日本漢方の特徴

寺澤 捷年

東亜医学協会理事長, 東京, 〒101-0065 千代田区西神田2-7-4 島崎ビル

The Specific Characteristics of Japanese Kampo Medicine

Katsutoshi TERASAWA

President, The Association of East-Asian Medicine, 2-7-4 Nishikanda, Chiyoda-ku, Tokyo 101-0065, Japan

Abstract

Over the past few years, a significant problem has been raised in the field of traditional East-Asian medicines, i.e. the ISO/TC 249 action, which is intended to unify traditional East-Asian medicines with traditional Chinese medicine (TCM).

There is historical evidence that the Korea and Japan imported ancient Chinese medicine in the past, however, either country has greatly its reformed Chinese medicine resulting vast differences from the current TCM. This paper intends to reveal the differences between Kampo and TCM from the viewpoint of disease recognition methods. Kampo recognizes a disease via structuralism, whereas TCM depends on element reduction theory, i.e. The Five Elements and so on. Kampo is based the theory whereby a *sho* (sign / symptom / indication for) correlates with a formulation. The character of each formulation can be acquired through tactile knowledge with clinical experience mainly based on abdominal findings.

To expand, a *Sho* represents the name of its most proper formulation, such as with *kakkonto-sho*. In other words, a disease entity is expressed in the name of its treatment. This means that Kampo does not lend itself to Chinese element reduction theory, but rather, is used restrictively as a matter of explanation for a selected formulation. Thus there are fundamental philosophical difference between the current TCM and Kampo, so that we cannot agree with the Chinese government's ISO proposal by which both modalities would be brought under the same Chinese heading.

Key words : Kampo, structuralism, tactile knowledge, explicit knowledge, element reduction theory

要旨

ここ数年、東アジア伝統医学の領域に重要な問題が起こっている。国際標準化（ISO/TC249）の動きである。これは東アジアの伝統医学を中医学に統一することを意図している。確かに韓国と日本の伝統医学は古代の中国医学を源としているが、それを受容した後に各国で大きな変革を遂げており、現在の中医学とは大きく異なっている。本論文は日本漢方と中医学の相違を疾病の認識法の観点から明らかにした。漢方医学は疾病を構造主義的に認識するが、他方、中医学は五行論などの要素還元論に依っている。漢方医学は方証相対論を基本としており、各々の方剤の性質は腹診を重視する臨床経験による暗黙知として獲得される。その結果、証はこれに対応する最適の方剤名として、たとえば葛根湯証として認識される。これが日本漢方における病名表記である。言い換えると、漢方医学では要素還元論は採用しないのであって、選択された方剤の説明の材料として限定的に用いられる。つまり、両者は哲学的方法論において根本的に異なっており、これを一つの国家の名称を冠した国際標準にすることには同意できないのである。

キーワード：漢方、構造主義、暗黙知、形式知、要素還元論

緒言

近年、中国政府は国策として中医学を国際標準規格にすべく ISO/TC249を立ち上げた。この国際問題に対し、日本東洋医学会は JLOM（日本東洋医学サミット会議）を通じ、また経済産業省とも連携して対応しているところである。またこれとは別に

WHO による国際疾病分類（ICD）の改定に際し、伝統医学の疾病分類を加えるための努力もなされている。

そこで問題となるのは、日本漢方とは何か。中医学との本質的な相違は何か。日本漢方における疾病分類は如何にあるべきかである。

本稿はこれらの諸点について、前報の「医界之鉄椎から一世紀たって」¹⁾を踏まえて明確にすることを意図したものである。

1. 吉益東洞の医論

前報の「医界之鉄椎から一世紀たって」¹⁾に詳述したように、日本漢方と一括りにされる知の体系も、その歴史の必然的な結果から多様なものとなっている。しかし、これを特徴づける大きな基本骨格は吉益東洞（1702-1773）の医論である²⁾。

東洞は伝統的な中国医学の理論（陰陽・五行・臓腑・経絡）を全て否定して、実存的経験論あるいは構造主義的認識法³⁾とも呼べる独自の医論を提唱した。その基本骨格を列記すると次のようなものである。

- 1) 思弁・憶測を持たずに、実体に則した観察を根拠とした、本当に患者を治すことの出来る医者「疾医」でなければならない。
- 2) 理想とすべきは、古代の医者・扁鵲である。学ぶべきは上古である。そこには思弁・憶測・修飾の無い「ありのままの世界」が広がっている。
- 3) 病気を種々に分類し、病名を付け、対処法を論じる既存の中国医学は思弁・臆断に凝り固まっている。全ての病気は一つの毒によって起こるものであり、体内で形を変えて出現しているに過ぎない。従ってこの毒を薬という毒（毒薬）で排除すればよい。これを「万病一毒」と言う。
- 4) 漢方方剤は古代の原形に近いものが好ましい。なぜならば上古の方剤は疾医の工夫になるもので、実際に用いてよく効く。従って最も古く成立した張仲景方（傷寒論・金匱要略）に基本的に準拠するとよい。ただし、傷寒論・金匱要略には後人が思弁・臆断で書き加えた部分が多々混在するので、古代の原形を選び出さなければならない。最も重要なことは、方剤にはそれが適当する毒の容・「証」があるから、この証に合わせて方剤を投与することである。これを「方証相對」と言う。
- 5) 毒薬を用いて毒を攻めるのであるから、その治療過程で激しい反応が見られる。これを瞑眩と言う。古人も「薬を与えて瞑眩が見られないようでは、その病気は治らない」と言っている。この瞑眩を恐れていては疾医の道は獲得できない。
- 6) 毒薬を与えて患者が死亡することもある。しかし、それは薬によるものではない。そもそも、生死

は天が司る所であって、人間の思惟の及ばぬことである。従って医者は「生死は知らぬ」と心に決めて、生死の事は天に任せ、ひたすら疾病の治療に最善を尽くせばよい。これを、「人事を尽くして天命を待つ」と言うのである。

7) 漢方方剤は、それがたとえ上古の方剤であれ、後世のものであれ、臨床の場で、親しくこれを実際に繰り返し試し、その病症の容（証）と効果を検討しなければならない。生薬についても同じことである。そして効果が確認できたものを用いる。これを「親試実験」と言う。「親試実験」によって納得が行くものであれば、後世の方剤を用いて何ら差し支えない。

8) 一切の思弁・臆断を排除して、毒の容を見抜かなければ、適当する方剤は選択出来ない。そのためには毒の実体を手にすることであり、これには腹部の診察が最も重要である。腹部に現れている圧痛・凝り・筋肉の拘縮・腹部の動悸等の有無を丹念に診察することである。次いで重要なのは体表部の所見で、汗が出ているか否か、上半身に熱感があって下半身が冷えていないか、発赤や腫脹は無いのか、浮腫は無いのか、大便と小便の回数や性状。これらを詳細に観察し、或いは聴取するのである。この方剤の適当する容（証）は臨床の実際に於いて「自得」するものであって、子供にも伝えられない。勿論、文字にも出来ない。

この思想の根底には野中郁次郎の言う「暗黙知」と「形式知」の問題が存在する⁴⁾。つまり、患者が呈している病症の容を見定めると言う臨床の知は「暗黙知」であって、本質的に「形式知」として言語表現できないのである。

上述の8) 項の末尾にある「この方剤の適当する容（証）は臨床の実際に於いて自得するものであって、子供にも伝えられない。勿論、文字にも出来ない」という文言はこのことを言っている。

もちろん、その言語化できない「暗黙知」を陰陽五行論などの言語を用いて如何様にも論理を展開できる。しかし「言語」は本質を全て表現できないし、五行などの要素に還元する方法論は総体の真実には迫れない。従って、ある「暗黙知」から出発した要素還元的な論理展開の抱える最大の問題は、その論理を逆に上流へと遡っても、出発点であった「暗黙知」には到達できないのである。

表1 保険薬価収載の漢方エキス製剤の出典分類

- a. 傷寒論・金匱要略 を出典とするもの。古方派の常用方剤である。
茵陳蒿湯 茵陳五苓散 溫經湯 越婢加朮湯 黃耆建中湯 黃芩湯
黃連湯 葛根湯 甘草湯 甘麦大棗湯 桔梗湯 芎歸膠艾湯 桂枝加黃耆湯
桂枝加葛根湯 桂枝加厚朴杏仁湯 桂枝湯 桂枝加芍藥湯 桂枝加芍藥大黃湯
桂枝加竜骨牡蛎湯 桂枝芍藥知母湯 桂枝人參湯 桂枝茯苓丸 桂麻各半湯
呉茱萸湯 五苓散 柴胡加竜骨牡蛎湯 柴胡桂枝湯 柴胡桂枝乾姜湯 三黃瀉
心湯 酸棗仁湯 三物黃芩湯 四逆散 梔子柏皮湯 炙甘草湯 芍藥甘草湯
小建中湯 小柴胡湯 小青竜湯 小半夏加茯苓湯 真武湯 大黃甘草湯
大黃牡丹皮湯 大建中湯 大柴胡湯 大承氣湯 調胃承氣湯 猪苓湯
桃核承氣湯 当歸建中湯 当歸四逆加呉茱萸生姜湯 当歸芍藥散 人參湯
排膿散及湯 麦門冬湯 八味地黄丸 半夏厚朴湯 半夏瀉心湯 白虎加人參湯
茯苓飲 防己黃耆湯 麻黄湯 麻黄附子細辛湯 麻杏甘石湯 麻杏薤甘湯
麻子仁丸 木防己湯 苓甘姜味辛夏仁湯 苓姜朮甘湯 苓桂朮甘湯 (69方)
- b. 外台秘要方・千金方 (6-8世紀) を出典とするもの。各派が常用するもの。
黃連解毒湯 神秘湯 腸癰湯 当歸湯 (4方)
- c. 和剂局方・万病回春・濟生方・女科撮要 など、後世方派・折衷派が常用するもの。
安中散 胃苓湯 溫清飲 加味帰脾湯 加味逍遙散 帰脾湯 芎歸調血飲
啓脾湯 香蘇散 五虎湯 五積散 牛車腎気丸 五淋散 滋陰降火湯
滋陰至宝湯 四君子湯 四物湯 十全大補湯 潤腸湯 消風散 升麻葛根湯
辛夷清肺湯 參蘇飲 清上防風湯 清暑益気湯 清心蓮子飲 清肺湯
川芎茶調散 疎経活血湯 大防風湯 竹茹温胆湯 釣藤散 通導散 当歸飲子
二朮湯 二陳湯 女神散 人參養栄湯 半夏白朮天麻湯 附子理中湯 平胃散
防風通聖散 補中益気湯 薏苡仁湯 抑肝散 六君子湯 竜胆瀉肝湯 六味丸
(48方)
- d. 本朝経験。我が国で創方されたもので、各派が共に用いるもの。
乙字湯 葛根加朮附湯 葛根湯加川芎辛夷 九味檳榔湯 荊芥連翹湯
桂枝加朮附湯 桂枝加芍朮附湯 桂枝茯苓丸加薏苡仁 柴陷湯 柴胡清肝湯
柴朴湯 柴苓湯 七物降下湯 十味敗毒湯 小柴胡湯加桔梗石膏 治頭瘡一方
治打撲一方 猪苓湯合四物湯 茯苓飲合半夏厚朴湯 抑肝散加陳皮半夏
立効散 (21方)

それでは「暗黙知」そのものを全体的に把握する方法論とは何か。東洞は実体のある身体所見である腹部症候あるいは体表部症候をその把握法として介在させたのである。ここでは何故その腹部症候が出現するのかは問題としない。システム制御論的に言えば、構造主義的³⁾に捉えられるブラックボックスの容に適當する方剤(ブラックボックス)を対応させて問題の解決を図るのである。「日本漢方」で腹診をとりわけ重視するのはこのブラックボックスの容の認識において腹部症候が精度の高い情報を提供するからである。

吉益東洞のもう一つの偉大な業績は「方剤の独立」を明確にしたことである。その具体的成果は『類

聚方』²⁾である。それまで方剤は病名として区分される特定の病症に用いるものとして認識されていたが、東洞は病名区分を無意味なものとし「万病は一毒」としたので、方剤は病名区分から解放され、その方剤が適當する病態(毒の容)に応じて活用すべきものと位置付けられたのである。具体例をあげれば、日本漢方では柴胡桂枝湯を常習頭痛、慢性肝炎、慢性脾炎、脊柱管狭窄症、過敏性腸症候群、感冒の亜急性期など実に様々な病名に自由に用いているが、その方法論を開拓したのは吉益東洞である。その際に重要なのは柴胡桂枝湯の容が備わっていることであって、その一端を記述するならば、上衝傾向、自然発汗傾向、胸脇苦満、腹直筋の緊張、神経過敏な

どが同時的に表出されていることである。

2. 東洞医論とその後の展開

日本漢方は東洞医論を基調とするが、純粹にそれのみを金科玉条としてしまうと、初学者は羅針盤のない航海を強いられることになる。そこで、東洞の次世代以後は東洞が全否定した陰陽論、気血水論、五臓論などを適宜採用する経過を辿った。その際、最も影響を与えたのは、当時、医学の主流であった曲直瀬道三（1507-93）の医論である。曲直瀬道三は金元医学に独自の工夫を加えたが、その内容をその著書『啓迪集』（1574年自序）⁵⁾に見ると、中国医学の観念論的でしかも複雑細微な理論を極めて簡素化し、方剤の適応する容を求める方向で記述が為されている。つまり、方証相対の原形を思わせるものであって、この傾向はその「中風門」「傷寒門」において特に顕著である。

筆者がここで指摘したいことは、曲直瀬道三とそれに連なる学統は、それを彼らが明確に意識していたと否とに拘わらず、方剤選択の羅針盤として、補助的に陰陽五行論などを用いていたのである。その具体例は道三の養嗣子・曲直瀬玄朔（1549-1631）の治験録『医学天正記』（1627刊）⁶⁾の記述に見ることができる。そこには要素還元的な論理を積み上げて方剤の適応となる容に溯上する姿ではなく、直接的に適応となる方剤に到達している様子が示されている。

吉益東洞の方法論に準拠する学統を古方派と称し、道三流の学統を後世方派と言う。東洞の活躍した当時（18世紀中葉）両派は劇しく対立していたが、医療の実践と子弟の教育という観点に立てば、両派の方法論を巧みに活用すれば良いことに気付くのは当然で、幕府医学館を中心に両者を折衷する学派が誕生した。この学統を折衷派と称する。折衷派の一人に分類される浅田宗伯（1815-1894）は『勿誤薬室方函口訣』⁷⁾を著しているが、方剤は「いろは順」に列記されている。これは東洞が方剤を病名の束縛から解き放ち、「方剤の独立」を唱えた路線を継承したものと考えて良い。

3. 日本漢方の内容

上述した経緯を経て、日本漢方は後世派、古方派、折衷派が誕生したが、この流れは現在にも存在する。大正～昭和初期（大戦前）の学統は以下の4群に分類される。

- ①和田啓十郎（1872-1916）、湯本求真（1876-1941）、大塚敬節（1900-80）の古方再発掘の流れ→皇漢医学派（古方派に属する）
- ②奥田謙藏（1884-1961）、和田正系、藤平健（1914-1997）、小倉重成らの流れ→古方派
- ③森道伯、矢数格から矢数道明（1905-2002）の流れ→後世方派
- ④新妻莊五郎、細野史郎（1899-1988）から坂口弘（1921-2003）の流れ→折衷派・浅田流

しかし、江戸期との決定的な違いは、1930年代に興った大同団結による各学派の交流と協力体制である。筆者は1931年～41年の期間を今日見る「日本漢方」の揺籃期と考えている。そして、終戦後にこの大同団結は日本東洋医学会（1950年）の創設と東亜医学協会の再発足（1954年）として結実した。

このような相互交流によって育まれた現在の「日本漢方」の特徴を列記すると次のようになる。

- 1) 方証相対論（随証治療）を基本としている。
- 2) いずれの学派も腹診を重視している。
- 3) 脈診の方法には各派で相違がある。古方派は三部九候を採用せず、折衷派・後世方派は採用する傾向を持つ。
- 4) 中医学におけるような要素還元的な論理の積み上げによって証を確定するという弁証論治の手法は採らず、あくまで構造主義的な実体に基づく暗黙知の直接把握を優先し、その過程における補助的手段、あるいは説明の手段として陰陽論、気血水論、五臓論を用いている。
- 5) 従って、日本漢方においては血痺症、肝陽虚症などという病名は用いず、葛根湯証、柴胡桂枝湯証などが疾病分類の用語とされている。
- 6) 東洞医論は観念論を排除して、実体のある症候に手がかりを求めた。今日の日本漢方も西洋医学的な画像診断、病理診断などの病態認識も動員して証の確定に組み入れる努力を遂行している。
- 7) 実際の臨床において、漢方方剤と西洋薬の適切かつ安全な併用の場合に応じて行っている。
- 8) 血液生化学検査などを適宜行い、臨床効果の客観的評価と副作用モニタリングを日常的に行っている。

以上のような共通点を持つとは言え、各流派は各々が得意とする常用方剤を持つのは当然である。

表2 仲景方以外の方剤の扱い（代表例）

第一類 仲景方の類型として方証相対論的に認識
☐ 黄連解毒湯→三黄瀉心湯の類方と見る
☐ 神秘湯→麻杏甘石湯に胸脇苦満の併存した証と見る
☐ 当帰建中湯→小建中湯の類方と見る
☐ 牛車腎気丸・六味丸→八味丸の類方と見る
☐ 五虎湯→麻杏甘石湯の類方と見る
☐ 加味逍遙散→胸脇苦満などの腹証に基づき運用
第二類 五臓論の適用
☐ 抑肝散
☐ 帰脾湯・加味帰脾湯
☐ 半夏白朮天麻湯
第三類 気血水論の適用
☐ 六君子湯・四君子湯・十全大補湯・人參養榮湯・四物湯・五積散

実は、我が国の厚生労働行政もこの点について十分な配慮をして来たことが薬価収載の漢方エキス製剤の出典から理解される（表1）。

また、表1における仲景方以外の方剤も、仲景方の類方として認識し、方証相対的に用いられることが多い。また、適宜、五臓論や気血水論が採用されている（表2）。

結語

日本漢方の特徴について論じた。近代西洋医学のパラダイムと日本漢方のパラダイムの根本的な相違は西洋医学が要素還元論を基盤にしているのに対して、日本漢方は構造主義を基盤としている点にあると言える。構造主義の観点からすると、雑然と表出される生体の闘病反応も相互の関係性において整然とした証として、一括して捉えることができるのである。

これとほぼ同様のことが中医学と日本漢方についても言えるのである。すなわち五行論は5つの要素に還元することであり、陰陽論は二元論への要素還元、気血水論は三元論への要素還元論に他ならない。近代科学の要素還元論が心身一如のダイナミックな存在としての人間を全て説明することが不可能であるのと全く同様に、中医学における要素還元論を以てしても「ありのままの病症」を正しくは表現する

ことはできないのである。

構造主義的な証の把握は「暗黙知」であり、本質的には全てを「形式知」にはできない。東洞が「自得」するものであるという通りである。しかし教育の場で「証は暗黙知であるから自得せよ」とは言えない。従って、凡その方向を示す羅針盤として陰陽、虚実、気血水そして五臓論を便宜的に用いる事になるのである。また日本漢方を担う人々に課せられた使命は可能な限り暗黙知を形式知として、その「ありのままの姿」の一端を丁寧に記述することである。

参考文献

- 1) 寺澤捷年：『医界之鉄椎』から一世紀たって，日東医誌，63，89-97，2012
- 2) 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印刷中
- 3) 池田清彦：構造主義科学論の冒険，毎日新聞社，1990
- 4) 野中郁次郎，紺野登：知識創造の方法論，東洋経済新報社，2003
- 5) 大塚敬節・矢数道明編：漢方医学書集成2，曲直瀬道三，啓迪集，名著出版，1979
- 6) 大塚敬節・矢数道明編：漢方医学書集成6，曲直瀬玄朔，医学天正記，名著出版，1979
- 7) 大塚敬節・矢数道明編：漢方医学書集成96，浅田宗伯，勿誤薬室方函口訣，名著出版，1982