

日本の鍼灸諸派の現状

伊藤和真^{1, 3)}、嶺聡一郎²⁾

1) 名古屋医専 鍼灸・あん摩マッサージ教員養成学科

2) 名古屋医専 鍼灸学科 3) 京都大学大学院人間・環境学研究科

【はじめに】

日本は東アジアで最も東に位置している。この地理学的条件から歴史的にも朝鮮半島や中国から鍼灸治療の理論や道具、そして技術を取り入れてきた歴史を持つⁱ。しかし、中国や朝鮮半島の国々の影響を受けながらも中国や朝鮮半島とは異なる鍼灸治療の理論ⁱⁱやそれを具現化する道具と技術ⁱⁱⁱを生み出し、現在も育んでいる。

視点を現代世界に移してみる。中国や韓国は各自国の伝統医学をまとめ直し、中国は「中医学」^{iv}を、韓国は「韓医学」^vをつくり、国策の一つとして世界へアプローチをかけている^{vi}。日本は特徴的な鍼灸治療理論や独特の道具、技術など独自の鍼灸治療文化を持ち、欧米を中心とした諸外国にも知られ^{vii}、国内外で実践されている。中国や韓国の動向を視野に入れた視点から現在、『「日本鍼灸」とは何か』が議論されることがある^{viii}。だが現在まで日本の鍼灸を概括し、そこから導き出された「日本鍼灸」を述べるに至っていない。しかし「日本鍼灸」を述べる前に「日本の鍼灸」つまり現在、日本で行われている鍼灸治療を調査し、整理する必要があると考える^{ix}。「日本の鍼灸」の概括が理解されることにより、「日本鍼灸」を話し合うための基盤を持つことができると考えるためである。

【目的】

本研究の目的は現在、日本で行われている鍼灸諸派の現状を明らかにすることである。

ここで本論文における言葉の定義を述べておく。

「日本の鍼灸」とは、現在、日本で行われている鍼灸治療法とする。

「諸派」とは、治療体系の違いにより生じた各鍼灸治療法とする。

「日本鍼灸」とは、「日本の鍼灸」を調査、整理した上で導き出されるであろう日本独自の鍼灸治療法もしくは診察や治療内容など日本の鍼灸の共通項とする。

【方法】

対象は2010年4月初から2011年3月末までに出版された鍼灸関連商業誌4種類とした。調査対象としてはインターネットなども用いることも考えられたが、情報が極めて多くなると本調査と関係がない情報も多数含まれることなどを考え、今回は鍼灸関連商業誌を対象に選んだ。具体的には『医道の日本』12冊、『中医臨床』4冊、『鍼灸 OSAKA』6冊、『鍼灸ジャーナル』6冊の合計26冊であった。

方法は以下の手順を踏まえた。

1. 上記商業誌に記載されている研究会、講習会、学会情報を抜き出す。
2. 抜き出した情報から諸派に関する内容を選別した。
3. 選別した内容を具体的な諸派に分類し、サブカテゴリーを抽出した。そこから共通する部分をカテゴリーとして抽出した。諸派の分類が上記資料では理解しづらい場合は、インターネット上の各派のホームページの内容を参照し、選別の参考とした。

【結果】

諸派に関する研究会、講習会、学会数は103であった。これらの内容よりカテゴリーは4、サブカテゴリーは7であった(表1)。具体的内容としてカテゴリーは【現代西洋医学的鍼灸治療派】【東洋医学的鍼灸治療派】【気の認知的鍼灸治療派】【その他】であった。サブカテゴリーは【現代医学的鍼灸治療派】は2で[現代西洋医学(正統的医学^x)派]、[電気抵抗を指標にする派]であった。【東洋医学的鍼灸治療派】は3で[現代古典派]、[古典文献派]、[現代古典派と古典文献派の理論統一または折衷派]であった。【気の認知的鍼灸治療派】は2で[身体現象を通じて気の状態を診察・診断する派]、[直接、気の状態を感じて診察・診断する派]であった。

次にそれぞれ具体的内容について説明をしていく(表2)。カテゴリーである【現代西洋医学的鍼灸治療

派】の定義は「現代西洋医学的な身体観や疾病観を治療体系のもとにしているもの。または現代西洋科学を診察、診断の指標にしているもの」とした。サブカテゴリーである〔現代西洋医学（正統的医学）派〕の定義は「現在の医学部で教育される現代西洋医学の診察、診断体系を用いるもの」とした。〔電気抵抗を指標とする派〕の定義は「人体のある部分における電気抵抗を診察し、それを診断、治療の指標とするもの。身体観や疾病観は現代西洋医学的視点の他に東洋医学的視点に立脚するものもある」とした。次に具体的な研究会について述べる。〔現代西洋医学（正統医学）派〕は日本臨床懇話会や現代医療鍼灸研究会などがあげられる。〔電気抵抗を指標とする派〕は日本良導絡自律神経学会やAMI 臨床研究会などがあげられる。

カテゴリーである【東洋医学的鍼灸治療派】の定義は「一般的に述べられている^{xi}東洋医学的な身体観や疾病観を治療体系のもとにしているもの」とした。サブカテゴリーである〔現代古典派〕の定義は「(中国・韓国・日本の) 伝統的な医学を、現代^{xii}の人々が(ある意図^{xiii}を持って) まとめ直し、体系化したもの」とした。〔古典文献派〕の定義は「(中国・韓国・日本の) 伝統的な医学を、現代の人々が文献を読み解くことを中心として、(できるだけ忠実に) 復元しようとしたもの」とした。〔現代古典派と古典文献派の理論統一または理論折衷派〕の定義は「現代古典派と古典文献派の理論を統一または折衷し体系化したもの」とした。次に具体的な研究会について述べる。〔現代古典派〕は〈経絡治療〉〈中医学〉〈韓医学〉〈その他〉の 4 つに分類した。〈経絡治療〉は経絡治療学会、東洋はり医学会、東方医学鍼灸臨床研究会（：東方会）などがあげられる。〈中医学〉は命門会、三旗塾、中医学ネットワーク、中医学研修セミナーなどがあげられる。〈韓医学〉は日本高麗手指鍼協会などがあげられる。〈その他〉は積聚会、奇経医学研究会などがあげられる。〔古典文献派〕は〈日本-江戸時代の鍼灸治療〉がみられた。これには『杉山真伝流』勉強会などがあげられる。〔現代古典派と古典文献派の理論統一または理論折衷派〕は北辰会などがあげられる。

カテゴリーである【気の認知的鍼灸治療派】の定義は「東洋医学の概念の一つである気を実在するものと規定し、東洋医学的鍼灸治療派で用いる四診とは異なる

診察法を用いて気の状態を診断し、治療を行うもの。治療体系のもととなる身体観は東洋医学的内容だけでなく、現代西洋医学的内容を含む場合もある」とした。身体観の「現代西洋医学的内容も含む」とは東洋医学的内容である臓腑経絡の考えだけでなく、心臓や肝臓、腎臓など臓器の気の状態を意識する視点から記載した。サブカテゴリーである〔身体現象を通じて気の状態を診察・診断する派〕の定義は「治療者や患者の身体の一部の変化を知覚することにより、気の状態を認知するもの」とした。身体の一部の変化の例として、治療者の手部や胸鎖乳突筋などの筋緊張の変化により、気の状態を認知するなどがある。〔直接、気の状態を感じて診察・診断する派〕の定義は「五感やそれ以外の感覚により、気の状態を直接、認知するもの」とした。次に具体的な研究会について述べる。〔身体現象を通じて気の状態を診察・診断する派〕は東京入江 FT 塾、針灸気診研究会などがあげられる。〔直接、気の状態を感じて診察・診断する派〕はいやしの道協会、柿田塾などがあげられる。

カテゴリーである【その他】はまだ、しっかりと分類できていない状況である。【その他】の内容には多くの派が含まれると考える。現在、分類の可能性のあるものをあげておく。〔個人が学んだ内容を体系化したもの〕として長野式研究会や筋診断協会などがあげられる。〔全身治療を中心としたもの〕として臨床針灸医学研究会などがあげられる。全身治療とは一般的にいわれる全身調整を目的としたもので、経穴の働きに注目したとも考えられる。〔反応点を中心としたもの〕として反応点治療研究会などがあげられる。

【考察】

本調査より「日本の鍼灸」はいくつもの諸派により構成されていることが明らかとなった。本調査では 4 カテゴリーの存在を提示した。治療体系はカテゴリー別だけでなく、サブカテゴリー別にも異なっていた。これより「日本の鍼灸」諸派の治療体系は同じ傾向にあるのではなく、さまざまな治療体系からなる。つまり多様性を持っている。これは中国や韓国^{xiv}との大きな相違点であり、日本の特徴であると考え。今後、「日本鍼灸」を論じる上で、多様性はキーワードになる可能性を持つと考える。治療体系の多様性の一例と

して、日本には現代西洋医学的視点に立脚した【現代西洋医学的鍼灸治療派】が存在する。これは日本の近・現代医学史との関係や国民教育^{xy}などの影響により生じたと考えられる。この派は中国や韓国との相違点の一つであり、日本の特徴であると考ええる。

諸派の分類の中で【東洋医学的鍼灸治療派】〔古典文献派〕がある。その内容として今回は〈日本-江戸時代の鍼灸治療〉がみられた。これをもとに考察すると、その他の内容として〈日本-江戸時代以前の鍼灸治療〉〈日本-江戸時代の鍼灸治療〉〈中国-黄帝内経・難経の鍼灸治療〉〈中国-黄帝内経・難経以降の鍼灸治療〉の分類が考えられる。ただし、この分類は日本は時代を表記し中国は書物を表記していること、時代を指標にするとしてもこの分類でよいのか、などいくつかの問題を含んでいる。

次に本調査の問題点と課題を述べていきたい。第 1 に本調査は現在という時間的並列で概観した。つまり現在を横断的に見たものである。今後は時系列的に概観することにより、諸派の歴史的関係や相互関係が明らかになると考える。第 2 に本調査の対称期間が 2011 年度の 1 年間で短期間であった。今後は対象を長期間とすることで、より実情にあった諸派の存在が明らかになると考える。第 3 に本調査を商業誌に限定したことである。今後は書籍やインターネットなど、より多くの媒体を調査対象にする予定である。そうすることで「日本の鍼灸」の現状認識が深まると考える。第 4 に結果のカテゴリーのその他で述べたとおり、本調査結果はまだ十分なものではない。より十分な内容に近づけるために諸派の定義の再検討とそれに基づく再分類の必要がある。第 5 に本調査から研究会は治療体系の伝達だけでなく、診療技術や治療技術の伝達を目的とした内容も存在した。具体的には明鍼会、東京九鍼研究会、大師流小児はりの会、日本刺絡学会、灸法臨床研究会などがあげられる。今後はこのような技術伝達という視点からも調査を行う予定である。そこから「日本の鍼灸」の特徴を明らかにしていきたいと考えている。

【結語】

現在、日本に存在する鍼灸諸派について、商業誌を対象に調査を行った。結果として日本にはいくつかの

は派が存在することが明らかとなった。これは中国や韓国と異なる特徴であった。今後は対象年数や対象内容の拡大、分類視点の多面化により、「日本の鍼灸」の俯瞰図を明らかにしていく予定である。

脚注

- i 小曾戸洋『漢方の歴史－中国・日本の伝統医学』東京：大修館書店，1999 年，pp. 85-150.
- 小曾戸洋『中国医学古典と日本－書誌と伝承－』東京：塙書房，1996 年，pp. 5-32.
- 酒井シヅ『日本の医療史』東京：東京書籍，1982 年，pp. 32-190.
- ii 御菌意斎の意斎流（夢分流）打鍼による腹診術、江戸時代の諸派、近年では澤田健による澤田流太極療法、弥生会メンバーらによる経絡治療がその代表であろう。
- 上地栄『昭和鍼灸の歳月－経絡治療への道－』東京：績文堂，1985 年.
- 酒井シヅ 前掲書，pp. 207-208.
- 代田文誌『鍼灸真髓』横須賀：医道の日本社，1941 年.
- 「特集 澤田健の太極療法」『医道の日本』809 号（2011 年 9 月号），pp. 33-79.
- 西條一止，他監修『鍼灸臨床の科学』東京：医歯薬出版株式会社，2000 年，pp. 8-12.
- iii 打鍼術で用いる小槌、管鍼術で用いる鍼管などがその代表例である。
- iv 現代中医学理論は古代からの伝統中国医学の理論を概括し再構築したものというよりも、ヨーロッパ医学の影響が多分に入り込んでいる。これは「中西匯通派」と呼ばれる中西折衷派的な医師たちの思考により現代中医学理論の根幹が形成されたためと考えられる。
- また、現代中医針灸学の形成には、多くの日本人や日本の書籍が強く影響したことも認知しておくべきである。
- 石田秀実『中国医学思想史』東京：東京大学出版会，1992 年，pp. 296-310.
- クロイツァー，C. ラルフ著，難波恒雄，難波洋子，大塚恭男共訳『近代中国の伝統医学－なぜ中国で伝統医学が生き残ったのか』大阪：創元社，1994 年，pp. 165-248.
- 真柳誠「現代中国鍼灸学の形成に与えた日本の貢献」『全日本鍼灸学会雑誌』56 巻，4 号（2006），pp. 605-615.
- v 曹基湖，徐延徹，李源哲，他「韓国韓医学学会の現状と鍼灸分野における近代韓日交流史－鍼灸学を中心に－」『全日本鍼灸学会雑誌』52 巻，5 号（2002），pp. 601-609.
- vi 形井秀一，松田博公「松田博公・対談シリーズ「日

- 本鍼灸を求めて」第 12 回 危機の中の日本鍼灸・中国鍼灸界の世界戦略と直面する諸問題 形井秀一『鍼灸ジャーナル』12 号(2010 年 10 月号), pp. 15-33.
- 形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 他「特別座談会 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸 前編」『鍼灸ジャーナル』18 号(2011 年 1 月号), pp. 51-63.
- 津谷喜一郎, 若山育郎, 関隆志, 他「WFAS 世界鍼灸学会連合会学術大開 in ストラスブールを終えてー鍼灸の国際標準化と中国の動向ー」『医道の日本』798 号(2010 年 3 月号) pp. 23-36.
- vii 近年では経絡治療、大師流小児鍼、積聚治療などが、欧米にて講演会などを開催している。
- 品田眞希子「ドイツ小児鍼特別リポート 世界を驚かそう! ドイツ小児鍼講習会」『鍼灸ジャーナル』12 号(2010 年 1 月号), pp. 58-61.
- バーチ, ステイーブン「経絡治療発展の概要ーヨーロッパにおける日本経絡治療ー」『医道の日本』806 号(2010 年 11 月号), pp. 96-100.
- 横井ひかり「第 7 回積聚治療ボストンセミナー報告」『鍼灸ジャーナル』19 号(2011 年 3 月号), pp. 29-31.
- viii 「日本鍼灸」を打ち出す理由として、日本の鍼灸が中医学という一つの伝統医学に収められてしまうという視点がある。しかし、より重要なことは人類が存続するため地球環境保護と維持を前提とした持続可能な社会構築の必要性から伝統医学の多様性は重要であり、その一つとして日本鍼灸は必要である、という視点、そして世界における日本の鍼灸の問題は日本国内の問題でもある、という視点は今後の日本鍼灸業界が進む方向性として深く考えるべき内容である。
- 形井秀一, 松田博公 前掲書。
- 形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 他「特別座談会 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸 後編」『鍼灸ジャーナル』19 号(2011 年 3 月号), pp. 51-65.
- ix 先行研究として形井や箕輪らの調査、発表がある。大変参考になるものの日本の鍼灸を全般的に調査したものとは言い難い。
- 形井秀一, 加賀谷雅彦, 宮川浩也「日本伝統鍼灸の現状」『日本伝統鍼灸学会雑誌』28 巻, 1 号(2001), pp. 27-31.
- 箕輪政博「鍼灸師のためのライフワーク指南・その 9 「一本の鍼と一握りの艾で癒す」醍醐味～技術私論 ①鍼灸技術の実情を冷静に考えてみる～」『医道の日本』794 号(2009 年 11 月号), pp. 180-184.
- x 医療社会学分野で用いられる用語である。日本においては医学部で教育される近代自然科学に基づいた近代医学理論の中で標準的理論とみなされる部分を「正統的医学」または「科学的医学」と呼ばれる。
- 佐藤純一編『文化現象としての癒しー民間医療の現在』大阪: メディカ出版, 2000 年, p. 9.
- xi 一般的に述べられているとは、ここでは身体のもと

- としての気や血、水(津液)、臓腑、経絡経穴、それらの基本概念としての陰陽論・五行論、疾病観としての内因・外因・不内外因、疾病を理解するための四診法や証概念、治療としての補瀉論などを示す。
- 東洋療法学校協会編『東洋医学概論』横須賀: 医道の日本社, 1993 年。
- xii 日本の歴史的には 19 世紀後半の開国から第二次世界大戦終結までを近代、連合国占領以降を現代と区分する。経絡治療は(昭和 16)年に誕生したと考え、その時代は近代に含まれる。しかし大戦後期の活動状況や戦後の発展を考慮して、本論文では現代とまとめた。
- 井上光貞, 笠原一男, 児玉幸多, 他『詳説日本史(改訂版)』東京: 山川出版社, 1987 年, pp. 225-359.
- 上地栄 前掲書 pp. 225-359.
- xiii 意図とは各国によって異なる。中国の場合、西洋医師が希少状態の中で国民の健康保持と伝統医学の西洋医学化、国家的文化遺産化を目的とした側面があると考えられる。韓国の場合、自国の伝統医学の文化遺産化の側面を持つと考えられる。日本では経絡治療を例にとると、古典による鍼灸治療を一般鍼灸師に理解・普及しやすくする側面と漢方復興運動のもとに構築された理論体系である側面を持つと考えられる。
- 上地栄 前掲書 pp. 166-195.
- クロイツァー, C. ラルフ 前掲書 pp. 165-220.
- xiii 曹基湖, 他 前掲論文。
- xiv 韓医学の鍼灸方法には対症鍼療法、舎岩鍼法、董氏鍼法、五行鍼法、耳鍼療法、薬鍼療法、蜂毒療法、平鍼和療法、相対性鍼法、手指鍼法、八体質鍼法、体質鍼法、三極鍼法などが存在する。各鍼法は共通理論の上に行われているのか、それぞれ異なる理論の上に行われて、それらをまとめて韓医学と称しているのかは今後、より詳細な調査が必要と考える。
- 曹基湖「日中韓鍼灸コミュニケーション 韓国の鍼灸事情」『全日本鍼灸学会雑誌』61 巻, 2 号(2011), pp. 36-40.
- xv 近代西洋科学や近代西洋的思想を中心とした教育。

参考文献

- 石田秀実『中国医学思想史』東京: 東京大学出版会, 1992.
- 井上光貞, 笠原一男, 児玉幸多, 他『詳説日本史(改訂版)』東京: 山川出版社, pp. 225-359.
- 形井秀一, 加賀谷雅彦, 宮川浩也「日本伝統鍼灸の現状」『日本伝統鍼灸学会雑誌』28 巻, 1 号(2001), pp. 27-31.
- 形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 他「特別座談会 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸 後編」『鍼灸ジャーナル』19 号(2011 年 3 月号), pp. 51-65.

形井秀一, 松田博公「松田博公・対談シリーズ「日本鍼灸を求めて」第 12 回

危機の中の日本鍼灸・中国鍼灸界の世界戦略と直面する諸問題 形井秀一」『鍼灸ジャーナル』12 号 (2010 年 10 月号), pp. 15-33.

形井秀一, 後藤修司, 東郷俊宏, 他「特別座談会 鍼灸の国際標準化と日本鍼灸 前編」『鍼灸ジャーナル』18 号 (2011 年 1 月号), pp. 51-63.

上地栄『昭和鍼灸の歳月ー経絡治療への道ー』東京: 續文堂, 1985 年.

クロイツァー, C. ラルフ著, 難波恒雄, 難波洋子, 大塚恭男共訳『近代中国の伝統医学ーなぜ中国で伝統医学が生き残ったのか』大阪: 創元社, 1994 年.

小曾戸洋『漢方の歴史ー日本・中国の伝統医学』東京: 大修館書店, 1999 年.

小曾戸洋『中国医学古典と日本ー書誌と伝承ー』東京: 塙書房, 1996 年.

酒井シヅ『日本の医療史』東京: 東京書籍, 1982 年.

佐藤純一『文化現象としての癒しー民間医療の現在』大阪: メディカ出版,

2000 年.

品田眞希子「ドイツ小児鍼特別リポート 世界を驚かそう! ドイツ小児鍼講習会」『鍼灸ジャーナル』12 号 (2010 年 1 月号), pp. 58-61.

代田文誌『鍼灸真髓』横須賀: 医道の日本社, 1941 年.

曹基湖「日中韓鍼灸コミュニケーション 韓国の鍼灸事情」『全日本鍼灸学会雑誌』61 巻, 2 号 (2011), pp. 36-40.

曹基湖, 徐延徹, 李源哲, 他「韓国韓医学学会の現状と鍼灸分野における近代韓日交流史ー鍼灸学を中心にー」『全日本鍼灸学会雑誌』52 巻, 5 号 (2002), pp. 601-609.

東洋療法学校協会編『東洋医学概論』横須賀: 医道の日本社, 1993 年.

「特集 澤田健の太極療法」『医道の日本』809 号 (2011 年 2 月号), pp. 33-79.

津谷喜一郎, 若山育郎, 関隆志, 他「WFAS 世界鍼灸学会連合会学術大開 in

ストラスブールを終えてー鍼灸の国際標準化と中国の動向ー」『医道の日本』798 号 (2010 年 3 月号) pp.

23-36.

西條一止, 熊澤孝朗監修『鍼灸臨床の科学』東京: 医歯薬出版株式会社,

2000 年.

バーチ, スティーブン「経絡治療発展の概要ーヨーロッパにおける日本経絡治療ー」『医道の日本』806 号 (2010 年 11 月号) pp. 96-100.

真柳誠「現代中国鍼灸学の形成に与えた日本の貢献」『全日本鍼灸学会雑誌』

56 巻, 4 号 (2006), pp. 605-615.

箕輪政博「鍼灸師のためのライフワーク指南・その 9「一本の鍼と一握りの艾で癒す」醍醐味〜技術私論①鍼灸技術の実情を冷静に考えてみる〜」『医道の日本』794 号 (2009 年 11 月号), pp. 180-184.

横井ひかり「第 7 回積聚治療ボストンセミナー報告」『鍼灸ジャーナル』19 号 (2011 年 3 月号) pp. 29-31.

末期がん患者への治療実践において鍼灸師が抱えた困難 —患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成—

高梨知揚

東京有明医療大学保健医療学部鍼灸学科

【はじめに】

がんによる粗死亡率は超高齢社会の流れに相俟って年々増加傾向にあり、平成 19 年では、死亡総数に対する割合で 30.1%と、がんが死因の約 3 分の 1 を占める結果となっている¹⁾。将来的には 2 人に 1 人ががんで亡くなるとも推測されている²⁾。こうした中で、2007 年のがん対策基本法や 2008 年に作成されたがん対策基本推進計画など、がんの予防・治療に加え、がん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上や緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携を推進していくことが明記され、緩和ケアの体系化が急がれている^{3) 4)}。とりわけ、最近では緩和ケアを実践するためのチーム医療が重要視されており、様々な職種がそれぞれの専門性を生かして、いかに患者の QOL を向上して行くのかが一つの大きなテーマともなっている。その中で、数が少ないながらも鍼灸が緩和ケアチームの中に組み込まれ、末期がん患者への鍼灸治療を実践しているケースがある^{5) 6) 7)}。また、篠原らが 2000 年から 2001 年にかけてがん患者に対する鍼灸治療に関して日本鍼灸師会の会員を対象としたアンケート調査を行った結果、78%にがん患者の治療経験があり、またそのうちの 57%が末期がんの治療を経験していると報告しており、意外に多くの鍼灸臨床家ががん患者、とりわけ末期がん患者の施術経験をもっていることが明らかになっている⁸⁾。

一方で、鍼灸師が末期がん患者のケアを実践していくことは容易ではない側面も指摘されている。細田は在宅緩和ケアチームにおける鍼灸治療の実践経験から、緩和ケアの専門教育、On The Job Training の不備、治療費の違い、治療内容の違い、患者情報の共有、鍼灸師の就業形態など同じ資格であっても連携するには課題が多く、現実的なチームケア、他職種とのつながりに関する課題点を指摘する⁹⁾。伊藤は、がん患者への鍼灸実践に関する調査研究の中で、鍼灸臨床における患者との距離の短さが治療者と患者の相互理解を深めるメリットを生み出す反面、とりわけ経験が

浅い鍼灸師ほど患者の語りに対して返報できない状況に陥りやすいと推測し、その状況が継続することでバーンアウトを引き起こしかねないと指摘している¹⁰⁾。

しかし、こうした潜在的問題の示唆はなされているものの、これまで鍼灸師の末期がん患者の治療実践において実際に生じた問題や直面した困難に関する具体的調査は行われておらず、その実態は明らかにされていない。こうした背景から、実際に末期がん患者の臨床において生じた問題に着目し、なかでも鍼灸師自身が感じた具体的な困難に焦点を当てた調査研究を行うこととした。本研究では、鍼灸師がどのような困難にどのような状況で遭遇し、どのように対応したのか、その困難の具体例の集積から、鍼灸師が抱えるがん患者への臨床的な問題の背景となる概念の一端を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

1. 研究デザイン

本研究は、鍼灸師の困難の実態やその関連要因ひいては困難を取り巻く概念の発見を目的としている。したがって、研究デザインとしては仮説生成を目的とした質的研究を採用した。そのうち、本研究ではひとまとまりの社会的現象（ここでは終末期がん患者の治療実践における鍼灸師の困難の実態）について、社会や他者との相互作用の中でその人が自分の経験をどう意味づけるのか、どう感じるのか、そしてそれに基づいてどう行動するのかを複数のカテゴリーを使って包括的に捉えようとするグラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を参考にした。現象の構造とプロセスを把握するためには、プロセスの多様性をパターンとして捉えた上で、普遍性を把握することが必要になる¹¹⁾。そのパターンおよび普遍性を構築するためには、単に現象を裏付ける理論を生成するだけでなく、その理論をデータに基づく形で形成できる必要がある¹²⁾。グラウンデッド・セオリー・アプローチでは、切片化すること、問いを立てること、比較すること、概念化

すること、メモを書くことなどという方法を使ってデータからの距離をとる。このように、本研究に対して合目的であるとともに、具体的な手法が明確であることが、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした理由である。

2. 調査対象者の選定

(1)対象の特性

本研究対象者は以下の要件を満たした鍼灸師 10 名であった。

- i) 末期がん患者（余命 6 ヶ月以内）の治療経験を有すること
 - ii) 現在も開業、ないし勤務鍼灸師として臨床に従事していること
 - iii) 鍼灸臨床歴が 10 年以内であること
- i) の治療経験の内、末期患者としたのは患者のスピリチュアルペインを含めた実存的な問題が顕在化しやすいとされる時期であり⁹⁾、バーンアウトのリスクが生じやすい時期であることを予測してのものである。末期の「余命 6 ヶ月」については緩和ケアマニュアル第 5 版¹³⁾を参考にした。
- ii) は末期がん患者の経験をどのように受け止めて、現在の臨床にどのようにその経験が生かされているのかという観点から末期がん患者への経験の語りを引き出したいためである。
- iii) の臨床歴についてであるが、バーンアウト含め困難を生じやすいと予測される経験の浅い若手鍼灸師を対象とすることとした。これまでに実際どの程度のキャリアが若手とベテランを分けるかという明確な調査研究はない。ただし、矢野らの 1555 名を対象とした鍼灸師の就業実態調査において、「臨床経験を 11 年以上とそれ以下に分類すると、11 年以上のベテラン鍼灸師が 1153 名であり、日本鍼灸師会はベテランの鍼灸師で構成されていることが示された」という表現があり¹⁴⁾、その記述を参考に「臨床歴 10 年」が若手とベテランの一つの区切りとし、今回の調査の対象を 10 年以内とした。

(2)サンプリング方法

筆者が過去に所属した学校、医療機関、治療所に所属していた鍼灸師から便宜的サンプリングし、さらにそこから理論的サンプリングにより対象を選定した。

3. 調査期間

2010 年 6 月～2010 年 8 月。

4. データの収集方法

本研究に対して参加の意思を示した鍼灸師に対して研究協力依頼状およびインタビューガイドをあらかじめ送付し、事前に調査概要を伝えた。後日、対象者と調査者が対面により半構造化面接法によるインタビュー調査を実施した。所要時間は 60～90 分を目安とした。データについては対象者に許可を得て、2 種類の IC レコーダーにて録音し保存した。インタビュー実施場所は、対象者勤務治療院内、対象者自宅、対象者勤務地近隣の喫茶店、調査者研究施設内であった。インタビューは、まずこれまでの末期がん患者の治療経験について自由に話してもらい、その後に今回のテーマの軸となっている末期患者に対する鍼灸臨床において「困難に感じたこと」および「困難に感じた理由」また「困難への対応」について質問をした。

5. データの分析方法

分析方法についてはグラウンデッドセオリーの分析過程を参考にした。戈木が行っている分析方法¹¹⁾¹⁵⁾¹⁶⁾を元に以下の手順で分析を行った。

- i) インタビュー内容を録音した IC レコーダーから逐語録を作成してデータとする。逐語録を作成する際、名前や場所などの固有名詞はイニシャルに変えた。
- ii) データに番号をつけて切片化した。
- iii) データからプロパティとディメンションを抽出しラベル名をつけた。
- iv) ラベル名をつけたデータから共通する概念を抽出しカテゴリー分類した。
- v) カテゴリーに分類した後、中心となるものを決めてカテゴリー同士の関係を検討した。

なお、分析に際し対象者に各々の逐語録と作成した分析内容を提示し、分析の妥当性の確認を行った。また、データ解釈の信頼性を高めるため、臨床歴 6 年の鍼灸師に協力依頼し分析結果の妥当性の確認を行い、スーパーバイザー（質的研究経験者）に指導を受けながら概念の妥当性および概念名を検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、東京有明医療大学倫理委員会での倫理審査を受け承認されたものである。個人情報・の守秘性と匿名性を厳守し研究以外の目的に使用しないこと、また研究の参加は個人の自由意思であり、途中であってもいつでも止められることを書面および口頭で具体的に説明を行い、研究協力の同意を得た上で調査を行った。

【結果】

1. 調査対象者の特性

調査対象の鍼灸師は、臨床経験 10 年以内の鍼灸師である。インタビュー調査を行ったのは 10 名（男性 8 名、女性 2 名）であった。年齢は 20 代が 4 名、30 代が 5 名、40 代が 1 名であった。勤務形態は開業が 6 名、在宅治療院勤務が 2 名、総合病院勤務が 2 名となった。臨床経験年数は 2 年～10 年まで幅広かった。末期がん患者の治療経験数は 1～5 名の数名の経験が 8 名、30 人を超える経験数をもつ鍼灸師が 2 名となった（表 1）。

	性別	年齢	勤務	鍼灸年数	治療経験数
A	男	30代	開業	8年	2人
B	男	30代	在宅治療院	7年	2人
C	女	40代	在宅治療院	6年	2人
D	男	30代	開業	7年	1人
E	男	30代	開業(在宅)	10年	2人
F	男	20代	開業	7年	30人
G	男	20代	総合病院	4年	5人
H	男	30代	開業	9年	3人
I	男	20代	開業	5年	50人程度
J	女	20代	総合病院	2年	3人

表 1 調査対象者の属性

面接の時間は 45 分～100 分であった。各対象者への聞き取りは基本的に 1 回ずつであった。聞き取り内容が不明であった場合には電子メールで内容確認を行った。

2. 『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』に関する概念

末期がん患者への治療実践において鍼灸師が抱えた困難に関して、162 のラベル名、30 のサブカテゴリーに分類することができ、最終的にカテゴリーは、【医療における立場の中途半端さ】、【制度に対する対応】、【病院での鍼灸の独立性】、【末期がん患者を取り巻く人々との関わり】、【患者情報共有の困難】、【理想的な末期がん患者への治療形態】、【相談できる身近な存

在】、【抱えた孤独感】、【つながることの大事さへの気付き】の 9 つであった。このうちコアカテゴリーは“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”であった（表 2）。

カテゴリーの関連性を示したのが図 1 の『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』の概念図である。困難の背景には『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』という概念が存在することがわかった。孤独感は、鍼灸師の立場の中途半端さを発端として、主に他医療従事者や同業とのつながりが希薄であることにより形成されるものであった。つながりの希薄さは、患者情報共有の不十分さや、末期がん患者に向き合うことに関連して生じる精神的なストレス・恐怖感や患者の実存に関する問いかけを自身の中に抱え込むことに繋がり、結果的に鍼灸師が医療実践の中で孤独感を抱くという帰結に結び付いていた。以下、本稿においては患者を取り巻く人々との関わりから臨床実践において鍼灸師が孤独感を抱くに至るプロセスを中心に結果を述べる。コアカテゴリーには“ ”、カテゴリーには【 】、サブカテゴリーには《 》、ラベル名には＜ ＞を使用し、対象者の語りには「HG 丸ゴシック M-PRO 太字」を使用した。

(1)【患者を取り巻く人々との関わり】とその背景

本研究における概念図において、コアカテゴリーとなったのは“患者を取り巻く人々との関わり”であったが、その背景には【医療における立場の中途半端さ】またそれに関連した【制度に対する対応】、【病院での鍼灸の独立性】というカテゴリーが存在した。【医療における立場の中途半端さ】には、《医療における鍼灸マッサージ師の中途半端さ》と《鍼灸マッサージ師の地位向上の要求》の 2 つのサブカテゴリーが含まれた。立場の中途半端さに関する語りを行ったのは主に在宅鍼灸治療を主体とする開業鍼灸師であった。鍼灸マッサージ師の立場の中途半端さの根源にあるものとして、鍼灸マッサージ師の地位の低さがあり、その地位を上げることを願っていた。また、中途半端さを感じる一つの具体的な理由として、制度の問題が挙げられており、主に医療保険を使つての鍼灸マッサージ治療を挙げていた。現状の医療制度では、鍼灸が末期がん患者に関わる他医療従事者の間に入る難しさが

指摘されおり、開業鍼灸師の立場では、「医療におけるどこが自分たちの適材適所なのか」という疑問が生じていた。

とりわけ【制度に対する対応】では、《積極的な行動の必要性》、《医師とのやり取りへの積極性》、《保険による末期がん患者治療の困難》の3つのサブカテゴリーが抽出された。医師によっては専門外の病名を書くことができないため、がんの傷病名で同意書を書いてももらえない現状があるという。がんの鍼灸治療に保険がより使いやすい制度を望むものの、「逆にがんが（保険に）入ったからって、（同意書に）がんて書いたら多分きっと療養費っていう制度からしたらぶつっちゃうと思うから。例えば疼痛管理っていうのができたとしても、それがじゃあ他の疼痛治療とぶつからないかとか。」というように、実際保険制度の面での整備の難しさを指摘していた。このような同意書のやりとりを中心とした医師との関わりにおける積極的な姿勢の必要性の認識が強かった一方で、鍼灸の独特性ゆえか、医師に鍼灸そのものを理解してもらうことが難しい場面もあり、末期患者のケアにおける医師との連携に困難を感じるケースもあった。

一方、【病院での鍼灸の独立性】では《理解があった他医療従事者》、《チーム医療としての浅い連携》、《医師や看護師の認識》という3つのサブカテゴリーが抽出された。病院でのがん患者への鍼灸治療のオーダーは主治医から入る。鍼灸師が末期がん患者に関わるのはそのオーダーが入ってからであった。医師も看護師も患者が鍼灸治療を行っているという認識は持っていた。医師と看護師が「ざっくばらん」であり、鍼灸師に対しての寛容さが認められるケースがあった。その一方で《チーム医療としての浅い連携》では、鍼灸師の存在の独立性が高いことで、それが「**チーム医療としての部分を浅くしている**」と指摘している。また鍼灸師が所属する部署そのものが「**緩和ケアに関しては一線をひいている**」ため、自ずと緩和ケアに従事する他医療者との関わりへの積極性が低下するという現状も指摘されていた。

こうした背景に関連した、今回のコアカテゴリーである“末期がん患者を取り巻く人々との関わり”では、《できなかった医療機関とのやり取り》、《治療のための他医療従事者とのコミュニケーション》、《カンファレンスへの積極性》の4つのサブカテゴリーが得られ

た。医療保険を用いての在宅での鍼灸治療では医師の同意が必要となる。積極的な医師との関わりをもつことによって、医師からの同意書をとることができた。また同意書のやり取りを上手く活用することにより、鍼灸師側からの書類による情報提供や、医師側からの情報提供などの情報共有が生まれた。「**患者さん入った時は必ず（同意書を書いてもらった医師のところに）ご挨拶に言っている形ですね。まあ（主治医）面識もありますし、例えばその先生がですねご専門が何かとかですね、どういう例えば系列にいる先生かとかっていう情報は入りやすいので、まあいろいろ（患者さんを）紹介しやすいとは思いますが。**」という語りにもあるとおり、関係性の構築が情報の入りやすさにつながり患者の紹介などの連携の形にも繋がっていた。一方で最初の同意書は得られるものの、継続した医療機関とのやり取りができないケースもあった。定期的な経過報告を行い、また在宅で鍼灸施術ノートを置くなどの工夫をしているものの、それが一方向的であり実際に医師の目には届いていないという現状であった。自費で緩和ケア病棟に往診に行ったケースでは、鍼灸師側から鍼の施術計画を担当医に提出し施術への同意を得ることができたものの、医師側からの患者状態や経過などに関する返事が無かった。加えて、鍼灸治療のために病棟に出入りするにも関わらず、治療の継続過程で医師や看護師との関係性を持つことができなかった。

また他医療業種とのやり取りの中で、とりわけ在宅で治療を行う鍼灸師ではケアマネジャーとのやり取りが見られた。特に介護保険も使っているような状態の患者を対象とした治療を行う場合は、患者ケアの中心はケアマネジャーであり、その関わり的重要性が挙げられている。とくにケアマネジャーを中心とした介護にかかわる職種（ヘルパー、訪問看護師、訪問入浴士、その他介護保険のプランに入っている業者など）が参加する会議があり、そこに参加して意見交換をして患者のケアにつなげているケースがあった。

病院に所属しながらの鍼灸治療の実践では、電子カルテ上で医師や看護師の記録を見ることができる分、リアルタイムで患者の状態に関する情報を得ることができる。その一方で、同じ施設にいらながらも医師や看護師とは全く関わりが無いままに治療を行う、あるいは患者について行われるカンファレンスには積極

的には参加しないという状況であった。

(2)患者情報共有の困難

【制度に対する対応】でアプローチする積極性が低いケースや、【患者を取り巻く人々との関わり】が希薄なケースでは、【患者情報共有の困難】というカテゴリーに繋がった。【患者情報共有の困難】のサブカテゴリーとして《患者情報共有の困難》、《少ない情報源》、《獲得情報の制限》、《開業で感じた患者状態把握の困難》が抽出された。末期がん患者を取り巻く人々との関わりが希薄であった場合、患者情報共有に関しての充実度が低く、結果として獲得できた情報自体も少なかった。また「それ（患者の医学的な情報）に対して私の予備知識も少なかったので、うまく聞き出せていなかったことが多かったかな、と今振り返ります。なので、まず医学的な意味での私の知識不足であり、提供する側からのもらえない難しさというのもありました。」という語りでは、情報共有を求める側の医学的な知識の不足ゆえに、ことさら医療情報の共有が困難になっている現実が示された。医学的知識の不足の背景には、末期がん患者に関して学ぶ時間の頻度が少ないこと、また末期がん患者の症例に遭遇する頻度も少ないことが挙げられていた。

患者の情報を提供する人は大概が患者本人であった。また家族やケアマネージャーも挙げられていたが、とりわけ家族においては情報提供に対する積極性が低いことや、実際に情報が提供されても、その情報自体が不確実であるという現状であった。ケアマネージャーからの情報については、定期的な文書による患者状態の報告があるものの、末期患者の寿命の問題があり、結局治療期間中にほとんど情報を得られないケースもあった。また、緩和ケア病棟内で往診による自費での鍼灸治療を実施していたケースではカルテを見せてもらうことができず、患者状態の把握に困難を感じていた。加えて、患者家族に会うこともできず、情報はすべて患者からの情報のみで対応しなければならない状況であった。

治療開始時に患者に関して分かっている情報は、患者が「末期がんであること」だけであり、がんの原発や種類、進行状況、服薬状況、治療の経過、おかれている社会的状況、精神状態などの情報が入ってこないという状況であった。経過中に把握できるのは患者か

ら聞く診察状況についての報告が主であり、服薬に関する内容など基本的な内容しか把握できず、情報の充実度や医学的情報の豊富さが低かった。また、「ご本人から聞く範囲でしか（状態は）わからないし、ただ私は腰が痛いとか肩が痛いってということとしてしか（治療に）行っていないので、（患者がどの程度の末期の状態なのかかわからないのが）怖いっていうか見るからに悪い状態ですよ。」というように情報の制限が患者状態把握を不十分にし、それにともない術者の恐怖感が出現していた。それゆえ、「気をつけなきゃいけない部分」や患者の背景、患者情報の詳細を把握することに対する要求の度合いは強くなっていた。

病院の緩和ケア病棟での経験をもつ開業鍼灸師は、電子カルテから得られていた患者情報や医師・看護師などの他医療業種の行っている内容を把握できていた過去に比べて、患者状態の把握ができないことに困惑した経験を語っており、「本人からもそういう（末期の状態である）情報は得ていないですし、そこまでがんの進行が進行している人には見えなかったんです、多分僕の把握が甘かったと思うんですけど。」と病院時代と比較してがん患者の状態を把握しづらい状況を指摘していた。

(3)孤独感形成へのプロセス

【患者情報共有の困難】の度合いが強く、かつ【相談できる身近な存在】が周囲にない場合には、【抱えた孤独感】という帰結に行き着いていた。【相談できる身近な存在】においては、サブカテゴリーとして《アドバイスをもらうネットワーク》、《周囲にしゃべる困難》、《2人での治療経験》、《バックアップによる懸命な取り組み》が抽出された。身近に相談できる存在がいなかったケースでは、末期がん患者から生死に関する実存的な問いを突き付けられたことによる動揺が強く、なまじ誰かに話したり、その患者の状況を周囲に相談できなかった。周囲に鍼灸師の友達や同僚、また上司の先生がいたものの、上手く相談できず、患者の生死に関する問題を治療者自身の中に抱え込んでしまっていた。抱え込んだ程度が自覚的には強く、また周囲に話さなかった事の後悔も強かった。「いやちょっと逆にできなかったです。何かその時は私の方も動揺っていうのかな・・・。軽く友達の、鍼灸師の友達とか同僚、上の先生とか、しゃべられるようなそ

う感じじゃなく、(患者の生死に関する問題を) 持ちましたね。」がその象徴的な語りであった。

上記のような背景から繋がる【抱えた孤独感】では、サブカテゴリーとして《一人で抱える限界》、《一人で抱える辛さ》、《臨床での孤独》、《治療に関して残る悔い》が抽出された。孤独感を感じるのは治療に当たる人数が 1 人であり、患者への対応困難を感じた時であった。また、治療時の悩みを誰にも相談できないことが余計に孤独感を増長していた。加えて、「ひとりでそういう(終末期のような) 具合の悪い人に一人で向かい合っていかなじゃいけないって何かちょっと、何のね、情報も無く。」のように、患者状態が悪くなること加えて医療情報が少ないことがその恐怖感を助長しており、一人で末期がん患者に対応しなければならないことへの強い抵抗感を感じていた。また「で、鍼灸室に戻っても、对患者でその治療に関しての相談は上司の先生にはしたりはできるんですけど、そんな気持ちの面などの話はすることはないので、本当、一人で持つかない・・・」のように実際に周囲に対して治療面の相談はできたものの、気持ちの面の相談はできず、一人で抱え込んでしまう場合もあった。過去に周囲に相談できる相手がいたものの、現在では違う勤務地へと環境が変わったことで、「そうなった時(患者対応への困難を感じた時) にというか、今まさに日々の臨床からも感じるんですけど、困難になった時に相談する人がいないんですよ。僕一人になってしまっ。」というようなケースもあった。

【考察】

今回 10 名に実施したインタビュー調査から得られた結果の中から、“末期がん患者を取り巻く人々との関わり” というコアカテゴリーが抽出された。ここでいう「取り巻く人々」の中心は、主に他医療従事者の事であり、その人々との関わりが困難の出現やその程度に大きな影響を及ぼしていることがわかった。最終的にはこれらの困難が複雑に関連しあうことで【抱えた孤独感】という帰結がもたらされる結果となった。

結果から、概念の背景には医療の現場における鍼灸師の立場の問題、とりわけ開業鍼灸師においてその問題が存在することがわかった。藤井ら¹⁷⁾¹⁸⁾の就業状態から見た鍼灸あん摩マッサージ師の現状と課題に関する調査によれば、あん摩業・鍼灸業への評価に対す

る意識では、全体の 60.5%が「低いと思う」と答えており、過半数が自分たちの職種に対する社会の評価を低いと認識している。加えて、末期がん患者における鍼灸治療に限って見てみると、原田ら¹⁹⁾による緩和ケアのチーム医療に関する地域住民に対する意識調査によれば、緩和ケアに携わるとするメンバーの選択状況では十数種類ある医療業種のうち、鍼灸師が最も低い数字であった。これらの調査結果は、今回の立場の問題と密接に関連していると考えられ、大変興味深い。下山ら²⁰⁾は、医療制度の制約から我が国においてはがん治療の現場で鍼灸が適用される例は少なく、経験が蓄積されず治療計画の中に位置づいていないとしており、今回開業鍼灸師が語った保険制度において感じた困難がまさにその典型的な事例であると考えられる。また、《病院での鍼灸の独立性》にも見られたが、もともと病院機関という医療の枠組みに組み込まれている状況での鍼灸治療では、医師や看護師をはじめとした他医療従事者に鍼灸治療がなされているという認識はある。しかし、《浅いチーム医療としての連携》にもあるように、病院のシステム上鍼灸治療が他医療従事者に認識されていても、実際の医師や看護師との関わりは希薄な現実が窺える。このことの背景には鍼灸の独立性が存在していることが結果からも示されており、他医療従事者との関わりへの一つの隔絶要因になっていることが推測される。この事実は、先の【医療における立場の中途半端さ】とも関連する部分ではないかと考えられる。

また今回の結果において、「立場の中途半端さ」という背景を受けて重要だった点は患者の状態把握のための医療情報の取得および患者を取り巻く人々との情報共有の問題である。情報共有に関する明暗を分けていた一つは、医師とのコミュニケーションの方法であった。実際の臨床の現場では「立場の低さ」の問題や「鍼灸そのものを理解してもらうことが難しい」という認知度の問題が現実的に存在していることがわかった。しかし、その状況を打開すべく、医師と積極的かつ直接的な関わりを持った場合、その後に医師から得られた情報に対する満足度も高い結果となっている。これらの成功事例に共通していたことは、意識的に顔の見える関係性を構築していることである。同意書の取得の際には「必ず医師を訪問し挨拶をする」、あるいは同意書を取得するために「主治医のと

ころにお願いに上がる」など、直接的な対面のやり取りが関係構築の一つの鍵であることがわかる。ただし、こうした直接的な関係性の構築には、双方の時間的余裕や医師と直接的なやり取りを行うことができる鍼灸師側のスキルや知識が必要になってくると考えられ、現状ではどの鍼灸師もが実践できる形態のものではないと考えられる。

もう一点情報共有の鍵を握るのが、ケアマネジャーであった。介護保険を利用している末期がん患者は大概が高齢者である。吉澤は、高齢者在宅療養ではケアマネジャーがリーダーとなり、医師をはじめとする多職種がこれに協力していく体制が望ましいという指摘をしているが²¹⁾、実際に今回調査を行った対象の患者でもケアマネジャーが患者ケアにおけるキーパーソンになっていた。＜会議のリーダー＞にもなっているケアマネジャーを中心とした介護の連絡会議への参加や、ケアマネジャーとの文書による直接的やり取りなどで、具体的に情報を得ることができ、そのつながりは末期がん患者ケアにおいて非常に重要となることが明らかとなった。しかしその一方で、文書による定期的なやり取りしかできず、特に終末期でいつ亡くなるかわからない末期がん患者をフォローして行くには、いささか情報共有のためのやり取りの頻度が少なすぎるという事実も存在していた。末期がん患者を取り巻く他業種とは密な連絡を取り合うことが、一刻一刻変化するがん患者のケアにおいては重要な要素であると考えられる。実際に上記のような関係性の構築がもたらしたものとして、患者の適応不応の問題、刺激量の問題など治療に関するリスク管理が実践できていることや、がんの状態に応じて患者への対応や治療の方針なども決定して行くことができるというメリットが挙げられていた。とりわけ環境的に孤立し易い治療条件の在宅医療においては、そうした情報管理が患者の生死を左右する場合もあるため、関係性の構築及び情報共有の積極性がん患者のケアにおいて重要であり、鍼灸師も安心して治療することができる要素となると考えられる。

加えて、近年の医療の特徴として医療のチーム化があげられる。チーム医療とは広く医療に関連する専門職種（医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、心理療法士、ソーシャルワーカーなど）が共同して医療の提供を行うことである。チーム医療体制が確立し

ていないと、医療事故の原因となることが指摘され、安全管理体制の議論へもつながる²²⁾。また柏木²³⁾の指摘では、医療サービスを提供する際、チームで取り組んでいる方が良いサービスを提供できるとされている。さらに、ターミナルケアはチームアプローチが最も必要な分野の一つであるとしている。しかし、今回の調査の中で病院勤務鍼灸師自身が所属する東洋医学科と緩和ケア科との連絡が無い場合では、末期がん患者を担当している医師や看護師とは関わりがほとんどなく、患者に関する情報を共有し合うということは無かったとしておりチームアプローチとはほど遠い現状であったことが示されている。また、カンファレンスへ参加についての望ましさは感じているものの、診療科ごとの隔たりの影響もあり、積極的にカンファレンスに参加することは無いという現状が見られた。鷹野²⁴⁾は、カンファレンスが医療従事者の知識と技術を医師に伝えること、医療従事者間の対称性を得るための重要な儀式の一つであること、成員間のコミュニケーションの促進という側面を持つこと、デザインされたカンファレンスが個々の能力の集合体であるチームの潜在的能力を十分に発揮することを指摘している。この指摘からも、今後はカンファレンスをはじめとしたターミナルケアのチームアプローチにおける主要なコミュニケーションの場に参画できる機会が増えてくることが望まれる。

また今回、患者情報の不足に加え、相談する相手がいないことで結果的に一人で末期がん患者と向き合わなければならないという状況において、患者からの生死に関する問いなどの実存的な問題を突き付けられたことを周囲の人に上手く伝えることができず抱え込んでしまっているケースが存在した。実際に抱え込んだ程度も自覚的には高く、周囲に話さなかった後悔も強かった。伊藤¹⁰⁾は、患者の鍼灸師への信頼感の深まりが鍼灸治療への希望、安心を求めるのと併せて鍼灸師に対して実存的な問題など深い自己開示をする場面があると指摘している。また、細田⁹⁾は鍼灸師ががん患者に関わる時期を5期に分類しており、そのなかで第Ⅳ期（死を迎えるまでの緩和ケアとしての鍼灸のステージ）では、鍼灸治療の介入により身体症状の変化が顕れるとともに、その頃になるとスピリチュアルペインが顕在化してくるために、他職種との連携を強化しながら患者さんに関わることが重要になる

と指摘している。細田の指摘のように、実際今回の結果において末期のステージで患者の自己開示ないし実存的な問いに直面するケースの中でも、周囲に話すことができた場合や他職種との情報共有・連携がうまく行えていたケースでは、こうした抱え込みを回避でき、【理想的な末期がん患者への治療形態】というカテゴリーにつながっている。逆に、孤独感の形成という帰結に行き着いたケースでは、状況によってはバーンアウトのリスクも否定できない。鍼灸も含めたヒューマン・サービス関連の職種においてバーンアウトの問題は非常に重要である。特に末期がん患者のケアにおいては患者に向き合う中でリアリティショックに直面したり、ストレスが蓄積しバーンアウトが引き起こされることが危惧される。田尾²⁵⁾によればバーンアウトの症状は①消耗感②消極的な見方③固執的態度④個人的達成感の後退⑤行動異常に集約されるとされ、最も典型的にあらわされるのが疲労であり消耗感であるとされている。本稿ではその結果は提示していないが、抱え込んだ度合いが強く孤独感を内包したケースの中には「異常な疲労感」や「体調不良になっていく」など、バーンアウトの典型症状を呈しているケースが見られた。こうした観点からも、今後の末期患者への鍼灸臨床において術者のバーンアウトリスクに対するマネジメントが必要になると考えられる。柏木²²⁾は、スタッフ同士の十分なコミュニケーションが「燃え尽き (バーンアウト)」を防ぐ最も有効な方法であるとしている。鍼灸師においても他医療従事者や同業者同士での情報共有あるいは相談をできるネットワークを構築する必要があると考えられる。

本研究で明らかになったような医療の中で孤独感を抱くような状況が継続することは、患者ケアにおける更なる情報不足や患者状態の把握不十分という事態を招き、結果的に質の低い患者ケアに繋がると考えられる。広井²⁶⁾は、鍼灸師らの養成・資格制度の見直しに関して言及しており、医師と同等の教育年限を持つ相補・代替医療ないし東洋医学の専門職の養成に関する検討が進められる必要があると指摘している。また細田²⁷⁾は臨床経験を積んだ上での緩和ケアの定義、チームケアの目的、コミュニケーションの重要性、鍼灸の役割 (適応と禁忌) などを理解してこそチームに参加する準備が整うと指摘している。今後は、末期がん患者に対する医療を行う上での専門教育を導入

し、それをベースとして末期がん患者に関わる鍼灸師が他職種や同業と情報を共有できるシステムを構築しなければならない。同時に末期がん患者に鍼灸が関わる「臨床的意味」をより明確化し、医療の中に位置づけるよう社会に対して発信していくことも重要となろう。こうしたことを形にしていけることが、医療における鍼灸師の孤独感の醸成を防ぎ質の高い鍼灸医療の実践に繋がっていくのではないだろうか。

【まとめ】

今回、末期がん患者の治療経験を有する鍼灸師に対して、治療実践の中で感じた困難についてのインタビュー調査を行った。困難の背景には鍼灸師の“患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成”という概念が存在することがわかった。孤独感は、鍼灸師の立場の中途半端さを発端として、主に他医療従事者や同業とのつながりが希薄であることにより形成されるものであると考えられた。つながりの希薄さにより、情報の共有が不十分であることや、患者の実存に関する問いかけを自身の中に抱え込んでしまうことが結果的に治療時の孤独感を形成していた。今後鍼灸師が末期がん患者のケアにかかわるために、ベースとなる教育内容の充実および、患者を取り巻く人々との連携モデルの具現化の必要性が示唆された。

《参考文献・URL》

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向 厚生指針増刊，57(9)，2010.
- 2) 田島和雄：がんの疫学Ⅰ 多田羅浩三，門田守人，杉山治夫（編）がんの健康科学，財団法人放送大学教育振興会，2006，78.
- 3) がん対策基本法
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>.
- 4) 厚生労働省：がん対策基本推進計画
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>.
- 5) 水野敏子：ターミナル患者へのチームケアの実践。臨床老年看護，10(1)，2003：90-4.
- 6) 成田憲史，諸岡了介：看取りを支える
生を支える 岡部健，竹ノ内裕文（編）どう生き、どう死ぬか—現場から考える死生学，弓箭書院，2009，32.

- 7) 小玉耕平、岡崎真由美、真鍋伸次ほか：高松病院における疼痛緩和ケアチームの取り組み. 共済医報, 57(1), 2008.
- 8) 篠原昭二、渡邊勝之：緩和医療における鍼灸, 緩和医療学, 5(3), 2003 : 23-9.
- 9) 細田行政：鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—1. 緩和ケアとは. 医道の日本, 69(5), 2010 : 90-3.
- 10) 伊藤和真：鍼灸師の鍼灸実践と患者への眼差し—がん患者を中心に, 社会鍼灸学研究, 3 号, 13-32.
- 11) 戈木クレイグヒル滋子：グラウンデッド・セオリー・アプローチ現象をとらえる. 新曜社, 2008 : 5
- 12) Anselm Strauss, Juliet Corbin 著 操華子, 森岡崇 (訳) : 質的研究の基礎 第 2 版—グラウンデッドセオリー開発の技法と手順. 医学書院, 1999, 15.
- 13) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル第 5 版, 2007, 24.
- 14) 矢野忠、石崎直人、川喜多健司ほか：鍼灸の受療喚起、鍼灸師の資質向上への取り組みなどに関する調査研究—日本鍼灸師会委員を対象とした調査その 1—. 医道の日本, 2009, 172-7.
- 15) 戈木クレイグヒル滋子：質的研究方法ゼミナール. 医学書院, 2005
- 16) 戈木クレイグヒル滋子：実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ理論を生み出すまで. 新曜社, 2006
- 17) 藤井亮輔、坂井友実、佐々木健ほか：就業者実態調査に見る鍼灸マッサージ業の現状と課題 (第 2 報・上) —晴眼業者と視障業者の業態比較および収入影響因子に関する考察を中心に—, 医道の日本, 65(11), 2006 : 124-134.
- 18) 藤井亮輔、坂井友実、佐々木健ほか：就業者実態調査に見る鍼灸マッサージ業の現状と課題 (第 2 報・下) —晴眼業者と視障業者の業態比較および収入影響因子に関する考察を中心に—, 医道の日本, 65(11), 2006 : 122-130.
- 19) 原田明里、宮下美香：緩和ケアのチーム医療に関する地域住民に対する意識調査, ホスピスケアと在宅ケア, 13(3), 2005, 244-9.
- 20) 下山直人, 鈴木春子, 津嘉山洋ほか：がん疼痛に対する代替療法・支持療法. 緩和医療学, 10(3), 2008 : 11-6.
- 21) 吉澤徹：地域におけるチーム医療 チーム医療論 鷹野和美 (編). 医歯薬出版株式会社, 2002 : 58-9.
- 22) 額賀淑郎：医療従事者・関係者 入門医療倫理 I, 赤林朗 (編). 勁草書房, 2005 : 123-139.
- 23) 柏木哲夫：死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解. 中山書店, 1996 : 192-204.
- 24) 鷹野和美：チーム医療の教育—患者中心のチーム医療をめざして— チーム医療論 鷹野和美 (編). 医歯薬出版株式会社, 2002 : 93-105.
- 25) 田尾雅夫・久保真人：バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ. 誠信書房, 1996 : 1-27.
- 26) 広井良典：相補・代替医療と制度. 治療増刊号, 89, 2007 : 725-730,
- 27) 細田行政：鍼灸師が在宅緩和ケアに従事するとき—2. チームケアの意義と鍼灸師の役割, 医道の日本, 69(6), 2010 : 78-9.

表 2 『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』の構成要素

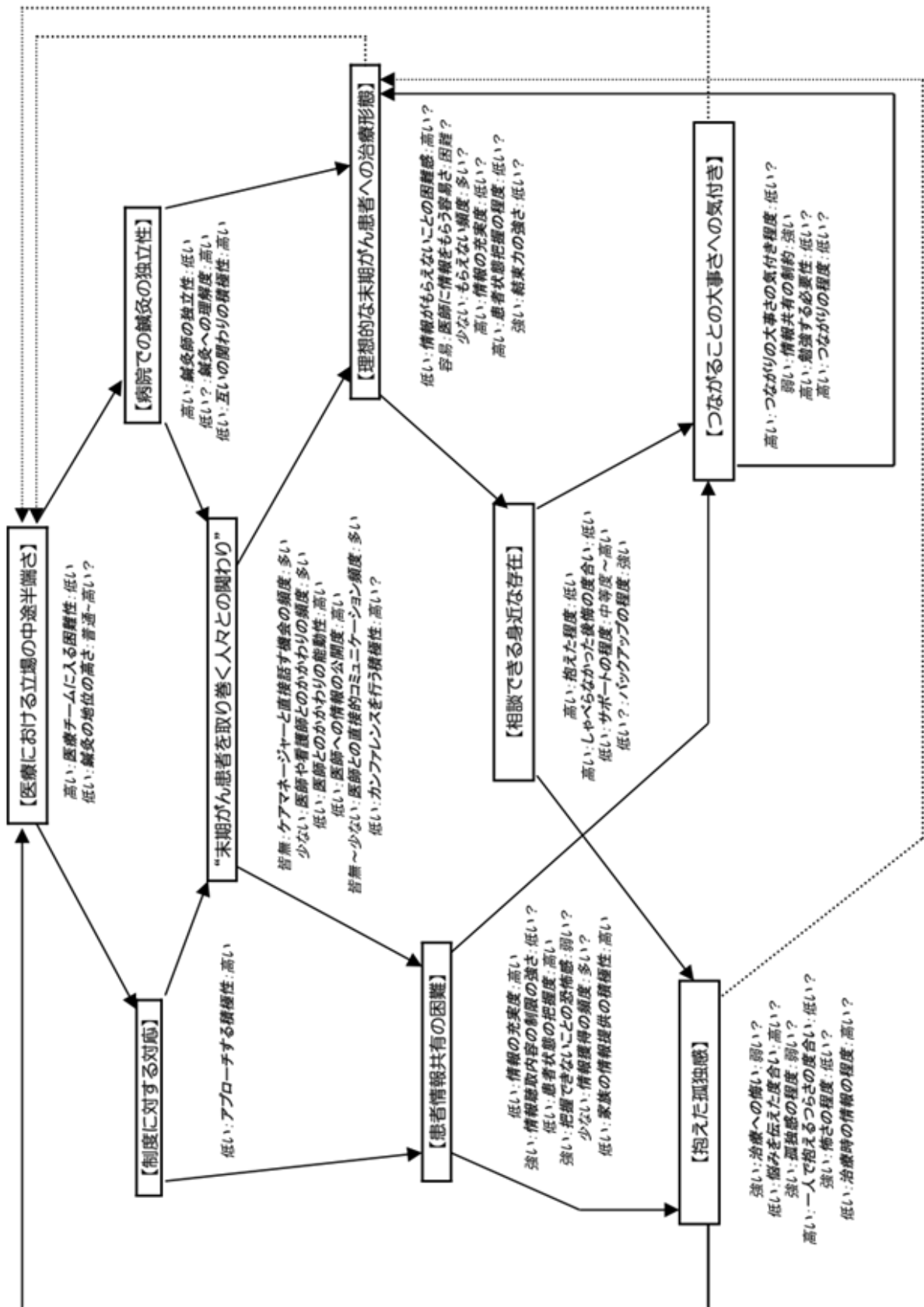
表 2 『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』の構成要素

表 2 『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』の校正

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル名
1.医療における立場の中途半端さ	1-a.医療における鍼灸マッサージ師の中途半端さ	存在の中途半端さ 病院勤務との違い 制約の中での鍼灸師の関わりについての困難
	1-b.鍼灸マッサージ師の地位向上の要求	鍼灸マッサージ地位向上の欲求 立場の欲求 医師と連携した理由
2.制度に対する対応	2-a.積極的な行動の必要性	アプローチする必要性 積極的な姿勢の必要性
	2-b.医師とのやり取りへの積極性	鍼灸師が積極的な必要性 医師との連携が難しい鍼灸 高頻度のセミナー参加 経費のための投資 時間を費やすもの 必ずやる情報共有 完全にとれる同意書 知らない医師への対応 書いてくれない時の対応 同意書を書いてくれない科
	2-c.保険による末期がん患者治療の困難	がんを保険で治療する大変さ 保険を使ったがんの鍼治療の困難 書くことへのこだわり 使いづらい理由 書いてもらっていることへの感心 苦勞する鍼灸師
	3-a.チーム医療としての浅い連携	浅かった部分 一線を置く理由
3.病院での鍼灸の独立性	3-b.理解があった他医療従事者	治療に理解があった他医療従事者 代わりになる難しさ それぞれの特性 看護師からの言葉がけ
	3-c.医師や看護師の認識	医師や看護師の認識
	4-a.できなかった医療機関とのやり取り	なかった医療機関とのやり取り やり取りできない理由
4.末期がん患者を取り巻く人々との関わり	4-b.ケアマネジャーとのコミュニケーション	会議のリーダー 会議に関わる職種 会議開催時期 参加できる状況 別の報告方法 ケアマネジャーと相談員の情報共有 無かったケアマネジャーとの直接的情報共有 コミュニケーションの方法
	4-c.他医療従事者とのコミュニケーション	施術の報告 施術の許可 主治医の施術の把握 経過報告の方法 経過報告のタイミング 情報提供のできなさ 治療するための手続き オープンにした治療内容 情報共有の積極性の不足 在宅ケアに必要な同意書 必ず行う挨拶 入りやすい医師の情報 ジョイントビジネスの一環としての連携 連携が始まった経緯 緊密な連携 医師からの依頼 保険制度を用いた連携の形 カンファレンス参加への積極性の不足
	5-a.少ない情報源	患者からの情報 見せてもらえなかったカルテ 得られなかった家族からの患者情報 訪問看護師から得られた情報 お願いしやすい内容との違い 不確実な家族からの情報 無かった他医療従事者からの医療情報 少なかった報告
	5-b.患者情報共有の困難	情報を獲得できなかった原因 情報獲得の難しさ 情報獲得の時間の不足 学ぶ機会の少なさ 部分的に不足した情報共有 不十分な情報共有
5.患者情報共有の困難	5-c.獲得情報の制限	情報聴取内容の制限 ケアマネジャーからの情報の制限 乏しい医学的情報 使用している薬の情報不足 治療時に知っておきたいこと 欲しかった情報 全く入ってこなかったがんの情報 わからなかったがんの経過 わからない患者の状態 わからない治療スケジュール
	5-d.開業で感じた状態把握の困難	終末期に見えなかった患者 甘かった患者状態の認識 開業での困難 把握できない患者状態

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル名
6.理想的な末期がん患者への治療形態	6-a.十分に得ていた医療情報	もらえていた医療情報 満足できるケアマネジャーからの情報 在宅ケアする患者の経過の把握 ケアマネジャーからもらえる情報 経過を把握した上での治療 情報に関して感じなかった困難
	6-b.適切な治療の準備	事前に情報を得ることのよさ 他医療者の対応の流れの把握 行くべき時間の把握のメリット 治療の際に心がけていたこと
	6-c.医師への適応の確認	医師への確認 鍼灸適応の確認 現場での適応の確認
	6-d.チーム力による患者ケア	治療を行う理想の体制 気持ちを安らかにさせた要因 チーム力での解決 一生懸命やっていた医師 医師に対する思い 他医療従事者のよさ 尊敬できる看護師 恵まれたスタッフ 鍼灸師の力量の限界
7.相談できる身近な存在	7-a.アドバイスを受けるネットワーク	電話でのネットワーク 持っていたネットワーク アドバイスしてくれる人がいる理想 支えてくれる人がいる望ましさ 経験者と話すメリット 参加している勉強会 身近にいた鍼灸師への問いかけ 身近にいた鍼灸師による救い
	7-b.周囲にしゃべる困難	周囲にしゃべる困難 看護師に言わなかった後悔
	7-c.2人での治療の経験	治療しなかった初めての緩和の患者 2人で診た患者 相談しあえた状況 治療時の病室の人数状況
	7-d.バックアップによる懸命な取り組み	他医療従事者が考える自分たちの役割 バックアップにより可能だった取り組み バックアップなしでは厳しい状況
8.抱えた孤独感	8-a.一人で抱える限界	いけないこと 一人で考える限界 一人で抱える恐怖
	8-b.一人で抱える辛さ	伝えられなかった悩み 一人で抱える気持ち 一人で持つ辛さ 患者について話す時期
	8-c.臨床での孤独	一人での治療 記録に残す必要性 一人で治療する恐さ 一人で向かい合う抵抗感 臨床での孤独
	8-d.治療に関して残る悔い	治療内容が変わる状況 治療に関して残る悔い
9.つながることの大事さへの気付き	9-a.患者情報を把握する大切さの認識	視野を広げるもの 勉強する方法 勉強する機会 勉強するチャンスへの望み 病院と連携する教育の必要性 患者から学ぶこと 真剣になるとき 話すのが望ましい時 生の環境での勉強の望み チーム医療としての会議への望み 情報整理の大切さ 病態を把握する大切さ
	9-b.制度が変わることの望み	地域での広い情報行き来への望み 制度化についての話 制度に関する苦情 同意書のシステムへの希望 保険が使いやすくなる希望
	9-c.つながりの重要性の認識	つながりを持つことへの理想 能動的につながりを持つ姿勢 生身の声の大切さ つながりの意味の大きさ 一人での悩みの回避

図1:『患者を取り巻く人々との関わりと孤独感の形成』の概念図



※コアカテゴリーには“ ”、カテゴリーには【 】をつけた。
矢印を決定づける主なプロパティとディメンションを斜体で示した。
推測できるものは点線で記入した。

準被災地・茨城県の鍼灸ボランティア実施の報告

～受療者のアンケート調査から～

前田尚子¹⁾²⁾ 内田有紀¹⁾ 成島朋美³⁾ 形井秀一³⁾

1) 筑波技術大学東西医学統合医療センター 2) 歩海助産院・あゆみ鍼灸院

3) 筑波技術大学保健科学部鍼灸専攻

【はじめに】

東日本大震災の発生直後の津波、その後の度重なる余震、原発事故、見えざる放射線の恐怖に疲労とストレスは次第に大きくなった。また、茨城県は準被災地とされた。演者が在住する茨城県南部は被災したものの、被害は大きくはなかった。しかし、県央・県北では、大きな被災をし、更に、福島県から避難される方々の受け入れに、現地は多忙を極めた。東北では、多くの方が、ボランティア活動をされている報道もあったが、茨城県に関するボランティアの報道は少ないものだった。県内に在住する者として、医療従事者と母子の事が気になった。そこで、自分にできることでボランティア活動を行うことを思いついた。県内に限った企画を立て、多くの方に協力を頂きながら、鍼灸ボランティアを行った。鍼灸ボランティアを受けられた方々に、アンケートの協力を得られたので報告する。

【方法】

1. アンケート期間および実施場所

4月17日に那珂市、コミュニティセンターにて5時間、5月1日水戸市、青少年会館にて5時間、5月4日北茨城市、市民体育館・避難所内1時間、同日マタニティケアいとうにて3時間、6月16日高萩市、高萩協同病院にて5時間、7月31日東海村コミュニティセンターにて2時間で行った。表1 図2

2. 対象

計5回に、茨城県央・県北にて、延べ13名の鍼灸師に鍼灸ボランティアを受けた者148名を対象とした。鍼灸師は、5名で行った。

3. 方法

アンケート用紙は無記名とし、受付で、ボランティアを受ける前に問診票と共に受療者に渡した。受療終了時に、術者から、アンケートの協力について一言促し、別室にて記載された後、ボランティア協力者の助

産師による回収をした。

表 1

回数	期間	場所	受療者数	アンケート数	アンケート有効回答率(%)	鍼灸師数	時間
1	4.17	那珂市 コミュニティセンター	25	25	100	3	5
2	5.1	水戸市 青少年会館	48	47	97.9	4	5
3	5.4	北茨城市市民体育館・ マタニティケアいとう	26	23	88.5	3	4
4	6.16	高萩市 高萩協同病院内	36	36	100	1	5
5	7.31	東海村 コミュニティセンター	12	12	100	2	2
合計			148	143	96.6	13	

4. アンケート内容

アンケート内容は、性別、年齢、被災の状況、当日の体調、施術効果、次回の受療希望、広報の7項目については、選択肢による回答とし、ボランティアについて、よいと思った点、改善点の2項目については、自由記載とした。図1

【結果】

1. アンケートの有効回答率

アンケートの有効回答率は、全体で受療者148名中143名・96.6%、第1回目の有効回答率は100%、第2回目の有効回答率は97.9%、第3回目の有効回答率は88.5%、第4・5回目の有効回答率は100%であった。表2

2. 回答者

回答者は、143名。うち、男性25名、女性118名。年代は、10代2名、20代15名、30代68名、40代30名、50代14名、60代12名。男女比は、男性17.5%、女性82.5%であった。グラフ1

図 1

アンケート・東日本震災ボランティア

この度は千期せぬ、歴史的な大きな地震を体験してしまうことになりました。被害の大きさに言葉もありませ
ん。少しでもお役に立てたらと思いケアさせて頂きました。
お手数ですが、下記のアンケートにお答えください。

年 月 日

1. 性別は ①男性 ②女性

2. 年齢は ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥70代～

3. 今回の震災の大きさをうかがいます。
① 家の中の物が落下した ②家・建物に被害が出た ③家が崩れた ④津波の被害を受けた

4. 本日もつらかったですか？
① 肩 ②背中 ③腰 ④足 ⑤腕 ⑥頭 ⑦お尻 ⑧その他（ ）

5. 本日ボランティアを受けて、つらかったところは楽になりましたか？
① 随分楽になった ②楽になった ③変わらない ④余計つらくなった

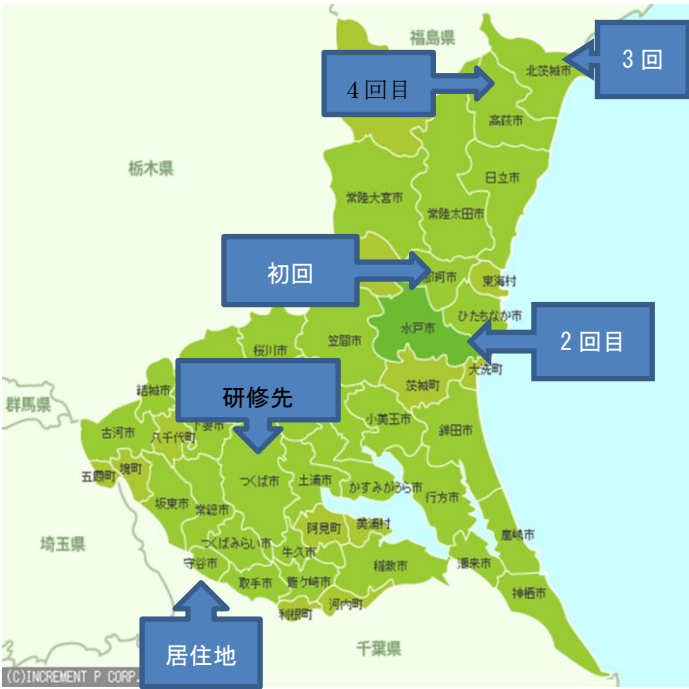
6. 次回同じようなボランティアがあったらまた受けたいとおもいますか。
① 是非受けたい ②受けたい ③どちらでもない ④受けたくない ⑤絶対に受けたくない

7. 今回のボランティアは、何で知りましたか。
① スタッフから ②観光タウンニュース ③センターの広報 ④インターネット ⑤その他

8. 本日のボランティアでよいと思われたことを教えてください。

9. 本日のボランティアで改善して欲しい所、望むこと、よくなかった所を教えてください。

図 2 県内ボランティア開催地 2)



3. 身体的不調

当日身体的につらかった部位は、重複回答で、肩 104 名・72.7%、腰 62 名・43.4%、背中 48 名 33.6%、

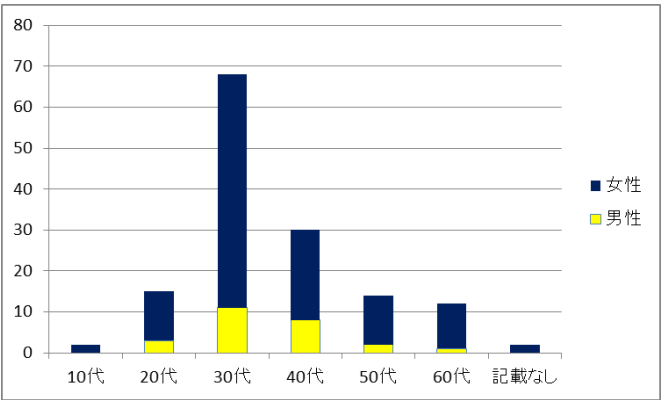
足 24 名・16.8%、頭 16 名・11.2%、腕 11 名・7.7% となっていた。記載がなかったのが 3 名、特に症状がないという方が 2 名であった。

年代別にみる。4 回目の受療者は医療従事者が対象なので、その回を除いた女性のみを集計した。88 名の女性受療者のうち、年齢の記載がない 2 名と、10 代 2 名を除いた、84 名。症状の割合をみると、84 名中、肩は 80%前後に症状が出ているが、60 代では低く 54.5%。背中は、20・30・40 代に 40%前後で症状が見られるが、50 代 60 代で低く、15%前後となる。腰部に症状が多く出ているのは 20・40・60 代となっていた。頭の症状の訴えがあるのは、13 名にあり、うち 10 名が 30 代だった。グラフ 2

表 2 アンケートの回答率等

回数	月・日	受療者数	アンケート数	アンケート有効回答率(%)
1	4.17	25	25	100
2	5.1	48	47	97.9
3	5.4	26	23	88.5
4	6.16	36	36	100
5	7.31	12	12	100
合計		148	143	96.6

グラフ 1 受療者の年代と性別



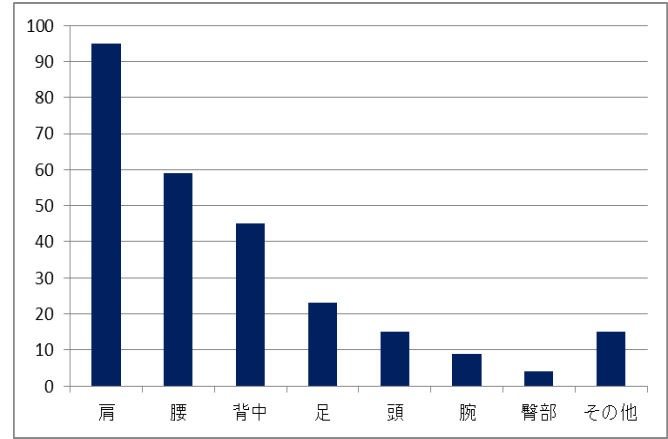
4. ケアの効果

ケアの効果について。全体でみると、随分楽になった 62 名・43.4%、楽になった 67 名・46.9%、変わらないとの回答は 3 名・2.1%で、うち 2 名は身体的不調が特になかった方であった。1 名が、余計悪くなったと答えているが、好転反応ととらえていると

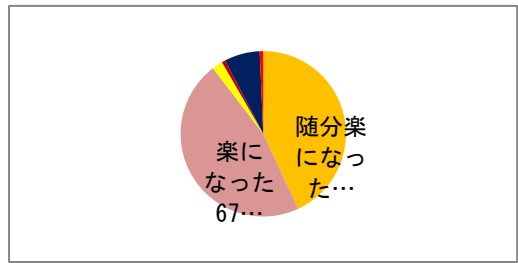
記載されていた。アンケートを記載されているときに、すでにだるさが出現していたということだった。記載がなかったのが 10 名・7.0%で、まだわからないとの回答が 1 名・0.7%であった。

開催回別にみると、第 1 回目では、随分楽になった 17 名・68.0%、楽になった 7 名・28.0%、変化なし 1 名 4.0%でした。2 回目では、随分楽になった 26 名・55.3%、楽になった 19 名・40.4%、余計つらくなった 1 名・2.1%、記載なし 1 名・2.1%。第 3 回目では、随分楽になった 11 名・47.8%、楽になった 10 名 43.5%、記載なし 2 名・8.7%でした。第 4 回目では、随分楽になった 4 名・11.1%、楽になった 24 名・66.7%、変化なし 2 名・5.6%、記載なし 5 名・13.9%、まだわからないという回答が 1 名・2.8%。第 5 回目は、随分楽になった 4 名 33.3%、楽になった 7 名・58.3%、記載なし 1 名・8.3%であった。グラフ 3 グラフ 4

グラフ 2 不調の部位グラフ



グラフ 3 ケアの効果

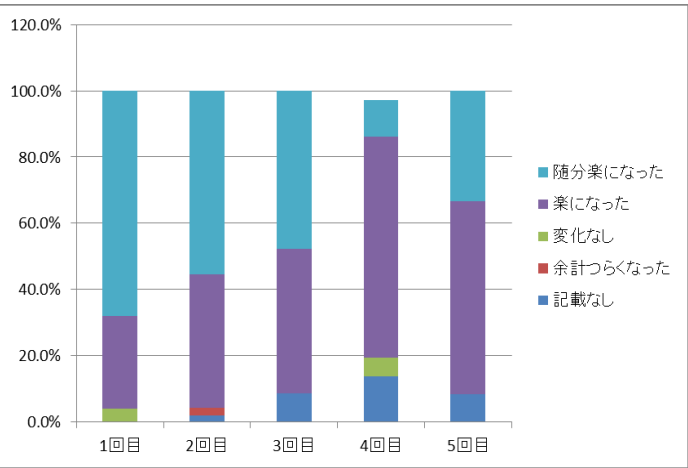


5. 次回の受療希望

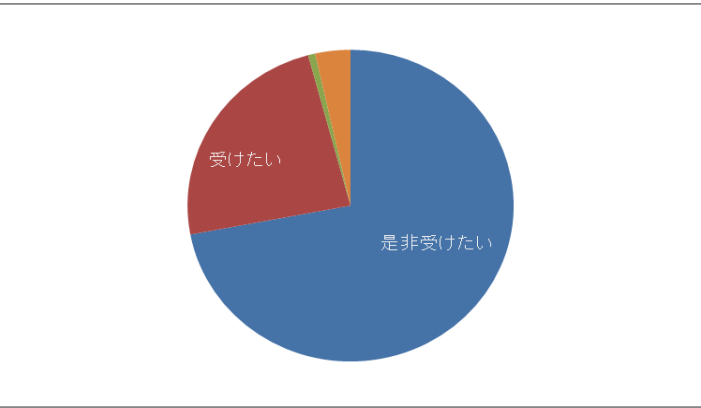
次回の受療希望については、是非受けたいとの回答が 103 名・72.0%、受けたいとの回答は 34 名・23.8%、どちらでもないと回答した方は 1 名・0.7%であった。どちらでもないと回答した方は、身体的不調が特になかった方だった。記載がなかったのは

5 名・3.5%であった。グラフ 5

グラフ 4 回別治療効果



グラフ 5 次回の受療希望



6. 自由記載

自由記載で、よかった点についての回答は、疲れが取れた・楽になった 32、セルフケアを教えてもらえた 24、施術の丁寧さ 20、気持ちよかった 18、リラックスできた 12、初めて鍼灸を体験できた 11、子どもを連れてこられた 9 であった。

反面、改善点やよくなかった点では、場所がわかりにくかった、2 時間以上待った、ポイントの説明をしてほしかった、もっと時間をかけて欲しかった、ボランティアということで色々なことは目をつむります。たしかに、みんなが同じところでやるのはいやな人はいやだと思います・・・という意見がそれぞれ 1 件あった。また、時間があれば背中もマッサージして欲しかった、という意見が 2 件あった。

【考察】

ボランティアは、開催の時期と地域が違ったためアンケート結果を比較できにくいものとなった。

今回のアンケートに関して、震災後の混乱した時期であり、ボランティアを実施することに重点をおいており、アンケートは記録的な意味合いでしかなかった。そのため、急遽作成したため十分な内容の検討をしないままに実施した。そのため、設問が「本日どこがつかかったですか？」としたので、震災後に新たに症状が出現したのか、震災前から現在まで症状が継続していたのかが、明確でなかった。症状が、震災後に出現したか否かの設問を設けることで、震災による症状か否かを明確にすることが必要だった。

現地でのボランティアを開催、実施するにあたり、助産師に協力を頂いた。広報も依頼させて頂いた。そのため、対象者が、子育て中の女性を中心となり、身体的な不調は一般の方のデータが少ないと考える。年代別に特徴をみていくと、60代では、肩の症状が低い反面、腰部の症状の割合が同じが、他の年代より特徴的だった。震災にかかわらず、年齢的な考慮をした施術が大切になると考える。一方、40代までは、背中症状もあることが特徴的だといえる。また、頭の症状は、13名・15.5%名にあり、うち10名・76.9%が30代だった。頭部の症状はストレスや睡眠に問題があると出現することがある。子育て中は、夜間に何度か目をさまし子どもの世話をするので、そのことも頭部の症状の一因かと考える。

ケアの効果は、90.3%の方が、随分楽になった、または楽になったと回答している。回答別にみると、第4回目には、随分楽になったという回答は11.1%と他の回より明らかに低い数字となっている。この回は、病院内の医療スタッフを対象にした。業務の空き時間に受領して頂く形をとった。他の回と違い、受療者は時間的な余裕のない状態で受療されている。その為、十分な時間を取れないので、簡単な問診を取り、パインエックスの貼布のみとなった。また、一般の方より、日頃から重い労働を強いており、疲労があるためではないかと推測される。

次の受療希望に関しては、95.8%が受けたいという回答で、好意的だった。

自由記載では、よかった点に関して身体的な変化の記載が多かったが、各鍼灸師が施術中にセルフケアについても話しており、そのことが、受療者には喜ばれていた。これは、余震が続く中、身

体的なケアを自分でもできるということが、安心感につながったのではないかと考える。反面改善点や問題点に関して、少数の記載があった。今後の参考にしていきたい。

【結語】

5回に及び、鍼灸ボランティアを行った。全回で延べ13名の鍼灸師により、受療者148名に施術を行った。今回の鍼灸ボランティアは、好意的に受け入れられた。

【おわりに】

今回のボランティアに協力して頂いた助産師達が、ケアをテーマにイベントを行いはじめた。また、福島からの避難者を対象にしたプロジェクトからの協力依頼もある。ボランティアの輪が広がることになった事を嬉しく思う。

また、医療従事者にボランティアを行うことで、医療現場での理解が深まることになればと考える。

最後になりますが、この震災で多くの方に色々なことがありました。それぞれの方が笑顔で暮らせることを願いつつ、報告を終わります。

《茨城県内の被災状況とボランティアについて》

【茨城県内の被災状況】

2011年3月11日14時46分。太平洋三陸沖を震源とした東日本大震災が発生した。当日は、茨城県北も震度6強を観測した。余震と呼ぶには大きな揺れが頻繁に起こった。

ライフラインの復旧にも数日かかった。県内で程度の差はあったが、皆不安で不自由な日々を過ごした。

まず、茨城県内の被災状況について報告する。住宅被害は、全壊棟1,984棟であった。100棟以上の被害があった市町村は、北茨城市、日立市、常陸太田市、水戸市、鹿嶋市、神栖市などであった。半壊棟は、13,491棟であった。100棟以上の市町村は、北茨城市、日立市、神栖市、潮来市であった。一部損壊は126,408棟に及ぶ。床上浸水は1,389棟で、300棟以上の市町村は、北茨城市、日立市。床下浸水は655棟に及んだ。人的被害は、死亡者24名、うち北茨城市で5名、東海村4名、水戸市、ひたちなか市、行方市で2名。重

症者は 33 名であった。津波の被害は、東北と比較すると比ではないのかもしれないが、県央・県北にも被害を及ぼした。輸出用の乗用車の炎上の様子が TV で放映されたのは、茨城県日立市の沿岸だった。鉄道も不通が続いた。県南では、都内への通勤者も多く、2 日間、帰宅難民となった方もいた。高速道路も被害が大きく、今回のボランティアの実施に関して障害となった。常磐高速道路の水戸 IC から那珂 IC にかけての路面の陥没と浪打が 150m に及んだ。復旧までに幾日かかるかと思われたが、6 日程で復旧した。県北までは時間を要したが、この素早い復旧に関しては、海外のプレスでも流れたと聞いている。

【ボランティアの企画について】

今回、車での移動手段をとったので、高速道路の開通を待ち、公共施設を利用した。暖房の使用のために電気の回復を待つなど、その時々状況を見ながら開催時期を見極めた。

また、県南の被災は比較的少なかったもので、生活は

早期に戻り、その状況で、日常の仕事を止めてボランティアを行うことはできなかったため、休日を当て、日帰りとした。

今回のボランティアを行うにあたり、居住地より 80 ～130 km 離れているため、地元の助産師に協力を求めた。これは、筆者が助産師の資格を持ち、(社)日本助産師会茨城県支部の役員をしているため、県内各地の助産師の協力を得やすかったためである。助産師には、事前の場所の確保や手続き、広報、ボランティア当日の協力も頂いた。

ケアは、1 人あたり、20 分間とし、簡単な問診をし、身体的所見を触診を中心にした。反応点に対し、前柔捻を丁寧に行い、パイオネックスを貼布した。

《参考文献》

- 1) 茨城新聞社 東日本大震災 茨城全記録 特別報道写真集 茨城新聞社 2011.7.1
- 2) <http://www.mapfan.com/kankou/09/jmap.html>

現代日本鍼灸の実態調査

小川 卓良¹⁾ 形井秀一²⁾ 坂川慎二³⁾ 箕輪政博²⁾⁴⁾

- 1) 杏林堂、東京衛生学園講師 2) 筑波技術大学保健科学部
3) 医道の日本社編集部 4) 首都大学東京大学院都市環境科学研究科

I. はじめに

現代鍼灸業界実態調査が医道の日本誌で第1回は鍼麻醉報道の直前の昭和46年8月に実施され(回答数555)、翌47年3月号に掲載された。第3回国際鍼灸学会が日本で開催された翌年の昭和53年10月(回答数1091)に第2回(54年11月号に掲載)、第3回は法改正が行われた5年後の平成6年に実施(回答数2184)され、同年の8月号に掲載された。第4回は平成13年11月に実施され(発送数1500;回答数594)、14年4月号から数回に渡って掲載されるなど過去4回行われた。そして、本年5月に第5回目が行われた(発送数1000;回答数383)。本調査は対象が医道の日本誌の読者なので当然日本の鍼灸業界の実態とは若干ズレがあることはやむを得ないが、鍼灸師を対象とした鍼灸業の実態調査は他になく、その上この40年の変化がわかる貴重な調査である。

II. 第4回から第5回までの鍼灸界この10年の動向

1. 規制緩和により、鍼灸師養成学校、大学の急増と既設校の定員増となり、その結果鍼灸師が大幅に増加した。
2. バブル崩壊による不況・失業者急増の影響のためか、国家資格以外の医業類似行為の浸透と氾濫では治療の職域が縮小した。
3. 同意書の簡素化などで保険診療が拡大した。
4. EBM(科学的根拠に基づいた医療)の普及と浸透により鍼灸臨床研究の質的向上が行われた。しかし、鍼灸界では未だに権威者や流派の会長などの言葉をそのまま受け入れる風潮は大きく残っている。
5. グローバリゼーションの波は鍼灸界にも例外でなく、経穴部位や用語などの世界統一化・標準化等が行われた。
6. ISO、ICD11、生物多様化問題等での中国或いは韓国の積極的な或いは利己的な世界戦略に翻弄される。
7. リーマンショック、急激な円高、産業の空洞化、失業者の増加、東日本大震災などで日本経済が落ち込んだ。

8. 気胸死亡事故報道、『代替医療のトリック』の発刊、皮膚科学会などによる円形脱毛症に「鍼灸治療は無効で勧められない」と報道されるなど鍼灸界にとってマイナスイメージの内容が多くメディアに露出される。

以上、21世紀に入って落ち着くどころか特に鍼灸界は波乱に富んだ時代を送った。この影響がどのようにでたのか非常に興味が尽きないところである。

III. 性別・経歴

1. 性別

性別では女性の比率が第2回9%、第3回11%、第4回13%、第5回15%と回を重ねるごとに女性の比率が高まっている。

2. 年齢

図1は第3回からの年齢構成の変化を図にしたものである。いわゆる団塊の世代が毎回(第3回では40代前半、第4回では50代前半、第5回では60代前半)最も多い。また、今回は若年層の回答者の比率が前回に比べ半減しており、回を重ねるごとに若年者が減っている。

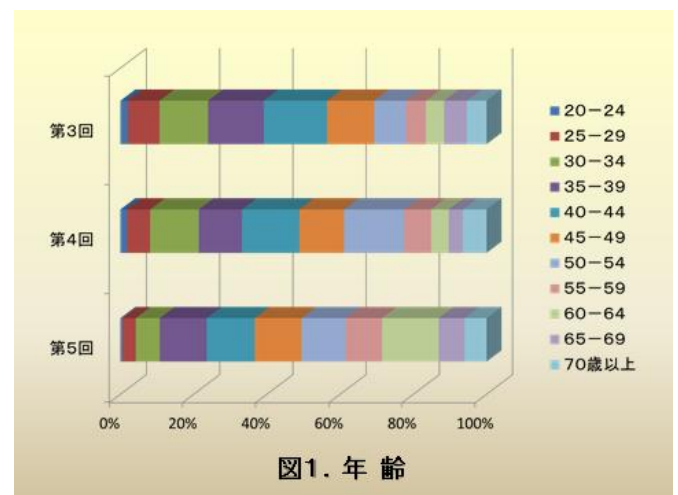


図1. 年齢

3. 取得医療系資格

資格は2科の鍼灸師の比率が上昇しているが、規制緩和で増えた学校・定員増になったのは2科なのでその繁栄と考えられる(図2)。柔道整復師の免許を有するものは24%で前回と全く変わらなかった。しか

し、あはき師以外の免許取得率は他に 1 資格を取得しているものは前回 43%で今回 45%でほぼ変わりはないが、あはき以外に 2 資格取得しているものは前回 8%から 14%へ、3 資格取得しているものは 0.7%から 3%へと有意に増加している。単に資格マニアが増えたということなのか、あるいはあはき師だけの資格では不安であるとの証左かもしれない。

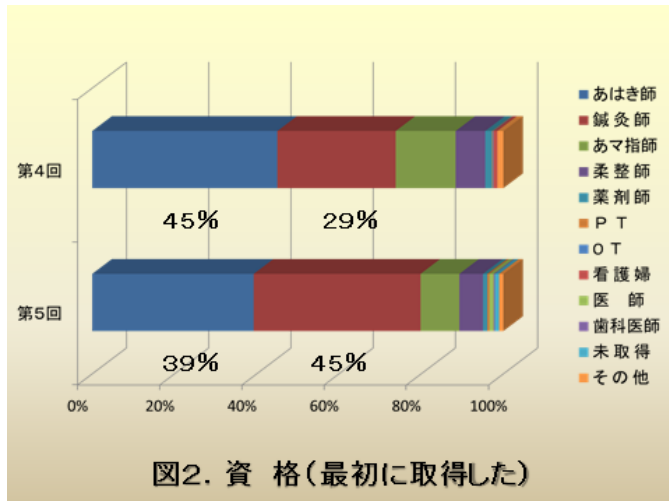


図2. 資格(最初に取得した)

4. 免許取得後の年数

図3は鍼灸免許取得後の年数である。20年未満が58%を占め、回を重ねるごとに免許取得後の期間が長い者の比率が増えるに反し、浅い回答者の割合が激減している。しかも今回は規制緩和後の定員3倍増により免許取得10年未満は圧倒的に多いはずであるが、この免許取得後10年未満に限っても減少している。免許取得後の年数が若い人は医道の日本誌を読まなくなったのか(活字離れ)、その余裕がなくなったのか、あるいは業界から去ったのかより深い分析が必要である。

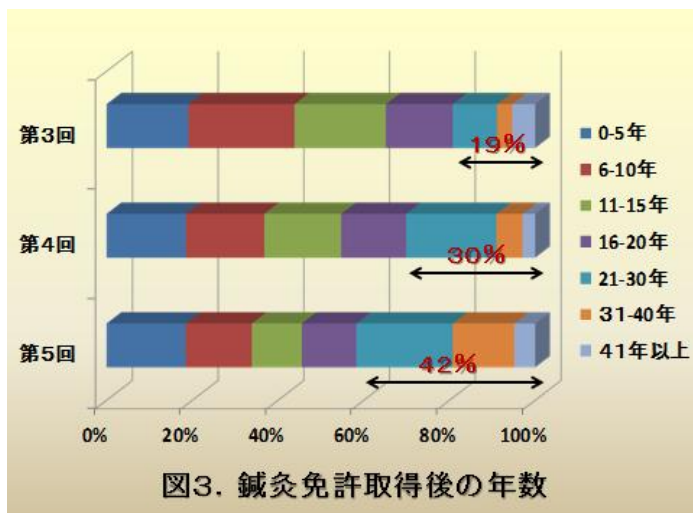


図3. 鍼灸免許取得後の年数

5. 自営と勤務

自営と勤務の割合は第2回(9%)、第3回(18%)、4回(25%)と徐々に勤務の割合が増加していたが今回は前回に比して逆に勤務の比率が減少した(19%)。前回まではなかなか開業できなくて勤務を続けるしかなかったことが想定されたが、今回はむしろ勤務先も減少して開業せざるを得ない状況であることが想定される。

6. 業務形態

業務形態では、自営或いは勤務先が鍼灸院或いは鍼灸あま指院の比率は徐々に減少し、自営或いは勤務先が鍼灸柔整院(第3回16%、4回24%、5回25%)とマッサージ院(1%、2%、7%)の場合は、段々増加している。また、病院勤務の割合も減少した。

7. 検挙取得後開業までの年数

免許取得後開業までの年数は、3年未満が第2回では約60%、第3回は約50%、第4回は約55%で今回約45%と波はあるが徐々に減少し約3割(前回は約25%)が7年以上かけている(図4)。これは開業までにより修行しようということなのか、なかなか開業まで踏み切れないということなのか興味ある問題である。

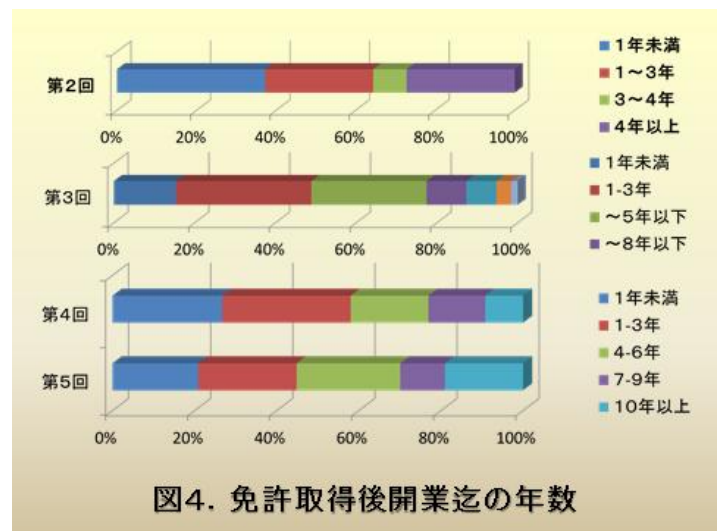


図4. 免許取得後開業迄の年数

IV. 治療

1. 主に使う治療手段

主に使う治療手段の第一に挙げられたのは鍼治療が58%で、前回とあまり変わらない(図5)。しかし、鍼麻酔以前は灸を治療手段の1位としていた治療院が鍼とほぼ同等であった事実はもう忘れられている

様だ。鍼麻醉の影響で灸主体から鍼主体に変更した鍼灸師が非常に多かったことを表している。そして、そして3回以降では鍼、或いは鍼+鍼通電療法の比率が徐々に下がってきており(74%→59+4%→56+2%)、逆にあま指が第1位という治療院が第3回以降徐々に増えているの(13%→17%→22%)は特質するべきである。柔整は前回まで増加の一途であった(2%→6%→9%)が今回は減少した(7%)。治療手段の第二位は3回以降灸が一番で、鍼が二番、あま指が三番という構図は変わらないが、それ以外の治療法の比率が徐々に増加して(16%→21%→27%)している点も特質するべきある。また、第二位をあげた人は第一位を100%とすると97%で3%の人は一つの治療しか行わないということのようである。そして、第3位をあげた人は全体の77%いて、第二位の多様化と合わせて治療の多様化・多種目化が進んでいるようである。

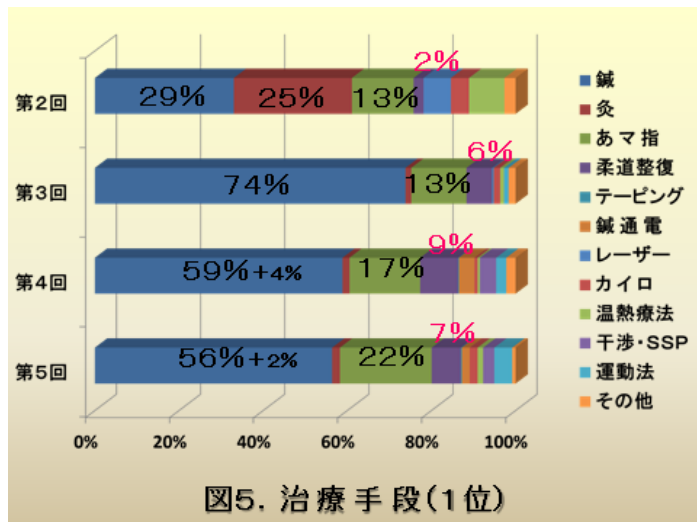


図5. 治療手段(1位)

2. 重視する治療理論・方式

鍼灸治療で重視している治療理論・方式では、一番多いのは東西折衷派で44%であり、治療理論の折衷は日本鍼灸の特徴の一つとしてあげられる(図6)。次に多いのが西洋医学的発想のいわゆる現代医学派で20%と前々回(1993年)の33%(前々回は主たる治療法の第1位、第2位、第3位という質問で、その第1位)よりかなり減少している(但し、33%の中には折衷派も含まれていると考えられる)。経絡治療を中心とする日本伝統鍼灸派は18%であるが、前々回は23%で同様に減少しているが、やはりこの中には折衷派も含まれていると考えたとあまり変わっていないと考えられる。

なお、今回、中医学は前々回と同様に約3%と普及

率が少なく、今回のアンケートの回答者の58%が免許取得後20年未満で養成学校で中医学を習っているのに、前々回のほとんど学校で習っていない回答者群と変わらないというのは驚きである。中医学が日本の鍼灸の現場に根付いていない証左であるかもしれない。

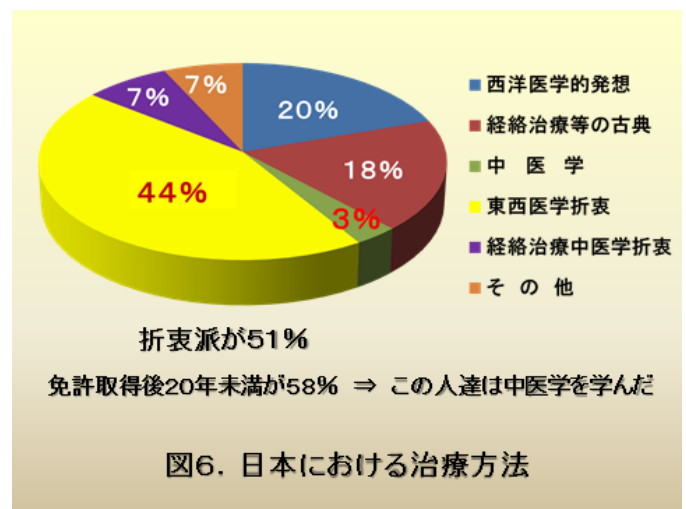


図6. 日本における治療方法

3. 本治、標治、全身調整などの治療方法の使い分け

本治のみの治療、標治として障害部位の局所に治療、そして、全身的な調整の治療、この3つの治療を行うか否かの質問に対して本治のみ、局所のみなど一つの方式に基づいた治療しか行わない人は11%、本治と局所などの二本立てが4割、本治、局所と全身調整の三本立てが5割という結果になった(図7)。

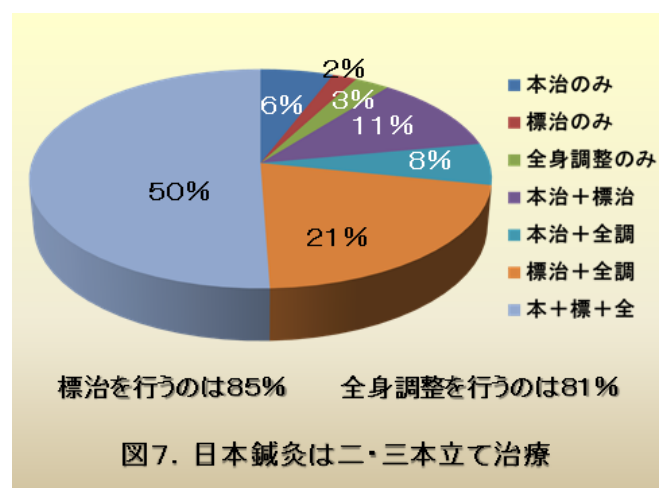


図7. 日本鍼灸は二・三本立て治療

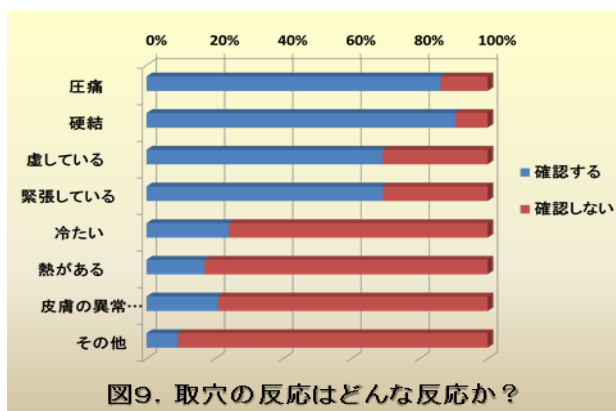
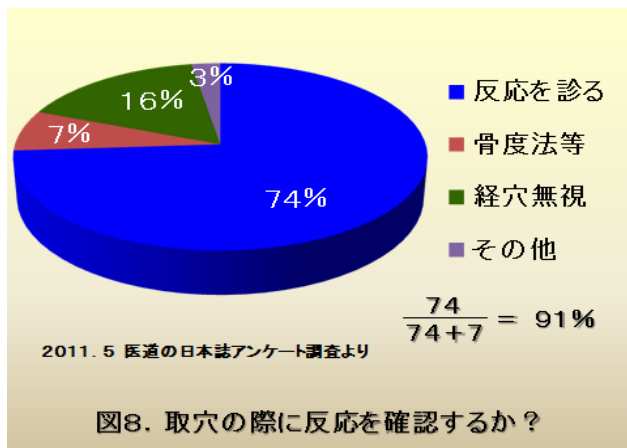
東京衛生学園の臨床教育専攻科(教員養成コース)では西洋医学的治療、伝統鍼灸的治療、中医鍼灸の指導者がそれぞれについて臨床実習を行っている。曜日によって担当が違い、患者はそれらの治療の一つだけでなくいろいろ受けるわけである。そして、指導者が違う場合には指導者にあわせてそれぞれの流派の理論に基づいて病態把握を行い診断し治療方針を立てる

わけであるので、カルテには曜日が違うごとに全く違う病態把握治療方針が書かれている。しかし、おもしろいことに刺鍼する経穴・部位はほとんど変わらない現実がある。なぜならば何れも三本立て治療を行うからである。本治だけの部分は確かに違う経穴を用いているが、障害局所への刺鍼は全く同じであるし、主訴以外の愁訴に対応すべく全身調整の刺鍼経穴もあまり変わらないので、そのような結果になるわけである。学校教育においてもこのような現実を考慮した教育を行うべきではないかと考える。

4. 経穴の反応を探って取穴するのか

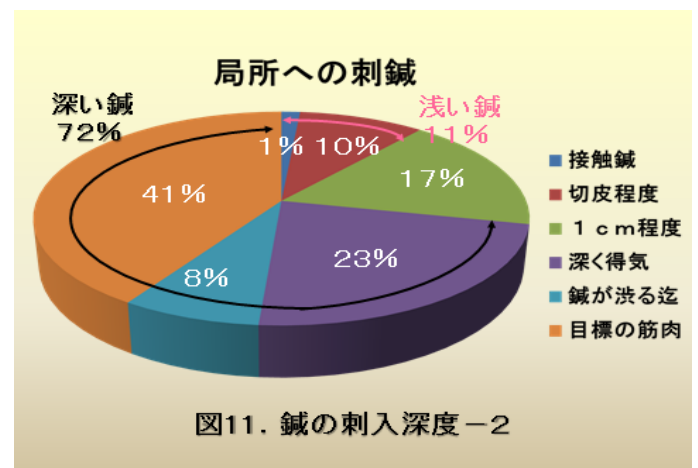
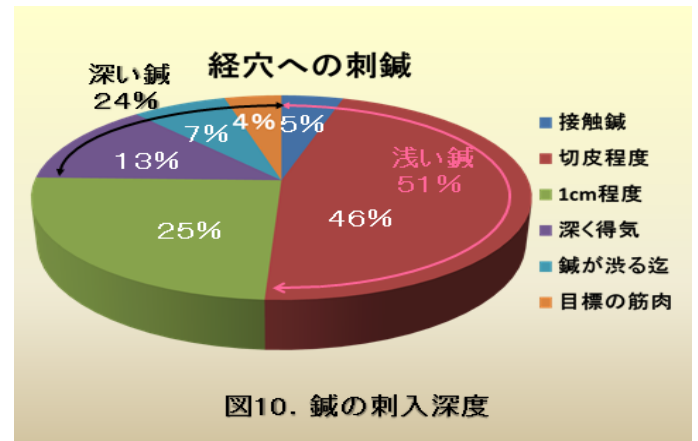
日本鍼灸の特徴の一つとして「触れる」があるが、皮膚或いは皮下の反応（圧痛・硬結・虚実等）を確認して取穴することが確かめられた（図 8）。経穴無視群やその他を除くと骨度法での取穴は 9% で 91% が皮膚に触れて反応を確認して取穴している。

反応の種類としては、圧痛・硬結が最も多く、次に虚している、緊張していると続くがこれらの 4 つの反応は全て 60% 以上の回答者が反応を確かめて取穴するとしているが、次に多い冷感、熱感、ざらざらなどの皮膚の反応については反応を確認する回答者は 20% 前後しかいない（図 9）。



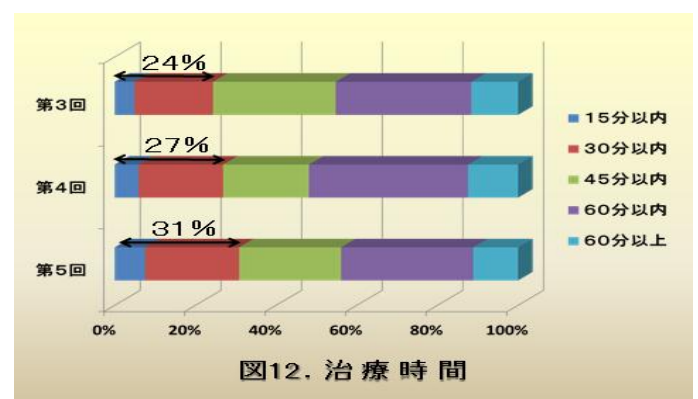
5. 鍼の刺入深度

鍼の刺入深度については、本治や全身調整に用いる経穴への刺入と局所への刺入はほぼ完全に使い分けられている。経穴に刺入する場合には接触鍼と切皮程度の刺入という浅い鍼の回答者が 51% と過半数を超えるのに対して（図 10）、障害局所への刺入は得気をえるまで、鍼が洩るまで或いは目標の筋肉までという比較的深い鍼が 72% を占める（図 11）



6. 治療時間

一人の患者に要する治療時間は、図 12 にあるように第 3 回より 30 分以内の短時間層が増えてきている。これは保険診療の普及と無縁ではないだろう。



7. 事故の経験

治療時における事故の経験は前回はディスポ鍼の普及もあって経験者が 40%とそれ以前のアンケートよりも初めて 50%を下回ったのであるが、今回は 45%と前回より増えた。

事故の種類を見てみると、切鍼は確かに減少しているが、気胸や脳貧血の発症は変わらず、火傷は前回よりも増加している（図 13）。気胸事故報道が示しているように国民に「鍼は怖い」というイメージを持たれることは非常に問題だからである。何れも学内教育で徹底されるべきであるし、気胸はそれなりの知識と技術が必要であるが、火傷や脳貧血は簡単に予防できるからである。

詳細な説明は省くが（詳細は医道の日本誌平成 23 年 12 月号参照）、脳貧血はベッドで座位になる際にベッドに腰掛けない（足を降ろさない）でベッド状に胡座をかいて座ると脳貧血が起こる確率は大幅に減少する。灸頭鍼の艾の落下による火傷は安い艾ではなく透熱灸用の高級艾を使えば落下事故は防げるのである。

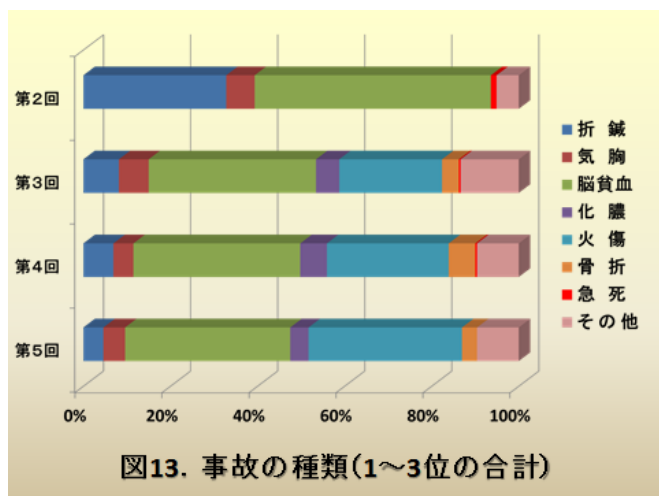


図13. 事故の種類(1～3位の合計)

8. 治療で多く扱う疾患

治療で多く扱う疾患については、筋骨格系・運動器疾患が多い基調は変わっていない（図 14）。しかし、今から 33 年前の昭和 53 年に行われた第 2 回アンケートと比較すると当時よりも筋骨格系の疾患は全体的に増加している。第 2 回では 12%の回答者が腰痛を多く扱う疾患の第 5 位以内に入れて無いし、肩こりも 5 位以内に入っているのは半数以下であることが象徴しているように当時は今ほど筋骨格系ばかりではなかった。内臓疾患（回答項目の消化器疾患・肝胆疾患・

循環器疾患・呼吸器疾患を合計したもの）を 5 位以内に入れた回答者が 40%もいるように、当時は非常に多彩な症状を有する患者が多くいた記憶がある。リウマチも激減しているが、第 2 回当時のリウマチや神経痛という概念は今ほどしっかりしていなく、痛みは関節痛があるとそのように判断していたので（医師も）認識の変化と考えると良いと思われる。

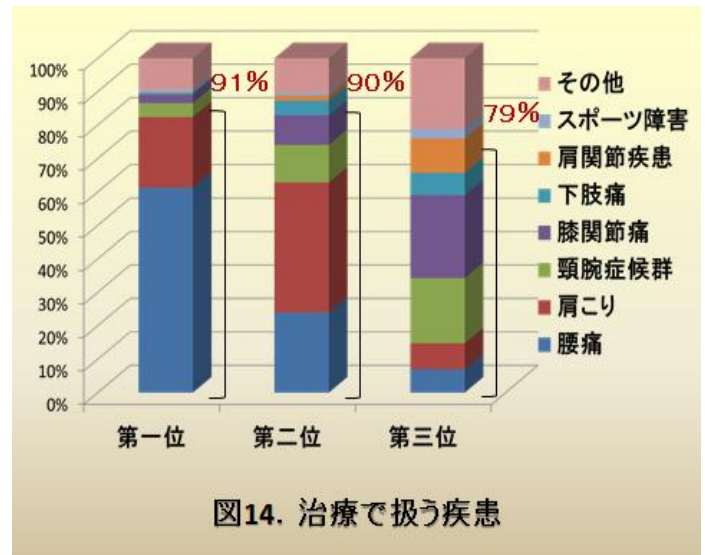


図14. 治療で扱う疾患

V. 経営

1. 治療料金

大人の 2 回目以降の平均治療料金は若干前回より高くなっているが、図 15 にあるように 2000 円以下、特に 1000 円以下の低料金層が大幅に増加している。これも保険診療の拡大と無縁ではないと思われる。

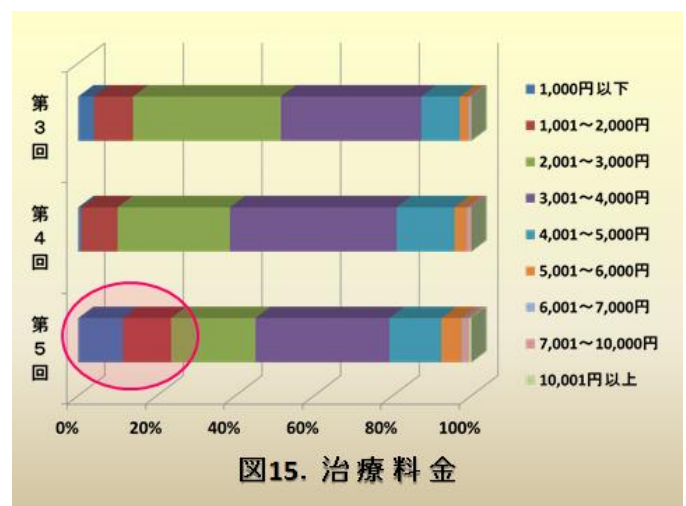


図15. 治療料金

2. 一月の休診日

一月の休診日は不況を反映してか前回は前々回よりも一月 4 日以内しか休診しない者が急増したが、今回は前回よりもまして休まない者が増えた（図 16）。

3. 健康保険の取り扱い

健康保険の取り扱いについては前回と大差ないが、この 10 年で同意書の簡素化や回数撤廃など健保については少し進展があり確かに制度上保険適用が難しいといった回答は減った。

4. 一日の来院患者数

一日の患者数について、異常な回答を整理するとほぼ 14 人で前回より 2.6 人も増加している。治療料金の二極化で二千元以下の低価格治療が増えたことも大きな一因であると考えられる。

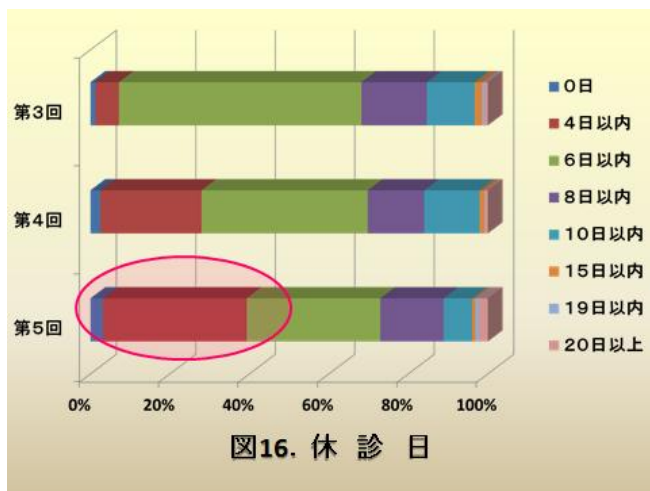


図16. 休診日

VI. 学習

1. 所属学会

所属学会は全日本鍼灸学会の会員が 27%、日本伝統鍼灸学会やその他多くの私塾的な学会まで含めても 49%と半数に満たない。しかし、全日本鍼灸学会は正会員が 3200 人余であり、約 5 万人程度業務に従事していると推定される鍼灸師の数%しか所属していない現状から鑑みると医道の日本誌読者は非読者に比較して数段資質が高いことがこのデータから分かる。

2. 研修会・講習会の受講

学会や研修会等の受講については受けないという回答が 32%いるが、逆に 4 カ所以上の講習会への参加者が 25%もいて、ここでも自己研鑽に努力する者と意欲のない者との 2 極化が見て取れる。

3. 免許更新制度

免許更新制度については若干賛成派が多い者の、賛否にほぼ差がなく拮抗している。免許更新制度は鍼灸

師を縛るものではなく、更新制度によって自己研鑽し、かつ国民に「鍼灸師は生涯研修を研鑽し努力している」ということを知らしめることによって鍼灸業の発展を目指す制度であるということを理解していただきたいものである。

4. 学校教育について

学校教育については不十分との回答が 7 割以上あったが、24%は内容は十分という回答であったが、臨床実習はもちろんのこと鑑別診断力や実技教育についても卒後すぐ開業するには全く不十分な内容であることは明確であるので内容は充分という回答者は認識が甘いということかもしれない。しかし、元々臨床家として一人前に卒後すぐなるということを考えてなければ（元々鍼灸師教育は医師と同様に卒後研修を前提としている非完成型教育制度であるので）、十分だという認識している者も多い。

不十分と答えた回答者に対して、どの程度の年数が必要かという質問に対しての回答では 72%が 4 年制と答え医師並みの 6 年制との回答は 16%であった。ここでも、教育年限が多ければ充分という問題ではなく、臨床実習等の臨床経験を積まなければ意味が無いという意見も多々あった。

5. 鍼灸学校の急増に対して

良いことと答えた回答者は 8%にすぎず、親切学校教育の充実の必要があるとの回答は 24%でその他は粗製濫造の危惧或いは競合が心配とか増やす必要は無いという、鍼灸学校の急増に批判的な意見が大半を占めた。

VII. その他

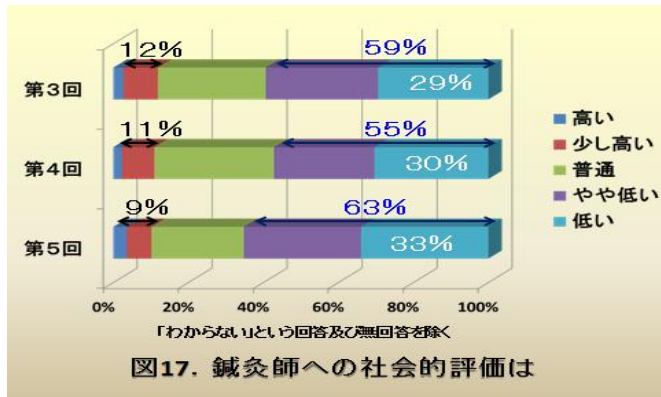
1. 自己の治療技術への自信

自分の治療技術に対しては前回まで自信のあるものは減少の一途であったが、今回前回に比して自信があるものが増えた。前回より若干来院患者数が増えたことと無縁ではないと思われるが、治療の自信は相対的な主観なので、全体が低下しているという評価もあり得る。

2. 鍼灸あはき師への社会的評価について

鍼灸あはき師への社会的評価は高い或いはやや高

いと思っている回答者は9%で反対に低い或いはやや低いと思っている回答者は63%で圧倒的に低いと思っている回答者の法が多かった。第3回と第4回では高いという評価は12%、11%で低いという評価は59%、55%で今回は前回よりも評価は低くなっている(図17)。



3. 鍼灸は医療か医療（医業）類似行為か

鍼灸は医療である、或いはどちらかといえば医療行為であるという回答を足すと約8割となり、前項の社会的評価と反対の結果となった。自らは医療人という認識であるが社会はそう思って無いということのようである。国民に医療人と思われていない（社会的評価が低い）ならばそれは患者増に繋がらないし信頼もされない。やはり国民に知らしめるべく自己研鑽をし、鍼灸の有効性を示すエビデンスを増やさなければならぬ。それを他人任せにしては何も解決しない。学会はもちろん業団にも全員が参加して会費を払い、情報を共有して一緒に考え行動する必要がある。

4. 今後の鍼灸について

今後の鍼灸について、現状のままで良いという回答は9%で他は何らかの方法で改革すべきということである。その方法として「法改正をして医療に位置づけよ」という回答が最も多く全回答の41%を占めたが、これは理想論であり実行するには最も困難な事業であり現実ではほとんど不可能といわざるを得ない。しかし、鍼灸師としてこの志は決して忘れてはならないと考える。現実的な方法として「保険診療を推進すべき」という回答が31%であったが、保険診療を進めることが是か非かは真剣に討論すべきであろう。このアンケートでもあるように保険診療が以前より拡大されて確かに患者数は増えたが単価は安くなっている

し、治療時間も短縮している。また、患者増によりベッド数（今回ベッド数が多いところが増えた反面、ベッドがないか1台だけのところも増えてここでも2極化が見られる）やスタッフの増やさなければならぬなどの経費増も考えられ、多少の売り上げ増でカバーできるのかどうかは問題である。また、治療時間の短縮は場合によっては手抜き治療となる、或いは局所治療のみになって鍼灸本来の自然治癒力を亢進させる、或いは心身相関の全人的医療というメリットが失われないかというような危惧が潜在していることも忘れてはならないからである。

5. 中国の鍼灸に関する世界的動きについて

世界遺産に鍼灸を登録するとか、ISOに鍼という器具の標準化のみならず教育内容、資格等にまでも世界標準を作ろうとする、また生物多様化条約(COP10)などで鍼灸を遺産(特許)登録して、世界中の鍼灸師から特許料なるものを取りようと画策する等の中国の鍼灸に関する非常にエゴイスティックな世界的動きに対して納得するとか協力すべきという中国を擁護する回答が8%といたが、23%と多くの回答者が分からないという回答しているように実態をきちんと把握していないのではないと思われる。そして、7割近くが日本鍼灸を世界に広めるべきと答えている。本年6月全日本鍼灸学会と日本伝統鍼灸学会が学術大会を東京有明大学で共催したが、その中のメイン事業は「日本鍼灸に関する東京宣言」であり、ようやく日本鍼灸についての統一的な見解がまだまだ玉虫色ではあるけれどもまとめられ、世界に発信することができた。今後のこのような努力を進めて行かないと世界の中で日本鍼灸は埋没すること必定である。

6. 将来の見通しについて

業界の10年後の見通しに付いてはこれまでの調査とほとんど変わりが無く、悲観的な見方の方が大分多い。自分の将来に対してはこれまでと全く同様に業界の見通しに比べて楽観的な見方が多いがそれでも「明るい」「少し明るい」「不安はない」という楽観的な回答は37%で4割にも満たない(図18)。バブル崩壊直後の第3回調査時も約1割ほど楽観的が減少して悲観的が増加した基調はこの20年間変わらない。

VIII. まとめ

全般的にはこの 10 年間の大変動の割には前回とそれほど大きな差は無かったが細かく見るといろいろな変化が見られそれらをきちんと分析し理解することが今後の糧に繋がると思われる。今回の質問項目には前回になかった項目が多々含まれ、びっくりするような知見が得られているが単純集計だけの本報告にはあまり出すことはできなかった。

医道の日本誌の業界アンケートは非常に膨大なデータであり全てを解析することは時間的に無理があるが、資料としては宝庫でもある。本研究会では、いわゆる単純集計と過去との比較を主にまとめたが、平成 23 年 12 月号の医道の日本誌上で例えば鍼の刺入深度の深浅と患者数の関係はあるのか、とか治療に専門性を持たせると患者数や売り上げに貢献するのかななどの様々なクロス集計や平均値の差の検定などを行った報告をするし、その中で様々な想像してなかった知見も散見できるので、詳細はそちらを参照されることを希望する。

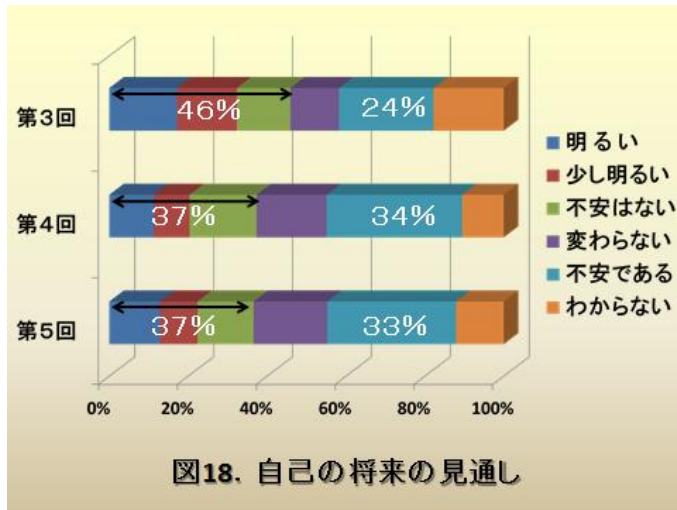


図18. 自己の将来の見通し

7. 治療院生き残りの条件について

治療院の生き残りの条件については第4回が 63%、今回が 59%と約 6 割が技術と答えている。技術以外の条件としては前回と比べて「人柄」或いは「社会的アピール」と答えた回答が増えた。今の鍼灸師にかけているといわれるコミュニケーション能力や業界の社会的アピール不足を指摘されたとも思われるが、後者は鍼灸医療推進研究会が今進めている事業でありこれが実を結ぶことを期待する（図 19）。

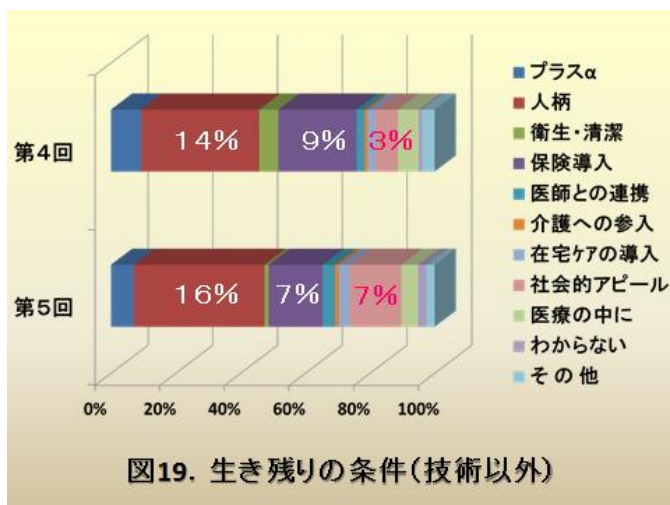


図19. 生き残りの条件(技術以外)

「鍼灸学専攻大学院生の鍼灸学研究に対する意識調査 ～日本の場合～」

嶺 聡一郎¹⁾ 伊藤和真¹⁾²⁾ 根岸とも子³⁾⁴⁾ 箕輪政博³⁾⁵⁾

形井秀一⁵⁾ 1) 名古屋医専、2) 京都大学大学院人間・環境学研究科、

3) 首都大学東京大学院 都市環境科学研究科、

4) 日本医学柔整鍼灸専門学校、

5) 筑波技術大学保健科学部

【はじめに】

近年、伝統医学の再評価や補完代替医療としての意義付けが世界的に行われている。

東洋医学においても WHO/ WPRO による経穴部位、用語の標準化が行われ、また、東洋医学そのものの国際標準化が ISO で議論の俎上に乗せられていることも、周知の事実である。いわば、鍼灸も国際化という局面に対してはいえる。

このような世界的な流れの中で、現代社会において鍼灸はどのように位置付くかを改めて捉え直す必要があると考えられる。

その一端として、教育、研究における鍼灸の現状を把握するため、鍼灸学を研究する各国の高等教育機関の学生が、鍼灸学に対してどのような意識を持っているかを調査する必要性がある。

社会鍼灸学研究会では、教育、研究における鍼灸の現状を把握し、鍼灸学を研究する各国の高等教育機関の学生がどのような研究活動を行っているのか、また、鍼灸学に対してどのような意識を持っているかを調査することで現代社会における鍼灸の位置付けの一端を明らかにする試みを行っている。

今回その試みの端緒として、本邦の鍼灸学専攻大学院生の鍼灸学研に対するアンケート形式による調査を実施した。

【目的】

鍼灸学を専攻する我が国の大学院生の研究活動とその意識を明らかにする。

【対象】

本邦最初の鍼灸高等教育機関を開設した大学の大学院修士課程 2 年生 16 名。

【方法】

質問紙法によるアンケートの一斉実施と、その結果

の単純集計を行った。

(質問紙は次ページの通り)

【結果】

単純集計から、特徴的と考えられる以下のような結果が得られた。

1. 鍼治療の効果

鍼治療についての効果があるかについては、「そう思う」、「まあそう思うという」回答を合わせ、全員が疑義をもっていなかった。(質問 B-2 表. 1)

その効果があると答えた根拠としては、患者、乃至は自己の治癒経験が多く挙げられている。

(質問 B-4 表. 2)

表 1. あなたは鍼治療は効果があると思いますか。(n=16)

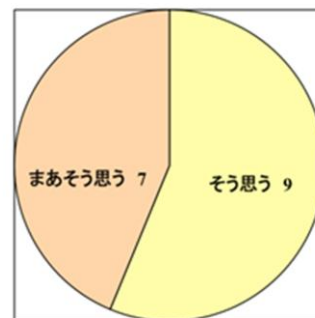
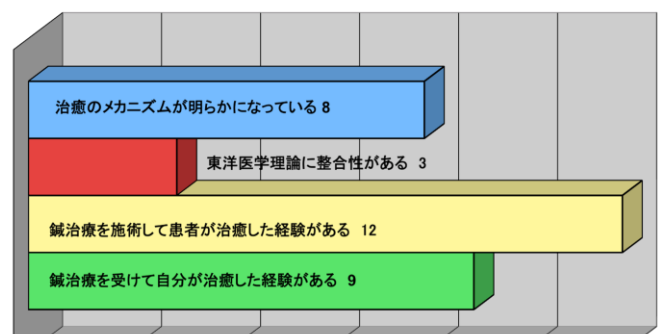


表 2. そう思う、まあ思うと答えた理由はなぜですか。

(n=16 複数回答可)



A-1. あなたはなぜ医療分野を選びましたか。(○はひとつだけ)

	そう思う	まあ思う	あまり思わない	思わない
1. 社会的身分が高い。	1	2	3	4
2. 収入が多い。	1	2	3	4
3. 医療を通して社会に役立ちたい。	1	2	3	4
4. 尊敬される仕事である。	1	2	3	4
5. 輝かしい仕事である。	1	2	3	4
6. 人にすすめられた。	1	2	3	4
7. その他 [具体的に:]				

A-2. あなたは専門分野を研究する際、現代西洋医学の観点に立脚していますか、それとも東洋医学の観点に立脚していますか。 (○はひとつだけ)

1. 現代西洋医学の観点 → A-3 にお進みください。
2. 東洋医学の観点 → A-4 にお進みください。
3. その他〔具体的に: 〕 → A-5 にお進みください。

A-3. あなたはなぜ自分の専門として現代医学的観点(日本の場合、「現代医学的偏見」と称す)を選びましたか。(○はひとつだけ)

	あまり			
	そう思う	まあ思う	思わない	思わない
1. 東洋医学より優れている。	1	2	3	4
2. 東洋医学に無い良さがある。	1	2	3	4
3. 東洋医学を補完するから。	1	2	3	4
4. 西洋医学の思想が好きである。	1	2	3	4
5. 科学的医学である。	1	2	3	4
6. 家業を継ぐためである。	1	2	3	4
7. 医師になれなかったから。	1	2	3	4
8. 医師以外の医療従事者になれなかったから。	1	2	3	4
9. その他【具体的に：】				

B-2. あなたは鍼治療は効果があると思いますか。(○はひとつだけ)

1. そう思う 2. まあ思う
_____ ↓ _____
 B-3へ

3. あまり思わない 4. 思わない
_____ ↓ _____
 B-4へ

※4. (そう思う)。(まあ思う)と答えた理由はなぜですか。(〇はいくつでも)

1. 西洋医学的に治癒のメカニズムが明らかになっている、または明らかになりつつあるから。
2. 東洋医学理論に整合性があるから。
3. 鍼治療を施して患者が治癒した経験があるから。
4. 鍼治療を受けて自分が治癒した経験があるから。

B-5. (あまり思わない),(思わない)と答えた理由は何ですか。(〇はいくつでも)

1. 西洋医学的に治癒のメカニズムが明らかではない、または明らかになる見通しがないから。
2. 東洋医学理論に整合性がないから。
3. 鍼治療を施術して患者が治癒した経験がないから。
4. 鍼治療を受けて自分が治癒した経験がないから。

..... ここからは会員の方にお聞きします

B-6. あなたが行っている治療法は何ですか。(〇はいくつでも)

通感療法	梅花鍼療法	三棱鍼療法	皮内鍼療法	皮膚針療法	頭鍼療法
耳鍼療法	手鍼療法	足鍼療法	留鍼灸療法	蜂鍼療法	穴井注射療法
鼻鍼療法	接触鍼療法	小児鍼療法	電鍼療法(パルス通電)		

8-7. あなたが行っている鍼治療の治効についての理論的根拠は何ですか。(〇はひとつだけ)

番号に○をつけて、その理論を()内に記入して下さい。

1. 中国古典に基づいた理論()
2. 西洋医学に基づいた理論()
3. 伝統医学に基づいた理論()
4. その他 ()

B-8. あなたは西洋医学に比して鍼治療の効果はあると思いますか。 (○はひとつだけ)

1. 西洋医学以上の効果がある。
2. 西洋医学と同等の効果がある。
3. 西洋医学より効果が低い。
4. 患者や疾患により異なる。

A-4、あなたはなぜ自分の専門として東洋医学的観点(日本の場合、「東洋医学的観点」と称す)を選びましたか。(○はひとつだけ)

	あまり			
	そう思う	まあ思う	思わない	思わない
1. 西洋医学より優れている。	1	2	3	4
2. 西洋医学に無い良薬がある。	1	2	3	4
3. 西洋医学を補完するから。	1	2	3	4
4. 東洋医学の思想が好きである。	1	2	3	4
5. 長い歴史のある医学である。	1	2	3	4
6. 家業を継ぐためである。	1	2	3	4
7. 医師になれなかったから。	1	2	3	4
8. 医師以外の医療従事者になれなかったから。	1	2	3	4
9. その他 [具体的に:	]			

A-5. あなたはなぜ自分の専門として「その他」を選びましたか？（自由に記載して下さい）

..... ここからは会員の方にお聞きします

A-8. あなたが主に研究している対象は何ですか？ (〇はいくつでも)

鍼灸 吸球 瀉血 湯液 手技療法 現代藥 外科治療 古典文獻

その他〔具体的に〕:

8【鹹に関する基本的事項】

問-1. あなたは東洋医学の中で鍼と湯液のどちらが効果的治療と考えていますか。
(○はひとつだけ)

1. 鹹
2. 湯液(漢方薬)
3. 両方
4. 両方とも有効ではない。
5. 患者(疾患)により異なる。

C【研究に関する事項】

C-1. あなたの現在または、将来の研究分野と具体的研究テーマは何ですか。

番号に○をつけて、その理論を()内に記入して下さい。

1. 基礎医学分野()
2. 臨床医学分野()
3. 社会医学分野()
4. その他の分野()

C-2. あなたがそのテーマを研究する理由を答えてください。(〇はいくつでも)

1. 鍼医学の体系を完成させるため。
2. 自国の医学の発展に貢献するため。
3. 国民の健康に資するため。
4. 鍼の治効メカニズムを明らかにするため。
5. 世界人類の健康のため。
6. 持続可能な社会を実現するため。
7. その他(

C-3. あなたは今の研究環境に満足していますか。(○はひとつだけ)

- はい
- いいえ

C-4. あなたの研究理論に足りないと思うものに○をつけて下さい。(○はいくつでも)

1. 資金 2. 設備・施設 3. 人材 4. 指導・助言 5. 情報・文献・資料
6. その他(具体的に：)
7. 特になし

C-5. あなたは今後の城について、どのようなことが研究されるべき問題と考えますか。

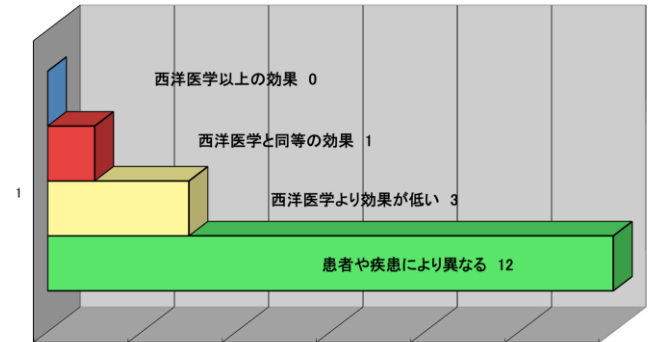
(○はいいくつでも)

1. 基礎医学(具体的に:)
2. 臨床医学(具体的に:)
3. 社会医学(具体的に:)
4. その他 (具体的に:)

2. 西洋医学との効果の比較

西洋医学に比した場合の鍼治療の効果については、患者や疾患によるとの考えが多くなっている。(質問 B-8 表.3)

表 3. あなたは西洋医学に比して鍼治療の効果
あると思いますか。(n=16)



3. 研究課題

現在、または将来の研究分野としては基礎、臨床分野が大半を占めているが、社会医学分野も皆無ではない。(質問 C-1 表.4)

また、今後研究されるべき課題としては、やはり基礎医学分野、臨床医学分野が多く挙げられていますが、社会医学分野についても現在の研究テーマに比して、数は増えている。(質問 C-5 表.5)

表 4. あなたの現在または、将来の研究分野と

具体的研究テーマは何ですか。(n=16 複数回答可)

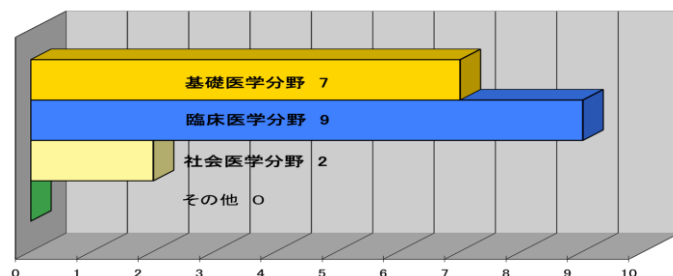
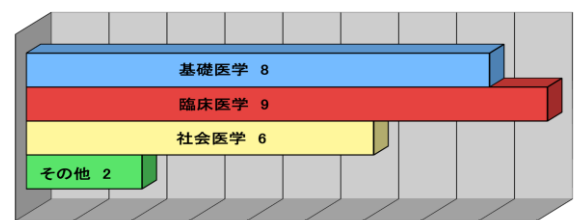


表 5. あなたは今後の鍼について、どのようなことが研究
されるべき課題と考えますか。(n=16 複数回答可)



D【鍼治療の今後について】

D-1. あなたは将来、どのような道筋を希望しますか。(〇はいくつでも)

1. 研究者 2. 教育者 3. 教育者かつ研究者 4. 医療機関勤務 5. 独立して開業
6. 医療関係の経営者 7. 公務員 8. 政治家 9. その他(具体的に:)

D-2. 今後の自国における鍼治療は、どのように社会で認識されていくのがよいとあなたは思いますか。(〇はいくつでも)

1. 一般的な医療行為として認識されるのがよい。
2. 補充的あるいは代替的医療行為として認識されるのがよい。
3. 伝統的医療行為として認識されるのがよい。
4. 西洋医学のカウンターメディスンとして認識されるのがよい。
5. 医療行為として認識されないのがよい。
6. その他()

D-3. 医療行為として鍼治療が認識される場合、西洋医学に比して社会的にはどのような位置付けになるべきだと思いますか。

1. 西洋医学よりも受け入れられているべき。
2. 西洋医学と同等に受け入れられているべき。
3. 西洋医学より受け入れられるべきではない。

D-4. 今後鍼治療の効果は、西洋医学に比して、どのように認識されるべきだと思いますか。

1. 西洋医学より高い治療効果があると考えられているべき。
2. 西洋医学と同様の治療効果があると考えられているべき。
3. 西洋医学より低い治療効果があると考えられているべき。
4. その他()

D-5. あなたの国では今後、誰が鍼治療を担うのがよいと思いますか。(〇はひとつだけ)

1. 西洋医学の医師が鍼治療を担う。
2. 医師以外の西洋医学従事者が鍼治療を担う(看護師など)。
3. 鍼専門医療者(例. 鍼灸師、中医師)が鍼治療を担う。

4. その他 (具体的に:)

D-6. あなたは自国の鍼治療受療率を知っていますか。
知っている方は具体的な数字をお書き下さい。(〇はひとつだけ)

1. 知らない
2. 知っている(鍼受療率は %)

D-7. あなたは今後鍼治療は、グローバルスタンダードに基づく治療法に統一する方向がよいと考えますか。(〇はひとつだけ)

1. そう思う 2. まあ思う 3. あまり思わない 4. 思わない
→ D-8 へ → D-9 へ

D-8. (そう思う)・(まあ思う)と答えた理由はなぜですか。(〇はひとつだけ)

1. ある国の基準に統一する方向がよい。
2. 特定の国に依らず、グローバルスタンダードを確立する方向がよい。
3. その他(具体的に:)

D-9. (あまり思わない)・(思わない)と答えた理由はなぜですか。

1. それぞれの国のやりかたを尊重する方向がよい。
2. グローバルスタンダードを確立することが困難である。
3. その他(具体的に:)

…… ここからは会員の方にお聞きます ……

E【基本的属性・夢】

E-1. あなたの年齢 ()歳

E-2. あなたの性別 女 + 男

E-3. あなたの臨床経験年数 ()年

E-4. 大学入学前の経歴を教えてください。(〇はひとつだけ)

- +大学生 +鍼灸臨床家 +一般企業就職 +公務員 +その他()

E-5. あなたの学費はどのように滞っていますか。(〇はいくつでも)

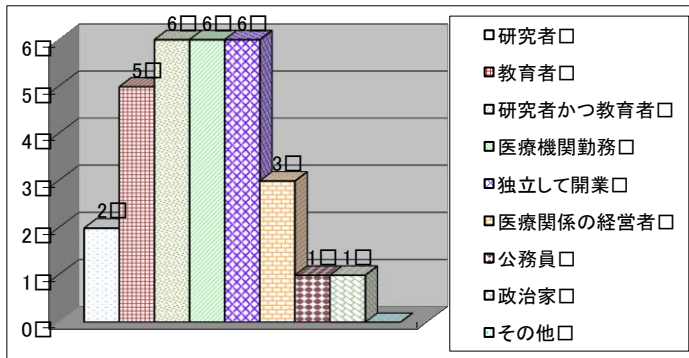
- +保護者 +貯蓄 +親戚 +アルバイト +奨学金 +その他()

E-6. あなたの夢について自由に記述してください。

4. 希望する進路

将来の進路については、教育、研究、開業による臨床従事がほぼ同じ程度に希望されている。(質問 D-1 表. 6)

表 6.



5. 鍼治療に対する認識

今後の鍼治療についての自国での認識については、「一般的な医療行為」、あるいは「補完代替的な医療行為」として認識されるのが好ましいとの回答が多く挙げられた。「伝統的医療行為」として、という回答も含めると、医療行為として認識されることが望ましいとの回答が大半だった。(質問 D-2 表. 7)

また、西洋医学に比して、医療行為としての鍼治療の社会的位置付けについては、「西洋医学と同等に受け入れられるべき」という回答が大半だった。(質問 D-3 表. 8)

西洋医学の治療効果に比して鍼治療の効果についてどのように認識されるべきかについては、「西洋医学と同等」、「西洋医学より治療効果は低い」と認識されるべきと、意見が分かれた反面、「その他」として疾患や患者によるという回答がそれらよりも多く挙げられた。(質問 D-4 表. 9)

表 7. 今後の自国における鍼治療は、どのように社会で認識されていくのがよいとあなたは思いますか。
(n=16 複数回答可)

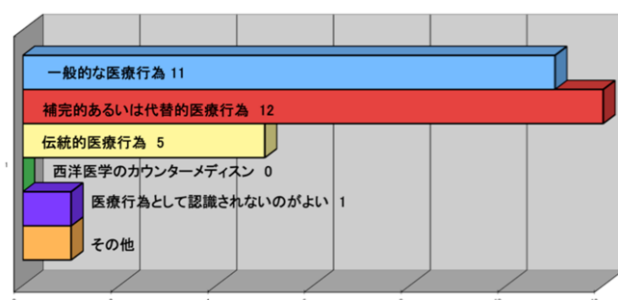


表 8. 医療行為として鍼治療が認識される場合、西洋医学に比して社会的にはどのような位置付けになるべきだと思いますか。(n=16)

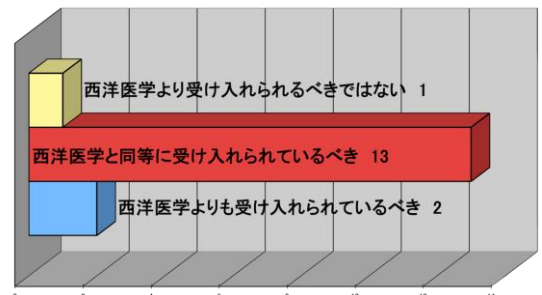
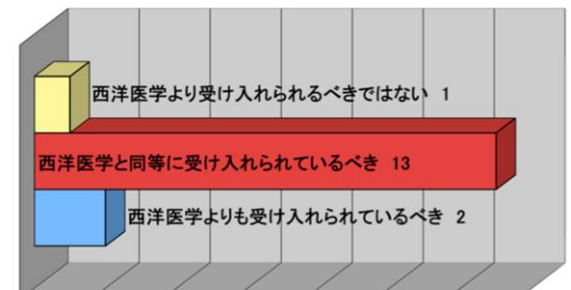


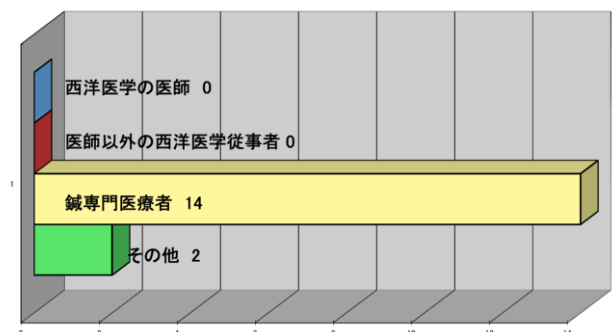
表 9. 今後鍼治療の効果は、西洋医学に比して、どのように認識されるべきだと思いますか。(n=16)



6. 鍼治療の担い手

今後の鍼治療の担い手については、他の医療職ではなく鍼治療の専門家が担うべきとの回答が殆どを占めた。(質問 D-5 表 1 0)

表 10. あなたの国では今後、誰が鍼治療を担うのがよいと思いますか。(n=16)



7. 鍼灸のグローバルスタンダード化

今後の鍼治療についてのグローバルスタンダード化については、半数以上が賛成と回答した。(質問 D-7 表 1 1)

グローバルスタンダード化に賛成したうち過半数以上が、特定の国のメソッドに拠らないことが望ましいと回答している。(質問 D-8 表 1 2)

一方、グローバルスタンダード化に否定的な見解について、それぞれの国のメソッドを尊重すべき、スタンダライズが困難など、その理由は様々であるということが分かる。(質問 D-9 表 1 3)

表 11. あなたは今後鍼治療は、グローバルスタンダードに基づく治療法に統一する方向がよいと考えますか。
(n=16)

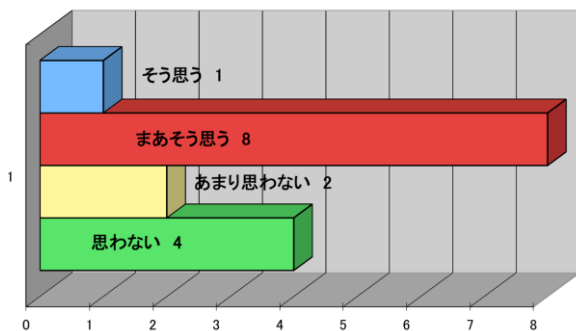


表 12. そう思う、まあ思うと答えた理由はなぜですか (n=16)

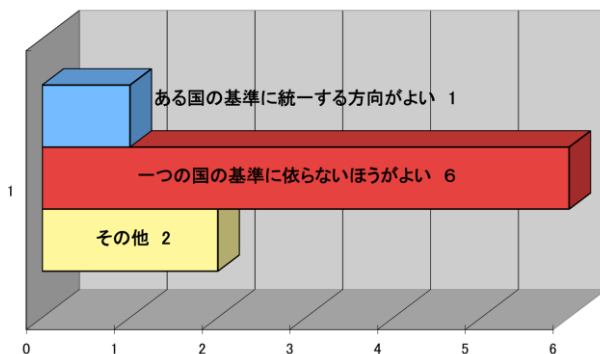
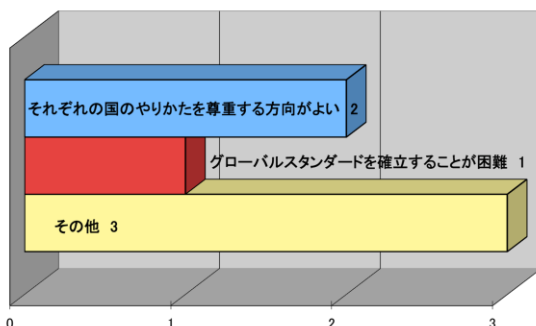


表 13. あまり思わない、思わないと答えた理由はなぜですか。 (n=16)



【考察】

以上の結果から、大学院生の鍼灸研究についての意識において、鍼治療の効果の根拠は学問的理解だけではなく自己の経験も大きく影響しており、また、疾患

や患者により効果が異なるとの回答からは、無批判にどのような疾患にでも鍼治療の効果があるとは考えていないことが示唆されていると言える。

また、現時点での研究分野としては基礎・臨床医学が多いが、将来的には社会医学的研究の必要性が認識されている。

鍼治療が一般的医療、あるいは補完代替医療として社会に受け入れられるべき、西洋医学と同等に受け入れられているべきという回答の多さからは、現時点で鍼治療は一般的医療として、あるいは西洋医学と同じ様には社会に受け入れられていないという認識が伺える。同時に、鍼専門医療者が今後の鍼治療を担うべきという回答の多さから、西洋医学とは異なる専門医療分野としての認識が存在していることが示唆される。

鍼治療のグローバルスタンダード化については賛成が多いが、賛否に関わらず一つの国の方法に拠らないこと、それぞれの国の独自の方法が望ましいという回答がみられることから、鍼治療には国によって方法論が異なり、唯一の方法論があるわけではないと認識されていることが示唆される。

【結論】

今回の調査からは、本邦の鍼灸学専攻大学院生において鍼治療の効果は学問的理解と自己経験から確信されているが、その効果は疾患や患者により異なるという認識が多いことがわかる。

現在の研究は基礎、臨床分野が多いが、将来的には社会医学的研究の必要性が認識されている。

また、鍼治療は現在の日本社会では一般的医療として受容されていないと考えていないが、西洋医学とは異なる専門的医療として認識されている。

鍼治療のグローバルスタンダード化が必要という認識は多いが、その方法論は唯一ではなく国により異なると考えられていることが示唆された。

【おわりに】

今回の調査は現代社会における鍼灸治療の位置づけを探る試みの一部である。

今後の課題として、他の国の高等教育機関の学生を対象にした横断的意識調査を行い比較することで、国際化する鍼灸と我が国の鍼灸の現状の一端をより明

らかにする必要があると考えられる。

今回の調査にあたりご協力いただいた明治国際医療大学鍼灸学研究科の方々と篠原昭二教授に深くお礼を申し上げます。