漢法苞徳塾資料	№. 231
区分	論説
タイトル	**日本における鍼灸界の体質と環境に内包されているもの**
著者	八木素萌
作成日	1995.08.08　第 12 回夏期研修合宿塾長講話

刺鍼が病体に与えている作用を「刺激の強弱」と「神経・脳の機能への影響」から説明しようとしている傾向は、手技の持っている玄妙な意味を抹殺してしまっている。選穴・選経論を「圧痛点取穴」を「神経断区」「皮膚節」「筋節」「神経走行路」「脈管走行路」「重要血管の分岐点」等の論によって置き換える傾向。これらが「高齢化社会」の「運動器疾患」「免疫力低下に伴う障害の改善」などに有効だとする議論の裏に隠されている。このような“科学的主張”なる装いは、つまり、「現代の医療体制のパワー構造にニジリ寄ることによってパワー体制の末端に位置を占めようとしている傾向」が、現行の医療体制の中にたとえ一環に過ぎないとして鍼灸治療が足場を築こうとする方策であるかのように装っていると見える傾向である。このような動きの一方には“適応範囲の明確化”と一見もっともな形の議論が出されている。健康保険の診療システムに合法的・日常的に鍼灸治療が組み込まれた時には、“治効範囲”論によって鍼灸治療による健康保険診療の適用範囲が極めて限定される結果になっていた、さらには、鍼灸医学を全く学んでいない「医師」が「見よう見まね」の「鍼灸」を施術して、多いに保険診療の恩恵によくするが「鍼灸師は干上がりそう」になっていた。こんな絵が書けるのは、あまりにも悲観的すぎるだろうか？財政的にも社会制度的にも診療体制としても研究と教育の体制から見ても、現在の硬直した状態が大幅に改善されて極めて柔軟で多面的に可能性が追及されるようになる、という問題意識に基づいた社会的なうねりの形成をこそ望まなければいけないのではあるまいか？「古典派」の側にも、時代の大きな転換期にとまどって、体制の圧力に対応した態度を示しかねているように見える。また、中医学の影響のマイナス面にも目をつむる訳には行かない。「古典派」の一部に見られる「気の医学」論は、中国の「気功」の「気」論と結合して、「医学」の内容実質を不透明化して、その不透明さに漢法医学の卓越性がある、あるいは、オカルティックな効能がある医療、とでも言うかの如き観念を持つものを造りだしている。

「気の医学」論、それは「生命とは蛋白質の存在様式である」と言う定義よりも、もっと焦点をぼかしているのであり、「電磁気的な粒子」「電磁気的な波動」「電磁気的なエネルギー」が「人体を造っている」と言う場合の馬鹿ばかしさと、「気は集まって生命となり、気が散ってしまえば死ぬ」と表現することの表現としての空虚さとには、どんな違いがあると言うのであろうか？

東洋医学の生命把握と死生観そして治療論は、極めて精密かつ広涵な世界を構成しているものである。故に、この事実をボヤケさせてしまわないようにしなければならない。

第 9 回・第 10 回の夏季合宿のときに「気」の問題について論じたが、その時に、鍼灸界の側に見られる主体的な欠点・それはまた、治療思想・医学思想の問題でもあることを触れていたのである。この状況にはいまだに本質的な改善が見られないのみか、弱点がもっと拡大しているようにさえ見えるのは甚だ

しく残念である。

本当に重要なことは、あらゆる分野で“パラダイムの変更ないしは転換”が求められている歴史的な転換期にあることが、鍼灸の世界にも押し寄せていて、それが意識されていると否とに関わりなく、その中に身を置いている点であろう。だからこそ「命と言うものを見る目」のアングルは？「身体と言うものを認識する目」のアングルは？「病気が治って行くこと」「病気を治す身体の側の力や条件は？」など等その他について、東洋的な精髄を対峙させるべきです。

本気になって 3000 年の歴史の中に埋もれている「宝」を掘り起こし、その「宝」を作り出した論理と方法を、強力に復活させる勢力を構築すべきだと思うのです。また、近年の極めて高度な「認識手段」を自由に駆使して、上述のような「宝」の掘り起こしに取り組める体制を構築すべきであると思うのです。これらは「実現することは到底望める筈もない空想」なのでしょうか？

『傷寒論』の「浣腸」「導尿」・〈医緩〉の心臓移植による治療成功の記述・〈華陀〉による開腹手術や乳癌切除手術・などの記録を〈「信じ難いお話」に過ぎない〉と取り扱うのであろうか？或はまた、四肢を切断した囚人を甕に入れて長期間生存させると言う刑罰が実行された記録・疫学的にある地域に特徴的な疾病について調査して治療した記録・17 世紀末の『医宗金鑑』には、今日のリハビリに用いられている全ての補助装具と基本的には同じと言って良いものが、布や竹や板や綱を用いて製作されている図が記述されている・等々である。その気になって、中国に残されている膨大な文献、医学書は勿論のこと・歴史書・風俗を記述してある書・正史その他の広範な文献を探索するならば、更に多くの発見が見られるに違いない。現代医療には極く普通に行なわれている「点滴栄養」「点滴投薬」が見られないぐらいのようである。

ある時期から「臓器移植」「開腹切除の手術」が見られなくなったのは何故であろうか？この問題について、説明となっている論には、私はまだ目にしていない。しかし、我々のささやかな次のような臨床経験から大規模な手術が行なわれなくなった理由が推測できるように思えてならない。

例えば、

1．『脳卒中』の場合の緊急措置＝応急治療は、ベテラン鍼灸師には「常識的」でさえあるものがある。それは「井穴刺絡」である。私が『脳梗塞』で倒れた前後には、私と比較的によく交流している鍼灸師の肉親やその近しい人の、７人が『脳卒中』にやられた。私を含めて８人で、内訳は２名が『脳出血』、５名が『脳梗塞』であった。この内６名には「井穴刺絡」が施された、内５名には救急車が来る前に「刺絡」されている。１名には入院の翌日に病院に訪ねて「刺絡」している。彼等は皆入院 15 日か 16 日で退院し、退院後にも鍼灸による「中風」治療が行なわれている。後遺症は外見的には殆ど判からないか、極めて軽微である。これらは、私が個人的に知っている範囲の例に過ぎない。こういう例は、今日の体制の下では、学会等には殆ど報告されていない。しかし、似通った話を知っている鍼灸師は決して少人数ではないのである。

2．「腓骨骨折」の「接骨治療」後の後治療に鍼灸治療を主とした例では、患者の苦痛が非常に軽減されたのみでは無く、治癒期間も半分近く短縮されたとか、３／５程度になった、等がある。

こう言うことも公式的には殆ど報告されていない。「乳癌」の疑いでバイオプシーを受けて、まだ結果を聞かされていないが、肩凝りがひどいので肩凝りを治療してほしいと、鍼灸治療を受けたところ、「乳癌の疑いとされたシコリ」が全く消失してしまった。医師は改めてバイオプシーを行なって．前の試料と比較対照して、「疑わしかった細胞変異が完全に消失している」と明瞭に話していた。こういう例も公的に報告されることは先ず無い。

3．子供の赤痢や疫痢を治療した鍼灸師は、自分では口をつぐんで語らないのであるが、成人した「子供」が親への「畏敬の念」を語ったので、〈そんなこともあったろう〉と思わせる例である。

4．「盲腸」＝虫垂炎が「病院に行くまでの間だけでも腹痛・不快感が多少とも楽になれば良いでしょう」と言われた鍼灸治療のあと、強い便意があって排便した所、大量に「真っ黒い便」が出て「ウソのように」楽になって、結局治ってしまったと言う例。

5．「小脳腫瘍」の「切除」手術後の甚だしい運動障害が４ケ月の鍼灸治療で、自分で台所をやったり縫い物を行なったり出来るまでに回復したという話。

6．「子宮筋腫」が鍼灸治療のみで１年前後で消失した例、あるいは「漢方薬」と鍼灸治療の併用で１年位で消失してしまった例。等など、その他「驚くべき」治療例を耳にしたり経験したりしている。

これらの成果は、偶然的な成果では無い。現代医学的な病名に依ってでは無く、漢法医学的な診断と治療方式に従った結果なのであった。今日求められているものを考慮すれば、かかる治療ができる鍼灸治療家を大量に要請できるような、論・技術・教育体制を、建設すると言うことであろう。

近代の最新の認識手段を思いのままに駆使して、東洋医学的な視野・視覚から漢法医学的に見た課題にアプローチして、着実に成果を積み重ねて行く事が必要である。本来的には大学が取り組むべき問題である。箇条書きして見れば次のようになるであろう。

あ）大量に蓄積されている漢法医学書の系統的な整理と集中と、これらを存分に読みこなして研究できる人材の養成

い）これらの人材には最新式の認識手段を存分に駆使できるような教育と訓練

う）「難病」に対する系統的な臨床研究

え）それらの成果の現代生化学的・生理学的な確認研究を系統的に蓄積すること

これらの仕事が系統的に行なわれるならば、新しい視座が開けるであろう。

日本における古典鍼灸の転回の方向は、『日本経絡学会』の「鍼灸における証の問題について」をテーマとした５年間の学術大会での論議と、続いて行なわれている「鍼灸にける病証学の確立」がテーマとなっている継続中の議論と、これを詳しく検討することによって大きな示唆が得られる。

経絡治療では《「六部定位脈診」による判断が、他の診察法による判断に対して、どうしても、主導的に診断を引きずる。それが、［証決定」に至らしめ、その「証に従って」主として「69 難」の用穴原理を運用して治療する。》在来の最もスタンダードな方式に対する反省的な検討が加えられたのであり、まだ、

やや視点を変えて討論継続中である。そこでは「脈状診」「腹診」「舌診」「触診」などをもっと大幅に取り入れた診療が求められ始めた。また「69 難」を主とした取穴理論に対する再検討の必要性が論じられ始めた。これらの議論に学会が息切れをしないならば、行き着く先は、「四診総合」による診断の確定に向かう他はないし、また、「取穴原理」においても「69 難」や「75 難」「68 難」などの他の『難経』のもののみではなくて、

未完