

これからの薬剤師に求められる中医学 日本漢方と中医学の 違いについて

深谷 彰

Akira Hukaya

漢方の杏村，日本中医薬研究会 副会長

日本中医薬研究会の副会長をさせていただいている深谷と申します。今日は「中医学と日本漢方の違いについて」ということでお話したいと思います。なお、敬称はすべて省略させていただきました。ご了承ください。

■ 現代中医学の特徴

まず中医学の特徴は、経方、つまり『傷寒論』や『金匱要略』をもとにしているものと、それ以降に生まれた時方というものを、両方しっかりと取り入れているということです。非常に理論的で、辨証論治を主体にしています。中医学は、分析して、処方を書き出して、さらにそれを自由に加減して臨機応変に対応していくという非常にすばらしい医学です。

現代中医学はいつ頃できたのかといいますと、じつは意外と新しいのです。1956年頃から、中国全国の各省に中医学院が設立されました。ところが、学校はできても教科書がありませんでした。それまでの古典のようなものはたくさんあったのですが、まとめた本がなかったのです。これではいけないということで、たくさんの中醫師が集まって智慧を絞り、バラバラだった中医の理論を1つにまとめて、中医学という体系的なものを作り上げました。これが現代中医学です。

その中医学がいつ日本に入ってきたかという、1972年頃のことです。中国との国交が回復し、たくさんの中医学の本が日本に入ってくるようになりました。当時、私は日本漢方を勉強していたのですが、中医学は理論的で見通しがよく、全体を理解するのが容易だったため、はじめて中医学を見たとき、中医学の理路整然とした理論にすごいショックを受けた覚えがあります。

■ 日本漢方の特徴

日本漢方は、経方つまり『傷寒論』や『金匱要略』を中心として、方証相対を主体としています。方証相対というのは「これこれの場合はこの処方」という、要するにアンチョコみたいな感じで、系統立っていませんでした。また、口訣集という形で広まっていきました。処方が先があって、あまり理論は記載されていません。

方証相対とは、要するに鍵と鍵穴の関係で、方と証が1対1に対応しているということです。患者さんの病状は必ず1つの処方に対応しています。ですから、処方を加減したり2つの処方を合方することは基本的にありません。もし加減すれば鍵の形が変わってしまいますからね。また、1つの鍵穴に2つの鍵をさすことはできませんから、合方という考えもなかったのです。例えば大塚敬節の著書に、蕁麻疹の症例だったと思うのですが、葛根湯に撲散を入れた症例がありました。自分で入れておきながら、これは非常に姑息な手段だとか、邪道であると評しています。大塚敬節の師匠の湯本求真はすぐうるさい人だったから、きっとそういうふうにしたのだと思うのですが。

方証相対は、まず先に処方があって、それがそのまま証の名前になります。ですから、葛根湯証とか、麻黄湯証とか、桂枝湯証など、方剤の名前がそのまま証名になっています。

どういふふうになっているのか見てみましょう。方証相対の代表的な書物である尾台榕堂の『類聚方広義』からいくつか例を出してみます。日本漢方を勉強した人なら、みんな読んでいる本ですね。例えば桂枝湯証は、「上衝し、頭痛。発熱。汗出で、悪風。腹拘攣するものを治す」。このように、桂枝湯を使う条件を羅列して、それが桂枝湯証だという。これだけです。なんの理論もありません。

さらに、桂枝湯に桂枝を加えた桂枝加桂枝湯は、「桂枝湯証にして上衝が劇しい者を治す」と。桂枝加芍薬湯は、「腹拘攣の甚だしき者を治す」と。こういうふうに加減してしまうと、別な証となりますから、桂枝湯証と桂枝加桂枝湯証は違う証になっているということなのですね。それ以外にも、桂枝去芍薬湯は、「桂枝湯証にして拘攣せざる者を治す」とか、苓桂朮甘湯は、「心下悸し、上衝し、起てば則ち頭眩し、小便不利の者を治す」など、なんだか『傷寒論』の条文そのままのような気がしますね。

この方証相対の利点は、理論が必要ないので、中医学のように基礎から系統立てて何年も勉強しなくても、今日からすぐに使えるという感じで、とても実践的だということです。それから、処方の加減が必要ない、というか加減してはいけないのですが、日本のエキス漢方に非常に適しているということがいえます。欠点は、応用が利かないこと。未知の病に対応できませんし、例えばその日に葛根湯が売り切れていたというときに、葛根湯証の方が来たらどうしようもないということですね。こういうふうには、いろいろと不自由な面がありますし、理論的な発展も期待できません。

■ 日本漢方と中医学の違い

日本漢方と中医学では使っている用語にいくつか違いがあります。いちばん違

うのが虚実ですね。日本漢方で実証は体力があるということで、虚証は体力がないということです。そのため日本漢方では中間証はあるけれど、虚実が同時に存在することはあり得ません。一方、中医学は、実とは邪気が多いということで、虚とは正気が足りないということです。ですから、邪気もあるが正気も足りないということは、よくあることですね。むしろ、ほとんどが虚実錯雑しています。

それから日本漢方では、陽証とは熱をもちやすいことで、陰証とは冷えやすいことをいいます。それぞれに虚実があるので4つのタイプに分けられます。問題は陽虚証と陰虚証です。要するに、日本漢方の陽虚証は熱をもちやすくして体力がない、陰虚証は冷えやすくして体力がないということです。そうすると、中医学の陰虚・陽虚と寒熱が真逆になってしまいますね。ですから、日本漢方の人と陽虚・陰虚を話すとき、これに注意しないと「全然かみ合わない」という感じになります。

それから、四診にも違いがあります。日本漢方は腹診を重視しています。胸脇苦満には柴胡剤を使う、臍下不仁には八味地黄丸、小腹急結には桃核承気湯などです。一方で、舌診はあんまり重視していません。というのは、舌診は温病とともに盛んになりましたから、その頃は日本とあまり国交がなかったため、温病の理論があんまり日本に入ってきていないのですね。

日本漢方の診断では、方証相対以外に八綱弁証と六経弁証が使われます。八綱弁証は、例えば風邪の場合なら、まず表裏を分けて、つまり表証とは脈浮・悪寒または悪風・頭痛・関節痛などですが、表証で、無汗で脈が強ければ麻黄湯や葛根湯、汗があり脈が弱ければ桂枝湯や桂枝加葛根湯というふうにして、yes・no方式で処方を選ぶことができます。ですから、あまり理論を考えなくても処方を選びやすいです。

それに対して中医学の診断は、定位・定性ということを考えて、まず実と虚に分けて、実も外邪（六因：風寒暑湿燥火）によるものと、内邪（六鬱：気血痰湿食火）によるものに分けます。さらに、病因によっていろいろな辨証法を駆使していきます。傷寒なら六経弁証、温病なら衛気營血弁証、湿温病なら三焦弁証などです。複雑ですので、中医学を完璧にマスターしようと思うと何十年もかかるということになってしまいます。

辨証で証が決まると、それに対して治療方針を考えますが、これを治則といいます。治則に合わせて処方を決めていきます。例えば活血化瘀に対してもいろいろな処方があります。処方が決まると、最後に処方を加減します。処方がない場合は自分で処方を組み立てることもあります。

■ 日本漢方の歴史

ここからは、中国で生まれた中医学がどのように日本に伝えられ発展していったかについてお話します。

中国伝統医学の伝来ですが、6世紀くらいまでには、中国医学は朝鮮半島を経由して日本に伝わっていました。昔の古い本にも、西暦414年に金武という医者が来日して允恭天皇を治癒させたという記述があります。奈良時代、西暦700年頃、中国では唐代ですね。この頃は医者が少なくて、貴族しか治療を受けられませんでした。718年には唐の制度を模倣して養老律令や医疾令（医・薬制度）

医心方

治肝病方第十

《病源論》云：肝气盛，为血有余，则病目赤，两胁下痛引小腹，善怒。气逆则头眩，耳聋得太《千金方》治肝虚寒，胁下痛，胀满气急；眼昏浊，视物不明，槟榔汤方：母姜（七两）附子（七两）槟榔（二十四枚）茯苓（三两）桔梗（四两）橘皮（三两）白朮九味，以水九升，煮取三升，去滓，分温三服。又云：治肝实热，目痛，胸满气急塞，泻肝前胡汤方：前胡（三两）秦皮（三两）细辛（三两）栀子仁（三分）黄芩（三两）蜀升麻（三两）藜核升 芒硝（三两）十一味，以水九升，煮取三升，去滓，下芒硝，分二服。

図1

といった法律もでき始めていました。この頃、医療は国営であり、医師は官職名で、代々世襲制でした。753年に鑑真が来日します。鑑真は医薬に詳しい人で、『鑑真秘方』という本を日本に伝承しました。これが非常に素晴らしい本で、日本の医療がめざましく発展しました。その頃、奈良の正倉院には、60種類もの生薬が保存され、そのなかには大陸からもたらされたものもたくさんありました。現在でも残っています。

平安時代（794～1192年）は、和気・丹波両家が世襲で医業を行っています。庶民はまだ民間療法や加持祈祷に頼っていました。808年、諸国の処方・薬方が集められて『大同類聚方』が編纂され、日本初の公定薬局方となりました（『大同類従方』）。漢字で書いてあるように見えますが、よく読んでみるとカタカナになっています。非常に面白い本です。

そして、984年に丹波康頼が『医心方』を編纂します。内用850種、外用70種の薬物が記載された医薬の集大成ともいえる本です。この人はもともと中国人で、日本に帰化した人なのですが、これまでのいろいろな処方方を1つにまとめた非常に素晴らしい本です。少しなかを見てみると（図1）、「治肝病方第十」というところに、『病源論』とあります。

これは『諸病源候論』のことだと思うのですが、「肝気が盛んなれば血は有余である。すなわち目が赤くなったり、両脇の下が痛み、小腹が引きつって、よく怒る。气逆すると頭暈したり、耳鳴りがしたりする」ということが書いてあります。『千金方』では、肝の虚寒だとか、現在の中医学に非常に近い感じのものが書いてありますね。

鎌倉時代は、仏教医学と僧医の黄金時代です。僧侶が医者兼ねることが多かったです。この頃になると、医療はようやく一部の貴族だけでなく、庶民にも広まってきました。当時、宮廷医は没落して生活苦で地方に散らばっていて、そのため地方で大勢の開業医が生まれていきます。こうしたなかで、いわゆる「配置売薬」という制度もできてきます。

鎌倉時代を代表する医学書に『頓医抄』という医学全書がありますが、これを見ると人間の臓腑図が書かれていて、当時の西洋の解剖学に比べてはるかに高度

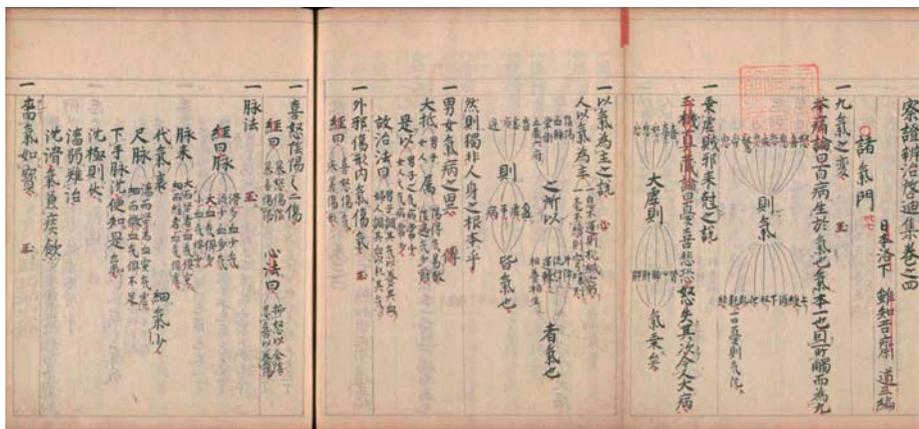


図2 『啓迪集』（国立国会図書館ウェブサイトより）

なものであることがわかります。

室町時代になると、田代三喜が出てきます。彼は15歳のときに僧侶になって学問を身につけてから、23歳で中国の明に渡ります。そこで月湖という医者に師事します。この月湖については不明なことが多く実在を疑う人もいますが、田代はその月湖の中医学を日本に持ち帰って、大勢の命を救いました。そして、その医学は弟子の曲直瀬道三に受け継がれます。この2人が広めた医学を「李朱医学」といいます。李東垣と朱丹溪の意味ですね。これは辨証論治を基本とした理論的な医学です。現在の中医学とほとんど変わらないものが日本にもありました。その曲直瀬道三が『啓迪集』をまとめます。彼は日本に病証を明らかにして治療を施すための全書がないことを憂い、中国を代表する古今の医学書64部より主要部分を抜粋して、74門に分類して平易・簡潔にまとめ、そのうえで類似の病状ごとに病名の由来や辨証論治をまとめました。また、病気の発病部位によって「内病」と「外病」に分け、さらに原因によって気・血・痰・鬱の4つの症状があり、その組み合わせによってさまざまな病気が生じると言いました。非常にわかりやすく理路整然としています。少し内容を見てみましょう。これは諸氣門というところですが（図2）、東大生のノートみたいですね。

こういうふうには線を引いて、昔の本とは思えないくらいわかりやすく書いてあります。もし、みなさん時間があつたら、この本だけは1度、目を通してみるといいかなと思います。例えば、「男子は陽に属する、陽は氣を得ると散じやすい。だから男子は氣が不足しやすい。女性は陰に属する、陰は氣を鬱滞させる。だから女性は氣が余りやすい」とあります。あるいは、「痰が盛んだと氣はますます結する。だから氣を治したいときはまず豁痰をする」と。それから「上焦の氣が熱すれば酒炒黄連・黄芩」「下焦の氣が熱すれば塩炒梔子・黄柏」ともあります。

さて、日本に伝えられた中医学は、江戸の中期くらいから、古方派と呼ばれる人たちによって日本独自のものに変化していきます。日本の漢方が劇的にガラパゴス化していくわけです。

最初は名古屋玄医です。この人は病気がちな人で、自分の病気もあって、いろいろなことを考えました。最後に、「万病はすべて寒氣に傷られることによって生じる」という考えをもっていきます。そして『傷寒論』や『金匱要略』を重視



図3 「腹証奇覽」(医道の日本・1981年)

していきます。なぜかという、中医学があまりにも煩雑になりすぎたというきらいがあったのですね。ですから、「もっとシンプルなものがいいよ」というような考えが生まれてきました。

次に後藤昆山です。この人は弟子が200人ぐらいに及んだといわれます。後藤は、それまでの医師が髪を剃り、僧衣を着け、僧官を受けていたのに対抗して、髪を束ね、平服を着用しました。これを世人は後藤流と呼んだのですけれども、多くの医者がこれに追従して、形のうえでも医業が仏教から独立して、医師の社会的地位確立の原動力になりました。この頃になってようやく僧侶から独立した医者という職業ができたということです。後藤は「一気留滞説」、つまり百病は一気の留滞によって生じると主張し、順気をもって治療の綱要としました。

その弟子に香川修庵がいます。香川は極端に理論を嫌いました。実際の臨床のみを真実として、『素問』『靈枢』『難経』をも邪説と決めつけました。『傷寒論』だけは信用しましたが、それでも太陽・陽明・少陽・太陰・少陰・厥陰に病を分けて論じるのは観念の産物だとして批判し、最後には「信奉するに足る古典や先人は遂に見出し得なかった」と述べています。

それから山脇東洋です。山脇は死体の解剖を行い、肝臓が中医とは反対側にあるとか、いろいろな矛盾があるといって、李朱医学は実際の臨床に合わないと言張しました。

極めつけが吉益東洞です。今の日本漢方では、信者がとても多いですね。なかなか豪快です。一刀両断ですからね。すべての病は「毒」が原因と決めつけて、「万病一毒論」を展開しました。治療は毒を取り除くことに専念します。「毒をもって毒を制する」という激しい治療をしました。「もし患者が死んでもそれは天命とする」と、……おお、いいのかよ、という感じですよ。ただし、吉益東洞の世界観は非常に実践にすぐれています。彼はすぐれた観察力をもっていたのですね。ですから、見ていてスカッとする部分は確かにあります。

彼は腹診を非常に重視しました。中医学はあまり腹診が出てきませんから、時間があつたらこういうのも見てみてください。『腹証奇覽』を少し見てみましょう。これが小建中湯の腹証です(図3)。

図のごとく、腹皮拘急して縦横無尽に縄があるような、こういうものが小建中湯の腹証だということですね。

その後、1895年に新しい法律ができてしまいます。明治政府は西洋医学を学び医師免許を持つもの以外は医療行為ができないとしました。これによって、漢方医も西洋医学の医師免許が必要になります。そして日本漢方も含めて漢方は滅亡の危機に立たされます。そういうときに、湯本求真が『皇漢医学』というすばらしい本を出します。その弟子として、大塚敬節や矢数道明など、現在の日本漢方を築く名医が育っていきます。この2人の著書が現在の日本漢方の源流になっているといえます。

1972～74年にかけて、いわゆる210処方が決まっていきます。1976年に漢方エキス製剤33処方が薬価基準に収載されました。これによって今の日本漢方の基礎が作られました。

それで、話は最初に戻って、中医学が入ってきてわれわれはこのように中医学を学ぶようになったということです。

結論

最後に結論ですが、中医学を勉強することはとても大切ですが、やはり日本漢方も1つの文化ですから、漢方の1つのバージョンとして、同時に日本漢方も少し勉強して、中医学と日本漢方双方の違いを理解しておく、臨床に大いに役立つのではないのでしょうか。