

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ヵ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ヵ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、韓医学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、両者と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間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砕き、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。現時点では、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, 嶺絵一郎, 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, 裕田高志, 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. 知的所有権の取得状況

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）**  
**総合研究報告書**

**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。

**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
- 

アンケート方法は、往復とも郵送とし、大学名と回答者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、鍼灸の教育を「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）であつ

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）、灸導入の評価は、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、

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 |

n=80

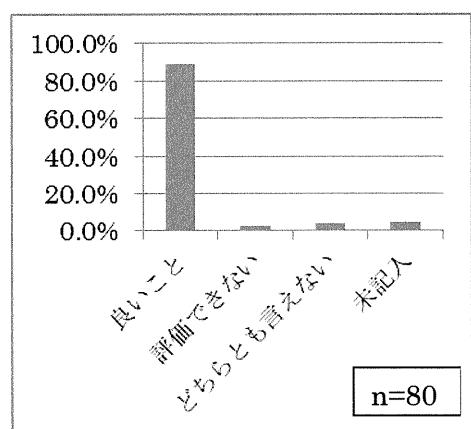


図1 漢方導入の評価

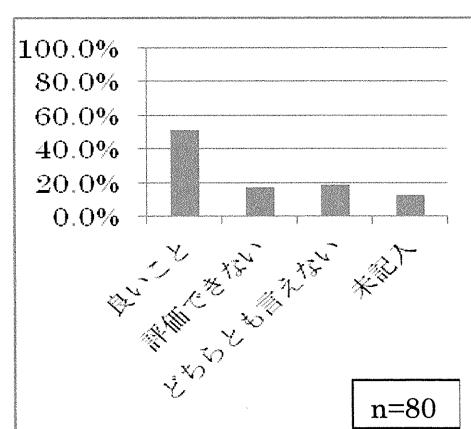


図2 鍼導入の評価

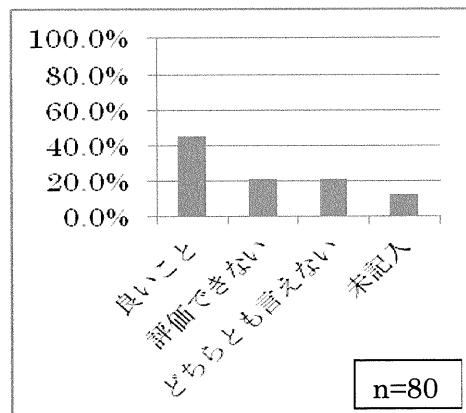


図3 灸導入の評価

鍼は28大学（35.0%）、灸は21大学（26.3%）の導入に止まり、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, ツボ単, 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, 嶺総一郎, 横口秀吉, 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, 裕田高志, 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. 知的所有権の取得状況

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）**  
**総合研究報告書**

**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**

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。

## 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「國」の字

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」（医経・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。方技書の医経の筆頭は『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

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ほかならない。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・血管・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（上葉ともいう）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、中国传统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传统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、『開宝本草』(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、いわゆる方証相対・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

燾、752年成)などがある。

宋代には『太平聖恵方』(王懷隱ら、992年成)『聖濟總錄』(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つた。同様に、現代中医学は中国传统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、吳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『脈経』(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』に經穴解説書『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存しており、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。北宋代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『太平聖惠方』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)と称される人々があり、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』『医方考繩愆』など）、中山三柳（1614～84,『遂生雜記』

『病家要覽』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』『伝家歴驗方』など）らがいる。岡本一抱（1654～1716,『医学三蔵弁解』『医經溯源集倭語鈔』『十四經発揮和解』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』『怪瘡一得』『金匱要略註解』『閔甫食物本草』など多数）、後藤良山（1659～1733,『師説筆記』『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,『藏志』『養寿院医則』『養寿院方函』など）、吉益東洞（1702～73,『医事或問』『医断』『医方分量考』『建殊錄』『古書医言』『方機』『方極』『葉徵』『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』『葉徵統編』『葉量考』『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

で論争を巻き起こした。東洞は陰陽五行説など中国自然哲学の概念を否定。『傷寒論』の文章を完膚なきまでに割裂して『類聚方』(1764年刊)や『葉徵』(1785年刊)を編述し、最左翼の古方派となった。日本的な証の概念、主義はこの時点で形成されたといえる。その一刀両断の医論は江戸後半の医界を風靡し、現代の日本漢方に絶大な影響を及ぼすことになった。東洞の跡を継いだ南涯は、父の過激ともいえる医説を修正する方向に向かい、気血水説によって病理と治療の説明を行った。南涯の医説もまた現代漢方の強い背景をなしている。幕末に江戸で活躍した尾台榕堂(1799～1870)、『方伎雑誌』『類聚方広義』『医余』など)は吉益東洞の医説を信奉し、現代日本の漢方に伝える橋渡し的役割を果たした。

#### ■ 折衷派

中国人が論理性、いわば抽象的理屈を尊んだのに対し、日本人は実用性・具体性を優先した。これは医学でも同じである。古方派が極端な主義に走ったこともあって、処方の有効性を第一義とし、臨床に役立つものなら各派の良所を享受するという、柔軟な姿勢をとる人々も現れた。こういった立場の人々を折衷派と称している。先述の和田東郭や荻野元凱(1737～1806)、『刺絡編』『吐法編』など)、中神琴渓(1744～1833)、『生々堂医譚』『生々堂養生論』『生々堂傷寒約言』『生々堂雜記』など)、原南陽(1752～1820)、『經穴彙解』『寄奇方記』『傷寒論夜話』『叢桂偶記』『叢桂亭医事小言』『砦草』など)、片倉鶴陵(1751～1822)、『傷寒啓微』『産科発蒙』『静僊堂治験』『青囊瑣探』『徽癘新書』『保嬰須知』など)なども折衷派に分類され、今日でも和田東郭の臨床手腕は高く評価されている。蘭学との折衷をはかった人も少なくない。紀州の華岡青洲(1760～1835)、『春林軒丸散便覽』『青洲先生治驗録』(ほか多数)はその筆頭で、生薬の麻酔剤を開発し、世界で初めて乳がんの摘出手術に成功したことは有名である。後継者に本間棗軒(1804～72)、『内科秘録』『瘍科秘録』(ほか)がいる。明治前期の漢方界においていちじるしい活躍をなした浅田宗伯(1815～94)、『勿誤藥室方函』『勿誤藥室方函口訣』『医学典刑』『橘窓書影』『古方藥議』『脈法私言』『傷寒論識』『雜病論識』『皇國名医伝』『先哲医話』『医学智環』(ほか多数)もその学術は折衷派に属するものといえよう。宗伯は幕末明治の漢方界の巨頭として最後の舞台の主役をつとめた。臨床家としての業績に今日学ぶべきものは多い。

#### ■ 考証学派

江戸後期には、従来の身勝手な文献解釈に対する批判、反省のもとに考証学派という学派も興り、幕末に頂点をきわめた。考証学派は清朝考証学の学風を継承し、

医学の分野に導入して漢方古典を文献学的・客観的に解明、整理しようとするものであった。多紀元簡(1755～1810)、『傷寒論輯義』『金匱要略輯義』『素問識』『靈樞識』『扁鵲倉公伝彙考』『脈學輯要』『医臘』(ほか)・多紀元胤(1789～1827)、『医籍考』『難經疏証』(ほか)、元堅(1795～1857)、『傷寒論述義』『金匱要略述義』『素問紹識』『藥治通義』『傷寒廣要』『雜病廣要』(ほか)父子をはじめとする江戸医学館の人々が中心で、伊沢蘭軒(1777～1829)、『蘭軒医話』『蘭軒医談』(ほか)、渋江抽斎(1805～58)、『靈樞講義』(ほか)、小島宝素(1797～1848)、『河清寓記』(ほか)、森立之(1807～85)、『本草經攷注』『傷寒論攷注』『素問攷注』(ほか多数)、山田業広(1807～81)、『医学管錐』(ほか多数)らの医学者がいる。考証学派の業績は明治以降、本家の中国に紹介され、今日でも高い評価を受けている。考証学者といえば文献一辺倒かと思われがちであるが、山田業広など臨床に長けた人々も少なくなかった。

#### ■ 本草学

本草学についていえば、中国の本草書は飛鳥時代には『本草經集注』、奈良時代には『新修本草』が伝來した。平安時代後期には『証類本草』が渡来し、鎌倉室町時代を通じて本草の典範とされた。江戸時代初期には『本草綱目』が輸入され、本草学の基本文献として計り知れない影響を及ぼした。江戸時代の本草書には『藥性能毒』(曲直瀬道三、16世紀末)、『閔甫食物本草』(名古屋玄医、1669年成)、『庖厨備用本草』(向井元升、1671年成)、『本草弁疑』(遠藤元理、1681年刊)、『本朝食鑑』(人見必大、1692年成)、『広益本草大成』(岡本一抱、1698年刊)、『大和本草』(貝原益軒、1708年成)、『用藥須知』(松岡玄達、1726年刊)、『藥籠本草』(香月牛山、1727年成)、『一本堂藥選』(香川修庵、1731～38年刊)、『葉徵』(吉益東洞、1771年成)、『本草綱目啓蒙』(小野蘭山、1803～05年刊)、『古方藥品考』(内藤尚賢、1840年成)他がある。

なお、日本で特有の進歩・展開を遂げた漢方診断法に腹診術がある。日本漢方を論ずる上では必須の事項であるが、これは南北朝時代に萌芽し、江戸時代を通じて種々の流儀が派生した経緯があり、複雑で未解明の部分も多いので、小論では割愛する。

#### ■ 明治時代以降

明治時代となってから、西洋化・富国強兵をめざす新政府は、漢方医学廃絶の方針を選択し、浅田宗伯(あさだそうはく)・山田業広(やまだなりひろ)・森立之(もりたつゆき)ら漢方家は温知社(おんちしゃ)などの結社を作つてその存続運動を行つた。1875年、洋方による医師開業試験が実施され、浅田宗伯らは洋方6科に

対し、漢方6科を提案してこれに抵抗した。温知社は1879年に設立され、1886年まで続いた。『温知医談』(1879～1889)、『和漢医林新誌』(1881～87)、『継興医報』(1893～97)などの雑誌が刊行され、また和漢医学講習所（東京温知学校・1883）、温知病院（1884）などの漢方診療施設が開設され、1890年には浅井国幹（あざいこっかん）らが議会請願のため帝国医会を結成して漢方の存続をはかったが、時代の西洋化の大きなうねりに抗することはできなかった。

1894年には浅田宗伯が没し、翌1895年、国会第八議会において漢医継続願は否決。以後、漢方医はその代だけで資格を失い、漢方医の子弟も西洋医学の試験に合格しなければ医師にはなれなくなった。これによって漢方は極端に衰退し、学問的にはほとんど断絶の状態となつた。1900年、浅井国幹は『告墓文』を作つて漢方の終焉を先祖の墓に告げ、非力を詫びた。

しかし法律と西洋医学は漢方の有用性を完全に否定し、抹殺し去ることはできなかつた。ごく一部の人々によつて民間レベルで伝えられた漢方は、和田啓十郎（わだけいじゅうろう）の『医界之鉄椎』(1910)さらに湯本求真（ゆもときゅうしん）の『皇漢医学』(1927)などの著述が引き金のひとつとなり、昭和時代に入つて漢方は次第に脚光を浴びるようになつた。むろん民間の医療現場で漢方薬を用い、一般の根強い支持を得続けた数多くの薬系（薬剤師・薬種商）の人々の努力は看過できない。

戦前戦後を通じ、漢方に関する研究団体、教育機関が組織され、漢方復興の活動が精力的になされた。関東では大塚敬節（おおつかよしのり）・矢数道明（やかずどうめい）・奥田謙藏（おくだけんぞう）、関西では細野史郎（ほそのしろう）ほかが主導者となって尽力した。1938年には東亜医学協会、さらに戦後1950年には日本東洋医学会が設立され、現在に至つてはいる。

## D. 結論

以上、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。学派・学統については従来の説に従つていちおう分類したが、これらの学統は必ずしも

明確に区別しうるものではない。後世方は金元医学に依拠するとされるが、金元医学は張仲景の古方を軽視したわけではない。古方派は吉益東洞でさえも『傷寒論』、『金匱要略』以外の薬物を使用した。折衷派とは臨床上、種々の学派の医方を受容した医家たちの総称であり、一方、考証学派とは机上の研究において文献考証の手法を導入した医家たちを指す。折衷派と考証学派は観点の異なる位置づけであり、両者の区別はしがたい。また江戸時代には各学派間に交流がなかつたかのごとく説く人がいるが、これも正鵠を射ていない。蘭方（洋方）家と漢方家の間にすら、ときによつては密接な交流があつた。別な例を挙げれば、純粹な古方派というべき尾台榕堂と、折衷もしくは考証学派に属した浅田宗伯との間にも親密な交わりがあつた。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つて、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つたのである。少なくとも伝統医学知識のみの水準で比せば、現代（平成）の漢方界は江戸時代の足元にも及ばないといつても過言ではなかろう。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## F. 知的所有権の取得状況

### 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）**  
**総合研究報告書**

**鍼灸領域における標準テキスト作成の意義**

研究分担者 東郷 俊宏 東京有明医療大学保健医療学部 准教授

**研究要旨** 本課題では、平成 22, 23 年度と 2 年間にわたり、統合医療の実現を視野に置いた「伝統医学標準テキスト」の基礎的な資料として、「伝統医学テキスト 鍼灸編」の作成を行ってきた。本稿では、本課題の主旨に照らしながら、なぜ今日の鍼灸教育において標準化されたテキストが必要なのかを、以下の 3 つの文脈に即してまとめるとともに、本課題で作成したテキストの意義と課題点についても総括する。  
1) EBM 潮流, 2) 国際標準化の潮流, 3) 統合医療

**研究協力者**

野口栄太郎 筑波技術大学保健科学部教授  
形井秀一 筑波技術大学保健科学部教授  
篠原昭二 明治国際医療大学鍼灸学部教授  
山下 仁 森ノ宮医療大学教授  
坂口俊二 関西医療大学鍼灸学部准教授  
宮川浩也 みやかわ温灸院院長  
小林詔司  
高士将典 東海大学医学部付属大磯病院

察する。

- 1) 1990 年代以降の EBM の潮流
- 2) 国際標準化
- 3) 日本型統合医療

**倫理面への配慮**

文献研究を主体とするので倫理面での問題は含有しないと考える。

**C. 研究結果**

**C-1 1990 年代以降の EBM の潮流**

医学研究の歴史において、初めて EBM (Evidence-based Medicine) という言葉が使われるようになったのは、1991 年 Guyatte が発表した論文においてとされる (Evidence-based Medicine, ACP Journal Club, 1991)。

EBM の主眼は、ヒトを対象とした臨床研究の成果を日常診療にフィードバックすることにある。すなわち、医療費の増大、患者の疾病に対する知識の増大化、IT 技術の飛躍的進歩など、医療を取り巻く今日の状況を受けて、臨床研究により効果が高いとされた治療法や、コストパフォーマンスに優れていると判定された治療方法を患者に正確に伝えることで、無駄な医療を減らし、より効率的に患者に適切な医療を提供することに力点が置かれる。臨床試験の方法論として特に推奨されるのは RCT (Randomized Controlled Study : 無作為比較試験) である。

伝統医学領域でも 1990 年代中葉より EBM が提唱されるようになり、WHO でも鍼灸領域の臨床研究に関

**A. 研究目的**

本課題では、平成 22, 23 年度と 2 年間にわたり、統合医療の実現を視野に置いた「日本伝統医学標準テキスト」の基礎的な資料として、「日本伝統医学テキスト 鍼灸編」の作成を行ってきた。本稿では、本課題の主旨に照らしながら、なぜ鍼灸領域の教育の標準化されたテキストが必要なのかを以下の 3 つの文脈に即してまとめるとともに、本課題で作成したテキストの意義と課題点についてもこの 3 つの視点から総括する。

- 1) EBM 潮流
- 2) 国際標準化の潮流
- 3) 統合医療

**B. 研究方法**

現在の伝統医学（特に鍼灸領域）が置かれている状況を以下の 3 つの観点から捉え直し、その上で、本課題で作成した「伝統医学テキスト鍼灸編」の意義について考

するガイドライン (Guidelines for clinical research on acupuncture) が 1995 年に公開された。

また、1997 年には米国国立衛生研究所 (NIH) が、専門家を招集して鍼灸の治療効果に関するパネル声明を発表し、手術後の歯痛、化学療法の副作用として起こる吐き気や嘔吐に対する鍼灸治療の効果を認めるとしたが、その際には既に発表されていた RCT 論文が参照された。米国ではこの声明の発表を契機として国立相補・代替医療センター (NCCAM: National Centre for Complementary and Alternative Medicine) により鍼灸領域の臨床研究への資金援助額が飛躍的に増大した。

なお、臨床研究の正確な評価を行うためには、報告論文の形式が標準化され、そのクオリティが保証される必要がある。かかる観点から、薬物の臨床試験における Consort 声明にならい、鍼灸領域でも主として欧洲の研究者らによって、臨床研究報告における鍼介入の標準的な記載方法が協議され、2010 年に STRICTA (Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture) として発表されている (2010 年改訂)。

日本の鍼灸関連学会においても EBM が紹介されると、RCT が実施されるようになったが、様々な理由からその数は多くない。

全日本鍼灸学会では、2006 年に第 1 回の国際シンポジウム「変形性膝関節症に対する鍼灸治療のエビデンス」を開催したのを皮切りに、2009 年に第 2 回「腰痛症に対する鍼灸治療効果のエビデンス」を開催、2012 年には頭痛の鍼灸治療に関するエビデンスをテーマとしたシンポジウムを予定している。これらのシンポジウムは、国内の鍼灸関連研究に対しても大きな影響を与えるとともに、海外の研究者たちにも日本の鍼灸臨床と鍼灸研究の特徴や背景を伝えるきっかけとなった。

## C-2 伝統医学の国際標準化

鍼灸領域の国際標準化は漢方（薬物療法）のそれに先だって、1980 年代に WHO 西太平洋事務局 (Western Pacific Regional Office: WPRO) を中心に始まり、当初は鍼領域の基本的な用語 (Nomenclature) を中心に国際標準の作成が行われた。この時期の国際標準化を推進したのは WPRO の伝統医学担当医官であった津谷喜一郎（現東京大学教授）である。

2002 年に WPRO の伝統医学担当医官に韓国出身の Choi Seung-hoon (崔昇勳) が就任すると、1) 経穴位置、2) 伝統医学用語、3) 伝統医学情報、4) 診療ガイドライン、の 4 プロジェクトが連続して立ち上げられ、主として日

本、中国、韓国からエキスパートが招聘され、非公式協議が開催されるようになった。

上記のうち、4) 診療ガイドラインは、がんの薬物療法（漢方薬）に関するガイドライン作成を目的として始まったが、ユーザーが不明確であることから、日本としては反対した。また、3) 伝統医学情報については、MeSH (検索統制用語)、Ontology など、IT 上の伝統医学情報の処理を主題として議論がなされたが、上記二つとならんで分科会のひとつであった国際疾病分類 (International Classification of Disease: ICD) の作成が、2010 年に WHO 本部事業へと発展し、ICD の改訂事業 (10 版から 11 版) の一環として伝統医学領域における疾病分類の策定プロジェクトが成立し、今日に至っている。また、疾病・症候分類のみならず、伝統医学で実践される様々な介入（薬物療法・鍼灸治療・マッサージ等）方法についてもその用語、分類作成が現在試みられている (International Classification of Traditional Medicine : ICTM)。

上記の 4 プロジェクトのうち、これまでに成果が刊行物となって発表されたのは 1) 経穴位置 (2008 年) と 2) 伝統医学用語 (2007 年) であるが、それぞれの標準化プロジェクトが各国との共同作業で進められる中で問題となったのは、日本における伝統医学の教育の実態である。

鍼灸領域では、資格取得に必要な知識の標準として、(財) 東洋療法研修試験財団が発表した国家試験出題基準があり、教科書としては、(社) 東洋療法学校協会の編纂にかかる教科書が実質的に国家試験の出題範囲と目され、多くの養成学校はこれに準拠して教育プログラムを組んでいる。このことは逆の観点から言えば、国際会議において日本鍼灸における用語、病証分類、介入方法の根拠資料として提示できるのは本教科書のみということになる。

## C-3 総合医療

総合医療の概念はしばしば指摘されるように、米国アリゾナ大学の Andrew Weil 博士によって 1970 年代に初めて提唱された。Weil の思想は、「全人的な治療」を患者に提供することであり、そのために相補・代替医療と分類される治療を積極的に用いることに重点を置いている。

一方、C-1 で述べたように 1990 年代に EBM の考え方が伝統医学領域にも浸透すると、総合医療とは、相補・代替医療のなかでも Evidence が明確となっている治療法を現代医学に「併せて実践する」ことを意味するよう

になった。この考え方は、EBMとは、もともと「患者にとって本当に必要な治療法を過去のデータから明確にし、その情報を的確に伝えることで医療資源を有効に活用する」とする考え方則っている。

現在の我が国における鍼灸治療の実施状況であるが、大学の医学部に付属する病院で鍼灸治療を提供しているのは、1) 東京大学、2) 埼玉医科大学、3) 東京女子医大、4) 東海大学、5) 東北大学、6) 北里大学、7) 大阪大学、8) 大阪医科大学、9) 三重大学などがある。企業の寄付講座の枠組みの中で鍼灸治療が提供されている場合も多く、必ずしも「全人的治療」の理念のもとに他科との連携がなされているとは言えない状況であるが、多様な疾患を抱えた患者を取り扱うことで、臨床研究を行い、Evidenceを構築するための基地になっていえると言える。

## D. 考察と結論

以下、C「結果」の各節に即して考察を述べる。

### D-1 1990年代以降の EBM の潮流

患者に対してより適切な医療を、効率的な形で提供することは重要なことである。現在、多くの学会で、関係する臨床科目の診療ガイドラインを発表し、疾患に対する様々な治療法の「お勧め度」がRCTを中心とする臨床研究のレビュー結果をもとに記述されるが、鍼灸領域の臨床研究のあり方については、特に比較対照群の設定をめぐってまだ議論が多くなされている状況であり、何が最も適切な評価方法になるのかは、依然、結論が出ていないのが現状である。とはいっても、かかる状況も含めて、少なくとも大学レベルの教育ではEBMに関する教育をカリキュラムの中に組み入れ、将来の研究者育成に努めることが必須であることは論を俟たない。

現況では、鍼灸教育においては、EBMに関する事項は、国家試験基準にも含まれておらず、教科書にも掲載されていない。専門学校レベルの教育では触れられること自体が少ないと考えられる。

一方、鍼灸領域のEBMを主題とした専門書としては、C-1で述べた、全日本鍼灸学会主宰の国際シンポジウムの成果をまとめた『エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学』(2007)、『エビデンスに基づく腰痛症の鍼灸医学』(2010)のほか、英国で出版されている、相補・代替医療に関する論文の評価集であるFocus on Alternative and Complementary Therapies所収の鍼灸関係の論文を要約した『鍼のエビデンス』(増補改訂版、

2009)があるのみである。

本課題で作成した「日本伝統医学テキスト鍼灸編 第4章H：臨床各科における鍼灸臨床研究の現状」では、こうした成果も踏まえながら、各臨床科目における国内外の臨床研究の現状についてあらためて検索をやりなおし、最新の状況を伝えるものとなっている。

### D-2 國際標準化

今世紀に入ってからWHO、もしくはISOといった国際機関で伝統医学の国際標準策定の動きが活発化していることはこれまでにもしばしば指摘してきた。伝統医学領域では、鍼灸、湯液の別を問わず、陰陽五行論をはじめとする東洋医学の基本概念はもちろん、身体の基本構造、生理、病理、治療法にいたるまで、概念、用語の整理が未然であり、国内的には、漢方、鍼灸両領域で上記の問題が存在する。

一方、国策の一環として伝統医学の振興と国外への普及活動を精力的に行っている中国では、1990年代以降、伝統医学のほぼ全ての領域に涉って国家標準(GB: Guojia Biaozhun)が作成され、国内での教育はもちろんのこと、国外での普及もにらんで英文テキストの作成が進められている。

戦後の日本における鍼灸研究は、現代医学的な観点にもとづく、鍼灸治効メカニズムを中心とする基礎研究に力点が置かれていたと言って良い。臨床研究の蓄積ももちろんあるが、症例報告が主体である。

伝統医学的な観点に基づく概念や症候分類などについては、日本経絡学会などが中心となり、取り組んだ時期はあるものの、鍼灸教育全体に影響を及ぼすには至っていない。また、伝統医学的な理論の再構築には古典文献の包括的な研究が必要であるが、かかる文献研究はその基礎となる近代以前の資料の復刻、利用が可能になった1980年代によく本格化し、まだ歴史が浅いである。

現在、WHOでは、伝統医学領域の1) 疾病症候の分類、2) 介入方法の分類を作成しているところであるが、1)の疾病・症候の分類については、先述のように、一部の学会による取り組みはあるものの、学校協会テキスト以外に国内でコンセンサスのとれているものではなく、妥当性を考慮するならば拙速な作成は好ましくなく、さらに国内で議論を重ねる必要がある。また、2)の介入方法についても、中国では国家標準として「針灸技術規範」シリーズ(全21冊)が2006年から小冊子の形態で発表されており、韓国でも鍼灸治療が保険適用される関係から同様のリストを作成しているが、日本においては、こ

うした網羅的なリストの作成は学会などでも行われておらず、また「臨床で使われてはいるが、教科書には掲載されていない」、もしくは「定まった名称が存在しない」方法（技術・手技）が多く存在する。

「日本伝統医学テキスト鍼灸編」では、第2章「鍼灸学の基礎—養生と治療」で『黄帝内經』に対する最新の研究に基づきつつ、伝統医学理論を再整理した。これは文革期以降、理論体系化が進められた現代中医学理論にしても、戦後の日本で構築された体系、理論にしても、基本的には『黄帝内經』の一解釈にもとづく亜流であり、今後新しく体系を構築する上でも、『黄帝内經』に記載される記述の再整理と再評価は必須だからである。

また、鍼灸の介入方法については第4章において、現代医学的な理論に基づく鍼灸治療法、古典理論（文献）にもとづく治療法についてそれぞれ主要なものを挙げ、その研究史も含めて論じた。これによって後学の参照に足るものになったと考える。

### D-3 統合医療

前節でもみたように、現状では、まだ他科との連携がスムーズになされているとはいえないものの、鍼灸治療を導入している医療機関は決して少なくはない。

今後、医療機関において統合医療を推進する上では、他の医療職にある従事者が、歴史も含めた鍼灸医学の成り立ちと現状、『黄帝内經』に代表される古典的な文献に記述される身体観、鍼灸の治効メカニズムなどについて一定の知識を持つことは重要であると考える。この観点から、本テキストの第1章「総論」においては、古代から現代までの鍼灸医学の歴史を概観するとともに、医療機関における鍼灸治療実践の現況、近代以降における鍼灸をとりまく法制度の問題点、医療経済からみた鍼灸医療、など、今日の鍼灸医療を取り巻く歴史的、社会的基盤について理解を深めることができるように構成した。また第2章「鍼灸学の基礎—養生と治療—」では、東洋医学の最も基本的な原典である『黄帝内經』に焦点を絞り、今日通俗的な形で流布している様々な東洋医学理論の基本的な骨格が明確になるように構成した。第3章「鍼灸治効理論」は、鎮痛、自律神経、免疫、脳科学の四分野から最新の研究によって得られた知見を踏まえながら、他領域の医療従事者からは分かりにくい鍼灸の治効メカニズムについて解説を行った。

第5章「安全性」では、鍼を身体内に刺入する、という鍼灸治療の特殊性を踏まえた上で、海外における鍼灸（主として鍼）治療を取り巻く有害事象の報告をまとめ

ながら、鍼灸治療における安全性について総合的に論じている。

### D-4 「鍼灸編」その他の課題点

「日本伝統医学テキスト 鍼灸編」では、各臨床科目における鍼灸臨床研究の現況についてはレビュー結果を記述したものの、各疾患に対する具体的な治療法については、記述するには至らなかった。その最大の理由は、各疾患の標準的な治療法を記述するには、エビデンスが不足していることがあるが、それ以前の問題として以下のことを指摘したい。

まず、先述したように、近世までの鍼灸治療がどのように行われていたかを示す文献資料の発掘、復刻は1990年代から本格化し、今世紀に入ってからようやくひととおり揃ってきたというのが現状であり、これらの文献に記述される鍼灸治療の様相を分析することが重要である。また近代以降をとっても澤田健、代田文誌、深谷伊三郎等の臨床家による治験録がまだ十分にデータベース化されておらず、これらの先人の経験を検証していくことが、標準的な鍼灸治療の検討には必須であると考える。

本テキストの二番目の問題点として、学際的な研究領域への言及が不足していることが挙げられる。2000年近く前に経脈や藏府などの基本概念が形成され、東アジア各国で多様な発展を遂げた鍼灸医学の歴史を総括するには、文献学や、歴史学の知識だけでなく、文化人類学的な視点も踏まえた研究が不可欠である。また、患者の身体に、鍼、または炎刺激を加えることが、なぜ治療効果に繋がるのか、特に経穴の特異的な治療効果についてはいまだ不明な点を多く残す領域である。たとえば今日の皮膚科学の新しい知見は、従来の脳を中心とした鍼灸治効理論の構築に新たな視点を提供するものと考えられ、こうした視点を取り上げることによって他の医療従事者の鍼灸医学の理解に益するテキストとなり得るであろう。

### D-5 まとめ—「日本伝統医学テキスト 鍼灸編」

本課題で作成した「日本伝統医学テキスト 鍼灸編」は、1980年代に出版された『東洋医学を学ぶ人のために』をモデルとし、最新の研究知見に即して、大学レベルでの鍼灸教育、および統合医療に係わることが予想される医療職を対象とした鍼灸教育に必要な事項を提案するための素材として編纂している。それは同時に、本テキストの提示するレベルが、今後の鍼灸教育において保証されるべき最低限の内容であるべきことを意味する。

我が国における鍼灸教育は、専門学校、大学における教育に加え、視覚障害者教育も含まれることから、教育レベルの設定についてはまだ議論すべき困難な問題を有するが、本テキストの存在が、統合医療の実現に向けて我が国における鍼灸医学教育の向上に寄与することを願うものである。

## E. 研究発表

### 1. 国際学会

なし。

### 2. 国内学会

なし。

## F. 知的所有権の取得状況

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）  
総合研究報告書

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～

研究分担者 並木 隆雄 千葉大学大学院医学研究院 和漢診療学准教授

**研究要旨** 他の東アジアの伝統医学と比較して、日本漢方の特色のひとつとして、診察技術において腹診の活用がある。しかし、現在までのところ、腹診のエビデンスの研究はあまりなされていない。過去の腹診の文献における、各処方の腹診に関する記載をまとめ、その問題点を明らかにする。方法は現在の我が国において入手可能な昭和期以降の腹診所見の記載のある主だった書籍を収集し、医療用エキス製剤となっている148処方についてそれぞれの記載を、処方ごとにまとめた。その結果、各書籍での腹診の記載にはばらつきがあることが判明した。今後この研究結果を生かして、腹診所見の科学的検証が推進されることを期待する。

**研究協力者**

平崎能郎 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学  
特任助教  
坂井由美 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学  
今村由紀 千葉大学大学院医学研究院和漢診療学

の研究はされていない。そこで「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」研究班の腹診研究グループでは、「腹診の標準化」の基礎検討として、まず漢方の権威者による過去の腹診の文献における、各処方の腹診に関する記載をまとめることで、問題点を明らかにする。

**A. 研究目的**

他の東アジアの伝統医学と比較して、日本漢方の特色のひとつとして、診察技術において腹診の活用がある。後漢代に成立した『傷寒論』においても、腹診と考えられる記載があるが、その後の文献では中国では、診察時にあまり肌を出さないなどの習慣や地域によっては気候が寒冷で衣服を脱がないなどの理由から一般的な診察ではなされなくなった。それに対し、日本では、安土桃山時代～江戸時代初期の後世派から腹診を利用していることが知られている。

さらに現在の日本漢方のルーツのひとつである江戸時代中期に成立した古方派は、腹診を重要視していた。すなわち、流派によって多少の相違はあるものの、日本で発達した腹診は、他の東アジア伝統医学とは異なる日本独自の優れた医療技術の一つである。しかし、現在までのところ、腹診のエビデンスの研究はあまりなされていない。たとえば、現在の漢方処方ごとの腹診所見は、各臨床家のコンセンサスであり、それら腹診所見の妥当性

**B. 研究方法**

現在の我が国において、入手可能な昭和期以降の腹診所見の記載のある主だった書籍を収集しそれぞれの記載を、処方ごとにまとめた。なお、処方は、現在医療用エキス製剤となっている148処方についてのみ検索した。

**検討 1**

今回は腹診に関して網羅的に処方の記載のある単行書籍のみの集計とした。単独の処方や一部の処方に関する論文に関しては検討しなかった。今回対象とした書籍は以下である。

**検索した書籍（著者名・発行年）**

活用自在の処方解説（秋葉哲生 2009）、はじめての漢方診療 十五話（三浦忠道 2005）、和漢薬方意辞典（中村謙介 2004）、類聚方広義解説（藤平健 1999）、漢方製剤活用の手引き（長谷川弥人、大塚恭男、山田光胤、菊谷豊彦編 1998）、古典に基づくエキス漢方方剤学（小山誠次 1998）、漢方腹診講座（藤平健 1991）、症例から学ぶ

和漢診療学(寺澤捷年 2012, 1990 初版), 漢方と鍼灸の腹証(古今腹証新覧)(小川新, 池田太喜男, 池田政一 2010 第二版, 1989 初版), 腹証図解 漢方常用処方解説(34 版)(高山宏世 2005, 1988 初版), 漢方医学十講(細野史郎 1984 年第二刷, 1982 年初版), Kotaro Handy Reference(小太郎漢方製薬 矢野敏夫監修 2009 改訂版 1982 初版), 漢方処方類方鑑別便覧(藤平健 1982), 漢方概論(藤平健, 小倉重成 1979), 漢方医学大系第八巻／漢方入門(一)(龍野一雄 1978), 日本医師会「医薬品カード・漢方製剤版」(長谷川弥人, 大塚恭男, 山田光胤, 菊谷豊彦 1977), 漢方入門講座(龍野一雄, 1976 増補改訂版), 新古方薬囊(荒木性次, 1972), 漢方診療医典(大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎 1969 初版), 漢方処方応用の実際(山田光胤 1979 第 4 版 2 刷, 1967 初版), 症候による漢方治療の実際(大塚敬節 1990 第 4 版 12 刷, 1963 初版), 臨床応用 漢方處方解説(矢数道明 2004 増補改訂版第 12 刷, 1966 初版), 傷寒論講義(奥田謙蔵著 1983 第 5 版, 1965 初版), 漢方一貫堂医学(矢数格 1984 第 6 版, 1964 初版), 東洋医学概説(長濱善夫, 1980 年第 15 刷 1961 年初版), 漢方後世要方解説(矢数道明, 1980 第 6 版, 1959 初版), 漢方診療の実際(大塚敬節, 矢数道明, 清水藤太郎 1961 年第 6 刷, 1954 年初版), 傷寒論梗概 全(奥田謙蔵 1954), 皇漢医学(湯本求真 1927)

## C. 研究結果(別冊 5)

### 検討 1

昭和期以降の文献をまとめたところ、以下の点が判明した。

1) 各書籍での腹診の記載にはばらつきがあることが判

明した。

たとえば、安中散の場合、14 文献中 10 文献(71%) で心下悸・動悸、7 文献(50%) で振水音 胸やけ、5 文献(35%) に心下痞鞭の所見があると記載されていた。自覚症状では、11 文献(79%) 胃痛・心窓部痛、5 文献(35%) で心窓部膨満感を認めた。ただし、所見の一一致率はばらつきがあったが、そのことがその所見の出現頻度を意味するかは今後検討が必要である。

- 2) 現代において腹診においては、他覚所見各著者が使用している用語の定義があいまいで、どちらにもとれる用語があった。たとえば、現在では心下痞鞭は他覚所見、心下痞は自覚症状とはっきり区別しているものが多いが、比較的古い文献の中には、心下痞を他覚所見にも使用しているものもあると考えられた。明らかに上記の区別している場合以外、心下痞を他覚所見として計算した。そのため、正確な統計が取れなかった。
- 3) 腹診の記載がほとんどない処方も多かった。文献の記載が 4 文献以下の処方は 29 処方であった(表 2)。

## D. 考察

腹診に関する用語については、別表の用語が使用されていた。同義語が複数ある用語も存在した。定義もまちまちであったが、現在、一部の用語は東洋医学会の用語委員会で定義されてきているため、その定義も記載した(表 3: 別冊 5 に掲載)。

表 2 方剤記載文献が 4 文献以下の処方

| 文献数 | 処方名  |
|-----|--|
| 0   | 葛根加朮附湯, 当帰芍藥散加附子 (2 処方)  |
| 1   | 桔梗石膏 (1 処方)  |
| 2   | 桂枝加葛根湯, 莩帰調血飲, 芍藥甘草湯, 川芎茶調散, 大柴胡湯去大黃, 立効散 (6 処方)   |
| 3   | 桂枝加黃耆湯, 桂枝加厚朴杏仁湯, 桂芍知母湯, 桂麻各半湯, 五淋散, 大防風湯, 排膿散及湯, 附子理中湯 (8 処方)                           |
| 4   | 桂枝加苓朮附湯, 檀子柏皮湯, 七物降下湯, 升麻葛根湯, 清上防風湯, 清肺湯, 治打撲一方, 治頭瘡一方, 釣藤散, 猪苓湯合四物湯, 当帰飲子, 薏苡仁湯 (12 処方) |