
 記 事

例会記録

日本医史学会 3月例会 平成26年3月22日(土)
 順天堂大学医学部センチュリータワー16階北フロア

1. 医学教育カリキュラムにみる“ドイツ医学”
 “アメリカ医学”の変容
 ——近代日本医学の通奏(執拗)低音——
 逢見憲一
2. ゼンネルトと臨床医学の歴史
 坂井建雄

日本医史学会 4月例会 平成26年4月26日(土)
 順天堂大学医学部センチュリータワー16階北フロア

1. 三宅建治『日本居家秘用』(1737)と徳川吉宗の
 医療・教育政策
 平尾真智子
2. 池田文書からみた明治天皇皇子女夭折問題
 深瀬泰旦

例会抄録

明代の太医院組織と『御製本草品彙精要』の 編纂について

土屋 悠子

本発表では、明朝の太医院という中央医療行政組織について、その組織構造と業務内容及び諸司との関係をまとめ、明朝唯一の勅撰官修薬典である『御製本草品彙精要』の編纂開始と完成、ならびにその後を検討した。

太医院は医事行政と医育行政を担当し、明朝においては主管を正五品の院使とし、次官に正六品の院判、侍医を勤める正八品の御医・良医正、副官として従八品の良医副、事務官として従九品の吏目、教授として医学正科・典科・訓科、薬剤管理官として生薬庫大使・副使・惠民薬局大使・副使などの医官で構成されていた。

医事行政には、皇帝・皇室の治病及び産児調節、儲君の安寧管理等がある。特に皇帝治病の際は進薬が主となり、細かい手順と手続きが定められていた。本院官(院使・院判・御医)が皇帝の御脈を診視し、その診脈による脈象を合議し、

その結果に基づいて内局(御薬局)において内臣(御薬局太監)と共に薬材を選ぶ。その薬材は題箋にその薬材名を連ねて封記し、皇帝に差し出す奏本に本来の方剤の薬性や証治の方法を書き写す。医官と内臣は共にその奏本に自身の名を記して進呈するが、別に記録簿を設けておき、奏本は中書省の印で割印し、進薬の際には記録簿にも年月日を記しておいて、後の参考に供するようにしておく。その記録簿は内臣が保管しておく。御薬を製造する際には、この薬材の調製を本院官と内臣が共に監視し、過ちがないようにする。二服を作るごとに合わせて一服とし、それが熟成するのをまって分けて二つの器に入れ、その一つを毒味する。毒味の際には、御医が先ず一口嘗めて異常がないかを判断し、その次に院判、内臣と試薬をして異常がなければ進薬する。

医育行政には、太医院医術13科における教授・

習業がある。太医院医術13科とは、すなわち大方脈、小方脈、婦人、瘡瘍、鍼灸、眼、口齒、接骨、傷寒、咽喉、金鍼、按摩、祝由である。医家の子弟は13科において師を選択して教授を受ける。13科では御医が師を兼任し、府州県医学では正科・典科・訓科が教授として医師の習業を担当する。この習業課程は通常3年、長くて5年と在籍することができ、3年目以降は礼部管轄の医学考試が課される。礼部考試に合格すると医士という身分資格を得ることができ、これは出仕のための身分証明となった。考試の機会は3回あり、5年以上は在籍が許されていないため、退学・除籍などの処分を受けることもあった。医官及び医士は医籍という雑役戸に属し、医役を世襲した。

明朝皇帝の宮城たる紫禁城には、内廷と外廷という2つの政務施行空間があった。内廷は皇帝の私的生活空間であり、宦官二十四衙門と呼ばれるお世話係の宦官組織が置かれ、特に司礼監が首席として内廷をまとめていた。諸処の宦官組織の長を太監と呼び、司礼監太監は皇帝に提出される奏請文書などを内廷の文書房に集めて整理し、諸司に発送するという業務を司っていた。一方、外廷は皇帝の公的政務空間であり、内閣という秘書・輔政組織が皇帝が下す諭旨(命令書)の原案作成(票擬)を担当していた。『御製本草品彙精要』が編纂された弘治16年(1503)から18年(1505)の間は、内閣首輔の劉健が重用された時期であり、皇帝が内廷の司礼監太監を用い、内閣という政策立案組織と太医院などの下部執行機関と合議することによって、薬典編纂が始動した。

薬典編纂という政策が皇帝の詔として発令・施

行されるまでには、①太監による左順門における廷臣への聖旨伝奉、②内閣の票擬、③当該政策に関わる諸司との議論と覆奏(回答)、④覆奏を受けた内閣における討議と票擬、⑤皇帝による裁可・下命、⑥政策決定の伝達・施行、⑦太医院医官による自陳(意見奏上)、⑧皇帝による裁可・下命、⑨内閣による再票擬(改票)、⑩皇帝による裁可・下命、⑪政策決定の伝達、⑫太医院による政策執行、という課程があった。このような複雑な課程の結果、薬典編纂は1年7ヶ月をかけて完成し、弘治18年3月3日に弘治帝に進呈された。

しかしながら進呈の2ヶ月後、弘治帝は俄に不豫(病気)を発して倒れ、そのまま大漸(危篤)に陥り、5月7日に36歳の命運を閉じた。その8日後、弘治帝の治病を担当した太医院医官が、罪を得て錦衣衛の獄に下された。すなわち、皇帝の治病責任を問う弾劾事件が起こったのである。これらの医官は、『御製本草品彙精要』の編纂官でもあった。そのうち、総督・提調・総裁・副総裁・催纂・験薬形質の大任に当たった司設監太監及び太医院医官は弘治帝の治病責任を負ってそれぞれ裁断を受けた。一方、纂修・謄録を担当した医士や儒士、絵図を担当した宮廷画家は一名を除き罪を問われなかった。そうして『御製本草品彙精要』は皇帝による御覧のために、宮中に保管されることとなった。その後康熙39年(1700)7月26日に絵録一部が再編され、続集10巻の編纂命令が下された。その続集は康熙40年(1701)11月に完成し、後の御覧参考のために、弘治原本と共に宮中奥深くに秘されることとなったのである。

(平成25年10月例会)

ワンヘルスの潮流

山田 章雄

人獣共通感染症と新興感染症

2003年新たに登場した重症急性呼吸器症候群ウイルス(SARS-CoV)は瞬く間に世界中に拡散した。このウイルスに代表されるように、これまでに全く知られていなかった病原体、あるいはこれまでにはその地域で報告されていなかった病原体による感染症を新興感染症と呼ぶ。新興感染症にはこれまでに知られていたが、近年になって改めてその拡大が懸念される感染症(再興感染症)も含まれる。新興感染症の多く(7~8割)は動物に由来するいわゆる人獣共通感染症であることが明らかにされている。人獣共通感染症の原因となる病原体はヒトに感染する病原体のおよそ6割を占めていることから、人獣共通感染症は我々に身近な感染症であるといえる。人獣共通感染症の多くは自己限定的で、大きな健康被害に至るものはごく限られてはいるが、上記のように新興感染症との関連で、その対策は世界的にも重要とされている。人類は安定的な食料供給の手段として11000年程前に野生動物の家畜化と農耕の発明に成功したが、これは動物に由来する多くの感染症との出会いとのトレードオフでもあったと言える。家畜の保有する病原体が直接あるいは野生動物のもつ病原体が家畜を介して人間にスピルオーバーすることで、ヒト固有の感染症に変遷していったと考えられる。この1万年の間に起きた動物からヒトへの病原体のスピルオーバーが、実は加速度的に生じているのが現代における新興感染症の勃興である。SARS-CoVはキクガシラコウモリに由来すると考えられるが、世界的な対応が効を奏し、いったんは姿を消した。しかし、近縁のコロナウイルスによる中東呼吸器症候群が2012年より世界のメディアを賑わしており、2014年1月現在177名の患者と74名の死亡がWHOに報告されている。H5N1亜型による高病原性鳥イン

フルエンザ、2009年のパンデミック、H7N9亜型によるヒトの感染などインフルエンザウイルスによる新たなパンデミックに対する世間の関心は高い。新興感染症の発生は、70億人を越えた地球人口を支えるための食糧生産を中心とする人間の活動により、歴史上類を見ないほど加速されている。これらの活動を全く停止することが不可能である以上、新興感染症の発生は不可避である。不可避である新興感染症とどう対峙していくか、これが我々に投げかけられた極めて重大な問題である。

ワンヘルス

発生が不可避である新興感染症に対して我々はなすすべがないのだろうか。新興感染症の発生そのものを阻止することはできないかも知れないが、その発生をいち早く察知し、できうる限りの対応を迅速に行うことで、その被害をできるだけ小さくすることはできるのではないだろうか。新興感染症の発生を早期に探知するためには、感染症の発生をその源で検知し、拡大に繋がる要因の除去を行う必要がある。例えば野生動物の感染症の発生動向を検知する世界的システムの構築である。しかし、野生動物保護の立場からは野生動物に何らかの影響を与える感染症にプライオリティが置かれるだろうし、家畜衛生の立場からは家畜の被害を最小にするための対策にプライオリティが置かれるであろう。このような分野ごとの縦割りは普遍的であり、英語ではsiloと表現される。この縦割りの弊害を排除し、silo的な考え方を転換し、各分野が強力な連携をすること、それによってヒトと家畜の健康ならびに野生動物を中心とする環境の健全性を保とうとするのが、ワンヘルスの基本的な考え方である。ワンヘルスの考え方はVirchowに遡れる。彼は医学と獣医学の間

に境界はないし、あるべきでもないとしている。インフルエンザパンデミックをはじめとする、動物に端を発する新興感染症への対応としてワンヘルス理念が提唱されるきっかけとなったのは、Wildlife Conservation Society (WCS) が2004年にニューヨークで開催したOne World, One Health (WCSの商標)と題するシンポジウムと、米国獣医師会の専門部会がまとめたOne Health理念の重要性に関する2008年の報告書であろう。これらに引き続きWHO, FAO, OIEも3者間の連携を深めるだけでなく、セミナーや研修会を通じてグローバルレベルでのワンヘルスの実践を目指している。また2010年4月ベトナムで開催された動物ならびにパンデミックインフルエンザに関する大臣級国際会議におけるハノイ宣言でもワンヘルス理念に基づいたアプローチの重要性が述べられている。

米国疾病制御センター(CDC)も強力なワンヘルスの推進者である。ワンヘルスに関するStone Mountain会議を主催するなど啓発に努める一方で、組織改変を行い2010年には新たにNational Center for Emerging and Zoonotic Diseasesを設置し、その組織内にOne Health Officeを置くことによりその推進を図っている。

さらに2011年2月には第1回One Health国際会議がメルボルンで開催され600人余りの様々な分野の人々が参加した。第2回が2013年にバンコクで開催された。アジア太平洋経済共同体(APEC)もワンヘルスに強い関心を抱き、2011年にAPEC One Health Action Planを公表した。また、世界危機フォーラムも2012年2月に第1回One Healthサミットをスイスダボスで開催し、第2回が2013年11月に開催された。ワンヘルスを巡る世界の動きは極めて速く、韓国においてもソウル

大学でワンヘルスを視野に入れた獣医学教育カリキュラムの変更が行われている。

ワンヘルスは世界を救う?

人獣共通感染症の問題は新興感染症につきるわけではない。世界の発展途上国に暮らす貧困層の多くはニワトリやヤギ・ヒツジなどの小型の家畜への依存度が極めて高い。これらの家畜は乳や卵を食料として提供するのみならず、貴重な現金収入源ともなる。時には労働力の提供や非常時への備えにもなる。従って、これらの家畜の疾病は貧困層にとっては極めて重大である。家畜が罹患する疾患が人獣共通感染症であれば被害は家畜に止まらず、ヒトにも及ぶことは避けられない。先進国では過去の疾患となったブルセラ症や多くの寄生虫疾患は顧みられない人獣共通感染症と定義され、これら貧困層を直撃し、彼等の健康及び生活に極めて大きな負荷となっている。世界で年間5万人が死亡するとされる狂犬病も顧みられない人獣共通感染症の一つであるが、狂犬病対策は曝露してしまったヒトへの免疫治療のみでは解決はしない。有効なワクチンが存在するこの疾患はイヌへのワクチン接種の徹底により克服できる。しかし、イヌの狂犬病対策がこれまで順調に進まなかった背景の一つには前述のsilosの問題があった。狂犬病を世界から根絶してゆくにはまさしくワンヘルス理念からのアプローチが求められている。生物多様性の崩壊に代表される生態系への過剰な干渉が新興感染症の発生という形で人類にっぺ返ししてくることを考えれば、ヒトと動物そして環境の健康をまもるというワンヘルスの動きを加速させることが望まれている。

(平成25年12月例会)

歯科医院があった街角——東アジア編

竹原 直道

演者は2013年の日本医史学会、日本歯科医史学会の合同総会において、「歯科医院があった街角」という演題で、明治末から昭和戦前期の我が国の都市景観写真のなかの歯科医院と、都市景観との関係について報告（医史学雑誌 59(2): 264, 2013）した。その結果を以下の二点にまとめた。すなわち、開業歯科医院が薬局、煙草屋、理髪店などと共に、都市の下町ランドスケープの一つとして、座りよく一定の地歩を占めていたこと。また歯科医院は大都市もさることながら、農村地帯の小都市に多く存在していた。それは戦前期の日本では、人口の重心がまだ農村部にあったことの反映であること、である。

今回の発表では視点を同時代の東アジアに転じてみる。日本人が東アジアに進出した明治から昭和戦前期（明治維新から敗戦までは77年間）は、戦争の連続であり、時間的に結構永い間だったと感じるが、海外植民地を失ってから約70年たった現時点で改めて振り返ってみると、その期間は意外に短い。日本統治が最も長い台湾で50年間、南樺太・関東州で40年間、朝鮮で35年間に過ぎない。旧満州國はわずか13年で消滅している。その東アジア諸都市の街並みの風景のなかで、歯科医院の開業の様子はどうのようのものであったろうか。今回も主に絵葉書資料を用いたが、国内に較べてまた一段と資料が少ない。その少ないなかで、歯科医院をメルクマールに都市景観を見て行くことにしたい。

まず台湾では、統治期間が比較的永いだけに日本人、また台湾出身の中国人で日本の歯科医専を卒業した歯科医師の開業もあって、台北だけでなく各地方都市の景観写真のなかの開業歯科医院を認めることができる。その都市景観写真のなかで歯科医院は、日本国内と変わらぬ存在感があった。一方朝鮮では演者の非力により、京城や羅津

以外資料を集めることができなかった。インターネット上では、例えば「歯科医師の父が戦前朝鮮で開業していた」といったエピソードとともに、昔の歯科医院の写真は何葉も閲覧できるし、「日本歯科医師名簿」には多くの歯科医師名が記載されているので（昭和5年版で438名、昭和10年版で555名。これは「朝鮮要覧」の統計数値より少ない）、もう少し写真資料が欲しいところであった。また北京、上海、香港、マニラの諸都市については、極めて僅かながら開業歯科医院（牙院）の様子を紹介する。

旧満州については13年という短い間（実際には満州國以前から日本人歯科医師の開業がみられる）だったにもかかわらず、最も多くの資料を参照することができた。その理由として1932年から1941年あたりは、国内でも歯科医師数が増加した時期であり、満州に渡る日本人の数も急増したからであろう。第22回九州歯科医学大会々誌に掲載されている新京の渡邊梯歯科医師の「満州國に於ける歯科界の現状」（1941）という報告によれば、その当時渡満開業していた日本人歯科医師数は674名。ほとんど日本人患者しか診ないという。同報告によれば、旧満州にはそれ以外に満州人（中国人）75名、ロシア人90名、軍関係×××名の歯科医師。それとは別に限地開業の鑲牙師（入歯師）800名以上がいた。当時旧満州の人口が約4000万人であるから、この歯科医師数の少なさは日本国内の明治時代末頃に匹敵する（1912年で1531名）といえよう。

最後に旧満州都市景観写真のなかで、偶然撮影された鑲牙師の店から得られる情報についても考察を加えておきたい。これらの鑲牙師が取り扱っていた義歯は、我が国で江戸時代の入歯師が作っていた木床義歯ではなく、明治以降急速に普及した蒸和ゴム床義歯で、「西法補牙」と称していた。

鑲牙師の店の看板は、吸着孔が付いた上顎の蒸和ゴム床義歯のイラストレーションであった。店によっては「補眼鑲牙」、「補牙如生」と書かれていた。ここでいう補眼は義眼を指すのだろうが、そんなに義眼が多かったのだろうか。専門家の御指摘を待ちたい。ちなみに前回発表した明治末の日本の入歯師の店の例では、「いれば」と「めがね」の看板を掲げていた。

以上極めて簡単に概観してきたが、やはり参考にできた写真が日本国内と比べてもあまりにも少ない。かといって現地に行ったところで、台湾を除けばもはやなにも残ってはいないだろう。台湾

の場合戦禍が比較的少なく、あるいは「宮原眼科医院」（日本医史学雑誌 59(1): 75-82, 2013）のようになにか残っている可能性もある。演者が調べた数葉の写真からは結論めいたことは何もいえないが……。元々演者が参照した都市景観写真は、歯科医院を撮影するために写されたものではない。「真理は細部に宿る」という。もう少し一葉の写真に捉えられた細部にこだわりを持って見つめてみたい。いままで見えていなかったものが見えてくるかも知れない。

(平成25年12月例会)

占領期の看護技術教育

—使用されたテキストと当事者の証言から—

滝内 隆子, 大津 廣子, 伊藤 友美, 岡本 千尋

現在の看護技術教育は、占領期に General Headquarters Supreme Commander for the Allied Powers (連合軍最高司令官総司令部, 以下 GHQ/SCAP) の Public Health and Welfare Section (公衆衛生福祉局, 以下 PHW), Nursing Affair Division (看護課, 以下 PHW 看護課) の指導のもと開始された。しかし、占領期に行われた看護技術教育についてはほとんど明らかになっていない。

そこで、今回、占領期の看護技術教育で使用されたテキスト(その教科の学習指導上の中心になる書物)「MANUAL OF NURSING FOR JAPANESE NURSES (PHW)」「国立病院療養所看護婦長講習会講義教本(大森文子他著, 1946年)」「看護法(都築公所蔵)」「基礎看護法(松村はる編, 1947年)」「基礎看護法教授参考書(日本助産婦看護婦保健婦協會編, 1947年)」「看護実習教本(東京看護教育模範学院編, 1947年)」「基礎看護法=参考書=(日本助産婦看護婦保健婦協會京都府支部看護部會編)」「看護の原理と實際(厚生省醫務局看護課編, 1949年)」の8冊の分析と、当事者と

して東京看護教育模範学院卒業生2名、国立岡山病院附属模範高等看護学院卒業生1名と同学院の専任教員1名の計4名の証言から占領期における看護技術教育を明らかにした。

8冊のテキストを分析した結果、占領期に教授された看護技術項目数は90~93で、現在の基礎看護技術として教授されている『全身清拭』や『ベッドメイキング』などの他に、『臍帯の處置』や『小児の抑制法』などの母性看護学、小児看護学領域の看護技術、『中央材料室規定』などの「中央材料室」に関する項目など広範囲であったこと、現在では一般的に基礎看護技術を〈日常生活援助技術〉や〈診療の援助技術〉に分類していることが多いが、それらの技術項目を「基礎看護法」、「診断課程介助」などに分類していたこと、さらに、看護技術の内容は「MANUAL OF NURSING FOR JAPANESE NURSES (PHW)」を原本とし、①目的、②必要物品、③一般指示、④方法、⑤記録法で構成され、①~⑤のうち④の方法に関する内容が詳細であることが明らかになった。また、

「基礎看護法（松村はる編，1947）」や「看護実習教本（東京看護教育模範学院編，1947年）」には内容が追記されていたことも明らかになった。なお、看護技術の内容は現在の基礎看護技術のテキストと比べると疾病構造の変化，道具の開発等により相違している部分もあるが，目的・注意事項・方法などは変わらないことが明らかになった。

次に，8冊のテキストを分析した結果，教授方法については，講義，実物教授（デモンストレーション），看護師役と患者役に分かれて学生間で演習，病棟で患者に実施，また，現在の実技試験に該当する実地試験であったことが明らかになった。1946年3月25日に占領期における看護改革の内容を検討する看護教育審議会が設置され，その中で，より高い看護レベルの看護師を養成するためには看護技術と看護方法に多くの時間を当てて，看護の観察と看護実践を行わせる必要性が指摘されている。また，アメリカでは患者中心の看護にもとづきベッドサイドケアが重視されてい

た。これらのことから，ベッドサイドで確実な看護技術が実施できる，つまり患者に提供する看護技術の質を担保することを意図して学生間での演習（学内実習），病棟で患者に実施，そして習得度を把握するために実技試験が実施されたと考える。

以上の占領期に使用された8冊のテキストを分析した結果と4名の証言から明らかになった占領期の看護技術の項目数・内容・教授方法は一致していた。しかも，証言者が「（東京看護教育）模範学院の新講堂に，全国から教員達が集まって来て，そこで講義を受ける。そこでは看護実習教本が使用され，地方から来た教員達はこれで学習したので，この看護技術の内容・教授方法が全国くまなく広がった。」と述べている。このことから東京看護教育模範学院卒業生と岡山病院附属模範高等看護学院で実施されていた看護技術の項目数・内容，教授方法は，全国に広がっていったと考えられる。

（平成25年12月例会）

佐賀藩が安政五年に購入した オランダ語の医学書について

小澤 健志

佐賀藩は，藩主の洋学の積極的な取り入れ政策により，オランダ語による洋書を中心として収集に努めた。その分野は医学，科学技術，兵法，語学書など多岐にわたり，幕末に所有していた書籍のリストは『洋書目録』というタイトルで作成されている。板沢武雄氏は著書の中で，「このリストは幕末に作成されたものでは，江戸幕府に次ぐもの」と表現している。この目録を確認してみると，医学書は66種類の書籍を99冊所有していた。講演タイトルにある医学書の目録が作成された嘉永年間から慶応年間において，佐賀藩の医学政策で主だった業績は，嘉永二年（1849年）にモー

ニック苗活着の成功であり，全国に広まったことは良く知られている。またその2年後の嘉永四年（1851年）には，佐賀領内で医療行為を行う医師に対して，医業免札制度を実施した。現在の医師免許制度の先駆けである。そして，講演タイトルにある安政五年（1854年）は佐賀藩の医学政策史にとって特筆すべき年であった。この年の9月には，領内で医業を行なう場合，御側医師から，陪臣，町医，郷医に至るまで蘭方修行が義務付けられ，佐賀領内で医業行為を行うすべての者は西洋医学の知識の習得が義務付けられた。そしてこの年の12月にはこれまでであった藩医学校を「好生

館」と改名し、西洋医学による診断、治療と共にその教育機関の拡張・充実が図られた。講演タイトルにある医書の購入は、ちょうど好生館の設置と時を同じくこの年の12月である。この時期に購入したオランダ語の医書の専門分野について調べることは、当時の好生館が必要としていた（不足していた）分野の専門書が明らかになり、他藩の中でも多数の西洋医学書を所有していた佐賀藩医学界の実態を知る手がかりになり得ると共に、佐賀藩という一地方の藩だけで藩だけではなく、幕末日本における西洋医学受容史研究を明らかにする一端になりえると思えたからである。

佐賀藩が安政五年に購入したオランダ語の書籍のリストは、元長崎高等商業学校（現在の長崎大学経済学部）の武藤長蔵教授（1881-1942）が収集した史料（長崎大学経済学部「武藤文庫」）の中にある。このとき購入した書籍は医学書の他に理学書、語学書などがあり合計で152種類の本を176冊購入しているが、その中で医学書は40種類（54冊）購入していた。このリストはカタカナで著者名、書籍のタイトルがオランダ語の発音で書かれており、さらに出版年が漢数字で記載されている。カタカタで書かれた読みをオランダ語のオリジナルつづりに読み直し、それを実在する書籍と一致させることによって、各書籍を特定した。これら40種類の本を医学専門分野別、著者の国籍、出版年の視点から見てみる。まずは医学専門分野別であるが、大きく基礎医学書と臨床医学書に分類すると、前者は14種類（解剖学書4種類、生理学書3種類、衛生学書及び病理学書を2種類ずつ、そして薬学書3種類）であった。さらに後者は33種類（外科学書9種類、内科書8種類、産科書7種類、眼科書5種類、婦人科書3種類、小児科書1種類）であった。上述のとおり40種類の医学書を購入しているが、書籍によっては複数の分野が掲載されているため、両者の数量を加算しても40冊には一致しない。これらのことから、安政五年に佐賀藩が購入した医学書は、基礎医学書と臨床医学書の購入数は約3対7であり、この臨床医学書を主に購入していたことがわかる。

次に40種類の医学書の著者の国籍であるが、一番多いのがドイツ語圏で19名（スイス人2名、オーストリア人1名を含）、順にオランダ人12名、フランス人5名、イギリス人4名であった。これまで、幕末の長崎を中心とする日本に輸入されたオランダ語の医学書の大半はドイツ人が書いた著書（ドイツ語の原著）からのオランダ語への訳本が多かったと言われていたが、上述の結果を考慮するとドイツ語圏（ドイツ語）からの翻訳書が、約半数を占めていたことがわかる。

次にそれぞれの書籍のオリジナル言語での出版年を調べてみると、40種類のうち安政五年（1854年）の直近の10年間に出版された書籍は20種類におよび半数を占める。しかし、出版されて20年以上経過した書籍も7冊購入し、当時の最新の成果が書かれた書籍を収集したとは考えにくい。

冒頭に紹介した通り幕末の佐賀藩は、現存する『洋書目録』によると66種類、99冊の医学書を所有していた。そこで、安政五年に購入した医学書40種類の書籍と『洋書目録』に記載されている書籍の確認作業をしたところ、本来ならば全てが『洋書目録』に記載されているはずであるが、実際は15冊しか記載されていなかった（一致しなかった）。半数以上の書籍が記載されていなかった。それを解く手がかりとして、リストの中の各書籍の書籍情報が記載されたところに、幕末当時の佐賀の医学者たちの名前と、彼らとその書籍を佐賀藩から購入したときの代金と思われる金額が朱字で書かれている箇所が散見される。安政五年に購入した医学書40種類の書籍と『洋書目録』が一致しないのは、佐賀藩が彼らに転売または彼らの要求のために購入した可能性がある。佐賀藩内には上述の『洋書目録』に記載された書籍の他に、さらに佐賀の医学者、蘭学者たち個人所有の多数の医学書が存在していた可能性がある。購入書籍の選定方法及び朱字で書かれている箇所の意味付けを明らかにすることは、今後の研究課題である。

（平成25年12月例会）

祖父 三浦謹之助の思い出

三浦 恭定

三浦謹之助は元治元年（1864）現在の福島県伊達市の3代続いた医家に生れた。父道生は江戸に出て蘭方医学を学び、帰郷して医業を継いだ。道生の兄三浦有恒は家督を弟に譲り、江戸に出て適塾にも入門した後東大の前身の第2病院に勤めた。東大医学部の前身である種痘所の設立に醸金した82名の中にその名がある。

謹之助は明治10年（1877, 14歳）医学を志して上京。伯父有恒の家に寄宿し、語学校を経て明治11年（1878）東京大学予科に入学。同16年（1883）同本科に入る。謹之助は勤勉な学生で、終始特待生であった。在学中にエフェドリンの瞳孔拡散作用をみつけて独文誌に単名で発表した。明治21年（1888）卒業後ベルツ教授の助手となる。

明治22年（1889）2月有栖川宮威仁親王、前田侯爵の随行医師として欧州に滞在した。1年後宮一行の帰国後は私費留学に切替え、ゲルハルト（内科学）、オッペンハイム（神経学）、マルシャン（病理学）、キュルツ（生化学）、エルブ（神経学）に師事した。1892年パリに移りシャルコーに師事した。1年足らずの滞在であったが、シャルコーの円熟期の指導を受け、後に神経学を日本に根付かせた。帰国の旅費が不足したので日本海軍が購入した軍艦松島を日本迄回航するのに便乗した。

帰国後三宅秀の長女教（おしえ）と結婚した。義父三宅秀の父は島原半島で代々の医家を継いだ三宅良斉で、順天堂の学祖佐藤泰然とともに江戸に出て医院を開いた。当時の新しいものに興味を持ち、息子の秀には早くから英語、医学を学ばせた。秀は文久3年（1863）16歳の時幕府の遣欧使節団に従者として加わり渡欧し、医学施設を見学した。後東京大学に勤め医学部長、貴族院議員になった。佐藤泰然の養嗣子佐藤尚中の娘藤と結

婚した。秀は早くから三浦謹之助を娘教（おしえ）の配偶者として考え、留学中には学費を援助していた。

謹之助は帰朝後東京帝国大学講師、助教授を経て明治28年（1895, 32歳）に内科学教授（第二講座担当）となった。研究業績として男子尿中の腔トリコモナスの発見、矮小条虫の研究、再帰熱やハンセン病についての報告、青森県八戸地方の首下り病についての報告等多くの論文がある。日本神経学会や日本内科学会の創立に加わり、1906年帝国学士院会員に推挙された。1912年明治天皇御不例の際には青山胤通教授とともに宮内省御用掛として拝診した。明治44年（1911）ベルリン大学創立100周年記念式典に参列。任期中1918年から3年間東大医学部附属病院長。1919年第一次大戦後の講和会議全権西園寺公望公の随員として渡欧。この間にパリで開かれた国際航空学会があり、田中館愛橋、勝沼精蔵とともに出席し小脳機能と航空適性について深海魚の所見を引用して発表。1921年には皇太子殿下御外遊に随行。1923年にはロックフェラー財団の招きで医学視察団の団長として渡米した。帰国直後に関東大震災、自宅も焼失した。

大正13年（1924）停年退職、本所の同愛記念病院（米国の震災援助により創立）の院長に迎えられた。ここでは下町の人達も分け隔てなく診療を続け、東京大空襲の時には焼残り大勢の罹災者の診療に当たった。大正天皇の御用掛として拝診し、更に貞明皇太后も拝診した。自宅では依頼に応じて多くの患者が診察に訪れた。

第二次大戦では東京大空襲で自宅は焼残ったが進駐軍に接収された。小さな応接間一つが祖父の為に残され、不自由な生活を強いられた。米軍に接収された同愛記念病院の図書室で許可を得て一般には手に入らない新着の外国雑誌に目を通して

いた。ここで得た知識を東大柿沼内科(第一内科)の月例の抄読会で話し、出席していた若い医局員を驚かせた。

1949年文化勲章受章、1950年10月10日に往診中に脳橋出血により亡くなった。家庭では祖父

は63歳で妻を亡くした後、長男である父紀彦の家族とともに過し、孫の私達にも色々のことを教えて多くの感化を及ぼした。

(平成25年12月例会)

我が国における抗生物質医薬品の発展

八木澤守正

抗生物質医薬品の歴史は、1928年のAlexander Fleming博士によるペニシリンの発見から85年しか経っておらず、我が国においては1944年に戦時研究としてペニシリン製造法を模索し始めてから僅か70年の歳月しか経過していない。しかしながら、1947年に50歳を越えた日本人男女の平均寿命が、1951年に60歳を越え、1960年に70歳を越えて現在の長寿国に至った要因の一つとして、肺炎、結核、腸チフスなどの致死的な感染症が抗生物質医薬品により制御されたことを挙げる事ができる。

我が国における抗生物質医薬品発展の足跡を辿ると、太平洋戦争敗戦後の占領期に連合国軍最高司令部総司令部(GHQ)の公衆衛生福祉局(Public Health & Welfare Section; PHWS)の局長であったCrawford Sams軍医大佐(後に准将に昇格)が立案した政策に依るところが大きいことが理解できる。占領下の日本において、麻薬の製造・販売を根絶する代替えとしてペニシリンを国産化させるために、アメリカから製造技術を移入し、1946年の着手から僅か3年の間に、日本国内の需要を満たすに十分な量のペニシリンの工業生産を達成するに至らせたPHWSの政策と支援は極めて現実に則したものであった。

ペニシリンの工業生産が軌道に乗ると、PHWSは第二の課題としてストレプトマイシンの国内生産を推し進めたが、1950年の着手から僅か5年の間に十分な量が生産されるようになり、1950

年に人口10万対146.4であった結核による死亡率が、1955年には10万対52.3と約3分の1にまで低下している。

PHWSは第三の課題として、腸チフスや赤痢に有効なクロラムフェニコールや、発疹チフスや発疹熱などのリケッチア感染症に対しても有効なクロルテトラサイクリンの輸入と臨床使用を進めており、占領が終了する1952年までの我が国における抗生物質医薬品の歴史はPHWSの政策に沿ったものであった。

この7年間の占領期間中に蓄えられた抗生物質医薬品に関する知識と技術は、日本における抗生物質医薬品の創薬の原動力となり、国立予防衛生研究所の梅澤濱夫博士によるフラジオマイシン(1949年)、オーレオスリシン(1949年)、ザルコマイシン(1953年)、カナマイシン(1957年)、ブレオマイシン(1965年)などの発見と実用化、東京大学伝染病研究所の細谷省吾博士によるトリコマイシンの発見(1952年)、北里研究所の秦藤樹博士によるロイコマイシン(1953年;後にキタサマイシン)、カルチノフィリン(1954年)、マイトマイシンC(1956年)の発見と実用化などの大きな成果が得られている。

一方、我が国の製薬企業における抗生物質医薬品の研究開発の歴史は極めて輝かしいものであり、世界に雄飛しグローバルな標準薬となった医薬品はコリスチン(1950年;ライオン菌薬)、セファゾリン(1969年;藤沢薬品)、アミカシン

(1972年；ブリストル万有研究所)，ビペラシリン(1976年；富山化学)，クラリスロマイシン(1984年；大正製薬)，メロベネム(1987年；住友製薬)，ミカファンギン(1998年；藤沢薬品)など列挙に暇がなく，日本は抗生物質医薬品の研究開発において世界の主導的な位置を保ってきた。

我が国で臨床使用されてきた抗生物質医薬品は，既に製造中止になっているものを含めた累積成分数で206成分に達しているが，その主流はβ-ラクタム系であって，セフェム系48成分，ペニシリン系27成分，カルバペネム系などの各種β-ラクタム系12成分を合せて87成分あり，全成分の42%となっている。カナマイシンなどのアミノグリコシド系は15成分(7%)，エリスロマイシンなどのマクロライド系は27成分(13%)，ホスホマイシンやクリンダマイシンなどの各種抗生物質が20成分(10%)であるが，リファンピシ

ンの抗結核抗生物質が11成分(5%)，アムホテリシンBなどの抗真菌抗生物質が14成分(7%)，マイトマイシンCなどの抗腫瘍性抗生物質が16成分(8%)となっている。

同系統の抗生物質医薬品が多種類使用されていることに対する批判があるが，同じセフェム系であっても血中濃度半減期が20分ほどの速効型のものから8時間に及ぶ超持続型のものがあり，投与量の大部分が尿中に排泄されるものと胆汁中に排泄されるものがあり，同じ細菌性肺炎を適応とするものであっても，肺炎球菌に強いものもあればインフルエンザ菌に強いものがある。我が国には，このような抗生物質医薬品の個々の特徴を上手く使い分ける感染症専門医が多教育っており，諸外国に比べて耐性菌感染症による問題も少なく，感染症の予後が良い状況にあることは喜ばしいことである。

(平成25年12月例会)

19世紀初頭の日本における『温疫論』の受容

西巻 明彦

18世紀後半から19世紀初頭は日本において天明の大飢饉などにより民衆生活は不安定な時期であった。飢饉に加え疫病の流行が身体の抵抗力が弱っている庶民に倍加して大きくのしかかる。麻疹の流行は江戸において，1776年，1782年，1808年におこっているし，1803年には痘瘡が流行している。江戸時代は全国的に人口が増加しなかった時期であるが，疫病の流行は当然一時的にしる人口減少をまねいたはずである。当然疫病をどのように制圧するか，このような状況下では大きな課題であったと考えることができる。これらの背景において『温疫論』(1642)は日本において受容されていくことになる。

『温疫論』は呉有性により書かれた温疫についての理論書であり治療書である。『明史』では

1408年から1643年間の温疫に関して19回流行したとの記述がある。呉有性は従来の『傷寒論』の三陰三陽の概念では明末の疫病は治せず，独自の概念を構築した。温疫は六淫の邪ではなく，雑気である戾気で，口鼻から侵入し，半表半裏である募原に潜伏する。このため邪気が募原にとどまる状態を追い払うために達原飲を使い，表に邪が入れば白虎湯，裏に転入すれば三消飲を使用するという。温疫は表裏伝変で，但表不裏，表而再表，但裏不表，裏而再裏，表裏分伝，表裏分伝，表裏分伝再分伝，表勝干裏，裏勝干表，先表後裏，先裏而後表の九伝によるとしているが，百々漢陰は十伝と述べている。

日本で『温疫論』が最初に和刻されたのは荻野元凱校刊の『温疫論』(1770)で劉松峯訂正の『温

疫論類編』は、1803年に刊行されている。『温疫論』の解説、論考書は『温疫論正誤』（元木篤敬、1792年刊）以降明治になるまで多数刊行されている。温病概念の書物は現代になり再び刊行されているが、明治の中頃には一時途絶えることになる。このように『温疫論』に関する書物が多数出版された背景は、前述のような疫病の流行があった。霧隠泰山は『温疫論解』（1822）の中で『弁温疫論』（畑黄山、1800年）、『温疫反案』（松尾淡台、1804年）を取り挙げ批判している。今回『弁温疫論』、『温疫反案』を取り挙げ、荻野元凱の『温疫余論』と共に論考を試みた。『温疫論』に関する著者は荻野元凱、畑黄山、中神琴溪、松尾淡台、百々漢陰ら古方派の医師が多い。しかしながら荻野元凱は肯定派であり、畑黄山、松尾淡台は否定派である。畑黄山は1787年法印に叙せられ、また私費を投じて医学院を創設して医師の教育を行った。『斥医断』を著し東洞の概念に反対した。『温疫論』に対して只有性は温疫に対して治療、予防は彼の概念ではできないとし、過去の医書から疫病の例を取り出して批判し、張仲景の傷寒六経論を尊守した。さらに雑気を毒の陽気とし、口鼻よりの伝入は『温疫論』独自の概念ではなく、また募原は膜原とし、募原に邪がとどまることに反対した。九伝に関しては傷寒六経論で解釈できるとし、脈証の重要性を挙げ、九伝に拘束されてはいけないことを主張した。

松尾淡台は吉益東洞の弟子で、東洞の信奉者である。東洞は萬病一毒論者であったが、吉益南涯は気血水説を唱え、淡台は病因として本来もって生まれた気、飲食の気、地湿の気を重要視した。戾気説に対して病は人がおこすものとし、五運六気説、口鼻からの侵入、募原をすべて否定した。只有性の『温疫論』は2巻85項目にわたり記載されているが、『弁温疫論』では63項目、『温疫反案』84項目で批判が行われている。九伝に関しては「証により変を知り、治を知る」として吉益流古法 concepts を主張して否定している。このような反論に対し、霧隠泰山は「其言極て狼愎にして奇弁をろうす、軽浮の子弟、或はこれ眩惑するあり。」と述べ批判している。

荻野元凱は『温疫論』に対し、肯定派であるが、すべて肯定したわけでないことに特徴がある。『温疫余論』（1811年）は2巻69項目であるが、上巻の最後に伏邪伝少陰、下虚上盛など5項目を新たに加え、「上盛下虚少陰証に属する者多し」と述べている。また温疫に対しその序文は「疫を療するもの数百人」と有効性を主張している。元凱は1797年、江戸医学館で『温疫論』を講じているが、その時有名な募原論争が起こった。『五月雨草紙』（喜多村直寛）は「此書中の膜原を募原と読しより議論起り……中略……（古へ募膜通用の字にて、ばくげんと読まざれば、其議通ぜざる事なり）」と述べられている。『五月雨草紙』では喜多村槐園が言いだし目黒道琢が同意したことになるが、通説では目黒道琢が主張したとされている。これに対し、荻野元凱は『温疫余論』の中で「一老医先生卒爾万声し、字書に募音の暮膜音なし。」と述べ元凱を批判した。これに対し元凱はどういう義かと反問するも道琢は答えなかったため、元凱は『難経』でいう募俞のことを言っているのだと解釈している。実際のところばくげんと呼んだのは元凱であると主張したため、平行線をたどってしまったことになる。『温疫論』の受容過程ではこのような事件も発生した。

『温疫論』に対して批判が多かったのは傷寒六経の尊守派が多かったこと、また『温疫論』の発展型として葉天士の衛氣營血の弁証、呉鞠通の三焦弁証が生まれたが、日本では生まれなかった。また広範囲な温疫に対し、一つの理論でまとめる難しさが存在し、黄煌氏は「温熱学説は温疫学説とともに一部の温熱病の一般的病変法則を表現しているにすぎず応用範囲は限られている。」と記している。現代日本の漢方においても傷寒六経説で取るか、新たな温病学説を取るか議論の分かれるところとなる。

当時、疫病制圧に対し、緒方春朔は『医宗金鑑』（1774）より人痘法を乾苗法により鼻腔から痘痂を感染させている（1790）。また橋本伯寿は庶民に対しての隔離論普及を目的とし『断毒論』（1810）を出版、甲府勤番所に隔離の政策化を訴

えている。これらの概念に対し『温疫論』は影響を与えていると考えられる。長崎口からは蘭学の影響が強いと言われているが明・清代の医学も受容し、実証化しようとした点が注目される。呉有性の『温疫論』は独創的なものであるが反論も多く、日本で受容した時はすでに日本漢方の独自化

が進んだ時期でもあった。このため呉有性の理論をそのまま受容せず、荻野元凱も肯定派とはいえず、現実に即して受容したことは日本における『温疫論』受容のひとつの特徴と考える。

(平成26年1月例会)

片山國嘉の精神病学講義

岡田 靖雄

日本における法医学の始祖としてしられる片山であるが、精神病学者としてもかれの業績はおおきい。

片山國嘉は1855年静岡県に生まれた。1879年東京大学医学部を卒業し、生理学教場出勤を命じられ、教師チーゲルの通訳。チーゲルは裁判医学の講演もおこなっていたので、通訳の片山も裁判医学に通じることになった。1881年東京大学助教授、1882年別課生に裁判医学を講義。1884-88年と裁判医学修学のためドイツ、オーストリアに留学、リーマン、カスベル、ホフマンについた。また精神病学をウェストファル、メンデル（ベルリン）、マイネルト、フリッチェ（ウィーン）にまなんだ。

1888年東京帝国大学医科大学教授となり、裁判医学講座を創設。1890年中央衛生会委員となる（1900年制定の精神病者監護法の立案にもあたり、片山は精神病院法の制定を主張した）。また同年国家医学講習科を設置した（→1921年）。1891年片山の主唱により裁判医学は法医学と改称された。

精神病学講座の榊俣教授の死去、呉秀三助教授の留学をうけて、1897-1901年と精神病学講座を兼担、東京府巢鴨病院医長（精神病学教室は東京府巢鴨病院内におかれていた）。1901年同仁会設立を主唱。1908年国家医学会（←国政医学会）会頭（→1924年）。1921年免本官、東京帝国大学

名誉教授。1922年から禁酒運動に本格的にとりくむ（祖父が大酒家、片山ものめる人だったが途中から断酒）。1931年噴門がんにより死去、76歳。墓所は鎌倉市円覚寺内白雲庵にあり、三乏院殿仁齋愚佛居士。片山は、かなり熱心な仏教徒だった。

精神病学者としての片山は無視～軽視されてきた。ことに『東京大学医学部百年史』（東京大学出版会、1967年）の教室史の部分で、秋元波留夫（教授）・石川清は、片山を完全に無視した。3人目の教授の呉がしばしば2人目と記載される。『東京大学精神医学教室120年』（新興医学出版社、2007年）中の松下正明「東京大学医学部精神医学教室120年の歩み—とくに、片山國嘉教授をめぐって」は片山の業績をかなり照明している。

片山は精神病学を講義し、また本郷構内に精神科の施設をもってこようと努力した（それが実現したのは呉教授になってから）。巢鴨病院には週3回登院して回診、また仏教学者をまねいて看護人（当時は無資格）の教育にあたらせた。またかなり多くの精神鑑定をした（片山をついだ法医学教授の三田定則はまったくしていない）。松原三郎（金沢）および榊保三郎（福岡）は片山門下である。呉秀三「我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設」（1912年）には、「片山教授ハ嘗テ維也納大学ニ在リテ精神病学ヲマイネルト Theodor Meynert ホーフマン Edward R. von Hoffmann ニ学

ビタル人ナルガ平生チーヘン Theodor Ziehen ノ著述精神病学ヲ読ミテ之ニ精通サレシカバ右兼担任期中此所見ヲ以テ助手並ビニ学生ヲ率キラレシカバ是ハ又我邦大学ニ於ケル精神病学史ニ一時期ヲ為シタリ”とかいている。

片山の「精神病学講義」は『国家医学会雑誌』第129-187号(1898-1902年)に19回にわたり分載されていた(計90ページ)。「序論」は精神生理学である。「精神病理学通論」の「症候通論」がそれにつづく。その構成は――

感覚ノ障礙(感覚ノ強度ノ障礙, 感覚ノ情調, 感覚ノ性質(内容)ノ障礙)

観念ノ障礙(観念構成ノ障礙, 観念保存ノ障害, 感動ノ障害)

ときて、通論の途中でおわっている(呉教授による精神病学教育が軌道にのったからだろう)。当然各論にははいていないが、上記のなかにでてくる病名を、ある程度秩序だててならべると、つぎのようになる――

躁狂, 鬱狂, 遅鈍狂, 偏執狂(妄想狂)[幻覚性妄想狂], もうろう状態(てんかん性, 臆躁性, 重性幻覚性), 神経衰弱狂(心気性神経症)

躁鬱狂(回帰性)

先天性癡狂(白癡)(重白癡, 軽白癡, 最軽白癡[癡愚], 悖徳狂)

後天性癡狂(麻痺性, 老老性, 中酒性, 癲癇性, 続発, 早発)

片山が直接ツィーエンにまなんだことは記録されていない。Georg Theodor Ziehen(1862-1950)はヴェルツブルグ, ベルリンで医学をまなんだ。イェーナで員外教授だったときニーチェの主治医だった。1903年ハレの教授。1904-12年ベルリン(シャリテ)の教授。1917年にはハレの心理学教授となった。主著は“Leitfaden der Physiologischen Psychologie”(1890年第1版, 1911年第9版), “Psychiatrie”(1894年第1版, 1903年第3版)である。

片山の「精神病学講義」はほぼ“Psychiatrie”の総論部分によっている。ツィーエンの精神病分類はつぎのようなもので、片山があげているもの

はほぼこれにあっている――

I. 知的欠陥をかく精神病

A. 単純精神病

1. 感情精神病

躁病, メランコリー, 感情動揺(エクノイア)

2. 知性精神病

遅鈍狂, パライイア(偏執狂), もうろう状態, 随伴譫妄, 強迫表象からくる精神病変調

3. 精神病質体質

B. 複合精神病(定期性, 循環性)

II. 欠陥性精神病

A. 先天性癡狂[精神薄弱]

白癡, 癡愚, 軽愚

B. 後天性癡狂または癡呆

脳皮質の急性感染性破壊による精神病, 麻痺性癡呆, 老老性癡呆, 病巣性疾患のさいの続発癡呆, 動脈硬化性癡呆, 外傷性癡呆, 破瓜病性癡呆または早発性癡呆, 癲癇性癡呆, 中酒性癡呆, 機能性精神病後の続発癡呆

ツィーエンの分類は心理学的概念によりすぎていると評されているようである。この分類にも片山があげる病名にも、早発性癡呆[統合失調症]がちょっと顔をのぞかせているのは、興味ふかい。

門脇貞枝(1872-1925)は、1897-1901年と東京府巢鴨病院医員で、片山門下であった。『狐憑病新論』(1902年)および『精神病看護学』(1902年)の著もある。一生精神病院の勤務医で、教職にはついていない。その著『精神病学』(博文館, 1902年)は、完全にツィーエンによっている。本文1008ページの大著で、両方の目次をならべると、完全訳といってよいほどである。

呉の「我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設」には、“榊[保三郎]教授ハ初メ片山教授ノ下ニアリテチーヘン氏ノ学説ニ造詣スル所アリ後又伯林大学ニ学ビテチーヘンニ親灸シテ得ル所アリタレバ其学説ハ同ク同氏ノ後ヲ酌ミ我邦精神病学界ニ一生面ヲ開キ其講述モ阿兄ニ類シテ流暢明

達ナレバ学生ヲ啓発スルコト少ナカラザルベシ”とある。こののちは、呉が導入したクレペリンの体系が国内に根づいたので、ツィーエンの影響ものこらなくなった。

片山については、かなり印刷されのこっているその精神鑑定著を検討していく必要がある。

(平成26年1月例会)

書 評

森川 潤 著

『青木周弼の西洋医学校構想』

防長の医史研究は先達・田中助一が逝去して以来、寥々たる状況が続いていたが、近年、中澤淳山口大学名誉教授の牽引で新たに組織的研究が胎動しつつある。一方この流れとは別に広島修道大学の森川潤教授は、同大学の論集を中心に青木周弼に関する論文を公表、幕末萩藩の医学教育を教育文化論や教育文化交渉史の視座から分析し、興味深い論考を発表していた。これらは斯学が長い停滞期を脱し、再び学的活性化へ向かおうとする歓迎すべき動きといえる。

さて本書は萩藩医・青木周弼の医育事業の大成に至る過程を追った労作である。著者によれば周弼の登用は、能美洞庵等の藩地での西洋医学興隆の企図と、村田清風の海防を目的とする西洋軍事学導入の思惑が合致して実現したという。以後、周弼は萩藩蘭学の基盤を築き、萩藩で唯一の蘭学者の供給源となる。また世襲藩医制の弊害除去に腐心し、自由な議論と競争を前提とする会読を重視、西洋軍事学の専門家発掘や種痘実施に中心的役割を担ったとの指摘もなされる。

周弼研究は戦前の『青木周弼』を頂点とする。該書は貴重資料の宝庫である。本書も周弼関係の資料はこれに依拠する。しかしそれを利用しながらも意欲的補完に努めた結果、田中の周弼伝を上回る成果が随所に窺える。本書は毛利家文庫（山口県立文書館所蔵）を中心に関連資料を多数補填し、加えて書誌に関する知見も豊富、蘭書の解説も詳しく、周縁部への目配りが徹底され、広角的

視野の下に周弼の思考・行動に迫る。その手法はいわば周弼を核としてそこに衛生を配し、系列を整理して主星の特質を浮き彫りにする格好がとられており、これにより本書は先行書に比してより濃密な内容を持つ著作へと昇華している。

田中は周弼の藩医時代を嘉永4年を分岐点として前後期に分けたが、本書はより説得力をもって、(1) 医官兼医校翻訳掛として訳述に携わる時期、(2) 医校会頭就任～西洋学所で兵学振興に尽力する時期、(3) 侍医となって再び医校に戻り、教諭役として運営を主導する時期、に三分した。その上で各期ごとの検討事項を、(1) 坪井塾で蘭語を習得した周弼が萩藩蘭学のパイオニアとして蘭学の移植基盤を整える過程、(2) 医校会頭として起草した「医学所規則」が修正を経て制定公布される過程、及び萩藩医が伝統的に築いた漢方医学の基盤上に西洋医学を学科課程中に組み入れる過程、(3) a 参勤に随従した周弼が蘭学の先進地・江戸で果たした役割、(3) b 病没前まで精魂を傾けた建言等から見る周弼の西洋医学校構想、と焦点化して、堅牢な構成を見せる。周弼の藩医界改革は旧師・能美洞庵の後援で抵抗勢力を抑えつつ、漸進的、段階的に展開された。著者の分析によると、周弼はまず「医学所規則」で西洋医学校構想のプロトタイプを示し、「好生堂増補規則」で漢方医学を排除せず、基礎過程に位置付けて西洋医学転換への現実的選択を図り、「好生堂改正規則」で藩政府に西洋医学校設置の緊急性を建