シンポジウム③漢方：中医学から学ぶもの

# 漢方の発展のために中医学から何を学ぶか

秋葉 哲生
あきば伝統医学クリニック

私が北里東医研（北里大学東洋医学総合研究所）で研究生になりましたのが昭和56年（1981年）で，平馬直樹先生とはそれ以来の交流がございます。本日は中医学会という，ふだん私自身が直接ご縁のない学会でお話する機会を賜りまして，たいへんありがたく思っております。

今日は「漢方の発展のために中医学から何を学ぶか」というテーマに沿って，抄録に書いた内容を少し膨らませてお話いたします。

## 現代にいたる漢方医学の学流の分類

現代にいたるまで日本で行われておりました「学流」は，このようになるのだろうと思います（**図1**）。

1） 明治43年の『醫界之鐵椎』以来、江戸中期の吉益東洞らの考え方を奉ずる、いわゆる“古方派”

2） 江戸後期の多紀家と、江戸医学館の学統をついだ、浅田流

3） 森道伯に始まる一貫堂医学

4） 中医学派

5） その他の学流

図1　現代にいたる漢方医学の分類

1番目がいわゆる古方派です。古方派にはいろいろと幅がございまして，先ほど平馬先生が千葉の古方派は周囲の異質なものに比較的寛容であるというふうにおっしゃいましたが，そういったような方もあれば，吉益東洞を尊崇する非常に厳格な，狭い意味の古方派もございますが，いわゆる「古方派」が1番目であります。これは，明治43年（1910年）の和田啓十郎先生の『醫界之鐵椎』が比較

的偏狭な古方派を受容したため，またそれを継いだ湯本求真がそれに輪をかけたぐらいにさらに頑固ぶりを発揮しましたので，これが日本のいわゆる「古方派」の代表的なイメージになっているかと思います。ただし実際は，奥田謙藏の使っていた処方などを拝見しますと，非『傷寒論』，非『金匱要略』のものも多数ございまして，いわゆる「家方」といわれるようなものには，どこが出典なのかわからないようなものもたくさんございます。

２番目が浅田流です。浅田流というと，浅田宗伯が一代で何かしたように書かれていますけれども，彼の学統というのは，多紀家が主宰した躋寿館を，1791年にいわば江戸幕府立にして創設された江戸医学館の学統を継いでおります。それを主宰したのが多紀家であります。後ほど簡単にご紹介しますが，多紀元簡・元堅父子の代が医学館の最も有名な時代かと思います。これがいわゆる浅田流として今，残っています。

３番目が森道伯先生の一貫堂医学です。森道伯先生は医師でもなければ薬剤師でもない，社会改良家として名をあげましたが，慶応４年に水戸藩の藩士の子として生まれ落ちたため，生まれたときから直ちに命を狙われるようになります。その水戸藩の，いわばテロの連鎖のなかから抜け出すために，彼は森家に養子に入ります。そうして彼の人生が始まるわけですけれども，当然のことながらたいへん苦難の人生でありまして，呑気に医学を学んでいるような周辺ではなかったということでございます。

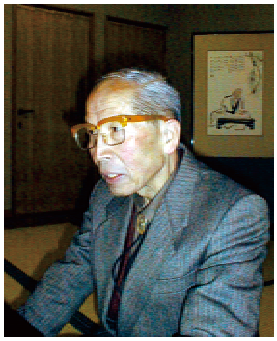
森道伯先生は，社会改良家を目指すうちに，おそらくご自身の医学知識をもとにして現物の給付をされました。つまり，患者さんに直接薬を差し上げ，お代はとらない。こういう感じで治療を始められたのでしょう。そのうちにそちらの方が有名になり「森道伯は漢方家である」ということで，ついに医師でもなければ薬剤師でもないのに診療所を設けるまでにいたったと，そういったようなことがエピソードとして伝わっております。ですから，森先生の最初の主たる門人であられた矢数格先生の初めの仕事は，自分の医師免許で師匠の診療所を合法化することであったといわれていて，これはたぶん本当の話だろうと思っております。この３番目がこの森道伯に始まるところの一貫堂医学であります。今日，防風通聖散はたいへん有名になりましたけれども，その先鞭をつけられたのが森道伯先生です。

それから，中医学が４番目ぐらいになり，さらにその他の学統もあるだろうと思います。

さて，私が師匠から学んだのが，この１番目の古方派でございます。今，自分がどういう学問的な系統のなかにいるのか，ということを明確に自覚されていない漢方家もたいへん多いことと思います。ある意味では，どんどん自分の創意工夫を発揮している方が多いのではないかと思うのですけれども，先ほど申し上げた和田啓十郎先生の『醫界之鐵椎』から湯本求真先生に連なり，そして大塚敬節先生，それから山田光胤先生などのいわゆる「昭和の古方派」の考えが，日本の漢方の中心にあるといって間違いないことだろうと思います。

## 師・藤平健先生

これが私の師匠でございます（**図2**）。これは，藤平先生が亡くなられた年の1月15日に，まだ残っておりました奥田謙藏先生の旧宅を訪れようと，私が師匠に提案して，門下の先生方に声をかけて集まったときのスナップです。これはお寺の一室なのですが，先生の前にずらりと門人が十数名並んでいます。



1997年1月15日、千葉県市川市、不動院にて
（1914〜1997）

演者は、昭和五十六年から六十一年まで、北里東洋医学総合研究所に在籍して、藤平健先生にまなびました。

図2　藤平健先生

この寺の隣に奥田謙藏先生の旧宅があるのですけれども，旧宅を守っておられたご養女のサイ様が歩いておられたときに，自転車に接触されまして，それで他出してお留守であったために，お家に上がれなかったので，底地を持っているお寺の一室をお借りして奥田先生の思い出をお伺いしました。先生はこの8カ月後の確か9月に亡くなられました。私はちょっと鬼気迫るこの先生のお顔が好きであります。

この先生が奥田謙藏です（**図3**）。奥田先生は昭和36年（1961年）に亡くなられました。昭和28年（1953年）に東京から千葉県の市川に転居されまして，

**奥田謙藏**　一八八四―一九六一

丸亀の代々の漢方医家に生まれた。医師となった時から、漢方医の父より温疫論や傷寒論を学ぶ。
奥田謙藏は千葉の漢方の学祖と言ってよく、門下より和田正系、藤平健、石野信安、伊藤清夫、小倉重成などが輩出した。
業績としては傷寒論の正統的な解釈で知られている。
『皇漢医学要方解説』、『傷寒論梗概』、『傷寒論講義』の著作を残した。

図3　奥田謙藏

それ以来本格的に千葉の先生方，私の師匠や和田啓十郎先生のご令息の和田正系先生などを筆頭に多くの門人を教育されたわけでございます。ですから千葉の漢方の学祖と申し上げても宜しいかと思います。このとき奥田先生のもとに参集して，そのあと有名になりましたのは藤平健先生，小倉重成先生，伊藤清夫先生などです。また石野信安先生は後に一貫堂医学に転じられたようですけれども，石野先生も当時の門人のお一人でありました。

奥田先生は『傷寒論』の正統的な解釈で知られておりますけれども，特に強調したいのは，実は奥田先生は江戸時代以来の累代の漢方医家であるということです。すなわち，幕末でありますけれども，お祖父様が大阪の吉益流の学塾に所属しておられました。江戸時代の漢方をそのまま昭和に引き継いだ方として，私たちは忘れることができません。

私は昭和 56 年（1981 年）から５年ぐらい，藤平先生の外来に陪席をするためだけに北里東医研に研究生として登録して在籍をいたしました。ほかに勉強しなかったわけではありませんが，先生の傍で診療を拝見し，カルテ書きを担当していました。その後，自分で考えながら診療をするうちに，藤平先生から教えていただいた内容に少し不便に感じるところが出てきました。それがだいたいこの５つです（**図４**）。

1） 腹診を中心として治療薬を決定すると、柴胡剤、駆瘀血剤が多くを占める結果となる。投与薬方の範囲が限られてくる。

2）『方証相対』(『方極』序文で吉益東洞が提唱した方法論)においては、生薬の薬能は二義的になる。極論すれば、生薬の薬能は涵養されない。

3） 体力や抗病力の有無で「虚」と「実」を定義すると、治療に際して矛盾を生じてしまう。「補法」や「瀉法」が成立しなくなってしまう。

4） 気虚、血虚、陰虚などの用語が、正確な意味で理解しにくい。

5）「腎虚」などの用語を古方派も用いるが、五臓六腑は無視するというのでは、自己撞着である。

図４　少し不便に感じたところ

## １．投与薬方の範囲が限られてくる

藤平先生は古方派で，特に腹診を行うことに非常に長けておられまして，その面でたいへん有名でありました。しかし腹診を中心として治療薬を決定すると，胸脇苦満と瘀血の圧痛点はきわめてよくわかるため，おのずと柴胡剤と駆瘀血剤が多くを占める結果になってしまうのですね。例えば江戸の古方派の医案を読んでも，腹診を重んじる人であればあるほど，柴胡剤と駆瘀血剤が頻発します。そしてたくさん使うから当然よく当たる機会も多くなるということで，ますますその信頼が深まるという作用もあるのでしょう。ですから古方派で熱心に原則を守る方の場合には，どうしても柴胡剤と駆瘀血剤が多くなります。

そうすると，これは他の薬方をなかなか学べないということになります。私も５年間，先生の傍に密接して，また講習会などでもずっとご指導いただいていたわけでありますけれども，例えば補中益気湯や十全大補湯のようなたいへん有名

な薬の使い方がわからないわけです。私の師匠はそれをあまり教えてくれませんでした。これは，私が初学者であったために，先生は「余計なことを言ってもいけない，頭をただ混乱させるだけだ」というご配慮があったのだろうとは思っておりますけれども，実際よくわかりませんでした。このように投与薬方の範囲が限られてくるということはございます。

## 2．生薬の薬能が涵養されない

「方証相対」というのは，吉益東洞（1702～1773年）が自著の『方極』の序で提唱した方法論です。この「証」の字は，昔は症状の「症」とまったく同じで，同じ文章のなかに「症」と「証」の字が同じく使われていました。「証」というと，いかにもミステリアスな特別なもののように思われますが，症状なのですね。つまり，症状群と申しますか，そういうような患者さんの「症」を捉えるといいますか，その「症」にふさわしい薬方にやはり「証」があり，それをまとめたのが『方極』です。簡単にいえばキーワードの羅列のようなものであります。例えば「桂枝湯証にして拘攣せざる者を治す」と，桂枝去芍薬湯などはそういったことが書いてあります。桂枝湯証であるから，腹力はそれほどなく，脈力もやや浮いていてそれほど強くない。そして胸満がある。胸満というのは胸が詰まって苦しいような感じがある自覚症状です。つまり，胸満と，脈が浮で，脈力も中等度ということがキーワードとして入ると，そこに同じような性格をもったキーワードで検索すると桂枝去芍薬湯が出てくるといった具合で，これが「方証相対」という方法論なわけです。

桂枝去芍薬湯は桂枝湯から芍薬を抜いた「去芍薬」と書いてありますから当然わかるのですけれども，この方法論でいきますと，そのほかに例えば大棗が入ったり生姜が入ったり甘草が入ったりしている，そういうものが必ずしも頭のなかに残らない。桂枝去芍薬湯だったら誰だってそれはわかりますけれども，それ以外のものですと，中身の生薬の薬能あるいは本草的な知識というものは素通りしてしまうわけです。すなわち「方証相対」というのは本草的な知識が涵養されないということは，はっきり申し上げていいだろうと思います。やはりこれでは非常に困るわけですね。限られたものをうまく使うという限りにおいては，これは非常に効率的で宜しいわけですけれども，なかなかそれだけでは済まないわけです。

## 3．虚実の定義で矛盾を生じる

古方派は「虚」と「実」を体力や抗病力の有無で定義します。例えば，今日の医療用漢方製剤を規定している『一般用漢方処方の手引き』という公定書があります。これが最初に出たのが昭和50年（1975年）で，一般用医薬品として承認される漢方210処方について構成生薬・用法・用量・効能効果などを具体的に規定したものですけれども，現在は見直し，改訂，追補されて294処方が収められています。その2009年版で「実」は体力があること，「虚」は体力がないことだと定義しました。ところがこれは，病気とからめて考えると少しややこしくて，役に立たなくなってしまいます。これについては後で説明します。

### ■ 4．気虚，血虚，陰虚などの用語が理解しにくい

それから，気虚，血虚，陰虚などの用語が正確な意味でなかなか理解できません。おそらく吉益東洞が書いたものだけを尊崇している人だと，だいたいこの言葉の意味がわかりません。『医断』にも書いていません。

### ■ 5．五臓六腑を無視する

古方派も腎虚などの用語は用いますが，その他の五臓六腑はまったく無視します。これはやはり恥ずかしいことではないかという感じがいたします。

## 虚実の混乱（図5）

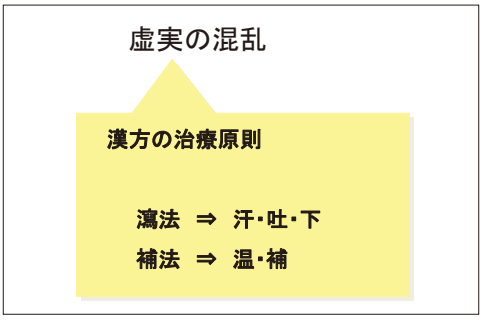



図5　虚実の混乱

先生方は最初に漢方の治療原則というのを概論のときに勉強されると思います。つまり「汗・吐・下・温・補」ですが，私たちが最初に藤平先生の講義を受けたときも最初に教わりました。例えば中医学の本だと「汗・吐・下・和・温・清・消・補」といった八法というのが出ておりますけれども，その5つ「汗・吐・下・温・補」をわれわれは学んできました。

これは『一般用漢方処方の手引き』（第2版，2009年）にあることですが，仮に体力があるのを「実」，体力がないのを「虚」といたしましょう。

この図の一番上をご覧になって（**図6**），体力がないのが「虚」ですから，これに先ほどの治療法を当てはめてみますと，いわゆる補法は，体力がないものを補う・元気を補うということで，例えば大補元気の人参が入ったようなものを使うと補法になります。ではその反対で体力があるのは「実」だとすると，当然瀉法が適応になるわけで，そうすると体力を攻撃してしまうことになります。もちろん「攻撃するのは病気だよ」と言うかもしれませんが，そういうと論理的な整合性がまったくなくなります。つまり，ある本には「抗病力」と書いてあったりもしますが，「虚実」はどんな言葉で言い換えても1つの物の多い・少ないで虚実を定義すれば必ずどちらかで矛盾が起こります。

これはやはり『素問』通評虚実論にいうように，攻下すべきは邪気であり，補すべきはあくまでも正気でありますから，「邪気盛んなれば，すなわち実し，精気うばわるれば，すなわち虚す」の定義でなければ，やはりおかしなことになってしまいます。

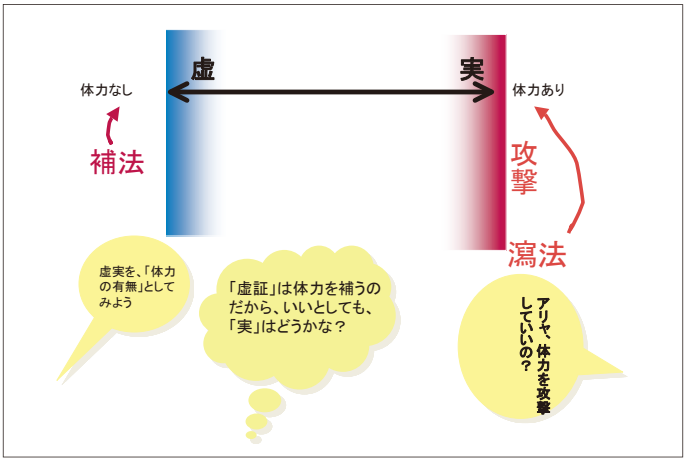



図6

今申し上げたような内容は，中医学においては自明のことだと聞いておりますので，私自身もときどき日本語で翻訳された中医学の本や，日本人の先生が書かれた中医学の本を読んで学んでおります。

さて，私はいろいろと大学の関係の肩書なども頂戴いたしましたけれども，実際はなんということはない，過疎の村の一開業医にすぎません。この 40 年の間，ずっと日本の漢方医学の来し方，行く末を自分なりに考えてまいりました。

最初は 5 世紀の允恭朝に始まる医学史をふまえ，そして田代三喜の帰朝と曲直瀬道三とそれに続く学統の展開を改めて捉え直しました。

『医心方』の丹波康頼を祖とする多紀家と江戸医学館については，正直に告白すれば最も関心の薄い対象でありました。しかし，各時代の医学思潮を，室町末期から今日にいたるまで通観してみると，最も円満で学術のバランスを保持していたのは，実は吉益東洞が 1773 年に亡くなった後から幕末までの約 100 年間であったことに気が付いたわけです。

この方が多紀元堅です（図略）。元を辿れば『医心方』を書いた丹波康頼の後裔です。途中で姓を変えていますけれども，多紀家はまさに丹波康頼の後裔であるわけです。このお父さんが元簡という方で，1791 年に多紀家の私塾でありました躋寿館が医学館になり，幕府立になります。時あたかも松平定信の寛政の改革のときです。いわば綱紀の粛正のために，要するに原点に返り，元の規律を重んじるという形，例えば朱子学などの振興がはかられるわけですけれども，それが最初に始まったのが元簡，そしてこの元堅です。元堅は五男ですけれども，庶子でありました。すなわち正式な元簡の奥方の子ではなかったらしいといわれております。「多紀矢の倉家」という独立をいたしまして，別系統の多紀家を興している最初の人であります。彼は非常に優れた人物なのですね。

この医学館が用いました手法がいわゆる考証学というものであります。考証学というのは，ある古典の文章「典籍」が正しいかどうかをまず考訂します。正しいとなれば，もちろんそれはそれで宜しい。しかしちょっと怪しいということになりますと，次に校勘する。文字のどこが間違っているか，正しい文字は何なのかということを，そこで入れ替える。そして次には訓詁する。以上の全部整理を

終わったものの本当の内容，つまりオリジナルな文章の意図，「典籍」の意図をそこで明らかにする。この学問を無限に繰り返すのが考証学でありまして，その考証学的な手法をとったわけですね。ですから，非常に学問的には高度なものを，多紀家を中心とする江戸医学館は達成したわけです。

残念なことに幕末から明治維新にかけて薩長土肥の方々が天下を握り，徳川憎しのあまり徳川のやっていたことはみな駄目だというふうにして，良い悪いではなくて，ある意味で徳川のやったものを滅ぼしてしまった結果が，今，私たちがここにあろうという日本の状態があるわけですけれども。

多紀元堅の書いたものに『時還読我書』というものがあります。この「時に還りて，我が書を読む」という題名は，陶淵明の『読山海経 其一』の詩句からの引用ですが，乾坤２巻から成っています。

これを現代仮名にしたものがこちらで（**図７**），赤い色は私が付けました。

『時還読我書』 多紀元堅（1795-1857）原著

....

今の医者、証候錯雑したる病、およそ神精に関わりたるもの、すべて唱えるに癇証を以てす。けだし、香川太冲の行余医言に濫觴せるなり。明人の痰火を癆瘵の晦名となせるごとく、発狂をも癇証といえば、病家もこれに安ずる事とはなりぬ。

さて、医者に対し、癇証は何より来る証ぞ、その名はいかなる義ぞと問うに、范として答うる所を知らざるものあり。先の教諭は大奇論にいわゆる、後世にては戴復菴の心風といえる証など是ならんとのたまえり。魏念庭の百合病を以て気疾とせしも、経意には叶わざれども、その証候は相似たりというべし。

余つらつらその所由をたずぬるに、心肝胆三蔵の病にして、その中に劇易、緩急の均（ひと）しからざるあるのみ。心神虚怯よりするあり、心気不寧よりするあり、肝気抑鬱よりするあり、肝気過亢よりするあり、胆気虚実また倶にこれをなすあり。古書のこの三蔵の病証を見よ、今の癇証に顕す諸候、具載せずという事なし。

さらに痰飲心を纏（まと）うよりするあり、血渋肝を壅（ふさ）ぐよりするあり。要するに思慮過制に因るとはいえども、太平日久しく、人驕奢（きょうしゃ）に長じ、嗜欲益々多く、志願の遂げざるより、この病多くなりぬと云えるは、さもあるべし。

図７　『時還読我書』原著

「今の医者，証候錯雑したる病，およそ神精に関わりたるもの，すべて唱えるに癇証を以てす。けだし，香川太冲の行余医言に濫觴せるなり。明人の痰火を癆瘵の晦名となせるごとく，発狂をも癇証といえば，病家もこれに安ずる事とはなりぬ」。つまり，精神的な問題をみんな癇症だと言って済ましていて，患者もわかったような気になって，医者もさらにその気になって，当然のことながら，あまりそれ以上のことは言われないわけですから，あまりうまくいったりしないわけですね。これをはじめたのは，どうも香川修徳だいうことまで書いてあります。その『一本堂行余医言』あたりから，こうしたいい加減な雑なことが行われるようになったと。ですから「発狂をも癇症といえば，病家もこれに安ずる事とはなりぬ」と，こうあります。

そして，こういうものは昔の人は「心風」とか「気疾」とか言っていると。それで，自分がこの病証を解釈すると，「心肝胆三蔵の病にして，その中に劇易，緩急の均しからざるあるのみ」。つまり，これは臓肺の考え方をもとにしなければ理解できないのだよと，つらつらと書いてあります。つまり彼は，当然のことながら

五臓六腑をきちんと理解した形でこれを書いているわけです。

これはもともと人に見せようと思ったものではなく多紀元堅のメモですから，ある意味では彼の真実が吐露されています。それで，これを見た弟子が「これは捨ててはおけじ」ということで，それをまとめて，本人が亡くなった後でしたが，長男の元琰が校勘して明治になって出版されました。

最後の「痰飲心を纏う」などというのは，日本語としても非常にすばらしく，思わずうっとりするような響きがありますね。「血渋肝を壅ぐ」というのもそう思います。こういう感じが日本の江戸時代の医学にあったのだということは，誇るべきことだと思いますね。

これは，赤く書いたところを適当に抜いたにすぎません（**図8**）。「肝気過亢」などというのは，今でいう肝陽上亢でしょう。「肝気抑鬱」はもちろん肝鬱でしょう。「心神虚怯」は心気虚によるおびえということになりますね。「痰飲心を纏う」というのは，痰飲が心にまとわりついて，そして精神的な問題を起こしている。これをみますと，例えば曲直瀬道三の『衆方規矩』の二陳湯の項目に「痰飲化して百病となるを治す」という，あの一行をどうしても思い出します。

『時還読我書』 多紀元堅（1795-1857）原著より摘録

痰火

心神虚怯　心気虚による“おびえ”

肝気抑鬱　“肝鬱”

肝気過亢　“肝陽上亢”

痰飲心を纏（まと）う

血渋肝を壅（ふさ）ぐ

ここには、先に不足と感じた諸点が多く挙げられている。

図8

## まとめ（図9）

1） 今日の漢方医学は、医療用漢方製剤の普及とともに、40年にわたり発展してきた。

2） 今後の質的な発展を期するためには、虚実、補瀉などの論理的整合性をはかり、五臓六腑および本草学への理解を深めることが必要である。

3） 中医学には、我が国の漢方医学に欠落した要素が豊富に存在するので、学ぶべき点が多い。

4） 多紀家と多紀元簡、元堅が率いた江戸医学館の業績は、その円満な学風により、今日もなお範とするにたるものと思われる。

図9　まとめ

今日の漢方医学は医療用漢方製剤の普及とともに，40年にわたり発展してきました。しかしその発展というのは，少しいびつなものではなかったかと思います。つまりキーワードでポン，ポンと方剤を選ぶようになってしまい，本当はその間に介在しなくてはならない生薬学あるいは本草学がパスされてしまっているということです。中医学には，そういった漢方医学に欠落した要素が豊富に存在すると思います。やはりこれは学ぶべき点が多いと，これは正直に申し上げます。

一方で，この多紀家と多紀元簡・元堅が率いた江戸医学館の業績というのは，その円満な学風によって，今日もなお範とするに足るだろうというふうに考えるわけであります。

今回の資料については，矢数道明先生，小曽戸洋先生の著述によりました。ここに感謝を申し上げて，私の責めを果たしたいと思います。