

# 日本東洋醫學研究會誌 第貳卷 2016

## 目 次

本居宣長の死生観 .....	1
伴 尚志	
東洋医学的治療を行うための動作分析について .....	13
松本和久, 森川重幸	
東洋医学的診察の西洋医学的診察との整合性と現代医療における臨床的意義 .....	21
深尾遼平, 野瀬裕太, 三角昌詩, 青木秀郎, 小島亮太, 岩田宜久, 松本和久	
スポーツ傷害を予防するための東洋医学の役割 —左母指痛を生じた女子プロゴルファーに対する東洋医学的介入からの考察— .....	31
松本和久	
日本東洋醫學研究會会則 .....	37
日本東洋醫學研究會誌投稿規程 .....	40
編集後記	

# Journal of Japanese Oriental Medicine

Vol. 2 2016

## CONTENTS

Motoori Norinaga's View of Life and Death .....	1
	Ban T
Motion analysis in oriental medicine .....	13
	Matsumoto K, Morikawa S
Oriental medicine-based examination, its consistency with Western medicine-based examination, and its clinical significance in modern medicine .....	21
	Fukao R, Nose Y, Misumi M, Aoki S, Kojima R, Iwata T, Matsumoto K
Role of oriental medicine in preventing sports injury: oriental therapeutic intervention in a female professional golfer with pain in the left thumb .....	31
	Matsumoto K
The Regulation of Japanese Society of Oriental Medicine .....	37
Submission guidelines of Journal of Japanese Oriental Medicine .....	40

EDITOR'S POSTSCRIPT

# 本居宣長の死生観

伴 尚志

一元流鍼灸術研究所

要旨：死生観とは、いかに生きるかを見つめることである。生とは何か？何を手放し、何を採るべきなのか？病める現代に生きる我々は、鍼灸師としてどのように生に向かい、死を捉えればよいのか？

日本国における死生観の変遷と、現状。死生観に深い影響を及ぼしたと思われる赤穂浪士、『養生訓』を始め様々な言葉を遺した貝原益軒、そして古代日本民族の心の有様に触れ、明らかにした本居宣長は、どのような生き様だったのか。彼らは何を基盤にして道を歩んでいったのか。それらを知ること、現代に通じるもの、現代で失われつつあるもの、取り戻すべきものが浮き彫りになってくる。我々は何を手放し、何を採るべきか、どこを見つめるべきなのか。文字の糟粕を乗り越えた先にあるもの、発声の源とは。禅を通じて得られるものとは。生の現場をまっすぐに見つめていくなかからしか、死生の根本を見ることはできない。

Key words 死生観 Views of Life and Death, 本居宣長 Motoori Norinaga, 貝原益軒 Kaibara Ekiken, 養生訓 Yōjōkun, 赤穂浪士 Akō Rōshi

## I. はじめに

江戸時代の学問の基盤は禅であった。禅は、言葉以前の位置にその意識を沈潜させ、存在そのものを感じ取るところにその本来の目的がある。この存在そのものを看取する心の位置に、言葉は入り込む余地がない。それが禅は不立文字を基本とするといわれるものの、本来の意味である。

日本民族はまた、支那大陸から文字言葉を輸入するまで、無文字で大いなる文化を築いていた。そこには、文字によるものよりも深く大きな民族の伝承があった。しかし対外的な問題などにより、徐々に日本民族も文字を採り入れていく。その際、それまでの伝承を止めておくために作られたものが古事記であり日本書紀であった。さらに、当時の民族の心の伝承として万葉集がある。和歌は天地に自身を溶け込ませ、存在の言葉に耳を澄ませることによって、語を発生させるところにその本来の意味がある。これを「言霊(ことだま)」という。万葉集はそのような和歌の、古代における集大成である。

存在の声を聴く習慣の中心にある心の位置は、無私である。この無私という位置において、伝統的な日本の発想の習慣と、禅の到達地点とが一致する。日本の伝統的な心の位置と禅の位置とが互いに磨きあうことができるということを体現したものは、古事記におけるスサノオ

ノミコトであり、鎌倉武士たちであった。鎌倉時代から室町時代にかけて、日本仏教の中心に禅宗があったことは、偶然ではないのである。武士道はここにおいて醸成されていく。

江戸時代に入ろうとするとき、日本においては禅家の中で育まれてきた朱子学が、国学として江戸幕府によって採用された。朱子(1130年～1200年)はもともと参禅をこのんでいたが、当時の仏教的な禅が厭世的であったため、これを嫌い排撃した。学問をより政治的なもの、民を教化し徳を基とする国を築くための礎にしようとしたのである。これに対し日本において禅は、より根源的なもの実践的なものとして考えられており、すべての芸事や技術の基礎に置かれていた。このため日本においては儒学者であっても、禅を排撃する度が大陸におけるほど強くはなかったのである。そのため、臨済宗の僧侶であった沢庵禅師(1573年～1646年)は剣法の奥義書である『不動智神妙録』を柳生宗矩に授けており、また三代将軍家光に近侍しているほか、多くの禅僧が政治的にも活躍している。

支那大陸において朱子学が官学に墮して300年ほど後、王陽明(1472年～1529年)は有名な龍城の大悟を得るに至る。龍城の大悟とは、「天地万物一体の仁」を悟り、感取することのできるすべての物事は自分の感受性の中で

起こっていると断ずることである。このことを「心即理」と呼び、その自覚の下、自身の行動を律することを「知行合一」と呼ぶ。この「天地万物一体の仁」を悟るといふ体験はまさに、禅の悟りと同質のものであった。ここに日本国において朱子学よりも陽明学が親和感をもって受け入れられることとなった。

江戸時代を通じて実戦的な学問はさらに探究されてゆき、朱子学よりも陽明学が、また日本的な実戦的な儒教である伊藤仁齋(1627年～1705年)や荻生徂徠(1666年～1728年)の儒学、さらには本居宣長(1730年～1801年)の国学へと学問が変容していくこととなる。

この論文はそのような思想史的な経緯の中で、朱子学的な儒学を九州の宗像で藩儒として学んでいた貝原益軒の生き様と、日本的な儒教をさへ乗り越え基本的にあるべき日本精神を明らかにした本居宣長の生き様を中心として両者を比較し、現代の鍼灸師が捉えておくべき死生観を明らかにしたものである。

## II. 死生は天命にあり

司命とは、人の死生を司る神のことである。古方派の雄、吉益東洞は、自身の過激な処方患者に服用させるために、「死生は天命にあり」と断じて、誤治を正当化し、治効を誇った。

現代の病理医 難波紘二によると、外感病に対する現代医学の対応はほぼ完璧であり、病気としてはほぼ存在しないという。『病気になって救急車で病院にかつぎこまれ、一命を助けられた患者やその家族が困惑することは、いつまでたっても死なせてもらえないことである。本人も家族も、もとの身体になれると思うから入院するのだが、どっこいもとに戻れる急性病(多くは急性感染症)は、もう病気としてほとんど存在しなくなっていて、中年以上の人たちに急激に起こる病気のほとんどは、慢性病の合併症として生じる。だからもとどおりになることはほとんどの場合無理なのである。結果として、生命は助かったが、「生活の質(Quality of Life)」という面では悲惨な状況になりがちだ<sup>1)</sup>。慢性病とその合併症ということはいわば、自然な老化ということであり、それへの対応のみが治療家にとって残された世界であるということである。現代医学はいわば完成された古方派であり、誠実な治療家に残されている部分は養生治療—すなわち後世的な治療でしかないとも言える。これを鍼灸的に表現すると、淡々と十二経絡と臓腑のバランスをとることによって、生命力のバランスが乱れないような治療をするということになる。東洋医学—鍼灸医学ではこのように対応できる。しかし、実はこれ以降の人生において、死生は天命にあり、司命がそれを決するのを待つしかないのである。

このような養生治療に対してここに、死を病の一つとして捉え、あたかもそれに対処することができるという

ような一群もある。すべての症状が取れるという人々であり、いわゆる天才治療家という詐欺集団がこれに当たる。この人々について述べる言葉はない。

また、死の臨床研究会というものもある。各大学に死生学講座が開かれ、リタイアした初老の人々へ死の覚悟と死に方の選択を迫っている人々である。最近では学会なるものも開かれている。

生涯の仕事のリタイアした初老の人々は、死の陰に怯えながら余生を楽しむことにいそしんでいる。絵に描いたようなベルトコンベアー人生。これが幸せであり、これ以外の人生はない。この流れに乗っていれば、安心安全で豊かな死を得ることができる。そう決められてそう生きてきた。少しその道から外れた人は、定年後の人生に迷ってみせたり、新たな人生だといって、これまでと異なる人生を送ろうとしてみたり、自己発見や自己実現などというものを、まるで若者のように追い求めてみたりもする。

それにしても、安心安全で豊かな死を得ることができるものだろうか？

「死」にさえも我々は安心安全と豊さを求めるのだろうか？本当に？！

しかし、人生の中で「死」だけはコントロールしようがない。安全でも安心でもない。死の前の苦痛がどれほどあるものか、その時になってみないとわからない。考えてみれば不安であり、考えてもしょうがない。我々一般人はそう思うしかないのだ。

けれども死は、実はいつでも眼前にぶら下がっている。いつ来るかわからないものなのだ。そして、その死は、ただ、肉体にのみやってくる。我々は、この肉体のために死を畏れているわけだ。人はこの肉体なのだろうか。どこまで人は個人なのだろうか。生きるということ、生かされているということに気づくとき、我々の肉体はただ柔らかな乗り物であって、個人というものは社会の枠の中の一つのシミに過ぎない。あるいは、自分自身をこの「個人」に矮小化して生きるように現代社会あるいは西欧流個人主義が強制しているわけだが、それは正しいのか？人はきわめて社会的な存在ではないのか？というよりも社会が先で個人は後なのではないか？

いずれ人は死ぬ。それでは生の最高の価値はどこに置かれるべきなのだろうか。人生を、本当に生きるということはどういうことなのか？我々は生きることを本当に求め、生きてきたのか？そこに実は、死生観の意味が存在する。死生観とは、生きるということ本来どう考え生きるべきなのかということ、突き詰め問いかげられることなのであった。

生きることが目的で生きるものもいる。健康を目的に生きるものもいる。肉体強化を目指すものもいる。個人の欲望を満たすことが生きることでであると信じ、それを探求するものもいる。しかし、そのような個人主義と無

縁の時代に江戸時代はあった。個として生きることよりも集団として、家として生きることが求められた時代であった。そのことは、江戸時代の墓制をみるとよくわかる。時代を下るにつれて、徐々に家として墓を作ることが増えているのだ。平和な時代を通じて、家を大事にし、ひいてはその仕える藩を、国を大事にしてきた民族の心が見える。

貧しい時代、災害の多い時代を、身を寄せ合っ助け合い、自分を捨てて家を、家族を助けてきた姿を見て取ることができるのである。その最初の輝きとしてまた、現代に至る光として、赤穂浪士の討ち入りは位置づけられるであろう。

### III. 赤穂浪士始末

江戸時代から現代にまでその死生観に深い影響を及ぼしているものとして、元禄時代(1703年)に起きた赤穂浪士の事件が上げられる。主君の仇を討ったことから、忠義に生命をかけた侍の見本として、庶民の喝采を受け、今に至るまで毎年テレビドラマとなっている。

彼らの処分に対する意見に大きく二種類が当時からあった。一つは義挙として赦すべしというものであり、これには林家の学問所が湯島に移転した際の大学の学頭であった林鳳岡(ほうこう 1664年～1732年)をはじめ室鳩巢(1658年～1734年)・浅見綱斎(1652年～1712年)といった正統な朱子学者が名を連ねた。これに対して荻生徂徠(1666年～1728年)は、「武士たる者が美しく咲いた以上は、見事に散らせるのも情けのうち。武士の大刀は敵の為に、小刀は自らのためにある。」として、切腹という武士としては名誉の死を与えることで、法と秩序を守ろうとした。

主君に対する忠義を先に立て自らの生命をかけて仇を討つという、その心の中にあるものは、生命よりも大切にすべきものが武士にはあるという信念である。しばらくは生き恥とも言える遊興でごまかした末、討ち入りによって敵を討ち遂げたわけであるから、本人たちの欣快はいかにも強かったことであろう。

また、その行為が実際に、庶民から熱狂的に支持されたということは、これが武士の間だけではなく、江戸時代の庶民の心にすでに、生命よりも大切なもののために生命をかけることこそ命冥加に尽きるという価値観が根づいているということを示すものである。

世は天下泰平が続いて100年あまり、戦陣において死ぬものはすでにほぼなく、戦によって手柄を上げるということもできず、武芸をもつものはその身をもてあますような時代であった。

### IV. 貝原益軒(1630年～1714年)

赤穂浪士の事件は、貝原益軒がその晩年、益軒の十

訓を記している最中におこった。益軒の十訓には『家訓』『君子訓』『大和俗訓』『楽訓』『和俗童子訓』『五常訓』『家道訓』『養生訓』『文武訓』『初学訓』があるが、現代人に東洋医学にもとづく養生観を伝えてくれるものはなんとといっても『養生訓』である。

現代でもその健康生活の指針となる『養生訓』が貝原益軒によって上梓されたのは、この赤穂浪士の討ち入りの9年の後、1712年のことであった。この間、1707年には宝永の大噴火があった。富士山が噴火し大きな災害と飢饉をもたらしたのである。であるから当然、養生訓は単なる長命久視のために書かれたものではない。

「人の身体は父母を本とし、天地を初めとしてなったものであった。天地・父母の恵みを受けて生まれ育った身体であるから、それは私自身のものようであるが、しかし私のみによって存在するものではない。つまり天地の賜物(たまもの)であり、父母の残して下さった身体であるから、慎んで大切にしておいて天寿をたもつように心がけなければならない。」<sup>2)</sup>ただ私をもって自己とするのではなく、私というものが天地と父母の賜物—宝物であり、私物されるようなものではない。この肉体の乗り物は、私が支配しうるかもしれないが、実は、それはただ父母天地からの預かり物にすぎないというのである。そのゆえ、勝手に使って無駄に消耗させることは控えるべきであるとしている。

このような身体に対する姿勢は、その養生法の禁欲的なものとなることにつながっている。「養生の道は元気をたもつことが根本である。元気をたもつ道は二つある。元気を害するものをとり除くことと元気を養うことのそれである。元気を害するものは内欲と外邪とである。すでに元気を害するものをとり除いてしまったならば、つぎは飲食と動静に注意して、元気を養うがよい」<sup>2)</sup>そしてこのような禁欲は、儒者としての伝統的な価値観と東洋医学の経験的な書物の記述、そして貝原益軒本人の体験によって裏付けられ、ノウハウ本としての『養生訓』となった。私利私欲の観点から長命久視を得たいという、道教の発想とは一線を画しているものであるということに注意が必要である。

このことは同じ貝原益軒の著書『楽訓』を読んでも理解できる。『楽訓』は、人生の楽しみ方について述べている書物であり、実際に四季の味わいなども述べられているのだが、楽の根源について「私心を離れること」を強調している。「天地の恵みをうけて生きとし生ける万物のなかでも人ほど尊いものはない。かく人と生まれてきたことは、またと得られぬ幸福である。それなのに、われわれは愚かで人の道を知らない。天地から生まれつきもらっている人の心を失い、人の行くべき道を行かず、行くべきでない道に迷い、朝夕に心を苦しめている。そのうえ私心のみふかく、人に情を

かけず、思慮あさく人の憂いを知らない。」<sup>3)</sup>。「およそ人の心には、天地よりもらった至高の和の元気がある。これが人の生きている理である。草木の成長してやまぬように、つねに我が心のうちには天機が生きてやわらぎよろこぶ勢力の絶えないものがある。これを名づけて楽しみという。これは人の心の生理であるから、同時に仁の理である。賢者だけにこの楽しみがあるのでない。すべての人に楽しみがある。しかし学ばなければこの楽しみのあるの知らない。『易』に「百姓（ひやくせい）（人民）日に用いて知らず」とあるのと同じだ。また私欲にわずらわされると、この楽しみを失う。ひとり賢者はこの楽しみを知り、私欲にわずらわされず、楽しみを失わない。」<sup>3)</sup>。「人の心には本来この楽しみがある。私欲の行いさえなければ、いつでも、どこでも楽しいはずだ。これが本性から流れ出した楽しみである。外に求めるのではない。わが耳・目・口・鼻・形の五官は外物に接して色を見、声を聞き、物を食い、香をかぎ、からだを動かす。この五つのわざを静かに欲少なく暮らせば、行きもかえりも楽しくないものはない。これは外物を楽しみの本としないからである。また外物にふれて、その歓喜の力によって楽しみがはじめて出てくるのでもない。本来人の心に生まれつきの楽しみがあるゆえ、外物にふれて、その助けを得て内にある楽しみがさかんになるのである。」<sup>3)</sup>。「君子・小人ともに楽しみを好むのは人情である。しかし君子と小人の楽しみとするところは同じではない。『礼記』に「君子は道にしたがうことを楽しみ、小人は欲にしたがうことを楽しむ。道を以て欲を制すれば楽しんで乱れず、欲を以て道を忘るれば乱れて楽しまず」といっている。だから小人の楽しみは真の楽しみではない。はてはかならず苦しみとなる。」<sup>3)</sup>。

貝原益軒は現在の福岡県の藩儒である。若くから期待され、藩の費用で京都留学を果たしている。そこでは岡本一抱の師匠である初代味岡三伯とまじわり、その遺子を幼少時から育て上げ、ついには秘書および弟子として、自身の研究を手伝わせている。この『楽訓』は81歳のときにしあげた書であり、『養生訓』は84歳、死の前年に完成させた書物であった。いわば、その一生をかけた研究を世に残すことができた幸福な学者であったと言える。そしてその著書は京都から出版され全国にそして現代に至るまで強い影響を残している。いわば実際の生命をよく見ることによって、理気二元論を気一元の発想で乗り越えることができた儒学者の一人であった。彼は、支那古典を尊崇し、それを根拠にしつつ、私利私欲を押さえて、人間本来の人生の楽しみ方を学びなさい、と述べているのである。

ここで問う。人間本来の喜び—人生の楽しみ方とはそのようなものなのだろうか。死、というものはどう考えればいいのか。貝原益軒は死をどのように

考えていたのであろうか。『楽訓』には以下の記載が見られる。「もし不幸にも悲しみが多かつたら、わが身はもとから、こうなるように生まれたのだと思い、天命にまかせて死ぬまでは楽しみ、悲しまずに過ごしたい。達人は命を知って憂いがない」<sup>3)</sup>、「世には白髪を見ないで死ぬ人が多い。道を知らないで死ぬことは心残が多い。この世のありさまさえ知らずに、早死にするのは惜しい。」<sup>3)</sup>、「年老いて、夕日の傾くように死ぬべき時が近づいてきたら、天命に安んじて悲しむべきでない理を知らないといけない。・・・(中略)・・・人が老いて死に近づいて、夕日の傾くようになるのは、これは当然の常の理であるから、なげいてはいけない。なげくのは常の理を知らぬもので愚かである。」<sup>3)</sup>。

このように当たり前のこととして死を受け入れた貝原益軒はその臨終に際して、親戚・知人にその感懐を書き残している。

「平生の心曲（こころのくまぐま）誰あつてか知らん、常に天威を恐れ欺く勿らんと欲す。存順没寧（そんじゅんぼつねい：生存して環境に従い、死して寧らかな境地—西銘の語）克（あた）わずと雖も、朝に聞くを得ば夕べに死すとも豈に悲しみと為さん。（もと漢文。以下同）」<sup>3)</sup>。生きていたときの心のありさまをよそ様が知るところではないが、私は天を恐れ天を欺くことがないように心して生きてきた。死に際して安らかに赴くことができるほどの者ではないけれども、孔子が言うように「朝に道を聞けば夕日に死すとも可なり」という心境であり、死を従容として受け入れ悲しみとすることはない。「幼より斯道（聖人の道）を求めて孤懐あり、徳業成るなく宿志に乖く。」<sup>3)</sup>。幼少時から聖人の道を求めて努力してきたが、まだまだ徳においても業においても自身の志を遂げ得たとは思えない。「八十五年底事（なにごと）ぞ成る。読書独り楽しむ是れ生活。」<sup>3)</sup>。八十五年間で何か成し遂げ得たことがあっただろうか。ただ孤独に読書生活を楽しむことができただけではなかつただろうか。「越し方は一夜ばかりの心地にして、八十路あまりの夢をみしかな」<sup>3)</sup>。生きてきた八十数年を振り返ってみれば、ただ一夜の夢を見ていただけのような気がする。

晩年、それまでの学業をまとめ後世にいわゆる「益軒の十訓」を書き残し、なおかつその思想基盤である朱子学への疑念をまとめ得た貝原益軒のこの最後の言葉は、いかにも謙虚なその人となりを示すものであると言えよう。彼は生前自身の棺を用意していた。また仏教を排撃し排仏論を唱えていたので、僧侶もその棺の前で経を唱えることはなかつたと言われている。その墓は曹洞宗 金龍寺（福岡市中央区今川二丁目3）に現存している。

## V. 貝原益軒「理気一元論」

貝原益軒はその「発声の源」に触れるところまでは至っていなかったが、朱子学における理気二元論に対する疑問を呈するところまでは至ることができた。そこには徐々に優勢となっていく伊藤仁斎の古学派の影響もみられる。「宋代の諸先生は哲学を論ずるのを優先させる。『近思録』は『太極図説』を開卷第一義とするのなどがそうだ。高度な段階への到達が身近なところから学び始めることに先行していることになる。おそらくは孔孟の教えと違っている。」<sup>3)</sup>。貝原益軒はこのように述べ、儒教思想が朱子によって観念論に流れているのではないかと批判している。このような儒教一孔孟の教えの捉え方は、伊藤仁斎による儒教の捉え方—自身を治めてそれを周囲に及ぼしていくという、極めて身近な倫理想としての儒教を重んずる考え方を思い起こさせる。

また彼は、医師として実際に人間をみるというところから、リアリティの所在を明確に意識していた。生命力を一つの括りとしてみる、気一元的な発想をしていたのである。

いにしへの聖人は、陰・陽を道とみなし、陰・陽を除外して道に言及したことはない。宋代の儒者は陰・陽を除外し、別に一個の空虚で生気なく力もないものを、道とみなし、同時に万物の根底とみなし、さらに靈妙な働きをする太極なるものとみなしたが、それは聖人のいわゆる道ではないのだ。聖人のいわゆる道というのは、天地が物を生成する理であって、同時に大なる調和のとれた根源的な気であり、つねに生々して止むことがない。・・・(中略)・・・

理はすなわち気の理である。気が四季を通じて流動する場合は、きちんと秩序正しく、生長から収穫まで混乱しない。で、理は気自体のなかにおいて確認すべきだ。たとえば水ならば、清らかで下へ流れるのが水の本然なので、水と清らかに流れることは、二つの物ではなく、分けられもしないのは明らかだ。・・・(中略)・・・

宇宙における道というものの源泉を探ってみると、原初には一なる気が渾沌として未分で、両つの儀(かたち)をとる以前のままだ。そこは至上なる理の会するところであり、陰・陽の形象はまだ明らかでない。名づけるとすれば太極だ。太とは最上のこと、極とは窮極の意で、太極はこの道の本源、万物の根底である。・・・(中略)・・・一なる気が運動し運行する、それを陽と名づける。これが太極の動である。運動の量が微少となって静となり、静の状態に凝集する、これを陰と名づける。これが太極の静である。静からまた動となり、動から静、静から動と、循環してやすむことがない。ということは陰・陽は一なる気の動・静によって分かたれているので、気が二つあるのではないのだ。で、陽は一気の発動、陰は一気の凝集で、両者はすなわち太極の動と静である。・・・(中略)・・・太極は一気が渾沌、陰・陽が未分の称、陰陽は

太極分化以降の名で、実は二つではないのだ。・・・(中略)・・・そもそも宇宙の空間、すべては一気であり、そしてその動・静によって陰・陽と称し、その生々として止むことのない徳を生という。そこで『易経』に「天地の偉大な徳を生という」とある。それが流動してあるいは陰となり、あるいは陽となることによって道といい、それが一糸乱れぬことによってまた理ともいう。指さす面が違っているので、かりに名称を異にするが、実はすべて一つのものなのだ。それゆえ陰・陽が純粋に正常な流動をするばあいやすなわち道であったから、理・気は絶対に一つのもので、二つのものに分けることはできない。とすれば気のない理は存在せず、また理のない気も存在せず、時間的な前後関係を求めることはできない。もしも気がなければいかなる理が存在するか。これが理・気が二つに分けられぬ理由だ。」<sup>3)</sup>。

存在(気)があるからその動作する法則がある(理)。存在がなければその動作する法則などもともたあり得ない。そういう発想を晩年の貝原益軒は持っていた。ここには、壮大な観念論の大系を作り上げた朱子学を学びつつ、それを実態に即して理解しなおそうとした貝原益軒の格闘の成果を見て取ることができる。貝原益軒は自身では儒医とは名乗ってはいなかった。しかし、藩主に施薬を勧め、自身も調薬し、家族の病歴の記載に努め、儒教の書物を学ぶとともに実際に照らして人生のあるべきさまを説いていた。いわば、民間の医師よりも一回り大きな国医として自身の生をまっとうしていたと言えよう。彼はその人生を通じて、人間そのものをみるということに心を砕いてきたのである。その高弟の竹田春庵は京都で有名な医学講習所を設立した初代味岡三伯の息子であった。貝原益軒を嗣いで藩儒となっている。医師である香月牛山とはその患者として治療を受けている。またその学問レベルの高さから、多くの医学者や学者たちと交流があった<sup>4)</sup>。

貝原益軒は博覧強記でありかつ学んだものを実際に即して点検しなおし再考していくという、実験的な精神に富んだ人物であったと言える。この親試実験主義ともいえるべき学問姿勢は、現代に生きる我々にも非常に参考になる姿勢である。その結果、彼は理気一元論を唱えるに至った。しかし同時代の革新的な儒学者である伊藤仁斎のような気一元論にまで徹底することはなかった。そのあたりが藩儒として成功し、世間に合わせなければならなかった益軒の限界であったと言えよう。

## VI. 本居宣長

### 1. 本居宣長(1730~1801)

私欲を封じ養生することを通じて人生を楽しむことを説く貝原益軒からくだることちょうど100年、本居宣長は木綿問屋の息子として伊勢の松阪に生まれた。商人の子として基本的な学問を若い頃から仕込まれている。す

でに京都における伊藤仁斎の古学やそれを嗣いだ荻生徂徠の古文辞学の学問的影響が日本全体に広まっている時代、彼は京都に留学している。医学を味岡三伯の孫弟子から学んでいる。おそらく、岡本一抱や貝原益軒の著書にも目を通したことであろう。また、石門心学が隆盛となってきたときであるから、その学舎にも顔を出しているかもしれない。

母は熱心な浄土宗の信者であり、本居宣長自身も19歳の秋、五重相伝の血脈を受け継ぎ、伝誉英笑道与居士という法号を受けている。また彼はそれより以前、17歳の時から射を習っているのであるから、禅の基本も理解していたであろう。射はオイゲンヘリケルの『弓と禅』を待つまでもなく、日本においては古くから動く禅だった。神道の大家として有名な本居宣長は実は、自らが語るとおり、若い頃から仏教を深く嗜んでいたのである<sup>5)</sup>。

## 2. 言葉の発生源へ

本居宣長は、文字を通じて古人の心そのものに触れ、それを同じ歌詠みとしての自身の精神の原点とした。この姿勢は実は、伊藤仁斎や荻生徂徠が行っていた論語を通じて古代聖人である孔子の心に直接接触しようとする学び方と通底する。彼らは文字の糟粕を乗り越え、古代の心に直接接触していたのである。江戸時代の古典研究の原点はここにある。それは、我も一人の人、古人も一人の人、その言葉が自身の心に響くかどうか、その感応のリアリティにおいて紡がれた言葉を読み取っていくという作業であった。

本居宣長においてそれは和歌を通じて、日本の文芸に触れることを通じて行われた。その深みのままに彼は日本の古典として古事記を読み込み、日本の神話を基軸とした世界観を打ち立てていったのである。儒学者たちが聖人の教えを追って中国の古典にのめり込み、古き聖人であった孔子の足跡を追いかけたのと同じ姿勢で、本居宣長は日本の古道を発掘していったのである。それは、日本人の心を探る旅でもあった。

「神話的事実在は、考え出されたものではない。ただ現われ出て、それと突き止められればすむものなのである。そしてそれらが現われ出るのは、歌声言語を伴走として伴ってのことである。歌声は身勝手な願望から生まれてくるのではない。聞き分けることと感受することの奇蹟からこそ生まれてくる。舞踊と音楽は、言語にそもそもの始めから属しているのであって、ありとあらゆる根源的な、ものを作り出すことの根本的性格をくっきりと認識させる。それは人間の、世界のただ中における自己演出であり、この世界が唯一者（注・根源的なもの）のうち歴史と姿を現わすもとななるものである。」<sup>6)</sup>

神話的事実在がここではあまりにも詩的に純粋に表現されすぎているように思われる。古事記が言葉化された時代にはすでに、大地の声そのものというよりも、より政治的に作り出された可能性がある。そう考えるとこの「神

話的事実在」という言葉は語りすぎとなる。しかし、古事記の根底にあるものは古代の日本民族の感受性によって紡がれた世界であった。また同時期に作られた万葉集は当時の日本民族の心を窺い知る原典とされてよい。和歌は単なる言葉の組み合わせ遊びではなく、心を洗い捨てた先に出てくる「真情の発露」であったことは、現代でも同じなのである。

## 3. あはれ

歌詠みのこのあたりの心の本居宣長は「大方歌道ハアハレノ一言ヨリ外ニ余義ナシ」（安波礼弁：あはれ弁）と表現している。ここで歌道の本質であると述べられている「あはれ」とはなんなのだろうか。本居宣長は、どのようなことであれ善悪を越えて情が深く関わっているところを「あわれ」という、と自身で解説している。善悪を越えてしなやかに情が通じている場所こそが、歌道の原点、言葉の発生する位置でなければならないとしているわけである。

ここにおいて、朱子学を中心とし生きるための倫理を説く儒教や、やはり日常生活道徳を古の聖人の足跡に求めるような伊藤仁斎の古学と、言葉が発生する位置が大きく異なることが理解されなければならない。すなわち論理の世界から情の世界へとその立ち位置が変化しているのである。

伊藤仁斎・荻生徂徠・本居宣長の思想的な違いには実は定説があるらしい。「朱子学的な道理の強調、理を残酷酷薄として否定した伊藤仁斎、理を定義なしとした荻生徂徠、そして漢意否定の本居宣長と並べるのが一応の学会の常識である。」<sup>7)</sup>。しかし、ここで述べられていることは少しそれを深掘りしていることが理解されよう。すなわち荻生徂徠までは孔子の言行を追う姿勢について述べているものであり、それは意味を指し示している「文字」を乗り越えてその本態に迫るための大いなる格闘であった。それに対して本居宣長が受容していったものは、日本古人のあるがままの心の姿だったのである。それは仁斎が、徂徠が求めていたような聖人の姿でさえすでない。一般の日本人の古人のあるがままの心に触れようとしていたのだ。

これが何を意味するのか。仁斎や徂徠は文字を越えて聖人のあるがままの心の姿勢に学び、それを教えとして日常の規範にしようとした。これに対して本居宣長は、今共に生きる日本民族の心を受け入れることを通じて己自身の心を受け入れ、同じ声音で生命の歌を歌おうとしたのである。万葉仮名で書かれた『古事記』（ふることふみ）を江戸時代の人びとでも読めるように訳したことは本居宣長の日本文明史に残る大いなる業績である。しかしそれにもまして大いなることは、古代に花咲いた歌の心と同じように詠うことで、江戸時代において新たな日本文明の花を咲かせたことにある。

その花は、きわめて繊細可憐なものであった。人の心

にすむ矛盾をあるがままに受け入れ、心の二重性をそのまま受け入れ、それでもなおどうしようもなく人を愛してしまう弱さを愛おしんだ。若い頃彼は「我と宇宙万物が一つになることにおいて、もはや我が心の自由をさまたげる何物もない楽しみが和歌にある」<sup>7)</sup>と考えたという。宣長にとって和歌とは、真情をあるがままに読む楽しみであり道理であった。そしてそれは儒学者が人びとを教化するために使う倫理道徳とは大きな違いがあるのである。しかし宣長はことさらそのような倫理思想を否定するようなこともしなかった。ただありのままを和歌に詠みながら、実際の生活については世間に合わせた。この間の事情を、「倫理道徳が必要なのはそれが十分に人びとに浸透していないからである。人びとの心に十分に浸透していたわが国においてはそのようなものは必要ない。ただ真情の発露だけが必要なのである。」<sup>7)</sup>と考えていたのである。

このたおやかな真情への結び目は実は、陽明心学における「天地万物一体の仁」と通底するものがある。ただ、陽明心学の場合にはそれが、心即理と断じられ、直情的な行動に結びつく傾向があるのに比し、本居宣長の国学はよりあるがままの情緒との感応という、はるかに柔らかく女性的なアプローチをとる。このあたりがあくまで民衆を良導するために作られている儒教と、自らの情緒的な感応に基盤をおき、その真情を吐露する和歌を基本としている国学との違いと言えよう。

国学においては正しいことができなくともそれが「あはれ」の名において赦される。そのアワイ(間:正しいことをしたいという思いと、それができないという思いとの間、へだたり)を悲しみの歌で謳いあげることが赦される。そしてこれは、社会との二重基準さえ内にもつ。自らの至らなさ、自らの本音と社会のありさまとの間にある「軋み」が歌になるわけである。「教誡の内容としては『あしわけおぶね』では依然、聖人の教えを認めていた。また聖人の教えは「議論厳格」なものと理解されていた。とすればこの教えは宣長自身に克己を迫ってくるはずである。ところが彼は、克己のきびしい要求を『唐人議論のかたぎ』として批判する。」<sup>7)</sup>。その上で宣長は人びとの心の優しさ弱さに対して柔らかい眼差しを向けていく。「人情に通じ、物の心をわかまへ、怒心を生じ、心ばせをやはらぐるに、歌よりよきはなし。」あるいは「僧なれば心に色を思ふをもにくみうらむとは、人情をしらぬ心也」<sup>7)</sup>。

このような柔らかい本居宣長の生き方はいかなるものであったのだろうか。「さて、このように『紫文要領』をみていると、ここには宣長の生き方の基本的ではあるがその全体像が明らかにされていることを知るのである。物のあわれをふかく心にしる、しかしその思うがままには振舞わない。他者への心情への思いやり、そして世の人情風儀への随順。これが宣長の生き方の基本像であつたのである。そしてまたこれが彼のいう、物のあわれをしる生き方、人情にしたがい人情にかなう生き方であつた。」<sup>7)</sup>。

たのである。そしてまたこれが彼のいう、物のあわれをしる生き方、人情にしたがい人情にかなう生き方であつた。」<sup>7)</sup>。

もののあはれを知る生き方は単なるわがままではない。完全さに向かいたい自分はあるものの、その現実としてある自分の不完全さを抱きかかえつつ、今の自分自身を受け入れ涙するようなものであつた。そしてそこには当然、当たり前前の生活をしなければならない社会的自己との間に二重性が生まれることとなる。それが本居宣長の曖昧さであつた。

古事記と出会った本居宣長はそれを、神を受容するという位置から乗り越え、神ながらの道であるという。「吾御門にはさらにさやうのことはりがましき心をまじへず、さかしだちたる教をまうけず、只何事も神の御心にうちまかせて、よろづをまつりごち給ひ、又天の下の青人ぐさも只その大御心を心としてなびきしたがひまつる。これを神の道とはいふ也。」<sup>7)</sup>。

あるがままの世界、それは日本においてはただ神にしたがう道であつた。さかしらなことを言わず、ただその定めにしたがうことこそが、わが国の国人の歩み方であるとしたのである。ここには当然、個人を先立ててその権利を主張するというようなことは思いの端に浮かぶことさえありえない。ただ生かされている生命をありがたく生かさせていただく。その小さな生命の内側に生まれるさまざまな情緒の炎を和歌に託し、生き死んでいく。そのような日本人の静かな生の姿が込められていたのである。

#### 4. 本居宣長の葬制

このような本居宣長は、自身の死期を知っていたのかその晩年、自身の葬制を遺書によって微に入り細にわたって定めている。自身の発語の源を古事記および万葉の歌人に置いていたにもかかわらず、その実生活においては現在執り行われている風習に従うという二重性が彼の生の特徴となっているが、このことは彼が定めた葬制にも見られる。すなわち当時執り行われていた風習通りに菩提寺である寺に墓と戒名を生前に設けているが、その亡骸はあらかじめ定めた山中に埋めるよう定めているのである。

「葬式は、菩提所樹敬寺で行うことは「勿論也」(『遺言書』)とした。しかし、実際になきがらを納めた棺は、松阪市の中心部から南南西約六キロメートルのところにある山室妙楽寺の山に葬るように指示し、」<sup>5)</sup>。

「樹敬寺で執り行う葬式のため、本居家から同寺本堂まで、乗物を中心に行列を組むが、その次第を『遺言書』は、説明付きの詳細な図で示す。本人のなきがらは乗物に乗っておらず、火葬が伴わないから「空送」(カラダビ)であつた」<sup>5)</sup>。「墓所は二カ所に設けることを求めた。その一つは樹敬寺に「石塔」を建てることであつた」「いま一つの墓所は、妙楽寺の山(この山は、宣長の在世当時

から、普通に山室山と呼ばれていたらしい) に作るべきことを要求した。それは地面を七尺あまり掘って土葬にし、墓地の広さは七尺四方ほど、「真ン中少シ後ロへ寄セテ塚ヲ築」き、その上に桜の木を植え、塚の前に石碑を建てる、と。ここでの墓地の見取り図や、塚や石碑の完成予想図も添え、石碑の裏および脇には何も書くな、もちろんその前に花筒などを立てるのはやめてほしいとしている。<sup>5)</sup>

当時としてもユニークなこのような遺言書を残した理由として城福氏は「まず古学に従事する学者、ないし歌人としての立場よりすれば、仏教の教説をほぼ全面的に否定せざるを得ない。特に学者としての彼が平生説くところでは、仏教の教えとはちょうど反対に、「世の人は、貴きも賤しきも善(ヨキ)も悪も、みな悉く、死すれば、必ずかの予美(ヨミノ)国にゆかざることを得ず、いと悲しき事にてぞ侍る」(玉くしげ)ということになる。予美国とは、地下の根底にある、きたなく悪い国であって、死人のゆくところであるが、彼は死後のことについて、これ以上語ろうとせず、語ることがそもそも無益な空論にすぎぬとした。」<sup>6)</sup>と述べている。

城福氏の予美国がきたなく悪い国であるという解釈はしかし語りすぎである。「宣長の思想は、あるべきあり方自体を反省的にとり上げることはないのである。それは測りがたく、ただ随順すべきものとしてしか説かれぬ」という事から考えるならば、予美国に関してもただ価値判断の域を超えてあるがままに在ると考えなければならぬ。そして人はどのように貴くとも賤しくとも、死ぬとそこに行くことになる悲しき不思議のみわざにして、神の手の内にあることを思えばそこに安心があると知るのである。

このようにして本居宣長は古事記の神々と同様、神上がることとなった。現在、本居宣長ノ宮という名前の神社となって、彼の故郷、松坂に神として祀られている。

## VII. 言葉の出る位置

貝原益軒の言葉の出る位置は、書籍の積み重ねに自身の経験を足したものであった。彼は書籍と格闘し、『大疑録』ではとうとう朱子の理気二元論に対して疑問を呈し、理気一元論の発想へと道を開いている。

同時代の伊藤仁斎は書籍を越えて孔子の心に触れようとした。支那古代聖人の心に直接触れることで、朱子学を越えて気一元の世界に至っている。伊藤仁斎が白骨観法まで修した禅の行者であったことは有名である。しかし江戸時代の初期に朱子学を越えるためには、二十代の後半の大半をノイローゼになるほどの自己改革に当てなければならなかった。

伊藤仁斎の弟子である荻生徂徠の又弟子となる本居宣長の場合はどうであろうか。彼は、若い頃から漢籍に親しみ、弓道を修し、浄土宗の法燈を受けるほど仏教に深

い理解を示していた。その本居宣長がカラリと言葉の世界を超えることができたのは和歌に親しんだからである。

理屈ではなく心に感じたものをそのまま詠う和歌の世界にあって宣長は、言葉が出始めるその原初の地点に触れたのである。

彼はその心のままに『万葉集』を読み解き、それが古人の素直な心そのままが表現しているのものであると感じ取り、それを自身の心の原点としていった。また彼は、『源氏物語』をありのままに受け止めて、その情愛の深さと揺らぐ人の心の弱さをそのまま受けとめて、懐の深い解釈をしていくのである。

現代の古典研究においては、ただ文字を読みこなしそれを並べ替えることでよしとする風潮がある。またさらには、言葉に言葉を重ね、その量を競うかのような学者達がいる。その理由は、自身の判断の基盤をどこに置くべきなのかということを理解していないために起こる。

古典をまとめ治すことはよい。誠実に詳細になされるべきである。しかし、現代の鍼灸師にとって実はそのようなまとめなおしは何の役にも立たない。なぜならもっとも大切にすべき古典は目の前にある事実—鍼灸師にとっては患者それ自身—の中にあるからである。汗牛充棟の古典は、その心身を読みこなすための参考書にすぎない。

我々は何を基準として古典を読むのだろうか。文字に追い回されているだけではいけない。古典に書かれているからとそれを正しいと信じ込み、まとめ治すだけの姿勢では、ただ文字に読まれていることにしかならない。陰陽五行の基本も知らず、基礎理論を武器に患者さんを見ていく方法も理解できないまま、日々文字に振り回されているにすぎないのだ。

本居宣長は違う。彼は、まさに文字を通じて古人の心そのものに触れ、それを同じ歌詠みとしての自身の精神の原点としたのである。この姿勢は実は伊藤仁斎や荻生徂徠が行っていた論語を通じて古代聖人である孔子の心に直接触れようとする学びかたと通底するものがある。そこには、文字の糟粕を乗り越え、リアルな発声の源に触れようとする、江戸時代の古典研究の原点がある。

## VIII. 死は医療の外におかれていた

言葉の発生源にまでさかのぼった本居宣長は、「随筆『玉勝間』において、「そもそも人は病ならで死ぬるは、百千の中に、まれに一人二人」<sup>8)</sup>と述べているという。

新村拓氏はまた、死の秩序が明確になった時代を明治時代であるとする。「現在も死ぬ原因のほとんどは病気である。病死を除く外因死(不慮の事故、自殺、他殺など)の割合は六、七パーセントといったところである。病死、外因死のいずれにせよ、死にあたっては医師の診察、死亡診断書の提出が不可欠となっている。それがなければ

埋火葬の許可が下りないからであるが、そうした仕組みを作り上げたのは明治政府である。

それまでの社会においては、死は家族、親族らによって確認されるものとなっており、臨終の場に医師が立ち会うことはまれであった。医師には手の施しようのなくなった患者をみたくないという気持ち、あるいは患者を死なせたときに起こる家族からの非難を避けたいという気持ち、あるいは死のケガレに染まりたくないという気持ちがあり、家族には医療費の心配があったからである。<sup>8)</sup>

そして前近代社会における死の捉え方について、患者側が死んだ年齢を天命として諦めたということと、治療家側が医療の限界として諦めていたという方向性の違いをもって、二種類を上げている。

「前近代社会における死の臨床は不作為の医療、死にあらずからぬ医療が支配的であったが、そうした医療風土を支えていたのは、一つには、死んだ年齢をもって天命・定命と考えるあきらめの観念である。・・・(中略)・・・二つには医療の限界というものをわきまえた医療の接し方である。すなわち、医術は人が本来もっている「自然良能」(自然治癒力)を引き出し、それが不足している場合に鍼灸・薬石を用いるものであって、小森桃塙(とうとう: 1782~1843)が言うように、「医は自然良能の臣僕」にすぎないのである。「自然良能」が枯れてしまえば死ぬのであり、医に過大な評価を与えるべきではないとする考え方である。医師の中には山脇東門(1736~1782)のように、病家には病状と用薬に関して充分な説明をし、了解をとったうえで強い薬を使い、その後の患者の姿勢については天に任せよとする古方派の医師、あるいは折衷派の和田東郭(1743~1803)のように、人の生命は至って大切なものであるから、大病であるとの診断がつけば「生死不測ノコト」(生死を予測することがむづかしいこと)と「我術ノ分限」(自分の力量)を「有体ニ病家ヘヨク演説」し、もし自分の思惑のとおりには治らないときには、「即我手ニテ打殺ベシ」との覚悟をきめてとりかかり、他人の口舌に関わることなく、唯一念にて診察にあたるべきであるとした医師もいたが、多くは予後が悪いと思えば患者を死なせて評判をおとすよりも、診察を辞退してしまうことのほうを選ぶ医師が多かったのである。死は医療の外におかれていたのである。」<sup>8)</sup>

現代の鍼灸師にとって、和田東郭のように大病であると診断した場合には、その生死の時期を推測するのは非常に難しいということと、自分自身の技術の限界を詳細に説明してから治療するということが、正しい判断であるということになる。さらには、現代医学の状況をもよく観察し、手放すべきは手放し、どのようにして死にいたるべきかを患者とその家族とともによく相談することが誠実な方法となる。まさに「死は医療の外におかれ」るべきものなのである。

## IX. 養生とは何か

それでは死を前提とした治療を考えていくとき、養生とはいかなる位置づけになるのであろうか。また、あらゆる病気を治療すると豪語するような無責任で売名的な態度をとらない、養生治療を基本とする日常の治療は、どのようなものであるべきなのだろうか。

「近世前期の儒者であって医師も兼ねた儒医の貝原益軒は、八四歳のときに刊行した『養生訓』(1713年)巻第一において「病ながく命ながくしてこそ、人となれる楽(み) おおかるべけれ」と、健康で長生きしてこそ人としての楽しみを味わうことができるのであり、そのためには若いときから養生に努めなければならないという。養生の術を知らなければ、「多病に苦しみ、元気おとろへて、はやく老髦」してしまう。そうなるしまえば、「たとひ百年のよはひをたもつとも、楽(み)なくして苦しみ多し、長生も益なし。」と述べ、若いときからの健康管理が老病を回避させ認知症の発症を遅らせることにもなると諭している。

「よき死」を得るためには「よき生」がなければならない。養生とはその「よき生」「よき死」を支えるためのものとされる。<sup>9)</sup>

「むかしからいわれていた養生とは本来、天より授けられた寿命を生き切り、死に切るためのものであった。養生によって健康を得て、天寿を全うし、時が来れば頓死往生(ポックリ往生)。これが古来から理想とされていた死生観のひとつである。今の世においても通ずる話である。「養生に努めよ」とは古代から繰り返し説かれてきた文言であるが、幕末の養生論になると、「大病だになくば無病といふべし」、「一病息災」といった考え方も現れている。さらには「養生にこだわるな」と説く者まで出ている。養生にこだわれば、それが心の負担(ストレス)となり、かえって寿命を縮めるというのである。これも今に通ずる話である。江戸知識人の健康に関する話を煮つめてみると、「ほどほどの養生」による「ほどほどの健康」を得て、「ほどほどの生」を終えるのがよい、ということになる。」<sup>9)</sup>

「江戸知識人の健康に関する話を煮つめてみると、「ほどほどの養生」による「ほどほどの健康」を得て、「ほどほどの生」を終えるのがよい」という言葉は、自己の生の所作が未来の社会の基礎となるということを理解している人間の言葉ではない。今、生きている我々は、未来の社会に対して責任を持っているのである。そしてそれは、先祖の付托を受けて今をつないでいる、我々の責任であるとも言えるのだ。自己の生の「ほどほど」しか考えられていないこの言葉は、まさに社会的に無責任な「知識人」の言葉である。人はどこまで個人なのか。人は社会的な存在であることを自覚して始めて大人になるのという基本的を、この言葉から受け取ることはできない。これはおそらく、新村拓氏が描く死生観なのであろう。

## X. 身体は個人のものか？

そのため、新村拓氏は以下のように述べざるを得なくなるのである。まさに貝原益軒の地平にさえも至ることのできない現代の知識人の深い精神の病がここにあると言える。

「人身はきわめて尊いものであるがゆえに、その身を安全に長く保つことが求められるわけだが、『養生訓』巻第一に戻ってその冒頭をみると、人は「天地父母のめぐみをうけて生れ、又養はれたるわが身」であるから、わが身であってもそれは「私の物」ではないと、身体の私物性を否定している。すなわち、私という存在は天地の気を受けて生まれた天地からの賜り物であり、父母が遺してくれた身であるから、自分勝手な生き方をして身を滅ぼしたり傷つけたりして、自分を生んでくれた恩を無にすることはできないというのである。

「身体の私物性の否定は、身体の自律性を根拠とする現代の自己決定論とは正反対のものである。」<sup>9)</sup>

まさにここに、実は現代において問うべき課題があるのである。

「身体はほんとうに私物なのだろうか」。問いはここから始まらなければならない。

## XI. 死を生者が取り戻す

日本財団が2016年9月7日に発表した資料によると、過去1年以内に自殺を図り、未遂だった人が全国で推計53万5000人に上るといふ。これは実際に自殺した人の二十倍の数字にあたる。また、成人男女のうちの4人に1人が本気で自殺を考えたことがあるという。

現代人は自分の生をも他人に奪われている。生の内側に埋没し、腐臭を放つ肉体の減びるのを待たなければ死ぬこともできずにいる。自らの生を取り戻すこと、生に責任を荷うこともできずにいるのだ。

楠木正成(1294年～1336年)を見よ。「七生報國」を叫んで死地に赴き、堂々と切腹し、死を越える生を得たではないか。その魂は現世にも響き渡り、神と敬われ神社に祭られている。湊川神社である。主君への忠を生命を賭して表わして、臣下の範を示した者が赤穂浪士であった。本懐をとげた彼らは切腹を遂げ神上がった。彼らの霊は今も品川の泉岳寺に祭られている。

本居宣長は神上がりして本居宣長ノ宮に祭られ、幕末の志士たちも死を越えて永遠の生を得ている。死を越えて國に殉じ、神と祭られているのが靖國神社である。その生を賭して國に殉じ、永遠の生を得、後に続く国民にその範を示しているのである。

生とは一体何だったのであろうか。この小さく短かい肉体の一生、この牢屋の内側のみが生なのか。そのような生しか与えぬものが、現代文明、肉眼の世界である。いわゆる、「身体の自律性を根拠とする現代の自己決定論」を行使できると信じた自由人たちの憐れな姿なので

ある。これは自由という牢獄であり、孤独という絶望がその個人の心身を劫かしている。

江戸時代の知を学ぶことによって、我々はその牢屋を抜け出すことができるだろう。江戸時代の知の根底には、禅定の世界がある。それは言葉を越えた現場—事実を認識するための静寂の道である。

禅の世界は万物一体の場であり自他一体の場である。そしてこの場所は浄土宗における阿弥陀如来の光輝く生命世界とつながるものである。絶対自力は絶対他力と通底するものなのであった。

我々は禅を通じて自我を手放し、自分そのものである全体を獲得することができる。天人地一体の生命の一面に住する我が内なる一。天人地一体の一。言葉が死に五感が滅んだ先にある、一体の生命そのものと出会うのである。その場所は、これまで自分だと思っていた自我一限られた肉体、限られた知覚、限られた思考を越え、文字を越えて、大いなる生命を我が生命とする、その位置なのである。

これこそが実は江戸時代の知の基盤である。そこから言葉を用いて咲いたさまざまな花を愛でるものが江戸時代の学問である。彼らは、ここにおいて古典を越えて実に就き、朱子学—陽明学を越えて、胸腹中に抱える一団の至誠そのものとなる。その至誠の行きつく先は孔子を越えて我が民族の古き魂へと帰っていった。愛と抒情の息吹く柔らかき生命の舎へ、本居宣長はその生命の息吹きを甦らせたのである。

## XII. まとめ

デカルトは「我れ思うゆえに我れあり」と知の自由を謳歌した。また、近代の西欧の知の基礎を築いたカントは自律にその知の原点を求め、個人の自由と義務と責任を説いた。これに対して朱子は居敬窮理〔注：謙虚な姿勢で真理を探究し続けること〕を通じて太極に知の基準を求めた。さらに王陽明は「万物一体の仁」という仏教的な悟りと気づきによって、自己探究にその知の原点を求めた。また、仁斉祖来は聖人である孔子の行動を感取することに求めて、文字の限界を乗り越えた。続く本居宣長は日本の伝統的な知のありさまそのものに、知の根源を求め、感応と情念に根差した知の有様を説いた。

西欧の個人主義は、神のように完成された人間しか人間とは認めない。人の弱さを赦さない。知性に完全を求めるそのような思想を、幼稚で傲慢であると私は思う。それは、人間の全体性を解体し、善悪の基準で人の心を壟断し、分裂した自己を構成する元になっている。分裂した生命はいわば生きながら死んだ生命である。そこに実は現代の問題の多くが潜んでいる。

我々は何を手放し、何を採るのか問われている。

死を目前にして生きるということの意味を問い、幸福とはなんであったかをあらためて問わなければならない

ような文明は、病んでいる。生きるということは今この瞬間に起こっている事態であって、思い出や夢想ではない。死んでいるときにはすでに生きてはいないのだ。

生の現場における我々のありさまをまっすぐに見つめていくなかからしか、死生という事態の根本はみえてこないのである。

### 【参考文献】

- 1) 難波紘二著：文春新書 380 覚悟としての死生学：文藝春秋，p18，2004.
- 2) 貝原益軒著，伊藤友信訳：養生訓：講談社学術文庫，p29，43，1999.
- 3) 松田道雄訳：日本の名著 14 『貝原益軒』「楽訓」「大疑録」：中央公論社，p245，246，249，275，326，494，496—499，1969.
- 4) 井上忠著：日本歴史学会編集：人物叢書『貝原益軒』：吉川弘文館，p 300，1989.
- 5) 城福勇著：日本歴史学会編集：人物叢書『本居宣長』：吉川弘文館，p 25，237—240，1988.
- 6) 西尾幹二著：江戸のダイナミズム：文藝春秋社，p 142，2007.
- 7) 相良亨著：本居宣長：講談社学術文庫，p 10，32，33，77，114，154，211，2011.
- 8) 宮田登・新谷尚紀編：医療史のなかの安楽死・尊厳死：新村拓『往生考』日本人の生・老・死：小学館，p160，2000.
- 9) 新村拓著：健康の社会史—養生，衛生から健康増進へ：法政大学出版局，p4，13，246，2006.
- 10) 高橋空山著：叢書 禅と日本文化6 「禅と武道」：ペリカン社，1997.

## **Motoori Norinaga's View of Life and Death**

**Takashi BAN**

*1 GEN-RYU-ACUPUNCTURE TECHNIC INSTITUTE*

### **Abstract**

An individual's view of life and death is based on an examination of how one should live. What is life? What should be let go, and what should be taken up? As practitioners of acupuncture and moxibustion, living in this present ailing era, how should we face life and understand death? In Japan, views of life and death have shifted, reaching their present state. Akō Rōshi, who deeply influenced people's views of life and death, Kaibara Ekiken, who left with us many writings such as *Yōjōkun*, and Motoori Norinaga, who touched and revealed the spirit of the ancient Japanese people: how did these individuals live? What did they make their foundation as they walked their paths? By finding the answers to these questions, and what still holds true with us in the present day, we realize what is even now in the process of being lost, and what we now must reclaim. What should we let go, take up, and look to? What is the source of our utterances, that which exists beyond the mere dregs that are our words? What can be obtained through Zen? One can only see the foundation of life and death by gazing at life firsthand, as it occurs.

# 東洋医学的治療を行うための動作分析について

松本和久<sup>1)</sup>, 森川重幸<sup>2)</sup>

1) 明治国際医療大学

2) 明治国際医療大学附属病院

要旨:運動器疾患の病因病理を理解する上で東洋医学は発展途上であり,その治療においては伝統的な診察法に現代的な診察法を加えて,東洋医学的治療を発展させる必要がある。

現代的な診察法の一つに動作分析がある。動作分析の方法には,定量的分析と定性的分析とがある。定量的分析は機器を用いて変位・速度・加速度・関節モーメントなどを求める客観的な分析法であるのに対し,定性的分析は視覚的情報や徒手的操作,口頭指示に対する反応,環境設定の変更を用いて行う分析であり,場所を選ばず多くの情報を得ることができるが,客観性,妥当性,検者内・検者間信頼性が低いとされている。

東洋医学的治療を行うための動作分析は,定性的分析の欠点を補うために動作分析課題を基本動作とし,動作観察から運動様式の変化を確認し,その運動様式の変化の目的および原因を,仮説と検証を繰り返しながら追究する方法として,左全人工膝関節置換術を施行した80歳代の女性を例に具体的な動作分析を示した。

動作分析により疾病の出現をその予兆である運動様式の変化によって知り,疾病の病因病理を理解して治療・予防することは,正に「治未病」であり東洋医学的治療を発展させるものである。

Key words 東洋医学的治療 implementation of oriental medicine, 動作分析 motion analysis, 定性的分析 qualitative analysis, 客観性 objectivity, 起立動作 standing-up motion, 立ち上がり動作 standing-up motion

## I. はじめに

運動器疾患の病因病理を理解する上において,東洋医学は発展途上である。そのため運動器疾患の病因病理を東洋医学において明らかにするためには,陰陽論や臟腑経絡学などを用いて理論化することが必要であり,そのためには伝統的な学説に現在の情報を加味して,新たな概念や理論を構築する必要がある<sup>1)</sup>。松本はその一環として,運動器疾患の1つである一次性変形性膝関節症の病因病理を,伝統的な学説である難経鉄鑑の「一団の原気」と臟腑経絡学の理論を基礎として,これに現代の情報(学説)である運動学と神経生理学の理論を加えて論理化している<sup>2)</sup>。その中で運動様式は,「脳神経系,身体,環境がそれぞれ複雑なダイナミクスを持ち,それらのあいだの相互作用から環境の変動に安定で柔軟な運動が,自己組織的に形成される<sup>3)</sup>」として,一次性変形性膝関節症は加齢による腎気の弱体化で足の少陰腎経に症状が出現するだ

けではなく,腎気の弱体化によって生じた足の少陰腎経筋の弱体化が,歩行などの抗重力位の動作の運動様式を変化させることで他の経筋の病証を引き起こすとしている。またその運動様式の変化は自動的に生じていることから,患者自身が気付くことは容易ではないと述べている。では,患者自身が容易に気付くことのできない運動様式の変化に対して,これまでの一般的な東洋医学の診察法は対応できるであろうか。例えば,腎経の経絡・経筋の症状が腎経の経絡・経筋に生じた異常により現れたものであれば,現状の伝統的な東洋医学の診察法で判断できると考えられる。しかし歩行などの動作において,腎経の経絡・経筋に生じた異常を代償するように正常な関節運動から逸脱した関節運動を行うことで生じた症状の場合は,その症状から真の原因である腎経の経絡・経筋の異常を現状の診察法で判断することは容易ではないと考えられる。したがって運動器疾患に対する東洋医学的治療を

より効果的なもの発展させるためには、従来の伝統的な診察法に加えて現代的な診察法である動作分析を行い、患者の運動様式の変化の有無とその内容を明らかにする必要があると考えられる。

わが国の理学療法における動作分析に関する概念的枠組みや具体的な分析方法に関する標準化は、まだ、十分に確立されていないため、現状では、治療体系や施設によって、動作分析の捉え方や方法論に関する相違が大きいのが現状であり<sup>4)</sup>、個人個人の経験則に基づいた判断によって動作分析が行われている<sup>5)</sup>。また臨床場面において表現されている「動作分析」の位置づけに関しても、単なる「動作の観察と記録」に焦点が置かれている場合から、「動作の観察と記録の結果に基づいて、動作障害の特性を整理し、機能・構造障害レベルの原因との関連性を分析することによって、理学療法プログラムの立案に結びつけていくための過程」という概念で表現されている場合まで、非常に多様である<sup>6)</sup>。

そこで本稿では、現状の理学療法における動作分析の問題点を踏まえた上で、東洋医学的治療に必要な動作分析方法を提示し、左全人工膝関節置換術を施行した 80 歳の女性を例に具体的な動作分析を示すこととする。

## II. 動作分析とは

人間の行動 (behavior) は、運動 (movement)、動作 (motion)、行為 (action) の 3 側面からなり、動作はその 1 つである。運動は姿勢が時間的に連続して変化したもので、身体軸と重力の関係、身体の動きの方向、身体の各部分の相対的な位置関係の変化として記述される。動作は、運動によって具体的に行われる仕事、課題との関係で行動を分析するときの単位となる。行動を、それが示す社会文化的意味や意図との関連でとらえるときには、行為が単位となる<sup>7)</sup>。例えば、『成人が“用を足す(大便をする)”行動を行うには、便所で洋式便器に腰を掛ける行為が可能である必要があり、その行為は高さ 40cm の便器に座って立ち上がる動作が可能でなければならない、そのためには股関節と膝関節は屈曲 95° から伸展 0°、足関節は背屈 10° から底屈 0° までの各関節の運動が抗重力位で行える関節可動域と筋力が必要である。』と表現することができる。また広辞苑によると、「動作」とは「事を行おうとして身体を動かすこと。また、その動き。」とされ、「分析」とは「ある物事を分解して、それを成立させている成分・要素・側面を明らかにすること。」とされている<sup>8)</sup>。以上のことから、本稿における「動作分析」は、「事を行おうとしている身体の動きを分解して、それを成立させている成分・要素・側面を明らかにすること」と定義する。

動作分析の方法には、定量的分析と定性的分析という分析方法がある。定量的分析には運動学的分析 (kinematic analysis) と運動力学的分析 (kinetic

analysis) がある。運動学的分析は、力の概念を除外して、運動の時間的・空間的変量を分析することで変位・速度・加速度を扱う。運動力学的分析は静力学 (statics) と動力学 (dynamics) に基づき、質量の概念を加え、身体運動に関わる力を力学的原理によって分析し、関節モーメントを求める分析法である。これに対して定性的分析は視覚的情報や徒手的操作・触覚 (抵抗感, 介助量, 時間的・空間的制限), 口頭指示に対する反応, 環境設定の変更を用いて行う分析であり、場所を選ばず、多くの情報を得ることができる<sup>9)</sup>。定量的分析には三次元動作解析装置や床反力計などの高価な機器が必要であるのに対し、定性的分析には特別な機器を使用する必要がない。定性的分析と同義的に用いられる用語に観察的動作分析 (observational motion analysis, OMA) がある。観察的動作分析は、基本動作や日常生活動作などにおける動作の特性や、それらの動作を構成する個々の運動要素の分析を視覚的な観察に基づいて行うものである。東洋医学的治療を実施する臨床現場では、特別な機器を用いることができない場合が多いと考えられるため、本稿での動作分析は治療者の視覚的な情報や徒手的操作、あるいは環境設定の変更を用いて行う定性的分析 (=観察的動作分析) で実施することとする。

現状で用いられている理学療法における定性的分析による動作分析は、以下のような方法で実施されている<sup>10)</sup>。

1. 問題となる基本動作の実用性の要素を明確にする。  
実用性の要素とは、「安全性」、「安定性」、「遂行時間」、「耐久性」、「社会に容認される方法であるか否か」である。
2. 異常な部分はどこか、動作のどの相で異常がおこるのかを明らかにし、左右差を比較すること。
3. 基本動作の観察で抽出された問題の原因を機能障害レベルで予測する。
4. 予測された機能障害を客観的に捉えるために必要な検査項目を選択して実行する。
5. 実際の検査結果から、問題となる基本動作の原因をまとめる。

上記の理学療法における定性的分析による動作分析のうち、3. の「基本動作の観察で抽出された問題の原因を機能障害レベルで予測する。」は、問題の原因を機能障害レベルで予測する前に、基本動作の観察で抽出された問題、すなわち運動様式の変化が何を目的として生じたのかを明らかにする必要があり、その後原因を「予測」するのではなく複数の「仮説」を立案する必要がある。そして立案した複数の「仮説」に対して 4. の「機能障害を客観的に捉えるために必要な検査項目の選択」を行うだけでなく、必要な検査を独自に考案する必要がある。例えば筋力の評価では“徒手筋力検査”の定められた肢位での定められた運動で検査するだけでなく、検査肢位や運動を運動様式の変化が生じる肢位や運動に変更したり、動作の条件を変更したりしなければならない。5.

の「実際の検査結果から、問題となる基本動作の原因をまとめる。」は、観察的動作分析は客観性、妥当性、検者内・検者間信頼性が低いため、科学的な根拠になりにくいという大きな問題を含んでいる<sup>9, 11)</sup>ことから、主観的にならないように、運動様式に変化が生じないことを検証できる条件を設定し、それを確認することにより原因を確定することで、客観性、妥当性、検者内・検者間信頼性を向上する必要がある。また、1. の「問題となる基本動作の実用性の要素を明確にする。」は、リハビリテーションを目的とする理学療法における動作分析では重要であると考えられるが、本稿の主旨と異なることから割愛する。

以上のことをもとに、東洋医学的治療に必要な動作分析方法を提示する。

### 1. 動作分析課題の決定

動作分析の課題を、基本動作とする。基本動作とは、寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位保持、歩行のことを指し、日常生活に不可欠な動作を意味する。長崎は、基本動作はそれを構成する身体各部分の運動自由度を拘束して、特定の運動パターンにより遂行されているとし、人間は動作を別のやり方でもできるにもかかわらず、基本動作がいつも定型を踏むのは、これが生物進化の産物であり、適応的（結果論的）な合法則性が見出されるからであるとしている<sup>12)</sup>。したがって、動作分析の課題を基本動作とすることで、再現性のある動作が可能となり、通常と異なる運動様式の出現に敏感に気付くことを可能にすると考ええる。

### 2. 動作観察

動作観察を行い、事を行おうとしている身体の動きを分解し、それを成立させている成分・要素・側面を明らかにする。一連の動作を必要に応じて、関節角度が変化する時期、重心の位置が変化する時期、姿勢が変化する時期など、特徴的な場面でいくつかの相（phase）に区分し、正面、背面、左右の側面、水平面の各方向から、各相での身体の動きを関節の運動と運動様式として把握する。

### 3. 運動様式の変化の確認

動作観察において把握した関節の運動と運動様式を、通常の基本動作と比較する。

### 4. 運動様式の変化が生じる目的の仮説と検証

動作観察において、通常の基本動作と異なる運動様式を呈した場合、その運動様式が何を目的に出現したのかについて仮説とそれを検証する方法を立案し実施する。

### 5. 運動様式が変化した原因の仮説と検証

検証された運動様式を変化させた目的に基づき、その原因となる機能障害について仮説とそれを検証する方法を立案し実施する。

### 6. 運動様式が変化した原因の確定

仮説と検証を繰り返し、運動様式を変化させた原因と

なる機能障害が特定できたら、その検証として機能障害が障害とならない条件で基本動作を実施し、通常の運動様式が可能となることを確認し、原因を確定する。ただし、検証を実施することが不可能な場合は、仮説は仮説として保留しておく必要がある。

## III. 動作分析の実際

### 1. 症例紹介

症例は84歳の女性で、平成8年に両側変形性膝関節症と診断され、右変形性膝関節症に対しては平成21年に右全人工膝関節置換術を施行し、左変形性膝関節症に対しては保存療法による加療を実施していた。しかし左膝関節痛が増悪したことから、平成28年3月30日に左全人工膝関節置換術を施行した。

### 2. 動作分析

#### 1) 動作分析課題の決定

左下肢に対して full weight bearing が可能となった時点で、基本動作の一つである立ち上がり動作（以下、起立動作）を動作分析課題とした。

#### 2) 動作観察

起立動作を開始肢位から重心が前方に移動する「重心の前方移動期（第1相）」、殿部が座面から離れる「殿部離床期（第2相）」、曲がっていた膝・股関節が伸展し最終伸展位になる「重心の上方移動期（第3相）」に区分して、それぞれの相における異常な運動様式を記す（図1, 2）。

#### (1) 第1相：重心の前方移動期

##### ①前方からの観察

左右の足部は肩幅程度に左右均等に開かれており、左右の足部を結んだ線の中央を通る垂線上に股間の中央と頭部の中央は位置する（図1-b）。

##### ②左右側方からの観察

左右の膝関節は屈曲75°位で、左右の足関節は背屈5°から背屈10°に、左右の股関節は屈曲70°から屈曲100°にそれぞれ変化する（図2-b）。

#### (2) 第2相：殿部離床期

##### ①前方からの観察

左右の足部は移動せず、左右の足部を結んだ線の中央を通る垂線上に股間の中央は位置するが、頭部は垂線の右側に移動する（図1-c）。

##### ②左右側方からの観察

左右の股関節は100°位、左右の足関節は背屈10°位で、左右の膝関節は屈曲75°から屈曲65°に変化する（図2-c）。

#### (3) 第3相：重心の上方移動期

##### ①前方からの観察

左右の足部は移動せず、左右の足部を結んだ線の中央を通る垂線上に股間の中央は位置し、垂線の右側に移動していた頭部もそのまま右側に位置する（図1-d）。

②左右側方からの観察

左右の股関節は屈曲 100° から屈曲 5° に、左右の膝関節は屈曲 65° から屈曲 5° に、左右の足関節は背屈 10° から背屈 5° にそれぞれ変化する (図 2-d)。

3) 運動様式の変化の確認

通常の基本動作との比較から確認された異常は、起立動作の第 2 相と第 3 相において体幹が右側に側屈しており、本来なら頭部は左右の足部を結んだ線の中央を通る垂線上に位置するが、症例は頭部が右側に位置していた (図 1-c, 1-d)。

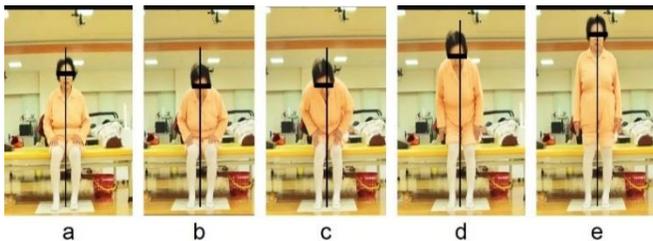


図 1. 症例の起立動作 (前額面)

a. 開始肢位, b. 重心の前方移動期 (第 1 相), c. 殿部離床期 (第 2 相), d. 重心の上方移動期 (第 3 相), e. 最終肢位



図 2. 症例の起立動作 (矢状面)

a. 開始肢位, b. 重心の前方移動期 (第 1 相), c. 殿部離床期 (第 2 相), d. 重心の上方移動期 (第 3 相), e. 最終肢位

4) 運動様式の変化が生じる目的の仮説と検証

(1) 運動様式の変化が生じる目的の仮説①

起立動作の第 2 相と第 3 相において体幹が右側に側屈するのは、体幹 (脊椎) の左側屈方向への可動域制限を代償するためである。

(2) 仮説①の検証方法と検証結果

端座位にて体幹 (脊柱) の屈曲を行い、仮説①を検証する (図 3)。



図 3. 仮説の検証①: 運動様式の変化が生じる目的の検証

体幹の可動域を確認し、運動様式の変化が生じる目的を検証した。その結果、体幹は右側屈を伴うことなく前屈することが可能であったため、運動様式の変化の目的は、体幹の可動域制限を代償するためではないことが検証された。

その結果、体幹 (脊椎) は右側屈を伴うことなく屈曲することが可能であったことから、起立動作の第 2 相と第 3 相において体幹が右側に側屈するのは、体幹 (脊椎) の左側屈方向への可動域制限を代償するためではないことが検証された。

(3) 運動様式の変化が生じる目的の仮説②

起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈するのは左下肢への荷重量を減少させるためである。

(4) 仮説②の検証方法と検証結果

左右の足の下に体重計を置き、第 2 相と第 3 相における荷重量を計測することで仮説②を検証する (図 4)。

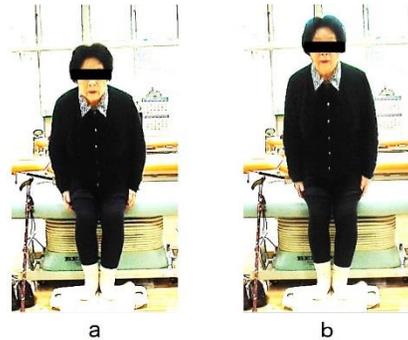


図 4. 仮説の検証②: 運動様式の変化が生じる目的の検証

起立動作第 2 相 (a) と第 3 相 (b) における左右の下肢への荷重量を計測し、運動様式の変化が生じる目的を検証した。その結果、a は右 38kg 左 22kg、b は右 35kg 左 25kg であり、運動様式の変化の目的は左下肢への荷重量を減少させるためであることが検証された。

その結果、第 2 相の荷重量は右 38kg、左 22kg、第 3 相の荷重量は右 35kg、左 25kg であったことから、起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈するのは左下肢への荷重量を減少させるためであることが検証された。

5) 運動様式が変化した場合の仮説と検証

(1) 運動様式が変化した場合の仮説③

起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左足関節の底屈筋力の不足を補うためである。

(2) 仮説③の検証方法と検証結果

足関節底屈筋力の徒手筋力検査は 60kg の負荷に拮抗する必要があるが、起立動作における異常は 30kg の負荷に拮抗できれば良いため、体重計で片脚への負荷を 30kg にした立位状態から“つま先立ち”を行うことで仮説を③を検証する (図 5)。

その結果、左右ともに“つま先立ち”を行うことは可能であったため、起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左足関節の底屈筋力の不足を補うためではないことが検証された。

(3) 運動様式が変化した場合の仮説④

起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左膝関節の伸展筋力の不足を補うためである。



図5. 仮説の検証③: 運動様式が変化した場合の検証

片脚への負荷を30kgに設定した条件で“つま先立ち”を行うことで、足関節底屈筋力を検証した。その結果、起立動作に必要な足関節底屈筋力を有していることが検証された。

(4) 仮説④の検証方法と検証結果

膝関節伸展筋力の徒手筋力検査は、膝関節最大伸展位でのブレイクテスト（徒手抵抗に拮抗して最大伸展位を保持できればその筋力があると認められる）で行われるため、膝関節屈曲 75° からの膝関節伸展筋力が評価されていない。したがって膝関節屈曲 75° から屈曲 5° までの間の膝関節自動伸展運動に対して拮抗する抵抗を、下腿に対して垂直になるように徒手で加えながら膝関節伸展筋力を評価することで仮説を④検証する（図 6）。



図6. 仮説の検証④: 運動様式が変化した場合の検証

膝関節屈曲 75° から屈曲 5° の間の膝関節伸展筋力を、徒手抵抗を加えた自動膝関節伸展運動により検証した。その結果、起立動作に必要な膝関節伸展筋力を有していることが検証された。

その結果、左右の膝関節伸展筋力は中等度から強度の徒手抵抗に拮抗することが可能であったため、起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左膝関節の伸展筋力の不足を補うためではないことが検証された。

(5) 運動様式が変化した場合の仮説⑤

起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左股関節の伸展筋力の不足を補うためである。

(6) 仮説⑤の検証方法と検証結果

股関節伸展筋力の徒手筋力検査は、股関節最大伸展位でのブレイクテスト（徒手抵抗に拮抗して最大伸展位を保持できればその筋力があると認められる）で行われるため、股関節屈曲 100° からの股関節伸展筋力が評価され

ていない。したがって股関節屈曲 100° から屈曲 10° までの間の股関節自動伸展運動に対して拮抗する抵抗を、大腿に対して垂直になるように徒手で加えながら股関節伸展筋力を評価することで仮説を⑤検証する（図 7）。



図7. 仮説の検証⑤: 運動様式が変化した場合の検証

股関節屈曲 100° から屈曲 10° の間の股関節伸展筋力を、徒手抵抗を加えた自動股関節伸展運動により検証した。その結果、左股関節屈曲 100° から屈曲 70° の間は徒手抵抗に拮抗した自動股関節伸展運動は不可能であり、起立動作に必要な股関節伸展筋力を有していないことが検証された。

その結果、右股関節伸展筋力は股関節屈曲 100° から屈曲 10° までの間、中等度から強度の徒手抵抗に拮抗することが可能であったのに対し、左股関節伸展筋力は股関節屈曲 100° から屈曲 70° までの間は、徒手抵抗に拮抗することが不可能であり、左股関節屈曲 70° から屈曲 10° までの間は、中等度から強度の徒手抵抗に拮抗することが可能であった。このことから、起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左股関節の屈曲 100° から屈曲 70° までの間の伸展筋力の不足を補うためであることが検証された。

6) 運動様式が変化した場合の原因の確定

(1) 運動様式が変化した場合の仮説⑥

起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左股関節の屈曲 100° から屈曲 70° までの間の伸展筋力の不足を補うためである。

(2) 仮説⑥の検証方法と検証結果

左股関節伸展筋力は、股関節屈曲 100° から屈曲 70° までの間は徒手抵抗に拮抗することが不可能であったが、左股関節屈曲 70° から屈曲 10° までの間は中等度から強度の徒手抵抗に拮抗することが可能であったことから、起立動作で股関節が伸展し始める第 2 相の股関節屈曲角度を 70° になるような座面の高さで起立動作を行うことで仮説⑥を検証する。

その結果、起立動作の第 2 相と第 3 相において体幹は右側に側屈することなく、頭部は終始左右の足部を結んだ線の中央を通る垂線上に位置していた。このことから、起立動作の第 2 相と第 3 相において、体幹が右側に側屈し左下肢への荷重量を減少させるのは、左股関節の屈曲 100° から屈曲 70° までの間の伸展筋力の不足を補うためであることが確定した（図 8）。

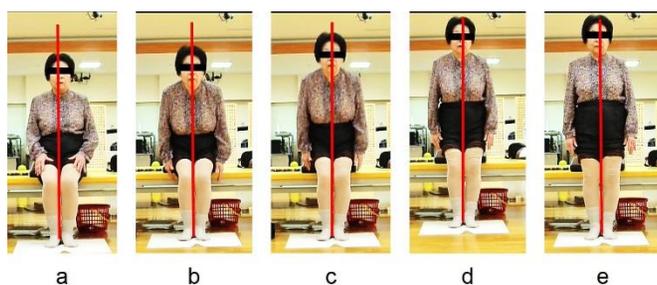


図8. 仮説の検証⑥: 運動様式が変化した場合の原因の確定

股関節屈曲70° から屈曲10° の間の股関節伸筋力には左右差がないことから、股関節屈曲70° となる座面の高さで起立動作を行い運動様式が変化した場合の原因を検証した。

その結果、運動様式の変化を生じることなく起立動作が可能であったことから、運動様式が変化した場合の原因は左股関節屈曲100° から屈曲70° の間の股関節伸筋力の不足を補うためであることが確定した。

#### IV. 東洋医学的治療における動作分析の必要性

理学療法において動作分析は、対象者の障害特性の分析、目標設定、介入内容に関する臨床的意思決定を行うための重要な臨床問題解決過程である。したがって、動作分析の妥当性は、理学療法の介入方針の決定に直接的に影響し、結果として、介入効果そのものを左右するといっても過言ではない<sup>11)</sup>。

一方、現在の一般的な東洋医学的治療における診察では動作分析は行われておらず、今回の症例のように起立動作において頭部が身体の中央からわずかに右側に位置していたからといって、疼痛の訴えでもない限り問題とされることはない。しかし、通常の運動様式と異なる頭部が身体の中央からわずかに右側に位置する運動様式は、次のような二次障害の原因となることが予測される。

##### 1. 左下肢筋の廃用性筋萎縮

左股関節伸筋力が起立動作において不足している範囲は、起立動作の第2相の股関節屈曲100° から股関節屈曲70° の範囲であるが、症例が左下肢への荷重を免荷している範囲は起立動作の第2相から第3相と、症例の持っている筋力で起立動作が可能範囲においても左下肢を免荷している。このことは、本来左下肢筋に荷重されなければならない荷重抵抗を減少することにつながり、それにより左下肢筋の廃用性筋萎縮が生じる可能性を有している。

##### 2. 右下肢の過用性疼痛

左股関節の伸筋力を代償するために活動する右下肢は、通常の運動様式と比較して過剰な活動を強いられるため、関節や筋に過用による損傷が生じる可能性を有しており、その損傷は疼痛となる可能性を有している。

##### 3. 右側への転倒

左右差を伴う荷重状態で反復して行う運動は、誤った身体図式の形成することにつながる。身体図式は全ての動作の基になるものであり、誤った身体図式の形成は日常生活における様々な活動における動作に影響を及ぼし、右側への転倒の危険性を高める可能性を有している。

これらの予測される二次障害は、例えば日常生活で使

用する椅子の高さを股関節が屈曲70° 以内で収まる高さ調整することにより容易に予防することができる。この予防を怠ると、どんなに素晴らしい治療を実施したとしても、その直後から通常と異なる運動様式を行うことで疾病の原因を作ることになり、治療の効果は簡単に消失してしまうと考えられる。また、動作分析から弱化した経筋、あるいは弱化した経筋を代償するために働く経筋など、運動様式を臓腑経絡学と結びつけて理解することにより、運動器疾患の病因病理を明確にできるものと考えられる。

#### V. まとめ

『難経』の七十七難には「上工治未病。中工治已病者。<sup>13)</sup> (上工は未病を治し、中工は已病を治す)」とあり、また『素問』四氣調神大論篇第二には「是故聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，此之謂也。夫病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬猶渴而穿井，鬪而鑄錐，不亦晚乎。<sup>14)</sup> (この故に聖人は已病を治さずして未病を治す，已亂を治さずして，未亂を治すとは，此れをこれ謂うなり。夫れ病已に成りて後にこれを薬し，乱已に成りて後にこれを治するは，譬うれば猶渴して井を穿ち，鬪して錐を鑄るるがごとし，亦た晚(おそ)からずや。)」とあり、病気の発症をその予兆によって知り予防することが東洋医学的治療の特徴の一つと言える。今回提示した「仮説」と「検証」を繰り返す動作分析の手法は、客観性や妥当性を担保しつつ特別な機器を用いなくても実施できる動作分析である。この動作分析により機能障害や疾病の出現をその予兆である運動様式の変化によって知り、そして予防することは、正に「治未病」であり東洋医学的治療を発展させるものである。また、疾病の病因病理を理解する上においても動作分析は重要であり、特に運動器疾患に対する東洋医学的治療を行う上で必要な診察法であると考えられる。

#### 【参考文献】

- 1) 松本和久：日本における東洋医学の発展に向けて。日本東洋醫學研究會誌，1：3-8，2015。
- 2) 松本和久：日本独自の東洋医学に基づく一次性変形性膝関節症の発生機序とその治療。日本東洋醫學研究會誌，1：15-21，2015。
- 3) 多賀巖太郎：脳と身体の動的デザイン。p40-90，金子書房，2004。
- 4) 木村貞治：理学療法における動作分析の概要。理学療法，19(8)：883-887，2002。
- 5) 石井慎一郎編著：動作分析臨床活用講座，序文，メジカルビュー社，2013。
- 6) 木村貞治：理学療法における動作分析の現状と今後の課題。理学療法学，33(7)：394-403，2006。
- 7) 中村隆一，斉藤 宏著：基礎運動学第5版，p265-289，医歯薬出版，2001。

- 8) 新村 出(編) : 広辞苑 第5版. 岩波書店, 1998.
- 9) 高嶋幸恵, 間瀬教史, 青田絵里 : 動作分析の抱える問題と教育上の課題. 甲南女子大学研究紀要創刊号 看護学・リハビリテーション学編 : 15-22, 2008.
- 10) 鈴木俊明, 西守 隆 : 動作観察・動作分析. 関西理学, 3 : 33-39, 2003.
- 11) 木村貞治 : 理学療法における動作分析の現状と今後の課題. 理学療法学, 33 (7) : 394-403, 2006.
- 12) 長崎 浩 : 動作分析のこれから. 理学療法科学 18(3) : 147-151, 2003.
- 13) 『難経』 :  
<http://aeam.umin.ac.jp/siryouko/digitaltext/nangyo.htm> (accessed July 15, 2016).
- 14) 于泊海編 : 袖珍中医四部經典, p9-10, 天津科学技術出版社 : 1986.

## **Motion analysis in oriental medicine**

**Kazuhisa MATSUMOTO<sup>1)</sup>, Shigeyuki MORIKAWA<sup>2)</sup>**

*1) Meiji University of Integrative Medicine*

*2) Meiji University of Integrative Medicine Hospital*

### **Abstract**

Oriental medicine in the field of pathology of motor system musculoskeletal disorders is still developing, and combination of traditional diagnostic methods and modern examination methods is necessary to advance oriental medicine in the treatment of these dysfunctions. Motion analysis is a modern examination method that can be divided into quantitative and qualitative types; the former employs devices to objectively determine the degree of displacement, velocity, acceleration, and joint moment, while the other analyzes visual information, responses to manual manipulation and verbal instructions, and changes in given conditions. Qualitative motion analysis can collect a large volume of information regardless of location, but its objectivity, validity, and intra- and inter-examiner reliability are sometimes questioned. For implementing oriental medicine, a detailed motion analysis was conducted to compensate for the shortcomings of qualitative approaches. This was done by observing the standing-up motion as a basic motion to reveal changes in movement patterns and by investigating the cause of the changes by developing and verifying hypotheses. As an example, examination of a woman in her eighties who had undergone total knee arthroplasty in the left leg was performed using the present motion analysis. Predicting the disease development by detecting their indications, namely, changes in the form of motion, and understanding their pathology for curative and preventive care exactly follow the concept of “Chimibyō (treatment of pre-symptomatic state)” and are essential to advancing oriental medicine.

## 東洋医学的診察の西洋医学的診察との整合性と 現代医療における臨床的意義

深尾遼平, 野瀬裕太, 三角昌詩, 青木秀郎, 小島亮太, 岩田宜久, 松本和久

明治国際医療大学

要旨: 主訴のない健康な成人男性 6 名 (平均年齢  $21.8 \pm 2.6$  歳, 平均身長  $171.5 \pm 3.9$  cm, 平均体重  $63.5 \pm 10.8$  kg) を対象に, 東洋医学的診察から身体の異常部位を推測し, 西洋医学的診察である関節可動域測定を用いて異常の有無を検証した.

その結果, 東洋医学的診察から推測した身体の異常部位は, 関節可動域測定を実施した全ての部位で異常が認められた. また, 腰部の関節可動域測定は左右差の確認が困難であるため実施しなかった. そのため東洋医学的診察から推測した腰部の異常は, 西洋医学的診察において確認できなかった. しかし, 東洋医学的診察から異常と推測した腰部に治療的介入を加えると, 西洋医学的診察において認められた異常が改善したことから, 東洋医学的診察から推測した異常部位の間には関連性があり, 西洋医学的診察では確認できなかった腰部にも異常があることが証明された. 以上のことから, 東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性が確認された.

東洋医学的診察は「主訴」に捉われないという点で, 西洋医学的診察と大きく異なる. そのため, 西洋医学では診断・治療の対象にならない「主訴」のない機能障害も, 東洋医学では診断・治療することが可能であり, 現代医療に東洋医学を普及する必要があると考えられた.

Key words 東洋医学的診察 oriental medicine examination, 西洋医学的診察 Western medicine examination, 整合性 consistency, 関節可動域 range of motion, 主訴 chief complaint

### I. はじめに

出生前診断に関して, その倫理的問題について騒がれている<sup>1)</sup>. その是非については, 本論文で述べるつもりはない. しかしながらここで重要となるのは, 医学的な進歩によって医療を受ける側の選択肢が増えるという点である. 是非以前に選択肢自体が用意されていなければ, そもそもとして問題が提起されることもなく, またそれについて議論されることもない. このことから医学的な進歩や発展によって選択肢が増えるということは, その選択肢の是非に関わらず社会にとって有益だと言える. しかし七代目尾張藩医浅井国幹の告墓文には, 「明治維新の弊害は, わが医道の真実をきわめもしないで, 極力排斥し, 明治 7 年に始めて医事法令を發し, 翌 8 年 2 月には, 始めて医師学業試験規則を施行し, さらに翌 9 年 11 月には全国に發令して西洋医学の七科を習得し

なければ医師となることができないように定めました. ついに明治 16 年 10 月には, 医師免許規則を改して, 政治の助けを借りてわが国特有の医術を棄て医療施策の根本を誤まり, しかも民意を束縛してこの伝統医学が長くひろまり続くことを妨害し, その源をふさいで衰亡するのを待つという処置を取るに至りました」<sup>2)</sup>とあるように, 明治維新以降の日本の医療において選択肢が健全に増えていったとはいいがたい.

西洋医学は普遍性・客観性・論理性を基盤とする自然科学を基盤とするため, 主観性の排除という主客の分離が生じ心身二元論の立場をとる<sup>3)</sup>医学である. そのため西洋医学の診療の手順は, 「主訴」, 「診察」, 「診断」, 「治療」の順で実施され, 主訴の場所が診察の焦点となり, その場所を中心としてレントゲンや磁気共鳴画像 (Magnetic Resonance Imaging:

MRI) 検査等を行うこととなる。客観性を与えるために検査結果はできるだけ数値化・計量化され、その技術は進歩し検査精度は向上するが要素還元的に細分化され、その結果「主訴」に捉われた疾病の一部分しか診れなくなってしまうという危険性を有している。これに対して東洋医学（漢方医学や鍼灸医学などの日本の伝統医学のことを東洋医学とする）は“個の医学”といわれ、個人の体質・特徴を重視し、しかも心と身体は一体であるという「心身一如」を前提に、一つの器官を重視せず、身体全体の調和をはかる全人的医療を目指した、心身一元論を基盤とする医学である。したがって東洋医学の診察は「主訴」に捉われず切診中心で行われ<sup>4)</sup>、「人」における整体観を観察し、その異常を診るものである。つまり東洋医学的診察においては、患者の自覚的な異常である「主訴」を必要とせず、患者の状況を把握することが可能である。その代表的な例が「夢分流腹診術」における『無問診』であり、患者に自覚的な異常を尋ねることなく、腹診によって患者の状況を把握することができる<sup>5)</sup>。

西洋医学を主体とする近代医学は罹患臓器の診察が主体となるが、高齢化が進む現在では、加齢とともに患者の罹患臓器は複数になってくることも多く、臓器医学では対応できなくなっている。また、社会の成熟とともに全ての疾患は治療するのではなく、疾患と共存しながら生活の質（Quality of Life: QOL）を維持しながら生きていくという考え方も国民に浸透しており、原因を詳細に分析して徹底的に治療する analytic medicine である aggressive な西洋医学から、長い経過を有する慢性疾患、多くの罹患臓器を有する高齢者などでは、病態を全体的に捉えて是正する mild な holistic medicine である東洋医学へのシフトが考えられるようになってきている<sup>6)</sup>。これらのことから、東洋医学が日本の医療の選択肢の一つとして存在価値を示す土壌ができつつあるものと考えられる。

その一方で、東海大学医学部4年生の約7割が東洋医学はエビデンスに乏しい、神秘的である、非科学的であるという否定的、懐疑的イメージを持っているというアンケート結果がある<sup>7)</sup>。そこで、西洋医学を中心とした現代医療の中で東洋医学が選択肢の一つとして正しく存在するために、人間ドックの検査結果と東洋医学の診察である脈診・舌診・腹診の結果を比較したり<sup>8,9,10)</sup>、舌診と心電図・頸動脈造影・血圧などを比較したりして<sup>11,12)</sup>、東洋医学の古典的経験的な理論を西洋医学的手法で検証し、客観性や普遍性を持たせる努力がなされている。

本論文は東洋医学的に診察した所見から身体の異常部位を推測し、西洋医学的な診察である関節可動

域測定を用いて検証することで、東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性を検証し、現代医療における臨床的意義を検討することを目的とした。

## II. 対象

特に身体的な異常を訴えない健康な成人男性6名（平均年齢21.8±2.6歳、平均身長171.5±3.9cm、平均体重63.5±10.8kg）を対象とした。対象の特性を以下に記す。

- 対象1：21歳，身長170.0cm，体重56.0kg
- 対象2：21歳，身長179.0cm，体重80.0kg
- 対象3：20歳，身長168.0cm，体重73.0kg
- 対象4：27歳，身長169.0cm，体重56.0kg
- 対象5：21歳，身長171.0cm，体重63.0kg
- 対象6：21歳，身長172.0cm，体重53.0kg

## III. 方法

1. 対象に対し、東洋医学の診察法である四診のうち、望診の一つである舌診<sup>13)</sup>と、脈診<sup>14)</sup>、腹診<sup>5)</sup>、背候診の3つの切診を行った（以下、東洋医学所見）。具体的な東洋医学の診察法を以下に示す。

- 1) 舌診：舌色，舌質，舌苔の状態，舌下静脈の状態を診察した<sup>13)</sup>。
  - 2) 脈診：先ず、「原南陽の押し切れの脈」<sup>14)</sup>を診察し、次いで「胃の気の脈診」<sup>14)</sup>を行った。その後、太谿と衝陽の脈を診察した。
  - 3) 腹診：「夢分流腹診術」に準じて診察した<sup>5)</sup>。
  - 4) 背候診：背部俞穴の状態を診察した。
2. 東洋医学所見を総合的に判断し、異常が生じている身体部位を推測した。

3. 西洋医学所見は、西洋医学の診察法である理学所見のうち関節可動域測定とし、東洋医学所見で異常があると推測された身体部位の両側に実施した（以下、西洋医学所見）。

4. 西洋医学所見は、左右差ならびに日本整形外科学会および日本リハビリテーション医学会による参考可動域角度との比較を行い、東洋医学所見との整合性を検証した。

5. 東洋医学的診察をもとに、異常があると推測された身体部位以外の場所に対して治療的介入を加えた後、再度、同一部位の関節可動域測定を行う。

6. 得られた西洋医学所見は4.に加えて、治療的介入前後を比較し、西洋医学所見と東洋医学所見の整合性を検証した。

## IV. 結果

### 1. 対象1

#### 1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常，舌苔は舌

尖と左右の舌辺は無苔であり、舌尖、左側端、右側端の順で新しいものであった。舌下静脈は少し怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至、中～浮、緩不足、枯脉であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：心、脾募の間隔は狭く、右脾募と左腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪が実で、左側の脾兪、三焦兪、腎兪で虚が認められた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものは、舌苔の無苔、舌下静脈の怒張、脉診の緩不足と枯脉、腹診の心、脾募の間隔の狭さ、右脾募と左腎水の邪、背候診の右肝兪の実、左脾兪、三焦および腎兪の虚であり、右肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 1-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、外転角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり、右、左の順で可能な限り最大限の肩関節自動外転運動を実施し、その最終肢位を後方から写真撮影し、その写真に肩峰を通る床への垂直線を記入し、垂直線と上腕骨とで形成される角度を測定した (以下、肩関節外転角度計測方法)。

その結果、肩関節自動外転可動域は右 160°、左 175°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右 160°、左 175°で、右肩関節の外転可動域制限すなわち右肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方、東洋医学所見から推測された左腰部の異常は、今回の西洋医学所見で計測しにくいと確認できなかった。以上のことから、東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

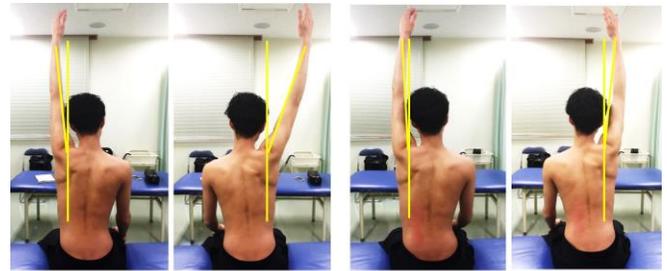
5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 1-b)

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は、左腰部 (左三焦兪、左腎兪) の虚によるものと考えられたことから、治療的介入は虚している左三焦兪、左腎兪あたりを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右 175°、左 175°であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、右肩関節の自動外転可動域は改善したことから、右肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前 b.治療的介入後

図1. 対象1の肩関節自動外転角度 (西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160°、左175°

b.治療的介入後は右175°、左175°

2. 対象 2

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅から淡白、舌質はほぼ正常、舌苔は滑苔気味で湿潤が多めであり、舌下静脈にわずかな怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至、浮、滑不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：右側の脾募と肝相火に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪、胆兪周囲は膨隆し実で、同兪穴の一行に圧痛を認めた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものは、舌診では舌色の淡紅から淡白、舌苔の滑苔気味で湿潤が多めと舌下静脈のわずかな怒張、脉診では脈診の浮と滑不足、腹診では右側の脾募と肝相火の邪、背候診の右側の肝兪と胆兪の膨隆と実、およびその一行の圧痛であり、右肩部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 2-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果、肩関節自動外転可動域は右 160°、左 170°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、右肩部であった。これに対して西洋医学所見は右 160°、左 170°で、右肩関節の外転可動域制限すなわち右肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。このことから、東洋医学所見から推測した異常と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見

と西洋医学所見の整合性が認められた。

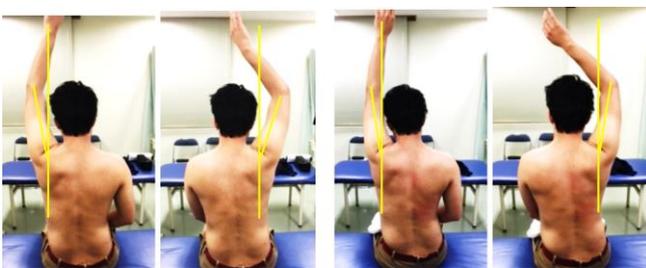
5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 2-b)

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は、自然治癒しようとしている湿邪による表証が肝郁気滞により阻害されることにより生じているものと考えられた。そこで治療的介入は、実している右側の肝兪と胆兪あたりを瀉すように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右 170° , 左 170° であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、右肩関節の機能障害は改善したことから、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前 b.治療的介入後

図2. 対象2の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160° , 左170°

b.治療的介入後は右170° , 左170°

### 3. 対象3

#### 1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常であった。舌下静脈はやや怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至半，中，やや緩不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：左側の脾募と腎水および肝相火に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪が実，左側の腎兪にわずかな虚が認められた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものには、舌下静脈の怒張，脉診の緩不足，腹診の左側の脾募と腎水および肝相火の邪，背候診の右側の肝兪が実と左側の腎兪のわずかな虚であり，左肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 3-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし，肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。その結果，肩関節自動外転可動域は

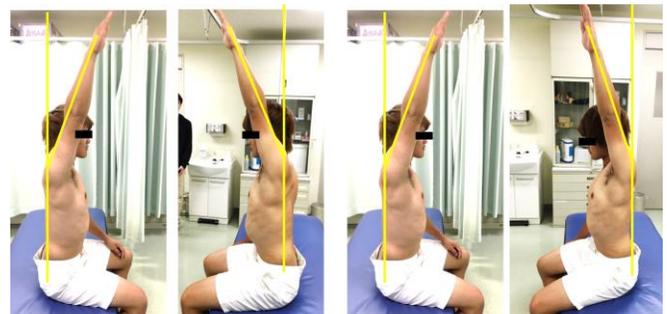
右 160° , 左 160° であり，左右差を認めなかった。そのため肩関節屈曲角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり，右，左の順で可能な限り最大限の自動肩関節屈曲運動を実施し，その最終肢位を後方から写真撮影し，その写真に肩峰を通る床への垂直線を記入し，垂直線と上腕骨とで形成される角度を測定した。

その結果，肩関節自動屈曲可動域は右 160° , 左 155° であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は，左肩部であった。これに対して西洋医学所見では肩関節自動屈曲可動域は右 160° , 左 155° で，左肩関節の屈曲可動域制限すなわち左肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 3-b)



a.治療的介入前

b.治療的介入後

図3. 対象3の肩関節自動屈曲角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160° , 左155°

b.治療的介入後は右160° , 左160°

東洋医学所見から対象は比較的健康な状態であると考えられる。そのため肩関節自動外転可動域に左右差は認められず，左肩関節自動屈曲可動域にわずかな制限が認められる程度であり，その原因は左腰部(左腎兪)のわずかな虚にあると考えられた。そこで治療的介入は，虚している腎兪あたりを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は，右 160° , 左 160° であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により，左肩関節自動屈曲可動域頸部は改善したことから，左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

#### 4. 対象4

##### 1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌の色は淡紅から紅，舌質はほぼ正常であり，舌下静脈は少し怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は，押し切れなかった。「胃の気の脉診」は，一息四至半，中～浮，緩不足であった。太谿と衝陽の脉は，いずれも認められた。

(3) 腹診：左側の肺先と腎水および肝相火に邪を認めた。左肺先には発汗もみられた。

(4) 背候診：左側の腎俞，三焦俞に虚が認められた。

##### 2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものには，舌下静脈の怒張，脉診の中～浮と緩不足，腹診の左側の肺先と腎水および肝相火の邪および肺先の発汗，背候診の左三焦俞，左腎俞の虚であり，身体の左頸部と左腰部に異常があると推測された。

##### 3) 西洋医学所見 (図4-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を頸部とし，左右の頸部自動側屈角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり，右，左の順で可能な限り最大限の自動頸部側屈運動を実施し，その最終肢位を後方から写真撮影し，垂線と頭頂と第7頸椎を結んだ線のなす角度を測定した。

その結果，頸部自動側屈可動域は右 20°，左 15°であった。

##### 4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見からは推測された異常が生じている身体部位は，左頸部であった。これに対して西洋医学所見は右 20°，左 15°で，左頸部自動側屈可動域制限すなわち左頸部の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

##### 5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図4-b)

東洋医学所見から対象は表証を罹患しているが，発汗しており治癒過程にあることが考えられた。しかし脉診は中～浮と浮ききっておらず，治癒するには原気が不足した状態であり，その原因は左腰部(左三焦俞，左腎俞)の虚にあると考えられた。そこで治療介入は，虚している左腎俞・三焦俞近くを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は，右 20°，左 25°であった。

##### 6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により，頸部の機能障害は改善したことから，左頸部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

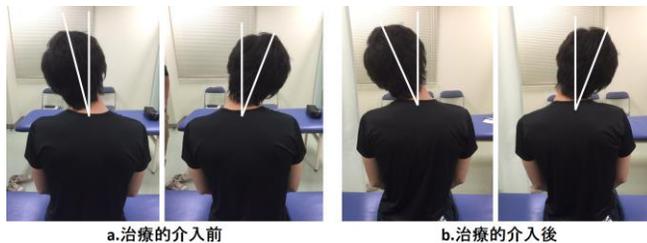


図4. 対象4の頸部自動側屈角度(西洋医学所見)

a. 治療的介入前は右20°，左15°  
b. 治療的介入後は右20°，左25°

#### 5. 対象5

##### 1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常，舌苔は白苔であり舌尖部では少苔で，舌中央部には裂紋がみられた。舌下静脈には怒張は認められなかった。

(2) 脉診：原南陽の押し切れの脉は，押し切れなかった。「胃の気の脉診」は，一息四至半，中，緩不足であった。太谿と衝陽の脉は，いずれも認められた。

(3) 腹診：左の脾募と肺先および腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：左側の肺俞に虚と発汗を認め，左側の心俞，胃俞，脾俞，三焦俞，腎俞，意舎，志室に虚が認められた。

##### 2) 東洋医学所見に基づく対象の推測される異常

東洋医学所見で異常と判断されたものは，舌苔の白苔と舌尖部の少苔および舌中央部の裂紋，脉診の緩不足，腹診の左の脾募と肺先および腎水に邪，背候診の左肺俞の虚と発汗，同じく左側の心俞，胃俞，脾俞，三焦俞，腎俞，意舎，志室の虚であり，対象は左肩部と左腰部に異常があると推測された。

##### 3) 西洋医学所見 (図5-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし，肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果，肩関節自動外転可動域は右 160°，左 145°であった。

##### 4) 東洋医学所見と西洋医学所見の整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は，左右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右 160°，左 145°で，左肩関節の外転可動域制限すなわち左肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で検査項目にないため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見

の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

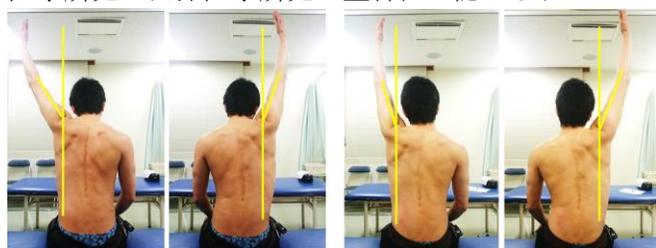
5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図5-b)

東洋医学所見から左肩関節の機能障害は表証によるものと考えられるが、左腰部(左胃俞, 左脾俞, 左三焦俞, 左腎俞)の虚により治癒過程が不十分な状態であると考えられた。そこで治療的介入は、肩関節の関節可動域に影響を与えない、虚している左側の胃俞, 脾俞, 三焦俞, 腎俞, 意舎, 志室を補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右160°、左160°であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、左肩関節の機能障害は改善したことから、左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前 b.治療的介入後

図5. 対象5の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160°、左145°

b.治療的介入後は右160°、左160°

## 6. 対象6

### 1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅から紅、舌質は胖大し、右と比較して左が大きく舌辺に歯痕を認めた。舌苔は滑苔で湿潤が多めであった。舌下静脈には怒張は認められなかった。

(2) 脉診：原南陽の押し切れの脉は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至半、中、緩不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：心と左右の脾募と肺先および腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：右厥陰俞から胆俞まで膨隆し実の反応を認め、左三焦俞、腎俞、志室にわたって広く虚の反応を認めた。

### 2) 東洋医学所見に基づく対象の推測される異常

東洋医学的所見で異常と判断されたものは、舌質の胖大(右<左)と舌辺の歯痕、舌苔の滑苔と湿潤、右厥陰俞から胆俞まで膨隆し実の反応、左三焦俞、腎俞、志室の虚の反応であり、対象は左右肩部と左腰部に異常があると推測された。

### 3) 西洋医学所見 (図6-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果、肩関節自動屈曲可動域は右145°、左145°であった。

### 4) 東洋医学所見と西洋医学所見の整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、左右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右145°、左145°で、左右の肩関節の外転可動域制限すなわち両肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方、東洋医学所見から推測された左腰部の異常は、今回の西洋医学的所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから、東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

### 5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は肝郁気滞によるものであり、左肩関節の機能障害は左腰部(左三焦俞, 左腎俞, 左志室)の虚によるものであると考えられた。そこで右肩関節への治療的介入として、両肩関節の関節可動域に影響を与えない、実している右側の厥陰俞から胆俞までを瀉すように徒手的な圧迫を加えた。

右肩関節への治療的介入後の西洋医学所見は、右160°、左145°であった。

次いで左肩関節への治療的介入として、虚している左三焦俞、腎俞、志室を補うように徒手的な圧迫を加えた。

左肩関節への治療的介入後の西洋医学所見は、右165°、左160°であった(図6-b)。

### 6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく右肩関節への治療的介入により右肩関節の機能障害が改善し、左肩関節への治療的介入として左腰部(左三焦俞, 左腎俞, 左志室)を補うことにより左肩関節の機能障害が改善した。このように右肩部に異常を認め、左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明されたことから、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前

b.治療的介入後

図6. 対象6の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右145°、左145°

b.治療的介入後は右165°、左160°

V. 考察

東洋医学的診察のうち、舌診は身体の寒熱の状態を、脈診は胃の気の状態を、腹診と背候診は内臓機能の状態を、それぞれ知ることができる。中でも夢分流腹診術は異常の生じている部位を身体図に投影することができる特徴を有している<sup>5)</sup> (図7)。

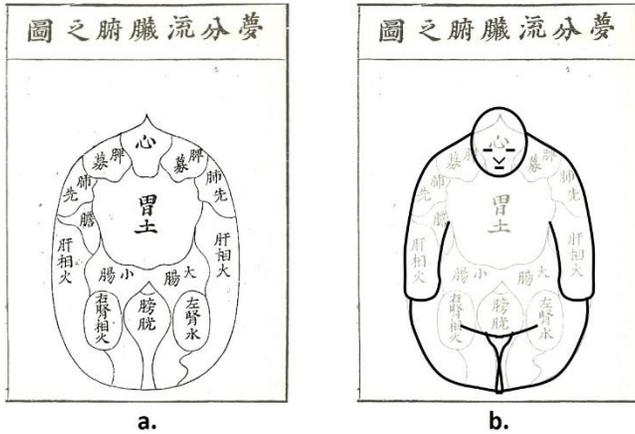


図7. 夢分流腑臟之図

夢分流の腹診では、a.腹部に臓腑を投影するだけでなく、b.腹部に身体を投影し、異常を発見することができる。

今回、夢分流腹診術をはじめとする多面的な東洋医学的診察により推測された身体の異常部位は、対象1は右肩部と左腰部、対象2は右肩部、対象3は左肩部と左腰部、対象4は左頸部と左腰部、対象5は左肩部と左腰部、対象6は左右の肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学的診察の関節可動域測定によって異常の有無を検証した結果、関節可動域測定を実施した全ての部位で異常を確認することができた。一方、左右差の証明が困難なため関節可動域測定を実施しなかった腰部の異常は、西洋医学的診察では確認できなかった。しかし、東洋医学的診察から異常と推測された腰部に治療的介入を加えると、西洋医学的診察において認められた異常が改善したことから、東洋医学的診察から推測した複数の異常部位にはそれぞれ関連性があり、西洋医学的診察では確認できなかった腰部にも異常があることが証明された。以上のことから、東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性を確認することができた。

西洋医学のパラダイムは近代合理主義であり要素還元主義のデカルト科学であり、病因論（病気の原因を追究する）かつアロパシー（反対のことをする）が3本柱である<sup>4)</sup>。したがって、診断は「主訴」から開始され、訴えのある場所および現象に対してその原因を追究する目的で、客観性と再現性を指標に分析的・要素還元的に診察・検査がなされ、普遍的で論理的な診断のもとに治療が実施される。しかし生

体は構成要素が多いだけでなく構成要素間の関わり方が複雑であるため、人体全ての機能をデカルト科学でシステムチック（体系的・組織的）かつダイナミック（動的）に分析することは不可能であり、例えば画像で現れる客観的な異常よりも客観的に示すことのできない（主に画像に映らない軟部組織の異常や自律神経・心の問題など）原因による非特異的腰痛においては画像診断が全く当てにならず、西洋医学の客観的な分析には限界があるといえる<sup>4)</sup>。また今回の対象のように、肩関節および頸部の可動域に左右差を認め関節の機能障害を有しているにもかかわらず自覚がなければ、西洋医学では診断・治療の対象にすらならない。東洋医学的診察は「主訴」に捉われないという点で、西洋医学的診察と大きく異なる。これは東洋医学と西洋医学における健康と病気の捉え方の違いによるものである。『難経』の七十七難には「上工治未病。中工治已病者。」<sup>15)</sup>とあり、また『素問』四氣調神大論篇第二には「是故聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，此之謂也。夫病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬猶渴而穿井，鬪而鑄錐，不亦晚乎。」<sup>16)</sup>とあり、対象が病気を自覚する前に、すなわち「未病」の段階で治療することが重要であるとされているためである。これは日本統合医療学会における統合医療の定義、「患者中心の医療であり、身体・精神、社会、霊性を含めた全人的医療、疾病を治療するだけでなく、疾病にかからないように健康維持・増進、疾病予防を重視する、生老病死の人の一生を包括的にケアする医療」<sup>17)</sup>と合致するものであり、東洋医学が日本の医療の選択肢として存在価値を示す根拠になると考えられる。

西洋医学による関節可動域制限の診断・治療では、関節可動域制限を有する関節を診察しその原因を精査して、当該関節に治療が行われる。しかし今回は、西洋医学的診察で明らかとなった各関節の関節可動域制限に対して、東洋医学的診察をもとに当該関節に直接的な影響が加わらない部位に治療的介入を実施した結果、全ての対象において関節可動域制限が改善した。このことは、関節可動域制限の治療において当該関節に捉われない新たな治療の可能性を示唆しているものと考えられる。再生不良性貧血を東洋医学で治療した患者の記した「運命の血液 - 再生不良性貧血との闘い - 」という本のあとがきに、「私に対する問い合わせの中で最も多かったことは、漢方薬店名を知りたいということと、現代医学にも東洋医学にも精通した医師を紹介してほしいということでした。この事実は、現代医学の不備をよく示していると思います。私は病院生活の中で、いつも後ろめたい気持ちがありました。それは、漢方薬を隠れて飲んだことです。病院の殆んどは、容易には漢

方薬を認めてはくれないのではないのでしょうか。医療は、現代医学とか東洋医学に片寄らず、病気の内容によってそれぞれの長所をもって治療される日が一日も早く来ることを望んでおります。」<sup>3)</sup>とある。東洋医学と西洋医学とでは根本的なシステムが根底から異なるため<sup>18)</sup>、東洋医学による診察・治療のメカニズムを西洋医学的手法で説明することは困難であるが、東洋医学の理論で実施した事象を西洋医学的手法で客観的に検証していくことは可能であり、西洋医学を主体とした現代医療体系の中で東洋医学を普及させるためには、必要不可欠なことだと考える。

#### 【参考文献】

- 1) クローズアップ現代 新型出生前検査 導入から1年 ～命をめぐる決断 どう支えるか～：  
<http://www.nhk.or.jp/gendai/articles/3491/1.html> (accessed July 25, 2016. )
- 2) 矢数道明：尾張藩医宗浅井家の業績と国幹の「告墓文」について。日本東洋医学雑誌，44 (3)：1-11，1994.
- 3) 寺澤捷年：東西医学の融和による新世紀医療の構築。日本東洋医学雑誌，53 (1・2)：11-5，2002.
- 4) 小川卓良：明日に伝えるために，今こそ大変革が必要である - 西洋医学より東洋医学の方がより本質的であるが，このままでよいのだろうか？ -。全日本鍼灸学会雑誌，65 (2)：79-90，2015.
- 5) 藤本蓮風：弁積鍼道秘訣集。緑書房，1983.
- 6) 中野哲：東西の医学結合を考える。日東医誌，56 (5)：769-778，2005.
- 7) 新井信，清水美衣，高士将典：東海大学医学部における選択科目「東洋医学」の教育上の問題点。日本東洋医学雑誌，57：225-231，2006
- 8) 二宮裕幸，土佐寛順，嶋田豊，他：人間ドック受診者における脈診・舌診・腹診の検討。日本東洋医学雑誌，44 (3)：141-151，1994.
- 9) 長坂和彦，土佐寛順，巽武司，他：漢方医学的脈候，舌候，腹候の関連性に関する検討。日本東洋医学雑誌，49 (1)：35-50，1998.
- 10) 和辻直，関真亮，篠原昭二，他：総合型人間ドックにおける東洋医学の健康評価の有用性。バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，11 (1)：35-42，2009.
- 11) Jia YH, Chen SY, Lu ZP: Relationship between tongue colour and cardio-vascular function. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 15(6), : 331-333, 1995.
- 12) 矢倉宏祐，阪上皖庸：東洋医学的舌診と西洋医学的な心臓，肺臓病変の関連性について。日本未病システム学会雑誌，14(2)：267-269，2008.
- 13) 藤本蓮風，平田耕一，山本哲斉：鍼灸舌診アトラス - 診断基礎と臨床の実際。p7-59，自然社，1983.
- 14) 藤本蓮風：胃の気の脈診。p 3-80， p 26-27，森ノ宮医療学園出版部，2002.
- 15) 『難経』：  
<http://aeam.umin.ac.jp/siryoko/digitaltext/nangyo.htm> (accessed July 15. 2016)
- 16) 于泊海編：袖珍中医四部經典，p9-10，天津科学技术出版社：1986.
- 17) 日本統合医療学会：統合医療とは。  
<http://imj.or.jp/intro> (accessed July 25, 2016.)
- 18) 浅岡俊之：漢方医学の歴史：臨床家が漢方医学の歴史をふまえることとは。日本東洋医学雑誌，58 (3)：407-412，2007.

# **Oriental medicine–based examination, its consistency with Western medicine–based examination, and its clinical significance in modern medicine**

**Ryohei FUKAO, Yuta NOSE, Masashi MISUMI, Syuro AOKI, Ryota KOJIMA,  
Takahisa IWATA, Kazuhisa MATSUMOTO**

*Meiji University of Integrative Medicine*

## **Abstract**

Six healthy men with no chief complaint (mean age,  $21.8 \pm 2.6$  years; mean height,  $171.5 \pm 3.9$  cm; mean weight,  $63.5 \pm 10.8$  kg) were examined to predict anatomical sites with abnormalities based on oriental medicine, and measurement of range of motion, which is commonly used in Western medicine, was performed to confirm the presence of abnormalities. Measurement of range of motion confirmed abnormalities at all tested body sites consistent with the abnormalities predicted by oriental medicine. Range of motion was not measured in the lower back due to difficulty in specifying abnormalities as occurring on either the right side or on the left side. Instead, alleviation of abnormalities of the corresponding site was confirmed by therapeutic intervention, suggesting the association between oriental medicine–predicted abnormalities and the sites responding to the intervention. Thus, abnormalities in the lower back, which could not be not directly confirmed by Western medicine–based examination, were proven. Taken together, consistency between oriental medicine–based examination and Western medicine–based examination was confirmed. Examination in oriental medicine is not restricted by chief complaints, in clear contrast to examination in Western medicine. Thus, oriental medicine can diagnose and treat dysfunctions with no chief complaint that would be overlooked using only Western medicine, indicating that oriental medicine should be used more in our modern medical practice.



# スポーツ傷害を予防するための東洋医学の役割

—左母指痛を生じた女子プロゴルファーに対する東洋医学的介入からの考察—

松本和久

明治国際医療大学

要旨: 約1年前に発症した左母指痛により, 左手を用いた練習が不可能となった女子プロゴルファー(右利き)に対して, 東洋医学的に身体機能を改善することで適切なバイオメカニクスのゴルフスイングに導き, 左母指痛を伴わない通常の左手を使用したゴルフスイングを可能にした経験から, スポーツ傷害の予防およびパフォーマンスの向上のための東洋医学の役割について考察した.

プロゴルファーの傷害の多くは過用に起因するものであり, その傷害を予防するための方法の一つとして, 適切なバイオメカニクスによる運動の習得が必要である. しかしバイオメカニクスで明らかにできる内容は実際に行われる運動における筋活動のごく一部であり, 競技者の運動様式の全てを反映しているものではない.

したがって真に適切なバイオメカニクスによる運動を習得させるためには, 定量的分析である運動学的分析と運動力学的分析による運動分析情報だけでなく, 運動を決定付ける要素である「個体」の身体機能を正常に保つ必要があり, その役割を東洋医学は担えるものと考えられた.

Key words Golf, スポーツ傷害 sport injury, 予防 prevention, 東洋医学 oriental medicine, バイオメカニクス biomechanics

## I. はじめに

ゴルフは世界中で約60万人が楽しんでいるグローバルなスポーツであり<sup>1)</sup>, わが国においてもゴルフ人口は一千万人を超えている<sup>2)</sup>. 一般的にゴルファーがゴルフのプレイ中に負傷する危険性は最小であるとされているが, 実際には無数の潜在的な治療対象となっており<sup>1)</sup>, Leeは米国の調査において100名のゴルファーあたり15.8の傷害を年間集計傷害率として報告している<sup>3)</sup>. プロゴルファーとアマチュアゴルファーを対象としたゴルフ傷害の原因を調査した報告では, アマチュアゴルファーは, 過度なプレイや練習が28.9%, 悪いスイング力学21.2%, 地面を叩く24.2%, 過剰なスイング12.0%, ウォームアップ不足8.4%, スイング中の捻れ3.1%, 握り方またはスイングの変更3.7%, 転倒3.4%, パッティング時の体幹の屈曲1.1%, カートによる二次的な傷害2.5%, ボールが当たる5.1%であり, プロゴルファーは, 過度なプレイや練習が79.9%, 地面を叩く11.8%, スイング中の捻れ5.3%, 転倒0.6%, パッティング時の体幹の屈曲1.5%, ボールが当たる

0.9%であったとされており<sup>4)</sup>, アマチュアゴルファーにおいては傷害の原因が多岐にわたるが, プロゴルファーにおける傷害の原因は主に過度なプレイや練習による過用であるといえる.

過用による傷害を予防するための方法の一つとして, 適切なバイオメカニクスによる運動の習得がある<sup>5)</sup>. しかしバイオメカニクスで明らかにできる内容は実際に行われる運動における筋活動のごく一部であり, 競技者の運動様式の全てを反映しているものではない. したがって真に適切なバイオメカニクスによる運動を習得させるためには, 定量的分析である運動学的分析(kinematic analysis)と運動力学的分析(kinetic analysis)による運動分析情報だけでなく, 東洋医学的所見を含めた詳細な身体機能と統合して解釈した上で指導する必要があると考えられる.

本稿では, 約1年前に発症した左母指痛により左手を用いた練習が不可能となった女子プロゴルファー(右利き)に対して, 東洋医学的介入により身体機能を改善することで適切なバイオメカニクス

のゴルフスイングに導き、左母指痛を伴わない通常の左手を使用したゴルフスイングを可能にした経験から、スポーツ傷害の予防およびパフォーマンスの向上のための東洋医学の役割について述べることにする。

## II. 対象

対象は、2013年にプロテストに合格した25歳の女子プロゴルファーで、身長は155cm、体重は65kgであった。

## III. 現病歴

約1年前に、ゴルフの練習中に左母指痛が出現する。

左母指痛が出現した当初、整形外科にて精査した結果、骨折や靭帯および腱の損傷は認められず左母指中手指節関節の関節炎と診断された。2度、関節注射を施行されるが疼痛は改善せず徐々に悪化し、現在は左手を使用したゴルフスイングは不可能となり、右手一本で練習している状態である。

ゴルフ以外の動作で左母指痛が出現することはなく、日常生活には支障はない。

## IV. 既往歴

特記すべきことはない。

## V. 西洋医学的所見

左母指に発赤、腫脹、熱感は認められず、わずかに左母指球筋の緊張が亢進しているが著明な圧痛は認めない(図1, 2)。また損傷の可能性が疑われる左母指中手指節関節の尺側側副靭帯は、左母指中手指節関節10度屈曲位での尺側方向への側方偏位に左右差は認められなかった。ドケルヴァン病を確認するための“フィンケルシュタイン・テスト”も陰性であった。

両上肢の関節可動域、徒手筋力はいずれも正常であったが、左母指中手指節関節屈曲の徒手筋力検査時、左母指中手指節関節周囲の掌側にわずかに疼痛を認めた。

## VI. 東洋医学的所見

### 1. 望診

#### 1) 気色診

神あり。

#### 2) 舌診

(1) 舌質：舌尖と舌辺に紅点を認めるが舌色は淡紅で、舌下静脈の怒張も認められず、正常舌であった。



図1. 対象の手指の状態(背側)

左母指に発赤、腫脹は認められず、左右差も認められない。



図2. 対象の手指の状態(掌側)

左母指球が右側と比較して、わずかに肥大して見える。

(2) 舌苔：白薄苔で、湿潤も正常であった。

### 2. 切診

#### 1) 脈診

一息三至半，中，緩滑であった。

原南陽の押し切れの脈は認められなかった。

太谿，衝陽の脈はいずれも認められた。

#### 2) 腹診<sup>6)</sup>

左肝相火に邪を認めた(図3-a)。

#### 3) 背候診

左腎俞に虚の反応を認めた。

#### 4) 経筋の状態

上肢は右<左で、手の陽明大腸経，手の太陽小腸経，手の太陰肺経，手の厥陰心包経に，下肢は右<左で，足の太陽膀胱経，足の少陽胆経，足の陽明胃経，足の厥陰肝経に，経脈不利による経筋の柔軟性の低下を認めた。

## VII. 弁証論治

### 1. 病因病理の仮説

西洋医学的所見において、主訴のある左母指中手指節関節には発赤、腫脹、熱感は認められず、外転、内転方向に他動的強制を加えても不安定性は認められず、左母指痛を再現することは出来なかったこと

から、左母指中手指節関節には構築学的な異常はないものと考えられた。しかし徒手筋力検査において、左母指中手指節関節の屈曲時に、左母指中手指節関節周囲の掌側に疼痛が再現された。このことから、左母指中手指節関節を抵抗に打ち勝つように強力に屈曲すると、左短母指屈筋に負荷がかかり左短母指屈筋の停止部に疼痛を生じているものと考えられた。

一方東洋医学的所見では、背候診で腎の弱りが少し認められる程度で、舌診や脈診には特に異常は認められなかった。しかし手の陽明大腸経、手の太陽小腸経、手の太陰肺経、手の厥陰心包経、足の太陽膀胱経、足の少陽胆経、足の陽明胃経、足の厥陰肝経の経筋は、右<左で経脈不利による柔軟性の低下を認めた。また、夢分流の腹診は身体の異常部分を表出することが可能であり<sup>6)</sup>、腹診における左肝相火の邪は左上肢の異常を表出したものと考えられた(図3-b)。

以上のことから、左母指痛が発症した病因病理について次のような仮説を立てた。

プロゴルファーにとって飛距離を伸ばすことは重要であり、そのためにはゴルフクラブのヘッドスピードを上げる必要がある。しかし対象の身体は、手の陽明大腸経、手の太陽小腸経、手の太陰肺経、手の厥陰心包経、足の太陽膀胱経、足の少陽胆経、足の陽明胃経、足の厥陰肝経の各経筋の経脈不利によりこれらの経筋の柔軟性が低下したことで、肩関節の屈曲・回旋、前腕の回旋、腰部と股関節の回旋の円滑な可動性が制限されることで、力強くスピードのあるゴルフスイングを行うことができない状態であった。そのため対象はこの身体状態でゴルフクラブのヘッドスピードを上げるために、身体の中で動きが制限されていない、最もゴルフクラブに近い場所である左母指を屈曲することでゴルフクラブを加速しようとしたため、左短母指屈筋を過用し、左短母指屈筋の停止部に疼痛が出現したものと考えた。

## 2. 仮説の検証

### 1) 診断即治療

東洋医学では、「診断即治療」という言葉があり、「診断」と「治療」は一義といえる。そこで、手の陽明大腸経、手の太陽小腸経、手の太陰肺経、手の厥陰心包経、足の太陽膀胱経、足の少陽胆経、足の陽明胃経、足の少陰腎経、足の厥陰肝経の合穴である両側の曲池穴、小海穴、尺沢穴、曲沢穴、委穴中、陽陵泉穴、足三里穴、陰谷穴、曲泉穴を、動的取穴法<sup>7)</sup>を用いて取穴し、セイリン株式会社製ディスプレイ鍼 No. 5(0.25)×40mm を用いて刺鍼し平補平瀉

した後、日本の伝統的医術の一つである“解釈”<sup>8,9,10)</sup>を用いてこれらの経筋を整えた。

### 2) 実際にボールを打つことによる検証

診断即治療の直後に通常使用しているドライバーとアイアンを用いて実際にボールを打ち、左母指の疼痛状態を検証した。その結果、ドライバーとアイアンのいずれを使用した場合においても左母指の疼痛は出現しなかったことから(図4)、仮説は証明された。

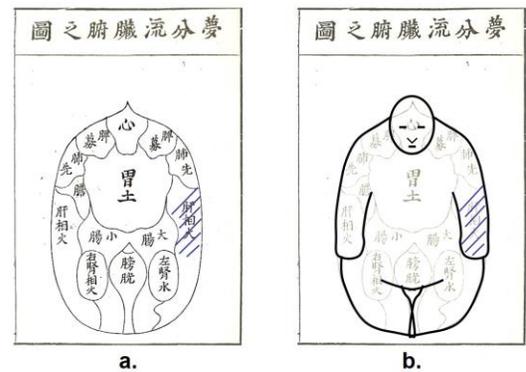


図3. 夢分流腹診<sup>6)</sup>

a. 対象は左肝相火に邪を認めた。b. 夢分流腹診では臓腑の異常を知ることができるだけでなく、身体の異常部位を知ることができる。そのため対象の場合は、身体の異常部位(左上肢)が腹診に投影されて表出されたものと考えられた。



図4. 東洋医学的介入直後のゴルフスイング

a. アイアンで実際にボールを打った後のearly follow through.  
b. ドライバーで実際にボールを打った後のearly follow through.  
いずれも左母指痛はなく、ボールを打つことが可能となった。

## VIII. 考察

右利きのゴルファーの左母指はスイング中に過外転されるため、特に傷害が発症する危険性が高いとされている<sup>5,11)</sup>。同様に Cohn MA らは、手と手首の腱炎は、ゴルファーの先導する手(右利きのゴルファーの場合は左手)が関与する傾向があるとして、スイングのトップの位置での左母指の過度な伸展と左手関節の過度な撓屈が、尺側手根屈筋、橈側手根屈筋、長母指伸筋、および尺側手根伸筋などの腱鞘炎発症に関係しているとしている<sup>12)</sup>。また、右利きのゴルファーでは右手で左母指を包み込むようにクラブを

把持するが、Hsu WC らは包み込まれる左手の第一中手骨頭が右手掌部の正中神経を機械的圧迫することで右正中神経の神経障害が生じることを報告しており<sup>13)</sup>、右手の正中神経の神経障害を生じる機械的圧迫力が左手の第一中手骨頭よりも少しだけ遠位に移動すると、第一（母指）中手指節関節を傷害する可能性も考えられる。しかし対象は、左母指中手指節関節の炎症を抑制する薬を投与しても症状は改善せず、母指が過度な外転や伸展を強制されることで生じる母指の中手指節関節の尺側側副靭帯損傷や、橈側手根屈筋の腱障害およびドケルヴァン病も否定された状態で疼痛が持続していた。

一方東洋医学的所見では、対象は外感病や臓腑病に関する所見は認められず、主に経筋の異常を示す所見が認められた。ゴルフスイングは、address position (図 5-a)、early back swing (図 5-b)、late back swing (図 5-c)、top of swing (図 5-d)、down swing (図 5-e)、acceleration (図 5-f)、early follow through (図 5-g)、late follow through (図 5-h) の 6 つの相に分けて説明されることが多く<sup>1,14)</sup>、一般

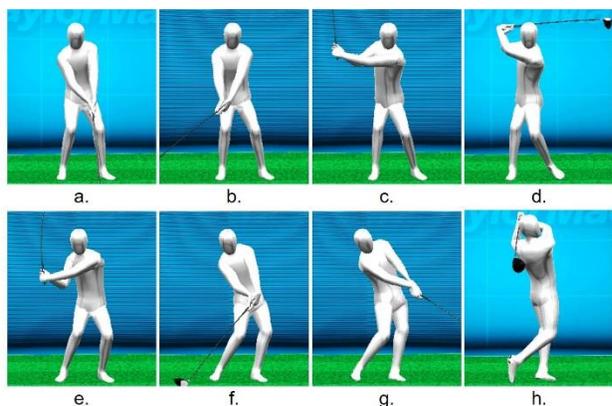


図5. ゴルフスイングの相

a. address position; b. early back swing; c. late back swing; d. top of swing; e. down swing; f. acceleration; g. early follow through; h. late follow through.

的な右利きにおける左母指の傷害は、top of swing (図 5-d) での左母指の過伸展と過外転により生じるとされているが、対象の左母指の疼痛はdown swing (図 5-e) で生じていた。そこで左母指痛の原因を、「手の陽明大腸経、手の太陽小腸経、手の太陰肺経、手の厥陰心包経、足の太陽膀胱経、足の少陽胆経、足の陽明胃経、足の少陰腎経、足の厥陰肝経の各経筋の経脈不利により各経筋の柔軟性が低下したことで、肩関節の屈曲・回旋、前腕の回旋、腰部と股関節の回旋の円滑な可動性が制限されることで、力強くスピードのあるゴルフスイングを行うことができない状態を代償するために、身体の中で動きが制限されていない最もゴルフクラブに近い場所である左短母指屈筋の力を用いたことで、左短母指屈筋は過用となり、左母指内転筋の停止部に疼痛が出現したもの」と仮説を立てた。そしてその検証として、左

母指周囲以外の場所に日本の伝統的な東洋医学的手法による介入を加えることで経筋の異常を改善した後、実際にボールを打つことで左母指痛の有無を確認した。その結果、各種クラブを用いてボールを打つても左母指痛は出現せず (図 4)、仮説は証明された。

一般的にゴルファーがゴルフのプレイ中に負傷する危険性は最小であるとされているが、実際には無数の潜在的な治療対象となっている<sup>1)</sup>。ゴルファーの傷害の原因について調査した報告では、負傷者の80%以上は過用性(酷使)に起因したとされている<sup>1,12)</sup>。適切なバイオメカニクスは効率の良い動作をもたらすことから<sup>5)</sup>、過用による傷害のリスクを軽減するためには、不適切なバイオメカニクスを改善する必要があるとされている。しかし運動制御理論によると、運動は「個体」・「課題」・「外環境」の間の相互作用から生じるものであり<sup>15)</sup>、練習場という「外環境」において、“ボールを目的の場所に正確に飛ばす”という「課題」を、「個体」の身体機能を用いて解決するための方策として、「運動様式」＝「ゴルフスイング」が生まれる。その過程において、目標とするゴルフスイングを視覚的に学習したり、あるいは身体の使い方を他者から指導されたりするが、最終的には「個体」の身体機能によって決定される。バイオメカニクスは、運動により生じる各関節の関節モーメントや重心移動などを知ることができるが<sup>2,14,16)</sup>、運動に関わる全ての筋の筋活動を知るには至っていない。したがって、適切なバイオメカニクスを獲得したからといって、適切な部位の筋活動が獲得されているとは限らない。

今回の対象はプロゴルファーであり、基礎的なゴルフスイングの技術は習得しており、適切なバイオメカニクスによるゴルフスイングを行っていたと考えられる。そのため通常であればtop of swingの時期に生じるはずの左母指痛は出現していなかったものと考えられる。しかし東洋医学的には多くの経筋に異常が生じており、適切なバイオメカニクスを引き出すための筋活動に異常が生じ、down swingの時期に左母指痛を生じたものと考えられた。

現在、様々な運動に対して定量的分析によるバイオメカニクスが明らかにされている。しかしそれらのデータは、運動の一部を反映しているに過ぎない。したがって、スポーツ傷害を予防しパフォーマンスを向上するためには、運動を決定付ける要素である「個体」の身体機能を正常に保つ必要があり、その役割を東洋医学は担えるものと考えられた。

#### 【参考文献】

- 1) Andrew J McHardy, Henry Pollard: Golf and upper limb injuries: a summary and review of

the literature.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1175860/> (Accessed Aug 5, 2016)

- 2) 川上泰雄, 井出敦夫, 野澤むつこ, 他: ゴルフスイング中の筋活動およびキネティクス: プロゴルファーの事例研究. *スポーツ科学研究*, 3: 18-29, 2006.
- 3) Alexander D. Lee: Golf-related stress fractures: a structured review of the literature. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 53(4) : 290-299, 2009.
- 4) McCarroll JR: The frequency of golf injuries. *Clin Sports Med*, 15(1) : 1-7, 1996.
- 5) 靱山日出樹, 赤坂清和, 河西理恵, 他総監修: 臨床スポーツ医学. 医学映像教育センター, 39-75, 298-328, 2009.
- 6) 藤本蓮風: 弁積鍼道秘訣集. 緑書房, 1983.
- 7) 松本和久: 委中穴の圧痛を指標とした従来の取穴法と動的取穴法との比較. *日本東洋医学研究会誌*, 1: 23-27, 2015.
- 8) 松本和久: 日本における東洋医学の発展に向けて. *日本東洋医学研究会誌*, 1: 3 - 7, 2015.
- 9) 太田晋斎: 按腹図解.  
<http://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/832949>  
(Accessed July 2, 2012)
- 10) 松本和久: 柔道整復学に関する文献的考察～“按摩”と“整骨”の関連性と柔道整復学研究の方向性について～. *明治国際医療大学誌*, 7: 7-19, 2012.
- 11) Frank H. Netter: Netter' s Sports Medicine. p368-378, Elsevier Inc. 2010.
- 12) Cohn MA, Lee SK, Strauss EJ: Upper extremity golf injuries. *Bull Hosp Jt Dis*, 71(1) : 32-38, 2013.
- 13) Hsu WC, Chen WH, Oware A, Chiu HC: Unusual entrapment neuropathy in a golf player. *Neurology*. 59 : 646-647, 2002.
- 14) A McHardy, H Pollard: Muscle activity during the golf swing. *Br J Sports Med*, 39 : 799-804, 2005.
- 15) 田中繁, 高橋明監訳, Anne Shemway-Cook, Marjorie H. Woolacott 著: モーターコントロール. p3-30, 医歯薬出版, 2005.
- 16) 矢澤周一郎, 丸山剛生: ゴルフスイング時におけるスイング動作姿勢と左右上肢の力発揮パターンの解析.  
[http://www.tm.hum.titech.ac.jp/~maruyama/H1703\\_yazawa.pdf](http://www.tm.hum.titech.ac.jp/~maruyama/H1703_yazawa.pdf) (Accessed Aug 5, 2016)

# **Role of oriental medicine in preventing sports injury: oriental therapeutic intervention in a female professional golfer with pain in the left thumb**

**Kazuhisa MATSUMOTO**

*Meiji University of Integrative Medicine*

## **Abstract**

By providing an oriental therapeutic intervention, we improved physical function of a right-handed female professional golfer who had developed pain in the left thumb approximately 1 year earlier and was unable to perform training using the left hand. This intervention enabled her to master a biomechanical golf swing involving regular use of the left hand without inducing pain. Here, we report the role of oriental medicine in preventing sports injury and improving sports performance. Overuse is a frequent cause of injury among professional golfers. To prevent this type of injury, it is important to understand the biomechanics of proper body movement. However, biomechanical analysis reveals only a part of the muscles activated in each sport/exercise and does not reflect the entire pattern of movement of individual athletes. Therefore, in addition to obtaining information on body movement by performing quantitative kinematics and motion dynamics analysis, it is important to maintain a normal level of physical function, a factor which determines movement, in order to truly master sports and exercise movements with proper biomechanics. Oriental medicine may be an effective way to accomplish this.

# 日本東洋醫學研究會會則

## 第1章 総則

第1条（名称）本会は、日本東洋醫學研究會と称する。

第2条（事務局）本会は、事務局を下記に置く。

〒629-0392 京都府南丹市日吉町保野田ヒノ谷 6-1  
明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター内  
日本東洋医学研究会事務局

第3条（目的）本会は、「内外合一 活物窮理」を目的に平成23年に開塾した春林塾を前身として、日本における東洋医学に関心を寄せる関係職種の人々が、互いの交流と研鑽を重ねることを通じて、この分野の発展と互いの向上を図ることを目的とする。

第4条（事業）本会は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 原則として年1回以上の研究集会・講演会等を開催する。
2. 日本における東洋医学に関する研究資料の収集、他学会・研究会との知識の交流、講習会などの学術・研修活動を行う。
3. 会員名簿を作成する。
4. その他、目的を達成するための事業を行う。

## 第2章 会員

第5条（会員）本会の会員は、個人会員・賛助会員の二種とする。

1. 個人会員は、本会の趣旨に賛同する日本における東洋医学に関係する職種に属する者で、所定の会費を負担するものとする。賛助会員は、本会の趣旨に賛同しこれを援助しようとする個人または団体で、所定の会費を負担するものとする。
2. 会員となるには、役員会の承認を必要とする。
3. 会員となるには、所属・役職・現住所などの所定の事項を記し、会費を添えて事務局に申し込む。
4. 本会を退会したい会員は、その旨を文書によって事務局に申し出、役員会がこれを承認する。
5. 会費納入時より1年間を個人会員、賛助会員として認めることとする。

第6条（会費）会費は、次のごとく定める。

1. 個人会員 年額 一般 3,000円 学生 1,500円
2. 賛助会員 年額 1口 10,000円

### 第3章 役員

第7条（役員）会には下記の役員を置く。

1. 役員会  
会長 1名  
副会長 若干名  
役員 若干名  
役員（庶務） 1名  
役員（会計） 1名
2. 会長と副会長は役員が推薦し、役員会の承認を得てこれを委嘱する。とくに任期は定めな  
い。
3. 会長は、必要に応じて役員会を召集する。

### 第4章 運営

第8条（運営）本会の運営は、役員会が行う。

1. 役員会は、必要に応じて会長が召集する。
2. 役員会は、会長・副会長・役員・役員（庶務）・役員（会計）の選出、会計監査、会員の入  
退会、研究集会の開催などの重要事項について審議する。
3. 役員会は、役員の1/2以上の出席をもって成立し、多数決をもって議事を決する。

第9条（年次報告）会長は年度末に次の報告を行う。

1. 事業計画ならびに事業報告、収支予算ならびに決算
2. 財産目録（会費、寄付金、その他）
3. 役員会で必要と決めた事項
4. その他

第10条（事務）本会の事務的事項は、会長から委嘱された役員（庶務）および役員（会計）が  
処理する。

第11条（会計年度）本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年の3月末に終わる。流動  
財産は郵便貯金または銀行貯金として事務局に保管する。

## 第5章 総会

第12条（総会）役員会は、毎年1回以上の総会を開催し、その参加者の合意を得て必要事項の審議を行い、本会を運営する。

### 附則

## 第6章 研究集会

第13条（研究集会）本会は、会員の交流と互いの研鑽を図るため、研究集会を開催する。

1. 開催回数は毎年1回以上とする。
2. 研究集会の形式・内容は、役員会または役員会が委嘱した組織に一任される。

## 第7章 会の解散

第14条（会の解散）役員会の発議で総会において会の解散が決定されたとき、本会を解散することとする。

### 付則

1. 本会則は役員1/2以上の賛成をもって変更することができる。
2. 本会則は平成27年4月4日より施行する。
3. 本会則は平成28年4月4日より施行する。

# 日本東洋醫學研究會誌 投稿規程

平成 27 年 4 月 4 日

## 1. 投稿資格

責任著者は、原則として本会の会員とする。ただし、編集委員会が認めた場合はこの限りではない。責任著者は投稿原稿が投稿規程に適合しているか確認したうえで責任を持ち投稿する。

## 2. 倫理

本会誌に投稿する論文は、ヘルシンキ宣言の精神に則って行われた研究内容であること。

## 3. 投稿原稿の採否

原稿の採否は、編集委員会によって査読を行ったうえで決定する。なお、原稿の一部削減、修正、加筆などを著者に求めることがある。

## 4. 投稿要領

(1) 原稿の作成は、原則として以下のとおりとする。

用紙設定は A4 とし、タイトル、著者名、所属機関、キーワード (7 つ以内)、和文要旨 (500 字以内)、英文要旨を 1 頁目にまとめ、本文は 2 頁目以降、I. はじめに、II. 方法、III. 結果、IV. 考察、V. 結語、参考・引用文献の順に構成する。

文字サイズは 10.5 ポイント、和文フォントは MS 明朝、英文フォントは Times New Roman とする。

(2) 学術用語以外は常用漢字を用いる。

(3) 数字はアラビア数字を用い、単位は原則として国際単位系を用いる。いずれも半角での表記とする。

(4) 原稿の枚数は制限を設けない。

(5) 図表は原稿とは別に、1 スライドあたり 1 図表で、プレゼンテーションソフトにて作成する。必要によっては、各図表のタイトル外に図説を挿入すること。

(6) 参考・引用文献は、本文に用いられたものだけを引用順に、本文の右肩に番号をつける。  
(例) ..... ・と報告している<sup>4-6,8,10</sup>。

(7) 参考・引用文献は以下の例のように記載する。

#### ①雑誌記載例

雑誌の場合は、著者氏名：論文表題。雑誌名，巻：初頁-終頁，発行年（西暦）の順に書く。著者が4名以上の場合には、4番目以降の著者名は略し、「et al」または「ら」をつける。

(例)

1)山田太郎，大垣直助，濱田次郎ら：訪問リハビリテーションにおけるリスク管理について。  
日本在宅リハビリテーション学会誌，26：128-138，2003。

2)Kurimoto M, Fukuda H, Satou K, et al: Recovery process in CVA patients by fMRI . Journal of Rehabilitation Medicines, 36:118-131, 2005.

#### ②単行本記載例

単行本の場合は、著者または編者：論文表題。書名，巻数，版数，発行社，発行地，初頁-終頁，発行年。を記載する。

1) 中村五郎：臨床神経内科。福村四郎，穂高新，川元美紀編：パーキンソン病の薬物療法，医学教育出版，東京，pp 45-58，1999。

2) Mac K: Assessment of Human Posture. In Friedman H and Smith A (eds): Ability of dynamic balance control in elderly people , Vol 19, Medical Press, New York, pp65-78, 1998.

(8) 原稿の投稿は以下のとおり行う。

①原稿と図表の電子データを電子メールの添付ファイルとして下記まで送付する。

提出先：k\_matsumoto@meiji-u.ac.jp (松本和久)

件名：「日本東洋医学研究会誌原稿の提出」 で送付。

②原稿の電子データの形式は Microsoft Word，図表の電子データの形式は Power Point が望ましい。

---

## 編集後記

---

2016年の『Clinical Anatomy 29』に、大腿四頭筋の外側広筋と中間広筋の間に新しい「筋」が発見されたという報告が載った。形状が「ネズミ=mus」に類似していることから“muscle”と名付けられた西洋医学における「筋 (muscle)」に関する研究は、現在も発展し続けているようである。

では、東洋医学における「筋」はどうであろう。

日本において“muscle”に対する訳語が「筋」と定められるのは、1774年に記された『解体新書』による。

Chinaでは、1851年に編纂された『全体新論』における“muscle”に対する訳語は、「肉」、「動肉」、「肌」、「肌肉」であり、1881年に刊行された『全体闡微』から「肌」となり現在に至る。興味深いことにこれらの書物（全体新論・全体闡微）には「脳気筋」、「脳筋」、「気筋」、「筋」の記載があり、「筋」は“nerve”の訳語である。

“nerve”の訳語は『解体新書』で「神経」と定められ、それがChinaに伝わるのは1908年に丁福保の編纂した『新内経』の刊行による。

東洋医学における「筋」は、現在の「筋 (muscle)」とは異なり、muscle, nerve, tendon, ligament を包括した概念であったと考えられる。したがって古典における「経筋」の治療は、そのことを理解した上で現在の知識に即した形で発展させる必要があると考えるが、各務文献が1810年に東洋医学における当時の「筋」の概念に異論を唱えてから約200年たった現在、当研究会以外ではその兆しすら見えない。

無礼を承知で申し上げますので、反論がありましたら、是非とも論文にしてご投稿下さい。

平成28年11月29日

日本東洋醫學研究會会長 松本和久

---

日本東洋醫學研究會誌 2016 vol.2

---

編集・発行	日本東洋醫學研究會誌 編集委員会
発行日	平成28年12月23日
発行者	日本東洋醫學研究會

---