第58回日本東洋医学会学術総会
学会シンポジウム

穴位療法の基礎

——鍼・灸・刺絡——

座長：光藤 英彦・伊藤 嘉紀

1. 上古4刺法体系とその復元	光藤 英彦
2. 学校教育における虚実補瀉のガイドラインについて	山田 勝弘
3. 穴位療法における刺絡術の適応とガイドラインについて	大貫 進
4. 大学教育における刺法の教育について	山下 仁

キーワード：内経（素問・靈枢）、上古4刺法体系、統合医学、穴位療法

The Basis of Meridian Therapy

——Acupuncture, Moxibution, Shiraku——

Chairperson : Hidehiko MITSUFUJI, Yoshinori ITOU

1. The Original Four Acupuncture ——System and its Restoration	Hidehiko MITSUFUJI
2. Guidelines on Deficiency, Exoess, Tonification and Purgation in Acupuncture	Katsuhiro YAMADA
3. The Guidelines of Shiraku on the Meridian Therapy	Susumu ONUKI
4. Undergraduate Education of Needling Methods in Japanese Universities	Hitoshi YAMASHITA

Key words : Daikei (Somon, Reisu), original four acupuncture system, integrative medicine, meridian therapy

光藤 皆さん、こんにちは。このシンポジウムにようこそ参加くださいました。しかし、どうして参加されたのでしょうか。このような発言は、まことに奇異なことと思われるでしょうが、今回のテーマは当日本東洋医学会としては多分初めてのはずです。一方の全日本鍼灸学会の方でさえもいまだかつて企画されなかったテーマではないかと思うからです。このような基本問題に関して議論がなかったということは、学会発足の当時から、なぜか封印されていて、話題にすることすら禁じられていることだったのかもしれませんが。

では、なぜ今回は従来の禁を破って（？）テーマとされたのでありましょうか。それは私も知らされていないところですが、それなりに特別の必要性が出てきたからではないのでしょうか。少なくともこのような歴史的な背景、事情の特異性を直感された皆さんが、関心を寄せられた結果なのではないかと

思っています。このことについての事情は、基調報告の結びで推論をお話いたします。

たまたま私は医学部5回生の1964年以来、あるエピソードを機会に穴位療法の基礎技術について関心を覚え、AD2000年に私が表に掲げてきましたテーマ、「時系列分析」に一応の区切りを付けることになりましたのを機会に、必要にも迫られて私の公の生活の残りの数年間をこの胸の底に引きづっていたテーマに焦点を当て直していた時期でもあり、今大会の実行委員の先生の企画についで乗せられてしまって、恥ずかしながらここに立たされている次第です。

このテーマは、大変やさしいようでいて、実は神の導きを必要としている非常に難しいテーマなのです。それだけは私もよく知っているつもりです。

それでは、まず今回シンポジストとしてご参加の先生方の紹介に引き続きまして、基調報告を開始いたします。基調報告の表題は「上古4刺法体系とそ

第58回日本東洋医学会学術総会 鍼灸シンポジウム

座長:光藤 英彦 紹介略歴

経歴

1965年(S40) 東京大学医学部卒業・東京大学付属病院にて臨床研修。
 1966年(S41) 東京大学物産内科教室入局。
 1967年~74年 東京大学物産内科関連病院にて臨床研修及び東洋医学研究に従事。
 1974年 中国科学院の招待により、第4次日中医学交流団として第1次訪中。(針灸器についての記事)
 1974年 日産厚生会玉川病院東洋医学内科医長。
 1979年 愛媛県立中央病院内科医長兼、東洋医学研究所所長。
 1980年 中国衛生部の招待で日中友好医療団として第2次訪中。(新中薬の医療現場について報告)
 1983年 中国衛生部の招待で第1回強種最学術シンポジウム参加(第3次訪中)
 1984年 国際比較医学シンポジウムに参加。
 1985~89年 日本東洋医学会中国支部理事兼、穴位主治研究委員長。
 1989~94年 厚生労働省長寿科学総合研究班員。
 2000年~ 愛媛県立医療大学非常勤講師。
 2006年~ 愛媛大学医学部非常勤講師。
 2006.3 愛媛県立中央病院参事。(穴位療法学集研部プログラム委員長)

現在の役職

愛媛穴位療法研究会会長。
 愛媛県立医療大学非常勤講師。
 愛媛大学医学部非常勤講師。
 日本東洋医学会評議員。
 日本刺絡学会顧問。

平成18年12月16日
光藤 英彦

図 1

伊藤 嘉紀 先生 略歴

経歴

1968年(S43年) 名古屋大学医学部卒業。
 国家公務員共済組合連合会 名城病院にて臨床研修。
 1973年(S48年) 名古屋大学医学部生理系大学院満了。
 1973~1979年 名古屋大学医学部第一生理学教室助手。
 1975~1987年 日本東洋医学会理事。
 1976~1987年 日本東洋医学会東海支部会長。
 1979年(S54~) 東洋医学研究所末盛クリニック開院。現在に至る。
 1982年(S57~) 中和医療専門学校非常勤講師。
 1991年(H3~) 浅井国幹顕彰会会長。
 1997年(H9~) 愛知医科大学非常勤講師。

役職

末盛クリニック院長。
 中和医療専門学校非常勤講師。
 愛知医科大学非常勤講師。
 浅井国幹顕彰会会長。
 日本東洋医学会評議員。
 東洋医学研究財団評議員。

図 2

山田 勝弘 先生 略歴

経歴

1944年 山形県生まれ。
 1969年 日本鍼灸理療専門学校卒業。
 1972~1982年 日産厚生会玉川病院東洋医学研修センターにて、故・代田文彦氏・光藤英彦氏に師事。
 1982~1992年 (社)全日本鍼灸学会・研究部腰痛班班長。
 1982年~現在 山田鍼灸治療院長。
 1983年~現在 日本鍼灸理療専門学校講師。
 1998年~現在 (社)全日本鍼灸学会東京地方会会長。

役職

(社)全日本鍼灸学会東京地方会会長。
 日本鍼灸理療専門学校講師。
 山田鍼灸治療院長。

著書(共同編著)

1989年「図説東洋医学鍼灸治療(消化器疾患担当)」
 1996年「鍼灸院経営のすべて(消化器疾患担当)」
 2000年「鍼灸治療の科学(腰痛担当)」等

図 3

大貫 進 先生 略歴

1946年生まれ。
 1969年東京薬科大学卒業。
 1973年東洋鍼灸専門学校卒業。
 1973年矢数道明先生主宰の温知会入会。
 1978年故・工藤訓正先生と刺絡研究会を結成。

役職

東亜医学協会理事。
 日本刺絡学会副会長。
 温知会事務局・幹事長。

図 4

の復元」といたしております。

まず、光藤の紹介です(図1)。もはや定年退職していますので現在はこの赤字で示すような役割で日々を過しております。本日は基調報告と前半の座長を担当いたします。次に、名古屋の伊藤嘉紀先生を紹介いたします(図2)。本日は後半の座長として、討議のリードをお願いしています。3番目に、第1シンポジストの東京の山田勝弘先生です(図3)。鍼灸学校の教諭でいらっしゃるので刺灸教育のガイドラインについて報告をお願いしています。次が、東京の大貫先生です。本日は刺絡学会の立場から、特に観血型刺灸法に関しての報告をお願いしています(図4)。最後に、大阪の山下仁先生です(図5)。国際派の新進の大学教授としての報告をお願いしています。

山下 仁 先生 略歴

経歴

1964年 愛媛県生まれ。
 1987年 明治鍼灸大学鍼灸学科鍼灸学部卒業。鍼灸師
 1987~1992年 愛媛県立中央病院東洋医学研究所 技師
 1992~2006年 筑波技術短期大学(現:筑波技術大学)助手。
 1999~2002年 英国エクセター大学補完医学研究室 客員研究員。
 2002年 保健学博士(東京大学)。
 1999~2003年 東京大学医学部家族看護学教室 客員研究員。
 2004~2005年 群馬大学大学院医学系研究科 非常勤講師。
 2006~現在 森ノ宮医療学園 保健医療学部鍼灸学科教授。

役職

(社)全日本鍼灸学会研究部安全性委員会代表。
 (FACT)国際編集委員。
 日本代替・相補・伝統医療連合会(JACT)評議員。
 (ISCMR)発起人・理事。
 (KAIM)編集委員。

著書・論文

「鍼灸療の科学的根拠」(共訳、医道の日本社、2001年)
 「現代鍼灸臨床試験-国家試験に出題されない必須科目!？」(桜雪会出版部、2005年)
 (Complementary Therapies in Medicine, 10(2):84-93, 2002年)

図 5

基調報告

上古4刺法体系とその復元

光藤 英彦

愛媛県立中央病院東洋医学研究所

それでは早速、光藤の基調報告に移ります。私の報告の表題は、「上古4刺法体系とその復元」としています。お手元のスライド表のリストに従って報告していきます。今回のテーマは伝承の歴史の上で非常に込み入った事情がありますので、最初に相当の時間を頂いて、全体像を概括させていただくつもりです。

私の報告の序章です。伝承穴位療法としての上古4刺法の成立、変遷、混乱について紹介いたします(図1)。

伝承穴位刺法は、中国最古の歴史書とされます史記の『扁鵲伝』の時代、すなわちBC7~8世紀のころに成立し、当時の上古漢語によって伝承され、内経に片鱗を見せている『大要』という幻の古代医書に上古4刺法として体系化されたものが源流であろうと推定されます(図2)。

この上古4刺法とは、観血型刺法である〈瀉法と除法〉、および非観血型刺法であります〈虚法と実法〉の、合わせて4法のことです。これらの伝承を今日に伝える『靈樞』(あるいは『鍼経』とも呼ばれますが)、その各編を相互比較しますと、既にこれらの伝承成立当初から〈瀉法と虚法〉、〈補法と実法〉との間に概念の混同があったのではないかと推測されます。石坂宗哲が『鍼術提要』や『鍼経原始』で推論しているように、本来、瀉法とは観血型刺法である〈除法と瀉法〉とを意味し、また、カールグレン学派の柴崎保三氏が推論しているように、補法とは非観血型刺法である〈虚法と実法〉とを意味していたと考えます。この伝承の時代における概念の混同が、後のより大きい混乱の源となったと考えられます。今日、せっかく伝承穴位療法に国際的に大きな期待がかけられていながら、効果の不確かさが著しいことをわれわれは意識していますが、何とかこれを克服したいものです。

それゆえ本日、あえてこれまで封じられてきたこ

図1

図2

の問題の封印を開くつもりになった次第です。ちょうど長年、伝承の歴史から封じられてきた観血型刺法が、日本刺絡学会として16年に及ぶ活動を得てきたときであるからでもあります。

伝承穴位療法をめぐる国際的状況は、1970年以降、古今未曾有の大転換が起こってきています。それは1970年の、中国初の針麻酔手術成功というショッキングなニュースです。穴位療法を応用したあの劇的な結果は、決してマジックでもなければ奇跡でもありません。1970年から約30年かけて、世界は鍼療法に強い関心に向けてきました。鍼療法の効果は不安定ですが、通常のコスモポリタン医学では達成困難であったQOL障害を、容易かつ簡便に治療できているという現実を見せてくれています。

また、WHOは鍼治療が容易に実現している医療価値にQOL障害の解消という評価を与えるとともに、21世紀はこのQOL障害の解消に、医療のテーマとして取り組む時代になっていることを予見しております。

図 3

図 4

さて、QOL 障害の解消を提供する伝承穴位療法の最大の欠点は、その効果の不確実性です。この欠点の克服を目指して取り組まねばならぬ問題はたくさんあり、例えば穴位という伝承の国際的なばらつきにつきましては、先年 WHO で取り上げられ、中国、韓国、日本でなぜ異なっているのか、どのように異なっているのかについて報告があった記憶は皆様に周知のところですが、私は穴位の伝承のばらつき以上に、穴位刺法の伝承の混乱の方が、QOL 障害解消効果の不確実性に及ぼす影響ははるかに大きかったと考えております。今回のシンポの狙いは、この穴位刺法効果の不確実性の克服を最終目標とするものと考えております。

私は24歳時、即ち医学部の5回生のとき、1964年に穴位療法の研究への志が与えられて以来、同士も得、また多くの先人たちに導かれて40年余りを歩んでまいりました。この先人たちのリストを図3に示します。

これら7系統の先人たちの業績を学ぼううちに気がついたことは、これらのうちの3系統の先人たちの中に、本日のテーマである穴位刺法の伝承の混乱の存在を指摘された先生方がおられ、既にその修復の方向をも示された先生もおられるのです。それは保三、隆司、宗哲という名前でお呼びします3名の方、すなわち柴崎保三、島田隆司(表には丸山昌朗)、石坂宗哲の3名の学者、あるいは学派です。本日の私の基調報告の前半は、この3名の学派のそれぞれの見識の紹介であり、後半は3学派の見識を土台にして、私ども愛媛東医研で25年余りをかけて取り組んできました内容を紹介するものです。

次に第一章に入ります。先人たちの上古4刺法体

系の気付きと見識です。最初に取り上げますのは、カール・グレン学派の柴崎保三氏の見識です。古代中国に古代文明が成立しましたが、伝承穴位刺法はその代表的な技術の一群です。この技術の特徴は、

(A) 病の応は体表に示される。(B) 病の応に対応した技術を用いると病が解消するという2大原則によって成立しています。この表現の中の病とは何か。これはコスモポリタン医学という疾病とは同じではないということはおぼろげながら分かっていたものの、20世紀終末、WHOによって「QOL 障害」として意識化されるまでは明確には意識できず、私どもも「QOL 障害」のことを「慢性健康障害」という言葉を用いて表現していました。

さて、恐らくBC8世紀ごろに成立したと推定される上古4刺法の体系は、成立当時の言語の上古漢語によって伝承され、やがて『靈樞』(または『鍼経』)に収録されたものでしょう。この源流の伝承を伝える上古漢語の解説は、1930年ごろ、スウェーデンのカール・グレンによって開拓され始め、日本では藤堂明保・東大文学部教授に、そして鍼灸家・柴崎保三氏へと継承され、古代医学の伝承の解明にも応用されることとなりました。

柴崎保三氏は、彼の生涯を懸けた業績を1979年に『鍼灸医学大系』として雄渾社から出版されました。ちょうど私どもの愛媛東医研の開設の年でした。この業績によって、中国最古の穴位療法の伝承を復元する上での国際的に通用する方法論が誕生したと見ることができました。しかし、この柴崎氏の方法と業績は、わが国では医史学の大塚恭男博士には高く評価されていましたが、肝心の穴位療法の世界ではまだ十分に周知も評価もされているとは言えません。

島田虚法のエピソード(A) 医道の日本1997記事より

35年前(1962A. D)に鍼灸学校で教えられた手技によるSHA 法の中で「徐疾」のH0-SHA法として「疾刺疾抜はSHA法、徐刺徐抜はH0法」であると教えられた。…

ところが、それから4～5年経て(1966～67A. D?) (故)丸山昌朗先生に霊枢冒頭の「九鍼十二原」篇の講義をお聞きした。その中で『大要』に曰く、「徐にして疾なれば則ち実し、疾にして徐ろなれば則ち虚す」と云う条文があり、これを解釈されるにあたり、霊枢小鍼解篇の解釈をとられた。

即ち「徐ろにして疾なれば則ち実すとは徐ろに内れて疾く出すというなり。疾にして徐ろなれば則ち虚すとは疾く内れて徐ろに出だすというなり」とであると解釈された。

★学校で教えられるところとは全く異なっている…。

図 5

島田虚法のエピソード(B) 医道の日本1997記事より

それからまもなく(1962A.D?)前橋市の高校の先生をしていた友人から同僚たちへの往診を依頼された。…15～6人の治療をして7～8時間正座をして腰と足がすっかり疲れてしまった。

帰途に乗り換えの高崎駅で1時間にわたってホームでからっ風に吹かれて立っていたところ、やっと来た電車に乗ろうとするも右足が動かない。右下肢の陽明経筋が突っ張っていて、歩こうとするも足首から腰の上までが激しい痛みで屈曲できず右足を引きずることになった。衝陽穴あたりから伏兎あたりに向けて突っ張ってる。

帰宅後まず足三里に3番鍼を刺入(註)。1cm刺したところで痛みの帯に触れたように感ずる。そこで雀啄していると、腰の上下から何かが集まってくるような気がする。

1分間ほど同じ動作を続けていると、その何かが鍼先に直径1～2cmほどの塊のように集まってしまったような感じがする。その時ふと神部源蔵氏の「鍼治療は魚釣りのようなものだ」といわれていたことを思い出す。そこでゆっくりゆっくり釣り落とさないように6～7秒かけて抜針(徐抜)したところ、三里の上下にあった痛みが全く消失し、全く正常になってしまった。これが「疾にして徐ろなれば即ち虚す」であったのである。この場合寒邪の邪気を虚す(SHA法)だったのである…。

(註)疾刺は意識されていない。

図 6

図 4 には、私どもが柴崎保三氏の研究を学んだ上で、本日のテーマにかかわる重要な伝承条文を『霊枢』中からピックアップしたもののリストとして紹介させていただいております。

最初にご指摘するところは、まず上の、紫枠④の中の黒枠で囲ったところですが。これは互文形式で書かれた条文です。互文形式が最古の伝承であるということは、長沢元夫先生が指摘されているとおりです。これはどういう順番で書かれているかと申しますと、1番、「虚すればすなわちこれを実せよ」、2番目、「満つればすなわちこれを泄せよ」。3番目、「宛陳すればすなわちこれを除せよ」。4番目、「邪勝ればすなわちこれを虚せよ」ということで、〈実法〉、〈虚法〉そして〈泄法〉、〈除法〉について述べられています。この四刺法が①—④、及び②—③と2重のペアになっていると云うことが対等の有機的な関係になっているということが、上古4刺法体系と呼ぶ根拠です。

『鍼経』とも呼ばれる『霊枢』の九針十二原篇等に記録された伝承条文群には、最も古代の文型とされる互文形式で書かれた条文が含まれています。これらの条文群を読み比べてみて注目すべきことは、これらの古い条文群でさえ、成立後間もなく、〈補と実〉、〈瀉と虚〉の概念の混乱が発生していることです。しかしまた〈虚法〉及び、〈実法〉の適応について記述が補足追加されて混乱が補われていることも分かります。それが下際⑩の三条文です。下の紫枠の三文が上古4刺法と同義の文とすると八正神明論には

①方(=膨)、員(=行又は移)…柴崎は状態を示す語とする。

②虚→瀉、実→補に転用

以上2種の変化が加わったと解釈せざるを得ない。「瀉は必ず方に用いる」という文章。それから、「補は必ず員に用いる。員と方とは鍼にあらざるなり」と書いているこの3条文です。これは柴崎氏が八正神明論の解釈についてこのように説明しております。この文章の中に、「〈瀉〉は必ず方に用いる」と読み「〈虚〉は必ず員に用いる」と読まない。すなわちその混乱がこの古い時代に既にあったことを意味しています。「補は必ず〈員〉に用いる」。方という言葉、あるいは員という言葉の用法は、これが古文と、その後の中古文とではかなり違うのだ、ということを柴崎氏は指摘しています。なお内経中での瀉と瀉の語の用い方の混同又は変遷については、今は詳述を控えます。

しかし、ここで〈補と瀉〉、〈補と実〉の概念の混同のほかに、この方とか員とかという言葉の解釈と用法、即ち〈方〉というのは四角という意味ではなくて、いわゆる鋒鍼の鋒でもない、四角でもない、これは膨張の〈膨〉だという解釈、これがカールグレン派の解釈です。また、員は行なり、行は移なりという、これも員という言葉、そして行という言葉、そして移という言葉についての解釈を古代語で解釈しないと、文義を誤る。平安時代の文章の「あなをかし」を「ファニー」と考える解釈の仕方ではなくて、「素晴らしい」という解釈にしなければならないという古代文の解読方法の研究は柴崎氏たちの業績だと思われます。

次、第2番目に、丸山学派の島田先生の見識について紹介します。ここで今日、鍼灸家の方々にはよく知られている丸山学派の故・島田隆司氏の見識に

図 7

ついて紹介いたします。故・島田隆司氏は、『難經』系の論理を遵奉する方々が主流の日本の鍼灸界にありましては少数派の、『内經』遵奉派の治療者でした。彼は『内經』研究の先駆者である故・丸山昌朗医師の高弟として知られております。

彼は1962年に鍼灸学校を卒業して鍼灸家になったのですが、その4～5年後の1966年、丸山昌朗医師から『靈樞』の九針十二原論篇と幻の文献『大要』の伝承の講義を聞いて、初めて『内經』に収録されている上古伝承に目が開かれ、たまたま友人の紹介患者さんたちに対しての集中治療で、自らの足腰の疲労の後、寒冷被爆を受けて自らの両脚に痛みを発症した際、これを自ら鍼治療しようとして、どういうわけか丸山昌朗医師の講義を思い起こしたというエピソードがこれです(図5)。「学校で教えられたところとは全く異なっている」と表現されていますが、どういう点が学校で教えていることと、丸山先生から教わった島田虚法のやり方と違うのかということについては皆さんじっくりと検討してほしいと思いますが、今は時間がありませんので後の課題にいたします。

次に、「それから間もなく」ということで始まっていますこの文章(図6)は、そのときの状況を描写したものです。この表に示された島田虚法は、私どもが『靈樞』第1編、『素問』の第26編の八正神明論、そして、『素問』第27編の離合真邪論の伝承を併せて復元した複合虚法とは少し異なっており、『靈樞』第1編、九針十二原論に伝承されている一番単純な最古の伝承として伝わっている〈徐抜の虚法〉が試行された様子が描かれています。そして、それによって見事に快癒しているということが

図 8

示されています。

そこで、次に虚法とは何かということを私どもが復元したものを紹介いたします(図7)。ここに定義、そして用鍼、用穴、それから刺法のプロセスをA, B, C, Dと分けることが出来ます。そして4に注意ということで、四つの表現に分類にして全体像を示しています。これも最終的に、また後ほど、虚法と実法とを比較しながらご覧に入れる図で改めて紹介します。

これは今の虚法のイメージを図式化したものです(図8)。この図におきましても、それぞれの部分が何を示しているかは説明する必要があるかもしれませんが、また後ほど丁寧に示したいと思います。想像力が豊かな方は、この図で虚法の大体の全体像を見てください。

最後に和蘭折衷派の石坂宗哲氏の見識について紹介したいと思います。今回のシンポジウムの中心に置きました部分は、この石坂宗哲の見識です。伝承の混乱を認識し、修復の方向を的確に指摘しました代表者は石坂宗哲です。彼は穴位刺法の伝承の問題点を鋭く指摘し、『鍼術提要』、及び『鍼経原始』という1820年代に表した二書にそれを示しています。宗哲は江戸末期、オランダ医学と日本が接触した際に、江戸幕府の伝統医学の側を代表する人物として活躍し、シーボルトとの交流が有名です。彼は和蘭折衷の第一人者と見なされておりましたが、それから30年後の明治維新のときには、既に宗哲は死去しておりまして、当然のことながら日本医学とドイツ医学との交流の上で何の足跡も残していません。しかし、彼の『鍼術提要』、及び『鍼経原始』に残された見識が明治の識者に活用されていたならば、

図9

図10

図11

図12

明治4年に出されました太政官布告の内容は大幅に異なったものとなっており、今日のシンポジウムの必要もなかったであろうと思われます。このことについてはシンポジストの山田先生に少し検討してもらっていますので、後で紹介してもらいます。

日本政府のオランダ医方からドイツ医方への転向の理由につきましては、昨年の第57回大会の吉良枝郎教授の教育講演の内容を参照していただくとよく分かります。

私は1966年、第5世、神戸源蔵氏の紹介によって、偶然にも石坂宗哲の第4世を自称される町田栄治氏を訪問。このとき、前述の宗哲の見識を示す『鍼術提要』を書き写させていただいております。この文献が40年を経て今日のシンポジウムの中心に置かれています。

町田氏は私と出会う前に、故・間中喜雄先生とも会われていますが、間中先生は町田氏の技術を評して、「將軍様にしか使うことのできない、一般大衆技術とはならない技術である」と一蹴されたという

ことです。また、私の同門のK医師も町田先生に教えを請いながら、我流に走られているにもかかわらず、石坂流を名乗られたことで破門にされたということです。それほどまでに石坂宗哲の復元した穴位刺法の正しい継承に、かたくなまでの心血を注ぐ志を持たれようとしていた後継者のおられたことが伺われます。私も公務を終え、人生の晩年です。宗哲の後継者によって破門されるかもしれませんが、敢て宗哲の見識を紹介したいと思っています。

次に、宗哲の見識の中には幾つかの重要なポイントがあります。宗哲の見識を示す書としては、1820年代に表した『鍼術提要』と『鍼経原始』とがあります。前者は門人の入門書としての性格を持ち、後者は後世の研究者に残す学術書としての性格を持っています。後者は長く幻の書とされていたのですが、宗哲の没後160年を経て、AD2001年に内藤くすり記念館に収蔵されていた書物群の中から長野仁先生によって発掘され、解題が付けられています。このシンポジウムの準備を進めている最中にその書の存在

図12

図13

を教えられ、たまたまその内容を読むことができましたので、準備の参考として用いさせていただいています。

『鍼経原始』は全文漢文でしたためられてあるのみならず、一部墨で消した部分の判読できないところがあります(図9)。従って、私の基調報告の中の宗哲の見識は、主として1966年に町田栄治氏に書き写させていただいた『鍼術提要』の一部が主体となっております。『鍼術提要』の〈補瀉について〉を見ますと、10節からなる文章で構成されておりますが、その第6節は前半が〈虚法〉の説明となっており、後半が〈実法〉の説明となっておりますので、これを4節と5節にそれぞれ振り分けて読みやすく整理して、改めて9節の文章に再編して、4枚の表にしております。皆さんにお目に掛けるのはその1から4までの順番どおりではありませんが、全部用意してありますので参照してください(図10～図13)。宗哲の見識は、文字の大きさに重要度を示していることに注意してください(図12)。

こうして観血型刺法としての〈泄法と除法〉は、宗哲の見識の第3、図10(第7節と第8節)に示しております。この〈泄法と除法〉の説明は逆で、血絡すなわち細絡への対処を除法と考えたいのですが、第7節の「衛の浮したる細絡のむすばれて高く起りたるを…」というこの状態が、皮膚刺絡の対象とも異なり、一体何を指すのかという議論になりました。シンポジストの先生たちの中でいろいろと意見が出されまして、大貫先生からはこれはやはり静脈であろうと。そして、その一部が刺絡に適した状態になっているものを指すのだらうと解釈にされました。私もその解釈に対応した経験を得ていますので、今は

大貫先生と同じと考えております。

次に1840年代、石坂宗哲は江戸幕府を代表する医官としてシーボルトのオランダ医学とも対峙し、日本の穴位療法を代表する立場に置かれ、当然刺法の伝承も正しく継承する使命を果たすべく苦勞されたと思われます。上古漢語の国際的研究は、1930年以降ですから、宗哲の時代にはまだ未開拓の時代ですので、頼りになるのは病人からの応答のみですから、宗哲の臨床的洞察力のみが頼りででした。それによって穴位療法の本質を極めようとしたものと推定されます。

特に第9節(図11)で、虚実の法の会得には孫子の兵法との共通性を認識しておられたことはさすがと恐れ入らざるを得ません。どのように書いてあるかといいますと、「いかなる博学多才な人なりとも、学、術の二つの釣り合いがなければ、聖經の奥義は解し得ること難かるべし。国を治め、家を治むる学より、軍人、弓馬、槍剣の術に至るまで、これはすなわち兵法です。その理は同じことと知るべし」。ということで、孫子の兵法と同時代に起源があるということが示唆されています。

次に参ります。また、非観血型刺法としての〈虚法と実法〉とは、こちらの図12と次の図13の二つにわたって示されております。補法は、瀉法とは異質の刺法であると見立てていることも、また当時の毫鍼による同型の刺法、すなわち〈虚法〉と〈実法〉とに技術による相異があると云う認識も大変洞察力を必要としたと考えられます。特に〈迎隨法〉との関係を判断することは更に大変であったと思います。〈虚法と実法〉は今日に至るもその意味さえ理解されておらず、それゆえ教科書に記載されておられ

図15

ん。これは大問題だと思われます。このことについては多分後で議論になると思います。その他として、〈迎随法〉についてはこの図9で示してあります。〈迎随法〉の刺法とは一体何なのか。〈虚法〉でもなく、〈実法〉でもないが、毫鍼の刺法とかかわることは明白です。

石坂流の実際を見ますと、刺鍼時に術者が身体への刺入方向に対して圧振動を加える、いわゆる「鍼あんま」と称する操作だと、門人と病人には示しておられましたが、研究書として伝わる『鍼経原始』には、「すなわちこれ〈心術〉なり」と表現している点は意味深長です(図9)。皆さんはこの表現をどのように理解されるでしょうか。私は全体を見て、いわば初級か中級向きの説明と思われる。最終的に上級者に対する説明もあります。それは最後に出てまいります(図26)。単にイメージだけのことは考えられません。

次に宗哲とカールグレン学派の見識の一致している点です。また、宗哲は親血型刺法の〈泄法と除法〉とは〈瀉法〉と称し、非親血型刺法の〈虚法と実法〉とは〈補法〉と称すると明記しており、4刺法相互の位置づけを明らかにしております。柴崎氏の見解と同じです。特に〈除法〉と〈実法〉との認識のためには、上古漢語の〈方と員〉という二つの文字の使い方、その解明なしには理解することが困難でした。それを柴崎氏は膨大な上古漢語の研究によって明らかにしておられ、宗哲は臨床体験から洞察しているわけでした、いずれも非常に大切な成果であると思われます。しかもそれが一致しているということが重要だと思います(図14)。

柴崎氏はカールグレンの方法で方と〈彭〉、員と

図16

〈行、移〉という言葉が同義の内容を持つ穴位組織の性質を表す言葉であるとの認識に至るので、このことがなければ虚実の法の適応の認識には到達できないものであり、最も大切なポイントだと思います。しかし、宗哲はカールグレンの方法なしに臨床のみから同じ見解に達していたということはすごいことだと思います(図26)。

『靈枢』の九針第十二原、また、『素問』の八正神明論、そして離合真邪論との、この2書、すなわち『靈枢』と『素問』の二書の中での〈瀉〉と〈虚〉の混同、そしてまた、〈補〉と〈実〉との混同ということ想定しなければ、この全体を理解することが困難です。その意味で方、員、行、移という文字の字義の研究結果が加わることによって、この伝承の意味がかなり明白になってきたと思われます。しかし、これを実際に検証するのは一方で馬場白光氏等の如き物質科学的な研究も必要であろうと考えられます。

なお、第6節には(図10)、病証多元説と受け止めることのできる、現代の病人の複雑な病態の認識が示されています。このように現実の病人に対する施術の方法が示されており、今日の私どもにとって大変参考になる資料です。この第6節に再度注目して下さい。「一人の病にて上部に虚法を用い、腹部、下部に実法を用い、あるいは下部に虚法を用い、上中部に実法を用いるのたぐい」、すなわちこれは病証複合説と考えられますが、医者(の病者)に対する工夫、臨床診察にもとづいて、互いに用いることが可であると書かれています。

私どもの時系列分析ケアシステムの確立に至った穴位所見図分析によって、私どもは日々の臨床、す

この件に関しては、『鍼術提要』の方にも記述があるのだと思うのですが、私が書き写させ

鍼灸組の座長であった間中喜雄先生は、鍼灸で劇的に効いた事例を取り上げて、それで外国人を驚かせたらよいと考えられておられたのですが、肝心のシンポジストである若干30歳前後の私どもの診療の現実には、そんなに高いレベルではありません。私どもの技術でケアした病人で高齢者にどのような効果を提供できているのかを調査した上で、これを正直に報告しようということになりました。そこでまず

图19

師匠の代田文誌先生の臨床例を片端から読み直し、
高齢者の健康に与える良きこととはどういうことか
ということを調査することにいたしました。

代田文誌師の報告例では、中高齢者に対して、どのような健康障害を持っているのかという調査をまずフィールドワーク前にやりました（図16）。それによりますと、多部位・多病証を持っているということでした。鍼灸はこのような健康障害にどのような効果を提供できているのかということに関しては、各病証に対して、1. 苦痛の軽減、2. 不安の解消、3. ADLの縮減からの開放、第4番目に高ストレス耐久性の増大。すなわち穴位療法によってQOL障害の解消がなされているということが各報告の中でとらえられております。これら4項目の改善状況について、一例一例定性的に測定評価することとなり、これらを総合して評価するシステムを考案しました。一方、これら高齢者に共通する老化についての系統も系統的に学習しました。こうして4名の治療者の担当患者について効果を調査することとなりました（図17）。

この効果を調査したのはT病院の卒後研修プログラムに参加していた研修生たち4名で、治療者とマンツーマンで調査に当たりました。調査は前半と後半の二つの時期に分けて行われましたが、その結果は大変興味深いものでした。4名に共通して、このテーマに関しては程度差こそあれ有用性が示されておりました。ただし、4名の間に明確な個人差があると感じられました。

そこで後半にはこの個人差について調査してみることにしました（図17）。4名の治療者に共通する技術は、〈S法〉すなわち澤田流、代田流の灸法で

图 20

すが、これにはキャリアの違いがあると推定されました。しかし、4名の相違はそれだけではありませんでした。事情があつてA君には石坂式の実方と私が考えますO法、〈太田天真流〉一本針法を日常診療の中で指導しておりました。

そこで、後半の調査では、前半最下位のC君にS法について未成熟なC君でも容易に実施できるK法、すなわち工藤流刺絡法の技術を指導することにしました。それはC君が指導を進んで受け入れる状況にあったからです。後半のC君の成績は、ものの見事に先輩であるB君、D君を超えて、A君に匹敵するレベルになりました。

有用性に寄与する唯一の要素を有効性寄与率として計測してみますと、いかに K 法の有効性寄与率が高いかが歴然でした。B 君と D 君の前半の調査参加効果が有効性寄与率で 4 % 強であることから見て、K 法による変化はその 7 倍を超える著しさでした。

このデータの星印のところがそれです（図17）。SとKでできた有効性寄与率が後半でもA君の48.8に対し47.5と非常に接近したところまでC君の成績が上昇したわけです。

このデータは生のまま1978年の学会で報告されていますが、治療者別の有効性寄与率として解析されたものの報告は、調査から25年以上経過しました2003年の第52回全日本鍼灸学会の特別講演の際に25年ぶりで報告されたことになります。この結果は25年間対外的に報告されていませんが、1979年に愛媛東医研に赴任して直ちに愛媛東医研での診療の中核技術をS法とK法に決めましたのは、私が直感的にK法とS法の優秀さを理解していたからである

と思います。A君の持つO法をすぐには導入しなかったのは、どの技術も中途半端になってしまっただけという気持ちと、まだ導入する必然性が少なかったからです。といいますのは、愛媛の社会ではお灸をすることが一般的な穴位療法であって、誰もそのことについて疑わなかった。又どの家庭でもお灸ができたという状況によります。

ところが、愛媛東医研開設後25年以上経過しまして、愛媛の社会は本州との3架橋、それとモータリゼーションの発達で生活文化が大きく変化しまして、これまで主婦のケア力に支えられてきた灸療に急速な陰りが見えてきました。既に今日はA君のO法も導入すべき時期となっており、また、泄法の活用拡大の時期でもあります。そこで、AD2000年以来、従来と異なる方向に技術開発の努力を傾けるべき時代に至っていると考えました。

ところで、前半の調査を終えましたとき、治療効果の治療者ごとの丸ごと評価を算出してみますと、A君1位、B君2位、D君3位、C君4位となっていました。ここで臨床効果がS法によってのみ決定されるものとしますと、当然キャリアの序列から考えましてB君が1位となってしまうべきですが、A君が1位でB君が2位ということは一体どういうことなのか。A君がS法以外に用いているO法による効果の反映ではないかと考えました。

さて、私が愛媛に赴任しました1979年の秋は、K法の事始めの年でした(図19)。とともに時系列分析開始の年でもありました。次にこのことに触れましょう。生活史分析によって時系列分析は成立し、2005年に開発された穴位反応分析によって時系列分析が確立したのですが、穴位反応分析が可能になりましたのは、上古4刺法の復元の結果でした(図20)。

CACSと申しますのは(図18)、時系列分析ケアシステムです(図19～図21)。その開発についてです。まことに幸運なことでしたが、愛媛東医研開設後2カ月ほどの時期に、私が担当しました一婦人の診療によって、同所で運用予定でありました上古4刺法の〈除法〉の運用が、所内スタッフの日常的な技術となるきっかけになったのみならず、時系列分析開発のきっかけともなったのです(図19)。時系列分析が〈除法〉運用の適応であります痼疾を認識を得る生活史を調査する方法となったのです。多

病位・多病証の病人の病証の全体像を調査し、整理する方法論が必要であり、それに応じられるシステムが時系列分析でもあったということになります。

時系列分析につきましては、十分に時間をかけて説明する必要があるのですが、今回は時間がありませんので、次の1枚だけの図19でこれを説明いたします。

時系列分析の開発のきっかけとなりました出来事は、当時56歳の小柄で浅黒い農家の主婦U・Hさんの診療体験でした(図19)。U・Hさんは、左側胸部の積熱性疼痛発作を主病証とし、予後不良の特発性肥大型心筋症という触れ込みでした。二つの大学病院級の専門医療機関で診察を受け、いずれも同じ病名、同じ病位診断が与えられたということでした。いずれの医療機関でも病人の苦痛が改善しないこと、また、QOLが改善しないことも同様であったといえます。

この婦人を紹介してきたM氏は私の東京時代からの患者であり、愛媛に私を引き戻した当時の知事のブレーンの一人でもありました。私の治療に奇跡を期待されたのです。紹介を受けました私は、この患者の触れ込みの病名すら知らなかったほどですから、いかんともすべからざる状態でした。しかし、そのとき私が極めて幸運でありましたことは、①K法のけた違いの的を射たときの有効性を知っていたことと、②K法の適応となります標的の細絡を検出できたことでした。脊中の棘突起周辺部を丁寧に観察している時、TH4棘突起の下の明瞭な細絡を認めました。これで実は内心ほっとしたのです。これに上古4刺法中の第3刺法である〈除法〉の鍼術を行えば、必ずや患者の胸部の苦痛は治まる可能性があると思えました。この唯一の手掛かりを中心に〈除法〉の処置を行いました。予期したとおり、既に処置中に患者は爽快感を覚えたようで、当初の焦燥のイメージはたちまち軽減しました。

1週間後には、初診時とは打って違ってU・Hさんは、「実は先生」と極めて重要な幾つかの生活歴と二つの専門医療機関での諸検査のサマリーも提出してくれたのです。以後1週間ごとに6～7回の診療によりほぼ苦痛は消失してしまうに至りました。第6回の処置以後2カ月に1回の間隔で治療を追加し、合計9回の診療で診療を終了いたしました。

この体験は、この患者を取り巻く多くの人々およ

時系列分析の成立から確立に至るプロセス

5) 2003 第52回全日本鍼灸学会の特別講演として“時系列分析ケアシステム”として紹介、AUDIT機能を備えたチーム医療のモデルを紹介。QOL障害の成立と解消及び穴位療法の成立に関する病態生理の認識に至る。(13)

6) 2004 大要4刺法のうちの虚法・実法の開発のビジョンを得る。(22)

以上のプロセスを経て**虚法の再開発**が出来て実用化することとなり、**時系列分析**も確立して**穴位反応分析**も開発出来、**卒後研修システム**も確立することが出来た。**★**
残るは**実法の再開発と実用化**である。

図21

び研究所の全スタッフに強烈な印象を与え、観血型刺法である〈除法〉の有用性を納得せしめました。これは、愛媛東医研の穴位療法技術の二大支柱を〈灸法と除法〉とすることを暗黙のうちに納得せしめたことになります。一方ではその数年後の1985年に生活史分析と言える時系列分析を開発する端緒になったのです(図20)。以後はAD2000年に至るまで時系列分析の開発、習熟が研究所活動の中心となっており行われました(図21)。

研究所活動を総括し、振り返る機会が与えられたのは、AD2003年の第52回全日本鍼灸学会の特別講演のときでした。このとき、1979年10月に体験しました〈除法〉の劇的な体験から時系列分析ケアシステムの開発に至る歩みを振り返り、上古4刺法の中の〈除法〉のみでなく、他の〈泄法〉、〈虚法〉、〈実法〉の開発の必要性和、時系列分析ケアシステムの確立も意識するようになったのですが、いかなせん、もはや定年退職までの期間をあと2年残す時点まで迫っておりました。

この時点でともかく上古4刺法に関して取り組むべき方向、すなわち復元の方向が示されたのです。〈実法〉につきましては定義も明確化し、実践のイメージも確立しているのですが、いまだ技術として確立しているとは言い難い状態です。しかしながら、この〈実法〉の代用として、萎縮性陥下型反応穴への輻射熱型の灸による代用が有用であることを認識しております。家庭灸法のできない、施灸のできない方のケアを充実せしめるためには、〈実法〉の刺法開発と普及がこれからの重要な課題であると考えています。

また、〈泄法と除法〉に関しては、『素問』血気形

今後取り組むべきこと

★1) 泄法適応の拡大と整理。
古代泄法と近代泄法との統合。

★2) 実法の確立。
輻射熱灸法の適応と関連性について。

★3) 除法の体系化。
古代除法の適応としての痼疾の内容の区分と分類。

★4) 刺法運用の順序についての吟味
(素問: 血気形志論篇の吟味)。

5) 刺法研究・研修の方法としてのCACSの確立と集積。

図22

志論篇に伝承されていますように、〈虚法と実法〉に優先して運用すべき刺法とされておりますが、〈泄法と除法〉の間ではどちらを優先すべきであるか、現実の問題、このことについては議論されなければならない、一般に急性病は慢性病よりも先に手を付けるべきであるという常識に従えば〈泄法〉の方が先である。しかし、〈泄法〉の適応の場所よりも、〈除法〉の適応である細絡の方が目に付きやすいのです。そうなるとわれわれとしてはとにかく〈除法〉の適応の方に手が向くというようになってしまいます。この点をどう考えるか。これは重要な課題です。

上古4刺法の運用に関しましては、①運用の順序にかかわるものと、②運用の分布に関するものとの二つがあります。前者の順序に関しましては『素問』の血気形志論篇に述べられており、これを吟味する必要があります。また、後者の運用の分布に関しましては、宗哲の『鍼経原始』にまとめられていますので、後にこれを紹介いたします。

折しも、AD2005年には松田博公氏の『鍼灸の挑戦』が出版され、浅見鉄男氏、安保徹氏の井穴刺絡、すなわち近代泄法が紹介されるという状況を背景にしておりました。〈泄法〉に関しましては熱性の病証に対しての適応があり、また、救急病証に適応のあることが古来体験されており、この面における適応が拡大されるならば、穴位療法の適応が特にQOL障害の解消に極めて有力な技術として開発されるわけで、今後十分に研究開発される必要があると考えております。既にこれまでのこのジャンルを開発してこられた浅見氏および安保氏との連携によって充実せしめる領域と考えております。

図23

次に、上古4刺法再開発への歩みについて紹介いたします。〈虚法〉の再開発への取り組みが最初です。最初に取り組みましたのは〈虚法〉でした。図7で示しますのは、九針十二原篇、そして、『素問』の八正神明論、そして、離合真邪論等から総合して復元した〈複合虚法〉の全体像です。島田虚法のエピソード図5、図6はこれらのうちの一部分だけが使われております。これは、九針十二原論篇の一番素朴な速刺—徐抜の徐抜部分だけが意識されて用いられている。しかも、それでいい効果を出している。ただし、ほかの部分は要らないのかというところがちょっと関心のあるところです。私どもは復元した全体を用いることを一般的なやり方としています。でも、一番簡単な方法で済めばそれが一番手軽なわけで、これもこれからの検討の課題です。

先ほどもお見せしましたが、〈復元虚法〉の技術をシェーマとして表しますと、このようになります(図8)。〈虚法〉の適応とする穴位刺法の標的は望診で推定され、触診で確認される穴位の状態であると言えます。

このシェーマ(図8)について紹介に少し時間を割きたいと思います。呼吸の相を7相に分けて、これと鍼の刺入深度との対比、突起の発生仕方との関係。そして、操鍼エネルギーとの対比を描いております。最上段の波型の曲線は、穴位組織の刺入、身体への接触圧の呼吸性変動を想定したものです。鍼の効果と相関するのは前述の接触圧および身体と穴位組織との摩擦力であると考えています。また、〈虚法と実法〉との効果の特異性は、接触圧および摩擦力の発生する呼吸の相、すなわち呼吸相であるか、吸気相であるかとの絡みと考えられます。〈転〉、

図24

〈引〉というマークがありますが、これは鍼体の軸方向の中心の周りに半回転反復するのが〈転〉であり、軸方向の進行方向に徐引するのです。すなわち引き抜くことを反復するのを〈引〉のマークで示しております。想像力の豊かな方は、この図でもってイメージをわかっていただきたいと思います。

次に、〈実法〉の再開発への取り組みです(図22)。次いで〈実法〉の再開発に取り組みました。〈虚法〉の場合と同様に、柴崎、宗哲、隆司の見識を参考に、〈実法〉とはここで示すような技術であるとまとめることができました(図23)。この〈実法〉は最も難度の高い技術で、〈虚法〉の習得ができた後に挑戦すべき技術であると考えます。私の観察しましたところでは、ごく自然に鍼を打って、自然に〈実法〉になる術者と〈虚法〉になる術者がおり、前者を〈ナチュラル実法〉の治療者、後者を〈ナチュラル虚法〉の治療者と呼んでおります。この二つのタイプは、その方の気質、性質によって個人差ができているように思われます。この二つのタイプの施術者と異なるタイプは、異なるタイプの医療の誤治を起こしやすいようです。鍼術のプロであるならばどちらも意識的に自己コントロールをして規定の施術をするべきであるとも考えます。師匠の代田文誌先生は〈ナチュラル虚法〉の施術者でした。

実法の施術をシェーマで表しますと図24のようになります。〈実法〉の適応する穴位刺法の標的も望診で推定され、触診で確認される穴位状態であると言えます。前述の〈虚法〉(図8)と同様に、穴位組織の刺入、身体への接触圧の呼吸性変動を想定したものです。鍼の効果と相関するのは前述の接触圧および身体と穴位組織との摩擦力であると考え

図25

えています。また、〈虚法〉と〈実法〉との効果の特異性は、接触圧および摩擦力の、発生する呼吸の相との絡みによると考えられます。なお、石坂宗哲、第四世の町田栄治氏の〈実法〉の実際を拝見しましたが、〈鍼あんま術と称する技術〉がこのようであったと考えます。図のほぼ真ん中辺りに描かれている部分です。

すなわち〈迎随法〉とは、実法の徐刺相で加えられる揺らぎ様の鍼体への圧振動付与操作のことを指しているように伺われました。このことは、実は門人および患者さんに対しての説明であって、実際はそれとは違うところにあるということが推定されます。それはまた後ほど出てまいります。一つは、「〈迎随〉とはすなわちこれ心法である」と書いてあります(図9)。心法とは一体何だろうということになりますと解釈はいろいろになってきます。これは中級の方への説明です。そして、最後に心法とはこういうことであるということを論述した文章があります(図26)。それがこの『鍼経原始』の結語に見られますが、また後ほど紹介します。第3番目のすなわち上級者に対する説明がまたあります。これは石坂宗哲の一番の奥義、秘伝として伝えたいところだったと思われます。それはまた後ほど紹介いたします。

そして、第3番目、〈泄法〉の再開発への取り組みです。近年、伝承穴位刺法とは別派として(図3)、第7系統に示しております浅見鉄男医師、それから、井穴刺絡のほか皮膚刺絡のみを開発する研究グループが誕生してジャーナリズムをにぎわしています。ただし、近代医学的説明が付けられていて、今日の病人や医療者には大変分かりやすく、私ども

図26

の外来にも新聞記事を見て、「それやってほしい」と言ってくる潜在ニーズを持つ受診者が交ざっております。それゆえその開発者による紹介文献に目を通してみますと、真実か否かは今後の検証を待つ必要がありますが、中には追試してみたい部分もあります。特に新潟大学の安保教授は国際的な細胞免疫学の研究者ですので、敬意を表する必要があると考えております。

上古4刺法中の泄法は、井穴刺絡も、皮膚刺絡も包括しているので、伝承の適応としての第1番に癰熱を主とする適応と、満するものを主するという適応の二つが伝承の中には記載されております。表の下に本来は付け加えるべきことなのですが、『靈枢』の第78篇の中に鋒鍼の適応として書かれています。図4にはもれています。

癰熱とは一体何なのか。白血球系の病態なのか、それともこの癰という字が病だれでなくて雁だれの誤寫かもしれないということを考える必要があります。雁だれであればこもった熱という意味を表します。ですから、どちらなのか分かりませんが、単純に両方の可能性があるで一応今の段階では考えておくべきでしょう。その辺のところは浅見先生、安保先生の理論の方から逆に説明がついていくのかもしれないと考えています。

浅見鉄男医師は自らの技術の伝承ルーツを明らかにしておられませんが、刺法の臨床文献を検索してみると、丸山、工藤、代田(文誌)などの文献伝承の上に築かれていると判断されます。ただ、安保徹氏の理論はルーツはよくわからないのですが、石川日出鶴丸以来の自律神経学派とは別系統のものであると考えられます。

第3章です。上古4刺法の運用に関する宗哲の見識と互文形式の伝承についてです。上古漢刺法、あるいは上古4刺法の運用に関連する伝承は、『素問』『靈樞』の中におびただしく収録されておりますが、その中でも代表的な二つを取り上げてここに紹介いたします。

第1に紹介するのは、運用の順序に関するもので『素問』血氣形志論篇の伝承です(図25)。四角で囲っているところがそれに該当します。これも互文形式で書かれてあります。ということは、非常に超古文のルーツを持ったものであるということが分かります。四角で囲んであるこれを見ますと、この文も互文形式で伝承されている超古文と考えられますが、治療のプロセスとして、まず観血型刺法と非観血型刺法の運用順序が示されております。観血型刺法を優先すべきであると主張しているわけです。その後で「有余を瀉し、足を補せ」と書いてありますが、これはやはり〈虚と実〉、〈補と実〉、〈瀉と虚〉の用い方の混同ということで、瀉というところを「有余を虚し、不足を実せよ」と読みかえて、これは刺絡、要するに鋒鍼の適応ではなくて、毫鍼の適応の虚法と実法の部分をこの後に書かれているのだと解釈した方が合理的であると考えております。この互文形式の伝承の超古文としての形式は、長沢元夫教授によって示されております。

次に、第2に紹介したいのは運用の分布に関することで、宗哲の見識の病証複合説とも言うべき見識です(図10)。『鍼術提要』の記述によりますと第6節に示されているところです。「一人の病にては、上部に虚法を用い、腹部、下部には実法を用い、あるいは下部に虚法を用い、上中部には実法を用いたぐい。(すなわち病証複合説)」と考えられますが、これは医者、病者に対する工夫、すなわち臨床判断にて互いに用いてよろしいと書かれております。

この病証複合説に関しましては、私どもは日ごろ時系列分析ケアシステムによる事例カンファレンスによって、このことを症例、症例ごとに討議しております。

最後に(図26)、これはいわゆる〈迎随法〉についての上級者に対する石坂宗哲の奥義を示しています。★印の部分ですが穴位が、〈虚〉を表していれば、すなわちこれに〈実法の鍼術〉を用いなさい。〈実〉を表しているつぼに対しては虚法の鍼術を用

まとめ

穴位療法の基礎技術について。

和蘭折衷の第1人者とされてきた石坂宗哲(1770~1841)の見識を骨格とし★上古言語学の新展開(1936~)の知見などをふまえての修正を加えて、新しい統合医療時代の同テーマの出発点としたい。
世界の新しい統合医療時代の臨床医療の土台を築くためには、既に穴位位置に関する国際標準化作業がWHO主導ですすんでいるが、「なお穴位主治及び、ケアシステムについてのグローバル化への取り組みも今後検討されなければならない。」と考える。

図27

いなさいというところから始まって、すなわちこれで妙所に至るべしと書かれている最後のところまで、このところに実は〈迎随法〉の一番本格的なところを示しています。

この文章で宗哲は最上級者に対して迎随法についての宗哲の奥義を伝えようとしているのだと思います。この内容につきましてはそれぞれのかたがたが解釈していただけたらと思います。これはその解釈に至った人でなければ、未熟者がこれをやろうとしますと間違いを起こしますので私は解説を控えるべきでしょう。臨床を通してこのことを理解された方が最終的に会得していただけたらと思います。

前述しましたように、宗哲は「〈迎随〉とはこれ心術なり」と『鍼経原始』に記しておりますが、ここで説明していることは感性の集中型の技術、手技であるということです。このことを、「術は心術なり」と表現されているように思われます。

私どもは時系列分析ケアシステムを用いての臨床ケース、カンファレンスの中で、宗哲の見識と病証多元説を日々吟味しているところです。この青線と赤線で示された宗哲の見識は、現代における時系列分析、ケアシステムの穴位所見分析でとらえようとする私どもと共通の認識であることも驚くべきことではないかと思えます。方法論は異なりますが、宗哲の見識と柴崎氏の見識、そして私どもの認識とは一致しているのです。この点は、1820年代、カールグレンの研究方法がまだ開拓されていない時代に既にこのことを把握していたということで、石坂宗哲の臨床家としての洞察力のすごさ、また、門人教育の使命感の強さを改めてうかがい知るところです。

私が今まで話してまいりましたことは、穴位療法

の基礎技術についてというシンポジウムテーマの基調報告ですが（図27）、和蘭折衷派の第一人者とされます石坂宗哲（1770年～1841年）の見識を核として、上古言語学の新展開の知見などを踏まえての修正を加えました。新しい統合医療時代のこのテーマの出発点としたらどうかと考えております（図22）。

世界の新しい統合医療時代の臨床医療の土台を築くためには、既に穴位位置に関する国際標準化基準作業がWHOの主導で進んでおりますが、穴位主治およびケアシステムのグローバリゼーションへの取り組みも今後検討されることになるのだろうと考えます。

基調報告の結びです。穴位療法をめぐる明治以降の動きを総括しますとき、近年を三つの時期に分けて考えると分かりやすいと思います。第1の時期は明治維新时期でありまして、第2はGHQの支配期です。第3は1970年以降の国際期です。第1期、すなわち明治維新时期は、明治政府のドイツ医学への傾倒と伝承技術の抑圧にもかかわらず、視力障害者への福祉対策上、結果として無害化およびドイツ医学への同化対策期になったと言えましょう。第2期はGHQ支配期で、晴眼者への穴位療法の拡充期です。教育内容は第1期と同じで、穴位療法の無害化とドイツ医学への同化対策期のままであり、その後の研究発展の期待された時期です。第3の時期は1970年以降で、世界のQOL障害解消という新たな医療目標に向けて、穴位療法の潜在能力を十分に発揮することが期待されている時期です。この第3期の発展のためには伝承穴位療法の正しい復元と継承が必須の状況が生まれてきた時期と見ることができます。これが今回シンポジウムの企画された時代的要請と考えられます。しかしながら、長らく抑圧されてきましたので、ひずんだ習慣が復元作業によってかりに正されたとしても、新たな習慣として定着するのは簡単なことではありません。十分な対策を講じる必要があると考えています。

皆さんは穴位療法に関心を持たれる非常に奇麗な先生方だと思いますので、今後の協力を期待して基調報告の内容を構想しました。これで本日のシンポジウムを前半を終了いたします。後半は、伊藤座長を中心に、まず各シンポジストの専門領域に関しての報告をお願いし、最後に会場の皆さんも含めての討議をまとめていただけたら幸いです。以上、どう

もご清聴どうもありがとうございました。

伊藤 どうもありがとうございました。

それでは、次に「学校教育における虚実補瀉のガイドラインについて」、山田先生お願いします。

学校教育における虚実補瀉のガイドラインについて

山田 勝弘

全日本鍼灸学会東京地方会会長

山田 山田でございます。よろしくお願いいたします。私は故・代田文彦先生、それから光藤英彦先生に玉川病院で御指導頂きました。その当時は西洋医学的なアプローチを主にしていたのですが、その後、学校の教育に当たり、それから臨床をやったりして、だんだんと東洋医学の理解を深め、光藤先生のこのような要請にも応じられるような立場になりました。このような機会を与えていただいたことに本当に感謝致しております。

それから、私のこの穴位療法の基礎技術というテーマでの「学校教育における虚実補瀉のガイドラインについて」ということですが、今、光藤先生がずっと述べられておられました穴位療法という考え方がどうして今現在まで伝わらなかったのかという点をお話したいと思っております。

この私の発表には、日本伝統医療科学大学院大学の西條一止先生に大変お世話になりました。冒頭ですが、心から感謝申し上げます。

鍼灸療法とはということで西洋医学的な説明、東洋医学的説明をここに述べてありますが(図1)、これは私がこのように調べ考えたことでありまして、皆様が今現在やっておられることでさして問題はないのではないかと考えております。

先ほど少し述べましたが、穴位療法と現行療法の違いについてです(図2)。それは、現行療法と言いますか、学校で教育されているような、端的にいますと先ほどの島田先生の体験例に示されたような違いです。鍼を施す際に、古典的刺法では先ほど光藤先生のお話がありましたが、施術部位、穴位(場)の状況を、虚(員)、それか実(膨)であるかに分けてとらえ、おのおのに異なる施術手技を用いるものですが、現在の東洋医学的刺法では、いわゆる病証を、四診(望聞問切)で決めてそれに対して補瀉するという概念になっております。このシンポジウムにおけるテーマであります虚実に対する補

瀉の概念が1と2では随分大きな食い違いが見られるという点の指摘が私の役目であろうと思っております。先ほど光藤先生もそういうことを何度も述べられておりました。

現在の鍼灸専門学校の教育現場では2が一般的でありまして、この穴位という刺鍼の部位に対する説明をどうするかという概念は、私も習わなかった気がしますし、教科書の中にもそういった記載はないというのが現実です。この現実が現在の鍼灸治療の適応範囲を自ら狭くしていると考えられますので、古典的刺法を再興し、より幅広い鍼灸臨床の可能性を探ることが本テーマの目的であろうと思っております。

鍼灸の補瀉ですが、現在の教育現場で実施されている補瀉は、用法の補瀉、それから刺法の補瀉、それから取穴の補瀉、これは全身の補瀉ということで病証の改善ということを目的としている。ここにインフォームドコンセント・アンド・チョイスと書きましたが、先ほど光藤先生のお話の中で石坂宗哲の鍼術は心(こころ)の療法ではないかという説明がありました。現在のいろいろな補瀉という考え方をこれから示しますが、それらを例えば術者が与えようとしたときに、患者がどのように考えているか、受け止めるかということが大変問題なのではないかと思っております。その辺りが「心の」という言い方を石坂宗哲がした理由ではないかと思ひまして、付け加えさせていただきました。今現在の臨床家としては当然のことなのですが、当時はそういった考え方はなくて、術者が勝手に補瀉を考えて施していたのではないかということが考えられます。

現行鍼法の補瀉とは、いろいろな本を調べてこれだけのことを書いてまいりましたが、こういったことです(図4)。先ほども一番問題になったのは、速刺と徐刺です。現在、徐々に刺入して徐々に抜鍼するというのが補法、速く刺して速く抜くのが瀉法だという考え方がありますが、先ほどの実法、虚法という考え方はこの考え方とは違うという点が古法と現行法との一番の違いではないでしょうか。中医学では焼山火が補法で、透天涼という瀉法がありますが、この手技には先ほど光藤先生がお示しになったような概念との類似点もあります。

それから、灸法の補瀉も術者側で勝手に考えたものだと思いますが(図5)、患者の受け止め方によっ

鍼灸治療とは

西洋医学的説明

患者が訴える心・身の不調の改善や体質の改善を目的として身体の特定位点(筋硬結、圧痛などの反応点=経穴(ツボ)の場合もある)に鍼を接触または刺入による機械的刺激や艾を用いた艾柱を燃焼させて温熱的刺激を与える方法である。

東洋医学的説明

患者が訴える心・身の不調の改善や体質の改善を目的として施術者が四診(望診・聞診・問診・切診)によって定めた「証」に随った経絡や経穴(ツボ)に、気・血の流れの調節(補・瀉)するために、鍼を接触または擦過し、あるいは刺入し、抜出することである。灸は様々な艾柱を燃焼させて刺激を調節し補・瀉する方法である。

第56回 日本東洋医学学会 1

図 1

穴位療法と現行療法との違いは

鍼灸治療を施す際に、

- ①古典的刺法では、施術部位(場)の状況を「虚(真)であるのか」、「実(虚)であるのか」に分けて補え、各々に異なる施術手技を用いるが、
- ②現在行われている東洋医学的刺法(病証に対する補瀉)においては、本シンポジウムのテーマである「虚・実」に対する「補・瀉」の概念が、

この①と②の間で大きな食い違いがみられる。

現在の鍼灸専門学校の実技教育現場においては

- ②が一般的であり、穴位の「虚・実」に対する「補・瀉」の手法はない。
- *この現実が、現在の鍼灸治療の適応範囲を自ら狭くしていると考えられ、古典的刺法を再考し、より幅広い鍼灸臨床の可能性を探ることが、本テーマの目的であろう。

第56回 日本東洋医学学会 2

図 2

鍼・灸の補瀉

現在の教育現場で実施されている補瀉の方法

- 1)用法の補瀉:鍼や灸の種類による.....
- 2)手法の補瀉:鍼の刺法や灸の据え方による.....
全身の補瀉(病証の改善)
- 3)取穴の補瀉:経絡、経穴の特性を考慮し選択する.....

Informed consent and choice
(説明 同意 選択)

第56回 日本東洋医学学会 3

図 3

現行鍼法の補瀉

種別	補法	瀉法
呼吸	呼吸時刺入・吸気時抜鍼	吸気時刺入・呼吸時抜鍼
迎随	経絡の流注の随って刺入	経絡の流注に逆らい刺入
開阖	抜鍼後を直ぐ鍼孔を閉じる	抜鍼後を直ぐ鍼孔を閉じない
徐疾	徐々に刺入、徐々に抜鍼	疾く刺入、疾く抜鍼
(出内・逆逆)		
用鍼	細い鍼、軟らかな鍼を使用	太い鍼、硬い鍼を使用
浅深	浅く刺入、後に深くする	深く刺入、後に浅くする
鍼下寒熱	刺入した鍼の下部位が熱する	刺入した鍼の下部位が寒する
揺動	刺鍼後、刺手を振動し氣を促す	刺鍼後、押手を動揺し氣を泄す
中医学		
焼山火(寒証への熱補法)	呼吸時刺入・吸気時留める 目的深度に3段階で刺入する 各段階で回旋、省啄を施し 熱感を得たら呼吸時抜鍼し 鍼孔を塞ぐ	透天涼(熱に対する涼瀉法) 吸気時刺入・呼吸時抜鍼 目的深度に3段階で徐抜する 各段階で回旋、省啄を施し 涼感を得たら呼吸時抜鍼し 鍼孔を塞がない

第56回 日本東洋医学学会 4

図 4

ては随分印象が違って来るのではないかと思います。石坂宗哲も言っていますように、痛くなくする方法が補だという考え方。これはやはりそういった意味からいうとお灸も熱くなくやる。あと一般的な中国での考え方に、陥下している場合にお灸をするというものがあります。打膿灸のように慢性的な硬結の場はむしろ灸痕を付けて、そこからその滲出液を漏らしたりするのが瀉だという概念もあります。

技術教育の変遷の概略です(図6)。先ほど光藤先生もおっしゃっていましたが、いろいろな時代的な区切りがありました。17世紀に視覚障害者の杉山和一がいました。この間、江ノ島の杉山和一の墓を見ましたが、木の株につまづいて倒れて気絶したところに、天女が現れて竹の筒を渡されたという、それが杉山和一が鍼管を発明したきっかけなのだそうです。それで杉山和一はその後も何回も江ノ島に通ったということで、分骨したらしい墓がございました。

その杉山和一が鍼管を発明しまして、鍼の技術革

新を行います。そして、徳川幕府は幕府公認の鍼灸治療所という教育機関を開設した。そして、先ほどもありましたが、石坂宗哲が幕府の侍医になったということでもわかるように、江戸時代は鍼灸がそうした理由で大変盛んになったのですが、1867年、明治維新におけるわが国の医療革命が起こりました。明治政府がそれまでの中国系の医学からヨーロッパ系医学に医学革命を行ったということで、その影響で鍼灸も中国古代の医学体系、穴位療法などの考え方を捨てて、近代医学化されたのです。太政官布告という制度が明治4年の1871年に施行されて、そのときに200年間続いた鍼灸治療所の閉鎖に伴い、講習所も閉鎖したということです。この鍼灸治療所の業績は、欧州での障害者の職務教育実習よりも100年も早かったということで、大変意義のあったものだったということです。

鍼灸技術教育の変遷の概略の2です(図7)。今日まで視力障害者の職業自立を図ってきたが、これは世界で日本のみが視力障害者の鍼灸業を可能にし

灸法の補瀉		
種 別	補法	瀉法
艾の質	良質の艾を使う	悪質の艾を使う
艾柱の		
大小	小さい艾柱を用いる	大きな艾柱を用いる
硬軟	軟らかく作成(ひねる)	堅く作成(ひねる)
密着度	皮膚に軽く付着させる	皮膚に強く密着させ
底面積	底面を狭くする	底面を広くする
燃焼法	自然にゆっくり燃やす	風を送り速く燃やす
熱 感	緩やかな熱さにする	激しい熱さにする
続行	灸灰上に重ね燃焼	灸灰取除いて燃焼
施灸の場	陥下している	硬結がある

第58回 日本東洋医学会 5

図 5

鍼灸技術教育の変遷の概略 ①	
17世紀、杉山和一(視覚障害者)が管鍼法を発明し、鍼の技術革新を行う。	
1683年、徳川幕府は、幕府公認の「鍼治講習所」(鍼灸教育機関)を開設。	
1867年、明治維新における我が国の医学革命と鍼灸の変革(第二次技術革新)	
明治政府は、それまでの中国系医学からヨーロッパ系医学に医学革命を行った。	
その影響で、鍼灸も中国古代の医学体系を捨て、近代医学化が図られた。	
1871年(明治4年)に明治政府は太政官布告により「鍼治講習所」を閉鎖。 (「鍼治講習所」は約200年間、視覚に障害者と暗眼者も含め、 鍼灸、あん摩の教育を実践してきた)	
*「鍼治講習所」の業績は、 欧州での障害者の職業教育実施より100年早いものである。	

第58回 日本東洋医学会 6

図 6

鍼灸技術教育の変遷の概略 ②	
今日まで視覚障害者の職業自立を図ってきた。 世界で日本のみが視覚障害者の鍼灸業を可能にしてきた。 これは杉山和一による鍼術の技術革新による日本の鍼の特徴と 「鍼治講習所」における教育の実績と伝統が大きな礎となっている。	
1880年代、明治政府による鍼灸の近代医学化が実施された。 盲学校が開校され、「鍼治講習所」の名残から、 関係者に鍼灸、あん摩の教育への期待が高まった。	
しかし、明治政府の方針は中国系医学の廃止であったので、 視覚障害者の職業自立のために 中国系医学体系によらない近代医学化した「鍼灸、あん摩教育」が 盲学校に職業教育として位置づけられた。	

第58回 日本東洋医学会 7

図 7

明治時代の鍼灸の近代医学化の特徴	
中国古代医学体系から近代医学体系に改革した。	
* 近代医学の臨床医学、基礎医学に 経絡経穴、鍼灸の実技を載せたものとなった。	
(極めて不完全ではあったが我が国の鍼灸は、近代医学の体系化が図られた)	
* 鍼灸治療は生体機能を主体とする経験医術から 物理的刺激を用いる刺激療法になり、 それは鍼灸医学、あん摩医学としての 医学体系を破棄したものであったことから、 鍼灸・あん摩という物理的刺激による刺激療法となった。	

第58回 日本東洋医学会 8

図 8

てきたということです。これは杉山和一による鍼術の技術革新による日本の鍼の特徴と、この鍼治療所と、講習所における実績と伝統が大きな基になっていたということです。1880年に明治政府による鍼灸の近代化が実施され、盲学校が開校されて関係者の鍼灸・あんま教育の期待が高まったのですが、明治政府は、障害者の職業自立のために中国医学系を捨てて、近代医学化した、鍼灸・あんま教育が盲学校職業教育として位置づけられたわけです。そのときにこの穴位療法という考え方もなくなり、いわゆる生理学的に鍼を刺入したらどうなるかという考え方の鍼灸教育になったのではないかとということです。

図 8 にありますように中国の古代医学体系から近代医学体系に改革したということで、近代医学の臨床医学、基礎医学、経絡、経穴、鍼灸の実技を載せたものになったということです。これで、不完全であったけれども近代学の体系化がなされました。

鍼灸治療も生体機能を主体とする経験医術から物理的刺激を用いる刺激療法となって、それは古代の

鍼灸医学、あんま医学としての医学体系を破棄したものであったし、今までの穴位療法というような補瀉の概念を破棄したものであったことから、鍼灸・あんまという物理的刺激による刺激療法となりました。この改革が今現在の教育がなされているきっかけといえますか、そういう変遷の基になったと考えられます。

鍼灸専門学校における刺鍼教育の現状ですが(図 9)、先ほど光藤先生のお話にもありましたが、正気の虚これを満たすという実法、現在これを補法と呼んでいるわけです。それから、邪勝ればすなわちそれを虚しゅうするを虚法と言っていたわけですが、邪勝るものを改善する法として今は瀉法と言っているわけです。実法なのに補法、虚法なのに瀉法と言う、その辺りの概念の矛盾について、キチンと頭の切り替えをしないとなかなか現在のこの技術教育の中に浸透していかないのではないかと考えます。こういう概念としては分かる気がするのですが、ここにありますように、i, iiとも穴位所見を対象とし

鍼灸専門学校における刺鍼技術教育の現状①

鍼灸専門学校における刺鍼基礎技術教育の現状における混乱
古典的刺法の種類

その1 <古典的刺法> <その刺法の現在の呼称>

i) 虚側実之(実法) 補法

ii) 邪勝側虚之(虚法) 瀉法

* i), ii)とも穴位所見を対象として施される刺法であるが、現在の教育現場では患者の病証を対象にした刺法であるため、虚証を改善する刺法→補法<HOHO> 実証を改善する刺法→瀉法<SYAHO>と教育されている。

また、現在「速刺速抜は瀉法である」という「理論」が一般化しているが、この「理論」は島田論文(寒の邪気を瀉する場合に徐々に抜鍼をした)にあったように、古典的刺法とは明らかに矛盾がある。

したがって、i)のような実法、虚法という語句を、現在の教育の現場でいきなり用いた場合には、教員や学生に混乱が生じることが考えられる。

この混乱の解決のためには

①理論の学習：刺鍼部位(端)を対象とした古典的刺法理論の習得……カリキュラム作成

②刺法技術の実技：古典的刺法が確実にに行えるような実技教育……

第58回 日本東洋医学会 10

図9

鍼灸専門学校における刺鍼技術教育の現状②

古典的刺法の種類

その2 <古典的刺法> <その刺法の現在の呼称>

iii) 満側虚之瀉法 瀉血法としている

iv) 宛陳側除之除法 刺絡法としている

このiii)とiv)の刺法は、多くの鍼灸専門学校においては「瀉血行為は鍼灸師の禁止行為」であるとの立場から、実技指導は勿論のこと、講義でも瀉血とか刺絡といった内容に触れることすら禁止という状況である。

* 刺絡については、オウム真理教事件の後、特に取り締まりが厳しくなり、それに学校側も同調しているのが実情である。

第58回 日本東洋医学会 10

図10

鍼の実技教育の内容

1. 実技教科書は当然であるが、東洋医学概論、東洋医学臨床論などの虚・実・補・瀉の概念を改め、その治療法の内容の検討を行い、決定する

穴位に対する刺法の考え方

① 虚に対する補法を実法とすることへの理解

② 実に対する瀉法を虚法とすることへの理解

③ 病証に対する補法は微鍼を用いた迎随により、心身を補すことへの理解

④ 病証に対する瀉法とは瀉血のここの理解

第58回 日本東洋医学会 11

図11

実技指導

穴位の虚実の判定とその刺法

* 現在、専門学校で実施されている実技指導は生徒同士が行う方法であり、シミュレーション治療である。

それを、実際の臨床に役立つ技術に仕上げるために

①実技指導教員が穴位療法を熟知する必要がある。
⇒ 実技指導教員の教育の実施

②実際の患者が示す穴位の実際の把握と刺法の訓練には、
⇒ 臨床施設における臨床体験が必要

* それ以前の訓練として

1) 基礎的刺鍼技術の習得

2) 現在実施されている基礎技術(片手押管・弾入・など)の習得の後、次の基本的な古典的刺法を習得する。

◆ 邪気実の穴位に対する ← 虚法

◆ 正気または気虚の穴位に対する ← 実法

第58回 日本東洋医学会 12

図12

て施される刺法であるけれども、現在の学校教育の現場では患者の病証を対象とした刺法であるために、虚証を改善する刺法を補法と言っていますし、実証を改善する刺法を瀉法と言っているわけです。

それから、先ほどの島田理論にもありましたが、現在では速刺速抜は瀉法という理論が一般化しています。この理論は島田論文で述べられているように、寒の邪気を瀉する場合に徐々に抜鍼をした。つり上げるように寒邪気を抜いたというお話がありました。それは速刺速抜が瀉法という現在の方法と矛盾します。このように古典刺法と現代的刺法との間には明らかに矛盾があります。従って、i)のような実法、虚法という語句を現在の学校教育の現場でいきなり用いた場合には、教科書もそうならないと、教員や学生に大変混乱が生じることが考えられます。ですから、この混乱の解決のためには理論の学習、刺鍼部位(いわゆる穴位)を対象とした古典的刺法理論の習得、それから刺法技術の実技、古典的刺法が確実に伝えられるように実技教育がカリキュラム作成

されないとなかなか一般化しないのではないかと思われます。

古典的刺法には、先ほど述べましたように虚法、実法があるのですが、もう一つ古典刺法の中の満ものはこれを漏らす、これを泄法といいまして瀉血法と言っています。それから、宛陳これを除くという除法というのがあるので、これを刺絡法と言っています(図10)。

私は今、渋谷の日本鍼灸理療専門学校に在籍していますが、ここに書いてありますように、オウム真理教の事件がありまして、そのときに教団が瀉血療法を用いて資金源にしていたということで、非常に取り締まりが厳しくなりました。私の学校でも教育の現場で刺絡、瀉血の話は禁止になっていまして、そうではない学校もあるのですが、多くの学校の教育現場ではそういったことを公言してはいけなような現状になっています。

重要なことは穴位の虚実の判定とその手法ということです。現在、専門学校で実際やっている実技指

鍼の実技教育の内容

1. 虚・実・補・瀉の概念を改め、その治療法の検討をする

実技教科書は当然であるが、東洋医学概論、東洋医学臨床論などの教科書内容にある虚・実・補・瀉の概念を改め、その治療法の内容の検討を行い、決定する。

2. 病証への対応と穴位に対する対応の区別をする

- ①虚の穴位に対する補法を実法とすることへの理解
- ②実の穴位に対する瀉法を虚法とすることへの理解
- ③病証に対する補法は微鍼を用いた迎隨の理解と、心身を補することへの理解
- ④病証に対する瀉法とは瀉血のことの理解

第56回 日本東洋医学会 13

図13

灸による臨床

a. 灸治療の種類（無痕灸、有痕灸、灸頭鍼）

b. 灸治療の意義

（養生→太極療法→オーダーメイド→治未病→免疫力向上→疾病予防）

第56回 日本東洋医学会 14

図14

施灸法について

i. 艾について(材料は蓬:乾燥、精製し晒して製造する)

ii. 艾炷の大きさ

（糸状大、ゴマ粒大、半米粒大、米粒大、豌豆大、母指頭大など）各種

iii. 施灸の手順

施灸部位の決定(取穴)、艾炷を置く、線香による点火、艾炷の燃焼

iv. 局所療法(病所、圧痛部位、硬結部位)・・・阿是穴(あぜ穴)による取穴

v. 全身的治療の部位の決定(取穴)のしかた

- ①体性や内臓反射学説を利用した取穴(主に背部灸穴が対象)
- ②澤田流太極療法による取穴
(中脘、關元、身柱、肝腧、脾腧、腎腧、次髎、曲池、左關池、足三里、太極)
- ③随証療法による取穴(四診合参→立証→配穴)
- ④穴位による考えかた(陥下した部位を虚とみなして隔物灸、温灸をする)
- ⑤その他

第56回 日本東洋医学会 15

図15

導は生徒同士が行うシミュレーション治療なのです(図11)。卒後とか卒前に実際の臨床現場で実際の臨床を見るということもあるのですが、そういったところでもこの穴位療法ということはされていません。ですから、この穴位療法を普及させるということであれば、実技指導教員が穴位療法を熟知する必要があります。実技教員、指導教員の教育の実践・実施。それから、実際の患者が示す穴位の実際の把握と手法の訓練には、臨床施設における臨床体験が必要であります。それ以前の訓練として、基礎的刺鍼技術の習得、それから、現在実施されている基礎技術(片手挿管)などを習得の後、次の基本的な古典的刺激法を習得するということで、邪気実の穴位に対する虚法、それから、正気虚の穴位に対する実法ということの概念もしっかり把握し、さらに技術も把握しなければいけないのではないかと思います(図12)。

虚実、補瀉の概念を改め、その治療法の検討をするというのは、実技教科書はもちろんですが、東洋

医学概論、それから東洋医学臨床論などの教科書内容にある虚実、補瀉の概念を改め、その治療法の内容の検討を行い決定するという前提がまず必要だろうということです(図13)。それから、病証への対応と穴に対する対応を区別する。虚の穴位に対する補法を実法とすることへの理解。それから、実の穴位に対する、今やっている瀉法を虚法とすることへの理解。それから、病証に対する補法は微鍼を用いた迎隨の理論と心(こころ)を補すこと、心身を補すことへの理解。それから、病証に対する瀉法とは瀉血のことだということへの理解。そういったさまざまな概念とか用語の整理が必要ではないかと思っています。

灸の実技指導内容ということですが、灸による臨床というのは灸治療の実際ということで、このような内容が考えられます(図14)。私は澤田流太極療法というものを通じて、いわゆる「未病を治す」という概念の「養生」ということが究極の灸療法の意義であると思っています。ですから、太極療法は、見方によっては治未病、免疫力向上、現代学的に言えば疾病予防、場合によってはオーダーメイドを目的にしているのではないかと思います。私が習ったお灸は、最低週2回ぐらい、1カ所に半米粒大艾炷で2～3壮の透熱灸を自宅で施灸するというものであったので、特にこういった考え方が強いのです。施灸の方法には以上のような方法があります(図15)。

この穴位に対する考え方は、今日のシンポジウムで何度も示されておりましたが、陥下した部位を虚と見なして隔物灸や温灸をする。それから灸頭鍼をする。そういったことが穴位に対する考え方ではな

いかと思っております。

以上のように今回のシンポジウムで提唱された穴位療法は、現行の鍼灸技術教育の虚実補瀉の概念とその趣を異にいたします。今後、鍼灸臨床技術の発展と拡大のためには、この穴位療法を学校教育の現場に採用し、その教育を実施すべきであると私は思っております。ご清聴ありがとうございました。

伊藤 山田先生、どうもありがとうございました。次に、「穴位療法における刺絡術の適応とガイドラインについて」、大貫先生、お願いします。

穴位療法における刺絡術の適応とガイドラインについて

大貫 進
日本刺絡学会副会長

大貫 大貫でございます。今回与えられましたのは刺絡ということです。先ほどから刺絡、刺絡という言葉が出てきますが、刺絡という名前、それから刺絡というものがどういうものを少しでもご存じの方は手を挙げていただけますか。半分以上いるのですね。では、釈迦に説法かもしれません。

刺絡学会というものができまして約15～16年たつのですが、この学会ではこのように刺絡鍼法を定義いたしました。いわゆる「広義の瀉血療法に属し、経絡の流注とその主治作用に基づき、患者の病態に応じて、皮膚・経穴・血絡を選択し、三稜鍼またはその他の鍼具を用いて浅刺し、少量の血液を放出して経絡の気血の流行を疎通せしめ、症状を緩和し、疾病の治癒を図る方法である」ということです。

そこで、先ほどから光藤先生が本当に詳しくお話しいただいたのですが、ここの部分は実は刺絡家にとって金科玉条の部分です。ただ、先ほどもありましたように、虚と実、補と瀉の概念の違いを明確にしなくてはいけないのですが、ではどういうことかといいますと、『素問』三部九候論に、「必ずまずその血脈を去り、しかる後にこれを整えよ」という言葉があります。『素問』血氣形志篇というところに、「必ずまずその血を去り、すなわちその苦しむところを去り、これが欲するところを伺い、しかる後に有余を瀉し不足を補え」とあります。これは、今日の本題である光藤先生のお話がありますから、新たにわれわれも解釈を変えなくてはいけないかと思いますが、とにかくここがわれわれの金科玉条とするところです。

要するにどういうことかという、まず刺絡をしてから、その後に補瀉を行えとあって、刺絡の概念から抜け出ているのだというところが、今までのといいましょうか、昨日ぐらいまでのといいましょうか、少し前までのわれわれの概念です。

先ほどからこれも何回も出てきましたが、『靈枢』

三稜鍼

図 1

九針十二原で、「およそ針を用いる者は、虚すればこれを実し、満すればこれを泄らし、宛陳なるときはこれを除け、邪勝るときはこれを虚しゅうす」というものがあります。この緑色になっているところが先ほどから出ていますように刺絡のところです。

ちなみに、今、山田先生も瀉血という言葉をお使いになりましたが、刺絡学会では一切瀉血という言葉は使っておりません。

では、刺絡というのはどういう種類があるかということと言いますと、大きく分けまして細絡刺絡というものがあります。それから、経穴刺絡、もしくは皮膚刺絡というのですが、これと指の先から取る井穴。大きく分けてこの二つがあります。では、これは除法になるのか、泄法になるのかというのは、また後ほど明らかにしたいと思います。

これが刺絡学会で推奨しているといいましょうか、一番痛くなくて安全だということで使っております三稜鍼です(図1)。一番左側は細絡刺絡に使う三稜鍼です。三稜鍼というぐらいですから、先が三稜になっているわけです。その右側がスプリング式の三稜鍼です。この利点は、鍼の先が一定になるということです。右の方はこれをばらしたものです。

これは、刺絡学会で出しました「刺絡鍼法マニュアル」という本に載っているものをそのままスキャナで取り込んだ写真です(図2)。右の方に三稜鍼で示してあるところが細絡です。シャープペンシルで示しているところは、普通の静脈、青い静脈と考えてください。そのようなものです。

われわれが目当てとしているのは、右の三稜鍼で示している細絡を指すわけです。ところが、お分かりのとおり、古代中国におきましては明かりがとて

細絡

図 2

も弱いわけです。それから、先ほどから出ている石坂宗哲の江戸時代も明かりがとても弱い。本当にちょっと明るいくらいでしょうか。そのようなものですから、古代、それから江戸時代の細絡というのは、われわれが見ている細絡よりもっと太いものを目当てにしたのではないかと思います。ですから、とにかく私の師匠の工藤先生は「治す」より「壊すな」という言葉をよくおっしゃっていました。

われわれはより安全な刺絡ということで、かなりライトを当てて見なければ分からないような細絡を見つけるわけです。そういうわけですから、昔の細絡とはかなり違うと思います。では、違ったら昔の刺絡と違うではないかと言われるかもしれませんが、やはり時代が違いますので現代に即した刺絡をしなくてはいけないと思っています。ですから、かなり細い細絡を目当てにします。

そこで、先ほどの九針十二原をもう一度考えてみたいと思います。「宛陳のあるときはこれを除け」。宛陳(うっちゃん)というのはいくつか宛陳(えんちゃん)とも読みます。宛陳というのは、これもご存じの方がいたら釈迦に説法で申し訳ありませんが、常に流れているべき血液が流れないで同じ場所に停滞している、そして古いという概念です。これは瘀血に相当するわけです。除くという字は、これは字を解釈しますと、本当は押しのけるという意味らしいのです。それを除き去るという意味に転用した。ですから、古い瘀血があった場合には、それが細絡になりますから、そこに細絡刺絡を行ってやるということです。今、申したのは除法についてです。

今度は泄法の方です。「満つればそれを漏らす」の「満」という字は、文化勲章をお受けになった白

川静先生の説などによりますと、水が充満すること。それから、泄、漏らすというのは、藤堂明保先生の考えによると、たまった水を外に漏らすということです。

これは『靈枢』の小針解というところにも、「満なれば」、もしくは「満つれば、すなわちこれを漏らすとは、気口盛んにして、まさにこれを瀉すべきなり」。気口というのは寸口脈のことです。どういう意味かといいますと、これは邪気だけではないのです。邪気のみならず正気もいっぱいになった場合にはこれを外に出してやらなくてはいけないということです。

これはもう少し具体的にといひましょうか、例を挙げて考えます。これは治療にはならないと思いますが、血圧の急激な上昇によって鼻血が出ます。それから眼底出血になります。それで脳に出血しないでよいわけですが、そういう状態。それから、若い人の夢精というのがあります。夢精などは精液がいっぱいになって出てしまうわけです。これは病人でも何でもありません。ですから、邪気だけではなくて、正気がいっぱいになった場合に表に出てしまうということです。これを治療の法として使うわけです。ですから、邪気、正気がいっぱいになった場合にはこれを外に出してやりなさいということです。

では、具体的にはこの泄法とはどんなものかと考えますと、例えば打撲、ねんざなどの急性症状の場合を考えて下さい。もちろん打撲の後遺症として1カ月ぐらいたって痛いというのは別と考えて、急性症状ですから当然細絡は現われない、もしくは現われても少ないです。そういうときには、先ほどのスプリング式の三稜鍼のようなものを使って刺絡をしてやる。それから、腰痛とか肩こりなどで非常にその部分が硬い、凝りがある。また、凝りがあり硬くなくても体力が十分にあるような場合、そこでその患部へ刺絡してやる。

それから、大人だとそれだけだと弱いのですが、われわれの師匠の工藤訓正という先生が子供の急な発熱などのときに全部の井穴から刺絡をしてやっていました。そうすると熱がすんと下がるということです。それから、金元四大家の李東垣という人がいますが、この人は胃腸疾患によく三里のつぼから、細絡ではなくて刺絡を使っていました。ですから、

これは細絡刺絡以外の刺絡です。

これをもう少しまとめて言いますと、除法というのは細絡刺絡。「宛陳のあるときはこれを除け」、これが細絡刺絡です。それから泄法、「満つればこれを泄らす」というのが経穴刺絡、皮膚刺絡、井穴刺絡です。

ここで、臨床上考えますと、細絡刺絡は、当然細絡を狙うわけですから血が出てきます。ところが、泄法の方ですと、あまり凝りが強い場合には出ないことがあります。スプリング式の三稜鍼を使ってばんばんと打って、手で絞るなり、吸角をかけるなりしましても、初めあまり凝りが強い場合は出てこないのです。ですから、これは一番初めに私たちが刺絡の定義としましたが、刺絡というのは経絡の気血の流行を疎通、要するに通してやるということであり、出血するかしないかというのは極端に言うとは別問題ではないかと思ひます。

臨床上、今、言ったようにいわゆる皮膚刺絡をスプリング式三稜鍼などでやりますと、初めは出てきません。そして、本人も大して楽にならない。しかし、その後1週間なりしてまたやると今度は出てくるようになります。凝りが取れてくると血液がずっと流れてくるということにしばしば遭遇します。

次は、抄録に書いてあるのですが、刺絡というのは瀉法なのかとよく聞かれるのです。補という字と瀉という字の字義を少し考えてみてください。補、補うとは、破れ目に布を敷き当てて修理とか保全すること。要するに修理することです。それが派生して補うという概念になりました。それから、瀉というのは、すべてのものをほかに移すという概念です。一般的に瀉法だというと病を攻めてしまうとか、もっと極端に言ひますと、補法は良いことで、瀉法は悪いことだと変なように言われることがあるわけです。でも、これは先ほど光藤先生と山田先生がおっしゃったように、われわれの解釈としては、補法か瀉法かというのは鍼というのは病証に対することを言っているのです。経穴に対する補法、瀉法というのは一般的に言っておりません。そういう概念ですから、その発想の転換というか、もう少し頭を変えなくてはいけないと思ひます。ですから、そういった意味では一番初めの血氣形志篇というところにありましたように、瀉法というのはほかに移すことであるから、実際はこの概念でいけば刺絡は瀉法と言え

るのではないのでしょうかということです。

それから、先ほどの光藤先生のお話は非常に難しいのです。病証に対する補瀉なのか、経穴に対する補瀉なのかというのが命題なのですが、とても難しいと思います。これは、山田先生の先ほどのお話からいっても、これが一般的になるには10年20年かかるかと思います。以上、簡単ですが終わりたいと思います。

伊藤 どうもありがとうございました。それでは、次に「大学における刺法の教育について」、山下先生お願いします。

大学における刺法の教育について

山下 仁

森ノ宮医療大学保健医療学部鍼灸学科

山下 最初に、発表の機会を与えていただいた光藤先生と伊藤先生にお礼申し上げます。私が頂いたテーマは、「大学における刺法の教育について」ですが、既にご存じのように、日本の大学における鍼灸教育は非常に歴史が浅いのです。1983年に明治鍼灸大学（2008年度より明治国際医療大学）が、5年間の短期大学の時期を経て開学しました。それから2003年以降、大学が次々に設立されまして、2007年現在、鍼灸学科を持つ大学は日本に6つあります。このうち国立はひとつだけで、筑波技術大学が視覚障害者に限って学生を受け入れています。筑波技術大学と関西鍼灸大学（現在の関西医療大学）は、10年以上の短期大学における鍼灸教育の歴史を経て大学として認められました。このように、一番早い大学でも開学から四半世紀しかたっていないのです（図1）。

大学で鍼灸の学部教育が行われるようになって、授業数が増えて一般教養や医学知識を広く学べるようになり、研究施設が充実して研究に対する学生の理解が深まり、附属の医療施設も充実して現代医療に対する理解も深まったと思います。それでは、いわゆる刺法を含む臨床技術の伝承についてはどうかということ、いつも問われるのは「専門学校や盲学校よりも優れていますか、どこが違うのですか」ということです。かなり自虐的な問いになってきますが、今の鍼灸大学の教員というのは刺法を伝承する者として適切なのでしょうか。大学の人事というのは一般的には論文など研究業績で決まるわけで、鍼灸臨床だけに打ち込んでいる鍼灸の名人というのは大学の中にはいないということになってしまいます。名声のある臨床家の先生には非常勤講師として講義や実技をしていただく場合がありますが、常勤の大学教員はアドミニストレーションとか、論文執筆とか、今の私のように学会に出てきて講釈したりとか、そんなことに多くの時間を使っているわけです。刺法の伝承という側面から見ると、鍼灸教員の臨床経験、

日本の大学鍼灸教育の歴史

- 1983年 明治鍼灸大学鍼灸学部鍼灸学科
- 2003年 関西鍼灸大学鍼灸学部鍼灸学科
- 2004年 鈴鹿医療科学大学
- 2004年 帝京平成大学ヒューマンケア学部
身体機能ケア学科
トレーナー・はり灸コース
- 2005年 筑波技術大学保健科学部
保健学科鍼灸学専攻
- 2007年 森ノ宮医療大学保健医療学部
鍼灸学科

図 1

鍼灸の大学ができて 刺法教育は進歩したのか？

- 取得単位が増加→教養と医学知識が充実
 - 研究施設が充実→研究への理解が深まる
 - 医療施設が充実→現代医学の理解が深まる
- それでは、
- 刺法など臨床技術の伝承は？
 - － 専門学校・盲学校との違いはどこにあるのか
 - 大学ならではの刺法教育は今も模索中
 - － 刺法を伝承する者として今の大学教員は適切か
 - 臨床技術ではなく研究論文で決まる大学人事

図 2

「大学」らしい刺法の教育とは？

- 伝統医術継承システムの再考・再構築が必要

1. EBM時代の医療系学生に理解できるエビデンスの提示
2. 伝承医術の精神と技術を以心伝心する教育方法の模索
3. 現代社会の疾病構造とニーズに適合した臨床応用法の再開発

図 3

1. EBM時代の医療系学生に 理解できるエビデンスの提示

- 現代の医療系学生
 - － 客観・再現・論理性のあるモデルが理解され易い
 - － 病態に応じて刺法を使い分けることのエビデンス

図 4

附属臨床施設の特殊性、鍼灸研究と鍼灸臨床との比重など、大学にはいくつもの障壁があるように思えます（図 2）。

それでもこれから鍼灸の大学がどんどんできていく。そして、現役の高校生が専門学校ではなく大学を選ぶ時代になってきたとしたら、やはり大学で刺法を伝承していくという作業を担わなければならないことになるわけです。そうなりますと当然、伝統医術の継承システムというのは再考し再構築する必要があります。正解はないのですが、私としては次に述べる 3 つの課題に取り組む必要があると思っています（図 3）。

1. EBM 時代の医療系学生が理解しやすいエビデンスの提示

現代の医療系学生は、義務教育によって自然科学的な思考を鍛えられており、客観性・再現性・論理性が整然としていない説明モデルを理解させることは難しいと思います。特に、ある病態（あるいは証）に対してある刺法が最適であるという伝承について

は、その妥当性を裏付けるような研究結果を提示する必要があります。よく東洋医学の世界は西洋医学とは違うのだから、臨床試験はすぐわないといった意見が出されることがありますが、そういうわけでもないと思います。光藤先生も、伝承穴位療法の最大の欠点は効果が不安定だったり不確実であったりすることだと指摘しておられましたが、そこにはもしかしたら現行の病証分類には再現性を妨げるような別の病態が含まれているのではないかということも考えられるわけです。ある病症が虚と実に分けられるならば、それぞれについて実法の群、虚法の群を適用して比較してみる。そういった EBM の時代に適合した手法で再現性を高めるような知識を蓄積していくことが重要だと考えています（図 4）。

2. 伝承医術の精神と技術を以心伝心する教育手法の模索

次に、客観・再現・論理を重視する「医科学」と、経験・直感・個別を実践している「医療」とを繋ぐような教育技法の方法論を開発する必要があると思

図 5

図 6

います。東洋の伝承医術の考え方に共感する鍼灸学生や医学生は少なくありませんが、たいていの場合は今まで浸ってきた西洋科学的・還元主義的な思考に対するアンチテーゼとして漠然と共感しているに過ぎないのではないのでしょうか。伝承医術の精神を本当に体感するのは、おそらく彼らが卒業して臨床活動を開始し、経験的・直感的・包括的な思考プロセスに気づくようになってからです。そうすると、卒後臨床教育に力点を置くことが重要になってくるわけです。大学での実践教育に限界があるという点については伝承医術や医学に限ったことではないのですが、もう少し刺法について鍼灸卒前教育としてできることがないか模索する余地があると思うのです。現代ではあらゆる分野で大学の教育が行われます。例えば芸術学とか、伝統工芸学とか、語学とか、体育学といったところは、おそらく客観性とか論理性ももちろん重要ですが、以心伝心というか、主観的・直感的なものを伝える工夫をしているのではないのでしょうか。私たちは、医学というのは科学であって論理的思考が必要で・・・などと考えて、体で覚えさせる、言外で伝える、気を感じさせるといった教育姿勢を非科学的なものとして大学教育から遠ざけてきたような気がするのです。このことについてもう一度考えてみて、EBM とともに伝えていくことはできないのでしょうか（図 5）。

3. 現代社会の疾病構造とニーズに適合した臨床応用法の再開発

三つ目は、現代の疾病構造は古代とは違うという前提のもとで、刺法の現代的な意義を明確にすべきではないかということです。古典には咬傷や感染症に対する灸や鍼の使い方も書いてありますが、現代

社会における鍼灸の役割は違うところにあるはずです。たとえば慢性病症を抱える高齢者に対するケアも無視できないのが現代先進国の社会です。貧困層だけ、あるいは貴族だけを相手にしている時代でもありません。救命救急や根本治療における医療技術の発達はもちろん歓迎すべきですが、同時に苦痛の一時的緩和や治療者との心の交流などを内包した「伝承医術」という時間と空間の意義を、もう一度よく考えてみるべきです。刺法の現代的意義を再検討し、現代先進国の疾病構造とニーズに適合した形に刺法を修正することも含め、新しい臨床応用法を開発し教育していくという姿勢も大切だと思うのです（図 6）。

以上をまとめると、大学の鍼灸教育における刺法の伝承には改善の余地があり、自然科学的、人文学的、社会学的視点を踏まえながら、今後新しい教育技法を探る必要があると考えています。刺法の源流をたどって復元したならば、次のステップとしてこのような視点も加えることによって、刺法の現代的意義がより明確になり臨床応用がより容易になると思うのです。このようなステップを踏んでこそ、大学ならではの刺法の教育というものが見えてくるのではないのでしょうか。以上が私の思うところです、ご清聴ありがとうございました。

伊藤 どうもありがとうございました。

総合討論

伊藤 ここで、会場からの質問や先生方同士での質疑に移る前に、話が難しすぎるということがありますので、私の経験を少しお話しして幾らか力を抜いていただいて、それからディスカッションにしたいと思います。

私は昭和39年に名古屋大学医学部に入ったのですが、ちょうどその当時はボンハン・サンアル学説ということで、経絡、経穴の実体を見つけたというセンセーションが起きていまして、私も名大東医研の一員として全国的な追試グループに参加しました。結局、それはインチキであって実体がないということになりましたが、それ以後も特異な組織が見つかったという報告はないので、私としては経絡、経穴はないと実際は思っています。

ちょうど1970年ごろに針麻酔が報じられました。そのころ私の上司がパールというアメリカのポリモーダルファイバーの発見者のところへ行っておりまして、帰ってみえまして、針麻酔の実験を人体で行いました。人工気候室の中で、痛点の痛覚などを定量的に測定して実験しました。効果は確認したのですが、その後開業することになりました。

開業するときに、鍼と漢方が主で自由診療で始めたのですが、そのときに鍼灸は、三部九候の臓腑配当だとか、ああいう既定のものを信じてやらなければいけないということで、生理学をやった立場上、どうしてもそういう立場を取ることができなかったのです。ですから、光藤先生が今日お話しになられた古典というものができる前の、要するに白紙の状態で診療するというように志したわけです。ですから、自分の五感と生理学、医学、そういうものをベースにして診療したのです。

そのときにおぼろげなから、光藤先生は、皮膚を見て、その状態を何種類に分けるとかいうかなり高度なことをおやりですが、私は、凝りを中心に診るという方法をとりました。側臥位では下側は筋緊張が増しますが、上側は筋緊張が低下し、コントラストがはっきりするということで、側臥位で診察して、凝りが強いところに刺針をするということにしました。虚しているところも刺針しますが、あまりないのです。むしろ凝りの方が目立つので凝りをとにかく取る。ただ、体力がない人には強すぎますから、

その程度を考えるとということはやりましたが。

その中で、小児のネフローゼの患者さんでしたが、小児鍼をやっただけで眠ってしまいまして、かなりのタンパク尿があったのが2～3日出なくなったのです。それから同じように治療するのですが、横着な子で慣れてくるとなかなかそういう状態にならないのです。そうすると全然効かないということがありまして、眠るような状態というのはやはり体の状態が何かがらっと変わるようなところがあるのではないかとということで、以後やはりうとうとしたdrousy状態にするということを一つの目標にしてとにかく治療することにしました。

そのためには痛みを感じさせないようにするということで、痛みがないような状態で鍼を刺して筋緊張を取る。そうすると呼吸との関係で、名大第一生理学教室の助教授の先生たちが地方会に発表されたと記憶していますが、呼吸の吸う相と吐く相では、痛み刺激、侵害する刺激をやって、大脳皮質で誘発脳波を記録して、それを加算したときに、吸気の方がかなり限局して鋭い反応が出る、呼気だとあまりはっきりしないということで、やはり呼気の方が痛みの閾値が高くなる。要するに痛みを感じにくいのではないかと考えたわけです。ですから、痛みに敏感な人にはなるべく呼気に鍼を刺すようにする。

あと呼吸に関しては、生理学では呼吸性の不整脈というものがあります。吸気ときに脈拍数が多くなる。それは交感神経が緊張しているということですが、そのほかにも呼吸でいうと吸気は筋肉を使いますが、呼気はあまり使わなくて通常の呼吸をやっています。ですから、筋肉を使うというのがやはり交感神経の緊張に働くわけですから、自律神経という点でも呼吸が関係すると思います。

石坂宗哲さんの刺法の中でも、やはり気というもの前提にして、それを補すか、瀉すかという考えがバックにあるものだから、刺入する方をやったり、引く方をやったりという、呼吸の相に合わせてということがありますが、私はやはり気というのは知覚神経なり、自律神経なり、そういう神経の問題だとか、ホルモンだとか、そういうものを含んでいるものだと思いますので、あまり漏れるとか漏れないとかは考えずに、とにかく痛まないようにしてやる。

そして、あと針麻酔の実験を実際にやってみます

と、1ヘルツから5ヘルツのうちで特に5ヘルツが一番針麻酔の効きがいいのです。それは恐らく、神経を伝達する繊維が細いのでそれぐらいが限度ということだろうと思います。ですから、鍼を刺して緩めながら、緩んだところでちょっと捻鍼して、5ヘルツまではいかないと思いますが、それをやってまた進めてというやり方でやっています。

そういうことで、実際にやっていて、今日光藤先生が図示していただきました虚法、実法のあの鍼のイメージ図を見まして、細部ではちょっと違っているのだけれども、何か似ているなという実感を持ちました。今日の紹介されたものはそういう観点からのものだと思いますが、実際のことは今後の問題だと思います。

そういうことで私の話はそれまでにして、まず会場の先生方、よく最後まで残っていただきましてありがとうございます。質問がありましたら手を挙げていただけないでしょうか。

光藤 長い間、ご清聴いただきありがとうございます。このテーマを頂きまして、論文を三つ書くぐらい作業をしました。大変苦勞しました。ただ、やりまして、やはりやって良かったなと思うことがあります。といいますのは、先輩たちがつばに状況の違いがあるのだということを認識しているのです。これは現代医学でとらえられていません。このことが本当にあるとすれば、これをとらえられることは現代医療に何らかの変化を与える大きなファクターになるだろうと予想します。

このことにつきまして過去の研究例を調べました。そうしたら、1953年に第1回国際鍼灸学会が東京で開かれましたときに、九州の馬場白光という先生が研究をされましてつばの状況が変化するのだと発表されました。レオロジー的性質が変化すると云うのです。変化するというのを皆さんは想像できますか。つばの状態が変化するのです。どのように変化するかという問題はありますが、変化するという事態をとらえるということが非常に大切な問題だと思います。結局、その研究が1960年ごろに発表されました。これは馬場先生が臨床から発想されまして、弟さんが理工学系のスペシャリストであるということで協力され、それを測定するための装置を開発するために努力されました。刺法の研究も大切な研究ですからその研究がその後どのように発展されたかという

ことが非常に気掛かりでした。

馬場先生はもう亡くなっているのですが、私は今から数年前に晩年の馬場先生のお宅を訪ねました。そうしたら研究はやはり期待されるようには発展しなかったということです。どういう点で発展しなかったかという、結局それを発展させるためにはいろいろな周辺技術が必要だったのだと思われました。臨床的にも技術が必要であるし、工学的にも弟さんの発想のレベルでは不十分である。それに、もっと大きな発想を支える資金力が必要だったと思います。即ち総合開発力が必要だった。それが備わらなかったという意味だと思います。しかし、馬場グループはそういう初歩的な機械でもって組織や物性が変化することを確かにとらえているのです。

そういう変化があるということ、多くの研究者が意識出来れば現代の医療は大きく発展するのではないのでしょうか。こういう組織の状態をトレーニングした指ではとらえられるわけですが、目の見える人にとってはかえって不利なのですが、視力障害者であればそのような物性をとらえられる程に研ぎ澄まされる可能性があります。そういう感覚によってこの情報をとらえるため特殊能力者が育ち得る。特殊能力者にとってごく当たり前のことが、われわれ凡人にとってはそんなことがあるかということで、特殊能力者は奇異の目で見なければならないという状況があったのではないかと思います。

どのようにとらえたのかといいますと、馬場白光先生は、「鍼を刺すときの鍼に与える組織の抵抗を測定することは不可能であるから、鍼を引き抜くときの抵抗を調べた」と言うことでした。そのことによって彼はたくさんの研究をなさいました。僕はそれがどこまで発展したのか非常に楽しみだったのですが、あまり発展させられなかったということで、残念な思いをして帰ったものです。

その次に発表されましたのは、私たちがちょうど医局に入って間もなしに取り組んだ研究です。要するに伝統医学を開発するためにはどうしてもそのところを避けて通れないと考えたテーマです。若冠二十何歳かのときに発想したのがそのことでした。組織のレオロジカルな情報を何とかとらえる方法はないかということで研究をしました。指ではとらえられるわけですから、指のロボットを作ればいいということを考えました。そのために工学部の友人

の協力を得て、資金のあるところから資金を提供してもらってその開発をしました。「脈診用人工の指、あるいは腹診用の人工の指」というものを作りまして、組織のレオロジカルな諸状況の変化をとらえようとしたのです。

そこで考えられましたことは、指で触るのはどうやったらそういう変化がとらえられるのかと考え、体壁の組織を押圧する際、加圧変化に対応して指の腹に組織から跳ね返ってくる反発力の圧力の分布ができるのです。加圧に対応してこの圧分布がどのように変化するかということを分析すると組織の状態が反映されております。こういう組織状態の研究はレオロジーという学問の対象であります。これは1920年代ぐらいからレオロジーという物性学の世界がプラスチックやゴムの開発とともに開けてきています。われわれにとっては非常に情報化しにくい領域であるということも確かです。そのために現在研究が最も遅れているわけです。これが視覚的に表せる技術があれば研究も盛んにやれます。しかし、晴眼者にとっては要するに目で見える視覚的な情報に変換出来なかったらそれは達成できません。そうしますと晴眼者にとっては非常に不利なわけです。しかし、その不利な状況ですけれども、やはりそこに起こっている情報をとらえることが極めて大切なのでこの方面の研究者が登場して欲しいと思います。自然科学的発想は若い研究者でなければ不可能ですが若い研究者では臨床的見識をもつことが困難と言うことでジレンマがあります。ですから、若い山下先生が今度新しく大学の教授になられましたので大いに期待したいのですが、山下先生の関心が深いのは自然科学的なジャンルではなく、エビデンスという人文科学的なジャンルの研究ですから、どなたか自然科学的な方法でこれに取り組む方向性の若い研究者が登場されたと考えます。

穴位の方、員即ちレオロジー状態の把握は、鍼灸にとって永遠のテーマなのです。皆さんお聞きになって分かりますように、シンポジスト達には共通しているところもありますが、皆それぞれに自分のキャリアを持ち、発想も互いに相当に相異しています。これらの能力をどのようにしたら克服できるか。これを克服できないとやはり鍼灸の効果を、特にQOLという21世紀に要求されている問題に対して太刀打ちできるようにするためにはどのようにすれ

ばいいかということを皆さんで考えていただきたいと思います。

こういうディスカッションをしたのは東洋医学関係では初めてのことで、これを機会にまたディスカッションを進めていきたいとは思っているのですが、恐らく我々とも異なる立場からこういうことに発想を持たれる皆さんもこの中に混じっていらっしゃるのではないかと期待して、皆さんに質問を投げ返しているというところです。どうぞよろしくお願いします。

Q1 西條です。ずっと筑波大学、筑波大学と言っておりましたが、今、日本伝統医療科学大学院大学というところにあります。私は今日の光藤先生のこのシンポジウムの提案には大賛成なのです。実は私も非常にそのことを強く感じていまして、日本で鍼、鍼と言うけれども、光藤先生がおっしゃられたように、実は実際にはその効果には非常に差があるのだ。そのことを私は認識しなければならないと思います。

日本の鍼灸の治療を受けている人たちの90%以上が痛みを主訴とする運動器の疾患だということで、内科系の疾患の人たちは極めて少ない。でも中国ではそうではない。いろいろな格好で受けている。それは一体なぜなのだとすることを私は日本の鍼灸の関係者がしっかり受け止めなければならないと思います。それはやはり治法の問題です。明治に経絡、経穴が導入されたから、日本では「どこへどこへ」という概念でしか実はつぼのことはとらえられていないのです。ですけれども、それは「どこへどのように」という補瀉の術のどのようが実は抜け落ちている。そのことをきちんとすることが本当に今、光藤先生がおっしゃられたように、これから要求されている鍼灸に対する答えを出していくには、まずその検定をする以前に、検定にかける治療そのものがちゃんとしているかどうか前提として非常に大事なのだと思います。ですので、これからこのテーマについて本気で鍼灸の関係者はかかわらなければならないと思っております。

Q2 明治鍼灸大学の篠原です。昨年から、鍼灸センターに入る前の学年に対して診察法実習というのをやっているのですが、そこでは実のつぼ、それから虚のつぼというのを明確に分けましようと言っております。実のつぼには瀉法を、虚のつぼには補法をとという形で、まだ学部学生の段階では弁証論治

というところまではいかないけれども、肝が悪かったら肝愈、あるいは期門という特定のつぼのところにはそれなりの虚なり実なりの反応が出てくる。従って、そのつぼの反応に応じた手技というものが必要だから、そういうことを徹底的にマスターしようということです。そのつぼの反応を見て、つぼの反応に応じた手技をするということは未熟な学生にとっても比較的導入しやすいということです。そういうことを去年からやり始めました。

光藤先生は明堂経の主治の問題を検討されていますが、例えば太衝というものを疏肝理気として使う場合は気滞を取る。だけれども、氣を得るという得気だけを目安にしてはだめで、気滞ということを取るのであれば、表在性の緊張とか圧痛というものを探して、その表在に対して瀉の手技をして初めて気滞というのは取れるはずですよ。といいますのも、閉経移行の女性でこむら返りも起こり、目も疲れるといふ肝血虚がベースになった患者さんは、太衝は両方ともやはり軟弱緩和してきます。ところが、ストレスがあって症状が感圧して気滞が出てきた場合は、表在だけは少し緊張が出てくる。そういう意味でつぼというものの自体が縦、横、深さの三次元的な様相を呈する。それは恐らく氣・水・血の三つの要素が絡んでいるのだろーうということです。そういう意味からつぼの反応を取るというのを、いわゆるつぼの主治作用、穴位効能という問題と、それから、氣・水・血の三次元的な要素をとらえて、その上で手技というものを導入する必要があるのではないかと、いうことを今、考えています。

先生に質問なのですが、このような穴位療法というものを3人の先生、それから光藤先生も提示されたのですが、現在の経絡治療とか中医学とはなじまないと思います。それは穴位療法の最終的な診断から治療終了までのシステムというところまでは恐らく完成されていないと思います。そういう意味で、体の反応を見て、反応に応じた治療をする。そこにはどのようなシステムを構築していくかということが非常に重要な視点ではないかと思われました。ありがとうございました。

光藤 一言、感謝いたします。それぞれのジャンルと言えちょっと語弊があるかもしれませんが、西條先生がもしかしたら飛び抜けて違う立場にいらっしゃるのかもしれませんが、視力障害のある方

のリーダーが西條先生であるし、また、視力のある方のこの面でのリーダーが篠原先生だと思っています。

ですので、お二人がいずれもこの問題に対して非常に関心を示されて、これを何とかしなければならぬという御意見を持っていらっしゃるということは、極めて私の意を強くするところです。こういう先生方とわれわれ、また、このシンポジスト群がこれからまたさらに協力して、さらにこのことに関してはいろいろと見識を持っていらっしゃる方とグループを成しながら検討を進めていくべき課題であって、今、結論が出ることではないと思います。

いろいろな対立する意見もありますが、どちらに向かっていったらいいか。それぞれの実践の場を通して見識を深めていくという作業がこれから必要なのだと思います。なかなかこれは結論は出ない問題ですから、ここでまとめるというのは非常に困難なのですが、要はこのような状態が穴位に関してはずっと昔からあったのだということで、そう簡単に決着が着く問題ではない。にもかかわらず、現実問題はすぐ目の前にいるわけです。それに対して何か手を出さないといけない。何らか選択の決断をしなければなりません。どうすればいいか。皆さん方はどう思われますか。分からないから放っておこうということでしょうか。しかし、やがて極めて近い状況について、今、アメリカと中国とが合体して中国型の鍼灸で、世界戦略が始まっているとされてます。

今日、田邊さんという日経の論説委員の方が第1会場の方で講演をされていらっしゃいました。去年4月にこの田邊さんの論説を日経新聞紙上で拝見しました。皆さんも見ていらっしゃると思いますが、アメリカと中国の世界戦略では技術のpatentを取ってほかの国ではできないようにしてしまう。そして、アメリカと中国で研修した人以外は日本では鍼灸をやってはいけませんというような事態が来ないとは限りません。ですから、どうしたらいいか皆さんは真剣に考えないといけない状況を迎えていると思います。日本には日本なりの業績があります。石坂宗哲もそうですが、彼の如き日本独自の研究をさらに磨きをかけ世界に発信出来る技術にしていきたいと思います。これは全体としての感想です。

ただ、このシンポジウムの共通認識として、つぼ

というものに本当に軟らかい硬いという変化があるのだということを皆さん納得できるでしょうか。ここが一番大切でこのことが納得できなければこの問題は一步も先に進まないのです。例えばチョコレートは温めたら軟らかくなります。冷やしたら硬くなります。こういう変化がツボにも起こっているということを皆さん納得されますか。でもこのことは、（人間の修復した指では）とにかく測定する方法はできているのです。例えばエコーであるとか、MRI というもので広い組織の物性に関してはとらえて記録出来る状況になっているわけです。だけれども、ツボというような小さな領域に対して、これをとらえる、それを量的に計測するということは今は未だ不可能です。私も若いときに随分そのことについて考え悩みましたが、結局できない。やろうとすれば金がべらぼうにかかりそうだとするところにつづかって、私はその方向の研究を続けることを30歳であきらめました。でもすっかりあきらめてしまったわけではなくて、臨床的にやれる方法はないかということに方向を転じてずっとやってきて今日のこの演壇に立つようになったということです。しかし、やはり何も解決しているわけではないのです。解決するために私どもは多少のことはできる。多少の努力を積み上げていくしかないと考えております。それでぜひとも皆さんに協力をお願いしたいと思っているわけで、ともかく今の段階でこうではないかという発想がありましたら、ぜひ教えてほしいと思います。しかしいずれにしても困難ですね。どこかに突破口がないものでしょうかね。

伊藤 篠原先生のシステムがないという意見に関して、僕はシステムを作らない方がいいのではないかと思います。システムというのはもう生体に備わっているわけですから、特に穴位で1点ということであれば、その作用機序を分析しやすいのです。体の中にはもう既にシステムは整っているわけですから、そのどの作用機序で起きたかということを明らかにすることさえしていけば、空理空論に惑わされることなく、的確なシステムが構築できると思います。

Q3 東京で鍼灸院を開業しています清野と申します。光藤先生の今のツボが変化するという考えに非常に同調するものです。

私は、一つのツボに対して異なる手技を用いた場

合、治療効果が明らかに違うということに気付きました、そのことに対して学会で発表させていただいているものです。ツボの効果が手技手法で異なることももちろん確認しておりますが、今、押手、抜鍼するときに異なるという意見には非常に賛成です。抜くときにどのように抜くか、また、押手をどのように変化させるかで治療の効果が異なることも確認しております。ですから、抜鍼するときは刺鍼以上に重要であるということを明記した書物も書かせていただいております。抜鍼するときに不十分な押手を用いたり、的確な押手を用いなかった場合に、治療の成績が落ちるばかりでなく事故につながるということも認識しております。

『鍼灸事故防止マニュアル』という本を書かせていただいて、学校図書の指定にもなっております。その中に現在押手での事故につながるような用例などを、臨床家としての立場から事細かに書かせていただいておりますので、もしよかったら何か研究の参考にしていただきたいと思います。

光藤 清野先生の御意見は副作用ということに関係すると考えます。副作用という、鍼が折れてしまう、あるいは特発性の気胸を起こすという極めて荒っぽいことしか調査されていませんが、でも実際はその刺法の結果によって、清野先生が今おっしゃったような要するに医療過誤、誤刺が起こります。誤刺が果して医療過誤に該当しているのかどうか分かりませんが、やはり誤刺は誤刺だと思います。このことは霊枢第9篇終始論にも指摘されています。刺鍼後かえってQOL障害が強くなったということを経験された方がこの中にきっといらっしゃると思います。私どもの研究所でも、結局誤刺だったということが後で判定されたというケースがあります。研究所では、病院全体として医療過誤に関してニアミスということで報告（インシデントレポート）をする体制になっております。私どもは研究所でもそういうことがありましたので、早速にそれを報告しました。そういうケースもあります。結局、このケースは今迄のところいわゆる訴訟問題にはなっておりません。このことについて救いの得られたことは、結局、今のところ鍼で発症した誤刺の結果をお灸でカバーできたということになりましたが、最終的にクリアしてしまっているかどうかはまだ分かりません。

ですから、山下先生はこの面のスペシャリストです。刺法過誤の問題に関して、今までの折鍼や気胸という問題以外に、このような鍼術によってQOLが悪化したという例もピックアップできるような研究もしていただけたら、鍼の技術問題を解決していく一つの取っ掛かりになるのではないかと思いますので、ひとつよろしくお願いします。

伊藤 ほかに先生方、何か。いいですか。予定した時間になりましたので、この辺で終わりたいと思います。なかなかまとめというのはあれですが、とにかく穴位療法という新しい分野、非常に重要な分野について目を向けていただきまして、今後ますます診療を充実させていただきまして、またそういう点での知見を得られますように願っております。本日はどうもありがとうございました。