

プライマリー・ヘルス・ケア・システム における伝統医学の存在意義

†渡邊勝之, 篠原昭二

明治鍼灸大学・鍼灸診断学

1. 緒 言

“科学・技術”は文明の発展に多大なる貢献をしてきたが、反面様々な問題も引き起こしてきたと言えよう。現在、様々なレベルで対応策が議論されているが、それらの問題を個別に議論し対応しても解決するのは困難であろう。なぜならそれらの問題は密接に関係しており、同じ根から発した問題であると思われるからである。ゆえに思考の枠組みとして“分析知”のみではなく、“総合知”が求められているのである。ここに東洋思想および東洋医学が再評価された一因があり、果たすべき役割がある。このような状況をラディカルにとらへ、問題解決をしていくためには、これまでの思想的基盤である近代西欧的枠組みを根底から考え直していく必要がある。だがその際、単に反科学や東洋への回帰を主張するだけでは、根本的な問題解決には至らないであろう。

国際連合の各専門機関においても様々な問題が議論され、対応策が取られている。医学の領域においては、国連4大専門機関の一つであるWHO (World Health Organization : 世界保健機関) が、1978年にアルマ・アタ会議において「西暦2000年までにすべての人々に健康を」(Health for All by the Year 2000 : HFA2000) で有名なアルマ・アタ宣言をした。その目標の実現に向け、WHOでは各国が自国の文化的背景に基づいた保健・医療システムを構築していくことを推進している。とりわけ自国の伝統医学を応用しつつ、プライマリー・ヘルス・ケア (Primary Health care : 以下PHCと略す) システムをつくりあげ

ることの重要性を強調しており、伝統医学の分野においても様々な取り組みがなされている^{1, 2)}。

これらの現状をふまえ、WHOや世界各国における伝統医学への取り組みについて文献調査した。特に鍼灸医学の近代略史と現状を明らかにし、日本における鍼灸医学の現状と比較検討した。それらをもとに鍼灸医学の存在意義および課題、さらには今後の展望について考察した。

2. 伝統医学・東洋医学とは

1) 伝統医学 (traditional medicine) の概念

伝統医学とは、WHO第8次中長期事業計画³⁾によれば「現代科学的医学の確立およびその普及以前に存在した考えに基づいた治療法で、かつ今日においても実践されているものの総称である。」と定義されている。また、伝統医学の呼称以外にも「代替の」(alternative), 「土着の」(indigenous), 「民間の」(folk), 「民族の」(ethno), 「周辺の」(fringe), 「非正統的」(unorthodox), 「非公式の」(unofficial) などの名称で呼ばれることもある。

世界で実践されている伝統医学は表1に示すように多種多様であるが、大きく次の4種類に分類することができる¹⁾。

- (1) 神話的古代医学 : 呪医・シャーマニズムなど
- (2) 単純な伝統医学システム : 口承・民間療法, 民族的療法など
- (3) 体系的伝統医学システム : アーユル・ヴェーダー, ユナニ・ティブ, 中国医学など
- (4) 近代科学的医学 : コスモポリタン医学 (いわ

平成9年6月25日受付, 平成9年10月27日受理

Key Words : 鍼灸医学 Acupuncture-Moxibustion medicine, 東洋医学 Oriental medicine, 伝統医学 traditional medicine, WHO World Health Organization, PHC Primary Health Care

†連絡先 : 〒629-0392 京都府船井郡日吉町 明治鍼灸大学 鍼灸診断学

表 1 : 世界の伝統医学一覧 (文献 3 ~ 14 を参考に作成した)

国	伝統医学
日本	漢方、鍼灸、按摩、マッサージ、指圧、接骨・整骨術など
中国	漢方、鍼灸、導引、気功、チベット医学、モンゴル医学、壮族医学など
インド周辺	アーユル・ヴェーダー、ユナニ・ティブ、シッダ、ヨーガ、自然療法など
ベトナム	南薬、北薬、西薬、鍼灸、マッサージ、体操など
ミャンマー	ビルマ医学
バングラデシュ	ユナニ・ティブ、アーユル・ヴェーダー
インドネシア	スクン・バイ、ジャムウ、植物薬
スリランカ	アーユル・ヴェーダー、シッダ、ユナニ・ティブ、呪医
アラブ諸国	ユナニ・ティブ (アラビア医学)
アフリカ諸国	薬草、占い、マッサージ、呪医、魔法医、シャーマニズムなど
ヨーロッパ諸国	アロパシー、ホメオパシー、自然療法、植物療法、物理療法、鍼灸、温泉療法、カイロプラクティック、ハイルプラクティカー、アロマセラピーなど
アメリカ	鍼療法、アーユル・ヴェーダー、クランデルズモ、ホメオパシー、インディアン医学、自然療法、シャーマニズム、チベット医学など

ゆる西洋医学のことであり、一つの伝統医学として分類する場合もある.)

また実際の治療方法では次の 2 種類に分類することができる。

- (1) 伝統的薬物療法：薬用植物、生薬、漢方薬など
- (2) 伝統的非薬物療法：鍼師、骨接ぎ（接骨）、伝統的出産介護者など

2) 東洋医学 (oriental medicine)

東洋医学とは中国で発祥し日本に伝えられて独特の発展をした伝統医学を指す¹⁵⁾。日本における医学を幕末までは「本道」と呼び、明治以降、西洋医学が主流になったとき「漢方」と呼ぶようになった。それは幕末に興隆した蘭方に対して生まれた呼称である¹⁶⁾。しかし漢方医学と言うと、草根木皮を用いる薬物療法に限局したように印象づけられる傾向があり、また中国医学は日本に伝わってからさらに独自の発達をとげてきたという意味から「東洋医学」と命名された。さらに、近代医学の主流から脱落し、過去の医学として、民間医方に堕しかけていたこの医学を、今日の医学の一環として再生させようという意図も含んで、「東洋医学」と呼称されている¹⁶⁾。この呼称は日本でしか用いられておらず、中国では「中国伝統

医学」(traditional chinese medicine : TCM)、韓国では「韓医学」と呼称されている。「鍼灸医学」とは東洋医学のなかの一つの治療手段である“鍼”および“灸”を用いて施術をおこなう医学をいう。

3. WHO の PHC 戦略における伝統医学

プログラム「西暦 2000 年までにすべての人々に健康を」という目標を達成するには、世界中で伝統医学を PHC の一部として促進、発展、活用させることがどうしても必要不可欠であると考えられた。なぜなら、文明の発達した豊かな社会、多くの先進工業国においては、現代医学に代わるべき何かが模索されており、いわゆるエコロジー運動への同調などが契機として伝統医学が再評価されている。また科学的なヘルス・ケアにつけ加えるべき“癒し”(healing)の形として求められてもいる¹⁷⁾。

一方、広大な領域に及ぶ経済的に貧困な社会では、近代西洋医学の医療施設が決定的に不足しているのが現状である。ゆえに伝統医学が今後も確実に、何億という人たちに供給されるヘルス・ケアの形式であり続けるであろう。さらには近代西洋医学にもとづく排他的システムが、公衆衛生として不適當であるばかりか、現実には有害ですらあ

るということを認めざるを得なくなったからでもある¹⁾。このような価値観の多様化, 疾病構造の変化, 医療費の高騰, あるいは医療経済の破綻等が伝統医学へ目を向ける要因となっているものと考えられる。

また山田慶児氏は伝統医学復権の要因として次の3項目を挙げている¹⁷⁾。

- ① 1954年以来の中国政府の政策と基礎および臨床の両面にわたる研究の成果
- ② 近代科学に対する批判や反省
- ③ アジアの文化に対する新しいまなざし, 再発見ないし再評価

さらに WHO 事務総長である中島宏氏は「伝統医学の体系は, 中国系, インド系, アラビア系のように系統だったもののみを指すのではなく, いわゆる民間医学といわれる, 各国, 地方の文化, 風俗に根ざしたものまでも含む。これらに注目することによって, 保健において新しい水平線を開き, 新しいパラダイムを作り上げることが期待される。」と述べている³⁾。

1) PHC とは

基本的な保健サービス, 健康に関する自己責任, そして地域社会の健康増進活動を一つの概念としてまとめたものである。PHC の基本的要素として以下の8つが挙げられている¹⁾。

- ① 主要な健康問題に対する健康教育と予防対策
- ② 食糧の補給と正しい栄養
- ③ 安全な水の供給と基本的衛生
- ④ 家族計画を含む母子保健
- ⑤ 主要感染症に対する予防接種
- ⑥ 風土病の予防対策
- ⑦ 一般的な疾病と事故の治療
- ⑧ 必須医薬品の供給

PHC のアプローチにおいては, 地域社会および個人の健康に対する自己責任, および保健ケアの計画立案, 組織化, 計画の実施, および管理に地域住民が参加することが強調されており, 健康に携わる人々すべてのチームワークで地域医療保険の促進をとというのが, PHC の根本であるとされている。

2) 伝統医学プログラム^{1~3, 18~35)}

世界の様々な側面に対応するための伝統医学分

野における WHO の活動は, 1972年の分娩助産者の実態調査から始まり, 1976年には活動目標とする伝統医学プログラム設立に向けて検討が開始された。

伝統医学プログラムの目標に, 下記の3項目が提案された。

- ① 伝統医学に関する現実的なアプローチの促進
- ② 伝統医学の現代科学的基盤による評価
- ③ 伝統医学および現代医学において実証された有用な知識および技術の統合化の推進

また, WHO の伝統医学に対する活動は, 次の4つに大別され活動がなされている。

(1) 政策発展

1976年に WHO は世界保健総会で伝統医学に関する最初の決議を採択した。1979年のアルマ・アタ宣言は PHC を WHO の活動の中心においたもので, WHO の伝統医学に関する活動も基本的にはこの PHC コンテキストのなかで行われる。

(2) 研究

伝統医学の研究は幅広いが, おもな領域は決まっており次の3項目に大別されている。

- ① 薬用植物や TMP (伝統医学従事者: traditional medicine practitioner) の現状の調査研究
- ② 薬用植物や鍼灸がなぜ効くのか, という作用機序 (action mechanism) に関する研究
- ③ 果たしてそうしたものが本当に効くのか, あるいはどの程度効くのか, といった臨床評価 (clinical evaluation) の研究

(3) 教育

伝統医学は各国で教育システムが異なり, それぞれの実状に合わせた教育プログラムが必要となる。技術移転の例としては, 中国政府に協力する形で国際鍼灸教育コースがあり, この制度は鍼の“世界化”に大いに役立っている。

(4) 情報交換

鍼灸の領域では, 情報交換の基本となる経穴・経絡の用語の標準化がなされ, 世界中で鍼の研究・教育に使われている。さらには, 伝統医学システムを PHC において有効利用するには, 主として次の4項目の実現を目指して組織的な努力を行う必要があると提言されている。

- ① 適切なオリエンテーション, 教育, 動機づけを行ってから, 伝統医学システムの現役の人

材を PHC 計画に活用すること。

- ② 伝統医学を現行の近代医学システムを補完するものとして用いるだけでなく、さらに大きなヘルス・ケア・システムに機能的に統合するために、現実的な取り組みを進めること。
- ③ PHC での伝統医学の価値および有用性を高めることを目的として、科学的方法論による研究と評価を行うこと。
- ④ 伝統医学の立証された知識、技術、方法、手段の、ヘルス・ケア・システムへの統合を促進すること。

このような組織化には、並大抵ではない努力が必要とされるであろうが、その努力を通してこそ、それぞれの地域社会、各国の政府、国際機関が密接な協調関係のなかで共同して働くことが可能となり、多くの人々の健康増進が約束されると考えられている。

以上のような活動が WHO により推進されている。しかし誤解してはいけないのは、アルマ・アタ宣言は伝統医学に門を開いたけれども、科学的でかつ社会的に受け入れ可能な方法と技術という条件付きである。すべてのいわゆる「伝統医学」を無条件に推進しているのではない。この前提条件とともに、伝統医学は健康増進のための重要戦略としてしっかり位置づけられているのである。伝統医学が新しい医学システムのなかで、特に PHC の促進に貢献する道を探ることを、WHO は各国に推進しており、10月22日を世界伝統医学デーとして制定している。

3) 鍼に関する WHO の活動状況

伝統プログラムのうち、次の2つが主要な分野と考えられている。

① 鍼の使用

表2 世界鍼灸学会連合会倫理コード

世界鍼灸学会連合会倫理コード

以下の倫理原則は1987年のWFAS設立総会において採択されたものである。
加盟学協会に所属するすべての人々によって遵守されるべきものである。

- 1、人類への奉仕に捧げることを誓う。
- 2、自己の職務遂行にあたり自らの知識と良心とを捧げる。
- 3、自己の職責に誇りと責任を持ち、名誉ある鍼灸の伝統を守り、その発展に努力する。
- 4、自己の患者の健康を第一義としてその秘密を守る。
- 5、適応時のみ鍼灸を行い、また他の分野の医療職との協調のもとに、不適切でまた価値のない治療をしないように努める。
- 6、決して、宗教、国籍、人種、政治的、社会的理由によって、患者に果たすべき義務を変えない。
- 7、自らの利益や、いかなる商業宣伝の目的にも、WFASの名前やWFASとの関係を利用しない。
- 8、常に人体の生理学的・病理学的プロセスにおける、鍼灸の適応をさぐり、たえず鍼灸について最高の水準を保つことに努める。
- 9、プロとしての同僚を尊敬し、治療の有用性や科学的研究によって支持される成果を通し、法的認知と鍼灸の医学的地位の向上に努める。
- 10、ヒトを含む生物医学的研究に関しては、ヘルシンキ宣言（1964年ヘルシンキにおいて採択、1975年東京、1983年ベニスにおいて修正）を遵守する。

〈津谷喜一郎・黒須幸男訳：文献29から引用〉

② 薬用食物ならびに天然物およびそれらの製品の利用

ここでは、①の鍼 (Acupuncture) についてのみ取り上げ、これまでに行われてきた WHO の活動について述べる。WHO では鍼の教育、研究、臨床および情報の交換において、学術用語の国際標準化の必要性を認識し、以下に記す活動がなされてきた。

その活動を年代順に追うと、

(1) 1987年に世界鍼灸学会連合会倫理コードが提出された (表2)²⁹⁾。

(2) 1989年に鍼用語標準化のプロジェクトが完成した^{34, 35)}。

また WHO 科学者委員会における今後の検討課題として以下の8項目が提出された。

- ① 標準鍼用語の普及
- ② 耳穴に関する鍼用語の標準化および基本的学術用語の標準化
- ③ 各国政府による鍼の使用に関する規制
- ④ 鍼に関する教育訓練
- ⑤ 鍼の使用における安全性
- ⑥ 鍼の適応
- ⑦ 鍼用器具
- ⑧ 鍼に関する研究と臨床試験

(3) 1995年に鍼の臨床研究のガイドラインが提出された^{31~33)}。

(4) 1996年には、①比較対照試験に基づいた鍼治療の評価②安全な鍼治療のためのガイドライン③鍼の基礎トレーニングに関するガイドラインの3項目が議論され、②および③は採択された。①については試案で出された鍼灸治療の適応症のリストではなく、これまで行われてきた中国を中心とした臨床研究の結果をまとめ、さらに参加者国内の鍼の臨床研究の文献をまとめることで合意が得られた段階である^{32, 33)}。

また、「鍼に関する会議」において次の4項目が勧告として提出された。

- ① WHO の伝統医学に関するデータベースの充実を図ること
- ② 基礎トレーニングのカリキュラムで用いられている用語の標準化を図ること
- ③ 臨床研究の方法論について受け入れやすいガイドラインを作成すること
- ④ WHO に鍼に関する委員会を設けること

これらを実現していくために、WHO では伝統医学の分野における研究協力センターとして世界の26の主要な研究機関を指定している。伝統医学に関する WHO 研究協力センターは、アフリカ地域に5機関、アメリカ地域に3機関、東地中海地域に3機関、そして日本を含む西太平洋地域に12機関がある。その内の10機関は鍼灸に関する研究機関である。

4) ヘルス・ケアの法的規制に関する各国の政策¹⁾

ヘルス・ケアの法的規制に関する各国の政策は次の4つに大別される。

(1) 排他的 (独占的) システム: exclusive (monopolistic) system

近代医学による医療行為のみが合法として承認され、その他のいっさいの治療法は排除されているため、伝統治療者が治療行為を行うと制裁される。これは、大学教育を受けた医師と歯科医、薬剤師、看護婦など正規の教育を受けた少数の専門家の手でヘルス・ケアが実施されるという独占的システムを規定する法律である。国によっていろいろな修正が加えられており、このシステムはいくつかの形式に分けることができる。

- ① フランス・ベルギー: 厳格、完全、強制的な独占システム
- ② オーストリア: 医療行為をより狭い範囲に限定したシステム
- ③ 旧ソ連と東欧諸国: 国家の供給するヘルス・ケアの独占システム

(2) 容認システム: tolerant system

原則として近代医学にもとづくシステムのみが承認されるが、さまざまな伝統医学の実践もある程度までは法的に容認されている。

- ① ドイツ・イギリス: 公認の医師による医療行為だけが保険制度の対象であるが、医師の資格をもたない者が非公認のヘルス・ケアを供給しても問題はない。

(3) 包含システム: inclusive system

近代医学以外のシステムが法的に承認されている。一定の基準に従うかぎり、治療者は各自の治療形式を合法的に実践することができる。南アジアの大部分の国で制定法となり、実施されている。

- ① バングラデッシュ・スリランカ・インド等:

伝統医学システムが単に容認されているのみならず、それらのシステムも事実上、国家の管理するヘルス・ケア機構の一部として認められそのような形で政府に支持されている。

(4) 統合システム：integrated system

公式のヘルス・システムに複数のシステムを統合させる計画を政府が推進している。そのため統合化された医学従事者教育が公式の政策としてある。伝統医学システムの治療者が承認され、仕事は完全に合法化され、法律による規定を受けている。しかし、19世紀以後、近代科学的医学を基盤にしたヘルス・ケアの主たる構造からはなお分離し、一つのシステムを形成しており、二つの医学システムはまだ統合されているとは言えない。

WHO が支持する政策の下で、ヘルス・ケアの要求を適切に満足させるためには、近代医学と伝統医学が統合したシステムの形を模索する必要がある。

① 中国・ネパール：国のヘルス・ケア・システムに伝統医学が統合されているが、制定法や医学法令といった正規の法律そのものがない。

以上、伝統医学の法的役割の説明を4つにタイプ分けしたが、このタイプ分けをより明らかにするために次の3項目が示されている。

- ① どのタイプに属する医学システムでも近代医学あるいはコスモポリタン医学が優勢をめている。
- ② 排他的システムでは現実の医療実践の場では多元的なものとなっている。
- ③ 統合システムは伝統医学の多くの側面を排除している。さらに包含システムと統合システムは実践面では連続しており、これは排他的システムと容認システムがつながっているのと同様である。

途上国の人たちも、最低限 PHC を受けられるようになる必要がある。そのための手段として伝統医学を支持し、その発展をはかるべきであるとのコンセンサスがWHOを代表として、国際保健の関係者の間に広く行き渡っている。しかし、ヘルス・ケア・システムにおいて伝統医学の役割を高めるかどうかの選択は、近代医学あるいはコスモポリタン医学の世界的な地位によって制限されており、各国の状況によって異なる。

4. 世界の鍼灸医学の現状

1) 中国

(1) 中医学の近代略史^{36~39)}

西洋医学の中国伝来は早く、16世紀ごろに始まる。医家のなかには、西洋医学を研究して中西医学の交流をはかり、中医学を向上させようとする思潮や流派がうまれた。20世紀初めにはこうした中西交流派の医家が増加した。一方、中華民国初期に、国家の近代化の一環としての伝統医学抹殺論が熱心に論議されるようになった。中華民国3年(1914年)、政府は中医中薬の廃止を布告した。このときから36年間、中華人民共和国が成立し、伝統医学の再検討が提唱されるまでは中医学の受難時代となる。中華人民共和国の成立(1949年)から「文化大革命」(1966~1976年)が勃発する前年までの約17年間は、新中国の中医学事業の回復・発展時期といえる。1954年から政府は中医学を保護・発展させる政策に力を入れはじめる。その翌年には、各地から中医学専門家を北京に集めて、国立の中医研究院を創立した。1956年、衛生部と教育部は共同して、北京・上海・広州・成都の四大都市に、国立中医学院を設立した。「文化大革命」という10年に及ぶ政治的混乱によって、中医学事業は教育も含めて散々に破壊され、これまで波にのってきた政策は頓挫した。1980年、全国の中医と中西医結合の工作会議が開かれ、1982年「中医学を含む伝統医学を発展させる」という条文が、初めて国家憲法に記入された。新しい憲法には「現代医薬学とわが国の伝統医薬学を発展させる」という内容が明記され、伝統医学は法律によって保護を受け、その合法的地位が保証された。1985年には「中医学と西洋医学の地位は同等としなければならない」とし、伝統医学を強くバックアップする姿勢を示している。

(2) 教育状況^{36~39)}

1992年に全国の医科大学クラスの中医学院は30校を数え(民族医学院：チベット医学院・壮族医学・蒙古医学など3校を含む)、また西洋医科大学のうち中医薬学部または中医薬学科を開設している大学は15校である。学制では中医学部の本科が5年制、大学院の碩学(修士)および博士課程は3年制である。1991年からは、研究能力が高く、幅広い知識を有する有能な人材を育成するため、

北京・上海・広州の中医学院では7年制の本科コースを開設している。さらには、協和大学ではエリート教育のため8年制を採用している。このほか、3年制の大專教育（短大に相当）や専門学校教育も行われている。1993年、北京と上海の中医学院は、国の認可により「中医薬大学」と校名が改められた。つづいて広州・南京・成都中医学院も「中医薬大学」に昇格した。これは教育の水準と規模がいよいよ向上、発展していることを物語っており、約3割の中医学院では外国からの留学生・研修生を受け入れている。このほか、北京・上海・南京の3都市にはWHOの協力のもと国際針灸教育センターが設置されている。カリキュラムでは中医学と西洋医学授業の時間数の割合は、7.3対2.7で、「まず中医学と西洋医学の基礎知識、その後に臨床課程、最後に卒業実習」という方針が取られており、伝統医学従事者には中医師の他に中西医结合高級医師（高等医薬学院を卒業後、さらに医薬衛生部門に5年以上の臨床経験をもち2年以上の中医学の専門研修を修めたのち、審査に合格した医師・薬剤師などの医療者の総称）も存在する。また、中医学を継承するだけでなく、さらに中医学を発展・向上させるために、次の4項目が実施されている。

- ① 学校教育が主導的な位置をしめている。
- ② 師匠と家伝による教育パターンは依然として存続している。
- ③ 大学院教育と有名老中医に指導される高級弟子の育成などの制度を通じて、高レベルの人材育成が重視されている。
- ④ 中西医结合医学の新分野を志向する人材の育成も行われている。

2) 台湾⁴⁰⁾

台湾の鍼灸術はかつての日本の徒弟制度のように「師徒伝承」であった。1955年に「台北市鍼灸学会」は政府機関の認可を得て、臨床研修会の体制で鍼灸師の養成や台湾の鍼灸界に功績を積んできている。他に「台湾省鍼灸学会」、「中国鍼灸学会」などがある。1975年に新医師法が実施されてから、それまでの鍼灸師は法的に無資格となってしまう、そのため数多くの臨床鍼灸師は台湾を離れ国外へ流出してしまった。そして現在台湾での鍼灸治療の施術は中医師（漢方医）の資格者のみが

施術をしている。しかし、1989年に中医師の試験に鍼灸の試験が追加されたが、鍼灸専門の教育をする機関は皆無に等しい。中医師で実際に鍼灸治療をしているのは実に少数であり、鍼に対する研究が遅れをとっているのも、このような制度に原因があるものと考えられる。

3) 韓国

(1) 韓医学の近代略史^{41~43)}

李朝時代までは韓医学が国民医療の担い手であった。しかし、1900年代に入ると西洋医学文明が導入されることによって、韓医学は大きな試練に立たされた。1900年に「医士規則」が制定公布され、韓医学と西洋医学の両医学を重要視し、両医学の併用が制度化された。1905年には日本式医療行政が導入され、西洋医学中心の医療体制に変更された。特に1910年からは日本で実施された漢方医学から西洋医学に移行する医療政策が、韓国においても同じように施行されたため、韓医学は衰退の一途をたどった。

ところがこの西洋医学一辺倒の政策は

- ① 西洋医師や医薬品の不足
- ② 高額な医療費
- ③ 西洋医学に対する国民の不信感

などによって、成功せず韓医学を無視することができなくなった。苦肉の策として1913年に「医生規則」により、学問的な知識がなくても申告によって容易に資格が得られる規則をつくった。この規則により1945年の終戦まで、行政上重要視されなかったが、廃れることなく国民医療として継承された。1947年に「東洋医学会」が結成され、1951年に「漢医師制度」が成立した。1952年に「国民医療法」が制定され、東洋医学と西洋医学による医療の二元化が制度化され、韓医学が起死回生することとなった。1986年には医療法が改正され「漢医学」の代わりに、韓国の伝統医学としての位置付けとして「韓医学」に名称変更された。さらに1987年には韓方医療保険の適用が開始された。

(2) 教育概要^{41~43)}

教育制度では、「東洋大学館」が1952年に「ソウル漢医科大学」として昇格した。その後、東洋医科大学となり、1964年に総合大学である「慶熙大学校」に合併された。そして1966年に慶熙大学校大学院に「漢医学科」が新設され、1974年には

「博士課程」が新設された。1970年までは慶熙大学校一校のみであったが、1980年代に入ると次々と韓医学部が新設され、全国の11大学に韓医学部が設けられた。韓医学部は6年制となっており、予科2年間で教養科目以外に西洋医学と東洋医学の基礎的な科目を学ぶ。本科は4年制になっており、4年間の間に東洋医学に関する基礎および臨床の科目を学ぶ。

韓国にはWHO 伝統医学協力センター指定機関として認定されている機関が二カ所ある。慶熙大学校東西医学研究所とソウル大学校天然物研究所である。慶熙大学校東西医学研究所は主に韓方方剤、鍼灸の有効性を科学的に立証する韓医学の臨床面での研究が活発に行われており、ソウル大学校天然物研究所は韓国の伝統薬物および広範囲な天然物を対象にした研究所として意欲的に活動を行っている。

4) アメリカ合衆国

(1) アメリカにおける鍼灸医学の近代史^{9,10,44,45)}

1982年にNACSCAOM (National Accreditation Commission for Schools and Colleges of Acupuncture and Oriental Medicine) とNCCA (National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine) という二つの機関を創設し、前者は鍼灸学校の基準を制定し、後者は鍼灸および湯液の免許制度を制定する機関が発足した。

1992年国立保健研究所 (National Institutes of Health : NIH) 内にオルタナティブ医学局 (office of Alternative Medicine : OAM) を創設し、オルタナティブ療法の公正な科学的評価を促進することを使命とした。

また、1994年には鍼療法の研究と実践についての証拠を提供するためにOAMとFDA (食品医薬品局) の共催で鍼療法に関するワークショップが開かれた。当時、実際には広範に行われていたが、鍼は「研究用器具」に分類されていたので、鍼治療は厳密には米国全土で違法であった。1996年に分類の見直しが認められ、鍼は現在免許、登録または資格をもつ療法士 (practitioner) による「一般的な鍼治療」に分類されている。しかし、FDAの承認は鍼治療を50州すべてで実施できることを意味しているのではない。各州の議会は医

療行為について独自の決定を行うからである。33州とワシントンD.C.において、鍼灸師による鍼灸治療は合法と認められており、現在40以上の鍼灸学校が存在しており、計1万人以上の、州またはNCCAで認可された鍼灸師が登録されている。米国の鍼灸免許制度では、いったん免許取得しても2年ごとに30時間以上の鍼灸学校において教えられる研究コースを取らなければ、免許持続が許可されない制度となっている。

(2) 教育概要^{10,45)}

学校制度では、Bastyr Universityのように4年制の学士号から大学院までをそろえ、鍼灸で修士号課程を準備している大学もあるが、9割以上の鍼灸学校は3年制である。しかし、4年制大学卒が入学条件であり、取得する学位も、米国では修士号である。カリキュラムはもちろん生理学・解剖学及び西洋医学も教えるが、割合としては東洋医学が圧倒的に多く、免許試験の内容も米国では96%が東洋医学の問題である。

また、現在ではほとんどの医学校が、さまざまなオルタナティブ医学の選択課目を学生に提供しており、保険給付もされるようになってきている。社会的意識も政治的意識も変化しつつある。米国における状況を研究者は、1990年代にパラダイム転換がおきたと説明している。この転換は用語の変化に顕著に現れており、「非通常 (unconventional) 療法」「非証明 (unproven) 療法」から「代替 (alternative) 療法」に変化し、現在では「統合 (integrated) 医療」という言葉が普及するようになった。

5) ヨーロッパ^{12,44,46)}

フランスのジェローム・カルダン (1507~1576) が、ヨーロッパで最初に鍼の効果について記載している。17世紀にはオランダ人のウィルヘルム・テン・リーネ (1647~1700) が長崎で鍼を習い、その成果を帰国後まとめて『鍼による痛風の治療』を1683年ロンドンで出版した。ついでドイツ人のケンペル (1651~1716) が1691年に長崎で鍼を習い実験し、1712年『鍼による各種疾患の治療法』を出版した。1833年にはドイツ人のシーボルト (1796~1866) は石坂宗哲から鍼を習っている。ヨーロッパで鍼や灸について記載した人は18世紀には18人存在し、その中の15人はフランス人であ

る。19世紀には142人と増加し、相当普及したことが伺える。

(1) フランス^{1,27,46)}

19世紀初頭には鍼治療が病院や大学で試験的に採用され、1934年には『鍼術概要』が発刊された。20世紀に入り再びフランスに鍼のブームが起こった。その原動力になったのが、スリエ・ド・モラン (1873~1955) である。1939年『支那の鍼』という書物を書いたが、これがヨーロッパの鍼の原典として重きをなしている。さらには、フランス鍼協会を結成し古典に忠実に鍼治療を行った。また、ドラフィーはホメオジニアトニー (中国式ホメオパシー) を、ポール・ノジェは耳鍼治療のシステムを開発し体系づけた。さらには1945年には「SIA: 国際鍼灸学会」が設立され、仏医学アカデミーは「鍼法は医療行為である」との見解を厚生省に示した。その後、医師のみが鍼灸を行う法的権利を有することになり、独占的システムを採用する他の国々と同様、医師でない者が鍼治療を行うことは非合法行為となった。しかし、厚生省は「鍼治療に関する諸問題研究委員会」を設け、鍼治療の教育カリキュラム、鍼治療医資格の条件等について検討し、鍼灸教育を医学部で行うことが広く承認された。現在3年間の教育カリキュラムが実施され、医師の研修が義務づけられている。世界鍼灸学会連合会に入会している団体は「フランス鍼灸医師学会連合会」の1団体のみであり、国別の会員総数は中国について2位の6,000人である。

(2) ドイツ^{1,12,46)}

ドイツでは伝統医学という呼び方はせず、治療法がほとんど自然の材料を応用しているので、「自然療法 (Naturheilverfahren)」が一般的に使われている。1970年代に高度文明社会の欠点が多くなるにつれて、自然主義の考え方がひろまり、それに伴って医学の分野でも自然療法に目を向けるようになった。この運動が患者サイドから始まり、徐々に政治家、大学のレベルまで及んできた。ドイツの自然療法には、現在130種類の治療法が存在する。それらの研究水準はかなり異なっており、最も普及しているのは、植物療法の他、ホメオパシー、物理療法、中国鍼である。鍼療法は民間療法士 (Heilpraktiker) の守備範囲にある。1951年「国際鍼学会」のドイツ支部が、パッハマ

ンを会長にシュミットを副会長に結成された。シュミットは1953年来日して日本の鍼を習得し、日本式の鍼術が旧西ドイツに普及した。

教育では自然療法の有効性と限界を科学的に解明することが必要であることから、大学レベルの研究および教育に取り入れられた。また、1993年に自然療法は医師国家試験の試験科目のひとつとなり、それに伴ってドイツのすべての大学の医学部では自然療法も講義科目となっている。しかし、独立した自然療法の学科は現在のところベルリン大学およびウルム大学しかない。自然療法の専門医制度も確立されており、医学部卒業後2年間、自然療法の施設で働きながら勉強し、資格試験に合格すれば、自然療法医として認められる。しかし、自然療法医としてだけでは活動することはできない。1993年時に、約15,000人の医師が自然療法専門医として活動している。

(3) イギリス^{1,46,47)}

ロンドンのフェリックス・マンが、中国の古典に忠実に治療を行っていたが、1975年以降、ヘッド氏帯に注目し、かつて石川日出鶴丸教授が提唱した体壁内臓反射の理論の下に治療を行うのが主流となった。鍼師を管理する法規はない。しかし、年々、鍼治療、指圧、薬草、整骨治療といった治療法が注目されつつあり、これらを全部ひっくるめてAlternative Medicineと呼ばれている。

教育機関は、英国鍼治療学校と中国伝統鍼治療学の2校がある。3年コースで、卒業生には鍼師としての資格が与えられ、独立して開業することができる。また、鍼治療協会も2つ存在する。

(4) オーストリア¹⁾

ウィーン大学の中に鍼の研究所を持ち、鍼治療を実践している。ドイツ語圏における医師の鍼術の中心的存在となっている。

(5) チェコスロバキア¹⁾

特別に指定されたヘルス・サービス機関の医師でなければ鍼療法を行うことはできない。

6) 発展途上国

鍼療法を管理する特別の規定をもっている国がいくつかある¹⁾。

(1) フィジー: 1976年「鍼師、カイロプラクター、足治療医 (有資格) に関する規定」

(2) アルジェリア: 1976年「鍼治療看護婦」と呼ばれる特別の看護婦が置かれている。

5, 日本における東洋医学・鍼灸医学の現状

1) 東洋医学・鍼灸医学の近代略史^{13,15,18,48,~51)}

日本の伝統医学には、漢方、鍼灸、按摩、整骨術があり、いずれも明治維新までは医療のおもな担い手であった。明治7年(1874年)医療および医学教育関係のすべてにわたる規則である「医制七十六条」を制定した。明治8年(1875年)「医師学術試験規則」が発令された。当時の政府は今後、日本の医学は西洋医学に徹し漢方は廃止したいという考えに基づいてこの試験を実施し、漢方医学の自然消滅を図ったのである。明治13年、全国各地に漢方医の団体「温知社」が結成された。また愛知専門皇漢医学校を創設するなど、漢方存続のために立ちあがった。しかし、政府は方針を変えることなく新しい制度を固めるために、明治12年に「医師試験規則」を出した。明治15年には特例で漢方開業医の子弟で、この年6月に満25歳以上である者に限り、同年8月までに届け出れば開業免許を与えることを布達した。これは漢方医の反対運動に対する慰留策であったが、それと同時に、翌年16年に「医術開業試験規則」ならびに「医師免許規則」を布告するための地ならしでもあった。これら2つの規則は明治17年に実施されたが、この布告で漢方医のための試験開設の道は法律的に完全に閉ざされた。温知社幹部の死亡と、世の大勢が漢方医に不利に動いていることを察知した人々が温知社を離れていき、明治21年温知社はついに解散に追い込まれた。明治23年(1890年)帝国議会の開設を機に「医師免許規制改正案」を出す運動が盛り上がり、一時効を奏したかにみえた。しかし、明治27年の第七臨時議会に、漢方医側から提出した「医師免許規制改正案」は大多数の賛成を得て、第一読会を通過したものの、同年末からの第八通常議会において、同改正案の賛成78, 反対105票をもって否決されたのである。明治8年からこれまでの間を、“漢洋闘争時代”と呼ばれている。漢方復権運動はこれを機会に衰退の一途をたどった。そして、東京、京都に「訓盲院」が設置され、あんま、鍼を視力障害者の職業として教えることとなった。鍼灸は明治44年「鍼術、灸術営業取締規制」により、身分・業務規定が定められ「医業類似行為」と定められたのである。日露戦争に勝利し、西洋文明一辺倒への批判

的な風潮がでてきたことも背景にあり、和田啓十郎『醫界之鉄椎』⁵²⁾、中山忠直『漢方醫學の新研究』⁵³⁾、湯本求真『皇漢醫學』⁵⁴⁾等の著書が漢方再評価のきっかけを与え、昭和初期の戦時中の国威発揚と相まって「皇国医学」が盛んとなった。第二次大戦後、日本における医療のあらゆる面は大きく変化した。特に「鍼灸医学」は存亡の危機に直面したが、存続するためには何よりも科学性が求められた。昭和23年には全国の鍼灸師を再教育し、その基礎知識の進歩向上をはかる。また鍼灸診療の適応・禁忌を明らかにする。そして更なる鍼灸医学の研究を発展させ、新しい鍼灸医学の確立を目指すことを目的として「日本鍼灸学会」が設立された。昭和25年には漢方医、鍼灸師、薬剤師、文献研究者らからなる「日本東洋医学会」が設立され、湯液を主として鍼灸も含めて東洋古来の医学を科学的に研究し現代医学に貢献することとなった。今日のように東洋医学が普及したきっかけは、昭和40年に約70種の漢方薬が新薬価基準に収載され、健康保険適用薬となったことが大きな誘因であろう。また昭和25年には、鍼灸師のみで鍼灸治療を研究する学会として「日本鍼灸治療学会」が設立され、その後「経絡治療学会」が設立された。昭和55年には「日本鍼灸医学会」と「日本鍼灸治療学会」は発展的に合併し、文部省認可の社団法人「全日本鍼灸学会」が設立された。さらには昭和62年(1987年)にWHOが積極的に設立に向けて関与した「WFAS」(World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies: 世界鍼灸学会連合会)が設立され、今後の発展が期待されている。日本でのWHO指定協力センターは、北里研究所・東洋医学総合研究所と富山医科薬科大学の2施設がある。

2) 教育状況

日本の鍼灸師は、明治以後、鍼灸医術だけで対処しなければならないという長い鍼灸医学史の上でも他に類例のない百数十年を過ごしてきた。しかも正式の医療としては認められておらず、医業類似行為として法的に位置づけられたままである。その様な状況のなか、昭和53年(1978年)に、わが国初めての3年制の明治鍼灸短期大学が開学された。昭和58年(1983年)には4年制の明治鍼灸大学が開学され、昭和62年(1987年)には「鍼灸

学部設置基準」に基づく明治鍼灸大学附属病院が開院された。

さらには平成3年(1991年)明治鍼灸大学大学院鍼灸学研究科(修士課程, 現在は博士前期過程: 2年制)が設置され, 平成6年(1994年)明治鍼灸大学大学院鍼灸学研究科(博士課程: 3年制)が設置された。日本においては現在, 大学および大学院は1校のみである。他に, 3年制の関西鍼灸短期大学および筑波技術短期大学・鍼灸学科の2校がある。3年制の鍼灸専門学校は全国に26校ある。資格試験は1993年にそれまでの都道府県知事免許から国家試験による資格免許となった。

6. 日本の鍼灸医学の課題

日本の鍼灸医学の現状は明治以来, 制度面では近年「国家試験」制度にはなったものの, 法律的には医業類似行為のままである。また医療保険制度においても, 6疾患(神経痛, 腰痛症, 五十肩, 頸腕症候群, リウマチ, 頸椎捻挫後遺症)で, 医師の同意書が得られたものだけに保険が適応できる現状である。

これらの現状を打破していくべきなのか, それとも現状のままで良いのか, 鍼灸師のなかでも統一見解が得られていない。また日本の鍼灸医学は, 同じ鍼灸師と言っても, 全く異なる論理および治療方針により鍼灸治療を施行しているのが現状である。それらは大きく次の3つに大別することができる。

- ① 現代的鍼灸治療: 近代西洋医学を理論的根拠とする解剖・生理に基づいた鍼灸治療を施行する方法である。
- ② 経絡治療: 日本において昭和の初期に『難経』を主体に体系化されたものである。東洋医学独自の診察法である脈診を重視し, 経絡の調整を主目的とした, 鍼灸治療を施行する方法である。
- ③ 中医学: 中国において文化大革命以後に体系化された論理を基礎として, 鍼灸治療を施行する方法である。

これらの3グループは土台とする“生命観”“世界観”が異なり, また同じ用語を使っている異なる概念を示す等の問題がある。鍼灸師でもグループが異なれば情報交換できる共通言語がな

く, 論理的基盤が異なっている。なお湯液を主とする東洋医学もまた同様に, 「古方派」「後世派」「中医学派」に分かれ, 異なる論理で施術しているのが現状である。

さらには東洋医学従事者が, 今後の東洋医学・鍼灸医学の進むべき目標として, 志向している方向性も異なっている。それらは次の4つのアプローチまたはグループに大別することができる³⁰⁾。

- ① 対抗的アプローチ: 東洋医学の長所を生かし, 独自性を志向するグループ。
- ② 追補的アプローチ: 近代西洋医学の体系下に入ることを志向するグループ。
- ③ 補完的アプローチ: 近代西洋医学と相互に補完していくことを志向するグループ。または東洋医学を代替医学の一つと位置づけていこうとするグループ。
- ④ 統合的アプローチ: コスモポリタン医学・伝統医学・民族(民間)療法を真に統合した, PHCシステムを創造していくことを志向するグループ。(WHOが伝統医学プログラムで提唱している。)

このように, 生命観や鍼灸臨床・理論だけではなく目標とする方向性に至るまで, 千差万別・混沌としているのが東洋医学界・鍼灸医学界の現状である。

1) 今後の課題

これまで見てきたように, 医療制度においても, 教育制度においても, 日本の伝統医学(東洋医学・鍼灸医学)の現状は決して世界のトップではない。これが鍼灸医学だといえる統一した医学観も存在していない。ここに同じ鍼灸を施術する, 中国伝統医学や韓医学等と大きな相違がある。世界の伝統医学の現状をそのまま日本において実施する訳にはいかないが, 他の国々で実際に施行していることで良いと思われることは導入していかななくてはならない。そうすることにより, 鍼灸医学全体のレベルアップを図ることが可能となる。

まず医療・教育制度面では, 少なくとも次の5項目が検討に値するものと考えられる。

- ① PHC, バイオエシックス, POS(Problem oriented system: 問題志向システム)等の概念が, 日本の医学・医療にも導入されている。これらの現状を考慮して, 鍼灸医学

だけを考えるのではなく、日本の保健・医療・福祉さらには世界におけるPHCシステムをより良いものにしていくためには、東洋医学・鍼灸医学がどのような役割が果たせるかを考えていく必要がある。

- ② 中国・韓国の教育制度のように教育期間を6年制ないしは7・8年制にするか、あるいはアメリカが実施しているように学士取得を入学資格とし、卒業後は修士取得ができるように、鍼灸教育・鍼灸学術および鍼灸師のレベルアップを図る。
- ③ 大学・大学院またはWHO研究協力センター等の東洋医学・鍼灸医学研究機関を増設し、臨床評価の客観化と治効メカニズムの科学的解明を推進する。
- ④ アメリカが実施しているように免許更新2年毎に30時間以上の研究コースを課す等の制度を施行することにより、生涯学習の環境整備を行う。
- ⑤ フランスやドイツが実施しているように、医学部教育にも東洋医学を採り入れ、伝統医学を施行するものには、専門医資格取得を義務づける等が考えられる。

次に学術面では、少なくとも次の6項目は早急に解決していかなければならない。

- ① 東洋医学観・鍼灸医学観の確立。(生命観・世界観などの共通基盤および進むべき方向性等の統一見解の確立。)
- ② 伝統(東洋・鍼灸)医学における学術用語の標準化および共通言語の作成。
- ③ 東洋医学・鍼灸医学の学問体系(学・術・道)の構築。
- ④ 伝統医術・技術の継承。
- ⑤ 臨床評価の客観化による適応症の明確化。
- ⑥ 治効メカニズムの科学的解明。

7. 展 望

上記に挙げたように、鍼灸医学が抱え克服していかなければならない課題は非常に多い。要点をまとめると次の3項目になる。

- ① 日本における伝統医学(鍼灸医学)の現状は決して世界のトップではない。
- ② 医療・教育制度面において、他国から参考と

すべき点が多数存在する。

- ③ 学術面においても早急に解決していかなければならない問題点が多数存在する。

これらの課題を解決していく方向性として最も有効と考えられるのは、WHOが提唱している、伝統医学を現行の近代医学システムを補完するものとして用いるだけでなく、さらに大きなヘルス・ケア・システムに機能的に統合し、実践していくことだと思われる。これを実現させていくためには、まず最初に伝統医学はどのような論理的特徴を持ち、また西洋近代医学とどのような相違があるのかを明らかにしていかなければならない。ここでは東洋医学の論理的特徴を述べ^{17,55~59)}、次に医学・医療と東洋医学の関係について考察する^{60~64)}。それらをふまえ、これからの医学・医療システムの展望について提言する。

1) 伝統医学の論理的特徴

澤瀉 久敬氏^{56~58)}は東洋医学の論理的特徴を次のように述べている。「漢方医学には、〈分析の論理〉とは異なる〈全体の論理〉がある。部分は全体の一部であるという論理に対して、部分は全体に等しいとする論理がある。〈空間の論理〉とは異なる〈時間の論理〉がある。しかもその〈流動の論理〉は単に前進のみならず、〈逆転の論理〉でもある。自然を征服しようとする医学に対して、自然と共に生きようとする医学は〈知性の論理〉とは異なる体系をもつ。」

また、山田慶児氏¹⁷⁾は「中国医学は〈要素論〉ではなく、〈体用の論理〉である。〈因果律〉ではなく〈感応の原理：陰陽論・五行論〉の立場に立っている。」と述べている。

さらに石田 秀実氏⁵⁹⁾は「中国医学は伝統諸医学の主流である〈液体病理説〉を越えて、心身を有機的総体として捉える〈臓腑経絡システム〉を認識している。四体液説や陰陽五行といったカテゴリーを越えて、心身の全体を近似的システムにおいて捉えてみるこの方法論は、リアリティへの数量的・機械論的アプローチが同様に近似的なものにすぎないことを知った私達にとって、特別な意味をもつ。身体を含むさまざまな事象を認識するための、もう一つの方法論となりうる。」と述べている。

以上のことからわかるように、東洋伝統医学

と西洋近代医学とは観ている視点が異なり、採用している論理が異なるので、医学においても診断・治療法が大きく異なる。

これらの東洋思想および伝統医学と科学および哲学を統合していくためには、〈時間論・空間論〉〈健康観・疾病観〉〈生命観・死生観〉〈自然観・宇宙観〉をもう一度根本から考え直していく必要がある。そして西洋哲学・科学や東洋哲学・科学等が共通して立てる《大学：根本問題を究明する学》ないしは《ハイポハイポサイエンス：あらゆるサイエンスの下であるハイポサイエンスのさらに根底にある学》⁶⁵⁾の構築が必要不可欠である。そのような共通基盤となる《大学》があってこそ初めて、〈チーム医療〉や〈学際的研究〉において成果を挙げることができる。さらには東西医学の統合ないしはPHCシステムの実践が実現可能なものとなる。

「東洋医学と西洋医学の融合」という問題も、生命観や哲学の異なる両医学をただ単に医学・治療技術レベルのみを考えていく〈補完的アプローチ〉では“折衷主義”に陥りかねない。それは、木に竹を接ぐことと同様の結果に終わる可能性が高い。また東洋医学を科学化していく〈追補的アプローチ〉では、近代西洋医学の体系の中の一治療手段で終わってしまう可能性が高い。しかし、だからと言って伝統医学の独自性のみを主張していく〈対抗的アプローチ〉では、現在の医療システムをすべてまかなうことは不可能であろう。したがって、いま東洋医学に求められていることは、上記の3つのアプローチではなく、まず初めに《大学》を構築していく。次にその土台の上に真に統合された医学・医療・福祉システムである《PHCシステム》を構築していくことが最も望ましいと思われる。それらを実現させるためには、

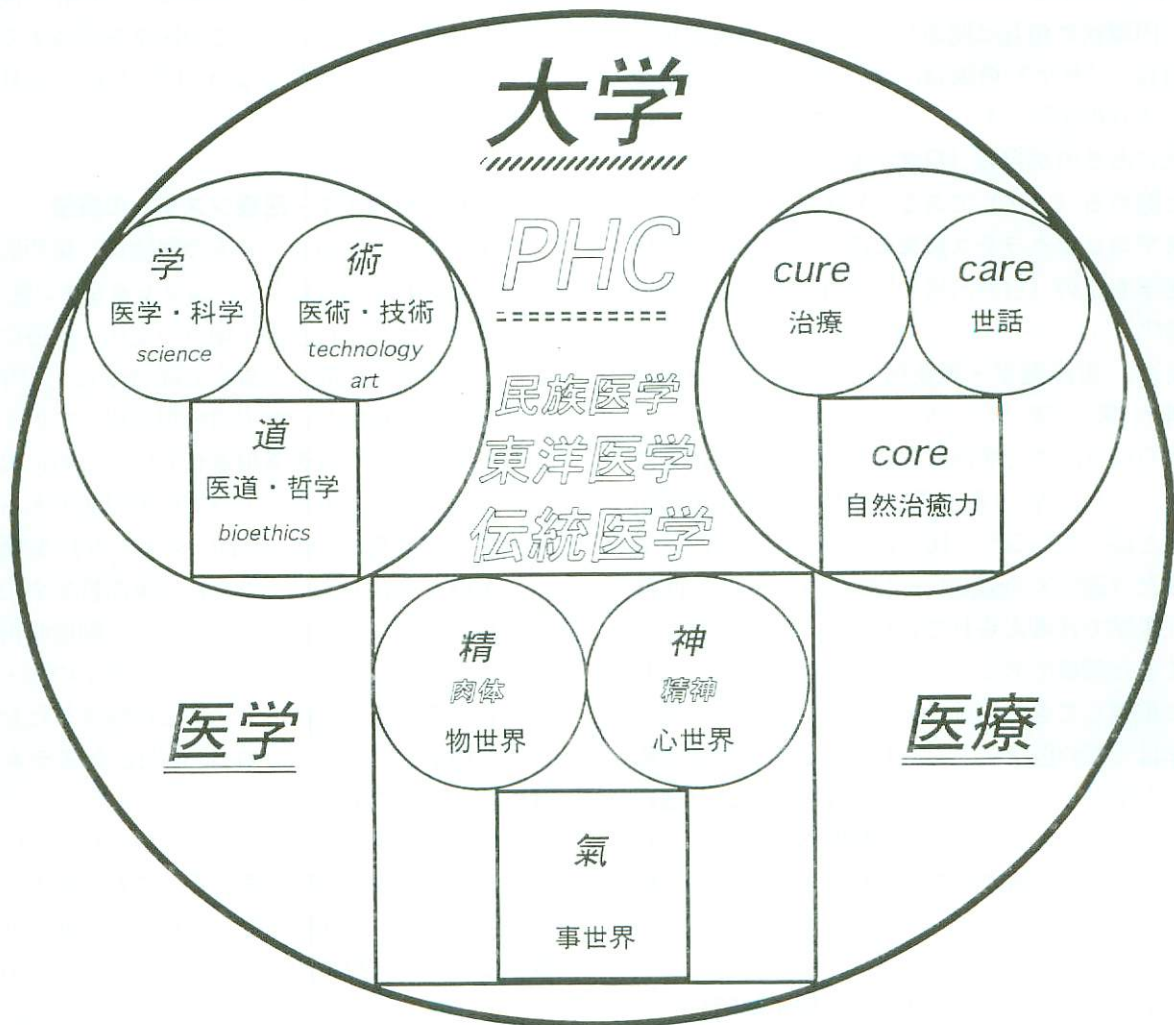


図 1

東洋医学の創造的再編成が必要不可欠であろう。今、東洋医学従事者は〈下医〉(病気を治すことだけに満足する)に甘んじるのではなく、〈上医〉(社会および自然の様々な問題を視野に入れ、病気・病人・社会・自然を個別の事象ではなく、関係ある事象として捉え、解決していこうとする東洋医学本来の医者)を目指さなければならない。そこにこそ東洋医学の存在意義があり、最も大きな使命がある。

2) PHCシステムにおける医学・医療と東洋医学との関係

次に、医学・医療と東洋医学の関係を図1に示す。医学は〈学〉・〈術〉・〈道〉の三位一体からなる⁶⁶⁾。医療は〈core: 自ら治癒しようとする意志をもつ人格としての患者の存在〉・〈cure: 病に対する治療〉〈care: 人間としての患者の状態の改善を目指した世話〉からなっている。そして〈コアー・キューア・ケア〉もまた三位一体からなり、円環状に相互に関連している。別の視点から観れば、〈ケア〉の術は、ある意味では〈キューア〉より根源的であり、〈ケア〉や〈キューア〉の根底にあるのが自ら《自然治癒力》によって治ろうと努める《コア》である。科学的医学が発達するまでのヒポクラテス以来の西洋医学も、中国伝統医学もこの《自然治癒力》を強調してきたのである⁶⁴⁾。

また、東洋医学・鍼灸医学における生命観は〈神〉〈氣〉〈精〉を人体の三宝と考えている。

さらには、南方熊楠も同様な世界観を提出しており、〈心世界〉〈事世界〉〈物世界〉の3世界があると述べている⁶⁶⁾。図1において四角(□)で囲った〈道〉・〈core〉・〈氣〉の部分は、西洋近代医学では考えられていないか、または軽視されてきた領域である。しかし逆に東洋医学では非常に重視してきた領域である。このことは、鍼灸医学は「氣の医学」とも言われ、また《自然治癒力》を重視していることから理解しうる。《道》を全うすること、《氣》を調整することにより《コア・自然治癒力》を活性化させることが、根本的な治癒につながると考えているのである^{55, 67~69)}。

〈キューア・物世界・肉体〉の領域を解明していくためには、これまでの歴史が実証してきたよう

に科学的手法が非常に有効である。しかし、〈ケア・心世界・精神〉さらには〈コア・事世界・氣〉の領域を解明するためには、現在の近代科学的手法のみでは解明できない。医学の分野においても、これまでのニュートン古典力学的な〈絶対時空〉やデカルトの精神と物質を分ける〈二元論〉等からなる近代科学の枠組みである「機械論的世界観」だけではなく¹⁷⁾、現代の科学や哲学の成果を取り入れ、近代医学から現代医学へと枠組みを拡げていかなければならない。また現時点における科学の限界と適応範囲をわきまえたうえで、用いていかなければ問題解決はできない。ここに現在の様々な問題の根があるものと思われる。

このような意味で澤瀉久敬氏は「科学的に研究することと、科学化することは別である。もし科学的に研究することによって、漢方医学を科学化するなら、それは漢方医学を西洋医学化することであり、それは西洋医学のみを医学とし、漢方医学の独自性を否定することである。(中略)漢方医学を科学化することが、この医学を完成することであると考えるべきではない。」⁵⁸⁾と述べられていると考察する。

3) これからの医学・医療システムの展望

今後の医学・医療システムの展望は、東西医学の融合で終わるのではなく、コスモポリタン医学、伝統医学、さらには各国・地方の文化・風俗に根ざした、民族(民間)医療をも統合した、《PHCシステム》の構築および実践を現実化していくことだと考える。これを実現させていくためには既成の枠組みの中に留まっていたりは不可能である。

《大学》の基盤の上に《PHCシステム》を構築し、医療を実践していくためには東洋哲学や伝統医学だけではなく近代科学的医学も、創造的再編成が必要不可欠である。さらには、各々の国・民族における風土、伝統、文化などに根ざしたシステムを構築していかなければ《PHCシステム》は成功しないであろう。ゆえに単一的なシステムではなく、多元的なシステムとしての《PHCシステム》の実現が理想と考える。これは最も困難な道であるが、現在抱えている様々な問題を対症療法ではなく、根本的に解決していく方法であろう。

参考文献

- 1) WHO責任編集,津谷喜一郎訳：世界伝統医学大全：平凡社,東京, pp386～437, 1995.
- 2) WHO：The World Health Report 1997：France, pp92～94, 1997.
- 3) 中島宏：1990年代における伝統医学－WHOの活動と展望－. 全日本鍼灸学会雑誌, 40, 4, pp321～332, 1990.
- 4) 今西二郎：世界の伝統医学 1, 世界のおもな伝統医学とその特徴, 医学のあゆみ, 178, 11, pp845～848, 1996.
- 5) 矢野道雄：世界の伝統医学 6, インド医学, 医学のあゆみ, 179, 4, pp263～265, 1996.
- 6) 二本柳賢司：世界の伝統医学 7, チベット医学・仏教医学・モンゴル医学, 医学のあゆみ, 179, 4, pp263～265, 1996.
- 7) 高橋澄子：世界の伝統医学 8, インドネシアの伝統治療薬 “ジャムヴ”, 医学のあゆみ, 179, 7, pp471～473, 1996.
- 8) 中川米造：世界の伝統医学 9, アフリカ医学, 医学のあゆみ, 179, 8, pp519～521, 1996.
- 9) 大川 泰：世界の伝統医学 11, カイロプラクティク医学, 医学のあゆみ, 179, 12, pp939～942, 1996.
- 10) ジャクリーン・C・ウートン：オルタナティブ医学米国の動向, からだの科学, 195, pp15～20, 1997.
- 11) 本多義昭：世界の伝統医学 13, アラブ医学, 医学のあゆみ, 180, 3, pp201～203, 1997.
- 12) Heidrun Reissenweber：世界の伝統医学 14, ドイツの伝統医学 (自然療法), 医学のあゆみ, 180, 4, pp255～257, 1997.
- 13) 酒井シヅ：世界の伝統医学 16, 日本の伝統医学, 医学のあゆみ, 181, 3, pp237～240, 1997.
- 14) 板垣明美：世界の伝統医学ベトナムベトナムの伝統医療－東医と南薬－, 医道の日本, 631, pp9～15, 1997.
- 15) 長濱善夫：東洋医学概説：創元社, 大阪, pp3～13, 1961.
- 16) 酒井シヅ：日本の医療史：東京書籍, 東京, pp391～441, 1980.
- 17) 山田慶兒：中国医学の思想的風土：潮出版, 東京, pp77～123, 1995.
- 18) 津谷喜一郎：伝統医学と国際保健. 医学のあゆみ, 181, 2, pp166～170, 1997.
- 19) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅲ), 国レベルで伝統医学を発展させるには (その 1), 現代東洋医学, 12, 2, pp107～115, 1991.
- 20) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅳ), 国レベルで伝統医学を発展させるには (その 2), 現代東洋医学, 12, 3, pp109～119, 1991.
- 21) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅴ), 世界共通の鍼用語をめざして (その 1), 現代東洋医学, 12, 4, pp115～120, 1991.
- 22) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅵ), 世界共通の鍼用語をめざして (その 2), 現代東洋医学, 13, 1, pp100～112, 1992.
- 23) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅶ), 鍼灸の教育活動へのWHOの関わり (その 1), 現代東洋医学, 13, 2, pp123～127, 1992.
- 24) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅷ), 鍼灸の教育活動へのWHOの関わり (その 2), 現代東洋医学, 13, 3, pp105～111, 1992.
- 25) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅸ), WHOと伝統医学教育活動, 現代東洋医学, 13, 4, pp109～125, 1992.
- 26) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅹ), 保健分野のパートナーとしてのNGO, 現代東洋医学, 14, 2, pp112～123, 1993.
- 27) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅺ), 保健分野のパートナーとしてのNGO (その 2), 現代東洋医学, 14, 3, pp117～129, 1993.
- 28) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅻ), 保健分野のパートナーとしてのNGO (その 3), 現代東洋医学, 14, 4, pp117～131, 1993.
- 29) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅼ), 保健分野のパートナーとしてのNGO (その 4), 現代東洋医学, 15, 1, pp118～122, 1994.
- 30) 津谷喜一郎：WHOと伝統医学 (Ⅽ), 保健分野のパートナーとしてのNGO (その 5), 現代東洋医学, 15, 2, pp98～110, 1994.
- 31) 全日本鍼灸学会学術部研究委員会情報・評価班完訳：鍼の臨床研究のためのガイドラインと勧告. 全日本鍼灸学会雑誌, 45, 2, pp153～168, 1995.
- 32) 川喜田健司：WHOの鍼に関するガイドラインについて. 医道の日本, 626, pp71～74, 1996.
- 33) 川喜田健司：WHOの「鍼に関する会議」報告. 医道の日本, 629, pp160～166, 1997.
- 34) 津谷喜一郎：「WHO標準鍼用語 (14経絡・361古典穴) 1989年版決定の経緯」, 日本東洋医学雑誌, 43, 4, pp616～617, 1993.
- 35) 津谷喜一郎：WHO標準鍼用語 (14経絡・361古典穴) 1989年版, 全日本鍼灸学会雑誌, 43, 4, pp176～182, 1993.
- 36) 水越治：中国の医療事情の分析明治鍼灸医学, 6, pp1～9, 1990.
- 37) 梁永宣：現代中医学教育略史, 中医臨床, 16, 2, pp24～28, 1995.
- 38) 王鉄策：近現代における中国伝統医学の発展と問題, 漢方の臨床, 43, 5, 261～270, 1996.
- 39) 中川米造監修：医療概論：医歯薬出版, 東京, pp36～82, 1991.
- 40) 田山文隆：台湾の鍼灸事情, 医道の日本, 616, pp174～175, 1995.
- 41) 金成俊：民族医学シリーズ韓医学 (韓国伝統医学) その世界と歴史, 東洋医学, 22, 6, pp20～35, 1994.
- 42) 金成俊：民族医学シリーズ韓医学 (韓国伝統医学訪問記) その現状を探る, 東洋医学, 22, 7, pp18

- ～26, 1994.
- 43) 金成俊：韓国の伝統医学，漢方の臨床，43，5，251～260，1996.
 - 44) H.Reissenweber：伝統医学と現代医学の関係をめぐって－ヨーロッパの立場から－，漢方の臨床，43，5，pp271～276，1996.
 - 45) 本多勝一：はるかなる東洋医学へ：朝日新聞社，東京，pp195～206，1997.
 - 46) 高島文一：鍼灸医学序説：思文閣出版，京都，pp25～60，1988.
 - 47) 杉野三智子：イギリス鍼事情，医道の日本社，pp145～146，1987. 48) 小川鼎三：医学の歴史：中公新書，東京，pp96～162，1964.
 - 48) 小川鼎三：医学の歴史：中公新書，東京，pp96～162，1964.
 - 49) 黒野保三：鍼灸医学概論：エフエー出版，pp27～37，名古屋，1996.
 - 50) 竹山晋一郎：漢方医術復興の理論：績文堂，東京，pp36～115，1971.
 - 51) 川喜田愛郎，佐々木力：医学史と数学史の対話：中公新書，東京，pp3～64，1992.
 - 52) 和田啓十郎：醫界之鐵椎：中国漢方，東京，1971.
 - 53) 中山忠直：漢方醫學の新研究：東京印刷，東京，1927.
 - 54) 湯本求真篇：皇漢医学，燎原書店，1976.
 - 55) 丹澤章八編：高齢者ケアのための鍼灸医療：医道の日本社，横須賀，1995.
 - 56) 澤瀉久敬：医学の哲学：誠信書房，東京，pp125～210，1964.
 - 57) 澤瀉久敬：哲学と科学：NHKブックス，東京，pp127～151，1967.
 - 58) 澤瀉久敬：漢方医学管見，漢方の臨床，30，12～31，1 合併号，pp9～18，1984.
 - 59) 石田秀実：中国医学思想史：東京大学出版会，東京，pp1～3，1992.
 - 60) 宗田一監修：医療と神々－医療人類学のすすめ－，平凡社，東京，pp159～222，1989.
 - 61) 水越治：医療と福祉における鍼灸医学の展望，全日本鍼灸学会雑誌，40，4，pp333～342，1990.
 - 62) 中川米造：癒しの原理，全日本鍼灸学会雑誌，46，3，pp1～2，1996.
 - 63) 飯島宗一：医学と人間．飯島宗一，加藤延夫編：人間性の医学，名古屋大学出版，名古屋，pp1～40，1997.
 - 64) 佐々木力：科学論入門：岩波新書，東京，pp167～173，1996.
 - 65) 上山春平：上山春平著作集，第一巻，哲学の方法：法蔵社，京都，pp75～114，1996.
 - 66) 中沢新一編集：南方熊楠コレクション，南方マンガラ：河出文庫，東京，pp7～48，1991.
 - 67) 篠原昭二，渡邊勝之，和辻直：《特集》鑑別診断の必要性およびその限界，1．診断・診察の重要性とそのこつ（鍼灸編），季刊東洋医学，2，4，pp4～8，1996.
 - 68) 渡邊勝之：《Cure（キュア）》と《Care（ケア）》からみる医学と医療，季刊東洋医学，1，2，pp49～8，1996.
 - 69) 渡邊勝之，北出利勝，田中忠蔵ら：明治鍼灸大学附属病院脳神経外科における鍼灸治療の実態報告，明治鍼灸医学，17，pp33～41，1995.

The Significance of the Existence of Traditional
Medicine in Primary Health Care System

WATANABE Katsuyuki , SHINOHARA Shoji

Department of Diagnostic Acupuncture and Moxibustion, Meiji University of Oriental Medicine