

# 漢方の証コード

平成19・20年度

厚生労働科学研究費補助金

(統計情報総合研究事業)

漢方医学の証に関する分類の妥当性

渡辺賢治  
石野尚吾  
崎山武志

慶應義塾大学医学部・日本東洋医学会理事  
日本東洋医学会会長  
日本東洋医学会理事

# 漢方の証コード

## 目次

1. 漢方医学とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 漢方の証とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 漢方の証コードが必要な理由・・・・・・・・・・ 3
4. WHO国際疾病分類（ICD）・・・・・・・・・・ 4
5. WHO西太平洋事務局による東アジア伝統医学分類・・ 5
6. 漢方の「証」と「西洋医学の病名」・・・・・・・・ 6
7. 漢方の証コード・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
8. 漢方の証コード付与の実際・・・・・・・・・・ 22

## 1. 漢方医学とは

漢方医学は、日本独自に発達した伝統医学です。伝統医学は、長年世界各地で培われてきた医学をいいます。世界の標準医学となっている西洋医学も、その源流はヒポクラテスまでさかのぼり、ヨーロッパ伝統医学が形を変えたものです。現在も実践されている四大伝統医学として、中国起源の東アジア伝統医学、インド起源のアーユルヴェーダ、アラブ諸国に伝わるユナニ、それにチベット医学があります。中国の中医学、韓国の韓医学、日本の漢方医学は東アジア伝統医学に含まれます。

漢方医学・中医学・韓医学はそれぞれ、医学体系、医療制度、教育体制などにおいて異なった特徴をもっています。医学体系で見ますと、漢方医学は江戸時代に実学を重んじるようになり、余計な理論を排除して患者観察を重視する医学として発達し、今日まで継承されています。一方、中医学は古代東洋思想に立脚して複雑な理論体系をもっています。韓医学には四象<sup>ししやう</sup>医学という、体質を重んじた医学体系も含まれています。

医療制度で見ますと、これら三国の伝統医学は大いに異なった診療体系となっています。特に医師制度の違いが関係していると考えられます。中国・韓国では、西洋医学と伝統医学の医師免許が異なるのに対し、日本では、医師免許は一つしか存在せず、医師は西洋医学と伝統医学の両方を用いて診療することができます。また、日本では高品質の漢方エキス製剤が保険診療に用いられています。1976年に大々的に医療用漢方製剤が登場し、現在では148種類が保険収載されています。最近の調査によると、漢方製剤は日常診療において医師の7割以上に用いられるほど広く普及しています。

一方、日本の漢方医学教育は中国・韓国の伝統医学教育に比べ遅れていましたが、2001年の文部科学省が示した「医学教育モデルコアカリキュラム」で漢方教育が盛り込まれ、全国の医学部で漢方教育が行われるようになりました。

このように総合的にみて、漢方医学は東アジア伝統医学の中でも、優れた基盤をもつものであり、今後ますます発展することが期待されます。

## 2. 漢方の証とは

では、漢方医学と西洋医学の違いは何でしょうか。

西洋医学は病気の原因（病理）を重視します。その原因をきちんとつきとめ、診断してから治療を行います。

一方、漢方医学は、今その病気によって「患者さんがどのような状態にあるのか」ということを重視します。これを「証」と言い、「証の決定」は、西洋医学における「診断」に相当しますが、あくまでも、原因を問わずに患者さんの状態を分類したものです。この「証の決定」により漢方処方を選択します。たとえば、良く知られている葛根湯は、体力のある人の風邪の引き始めに用いられる薬です。しかし、これらの条件が揃わないと、服用しても効果がありません。

逆の言い方をするのであれば、「ある薬が最大の効果を発揮するのはこのような状態である」という指示が「証」となります。また、「副作用を最小限にする」という指示であることも見落としてはいけません。漢方薬は比較的安全と考えられていますが、「証」が合わないと思わしくない作用が起こります。たとえば、体力のない人が葛根湯を服用すると、動悸が起こったり胃腸の働きが悪くなることがあります。

このように、「証」は漢方医学には重要な概念であり、

1. 薬の効果を最大限引き出す
2. 薬の思わしくない作用を最小限にする

という2つの役割があります。

このような「証の決定」に関して、経験知が蓄積されてきましたが、標準化された形で漢方治療情報が集計されることはありませんでした。

### 3. 漢方の証コードが必要な理由

漢方医学には前章で述べましたように、「証」に代表される独特な診療体系がありますが、これを反映できる統計情報がわが国には存在しません。現在わが国では、医師が医療用漢方製剤を用いる場合も、保険病名には西洋病名を適用するからです。その結果、臨床の現場で、漢方薬が漢方医学の理論に基づいて、どのように用いられているかを把握できないのです。西洋病名のみでは、漢方薬の効能が十分に理解され難いのです。

その理由として二つ挙げられます。

一つは、漢方薬が西洋医学的には関連のない様々な疾患に効果を持つことです。たとえば、八味地黄丸という薬は、高血圧、前立腺肥大、糖尿病、腰痛、白内障などに対して保険適応があります。西洋医学的に考えると、高血圧の薬が腰痛にも効くというのは理解し難いことです。西洋薬と異なり、漢方薬は、複数の生薬から成り立ち、多くの成分を含んでいるため、一つの薬で、体のいろいろな部位に作用します。これを漢方では「いびょうどうち異病同治」といいます。

もう一つは、同じ病名に対しても様々な漢方薬が使用されることです。高血圧を例にとると、先ほどの八味地黄丸は、虚弱な体質の場合に用いられますが、体力が充実して赤ら顔の体質の場合には黄連解毒湯という別の漢方薬が用いられます。これを「どうびょうち同病異治」といいます。

このような漢方の特徴を生かした統計情報を得るためには、「証」の考え方を反映させる必要があります。「証」の考え方が盛り込まれた情報により、漢方の診療内容が明確になります。これは、「漢方の証コード」による統計情報を収集することで解決されます。

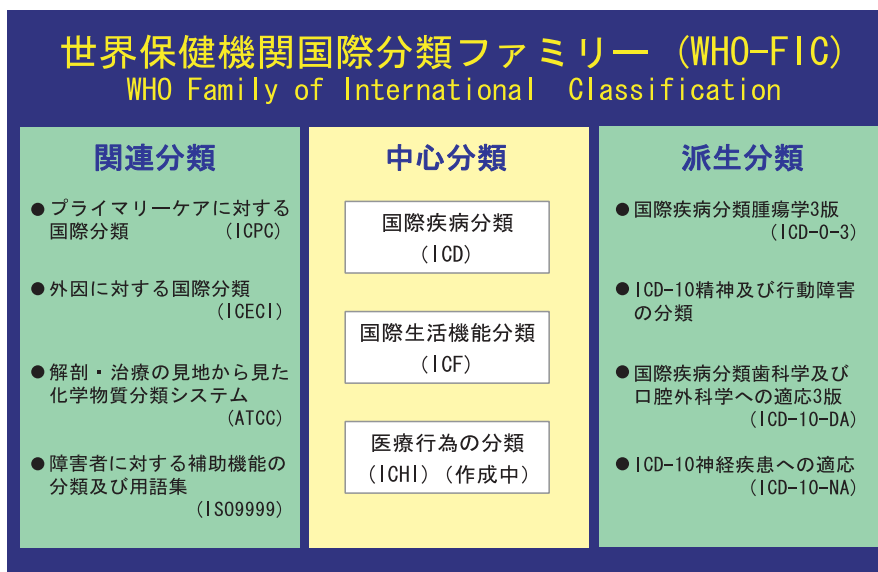
「異病同治」	異なる病気でも同じ漢方薬が使われること
「同病異治」	同じ病気でも異なる漢方薬が使われること

## 4. WHO国際疾病分類（ICD）

西洋医学ではどのように統計が取られているのでしょうか。疾病に関する世界的な保健統計は、国により言葉が異なるため世界的な保健統計が取れませんでした。共通番号（コード）を使って疾病を分類することで世界規模の保健統計が可能となりました。この活動は1900年に国際統計協会により、人口動態統計の国際分類として制定されて以後、WHO（世界保健機関）に引き継がれました。

この分類はICD（疾病及び関連保健問題の国際統計分類、略：国際疾病分類）と呼ばれています。医学の進歩や社会の変化に伴いほぼ10年ごとに修正が行われていて、現在は1990年にWHO総会で採択された、第10回修正（ICD-10）が使われています。ICDは、アルファベットと数字によって表される分類項目から構成されており、その数は、約14,000となっています。こうした世界標準のコードシステムがあるおかげで、世界中の死因統計をはじめ、疾病に関する様々な医療統計も取れるようになっています。

わが国の医療機関で行っている包括診療（病名による保険請求）にもICDが用いられ、これから統計情報を取ることができます。また、ICF（国際生活機能分類-国際障害分類）も使われるようになっています。現在通用しているICD-10は、2015年のICD-11に向けて、改訂作業中です。





## 5. WHO西太平洋地域事務局による東アジア伝統医学分類

ICDのような疾病分類は、東アジア伝統医学には存在していませんでした。東アジア伝統医学である鍼灸、生薬療法が世界中で用いられるようになり、アジア諸国よりも欧米から、国際分類の必要性が唱えられてきました。世界的な分類は統計のみならず、教育や臨床研究を広める上でも有用であると考えられるからです。

WHO西太平洋地域事務局（マニラ）はこうした世界の要求に答える形で2003年、東アジア伝統医学の標準化作業に着手しました。現在までに、鍼灸のツボの標準化、伝統医学用語の標準化が結実し、既に出版されています。東アジア伝統医学分類（ICTM EA）は2005年から作業が開始されました。日中韓でコードを作成し、現在各国で検証作業に当たっています。今後はWHO本部が中心となり、完成版が作成される予定です。

この東アジア伝統医学分類（ICTM EA）は伝統医学病名分類と証分類の二つからなっています。

### 東アジア伝統医学分類 International Classification of Traditional Medicine / East Asia (ICTM EA)

Traditional Disease Name（伝統医学の病名）

Pattern Name（証）

## 6. 漢方医学の「証」と西洋医学の「病名」

日中韓で協議して作成している「東アジア伝統医学分類（ICTM EA）」は伝統医学病名と証の二つから成り立っています。

伝統医学病名に「霍乱<sup>かくらん</sup>」という言葉があります。水様性の下痢のことで、西洋病名のコレラとほぼ同義とされることが多いのですが、コレラはコレラ菌の毒素によっておこる水様性の下痢を指します。西洋医学が、病気の原因（病理）を重視するのに対し、伝統医学ではどちらかという表われている症状を重視しますので、霍乱＝コレラと完全に置き換えることはできません。

韓国・中国では、伝統医学の医師が、西洋医学の医師と異なっているため、こうした伝統医学的分類が重視されます。日本の場合は、医師が西洋医学とともに漢方医学を用いているため、コレラということが分かっているのに、霍乱という言葉を使うことはありません。そこで、日本の場合には伝統医学病名は用いない方針にしました。その代わりに、西洋医学の「病名」であるICDと漢方医学の「証」を用いることにしました。病名に加えて、漢方医学の「証」の考え方を取り入れることで、患者さんの状態をも、きめ細かく把握することが可能になります。

例えば更年期障害を患っている患者さんにも、元々体力のある人もいれない人もいます。また、病気によっては状態が変わることで様々な証に分類されます。

西洋医学の更年期障害という「病名」を緯線に例えるならば、漢方の「証」は経線に例えられます。同じ西洋医学の「病名」に対していろいろな状態の「証」があり、その交差したところに漢方治療が存在します。



西洋医学の病名



漢方の証

西洋病名	I C D-10	漢方の証	証コード
更年期障害	N95.1	虚証	2.1
不眠	G47.0	寒証	4.1
不安神経症	F41.1	気うつ	6.2
パニック障害	F41.0	気逆	6.3
		瘀血	6.5

## 7. 漢方の証コード

中国（ICD/TCM）や韓国（KCD-OM）に既に存在する伝統医学分類と異なり、西洋医学の疾病分類（ICD-10）と「漢方の証コード」を一緒に付与するのが日本の漢方分類の特色です。しかし、もう一つ大きな違いがあります。

それは、漢方の証コードの簡便化です。中国伝統医学には証を表す言葉が1624もあり、この証を全部適用しようとする、証コードを付ける作業はとても煩雑になってしまいます。日本の場合、西洋医学を学んだ医師が、漢方に関して限定された知識しか持たないので、沢山の証コードを使いこなすことは困難です。こうした観点から、漢方の専門医（日本東洋医学会（会員数8,561名）が認定する資格）2,755名（2008年3月現在）ばかりでなく、日常診療で漢方を用いている多くの医師が、容易に使用することができる証コードが必要となります。

このような点を考慮して、2008年9月に日本東洋医学サミット会議（日本東洋医学会、和漢医薬学会、日本生薬学会、全日本鍼灸学会、北里大学東洋医学総合研究所WHO伝統医学協力センター、富山大学医学部WHO伝統医学協力センターの6団体から成る）で決定した暫定的な証コードを示します。

### 漢方の証コード 誰もが使えるシンプルなコード

1. 陰陽
2. 虚実
3. 表裏
4. 寒熱
5. 六病位
6. 気・血・水
7. 腹診所見

## 1. 陰陽

1	陰陽	yin and yang	説明
1.1	陰証 (いんしょう)	yin pattern	裏証、寒証、虚証の総称で、抑制、機能低下、静止・暗い状態、内側・下方の症状、および陰の病邪による罹患状態を有する。
1.2	陽証 (ようしょう)	yang pattern	表証、熱証、実証の総称で、興奮、機能亢進、運動・明るい状態、外側・上方の症状、および陽の病邪による罹患状態を有する。

陰陽は古代中国の自然哲学であり、物事を二元論で観察したところから始まります。それが他のものにも及び、陰陽の概念を作りました。

陰陽、虚実、表裏、寒熱は八綱と呼ばれ、東アジア伝統医学のすべての基本です。この中でも陰陽は上位概念であり、虚実、表裏、寒熱をすべて含んでいます。

しかしながら、日本漢方では長年陰陽を寒熱と同じように使ってきました。また、寒熱を急性疾患の自覚症状、陰陽を慢性疾患の新陳代謝の程度として扱う場合もあります。

陰陽のコーディングを中国・韓国の伝統医学とすり合わせをする場合、陰陽を単なる冷える、ほてるといった概念にするよりも、虚実、表裏、寒熱の上位概念として扱うべきであると思われます。

コーディングをする場合、関連のあるものを同時に付与してはならないルールがありますので、陰陽の概念をどのように定めるかは今後の課題になります。

陽	日	天	昼	動	男	実	熱	表	腑	気	衛
陰	月	地	夜	静	女	虚	寒	裏	臓	血	榮

## 2. 虚実

2	虚実	deficiency and excess	説明
2.1	虚証 (きょしょう)	deficiency pattern	正気虚（陰、陽、気、血の虚を含む）により生じる証の一般用語。(1) 正気の不足、(2) 虚弱体質、(3) 病邪に対する弱い反応。
2.2	虚実中間証 (きょじつちゅうかんしょう)	between deficiency and excess	実証虚証の中間。
2.3	実証 (じっしょう)	excess pattern	六淫、有害な病原体・寄生虫・毒素などの外邪、または痰、飲、水、湿、膿、瘀血、宿食など、内臓の機能障害による病的な産物の蓄積に起因する証の一般用語。(1) 邪気の過剰、(2) 丈夫な体質 (3) 病邪に対する強い反応。

虚実には大きく三つの考え方があります。

一つは紀元前後に記されたとされている『黄帝内経』の「邪気盛んなれば実、精気奪われれば虚」にもとづきます。ここには邪気と精気という二つの指標があり、理解しづらいという指摘があります。

このほかの二つは、

- 1) 平素の体力あるいは体格
- 2) 疾病に対する反応

という解釈です。この二つは大体一致しますが、必ずしもそうではありません。つまり、平素の体力が実の人は、疾病に対する反応も実のことが多いのですが、病気の勢いが強く体力を消耗すると、虚の反応を示すこともあります。逆に、平素の体力が虚の人は病気に対する反応が虚であることが多いのですが、時に実の反応をすることもあります。

例えば、風邪を引いた場合、平素の体力が実の人は実の反応を示し、汗をかかずに自力で熱産生をして、ウイルスを排除することができます。しかし、平素の体力が実の人でも、徹夜が続き体力が落ちていると、虚の反応を示し、汗をかいてしまい、自分で熱産生ができず、ウイルスを排除できないため、重篤な状態になってしまいます。

実証		虚証
筋肉質	体型	痩せ、水太り
積極的	活動性	消極的
良好	栄養状態	不良
光沢・つや	皮膚	さめ肌・乾燥
発達良好	筋肉	発達不良
大食	消化吸収	少食
季節に順応	体温調節	夏ばて・冬は疲れる
力強い	声	弱々しい
寝汗なし	睡眠	寝汗あり・食後眠い

### 3. 表裏

3	表裏	exterior and interior	説明
3.1	表証 (ひょうしょう)	exterior	主に体外を冒す外感の早期に現れる証の一般用語で、卒発、悪寒または悪風、発熱、頭痛、身痛、薄苔および浮脈を特徴とする。
3.2	半表半裏 (はんびょうはんり)	half-exterior half-interior	身体の表と裏の間にある苦痛により生じるさまざまな証で、寒熱往来、胸肋部の充満と窒息感、口苦、喉の乾燥、悪心と食欲不振、および弦脈が発現する。
3.3	裏証 (りしょう)	interior	臓腑、気血または髄など、体内に疾病が存在することを示す証の一般用語。

漢方医学では、皮膚、筋肉、関節、神経などの身体表層部を「表」、身体深部や内臓を「裏」、その中間を「半表半裏」と定義します。

漢方医学では、病気の部位認識を重要と考えるようになりました。例えば、「5. 六病位」で詳細に述べますが、急性熱性疾患では、病気の経過が六つの病期に分類されています。太陽病期は「表」に、少陽病期は「半表半裏」に、陽明病期、太陰病期、少陰病期、厥陰病期には「裏」に病変があります。この表裏と、虚実、寒熱により、さらには上位概念である陰陽により、治療は決定されます。

## 4. 寒熱

4	寒熱	cold and heat	説明
4.1	寒証 (かんしょう) 冷え症 (ひえしょう)	cold pattern <i>hiesho</i>	体外の寒邪または体内の陽不足のいずれかにより生じる証の一般用語で、悪寒または畏寒、熱を好む冷痛、口渴の欠如、希薄な透明の痰および鼻粘液、長時間の清澄尿の排出、下痢、白い顔色、白苔を伴う淡白舌および緊脈または遅脈がよく発現する。
4.2	寒熱中間症 (かんねつちゅうかんしょう)	between heat and cold pattern	熱証でも寒証でもないもの。
4.3	熱証 (ねっしょう)	heat pattern	外熱の攻撃または陽気の勢い (prevalence) のいずれかにより生じる証の一般用語で、通常、発熱、悪熱および冷えたものを欲する、口渴、顔面潮紅、いらいらおよび心煩、粘稠な黄色の痰および鼻粘液、短時間の暗黒色の尿の排出、便秘、黄苔を伴う紅舌、および数脈が発現する。
4.4	上熱下寒 (じょうねつげかん)	upper body heat and lower body cold	上半身は熱の症状、下半身は寒の症状を示す。
4.5	手足煩熱 (しゅそくはんねつ)	irritable heat sensation in hand and foot	四肢の不快感熱感。
4.6	厥冷 (けつれい)	severe coldness of extremities	四肢の膝および肘まで、またはそれらを越えて広がる顕著な冷えのこと。四肢の冷えと同義。
4.7	寒疝 (かんせん)	cold abdominal colic	寒による急性腹痛。寒による疝痛とも呼ばれる。



「寒熱」は患者の自覚によるものであり、体温を測定して決定するものではありません。たとえ体温の上昇がなくても、患者が熱感を訴え、赤味を帯びた顔で発汗傾向があれば「熱」となり、体温の上昇があっても、患者が寒気を訴え、青白い顔でガタガタ震えていれば「寒」となります。

急性疾患の場合には、寒熱はどちらかに分類されますが、慢性疾患の場合には、どちらにも属さない場合があります、寒熱中間証を設けました。

一般的に「冷え症」というのは、漢方独特の表現であり、多くの場合、慢性的に冷えの自覚がある、もしくは寒冷暴露の後、なかなか体温が戻らない場合を指します。冷え症は寒証に属すると考えることが可能です。

## 5. 六病位

5	六病位	six stages of disease transformation	説明
5.1	太陽病 (たいようびょう)	tai yang stage	熱病の発症時に生じる太陽の経絡の証および太陽の腑の証の一般用語で、主に頭項強痛、悪寒および浮脈が発現する。
5.2	陽明病 (ようめいびょう)	yang ming stage	盛んな陽および胃腸の燥熱を特徴とし、体表に受けた疾病の過程で生じる証で、便秘を伴う腹部膨満、潮熱および沈・実脈が発現する。
5.3	少陽病 (しょうようびょう)	shao yang stage	病邪が身体の表裏の間に存在する証で、寒熱往来、胸部および下肋部の充満感および息苦しい感じ、喉の乾燥および弦脈を特徴とする。
5.4	太陰病 (たいいんびょう)	tai yin stage	脾陽の低下と寒湿の生成を特徴とする証で、厭食、嘔吐、腹部の充満感および隠痛、泄瀉および弱脈が発現する。
5.5	少陰病 (しょういんびょう)	shao yin stage	体表に受けた疾病の後期で生じ、心・腎の寒虚を特徴とする証で、悪寒、無気力、いろいろ傾向、失眠、四肢の冷え、未消化食物の泄瀉および細脈が発現する。
5.6	厥陰病 (けっちんびょう)	jue yin stage	3つの陰病の最終段階で生じ、危篤の場合に寒・熱または陰・陽が絡み合うことを特徴とする証。
5.7	壊病 (えびょう)	destroyed stage	治療やその他の要因によって病が通常の経過をたどらずに非定形的な形になった病気。

『傷寒論』は急性熱性疾患の経過を細かく観察し、病の進行を六つの病期に分類し、治療方針を示したものです。太陽病、陽明病、少陽病、太陰病、少陰病、厥陰病の六つで、これらを六病位といいます。陰の病態、陽の病態とも三つずつに分類されていて三陰三陽とも言われています。陽病は抗病反応が陽性で、病を排除しようとする反応が強い状態です。陰病は抗病反応が陰性で、抗病反応があまり盛んでない状態です。

『傷寒論』には六病位がどのような病態であるのかについて下記のように述べられています。

#### 六病位（三陰三陽 病気の進行に伴い区分）

<b>太陽病</b>	太陽の病たる、脈浮、頭項強痛、而して悪寒す
<b>陽明病</b>	陽明の病たる、胃家実（おなかがはる）これなり
<b>少陽病</b>	少陽の病たる、口苦く、咽乾き、目眩（めまい）なり
<b>太陰病</b>	太陰の病たる、腹満して吐し、食下らず、自利（下痢）益々甚だしく、時に腹自ら痛む。若し之を下せば、必ず胸下結韃す
<b>少陰病</b>	少陰の病たる、脈微細、但寝んと欲するなり
<b>厥陰病</b>	厥陰の病たる、食すれば即ち蛔を吐し、之を下せば利止まず

例えば、葛根湯は風邪の初期に用いる薬で六病位でいうと太陽病の薬になります。これを少し進行した少陽病に用いても治療効果があがりません。このように急性疾患では病位の判断が重要になります。

## 6. 気・血・水

6	気・血・水	qi, blood, fluid	説明
6.1	気虚 (ききょ)	qi deficiency pattern	内臓機能の低下を伴う真気の虚の証で、短気、倦怠感、無気力、自汗、淡白舌および弱脈を特徴とする。
6.2	気うつ (きうつ) 気滞 (きたい)	qi stagnation/ depression pattern	気の停滞により生じる証で、しばしば太息または噯気により軽減する、間欠的な胸部、下肋部、心窩部および腹部の膨満感または疼痛を特徴とする。
6.3	気逆 (きぎやく)	qi counterflow pattern	気が異常に上方に動くときに生じる証で、咳嗽および喘、または悪心、嘔吐、しゃっくり、噯気または吐血、または膨満感および重圧感を伴い、ガスが下腹から胸または喉に上がってくる感じ、頭痛およびめまいが発現する。
6.4	血虚 (けっきょ)	blood deficiency pattern	面色蒼白または面色萎黄、青白い唇および爪、めまい、目暗、心悸、四肢の麻痺および細脈を特徴とする証。
6.5	瘀血 (おけつ)	stagnant blood pattern	肉眼で認められる有痛性の柔らかい紫色の腫瘤形成、または刺痛および圧痛を伴う腹部腫瘤、または血餅の混じった黒紫色の出血、黒紫舌、および不規則に変わる細脈または不整脈を特徴とする証。
6.6	水毒 (すいどく)	water retention pattern	水腫、乏尿、またはこれに付随する腹水、白色の滑苔を伴う膨らんだ淡白舌および濡・緩脈を特徴とする証。
6.7	亡津液 (ぼうしんえき)	humor collapse pattern	津の虚を示す重症例の証で、乾いたまたはひび割れた唇、皮膚のひび割れ、落ちくぼんだ目、耳鳴、乏尿および乾燥して固まった便、潤いのない紅舌および細・弱脈を特徴とする。

気・血・水は、からだを機能させるために必要な要素を指します。人間の体は気・血・水すべてが体内を循環して正常に働いていると考えます。それぞれが減少・鬱滞・偏在することにより様々な障害を起こします。

## A. 気の異常

気は生命の源で、体内を循環することにより機能が保たれています。

### 6.1 気虚 根本の気が全身的に不足している状態

元気がでない、気力がない、体がだるい、疲れやすい、  
食欲・意欲がない、日中の眠気(特に食後眠くなる)など

### 6.2 気うつ あるいは 気滞 気の流れが停滞する状態

頭重感、咽喉がつまる、胸苦しい、不眠、四肢倦怠感など

### 6.3 気逆 気が上につきあがってしまう状態

のぼせ、動悸、頭痛、ゲップ、発汗、不安、焦燥感、  
顔面の紅潮など

## B. 血の異常

血の働きには二つあり、体内を循環することと栄養を運ぶことです。

### 6.4 血虚 血液が量的、機能的に低下した状態

爪がもろい、貧血、集中力低下、こむら返り、過少月経、  
皮膚のかさつき、白髪、脱毛など

### 6.5 瘀血 血液の循環が悪くなった状態で、微小循環障害を指す

口乾(口は乾くが飲水量は少ない)、痔、月経異常、  
唇や舌の暗色化、色素沈着、静脈瘤、毛細血管拡張、  
目の下のクマなど

## C. 水の異常

水は、血以外の体液一般を指します。このうち生理的体液を津液といい、病的な非生理的体液を痰、飲、または痰飲と呼んでいます。

### 6.6 水毒 全体的な水の過剰、あるいは水の偏在による局所的な水の過剰をきたした状態

めまい、立ちくらみ、頭重感、乗り物酔い、悪心、下痢、  
舌歯痕、浮腫など

### 6.7 亡津液 水の量的不足をきたした状態

皮膚乾燥、皮膚緊張低下、口渇(水を大量に飲む)、  
尿量減少など

## 7. 腹診所見

7	四診	abdominal diagnosis	説明
7.1	腹力虚 (ふくりよく きよ)	deficient abdomen	腹部の筋肉の発達が悪く、弾力がない。
7.2	腹力中等度 (ふくりよく ちゅうとうど)	between excess and deficient abdomen	腹力実と虚の間。
7.3	腹力実 (ふくりよく じつ)	excess abdomen	腹部の筋肉の発達がよく、弾力がある。
7.4	腹部膨満 (ふくぶ ぼうまん)	abdominal fullness	腹部が膨満している状態。
7.5	胃内停水 (いない ていすい)	stomach fluid retention	膨張した胃の上で連続して聞こえる音。
7.6	心下痞鞭 (しんか ひこう)	<i>shinkahiko</i> epigastric tightness and resistance	局所硬直を伴う心窩部が詰まった感じ。
7.7	胸脇苦満 (きょうきよ うくまん)	<i>kyokyokuman</i>	胸部および下肋部が張って膨らんだ感じ。
7.8	腹部動悸 (ふくぶ どうき)	abdominal pulsation	腹部に触知できる大動脈の拍動。

7	四診	abdominal diagnosis	説明
7.9	腹裏拘急 (ふくり こうきゅう) 腹直筋攣急 (ふくちよくきん れんきゅう)	rectus muscle tension	腹直筋が緊張して体表から触知できる。
7.10	臍痛点 (さいつう てん)	supraumbilical tenderness	臍の上にある圧痛点。
7.11	瘀血の圧痛 (おけつの あつう)	<i>oketsu sign</i>	臍傍もしくは単径部の圧痛で瘀血の所見として捉えられる。
7.12	小腹鞭満 (しょうふく こうまん)	lower abdominal fullness	下腹部に主観的な充満感を伴い触ると硬い感じ。
7.13	小腹急結 (しょうふく きゅうけつ)	lower abdominal cramp	下腹部の主観的な脹満感で、通常、排尿困難となる。
7.14	小腹不仁 (しょうふく ふじん)	lower abdominal numbness	下腹部の感覚消失または力がない状態。
7.15	小腹拘急 (しょうふく こうきゅう)	lower abdominal contrature	下腹部のひきつれ感。
7.16	正中芯 (せいちゅう しん)	<i>seichushin</i>	解剖学的な白線が正中に鉛筆の芯のように触れる。多くの場合臍の下部であるが、臍の上部に触れることもある。
7.17	腹鳴 (ふくめい)	borborigmus	腸内のガスの移動によるゴロゴロと鳴る音。

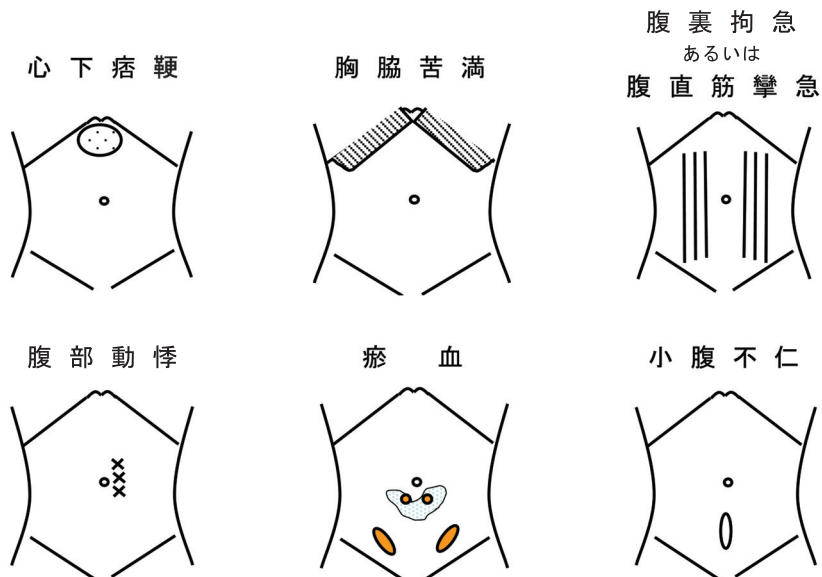


漢方の診断は四診ししんにより行われます。

漢方における四診	
望	しぐさ、皮膚、舌（視覚）
聞	声色、呼吸（聴覚、嗅覚）
問	症状、病歴、既往歴、家族歴
切	脈診、腹診（触覚）

漢方医学独特の診断法として、舌・脈・腹診があります。脈診の習得には多大な修練を要する割には再現性に乏しいことが問題となります。しかし、腹診は比較的容易に習得することが可能です。しかも、腹診は日本独自に発達したものであり、日常診療では腹診から処方決定することも多いため、とても重視されています。このようなことから、腹診所見を「証」コードとして採用しました。

代表的な腹診の所見を図示します。



## 8. 漢方の証コード付与の実際

コードの付与にはルールが必要です。現在使われている ICD の場合でも、コードの付与を間違えると、誤った統計になってしまうので、正しくコードを付与するためのルールがあります。その根本的なルールとは、あるコードを付与する場合に、そのコードと関連するコードと一緒に付与しないようにするということです。

例えば、陰陽を虚実、表裏、寒熱の上位概念とすると、陰陽と寒熱を同時に付与した場合は、この二つの概念が関連づけられるのは当然のことになります。また、急性疾患の場合には、六病位と表裏は密接な関係があります。

このように、コード付与のルールに関しては、今後議論を重ねる必要がありますが、一案をあげておきます。

**ルールⅠ**：2. 虚実のコードは必須項目とする。

**ルールⅡ**：4. 寒熱のコードは必須項目とする。

ただしその他の特徴的な症状は追加で付与する。

**ルールⅢ**：急性疾患の場合 5. 六病位のコードを付与する。

**ルールⅣ**：慢性疾患の場合 6. 気・血・水のコードを付与する。

**ルールⅤ**：腹診をした場合 7. 腹診所見を付与する。

ただし腹力のコードは必須項目とする。

### ルールⅠ

虚実 下記から一つ選択 (必須項目)

- 2.1 虚証
- 2.2 虚実中間証
- 2.3 実証

### ルールⅡ

i) 寒熱 下記から一つ選択 (必須項目)

- 4.1 寒証 (冷え症)
- 4.2 寒熱中間証
- 4.3 熱証

ii) 寒熱に関するその他特徴的な症状は追加で付与する。

- 4.4 上熱下寒
- 4.5 手足煩熱
- 4.6 厥冷
- 4.7 寒疝

### ルールⅢ

急性疾患の場合 六病位から選択

- 5.1 太陽病
- 5.2 陽明病
- 5.3 少陽病
- 5.4 太陰病
- 5.5 少陰病
- 5.6 厥陰病
- 5.7 壊病

### ルールⅣ

慢性疾患の場合 気・血・水から選択

- 6.1 気虚
- 6.2 気うつ あるいは 気滞
- 6.3 気逆
- 6.4 血虚
- 6.5 瘀血
- 6.6 水毒
- 6.7 亡津液

### ルールⅤ

i) 腹診をした場合 腹力から一つ選択 (必須項目)

- 7.1 腹力虚
- 7.2 腹力中等度
- 7.3 腹力実

ii) 腹診所見で特徴的な症状は追加で付与する。

- 7.4 腹部膨満
- 7.5 胃内停水
- 7.6 心下痞鞭
- 7.7 胸脇苦満
- 7.8 腹裏拘急 あるいは 腹直筋攣急
- 7.9 腹部動悸
- 7.10 臍痛点
- 7.11 瘀血の圧痛
- 7.12 小腹鞭満
- 7.13 小腹急結
- 7.14 小腹不仁
- 7.15 小腹拘急
- 7.16 正中芯
- 7.17 腹鳴

### コード例

65歳男性 主訴 腰痛

虚実	虚証	2.1
寒熱	寒証	4.1
気・血・水	気虚	6.1
	気うつ	6.2
腹診所見	腹力虚	7.1
	小腹不仁	7.14

## さいごに

今後、WHOの活動として東アジア伝統医学分類を完成させていく過程において、コード付与のルールに関しても国際規約が決められていくこととなります。それに伴い、本研究でまとめた成果もさらに発展していくことと思われます。このパンフレットが、わが国における漢方医学の統計情報収集の基礎となり、ひいては診療の一助となることを願っております。

漢方医学の証に関する分類の妥当性研究  
代表研究者 渡辺 賢治

## 参考文献

1. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region. WHO 2007.
2. 学生のための漢方医学テキスト 日本東洋医学会学術教育委員会編 南江堂 東京 2007
3. 入門漢方医学 日本東洋医学会学術教育委員会編 南江堂 東京 2005

平成21年3月31日 発行

**漢方の証コード**

編集 平成19・20年度厚生労働科学研究費補助金

発行 (統計情報総合研究事業)

漢方医学の証に関する分類の妥当性 研究班

印刷 株式会社 アシステ・ジャパン