

序

筑波技術大学保健科学部

形井秀一

未曾有の大震災、大人災が東日本を襲った。その衝撃は余りに大きい。阪神淡路大震災の時にも書いた（『身体の声聴く』）ように、地球上に棲息する人間という動物は、すべてを自分たちの思い通りにできると思っていたが、自然の前には力及ばない部分も大だということを知らされた大惨事である。しかし、もちろん、ここにとどまるわけにはいかない。誰もがそう思っている。復興に向けて頑張りたい。

さて、『社会鍼灸学研究 2010』をお届けする。本年度のテーマは「日本鍼灸の存在意義を探る～いま、改めて日本鍼灸を問う～」であった。今、世界で、鍼灸なかんづく東洋医学の標準化がすすめられており、世界の医療における位置づけを明確にするという意味で、重要な局面を迎えているが、同時に、どのような鍼灸、すなわちどの国で行われている鍼灸の何を標準的なものとするかも重要な問題となってきた。それは、学術的な側面以上に、自国の医療や医学としての価値を明確にし、その使用に当たっては経済的な見返りを要求するということまでも視野に入れて標準化が考えられている。

資本主義経済化体制下においては、すべての「ものやこと」が、つまり「人間」も含めてすべてが経済的価値で計られ、貨幣価値に置き換えられる。そのことが東洋医学の分野でも実践されている。それにしても、そのような考え方を否定し、それに対抗してもう一つの体制を築こうとしてきたはずの「中国」という国が、資本主義にどっぷりつかり、むしろ資本主義国以上に資本主義的に自国の利益を追求しようとする（ように見える）姿勢は、それが東洋医学という分野であるだけに、東洋医学を標準化し、発展させようとする目的は、一体どこにあるのだろうかという疑問が出てくる。東洋医学が医療として患者を治すよりどころとするものは、究極には、人間の内包する力、すなわち治癒力である。その治癒力は確かに労働力と同じ根のものかも知れない。しかし、患者の治癒力を忘れて医者の方のみを貨幣価値に換算しようとすることは資本主義社会では当たり前かもしれないが、人間が持つ力の尊厳をないがしろにすることではないか。それは、そもそも中国が目指すものと反対の立場のものではなかったか。

人間が求めるもの、実現したいものは、無限に生まれ続ける。しかし、人間の力は自然の力の前には非常に小さなものであることを得心し、取り組み直すべきではないか。人類の歴史は、人間の営為のすばらしさと愚かさを理解し、自然の前の人間の無力さを知り、自然の恵みへ喜びと感謝を捧げる歴史であった。

人類が生み出した叡智の一つが中国医学である。それは中国文明が生み出したが、中国という国がそれを好き勝手に使っても良いというものではもはやない。それは、漢字と同じように、すでに、人類全体の叡智となっている。それが世界全体の人々の恵みとなる一番良い方法を考えることが、その文明を引き継ぐ現代中国の人々の役割ではないか。中国医学を活用して、自国の利益ではなく、全世界の利益に寄与しようとする中国の姿勢が見えたならば、日本の鍼灸界は全面的に中国を支援しようとするだろう。東洋医学が、全人類の健康と福祉に役立つものと信じるからである。

社会鍼灸学研究 2010 (通巻 5 号)

テーマ：日本鍼灸の存在意義

目次

- ・ 序 形井秀一 (筑波技術大学保健科学部 教授) i

- ・ 招待講演
「現代における日本鍼灸の存在意義」
 . . . 矢野 忠 (明治国際医療大学鍼灸学部 健康・予防鍼灸学教室) p 1

- ・ 日本鍼灸を取り巻く情勢 形井秀一 (筑波技術大学保健科学部) p 9

- ・ 伝統医学と生物遺伝資源, 伝統的知識, 文化資源, 知的財産の問題 —黒船来航! 第
3の危機!? 日本の伝統医学を取り巻く現実—
 . . . 小野直哉 (財団法人未来工学研究所 京都大学大学院医学研究科) p 13

- ・ 日本における鍼灸の歴史—室町から江戸期にかけての受容と発展について—
 吉田和裕 (東邦大学医療センター大森病院東洋医学科) p 31

- ・ 例外的医業としての鍼灸 ～近現代の変遷を踏まえて～
箕輪政博 (首都大学東京大学院 都市環境科学研究科、筑波技術大学保健科学部) p 53

- ・ はり術、きゅう術とは何か ～法律の視点から～
 坂部昌明 (森ノ宮医療大学非常勤講師) p 62

- ・ 討論の部 p 70

- あとがき 箕輪政博 p 84

—招待講演—

現代における日本鍼灸の存在意義

明治国際医療大学鍼灸学部教授

矢野 忠

I. 本鍼灸の形成

鍼灸が、中国から日本へ伝えられたのは562年のことである¹⁾。当時、外来医学(中国伝統医学)であった鍼灸は、田代三喜や曲直瀬道三ら多くの先達によって日本人に適合するように改良・改変され、日本医学の一分野として発展し、江戸期には隆盛を極めるに至った²⁾。その後、明治になって鍼灸は正統医学の座から追われ、医療の枠外に位置づけられて衰退はするものの、概ね日本鍼灸としての特質を失うことなく継承され、今日に至っている。

では日本鍼灸の特質とは何かといえば、それは“多様性”であると考えている。多様な鍼灸の象徴的な時代が江戸期であった。それは、後世派と古世派の双方が反目しながらも共存する中で南蛮医学、紅毛医学といった外来医学(西洋医学)が伝えられたが、それらを排除することなく受容・吸収し、(1)伝統医学理論を重視する鍼灸、(2)親試実験に基づく実証的な鍼灸、(3)西洋医学の知識を取り入れた折衷的な鍼灸を派生させた¹⁾。いわば日本鍼灸の多様性の原型が、この時期に形成された¹⁾。

こうして江戸期に形成された日本鍼灸の型は、現在においても本質的に変わることなく存在し、現代医学派、伝統医学派、両者を補完する折衷派として共存し、活動している。

このように我が国における鍼灸の歴史を振り返ると、外来医学を受容し、日本化するなかで存続・発展させてきた。それは外来文化を精力的に吸収し、自家薬籠する日本人の特性によるものであり、近年では更に中医学や韓医学、あるいはトリガーポイント療法などの新たな理論を受容しながら多様性を増し、しかも多様な鍼灸をまるで一つの鍼灸体系として発展・進化させている。決して一つの理論で収まらないところに日本鍼灸の本質的な特質が潜んでいるものと考えている。

本稿においては、こうした特質をもつ日本鍼灸が、現代においてどのような存在意義を有するのかを多面的に検討し、日本鍼灸の未来を展望したい。

II. 現代日本鍼灸の特質 - 診察法・治療手技・治療用具・治療法

外来医学として渡来した鍼灸は、歴史の過程の中で様々な理論と技術を取り込みながら日本人に適合するように改良・改変を加え、多様な鍼灸として今日に至った。以下に日本鍼灸を診察法・治療手段・治療法に分けて、それぞれの特質と考えられる事項を挙げ、それらについてについて私見を交えて述べることにする。

1. 現代日本鍼灸にみる診察法の特質

(1) 切診の重視

診察法においては、特に切診を重視したところに、日本鍼灸の特質がある。具体的には、夢分流腹診法、特定腹証、また切経である。何故、切診を重視したかであるが、その底流には日本人の身体観が強く関与しているのではないかと考えている。

日本人の身体観は、心身一如の身体観を根底におきながらも、「身」(み)という言葉に象徴されるように、精神的な諸事象も身体の変化として表出されるという、「精神の身体化」の視点が色濃い^{3,4)}。それは「病の応は体表に出る」とする『黄帝内経』の視点と通じるものである。

身体の変化として表出された諸現象を読み取るには、一般的には視覚や触覚によるが、日本人は「触」により得られる身体所見を重視した。すなわち、心身にわたる様々な事象を「身」の変化として捉え、それを確認するために切診を重視したと考えられる。それは施術者においては、「触る」ことを通して身体所見を感覚的に実感できるからであり、その診察行為は患者においても「触られる」ことを通して心身の歪みが実感できるからである。すなわち、日本人は、施術者と患者の双方が「実感」(リアリティー)を通して心身の歪を共有することに意義を見出したものと思われる。

切診を重視する診察法は、視覚障害者にとっては障害になることはなく、むしろ有利に作用した。このところが世界に類をみない視覚障害者の鍼師養成を促し、後述する繊細な鍼術の開発につながったものと考えられる。杉山和一による管鍼法の発明や杉山真伝流の鍼術は、そのことを如実に示すものである。

いずれにしても心身の歪として表出される身体所見を重視したことから、経穴の取穴においても、部位にこだわることなく、切経による経穴反応を重視した。切経により取穴するといった伝統はその一端を示すものである。

また、昭和に入り、「古典に帰れ」の下に主証決定において脈診(脈差診)を重視して理論化した経絡治療も日本人の身体観を基盤として形成されたものと思われる。絶えず変化する「氣」を脈診により捉えようとしたことは、見えない実体を把握する手法であったからである。だからこそ、舌診でもなく、問診でもなく、脈診で主証を決定してしまうという大胆な診察法を開発したことは、決して無謀なことではなく、日本人の身体観とも深く関わっているからである。

(2) 西洋医学的診察法の導入

一方、西洋医学の診察法も積極的に取り入れた。鍼灸師として許される範囲内において現代医学的な診察(理学的検査法等も含む)を行い、患者のリスクを最小化させるために医療先行を含めた鍼灸治療の適否の判断を行うとともに鍼灸治療の効果を最大化させるために病態の把握に努めた。ここにも様々な西洋医学的な知識や技術を積極的に取り込み、鍼灸医療の質的向上を図ろうとする日本人の特性がみられる。勿論、鍼灸が医療制度の枠外に位置づけられたことによることは、言うまでもないことである。

2. 現代日本鍼灸にみる刺鍼手技と鍼灸用具の特質

(1) 刺鍼手技

鍼管を用いない刺鍼(中国式)には、ある程度の太さの鍼(腰の強い鍼)が要求される、当然ながら刺鍼手技も鍼の太さによって規定され、太いだけ刺激量も大きくなる。しかし、杉山真伝流にみられるように日本の刺鍼手技は繊細で多彩である。それは、管鍼法の発明によるもので、管を用いることによって細い鍼の刺鍼が可能となり、そのことが繊細で多彩な刺鍼手技の開発を促したものと考えられる⁵⁾。

しかし、本質的な理由は、患者個人に応じた適切な鍼治療を行うためであったと考えられる。曲直瀬道三は臨機応変をもって治療することの重要性を指摘した⁶⁾が、その精神は後世の臨床家に大きく影響し、いたずらに理論にとらわれない「個」に適した治療を重視する方向へと発展していったのではないかと思われる。

「個」に適した治療を行うには、患者個々の示す状態に応じる刺鍼技術が必要である。刺した鍼とそれに応ずる生体の反応との関係を刺鍼抵抗感や鍼響として捉え、目的とする効果を得るために多様な刺鍼手技を考案し、開発したものと思われる。

日本の刺鍼手技の多くは、体が自ずと治癒力を発揮できるように支援するための手技として開発されたものであり、刺鍼手技で生体反応を意図的に変化させようとするものではない。つまり介入の力を頼みにするものではないということである。この点、透天涼のように刺鍼手技でもって放熱を促し、病態を改善させようとする中国の刺鍼手技とは本質的に異なるものである。

(2) 鍼灸用具・装置

鍼の用具でいえば、なんといっても精緻な細い鍼と打鍼の太い鍼である。また、皮内鍼、円皮鍼、灸頭鍼、小児鍼などの古代鍼を改良した鍼である。さらには低周波鍼通電装置、TEAS(SSP療法、表面ツボ低周波療法など)、レーザー鍼など、多様な鍼用具・装置が開発されている。灸療法においても同様で、多様な温灸の開発とともに電気灸、マイクロ波灸、冷灸などが開発されている。これらは、伝統的な鍼や灸の用具を機能的に拡大させたものである。ただし、こうした近代的な用具を用いた治療も鍼灸の範疇にはいるものとして容認するかについては議論のあるところである。

いずれにしても、多様な鍼灸用具が開発されてきたのは、多彩な刺鍼手技や施灸手技を活かすためであったと考えられる。日本人が、物作りにおいて、多種類の道具・用具を開発することはよく知られた事実である。それは単に器用ということではなく、技を活かすことを重視する日本人の特性によるものであろう。

3. 現代日本鍼灸にみる治療法の特質

我が国の鍼灸は、今も保険医療制度の枠外に置かれている。そのために日常臨床では通常医療から見放された患者、すなわち慢性化した治りにくい病態を扱うことが多い。そのためいかに効果をあげるかが課題であった。言い換えれば、「集団」による医療(現代西洋医学)から外れた患者を対象としたことから「個」の医療を指向する傾向が強くなったもの

と思われる。そのことが鍼灸臨床において、多様な治療法を必要としたものと思われる。

鍼灸の治療法を大別すると二つある。一つは伝統医学的な治療法であり、もう一つは現代西洋医学的な治療法である。伝統医学的な治療法には、日本で創始された経絡治療だけではなく、中医学、韓医学などが含まれる。また、現代医学的な治療法には、病態把握に基づく治療、反射理論(体表 - 内臓反射、内臓 - 体表反射理論)に基づく治療、反応点(トリガーポイント、圧診点、電気運動点など)による治療などがある。それらを日常臨床において、単独で、あるいは複数の治療を組み合わせ、あるいは治療計画の中で時系列的に用いたりして治療を行っている。

このように鍼灸の治療法は、伝統医学理論を重視する治療から現代西洋医学理論を重視する治療までと治療スペクトルは広い。そのことは、逆説的にいえば個々の治療法には限界があることを示すものであり、それぞれの限界を補い、あるいは補強するために複数の治療法を用いる。このように鍼灸の治療法の視点においては、すでに東西医学による補完的治療を実践しており、多くの場合、単一の治療法で終始することなく、病態に応じて異なる治療法を自在に組み合わせ、高い臨床効果をあげようとするのが平均的な日本鍼灸のかたちである。

鍼灸臨床において、多様な治療法を自在に導入することができる決定的な要因は、鍼灸そのものにあると考えている。同じ東洋医学であっても、漢方の場合は、病証に基づいた治療(随証療法、弁証論治)が基本である。すなわち、証を立てない限り治療ができない仕組みになっており、診察から治療に至るすべてにおいて東洋医学理論で制約されている。しかし、鍼灸の場合、随証療法だけに制約されるものではなく、現代西洋医学的な理論に依る治療法も行える。そうした多様な治療法を受け入れる土壌は、鍼灸が非薬物療法であることによるもので、鍼灸そのものに自在性が内包されていると考えている。その特性を上手に活用しているのが日本鍼灸といえよう。

Ⅲ. 世界における現代日本鍼灸の存在意義

世界を席卷している鍼灸は、日本鍼灸ではなく中医鍼灸である。ここでは中医鍼灸と現代日本鍼灸を対峙させ、日本鍼灸の特質と存在意義について述べる。

中医鍼灸の特色は、弁証論治である。病証を立てない限り治療が行えない仕組みである。そこでは診察から治療に至るすべてにおいて伝統的な中医理論が展開される。何故かと言えば、その成立過程において漢方の理論により再創造されたからであり、そのために弁証論治を基本としなければならない。その点において日本鍼灸とは極めて対照的である。

また、治療原理に対する視点も異なる。前述したように日本鍼灸は、身体が本来的に具有している治癒力を治療原理としている。その治癒力を効率的に発揮できるようにするために、多様な刺鍼施灸手技を考案し、それらの手技を活かすために多様な治療用具を開発してきた。これに対して中医鍼灸は、漢方における生薬の作用と同様に、刺鍼刺激の力(作用)で治療しようとしてきた。この相違は、それぞれの鍼灸のに関わるだけに大きいものと

考えている。

鍼灸医学の原典である『黄帝内経』においては「扶正」が治療の基本であると説いている。「扶正」の持つ意味と意義を伝えることこそが日本鍼灸の使命であり、そこに日本鍼灸の最も大切な存在意義があるものとする。

IV. 現代の医療における日本鍼灸の意義

1. 医療的な役割からみた存在意義

最も気になる傷病別にみた通院者医療機関別割合を表1に、最も気になる症状別にみた治療の有治療状況を表2に示す⁷⁾。このことから分かるように、施術所(あん摩マッサージ、柔道整復も含む)には肩こり・腰痛・関節痛などの筋・骨格系の症状、疾患の患者が多く、他の症状、疾患の患者は極めて少ないということである。筆者らの調査でも鍼灸の受療目的は運動器症状の改善であった(図1)⁸⁾。すなわち、肩こり・腰痛・膝痛などの退行性病変に起因する運動器疾患や症状に対するケアが、鍼灸医療の中心となっているということである。

鍼灸の適応については、WHOの草案やNIHの鍼に関する合意形成声明に示されているように、色々な疾患や症状に適応する可能性が示されている、我が国の医療における鍼灸医療の役割は、上記したように極めて限定的である。このことは、医療における鍼灸の役割も限定的であるということを示すものであり、存在意義は決して大きいものではない。本来、鍼灸医療が担う医療的な役割とは程遠い状況にあることを直視しなければならない。

2. 受療率からみた存在意義

我々の調査では、鍼灸医療の受療率は表3に示すように6~7%で推移していた⁹⁾。受療率については、有訴者の通院状況や山下ら¹⁰⁾、蒲田ら¹¹⁾の報告をみてもほぼ同じ傾向を示したことから、受療率はほぼ6~7%を推移しているものと捉えられる。それを者数に換算すると1年間に約600~700万人、一人の平均治療回数を5回(治療回数の中央値が5回)とすると延べ受療者数は3,000~3,500万人となる¹²⁾。

この受療状況からいって鍼灸医療の存在意義は、ある程度認められるものの小さい。国民皆保険の制度下において、自由診療が主体である鍼灸医療の受療率を上げることは大変難しいが、受療率の低い理由はそれだけではない。鍼灸を受けたくてもどの治療院へ行けばよいのか、どの鍼灸師に診てもらえばよいのか、が分からないために受療を断念してしまう人が想像よりも多く、大凡7%程度であった¹³⁾。さらに表3に示すように、ある条件が充たされると受療率はさらに高くなることを見込まれる¹⁴⁾。

いずれにしても、現状においては、鍼灸はその役割を十二分に発揮できる状況や環境になく、そのためにその存在意義はより小さくなっていると考えられる。今後、潜在需要の掘り起こしも含めて、どの程度、受療率を伸ばすことができるか、そこに医療としての鍼灸の存在意義がかかっている。

3. 職種からみた存在意義

1年間における鍼灸医療の延べ受療者数は3,000-3,500万人、一回の治療費を4,000円とすると総治療費は1,200~1,400億円と推定される。一方、就業鍼灸師、あるいは施術所数を藤井らの調査結果に基づいて補正すると約60,000~65,000人、施術所は約4万二千か所と推定される。次いで、これらの数値から鍼灸師一人あたりの年収を算出すると、230万円以下、施術所当たりの収益は330万円と推定される。藤井らの調査でも三療専門の治療院に限れば334万円(藤井が調査結果から割りだした値)と報告されている^{15,16)}。

一方、国民医療費における鍼灸の総治療費の占める率をみると、国民医療費を35兆円とすれば0.4~0.5%にしか過ぎない。医療費の観点からみても鍼灸はマイナーな存在である。そのような状況にもかかわらず大量の鍼灸師が養成されており、いたずらに過渡競争を招いている。こうした状況が続けば鍼灸は魅力のない職種となり、存在そのものを危うくすることにもなりかねない。

V. 現代西洋医学に対する存在意義

1. 現代西洋医学のパラダイムに及ぼす意義

現代科学の基本的なパラダイムは、分析的要素還元主義である。近年ではフラクタル解析やカオス解析など複雑系の理論が注目されているが、主流とはなっていない。いまだ機械論的世界観が中心である。こうした世界観により現代科学は飛躍的に発展し、我々はその恩恵を大いに享受している。しかし、一方においては環境破壊、食料不足、人口爆発、資源枯渇などのグローバルプロブレムをもたらした。それらの諸問題を分析的要素還元主義の手法で解決を行っても新たな問題を発生することから、それに替わるパラダイムが求められている。それが田坂¹⁷⁾や清水¹⁸⁾が示すところの生命論的世界観であると考えられる。

生命論的世界観においては、物事を静的な構造ではなく、自己組織化の機能を備えた動的な構造として捉え、他者としての世界、即ち観察対象としてではなく、自分を含む世界として捉え、性能や効率を重視するのではなく、意味や価値を重視する。田坂や清水の指摘する生命論的世界観とは、いわば東洋的な世界観でもある。

従って、医学のパラダイムにおいて、鍼灸医学は現代西洋医学に対して一定の存在意義を有すると考えるが、それには鍼灸のパラダイムによる診療において実効性、有効性、有益性を明らかにすることが必要である。すなわち、実効に裏打ちされた視点であることを示しとともに現代西洋医学に新たな視座を提供できるようにしなければならない。そのひとつが臓腑-経絡経穴系の解明であり、自然治癒力を重視した医学の有効性・有益性であると考えている。

筆者は、経絡経穴系を体表機能図として捉え、それを伝承仮説して最新の科学的手法をもって明らかにすることこそが鍼灸の根源的な存在意義を示すことになるものと考えている¹⁹⁾。すなわち、体表医学の再創造である。こうした研究を通して内在性治癒力を治療原理とする体表医学を再創造することによって、その基盤となるパラダイムの重要性が理解

されるものと確信し、現代西洋医学の世界観に大きな影響を及ぼすことになるであろうと確信している。

2. 多元的医療システム及びポストモダン医療における現代日本鍼灸の意義

伝統医療に対する評価が世界的で高まる中、我が国の医療システムも徐々にではあるが変化してきた。それは、図 2 に示すように、一元的医療システムから多元的医療システムへの移行である²⁰⁾。

多元的医療システムとは、人びとが病気の際にとる思考様式・行動様式を支えている医療の多様な有様をいい、図 2 で示すように異なる医療が相互に排斥したり、補完したりして共存しているシステムである。このように様々な医療が共存できるのは、それぞれの医療にはそれぞれの説明モデル(「病気」や「治療」について、人々がどのように類型化し、解釈・選択するかを示したもの)があり、そのことが受け入れられているからである。すなわち、現代西洋医学の説明モデルもそのうちの一つにすぎず、その意味においては普遍的と思われた現代西洋医学のそれはすでに崩壊しているとみなすことができよう。

何故、一元的医療システムから多元的医療システムへと移行したのかであるが、その主な理由は疾病構造の変化、すなわち慢性病(生活習慣病や難病など)や心の病の増加に対応するためであったと考えられる。そのために全人的なアプローチを行う伝統医療やその他の補完代替医療を必要としたことが、多元的医療システムへの移行を促進したと考えている。

しかし、多元的医療システムになった理由はそれだけではない。その底流には、従来の生物医学モデル(Biomedical model)から生物社会心理モデル(Biopsychosocial model)への転換が少なくとも関わっているものと思われる。また、複雑性・多様性に焦点を当てたポストモダン医療の言説の影響も無視できないものである。

かつてポストモダン医療として伝統医療や補完代替医療が考えられてきた。また、現代西洋医学に対するカウンターメディスンとして期待されたこともあった。しかし、ポストモダン医療は伝統医療の世界観や行動様式とは質的に異なる新しい時代に位置づけられる医療であって、現代西洋医学や伝統医療の諸問題点をも克服しようとするものでなければならぬとされている²¹⁾。その意味においては、伝統医療はポストモダン医療とはなりえないが、複雑性・多様性に焦点を当てた医療モデルとして鍼灸医療は一定の役割を果たせるのではないかと考えている。

いずれにして鍼灸医療は、現代西洋医学に対するカウンターメディスンとして機能することも必要ではあるが、現代西洋医学と交流を図ることがより重要であり、そのためには両者に共通する基盤となる視座の構築に向けて努力すべきである。その場合、鍼灸の特質をすべての分野において明確にしておくことが必要である。

参考文献

- 1)丸山敏秋：鍼灸古典入門 - 中国伝統医学への招待、思文閣、京都、1987.
- 2)石原 明：日本の医学 - その流れと発展、至文堂、東京、1966.

- 3)市川浩：精神としての身体、講談社学術文庫、講談社、東京、1992.
- 4)市川浩、中村洋二郎[編]：身体論集成、岩波現代文庫、岩波書店、2001.
- 5)松本弘巳：刺鍼技術史、谷口書店、1991.
- 6)矢野忠、久住武：伝承医学、人間総合科学大学、2002.
- 7) 2001年国民生活基礎調査
- 8)石崎直人、岩 昌弘、矢野 忠他：我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査、その1 鍼灸治療の利用状況について、全日本鍼灸学会雑誌、55：697-705、2005.
- 9)矢野 忠、石崎直人、川喜田健司：国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察、総集編1 受療意向について、医道の日本、767、169-174、2007.
- 10)Yamashita H,Tsukayama H,Sugishita C：Popularity of complementary and alternative medicine in Japan ; a telephone survey , Complement Ther Med, 10：84-93,2002.
- 11)蒲田聖可：代替医療、効果と利用法、中央公論社、2002.
- 12) 矢野 忠、石崎直人、川喜田健司他：国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察、その1 鍼灸医療の利用率と鍼灸医療の市場規模について、医道の日本、743、138-146、2005.
- 13) 矢野 忠、石崎直人、川喜田健司他：国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察、その3 鍼灸医療に関する受療と非受療の理由、医道の日本、746、125-130、2005.
- 14) 矢野 忠、石崎直人、川喜田健司：国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察、総集編2 鍼灸医療に対して国民の声が示したこと、移動の日本、768、168-174、2007.
- 15)藤井亮輔、坂井友実、佐々木 健他：就業者実態調査にみる鍼灸マッサージ業の現状と課題(第2報・上)、医道の日本、756、124-134、2006.
- 16) 藤井亮輔、坂井友実、佐々木 健他：就業者実態調査にみる鍼灸マッサージ業の現状と課題(第2報・下)、医道の日本、757、122-130、2006.
- 17)田坂広志：21世紀の知の潮流「生命論パラダイム」、生命論パラダイムの時代、日本総合研究所編、ダイヤモンド社、東京中公新書、東京、1993：pp1-65.
- 18)清水 博：ホロンとしての人間 - ミクロコスモスへの挑戦、石井威望、小林登、清水博、村上陽一郎編集、中山書店、東京：1984.
- 19)矢野 忠：経絡経穴系研究の諸相とその夢、全日本鍼灸学会雑誌、58:604-615、2008. 20)佐藤純一：分化現象としての癒し - 民間療法の現在、メディカ社、2000.
- 21)近藤英俊、浮ヶ谷幸代：現代

日本鍼灸を取り巻く情勢

筑波技術大学保健科学部
形井先生

現在の国際情勢の中で、日本鍼灸が置かれている位置を、皆さんと一緒に明確にする必要性が緊急であると考え、事前の抄録のタイトルの「日本鍼灸の存在意義」を変更して、「日本鍼灸を取り巻く情勢」というタイトルにし、世界の動きを知ってもらう目的で話をさせて頂きます。

I. 世界の鍼灸の動き

現在、東洋医学を ISO で標準化しようという動きがあります。そのことをご存じの方どのくらいいらっしゃいますか。半分くらいの方ですね。

それから WHO (World Health Organization、世界保健機関) が国際疾病分類 (ICD11) の中に東洋医学を入れようと準備をしていますが、その動きをご存じの方はどのくらいいらっしゃいますか。はい、ちょっと減りました。

また、中国が、ISO (International Organization for Standardization、国際標準化機構) で標準化しようとしているのは、中医学であることをご存じの方はどのくらいいらっしゃいますか。わかりました。

知っておられる方は、上の 3 つのことは分かっているけれど、一方で、それについてあまり明るくない方はどれも共通してご存じではないという、そういう傾向のようです。

これらの動きは、1980 年代～90 年代にかけて、西洋医学の分野でエビデンスに基づいた医学部教育や臨床がなされるべきであるということ、すなわち欧米の医療界では EBM (Evidence Based Medicine) の重要性が言われるようになり、その影響で、日本鍼灸界でも EBM、あるいは、EBA (Evidence Based Acupuncture) を踏まえられているかが問われるようになり、1990 年代から 2000 年代にかけて、その動きが加速した状況があったわけです。また、西洋医学の行き詰まりが見えてくる中で、西洋医学を補完したり、代替する新たな医学が求められる時代に入り、補完代替医療 (CAM, Complementary and Alternative Medicine) が注目されるようになるわけで、世界的な CAM の動きの中で、鍼灸、漢方薬も見直されています。また、日本国内でも健康な生活のあり方の見直しがありますし、現在、その動きは西洋医学が東洋医学を取り込もうとする統合医療 (IM, Integrative Medicine) という形に現れてきています。

ここ数十年間のこのような流れは、具体的にどのようなことであったのか、見てみたいと思います。

世界の東洋医学の流れからすると、1997 年のアメリカ合衆国の NIH の「鍼の合意形成声明¹⁾」。あるいは、2000 年の英国の医師会や鍼灸師会での鍼に関するレポート²⁾。2000 年代

の半ばに、韓国で始められている東西医学を統合した病院。また、ヨーロッパでは、英国やドイツなどで、2000年代後半には、鍼の保険取扱いが始まっています。また、世界鍼灸学会連合会(WFAS, World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies)の動きも活発になってきて、2009年のストラスブルームでの総会の際には、鍼の devise、灸の technique、耳針および頭針の標準化の4委員会を作ることが計られ、具体的な案も提出されました。WFASのこの動きは、後に述べるISOの動きと連動するものであり、その点も考慮する必要があります。ISOのTC249の委員会のliaison(連携)メンバーとしてWFASが認められた結果、審議に関連する資料をWFASから提出することが認められることになり、WFASで進めようとしている4つの標準化案がISOに提出される可能性が高いからです。

さて、WHOには、スイス・ジュネーブのHQ(ヘッドクォーター)と、世界6ブロックに分けたそれぞれの地域事務局があります。日本が所属するのは、西太平洋事務局(WPRO, Western Pacific Regional Office)です。現在の伝統医学諮問官はDr. Narantuyaというモンゴルの方ですが、その前は、韓国の崔昇勲(チェ・スンフン)氏で、経穴部位の標準化を主導した方です。WHOの動きだけを見ても、90年代の後半から2000年代にかけて様々な動きがありました。先ほど言いましたように、WHO自体が東洋医学を標準化してICD(International Classification of Diseases、具体的にはICD11)に入れようとする動きもありますし、身近なところでは、2006年には鍼の経穴部位の標準化が達成されました³⁾。経穴部位以外の標準化としては、WPROが「東洋医学の国際標準用語集(WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region⁴⁾, IST)」を2007年の8月に発行しています。ISTの中の東洋医学の基礎的な分野のものは別として、鍼の分野の用語は234、灸の用語は39、抜罐法が11収載され、英語で定義されております。また、2008年には、WHOから伝統医学に関する北京宣言が出され、各国の伝統医学の推進を促す内容が全世界に発信されました。

II. 世界の動きと日本鍼灸

ここ数十年の間に、以上のような国内外の動きがあったわけですが、このような動きが日本の鍼灸にどのような影響を与えるかは、いろんな考え方があると思います。全然そんなのは問題ないよという考え方もありますし、いや、今きちんとした認識を持つべきであるという考え方もあるでしょう。しかし、欧米で、鍼灸が西欧化していくという動きがみられます。これまでは、それらの動きはブーム的に捉える向きもある程度で、制度化まではいかなかったのですが、各国にすでにある保険制度に鍼を入れ込んでいく動きが明確に出てきています。

鍼が欧米に広まっているということは非常に素晴らしいことだし、東洋医学が西洋医学と同じような立場で、各国で利用されることは素晴らしいことだと思います。しかし、その東洋医学の実態は、ほとんどが中医学です。中医学イコール東洋医学として、東洋医学の発展というよりも中医学の広がりを見ているのが大きな問題ですが。

また、昨年述べたように、日本国内でも医学教育の中で漢方がコアカリキュラムに入った⁵⁾ことで、漢方プラスアルファで鍼灸も講義されている。その結果として、2010 年の春から正規の東洋医学の教育を受けた医学部生が卒業しています。

このように、世界の西洋医学界へ鍼灸、漢方が広がりつつあることと、日本の西洋医学界へ鍼灸、漢方が広がりつつあるという、両方の現象が今あります。それも、興味のある医師がやっているということではなくて、制度的に今きちっと位置付けられつつあるということです。

これで述べて来たような動きをみていますと、先ほどから話が出ている ICD11 という、「疾病および関連保健問題国際統計分類」の中に東洋医学を入れ込もうという動きが WHO にあること、また、日本国内では、医学教育の中の、漢方プラス鍼灸の教育が行われつつあり、看護や助産や理学の世界でも東洋医学的な考え方や経穴を取り込む動きも多くなっており、さらに、穴概念を使った手技の方法やツボに関する書籍等が氾濫し、医療分野ではないところで穴概念の広がりがある。ツボ概念の広がり、広い意味で東洋医学の理解を助けるものですが、現状は、助けるというよりも、野放しに近い状態と言えなくもなく、それも問題だと思います。

Ⅲ. 中国のグローバルズム

それから、中国がグローバルビジネスを強力に打ち出しています。その具体的な動きの一つが、ISO (国際標準化機構) に中医学の承認を求める申請を出していることであると認識しておくべきだと思います。それに関連して日本サイドの問題は、韓国や中国には政府の中に東洋医学を監督する機関があつて、対外的な問題に対応しているのに対して、日本にはそのような機関がないということです。そのため、どのように対応をしていくかを民間レベルで考える必要があります。

実は、2006 年に JLOM (Japan Liaison of Oriental Medicine、日本東洋医学サミット会議) という、日本東洋医学会や全日本鍼灸学会、和漢薬学会等が参加する組織を作りました。この JLOM が国際的な動きに対応をしていくので、ここに厚生省や経産省なども協力していただくという動きになってきているわけです。厚労省の中では、厚生労働省研究開発振興課の中に対応窓口を立ち上げてもらっています。この動きを政府の正式部署に位置づける必要があると思います。

中国は 2008 年に ISO の TC215 に申請を出しましたが、2009 年の 2 月には新たな中医学という名前の委員会を作ってくれと、ISO の TC249 に申請を出すという動きもしています。もし、中医学をという名前の委員会を立ち上げてしまうと、その中で検討されるものは中医学の範囲での検討となり、そこで決まったことは中医学の範疇に制約された鍼灸となってしまう恐れがあります。何とか韓医学や日本の伝統医学、欧米の鍼灸なども認められる形に持って行く必要があるものと思います。ISO は、元々は工業製品を標準化する国際機構で、スイスのジュネーブにあったスイス民法による非営利法人なのですが、今は世界的に認め

られる機構になっていて、ISOに通ることが、商品がスムーズに、あるいは有利に販売されるという状況になり、世界はそのように認識して動いています。公用語はフランス語、英語、ロシア語なんですけれども、各国1機関が参加できて、投票権もあります。日本では、経産省が投票することが多いようです。このISOに、中国が中医学という名前で東洋医学の診察、診断、治療法、漢方薬の生薬から、鍼の道具に関することまで、認めてもらいたいと申請を出しているということです。

IV. まとめ

以上のように、世界情勢の話をしました。この話は、表向きは東洋医学の分野での、特に日中韓の学術的なレベルでの話のように聞こえるかも知れません。しかし、実は、生物多様性条約締結の意味、漢方の生薬資源および鍼用具と艾の製造に関する経済的な競争、それらのものの意味の裏付けとなっている東洋医学そのものの考え方（すなわち、知財としての価値）の所属先の問題等、その裏に大きな問題を孕んでいます。

詳細は、本誌の小野直哉先生の「伝統医学と生物遺伝資源、伝統的知識、文化資源、知的財産の問題－黒船来航！第3の危機！？日本の伝統医学を取り巻く現実－」をお読み下さい。

文献

- 1)川喜田健司ほか訳、米国国立研究所(NIH)合意形成声明書、医道の日本;(646):16-25.1998.
- 2)British Medical Association. Acupuncture: efficacy, safety and practice. Amsterdam. Harwood Academic Publishers. 2000.
- 3)WHO/WPRO, WHO STANDARD ACUPUNCTURE POINT LOCATIONS in the Western Pacific Region, WHO Western Pacific Region Office, Manila, Philipines, 2008
- 4)WHO/WPRO, WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine、WHO Western Pacific Region Office, Manila, Philipines, 2007
- 5)医学における教育プログラム研究・開発事業委員会、医学教育モデル・コア・カリキュラム；2 基本的診療知識、(1)薬物治療の基本原則、△17)和漢薬を概説できる、2001年3月.

伝統医学と生物遺伝資源、伝統的知識、文化資源、知的財産の問題 —黒船来航！第3の危機！？日本の伝統医学を取り巻く現実—

財団法人未来工学研究所
京都大学大学院医学研究科
小野 直哉

I. はじめに

各国の伝統医学の多くは、自然界に存在する植物や動物、鉱物を素材とした薬を多用している。これら伝統医学における薬の素材の多くは、地球上の生物多様性による各国の生物遺伝資源に依拠していることが多い。そのため、現在、生物遺伝資源の資源国は、生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」の側面から、自国の伝統医学で用いられる生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」に関する基本的ルールを構築しようとしている。2010年10月に名古屋で開催された生物多様性条約(Convention on Biological Diversity; CBD)の第10回締約国会議(The tenth meeting of the Conference of the Parties; COP10)では、資源国(開発途上国中心)と利用国(先進国中心)による、生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題の攻防と駆け引きが展開され、伝統医学を裏打ちし、近代西洋医学の創薬に重要な役割を果たす「伝統的知識」も、生物多様性の保全と「生物遺伝資源」の「アクセスと利益配分 (ABS)」同様、今後は生物多様性条約の俎上で議論されることが採択された。

本稿では、鍼灸や漢方を含めた日本の伝統医学を取り巻く生物遺伝資源、伝統的知識、文化資源、知的財産の問題に関し、生物多様性条約での議論を中心に、現在、日本の伝統医学が置かれている状況について述べる。

II. 日本の伝統医学を取り巻く海外の環境

現在、日本の伝統医学の標準化及び生物遺伝資源、伝統的知識、文化資源、知的財産に関わる国際的動きを整理すると、以下4つのものがある。

- ① ISO (国際標準化機構) : Technical Committee 249 と中医学.
- ② WHO (世界保健機構) : ICD-11 の改定作業と伝統医学.
- ③ UNESCO (国際連合教育科学文化機関) : 世界文化遺産と韓医学、中医学。(2009年、韓国は「東医宝鑑」を世界記録遺産に登録完了、2010年9月中国は「中医鍼灸」を世界無形文化遺産へ登録申請、2010年11月「中医鍼灸」を世界無形文化遺産へ登録完了)
- ④ 生物多様性条約 (CBD) : 「アクセスと利益配分 (ABS)」問題。
(生物遺伝資源と伝統的知識の知的財産問題)

①では、ISO の TC249 で中医学の国際標準化が行われている。②では、WHO の ICD において ICD-10 から ICD-11 への改訂へ向けて、伝統医学に関する項目を国際統計分類へ組み込むための項目分類作成作業が進められている。③では、2009 年に韓国が UNESCO の世界記録遺産に「東医宝鑑」を登録完了し、2010 年 9 月に中国が UNESCO の世界無形文化遺産に中医学の鍼灸を登録申請したと宣言し、2010 年 11 月はその登録を完了している。④では、伝統医学に関わる薬草や生薬原料及び伝統的医学知識を含む伝統的知識に関する「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論が生物多様性条約 (CBD) で行われている。

現在、日本の伝統医学に直接関わる議論を行っている主な国際機関や条約は、少なくとも ISO, WHO, UNESCO, 生物多様性条約 (CBD) の 4 つが考えられる。

Ⅲ. 生物多様性条約の経緯

生物多様性条約以前の野生生物保護条約には、ラムサール条約 (1971 年 2 月 2 日制定, 1975 年 12 月 21 日発行; 特に水鳥の生息地として国際的に重要な湿地の生態系の保全) とワシントン条約 (1973 年 3 月 3 日採択, 1975 年 7 月 1 日発行; 絶滅のおそれのある野生動物の種の国際取引制限, 特定の地域, 種の保全に限定した, 野生生物保護の枠組) がある。しかし、これら二つの条約では網羅できない環境問題 (生物多様性の包括的保全の新たな枠組) を扱うために、生物多様性条約 [1992 年 5 月 22 日採択, 国連環境開発会議 (リオデジャネイロ開催) で署名開放, 1993 年 12 月 29 日発効; 特定の地域, 種の保全だけでなく, 野生生物保護の枠組拡大] が、2009 年 10 月末現在、192 の国と地域により締結されている (日本は 1993 年 5 月に締結)。

生物多様性条約は、「①地球上の多様な生物を生息環境とともに保全」、「②生物資源を持続可能であるように利用」、「③遺伝資源の利用から生ずる利益を公正かつ衡平に配分」の 3 つを目的とし、生物の多様性を①「生態系」、②「種」、④「遺伝子」の 3 つのレベルで捉えている。

生物多様性条約は、そもそも自然環境を保全する、または生態系を保護するための国際条約である。その保護すべき生態系を構成するのは、植物や動物、生物の種である。その種が実際に地球上の自然界における植物や動物、生物の生態系を構成している。さらに動植物の種を規定しているものは、それぞれの種が持つ遺伝情報である。遺伝情報が種を規定、構成し、その種が生態系を構成している。現在、絶滅の危機に瀕している種や消滅は時間の問題とされている生態系が地球には多数存在している。それを世界中で守るために、生物多様性条約の議論が 1992 年に始まった。但し、この条約には目的が 3 つあり、1 つは、地球上に多様に存在する生物の種を、その生息地と共に生態系を保全すること。2 つ目は、生物やその生息環境を守りながら、生物の持続可能な利用をすること。生物の生息により、我々は日常生活において生物を食料や薬など、何かしらの形で利用している。しかし、生物やその生息環境を守るだけでは、我々は日常生活において生物を利用できず、我々の日

常生活が立ち行かなくなってしまう。そのため、生物やその生息環境を守りながらも、生物の利用を持続可能な形で行うことである。そして、3つ目は、生物遺伝資源のアクセスと利益配分である。生物多様性の遺伝資源の利用から生じる利益を締約国間で公正かつ公平に分配しよう、というのがこの条約の3つ目の目的である。

これまで生物多様性条約締約国会議 (Conference of the Parties; COP) は 1994 年 11 月以来、ほぼ 2 年ごとに各国で開催されており、2011 年 3 月現在まで下記の通り 10 回の締約国会議が開催されている。

- 第 1 回締約国会議 (COP1) 1994 年 11/28 - 12/09 バハマ ナッソー
- 第 2 回締約国会議 (COP2) 1995 年 11/06 - 11/17 インドネシア ジャカルタ
- 第 3 回締約国会議 (COP3) 1996 年 11/04 - 11/15 アルゼンチン ブエノスアイレス
- 第 4 回締約国会議 (COP4) 1998 年 05/04 - 05/15 スロバキア ブラチスラヴァ
- 第 1 回締約国特別会議 (ExCOP1) 1999 年 02/22 - 02/23 コロンビア カルタヘナ

「バイオセーフティーに関するカルタヘナ議定書」の内容討議。

- 第 1 回締約国特別会議 (ExCOP1) 2000 年 01/24 - 01/28 カナダ モントリオール (再会合) 「バイオセーフティーに関するカルタヘナ議定書」を採択
- 第 5 回締約国会議 (COP5) 2000 年 05/15 - 05/26 ケニア ナイロビ
- 第 6 回締約国会議 (COP6) 2002 年 04/07 - 04/19 オランダ ハーグ
- 第 7 回締約国会議 (COP7) 2004 年 02/09 - 02/20 マレーシア クアラルンプール
- 第 8 回締約国会議 (COP8) 2006 年 03/20 - 03/31 ブラジル クリチバ
- 第 9 回締約国会議 (COP9) 2008 年 05/19 - 05/30 ドイツ ボン
- 第 10 回締約国会議 (COP10) 2010 年 10/18 - 10/29 日本 名古屋

IV. 生物多様性条約での議論

生物多様性条約の中心問題は、第 15 条 7 「利益を当該遺伝資源の提供国である締約国と公正かつ公平に配分する」及び第 8 条 (j) 「伝統的な生活様式を有する原住民の社会及び地域社会の知識、工夫及び慣行を尊重し…平衡な利益配分を奨励する」の条文からも分かるように、「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題である。

2010 年 10 月、名古屋で開催された COP10 での主な争点は、生物遺伝資源の、「アクセスと利益配分 (ABS)」であり、資源国による利用国への「生物遺伝資源の出所開示請求」であった。生物多様性条約での生物遺伝資源の、「アクセスと利益配分 (ABS)」は、各資源国の生物多様性法や特許法などの国内法に利用国が順じなければならない取り決めになっている。これらは既に、資源国である中国やインドなどの国内法 (2010 年改訂された中国の特許法である専利法やインド 2005 特許法、インド生物多様性法) の中で謳われていることがらである。更に、生物多様性条約ではこれまで、条約締約国間での生物遺伝資源の、「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題が活発に議論されて来たが、今後は「伝統的知識」に付

いても生物遺伝資源同様、生物多様性条約締約国間での議論の俎上に上る事となった。これは、COP10での資源国及び利用国の動向次第と言われていたが、今後は正式に、資源国による利用国への伝統的知識の出所開示請求、あるいはそのアクセスや利益配分の問題が生物多様性条約締約国会議で議論される事になったのである。

生物遺伝資源の出所開示に賛成なのは資源国であるが、原産国開示のみの条件付でEUも賛成しており、当初から出所開示に反対であった日本は、COP10では厳しい状況に立たされると言われ、COP10までに、国際的判断を行うことが求められていた。また、出所開示の問題には、資源国と利用国のフェアトレードの問題も絡んでおり、内容はより複雑になる。

また、生物多様性条約締約国会議にオブザーバー参加している米国も生物遺伝資源の出所開示には反対の姿勢を取っていた。米国は生物多様性条約の締約国ではない。その主な理由は幾つか有るが、その1つには、遺伝子操作による農作物の生産は米国の主要産業の1つであり、米国が生物多様性条約を締約すれば、その批准により、米国の遺伝子操作による農作物の生産に海外から横槍が入り、米国の国益が損なわれる可能性があること。また、米国のNIHのバイオ探索研究契約やスミソニアン博物館の提案するアクセスと利益配分案等、米国は世界で最も資源国との利益配分に関するノウハウを既に長年に渡り蓄積し、政策的にも整備されており、独自で資源国と生物遺伝資源や伝統的知識の利用が出来るため、下手に生物多様性条約を締約し、それを批准することから受ける国益の損失を回避する事も主な理由の1つである。

生物多様性条約に於ける生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題は、これまで生物多様性条約締約国会議で、中国、インド、ブラジル、アンデス山脈周辺の国々等の資源国は生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論で活発に発言し、自分達が保有する資源から利益を得るための国際的枠組みの構築を主張してきた。資源国には発展途上国が多く、資源国 (開発途上国) と利用国 (先進国) の争いが、現在、生物多様性条約で行われているのが状況である。これは言わば、北の富める国と南の貧しい国との経済格差による対立、形を変えた「南北問題」に他ならない (図1)。

V. 各国の生物多様性条約関連国内法の整備状況

2011年3月現在、生物遺伝資源のアクセスと利益配分を国内法で整備している国は、アジアでは、中国、フィリピン、ヴェトナム、タイ、マレーシア、インド、オセアニアではオーストラリア、アフリカでは南アフリカ、エチオピア、ケニア、マラウイ、ラテン米国ではブラジル、コスタリカ、アンデス協定、ボリビア、ペルー、パナマ、ベネゼエラであり、生物多様性条約締約国の約10%にしか過ぎないのが現状である。

また、2011年3月現在、生物遺伝資源の出所開示法を制定している国は、アジアでは、中国、インド、アフリカでは、エジプト、南アフリカ、ラテン米国では、アンデス連合 (ボリビア、コロンビア、エクアドル、ペルー)、ブラジル、コスタリカ、ヨーロッパでは、ベルギー、デンマーク、ノルウェー、スウェーデン、スイスである。

生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識に関する各国の国内法の整備状況は、特にインドや中国、ボリビアやペルー等のアンデス諸国、ブラジル等で進んでいる。これまでの生物多様性条約 (CBD) での締約国会議 (COP) でも、これらの国々は活発に発言し、生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」に対処するための国内法の整備以外にも、これらの国々では様々な対策が採られている。

伝統医学の標準化に関わる伝統的知識の保存・保護活動は、各国に様々な例があるが、例えばインドでは、自国の伝統医学を伝統的知識と捉え、インドの Ministry of Health and Family Welfare で伝統医学を管轄する部局である Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH)が、インドの Ministry of Science and Technology 管轄の Council of Scientific and Industrial Research (CSIR)との共同プロジェクトとして、Traditional Knowledge Digital Library (TKDL)計画が2001年から進行しており、インドの伝統医学に関わる伝統的知識をデジタル・データ・ベース化する作業が行われている。

また、中国の生物多様性条約 (CBD) 関連の取り組みとしては、中国生物多様性国家戦略と行動計画には、中国生物多様性保護行動計画 [China Biodiversity Conservation Action Plan (NBAP)] や中国生物多様性国家戦略と行動計画 [China Biodiversity Strategy and Action Plan (NBSAP)] が在り、日本の漢方薬に関わる中国の中央政府及び地方政府の中医薬に関する強化策として、中国政府の漢方振興強化策、漢方薬品種保護条例、四川省の漢方振興策が在る。また、知的財産法の生物多様性法関連としては、国家知的財産権戦略綱要2008 生物多様性保護関係、2009年中国知的財産保護行動計画が在り、2010年には専利法改正等、伝統医学に関わる生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」の様々な対策が中国国内で行なわれている。また、中国では中医学だけではなく、それ以外の中国の少数民族の伝統医学に対しても、既に生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」国内法で既に整備を行っている。

インドは近隣諸国と共に、中国は独自に、生物遺伝資源のアクセスと利益配分の側面から、自国の伝統医学で用いられる生物遺伝資源のアクセスと利益配分に関する基本的ルールを構築しようとしている。

日本では、2010年現在、生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」や「出所開示」に関する生物多様性条約関連国内法の整備は未だ行われておらず、今後の課題となっている。

VI. 生物多様性条約が与える影響

日本国内で生物多様性条約の影響を受ける産業分野 (生物遺伝資源・伝統的知識を利用する) としては、以下5つの分野が考えられる。

- ① 漢方医薬：生薬等の漢方薬材料を利用

- ② 医薬品：創薬目的に微生物や天然動植物を探索
- ③ 食品：農産物や健康食品材料を利用
- ④ 化粧品：天然動植物の抽出物を利用
- ⑤ 種苗：野生植物の園芸・鑑賞植物目的の利用

また、大学や研究機関においても上記産業関連分野で影響を受けると考えられている生物多様性条約が日本の伝統医学に与える影響としては以下3つのことが考えられる。

- ① 絶滅危惧種の生物遺伝資源の輸出制限による生薬資源の不足
- ② 生物遺伝資源の出所開示による研究活動及び知的財産への影響
- ③ 今後の動向次第ではあるが、伝統的知識の出所開示による研究活動及び知的財産への影響

生物遺伝資源で具体的に問題になるのは、生物遺伝資源である草や木、葉、動物、鉱物が持つ機能性である。機能性というのは、薬になるとか、健康食品になるとか、人間にとって何か役に立つ機能的付加価値である。何か機能性の成分や作用する物質を生物遺伝資源が含んでいることが、結果的に経済的な商取引の商品として用いられ、そこには多くの場合、伝統的知識が附随する。2003年のDavid J. Newmanらの調査では、1981年から2002年の間に承認された1,031の近代西洋医学の医薬品の新規化合物の約52%の過半数が天然物由来であったと報告している。1990年代、製薬業界全体が近代西洋医学の創薬に繋がるリード化合物の研究開発は、全てコンピュータ上で人工的に創り出せるという、*in silico* (イン・シリコ)での方向性で流れていた。しかし、天然のリード化合物、自然が創り出す多様性の方が、コンピュータが創り出す組み合わせよりも多様であり、人間の創り出す多様性と自然の創り出す多様性には勝てないことが明確となり、2000年以降、製薬業界は再び天然物由来の薬になる可能性があるリード化合物を探索する方向に戻って来た。そこから、創薬に繋がるリード化合物になる可能性の高い動植物の標本である天然ライブラリーをいかに多く所有、またはアクセスできるかが、創薬に関わる企業の競争力であり、企業価値の1つとなっているのが状況である。

生物遺伝資源(CBD)の「アクセスと利益配分(ABS)」が問題になる事例は様々で、例えば伝統医学に関わる生物遺伝資源の「アクセスと利益配分(ABS)」の問題としては、漢方薬の効果効能に関する研究開発がある。日本の漢方薬に用いる生薬の多くは、中国で産出されている。それらの生薬は中国でしか産出されないとした場合、それらの生薬が持つ有効成分を中国以外の第三国の企業や研究機関が研究開発し、発見したとする。そして、その有効成分に対して第三国の企業や研究機関が特許を申請し、その有効成分が次に近代西洋医学の薬を作る創薬に繋がっていく。そして、その創薬から生まれた新薬が難治性の疾患に対し大変有効であったため、非常によく売れ、莫大な利益を得たとする。その第三

国の企業や研究機関が中国の企業や研究機関なら問題はない。そのまま生薬由来の近代西洋医学の新薬で利益を上げれば良いのである。しかし、問題は、中国でしか産出しない生薬からの有効成分を、中国以外の第三国の企業や研究機関が研究開発し、その発見した有効性成分に対し、特許を取得し、その特許を用いて創られた新薬で利益を得た場合、その得た利益の一部を中国に利益配分しなければならなくなる。また、もっと遡ると、中国でしか産出しない生薬からの有効成分の特許自体を取得するためには、中国の了解を得なければならなくなる。さらに遡ると、中国でしか産出しない生薬からの有効成分の研究開発を行うこと自体を中国に許可を得なければできなくなるということである。

今後、生物多様性条約で議論される「伝統的知識」の問題も同様であるあり、生物遺伝資源とは違う事例として次のものがあつた。アフリカのある国の伝統的な装飾模様（テキスタイル・デザイン）があり、その装飾模様を配した布地を輸入するイギリスの企業が、その装飾模様の現地での名称を自社の社名とした。しかし、その装飾模様が元来存在するアフリカの国から「社名変更」のクレームが付き、そのイギリスの企業とアフリカの国は法的に争う事になった。結果的には、イギリスの企業が社名を変更する事になった事例等である。

Ⅶ. 伝統医学に関わる国際機関と条約

先に述べた伝統医学に関わっている 4 つの国際機関以外に、生物多様性条約 (CBD) で今後議論の俎上に登る事になった伝統的知識に関わる国際機関や条約は非常に多岐に亘り、纏めると以下の様になる。

環境問題を扱っている国際連合環境計画 (UNEP)、その中の生物多様性条約事務局 (SCBD) で、生物多様性条約が扱われ、生物多様性条約締約国会議 (COP) が開催されている。文化関係では国際連合教育科学文化機関 (UNESCO)、食料関係では、国際連合食糧農業機関 (FAO)、公衆衛生や医療関係では世界保健機構 (WHO)、工業製品の関係の国際標準化を扱う国際標準化機構 (ISO)、知的財産に関しては、世界貿易機構 (WTO) での遺伝子関係の情報の商取引に関わる TRIPS 協定 (知的所有権の貿易関連の側面に関する協定) と世界知的所有権機関 (WIPO)、また、伝統的知識を持つ先住民の問題で地域開発も関わるため、国際連合貿易開発会議 (UNCTAD) や労働問題では国際労働機関 (ILO)、人権問題も含まれるため国際連合人権委員会 (UNCHR)、国際連合先住民族問題常設会議 (UNPFII)。更に、伝統的知識を無断で使用する犯罪も関わるため、国際的な法の問題や法を犯した際は、インターポール (Interpol) とも呼ばれる国際刑事警察機構 (ICPO) が関わって来る (表 1)。

但し、伝統的知識に最も関わってくるのは、先の伝統医学に関わる 4 つの国際機関と条約、ISO, WHO, UNESCO, 生物多様性条約 (CBD) である。それらに加え、食糧関係の FAO と貿易関係の WTO, 知的所有権関係の WIPO の 3 つが新たに関わってくる形となる。

また、生物多様性条約 (CBD) が扱う問題は、国際連合食糧農業機関 (FAO) や世界保健機構 (WHO)、世界貿易機構 (WTO/TRIPS)、世界知的所有権機関 (WIPO)、国連海洋法条約

(UNCLOS), 南極条約 (ATS), アジア太平洋経済協力 (APEC) 等, 各国際機関や条約が扱う事柄と重複することがある (表 2). 其々の国際機関や条約との境界線をどの様に扱うのか? その住み分けと役割分担が今後の課題でもある.

VIII. 生物多様性条約と鍼灸

生物多様性条約 (CBD) においては, 今のところはマテリアル (素材) である生物遺伝資源の部分が「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論の中心である. 生物遺伝資源の様に, 遺伝情報を含めた, 実体として目に見える形のマテリアル (素材) の問題は, 生薬を用いる漢方薬に直接関わって来ることは容易に予想される. しかし, マテリアル (素材) として針と艾だけを用いる鍼灸にも生物多様性条約 (CBD) は関わって来るのだろうか? 2010 年 10 月, 名古屋で開催された第 10 回生物多様性条約締約国会議 (COP10) では, 今後, 生物遺伝資源同様, 伝統的知識も生物多様性条約 (CBD) で議論されることが正式に決定された. 今まで生物多様性条約 (CBD) での「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論では実体として目に見える形のマテリアル (素材), 物のことだけを正式に扱って来た. しかし, 生薬とされる草や木, 葉, 動物, 鉱物が単なる草や木, 葉, 動物, 鉱物とは違い, それらが生薬たる由縁は, 生薬が使用される際の伝統的な医学知識の裏打ちによって, 草や木, 葉, 動物, 鉱物が特定の効果を持つ生薬と規定されているからである. つまり, 漢方薬が漢方薬たる由縁は, 伝統的な医学知識があるから漢方薬なのであり, その伝統的知識がなければ, 草は単なる草にしか過ぎない. 資源国は, 今後, 伝統的知識に対しても何らかの利益配分の枠組みを作っていきたいと考えており, 伝統的知識を名古屋で行われ COP10 の議論の俎上に乗せたのであった.

伝統的知識が, 今後, どのような形で議論されるのか, その方向性によっては, 伝統医学は様々な影響を受けることになる. 例えば鍼灸も漢方も含めた日本の伝統医学は, 資源国によって, そのオリジナルや起源, どこから伝来したのかという由来や出処を開示する必要に迫られる可能性がある. それが明確になれば, オリジナルや起源, 由来や出処から発生した日本の伝統医学に対し, それ相応の利益配分を資源国は求めて来る可能性があり, その可能性は否めない.

但し, この問題は, 文化など非常に広範囲で多岐に渡る分野に関わるため, 議論自体にとっても複雑で困難なところがある. しかし, 「アクセスと利益配分 (ABS)」は明らかに経済的側面での事柄であり, 一般的に文化は, 経済的価値を生み出す可能性を秘めている重要なコンテンツでもある.

IX. 日本の鍼灸の過去 2 回の危機と現在の危機の質的違い

日本の伝統医学, 特に鍼灸においては, 過去 2 回に渡り, その存亡に関わる危機があった. 最初の危機は, 1874 年 (明治 7 年) 8 月, 明治政府が, 太政官通達により発布した医療に関する各種規制を定めた法令である医制の公布によるものである. 医制は全 76 条から

なり、主に医業の許可制を定めている。『内務省史』第3巻によれば、①文部省統轄のもとに衛生行政機構を確立、②1872年(明治5年)に頒布された学制とあいまって西洋医学に基づく医学教育を確立、③この医学教育の上に医師開業免許制度を樹立、④近代的薬舗の制度を樹立して医薬分業制度を確立し、もって衛生行政の確固たる基礎を築くことであった。つまり、医制公布により、日本の政府の医療制度上の正統な医療は、近代西洋医学に基づく医療と成り、鍼灸や漢方などの伝統医学は、正統な医療とは見なされなくなり、医療の主流から外れて行った。

2回目の危機は、第二次世界大戦後、1946年(昭和21年)のGHQによる鍼灸禁止勧告「医業以外の治療行為を禁止すべし」と1947年(昭和22年)9月23日のGHQ禁止令(あん摩鍼灸を禁止する命令)が出されたことであった(俗に言う「マッカーサー旋風」である)。GHQにより、鍼灸は非科学的な野蛮な行為と見なされたが、極一部の医学関係者は日本の伝統医学の継承と存続を訴え、尽力し、何とか鍼灸は存続したが、日本の医学界や国民の社会的メンタリティーの大勢は、学術的にも医療資源的にも欧米追随の近代西洋医学を好とし、今日に至っている。

過去2回の危機は何れも、①近代西洋医学による外的要因であり、②日本国内に地域限定された、局地的なものであった。しかし、現在、ISO、WHO、UNESCO、生物多様性条約(CBD)等、日本の伝統医学を取り巻く環境を第3の危機とするなら、これらの危機は、①伝統医学自身による内的要因であり、②複数の国際機関で、同時多発的、世界規模で展開しており、過去2回の危機とは質的に全く違ったものである。

X. 日本の鍼灸をはじめ、伝統医学界に必要なこと

生物多様性条約における日本の伝統医学界に必要な国内対策としては、少なくとも次の6つが考えられる。①日本の伝統医学(漢方・鍼灸等)のデータベース化、②日本の伝統医学による伝統的知識のリスト化、③日本の伝統医学のソフト及びハードを含めた情報収集、整理、分析、出版等、④日本の伝統医学の伝統的知識と技の継承(教育)、⑤生物遺伝資源戦略への能動的・積極的発言と関与、⑥伝統的知識・文化戦略への能動的・積極的発言と関与である。

また、日本の伝統医学界に必要な国外対策としては、次の7つが考えられる。①資源国の生物遺伝資源保護法の把握と理解、②資源国の知的財産制度の把握と理解、③資源保護への有形無形の援助、④資源国と利用国、双方良し(Win-Win)の関係構築、⑤資源国・原住民への理解(伝統的知識や生物多様性の保護に対する考え方)、⑥資源国・原住民との良好なコミュニケーションの形成、⑦倫理的、道徳的な観点、以上を踏まえた取り組みの実行である。

更に日本の伝統医学界に必要なことは、伝統医学分野の専門家だけでは現状には対応できないことを自覚し、①産業分野の専門家(バイオ分野や工業製品等)、②知的財産分野の専門家、③法律分野の専門家、④政策分野の専門家など、多分野(産官学)の交流と連携、

その必要性を自覚することである。

日本の伝統医学関連学会に必要なことは、学会での生物遺伝資源と伝統的知識に関する議論と啓発活動の促進である。具体的には次の5つが考えられる。①国内外シンポジウムの開催、②国内外ワークショップの開催、③ガイドラインの作成、④分科会の設立、⑤学会組織内での担当部門の設置である。

政府レベルでの対応の必要性としては、次の3つが考えられる。①生物多様性条約担当部署との連携、②省庁横断的な対応と連携、③政府内での伝統医学担当部署の設置である。

今後は、世界レベルでの伝統医学の管理システムとして、伝統医学の世界協同利用管理機関の設立が必要である。その機能は、次の3つである。①伝統医学関連の生物遺伝資源の利用と管理、②伝統医学関連の伝統的知識の利用と管理、③伝統医学関連の利益配分の実施と管理である。

何れにおいても、各国の「アクセスと利益配分 (ABS)」国内法策定状況を日本が把握することは、今後の企業活動及び日本の伝統医学関連の研究を進める上で必要である。日本政府と各国政府との公式の場ではなく、非公式の場で、日本と各国で生物多様性に関わる者の相互交流の場を数多く設け、日本と各国、お互いを理解しあう努力が必要である。

X I . 問われる日本の姿勢

生物多様性条約での生物遺伝資源のアクセスと利益配分は、各資源国の生物多様性法や特許法などの国内法に利用国が順じなければならない取り決めになっている。そのため、日本政府は、生物多様性法や特許法などの国内法を今後整備しなければならない。その際、日本政府に問われるのは「日本は利用国か？資源国か？」という日本の生物遺伝資源と伝統的知識に対する根本姿勢である。この根本姿勢次第で、今後の国内法の整備は、如何様にも変わってしまう。まずは、「日本の伝統医学（漢方・鍼灸）は日本独自の伝統文化か？日本独自の伝統的知識か？」、日本政府には、その基本姿勢の明確化が必要である。

つまり、「日本の伝統医学（漢方・鍼灸）は、日本独自の伝統文化であり、日本独自の伝統的知識である。日本の伝統医学（漢方・鍼灸）は、日本独自の文化資源であり、日本独自の知的資源である。日本の伝統医学（漢方・鍼灸）は、日本独自の医療資源である。日本は利用国であり、資源国である」、その自覚と認識を日本国民及び政府は持つ必要があり、現在、我々は、根本的にこれらを問い直さなければならない必要に迫られているのが現状である。

中国にしても韓国にしても、伝統医学を国家戦略として扱っている国には一つ共通した前提がある。それは、国として伝統医学または伝統的知識というものを、文化資源または知的資源、更には医療資源として捉えていることである。それが国の伝統医学への対応としては、今後最も重要である。

X II . まとめ

各国の伝統医学の多くは、自然界に存在する植物や動物、鉱物を素材とした薬を多用している。これら伝統医学における薬の素材の多くは、地球上の生物多様性による各国の生物遺伝資源に依拠していることが多い。そのため、現在、生物遺伝資源の資源国であるインドは近隣諸国と共に、中国は独自に、生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」の側面から、自国の伝統医学で用いられる生物遺伝資源の「アクセスと利益配分 (ABS)」に関する基本的ルールを構築しようとしている。

2010年10月、名古屋で開催された生物多様性条約 (CBD) の第10回締約国会議 (COP10) では、これまで生物多様性条約での「アクセスと利益配分 (ABS)」で議論されて来た生物遺伝資源同様、伝統的知識も、今後、生物多様性条約 (CBD) 締約国会議 (COP) の俎上で取り扱われることが正式に決定した。これまで以上に、生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論は、生物資源を利用する研究者はもちろん、企業関係者、法律家、環境学者、国際問題、知的財産関連など多くの専門分野に横断的に関係して行くことが確実である。何れの分野においても、今後、生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題に対処するには、特定の分野に偏る事無く、多様な分野の専門家との連携が、必要不可欠である。特に日本の伝統医学関係者 (臨床、研究、企業、学会) の利害関係は、立場によりまちまちであり、また、企業を除く、日本の伝統医学関係者で、生物多様性条約 (CBD) の現状を把握している者は稀であり、正確な現状認識に欠けているのが現状である。これら特定の分野のみで対処及び活動するのは、生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」の議論に於いては、困難が予想され、より良い結果は生まれないものと考えられる。

他方では、産業の側面から中国が国際標準化機構 (ISO) において、中医学の国際標準化を試みようとしており、韓国や日本に賛同を求めているが、各国の伝統医学の存亡に関わる危険性があるとし、韓国や日本は此れに反対している。

さらに、韓国は2009年にUNESCOの世界記録遺産に「東医宝鑑」の登録を完了し、中国がUNESCOの世界無形文化遺産に中医学の鍼灸を登録すると2010年9月に宣言し、2010年11月に登録が完了している。両国では、其々の伝統医学の帰属性を巡って、互いの国民の感情を刺激する争いにまで発展している。これは言わば、両国のナショナリズムの衝突であるが、一方で国の文化を保存し、世界へ発信する重要な文化戦略をも担っており、伝統医学は文化資源と捉えている。さらにその影には、国家としての知的財産戦略上の産業資源としての伝統医学の保護と各国への伝統医学の帰属性の確保の狙いも伺える。

これらの問題は、明らかに先進国と開発途上国の経済格差や南北問題、ナショナリズムに連動している事柄でもあり、自国の医療保障および産業育成を考えるうえでも重要な課題である。

しかし、今日のこれら伝統医学を取り巻く問題は、多岐の分野に亘る事柄が複雑に絡み合っており、既に医療や公衆衛生に関わる国際機関であるWHO、単独で解決できる事柄では

ない。WHO も含め、環境問題に関わる UNEP や生物多様性条約(CBD)、文化に関わる UNESCO、食料や農業に関わる FAO、産業に関わる ISO、知的財産に関わる WTO/TRIPS や WIPO の各国国際機関で縦割りに議論されている生物遺伝資源や伝統的知識の事柄を総合的且つ有機的に捉え、問題解決に当らなければならない時代に突入しているのが現状である。

例えば、UNESCO での世界遺産での韓医学及び中医学の動きは、生物多様性条約 (CBD) での伝統的知識の問題だけではなく、伝統的知識を扱う世界知的所有権機関 (WIPO) において伝統医学が伝統的知識としてどの国に帰属するかが問題になる際に、UNESCO という世界的に認知されている国際機関が各国の伝統医学がどの国に帰属するかの“お墨付き”を与える効果が出てくる可能性があり、将来的に伝統医学の伝統的知識の帰属性や出所開示の問題に影響を与える可能性があり、他の国際機関での動きが、他の国際機関での議論や交渉に影響を与えることを今後は考慮しなければならないと考えられる

今後の日本の伝統医学における生物多様性条約 (CBD) での生物遺伝資源と伝統的知識の「アクセスと利益配分 (ABS)」の問題を検討し、対処する際の課題としては、以下 3 点が考えられる。1つ目は、現在、日本の伝統医学が置かれている国際環境 [①WHO での ICD-11 改定作業での伝統医学の取り扱い、②ISO での Technical Committee 215 での伝統医学の標準化及び Technical Committee 249 での中医学の標準化の問題、③UNESCO での世界遺産での韓医学 (2009 年、「東医宝鑑」を世界記録遺産に登録完了) 及び中医学 (2010 年 9 月「中医鍼灸」を世界無形文化遺産へ登録申請、2010 年 11 月「中医鍼灸」を世界無形文化遺産へ登録完了) の動き、④生物多様性条約 (CBD) の「アクセスと利益配分 (ABS)」での生物遺伝資源と伝統的知識の問題] の現状を、より多くの日本の伝統医学関係者 (漢方や鍼灸の臨床家や研究者、漢方薬メーカーや鍼灸メーカー) と日本国民、日本政府に認識してもらうことと、その方策の検討である。それが無ければ、今後も生物多様性条約 (CBD) の「アクセスと利益配分 (ABS)」での生物遺伝資源と伝統的知識の問題への正しい理解と関心は広まらず、日本の伝統医学分野全体及び日本国民、日本政府からの支援は得られないものと考えられる。2つ目は、日本の伝統医学分野が、企業も含め、多様な異分野の専門家と如何に水平に連携することが出来るか否かである。3つ目は、ある特定の国際機関や条約での対応の際にも、他の多様な国際機関や条約での伝統医学に関わる議論や現状を把握し、それらを有機的に繋げ、そこからの知見を以って特定の国際機関や条約に対処する事が必要である。

中国に端を発し、韓国を経て日本へ伝わり、日本で独自の発展を遂げた和漢や日本鍼灸に代表される日本の伝統医学には、病の表層を治療する標治法と病の根本を治療する本治法の考え方が在る。これまでの日本の伝統医学を取り巻く国際環境への日本の対応は、標治法のみが行なわれて来た。しかし、ことは既に標治法の領域を脱しており、標治法の限界と本治法の必要性を認識及び自覚する必要がある。そして、①人類の文化や英知の多様性の保障、②伝統的知識の多様性の保護・継承、③伝統医学の多様性の保護・継承を念頭に置きながら、決してナショナリズムの落とし穴に陥らずに行動することである。ナショ

ナリズムからは対立しか生まれず、対立は多様性を狭め、人類にとっての利益、人類益の損失となる。

伝統医学を守る、保護、継承することは、自国の経済的インセンティブや国益だけを考へては無理である。この世から決して中医学や韓医学、日本の伝統医学等、多様な伝統医学の体系がなくなってしまうはいけない。それぞれの伝統医学は人類共通の貴重な文化資源、知的資源、医療資源であり、その価値を認め、各国がその重要性を共通に理解し、認識することが重要である。

生物多様性と環境、文化、そして伝統医学の問題は、一見個別の事象の様に見えるが、実は全てが有機的に繋がっており、同時多発的に、多面的に地球上で展開している。今後、人類のより良い未来を築くために、我々は大局的にこれらの事象を捉え、有機的に一つ一つ問題に対処していくことが必要である。

<用語解説>

- 1) ISO (International Organization for Standardization, 国際標準化機構) : 電気分野を除く工業分野の国際的な標準である国際規格を策定するための民間の非政府組織。スイスのジュネーブに本部がある。スイス民法による非営利法人。公用語はフランス語、英語、ロシア語。各国から1機関が参加できる。近年、知財も対象とするようになってきた。
- 2) ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 疾病及び関連保健問題の国際統計分類) : 死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO)によって公表された分類。略称はICD。死因や疾病の統計などに関する情報の国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用されている。1990年に発表された第10版はICD-10とよばれる。現在、ICD-10からICD-11への改訂作業が行われており、ICD-11では伝統医学の項目も盛り込まれる予定である。
- 3) UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 国際連合教育科学文化機関) : 国際連合教育科学文化機関(こくさいれんごうきょういっかがくぶんかきかん, ユネスコ)は、国際連合の経済社会理事会の下におかれた、教育、科学、文化の発展と推進を目的として、1945年11月16日に採択された「国際連合教育科学文化機関憲章」(ユネスコ憲章)に基づいて1946年11月4日に設立された国際連合の専門機関である。2007年11月現在、加盟国は193ヶ国、準加盟国6である。日本は1951年7月2日に加盟。
- 4) UNEP (United Nations Environment Program, 国際連合環境計画) : 1972年6月のストックホルム会議で採択された勧告に基づき、地球環境問題に専門的に取り組む機関として、1973年3月に設置された政府間の国際組織。国際連合総会の補助機関である。国際連合の機関として環境に関する諸活動の総合的な調整を行なうとともに、新たな問題に対しての国際的協力を推進することを目的としている。また、多くの国際環境

条約の交渉を主催し、成立させてきた。モンテリオール議定書の事務局も務めており、ワシントン条約、ボン条約、バーゼル条約、生物多様性条約などの条約の管理も行っている。天然資源部、持続可能な生産と消費部、グローバリゼーション部などの 5 セクションに分かれ、本部はケニアのナイロビに置かれている。開発途上国に本部を置いた最初の国連機関である。下部組織として、世界自然保全モニタリングセンターが置かれている。

- 5) FAO (Food and Agriculture Organization, 国際連合食料農業機関) : 第二次世界大戦中に設置された連合食糧農業会議を基に、1905 年以來の万国農業協会を引き継いで 1945 年 10 月 16 日に設置。「人々が健全で活発な生活をおくるために十分な量・質の食料への定期的アクセスを確保し、すべての人々の食料安全保障を達成する」が設立目的。世界の栄養水準および生活水準の向上、食糧と農業生産の増大、農村地域の生活条件の改善などを任務とし、その分野の技術援助も行い、国際的な調査に基づき、世界各国の農林水産業への勧告などを行う、ローマに本部を置く国際連合の専門機関の一つ。最高機関は全加盟国で構成される総会で、理事会は総会で構成される。創立記念日の 10 月 16 日を世界食糧デーとし、世界の食糧問題の重要性に対する関心を高めようとしている。日本は 1951 年に加盟。2008 年現在、190 ヶ国と地域が参加。
- 6) TRIPS 協定 (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, 知的所有権の貿易関連の側面に関する協定) : GATT のウルグアイ・ラウンドが発展的に解消し、1995 年に世界貿易機関 (WTO) が設立される前の 1994 年に作成された WTO を設立するマラケシュ協定 (WTO 設立協定) の主要な一部 (附属議定書 1c) を成す知的財産に関する条約である。物品及びサービスの貿易に関する協定と並ぶ知的財産権の貿易関連の協定で、国際貿易、投資の促進、円滑化のためには知的財産権の保護が不可欠との認識から定められた、知的財産権保護の国際的ミニマムスタンダードである。TRIPS 協定発効前には、パリ条約などにより工業所有権の国際的保護が図られていた。しかしパリ条約は、属地主義を前提とした調整法的条約であり、工業所有権の保護内容は国内法令に委ねられていた。そのため、工業所有権の国際的保護については未だ不十分な内容でしかなかった。このような背景のもと、発明・デザイン・商標などの工業所有権を伴った取引が国際貿易の中で増加してきていた。特に偽ブランド等の不正商品については、国際貿易問題にまで至っていた。そこで 1994 年 4 月 15 日、既存の工業所有権保護条約よりも高いレベルの保護や権利行使の確立を目指し、TRIPS 協定が締結された。パリ条約、ベルヌ条約などの国際条約に関係なく、WTO 加盟国は、内国民待遇、最恵国待遇を原則に、知的財産権保護のための国内法整備が必要とされる。中国が 2001 年の WTO 加盟に伴い、知的財産権法制の大幅な改正を行ったのが好例である。貿易取引が絡むため、WIPO と比較して、模倣品・海賊版の防止、取り締まりに対して実効性が高い点に特徴がある。
- 7) WIPO (World Intellectual Property Organization, 世界知的所有権機関) : 全世界的

な知的財産権の保護を促進することを目的とし、国際協定締結の奨励、立法に関する技術援助、情報収集、広報、研究などを行なう国際連合の専門機関である。一般高位ドメイン (com など) のドメイン・ネームに関して、国際的に裁判外での紛争処理も行っている。1967 年に、WIPO の前身である知的所有権保護合同国際事務局 (BIRPI) を発展的に解消してより強化された知的財産に関する国際事務局を設立するために「世界知的所有権機関を設立する条約」(WIPO 設立条約) が作成され、1970 年に同条約が発効したことにより WIPO が設立された。そして、WIPO は 1974 年に国際連合の 14 番目の専門機関となった。スイスのジュネーヴに本部を置く。加盟国は 184 か国 (2007 年 11 月現在)。

- 8) UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development, 国際連合貿易開発会議) : 発展途上国の貿易と経済開発促進と南北問題の経済格差是正の諸問題を協議するために国際連合が 1964 年 3 月に設置した政府間会議で、国連総会に直属する常設機関であり、補助機関である。執行機関として貿易開発理事会が設置され、その下に (1) 貿易、(2) 投資・技術・金融、及び (3) 企業促進・経済開発に関する委員会がある。事務局の組織としては、(1) グローバリゼーションと開発戦略、(2) 国際貿易、(3) 投資・技術・企業開発、及び (4) 開発と貿易促進に関する部局と、後発発展途上国 (LDC) ・内陸国・島嶼 (とうしょ) 国の開発に関する特別室が設置されている。2007 年 8 月末現在の加盟国数は 193 カ国。事務局はスイスのジュネーヴに設置。
- 9) ILO (International Labor Organization, 国際労働機関) : 国連の最初の専門機関 (1946 年より) だが、設立は古く 1919 年。世界の永続的平和は社会正義の実現によって得られるとの認識に立ち、世界の労働者の労働条件と生活水準の改善を目的とする。そのために、賃金や雇用条件について勧告したり、条約を採択する。ILO 総会で採択されるこの条約が国際労働条約。それを批准した国だけしか拘束しないが、採択時に反対票を投じた国でも、条約案は自国で批准権限を持つ機関に提出しなければならない。総会と 56 名の理事で構成される理事会において、各加盟国の政府、使用者、労働者が 2, 1, 1 の割合で代表を送る、国際機構としては特異な「三者構成」をとっている。1969 年にノーベル平和賞を受賞した。しかし、機構の運営が東 (あるいは南) 側に偏っているとして、77 年に米国が脱退 (80 年復帰) するなどの危機もあった。本部はジュネーヴ。加盟国は 183 ヶ国 (2009 年 5 月現在)。日本は常任理事国。
- 10) UNCHR (United Nations Commission on Human Rights, 国際連合人権委員会) : 国際連合の経済社会理事会 (ECOSOC) に属した機能委員会の一つ。2006 年 6 月 19 日、国際連合総会の補助機関である国際連合人権理事会に改組され、発展的に解消された。国際連合人権高等弁務官事務所 (OHCHR) の協力を得て国際的な人権の保護および課題解決を目的とし、各国の人権の状況を審査し、重大な人権侵害に対して改善を勧告する。
- 11) UNPFII (United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues, 国連先住民族問題常設会議) : 世界の約 70 カ国には、3 億 7000 万人以上の先住民が存在し、その世界の

先住民の懸念や権利に関する事柄に対応する国際連合の中心的な調整機関。本会議は、国際連合の経済社会理事会 (ECOSOC) に報告する国際連合システムの枠組みの中での諮問機関である。

- 12) ICPD (International Criminal Police Organization, 国際刑事警察機構) : 国際的な犯罪防止のために世界各国の刑事警察組織間の協力のため結成された国際組織。1923年に国際刑事警察委員会の名で設立され、1956年から現在の名称。インターポール (Interpol, テレタイプ宛先略号より) と呼ばれる。総会、執行委員会、事務総局を主要機関とする。自ら捜査等を行うのではなく、加盟国刑事警察が相互に犯罪情報を交換するのを助け、それぞれの機能遂行を円滑にすることを目的として、以下 5 種類の国際手配書を送付する。(1) 赤手配書 (逮捕及び身柄引き渡しを求める)、(2) 青手配書 (犯罪容疑者に関する情報を求める)、(3) 緑手配書 (犯罪容疑者について警戒情報を与える)、(4) 黄手配書 (行方不明者等の捜索を求める)、(5) 黒手配書 (死体の身柄確認を求める)。国際セミナーやシンポジウムなども行う。加盟国は 186 カ国 (地域) を数え、国際連合に次ぐ。本部はフランスのリヨン。

(参考文献)

- 1) 田上麻衣子. 「演題①『CBD-ABS 問題と伝統的知識の保護—伝統医学における留意点—』」, 講演会「伝統医学に関わる生物多様性条約での生物遺伝資源と伝統的知識の現状」配布資料, 平成 22 年度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) 「ISO/TC249 に資するための伝統医学関連の用語・疾病分類・デバイス・安全性確保などの基盤整備研究」分担研究 (分担研究者: 小野直哉) 主催, 後藤学園ライフエンス総合研究所共催, 2011 年 2 月 19 日.
- 2) 森岡 一. 「演題②『漢方と生物多様性条約』」, 講演会「伝統医学に関わる生物多様性条約での生物遺伝資源と伝統的知識の現状」配布資料, 平成 22 年度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) 「ISO/TC249 に資するための伝統医学関連の用語・疾病分類・デバイス・安全性確保などの基盤整備研究」分担研究 (分担研究者: 小野直哉) 主催, 後藤学園ライフエンス総合研究所共催, 2011 年 2 月 19 日.
- 3) 生物の多様性に関する条約の遺伝資源へのアクセス及びその利用から生じる利益の公正かつ衡平な配分に関する名古屋議定書 (未定原稿) 和英対照版, (JBA 仮訳), 財団法人バイオインダストリー協会, 生物資源総合研究所, 2010 年 11 月 26 日.
- 4) 「第 8 回遺伝資源へのアクセスと利益配分 (ABS) に関するアドホック公開作業部会 (概要)」, 資料 4, 外務省地球環境課, 2009 年 11 月.
- 5) 「各国・地域における伝統的知識の保護制度に関する調査研究報告書」, 社団法人日本国際知的財産保護協会 (AIPPI・JAPAN), 特許庁委託 平成 20 年度産業財産権制度各国比較調査研究等事業, 2009 年 3 月.
- 6) 森岡 一. 「生物遺伝資源のゆくえ- 知的財産制度からみた生物多様性条約」, 三和書籍, 2009.
- 7) 田上麻衣子. 「『遺伝資源及び伝統的知識をめぐる議論の調和点』特集: 伝統的知識・遺伝資源」, 知的財産

- 法政策研究 Vol. 19, Page 167-190, 2008.
- 8) 田上麻衣子(訳). 『『伝統的知識の保護に関する規定案:政策目的及び基本原則』, 世界知的所有権機関事務局』, 資料紹介, 特許研究 PATENTSTUDIES No43, 79-87, 2007. 3.
 - 9) 田上麻衣子(訳). 『『公衆衛生:イノベーション及び知的財産権. (第 6 章:イノベーションとアクセスを促進する持続可能な計画に向けて)』, 世界保健機関知的財産権, イノベーション及び公衆衛生に関する委員会』, 資料紹介, 特許研究 PATENTSTUDIES No42, 65-79, 2006. 9.
 - 10) 森岡 一. 『『薬用植物特許競争にみる伝統的知識と公共の利益について』特集:遺伝資源と伝統的知識』, 論文, 特許研究 PATENTSTUDIES No40, 36-47, 2005. 9.
 - 11) 田上麻衣子. 『『遺(伝)資源及び伝統的知識の出所開示に関する一考察』特集:遺伝資源と伝統的知識』, 知的財産法政策研究 Vol. 8, Page 59-93, 2005.
 - 12) David J. Newman, Gordon M. Cragg, Kenneth M. Snader. Natural Products as Sources of New Drugs over the Period 1981-2002. Journal of Natural Products, 2003, Vol. 66, No. 7, 1022-1037.

図1.

生物遺伝子資源の利害対立

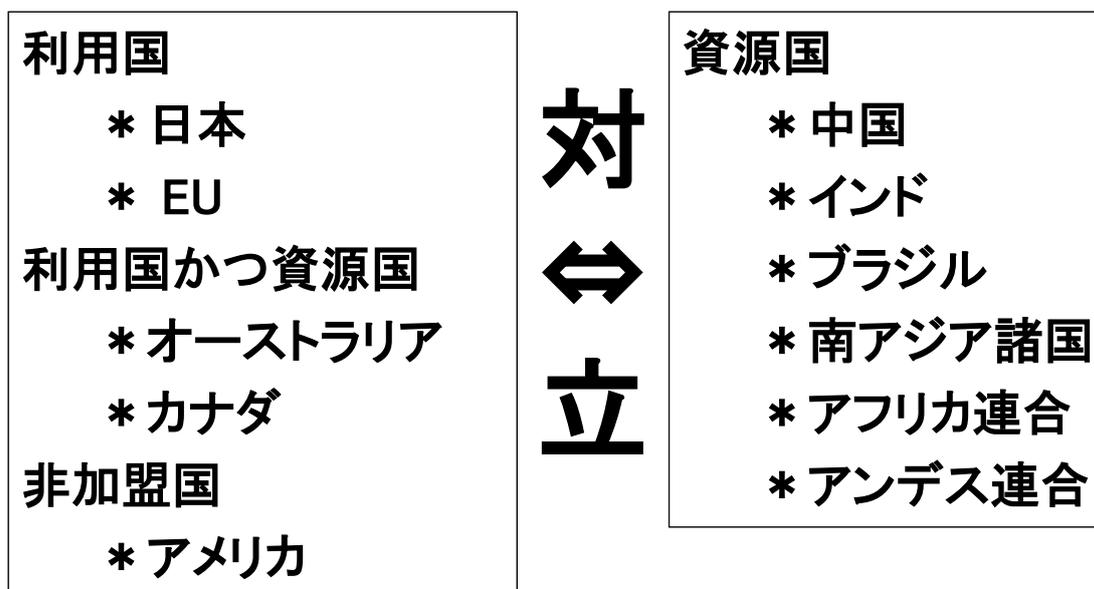


表1. 伝統的知識に関わる分野と国際機関

| 分野 | 国際機関 |
|----------|---|
| 環境 | 国連環境計画 (UNEP) 生物多様性条約事務局 (SCBD) (生物多様性条約締約国会議 (COP) を管理・主催) |
| 文化 | 国連教育科学文化機関 (UNESCO) |
| 食料・農業 | 国連食料農業機関 (FAO) |
| 医療・公衆衛生 | 世界保健機関 (WHO) |
| 産業 | 国際標準化機構 (ISO) |
| 知的財産 | 世界貿易機構 (WTO/TRIPS) 世界知的所有権機関 (WIPO) |
| 開発 | 国連貿易開発会議 (UNCTAD) |
| 労働 | 国際労働機関 (ILO) |
| 人権 | 人権委員会 (CHR) 国連先住民族問題常設会議 (UNPFII) |
| 犯罪対策・法執行 | 国際刑事警察機構 (Interpol) 世界関税機構 (WCO) |

表2. 生物多様性条約 (CBD) で扱う事柄が重複する国際機関と条約

| 分野 | 国際機関 |
|---------|--|
| 食料・農業 | 国連食料農業機関 (FAO) |
| 医療・公衆衛生 | 世界保健機関 (WHO) |
| 産業 | 国際標準化機構 (ISO) |
| 知的財産 | 世界貿易機構 (WTO/TRIPS) 世界知的所有権機関 (WIPO) |
| 国際海洋法規 | 国連海洋法条約 (UNCLOS) |
| 南極管理・利用 | 南極条約 (ATS) |
| 経済 | アジア太平洋経済協力 (APEC) |

日本における鍼灸の歴史 — 室町から江戸期にかけての受容と発展について —

順天堂大学医学部大学院医学研究科医史学研究室
東邦大学医療センター大森病院東洋医学科
筑波技術大学保健科学部保健学科

吉田和裕

要旨

鍼灸を正しく理解するためには、起源と発展経過を知識として理解しておくことは最低限必要である。鍼灸の起源は、周知の通り中国大陸であることは言及するまでもないが、紀元3世紀以降に大陸より導入されてから、現代に至るまで日本人の健康を支え続けている日本の伝統医学(=東洋医学)となっている。医学文化である鍼灸を歴史的観点から捉えて見てみると、少なくとも3世紀以降、朝鮮半島を介して中国から伝わり、7世紀には大陸と直接交流が行われようになり、中国との医学文化的交流により日本に移入されるようになった。その後、唐の医事制度が施行され、医事行政と医学教育が日本でも行われた。更に、中国から多量の医籍が日本に伝来すると、これらを引用し日本最古の医書が編纂され、その中に鍼灸に関する記載も見られるようになった。この頃、日本の医学は、仏教の興隆によって大きな影響が及ぼされていた。また、南蛮医学が伝来したことなどが加わり、一時鍼療法よりも灸療法の方が主体となり、鍼灸はある程度の普及はするものの、大きな展開もなく低調傾向を示していた。しかし、15世紀末頃からは、再び大陸との交流が盛んとなり渡航する僧侶や医家たちが増加するようになると、鍼灸は日本に受容され急速に広まっていった。16世紀以降には、日本独自の鍼灸の流派が誕生し始め発展を見せて行くようになった。このように、日本の鍼灸は、背景に諸外国の影響を受けながらも発展をして行った経緯があるが、そのことに関する通史としての詳細な史実の見解はほとんど知られてはいない。今回、東アジア医史学の見地から近世の日本鍼灸の理論や技術及び業績を諸外国との関係を交えながら紹介し、日本における鍼灸の歴史について報告する。

キーワード：日本 鍼灸の歴史 中国大陸 朝鮮半島 東アジア医史学

History of Acupuncture and Moxibustion in Japan : About the Developments and acceptance of Muromachi during the Edo period.

Juntendo University Graduate School of Medicine, Department of Medical History
Toho University Omori Medical Center, Department of Traditional Japanese
Medicine

National University Corporation Tsukuba University of Technology, Department of
Health, Faculty of Health Science

Kazuhiro YOSHID

Abstract

In order to know acupuncture, it is necessary to understand its origin and development. The origin of acupuncture is in China. Since it was introduced from the continent in the third century AD, Oriental Medicine has been continued as a support the health of Japanese traditional medicine until the present. Historically speaking acupuncture medicine in the third century was introduced from China via Korea in the 7th century, through direct interaction with mainland China Medicine, it began to be imported to Japan. After that a medical system was established in the Tang , and medical education and administration were also performed in Japan. In addition, the register of physicians and came to Japan from China a lot of is Japan's oldest medical book compiled by these quotes came to be seen in that mention of acupuncture. Around this time, medicine in Japan, the exerted great influence was the rise of Buddhism. The medicine was introduced by the addition of other barbarian, and more subject than acupuncture and moxibustion therapy temporarily, but to some extent the spread of acupuncture showed a tendency to slow without a big explosion.

But when an exchange with the continent became popular again around the ends of the 15 century, the number of the priest medical doctors who came to Japan increased, and as result acupuncture was widely accepted in Japan. Since the 16th century, a uniquely Japanese style of acupuncture and moxibustion started to develop. Thus, Japanese acupuncture and Moxibustion developed under the being influence of foreign countries, but in-depth historical details are not known. This time, while exchanging relationship with introducing foreign technology and achievements in theory and in terms of Japanese Acupuncture Medical History of Early Modern East Asia, a report on the history of acupuncture in Japan.

Key Words: Japan, History of Acupuncture and Moxibustion, Chinese Continent, Korean Peninsula, East Asia Medical History

緒 言

昨今、「日本の鍼灸の存在と意義」について学会等で議論が行われるようになってきた。そこで、鍼灸を正しく理解するためには、起源と発展・経過を知識として理解しておくことは最低限必要であるが、日本の鍼灸が室町から江戸期に大きな展開を見せた史実はあまり知られてはない。今回、日本の鍼灸がどのような道を辿ってきたのかを過去の歴史を振り返りながら、東アジア医史学の立場から近世の日本鍼灸の理論や技術及び業績を諸外国との関係を交え、日本における鍼灸の歴史について報告する。

時 代 区 分

東アジア医史学(中国・韓国・日本)の観点から時代区分すると、古代は600年以前、中世は600年から1350年、近世は1350年から1900年、現代は1900年以降となる。これを踏

まえて日本鍼灸の受容と発展を考えると、室町期に李朱医学が受容され、一方で南蛮医学が移入されたことで、安土桃山では大きく発展を見せ、江戸で朝鮮・蘭学からも影響を受けながら展開を示すようになる。その時代背景を近隣国に照らすと、中国医史学では明・清に相当し、朝鮮医史学では朝鮮と時代が重なる。この観点から、近世東アジア医史学の見地より日本における鍼灸の歴史を捉えていきたい。

室町期の鍼灸と明代との関わり

室町期

延元元(1336)年から天成元(1573)年までの足利将軍の存続した237年間を室町時代(足利時代)という。平安朝初期から大陸との直接交流が行われていた時代と並び、室町から明の医学文化を吸収するようになった。医学は、鎌倉期からの宋の局方医学が主流であったが、室町期からは、明へ留学し帰朝した医家らが、医学界を先導するようになり、金元医学を継承した補養を軸にする明の最新医学である李朱医学が大いに受けた。更には、日本に初めて南蛮人(ポルトガル人・スペイン人)が来たことで、南蛮医学が伝来した。

この時期には、新興の医家らが活躍するようになる。その理由は、足利幕府により良医を広く民間から選び、幕府の医師に任命し、朝廷の官医以上の待遇を与えた。このことが医者への志す者を増加させ、医師の層を厚くした。つまり、室町時代には幕府によって在野で活躍する名医を厚遇させた。その中の一人が、竹田昌慶(1338-80)である。昌慶は、武家の出身で、明室と号し、室町期の名医である。儒学と医学を学び、仏門にも入り、應安2(1369)年に入明、金翁道士(生没年不明)に師事し医術を修得した。明に留まること10年にして医学の秘奥を究め、永和4(1378)年に多くの医書と共に「銅人形」を携えて帰朝した。足利義満(1358-1408)に仕え、法印までに昇進し、竹田家の祖となった。他には、田代三喜(=三帰・三喜斎、号は江春斎・廻翁、法号三喜一宗 1465-1537)、月湖(明監寺と称し、潤徳斎と号す。生没年不詳)、吉田宗桂(=意安 ?-1572)らが係わりを見せるが、ここでは割愛させて頂くこととする。

室町の鍼灸

室町初期(南北朝時代1336-91)に竹田昌慶が医術を学びに渡明した際、医書と「銅人形」を持って帰朝した。室町中期(室町時代1392-1493)は、特に目立った事情がなく、低調傾向を示す。それは、南蛮医学が伝来したことなどにより、鍼灸は一時的に灸療法が主体となった。室町後期(戦国時代1494-1572)には、明との往来が活発化して状況が変わり、鍼灸が隆盛の兆しを見せるようになる。これによって、鍼に長けていた人物が明では名を馳せた。その人物が金持重弘(生没年不詳)である。重弘は、学を好み医に精しく、最も鍼灸術に巧みであった。天文10(1541)年に明より帰国したが、同17(1548)年、大内義弘(?-1398)の命を受けて再び明に赴き、嘉賓館に寓し、医師等を感じさせ、帰国に際して尚薬の愈璉(生没年不詳)が文を贈ったという。鍼灸に長けていたにもかかわらず、後継者なく流派を形成するには至らなかった。医史的には埋没しなかったが、鍼灸流儀書などの医籍は伝存していないことから、これ以上の事は解明できない。また、医官制度が廃止され、鍼博士・鍼師らは名実ともに頽れてしまうようになる。

明 代 の 鍼 灸 に つ い て

洪武元(1368)年に元朝が倒れ、朱元璋(太祖)が支配するようになってから順治元(1644)年までの276年間を明王朝という。医学は、金元医学の継承と古来からの医学を混融し、総合せられた明の医学でほとんど変化はなく、発展は見られなかった。しかし、その一方で金元の新機軸(李朱医学)を基礎に、経験・研究を加味した医薬書が多く世に出て行くようになった。また、急性伝染病が不断に流行し、温病に対する知識が蓄積されていったのも、この時期である。

鍼灸は、元代に滑寿(字は伯仁、桜寧生と号す。1304-1386)によって『十四経發揮』(1341)が編纂され、江戸時代にもその価値は衰えず、明代では元代の鍼灸家らの経験と学術的成果をまとめたことなどが依然として重視され、発展をみた高潮期であった。明代の鍼灸書は、元代の鍼灸書の論述を収集整理したことで、元代よりも数量が増加した。更に閉塞的な師弟関係の口授の方法として、歌賦・歌訣の形式をとった表現が多かった。政統7(1442)年明朝政府は宋代の天聖5(1027)年に鑄造の鍼灸銅人を再鑄造するように命じた。宋代の天聖年間には、『新鑄銅人腧穴鍼灸図経』の石碑を新たに石刻が行われた。

代表となる医籍は、李梴(字は健齋、南豊=江西南豊 16世紀の人)の『医学入門』8巻(1575)、李時珍(1518-1593)の『本草綱目』全52巻(1578)、龔廷賢(字は子才、号は雲林 16世紀-17世紀)の『万病回春』全8巻(1587)、などがあるが韓国・日本の医学にも影響を与えた。

鍼灸に関する医書としては、陳会(字は善同、号は宏綱、江西省豊城県の人)の『神応経』1巻(1425)、熊宗立(字は道軒、勿聴子と号し、福建・建陽の人)の『勿聴子俗解八十一難経』7巻(1472)、高武(字は梅孤と称し、浙江寧波の人 15世紀~16世紀)の『鍼灸聚英』4巻(1529)、汪機(字は省之、安徽祁門の人 1463-1539)の『鍼灸問対』3巻(1530)、李時珍(字は東壁、瀕湖と号し、蕪州=上海市松江の人 1518-1593)の『奇経八脈考』1巻(1578)、楊繼洲(字は濟時、三衢=浙江衢県の人 1522-1620)の『鍼灸大成』全10巻(1610)、張介賓(字は景岳、号を会卿、通一子と称し、会稽=浙江省紹興の人 1563-1640)の『類経』32巻、『類経図翼』11巻、『類経附翼』4巻(1624)などがある。

南 蛮 伝 来

南蛮医学は、16世紀に日本に渡航した南蛮人(ポルトガル人)によりを伝えた。医史学的にはルイス・デ・アルメイダ(Luis de Almeida 1525-1584)について語っておかなければならない。貿易商の医師であったアルメイダは、1525年の頃ポルトガルのリスボンで生まれ、21歳(1546年)に祖国の外科医の免許を取得、30歳(1555年)のとき来日した。弘治3(1557)年、日本で最初の洋式病院(豊後府内病院)が建設された。彼は、イエズス会の布教活動と会士としての修業により、診療だけに携われなかったため、同4(1558)年に代診の日本人に医術を教授し医療事業に尽力したといわれている。天正12(1584)天草で亡くなった。同14(1586)年には島津軍が大友軍を破り府内を占領した

際、病院は焼失した。

以上が、西洋人医師が日本人に初めて医術を教えたことになるが、詳細については不明である。そして、この時期禁教下であったにもかかわらず南蛮流外科が導入されるようになった。それが、南蛮医学の開祖の沢野忠庵（1580—1650）である。慶長16年頃来日したイエズス会宣教師クリストヴァン・フェレイラ（Chritovao Ferreira）は、拷問に苦しめられ、布教中に捕らわれ「ころびキリシタン（転び切支丹）」となり、日本に帰化し名を禅僧沢野忠庵と日本名に変えた。治療法はアルメイダと然したる差は見られなかったといわれている。

小 結

明に留学した医師たちが帰朝し、明の医学を移入し始め、独自の見解を生み出し日本の医学界を先導した。日本は、中国にとって最も密接な関係を有する国の一つであり、日中との医学交流が頻繁に行われ、日本の医術の基本を築き上げる。鍼灸に関する著述は、ほとんどなく大きな発展は見せなかったが、希少な影響を与えた安土桃山時代に移行する先駆時期であった。

安土桃山期と日本の鍼灸流派について

安土桃山の鍼灸

天正元（1573）年に室町幕府が倒れ、戦国の末に織田・豊臣の両氏が相次いで興り、天下統一するに至る慶長8（1603）年までの約30年間を安土桃山時代という。西洋医学の洗礼を受け、革新が始まろうとしていた。この時期、医事制度が崩壊して政府による医学教育が行われなくなった。大陸の直接型医学から、日本化した医学が樹立へ進み、医学はある特定階級から大衆へと範囲の広がりを見せた。更には、朝鮮出兵もまた日本の医学に影響を及ぼした。

鍼灸は、学よりも術の方へ移行して行った。この頃、田代三喜より中国から伝えられた李朱医学が、その高弟、曲直瀬道三（名は正盛・正慶、字は一溪、号は雖知苦齋・翠竹齋。別号は壺静翁・寧固 1507—94）により広く世に唱導されるようになるなど、李朱医学が興隆した時期であった。鍼術は、宮廷での勢力が衰えるなか、道三流鍼灸をはじめ、民間医から鍼灸の各流派が形成され、平安期以来鍼灸界は再興の兆しを見せるようになる。道三は、日本に中国医学（李朱医学）を根付かせた功労者であり、約200年間日本の医術の規範となったことから日本医学中興の祖であったと言える。道三は、陰陽五行など内経理論を駆使して行う明の医学を継承した。治療には、湯液療法だけでなく、鍼灸も重視して活用したことが、永禄6（1563）年『鍼灸集要』1巻、『指南鍼灸集』1巻、『灸秘』などの臨床を説いた著書からも判る。また、道三流鍼灸は鍼法よりも灸法の要則を説いたのが特徴である。

艾は別名「燃え草」と言われ、この頃に伊吹山に伊吹百草が栽培されたようである。歴史的に伊吹山が産地と見られている。伊吹山とは言っても、滋賀県の江州と近江、栃木県の下野伊吹山がある。現在の産地からすると江州伊吹山（滋賀県）であったと考えられる。それは、永禄12（1587）年頃にポルトガルの宣教師が織田信長（1534—1582）に薬園を作ることを願い出て、伊吹山の平地に3000種の洋種を植えたことが始まりとされている。

る。現在でも伊吹山には他の薬草園などにはない洋種の薬草があり、当時キリシタンが船載した薬草をこの地に植え栽培したものと推測される。

朝鮮出兵が与えた影響

朝鮮出兵は、韓国では壬辰倭乱といい、中国では万暦朝鮮役または万暦日本役ともいう。一次出兵である文禄の役（壬辰倭乱1592-93）では、加藤清正（1562-1611）によって朝鮮の貴重な医書である『医方類聚』が戦利品として帰朝した。本書は、文久元（1861）年に幕府の医官喜多村直寛（字は士栗、号は袴窓、1804-76）が復刻し、明治9（1876）年に朝鮮政府へ贈呈された。二次出兵の慶長の役（丁酉再乱1597-98）では、宣祖の命で許浚らは、宣祖29（1596）年から編纂事業を開始したが、丁酉再乱（慶長の役）によって作業が一時中止を余儀なくされた。その後、許浚（字は清源、号は亀巖と称し、本貫は京畿道陽川、1539-1615）一人に再編を命じ内医院の方書500冊を与えたが、宣祖が崩れたのに伴い流刑に処された。しかし、その後も作業を続け、光海君2（1620）年によく編集を終え、同年5（1613）年に内医院より『東医宝鑑』が初刊された。

これらの乱が、日本の医学に与えた影響は少なくないと考えられている。それは、数多くの朝鮮の医籍や金属活字などが略奪されたこと、活字印刷が朝鮮から導入され、慶長年間から寛永間にわたって活字印刷が盛行するようになったことが挙げられる。また、朝鮮出兵で往来する中で医学に尽くした者や捕虜となり日本に停留した者などから、日本の医学に功績を残した医人らがいたことが考えられる。その一人が金徳邦（生没年不詳）である。徳邦は、文禄の役で捕虜として連行された朝鮮医官である。慶長年間に永田徳本が奇斗文から受けた術に由来すると思われる。記載が安永9（1780）年に刊行された木村太仲（元貞 生没年不詳）『鍼灸極秘伝』の序に見られる。

永田徳本（1513-1630）は、古医方すなわち張仲景方を宗とする学派の先駆者で、知足齋と号し、俗称を甲斐（山梨県）の徳本という。薬囊を首にかけ牛に乗り、「薬一服、一八文」と呼び、流浪の旅を続けたと伝えられている。はじめに学んだ李朱医学を捨て、『傷寒論』の立場をとった。江戸後期、古方派が盛んになったときに再評価される。著書には『徳本流灸治書』1巻、『徳本多賀流鍼穴秘伝』など鍼灸に関するものが知られている。『鍼灸極秘伝』1巻の序には、金徳邦→永田徳本→田中新知→原泰庵→木村太仲の系譜が見える。

日本の鍼灸流派

明へ留学した医家たちが帰朝して鍼灸の流派の開祖となり、渡来した明人に師事して鍼術家を開き、本邦において独自の鍼術の始祖となる。その後、後継者によって各流派の鍼術が興り、それぞれの鍼灸流派は、鍼灸流儀書に各流派の鍼術を著し伝えている。次にこれらの流派を挙げてみる。

吉田流は、吉田意休（生没年不詳）が吉田流の開祖であるが、もともと出雲大社の神官であった。永禄2（1558）年に渡明、杏琢周に師事して7年間鍼術を修得した。帰朝後は一派を興し、この術を大いに広めた。その子の意安（?-1572）は、父の業を伝え継承している。意休の鍼術は『刺鍼家鑑』によって代表され世にこれを吉田流の鍼術という。この系譜は、杏琢周→吉田意休→意安→一貞が見られる。

匹地流は、出雲国の人(松江の出身)匹地喜庵(生没年不詳)が、慶長年間(1596-1614)に長崎に渡来した明人・杏琢周より鍼術の直伝を受け、匹地流鍼術を開いた。喜庵の孫である福田道折(生没年不詳)は、流儀を整備し延宝7(1679)年『大明琢周鍼法抄』2巻を著した。本書は『大明琢周鍼法一軸』1巻、和語抄『大明琢周針法鈔』1巻が知られている。杏琢周→匹地喜庵→福田道折の系譜がある。

両流派は、中国の医家である杏琢周(生没年不詳)を発端とする流派である。その鍼術は「陰証を陽分に引き出して治療すれば別ち治し易し」とした臓穴よりも腑穴を多用した。また、現代の人は、上古の人のように体形剛強でないので、九鍼の中でも員利鍼を選択して使用した。特に、経絡の意識はほとんどなく、穴法図を用いる。特徴は、中世からの伝統を継承しながら、刺鍼の技術は中国から直伝した。

雲海士流は、明の南陽・雲海士(生没年不詳)の直伝を受けた朝鮮医官の金徳邦が、朝鮮出兵の際に日本に連れて来られた後、土佐の戦国大名長宗我部元親(1539-99)の家臣・桑名将監(生没年不詳)がその再伝を受け、孫の玄徳(生没年不詳)が継承した鍼術である。系譜には、雲海士→金徳邦→桑名将監→玄徳が見られる。一方では、永田徳本系の系譜もある。雲海士流には『雲海士流鍼之抄』1巻、『鍼法古新的伝集』1巻などの流儀書がある。記載内容は、叢書のような形で、いくつかの書に分散されている。本流派は、『難経』の記載に基づき、諸種の補瀉法を駆使し、各疾患に対する治療まで整備された体系を有している。特に補瀉についての論述は、理路整然として図版入りで明解である。

入江流は、京都の入江頼明(生没年不詳)が豊臣氏の医官岡田道保(生没年不詳)に就き鍼術を受け、朝鮮の役で明の名医呉林達(生没年不詳)の伝を受け、鍼術に精通していた。その子の良明は、父の術を伝え、山瀬琢一(生没年不詳)へと受け継がれた。杉山和一は、第三代の豊明の門下となり、その術は、ますます広められ入江流鍼術は名を高めた。系譜には、入江頼明→良明→豊明、(良明)→山瀬琢一→(豊明)→杉山和一が見られる。つまり、入江流鍼術は、杉山流の源流となった流派でもある。『入江中務少輔御相伝針之書』が知られているが、本書の経穴名には、隠名が付けられており、流儀を隠すために独特な工夫が施されている。また、杉山流が独自に編み出した術がいくつか見える。その術の一つが中国式撚針法と思われる。子の良明によって入江流針術は、江戸で名をあげた山瀬琢一・検校(盲官=盲人の最上級官名)に継がれた。更に杉山和一は、良明(生没年不詳)の門人・琢一の弟子であったが、3代目に当たる豊明(生没年不詳)からもその術を学んだ。入江流の鍼法については、杉山和一の書いた『療治之大概集』が入江流の内容を示しているものと思われる。

扁鵲新流・扁鵲流は、奥州九部出身の越斎寿閑(生没年不詳)が行った妙鍼を村井四郎右衛門尉(生没年不詳)が懇願のすえ伝授され興った流派である。流儀書には『扁鵲新流鍼書』、『鍼之極意切紙』、『新選小銅人略図』、『鍼灸歌之書』で構成されている。『鍼灸歌之書』は、永田徳本の『灸治法』として流布するようになるが、この流派は、経鍼つまり円利鍼を多用していた。円利鍼とは、九針のひとつで陰気と陽気を調整する目的で使う鍼である。経鍼は、小槌を使って腹部の刺す打鍼法にも用いられた。村井四郎右衛門尉→扁鵲流(扁心一派)→意三流の派生が見られる

意斎流は、打鍼術の中興の祖御菌意斎(名は常心、通称は源吾、1557-1616)に由来

することから御菌流ともいう。諸説によれば、摂津の国に多田次郎為貞(生没年不詳)という者がおり、鍼術に長じていた。花園天皇が愛玩していた牡丹が病み、為貞を宮中に呼び鍼を打たせた。その牡丹の功績により、御菌の姓と獅子の紋章を賜ったという。著書には『鍼灸秘訣』1巻、『神華秘伝』6巻、『鍼灸全書』1巻、『医家珍宝』2巻などがある。門人には中塚東斎(生没年不詳)、森共之(1669-1746)などがいたが、そのうち、藤木成定(生没年不詳)は賀茂にて駿河流鍼術の祖となった。また、朝山更斎(生没年不詳)は朝山流鍼術の開祖となった。系統は、御菌意斎→中塚東斎・森共之、御菌意斎(御菌流)→藤木成定(駿河流)、御菌意斎(御菌流)→朝山更斎(朝山流)がある。

夢分流は、打鍼法の開祖の御菌夢分斎(1559-1616)が興した。夢分が御菌意斎の父・無分のことだとする説もあるが定かではない。諸説には、夢分斎は奥州二本松の人あるいは江州の人とも云われているが、禅僧の修業の際に多賀法印に鍼術の心得を受け、長年腹痛で病んでいた母に鍼術を施しところ効験あらたかであったことから、鍼術を業とし、多くの病人を救ったという。また、その術は御菌常正(生没年不詳)→常憲(生没年不詳)→常倫(生没年不詳)と続き、常倫の男・中渠(名は常尹・常彘、字は文卿、号は中渠 1706-1764)へと伝承された。

この意斎流・夢分流の打鍼術は、他の流派にはない特異な治法で、日本の特殊な療法である。刺法は、撃鍼(ウチハリ)で、小槌を用いて金・銀の鍼を身体の打ち込む方法である。特徴は、経絡にとらわれることなく、臓腑の虚実を察知し、邪気の所在を探して、その部位に鍼をするというものである。また、補瀉については「当流にては、補は瀉なり」と述べ、治療は瀉が全てと独特な見解を有している。

小 結

この期の医学を中興した曲直瀬道三流は、湯液療法だけではなく、鍼灸も重視して治療に活用した。また、古方派の開祖である永田徳本も鍼灸に対する意識が高かった。その影響も加わってか、直接明人からの医学を伝承し、鍼術の祖が興隆し、同時期には朝鮮との関係を有する鍼術の祖も興った。更には、日本の独特な鍼術が諸々の流派を隆盛し始祖となった。以上のことから、民間医から鍼灸の各流派が出現し、開祖となり鍼灸を治療のスタンダードへと押し上げたのが、この時期の特徴である。

江戸期の鍼灸と内外の変遷

江戸期と朝鮮との関わり

慶長8(1603)年から慶應3(1867)年までの265年間を江戸時代(徳川時代)という。元和元年豊臣氏が亡び、徳川氏が代わって天下の政権をとった。このうち慶應年間が日本近世の中核の時代である。大陸医学の日本化が進む一方、海外交易の窓口である長崎の出島からは、阿蘭陀医学がもたらされ多くの影響を与えた。この時代を区分すると、元和から正徳まで、すなわち初代家康から7代家綱の時代までの西暦17世紀を前期とし、享保から明和まで、すなわち8代吉宗から10代家治の時代までの西暦18世紀を中期、寛政から慶應まで、すなわち11代家斉から15代慶喜の時代までの西暦19世紀後半を後期とする。

江戸幕府により朝鮮との国交回復を目的に将軍が替わるごとに朝鮮通信使が12回来朝した(表1)。良医は、日本側からの要請によって天和元(1682)年より来日するようにな

り、一層医学交流が盛んとなった。これは、江戸参府や慶賀使よりも規模が大きかった。

朝鮮においては、李成桂が大祖元(1392)年に高麗を滅ぼしてから、純宗4(1910)年までの519年間を朝鮮時代(李氏朝鮮王朝=李朝)という。明を宗主国とした中国文化が中心であり、医学も明医学が輸入されていた。この時代は、医療済民の政策が実施され、医学教育・医療事業に大きな関心が傾けられ、独自の体系を整備して、朝鮮医学はより一層の発展を遂げる。区分すると、前期を創業期1392-1418、隆盛期1419-1494、内訌期1495-1567に別けられ、『郷薬集成方』、『医方類聚』が刊行、後期を外患疲弊期1568-1724、復興期1725-1800に別け、『東医宝鑑』、『鍼灸経験方』が刊行、更に末期の衰退期1801-1910には『方薬合編』が高祖22(1885)年に刊行された時代であった。朝鮮時代を代表する医書には、独自医学の発展により、自国郷薬による医療の自立と郷薬使用の奨励がされ、『郷薬集成方』85巻が世宗25(1433)年、唐宋元明初の医書類計153部の大陸医学の集大成として『医方類聚』365巻現存する266巻が世宗27(1445)年、明医学を中心に集結させ「東医学」を樹立させた朝鮮医学の聖典『東医宝鑑』25巻が光海君2年(1610)に完成する。

江戸前期と後世方

慶長8(1603)年から正徳5(1715)年までの112年間を江戸前期という。曲直瀬道三らによって後世派(道三流学派)を主唱した李朱医学の体系が樹立され、これが子の玄朔と多くの弟子たちによって継承され、医学の標準として全国に広まり、200年あまり隆盛をきわめた。この期の医学は、本道(内科)と雑科に分けられるが、鍼灸は雑科に含まれるようになった。元来、内科であったが、室町以降は外科に属するようになったためである。

後世方は、日本の漢方の一つの流派で、曲直瀬道三らによって形成されたものである。これは中国の中世に発展した金元医学を主体とする後世の学派ということから後世方ともいう。または、後世派医学・金元李朱医学としても称される。後世派とは、後世方を継承した人たちのことであるが、この時代の代表が曲直瀬玄朔である。そして、後世派らは、朝鮮通信使来日の際、度々朝鮮の良医や医員との間で医事問答を交わした。

二代目道三となった曲直瀬玄朔(1549-1631

)は、養父の初代道三の功績を恥ずかしめない医家としての実力を備えていた。玄朔は、天文18年(1549)年京都に生まれ、本名を正紹といい、通称道三(二代目)、東井と号した。天正10(1582)年法眼に叙せられ、文禄元(1592)年に征韓の役で朝鮮に渡ったが翌年帰国した。医術は、基本的に初代曲直瀬道三の李朱医学体系の延長線上にあり、『医学入門』(1575)、『本草綱目』(1578)、『万病回春』(1587)など新しい文献知識を加え、非常に幅広い考え方をもっていた。玄朔には多くの著書があるが、そのうちの寛永4(1627)年刊行の『医学天正記』全2巻には、金元李朱医学が初代道三と玄朔によってどのように日本化され、後世派医学のいわゆる「道三派」として流布されたかがわかり、その診察法や治療体系の概略を、臨床記録を通じてうかがい知ることができる。また慶長4(1599)年刊の『延寿撮要』全1巻、慶長古活字本の『医学指南篇』(『十五指南篇』、『医工指南篇』)全3巻などもある。

江戸前期の鍼灸

前の期(安土桃山)では、打鍼法が開発されるなどして、鍼科が再興した。湯液の世界も古方派が台頭するようになり、本邦でも独自の医学理論が形成されるようになった。元和元(1615)年に綱吉が将軍職につくと、鍼術も振興が図られ、杉山和一が台頭し目立つようになった。その中、管鍼法という日本固有の鍼法が興隆する。

杉山和一(1610-1694)は、伊勢国・津の藤堂藩の藩士の子として生まれた。幼時に失明し、視力障害を理由に家督を弟に譲り、江戸に出て山瀬琢一に鍼術を学んだが、学業不出来のため破門され、江ノ島の弁財天に願をかけ、管鍼法を発明したと伝えられる。その後、京都に入江豊明について修業して大成し杉山流の開祖となった。寛文11(1671)

年に検校となり、将軍綱吉(1646-1709)に重用され、天和2(1682)年に鍼治講習所を各所に設け、盲人の鍼灸教育に尽力し、元禄5(1692)年には関東総検校に昇進し、奥医師として最高位の権大僧都となった。和一は、江戸前期の鍼家で、杉山三部書を著した。本書には『療治之大概集』上中下巻の仮名まじり、『選鍼三要集』上下巻の漢文、『医学節要集』仮名まじりの三部があったが、広範に流布しなかった。杉山術鍼術は和一が創設した私塾「鍼治講習所」などで学んだ人たちによって徐々に世の中に浸透していった。これらの書には、『類経』など中国医書の影響が色濃く反映されていることが伺える。その背景には『類経』、『類経図翼』の普及があったと考えられる。系譜は、入江頼明→良明→豊明、(良明)→山瀬琢一→(豊明)→杉山和一→三島安一→島浦和田一→和田春徹が見られる。つまり、杉山流は、入江流から派生した鍼の流派である。この流派の刺法には、三法がある。

撚鍼(ヒネリハリ)は、毫鍼を用い、刺手で軽く鍼を撚りながら皮中に刺入する法で、中国から伝わったと思われる。打鍼(ウチハリ)は、鍼頭を打ち皮中に刺入する法で御菌意斎を継承している。管鍼(クダハリ)左手にて管を穴の上にあて、鍼を管に入れ、右の食指(示指)にて鍼頭を弾き下す。独自の手法であるが、真伝流口伝であると言われている。このように、杉山流は「鍼は瀉に適し、灸は補に適し、腹には鍼を多くし、背には灸を多くする。また、艾の大小および壯数は状況に応じて行う。」ことが特徴である。

この頃、近世のブックメーカーであり古典の諺解家である岡本一抱(名は伊恒、通称為竹。1655-1716)の存在は大きかった。一抱は、多くの医書を著している。その中でも鍼灸に関する医籍を挙げると、鍼灸では元禄12(1699)年の『鍼灸拔粹大成』全3巻、元禄13(1700)の『鍼灸阿是要穴』全5巻、貞亨2(1685)年の『灸法口訣指南』、経絡では元禄3(1690)年の『臟腑経絡詳解』全5巻、元禄6(1693)年の『十四経絡發揮和解』全6巻、『校正引経訣』、経穴では正徳5(1715)年の『経穴密語集』全3巻、『銅人腧穴図』1冊、『内経奇経八脈詳解』などの書があり、これらは啓発書としての大きな役割を果たした。

中国から日本医学への影響

本邦が、江戸前期の寛永末であった頃、明が順治元(1644)年に亡び、満州族が清(清朝)を崇徳元(1636)年に支配するようになった。この明末から清のはじめの戦乱や、変革に対する清への服従を拒否した明の遺民が日本に遁れてきた。その中には医者らも含ま

れていた。その代表的な人物が独立性易（姓は戴、名は笠、号は荷鋸人・曼公、法名は独立、法諱は性易 1596 - 1673）である。戴曼公は、『万病回春』の著者・龔廷賢の弟子で、中国医学理論や天然痘に対する人痘接種術を日本の医学界に伝授した。

馬榮于（? - 1654）は、江戸前期に流布した万暦14（1586）年の『素問靈樞註証發微』全9巻の著者・馬玄台の孫とも言われているが、詳細は不明である。馬榮于の子・北山友松子（名は道長、通称寿安 ? - 1702）は、戴曼公に師事し、日本漢方の歴史に名を残す名医となった。著書には延享2（1745）年の『北山医案』全3巻、延宝9（1681）年の『増広医方口訣集』、元禄10（1697）年の『医方考繩衍』全8巻などが知られている。広東の人何欽吉（生没年不詳）は竹節人參の発見者であった。他にも江戸の医界に影響を及ぼした人物はいるが、ここでは省略する。

小 結

日本独自の鍼術である鍼管法が興隆し、現代の鍼灸にも大きな影響を与え続けている。普及していた『類経』、『類経図翼』は杉山流の形成に大きく寄与した。鍼術の理論は正統なもので、後世派と同系であり、後世派を中心に最高峰である朝鮮医学と積極的に交流が行われた。これは、主に朝鮮通信使が来日の際、良医や医員らとの間に医事問答が交わされた。日本には、それらの記録が残っており、『東医宝鑑』などの朝鮮医書が見える。また、明の滅亡により中国の医師らが日本へ遁れてきたことも、日本の医学界に影響を及ぼした。

江戸中期の鍼灸

享保元（1716）年から天明8（1788）年までの72年間を江戸中期という。この頃になると、儒学においても古学が台頭するようになり、医学も古方が力を得るようになった。傷寒論の研究が盛んとなり、古医学（古方派）が台頭した。古医学は、復古思潮の一翼を担い、古方派の医家が日本独自の医説を形成した。その一方で幕府の実学奨励策により、漢訳洋書の輸入が緩和され、宝暦4（1754）年に解剖がはじめて行われたことで蘭学が興隆した。また、医療改革が起こり、全国各地と朝鮮半島南端の倭館（釜山に設置された和館）での薬材調査が行われ、本草学的認識が高まっていった。医書としては、享保9（1724）年に政府が日本で初めて朝鮮の『東医宝鑑』を復刻した。明和2（1765）年に私塾「躋寿館」が創立され、医学教育が行われた。他に薬園や書庫などが整備された。

鍼灸に関して言えば、儒家で医業を兼ねる「儒医」が輩出されるようになり、伊藤仁斎（1627 - 1705）・荻生徂来（1666 - 1728）らによって復古儒学や復古調の国学が興起すると、医学は古医学（古方派）が台頭するようになった。仁斎系の「儒医」には、香川修庵・奥村良筑（名は直、字は良竹、南山と号す、1686 - 1760）らがいた。徂徠系の「儒医」には、山脇東洋や吉益東洞、永富独嘯庵らがいた。この古医方の勃興に際して、その影響も鍼科に及び、鍼法復古を説く菅沼周圭が台頭した。

灸法は、古方派の一部の評価と共に民間まで普及するようになっていた。これまでの金元医学に対し、扁鵲や張仲景の昔に復帰すべきという古代中国医学の根本を求める主張と、蘭学によって刺絡が興隆する。他方では、長崎に来朝した阿蘭陀の医家らによって著された書から、灸法はMoxaの日本名とともに広く欧州へ伝えられた。享保10（1725）年に

は、朝鮮医書である『鍼灸経験方』3巻が復刻した。

古方派と菅沼周桂

古方派の影響を受けた鍼灸家菅沼周桂(1706-1764)は、摂津の人で、名は長之といひ、従来の経絡理論や陰陽五行説、補瀉迎隨やささまざまな禁忌などの伝統医学理論を排し、臨床上確実な効果を求め革新的な説を唱えた。経絡を言わず、禁鍼灸穴に認めず、鉄の毫鍼を以て要穴70穴に対し、病証の軽重によって鍼刺の浅深を選択して治療を行った。著書には、『鍼灸則』、『鍼灸摘要』、『鍼灸治験』などがある。

周桂は、京都で一大勢力をもっていた東洞流古方の強い影響を受けた。刺絡を奨励し、明和4(1767)年に著した『鍼灸則』には、一般諸病、婦人科、小児科に合わせて病証の治療方針が記されている。その特徴は、明瞭に病症が記述され、治療用の手引書としては実用的な書であり、少数穴で、刺絡の併用が多かった。とは言え伝統的選穴と大きな違いはなかった。また、本書からも分かるように、桂周は鍼灸の復古と称し、世を救う者すなわち医家にとって一古方則だと説いた。その所以であろうか、世間では「長之の術を目して古方鍼」と言われていた。

朝鮮通信使と朝鮮の鍼灸

正徳元(1711)年に第8次朝鮮通信使で来日した良医の奇斗文(生没年不詳)と雲海士流を継承していた鍼家の村上らの間に鍼灸問答が交わされていた。その内容は、中国医書(『靈樞』、『医学入門』、『神應経』)・朝鮮医書(『鍼灸経験方』)に関する問答と朝鮮の刺針に関する問答であった。これは当時の朝鮮と日本の鍼灸交流を知る上でも重要な史実である。

朝鮮の鍼灸は、三国時代より存在し、長らく漢方の補助的療法として行われていたが、世宗20(1438)年に鍼灸専門医が毎年3人叙用される規定がなされ、文宗2年(1452)には鍼灸が分科専門として設置されて鍼薬併用とすべきことが建策されるなど、徐々に鍼灸の重要性が認識されるようになっていた。宣祖時には、許浚の『東医宝鑑』が編成され、その中に「鍼灸篇」1巻が含まれていた。また、柳成龍(豊山の人、字は而見、西崖と号す、1542-1607)の『鍼灸要訣』の著もあった。朝鮮時代には鍼家である許任が宣祖(1552-1608、李朝第14代の王、名は昡、初名は鈞 在位1567-1608)、光海君(1571-1641、李朝第15代の王、名は琿 在位1608-23)、仁祖(1595-1649、李朝第16代の王、名は倬 在位1623-49)らの国王に鍼医として治療にあっていた。晩年の仁祖22(1644)年には朝鮮の鍼灸書として『鍼灸経験方』1巻を著した。本書は、成宗時に渡来した明・劉瑾(字は永懐、号は恒慶、江西省南昌の人、生没年不詳)の『神応経』を祖述するもので、自家の経験を混じえた鍼灸専門書である。享保10(1725)年には、山川淳庵(生没年不詳)によって大阪から復刻されている。

古方派について

古方派は、『傷寒論』の医方を再評価し、医学の理想と治療法則をそこに求める流派である。日本独自の漢方医学を創り上げたのが、名古屋玄医(1628-1696)で、古方派の鼻祖である。この古方派に属する医家には4大家がいる。第1の大家は、後藤良山(名は

達、字は有成、俗称佐一郎、別号養庵 1659 - 1733) である。伝統医学理論を重視せず、百病は一気の留滞に因ると主張し、「一気留滞説」を唱えた。金元医学理論を排し、古式に戻ろうとしたことなどにより古方派の祖とされることもある。『傷寒論』のみを金科玉条としたわけではない。日本の民間療法で有効なもの重要視し、合理主義的な態度を貫いた。

第2の大家は良山の高弟香川修庵 (= 秀庵、名は修徳、字は太沖 1683 - 1755) である。江戸中期の京都の古方派医師である。医の根本は聖賢の道にあり、儒(学)と医(術)は本を一にしているとして、「儒医一本」を唱え、自ら「一本堂」と号した。実証的な観点から疾病を眺め、天明8(1788)年に『一本堂行余医言』全22巻、享保16(1731)年『一本堂薬選』全4編を著した。

第3の大家は良山の弟子山脇東洋(名は尚徳、字は玄飛・子樹、通称道作 1705 - 1762) である。江戸中期の京都の古方派医師である。医学は後世派の山脇玄脩から学び、後には古方派の後藤良山に師事した。良山の医説を継承発展させ、実証主義を重んじ古方派医学を確立した。また、東洋は解剖の重要性を強調し、日本初の人体解剖を行った藁矢である。宝暦9(1759)年に日本最初の解剖記録書『蔵志』2巻が刊行された。

第4の大家は吉益東洞(名は為則、字は公言、通称周助 1702 - 1773) である。江戸中期の名医で、古方派の泰山北斗である。伝統医学理論に基づく医学体系を否定し、病は唯一毒より生ずと「万病一毒論」を唱え、一世を風靡し、「方証相對」の治療システムを確立した。以後、日本の漢方の主流派として、絶大な影響を及ぼした。明和元(1764)年に『類聚方』、『方極』、天明5(1785)年に『薬徴』全3巻などを著している。また、吉益東洞の長子で吉益南涯(名は猷、字は修夫、号は謙齋・南涯 1750 - 1813) は京都で生まれ、父の医業を継ぎ「万病一毒論」を拡大し、「気血水」説を提唱した。現代の日本漢方に大きな影響を与えている。

古方派と灸法

古方派大家の後藤良山により「一気留滞説」が提唱され、「百病は一気の留滞に因る」と説き、灸を奨励した。良山は、灸法と温泉療法および熊の胆を用いたことから「湯熊灸庵」と呼ばれていた。良山の子・椿庵(1696 - 1738) は宝暦12(1762)年『艾灸通説』を著した。本書には、良山が江州猪吹山(伊吹山)の麓の太平寺に行き、蓬を京都に持ち帰り庭で栽培し、質の良い艾の製法を考案したと記されている。その灸法は、艾柱が鼠糞ないし麦粒の大きさが原則、壮数は多壮であった。このことから、後藤流一派として「灸家」の称を得た。また、灸法家としては、和方家・三宅意安(貞厚・尚徳・修道・栄齋・敗鼓庵・屯倉子 生没年不詳) が知られ、民間に伝わる灸法を集め『灸炳塩土伝』を著した。

良山は「五極灸法」の様式化された灸法を行った。これは、背部の五点を灸点として治療するものである。取穴法は、まず上極(大椎)に点をつけ、次に下極(尾骨)を定め、その中間点を中極とし、中極から左右に一寸五分とり、左亟・右極とした。五極に灸する方法は、開表、経を行し、温導し、底を徹すの効を得べしの「四治之法」を説いた。その後、良山の高弟香川修庵、良山の弟子山脇東洋らによって後藤流灸法は伝えられる。東洋の弟子、永富独嘯庵の『漫遊雑記』には、後藤流灸法の応用例が見られる。

この時期、長崎の出島には商館が置かれ、阿蘭陀医師らが来日するようになった。そのひとりが、阿蘭陀人 Wilhelmus Ten Rhyne (ウィリアム・テン・リーネ 1647 - 1700) で、延寶2 (1674) 年から同5 (1677) 年まで在日し、帰国後天和3 (1683) 年に『鍼による痛風の治療』を出版した。もうひとりが、独逸人 Engelbert Kanpfer (エンゲルベアト・ケンプファー 1651 - 1716) で、元禄3 (1690) 年から同5 (1692) 年まで在日して、帰国して正徳2 (1712) 年に『鍼による各種疾患の治療法』を出版し、『廻国奇観』の中でも鍼灸術を紹介した。灸については、『シナおよび日本の艾灸』の論文があり、当時普及していた簡単な灸の本『灸所鑑』を購入して論文に記載していた。彼等は、約2年長崎に在住し、2回江戸参府を経験している。

刺 絡 の 興 隆

18世紀中期より刺絡が広く普及するようになる。その理由には、二説が考えられる。

ひとつは、西洋刺絡術が長崎の通詞達を通じて日本に入ってきたという点である。刺絡は、中国古代に行われていた療法であるが、山脇東洋は長崎の通詞吉雄耕牛(名は永章、通称は定次郎・幸左衛門・幸作、号は耕牛・養浩斎 1724 - 1800)から阿蘭陀の法を学び、三稜鍼を使用して瘀血を除去したことから端を発し、18世紀中期より急速に普及するようになったと考えられている。

もうひとつは、康熙14 (1675) 年に中国の清・郭志邃(字は右陶、浙江省嘉興縣西南の人 生没年不詳)が著した『痧脹玉衡』3巻が翻訳され広く普及したことが考えられる。

刺絡の先駆けがとなったのが、『鍼灸則』を著した鍼灸家の菅沼周桂である。その後、京都の垣本鍼源(生没年不詳)が天明2 (1782) 年に『熙載録』を著し、長州出身の永富独嘯庵(名は鳳、字は朝陽、通称昌安・鳳介 1732 - 66)が明和元(1764)年『漫遊雑記』、金沢の荻野元凱(字は子元、通称左仲、号は台州 1737 - 1806)が明和8 (1771) 年に『刺絡篇』、入江大六(生没年不詳)が『刺血絡正誤』(刊行年不明)を世に出した。次いで、近江出身の中神琴溪(名は孚、字は以隣、通称右内、堂号は生々堂 1744 - 1833)が寛政7 (1795) 年に『生生堂医譚』、寛政11 (1799) 年に『生生堂雑記』全2巻、文化元(1804)年に『生生堂治験』全2巻、信濃の伊藤鹿里(名は祐義、通称大助、字は忠岱 1778 - 1838)が文化14 (1817) 年に『刺絡聞見録』を著すなど、多くの湯液家によって刺絡が行われるようになった。その中でも、京都の人、三輪東朔(字は望卿、号は浅草庵 1747 - 1819)は、荻野元凱に刺絡を学び、刺絡専門で一家をなした。東朔の医説は、全ての病気は「一瘀濁の血」によって生じるとし、刺絡によってそれを取り除けば真血が廻って病気が治るというものであった。東朔の著書はあまり知られていないが、その内容からは吉益東洞の影響が強いことが推測される。

小 結

古方派の医家が日本独自の医説を形成し、現代漢方に大きな影響を及ぼした。古方派の興隆の影響を受け、実用的な経験的鍼術を提唱するようになった。また、古方派の一部による灸療法の評価がなされ、民間まで普及するようになった。幕府の実学奨励策により、漢

訳洋書輸入が緩和され、蘭学の影響によって刺絡が興った。他方では、来日した阿蘭陀の医家らが帰国し、論文等で日本のことを紹介する中に、Moxaは日本の灸法として広く欧州へ伝えられた。更に朝鮮の鍼灸を代表する『鍼灸経験方』が復刻されたのは、正徳元(1711)年に第8次朝鮮通信使が来日し、良医の朝鮮医官と雲海士流を継承した日本の鍼灸との間で鍼灸問答が交わされたことに関連する。

江戸後期の鍼灸

寛政元(1789)年から慶應3(1867)年までの78年間を江戸後期という。医学の中心が京都から江戸に移り、蘭方(阿蘭陀医学)が流行し、従来までの医方を漢方と称するようになった。蘭学が隆盛するようになると、漢方と蘭方が対立する様相を呈すようになり、この風潮の中で漢蘭折衷派が台頭した。また、後世派と古方派を合わせた折衷派も形成された。関東では、江戸医学館を拠点とする中国医学古典研究と教育、古書の復刻を行った考証学派が興った。『医方類聚』が嘉永5(1861)年に幕府の医官喜多村直寛により復刻され、寛政11(1799)年には『訂正東医宝鑑』が賜板本として大阪より再版された。

鍼灸は、江戸中期の流れを受けて伝統を守り、新たに阿蘭陀医方が伝来したことで、医家等は鍼治、灸治を志す者が極めて少なくなり、民間療法として発展促進して行く現象に至る。その事情のなか特に目立った変化は見られなかったが、鍼灸界で最も名を現したのが石坂宗哲である。また、他には、賀茂から坂井豊作や葦原検校英俊一、今村了庵らが出た。灸法が江戸中期につき普及する。仏教寺院などで独得な灸法が行なわれるようになり、専門とする者も現われ、多くの経験が蓄積されていった。

浅井南溟(姓は和気、名は正路、字は由卿、幼名を藤太といい、後周碩と称す。号は朴山、又南溟 1734-1781)が尾張藩医になって名古屋に転じた後を受け、京都浅井家を継いだ和気惟亨(字は子元、号は南臯、1760-1826)が天明元(1781)年に『名家方選』を刊行した。本書は、民間に伝承していた優秀な治療法から有用な処方を集めたものである。文化10(1813)年には灸法を集めた『名家灸選』(『名家灸選大成』)が刊行された。本書は、9項目に病門を分け、代表的症候についてそれらに対応する効果のある経穴を述べている。

惟亨の門人、平井庸信(字は子謹・通称主膳、南臯の門人、生没年不詳)は文化4(1807)年に『続名家灸選』、文化10(1813)年には『名家灸選三編』を世に出した。これらの三書は、灸法の普及に大いに役立った。

石坂宗哲とシーボルト

幕末の中西匯通派で、甲府の人・石坂宗哲(1770-1841)は、杉山流と異なる発展をさせ石坂流を興す。名は永教、号は竿斎といい、阿蘭陀医学を研究し、鍼灸の面での漢蘭折衷を計った。始祖の幕府奥医師石坂検校与市(志米一 ?-1745)の後を継ぎ、石坂流の開祖となった。文化9(1812)年蘭学とこれまで日本に伝来した医学の長所を集約した『鍼灸説約』を著した。中でも文政9(1826)年に刊行した『鍼灸治要一言』は、フィリップ・フランツ・バルタザール・フォン・シーボルト(1796-1866 Phillip Franz Jonkheer Balthasar von Siebold在位1823-28/1859-62)に鍼灸術書として紹介するた

めに著したものであった。時代が経るにつれ、蘭学の波に押されていった。他には、文政9(1826)年の『医源』、『鍼灸茗話』、『竿斎先生問答』、『骨経』などがある。系譜は、杉山和一→石坂与市→宗鉄→宗哲である。

宗哲は、オランダ医学の内景説は、すでに中国医学に古代から備わっており、蘭学で言う血液は榮衛であり、神経は宗脉であると述べ、古典の記載や経験に基づいて独自の体系を創り上げた。宗哲の鍼灸術は、多くの特色があるが、刺法に関しては極めて特徴的である。下記に示す。

半刺：浅く内れて疾く鍼を抜き、以て皮気を取る。

豹文刺：左右前後に之を刺し、経絡の血瘀を取る。

関刺：左右に筋上に刺し、筋痺を取る。

合谷刺：左右鶏足に分肉に間に刺し、肌痺を取る。

輸刺：直ちに入れて直ちに出し、深く内れて骨に至り、骨痺を取る。

以上のような術がある。

この時期には、他に葦原検校(1798-1857)がいる。木曾義仲の27代の子孫義長で、名は英俊一といった。江戸に住み、鍼術を業とし、鍼灸の臨床書である『鍼道発秘』全1巻を天保5(1834)年に著した。

坂井豊作(生没年不詳)は、加賀の人で、号は梅軒、京都に出て小森頼愛(生没年不明)の門に入り、鍼の臨床家として名声があった。元治元(1864)年『鍼術秘要』全3巻を著した。

今村了庵(1814-90)は、山県大弐(名は昌貞、字は子恒、通称は軍治・大弐、号は柳莊・洞斎 1725-67)の孫、名は亮、字は祇卿、号は復庵・了庵といい。後に伊勢崎藩医となった。明治維新後は、大学で皇漢医術を教授し、「漢洋脚気相撲」に参加した。元治元(1864)年に『鍼術指掌』を著した。

以上のように、石坂流以外にも様々な流派があり、知られていた。

清代の鍼灸

清(清朝)は崇徳元(1636)年満州に建国され、順治元(1644)年から中華民国元(1912)年までの中国を支配した最後の王朝である。医学書のダイジェスト版が作成される動きが出現し、各分野を簡潔にまとめ直すことが興り、天啓4(1624)年に『内経知要』、雍正2(1724)年に『医宗金鑑』90巻などが刊行された。また、各派が形成され乱立し、西洋医学が導入され、日本より漢方医学の逆輸入が行われ、鍼灸にとっては低調な時代となった。流入した西洋医学と中医学の折衷をはかる医家「中西匯通派」が現われ、解剖学的観点からの研究者が現れた。王清任(一名全任、字は勛臣、直隸玉田の人 1768-1831)の道光10(1830)年『医林改錯』全2巻、唐宗海(字は容川、四川彭県の人 1862-1918)の光緒10(1884)年『血証論』全8巻、張錫純(字は寿甫、河北塩山の人 1860-1933)の『医学衷中参西録』(1909-1924)全30巻などの書が著され研究が行われた。

順治元(1644)年から咸豊10(1860)年までの216年間に急性伝染病が発生して蔓延したことが温病学派を形成させるようになり、温病学説が大きな発展する。

鍼灸は、儒家の思想が発展したことで、鍼灸術の衰退へと繋がった。道光2(1822)

年、太医院から鍼灸科を廃止する命令が出されたことで、鍼灸術は民間へ移行し、大衆化への傾向を辿った。特に灸法が家庭に広まり容易に行える方法が考案された。従って、著名な文献、鍼灸家も生まれない状況が続いた。清代を代表する鍼灸書には、李中梓（字は士材・念菽、号を尽凡居士と称し、華亭＝上海松江の人 1588－1655）の『内経知要』（1624）、葉広祚（字は明伝、嶺南＝広東番禺の人 生没年不詳）の『采艾編』4巻（1668）、張志聡（字は隱庵、錢塘＝浙江省杭州の人 1610－1674）の『黄帝内経素問靈樞集注』9巻（1670）、汪昂（1616－？）の『経絡歌訣』1巻（1694）、李守先（字は善述、長葛＝河南省の人 生没年不詳）の『鍼灸易学』3巻（1798）、李学川（字は三源、鄧尉山人が別号、呉縣＝江蘇の人 生没年不詳）の『鍼灸逢源』6巻（1817）、肖福庵（生没年不詳）の『鍼灸全生』2巻（『同人鍼灸』）（1824）、呉亦鼎（字は硯承、古歙＝安徽省の人 生没年不明）の『神灸経論』4巻（1853）、著者不明『鍼灸集成』4巻（『勉学堂鍼灸集成』廖潤鴻著、同治13（1874）年刊）、周孔四（？－1796）の『周氏経絡全書』1巻（1874）などがある。

蘭学と考証学

近代解剖学の鼻祖はAndreas Vesalius（アンドレアス・ヴェサリウス、1514－64）であり、その解剖書はファブリカであるが、日本には承應3（1654）年に渡来していた。その影響下で、江戸中期にはじめて人体解剖が山脇東洋によって行われ、『蔵志』が刊行された。明和8（1771）年には、杉田玄白（名は翼、字は子鳳、通称は玄白、号は鶴斎・九幸・天真楼・小詩仙堂・小龍・惜陰斎、法号は九幸院仁誉義真玄白 1733－1817）や前野良沢（谷口氏・名は熹、字は子悦、通称は良沢、号は楽山、法号は楽山堂蘭化天風居士 1723－1803）、中川淳庵（名は玄鱗・鱗、字は攀卿、通称は純安・淳庵・純亭 1739－86）らが江戸千住小塚原の刑場で「腑分け」を行った。携えていた『ターフェル・アナトミア』はオランダ語版で、クルムスの原書の第三版（1734年）を蘭訳したものであった。その正確さに感動し、彼らは翻訳を決意し、安永3（1774）年に『解体新書』が刊行され、江戸を中心に蘭学が興った。寛永元（1848）年には出島蘭館医の佐賀藩・藩医檜林和山（名は高房・潜、幼名は龍馬、字は孔昭、通称は宗建、号は和山、法号は勇信院宗誉和山居士 1803－52）の息子、建三郎（生没年不詳）への種痘が成功したが、寛永2（1849）年、幕府医官に蘭方医学禁止令が出された。その後、種痘が蔓延したことにより蘭学が再び復興した。安政5（1858）年、お玉が池に種痘所が開設され、文久元（1861）年には西洋医学所と改称され、幕府の正式医育機関となった。その中、漢蘭折衷派の活躍が目覚しかった。

永富独嘯庵は、僅か35歳の生涯であったが、山脇東洋の塾に入門し、古医方たる漢方医学と近代医学の解剖学を修得し、さらに東洋の命を受けて越前武生の奥村良筑に吐方を学んだ。その後、長崎で吉雄耕牛の門を叩き斬新な西洋医説を聞き、三十一歳で大坂に来て業を開いた。『吐方考』、『囊語』、『漫遊雑記』などの名著がある。

華岡青洲（名は震、字は伯行、通称は三代随賢、俗名は雲平、号は青洲、法号は天聴院聖哲直幸居士 1760－1835）は、紀州の医師の子に生まれ、吉益南涯について古医学を学び、大和県立に和蘭外科を習った。文化2（1805）年に全身麻酔ではじめて乳癌の外科手術を行い、世に華岡流外科を喧伝した。青洲の創方には、十味敗毒湯や紫雲膏がある

が、これらは現在でも使用されている。著書は残されていないが、門人の筆を通して青洲の力量は知られている。門弟には本間棗軒(名は資章、字は和卿、通称玄調、室号は自準亭 1809-72)らがあり、多くの弟子を輩出した。このような医家たちによって蘭学の時代への橋渡しが行われた。

また、この頃には儒学にも新たな動向が現われ、それまでに盛んであった徂徠学に代わって折衷・考証の学が台頭するようになった。折衷派は、明代においては温補派と養陰派に属さない派として活躍した。日本では、古方派、後世派のそれぞれの長短を総合した第三の流派が折衷派と言った。その代表が折衷派の泰斗として一世を風靡した和田東郭(名は璞、字は韞郷、号は東郭・含章斎 1744-1803)である。東郭は「一切の病気は古方を主とし、その不足を後世方で補うべし」と唱えた。東郭の考えは中庸を得た温和な治療法であったので、大いに世に迎えられるところとなった。忘れてはならないのが、幕末から明治にかけての名医浅田宗伯(名は直民・惟常、字は識此、通称は宗伯、号は栗園・勿誤薬室 1815-1894)である。宗伯は、京都の古方派と江戸の考証学派の体系を折衷し、浅田流医方を伝えている。その医術は『傷寒論』を中心にしており、宋代の医学理論に基づいて独特の体系を創りあげた。著書には『勿誤薬室方函』全2巻(1877)、『勿誤薬室方函口訣』全2巻(1878)は、処方解説書の規範として重んじられていた。

一方、考証学は清代に興り隆盛した学問もしくは研究方法である。日本では、江戸医学館を主宰していた多紀一家が中心となっていた。明和2(1765)年、多紀元孝(1699-1766)は官許を得て、私塾躋寿館を江戸神田佐久間に設立した。寛政3(1791)年、多紀家の私塾躋寿館官学となり、医学館と改称され幕府の正式な医学教育機関となった。江戸後期の考証学の大家多紀元簡(字は廉夫、号は桂山、通称は安清・安長、1755-1810)は、井上金峨(名は立元、字は純卿・通称は文平という 1732-84天明4年)に儒学を学び、その研究方法を医学に導入し考証学的研究を行った。考証派には、渋江抽斎(名は全義、字は道純・子良 1805-1858)『靈枢講義』全25巻(1845)、森立之(字は立夫、通称養真・養竹、号は枳園 1807-1885)『素問考注』全20巻(1864)、山田業広(字は子勤、通称昌栄、号は椿庭 1808-1881)『素問次注集疏』全20巻(1873)、原南陽(名は昌克、字は子柔、通称玄璵 1752-1820)『経穴彙解』8巻(1803)、小坂元祐(名は常昇、牛淵と号す 生没年不祥)『経穴纂要』全5巻(1810)などによる医書が多く著された。

日本と中国の交流

日本に伝来した伝統医学は、長い歳月を経ながら発展を見せ、この時期になってようやく中国の伝統医学に影響を及ぼすようになる。清との国交が回復すると間もなく、光緒6(1880)年来日した楊守敏(生没年不詳)は、多紀氏らの著書になる考証学的医書を中国で刊行することを考えた。現在の台湾国立故宮博物館図書館(観海堂文庫)に現存している。光緒10(1884)年、中国で初めての日本人の手により医書として『聿修堂医学叢書』が印行された。これによって、日本の古医籍考証学の評価が高まり、柯逢時、廖平らが医書考証の業績を上げた。

宣統元(1909)年には清末の学者丁福保(字は仲祐、江蘇省無錫の人 1873-1950)が来日し、医籍を含めた古文献の調査や蒐集などを行い、多くの医書を日本より持ち帰っ

た。その後、上海にて翻訳、出版を行った。また、寛政本『東医宝鑑』が上海より石印本として刊行されたのもこの時期である。

小 結

西洋医学の影響により日本独特の鍼灸術が興った。多紀氏をはじめとする考証学派により、鍼灸に関する書籍が世に出るようになった。オランダ医書が訳出され、長崎にオランダ医者が来日し、直接指導を受けた者も少なくなかった。漢方と洋方の対立が起こる中、漢蘭折衷派らによって外科手術が行われた。また、中国の学者らが来日して多くの医籍を中国へ持ち帰り、翻訳、出版された。

総 括

室町末に明との貿易が盛んとなり、李朱医学が直接移入するようになった。安土桃山には明医学が受容され、鍼術の開祖が現れ、江戸になると鍼による様々な流派が誕生し発展を遂げた。この間、日本において特殊な鍼灸が創出された。安土桃山には打鍼法が考案され、江戸初期には独自の管鍼法が日本より興った。また、中国人医師らにより日本の医学界に影響がもたらされた。中期には、蘭学の影響を受け刺絡が興隆し、特に灸法が西欧に影響を与えた。後期には、考証学派により鍼灸に関する研究等が行われた。更に、日本が清に大きな影響を及ぼした。

中国医学や蘭学が日本の伝統医学に影響を与えてきたというばかりが強調されているようであるが、実は朝鮮医学の影響も少なからず受けていたことが見落とされがちである。今回東アジア医史学の見地から報告を行ったことでその部分は少し埋められたと思っている。

今後も、現在の日本の鍼灸が抱える問題が多様な観点から分析され、将来にわたって解決すべき課題は何なのか、新しい価値観を何に求めるべきかを考え、鍼灸の明日に結びつけられればと考えている。

附記：本論は、第5回社会鍼灸学研究会で報告した内容をまとめ直し加筆した。

参考・参照文献

日本医史学に関するもの

富士川游：『日本医学史』p140-729, 形成社, 東京 (1964)

日置昌一：『日本歴史人名辞典』, 名著刊行会, 東京 (1973)

富士川游著；小川鼎三校注：『日本医学史綱要』1[全2巻] p77-220, 平凡社, 東京 (1974)

富士川游著；小川鼎三校注：『日本医学史綱要』2[全2巻] p3-139, 平凡社, 東京 (1974)

藤井尚久：『医学文化年表』, 医道の日本, 神奈川 (1977)

根本幸夫：鍼灸医学典籍大系第1巻「日本鍼灸史」p42-74, 出版科学総合研究所, 大阪 (1978)

酒井シヅ：『日本の医療史』p151-388, 東京書籍, 東京 (1982)

- 長尾栄一：『医学史』 p75-116, 医歯薬出版, 東京 (1983)
- 大塚恭男・木村雄四郎・間中善雄編：『東洋医学大事典』, 講談社, 東京 (1988)
- 山本徳子：『古典医学ダイジェスト』 p154-207, 医道の日本, 神奈川 (1996)
- 吉田忠・李廷挙編；小曾戸洋：『日中文化交流史叢書』第8巻 科学技術「漢方の歴史」 p64-107, 大修館書店, 東京 (1998)
- 第100回日本医史学会総会事務局編集：日本医史学会所蔵「先哲名医肖像」, 日本医史学会, 東京 (1999)
- 小曾戸洋：『日本漢方典籍辞典』大修館, 東京 (1999)
- 吉田和裕：西生田生涯学習センター後期公開講座「日常生活に役立つ東洋医学の知恵」, 日本女子大学 (研究資料より), 神奈川, (2001)
- 長野仁解説：内藤記念くすり博物館平成14年度企画展示図録「鍼のひびき 灸のぬくもり -癒しの歴史-」内藤記念くすり博物館, 岐阜 (2002)
- 吉田和裕：「日本の鍼灸医(師)の過去から未来へ」 p68-71, 『季刊内経』春号通巻150号, 東京 (2003)
- 竹内誠・深井雅海編：『日本近世人名辞典』, 吉川弘文館, 東京 (2005)
- 新村拓：『日本医療史』 p144-224, 吉川弘文館, 東京 (2007)
- 安井広迪：『日本漢方各家学説』「日本鍼灸各家学説簡史」 p22-32, 日本 TCM 研究所, 三重 (2002)
- 財団法人武田科学振興財団杏雨書屋：『杏雨書屋所蔵医家肖像集』, 財団法人武田科学振興財団, 大阪 (2008)

中国医史学に関するもの

- 長濱善夫：『東洋医学概説』 p35-51, 創元社, 大阪 (1978)
- 丸山敏秋：『鍼灸古典入門』 p3-32, 思文閣出版, 京都 (1987)
- 石田秀美：東洋叢書7『中国医学思想史』 p269-308, 東京大学出版会, 東京 (1992)
- 王徳深：『中国鍼灸文献提要』 p91-202, 人民衛生出版社, 北京 (1996)
- 肖少卿：『中国鍼灸史』 p346-487, 寧夏人民衛生出版社, 寧夏 (1997)
- 常存庫主編：新世紀全国高等中医薬院校規畫教材『中国医学史』 (供中医薬類専業用) p112-161, 中国中医薬出版社, 北京 (2003)
- 吉田和裕：「『中国図書連合目録』における「東医宝鑑」の所蔵状況について」 p5665 (67) -5675 (77), 「医譚」復刊第89号 (通巻106号), 京都 (2009)

韓国医史学に関するもの

- 三木栄：『朝鮮医学史及疾病史』 p111-403, 思文閣出版, 京都 (1963)
- 三木栄：『朝鮮医書誌』, 学術図書刊行会, 東京 (1973)
- 金斗鐘：『韓国医学史』 p319-338, 探求堂, ソウル (1981)
- 三木栄：『朝鮮医事年表』, 思文閣出版, 京都 (1985)
- 漢医学大辞典編集委員会：漢医学大辞典 [医史文献編], 東洋医学研究所院出版社, ソウル (1985)
- 崔秀漢編著：『朝鮮医籍通考』 p9-168, 中国中医薬出版社, 北京 (1996)

Kazuhiro YOSHIDA etc, A Research of Philological View of Dong Eui Bo Gam from Nanjing
University of Traditional Chinese Medicine, The 15th International Congress Oriental
Medicine(Poster), Feb. 28. 2010

吉田和裕：「許浚と『東医宝鑑』について」 p1-11, 日本伝統医学雑誌第37巻 第1号(通
巻68号), 東京(2010)

吉田和裕：「近世東アジアにおける朝鮮医学の周辺諸国に与えた影響—『両東唱和後録』
の鍼術問答(別穴)について—」, 東邦大学夏季セミナー(研究資料より), 長野,
(2010)

例外的医療としての日本鍼灸 —日本鍼灸の制度史から見た一考察—

筑波技術大学 客員研究員 首都大学東京大学院 都市環境科学研究科

社会鍼灸学研究会 副代表

箕輪 政博

I. 緒言

鍼灸臨床には、様々な症状の患者が訪れる。統計的には、肩こり、腰痛、膝痛といった整形外科領域が多い。患者側のコストだけを考えれば、整形外科や整骨院での保険診療内の診療が好ましいはずであるが、鍼灸治療を信頼しているものや保険診療に満足できない患者が鍼灸臨床を求めている。さらに生活習慣病から生じる様々な不定愁訴、しびれといった今の医療では緩和できない症状、癌やパーキンソン病といった難病患者が少しでも生活の質を上げようと治療を必要としている。

「鍼灸」という行為は、人間の疾患を治したり、症状を緩和する医療または治療行為である。そのルーツは中国であるが、韓国や日本では歴史的に独自の発展をとげた。アメリカでは 1970 年以降、急速に広まりつつ、ヨーロッパでもその価値を認めはじめている。現代中国は中医学 TCM (Traditional Chinese Medicine) をビジネスチャンスととらえ、国家ミッションを展開して世界席卷しようとしている¹⁾。

ところが、現代日本ではそんな鍼灸が、一部の患者からは「わかりにくい、臨床家の一言が足りない」といわれ、医療社会学者からは「半制度的医療」と表現されているのである²⁾。

戦後 1947 (昭和 22) 年、日本国憲法下に「あん摩、はり、きゆう、柔道整復営業法」(法律 217 号 = 現代のあはき法) が制定された。厚生省は 1988 年に発行された『厚生省五十年史』(五十年史) で鍼灸に関して「医療制度の外側において制度的に認める」という見解を明らかにした³⁾。筆者はこれをうけて、アンチテーゼ的に「医療の外側」という事実的テーマを提示してきたが、元厚生省技官である芦野純夫氏が、「医療(医業)の一部を部分解除」に認めた行為であると以前から主張していた⁴⁾、その「根拠」を読んで、さらなる疑問が湧いてきた。

鍼灸の医療との関係について、厚生省内でいわゆる「ダブルスタンダード」だったことを、だれも検証していないし、鍼灸師ですらそういう疑問を誰も感じていない。

日本鍼灸の近現代史はこれまで不明な点が多く、一種の「ブラックボックス」であった。研究土壌がなかったり、研究者がいないことがそもそもの要因である。筆者はこれまで、近代の変遷を研究してきて、近代鍼灸教育にその一部が見えてきた⁵⁾。1911 (明治 44) 年、鍼灸に関する全国的な初法令「鍼術灸術営業取締規則」が制定され 100 年を迎えたが、この百年間、さらには明治維新後の約 150 年間に埋もれている事実を掘り起こし、検証することが急がれている。

II. 研究背景

II-1 医療社会学からの示唆

医療社会学者の佐藤純一氏の鍼灸医療への示唆について以下のようにまとめる²⁾。

・鍼灸医療は、現代日本社会の中で「一つの医療実践システム」として存在しており、近代医療に次ぐ、2番目の大きな医療セクターとして機能している。この視点・構図から、鍼灸医療実践の医療社会学的分析を行っていくことが必要である。

・鍼灸医療は「あはき法」などで、法的に規定・規制されているが、近代医療への規定・規制に比べ、非常に曖昧で部分的で多義的で恣意的であり、先行の近代医療の制度化を前提に、「部分的に限定的に制度化」された、半制度化された非近代医療と言える。

・鍼灸医療の法的位置づけ、医療制度、資格制度、鍼灸師教育制度、専門職組織(職能団体)、医療理論生産制度(学会)、医療保険制度、近代医療との兼ね合いの措置・制度などを、その歴史的構成・思想(イデオロギー)、制度・組織の機能や実態、そして、それらを動かすダイナミズムとその要因などを、社会学的に研究(調査・分析)することで、日本社会における鍼灸医療を捉える、つまり鍼灸医療の一つの姿を、社会学的に映し出せる。

II-2. 外側ではなかった理由、217号の解釈を巡って

これまで筆者は、五十年史のあはき法制定時の解釈、「～あん摩等の施術が長い伝統をもち医療に一定の役割を果たしていることにかんがみ、あん摩等四業種(筆者注:はり、灸、柔道制服等を指す)に限り医療制度の外側において制度的に認める(筆者傍点)」を引用し³⁾、アンチテーゼ的に「医療の外側」の医療としての鍼灸を提示してきた。

しかし、217号制定時、厚生省の事務官および技官であった鈴木信吾と芦田定藏はその著書『あん摩・はりきゆう・柔道整復等営業法の解説』のなかで、

「我が国においては、医業は一般にはこれを禁止し、唯一定の専門的学識技能を有する医師、歯科医師のみが、この医業禁止の解除を受けて医業をなし得る建前となっているのである(国民医療法第八条第一項)。すなわち医師または歯科医師でなければ、医業をなし得ないというのが、我が国の現行医事法規上の原則である。然しながら、同じく疾病の治療を目的とする業務であり、医業の一部と認められるべきあん摩、はり、きゆう、及び柔道整復営業は、それが古来から東洋において廣く実地せられ来つた特殊療法であること、又日本においても相当に長い歴史をもっているばかりでなく従来中央法令によりこれを法的に公認して来たこと、且学理的には未だ充分究明されてはいないが、経験上一定範囲の疾病に対しては相当の治療効果のあることが認められていること等の理由によつてこの法律においても、右の国民医療法の原則に対する例外として、これらの施術を法的に公認することとし、夫々の身分免許を受けた者は、これを業とすることができることとしているのである(法第一条)。即ち、ここにいう免許は、医業禁止の一部解除を内容とする国家の行為であり、免許を受けた者は、夫々の業務の範囲内で医業の一部をなすことが許されることになるのである(筆者傍点)」

とあはき法第一条の解釈について述べている⁶⁾。

つまり、この解釈からは医療の「一部」であり「内側」だったのである。鈴木と芦田の

解釈はリアルタイムであるし、当時の厚生省の医務局長で後の東京都知事である東龍太郎の推薦のことばが巻頭を飾る文献の記載である。五十年史はそれから40年後1988年の解釈であり、医療社会学者の佐藤純一のいう「恣意的」な操作があったのかもしれない。

その恣意の本意までは不明であるが、鈴木と芦田の解釈とは明らかに反対である。同じ厚生省の元技官である芦野純夫氏が現役時代から度々主張していたことも「恣意的」に無視され続けてきたことになる。

II-3. 外側に映る現実と法的な解釈の疑問

では、鍼灸の日本社会における健康・医療・公衆衛生上の意義や関係が明記されておらず、業務の定義や内容も文面化されていないのが実情である。

さらに、医療ではないが衛生的業務である理容においても「理容師法」(昭和二十二年十二月二十四日法律第二百三十四号)の第一条で以下のように業務の意義と定義がなされている。

第一条 この法律は、理容師の資格を定めるとともに、理容の業務が適正に行われるように規律し、もつて公衆衛生の向上に資することを目的とする。

第一条の二 この法律で理容とは、頭髪の刈込、顔そり等の方法により、容姿を整えることをいう。

単純にあはき法と比較して見る限りでは、「鍼灸」という業が曖昧であり、他の業務とは異質なものと映ってしまうのは仕方がなく、旧態とした法律を見直すことについて研究や議論が急がれる。

さらに、問題点としてあはき法第一条の解約について挙げてみたい。第一条「医師以外の者で、あん摩、マッサージ若しくは指圧、はり又はきゆうを業としようとする者は、それぞれ、あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゆう師免許（以下免許という。）を受けなければならない」では、「医師は鍼灸ができる」と、誰もが解釈していた。それでは、医師が鍼灸を行った場合それは、それが「医行為」となるのかという議論はされていなかった。

医行為性からの分類からすると、採血、投薬、注射、放射線照射、処置、手術、麻酔、生命維持管理の操作といった医師が患者に対して直接行う行為である「直接的医行為」にあたるであろう。しかし、医師が常に自ら行わなければならないほど高度に危険な行為である「絶対的医行為」であるか、これ以外の行為で、医師以外の医療従事者に行わせるか否かは、医療従事者の能力を勘案し医師の判断による「相対的医行為」であるのかは我々では判断はできない⁷⁾。

さらに、絶対的医行為であるならば処置なのか手術なのか、さらに混合診療は原則的でないので、保険医が行う場合は、どのように位置づけられているのかといった疑問がいままで議論されていない。

つまり現状では、同じ「鍼灸」治療でも、医師が行えば「医行為」で鍼灸師が行えば「医療類似行為」というおかしな現実（矛盾）がまかり通っていたことになる。

III. 鍼灸制度史に関する一考察

III-1. 鍼灸制度の変遷と現代

明治維新の明治政府の方針である1874(明治7)年の「医制の制定」から現代に至る鍼灸

制度に関する変遷について、主要事項を以下ようにまとめる。

表 1 鍼灸制度の変遷の概要

| | | |
|--------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1874(明治 7)年 | 医制の制定 | →医療管理下以外での鍼灸施術の禁止 |
| 1885(明治 18)年 | 鍼灸術営業取締方(内務省達 甲第十号) | →鍼灸を各地方長官の管理下へ |
| 1911(明治 44)年 | 鍼術灸術営業取締規則(内務省令 第十一号) | →全国的な初法令の制定、教育制度に関する初めての明文化 |
| 1947(昭和 22)年 | 「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法」(法律第 217 号=あはき法) | →GHQ 改革を乗り越えての成立、 |
| | 後に身分法「あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」へ改正 | |
| 1988(昭和 63)年 | 資質向上を目的にあはき法が大改正 | →それまでの知事試験から全国統一の国家試験への移行 |

第二次世界大戦後、GHQ 改革の荒波を乗り越え、日本国憲法の下で 1947(昭和 22)年成立したあはき法は、後に営業法から身分法として確立される。1988(昭和 63)年、資質の向上を目的に大改正され、入学資格が高卒に引き上げられ、免許資格試験がそれまでの地方試験から全国統一の国家試験へ移行され現代に至る。

教育面では、1978 年に、国内で初めて鍼灸短期大学が設置されその後、四年制大学に格上げされた。現在は鍼灸大学が 7 校になり、うち修士課程が 3 校、博士課程が 1 校に設置されている。

また、1998 年の福岡地方裁判所における「柔道整復師養成施設不指定処分取消請求事件判決」(以下福岡地裁判決)以降、鍼灸専門学校の新設や学科の増設が相次いだことは、制度上の改変や改革とはいえないまでも、社会実情を反映した現象であり、制度史上重要な事実であった⁸⁾。

しかし、この間に、鍼灸師の社会的な位置づけが大幅に変化したという事実はない。先に触れたように、第一条は戦後の成立時のままであるし、鍼灸治療が医療行為であるのか医業類似行為であるのかははっきりせず、保険医療において「療養費」の取扱量は増加しているというが、保険医療の原則である「療養の給付」に位置づけられてはいない。

つまり、鍼灸師側からの要求での、制度上の小さな変化はあったかもしれないが、全国的な初法令である 1911(明治 44)年の鍼術灸術営業取締規則が制定されて 100 年たった現在も国民と鍼灸との関係にダイナミックな変化や動きはなかったと筆者は考える。

その 100 年以前、明治維新からの約 40 年間の制度の変遷について判明している事実は多くなく、検証が不十分である。よって、本稿ではその部分に着目して考察する。

Ⅲ-2. 日本近代前期の鍼灸制度の一面

Ⅲ-2-1. 「医制」制定前後

明治維新とは、幕藩体制から近代国家の転換であると同時に日本の開国であった。明治政府は世界の列強先進国へ仲間入りすることを至上命令に文明開化、富国強兵をスローガンに近代化を展開した。しかし国内では戊辰戦争、西南戦争、コレラの大流行(明治 11

年) という混乱も続き、財政的にも逼迫した状況であった。

1838(天保9)年、藩医の家に生まれ緒方洪庵の嫡塾出身の長与専斎は、このような状況下で1871年に岩倉使節団として海外視察の機会を得る。欧米の医学教育や医事衛生制度の視察、調査研究を行い、わが国に総合的な医事衛生制度の確立と衛生思想の必要性を切実に感じ導入に執念を費やした。1873(明治6)年に文部省医務局長に就任し医務局長就任後、全国の医事衛生に関する調査を命じ、これに基づき医制七十六カ条を1874(明治7)年に太政官に上申した⁹⁾。

以下の第五十三条において、

「鍼灸治ヲ業トスル者ハ内外科医ノ差図ヲ受ルニ非サレハ施術スヘカラス若シ私カニ其術ヲ行ヒ或ハ方薬ヲ与フル者ハ其業ヲ禁シ科ノ軽重ニ応シテ処分スルヘシ」

事実上、鍼灸を医師の監督下でなくては施術できないこととした。これは、鍼灸を業とするものの存在を認めた文面であり、鍼灸という業が日本の近代制度上、初めて文書化されたものであるといえる。これは同時に、明治維新中あるいは維新後の明治政府下でも鍼灸施術が脈々と実践されていたという事実を示すものである。明治政府の方針で(幸いにも)医制は三府のみに達せられ、その効力は弱く、実際に施行されたのは九ヶ条だけで、鍼灸に関する第五十三条が効力を示した事実はない¹⁰⁾。

明治10年以降になると、全国で鍼灸を業として行うものの数が各県の統計書の「衛生」に計上されはじ、一地方(山形県)では「鍼治医」という扱いで計上する場合もあった(PDFfile データ1)。さらに明治13年、青森県では「鍼灸治揉ミ療治営業取締規則」が(PDFfile データ2)、明治16年には大阪府でも「整骨鍼灸水蛭吸角施術者取締規則」が制定されていた(PDFfile データ3)。

なお、医療制度に関しては、1879(明治12)年「医師試験規則」、1882(明治15)年「医学校通則」、1883(明治16)年「医師免許規則」と矢継ぎ早に法令が制定され、西洋医学体制は制度と教育が着実に整っていった時期でもあった¹⁰⁾。

Ⅲ-2-2. 1885(明治18)年「鍼灸術営業取締方」(同営業差許方)の意味

1885(明治18)年に「鍼灸術営業取締方」(なお、現状の文献や教科書では「鍼灸術営業差許方」という呼び方がされており、どちらも正しいが筆者はこちらを採用する)が内務省より府県へ達せられる。実際の文面を以下に示す。

「鍼灸術営業取締方」(明一八・三・二五内務省達甲第十号)全文

「鍼灸術営業業者之儀ハ従来開業之者並ニ新規開業セントスル者ハ自今出願セシメ其修業履歴ヲ検シ相当ト認ムルトキハ差許不苦其取締方之儀ハ便宜相設可申此旨相達候事
但既ニ営業許タルモノハ更ニ出願セシムニ及ハス」

この布達により、鍼灸術の営業許可及びその取締りを各府県にゆだねることにした。つまり、医制による医師の管理下で鍼灸施術させるという目論みは達成せず、地方では先行して制度が成立していたように、実際には市民のニーズで実践されていたことも把握していた。よって、鍼灸を業としようとするものに対し、明治政府の方針として、念のために出願書類によりその資質をチェックし、許可制を導入するように地方へ指令した。

この布達に従った、当時の東京府における規則、「針灸術営業取締規則」東京府布達 明治18年9月10日 甲第六十一号(全十一条)の第三条までを以下に示す。

第一條 針治又ハ灸治ノ業ヲ営マント欲スル者ハ左ノ書式ニ拠リ尚其師ノ証書ヲ添ヘ願出鑑札ヲ受クヘシ
 第二條 医師治療中ノ患者ニ対シテハ該主治医ノ承諾ヲ経ルニ非サレハ施術スルヲ許サス
 第三條 妄リニ人ヲ勸メ又ハ危険ノ病症ニ施術スヘカラス

東京府では、営業許可を鑑札により管理しようとしたが、これは全国的にも同様であった。さらには、医療とは全く別のものであって、医療と併用する場合には医師の許可（管理）が必要であることを書面で示し、第三条にあるように、「妄りに」施術させぬよう取締を徹底したのだった。取締が厳しかったという事実は、当時「看板の掲示は固く禁止されていた」という、近代鍼灸教育の先駆者山崎良斎の記録からも見いだすことができる¹¹⁾。

Ⅲ-2-3. 当時のニーズ

表 2 近代の鍼師数と医師数

| | 鍼師数 | 医師数 |
|----------------|-----------|-----------|
| 明治 20 年 (1887) | 1 2 1 4 5 | 4 0 3 4 3 |
| 明治 30 年 (1897) | 2 4 3 9 3 | 3 9 3 9 2 |

NDL (国立国会図書館) 近代デジタルライブラリーの統計書および、厚生省五十年史・資料より筆者が作成 (医師のうち、明治 20 年はうち従来開業者が 32839 人、同 30 年は 23956 人)

明治 20 年の鍼師数は、明治 18 年の「鍼灸術営業取締方」布達前から業を行っているものを含んでいるし、布達後も確実に増加し明治 30 年の数値になった。鍼師数はこの 10 年間に倍近くに増加しているのに、医師数は横ばい状態であった。さらに興味深いことは、この 10 年間に漢方医が主体である従来開業医師が約 9 千人減っている、つまりその分西洋医と入れ替わっているにもかかわらず、鍼師は増加していたのである。

もちろんまだ経済的にも、施設の的にも国民が身近に西洋医学医療にかかれる状況ではなかったとは思われるが、当時の約 4 万人という医師では、国民の保健医療のニーズに対して新しい西洋医学では賄うことはできなかったといえ、鍼灸がその受け皿になっていたという可能性が考えられる。そして、明治政府は確実に鍼灸師の従業者数を把握していたし管理と取締もしていたのである。国家の方針として西洋医学導入を決め、漢方医学に対しては自然消滅を目論んでいたのも、鍼灸に対しては医業ではなく「営業」という形態で認めるしかなかったと考える。

よってこれらの事実から、明治政府は「営業という形態で国民の保健医療ニーズの受け皿を提供するために鍼灸を上手く利用していた」という見方ができる。

Ⅳ. 米国事情から考えてみる

米国では 1972 年、当時のニクソン大統領訪中に同行した新聞記者ジェームス・レストンが急性虫垂炎になり、現地での鍼麻酔手術の様子が米国で報道されたことが鍼灸ブームの契機になっていることはよく知られている。その後 1974 年、ボストンに鍼灸学校が設立され、全米に広がっていった。

現在、全米では 60~70 の鍼灸学校 (大学又は大学院大学) があり、そのうち 60 数校が ACAOM (The Accreditation Commission for Acupuncture and Oriental Medicine : 東

洋医学・鍼公認委員会) から東洋医学に関する修士教育機関として公認されている¹²⁾。

さらにそのうち 2 校が日本式の鍼灸を導入しているのだが、それ以外の学校は TCM (Traditional Chinese Medicine) 伝統中国医学を標準としている。

NCCAM(The National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine)により発表されている、2003 年のハリス相互調査 (Results of Harris Interactive Survey) =米国における鍼灸利用に関する調査、の結果では、米国の大人の 10 人に 1 人の割合で鍼灸が利用され、さらに、今は利用していないが今後、治療のオプションとして考えているものが 60%いた¹³⁾。

カリフォルニア州政府消費者庁傘下の鍼灸委員会 (CA.GOV Department of Consumer Affairs Acupuncture Board) のホームページでは、カリフォルニア州法である、BUSINESS AND PROFESSIONS CODE (BPC) (CA Law ; ビジネスと専門職に関する法律) を引用して、鍼灸について以下のように定義している¹⁴⁾。

4926.

・ In its concern with the need to eliminate the fundamental causes of illness, not simply to remove symptoms, and with the need to treat the whole person, the Legislature intends to establish in this article, a framework for the practice of the art and science of Asian medicine through acupuncture.

・ The purpose of this article is to encourage the more effective utilization of the skills of acupuncturists by California citizens desiring a holistic approach to health and to remove the existing legal constraints which are an unnecessary hindrance to the more effective provision of health care services.

・ Also, as it effects the public health, safety, and welfare, there is a necessity that individuals practicing acupuncture be subject to regulation and control as a primary health care profession.

(和訳) 本条項において州議会は、全ての人々が求めている単なる症状の軽減だけではなく、疾病の原因の除去に関して、アジアの医学である鍼灸治療の枠作りをしようとしている。

本条項の目的は、既存の法的規制による効果的なヘルスケアサービスに対する不要な妨害を制し、カリフォルニア市民のホリスティックなアプローチによる健康へのニーズに対して、より効果的な鍼灸師スキルの利用を促進することである。

本条項 (又は鍼灸) は社会的にも健康、安全、福祉に影響するので、鍼灸を実践するものはプライマリヘルスケアの専門家として規制や管理を受ける必要がある。

さらに BPC4927 では、

(d) "Acupuncture" means the stimulation of a certain point or points on or near the surface of the body by the insertion of needles to prevent or modify the perception of pain or to normalize physiological functions, including pain control, for the treatment of certain diseases or dysfunctions of the body and includes the techniques of electroacupuncture, cupping, and moxibustion.

(和訳) "鍼または鍼治療"とは、痛みを予防または緩和し、あるいは身体の機能を正常化することにより疾病の治療や体の機能回復させるための、体表の一定点またはその周囲への針刺入による「刺激」を意味し、電気鍼、吸角、灸を含む。

というように鍼灸の刺激についても法的な定義がなされている。

米国では、歴史的にカイロプラクティックやオステオパシーといった徒手による矯正治

療法を制度上位置づけ文化的にも受け入れてきた土壌がある。さらに、ナチュロパシーといった西洋医学を補完するトータルな治療法なども受け入れつつある。よって、東洋医学・鍼灸が東洋的なミステリアスという意味を超えて、ヘルスケアシステムとして合理的に枠組みに入ることも容易であったと思われる。

鍼灸導入から約 40 年、教育や制度などはこの 30 年で急速に整備された。もちろん、1997 年の NIH の声明が弾みになっていることは間違いない。文明文化背景はもちろん、保健医療制度が日本とは著しく異なる国家ではあるが、鍼灸と国民のこのダイナミックな動きには感嘆する。さらに今後、その位置づけの変化やニーズの動向が気になるところである。

V. 結語

統合医療時代の幕開けとともに、世界的に鍼灸医学が求められている。欧米では鍼灸が医学的に実践され、制度的にも保証されてきている。中国や韓国ではそれぞれ中醫師、韓醫師として位置づけられている。

欧米より早くから鍼灸を実践していたはずの日本は、気がつけば、世界的から取り残され、影響力は弱く、存在すら危ぶまれる状況である。根本の原因は、ヴィジョンに基づく戦略を考えるに耐えうる土台やマンパワーが不足していることであり、その一因は、日本の鍼灸が従事者にとっても国民にとってもその位置がわかりにくく、存在意義（定義、範疇、制度、意義）が曖昧であると思われる。

EBM に関しては国際的な視野も含め全日本鍼灸学会が先導しているが、それ以外の分野でのディスカッションが明らかに少ないと考える。鍼灸界のパワー不足という実情はあるにしろ、社会現象としての鍼灸の意義に関するディスカッションが決定的に足りない。私は、この約百年の鍼灸の変遷を総括することが必要であると訴えているが、検証するための事実が圧倒的に少ない。まずは、まだまだ埋もれている事実を掘り起こし、冷静にみつめ、咀嚼することから始め、その意味付けが急がれているのだ。

今、困難な時代だからこそ、社会学的な研究を深めなければならない。社会鍼灸学から鍼灸の社会学へ、研究の質を高めることが求められている。

伝統的・経験的に効果が認められている鍼灸を日本の医学・医療の制度的に位置づけことは国民の利益につながる。

引用文献

- 1) 関隆志他. ISO における伝統医学の国際標準化へのわが国の取り組みの問題点. 鍼灸 OSAKA. Vol26.No2. 2010:75-6.
- 2) 佐藤純一. 現代医療の中での鍼灸医療—医療社会学の視点から考える—. 社会鍼灸学研究 2009 第 4 号. 社会鍼灸学研究会. 2010 : 8-20.
- 3) 厚生省五十年史編集委員会. 厚生省五十年史 記述編. 厚生問題研究会. 1988.
- 4) 芦野純夫. 明治以降の鍼灸制度と教育の流れについて. 社会鍼灸学研究 2006 創刊号. 社会鍼灸学研究会. 2007 : 27-32.

- 5) 箕輪政博. 日本の医学・医療と鍼灸の位置—日本近代期の私立鍼灸学校の成立過程に着目して—. 社会鍼灸学研究 2010 増刊号. 社会鍼灸学研究会. 2010.
- 6) 鈴木信吾, 芦田定藏. あん摩・はりきゆう・柔道整復等営業法の解説. 初版. 第一書林. 第二章第二節第二 施術者の身分の取得 一免許の性質. 1948:23-4.
- 7) 若杉長英他. 医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究.
厚生省 1989 (平成元) 年度 厚生科学研究.
- 8) 屋宮憲夫. 柔道整復師等の養成施設の開設制限と独占禁止法上の規制—柔道整復 師養成施設不指定処分取消訴訟をめぐって—. 社会鍼灸学研究 2006 創刊号.
社会鍼灸学研究会. 2007.
- 9) 副田義也. 内務省の社会史. 東京大学出版会. 2007:104-10.
- 10) 菅谷章. 日本医療制度史 (改訂増補版). 東京. 原書房. 1978:25.
- 11) 杉原正あき. わが国鍼灸教育の先駆者 本校初代校長 山崎直文先生の足跡.
- 12) <http://www.acaom/>
- 13) <http://acupuncturetoday.com/mpacms/at/article>.
- 14) <http://www.acupuncture.ca.gov/>

| 回数 | 元号(西暦) | 朝鮮暦(檀紀) | 良医 | 医員 | 目的 |
|------|-------------|-------------|-----|------------|----------|
| 第1回 | 慶長12(1607)年 | 宣祖40(3940)年 | | 朴仁基・辛春男 | 回答兼刷還使 |
| 第2回 | 元和3(1617)年 | 光海訓9(3950)年 | | 鄭宗礼・文賢男 | 回答兼刷還使 |
| 第3回 | 寛永元(1624)年 | 仁祖2(3957)年 | | 郭嶽・黄徳業 | 回答兼刷還使 |
| 第4回 | 寛永13(1636)年 | 仁祖14(3969)年 | | 白土立・韓彦協 | 通信使として派遣 |
| 第5回 | 寛永20(1643)年 | 仁祖21(3976)年 | | | 家綱誕生祝賀 |
| 第6回 | 明暦元(1655)年 | 孝宗6(3988)年 | | 韓亨国・崔栢・李継勲 | 家綱襲封祝賀 |
| 第7回 | 天和2(1682)年 | 肅宗8(3990)年 | 鄭斗俊 | 李秀藩・周伯 | 綱吉襲封祝賀 |
| 第8回 | 正徳元(1711)年 | 肅宗37(4044)年 | 奇斗文 | 玄万奎・李渭 | 家宣襲封祝賀 |
| 第9回 | 享保4(1719)年 | 肅宗45(4052)年 | 権道 | 白興銓・金光泗 | 吉宗襲封祝賀 |
| 第10回 | 寛延元(1748)年 | 英祖24(4081)年 | 趙崇寿 | 趙徳祚・金徳崙 | 家重襲封祝賀 |
| 第11回 | 明和元(1764)年 | 英祖40(4097)年 | 李佐国 | 南斗旻・成? | 家治襲封祝賀 |
| 第12回 | 文化8(1811)年 | 純祖11(4144)年 | 朴景郁 | 金鎮周・朴景郁 | 家斉襲封祝賀 |

江戸時代の朝鮮通信使(12回)来日した際の良医・医員をもとに作成した。

はり術、きゅう術とは何か —法律の視点から—

森ノ宮医療大学非常勤講師
坂部 昌明

I. はじめに

本稿の目的は、日本におけるはり術、きゅう術の“行為に限定した”「法的位置付け」を確認することである¹⁾。“行為に限定した”とは、はり師、きゅう師という資格制度に踏み込まず、単純に“はり術、きゅう術とは何か”という視点に限局するということである。また、本稿で取り上げる「法的位置付け」とは、法律上はり術、きゅう術が医行為（医師が業となす事ができる行為）²⁾であるか医業類似行為であるか、或いはその他の新たな概念に区分されるものであるかという点に注目した位置付けである。

はり術、きゅう術の「法的位置付け」については、これまでも議論されてきた³⁾。何故ならば、はり術、きゅう術はあん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（以下、あはき法）によって、資格を有することが絶対条件とされている行為だからである。資格の所有が求められるような、厳格な法規定がなされている行為であり、当該行為の「法的位置付け」については、明確かつ正確な理解が求められる。しかも、はり術、きゅう術の「法的位置付け」は、はり術、きゅう術が現在の日本の医療システムの内側に包摂し得るものであるか、それとも外側にあつて現在の医療システムと相容れない関係にあるかという大きな問題をその内部に抱えている。従って、はり術、きゅう術の「法的位置付け」を確認することは、当該行為の明確かつ正確な理解にとって必要であるばかりでなく、現在の日本の医療システムそのものについての新たな視点を提示する基盤となり得るものと思料される。本稿では、こういった問題意識を根底におき、なるべく簡潔に、はり術、きゅう術の「法的位置付け」を確認していきたい。

II. 議論の転換

はじめに、本稿の骨子である“行為に限定した”議論を行うために、1つの視点を提案する。それは、はり術、きゅう術に関する議論に際し、資格と行為を分けて考えるということである。

従来の議論は、資格と行為、例えばはり師とはり術が混同されていたため、はり術、の法律的な検討に際して検討要素が多くなりすぎ、検討が煩雑を極めていた。そもそも、免許とは講学上、法律行為的行政行為の許可にあたり⁴⁾、「一般に禁止される特定の行為を、一定の条件の下にその禁止を解除する」行政行為である。「一般に禁止される」とは、国の政策的目的により本来なら誰もが行える行為を禁止することで、医療の場合、国民の生命・健康に害が及ぶ場合などがその禁止理由となる。医療行為には、免許が設定されており、当該免許について定めた法律に従って特定の行為を行うことができる。たとえば、「医師で

あれば医行為ができる」、「看護師であれば診療の補助ができる」等である。しかし、免許について規定している法律は「どのような行為が医行為であるか」という点について具体的に規定していない。行為の具体的規定が置かれていない理由については、医行為を規定してしまうと、医行為に硬直性が生まれ、本来の目的である人の生命・健康を守れないからである。そのため、多くの場合、判例や医師会のガイドライン、行政通達等で一定の基準を示すにとどまっている（相当程度の留保がある）。

医療の抱える特殊性は、他に類するものが少ない。とはいえ、免許という制度そのものの性質上、行為と資格（を持っている者）は全く別の次元で議論しなければならない。

Ⅲ. 従来の「法的位置付け」の議論

「法的位置付け」については、従来から医行為であるか医業類似行為であるか、或いはその他の新たな概念に区分されるものであるかという議論がなされてきた。

現在通説的に扱われているのは、はり術、きゅう術を医業類似行為であるとして、限定的に免許によって禁止を解除したものと解釈する立場である。本稿では、当該立場及び近接する考え方を医業類似行為説と名付ける。医業類似行為説からの解説の例としては、手嶋の「人の傷病の治療行為から医療行為を除いたものとして、はり・あん摩マッサージなどの医業類似行為がある。」という記述が挙げられる⁵⁾。医業類似行為説には、法律的解釈が判然としていない（と論者が考えている）ことからはり術、きゅう術がどのような行為であるかを明確に叙述しない立場もある。この様な立場であっても、はり術、きゅう術を医業類似行為ではないと明確に示す事が殆どないため、その根底にははり術、きゅう術を医業類似行為の一部であるとする見方が包摂されていると考えられる。

はり術、きゅう術が医行為のひとつであると主張する立場（本稿ではこれを医行為説と名付ける）は少数意見である。医行為説からの解説の例として、芦野の「これらの免許行為が特殊な医行為に該当することを示したものです。」という記述が挙げられる⁶⁾。

医行為、医業類似行為の何れにも属さない、新たな概念としてははり術、きゅう術を捉える立場もある。例えば、補完・代替医療（CAM）や統合医療（IM）といった概念から導きだされるはり術、きゅう術の在り方である。CAMやIMでは、現代西洋医学のカウンターパートナーとして、はり術やきゅう術を捉えている⁷⁾。従って、その行為は、純粋に医行為に類されるものではなく、また医業類似行為の如く、国家によって禁止される行為でもない（そうであってもCAMやIMが成立しない）。筆者は過去に、CAMと医業類似行為の関係性について示した⁸⁾が、そこから見出されるはり術、きゅう術の在り方は、ここで示している医行為説、医業類似行為説に単純になじまない。CAMやIMの導入を推進する立場からは、CAMやIMで利用される療法について新規の法制度化が求められているが、新規の法制度化に際しては、医行為との関係、医業類似行為との関係、そしてはり術、きゅう術等との関係など多くの問題が解決されなければならない。そのため、現時点でCAMやIMに関する議論を始めることはできない。むしろ、CAMやIMに包含されるはり術、きゅう

術の「法的位置付け」を明確にすることで、CAMやIMの法制度化の議論が円滑になるものと思われる。

以上から、本稿では新たな概念を持ち出すよりも、従来議論されている医行為説、医業類似行為説について十分確認することが重要であると考えられるため、新たな概念については検討しない。

以下、医業類似行為説及び医行為説それぞれについて述べる。

1. 医業類似行為説

現在、通説的に扱われているのは医業類似行為説である。医業類似行為説の根拠となっているのは、いわゆるHS式無熱高周波療法事件に関する仙台高等裁判所（裁昭和29年6月29日第2刑事部判決、以下、「仙台高裁判決」と称する）や最高裁判所（昭和35年1月27日最高裁大法廷判決、以下、「昭和35年判決」と称する）⁹⁾の判決である。当該判決は、医業類似行為の具体的内容に踏み込んだ裁判とされ、医業類似行為説に関する記述の多くは、当該判決を根拠にしている場合が多い（例えば前掲の手嶋³⁾など）。現在最新のあはき法の逐条解説¹⁰⁾も、これら一連の裁判の判決を根拠に作成されていることから、医業類似行為説が現在通説であることは間違いない。

「仙台高裁判決」や「昭和35年判決」は、HS無熱高周波療法があはき法第12条の医業類似行為に当たるか否かについて争われた裁判である。あはき法第12条は「何人も、第1条を除くものの外、医業類似行為を業としてはならない（以下略）。」と定めている。本稿は判例評釈を目的としないので裁判の内容は省略するが、結果として被告人の行為は医業類似行為を行ったものと認定され、罰金刑が科された逐条解説はこの判決に基づく形で編纂されている。逐条解説はあはき法第12条について「医業類似行為は、広義の医業類似行為と狭義の医業類似行為とに分けられる。広義の医業類似行為は、狭義の医業類似行為とあん摩、マッサージ、指圧、はり、きゅう、柔道整復など法律により公認されたものとをあわせた概念である。本条は、狭義の医業類似行為を行うことを禁止した規定である。」と説示している。逐条解説における狭義の医業類似行為とは、「腰痛、肩こり、疲労等の症状のある者に対して、温熱器械、器具その他の物を使用し、又は四肢若しくは精神作用を利用して施術を行うものであって、医師法、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律等に基づく免許資格を有する者がその範囲内で行うものでないもの」を指す。当該部分は、仙台高裁判決の文言を一部変えているものの、内容はほぼ同じである。逐条解説では狭義の医業類似行為は民間療法と同義のものとされる。

ところで、医業類似行為に関する錯誤としてしばしば見られるのが、届出医業類似行為との混同である。届出医業類似行為は、第二次世界大戦後の特別な対策¹¹⁾に基づき、期間を定めて届出を出した医業類似行為業者にのみ許された行為を指す。従って、狭義、広義の医業類似行為の概念とは全く異質の概念である。

2. 医行為説

医行為説の立場を取る論者は極めて少ない。医行為説を明確に示した論者としては前掲の芦野が挙げられる。芦野は厳密なあはき法の条文解釈、あはき法制定の経緯、立案担当者による解説書¹²⁾の記載等に基づき、はり術、きゅう術を医行為であると主張している(前掲の芦野の参考論文など)。ここでは、条文解釈と立案担当者による解説書の中身について検討する。

まず、あはき法第12条について芦野は、「第1条に掲げるものを除く外」の部分挙げ、「もの」＝「物」と説明する。その上で、第12条は第1条に掲げられるもの、すなわちはり術、きゅう術(あん摩等含む)という行為を除く外の全ての行為が医業類似行為であり、これを業とすることは禁止されると説明する。はり術、きゅう術については、第1条冒頭の「医師以外の者で」という部分を挙げ、はり術、きゅう術は医師によって行うことができる行為であり、医師が行う医行為の一部であるとする。

立案担当者による解説書『あん摩 はり きゅう 柔道整復等営業法の解説』(以下、営業法の解説)では、はり術、きゅう術が医行為の1つであること、そして、はり術、きゅう術が医業類似行為ではないことが明確に述べられている。芦野は、この解説書の内容を根本として、条文解釈を行うべきとしている。現在の医行為説は、概ね芦野説に従っている。

IV. 医業類似行為説の検討

医業類似行為説は、その根拠をHS式無熱高周波療法事件に関連する一連の裁判に求めていることは既に述べた。従って、はじめにHS式無熱高周波療法事件に関連する一連の裁判の内容について検討する。

当該裁判の最高裁判決である「昭和35年判決」は、一般に医業類似行為についての判決として認識されているが、事実は一般的な「昭和35年判決」に対する認識と微妙に異なっている。何故ならば、実際の「昭和35年判決」は、単に医業類似行為の禁止が憲法上の職業選択の自由と抵触しないという点について判示したものであり、医業類似行為については何ら具体的に述べてはいないからである。むしろ、医業類似行為について具体的に述べているのは「昭和35年判決」の前審たる「仙台高裁判決」であり、HS式無熱高周波療法事件に関連する一連の裁判について理解するためには、「仙台高裁判決」を理解したうえで「昭和35年判決」を読まなければならない。

「仙台高裁判決」では、医業類似行為として禁止される行為について「疾病の治療又は保健の目的を以て光線器械、器具その他の物を使用し、若しくは応用し又は四肢若しくは精神作用を利用して施術する行為であつて他の法令において認められた資格を有する者が、その範囲内でなす診療又は施術でないもの」としている。「仙台高裁判決」は一見すると、はり術、きゅう術が医業類似行為でないとして述べている様に思われる。しかし、前掲の逐条解説が示すように、現在の医業類似行為説は当該部分について、はり術、きゅう術が狭義の医業類似行為でないとして判示したものと解釈している。実際はどうか。「仙台高裁判決」

の内容で注目に値するのは、「仙台高裁判決」が示した医業類似行為についての記述が営業法の解説に記された医業類似行為の定義とほぼ同様の記述だということである。営業法の解説では、はり術、きゅう術を医行為の一部と看做している。ということは、「仙台高裁判決」は営業法の解説に準じた考え方、すなわち、はり術、きゅう術が医業類似行為ではないとする考え方を基本として読まなければならないはずである。であるならば、逐条解説が示すような広義、狭義の医業類似行為という考え方は妥当ではない。

「昭和 35 年判決」は「何人も、公共の福祉に反しない限り、(中略) …職業選択の自由を有することを保証して」おり、「医業類似行為を業とすることが公共の福祉に反するのは、かかる業務行為が人の健康に害を及ぼす虞があるからである。それ故前記法律が医業類似行為を業とすることを禁止処罰するのも人の健康に害を及ぼす虞のある業務行為に局限する」としている。当該裁判で議論されたのは、医業類似行為の禁止が職業選択の自由を不当に制限するか否かであり、判決では医業類似行為の規制は憲法に抵触しないと述べただけで医業類似行為が如何なるものであるかという点は議論されていないのである。これは言い方を変えれば、「仙台高裁判決」で示された医業類似行為の基準が「昭和 35 年判決」においても医業類似行為の基底概念だったということであり、「他の法令において認められた資格を有する者が、その範囲内でなす診療又は施術でないもの」こそが医業類似行為であって、はり術、きゅう術は当然ここに含まれないと解するべきである。

「昭和 35 年判決」は、医業類似行為について他にも視点を与えてくれる。当該判決は、医業類似行為を禁止する目的を「人の健康」の保護であるとしている。これは、医行為にも通じる概念である。医行為そのものは、法律によって具体的行為について定義されていないが、一般には「医学上の知識と技能を有しないものがみだりに行うときは生理上危険があると認められるもの」である¹³⁾と解されている。従って、医行為と看做されるためには、当該疾患に対し、行おうとしている又は行った診断・治療行為が医学的に妥当かどうか(医学的適応性)、また、行おうとしている又は行った診断・治療行為が適切な技術と方法だったか(医療技術の正当性)が求められる(通常はここにインフォームド・コンセントが加わる)¹⁴⁾。医師の行う医行為に対して、この様に厳格な制約を課すのは、当該行為が場合によっては人の生命・健康を脅かす虞があるからである。「昭和 35 年判決」の示す「人の健康」という保護法益の考え方は、医行為におけるそれとほとんど変わらないのである。それにも関わらず、医業類似行為説をとった場合、医師がはり術、きゅう術を行った場合と、鍼灸師がはり術、きゅう術を行った場合で、行為自体の重みが変わることになるが、それは妥当ではないだろう。他にも、あはき法第 1 条及び第 12 条には、それぞれ罰則規定があることに医業類似行為説は何の説明もしていないが、罪刑法定主義に基づくならば、第 1 条及び第 12 条で取り扱っている内容は異なるものであると考えるべきであろう。以上の諸点を考慮すると、HS 式無熱高周波療法事件に関連する一連の裁判に根拠を置く医業類似行為説は妥当ではないと考えられる。

V. 医行為説の検討

従来の医行為説は、歴史の解釈と法令の解釈が織り交ざっており、理解が難しくなっていた。何よりも、判例や他の法令との関連などの取扱いが極めて少なく、論理的に非常に脆弱であった。とりわけ、鍼灸師という「資格」と、はり術、きゅう術という「行為」とが混同されて議論されることが多かったため、結果的に「資格」の判断なのか、「行為」の判断なのか明確には分からないままであった¹⁵⁾。本稿が“行為に限定して”議論すべきと主張したのは、まさにこの点を考慮してのことである。では、“行為に限定”したときのはり術、きゅう術とはどのような行為か。筆者はこれを医行為のひとつであると考え。但し、ここで主張する医行為の概念は従来の医行為説に基づくものではない。

営業法の解説は、はり術、きゅう術の具体的行為内容について次のように定義している。はり術とは「病氣に應じ一定の經穴又は皮膚の一定點にはりを以て刺戟を加える施術」を指し、きゅう術とは「病氣に應じ一定の經穴又は皮膚の一定點に灼きゆうすべき部位を指示し又はその部位にもぐさを點じて焦灼する施術」を指す。要するに、はり術は、人体に金属その他の成分から構成されるはりを身体内に刺入する行為であり、きゅう術は、人体の皮膚上で艾を燃やし、熱を与え或いは経度の火傷を生じさせる行為である。両者共に明らかなのは、当該行為が施行されなければ生じるはずのない損傷を人体に与えている点である。しかも、視覚的にも明らかに傷害を伴う行為であることが確認し得る行為である。はり術、きゅう術の具体的行為から検討するに、これらの行為は一定の知識と技術を有しない者が行う場合、患者に不利益を与える可能性がある。刑法上、傷害罪を構成し得る当該行為を正当行為と看做すためには、医行為同様、はり術、きゅう術を行う上で必要となる知識と技術を有する者が行わなければならないだろう。従って、当該行為は免許がない場合でも一般に禁止される行為である。

そもそも、判例は医業類似行為が禁止される理由として、「人の生命・身体に害を及ぼす虞」を挙げ、さらに「他の法令において認められた資格を有する者が、その範囲内でなす診療又は施術でないもの」と説示している。判例は、診療と施術が人の生命・健康に対し同程度の危険性を有していると明示しているのである。医行為は「医学上の知識と技能を有しないものがみだりに行うときは生理上危険があると認められるもの」と判示されているが、当該部分は、まさにはり術、きゅう術にも該当しうる概念である。裁判においても、例えばはり師は「鍼術営業者は、鍼砭を施すことを禁忌とすべきか否かを検査する限度においてのみ患者を診察することができる」とする判決（大審院昭和 7 年 2 月 24 日刑事三判決）¹⁶⁾が出ている。当該判決は、はり術が相当程度の注意を払うべき、言い換えるならば十分な知識と技術が求められる行為であることを示している。その他の裁判でも、きゅう師の診察に関する判決（大審院昭和 12 年 5 月 5 日刑事五判決）¹⁷⁾などが出されていることもこの説を支持するものであろう。

VI. 結語

今回の検討によって、従来通説とされてきた医業類似行為説が妥当ではないことが分かった。しかし、ここに示した「資格行為二分論」とはり術、きゅう術を医行為と捉える説は、あくまでも筆者の説であり、今後も当該領域については議論が必要である。

はり術、きゅう術の法律的な検討を行う上で最も重要なことは、患者を主体とした検討を行うことである。本稿でも述べた通り、はり術、きゅう術を無資格者が業とできないのは、それが人の生命や健康に害を及ぼす虞があるからであり、国家が法令によってこれらを管理する最大の理由は、国民の生命と健康を保護するためである。従って、医療に関する議論は、患者という利益享受主体にとって、どれだけ適切且つ必要であるかという論点を忘れるべきではない。そして、患者を主体とした議論が構築されることで、はり術、きゅう術の「法的位置付け」は患者にとって真に必要な法律の姿を示すのである。

研究費について

本研究は、(社) 全日本鍼灸学会研究部公募研究として行われたものである。

脚注・参考文献

- 1) 今回は、はり術、きゅう術に限った検討である。従って文中に、あん摩マッサージ指圧術、柔道整復術にも関連する部分があっても特に必要がなければ明記しない。
- 2) 最高裁判所昭和 30 年 5 月 24 日、最高裁判所刑事判例集 9 卷 7 号 1093 頁。
- 3) 例えば、芦野純夫「鍼灸師の地位向上を目指して①」日本鍼灸新報 503 号、2004、7-8 頁など。
- 4) 尾崎哲夫『はじめての行政法 第 2 版』自由国民社、2007、54-55 頁。
- 5) 手嶋豊『医事法入門』有斐閣、2005、27 頁。
- 6) 芦野純夫「鍼灸師の地位向上を目指して②」(日本鍼灸新報 504 号、2004)
- 7) 例えば、日本統合医療学会『統合医療 基礎と臨床 part1 基礎篇』ゾディアック、2007。日本統合医療学会『統合医療 基礎と臨床 part2 臨床篇』ゾディアック、2007。
- 8) 坂部昌明、池谷博「補完・代替医療と医行為の比較—安心で安全な補完・代替医療の実現に求められる免許制度の在り方—」日本統合医療学会誌、第 2 巻第 2 号、2009、45(118)-52(125)。
- 9) 最高裁判所刑事判例集 14 卷 1 号 33 頁。
- 10) 厚生省健康政策局医事課『逐条解説 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律・柔道整復師法』ぎょうせい、1990。
- 11) 田原によれば、昭和 22 年のあはき法制定当初において、それまで業としていた医業類似行為について届出をすることで時限的に医業類似行為を継続して業とすることを認める特別措置が取られた。届出は昭和 39 年までに終了したが、戦後の混乱もあいまって業務継続期間は延長され、後に届出のあった業者については特別措置期間が無期限となったとされる(田原義衛「最高裁判所判例解説〔刑事篇〕昭和 35 年度」15 頁)。
- 12) 鈴村信吾・芦田定蔵『あん摩 はり きゅう 柔道整復等営業法の解説』第一書林、1947。
- 13) 最高裁判決昭和 30 年 5 月 24 日、最高裁判所刑事判例集 9 卷 7 号 1093 頁。
- 14) 大谷實『医療行為と法 新版補正版』弘文堂、1995、2-14 頁。

- 15) 芦野純夫「あはき施術の法的誤解をめぐって」日本鍼灸新報 503号、2004、6頁。
- 16) 最高裁判所刑事判例集 11巻 112頁。
- 17) 最高裁判所刑事判例集 16巻 638頁。
- 18) 西田典之『刑法総論』弘文堂、2007。
- 19) 佐久間毅『民法の基礎 1総則』有斐閣、2009。
- 20) 西岡光太郎『醫事法令釋義』光星社、1940。
- 21) 生命倫理と法編集委員会『資料集 生命倫理と法 ダイジェスト版』太陽出版、2004。
- 22) 西田典之『刑法各論 第4版』弘文堂、2008。
- 23) 小野幸二・高岡信男『法律用語辞典 第3版』法学書院、2008。
- 24) 潮見佳男『債権各論Ⅱ 不法行為法』新世社、2005。
- 25) 北川善太郎『民法総則 第2版』有斐閣、2001。
- 26) 山田卓生ら『民法Ⅰ 総則 第3版補訂』有斐閣、2009。
- 27) 芦部信喜・高橋和之『憲法 第4版』岩波書店、2007。
- 28) 社団法人 東洋療法学校協会『関係法規』医歯薬出版、1999。
- 29) 社団法人 東洋療法学校協会・前田和彦『関係法規 第7版』医歯薬出版、2010。
- 30) 社会保険研究所『平成21年度版 療養費の支給基準』社会保険研究所、2009。
- 31) 関係法規学習会『関係法規合格プラン』源草社、2009。
- 32) 井原辰雄『医療保障法』明石書店、2006。
- 33) 前田和彦『医事法講義 全訂第6版』信山社、2004。
- 34) 石川敏行『はじめて学ぶプロゼミ行政法 改訂版』実務教育出版、2005。
- 35) 尾崎昭弘・坂本歩『鍼灸医療安全ガイドライン』医歯薬出版、2007。
- 36) 山崎佐『醫師法 醫師会法釋義』奨進醫會、1915。
- 37) 厚生研究會『國民醫療法と醫療團』研進社、1941。
- 38) 福永有利・井上治典『アクチュアル民事の訴訟』有斐閣、2008。
- 39) 尾崎哲夫『法律用語が分かる辞典 第5版』自由国民社、2009。
- 40) 船山泰範『図解雑学刑法 改訂新版』ナツメ社、2005。

討論の部

形井氏の進行のもと、発表者（形井秀一、小野直哉、吉田和裕、箕輪政博、矢野忠、坂部昌明）と会場の間でのディスカッションされた。

形井：坂部先生の法律の話が強烈で、今回のメインテーマの話に意識が戻りにくいと思いますので、日本鍼灸とは何かを明確にするために、数枚スライドを出します。それで、少しメインテーマに意識を戻してください。

これは、「日本鍼灸の特徴（表1）」をまとめたものですが、矢野先生がまとめられたものと似ているなと思いました。

まず一つは、①日本鍼灸とは、江戸期に江戸文化を背景として独自に発展した面を有する、といえるでしょう。今日の吉田先生の歴史の話から大分イメージがわいてきたと思います。もちろん、日本に鍼灸が入ってきたのは、正式には6世紀ですから、江戸期以前も長いのですが、特に、②日本の風土、体質に合った変化が著しかったのは、江戸期からではないかと思います。これは、理論も技術も道具も中国からの物から、かなり変化をした、あるいは変質したと言っていいと思います。

それから、これは、世界に全く類を見ない特徴だと思いますが、③視覚障害のある人が重要な役割を担ってきたということです。そして、④江戸期から、西洋文化、医学との交流を持ち、西洋医学との融合を計ろうとしてきました。もう少し、別の角度から整理しますと、その変遷と特徴は、⑤現代西洋医学との関係を抜きにできない存在としてありました。法的に、医療類似行為なのか、医業にはいるのかということは、別にしても、その狭間のところしぶとく生き残り、西洋医学の背中を見ながら走ってきたというか、西洋医学に対抗しながら走ってきたという存在だった。

表1 日本鍼灸の特徴

1. 江戸期に江戸文化を背景として独自に発展した面を有する。
2. 日本人の風土、体質にあった変化をした
→理論、技術、道具
3. 視覚障害のある人が重要な役割を担った
4. 江戸期から西洋文化・医学との交流を持つ
5. 江戸期から、西洋医学的視点で鍼灸を理論化しようと努力した。

ですから、現代医学に対する相対的な優位性を常に主張しようと努力してきたけれども、なかなか科学的な、医学的な立場から、現代医学に対する優位性を明確にできるわけではなかったし、そこら辺が、先ほどの医業類似行為か否かという言葉の難しさに現れているとは思いますが。

実際のところ、鍼灸に来られる患者さんは、ほぼ 100%と行っていいくらい、西洋医学の治療を受けられている訳です。そういう方に鍼をするということになるわけですから、混合診療をいいとか、いけないとかの話は抜きにして、西洋医学的な治療を受けていない方はほとんど存在していないと行っていいと思います。そういう方を鍼灸治療しているのが現状であるということです。

それから、もうひとつ鍼灸の学術的な特徴を言いますと、特に鍼ですが、①管鍼法が中心で、②刺激が特に軽微である。③触診を重視しているということ。そして、④西洋医学的なことも多く取り入れていて、⑤制度的にも、医療の外なのか、内なのかという微妙なところにいるということです。

表2 日本鍼灸の技術的特徴

1. 管鍼法が中心
2. 刺激が軽微
 - ・鍼が細い(直径0.16~0.24mmが中心)
 - ・接触鍼、浅鍼も存在、・刺鍼技術がソフト、
 - ・鍼体保持の押手をする
3. 触診重視
 - ・診察、治療、評価のすべてで採用
4. 現代医学的視点も多く取り入れる
 - ・鍼灸:西洋医学の比率はほぼ同じ
5. 国の医学制度の外に置かれた免許制を有する
 - ①医療関係者が施術、②西洋医学外の免許制度

そこで、日本鍼灸というのは、今、どのような存在の意義があるのかということを考えなければいけない状況です。やはり、まずは世界を知ることですが、それと同時に、日本という国の特徴が、今後どう存続できるのかという事が問われていることだと思います。

日本鍼灸とはいったい何なのかという、その存在の意義がどこにあるのかをきちっと表現できるようまで持っていかなければいけないということでもあります。

戦後の日本の鍼灸は、西洋医学との相対的な位置関係を常に意識しながら歩んできたんですが、世界の鍼灸との位置関係も意識しながらいかなければいけないと、今までもそうあったはずなんですが、これまでは、それが十分できてなかったということだと思います。

これで、本題に入りたいと思いますが、総合討論として、今日 1 日のそれぞれの先生方が発表していただいた内容を踏まえながら、日本鍼灸の存在意義を探るという事で、勿論今の最後の法律的な立場からの存在意義ということも含めて、質問を出して頂いてかまいませんので、どうぞ全体で話していきたいと思います。

会場 1 (小川卓良) : 箕輪先生にお聞きしたいのですが、明治 18 年にやっていいと言われた。明治 7 年にダメと言われて、その 11 年間に、矢野先生もおっしゃいましたが、視覚障害者のために残したという考え方がなかったように思うのですが、それが、明治の 20 年か 30 年の間に蘇ったということで、それは、視覚障害者がそんなに増えている訳はないので、なぜそれが戻ってきたかというのは、視覚障害者だけでは説明できないと思うが、先生はどう思っていますか。

箕輪：そこが確かに、私も一番しりたいところです。明治 20 年の 1 万 2000 人や明治 30 年の 2 万 4000 人の内訳が晴眼者か視覚障害者かどうかわからないのです。事実として鍼灸師が増えたということです。明治 20 年の 1 万 2000 人から、もう少し前までさかのぼることができるので、今研究中ですが、明治 20 年までに増えている可能性もあるんです。それと、明治 20 年なので、江戸時代からやってる人も含まれるのかということもあります。もう少し研究を深めなければいけません。それと、明治 18 年の各県の規則を見ると、医師にかかっている人に対しては鍼灸をやっちゃいけないと書いてあるだけだから、それ以外は鍼灸を認めたのではないかと思います。

会場 1：実は、なぜこの話をしたかという、元国立医療センター麻酔科の山下久三夫先生（先生の御尊父は第二次大戦中の軍医長であった山下中将）の話だけ聞いているので実際にはしらないのですが、当時の鍼灸漢方を禁止した軍医 7 人すべてが、本人か家族が鍼灸・漢方の世話になっているということです。だから、当時の西洋医学が効いていないので、禁止したことを撤回すべきという判断を下したのではないかということ、彼はおっしゃったのです。

箕輪：いつ頃の話ですか。

会場 1：もう 30 年も前にお聞きしたことです。

箕輪：あと、明治の前期の頃の視覚障害者と晴眼者の鍼灸師の割合の問題です。まず、江戸時代の視覚障害者と晴眼者の数はデータがないのでまったくわからないんです。どうも、視覚障害者は按摩専門みたいなかんじではないかと思っています。その人達が明治時代まで随分いて、その後の廃藩で武士が食べるのに困った人達が鍼灸をやったのではないかと。公式なものはなしではないし、データはありませんが、そういう人達がいて、更にはきっちりした資格制度がないので増えてきたのではないかと感じていることです。

会場 2 (戸ヶ崎正男)：今のことに関連してなんですが、吉田先生にお伺いします。今、室町から江戸時代までのお話をお伺いしたんですが、視覚障害者と、晴眼者の鍼灸に携わっている比率というのは多分分からないと思うのですが、いつ頃から視覚障害の人が鍼を専門にやるようになったのか、また、漢方、灸は晴眼者、鍼は視覚障害者という形にわかれたのかも含めてお伺いしたいんですが。

吉田：はっきりしたことは言えないんですが、お灸というのは、かえってすごく簡単にできると考えた方がいいと思うんです。鍼というのがより高度だと思うので。しかし、盲人の方が、そこまであったのかというのは疑問視です。もう少し歴史をたどっていけば分かると思います。

箕輪：お答えになるかどうかわかりませんが、盲学校の教育を見てみると、お灸教育はほとんど位置づけがなされていないに等しいです。杉山和一本にもお灸の記述はすごく少ないですし、江戸時代の終わりの方に小さいお灸が流行ったとしたら、物理的に視覚障害者には施術が難しいので、どんどんやらなくなっていったのが、近代につながってきたと思います。私、盲学校に行ってみてびっくりしたんです。全国の盲学校もそうなんですが、鍼

に対してお灸のウェイトは、視覚障害者教育においてはかなり単位数が低いのです。近代のことを調べてもそうでした、近代と江戸がつながっているんじゃないかと考えています。お灸に関しては。

会場2: 箕輪先生に質問したいんですが、今の視覚障害の人が按摩をやっている方が多いと思うのですが、江戸時代も同じだったんでしょうか。

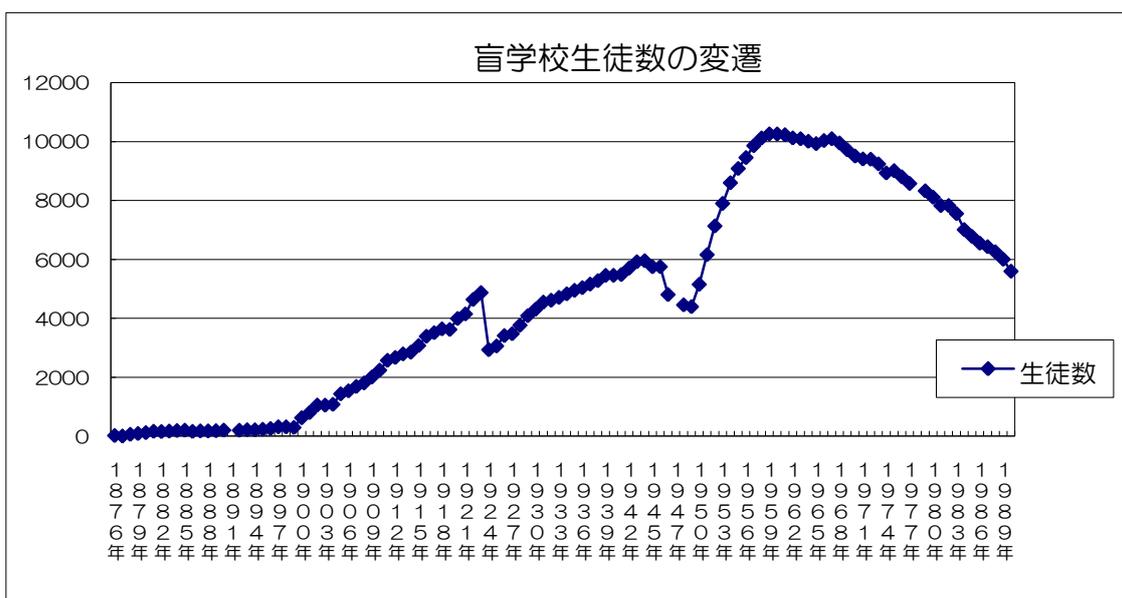
箕輪: 江戸東京博物館に江戸の町のジオラマがあるんですが、そこに、按摩の看板がすごく多いんです。史実に忠実かどうかわかりませんが、あれを見たときに江戸時代に按摩が主流であったと感じました。

会場3 (横山浩之): 按摩に関してですが、按摩と鍼を同時にやる、按摩鍼と言っていいのか、そういうやり方が江戸時代からあります。按摩鍼を扱った本というのはほとんどないんです。基本的に按摩のやり方が書いてあって、最後におまけで、鍼の事がほんのちょっと触れてあるものがあります。近代の資料で按摩鍼のことを調べようとしても、全くといっていいほど分かりません。実際には、按摩の方が鍼よりも圧倒的に普及していました。これは間違いありません。幕末ですと、原南陽や、賀川流産科の賀川玄悦という晴眼者の漢方医も按摩をやって食えない時、一時しのぎしていたということが記録に残っています。鍼家ですと、石坂宗哲も流しの按摩をやっていたと書かれています。もっとさかのぼって、杉山和一が活躍していた頃、1600年代の後半、大阪でも按摩というのが盛んに行われています。晴眼者、視覚障害者どちらも含まれていたかもしれません。ただ、按摩がどのくらい行われていたのか分かりませんし、視覚障害者の比率というのはいくらも分かりません。ただ、鍼よりも、按摩の方が基本的に普及していたと想定していいと思います。もうひとつ、幕末頃、盲人が按摩を多く行って、晴眼者が少なかったという言い方をされることもありますけど、視覚障害者が江戸幕府に按摩を盲人の専門にしてほしいという訴えをして、退けられたということが、加藤康昭先生の『日本盲人社会史』の研究にも載っています。その時に、排除したいと考えた晴眼者の按摩というのは、吉田流です。八丁堀のもたものですね。幕末、江戸後期には按摩は盛んに行われておりました。

箕輪: 私が今、一番に研究していることなんですけど、誰もそこにはふれてないわけです。それで、私も知りたいんです。視覚障害者の人達は、私達が鍼灸を守ってきたと言っているんです。僕は盲学校にいて、あまりそれを否定できないんですけど、根拠があるのかなという疑問があるわけです。それで、近代を調べてみると、晴眼者が随分やることが分かってきたわけです。で、今のご質問で、視覚障害者のために残したがどうかですよね。一つは、明治18年の「差許方」の意味だと思っています。そこがまだ分かりませんよね。ただ、1911年の「取締規則」できる時には、どうも障害者擁護の要素は含まれているということは分かりますよね。これだけ晴眼者がいたから、近代の雑誌をみると、誌上でさうとう晴盲喧嘩やっていることから分かりますね。あの時代から論争していたのは事実です。現状ではそこまでしか、分かりません。本当の理由はもっと研究を深め、ディスカッションしてある程度固める必要があるところだと思います。先行研究の一つと

して竹山の言い分があります。竹山晋一郎は、棒にも箸にもならないものだから生き残ったと書いてあるんです。僕は違うんじゃないかと思っています。竹山晋一郎は、感情論的に言ったのではないかと、思っているところなんです。

形井：参考のために、これは、盲学校の生徒数 1876 年以降の推移です。具体的な数値は、1876 年 18 名、1890 年でも 200 名など、1989 年までありますが、省略します。盲学校は明治の最初は、私塾の形でスタートしていきまして、今の日本では都道府県に 1 つ以上盲学校がなければならないという法律のもとに学校が認められていますけれども、1940 年代にその法律ができました。私塾の形で数が増えて、効率化するという歴史をたどってきました。臨床家の晴眼者と視覚障害者の臨床家の数が、逆転したのが 1960 年代の始めの頃で、それまで視覚障害者の数が多かったですが、晴眼者の数が増えました。学校数は整理していませんが、国立、公立、私立という形で存在してたということになります。もうひとつ、江戸時代に幕府に鍼科医員というのがありまして、25 名分かっているのですが、そのうち 9 名が視覚障害者だったということです。群馬盲学校の香取先生が研究されています(群馬盲学校HP)。以上参考までに。小川先生どうぞ。



会場 1：日本鍼灸を語るということですが、江戸期まで発展してきたのに、医制改革の後、昭和 14 年の岡部素道や柳谷素霊の経絡治療までの暗黒の時代があったんですね。それが、さっき横山先生がおっしゃったような按摩鍼だけだったのかどうか、その時は何をやっていったのかを教えてください。

箕輪：何をやってたかということで、教育を見てもみますと、鍼灸教育という体制ができてくるのは、明治の終わり頃に初めて学校ができてきます。教育の中身が規定されるのが、1911 年に「取締規則」からです。それに基づいて教育がなされていったというのは、教科

書を見るとわかります。その内容を見ると、東洋医学の内容はございません。ほとんど、西洋医学です。つまり、近代化というのはイコール西洋化ですから、それをめざして、準じた教育が進んでいっているはずなんです。さらに、学校ができてしまうと、その学校は学生を資格試験を受からさなくてはいけないという事です。受験教育に偏ることを柳谷素霊が嘆いたわけです。

さらに、そう考えると、私は日本の鍼灸医学は、60年くらいの歴史しかないんじゃないかと考えています。

会場1: 亡くなる前の島田隆司先生と井上雅文先生が、やっと江戸期を超えられたかなというお話をしていましたので、興味を持っていました。

矢野: 明治時代は富国強兵という国策の下に鍼灸教育を西洋医学化し、大正時代には孔穴百数十穴を限定して教育をしてきました。明治以降は一貫して西洋化を進めてきたことが我が国の鍼灸教育を特徴づけることになった。言ってみれば、菅沼周桂の『鍼灸則』に見られるような実証的精神を重視した教育へと流れをつくってきた。その流れは戦後の教育制度の中で強化され、僕らが鍼灸を習った時の「漢方概論」は東洋医学のアクセサリーのような位置付けでした。それが今ようやく、鍼灸の独自性について目が向けられるようになってきた。勿論、昭和初期には“古典に帰れ”といううねりはありましたが。鍼灸の学校教育の基本そのものは、大きくは変わらなかった。

箕輪: 漢方概論という科目が鍼灸教育に位置づけられるのが、戦後の217号の下からです。それまでは、「取締規則」が生きてまして、鍼灸で東洋医学的な内容は経穴がちよつとあつたくらいなんです。漢方概論という概念もなかったと思います。ただ、戦前になると、どうも、坂本貢とか、柳谷素霊の教科書の中に東洋医学概論的な内容が出てくる。それで、217号につながってくるんじゃないかと考えているんです。

会場4 (伊藤和真): 今日はいいい勉強をさせていただいてありがとうございました。小野先生に質問です。今回2部のテーマとして、日本鍼灸の存在意義を考えようということで、そちらの話をさせていただきたいと思います。形井先生が初めに、世界の鍼灸、伝統鍼灸という事をお話されました。小野先生に質問ですけども、今年の6月に全日本鍼灸学会に行かせていただいた時に、アメリカのある先生が話をされたんですけども、アメリカというのはチーム医療という中で、鍼灸をアメリカの医療としていこうとしているという事を強く感じました。中国は勿論ご存じの通り、国として中医学を前面に押し出していくと。韓国も勿論国としてあるんですけども。それで、世界に目を向けていき、もう一度日本に目を向けたときに、日本はこの中でも、政府としては何もやってくれていない。今までの、明治の時とGHQ旋風の2回の大きな危機の時と、今回大きく違うというのは、伝統医療自体の流れでこういう問題が起こってきたというのと、もうひとつ世界の同時多発的に起こってきたという事が話されたと思います。その中で我々が、もしも日本鍼灸もしくは日本の鍼灸というものを何か世界に提示していく場合に、今、何が必要で、まずは何から行っていけないといけないかを小野先生の視点からお話頂ければと思います。

小野：それにお答えするスライドを作っています。午前中に日本の鍼灸を取り巻く世界情勢の現状をお話しました。日本の鍼灸にはこれまで2回の危機がありました。今の状況とは、全く質的に違います。先ほど、伊藤さんが仰った様に、仲間だと思っていた伝統医学内部から、いきなりクーデターが起こり、一方的にヘゲモニー争いを突きつけられ、その渦にはまってしまった状況です。これまでの2回の危機は、伝統医学に対する近代西洋医学からの外圧という形での危機でしたが、今回は、内部の仲間内から出てきてしまった。これまでの2回の危機は、国内に限られた地域で、局地的だったのが、今回は世界的で、同時多発的に起こっています。それを念頭において、先ずはどうすれば良いかと言う事です。今、日本の伝統医学に必要な事を2つに整理すると、国内対策と国外対策という事になります。日本の伝統医学には、鍼灸だけではなく漢方薬もあります。例えば、午前中にお話しました生物多様性条約では、生物遺伝資源、マテリアルのアクセスと利益配分の問題に漢方薬の生薬が直接関わって来ます。そのため、今後、日本国内での漢方薬の生薬の入手が困難になる事が予想されます。あえてどういう事が起こるかという事はスライドで示しはしていませんが、近年中に日本の中小規模の漢方薬メーカーの数は倒産する可能性の恐れは否めません。日本では、漢方薬の大手メーカーよりも中小規模のメーカーの方が数が遥かに多く、中小規模の漢方薬メーカーが生薬資源、漢方の原料を確保するのが非常に困難な状況になっています。例えば、甘草という生薬は、今では4倍くらいの価格に跳ね上がっています。また、今後の中国との経済活動上の不安要因として、中国の人民元の切り上げがあります。中国が経済成長してく上で人民元を切り上げた時に、自ずと生薬の価格も高騰します。但し、この様な話が、独り歩きしてしまうと、株式会社である漢方薬メーカーの株価の暴落に繋がる恐れがあります。そうすると株式会社としての企業の資金練りができなくなる。そのため、漢方薬メーカーの業界団体である日漢協からは、これらに関するコメントが出来なくなります。いずれ時期がきたら話しますとしか言い様がない。例えば、新聞やテレビ局がこの辺りに興味を持っており、非常に調べたがっており、先月には、NHKの朝の番組の一部で、生物多様性条約と漢方薬が取り扱われていました。その様な状況の中で、鍼灸に付いては、今後、どの様な事が起きて来るのかを考えると、鍼灸は伝統的知識の問題と関わって来ます。今後は、自国以外の伝統的知識を用いた研究活動というもの、大学や研究機関で厳しくなる可能性があります。また、自国以外の伝統的知識を用いた研究活動から、将来的に知的財産が派生した場合は、自国以外のその伝統知識が帰属する第三国へ、その知的財産からの利益配分を行わなければならない可能性があります。その前に、これまで公知と考えられていた伝統知識に対し、特許という、私的財産というものが認められるという事になってくると思います。そうすると、次第に日本の伝統的知識に関わる分野の研究開発は、萎縮してくると考えられます。例えば、海外に出て鍼灸をしようとしても、海外では、例えば、中医学がスタンダードになっていたとしたら、中医学のやり方がメインストリームとなっていくので、日本の鍼灸を海外で提供しても余り海外では受け入れられない事になります。そうすると世界的に日本の鍼灸に興味

を持つ者が少なくなっていく。また、海外における日本鍼灸の臨床家も少なくなっていく事が、大体、予想されます。国内対策としては、日本の伝統医学、鍼灸、漢方とありますが、まずはそれら日本の伝統医学の標準化を念頭に置いた、日本の伝統医学のデータベース化が必要です。これは、全日本鍼灸学会等でもやり始めていると思います。そういうものをデータベース化して行き、日本の伝統医学をきちんと整理して行く。日本の伝統的医学のハードもソフトも含めたデータベース化、散在している日本の伝統医学を纏める事が必要です。例えば、ソフトというのは、知識ですね。診断をするためのものですが、あとは、ハードでいうと、鍼灸の針や艾、その形状等を含め、それらを出版物として形にしていくことが必要になってくると思います。あと、非常に大切なのが、日本の伝統医学で用いられる伝統的知識と治療法です。具体的に言うと「技」ですね。そういうものをいかに標準化していくか。「技」を単なるデータベース化し、整理整頓したとしても、実際に継承されなければ意味のない話です。「技」を継承するためには、教育というものを整理していかなくてははいけない。また、漢方薬に関わる生物遺伝資源に関する能動的、積極的発言と関与が今後は必要です。また、生物遺伝資源の分野での伝統的知識の文化戦略というものへの能動的、積極的発言と関与を我々は今後していかなければならないということです。国外対策としては、あえて、資源という言葉を使いますが、資源国というのは、先ほども言いましたように、発展途上国が多いです。例えば、鍼灸では中国、漢方薬では中国、インドネシア等の東南アジアの国、場合によってはインドも漢方薬の資源国に入ってくる。資源国の生物遺伝資源に対する様々な法律が各国にはありますが、生物多様性条約では、生物遺伝保護法等、各国固有の国内法に従わなければならないことになっています。我々は、各国の法律というものをちゃんと把握しなければならない。例えば、中南米のある国の植物を使って、機能性食品を作っている食品会社では、その植物を利用するに当たり、生物多様性条約を順守すると、一企業と国との間で交渉を実際に行わなければならない、色々な困難な状況が出てきます。資源国には、知的財産制度があります。特許法ですね。一企業はそういうものも把握しなければならない。また、資源の保護に配慮する事も必要である。また、利益配分としては、金銭だけでは無く、有形無形の援助も重要です。例えば、学校を作ったり、ダムを作ったり、例えば鍼灸師を、海外青年協力隊のような形で派遣したり。

形井：時間が足りないので、こういう具体的な対策を各国の法律を十分に理解していかないとはいけないという。最終的にまとめていただいた方が。

小野：結局、現状へ対応するためには、我々だけでは無理です。ISO の事もそうだが、後ろの席に、その前線に立っている東郷先生がいらっしゃるんですが、彼はこれにつきっきりにならなければならない、ある意味、自分の生活基盤を失いかけています。是非みなさん、彼を支援して下さい。本当にその様な状況です。東郷さんは自分の生活を犠牲にして ISO に対応してくれています。しかし、本来は個人や学会、小さなグループに ISO への対策を任せるべきではありません。今後は、他の分野の人達といかに連携していくのかそれが重

要になってきます。それが知的財産の専門家とか政策の分野の人とかになってくる。あと、これは、国内外の学術的な側面ですけれども、国内外での議論の活発化をしていかないとかなかなか国同士の現状の相互理解は広まらない。本日ここにたまたま来られた方は、日本の伝統医学がこういう状況に陥っていると初めて聞いた方が多いと思います。ある意味、本研究会も議論を活発にする活動の一環です。国内外で伝統医学、あるいは伝統知識に関する知的財産をどう扱うかに付いて、国内外でシンポジウムを開く。また、ガイドラインを団体等で作成していくことも必要だと思います。今後は、学会等、学術団体でも生物遺伝資源や伝統的知識に関する分科会を設立し、組織的に対応する必要があると思います。更に、政府レベルでの対応が必要です。各省庁の生物多様条約部署が関係して来ますので、それらの部署と上手く連携していく事が重要です。また、政府の中の伝統医学担当部署というものを設置しない限りは、現状を打破するためには、非常に高い確率で厳しい状況になると思われまいます。そして、世界レベルで伝統医学を協同管理していくようなシステムを提案しない限りは、いつまでたってもイタチごっこで、中国、韓国、日本の内ゲバみたいなものがずっと続いてしまうという状況になると思います。生物多様性条約に長年携わってきたバイオ産業分野でも、このようなことを模索しない限り、現状を打開することは無理だと言っているのだから、我々も彼らを参考すると良いのではないかと思います。今後、日本は、伝統医学を資源と考えるかどうかということが重要です。我々は直接伝統医学に関わっていますが、一般の日本人はどうかということです。これが重要で、日本の伝統医学の漢方と鍼灸は、日本独自の伝統文化なのか、日本独自の伝統知識なのか？私は、日本独自の伝統文化であり、日本独自の伝統知識であり、日本独自の文化資源であり、日本独自の知識資源であると思います。日本の伝統医学は日本独自の医学資源であって、日本は利用国であり、資源国でもあると思います。みなさんに、その自覚があるか、または、周りの人にその認識があるか、国はその指針を持っているかということです。今のところは、ここすら怪しいのが日本の現状です。最後に何ですが、先程、有明の東郷さんの話をしましたが、東郷さんの個人の頑張りには限界がある。彼が死んじゃったらもう終わりですから。彼をいかにバックアップするかといった本治法が必要です。つまりこれは、国を動かさなくてはならない。中国とか韓国では、国家プロジェクトでやっています。日本は今年になってようやく、厚労科研費として2000万付いた位です。しかも、それは2年間しか続かない。中国はそれに対して10億位予算を付けている。日本とは全然違う。中国ではこれで食っている人が一杯いますから。そういう状況ですが、結局今までお話しした問題というのは、何のためにやるのかというと、人類の文化や英知の多様性の保障のためなのです。これが実は非常に重要です。これを我々は保障するためにやるのです。何故これが重要かというと、世界や国内規模で、何か有事が起こった際、文化や英知の多様性がないと、人類は有事の問題解決に対応できなくなります。例えば、新型インフルエンザに近代西洋医学の治療法では効果が無いが、どこかの国の伝統医学や民間療法には効果があった等、人類の文化や英知の多様性が必要です。そのためには、伝統医学や民間療法の根底

にある伝統的知識の多様性の保護・継承により、伝統医学の多様性の保護・継承に繋げる事が必要です。スライドの一番下に書きましたが、我々は決して、ナショナリズムに陥ってはいけません。結局これに陥ってしまうと、我々がやっていることが、中国や他の国がやっていることと何ら変わりがなくなってしまう。ですから、そこを重々承知したうえで、何が目的なのかという事を考えて、我々は対策と戦略を練ったうえで、行動しなければならない。それが無ければ、恐らく、世界的に賛同は得られないと思います。

会場 1: 今の答えになっていなかったと思うのですけれど。要するに、伝統的知識と技術を守らなくてはならないという意味は、例えば、経穴を使う、陰陽五行を使う、『素問』『靈枢』を使う度に特許料を払わなければならないということとか、鍼を持って治療するたびに 5% 払うとかこういう意話ですか。具体的には。

小野: そのようになる可能性は高いです。というのは、今年の 10 月の名古屋での生物多様性条約の会議があり、そこで伝統的知識に関する議論が資源国から提示されると言われています。それいかんでは、どのようになるかは全くわかりません。そのため、未だ先は読めません。

会場 1: その前に日本の資源であるということを確認しなければならないと、こういうことですね。

小野: はい。基本的に、資源国と言われているところは、全てにおいて、どこの国もそうですが、殆どが、例えば伝統的医学に関しては、それを管轄する政府機関や部署があり、何十人、何百人のスタッフがいます。あと、それに対応する十分な予算があります。しかし、日本はそれに対して、全くの丸腰ですし、あと、もうひとつは、農水省は今のところ日本は資源国、いずれ、資源国であって、利用国という立場を示さなければならないと言っていますが、伝統的医学に対しては、資源という考えは、どの省庁にも全くありません。

会場 1: まだ、時間的に余裕があるという事ですか。

小野: 時間的余裕はまだあると思います。おそらく 10 月の段階では何も決まらないと思います。ただ、これは期限つきの話ではなくて、未来永劫、いつまで続くか分からないのが現状です。これは ISO の方もそうですが、いつまで続くか分からない、非常に期限がきれない問題です。

形井: ありがとうございます。

箕輪: 矢野先生に話を伺います。今日のタイトル「日本鍼灸の存在意義」というテーマで皆さんとディスカッションし、先生の話をお伺い、先生の 2009 年の明治鍼灸の論文も見せていただきました。先生のお考えでは、これからのビジョンとしてはパラダイムシフトが必要なのか、あるいは医療の内側を目指そうよというのがあるのか、説明していただければうれしいですけど。

矢野: 鍼灸の存在意義ということであれば、今のお話の知的財産も含めて、生命や生体のとらえ方、視点を鍼灸医療の実践により変えていくということとも関わってきます。

生命論的、あるいは東洋医学なパラダイムが理解されるには、思想とか、観念だけでは

難しいと考えています。それにはエビデンスを創り、発信していくことが重要です。要素分析的な視点とは異なる視点で問題解決を図ることができることを明確な形にして、誰もが理解しやすいようにしなければなりません。

そうは言うものの、実際、本学の附属病院でも、現代医学と視点の異なる鍼灸医療を行うには、さまざまな限界があります。今後、その限界をどういう風に乗りに越えていくかということと、現代における鍼灸の存在意義の最初の部分で話しましたように鍼灸医療の利用すらだんだんと縮小していつている状況において、鍼灸は細々と存在するしかないという危機意識を踏まえた時、見方が異なること、視点が異なることを提示してくということが大事ではないかと考えています。

箕輪：今のお話では、変えていくということに関しては、我々自身ですか。鍼灸師自身が意識を変えていくということですか。

矢野：それは、鍼灸師自信というよりも、鍼灸医療が行っていることそのものがどういう意味があるのか、どういう価値があるかという、エビデンスを通して投げか、相手の認識を変えていくという意味での変えるということですよ。

箕輪：ありがとうございます。もし、よろしければ、小川先生の方向性の考えを少しお話頂ければ。

会場 1：元々私は医療のパラダイムは西洋医療にないと思っていますよ。なので、西洋医学はいずれ行き詰まるとしています。東洋の方が医療のパラダイム的には近い。だけど、東洋が本当の真のパラダイムかというところではないと思う。両方がシフトしなくければならないと思うんですが、具体的にどうすればいいかというところにはわからない。矢野先生の話で、運動器系が 80% となっている。じゃ、我々は運動器系が得意なのか、違うでしょ。西洋医学は運動器系が不得意だから、我々の所に患者さんが来ているにすぎないんであって、つい 20 年前、30 年前、または戦後には鍼灸の得意科目は全然違ったわけですよ。それはたまたま時代の流れで、形井先生がおっしゃるように、常に西洋医学を意識しながら、その間の中で生きさせられてきているというのが現実であって、自分たちが何ができますと言ったことがないんですよ。だから、自然治癒と一言でいちゃえばそうだけど、それをしっかりとやっていかなければ駄目だと思うし、世界でやろうと思ったら、例えば患者さんの体の中に入っていく鍼や器具を手で持つて行う医療というのは世界中どこにもない。しかし、身体に触ったり鍼を手で持つということは日本の鍼灸の特徴であるけれども、そういうことが安全であるという研究はだれもやっていない。そういうことをひとつひとつやっていかななくてはいけないんじゃないかなと思ってんですけど、あとは、あなた方がやっていくんであって、私は、消えていきますので。(笑)

形井：そういう結論なんですか。(笑)

会場 1：そうです。(笑)

形井：今の手で鍼を持つというのは、鍼体を素手で持つという意味ですね。

会場 1：手で持った物を体の中に入れるというのは医療の世界の常識にはないんです。

形井：それは、世界で、ちゃんときちんと学校教育をしているのは日本を始め余り多くない国々ですね。

会場5(浦山久嗣)：先ほどの坂部先生の発表に関連してですが、鍼灸が、ISO とかの関連で、知的財産とかについてなんです、今のところ鍼灸に関して影響はないと思います。WHO 標準経穴に関しては、皆さんの印象としては、ほとんどが中医学の経穴に移ったという印象を持たれてると思いますけど、実は、あれは、従来説と比べて変わったと思ったところのほとんどは明治、大正期に行われていた日本の経穴なんですね。初出の文献を探せば、オリジナリティは日本にあるんです。中国と韓国で大論争をやっていますけど、そういう論争の視点からすると、99%は日本の勝利なんです。それをこちらが表立って言っちゃうと改定されてしまう恐れがあるので、実は内緒にしているだけで、文献の根拠は実は日本側にあるんですね。それから、鍼の施術方法ですけど、捻鍼法が中国から来たと思われている方が大多数かもしれませんが、捻鍼法やっている中国人を見たことあるでしょうか。今現在、捻鍼法は中国では教育がされていないと思いますけど、捻鍼法自体が中国のものではなくて、江戸時代の文献から出てくるものなんです。その理論的背景を近代医学の文献からとっている例もありますが、実は、刺絡も打鍼も管鍼も日本の技術だと思うので、それらの歴史を意識してやっている限りは、100%日本のオリジナルでいけちゃうと思うので、ちゃんと歴史を精査するだけで、日本は安泰だと思うんですけどね。それをみなさんがどれだけ古典を認識できるかどうかにかかっていると思います。坂部先生、先生いかがでしょうか。

坂部：それは、要するに、私の話だと法律の話になっていくので、おそらくそれは他の先生方のほうが明確な答えをお持ちだと思いますけれども、ただひとつ今のお話は、おっしゃられる通りのことで、今のご質問から話が遠のいてしまっていて恐縮なんです、関連することとして考えられることは、最後のほうに申し上げたように、慣習であるというのは法的に大きな意味を持つという意味では、意図的に隠されているということは重々承知しておりますけれども、社会的に一定の形式でもって、明確に示していくという作業も、対外的にリスト化とかデータ化という取り組みをしておかないと、最終的に国際的に医療裁判に持っていかうと思っても厳しいという意見を持っていますが、今のお話は他の先生はよくご存知かと思いますが。

小野：一つは、日本の鍼灸の標準化の話も実際にかかってくる話として、自分に正当性があるかどうかというのは、だれも決めてくれないんですね。それは自分自身で証拠を作らなくちゃいけない。で、おそらく言ってらっしゃるのは、あえて隠しているのはタイミングの問題なんですね。そのタイミングが来るところまでに、確実に作業はしなくちゃいけないんです。標準化は。そこでタイミングを見計らって、どういう戦略にするか分からないけども、例えば、中国に乗っかるか、それとも、中国にある程度乗っかってある程度行った時にクーデターを起こすとか、色々あるわけですが、そういう戦略をまず、決めないといけないわけですね。それで、どうタイミングを見計らって、それまでに構築してきた標準化というものをパッと出すかということですね。ただ、確実なのは、いずれにしても、データベース化なり標準化なり、自分達の正当性を証明する証

拠を作らなければいけないというのが今の現状です。問題なのが、それに対する人員とお金と時間をどう割けるかということです。また、どう対応していくか、戦略として、それが作られていないというのが問題です。

会場5:あと、WHO 経穴を普及させるという徹底がないと話にならないですよ。すぐ、がらがらぼんで中国が改訂しちゃったということになると元も子もないんで、今まず、WHO に乗っかって中国と一緒に普及していくと、その間に日本が日常的な分を研究者を増やして、メインデータを増やして、積み上げていって、いつでも対抗できるという戦略にするべきなわけですよ。それならば、10 年後くらいに目処が見つから丁度良いんですけど。もう一つ、経穴はそれでいいんですけど、それ以外のことがどうなっているかと言うことが問題です。鍼の行為そのものも、日本でやられている方法が、日本のオリジナルだというふうに考えられるので、その事をちゃんと標準にしていけば、自分達がやっていたことを横取りしたと言われずに済むだろうと、楽観視しているということです。

形井:わかりました。そろそろ時間ですのでまとめたと思うんですが。実は結構複雑でして、実は ISO に中国がこういう事を話し合いしてくれといったものを出してるんですよ。その中に経穴部位とあるんです。という事は、中国は我々と一緒に、経穴部位 2006 年をやっていながら、新たに経穴部位の標準化を出してきている。これが何を意味してるかという事が読めていないんです。もし、本気でまじめに出してきているんだとしたら、それは何たることかと言わなきゃいけないんですけども、とりあえず出しているだけなら別にというふうな、実は複雑な状況があるんです。

会場5:当然、中国側は現在の WHO 経穴には十分な満足感を得ていないから、ISO とかいろいろ手段を使って微調整を目論んでいるのでしょうが。やり方は卑怯ですけど、基本的には WHO 経穴は中国国家標準にも近いわけですから、その方針でこのまんまいくはずなんですね。

形井:はずならいいんですけど。

会場5:ドラスティックにかえるだけの研究をむこうはされてませんので。

形井:そこはいいんですけど。中国はそういう姿勢を持っているということです。中国は決めたことなんだから出さなきゃいいのに、そういうことを出してくるという。

会場5:要するに、中国がオリジナルだというスタンスであれば、そうじゃないよという反論する必要性があるけれども、そういう意味じゃなくて WHO の経穴に遵守して、あるいは、中国の GB により忠実な状態で ISO に持って行くというのであれば、国側のスタンスとしては、いくらでも反論の余地はあると。特にここで、中国ちょっと待てとわざわざ言わなくてもいいと思います。少なくとも、今がその時ではないと思います。

形井:わかりました。そういう戦略もあるし、早めに止めておくという戦略もあるというわけです。今、複雑だという事がわかっただけであればいいと思います。

ちょっと時間過ぎましたけれども、2 日間に渡りまして第 5 回の社会鍼灸学研究会を行って参りました。実は昨日午後、3 人の若手の研究者に発表して頂いて、14~15 名でテーブルディスカッションをして、議論を行いました。かなり、緊張感のある、厳しい質疑と優しい言葉と織り交ぜながら、話を勧めてきたのですけれども、発表者は非常にいい経験を

下と申しますし、私もいい経験になりました。来年できたら、参加しているみなさんの中から、是非自分はこの研究をしているので発表してみたいという方がいらしたらですね、おっしゃっていただければそういう時間を組みたいと思います。一人30分発表できますから、こういうチャンスはなかなかありませんので、ぜひ。

今日は朝から、最後の全体討論まで、一日お付き合い頂いて本当にありがとうございました。忌憚ない意見をといつもいうんですけれども、いろんな意見を出していただきました、少し今回、全体討論の時間が短くなって申し訳なかったですが、また、チャンスがありましたらそういう話もしたいと思います。夜の部も30人も参加していただけるので、立食で自由に意見を、ディスカッションをして参りたいと思います。講師の先生方も雑誌に載せる原稿を1ヶ月以内に頂けると……。昨日発表した先生方もお願いします。来年も夏が近づいた頃にご案内したいと思います。

長い間ありがとうございました。

会場1：小川卓良

会場2：戸ヶ崎正男

会場3：横山浩之

会場4：伊藤和真

会場5：浦山久嗣

あとがき～第5回という節目に

節目となる第5回「社会鍼灸学研究会」が開催された。年内には実現しなかったが、皆様のお力添えで初めて年度内に論文集を発行することができた。2011年は、鍼灸に関する全国的な初法令である「鍼術灸術取締規則」が1911年に制定されて百周年となる。「社会鍼灸学研究 2010 第5号」はこの記念すべき時にふさわしい内容になっていると思う。

第5回は「日本鍼灸の存在意義を探る～いま、改めて日本鍼灸を問う～」として二日間の研究会が遂行された。第一日目は、若手研究者による研究発表が行われ、大学院のゼミスタイルでディスカッションがなされた。基礎や臨床という医学的な観点とは別に、人文科学的な鍼灸研究に対してじっくり討議されたことは非常に意義深い。

二日目は例年の形式で進められた。形井氏が世界情勢をふまえて、今、日本鍼灸の置かれている状況が口上され、続いて小野氏が伝統医学に関わる4つの国際機関と条約、ISO, WHO, UNESCO, 生物多様性条約(CBD)の概略と鍼灸とCBDとの関わりについて解説した。

前全日本鍼灸学会会長の矢野忠氏の「現代における日本鍼灸の存在意義」は節目にふさわしい講演であった。形井氏から常々、矢野氏が鍼灸の社会学的な研究の必要性を説いていたことを聞かされていた。本講演以前、明治国際医療大学誌(2009 創刊号)で「鍼灸医療の国際化と統合医療に向けて」として日本鍼灸の位置や方向性が矢野氏より明快に示唆されている。さらに本講演においては、第4回でお招きした佐藤純一氏の鍼灸に対する見解に対するヴィジョンや研究の方向性が示されており、研究会としての連続性としても繋がりができた。

記念すべき研究会と論文集にもっと言及したいのだが、世界史上の事実、今の科学やこれまで蓄積されたデータでは予想不可能な自然現象、東北・関東大震災が起きてしまった。

そのとき、私はサービス中であった。職員室から同僚とともに転がるようにグラウンドへ避難し、経験したことのない揺れに驚愕した。まだ学校に残っていた生徒や帰宅間際のものの所在を掌握することに追われた。電車通学の生徒と通勤職員は帰宅難民になり、あはきの実習室や臨床室が避難所となった。

使い尽くされた言葉ではどうも表現できない事態である。希望を失い涙も枯れてしまった方々に対して「がんばれ」などと言えない。ただただ、心からのお悔やみと困難の克服を祈ることしか私にはできない。

人間および人間が創造したものをいとも簡単に破壊する自然現象、その副作用としての原発事故は、まだ予断を許さぬ状況が続いている。放射能という見えない恐怖と不安が、当面続くと思うと大変心が重い。

地球はかつて地殻変動を繰り返し、現在の地図が出来た。人類史上では激しい地殻変動や大陸移動の起きる可能性が低いと、ある程度科学的に説明が付くのかもしれない。しかし、私は単純に、フィクションで見るような人知不能な現象がいつ起きても決して不思議ではないと思っていた。まさに、起きた。

今後、空白であった東京を中心にした首都圏大震災が発生する可能性は否定できない。贅沢にエネルギーを使い、これほどの便利と快適を享受してきた日本文明・社会は、これを機会に生活や価値観の大転換を考えてみてはどうだろう。欲を言えばこの転換期に鍼灸の価値が向上すればいいのだが。

またか・・・本文をしたためている最中も、茨城県沖を震源とする少し大きな余震がおきている。この惨禍はいつまでつづくのだろう。第6回の開催時には、事態が好転していることを切に望む。

社会鍼灸学研究会 箕輪 政博

社会鍼灸学研究 2010 (通巻 5 号)

発行日 2011 年 4 月 1 日

編集・発行 社会鍼灸学研究会

〒305-8521 つくば市春日 4-12-7

筑波技術大学保健科学部

形井研究室

Tel&Fax. 029-858-9533

e-mail : katai@k.tsukuba-tech.ac.jp

表紙・題字 堀紀子(瑞雪)

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

フロンティア医科学専攻 疫学分野