

討論の部

形井氏の進行のもと、発表者（形井秀一、小野直哉、吉田和裕、箕輪政博、矢野忠、坂部昌明）と会場の間でのディスカッションされた。

形井：坂部先生の法律の話が強烈で、今回のメインテーマの話に意識が戻りにくいと思いますので、日本鍼灸とは何かを明確にするために、数枚スライドを出します。それで、少しメインテーマに意識を戻してください。

これは、「日本鍼灸の特徴（表1）」をまとめたものですが、矢野先生がまとめられたものと似ているなと思いました。

まず一つは、①日本鍼灸とは、江戸期に江戸文化を背景として独自に発展した面を有する、といえるでしょう。今日の吉田先生の歴史の話から大分イメージがわいてきたと思います。もちろん、日本に鍼灸が入ってきたのは、正式には6世紀ですから、江戸期以前も長いのですが、特に、②日本の風土、体質に合った変化が著しかったのは、江戸期からではないかと思います。これは、理論も技術も道具も中国からの物から、かなり変化をした、あるいは変質したと言っていいと思います。

それから、これは、世界に全く類を見ない特徴だと思いますが、③視覚障害のある人が重要な役割を担ってきたということです。そして、④江戸期から、西洋文化、医学との交流を持ち、西洋医学との融合を計ろうとしてきました。もう少し、別の角度から整理しますと、その変遷と特徴は、⑤現代西洋医学との関係を抜きにできない存在としてありました。法的に、医療類似行為なのか、医業にはいるのかということは、別にしても、その狭間のところしぶとく生き残り、西洋医学の背中を見ながら走ってきたというか、西洋医学に対抗しながら走ってきたという存在だった。

表1 日本鍼灸の特徴

1. 江戸期に江戸文化を背景として独自に発展した面を有する。
2. 日本人の風土、体質にあった変化をした
→理論、技術、道具
3. 視覚障害のある人が重要な役割を担った
4. 江戸期から西洋文化・医学との交流を持つ
5. 江戸期から、西洋医学的視点で鍼灸を理論化しようと努力した。

ですから、現代医学に対する相対的な優位性を常に主張しようと努力してきたけれども、なかなか科学的な、医学的な立場から、現代医学に対する優位性を明確にできるわけではなかったし、そこら辺が、先ほどの医業類似行為か否かという言葉の難しさに現れているとは思いますが。

実際のところ、鍼灸に来られる患者さんは、ほぼ 100%と行っていいくらい、西洋医学の治療を受けられている訳です。そういう方に鍼をするということになるわけですから、混合診療をいいとか、いけないとかの話は抜きにして、西洋医学的な治療を受けていない方はほとんど存在していないと行っていいと思います。そういう方を鍼灸治療しているのが現状であるということです。

それから、もうひとつ鍼灸の学術的な特徴を言いますと、特に鍼ですが、①管鍼法が中心で、②刺激が特に軽微である。③触診を重視しているということ。そして、④西洋医学的なことも多く取り入れていて、⑤制度的にも、医療の外なのか、内なのかという微妙なところにいるということです。

表2 日本鍼灸の技術的特徴

1. 管鍼法が中心
2. 刺激が軽微
 - ・鍼が細い(直径0.16~0.24mmが中心)
 - ・接触鍼、浅鍼も存在、・刺鍼技術がソフト、
 - ・鍼体保持の押手をする
3. 触診重視
 - ・診察、治療、評価のすべてで採用
4. 現代医学的視点も多く取り入れる
 - ・鍼灸:西洋医学の比率はほぼ同じ
5. 国の医学制度の外に置かれた免許制を有する
 - ①医療関係者が施術、②西洋医学外の免許制度

そこで、日本鍼灸というのは、今、どのような存在の意義があるのかということを考えなければいけない状況です。やはり、まずは世界を知ることですが、それと同時に、日本という国の特徴が、今後どう存続できるのかという事が問われていることだと思います。

日本鍼灸とはいったい何なのかという、その存在の意義がどこにあるのかをきちっと表現できるようまで持っていかなければいけないということでもあります。

戦後の日本の鍼灸は、西洋医学との相対的な位置関係を常に意識しながら歩んできたんですが、世界の鍼灸との位置関係も意識しながらいかなければいけないと、今までもそうあったはずなんですが、これまでは、それが十分できてなかったということだと思います。

これで、本題に入りたいと思いますが、総合討論として、今日 1 日のそれぞれの先生方が発表していただいた内容を踏まえながら、日本鍼灸の存在意義を探るという事で、勿論今の最後の法律的な立場からの存在意義ということも含めて、質問を出して頂いてかまいませんので、どうぞ全体で話していきたいと思います。

会場 1 (小川卓良) : 箕輪先生にお聞きしたいのですが、明治 18 年にやっていいと言われた。明治 7 年にダメと言われて、その 11 年間に、矢野先生もおっしゃいましたが、視覚障害者のために残したという考え方がなかったように思うのですが、それが、明治の 20 年か 30 年の間に蘇ったということで、それは、視覚障害者がそんなに増えている訳はないので、なぜそれが戻ってきたかというのは、視覚障害者だけでは説明できないと思うが、先生はどう思っていますか。

箕輪：そこが確かに、私も一番しりたいところです。明治 20 年の 1 万 2000 人や明治 30 年の 2 万 4000 人の内訳が晴眼者か視覚障害者かどうかわからないのです。事実として鍼灸師が増えたということです。明治 20 年の 1 万 2000 人から、もう少し前までさかのぼることができるので、今研究中ですが、明治 20 年までに増えている可能性もあるんです。それと、明治 20 年なので、江戸時代からやってる人も含まれるのかということもあります。もう少し研究を深めなければいけません。それと、明治 18 年の各県の規則を見ると、医師にかかっている人に対しては鍼灸をやっちゃいけないと書いてあるだけだから、それ以外は鍼灸を認めたのではないかと思います。

会場 1：実は、なぜこの話をしたかという、元国立医療センター麻酔科の山下久三夫先生（先生の御尊父は第二次大戦中の軍医長であった山下中将）の話だけ聞いているので実際にはしらないのですが、当時の鍼灸漢方を禁止した軍医 7 人すべてが、本人か家族が鍼灸・漢方の世話になっているということです。だから、当時の西洋医学が効いていないので、禁止したことを撤回すべきという判断を下したのではないかということ、彼はおっしゃったのです。

箕輪：いつ頃の話ですか。

会場 1：もう 30 年も前にお聞きしたことです。

箕輪：あと、明治の前期の頃の視覚障害者と晴眼者の鍼灸師の割合の問題です。まず、江戸時代の視覚障害者と晴眼者の数はデータがないのでまったくわからないんです。どうも、視覚障害者は按摩専門みたいなかんじではないかと思っています。その人達が明治時代まで随分いて、その後の廃藩で武士が食べるのに困った人達が鍼灸をやったのではないかと。公式なものはなしではないし、データはありませんが、そういう人達がいて、更にはきっちりした資格制度がないので増えてきたのではないかと感じていることです。

会場 2 (戸ヶ崎正男)：今のことに関連してなんですが、吉田先生にお伺いします。今、室町から江戸時代までのお話をお伺いしたんですが、視覚障害者と、晴眼者の鍼灸に携わっている比率というのは多分分からないと思うのですが、いつ頃から視覚障害の人が鍼を専門にやるようになったのか、また、漢方、灸は晴眼者、鍼は視覚障害者という形にわかれたのかも含めてお伺いしたいんですが。

吉田：はっきりしたことは言えないんですが、お灸というのは、かえってすごく簡単にできると考えた方がいいと思うんです。鍼というのがより高度だと思うので。しかし、盲人の方が、そこまであったのかというのは疑問視です。もう少し歴史をたどっていけば分かると思います。

箕輪：お答えになるかどうかわかりませんが、盲学校の教育を見てみると、お灸教育はほとんど位置づけがなされていないに等しいです。杉山和一本にもお灸の記述はすごく少ないですし、江戸時代の終わりの方に小さいお灸が流行ったとしたら、物理的に視覚障害者には施術が難しいので、どんどんやらなくなっていったのが、近代につながってきたと思います。私、盲学校に行ってみてびっくりしたんです。全国の盲学校もそうなんですが、鍼

に対してお灸のウェイトは、視覚障害者教育においてはかなり単位数が低いのです。近代のことを調べてもそうでした、近代と江戸がつながっているんじゃないかと考えています。お灸に関しては。

会場2: 箕輪先生に質問したいんですが、今の視覚障害の人が按摩をやっている方が多いと思うのですが、江戸時代も同じだったんでしょうか。

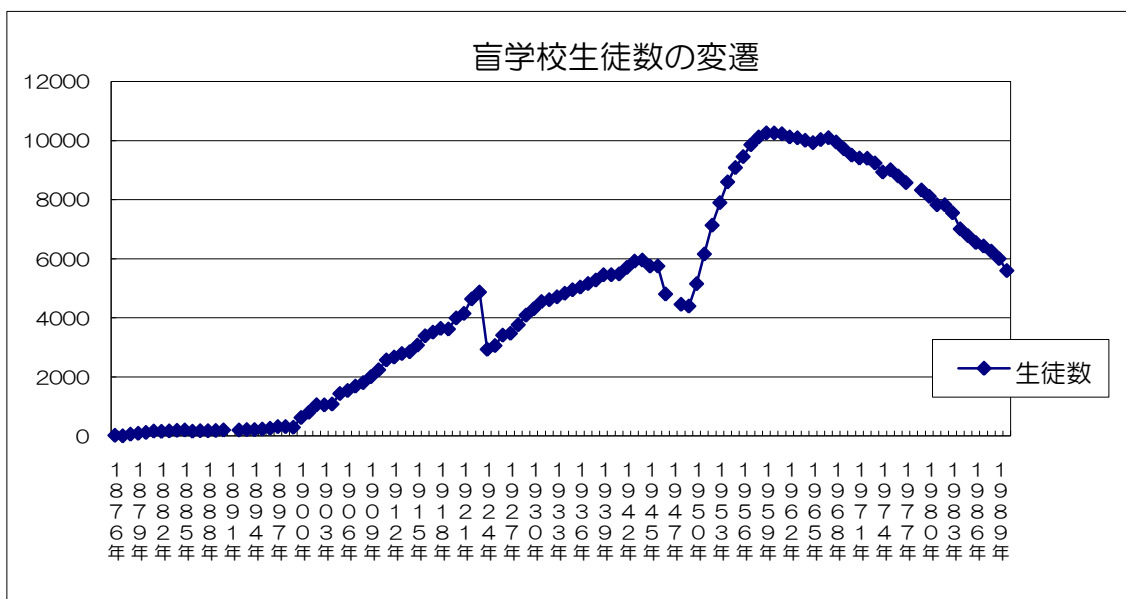
箕輪: 江戸東京博物館に江戸の町のジオラマがあるんですが、そこに、按摩の看板がすごく多いんです。史実に忠実かどうかわかりませんが、あれを見たときに江戸時代に按摩が主流であったと感じました。

会場3 (横山浩之): 按摩に関してですが、按摩と鍼を同時にやる、按摩鍼と言っていいのか、そういうやり方が江戸時代からあります。按摩鍼を扱った本というのはほとんどないんです。基本的に按摩のやり方が書いてあって、最後におまけで、鍼の事がほんのちょっと触れてあるものがあります。近代の資料で按摩鍼のことを調べようとしても、全くといっていいほど分かりません。実際には、按摩の方が鍼よりも圧倒的に普及していました。これは間違いありません。幕末ですと、原南陽や、賀川流産科の賀川玄悦という晴眼者の漢方医も按摩をやって食えない時、一時しのぎしていたということが記録に残っています。鍼家ですと、石坂宗哲も流しの按摩をやっていたと書かれています。もっとさかのぼって、杉山和一が活躍していた頃、1600年代の後半、大阪でも按摩というのが盛んに行われています。晴眼者、視覚障害者どちらも含まれていたかもしれません。ただ、按摩がどのくらい行われていたのか分かりませんし、視覚障害者の比率というのはいくらも分かりません。ただ、鍼よりも、按摩の方が基本的に普及していたと想定していいと思います。もうひとつ、幕末頃、盲人が按摩を多く行って、晴眼者が少なかったという言い方をされることもありますけど、視覚障害者が江戸幕府に按摩を盲人の専門にしてほしいという訴えをして、退けられたということが、加藤康昭先生の『日本盲人社会史』の研究にも載っています。その時に、排除したいと考えた晴眼者の按摩というのは、吉田流です。八丁堀のもたものですね。幕末、江戸後期には按摩は盛んに行われておりました。

箕輪: 私が今、一番に研究していることなんですけど、誰もそこにはふれてないわけです。それで、私も知りたいんです。視覚障害者の人達は、私達が鍼灸を守ってきたと言っているんです。僕は盲学校にいて、あまりそれを否定できないんですけど、根拠があるのかなという疑問があるわけです。それで、近代を調べてみると、晴眼者が随分やることが分かってきたわけです。で、今のご質問で、視覚障害者のために残したがどうかですよね。一つは、明治18年の「差許方」の意味だと思っています。そこがまだ分かりませんよね。ただ、1911年の「取締規則」できる時には、どうも障害者擁護の要素は含まれているということは分かりますよね。これだけ晴眼者がいたから、近代の雑誌をみると、誌上でさうとう晴盲喧嘩やっていることから分かりますね。あの時代から論争していたのは事実です。現状ではそこまでしか、分かりません。本当の理由はもっと研究を深め、ディスカッションしてある程度固める必要があるところだと思います。先行研究の一つと

して竹山の言い分があります。竹山晋一郎は、棒にも箸にもならないものだから生き残ったと書いてあるんです。僕は違うんじゃないかと思っています。竹山晋一郎は、感情論的に言ったのではないかと、思っているところなんです。

形井：参考のために、これは、盲学校の生徒数 1876 年以降の推移です。具体的な数値は、1876 年 18 名、1890 年でも 200 名など、1989 年までありますが、省略します。盲学校は明治の最初は、私塾の形でスタートしていきまして、今の日本では都道府県に 1 つ以上盲学校がなければならないという法律のもとに学校が認められていますけれども、1940 年代にその法律ができました。私塾の形で数が増えて、効率化するという歴史をたどってきました。臨床家の晴眼者と視覚障害者の臨床家の数が、逆転したのが 1960 年代の始めの頃で、それまで視覚障害者の数が多かったですが、晴眼者の数が増えました。学校数は整理していませんが、国立、公立、私立という形で存在してたということになります。もうひとつ、江戸時代に幕府に鍼科医員というのがありまして、25 名分かっているのですが、そのうち 9 名が視覚障害者だったということです。群馬盲学校の香取先生が研究されています(群馬盲学校HP)。以上参考までに。小川先生どうぞ。



会場 1：日本鍼灸を語るということですが、江戸期まで発展してきたのに、医制改革の後、昭和 14 年の岡部素道や柳谷素霊の経絡治療までの暗黒の時代があったんですね。それが、さっき横山先生がおっしゃったような按摩鍼だけだったのかどうか、その時は何をやっていったのかを教えてください。

箕輪：何をやってたかということで、教育を見てもみますと、鍼灸教育という体制ができてくるのは、明治の終わり頃に初めて学校ができてきます。教育の中身が規定されるのが、1911 年に「取締規則」からです。それに基づいて教育がなされていったというのは、教科

書を見るとわかります。その内容を見ると、東洋医学の内容はございません。ほとんど、西洋医学です。つまり、近代化というのはイコール西洋化ですから、それをめざして、準じた教育が進んでいっているはずなんです。さらに、学校ができてしまうと、その学校は学生を資格試験を受からさなくてはいけないという事です。受験教育に偏ることを柳谷素霊が嘆いたわけです。

さらに、そう考えると、私は日本の鍼灸医学は、60年くらいの歴史しかないんじゃないかと考えています。

会場1: 亡くなる前の島田隆司先生と井上雅文先生が、やっと江戸期を超えられたかなというお話をしていましたので、興味を持っていました。

矢野: 明治時代は富国強兵という国策の下に鍼灸教育を西洋医学化し、大正時代には孔穴百数十穴を限定して教育をしてきました。明治以降は一貫して西洋化を進めてきたことが我が国の鍼灸教育を特徴づけることになった。言ってみれば、菅沼周桂の『鍼灸則』に見られるような実証的精神を重視した教育へと流れをつくってきた。その流れは戦後の教育制度の中で強化され、僕らが鍼灸を習った時の「漢方概論」は東洋医学のアクセサリーのような位置付けでした。それが今ようやく、鍼灸の独自性について目が向けられるようになってきた。勿論、昭和初期には“古典に帰れ”といううねりはありましたが。鍼灸の学校教育の基本そのものは、大きくは変わらなかった。

箕輪: 漢方概論という科目が鍼灸教育に位置づけられるのが、戦後の217号の下からです。それまでは、「取締規則」が生きてまして、鍼灸で東洋医学的な内容は経穴がちよっとあつたくらいなんです。漢方概論という概念もなかったと思います。ただ、戦前になると、どうも、坂本貢とか、柳谷素霊の教科書の中に東洋医学概論的な内容が出てくる。それで、217号につながってくるんじゃないかと考えているんです。

会場4 (伊藤和真): 今日はいいい勉強をさせていただいてありがとうございました。小野先生に質問です。今回2部のテーマとして、日本鍼灸の存在意義を考えようということで、そちらの話をさせていただきたいと思います。形井先生が初めに、世界の鍼灸、伝統鍼灸という事をお話されました。小野先生に質問ですけれども、今年の6月に全日本鍼灸学会に行かせていただいた時に、アメリカのある先生が話をされたんですけども、アメリカというのはチーム医療という中で、鍼灸をアメリカの医療としていこうとしているという事を強く感じました。中国は勿論ご存じの通り、国として中医学を前面に押し出していくと。韓国も勿論国としてあるんですけども。それで、世界に目を向けていき、もう一度日本に目を向けたときに、日本はこの中でも、政府としては何もやってくれていない。今までの、明治の時とGHQ旋風の2回の大きな危機の時と、今回大きく違うというのは、伝統医療自体の流れでこういう問題が起こってきたというのと、もうひとつ世界の同時多発的に起こってきたという事が話されたと思います。その中で我々が、もしも日本鍼灸もしくは日本の鍼灸というものを何か世界に提示していく場合に、今、何が必要で、まずは何から行っていけないといけないかを小野先生の視点からお話頂ければと思います。

小野：それにお答えするスライドを作っています。午前中に日本の鍼灸を取り巻く世界情勢の現状をお話しました。日本の鍼灸には此れまで 2 回の危機がありました。今の状況とは、全く質的に違います。先ほど、伊藤さんが仰った様に、仲間だと思っていた伝統医学内部から、いきなりクーデターが起こり、一方的にヘゲモニー争いを突きつけられ、その渦にはまってしまった状況です。これまでの 2 回の危機は、伝統医学に対する近代西洋医学からの外圧という形での危機でしたが、今回は、内部の仲間内から出てきてしまった。これまでの 2 回の危機は、国内に限られた地域で、局地的だったのが、今回は世界的で、同時多発的に起こっています。それを念頭において、先ずはどうすれば良いかと言う事です。今、日本の伝統医学に必要な事を 2 つに整理すると、国内対策と国外対策という事になります。日本の伝統医学には、鍼灸だけではなく漢方薬もあります。例えば、午前中にお話しました生物多様性条約では、生物遺伝資源、マテリアルのアクセスと利益配分の問題に漢方薬の生薬が直接関わって来ます。そのため、今後、日本国内での漢方薬の生薬の入手が困難になる事が予想されます。あえてどういう事が起こるかという事はスライドで示しはしていませんが、近年中に日本の中小規模の漢方薬メーカーの数は倒産する可能性の恐れは否めません。日本では、漢方薬の大手メーカーよりも中小規模のメーカーの方が数が遥かに多く、中小規模の漢方薬メーカーが生薬資源、漢方の原料を確保するのが非常に困難な状況になっています。例えば、甘草という生薬は、今では 4 倍くらいの価格に跳ね上がっています。また、今後の中国との経済活動上の不安要因として、中国の人民元の切り上げがあります。中国が経済成長してく上で人民元を切り上げた時に、自ずと生薬の価格も高騰します。但し、この様な話が、独り歩きしてしまうと、株式会社である漢方薬メーカーの株価の暴落に繋がる恐れがあります。そうすると株式会社としての企業の資金練りができなくなる。そのため、漢方薬メーカーの業界団体である日漢協からは、これらに関するコメントが出来なくなります。いずれ時期がきたら話しますとしか言い様がない。例えば、新聞やテレビ局がこの辺りに興味を持っており、非常に調べたがっており、先月には、NHK の朝の番組の一部で、生物多様性条約と漢方薬が取り扱われていました。その様な状況の中で、鍼灸に付いては、今後、どの様な事が起きて来るのかを考えると、鍼灸は伝統的知識の問題と関わって来ます。今後は、自国以外の伝統的知識を用いた研究活動というものが、大学や研究機関で厳しくなる可能性があります。また、自国以外の伝統的知識を用いた研究活動から、将来的に知的財産が派生した場合は、自国以外のその伝統知識が帰属する第三国へ、その知的財産からの利益配分を行わなければならない可能性があります。その前に、これまで公知と考えられていた伝統知識に対し、特許という、私的財産というものが認められるという事になってくると思います。そうすると、次第に日本の伝統的知識に関わる分野の研究開発は、萎縮してくると考えられます。例えば、海外に出て鍼灸をしようとしても、海外では、例えば、中医学がスタンダードになっていたとしたら、中医学のやり方がメインストリームとなっていくので、日本の鍼灸を海外で提供しても余り海外では受け入れられない事になります。そうすると世界的に日本の鍼灸に興味

を持つ者が少なくなっていく。また、海外における日本鍼灸の臨床家も少なくなっていく事が、大体、予想されます。国内対策としては、日本の伝統医学、鍼灸、漢方とありますが、まずはそれら日本の伝統医学の標準化を念頭に置いた、日本の伝統医学のデータベース化が必要です。これは、全日本鍼灸学会等でもやり始めていると思います。そういうものをデータベース化して行き、日本の伝統医学をきちんと整理して行く。日本の伝統的医学のハードもソフトも含めたデータベース化、散在している日本の伝統医学を纏める事が必要です。例えば、ソフトというのは、知識ですね。診断をするためのものですが、あとは、ハードでいうと、鍼灸の針や艾、その形状等を含め、それらを出版物として形にしていくことが必要になってくると思います。あと、非常に大切なのが、日本の伝統医学で用いられる伝統的知識と治療法です。具体的に言うと「技」ですね。そういうものをいかに標準化していくか。「技」を単なるデータベース化し、整理整頓したとしても、実際に継承されなければ意味のない話です。「技」を継承するためには、教育というものを整理していかなくてははいけない。また、漢方薬に関わる生物遺伝資源に関する能動的、積極的発言と関与が今後は必要です。また、生物遺伝資源の分野での伝統的知識の文化戦略というものへの能動的、積極的発言と関与を我々は今後していかなければならないということです。国外対策としては、あえて、資源という言葉を使いますが、資源国というのは、先ほども言いましたように、発展途上国が多いです。例えば、鍼灸では中国、漢方薬では中国、インドネシア等の東南アジアの国、場合によってはインドも漢方薬の資源国に入ってきています。資源国の生物遺伝資源に対する様々な法律が各国にはありますが、生物多様性条約では、生物遺伝保護法等、各国固有の国内法に従わなければならないことになっています。我々は、各国の法律というものをちゃんと把握しなければならない。例えば、中南米のある国の植物を使って、機能性食品を作っている食品会社では、その植物を利用するに当たり、生物多様性条約を順守すると、一企業と国との間で交渉を実際に行わなければならない、色々な困難な状況が出てきます。資源国には、知的財産制度があります。特許法ですね。一企業はそういうものも把握しなければならない。また、資源の保護に配慮する事も必要である。また、利益配分としては、金銭だけでは無く、有形無形の援助も重要です。例えば、学校を作ったり、ダムを作ったり、例えば鍼灸師を、海外青年協力隊のような形で派遣したり。

形井：時間が足りないので、こういう具体的な対策を各国の法律を十分に理解していかないとはいけないという。最終的にまとめていただいた方が。

小野：結局、現状へ対応するためには、我々だけでは無理です。ISO の事もそうだが、後ろの席に、その前線に立っている東郷先生がいらっしゃるんですが、彼はこれにつきっきりにならなければならない、ある意味、自分の生活基盤を失いかけています。是非みなさん、彼を支援して下さい。本当にその様な状況です。東郷さんは自分の生活を犠牲にして ISO に対応してくれています。しかし、本来は個人や学会、小さなグループに ISO への対策を任せるべきではありません。今後は、他の分野の人達といかに連携していくのかそれが重

要になってきます。それが知的財産の専門家とか政策の分野の人とかになってくる。あと、これは、国内外の学術的な側面ですけれども、国内外での議論の活発化をしていかないとかなかなか国同士の現状の相互理解は広まらない。本日ここにたまたま来られた方は、日本の伝統医学がこういう状況に陥っていると初めて聞いた方が多いと思います。ある意味、本研究会も議論を活発にする活動の一環です。国内外で伝統医学、あるいは伝統知識に関する知的財産をどう扱うかに付いて、国内外でシンポジウムを開く。また、ガイドラインを団体等で作成していくことも必要だと思います。今後は、学会等、学術団体でも生物遺伝資源や伝統的知識に関する分科会を設立し、組織的に対応する必要があると思います。更に、政府レベルでの対応が必要です。各省庁の生物多様条約部署が関係して来ますので、それらの部署と上手く連携していく事が重要です。また、政府の中の伝統医学担当部署というものを設置しない限りは、現状を打破するためには、非常に高い確率で厳しい状況になると思われます。そして、世界レベルで伝統医学を協同管理していくようなシステムを提案しない限りは、いつまでたってもイタチごっこで、中国、韓国、日本の内ゲバみたいなものがずっと続いてしまうという状況になると思います。生物多様性条約に長年携わってきたバイオ産業分野でも、このようなことを模索しない限り、現状を打開することは無理だと言っているのです、我々も彼らを参考すると良いのではないかと思います。今後、日本は、伝統医学を資源と考えるかどうかということが重要です。我々は直接伝統医学に関わっていますが、一般の日本人はどうかということです。これが重要で、日本の伝統医学の漢方と鍼灸は、日本独自の伝統文化なのか、日本独自の伝統知識なのか？私は、日本独自の伝統文化であり、日本独自の伝統知識であり、日本独自の文化資源であり、日本独自の知識資源であると思います。日本の伝統医学は日本独自の医学資源であって、日本は利用国であり、資源国でもあると思います。みなさんに、その自覚があるか、または、周りの人にその認識があるか、国はその指針を持っているかということです。今のところは、ここすら怪しいのが日本の現状です。最後に何ですが、先程、有明の東郷さんの話をしましたが、東郷さんの個人の頑張りには限界がある。彼が死んじゃったらもう終わりですから。彼をいかにバックアップするかといった本治法が必要です。つまりこれは、国を動かさなくてはならない。中国とか韓国では、国家プロジェクトでやっています。日本は今年になってようやく、厚労科研費として2000万付いた位です。しかも、それは2年間しか続かない。中国はそれに対して10億位予算を付けている。日本とは全然違う。中国ではこれで食っている人が一杯いますから。そういう状況ですが、結局今までお話しした問題というのは、何のためにやるのかというと、人類の文化や英知の多様性の保障のためなのです。これが実は非常に重要です。これを我々は保障するためにやるのです。何故これが重要かというと、世界や国内規模で、何か有事が起こった際、文化や英知の多様性がないと、人類は有事の問題解決に対応できなくなります。例えば、新型インフルエンザに近代西洋医学の治療法では効果が無いが、どこかの国の伝統医学や民間療法には効果があった等、人類の文化や英知の多様性が必要です。そのためには、伝統医学や民間療法の根底

にある伝統的知識の多様性の保護・継承により、伝統医学の多様性の保護・継承に繋げる事が必要です。スライドの一番下に書きましたが、我々は決して、ナショナリズムに陥ってはいけません。結局これに陥ってしまうと、我々がやっていることが、中国や他の国がやっていることと何ら変わりがなくなってしまう。ですから、そこを重々承知したうえで、何が目的なのかという事を考えて、我々は対策と戦略を練ったうえで、行動しなければならない。それが無ければ、恐らく、世界的に賛同は得られないと思います。

会場 1: 今の答えになっていなかったと思うのですが。要するに、伝統的知識と技術を守らなくてはならないという意味は、例えば、経穴を使う、陰陽五行を使う、『素問』『靈樞』を使う度に特許料を払わなければならないということとか、鍼を持って治療するたびに 5% 払うとかこういう意図ですか。具体的には。

小野: そのようになる可能性は高いです。というのは、今年の 10 月の名古屋での生物多様性条約の会議があり、そこで伝統的知識に関する議論が資源国から提示されると言われています。それいかにでは、どのようになるかは全くわかりません。そのため、未だ先は読めません。

会場 1: その前に日本の資源であるということを確認しなければならないと、こういうことですね。

小野: はい。基本的に、資源国と言われているところは、全てにおいて、どこの国もそうですが、殆どが、例えば伝統的医学に関しては、それを管轄する政府機関や部署があり、何十人、何百人のスタッフがいます。あと、それに対応する十分な予算があります。しかし、日本はそれに対して、全くの丸腰ですし、あと、もうひとつは、農水省は今のところ日本は資源国、いずれ、資源国であって、利用国という立場を示さなければならないと言っていますが、伝統的医学に対しては、資源という考えは、どの省庁にも全くありません。

会場 1: まだ、時間的に余裕があるという事ですか。

小野: 時間的余裕はまだあると思います。おそらく 10 月の段階では何も決まらないと思います。ただ、これは期限つきの話ではなくて、未来永劫、いつまで続くか分からないのが現状です。これは ISO の方もそうですが、いつまで続くか分からない、非常に期限がきれない問題です。

形井: ありがとうございます。

箕輪: 矢野先生に話を伺います。今日のタイトル「日本鍼灸の存在意義」というテーマで皆さんとディスカッションし、先生の話をお伺い、先生の 2009 年の明治鍼灸の論文も見せていただきました。先生のお考えでは、これからのビジョンとしてはパラダイムシフトが必要なのか、あるいは医療の内側を目指そうよというのがあるのか、説明していただければ幸いです。

矢野: 鍼灸の存在意義ということであれば、今のお話の知的財産も含めて、生命や生体のとらえ方、視点を鍼灸医療の実践により変えていくということとも関わってきます。

生命論的、あるいは東洋医学なパラダイムが理解されるには、思想とか、観念だけでは

難しいと考えています。それにはエビデンスを創り、発信していくことが重要です。要素分析的な視点とは異なる視点で問題解決を図ることができることを明確な形にして、誰もが理解しやすいようにしなければなりません。

そうは言うものの、実際、本学の附属病院でも、現代医学と視点の異なる鍼灸医療を行うには、さまざまな限界があります。今後、その限界をどういう風に乗り越えていくかということと、現代における鍼灸の存在意義の最初の部分で話しましたように鍼灸医療の利用すらだんだんと縮小していつている状況において、鍼灸は細々と存在するしかないという危機意識を踏まえた時、見方が異なること、視点が異なることを提示してくということが大事ではないかと考えています。

箕輪：今のお話では、変えていくということに関しては、我々自身ですか。鍼灸師自身が意識を変えていくということですか。

矢野：それは、鍼灸師自信というよりも、鍼灸医療が行っていることそのものがどういう意味があるのか、どういう価値があるかという、エビデンスを通して投げか、相手の認識を変えていくという意味での変えるということです。

箕輪：ありがとうございます。もし、よろしければ、小川先生の方向性の考えを少しお話頂ければ。

会場 1：元々私は医療のパラダイムは西洋医療にないと思っていますよ。なので、西洋医学はいずれ行き詰まるとしています。東洋の方が医療のパラダイム的には近い。だけど、東洋が本当の真のパラダイムかというところではないと思う。両方がシフトしなくければならないと思うんですが、具体的にどうすればいいかという、私にはわからない。矢野先生の話で、運動器系が 80%となっている。じゃ、我々は運動器系が得意なのか、違うでしょ。西洋医学は運動器系が不得意だから、我々の所に患者さんが来ているにすぎないんであって、つい 20 年前、30 年前、または戦後には鍼灸の得意科目は全然違ったわけですね。それはたまたま時代の流れで、形井先生がおっしゃるように、常に西洋医学を意識しながら、その間の中で生きさせられてきているというのが現実であって、自分たちが何ができますと言ったことがないんですよ。だから、自然治癒と一言でいちゃえばそうだけど、それをしっかりとやっていかなければ駄目だと思うし、世界でやろうと思ったら、例えば患者さんの体の中に入っていく鍼や器具を手で持つて行う医療というのは世界中どこにもない。しかし、身体に触ったり鍼を手で持つということは日本の鍼灸の特徴であるけれども、そういうことが安全であるという研究はだれもやっていない。そういうことをひとつひとつやっていかななくてはいけないんじゃないかなと思ってんですけど、あとは、あなた方がやっていくんであって、私は、消えていきますので。(笑)

形井：そういう結論なんですか。(笑)

会場 1：そうです。(笑)

形井：今の手で鍼を持つというのは、鍼体を素手で持つという意味ですね。

会場 1：手で持った物を体の中に入れるというのは医療の世界の常識にはないんです。

形井：それは、世界で、ちゃんときちんと学校教育をしているのは日本を始め余り多くない国々ですね。

会場5(浦山久嗣)：先ほどの坂部先生の発表に関連してですが、鍼灸が、ISO とかの関連で、知的財産とかについてなんです、今のところ鍼灸に関して影響はないと思います。WHO 標準経穴に関しては、皆さんの印象としては、ほとんどが中医学の経穴に移ったという印象を持たれてると思いますけど、実は、あれは、従来説と比べて変わったと思ったところのほとんどは明治、大正期に行われていた日本の経穴なんですね。初出の文献を探せば、オリジナリティは日本にあるんです。中国と韓国で大論争をやっていますけど、そういう論争の視点からすると、99%は日本の勝利なんです。それをこちらが表立って言っちゃうと改定されてしまう恐れがあるので、実は内緒にしているだけで、文献の根拠は実は日本側にあるんですね。それから、鍼の施術方法ですけど、捻鍼法が中国から来たと思われている方が大多数かもしれませんが、捻鍼法やっている中国人を見たことあるでしょうか。今現在、捻鍼法は中国では教育がされていないと思いますけど、捻鍼法自体が中国のものではなくて、江戸時代の文献から出てくるものなんです。その理論的背景を近代医学の文献からとっている例もありますが、実は、刺絡も打鍼も管鍼も日本の技術だと思うので、それらの歴史を意識してやっている限りは、100%日本のオリジナルでいけちゃうと思うので、ちゃんと歴史を精査するだけで、日本は安泰だと思うんですけどね。それをみなさんがどれだけ古典を認識できるかどうかにかかっていると思います。坂部先生、先生いかがでしょうか。

坂部：それは、要するに、私の話だと法律の話になっていくので、おそらくそれは他の先生方のほうが明確な答えをお持ちだと思いますけれども、ただひとつ今のお話は、おっしゃられる通りのことで、今のご質問から話が遠のいてしまっていて恐縮なんです、関連することとして考えられることは、最後のほうに申し上げたように、慣習であるというのは法的に大きな意味を持つという意味では、意図的に隠されているということは重々承知しておりますけれども、社会的に一定の形式でもって、明確に示していくという作業も、対外的にリスト化とかデータ化という取り組みをしておかないと、最終的に国際的に医療裁判に持っていかうと思っても厳しいという意見を持っていますが、今のお話は他の先生はよくご存知かと思いますが。

小野：一つは、日本の鍼灸の標準化の話も実際にかかってくる話として、自分に正当性があるかどうかというのは、だれも決めてくれないんですね。それは自分自身で証拠を作らなくちゃいけない。で、おそらく言ってらっしゃるのは、あえて隠しているのはタイミングの問題なんですね。そのタイミングが来るところまでに、確実に作業はしなくちゃいけないんです。標準化は。そこでタイミングを見計らって、どういう戦略にするか分からないけども、例えば、中国に乗っかるか、それとも、中国にある程度乗っかってある程度行った時にクーデターを起こすとか、色々あるわけですが、そういう戦略をまず、決めないといけないわけですね。それで、どうタイミングを見計らって、それまでに構築してきた標準化というものをパッと出すかということですね。ただ、確実なのは、いずれにしても、データベース化なり標準化なり、自分達の正当性を証明する証

拠を作らなければいけないというのが今の現状です。問題なのが、それに対する人員とお金と時間をどう割けるかということです。また、どう対応していくか、戦略として、それが作られていないというのが問題です。

会場5:あと、WHO 経穴を普及させるという徹底がないと話にならないですよ。すぐ、がらがらぼんで中国が改訂しちゃったということになると元も子もないんで、今まず、WHO に乗っかって中国と一緒に普及していくと、その間に日本が日常的な分を研究者を増やして、メインデータを増やして、積み上げていって、いつでも対抗できるという戦略にするべきなわけですよ。それならば、10 年後くらいに目処がつかから丁度良いんですけど。もう一つ、経穴はそれでいいんですけど、それ以外のことがどうなっているかと言うことが問題です。鍼の行為そのものも、日本でやられている方法が、日本のオリジナルだというふうに考えられるので、その事をちゃんと標準にしていけば、自分達がやっていたことを横取りしたと言われずに済むだろうと、楽観視しているということです。

形井:わかりました。そろそろ時間ですのでまとめたと思うんですが。実は結構複雑でして、実は ISO に中国がこういう事を話し合いしてくれといったものを出してるんですよ。その中に経穴部位とあるんです。という事は、中国は我々と一緒に、経穴部位 2006 年をやっていながら、新たに経穴部位の標準化を出してきている。これが何を意味してるかという事が読めていないんです。もし、本気でまじめに出してきているんだとしたら、それは何たることかと言わなきゃいけないんですけども、とりあえず出しているだけなら別にというふうな、実は複雑な状況があるんです。

会場5:当然、中国側は現在の WHO 経穴には十分な満足感を得ていないから、ISO とかいろいろ手段を使って微調整を目論んでいるのでしょうが。やり方は卑怯ですけど、基本的には WHO 経穴は中国国家標準にも近いわけですから、その方針でこのまんまいくはずなんですね。

形井:はずならいいんですけど。

会場5:ドラスティックにかえるだけの研究をむこうはされてませんので。

形井:そこはいいんですけど。中国はそういう姿勢を持っているということです。中国は決めたことなんだから出さなきゃいいのに、そういうことを出してくるという。

会場5:要するに、中国がオリジナルだというスタンスであれば、そうじゃないよという反論する必要性があるけれども、そういう意味じゃなくて WHO の経穴に遵守して、あるいは、中国の GB により忠実な状態で ISO に持って行くというのであれば、国側のスタンスとしては、いくらでも反論の余地はあると。特にここで、中国ちょっと待てとわざわざ言わなくてもいいと思います。少なくとも、今がその時ではないと思います。

形井:わかりました。そういう戦略もあるし、早めに止めておくという戦略もあるというわけです。今、複雑だという事がわかっただければいと思います。

ちょっと時間過ぎましたけれども、2 日間に渡りまして第 5 回の社会鍼灸学研究会を行って参りました。実は昨日午後、3 人の若手の研究者に発表して頂いて、14~15 名でテーブルディスカッションをして、議論を行いました。かなり、緊張感のある、厳しい質疑と優しい言葉と織り交ぜながら、話を勧めてきたのですけれども、発表者は非常にいい経験を

下と申しますし、私もいい経験になりました。来年できたら、参加しているみなさんの中から、是非自分はこの研究をしているので発表してみたいという方がいらしたらですね、おっしゃっていただければそういう時間を組みたいと思います。一人30分発表できますから、こういうチャンスはなかなかありませんので、ぜひ。

今日は朝から、最後の全体討論まで、一日お付き合い頂いて本当にありがとうございました。忌憚ない意見をといつもいうんですけれども、いろんな意見を出していただきました、少し今回、全体討論の時間が短くなって申し訳なかったですが、また、チャンスがありましたらそういう話もしたいと思います。夜の部も30人も参加していただけるので、立食で自由に意見を、ディスカッションをして参りたいと思います。講師の先生方も雑誌に載せる原稿を1ヶ月以内に頂けると……。昨日発表した先生方もお願いします。来年も夏が近づいた頃にご案内したいと思います。

長い間ありがとうございました。

会場1：小川卓良

会場2：戸ヶ崎正男

会場3：横山浩之

会場4：伊藤和真

会場5：浦山久嗣