

上焦病証 (Upper energizer stage Patterns) (TM)

- 上焦燥熱証 (Upper energizer dryness and heat Pattern) (TM)
- 上焦湿熱証 (Dampness and heat in the upper energizer Pattern) (TM)
- 毒壅上焦証 (Toxin congesting the upper energizer Pattern) (TM)

中焦病証 (Middle energizer stage Patterns) (TM)

- 暑湿困阻中焦証 (Summer-heat and dampness affecting the middle energizer Pattern) (TM)
- 中焦湿熱証 (Dampness and heat in the middle energizer Pattern) (TM)
- 痰湿阻中焦証 (Phlegm and dampness obstruction in the middle energizer Pattern) (TM)

下焦病証 (Lower energizer Pattern) (TM)

- 下焦湿熱証 (Lower energizer dampness and heat Pattern) (TM)
- 瘀阻下焦証 (Stasis obstructing the lower energizer Pattern) (TM)
- 下焦虚証 (Deficiency of lower energizer Pattern) (TM)

混合焦証 (混合した焦期の証) (Mixed energizer Patterns) (TM)

- 三焦湿熱証 (全ての焦期における湿熱証) (Dampness and heat in all energizer Pattern) (TM)

衛気営血証 (Four Phase Patterns) (TM)。下記に示す4カテゴリーと臨床的実用性のある第二レベルのカテゴリーの一部を保持することで合意した。

衛分証 (Defence phase Patterns) (TM)

- 湿遏衛陽証 (Dampness obstructing the defence yang Pattern) (TM)
- 熱攻肺衛証 (Heat attacking the lung defence Pattern) (TM)

氣分証 (Qi phase Patterns) (TM)

- 熱入氣分証 (Heat entering the qi phase Pattern) (TM)
- 氣分湿熱証 (Qi phase dampness and heat Pattern) (TM)
- 湿阻氣分証 (Dampness obstructing the qi phase Pattern) (TM)

営分証 (Nutrient phase Patterns) (TM)

- 営衛不和証 (Nutrient qi and defence qi disharmony Pattern) (TM)
- 営分熱証 (Heat in the nutrient phase Pattern) (TM)
- 熱入営血証 (Heat entering the nutrient and blood phase Pattern) (TM)
- 熱深入営証 (Severe heat entering the nutrient phase Pattern) (TM)

血分証 (Blood phase Patterns) (TM)

- 血分証 (Blood phase Pattern) (TM)
- 熱入血分証 (Heat entering the blood phase Pattern) (TM)

四象医学の証 (Four Constitution Medicine Patterns) (TM)。このセクションは4つの主要なクラスに焦点を絞る。第二レベルでは下記に記した臨床的有用性のあるカテゴリーを保持する。

太陽人 (Large Yang Type Patterns) (TM)

- 太陽人外感腰脊証証 (Large Yang type Exterior origin lower back Pattern) (TM)
- 太陽人内觸小腸証 (Large Yang type Interior origin small Intestine Pattern) (TM)
- 太陽人表裏合 (半表半裏の太陽病) 証 (Large Yang type Exterior interior combined Pattern) (TM)

少陽人 (Small Yang Type Patterns) (TM)

- 少陽人少陽風傷証 (Small Yang type Lesser Yang Wind Damage Pattern) (TM)
- 少陽人結胸証 (Small Yang type Chest-binding Pattern) (TM)
- 少陽人陰虧証 (Small Yang type Yin Depletion Pattern) (TM)
- 少陽人熱鬱胸膈証 (Small Yang type Chest Heat congested Pattern) (TM)
- 少陽人陰虚証 (Small Yang type Yin Deficit Pattern) (TM)
- 少陽人表裏合 (半表半裏の少陽病) 証 (Small Yang type Exterior Interior combined Pattern) (TM)

太陰人 (Large Yin Type Patterns) (TM)

- 太陰人棘上表証 (Large Yin type Supraspinal Exterior Pattern) (TM)
- 太陰人食道寒証 (Large Yin type Esophagus Cold Pattern) (TM)
- 太陰人肝熱証 (Large Yin type Liver Heat Pattern) (TM)
- 太陰人燥熱証 (Large Yin type Dryness Heat Pattern) (TM)
- 太陰人表裏合 (半表半裏の太陰病) 証 (Large Yin type Exterior Interior combined Pattern) (TM)

少陰人の証 (Small Yin Type Patterns) (TM)

- 少陰人鬱狂証 (Small Yin type Congestive Hyperpsychotic Pattern) (TM)
- 少陰人陽虧証 (Small Yin type Yang Depletion Pattern) (TM)
- 少陰人太陰証 (Small Yin type Greater Yin Pattern) (TM)
- 少陰人少陰証 (Small Yin type Lesser Yin Pattern) (TM)
- 少陰人表裏合 (半表半裏の少陰病) 証 (Small Yin type Exterior Interior combined Pattern) (TM)

薬方の証 (Formula Patterns)。この見出しを保持し、各国の改変版 (adaptation) をこの見出しの下に含む。

3.3 23 章証セクションの配列および記述に対する推奨事項

参加者は、以下のとおり既存の配列を確認した。基礎にあるロジックは、全身を包含する中核となる証を含むセクションから始まり、その後に特定の器官分類 (臓腑)、病態の原因、補助的な病位または特定の病態の部位が続くというものである。

1. 理論に基づく証
2. 体組成に基づく証
3. 器官分類に基づく (臓腑系の) 証
4. 環境に基づく証
5. 経証
6. 六病位の証
7. 三焦の病証
8. 四相の証
9. 四象医学の証
10. 方剤の証 (薬方の証)

セクションの記述の重要性を認識し、参加者はその策定の鍵となる要件（すなわち、明快さ、包括性、一貫性）を特定し、議論した。この記述により、各セクションの特質およびグルーピングロジックの高レベルの要約を行わなければならない。より詳細な情報は ICD-11 参照ガイド（第 II 巻）で提供される。さらに、この記述は、伝統医学および西洋医学の医師を含む ICD-11 の一般ユーザー向けであるべきことに留意した。

4. βフェーズにおける ICD 11 23 章: レビュープロセスおよびフィールドトライアル・パイロットフェーズ

WHO は、中国（2012年7月）、韓国、日本（2012年9月）での ICTM 作業グループとの二者間会議を受けて、ピアレビュープロセスおよびフィールドトライアル・パイロットフェーズの鍵となるパラメータについて概説した。

βフェーズでは、レビュープロセスとフィールドトライアル（FT）が、23章の継続的な質向上のためのエビデンスを生み出す重要なメカニズムとなる。初回ピアレビュープロセスでは、科学的正確さ、各ユニットの完全さ、内的一貫性、各ユニットの関連性を確認していく。レビューでは23章の構造と内容に注目する。23章のフィールドテストは、選択された国においてパイロットフェーズで以下の目標を持って開始する。

- 異なる環境で23章使用の実現可能性をテストし、
- 23章の信頼性をテストし、一貫性を向上させ、誤りを減少させ、
- 概念上および操作上の懸案事項に関連する基本的な質問に取り組み、
- 各国での分類および国際分類を使用する際の比較可能性を確保し、
- 現在の23章改善への道筋を特定する。

レビュープロセスとフィールドトライアル（FT）のプロトコルおよび使用する文書の議論の中で、参加者は以下の点をあげた。

- レビュープロセスの全体的な実行と中核的 FT（すなわち実際の症例や症例要約についての実行可能性試験及び信頼性試験、基本的な質問）の試験的实施は意味があり、実行可能であると考えた。
- FTパイロットフェーズは、介入と西洋治療（ハーブ、用手療法、または鍼）に関する要約情報記録のような ICTM 関連データを収集する良い機会となる。対応する質問は、FT 文書（FT instruments）（すなわち、書式 A・B [Form A, B]、基本質問書式 [Basic Question form]）に含めなければならない。
- 23章の信頼性試験に関しては、評価者間の信頼性（どのレベルの正確性か）が意味する点について注意深く定義すること、および可能であれば、ICD 11 との比較のために既存の分類の信頼性に関してコード/記録の信頼性のベースラインデータを入手することが強調された。FT プロトコルの重要性、FT 文書の実施の標準化、事前の訓練が強調された。
- FT 開始のためには、23章が成熟・安定した状態にある必要がある。この状態に達するためには、会議の推奨事項の実施およびピアレビュープロセスの実施が必須である。

WHO は参加者に、FT 文書、プロトコル、訓練に対してフィードバックをするよう促した。評価者間の信頼性のベースラインデータを確立することは難題である。それは、ICD-10 5 章および各国による改変版の一部がさまざまなレベルで吟味を受けてきたとはいうものの、過

去の ICD 改訂はこのような方法でテストされてはこなかったためである。23 章のフィールドテストに関する系統的な情報が必要であるために、このパイロットフェーズが計画されている。バリデーションよりも基本的な信頼性試験のほうが強調される。適切な指示 (instructions) を与えること、症例のエピソード (case vignettes) に取り組むことが必須である。パイロットフェーズでの症例評価のサンプルサイズは、WHO の統計学者と共同で算出する。コーディングガイドラインと指示に対する助言は、過去の ICTM 会議で議論されたように、依然として必要である。WHO は、助言および比較用ベースライン基準の提供に役立つように、コーディングガイドライン (例: 正しいコードの見つけ方と適用法) に関する資料やコーディングの信頼性に関する公表データがあれば送付するように参加者に依頼した。

以下の行動の項目を特定した。

- 国レベルの ICTM 関係者は、9 月末までに、指名する 10～20 名のレビュアー候補者を WHO に提出するよう依頼された。
- ピアレビュープロセスは、東京会議の推奨事項の実施、レビューユニットの特定、23 章ピアレビューのリストアップの後、2012 年 11 月/12 月までに開始することが期待されている。
- フィールドトライアル・プロトコルおよび文書は主なパイロット実施国 (すなわち、中国、韓国、日本) の ICTM 作業グループと相談のうえ WHO により最終化される。選択された FT センターは、入院患者、外来患者、プライマリ・ケア、地域社会の立場を代表すべきである。
- ピアレビュープロセス完了およびフィールドトライアル・パイロットフェーズ開始は、2013 年の第一四半期が期待されている。WHO は、技術的援助 (例、プロトコル、使用する文書の開発、訓練、データ解析) の提供によって、フィールドトライアルを支援する。フィールドトライアル・パイロットフェーズ各国に、FT 実施に十分な資金、人材を提供して FT 実施を支援するよう依頼する。

5. 閉会

閉会にあたり、参加者は本会議のプロセスおよび結果に対して意見を述べた。運営はきわめて良好で、実り多かったという全体的合意があった。議論はオープン、率直、精力的であり、国際的公共の利益として ICTM および ICD 11 23 章の開発への協力に注力した。

WHO は、ICD 11 23 章証セクションを一貫性、論理性、科学性のあるものとし、臨床的実践および証発生の頻度を反映したことに対し、参加者に祝辞を述べた。顕著な進歩は、証の数を減らす (初めの 747 から約 254 に減少) という結果として、達成された。

日本厚生労働省 ICD 室、日本東洋医学会 (JSOM)、日本病院会 (the Japanese Hospital Authority) (JHA) の寛大さと会議主催者としてのすぐれた運営に感謝の言葉が述べられた。会議は、調和と尊敬の雰囲気の中で大きな進展を成し遂げるために取り組んだ、WHO、共同議長、報告者、参加者への感謝で締めくくられた。

6. 行動項目の要約

1. iCAT-TM および ICD-11 ブラウザにおける 23 章証 (TM) セクションのクラス階層の合理化、簡素化のため、上記の推奨事項を実施する (WHO およびマネージングエディターが 11 月まで継続して実施)。
2. 各 TM 証および伝統病名セクションの特質およびグルーピングロジックを要約するためのテキスト記述を作成する (WHO およびマネージングエディターが 11 月/12 月まで継続して実施)。
3. TM 証および伝統病名カテゴリにおける不完全な定義および懸案中の命名の問題を特定し、取り組む (WHO、マネージングエディター、T-TAG/PAG が 11 月/12 月まで必要に応じて実施)
4. iCAT-TM および ICD-11 ブラウザ強化の要件 (例：事後結合の表現) を特定する。
5. 10～20 名のピアレビュー候補者を指名する (国レベルの ICTM 関係者が 9 月/10 月まで継続して実施)。
6. レビュープロセスを最終化し、プロセスを開始する (WHO が 11 月/12 月まで継続して実施)。
7. FT パイロットフェーズの準備 (すなわち、プロトコル、症例要約、使用文書を最終化) をする、FT パイロット施設を特定する (WHO および主なパイロット実施国の ICTM 作業グループが 12 月/1 月まで継続して実施)。
8. FT パイロットフェーズを実施する (WHO と協力してパイロット実施国が 2 月/3 月まで継続して実施)。
9. パイロットフェーズの結果を解析し、2013 年 10 月から 2014 年 10 月の実施にむけて本格的 FT 構想を準備する (パイロット実施国と協力して WHO が 2013 年 7 月～9 月までに継続して実施)。

7. 付録

7.1. 付録 1 : ICD-11 23 章β版ドラフト 証一覧表

7.2. 付録 2 : 参加者一覧表

7.3. 付録 3 : 会議の議題

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

別添5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
渡辺賢治	伝統医学国際化の潮流	渡辺賢治	漢方医学の最新の進歩とエビデンス	医歯薬出版	東京	2013	31-33
渡辺賢治	ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成	渡辺賢治	漢方医学の最新の進歩とエビデンス	医歯薬出版	東京	2013	69-70
渡辺賢治	漢方医学をめぐる国際的諸問題	渡辺賢治	漢方医学の最新の進歩とエビデンス	医歯薬出版	東京	2013	105-107

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
渡辺賢治	漢方の証を考える	漢方の臨床	59	2181-2189	2012
高 鵬飛、宗形佳織、Zhan Rui、今津嘉宏、松浦恵子、相磯貞和、渡辺賢治	日中の伝統医学教育システムの相違	日本東洋医学雑誌	63	131-137	2012

IV. 研究成果の刊行物・別冊

伝統医学国際化の潮流

わが国では1976年に大々的に医療用漢方製剤が登場する。現在では医師の9割が漢方を日常診療に用いるほど普及している。このように漢方医学は江戸時代に日本化が確立され、医療用として30年近くの歴史のなかで完全にわが国独自の医学として存在するのである。2001年にはコアカリキュラムとして医学教育に取り入れられるまでになり、80の医学部・医科大学すべてに漢方教育が取り入れられるに至っている。

一見順風満帆のように見えるが、これを継続・発展していくためには多くの課題があり、国の施策としても重要と考え、医学のあゆみにシリーズとして、3回にわたり漢方の国際化問題に関する記事を連載させていただいた¹⁻³⁾。今回別冊発行に際し、それらをアップデートして書き直したものを再度掲載させていただく。

■ 漢方医学は日本独自の医学

古代中国を起源とする東アジア伝統医学、インドを中心とするアーユルヴェーダ、それら2つから影響を受けながら独自の発達を遂げたチベット医学、アラブ諸国に伝承されるユナニが伝統医学の代表としてよくあげられる。共通点としては自然のなかに立脚した包括的な人間観をもっている点で、西洋医学とはまったく異なる医学体系を形成している。

東アジア伝統医学は古代中国を起源としているが、韓国、日本でそれぞれ独自の医学体系として発展し、それぞれ韓医学、漢方医学として現在の伝統中国医学とは区別される。

これら三医学体系には共通点も多いが細かい点はかなり異なっている。たとえば、韓医学には四象(ししょう)医学があり、体質を重んじた医学体系が発達している。漢方医学は江戸時代に実学を重んじる医学として発達し、余計な理論を排除し、患者観察を重視する医学として今日まで継承

されている。そもそも“漢方”という言葉自体が江戸時代に“蘭方”に相對する語として日本で造語されたのであるから英語で“Kampo Medicine”と表記したものは日本の伝統医学である。アメリカ国立図書館のシソーラスにもKampoが入っている。

■ 補完・代替医療のなかでの伝統医学

こうした伝統医学に対する注目は欧米における補完・代替医療への関心の高まりと軌を一にしている。1990年にハーバード大学医学部のEisenbergらは1990年に全米的な調査を行い、1993年New England Journal of Medicineにその結果を発表した⁴⁾。Eisenbergは1997年にその後の調査を行い、JAMAに発表している⁵⁾。その結果は、

- ・1990年にはアメリカ民の成人の33.8%が補完・代替医療を利用していたが、1997年には42.1%になった。この間生薬療法の利用者は3.8倍に増加した。
- ・補完・代替医療を受診する延べ回数は1990年の4億2700万回から1997年の6億2900万回に増加し、これはプライマリケア医の延べ受診回数3億8600万回を上回った。

などといったものであった。

このような動きを受けてアメリカの国立衛生研究所(NIH)に1992年代替医療局が設置され、200万ドルの国家予算を割り当てられた。1998年には、国立補完・代替医療センター(NCCAM)と名称を変え、予算も2,000万ドルと増額され、その後も順調に増え続け、2009年度の予算は1億2,000万ドルとなっている⁶⁾。しかし、NIH全体の予算はこれにとどまらず、国立癌研究所(NCI)の癌補完・代替医療オフィスの予算が1億2,000万ドルある⁷⁾。他のNIH部門でも5,000万ドルあり、総計約3億ドルがこの領域に使われている。

■ 国立補完・代替医療センターの方向転換

国立補完・代替医療センターは国立センターに格上げされてから、あいついで2つの大きな方向転換を行った。一つは複数生薬の研究をも認めたことである。ひとつの生薬ですら品質の担保が困難であるのに、複数生薬であるとさらに品質管理

が困難となる。しかし、東アジア伝統医学は複数生薬を基本としているので、そうしたことを勘案して複数生薬の研究をも認めた。

二つ目は、国際協力関係を強めるために2001年、国際保健研究局を設置した。2002年には国外との国際共同研究を推進するためのPlanning Grantをリリースし、積極的に海外との共同研究を推進している。日本でも慶應義塾大学がハーバード大学との共同研究で、助成を受けた。

■ Whole medical systems

もうひとつ大きな転換は whole medical systems という概念を打ち出したことである。補完・代替医療の定義は“現在の正規医療の一部と考えられていない種々の医療、保健、診療、ならびに機器のグループ”と定義されている。NCCAMでは補完・代替医療を4つのカテゴリーに分けていたが、2007年NCCAMは5番目のカテゴリーとして whole medical systems を設けた⁶⁾。この whole medical systems には西洋医学と独立してまたは正規医療と並び立つ医学体系として位置づけた。代表的なものとして中医学(漢方も含む)、インドのアーユルヴェーダがあげられている。Whole medical systems が設定された意義は、西洋医学が主流で補完・代替医療が傍流だという考え方を覆すもので、西洋医学と同等の扱いをすべき体系としてはじめて認識したところにある。

■ グローバル化が進む伝統医学

本来伝統医学はその地域の医療であったのが、上記のようにもはや地域だけの医療に止まることができなくなっている。実際に中国からの生薬の輸出の主要国は日韓から欧米に大きくシフトしている。

そうしたなかでこれから述べるWHOの国際疾病分類(ICD)のなかに伝統医学が入ろうとしていたり、国際標準化機構(ISO)のなかで伝統医学の部会ができたりと、伝統医学の国際化の潮流が加速している。その背景にはいろいろな因子が考えられるが、一番大きな原動力となっているのはその経済的効果であろう。現在生薬製剤の市場はどんどん拡大を続けており、医療用のみならず健康

食品、化粧品などに含まれる生薬の需要は爆発的に伸びている。中国の生薬産業は10兆円を超える規模にまで成長しているが、その主導権をめぐる国際競争が激化しているともいえる⁸⁻¹³⁾。

■ 世界遺産をめぐる競争

知財をめぐる国際競争は激化している。発端は2005年“端午の節句”(旧暦5月5日)が韓国によって“江陵端午祭”の名前でユネスコ(国連教育科学文化機関)の“文化遺産”に承認されたことがきっかけである。中国は当然のことながら“端午の節句”は中国の文化であると反論した。さらに翌年、“韓医学”を申請準備をしていたが、中国がこれに対抗して“中医学”を無形文化遺産に申請した。しかし、ユネスコも前年の“端午の節句”のことがあり、これを認めなかった。2009年韓国は韓流ドラマにもなった許浚(ホ・ジュン)の“東医寶鑑(とういほうかん)”を文化遺産に申請し、これが認められた。2010年、今度は、中国が“中医学”のなかの鍼灸だけ切り離して“中医鍼灸”としてユネスコに申請したところ、これが文化遺産として認められた。こうした伝統医学の世界遺産をめぐる争いには、国際展開の主導権争いという側面がある

その他の主導権争いとしては国際標準化機構(ISO)などがあるが、残念なことにこうした国際競争に対してわが国はまったくの傍観者である。中国、韓国が政府内に伝統医学の専従部署があり、国内の振興・国際展開を推進しているのに対し、わが国には伝統医学の部門すらない。国際会議において、中韓は政府の代表が参加するのにに対し、わが国は学術団体など民間だけで議論しなくてはならず、その重みがまったく違うのである。

■ 生物多様性条約をめぐる伝統医学の競争

生物多様性条約と聞いてピンとくる人は少ないが、2010年に名古屋で開催されたCOP10と聞いてピンと来る人はいるかもしれない。生物多様性条約とは、①生物多様性の保全、②生物多様性の構成要素の持続可能な利用、③遺伝資源の利用から生じる利益の公正かつ衡平な配分を目的とする国際条約であり、1993年に発効し、192の国と地

域が条約を締結している。日本も1993年から参加しているが、漢方薬の原料である生薬はほとんどが中国に依存しており、なかには砂漠化などにより資源の枯渇が心配されているものもある。いまでも甘草・麻黄といった多くの漢方薬に配合される生薬が中国からの輸出規制品になっているが、さらに拡大する可能性もある。それとともに、伝統的知識をも議論の対象にしようという動きがある。さきに述べたように、中国と韓国は伝統医学の本家争いをたがいに譲らない。日中韓の伝統医学が古代中国にあったことは間違いないが、いまの中医学は戦後に近代化されたものであり、それに対し、韓国こそもとの伝統医学の形を保っているという主張もわからないではない。日本は大陸から海を隔てた地で独自の発展を遂げてきた結果、中韓とはかなり異質の医学体系となっている。しかし、こうした各国の主張をどこまで認めるかは注視していかなくてはならない。

■ 漢方医学のアイデンティティーの確立

2008年12月のWHO発行 Traditional Medicine Fact Sheet には伝統医学の挑戦として以下の5つがあげられている¹⁴⁾。①国際的多様性、②各国の医療政策と規制の相違、③安全性、効果と品質、④生薬の知識と持続性、⑤患者安全性、である。

このなかで、国際的多様性についてはつねに日中韓の間でも問題となる。東アジア伝統医学はたしかに古代中国を起源とする医学体系ではあるが、日韓では独自の発達をした結果、似て非なるものとなっている。こうしたものをすべて中医学と称していいのかという問題がある。とくに現代中医学は毛沢東政権下で、近代化されたものであり、それ以前の伝統医学とは大分異なる形態となっている。

また、医療制度上でも日本の伝統医学は非常にユニークである。もっとも特徴的なのは、医師ライセンスが西洋医学と一体化していることである。その結果、補完医療でもなく、代替医療でもなく、西洋医学と一体化した統合医療が展開されている。

術後イレウス予防における大建中湯の効果などがそれであるが、内視鏡手術と漢方医学の組合せ

など、最先端医療と伝統医学を組み合わせた新しい医療を展開できるのはわが国に利がある。

また、医療用として30年以上用いられているので、安全性についても確立しているといえる。こうした点からも新しい医療の提案を世界に向けて発信していくことが可能なのである。日本漢方にしかできないことを世界にアピールすることで、漢方医学のアイデンティティーの確立をはかるべきであろう。急ぐべきは政府内にしかるべき組織をつくり、そこが責任をもってわが国がもつ伝統医学の知財を整理することである。とくに江戸時代は漢方の医学研究が花開いた時代であり、わが国独自の知財が数多くある。そうした情報を収集して日本の伝統医学(漢方・鍼灸など)のデータベース化すべきである。それをもとにして生物資源や伝統的知識への積極的な関与と戦略性をもつべきである。

文献

- 1) 渡辺賢治：伝統医学国際化の潮流。医学のあゆみ，231：169-170，2009。
- 2) 渡辺賢治：ICD-11への改訂に向けての東アジア伝統医学分類作成。医学のあゆみ，231：243-246，2009。
- 3) 渡辺賢治：漢方医学をめぐる国際的諸問題。医学のあゆみ，231：311-312，2009。
- 4) Eisenberg, D. M. et al.: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. N. Engl. J. Med., 328：246-252, 1993.
- 5) Eisenberg, D. M. et. al: Trends alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of followup national survey. JAMA, 280：1569-1575, 1998.
- 6) 米国国立補完代替医療センター HP. <http://nccam.nih.gov/>.
- 7) 米国国立がんセンター HP. <http://www.Cancer.gov/cam/>.
- 8) 渡辺賢治。日本人が知らない漢方の力。祥伝社，2012。
- 9) 渡辺賢治：漢方薬の国際性を目指して。日本東洋医学雑誌，56：90-95，2005。
- 10) 渡辺賢治：国際化が進む漢方医学。科学，75：862-864，2005。
- 11) 渡辺賢治：21世紀の日本の東洋医学の進路を探る漢方の国際化に向けての戦略。日本東洋医学雑誌，58：594-599，2007。
- 12) 渡辺賢治：世界で高まる伝統医療のニーズに後れをとる日本漢方。クリニックマガジン，486：28-33：2010。
- 13) 渡辺賢治：今こそ日本型医療の創生を。日本医事新報，4468：1，2010。
- 14) WHO traditional medicine Fact Sheet Number 134 December 2008. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html>

(執筆：渡辺賢治)

ICD-11 への改訂に向けての 東アジア伝統医学分類作成

■ ICD とは

国際疾病分類(international classification of diseases : ICD)とは死因統計の国際比較をするために1900年にはじまった国際的分類である。本分類はWHOの管理下にあり、実際にはWHO国際分類ファミリー(WHO-FIC)ネットワークという諮問機関が管理・運営している。国際分類ファミリーのなかでICDは中心分類に属すが、そのほか派生分類、関連分類が存在する(図1)。派生分類は中心分類に入っているのだが、それでは足りない分類について詳細な分類を作成したもので、関連分類はファミリーの一員であるが、中心分類とは直接の関係のないものである。わが国の施策としても中心分類、派生分類までは政府が関与する。

現在世界でおもに用いられているのは第10版(ICD-10)である。現在WHOでは1990年に改訂されたICD-10からICD-11への改訂作業が進んでいる。電子化時代に合わせ、ICD-11はそれまでのICDと比較して大きく変わる。ICD-10までは分類だけだったのが、ICD-11では用語が付き、オントロジーによりコードどうしの関連性も明らかとなる。また、基本的に電子化されるため、ボリュームの制限がなくなる。

■ 伝統医学分類

2009年5月11~13日にWHO本部主催の伝統医学に関する国際会議が香港で開催され、その席で伝統医学分類をICD-11に入れることが方向性として合意された¹⁾。2010年1月にはプロジェクトチームが立ち上がり、世界保健の本流の仕組みのなかに伝統医学が入る大きな一歩が踏み出された。

2010年9月にジュネーブで行われたICD改訂運営会議の席で、伝統医学をそのなかに入れる計画が正式に承認された²⁾。2010年12月6日に東京にてジュネーブ・東京同時記者発表を行った³⁻⁵⁾。WHOにおける伝統医学分類プロジェクトチームでは伝統医学分類案およびそれに付随する情報モデル案を作成し、2011年にはICD-11のアルファ版に組み込まれたが、2012年5月にはICD-11ベータ版(一般公開)にあらたな章が設けられ、Traditional Medicine Conditionsとして反映されている⁶⁾。2011年WHO-FIC年次総会で、伝統医学を組み込んだ日本のWHO協力センター(センター中心は厚労省)が承認されたことで、本作業については政府が牽引する形で進められている。

■ ICD-11 ベータ版の構成

現在のICD-10は1990年に改訂されたが、病理学的観点に基づいて分類がなされた。もともとはICDは死因統計の国際情報を得るためのものであり、そうした観点では病理学的分類であって然る

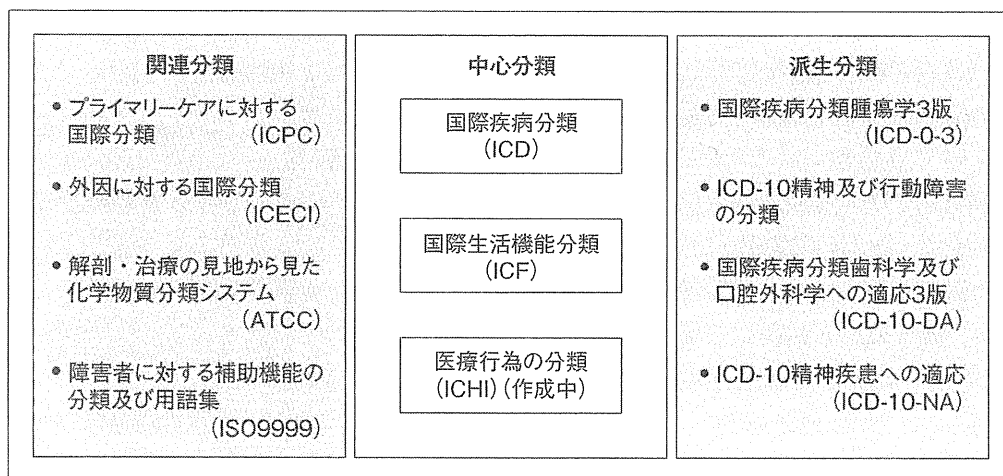


図1 世界保健機関国際分類ファミリー(WHO-FIC)

表 1 漢方分類コーディングの例：49 歳女性，副鼻腔炎

ICD 1～22 章	西洋病名	ICD23 章	漢方の証コード
J303	慢性アレルギー性鼻炎	23P511	虚寒・水毒証
J329	急性副鼻腔炎		

べきなのであるが，最近では ICD は死因統計のみならず，疾病分類にも用いられている。わが国の包括診療も ICD 準拠となっている。

このような観点から病理学的分類を重視した ICD-10 は疾病分類としては使いにくく，アメリカなどはいまだに ICD-9 を用いている。

伝統医学分類はこうした病理学的疾病分類から見ると，かなり異なる。東アジア伝統医学分類の構成は，①伝統医学病名，②証，の 2 章からなる。このうち伝統医学病名は西洋医学的病名と似ているところもあるが，“頭痛”“痢疾(下痢)”などの症状で表す病ものが多い。

ICD のなかでもこうした症候に対する分類は，R コードとして 18 章に存在する。ICD にマッピングできるものもあるが，マッピングできない分類も多く，混乱を招くため，わが国では伝統医学病名を用いずに，ICD と次に上げる“証”コードのダブルコーディングを予定している(表 1)。

■ 漢方の“証”分類

“証”は，多くの伝統医学にみられる，病に対する人間の反応を表現するものである。英語ではパターンと翻訳される。漢方において実証，虚証などと表現するが，これは病因側を表現するというよりも宿主側の表現である。

中国には国家で定めた 1,625 の証が存在する。中国医学の古典である『傷寒論』『金匱要略』には症状とそれに対する治療法の簡潔な記載しかない。しかし時代が下り，中国ではなぜ効果があるのか，またこまかい鑑別のために，理論を膨らませていった。金・元の時代はとくに漢方の理論化が進んだ時代であった。江戸時代初期まではわが

国でもこうした中国の理論を受け入れていたが，儒教における古学の動きと同期して『傷寒論』『金匱要略』時代のシンプルなものに立ち返ろうという動きがあり，中国の複雑な理論を排除する形で，わが国の漢方医学が確立した背景から実践的な医学でこうした“証”の用語が少ない。その点，漢方には理論がない，という批判もある。

しかし医療用漢方製剤として大々的に登場した 1976 年以降，漢方薬を日常診療に用いる医師の割合は 9 割にもものぼるが，学生時代に漢方教育を受けていない医師がほとんどである。こうした医師が簡便に証コードを付与できるようなシステムが必要と考えている。

文献

- 1) Watanabe, K. et al.: Asian medicine : a way to compare data. Nature, 482(7384) : 162, 2012.
- 2) Gao, P. F. and Watanabe, K.: Introduction of the World Health Organization project of the International Classification of Traditional Medicine. J. Chin. Integ. Med., 9 : 1161-1164, 2011.
- 3) World Health Organization : Geneva, Switzerland. WHO to define information standards for traditional medicine [press release]. December. 7 : 2010. Available at : www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/trad_medicine_20101207/en/
- 4) Dennis Normile : WHO Shines a Light on Traditional Medicine 6 December 2010. <http://news.sciencemag.org/scienceinsider/2010/12/who-shines-a-light-on-traditional.html>
- 5) Lindsay Stafford : HerbalEGram : Volume 8, Number 1, January 2011 WHO Developing New Traditional Medicine Classification. <http://cms.herbalgram.org/heg/volume8/01January/WHOClassifiesTM.html?t=1294841964>
- 6) ICD 11 beta. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>

(執筆：渡辺賢治)

漢方医学をめぐる国際的諸問題

■ 国際化の潮流のなかでアイデンティティーを失いつつある漢方医学

ICDの改訂に東アジア伝統医学が取り入れられようとしていることについてはコラム2で述べた。一見順調のように見える伝統医学のグローバル化であるが、逆に日本漢方のアイデンティティーが失われてしまう可能性も含んでいる。

日本漢方を推進する著者らの立場は、漢方医学は中国由来ではあるが、すでに1,500年間の日本での発達を遂げているので、日本の伝統医学と考えている。事実同じ処方でも日中韓ではその使い方に相当差がある。

しかし世界をみると、1988年に伝統医学推進のための中国政府組織である“国家中医薬管理局”が創設されて以来、政府主導で中医学の国際化の推進を行ってきた結果、欧米の多くの医師・患者が中医学(traditional Chinese Medicine: TCM)を認識しているのに対し漢方医学(Kampo Medicine)を認識する人はほとんどいない。

中国はTCMという言葉ブランドとして広めたい意向があり、世界各国にネットワークを張っている。そのもっとも大きなものが世界中医薬学会連合会(WFCMS)であろう¹⁾。2003年に中国政府の援助によって創設され、いまや57の国と地域の195のTCM学術団体から構成される、一大学術コンソーシアムである。当然のことながらこの組織は中医学の国際化を推進するための大きな機動力を担っている。

■ 中国のISOへの提案

コラム2に掲載したようなWHO ICD-11への改訂のなかに伝統医学を入れる計画が進行していきなかに、中国は2008年4月に突然ISO(国際標準化機構)のTC(technical committee)215(保健医療情報)²⁾に中国国内の医療情報を国際標準にするように要求した。このときは唐突だったので受

け入れられなかったが、2009年10月のダラムの会議でついに伝統医学のワーキンググループ(WG)をつくることが決定した。ただし、取りまとめは韓国代表が行い、中国の主張したTCM(伝統中医学)のWGではなく、TM(伝統医学)のWGとなった。

それとはまったく別の動きが2009年、中国から既存のISO専門委員会ではなく、新しい専門委員会をつくる、という提案がなされ、TC249として承認された³⁾。その委員会名はまだ正式ではないが、“伝統中医学”である。中国の意図としては日本・韓国を抜かして世界標準を自分たちで決めていこうというものである。事務局は上海におかれることになった。

■ ISOの活動

ISOに関する会議は2010年1月に上海で開かれた準備委員会に加え、第1回会議を2010年6月に北京で、第2回会議は2011年5月にオランダ・ハーグで、第3回会議は2012年5月に韓国・大田で開催された。具体的な作業は5つのワーキング・グループに分かれて進めている。議長国は、表1のように中国、韓国、ドイツで分け合っている。このISO TC249が漢方にどのような影響を及ぼすのかについてはまだ明らかでない。たとえば、WG1で議論している生薬の品質としては同じ生薬名でも日中韓で使用植物が異なる場合がある。そうした場合、日本の植物が標準からはずれないか？ また、WG2で議論されている伝統医薬製剤の議論では日中韓で同じ製剤名でも生薬の配合比が異なる。その場合に日本の配合比が否定されないか？ また製造方法が日本と異なるものに標準化されないか？ WG3では鍼灸の規格が議論されているが、質のよい日本の鍼灸の規格がはずされないか？ などいろいろな可能性が想定されるため、注意深くかわっていく必要がある。

■ 情報発信の欠如による

漢方医学の存在の希薄化

中国は国策として中医学(TCM)の国際化をはかっている。2006年7月には科学技術部・衛生部・国家中医薬管理局が共同で、中医薬の現代化

表 1 ISO の 5 つのワーキング・グループ

ワーキンググループ	課題	議長国
WG1	Quality and safety of raw materials used in TCM	中国
WG2	Quality and safety of manufactured TCM products	ドイツ
WG3	Quality and safety of acupuncture needles	中国
WG4	Quality and safety of TCM medical devices other than acupuncture needles	韓国
WG5	Informatics of TCM	韓国

と国際化のための“中薬国際科技合作企画綱要(2006-2020)³⁾を公布し、国家戦略として行っている。国家中薬管理局⁴⁾には70人あまりの専従職員がおり国際合作部も存在し、中医学の国際化をはかっている。韓国も政府には伝統医学専門の部局があり、16名の専従職員がいる。

このように国家戦略として伝統医学の国際化を推進している中韓に比べ、わが国には専従部門が存在しない。2012年4月、中国の商務部、外交部、国家中薬管理局など14部門が中薬のサービス貿易の発展に関する意見を公表した。これによると中医学の輸出のために、貿易の発展を重視し、その後押しを国家をあげて行うことを鮮明にしたものである。日本ではどうもいえないが、中国においても14もの政府部門が揃って意見を提出することはきわめて異例であり、中医学の国際振興がいかにか産業として大きいかを物語っている。そのなかには中医学を担う人材の育成や海外進出を明記してある。中国が中医学を広める戦略として国際中醫師の資格がある。これはもともと中醫師を自称する多くの無資格者を取り締まるための資格基準をつくるための資格認定試験であったが、国際中醫師試験として発展し、日本においても1996年より毎年試験が実施されるようになってきている。2004年からは資格認定は国家中薬管理局から世界中薬学会連合会に移管されている。すでにこうした資格を認めて診療を許可している国も出始めている。わが国にも中医学大学の日本校があり、中医学を広めるために活動している。

■ 日本では正規医療、 しかし海外では補完・代替医療

漢方の世界でよくいわれるのが“漢方は補完・

代替医療ではない。日本ではれっきとした正規医療だ。だから海外の補完・代替医療の学会にはいれない”と。しかし、そうであるのであれば、なおさら海外でこのことを宣伝すべきではなかろうか。海外に漢方の学会がない以上、欧米における補完・代替医療の学会に積極的に出向き、日本の漢方を堂々と主張すればいい。しかし、海外でのこうした学会で日本の研究者をみることはほとんどない。

一方、中国・韓国は大挙してそうした国際学会の場で発表する。海外に積極的に出向くことは情報を与えるのみならず、情報収集にも重要な機会なのであるが、日本はそうした努力を怠ってきたため、大きく世界の伝統医学の潮流から遅れを取っている。

■ 日本からの情報発信を積極的に

中国のやり方は戦略性に富んでいて脅威に思えるが、彼らの認識は違う。日本でも中医学をやっているから中国の中医学国内標準を国際化すれば日本にもメリットがあるであろう、という考えである。そこで“日本の伝統医学はたしかに中国から伝来したが、日本に来て1,500年の間に独自の発展を遂げ、現代の中医学とは似て非なるものである”という説明をすると驚かれる。それは我々からの情報発信が足りないせいである。

欧米でも然り。多くの人がTCMは知っているが、Kampoは知らないという。また、日本式の鍼管のついた鍼だけがFDAで認可されているため、多くの施術者たちが日本鍼を使っているが、“TCM acupuncture”と称しているのである。これも明らかに日本からの情報発信が足りないためである。

このように中国やその他の諸国において日本の

漢方の存在を幅広く情報発信する必要がある。情報発信をすることで、情報収集も可能となるからである。

■ 日中韓での協力体制の確立

WHO で日中韓の取りまとめを過去 8 年にわたり行ってきた経験から最後に述べたい⁵⁻⁹⁾。

まずはたがいの理解を深めることである。中国は国内では中医学の権威は失墜してきており、海外に活路を見出そうとしている。また、韓国は西洋医学と韓医学との対立のなかで新しい道を模索している。

こうしたたがいの国の事情がわかってくると、助言をしあいながら、そうした問題をどのように克服したらいいかという知恵が湧き上がってくる。

まずは相互理解を深めることであろう。そのためには民間のみならず国家レベルでの交流も必要である。日中韓には保健大臣会議の枠組があり、伝統医学がひとつのトピックなのであるが、日本政府が対応しきれず進まない。

政府、民間を問わずいろいろな交流を推進するために、学会のみならず政府に専門組織が必要であり、わが国の国家戦略をしっかり定める必要がある。

■ おわりに

世界的な補完・代替医療の潮流により、伝統医学は否が応でも国際舞台に立たされることになった。そのようななかで日本漢方のアイデンティ

ティーをどのように保っていくのか、また、何を売りにしていくのかについて真剣に考える時期に来ている。

なぜならば ICD はじめ、国際的展開によって国内状況が影響を受けることは必至だからである。国際的に漢方をアピールすることは国内的に漢方を守っていくことにほかならない。わが国の文化として育んできた漢方医学が今後も継続して世代を超えて継承されていくためにも、重要な時期に来ているものと考ええる。

読者の方々のお力により漢方医学が永続的に発展していくことを請い願うものである。

文献

- 1) 中医学学会世界連合会 HP. <http://www.wfcm.org/>
- 2) ISO TC215 HP. http://www.iso.org/iso/iso_technical_committee?commid=54960
- 3) ISO TC249 HP. http://www.iso.org/iso/standards_development/technical_committees/other_bodies/iso_technical_committee.htm?commid=598435
- 4) 中華人民共和国国家中医学管理局 HP. <http://www.satcm.gov.cn/>
- 5) Cameron, S. et al.: Asian medicine : Japan's paradigm. Nature, 482 : 35, 2012.
- 6) 渡辺賢治：日本人が知らない漢方の力。祥伝社, 2012.
- 7) 渡辺賢治：21 世紀の日本の東洋医学の進路を探る漢方の国際化に向けての戦略。日本東洋医学雑誌, 58 : 594-599, 2007.
- 8) 渡辺賢治：世界で高まる伝統医療のニーズに後れをとる日本漢方。クリニックマガジン, 486 : 28-33 : 2010.
- 9) 渡辺賢治：今こそ日本型医療の創生を。日本医事新報, 4468 : 1, 2010.

(執筆：渡辺賢治)

漢方の証を考える

慶應義塾大学医学部
漢方医学センター

渡辺賢治

WHO国際疾病分類の改訂

現在WHOでは国際疾病分類(通称ICDと呼んでいる)の改訂作業を行っている⁽¹⁾⁽²⁾。ICDの歴史は1900年に遡るが、元々は死因統計を国際的に比較する目的で開始された。しかしながら、今では疾病統計の基礎にもなっており、今では多くの病院に導入されている診断群分類包括評価(いわゆるDPC)もICD準拠となっており、その利用範囲はさらなる広がりを見せている。

現在わが国で施行されているのはICD-10 (ICD第10版)であるが、昨今の電子カルテの普及により、次回改訂のICD-11では電子化された疾病分類となる予定で、2015年のWHO総会での承認を目指している。

ICD-11では上記電子化に伴い、今までは分類のみであったのが、用語や診療情報も含まれる全く新しい分類になる。もう一つの大きな出来事は1900年来一貫して西洋医学一本でやってきたICDに初めて伝統医学が入ることである。この準備は2005年からWHOに西太平洋事務局で行ってきたが、2009年からはWHO本部のプロジェクトとして、正式にスタートした。日中韓を中心に全世界からの専門家によるプロジェクトマネジャーのグループが組織され、この3年間相当ハードに作業を進めてきた結果、2012年5月のWHO総会に合わせてICD-11ベータ版がリリースされた。このベータ版は一般に公開され、意見を幅広く求めるもので、現在ウェブ公開され幅広い意見を募っている⁽³⁾。

日中韓の伝統医学の相違

現在ICDは22の章から成っている。この度の改訂では、新たに23章を設けてそこに伝統医学を入れる予定である。次回の改訂では日中韓を中心とした医学を入れるが、その次の改訂ではインドのアーユルベータ、アラブのユナニなども候補に挙がってくると思われる。

現段階では日中韓の医学が中心であるが、その作業を進める過程でそれぞれの国で使用されている伝統医学がどうも違うのかということをつくづく実感した。

まず、23章の構成から説明すると、大きく2つに分けられる。一つは伝統医学病名で、もう一つは証である^③。

中国では伝統医学病名を重んじており、上海中医药大学を中心とした医療情報ネットワークでは、「西洋医学病名」「伝統医学病名」「証」の3つを記録している。その数は今や400万件を超えている。一方韓国ではICD-10の韓国版であるKCD-6には西洋医学と一体化した韓医学のコードが入っており、保険制度の中で融合した形で使われているが、西洋病名と混乱を来す伝統医学病名は排除し、数少ない伝統医学病名と証とを使っている。

一方わが国の提案としては西洋医学的病名と混乱を来すため、伝統医学病名は提案しないということになった。

こうした伝統医学に対する考えは、決して今に始まったことではない。江戸時代の李朱医学の受容と『傷寒・金匱』への復古を基調にした日本化、そして明治に至るわが国の漢方の歴史についてはすぐれた論文が多くあるのでここでは触れない。本稿では、700号の「漢方の臨床」誌を振り返りつつ、補足資料を加えて近年におけるわが国の伝統医学に対する考えについて少しレビューをして今の漢方医学の体系に至る過程について考察してみたい。

証と病名との関係

日本漢方が何故伝統医学病名をほとんど用いないか。それと関連して、中医学の代表である臓腑弁証を何故日本が用いないのかも含め、まず見てみたい。

「漢方の臨床」誌の第1巻第1号に「『証』を語る」という座談会がある^{④⑤}。昭和29年5月に行われており、出席者は馬場辰二先生、細野史郎先生、大塚敬節先生、和田正系先生、矢数道明先生、坂口弘先生、気賀林一先生（イロハ順）という漢方の最高峰の先生方の座談会である。その中で重要と思う箇所を抜粋してみる（敬称略）。

大塚敬節「証は時間的で、病名は空間的の分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよい

ように思います。」

細野史郎「私は漢方入門以来、漢方のよいところは『証に随って治せばよい』と云うことで、病名の必要がないことだと考えもし、また信じていました。其のうちに追々それだけでは不十分なのではないかと思う様になりました。それは我々が医者であるのに、「病名のことには私は知りませんよ、ただ治療だけが私の本分なのですから」などとすましていくわけにもいかなくなりました。(中略)現代医学の講義などを、母校で傍聴する機会に恵まれて、従来の『随証治療』の考えを更に訂正、拡大していくことこそ必要なのではないかと痛感するようになりました。(中略)現代医学的病名の必要性は、現社会に医師として立つうえにも又漢方治療を現代的に翻訳理解する上にも必要だと考えるようになりました。すなわち現代医学に立脚した少なくとも現代医学的知識で十分に理解することのできる漢方医学にまでもって行くことは現代医学を更に完全な医学に作り上げる近道たらしめるものであります。」

「つまり極言すれば昔は病名は漢方ではいらぬといつたが、これからの漢方治療ではそうは言っていられない。」
和田正系「西洋医学の病名は病理解剖の基礎に立っているのですから漢方の病名と違うことは明らかですね。つまり解剖的根拠から立てた病名と漢方の治療の立場から立て

た病名とは違うのは当然ですね。しかし漢方の建て前で行くにしても現代ではもちろん西洋の病名を無視することはできないでしょう。ですからわれわれは西洋的病名の根拠を頭に入れておいて東洋的な『証』を考えてゆくということになりましょう。」

馬場辰二「『漢方と漢薬』誌などを見ていると病名がよく書いてあるから分かりやすいですが、どうもわれわれ現代医学の病名に慣れている者にはやはり漢方といえども病名を無視されたのでは困る場合が多いです。」

坂口 弘「たとえば胆石などの場合など大柴胡湯で治ることが多いと思います。この場合に、ブランクの状態で傷寒論に記載された証を求めるということよりも、胆石症には大柴胡湯という予備知識を持って果たしてこの患者はどの証だろうと考えた方が早道であるように体験しています。」

西洋医学病名と伝統医学病名の混乱回避

これらの発言を見れば一目瞭然であるが、医師が行う以上、漢方的考え方だけではなく西洋医学の知見を活用しながら漢方の発展があるべき、という考えである。ここが日本漢方の基礎作りに欠かせない部分と思われる。もちろんわが国にも伝統医学病名は存在した。消渴、霍乱、瘧など

である。しかし、こうした伝統医学病名は論文のテーマにはなっても実地の診療で使われることはまずない。それは似て非なる病態であることから西洋医学の見地からの混乱が予想され、極力避けられてきたものと思われる。例えば霍乱は水様性下痢であるが、英訳される時はコレラである。コレラはコレラ毒素が検出されて初めてコレラと診断される。すなわち病理学的根拠を持って西洋医学の診断が成り立っているのに対し、伝統医学では症状のみから命名されているため、霍乱と言った場合には「コレラ」を含む病名であることが想定されるが、イコールではない。病理学的分類である西洋医学病名と症候から判定する伝統医学病名との混同を回避する努力がなされてきたのである。

臓腑弁証に対しても同じような考えで日本漢方に取り入れてこなかったものと思われる。WHOの議論の中でしばしば臓腑弁証と伝統医学病名の臓腑システムの異同がよく議論された。中国から提出された十二指腸潰瘍の症例の伝統医学病名は「嘈雜」であり、臓腑弁証は「胃熱証」であった。これらの定義を見ると、十二指腸潰瘍とかぶるものが非常に多い。すべてがそうであると言っているのではない。臓腑弁証の中には西洋医学病名との意味の混同を来すものが多数存在する、という点を指摘しているのである。定義はすべてWHO ICD betaのホームページ³⁾で見られる

ので、是非とも西洋医学病名との比較をして欲しいと思う。病因論的には伝統医学的に説明していても、症状を読むと西洋医学病名と重なる点が多い。ここではその是非を問うことは避けたい。日本漢方の成り立ちの上で、こうした混乱を避ける智慧が働いたことは容易に想像できる。

前記の大塚敬節の発言「証は時間的で、病名は空間的の分類で、病気を経過に従って縦に動的に観察するには「証」的診断を用い、横に静的に区別するには病名を用いるのが都合がよいように思います。」は、漢方医学と西洋医学の両者を融合した診断体系を念頭にしていた意味で、特筆すべきであろう。すなわち西洋医学の診断体系と漢方医学の診断大系がお互いに独立しつつも、その交わる点に漢方の治療のターゲットがある、という卓見である。これは今日的にも、関節リウマチという診断名は非常に静的であり、一度確定したら動かないが、患者の状態は日々変化している訳で、それを表現するためには漢方の証を加えて判断することが好ましいことを短い言葉で見事に表現している。

虚実について

虚実のそもそもの混乱は『黄帝内経』にあることは皆が認めることであろう。「邪気盛んなれば則ち実し、精気奪われれば則ち虚す」(『素問』通評虚実論篇)、「邪気勝るは、