

## 経絡治療の学術的意義並びに 普及運動の真の意味

蓬治療所所長 東洋鍼灸専門学校講師  
戸ヶ崎 正男

### はじめに

1940年代、経絡的治療は誕生した。「術には長けているが、学に劣る」という鍼灸を古典理論に基いて、診断から治療まで一貫したシステムを作りあげたのである。それが経絡的治療である。竹山晋一郎、井上恵理、岡部素道の三氏（以下敬称略）が代表となり、その普及運動を展開した。全国各地で講演会を開催し、さらにはその内容を東邦医学誌に掲載して、全国の鍼灸師や東洋医学に興味のある医学関係者を先導した。こうして瞬く間に、経絡的治療は全国に普及していったのである。

第二次世界大戦後、アメリカのGHQによる、鍼灸の廃止要求に対し、鍼灸界は大道団結してこの難局を無事に乗り切ったが、これを期に鍼灸の科学化を唱える一派が経絡治療を表面きって批判するようになる。科学派と古典派の対立の始まりである。1952年前後の数年間は、両者間で激論が戦わされた。その後、1967年頃に古典派から分かれた人たちから批判が起こった。この頃になると折衷派なるものも登場し、中医学も入ってきて、鍼灸界は複雑な様相を呈するに至る。

その後、古典派の中からも経絡治療再考の声が上がり、1989年から5年間、熱い議論が起こった。経絡治療の生命線である証決定上の脈診の意義、本治法と標治法との関係、難経69難の選穴の意義等、重要な概念の見直しがなされた。

最近では、科学派も古典派も折衷派等も、お互いに干渉せず、我関せずを決め込んでいるかのようである。また、古典派による経絡治療の自己改革もその後、なりを潜めて、何も無かったかのように旧来の経絡治療を続けている流派も多いと聞く。日本の鍼灸界は「住み分け」ならぬ、「蛸壺化」の様相を呈しているようである。

かつて、日本の鍼灸は最もすぐれた技術によって、中国、韓国をはじめ、ヨーロッパ諸国を先導した。しかし、今の鍼灸界はどうであろうか。少なくとも他国の模範にはなり得るのであろうか。低迷している鍼灸界の現状を打開するすべはあるだろうか。

このような鍼灸界の状況を作った大元は、経絡治療が普及したことに始まる。従って、原点に帰り、経絡治療の学術的意義とその普及運動の真の意味を捉え直すことによって、現状打開の鍵を探って行こうと思う。

今回は第1回目として経絡治療の学術的意義について述べてみたい。

### 1. 経絡治療の学術的意義

#### 何故、経絡的治療は誕生したか

経絡的治療は何故誕生したのであろうか。この辺の事情を推進者の一人である竹山の書いた『漢方医学復興の理論』の中から引用してみよう。

竹山は、かつて自分が病気をしたとき、漢方鍼灸によって救われたことがきっかけとなって東洋医学

の道に入った。先ず最初に彼がおこなったことは、漢方が何故明治時代に撲滅されてしまったのか、ということの究明であった。

「漢方は本質的に個人的な『臨床的医術』であったために、明治の社会が要求した『社会医学』たりえず、衰亡せざるをえなかったのである。また『臨床的』であったから、『経験』を通じて、『術』として会得され、『学』として体系的でなかったために、いわゆる科学的批判には対抗しがたかったのである」(『漢方医術復興の理論』P86、以下同じ)

その当時の社会は、予防医学として、法医学として、軍陣医学として役だつものを必要としていたため、個人的な臨床的医術である漢方が撲滅されたのは歴史的必然であると結論づける。

「しかるに洋方では、個人の病気がなかなか治らないために、たまたま漢方にかかった人たちが、理屈はどうしても治るので、経験的に漢方を信用してきたのである。(中略)臨床的に個人の病気を治す、その点では洋方にまさっている、ということが、まず患者の側において、大正から昭和にかけて、経験的に(学問的にはない)理解され、次に、洋方に治療的行きづまりを感じた医者によって漢方研究が開始され、かくて満州事変から日支事変と復古思想の台頭に乗じて漢方復興の気運が盛んになってきたのである(P86)」

最初、竹山は一人でも多くの患者を救うために漢方(鍼灸)を復興させなければならないと考えていたようであるが、しかし、この問題を調べているうちに、「漢方復興問題は、たんにそれを昔ながらに復活させれば終わるのではない。復活させつつ近代洋医学における臨床医術の革新を行なわなければならないのである(P29)」、また、「その使命を果たすことによって新医学を創造するのである(P30)」とも言っているように、漢方を復興することは近代洋医学を革新する歴史的一大使命を荷っている、と考えたのである。

鍼灸は何故、漢方とは対称的に撲滅を免れたのであろうか。

「鍼灸医術の存続された理由については、社会史的にみてほかの理由がある。漢方が撲滅されようとしたとき、鍼灸がその巻き添えから免れた最大の理由は、当時、鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が支配的でなく、微弱であったこと、云々(P207)」、また、「しかし、実は、鍼灸医術は、盲学校の職業教育とされたために、そして、わが国の医学教育の方針が洋方医学に準拠することになったために、盲学校の鍼灸の教育方針は、洋方医学を取り入れて、診断は西洋流に、そして病名により穴(ツボ)を選ぶという木に竹を継ぐようなことにしてしまっ、『随証療法』としての一大体系を破壊し、とうとう臨床には役に立たぬものとしてしまったのである(P208)」第一に、鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が弱かったこと、第二に、治療的価値が低かったことにより、盲学校の教育として存続した、と結論づけた。さらに、鍼灸の治療効果がさらに低下したのは、近代医学の診断で病名を決め、治療するというちぐはぐな方法であるからであると考えた。

またこうも書いている。「近代医学の基礎医学のある学説を借用した刺激を目的としての刺鍼、施灸。圧痛点や過敏点のみを目当てとした統一のない施術。炎症部位への局所的皮膚鍼による炎症の解消。局部的皮内鍼等々の施術は、ただ、それだけではまだ治療術とはいえない。対症療法ということさえできない。

それらはすべて治療以前のものである。形式だけ残された名灸や家伝灸の類も同断である(P211)」

以上のように、自ら漢方(鍼灸を含めた)によって一命を救われた竹山は漢方の復興を目指したのであるが、漢方が内科臨床医術としてすぐれているのは随証療法にあると考えたのである。全国の漢方家、鍼灸家がこの方法で多くの患者を治し、彼らと一般大衆を味方につけることが復興の基礎であると考えたのである。ところが、先にも上げたように当時の鍼灸は、近代医学の学説を借りて局所治療に終始していたため、治療効果が一向に上がらず低迷していたのである。

「漢方に欠けているのは、経験の医術としては臨床的に『病人』を治癒させうる方法論と手段とをも

っていないながら、それは、一個人の内に一種の『術』として会得されているものであって、科学としての普遍化と、概念的理論構成を欠いている点である（P134）」というように、漢方、鍼灸は技術としては優れていても理論展開が不完全であると捉えていた。

一方、このような現状の中でも、明治時代に撲滅された漢方を復興しようと日々貧しさに耐えて臨床にはげんでいた医師等もいた。素問、靈樞、難経等の古典や日本の伝統に根ざした鍼灸の復興を目指す人も数少ないながらもいた。その一派の代表の一人が柳谷素靈であるが、竹山はそこに所属し、柳谷の指導のもとで、井上、岡部等と漢方の随証療法を生かした理論を作り上げたのである。鍼灸の長所である技術を生かし、なおかつ欠点を解消する理論を持ったもの、それが経絡治療だったのである。これを全国に普及することにより、鍼灸家の診断治療技術の向上を図ったのである。全ては漢方医術の復興のためであった。

#### 経絡的治療とは何か

「漢方医は、その『個人的全科医』たる性格のゆえにこそ、『病』を診ずに『病人』を診ることが可能とされているのである。また、この性格のゆえにこそ、疾病を『病人』において全機的に把握しようるのである。この全機的に『病人』を把握する方法＝物の見方、考え方こそ、漢方の方法論的に洋方にまさるところであって、現代的漢方は『漢方的内科臨床医術』として、この方法＝物の見方、考え方を正しく生かさねばならぬのである（P130）」

漢方は病気だけを診るのではなく病人を診るのであると彼は言っているが、鍼灸においてもこの考え方を基本としなければならないと考えている。

「人間を、近代医学のように、たんに生物的存在としてのみ見ず、同時に社会的風土的存在として理解し、また人体を部分部分においてとらえず、全体として、全機的（全体、具体的、過程的）に、生きているものとして理解し、『体質と疾病』の関係を knowing、そのうえで『証』によって『方』を立てるのである（P118）」と。病人を全体的に捉えるとは、病気だけでなく体質を捉えることであると彼は考える。

「森道伯は、体質を遺伝において把握せず、後天的条件＝環境において現象的に把握した。森道伯における体質は、遺伝学における先天的体質ではなく、生活条件＝環境によって組成させられた後天的体質であり、しかもそれは可変性体質である。生活条件によって、瘀血、食毒、水毒等の保持者となり、一種の『体症』を現わすに至った状態にある者について、これを三大型に分類、範疇化し、その分類に応ずべき治療ならびに予防方針が同時に確立されているのである。（中略）この『体症療法』こそ、漢方における『随証療法』を方法論的に現代的漢方として発展させたものである（P141）」

漢方の随証療法は病人の体質までも考慮して治療することのできる優れた治療法であるが、森道伯がそれをさらに一歩進めて漢方による体質改善をはかる方法を開発したことを大変評価している。これにより竹山が考える随証療法の本質が窺えるのである。

先にも上げたが、明治時代に漢方が撲滅されてしまった理由は、いかに技術が卓越していても学的体系がなければ社会的（主として医学界）に認められないからであると考えた彼は、漢方の随証療法を手本に鍼灸の随証療法を数人の古典派の人と作り上げたのである。

「治療体系のないものは治療術ではない。治療術という以上、それは、必ず、診断から治療に至るまでの一貫した治療体系がなければならない。それは、基礎的な生理、解剖、病因、病証等の理論体系と、臨床実践のための技術体系とが統一されて理論化され、臨床医学として臨床実践に役立つものでなければならない（P211）」と。さらに彼は言う。

「漢方における随証療法は、洋方の病源療法に対して現象的療法である。病的現象として病人に現われた症候群（現象）を診断の対象とし、同時に治療の対象としているのであるが、しかも、現象の内に、その疾病において本質的なものと非本質的なものとを差別し、本質的なものに迫っていくのである。

『証』を把握する場合、鍼灸術では「症」の各相（いろいろの姿、形、状況）と経絡の変動との関係が臨床的に明らかにされており、『証』を経絡と五臓の虚実として抽象し、概念化する。そして、それにしたがって治療する」と。

“診断から治療までの一貫した治療体系”とは、陰陽五行論、経絡経穴理論に基いて、診察（四診）し、診断（証の決定）し、治療（補瀉）をすることであり、それが鍼灸の随証療法、即ち、経絡治療法であると彼は言うのである。

経絡的治疗を彼は『東邦医学』（第11巻第1号）の紙上で以下のように定義する。

「“経絡治療は”、経絡の変動を察候して、鍼または灸によって、その変動を調整することにより、人体の疾病に対する自然的治癒能力を助けて、その違和を取り除く治療術であります。経絡の変動は“虚実”としてとらえます。変動を整えるとは、虚実を調整して平衡ならしめることであり、その手段は“補瀉”の手法によるのであります。（P12）」

岡部は東邦医学（同上）の中で、「経絡治療に於てはあくまでも脈診が根本となって他の症状（診察法の誤り）は末葉となるのである（P6）」と言うように、診察は四診法によるが、切診の中でも脈診を最も重視し、証を捉える際、決定的要素となる。脈診は六部定位による脈差診が主体になる。

竹山は『漢方医術復興の理論』の中で、「経絡の変動は経穴の異変として現われるものであり、十四経三百六十有余の経穴は、心身の違和の生じた折、その変動した経絡上に顕現するものであって、平常の場合は潜在しているものであります（P284）」

さらに、「これらの要穴は、心身の違和を生じ、経絡に変動を起すと、先ず反応点として著明に顕現する経穴であります。したがって、これらの要穴は何経の変動かを脈診に従って切経する場合の重要な診断の場所となるのであり、同時に、治療の場所ともなるのであります。（中略）勿論、要穴以外でも、経絡の変動により、反応点として著明に顕現する経穴がありますから、それも見逃してはならぬのであります（P285）」東洋医学。経絡に変動が起るとその上の経穴（要穴）に反応が現れ、正常であれば潜在していると言うのである。

竹山は『東邦医学』（同上）の中で、「本治法とは、診断の結果『主証』として決定された病証に従って四肢の要穴を運用して、経絡の変動を調整し、標治法とは同時に症候群に向って経絡との関連に於て、その変動のある反応点即ち経穴に対して直接的に攻守（補瀉）の手段を取ることであります。本治法だけで、一応症候群も解消することもあります。その場合は勿論標治法は不必要となりますが、多くの場合両者は同時的に同価値的に必要とされます」というように治療法を大きく二つに分けているのである。

以上のことを整理すると以下ようになる。

1. 経絡治療（随証療法）は、病人（病気だけでなく体質も）を診て治療をおこなう方法である。
2. この治療の本質は自然治癒力の発現を阻害する条件を取り除くことである。
3. 主として陰陽五行論と経絡経穴理論を基礎理論とする。
4. 診察は四診法により、診断（証の決定）は四診によって得られた情報を総合するが、脈診による情報が最も重要となる。
5. 治療は、証の決定に基いて経絡の変動を捉え、鍼灸の補瀉法により気血の調整をおこない、自然治癒力の発現を促す。それは本治法と標治法の二つの治療法によって行われる。
6. 本治法は、四肢の要穴、難経 69 難、75 難の選穴と兪募穴とを切経（探穴）して反応を捉え、鍼により補瀉をすることである。当初はこのように言っていたが、後に主として難経 69 難による選穴だけになり、また、反応の有無を問わなくなる。
7. 標治法は、個々の症状と関連した部位の反応を捉え、直接、または、間接（その部位と関連のある離れた部位）的に鍼灸によって補瀉をおこなう方法であるが、原則は特でない。

今回初期の経絡治療の内容を改めて調べて分かったことがある。それは、初期の内容と私の理解して

いた経絡治療との間に大分開きがあったことである。先ずは、術には長けているが学には劣る鍼灸（漢方）医術を古典理論に基いて理論構築してできたのが経絡治療であり、経絡治療は技術面が重視された治療システムであるということである。例えば、標治法ばかりでなく本治法も切経（探穴）し異常反応を捉えて、適切な手技（補瀉）をおこなうということである。次に、経絡治療は単に病気だけを治すのではなく、病人の体質をも考慮した治療であり、この治療の本質は自然治癒力の発現を阻害する条件を取り除くことにあるということである。

ここまで技術面を重視し、さらに病人の体質を考慮しなおかつ自然治癒力を基礎においた治療方式であるとは思わなかったからである。

## 2. 経絡治療への批判

### 第1回経絡治療批判

GHQの鍼灸の廃止に際して、鍼灸を守ったのは、鍼灸業界の団結もさることながら、二人の医学者の功績が大きい。その一人が石川日出鶴丸博士（以下敬称略）である。当時の鍼灸界を代表する代田文誌氏（以下敬称略）は、彼の自律神経学説によって鍼灸の科学化を進めることが、鍼灸界の発展につながると考え、鍼灸関係誌にこれに関する記事を書いたり、また講演等で訴えた。当時の鍼灸界は古典に基く経絡治療をおこなうものが多く、これが鍼灸の科学化を推し進めるために最大の障害になると代田と志を同じくする人々は考えていた。その一人である米山博久氏（以下敬称略）は1952年、医道の日本誌に“経絡否定論”を発表した。

この論文がきっかけとなって、日本の鍼灸界は、“経絡治療”否定派と肯定派に二分され、1年間以上、誌上で激論が戦わされた。

米山は経絡説と治療法について否定論を唱えた。

「仮説と云うものは既知の諸事実に基いて構成された科学的概念である、それは相対的な真理であることは勿論であるが何ら確認されない主観性の色濃い事柄に依存している経絡説とは類を異にするものである。経絡説は云うべくば仮説ではなく空説である。経絡が機能的なものであるから、その面から是を考究すべしと云うことには異論はないが物質的基礎なくして是を研究すると云うのはおかしな論である。形而上学ならいざ知らず科学に於いて機能とは客観的な物の変化を指標として確認し得るものに限られているのである。物質的变化として記載出来ないものは少なくとも科学としては成立しないものである」（『医道の日本』1952年2月号P5）と。

また、「私の見るところでは本治法の観念的なものに反して標治法は一応現代医学的な所見に基くところの対症的な治療で十分に具体性がある、然りとすれば所謂経絡治療のデータはその標治法に負うものであると云わねばならない」（『医道の日本』1952年2月号P4）

彼の文章を読むと、感情が先走って、論理性を欠いている文章が目立つ。例えば、経絡批判では、臨床の中で経絡現象を経験している治療家（本人も含めて）や患者が多いにもかかわらず“何ら確認されない主観性の色濃い事柄に依存している経絡説”という表現をとる。また、彼が経絡治療を実際に行った上で、本治法、標治法の評価をすべきであるのに、考え方だけからの批判であるため、説得力に欠けるばかりか、経絡治療推進派の竹山やそれを擁護する龍野一雄、間中善雄両医学博士（以下敬称略）に、その矛盾を衝かれ、簡単に論駁されている。

代田も同じ立場で米山を弁護しているが、米山とは違って、巧みな理論展開をしている。経絡に関してはこうである。

「経絡説を否定する私とても、経絡的事実の存在は否定していない。これもあの論争に於て主張したことである。私が古人のいう経絡説の中に伏在する科学性というものはそれである」（『医道の日本』1952年8月号P9）

またこうも言う。

「米山氏の指摘しているように、必ずしも両氏の研究業績と一致しない、部分的には一致することはあっても、全体としては一致しない場合の方が多い。それを原穴の刺鍼に限定しても、異なった方向への鍼響があらわれることは、余りにも多い事実であって、米山氏のいうように、普遍的法則にはならないように思う。(中略)それは原穴刺鍼に限られた感覚圏であって、他の穴ではそれが原穴でやるようにハッキリとは現われぬと長浜氏も断っている。原穴以外の穴の刺鍼では異なった感覚圏が現れるとすると、経絡が無数に生じることになる」(『医道の日本』1952年8月号P9)とゆうように長浜の経絡の研究を逆手にとって、経絡の否定を行っている。

また、「経絡治療家の主張する本治法及び標治法は、臓腑の愈穴と募穴と手足の要穴によるものを本治法とし、これを除いた他の穴に施す治療(局所的な散鍼なども含めて)を標治法というものと私は理解するが、本治法だけで果してあらゆる鍼灸治療が最も有効的に可能であろうか。もとより本治法に於いて用うる穴には重要なものもあるが、必ずしも重要なものばかりでなく、われわれの日常の治療では殆んど使用しないものが随分ある。(中略)米山氏のいうように、経絡治療は思いこみであって、実際には対症治療が奏効しているのではないか。標治法として用いた穴の方が、真に奏効している場合がありはしないか」(『医道の日本』1952年8月号P7)と。

これに対して、先ほどの3人が主として反論をしているのであるが、その中で龍野の考えを挙げてこの論争を締めくくろう。

「否定には非と反との外に未がある筈だ。非と反が現在の同時的な否定なのに対して、未とは現在ではまだ批判されておらぬもの、批判してもまだ結論が出せないものである。然し肯定されぬ限りそれは疎外しなければならぬものである。(中略)実証できる範囲のものが肯定されるというのは固より正しい態度だが、実証できぬものが否だというのは誤りを含んでいる。何となれば否定するには否定のための立証を要するからである。且つ実際に実証するための方法が現在に於て未だ発見されていなことが甚だ多い。常識的に認定される、されぬというだけでは極めて限られた怪しげなものに終わってしまう、立証できぬものは素直に解決を将来に俟つこととして自分の都合で否定してしまうような行過ぎに陥らぬようにしたい」(『医道の日本』1952年12月号P5)

経絡治療の中にある経絡説や治療方式をその当時の科学で証明できないからといって簡単に否定してはいけない。何故なら“実証するための方法が現在に於て未だ発見されていなことが甚だ多い”からだと龍野は言う。

「但し代田氏には自律神経が直接に刺激されるのか、血管壁の刺激によって自律神経が二次的に刺激されるのかの考えの分離が出来ていない。私の所謂自律神経派の人達の多くがただ自律神経が刺激されるとだけで、恰も自律神経が直接一時的に刺激されるかのように思込んでいる。私は計画的に自律神経に狙いをつけて鍼を打込める妙技にはほとほと感嘆之久しうする。顕微鏡でやっと思えるような神経線維を手触りか鍼触りか知らないが皮膚の上から刺当るというから大したもの、その技たる妙、その考えたるや珍というより外はない」(『医道の日本』1953年2月号P9)と。代田、米山らの主張する自律神経学説による鍼灸の科学化に就ての問題点を突いている。

科学派はその当時の医学、科学理論によって、鍼灸の治効は十分証明できると考える立場をとる一方、古典派はその一部は証明できるかもしれないが、その大半は無理で、将来のさらに発展した科学による実証に待つしかないと考えた立場をとっているのである。どちらも科学化をしなければならないと考えていることは同じであるが、いつにするか、何を科学化するのか、という点に違いがあることが明確になり、数年間にわたる論争の幕は下ろされた。

この論争以降、鍼灸界は科学派と古典派に二分され、それぞれの立場に従って、鍼灸の学術の発展に寄与することになる。科学派は鍼灸の科学化に向かって、古典派は治療技術のさらなる向上を目指して、

お互い対立しながらも切磋琢磨（対抗意識を燃や）しながら、邁進したのである。

## 第2回経絡治療批判

その後10数年間は両者は対立しながらも表立った議論もなく過ぎたが、1967年頃になって再び論争が起こった。古典派に属していた木下晴都氏（以下敬称略）が科学派に走ったことがきっかけである。彼が医道の日本誌に書いた「信仰的観念の脱皮」（『医道の日本』1967年2月号）を読んだ竹山が「目的意識の有無に就て」（『経絡治療』1967年10号）と題して木下を批判するところから始まる。その後は木下と彼の懐刀である出端昭男氏（以下敬称略）とで論陣を張り、竹山及びその他の経絡治療家と誌上で議論を戦わした。

今回は経絡治療を勉強し実践していたものからの批判であることが前回の論争とは大きく違うところである。

木下は、「信仰的観念の脱皮」のまとめでこう述べている。

「私は古典医学を学ぶために経絡治療の門をくぐり、それを信じて実践せよという教えに従って、10年、20年と継続してきた。しかし、年数を経るにしたがって疑問点が増加するばかりで、学問としてこれでよいのかと心から反省するようになった。経絡治療の考えで治療しても、また、そんなことを考慮に入れないで治療しても、治る病人は治っていくのである。ただ治ったという現象のみをみて、鍼灸治療の効果と結び付けることは、一定の研究方法に従って証明しない限り危険である。（中略）信仰的な観念から脱皮して、自然科学的な客観的真理を求める努力が、鍼灸を医学として発展させる方法である（P9）」と。20年近く経絡治療を実践してきた経験が言わせている言葉である。この経験から鍼灸の医学化を目指すには科学的に鍼灸の臨床を見直す必要があると彼は考えたのである。そして経絡治療を推計学的に見直すことを提案し、また、一部「あゆみ会」で臨床実験をしたのである。

「今六部定位の脈診を実験する方法を述べると、ある病人の脈が肝が虚していると仮定するならば、多くの人の診断によって肝の脈が虚していることを危険率5%以下（全体の数学的5%とは意味が違う）の一致で検定できれば客観性のあることが立証される。次に肝虚、腎虚、肺虚等の病人を集めておき、診者が何回か反復しておこない、それ等の診断結果が危険率5%以下で検定できれば再現性が認められる。この方法によって客観性と再現性が確立すれば脈診そのものの基礎がつくられる（P6）」木下が同じ論文の中で言うとそれに対して竹山は、「目的意識の有無に就て」の中でこう反論している。

「推計学的実験検証法の適用だけで、直ちに東洋医学的脈診の基礎をつくるのが出来ると考えるのは、木下君の思い上りで、東洋古典医学の本質を正しく理解していないために、出来ない相談を出来るように思い込むのである。東洋医学の随証療法としての診断の過程は、望聞問切の四診が有機的に統一的一丸となって運営されているのである。脈診が『証』決定の定手（きめて）としての役割を果すと言っても脈診だけで診断するのではない。現象である症候群から本質である『証』を決定するまでの過程では凡ての診断の方法が（機械的にバラバラに運営されるのではなく）一丸となって統一的に働いているのである。有機的に相互連関して統一的に働いている四診という診断法の中から、脈診の実際と称して、それだけを切り離して推計学的検証をおこなったとしても、それは人間の感覚の生理学研究には役立つかも知れないが、東洋医学の診断法の科学化のためにやろうとするなら、無用どころか、かえって弊害を生ずることになる。東洋医学的診断法の本質を誤解せしむることになるからである。

東洋医学に於ける診断法も治療法も、修得によって熟練を要する術なのである（P34）」と。

木下が言うように、診断上最も重要な脈診の客観性、再現性を検証することは意味のあることである。しかし、竹山が言うように、東洋医学的診断、治療には熟練を要する術だから、検者を誰にするかによって、即ち、経験年数1年、5年、10年のどこの人を選ぶかで検出結果が大分変わってくるであろう。

それを受けて出端も竹山に対して論争を挑んだのである。彼は竹山の唯物弁証法の理解そのものに対して批判したことが木下との違いである。

「鍼灸の古典に記載されている治療体系は仮説の体系である。なんとなれば、現在までただの一度も「実証」という手続きを踏まえて語られたことがないからである。事実によって証明されない知識は、いかに伝統的であっても、それは真偽不明な仮説としてとどめておかなければならないであろう。伝統や権威の保証が必ずしも真実でないことは、アリストテレスの運動論が、2千年間に一人の反対者にも行き合わなかったことを考えれば容易に察しがつくであろう」（『医道の日本』—鍼灸の科学について〈竹山氏論文をよんで〉1967年6月号P3）と。

古典に記載されている治療体系は未だに実証されていないから、仮説として扱い、臨床実験により証明されなければならないと主張するのである。

「竹山氏が『治療体系の正否を実践によって確かめる』というとき、その治療体系における有効性の確認が、どのような実践によってなし得られるかが問題となるであろう。（中略）いまかりに一人の患者について治ったという事実を確認したとしよう。しかし、それは治療効果の証明にはならない。なぜならば、自然治癒が無数に存在するからである。自然の経過より、少しでも早く、少しでも確実に治ったことをつきとめない限り、有効性の断定は保証の限りではない。しかし、効果の確認は、疾病の経過から自然治癒を分離させるだけでは十分とはいえない。次には心理効果の影響を考慮しなければならないからである。その方面の専門家によって、ある種の病気は偽薬によってでも30%から50%は効果があると報告されている。（中略）個体差を考慮に入れるとき、どうして他の患者にもそれが適応されると主張することができるのであろうか。私がここにあげた3つの要因、すなわち自然治癒、心理効果、個体差は、われわれの直観をいちじるしく攪乱する重大な因子である。医学会の権威たちが、この攪乱因子にまどわされて、臨床医学の歴史に大きな汚点を残してきた（同上P4）」

治療効果を判定するとき“自然治癒”、“心理効果”、“個体差”を排除する必要があると言うのである。これに関しても、経験年数のどのくらいの人が検者になるかで検出結果が大分変わってくるであろう。条件設定する人がどのような立場にいるかによって評価に違いが出る可能性が高い。即ち、経絡治療を肯定的に見ている人とその反対の人のどちらが条件設定をするかによって評価が変わってしまう可能性が十分に考えられるからである。推計学的に臨床試験をおこなうことは意義のあることであるが、主観をどこまで排除できるかが課題である。

自然治癒、心理効果、個体差は病気が治ることの本質的な内容であり、東洋医学だけでなく古代の医学に共通した最も重要な考え方である。近代医学はこの考えを否定したところから出発し、発展してきた医学である。その結果、外科手術の発達と急性感染性疾患の対処の充実を促すことができた。しかし、慢性疾患においてはお手上げの状態である。液体病理学説、生氣論を排して、細胞病理学説、細菌学説をよりどころにして発展してきた結果である。古代医学を前提に臨床試験をおこなおうとすれば、自然治癒、心理効果、個体差の3つの要因を排除するのではなく、試験対象の治療法が、自然治癒力の発現にいかにか働いているのか、心理効果にどのくらい貢献しているのか、個体差にどのくらい対処できているのか、ということの評価しなければならない。木下、出端は経絡治療の本質をとうとう理解できなかったと竹山が言っており（「目的意識の有無に就て」『経絡治療』1967年10号）、その反論の意味するところが判然としなかったが、多分このことをさしているのではないと思われる。

この他では、本治法、標治法に対する問題提起がある。標治法、本治法のどちらで効いたのか評価をする必要があるということ。また、標治法には治療法則がなく、本治法と標治法を統一させる原理もないと「和田氏の反論をよんで」（『医道の日本』1967年11月号P15）の中で出端が語っている。第1回の経絡治療批判のとき問題にされたところである。

2回にわたる経絡治療批判は、経絡説や陰陽五行説等の理論が空理空論であるから信用できないということであり、臨床実験をして科学（推計学）的に実証されなければ信用できないということであった。これを一笑に付すことができるか、と言うとそんなことはない。過去にもあったことである。



江戸時代には、菅沼周桂の『鍼灸則』に代表されるように、経絡説は観念的であるからそれを否定し経穴のみを採用した考え方をしている医師も多くいた。また、陰陽五行説の陰陽説はともかく五行説はやはり思弁的であるからそれを否定する流派も出た。どちらも江戸時代主流をなした古方派の考え方である。また、古方派は親試実験を重視して実際に試して効果判定をして、古典の見直しをすでに行っていたのである。従って、古典に書かれていることが全て正しいとは限らないと言う科学派の主張は大変重要な指摘なのである。

### 古典派内部からの見直し

最後に、古典派の内部から起った経絡治療の見直しについてみてみよう。1989年から5年間かけて討議を重ねた結果が経絡治療学会誌に掲載された。そのシンポジウムのテーマは、「証について」、「証を立てる上での問題点」、「診断から治療へ」、「証を立てる上での脈診の位置付け」、「鍼灸における“証”について—診断編—」、「鍼灸における“証”について—治療編—」であった。

「証を立てる上での問題点」を司会した小川卓良氏（以下敬称略）は最近の経絡治療学会の変化についてこう語っている。

「本学会では六部定位脈診と難経 69 難について異議を唱えることはタブーでありました。このことは学問の発展を阻害し経絡治療の硬直化を招き、学問を学ぶ徒にとっても、より有効な治療法を求める臨床家にとっても魅力のないものに成りつつありました。（中略）経絡治療においても近年硬直化した学問に飽き足らず、内部から批判が続出するようになると同時に、学会もそれらの批判を受け入れる機運が出てきて、学問としての、そして学会としての大きな転換期を迎えようとしています。（中略）大家や会長の学説・意見と異なった考えを述べる事が出来ない学会は学会ではありません。単なる私塾です（P19）」このような機運によって、経絡治療の見直しが可能になったことを説明している。

科学派の経絡治療に対する批判の一つに、理論的根拠である陰陽五行説や経絡説等の基礎理論に対してであるが、経絡治療関係者はどのように考えているのであろうか。これに関して、「鍼灸における“証”について—治療編—」で井上雅文氏（以下敬称略）が重大な発言をしている。

「岡部・竹山・井上の諸氏に代表される『経絡治療』の先輩達が、『経絡的治療』を標榜して、臨床実践のかたわら古典主義的鍼灸術の啓蒙活動を開始した時、第一の信号を無視して出発してしまった。その信号は彼らの師である柳谷素霊先生から出されていたのである。先生は『原典考証（テキスト・クリティク）なしにやっぴいのか』ということであった。かくして『見切り発車』は信号無視でなされた。しかし、『原典考証』などという調査・作業・研究は柳谷素霊先生にさえ歴史的にも能力的にも不可能であった。後世に託された課題のその一である」また、「医古文読解のための恒久的な講座が必要である。それなしには、「経絡治療」の古典主義を守ることも、又継続的な古典と臨床の齟齬を解決できないであろう（P52）」

古文献に書かれている理論を考証学的に見直し、内容の前後関係や真偽を正し、それを継続することが大事であると言っている。この発言は経絡治療が用いている古典に書かれた理論及びその他の理論も含めて、全て正しいとはいえないということの表明であり、それを文献学的に整理することの重要性を説いているのである。

六部定位脈診は診察診断上最も重視されているのであるが、これに関しても井上は同じシンポジウムで大変衝撃的なことを言っている。

「六部定位脈診法の全体がなんらかの古医学の記述に依拠しているとは決して言うことは出来ないし、又『難経』にその根拠を求めることも、昨年岩井佑泉氏の発表によれば否定されているとあって良い。六部定位脈診法が唯一古典的だと言えるのは、脈診部として寸関尺の部位を使っているというに過ぎない。脈診法として虚実という要素だけで比較する診方は、中国の脈診史上存在していない。六部定位脈診で診断される肝虚、腎虚、肺虚等は虚損という病名の病態（病証）として文献の上に記述され

ているがそれらとは全く違う意味内容をもっているわけである (P53)」

経絡治療において最も重要な診察手段である六部定位脈診法の否定とも取れる発現である。ここまで大胆な意見は、当然他のパネラーにはなく、むしろ六部定位脈診による比較脈診の有用性を異口同音に説いている。そればかりではなく「証を立てるうえでの脈診の位置付け」ではパネラー4人のうち3人までがほぼ100%診断(証の決定)の根拠としているということである。しかし、井上以外では篠原昭二氏(以下敬称略)が、六部定位脈診部と身体に対応関係は歴史的に観るといろいろ変遷しているから、経絡との対応のみが正しいという根拠は文献学的にも証明されていない、という指摘があった。今後とも臨床的にも文献学的にも検証しなければならない課題である。脈診が「証」を決める上で最も重要であることは共通項となっている。

証の決定(診断)は六部定位脈診だけに頼るのではなく四診を総合しておこなうべきであるという提言が、島田隆司氏(以下敬称略)、篠原からあった。脈診だけではもはや限界であるとの表明である。以下は島田の見解(「鍼灸における“証”について—診断編—)である。

「診断は(中略)①病の本質(病因・病理)を探ること、②病の軽重を判定すること、③鍼灸の適応を鑑別すること、④適切な治療法を選択(創造)すること、⑤予後を判定すること等を包含しているものでなければならないと考える(P30)」と。

次に、これも科学派から批判が出る治療原則、本治法、標治法に関してはどうであろうか。島田は同じシンポジウムの中で大変重要な発言をしている。

「標本の定義は、やはり『素問』標本病伝論での『凡そ刺の方は、必ず陰陽に別つべし。前後は相応じ、逆従は施を得て、標本は相い移すなり。…標本を知る者は萬挙して萬当なり』と言えよう。本・標とは陰陽論的にみて、ある患者のある時点における主要な矛盾と副次的な矛盾と言っても良い。

手足の五行要穴を五行の相生・相克法則によって補瀉することのみが本治法で、その他はすべて標治法であると位置付けることは穴の性質を著しく歪め、したがって多くの穴の運用方法を不適切にしている。例えば、いまの分類では標治法に追いやられている「関元穴」が何で正しい意味で『本を治す』“本治法”にならないのか。『関元穴』一穴だけでこの病人の全体を覆すような最も基本的な矛盾の解決が可能になる場合がある。あるいは「百会穴」、「身柱穴」、「腎兪穴」など、また背部兪穴や募穴など、「五兪穴」以外でも「本治法」として陰陽的に主要な矛盾の解決を任せ切ることの出来る穴は非常に多い。

手足の五行要穴を五行の相生相克的に運用することだけが本治法である、とすることがその他の重要な穴を全部標治法という位置付けにしてしまい、病の本質を正しく捉えることを困難にし、治療が不適切となり、患者の要求に応えられない結果を招いている嫌いがある(P47)」

病の本と標とは、ある患者のある時点における主要な矛盾と副次的な矛盾であると解釈している。このように考えると、ある病気の治療の中で、最も大きくその病状を変えることができる方法が本治法であると言えるのである。そうであれば、手足の五行要穴だけが本治における治療穴とは限らないということでもある。

また、彼は「診断から治療へ」の中でこうも言う。

「足関節の捻挫で数年来の運動不能があり、歩行も絶えず制限を受けている場合、それが便秘の遠因となり、頭重を引き起こし、人生に悲観的な傾向を生み、肺気不宣、心悸昂進と発展して行く場合は十分に考えられる。このような場合、捻挫した足関節を完治する方法(例えば、刺絡治療)は、これに起因する臓腑疾患までも回復させる意義があり、“本治”法とすることができる(P30)」

これも病の先後という意味で標本を捉えれば当然のことである。私もある時から臨床実践の中で、過去の怪我、事故、手術及び大病後の不完全治癒部の治療は本治ではないかと考えるようになった。

また、「本治とは、陰陽気の失調を調整することであり、また五臓を健全な状態に復させることでもある。そのために五行穴が主役を担うこともあり、また兪募穴が主となることもある。さらに任督脈の

活用なしには疾病を転換することができない場合もある。(P30)」と。

陰陽気の失調を調整が気質、体質をも含めて考えているとすれば、本治法における重要な指摘である。また、任脈、督脈上のツボを活用することによって本治法が完結するという重大な発言もしている。

「鍼灸における“証”について一診断編」の中で、小川は本治法だけでなく標治法に関しても議論の対象にする必要を訴えている。

「本治・標治の二本建て治療をおこなって、標治の部分は議論せず、本治のみで議論しようというのでは全く片手落ちであったことをどう考えるか。臨床研究では患者に対する治療全てを対象にして研究・討論しなければ何の価値もない。経絡治療批判の多くは、この二本建て治療に向けられていることを知らなければならない (P33)」と。

では標治法とは何か。経絡治療では症状に対して反応を捉えて治療することであるが、私は本標概念で捉えたほうがよいと考えている。そうすると標治法とは、病気の出発点(本)から広がった症状(標)に対する治療法であると定義できる。

また、標治法は対症療法であると、科学派にも古典派にも考えられている。しかし、果たしてそうであろうか。否である。対症療法とは、ある症状を抑える目的で作られた一群の薬を用いて治療をおこなう方法であるが、鍼灸の治療はそうではない。本治法も、標治法も、気血の流れの不調和を体表の異常な場(ツボ)として捉えて、それに鍼灸をおこない、気血の流れを順調に復せしめる治療法である。従って、治療をすると、時に症状が消失し、時に症状が一時的に強く現われることもあるのである。

このように標治法を考えれば、出端の治療原則が明確でないと言う批判に対する答えになるであろう。

本治法は主として『難経』の69難による選穴法を用いているが、これについても見直しの意見が出ている。村田溪子氏(以下敬称略)は、「証を立てる上での問題点」で興味深い発言をしている。

「実際問題としては虚の変化が出ている所に刺せば良いが、69難ではその場所を示していないが、虚の変化が出易いところという意味のガイドラインを示しているようであると指摘し、最後の決め手は指先の感覚であり、この指先の感覚こそ重要であると総括した(P22)」と。

変動経絡上で虚の反応が出ているツボを用いれば良いというのである。ツボの本質を考えれば、本治法であろうが、標治法であろうが、虚、実の反応の出ているツボに適切な治療をしてはじめて効果が現れるからである。これは竹山等が当初に決めた考えに戻すもので意義深い。

また井上は、「難経69難の母子関係の虚実補瀉は臨床的にも極めて有用であり、経絡治療の治療面での優れた側面の一つです。只、要穴の選択に関しては五行の性質にとられる必要はないと思います。腎虚に関していえば、合水穴と経金穴だけを選ぶのではなく、腎経と肺経の全要穴を病証に従って選ぶという理論や臨床面での研究が必要だと思われます(P26)」と、「診断から治療へ」の中で言っている。即ち、本治法における選穴は五行穴にとられる必要はないという大胆な発言である。

小川は「証を立てる上での問題点」のまとめとして、「治療方法としてはいかにも限定されており難経69難だけで全ての病変に対応できるとは4氏共に考えてなく、対応できる部分は一部であると考えている。(中略)今後の課題であるが、本シンポジウムでは六部定位脈診と難経69難の限界と効用をはっきりさせ治療法までも視野にいれた診断-治療体系を構築させる必要があるという結論がでたように私は思う(P25)」と語っている。

八木素萌氏(以後敬称略)は「診断から治療へ」のまとめの中で、鍼灸の教育上重要な発言をしている。

「鍼灸治療は湯液の投薬治療と違って、『気の変動』と患者の個性的な病態反応に適時的に即応する施術を要する、故に『証』を精緻かつ煩瑣に記述して、あらかじめ用穴を固定的に指定するのは無理がある。治療の加減・施術の手加減の問題は、治療家のキャリアと学術水準と鍼運用の技術水準とに、かなり大きく依存している。従って『手を作り』『眼を養う』『刺鍼技術を錬磨する』問題は非常に重要であ

る。そのような『術の錬磨』の訓練の方式と体制とは、大きな課題である (P24)』

鍼灸は漢方と違って理論でできる範囲より技術の範囲が大きいのであるから、教育において技能訓練がなにより重要であると語っている。

1989年から5年間、経絡治療の証問題に関する討議の結果、多くの問題提起がなされたが、その中で特に重要であると思える内容を以上のように載せたのであるが、整理の意味でその内容に私見を加えて書いてみよう。

経絡治療の理論面に関しては、原典考証を続けて古典理論の真偽を文献学的に見直す必要がある、と井上が指摘したが、例えば『素問』、『靈枢』等の古典理論を経験的事実に基いた理論か否かの検証や理論の発生からその発展過程を文献学的に研究した丸山、藤木、島田等の研究成果を基に整理していくこと、さらには彼らの研究を継承していくことが重要な課題であると考えられる。

診断 (証の決定) に関しては、脈診偏重を改め四診総合によっておこない、経絡の変動だけでなく、病の重症度、鍼灸治療の適否、病気の原因、予後等を捉える必要があるという島田、篠原等の発言は重要な検討課題である。

当初の経絡治療の本治法では、選穴も幅広く、さらには切経探穴をして反応を捉えて補瀉をしていたが、後に本治法は主として難経 69 難による選穴だけになり、反応の有無も問わなくなった。その結果、本治法で治せる範囲は限定され、形式化してしまったのである。しかし、井上、村田等が選穴の範囲を広げること、変動経絡の切経 (探穴) をして反応を捉えて用いる提案がなされたことでその形骸化は免れた。

本治法、標治法を本来の本標概念で考えることにより、本治法の治療の幅が広がる道を島田は拓いた。病気の出発点 (本) である症状 (疾患) や過去の怪我、事故、手術後、大病後の後遺症に関係した反応のあるツボ (経穴) に対する治療は本治法であり、また、任脈、督脈上のツボを用いることで本治が完結するという重要な指摘も島田はしている。このように考えると要穴以外の重要な一般穴も本治のツボとして用いることができるのである。

また、本標概念等で標治法を捉えれば、標治法は病気の出発点 (本) から広がった症状 (標) に対する治療法であり、本治法も、標治法も、気血の流れの不調和を体表の異常な場 (ツボ) として捉えて、それに鍼灸をおこなうことによって気血の流れを順調に復せしめる治療法である、と定義すると、この法則化を一步進めたことになる。

### 3. 経絡治療に内在する真の意義

いうまでもなく経絡治療は古代の医学理論に基いて理論構築されているのであるが、それは必ずしも陰陽五行説、経絡説等の理論だけではない。もっとベーシックな考え方が内在しているのである。それは東洋医学 (素問・靈枢等) を含めた古代医学の中にある病氣観、治療観である。その内容を要約すると以下ようになる。

- ・病氣とは、正氣 (生命力) が一定程度不足することによって邪氣が侵入し、正氣と邪氣の闘争の結果、心身に不調和 (陰陽の失調・気血の流れの不良) が生じて起るという考え方である。心身の不調和は、精神 (気質) の不安定 (七情の乱れ等)、体質不良 (飲食不節・不良姿勢と動作・房事過度等) によって起こり、最終的には病氣となる。
- ・病氣を捉えて治療をするときに最も重要なことは、病の出発点 (本) を捉えることである。病氣は時間の経過に従って広がっていくことが多いが、広がった症状 (標) の中で命にかかわる症状がなければ、その本を正せば病氣は治るという考え方である。
- ・治るとは、生命力の現われである自然治癒力 (真氣) が十分に発揮された結果である。
- ・治療とは、自然治癒力が十分に発揮できるように、何らかの手段 (鍼灸等) によって病人に働き

かける行為である（補瀉）。

- ・ 病気にならない、病気になり難い、あるいは病気になっても治りやすい条件は何か。これは、精神の安定（恬憺虚無・気質改善）をはかることであり、身体の良い状態（体質改善）を保つこと（治未病・養生）である。

これこそが古代医学の病気観、治療観の特徴であるが、経絡治療はこれらの考え方を前提にして作られているのである。“経絡的治療とは何か”のところでも述べたように、随証療法は、病気だけでなく病人の体質を診て治療をして自然治癒力を手助けすることであるという内容がまさにそれである。竹山は強調していなかったのであるが、病人を診ると言ったときに最も重要なことは病人の心即ち精神（気質）状態である。気質、体質、病気を診ることが古代医学の基本である。従って、診断（証の決定）上、病人の気質、体質を捉えることが重要となる。

経絡治療では、心身が不調和になると気血の流れに変調が起り、経絡（経穴）の変動をきたし、体表に異常反応をもたらすと考えている。心身の不調和は、先にも述べたように、その人の精神の不安定（気質の異常）、体質の不良によって起こり、さらには病気の原因になるということであるから、心身の不調和である経絡の変動を調整するということは病人を治すことに他ならない。従って、病人を治すとは、気質を改善して精神の安定をはかり、体質を改善して身体を良好な状態にすることであり、病気に対処することにより、自然治癒の発現を十分に引き出すことである。

本治法は以上の考え方の上に病気の出発点である症状(疾患)即ち本を正すことである。“本治法とは、気質を改善し、体質を改善し、病気の本を正すことによって、自然治癒力の発現を十分に引き出す治療法である。”と定義し直すことができるのである。

竹山が抽象的に表現した証の事、随証療法のことの本質がこれによって明確になるのである。気質（精神）の状態、体質の状態、病気の性質を四診によって捉え、証を決め、それに随って治療をおこなうことが、即ち、経絡治療であるということである。これが経絡治療に内在する学術的意義の第一である。これにより経絡治療は予防医学への道がさらに明確に開けるのである。

“古典派の見直し”の中で島田が指摘した本治に対する考え方は、私の考えとほとんど一致する。本治法は、手足の五要穴にこだわらないで、『素問』標本病伝篇に先病後病という考え方に基いて、過去の怪我、事故、手術後、大病後の後遺症、現症では、最初に出現した症状に関係したツボ（経穴）の反応を捉えて治療をおこなうということ、また、任脈、督脈上のツボを使わないと本治が完結しないということが…。私は10年前ころから任脈、督脈上のツボを用いた本治法を考案して実践しているが、効果的であることを実感している。

以上のように、治療においては標本病伝篇の考え方に基いて病気を捉えて治療することが最も重要なことであり、これが経絡治療（本治法）に内在する学術的意義の第二である。これにより経絡治療は根本治療と言えるのである。

治療原則である補瀉についても科学派はその主観的方法のゆえに否定をしている。しかし、治療法も含めて経絡治療は、竹山の言を借りれば、そもそも“術には長けているが、学には疎い漢方鍼灸”を存続するために構築されたものである。言ってみれば、経絡治療の実質は技術（医術）にあって、学的体系（医学面）は仮の姿（カモフラージュ）であるともとれるような発言である。いずれにしても経絡治療の実質は技術であるといっても過言ではないと思う。学については見切り発車をしたといえよう。

従って、補瀉法は特に技術を要するのである。補瀉は、刺激理論（アルントシュルツの刺激理論等）のように刺激の強さと時間の積、即ち刺激量だけで規定されているのとは違って、刺激の質と量を考慮した方法である。温熱による治療は補法に適し、鍼による治療は多くの場合、瀉法に適していると言われている。また、補瀉法による適切な刺鍼、施灸は、しばしば心地良さを引き出すことができるので、身体面だけでなく精神（気質）面に対しても一定の影響を与え、不安の解消にもなる。その結果、生命

力の消耗や自然治癒力の発現が円滑になり病気が治りやすくなるのである。

以上のように、診断も含めて治療は技術であり、一定の技術熟練をして体得するものである。これが経絡治療に内在する学術的意義の第三である。

診断（証の決定）においては病人の気質、体質を捉え、病気の本標を分かつことであり、治療においては本治・標治をおこない、気質を改善し、体質を改善し、病気を治療して、自然治癒力の発現を十分に引き出すことである。また、治療は技術であり、本標ともにツボの反応を捉えて適切な手技（補瀉）をおこなってはじめて効果が現われるというものである。これが経絡治療に内在した最も重要な学術的意義である。

今後の課題は、気質、体質、病の本標に関する文献学的、臨床的研究をおこない、それぞれを学問化して気質学、体質学を確立することであり、その治療法の開発を臨床の場で構築することである。即ち、気質の改善、体質の改善、病気の本を内容とした本治法の開発でありさらには、本治法、標治法の治療学の確立である。また、技術面では鍼灸手技における補瀉法の見直しをして、補瀉法の技の整理をおこない、補瀉法の学問化を目指す。

これらの課題が達成されたとき、経絡治療の学術は、予防医療となり、根本療法となって古代医学を体現できたと言えるのである。

未完

#### 引用文献・参考文献

『漢方医術復興の理論』竹山晋一郎著 續文堂 1971年

『東邦医学』第11巻第1号

『医道の日本』1952年2月号・8月号・12月号、1953年2月号、1967年2月号・6月号・10月号・11月号、1969年5月号

『経絡治療』1967年（10号）

『日本経絡治療学会誌』「証について」15巻16号（1989年）、「証を立てる上での問題点」17号（1990年）、「診断から治療へ」18号（1991年）、「証を立てる上での脈診の位置付け」19号（1992年）、「鍼灸における“証”について—診断編—」・「鍼灸における“証”について—治療編—」21号（1993年）