

# 漢方の証を考える

---

『漢方の臨床』59巻12号(2012)別刷

渡 辺 賢 治

## 漢方の証を考える

慶應義塾大学医学部  
漢方医学センター

渡辺賢治

### WHO国際疾病分類の改訂

現在WHOでは国際疾病分類(通称ICDと呼んでいる)の改訂作業を行っている<sup>①②</sup>。ICDの歴史は1900年に遡るが、元々は死因統計を国際的に比較する目的で開始された。しかしながら、今では疾病統計の基礎にもなっており、今では多くの病院に導入されている診断群分類包括評価(いわゆるDPC)もICD準拠となっており、その利用範囲はさらなる広がりを見せている。

現在わが国で施行されているのはICD-10 (ICD第10版)であるが、昨今の電子カルテの普及により、次回改訂のICD-11では電子化された疾病分類となる予定で、2015年のWHO総会での承認を目指している。

ICD-11では上記電子化に伴い、今までは分類のみであったのが、用語や診療情報も含まれる全く新しい分類になる。もう一つの大きな出来事は1900年来一貫して西洋医学一本でやってきたICDに初めて伝統医学が入ることである。この準備は2005年からWHOに西太平洋事務局で行ってきたが、2009年からはWHO本部のプロジェクトとして、正式にスタートした。日中韓を中心に全世界からの専門家によるプロジェクトマネジャーのグループが組織され、この3年間相当ハードに作業を進めてきた結果、2012年5月のWHO総会に合わせてICD-11ベータ版がリリースされた。このベータ版は一般に公開され、意見を幅広く求めるもので、現在ウェブ公開され幅広い意見を募っている<sup>③</sup>。

日中韓の伝統医学の相違

現在「J」は22の章から成っている。この度の改訂では、新たに23章を設けてそこに伝統医学を入れる予定である。今回の改訂では日中韓を中心とした医学を入れるが、その次の改訂ではインドのアーユルベダ、アラブのユナニなども候補に挙がってくると思われる。

現段階では日中韓の医学が中心であるが、その作業を進める過程でそれぞれの国で使用されている伝統医学がどうも違うのかということをつくづく実感した。

まず、23章の構成から説明すると、大きく2つに分けられる。一つは伝統医学病名で、もう一つは証である。

中国では伝統医学病名を重んじており、上海中医药大学を中心とした医療情報ネットワークでは、「西洋医学病名」「伝統医学病名」「証」の3つを記録している。その数は今や400万件を超えている。一方韓国ではICD-10の韓国版であるKCD-6には西洋医学と一体化した韓医学のコードが入っており、保険制度の中で融合した形で使われているが、西洋病名と混乱を来す伝統医学病名は排除し、数少ない伝統医学病名と証とを使っている。

一方わが国の提案としては西洋医学的病名と混乱を来すため、伝統医学病名は提案しないということになった。

ように思います。」

細野史郎「私は漢方入門以来、漢方のよいところは『証』に随って治せばよい』と云うことで、病名の必要がないことだと考えもし、また信じていました。其のうちに追々それだけでは不十分なのではないかと思う様になりました。それは我々が医者であるのに、「病名のことには私は知りませんよ、ただ治療だけが私の本分なのでから」などとすましていくわけにもいかなくなりました。(中略) 現代医学の講義などを、母校で傍聴する機会に恵まれました、従来の『随証治療』の考えを更に訂正、拡大していくことこそ必要なのではないかと痛感するようになりました。(中略) 現代医学的病名の必要性は、現社会に医師として立つうえにも又漢方治療を現代的に翻訳理解する上にも必要だと考えるようになりました。すなわち現代医学に立脚した少なくとも現代医学的知識で十分に理解することのできる漢方医学にまでもって行くことは現代医学を更に完全な医学に作り上げる近道たらしめるものであります。」

「つまり極言すれば昔は病名は漢方ではいらぬといっただが、これからの漢方治療ではそれは言っていられない。」  
和田正系「西洋医学の病名は病理解剖の基礎に立っているのですから漢方の病名と違うことは明らかですね。つまり解剖的根拠から立てた病名と漢方の治療の立場から立て

こうした伝統医学に対する考えは、決して今に始まったことではない。江戸時代の李朱医学の受容と『傷寒・金匱』への復古を基調にした日本化、そして明治に至るわが国の漢方の歴史についてはすぐれた論文が多くあるのでここでは触れない。本稿では、700号の「漢方の臨床」誌を振り返りつつ、補足資料を加えて近年におけるわが国の伝統医学に対する考えについて少しレビューをして今の漢方医学の体系に至る過程について考察してみたい。

証と病名との関係

日本漢方が何故伝統医学病名をほとんど用いないか。それと関連して、中医学の代表である臓腑弁証を何故日本が用いないかも含め、まず見てみたい。

「漢方の臨床」誌の第1巻第1号に「証」を語る」という座談会がある。昭和29年5月に行われており、出席者は馬場辰二先生、細野史郎先生、大塚敬節先生、和田正系先生、矢数道明先生、坂口弘先生、氣賀林一先生(イロハ順)という漢方の最高峰の先生方の座談会である。その中で重要と思う箇所を抜粋してみる(敬称略)。

大塚敬節「証は時間的で、病名は空間的分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよいことになりましょう。」  
馬場辰二「漢方と漢薬」誌などを見ていますと病名がよく書いてあるから分かりやすいですが、どうもわれわれ現代医学の病名に慣れている者にはやはり漢方といえども病名を無視されたのでは困る場合が多いです。」  
坂口弘「たとえば胆石などの場合など大柴胡湯で治ることが多いと思います。この場合に、ブランクの状態で傷寒論に記載された証を求めるといふことよりも、胆石症には大柴胡湯という予備知識を持って果たしてこの患者はどの証だろうと考えた方が早道であるように体験しています。」

西洋医学病名と伝統医学病名の混乱回避

これらの発言を見れば一目瞭然であるが、医師が行う以上、漢方的考え方だけではなく西洋医学の知見を活用しながら漢方の発展があるべき、という考えである。ここが日本漢方の基礎作りに欠かせない部分と思われる。もちろんわが国にも伝統医学病名は存在した。消渴、霍乱、瘧など

である。しかし、こうした伝統医学病名は論文のテーマにはなっても実地の診療で使われることはまずない。それは似て非なる病態であることから西洋医学の見地からの混乱が予想され、極力避けられてきたものと思われる。例えば霍乱は水様性下痢であるが、英訳される時はコレラである。コレラはコレラ毒素が検出されて初めてコレラと診断される。すなわち病理学的根拠を持って西洋医学の診断が成り立っているのに対し、伝統医学では症状のみから命名されているため、霍乱と言った場合には「コレラ」を含む病名であることが想定されるが、イコールではない。病理学的分類である西洋医学病名と症候から判定する伝統医学病名との混同を回避する努力がなされてきたのである。

臓腑弁証に対しても同じような考えで日本漢方に取り入れてこなかったものと思われる。WHOの議論の中でしばしば臓腑弁証と伝統医学病名の臓腑システムの異同がよく議論された。中国から提出された十二指腸潰瘍の症例の伝統医学病名は「嘈雜」であり、臓腑弁証は「胃熱証」であった。これらの定義を見ると、十二指腸潰瘍とかぶることが非常に多い。すべてがそうであると言っているのではない。臓腑弁証の中には西洋医学病名との意味の混同を来すものが多数存在する、という点を指摘しているのである。定義はすべてWHO ICD betaのホームページで見られる。

精気衰える也」(『素問』玉機真藏論篇)と、邪気という尺度と精気という尺度が混在した定義になっているのである。邪気と精気を足せば1になる、ということであれば、その相対的平衡で単純に考えればよい。

しかしながら、同じく『靈樞』に「虚するものは不足、実するものは余りあり」(『靈樞』刺節真邪第七十五)、「有るを実となし、無きを虚となす」(『素問』調經論篇)とある。これらは精気と邪気との対比をした表現とは考えにくい。そうなる虚実の平衡も多義的に解釈するしかないかとも思われる。

日本漢方の中で虚実中間証という表現をするが、これは中韓に取っては極めて異質な考えである。日本漢方と中医学の相違については桑木崇秀と山田光胤・藤平健による論争があり、体質の虚実を重んじる漢方と病邪との反応を重んじる中医学との相違について活発な議論がなされている<sup>⑤</sup>。病理概念的に虚実を定義すると虚実中間≡正常ということになり、何故「正常」を分類する必要があるのか、ということになる。

まずは「漢方の臨床」誌1巻2号の「証についての諸家の説」の森田幸門の論文を紹介する。「われわれが素因とか体質などという遺伝的因子を特徴づけるのはこの証候(ママ)複合中の流動性平衡である。流動性平衡の在り方

ので、是非とも西洋医学病名との比較をして欲しいと思う。病因論的には伝統医学的に説明していても、症状を読むと西洋医学病名と重なる点が多い。ここではその是非を問うことは避けたい。日本漢方の成り立ちの上で、こうした混乱を避ける智慧が働いたことは容易に想像できる。

前記の大塚敬節の発言「証は時間的で、病名は空間的分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよいように思います。」は、漢方医学と西洋医学の両者を融合した診断体系を念頭にしていた意味で、特筆すべきであろう。すなわち西洋医学の診断体系と漢方医学の診断大系がお互いに独立しつつも、その交わる点に漢方の治療のターゲットがある、という卓見である。これは今日的にも、関節リウマチという診断名は非常に静的であり、一度確定したら動かないが、患者の状態は日々変化している訳で、それを表現するためには漢方の証を加えて判断することが好ましいことを短い言葉で見事に表現している。

虚実について

虚実のそもそもの混乱は『黄帝内経』にあることは皆が認めることであろう。「邪気盛んなれば則ち実し、精気奪われれば則ち虚す」(『素問』通評虚実論篇)、「邪気勝るは、

によって患者の陰陽虚実が決定せらるのである。だからこの流動性平衡は定常的で患者の一生につきまとうものである。之は患者だけでなく、所謂健康人といわれるものにも勿論あるものである。もしわれわれに、あるストレスが加わるならばこの流動的平衡は忽ち破れてそこにわれわれが臨床上見るところの証候複合が現れる。(中略)即ち臨床上の証は証候複合の流動性平衡によって規定される素因、素質等の遺伝的因子の上に、ストレスによる流動性平衡破綻が加わったものである」と既に遺伝学的な考えを取り込み説明しようとしている。これは西洋医学的な知識をほとんどん吸収していき、漢方を解釈しようとする意気込みの表れであろう。この場合のストレスは幅広い外的因子ととらえるるとよく理解できる。

こうした考えを敷衍したのが龍野一雄の虚実論<sup>⑥</sup>である。森田のいうところの「生体に加わるストレス」の解釈として、外邪と内的因子である「生活の過労」を明示したことであろう。

そして体質の虚実と病態の虚実との関係については病態の虚実には体質の虚実が大きく影響するが、必ずしもそれに則らない場合もあることを挙げた上で、「見かけ上の体質で病態の模様を推測することも可能である」と述べている。

また、「多くの人が病気には虚が実かどちらかが必ずあると考えている。けれども黄連阿膠湯や五苓散や黄土湯などの適応症は虚か実かというところとも言いかねる。処方の内容から考えても虚とも実ともはつきり言えない。強いて言えば虚と実の中間的な場合であろう。」と述べている。

虚実が絶対的なものでなく、段階的なものであることは体質としてとらえる日本漢方の考え方と相まって、自然発生的に出たものと思われる。

例えば柴胡剤の適応に慢性疾患を当てるのは日本独自の使い方であって、2003年に米国のNEJGラントを中国の陳可翼教授と受けた時の研究メンバーで議論した時に、中国では小柴胡湯を慢性疾患に用いることがないことを知って両国の伝統医学の違いを確認したことを思い出す。

大塚敬節は『漢方診療医典』に柴胡剤を虚から実へと並べ、段階説を取った。<sup>16)</sup>藤平も「虚実というものは、体力を質的な面から見て、その充実の度合いを示すものさし」と表現し、「虚実間」という表現も取っている。<sup>17)</sup>

このように日本の虚実の概念は昭和に形成されてきたことが分かる。詳細は桑木らのすぐれた論文があるので、ここでは微に入るのは避けたいと思う。

### 慢性疾患における虚実

森田、龍野の論のように素因としての正気が外邪や内の因子によって乱されることにより、虚実の反応が出ることは理解できる。『傷寒論』に見られるような急性熱性疾患では、病的反応としての虚実が極めて分かりやすい。しかしながら、生活習慣病のようにゆっくりと症状がなく慢性的に進行するものにおいては虚実の反応は極めてわかりにくい。

例えば糖尿病歴が10年以上で種々の合併症を伴っている場合には病的症候が表に出るので、虚実の判定は可能であろう。しかしながら耐糖能異常程度で、一見健康に見える人には無症状であることが多く、抗病反応としての虚実を極めてわかりにくい。この場合には体質的虚実の方が臨床上有用である。

『傷寒論』を規範として発達したわが国の漢方医学は昭和年代における疾病構造の変化が（急性感染症から慢性生活習慣病）に対応する必要があったであろう。こうした疾病変化日本の虚実の体系に少なからず影響を与えたのではなからうか。

### 日本漢方の成り立ち

こうして見てくると、そもそも日本漢方の成り立ちは西洋医学とどうつき合うか、という中で形成されてきたものと考えられる。

『皇漢医学』の自序で湯本求真が漢方を始めたきっかけについて述べている。「明治43年長女を疫痢の為にうしなひ、修得するせる医術の頼み少なきを恨み、煩悶懊惱すること数ヶ月、精神ほとんど錯乱せんとするに至りしが、たまたま故恩師和田啓十郎先生著『医界の鉄椎』を読み、感奮興起し始めて皇漢医学を学ぶ。」

大塚敬節も長女を疫痢で失っているが、西洋医学の限界を目的の当たりして漢方に開眼するのである。しかしながら、西洋医学全否定でないことは注目すべき点であろう。

『皇漢医学』の総論に「余の本書ある所以は、医聖張仲景師の総説せる東洋古医学を西洋医学の原理を以て解説し、その長所を明らかにすると共に、現代治療術の短所を探り、以て二医学の融合統一を期するの宿望に出ず。（中略）余は元来洋漢医方折衷主義者にして、洋医方の長所は益々之を助長すると共に、その短所は断然廃棄し、その長所に配するに漢医方の長所を以てせる一新医術の出現せんことを希望するものなり」とある。

近代漢方の始まりから、西洋医学を否定することなく、漢方の長所を生かして行こう、という精神が明らかである。これは華岡青洲の「内外合一活物窮理」や大槻玄沢の「採長補短」の精神が綿綿と踏襲されていることが分かる。さかのばれば山脇東洋は江戸時代に初めて腑分けを行った漢方医である。当然彼の手元には欧州の解剖学書があったに違いない。その東洋が見出した吉益東洞が、山脇東洋の業績を意識しない訳がない。また東洞自身の家系は金瘡医であり、東洞の理論形成の中には蘭学を強烈に意識していたはずである。その意味において、東洞が独自の理論を立てる過程は、明治から昭和の先哲たちと共通する環境があったとも言える。これから趨勢を増すであろう蘭学に対し、実利的に理論を展開する必要があったのではなからうか。

### 西洋医学と影響しながら変化する日本漢方

現在の日本漢方の源流は東洞に求めるところが大であるが、今のように体系化されたのは西洋医学を修めた昭和の先哲たちの努力が大であった。今の漢方の体系化が昭和時代にあると言うと「日本漢方は近代になっていい加減な理論を作り上げた」という輩もおられるだろう。しかし、中国でも韓国でも伝統医学は日本以上に急激な変化を遂げつ

つある。

ここで再び華岡青州の座右の銘である内外合一活物窮理に触れよう。「方に古今なく、古に泥(なず)むものは今に通ずべからず、内を略しては外を治すべからず。蘭を言うものは、理に密にして法に疎(うと)く、漢を奉ずるものは、法に精(くわ)しく跡に泥(なず)む」とある。昔に拘泥しては学問の発展がないのである。

大塚敬節に「時代の変化に応じて変わってこそ伝統」という言葉がある。しかし、無節操に西洋医学に迎合すべきではない。最後に私が大きく影響を受けた大塚恭男の言葉を引用したい。

「少なくとも今後の漢方は、かたく鎖国することによって保身をはかるよりはむしろ全面的に開国して、現代医学の真つただ中に身をおくことによって、相互に批判し、批判されつつ自らの地位を確立してゆくべきであろう。しかし漢方医学と西洋医学を打って一丸とした日本の新医学をといわれるが、その具体的な方法が示されない限りこの意見にはわかに賛成しがたい。両医学は本質的に相容れぬものを持っており、しかも二つながら存在意義があると筆者は考えている。漢方医学と西洋医学は安易に習合すべきではなく、少なくとも現状ではテーゼとアンチテーゼとして併存すべきである。」

両医学が互いに迎合することなく、時に尊重しあい時に批判しあいながら、互いに影響しあうらせんモデルとして発展するイメージである。

伝統という厚い殻の中でぬくぬくとするのはなく、積極的に西洋医学からの批判を浴びながらも、その特質を失うことなく、両医学が発展していくという、わが国にしかできない医学大系の創造こそが、湯本求真以下の先哲たちの悲願であり、漢方が認められてきた今こそ、現代に生きられわれが成し遂げるべきものではなからうか。

### 結 語

こうして改めて日中韓の違いの元を辿ると、わが国においては西洋医学との融合の中で漢方の考え方が発展してきた結果、西洋医学と混同されるものを避けてきたことがよく分かる。その結果、西洋医学が得意とする病因論的な理論をなるべく使わずに、西洋医学には希薄な宿主側の病態を重んじて体系化されてきたものと思われる。

西洋医学が病理学的分類であるのに対し、漢方の証はなるべく重なる点を排除してきた結果、宿主側の病邪に対する反応を診断できる体系に特化していき、さらに緩徐に進行する慢性疾患にも対応できる診断体系に再編されていった。

日本漢方には理論が少ないとよく言われる。日本の証の成り立ちは西洋医学の医師が行うことによつて、西洋医学と補完し合つて一つの世界になるのである。一方中国、韓国は西洋医学なしで、一つの世界観が形成されている。

しかし、ICDに入るということは西洋医学が主流の世界保健の本流に入るわけである。日本漢方もまだ発展途上であると同様、中医学、韓医学も西洋医学との接点を持ちながら変化を遂げていくことが予想される。

30年後の伝統医学がどのように変化しているか楽しみである。

### 参考文献

- (1) 秋山光浩・松浦恵子・今津嘉宏・及川恵美子・首藤健治・渡辺賢治：疾病及び関連保健問題の国際統計分類について、日本東洋医学雑誌、62：17-28、2011
- (2) 渡辺賢治：グローバル化時代の漢方1、ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成、医学のあゆみ、231(3)：243-245、2009
- (3) ICD 11 beta  
http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/#an  
(2012年11月15日アクセス)
- (4) 馬場辰二ら：「證」を語る、漢方の臨床、1：52-58、1954
- (5) 馬場辰二ら：「證」を語る、漢方の臨床、1：91-100、1954
- (6) 桑木崇秀：陰陽虚実について、漢方の臨床、21：300-301、1974

- (7) 山田光胤・桑木氏の「陰陽虚実について」の誤りについて、漢方の臨床、21：409-413、1974
- (8) 藤平健・桑木氏の「陰陽虚実について」を読んで、漢方の臨床、21：413-415、1974
- (9) 桑木崇秀：再び陰陽虚実について—山田、藤平両氏に答える—、漢方の臨床、21：657-658、1974
- (10) 山田光胤：傷寒論の読み方の基本—桑木氏の「再び陰陽虚実について」に答える—、漢方の臨床、22：131-137、1975
- (11) 桑木崇秀：日本の漢方と中国の漢方の違いについて、漢方の臨床、25：129-139、1978
- (12) 桑木崇秀：日本の漢方と中医学特に陰陽・虚実の解釈の違いについて、漢方の臨床、30：354-365、1983
- (13) 森田幸門：証についての諸家の説、漢方の臨床、1(2)：109-110、1954
- (14) 龍野一雄：虚実論(一)、漢方の臨床、1(2)：383-392、1954
- (15) 龍野一雄：虚実論(二)、漢方の臨床、1(2)：445-457、1954
- (16) 大塚敬節：矢数道明・清水藤太郎：「漢方診療医典」、南山堂、1969
- (17) 藤平健・小倉重成：「漢方概論」、創元社、1979
- (18) 寺澤捷年：吉益東洞の研究—日本漢方創造の思想—、岩波書店、2012
- (19) 湯本求真：「皇漢医学」、大安、1962
- (20) 大塚恭男：漢方の論理、「東洋医学をさぐる」、135-146、日本評論社、1973

(医師：〒160-8582 東京都新宿区信濃町35)