

## 漢方治療の方向性

東京女子医科大学東洋医学研究所教授

伊藤 隆

(聞き手 池田志孝)

---

近年、漢方は様々な病態に対して広く臨床に応用されていますが、東洋医学の流派理論により、同一病態でも異なる処方に対応が分かります。漢方理論の融合、流派間の協調など、今後の方向性についてご教示ください。

<千葉県開業医>

---

**池田** 伊藤先生、近年、漢方は様々な病態に対して広く臨床に応用されていますが、同一病態でも異なる処方がされているということです。まず東洋医学の流派というのはどのようなものなのでしょうか。

**伊藤** ご指摘のように、東洋医学には流派といいますか、学習の仕方が数通りあります。大きく分けると、日本古来の伝統的な漢方医学、いわゆる日本漢方といっています。それと、現代中国の伝統医学である中医学、私どもは中国漢方といっています。この2通りに大きく分けられると思います。しかし、現在、病院、診療所で使用されている医療漢方製剤はすべて日本漢方の考え方に基づいた処方で行われています。

**池田** 私の印象ですと、今行われている漢方医学は、中国から輸入されたものが日本で育ってかたちになったものと思っていましたので、いわゆる中医学、中国漢方はあまり日本では流派として大きくないのではないかと考えていたのですけれども、その辺はいかがでしょうか。

**伊藤** 日本は今も中国から8割以上の生薬を輸入しているわけですが、この状態は実は江戸時代からずっと変わらなかつたわけですね。したがって、中国では生薬を大量に使えますが、日本は少ない量で、より効果を高める方向に努力してきたのです。その努力の中で腹診というものを見つけたのです。

実は、中国漢方も日本漢方も安土桃山時代まではほとんど変わらなかつた

のです。陰陽五行説といひまして、すべての事象を木火土金水の5つの特性に分類して、臓腑をこれに割り当てて病態を検討していく理論でやっていたのですが、どうも机上の空論の要素が少なくありません。ところが、元禄時代になりますと、梅毒とか、感染症に対する治療がより求められるようになりました。そうしますと、おなかの痛いときにはこういう薬を使うとか、より対症療法、よりストレートな所見で、あいまいなものを排除していく。そんな考え方がだんだんに醸成、育まれてきまして、日本独自の腹診法が開発されて現在に至っているわけです。

**池田** 日本漢方と中国漢方の根本的な違いがそこから発生したということですが、中国は陰陽五行をまだ続けているのでしょうか。

**伊藤** そうです。私たちも陰陽五行を全く排除しているわけではないのです。ただ、日本漢方の中心は腹診を中心とした理論体系になっていまして、そこに大きな違いがあります。

**池田** 腹診というのは具体的にはどのようなものなのですか。

**伊藤** 腹診は現代医学と同様、背臥位で、ただし、ひざを伸ばして行います。肋骨弓下を押して抵抗、圧痛があるとき、これを胸脇苦満といひます。これは日本漢方では柴胡剤、柴胡という生薬が入った処方を用いる目標になります。中国漢方で柴胡剤を用いると

きは、肝の気の高ぶりというものを診断にします。中国では腹診をせず、かわって舌診と脈診を行います。この場合、イライラしやすいとか、口が苦いなどの問診情報、そして脈や舌の状態が肝の病的状態を想定したうえで使っていきます。これに対して、日本漢方は直接肋骨弓下に抵抗、圧痛があれば、それは柴胡剤の目標であるというように、よりシンプルな診断体系に変わっていったのです。

日本で腹診が主流になったのは、教育カリキュラムの影響もあると思われます。脈は100人学習して本当にわかるのは4～5人といわれています。しかし、腹診は9割以上の人理解できるという意味で、診断・治療の学習がより容易になったというメリットがあると思います。

**池田** 日本に入ってきて、かなり臨床症状に近い状態が処方に反映できるような教育システムならびにその手法が生まれたと考えてよろしいですね。

**伊藤** そうです。

**池田** 一方、中国は古来からの舌診と脈診をもとに処方している。そういう意味では、中国のほうがかたくなに古い処方を守っていて、日本はより臨床症状に即したほうにちょっと動いてきている。そういう理解でよろしいでしょうか。

**伊藤** いいかと思ひます。

**池田** この教育というのは長きにわ

たって、日本に入ってきて、あるいは中国でそのまま残って続いているのですけれども、現在、日本で流派というのはどのように分かれているのでしょうか。

**伊藤** 古方派というものがあります。紀元2世紀に書かれた『傷寒論』と『金匱要略』という重要なテキストがあります。『傷寒論』は急性熱性疾患を主とした治療について、『金匱要略』には慢性疾患に対する治療が、それぞれ記述されています。この2冊に記載された処方を使うのが古方派です。これに対して紀元2世紀以降ののちの世の処方を用いる学派を、後世方とっていますが、この古方派と後世方派の大きく2つに分かれます。

幕末になりまして、両者併せた折衷派という学派が生まれてきて、今現在、日本漢方は古方を中心とした折衷派です。後世方派というのは、現在においては中医学とかなり近いところがあります。臓腑五行論とか、そういうものが主になっていまして、日本ではもちろんそれを無視はしていませんが、『傷寒論』『金匱要略』という、より具体的な、より対症療法的な古典をテキストとした流派が日本漢方の中心をなしている。そういう大きな流れがあります。

なお、江戸時代、明治時代はともかくも、現在の日本に純粋な古方派はいません。ただ、古方にどれだけウエー

トを置くか置かないかによって若干の派はあるかと思います。

**池田** そういった歴史的なことを踏まえて、科学の進歩も相まって今の漢方診療になっていると思うのですが、その中における日本東洋医学会の存在と今後の方向性というのはいかがでしょうか。

**伊藤** 日本東洋医学会では、古典的な診断体系の学習を重視してきました。すなわち、現代日本の医療においても、漢方診療は伝統薬的な基準で用いられるときに最も副作用が少なく、臨床効果が高いとされていますし、実際そうです。私どもはそうした伝統薬的な基準に基づいた運用を中心とした入門用のテキストを幾つか出版してきました。専門医制度委員会では、漢方専門医の育成のための学習の機会も提供しています。予算も限られていますので、十分ではないかもしれませんが、一定の貢献はしてきたと思っています。

また伝統医学だけでなく、現代医学の厳しい評価を得た臨床研究成果もまとめて発信しています。現在、数年おきにエビデンスレポートというものをインターネット上で学会が発信しています。現在、漢方薬のエビデンスといいますと、まず日本東洋医学会のエビデンスレポート、これはEKAT（イーキャット）とっているのですが、Evidence of Kampo treatment、そういう名前でインターネットで容易に検

索できます。

実際には、伝統医学的な診療をしている医師は少ないのが現状ですが、日本東洋医学会では古い診療体系を大事にしたうえで、新しいエビデンスを参考に診療していく。そういう医師を多く育成していきたいと思って活動しているところ です。

**池田** 先生は東京女子医科大学に所属されていますけれども、こういった最先端の、科学的な先頭を走っている施設における漢方医学というのは、先生ご自身、どのようにとらえていらっしゃるのでしょうか。

**伊藤** 私は卒業したのが1981（昭和56）年ですが、今、若い人で僕と同じようなことを考えている方の多くは総合診療を目指しているように思います。もちろんおのおのの専門科で腕を磨くのも大事なのですが、やはり医師となったからにはいろいろな患者を診たい、そう考えている人が多いと思います。今、総合診療が随分と重視されてきています。専門科の垣根を越えた診療をしたい医師、そうした方々に漢方診療を学習する機会をより提供していければと思っています。

また、各専門領域の先生方が各領域でエビデンスを蓄積してこられています。そうした漢方の新しい臨床研究につきましても学会として応援していきたいと思っています。

**池田** 実際、総合診療科で薬を使わ

れる場合は、いわゆる西洋薬、そして漢方薬、両方ありますけれども、このような使い方、いいところを取って両方使っていくことになるのでしょうか。

**伊藤** 実はこれが日本の医師に課せられた使命と私は考えています。世界の中で伝統医学と現代医学が共存しているのは日本だけなのです。中国、韓国、みな東西別個の医療体系で診療していますので、東西両医学の融合が図れるのは日本の医師だけです。それが今、世界に求められている日本の役割ではないかと考えています。

**池田** それはいわゆる保険診療体制の違いに基づくのでしょうか。

**伊藤** これは各国の歴史によるのではないかと思います。例えば、中国では国内の戦争の中で兵士が各地を転々と移動していったときに、各地の民間医療、伝統医療がたいへん役立ったのだそうです。そうした体験がもとになって新しい国では東西両医学をやっている。また、西洋医学だけでは経済的に立ち行かない面もありました。今、多くの国々は実はお金がない国が多いのですが、そういう国は伝統医療が現代医療よりも頻度として広く行われています。

日本では1895年（日清戦争翌年）の帝国議会で西洋医学を学んだ者だけを医師として認める旨を決議しました。以来、わが国は約100年にわたって漢方医学の教育を国としては行ってこな

かったのですが、1962年の保険制度開始時より、生薬を薬の材料として認可するなど、漢方診療を禁じたことは一度もなく、2008年には一定の条件下で「漢方科」の標榜を認めてもいます。

行政機関内に今なお漢方専門部局がないといった不備はありますが、体制的に東西両医学の一本化に成功した唯一の国といってよいのです。

**池田** ありがとうございました。