

# 日本中医学会雑誌

第7巻 第1号 | 2017年8月

2017年8月31日発行 (年2回発行)

ISSN 2185-8713



● 巻頭言 ————— 浅川 要 1

● 学会報告 第6回日本中医学会学術総会  
会頭講演

現代中医鍼灸はどのように日本に導入されたか

————— 浅川 要 3

中医鍼灸は市民権を得たのか

経絡治療からみた中医学 ————— 岡田 明三 11

中医鍼灸は市民権を得たのか? ————— 寄金 丈嗣 15

中医実践者は中医鍼灸をどうみているか

～中医鍼灸の実態調査アンケートより～

————— 井ノ上 匠 27

震災: 中医学にできること

熊本鍼灸マッサージボランティア報告

温灸と個室の効果 ————— 藤井 正道 39

熊本地震での取り組みと課題 ————— 篠原 昭二 48

3つの災害現場で体験したこと ————— 木村 朗子 55

PTSDに漢方薬を ————— 関 隆志 68

投稿規定 75 / 誓約書・著作権委譲承諾書 78 / 編集委員会 79

「日本中医学の創造を目指して」を「総合テーマ」に掲げ、2016年9月に開催された第6回日本中医学学会学術総会の会頭を務めさせていただきました。この大会が成功裏に終わることができましたのも、ひとえに平馬直樹会長、酒谷薫理事長はじめ講演会、シンポジウムの演者・座長をお引き受けくださった諸先生方、また、さまざまな雑務を担ってくださった実行委員会の方々のご尽力の賜物と厚くお礼申し上げます。

私は、この大会のオープニングとなる会頭講演において、現代中医鍼灸の日本導入はその初期において、どのようなものだったのかを資料を使って具体的に明らかにしました。私自身が、現代中医鍼灸の導入初期から、翻訳と鍼灸実践を通して、積極的にかかわってきましたので、単に調べた過去資料を開示するといったものではなく、実体験も踏まえた導入過程の歴史的経過を明らかにしたつもりでおります。

「現代中医鍼灸」が日本にいわゆる「中国バリ」として導入されたのは、中国の文化大革命時代でした。それ以前に確立していた鍼灸の弁証論治の体系を否定し、経絡にまったく着目せず、あげく経穴の十四経への帰属性もなくして、病変局所と、それと関連する遠隔穴から構成された少数穴を用い、強刺激を繰り返す刺鍼法は、確かに即効的効果を持つ場合もあるのですが、日本で当時、「中国バリ」がブームになったのは、なによりも、当時の中国の為政者が、国営のメディアを使って、全世界に大々的に喧伝した結果でもあります。

文革中と文革以降で中国自体の現代中医鍼灸が大きく変化しました。老中医が復活し、『中国針灸』や『中医雑誌』など各種の雑誌や書籍が復刊してくるようになると、中医鍼灸の真髄は、弁証論治にあるのだということを、日本の鍼灸師も次第に気づかされたのです。さらに決定的だったことは、1980年代後半から次々と帰国した日本人留学生によって、老中医が担ってきた現代中医鍼灸が、直接、日本にもたらされるようになったことです。

しかし、問題は社会の仕組みも風土も異なる日本において、現代中医鍼灸を踏まえて、どのように日本に適した「日本中医鍼灸」を今後、作り上げるかです。そのために、この大会では、会頭講演に続くシンポジウム①「中医学は市民権を得たのか」において、これまで中医学とは一線を画してきた「経絡派」の経絡治療学会会長岡田明三先生、また日本の鍼灸界を俯瞰的視野からとらえる「六然社」社長の寄金丈嗣氏、さらに、長く中国や日本の中医鍼灸の動向を『中医臨床』誌で伝えてきた東洋学術出版社の井ノ上匠編集長にお越しいただき、この3人から日本における現在の「中医鍼灸」の問題点をそれぞれの立場から語っ

ていただきました。

日本の風土や社会体制のなかで、臓腑経絡の体系にのっとり、病因病機を明らかにし、本治と標治をきちんと組み合わせた臨床力を持つ「日本中医鍼灸」を創設していくこと、さらには、それが日本における東洋医学的鍼灸の柱になることを希求しております。

東京中医鍼灸センター

浅川 要

## 会頭講演

# 現代中医鍼灸はどのように 日本に導入されたか

浅川 要

東京中医鍼灸センター

## 要旨

日本に「現代中医鍼灸」が導入され、50年近くの年数を経た。私もその初期から、導入にかかわってきたので、そのあらましをここで明らかにする。

1. 1960年代邦訳の現代中医鍼灸関連書は『中国漢方医学概論』である。原書『中医学概論』は、南京中医学院が編纂、各地の中医学院試用教材として1959年に人民衛生出版社から出版された。『中医学概論』は新中国成立後、系統的に編纂された最初の中医教材である。鍼灸の内容は少なく、経穴説明も、「(穴位および取穴法)(主治)」のみ。また『中国漢方医学概論』の翻訳は、愛知大学と二松學舎大学の学者が担い、鍼灸部分は、丸山昌郎(医師)の助力のみである。
2. 中国で文革が始まった1966年以降、伝統的中医鍼灸は反動的・封建的などと非難され、陸瘦燕など多くの中医師が失脚した。文革時代に鍼灸は、かなり簡素化された。邦訳された『はだしの医師 教材』(三景書店刊)でも、鍼灸の内容が少なく、経穴の記載では、項目がなく、部位と深刺の鍼法のみで主治はない。
3. 文革時代に江蘇新医学院が『中医学』を編纂し、1972年に出版。江蘇新医学院は南京中医学院と南京医学院が合併したもので、後に南京中医薬大学へと発展。南京中医学院は現代中医学の礎を築いた学校である。『中医学』の下篇部分「針灸と新医療法」だけをわれわれ鍼灸師グループが翻訳し、刊々堂から『中国の針灸と新医療法』と題し出版。本書は経穴に対し『はだしの医師 教材』より詳しく、位置・主治・刺鍼法を記すが、経絡の扱いはやはり僅かに留まる。また、耳針・手針・頭皮針などの新針療法にかなりの紙面を割く。
4. 上海中医学院編『針灸学』は文革時代の1974年に刊行されたが、その底本は1962年で、文革以前の中医鍼灸の内容を踏襲。本書は経絡篇を設けた経絡学説の体系的な記載を特徴とする。それまでの鍼灸書の多くが経穴の添え物的な経絡の示し方であったのに比べて、経絡学説の重要性を際立たせた。また、経穴の記載項目で(主治)とは別に(効能)を設けている。この効能は、なんらかの手技で生じる経穴の作用を概括したものである。同書の邦訳は浅川要・井垣清明・池上正治・村岡潔の4人が担い、1977年に刊々堂から同名で出版。本書によって

現代中医鍼灸のすべてがはじめて日本に導入されたといえよう。

5. 天津中医学院と学校法人後藤学園の共同執筆による『針灸学』（三部作）は、刊々堂刊『針灸学』から20年ほど経た1990年代に出版された。北京中医学院の留学から帰国した兵頭明氏が中心となって編纂された。現代中医鍼灸学のほぼ完成された形にまとまっており、日本の各鍼灸学校のサブテキストに十分、対応する内容である。

キーワード：現代中医鍼灸，日本導入，現代中医鍼灸書，経穴記載

## はじめに

第6回日本中医学会学術総会の会頭を務めます浅川要です。

私は鍼灸師で、ここ13年ばかり東京都千代田区の神保町で「東京中医鍼灸センター」という鍼灸治療院を主宰してきました。なぜ主宰と言うのかというと、ここは個人でやっているわけではなくて、13人のスタッフ、ドクターである顧問の先生を入れると20人近くのメンバーで、集団で治療している鍼灸治療院だからです。ここでの基本的な立場は、中医学にもとづいて鍼灸治療をしていこうということです。自分たちとしては、東京における中医学鍼灸の臨床の場をつくりあげていきたいという気持ちで、この13年間やってきました。

ただ、私自身は鍼灸の免許を取ったのは1975年のことで、この13年間より前は個人で鍼灸治療院をしてきました。個人の鍼灸治療院のときも、自分なりに中医学にもとづいた治療をしていたつもりなのですが、私自身は中国に留学したわけではなくて、あくまで日本に入ってきた中国の中医学書を自分自身が翻訳するなかで、同時にそれを使って自分自身も実践していくという形で、これまで鍼灸治療に携わってきました。ですから、そういう点では、日本における中医鍼灸の初期の導入に関して、私も一部それに関与していると考えております。

日本への中医鍼灸の導入は、1990年までとそれ以降で大きく変わってくるのではないかと考えております。1990年以前というのは、だいたい中国の書物を日本語に翻訳して、その翻訳にもとづいて、それぞれの鍼灸師が自分の治療にそれを役立てていくという形だったような気がします。ところが1990年以降、兵頭明先生（後藤学園）をはじめ中国から次々と中医薬大学を卒業した留学生が日本に戻ってこられて、その人たちが中医薬大学で学んできた内容を直接、日本にもたらすようになりました。

現在、そういう方々が中心になって広めた中医学が日本の中医鍼灸の中心になっているのですけれども、それ以前はどうだったのか、この辺りのことを、今日はみなさんに会頭講演として紹介したいと思います。

さらに、日本に中医鍼灸が入ってきてすでに50年ほど経つわけですが、現在、中医鍼灸は日本の鍼灸界でどのような立ち位置にあり、さらに今後、日本中医鍼灸はどのような方向性で進まなければならないのか、といったことを次のシンポジウムでお話していきたいと考えております。それでは、1990年以前の日本中医鍼灸の内容についてスライドを使って説明していきます。

## ■ 日本鍼灸界に導入された現代中医鍼灸書

### 1. 『中国漢方医学概論』

最初に紹介するのは、私も鍼灸学校時代に勉強した『中国漢方医学概論』という本です（図1）。この本は、ご存じない方も大勢いらっしゃるかもしれません。初版は1965年です。原書は『中医学概論』という1950年代に出版された本です。

翻訳者は「中医学概論邦訳委員会」となっていますが、担当委員を見ていただくと（図2）、1つの特徴があります。それは、この本にはいわゆる中医学に携わる人たちがほとんどかかわっていないということです。これを見ておわかりのように、鈴木沢郎先生というのは愛知大学の先生です。なぜ私などがお名前を存じあげているのかというと、大修館書店から出ている『中日大辞典』の編集責任者だったからです。と同時にこれを見てみると愛知大学が圧倒的に多いですね。さらに、二松学舎大学の先生がかかわっています。愛知大学は、東亜同文書院という戦前、上海にあった、日本のつくった学校が前身で、その関係者や同窓生が戦後につくった大学です。二松学舎大学は漢学の学校です。



図1

中医学概論邦訳委員会・担当委員	
・編訳者(編集総括委員)	中島健蔵
・委員(翻訳)	鈴木沢郎(愛知大学教授・中日大辞典編纂委員長)
・委員(翻訳)	中沢信三(二松学舎大学・日本大学教授)
・委員(翻訳)	桑島信一(愛知大学教授)
・委員(翻訳)	内山雅夫(愛知大学教授)
・委員(翻訳)	今泉潤太郎(愛知大学助教授)
・委員(薬物用語解釈)	長沢元夫(東京理科大学教授)
・委員(編集企画)	龍野一雄(医師・漢方臨床家)
備考:鍼灸に関しては丸山昌郎(医師)の助力を受ける	

図2

こういった学校の先生方が『中医学概論』という本を翻訳したのです。鍼灸のことでいえば、「はしがき」のところに出てくるのですけれども、「鍼灸に関しては丸山昌郎医師の助力を受ける」と書いてあるように、あくまで助力なのです。さらに編集協力のところで龍野一雄先生、薬物のところで長沢元夫先生が入っていますけれども、あくまで中心は、いわゆる漢学者もしくは中国語の学者たちでした。こういう人たちがこの本の翻訳の中心だったということです。つまり、最初は日本の中医学のニーズの中から出てきたのではなくて、あくまで中国の文化の1つとして、中国医学を日本に紹介していこうというなかで、中国学あるいは漢学の先生方が手がけた本ではなかったのかということです。しかも、編集総括委員にあげられている中島健蔵先生は日中文化交流協会で、日本と中国の橋渡しをしていた人です。ですから、あくまで中国文化を日本に輸入するという活動のなかにこの本も含まれていたということです。内容は中医学の専門書なのですが、そういう認識のもとで翻訳された本ではないかと考えられます。

原書は『中医学概論』という本で、発行年は1959年、南京中医学院が出した本です。これは中医学院の試用教材といわれているものですね。中国では1950

年代に各地に中医学院ができてきたわけですが、その中医学院の統一的な教材をつくっていきこうという動きのなかで、これが教材としてつくられました。『中国漢方医学概論』はその翻訳本です。私たちが鍼灸学校にいた頃は、中医学書はこの本しかなかったの、私自身もこれをずいぶん読んだ記憶があります。

## 2. 『はだしの医者 教材』

中国現代史を勉強した方はご存じだと思いますけれども、中国では1966年から文化大革命が始まります。それまでの既存の価値をすべて壊そうという形で文革が行われ、それ以前にあった中医学についても非常に否定的な動きが起ってきます。そういうなかで、中国では「赤脚医生」、日本語では「はだしの医者」と翻訳されますが、「赤脚医生」が短期間に大量につくられていきます。一番短い場合だと、数カ月の講習を受けて中国各地に広がっていき、そこでさまざまな医療活動に従事しました。「赤脚医生」の養成のために出された本が、『赤脚医生 培訓教材』です。

これを日本でも翻訳しました。『はだしの医者 教材』(図3)は、初版は1976年ですね。文革は1966年から1978年ぐらいで終わったとされていますけれども、その終わる頃に日本で出されました。これは最初、自費出版でした。その後、三景書店がそれを一般書籍として世に出していきます。



図3

この本の翻訳者は「はだしの医者 教材」翻訳グループというグループです。個人名が出ていないのですが、現在、北海道で治療院をされている吉川正子先生(東方鍼灸院)がホームページで翻訳にかかわったことを明らかにしていますし、また『難経』の研究をされている名越礼子先生(樺鍼灸院)もこの本の翻訳にかかわっていたと本人から聞いております。

『はだしの医者 教材』は数年かけて、最初4分冊の形で自費出版され、後に三景書店から上下2分冊の形で出版されました。この前書きの部分で、訳者たちは「自分たちは医学の専門家でも中国語の翻訳家でもないが中国の新しい医療制度『はだしの医者』に非常に興味を持ち、これは日本の現在の荒廃した医療状況のなかにあって、自分たちの健康を守るためのよい教材として大いに活用できるのではないか」と、出版目的を書いています。当時の日本は医療に矛盾が集約されていた時代だったのだと思うのですけれども、その時代に「はだしの医者」の翻

訳グループは、自分たちの体は自分たちで守るという形で、それに役立つ1つの教材を日本に提供しようということで、自主的にこの本を出版したと考えていいと思います。

原書名は『赤脚医生』培訓教材』といい、吉林医科大学革命委員会が出した本です。文革の頃に中国各地の組織機関をそれぞれ支配する新しい権力機関として革命委員会というのが登場してくるのですが、この本も1971年に発行され、ちょうど文革の真っ盛りの頃に世に出た本です。

### 3. 『中国の針灸と新医療法』

『中国の針灸と新医療法』(図4)は、私自身もかかわっている本です。ちょうど私が鍼灸学校にいた頃、1973～75年頃に「ベチューンに学ぶ会」の4人で翻訳しました。「ベチューンに学ぶ会」(ベ会)は、「自分たちの体は自分たちで守ろう」「治療手段を共有化しよう」「固定的な治す・治される支配関係を打ち破ろう」をスローガンに掲げた団体です。そして、この本は最初は「ベ会」のテキスト用として、翻訳を思い立ったものです。

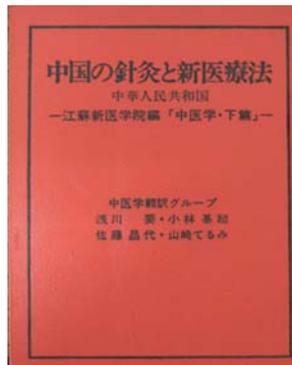


図4

出版元は刊々堂という出版社で、その後倒産してしまって今はないのですが、中国の鍼灸書をけっこう多く出していた出版社です。翻訳者のうち、小林基起・佐藤昌代・山崎てるみの3人は中国語研修学校の学生であり、私と小林基起・山崎てるみは四谷の鍼灸学校の学生でした。

この本は江蘇新医学院篇の『中医学』下篇の鍼灸関係部分(「第1章 経絡腧穴」「第2章 針灸と新医療法」「第3章 よく見られる疾患の治療法」「第4章 鍼麻醉」)を訳出したものです。原書は『はだしの医者 教材』よりも若干遅くて1972年で、江蘇新医学院というところが出した本です。江蘇新医学院は、1970年に南京中医学院と南京医学院が合併してつくられた学校です。

### 4. 『針灸学』(上海中医学院)

現在、『針灸学』(図5)は土屋書店で復刻されています。日本語版を出したのは1977年です。これも、先ほど言った刊々堂(出版社)が出した本です。

私、井垣清明(現・書道家)・池上正治(現・日本翻訳家協会理事)・村岡潔(現・佛教大学教員)の4人が中心になって翻訳しました。

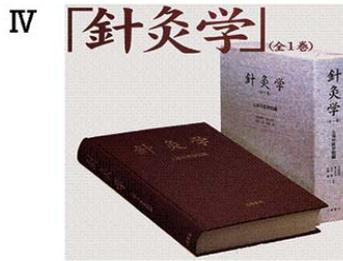


図5

原書は、1974年に上海中医学院が出した本です。もともとは1962年に上海中医学院が出した『針灸学』が底本になっていて、表紙部分に毛沢東語録などを挟み込んで出したのですが、内容的には1962年当時の中国鍼灸の内容をそのまま伝えている本なのです。

この本の特徴は後でお話しますが、経絡の体系がきちんと明らかにされていることです。文革時代の中国の鍼灸書は、経絡を申しわけ程度に扱うか、本によってはまったく無視することさえ起こりましたが、全4編からなる本書の第1篇経絡編はすべて経絡についての記載です。

この本は私が鍼灸学の学生だった1975年に、神保町の東方書店で手に入れたのですが、一見して強いカルチャーショックを受けた本です。日本の鍼灸学校では、経穴の位置や順番についてはけっこう細かく教えるのですが、経絡についての話はほとんど出なかったのです。現在でも、現行教科書『新編 経絡・経穴概論』を見てみると、経絡部分についてはお飾り程度の扱いしかしていません。ですから、学校の授業では経絡と経穴が結びついていませんでした。勢い、日本ではツボ療法的な経穴主治にならざるを得ないのです。

「鍼灸治療というのは経絡・経穴にもとづくといえながら、じつは日本の鍼灸は、経穴に非常に偏っている。また中国も、特に文革時代の鍼灸は非常に経穴に偏ったものだ」と認識させられたのが本書です。古代の中国人は人体を網羅する経絡の体系を明らかにし、経穴主治を経絡の体系のなかで捉えていたのではないだろうか？ それを気付かされたのが本書です。目から鱗というのではないですけど、これを絶対に翻訳してみようということで、私を含めて前述の4人で、3年の年月をかけて翻訳しました。

## 5. 『針灸学』(天津中医学院+後藤学園)

先ほど述べたように、日本の中医鍼灸の導入は、1990年で大きく線が引かれます。それまで私たちは、翻訳でしか中国の鍼灸については知り得なかったのですけれども、1980年代の後半から1990年代になると、兵頭明先生をはじめ、現・日本中医学会事務局長の瀬尾港二先生や、多くの方々が中国の留学を終え、どんどん戻ってきました。その人たちが積極的に中医学の普及に尽力され、鍼灸学校の教育のなかにも中医学が導入されるようになってきました。現在では、中医学にもとづいて『東洋医学臨床論』や『東洋医学概論』が書かれております。

写真(図6)は『針灸学』の「三部作」(基礎篇、経穴篇、臨床篇)です。これは1991年に学校法人後藤学園が中心になって、天津中医学院と後藤学園の共

同執筆という形で書かれたものです。ですから原書はありません。この三部作は、ほぼ完成された現代中医鍼灸学書で、東洋療法学校協会でも推薦図書になっており、私がかかわっている東京医療福祉専門学校でも、この基礎篇については学校の教科書になっています。



図6

## ■ 日本に導入された中医鍼灸書の経穴に対する記載項目

次にそれぞれの本でどういう内容が書いてあるのかを紹介していきますが、全部を比較していくのは膨大な時間を必要とするので、経穴の扱い方についてだけ、それぞれの本の特徴を見ていきます。日本に導入された中医鍼灸書の経穴に対する記載項目ということです(表)。これは導入順に書いてあります。

最初の段は『中国漢方医学概論』です。1965年に日本で発行されました。この本の記載項目は、穴位および取穴法、そして主治だけです。刺鍼法などについては一切書いていません。さらには穴位の解剖学的なことも書いていません。本

表 初期に導入された現代中医鍼灸書の経穴記載内容

書籍名	原書名	原書発行年	邦訳発行年月	経穴記載内容
中国漢方医学概論	中医学概論	1959年	1965年12月10日	(穴位および取穴法) (主治)
はだしの医者 教材	赤脚医生培訓教材	1971年	1976年12月1日 (第4分冊) *第1分冊はそれよりも2年ほど前	項目を立てていない 部位と刺鍼法を簡単に記すが、主治はない
中国の針灸と新医療法	中医学・下篇	1972年	1976年9月25日	(位置)(主治)(附注) ※(附注)はおもに刺鍼法について記されている
針灸学 (上海中医学院)	針灸学	1974年	1977年6月20日	(位置)(解剖)(効能)(主治) (文献摘録)(配穴)(操作方法)(分類)(備考)
針灸学 (天津中医学院+後藤学園)	針灸学	1991年	1991年5月1日	(出典)(由来)(要穴)(定位) (取穴法)(主治)(作用機序) (刺灸法)(配穴例)(局所解剖)

当に簡単な内容しか書いていない本です。

2段目は「はだしの医者 教材」です。これはさらに項目が少ないですね。項目を立てていなくて、部位と刺鍼法を簡単に記すだけで、なにに効くかという主治については書いていません。ただ、深さだけは書いていて、総じて深刺です。ですから、清明穴も5分から1寸5分の深さに入れろという形ですね。

3段目は『中国の針灸と新医療法』です。記載項目は、位置・主治、そして附注としておもに刺鍼法について書いてあります。でも、やはり非常に簡便な形で書いてあります。

4段目は上海中医学院の『針灸学』です。記載項目に関しては、位置・解剖・効能・主治・文献摘録・配穴・操作方法・分類・備考という形で、内容についてはかなり掘り下げた形で書いてあります。

一番下の段は天津中医学院と後藤学園が出した『針灸学』です。これについては非常に細かい記載項目が出てきます。局所解剖から、配穴例・刺灸法・出典・由来・要穴・定位・取穴法・主治・作用機序というのまで非常に細かい記載になっております。

ちなみに、日本の状況はどうだったのかといいますと、私は1972年に鍼灸学校に入ったのですが、私が鍼灸学校に在学していた頃に使っていた教材が『漢方概論（経穴編）』で、森ノ宮医療学園の創始者である森秀太郎先生が中心になって書かれた本です。記載項目は、取穴・解剖・主治・備考で、この備考については森先生のさまざまな個人的な経験が書いてあります。たとえば肺経の孔最穴については、「痔疾患には主として灸を用いる」といった類です。

当時の日本の鍼灸学校の教科書と、文革当時の中国の鍼灸書では、経絡経穴の記載項目は、中国の方がむしろ少なかったと思います。ところが、現在の日本の『新編 経絡・経穴概論』は、主治あるいは刺鍼法等については一切、触れていないですね。解剖学的なものについては書いてありますが、そこまでなのです。この経穴はどのような症状に使えるのか？ どのようにしたら効果が発揮できるのか？ という部分についてどうして書いていないのか、これは常々、疑問に思っているところです。これについては抄録のなかに参考資料として書いてありますので、ぜひそれをご覧ください。

そういうことで時間が来てしまいました。あまりまとまらなくて申し訳ないのですが、次のシンポジウムに移っていきたいと考えます。

## 中医鍼灸は市民権を得たのか 経絡治療からみた中医学

岡田 明三

(経絡治療学会)

### 要旨

経絡治療について解説をした後、中医学に対する私見を述べる。

経絡治療は、『素問』『靈枢』『難経』など中国古典医学書を柳谷素霊らにより体系化した日本鍼灸である。

- ①すべての病，症状を経絡の変動とみる。その虚実を四診によって決定（証の決定）する。
- ②虚する経絡は補い，実する経絡は寫す。主証に対する治療を本治法，その他の治療を標治法という。
- ③治療（本治法への補寫）は『難経』69難または75難による。
  - ・四診 望診：神氣（治療の可否），五色，艶  
聞診：五音，かすれ（神氣）  
問診：五味，主訴，睡眠，食事，大便  
切診：1，脉診 2，詳細な脉診 3，切経（脈診結果の検証）
  - ・証（虚実）の決定
  - ・選穴
  - ・切経と取穴
  - ・治療 1，本治法 2，局所治療 3，募穴刺鍼 4，背部俞穴刺鍼
  - ・最後の検脉

中医学は複雑な診断をしてはいるが，最終的には主治証に対する主治穴治療となっている。診断は湯液系と鍼灸系は同じであるが，導きだす証が湯液系と鍼灸系では違う。鍼灸に限れば日本では四字熟語は日本語に訳された方がよいのでないかと考える。

キーワード：経絡治療，四診，本治法，弁証

本日はシンポジウムにお招きいただきまして，ありがとうございます。会頭浅川先生とは古くからの顔見知りでありまして，今回こういうお話をいただき，私なりに思うことがいっぱいありますので，そんなことをお話しします。

## はじめに

じつは私は1972年に、針麻酔等も含めて日本の青年代表ということで中国へ行ったことがあります。その後も何回か中国には行っています。行かなくなったのは、まったく政治的な理由で、天安門事件以降、中国には足を踏み入れていません。個人的には親しい人がいっぱいいますけれども、なにぶんああいう体制下ですから、学問にしても文化的なことを含めて国が中心になっているということがいろいろなところに反映されているので、それをふまえて、今は距離を置いている感じです。

今日は「経絡治療からみた中医学」ということ（テーマ）ですが、先ほど浅川先生がご紹介になった本のなかで、後藤学園と天津中医学院が編纂している『針灸学』は、東洋学術出版社から出版されていますけれども、じつは私、たくさん買わせていただきまして、学校の授業等でも使ってきました。本当に隅から隅までよく使わせていただいている本で、先ほど浅川先生のご説明の通り、はじめて体系化された本だろうと私も思っています。特に基礎篇は非常によくできています。

経絡治療学会でも本を出しましたけれども、原典になるものが一緒なので、基礎的な理論についてはどちらの本もそう変わりはないのだろうと思いますが、最後の方で触れますけれども、中医学と経絡治療の基本的な違いは、主治穴の使い方と、経穴を組み合わせて使うところが一番違うところだと思いますので、最初に経絡治療の話をさせていただきます。

## 経絡治療とは

経絡治療は、柳谷素霊が亡くなった後に、日本の鍼灸の古い先生方になりますけれども、座談会をやりまして、それをまとめた本を昨年、医道の日本社から出しました。そのなかに、今の日本の鍼灸の形がどうやってつくられていったかということが書かれており、古典のなかからいろいろなものを拾ってきて、経絡治療という体系をつくっていく過程が書かれています。

経絡治療は、『素問』『靈枢』『難経』などの中国古典医学書を柳谷素霊らが体系化した日本鍼灸であります。ここは「日本鍼灸」という言葉を使わせていただきましたけれども、日本で体系化されたものを「経絡治療」と呼んでいます。

「すべての病、症状を経絡の変動とみる」というところが、ツボ療法的な経穴を使う主治穴的なものとは少し違うところです。その虚実証を望・聞・問・切の四診によって決定していきます。それから、経絡ごとの虚実を判定しながら、経絡に対してツボを使うということで、そのやり方は主治穴的なやり方とは少し違うということが大きな特徴であろうと思います。

治療に関していいますと、本治と標治。これは本治法とは何か、標治法とは何かという言葉にもかかわってきますけれども、主証に対する治療を本治法といい、その他の治療を標治法といいます。本治法への補瀉は『難経』69難または75難を中心に組み立てていき、特定の経絡・経穴の主治穴ということではなく、経絡全体の虚実をみるという考え方でやっています。

ご存じのように、望・聞・問・切の四診ですが（図1）、これは中医学も共通していることだと思いますけれども、こういう診断法によって証を決定します。

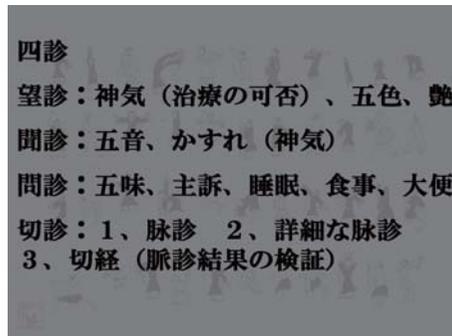


図1

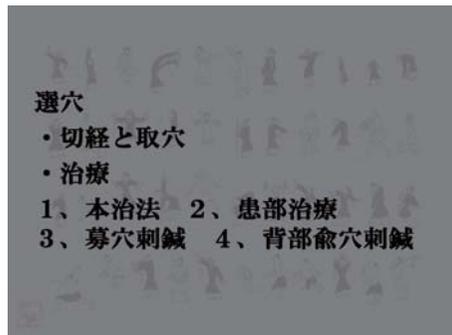


図2

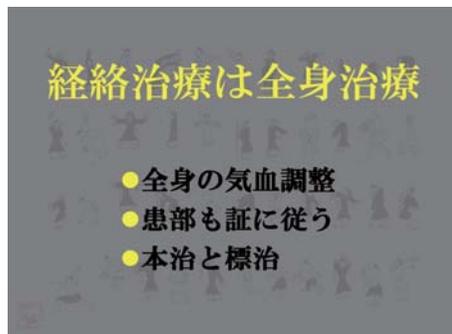


図3

そして、その証（虚実）の決定に従って、選穴（図2）。特に、経絡を中心にしていますので、経絡の虚実・流れに対して、おもに切経といって指で経絡の顕現状態というのをみていきますけれども、それと決められたツボとを比較しながら診ていくというようなことですね。さらに患部治療・募穴刺鍼・背部愈穴刺鍼・背部愈穴は、本治法の補助穴という見方をしています。最後にもう1回、脈を診て、その治療の成否をみてくるというようなことですね。

経絡治療は全身治療で、全身の気血の調整です（図3）。それから患部の補瀉に対しても、決められた大きな証に従って表証・裏証、虚実証に合わせて、先ほど「はだしの医者」の頃は鍼が深かったというのですけれども（会頭講演 p.3 参照）、経絡治療は基本的には非常に浅い鍼を使います。その浅い鍼によって、患

部も浅いなかにもその証に従って深さを調節するというようなことをやっております。そして、本治法と標治法を合わせたものを全体として「経絡治療」と呼んでいます。

## ■ 中医学に対する私見

中医学に関しては、中医学は複雑な診断をしています、たとえばいろいろな弁証法も私が最初に1972年に中国に行ったときの弁証法はまだ八綱弁証ぐらいだったのですけれども、その後だんだん弁証法が増えて、今はいくつあるのですかね。6つか7つぐらいあるのでしょうか。臟腑弁証とか、気血弁証とか、どんどん増えてきました。

弁証というのは証を弁別するという意味ですから、証を区別していく過程のことを「弁証」と呼びますけれども、中医学は複雑な診断をしています、最終的には主治証に対する主治穴治療になっていて、病名治療に近いものになっています。特効穴治療というのは「はだしの医者」の頃からそういう傾向はあったのですけれども、ツボ療法となっていくということですね。

もう1つは、湯液系と鍼灸系の診断をなるべく同じにしようということですが、使っているものが違うわけですし、効かせていく場所が違うので、やはり矛盾しているのではないかと思います。

それから、鍼灸に限れば、日本では四字熟語は日本語に訳された方がいいのではないかと。これは、直接、浅川先生にも申し上げたことがありますけれども、やはり日本でやるからには、日本で通用している日本語に直すべきではないかと思っています。

## ■ 結び

最後に、これはちょっと聞いてみたいと思うのですけれども、耳ツボや足裏の反射区のことです。本来、伝統鍼灸といわれるものにはないようなものを中医学はなぜ入れてしまったのかということも含めてですね。これはまた、後で、ディスカッションのところで質問したいと思っています。

以上が、だいたい中医学に対することなのですけれども、個人的には、鍼灸臨床をやっていると、鍼の治療が上手か下手かどうかということが、最終的には治療という段階になってくると非常に大きいし、私は40数年臨床をやっていて、やはり人間としての鍼灸師が患者にどう受け入れられているかということが非常に大きいものだろうと思っています。ですから、やり方とか、鍼の打ち方とかは、患者にとってはあまり関係のないことで、じつは人なのだろうというふうに、最近は感じています。やはり、学派的なもの以上に、人づくりの方が重要であるというふうに感じております。そんな話を最後にさせていただきたいと思います。私の発表はこれで、終わらせていただきます。

## 中医鍼灸は市民権を得たのか 中医鍼灸は市民権を 得たのか？

寄金 丈嗣

(六然社)

### 要旨

かつて、ちくま書房から『ツボに訊け』などという本を出しながらこんなことを申し上げるのは憚られもするが、そもそも鍼灸そのものが「市民権」を得ていないと思っているし、ただでさえ薄い層の鍼灸に流派概念を持ち込むこと自体が不合理だと思っている。が、与えられたテーマから鑑みるに、たぶん以下のようなことを想定して話を運んでほしいのだろう。

曰く、日本の鍼灸には、科学派、古典派、太極療法派、中医派、等々というモノがあり、そして折衷派が存在する。

この中医派というのは、昭和末から平成にかけて台頭し、当初は「鍼ではなくてバリだ」「衛生的でなくて痛い」（小川卓良氏談）等といわれていたが、学校（東京衛生学園を嚆矢とする）教育のなかで取り入れられたこともあり、徐々に臨床でも「弁証→配穴」を口にする人が多くなってきて、拡散・浸透しつつあるなか、本来中国の土壤に根ざしたものであった中医学（？）が、四季のある島国であり比較的多湿な気候や大陸人に比べて脆弱でストレスの多い日本人の体質に合った形でさまざま変容し、そろそろ古典派や科学派を凌駕する形で定着したかなあ、まだかなあ……、みたいなのところであろう。一時、中医派を自任する先生方から「日本人の体質に合わせて鍼は細い番手に変えています」などという言葉を目にしたが、本来、「因人制宜・因地制宜・因時制宜」であるから、自慢するほどのことではないと思うし、こうした流派のカテゴリライズは先与概念の付与という形で行われてきたのでほとんど意味がない。つまり、志向性のない者まで恣意的に方向づけてしまうという弊害が鍼灸界では起こってきたのである。

シンポジストの1人である岡田明三氏が会長を務める経絡治療学会からの依頼を受けて『経絡治療』誌を4年余り編集制作していた経験からいえることだが、鍼灸界内部の人間が、内部を流派的に分けようとするほど、自己批判（自嘲の精神？）は失われてしまい、あまつさえ、他者からの批判にも「馬の耳」になり、建前の議論に陥りがちである。

はっきり言ってしまうと、こと、鍼灸に関する限り、治せる人と治せない人がい

るのであり、治せる人にとっては、「理屈はどうでもいい」「治せた説明はどの流派方式でも付けられる」のが実態ではないだろうか？ 現実問題として、脊際の凝りをきちんと解消するだけで、多くの不調は軽減するが、たとえば、手技では取りきれない硬結などを鍼で狙っているだけの按摩バリ方式の臨床家に対して、あなたは経絡治療ですか、中医鍼灸ですか、整形外科的鍼灸ですか、それとも「○○方式」ですか？ などと質問したら、現実はどれでもないはずなのに格好つけてどこかに○をつけてしまう。では、選んだそのものの正体はどういうものですか？ と問いただしてみたら、おそらく多くの方は説明責任を果たせないのではないだろうか。質問する側も質問される側も未熟な現状で行われる先与概念の付与、これが鍼灸界で起こってきた現実であろう。

……ということをおまえたうえで、では「中医鍼灸」とは何か、「日本鍼灸」とは何か、ということからスタートすべき、あるいはそういったカテゴリーそのものを払拭してしまうべきなのではないか、というのが当方のスタンスである。

キーワード：鍼灸流派、日中医学交流、先与概念、中医鍼灸、日本鍼灸

## はじめに

はじめに結論と申しますか、私自身の考えを言っておきますと、鍼灸というのは、できる人はできるし、できない人はできない……そういうものなのだろうと思っています。医療現場でカンファレンスをしてみんなが同じように、同じような平均のレベルで鍼灸をしようという考えも、気持ち的にはよく理解できるのですけれども、本当に厳しい患者さんは鍼灸院などへはなかなかいっしょにやらないのが現実でしょう。結局、治療行為としてリアリティをもって鍼灸をできる人と、できない人がいるのであろうと思います。

今日、兵頭（明）先生がいらしているかどうかわかりませんが、私はじつは兵頭チルドレンです。兵頭先生が後藤学園で、担任をもったことが一度だけあったようなのですが、そのときの学生でした。すでに時効だと思ってしまうのですが、学生のときには（図1 右上の記事）「赤脚」というアジビラをつくったりしたこともありました。ここにいる先生は芹澤（勝助）先生ですね。この授業をやったとき、非常に酒臭い授業だったので、「酒を飲んで授業をするような人が、この業界のトップレベルにいる芹澤先生という人なんだ」というので非常に憤りを覚えまして、壁新聞をつくりました。「中青同」というのは「中医学振興青年同盟」の略ですが、半分以上ギャグというかパロディなのですけれども、私は10年ほど前に『全日本鍼灸学会誌』のパロディ本をつくったりしていますから、やっていることは30年前と変わらないのですね。

まあそんなことはともかく、兵頭先生に出会って中医学に非常に傾倒しました。私が資格を取ったのは昭和の時代ですが、それからだんだん「いろいろ怪しいな」ということが見えてきたのですね。それは日中双方についてです。

ここにある本（『中医伝日史略』）は、何仲涛先生が書かれたもので、確か1993年ぐらいに頂いた本です。中医学が入門だったし、中医学に対して非常に思い入れのあった時期もありました。今も基本的には兵頭先生が「なんかやってくれ」と言ったら「なんでもやろう」と思っています。そのぐらい兵頭チルドレ

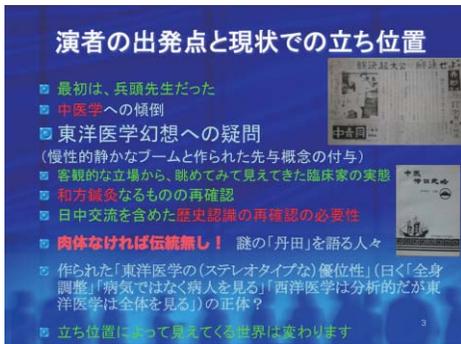


図1 演者の出発点と現状での立ち位置



図2 ニュートラルで行こう！

ンではあるのですね。でも、「じゃあ、今も中医学を、あるいは中医学で、やっているの？」というと、「んん？」という感じなのです。

基本的に私のスタンスは常に「ニュートラルで行こう！」ということで(図2)、これはいつも見せるスライドですけれど、『買ってはいけない』を買ったら、『買ってはいけない』は買ってはいけない』を買う。こういう両極端を見ていこうという考えであります。

## 注目すべき本

出版人として本のお話を続けると、兵頭先生の『健康マニアは早死にする』という有名な本がありまして(図3)。今、この本はあまり手に入らないと思うのですが、非常に面白い本です。健康本がいろいろとありますけれども、そのなかでも、この本は読んでおいた方がいいだろうと思います。



図3 注目すべき本

ところが、最近、兵頭先生が監修になっているこういう本『鍼療法図鑑』(図3)があって、先ほど岡田先生がいみじくもおっしゃいましたけれども、耳の鍼の本なのです。耳の鍼の本で、兵頭先生が中医の立場から監修されています。耳鍼は中医学ではありませんから、岡田先生はこの辺を突っ込み所にされたいのだろうと思うのです。

岡田先生は「日本鍼灸」とおっしゃいましたけれど、柳谷素靈先生が亡くなったのは、今の僕の歳と同じ53歳です。「53歳で亡くなった柳谷素靈が始めたものを伝統鍼灸と言っているのでしょうか？ たかだか60年のもので」という思いがあるなかで、「日本鍼術」とはっきり言っている町田栄治さんという人がいます（図3『日本鍼術に生きて』）。この方は石坂流を標榜する人で、実際には石坂流の傍系なのですけれど、この方は日本鍼灸・鍼術と言っていますが、石坂流は和蘭折衷ですから、完全な日本鍼灸とは言えませんね。

『中国腹診』（図3）とか、承淡安のお嬢さんが関係している本（図3『傷寒論科学化新註』）とか、承淡安の関係した本とかいろいろ語っておきたい本はありますが、この『針灸』（図3）という本も浅川要先生が1975年に出された本だったと思いますけれども、たぶん単独で浅川先生の名前が出ている最初の本ではないかと思います。

『中国科学の流れ』（図3）は山田慶児先生の本ですが、このなかに中国の鍼灸についてかなり書かれていますのですけれども、案外この本は、みなさんあまり読まれていないようです。

こういう本のことを説明し始めると時間がかかってしまいますので、これくらいにしておきますが、これは民国12年ですから、今からだいたい95年ぐらい前に廈門を中心に中国で出されている教科書的なものだと思います。これも教科書的に使われた中国での本で、承淡安がからんでいるものがいくつかあります。それからこのなかに試験に関係するような記述があるものがいくつかあるので、このぐらいのことを普通の学生が勉強していたという証拠ですね。

## ■ 日本鍼灸と中国鍼灸

### ■ 1. 日本鍼灸

「和方鍼灸」（図4）というのは、「現代の中医学の成り立ちもなんだかよくわからないから、日本のものをちょっと勉強してみよう」「日本にちゃんとしたものはなかったの？」ということを考えてみました。長野仁先生と和方鍼灸をテーマにしたイベントを、＜多賀大社でフォーラム＞と称して5年ぐらいやったこともあるのです。これは、別に「和方鍼灸」というものがあると思ってやっているわけではなくて、「そういうものはなかったの？」「日本には伝統的な鍼灸という

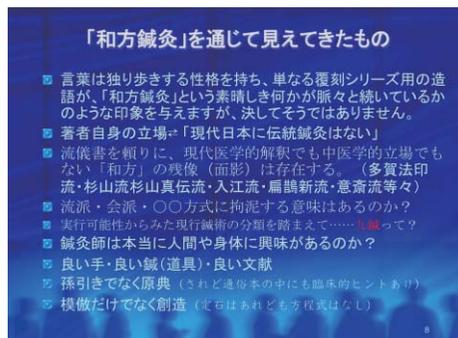


図4 「和方鍼灸」を通じて見えてきたもの

ものはなかったの？」「中国から渡ってきてそれから何をやってたの？」というのを調べてみたりすることから始まっています。現状は文献的には、オリエント出版社の蔵書を始め、さまざまありますけれども、「じゃあ、現在の日本に伝統鍼灸があるか」というと、ないのですね。まったくないのです。

それで流儀書を頼りに見ていくと、現代医学的解釈でも中医学的立場でもない「和方」の残像みたいなものは存在します。ただし、あくまでも残像です。そういうものしかない。

実際には、日本にも伝統的なものはなくて、いま「伝統」と称していても、みんな個人がつくったものなのですね。今、みなさんがいろんな会、たとえば、積聚治療というものがございますけれども、あれも「お腹を触れば背中が変わる」という、身体にとってごくごく当たり前のことを提唱して一流派を標榜しているようですが、それを、教育の現場で学校として立ち上げてしまったということで、ビジネスモデルとしてはすばらしいと思うのですが、身体への反応としては、当たり前といえば当たりのことです。

そんな当たりのことで「なぜ流派、流派をつくるのであろう」というのが、客観的にみていて感じてしまうのですね。鍼灸の世界はそういうことがとても多いのです。

鍼灸師というのは、経絡とか経穴という「実体のないもので商売をしていいよ」と、国からお墨付きをもらった珍しい職業なので、まあ、それはそれでいいかと思うのですが。

和方の残影みたいなものの中に、多賀法印流というものがあります。「邪正一如」という言葉が残っていますが、「日本の鍼灸は今の中医鍼灸と一番根本的な違いってなんなんだろう」ということを考えてみたときに、非常に参考になる言葉だと思います (図5)。



図5 中国鍼灸と日本鍼灸の違い

中国鍼灸というのは邪の存在があって外邪を取り除く、要するに正気を助けて外邪を取り除く（「扶正去邪」）。日本の鍼灸は、「体の中の働きそのものに邪も正もない」というような考え。要するに、「邪正一如」。これが和の精神みたいなものにつながるのだと思うのですが、そういう世界観をいちおう志向しているということです。

日本の鍼灸は、携帯と一緒にガラパゴス化。実際それぞれの人が何をやっているかということ、みんな違うことをやっていますよね。同じようなことをやっ

ると言いつつ、違う人が違う体に違う鍼を刺すわけですから、当たり前といえませんが。

一見すると同じようなことをやっているように見えるとしても、たとえば、ある中国式鍼灸法で多店舗展開している先生がいて、その先生のところでは、みんなが師匠と同じようにやるのですけれども、そのトップの先生だけが効くというようなことが現象として起きるのです。これが何に由来するののかというのは、僕は肉体に由来するのだらうと思うのですけれども、基本的には「一人一派」になってしまっている。

結局、団体をつくってそのなかの人はトップの先生に気に入られようとか、いろいろみんな自助努力されているのですけれども、自分で勉強はしなくなるのですね。結局、自分で勉強しなくなって、その団体のやり方を踏襲すればなんとかうまく食っていける。それで食っていけるようになったら、それ以上勉強しないというようなことがよくあって、「食える人は食える、食えない人は食えない」というような結果だけが残るわけです。

先ほど岡田先生がおっしゃった『医道の日本』の座談会をまとめた本、あれは非常にいい本ですが、あれを読むと、昔の先生のなかにも「これ、間違いだろう」というようなことを平気でしゃべったりしている人たちが、会派をつくって立派にやってきていたりします。あの時代は資料的に不備があったこともあり、勉強できなかったというのもあるのでしょうか。だけど、それを修正しないでそのままそれが既成事実として成り立ってしまっているようにしか見えないところがたくさんあるのですね。また、『医道の日本』という雑誌の性格上しょうがないのですけれど、情報が関東に偏っています。

たとえば『昭和鍼灸の歲月』という本を読んでほしいのですが、あれは「昭和鍼灸のごく一部の歲月であって、全部の歲月ではない」ということを念頭に置いて読まないで、たとえば関西や九州の情報が失われたままになります。漢方もそうだらうと思うのですけれども、基本的に鍼灸は西高東低です。ですから、関東の情報をいくら拾っていても、貴重な情報はあまり出てこないです。これは文献的にもわかっていることで、古本屋などを探してみると、関西の方が資料が充実していますし、関東よりもみんなが勉強していた気配が濃厚です。

鍼灸業界に対する批判的なことは、別に僕が今、言い始めているわけではなくて、これもいつも僕が紹介する本なのですけれども、鍼灸師でしたら、マーガレット・ロックという人の『都市文化と東洋医学』はぜひ読むべきです。これは26年前の本ですけれども、「鍼灸師は社会的には、こういうふうにフィールドワークされたのだ」というようなことがいろいろと書いてありますが、この本のなかで指摘されたさまざまな問題点は今でもあまり変わっていないと思います。

鍼灸、打ち方はいろいろスタイルがあるのですけれども、よくアンケートとかされますよね、「あなたはどのようなスタイルですか?」とか(図6)。

こういうのは「先与概念の付与」という言い方をすると思うのですけれども、なんとか療法とか、あなたは中医学でやっていますか? というような話をして、「僕、中医学でやっています」「太極療法です」「経絡治療です」……と。でも、経絡治療というのが、シンプルにいうと、四陰経の虚を見つけてそれを補えばいい、要するに四陰経のなかから虚している経絡を見つけてそれを補えばいいのだというようなことでしたら、別に無理して脈診しなくてもいいし、六部をみなく

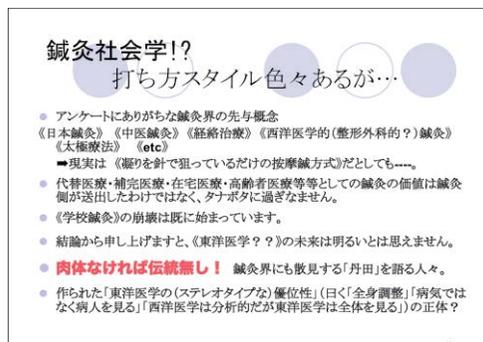


図6 鍼灸社会学!? 打ち方スタイル色々あるが…

でも四部をみればいい。要するに腎に実がなく、心に虚がないのでしたら、なんで六部をみる必要があるのだろうかとかいろいろ思うところはあるのですが、現実には、同じ「経絡治療」といっても、いろいろあるのですね。

## ■ 2. 中国鍼灸

また、東洋医学のステレオタイプな考え方で優位性として、「全身調整」とか、「病気でなく病人をみる」とか、「西洋医学は分析的だが東洋医学は全体をみる」とか当たり前のように思われていますけれども、これらは東洋医学が言い始めたことではありません。そもそも「東洋医学」という用語も問題あるのですが、それは置いておいて、日本で東洋医学をやっている人は、これらの優位点を東洋医学の金科玉条のように思っている人がいるのですけれど、これらは全部フランス哲学からかっぱらってきたものです。

中国では「くまモン」の偽もんも出てきたみたいですけど、なんでパクっちゃうんでしょうかね。

たとえば、ポール・ノジェですね。ノジェさんが耳鍼を始めたのですよ。足の反射療法も基本的にはドイツですよ、リフレクソロジー。リフレクソロジーを日本にはじめて持ち込んだのは、確か、加瀬建造先生だったと思いますけれど、いま耳鍼も足揉みも世間的には東洋医学の範疇になっちゃってたりします。

不思議なのは「なんで中国にはなんでも昔からあったことになってしまうのか」ということです。

現在、ほとんどの鍼灸学校で「安いから」という理由で中国の鍼を使っていますけれど、鍼管とか普通につくっちゃって、いつの間にか鍼管が当たり前のように使われていますし、それも本来、プラスチックの鍼管を使う時点で僕は「鍼灸は伝統を失ったな」と思うのです。なぜかといえば、管鍼術と打鍼術というのは、本来、密接な関係があって、打鍼で槌を使う代わりに管を使う。それが本来、杉山流の鍼管の使い方です。ですから、鍼管の重さを使ったいろんな技法がたくさんあるから、管鍼術はいわば、プチ打鍼みたいなもので、鍼管術と打鍼術というものの関係性をぶった切っちゃって鍼管を単に痛くなくするためだけに使うみたいなふうになってしまっただけで、プラスチックになってしまった時点で、もう伝統というものはまったくそこに欠け落ちてしまっているのです。不思議なことだと思のですが、鍼灸界ではそういうことはあまり問題にされないですね。

それから、最近の話題でもう1つ不思議なのは「刺絡」。最近、中国の鍼灸学世界のなかで「刺絡」という言葉が普通に使われていますが、昔は「刺絡」とは言わなかったはず。「刺絡」は、たぶん日本の造語のはずなのですけども。中国では「刺血」「救血」「絡刺」と言っていたものが、いつの間にか「刺絡」に変わっている。こういうことが、中国ではけっこう多いのですよね。

「老中医の血脈はいったいどうなっちゃうのだろうか?」とか、「なぜ腕のいい老中医はみな武術兼修しているのだろうか?」とか、「国家標準とかISOとかいろいろとつくってそれを世界戦略として打ち立てている割には、なんで各臨床家のやることは皆まちまちなんだろうか?」とか、個人主義の国ですから当たり前といえば当たり前なのです。国家基準に縛られるのは日本人だけのような気がするのですけど。

## ■ 中医学を学ぶうえで誤解しやすい点

中医学という完成された教科書で勉強してしまうと、あたかもそこにすばらしい体系がすでにドンとあるように思うのですが、いろんな概念というのは歴史的に最初からあったわけではなくて、だんだん時代によってできてくるわけですよ(図7)。そういうことを最初は全然わからなかったもので、僕も習いたての頃は「弁証論治」というような言葉に、非常に魅力を感じていましたが、よく考えてみると、弁証論治といっても、それは論治であって、治療ができる人しか論はできないはずなのです。

理屈を積み重ねて理・法・方・穴・術、最終的に鍼を刺せば病気が治る……、現実には、そんな甘っちょろいものじゃないでしょ? 長い時代の変遷を経て、実際に弁証とか、病因病機とか、いろんなことがあって、それがいったい、いつ、どうなって、どういう形で生まれてきたのか、みたいなことを考えてみると、いろんな概念というのは、時代、時代に生まれてきていて。まあ、これを説明していくと長いので、とりあえず止めます。

これ(図8)は、薬の話などもかかわってくるのですけれども、六淫の概念とか、そういうのがいろいろあって、突き詰めていくと、かなり怪しげなんです(図9)。たとえば、よく陰虚と言うのですけれど、張錫純はアスピリンを中医学的に使うという、面白い、優れたことをやっていて、「いろんな概念をよく

### 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点①

- 三國・晋・南北朝・隋・唐・五代十国・宋・金・元・明・清と云った時代を通じて、基本的な病因病機概念に異同がある。
- 『内経』中の医学概念から現代中医学までの変遷を知っておく必要がある。
- 例えば、病質概念(氣象)：五行の色体表的概念は『金匱要略』にはあるが『傷寒論』では希薄。
- 例えば、病期概念(経絡)：これも複雑で、時間的には生体状況のフェイズであり空間的には生体部位を表す。12期だったものが『傷寒論』では6期に、その後、三焦概念、四要概念が導入される。元時代になると病期概念は三焦概念にも影響されるようになる。
- 例えば、朱丹溪による四傷概念(気血痰鬱)の導入によって病因概念に変化が生じる。
- 清朝時代の温病理論と病向概念(昇降散集)によって病期概念はさらに変化を遂げる。

図7 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点①

### 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点②

- 足太陽経と手太陽経を太陽病(一過性症状期)→表証※1→衛分
- 足少陰経と手少陰経と手厥陰経を少陰病(発作性症状期:再発頻度低)→上焦※1→氣分
- 手足陽明経と手太陽経と手少陽経を陽明病(発作性症状期:再発頻度高)→中焦※1→氣分
- 足太陽経を太陰病(常習性症状期:再発頻度低)→中焦※1→営分
- 足少陰経を少陰病(常習性症状期:再発頻度高)→下焦※1→営分
- 足厥陰経を厥陰病(構造性症状期)→下焦※1→血分

- 病勢概念(虛実):実=邪気実(瀉薬) 虚=正気虚(補薬)
- 病性概念(寒熱):寒=陽気<陰気(温熱薬) 熱=陽気>陰気(寒涼薬)
- 病因概念(六淫):風邪(祛風薬) 寒邪(温寒薬) 暑邪(清暑薬) 火邪(瀉火薬) 湿邪(燥湿薬) 燥邪(潤燥薬)→&気傷(理気薬) 血傷(理血薬) 痰傷(利痰薬) 鬱傷(理鬱薬)

図8 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点②

### 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点③

- 病向概念 ( )
- 昇: 陽気上昇(降薬) ⇔ 降: 陽気下降(昇薬)
- 散: 陽気外散(収薬) ⇔ 収: 陽気内収(散薬)
- 
- 現代中国医学の特徴は概念と語彙の簡略化、さらに西洋医学への隷属(動態概念の消失)にあり。
- EXP 陽気(興奮 亢進機能)VS 陰気(鎮静 抑制機能)
- 陽液(汗、尿、津などの清液)VS 陰液(血液、精液などの濁液)
- 
- 例えば、「陰液の虚」=「津液不足」は「燥」という概念に相当するが、「燥実(調胃承気湯之主:大黃2.0(適量) 甘草 芒硝各1.0)」或は「燥虚(姜門冬湯之主:姜門冬10.0;半夏 粳米各5.0;大棗3.0;人參 甘草各2.0)」のいずれの可能性もあり、だとすると、「実証の陰虚」「虚証の陰虚」とあるという矛盾が生じる。

図9 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点③

### 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点④

- 現代中国医学は身体という限定した枠内での陰陽対立によって「陽気と陰気」を合わせて陽気「陽液と陰液を合わせて陰気」としてまとめてしまった。さらに気や液という枠内での対立を強引に全体に拡大して考えている部分もあり、「陽気VS陰気」という対立の構図に置き換えてしまった感が否めない。
- 現代中国医学では、例えば「陰虚」という言葉がよく使われるが、「陰分虚」「陰液虚」の両方を含むだけでなく、「陰分=陰液=虚」という場合も考えられる。さらに「陰気の虚」まで含頭に置く場合もある。するどういいう事が起きるかと言うと、「陰分の虚」であれば、陰分も当然虚であり、「陰虚乃ち陽虚(陰陽両虚)」というあまりにも当たり前な事になってしまう。
- また、「陰気の虚」として考えるとすると、「陽気」に比べて陰気は相対的に弱いので「陰分の虚」の場合とは逆に、「陰虚(熱虚)」と「陽虚(寒虚)」の間で矛盾が生じる事になる。

図10 中国医学を学ぶ上で誤解しやすい点④

消化して使っているんだな」というのはわかるのですが、実際に中国、特に中医鍼灸みたいなことをやっている人たちが「本当にその概念をわかってやっているのかなあ」と思うと、「どうも怪しいな」と疑問に思うことがたくさんあるわけです(図10)。陰分とか、腎陰とか、これは説明しなくてもいいでしょう。

『内経』時代の陽病発汗、陰病吐下みたいな考え方が時代によって変化してきたように、現代中国医学のいう「陰虚」は、本来『内経』のもっていた、「三陰の虚」だけでなく「熱虚」&「燥邪」&「三陽の熱虚」「三陽の燥邪」も同時に含むことを「陰虚」と呼べる場合もあるわけです。それ故、湯液と鍼灸経絡理論の整合性にも大きな矛盾をはらんでしまっているにもかかわらず、あたかもわかったような顔をしている人が結構います。たとえば、もし、その人の言っている「陰」が「陰液」のことなら、「陰液の虚」は「燥(津液不足)」のことなので、「腎経」&「腎水」ともに「燥」なる可能性があるから、どちらを指しているのかわかりませんし、「腎の陰虚」と腎と陰虚を区切った場合、陰虚にはスライドにあるように「陰液の虚」「陰分の虚」「陰気の虚」があつて何のことやらさっぱりわからなくなります。結局、ケースバイケースで前後の脈絡をよく読んで判断するか、一知半解のまま適当にやっているかのどちらかなのが現実でしょう。

## 日本鍼灸と中国鍼灸雑話

どういう話題になるかわからなかったもので、このスライド(図11)も入れてきました。実際には、経絡治療以前にも、寒熱ということをやちゃんと考えて鍼灸をしていた八木下勝之助という人がいます。

都市伝説的には、八木下勝之助が壇上に上がって「経絡のエネルギーを補瀉するだけである」と叫んで下りたことになっていますが、実際にはセミナーでどういう会話があつて、どういうことをしていたかということはやちゃんと残っていませんし、経絡治療の先生のなかには、適当に特効穴治療をしていた人たちに対して自分たちが「経絡と補瀉に基づく治療体系」を提唱したんだ、みたいなことをおっしゃる人もいのですが、『鍼灸抜粋』という江戸期の本(図12)のなかにも、「補瀉を考えて鍼をしる」とちゃんと書いてあるのですね。

鍼灸は今、低迷しています。全然、流行っていないです。昔の方がすごく流行っていましたというような例はたくさん挙げられますし、現状認識も間違っている

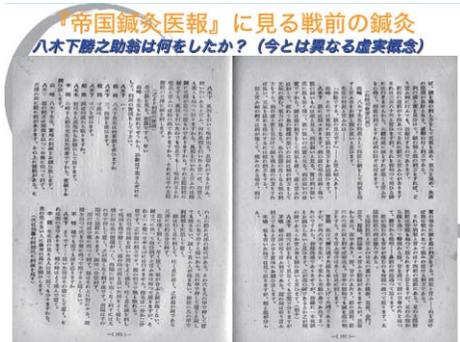


図 11 『帝国鍼灸医報』に見る戦前の鍼灸

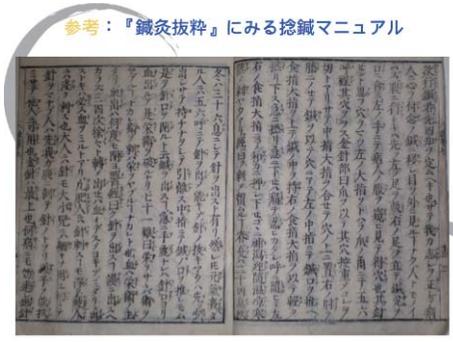


図 12 『鍼灸抜粋』にみる揅鍼マニュアル



図 13 「科学信奉者」柳谷素靈



図 14 日本鍼灸と中医鍼灸とを対比させる無意味さ

ことがたくさんあります。たとえば、柳谷素靈はけっして古典の雄ではなくて、科学派の人ですね (図 13)。

この辺 (図 14) は、真柳誠先生の研究をぜひ読んでください。原典に当たって真柳先生の研究を読むしかありません。真柳先生を知らない人がいたら、これは日中の医学交流としてまったく門外漢と断言していいでしょう。かつて全日本鍼灸学会の学術部長だった人が真柳誠先生を知らなかったのが、僕はずっこけたことがあるのですが、真柳先生の研究はぜひ読んでおくべきだと思います。要するに、文献的なことをいうと、日本鍼灸と中医鍼灸をそれぞれ対比させて「どっちがどうだ、こうだ」ということは無意味であろうと思います。

代田文誌さんは日本鍼灸医学会の再建のため「科学的な鍼灸じゃないと駄目だ」というようなことを一所懸命に言ったのですけれども (図 15・16)、「なんで経験実証主義じゃいけないのでしょうかね」というふうには私は思っています。

これ (図 17) もですね、飯島渉先生の『感染症の中国史』という本があります。これも日中の医学交流を語るときには欠かせない話なので、この本も読んでください。

もう1つ言っておきたいのは (図 18)、中医の発展というのは、非常に政治的な問題だったのでは？ という話です。先ほど、岡田先生も「天安門事件以降、政治的な問題で中国に行かなくなった」とおっしゃいましたけれども、古井喜実さんが実際にそれをはっきり言ったのですが、要するに「中国は国策として太極

### 日本鍼灸学会が定めた鍼灸の性格



- 明治16年10月23日医制免許規則が布告され漢方医は排除。
- 明治44年8月14日内務省により、按摩師、鍼師、灸術医業取締規則が公布。
- 大正9年4月21日マッサーシブ、柔道整復術業取締規則が公布された。(鍼灸師になるには4年以上の修行の上、免許取得)
- 昭和21年11月3日 日本国憲法が制定された。
- 昭和22年4月進駐軍は各地の出先事務所にて鍼灸の実情を調査した結果、9月23日鍼灸業者の非衛生的設備や治療方法を指摘し、医師以外には禁止するように指令を出した。マッサーシブ司令官は三重医学専門学校長の石川日出鶴丸博士に鍼灸に対する十五ヶ条の質問書を送った。これに対して、石川博士は「鍼灸術ニ就イテ」という鍼灸術禁止令に対して解除を要求する陳情論文を提出。
- 2月6日代田文誌は日本鍼灸学会の再建を決定し、飯田市下久堅下虎岩の宝の湯温泉旅館で再建理事会を開いた。倉島宗二らも参加したこの会議で、日本鍼灸学会として、経絡経穴の性格を定めた。即ち、「経絡・経穴とは、各種生体組織の連続した構造であり、その構造は生体組織と密接な関係を持つ高度の構造である」とした。その結果、鍼灸術禁止令は解かれ、12月20日に新しい身分法として按摩、鍼、灸、柔道整復師業法(法律第二一七号)ができ、昭和23年1月1日から実施された。

図 15 日本鍼灸学会が定めた鍼灸の性格

### 代田文誌の提唱した鍼灸医学の新方向

- 鍼灸界にも新しい時代の春は明けようとしている。長き夜のおわりよきまで、あかつきの新しい光のもとに、その第一歩を踏み出すべき時は来たのである。「あつきの時代」とは新しい方向、新しい鍼灸医学の方向に立つべき時代の到来をいっているのである。これに對して、「ふるき時代」とは、前科学的な時代—ただ経験医学にのみ止まり、科学的理論の上に立たなかつた時代を言うのである。鍼灸医学は三千年の伝統を有する東洋医学の精神であり、その治療価値も極めて優秀な医学である。けれどもそれは経験医学である以上、何れも科学的な理論的根拠を以てなつてゐない。従つて、本邦医学の発展を望むもにも、各種生体組織の連続した構造を以てして生じた生体組織の連続性、第一歩を踏み出すべき時代、故に鍼灸を行う人々の間に理論の統一がなく、治療に対する考え方もさまざまで、茫然茫然たる状態である。従つて発展の可能性が乏しい。
- 従来、鍼灸医学の基礎理論として十四経絡があつた。これは鍼灸医学の治療理論の根幹をなすものであり、これをよく体悟し運用すれば、極めて優秀な治療価値があらわれ得るのだが、それは古人が自然科学的理論(経絡を根拠と見做して組織したもの)であらうもので、それはあくまで論理的な結論であつて、実験医学を根拠とした理論の上立つてゐないから、たとへば科学の素材とはなり得ても、医学とは云ひ得ぬ性質のものである。それ故にその運用が如何にして進んで来たか、その結果、現代医学の発展の根拠とするには出来ぬ。それは科学的研究の資料となり得るに過ぎない。今後新らび起るべき鍼灸医学は、実験医学を根拠とするものでなければならぬ。現代医学があのよきな目ざましい発達をしたのは、実験医学を根拠として立つてゐるから。鍼灸医学も実験医学の根拠の上立つて、はじめて発展性が得られるのである。どうしても我等は之を科学化しなければならぬ。それは容易ならぬ難事であるかもしれないのだが、是非とも成し遂げねばならぬ難事である。新しい時代の鍼灸医学はこれを目ざして進むものでなければならぬ。

図 16 代田文誌の提唱した鍼灸医学の新方向

### もう一つの日中医学交流

(1950年代の中国人口6億人の時、住血吸虫患者3000万人)



- 宮入慶之助(1865~1946) 日本住血吸虫と宮入員
- 佐々木(1916~2006) 東京大学伝染病研究所 1955年第一次医学助中国で副部長と役員
- 小宮新太郎(1900~1976) マルクス主義者、1966年国立予防衛生研究所長(上海自然科學研究所、ハンブルグ熱帯病研究所)
- 1956年 小宮新太郎(小宮新太郎の中国訪問)漢陽のコンクリート化(山梨県)の提言。
- 大橋正満(1916~2008)「大橋正満訪中誌」(1957年訪中「中国では本音に騙されかねないのか?」)
- 毛沢東の秘書張嬪(張嬪の妻)
- 中国における住血吸虫症の流行状況
- 「経絡の分布は生体組織の連続した構造である」とした。
- 土地改革(土地所有から人民所有へ)
- 長期の政治運動(文革)にかけて世界の動向となる。

飯島渉先生の著作『感染症の中国史』(帝國日本の学知—実学としての科学技術)等を御参考下さい

図 17 もう一つの日中文化交流①

### もう一つの日中医学交流2



- 1958年7月1日に江西省余江県で住血吸虫症で消滅したことを知ったあと、毛沢東が作った有名な名言(毛澤東)「病種」
- 緑水青山枉自多、华佗无奈小虫何
- 千村薜荔人遺矢、万户蕭條鬼唱歌
- 坐地日行八万里、遥天遥看一千河
- 牛郎欲问瘟神事、一样悲欢逐世波
- 春风杨柳万千条、六亿神州尽舜尧
- 红雨随心翻作浪、青山着意化为桥
- 天连五岭银锄落、地动三河铁臂摇
- 借问瘟君欲何往、纸船明烛照天烧

故古井喜美氏の証言(昭和37年訪中時)、李德全(紅十字会長、当時の衛生部長、宋日経験あり)から「国策としての大橋と中医の奨励」(松嶋謙三(東久通官内閣で厚生大臣(東久通大臣)同席、無からずを生み出す、資本をけけず外資を極く適切な方法。

因みに住血吸虫対策は1980年代まで無理であった

図 18 もう一つの日中文化交流②

拳と中医学の奨励をやっている、これは無から有を産み出す、資本をかけずに外貨を稼ぐ適切な方法であるというようなことを、国家戦略としてやっている」ということでした。

## 結論

結論ですが(図 19)、「結論はありません」という話で。「鍼灸は何を指標に行われているか」ということが、1つ問題だと思うのですね。経絡とか経穴というのをいっていると言いますが、実力のある鍼灸師は、体の反応を絶対に見ていて、その体の反応、たとえば、腰痛1つでも冷えからきた腰痛だったら腓腹筋の奥辺りに特殊な硬結があつて、それをうまく解けば治るとか、それは寒が入った腰痛だからそうなのかという場合もあるし、そうではない場合は違うところを使うとか、肝鬱からきている首の痛みの場合は中封は使えるけれど、そうではない場合はまた別な場所を使うとかいう話がいろいろとあるのですけれども、基本的にはある場所に反応があるかどうかということを重ねています。その反応が変わるかどうか、変えられたかどうかというようなことが、臨床的には非常に大きな力になっているように思えるのです。

そうすると、治せる人というのは、どんな理屈でも後から付けられるのですよね。弁証論的に経絡や経穴を用いてでも、解剖学的にでもどちらでも説明することはできますけれども、実際にそれは、治療ができる人が説明できるわけで

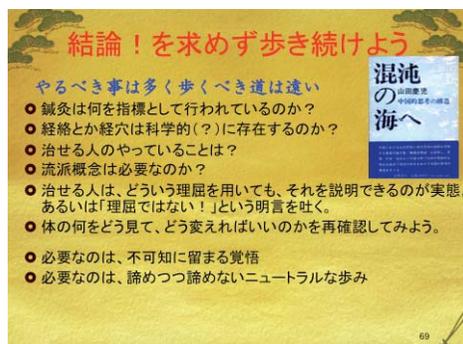


図 19 結論！を求めず歩き続けよう

あつて、できない人は説明できないですよ。ですので、こういう言い方をすると非常に問題があるのですけれども、鍼灸というのは、「できる人にしかできないのではないか」と。できる人は、どういう流派で、どういう説明をしても、結局できてしまうので、理屈と鼻クソはどこにでも付くというそういう結論になってしまうのですが。

ですので、私は流派概念にこだわること自体が、こと鍼灸に関しては間違いだと思っています。以上です。

## 中医鍼灸は市民権を得たのか 中医実践者は中医鍼灸を どうみているか

～中医鍼灸の実態調査アンケートより～

井ノ上 匠

東洋学術出版社

### 要旨

**【緒言】** 当社では先ごろ、『中医臨床』の企画として、2016年6月30日～7月31日の期間において、「中医鍼灸の実態調査アンケート」を実施した。本シンポジウムではアンケートの集計結果をもとにして、中医鍼灸の実践者が中医鍼灸をどのようにとらえているのかを紹介する。

**【アンケートの概要】** 『中医臨床』の執筆者と当社刊行物の読者（当社の顧客名簿から任意に抽出）を対象に、アンケート用紙を郵送し、主に以下の項目について、選択式と自由筆記を組み合わせた形式で回答を呼びかけた。

- ① [年齢・性別・経歴]
- ② [治療] 主に使う治療手段／最も重視する治療理論／治療で多く扱う疾患
- ③ [中医鍼灸] 中医鍼灸の定義／中医鍼灸に対するイメージ／中医鍼灸の優れたところ／中医鍼灸は日本に根付いているか
- ④ [中医学の導入] 中医学を取り入れているか／中医学の学習はむづかしいか／学習環境は整っているか／臨床を研修する場は整っているか
- ⑤ [中医鍼灸治療] 中医学をどこで学んだか／使用している鍼／中医弁証にもとづく治療を重視しているか／弁証のポイントをどこに置いているか／臨床で用いる頻度の高い弁証法／取穴の際に触診を重視するか／選穴の際に穴性を参考にするか／得気を重視するか／中医学を取り入れて臨床力は上がったか／中医学を臨床に取り入れるのはむづかしいか／中医鍼灸による治療に自信を持っているか
- ⑥ [中医鍼灸に関する諸問題] 現行の中医鍼灸にどのような問題があるか  
アンケートは1千通（そのうち27通は宛先不明で返送）を郵送して207名（男性162名、女性45名、平均年齢54.2歳、免許取得後平均22.6年）から回答を得た。このうち「中医学は取り入っていない」「以前は取り入れていたが現在は行っていない」と答えた30名を除く177名を抽出して、中医鍼灸の実践者あるいは中医鍼灸に関心をもつ者の実態および中医鍼灸に対する認識について報告する。

**【結果】** 中医鍼灸とは理法方穴術の弁証論治にもとづくものであり、理論がしっかりしていると考えている者が多く、①体系的、②共通言語、③臨床応用の面で優位性があると認識されていた。ただし、中医鍼灸が日本に根付いていると答えた者はわずか（6.4%）で、中医鍼灸の有用性を認識している実践者も日本での応用はそれほど広がっていないとみていた。中医鍼灸の学習環境および臨床を研修する環境の未整備を指摘する者もいた。約半数の者が現行の中医鍼灸に問題を感じており、指導者の不足、日本化できていない、鍼灸の独自性の発揮すべき、理論と臨床の乖離、古典に戻り再検証すべきという見方をする者もいた。

キーワード：中医鍼灸，中医学，弁証論治

## はじめに

1970年代のハリ麻酔ブーム以来、わが国に中国の鍼灸が紹介されるようになって40～50年になりました。その間、翻訳や中国との交流を通じて体系的な中医学がわが国に紹介され、近年では鍼灸養成学校の教育に導入されるまでになりました。しかし一方で、臨床において中医学を応用している人の数は、それほど多くないという調査結果が報告されたこともあります（小川卓良ほか：現代日本鍼灸の実態調査，社会鍼灸学研究 2011）。

2016年6月30日～7月31日の期間において『中医臨床』の企画として『中医臨床』の執筆者や当社刊行物の読者を対象（1,000名）に「中医鍼灸の実態調査アンケート」を実施しました。

アンケートの方法は、これらの対象者に、アンケート用紙を郵送し、**図1**の項目について選択式と自由筆記を組み合わせた形式で回答を呼びかけたものです。

アンケートのなかで、「現在、治療に中医学を取り入れていますか？」と質問したところ（**図2**）、「中医学主体」と答えた方が最も多く、さらに「他の治療主体で中医学を補助的に使う」という者、さらに「経絡治療が主体で中医学も補助的に使う」というものが続きました。このうち「中医学を取り入れていない」、あるいは「以前は取り入れていたが、現在は行っていない」と答えたものが合わせて30名おり、今回はそれを除く177名について報告します。この絞り込みは、中医学の実践者がどう考えているのかをより実態に近づけてみるためです。

主な質問項目
① <b>【年齢・性別・経歴】</b>
② <b>【治療】</b> 主に使う治療手段／最も重視する治療理論／治療で多く扱う疾患
③ <b>【中医鍼灸】</b> 中医鍼灸の定義／中医鍼灸に対するイメージ／中医鍼灸の優れたところ／中医鍼灸は日本に根付いているか
④ <b>【中医学の導入】</b> 中医学を取り入れているか／中医学の学習はむづかしいか／学習環境は整っているか／臨床を研修する場合は整っているか
⑤ <b>【中医鍼灸治療】</b> 中医学をどこで学んだか／使用している鍼／中医弁証にもとづく治療を重視しているか／弁証のポイントをどこに置いているか／臨床で用いる頻度の高い弁証法／取穴の際に触診を重視するか／選穴の際に穴性を参考にするか／得気を重視するか／中医学を取り入れて臨床力は上がったか／中医学を臨床に取り入れるのはむづかしいか／中医鍼灸による治療に自信を持っているか
⑥ <b>【中医鍼灸に関する諸問題】</b> 現行の中医鍼灸にどのような問題があるか

図1

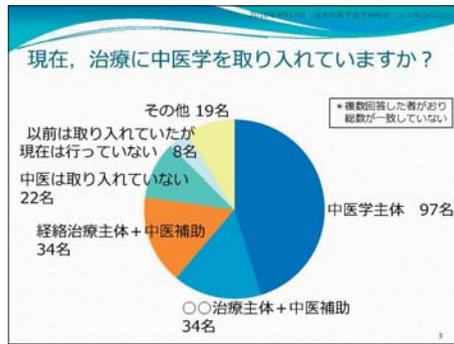


図 2

## ■ アンケート結果

### ■ 1. 性別・年齢・経歴

- ①性別 (図3)：男性 139 名，女性 38 名。
- ②年齢 (図4)：平均 53.4 歳。50 代，40 代の方が多かったです。
- ③鍼灸免許取得後の年数 (図5)：平均 22.5 年。10～30 年の間の方が多かったです。それなりにキャリアを積んだ方が多いと思われます。

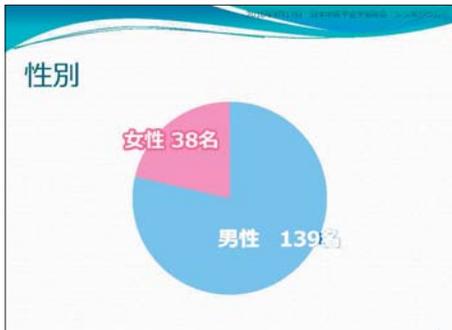


図 3



図 4



図 5

### ■ 2. 治療

「最も重視する治療理論は？」 (図6)：

「中医学」が最も多く，さらに「東西医学折衷」「経絡治療プラス中医学」と続きます。中医学を実践している人に絞りに込んでいるから，当然の結果という感じが致します。

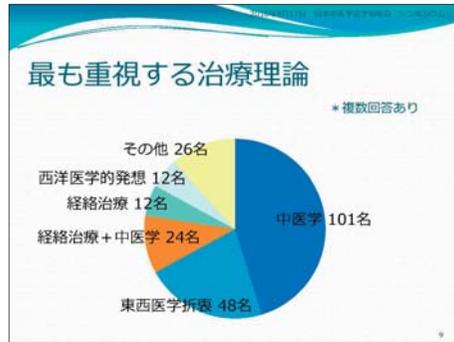


図6

### 3. 中医鍼灸

- ①「中医鍼灸をどう定義していますか？」(図7)：圧倒的に「弁証論治にもとづく治療」と答えています。つまり新中国以降に、整理再編された現代中医学の鍼灸学を指しているものと思います。
- ②『中医鍼灸』に対してどのようなイメージを持っていますか？」(図8)：「理論がしっかりしている」「臨床に適用しやすい」「効果が高い」という意見が多かったです。それに対して、「応用していない人」30名を抽出してみると、まったく逆の意見になっており、「学びにくい」「臨床に適用しにくい」といった声が多くあります(図9)。おそらく実際に勉強して学びにくいと感じたわけではなく、臨床に適用してみても適用しにくいと感じたのだも無いと思いますが、予想通りのイメージといったところでしょうか。

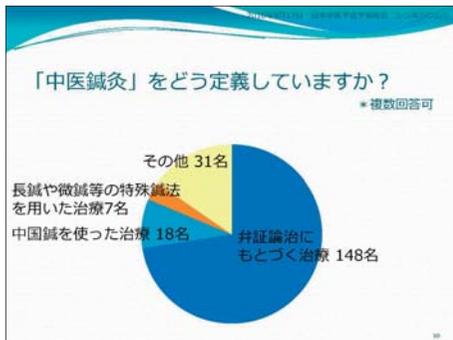


図7

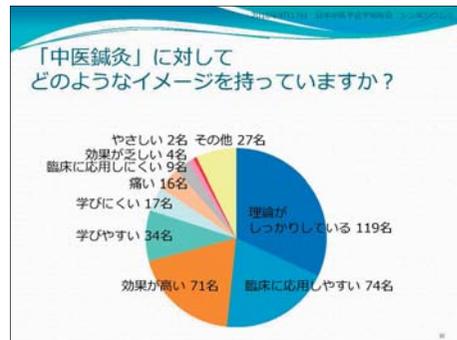


図8

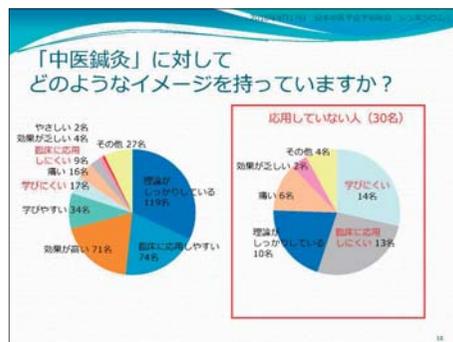


図9

- ③「中医学が優れている」と思う方に、「どんなところが優れていますか？」(図 10～12)：これは記述式で答えてもらいました。いくつかを紹介します。「臨床で使えば使うほど見事に作り上げてくれたと感じる。現行で中国医学を総合的にまとめたものは中医学しかない」「理論が優れている。湯液との互換性がある。病理学だけでなく、生理学ももっている」「患者の病態の好転・悪化を推測しやすく、説明もしやすい」「体系的な教科書を作ったことにより、教育が容易になった」という意見がありました。体系的だという点ですね。
- その他に、「弁証論治レベルでの議論、他者との診断の評価が可能のところ」「みなで理論を共有できる」「中医学の弁証論治は他の医療者・漢方の医師に説明ししやすい」といった意見がありました。共通言語があるという点ですね。
- さらに「西洋医学で原因不明といわれても原因がわかる」「効果が高い・臨床に応用しやすい・理論がしっかりしている+適応疾患がきわめて多い」「弁証に従ってまず治療を進めていくことで全体が好転し、主訴改善に早くつながる。未知の疾患に対して入り口となる理論体系があるため治療を進めやすい」「証候分類の緻密さ。病因病機という認識が存在しているところ」といった意見がありました。臨床面での優位性です。
- ④「中医鍼灸は日本に根付いていると思いますか？」(図 13)：「はい」と答えた方はわずか 11 名で、とても市民権を得たとはいえない状況です。

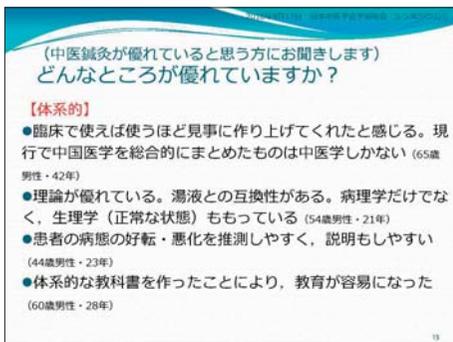


図 10

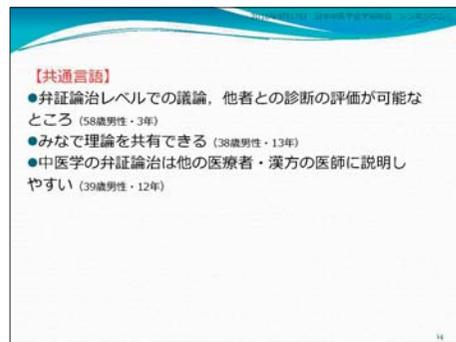


図 11

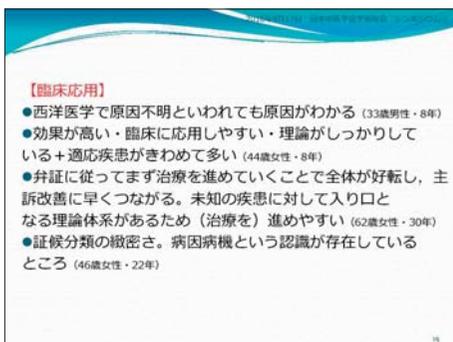


図 12

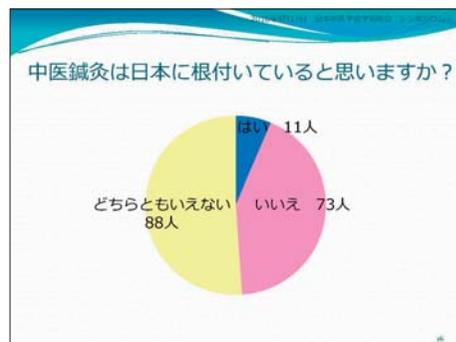


図 13

#### ■ 4. 中医学の導入

- ①「中医学の学習は難しいと感じますか？」(図 14)：ほぼ等分に分かれていて、意見が割れているという感じでしょうか。

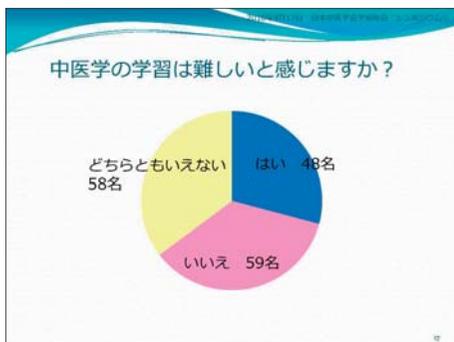


図 14

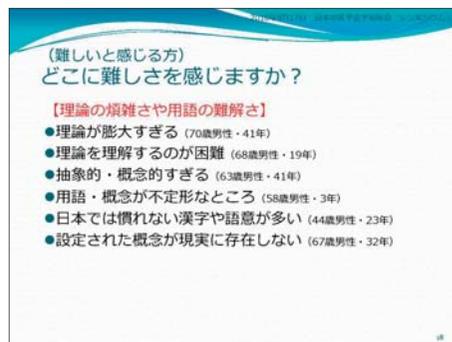


図 15

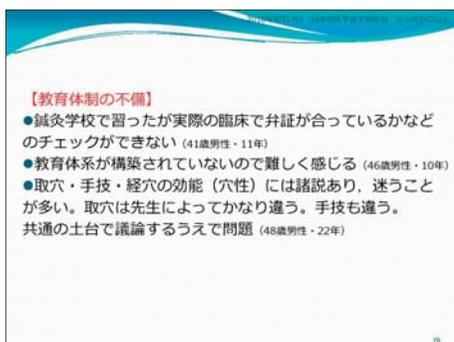


図 16

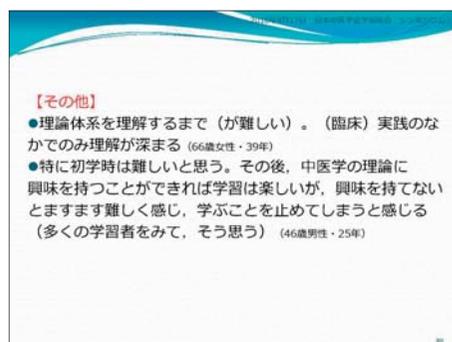


図 17

②「どこに難しさを感じますか？」(図 15～17)：「理論が膨大すぎる」「理論を理解するのが困難」「抽象的・概念的すぎる」「用語・概念が不定形なところ」「日本では慣れない漢字や語意が多い」「設定された概念が現実存在しない」といった意見がありました。理論の煩雑さや用語の難解さに難しさを感じるということです。

さらに「鍼灸学校で習ったが実際の臨床で弁証が合っているかなどのチェックができない」「教育体系が構築されていないので難しく感じる」「取穴・手技・経穴の効能(穴性)には諸説あり、迷うことが多い。取穴は先生によってかなり違う。手技も違う。共通の土台で議論するうえで問題」という意見がありました。教育体制の不備を指摘しています。

その他の意見としては、「理論体系を理解するまでが難しい。臨床実践のなかでのみ理解が深まる」「特に初学時は難しいと思う。その後、中医学の理論に興味を持つことができれば学習は楽しいが、興味を持たないとますます難しく感じ、学ぶことを止めてしまうと感じる」という意見もありました。

③「中医鍼灸を学習する環境は整っていると感じますか？」(図 18)：「はい」の数が 34 名と少なく、学習環境はまだ未整備だと認識されているようです。

④「現在、中医鍼灸の臨床を研修する場は整っていると感じますか？」(図 19)：こちらは完全に調っていないと認識されているようです。

## ■ 5. 中医鍼灸治療

①「中医弁証にもとづく治療を重視していますか？」(図 20)：対象を絞り込ん

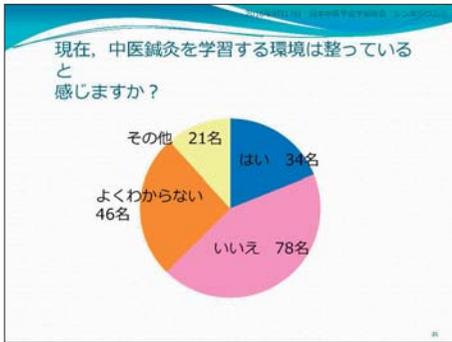


図 18

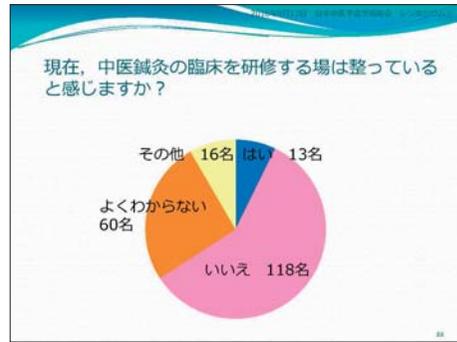


図 19

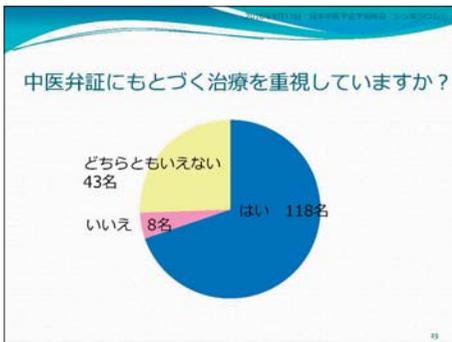


図 20

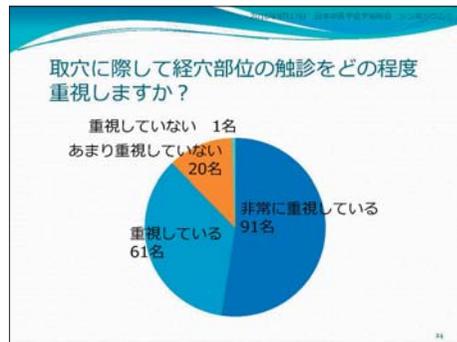


図 21

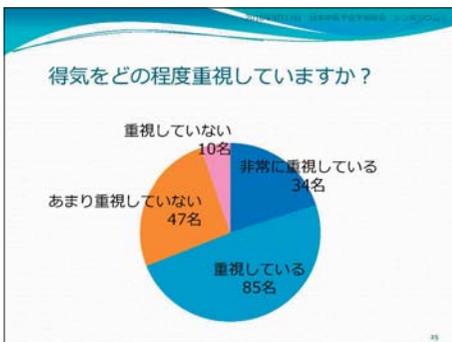


図 22

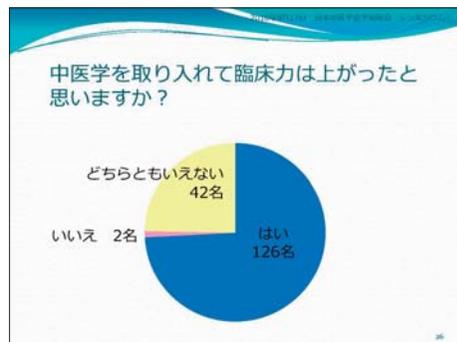


図 23

でいますので、当然の結果といえると思います。

- ②「取穴に際して経穴部位の触診をどの程度重視していますか？」(図 21)：「非常に重視」と「重視」を合わせて大多数の方が重視しています。一般に中医派は触診を重視しないと思われがちですが、実際はそうでもないという結果です。
- ③「得気をどの程度重視していますか？」(図 22)：得気が必須要件であるかは議論のあるところだと思いますが、これも基本的には重視している方が多いという結果です。
- ④「中医学を取り入れて臨床力は上がったと思いますか？」(図 23)：4分の3の方が「上がった」と答えています。一般に「中医は理論のみ」といわれることが多いのですが、実践者はそうは思っていないということですね。もちろん、そう思っているから、実践しているわけですが。

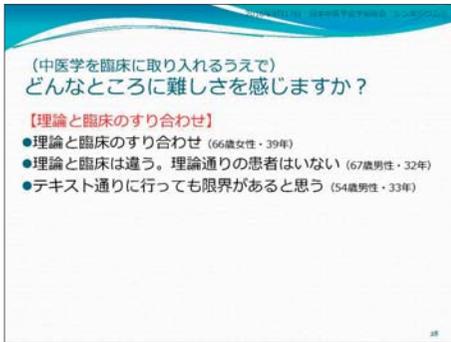


図 24

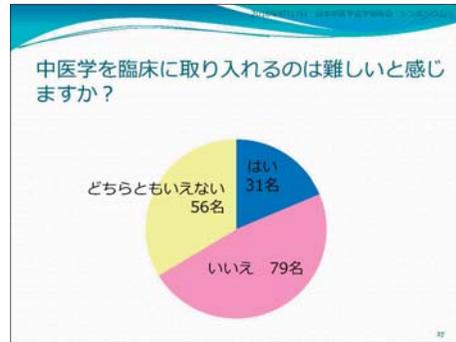


図 25

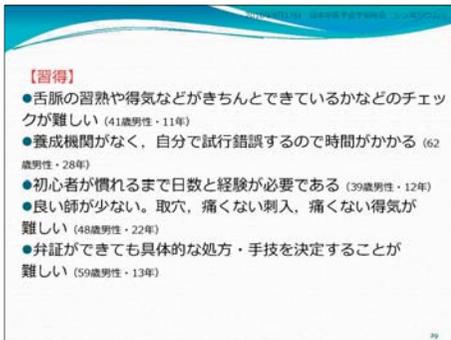


図 26

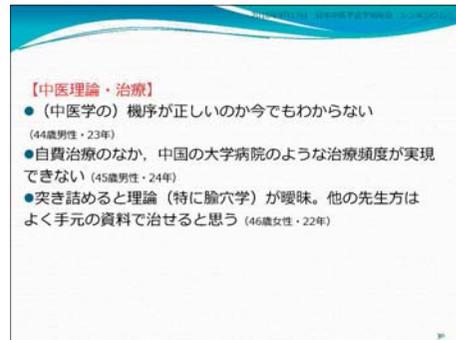


図 27

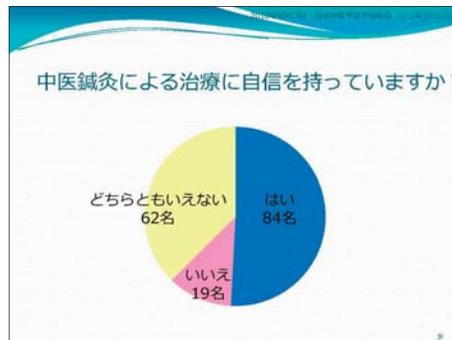


図 28

⑤「中医学を臨床に取り入れるのは難しいと感じますか？」(図 24)：半数の方は難しいとは思っていませんでした。

⑥「中医学を臨床に取り入れるうえでどのところに難しさを感じますか？」(図 25～27)：「理論と臨床のすり合わせ」「理論と臨床は違う。理論通りの患者はいない」「テキスト通りに行っても限界があると思う」という意見がありました。理論を実際の臨床に落とし込むところに難しさを感じているようです。実際にここを埋めるのは実践を重ねるしかないわけですから、臨床をつめる場所を確保することが課題になるかと思います。

「舌脈の習熟や得気などがきちんとできているかなどのチェックが難しい」「養成機関がなく、自分で試行錯誤するので時間がかかる」「初心者が慣れるまで日数と経験が必要である」「良い師が少ない。取穴、痛くない刺入、痛くない得気

が難しい」「弁証ができて具体的な処方・手技を決定することが難しい」といった意見がありました。

さらに「中医学の機序が正しいのか今でもわからない」「自費治療のなか、中国の大学病院のような治療頻度が実現できない」「突き詰めると理論が曖昧。他の先生方はよく手元の資料で治せると思う」といった意見もありました。

⑦「中医鍼灸による治療に自信を持っていますか？」(図 28)：半数の方から力強いお答えが帰ってきました。

## ■ 6. 中医鍼灸に関する諸問題

①「現行の中医鍼灸は中医内科の模倣だから鍼灸独自の方法を模索すべきだと思いますか？」(図 29)：これは、近年、中国で持ち上がっている議論ですが、多くの方がよくわからないと答えていて、現状がまだ認識されていないかも知れません。

②「現行の中医鍼灸は臓腑弁証に偏り過ぎている、経絡弁証をもっと重視すべきだと思いますか？」(図 30)：これも近年、中国で持ち上がっている議論ですが、先ほどと同じような結果が出ていて、現状がまだ認識されていないかも知れません。

③「現行の中医鍼灸に問題を感じないので、このままでよいと思いますか？」(図 31)：半数の方は「問題がある」と感じているようです。

④「中医鍼灸にはどんな問題点がありますか？」：分類すると、①教育面、②中医鍼灸の日本化、③鍼灸の独自性、④理論と臨床の乖離、⑤古典の不足、⑥その他の問題点があげられました。

(1) 教育面 (図 32・33)：「学校での教育が不十分。臨床見学の場を増やすべき。配穴学の学習と中医診断学、経絡学の学習が最低でも必要。臨床経験の浅い先生方が勉強会・講習会を指導すべきではない」「教えてくれるところが少なく、教える先生のレベルが低い」「教科書中医学のその先を学ぶシステムがない」「鍼灸師養成学校で使われている教材の内容が浅い、授業時間が足りない、教えられる教員も備えていない。鍼灸業界全体は中医学のよさを認識していない」。さらに「中医鍼灸に対する鍼灸師・養成学校の学生のイメージが良くない(太くて痛い)ため、実践してみようという人がなかなか増えない。私自身、養成学校の学生に中医学を教えているが、学生の満足度・興味は非常に強いと感じている」という意見がありました。

(2) 中医鍼灸の日本化 (図 34)：「中国から持ち込まれたもので、日本の社会・風土に適合しない部分がある」「体表観学を重視し、日本独自の鍼灸医学を構築すべき」「弁証は問題ないが、刺激と穴部位等、日本人に合わせた思考を検討すべき」「日本の中国鍼灸は、あえて難しくしているところがある」といった意見がありました。

(3) 鍼灸の独自性 (図 35)：「鍼灸独自の方法を模索すべきだと思うが、中医内科を軽視するものではない」「中医の理論が鍼灸にも当てはまるのか今でもわからない」「弁証論治が煩雑すぎ、そのままの応用だと本来の鍼灸の得意とするところを活かせていない気がする」「臓腑弁証に比重をかけすぎ、経絡弁証を軽視。手技の方法論・技量について軽視」といった意見がありました。

(4) 理論と臨床の乖離 (図 36)：「理論先行の形骸化された中医から脱却できない。中国でもその傾向は強いので、問題の根は深い」「弁証と理論を結びつけるノ

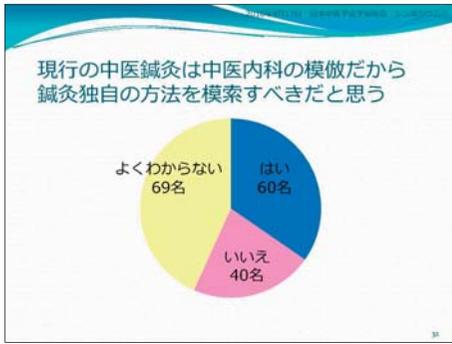


図 29

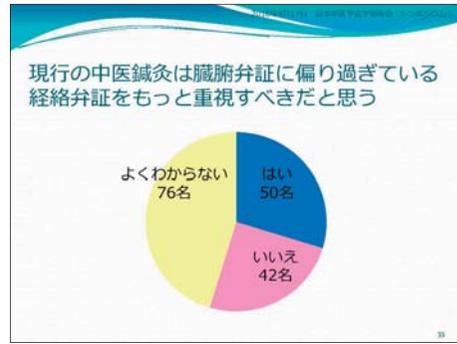


図 30

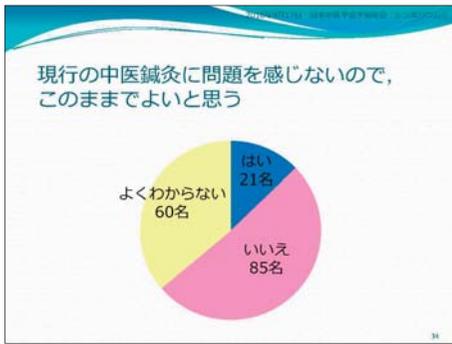


図 31

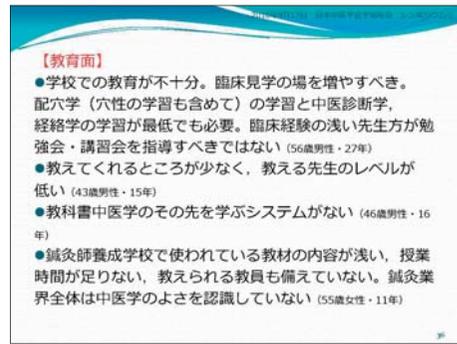


図 32

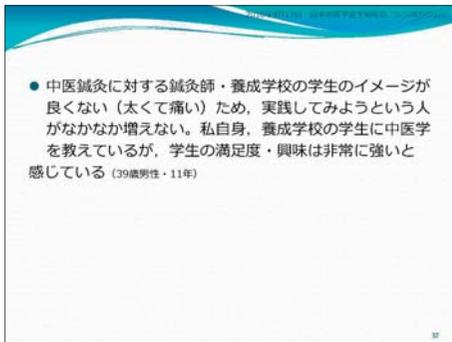


図 33

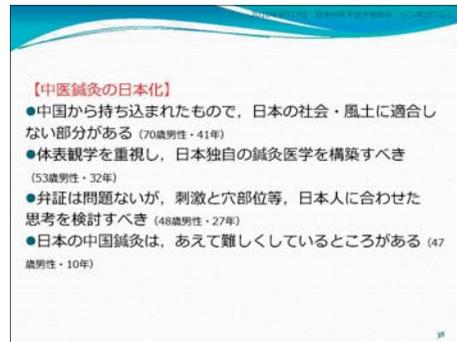


図 34

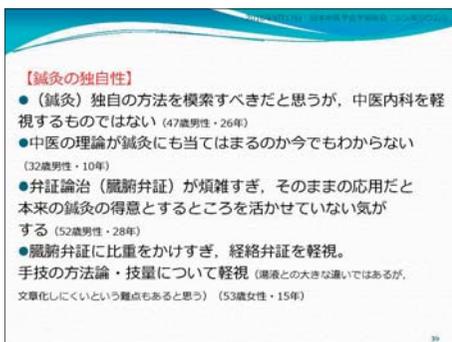


図 35

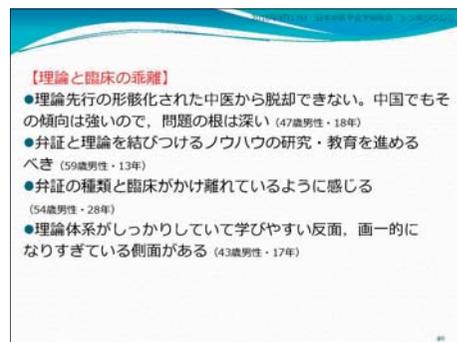


図 36

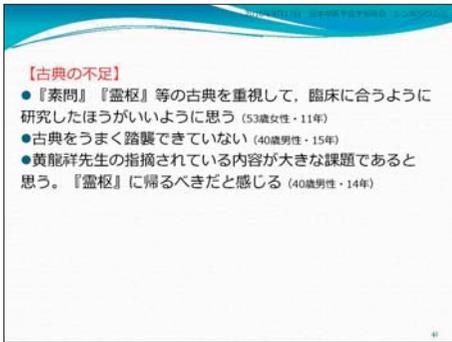


図 37

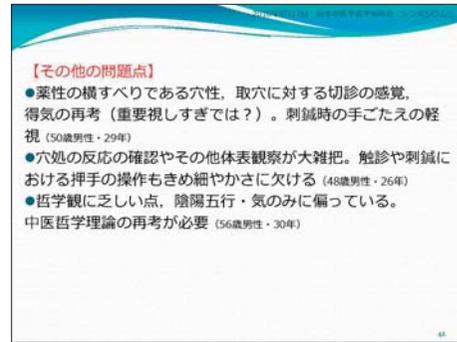


図 38

ウハウの研究・教育を進めるべき」「弁証の種類と臨床がかけ離れているように感じる」「理論体系がしっかりして学びやすい反面、画一的になりすぎている側面がある」という意見がありました。

(5) 古典の不足 (図 37) : 「『素問』『靈枢』等の古典を重視して、臨床に合うように研究したほうがいように思う」「古典をうまく踏襲できていない」「黄龍祥先生の指摘されている内容が大きな課題であると思う。『靈枢』に帰るべきだと感じる」というように古典の不足を指摘する意見もありました。

(6) その他の問題点 (図 38) : 「薬性の横すべりである穴性、取穴に対する切診の感覚、得気の再考 (重要視しすぎでは?)。刺鍼時の手ごたえの軽視」「穴処の反応の確認やその他体表観察が大雑把。触診や刺鍼における押手の操作もきめ細やかさに欠ける」「哲学観に乏しい点、陰陽五行・気のみ偏っている。中医哲学理論の再考が必要」という意見がありました。

## 結語

結語です (図 39)。中医鍼灸の実践者あるいは中医鍼灸に関心をもつ者の実態および中医鍼灸に対する認識について報告しました。

中医鍼灸とは理法方穴術の弁証論治にもとづくものであり、理論がしっかりしていると考えている者が多く、①体系的、②共通言語、③臨床応用の面で優位性があると認識されていました。ただし、中医鍼灸が日本に根付いていると答えた者はわずか (6.4%) で、中医鍼灸の有用性を認識している実践者も日本での応

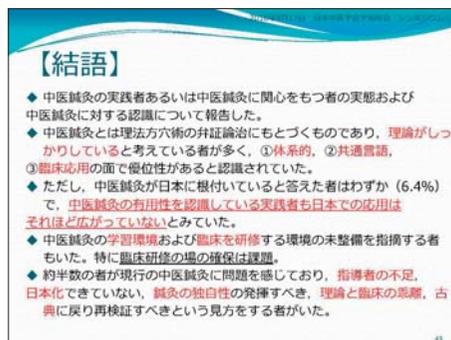


図 39

用はそれほど広がっていないとみていました。中医鍼灸の学習環境および臨床を研修する環境の未整備を指摘する者もいました。約半数の者が現行の中医鍼灸に問題を感じており、指導者の不足、日本化できていない、鍼灸の独自性の発揮すべき、理論と臨床の乖離、古典に戻り再検証すべきという見方をする者もいました。以上です。

## 震災：中医学にできること 熊本鍼灸マッサージ ボランティア報告 温灸と個室の効果

藤井 正道

結（ゆい）鍼灸院

### 要旨

熊本鍼灸マッサージボランティア「チームオレンジ」は2016年5月1日～4日、242名を治療しました。延べ22名（実質7名）の治療家と、延べ3名（実質1名）の補助者が参加しました。

#### ☆どんな患者さんをみたのか

避難所は手狭で被災者で溢れかえっています。また、余震が続いているという状態のため、避難所の外にテントと車（ハイエース）で臨時治療所を設置することにしました。

#### ◆熊本市立若葉小学校 1日13時～20時、4日9時～13時

体育館内はぎっしりの避難者で溢れていました。高齢者の多い地域で、被災者も高齢者が目立ちます。

#### ◆御船町スポーツセンター 2日9時～20時、3日9時～19時

2日・3日と治療した御船町スポーツセンターは町の中心部にあり町役場もすぐ近く。自衛隊がお風呂を設置しています。スポーツセンターだけでなく物資の配給、入浴等で集まってくる町民のみなさんに治療をしてくださいと要請されました。御船町は益城町に隣接する被害の大きかった地域です。

避難所に避難されている方ばかりでなく、物資の配給を受けにきた方、入浴にきた方なども治療しました。年齢層も多岐にわたっています。たとえば2日に私が診た患者さんは10代12%、30代25%、40代25%、50代25%、70代12%という具合でした。

若葉小学校の患者さんはみんな不眠でした。一方、御船町スポーツセンターの患者さんは避難所暮らしではない方もいて、その場合は不眠のない方もいました。やはり環境の差は大きいようです。

肩とか腰の痛み重さを訴える患者さんが多いのですが、「全身」という患者さんもけっこういらっしゃいます。「全部つらい」という方、「今が現実とは思えない」と

いう方もおられました。

患者さんの希望で鍼が使えない場合、肩や腰や足が痛いという患者さんはそこをマッサージ・指圧します。疏経活絡です。患者さんは気虚兼気滞です。その場合通絡の指圧だけでは気が消耗してしまうと考え、棒灸・箱灸・台座灸を使いました。鍼をこわがる患者さんでも棒灸・箱灸の温和な刺激は大丈夫です。やってみると喜ばれました。

温陽・化湿・健脾・利水の効果のある神闕の箱灸を多用しました。勇泉の棒灸もよく使いました。降気・補腎・補陰の作用があるので、不眠の患者さんには効きます。

身体のだるさ、疲労感を訴える場合で頭に清陽を上げることが必要と判断したときは、百会に棒灸を使いました。

個室・半個室の治療室に入ると患者さんはせきをきったようにしゃべり始めます。隣近所がそのまま越してきたような避難所の中ではしゃべれないことばかりなのでしょう。心配事や嘆き、これからの不安など、しゃべり続けて少しだけすっきりした顔に変わります。避難所が狭いからと外に設置した臨時治療室は有効なケア空間でした。

キーワード：熊本地震、震災ボランティア、お灸、温灸、避難所

よろしくお願ひします。熊本地震の5月1日から4日に鍼灸マッサージボラン



図 1

ティアで活動したので、その報告をさせていただきます（図1）。

## ■ チームオレンジの活動

### ■ 1. チームオレンジとは

まず、私が世話人の関西中医鍼灸研究会で結成したチームは「チームオレンジ」といいます。なぜオレンジか？ 1つは、被災地って色が無いのですよね。瓦礫が多くて白黒に近いような世界ですから、「元気の出るオレンジがいいな」という思いもあったのですが、一番の理由は、私は吹田というところで開業しているのですけれども、吹田の鍼灸師会とマッサージ師会が合同で「鍼灸マッサージ協会」というのをつくってございまして、それが万博公園の周りを回る「万博マラ

ソン」のボランティアを合同でやっていて、そのときに使っていたジャンパーがこれ(図1左の右上の写真)ですので、「これを借りていこう」と思いまして(笑)。これがオレンジですので「じゃあ、チームオレンジだ」というふうになりました。

ちなみにこれ(図1右の写真)は、そのときに購入したオレンジのテントです。「はり・きゅう」「マッサージ」とか派手に書いてあるのは、万博マラソンのときに使っているのぼり旗ですね。ポスターは、3.11の東日本大震災のときに使ったポスターをつくり直したものです。この辺りの文句は一緒ですね。「被災者、行政関係者、ボランティアの皆様、瓦礫処理や片づけ等のお仕事、ご苦労さまです。疲れをいやしませんか。はりきゅうマッサージを受けてみませんか」ということで。

オレンジを象徴としていましたので、オレンジの治療用テントとオレンジのスタッフジャンパーが目印です。被災地にはいろいろな人が出入りしているのので、訳がわからないと不信がられるので、自分たちは何者であるかというのをまず示します。みなさんもよく、ジャンパーやベストを着用されていますが、自分たちは何者であるかをまず示した方がわかりやすく信頼を得やすいので、そういうふうになりました。

## ■ 2. 活動の概要

症状ですけれども、「腰痛、肩こり、頭痛、便秘、高血圧、関節痛、地震酔い、不眠、身体が重くて仕方がない、だるい、疲れがとれない、花粉症、鼻炎、風邪、しくい咳、なんでもご相談ください。きっと楽になります」ということで、こう書いて、私の携帯の番号も書いています。ちなみに、これ(図1右の写真の左端)はマスクといって、建築用の養生のときに使うものなのですが、このように半透明で、目隠しになって、すぐ役に立ちます。非常に安いもので、安いなりに光を通しながら風と視線を遮ることができるので、被災地で治療をするときには役に立ちます。3.11から使い始めています。

どんなことをやったのかというと、熊本市立若葉小学校と御船町スポーツセンター、熊本市立一新小学校で、延べ240名を治療。延べ22名の治療家、補助者3名が参加しました。5月1日ですから、本震からざっと2週間です。

みなさんいろいろな考え方があっていいと思うのですが、私の場合は、基本的には「早期投入、早期撤収」です。早期投入というのは、ケガを治す時期を過ぎたら、鍼灸マッサージのボランティアはできるだけ早く入って治療ボランティアにあたって、地元の同業者が回復するのを見計らって撤収するのがいいのではないかと考えております。ということで、2週間で入りました。

呼びかけをしたのが4月22日です。大阪・東京・茨城・大分の仲間が合流しました。どういうふう呼びかけたかというと、『中医臨床』のホームページとか、『あはきワールド』のホームページとかで呼びかけてもらいました。22日に呼びかけたのですが、24日に日本鍼灸師会・全日本鍼灸マッサージ師会合同の災害対策本部と連携し、その一環として活動しました。

合同の災害対策本部ができて、「その下に入らないか」と言われたので「入ります」ということで。「連携して」ということですが、実際はあまり連携していないです(笑)。指揮系統は、そんな統一したものはないですから。ただ、「連携して」というふうにしておくと、行政やNPOなどのウケがいいのと、地元の吹田で物を借りるときにも借りやすかったというのがあります。あまり細かいこと

にはこだわらず、連携できるところは連携しようというのが私の考えです。

## ■ どんな患者さんをみたのか

余震が続いていました。東日本大震災のときでも宿泊場所がすごく苦労したのですが、被災した後は、被災地のホテルや旅館は満員なのです。復旧の関係者がわっと詰めかけますから。ホテルや旅館は、壊れて営業できないところもあるので、営業しているところはけっこう満員になっていて、予約を取りにくい。さらに今回は余震が続いていましたから、建物の中は怖い。私も怖いしみんなも怖いだろうと思って、怖いときにはやはりテントだろうということで、今回はテントと車で行こうと。テントとワゴン車があれば、それを臨時治療所にもできるし、被災者のすぐ近くで宿泊できると時間を有効に使えと思いました。

やはりニーズがあるのは夜なのです。昼間はみなさん復旧作業をやっていますから、終わった後、夜にニーズがある。ところが、夜に被災地を宿泊場所まで移動するのは、道路が破損していたりしてけっこう危険なのです。ですから、テントがあれば、移動することなくその場で宿泊できますから、そういうことでテントを設置しようというふうに考えました。

結果として、自分たちで治療の場所をつくったので、お灸や温灸が使いやすくなりました。個室・半個室の状態で行うことができるようになりました。一般的には治療する場所は避難所の一角を借りるという形が多いのですが、今回は避難所がすごく超過密状態だと聞いていましたので、吹田からポータブルベッドを4台持ち込んでいます(図2)。空輸しました。これ(図3)は私がおもに使っていたワゴン車の車内で、マットを敷いて、ここで治療しています。後ろに貼ってあるのがマスキングテープで、壁はマスキングテープで塞いでいます。特に私は温灸を多用して、温灸を焚いて煙を出す治療が多いので、テントの中でも他の治療家のみなさんから「ちょっと煙が多いな」と言われるもので、離れ小島で1人でやっておりました(笑)。



図2



図3

### ■ 1. 熊本市立若葉小学校

こちら(図4)が若葉小学校です。体育館内はぎっしりの避難者で溢れています。高齢者の多い地域で、避難者も高齢者が目立ちますけれども、高齢者ばか



図 4

りでもない。1日の患者さんは70代以上が36%、50代～60代が23%です。車が並んでいるのは、被災者の車ですね。それから、ひときわ大きなバスが見えますけれども、これは神戸からのボランティアグループがバスで来ていたのです。連休に入って、このボランティアグループが来てくれたおかげで、ずいぶん助かったというふうに聞きました。ですから、ここではこのボランティアグループが来ている間だけ食事が充実していました（笑）。

熊本市の南に位置するところで、周りが一戸建てで、体育館があつてというところですね。人口でいうと、熊本市が73万人。益城町が3万2千人、これが一番揺れてテレビでも取り上げられたところです。私は熊本市と御船町に行ったのですけれども、御船町は1万7千人。益城町に隣接して揺れがひどかったところです。地震は狭いところに被害が集中していて、狭くて被災者も比較的少ない。ただ、1カ月後でも1万人が避難生活を続けるような状況でした。

体育館はやはりつらいです。若葉小学校でみた患者さんは、みんな不眠です。いちいち問診する必要がないぐらい不眠です。御船町スポーツセンターは避難所暮らしでない人もいるのですが、やはり、その人は不眠はないですね。不眠でない人が多かったです。

患者さんは、肩とか腰の痛みを訴えるケースが多いのですけれども、「全身」という患者さんがけっこういらっしゃいました。鍼を希望されない患者さんで、肩や腰や足つらいという患者さんには、マッサージして指圧をするのですけれども、やはり通絡だけでは気が消耗する面があると考えて、私は棒灸・箱灸・台座灸をたくさん使いました。これは非常に喜ばれました。

## ■ 2. 御船町スポーツセンター

じつは御船町スポーツセンターは熊本 YMCA というところが管理しておりまして、一番マスコミの注目があつた益城町も熊本 YMCA が管理していました。これは、行政ではなくて、行政の委託を受けて、その前から管理していました。ですから、YMCA は以前の震災での独自のボランティア経験をもっていますから、YMCA 独自のルートで震災ボランティアを組織して送り込んでいました。一番被害のひどかった地域で、たまたま YMCA がやっていたというのは幸運だっ

たと思います。行政だとちょっとそういう対応はとれなかったと思います。

私が行ったところは自衛隊が来ていまして、お風呂をつくっていました。ただ、自衛隊は食料の方はノータッチで、お風呂だけやるという形でした。物資の配給拠点でもあるので、そこに周りの町民の方も来るという形でした。広報にも掲載されて、災害FM放送でも「来る」ということが流されていました。ですから、けっこう忙しかったです。

これ（図5）が御船町スポーツセンターです。ここ（図5の上）がスポーツセンター。広い大きな施設で、役場はこの（図5の一番下の建物の下方）辺りにあります。これ（図5の下）がカルチャーセンターで、お風呂はこの（図5の下右）辺りにセットされていました。1日め、晴れた日には私たちはこの（図5の中央の右）辺りにテントを設営して治療をしました。2日めは土砂降りだったので、この（図5の上の建物の下側）軒下に移動して、ここにテントを設営しました。

御船町の中心部というのは、田んぼの中の新興住宅地ですね。

これ（図6）が、私たちがつくったテントです。これ（図6のオレンジのテント）が持ち込んだテント。こちら（図6の奥のテント）は御船町の観光協会のテントを借りています。テントがあるというのが事前の調査でわかったので、頼み込んでテントを貸してもらいました。今、設営しているところです。これ（図6の手前の黄緑のテント）は私たちが持ち込んだテントで、ここでは看板と荷物置きに使っています。後ろ（図6の左奥）は自衛隊です。お風呂を担当している自衛隊の車両です。

これ（図7）は私がおもに使ったワゴン車で、後ろは自衛隊の車両です。

これ（図8）は、軒下で治療所をセットしたときのボランティアの先生で、大



図 5



図 6



図 7



図 8



図 9



図 10



図 11

### 勇泉の棒灸

☑勇泉の棒灸もよく使いました。棒灸器を足裏に置いたり、棒灸を手に持って雀啄したりしました。降気補腎補陰の作用があるので、不眠の患者さんには効きますし、そういう方は「気持ちがいい」という反応です。

図 12

分の河内先生です。土砂降りの雨だったので、こういうところにセットしました。

これ（図 9）は、先ほどの御船町スポーツセンターの中です。中の皆さんが身体が固まるのを防ぐために体操をしているところなのですけれども。じつは、どれぐらい人でいっぱいかという、ここ（図 9 の右奥）が玄関なのですけれども、ここ（図 9 の中央左）にベッドがあるのですよね。ここで寝ている。ここ（図 9 の右下）でも寝ている。このときは本当に場所がありませんでした。私たちは軒下で、この（図 9 の左奥）辺りで治療しているところす。

避難所によっては毎回炊き出しが行われているところもあるのですが、差がすごく大きいです。パンとカップラーメンというところもなくて、新鮮な野菜・果物はまったく不足しています。そのため、みなさん便秘です。

これ（図 10）は福岡の消防団の方が、この日は炊き出しにみえられていて、朝・昼・晩と炊き出しをしてくださるときです。被災者の方はこういう日は「当たりの日」と呼んでいました。炊き出しがない日は「ハズレの日」ということです。

肩こりとか腰痛は、湿邪が阻滞した状態と考えて、通絡と同時に祛湿が大事です。温陽すると陽気が補われるので、身体の気の総量が増えて、通絡の過程で失われる気を補うことができます。そのため温陽・化湿・健脾・利水の効果のある神闕の箱灸を多用しました。気秘にも有効です。こんな（図 11）形でやりました。これは暑い日だったので、木の下で、木陰で治療しているところす。

湧泉の棒灸もよく使いました（図 12）。これは降気・補腎・補陰の作用があります。不眠の患者さんに効きます。こんな（図 13）形で。実際はこの上に紙をかけて、煙を中にもらせるようにして、湧泉に棒灸をかけています。

百会の棒灸（図 14）です。私は督脈通陽法というのをよく使うのですが、



図 13

## 百会に棒灸

☑ 身体のだるさ、疲労感を訴える場合で頭に清陽を上げることが必要と判断した時は、百会に棒灸を使いました。通常は棒灸器をセットするのですが臨時治療所では棒灸を手持って雀啄して得氣しました。セットしにくいと、みなさん初診の患者さんですから加減を反応をみながら、やりたかったからです。

図 14



図 15



図 16



図 17



図 18

そのうちの1つで、手に棒灸を持って百会にかけることを、たくさんしました。

これ(図 15)は、頭に四神聡の鍼を打って、風池を打って、大椎で灸頭鍼をしているところです。陽関か命門にも棒灸をかけていたと思います。

これ(図 16)は、抑うつ状態の患者さんを督脈通陽法などで治療しているところです。これは、治療院とほぼ同じ形でやっています。灸頭鍼が見えると思います。

やはり個室に入ると、患者さんはしゃべるのですよね。こちらが問診をしても、ほとんど問診を遮るようにしゃべる人もいます。びっくりするほどよくしゃべります。治療していると、督脈通陽法は、わりに、ウトウトする治療法なので、「ワアワアしゃべっているな」と思ったら、おしゃべりが止んで、ウトウトとしているという形が多かったですね。避難所が狭かったので、今回は、外に治療所を設



図 19

### チームオレンジ会計報告

- ◆支出
- レシター ハイニス 48951円
- レンタカー 軽自動車 18954円
- ガソリン 軽油 2771円
- マスキング 1000円
- 電気 給電 4757円
- 風呂券 12733円
- 駅交際(行き) 29144円
- 宅急便(帰り) 11952円
- ほか交通費 3840円
- 車 ステッカー 2198円
- オレンジジーンズ クラウニング 3998円
- ユニバーサル ボタン(胸)1492円
- 靴シューズ 2911円
- 水、食料 1287円
- 消費用品 2000円
- ※実際は4978円分購入したが、余ったため藤井がひきとりました。そのため2000円を計上
- ◆支出 計 143411円
- ◆交通費 補助 3名に21589円
- ※参加者は匿名ですが、領収書を考慮して番号3名に交通費補助を出すことにしました。
- ◆支出 総計165000円

図 20

- ◆収入
- ◆藤井の友人や結鍼灸院の患者さんからのカンパや関西中医鍼灸研究会へ熊本地震カンパとして寄せられたものの総額です。
- ◆現金25000円
- ◆郵便振替分 140000円
- ◆収入総計165000円 収入 支出とも165000円となりチームオレンジ会計は清算されました。
- ◆別会計 オレンジテント購入 22152円
- ◆今回のチームオレンジの象徴ともなったオレンジテントは藤井が個人的に購入したものです。そのため支出には入れていません。若菜小学校避難所にボランティア終了後、寄贈しました。

図 21

置してみたら、非常に有効なケア空間になったと思います。

これ(図 17)は、参加された先生です。中は暗いので、ライトを使っています。これ(図 18)は大阪府鍼灸師会の学術部長の三木先生です。これ(図 19)は、手伝ってくれた登山家の吉田智美さんという人です。じつは、当初は「南阿蘇の方にも行こうかな」と思っていたのです。「非常に困難なところにこそ限られた力を投入しよう」と思ったのですが、道が寸断されて、とても行きつかないということがわかったので、市内と周辺にしました。しかし、この登山家の方の協力が、やはり設営とか食料とかいろいろなことですごく役立ちました。

これ(図 20・21)は会計です。ざっと16万円。実際の、交通費を除くと14万円。交通費補助をして、ざっと16万5,000円を使っています。収入はほとんどカンパでやって、16万5,000円という形になりました。

以上が私たちの報告になります。ありがとうございました。

## 震災：中医学にできること 熊本地震での取り組みと課題

篠原 昭二

九州看護福祉大学鍼灸スポーツ学科

### 要旨

#### <はじめに>

2016年4月14日にマグニチュード6.5および16日にマグニチュード7.3の地震が発生した。その後、8月までに約2,000回に及ぶ余震が観測され、各地で甚大な被害が発生し、その爪痕は今なお無残な姿をとどめている。一方、地震発生以降、あらゆる領域で救済および復興に向けた活動が開始された。ここでは、熊本地震に対して行った鍼灸治療に関するボランティア活動について取り上げ、その実態と今後の課題等について紹介したい。

熊本地震では、(公社)日本鍼灸師会・(公社)全日本鍼灸マッサージ師会・鍼灸netをおもな窓口としてボランティアの募集を行い、熊本県鍼灸マッサージ師会に集約された災害対策本部を立ち上げた。鍼灸師・あん摩マッサージ指圧師と熊本県鍼灸マッサージ師会・福岡県鍼灸マッサージ師会、九州看護福祉大学で構成されるメンバーが熊本市内に施術拠点を設置し4月19日から現地に入りボランティア施術を行った。5月8日までに延べ1,033人の被災者に施術を行い、亜急性期におけるサポート活動を終了した。活動人数は述べ211人であった。

(1) 多くの避難所では硬い床の上に段ボールや薄いマット、毛布などを敷いて寝床にしており、枕もないか、あっても手持ちの衣類を丸めた代用品などを使用していること。(2) 慣れない場所・他人との集団生活、地震への不安などから24時間ストレスにさらされていること。(3) 必然的に活動範囲が狭く、運動量も日常に比べて極端に減少していること。(4) トイレの使用が不自由なこと、特に夜間は照明や寝ている他人への配慮から行きにくいこと。以上のような理由から、頸肩部・腰背部の強いこり感、筋の過緊張による痛みや痺れなどの訴えは大部分の利用者で共通していた。当然であるがほとんどの場合は不眠の訴えも伴っていた。

これらに加えて、地震以前から患っている疾患の症状悪化を訴えるケースが多くみられた。また、ブースを設置した拠点避難所ではリピート率が高く、過酷な避難所生活を支える一助となっていることは明らかである。

#### <災害鍼灸における課題>

(1) 被災者は老若男女を問わず多彩な愁訴を訴えることから、柔軟な対応が求められる。(2) 県・市単位で構成される災害対策本部に早期から参画して、チーム

医療の一環を担うことが重要である。(3)被災者にとって鍼灸治療に対する理解不足から、受療行動に至らないケースが多い。

キーワード：災害医療、災害鍼灸、鍼灸治療、中医学、ボランティア

## はじめに

熊本地震の発生頻度ですが、発生から5カ月後の9月14日の段階で2,088回に達していて、おそらく震災のなかでは最も地震が継続して発生する件数が多いのではないのでしょうか。9月17日時点で2,101回ということで、2,100回を超えております。

その熊本地震で、熊本県が調査した被災状況ですけれども、死者が50人、震災関連死が43人、負傷者が2,374人、建物の被害が16万7,604棟。それから、避難は9月14日の段階で、13カ所、502人おられました。9月15日の段階で、すべて解決していないのですけれども避難所は閉鎖されました。水道の断水が現在でも約800世帯続いておりますし、今なおその傷跡は大きく残されているのが現状です。

スライドの左のところ(図1左の写真)には熊本城の非常に綺麗な姿がありますけれども、震災の当日に、熊本城から白い霧のようなものが出ています(同図の上中央の写真)。これは、屋根の上にある土けむりがずっと霧になっているのですけれども、これを見たときに相当ひどい被害が起こっているのだと思われました。テレビではその翌日になってはじめて大掛かりな被害が起こっているということが報告されましたけれども、当初テレビで紹介されているときに、そういうふうなものを報道するメディアはありませんでした。自慢の石垣なども崩落して、無残な姿をとどめております。



図1

## 地震に対するボランティア活動

地震に対するボランティア活動ですけれども、日本鍼灸師会のなかでは同会の災害派遣医療チーム「DMAT」(Disaster Medical Assistance Team)の組織がつく

られております。「災害支援チーム」ということでつくられているのですが、日本鍼灸師会と熊本県鍼灸マッサージ師会、そして九州看護福祉大学のメンバーで「熊本地震災害派遣チーム」というものが、震災から3日後の4月19日から立ち上げられて、ボランティア活動を実施することとなり、鍼灸・マッサージの治療支援が始まりました。昨日の理事会・評議員会のなかで、酒谷先生が「中医学会のなかにも災害チームを構築していく必要がある」というご発言をされておりましたけれども、そういう準備も必要ではないかと思えます。

これ(図2)は、熊本市西区区役所で、最初に災害派遣ボランティアの活動が始められた場所です。「まちづくりルーム」という小さな部屋がありまして、そこが「はり・きゅう マッサージ」の治療施設として準備されました。県および町、区と、組織的に連絡をすると、こういうきちんとした施設が準備されて、治療に供することができるということになります。

治療風景です(図3)。けっこう広い部屋なのですが、ベッドを5台ぐらい持ち込んで、治療を行っております。



図2

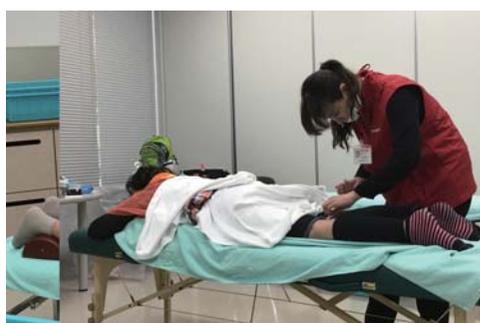


図3

子どもさんが来たわけではないのですが(図4)、お孫さんの面倒をみているおばあちゃんが肩凝り・腰痛・膝痛で憔悴してマッサージを希望して来られました。「今日はたまたまマッサージ師さんがいませんから鍼治療になりますけど」と言ったら、「鍼は怖いなあ」ということで嫌がっておられたのですが、「想像するほどの痛みはなく、症状は楽になると思いますから一度受けてみられたらどうですか?」というふうに言って、非常に凝りや痛みが強いの、「なんか、心配事とかも相当多いんでしょうね」と言うと、じつはお孫さんが夜中に驚いて泣きわめいて、そうすると外に連れ出すしかなくて、「周囲の人に迷惑をかけられないという、そのことがすごく辛いんだ」ということをポロっとおっしゃいました。そこで「子どもさんにも鍼が効くのですよ」と説明すると、「子どもにも鍼を刺すんですか」と言われたのですが、「子どもさんには刺さない鍼で刺激をします」と言うと「じゃあ、ぜひやってください」ということで近所の子どものさんも連れて来られて、それで子どもに鍼をすると子どもの夜驚症がおさまって、その後、子どもさんの治療のリクエスト数もどんどん増えていきました。

日本鍼灸師会では堀口清剛先生がDMATの担当になっているかと思えますけれども、4月22日の段階で、西区区役所で熊本県鍼灸マッサージ師会の高橋会長、それから岩上先生・黒田先生、九州看護福祉大学の田口先生らが合流して、熊本市の医療政策課の方と協議をして、ボランティアを実施するという受け入れ状況



図4

日本鍼灸師会堀口清剛先生:4月22日の報告です。  
<http://www.hariqi.net/cgi/saigai/gate.cgi> 熊本地震報告  
 第2報

3:30 福岡出発

6:30 西区役所到着 九看大の田口先生とミーティング

8:50 ウェルパル熊本で高橋会長・田口先生・岩上先生・黒田先生と合流して、熊本市の医療政策課の中林さん等と今後の方針について協議。

その後、熊本鍼灸師会館で、方針会議。

13:30 県庁にて京都から来た坂部先生(災害医療に詳しく、JIMTEFでも同期でした。)と合流し県庁の派遣調整室を訪問し医療救護班としての登録をする。JRATの浅野先生に偶然お目にかかり、広域のケアチームに鍼灸師も入れていいかと聞かれたので了承。

図5

15:00 再度ウェルパル医事政策課へ出向き、中林氏と23日からの実際の動きについて協議。

16:00 熊本中央区役所DMATミーティングに参加し情報収集、あいさつ。23日からの本格的な参加について説明し、コーディネートを小早川先生に正式に依頼した。

17:00 熊本鍼灸師会事務所で、ロジの整理を行い23日からの動きを整理、担当者を絞った。

図6

が構築されていきました(図5・6)。

また、県庁の派遣調整室を訪問して、医療救護班としての登録も行いました。ここにはいろいろな派遣チームが集約されていますので、リハビリスタッフのJRATのスタッフもみえていて、「こういう広域のケアチームに鍼灸師も入れていいですか?」ということで、共同でボランティアを実施することにもなりました。JIMTEFという国際医療技術財団、そのなかにも災害医療の担当がありますので、いろいろな組織、いろいろな機関の人たちが一堂に集まってきて、現場ではビジーな状況が続いているようです。

朝にミーティングが行われ、夕方の4時ぐらいにもう一度、中央区役所のDMATミーティングに参加して、報告およびその日の情報を収集するというを行いました。ですから、単純に「行ってボランティアに参加して、来た患者さんを治療しておしまい」というのではなくて、「その日どんなことができました」「何名参加しました」「どんな状況でした」、引き継ぎ事項としては「こういう患者さん、こういう被災者の方がおられます」「こういうリクエストがありました」ということを引き継いでいく、そういう情報交換が非常に重要であると思われます。

熊本には災害時の医療活動経験と心得を備えた有志らが、4月19日から現地に入って、連休明けの5月8日までで延べ1,033人の被災者に施術を行い、治療担当スタッフは延べ211人になりました。5月9日からは小・中・高校の学校の

ほとんどが授業を再開することになったので、これ以後、避難所の統合が進んでいきました。各地域の災害対策本部も徐々に統合されていくことになります。この段階で、急性期から亜急性期、亜急性期から慢性期という形で、緊急医療支援チームは現地から撤退していていますので、亜急性期から徐々に慢性期に移行していく体制が必要であると考えられました。

## 必要とされた活動

あんま・はり・きゅうの利用者ニーズ(図7)ですが、多くの避難所では硬い床の上に段ボールや薄いマット、毛布などを敷いて寝床にしており、枕もないか、あっても手持ちの衣類を丸めた代用品を使っているのが現状でした。また、慣れない場所、他人との集団生活、地震への不安や不定期で突然生じる余震などから24時間ストレスにさらされているのも現状です。必然的に活動範囲が狭く、運動量も日常に比べて極端に減少しており、また断水が起きているところではトイレの使用が非常に不自由で、特に夜間は照明や寝ている他人への配慮から行きにくい。だから水分を控えるとか、あるいは食事を控えるといったことも目立ちました。

そういうことから、頸肩部・腰背部の強いこり感や、筋の過緊張による痛みや痺れなどの訴えは大部分の利用者で共通してみられました。当然ですが、不眠の訴えも伴っておりました。地震以前から患っている疾患の症状の悪化を訴えるケースも多くみられ、特に頸椎症、変形性関節症、脊柱管狭窄症、腰部椎間板ヘルニア、股関節・膝関節手術後の疼痛などです。環境を考えれば、原疾患の症状が悪化するのとは当然といえます。ブースを設置した拠点避難所ではリピーター率が高く、過酷な避難所生活を支える一助になっていると考えられました。

必要とされた活動内容(図8)ですけれども、西区の公民館にブースを設置して、避難所の方々に対する活動を行いました。各区で避難所巡回を開始した4月23日以降は、それまでの活動に加えて、各医療チーム(JMAT/DPAT/JRATあるいは各区の保健師チームなど)との連携をとりながら、他医療チームが巡回できない避難所の情報収集と、避難者に対する必要に応じた施術、それからエコノミー症候群のチェックといったことも、西区の区役所において行いました。特にエコノミー症候群の簡易チェックのリストというのをを使って、そういう症状があるかないかをチェックして、運動、食事、飲水のサポートを心がけておりました。

### 【あはき利用者のニーズについて】

- 多くの避難所では硬い床の上に段ボールや薄いマット、毛布等を引いて寝床にしており、枕もないか、あっても手持ちの衣類を丸めた代用品等を使用していること。
- 慣れない場所・他人との集団生活、地震への不安等から24時間ストレスに晒されていること。
- 必然的に活動範囲が狭く、運動量も日常に比べて極端に減少していること。
- トイレの使用が不自由なこと。特に夜間は照明や寝ている他人への配慮から行きにくいこと。

図7

### 【必要とされた活動内容について】

- 活動の初期(4/19~4/22)は、西部公民館にブースを設置して、避難所の方々に対する上記のニーズを満たす活動を行った。
- 4/24以降は市立総合体育館にもブース増設を行っている。
- 各区での避難所巡回を開始した4/23(※4/22に災害対策本部医療救護班に登録)以降は、それまでの活動に加えて、各医療チーム(JMAT/DPAT/JRAT、各区の保健師チーム等)との連携を取りながら、他医療チームが巡回できない避難所の情報収集と、避難者に対する必要に応じた施術、DVT(いわゆるエコノミークラス症候群)のチェックを行った。

図8

また、情報収集は、避難所の衛生環境、日中の避難者数、他の医療チームで引っかからなかった要医療支援者の候補などの情報収集を心がけました。これらの情報は同日夕刻のミーティングで報告して、他の医療チームにシェアされていきます。その結果、翌日の医療チームの巡回内容に反映されるケースもありました。前日の鍼灸チームの報告を必ず資料に載せて配布していた区もあります。そういうことから、個人でボランティアに参加する、あるいはある特定のグループ・団体に参加するという場合に、必ず主たる統括チームと情報交換をすることが今後必要ではないかと思われまます。それによって、より細やかな情報交換が可能になると思われまます。

避難所の情報は施術中に利用者から得られる場合も少なくありません。医療チームに依頼するほど緊急性がなくて、我慢することでやり過ごすという避難者が少なからずおられます。なかには放置しておくで深刻なケースに及ぶ可能性があった案件もありました。特に中医学的な診察というのは、全身状態を把握するのに非常に優れており、また治療行為はタッチングケアとしての側面もあり、表面化しにくい避難者情報を得やすいこと、それから、あはき施術の特性を活かすことで他医療チームをサポートするという活動内容で貢献できたと思います。慢性期に入る今後においても、必要なケアの察知には、あはき施術が貢献できるという点になら変わりはなく、継続的に被災者に触れる機会が多いというのが非常にメリットが大きいのではないかと思われまます。

課題は(図9)、まず被災者は老若男女を問わず多彩な愁訴を訴えることから、柔軟な対応が求められます。鍼灸・漢方は、五官をベースとした診察法を重視することから、災害治療現場においては、急性期、亜急性期、慢性期の3つのレベルにおいても適応が可能です。鍼灸は、ベッドと鍼灸具さえあればどこでも実施可能であること、および全科に適応が可能であることから、災害医療においては優れた治療手段になり得ると思います。一方、痛い、怖いなどの先入観や、理解不足から敬遠されやすい傾向もあって、そういう意味では広く情報提供すること、および今後の災害医療に対するエビデンスの蓄積が不可欠であろうと思われまます。

2番めとして、県・市単位で構成される災害対策本部に早期から参画して、チーム医療の一端を担うことが重要だと考えられます。早期から業界団体における組織的な取り組みが不可欠で、そういった組織との協調・共同作業が必要です。四診法により全身的な評価から、体調不良など得られた情報を申し送ることによ

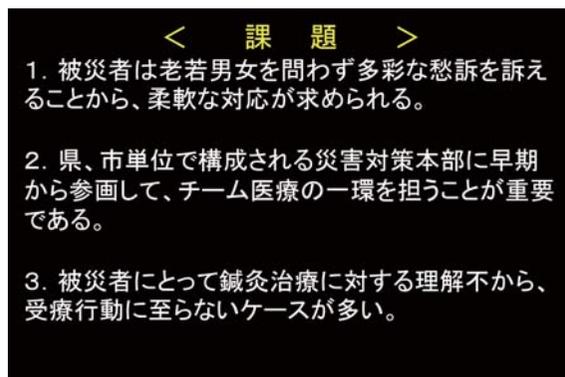


図9

て細やかなサポート体制に貢献することができます。中医学を活かしたフィードバックが重要だと思われます。避難所では、パンやおにぎり、インスタントラーメンが定番で、脾虚湿痰が非常に多く、心気虚傾向、うつ、体調不良を誘発している可能性があります。ボランティアに行ったある日に「朝の食事はなんでしたか?」と聞くと「おにぎりとインスタントラーメンでした」と。それで治療が終わったら「これから2時間並ぶのですよね」ということで、吹きさらしの下に2時間並んで、昼食で出たのはメロンパンとインスタントラーメンというふうなことでした。肝俞・胆俞・脾俞・胃俞・三焦俞のところ、パンパンに脹っているという状況も認められました。

3番めに、被災者にとって鍼灸治療に対する理解不足から受療行動にいたらないケースが多いです。草の根運動を通じて徐々に理解を浸透させる必要があると思われる。エコノミー症候群の予防、小児の夜泣き対策、不眠症外来など、避難所の事情を考慮した対応を模索する必要があります。避難所におけるボランティア活動も、たんに施術拠点を開設するだけでなく、合目的な運用も構築する必要があるかもしれません。先ほど、おばあちゃんが子どもの夜泣きに非常に難渋しているケースをお話しました。ボランティア活動の効率的な運用の必要性があると思います。

## まとめ

まとめです(図10)。熊本には災害時の医療活動経験と心得を備えた有志らが、4月19日から現地に入り、拠点施設を設置して、5月8日までに1,033人の被災者に施術を行い、活動人数は延べ211人でした。5月9日・10日から授業が再開されるに従って避難所は徐々に閉鎖されていって、9月15日には避難所はすべて閉鎖されました。したがって、緊急医療支援チームは現地から撤退した後、中・長期的な支援が必要になることから、継続的な支援ができるような体制を見直していく必要があると思われました。

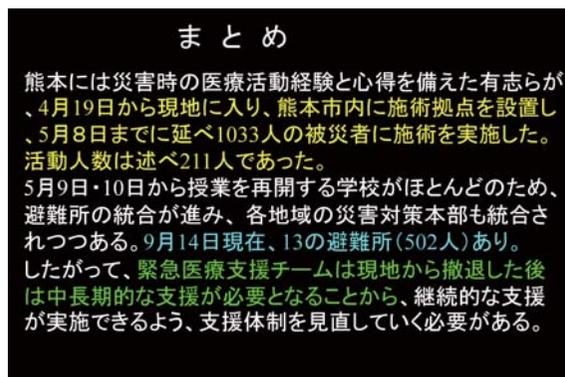


図10

## 震災：中医学にできること 3つの災害現場で 体験したこと

木村 朗子

ともともクリニック, TOMOTOMO (友と共に学ぶ東西両医学研修の会)

### 要旨

災害の定義については諸説あるが、Gunn (1911) によれば、「人と環境との生態学的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれと対応するのに非常な努力を要し、被災地域以外からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事」となっている。よって、災害現場では、医療の需要と供給のバランスが大きく崩れる。このように需要が著しく供給を上回った状況で、すべての人に非災害時と同様の医療を届けることは非常に困難である。

当然、西洋医学的には、救急医学の観点から外傷・心疾患・脳血管疾患の対応、感染対策、危険な疾患を見逃さずに後方医療機関に送ること、などの課題がある。一方、中医学的には、PTSD からくる不眠や不安をやわらげること、持病の悪化を防ぐこと、感冒や感染性胃腸炎の対応、非常時を乗り切るためのセルフケアを伝えること、などの課題が見えてくる。道具が少なく、場所もコンパクトに行うことができるということが、中医学(湯液・鍼灸)が災害後の医療として受け入れやすい理由と思われる。

さらに実際に被災地に行ってみると、以下のような体験を数多くする。被災者の眼は血走り、涙ぐみ、一見して苦しいと助けを求めているのに、発せられる言葉は少なく「私より他の人のほうがつらいから」と多くを語らない。しかし、置鍼中に背中を向けた後、ぼつりぼつりと、心情を吐露していくのである。真正面ではなくふと視線を外し傍らにいるときにこそ、心のふたが開き、そこからこぼれ落ちる感情があることに気が付く。多くの人が「楽になった」と、涙ぐんで帰っていく。「精神科の医師やカウンセラーには、とても話せない、思い出したくない」と言いながら、うつぶせや横向きになったとたん涙を流す被災者がいるのである。さらに、四診によって言葉にならない訴えを読み取り、しかもその治療をもすることができる。

私たち「友と共に学ぶ東西両医学研修の会(TOMOTOMO)」では時を同じくして、人為災害後5日目、熊本地震の3カ月後、東日本大震災後5年間のそれぞれの被災者に鍼灸治療をすることができた。今回はそれらの中医学的な考察を中心に発表する。

キーワード：東日本大震災，熊本地震，相模原障害者施設殺傷事件，鍼灸，被災地支援，災害中医学

## はじめに

よろしく申し上げます。横浜市にあります「ともともクリニック」というクリニックで医師をしております木村と申します。私たちは16年ほど前から一緒に勉強会をしている仲間で医療ボランティアをさせていただいています。当初から医療過疎地のボランティアを行っており，東日本大震災の際には東日本大震災後の支援として東北に入らせていただいております。



図1 南阿蘇の山々 土砂崩れの跡あり

これは，南阿蘇のスライドです（図1）。このあいだ，うかがったときに撮った写真です。南阿蘇の360度，こんなに綺麗な山と田んぼが見えるのですが，中央のところに少し土が見えるのがおわかりになるでしょうか？ ここは土砂崩れをしていたところで，本来は一面緑で，綺麗な山だったそうです。

私たちが宿泊した場所から見える景色なのですが，これはある先生が目ざとく見つけたのですが，「なにかが遠くに見える」ということで，近づいて撮っていくとですね，こんな看板がありました（図2）。たぶん，人よりカエルの数の方が多いんじゃないかということなんですよ（笑），こんなところにスターバックスは来ないと思うのですが，こんな看板があって，被災後でもちょっとユーモアを感じるような一面でした。



図2 災害地にユーモアを発見

今日の報告の内容です（図3）。ざっとご紹介します。

1. 3つの災害支援 活動概要
2. 患者背景
3. 症例報告
4. 中医学問診票について
5. 213名の問診票から見えること
6. 災害と時間
7. まとめ Take home message

図3 今日の内容

### 災害とは何か

・「災」とは「火」に川を塞ぎ止めるせきを描いた「𤇗」を合せてできた字で、もともと順調な生活をはばむ大火や洪水、転じて生活の進行をはばむ物事のことを意味する。  
学研漢和大辞典

・「人と環境との生態学的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれと対応するのに非常な努力を要し、被災地域以外からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事」  
Gunn(1911)

図4 災害とは何か

災害（図4）ということで調べてみますと、こちらは中医学会ですので「漢字のことを」と思いまして、漢字のことを調べたのが上の段になります。下の段は、一般的な「災害の定義」になります。「人と環境との生態学的な関係における広範な破壊の結果、被災社会がそれと対応するのに非常な努力を要し、被災地域以外からの援助を必要とするほどの規模で生じた深刻かつ急激な出来事」ということで、要はその地域だけで災害の被害を収束できない、みんなを助けられないという場合に「災害」という言葉を使うというふうに決まっています。

これも一般的な話です（図5）。災害サイクルといって、いつが急性期なのか、いつどういう疾患が起きて、どういうことに気をつけなくてはいけないのかということが簡単にまとめてあります。

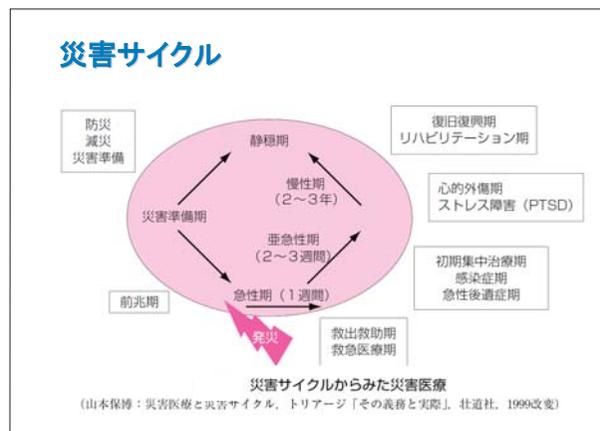


図5 災害サイクル

## 3つの災害支援 活動概要

今回、私たちが資料をまとめた、3つの地域での災害について簡単にご説明します（図6）。相模原市というのは人為災害ですね。障害者施設で起こった、19人が死亡して、26人が重軽傷を負った大きな事件でした。その後、「職員の方の

支援をしてほしい」ということで依頼がありましたので、発災後5日後から週1ペースで4回支援に入りました。熊本県の西原村は発災から3カ月後に入ったのですけれども、このときは被災住民の方とボランティアの方を対象にしています。熊本県西原村支援は中医学会との共催で行いました。岩手県の大槌町は発災から1年～2年後のデータをまとめています。今も支援は継続しているのですが、これに関しては、いろいろな災害の特徴の違いはありますが、3つの災害の時期の違いについて注目してまとめてみました。急性期、亜急性期、慢性期と分けました。

**三つの災害について**

対象地域	解析対象	災害種別	支援対象	支援場所
神奈川県 相模原市	発災から 5日～1ヶ月後 60名	人為災害 <b>急性期</b>	・職員	・障害者施設
熊本県 西原村	発災から 3か月後 45名	自然災害 (熊本地震) <b>亜急性期</b>	・被災住民 ・ボランティア	・公立保育園 ・民宿 ・多目的文化交流施設 ・障害者施設
岩手県 大槌町	発災から 1～2年後 59名	自然災害 (東日本大震災) <b>慢性期</b>	・被災住民 ・町役場職員	・仮設住宅 ・町役場

※ 熊本支援は中医学会との共催

図6 3つの災害について

これは、熊本での写真になりますけれども（図7）、治療現場です。真ん中におられるのが吉富誠先生です。こちら側に、背中を向けていらっしゃるのが石川家明先生です。こんな感じで治療をしています。男性の治療の布団が見えています。ドアの向こう側に2カ所、女性の分をつくっています。これが参加したメンバーです（図8）。吉富先生はお子さんと奥さんも一緒に来ていただきました。このような名札を付けて私たちは診療しました。



図7 診療場所



図8 チームメンバー

## 患者背景

3つの災害現場と比べるために、クリニックにいらっしゃっている患者さんのデータを載せました(図9)。平均年齢に関しては、相模原は障害者施設ですので肉体労働が主になります。若い方が非常に多く、36歳ぐらいが平均年齢。熊本は、治療した方の平均年齢はだいたい50歳。大槌はもう少し高く60歳ぐらいということになります。男女比は、障害者施設は男性が少し多い、他は女性が少し多いという形でしょうか。

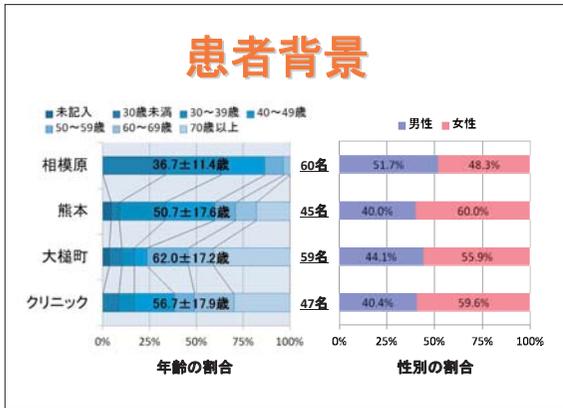


図9 患者背景

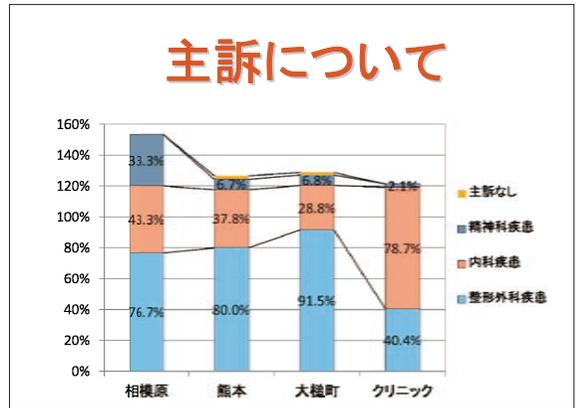


図10 主訴について

被災後すぐ入った相模原に関しては、主訴がすごく多かった印象があります(図10)。特に、精神的な主訴が多かったです。不眠であるとか、中途覚醒ですね。それから、落ち着かないという、ちょっと漠然とした訴えも多かったです。

## 症例報告

これは、そのなかの1人の方の症例なのですが(図11)、26歳の男性です。職場から事件の連絡があり、夜中にすぐに駆け付けたところ、多くの方が襲われた直後の現場を見た。その後、疲れているのに、なんか眠れない、心が落ち着かないという症状と、食べられないという症状がありました。私たちがうかがったのは5日目だったのですが、そのときに「やっと昨日ぐらいからちょっと食べられるようになった」というお話をしてくれました。

バイタルは特に問題ないのですが、見るからに目が赤くて、涙ぐんだような目をされています。舌は顫動がひどく、舌尖紅が明らかで、舌苔の剥落が強く見られました。

この方は、2つとても特徴的なことをおっしゃっていました。「あの映像、自分が見た映像を記憶から消してほしい」「気が大きくなるような鍼を打ってください」とおっしゃって、とても辛さが伝わってくるような訴えをされていました(図12)。



と困ったな」という症状が上位にあるのがわかるかと思えます。熊本・大槌町は「ちょっと虚証が出てきているな」ということがよくわかります。クリニックに関しては不調を訴えて自らいらっしゃる方が来られますので、こう比べてみると、相模原の方の深刻さがよりよくわかっていただけるかと思えます。

### 問診票から見えること①

相模原		熊本	
1位	尿量 少ない	1位	尿色 ぶつう
2位	寝汗 寝汗を時々かく	2位	便の回数 ほぼ毎日1回
3位	尿色 ぶつう	3位	便の軟硬 ぶつう
3位	疲労感 疲れやすい	4位	食欲 食欲→おしく食べられる
3位	尿意 ぶつう	5位	行動 元気、活発
3位	尿の色 やや色付き	5位	疲労感 疲れやすい
3位	飲料 冷たいのを好む	7位	声 大きい、元気のある声
8位	汗 汗をかきやすい	7位	尿意 ぶつう
9位	眠 眠が醒れやすい	9位	風邪 めったにひかない
10位	尿 ほとんどない	9位	尿の色 やや色付き

大槌町		クリニック	
1位	便の軟硬 ぶつう	1位	尿色 ぶつう
2位	食欲 食欲→おしく食べられる	2位	食欲 食欲→おしく食べられる
3位	声 大きい、元気のある声	3位	便の軟硬 ぶつう
4位	便の状態 普通の便	4位	便の回数 ほぼ毎日1回
4位	寝汗 かかない	5位	尿の色 やや色付き
6位	尿色 ぶつう	6位	体の不具合 疲れと悪くなる
6位	行動 元気、活発	7位	声 大きい、元気のある声
8位	便の回数 ほぼ毎日1回	8位	便の状態 普通の便
8位	風邪 めったにひかない	9位	汗 汗をかきやすい
10位	尿の色 やや色付き	9位	肝硬 弱い硬でさわやか
10位	風邪 ほとんどひかない		
10位	飲料 温かいのを好む		
10位	疲労感 疲れやすい		

図 14 問診票から見えること①

### 問診票から見えること②

相模原		熊本	
1位	尿量 少ない	1位	尿色 ぶつう
2位	寝汗 寝汗を時々かく	2位	便の回数 ほぼ毎日1回
3位	尿色 ぶつう	3位	便の軟硬 ぶつう
3位	疲労感 疲れやすい	4位	食欲 食欲→おしく食べられる
3位	尿意 ぶつう	5位	行動 元気、活発
3位	尿の色 やや色付き	5位	疲労感 疲れやすい
3位	飲料 冷たいのを好む	7位	声 大きい、元気のある声
8位	汗 汗をかきやすい	7位	尿意 ぶつう
9位	眠 眠が醒れやすい	9位	風邪 めったにひかない
10位	尿 ほとんどない	9位	尿の色 やや色付き

大槌町		クリニック	
1位	便の軟硬 ぶつう	1位	尿色 ぶつう
2位	食欲 食欲→おしく食べられる	2位	食欲 食欲→おしく食べられる
3位	声 大きい、元気のある声	3位	便の軟硬 ぶつう
4位	便の状態 普通の便	4位	便の回数 ほぼ毎日1回
4位	寝汗 かかない	5位	尿の色 やや色付き
6位	尿色 ぶつう	6位	体の不具合 疲れと悪くなる
6位	行動 元気、活発	7位	声 大きい、元気のある声
8位	便の回数 ほぼ毎日1回	8位	便の状態 普通の便
8位	風邪 めったにひかない	9位	汗 汗をかきやすい
10位	尿の色 やや色付き	9位	肝硬 弱い硬でさわやか
10位	風邪 ほとんどひかない		
10位	飲料 温かいのを好む		
10位	疲労感 疲れやすい		

図 15 問診票から見えること②

次は、問題がない項目を抜いて上から10項目前後の比較をしてみたスライドです(図16)。これはまた後でちょっと詳しくご説明いたします。

### 問診票から見えること③

順位	相模原	熊本	
2位	25% 汗 汗をかきやすい	5位	25% 疲労感 疲れやすい
3位	20% 疲労感 疲れやすい	14位	25% 汗 汗をかきやすい
3位	21% 飲料 冷たいのを好む	15位	25% 体の不具合 寝れると悪くなる
8位	20% 汗 汗をかきやすい	16位	25% 眼 眼が疲れやすい
9位	20% 眼 眼が疲れやすい	18位	25% 飲料 冷たいのを好む
14位	21% 手 温かい	20位	25% 温泉 温泉を好む
15位	25% 体の不具合 寝れると悪くなる	20位	25% 一日の調子 夕方や夜になる方が疲れやすい
19位	25% 口渇 渇く	22位	25% 手 温かい
22位	25% 温泉 温泉を好む	22位	25% 口渇 渇く
22位	25% 一日の調子 夕方や夜になる方が疲れやすい	24位	25% 体の不具合 活動すると軽減する
22位	25% 物忘れ 普段から物忘れが多い	24位	25% 体忘れ 普段から体忘れが多い
22位	25% 足 温かい	24位	25% からだは 足腰が弱くない
24位	25% 足 温かい	24位	25% 一日の調子 午前中は悪く徐々にエンジーンがかかる

順位	大槌町	熊本	
6位	25% 体の不具合 寝れると悪くなる	6位	25% 汗 汗をかきやすい
10位	25% 温泉 温泉を好む	11位	25% 温泉 温泉を好む
10位	25% 飲料 温かいものを好む	13位	25% 飲料 温かいものを好む
10位	25% 疲労感 疲れやすい	13位	25% 疲労感 疲れやすい
14位	25% 汗 汗をかきやすい	18位	25% 手 温かい
16位	25% 眼 眼が疲れやすい	21位	25% 口渇 渇く
18位	25% 口渇 口渇が頻かない	21位	25% 一日の調子 夕方や夜になる方が疲れやすい
19位	25% 手 温かい	21位	25% 膝痛 膝痛をする
19位	25% 一日の調子 夕方や夜になる方が疲れやすい	25位	25% 足 冷たい
21位	25% 飲料 冷たいのを好む	25位	25% 汗 汗をかきやすい
21位	25% 病気の発熱時 熱がなくても発熱が多い	25位	25% 一日の調子 午前中は悪く徐々にエンジーンがかかる
		25位	25% 眼 眼が疲れやすい

図 16 診票から見えること③

## 災害と時間

災害と時間に関してですが（図 17）、精神保健の視点から見たときに、じつはこんなふうに名前が付けられていることがわかりました。「警戒期」「衝撃期」「蜜月期」「幻滅期」「再建期」と定義されているようです。災害の前兆が現れてみんながちょっと緊張するのが警戒期。衝撃期は災害がもう起きて、身を守ることに集中しなくてはいけないという時期ですね。蜜月期に関しては、これは「災害ハネムーン」とも呼ばれるものですが、災害直後、みんなが助かったということに非常に高揚して、避難所で「みんながんばろう！」と集まっているような雰囲気のことをいいます。ただ、これは長くは続きませんので、当然ながらその後、被害の大きさを感じて幻滅する幻滅期、それからだんだんと再建期が来るということになります。この大事どころは、ハネムーン期は必ず終わるということです。そんなに長くは人間がんばれないということが、とてもよくわかります。今回うかがった3つの被災地に関しては、こんなふうに定義ができるかと考えています、＜相模原は衝撃期～蜜月期、熊本は蜜月期～幻滅期、大槌町は幻滅期～再建期＞であると。

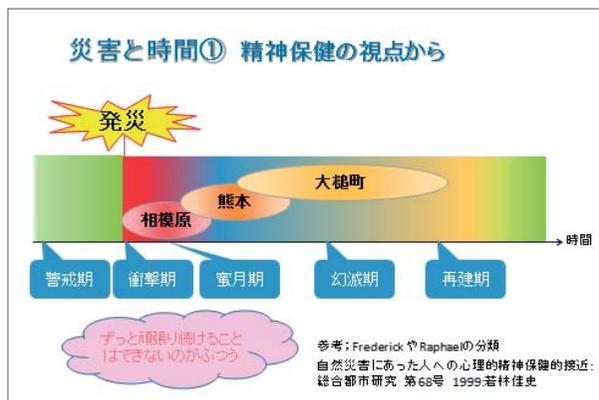


図 17 災害と時間①

先ほどのスライド（図16）の続きですけれども、これは相模原の上位10個程度ということで示しています（図18）。この10個のうち、相関がある他の項目を横に四角の吹き出しで示しています。こうやって全体をざっと見てみると、「熱証がすごく多い」と、被災後すぐであることが非常によくわかるというか、「辛いなあ」という感じがよくわかりました。

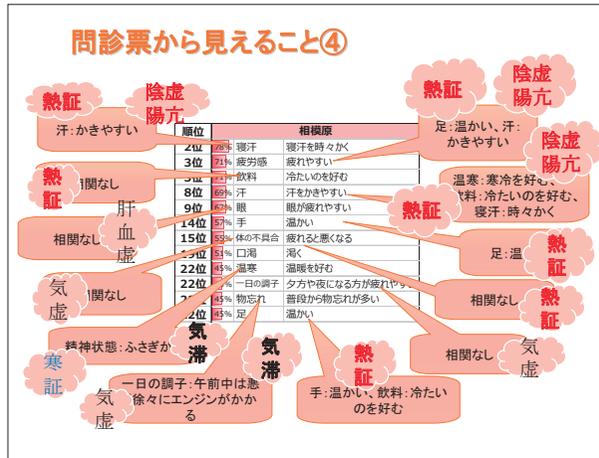


図18 問診票から見えること④

同じように熊本も比べてみます（図19）。熊本に私たちが行ったのが、発災からちょうど3カ月後になりますけれども、こうやって見ていくと、いろいろな症状が混在しているのがわかります。熱症も、寒症も、気虚も、気滞も、ぐじゃぐじゃと、いろいろあるように見えました。明らかに気滞が出てきているというのが印象です。

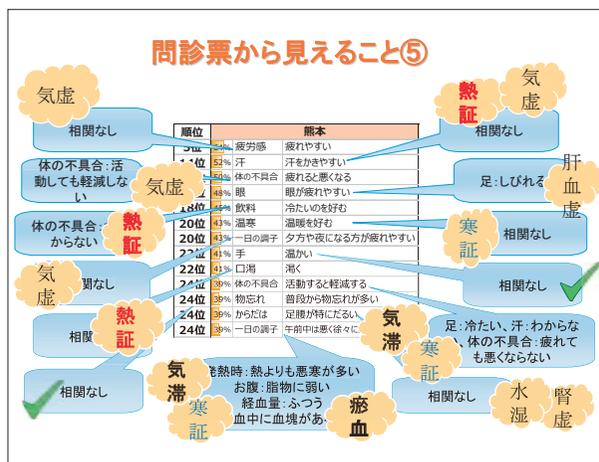


図19 問診票から見えること⑤

大槌町に関しては（図20）、高齢者の方が多いというのがありますし、土地柄、寒いということもあと思いますけれども、寒証の方、気虚の方、腎虚の方、陽虚の方がよく見受けられました。

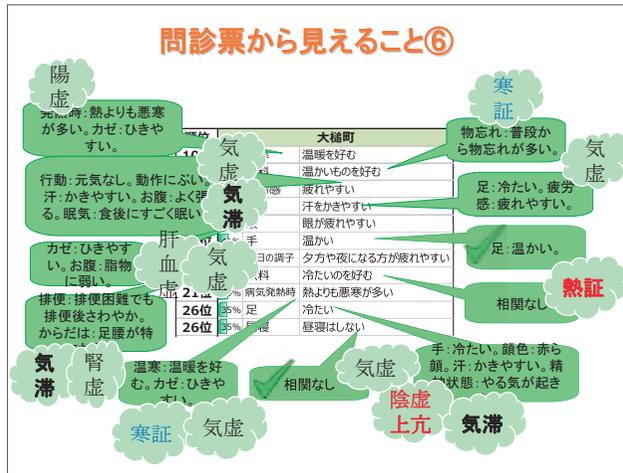


図 20 問診票から見えること⑥

さきほどの精神保健の視点に、この中医学の視点を少し加えてみたらどうかと考えました(図 21)。これは私たちが問診表の分析と診察から分析したところですので、若干、議論はあるかと思うのですが、今回の3つの災害地を比べてみたときに、衝撃期はやはりみなさんすごく不安で、目が血走っていて、ドキドキしていているというような方が多かったように思います。蜜月期は、災害ハネムーンと呼ばれるようなときです。そのときには、「みんなでがんばろう」としているのですが、それが外から見ると異常な高揚という感じが見受けられました。みなさん、声がちょっと大きくなっていて、目が血走っていて、なんかこうガラガラしている感じといたしましうか、そのうちにだんだん、みなさん疲れてきまして、気虚・血虚・腎虚が認められてくるというのが私たちの感想です。最初は実証がはっきり見られますが、だんだんと虚実が混ざって行って、その後、虚証がはっきりしてくると。

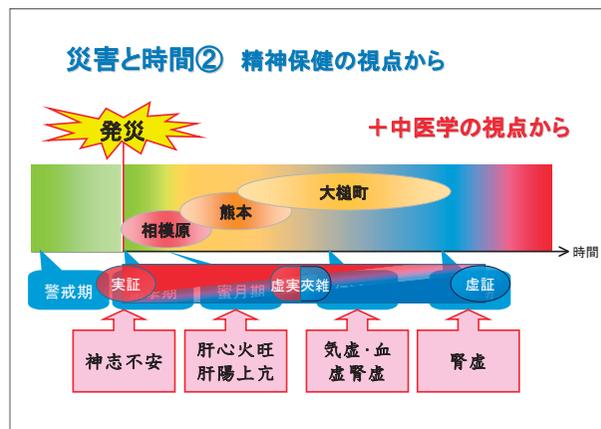


図 21 災害と時間②

## まとめ Take home message

いろいろなガイドがありますけれども、これは一般向けにも書かれていることです（図 22）。精神的に被災者の方をどんなふうを支えたらいいのかという、これはインターネットで簡単に見られますので、見ていただけたらいいのですが、要は、いちばん大事なことは、「こちらから辛い体験を聞き出そうとしないことが非常に重要だ」といわれています。辛い経験を聞き出すということは、再体験をさせるということになりますので、そのことに関して責任をもてるような、長期的な計画や専門的な知識があってこそやっていたいことであって、一般の方がやるのはかなり危険です。

**PFA(Psychological First Aid)フィールドガイド**

- ・心理的応急処置
- ・災害、大事故などの直後に提供できる、心理的支援のマニュアル
- ・深刻な精神的苦痛を抱える人に対して、どのような言葉をかけ、どのような行動をとればもっとも支えになるのかを考える参考として作られた。

外部からの支援者にできることは限られています。多くの場合、災害直後の被災者が直面しているのは避難、安否確認、傷病などの現実的な課題です。・（中略）・目的は災害に巻き込まれた人びとを**心理的に保護し、これ以上の心理的被害を防ぎ**、さまざまな援助のためのコミュニケーションを促進することです。

[http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who\\_pfa\\_guide.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf)

東北精神・神経心理研究センター-精神医療研究センター  
災害時こころの医療支援センター編  
全 2巻

図 22 フィールドガイド

これは、赤坂憲雄さんという方と鷺田清一さんという方の本『東北の震災と想像力』からです（図 23）。震災のことが書いてあるのですけれども、この文章のなかで上の方の赤字ですね。ここは、衝撃期のことが記載されていて、その後、蜜月期から幻滅期になっていくところが非常によく表されていました。もう1つ、被災地に行った方はみなさんおっしゃると思うのですが、目の前に座って「聞かせてください」と面と向かって言ってもなかなか思いをお話してくだらないのですよね。当然だと思います。そのときに、「言葉を待たないで、ただ横にいるというところでこそ人は口を開く」と、この文章のなかで書かれているのですが、これが本当に私も医療現場で実感しているところで、こちらからは無理に聞き出そうとしない方がいいでしょう。むしろ、自然に打ち明けられたときにはどうしたらいいかということに関しては、次のスライドに出てくる加藤寛先生という精神科の先生で神戸の震災後の「こころのケアセンター」をやっていたらっしゃる方ですが、「全身を耳にして聞きなさい」とおっしゃっています。

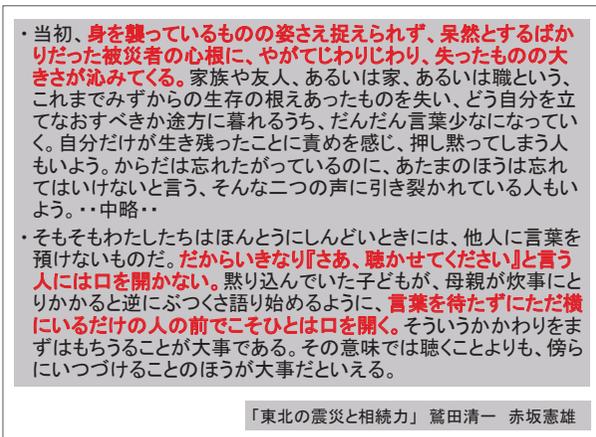


図 23 「さあ、聴かせてください」では……

こちらからはまず聞き出そうとしないこと、衝撃期から蜜月期に関して難しい症状が出るということ。被災地支援の大切な視点は、その地域の保健システムを早く立て直すことです。しかし保健システムのなかで被災者を支援する方は、被災者でもあります。ですから、外部の人間はそういう方を支援するというのが非常に重要ですね。「支援者支援」の視点になります（図 24）。外部の支援者は内部の支援者を支えるお手伝いをできたらいいかもしれない。さらに「中医学、鍼、漢方はいいかもしれない」と思ったのは、置鍼のときにうつ伏せになったり、横向きになったりしますよね。そのときに、患者さんがぼつりぼつりとおっしゃることが非常にたくさんありました。目をそらして、でも横にいる。それが自然にできるというのが、鍼のととてもいいところだと思いましたし（図 25）、明らかに心癒の圧痛であったり肝癒の圧痛がすごく強い患者さんで「眠れない」と騒いでいる方が、治療中に、眠ってしまうのですね。「眠れない」って言っていた方がその場で眠っていくっていうのは、見ていて「ああ、よかったなあ」と思う瞬間でもあります。鍼灸だと、ただそこにいる、ただ声をかけずともそこにいるということが、自然にしやすい部分があるのかなと思っています。

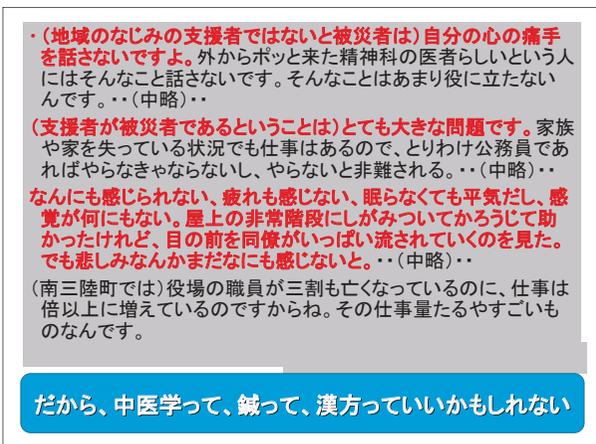


図 24 支援者支援の大切さ

## Take home message

- ・中医学では被災者が直接訴えないような変化に気が付き、治療的アプローチをすることができる。**心のつらさを(たとえ本人が語らなくとも)四診から読み取り、治療することができる**
- ・鍼灸では「ただ傍らにいる」ことを、自然にしやすい
- ・外部からの支援者は、内部の支援者を支えることも有効
- ・回復を促す生活指導(食養生、お灸など)ができる
- ・すべての医療者に災害支援が求められる時が来る
- ・災害後の時期を選ばず、患者さんの回復を促す治療ができる
- ・施設・道具が少なくてもいい 安価

図 25 Take home message

そのほか、中医学ができることとしては回復を促すような、たとえば私たちが支援に行っていないときにやっていただきたいこと(生活指導)に関してもお話ができるかと思います。

もう1つ、とても大事な視点は、どこでも被災する可能性があるのですよね。自分のところで災害が起きたときに、医療者というのは支援者でありながら被災者になる可能性が強くなります。そのなかで、すべての医療者が災害に関して学んでいくべきと思っております。また、中医学、鍼、漢方は、災害の時期を選ばずに患者さんの回復を促す治療ができます。それから、先ほどの発表のなかでも藤井先生がおっしゃっていましたが、鍼灸やお灸に関しては、道具が少ないところがすごくいいと思っております。

今回、熊本と一緒にいったメンバーです(図 26)。くまモンに似ている人が2人いたので最後に記載しました(笑)。



図 26 くまモンと

### 参考

- ・東北の震災と想像力 髙田清一 赤坂憲雄 講談社
- ・心のケア 加藤寛 最相葉月 講談社現代新書
- ・非常時のことば 高橋源一郎 朝日文庫
- ・自然災害にあった人への心理的精神保健的接近 若林佳史 総合都市研究 1999 第68号
- ・被災者の意識の展開と構造 岩崎信彦 阪神・淡路大震災の社会学2
- ・PFA(Psychological First Aid)フィールドガイド  
[http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who\\_pfa\\_guide.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf)

## 震災：中医学にできること PTSD に漢方薬を

関 隆志

(東北大学 CYRIC サイクロトロン核医学研究部)

### 要旨

震災により多くの被災者や救助者が PTSD になることが報告されている。PTSD に対しては、向精神薬などの薬物療法は副作用が現れやすく、利用は限定的になる。また心理療法も受けられる施設が限られる。

一方で、四川省の大地震のときや東日本大震災のときに PTSD に対して漢方薬を処方して効果を上げた報告がされている。逍遙散に二陳湯の成分などを加方した Xiao-Tan-Jie-Yu-Fang (XTJYF) のエキス剤を作り、2008年5月12日に発生した四川大地震の被災者で PTSD のある者に投与した。構成生薬の比率 (%) は、逍遙散 (柴胡 4.5, 当帰 4.5, 茯苓 15.2, 炒白朮 4.5, 炒白芍 7.6, 薄荷 3.0, 炙甘草 3.0), 二陳湯の成分 (法半夏 7.6, 陳皮 4.5), 黄芩 1.5, 煨竜骨 15.0, 煨牡蛎 15.0, 大黃 6.1, 石菖蒲 7.6 (Meng XZ, et al. A chinese herbal formula to improve general psychological status in posttraumatic stress disorder: a randomized placebo-controlled trial on sichuan earthquake survivors. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM. 2012;2012:691258.)。

また、Numata Tらは東日本大震災の PTSD 患者において柴胡桂枝乾姜湯により IES-R が有意に改善することを報告した。柴胡桂枝乾姜湯は、ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒 (柴胡 6g, 栝楼根 3g, 桂皮 3g, 黄芩 3g, 牡蛎 3g, 甘草 2g, 乾姜 2g) (Numata T, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder using the traditional Japanese herbal medicine saikokeishikankyoto: a randomized, observer-blinded, controlled trial in survivors of the great East Japan earthquake and tsunami. Evid Based Complement Alternat Med : eCAM. 2014;2014:683293.)。

Seki Tらは、加味逍遙散が東日本大震災の被災者で PTSD 様症状を示すものにおいて IES-R-J が改善することを示した。この加味逍遙散は OTC で、加味逍遙散エキス錠 S「コタロー」(9錠中、当帰・芍薬・白朮・茯苓・柴胡 各 1.5g, 牡丹皮・山梔子・甘草各 1g, 薄荷 0.5g) であった (Seki T, Sasaki K, Mori S, Meguro K. Use of Traditional East Asian Medicine to Diagnose and Kampo Medicine

Kamishoyosan to Treat Survivors of the Great East Japan Earthquake 2011: A Retrospective Study. *Altern Integ Med.* 2014;3(4).

以上の報告より、柴胡剤が PTSD に有効なことが示唆される。

キーワード：PTSD、逍遙散、柴胡剤、東日本大震災

## はじめに

東北大学の関です。「PTSD に漢方薬を」ということで、大震災の後、漢方薬が PTSD に効果があったという報告がございますので、少しご紹介して、さらに、その漢方薬の中身を簡単に分析してみたいと思います。

東日本大震災のときも熊本のときもそうですけれど、やはり PTSD になっている方というのはたくさんいらっしゃいまして、被災者のみならず、ボランティアで活動される方、自衛隊や警察官、あるいは学校の教員や、被災した方を援助するために現地に入られたような方も、多く PTSD になっていらっしゃるという報告がございます（図1）。

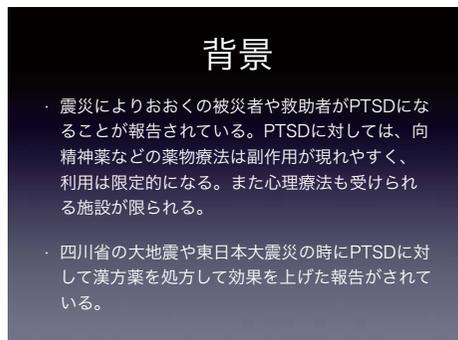


図1 背景

医者立場として PTSD をどうするのかということですが、なかなかいい手段がなくて、向精神薬ぐらいしか、思い浮かびません。とはいえ、ご存じかも知れませんが、向精神薬というのは副作用が非常にありますので、現実的にはなかなか使いにくいものなのです。それで、心理療法というものがあるわけですが、残念ながら日本の精神医療の現場では欧米に比べますと心理療法というのはまだまだ普及しているとはいえません。心理療法士という学会認定の資格がございますが、そういう資格をお持ちの方はいらっしゃるわけですが、決してたくさんいらっしゃるわけではなく、「心理療法を受ければいいんじゃないかな」という方が受けられるような施設も非常に限られているというのが現状かと思えます。

そんななか、四川省の大地震というのがございました。それから東日本大震災がありまして、その際に PTSD に対して漢方薬を処方して効果を上げたという報告がございますので、少しご紹介したいと思います。

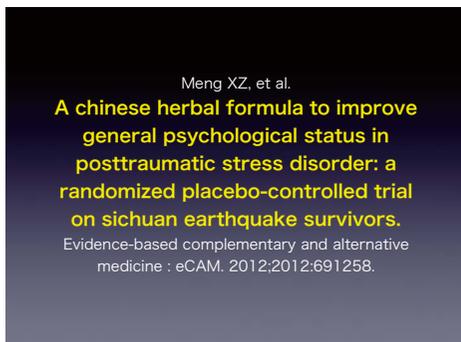


図2 Meng XZ らの論文

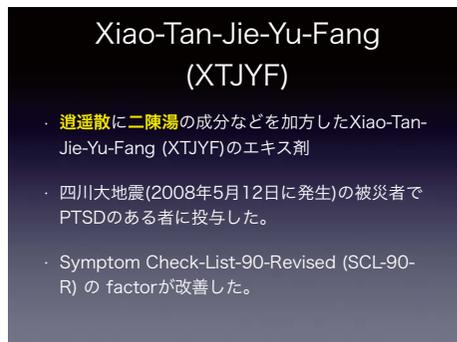


図3 論文要旨



図4 Xiao-Tan-Jie-Yu-Fang (XTJYF) のエキス剤

## ■ 四川大地震における漢方薬の効果

これは、『eCAM』という雑誌に載った、四川省の大地震の被災者の方に対して行われた経験を論文にされたものです(図2)。Xiao-Tan-Jie-Yu-Fang(図3)という、逍遙散に二陳湯などの成分を加えたもののエキス剤をつくって、2008年5月に起こった四川大地震の被災者の方に投与したというものです。Symptom Check-List-90-Revised という、PTSDの方の評価指標があるのですが、それがこのエキス剤で改善したという報告であります。

このエキス剤(図4)は、逍遙散をベースにしているのですが、そこに半夏・陳皮という二陳湯に含まれるような成分と、黄芩・竜骨・牡蛎・大黃・石菖蒲という組成になっています。石菖蒲は、先生方もご存じだと思いますけれども、昔から物忘れとか、そういう精神症状に対して使われているものの1つですね。

## ■ 東日本大震災における漢方薬の効果

### ■ 1. 柴胡桂枝乾姜湯

次は、東日本大震災のときに、やはり同じ『eCAM』に出た論文です(図5)。これは、PTSDの方に柴胡桂枝乾姜湯を飲んでいただいて、それを評価している論文です。

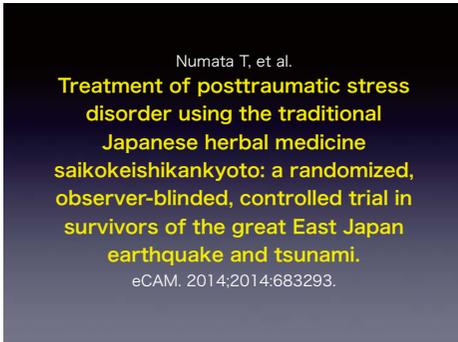


図5 Numata Tらの論文

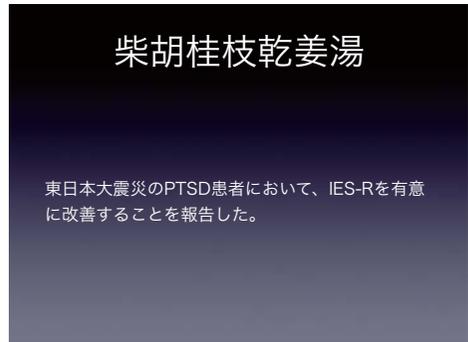


図6 論文要旨



図7 ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒

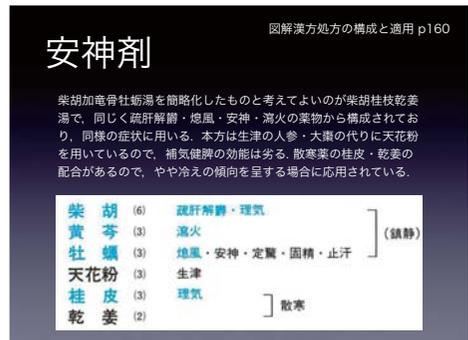


図8 安神剂

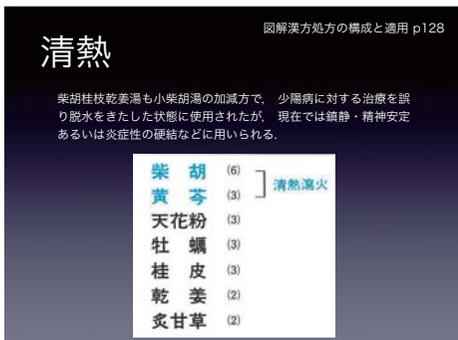


図9 清熱



図10 Seki Tらの論文

これは IES-R という、これも PTSD の評価指標としては国際的によく使われるものなのですが、それを有意に改善したという報告であります (図6)。

ご存じのように、柴胡桂枝乾姜湯ですので、柴胡・栝楼根・桂枝・黄芩・牡蠣・甘草・乾姜といったものが含まれるエキス剤 (図7) になります。

これは、森雄材先生がお書きになった『図説 漢方処方の構成と適用』という本に載っている柴胡桂枝乾姜湯の説明ですけれども (図8)、柴胡・黄芩・牡蠣では柴胡の疏肝解鬱・理気、黄芩の瀉火、牡蠣の安神作用などで鎮静を行うという効能が期待できます。それから桂皮・乾姜で温める働きがありますので、散寒。そして天花粉で生津ということで、安神剤の一種として使われるものの1つです。

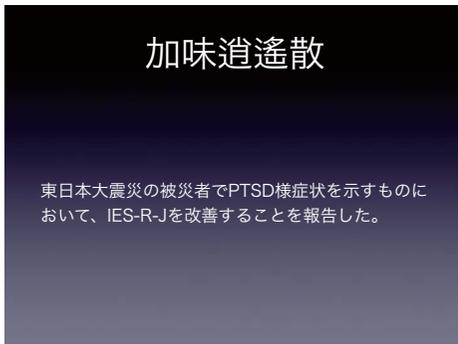


図 11 論文要旨

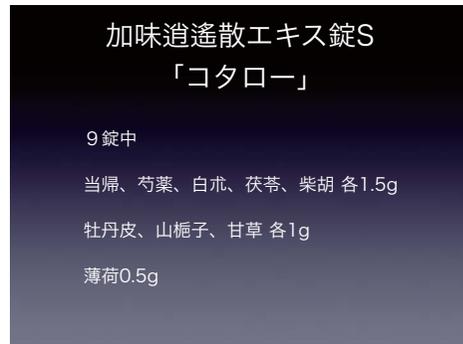


図 12 加味逍遙散エキス錠 S 「コタロー」

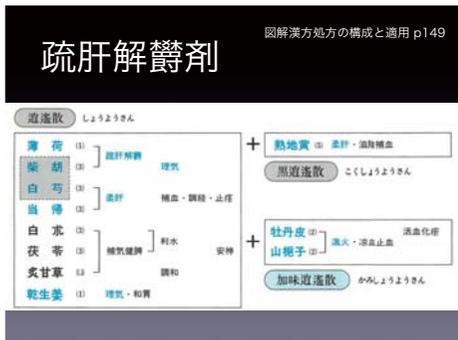


図 13 疏肝解鬱劑



図 14 気血双補

柴胡と黄芩という点に着目しますと (図9), 清熱瀉火ということで, 清熱の働きを利用して精神的な安静・鎮静といったものを期待して使われることもあるということでもあります。

それから, 同じ東日本大震災におきまして, これは, PTSD 様の被災者の方に加味逍遙散を投与したものです (図10)。このときの対象は, 老健施設, 介護施設にお勤めの平均年齢 30 代の若い方で, 実際に津波に襲われて, 目の前で日頃自分が介護していた高齢者の方が津波の水の中に沈んでいく, それを助けられなかったという, 非常に辛い体験をしております。

これは私の体験ですけれども, 当時, 震災が起こって2カ月くらいの間は本当に交通網も復旧がうまくいっておりませんで, 例えば大学病院ですら薬が足りないということで, 普通は「1カ月分処方」などとするわけですけれども, 「5日分処方」しかできないというような状態でした。漢方薬も同様で, 製薬メーカーに電話をして「とにかくなんでもいいから送ってください」とお願いして, OTC の漢方薬を頂戴しました。OTC ですので, 医療用の漢方薬よりもエキスの量は少ないものになっております。ただ, それでも, PTSD 様の症状を示す方には, この IES-R-J を改善することができたということでもあります (図11)。

当帰・芍薬・白朮・茯苓・柴胡・牡丹皮・山梔子・甘草・薄荷といったものが入った方剤が加味逍遙散ということになります (図12)。

釈迦に説法だとは思いますがけれども, 森雄材先生の本では, 加味逍遙散は疏肝解鬱劑として認識されておりますし (図13), 当帰・白芍で補血をして, 白朮・

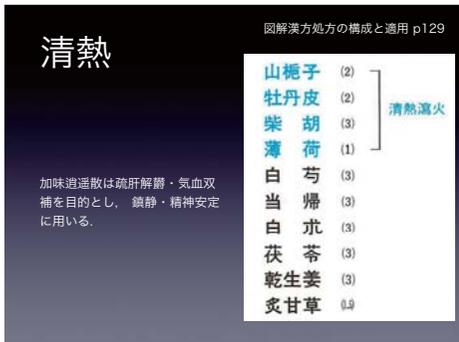


図 15 清熱

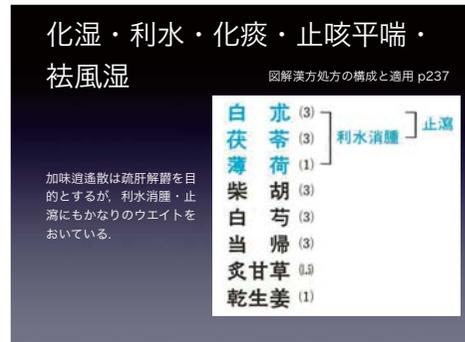


図 16 化湿・利水・化痰・止咳平喘・祛風湿

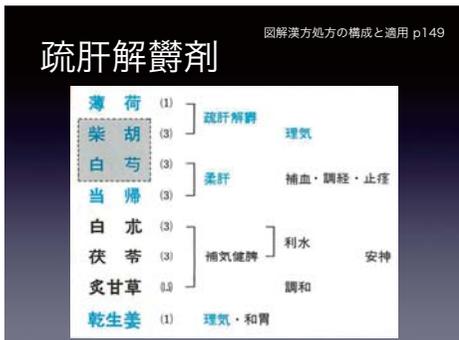


図 17 疏肝解鬱劑



図 18 調和肝脾劑

茯苓・炙甘草で補気健脾をするということで、気血双補の効能も期待されています(図 14)。また、先ほども出てきましたけれども、山梔子・牡丹皮・柴胡・薄荷で清熱瀉火もします(図 15)。さらに、白朮・茯苓・薄荷で利水消腫あるいは止瀉ということで、こういった効能をもつ方剤ということになります(図 16)。

中国の方剤も、加味逍遙散も、この逍遙散をベースにしております、薄荷・柴胡で疏肝解鬱、柴胡で理氣、白芍・当归で柔肝と補血・調経・止痒、白朮・茯苓・炙甘草で補気健脾、あとは生姜ということになっています(図 17)。それで、調和肝脾剤としても使われます(図 18)。

## まとめ

これは、3つの方剤を構成生薬の効能別に一覧にしてみたものですが(図 19)、ブルーのところはおもに清熱瀉火の効能をもっているもの、グリーンのところは安神作用をもっているもので、この3つの方剤はいずれも清熱・安神という効能の生薬を含んでいることがわかります。さらに炙甘草はすべてに共通して入っておりまして、補気あるいは化痰の効能のある薬がいずれの方剤にも入っています。それから、補血あるいは生津の、陰を補うような生薬も入っているということです。

先ほど震災後のタイミングで中医学的な評価をされていたご発表のなかに、熱証の方が多い時期と、寒証あるいは陽虚の方がいらっしやる時期、あるいは気滯

	Xiao-Tan-Jie-Yu-Fang	加味瀉瀉散	柴胡桂枝散
柴胡	疏肝解鬱・理氣・清熱瀉火；鎮靜		
薄荷	疏肝解鬱・清熱瀉火		
黃芩	瀉火；鎮靜		
大黃	瀉火・瀉下；鎮痛		
山梔子	清熱瀉火		
牡丹皮	清熱瀉火		
茯苓	補氣健脾・安神		
牡蠣	熄風・安神・定驚・固精・止汗；鎮靜		
竜骨	熄風・安神・定驚・固精・止汗；鎮靜		
白朮	補氣健脾		
炙甘草	補氣健脾		
半夏	化痰・化濁・理氣・止嘔・止痰		
陳皮	化痰・化濁・理氣・止嘔		
石膏	除熱・化濕・解鬱・醒神健腦		
乾姜	散寒・化痰・化濕・理氣・止嘔		
桂皮	理氣・散寒		
當歸	補血		
芍薬	補血		
天花粉	生津		
	清熱	補氣・化痰	
	安神	補血・生津	

図 19 3方剤の構成生薬の効能別一覧

## 結論

以上の報告より、  
清熱瀉火、安神、補気などの生薬で構成された柴胡剤がPTSDに有効なことが示唆された。

図 20 結論

が認められる時期があるという発表がございました (p.54 木村朗子「3つの災害現場で体験したこと」参照)。そういう観察というのは非常に有用だと拝聴しておりました。ですから、そういった震災後のタイミングごとに中医学的にどういったタイプの証が多いのかというデータが、今後の私ども中医学会としての震災対応におきましては非常に有益な示唆を与えるものになります。先ほど篠原先生からもご報告がございましたけれども、「理事会としましても震災対応チームのようなものを常設していきたい」ということでありますので、先ほどのご発表のようなデータ、あるいはお三方の先生方の貴重な体験というものも取り入れて、いい震災支援ができるようなチームになるのではないかと、そのなかで漢方薬も1つ有益な手段になると思われまます。

以上3つだけの報告でございますけれども、清熱瀉火・安神・補気といった生薬で構成した柴胡剤がPTSDに有効であるということが示唆されたのではないかと思います (図 20)。

# 日本中医学会雑誌 投稿ならびに執筆規定

## 1. 目的

本誌は日本中医学会の機関誌として、中医学およびそれと深い関連を有する事項に関する基礎的および臨床的研究を発表する学術雑誌である。

## 2. 投稿資格

本誌への投稿は原則として、筆頭著者 (first author) および責任著者 (corresponding author) は日本中医学会の会員に限る。ただし、編集委員会が特に依頼したものはこの限りではない。

## 3. 倫理規定

1. 投稿原稿は他誌に未発表であり、かつ投稿中でないものに限る。
2. 人を対象とした研究はヘルシンキ宣言 (1964 年採択, 1975 年, 1983 年, 1989 年および 1996 年修正) の精神に則って行われたものでなければならない。
3. 実験動物を用いた研究は動物実験に関する倫理規定に基づいて行われたものでなければならない。
4. 個人識別ができる患者などの写真類を掲載する場合、本人または法定代理人の承諾書を添付する。
5. 金銭的な利害関係がある場合は、その旨記載する。

## 4. 論文の募集と採否

1. 原著ならびに症例報告を募集する。原著論文については新しい手段を用いた研究、新しい角度からなされた研究など originality に富んだ論文を特に歓迎する。
2. 国内・国外を問わず、他誌に掲載されたもの、または掲載予定のもの、自らあるいは第三者のホームページに収載または収載予定のものは掲載しない。
3. 投稿論文の採否は編集委員会で決定する。審査の結果、編集方針に従い原稿の加筆、削除、一部分の書き直しなどを求めることがある。不採用の論文は速やかに通知する。

## 5. 執筆要項

1. 論文の長さは下記のとおりとする。
  - 〔原著・総説〕
    - 本文 (文献含む) 8,000 字以内
    - 表・図・写真 8 点以内
  - 〔症例報告〕
    - 本文 (文献含む) 4,800 字以内
    - 表・図・写真 6 点以内
2. 表・図・写真が増加した場合は 1 点につき本文を 400 字減じて調整する。
3. 和文抄録 (600 字以内) および 300 語以内の英文抄録を添付し、5 個以内の key words を日本語および英語で指定する。

4. タイトルページには、タイトル、著者名、所属、連絡先を和英で併記する。また、本文・文献の総字数を記載する。
5. 本文はタイトルページを1頁、文献の終わりを最終頁とし、各頁のナンバーを入れる。また、本文、文献、抄録、図表説明、表、図、写真の順に配置する。なお、図表の説明はすべて日本語表記とする。
6. 原稿は横書きで、1行の行数はA4判用紙で24～35字とし、十分な行間(5mm以上)をとる。
7. 所定枚数を超過した論文は原則として採用しない。ただし、編集委員会で認めた場合に限り、掲載する。
8. 外国語の固有名詞(人名、商品名等)は原語のままアルファベットで表記し、頭文字は大文字とする。ただし、日本語化しているものは片仮名とする。また、文中の外国語単語(病名、一般薬名等)の頭文字は、固有名詞、独語名詞、文頭の場合を除き小文字にする。
9. 年号は西暦で統一する。
10. 単位記号は、原則として国際単位系(SI)とし、km, m, cm, mm,  $\mu$ m, nm, L, mL,  $\mu$ L, kg, g, mg,  $\mu$ g, ng, pg, yr(年), wk(週), d(日), h(時), min(分), s(秒), ms,  $\mu$ sなどを用い、記号のあとの句点はいらない。

## 6. 文献の記載

1. 文献は本文中に引用されたもののみを挙げる。
2. 文献の記載順序は原著名のアルファベット順とし、同一著者の場合は発表順とする。本文中の引用個所には肩番号を付す。なお、著者名は3名までとし、それ以上の場合、英文は「～ et al」、和文は「～ほか」とする。
3. 文献の書き方は次のように統一する。  
〔雑誌の場合〕著者名：題名、誌名、巻数：頁、発行年  
〔書籍の場合〕著者名：書名、発行所、発行地、発行年、頁  
または、著者名：題名、頁(編者名：書名、章、節、発行所、発行地、発行年)  
なお、欧文雑誌名の略称はIndex Medicusに従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。

## 7. 電子原稿および電子投稿

1. 原稿は全て電子原稿とし、紙原稿は受け付けない。
2. 投稿原稿の文章はMicrosoft Office Word、図表はMicrosoft Office PowerPointを用いることとする。図表は、PowerPointで作成する。各頁に図表の番号を記述する。写真の保存方法についてはJPEG形式が望ましい。使用したワープロ(パソコン)の機種およびワープロソフト名とそのバージョンを明記する。
3. 動画の掲載を受け付ける。詳細については事務局に連絡する。
4. 電子原稿は日本中医学学会事務局に、E-mail(添付ファイル)で送付する。  
宛名：日本中医学雑誌 編集部  
アドレス：日本中医学学会事務局 [seo@jtcma.org]

## 8. 論文の採否

1. 投稿された論文の採否は複数のレフェリーによる公正なる査読を経て，編集委員会で決定する。
2. 掲載の巻号が決定次第，希望により掲載証明書を発行する。

## 9. 校正

1. 著者による校正は初校のみとする。その際，字句の訂正のみにとどめ，組版に影響するような大幅な加筆や削除は行わない。
2. 表題，用字，用語などは編集委員会で修正する場合がある。

## 10. 著作権について

1. 本誌に掲載された論文の著作権は日本中医学会に帰属し，無断掲載を禁ずる。著者は論文の掲載が認められた後に，著作権委譲承諾書に署名・捺印し提出する。
2. 出版物から図表などを引用する場合，その出版社および著者の承諾書を添付する。

(2010年12月13日規定)

# 誓約書・著作権委譲承諾書

日本中医学会 殿

年 月 日

『日本中医学会雑誌』に掲載した下記の論文は、他誌(商業誌を含む)には未発表であり、かつ投稿中ではありません。

また、今回『日本中医学会雑誌』に掲載された下記の論文の著者全員の著作権はすべて日本中医学会に委譲することを承諾します。

論文名：

著者名(共同著者全員を含む)：署名・捺印のこと

筆頭著者： 会員番号

---

責任著者： 会員番号

---

共同著者 1 ..... 共同著者 6 .....  
(会員番号) ..... (会員番号) .....

共同著者 2 ..... 共同著者 7 .....  
(会員番号) ..... (会員番号) .....

共同著者 3 ..... 共同著者 8 .....  
(会員番号) ..... (会員番号) .....

共同著者 4 ..... 共同著者 9 .....  
(会員番号) ..... (会員番号) .....

共同著者 5 ..... 共同著者 10 .....  
(会員番号) ..... (会員番号) .....

※共同著者が会員の場合は、会員番号を記入の事。

## 編集委員会

編集長 酒谷 薫  
副編集長 篠原昭二, 平馬直樹, 別府正志, 安井廣迪, 山本勝司  
編集委員 浅川 要, 猪越恭也, 関 隆志, 戴 昭宇  
西本 隆, 兵頭 明, 吉富 誠, 路 京華  
査読委員 猪越英明, 石川家明, 石原克己, 王 曉明, 王 財源  
越智富夫, 加島雅之, 河原保裕, 北川 毅, 北田志郎  
清水雅行, 菅沼 栄, 瀬尾港二, 仙頭正四郎, 西田慎二  
西森婦美子, 矢数芳英, 山岡聡文, 梁 哲成, 渡邊善一郎

---

日本中医学会雑誌 Journal of Japan Traditional Chinese Medicine Association

第7巻第1号 2017年8月31日発行

発行 日本中医学会

事務局：〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

日本大学医学部脳神経外科学系光量子脳工学分野内

e-mail : info@jtcma.org <http://www.jtcma.org>

制作 東洋学術出版社

---