

2011/29010A

**厚生労働科学研究費補助金**

**地域医療基盤開発推進研究事業**

統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化に関する研究

(H 22-医療-一般-012)

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 新井 信

平成 24 (2012) 年 5 月

# 目 次

## I. 総括研究報告

1. 「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に関する研究  
新井 信 5

## II. 分担研究報告書

1. (研究 1) 日本伝統医学テキスト作成における鍼灸の標準化の実態に関する調査研究 – モグサ製造に関する、国内外の視察とアンケート調査による実態調査 – (研究 2) 医学部における鍼灸教育に関する研究 – アンケート調査 – 形井秀一	11
2. 日本漢方の多様性と日本化に関する医史的考察に関する研究 小曾戸 洋	19
3. 「日本伝統医学テキスト 鍼灸編」 東郷俊宏	27
4. 日本漢方における腹診のエビデンスに関する研究 – 近代の文献における腹診所見の集積 – 並木隆雄 (資料 1) 日本漢方における腹診のエビデンスに関する研究	31
5. 漢方の基本概念と病態把握に関する研究 花輪壽彦	43
6. アジアにおける伝統医学（伝統医療）の比較に関する研究 日置智津子	81
7. 地域医療における漢方と鍼灸の現状調査に関する研究 村松慎一	87
8. 日本伝統医学テキスト作成（漢方編・薬学）に関する研究 吉川雅之, 日置智津子	89
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	91
IV. 研究成果の刊行物・別刷	93

# I. 総括研究報告書

**厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
総括研究報告書**

**「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に関する研究**

研究代表者 新井 信 東海大学医学部東洋医学講座 准教授

**研究要旨** 平成 22 年度に引き続き、平成 23 年度は、日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤作りを目的として、基礎研究（各論的研究）として日本漢方の医史学的研究、東アジア伝統医学の国際比較研究、地域医療における現状調査、腹診の標準化、医学部における卒前教育の現状調査などを行った。さらに基盤整備（総論的研究）として、これらの基礎研究の成果を『日本伝統医学テキスト（漢方編・鍼灸編）』に反映させ、標準化への基盤とした。

**研究分担者**

形井秀一	筑波技術大学保健科学部教授
小曾戸洋	北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部 部長
東郷俊宏	東京有明医療大学保健医療学部鍼灸学科 准教授
並木隆雄	千葉大学大学院医学研究院准教授
花輪壽彦	北里大学東洋医学総合研究所所長
日置智津子	東海大学医学部東洋医学講座講師
村松慎一	自治医科大学地域医療学センター教授
吉川雅之	京都薬科大学教授

**A. 研究目的**

日本伝統医学である漢方と鍼灸は、中国発生の医学がわが国において特有の発展を遂げたもので、腹診の重視や方証相対の考え方など、中医学や韓医学などの他の東アジア伝統医学とは異なる独自の優れた医療技術、学問体系を備えている。

国際社会では近年、中国を中心に中医学の国際標準化をめざす動きが活発化し、韓国や日本を巻き込んだ議論が盛んに行われるようになった。急速に展開する国際情勢の中で、日本伝統医学がその独自性と有用性を世界に向けて主張するためには、その特徴である多様性を担保しつつも、国際社会にアピールできる日本の標準を早急に提示することが望まれる。

また国内においては、昨年度に本研究班が実施した調査研究から、地域医療に従事する医師の 97% が独学で漢方薬を使用していることが明らかとなった。国民医療という観点からも、漢方薬の正しい知識と適正使用のた

めの教育の普及は重要な課題である。

このような国内外におけるさまざまな状況から、日本伝統医学のスタンダードが早急に求められている。本研究の目的は、日本漢方が持つ特徴を他の東アジア伝統医学との比較研究や医史学的研究により明らかとし、多様な発展を遂げた日本伝統医学を標準化するための学問的な基盤構築を行うことである。

**B. 研究方法**

日本伝統医学を漢方、生薬（薬学）および鍼灸の 3 つの領域に分類し、その標準化をすすめた。本年度は、平成 22 年度に引き続いて基礎研究（各論的研究）および基盤整備（総論的研究）を行った。

**(1) 基礎研究（各論的研究）**

国内外における調査研究では、まず伝統医学の標準化に関する国際比較研究について、本年度は薬学領域の基盤研究として台湾、さらに鍼灸領域の基盤研究として中国、韓国を訪問して各国における伝統医学の現地調査を行った。これらは他の東アジア伝統医学とは異なる日本漢方の特徴としてテキスト「漢方編 第 6 章 漢方薬学」および「鍼灸編」に反映させた。

地域医療における漢方と鍼灸の現状調査については、昨年度に自治医科大学地域医療学センターと連携して地域医療における漢方と鍼灸の現状を調査し、地域のプライマリケアを担う総合医と鍼灸師に必要な伝統医学の標準的な知識、処方、技術などを明らかにした。本年度はこの成果を学術雑誌に報告した。さらにこの調査研究結果から示される頻用処方を重点的に教育すべき処方とし

てテキスト「漢方編 第5章 処方解説」に反映させた。

日本漢方の大きな特徴の一つである腹診については、明治期以降、現代に至るまでの主要な35の文献書物を検討し、各漢方処方に現れる腹証を統計的に整理した。これらの標準化した腹証をテキストの「漢方編 第5章 処方解説」に反映させた。さらに、これらについては本研究の貴重なアウトプットの一つとして出版物にまとめる予定である。

歴史に関する研究は、日本伝統医学の特徴を医史学的観点から明確にした。漢方の基礎概念と病態については、中医学や韓医学とは異なる日本伝統医学の特徴を明確にし、さらに日本漢方が持つ多様性とそれが如何に日本に受容されてきたかに関して検討した。これらはテキストの「漢方編 第1章 日本漢方の歴史」および「漢方編 第3章 診断と治療」で明らかにした。

臨床で有用な質の高いエビデンスに関しても、日本伝統医学を特徴付けるものとして「漢方編 第6章 漢方薬学」や「鍼灸編」に反映させた。

また、『日本伝統医学テキスト』を伝統医学教育に活用するための基礎調査として、全国80大学医学部に対し、漢方医学教育および鍼灸教育の現状アンケート調査を実施した。この調査内容は国際学会（ヨーロッパ医学教育学会・2012年8月）で発表するとともに、学術雑誌に投稿中である。

## （2）基盤整備（総論的研究）

総論的なアウトプットとして『日本伝統医学テキスト』を作成した。テキスト編集に際しては、漢方・薬学・鍼灸の3つの作業部会を設置し、中医学を除くさまざまな立場の医師・薬剤師・鍼灸師を研究協力者として加えて意見を反映させた。編集方針としては、中医学や韓医学との相違など本研究で明らかとした日本伝統医学の特徴を明記した形でまとめる立場を取った。

本テキストの内容を英語に翻訳するにあたり、すでに国際標準化されている伝統医学用語や経穴名についてはそれを採用したが、それ以外の用語は原則として（社）日本東洋医学会用語委員会などの関連学会で定める用語集、WHOが定める伝統医学国際標準用語集（WHO-IST: WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region）にしたがった。さらに、（社）日本東洋医学会が出版する“Introduction to Kampo”を参照し、現時点で（社）日本東洋医学会が検討中の用語については、同学会用語委員会と十分に協議した上で翻訳に反映させた。

なお、『日本伝統医学テキスト』漢方編、第2章「日本

漢方の特徴」は『日本東洋医学雑誌』第63巻3号から、第5章「処方解説」の「構成」「体力のしづり」「適応」については、『改訂一般用漢方処方の手引き』およびその対応追補版（じほう）から、「日本古典」については『古医書における漢方の使い方』（日本医師会雑誌）、『臨床応用 漢方処方解説』（創元社）、『漢方診療医典』『症候による漢方治療の実際』『漢方処方 応用の実際』（以上、南山堂）、『漢方一貫堂医学』（医道の日本社）から、それぞれの出版社等から文書による許諾を得て、転載した。

## 倫理面への配慮

全国大学医学部に対する漢方医学と鍼灸の教育に関するアンケート調査は、その趣旨を文書で説明し、情報は厳格に管理した。これらの調査内容には個人情報は一切含まれていない。

## C. 研究結果

### 1. 日本伝統医学テキスト

平成23年度における本研究の基盤整備研究のアウトプットとして『日本伝統医学テキスト（日本語版・英語版）』を作成した。本研究班で行った基盤的研究の成果は、研究方法の項で述べたように、本テキスト内容に反映させた。

用語は（社）日本東洋医学会用語委員会と協力し、同委員会の東洋医学用語集を基本に、国際標準用語集（WHO-IST）などにしたがった。

本テキストの日本語版と英語版は、総合研究報告書に添付した。

### 2. 日本の医学部における漢方医学教育の現状（全国80大学医学部に対するアンケート調査）

#### （1）緒言

標準化した漢方医学教育を実現するためには、大学における漢方医学教育の正確な現状調査を行う必要がある。この基礎研究の目的は、全国の大学医学部における漢方教育の現状調査を行い、解決すべき課題を明らかにすることである。

#### （2）方法

全国80大学医学部に対し、2011年7月に郵送によるアンケート調査を実施した。回答がない大学や回答内容が不十分な大学に対しては、同年12月までに電話と手紙で追加調査を行った。

#### （3）結果

有効回答数は80(100%)で日本国内すべての大学医学

部から回答を得た。

卒業までの6年間における必修の漢方医学授業回数は、1回以上は98%，4回以上は84%，8回以上は44%であった。必修授業回数の学年別分布は4年が最も多く、57%であった。実習を必修授業に取り入れている大学は15%であった。漢方医学教育のための専任教員がいる大学は29%，テキストを使用している大学は24%，FDを実施している大学は33%であった。漢方医学教育の現場で早急に解決すべき課題として選択した項目は、漢方医学教育を担う指導者の養成が65%，カリキュラムの標準化が63%，わかりやすいテキストの作成が51%であった。

#### (4) 考察

2001年度に医学教育モデル・コア・カリキュラムに漢方（和漢薬）が明記されて以来、国内にある80大学医学部において、漢方を卒前教育に組み込む大学が急速に増加した。しかし、近年の医学部卒前教育における漢方医学教育を正確に調査した報告はない。そのため、日本の漢方医学教育の現状が十分に把握されておらず、標準化された教育も未だに確立されていない。今回の調査で、98%の医学部が卒前教育に伝統医学を組み込んでいるものの、その取り組みは大学によって大きな差があることが明らかとなった。

今回のアンケート調査によれば、FDの実施やテキストの使用など、漢方医学の教育環境が整備されている大学は全体のわずか1/3~1/4にすぎなかった。これに対し、ほとんどの医学生は漢方医学に興味を持ち、卒業後も漢方医学を学ぶ機会が必要だと感じている。また、本研究班の村松らの報告によれば、実際に地域医療に携わるほとんどの医師が漢方薬を使用しているが、彼らのほとんどは漢方医学を独学で学び、正規の教育を受けていないことも明らかとなっている。さらに、多くの報告で日本では漢方治療を利用する人がとても多いことが示されている。わが国の漢方医学教育は、医学生や医療現場のニーズや地域医療の現状を十分に反映していないと考えられる。

解決すべき課題として、漢方医学教育を担う指導者の養成、カリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成が過半数を占めた。本研究班の研究成果は、東アジア伝統医学の国際化交渉へのツールとなるだけでなく、国内においては、漢方医学教育におけるカリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成という重要な課題解決に寄与できると考えられる。

#### (5) 結論

今後、大学で漢方医学教育を確立するためには、漢方

医学教育を担う指導者の養成、カリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成が必要である。

## D. 考察

古代中国医学は6世紀に朝鮮半島を通じて日本へ流入して以来、鎌倉、室町、江戸へと時代が変遷する中で日本流に昇華され、後世派、古方派、折衷派など、さまざまな流派へと発展していった。16世紀には明の留学より帰朝した田代三喜らが輸入した金元医学大系は、門人の曲直瀬道三らによって広く国内に普及された。これがいわゆる後世派である。17世紀になると、金元医学への批判から名古屋玄医により我が国独自の大系である古方派が発生し、その後に香川修庵、後藤良山、山脇東洋へと引き継がれて発展することになる。この古方派の流れは18世紀、吉益東洞による万病一毒説、方証相対の考え方の確立への礎となる。さらに19世紀、幕末から明治中期に活躍した浅田宗伯は、東洞流の方法論に修正を加えて道三流医学との協調を求めた、いわゆる折衷派を起こした。

これら多様性をもつ日本漢方は、現在にも受け継がれ、流派によって多少の相違はあるものの、腹診の重視や方証相対の考え方など、他の東アジア伝統医学とは異なる独自の優れた医療技術、学問体系を備えるに至った。さらに臨床においても、現在では日本漢方はすでに西洋医学の中に融合し、世界に類のない日本型の統合医療を開拓している。これらの伝統と融合は日本漢方の大きな特徴であり、世界に誇れる財産と言っても過言ではない。

日本漢方の特徴については『日本伝統医学テキスト』の、とくに「日本漢方の特徴」の項にまとめるが、以下にその臨床および制度上の主な特徴を簡単に示す。

### ①方証相対の考え方

方は薬方のこと、証は病人の病証をいい、この方と証とが対応して対応することである。したがって、テキストでは「処方解説」にも重点を置いて編纂した。

### ②腹診の重視

明治期以降の主要な35の文献書物を整理し、処方ごとに集計して、そこから得られる標準的な腹診の作成を行った。これらは「処方解説」の項に反映させた。

### ③口訣

重要な日本古典から口訣と治験例を専門家の意見も参考に選定し、テキスト「処方解説」の適応病態や日本古典の項に整理して記載した。

### ④医師免許制度

日本は西洋医の資格を得た医師がさらに研鑽を重ねて

伝統医学を実践するシステムを構築している。各国伝統医学に関する国際比較研究からも明らかのように、これは中国（中医学）や韓国（韓医学）には見られない制度であり、西洋医学を基盤において日本型統合医療の根本を築くものである。

#### ⑤保険適応

日本では保険適応のエキス剤147処方、軟膏1剤を主体に運用している。さらに主な生薬にも健康保険制度の適応がある。

#### ⑥エキス剤の普及

漢方エキス剤は簡便で、品質が均一で安定しているため、西洋医学が主体の現代医療に適合している。地域医療の従事する医師の大半に漢方薬の処方経験があり、広く普及していることも、そのことを裏付けている。

中国や韓国では湯液（煎じ薬）を中心であり、日本ではエキス剤を保険診療で西洋医学体系の中で西洋医学を学んだ医師が使用できることが大きな特徴であり、このことが日本型統合医療の基礎となっている。

#### ⑦エビデンスの集積

日本において漢方薬は西洋医学的な考え方に基づいて運用される機会が多いため、その作用機序や臨床エビデンスなど、多くの質の高い研究が集積している。これらを慎重に検討し、テキストの「漢方薬学」の項に抜粋掲載した。

以上に考察したように、日本漢方の多様性は歴史の必然性から生まれた伝統文化であり、その意味では標準化と相容れない要素がある。日本漢方の基本概念や治療法の標準を定めるにはエビデンスの集積と多くの関係者の合意が必要であり、問題は山積している。日本漢方の標準化は長い歴史の中ではほとんど議論されることはなかったが、東アジア伝統医学の急速な国際化の中で一定の標準化は必要であり、この2年間の研究成果がその基盤となると考えている。

## E. 結論

①日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤整備を目的

として、漢方、薬学、鍼灸が連携して調査研究を行った。

②基礎研究では、その研究成果をアウトプットとしての『日本伝統医学テキスト（漢方編・鍼灸編）』に反映させた。

③日本漢方の独自性と有用性を世界に向けて主張するためには、その考え方の多様性を担保しつつも、一定の標準化が望まれる。

④日本伝統医学の標準化はその多様性が故に慎重に進めなければならず、今後も十分に議論を行う必要がある。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

○新井信：日本漢方の多様性と標準化、日本漢方の標準化へ向けて、第62回日本東洋医学会学術総会 厚労科研シンポジウム、2011.06.11. 札幌

○新井信：日本伝統医学の標準化への取り組み、厚労科研シンポジウム アジアにおける伝統医学の展望 研究総括者講演、2011.07.18. 京都

○新井信：日本漢方の現状と医療薬学の方向性、日本生薬学会第58回年会シンポジウム 生薬学の伝統と革新－医療人教育の中の生薬－、2011.09.24. 東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

### 【補足】

『日本伝統医学テキスト』鍼灸編に、『もぐさのはなし』（森の宮医療学園出版部）から、写真データの一部を出版社の文書による許諾を得て転載した。

## II. 分担研究報告書

**厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）**  
**分担研究報告書**

**研究1**

**日本伝統医学テキスト作成における鍼灸の標準化の実態に関する調査研究  
—モグサ製造に関する、国内外の視察とアンケート調査による実態調査—**

研究分担者　形井　秀一　　筑波技術大学鍼灸学専攻　教授

**研究要旨**

「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」の対象分野である灸については、灸治療の基本的な道具であるモグサの品質評価や安全性について、各メーカー独自の手法や考え方があり、統一した基準は存在しておらず、日本国内のメーカー数や業務内容についても、正確には把握されていないのが現状である。さらに、日本の灸の特徴とその治療道具であるモグサの特徴およびその製造方法の独自性なども、明らかになっていない部分が多い。

そこで、中国、韓国、および日本国内のモグサの製造の現状、問題点、また課題などについて、3カ国のモグサ工場の現地視察を行い、比較検討した。また、日本国内については、国内メーカー各社にアンケート調査を行い、現状を把握したので報告する。

**研究協力者**

松本 毅 千葉大学柏の葉環境健康フィールド 助教

は至っていない。

また、灸治療（以下、灸）の治療用の用具であるモグサの原材料や製造方法は、長年に亘り大きな変化はしていないが、近年、電熱を用いた灸治療器や、民間に普及しやすく工夫した間接的に熱を与える灸用の用具が開発、販売されてきた。しかし、灸の治療用具であるモグサに関しても鍼同様、国際的な標準は策定されていない。中国には鍼と同じ様にGBの国内標準はあるが、日本においては、モグサは雑物に分類され、医療用具と認定されていないのが実状である。

しかし、先に述べたように国際的な機関で鍼灸の標準化が検討されており、WFASでは、灸の技術に関する標準化の検討を終え、また、ISOでは現在、WG4でモグサに関する標準化の検討が始まっている。

このような動きの中で、鍼灸の用具の標準化を国際的に推し進める動きは加速しており、日本国内のメーカー、ユーザー、有識者などが一定の統一した見解を持つことが必要と言えよう。しかし、先に述べたように、日本国内ではモグサは雑物とされており、モグサに関する明確な基準はこれまで検討されてこなかった。

日本の伝統的なきめ細やかな灸療法には、他国で作っ

**A. 研究目的**

近年の東洋医学の国際的な標準化は、2006年のWHO/WPRO主導による鍼灸の経穴部位の標準化が始まりであり、2007年には鍼灸、漢方に関する東洋医学用語の標準化が、やはりWHO/WPRO主導により達成された。その後、WFASやISO等による世界基準作りや関係する用語等の標準化の検討が行われてきた。

鍼治療用具に関しては、1978年に日本でディスポーネブル鍼が世界で初めて開発され、また、それ以前よりパルスジェネレータを使用した低周波鍼通電療法が行われるなど、鍼治療（以下、鍼）の分野では戦後、用具の改良が見られ、鍼用具の基準に関しては、中国のGB ( Guojia Biao zhun, 中国国家標準), 韓国のKS ( Korean Industrial Standards, 韓国産業規格), 日本のJIS ( Japanese Industrial Standards, 日本工業規格)など、各国内に基準がある。しかし、世界的な基準作成までに

たモグサは適さないと言われている。その理由が、モグサの原材料であるヨモギにあるのか、モグサの製造工程にあるのか、あるいは両者であるのかも重要な問題である。

そこで、灸の使用量が多い日本、韓国、中国の3カ国における現状を把握し、それらを比較して、日本の灸、特に治療用具としてのモグサに関する情報を整理し、今後の国際的なモグサ標準化の動きに資するために、日中韓3カ国において視察と調査を行い、それらをまとめたので、報告する。

## B. 研究方法

### 1. モグサと灸の国外調査

2011年9月に韓国、2011年11月に中国におけるモグサ製造の実際について、現地の視察を行い、実態を調査した。また、韓国においては、灸の実情について、韓医大学韓医学部やその臨床施設において韓国と日本の灸の異同について、韓医師とも意見交換を行って、具体的な実情の調査も補助的に行った。

### 2. モグサと灸の国内調査

#### ①アンケート調査

2011年11月、新潟や滋賀など、日本の主要ヨモギ採取地域のもぐさの製造、加工、販売を行う業者14社に郵送にてアンケート調査を行い、現状についての質問に回答してもらった。

#### ②現地調査

2012年2月、日本国内のモグサ製造大手の4社については、現地視察を行い、実地見学および直接聞き取り調査を行った。

### 倫理面への配慮

本研究は、モグサの現地調査、および、モグサの製造、加工に関する調査研究と各メーカーの実態のアンケート調査を行うので、倫理面の問題はないと考えるが、学会発表等公表時に、個別の調査対象の名前等の情報は明らかにしないことを説明して了解を得た上で、情報収集を行った。

## C. 研究結果

### 1. 国外調査

#### ①韓国の実情

ヨモギの精製業者が多い地域での現地調査を行った。

今回、調査を行った会社は、1992年創業のA社で、従業員数20人であり、ヨモギの買い取り、製造、販売、およびモグサの加工販売を行っている。

韓国では、メーカーの多くが輸入ヨモギや輸入モグサを使用しているが、A社は、韓国国内ヨモギのみを使用していた。ヨモギは、農家に直接、栽培を委託している。ヨモギの年間納入量は、乾燥ヨモギで70tである。ヨモギは、旧暦の5月10日に80センチぐらいになるので、機械で1回目の刈り取りを行う。2ヵ月後には再び80センチになるので、2回目の採取を行う。

採取後は、2日間、畑で自然乾燥後、葉がついたままの枝を80センチの長さにそろえ束ね、納入する。その後、葉のついた枝ごと3センチぐらいに裁断機で細かくカットし、粉碎機にて粉碎しモグサをつくる。

大学付属の韓方病院などでは、器具を使う間接灸である温灸が多く、温める治療法が多い。

#### ②中国の実情

今回の中国モグサの製造に関する調査では、5社の視察をする事ができた。

以下、モグサの製造に関して聞き取り調査を総合した結果を報告する。

旧暦の5月5日（6月上旬）に農家が2日間天日で乾燥させた後、卸業者に納入する。業者は、複数の農家から乾燥ヨモギを買い取り、直方体の形状に圧縮する。今回調査した各会社では、1年間で平均50tのヨモギの葉を使用し、精製、加工していた。

製造方法は、昔は、臼を使用していたが、現在では、臼は使用していない。一般的には、圧縮したヨモギの塊をほぐしながら粉碎機にかけ、粉碎されたヨモギを長通しにかけ、粕とモグサに分ける。精製度を高める方法は、この工程を何度も繰り返すことであるという説明であった。

#### ③日本の実情

##### 1) モグサの製造に関する調査

日本における調査では、新潟県内に工場のある4社の視察を行った。国内産のヨモギを原料としたモグサの製造期間は、11月の下旬から4月ごろまでであった。

一般的な製造方法は、ヨモギの葉のみを農家で採取して、2日間天日で乾燥させ、その葉を麻袋等に詰め、モグサ製造業者に納入する。業者は、ヨモギをモグサ製造の時期まで保管所で寝かせておき、冬期の製造直前に火力乾燥室で乾燥させる。その後、石臼、長通し、唐箕の順に行程を経て、モグサに仕上げていく。

##### 2) アンケート調査

国内のモグサ製造メーカー14社に対するアンケート

調査を実施した。往復とも郵送で行い、有効回答は12社（85.7%）であった。このうち、モグサの製造を毎年行っている会社は5社であった。12社の中、ヨモギの確保は十分と答えた会社は3社、不十分5社、記載なし4社だった。12社のうちモグサ製造用の原材料を海外から輸入をしているのは、8社で、輸入元は、すべて中国である。各社のモグサ製造に中国産のものを使用している割合は、8社合計で、70種類のモグサ中29種類(41.4%)であった。

#### D. 考察

世界において、灸の製造、販売を行っているのは、主に、中国、韓国、日本の3カ国である。

灸は、治療方法や技術の違いにより使用されるモグサの質が異なり、モグサの製法も異なることになる。灸の施術技術とモグサ製造とは密接な関係にあり、相互に影響し合っている。そのため、3カ国のモグサの質や灸治療法に違いが生じており、モグサの製造方法も異なっている。

例えば、日本では、他の国よりも細分化された多くの行程を経てモグサを製造しており、その行程の細部で、長年継承されてきた精密な技術を活用している。そのような過程を経て製造されたモグサは、世界でも類を見ない精製度の高い、すなわち質の高いものになっている。また日本では、治療は、皮膚に直接熱刺激を与える方法（直接灸）がかなりの割合で行われているが、その際、熱痛や火傷を最小にするために、日本独自の高度な治療技術を積み上げてきた。上に述べた精製度の高いモグサとこの高度な灸の治療技術は、両者が一体となって発展してきたと言うことができる。その結果、製造行程に生じる変化は直接治療法に影響し、また逆に、治療法の改良はモグサ製造技術に変革を要求することになる。

つまり、灸の原材料であるヨモギの質やヨモギを精製してモグサにする際の製造方法、さらにそのような技術で製造されたモグサの品質は、日本の灸治療技術と一体化したものであり、治療効果にも影響するものである。灸に関する標準化を進める際には、そのような視点が重要であり、その結果生じる各国ごとの特徴を各国情で相互に理解し尊重する必要があるし、各国の特徴を尊重する考え方方が世界に受け入れられるような方向を目指すべきである。モグサの製造技術は、室町や江戸期以来綿々と受け継ぎできた日本文化の特徴の一つである精密で繊細な「ものづくり技術」の一分野であることも認識する必要があろう。

日本のモグサの種類は、おおまかに、上級、中級、下級に分けられる。上級モグサは、直接皮膚に熱刺激を与える点灸モグサであり、中級および下級のモグサは、知熱灸や温灸などに用いるモグサである。中国や韓国では、温灸を使った治療が中心であるため、燃焼温度の高いモグサが、一般的に出回っていた。そのため、中国で製造される最上級モグサは、日本では中級程度のグレードであるのではないかと考えられる。それは、先に述べたように、中国の灸治療法では、間接的に熱を与える方法を多用するため、ある程度の燃焼温度を必要とするので、精製度の高くないモグサを製造するからである。

また、製造法の違いは、保管方法や期間、製造時期、乾燥方法、製造機器などの違いでも明確である。

日本の場合は、ヨモギは葉のみをワラで編んだ俵型の袋に詰め保管をする。中国では、葉を直方体の形に圧縮して固め、保管する。今回訪問した韓国の業者では、80センチ位に切りそろえた葉のついた枝のまま保管する。

乾燥に関しては、中国、韓国では、自然乾燥のみで、日本は、自然乾燥のほかに乾燥室で熱を与える。そのため、日本での製造の時期は、乾燥している冬に行われるが、中国、韓国では、1年中製造される。

中国、韓国は、モグサ製造行程では、石臼や唐箕は、使わない。粉碎機で葉や枝を細かく碎き、それを金属製の長通しにかける工程を繰り返す。日本は、石臼、唐箕、長通しなど、日本独自の手作りで制作された製造用機器を使用する。石臼は、近隣の川の岩から切り出し、目立てをし、唐箕は、割った竹を貼って作られる。それらの機器を用いたモグサ作りの際には、その日の葉や気候に合わせて、各工程の回数や時間などを、調整していく。製品は、工程の回数や時間により、出来具合を見ながら仕上げていく。このような、日本独自の伝統の技を生かした手間暇をかけた製法が、上質のモグサを製造するのに欠かせない。

今回、日本のモグサ製造、加工、販売会社14社にアンケートを行った調査結果から、今後、原材料の確保が、日本においては問題になることが予測される。現時点で、ヨモギの確保が十分と答えた会社も、不足分のモグサを中国から輸入して補充しているためと考えられる。また、温灸用などの精製度の低いモグサは、多くが輸入した中国産のモグサを使用して加工している。このような現状である要因は、アンケートの自由記入欄にもあるように、採取する農家の働き手の高齢化、採取量の低下、原料価格の高騰、製造職員の高齢化などであり、また、同時に、モグサのユーザーの需要の減少などが影響しているものと考えられる。先に述べたように、日本のモグサ製造の

技術は、日本のもの作り文化の一つと言えよう。灸の治療方法や技術と一体となったこのモグサの製法を継承していくことが重要であると考えられ、また、日本の灸治療の伝統的手法を継承していくためにも、製造方法、製造機器も含めたモグサの現状をより詳細に把握する必要性があると考える。

## E. 結論

国内のモグサの製造に関する現状、課題や問題点について、中国、韓国の灸やモグサの現状とその製造方法などを踏まえて検討するために、日中韓3カ国のモグサ製造の現状を調査、視察した。

治療用具であるモグサとモグサを使って行われる治療技術との間に密接な関係がある為、モグサの製造方法やその技術は、それぞれの国の治療方法等に大きく影響され、製造行程にもそれらが反映された形になっている。

また、日本国内で実施したアンケート調査では、ヨモギの採取量やモグサの精製量の低下、ヨモギ採取者やモグサ製造者の高齢化、モグサの消費量の低下などの問題が明らかになった。

## F. 研究発表

### I. 論文発表、書籍等

#### 1. 国際学会

なし

#### 2. 国内学会

- 1) 形井秀一、日本鍼灸の歴史、全日本鍼灸学会誌、2012;61(5)、印刷中
- 2) 形井秀一、医学部漢方教育の中の鍼灸、第6回社会鍼灸学研究会 2011、2011；(抄録号)：23.
- 3) 形井秀一、現代における日本鍼灸の存在意義、社会鍼灸学研究、2011;(5):11-14.
- 4) 形井秀一編、山下詢著、町田しのぶ執筆協力、カラー アトラス取穴法、第3版、医歯薬出版、東京、2011.
- 5) 形井秀一、鍼灸の歴史、伝統鍼灸、2011；(71)：6-21.
- 6) 形井秀一監修、著、ツボ单、NTS、東京、2011.

#### 3. その他

- 1) 形井秀一、後藤修司、東郷俊宏、高澤直美、小野直哉、鍼灸の国際標準化と日本鍼灸、前編、東洋医学、鍼灸ジャーナル、2011；18：51～63.
- 2) 形井秀一、後藤修司、東郷俊宏、高澤直美、小野直哉、鍼灸の国際標準化と日本鍼灸、後編、東洋医学 鍼灸ジャーナル、2011；19：51～65
- 3) 形井秀一、WFAS 加盟と学会の今後、伝統鍼灸、2011;38(1): 1 .

## II. 講演等

### ■ シンポジウム

- 1) 形井秀一、箕輪政博、嶺縂一郎、樋口秀吉、三輪正敬、Michael O. Smith、小野直哉、伊藤和憲、災害と鍼灸、社会鍼灸学研究会、全日本鍼灸学会共催、2011年8月 .
- 2) 炭田精造、盛岡一、田上麻衣子、浅間宏志、安井廣迪、形井秀一、袴田高志、東郷俊宏、佐々木博美、日本の伝統医学に関わる生物遺伝資源と伝統的知識の行方、2012年2月

### ■ 講演

- 1) 形井秀一、日本伝統鍼治療の歴史と現状への入門、ドイツ国際日本伝統医学協会、フランクフルト（ドイツ）、2001. 11
- 2) 形井秀一、日本における伝統鍼治療の現状、ドイツ国際日本伝統医学協会、フランクフルト（ドイツ）、2001. 11
- 3) 形井秀一、日本伝統鍼治療の実技、ドイツ国際日本伝統医学協会、フランクフルト（ドイツ）、2001. 11

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

**厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書**

**研究2  
医学部における鍼灸教育に関する研究  
—アンケート調査—**

研究分担者　形井　秀一　　筑波技術大学鍼灸学専攻　教授

**研究要旨** 2001年に『医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン』（「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」）が出されてから10年が経過した。そこで、現時点での漢方と鍼、灸の教育の現状について、全国の医学部に対しアンケートを実施し、その実態を調査した。ここでは、鍼灸について報告する。

#### **研究協力者**

新井信 東海大学医学部教授

松本毅 千葉大学柏の葉環境健康フィールド助教

#### **A. 研究目的**

2001年に『医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン』（「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」）が出され、それを受け、全国80の医学部で、漢方医学教育（湯液、鍼灸等）が実施されるようになった。

しかし、漢方と鍼灸は、日本においては異なる歴史的経過を辿り、さらに、現在の日本の医師養成機関である大学の医学部においても、両者の扱いが異なる状況にある。

そこで、ガイドラインが示されてから10年を経た漢方と鍼、灸の教育の現状について、全国の医学部に対しアンケートを実施し、その実態を調査した。本論文では、鍼灸について報告する。

#### **B. 研究方法**

2011年7月4日に、全国の医学部を有する80の国公立および私立大学の医学部長宛に、漢方に関するアンケートと鍼灸に関するアンケートの2種類を同封して、送付し、回答を依頼した。締め切りは7月25日とした。アンケート方法は、往復とも郵送とし、大学名と回答者

**表1 アンケートの主な内容**

- 
1. 漢方、鍼、灸、それぞれの授業への導入時期
  2. 漢方導入に対する考え方
  3. 講義されている科目名、コマ数、授業内容
  4. 鍼灸を学ぶ学生の割合
  5. 教授する鍼灸理論
  6. 鍼灸教育の教材
  7. 今後の鍼灸導入の予定の有無
- 

名を明記してもらった。記述方法は、選択式と記述式とした。「アンケートの主な内容」を表1に示す。

本研究は、アンケート調査であるので、倫理面は特に問題ない。しかし、情報の管理を徹底し、公表時にも個別情報の提供元等が明らかにならないようにする旨、アンケート用紙に明記し、それを了解してもらった上で、回答してもらった。

#### **C. 研究結果**

80大学のすべてから回答を得、有効回答率は100%であった。

80大学中、鍼の教育を「導入していた」のは28大学(35.0%)、「導入なし」が46大学(57.5%)、「灸の教育を導入していた」のは21大学(26.3%)、「導入なし」が53大学(66.3%)であった(表2)。

漢方を導入したことに対する評価については、導入は、「良い」と答えた大学は71大学(88.8%)（図1）であった。また、鍼を導入することの評価を聞いたところ、80

大学中「よいこと」と答えた大学は、41大学（51.3%）（図2），鍼導入の評価は、80大学中「良いこと」と答えた大学が36大学（45.0%）であった（図3）。

#### D. 考察

漢方教育は80大学すべてが導入していたのに対し、鍼は28大学（35.0%）、灸は21大学（26.3%）の導入に

表2 漢方、鍼、灸の授業導入大学数

	導入あり	%	導入なし	%
漢方	80	100	0	0.0
鍼	28	35.0	46	57.5
灸	21	26.3	53	66.3
<b>n=80</b>				

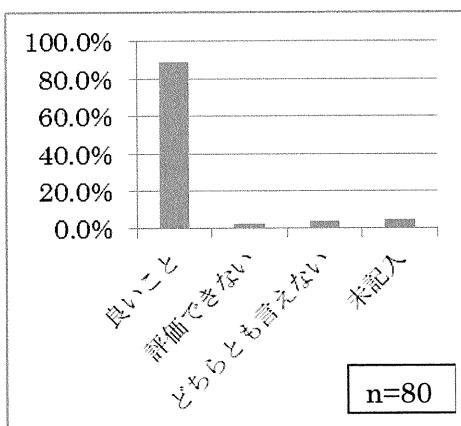


図1 漢方導入の評価

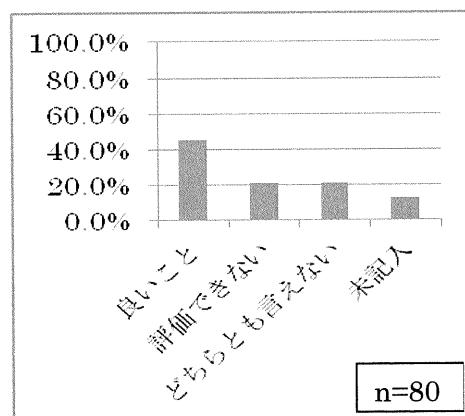
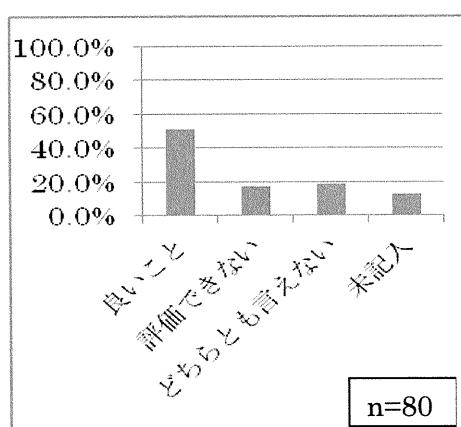


図3 灸導入の評価

止まり、漢方導入に比べて鍼灸導入はまだ低調であることが明らかになった。また、鍼灸の導入に対して、良いと評価した大学は、鍼は51.3%，灸は45.0%で、おおよそ半分の大学が鍼灸導入に良い評価を示したが、漢方教育導入を良いと評価した大学が71（88.8%）あったことに比べると評価が低かった。さらに、鍼灸の授業を1コマのみしか行っていない大学が60.6%，非常勤が授業担当する大学が17大学（60.7%）であり、医学部における鍼灸教育は、十分な教育体制が整っているとは言えず、今後さらに科目開設の努力が必要であると考える。

#### E. 結論

日本の80医学部における鍼灸の科目的カリキュラムへの導入状況の調査を行った。漢方教育に比べて鍼灸教育導入および指導内容は、まだ低調であることが明らかになった。

#### F. 研究発表

##### I. 学会発表

1. 国際学会  
なし
2. 国内学会
  - 1) 形井秀一, 日本鍼灸の歴史, 全日本鍼灸学会誌, 2012;61(5), 印刷中
  - 2) 形井秀一, 医学部漢方教育の中の鍼灸, 第6回社会鍼灸学研究会 2011, 2011; (抄録号) : 23.
  - 3) 形井秀一, 現代における日本鍼灸の存在意義, 社会鍼灸学研究, 2011;(5):11-14.
  - 4) 形井秀一編, 山下詢著, 町田しのぶ執筆協力, カラーアトラス取穴法, 第3版, 医歯薬出版, 東京, 2011.

- 5) 形井秀一, 鍼灸の歴史, 伝統鍼灸, 2011 ; (71) : 6-21.
- 6) 形井秀一監修, 著, ツボ单, NTS, 東京, 2011.
3. その他
- 1) 形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 高澤直美, 小野直哉, 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸, 前編, 東洋医学, 鍼灸ジャーナル, 2011 ; 18 : 51 ~ 63.
- 2) 形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 高澤直美, 小野直哉, 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸, 後編, 東洋医学 鍼灸ジャーナル, 2011 ; 19 : 51 ~ 65
- 3) 形井秀一, WFAS 加盟と学会の今後, 伝統鍼灸, 2011;38(1): 1 .

## II. 講演等

### シンポジウム

- 1) 形井秀一, 嶺綾一郎, 樋口秀吉, 三輪正敬, Michael O. Smith, 小野直哉, 伊藤和憲, 災害と鍼灸, 社会鍼灸学研究会, 全日本鍼灸学会共催, 2011年8月 .
- 2) 炭田精造, 盛岡一, 田上麻衣子, 浅間宏志, 安井廣迪, 形井秀一, 榎田高志, 東郷俊宏, 佐々木博美, 日本の伝統医学に関わる生物遺伝資源と伝統的知識の行方, 2012年2月,

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

日本漢方の多様性と日本化に関する歴史的考察に関する研究

研究分担者 小曾戸 洋 北里大学東洋医学総合研究所 医史学研究部部長

**研究要旨** 日本漢方について、各時代の変遷を述べた。とくに、江戸時代については、後世方派・古方派・折衷派・考証学派あるいは本草学の分野について述べ、さらに明治以降の漢方界の動向について略記した。日本漢方というと「方証相対」を重視し、病因への言及を回避した特定の学派に限定する向きもあるが、その考えは昭和初期になって定着したものであって、偏見にすぎない。日本の漢方はそれほど限定された視野では捉えられない。むしろ江戸時代、ことに元禄以降の日本医学は蘭学、博物学を含め、中国（清朝）をはるかに凌駕するほど幅広かったのである。

## A. 研究目的

中国から流入した医学から多様な流派が生まれ、日本化していく変遷を医史学的観点から考証する。

を冠し、彼國を表わすに「漢」や「唐」の字を冠したのである。「漢字」⇨「国字」、「漢文」⇨「国文・和文」、「漢語」⇨「国語・和語」、「漢籍」⇨「国書」などみなしかりである。「漢方」も例外ではなく、「蘭方」や「和方」に対する語にほかならない。

「方」とは何か。この場合、「方」は手段・方法・技術の意であり、「方技」「方術」「医方」を指すものと考えられる。

特殊な技能を要する職は多いが、わけても医はもっとも高度な技術を要するものとされた。人命を扱う技だからである。よって「方技」「方術」は漢の時代からとくに医術を指す語として用いられるようになった。『漢書』芸文志に医家の書を包括して「方技」（医經・經方・房中・神仙）と称し、『漢書』平帝紀に「史篇・方術・本草」の語が見え、『後漢書』に医家を含む方術伝があるがごとくである。方技書の医經の筆頭は『黃帝内經』であるから、「方技」「方術」に鍼灸術が含まれることはもちろんである。

「医方」の語は『史記』以来、典籍にしばしば見える。これに鍼灸の含まれることは多くの例をあげるまでもない。『史記』ではとくに秘伝の医方を「禁方」と称している（孝武紀・扁倉伝）。

以上のことから「漢方」とは「漢方技」「漢方術」「漢医方」のことであり、「中国の医術」と同義であることが理解されよう。より正確には「日本人が中国から伝來した医術を指していった言葉」というべきか。私の知る限りでは、「漢方」の用語は幕末・明治初の浅田宗伯の書が初

## B. 研究方法

中国から流入した医学は日本で後世派、古方派、折衷派などの多様な発展を遂げ、腹診重視や方証相対の考え方などの日本化が進んだ。その変遷を文献的に考証し、中国医学とは異なる日本伝統医学の特徴を医史学的観点から明確にする。

### 倫理面への配慮

なし

## C. 研究結果と考察

### 1. 「漢方」とは

漢方の歴史は長い。古代中国に発した伝統医学は朝鮮半島から日本など東アジア諸国に広がり、固有の展開をみた。

「漢方」の「漢」はいうまでもなく「中国」という意味であろう。漢（前漢・後漢）は本来は固有の王朝名ないしは時代を指すが、とくに日本人は古来、「漢」を中国の代名詞として用いてきた（唐も同様）。すなわち日本人は自国の事物を表わすに「和（倭）」や「国」の字

出かと思われるが、浅田宗伯は古方すなわち張仲景方の意で用いていたようである。「漢方」が薬物療法に限定されると感ずるむきがあるのは、「方」といえば「方剤」「方藥」を想起させるのが原因と思われるが、「方」は本来「医」の意であることを強調したい。

中国では自国の医学をあえて「漢方」という必要はなかった。西洋医学が入ってからは自国の医学だから「国医」と称し、中華人民共和国成立後は「中国医学」を略して「中医学」と称したのである。であれば、これに対し日本化された中国伝統医学を「漢方」と称してもあながち問題ではなかろう。

なお、日本漢方は昭和期に入ってから形成されたといい、『傷寒論』を主軸とした方証相対主義（古方流）に限るむきもあるが、それは日本伝統漢方の全体像ではなく、そのような考えでは日本漢方の多様性は論じられまい。日本漢方は平安時代の『医心方』に溯り、鎌倉・南北朝・室町時代を経て、江戸時代を通じて培われたものにはかならない。百歩譲っても、少なくとも『近世漢方医学書集成』（大塚敬節・矢数道明責任編集、1979～84刊）に収録された日本医家の書を概観することなしに日本漢方は語れない。それこそが昭和漢方を築いた先輩たちの本意なのである。

## 2. 中国の伝統医学

中国の伝統医学には、日本の倍の約三千年の歴史がある。

中国では殷・周・春秋・戦国時代を通じ、膨大な経験と知識の集積のもとに中国特有の医学が形成されていった。先秦時代における形成の過程は、甲骨文字史料から『周礼』、『呂氏春秋』、『淮南子』、『史記』扁鵲倉公伝、『漢書』芸文志といった古典籍や、長沙馬王堆漢墓をはじめとする新出土の医学史料などからうかがうことができる。

漢代になって中国の医学は体系化され、基盤が確立した。漢代に成立したとされ今日に伝えられる医学典範に『黄帝内經』『神農本草經』『傷寒論』の三大古典がある。この三書は漢方医学の根幹をなす基本典籍として、今なお中国でも日本でも最大の評価が与えられている。漢方の源流はこの三書にあり、換言すればこの三書を知らずして漢方医学を理解することはできないということでもある。よって、日本でも『黄帝内經』『傷寒論』そして本草（近世では『本草綱目』が中心）に関する注解・研究書があまた作られた。

### ■『黄帝内經』

『黄帝内經』は医經と称され、一言でいうと医学の総合理論を説き、かつ物理療法（針灸術）を述べた医典で

ある。春秋戦国以来の医学論文を集大成したもので、『素問』と『靈枢』という二つのテキストから成る。前者は基礎理論、後者は臨床医学に重点が置かれてはいるが、そこに貫して流れる理論基盤は中国独特の哲学思想である陰陽五行説である。陰陽説についてはここに説明するまでもないが、医学においては虚実・寒熱・裏表・慢急・臓腑などに陰陽を配当させ、生理・病理を説く。一方、五行説においては、宇宙の五大要素である五行（木・火・土・金・水）を人体の臓（肝・心・脾・肺・腎）、腑（胆・小腸・胃・大腸・膀胱）、感覚器（眼・舌・唇・鼻・耳）、組織（筋・血脈・肌肉・皮毛・骨）や、感情（怒・喜・思・憂・恐）、味覚（酸・苦・甘・辛・鹹）などにそれぞれ配当させる。そしてそれが木→火→土→金→水……という相生関係、かつ木→土→水→火→金→木……という相剋関係にあって生理が営まれているというのである。その均衡がとれた状態が健康であり、邪氣や正氣の乱れによってバランスの崩れた状態が病気である。当然、診断とはどこがどうアンバランスであるかを察知する行為であり、治療とは薬物や針灸などの手段を用いてバランスを回復させる行為にはかならない。漢方医学の長所が、部分ではなく全体を視、病原体や病巣そのものの攻撃排除よりも自然治癒力の回復を主眼とするところにあるといわれるのは、このような考えに根差している。

### ■『神農本草經』

『神農本草經』は、個々の漢方薬や薬効や特性について述べられた薬物学書、いわゆる本草の原典である。神農は黄帝・伏羲とともに三皇といわれる伝説上の帝王で、医薬祖神とされる。ここには365種の動・植・鉱物薬が、上品・中品・下品の3ランクに分類して収録されている。これを本草の三品分類という。上品（上薬ともいう）は生命を養う薬（養命薬）で、無毒であり、長期間服用すべきもの。中品は体力を養う薬（養性薬）で、有毒・無毒の両方があるから注意して服用する。下品は病気の治療薬（治病薬）で、有毒であるから長期服用はいけない。以上のような規定がある。西洋医学でいう薬の概念は下品に相当するものであり、本草の薬は西洋の薬よりも概念が広い。つねづね上品ないしは中品の薬を服して健康を保ち、下品に頼るのは最後の手段でさほど好ましいことではないというのがここでの思想である。また、中国伝統本草の特徴の一つに薬物の配合を重視することがあげられる。薬物には君・臣・佐・使の別（役目）があり、処方を構成するにあたっては、配合の割合に一定の規律があるという。さらに二つの薬物を組み合わせると薬効が変化するという七情（単行・相須・相使・相反・相惡・相殺・相畏）と称する配合原則もある。相反・相惡は禁

忌を意味する。この考え方によって中国伝統医学では単味の薬物は一素材であり、実際の治療は複合薬剤で行う処方学が発達した。素材の薬物には薬効を調整するための加工が施されることもあり、これを修治あるいは炮炙などという、処方においては薬効、用途により、丸・散・湯・酒漬・膏煎といった剤型の工夫もなされた。本草に記された薬効は今日なお生薬学の成分・薬理研究上で参考にされている。中国では自然界のあらゆるものが薬とみなされたといつても過言ではない。よってこの本草学はしだいに博物学へと発展していった。ちなみに、ほぼ同時代に作られたヨーロッパの薬物書では、植物等を自然形態学的な観点から分類してある。それに対し中国本草の三品分類は人間を本位とした薬効別分類となっており、西洋と東洋の発想の本質的相違を見てとることができる。『神農本草經』に続いて、後漢末には別に365種の薬物を新収した『名医別録』なる本草書が作られ、以後、梁代には陶弘景の『本草經集注』(500年頃、730種)、唐代には『新修本草』(659年、830種)、宋代には、『開寶本草』(974年、984種)、『嘉祐本草』、(1061年、1084種)、『証類本草』(1108年、1774種)、明代には『本草品彙精要』(1505年、1815種)、『本草綱目』(1590年刊、1892種)などの本草書が編纂された。

#### ■『傷寒論』

『傷寒論』は生薬を巧み組み合わせた複合薬物処方を用いて種々の病態に対応する治療医学書である。もともとは雑病を扱った『金匱要略』と一つの書で、後漢末(3世紀初)に長沙の太守であった張仲景によって著されたとされる。傷寒とは寒邪に傷害された腸チフス様の急性熱性病である。この書ではその病態を進行状況によって6つのパターン(病期)に分けている。これを三陰三陽病(六経病)といい、各病症にはそれに対応する処方がいくつも設定されている。たとえば葛根湯はその第1期症の適応方剤の一つであり、小柴胡湯は第3期症のそれである。したがって病症を的確に類別しさえすれば、つまり診断を誤りさえしなければ、確実に有効な処方が提示されるというしくみになっている。診断が即座に治療につながるこのしくみを日本漢方では拡大解釈して「証」という考え方でとらえ、あらゆる病気に応用できるとした。これが江戸後期に主流となった古方派のいきつくところで、漢方は病名治療ではないという、いわゆる方証対応・隨証治療の考え方はここに由来している。

#### ■中世～現代

唐代までにも数多くの医書が著されたが、基本的には上述の三大古典の延長線上にある。唐代の代表的医書には『千金方』(孫思邈、650年代成)や『外台秘要方』(王

肅、752年成)などがある。

宋代には『太平聖恵方』(王懷隱ら、992年成)『聖濟総録』(勅撰、1111～18)『和剤局方』といった医学書・処方集があり、とくに『太平惠民和剤局方』(陳師文ら、1170～10)には今日でもよく用いられる漢方処方が載せられている。

金元代には革新的な医学理論の展開運動がなされ、劉完素(河間、12世紀)・張子和(従正、1156～1228)・李東垣(杲、1180～1251)・朱丹溪(震亨、1281～1358)の金元四大家に代表される学医が登場した。たとえば防風通聖散は劉の、補中益氣湯は李の、滋陰降火湯は朱の創製になる処方である。金元医学理論は後代に引き継がれ、現代中医学理論の基盤を形成した。

明清代にも金元の流れをうけた医書が多く世に出た。明代の薬物書の代表には『本草綱目』(李時珍、1578年成)、処方集ではわが国の医学に大きな影響を与えた『万病回春』(龔廷賢、1587年成)などがある。清代には温病学という新しい医学理論も展開された。これも中医学理論の一角をなしている。

中華民国を経て、中華人民共和国が成立してから、政府の指導で従来の伝統医学理論の整理・統合がはかられ、その結果、現在中医学理論と呼ばれるいちおうまとまつた体系が作られた。しかし完全に画一化されたわけではなく、かえって統一化によって学問レベルの低下を招いた面もある。中華人民共和国では漢字の普及を優先して簡略字化政策をとったため、古典の理解には弊害を來す結果となった。同様に、現代中医学は中国伝統医学の簡略化にはかならない。文化の歴史は多様化の歴史であり、今日の安易な統一化(国際化・グローバル化)の風潮には危惧の念が残る。常に試行錯誤の状態にあり続けるのは、西洋医学に限らず、伝統医学の宿命といえよう。

### 3. 日本漢方の展開

#### ■奈良時代以前

わが国における大陸医学文化の導入はむろん他の大陸文化と軌を一にし、6世紀頃までは主に朝鮮半島経由で行われていた。医薬書伝来の初出記録は、仏教伝来にわずかに遅れる562年、呉人智聰の半島経由による「薬書・明堂図」などの将来である。「明堂図」とは針灸のつぼを図解した人体経穴配置図であろう。

7世紀以降、遣隋使・遣唐使による中国との正式交流開始にともない、医学文化が直接、大量に輸入されるようになった。惠日・福因らが大きな役割を担った。やがて律令制が導入され、701年には大宝律令が施行。医制を定めた医疾令には医学の教科書に『脈經』(王叔和、3

世紀後半)『甲乙經』(皇甫謐、3世紀後半)『本草經集注』『小品方』(陳延之、5世紀後半)『集驗方』(姚僧垣、6世紀)『素問』『針經』といった漢～六朝の中国医書が指定され、学習された。この規定はとりもなおさず、初唐の医制をほぼそのまま受容したもので、逆に当時の中国の方針を知ることができる。『針經』は『靈樞』の古称であり、『素問』と合わせて『黃帝內經』を成す。『甲乙經』は『素問』『靈樞』に経穴解説書『明堂』を加えて再編集した針灸医学書。『脈經』は『黃帝內經』『傷寒論』その他の古典から再編成した脈診学の典籍。『本草經集注』は『神農本草經』を補注した薬物学書。『小品方』および『集驗方』は『傷寒論』系の処方医学を中心とした医書である。いずれも前述の三大古典の延長線上にあった。

#### ■ 平安時代

平安時代には自国の文化意識の高揚によって日本独自の医学書が編纂されるようになった。808年には出雲広貞らが『大同類聚方』を、870年以前にはその子菅原岑嗣らが『金蘭方』なる医書を勅を奉じて撰したというが伝わらない。現伝本はいずれも偽書である。

遣唐使は838年を最後に廃止されたが、それまでには唐の主だった医書のほとんどは輸入されていた。『日本國見在書目録』(藤原佐世、898年頃成)には166部、1309巻もの漢籍医薬書の存在が記録されており、日本人の中国医学文化に対する摂取意欲の旺盛さがうかがえる。

984年にはこれらの渡来医書を駆使して日本現存最古の医学全書『医心方』30巻が編纂された。撰者は帰化中国人の8世の子孫、丹波康頼である。この書の記載のほぼすべては200種近くの中国医書(一部に朝鮮医書)からの引用で成り立っており、その意味では本質的に中国医書であるが、資料の選択眼には日本の風土・嗜好の反映が認められる。本書は成立時に近い古写本が現伝しており、中国には宋の印刷本を介した古典しか伝存しないのに対し、六朝・隋唐医学書の原姿を研究する上で貴重な資料を提供している。

#### ■ 鎌倉・南北朝時代

鎌倉時代に入る頃となると、中国より宋の医学書が伝えられるようになり、その様相は一変した。北宋には印刷技術が革新的な発達をとげ、従来写本として伝えられた医学古典の数々が校勘され、はじめて印刷本として世に流布するようになった。これは医学知識の普及という面において画期的なことであった。また先述のごとく『太平聖恵方』や『聖濟總錄』といった膨大な医学全書、あるいは『和剤局方』など宋の国定処方集が政府によって編纂・出版。南宋に入ってからも医書の刊行は相次ぎ、

それら宋刊本が日宋貿易を背景に続々と舶載された。金沢文庫伝來の古版医書はその一端を示すものである。

武士の時代にあって、医学の新しい担い手は従来の貴族社会の宮廷医から禪宗の僧医へと移行し、医療の対象は貴族中心から一般民衆へも向けられるようになった。僧医梶原性全の『頓医抄』(1303年)や『万安方』(1315年)、そして有林の『福田方』(1363年頃)はこの時代の特徴をよく反映した医学全書といえる。従来の日本の医書は、中国医書から漢文のまま忠実に抜粋したものであったが、『頓医抄』や『福田方』は新渡来の多くの医書を駆使しつつも和文に直して咀嚼され、しかも著者独自の見解が随所に加えられている。

#### ■ 室町時代

室町時代には明朝との勘合貿易が始まり、明に留学し帰朝した医師たちが医学界を先導するようになる。南北朝末の竹田昌慶を皮切りに、月湖・田代三喜・坂済運・半井明親・吉田意安などがいた。

当時導入された明初の最新医学は、金元時代に新たに勃興した革新的医学理論を背景にしたものであった。この金元医学は、たてまえは端的にいえば前述の漢の三大源流医学を理論統合しようとする試みであったが、結果は中国医学に新たな方向性を開くこととなった。その主導者として上述の金元の四大家(劉完素・張子和・李東垣・朱丹溪)と称される人々がおり、治療方針の特徴からそれぞれに学派をなした。ことに補養を軸とする李東垣・朱丹溪の医学は日本でも李朱医学と称して大いに受けた。

室町時代の知識階級の医家達はこの新医学を盛んに摂取し、普及につとめた。その機運の高まりのなかで、1528年、日本で初めて医学書が印刷出版された。それは明の熊宗立が編纂した『医書大全』(1446年刊)を堺の阿佐井野宗瑞が財を投じて覆刻したもので、医書の印刷出版は中国に遅れること500年であった。さらに70年後には豊臣秀吉の朝鮮出兵によって朝鮮から活字印刷の技術が伝えられ、これを用いて金元・明を中心とした多量の医薬書が印刷され広く普及するようになった。いわゆる古活字版である。日本の医書出版文化はここに始まる。

#### ■ 安土桃山時代

室町末期から安土桃山時代に活躍した名医に曲直瀬道三(1507～94)がいる。道三は当時の中国医学を日本に根づかせた功労者として特筆すべき人物である。田代三喜に医を学び、京都に医学舎啓迪院を創建。あわせて宋・金元・明の医書を独自の創意工夫によって整理し、『啓迪集』(1574年成)をはじめとする幾多の医書を著述し

て、後進の啓蒙・育成に尽力した。道三の医学理論は明の医書を介するところの金元医学に依拠し、ことに朱丹溪の学説を信条とする。この陰陽五行説を背景とし、経験処方の駆使運用を手段とする曲直瀬流医学は、曲直瀬玄朔をはじめ後継者の輩出によってさらに後の明代医書（たとえば『万病回春』など）を積極的に吸収し、江戸前期には最も隆盛をきわめ、中期から末期へと及んだ。この流派を、その後興った古方派に対して、後世方派（後世派とも）と称している。

#### ■後世方（新方）派

ひとくちに後世方派といつても、依拠する中国医書によっていさか思想を異にする学派に分かれる。なかでも日本に最も強い影響を及ぼしたのは李朱医学、すなわち李東垣（李杲）と朱丹溪（朱震亨）の二人の医家であった。儒医の香月牛山（1656～1740）、『牛山方考』『牛山活套』『老人必用養草』など）などは江戸中期の後世方派医家の代表的人物である。とはいえたが、中国の書をそのまま盲信したわけではない。牛山は牛山なりに受容し、自論を展開したのである。

日本の漢方は曲直瀬道三以来、医学の基本規準を薬剤処方に置き、その運用を第一義として医学を展開した傾向が強いようである。すなわち中国が理屈を重んじたのと対照的に、日本は実践を重んじたとされる（中川修亭『医方新古弁』説）。『衆方規矩』（曲直瀬道三、1636刊）『医方口訣集』（長沢道寿原著・中山三柳増補・北山友松子頭注、1681年刊）『古今方彙』（甲賀通元、1747年刊）は道三流の敷衍である。江戸中期まで、中国の医書では『医学正伝』（虞搏、1515年成）『医学入門』（李梴、1575年成）『万病回春』（龔廷賢、1587年成）『寿世保元』（龔廷賢、1615年成）などがよく読まれた。『医学正伝』の一部を単行した『正伝或問』、そして『医書大全』（熊宗立、1446年刊）の医論のみを抄出した『医方大成論』さらに『十四經発揮』（滑寿、1341年成）『難經本義』（滑寿、1361年成）『運氣論奥』（劉溫舒、1099年成）『医經溯源集』（王履、元末明初成）『局方発揮』（朱丹溪、1347年成）『格致余論』（朱丹溪、1347年成）『本草序例』（『証類本草』の序例部分のみを単行したもの）『素問玄機原病式』（劉完素、1154年頃成）などを取り合わせた「医家七部書」が流行した。著名な医家としては曲直瀬玄朔（1549～1631）、『医学天正記』『医法明鑑』『延寿撮要』など）以下、岡本玄治（1587～1645）、『家伝預薬集』『玄治方考』『灯下集』など）、古林見宜（1579～1657）、『日記中棟方』『妙藥速効方』など）、長沢道寿（？～1637）、『医方口訣集』『増補能毒』など）、北山友松子（？～1701）、『北山医案』『医方考縛愆』など）、中山三柳（1614～84）、『遂生雜記』

『病家要覧』など）、そして先に述べた香月牛山、また加藤謙斎（1669～1724）、『医療手引草』『片玉六八本草』『方的』など）、津田玄仙（1737～1809）、『勸学治体』『積山遺言』など）、さらには北尾春圃（1658～1741）、『提耳談』『当壯庵家方口解』『桑韓医談』など）、福井楓亭（1725～92）、『崇蘭館集驗方』『方詒弁解』『瀕湖脈解』など）、降っては和田東郭（1744～1803）、『蕉窓雜話』『蕉窓方意解』『導水瑣言』など）、高階枳園（1773～1843）、『求古館医譜』『求古館方譜』『伝家歷驗方』など）らがいる。岡本一抱（1654～1716）、『医学三藏弁解』『医經溯源集倭語鈔』『十四經絡發揮和解』など多数）は数多くの中国医書の和訓注解を行い、また自らの著作によって啓蒙に寄与した。

#### ■古方派

17世紀後半、江戸中期以降の日本漢方界は、『傷寒論』を最大評価し、そこに医学の理想を求めようとする流派によって大勢が占められるようになった。漢の時代に作られた『傷寒論』の精神に帰れと説くこの学派を古方派と呼ぶ。中国では宋代に『傷寒論』が再評価され、さらに明から清にかけて、復古と称し『傷寒論』に理想を求める一学風が生じた。『傷寒論』を自己流に解析し、『傷寒論』中の自説に合う部分を張仲景の旧文とし、合わない部分を王叔和や後人の竄入として排除するやや過激なグループである。日本の古方派はこれに触発されたのである。この古方派に属する人々として、名古屋玄医（1628～96）、『医学愚得』『医方問余』『怪癪一得』『金匱要略註解』『閥甫食物本草』など多数）、後藤艮山（1659～1733）、『師說筆記』『艮山先生医説』など）、香川修庵（1683～1755）、『医事説約』『一本堂行余医言』『一本堂薬選』など）、内藤希哲（1701～35）、『医經解惑論』『傷寒雜病論類編』など）、山脇東洋（1705～62）、『蔵志』『養寿院医則』『養寿院方函』など）、吉益東洞（1702～73）、『医事或問』『医斷』『医方分量考』『建殊錄』『古書医言』『方機』『方極』『薬微』『類聚方』など多数）、永富獨嘯庵（1732～66）、『吐方考』『漫遊雜記』『葆光秘錄』など）、村井琴山（1733～1815）、『医道二千年眼目篇』『薬微統編』『薬量考』『類聚方議』『和方一万方』など）、亀井南冥（1741～1814）、『古今齋以呂波歌』『南冥問答』など）などの名医がいるが、それぞれ違った観点に立っていた。吉益東洞はなかでももっともきわだった考え方を持った医家であった。

東洞は、病気はすべてひとつの毒に由来し、その毒の所在によって種々の病態が発現するのだと説いた（万病一毒説）。また、薬というものはすべて毒である、毒をもって毒を制するのだと主張し、いきおい攻撃的な治療法を行った。それで治らずに死亡するのは天命で、医師のあざかるところではないと断じ（天命説）、当時の医学界