

## シンポジウム⑤中医と漢方，対話と展開

# 中医と漢方の 背景にあるもの —その医学思想の観点から

加島 雅之

熊本赤十字病院総合内科

### 要旨

現存する，中医と漢方とともに，中国明代中期（1400～1600年代）の医学を直接の祖先としている。このため，同じ古典を読み，その解釈の枠組みや基礎用語も表現上同じまたは類似の表現をとるなど，類似した内容をもっている。

しかし，漢方は独自の発達をしている。その最も特徴的な内容は漢方の古方派の泰斗である吉益東洞によって確立させた“方証相對”である。方証相對では，中医の病因病機・治法・薬能といった機序的説明をブラックボックス化する。現在の漢方で使用される八綱・六病位・五臓などの概念は，このブラックボックスに方劑選択の効率性をあげるナビゲーターとして症状・症候の組み合わせとその有効な方劑を結びつけた，症候・方劑分類ともいうべきものである。東洞の理論の背景には直前に誕生し日本の思想革命をもたらした荻生徂徠の思想の強い影響がある。

では，こうした方証相對のような思考方法は東洞が始まりであったのであろうか。日本において中医を受容した初期の段階から，その受容の仕方にはある傾向性がみとれる。現存する最古の日本の医学書である『医心方』は，主なるものだけでも百数十の六朝～唐代の医学書を引用する形で成立しているが，編集方針ではできるだけ理論的説明部分を省略する傾向がみとれる。また，現存する漢方流派の始まりで，明代医学を集大成して導入した後世派の開祖である曲直瀬道三は，弟子の教育においては極めてマニュアル化した方法での教育を行っている。後世派はこの方向で発達していくこととなる。つまり，東洞の方法は，こうした具体性と実践性を重んじた日本の中国医学受容の在り方を先鋭化させたものともいえる。

古来，中国医学では自然界の気の運動変化に対応して人体の気が運動変化することこそを生命現象と捉えてきた。翻って，疾病とは自然界の気の変化に人体が対応できない状況であり，病因は，人体が対応できない自然界の気の変化や，自然界の気の動きに反する気の動きを生じさせるような不摂生などの人体側の要因，また気

の交流・運行を阻害する邪の存在とされてきた。体内の内外という異世界を一連のものとして理解するために、自然界の気と人体内の気と同じ気の性質を表す際に根源的な属性である陰陽・五行といった極めて抽象的で多義的な表現で理解することが求められる。こうした、世界観を日本では身体感覚的に受け入れるのはなじまなかったのであろう。

日本の伝統理論を受け入れる立場でも特徴がある。それは、用語の定義を厳密に行うこと、また、人体と自然との気の流れの阻害という病態の説明の中心を担う、邪の存在を重視しないことにある。

私は中医と日本漢方の特徴の背景について、いくつかの観点をまとめてみたいと思います。

## ■ 方証相対と弁証論治の背景にあるもの

まず日本漢方の一番の特徴である「方証相対」と「弁証論治」の関係について、ブラックボックス化している方証相対の「方」と「証」の間に、言語的な論理の展開があるのかということですが、そもそも中国医学の病因病態論を突き詰めて考えてみると、そこには「自然界と人体は同じ法則によって支配されており、自然界にあることは人体の中にもある」という基本的なテーゼがあります。したがって、人間が活着しているのは自然界の気の流れと同じように、体内で気の流れが起こっているからだと考えます。これが、何らかの理由で自然界の気の流れと人体の気の流れが不一致を来すと疾病を起こすと考えており、体が自然界の何らかの気の流れに順応できない理由が病因だと考えます。そして、その病因を取り除くのが中国医学の大きな特徴になります。

たとえば、胃もたれ・食欲不振・倦怠感・軟便といった症候があると、「脾虚」と「痰湿」から「六君子湯」という発想になりがちですけれども、実はこれは、ただ症状を集めているだけで、症状を概念という記号で置き換えただけですから、「方証相対」と変わりません。本来の中国医学では「脾の虚弱な者が不摂生をして食べ過ぎ、外界の湿度が上昇したために痰湿が生じた」と考えます。したがって治療方針は「脾の気を補って痰湿を除いて養生を薦め、さらに季節に応じて治療法も変える」というのが本来の考え方です。ただ単に症状を記号で置き換えるだけではありません。

こういった観念をもとに見ていくと、たとえば診察学においても、中国と日本とは歴史的に考え方が大きく異なっています。これは(図1)、中国の先生が書かれた舌診の文献を日本語訳してあるものですが、ここには非常に注目すべき内容が記されています。中国の代表的な舌診書で、中には画が記載されているのですが、すべて同じことが強調されています。そこには「書かれていることだけを鵜呑みにするな」「その病態の背景を探れ」と書いてあります。

それに対して、こちら(図2)は日本の『腹舌図解』という有名な腹診・舌診書ですが、この中には非常に詳細に舌の画が描かれており、その舌の画に関して「これによって病態を探るな」「何が起きているかを考えるのではなく、1個1個が細かく書いてあるから、それと当てはめて考えろ」と、中国とは180

度違うことをいっています。おそらくここが伝統医学に対する日本人と中国人との大きなスタンスの違いだと思います。

つまり、中国医学は病因・病態があって症状・症候があり、症状・症候はあくまで病因・病態を類推するための手がかりにすぎないという立場です。それに対して日本漢方は病因・病態というのは人間ではわからないから、あくまで症状・症候を中心に考えなさいという考え方をします。

実はこうした発想はかなり古くからあって、現存する日本の最古の医学書『医心方』は、百数十にのぼる中国医書をダイジェストして書いてあるのですが、これにはある編集方針があります。それは理論的な部分を極力省略するというものです。『医心方』はだいたい『諸病源候論』を引っ張ってあって、病態・生理が述べられた後で処方に記載されているのですけれど、『諸病源候論』の病態・生理がだいたい12行ぐらいに渡って書かれているのに対し、『医心方』では4行か6行で書かれており、だいぶダイジェストされています。そういう立場で考えていくのが『医心方』です。

日本の漢方の始まりで、中国医学を導入した曲直瀬流の曲直瀬道三は、実際の臨床では一人一人に対してまったく違う、約束処方を用いない治療を行っていましたけれども、彼がどのように自分の弟子を教えていたかという点、それは『出

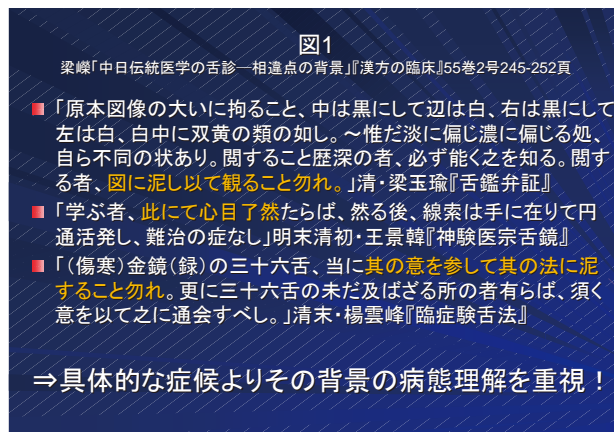


図1

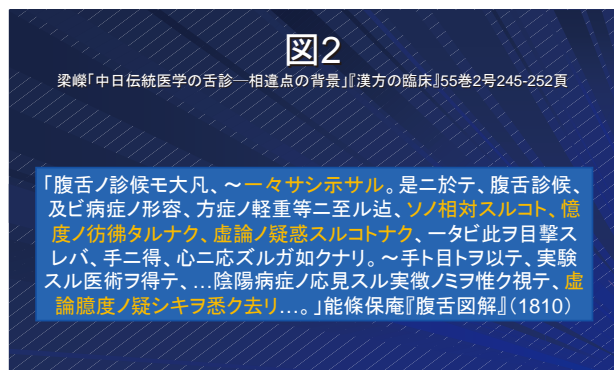
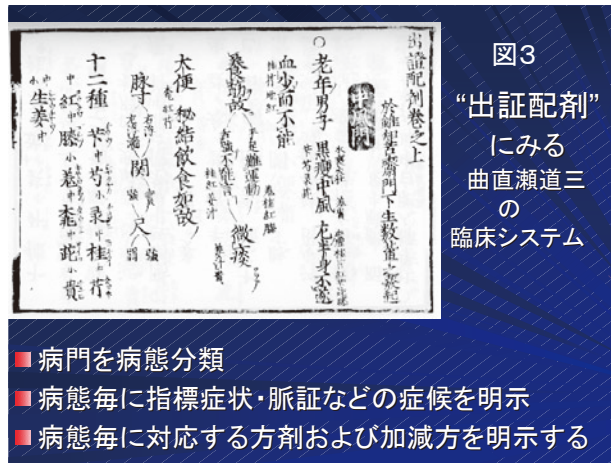


図2

証配剤』という本を見ればわかります。この本は、彼が講義した内容が講義録として残され、それをもう一度曲直瀬道三が確認して出版されたものです。その第一門は中風門ですけれども、そこに「老年の男子が黒く痩せて中風し、半身不遂して血漿して、筋を養う能わず」と書いてあります。これ(図3)を読んでみると、隣に小さい文字がずっと書いてあります。小さな文字は「これ、水が涸れて火が大壮。そうすると、地黄、芍薬、柴胡などを入れろ」となっています。すなわち、症状とその症状の解釈、そしてそれに対応する生薬をすべて1対1対応で書いてあって、それをすべて集めると、12種類の生薬を集めた1つの処方が出来上がる。曲直瀬道三はこういうやり方で弟子を教えていたのです。自分の弟子は、自分と同じように毎回病態診断はできないと諦めきって、マニュアルを教えるようなやり方をしていました。この口訣化する考え方は、その後に急激に進行して行って、先ほど平馬先生がおっしゃったような江戸時代の口訣医学が出来上がってきます。



- 病門を病態分類
- 病態毎に指標症状・脈証などの症候を明示
- 病態毎に対応する方剤および加減方を明示する

図3

## 吉益東洞の背景にあるもの

ここで、ちょっと話を変えますけれども、「具体化する」ということにはある種のジレンマが存在します。みなさんは、「山」と聞いたときに、どういうものを思い浮かべられますか？ いろいろな山がありますね。たとえばエベレスト、富士山、阿蘇山……、しかしこの画(図4-1)を見た瞬間にエベレストはなくなります。ここ(図4-2)までくると立山連峰で、こんな感じに見えるわけです。すなわち、抽象性が高いと「応用性が高まる代わりに認識にバラツキが出る」。逆に具体性が高いと「認識は均一化できるけれども応用性に乏しい」という現象が生じてしまいます。つまり、具体化し過ぎると、未知の状況に対応できなくなってくる可能性が出てくるわけです。

その問題が江戸時代に起こってしまいました。「天然痘」と「梅毒」というそれまでの治療方針がほとんど齒の立たない病気が流行り始めました。その時に極めて具体化していた口訣の医学はことごとく太刀打ちできませんでした。それを解決せんとして現れたのが吉益東洞です。彼は役に立たない方法論の背景にある

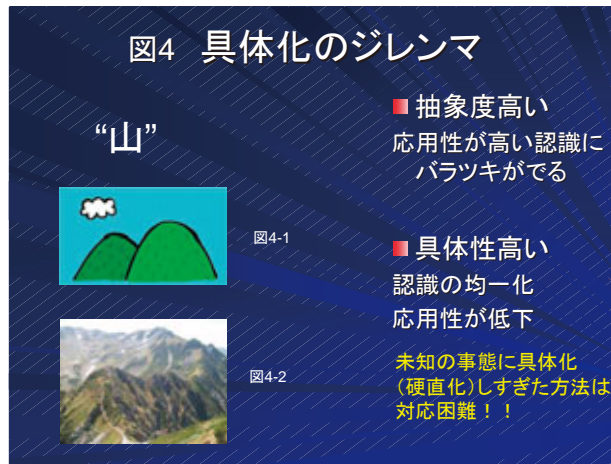


図4-1, 4-2

もの一切を否定しようと試みて、医学理論を否定しました。代わりに「万病一毒」という考え方をに入れてゆき、数少ない方剤のみで治療しようとした。彼の常用処方箋は十数種類ですけれども、江戸時代に最も読まれた方剤集である『古今方彙』が1,894処方箋を収載していますので、それと比べると非常に少ない薬で治療を試みているのがわかります。

この東洞の考え方の背景をちょっと考えてみたいと思います。江戸時代のものの考え方の基本は朱子学です。朱子学というのは、万物は気によって出来ており、この気の運動を支配する法則である理を考えようとします。たとえば、「道徳的である」というのはこの理に合致することです。つまり。人が朝起きたら挨拶をすることが道徳的なのは、「理と合致しているから」と考えるのが朱子学です。欲望を抑制して、理性を高め、世界の背景にある義理を迫及することが人間の知性の目標だというふうに考えています。宇宙の始まりからこの世のすべてを説明していくのが朱子学です。

一方、この朱子学を否定するような考え方が吉益東洞から遡ること50年ぐらい前から既に始まっています。それが日本の復古儒学ですけれども、その代表的な人物が荻生徂徠です。荻生徂徠は日本の思想史における最も重要な人物で、東アジアで唯一近代革命がまっとうに成功したのが日本だったのも、この人がいたからだといわれている人物です。彼は朱子学において「人間が万物の基本的な法則である理を理解できるのはおかしい」といっています。彼は「古文辞学」という学問を確立していますが、彼の最大の疑問は、「古代の聖人が理を理知的に理解して儒教の教典を書いたとすれば、なぜ時代によって解釈が変わるのか。絶対の真実なら解釈は変わり得ないだろう」ということでした。最も完成された知性を持つ人間である聖人であっても、根本原理というものは言語的に表現できない、と。ただし、儒教の教典に書かれている仁や義や礼といった概念は時代を超えて有用だということで、「聖人は原理を含めたシステムとしてものを残してくれていて、人間はそれを言語的に説明できない、理知的には把握できない」ということをいったのです。

荻生徂徠の古文辞学は、近代になって西洋で構造主義を唱えたソシュールの考



え方と似ているのですが、違っているところも結構あります。ソシユールの構造主義は「同じ音が言葉になっても言語や文脈によって意味は異なっている。だから音節に意味はなく、文脈や文法に意味がある」といっています。たとえば、熊本弁で「こんみかんは『すいか』ですか」と言うのと、「わたしは『すいか』がすきです」と言うのでは、同じ「すいか」ですけれども、一方は「すっぱい」という意味で、もう一方は「西瓜」ということになります。このように、同じ音でも意味は違うわけですから「すいか」という音に意味はないというわけです。

それに対して古文辞学では、人間は概念の原理そのものはわからないけれども、文脈を超えて概念の使用条件と結果だけを集めると概念の本質的構造が抽出できると考えます。つまり、A というものに、D という方法を使うと、ある結果が起こる。たとえば、朝、「お早うございます」と頭を下げると、相手も「お早うございます」と頭を下げてる。こういう関係がさまざまな場面で、A という言葉が教典のなかでどういうふうに使われているのかを並べれば、礼というものの本質的な意味はわからなくても、構造的な対応はわかるというふうに考えました。

この方法論を『傷寒論』の条文のなかでやったのが吉益東洞で、彼は『類聚方』という本を書きました。「こういう症候に桂枝湯を使う」「こういう症候に大承気湯を使う」ということだけを抽出して並べ、なぜ大承気湯か、なぜ桂枝湯かはわからないけれども、この条件でこの薬が効くということだけを抽出して医学を作り直しました。実は吉益東洞の儒学の師匠は荻生徂徠の弟子なので、直接この考え方を引き継いでいるのですね。

さらに数少ない方剤をさまざまな病態に応用する論理を東洞はこういうふうと考えています。同じ薬がいろいろな病態に効くのは、普通の私たちの観念でいえば、たとえばさまざまな病因があって症状が起こっていても、その「機序」を同じように解決できる1つの薬があるから、いろいろな病気に使えるのだと考えるのですけれど、吉益東洞の場合、この「機序」という概念をできるだけ言いません。そうすると、同じ病因だから結果としていろいろな症状が違っても1つの薬で治せる。だから「万病一毒」という考え方なのです。彼はそういう考え方に帰着させようとしていました。結果として、症状・症候、そして毒という概念で薬を選ぶことになり、毒を探る方法として腹診を使いました。「ここに毒があるからこの薬を使う」というやり方です。「では、毒とは何ですか？」と、吉益東洞は聞かれているのですけれど、それにはムニャムニャ言って教えません。仕舞いには「そんなものは臨床の役には立たないから、考えるんじゃない」と怒る。そういう立場をとるのが吉益東洞です。

そうすると、結局は何も教えないから「ブラックボックス」ということになるのですが、よほど臨床的に優れた人でなければ典型症状以外の症状から薬を選ぶというのはかなり難しいですね。たとえば、逆流性食道炎の胸の痛み、心筋梗塞の胸の痛み、大動脈解離の胸の痛み、気胸の胸の痛みを、非典型例で、症状だけで使い分けて、この時はアスピリン、この時はPPI、この時はモルヒネなどとは普通はできないですよ。吉益東洞はそういうことをやっているのです。そのため、それ以降の医者は自分たちでいろいろな分類項目をブラックボックスに入れて、より薬を導きやすいようにしました。

## ■ 中医学と日本漢方のさまざまな相違

### 虚実挟雑と虚実中間

中国伝統医学に現存している「虚実挟雑」という概念と、日本漢方の「虚実中間」は非常に象徴的な意味合いがあります。虚実挟雑は、邪の実と生気の虚の2つが同時に存在しています。日本漢方では疾病が発症しているからには毒があるのですけれど、毒が何かはわからないから言語化しません。そうすると、毒を排除するための劇薬が飲めるか、それとも劇薬に耐えられない状況なのかに注目して考えることとなります。そして劇薬でもなく、劇薬に耐えられないときに使う薬でもない、真ん中くらいが日本漢方の虚実中間ということになります。

また、たとえばインフルエンザで発熱しているとき、日本漢方では「表熱証」と表現するのに対し、中医学では「表寒証」といいます。これは邪を中心に考えるか、生体反応を中心に考えるかという立場の違いで、日本漢方では生体の現れている現象のみを中心に考えていきます。方剤に関しても、中医学では病因病態に対する治療方針が重要で、どの方剤を使うかは、ある意味どうでも構いません。日本漢方に関しては、個別の目標症状に対して固有の処方という考え方をしていきます。たとえば、中医学では葛根湯の処方を規定しようとする、「16味の葛根湯も葛根湯」になります。われわれには7味の葛根湯しか葛根湯とは思えないのですけれど、「16味の加減法でも、葛根湯の治療方針をもっている処方だから葛根湯」になるというわけです。彼らは「葛根湯という治療方針を体現していれば、どんな組成であっても構わない」という考え方をしています。

### 口訣と歌訣

中医学のなかにも「歌訣」という「口訣」に相当するものがありますけれども、意味合いが違います。日本漢方では口訣は非常に重要な、臨床の手掛かりと考えているのに対し、中医学ではあくまで学習の補助と考えています。

また中国では新しい理論を打ち立てることが名医の条件とされていますが、日本では有用な口訣を知っていたり、それを創造できる人が名医の条件とされています。これがかなり違う立場だと思えます。

### 気血水と気血津液

現代の日本の漢方の方法というのは、西洋医学的な診断名、口訣、そして中医によく似ているけれども異なる症状分類・症候分類・カテゴリー分類をして処方を選ぶというやり方です。そのうちよく似ているけれども違うものとして「水」と「津液」があります。日本漢方の水はあくまで症状分類ですけれども、中医の津液は病因病態をみて生理学も含めた考え方です。

日本漢方の水の履歴を見てみると、「気血水」説を最初に言ったのは吉益南涯で間違いありませんけれども、彼の言っている「水」は、現在の水とはまったく関係がありません。たとえば「太陽病で気に乗ずると桂枝湯」「血に乗ずると葛根湯」「水に乗ずると麻黄湯」と言っており、みなさんの知っている「気血水」とは全然違いますよね。いまの「気血水」説のものは湯本求真です。これが、『漢方診療実際』の第2版に取り入れられて、現在の「気血水」につながってゆきま

す。「水滯」という言葉は、和田東郭と吉益南涯に各1条文ずつ彼らのものが出てくるのですけれども、いまの「水滯」は直接的には長濱善夫先生の本から来るようです。

中医学の「津液」は『素問』のなかにあるのですけれども、「痰」の概念はもともと仏教医学から来ているようです。「湿」の概念も運氣論から来ています。運氣論も西の方から来た占星術にかなり影響されているようなので、中医学といっても中国の伝統がずっと真っ直ぐつながってきているわけではなくて、他の国の医学の影響を受けながら形成されてきています。中医において「気血津液」という3組トライアングルの完成するのは、中医統一教科書の第1版からです。それ以前の伝統的な既刊の本のなかでは、「気血津液」というトリヤスではなくて、「気血」もしくは「気血精神」という組み合わせが多く、3つで1つという考え方は、日本の影響を受けたのではないかという指摘もあります。

## ■ 具体表現と抽象表現

最後に中医学の概念の特徴なのですけれど、たとえば「陽」という言葉をいろいろな意味で使いますね。非常に具体的な人体の症状である熱のことをいっている場合と、哲学的な意味も同時に陽と表現します。抽象度の違うものを同じ名前と呼ぶため、初学者はわかりにくいと感じてしまうのですけれども、なぜそうしたいかという、万物を成立させている気の最も根源的な状態を表せば陰陽五行なので、その表現ができているということは、最も本質に近いものを把握できていることの現れだと考えているからです。

気の状態を表す言葉というのが最も重要だと思います。ですから、日本でも伝統理論を使ってやる考え方がありますがけれども、中国とはだいぶ様相が違って、たとえばその最も端的な例は、江部洋一郎先生の「経方理論」です。これは、江部先生が中医学を勉強されたうえで作り上げた中医学とは異なる体系です。江部先生の方法論は非常に具体的で、一つひとつの言葉も抽象度の概念を超えないように、きっちり定義しながらやっていくというやり方で構築されています。

このように、日本が理論的な立場を取ると、中国伝統医学の理論を用いていても、抽象表現を避け、邪の概念の把握が薄れやすく生体反応から病態を把握しようとしています。日本が具体性を重んじやすいのに対して、中医学は気の状態を観念的に表す抽象表現を多用します。病態の主役をなす阻害因子、すなわち邪を重視した表現もしやすいといった違いがあるのではないかと考えております。以上、ありがとうございました。