

日本中医薬学会雑誌

第11巻 第1号 | 2021年5月

2021年5月30日発行（年2回発行）

ISSN 2436-391X



● 巻頭言 ————— 酒谷 薫 1

● 総説

日本の中医学の発展を目指して ————— 酒谷 薫 2

● 主張

COVID-19 が外感病学に投げかけるもの ——— 加島 雅之 9

● 学会講演 第10回日本中医薬学会学術総会

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

継承・適合・普及・発展 ————— 平馬 直樹 19

東日本大震災の復興事業計画案から ——— 関 隆志 23

中医学関連文献・書籍アーカイブの提案 — 吉富 誠 27

より世界志向・未来志向の学会

より高みをめざす学会にするために ~過去から未来へ~

————— 西本 隆 28

将来の日本鍼灸医学の創設を目指して ——— 浅川 要 31

次世代の中医鍼灸を目指して ————— 篠原 昭二 36

投稿規定 41 / 利益相反申告書 / 誓約書・著作権委譲承諾書 / 編集委員会 46



巻頭言

一般社団法人 日本中医学会は2020年に創立10周年を迎えました。この10年間に中医学を取り巻く状況は大きく変化しました。医学、先端科学技術の発展、中国の経済発展、あるいはコロナウイルス問題による生活様式の変化など、さまざまな社会的環境の変化がありました。このような環境の中で、(一社)日本中医学会はどうか、第10回学術総会において理事、評議員、会員の方々と議論を重ね、日本の中医学をさらに発展させるためには、日本中医学会は新しく再出発する必要があるとの結論に至りました。

そのために、1) 専門医制度を創設すること、2) 人工知能など先端情報技術を活用した日本独自の中医学を開発すること、などが提案されております。そして、学会活動を対外的にアピールするために、学会のシンボルマークを新たに作成いたしました。さらに、2021年4月1日より、学会の名称を「(一社)日本中医薬学会」に変更することにいたしました。中国との学術交流をさらに深めていくうえで、中国の中医学系大学が「中医薬大学」の名称が付けられていることに準拠して名称を変更した次第です。

また、学会の名称の変更に伴い、今号より誌名も『日本中医薬学会雑誌』に変更いたしました。

本学会員のみなさまと共に(一社)日本中医薬学会を力強く発展させていきたいと思っております。何卒、宜しくお願い申し上げます。

2021年5月

(一社)日本中医薬学会 理事長

『日本中医薬学会雑誌』編集長

酒谷 薫

日本の中医学の 発展を目指して

For the development of traditional Chinese
medicine in Japan

酒谷 薫

Kaoru Sakatani, M.D., D.M.Sc, Ph, D.

東京大学大学院 新領域創成科学研究科 人間環境学専攻
〒 277-8561 千葉県柏市柏の葉 5-1-5 環境棟 254 号室

Department of Human and Engineered Environmental Studies, Graduate School
of Frontier Sciences, The University of Tokyo, 5-1-5 Kashiwanoha, Kashiwa-shi,
Chiba, 277-8561, Japan

要旨

日本の中医学の発展の方向性として、中医学の優れた治療法、予防法を一般臨床に導入すること、および西洋医学と中医学の融合が重要になるとと思われる。このような中医学の発展には、AI（人工知能）などのデジタル技術が寄与すると考えられる。西洋医学では、AIはさまざまな医療分野への応用が急速に進んでいる。われわれは、AIを用いて一般血液検査データより認知症の発症リスクを判定する方法を開発した。本法は、認知症は脳だけの疾患ではなく、全身性代謝障害によって発症するというコンセプトに基づいている。この考え方は、認知症という脳疾患を全身性疾患として考えており、中医学における考え方と類似している。AIの入力層に四診、出力層に弁証論治を入力するアルゴリズムを開発し、ベテラン中醫師を“教師”として学習させることができれば、一般臨床に応用できる中医学CAD（Computer-aided Diagnosis）を開発することが可能である。さらに、入力層には、中医学の四診に加えて、西洋医学の診察所見や画像診断を入力し、出力層には弁証論治に加えて西洋医学的診断、治療法を入力するようになれば、次世代の中西結合医学CADができる可能性もある。現代医学はデジタル技術革新とともに発展している。日本中医学会の今後10年の発展目標として、AIを活用した次世代型中医学システムの開発を目指すことを提案したい。

Abstract

As the direction of development of traditional Chinese medicine (TCM) in Japan, it will be important to introduce excellent treatments and preventive methods of TCM into general clinical practice, and to integrate Western medicine and TCM. Digital technologies such as AI (artificial intelligence) are thought to contribute to the development of TCM. In Western medicine, AI is rapidly being applied to various medical fields. We have developed a method to predict the risk of developing dementia from general blood test data using AI. This method is based on the concept that dementia is not only a brain disease but also a systemic metabolic disorder. This concept considers the brain disease called dementia as a systemic disease is similar to the way of thinking in TCM. A TCM-CAD (Computer-aided Diagnosis) may be developed and applied to general clinical practice if a veteran TCM doctor trained the algorithm as a "teacher" by input the TCM four medical examinations and diagnosis to the input and output layers of AI, respectively. Furthermore, in addition to the TCM examinations and diagnosis, if the examination findings and diagnosis of Western medicine are input to the input layer output layers of AI, respectively, the next generation of "Oriental-Western Combined Medicine" CAD will be possible. Modern medicine is evolving with digital innovation. As a development goal of the Japanese TCM Society for the next 10 years, I would like to propose developing a next-generation TCM system that utilizes AI.

キーワード：人工知能，深層学習，認知症，デジタル技術，CAD

Keyword：AI (artificial intelligence), deep learning, dementia, Digital technologies, CAD (Computer-aided Diagnosis)

はじめに

2020年度の日本中医学学会学術総会は、日本中医学学会が設立されて10年目の学術総会である。この10年間に中医学を取り巻く状況は大きく変化した。医学、先端科学技術の発展、中国の経済発展、あるいは新型コロナウイルス災禍による生活様式の変化など、10年前には想像できなかった激動の真ただ中にいる。このような状況の中で単に過去を踏襲するのでは、日本の中医学は衰退してしまうかもしれない。本論文では、次の10年間における中医学の発展の方向性について考察する。

AIの医療分野への応用

近年、人工知能(AI)は音声認識、自動運転などさまざまな分野に応用されているが、医療分野への応用が急速に進んでいる。たとえば、医学的文献のAI検索により、膨大な医学文献から遺伝子変異や治療薬物などをデータベースとして構築し、診断困難な患者の治療法を提示するシステムである¹⁾。さらに、MRIなどの画像診断に深層学習が応用され、診断精度が飛躍的に向上している^{2) 3)}

AIに用いられる演算アルゴリズムは、深層学習(ディープラーニング)と呼

ばれる機械学習の一種である。深層学習は、人間の神経細胞の仕組みを再現した多層構造のニューラルネットワークを用いることにより、従来の機械学習ではできなかった“ヒト脳に近い学習”を行うことができる。たとえば写真を見たときに「犬」なのか「猫」なのかを区別する方法を学習するときに、従来の機械学習では、両者を見分けるために着目する特徴（目とか鼻など）をあらかじめ指定する必要がある。しかし、深層学習ではAIが自分で特徴を学習し、その性能を向上させていくのである。

■ AIによる認知症の早期発見

最近、深層学習を用いて一般の血液検査データより認知症の発症リスクを判定する方法が開発された^{4) 5)}。本法は、認知症は脳だけの疾患ではなく、生活習慣病などの全身性代謝障害によって認知症が発症するというコンセプトに基づいている^{6) 7)}。すなわち、生活習慣病に起因する動脈硬化による脳循環障害がトリガーとなり認知症が発症するのである。これは血管性認知障害（Vascular Cognitive Impairment：VCI）と呼ばれているが、血管性認知症だけでなく高齢者のアルツハイマー型認知症も関与している。さらに、高度の認知症だけでなく軽度認知障害（MCI）もVCIが関与している。また、生活習慣病だけでなく、貧血、栄養障害、肝・腎機能障害、電解質異常など全身性代謝障害が認知機能を低下させたり、認知症のリスクになっていることが明らかになってきた⁸⁾⁻¹³⁾。

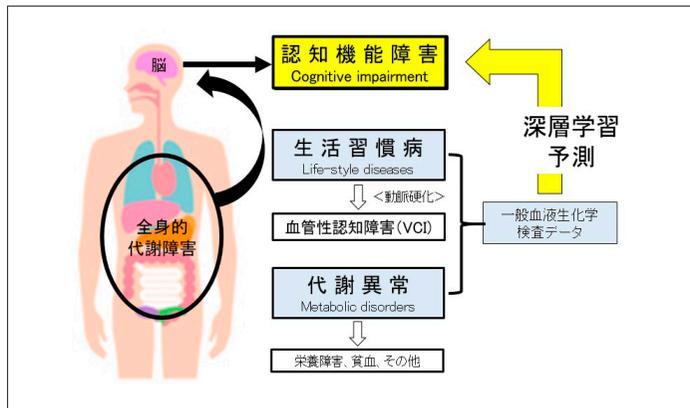


図1 全身性代謝障害の認知機能に対する影響

健診に用いる一般血液生化学検査データは生活習慣病や各種の代謝障害を反映している。そこで深層学習を用いて、これらの血液データより認知機能を推定するアルゴリズムを開発した（図1）。具体的には、深層学習にフィードフォワード型 Deep Neural Network（以下、DNN）を使用した（図2）^{4) 5)}。本法は、入力ユニット→隠れ層→出力ユニットのように単一方向へのみ信号が伝播する計算法である。隠れ層（2層以上）には入力層の各データに適当な重みを付けて和を取ったものが入力され、さらに入力されたデータに対して何らかの変換を行った後に出力する。出力が正解（教師信号）に近づくように隠れ層のニューロンの重み（結合）が最適化されるように繰り返し学習していく（教師あり学習）。DNN

により一般血液生化学データから認知機能の指標としてMMSEスコアを予測できるか検討した。一般血液生化学検査データを入力層に入れ、MMSEスコアの値（0～30）を出力層に入れて教師信号とした。

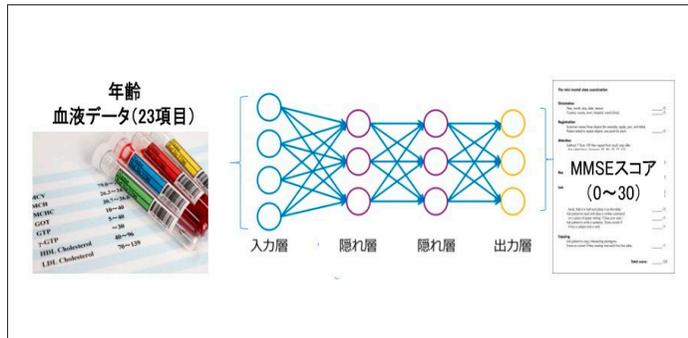


図2 認知症リスク判定に使用した深層学習アルゴリズム

図3に深層学習による予測MMSEスコアと実測MMSEスコアの相関関係を示す。相関係数0.85（MSE2.02, RMSE3.83）と高い相関が認められた。さらに、MMSEスコア23以下を認知症疑い、24点以上を正常とする2クラス分類では、診断感度、特異度とも90%と診断精度が認められた。

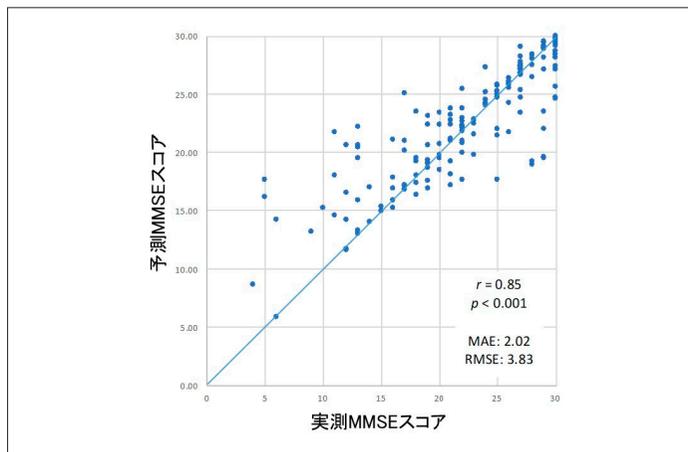


図3 深層学習により予測したMMSEスコアと実測値の相関関係

■ 全身性疾患としての認知症：最近の西洋医学と古典的中医学の類似性

この認知症に対する考え方で重要なことは、認知症という脳疾患を全身性疾患として考えている点である。つまり中医学における脳疾患に対する考え方と類似しているのである。中医学における臓器は五臓（心臓・肺臓・肝臓・腎臓・脾臓）と六腑（胃・小腸・大腸・膀胱・胆嚢・三焦）であるが、この中に脳という臓器は含まれていない。中医学においては、脳疾患は五臓六腑の障害として理解され、診断治療が行われるのである。

西洋医学は科学をベースにして発展してきた。科学は対象を要素に還元しながら

ら分析し、その機能を理解していくが、人体機能も要素還元的に理解されてきた。このため脳の機能や病態も他臓器から切り離されて分析されてきたのである。認知症の中で最も多いアルツハイマー型認知症は、脳内のアミロイドβ、タウなどのタンパク質の蓄積が原因と考えられ、その生成を阻害する薬物や抗体療法などが試みられてきたが、未だに根本的治療法は確立していない。このため、認知症の発症予防に重点が置かれるようになり、発症のトリガーとなる動脈硬化によるVCIが着目されるようになったのである。

2018年のランセット委員会の報告¹⁴⁾では認知症の危険因子として、①11～12歳までに教育が終了、②高血圧、③肥満、④聴力低下、⑤喫煙、⑥抑うつ、⑦運動不足、⑧社会的孤立。⑨糖尿病が指摘されているが、西洋医学における認知症の予防法は限られているといわざるを得ない。

一方、東洋医学における認知症に対する治療法は少なくない。現代の医療現場では、認知症、特に周辺症状(BPSD)に対して漢方薬が処方されることは稀ではない。たとえば、釣藤散は、主に脳血管性認知症のBPSDに効果があり、八味地黄丸は、脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の混合型に効果があるとされている。さらに、中医学においては、認知症は腎虚、瘀血などが原因と考えられ、漢方薬だけでなく鍼灸、薬膳などさまざまな治療法、養生法がある。現在、認知症の予防に関しては世界的規模で臨床研究が行われている¹⁵⁾。このような臨床研究に中医学的アプローチが取り入れられるためにも、今後、認知症に対する中医学的治療法、予防法の臨床研究を推進する必要があると思われる。

■ AIによる次世代の中医学，中西結合医学の開発

中医学の弁証論治は西洋医学の診断治療法とは大きく異なる。西洋医学の基礎理論は科学に基づいているのに対して、中医学は古代の自然哲学である陰陽五行学説に基づいているためである。このため一般診療に中医学の診断治療法を導入することは容易ではない。この問題を解決するためにコンピューター補助診断法(Computer-aided Diagnosis: CAD)が開発された。日本では、兵庫県立東洋医学研究所長の故松本克彦先生が1980年代に中医学のコンピューター診断システムを開発されているが、中医学CADは一般臨床に浸透しなかった。この理由の一つはCADに用いられるアルゴリズムの性能に問題があったからと思われる。

前述のように、深層学習は人間の脳のように自ら学習でき、その性能は人間を凌駕している。深層学習による認知症リスク判定法も従来の機械学習よりも診断精度が向上しており、一般臨床にも応用可能である(Frontiers in Neurology)。このことは、深層学習を用いた中医学の次世代型CADの開発が可能であることを示唆している。すなわち、入力層に四診の所見、出力層に弁証論治を入力する深層学習アルゴリズムを開発し、ベテラン中医師を“教師”としてアルゴリズムを学習させることができれば、理論的にはベテラン中医師と同レベルの診断能力を持つCADを開発することが可能である(図4)。さらに、入力層には、中医学の四診に加えて、西洋医学の診察所見や画像診断を入力し、出力層には弁証論治に加えて西洋医学的診断、治療法を入力するようになれば、次世代の中西結合医学CADができるかもしれない。

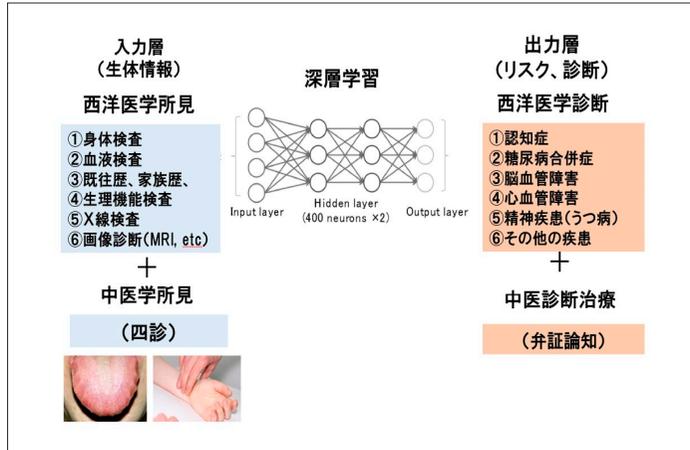


図4 深層学習を用いた次世代中西結合医学

AI と中医学による次世代型の予防医学システム

現在の医療は、病気に罹患してから病院で診断治療（保険診療）を受けるシステムである。社会の高齢化が進み、社会保障の財源確保が難しくなる中、疾病予防の重要性が指摘されてきた。そこで、AI と中医学を取り入れた次世代型の予防医学システムを提唱したい。

具体的には、AI を用いて毎年実施する健康診断のデータより各種疾患の発症リスクを推定し、その結果に基づいて予防的介入を行うのである（図5）。予防的介入法は運動食事療法が中心となるが、補完代替医療（CAM）として中医学的な養生法（漢方薬、鍼灸、マッサージ、薬膳、太極拳など）を導入することにより、より高い予防的効果が期待できると思われる。これを毎年繰り返すことにより、健康寿命が延伸し、さらに医療経済的効果も期待できる。

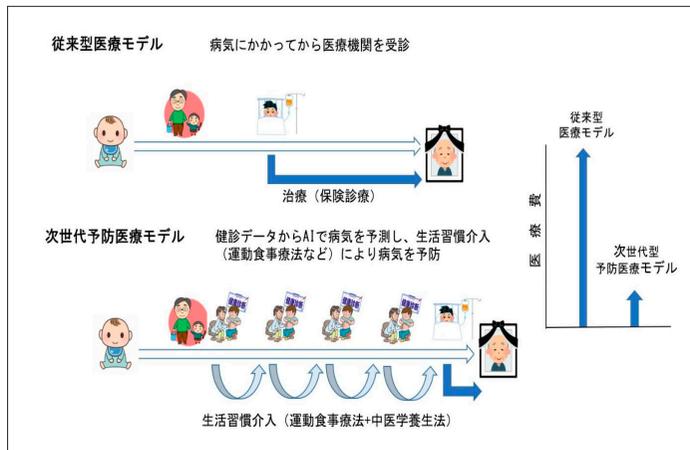


図5 AI と中医学による次世代型予防医学システム

■ おわりに

医学の発展は経済発展と技術革新を原動力としている。現代中国では躍進する経済発展とともにAIなどのデジタル技術革新により、西洋医学だけでなく中医学も大きく発展した。日本の中医学もデジタル技術革新とともに発展すべきである。日本中医学会の今後10年の発展目標として、AIを活用した次世代型中医学システムの開発を目指すことが提案したい。

参考文献

- 1) 大江和彦：これからの医療におけるAIの活用と課題. *Jpn J Drug Inform* 19 : N1-N3, 2017
- 2) Zaharchuk G, Gong E, Wintermark M, Rubin D, Langlotz CP : Deep learning in neuroradiology. *AJNR Am J Neuroradiol* 39 : 1776-1784, 2018
- 3) Hosny A, Parmar C, Quackenbush J, Schwartz LH, Aerts HJWL : Artificial intelligence in radiology. *Nat Rev Cancer* 18 : 500-510, 2018
- 4) 酒谷薫, 大山勝徳, 胡莉珍：一般血液検査データによる認知症リスク判定法の開発 アルツハイマー病発症メカニズムと新規診断法, 創薬, 治療 (編集 新井平伊). (株) エヌティーエス, 2018, 167-174
- 5) Sakatani k, Oyama L, Hu L : Deep Learning-Based Screening Test for Cognitive Impairment Using Basic Blood Test Data for Health Examination. *Front Neurol* 11 : 588140, 2020
- 6) Gorelick PB, Scuteri A, Black SE et al : Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia : A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 42 : 2672-2713, 2011
- 7) Wiesje M van der Flier, Ingmar Skoog, Julie A Schneider, Leonardo Pantoni, Vincent Mok, Christopher L H Chen & Philip Scheltens : Vascular cognitive impairment. *Nat Rev Dis Primers* 4 : 18003, 2018
- 8) 羽生春夫：生活習慣病と認知症 総説. *日老医誌* 50 : 727-733, 2013
- 9) Qizilbash N, Gregson J, Johnson ME et al : BMI and risk of dementia in two million people over two decades : a retrospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 3 : 431-436, 2015
- 10) Brooke J and Ojo O : Enteral nutrition in dementia: a systematic review. *Nutrients* 3;7 : 2456-68, 2015
- 11) Schneider ALC, Jonassaint C, Sharrett AR et al : Hemoglobin, Anemia, and Cognitive Function: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 71 : 772-779, 2016
- 12) Kunutsor SK, Laukkanen JA : Gamma glutamyltransferase and risk of future dementia in middle-aged to older Finnish men : A new prospective cohort study. *Alzheimer's Dement* 12 : 931-941, 2016
- 13) Miranda AS, Cordeiro TM, Dos Santos Lacerda Soares TM et al : Kidney-brain axis inflammatory cross-talk : from bench to bedside. *Clin Sci (Lond)* 131 (11) : 1093-1105, 2017
- 14) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al : Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 390 (10113) : 2673-2734, 2017
- 15) Kivipelto M, Mangialasche F, Snyder HM et al : World-Wide FINGERS Network : A global approach to risk reduction and prevention of dementia : *Alzheimer's and Dementia* Open access <https://doi.org/10.1002/alz.12123>

COVID-19が外感病学に 投げかけるもの

What COVID-19 has to offer TCM

加島 雅之
Masayuki KASHIMA

熊本赤十字病院総合内科 〒 861-8520 熊本市東区長嶺南 2-1-1

Japanese Red Cross Kumamoto hospital, Department of General Internal Medicine,
2-1-1 Nagamine minami, Higashiku, Kumamoto-city, 861-8520, Japan

要旨

【はじめに】中医学の歴史は、外感病に対するものといってもよい。各時代で外感病に対する新しい理論が開発されてきた。これらの理論の発展は、その当時に流行した外感病の特徴に基づいて対応を変化させてきたためにほかならない。

【方法】COVID-19の病邪の特質を中医学的に分析する。また、COVID-19の病邪と類似の治療経験を歴史上から検索し、その方法論を分析し、COVID-19の診療に反映させ、外感病学に対する新たな知見を模索する。

【結果】COVID-19は緩徐進行で、発症直後から舌苔が目立ち、武漢は多湿の環境であることから、風寒湿邪であることが示唆された。また、その病型は“傷寒”や、“温病”ではなく、“感冒”に一致している。感冒に対する独自の対応の始まりは、『医方考』（呉崑・1584年）であり、香蘇散、参蘇飲などの風寒湿邪に対する方剤を使用する。これらの方剤は、現在、軽症の外感病に用いるが、その由来は宋代にあり、疫病に有効であったことが伝えられている。その組成は共通した特徴が認められ、中国のCOVID-19診療ガイドラインにある“三方”と一致していた。また、病態の主座を上焦と考えると、解釈しやすい。COVID-19の患者に対して、この分析と治療方針に基づいた方剤運用は効果的であった。

【結論】COVID-19の経験から、現在の外感病の2大体系である“傷寒”・“温病”に加えて、忘れられた“感冒”の方法論が浮かび上がり、また、三焦論についても示唆を与え、外感病の理論を深化させうる。

Abstract

【Introduction】 It's not too much to say that the history of Traditional Chinese Medicine (TCM) is the history of external contraction diseases. The developments of theories of external contraction diseases are the results of correspondence for characteristics of influence external contraction diseases in each are.

【Method】 The characteristic of pathogen of COVID-19 is analyzed from the point

of view of TCM. The methodologies of correspondence to the similar pathogen of COVID-19 are searched in history, and are interpreted, applied for COVID-19 practice. The new knowledges of external contraction diseases study are sought.

【Result】 The pathogen of COVID-19 is suggested to be wind cold dampness. The disease pattern of COVID-19 is not cold damage, or warm disease, is similar to Common cold (感冒). The beginning of the original response to Common cold was yī fāng kāo in which kososan and jinsoin etc. are used. These preparations are used for mild cold today, were used for critical influence diseases in Song dynasty, have similar components to the 3 prescriptions in the Chinese guideline of COVID-19. It is reasonable to assume that the main locus of pathogenesis of COVID-19 is upper energizer. These analyses and treatments were effective for patients with COVID-19.

【Conclusion】 COVID-19 experience revives forgotten methods of the common cold, provides insights into the triple energizers theory, and deepens the theory of external contraction diseases.

はじめに

栄養状態・衛生状態が良好ではなかった過去においては、重篤な致死感染の流行を幾度となく経験し、それに対応することが、医学の最も重要な使命であった。後漢頃に原型ができ、処方学の規範とされる『傷寒論』が、著者である張仲景が自分の同族が“傷寒”と呼ばれる疫病によって、数多く亡くなった経験をもとに書いたというのはあまりに有名である¹⁾。それにとどまらず、『傷寒論』に先行する『素問』『靈樞』では致死的外感病を起こす外邪を“虚風”または“賊風”と呼び、最も重要な分析対象としている。また、六朝代の『小品方』(300年代頃)にも当時の致死的外感病である“天行”の治療に関して革新的内容があったことが伝えられている²⁾。唐代の『千金方』『千金翼方』でも外感病に関して多くの記載が割かれ、宋代になると国定処方集である『和剂局方』に他の時代に見られない新たな外感病の治療方剤が多数収載される。続く金元時代の四大家のうち、劉完素、張從正は直接的に外感病を論じ、李東垣は補中益気湯を内傷の発熱のために開発したと宣言しているが、その処方開発の発端となった経験の実際は、栄養状態が悪く、高度ストレス下で疲弊した状況での急性感染症であった³⁾。明清代にかけては温病学が形成されていった。このように中医学の歴史は新たな外感病に対応し発展してきた歴史といって過言ではない。

では、パンデミックとなっている COVID-19 は中医学に対してどのような示唆を与えるかを考えてみたい。

方法

COVID-19 の臨床的特徴および発症の地である武漢の特徴から、COVID-19 を引き起こす病邪の特徴を分析する。また、中医学の歴史のなかで、COVID-19 の病邪に類似のものに対する治療経験を検索し、COVID-19 の診療に反映させる。

併せて外感病学に対する中医学の新たな知見を模索する。

なお、使用した漢方薬は医療用漢方製剤で、上気道炎や肺炎、咳嗽などのCOVID-19の部分症状に適応を有するものや、病後の体力低下に適応を有するものであり、臨床研究ではなく、あくまで通常診療の一環として対応しており今回倫理申請は行っていない。

結果

1. COVID-19は風寒湿邪である

COVID-19の症状の最大の特徴は一部の例外を除くと、緩徐に進行していくことであり、発症から約1週間で酸素が必要になり、その後、発症10～14日目ごろに更に増悪する場合には、人工呼吸器などでの治療が必要になることである⁴⁾。このような緩徐な進行のパターンは外感病では風湿邪を示唆する。また、発症後1～2日目で舌苔が目立ち、上腹部不快感や軟便などの消化器症状も発症1～2日目から出現する場合が多い。これらの特徴も風湿邪を示す所見である⁵⁾。また、COVID-19の発症の地である武漢は市街地の約40%が湿地という多湿の地域であり⁶⁾、風湿邪による外感病が生まれやすい環境である。

2. COVID-19には感冒の方法論を応用すべき

現在の中医学では風寒邪によって発症する“傷寒”と、風熱邪によって発症する“温病”の2大体系で外感病をとらえる。傷寒は悪寒が強いことが特徴であり、温病は咽頭痛と悪寒が少なく高熱になりやすいことが特徴とされるが⁷⁾、COVID-19の症状はそのどちらにも当てはまりにくい。むしろ、発症直後はごく軽微な症状で緩徐な経過をとることは、歴史上、“感冒”と分類される病型に一致している。歴史上、“感冒”に対する独自の治療を初めて提案したのは、明代の『医方考』（呉崑・1584年）である⁸⁾。『医方考』では、『三因極一病証方論』（陳言・1172年）の外邪が人体中枢に直接的に侵襲する“中”，浅く入り込む“傷”という議論を引用したうえで、さらに軽く体内に入り込む病態を感冒と定義して、“傷”寒の方法論では分析が難しく、外邪も表から体内に入るのではなく、鼻から入るとし、使用する方剤も変更すべきと主張している。これは、中国東南部で起こりやすい病型であることも合わせて指摘している。感冒門に採用された方剤は、香蘇散、芎蘇散、十神湯、参蘇飲、藿香正气散であった。これらの方剤は現在では軽症のカゼなどに使用されている。香蘇散、十神湯の出典である『和剂局方』（12世紀初頭の初版以降、増補改訂を繰り返しており、13世紀に現在の形になった）では致死的な流行性の外感病を意味する、瘟疫への適応が記載されている⁹⁾。とくに香蘇散には方後に、ある老人によってこの方剤が伝えられそれを服用したら疫病が治まったという逸話が載せられている。また、参蘇飲は『丹台玉案』（孫文胤・1636年）のなかで、致死的な流行性の外感病を意味する天行への適応があり¹⁰⁾、藿香正气散も『医方考』のなかで、天行の原因とされる本来の季節に存在しない気候（四時不正之気）に侵襲された場合の適応が示されている⁹⁾。香蘇散、十神湯、参蘇飲、藿香正气散の出典は『和剂局方』であるが、収載されたのは、南宋（1127～1279年）になってからであり¹¹⁾、北宋（960～1127年）後期から南宋にかけて度重なる疫病が流行していたことと深く関係している

と考えられる¹²⁾。北宋は開封，南宋は南京（現在の商丘市），臨安（現在の杭州市）に都を置いており，こうした中国東・南部で当時流行した感染症に対する経験によったものと考えられる。COVID-19の発祥の地が臨安とほぼ同緯度である武漢市であることも注目される。また、『和劑局方』を出典とし，黄芩を加えたものが『医方考』の瘟疫門の筆頭処方として挙げられている方剤に人參敗毒散がある¹³⁾。『和劑局方』に述べられる人參敗毒散の効能には，天行と同義とされる時気に対する効果も述べられており⁹⁾，『医方考』の人參敗毒散加黄芩の解説も，感冒門の方剤の用薬と同じ方意でなされている。また，日本の『古今方彙』（甲賀通元・1745年）では，同書の感冒門に収載されており¹⁴⁾，人參敗毒散も感冒の方剤と考えることができる。

こうした感冒門方剤の組成を見てみると（図1），風寒湿邪に対抗する，ある共通した特徴が認められ，これを図2にまとめた。この視点から見たときに，中国でCOVID-19のために開発され中国版COVID-19ガイドラインにも収載されている3つの方剤（清肺敗毒湯，化湿敗毒方，宣肺排毒方）の生薬組成（図3）の構造は¹⁵⁾，麻杏甘石湯＋芳香化湿薬＋膈周囲の気機の調整薬＋脾胃を調理し

<ul style="list-style-type: none"> ■ 香蘇散
蘇葉 香附子 陳皮 生姜 甘草
<ul style="list-style-type: none"> ■ 芎蘇散
蘇葉 川芎 葛根 桔梗 枳実 柴胡 半夏 茯苓 陳皮 甘草
<ul style="list-style-type: none"> ■ 十神湯
蘇葉 川芎 香附子 葛根 升麻 白芷 麻黄 芍薬 陳皮 甘草
<ul style="list-style-type: none"> ■ 參蘇飲
蘇葉 葛根 桔梗 枳実 前胡 半夏 茯苓 人參 木香 甘草
<ul style="list-style-type: none"> ■ 藿香正気散
蘇葉 藿香 白芷 厚朴 桔梗 半夏 茯苓 白朮 大腹皮 陳皮 甘草
<ul style="list-style-type: none"> ■ 人參敗毒散
薄荷 羌活 独活 川芎 桔梗 枳殼 柴胡 前胡 茯苓 人參 甘草

図1 感冒門方剤の組成

<ul style="list-style-type: none"> ■ 風寒湿邪に対抗する解表薬で芳香化湿薬を多用
麻黄・桂枝などの強力な解表発汗を避け，解表薬で風寒湿邪に対応できるものが多く選ばれている（羌活，白芷，荆芥など）。また，外湿のみならず，内湿にも対応できる芳香化湿薬（蘇葉，藿香，厚朴，蒼朮）が多用されている。また，辛涼解表薬では葛根，柴胡，薄荷が頻用される。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 膈周囲の気機の調整薬の配合
柴胡，桔梗＋枳実，厚朴，半夏，陳皮などの膈の気機を調整する生薬を配合している。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 内傷および下痢などに対応する用薬
葛根，藿香，蘇葉，木香，大腹皮などの下痢などがある際に多用される生薬の配合が多く認められる。また，人參，茯苓，半夏などの内傷の特に脾胃の問題を解決し，痰湿を除く用薬がなされている。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 清熱の特徴
清熱は，柴胡・黄芩，石膏，薄荷が多用され，その他の黄連などの苦寒薬の配合は多くない

図2 感冒門の方剤の特徴

■ 化湿敗毒方	■ 清肺排毒湯	■ 宣肺排毒方
麻黄 杏仁 石膏 甘草	麻黄 杏仁 石膏 甘草	麻黄 杏仁 石膏 甘草
藿香	藿香	藿香
厚朴	陳皮 枳実	橘紅
草果・赤芍・半夏	柴胡 黄芩 半夏	青蒿
蒼朮・茯苓	白朮 茯苓 猪苓 沢瀉	蒼朮・薏苡仁
葶藶子・大黃	紫苑	葶藶子
	射干・款冬花	虎杖・馬鞭草
草果	桂枝 細辛	
黄耆	山藥	芦根

図3 清肺排毒湯，化湿敗毒方，宣肺排毒方の組成

内湿を除く薬の配合という共通の骨格をもっており、そこに、肺氣を開き化痰する生薬、温散の生薬、補虚の生薬、活血化瘀の生薬をそれぞれ適宜加味している。この骨格となる構造は、感冒門の方剤の特徴と一致している。

3. COVID-19の病態の主座として上焦を考えるべき

COVID-19は重症肺炎をつくることが特徴であるが、同時に“silent pneumonia”とも称されるように¹⁶⁾、咳嗽、呼吸困難感などの症状がごく軽微にもかかわらず、画像検査上、肺炎をつくっている場合が数多く認められる。中医学的に肺に病態の主座があると考えするためには、咳嗽、呼吸困難感、喘鳴などの呼吸器症状が必要であり、中医学的にみてCOVID-19の主座は肺ではない場所に存在し、肺病変は二次的な病変である可能性がある。COVID-19の原因ウイルスであるSARS-CoV-2が細胞内に侵入するためのレセプターはACE2であるが、肺においてSARS-CoV-2が侵襲する標的細胞である2型肺胞上皮細胞は正常ではACE2が発現しておらず、何らかの刺激を受けてACE2が細胞表面に発現しCOVID-19の肺炎が生じることが指摘されて始めている¹⁷⁾。胸部CTでもCOVID-19の肺炎の特徴は、末梢側優位で非区域性のパターンをとっており¹⁸⁾、直接的な肺への侵入ではない可能性が示唆される。1641年に中国沿岸部で広く流行した致死的外感病の経験をまとめた『温疫論』（呉有性・1642年）では、病邪が体内に入るのとは表からではなく、鼻・口から入り、病態の主座は半表半裏の場の一つである“膜原”にあると主張している¹⁹⁾。COVID-19についても膜原に類似の主座を想定したほうがよいのではなかろうか。膜原は、消化管周囲を想定しているが、COVID-19では消化器症状は多くなく、他の場を古典のなかから探索すると、その候補に上焦が見出される。『素問』調経論篇・举痛論篇を見ると²⁰⁾、上焦の不通は熱を生じることが示されている。また、『金匱要略』肺痿肺癰欬嗽上気病篇、臟腑経絡先後病篇では上焦の熱は肺の病変をつくり、吸気促拍は上焦の病変を示唆することが示されている²¹⁾。このように、COVID-19のように二次的に肺に病変をつくりうる中医学的な主座として、上焦が候補に挙がる。

4. 上焦の治療薬としての小柴胡湯とその合方および感冒門方剤との類似点

『宋板傷寒論』中の小柴胡湯の記載を見ると、再三にわたり、小柴胡湯が上焦の津液を流通させる方剤であるとの認識が示されている²²⁾。また、小柴胡湯の生薬構成を見ると、解表の作用は弱いですが、感冒門方剤基本の骨格である、疏散の生薬（柴胡）＋膈周囲の気機を整える生薬（柴胡・黄芩・半夏・生姜）＋脾胃を高め内湿を除く（半夏・生姜・黄芩）・補虚する生薬（人参・大棗・甘草）の構造を有していることがわかる。医療用漢方製剤で、より感冒門方剤に近づけるには、日本のオリジナル方剤である蘇葉・厚朴が加味された柴朴湯がよりよいと考えられる。

また、葛根湯は『宋板傷寒論』では、風寒湿邪による筋肉のこわばり・痙攣の疾患である瘧湿喘病に対して用いることが示されており²³⁾、風寒湿邪の外感病に使用できることが推定できる。葛根湯に黄芩を加えた葛根解肌湯は、『和剂局方』において致命的流行性外感病である時行に使用できること、膈周囲の異常に対する効能が書かれている⁹⁾。さらに葛根湯の加減方である『和剂局方』に記載された林檎散（葛根湯－甘草＋大黃・蒼朮・石膏・山梔子）は、致命的流行性外感病である時行・疫癘の高熱が生じている場合に使用できることが記載されている⁹⁾。小柴胡湯＋葛根湯から人参を除き、石膏を加えると、スペインかぜのウイルス性肺炎に使用され大きな効果を発揮したとされる浅田宗伯の柴葛解肌湯となり、医療用漢方製剤では、小柴胡湯＋葛根湯、高熱が生じる場合には桔梗石膏または五虎湯を加えることが、小柴胡湯をより感冒門方剤に近づけることとなる。

これらの観点を踏まえて、COVID-19 流行時の急性上気道炎に対する治療ストラテジーをつくった（図4・5・6）。

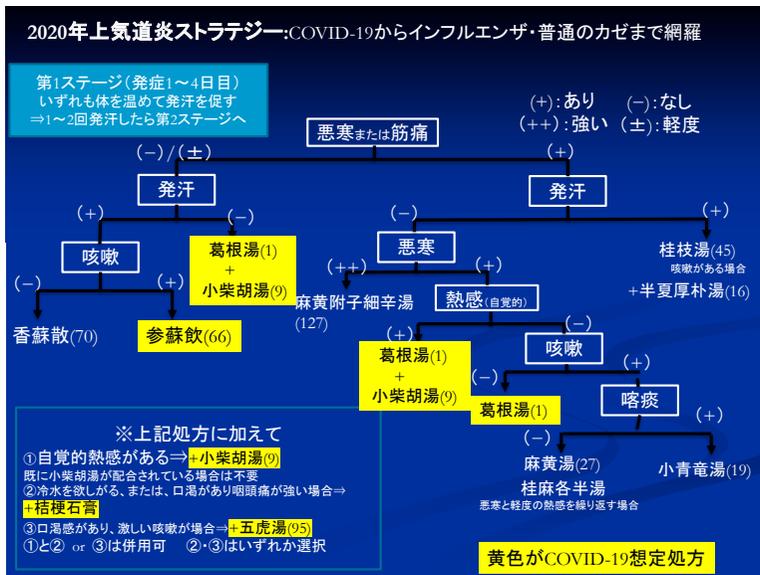


図4

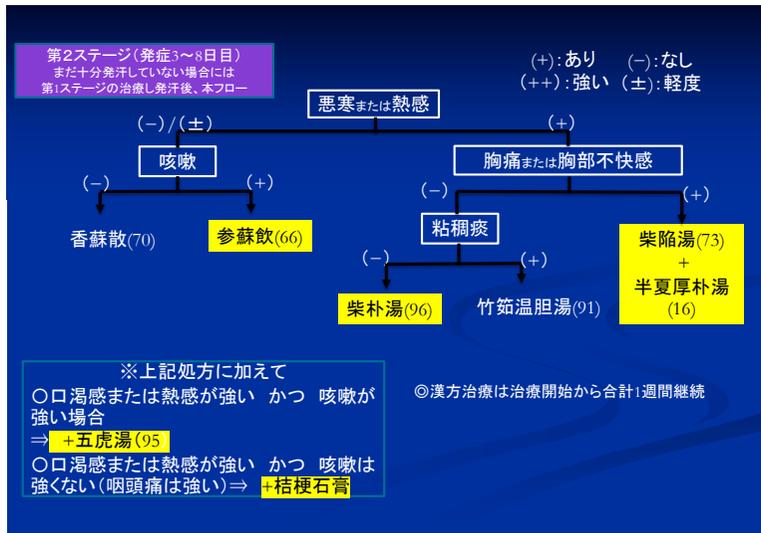


図5

中等症以上で38℃以上発熱持続
まだ十分発汗していない場合には
第1ステージの治療し発汗後、本フロー

※ 通常2倍量

基本処方: 五虎湯(95)+柴朴湯(96)【柴朴湯:小柴胡湯(9)+半夏厚朴湯(16)に相当】

	胸痛 又は胸部不快感	下痢・胃腸障害を来す	粘稠痰
五虎湯(95)			
小柴胡湯	あり⇒柴陥湯(73)へ変更		あり⇒竹筴温胆湯(91)へ変更
半夏厚朴湯		あり⇒参蘇飲(66)へ変更	

急激な酸素化低下または瘀血の所見がある場合には、サフラン末3g/日を併用

中等症以上で38℃未満に
解熱後3日以上経過

※ 症状に応じて適宜増量するのが望ましい

基本処方: 補中益気湯(41)+竹筴温胆湯(91)+サフラン1.5~3.0g/日

再発熱をきたす場合は、桔梗石膏(発熱のみ) または 五虎湯(咳嗽も強い場合)を上記に追加

回復期
解熱後7日以上経過

※ 常用量

基本処方: 人参養栄湯(108)+竹筴温胆湯(91)+サフラン0.9~1.5g/日

図6

結論

COVID-19 のパンデミックは、外感病の2大体系である傷寒・温病ではとらえられない病態をわれわれに突き付けた。それは、忘れられた感冒と類似の病態であり、その方法論は有効であった。また、その病態の主座は、肺ではなく上焦と考えるべきであり、現在その意義が不明確となっている三焦の概念を今一度、考えさせるものである。

また、著者は、日本における COVID-19 の第1波から2021年2月下旬の第3波までに、合計34名のおもに中等症以上の COVID-19 の患者を診療し、上記の

治療が効果を上げる例を多数経験した。その診療を通じて得られた経験を総括すると下記のようなになる。

1) 傷寒・温病の分析や治療が当てはまらないことが多い

COVID-19は肺炎期になっても筋痛などの表証の症状が残存したり、表証とともに上腹部不快感や場合によっては下痢などの裏証が出現するなど、通常表証から裏証に進行するパターンにならないことが多い。さらに表証の段階でも舌苔が目立ちやすい。また、鼻汁などの軽度の症状や微熱程度で、表証の症状もほとんどなく、また症状が消失しても、数日後に呼吸困難感のみが出現したり、発熱を来す場合もある。

血分に邪が入っても温病のように舌は絳舌などの発赤の強い色調にはならず暗舌になりやすい。

痰は発熱や炎症反応が改善し始める頃から増加するが、黄色になっていることは少ない。

中等症以上となって酸素化が低下している場合や熱が出ているときも、脈は数脈になりやすく、むしろ虚寒のパターンで重症化している場合には遅脈となる

2) 解表より疏散の治療を重点的に行う

麻黄+桂枝による解表は単回までに止めて、その後は蘇葉、藿香、葛根、蒼朮、厚朴、細辛、麻黄（桂枝と併用しない）といった生薬による疏散を行う。一方でこれらの疏散の治療は継続したほうがよく、中等症以上では10～14日以上、軽症例でも最低5日間以上の継続が望ましい。

3) 石膏を多用するが、一般的な使用目標とは異なる

石膏は、38度以上の発熱が持続する場合、発病2日目以上であれば使用する。一般的な石膏を使用する目標となる煩渴、眼や舌の紅、顔面の紅潮、洪脈などの熱実の所見にはとらわれないほうがよい。中等症以上でも1日量20g以上使用すれば投与36時間以内に38度未満に解熱する。また、石膏を止めるのも早期ではなく、解熱しても5日間程度は使用したほうがよい。黄芩は中等量まで使用してよいが、黄連などの苦寒薬の使用は避けるか、使用しても黄連ならば1日量3g程度の少量に止める。

4) 補虚の治療、とくに補気・補陽は積極的に行う

後に述べるように、中等症以上になる患者は虚寒と熱実の2つのタイプがあるが、重症化には虚寒が関与しやすい。

虚が背景にある人では、脈の按じて無力などの所見が現れたら早期に人参などで補気を行い始める。また、手足の冷えなどの虚寒の徴候がある場合は、附子の併用を行う。一方、疏散の治療法も併用し続けるとともに高熱があれば石膏を使用する。ただし、後に述べる虚寒で熱も出ず呼吸状態が悪化、血圧も不安定な場合には石膏の使用は禁忌で、疏散の治療も最低限に止めるべきである。

5) 中等症以上では活血化瘀を積極的に行う

中等症以上では暗舌または酸素化の急性悪化の場合には、活血化瘀を行う。その際、重い祛瘀の生薬ではなく、葉や蔓、花類といった軽い性味の生薬で透熱転

気に近いニュアンスのものを使用したほうがよい。医療用として使用できる生薬で涼解毒、活血化瘀の作用を持つものは少ない。ここでは、サフラン（番紅花）に注目したい。サフランは軽い性味で透熱転気のニュアンスが期待でき、かつ『本草綱目』（李時珍・1578年）には、外感病による脳炎またはせん妄を疑わせる“傷寒発狂”に対して、サフランが効果があることがいわれている²⁴⁾。COVID-19は感染隔離・感染症に伴うせん妄が問題になりやすく、また、中枢神経に対する直接的な障害も指摘されていることから、サフランは有利に働きやすいと考えられる。また、COVID-19の患者は隔離による社会との断絶と、感染による社会からの偏見に悩まされ、抑うつ的になりやすい。サフランは近年の研究で軽症・中等症のうつ病に対して抗うつ薬と同等の効果がシステマティック・レビューでもいわれており、こうした効果も期待して使用できる²⁵⁾。

6) 化痰の治療は早期には行わず、回復期に行う

COVID-19ではほとんどの場合、喀痰は回復期に入って生じるようになる。早期は湿を除く治療に専念して、化痰をする生薬（貝母など）は使用を控えたほうがよい。回復期には喀痰が増え、とくに重症な肺炎を起こしている人ほど大量の喀痰がでて、喀痰の気道閉塞が酸素化の悪化を招きやすい。こうした回復期の化痰は十分に行う必要がある。化痰の基本は竹筴温胆湯を使用するが、もし、漿液性の痰が多い場合には苓甘姜味辛夏仁湯、茯苓飲合半夏厚朴湯を使用する。

7) 重症例はタイプに異なりがあり、虚寒のタイプは治療が難しい

重症例は虚寒と実熱と虚実挟雑タイプがある。実熱は発熱が持続するとともに、脈は強く、呼吸も荒い。最も熱実の者は防風通聖散などが有効であろう。最も多い虚実挟雑型は図6の処方例で対応できる。一方、虚寒のタイプでは、熱は出ないか微熱程度でその他の症状も乏しいにもかかわらず、呼吸不全や循環不全の進行があり、自覚症状が出現したときには、重症呼吸不全やショックとなっていることもしばしばある。このタイプでは脈は無力で手足は冷たくなりやすい。脈が無力である場合には、疏散の治療や石膏の使用は控えて、補中益气湯を使用し、補気するとともに、含まれている柴胡、升麻、黄耆での疏散に止める。もし、手足の冷えもある場合には、附子末を併用する。

8) 中等症以上の回復期は、気血両虚または気陰両虚であるが、痰や瘀血は残存

中等症以上の回復期では精気の消耗が激しく、気血両虚または気陰両虚となっている。両病態の改善目的に人参養榮湯を中心に治療を行っていくが、痰や瘀血も残存しているため、竹筴温胆湯とサフランの併用も行っていく。

上記のようにCOVID-19は、理論面でも実践面でもこれまでの外感病の一般的な方法論とは異なりがあり、中医学の柱ともいべき外感病学の深化を促す契機と成り得る。

文献

- 1) 日本漢方協会学術部編：傷寒雜病論（三訂版）．東洋学術出版社，千葉，2000，自序
- 2) 王燾：東洋医学善本叢書 4 外台秘要方（影宋本）卷一．オリエント出版，大阪，1981，卷一 傷寒門
- 3) 李杲：富士川文庫 重刊 東垣十書 内外傷弁惑論．博文堂，1529，卷一
- 4) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症診療の手引き 第4.2版．2020年9月
- 5) 中国中医研究院：中医症候鑑別診断学 第二版．人民衛生出版社，北京，2002，p.83-86
- 6) Wikipedia 武漢市 <https://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%AD%A6%E6%BC%A2%E5%B8%82> 2021.3.14
- 7) 中国中医研究院：中医症候鑑別診断学 第二版．人民衛生出版社，北京，2002，p.4-5
- 8) 吳崑：近衛文庫 医方考 和刊 覆金陵周弘宇刊本 卷一 感冒門
- 9) 太平惠民和剂局：重刻 太平惠民和剂局方．京都，1647，卷之二 傷寒
- 10) 孫文胤：中国中医研究院図書館藏善本叢書 丹台玉案．中医古籍出版社，北京，1996，卷之二 傷寒門
- 11) 鈴木彦彦：『和剂局方』の増補年代の問題．日本医史学雑誌 54（1）：31-38，2008
- 12) ウィリアム・H・マクニール著・佐々木昭夫訳：疫病と世界史 下．中公文庫，東京，2007，p.213-231
- 13) 吳崑：近衛文庫 医方考 和刊 覆金陵周弘宇刊本 卷一 瘟疫門
- 14) 甲賀通元：重訂古今方彙．1808，感冒
- 15) 中華人民共和国 国家衛生健康委員会弁公庁 国家中医薬管理局弁公室：新型コロナウイルス肺炎診療ガイドライン（試行第8版）日本語訳，2020.16-19
https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/topics/2019ncov/clinical_protocols_v8.pdf
- 16) R G. Wilkerson et al : Silent hypoxia : A harbinger of clinical deterioration in patients with COVID-19. Am J Emerg Med 38 (10) : 2243.e5-2243.e6, 2020
- 17) Hikmet F et al : The protein expression profile of ACE2 in human tissues. Mol Syst Biol 16 : e9610, 2020
- 18) S. Salehi et al : Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) : A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. AJR Am J Roentgenol 215 (1) : 87-93, 2020
- 19) 吳有性：山内文庫 温疫論 卷一 原病
http://base1.nijl.ac.jp/iview/Frame.jsp?DB_ID=G0003917KTM&C_CODE=0099-057403
- 20) 日本経絡学会：明・顧從徳本 素問．東京，1992
- 21) 療原書店：元・鄧珍本 金匱要略．東京，1988
- 22) 日本漢方協会学術部編：傷寒雜病論（三訂版）．東洋学術出版社，千葉，2000，辨陽明病脉證并治 第八
- 23) 日本漢方協会学術部編：傷寒雜病論（三訂版）．東洋学術出版社，千葉，2000，辨瘧濕喝脉證 第四
- 24) 李時珍：本草綱目．胡承竜，1590，主治第三卷 百病主治薬 狂惑
- 25) L.Dai et al : Safety and Efficacy of Saffron (Crocus sativus L.) for Treating Mild to Moderate Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. J Nerv Ment Dis 208(4) : 269-276, 2020

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

継承・適合・普及・発展

平馬 直樹

第1回学術総会会頭

中医学を学び、実践する者のひとりとして、私は継承・適合・普及・発展の8文字を常に心がけている。正しい継承、現代医療への適合、医療界・一般社会への普及、学術的技術的な発展の達成である。

正しい継承

継承はまず文献の継承、古典文献においては最善のテキストを学ぶ、歴代の医論、医案を整理して活用可能な形に整理する。重要な古典はテキストデータとして入手可能になっているものも多い。文献の共有を広める条件が整いつつある。それをどう活かすか学会員の力を結集したい。

次に技術の継承は手本とすべき老中医、名人の臨床から学び、学んだものを共有する。学術総会でもことに鍼灸分野では中国からの招待中医師と実技交流を行っている。学んだことをどのように応用し共有し、普遍化するか、方式が求められる。

この作業は、適合・普及・発展の基礎を固めることとなるだろう。2011年の第1回学術総会で私が担当した会頭講演の演題も「中医学の継承」だった。

現代医療への適合

適合は、進歩を続ける現代の医療のどの分野のどのような場合に中医学が貢献できるかを模索し、現代医療の一分野を占めること。そのためには現代医学の各分野のスペシャリストに中医学の方法の理解を求め、共同で臨床研究できる場を広げていきたい。実効性の高い実用の医療を提供することが何よりも求められている。

また、中国や世界各地の中医学の役割を学び、中西医結合を推し進めることも重要と考える。

医療界・一般社会への普及

普及はまず医療界への普及、前項の適合と一体だがどのような場合に中医学を応用できるか、医療界への認知を高めることが求められる。中医学を理解する、さらには担おうとする医療人の養成を進めることも重要で、この考えから、私が学会会長就任後、初めに企画した講習会が「若手医師のための漢方医学セミナー」（通称、阿蘇セミナー）で、私はほぼ裏方にまわり、加島雅之理事に若手医師の養成を任せており、8回のセミナーを通じて学術活動にも参加する有望な人材が育っている。

中医学会では各種の講習会、講座を開いてきたが、さらに拡充する必要がある。専門医制度を整え、中医学の専門人材を養成することも学会の懸案である。

従来の講習会は阿蘇セミナーを除き、東京近辺で開催され首都圏の会員にのみ提供されてきた。オンライン講習が一般化している今、地方の会員にむけてもオンラインの講習会を拡充すべきである。また、地方の会員も講習の講師として協力をお願いすべきだ。

また、一般社会への普及をはかるためには、中医学の認知度を高め、有効性をアピールし続けなければならない。一般を対象とした講演、マスコミへの働き掛けも必要だろう。一般への普及をはかるためにも臨床の場でその要請に応え得る人材の養成は要となる事項である。

学術的技術的な発展

発展は、現代医学が解明する人体の生理、病理、病態、治療のアイデアなどを踏まえて、中医学に何を取り込み、吸収し、紹介し、活用していくか。また、継承した中医学の遺産を現代化して活用できるか。それによって治療領域を広げ、治療効果を高め、中医学の有用性を拡大し、将来に続く進歩の道を築いていくことと考える。

学会として、学会員の研究をどのようにサポートすべきか？ 学術総会の内容と学会誌『日本中医薬学会雑誌』の充実が求められる。

医学・科学の最先端の研究成果、研究方法を中医学に取り込んでいけるか？ 全国的な共同研究、国際的な共同研究をデザインできるか？ など課題が山積みである。

要求される広い視野

上記のうち、ことに適合・発展のためには現代の医療に対する広く深い視野が必要であろう。世界の中医学が現代医療に果たしている役割を広い視野で観察し学び、日本の状況も世界に発信していかなければならない。とりわけ中国の中医学界との交流が有益と考える。

中国との交流

学会では、学会国際交流委員会委員で中医師の馬驥氏の尽力で、2020年4月

11日から7月11日まで7回にわたって、中国でCOVID-19の治療に当たった中醫師から、その経験をZoomを用いたオンラインで学んだ。講師の多くは武漢に入り、中医治療を行った中醫師で、現地の状況、治療方針、治療成績を学んだ。一方的に学ぶ交流であったが、大変有益であり、得るところが多かった。

まず、過去の中医学の感染症との戦いの歴史が活用されていること。さらに近年の感染症流行の治療経験が活かされ、次の流行への備えが整っていたことが印象的だった。

歴史上中医学の発展は、感染症との戦いによって促されてきた。後漢末の戦乱と傷寒のパンデミックで人口が激減するなかで『傷寒論』が編纂された。今回COVID-19の専用処方として開発され、効果が確認され、中国全土で活用された「清肺排毒湯」も『傷寒論』収載の漢方処方、麻杏石甘湯、射干麻黄湯、小柴胡湯、五苓散などが組み合わされものだ。中医学最古の臨床文献である『傷寒論』が治療の基礎となり、活用されている。

金元の戦乱期に繰り返し熱病が流行した際には、劉完素、張從正ら金元四大家が登場し、熱病に対峙し、医学の革新の原動力となった。1232年元軍が金の都開封を包囲し、城内に疫病が蔓延し、死者90万人との記録があるが、この時、四大家の一人李東垣は、邪の排出よりも消耗した体力を補うことに眼目を置き、補中益気湯を創製して多数を救った。補中益気湯は、COVID-19にたいしても、感染予防、抵抗力増強、さらに病後の回復力増進に活用されている。

明代1641年の華北から江南にかけての疫病の流行には、呉又可により『温疫論』が著された。同書収載の呉又可創製の達原飲・三消飲は今回のCOVID-19の治療にもその治療方針、方意が応用された。

このように感染症にたいする歴史的遺産を活用するばかりでなく、特筆すべきは2003年のSARS、2007年の新型インフルエンザの治療経験が生かされ、次の流行に備えられていたことである。

今回、武漢支援の中醫師たちが現地に持ち込んで使用した「三薬」と称される既存の漢方薬製剤（中成薬）は、SARSの治療薬として開発された連花清瘟カプセル、新型インフルエンザの治療薬・金花清感顆粒、重症肺炎の治療薬として中医病院の病棟や救急救命室に備えられている血必浄注射液の三種であった。いずれもすぐに使用できるように製剤化され普及していたものだ。

点滴用注射剤である「血必浄」は活血化癥薬が主成分であり、血管病変の改善のほか、サイトカインストームの予防にも用いられたようである。このように、有事にあつて蓄積された中医救急医療、重症呼吸器疾患の治療経験が活用されている。中医病院の救急医療の専門家のレベルが高いことに感服した。

中国には感染症の流行に国を挙げて中医を活用する社会的土壌があり、またそれに答える中医の側の技術レベルが高い。中西医结合は日本よりはるかに進んでいて、社会に広く認知され普及している。中国から学ぶことは多い。

■ オンラインを活用した学術交流

COVID-19の流行のために、学術活動が制限されるなか、日本中医学会では、2020年の第10回学術総会をWebで開催した。上記のCOVID-19のオンライン学習のほか、学会国際交流委員会の企画で海外とWebで交流するようになった。

2011年から毎年参加している台湾の中医国際フォーラムも2020年はWebでの開催となり、私達もオンラインで参加した。

COVID-19終息後もWebも活用して学会の研究活動を活発化させ、国際交流を密にして、日本の中医学の実力を高め、発展をはからねばならない。私が肝に銘じている中医学の継承・適合・普及・発展は本学会の使命でもあるだろう。次世代の中医学のために私自身ももう少し貢献したいが、道は遙かであろう。学会の次世代の諸先生方に、新しい感覚での発展を託したい。

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

東日本大震災の 復興事業計画案から

関 隆志

フジ虎ノ門整形外科病院 統合医療センター

東日本大震災

電気・ガス・水道のみならず、交通網も絶たれ、日常の医療が崩壊した。大学病院ですら診療に必要な薬がなく、入院患者の給食もままならない状況。

津波の被災地では、街が失われたため水道などのインフラがなく、衛生状態が悪い状態。東北大学漢方内科の有志は、ボランティアとして被災者の診療に向かったが、衛生状態の悪さから鍼治療を諦め、指圧やマッサージを行い、喜んでいただけた。

また、一人ひとりを弁証して、その人に適した経穴の部位を指導したり、メーカーの好意で送っていただいた漢方エキス製剤を手渡したりした。漢方薬とともに鍼灸治療を長年行ってきていたが、その時に改めて、薬がなくても鍼灸の知識があれば、被災地でそれなりの対処ができることに今更ながら気付かされた。

津波への恐怖から不眠を訴える被災者が多かったが、当時、余震が非常に多く、「眠っているとまた津波が来たときに逃げることができないから」と、睡眠薬の内服を断られたことは珍しくなかった。そのような時は、加味逍遙散などの漢方エキス製剤が役に立った。

震災の後、日本中医学会の先生方が、当時私が勤務していた東北大学に見舞ってくださり、翌年の学術総会開催のための援助を申し出てくださいました。2012年9月1日、第2回学術総会では、東日本大震災の復興事業計画を発表させていただいた。

復興事業計画

津波で喪失した町を再建するための、中医学を街のインフラ、ビジネス、住居などに活用した案である。東北大学の各学部、東北の企業、被災自治体とともに、仙台市近隣の津波被災自治体のための復興プランを検討した。農学部からは「農

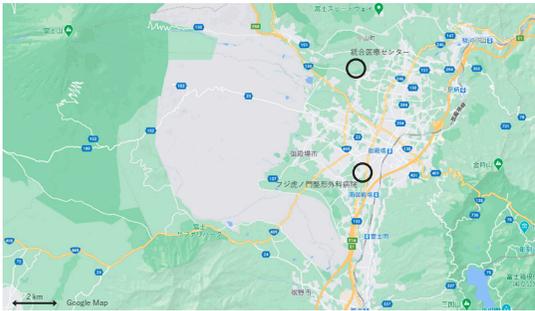


図3 病院と統合医療センターの地図

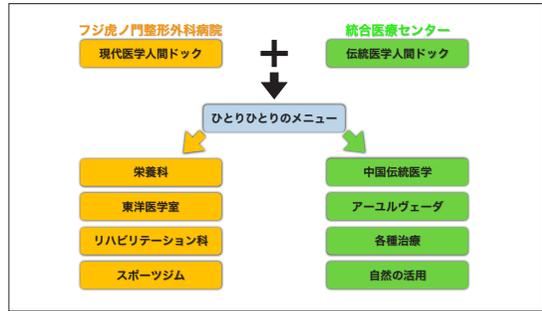


図4 統合医療人間ドック



図5 病院内の講習会



図6 診療所と敷地

の治療のみならず、瞑想や断食などさまざまな方法を活用した美容・健康増進やスポーツのパフォーマンス向上のプランも計画中である。

この統合医療センターは自動車でも20分ほどの距離にある同市内の総合病院(図3)、フジ虎ノ門整形外科病院グループ会長の発案であり、この病院と密接な連携をとりつつ運営することが当施設の特徴の一つである。総合病院で現代医学の健康診断を行い、同時に統合医療センターで中医学とアユルヴェーダの観点から診断・治療を行う、より総合的な人間ドックが可能(図4)。この病院内にはすでに鍼灸・指圧マッサージとタイ古式マッサージを行う東洋医学室、専属のトレーナーのいるスポーツジムがあり、プロスポーツ選手と契約を結び、単に病気の治療にとどまらず、身体能力の向上に寄与してきている。このような総合病院と緊密な連携を持つ大自然の中の施設が当統合医療センターである。

2020年夏から、フジ虎ノ門整形外科病院では建設中の当センターとの連携をとるために、看護部、栄養科、東洋医学室、スポーツジムなどの職員同士で、それぞれの専門分野について講義をし、他職種の考え方や手法を学ぶ機会を月1回ほどのペースでつくっている(図5)。

センター内の診療所は2021年7月開院予定(図6)。宿泊施設は同9月頃を予定している。エコツーリズムや、スポーツツーリズム、ヘルスツーリズムなどの取り組みにより、自然環境への意識が高まり、自然を利用しつつ保全する仕組みづくりにもつながる。

医師、看護師のみならず、中医学、アユルヴェーダ、アロマセラピー、薬膳などの専門家を目指す人びとの参加を期待している。これらの施設を活かした医

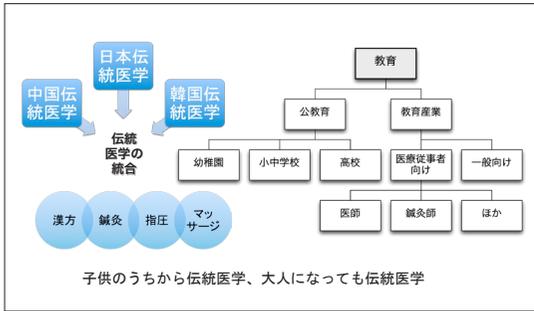


図7 伝統医学を教育に

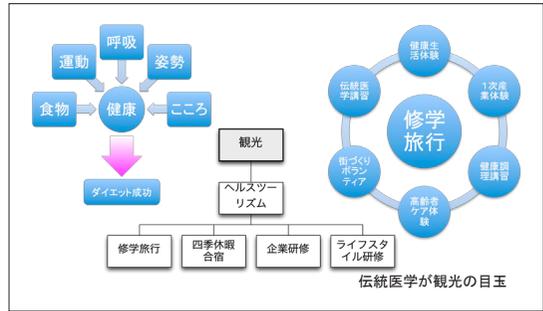


図8 伝統医学を観光に

療，教育（図7），観光（図8）などの新規事業に参入したいという企業・自治体・人びととともに施設を活用していきたい。

■ 当センターの意義

震災復興とは異なる状況である。当センターは私立の施設であるが，震災復興プランの立案時に検討を重ねたことが，当センターの構築に役に立っていることを実感している。現代医学に伝統医学などを併用するこのような「統合医療センター」を作ろうとする動きは，全国にある。当センターは，こうした志を同じくする全国の施設とのネットワークを構築していくことも考えている。先進国での伝統医学診療のニーズは大きく，また大多数の貧しい国家では伝統医療が国民の健康を支えているとされる。統合医療センターのネットワークは，中医学などの伝統医学のエビデンス構築のひとつの基盤となり，世界の医療水準の向上に貢献する可能性を秘めている。

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

中医学関連文献・書籍 アーカイブの提案

吉富 誠

公立栲原病院

中医学を学習・研究するにあたって、『黄帝内経』をはじめとした古典文献・基礎理論診断学テキスト・臨床各論テキストなど蒐集する必要があります。私もこの道を志して以来、多くの書籍を蒐集してきました。皆様もそうだと思いますが、書籍の置き場所に困るようになってきました。将来のことを考えると、この書籍をどうするかも考えないといけない年齢になってきました。残念ながら今のところ、すばらしいアイデアを持ち合わせてはいませんが、蒐集した書籍や文献を次の世代に引きつぐうまい仕組みがあったらいいなと思う次第です。お隣の韓国には国立の韓医学研究所があり、文献蒐集やデータベース化を行っています。

ところで2019年10月に私が中医学の手ほどきを受けた牟田光一郎先生がお亡くなりになりました。1989年に『校釈諸病源候論』（緑書房）を出版されて以降より『景岳全書』の翻訳を手がけられていました。30年余りかけて完成したお仕事でしたが、残念ながら出版に至っていません。晩年、私に原稿を託されて、中医学研究者の役にたつようにして欲しいとのことでした。アーカイブの先駆けとして、牟田光一郎先生の『景岳全書』をPDF化して中医学会のホームページ上で閲覧できたらと考えています。PDF化はおおよそ終わり、利用しやすいように目次をつける作業などを行っているところです。公開後は皆様にご利用いただきたいと存じます。

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

より世界志向・未来志向の学会 より高みをめざす学会にするために ～過去から未来へ～

西本 隆

西本クリニック

少し昔の話から始めさせていただきますが、私が東洋医学の道に入った1980年代前半は、現代中医学が日本に紹介されてからまだ10年経つたばかり、という時期であり、私自身は、当時の中国の標準教科書や神戸中医学研究会などから刊行されたさまざまな書物を前に、日本漢方には見られなかった論理性・整合性に感激し、中医学を学べばこれまで私にとって闇であった日本漢方のブラックボックスの部分がわかるようになるはずだ、と確信したものでした。

大学卒業後、3年の内科研修を終えて勤務した兵庫県立尼崎病院内科東洋医学科では、さまざまな難病の患者さんをはじめ多くの患者さんが通院され、外来受診者数は1日200名前後、入院患者に対しては、西洋医学的治療と並行して煎剤の投薬、鍼灸治療の併用など、いわゆる中西結合的な診療をおこなっていましたが、入院される患者さんは重症例が多く、なかには残念ながら命を救えなかったケースもあり、「人の生き死にに関わる」場面において東洋医学がどう戦えるかを身をもって経験することができました。また、私自身は、神戸大学循環器内科の研究室と尼崎病院に併設された兵庫県立東洋医学研究所のラボとの同時進行で、主に血管収縮拡張に関する基礎的研究もおこなっており、「基礎的研究の重要性」「人の生死に関わる臨床」の二つの立場から、「東洋医学」を実践してきたつもりです。

当時の兵庫県立東洋医学研究所では、日本、中国のさまざまな東洋医学に関する刊行物を購入しており、当時の中国での研究内容をup to dateで見ることができたのですが、残念ながら、当時即ち1980年代の中医学の論文は、正確性、公平性に欠けるものが多く、結論ありきで作られた論文が多いように思われたのも事実です。

また、当時は中国からの中医学専門家を日本にお呼びしての交流が盛んにおこなわれていましたが、われわれの学習が進むにつれ、いわゆる総論的な内容（もっ

とくだけた言葉でいえば能書き)の多い内容に、正直辟易することが多く、このような勉強方法に対して徐々に疑問をもつようになりました。

その後、1995年1月の阪神淡路大震災が発生しましたが、その1年後、1996年に、現在の西宮市でクリニックを開院しました。

また、この頃から、阪神蒲公英会(通称タンポポ会)という勉強会を立ち上げました。

この会は、漢方に興味をもつ、医師、薬剤師、鍼灸師らが、来るもの拒まず去る者追わず、の精神で、自由に自分たちの臨床の成果を検討し、また、生薬や鍼灸についても学ぶ会であり、日本漢方、中医学、臨床、基礎を問わず、さまざまな分野の第一線で活躍している先生方をお呼びして、勉強、交流を重ねてきました。しかし、この二十数年間、現代中国の最新の情報を取り入れることに対しては、私自身、努力を怠ってきた、というのが正直なところです。

そして、2016年には、第4回日本中医学学会学術総会の開催に際して会頭を務めてほしいとお話を平馬直樹先生よりいただきました。私に何ができるのだろうか、と悩んだのですが、私の身の丈にあった内容ということで、「なにわの中医学」というテーマを掲げさせていただき、昭和後期に山本巖、伊藤良、松本克彦という、中医学から後世方までの幅広い分野を自分のものとして新しい領域に広げていった3人のリーダーたちと、その精神的礎であった故・中島随象先生を中心に、今現在、関西で活躍する先生方にシンポジストとして語っていただきました。

その中島先生は、1978年に第29回日本東洋医学学会学術総会の会頭を務められた際に、このような言葉を残しておられます。

「東西両医学の接点にある日本人は、東西両医学を理解し、これを結合させ、人類に貢献できる最短距離にある。」

「世界的医学をつくり上げるには、まず、東洋医学をつくらなければならない。」

「世界的学」とはなんと壮大な言葉ではありませんか。そして、今から50年前の老漢方家が、「まず、東洋医学を作らなくてはならない」と言った言葉に私は大きな意味を感じるのです。中島先生は1978年のこの時点で、まだ東洋医学は作られていない、と感じておられ、日本人こそがその東洋医学を作り上げる最短距離にいるのだ、とおっしゃっていたのです。

この言葉のなかの「東西両医学の接点にある」という言葉を私は次のように理解します。

すなわち、

- 西洋医学と東洋医学の両者を理解する。
- 東西に関わらず、人の生き死に関わるのが医学であるということを基本とする。
- すなわち、理論のみに走ることは許されない。
- 従来の古典的中医学を超えた未来中医学を志向する。

の4点です。

ここでいう、未来中医学とは何か……

これこそわれわれがこれから考えていくテーマであると思いますが、酒谷薫理事長が、中医学会の創立以来、学術総会で担当しておられる、先端科学との融合は、未来中医学を考える大きな機会をわれわれに与えてくださっています。

また、「生薬処方」の概念をもう一度見直す。生薬の本当の有効成分とその効果についての研究も重要です。これはすでに、多くの研究者によって現代進行形で仕事が積み重ねられていますが、これらの基礎研究をどのように臨床に取り込んでいくかが問われるところかと思えます。

そして、その時代のニーズに答えていく研究。30年前と現在とでは、疾患傾向が大きく変化しています。超高齢社会においては、認知症・フレイル・ロコモティブシンドローム・サルコペニア等の加齢医学、がん・感染症などの研究が必須です。

さらに、思いついたままに示させていただきますが、中国伝統医学に関連した論文、報告を収集し、エビデンスおよび歴史的意義、という観点から、今必要なもの、歴史的に有意義なものをチョイスし、それに対して、会員が自由にアクセスできるような体制を構築する。

『中医臨床』などの雑誌上ではこれまでにさまざまなテーマが取り上げられディスカッションされています。これ自体、素晴らしい業績だと思いますが、さらに中医学会として何らかのデータベースを構築し、会員が自由にそこからの情報を得ることができれば、会としての学問的な質の向上につながるのではないかと思います。SNSなどの利用もよいかと思いますし、海外の優れた医師との連携も必要かと思えます。

そしてそのためには、中医学だけでなく西洋医学、韓医学などに精通する人材を発掘・育成し、支援することも必要です。学術総会をきっかけに新しい人材発掘ができるかもしれません。

最後に、これは特に申し上げたいことですが、基礎系（特に理学、薬学系）の研究者との連携をこれまで以上に強固なものにしていくことが未来志向の中医学会としては必要な条件であると考えます。

このような未来志向の歩みに賛同していただける、医師、鍼灸師、薬剤師を増やしていくことが、会員の拡大、中医学会の発展につながるのではないかと考えています。

幸いにして、今の日本中医学会のメンバーには、次世代のリーダーとなっていられるような先生方も多くおられます。また、現在表立って活動はされていないが、中医学に理解を持つ研究者の方も多くおられるのを存じていますし、さらに、中医大学への留学経験のある若手医師の方々にも、もっとわれわれの仲間になっていただき、臨床と基礎の両面から、日本中医学会を医学のゲームチェンジャーを目指すような学会に発展させていただきたいと願っています。

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

将来の日本鍼灸医学の 創設を目指して

浅川 要

東京中医鍼灸センター 院長

はじめに

1970年代以降、現代中医鍼灸書が次々と邦訳され、また、中国各地の中医学院（現中医薬大学）に留学していた日本人が続々と帰国したり、中医学院卒の中国人留学生が来日したりして、現代中国で行われている鍼灸治療の具体的内容が初めて日本の鍼灸師の前に明らかにされた。そこに貫かれていたのが、さまざまな症状に対し、その病因病機を臓腑・経絡・気血の変動としてとらえ、その概括（証）にもとづく鍼灸治療、すなわち鍼灸の弁証論治にほかならない。

この方法論は諸書を読むと、1950年代から1960年代に打ち立てられたものである。もう少し具体的に示そう。

なぜ1950～60年代の中医鍼灸なのか

『循経考穴五十年』（上海浦江教育出版社・2013年刊）、『中医針灸基礎論叢』（人民衛生出版社・2009年刊）、2014年6月号（第35巻第2号）の『中医臨床』誌「INTERVIEW 上海中医薬大学李鼎先生に聞く 鍼灸教材の変遷と弁証論治の鍼」などにおいて、上海中医薬大学の李鼎先生は1950～60年代の中国の鍼灸事情を語っている。例えば「INTERVIEW」には、「1959年は建国10周年に当たります。……この年に衛生部中医司から通達があり、外国向け鍼灸教材を編纂することとなり、……南京の李春熙を中心に北京・南京・上海の3つの中医学院からそれぞれ一人ずつ、つまり北京から程莘農（1921～）、南京から袁九棧（1925～2002）、上海から私（李鼎）の3人が参加しました。……これは非常に大きなプロジェクトでした。……この本は後に内容を増補して、さらに「概要」という言葉を外して『中国鍼灸学』という名前で開催されました。……院士であった程莘農が主編として署名されています。』と書かれている。

これは当時の中国政府が国家を挙げて、中医針灸学の定式化を図ろうとした

ことを示している。当時、中国では、各地に中医学院がつくられ、その統一的な鍼灸教材の必要性に迫られていたのではないだろうか？ こうして創り上げたのが、鍼灸における臓腑・気血・経絡弁証である。

前出の李鼎氏の言葉を借りれば、『内経』『難経』『鍼灸甲乙経』『備急千金要方』『銅人腧穴鍼灸図経』といった中国医学の鍼灸古典を全面的に分析し、1950～60年代当時の日本における鍼灸の内容と中国の宮廷や民間で行われていた鍼灸の実際を総括して、新たな中医鍼灸医学を創設する必要性から国家的プロジェクトが組まれた。その成果が『中国針灸学』（程莘農主編・人民衛生出版社刊）などに示されているのである。

『中国針灸学』（程莘農主編）の具体的内容

臓腑病証の胃脘痛を例に挙げて、同書の内容を見てみよう。（太字で示す）

胃脘痛

【概説】

胃脘痛は主に心窩部付近の胃脘部で疼痛が起こり、発作性に繰り返される痛証である。痛みが心窩部の近くで起こるので、古代では「心腹痛」、「心痛」などと呼ばれた。

【病因病機】

- （一）飲食の不節制：生ものや冷たいものをほしいままに食べたり、飢えたり飽食したりする飲食不節によって脾胃を損傷し、脾の運化が失調し、胃の和降が失われて疼痛が起こる。
- （二）精神的要因：憂えたり悩んだり怒ったりすることで、気鬱となり肝が傷られて肝の疏泄が失われ、横逆して胃を犯し、気機が阻滯して胃の和降が失われて疼痛が生じる。
- （三）脾胃が素から弱い：脾胃が素から弱く寒邪を感受すると、寒邪が胃脘部に凝滯して胃気が降りなくなり疼痛が起こる。

【弁証】

（一）飲食積滯証

主証：胃脘部の拒按性の脹満疼痛、腐った臭いのゲップ、食思不振、食べると胃脘痛が強まる、舌苔は厚膩苔、脈は沈実あるいは滑脈。

証候分析：食積不化で飲食が胃脘部に停滞し胃気が降りないので、胃脘部の脹満疼痛と腐った臭いのゲップが起こる。食積は実に属するので、疼痛は拒按性である。胃が飲食で傷られるので、食べると痛みが強くなり、食思不振となる。舌苔の厚膩、脈の沈実あるいは滑は何れも食積の象（徴候）である。

（二）肝気犯胃証

主証：胃脘部に発作性疼痛が起こり両脇に伝わる、頻繁にゲップし、悪心、酸液の嘔吐、腹部膨満、食欲減退を伴うこともある。舌苔は薄白苔、脈は沈弦脈。

証候分析：肝気鬱結で疏泄ができず横逆して胃を犯すので、胃脘部に疼痛が起こる。肝経は両脇に広がり、気病は多くの場合、遊走性なので胃脘痛が時に両脇に伝わる。気機が阻滯するので噯気が起こり、時に悪心嘔吐、酸液の嘔吐、腹部膨満、食欲減退が起こる。薄白苔、沈弦脈は何れも肝気犯胃の象（徴候）である。

(三) 胃虚受寒証

主証：胃脘部がしくしく痛む，四肢に倦怠感があり，透明な胃液を嘔吐する，腹部に手を当てたり温めると気持ちがよい，温かいものを食べると痛みが和らぐ，舌苔は薄白苔，脈は沈遅脈。

証候分析：脾胃虚寒なので運化が緩慢になって遅れ，胃がしくしく痛む。脾は四肢を主るので脾陽不振だと四肢に倦怠感が起こり，透明な胃液を嘔吐する，虚で寒なので腹部に手を当てたり温めると気持ちがよく，温かいものを食べると痛みが和らぐ，薄白苔，沈遅脈はいずれも脾胃虚寒の象（徴候）である。

【治療】

(一) 飲食積滞証

治法：消化化滞と和胃止痛をはかるために，胃の募穴と足陽明経穴を主に用いる。刺鍼法は瀉法。

処方：建里（任11），内関（心包6），足三里（胃36），裏内庭（奇）

処方意義：中脘は胃の募穴，足三里は胃経の下合穴，内関は八脈交会穴なので，胃・心・胸の疾患を主治できる。この三穴を合用すると和胃止痛が可能である。裏内庭は食積治療の経験穴。

※処方では建里，処方意義は中脘になっている。

(二) 肝気犯胃証

治法：疏肝理気と和胃止痛をはかるために，足厥陰経と足陽明経を主に用いる。刺鍼法は瀉法。

処方：期門（肝14），中脘（任12），内関（心包6），足三里（胃36），太衝（肝3）

処方意義：期門は肝の募穴，太衝は肝経の原穴なので，この両穴を用いると疏肝理気によって脹満を消し，痛みを鎮めることができる。足三里，中脘，内関の合用は和胃止痛と降気止嘔が可能である。

(三) 胃虚受寒証

治法：温中散寒，行気止痛をはかるために，背俞穴と任脈の経穴を主に用いる。鍼灸併用。

処方：中脘（任12），気海（任6），脾俞（膀胱20），内関（心包6），足三里（胃36），公孫（脾4）

処方意義：中脘と足三里の鍼灸は温中散寒と行気止痛が可能である。内関と公孫は八脈交会穴なので胃部の病証を治療できる。脾俞に施灸すると健脾和胃，祛寒止痛がはかれる。気海への隔姜灸は，生姜の温中散寒の作用と艾灸の通経止痛にもとづくものであり，久病の虚寒証に最適である。

【参考】

1. 胃脘痛の症状は，潰瘍疾患，胃炎，胃神経症，肝臓，胆嚢，膵臓などの疾病に見られる。
2. 拔罐療法は上腹部と背部の腧穴を拔罐部位とし，大型か中型の拔罐を用い，約10～15分間行う。

上記の内容から明らかなことは，本書は内科，外科，婦人科，五官科などのさまざまな常見症状にたいし，その一つひとつに臓腑・気血津液・経絡にもとづく分析を行い，【概説】【病因病機】【弁証】【治療】【参考】などを付していることである。これらのことから，鍼灸歌賦に見られるような中国で伝統的に行われ

てきた鍼灸の特効穴療法に代わり、「学」としての鍼灸、すなわち「中国鍼灸学」を構築しようとしている意図が本書からは窺える。

■ 現在の中国における鍼灸事情

現代中医鍼灸の特徴は弁証論治を宗とするとされながら、『中医臨床』などで知る現在の中国の鍼灸事情は必ずしもかつて主張していたような「主訴→四診→弁証→治則→治法→治方→手技」からなる臓腑・気血・経絡の弁証論治の体系を踏まえていないようである。

『中医臨床』2008年3月号の「針灸の弁証論治が必要なことは疑う余地もない」などを読むと、現在の中国鍼灸界の現場の状況は、現代医学や中西医结合にもとづく鍼灸が主流であり、伝統的な弁証論治が軽視されていることが窺える。

また弁証論治そのものも、臓腑・気血・経絡弁証は中医内科や湯液からの借り物だとして、病変部位と経絡の流注にもとづく経絡弁証や「弁証と弁病（現代医学）の結合」に変えようとする動きが強まっている。

さらには、筑波技術大学テクノレポート Vol.15.Mar.2008, 宋宇「中国における針灸・推拿の現状」で、「針灸・推拿は中医学に属しており、中医学の中の治療法としてはあまり重視されていない補助療法の一つである。……第三回国際伝統医薬学会で、学者達は中国国内における針灸の現状を《衰退》、《下降》、《厳しい》などの言葉を用いて示した。」と断言しているのをみると、中国の中医界では、鍼灸治療そのものがあまり評価されていないような感じさえ受けるのである。

■ 現在の中国の鍼灸事情の変化のファクターは

私自身は現在の中国の鍼灸事情の変化は、かつての鍼灸弁証論治が、現代中国の医療の状況と合致していないことではないかと考えている。

現在、中国の病院において鍼灸治療は、一人で一日数百人に行われていると聞く。従来の臓腑・気血・経絡にもとづく弁証論治は種々の内傷雑病に対しては、その病因病機を導き、明確な治療方針が出しうるの、われわれ東京中医鍼灸センターの経験に照らしても、優れた治療方法であるのはいままでもないが、同時に非常に手間暇のかかる治療法であり、一日数百人といった状況において、この弁証論治を現在の中国の医療現場で実施するのは不可能としか考えられない。こうした状況下であって、鍼灸療法が中国において病院におけるさまざまな治療法の一つとして留まろうとするならば、必然的に、病変部位と経絡流注のみを視野に入れた弁証治療にならざるを得ない。あるいは、弁証などスルーして、病変部位に対する局所穴療法や従来の特効穴療法に終始するのは必然の帰結と言わざるを得ない。

■ 日本における鍼灸の現状

日本と中国で鍼灸治療を取り巻く環境は大きく異なる。日本では鍼灸師は独立業種であり、日本の医療に組み込まれていない。圧倒的多数の鍼灸師は、個人もしくは集団による開業で鍼灸治療を行うのであり、そこでは医療界のようにメ

ディカルとコメディカルの分業化はあり得ない。日本の鍼灸治療では、基本的に診断から治療まですべて、鍼灸師一人の手に委ねられるのである。

したがって伝統的な中国医学にもとづいて、人体を把握し、その病態を治療する従来の「臓腑・気血・経絡弁証」は、日本においてこそ積極的に導入すべきものではないだろうか。

同時に、日本と中国では風土も社会構造も大きく異なる。単なる中国の模倣ではなく、日本の状況に見合った新たな中医鍼灸学を打ち立てなければならない。

■ 日本中医学会の役割

日本中医学会の役割は、日本の状況にあった中医鍼灸学の標準的教科書をまず編纂することである。この教科書が編纂されなければ、日本中医学会認定鍼灸師制度など到底、覚束ないことなどいうまでもない。

そのためには複数人からなる鍼灸分科会教科書委員会を組織し、数年の積み重ねによって中医鍼灸学に横たわる種々の問題点を検討し、定式化された中医鍼灸学を日本の鍼灸師に提示することである。

特に中医鍼灸学の「治療学」においては、「臓腑・気血・経絡弁証」にもとづいて各論を組み立てるのか、「経絡弁証」にもとづくのか、補瀉手技をどうするのか、また腧穴一つをとっても主治のみでいくのか、腧穴に穴性（効能、作用など）を付すべきかなどで、大きく意見が分かれるところであり、おそらく統一の見解は無理なので、それらの諸問題を時間をかけて討論し、その討論内容を中医学会の機関誌に随時、発表していくことで、日本において中医鍼灸学を深化させ、日本の鍼灸界に日本中医学会の存在の必要性をアピールしていくのではないだろうか？

■ 新たな日本鍼灸医学の創設を目指して

われわれ日本の鍼灸師で中医学にもとづく鍼灸治療を志そうとするとき、これが中医鍼灸なのだという統一的意思は現在でも為されていない。10人いれば10人バラバラである。日本の鍼灸界では、いまだに中国針を用いるのが中医鍼灸だと言ったり、触電感を得気と言ったりするものが縷々みられるが、それは裏を返せば、日本の中医鍼灸が定式化されていないことの表れである。特に中医鍼灸の治療学は議論の俎上にも上っていない。

将来、日本において定式化された中医鍼灸の治療が広く行われるようになれば、それはもはや中医鍼灸学などというべきものではなく、日本の状況に合った日本鍼灸学が形成されたといってよいであろう。私はそれを期待している。(完)

次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？

次世代の中医鍼灸を目指して

篠原 昭二

第7回（2017年）熊本大会会頭 九州看護福祉大学教授

はじめに

「次世代中医学を目指して：我々は何をすべきなのか？」の中医学を中医鍼灸と置き換えて考えてみたい。

鍼灸臨床の根幹にかかわる問題は、経絡弁証であると考えられる。しかし、第7回中医学会（熊本大会：2017年9月16日）の会頭講演「現代における経絡病証の概念（胃経を中心として）」において、本邦における経脈病証が未だに確立されていない現状を紹介した。

一方、中国では中医鍼灸において臓腑弁証から経絡弁証の重要性が提起され、種々の検討の成果として、張吉主編の『経脈病候弁証与針灸論治』（人民衛生出版社、2006年刊）が発刊されている¹⁾。また、中医鍼灸に影響を与える外的要因の一つとして、2019年のWHO総会においてICD-11の改定案が採択され、このなかにも初めて「経脈病証」も疾病コードの一部（第26章）として正式に取り上げられることとなった²⁾⁻⁴⁾。しかし、この中に記載された経脈病証の内容は、『靈枢』経脈篇（第十）の是動病、所生病の記述にとどまっている⁵⁾。

日本の鍼灸臨床において、経脈篇にもとづく是動病や所生病の概念が用いられているわけではない。しかし、日本側がICD-11において提示した経脈病証の内容がこれ以外に存在していなかったことこそが最大の問題点であると考えられる。

今何が必要なのか

次世代における中医鍼灸を語るうえで、不可欠な要素として最初に考慮すべきは、現代にマッチした経脈病証の構築であると思われる。古代の文献を参考にすることも不可欠であるが、今日的な病症の追加や、これまで記述されていなかった症状に対する応用価値なども含めた新たな経脈病証の確立こそが、次世代に引き継いで発展させる原動力となるのではないかとと思われる。

中国では、中医薬大学の教育において、経絡学と腧穴学（経穴学）が区分されており、経脈の流注・機能・病証なども克明に教育・研究されている。しかし、日本の鍼灸師養成施設におけるテキストには、両者をひとまとめにした「経絡経

穴概論」が主体であり、経絡学に関しては単に経脈の流注の概要を簡潔にまとめたものにすぎない。また、経穴学においても部位や解剖に重点が置かれ、臨床で活用するのに必須と思われる主治（病）症や穴位効能（穴性）にはほとんど触れられていない⁶⁾。

張吉主編の「経脈病候弁証与針灸論治」の発刊

そんな折、張吉主編の「経脈病候弁証与針灸論治」（人民衛生出版社，2006年刊）が発刊され、鈴木達也氏翻訳による『経脈病候による鍼灸治療』（東洋学術出版社，2020年刊）が刊行された。中医弁証が臟腑弁証に基盤を置いてきたという反省に立って、新たに経脈病証に主眼を置くという発想の転換をはかったものともいえよう。

本書には、十二経脈と奇経八脈の病候を系統的に網羅し、

- ①本経が内循する本臓（腑）の病候
- ②本経が外循する肢体や体表部分の病候
- ③本経と関連する臟腑・組織・器官の病候
- ④本経の経筋・絡脈の病候

の4項目に分類している。さらに、この4区分の症状を虚実・寒熱の四綱弁証によって整理して証候分析・治法・選穴・選穴解説が加えられており、読者の理解を促す構成となっている。

本書の一例を足の陽明胃経に注目して紹介する。

その特徴は、(1)これまで著者らが提唱してきた如く、経脈病証のなかに、経脈と関連して密接不離の關係に臟腑の病証を取り上げていることである。本書では、表1に示す、①本経が内循する本臓の病候を挙げ、その例として1) 食事がのどを通らない、胃脘痛、2) 嘔吐、3) 消穀善飢、4) 癡狂の4つ(5つ)の胃の腑の病証が挙げられている。

さらに、②本経が外循する肢体や体表部分の病候。これは、経脈が流注する諸器官に関する病症であり、1) 口や目の歪み、2) 喉痺(のどの痛み、違和感)、3) 顔面の痙攣、4) 鼻の病症(鼻閉、鼻出血)、5) 足陽明経の気厥(気逆)、6) 循経疼痛(経脈流注上の疼痛)が挙げられている。

表1

足の陽明胃経	
①本経が内循する本臓（腑）の病候	1) 食事がのどを通らない、胃脘痛、2) 嘔吐、3) 消穀善飢、4) 癡狂
②本経が外循する肢体や体表部分の病候	1) 口や目の歪み、2) 喉痺、3) 顔面の痙攣、4) 鼻の病症(鼻閉、鼻出血)、5) 足陽明経の気厥(経気の厥逆)、6) 循経疼痛(循行部位上に現れる痛み)
③本経と関連する臟腑・組織・器官の病候	1) 咳喘、2) 宗気の病候(心拍異常)、3) 大腸、小腸の病候(泄瀉、小便不利、便秘、小便短赤)
④本経の経筋・絡脈の病候	1) 経筋の病候、2) 絡脈の病候

さらに、③本経と関連する臓腑・組織・器官の病候として、1) 咳喘、2) 宗気の病候（心拍異常）、3) 大腸、小腸の病候（泄瀉、小便不利、便秘、小便短赤）が挙げられている。

最後に、④本経の経筋・絡脈の病候が挙げられ、1) 経筋の流注と関連する経筋病（虚、実の別）、2) 絡脈の病候（虚、実の別）などが記載されている。

本書の登場は、本格的な経脈病証研究の幕開けとも感じられる書物であり、その価値は高いと考えられる⁷⁾。

■ 経脈病証の新たな分類

一方、日本における経脈病証の記述は、是動病と所生病から出ていないのがほとんどである。表2に示す如く、是動病と所生病の病症は、29個存在する。そこでこれを著者らが提唱する1) 臓腑病、2) 経脈病、3) 経筋病に3区分するとともに、文献では記述されていないが、臨床上よく遭遇すると思われる胃経の病症を追加的に分類したものが次に示す表3・表4である。

表2

足陽明胃経病証

(1) 悪寒戦慄して、(2) 呻吟、(3) あくびし、(4) 顔が黒くなるを特徴とする証(TM)。重篤な場合、(5) 人に会ったり、火を見ることを嫌い、(6) 木の響きの音を怖がり、(7) 気分が動揺し、(8) 門と窓を閉めて、部屋にひとりであることを望む。(9) 甚だしい場合は、高い所に上る衝動があり、歌い、服を脱いで走る。(10) 腹部膨満を認める。この証(TM)では、ときに以下の症状が発現する。(11) 精神疾病(TM)、(12) 悪寒、(13) 痙攣、(14) 発汗を伴う高熱、(15) 鼻閉及び鼻出血、(16) 口の歪み及び(17) 口唇の潰瘍、(18) 頭部腫脹、(19) 喉頭の腫脹と疼痛、(20) 腹部の水腫、(21) 膝蓋の腫脹と疼痛、(22) 胸部、(23) 乳房、(24) 鼠径部、(25) 大腿、(26) 大腿下部、(27) 脛骨の外側縁、(28) 足背全体の疼痛、(29) 第3趾を随意的に動かしくくなる。

■ 新しい経脈病証（私案）

新しく考案した経脈病証の区分は1. 経脈関連病証と2. 臓腑関連病証であり、前者はさらに①流注関連病証と②経筋病証に区分した⁸⁻¹³⁾ (表3)。

流注関連病証の中には、経脈篇に記述された病証も含まれているが、顔面紅潮、前頭（額）部のだるさ、上眼瞼の痙攣、上眼瞼の下垂、歯茎（上>下顎）の痛み、眼痛といった症状は含まれていないことから、新たに追加したものである。

そして、経筋病証には、足陽明経筋の流注上にある身体部位の疼痛を網羅的に取り上げている。なお、足陽明経筋は背部にも流注するのであるが、具体的にどこに分布するのかについての記載はほとんどの文献でみられていない。しかし、臨床的には、食べ過ぎや飲み過ぎ、飲食の不摂生等を訴える症例では、厥陰兪から三焦兪、特に脾兪から胃兪付近の鈍痛や動作時痛を訴えることがほとんどであることから、具体的に経穴名で分布部位を表示したものである。

表3

<p>足陽明胃経</p> <p>1. 経脈関連病証</p> <p>①流注関連病証（足陽明経脈病証）：顔面紅潮，前頭（額）部のだるさ，上眼瞼の痙攣，上眼瞼の下垂，歯茎（上>下顎）の痛み，眼痛，（15）鼻の乾燥及び鼻出血，（17）口唇のできもの（瘡）かさつき，ひび割れ，（16）口唇の歪み，（19）咽喉痛（喉痺），（18）頸部の腫痛（扁桃腺炎を含む），（22）前胸部痛，（21）膝関節水腫，（28）足関節前面の腫痛，（28）足背部の腫痛，下肢の発赤，腫脹，疼痛，冷感。（24）股関節，（25，26）大腿外側，（27）足前面が皆痛む。（29）足の中指が使えない。</p> <p>②経筋病証（足陽明経筋病証）：顎関節痛，胸鎖乳突筋のひきつき感，腹直筋の痛み，背部の膈俞から三焦俞にかけての動作時痛，殿部の動作時痛，股関節前面の痛み，大腿前面の痛み，膝関節前面の痛み，下腿前面の痛み，足関節前面の痛み。</p>

臓腑関連病証

臓腑関連病証については，①臓腑病証と②精神症状とに分類して記述した（表4）。

表4

<p>2. 臓腑関連病証</p> <p>①臓腑病証（胃病証）：（1）虐疾（寒熱往来：（14）高熱あるいは（12）悪寒），（10）腹部膨満，（20）腹水，不眠，消穀善飢，腹脹（満），腸鳴，腹痛，尿黄色。</p> <p>②精神症状：意識朦朧して譫言，（11）狂躁，（11）癡狂，（5，6，7，9）躁状態。</p> <p>削除：（2）呻吟，（3）あくび，（4）顔が黒くなる，（5）人に会ったり，火を見ることを嫌い，（6）木の響きの音を怖がり，（8）門と窓を閉めて，部屋にひとりであることを望む，（13）痙攣，（23）乳房の疼痛</p>
--

①臓腑病証として記述したのは，虐疾，腹部膨満，腹水，不眠，消穀善飢，腹脹（満），腸鳴，腹痛，尿黄色であるが，このうち尿黄色は胃の臓腑病証の特徴といえるかどうかなど，疑問な点もある。通常は胃熱の際には出現しやすい症状であることから，記述したものである。なお，太字は是動病，所生病であり，普通字（腹水，不眠，腸鳴など）は胃有余あるいは胃寒などの病証として記述されたものであるが，臓腑病証として纏めた。

一方，「人と火を悪み，木声を聞けば惕然として驚き，戸を閉じ窓を塞ぎ一人おる」というのは，うつ病の特徴的な症状と考えられるが，胃の腑の異常としてうつ病は考えがたいことから，その他の「よく呻る，欠伸，顔色が黒い」（いずれも腎虚の症状か？）とともに除外した。

②精神症状として記述したのは，意識朦朧して譫言，狂躁，癡狂，躁状態である。狂躁，癡狂は心の臓腑病証とも考えられるが，『針灸学』，『素問』厥論篇等の記述をもとに，纏めたものである¹⁰⁾。

まとめ

鍼灸医学の確立および鍼灸臨床を発展させるためには、その寄って立つ理論が明確である必要がある。しかし、現状に置いてそれが明確にはなっていない。そこで、是動病、所生病に記述された病証を含む関連する病症を経脈ごとに網羅するとともに、①経脈流注と関連する病症、②経筋流注と関連する病症、③臓腑の症状と関連する病症、④臓腑と関連する精神的な病症に分類するとともに、著者の臨床経験を通して、追加あるいは削除して臨床的な整合性を考慮して作成した。しかし、個人的な試論に過ぎず、今後、多くの臨床家等の意見を集約してより精度の高い経脈病証を構築する必要がある。そういったプロセスを経て完成した経脈病証が、次世代の中医鍼灸の発展に欠くことができない基本的な要素であると考えられる。読者諸氏のご批判を仰ぎたい。

文献

- 1) 張吉主編：経脈病候弁証与針灸論治。人民衛生出版社，2006
- 2) 和辻直，齊藤宗則，篠原昭二：経脈病証と鍼灸臨床支援システムの一考察。バイオ・ファジィ・システム会講論集 30：221-224，2017
- 3) 和辻直，東郷俊宏：ICD-11における鍼灸領域の病証・「経脈病証」の提案。日東医誌 68 (Suppl)：273，2017
- 4) 矢久保修嗣：国際疾病分類第 11 改訂 (ICD-11) 伝統医学分類がリリースされる。日東医誌 69 (Suppl)：238，2018
- 5) 教科書検討委員会編：新版東洋医学概論。医道の日本社，2015，pp.158-160
- 6) 教科書執筆小委員会編：新版経絡経穴概論。医道の日本社，2015
- 7) 張吉主編，鈴木達也訳：経脈病候による鍼灸治療。東洋学術出版社，2020，pp.51-87
- 8) 篠原昭二：鍼灸百話 (28) 経脈病証と疏通経脈。中医臨床 37 (1)：162-163，2016
- 9) 篠原昭二：鍼灸百話 (29) 胃経の病証は何か。中医臨床 37 (2)：150-151，2016
- 10) 上海中医学院編，井垣清明ほか共訳：針灸学。土屋書店，2007，pp.74-76
- 11) 藺雲桂：経絡図解 (第 3 版)。福建科学技術出版社，2008，pp.151-181
- 12) 李鼎主編：経絡学。上海科学技術出版社，1994，pp.20-73
- 13) 薛立功：中国経筋学。中医古籍出版社，2009，pp.58-306

日本中医薬学会雑誌 投稿ならびに執筆規定

1. 目的

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

2. 投稿資格

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

3. 倫理規定

1. 投稿原稿は他誌に未発表であり、かつ投稿中でないものに限る。
2. 人を対象とした研究はヘルシンキ宣言 (1964 年採択, 1975 年, 1983 年, 1989 年および 1996 年修正) の精神に則って行われたものでなければならない。
3. 実験動物を用いた研究は動物実験に関する倫理規定に基づいて行われたものでなければならない。
4. 個人識別ができる患者などの写真類を掲載する場合、本人または法定代理人の承諾書を添付する。
5. 人および動物等を対象とする研究に関する場合は、所属する当該施設の審査委員会で承認済みであることを論文 (方法) に記載する。
6. 投稿に際し責任著者は、利益相反 (COI) に関する申告書を提出する。

4. 論文の募集と採否

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

5. 執筆要項

1. 論文の長さは下記のとおりとする。
 - 〔原著・総説〕
 - 本文 (文献含む) 8,000 字以内
 - 表・図・写真 8 点以内
 - 〔症例報告〕
 - 本文 (文献含む) 4,800 字以内
 - 表・図・写真 6 点以内
2. 表・図・写真が増加した場合は 1 点につき本文を 400 字減じて調整する。

3. 和文抄録（600字以内）および300語以内の英文抄録を添付し、5個以内のkey wordsを日本語および英語で指定する。
4. タイトルページには、タイトル、著者名、所属、連絡先を和英で併記する。また、本文・文献の総字数を記載する。
5. 本文はタイトルページを1頁、文献の終わりを最終頁とし、各頁のナンバーを入れる。また、本文、文献、抄録、図表説明、表、図、写真の順に配置する。なお、図表の説明はすべて日本語表記とする。
6. 原稿は横書きで、1行の行数はA4判用紙で24～35字とし、十分な行間（5mm以上）をとる。
7. 所定枚数を超過した論文は原則として採用しない。ただし、編集委員会で認めた場合に限り、掲載する。
8. 外国語の固有名詞（人名、商品名等）は原語のままアルファベットで表記し、頭文字は大文字とする。ただし、日本語化しているものは片仮名とする。また、文中の外国語単語（病名、一般薬名等）の頭文字は、固有名詞、独語名詞、文頭の場合を除き小文字にする。
9. 年号は西暦で統一する。
10. 単位記号は、原則として国際単位系（SI）とし、km, m, cm, mm, μm , nm, L, mL, μL , kg, g, mg, μg , ng, pg, yr（年）, wk（週）, d（日）, h（時）, min（分）, s（秒）, ms, μs などを用い、記号のあとの句点はいらない。

6. 文献の記載

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

なお、欧文雑誌名の略称はIndex Medicusに従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。

7. 電子原稿および電子投稿

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

宛名：日本中医薬学会雑誌 編集部

アドレス：日本中医薬学会事務局 [seo@jtcma.org]

8. 論文の採否

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

9. 校正

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

10. 著作権について

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

(2010年12月13日規定)

(2021年5月30日改訂)

様式1 利益相反（COI）申告書

著者名： _____

論文題名： _____

(著者全員並びに著者全員の配偶者、一親等の親族及び生計を共にする者について、投稿時から過去3年間および出版受理時点までの期間を対象に、発表内容に関する企業・組織または団体との利益相反（COI）状態を著者ごとに記載)

項目	該当の状況	有であれば、企業名など記載
① 報酬 1つの企業・団体から年間100万円以上（源泉徴収税額等控除前の支払金額）	有・無	
② 株式の利益 1つの企業から年間100万円以上（源泉徴収税額等控除前の支払金額）、あるいは当該株式の5%以上保有	有・無	
③ 特許使用料 1つにつき年間100万円以上（源泉徴収税額等控除前の支払金額）	有・無	
④ 講演料等 1つの企業・団体から年間合計50万円以上（源泉徴収税額等控除前の支払金額）	有・無	
⑤ 原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上（源泉徴収税額等控除前の支払金額）	有・無	
⑥ 研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体からの医学系研究（共同研究、受託研究、治験など）に対して、申告者が実質的に用途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた年間総額が100万円以上のものを記載	有・無	
⑦ 奨学（奨励）寄附などの総額 1つの企業・団体からの奨学寄附金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に対して、申告者が実質的に用途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた年間総額が100万円以上のものを記載	有・無	
⑧ 企業などが提供する寄附講座 実質的に用途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有・無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間5万円以上	有・無	

(本利益相反（COI）申告書は論文掲載後2年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

Corresponding author (自著) _____

様式2 誓約書・著作権委譲承諾書

日本中医薬学会 殿

年 月 日

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

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

論文名：

著者名（共同著者全員を含む）：署名・捺印のこと

筆頭著者： 会員番号

責任著者： 会員番号

共同著者 1 共同著者 6
(会員番号) (会員番号)

共同著者 2 共同著者 7
(会員番号) (会員番号)

共同著者 3 共同著者 8
(会員番号) (会員番号)

共同著者 4 共同著者 9
(会員番号) (会員番号)

共同著者 5 共同著者 10
(会員番号) (会員番号)

※共同著者が会員の場合は、会員番号を記入の事。

編集委員会

編集長 酒谷 薫

副編集長 篠原昭二, 平馬直樹, 別府正志

編集委員 浅川 要, 関 隆志, 戴 昭宇, 西本 隆

兵頭 明, 吉富 誠, 路 京華

(副編集長・編集委員は五十音順)

日本中医薬学会雑誌 Journal of Japan Traditional Chinese Medicine Association
第 11 巻第 1 号 2021 年 5 月 30 日発行

発行 日本中医薬学会

事務局：〒 277-8561 千葉県柏市柏の葉 5-1-5 環境棟 254 号室

東京大学大学院 新領域創成科学研究科 人間環境学専攻

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

制作 東洋学術出版社
