

石原幸一

妙鍼堂鍼灸院・京都市中京区

myoushindou@gmail.com

要 旨

本論文は「日本古方派における腹診体系化は、中国古典医学の演繹的構造と日本の実証主義の帰納的達成との、二千年越しの接合として理解できる」という中心命題を論証する。分析の素材は、中国古典文献（素問・靈樞・難経・傷寒論・金匱要略・金元四大家・温病条辨）551件の命題群、宇津木昆台（1779-1848）の『風寒熱病方経篇』849命題および『緯篇』731命題、ならびに浅田宗伯『先哲医話』（1880）から抽出した13命題（ST-001～ST-013）である。分析手法としてAI（Claude, Anthropic社）を用いた命題抽出・MLMN層別マッピングを採用した。

MLMN理論（Multi-Layer Meta Network

Theory：多層階層ネットワーク理論）は、病を十層（L1先天層～L10時間層）の座標系上で記述する形式的枠組みである。本研究は：（1）宇津木昆台の経緯格子構造をL6六経層×L7三焦層×L4気血津液層の三次元処方決定座標として初めて国際学術誌レベルで形式化した；（2）中国古典命題と昆台経篇命題・先哲医話命題の対応を接合点A～H（八点）として命題番号レベルで論証した；（3）毒の完全定義と漢方の定義を確定した。本成果はAI東洋医学診断支援システムの理論的基盤として機能する。

キーワード：腹診、古方派、MLMN理論、宇津木昆台、浅田宗伯、東洋医学思想史、AI診断支援システム

序章 問いの設定と本論文の目的

1. 「漢方とは何か」という未解決の問い

「漢方とは何か」という問いに、現代の漢方医学は明確な答えを持っていない。漢方を処方する医師は年間一億人以上の患者に漢方薬を投与しているにもかかわらず、その理論的基盤を問われたとき、体系的な回答を示せる者は少ない。漢方は「証（しょう）に基づく個別化医療である」という説明がしばしばなされるが、では証とは何かという問いに対しても、一致した答えは存在しない。

より深刻な問題は、現代の漢方臨床の多くにおいて、腹診も脈診も行わず、問診のみで証が決定され処方がなされているという現実である。これは診断なき処方に他ならない。証という言葉は存在するが、その証を導くための体系的な診察手順が臨床の現場から失われている。

さらに根本的な問題がある。証は本来、病の根本構造に対する一貫した診断であり、容易に変更されるべきものではない。しかし現代の漢方臨床において、証はしばしば「その診察時点における症状配置のラベル」として運用され、症状の変化に伴って証が変更される。医師も患者も証という言葉に振り回され、病の根本に届かない対症的な処方が繰り返されている。

仮に証が正しく決定されたとしても、根本的な限界は残る。証は「今この瞬間の症状配置の圧縮されたラベル」に過ぎず、「なぜこの人がこの病を生み出すか」という問いに答えない。証によって症状が改善しても、その症状を生み出した素地は温存される。これは治癒ではなく症状管理である。宇津木昆台（1779-1848）が経篇において「善医者不政其疾而治其受疾之養之」と述べたように、東洋医学が二千年にわたって追求してきた本来の目的——病を受ける素養そのものを治すこと——は、証の決定のみでは達成されない。

2. 中医学との差異——四診完備でも座標系が問題である

中国伝統医学（Traditional Chinese

Medicine、以下TCM）においては、望・聞・問・切の四診が完全に実施される場合がある。舌診・脈診を含む精緻な情報収集が行われ、その総合から証が導出される。この点において、診断なき処方という批判は当たらない。

しかしTCMの四診が完全に実施されたとしても、その到達点は依然として「現在の病態の分類」としての証である。四診の情報量がいかに豊富であっても、それを統合する座標系が証という一次元のラベルである限り、病が生成される多層的構造・動的变化・時間的予測は記述されない。情報収集の精度と、その情報を統合する理論的枠組みの精度は、別の問題である。

本論文が提示するMLMN理論（多層階層ネットワーク理論、Multi-Layer Meta Network Theory）は、証を自動決定するシステムではなく、「なぜこの人がこの病を生み出すか」という根本原因をL1先天層からL10時間層までの十層座標系として可視化するものである。証はその座標系の上に生じる臨床的ラベルに過ぎず、MLMNは証が生じる構造を記述する地図である。

3. 中国のAI中医学との差異——パターン模倣ではなく構造形式化

近年、中国においては国家レベルで深層学習・機械学習を用いたAI中医学診断システムの開発が進んでいる。舌画像・脈波・問診データを統合して証を自動決定するシステムが複数報告されており、熟練した臨床家の診断と高い一致率を示すものも存在する（Chen et al., 2025; PMC, 2024）。

しかしこれらはいずれも、熟練した臨床家の証決定プロセスをデータ駆動型で模倣・再現するものであり、到達点は依然として証というラベルの自動生成である。証が機能しないという根本的問題は解決されていない。より本質的には、これらのシステムは「なぜこの患者がこの証を呈するか」という問いを立てておらず、症状パターンと証の統計的相関を学習するにとどまる。

本論文が提示するAI東洋医学診断支援システムの理論的基盤は、この点において既存のすべての東洋医学AIシステムと根本的に異なる。症状のパターン認識による証の模倣ではなく、病が生成される構造をMLMN十層の形式的座標系として可視化し、L1先天層に至る根本原因への介入を可能にする設計原理に基づく。

4. 宇津木昆台——日本漢方史上最大の理論的達成者にして最も研究されていない人物

宇津木昆台（1779–1848、名は益夫、号は昆台・天敬、通称は五足齋）は、尾張藩出身で京都を活動の場とした江戸後期の漢方医師である。神道・儒・仏・道・医の五学を統合し、傷寒論・金匱要略を六経（縦系）×雑病（横系）の経緯格子構造として再体系化した『風寒熱病方経篇』（全7巻・461頁）および『緯篇』（全7巻・516頁）を著した。

本研究においてAI解析（Claude, Anthropic社）を用いて実施した経篇の全文精読では、849件の命題（E-001～E-917）が抽出された。このうちL1先天層に関わる命題は187件、六経横断命題は264件、前後照応命題は227件に及ぶ。緯篇からは731件の命題（IH-001～IH-731）が抽出された。合計1,580件の体系的命題群は、日本漢方史上最大規模の演繹的理論構築である。

しかし宇津木昆台を主題とする学術論文は国際学術誌において現時点で確認されない。浅田宗伯（1815–1894）が大正天皇の侍医として名声を博し、その著作が現代語訳・校注版として広く流通しているのとは対照的に、昆台の理論的達成は漢方医学史研究において著しく過小評価されている。本論文は、昆台の体系をMLMN理論という現代的分析枠組みによって初めて形式化し、国際学術誌に提示する最初の試みである。

5. 本論文の中心命題と構成

本論文の中心命題は以下の通りである。

「日本古方派における腹診体系化は、中国古典医学の演繹的構造と日本の実証主義の帰納的達成との、二千年越しの接合として理解できる」

本論文は以下の構成をとる。第一章では中国古典二千年の毒理論を概説する。第二章では宇津木昆台の理論

的達成をMLMN理論の枠組みで形式化する。第三章では中国理論と日本腹診の接合点A～Hを命題番号レベルで論証する。第四章では日本古方派二百年の帰納的完成を浅田宗伯を中心に論じる。結論章では漢方の完全定義とMLMN理論のAI実装可能性を提示する。

6. MLMN理論の定義と十層構造

MLMN理論 (Multi-Layer Meta Network

Theory: 多層階層ネットワーク理論) とは、病を階層 (Layer) を移動する立体構造として捉え、各階層内では症状がネットワークを形成し、それらを時間軸上で統合的に追跡・操作する理論的枠組みである。

MLMN理論は以下の十層から構成される。L1先天層 (なぜ起きやすい体なのか)、L2病因層 (何が病を起動させたか)、L3臓腑層 (病はどこで形を取ったか)、L4気血津液層 (それは何として現れているか)、L5経絡層 (どの経路で広がっているか)、L6六経層 (邪気は今どの陰陽段階に居座っているか)、L7三焦層 (全体の流れはどこで詰まっているか)、L8相火層 (欲動はどう関与しているか)、L9環境層 (外界はどう修飾しているか)、L10時間層 (邪気が居座った時間と退去するまでの時間はどれほどか)。

十層は「対象の違い」ではなく「問いの違い」によって区別される。十の問いは互いに代替不可能であり、一つでも欠けると病の全体像は成立しない。この十層は最初から設定された枠組みではなく、臨床的実感から出発し、層を削る・統合する試みを繰り返した結果、削れなくなって残った最小構成である。

7. 毒の完全定義

本論文の中心概念である「毒」を以下の通り定義する。この定義が置かれて初めて、後続の全章が「この定義の証明過程」として機能する。

「毒とは、先天層 (L1) の虚を前提に、病因層 (L2) が侵入し、経絡層 (L5) を経由して、臓腑層 (L3) を損傷しながら、気血津液層 (L4) に気滞・血瘀・水飲として形成され、三焦層 (L7) に定位し、六経層 (L6) で段階化され、時間層 (L10) をかけて固定化した『病の有形の凝固体』である」

この定義は、中国古典文献551件の命題分析と、宇津木昆台の経篇・緯篇1,580件の命題群、および浅田宗伯『先哲医話』13命題の照合から帰納されたものである。漢方とは、症状ではなく毒を治す医学体系である。体内に形成された病の凝固体 (毒) を除去するとともに、なぜこの一人の人間がその毒を生み出すかという体質的素地そのものを整える。

第一章 中国古典二千年の毒理論

1. 毒概念の原典的根拠——素問・靈樞における病の凝固

東洋医学における「毒」の概念は、道徳的・倫理的意味を持つ日常語の「毒」とは異なる。ここで言う毒とは、体内に形成される病理的凝固体であり、邪気が体内に留まり続けた結果として物質的形態を獲得したものである。この概念の原典的根拠は、前漢期に成立した素問・靈樞に求められる。

素問・拳痛論において、病の形成プロセスが三つの形態として記述されている。第一は「正気留而不行、故気結矣」 (正気が留まりて行かず、故に気結す) であり、これは気の停留による凝固 (気滞) を記述する。第二は「血泣不得注於大経、血氣稽留不得行、故宿昔而成積矣」 (血が泣いて大経に注げず、血気が稽留して行けず、故に宿昔にして積を成す) であり、これは血の凝泣による堅塊 (血瘀) の形成を記述する。第三は、素問・水熱穴論における「腎者胃之関也、関門不利、故聚水而従其類也」 (腎は胃の関なり、関門利せず、故に水を聚めて其の類に従う) であり、これは腎虚による水液停滞 (水飲) を記述する。

この三形態——気滞・血瘀・水飲——は素問を「毒の形態的分類の原典書」として位置づけるものであり、後に日本腹診が「痞硬・堅塊・水音」として触知する有形の所見と完全に対応する (接合点H)。中国が概念として記述したものを、日本が腹壁上の触覚情報として実証した。これが本論文の中心命題が主張する「同一プロセスの異なる記述言語」の原点である。

2. 難経・傷寒論・金匱要略における構造化

難経は、素問・靈枢の記述を診断論として構造化した書である。特に難経八難における「腎間動気」の概念は、L1先天層の理論的基盤を提供する。「謂腎間動気也。此五臓六腑之本、十二経脈之根…故気者人之根本也」という命題は、先天的体質（Stage0：宿）が後天的病理の前提条件であることを明示する。難経五十六難の五積（肥気・伏梁・痞気・息賁・奔豚）は、毒の臓腑別形態として、後のL6×L7格子における臓腑レベルの原典となった（接合点F）。

傷寒論（後漢・張仲景、2世紀初頭）は、毒の動的変化を六経弁証として体系化した書である。太陽・陽明・少陽・太陰・少陰・厥陰の六段階は、邪気が人体の陽気優勢な層から陰気優勢な深層へと居座る段階を示す座標である。柯琴（清代）が『傷寒論翼』において「六経は経界の経であって経絡の経ではない」と明言したように、六経は解剖学的実体ではなく、病の陰陽段階を示す概念的境界線である。

金匱要略は、慢性・難治性疾患における毒の固定化を論じる書である。特に百合病の記述「百脈一宗、悉致其病也、意欲食復不能食…身形如和、其脈微数」および「每溺時頭痛者、六十日乃愈。溺時頭不痛、漸然者、四十日愈。溺快然、但頭眩者、二十日愈」という予後記述は、L10時間層の前向き予後軸の原典的根拠として機能する。

3. 金元四大家——毒処理経路の四様式

金元時代（12～14世紀）の四大医家は、それぞれ異なる経路から毒生成の問題に取り組んだ。劉完素（1120-1200、寒涼派）は「六気火熱論」を提唱し、苦寒清熱薬によってL2の火熱を直接除去する経路を確立した。張子和（1156-1228、攻邪派）は「気積而不運者、万病皆起」として汗・下・吐の三法による邪気の直接排出を主張した。この命題は後藤艮山の「一元氣鬱」論と構造的に同一であり、接合点Aの中国側の根拠となる。

李東垣（1180-1251、補土派）は、脾胃虚弱が相火妄動（L8相火層）を引き起こすという内傷病因論を展開した。朱丹溪（1281-1358、滋陰派）は「陽は常に余り、陰は常に不足」として腎陰の補充を通じたL1先天層の回復を目指した。朱丹溪が明示した「胎毒」概念は、宇津木昆台の「百合毒」概念と構造的に同一であり、接合点Bの中国側の根拠となる（朱丹溪『格致余論』）。

本論文の枠組みからは、四大家はいずれも毒生成のどの段階（L2・L3・L4・L8）に介入するかの違いに過ぎず、L1先天層の虚という根本問題への回帰という最終目的において一致している。この統合的理解は、MLMN理論の十層座標系なしには不可能であった。

4. 温病条辨——毒の段階的深化モデルの完成

温病条辨（清・呉鞠通、1798年）は、傷寒論の六経弁証を三焦弁証として再記述した書である。衛・気・営・血の四段階と、上焦・中焦・下焦の三焦空間の組み合わせは、L6六経層×L7三焦層の格子構造と対応する。本研究ではAI分析によって温病条辨の全条文をMLMN構造にマッピングし、L6×L7格子18セルのうち最後の空白セルであった厥陰×上焦セルを補完した（清宮湯・安宮牛黄丸・連梅湯・椒梅湯が対応処方）。

衛気営血段階とL6六経層の対応は以下の通り確定した。衛分は太陽（上焦・肺衛）に、気分は陽明（中焦）に、気分湿熱は少陽×太陰（中焦）に、営分は少陰×厥陰手（上焦・心包）に、血分は厥陰×少陰（下焦）にそれぞれ対応する。この確定により、傷寒論と温病条辨がMLMN理論のL6×L7格子という統一座標系において記述可能であることが示された。

5. 毒生成の六段階プロセスと七種分類

上記の文献分析から、毒の生成プロセスは以下の六段階として整理される。第一段階は素因形成（L1先天層の虚）、第二段階は邪気侵入（L2病因層による起動）、第三段階は経絡伝播（L5経絡層を経由した内部進入）、第四段階は臓腑損傷（L3臓腑層への損傷）、第五段階は毒の形態的固定（L4気血津液層における気滯・血瘀・水飲の形成）、第六段階は時間的固定化（L7三焦層への空間的定位・L6六経層での段階化・L10時間層をかけた固定化）である。

この六段階プロセスを踏まえた毒の七種分類は次の通りである。①先天病毒（L1：百合毒）、②風寒毒（L2外因主体）、③情志毒（L2内因・L8相火主体）、④飲食毒（L2・L3主体）、⑤有形の毒（L4気滯・血瘀・

水飲)、⑥経絡毒(L5主体・微毒・骨節疼痛)、⑦深伏毒(L6三陰・L7下焦定位・難治性疾患)。この分類は中国古典文献551件の命題分析から帰納されたものであり、従来の病因論(六淫・七情・飲食)を「毒の生成形態」という統一的枠組みで再記述したものである。

第二章 宇津木昆台の理論的達成

1. 先行研究の空白と本章の位置づけ

宇津木昆台(1779-1848)は、尾張藩(現・名古屋市)出身で京都を活動の場とした江戸後期の漢方医師である。神道・儒・仏・道・医の五学を統合したことから五足齋と称された。その主著『風寒熱病方経篇』(全7巻・461頁)および『緯篇』(全7巻・516頁)は、傷寒論・金匱要略を六経(縦糸)×雑病(横糸)の経緯格子構造として再体系化した日本漢方史上最大規模の演繹的理論構築である。しかし宇津木昆台を主題とする学術論文は国際学術誌において現時点で確認されない。

2. 経篇・緯篇の規模と構造

本研究による全文精読の結果、経篇から849件の命題(E-001~E-917)、緯篇から731件の命題(IH-001~IH-731)が抽出された。合計1,580件の体系的命題群は、日本漢方医学史上確認されていない規模の演繹的理論構築である。

表1 経篇849命題のMLMN層別分析結果

3. 経緯格子構造——L6×L7格子の発見

昆台の著作設計の本質は、経篇巻一の結語(seq52)において明示されている。「経ハ縦糸ノ如ク緯ハ横糸ノ如シ、ニツ相俟テ布ヲ成ス」という記述は、経篇(六経=縦糸)と緯篇(雑病=横糸)が交差することで診断の全体像を構成するという設計思想を明示する。

本研究の分析によって、この経緯格子構造はMLMN理論のL6六経層(縦軸:邪気の陰陽段階)×L7三焦層(横軸:病の空間定位)の格子として形式化できることが確認された。L6×L7の18セル(六経六段階×三焦三空間)のすべてに、昆台の命題群から対応する腹診所見と処方が充填される。

表2 L6×L7格子の代表的セルと対応処方

4. L1先天層論——百合毒の三段階モデルと「其人ノ字」

昆台の理論的達成のうち最も独自性が高いのは、先天病毒論(百合毒論)の体系化である。昆台は経篇L1関連187命題において、先天的体質の問題を三つの段階として記述している。Stage0(宿)は先天的体質の素地、Stage1(毒)は後天的侵食によって腹診で触知可能な病理的凝固体が形成された状態、Stage2(百合病)は固着した毒が融化・散漫して全身に拡散した状態である。「百合毒なくして虚労は千百中の一二」(IH-p118)という命題は、L1先天病毒が難治性疾患の圧倒的主因であることを宣言する。

「其人ノ字」(E-010を代表命題とする命題群、48件)は、この三段階モデルを処方分岐の臨床基準として実装したものである。「其人の体質的素地の強弱により小建中湯・大建中湯の処方選択が分岐する」という命題は、経篇全体を貫く基本原理である。後藤艮山が「一元氣鬱」として哲学的・気論的に記述した概念を、昆台は「其人ノ字」という処方分岐の臨床基準として具体化した。

5. 昆台の八条目——診断プロセス軸

昆台は経篇において「八条目」(U-03)という診断プロセス軸を提示している。宿(L1)→因(L2)→本(L1詳細)→病(L3~L6)→診(L5・L3)→證(L6統合)→名(証確定後)→治(全層統合後)という順序は、「病名(証名)の決定は診断プロセスの後半に来る」という現代漢方臨床への根本的問題提起である。MLMN理論の視点からは、八条目は十層座標系(何が病んでいるかの地図)とは独立した「診断プロセス軸」として機能する。

第三章 中国理論と日本腹診の接合点A~H

1. 「同一プロセスの異なる記述言語」という命題

本章の目的は、中国古典医学の演繹的記述と日本古方派の帰納的達成が「同一の病理プロセスを異なる言語で記述したものである」という命題を、命題番号レベルで具体的に証明することである。証明の手段として、中国古典文献の命題と昆台経篇命題（E-XXX系）および浅田宗伯『先哲医話』命題（ST-XXX系）との対応関係を示す八つの接合点（A～H）を提示する。

表3 接合点A～H一覧

2. 接合点A——一元氣論と機量論（ST-002 ↔ E-032・E-010）

接合点Aは、本論文の中心命題「演繹と帰納の二千年越しの接合」を最も直接的に示す命題ペアである。浅田宗伯『先哲医話』が後藤艮山の核心命題として引用するST-002は以下の通りである。

「凡病不論六淫七情飲食男女。皆因一元氣鬱。故皮膚鬱者。經絡滯者。遂皆及腹裏。猶水之湊陷地。医者先得其大綱治之為要。」（いかなる病も、六淫・七情・飲食・男女を問わず、すべて一元氣の鬱滯に起因する。それゆえ皮膚に鬱する者は、經絡に滯る者は、遂にすべて腹裏に及ぶ。水が低地に集まるように。医者はまず大綱を把握して治するを要とする。）

これに対応する昆台経篇命題はE-032（機量論）およびE-010（其人ノ字）である。接合点Aの本質は「差異の中の同一性」にある。後藤艮山は「一元氣」という哲学的・氣論的言語で概念を記述し、昆台は同一の概念を「其人ノ字」という処方分岐の臨床基準として具体化した。昆台の経篇において「一元氣」という術語は使用されない。しかしL1先天命題187件すべてに「其人ノ字」が対応し、體質的素地が処方選択を規定するという構造において、両者は同一の理論を指している。

3. 接合点B～H（要旨）

接合点B（朱丹溪「胎毒」↔昆台「百合毒」）：朱丹溪が『格致余論』において「胎毒」として概念的に記述したL1先天病毒を、昆台は腹診所見（臍左の凝結）と治療指針（化毒丸）に接続した。

接合点C（素問「腎者胃之関」↔腹診「臍下虚冷」）：素問が「腎虚→水液停滯→下焦への蓄積」という連鎖として理論的に記述したものを、日本腹診は「臍下虚冷」「振水音」という触覚所見として実証した。

接合点D（金匱「百合病」↔昆台「百合毒Stage2」）：金匱要略の「百脈一宗、悉致其病也…諸藥不能治」という難治状態の記述が、昆台の百合毒Stage2（毒の融化散漫段階）と構造的に同一であることを昆台は明示している。

接合点E～H：神農本草経「下藥破積聚」は日本の駆瘀血剤体系の原典的根拠となり（接合点E）、難經五積はL6×L7格子の臟腑ラベルに対応し（接合点F）、靈樞「人之勝毒」は昆台「其人ノ字」48件に実装されており（接合点G）、素問の毒の三形態（氣結・成積・聚水）は腹診の三形態（痞硬・堅塊・水音）に対応する（接合点H）。

特に接合点Hにおいて：和田東郭が先哲医話（ST-006）において宣言した六証鑑別の各所見は、傷寒論条文（E-180・E-529・E-532・E-618）と命題番号レベルで対応することが確認された。東郭が「多年潜心」の臨床蓄積から帰納した所見体系が、昆台が演繹的に体系化した傷寒論解釈と収束する。これが「演繹と帰納の二千年越しの接合」の最も具体的な証拠である。

第四章 日本古方派二百年の帰納的完成

1. 帰納軸の全体像——後藤艮山から浅田宗伯へ

本章では、宇津木昆台の演繹軸と交差する帰納軸——後藤艮山（1659-1733）から浅田宗伯（1815-1894）に至る日本古方派二百年の臨床的蓄積——を論じる。帰納軸の本質は「臨床事実から理論へ」という方向性にある。日本古方派の医師たちは、傷寒論の条文を出発点としながらも、腹診という日本独自の診断手段を通じて、中国理論が概念として記述した病理構造を「触れる物質」として確認していった。

表4 日本古方派帰納軸の主要医家と先哲医話命題

2. 後藤艮山——腹診の理論的根拠の確立

後藤艮山（1659-1733）は「一元氣鬱論」の提唱者であり、先哲医話ST-002に引用される核心命題「凡病不論六淫七情飲食男女。皆因一元氣鬱。故皮膚鬱者。經絡滯者。遂皆及腹裏。猶水之湊陷地」は腹診の理論的根拠を提供する。「なぜ腹を診るか」という問いへの回答として、艮山は「万病は一元氣の鬱滯に起因し、その鬱滯は最終的に腹裏に集まる」という論理を提示した。MLMN理論の枠組みからは、艮山の一元氣鬱論はL1先天層（先天陽氣の虚）とL7三焦層下焦（腹裏への凝集）の接続として理解できる。

3. 和田東郭——六証鑑別と帰納的完成の宣言

和田東郭（1744-1803）は、腹診所見の精密化において最も重要な貢献をした医家である。先哲医話ST-006における「余多年潜心辨此六者。無有差感」という宣言は、帰納的実証の完成宣言として本論文において核心的な意義を持つ。東郭の六証鑑別——積聚・停食・蛔虫・水飲・瘀血・腸癰——は、腹痛・嘔吐という同一の症状を呈する六種の病態を腹診所見のみによって鑑別する体系である。また先哲医話ST-007において東郭は「四珍+腹舌=吾門の六診」を宣言し、腹診を中国の四診に還元されない日本独自の診断法として明確に位置づけた。

4. 高階枳園——三診体系と演繹×帰納の統合宣言

高階枳園（1761-1833）は診断体系の完成者である。先哲医話ST-010における「三診：持脈・按腹・審臍。蓋此五法三十二則。乃和漢往聖先賢之遺訓。而吾門之所歷驗」という宣言は、本論文の中心命題を最も簡潔に表現したものとして位置づけられる。「和漢往聖先賢之遺訓」は演繹軸を、「吾門之所歷驗」は帰納軸をそれぞれ指し、枳園はこの二軸の統合を意識的に宣言した。クロスリファレンス分析において、ST-010は昆台経篇のE-032・E-034・E-010・E-042・E-005と対応することが命題番号レベルで確認された。

5. 永富独嘯庵——腹診の最高位定義と暗黙知の性格

永富独嘯庵（1732-1766）は腹診の臨床的地位を最高位に定義した医家である。先哲医話ST-011における「腹候で治不治・死生を決す。父不可以喻子」という命題は二つの重要な主張を含む。第一は腹診の診断的的最高位性——「治不治・死生を決す」という宣言は、腹診所見が病の予後（L10時間層の前向き予後軸）を規定する最終的判断根拠であることを示す。第二は腹診の暗黙知としての性格——「父不可以喻子」（父は子に言葉では伝えられない）は、腹診が言語化・形式化の困難な身体知として伝承されることを示す。この命題はAI実装設計における入力インターフェース設計の最大の課題を指し示す。

6. 浅田宗伯——二百年の集大成としての先哲医話

浅田宗伯（1815-1894）は幕末から明治にかけて活躍した日本漢方界の最後の巨頭である。将軍家茂の侍医、大正天皇（明宮嘉仁親王）の尚薬侍医を歴任し、温知社を率いて漢方存続運動を牽引した。『先哲医話』（1880年刊）は日本古方派二百年の帰納的蓄積を一書に凝縮したものとして理解できる。特に核心的なのは、ST-002（後藤艮山の一元氣鬱論：接合点A）、ST-006（和田東郭の六証鑑別：接合点H）、ST-010（高階枳園の三診体系：接合点G）、ST-011（永富独嘯庵の腹診最高位定義）の四命題である。

7. 日本独自性の三層構造

本章の分析から、日本古方派の独自性は以下の三層構造として確定する。第一層は理論的根拠の確立——後藤艮山の一元氣鬱論（ST-002）が「なぜ腹を診るか」への回答を提供し、宇津木昆台の経緯格子構造が「何を診るか」の枠組みを提供した。第二層は帰納的精密化——和田東郭の六証鑑別（ST-006）が触覚的精密化を達成し、高階枳園の三診体系（ST-010）が体系的手順を確立した。第三層は診断学的完成——永富独嘯庵の最高位定義（ST-011）が究極的回答を提供し、浅田宗伯が二百年の蓄積を集大成した。

結論章 漢方の完全定義とMLMN理論の展望

1. 本論文の論証の総括

本論文は中心命題を以下の四段階で論証した。第一章では中国古典文献551件の命題分析から毒生成の六段階プロセスと七種分類を導出し、素問が「毒の形態的分類の原典書」として機能することを示した。第二章では昆台の経篇849命題・緯篇731命題の全文AI分析によって、L6×L7×L4の三次元処方決定座標・L1先天層三段階モデル・八条目診断プロセス軸という三大理論の達成を形式化した。第三章では接合点A～H（八点）を命題番号レベルで論証した。第四章では先哲医話13命題（ST-001～013）を軸に日本古方派二百年の帰納的蓄積を論じ、高階枳園の「和漢往聖先賢之遺訓かつ吾門之所歴験」が演繹と帰納の統合を意識的に宣言したことを示した。

2. 漢方の完全定義

本論文の全論証を踏まえ、漢方の完全定義を以下の通り確定する。

漢方とは、症状ではなく毒を治す医学体系である。体内に形成された病の凝固体（毒）を除去するとともに、なぜこの一人の人間がその毒を生み出すかという体質的素地（L1先天層）そのものを整える。症状の消失はその結果であり、目的ではない。MLMN理論はこの二千年の問いに初めて形式的枠組みを与えるものであり、漢方の定義はMLMN理論に先立つ。

この定義において証はどこに位置づけられるか。証とは、MLMN十層座標系上の特定の状態配置に対する臨床的ラベルである。証はゴールであり、MLMNは地図である。MLMN理論は証を否定しない。証の有効性と臨床的価値を完全に認めた上で、証が生じる構造を可視化する理論として構築されている。

3. 本論文の学術的貢献

第一の貢献は、宇津木昆台の理論的達成の国際的初提示である。経篇849命題・緯篇731命題の体系的AI分析によって、日本漢方史上最大規模の演繹的理論構築を初めて国際学術誌レベルで形式化した。

第二の貢献は、中国古典医学と日本古方派の「同一プロセスの異なる記述言語」という命題の命題番号レベルでの証明である。接合点A～Hの八点において、中国古典文献の命題と昆台経篇命題および先哲医話命題が対応することを具体的に示した。この証明によって、東洋医学の思想史において「中国理論の日本の実装」として理解されてきた古方派の達成が、独立した帰納的再発見として位置づけられることを示した。

第三の貢献は、MLMN理論という統一的分析枠組みの提示である。素問から温病条辨までの中国古典と、後藤艮山から浅田宗伯までの日本古方派を、同一の十層座標系で記述できることを示した。

4. AI東洋医学診断支援システムへの展開

表5 既存のAI中医学システムとMLMNベースのシステムの比較

現時点でのデータ基盤として、中国古典文献551件・昆台経篇849件・緯篇731件・先哲医話13件を含む約1,654件の命題がMLMN構造上にマッピング済みである。L6×L7格子は18/18セルが完成し、各セルに腹診所見と処方に対応づけられている。永富独嘯庵の「父不可以喻子」（ST-011）が示す腹診の暗黙知的課題は、触覚情報の構造化デジタル入力テンプレートの設計によって対応する。

5. 今後の研究課題

本研究には以下の五課題が残存する。第一に、L6六経層の独立性の数理的証明。第二に、MLMN十層が必要十分であることの厳密な形式的証明。第三に、腹診暗黙知の構造化入力システムの開発。第四に、橘窓書影（浅田宗伯著）の完全精読による命題補完。第五に、中国側の対応研究との学術的対話。本論文が提示した「独立した帰納的再発見」という命題は、東アジア医学史における日中医学関係の再解釈という大きな学術的議論の入口でもある。

6. 結語

「漢方とは何か」という問いは、本論文の全論証を経て初めて答えることができる。漢方とは、病の根を消す医学である。中国が二千年かけて概念的言語で記述し、日本が二百年かけて触覚的言語で実証した「病の有形的凝固体（毒）の診断と除去の体系」——この問いの全体に、MLMN理論は初めて体系的な答えを与え

る。

宇津木昆台は、日本漢方史上最大の理論的達成者である。その達成は生前に十分に評価されず、国際学術誌における研究は現時点でも存在しない。本論文は昆台の理論的遺産を現代的分析枠組みで初めて形式化し、国際的な学術的対話の俎上に載せる最初の試みである。

浅田宗伯の「父不可以喻子」という言葉は、東洋医学の診断が本質的に身体知であり、言語化の限界を内包することを示す。しかしその限界は、MLMN理論という形式的座標系と、AI技術という計算的実装によって部分的に超克できる。二千年の東洋医学古典と二百年の日本古方派の帰納的達成は、今、MLMN理論というひとつの形式的枠組みに収束する。

参考文献

Asada S ō haku (浅田宗伯) . 先哲医話 [Senzetsui-wa]. Tokyo, 1880.

Chen X, et al. AI-assisted TCM pattern identification system using multimodal data integration. Journal of Integrative Medicine, 2025.

Goto Gonzan (後藤艮山) . Cited in: Asada S ō haku. 先哲医話. 1880. Proposition ST-002.

Huang Di Nei Jing Su Wen (黄帝内経素問) . Compiled c. 100 BCE; Wang Bing edition, Tang dynasty; Lin Yi revision, Song dynasty.

Huang Di Nei Jing Ling Shu (黄帝内経靈樞) . Compiled c. 100 BCE; revised Song and Ming dynasties.

Huang Di Ba Shi Yi Nan Jing (黄帝八十一難経) . Compiled c. 1st–2nd century CE.

Ke Qin (柯琴) . 傷寒論翼 [Shang Han Lun Yi]. Qing dynasty.

Li Dongyuan (李東垣) . 脾胃論 [Pi Wei Lun]. 1249.

Liu Wansu (劉完素) . 素問玄機原病式 [Su Wen Xuan Ji Yuan Bing Shi]. c. 1186.

Nagatomi Dokushoan (永富独嘯庵) . Cited in: Asada S ō haku. 先哲医話. 1880. Proposition ST-011.

PMC. Advances in AI-based TCM diagnosis: a systematic review. PubMed Central, 2024.

Shennong Ben Cao Jing (神農本草経) . Compiled c. 1st–2nd century CE.

Takai Kikuen (高階枳園) . Cited in: Asada S ō haku. 先哲医話. 1880. Proposition ST-010.

Utsuki Kontai (宇津木昆台) . 風寒熱病方経篇 [Fukan Netsubi-ho Keihen]. 7 vols. Edo period, c. 1820–1840.

Utsuki Kontai (宇津木昆台) . 緯篇 [Ikei-hen]. 7 vols. Edo period, c. 1820–1840.

Wada Tokaku (和田東郭) . Cited in: Asada S ō haku. 先哲医話. 1880. Propositions ST-006, ST-007.

Wu Jutong (呉鞠通) . 温病条辨 [Wen Bing Tiao Bian]. 1798.

Zhang Congzheng (張從正、張子和) . 儒門事親 [Ru Men Shi Qin]. c. 1228.

Zhang Zhongjing (張仲景) . 傷寒雜病論 [Shang Han Za Bing Lun]: comprising 傷寒論 and 金匱要略. c. 200 CE; Song dynasty revision.

Zhu Danxi (朱丹溪) . 格致余論 [Ge Zhi Yu Lun]. 1347.

分析項目 | 件数 | 主要内容

L1先天層関連命題 | 187件 | 先天体質・百合毒・其人ノ字 (48件)

六經横断命題 | 264件 | 複数六經にまたがる処方決定命題

前後照応・首尾相応命題 | 227件 | 卷をまたいだ理論的対応関係

L10時間層関連命題 | 82件 | 昼夜・季節・命期・予後論

昆台独自解釈明示命題 | 75件 | 「古人モ言ザル所・三十年親験」

主要処方出現頻度（上位） | 桂枝湯96件 | 小柴胡湯61件／調胃承気湯58件

L6（六經段階） | L7（三焦空間） | 腹診所見 | 代表処方

太陽 | 上焦 | 心下痞硬・動悸 | 附子瀉心湯・大陷胸湯

太陽 | 中焦 | 腹満・心下痞 | 桂枝湯・五苓散

太陽 | 下焦 | 少腹急結（蓄血） | 桃核承気湯・抵挡湯

陽明 | 中焦 | 腹満・不大便 | 大承気湯・調胃承気湯

少陽 | 上焦 | 胸脇苦満・心下支結 | 小柴胡湯・半夏瀉心湯

少陽 | 中焦 | 胸脇苦満・腹痛 | 大柴胡湯

太陰 | 中焦 | 腹満・自利 | 四逆湯・理中湯

少陰 | 下焦 | 臍下虚冷・小便不利 | 真武湯・附子湯

厥陰 | 上焦 | 神昏・心下板実 | 清宮湯・安宮牛黄丸

厥陰 | 中焦 | 腹痛・不欲食 | 烏梅丸

厥陰 | 下焦 | 少腹冷・下利 | 通脈四逆湯

接合点 | 中国側 | 日本側 | MLMN層

A | 張子和「氣積不運」／後藤艮山「一元氣鬱」 | 昆台「機量論」 E-032・E-010 | L1×L6×L10

B | 朱丹溪「胎毒」（格致余論） | 昆台「百合毒」 Stage1・Stage2 | L1先天層

C | 素問「腎者胃之関…聚水」 | 腹診「臍下虚冷・軟弱」 | L1×L4×L7

D | 金匱「百合病」 | 昆台「百合毒Stage2」 | L1先天層

E | 神農本草經「下薬破積聚」 | 日本の脈瘀血剂体系 | L4×L6×L7

F | 難経「五積」 | L6×L7格子の臓腑ラベル | L3×L6×L7

G | 靈枢「人之勝毒」 | 昆台「其人ノ字」 48件（E-010） | L1×L5×L6

H | 素問「氣結・成積・聚水」 | 腹診三形態（痞硬・堅塊・水音） | L4気血津液層

医家 | 生没年 | 核心的貢献 | 先哲医話命題

後藤艮山 | 1659-1733 | 一元氣鬱論・腹診の理論的根拠確立 | ST-001・ST-002

和田東郭 | 1744-1803 | 六証鑑別・多年潜心による帰納的完成 | ST-003・ST-006・ST-007

高階枳園 | 1761-1833 | 三診体系（持脈・按腹・審稟）の確立 | ST-010

永富独嘯庵 | 1732-1766 | 腹候で治不治・死生を決す | ST-011

浅田宗伯 | 1815-1894 | 先哲医話による二百年の集大成 | ST-001～ST-013

比較項目 | 既存のAI中医学システム | MLMNベースのシステム

設計思想 | 熟練医師の証決定を模倣・自動化 | 病が生成される構造を座標化

理論的基盤 | 機械学習による統計的パターン認識 | MLMN十層の形式的理論構造

入力情報 | 四診データ（舌・脈・問診等） | MLMN十層診断プロトコル

出力情報 | 証のラベル | 十層座標上の病の位置と動態

根本問題への対応 | 証の自動決定（根本は未解決） | L1先天層への介入を設計に含む

日中医学の統合 | TCMの枠組みに限定 | 中国古典×日本腹診を統合