

日本中医薬学会雑誌

第12巻 第1号 | 2022年8月

2022年8月31日発行（年2回発行）

ISSN 2436-391X



● 総説

高齢がん患者に対する中西医結合治療——清水 雅行 1

● 主張

日本における伝統医学の現状：

日本老年医学会ガイドライン作成から見てきたもの

—————岩崎 鋼 10

● 学会講演 第11回日本中医薬学会学術総会 会頭講演

古医書資料『黄帝内経』にみる「健康長寿」の遡及的考察

“こころ”と“からだ”の調和医学を論証する

—————王 財源 18

投稿規定 28 / 利益相反申告書 / 誓約書・著作権委譲承諾書 / 編集委員会 33



高齢がん患者に対する 中西医結合治療

Integrated traditional Chinese and Western
medicine for elderly cancer patients

清水 雅行

Masayuki Shimizu M.D., Ph.D.

医療法人社団宏洋会 清水内科外科医院
〒984-0826 宮城県仙台市若林区若林5丁目4-50
Shimizu clinic, 5-4-50 wakabayashi, wakabayashi-ku,
Sendai-shi, Miyagi, 984-0826, Japan

要旨

2021年版世界保健統計によると、日本人の平均寿命は84.3歳で引き続き世界最長であるが、1980年以降、死因の第1位は悪性疾患（がん）である。2020年代に入り、戦後1950年代に誕生したいわゆる「団塊の世代」が70代となることもあり、国内の高齢がん患者数はピークを迎えようとしている。この状況にどのように対応すべきであるかは、われわれ中医にとっても最重要課題のひとつと考えられる。今回、当院における高齢がん患者に対する中西医結合治療の取り組みについて紹介する。

当院に来院される高齢がん患者の中には、満足ながん治療が受けられずに中医治療に救いを求めて来られる、いわゆる「がん難民」の患者も多い。中医治療は経口摂取が可能であれば、あらゆるがん患者のすべての病期に適応できる。高齢患者でも西医手術が可能な場合は、術前から補法を中心とした中医治療で体力・免疫力を増強し、術後も手術侵襲からの早期回復を促し合併症を予防することが重要である。化学療法や放射線療法はさまざまな副作用が生じることもあり、高齢がん患者ではそれが反って生命を脅かすことにもなりかねない。中医治療によりそれらを予防・軽減することでQOLを損なわずに西医治療を継続でき、さらに効果を増強することも可能となる。西医治療不能の末期がん患者であっても、中医治療によりがんの進行を緩徐にし、西医的予測予後を遙かに超えて長期延命が可能であった症例も数多く経験している。西医治療の適応がない高齢がん患者は、自宅や介護施設で経過を見守られることとなるが、中医治療はそのような状況下でも継続可能であり、末期に至ってもがん性疼痛を軽減することができるため、患者QOLの維持にきわめて有用である。

中西医結合がん治療は超高齢化社会を迎える日本において、これから更に求められる有用な治療法である。

Abstract

According to the 2021 World Health Statistics, Japanese people have the longest life expectancy worldwide at 84.3 years; however, cancer has been the leading cause of death in our country since 1980. In the 2020s, the number of elderly cancer patients in Japan is approaching its peak, as the so-called "baby boomers", born in the 1950s after World War II, are reaching their 70s. One of the most important issues for the Chinese medical doctors is how to respond to this situation. We introduces the efforts of the Integrated Traditional Chinese and Western medical therapy for elderly cancer patients in our clinic.

Among the elderly cancer patients who visit our hospital, many so-called "cancer refugees" seek medical treatment instead of receiving satisfactory cancer treatment. Traditional Chinese Medical (TCM) treatment is indicated for all stages of any cancer patient if oral intake of medicine is possible. The TCM treatment can enhance the physical strength and immunity using the complementary method from the preoperative stage, promote early recovery from the surgical invasion, and prevent complications even in the postoperative stage, when the operation is possible in an elderly patient. Chemotherapy and radiation therapy can trigger several side effects, which can unexpectedly become life-threatening in elderly patients. Western medical therapy may be continued without impairing the quality of life (QOL) by preventing and alleviating the symptoms using the TCM treatment and further enhancing the effect. Even among patients with terminal cancer who cannot be treated by Western medicine, the progress of cancer in many cases was slowed using TCM treatment, and the survival span was prolonged far beyond the prognosis predicted by Western medicine. Elderly cancer patients who are not eligible for Western medical treatment can be followed up at home or in nursing homes; however, TCM treatment can be continued under such conditions to reduce cancer pain even in the terminal stage, which is extremely useful for maintaining the QOL in patients.

The Integrated traditional Chinese and Western medical therapy for cancer is a useful treatment needed in Japan, which is facing the challenge of aging society.

キーワード : 中西医結合治療, 高齢がん患者, がん治療

Keyword : integrated traditional Chinese and Western medicine, elderly cancer patients, cancer therapy

はじめに

2021年版世界保健統計¹⁾によると、日本人の平均寿命は84.3歳で引き続き世界最長であるが、日本人の死亡率の動向をみると1980年より悪性新生物(がん)が死因の第1位を占めている²⁾。現在日本人の2人に1人ががんに罹り、3人に1人ががんで亡くなっている状況であり、がんは日本人の「国民病」ともいわれている³⁾。2020年代に入り、戦後1950年代に誕生したいわゆる「団塊の世代」が70代を迎えている⁴⁾ことから、高齢がん患者の総数は間もなくピークを迎えようとしている。

西洋医学のがん治療としては、手術療法、化学療法、放射線療法が三大療法といわれている。そのほか、免疫療法、温熱療法なども含め、それぞれ日進月歩の発展は見られているが、それでも満足すべき段階にはまだ程遠い。がんを患っているが治療法がない、治療費が高額で支払えない、などの理由で満足な治療を受けられないでいるがん患者は「がん難民」といわれるが、日本のがん患者の53%、約70万人にも達すると報告されている⁵⁾。これらのがん難民数も、ピークに達すると考えられる。

このような状況下において補完代替療法、統合医療としての中西医結合治療が注目されている。

当院では先代の院長が50年程前に開院した後、40年程前から中医治療をがん治療にも適用してきた^{6) 7) 8)}。主に中西医結合治療により、湯液治療が主であるが、そのほか鍼灸も併用している。西医治療は主に他の総合病院等で行われるが、西医治療不能・拒否例は当院で中医治療のみ行う場合も多い。

がんに対する中医治療は西洋医学とは異なった診断・治療法である弁証論治に基づいている。その基本となるのは扶正祛邪である。扶正は人体の正常な生理機能・自然治癒力である正気を回復・増強し、がん自体、あるいは手術療法・化学療法・放射線療法等によって体が受けたダメージを回復し、がんに対する免疫力・抵抗力を増強することなどを意味する。また祛邪は病因・病巣となっている病邪を取り除くことが中心であり、がん自体から排出される毒素や代謝産物を体内から排除することをいう。そのほか、抗がん剤や放射線の副作用も病邪と考えられるので、これらも取り除くことなども含まれる。祛邪のなかでも特に重要なのが祛瘀である。祛瘀とは血のめぐりの滞り、それに伴って形成される血腫や血栓などの血瘀の改善を意味する。がんによる血瘀をなくし、血行を改善して免疫細胞を活性化し、抗がん剤ががん組織に到達しやすくする。また血瘀が原因の疼痛を軽減、消失させる。

中医がん治療は西医がん治療開始前から、そしてなるべく早期から開始するのが望ましい。西医治療とは可能な限り併施するが、西医治療不能でも中医治療は可能であることも多い。また未病から末期までのすべての病期を通して患者に寄り添い、治療を継続できるのが中医治療の利点である。

高齢がん患者の特徴としては総じて虚証が多く、体力・免疫力・ADLが低下しており、手術療法や化学療法などの侵襲に対する忍容性が低い。このため西洋医学的に積極的治療の対象とならない場合も多い。中医治法としては補剤を中心とした扶正固本法が基本となる。進行が緩徐で長期療養を要する場合もあるが、在宅や施設で煎じるのが難しい場合にはエキス剤、またはパック詰め湯液で処方している。

■ 手術と中医治療の結合

術前の中医治療としては補剤を用いて扶正を中心に、陰陽失調など身体の失調を改善して体力・免疫力を可能な限り回復させ、手術侵襲に対する抵抗力増強を目指す。それとともに手術に伴う合併症や後遺症のリスクの軽減をはかる。特に高齢者では術前からの扶正固本が重要である。術前の可能な限り早期から治療を開始することが望ましい。治法は 補気養血、益気健脾、滋補肝腎などである。

方剤は補剤が中心で補中益気湯，十全大補湯，人参養栄湯，四君子湯，六君子湯，六味地黄丸，八味地黄丸，保元湯など，生薬は人参，白朮，茯苓，山薬，黄耆，党参，黄精，補骨脂，菟絲子などを用いる。

術後の中医治療は，経口摂取が可能となつたらなるべく早期に再開し，手術侵襲からの回復を促す。またその後の補充療法（化学療法・放射線療法）に備え，体調を整えることも重要である。消化管術後の食欲減退・腹脹・便秘に対しては四君子湯，六君子湯，香砂六君子湯などを用いる。生薬は枳実，厚朴，大黄，神麴，鶏内金などである。さらに体力の低下が著しい場合には補中益気湯，十全大補湯，人参養栄湯などの補剤を用いる。生薬は人参，黄耆，山楂子，茯苓，陳皮，砂仁，麦芽，黄精，炙甘草などである。

■ 症例 1

87 歳・男性・膵がん

現病歴：73 歳時，膵がんの診断で手術適応となり，術前に中医治療を希望し当院を受診された。主治医より手術を受けなければ予後数カ月だが，受けたとしても 5 年生存は厳しいと言われた。手術の約 1 カ月前より，中医治療を開始した。

舌診：舌淡紅，胖大，齒痕，薄白苔

脈診：沈細滑

弁証：脾腎陽虚，痰飲

治法：温補脾腎，理氣化痰

方剤：八味地黄丸合六君子湯加減

処方：黄耆 30（数字は g グラム，以下省略），白朮 10，茯苓 15，陳皮 10，半夏 10，沢瀉 10，猪苓 6，山薬 15，山楂子 10，当帰 10，桂皮 6，炮附子 6，枸杞子 15，党参 10，仙靈脾 10，菟絲子 10，白花蛇舌草 20，丹参 15，田七末 3

経過：術後，経口摂取可能となると同時に湯液内服を再開した。中医治療が奏功し，高侵襲手術にもかかわらず術後の消化機能や体力の回復がすこぶる早く，術後 1 カ月足らずで退院可能となり，西医主治医からも驚かれる程であった。その後も当院で中医治療を継続し，術後 14 年間，再発することなく生存可能であった。

■ 化学療法と中医治療の結合

化学療法にはさまざまな副作用が伴うが，それぞれに対して中医学的に対処法をとることが可能であり，QOL を落とすことなく長期間にわたり化学療法を継続できる。以下に主なものを紹介する。

悪心・嘔吐は化学療法の副作用として頻繁に見られる副作用であるが，これに対する方剤としては，六君子湯，半夏瀉心湯，半夏厚朴湯，小半夏加茯苓湯，黄芩湯，旋覆花代赭石湯，香砂六君子湯などを用いる。生薬は白朮，茯苓，陳皮，半夏，砂仁，竹筴，藿香，旋覆花，代赭石，鶏内金，佩蘭などを使用する。

多くの抗がん剤で見られる末梢神経障害に対しては，治法として活血通絡，補腎益気などを中心に，方剤は牛車腎気丸，疎経活血湯，芍薬甘草湯，活絡効霊丹などを使用し，生薬は黄耆，枳殼，川芎，牛膝，生・熟地黄，厚朴，補骨脂，鶏血藤，夜交藤，丹参，菟絲子，巴戟天，肉蓯蓉，桑寄生，続断，党参などを用いる。

白血球（好中球）減少に対しては，方剤は帰脾湯，加味帰脾湯，四物湯，右帰

丸、左帰丸、益白湯、昇白湯、補腎昇白湯、益気昇白湯など、生薬は黄耆、沙参、枸杞子、当帰、山茱萸、黄精、女貞子、菟絲子、鶏血藤、虎杖、補骨脂、仙靈脾などを用いる。

また中薬のなかには抗がん剤の副作用を減らすばかりではなく、抗がん剤の効果を増強するといわれているものもいくつか報告されており、当帰、五味子、白毛藤、靈芝、竜葵、蛇莓、丹参、玉金などに抗がん剤の治療効果増強作用があるといわれている⁷⁾

■ 症例 2

78 歳・女性・大腸がん、再発肝転移

現病歴：65 歳時、某病院で大腸がんに対する手術を受けたが、その後、再発肝転移が認められたため、化学療法（アバスタチン＋FOLFOX）が開始された。しかし、脱毛、白血球減少、嘔声、のどの閉塞感などの副作用が出現したため、化学療法継続が困難となり中止を検討中のところで当院を受診された。

舌診：淡、薄白苔

脈診：弦細滑

弁証：肝血虚、肝気鬱結

治法：補血柔肝、行気解鬱

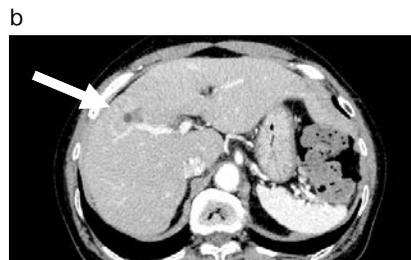
方剂：人参養榮湯合旋覆花代赭石湯加減

処方：黄耆 20、人参 10、白朮 10、大棗 10、沢瀉 10、茯苓 10、生地黄 15、柴胡 10、当帰 15、芍薬 10、何首烏 10、陳皮 10、半夏 10、厚朴 10、桔梗 10、旋覆花 10（包）、代赭石 10（先）、鶏血藤 10、女貞子 10、黄精 20

経過：中医治療を併用することにより、その後、以前ひどかった化学療法の副作用がほとんど無く継続することができ、その結果、肝転移は完全に消失し同病院の大腸がん肝転移再発例で唯一の完治生存症例となっている（写真 1）。術後 15 年経過したが、現在も湯液治療を継続中である。



来院前 腹部 CT
肝内に転移性腫瘍を認める（矢印）



治療 7 年後 腹部 CT
腫瘍は消失した（矢印）

写真 1

■ 放射線療法と中医治療の結合

放射線療法の問題点としては、放射線には熱毒の一面があることである。高齢者では陰虚証が多いため、放射線療法を行う際には治療前から滋陰を強化することが重要である。

胸部照射に伴う放射性肺炎・間質性肺炎に対しては、方剤は麦門冬湯、滋陰降火湯など、生薬は沙参、玄参、麦門冬、川貝母、杏仁、桔梗、枇杷葉、百合などを用いる。肺線維症の予防および治療に対しては、丹参ほか各種活血化癥薬を用いている。骨盤腔内照射に伴う放射性腸炎に対しては、治法は清熱解毒、涼血止痢などとし、方剤は黄連解毒湯、三黄瀉心湯、竜胆瀉肝湯、黄芩湯、白頭翁湯など、生薬は蓮子、訶子、白扁豆、白頭翁、赤石脂、赤小豆などを用いる。全脳照射・ガンマナイフによる放射性脳炎・脳浮腫に対しては、方剤は五苓散、柴苓湯など、生薬は柴胡、大腹皮、猪苓、白朮などを用いる。

放射線治療の効果を増強する生薬として、鬱金、莪朮、粉防己、丹参、地竜などがあげられており、微小循環の改善などによりがん細胞の放射線感受性を高める効果が認められている⁷⁾。

■ 症例 3

70 歳・女性・肺がん

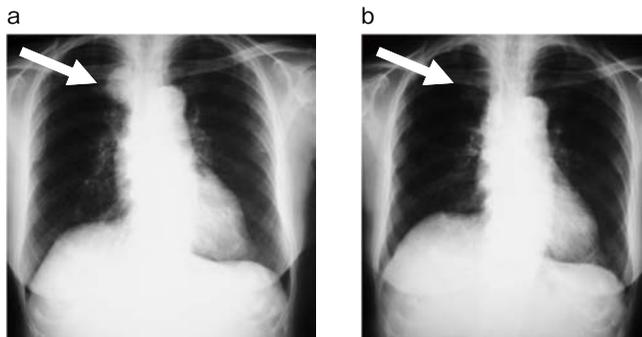
現病歴：某病院で肺がんの診断で手術を勧められたが、家庭の事情からこれを拒否したところ、他に治療法はないと言われ西洋医学的には終診となったため、中医治療を希望し当院を受診された。

経過：下記の処方で中医治療を開始するとともに、某大学病院放射線科に放射線療法の適否を相談したところ、副作用のリスクが高く、根治はまず不可能であると思われたが施行してみるとの結論に至り、放射線療法が開始された。当院からは、放射線療法と併行して中医治療を継続した。

処方：黄耆 20、白朮 10、茯苓 10、陳皮 6、枳殼 6、麦門冬 15、杏仁 6、桔梗 6、山藥 12、夏枯草 10、青皮 10、党参 10、白花蛇舌草 20、半枝蓮 10、竜葵 10、石見穿 10、白毛藤 10、丹参 15。

結果的に放射性肺炎、食道炎等の合併症をまったく起こすことなく放射線療法を無事に終了後、がんは完治した（写真2）。中医治療を併施して放射線療法の副作用を軽減し、治療効果を増大させることにより、高齢者であっても治療困難・不能例に対する放射線療法の適応を拡大できる可能性がある。

このように化学療法・放射線療法に中医治療を併施することの意義としては、



a
治療前 胸部 Xp
右上葉に縦隔に接して腫瘍像を認める（矢印）

b
射療後
腫瘍は消失し、肺野にも放射性肺炎等の異常を認めない（矢印）

写真 2

副作用を軽減・消失させ、十分な治療を可能にすることができ、また化学療法・放射線療法の治療効果を増強することもできることである。

■ がんの中医単独治療

どのようながんであっても西医治療可能な場合には中医治療を併施して中西医結合治療を行うべきであるが、西医治療が不可能な場合には中医単独治療も考慮すべきである。実際には中医単独治療が行われるのは、積極的な西医治療の適応がなくなり、緩和ケアへ移行する段階に入ってからが多いのは残念なことである。

がんに対する中医治法としては清熱解毒法、軟堅散結法、活血化癥法、化痰利湿法、疏肝理氣法、以毒攻毒法、扶正固本（培本）法などがあげられる。

■ 症例 4

86 歳・男性・原発性肝がん，肺転移

現病歴：原発性肝がんと診断されたが、高齢と体力低下のため治療適応なしと判断され余命半年と宣告され緩和ケアを勧められた。

舌診：偏紫，瘀斑，厚白膩苔

脈診：細滑

弁証：脾腎陽虚，氣滯血瘀

治法：温補脾腎，化癥散結

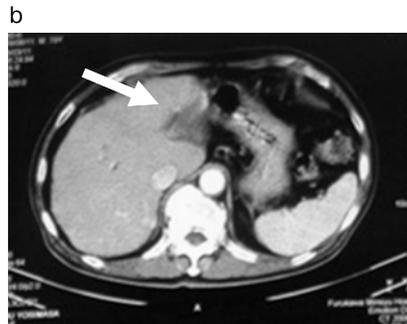
方剂：人參養榮湯合八味丸加減

処方：黄耆 30，人參 6，大棗 6，柴胡 10，香附子 10，白朮 15，芍薬 10，当帰 10，麦門冬 15，山茱萸 6，山薬 15，沢瀉 10，茯苓 10，桂皮 6，炮附子 6，莖朮 10，黄精 20，丹参 15，白花蛇舌草 20，田基黄 15，三稜 10

湯液治療を6カ月継続したところ、肺転移および原発腫瘍もすべて消失し、その後6年間、再発することなく元気に過ごされた（写真3）。その間、西医治療はまったく受けていない。



治療前 腹部 CT
肝左葉に巨大な腫瘍像を認める(矢印)



治療6カ月後
腫瘍はほぼ消失した(矢印)

写真 3

■ 緩和医療と中医治療の結合

中医治療はがん緩和医療においても有用である。緩和医療における西医治療と中医治療の大きな違いとしては、西医治療においては緩和ケアへの移行はがん治療の終了を意味する場合が多いが、中医治療ではがん治療と緩和ケアの境界はない。

緩和医療における中医治療の利点としては、病期によらず治療対象となり、西医治療不能例でも治療適応がある場合が多いことがあげられる。また在宅治療が可能で、患者・家族が自らも治療に参加することができ、治療費も安価である。中医治療を継続していると、末期においてもがん性疼痛の軽減が軽減され麻薬使用量も少ない。

■ 症例5

76歳・女性・末期膵がん

現病歴：73歳時、九州の某大学病院にて手術不能膵がんと診断され、化学療法を施行したが全身が衰弱しがん性疼痛もひどくなり中止。余命1カ月と宣告され緩和ケアを勧められたが、中医治療を希望し当院を受診した。

舌診：舌暗紅，瘀斑，苔少滑

脈診：沈細，双尺弱

弁証：脾腎両虚，気滞血瘀

治法：補腎健脾，行気化瘀

方剤：補中益気湯合旋覆花代赭石湯合活絡効霊丹加減

処方：黄耆 20，山萸 6，山薬 15，沢瀉 6，茯苓 10，当帰 6，芍薬 10，白朮 10，陳皮 10，厚朴 10，党参 6，炙甘草 10，鶏血藤 10，鶏内金 10，旋覆花 10（包），代赭石 10（先），乳香 5，没薬 5，丹参 15，白花蛇舌草 15，半枝蓮 10

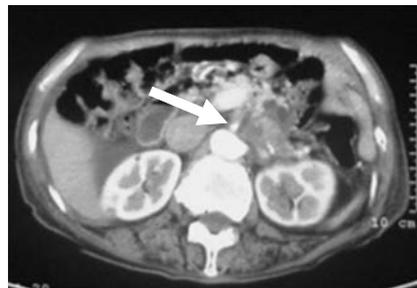
治療開始1カ月後、がん性疼痛がほとんど消失し全身状態が著明に改善した。2カ月後、化学療法が可能ではないかと考えられたため、腫瘍内科に依頼し、化学療法を併施することとなった。施行後も副作用なく全身状態良好で継続可能であった。腫瘍は縮小し痛みもなく、1年後帰郷されその1年後他界された（写真4）。がん性疼痛に対する緩和ケア適応のみで余命1カ月の状態から、中医治療によりがん性疼痛が消失し化学療法も再開でき3年間生存可能であった。

a



来院前 腹部 CT
傍大動脈に再発性腫瘍を認める (矢印)

b



治療後
腫瘍は著明に縮小した (矢印)

写真4

まとめ

当院における高齢がん患者に対する中西医結合治療の取り組みについて紹介した。

西的に治療困難または治療不能の高齢がん患者に対しても、積極的に中医治療を行うことにより、良好な治療経過が得られる場合も多く経験する。

超高齢化が進み、高齢がん難民が急増しているわが国において、がんに対する中西医結合治療はきわめて重要な医療である。

参考文献

- 1) 世界保健統計 2021 年度版 World Health Statistics 2021
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>
- 2) 令和 2 年 (2020) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwilqfvvwtD2AhVVxosBHajDDZkQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Ftoukei%2Fsaikin%2Fhw%2Fjinkou%2Fgeppo%2Fnengai20%2Fd1%2Fgaikyo%2FuR2.pdf&usg=AOvVaw15Vx0sQQntV1MvjRAGYnTr>
- 3) がんは日本人の国民病
https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/campaign_26/outline/
- 4) 戦後世代の高齢者の増加と高齢者像の変化
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0619-6q.pdf>
- 5) がん患者会調査研究委員会：医療政策 vol. 5 がん患者会調査報告一『がん難民』
解消のために一。特定非営利活動法人 日本医療政策機構，2006
https://hgpi.org/wp-content/uploads/2010-04-16_34_317692.pdf
- 6) 清水宏幸：新しい医療革命。集英社，東京，2004，p.117-145
- 7) 清水宏幸：末期悪性腫瘍の中西医結合治療。中医臨床 17 (2)：6-13，1997
- 8) Shimizu M, Takayama S, Kikuchi A, Arita R, Ono R, Ishizawa K, Ishii T : Kampo Medicine Treatment for Advanced Pancreatic Cancer : A Case Series. Front Nutr. 2021; 8: 702812.

【受付：2022 年 4 月 8 日，受理：2022 年 6 月 9 日】

日本における伝統医学の現状： 日本老年医学会ガイドライン 作成から見えてきたもの

岩崎 鋼

あゆみ野クリニック

■ この総論について

日本において高齢者に使われる伝統医薬品を modified Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) システムを使ってレビューし、ガイドラインを作成した経験、及びその作業から見えてきたものについて述べる。

■ 臨床ガイドラインとは

臨床ガイドラインとは、エビデンスのシステマティック・レビューに基づき、他の治療法と比較した場合の患者の利益と有害性を考慮した治療の推奨を含む文章である。つまり、エビデンスが無いとガイドラインはできない。きちんとしたシステマティック・レビューが行われていないとガイドラインはできない。ガイドラインには他の治療法と比較した患者の受ける利益と有害性が述べられていなければならない (Minds 2014)。

■ Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

近年、ガイドライン作成には Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) システムが多く採用されるようになってきている。GRADE では、Evidence の質 (Quality of evidence : QoE) と推奨の強度 (Recommendations strength : RS) を定める。これは現在 WHO を始めとして世界中 90 以上の機関で採用されている。近年中国でも、GRARDE を採用した中医学のガイドラインが提案されるようになった。そこでわれわれは、GRADE を利用し高齢者医療における適切な伝統医薬品の使用ガイドラインを作成した。これは日本老年医学会の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」改定の一環として行われた。

■ QoE と RS

■ 1. QoE の決め方

QoE は high, moderate, low, very low の 4 段階からなる。RCT は high とされるが、次のいくつかの点を考慮しなければならない。

QoE を下げるファクターには、Limitations (Risk of bias), inconsistency, indirectness, imprecision, publication bias がある。また上げるファクターには Large effect, dose-response gradient, plausible confounders が挙げられる。

Limitations (Risk of bias) とは、効果のばらつきの大きさをいう。種々の研究で、結果にあまりにもばらつきが大きい、盲検化されていない、患者や結果の選択が不適切、などが挙げられる。

Inconsistency とは、種々のデータに存在するばらつきが説明できないことである。

Indirectness。Direct evidence がより重要視されなければならない。Direct evidence とは、研究者が関心のある事柄について直接評価した研究を直接関係する人々に対して行い、患者にとって最も重要なアウトカムを測定したものである。例えば血圧をどれほど下げるとい研究より、その治療法がどれだけ動脈硬化性病変を減らすかという研究のほうがよりダイレクトなのである。

Imprecision。例えばサンプルサイズが不足している研究、CI (信頼区間) がガイドラインパネルの定めた範囲を逸脱する研究、有害事象やコストなどが非常に大きい場合など。

Publication bias とは、出版する際に有効性、有害性について偏った評価が為されていること。

■ 2. Recommendation Strength (RS)

RS は強く推奨する、弱く推奨する、弱く推奨しない、強く推奨しない (つまりなるべく避けよということ) の 4 種になる。ここでは、上記の QoE, リスクとベネフィットのバランス、患者の好み、必要な資源などが考慮される。

■ 実際のガイドライン作成作業

2013 年 11 月 22 日の時点で、MEDLINE, Cochrane, 医中誌において本ガイドライン共通の高齢者に関するキーワードに加え、東アジア伝統学医学 east Asian Traditional Medicine 漢方医学 Kampo Medicine 中国伝統医学 Traditional Chinese Medicine 中国生薬 Chinese herbal drugs 生薬-薬物相互作用 Herb-drug interaction 生薬治療 Herbal medicine 薬用植物 medicinal plant 植物成分 plant components 植物抽出物 plant extracts 生薬治療 phytotherapy 生薬医学 phytomedicine 漢方 Kampo 東洋医学 Oriental medicine 日本伝統医学 Japanese Traditional Medicine 韓医学 Korean medicine 鍼 acupuncture 灸 moxibustion 以上すべての OR をキーワードとして検索したところ、503 件 (Cochrane 60, MEDLINE 241, 医中誌 202) の文献が得られた。これらの抄録から内容を検討し、対象をメタ解析もしくはランダム化比較試験 (盲検化の有無は問わない) に限定、さらに薬物治療以外のもの (鍼灸など)、銀杏の葉、タイハーブなど漢方・中国伝統医学以外の生薬、日本において文献が入手困難であるもの、生薬抽出液静注など国際的に応用困難と考えられる

治療法，明らかな出版バイアスがあるものを除いたところ，57件（Cochrane 12，MEDLINE 45，医中誌0）が抽出された。これに直近の論文など7本のハンドサーチ文献を加え，最終的に64件の論文についてその全文を読み，構造化抄録を作成した。

その結果，漢方，伝統中医薬品など伝統東アジア医薬品は，多様な高齢者の病態のうち，少なくとも認知症（軽度認知障害を含む）における認知機能，認知症の行動・心理症状，脳卒中後遺症，うつ，誤嚥性肺炎，慢性便秘，肝硬変の腹水，糖尿病における下肢の潰瘍，骨粗鬆症，腹部外科手術後の合併症，インフルエンザの予防と治療，狭心症，高脂血症，高血圧に対し有効性が報告されていた。しかしそれらの報告のほとんどが，中国からのもので，日本からの論文はごく僅かしか得られなかった。あくまでエビデンスの質の高い文献に沿ってガイドラインを作れば，それは中医学のガイドラインになってしまう。日本で使われている漢方薬で，上で示したQoEがhighないしmoderateであるものはほとんどなかった。だが日本老年医学会が，日本で医薬品として認定されていない中医学の薬について，日本国内向けにガイドラインを出しても仕方がない。

どうしたらよいか迷った挙げ句，「高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤」（表1）と「高齢者に有用性が示唆されるが，わが国での一般的使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリスト」（表2）を別立てに作製することにした。後者は，要するに中医学の医薬品のリストである。ここに，その両リストを転載するが，ご覧の通り，後者の方がずっと品目が多い。またエビデンスの質（Quality of Evidence）もhighかmoderateであった。だがこれらの医薬品を日本で医療用医薬品として使用することはできない。ただ「世界にはこれだけ高いエビデンスを有する伝統医薬品があるのだ」という事実を国内に知らせるために，この表を併記したのである。いわばガラパゴス化している日本の伝統医学界に対して，本ガイドラインの作成者なりに警鐘を鳴らしたのである。

■ ガイドライン作成から見えてきたもの

さて，ここでちょっと待て，という声が掛かるだろう。高齢者に推奨できる漢方薬がたった5個しか無いのか？ 例えば八味地黄丸はどうなるのだ？ そういう疑問を持たれた方は，冒頭の「臨床ガイドラインとは」を再読していただきたい。

臨床ガイドラインとは，エビデンスのシステマティック・レビューに基づき，他の治療法と比較した場合の患者の利益と有害性を考慮した治療の推奨を含む文章である。つまり，エビデンスが無いとガイドラインはできない。きちんとしたシステマティック・レビューが行われていないとガイドラインはできない。ガイドラインには他の治療法と比較した患者の受ける利益と有害性が述べられていなければならない（Minds 2014）。

つまり，ガイドラインは「エビデンスのシステマティック・レビューに」基づくのである。八味地黄丸にシステマティック・レビューができるだけの質・量ともに備えたエビデンスは存在しなかった。だから八味地黄丸はこのガイドラインで推奨できないのである。エビデンスが無いところにガイドラインは無い。日本で使われている漢方薬のうち，高齢者についてシステマティック・レビューができるだけのエビデンスが蓄積されていたのは，この表にある5種類だけだったの

である。

いまでは中医学のほうが医学として日本より進んでいることを認識している人はある程度いると思うが、この作業を始めた時点でそのことについて日本では私も含め、ほとんど認識されていなかった。出てくるエビデンスがどれもこれも中国のものだというのは、愕然とした。試しにいま（この原稿作成時点）、中国、日本、韓国の伝統医学の英論文の数をPubMedで検索してみよう。

Traditional Chinese medicine : 102,720 本

Traditional Korean medicine : 2,885 本

Kampo : 2,050 本

つまり日本は伝統医学の英論文数において、中医学には遠く及ばないどころか、韓医学にも負けているのである。それにしても愕然たる負けっぷりだ。これではわれわれがエビデンスを探しても出てくるのが中国のものばかりなのも当然である。

この原因は2つある。1つは中国や韓国が自国の伝統医学に価値を見だし、大学や研究所を備え、高度な科学技術を身に付けた人材を育成しエビデンスを量産しているのに対し、日本は伝統医学を事実上放置していること。昭和36年（私が生まれる前）に漢方薬を保険収載して以来、何もしてこなかった。

もう一つは、はっきりと断言するが、日本を代表する伝統医学の学会である日本東洋医学会が、「漢方は学ではない、術である」と言い張り続け（2014年、第65回日本東洋医学会総会のテーマは「アートの復権」であった!）、漢方を学問するのを怠ったというよりむしろ排斥したからである。その結果が、この数字には如実に表れている。

ではどうしたらよいか。いまから中国に追いつけ、追い越せができるのか？ 私はさすがに「追い越せ」は無理だと思う。中国は人口14億人、GDPは16兆ドルで日本の3倍以上ある。しかしそれを言い訳にするなら、「ではなぜ韓国にも負けているのか？」ということになってしまう。

ともかく伝統医学に価値を置くこと。そこからスタートしなければならない。若い有為な人材を見つけ、中国や欧米の先進的な研究施設に派遣して技術を学ばせ、国内にも大学や研究所を設立して最先端の設備を備え、そこで若い研究者らに思い切り研究してもらおうことだ。そんなこと無理だとお考えだろうか？ しかし中国は改革開放でそれをやったわけだ。当時は日本にも大勢の中国人研究者が留学してきた。いまは誰も来ない。今度は日本がそれをやる番である。金、人、物をつぎ込まなければ物事は進まない。

最後に、改革開放を成し遂げた鄧小平の言葉を引用して結びとする。

- ・ 科学技術是第一生産力
- ・ 尊重知識，尊重人材
- ・ 韜光養晦

表 1 高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤（日本老年医学会編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 日本老年医学会，東京，2015，p.139-151）

薬剤（クラスまたは一般名）	推奨される使用法（対象となる病態・疾患名）	注意事項	参考にしたガイドラインまたは文献
抑肝散	認知症（アルツハイマー型，レビー小体型，脳血管性）に伴う行動・心理症状のうち陽性症状（興奮，妄想，幻覚など）を有し，非薬物療法および認知症治療薬（コリンエステラーゼ阻害薬，メマンチン；適応のある病態のみ）による効果が不十分な場合に使用を考慮する。本方剤が無効な場合あるいは緊急な対応を要する例では，リスクと必要性を勘案のうえ，抗精神病薬の使用を考慮する	甘草含有製剤であり低K血症に注意する。肝機能障害を起こすことがある。まれに認知症に伴う行動・心理症状を悪化させることがある。主に陽性症状を緩和する薬物であり，陰性症状や認知機能には無効。高齢者では1日投与量の2/3程度から開始すること，レビー小体型病で幻視が夜間に集中する場合は1日投与量の1/3を眠前投与でも有効性が期待できること，開始後1カ月ほどで必ず血中K濃度を測定すること	[5] [6] [7] [8] [9]
半夏厚朴湯	脳卒中患者，パーキンソン病患者において嚥下反射，咳反射が低下し，誤嚥性肺炎の既往があるか，そのおそれのある場合	過敏症（発疹）	[14] [15] [16]
大建中湯	1. 腹部術後早期の腸管蠕動不良がある場合 2. 脳卒中患者で慢性便秘を呈する場合	間質性肺炎と肝障害の報告がある（症例数はいずれもまれ）	[18] [24]
補中益気湯	慢性閉塞性肺疾患など，慢性あるいは再発性炎症性疾患患者における炎症指標および栄養状態が改善しない場合	甘草含有製剤であり低K血症に注意する	[25] [26]
麻子仁丸	慢性便秘，排便困難全般	麻子仁丸は穏やかに作用し，通常高齢者でも下痢などの恐れは低い	[17]

- [5] Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al: A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. The Journal of clinical psychiatry, 2005; 66(2): 248-52.
- [6] Matsuda Y, Kishi T, Shibayama H, Iwata N: Yokukansan in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Human psychopharmacology, 2013; 28(1): 80-6.
- [7] Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, et al: A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP), 2009; 12(2): 191-9.
- [8] Okahara K, Ishida Y, Hayashi Y, et al: Effects of Yokukansan on behavioral and psychological symptoms of dementia in regular treatment for Alzheimer's disease. Progress in neuropsychopharmacology & biological psychiatry, 2010; 34(3): 532-6.
- [9] Monji A, Takita M, Samejima T, et al: Effect of yokukansan on the behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly patients with Alzheimer's disease. Progress in neuropsychopharmacology & biological psychiatry, 2009; 33(2): 308-11.
- [14] Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al: The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. Phytomedicine, 1999 May; 6(2): 103-6.
- [15] Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al: A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves

- cough reflex of patients with aspiration pneumonia. J Am Geriatr Soc, 2002; Oct; 50(10): 1751-2.
- [16] Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al: A pilot study of banxia houpu tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 2007; 55(12): 2035-40.
- [17] Cheng C, Bian Z, Zhu L, et al: Efficacy of a Chinese herbal proprietary medicine (Hemp Seed Pill) for functional constipation. The American journal of gastroenterology, 2011; 106(1): 120-9.
- [18] Numata T, Takayama S, Tobita M, et al: Traditional Japanese Medicine Daikenchuto Improves Functional Constipation in Poststroke Patients. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2014; 231258.
- [24] Yoshikawa K, Shimada M, Wakabayashi G, et al: Effect of Daikenchuto, a traditional Japanese herbal medicine, after total gastrectomy for gastric cancer: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase II trial. J Am Coll Surg 2015; 221: 571-8.
- [25] Shinozuka N, Tatsumi K, Nakamura A, et al: The traditional herbal medicine Hochuekkito improves systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of the American Geriatrics Society, 2007; 55(2): 313-4.
- [26] Tatsumi K, Shinozuka N, Nakayama K, et al: Hochuekkito improves systemic inflammation and nutritional status in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of the American Geriatrics Society, 2009; 57(1): 169-70.

表2 高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリスト（日本老年医学会編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 日本老年医学会，東京，2015，p.139-151）

薬剤（クラスまたは一般名）	有効性のデータ	注意事項	参考にしたガイドラインまたは文献
丹芪偏癱膠囊	脳卒中後遺症における自主機能回復や日常生活動作の改善が見込まれる	脳卒中発症後 72 時間以内に投与しても有効性は確認されていない。重篤な副作用は報告されていない	[10] [11] [12]
加味温胆湯	単体でドネペジルにほぼ匹敵しうる認知機能改善作用を有し、またドネペジルとの併用で認知機能や脳血流の改善を認めた	甘草含有製剤であり低 K 血症に注意する。煎じ薬のみ	[2]
復智散	軽度認知障害患者において服用 12 週後に ADAS-cog, NPI および regional cerebral glucose 取り込みを有意に改善させた	黄芩含有製剤であることに注意する	[1]
脂必泰	中等度から高度の心血管系疾患リスクを有する患者で血中コレステロール濃度を有意に減少させた	重篤な副作用は報告されていない	[38]
CCH1 (人參, 乾姜, 甘草, 附子, 大黃)	長期要介護高齢者の便秘に有効であった	甘草, 附子, 大黃を含むためそれぞれの有害事象に注意が必要	[19]
降濁清肝	イルベサルタンと同程度に収縮期ならびに拡張期血圧を低下させる。さらに 5 週間の服用で腹囲を有意に低下させた	特になし	[39]

安体威	インフルエンザ症状を呈する患者ならびに確定診断のついたインフルエンザ患者において、プラセボと比較して有意に回復を早め、症状重症度を50%改善させた	特になし	[28]
连花清瘟胶囊	オセルタミビルと比較して median duration of illness ならびに median duration of viral shedding が同程度であった。さらに连花清瘟胶囊は発熱、咳、咽頭痛、倦怠感をオセルタミビルより有意に早く改善させた	特になし	[29]
复方丹参滴丸	ニトロ化合物と比較して狭心症症状を有意に改善させ、心電図所見も有意に改善させた	有害事象の発現率は2.4%（内訳不詳）でニトロ化合物（29.7%）より有意に低かった	[32]
Free and Easy Wanderer Plus	脳卒中後のうつ症状をフルオキセチンと同等に改善した	甘草含有製剤であり低K血症に注意する	[13]
消張貼膏	肝硬変の腹水を改善させた。貼付剤である	有害事象の報告はない。ただし沈香、麝香を含むので高価であろうと考えられる	[20]
糖足癒膏	糖足癒膏は糖尿病患者の下肢の潰瘍を有意に改善させた	特になし	[21]
仙灵骨葆胶囊	閉経後の女性において使用6カ月後の腰椎骨密度を有意に改善させた	1年間の使用で有害事象を認めなかった。	[22]
加味逍遥散	functional dyspepsia (FD) を改善する	中国からのRCT（文献30）によればFDに有効であったとされるが、日本では一般にすべてのFDに有効とは考えられていない。通常対象となるのは精神的ストレス要因の強いFDである。甘草含有製剤であり低K血症に注意する。山梔子を含有しており、長期投与により静脈硬化性大腸炎を生じる報告があり注意が必要	[30]

- [1] Bi M, Tong S, Zhang Z, et al: Changes in cerebral glucose metabolism in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease: a pilot study with the Chinese herbal medicine fuzhisian. *Neuroscience letters*, 2011; 501(1): 35-40.
- [2] Maruyama M, Tomita N, Iwasaki K, et al: Benefits of combining donepezil plus traditional Japanese herbal medicine on cognition and brain perfusion in Alzheimer's disease: a 12-week observer-blind, donepezil monotherapy controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006; 54(5): 869-71.
- [10] Siddiqui FJ, Venketasubramanian N, Chan ES, Chen C: Efficacy and safety of MLC601 (NeuroAiD), a traditional Chinese medicine, in poststroke recovery: a systematic review. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*, 2013; 35 Suppl 1: 8-17.
- [11] Chen CL, Young SH, Gan HH, et al: Chinese medicine neuroaid efficacy on stroke recovery: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 2013; 44(8): 2093-100.
- [12] Chen C, Venketasubramanian N, Gan R, et al: Danqi Piantang Jiaonang (DJ), a traditional Chinese medicine, in poststroke recovery. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, 2009; 40(3): 859-63.
- [13] Li LT, Wang SH, Ge HY, et al: The beneficial effects of the herbal medicine Free and Easy Wanderer Plus (FEWP) and fluoxetine on post-stroke depression. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*. 2008; 14(7): 841-6.

- [19] Huang CH, Su YC, Li TC, et al: Treatment of constipation in long-term care with Chinese herbal formula: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.), 2011; 17(7): 639-46.
- [20] Xing F, Tan Y, Yan GJ, et al: Effects of Chinese herbal cataplasm Xiaozhang Tie on cirrhotic ascites. *Journal of ethnopharmacology*, 2012; 139(2): 343-9.
- [21] Li S, Zhao J, Liu J, et al: Prospective randomized controlled study of a Chinese herbal medicine compound Tangzu Yuyang Ointment for chronic diabetic foot ulcers: a preliminary report. *Journal of ethnopharmacology*, 2011; 133(2): 543-50.
- [22] Zhu HM, Qin L, Gamero P, et al: The first multicenter and randomized clinical trial of herbal Fufang for treatment of postmenopausal osteoporosis. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2012; 23(4): 1317-27.
- [28] Wang L, Zhang RM, Liu GY, et al: Chinese herbs in treatment of influenza: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Respiratory medicine*, 2010; 104(9):1362-9 (2010)
- [29] Duan ZP, Jia ZH, Zhang J, et al: Natural herbal medicine Lianhuaqingwen capsule anti-influenza A (H1N1) trial: a randomized, double blind, positive controlled clinical trial. *Chinese medical journal*, 2011; 124(18): 2925-33.
- [30] Qin F, Huang X, Ren P: Chinese herbal medicine modified xiaoyao san for functional dyspepsia: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 2009; 24(8): 1320-5.
- [32] Wang G, Wang L, Xiong ZY, et al: Compound salvia pellet, a traditional Chinese medicine, for the treatment of chronic stable angina pectoris compared with nitrates: a meta-analysis. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 2006; 12(1): SR1-7.
- [38] Xu DY, Shu J, Huang QY, et al: Evaluation of the lipid lowering ability, anti-inflammatory effects and clinical safety of intensive therapy with Zhibitai, a Chinese traditional medicine. *Atherosclerosis*, 2010; 211(1): 237-41.
- [39] Tong XL, Lian FM, Zhou Q, et al: Prospective multicenter clinical trial of Chinese herbal formula JZQG (Jiangzhuoqinggan) for hypertension. *American journal of Chinese medicine*, 2013; 41(1): 33-42.

【受付：2022年1月29日，受理：2022年4月22日】

古医書資料『黄帝内経』にみる 「健康長寿」の遡及的考察 “こころ”と“からだ”の調和医学を 論証する

A retrospective consideration of health and longevity in the ancient Chinese medical text the *Yellow Emperor's Canon of Medicine*: A literature review of mind-body harmony in medicine

王 財源

OH Zai gen

関西医療大学

〒590-0482 大阪府泉南郡熊取町若葉 2-11-1

Graduate school of Kansai University of Health Sciences, 2-11-1 Wakaba,

Kumatori-cho, Sennan-gun, Osaka, 590-0482, JAPAN TEL : 072-453-8412

要旨

世界保健機関（WHO）による2021年の人口統計では、日本人の「平均寿命」は84.3%（男性81.5%、女性は86.9%）と、世界で最も高い長寿国であると発表した。さらにその「平均寿命」から、介護、入院看護の高齢者を差し引くと、日本人の「健康寿命」は74.1%（男性72.6%、女性75.5%）と、年々と伸びつづけ、健康な高齢者が増加している。このように国際的にも日本は高齢化が進み、政府も健康長寿の延伸に向けた新たな取り組みが始まっている。

とりわけ中国に起源をもつ伝統医学は、現代の医療を補完し、市民生活の健康と、長寿延命のために貢献している。いまま日本国内で定着している漢方や鍼灸の普及をみても、その水脈を見過ごすことはできない。東アジアにおける伝統医学の淵源には、古代中国の医書資料の代表とも言える『黄帝内経』が深く関係する。これら古医書資料の多くは、生理、病理、解剖などの知識が幅広く論説され、同時に健康の増進と疾病に対する治療法までが記載されている。そこに脈打つ古来よりの身体観では“こころ”と“からだ”は分離するものではなく、“心身一如”としてつながりを保ち続けるという、先人により紡ぎ出された哲学観がある。そこで本論は、古医書資料の代表である『黄帝内経』に基づき、自立性を主とした“こころ”と“か

らだ”の繋がりを中心に、調和医学の観点より「健康寿命」の延伸について文献的検証を試みた。その結果、古来より現代に至るまで、中国の伝統医学は精神と肉体の均衡と調和を中心に治療システムの発展に努めていたことが示唆された。

Abstract

According to the World Health Organization’s demographic statistics for 2021, the average life expectancy of Japanese is 84.3 years (81.5 years for men and 86.9 years for women), which is the highest in the world. Furthermore, when the number of elderly people who are hospitalized or in nursing care is subtracted from the average life expectancy, the healthy life expectancy of Japanese is 74.1 years (72.6 years for men and 75.5 years for women), indicating that the number of healthy elderly people continues to increase year by year. Thus, Japan has an aging population by international standards, and the Japanese government has launched new initiatives to increase healthy life expectancy.

Traditional medicine, which originated in China, complements modern medicine and contributes to the extension of healthy life expectancy. In this context, the widespread use of Chinese herbal medicine and acupuncture, which are well established in Japan, should not be overlooked. The *Yellow Emperor’s Canon of Medicine*, one of China’s most revered ancient medical texts, is closely associated with the origins of traditional medicine in East Asia. Many of these ancient medical texts contain extensive discussions of anatomy, physiology, pathology, and methods for promoting health and treating diseases. The underlying view of health in the *Yellow Emperor’s Canon of Medicine* is that the mind and body are not separate but instead function as a single mind-body unit, and thus it is important to maintain this connection. The philosophical views espoused by our predecessors insist that this is still the case today. Therefore, this paper attempts to examine the connection between the mind and body in the literature, with a focus on increasing healthy life expectancy based on the *Yellow Emperor’s Canon of Medicine*. The results suggest that from ancient times to the present day, traditional Chinese medicine has sought to build a system of medical treatment based on balance and harmony between the mind and body.

キーワード：文献研究，健康寿命，『黄帝内経』，心身一如，中国伝統医学

Key words：Literature review, health and longevity, Yellow Emperor’s Canon of Medicine, mind-body harmony, traditional Chinese medicine

1. はじめに

「人生100年時代」と言うが、平均寿命が100歳になったわけではない。2021年、世界保健機関（WHO）は日本人の「平均寿命」は84.3歳（男性81.5歳，女性は86.9歳）と世界で最も高い国であると発表した。その「平均寿命」から，さらに介護，入院看護の高齢者を差し引くと，日本人の「健康寿命」は74.1歳（男性72.6歳，女性75.5歳）と，健康な高齢者が年々増加傾向にある。このような中で，

中国で起源を發し、各国で昇華した伝統医療文化は、自ずと現代医療を補完する医学として各地域に定着した。とりわけ、漢方薬や鍼灸などは「健康長寿」を延伸するための手段の一つとして期待され、古来より受け継がれた“心身一如”の健康観が、今も尚、学問として継承されている。しかしながら、ITやAIなどによるビックデータの解析が進むいま、“神”に対する伝統医学と「健康長寿」の延伸についての考察は僅少である。医書『黄帝内経』宝命全形論篇をみると「一曰治神，二曰知養身，三曰知毒藥為真，四曰制砭石小大，五曰知府藏血氣之診」（一に曰く、神を治す，二に曰く身を養うことを知る，三に曰く毒藥の真を為すことを知る，四に曰く、砭石の小大を制す，五に曰く、府藏，血氣の診を知る）¹⁾とある。宝命全形論篇では「“神”を治す」ことを先に上げ、次に肉体である「“身”を養う」と記している。とりわけ唐代の王冰は、宝命全形論篇の最初に記された“治神”に注目した。彼は“治神”の文脈に「專精其心，不妄動乱也」と注を附し、患者の治療には精神を専念させ、“こころ”に乱れが生じてはいけないという。患者がもつ“神”に着眼した。加えて新校正本をみると、楊上善も「魂神意魄志以神為主，故皆名神，欲為鍼者，先須治神」（魂神意魄志以て神を主と為す，故に皆、神と名づく、鍼を欲する者は、須べからず先に神を治す）と記載されている。また、宝命全形論篇では患者に対する刺鍼姿勢についてまで言及し「凡刺之真，必先治神，五藏已定，九候已備，後乃存鍼」（凡そ刺の真，必ず先ず神を治す，五藏已に定まり，九候已に備わり，後乃ち鍼を存す）と、正しき鍼治療の基本は“神”を調えることを強調している。そこで本論では伝統医学の観点より、古医書資料の代表である『黄帝内経』をベースとして、そこに載る哲学的な概念を含んだ、“こころ”（神）と“からだ”（形）に生きる自立的「健康長寿」に対する“神”の遡及的考察を試みた²⁾。

2. 研究方法

本論は精神や身体の主体的、自立的“こころ”と“からだ”の養生が、「健康寿命」と深くつながることを古医書資料から着眼した。加えて中国哲学の観点よりも考察を行い、精神活動や肉体的な生理上の機能が「健康寿命」の延伸を、自立的に創出させる可能性について文献的検証を試み、中国伝統医学が現代社会に果たす役割を考察した。

なお、『黄帝内経』での“神”は、あらゆる生命活動の淵源、天地万物の主宰とする「広義の神」と、心理的な働きを基礎とした「狭義の神」に分類される。本論は“こころ”（狭義の神）を中心に議論するものである。

【方法】

『黄帝内経』を中心に史観上における哲学などを基礎にした文献研究である。

（底本）

『黄帝内経』，影印本，人民衛生出版社整理，2013年³⁾所収の『素問』嘉靖年間二十九年，顧從徳影印宋刻二十四卷本および明の趙府居敬堂本『靈枢』を底本とした。

（校注本）

郭靄春主編，中医古籍整理叢書重刊『黄帝内経素問校注』人民衛生出版社，2016年⁴⁾。

中国中医科学院編著『黄帝内経靈枢』注評，中国中医薬出版社，2011年⁵⁾。

(校勘本)

篠原孝市監修，『黄帝内経』素問，オリエント出版社，1985年⁶⁾。

(訓読訳)

南京中医薬大学中医系編著，石田秀美監修，現代語訳『黄帝内経』，東洋学術出版社，2006年版⁷⁾。家本誠一『黄帝内経』訳注本，医道の日本社，2017年版⁸⁾を参考に一部を改めた。『諸子集成』などは新釈漢文大系（明治書院）を用いた。

(その他の参考資料)

史実上の思想哲学との比較も試みるために『諸子集成』中華書局香港分局，1987年⁹⁾。王家葵校注，陶弘景集『養性延命録校注』中華書局，2014年¹⁰⁾。

張継禹篇撰『道蔵養生』華夏出版社，2003年¹¹⁾。

張君房篇，李永晟点校『雲笈七籤』中華書局，2003年¹²⁾。

『文淵閣四庫全書』台北国立故宮博物館所蔵本，驪江出版社，1998年版¹³⁾。

その他の文献についても章末に適宜提示する。

3. 結果と考察

医療における文献学上の検証については，歴史，哲学，文学，民俗学をはじめとする膨大な資料に基づいて検討を加えなくてはならない。しかしながら，同じ古医書資料の内容であっても，異なったスケールで考察すると全く別の意味をもつ。したがって，古医書資料を1つの尺度に閉じ込めてしまうと，意味を持たないことが多々ある。他分野でのスケールで考えたとき，どんな意味をもつのか，それらを考察する必要がある。本論では伝存諸本にみる中国伝統医学における“こころ”と“からだ”の調和医学に焦点をあて，患者の治療に用いる「健康長寿」の延伸について遡及的考察を試みた。

まず，中国に起源をもつ伝統医学と“心身一如”の関係性について『黄帝内経』から検証する。

『靈枢』本神篇第八には黄帝が岐伯に次のような問いかけがある。

「何謂徳気¹⁴⁾，生精，神¹⁵⁾，魂，魄¹⁶⁾，心，意，志，思，智，慮，請問其故」

(何を徳，気，精，神，魂，魄，心，意，志，思，智，慮を生ずると謂うか，請う，その故を問わん)。

岐伯はその問いかけに応じて次のような答えを出す。

「岐伯答曰，天之在我者徳也，地之在我者気也，徳流気薄¹⁷⁾而生者也，故生之来謂之精¹⁸⁾ 両精相搏¹⁹⁾ 謂之神，随神往来者謂之魂，並精而出入者謂之魄²⁰⁾ 所²¹⁾ 以任²²⁾ 物者謂之心，心有所憶謂之意²³⁾，意之所存謂之志，因志而存変謂之思，因思而遠慕謂之慮，因慮而処物謂之智，故智者之養生也」。

(岐伯答えて曰く，天の我に在るものは徳なり，地の我に在るものは気なり，徳流れ気薄まって生ずる者なり。故に生の来るは，之を“精”と謂う，両精相搏つ，之を“神”と謂う。“神”に随って往来する者，之を“魂”と謂う。“精”に並んで出入りする者，之を“魄”と謂う，物に任ずる所以の者，之を“心”と謂う，心は憶するところあり，之を“意”と謂う，“意”の存するところ，之を“志”と謂う，“志”に存変する，之を“思”と謂う，“思”に因りて遠く慕う，之を“慮”と謂う，“慮”に因りて物に処する，之を“智”と謂う，故に“智”は生を養う

なり)と本神篇にある。

『靈枢』本神篇には、人間の“こころ”の動きについて細部にまで記されていた。

ここの文脈は晋代に著された皇甫謐の『鍼灸甲乙経』にも引用されている²⁴⁾。

ところが、『素問』宣明五気篇や『靈枢』九針論篇には、前掲の『靈枢』本神篇とは異なる五臓との関係性が記されていた。

「五臓所蔵，心蔵神，肺蔵魄，肝蔵魂，脾蔵意，腎蔵志」と、最初に「心蔵神」がみえる。これは一般的な五行相生循環の並び方とは異なった配列で記されている。このことは「心」が蔵する“神明”が五臓の始発点，中核的な役割を担っていると考える。

しかし、「心」が「精神」と結び付けた考え方が、いつ頃から論じ始められたのか疑問がのこる。「心」という文字の由来は甲骨文字にみえる。後漢代の許慎『説文解字』第十下では「象形」に分類され、心臓という臓器の形から生まれたという。

殷代の『説文』の「心」では、臓器を示していたが、周代に入ると心理的な“こころ”と繋がる解釈に進んだ²⁵⁾。戦国時代末期に至ると「心」に対する思想家の出現により、身体活動の基本が「心」のもつ“神明”にあるとしている。

後世、清代の呉達侯篇撰『内経精要』の注記には「心は一身を主り，五臓と百骸は心の命令を聴く」とある²⁶⁾。『内経精要』には“こころ”という精神の主体性に対して五臓の「心」に焦点が当てられた。その興味深い根拠が儒家思想に共通した概念があるので検証する。

『荀子』解蔽篇

「心者形之君也。而神明之主也。出令而無所受令。自禁也。自使也。自奪也。自取也。自行也。自止也。故口可劫而使墨云，形可劫而使詘申，心不可劫而使易意。」

〔心は身体(形)の君なり。「精神(神明)」の主なり。令(命令)を出すも、令を受くる所なし。自ら禁じ，自ら使い，自ら奪う，自ら取り，自ら行き，自ら止まる。故に口はおどして意をかえしむべからず〕

(心は肉体の君主であり，英知の支配者である。心は肉体に命令するが，逆に命令されることはない。人間のあらゆる行為は心の命令に基づいている。口を黙らせることもできる。しゃべらせることもできる。肉体をかがませることができ。肉体を伸びさせることもできる。しかし，心は外からの力でその意志を変えさせることができない)²⁷⁾。

唐代に入ると楊倞が付した『荀子』卷十五の注記には「心出令，以使百体，不為百体所使也。此六者皆由心使也。然所以為形之君也」(心から出す命令は，百体[身体]を使うためのものである，百体が心を使うものではない。この六者[自禁。自使。自奪。自取。自行。自止]はみな，心の使いである，ゆえに形[身体]の君主となる)とある。

これをみると五臓の「心」は君主であり，司令塔である“神明”と深く繋がるということが記されていた。ゆえに『素問』靈蘭秘典論に載る十二官の君主である五臓の「心」は，君主の官として最高位に位置づけ，「心」“こころ”(神)の働きが五臓の中心的な役割を果たすことを示唆している。さらに“こころ”が血気にまで影響するという興味深い事例が漢の韓嬰撰『韓詩外伝』(詩外傳)卷四「血氣平和，志意拡大」や，唐，楊倞注『荀子』卷一の修身篇第二「凡用血氣，志意，

知慮，由礼則治通」に記載され，“こころ”は内外の生活環境に適合させながら，精神や意識を変えて調えているという。これが血気の流れにまで制御する働きをもつ。同様な内容が『呂氏春秋』尽数篇，『史記』太史公自序篇，『莊子』盜跖篇，『墨子』所染篇，『周易』系辞上傳，系辞下伝，『淮南子』泰族訓等にも記されている。

次に“こころ”と“からだ”という内と外の内容について，古医書資料から論証しておく。中医学では人の“こころ”の動きは「七情」にその源流があると唱える。

「七情」ということばが最も早くみえるのは『礼記』礼運にある²⁸⁾。

『素問』上古天真論篇第一には「外不勞形於事，内無思想之患。以恬愉為務，以自得為功，形体不敝，精神不散。(年)亦可以百数」(外では，形を事に勞せず，内は，思想の患い無し。恬愉を以て務めと為し，自得を以て功と為し，形体，敝れず，精神散ぜず。(年)亦た百を以て数うべし)と記されている。上古天真論では“こころ”と“からだ”の内，外での調和(和合)を優先させると延命長寿ができるという。反対に“こころ”と“からだ”が分離していくと，延命長寿の妨げとなる。この根拠となる説は宋代の陳言(1131-1189)が『三因極一病証方論』に『素問』挙痛論と，前掲した『礼記』礼運を引用し，「七情，人之常性，動之先自臟腑郁發，外形于肢体，為内所因」と記載されている。つまり，日常生活における「七情」の変化が，みずからの五臓の働き身体に影響を及ぼしているという。後世，明代の『普濟方』『類経』『景岳全書』や，清代の『遵生八箋』にまで同文がみられることから，「七情」による心身における内外の調和が，現在の長生術(養生)の基本として受け継がれていたことがわかる。これら内外の調和を重要視した調和医学は『素問』にもある。

生氣通天論篇第三には「如是則内外調和，邪不能害，耳目聰明，氣立如故」(是の如くは則ち内，外は調和し，邪は害すること能わず，耳目は聰明にして気は立ちどころに故の如し)と記されている。前掲した医書文献をみる限り，身体内のエネルギーの一つである「氣」が衰えると，身体外の耳や目には機能的に老化が進むという。このように『素問』には，身体内と身体外の繋がりを示す文脈が随所にみえる。

また，陰陽応象大論篇第五にも内外調和の関係性に「以表知裏」(表面を以て裏面を知る)という文があり，『靈枢』の外揣第四十五には「故遠者司外揣内，近者司内揣外」(故に遠き者は外を司って内を揣(はかり)，近き者は内を司って外を揣)と，身体における内外の関係が記されている。よって，内部の“こころ”の主體的自立性が，外部の「健康寿命」に通じる。換言すれば身体の表(体外)や裏(体内)の生理学的機能と心理学的の均衡を保つことを「内外合一」というのである(『涇野子』内篇，卷十八に「此見内外合一之学也)。それらは『礼記集説』卷九十六「有諸内必形諸外」(内有るものは，必ず形となって外にあらわれる)²⁹⁾でも記されている。

したがって，著者は「内外合一」を次の三つに分類することができる。これら三者は常につながる。

- | | |
|-------------------|------------|
| ① “こころ”と“からだ”の内外説 | 『素問』挙痛論 |
| ② “こころ”と“五蔵”の内外説 | 『靈枢』本蔵篇 |
| | 『素問』陰陽應象大論 |

③ “こころ”と“からだ”と“五蔵”の内外説 『靈枢』本神篇
『素問』経脈別論

臨床実践を説く『黄帝内経』には、生命への尊厳を重視した医家が注視すべき治療の優先順位についても記され、そこには共通して“神”を調えることから始めることにある。

おどろくことに素問では“神”と死生観を強調した文脈がみえる。

疏五過論篇

「精神内傷，身必敗滅」（精神，内に傷れば，身，必ず敗れて滅す）。

移精変気論

「得神者昌，失神者亡」（神を得た者は昌え，神を失えば亡ぶ）

よって、中国伝統医学における、医家が保ち続けなければならない医療行為の治療姿勢の基本が、“神”すなわち患者のもつ内面の“こころ”の均衡と調和、自発力から始めなくてはならない。“神”は内に位置づけられるため、「内外合一」の内の文字には“神”の調和を先とし、その次に外である肉体（形体）を重んじたのである³⁰⁾。これらの概念は医書のみで止まらず『莊子』にも記されている。

刻意編第十五

「純素之道，唯神是守。守而勿失，与神為一，一之精通，合於天倫」

（純素の道は，唯神を是れ守る。守りて失うこと勿ければ，神と一たり。一の精，通じて，天倫に合ふ）。

純精素質の道は，唯，この精神に守ることにある。この精神をしっかりと守っていれば，肉体は精神と合一する。合一した精神は，天地自然の理に通じ合うものである³¹⁾と載る（新釈漢文大系，明治書院）。

また、前漢の武帝、淮南王劉安（紀元前179年～紀元前122年）が編纂させた『淮南子』にも“神”の記載があり³²⁾、晋代の葛洪撰（261-341頃）『抱朴子』の内篇卷一、至理卷五では「身勞則神散，氣竭則命終」。（身を勞すれば則ち神は散じ，氣か竭（つきる）則ち命を終える）と³³⁾“こころ”（神）と“からだ”（形）の関係性を示した興味深い記述がある。陶弘景（456-536）『真誥』運題象篇にも「面者神之庭，髮者腦之華，心悲則面焦，腦減則髮素，所以精元内喪，丹津損竭也」（面は神の庭，髮は腦の華，心悲しければ則ち面焦（かおやつれ），腦減ずれば則ち髮素（しろ）く，精の元，内に喪（うしな）われ，丹津損ない竭（つ）くる所以なり³⁴⁾）と記され，同文が明代の養生書，高濂撰『遵生八牋』卷一の「清修妙論牋」上に載る續博物誌でも『真誥』運題象篇の文を引用していた。

以上のように古医書資料の随所には“からだ”と“こころ”が無二の存在であることが確認できる。そして伝統医学が哲学と医学が融合するという興味深い事例が『黄帝内経』に載る。それが『老子』から引用した文脈を『黄帝内経』の巻首に載せた実例にある。

前掲した上古天真論第一に注目する。

「恬憺虚无，真氣従之，精神内守，病安従来」³⁵⁾（恬憺虚無なれば，真氣之に従い，精神内に守る，病安んぞ従い来らんや）³⁶⁾である。ここに載る「恬憺虚无」という『老子』の思想が，医書である『黄帝内経』に引用されていたことで，明らかに哲学思想と底辺で結びつく。宋代の張君房『雲笈七籤』卷五十九の諸家氣法に

も同文が引用され、中国哲学が現代の伝統医療文化にまで受け継がれている。王冰は上古天真論を巻首に置くことで、人間の“こころ”と“からだ”を結びつけた医療行為の実践には、人間の内部にある精神を守り続けるという、道家哲学の「守神」思想の出発点がここにあると考えた。

以上、『黄帝内経』等の古医書資料には精神“こころ”を養うことが、健康な“からだ”と、若さ、美しさを保ち続けることの基本であると言える。つまり、“からだ”と“こころ”に調和を置いた医療文化を治療技術の基軸にしていた。前掲の論述を踏まえて、本論で言う「健康寿命」の延伸とは、“神”すなわち精神の働きを主眼に置いた、“からだ”と“こころ”の形神合一の調和医学こそが『黄帝内経』の説く「健康寿命」を作り出すという説である。その基軸こそが施術を受ける側の「客体」から、自らが「主体」とする“こころ”と“からだ”の自立的、自己変革のための活動にあることが示唆された。

4. 結語

中国に淵源を發する伝統医学の実践は、伝統医療文化で培われた人間の精神と、健康の底流に脈打つ思想、そして自然との営みとの中にある。そこには「気」(生命力)と“神”(精神)の共生を主とした、人間の内発的な力による「形」(身体)の健康にあり、それが長寿を保つと言う。先人らは『黄帝内経』等の医書文献を通じて、いつまでも若々しく健康でありたいという願いを、伝統医療文化に強く吸収させたのである。その結果、悠久なる中国伝統医学の背景には、上述の健康観を軸足とした“こころ”と“からだ”の調和による養生観の育成にある。先行文献を見る限り、人間の精神と肉体との調和が、心身の均衡を保ち、自立的な健康維持を示唆する。

本論は中国古代の伝統医療文化における、“からだ”と“こころ”の結びつきが「健康寿命」に繋がるという遡及的一考察である。その結果、「客体」から「主体」、なおかつ自立的な“からだ”と“こころ”の蘇生が、「健康寿命」を延伸させるという。今後、伝統医学に受け継がれた中医調和医学の必要性を超高齢時代に提唱し、臨床教育での治療姿勢を後世に伝える必要があろう。

〔附記〕

なお、本論は、第11回学術総会の会頭講演の一部を論文化したものである。

〔COI〕

本研究について開示すべき企業との利益相反はなし。

〔謝辞〕

この度、2021年日本中医薬学会第11回学術総会において、発表の機会を与えていただきました。日本中医薬学会平馬直樹会長、大会の開催にあたり、学術講演を快諾してくださいました先生方各位ならびに各大学、研究機関、そして大会を成功裏に導きいただきました実行委員、プログラム委員の先生方に、衷心より感謝申し上げます。

引用文献および注釈

- 1) 家本誠一：黄帝内経素問訳注 第二巻. 医道の日本, 神奈川, 2013, p.112
- 2) 中医学の“神”は、喜、怒、憂、思、悲、恐、驚の「七情」と、神、魂、魄、意、志の「五神」など、精神や意識活動を指す。「七情」間には五行相剋関係を持ち、『素問』陰陽応象大論にも「悲勝怒、恐勝喜、怒勝思、喜勝憂、思勝恐」とある。また、「五神」についても、河上公注の『道德経』に載る「谷神不死」に「神為五臓之神也」とある。
- 3) 人民衛生出版社整理：黄帝内経（影印本）. 人民衛生出版社, 北京, 2013
- 4) 郭霽春主編：中医古籍整理叢書重刊・黄帝内経素問校注. 人民衛生出版社, 北京, 2016
- 5) 中国中医科学院編著：黄帝内経靈樞注評. 中国中医薬出版社, 北京, 2011
- 6) 篠原孝市監修：黄帝内経素問. オリエンツ出版社, 大阪, 1985
- 7) 南京中医薬大学中医系編著, 石田秀美監修：現代語訳●黄帝内経素問. 東洋学術出版社, 千葉, 2006
- 8) 家本誠一：黄帝内経 素問訳注. 医道の日本社, 神奈川, 2017
- 9) 諸子集成. 中華書局香港分局, 香港, 1978
- 10) 王家葵校注, 陶弘景集：養性延命録校注. 中華書局, 北京, 2014
- 11) 張繼禹篇撰：道蔵養生. 華夏出版社, 北京, 2003
- 12) 張君房篇, 李永晟点校：雲笈七籤. 中華書局, 北京, 2003
- 13) 文淵閣四庫全書（台北国立故宮博物館所蔵本）. 驪江出版社, 台湾, 1998
- 14) “徳”と“氣”は同義語で宇宙を構成する基本物質。張介賓は肇生之徳本乎天，成形之氣本乎地とある。郭霽春編：黄帝内経靈樞校注語訳. 貴州教育出版, 貴州, 2010, p.81
- 15) 人の生命とある。郭霽春編：黄帝内経靈樞校注語訳. 貴州教育出版, 貴州, 2010, p.81
- 16) 楊上善は“魄者，神之別靈也”。張介賓は“魄之為用，能動能作，痛痒由之而覺也”。郭霽春編：黄帝内経靈樞校注語訳. 貴州教育出版, 貴州, 2010, p.81
- 17) “薄”は“搏”に通ずる。
- 18) 氣と生と精の繋がりは、馬王堆漢墓『十問』に“治氣之精，出死入生”（氣の精を治むるは、出でて死し，入りて生く）とあり，大形徹著『馬王堆出土文獻訳注叢書胎産書・雜禁方・天下至道談・合陰陽方・十問』（東方書店，東京，2015，p.299）の注（一）治氣之精に、『管子』内業篇の「精也者，氣之精者也（精なる者とは，氣の精なる者なり）」という句がみえると載る。
- 19) 『素問』宣明五氣篇には『靈樞』『靈樞略』を引き“薄”に作る。張介賓は“兩精者，陰陽之精也。搏，交結也”とある。郭霽春編：黄帝内経靈樞校注語訳. 貴州教育出版, 貴州, 2010, p.81
- 20) 清の医家で『本草備要』『医方集解』の著者である汪昂（1615-1700頃）は“魄は陰に属し，肺は魄を蔵し，人の運動は魄に属す”とある。
- 21) 『甲乙経』卷一第一は“可”に作ると載る。郭霽春編：黄帝内経靈樞校注語訳. 貴州教育出版, 貴州, 2010, p.81
- 22) 『広雅』釈詁に“任，使也”とある。
- 23) 楊上善“任物之心，有所追憶，謂之意也”。
- 24) 山東中医学院，河北新医大学，南京中医学院ほか編集：鍼灸甲乙経校釈. 人民衛生出版社, 北京, 1979, p.1-4.
- 25) 伊東貴之：「心身/身心」と環境の哲学. 汲古書院, 東京, 2016, p.265-272
- 26) 紀軍，邴守蘭，張馥晴校注：中国古籍整理叢書 吳達候篇撰『内経精要』卷一. 中国中医薬出版社, 北京, 2017, p.5

- 27) 杉本達夫：荀子。徳間書店，東京，1984，p.232-234
- 28) 烟建華：『内経』学術研究基礎。中国中医薬出版社，北京，2010，p.193。『礼記』礼運には「何謂人情，喜怒哀惧愛惡欲，七者，弗学而学」とある。
- 29) 衛湜撰：礼記集説（欽定四庫全書，経部，台北国立故宮博物院所蔵本，文淵閣四庫全書，第119冊所収）。驪江出版社，台湾，1998，p.114
- 30) 『素問』举痛論に「怒則気上，喜則気緩，悲則気消，恐則気下，驚則気乱，思則気結」と，精神活動が広義の生命現象と連動し合った概念がある。（王慶其・周国琪主編：“十三五”国家重点図書 黄帝内経百年研究大成。上海科学出版社，上海，2018，p.50-54，p.925）
- 31) 市川安司，遠藤哲夫：新釈漢文大系 莊子 下 第八卷。明治書院，東京，1967，p.450-452
- 32) 郭金彬，徐梦秋主編，王巧慧著：淮南子の自然哲学思想。科学出版社，北京，2009，p.353-385
- 33) 王明：抱朴子内編校釈。中華書局，北京，1985，p.110，本田濟他訳：中国古典文学大系 第八卷 抱朴子・列仙伝・神仙伝・山海経。平凡社，東京，1969，p.41
- 34) 吉川忠夫，麥谷邦夫：眞誥研究（訳注編）。京都大学人文学研究所，京都，2000，p.53
- 35) 『正統道藏』洞真部，衆術類所収の馬承禎撰『修真精義雜論』慎忌論に同文が載る。
- 36) 島田隆司訳：現代語訳●黄帝内経素問（上）。東洋学術出版社，千葉，2006，p.32

【受付：2022年4月11日，受理：2022年8月16日】

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12巻第1号 2022年8月31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
