

## 医療・介護福祉領域における東洋医学診断法に関する研究

無敵 剛介, 栗栖 照雄, ブルース・ダーリング, 渡邊 一平  
 ※高木 俊明, ※※下津浦 康裕, ※※※周 英男

The Application of Oriental Medical Diagnosis in Health Care Management Fields.

Takesuke MUTEKI, Teruo KURISU, Bruce DARLING, Ipei WATANABE  
 ※Toshiaki TAKAGI, ※※Yasuhiro SHIMOTUURA, ※※※Hideo SYUU

### Abstract

The Scythian Iceman, the oldest European mummified body with tattoos, provides strong evidence that the acupuncture meridian theory was established more than 5,000 years ago. The current medical treatment system in Japan lacks the holistic concepts of traditional oriental medicine of which the meridian system is an important component. In the present study, we developed a new meridian diagnosis instrument to determine the quantitative and qualitative balance of the human body, based on traditional oriental medical theory.

A newly devised three point system equipment with a constant current ( $10\mu\text{A}$ ) generation circuit (INA126) was used to clinically measure the electrical resistance value of the 12 true meridian routes. Furthermore, the electro-physiological background was also investigated.

The measured value of the meridian flow resistance of the 12 true meridians was displayed on a meridian flow radar chart, and a traditional oriental medical diagnosis was conducted based on the changes in values on the radar chart. In addition, we also investigated the clinical effect of treatment with acupuncture and oriental herbal medicine of a chronic pain patient diagnosed using radar chart values.

Key words : Oriental medicine diagnosis, health care & welfare, herbal medicine, acupuncture, chronic pain.

キーワード：東洋医学的診断, 介護・福祉学, 漢方, 鍼治療, 慢性疼痛

### 研究目的

現代医療・介護・福祉における東洋医学的対応への期待は、様々の健康・疾病問題に対して、何時でも、何処

でも、どんな環境でも、誰にでも、臨機応変に解決できるような全人的対応を、人格の一部を形成するほど深く意欲的に生涯学習し、日常の社会的な生活習慣として身につけることである<sup>1,2,3,4)</sup>。IT時代を迎えた介

九州保健福祉大学社会福祉学部東洋介護福祉学科 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町1714-1  
 Department of oriental medicine and healthcare management, Kyushu University of Health and Welfare.  
 1714-1 Yoshino-cho, Nobeoka, Miyazaki 882-8508 JAPAN

※産業医科大学医学部医科物理学科 School of medicine, Industrial Medical University.

※※下津浦内科医院ORT生命科学研究所 Shimotuura Hospital and ORT Life Science Institute.

※※※吉備国際大学社会福祉学部保健福祉学科 Department of health and welfare, School of social welfare, KIBI International University.

護・保健・福祉領域では、1978年にWHOが提唱したプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) が慣用語となり、急激なグローバル化が進展する21世紀では、そのインフラストラクチャーとしてプライマリ・ケア・システム構築の必要性が求められている<sup>1, 5, 6)</sup>。

しかしながら、日本の将来を考えると、まず問題とすべきは現在の深刻な社会経済環境下での医療介護の現場の実態<sup>7)</sup>であり、例えば最先端医療問題にしても必ずしも常に国民のニーズに適合しておらず、移植手術にしても遺伝子治療<sup>5, 8)</sup>にしても常にその絶大な恩恵と甚大な被害とは、表裏の関係にあり、その被害は単に患者個人の問題にとどまらず瞬時に大きく社会集团的影響へと進展する危険性を常に孕むものであり、しかも選択の方向性は医者より患者への一方向性<sup>9)</sup>がとられがちとなり、患者は常に身の危険を感じることも多いのも実状であり、これは決して医療・介護の本質とは言えない<sup>1, 9, 10)</sup>。

一方、東洋医学では、患者の診断と治療は一体でありその方向性も常に多方向的柔軟性があり、患者を中心として診療選択の自由性を与え、常にヒューマニティを基盤とした癒しの統合的サイエンス・アート<sup>11)</sup>であり決して身の危険性を感じさせない普遍的安全性が高いのが大きな特色と言える。介護・保健・福祉医療の分野に東西共生医療の概念を新しい視点とした介護技術を導入するため、先ず東洋医学を介護・福祉領域に如何に導入すべきか九州保健福祉大学、東洋介護福祉学が開講されて以来、学生教育、教職員への東西共生医療に対する関心度の刷新化と共に東洋医学的介護技術の研究が行われてきた<sup>12, 13, 14, 15)</sup>。

ニーチェは、「我々の19世紀を際立たせているのは科学の勝利ではなく、科学に対する科学的方法の勝利である」(『力への意志』)と言った。「科学に対する科学的方法の勝利」とは、科学的認識が対象に到達するための“道”に従わなければならないことを、科学自身が承認したということである。近代科学におけるその“道”は、既に17世紀の「科学革命」において数学的な基礎工事が始まり、19世紀になりあらゆる対象に向かって通じるように整備されたのである。

その“道”は、テーマとなる対象を数学的に規定するために、算定可能性の視界の中で把握することを要件とし、そうした要件に適合させるために、対象が様々な方法で測定される。それは、テーマに属する現象に対して、人間が何らかの意図を持って操作的に関与するための要件でもある。それは必然的に、計算術に加えて測定術と統計術の発達を促すことになる。現代、自然科学的図式に基づいて身体機能を解釈する西洋医学は、身体現象を

因果関係のネットワークへ編み上げるために、各部位の作用を測定することに努力を傾注している。その際、数学的規定から外れる現象は無視されるか排除されることになる。すなわち、この方法における“道”は、完全であろうとすればするほど“閉じられた道”となるのである<sup>16)</sup>。

西洋医学における測定とは、こうした道を歩むことであり治療という要件が含まれているにせよ、第一義的には身体を操作(支配)対象として見なすのである。それに対して東洋医学では、同じように測定という方法が採られるとしても、その目的は第一義的には治療であり治療のための身体理解であって、単に操作(支配)することではない。近年、東洋医学でもEBM (Evidence-Based-Medicine) が要求されるようになり<sup>12, 17, 18)</sup>、基礎研究や臨床において西洋医学の方法に近い測定が行われるようになった。しかし、同じ測定であっても、そこには方法的姿勢の違いがあることを理解しておく必要がある。それは“道”そのものの違いに由来する。東洋医学における身体へと通じる“道”は、それ自身で治療へ通じる“道”であり、操作そのものを目指すのではない。したがって、測定や数学的規定を外れた現象も、原則的に治療そのものに関連するかぎり無視されたり排除されたりはしない。それは、いつでも合流することが許される“開かれた道”なのである。本研究における経絡インピーダンス測定の方法の“道”もそれである。

すなわち、鍼灸医学的理論の下に経脈流の動態研究を推進し、正経12経脈の原穴の電氣的インピーダンス計測を行うため、これまで慣用の2点方式コンダクタンス計測器(ノイロメーター)を改良し、新しく3点方式インピーダンス計測器を考案し、更にその周辺機器の拡充と共に鍼灸治療や漢方薬処方のための東洋医学的診断装置としてのソフト開発を行った<sup>11, 19)</sup>。これら研究成果を更に発展させ、介護・保健・福祉領域における応用性を実用化し、新しい介護技術の刷新化を図り<sup>20, 21)</sup>、医療、社会福祉領域のプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)のIT化<sup>1, 6, 18, 22)</sup>と共に東洋医学的コミュニティケアの実現を図ることを本研究の目的とする。

## 研究方法

1. 患者測定許容電流 $10\mu\text{A}$  (JIS) の定電流発生IC (INA126) 回路を内蔵した基準電極装置を開発し、3点方式インピーダンス計測法により、重要な経穴が集中する手首ならびに足首近くの陰陽両経絡原穴のみを測定点とし、各経穴毎に検討した。計測は普

段着衣のまま、午前10時より12時の時間帯において(学)高梁学園東洋医学研究所にて行われ、患者年齢、体重、身長、BMI、体温、血圧、脈拍数、室温、環境温度(℃)が計測された。

2. 12経脈インピーダンス測定値の東洋医学的解析を行うため、時間的要素を背景とした経脈流注循環ならびに三陰三陽、八綱弁証を背景にパターン化するソフトを開発し、経脈流インピーダンスレーダー

チャート上のパターン認識図を用いて、漢方・鍼治療ならびに超高純度ゲルマニウム粒の経筋反応点(経穴)貼布または直接偏光近赤外線照射前後でその変化を追及した。(図1)

3. 電気鍼刺激装置を新しく開発し、三角波形による電流刺激効果を経脈流インピーダンスレーダーチャート上のパターン認識図の変化として追及した。装置の回路図および発生電流波形を図2に示す。

図1. 証の認知機構

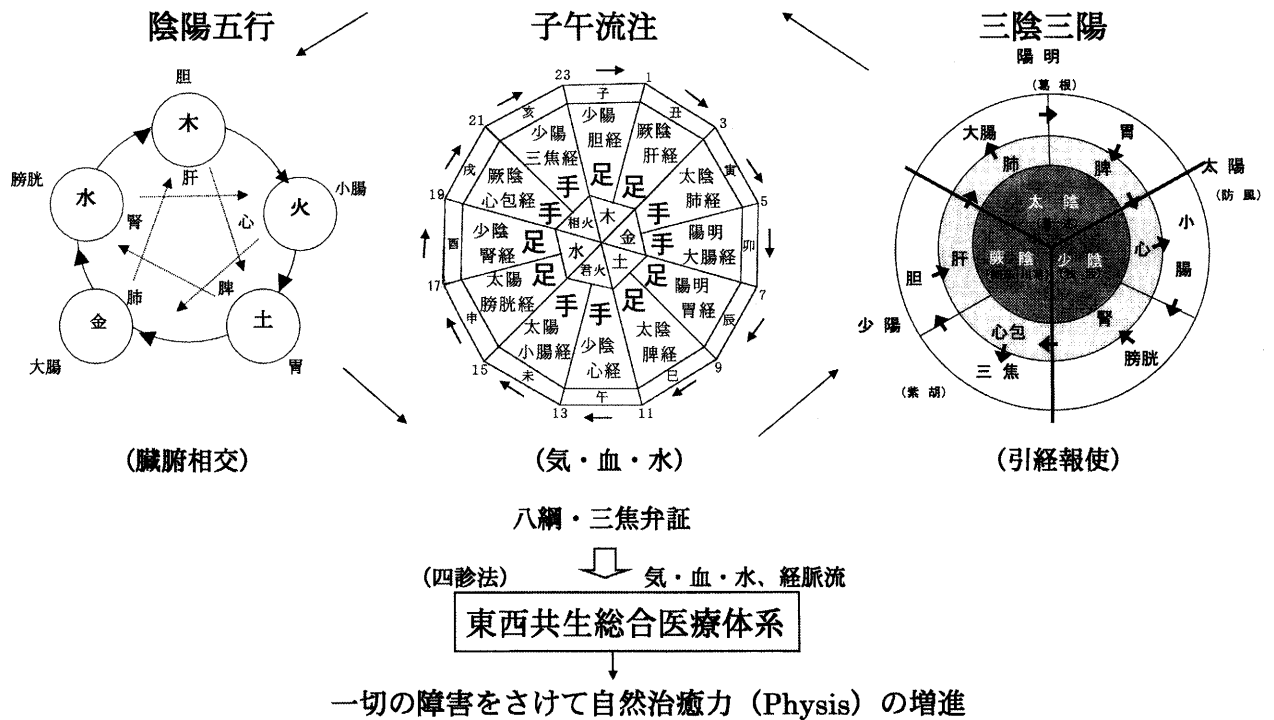
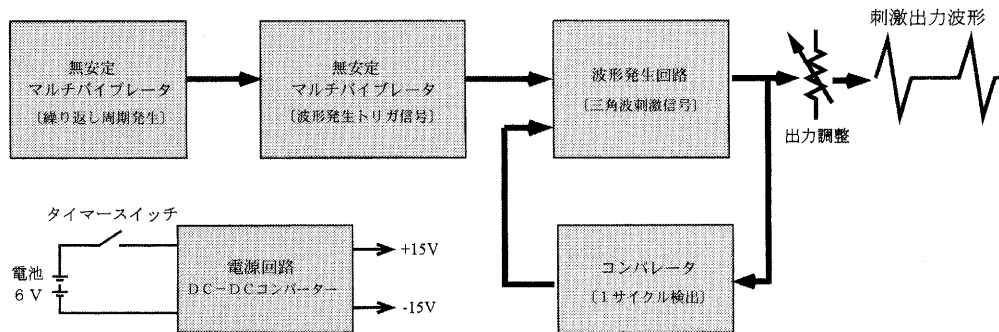
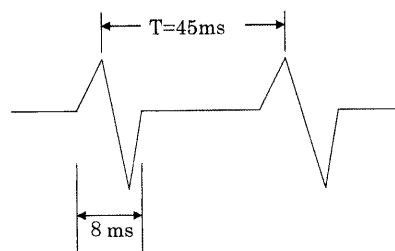


図2. 三角波形刺激電流発生装置ブロック図



刺激電流波形は下図の如くで、最大目盛でピーク値4mAの電流が得られ周期Tも患者の訴えにより、任意に変調される。



4. 統計学的処理は、ピアソンの相関率係数による検定を行った。
5. 本研究対象者は、全くの健常者または西洋医学的疾患のない未病の病証、および生活習慣病を有する慢性疼痛の成人であった。患者およびその家族と研究者（医師）との間にインフォームドコンセントが行われ、すべての研究内容を了承の上、積極的な協力が得られた。

**研究成果**

1. 経絡インピーダンス測定値は、各経絡の病証を定性、定量的に表現し、その活性度が低い時（虚証、陰証、

裏証）、インピーダンス値は高値となった。肩こり、上肢痛、項頸頭部痛、耳鳴などは陽明大腸経、太陽小腸経では高値が得られた。また各経穴インピーダンス値と年齢との相関関係は陽明胃経において、統計学的に有意（ $r=0.40$ ）の正の相関関係が見られた。（図3）

2. 経絡診断の客観化、定量化を実現するため時間要素を背景とした経脈流注循環による経脈流レーダーチャート上に経脈流電気抵抗値を経絡毎に表示し、12正経の経脈流パターン図を作成した。高齢者では、各経絡での電気抵抗値は高く拡大されたパターンとなる。また各経絡の抵抗値特性として、腎虚の場合、少陰腎経の値が増大し腎経が突出したパターンとなった。（図4）

3. 症例(1)は、74歳男性で動脈硬化性心臓病、高血圧を呈し、慢性腰痛があり前立腺肥大症を有している。合谷・手三里間（右）の電気鍼刺激（EAP）10分間の三角波刺激（図5）を筋収縮をみる最小電流値設定にて行くと、右図の如く腎経の増大が改善した。牛車腎気丸（T.J.107）7.5g/3×柴胡加竜骨牡蠣湯7.5g/3×を併用し、また脾、心経を補の鍼刺激を行い、慢性難治性腰痛は次第に改善し血圧も安定化した。

図3. 経脈流抵抗値（陽明胃経と年齢）治療後（左）

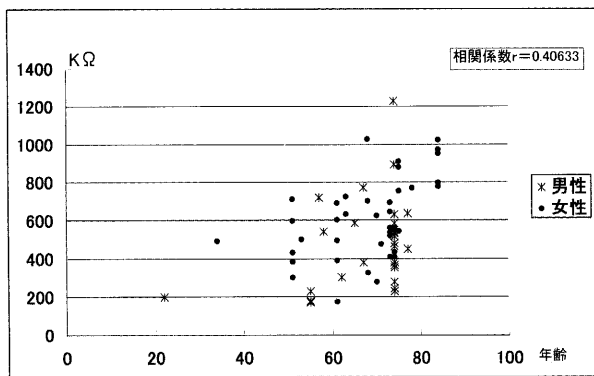
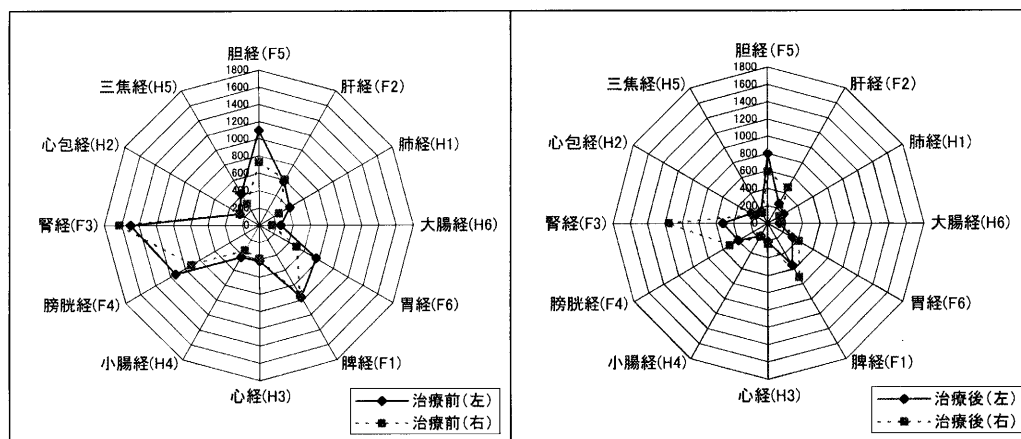


図4. 経脈流抵抗値レーダーチャート(1)



【氏名】 I. N (♀ age68 No.49)

【症状】 慢性頭痛、変形性脊椎症、C.F.S  
頸肩四肢痛、過敏性大腸炎  
甲状腺機能低下症

【証】 裏寒、腎陽虚証

【漢方薬】 大建中湯、啓脾湯

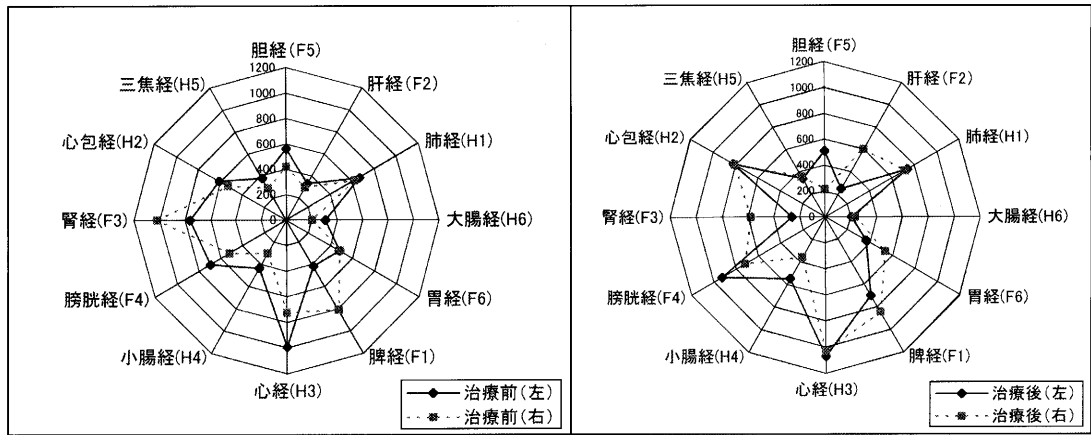
測定日	2003/9/25	血圧	脈拍
control	116	60	62
治療後	128	70	60
身長	150.6	体重	42
BMI	18.7		

Ac Laser

気温	20.8
湿度	46.3
環境温度	26.5

	胆経(F5)	肝経(F2)	肺経(H1)	大腸経(H6)	胃経(F6)	脾経(F1)	心経(H3)	小腸経(H4)	膀胱経(F4)	腎経(F3)	心包経(H2)	三焦経(H5)
治療前(左)	1094	579	412	251	764	964	412	428	1129	1495	262	417
治療前(右)	724	602	269	153	503	935	389	338	916	1626	260	285
治療後(左)	800	256	210	135	326	555	213	168	396	524	223	156
治療後(右)	591	468	155	159	413	718	243	181	514	1151	187	134

図5. 経脈流抵抗値レーダーチャート(2)



【氏名】 T.M (♂ age74 No.000)

【症状】 ASHD、BPH、腰痛

【漢方薬】 柴胡加竜骨牡蠣湯、八味地黄丸

測定日	2003/10/31	血圧	脈拍
control	136	78	59
治療後	132	80	62
身長	154	体重	59
BMI	24.87		

気温	18.4
湿度	52.2
環境温度	22.3

大腸経-腎経 EAP後

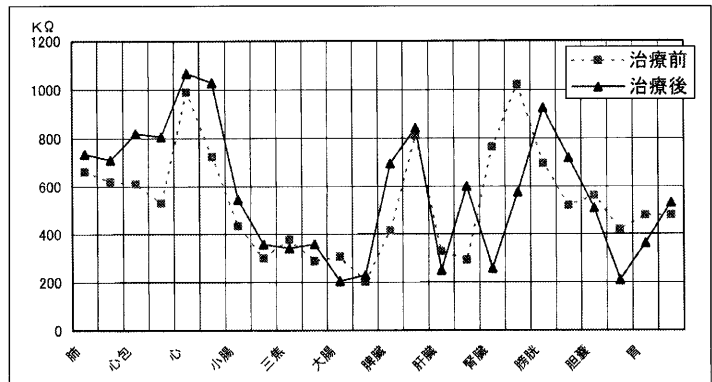
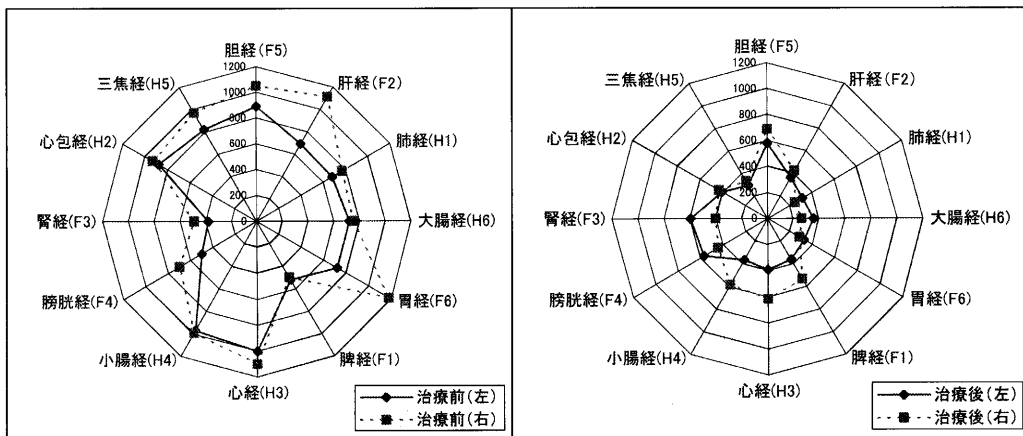


図6. 経脈流抵抗値レーダーチャート(3)



control 2002/7/10

Laser-Ac治療後 2003/7/31

【氏名】 K.M ♀ age.52 (No.6198)

【症状】 頭痛・耳鳴(両側)・めまい・腰痛  
右股関節痛・RA(+)  
手足冷え

測定日	血圧	脈拍
control 2002/7/10	133/66	75
治療後 2003/7/31	122/78	72

気温	19.8
湿度	39.8
環境温度	25.1

【証】 半表半裏寒陽虚証

【漢方薬】 半夏白朮天麻湯、加味逍遙散

	胆経(F5)	肝経(F2)	肺経(H1)	大腸経(H6)	胃経(F6)	脾経(F1)	心経(H3)	小腸経(H4)	膀胱経(F4)	腎経(F3)	心包経(H2)	三焦経(H5)
治療前(左)	890	690	680	720	720	520	1000	970	500	380	880	820
治療前(右)	1050	1110	770	750	1180	500	1100	990	700	490	930	970
治療後(左)	579	362	313	357	325	361	391	363	570	596	407	295
治療後(右)	685	423	246	264	285	532	616	583	444	400	432	330

4. 症例(2)は、52歳主婦で頭痛、耳鳴、ふらつき、高血圧、肩こりを主訴に来院、瘀血の証。12経脈流抵抗値変化では、太陰陰期で右股関節痛のため右側脾経、心経、小腸経の抵抗値が大となり、腎・膀胱経では左側が大となり、左右差の開大がみられ半表半裏の寒虚証とした(図6)。引経報使説<sup>23)</sup>から、半夏、白朮、茯苓、黄耆などの生薬を含む利水薬、半

夏白朮天麻湯を処方し著効を得た。半夏白朮天麻湯は利水薬として、陽明胃経・太陰脾経へ、また太陽膀胱経・少陰腎経へ引経される(図7)。

5. 症例(3)は、74歳男性で元来慢性化した項部左偏頭痛の患者で、左頸肩四肢痛のため来院時の所見である。難聴、耳鳴、高血圧症、顔のほてり、のぼせ感と紅舌を呈していた。脾胃湿熱、半実半虚の裏熱証

図7. 引経報使 -王好古「湯液本草」より-

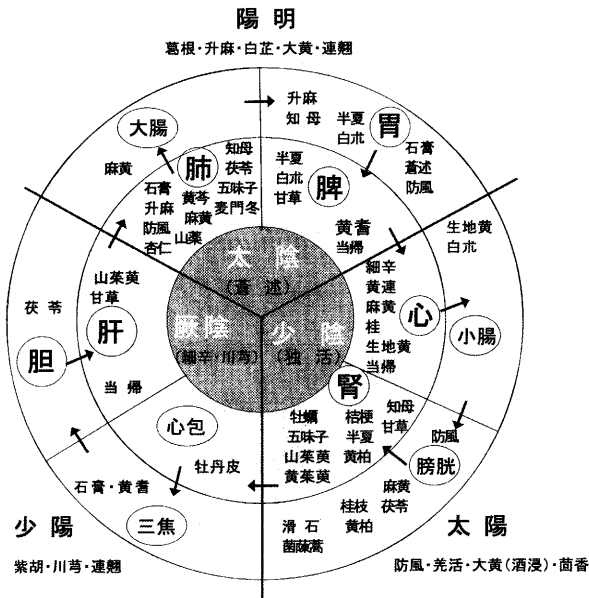
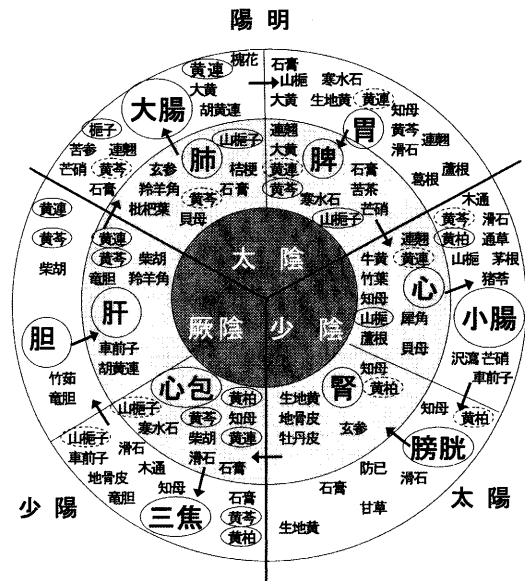


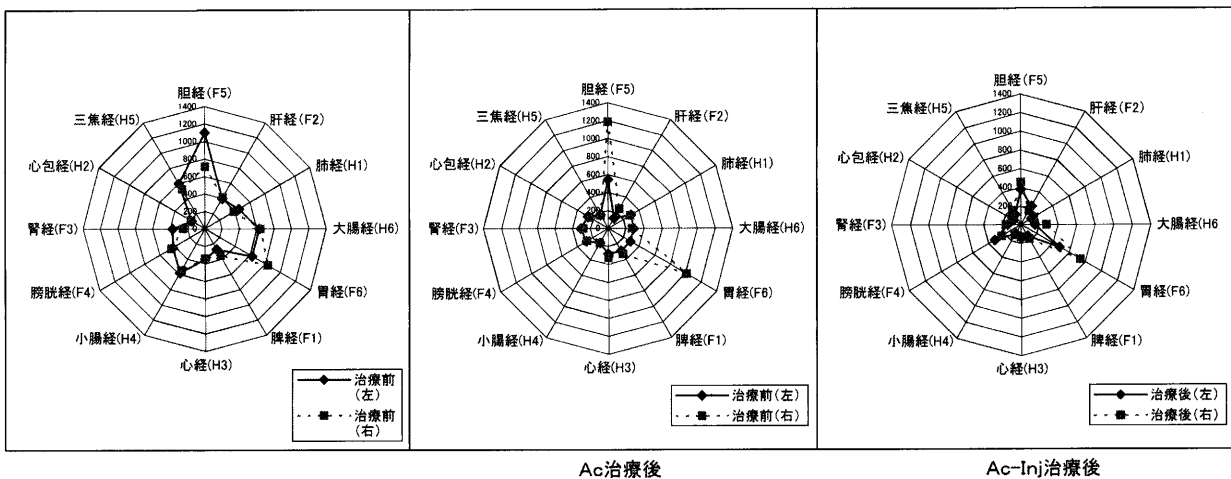
図9. 引経報使 (涼-瀉火)-万病回春「巻ノ一」より-



「黄連解毒湯-瀉火劑-臟腑の実熱の消炎剤」

長濱善史: 東洋医学概説(附) 後世方の用薬理論「黄連解毒湯」

図8. 経脈流抵抗値レーダーチャート(4)



【氏名】 O. M(♂ age 74 No.6899)

【症状】 慢性前額部頭痛、項頸部痛、左頸肩四肢痛  
高血圧、ASHD、右難聴、両側耳鳴

【証】 裏熱実証、脾胃湿熱

【漢方薬】 黄連解毒湯、七物降下湯  
八味地黄丸、桃核承気湯

測定日	2003/8/28	血圧	脈拍
control		157/75	66
Ac治療後		193/76	68
Ac-Inj治療後		178/79	62

気温	23.7
湿度	42.3
環境温度	31.5
身長	168cm
体重	56kg

と考えられた。経脈流抵抗値は、左胆経と胃経が高く、漢方薬では黄連、黄芩、黄柏、山梔子を含む清熱剤・黄連解毒湯が用いられた（図8）。引経報使説では涼瀉火の生薬として、経脈流では、肺→大腸→胃→脾の流れを促す黄芩、黄連、また心→小腸→膀胱→腎を促す黄柏、また心包→三焦→胆→肝を促す山梔子を配する（図9）。

6. 引経報使説<sup>23)</sup>による漢方生薬の東洋医学的薬理作用を示す漢方引経報使図（図7）を作成した。また、図8について、黄連解毒湯の薬理作用は瀉火剤であり、症例(3)において脾胃の湿熱をみた裏熱実証に対し、心・脾・胃の瀉火作用を有する黄連を君薬とし、肺・大腸・小腸の瀉火作用の黄芩、腎・膀胱の瀉火を主とする黄柏、心包・三焦の瀉火を主とする山梔子がそれぞれ配置をみる。これらの薬理作用が三陰三陽重疊図（図7）により示される。

## 考 察

世界最古の文明の一つ、黄河文明が展開されたのは紀元前5000年頃（BC5000~BC4000）とされ、考古学上旧石器時代にあたる。中国古代史の原典司馬遷「史記」では、最初の王朝とされているのは「夏」でなく、黄帝の即位（BC3000）をもって中国の国家起源としている<sup>24, 25, 26)</sup>。この時代に遡る「自然治癒力」の概念は、現代医学の病原論を超えるものであり、「養生」や「未病治」の概念と共に紀元前3000年のエジプト最高の医神イムホテプ、ギリシャ医神ヒギエアなどの古代エジプト時代における中国医学の最古の文献に見られ、新石器時代から縄文式時代前期とされる。一方、シベリア、ペルー、チリなどヨーロッパ中央高地での氷河ミイラ人体に装飾の入れ墨痕に混ざって、鍼灸治療に用いられた痕跡として経穴痕が次々に発見され、最古のミイラ（Scythian）は5200年前の人体の脊柱両側に灸痕のツボとして発見されている。すなわち、エジプトピラミッド時代より更に数世紀以前に遡って、経絡の認知がなされていたと考えられる<sup>27)</sup>。これらの概念は、東洋医学的「気」の存在の認知<sup>28)</sup>によりその客観性が理解されるところであるが、著者（無敵）<sup>1, 19)</sup>の研究により古典的12経絡（12正経）の最も重要なツボ（原穴ほか）を測定点とし、200 $\mu$ Aの電流印加を測定条件とした中谷の良導点<sup>29)</sup>測定法を改善し、経絡の電気的抵抗性を掌中電極と不関電極との間に定電流（10 $\mu$ A）維持回路を設置して、電気的安全性と忠実再現性に富む新しい三端子方式によるインピーダンス測定法が確立され、12正経の原穴の電位をin situの状

態下で計測し、経絡機能<sup>21)</sup>の電気的生理学的客観化、定量性の確認がなされた<sup>12, 19)</sup>。

すなわち、本装置により「気・血」の流路である12正経の電気的抵抗値の分布がレーダーチャート上に図示され、特定のパターン変化として人体体表上の経絡経穴電気的抵抗値の分布図が識見できるようになった。この分布図により健康状態および経絡理論を中軸とする東洋医学的病態の客観化と定量化が実現した。したがって、この「気・血」経脈流の電気抵抗測定値分布図は1日24時間帯の中での特定時点（測定時点）の健康状態として表示されるものであり、患者の場合にはその東洋医学的診断の重要な病態構造学的因子となる可能性があり、東洋医学的治療（漢方および鍼）の適応性が適確に検討できるばかりでなく、EBMよりNBM<sup>30)</sup>への新しい医療の実践的活動<sup>30)</sup>を促す媒体としての役割をも可能とするものである<sup>2, 32)</sup>。

中国・金元時代（1115~1368）の李朱医学では、革新的医学理論の展開が行われ、三大古典（黄帝内経、傷寒雜病論、金匱要略）の理論統合、すなわち内経理論（陰陽五行説、運氣学説）をもって病理・薬理を整理し、薬物学・処方学の治療体系を再構築し、新しい伝統医学が誕生した。わが国では入明医師達により、室町時代前期の最先端医学として、金元医学を導入した。しかし江戸中期となり、「傷寒論」を聖典視する古方派<sup>23)</sup>が台頭し、金元医学の運氣論や臟腑経絡配当の説などの理論は空論として排斥されたが、一方後世方では臟腑経絡の虚実が直接治療の対象となっているのである<sup>23)</sup>。

すなわち、日本における現代漢方医学では古方派の影響を受けて、臟腑経絡を対象とした薬能論である引経報使説（薬物が経絡へ、引き行く使いの薬理説）はむしろ排斥されたが<sup>23)</sup>、本研究により臟腑経絡の定性、定量的認知が客観化されたことから、むしろ東洋医学的薬理究明の方法論<sup>21)</sup>として茲に復活を見ることとなった。

慢性頭痛<sup>33)</sup>の患者において、裏寒虚証の偏頭痛患者では半夏白朮天麻湯が、また同じく慢性項・前額部頭痛の裏熱実証の患者では黄連解毒湯<sup>34)</sup>がそれぞれ著効をみた薬能について前者では補剤、後者では瀉火剤として引経報使論的解析を可能とし、今後本研究の推進により金元時代以来未完成とされた引経の薬能理論が進展する可能性が認められることとなった。

一方、電気鍼刺激の効果<sup>35)</sup>は本研究により新しく開発した三角波形をもつ頻度・電位調節型の刺激装置の適用により、経脈流レーダーチャート上の特定の「証」のパターンの歪みが刺激直後に改善される効果を客観的に確認することが可能となり、漢方薬と鍼の併用効果が適正

化されることを定性・定量的に確認することが出来、臓腑経絡に対する薬物ならびに鍼作用の選択的効果が客観的に確認された。本研究による「証」の客観化はTufte, E.R.教授の「情報の定量的視覚化」<sup>36)</sup>による新しい東洋医学的解析法とも考えられる。

経絡経穴は身体内部の病変を体表へ写し出す診断部位であると同時に、体表から刺激を与えることで疾病治療あるいは生態機能のバランスを調節するための治療部位として古来より<sup>27)</sup>認知されており、東洋医学において必要不可欠な概念である。

したがって経絡経穴の存在あるいは特異性を解明するための多くの学際的研究が世界各国で行われている。経絡経穴の構造上の特性を調査する研究では、1961年にキムボンハン説が提唱されたが否定されており、現在では経絡経穴と各組織との機能的関連性を検討する研究が行われている。今井<sup>37)</sup>および高橋<sup>38)</sup>は、西洋医学的テクノロジーにより、経絡経穴と臓腑機能との関連につき追求し、体性・内臓反射の関与につき言及し、矢野<sup>39)</sup>は体性・内臓反射機構のみでなく中枢神経機構の関与を確認している。またJen-Chuen Hsiehら<sup>40)</sup>は、鍼刺激時のPET画像研究において視床より小脳へ広がる活性化を認めたが、非経穴部への刺激では確認できず、経絡経穴の存在を認証している。本研究では、各経絡の原穴においてin situの状態下で計測された電気抵抗値を用い画像化による客観化が実現し、その研究成果は経絡研究の臨床応用の見地から東洋医学的に貴重な進歩と考えられる。また、その変化が患者にも定量的に示されることからNBM<sup>30), 32)</sup>の見地からも価値ある研究と考えている。

## 結 語

1. 12正経経脈流の電気的抵抗値の安定した測定が、新しく開発された三点方式インピーダンス計測法により行われ、八綱弁証の数値化とパターン化が実現した。
2. 時間的要素を背景とした経脈流注循環の円形座標上の歪んだパターンから、適正な漢方・鍼治療により縮小円形化すると一般に病証が改善した。
3. 特定の経絡の抵抗値増大は、経脈流radar-chart上での対角線上の経絡(例えば、胆経に対する心経)を連結して三角波形によるEAPを行うことにより、歪みパターンが円形化すると疼痛などの顕著な改善効果がみられた。
4. 定量的経脈診断により、経絡引経報使説の利用が可能となり、漢方および鍼灸治療の適正な併用療法に

対し、新しい東洋医学的解析法が実現された。

## 文 献

1. 無敵剛介：プライマリ・ケアと東洋医学（論壇）. プライマリケアN. 2003; 21: 1-8.
2. Riessman.C.K. : Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series 30 London: A SAGE Publications Ltd; 1993. p8-24.
3. Child F. Lenneyw, Clayton S. Davies S., Jones PW. Strange RC, Fryer AA : Correction of bronchial challenge data for age and size may effect the results of genetic association studies in children. Pediatric allergy immunol.2003; 14:193-200.
4. Subramanyan Chandrasekhar: Aethetics and Motivations in Science. in Truth and Beauty Chicago: University of Chicago Press; 1980, and Bulletin of American Academy of Arts and Science. 1989; 43: 14.
5. 井村裕夫：医学・医療の新しいパラダイムと東洋医学. 日経メディカル. 2003; 5(付録): 28-29.
6. 鶴岡浩樹 鶴岡優子：相補代替医療（CAM）とプライマリケア. 日本医事新報. 2002; 4102: 25-30.
7. 厚生労働省編：国民が安心できる医療の確保. 厚生白書（平成15年版）. (株)ぎょうせい, 東京; 2003. pp.266-285
8. 田中敏博：ゲノムとは（遺伝子構造, SNP）. Clinician. 2002; 507: 36-41.
9. 中村雄二郎：経験・実践と技術を顧みる. 臨床の知とは何か. 岩波新書; 1995. pp.60-77.
10. 中村雄二郎：正念場—不易と流行の間で—. 岩波新書; 1999.
11. 無敵剛介：高齢社会における癒しのアートと東洋医学—EBMよりNBMへ—. D. Bruce, 無敵剛介, 安川緑, 常田益代, S. Steven : 老人施設の「生活の質」と芸術の役割. 課題番号 12572006, 平成12-14年度科学研究費補助金基盤研究 (B) (2) 研究成果報告書 2003. pp.95-106.
12. 無敵剛介・周偉：保健福祉介護領域における良導絡医学・医療の役割 日本良導絡自律神経学会雑誌. 2001; 46:181-187.
13. 無敵剛介, 栗栖照雄：EBMおよびphysiome時代の介護の東洋医学的理念について. 九州保健福祉大学紀要. 2000; 1:25-34.



14. 無敵剛介, 周偉, 栗栖照雄: 保健医療社会福祉領域において果たすべき東洋医学の役割. 九州保健福祉大学紀要. 2001; 2: 43-47.
15. 無敵剛介, 周偉, 高木俊明, 他: 九州保健福祉大学紀要. 2002; 3: 225-232.
16. 栗栖照雄, 中島聰: 知の根源へ. 西日本法規, 岡山; 1999. pp.191.
17. 楠岡英男: EBM時代の臨床判断. 日本医事新報. 2002; 4087: 16-20.
18. 津谷喜一郎: 代替医療とEBM. 日野原重明・井村裕丈監修, 看護のための最新医学講座. 中山書店; 2002. pp. 41-51.
19. 無敵剛介, 周偉, 高木俊明, 他: 医療・保健福祉領域における新しい東洋医学診断法に関する研究. 九州保健福祉大学研究紀要. 2003; 4: 199-208.
20. 無敵剛介, 下津浦康裕, 周偉, 西村光弘: 高齢社会の為の新しい医学体系の構築とBi-Digital O-Ring医学. 第5回The Bi-Digital O-Ring Test国際シンポジウム総会誌. 2002; 5: 99-102.
21. 無敵剛介, 下津浦康裕: BDORT医学の社会医療学的考察 - EBMよりNBMへ -. 第13回日本バイ・デジタルオーリングテスト医学会総会誌. 2003, 23: 39-40.
22. 津谷喜一郎, 秋山昌範: 診療ガイドラインとシステムティック・レビュー - コクランプロジェクト -. 日医雑誌. 2003; 130(5): 791-797.
23. 長濱善史: 東洋医学概説. 創元社, 東京; 2002. pp.143-160.(古方医学), pp.161-188.(後世方医学), pp.189-217(経絡), pp.270-327.(引経報使 - 漢方の引経)
24. 小川鼎三: 古代の医学. 医学の歴史. 中央公論社; 1964. pp.3-34.
25. 小曾戸洋: 「黄帝内経」と陰陽五行説. 漢方の歴史. 大修館書店; 1991. pp.47-68.
26. 寺田隆信: 史記が記す國家起源. 物語中国の歴史 - 文明史的序説. 中央公論新社刊; 1999. pp.3-8.
27. Dorfer, L, Moser, M, Bahr, F. et al.: A medical report from the stone age ?. Lancet. 1999; 354: 1023-1025.
28. 山田慶児: 気其自然像. 岩波書店, 東京; 2002. pp.8-51.
29. Farchad M.Ahadian, MD: Current Pain and Headache Reports. 2002; 6: 444-451.
30. 河合隼雄・斉藤清二(対談) 「Narrative Based Medicine」 医学界新聞 医学書院. 2000; 2409: 1-2.
31. 無敵剛介: もうあと5cm患者へ近づく近代医療. 日州医事 2003, 650: 10-11.
32. 斉藤清二, 岸本寛史: ナラティブ・ベイスド・メディシンの実践. 金剛出版; 東京, 2001.
33. 無敵剛介: 慢性頭痛の漢方治療. 金原出版, 東京; 2003. in press
34. 手塚匡哉: 黄連解毒湯の臨床応用. 漢方研究 2003, 382: 2-5.
35. Ji-Sheng Han: Acupuncture: neuropeptide release produced by electrical stimulation of different frequencies. TRENDS in Neuro - sciences. 2003; 26:17-22.
36. Tufte ER: The Visual Display of Quantitative Information 2001. Graphics Press, London; Connecticut; 2001. pp.3-8.
37. 今井賢治: 鍼刺激が引き起こすヒトの胃電図, 瞬時心拍数および交感神経性皮膚反応の変化とその機序に関する研究. 明治鍼灸医学 1996; 19: 45-55.
38. 高橋 徳: 鍼の胃運動に及ぼす影響とその作用機序. 全日本鍼灸学会雑誌 2003, 53(4): 484 - 497.
39. 矢野忠, 森和, 行待寿紀他: 経絡・経穴の特異的作用の解明に関する基礎的研究. 堪能形態に及ぼす下腿胆経上の経穴の作用について. 日本温泉気候物理医学雑誌 1990; 53(4): 207-218
40. Jen-Chuen Hsieh, Chung-Haow Tu, Fang-Pey Chen et al: Activation of the hypothalamus characterizes the acupuncture stimulation at the analgesic point in human, a positron emission tomography study. Neuroscience Letters 2001; 307:105-108.