** そのとおりです。ですから、時代を経るにつれ、その背景が分からなくなってきたということが言えます。

**加島** その後は理論が中抜きにされ、口訣化していったわけですね。古方派でも山脇東洋<sup>8)</sup>のように『傷寒論』の背景にある理論そのものの復活を目指していた人物もいます。一方、吉益東洞<sup>9)</sup>は『傷寒論』の背景の理論を、そもそも認

知できないものという立場をとりました。代わりに病態論の核である病因を分析の対象外の“一毒”とよび、「万病一毒説<sup>10)</sup>」を唱えました。この後、吉益東洞の嗣子である吉益南涯<sup>11)</sup>は、さらに新しい理論として「気血水論<sup>12)</sup>」を唱えましたが、これは吉益東洞の「万病一毒説」の症状・症候からのみ導き出される一毒では、あまりにも認識しにくいので、吉益東洞が捨て去った伝統概念の名称を用いて一毒のあり方を分類する方法であったわけです。

**安井** 吉益東洞以前の医学は、当時の中医学理論(いわゆる後世派理論)で診断から治療までを考えるシステムであって、症候と症状を直接結びつける医学ではなかったのです。『傷寒論』の治療原則に則った随証治療<sup>13)</sup>ではありませんでした。

**加島** そこに吉益東洞のような医学理論を完全に否定する人たちが現れたのですから、まさに混沌の始まりだったでしょうね。

**安井** 吉益東洞の登場以前に生まれた人たちは後世派理論の初等教育を受けているので、古方派が主流とはいえ後世派理論が基礎にあり、いわばハイブリッド状態だったと思います。しばらくすると古方派の考え方で初等教育を受けた人たちが出てきますが、彼らは口訣しか利用できないので、抛り所がなくて非常に困ったでしょう。だからこそ、臨床に有用であれば学派を問わず良い部分を採用する折衷派<sup>14)</sup>が台頭したのです。中神琴溪、和田東郭<sup>15)</sup>、漢蘭折衷派の華岡青洲<sup>16)</sup>などがその代表です。以上は、主として京都の話です。江戸では『傷寒論』一辺倒ではなく、『和剂局方<sup>17)</sup>』を復刻するなど、宋代の医学を重視しました。

図1 漢方の歴史

	紀元前後	漢	隋 唐	宋	金 元	明	清	現代	
中国		『黄帝内经』 『神農本草经』 『傷寒雜病論』	『諸病源候論』	『校正医書局』	『太平惠民和剂局方』 <b>金元四大家</b> 張從正 劉完素 李東垣 朱丹溪	『万病回春』 『景岳全書』	『本草綱目』 『医宗金鑑』 『温疫論』 『温病条弁』 『医学衷中参西録』	中医学宣言	
日本				平安	鎌倉	安土桃山	江戸	明治	昭和
				『医心方』	『福田方』 『万安方』	曲直瀬道三	後藤良山 吉益東洞	帝国議会決議	奥田謙三 大塚敬節 矢数道明 『漢方診療医典』

8) 山脇東洋(やまわき・とうよう)：1706～1762年。日本初の人体解剖を行った古方派の医師。  
 9) 吉益東洞(よします・とうどう)：1702～1773年。古方派の中心的人物。伝統医学における理論性の否定を試み、「万病一毒説」を唱える。  
 10) 万病一毒説(まんびょういちどくせつ)：すべての疾患はひとつで、分析することが不可能な毒によって発症し、その毒の所在でさまざまな病態が発現するという考え方。  
 11) 吉益南涯(よします・なんがい)：1750～1813年。吉益東洞の嗣子。吉益東洞の「万病一毒説」を発展させ、「気血水論」を唱えた。  
 12) 気血水論(きけつすいろん)：吉益南涯は、吉益東洞が唱えた毒は、気・血・水のどれかに乗じてさまざまに異なる症候を発現させるという分類概念。現在の気血水論である「気」「血」「水」の不足や鬱滞や異常な運動などによって病気になるという考え方はまったく異なる。  
 13) 随証治療(ずいしょうちりょう)：患者の主訴を四診(望診、聞診、問診、切診)などによって把握し、それらの所見から直接処方を選び出す治療法。

**加島** いわば“先祖がえり”ですね。そのような流れの中で確立寸前の状態にあった漢方医学は、明治改革でその系譜を一旦断たれましたが、明治時代以降に漢方医学が衰退した理由について、安井先生はどうお考えですか。

**安井** 漢方医学には西洋医学が持っていた細菌学や衛生学など、自然科学的な面がなかったことが大きな理由の一つだと思います。

**加島** 富国強兵策の影響もありますね。“個の医学”である漢方医学と異なり、西洋医学はマニュアル化された“集団の医学”であり、戦傷者の治療に有益でした。とは言え、当時の天皇家や高級官僚ですら、実際の治療は漢方医が行っていましたので、完全についえたわけではありません。では、江戸時代に成立した漢方医学の、われわれが引き継いでいる遺産とは何でしょうか。

**安井** 方証相對のシステムで処方を用いること、中国伝統医学に抛らずに患者を治した事実、それに『傷寒論』『金匱要略』の処方の経験の集積、などでしょうか。これらはいまも活かされていますね。

**加島** つまり、彼らが批判的に中国伝統医学を受け入れ、それを応用し、改良した点は高く評価すべきということですね。吉益東洞によって方証相對の方法の口火が切られ、そこに臨床実績や西洋医学を組み入れられる構造を作り上げたことが、後世につながる大きな業績だと思います。

## II 伝統的概念を理解することの重要性

**安井** 吉益東洞の成功は『傷寒論』が存在したからとも言えます。彼は『傷寒論』にある理論を言語化することはできませんでしたが、その中に書かれている現象はよく分かっていたと思います。だから症候から処方を導く形式(方証相對)を確立することができたのでしょう。

**加島** 方証相對のソフト面、すなわち「この症候でこの薬を選ぶ」というやり方の精度を上げるためには、伝統理論を知ることは重要だと思います。伝統理論を組み入れながら方証相對を考えるべきあり、反対に伝統理論の精度を上げるためには方証相對的な理論を知る必要があると思います。

**安井** 『傷寒論』の六経(六病位<sup>18)</sup>)は、病期概念であると同時に病位概念でもあるのですが、病邪の位置を把握する



安井 廣迪 先生

1972年 順天堂大学医学部卒業、国立東静病院 勤務  
1973年 北里大学東洋医学総合研究所 勤務  
1979年 旧西ドイツ・マールブルグ大学、ゲッティンゲン大学にてヨーロッパ民間療法、医史学の研究に従事  
1981年 北里大学東洋医学総合研究所 復職  
1983年 同研究所 臨床研究部長  
1986年 安井病院(現・安井医院) 院長、日本TCM研究所 所長  
1995年 天津中医学院(現・天津中医薬大学) 客員教授  
2011年 国際東洋医学会日本支部 理事長

ことでその後の予測と対応が可能となります。たとえば、太陽病と少陽病の鑑別において、熱型(悪寒発熱か寒熱往來か)は非常に重要ですね。熱型が変われば邪正相争の部位が変わったということが理解できます。伝統理論を知っていることは、方剤を使い分けるうえで非常に有利、というか必須だと思います。

**加島** 現在使われている漢方の概念や処方の使用の仕方の基本は明代中期に確立したものですから、われわれは明代中期の医学の子孫になるわけですが、その理論を常識として知るべきであり、それを臨床で応用することが大切だと思います。たとえば抑肝散は明代中期の『保嬰撮要<sup>19)</sup>』の処方ですが、陳皮と半夏を加えることで効果を発揮する病態が日本人には多いことが分かっていたのだと思います。このように抑肝散加陳皮半夏を創り出す発想は、日本独自の方証相對的な加減方です。そういう意味では、方証相對の考え方と伝統理論的なやり方のどちらも重要です。

**安井** 方証相對は、もともとは頭の中で行われる多変量解析であり、患者さんの呈する症候をもとに、経験と勘を駆

14) 折衷派(せつちゅうはい)：江戸時代後期に古方派と後世派、それぞれの方法を臨床的に組み合わせた人々。

15) 和田東郭(わたとうかく)：1744～1803年。吉益東洞に師事し、朝廷の医官となった折衷派の医師。

16) 華岡青洲(はなおかせいしゅう)：1760～1835年。世界に先駆けて乳がん手術に全身麻酔を用いた、江戸時代の外科医。外科手術の方法はオランダ医学(蘭方)を、支持療法として内科治療は主に古方派の方法を用いた。

17) 和局方(わざいきょくほう)：宋代に中国各地の処方を収集してまとめた官製処方集。日本漢方で頻用される処方が数多く記載されている。

18) 六病位(ろくびょうい)：『傷寒論』における急性熱性病の病態を時系列で6分割(太陽病期、陽明病期、少陰病期、太陰病期、少陰病期、厥陰病期)した考え方。

19) 保嬰撮要(ほえいさつよう)：薛鏗(せつがい)と薛己(せつき)が記した明時代の小児科専門の医学書。

使して、得られたデータを頭の中でコンピューター処理するようにして処方を書き出すものです。実際の臨床では、このとき伝統理論的な方法論を持っていると、方証相對の助けになります。

**加島** 西洋医学の診断における認知行動科学の研究では、2つのパターンが示されました。一つは理論に基づいて網羅的に鑑別診断するものであり、もう一つは患者の話を聞いた瞬間に代表的な疾患を思い浮かべ、確かめていくというものです。一見すると矛盾するパターンですが、方証相對はこの2つがなければ成立しないと思います。だからこそ、方証相對と伝統理論は相補的であり、重要であると思っています。



### III 方証相對モデルの意義

**加島** 方証相對は伝統医学の理解なしに使える点では優れていると思います。EBMとの親和性が高いと思います。しかし、「証」と「方剤」の間にあるブラックボックスを開けて、その中にある病因の追及と疾患のメカニズムの分析なしに処方を選択すると、臨床上的状況が無視される可能性があります。そうならないために、西洋医学や伝統理論の概念が応用できればと思います。

**安井** 加島先生がおっしゃる“方証相對と伝統理論の併用(+西洋医学)”は、この医学の臨床応用の理想的な形だと思います。

**加島** 伝統理論の概念を排除すると似通った症例の分類が難しくなります。一方で、日本の漢方医学の独自性の高いスタイルを推すのであれば、複雑な病態論は一切抜いて「こういう症候群だ」と言いきってしまうようなやり方ではなければ本来の原義に反すると思います。

**安井** その方が分かりやすいでしょう。漢方医学の国際化を考えたとき、一人の人の頭の中で両者を個別に把握し、高度なレベルで統合することが必要です。中途半端に両者を折衷すると混乱を招くでしょう。



### IV 西洋医学と漢方医学のハイブリッドを考える

**加島** 現代医学における漢方医学の出番について、私なりに考えてみました。まず、西洋医学では病気と認識されない、たとえば「冷え症」のような漢方医学特有の概念への使用です。次に、西洋医学の標準治療によって生じる副作用を軽減させるなど、西洋医学を補完する使い方、たとえば

抗がん剤やインターフェロンなどとの併用によって治療成績を上げることです。

**安井** (検査所見を含め)かつては取るに足らない症候とされてきたものが、現在では重要な疾患の前触れであるということがいくつもありますね。たとえば、脂肪肝はその昔、単に肝臓に脂肪が溜まっているだけで病気ではないと言われていたのが、現在では炎症に発展し、肝硬変・肝がんに至る重要な病変であると考え方が変わってきたように、冷え症も将来的に病気、あるいは何らかの病変の前兆と認識されるようになるかもしれません。今後の課題ですね。

**加島** そのような病態を漢方薬で治療するわけですが、現在、保険診療で使用できる医療用漢方製剤は148種類あります。これらを現代医学にどのように応用するかについて議論する必要があると思うのですが。

**安井** 148処方はいずれの宝です。われわれがまずやるべきことは、各処方ごとに、ICD分類(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)に記載された疾患名で適応症を明確にすることと、主要疾患に対する漢方医学的な標準治療を確立することです。もちろん西洋医学的な標準治療との併用の方法を示す必要があります。漢方医学の国際化のために、これだけはどうしてもやっておかねばなりません。



### V 伝統理論と方証相對のハイブリッドを考える

**加島** 私が考える西洋医学と漢方医学のハイブリッドのポイントは図2のとおりです。実際の症例をとおして、方証相對的発想と伝統医学理論のハイブリッドを考えたいと思います。

#### 1. 方証相對を軸に伝統理論を併せたハイブリッド例

【症例1】65歳女性、主訴は咳嗽、炎症反応高値：近医に

#### 図2 西洋医学と漢方のハイブリッド

- 現代において、西洋医学の確立した診断法と治療法は必須であり前提
- 西洋医学の治療法がない場合
- 西洋医学の治療法がなんらかの理由で困難な場合
- 西洋医学となんらかが勝っていると考えられる場合
- 西洋医学の治療法と相乗効果がある場合
- 西洋医学の副作用を軽減する場合

図3



図4 方証相対による臨床応用の発展

- 頭痛の治療：五苓散・呉茱萸湯・川芎茶調散
- 慢性硬膜下血腫：五苓散・柴苓湯
- 耳管開放症：加味帰脾湯
- 大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、柴胡桂枝湯、小建中湯、大建中湯

て難治性感染症が疑われ、当科を紹介受診しました。白血球上昇、CRP高値ですが、抗核抗体、ANCAは陰性、ACEは正常値でした。側頭動脈エコーでは壁肥厚はなく、造影CTにて腹部大動脈の軽度壁肥厚が判明、側頭部の圧痛、咳嗽、口渇から巨細胞性動脈炎と判断しました。初診時に副鼻腔炎を疑い辛夷清肺湯エキスを投与し、側頭動脈の圧痛と口渇のため桔梗石膏エキスに変更したところ炎症反応が低下しました。さらなる効果を期待して煎薬Aに変方しましたが、もう少し強力で瘀血を除き、血熱を冷ますために煎薬Bに変方したところ、軽快しました(図3)。

## 2. 伝統理論的治療に方証相対を併せたハイブリッド例

**加島** 方証相対による臨床応用例を図4に示します。これらは伝統医学の概念では用いることのない処方です。たとえば頭痛の治療では、雨が降る前日には五苓散、片頭痛には呉茱萸湯、不定の頭痛には川芎茶調散が有効です。

**安井** 中国では考えられない使い方ですね。

**加島** たとえば川芎茶調散は、片頭痛は外からきた邪の病気だから効くわけがない、と否定されます。また五苓散の慢性硬膜下血腫も、「頭の中の水腫」という方証相対論的な発想で使用していますし、加味帰脾湯は「痩せてきて食欲

がなく、少し抑うつ傾向がある耳鳴り」という発想で耳管開放症に用いています。

## 3. 伝統理論の導入により方証相対精度が向上した症例

**加島** 次は、伝統理論を加味することで方証相対の精度が向上したと考えられる症例をご紹介します。

**【症例2】56歳女性、左下腿慢性膿皮症**：1回/月程度の発熱、排膿、疼痛が慢性的に起こっていました。他院にて肥満傾向のため方証相対的に防風通聖散が処方されましたが改善せず、当院に紹介受診しました。左下腿に色素沈着と一部排膿、周囲に暗紅色の発赤、熱感を伴う直径10cm大の皮疹があり、血熱に伴う病気と考え荆芥連翹湯を処方したところ、治療開始3ヵ月で発赤部が5cm程度に軽快し、発熱・排膿がなくなりました。

**【症例3】75歳男性、口渇・食思不振**：近医で白虎加人参湯の処方を受けていました。まさしく方証相対の考え方で導き出された処方ですね。しかし、症状増悪のため当院を受診されました。腰痛、手足の冷え、舌乾燥の所見より麦門冬湯と八味丸に変更したところ、1ヵ月で症状が半減し、近医に戻すことができました。

## 4. 方証相対により伝統理論的治療の精度が向上した症例

**加島** たとえば腎陽虚に用いる八味丸と真武湯、気血両虚に用いる十全大補湯と人参養榮湯は、いずれもフェーズが近似しており、厳密な使い分けが難しい処方です。しかし、方証相対で考えるとそれぞれの違いが分かります。

## 図5 加減法の例

- 加味帰脾湯 + 桂枝加竜骨牡蛎湯
- 呉茱萸湯 + 加味逍遙散
- 桂枝加芍薬湯 + 香蘇散
- 荊芥連翹湯 + 半夏厚朴湯または香蘇散
- 防己黄耆湯 + 補中益気湯
- 防己黄耆湯 + 越婢加朮湯
- 麦門冬湯 + 八味丸または六味丸
- 小青龍湯 + 五虎湯
- 葛根湯 + 桔梗石膏

図5は伝統理論に方証相対を組み合わせた当院の加減法の一例ですが、まさに日本独自の処方です。

**【症例4】54歳女性、うつ病：**不安障害を伴ううつ病のため他院にて抗うつ薬を処方されましたが、倦怠感と薬疹の出現のために中断、ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤の使用でしのいでいたのですが、症状増悪傾向のため当院を受診されました。不眠、不安、抑うつ、動悸のため加味帰脾湯を処方したところ、症状は半減しましたが不安発作と動悸がありました。やせ型で食欲不振のため脾気虚と心気虚、肝鬱が絡んでいると判断し、方証相対的に桂枝加竜骨牡蛎湯を併用したところ、症状が改善しました。

**【症例5】82歳女性、両側下腿浮腫：**1年前より頭部外傷のため車いす生活となり、その頃から両側下腿浮腫と痛みが出現し、当院を受診されました。結核後遺症肺でやせ型の虚弱な方なので、方証相対的に防己黄耆湯を使用しましたが効果は不十分、気虚がひどいと考えて補中益気湯を追加したところ、3週間で下腿浮腫が消失しました。

**加島** このように、伝統医学的な方法と方証相対的な方法のどちらか一方では奏効しない場合、双方を組み合わせることで臨床精度を上げられるのは日本だけだと思います。

**安井** ご紹介いただいたケースは、いくつかの処方を組み合わせていますが、一つひとつの処方を使うとき、「伝統医学的(中医学的)にはこう考える、でも方証相対ではこう考える」、「両者の結論にはわずかな違いがある。これをどう調整するか」というふうに考えて結論を導き出すことが大事だと思います。結論が同じ処方になる可能性もありますが、方証相対と伝統理論の両方を知っておくと、診療上とても役に立ちますね。



## 漢方医学が今後歩むべき道

**加島** 最後に、漢方医学の発展性について考えたいと思います。

**安井** まず、西洋医学のように「漢方医学における標準治療」としての指針が必要です。

**加島** そして方証相対で導き出す処方が本当に有効かを検証したうえで、伝統理論との整合性を考えるべきだと思います。漢方薬が「機序は不明だが、本当によく効く」と世界に認めさせるためにも検証は必要です。**【症例3】**で用いた麦門冬湯の「乾いているものを潤す」という概念は、方証相対ではなく伝統理論に則ったものです。伝統医学的な病態論はかなり西洋医学に近似してきたので、もはや症候だけではなく、病態論も上手く使うべきです。

**安井** 方証相対の「証」は漢方医学的概念を含まない単なる症候にすぎず、症候と処方の間はブラックボックスでした。現在の日本の漢方医学は、このブラックボックスに陰陽・表裏・寒熱・虚実、気血水、六病位などのカテゴリー分類を入れています。これからは、こういうカテゴリー分類はカテゴリー分類として、先に述べたように、臨床的には伝統医学理論に基づく方法論も運用できるようにしておかなければなりません。いま、方証相対には西洋医学をも含む統計学的手法で運用される形ができようとしています。「方証相対」は、西洋医学と統計学という新しい武器を手に入れたのです。

**加島** 本来、そこから解放されたものが再び戻ってきたわけですね。

**安井** これは大塚敬節<sup>20)</sup>先生の晩年の考え方に相当します。大塚先生は『漢方診療の実際』(1941)で、吉益東洞にない伝統医学の概念を排除されました。その後、伝統医学的概念も必要だと認識された時期もありましたが、晩年には再び吉益東洞の考え方に戻られました。大塚先生は「証とはどうあるべきものか」を示そうとされたと思います。気血水の内容を含まない、伝統理論に基づかない、現代医学的にも説明ができる漢方医学の構築を目指しておられたのは確かです。

**加島** 今後、漢方医学を発展させるためには、伝統理論は伝統理論のまま理解して方証相対とコラボレーションさせることで、漢方医学の発展に是非貢献したいと思いました。本日はありがとうございました。

20) 大塚敬節(おおつか・けいせつ)：1900～1980年。昭和の漢方復興期に牽引的な役割を担った名医。現代医療における漢方医学の普及と発展に貢献した。北里大学東洋医学総合研究所を創設し、初代所長に就任。