

社会鍼灸学会
研究

社会鍼灸学研究 2012

第7号

社会鍼灸学研究会

序

筑波技術大学保健科学部

形井秀一

鍼灸がグローバル化しつつあると言っても、現場の鍼灸師には余り実感はないかも知れない。寿司が「世界の食」の一つに食い込みつつあることに実感がないのと同じように。

島国日本で、他の国や地域にはおそらく余り広がらなかった寿司を食する習慣、つまり、生の魚を使い、米を発酵させて（今は酢を混ぜるだけだが）食する習慣を発展させたことは、日本の食文化の特徴を示すものであるが、それが、海外にクールなニッポ文化として受け入れられるとは思ってもよらなかった。

洋服が主流である現代に、ハッピーを着て寿司を握る姿に違和感があった。その上、素手で握る寿司を欧米人が口に運ぶはずはなかろうと思いついていた。中国料理やイタリア料理、フランス料理など、火と油を使い、独特の味付けをして世界中に広がったのは、味付けとして加味される調味料やソースの強い個性があったからこそで、わずかな酢とミリンで味付けした米の上に、生の魚を小さく切って載せ、なじみのない醤油を付けて食する寿司は、強く特徴のある味付けで広がった欧米の食と対極にあるので、欧米の料理と同様には広がることはないだろうと思っていたのだ。

しかしである、寿司は今や日本食の代表として世界中に広まり、現地化した。クールジャパンの筆頭だ。カリフォルニアでカリフォルニアロールなるものにお目にかかった時には、若き頃、寿司職人になるための修行に出たかった私には、いささかグロテスクに思えて、心穏やかではなかったが、紛れもなく寿司のグローバル化の証左であると認めざるを得なかった。

さて、寿司が、世界の食として広がりつつあることに実感がないのではと言ったが、寿司の食材の輸出入に関わる業者にとっては、寿司の世界的な広がりにより生じる様々な問題、例えば、寿司の種である魚の水揚げ量や値動き、食材としての安全性の確保の問題、寿司のもう一つの食材である米についての同様の問題などには、いち早く敏感に反応して、様々な手を打ってきたに違いない。寿司を握る職人は客の反応を気にしていればよいかも知れないが、輸出入業者にとっては世界の漁獲量や世界の食文化や人種や民族の食の好みの傾向等についての世界的な視野が欠かせないであろう。

と考えを広げていくと、これは、現在、鍼灸が直面しているグローバル化と、日本の文化の一部となっていると主張したい日本スタイル鍼灸との間にある問題と同じ構図であると気づく。

ある国からもたらされた食や芸術や生活様式が日本的に変化し、それがいつの間にか日本独特のものとなり、発祥の地やその時代のものとは変化してしまっているが、むしろ現代にマッチし、受け入れやすい状況になっているものがある。

鍼灸は 2000 年前に中国に発祥したものである。しかし、日本という国に 1300 年以上存在する間に、時代の変化と共に日本の風土や文化の影響を受け、日本的に変化した。日本人の身体にあった道具や治療法に変化させようと昔の鍼灸関係者は努力してきたことであろう。

今や、日本スタイル鍼灸は、世界の主流である中国スタイルの鍼灸とは異なる特徴を持つものに変化した。それは、道具も技術もそれを受ける患者の意識までも世界の流れと異なっていることを意味する。しかし、日本スタイルが生き残ることの意義が我々日本人に共通に認識されるのであれば、このスタイルをどの様にして守り発展させ得るかを我々は考えなければならない。その役割を現代の鍼灸師は担っていることを認識しなければならないであろう。そして、寿司が世界に広がったことをイメージできなかった私自身の反省を踏まえ、日本鍼灸の特徴を備えた日本スタイルの鍼灸が世界に広まっていく方法を考え、主張しなければならないと思う。

「主張」なきところに「存在」はないのであるから。

社会鍼灸学研究 2012 (通巻7号)

目次

- ・ 序
形井秀一 (筑波技術大学保健科学部) i
- ・ 東日本大災害後1年間の鍼灸ボランティア活動のまとめ
嶺 聡一郎 (社会鍼灸学研究会 名古屋医専) 1
- ・ 鍼灸マッサージ師による災害支援の方法論
三輪正敬 (災害鍼灸マッサージプロジェクト) 13
- ・ 東日本大震災ボランティア受け入れコーディネイトの結果概要
樋口秀吉 (被災者支援プロジェクトチーム東洋医療代表) 27
- ・ 日本鍼灸とは何か? - 「世界の中の日本鍼灸」を考えるために -
形井秀一 (筑波技術大学保健科学部) 38
- 原著
・ アンケート調査からみた鍼灸経験者と非経験者における鍼灸への印象の違い
矢島幹弘 (株式会社あいち統合医療 犬山鍼灸治療所、愛知県三市合同鍼灸師会) 43
- 原著
・ はり師きゅう師が関与したわいせつ行為に関する新聞記事の分析
飯村佳織 (帝京平成大学大学院健康科学研究科はり灸学専攻) 51
- 報告
・ 痛みを表現する言葉の理解に関する調査～医療系専門学校在学中の学生における男女比較～
泉理恵子 (平成医療学園専門学校、明治国際医療大学 大学院修士課程) 63
- 報告
・ 骨盤位矯正治療中に破水した一症例
山田文 (田山鍼灸院) 74
- ・ あとがき
形井秀一 (筑波技術大学保健科学部)

東日本大震災後1年間の鍼灸ボランティア活動のまとめ

社会鍼灸学研究会 名古屋医専

嶺 聡一郎

【はじめに】

2011年3月11日に起きた東日本大震災とそれに伴う津波災害では、鍼灸を通じての被災地支援が行われた。

筆者は2011年8月のシンポジウム「災害と鍼灸」(社会鍼灸学研究会・全日本鍼灸学会共催)にて、東日本大震災発生から2011年7月までに、主としてボランティアにより行われた鍼灸による被災地支援活動を「災害時鍼灸医療」と捉え、調査報告を行ったが、その際に調査から漏れた活動や、調査期間以降に行われた活動が存在した。

本稿ではその後に行った追加調査の結果も加え、今震災における災害時鍼灸医療の展開地域と展開時期の概括を行うことを試みた。

また、昨夏の調査で寄せられたアンケートを中心に、自由回答のテキスト分析から災害時鍼灸医療の課題を検討した。

なお、筆者が調査し得た以外にも、個人的活動、継続性の無い単発での活動など、様々な形式での支援活動があったことが、インターネットによる検索とインフォーマントからの情報提供により判明している。本調査では継続性をもったグループでの活動を対象としたが、これも調査で網羅できなかった活動が存在する可能性がある。東日本大震災での日本の鍼灸師による被災地支援活動の全容は、未だ解明の途上であることを付言しておく。

【目的】

東日本大震災による被害に対して、日本の鍼灸師がどのような支援活動を、どこで、いつ、展開したかを調査し、その概要を明らかにする。

また、災害時鍼灸医療の課題を明らかにする。

【調査概要】

1. 対象

2011年3月11日から2012年7月20日までに東日本大震災被災地で鍼灸治療を用いた支援活動を行った中で、1回の活動期間またはトータルの継続活動期間

が5日以上グループ。

2. 方法

(1) 調査対象の抽出

災害時鍼灸医療の概括について、対象抽出は以下の方法をとった。

1) インターネットによる対象サンプリングと情報収集

なお、インターネットによるサンプリングは以下のキーワードにより行った。

【東日本大震災 and 鍼灸 and ボランティア and 現地活動 and 医療支援 and 団体】

2) インフォーマントからの情報提供

鍼灸による被災地支援活動についての情報を有するインフォーマントを通じたサンプリング。3) 2011年4月から2012年6月までに発売された『医道の日本』、『鍼灸ジャーナル』、『中医臨床』、『鍼灸 OSAKA』の検索。

(2) 活動内容の調査

1) アンケート

活動内容の把握のため、調査対象となったグループには出来る範囲で調査協力を依頼し電子メールによりアンケートを送付した。アンケート項目は原則として統一したが、活動の実態を明らかにすることを最優先に、適宜変更を加えた。

アンケート項目は以下とした。

- a. 活動場所
- b. 活動期間
- c. 治療対象
- d. 延べ治療人数
- e. 延べ参加治療者数
- f. どのような症状の訴えが多かったか
- g. 他の医療関係者、医療関係機関との連携の有無、連携のある場合は連携先ないし連携職種を教えてください。
- h. 地元での受け入れ組織および地元自治体、自治体外郭団体との連携の有無、連携のある場合

は連携先を教えてください。

2) 活動報告検索

すでに活動報告が公開されているグループについてはこれを検索し、その内容から活動内容を把握した。

3) 災害時鍼灸医療の課題検討

前記アンケートには以下の項目を付した。

- 1 活動して良かった事
- 2 活動して困難を感じたこと
- 3 感じた問題点と今後の課題
- 4 活動しての感想、伝えたいことなど

質的データ分析ソフト『WEFT QDA』を使用して、これらの項目のうち、2と3に対する回答内容の定性コーディングを行い、災害時鍼灸医療の課題となるものについてカテゴリズを試みた。

【結果】

1. 災害時鍼灸医療の概括

(1) 活動グループ

調査対象として16のグループが抽出された。そのうち11のグループはアンケート回答から、3つのグループは活動報告からその活動内容が明らかになった。2つのグループについては雑誌媒体とインターネット上ホームページから活動概要を知ることができた。

ホームページから活動概要を知り得た団体については、その代表者の講演から活動内容を確認した。(表1)

(2) 活動地域

今震災での被災地域は広いが、アンケートに回答したグループの活動地域は3県14市7町に及んだ。(図1-1, 1-2)。21市町のうち16市町が津波被害を受けていた。また、それ以外の市町も含め、社会的インフラストラクチャーの被害が大きいエリアだった。

治療を行った具体的な場所は、避難所、被災者個人宅、行政施設、消防施設、福祉施設であった。

(3) 活動期間

最も早い活動は3/17より始まり、調査対象となったグループでは10グループが2011年中に活動を終息させている。6グループは2012年7月現在活動継続中であった。

(4) 患者数と治療者数

本調査から判明したのべ患者数は11,052名、治療に従事した治療者数はのべ1,946名である。

ただし、この数にはあん摩・指圧・マッサージによる

治療のみの患者、治療者も含まれている。鍼灸とともに手技療法による治療を含んだ活動を展開した団体が複数存在するためである。

(5) 治療対象

治療対象には被災者以外に、避難所、行政、消防等の職員、避難所ボランティア、現地で被災した医療機関スタッフも含まれている。

(6) 医療連携

活動自体が多種の医療職種で構成されて活動したグループ以外は、避難所医療スタッフとの連携が中心だった。他の医療機関との連携のない活動もあった。

(7) 地域連携

活動地での地域組織との連携は、現地自治体、社会福祉協議会、ボランティアセンターが中心だった。

また、医療ボランティア受入れの窓口が一定せず、避難所単位で直接交渉した例も報告された。

(8) 多かった主訴

複数回答により挙げられた主訴は16種だった。肩こり、腰痛、不眠、頸肩部の疼痛が共通して多く、回答数全体の半数以上を占めたが、多岐に渡る主訴があげられた。

グラフ1. 多かった主訴(複数回答により回答された主訴の延べ数。)

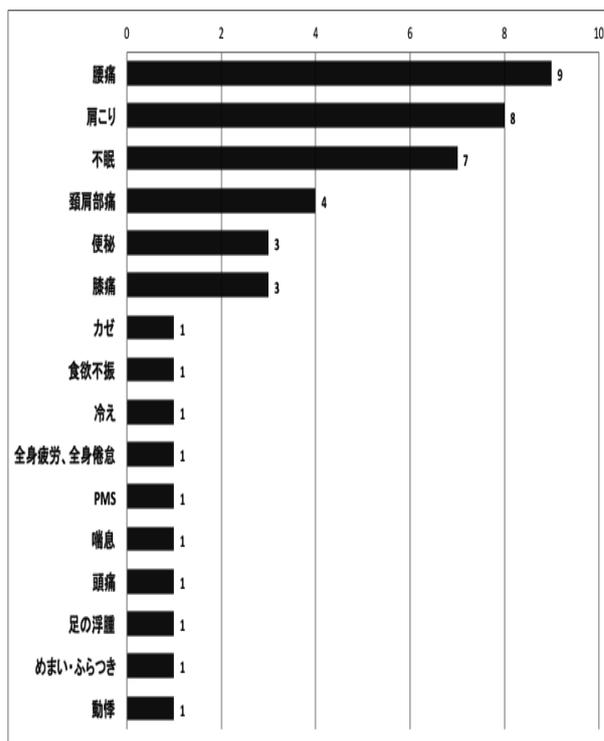


表 1. 東日本大震災での災害時鍼灸医療 活動グループ、活動地、活動期間

団体名	活動場所	活動期間
福島県鍼灸師会	福島県郡山市 いわき市 会津若松市 小野町 福島市	2011/3/17～6/19
東北大学病院 漢方内科	福島県会津坂下町 宮城県石巻市 七ヶ浜町	2011/3月下旬～6月
AMDA	岩手県大槌町 宮城県石巻市	2011/3/28～(大槌町) 2012/4/20～(石巻市) 現地拠点を作り継続中
東京路上鍼灸チーム	福島県相馬市 宮城県山元町	2011/4/16～6/12 (相馬市 毎週日曜日計10回) 2011/5/22～8月(山元町)
北海道ハイテクノロジー専門学校 災害復興鍼灸・柔整ボランティアチーム	宮城県気仙沼市 岩手県大船渡市	2011/4/30～5/5
鍼灸接骨院 TAIU	福島県いわき市	2011/4/23～5/22(毎週末)
災害鍼灸マッサージプロジェクト	宮城県岩沼市 名取市 塩竈市 気仙沼市 石巻市 南三陸町 (気仙沼、石巻は PCAT よりの派遣要請による)	2011/3/27～5/12(岩沼市) 2011/4/6～5/12(名取市) 2011/4/16～5/11(塩竈市) 2011/5/1～6/30(気仙沼市) 2011/5/28～12/6(南三陸町) 2011/7/17～9/28(石巻市)
滋賀県鍼灸師会有志 花田学園同窓生有志	宮城県石巻市 女川町	2011/4/28～5/7
滋賀県H先生チーム	宮城県石巻市	2011/6/3～6/6 2011/7/15～7/19
団体名	活動場所	活動期間
東京都T先生チーム	宮城県東松島市	2011/5/11～17 2012/3/18～20
NPO法人全国鍼灸マッサージ協会	宮城県石巻市	2011/10/30～ 期間を置きながら継続
森ノ宮医療大学 大学院保健医療学研究科チーム	宮城県気仙沼市	2011/4/30～5/6
京都府I先生チーム	岩手県陸前高田市	2011/4/15/～4/17 5/20～5/22
はり灸レンジャー	宮城県仙台市 宮城県山元町 宮城県南三陸町 宮城県登米市 宮城県石市 福島県郡市	2011/4/28～5/7 2011/9/18～24 2012/3/17～21 2012/5/2～5 2012/7/13～16 期間を置きながら継続
やいと station	宮城県石巻市 宮城県東松島市	2011/1～(毎月第1土日) 期間を置きながら継続
被災者支援プロジェクトチーム東洋医療	宮城県東松島市 宮城県石巻市 宮城県七ヶ浜町 宮城県女川町	2011/4～ 現在継続中

図 1-1 東日本大震災での災害時鍼灸医療の展開地 宮城県

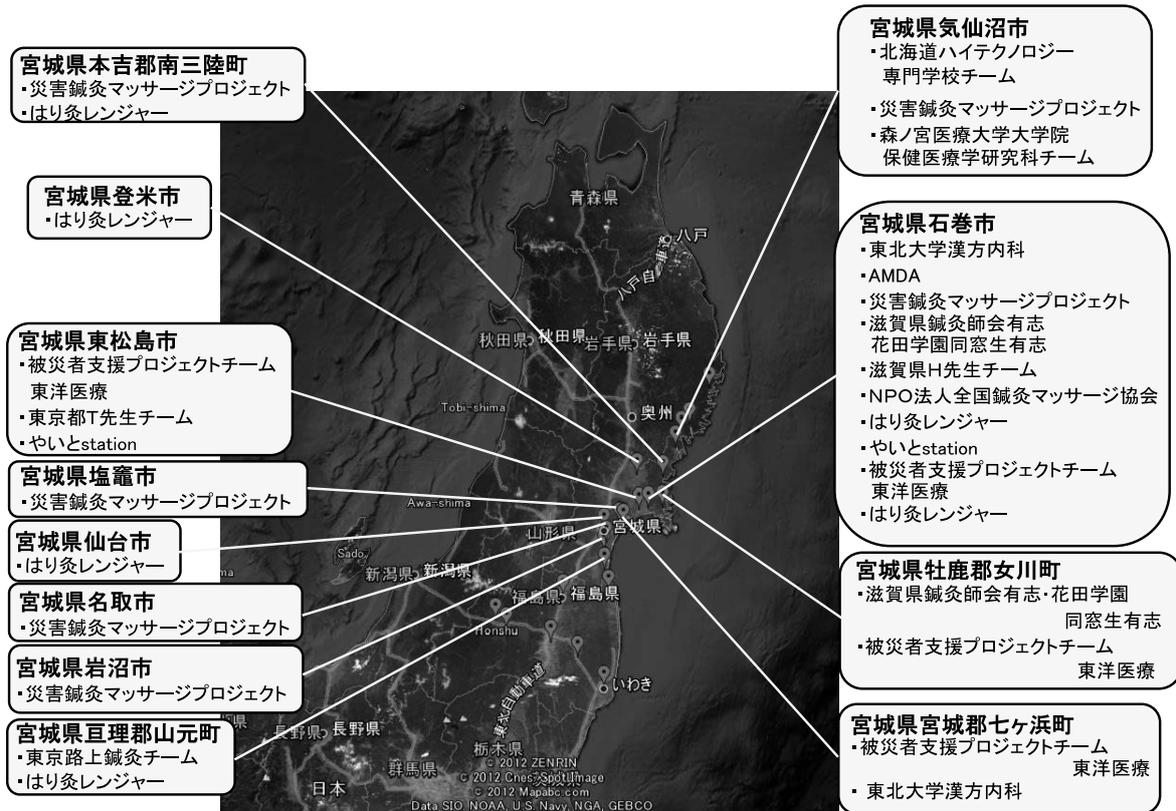
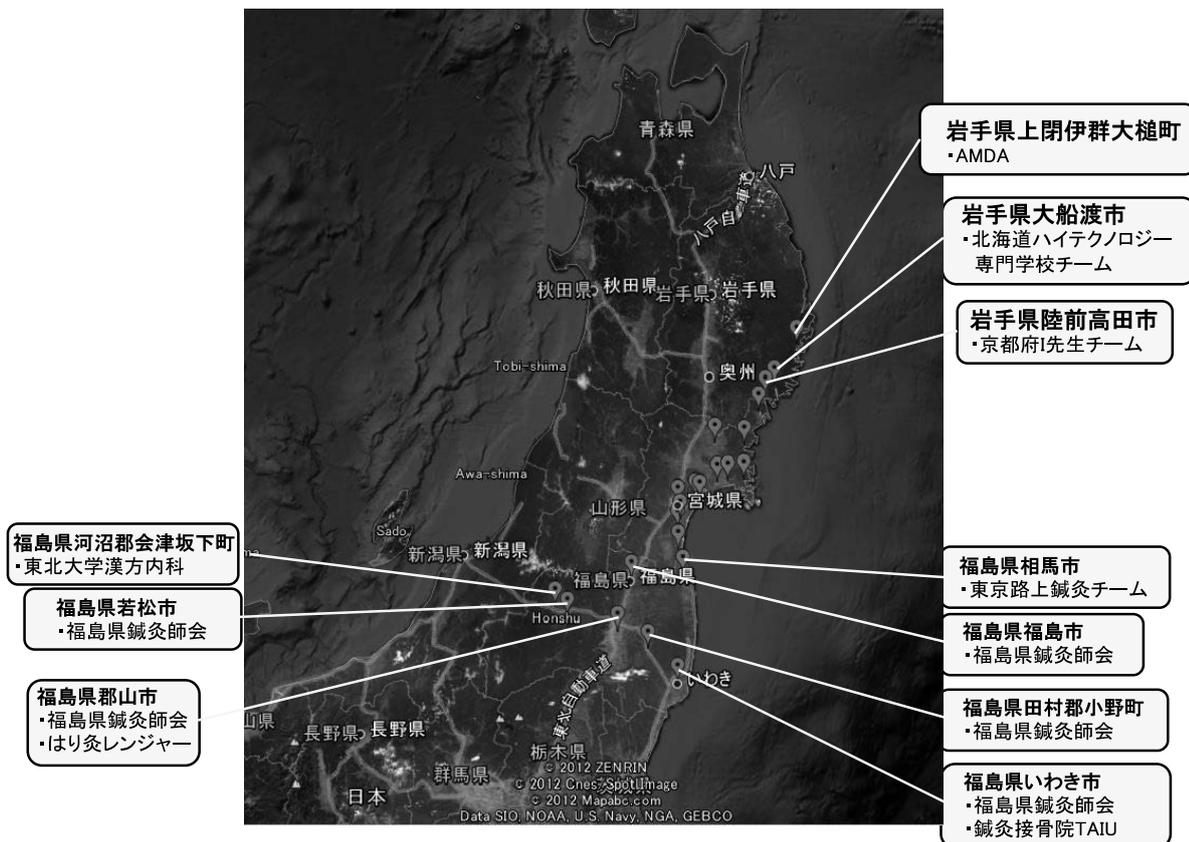


図 1-2 東日本大震災での災害時鍼灸医療の展開地 福島県と岩手県



2. 災害時鍼灸医療の課題

自由回答形式のアンケートから、11のカテゴリーが抽出された(表2)。

表2.

カテゴリー	サブカテゴリー
ボランティアコーディネーション	受け入れ窓口
	フィールド選択
	現地ニーズとのマッチング
	現地コーディネートの困難さ
継続性の確保	人員の確保
	物資の確保
	資金の確保
	継続的再診の困難さ
	治療記録の継続性
	組織的活動の必要性
	撤退の判断
施術環境の確保	基礎環境
	衛生状態の確保
	プライバシー確保
鍼灸への認知の不足	-
治療対象	支援者への治療
	治療機会が無い被災者
	被災した患者への対応
治療者の知識、技術レベル	鍼灸師のレベル差
	他医療職とのコミュニケーションに必要な知識の習得
	鍼灸師の知識、技術向上の必要性
情報の把握と共有	-
リスク管理	-
被災地鍼灸院との関係	-
連携	西洋医学との連携
	他の療法との連携
	鍼灸師間の連携
	支援先との連携
マニュアル、メソッドの不足	-

以下にそれぞれの課題の概要と、アンケート回答の

一部を抜粋する。

([] 囲みの番号が文頭に付されたものは、アンケートの回答)

(1) ボランティアコーディネーション

1) 受け入れ窓口

受け入れの可否や活動開始の手続き、現地状況の確認のための窓口が不明、あるいは一定しない場合があり、これが活動開始時の問題となるケースがあった。[3111-3287] どのような手続きをして開始すればよいのかわからなかった。地元の社会福祉協議会に問い合わせをしても、はっきりとした指示がなかったので、自分で避難所をまわり避難所単位で交渉した。[3556-3613] 医療・救護班の窓口が一定していないので、折衝に苦慮した。[7445-7850] 市内にある県立高校の体育館は福島県の管轄。市内にある体育館は会津若松市の管轄。こんな状況なので県立高校の体育館に行こうとしても市の担当者からは「県の管轄なので何がどうなっているかわからない」と言われた。物資は足りているのか、ボランティアは入っているのか、なども分からないと言われました。

お国の一大事に県も市もないと思います。こうした理由からわたしはボランティア治療を開始する前の段階で躓きました。

2) フィールド選択

活動地域の避難所数が多い場合、支援先や支援形式をどのように決定するかも問題となった。[6403-6543] 避難所の数が治療者の数に比較して多すぎたので、広く浅く回るのがいいのか、拠点を決めてそこで集中的に治療した方がいいのか検討する必要がある。

3) 現地ニーズとのマッチング

被災地ごと、避難所ごとにニーズは異なり、避難所から仮設住宅への人の移動、復興の伸展などに伴い、時間が経過することでも現地ニーズは変化する。場所と時期ごとのニーズを即座に把握することは被災地外から入った団体には難しく、支援のマッチングが課題となった。

[871-1026] 大分安定した次期に被災地に行った事が大きいと思いますが、避難所のニーズをボラセンでは把握しておらず、結局、避難所の取りまとめ役とお話するのがベストでした。

[4207-4378]仮設住宅に移る方が増えるにあたり、避難所へ行けば治療を待っている人がいるという状況ではなくなっている。現地のニーズに合わせた活動が出来るかどうか、課題になっていると思う。

4) 現地コーディネートの困難さ

(1)-1)から3)の課題とも通底するが、ボランティアベースで活動する場合、多くは専属の現地コーディネーターはおらず、活動の調整が難しい場合があった。[2685-2764]現地リーダーとなった治療家がコーディネーターも兼務しなければならなかったこと。[1355-1626]できる限り、自分たちでできる範囲で活動をしていくように行動するものの、どうしてもその場にいる方の知恵やお力をお借りしなければならない時、どこまでお話していいものか、どこまでお願いできるのかなどが、特に塩竈市で、現地担当として交渉させていただいた時は見極めが難しく感じた。

(2) 継続性の確保

1) 人員確保

継続的に支援活動を展開するにあたり、常に一定数の鍼灸師の参加が望まれる。しかし実際には、個人事業主や小さな組織に所属することが多い鍼灸師は、日常の臨床や勤務を休んでも業務を代替できる体制下にいることは少なく、人員確保が問題となった。

[1943-2124]GW など、人が集中する期間と、全く集まらない期間の波があり、なかなか平均化した活動を継続することができない。GW以降は他のボランティアも人数が減ったが、ガクッと申込みが減った。

[5957-6149]多くの鍼灸師の確保。活動初期はガソリンが不足し、来たくても来ることができない鍼灸師がいた。

被災した鍼灸師による被災者への施術提供に限界がある。他県から定期的に鍼灸師の派遣があれば助かった。[1282-1389]長期に渡る活動には地元の活動者だけでなく、近隣若しくは遠方からの活動者を受け入れる環境づくりの必要性。

[2718-2914]参加できるかどうかは、家族の協力や本人も気持ち次第という面もあるし、また、個人事業主として患者を担う職業体質もある。ただ単に、現地へ参加したいという気持ちだけでは不十分だという事を思い知らされた。[2958-3203]鍼灸業界全体で考える要素を併せ持っているとも考えられ、また活動を通じてこれだけ喜ばれる評価をいただいているので、災害など

緊急時に医療従事者の一員として現地への赴任することを可能とする体制を、未来への課題としなければならないだろうと感じている。

2) 物資の確保

震災直後は広い地域で、特にガソリンの不足が起き、活動の制約があった。

また、治療に必要な物資は参加者自らが私弁する場があった。

[3290-3416]なんといっても初期のガソリン不足です、こちらもガソリンが無かったので、迎えに来てもらったり、何人かで集まってもらったりしました

[5978-6049]活動初期はガソリンが不足し、来たくても来ることができない鍼灸師がいた。

[1768-1808]活動時に使用する物品を自分で確保した事

3) 資金の確保

支援活動で必要とされる参加者の交通費、宿泊費を中心とした経費の確保が共通性の高い課題となった。

[2431-2495]資金の調達 (今後ともこういった活動を行う場合には、必ず問題になる)

[2184-2225]資金面。交通費など活動費の負担は大きい。[2206-2318]継続で行うには個人では限界がある。行く度に仕事を投げて交通費や宿泊費物品を自分で確保するのは難しいからである。

[1622-1692]長期支援になり数回・継続して活動に参加するとなると経費の問題が出たり、

[2071-2129]継続的に活動する為に、潤沢な資金力と参加できる環境づくり。

[2237-2445]この活動の中で感じたのは、資金力の大切さである。気持ちだけでは、越えられない課題が多いと感じる。結局は金だとは言いたくないが、資金力に困らなければ、おおよそ解決できてしまうことも多いと感じさせられた時もある。

4) 継続的再診の困難さ

日常の臨床と異なり、被災地支援では鍼灸師が入れ替わりと同時に、1人の鍼灸師が1回の滞在期間に複数の場所で治療を行うことが多い。また、被災地では避難所の統合、閉鎖、仮設住宅への移動など、患者の流動性も高い。

これらの事情から継続的に治療を行うことが困難であり、経過をフォローしながらの治療が望めないことが鍼灸師にとってフラストレーションとなるケースが

あった。

[3709-3826]少ない人数で多くの避難所を回る関係上、一か所でやりっぱなしにならざるを得なかったので治療という面では不十分であった。

[3952-4104]もしも再診できたら…、少しずつ快方へ向かえたのでは?と思う方を拾い上げられたのかという疑問があります。(一発勝負?的な治療が不発に終わったときの無念)

[6290-6400]一人の被災者を、いつでも患者として対処できるシステム作りがほしかった。「被災者」＝「一時的な患者」としない。

5) 治療記録の継続性

前述(2)-4)と関係するが、治療記録を継続的に作成、管理、引き継ぐことの難しさが問題として挙げられている。

[6546-7132]長期間のボランティア活動ですと毎回治療を受けに来る方々がいます。そういった方々を迎える際、同じ施術者ですと初診からの経過などがわかるので、問診・治療の流れがスムーズに行えるわけです。

けれども、施術者が毎回変わると前回までの治療内容・症状の経過などを確認しなければならないという手間が生じます。「簡易カルテ」という処置記録を「共有カルテ」として、私たち施術者が使えるシステムに発展することが今後望ましいのではとおもいます…。

(↑そうすると生じる困難として、①カルテ管理という事務的な手間、②毎回来るか来ないかわからない方のカルテ持ち運びする手間など大変になることは目に見えています)

[4794-4947]ある大まかな記録を残す必要性を感じ、必要事項を記録に残してくれるよう簡易カルテの記載欄を色々工夫したが、各施術者が期待通りには記入してくれなかった。

[6149-6290]

長期にわたるボランティア施術についてはカルテをつけ、「いつ」「どのような症状で」「どのような治療を」「誰がしたのか」という記録がほしかった。

6) 組織的活動の必要性

今回の調査対象は個人ではなくグループであるが、大きな組織はほとんど無く、「手弁当」的な活動が主であった。その中で、組織力の整備が課題として挙げられた。

[9327-9692]個人として活動すると、定期的に施術奉仕

することが困難だと思います。「組織単位」でなら、ボランティア人員を定期的に、長期的に揃えることが可能になり(→だんだん揃わなくなってきたことも事実ですが…)被災者の健康管理に“責任”をもってその使命を果たすことができる。ボランティア治療においても組織力とは“社会的責任”を果たす能力が、評価を生むと思います。

[2374-2427]リーダーシップと団体としての組織力が課題になると思う

[454-527]強いていえばよくも悪くも活動がマンパワーによって回っている部分が強いこと

7) 撤退の判断

継続的な支援活動も、時期を選び終了することになる。しかし「いつ活動を終了し撤退するか」という判断には一様な基準は無く、活動終了の決定が苦慮されることもあった。

[1310-1411]周辺の状況を考慮してどの程度まで継続し、いつ終了とするかをいつも考えながら行なう必要があると考える。

[3634-3848]活動を続けていた先生方が避難所閉鎖にともない撤退していく中、活動を続けたいという思い、いつ撤退したらいいんだろうという思い、金銭面、日程面など、活動を続けている自分たちが取り残されてしまったような感覚を受けました

(3) 施術環境の確保

1) 基礎環境

避難所、仮設住宅ではインフラが充分ではない場合もあり、治療スペースを確保できても水道、暖房といった設備を期待できない場合も多い。鍼灸師はこれらも含み込んで治療を行わなくてはならない。

[1074-1143]仮設の集会場であるために暖房その他設備が充実していない環境での施術。

2) 衛生状態の確保

避難所は通常的生活環境とは異なるため、衛生上の問題も鍼灸師がクリアしながら施術しなければならないケースもあった。

[4603-4793]使い古しのマットレス(体育館が貸してくれた)で治療、床はほこり、ちり、髪の毛など衛生環境が良くなかった。治療前に床の掃除くらいはしましたが、さすがにマットレスは掃除することも出来ず…。

[7142-7248]折りたたみベッドを所有していないので、

今後は購入を検討。

治療する場所の掃除もやらないといけないでしょう。

3) プライバシーの確保

多くの避難所では居住スペースの仕切りは無いため、プライバシーを保ちながらの施術は難しい状況だった。[4465-4593]衝立やパーティションがなかったので治療中の風景が丸見えでした。逆にそれが宣伝になったことも多々あったのでバランスが難しいです。

(4) 鍼灸への認知の不足

鍼灸への恐怖感、認知の不足があり、あんま指圧マッサージ師がいる場合には手技への治療希望が集中することがあった。

一方で、実際に治療を受けると鍼灸へのイメージが良くなるケースもあった。

[3616-3707]マッサージに比べてはり・きゅうに関しては恐怖を感じている方が多く、希望者が少ないと感じた。

[4950-5035]鍼灸よりマッサージの需要が高く、あま師資格を持つ先生に多く負担がかかることがあった。

[5038-5221]あま師資格を持つ先生へ集中する負担を軽減するために、マッサージ希望者を断らざるを得ないこともあった。断られた方は、とても残念がったり、若干怒った表情をみせる方もいて、申し訳なく思った。

[7272-7384]マッサージはいいけど、鍼はちょっと・・・という被災者が多かった。基本的に鍼は人気がない。というより理解がない。

[1546-1644]はじめて鍼灸を受けれる方が多かったが、受けてみると鍼灸のイメージが良い方に変わったという声があった。

(5) 治療対象

1) 支援者への治療

被災地では多くの人が支援、復興活動に関わっている。それらの人を治療対象として網羅できるかどうかは、災害時鍼灸医療の裾野の広さを決定づける課題となる。

[3070-3221]被災者の生活の回復は、多くの現地スタッフやボランティアの方によって支えられている。その被災者を支える現地職員、スタッフの方への支援がこれからも必要。

2) 治療機会がない被災者

障がいがある、高齢である等の理由で移動が難しく、治療をする機会が得られない被災者もいる。今後、治

療ニーズがあった場合これらの人たちにどのように対応できるかが問題となることがあった。

[5483-5954]障害者に関していえば、完全に動けない障害者に対しての支援は関係団体の皆さんの努力である状況のなか最善を尽くされたと思います。ただ、ある程度自力で生活している障害者は自分でなんとかしなければならず、自力で避難しようにも、車椅子で使えるトイレが在る所が少ないなど、ご苦労があったようです。

また、ご両親が介護をしている場合、障害者の子供を抱え、親がパニックや不安を募らせることが多く、特に知的障害や精神障害、高次機能障害などの方が不安定になり、治療が難しくなったりしました。

[1135-1282]各避難所の希望者のみが特養の施設に参加される形なので、身体が動く方はいいが外に出れない方や体調が優れない人を見ることができ無かったのは残念だった。

3) 被災した患者への対応

被災地で治療を受ける患者のほとんどが激しい体験をしているが、時にその体験や心中を押し殺している。その場合に鍼灸師がどう患者と向き合えばよいか、苦心する場合もあることが挙げられた。

[2078-2436]「自分は命があるのだからこれぐらいの痛みはがまんしなくてはならない」、「自分の家は津波に流されなかったのだから、他を優先に」、「大丈夫です」、などの言葉が多く、

被災者の方々の忍耐強さが目に付いた。これらの言葉は逆に、がんばりすぎていることの表れでもあるため、つくづく過酷な環境に置かれていることを実感し、安直な共感失礼にもなるため、対応に苦慮した時もあった。

(6) 鍼灸師の知識、技術レベル

1) 鍼灸師のレベル差

鍼灸師ごとに知識や技術の差が存在している。キャリアに関係なく、新人からベテランまで、集まった鍼灸師で治療を行うというボランティア主体の支援活動では、その性質上、回避できないことではあるが、質的に安定した支援を提供するためには解消しなくてはならない点と考えられる。

[2478-2524] (感じた問題点と今後の課題への回答として)鍼灸マッサージ師の知識、技術レベルの不統一。

[2525-2606]スクリーニングなどのプライマリケアが

できる者、正確なカルテを書ける者が少ない。

2)他の医療職とのコミュニケーションに必要な知識の習得

被災地での医療支援は医師、保健師、看護師を中心とした、普段西洋医学的医療に従事する職種で構成されていることが多い。したがって、鍼灸師が他の医療職と連携を取る場合には、西洋医学と共有できるスキームを使う必要が発生するが、すべての鍼灸師がそれをこなせるとは言い難い。

これは東西医学の優劣の問題ではなく、コミュニケーションの課題であるが、災害時鍼灸医療では西洋医学との「共通言語」を使用することも必要となる。

[2525-2606]スクリーニングなどのプライマリケアができる者、正確なカルテを書ける者が少ない。

[2973-3138]医療チームの中で共通する言語を用いることが基本となるように思う。医療連携の中で鍼灸治療を展開するため、その内容や治療方針は、他者と共有できるものでなくてはならない。

3)鍼灸師の知識、技術向上の必要性

前記(6)-1), 2)に鑑み、鍼灸師の知識と技術の向上が課題として挙げられた。

[2280-2372]業界としては、施術者の最低限レベルの底上げ(最低限、医療関係者と情報を共有できるだけのスキル)

[2787-2806] (「感じた問題点と今後の課題」として)研修制度の整備。

[3138-3237]鍼灸師はそのような中(筆者註;他の医療職と連携する中で)活動するという自覚と、そのトレーニングを日頃から行う必要があると感じている。

(7)情報の把握と共有

被災地での活動を遠隔地でコーディネートしているグループでは、ニーズや外部から支援が入ることが可能かどうかといった現地情報の把握や、情報をコーディネーター間、活動参加者との間で共有することの難しさがあげられている。

[987-1102]情報共有の難しさ(後方スタッフ間。現地と後方の間。参加を検討している方と応募担当の間などなどそれぞれ難しさを感じる。

[1108-1210]現地に人がいない状態で新規に現地に入る時の情報(交通事情や宿泊事情、食事や避難所の様子などなど)の収集。

[1216-1502]後方支援スタッフが現地に入っている時

は割とスムーズだが、そうでない時(顔もどんな方かもよくわからない方が、特に短期で参加する場合)の現地の状況(どんなことに不満があるか、後方で手伝えることは何か)の把握が難しい。後方としては色々報告して欲しいけど、それが現地の先生の負担になることもある。

[271-310]東京から被災地、被災者の動向を知る事。

[631-690]現地での状況を把握し、ニーズがもれなくくみ取れる体制づくり。

[743-809]現地のニーズや状況がつかめきれない時は、特に難しく感じる事がある。

(8)リスク管理

被災地での治療は通常的环境と異なるため、医療事故には一層の配慮が必要となる。

同時に、余震が続き、実際に津波警報が発令されたこともある。

また、被災地では公共交通機関での移動が制限されるか不可能な場合が多く、移動手段として自動車を使用することになる。しかし、被災地の道路状態も必ずしも良くはないため、移動中の事故もリスクが高まる。

これらのリスクにどのように対応するか、考慮する必要がある。

[2764-2787] (感じた問題点と今後の課題への回答として)事故等のリスク管理。

[2308-2417]現地での移動。特に活動初期は土地勘もなく、道路や橋が陥落していたりと、慣れない道の運転には、注意を要した。

(9)被災地鍼灸院との関係

被災した鍼灸院も、時間の経過と共に再開する。ボランティアでの鍼灸治療は無料で行われるが、これが現地鍼灸院の再開を圧迫しないことが必要となる。これは活動撤退の判断を下す一つの要件ともいえる。

また、活動撤退後も視野に含めると、治療継続の必要があれば、受診した患者を現地鍼灸院へ引き継ぐシステム作りを行うことが、被災した鍼灸師に対する支援ともなる。

被災地鍼灸院との連携は、災害時鍼灸医療の大きな課題といえる。

[8745-9134]どのボランティア活動報告を読んでも、“被災鍼灸師へのボランティア”という視点のものを見たことがない。被災者には、鍼灸師もいる。この被災した鍼灸師を、いかに鍼灸師として自立(復帰)さ

せるかということも、大切である。長期のボランティアは、地元の鍼灸師の経営に影響を及ぼすことがあるので、いつまでもできない。落ち着いたら、地元の鍼灸師に今後の治療を委ねる(申し送り)システムが必要である。

[1067-1165] 周辺の医療機関や鍼灸院の復旧に伴い、復興の妨げにもなる可能性があり、この点について難しいと感じた。

[2531-2600] 地元鍼灸院への橋渡しのためにも、鍼灸の効果が伝わる活動を続けたい。

(10) 連携

1) 西洋医学との連携

(6)-2) で述べたとおり、被災地では西洋医学を中心とした医療チームと連携する必要があるが、今震災においては有効な連携が取れていたとは言い切れない。

今後はその形式も含め、災害時の西洋医学との連携のあり方を鍼灸師も模索する必要があると考えられる。
[2608-2683] 5市1町、全ての現場で必ずしも他の医療職との連携がとれていたわけではない。

[3012-3103] 普段から医療関係者と共に活動できる鍼灸師やあはき師がどんどん増えることが、業界として必要。

[2739-2903] 鍼灸師が医療支援活動に入るということは、医療上のルールを理解し、スタッフとの連携を保つことが重要であり、被災者の方たちの包括的な支援のために働くことだと強く思う。

2) 他療法との連携

被災地には鍼灸以外にも柔道整復、整体、リフレクソロジー、アロマセラピーといった各種療法による支援が提供される。

現地コーディネーターが機能せず、鍼灸師による活動とこれらの療法による支援活動が同じ日に同じ場所に行われるといったケースも存在した。

被災者への有効な支援や治療スペースの活用のためには、可能な範囲で、他の支援グループとの調整が必要となる。

[5253-5480] 震災直後、避難所にはいろいろな団体(整体、体操、ヨガなど)が殺到し、担当者が混乱しているようだった。それほど大きくない避難所に、整体をする方と私と同じ日に訪れた日があった。他の団体と調整できるようなシステムが理想だと感じた。

[9134-9209] 鍼灸だけではなく、介護予防運動指導員の

資格を活用した活動も、必要と感じる。

3) 鍼灸師間の連携

2) と同様に、鍼灸師間でも活動の調整が難しい場合がある。やはり有効な支援のためには、鍼灸師が展開する活動相互の調整が必要となる。

[4107-4265] 同じ地域でも、個人個人で活動していた。会津若松市内でも大きめの避難所が3箇所あり、それぞれが離れていたため鍼灸師会の先生方とまったく連携が取れなかったこと。

4) 支援先との連携

被災地に負担をかけずに場所と時期に応じたニーズに根ざし、継続的に支援活動を行うために、支援先の自治体や諸団体との連携は欠くことをできない。

現地事情に精通したカウンターパートとの連携は災害時鍼灸医療において必須だといえるが、その関係構築は何らかの工夫が必要な部分でもある。

[2449-2531] 継続した支援が必要なので現地との繋がりを絶やさないように、こまめな活動が必要。

[1905-1955] 活動する上で一番苦労したのは関係各所に根回しする事。

[2318-2374] 地元の鍼灸やマッサージ師会と連携して行う必要がある。

[3055-3214] 外部の私たちが直接地元自治体と直接連絡を取り合うのはむずかしいと考えます。外部の地域からの受け入れが難しいことは、色々な状況から仕方のないことだと思います。

[1565-1582] (感じた問題点と今後の課題への回答として) 自治体との連携。

(11) マニュアルの不足

阪神淡路大震災、新潟県中越地震、新潟県中越沖地震においても鍼灸師による医療支援は行われているが、そのノウハウは共有できる形で蓄積はされていない。

災害により状況は異なり、一概に同じ対応ができるものではないが、有事の際の鍼灸医療についてマニュアルを望む声もあった。

[741-816] 災害時のボランティアサポート体制やマニュアルがあるといいな、と思いました。

[1955-2075] 万が一の時のために参考になるマニュアルの作成。(災害ボランティア活動時における毫鍼のクリンニードルテクニックマニュアル)

【考察】

今回の調査により、一定の継続性をもった鍼灸師に

よる被災地での医療支援活動が、複数展開されたことが明らかになった。継続的活動の存在、多様な主訴への対応、1万人を超える延べ患者数から、被災地での鍼灸治療への長期間に渡るニーズが存在していることが示唆される。

ことに、今回の震災は超急性期や急性期が極めて短いことが特徴で、これまでの日常と隔絶した避難所生活により惹起される、不眠や運動器に関連した愁訴などが早い時期から問題となった。震災後1週間以内に活動を開始したグループがあることから、発災後の早い時期から鍼灸による災害時医療が有効なケースがあると考えられる。

活動の展開地は津波被害により社会的インフラストラクチャーが極めて脆弱になった地域が多かったが、その装備と治療法に十分なインフラストラクチャーの存在を必須としないことから、鍼灸治療はそのような状況下でも支援が可能だった。

これらのことから、災害時の医療支援で、鍼灸は有効な手段と成り得ると考えられる。

一方で、鍼灸による災害時医療には課題も多く存在する。

活動が比較的短い期間であるか、あるいは断続的に複数回の活動を行った団体が16団体中11団体であることは、継続的支援に必須となる人員、資金、物資の確保が困難であることに起因すると考えられる。これは、先述のように日本の鍼灸師の多くが小さな規模で日常の業務に携わっているため、代診者や経済的保証が確保できないことが大きな要因と考えられる。

また、被災地での鍼灸への認知不足にみるように、鍼灸が災害時医療としての機能を果たし得るという社会的認識がないため(註1)、例えば自治体規模での公的派遣のような、安定的な支援の形態を取りづらいことが、長期支援に必要な資源の獲得を難しくしているとも考えられる。

現地情報の不足と受け入れの混乱は、初動においてはどのような支援活動でも避け得ないとしても、慢性期に入っても公的支援の情報伝達と調整のルートの利用が困難で、現地情報の収集とコーディネートを自己解決せざるを得ないことも、鍼灸が災害時に医療支援の一部を成す可能性が認識されていないことに起因している。(註2)

安定して活動ができる条件を整備することで長期

の支援が可能となれば、現地の鍼灸師も含めた被災地域との連携の確立、治療継続性の確保、患者の置かれた状況の把握が現状より容易になると考えられる。

もともと、鍼灸を通じた支援のみで被災地の医療上の問題を解決できないことは、言を俟たない。

災害時医療は西洋医学を中心とした多職種により成立していることに鑑みると、鍼灸師も他の医療職と情報を積極的に共有することが、患者に資するといえる。

そのためには、鍼灸師自身が専門的コミュニケーションスキルの一部として、西洋医学に従事する職種と共有できる知識をもつ必要がある。

同時に、技術レベルの差を担保し、継続的治療に有益な治療記録を残すためには、最低限行うべきことや見落としはならないことを鍼灸師間で共有する必要性もある。(註3)

なお、今回の調査にご協力頂いた団体では、これらの課題に個別で解決策を見出している場合が少なくない。

本稿では課題抽出に力点を置いたが、被災地に赴いた鍼灸師達がどのように課題を克服し得たかは、別途検証され、共有されることが、今震災の経験を未来に生かすことになるといえる。

筆者註

(註1) これは、鍼灸師自身にも十分な認識が醸成されていなかった可能性もある。

(註2) 公式ルートにのらないボランティアベースであったゆえに、機動性を発揮して小さな避難所をまわる、自治体職員を含む現地の人達と個別に信頼関係を作る、といったことを地道に行い、濃厚な支援を行った活動もある。こうした実例から、公的支援あるいは大規模支援の一環としてのみ活動することが被災地に資するかどうかは、議論の余地があるだろう。

また、被災者への治療を行う中で他の医療職の信頼を得て、

公式の医療支援者会議に出席して情報の発信と共有を行うに

至ったグループもある。

(註3) 日本鍼灸の特徴の一つはその多様性であると、筆者は考える。個々の理論や治療技法を封じることにはその治療可能性を狭めることにつながり有益とはいえない。しかし、一貫して同じ理論と技法による治

療を継続できる条件下に無ければ、異なる方法論をもつ複数の鍼灸師がリレー式に患者を引き継ぐしかない。その際に鍼灸師同士で「言語」を共有できることが治療上必要になるのではないだろうか。

【結 語】

東日本大震災での諸グループの活動から災害時鍼灸医療は、被災地支援に有益でありニーズもあると考えられるが、十分に機能するための基礎は未だ不十分である。

今後来るべき災害に対応するためには、活動の展開・継続・撤退を支える条件の整備、災害時の医療支援で他職種との連携や、鍼灸師間のレベル差を担保できるようなスキルの共有が必要である。

【おわりに】

本調査にご協力いただいた以下の皆様に、心より感謝申し上げます。(敬称略 五十音順)

AMDA

天野聡子

飯塚美紀代

伊藤和真

今泉洋平

今井賢治

今村頌平

上野正博

NPO 法人全国鍼灸マッサージ協会

小河原信雄

小野直哉

形井 秀一

栢之間 理沙

橘川まゆみ

小西直之

災害鍼灸マッサージプロジェクト

滋賀県鍼灸師会

滋野恭子

谷 佳世

谷本 卓也

寺田拓未

長野県鍼灸師会

日比泰広

福島県鍼灸師会

舟橋寛延

古屋英治

星野文美

北海道ハイテクノロジー専門学校災害復興鍼灸・

柔整ボランティアチーム

三輪政敬

また、東日本大震災で亡くなられた方々にお悔やみを申し上げるとともに、行方の分からぬ方々、知己を亡くし、未だ不自由な生活を強いられているすべての方々が、心穏やかに過ごせる時が少しでも早く来ることを願いながら、お見舞いを申し上げます。

鍼灸マッサージ師による災害支援の方法論

How to support to victims of natural disasters through volunteer work using acupuncture, moxibustion and massage therapy

三輪正敬 (圓観)

Corresponding Author; Masataka Miwa

災害鍼灸マッサージプロジェクト

The project of acupuncture, moxibustion and massage therapy in natural disasters

【要旨】

東日本大震災にて亡くなられた方々のご冥福をお祈りすると共に、現在も不自由な生活を強いられている方々に笑顔の増えていくことを、心から願っています。2011年3月27日から12月6日まで、被災現地からの鍼灸師・マッサージ師への多くの需要に応える形で、図らずもその活動を宮城県内6市町へ展開することとなった災害鍼灸マッサージプロジェクト(以下災プロ)が、どのように現地へ参入し、形態を変化させつつ、255日間の活動を行い、撤収まで完了させたか、その具体的な方法論を、現地での治療記録を織り込みながら報告する。

災プロスタッフ・参加ボランティア・避難者・現地支援者を対象に、ホームページやウェブログ上の活動記録、会議議事録、スタッフメーリングリスト記録、現地引き継ぎノート、治療記録などの資料を参照、整理する方法をとった。

結果として、それぞれの時期の転機となった判断や工夫、地道な行動が記録から見えてくる。ホームページやウェブログ上の活動記録からは、参入に至る具体的経緯から、活動内容、特に地元同業者の支援策や、団体運営におけるIT活用や助成金獲得といった工夫、現地活動における治療環境の整備やリスク管理といった工夫、さらに撤収におけるいくつかの判断基準やその具体的方法などがわかった。

会議議事録からは、団体発足後、運営にあたって大切なことはスタッフ間で自由に合議され、活動方針が偏ったものとならないための軌道修正が常に図られていることがわかった。

スタッフメーリングリスト記録からは、スタッフ同士の気遣いや参加者への丁寧な対応が見て取れる一方、応募者対応に忙殺されている様子や、運営上の葛藤や疲労が伺えた。

以上の結果を考察し、災プロ活動の原則を整理すると、①縁→支援へ、②排除しない、③システムをつくるためのシステム、④ただ被災地のために、の4点にまとめることができる。特に「ただ被災地のために」を掲げたことで、所属団体に関わらず広く治療ボランティアが集うことになったが、長期にわたって活動の質を高めつつ、この方針を守り、活動し続けることは容易ではなかった。しかしだからこそ、現地との良好な関係は保たれた。

災プロの運営にあたって用いられた工夫が、今後起こりうる災害時に鍼灸師、マッサージ師たちにとって少しでも参考となれば幸いである。

【キーワード】 災害 鍼灸 工夫 連携 教育

【はじめに】

東日本大震災にて亡くなられた方々のご冥福をお祈りすると共に、現在も不自由な生活を強いられている方々に少しでも笑顔の増えていくことを、心から願っています。2011年3月11日に発生してから今も続く東日本大震災の災禍に対して、また今後起こりうる災害に対して、医療職としての鍼灸師・マッサージ師に何ができるのか、被災地で活動する際の参考になればと、参入方法から撤退まで、災プロの活動の行ってきた様々な工夫や、活動を通して見えてきた鍼灸マッサージ師にとっての課題を整理、紹介する。

【目的】

東日本大震災発生後の3月27日、災害鍼灸マッサージプロジェクト(以下災プロ)は、被災地へ鍼灸マッサージ医療を提供するために発足した。全国20都道府県より所属を問わず参加したのべ1000名を超える鍼灸師・マッサージ師が、他の医療職と多少なりとも協働しながら、約8か月間、医療ボランティアとして活動した。支援の対象は避難所や仮設住宅の避難者のほか、現地の行政職員や消防、警察、看護師を中心とした医療職、他のボランティアにまで及んだ。鍼灸師・マッサージ師による、このような規模と内容の活動の前例はこれまでになく、今後起こりうる災害時、鍼灸マッサージが“埋もれている医療資源”にとどまらず、より効果的に生かされ、復興の一助となるよう、災プロ運営上の方法論や工夫、残された課題などを整理していく。

【方法】

災プロ発足の準備を始めた2011年3月23日から、3月26日の発足、実質的な治療活動を終えた同年12月6日を経て、正式に活動を終えた2012年2月5日までの、ホームページやウェブログ上の活動記録、会議議事録、スタッフメンバーリングリスト記録、現地引き継ぎノート、参加者感想、治療記録などの資料を参考に、被災地への参入から、実際の活動、撤収までの各段階について、時系列に沿って、問題や対処、工夫内容を整理していく。

【結果】

1. 参入

2011年3月23日、まずボランティアを統括している宮城県の社会福祉協議会(以下社協)へ、避難所における鍼灸師・マッサージ師のニーズの有無を確認する問い合わせを行った。その際、社協職員より「避難所生活も長引き、避難者にも疲労の色が濃いため、ぜひ来て頂きたい」との要請を受けた。県社協から岩沼市社協を紹介され、避難所の一つである岩沼市民会館へ参入するに至った。3月27日朝の初回到着時点で、市民会館には鍼灸のための個室が用意されていた。

次に、現地入りが決まってから実際に参入するまでの3日間に行ったことを示す。

まず情報収集を行った。インターネット上で1995年の阪神・淡路大震災、2004年の新潟県中越地震の記録を参照した。また、米国国立医学図書館(NLM)が行っていた無料の資料提供サービスを利用し、アメリカで起きた竜巻などの災害時における鍼灸に関連する論文を検索、参照した。他に、既に被災地へ足を運んでいる医療関係者や報道関係者の知人へ電話でヒアリングを行った。また、現地の業団(宮城県鍼灸師会、宮城県鍼灸マッサージ師会)へ連絡したところ、「自らも被災者であり、会員の安否確認だけで手いっぱいのため動けない。現段階ではボランティアは外部にお任せしたい」との返事があった。

次に、継続的な支援を行うための情報発信環境の整備を行った。ブログやツイッターといったWEB環境の整備をシステムエンジニア経験のある鍼灸師の仲間にお願ひし、即日用意された。他に、報道機関(東京新聞)へ連絡し、現地入り時の取材の約束を取り付けた。また、業界誌である「あはきワールド」へ情報発信のための寄稿を行った(その1)。

最後に治療用具やガソリンなどの物品準備を整え、26日深夜に3名の鍼灸マッサージ師で東京を出発した。

2. 活動

2-1. 治療活動

災プロが主な活動を行ったのは宮城県内の岩沼市・名取市・塩竈市・気仙沼市・南三陸町・石巻市の5市1町である。(図.1)



図.1

具体的な活動場所は以下の表.1の通りである。多賀城市・松島町・利府町については1日のみの活動であった。これは5月の大型連休中にボランティアが増加し、現場リーダーの判断で急遽活動場所を広げたものである。

表.1

<全活動場所>

岩沼市	岩沼市役所 岩沼市社協 岩沼市民会館	南三陸町	南三陸町役場 港地区 歌津中学 平成の森 戸倉地区(5箇所) 志津川高校 小森 中瀬町 田尻畑 中山馬場 泊崎荘 南三陸消防
名取市	名取市役所 名取文化会館 名取消防署	気仙沼	気仙沼市民会館 気仙沼小学校 気仙沼中学校
塩竈市	野々島 寒風沢島 桂島 塩竈消防署 塩竈市立病院 塩竈清掃局 塩竈市役所	石巻	河北署 石巻署 遊楽館
多賀城市	多賀城消防		
松島町	松島消防署		
利府町	利府消防署		

活動日数が5日以上、継続して支援した29か所は以下である(表.2)。活動の分析にあたっては以下の29か所のデータを用いた。

なお、現地で求められる治療、つまり被災地においてあはき師が求められたものは、気持ちがいいこと、短時間で効果を出すこと、悪化させないこと、肩こり腰痛など普段の治療の4点であることが実感としてスタッフで共有されている。一方、同様に不足している点として、鑑別能力、養生の知識、介護予防運動の知識、カルテの重要性の認識などが実感として挙がって

いる。

表.2

<活動場所：5日以上>

岩沼市	岩沼市役所 岩沼市社協 岩沼市民会館	南三陸町	南三陸町役場 港地区 歌津中学 平成の森 戸倉地区(5箇所) 志津川高校 小森 中瀬町 田尻畑 泊崎荘
名取市	名取市役所 名取消防署		
塩竈市	野々島 寒風沢島 桂島 塩竈清掃局 塩竈市役所		
気仙沼	気仙沼市民会館 気仙沼小学校 気仙沼中学校	石巻市	石巻署 遊楽館

2-2. 治療対象の分析

災プロの特徴として、避難者と支援者の双方を支援活動の対象としたことが挙げられる。避難者は慣れない不慣れた環境下での長引く避難生活によって、支援者はそうした避難所の運営やがれき撤去・捜索業務によって、それぞれ心身の不調を訴えていたが、両者の受療回数や一日の受療人数に違いがあるかどうか確認した。

5市町の役場・消防・警察・病院などの支援者と、6市町の避難所・仮設住宅の避難者の平均受療回数と一日平均人数を統計的検定(T検定)にかけてみたが、それぞれ5%水準で有意差が見られなかった。

2-3. コーディネーターの整備

日々状況の変化する現地へ継続してボランティア治療家を送りこみ、活動するためには、地元の受け入れ先との意思疎通が必須である。このため災プロには、現地との打ち合わせ、予約表作成、記録、人員配置、現地情報収集などの事務を担うコーディネーターをおいた。

一方で、受け入れ先コーディネーターも必須である。活動する施設内での呼びかけや、日程・活動時間の設定、団体现地コーディネーターの報告先、相談先となる。受け入れ先コーディネーターは、避難所や役所の担当者など、活動開始の端緒となった地元の方がほとんどであった。

コーディネーターの働きによって、受療状況に違いがあるか、各役所での一日の治療人数の平均、および受療率から検証してみる。

まず、一日の治療人数の平均であるが、災プロコーディネーターがほぼ常駐した塩竈市役所が他と比べて優位に多かった(表.3)。名取市、岩沼市では電話による連絡がほとんどであった。

表.3

各役所での治療人数の平均の差

・(一元配置の分散分析)

	一日平均人数 (名)	岩沼-塩竈 南三陸-塩竈 の間で 5%水準で有意差
岩沼市役所	7.6	
名取市役所	9.3	
塩竈市役所	11.1	
南三陸町(初期)	7	

次に職員全体の中でどのくらいの方が鍼灸マッサージを利用してくださったかを示す受療率であるが、名取市役所が最も多かった(表.4)。名取市では部署ごとに受療する体制をとるなど、コーディネーター役の職員の方が積極的な周知をしてくださった。岩沼市では職員メールで連絡が流れるかたちであった。

表.4

新規受療者数、受療率を加味

受療率=役場全体の中でどのくらいの割合の方が受けたか

	一日平均人数 (名)	新規受療者 (名)	受療率
岩沼市役所	7.6	65	18%
名取市役所	9.3	148	24%
塩竈市役所	11.1	100	15%
南三陸町(初期)	7	※135	※46%

2-4. 地元同業者の支援

本来、地元とは関係のなかった外部ボランティアが現地で治療活動をする事は、もともと現地で生業を営んでいた同業者を圧迫する可能性がある。但しこれは全体としての注意点であり、災害発生後の時期や町の状況、個々の治療

家の事情によって異なる。最終的には撤収をする外部ボランティアは、被災者でもある地元同業者への支援の視点が欠かせない。災プロでは具体的に以下のような支援を行った。

岩沼・名取・塩竈の三市では、まず地元の治療院一つ一つに連絡し、広告掲載の了承を得た。次に治療院の一覧(あいうえお順)を作成し(図.2)、各活動場所に掲示していった。

「災害鍼灸マッサージプロジェクト」の活動終了にあたって

これまで名取市内各所におきまして、皆様への治療活動をさせていただき、ありがとうございました。
ボランティアとして伺った私たちが、名取の皆さまの温かさに触れて、かえって励まされ、
治療者として全国から参加した全員が、名取を愛し、感謝して帰ることができました。
私たちは活動を終了しますが、名取市内では下記の治療院で、引き続きマッサージなどの治療を提供しております。
治療内容は各治療院によりますので、直接ご確認の上、どうぞご利用ください。

名称	住所	電話番号
癒やしの治療院よつば	〒981-1201 名取市下増田字田子作173-1	022-399-7846
酒井治療室	〒981-1245 名取市ゆりが丘1-17-7	022-386-4773
鍼灸マッサージ治療院楽楽館	〒981-1231 宮城県名取市手倉田字八幡10-3	022-796-4855
せのお針灸治療院	〒981-1226 名取市植松2-1-38	022-382-5810
なとり鍼灸接骨院	〒981-1222 名取市上余田字千刈田472	022-382-6356
名取中央治療院	〒981-1224 名取市増田字柳田8-3	022-384-2557
まきの治療院	〒981-1222 名取市上余田字市坪30-1	022-382-8935
まなべマッサージ治療院	〒981-1232 名取市大手町6-14-1	022-383-4553

※掲載は別いうえお順です。 スタッフ一同、全ての被災地の、一日も早い復興を心願っております。
「災害鍼灸マッサージプロジェクト」
所在地:東京墨田区市富士見町4-11-5
代表:三輪正敏

図.2

南三陸町では、ポスター制作や地元紙への掲載、チラシ作製(図.3)や折り畳みベッドなどの物品支援、地元にあった治療院とそこに通っていた患者さんをつなげることで、直接雇用などの支援を行った。



地元治療院のチラシを作成、各活動場所にて配布

図.3

入した南三陸町では、避難所ではなく、仮設住宅の集会場などで活動を行った。このため、常駐する医師団はおらず、連携をとった先は被災者生活支援センター（地元保健師・看護師により構成されていた）である。活動中に異常を発見した場合の連絡先となっていた（図.6）。

南三陸町の連携図

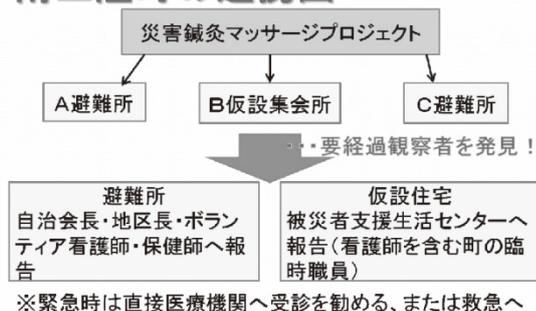


図.6

2-5-4. 医療団との連携

気仙沼市、石巻市では、日本プライマリケア連合学会（PCAT）へ鍼灸マッサージ師を継続的に派遣する形で活動した。PCAT 医師と交流のあった鍼灸師からの紹介により、要請を受けた。気仙沼市内の3避難所では2011年5月1日～6月30日の期間、避難者への治療を、石巻市では遊楽館にて7月17日～9月30日の期間、石巻市立病院の看護師を中心とした医療従事者への治療を行った。

気仙沼では医師より「避難生活が長引いている避難民の方々には、医師よりもゆっくり話もできる鍼灸やマッサージが必要なのではないか」といった評価を得ている。

2-5-5. 他の鍼灸関連団体との連携

災プロは鍼灸師・マッサージ師を中心とした被災地支援団体であったが、同様の団体は規模の差こそあれ、他にもいくつも存在した。そうした団体やチームと協力、情報交換することも支援には有効であった。

松島町では、地元の宮城県鍼灸師会の会長でもある樋口秀吉先生が、自らが被災しながらも2011年4月後半に立ち上げた東洋医療ボランティアセンター基地局があり、所属や資格に制限

なく松島町を中心に活動を展開されていた。災プロが活動を開始した時期に連絡をとったが、被災直後であり身動きできないため、「地元がある程度復活するまではボランティアは外部に任せます」とのお話を頂いた。その後、災プロからも11名を派遣した。

岩沼市では、仙台市の東日本医療専門学校が教員（あはき師・柔整師）をボランティアとして、岩沼市役所へ派遣してくださった。活動は学校の春休み期間中限定であり、その後の市役所での活動は災プロ参加者により継続された。また、学校の備品であった施術ベッドや枕を貸してくださったことで、岩沼市や名取市内での活動環境の向上に非常に役立った。

常駐ではないが、独自に繰り返し活動された小チームもある。中野朋儀先生チームは石巻市・女川町・陸前高田市で、日比泰広先生チームは石巻市で活動されていた。現地状況や地元治療院の情報交換を行った。また、災プロ活動において、急遽人員が不足した際、人員派遣して頂いたこともあった。

石巻市で活動していた団体、はりきゅう便とは、協力関係が作れなかった。

2-6. 工夫

被災地は非日常であり、初めての土地、初めての相手など、経験したことのないことの連続である。そのような土地に継続的に鍼灸マッサージ師を送りこむ団体も初の試みであった。運営や現地活動上で直面した課題や、それへの対処を整理していく。

2-6-1. 運営面における工夫

まずは団体運営面における工夫である。のべ1000名を越えるボランティアを現地へ送りこみ、約6000名の方へ施術した8カ月にわたる活動は、個人の力では不可能であった。

2-6-1-a. 後方支援の充実

ボランティアを安全に適所へ送り込み、効果的に活動するためには、後方支援の人員が必須である。事前の現地情報収集など、ボランティア滞在中の生活上の安全にも関わる。災プロの後方支援には、ホームページ、ブログ、応募者対応、現地コーディネーター、助成金、経理、

集計、感想文収集、各市町担当など20名前後のスタッフがいた。8割が鍼灸師またはマッサージ師であった。鍼灸マッサージ師は様々な前職を持っていた方が多く、それぞれの分野の知識経験が活かされた(図.7)。



図.7

具体的には、まずボランティア経験豊富なスタッフ、例えば鍼灸によるホームレス支援を行う新宿連絡会医療班に携わっている方や、2004年の中越地震で支援活動を行った看護師、1997年のナホトカ号重油流出事故で重油除去の長期のボランティア経験のある方などがおり、活動の素地となった。また、多職種にわたる実務経験豊富なスタッフ、例えば出版社勤務だった方は丁寧なメールによる応募者対応が可能であったし、大学勤務の方は情報処理が的確かつ素早かった。IT業界出身の方はブログやホームページなど情報発信の環境を整備してくださった。

2-6-1-b, Information Technology(IT)の活用

活動への参加者は全国20都道府県から集まったが、情報発信に力を入れていた。まず、WEB上の業界誌である『あはきワールド』を通じての募集・広報である。あはきワールドを運営するヒューマンワールド社の石井社長の協力により実現した。他に、災プロ自身のブログ・HPを立ち上げたほか、現場リーダーにはツイッターを利用してもらい、リアルタイムの報告や情報発信を担って頂いた。また、WEBを利用した現地や他団体の情報収集も積極的に行った。頻りに直接会うことの難しい後方支援メンバー同士での報告、連絡、相談はスカイプやメーリ

ングリストを通して行い、情報を共有。支援活動の向上を図り、日常的に会議を行っていた。

2-6-1-c, 活動費用の工夫

鍼灸マッサージ師はその労働形態からボランティアのために仕事を休めばその分収入が減る。また、被災地までの交通費や宿泊費、滞在中の食費といった経費は高額である。さらに、団体としても、継続的な活動をするには諸経費がかかる。こうした問題を解決するため、募金の呼びかけの他、助成金の獲得を積極的に行った。鍼灸マッサージは国家資格の医療職であり、初動段階での活動実績からも応募した助成金のほぼ全てで審査を通過し、助成を頂くことができた。結果として参加者の宿泊費、交通費の全額補助や、現地事務員・柔道整復師の雇用につなげることができた。但し、PCAT派遣者の費用はPCATが全額負担した他、「ボランティアだから」と支給を辞退された方もいる。

2-6-1-d, こころのケア

普段の臨床での経験上、現地での治療活動で被災体験を持つ患者さんの話に耳を傾ける参加者は多いと考えられた。これは災プロに限らず、被災地へ入る全ての鍼灸マッサージ師に共通している。そこで、心的外傷後ストレス障害(PTSD)や急性ストレス障害(ASD)に関する基本的な知識を『あはきワールドHP』に掲載させて頂いたほか、災プロのマニュアルにも記載した。

また、被災地に入ることにより、参加者自身は何らかの心的ダメージを受けることを考慮し、参加者自身のこころのケアのため、活動からの帰宅後に電話相談を受け付ける臨床心理士を配備したが、これについては利用がなかった。

2-6-2. 現地活動における工夫

被災地、避難所の状況は日々変化する。その場その場の判断で臨機応変に対応していく柔軟さが求められた。

2-6-2-a, 活動パターンの変遷

災プロの活動パターンは大きく二つに分けられる。一つは毎日人員がおり、直接後任へ引き継ぎがなされていく常駐型である。3月末から5月初めに活動した岩沼・名取がその典型であり、PCATと協働した気仙沼・石巻もそれぞれ活

動の前半は常駐した。常設の施術スペースが確保され、毎日施術が可能であった。特に避難所では保健師と密な連携をとることができ、情報の共有が容易だった。避難者のニーズに合わせて、次の訪問型へ移行していった。

訪問型は、塩竈の離島（寒風沢島、野野島、桂島）や、南三陸町の仮設住宅が典型である。数日に一度、折り畳みベッドを持参して施術するかたちをとった。離島は4月中の活動であり、常駐のニーズもあったが、交通手段が船舶に限られ不可能であった。避難所から仮設住宅に移行すると生活環境そのものは改善され、日中は労働に出る者も多くなり、ニーズのあり方が変化する。

2-6-2-b, 治療の環境整備

被災地での活動は、臨時の治療スペースの急造を求められることになる。岩沼市民会館のように適当な個室を与えられることもあるが、多くは朝建てて夕に撤去するような仮設のスペースを作る必要があった。災プロ参加者の一人で、阪神大震災時に活動した経験を持つ藤井正道先生から、工事現場で用いるマスキングテープを用いて患者のプライバシーを確保する方法を教わり、各活動場所で非常に有効だったため、ここに紹介する(図8)。



図. 8

また、テントやパーテーションを用いて施術スペースを創出することもあった(図9)。

まず、卒後すぐの経験のない者がいる。治療場面での安全性に不安があるが、分からないこと、不安なことはすぐに尋ねられるよう、でき

るだけベテランの参加者と組むよう配慮した。

次に無資格者である。災プロは医療集団であるので、無資格で施術をさせることは認めなかった。そうした方々にはカルテ整理などの事務や、ルーチンの問診をお願いした。

また、視覚障害者の場合、慣れない被災地での移動が困難である。これには学生や無資格者と組むことで対応することとした。視覚障害者の方の参加はほとんどなかったが、南三陸町での活動に弱視の方が参加された。サポート役として兄弟が同伴し、その方の滞在費など費用も災プロが負担した。



図. 9

2-6-2-d, 受付用の携帯電話を常備

南三陸町では、長期的にわたる訪問型となった活動の後半、プリペイド式の携帯電話を準備し、事前予約を受け付けることで活動の無駄を省くことができた。また、番号を告知ポスターに明記することで地元からの問い合わせに応えることができ、地元の希望による時間や場所の変更などにも対応できた。

2-6-2-e, リスク管理

治療事故について、2011年12月現在に確認した患者数のべ5986名超の中で、入院や医師による加療の必要な重大なものはなかった。但し、抜鍼忘れ・内出血・貧血・円皮鍼の説明不足・マッサージによる揉み返し、といった事故は報告された。

PCAT 活動内で抜鍼忘れのミスがおこった際、インシデントマニュアルを作成し、参加者へ事前に目を通すよう促し、事故の防止により配慮

した。

また、万一深刻な事故が起きた時に備え、傷害保険加入をホームページ上で勧めた。

2-6-2-f, 現地資源の活用

避難者は、一方的に支援を待つだけの存在ではない。外部ボランティアが支援を提供するだけではなく、復興のために共に働くことのできる可能性がある。むしろ、そこで生活を続けていく避難者の働きを外部がサポートする構図を作ることができれば、支援としては最適と言えるだろう。災プロは南三陸町において、就業場所を流失した地元の方へ、謝礼金を支給するかたちで治療や受付事務を依頼し、活動へ加わって頂いた。外部ボランティアには交通費と宿泊費がかかるが、それをそのまま日当として地元の方に渡す形である。

これにより、地元の方にとっては収入が確保され、生活の安定につながった。災プロにとってはより地元に着した活動となった。最終的には地元の方のみで現地活動を運営して頂く形をとった。

3. 撤収

現地への参入、活動と記してきたが、最後の撤収を行うタイミングを探ることが最も困難であった。ニーズは掘り起こせば無限に存在するからである。特に鍼灸マッサージ医療は、病気が発症する前から奏功する予防医学の側面を持つ点から、いつまで活動しても不要にはならないと言える。

災プロの撤収の判断基準は、町ごとに異なっている。3月から4月上旬に活動を開始し、5月はじめに撤収した岩沼、名取、塩竈では、行政の通常業務の復帰をもって撤収のタイミングとした。最後まで仮設住宅に入れない方のことを思うと、避難所閉鎖まで活動すべきかどうか迷った。だが、やはり「外部から来た」私たちが、現地のキャパシティを越える支援をするべきではない、また、地域の鍼灸院が通常営業をしている以上、その営業を圧迫する可能性があると考え、苦渋の判断であった。

塩竈市島嶼部は消極的な撤収である。避難所までの道のりが複雑で、前任者がいなければた

どり着くことも難しい島嶼部は、継続した派遣が必須であった。ゴールデンウィークを過ぎ、応募が途切れたため派遣を断念した。

気仙沼はPCATへの派遣であったため、PCATの活動が終息すると同時に撤収となった。

石巻は、遊学館で介護を担当する石巻市立病院の看護師を対象とした活動であったが、要介護者の人数が減ることで看護師の人数が減り、ニーズが低下したという積極的な理由と、長期にわたるボランティア活動で災プロ運営スタッフが疲弊したという消極的な理由がある。

南三陸町は地元の鍼灸院が壊滅状態であったため、活動が長期化した。2-6-2-f, 現地資源の活用の項に記したように、最後は地元の方のみで活動できる体制に移し、協働していた地元の柔道整復師の仮設店舗建設の見込みがはっきりしたことをもって撤収のタイミングとした。

撤収方法として、2-4. 地元同業者の支援で記したように、活動中に施術した患者さんが地元の治療院を受診できるかたちとなるよう、地元の治療院を活動場所に掲示または新聞の折り込み広告でお知らせするなどの工夫をした。

撤収時、現地で用いていた様々な用具であるが、ほぼ全てを地元やその他支援団体へ寄付し、整理した。例えば南三陸アリーナで用いていたテント(パーティション)やマットは東京のホームレス支援団体である新宿連絡会医療班へ、石巻の遊学館で使用していた折り畳みベッド2台は岩手県大槌町で活動していた医療団AMD Aへ、その他血圧計や事務用品、折り畳みベッドなどはそれぞれの地元治療家や、当初活動を手伝ってくださった東日本医療専門学校へ寄付し、手元には何も残さなかった。

【考察】

まず、1. 参入に関して。災害時、苦しむ人をテレビなどで目の当たりにして助けに行きたいと思うのは、人間のこころの自然な働きである。ただ、被災現地向かう時は必ず、現地からの要請を受け、ニーズを把握し、受け入れ先を持っていなければならない。統制のとれていない現場に、現地にゆかりのない者が気持ちだけで飛び込むことは、混乱を持ち込む恐れがあるか

らである。

医療職に関して、例えば医師・看護師を中心とした災害医療派遣チーム(DMAT)は、大規模災害に於いて、被災地の都道府県(災害対策本部)から他の都道府県、厚生労働省、文部科学省、国立病院機構などへの要請を受けて出動する。この他、保健師は厚生労働省からの、心のケアチームは厚生労働省、文部科学省からの要請を受けてそれぞれ出動する。

このような自治体からの要請とは別のケースとして、縁故による参入がある。もともと被災地に居住している親戚や知り合いを通して個人的に向かうボランティアの場合である。但し、個人的な参入は単発の活動になりやすい。医療職は治療した患者の予後を見守る必要があるため、継続的な観点が必要である。

災プロの場合、そもそも団体発足前であったことに加え、鍼灸師・マッサージ師が医療職としてできることの認知が進んでいないために代表の三輪自身も要請を受けることはなく、また被災地に縁故もなかった。

出発前に不足した準備として、現地の歴史・文化に関して調べる時間をとれなかったことが挙げられるが、要請を受けてから出発するまでの時間が極端に短く、物理的な時間の制約上不可能だったと言える。

次に2.活動に関して。

まず2-1.治療活動に関して。スタッフに共有されている実感という、データとしては非常に曖昧なたちで挙げざるを得なかったが、重要な点であるので敢えて表記した。治療効果に関しては別研究でまとめる予定ではあるが、社会地域的視点も需要であることを先に付記しておく。具体的には、南三陸町の中瀬町集会場で現地コーディネーターから以下のような話を聞いた。「元居た人と避難してきた人が混じってコミュニティ作り中。活動は交流の場となり、助かります」。治療効果とは様々なものを指すと言ってよいだろう。

2-2.治療対象の分析の項目で、避難者と支援者の受療回数や一日の受療人数に違いがあるとは言えない結果が出たが、市役所、消防など、

自ら被災者でありながら復興業務に奔走する支援者も、避難者と同様にニーズがあり、活動鍼灸マッサージの活動が求められると言えるかもしれない。ただ一方で、すべての活動場所でそれぞれ・滞在日数・滞在時期・投入人数・活動時間・避難所の形態などの相違があり、条件は一定ではなかった。このことから、データを平均して解析することに意味があるか疑問が残る。

2-3.コーディネーターの整備に関して。市役所ごとの一日の平均受療人数や受療率が単純にコーディネーターの有無により左右されるとは言えないが、大きく寄与していると考えられる。双方のコーディネーターの信頼関係の構築が最重要である。この信頼関係を積極的に築くためのコミュニケーションは遠隔でなく対面であることが望ましいが、資金力に乏しい団体には参加者の費用自己負担に頼るほかなく、長期にわたる派遣は困難であることが実情である。

2-4.地元同業者の支援に関して、広告作成に当たり、まず地元の治療院一つ一つに連絡し、確認をとった。治療院によっては現在の患者さんで手いっぱいのところや、高齢のため施術人数を限っているところ、直接被災されており再建の見通しが立たないところ、その他の事情などで掲載を望まない治療院も複数あった。地元支援を考える時、こうした個別のケースにきめ細かく対応していくことが大切である。これと関連して、気仙沼の新聞広告に至った経緯について触れる。当初は地元のケアマネ協会を通じた広告の配布を予定したが、明確な返答を得られなかったため断念し、新聞広告を検討した。新聞広告は不特定多数へのばらまきであり丁寧さを欠くとも考えたが、直接お会いした現地治療院のニーズを考慮した。

石巻では地元治療院への積極的な支援を行わなかった。これには3点理由がある。一つめは、石巻市が町村合併の直後であり、面積も広く、混乱を生む可能性を考慮したこと。二つめは、現地活動中に縁のできた地元の先生がおらず、状況が全く把握できなかったこと。三つめは、PCAT内の活動で活動の対象者が支援者(看護師)限定であり、また災プロ側のコーディネ

ーターも不要であったため、地元と深い信頼関係を構築する機会が少なかったことが挙げられる。

2-5-2. 地元の個人治療家との連携について。これは、避難者と地元の治療家を直接結び付ける点で、地元還元の最良の方法であったと考えられる。ただし、活動に参加して頂けるのは、被災して自分の治療院の営業が難しいにも関わらず経済的・心理的余裕のある方、もしくは被災しておらずボランティア意識の高い方に限られ、多くの方々は自分の治療院や避難生活で手いっぱいであり、さらに、震災直後はガソリン不足や生活の見通しが立たないためにまったく動けない状況であった。

南三陸町では、地元の柔道整復師の他、地元一般女性二人も、事務員として同様に日当を給付し協働して頂いた。このうち一人は現在、再開した整骨院の仮設店舗にそのまま勤めている。

石巻市での連携について触れていないが、これは特に活動を行わなかったためである。当初は地元鍼灸師へ声掛けする案もあったが、活動中に直接的なご縁がなく、通常営業もおこなっている様子で、無理に声をかけることを慎んだ。石巻はPCAT内での活動であり、地元と積極的な信頼関係を築く災プロコーディネーターも配置せず、施術対象も限られていたことも要因と考えられる。

2-5-3. 他の医療職との連携について。現在の医療システムの中では普段から病院内などで協働しているわけではない職種同士のスムーズな連携は困難である。実際、災プロも、全ての場所で真に有機的な連携がとれていたわけではない。それでも、連携のとれた現場で役立つことはいくつかある。1つめは共通言語を持つことである。具体的には、血圧計・体温計の常備である。治療前の血圧測定や検温を通し、高血圧や感染症などのリスクを収集、保健師など担当部署へ報告することで重大な疾患や感染症の流行の予防の一助となった。普段こうした計器を用いない参加者にも使用をお願いした。2つめは情報収集である。体に触れる鍼灸マッサー

ジは、患者さんとの信頼関係の構築が容易で、情報を集めやすい。睡眠、食欲、便通など基本的なこと、生活上の問題、心理的問題など、施術中に上がってきた様々な隠れた問題を収集、保健師などへ報告し、信頼関係を築いていった。

なお、心理的問題に関しては、心のケアチームとのカンファレンスの場を持つなど、より積極的な支援が可能だったのではないかと考えられる。

連携は普段の日常から行われていないと難しいのが実情であるが、速やかな連携を作るには、鍼灸マッサージ師による災害支援の研修制度を整備することが急務である。1995年の阪神大震災後、看護師がそうしたように、プライマリケア、カルテの記入、リスク管理、コメディカルの意識、ボランティア意識、コーディネーターの育成といったものを学校教育の中に組み入れるべきであろう。

2-5-4. 医療団との連携について。PCATへの派遣の利点として、PCATからの交通費宿泊費の全額補助がある。借り上げの宿舎があり、支援者同士のミーティングも容易であった。コーディネートの必要もなく、鍼灸マッサージ治療に専念すればよいことも特徴的である。一方で、他の市町での活動のような、地元との密な関係を構築する機会が少ないことから、地元同業者の支援のような治療以外の支援活動が展開し難い一面があった。

2-5-5. 他の鍼灸関連団体との連携について。はりきゅう便と協力関係を構築できなかった主な理由として、代表者同士の被災地支援の目的に関する相違があった。災プロが「ただ被災地のために」を活動目的としていたことに対し、はりきゅう便は「鍼灸の普及のため」とのことであった。また、医療連携の提案、具体的には血圧計・体温計の持参について、その意味を理解してもらえず、はりきゅう便単独の支援体制への不安が拭えなかった。こうしたことから協働は難しいと考え、関係は途絶した。但し、はりきゅう便は途中から代表が変わっている。

団体間の連携は、それぞれの団体が活動している現場の状況がそれぞれ異なるため、完全に

同化することは難しい。また、代表者の資質により、活動の質が大きく異なる。さらに、代表者は自分の団体の運営で手いっぱいのため、積極的な連携は難しい。団体同士は情報交換など、ゆるく結び付いていることが望ましいと考えられる。共通のBBSや、現地で直面した課題に対するQ&Aを含むHPを立ち上げることは可能かもしれない。

2-6-1-a, 後方支援の充実について。災プロの後方支援スタッフには女性が多かったが、女性的視点、つまり無理な活動をしないこと、相手の話をきちんと聞くことといった姿勢が、支援の押し付けを防ぎ、現地の状況を丁寧に把握していく活動体制につながったと考えられる。問題点としては、スタッフの疲労があった。それぞれ本業の方手間のボランティア活動である。殺到する応募者への対応や大量に流れる連絡事項に疲弊する姿が見られたが、積極的な対応策を打ち出せないまま、全体の活動期間の短縮の理由の一つとなった。NPO化し、専属の職員を置く案も浮上したが、NPO化することで活動の目的が変化してしまうことを危惧し、見送った。

2-6-1-b, ITの活用について。ITを活用しても、それだけに依存せず、月に一度は後方支援メンバーが直接顔を合わせる会議を開催した。顔の見える関係が最も大切であることは、被災現地との関係だけでなく、支援者同士の関係にもあてはまる。

2-6-1-c, 活動費用の工面について。応募した助成金はほとんど審査を通過し、助成を頂くことができた。その要因として、災プロが国家資格の医療職である鍼灸マッサージ師により構成されていること、支援者への支援という独自の支援を行っていたこと、初動段階の活動が新聞記事になっており社会的信用が得られていたことなどの点が挙げられる。一方で、費用を全額賄えたと言っても、PCAT派遣者の費用はPCATが全額負担した他、「ボランティアだから」と災プロからの支給を辞退された方もいる。

2-6-1-d, こころのケアについて。避難者から不眠や体重減少などの訴えはあったものの、実際のPTSDまたはASD症状は初期の避難所では非

常に僅少であった。仮設住宅に移った後の遅延型発症や自殺が課題になっており、阪神大震災でも発生から数年経過後の心理的問題が明らかになっていることから、心のケアはこれからが本番と言えるかもしれない。だとすると、ここに鍼灸マッサージ師の関わることのできる可能性は多いにあると考えられる。

2-6-2-a, 活動パターンの変遷について。避難所では、プライバシーのない狭い居住スペースで過ごすことにより発生する身体的な問題がストレスとなっていたが、仮設住宅になると今後の生活に対する不安など心理的な問題がストレスとなる。仮設住宅に移行した後は常駐する必要性は少ない代わりに、長期的・継続的なケアが求められる。また、活動が長期化すると参加ボランティアの確保も難しいため、活動の間隔を空けざるを得ないのも実情である。

2-6-2-b, 治療の環境整備について。施術者自身も床に座らなければならなかったり、施術スペースが狭かったり、本来の自分の施術所と異なる点が多く、臨機応変に対応することが求められた。他に例えば消毒を意識的に行うような配慮も必要であり、血圧計など普段用いない方にとっては慣れない器具の使用など、柔軟さが求められる。

2-6-2-e, リスク管理について。参加者が普段行っている臨床通りの施術が最も安全で事故がないと考え、治療方法に関する指定は一切行わなかった。

2-6-2-f, 現地資源の活用について。活動開始当初、特に避難所では、被災者は「支援の対象」でしかなかった。しかし時間が経過し、避難者も自ら動くことができるようになると、被災地復興のために共に働く「仲間」であり、外部ボランティアが下支えさせて頂くべき「主体」となっていった。

地元スタッフによる施術を受けた患者さんは、災プロ撤収後も再開業した地元治療院を受診する可能性がある。

問題点として、一つには資金がある。謝礼金を出すには団体に資金力が必要である。これには助成金で対応した。次に公平さである。真っ

先にサポートすべき人をサポートできているのか、見極めは難しい。災プロでは縁のあった方、一般募集に応募してくださった方へ依頼する形をとった。

3. 撤収について。このタイミングを図る難しさは、鍼灸に限らず、あらゆる支援に共通するだろう。何に視点を合わせるかで回答の異なる、正解のない問いである。

岩沼市民会館に入っていた順天堂練馬病院(3/23~4/3 活動)の医師からは、「避難者の依存を回避するためにも早めの撤収を」と勧められた。支援があまりに長期間にわたると、私たちが去った後の反動が大きくなる、という意味である。一方で、気仙沼市と石巻市で協働したPCATは、医療に限らず地域生活レベルの復興を目指し、初めから活動を2年と決めていた。PCATは「最高は最適ではない」、つまり「私たちの支援と同じ質と量の支援を、今後地元ができるのかどうかの見極めが必要」という配慮を持っていた。

あらためて整理すれば、現地では依存回避とニーズとのつなひきが、団体では運営スタッフの疲労や資金繰りとの相談が起こる。

災プロでは基準を「地元治療院の復活」および「支援者の通常業務への復帰」の二つとしたが、血压データから災害発生後2~3カ月としても良いかもしれない。血压データの詳細に関しては発表準備中である。

他に、地元治療院の圧迫について、地元の治療院の患者さんであった被災者の方を外部のボランティアが治療してしまうことの弊害がある一方で、外部ボランティアの治療を通して、鍼灸マッサージの良さを初めて知る方が増えるという側面もあった。この弊害と利点の境目が、撤収のタイミングとなるとも言える。

災プロは撤収したが、日常的な体調不良やメンタル面の訴えはその後も続くことから、医療的視点・地域社会的視点を踏まえた新たな支援をこれから行うことも鍼灸マッサージには可能であろう。

ここまで個々の項目に関して考察してきたが、今後災害が発生したとき、鍼灸マッサージ師が

より有効にその治療効果を発揮させるために、全体を通して大きく3つの課題が挙げられる。

一つめは医療連携の意識の育成である。他の医療職種の仕事を知り、医療全体の中での鍼灸マッサージ師の役割を確立することである。二つめは病気のスクリーニング技術の向上である。重篤な疾患など、鍼灸マッサージでは対応しきれないものをいち早く発見し、他の医療機関へつなぐことが求められる。三つめはボランティア意識の認知である。「自分のしたいことをしに行くのではなく、相手のしてほしいことをしないこと」を現場で実践することは予め知っていないと難しい。看護師の国家試験には災害看護の項目が整備されている。鍼灸マッサージ師にも、これらを学校教育の中に組み込むことが求められる。

今後起こるであろう災害時に、鍼灸マッサージに何ができるかについて。ここまで示してきた活動の細かい内容や工夫がそのまま適応される災害現場は少ないと思われる。状況や条件は各々の災害で異なり、毎回臨機応変の対応が求められるからである。それでも、被災された方々にできる限り寄り添おうとした災プロ活動の4点の原則には、被災地支援活動における普遍的要素が含まれていることを期待して以下に示す。

①縁→支援

ボランティアによる支援の場合、縁があるから支援するという方向が大切であると考えた。現地で出会った地元の方とつながり(縁)は、そこに作為も無理もないため、フラットな関係性が築かれる。地元の方との気兼ねのないコミュニケーションは、地元のニーズの正確な把握や、支援者側の思い込みにとらわれない活動につながる。支援→縁のように支援のために縁を作る方向の場合、支援する側とされる側、もしくは支援を申し出る側と支援を受け入れる側という規定された関係がはじめから構築され、地元のニーズとのずれにつながる可能性がある。

例えば名取市、塩竈市での活動は、代表の三輪が名取市内の銭湯で偶然に出会った名取市ボランティアの太田幸男氏の紹介で始まり、役場での治療への展開や地元治療家支援に広がって

いった。一方でPCAT内、特に石巻市での活動では、災プロ独自のコーディネーターの不在もあり、地元の方と深い関係性を持つ機会はなく、目の前の治療を淡々とこなすことにとどまり、地元治療家の支援など、他市町で行った支援には踏み込まなかった。

②排除をしない

現地で支援活動をしていると、多様な背景や考え方を持つ方や団体に出会う。中にはボランティア活動に不安のある参加者や、方法論の違う方や団体もある。そうした時、できるだけ排除せず、協力関係を構築していくよう努めた。

例えば参加者で視覚障害などのハンディを負っている方、経験の浅い方、無資格の方にはそれぞれに応じた参加の仕方や仕事内容をコーディネートした。方法論の異なる他団体や他のボランティアも、被災地の役に立ちたいという基本的な気持ちは一致していると考え、協力できる点においては積極的に協力関係を構築した。

③システムをつくるためのシステム

千変万化する被災地では、常に正しいというシステムは存在しない。全てその時の現場に合わせたシステムを臨機応変に構築する必要があった。つまりマニュアルはあってないようなものである。そのようなシステムを作るのに大切な働きをしたのが、様々な視点を入れること、つまり現地を含め団体運営スタッフ全員で意見を交換し、共有することであった。現在、災プロは解散の形をとっているが、これも新たな災害が起きて災プロの活動が必要とされた時、前例に縛られずゼロからシステムを作るための措置である。

④ただ被災地のために

災プロには政治的背景がない。そのために業団の垣根も制限もなく、『被災地にとって何が最善か』のみを基準として活動を展開した。例えば、夏のお盆期間は被災者感情を優先し活動を避けた。これは、活動することで資金提供を得るNPOであったなら同様にはいかなかったかもしれないと考えている。

本来そこにはいなかった者として、やがていなくなる者として、現場での状況判断を最優先

し、できる限り無私の活動を貫くことに努めた。活動終了時には余剰の物品も資金も寄付などにより配布し、ほぼ残さなかった。

【結語】

血圧データ、主訴をはじめとした治療データに関してはできるだけ早く整理し、機会をみて発表したい。また、被災地における鍼灸マッサージを現地の方々がどのように受け止め評価していたのか、あらためて調査を行うことが求められている。

被災地へ足を運ぶことの少なくなった現在の筆者には、被災地を“忘れないための努力”が必要である。撤収時、各地から頂いた「忘れないでください」という声をあらためて思い出している。

参考資料

- 1) <http://sinkyu-sos.jimdo.com/> 災害鍼灸マッサージプロジェクトHP.
- 2) <http://890iwanuma.blog.so-net.ne.jp/> 災害鍼灸マッサージプロジェクトブログ.
- 3) 三輪正敬.被災地支援における鍼灸マッサージ師の役割.社会鍼灸学研究.2011;特集号災害と鍼灸:19-40.
- 4) 三輪正敬,勝又陽太郎.ボランティア支援とメンタルヘルス—鍼灸マッサージ師の活動から見た災害後のこころのケア.日本社会精神医学会雑誌.2012;21(1):71-74.
- 5) 三輪正敬.新教育への提言 11「災害鍼灸」教育の整備を—被災地支援活動現場からの提言—.鍼灸 OSAKA.2013;108:99-103.

東日本大震災ボランティア受け入れコーディネイトの結果概要

被災者支援プロジェクトチーム東洋医療

代表 樋口秀吉

【はじめに】

平成 23 年 3 月 11 日午後 2 時 46 分宮城県太平洋沖を震源とするマグネチュード 9.0 震度最大 7 の国内最大の地震が発生した。また、地震発生後、午後 3 時過ぎに津波が押し寄せ東北地方の太平洋沿岸部、青森県、岩手県、宮城県、福島県、そして、茨城県、千葉県におよぶ味噌有の甚大な被害をもたらした。特に岩手、宮城、福島県 3 県の被害が大きく、被災直後、1 万人以上の死者、行方不明者と数十万人といわれる避難者をもたらした。

宮城県の玄関口である仙台駅は地震により天井が崩れ落ち、仙台空港は津波により浸水流出し入り口を失った。

【ボランティア受け入れの動機】

地震後、東北 3 県を津波が襲う様子をテレビの映像により、津波の大きさ、凄さ、恐ろしさ、そして、被害の甚大さを目にすることにより、日本及び、世界の人々の心を揺り動かした。「こうしてはられない、何かしなければ」という思いを起こさせたに違いない。

被害の大きさを知った全国各地の友人、知人から「ボランティアに行きますから」という声をたくさん頂いた。

私のところの被害は、土地、家屋を大きく壊されたが、津波の浸水を免れた。津波が浸水したのであれば、汚泥、瓦礫の撤去等の人足を必要とするが、私のところで必要とするのは、土木、建築等の職人の仕事である。来ていただいても、何をしていただくか。「ボランティアに行きますから」という気持ちを大事にしたい、受け入れたいという気持ちがあり、職業なり免許を生かしたボランティアをして頂くにはどうすればよいかを考えた。そこで、私のところの周辺の避難所を回り、現状を視聴した。

【ボランティア受け入れ派遣基地の立ち上げ】

津波の浸水域は宮城県内の太平洋に面したすべての市町村で、8 市 7 町におよぶ途方もない広

さで、避難者の数も 3 月 24 日現在で、87,017 人、避難所 608 ヶ所と報じられていた。

津波浸水の広さと、避難者の数から、これは、行政もどうしようもなく、長期化するだろうと予測した。被災まもない時期は、医師による西洋医学的処置が必要で、鍼灸師のボランティアが力を発揮するのは、避難所生活が長くなり、長くなればなるほど、避難者の疲労、不安、いら立ちなどが出てくる頃だろう、そこに鍼灸のボランティアが生きてくると考えた。

しかし、ボランティアに来ていただくのは良いが、宿泊をどうするのか。当地松島町には、ホテル、旅館が多いが震災でまだ受け入れできる状態ではない。そこで、寝袋を持参していただければ、寝泊まりできるように簡易宿泊所を準備した。幸い私のところの敷地内に旧家屋 3 棟があり、地震で壊滅的に壊されたが、余震が来ても倒壊しないよう手を加え修理し寝泊りできるようにした。

【受け入れ体制と名称】

当初、私は、宮城県鍼灸師会の会長職であったことと、その事務所を私に所の旧家屋に置いてたことから基地運営の受け入れ組織を宮城県鍼灸師会の事業にしようと考えた。

しかし、宮城県鍼灸師会の事業にすると、いろいろな制約が出てくる。例えば、鍼灸の専門団体であるため、受け入れは、鍼灸師でなければいけない。他団体の鍼灸師の場合どうするのか。掛かる経費の予算を立て承認を受けなければならない。また、いろいろなことが生ずる度に、その都度、理事会の承認が必要となってくるなど何をやるのにも時間がかかってしまう。

そのようなことから私個人での立ち上げ運営とし、宮城県鍼灸師会の方々には、人的な協力をいただくことにした。

名称は、職種にこだわらず、できるだけ、多くのボランティアを受け入れられるように「被災者支援プロジェクトチーム東洋医療」とした(写真 1)。



写真 1

【基地の方針】

近隣の避難所の状態を把握しておき、入ってくるボランティアの職種、人数に応じて、入れる避難所を選定しコーディネートを行った。

避難所の生活空間と区別するために、ベット、スクリーン等を持参し治療ブースを確保した。スペースを確保できない避難所へは、テントを持参し設置した (写真 2)。



写真 2

- ・基地のボランティア受け入れ票を書いていた記録する (図 1)。
- ・カルテを記載し基地で保存する (図 2)。
- ・バイタルチェックを行う (基地のスタッフを同行させ受付、問診時に行う)。バイタルで問題のあったものは、その市町村の保健福祉課もしくは医療機関へ申し送りをする。
- ・刺激を避けるため施術時 30 分以内とする。
- ・被災者のケアの継続性を持たせ経過観察しながらケアを行う。したがって一度ケアに入った避難所は閉鎖されるまで継続した。

- ・他の鍼灸マッサージ関係のボランティアがサポートしている市町村の避難所と重ならないように配慮した。

ボランティア受付票 () 回目

受付日時	月 () 日 () 時	出発日時	月 () 日 () 時
代表者	お名前: () ()	ボランティア団体加入	有 ・ 無
住所	行で基地まで知りましたか?		
電話番号	電話②		
メールアドレス	資格:	活動内容:	
グループ人数:	名		
参加者氏名	住所	携帯電話	メールアドレス
			保険
			資格
			貢献したい活動内容
持ち込む物	車、ベッド、食糧、治療器具一式、その他 ()		
移動手段	車、バイク、なし		
他の施設			
災害形態	(例: 5月25日朝、夕)		
その他伝えたいこと			

図 1

診察処置表

年 月 日 市町村名: _____

施術時間: _____ ~ _____ 避難所名: _____

氏名: _____ 男 女 年齢 ()	住所地: _____
ケアの目的 疲労、ストレス、不安、不眠、トラウマ、難病症状など	内服薬 血圧、心臓、糖尿病、便秘、痛み止め、糖尿病安定剤、血液サラサラ、コレステロール、骨粗鬆症 その他 ()
痛みなど気になる部位 ・頭 ・首 ・肩 ・腕 ・肘 ・手首 ・指 ・背中 ・腰 ・股関節 ・太もも ・膝 ・すね ・ふくらはぎ ・足首 ・足 ・その他 ()	治療中の病気/既往歴 (入院、けが、手術、持病)
以前、同様のケアを受けたことがありますか? ・ ない ・ ある ()	伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

<バイタルサイン>

脈 目	呼 吸	血 圧	脈 拍	体 温
		/ mmHg	回/分	℃

特記事項: _____

施術者記入欄

知識内容

- ・はり治療 (レ点)
- ・きゅう治療 (△)
- ・あん摩・指圧
- ・マッサージ (クリーム・オイル)
- ・アイシング
- ・ストレッチ
- ・PNF等の手技
- ・テーピング
- ・その他

[]

施術者名 ()

図 2

【受け入れスタート】

4 月初め、名取市役所の要請で、市役所職員

のケアに、基地のスタッフで出向く。その後、基地の宿泊受け入れ態勢を整え、ボランティア募集を日本鍼灸師会及び全国の各県師会長を通じ要請を行った。

5月には、ホームページを立ち上げボランティアの募集とボランティアの報告を掲載してきている。

【避難所のケア内容】

・期間

避難所のケア期間は、平成23年4月から避難所が一番遅くまで残っていた気仙沼市の11月2日までとなった(8カ月間)。

・活動範囲

宮城県内の4市3町、計7市町にて活動を行った。活動個所は19カ所で、避難所が16カ所自治体関係施設が3カ所であった(表2)。

・受療者の構成

東松島市：6カ所 延べ785名

女川町：1カ所 延べ34名

石巻市：5カ所 延べ278名

気仙沼市：1カ所 延べ4名

松島町：3カ所 延べ87名

名取市：1カ所 延べ8名

七ヶ浜町：2カ所 延べ44名

・受療延べ人数：1240名 平均年齢：53.8歳(最高91歳、最少4歳)、男女比：男性550名(44%)、女性684名(55%)

・受療頻度

全体平均で一人当たり1.91回。最も多い人は14回(避難所の開設期間、避難所ケアに入った回数に影響する)

・バイタルサイン

目立って異常な数値ではなかったが、日本高血圧学会の分類による「正常高値血圧」からすると、高血圧ではないが、将来高血圧症になるリスクが高い状態を示している(表1)。

表1

平均最高血圧	平均最低血圧	平均脈拍	平均体温
134.9mmHg	81.8mmHg	76.9回/分	36.1℃

n=1240

表2

市町村	活動場所	回数	活動期間	人数*
東松島市(6)	牛網地区学習等共用センター	10	5/4~7/31	142
	小野市民センター	9	5/1~8/3	213
	東松島市コミュニティセンター	9	5/3~7/9	369
	宮戸小学校体育館	2	5/8~5/22	24
	矢本子育て支援センター	1	9/14	21
	東松島市赤井南保育所	1	9/28	16
石巻市(5)	広渕小学校体育館	13	6/15~9/21	210
	湊小学校	3	9/17~9/30	31
	蛇田中学校体育館	1	10/1	14
	鹿妻小学校	1	5/3	16
	洞源院	1	5/3	7
気仙沼市(1)	気仙沼市民会館	1	11/2	4
名取市(1)	名取市役所	1	4/4	8
松島町(3)	松島東部地域交流センター	4	5/1~6/21	16
	品井沼農村環境改善センター	3	4/29~6/1	41
	手樽地域交流センター	2	4/30~5/31	30
七ヶ浜町(2)	国際村	1	5/7	18
	養松院	1	5/3	26
女川町(1)	女川総合体育館	1	10/31~11/1	34

・9回以上継続した避難所ごとの血圧の相違
日本高血圧学会の分類で高血圧症となる、最高血圧 140 以上、最低血圧 90 以上の人を抽出してみると、(表 3) の結果が得られた。

表 3

避難所	最高血圧 140 ↑	割合%	最低血 圧 90 ↑	割合%
K	25/187	27.8	60/187	32.0
H	30/55	54.5	23/55	41.8
U	20/38	52.6	18/38	47.3
O	23/116	19.8	16/116	13.7

・受療者の症状

全身症状と各部の障害とを分けてカルテに記載した。

全身症状で最も多かったのは、「疲労」であり全体の 40%であった。次いで、「ストレス」、「不眠」が多く見られた(図 3)。

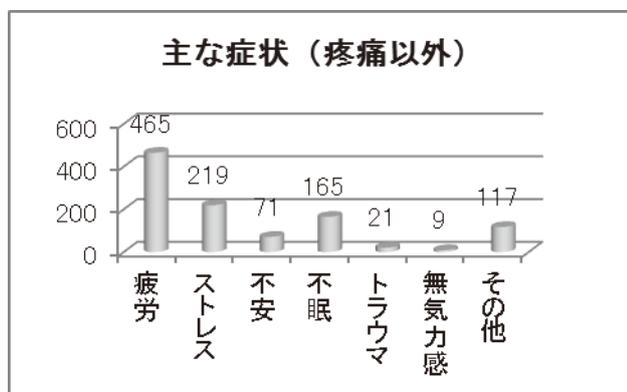


図 3

◎疲労を時系列でみて、4月～6月の前期と7月から11月までの後期を比較すると、疲労(34%→49%)とストレス(16%→24%)を訴える受療者が明らかに増加していた。

避難所生活が長期に渡っていたことや、避難所の閉鎖に伴い自立が促され、生活再建の課題が現実化してきた時期であることなどが、影響していると考えられる。

◎ストレス、不安の内容としては、被災により家屋が倒壊したり流されたことや、身内を亡く

したケース、今後の生活再建への不安などが多かった。

初期の頃は、被災時の状況を克明に語る人が多く、ケアに当たる際は、積極的に体験を聞きだすのではなく、被災者の語りをただ受け止めるように配慮した。

施術中に眠ってしまう人も多く、「施術を受けた日は良く眠れた」という声も多く聞かれた
◎不眠については、震災をきっかけに睡眠薬や安定剤を服用するようになった人が多かった。実際に不眠を症状としてカルテに記載した割合よりも多くの被災者が、震災を機に睡眠障害を抱えていたと考えられる。

◎トラウマがあると訴えた方は、何らかの医療機関を受診している場合が多かったが、気になるケースは自治体の保健師に報告しフォローしていただいた。

・9回以上継続した避難所を比較してみた(以下表4参照)

表 4

	O 避難所	K 避難所	U 避難所	H 避難所
施設	自治体センター	自治体センター	自治体センター	小学校
居住スペース	体育館 会議室 和室	会議室通路	体育館	体育館
管理者	職員	職員	住民	職員
140 ↑	19.8%	27.8%	52.6%	54.5%
90 ↑	13.7%	32.0%	47.3%	41.8%
最高血圧	130.6	134.1	135.6	137.5
最低血圧	77.5	85.0	81.2	79.9
疲労	38%	41%	35%	28%
ストレス	19%	15%	18%	24%
不安	6%	6%	4%	3%
不眠	13%	11%	18%	9%

○避難所の形態

施設の職員が管理していた。

広い体育館といくつかの会議室と和室に振り分けられていた。体育館の中は荷物でしきっているだけであった。アクセスが便利なのもあ

り、多くの芸能人が訪れ、イベントも開催されていた。食事は弁当の支給であった。

・K避難所の形態

施設の職員が管理していた。広い場所はなく、いくつもの会議室に振り分けられていた。他の家族と一緒に部屋になりたくない人は、通路に自分たちのスペースを確保していた。人数が多かったため、食事は弁当の支給であった。

・U避難所の形態

自治体指定の避難所ではなかったが、住民の希望で自主的に津波の跡を片付け整備し、避難所として移り住んだ。自治会を組織して主に被災者で運営していた。広い体育館を荷物で仕切っているだけであった。調理室もあり、自炊も盛んで、炊き出しボランティアが多く来ていた。周辺の自宅に住む被災者の食事管理もしていた。

・H避難所の形態

市の嘱託職員と他県からの応援職員で管理していた。

広い体育館を背の高い段ボールでしきって、番地をふっていた。もともと別の避難所にいた人たちが移ってきたところであった。ボランティアはあまり入っていないようであった。自炊も盛んに行っていた。

《バイタル・障害部位の比較》

・血 圧

UとHの避難所は高血圧の人が多かった。この2ヶ所の避難所は、自炊や炊き出しボランティアが多く、食生活への不満はあまり感じられなかった。「震災太り」で悩んでいる女性や、血圧が高くなってきたのを気にする年配者が多かった。U避難所では「不眠」、H避難所では「ストレス」が高い割合を示しており、その影響も考えられる。

・心身の症状

4カ所の避難所は形態も様々であるが、全体的に雰囲気は明るく、職員のサポートも良く得られているようであった。

K避難所で「疲労」が高い割合を示しているが、この避難所でケアを受けにきた層は、比較的他の避難所よりも若く、仕事や被災した家の

片づけなどを終えて疲れ切った状態で施術を受けている人が多かった。

その他の避難所は、比較的年配者が多く、日中も避難所にいることが多かった。

UとHの避難所は、他の2つの避難所に比べると、規模も小さく人数も少なく、コミュニケーションが良くとれているようであった。

しかし、H避難所は10月近くまで利用されていた。期間が長引くと、避難者は徐々に仮設住宅の方へ移って行くことにより人数が減り人間関係が濃密になることで、新たなストレスが生まれるようであった。7月以降の後半では、避難所内の人間関係や人数が減っていくことへのストレスを語る人が増えていった。このことがストレスを感じる割合を高めていたのではないかと考える。

・不 眠

U避難所のみ高い割合を示し、他の避難所は平均を下回っていた。避難所の構造として、OとKは、会議室などの個室や廊下など、区切られたスペースがあった。また、Hでは段ボールを利用して、世帯ごとに個室のような空間を作り出していた。Uだけが、広い空間を荷物でしきって寝泊りしていた。これらの居住空間の違いも、不眠の割合の違いに影響していたのではないかと考える。

・障害部位 (図4)

最も多かったのは肩こり(57%)で、首のこり(40%)や背中のこり(22%)を合わせて訴えるケースが多かった。

肩こりは様々な原因で生じるが、避難生活では特にストレスや運動不足、硬い床で寝る生活などが原因として考えられた。

次いで多かったのが腰痛(54%)で、肩こり同様の原因も考えられるが、自宅の復旧作業や避難所での仕事によって腰に負担をかけ、施術を受けに来る方々も多かった。

同じ理由で、腕や膝を痛めた人も見られたが、症状の強い人はすでに医療機関を受診している場合が多く、痛みが慢性化したためケアを受けに来ているようであった。

夏になると、ふくらはぎがつったり、痙攣す

る人も多くみられ、施術と合わせて水分補給やストレッチの方法を指導するようにした。

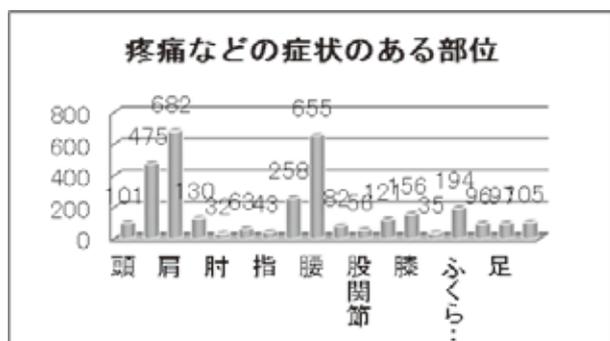


図 4

・施術内容

施術は一人 30 分以内とし、刺激過多や不公平感を抱かせないようにした。施術の方法は施術者が日常行っている方法を尊重し、施術後に揉み返しなどの不快な症状が残らないように、軽い刺激で行ってもらった。

避難所の環境は様々であったが、体育館のように、荷物で簡単に仕切って、硬い床に毛布を敷いただけの狭い場所で生活している避難所もあったため、簡易ベッドを持参し、必要であればストーブも持参し、リラックスできる環境を準備するようにした。

また、生活している場所とは離れた所にスペースをとり、スクリーンで仕切ることで、プライベートな空間を確保した。そうすることで、周囲を気にせず思いを打ち明けられたり、鍼治療のために肌を出すことができたり、ゆっくりベッドの上で休めるだろうと考えた。

当ボランティアで施術を受ける前に、鍼灸マッサージを受けたことのない人は全体の 42%であった。鍼灸は「痛い」「熱い」というイメージがあるため、初めはマッサージやあん摩・指圧を希望する人も多いが、体験する人が増えるに従って、評判を聞いて徐々に鍼治療を希望する人が増えていった。(図 5)

しかし、この数値は他の鍼灸ボランティアで、経験したものも含まれており実際に治療院へ出向き鍼灸治療を受けた経験者はもっと低い数値であろうと思われる。設問のしかたが反省点と

なった。最終的には、全体の 54%の方が鍼治療を受けた結果となった。

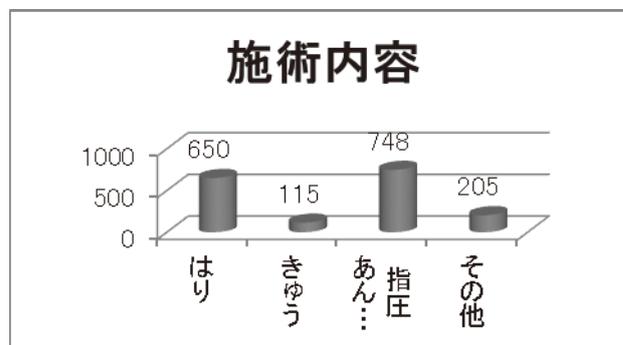


図 5

施術内容は、受療者の希望に沿って施術を選択するが、症状との適応性や既往歴、服薬状況などから、受療者に合った施術をアドバイスすることもあった。

刺激過多にならないように注意を払って施術を行ったが、「あまり変化がなかった」「その日の夜に足がついた」「前よりも痛みが強くなった」という人もおり、このような場合はケースに応じて丁寧に対応するようにした。

・アメリカの精神科医師による耳鍼治療の体験

8月22日に、アメリカの精神科医師のマイケル・スミス氏が、石巻市の避難所において耳鍼治療を行った。スミス医師は NADA (National Acupuncture Detoxification Association <全米解毒鍼治療協会>) の創始者であり代表を務めている。初めは麻薬中毒患者を対象に行っていたが、9.11 のアメリカ同時多発テロの後や軍人の PTSD に対しても耳鍼を行っている。現在 50 カ国以上の国で実践され、更に広がりを見せている。

今回は、東京での学会で「鍼灸と PTSD」について講演をするための来日であったが、被災地でボランティアを行いたいとの希望があり、当基地局がコーディネートすることとなった。同じく NADA のメンバーの日本人の通訳を介し、希望した約 10 名の被災者がグループで耳鍼を体験した。これは、被験者たちが輪になり椅子に腰かけ耳に数本の鍼を置鍼し、数十分音楽を聴いているだけである。体験した被災者の中には、

「みんな仮設に移ってしまい、逆にだんだん精神的にきつくなってきた」と感情を表出した人もおり、それらの思いをグループで共有する時間を設けた。その他にも「首が楽になった」「腰の痛みが和らいだ」と身体症状が軽減した人も見られた (写真3,4)。



写真3



写真4

《ボランティア受け入れのまとめ》

・基地局を利用したボランティアの概要

避難所にてボランティア活動を行った数は、122名 (2011年4月28日～11月3日) で、男性88名 (73%)、女性34名 (28%)、平均年齢は45.04歳 (21～69歳) であった。平均参加回数は1.3回、最も多く参加したのは5回だった。殆どのボランティアが宿泊をしたが (平均宿泊数1.34日)、およそ25%に当たる30名は日帰りまたは外泊での参加であった。

ボランティアの資格で最も多かったのは鍼灸

(46%) であり、次いで、あん摩・マッサージ・指圧師 (26%)、柔道整復師 (14%) であった。その他、医師、整体師、気功師、介護ヘルパー、ミュージシャン、特に資格を有しない方など様々であった。(図10)

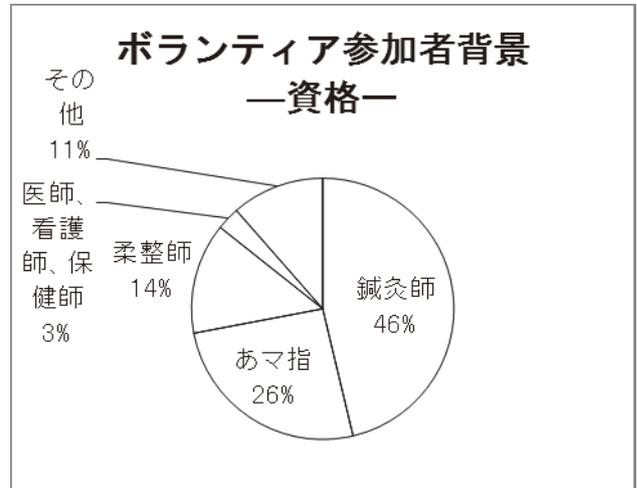


図6

居住地域別に見てみると、大阪府、東京都、神奈川県など大都市のある都府県からの参加が多かった。(図7)

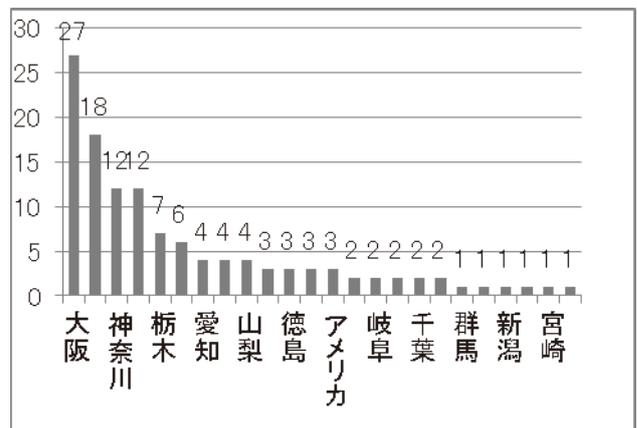


図7

《避難所における避難者の特徴と東洋医療ボランティアの役割と意義の考察》

・疲労とストレスの緩和

カルテの集計より、疲労やストレスを抱える方が多いことがわかった。特に避難所生活が長期化するとその割合が増加することが明らかになった。

被災地へのボランティアはゴールデンウィークをピークに徐々に減少していき、避難所で鍼灸マッサージを受ける機会は減少していったと思われる。(基地のボランティア受け入れ推移図8)

しかし、被災者の状況を考えると、長期化してきた時こそ、心身のケアが必要になると思われる。避難所は快適な生活環境とは言えない。

も出てくれば、自立への支援になるのではないかと考える。また、遠方から来てくれる治療家ボランティアには、被災者同士では言えない体験話なども、遠慮なく言えた人もいたようである。

施術スペースも仕切られているため、他の被災者の目を気にせず、思いを打ち明けたり、涙を流せるということもあった。被災者はそれぞれ個別の被災体験をしており、一人一人のドラマ

5. 原因区分別(複数選択)

	1-1 病院の機能停止による初期治療の遅れ	1-2 病院の機能停止(転院を含む)による既往症の増悪	1-3 交通事情等による初期治療の遅れ	2 避難所等への移動中の肉体・精神的疲労	3 避難所等における生活の肉体・精神的疲労	4-1 地震・津波のストレスによる肉体・精神的負担	4-2 原発事故のストレスによる肉体・精神的負担	5-1 救助・救護活動等の激務	5-2 多量の塵灰の吸引	6-1 その他	6-2 不明	合計
岩手県及び宮城県	39	97	13	21	205	112	1	1		110	65	664
福島県	51	186	4	380	433	38	33			105	56	1,286
合計	90	283	17	401	638	150	34	1		215	121	1,950

(備考) 1. 市町村からの提供資料(死亡診断書、災害弔慰金支給審査委員会で活用された経緯書等)を基に、復興庁において情報を整理し、原因と考えられるものを複数選択。

更に避難所を運営するに当たって、新しい人間関係にも適応していかなくてはならない。被災という喪失体験に加えて、避難所生活による新たなストレスも抱えながら被災者は生活している。

がある。心の傷に蓋をしてしまっは、いずれ心の歪みとなって PTSD や抑うつ、自殺願望へと発展する可能性もある。鍼灸マッサージを受けることによって身体がリラックスすると、気持ちもリラックスし、感情の表現がしやすくなることがある。被災者の悲嘆のプロセスを邪魔しないよう、被災者の体験談や感情を傾聴の態度で受け止めることはケアとして意義のあることだと考える。

平成24年7月に国の復興庁が震災関連死亡原因の調査結果を報告した。それによると死亡年齢別では、80歳台が約4割、70歳以上で約9割。死亡時期別では、発災から1カ月以内で約5割、3カ月以内で約8割。原因別分別の岩手県及び宮城県では「避難所における生活の肉体・精神的疲労」が約3割「地震・津波のストレスによる肉体・精神的負担」が約2割となっている。(表5)「助かった、助けられた命」であったが205名の方が疲労で亡くなっている。災害と高齢者・疲労をものがたった結果となってい

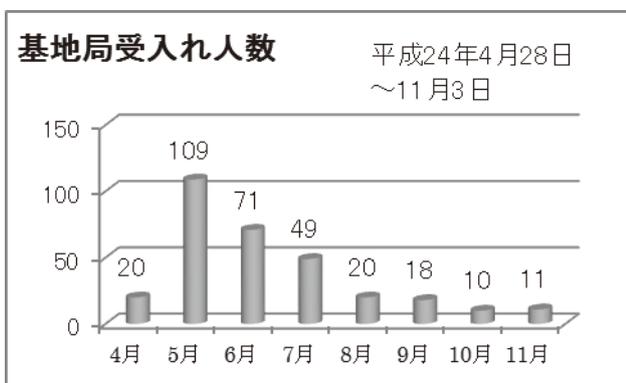


図8

鍼灸マッサージによって直接ストレスの原因が無くなるわけではないが、ケアによって、ストレスや現実に立ち向かうエネルギーが少しで

る。

・身体症状の緩和

鍼灸マッサージに代表されるケアは直接身体に触れるため、受ける側にとっては苦痛などところに対処してくれているという実感を感じやすい。ボランティアとして施術を行うため、一般の治療院とは違い、治療を目的とするのではなく、心身の苦痛の軽減やリラックスなどのケアを目的にした。30分という短い施術時間でも、多くの方が症状が緩和したと話してくれた。

また、症状が変化しない場合でも、「身体が軽くなった」「すっきりした」とリラックスできた方も多くみられた。避難所では仕切りもないことが多く、常に周囲の目にさらされ、音や臭いも遮ることができない。殆どの人たちが体育館や廊下といった硬い床に段ボールや毛布を引いて寝食を行っている。入浴も快適な寝床もない環境で、眠れたとしても日々の疲れは積み重なっていく。そのような環境の中で生活している被災者が抱える苦痛の軽減に、少しでも貢献できたのではないかと思う。

・プライマリーケアとしての機能

ケアを行う前に全員に問診、バイタルサイン測定を行ったため、大まかな健康チェックができた。その際、医療機関での検査が必要と思われるようなケースは、地元の医療機関への受診をすすめた。

また、自己管理が困難と思われるケースは、自治体の健康推進課を通し、保健師に引き継いでフォローしていただいた。

鍼灸マッサージを継続して受けたという希望があったり、継続して治療することで症状の改善が望めそうな場合は、地元の治療院を紹介した。

このように、異常の早期発見や、健康上のニーズへの対応へアドバイスするという、プライマリーケアの役割の一端を担っていたのではないかと考える。

・子供へのケア

未就学の幼児から児童がケアを受けるケースがいくつかの避難所でみられた。親から「子供が不安定なのはストレスが原因ではないか」と

いう相談も受けたり、ある幼児は、避難所で生活するようになってから、笑いながら同年代の子供をつねったり、自分で自分の髪をハサミで切ったりする行動がみられるようになったとのことであった。その幼児は、時々嘔吐も見られていたため、病院を受診し治療を受けていたが、親は医師には行動の変容については相談していないようであった。

また、小学生の児童の中には、学校のクラスメイトや教師との人間関係へのストレスを抱えているケースが多かった。(学校が被災したため他の学校で間借りしている。)子供も被災によって衝撃的な体験をしていることが多い。更に、避難所で新たな環境や人間関係に適応しなくてはならない。加えて、子供は生活基盤を親に依存しているため、親の精神状態に大きく影響を受ける。親に子供の世話をする余裕がない場合は、子供は我慢するしかない。その抑圧された感情は、子供の成長・発達に多少なりとも影響すると考えられるため、ケアが必要なのである。

避難所には、様々な子供のケアや心の専門家、医療者も支援にきていたため、専門家の介入が必要と思われるケースの場合は、専門家に相談するように親に働きかけたり、保健師に引き継ぐようにした。子供や親のニーズに合わせて、多様な専門家が関わることを重要だと考える。

東洋医学では、癩の虫や夜泣きなどをもつ子供に小児はりを行っている。カウンセリングや遊びを通したケアを拒否するような子供でも、小児はりは気に入ってもらえ自ら受けにくるケースも見られた。子供はストレスを抱えていても、自分でストレスを自覚できない場合や、自覚していても表現できない場合が多い。

小児はりで使用する鍼は、鉛筆くらいの先の丸い太い棒状の鍼で、刺さずに体表を擦ったり撫でたりして、皮膚を刺激して心身のバランスを整える。施術中は、鍼で肌を擦っているうちに、おとなしくなったり、ストレスを自分の言葉で表現するようになったりしていた。

鍼灸マッサージのように身体からアプローチすることは、子供のストレスが緩和できる可能性があると考えられる。

・心身のケア

すでに鍼灸マッサージボランティアの身体症状やストレスへの対応について述べたが、これらは切り離されたものではなく、一体として生じるものでもある。

東洋医療に「心身一如」という言葉がある通り、東洋医療は「心と体はつながったもの」と捉えるのが前提にある。今回避難所でも、身体症状とストレスを同時に訴える被災者が多くみられた。病院で言えば、心療内科や総合診療科という科もあるが、多くは身体的な病気と精神的な病気はそれぞれ別の科を受診しなければならない。

心身の症状を抱えた被災者に、胸と咽喉の詰まり感を抱えた60代の女性がいた。彼女は震災で家を流され夫とともに避難所に暮らしていたが、同時に別に暮らしていた娘夫婦も亡くした。残された孫3人を引き取りたくても避難所では引き取れず、家も流されて無いのでこれからのことを考えると途方にくれるということであった。近くの内科を受診したが、ストレスのせいと言われ、薬は処方されなかった。結局、症状が持続していたため、継続してボランティアでの鍼治療を受けた。2ヶ月半の間に10回施術を受けたが、4回目から胸のつまり感はなくなり、6回目で咽喉のつまり感も消失した。その避難所には1~2週間ごとに訪問していたが、「娘夫婦の火葬の日が決まったの」「やっとお葬式が出せた。ふっきれた感じがする」「孫も引き取ってもらえることになったの」と、その時々々の気持ちや周りの変化を話してくれていた。この女性は、病院では治療の対象にならないようなケースであったが、継続的にケアを行うことで症状が改善することもあるのである。

このように、心身のケアを行うには、単発のボランティアではなく、信頼関係を築きながら継続してケアを行うことが重要であると考えます。

【ボランティア参加者の感想】

[被災地の感想]

- ・メディアから知ったこと、想像したもの以上にひどかった。
- ・メディアでは伝わらないものが見えた。

- ・帰ってから、被災地とのギャップを感じた。
- ・当たり前なこと、日常の生活、いのちのありがたさに気付いた。
- ・人間の無力さを知った。
- ・ボランティアのあり方について考えが深まった。
- ・何らかの形で継続的に被災地を支援するようになった。

[施術しての感想]

- ・コミュニケーションの取り方が難しかった。
- ・刺激過多にならないように気を付けた。
- ・心のケアの重要性に気付けた。
- ・普段の臨床と比較して、身体への緊張の現れ方が異種だった。
- ・被災者に逆に元気をもらった。

[基地利用の感想]

- ・被災地であるに拘わらず、食事、寝るところ、風呂などを十分に提供してもらえて、元気に集中して活動できた。
- ・被災地とのコミュニケーションがうまくとれていた。
- ・地元のボランティア基地局という信頼感があった。
- ・同業異種の方々との交流がもてた。
- ・現地ならではの話が聞けた。
- ・以前に参加したボランティアの意見が積み重なり、生かされている。
- ・今後ボランティアをする上で参考にしたい。
- ・被災地でボランティアするには、現地コーディネーターが必要だと思った。ボランティアをしたい人をサポートするボランティアの必要性、チームで協力して行うことでより円滑に活動できることを学んだ。

[基地局からボランティアを派遣するメリット]

- ・継続性→信頼関係を作りやすい、フォローしやすい
- プライマリーケアの役割→継続してケアし、カルテを保管しているため、健康上の問題状況を把握しやすい
- 地域性→避難所への移動がしやすい。
- ・常に被災地にいるため、コーディネートもし

やすい。

- ・地域の病院やその他の情報も入りやすい。
- ・方言や地名など地元だから通じる事がある
[基地局からボランティアを派遣するデメリット]
- ・通常診療と平行しての基地局運営になるため、ボランティア参加者の希望通りに受け入れる事ができない場合があった。
- ・被災直後は、まず自分たちの復旧が必要であるため、立ち上げるまで時間を要した。
- ・今回の基地運営の経費はすべて代表者が負担したが、資金や資源がどれくらいあるか、補助金を得られるかによって、規模や活動期間が制限される。

【今回の経験から今後の災害に対し伝えておきたいこと】

- ・発災、まずは、自分の身を守る。
 - ・その後、自分や周りの人の身の安全を確保。
 - ・できる範囲で被害状況を確認する。
 - ・鍼灸にとらわれず、自分にできることを行う。
- 焦る必要はない。
- ・仲間を募る。1人では大人数に対応できず、不満を与えることになり、継続も困難。
 - ・ボランティア受け入れコーディネートを行う場合

私の場合は、土地、建物の資源を持っていたためできたが、一般にはそうはいかない。

自分の住む、あるいは営業している地域に老健施設やコミュニティーセンターなどが必ずある。それらの社会資源を日頃から確認して置くことだ。

有事の際、それらの資源を利用し、仲間を募り活用すればできる。

【今後について】

避難者は、避難所から仮設住宅へ移り自立、再建の道を歩み始めている。しかし、自立できる人はもうすでに、他の市町村に家を購入、建設したり、マンションを購入したりで生活している。

現在、仮設住宅で生活している人たちは、各市町村の行政から何らかの手がなければどうにもならぬ方々である。市町村によっては、代替

え地なり公営住宅を準備するのに7~8年かかるというところもある。

自立再建を阻害しない程度に、これまで縁のあった仮設住宅を見守っていきたいと考えている。

また、今回のボランティアの分析が不十分なところもあり、今後それらを行い、きちっと形にして残し伝えていきたい。

日本鍼灸とは何か？ —「世界の中の日本鍼灸」を考えるために— 筑波技術大学保健科学部 形井秀一

【はじめに】

「日本鍼灸とは何か？」という問いは、すでに言い古された感がある。しかし、その問いへの回答はまだ明確に示されていない。その回答に迫る方法は、歴史、文化、社会、制度、治療法、治療用具、有効性、等々、様々なアプローチが可能であるが、残念ながら、そのどれもが多くの問題を抱えており、明確な回答が出ていないのが現状である¹⁾。

本小論では、世界における鍼灸の現状に触れ、その後、現在の日本鍼灸を構成する分野としてどのようなものが存在するかを考えてみたい。

【鍼灸制度の存在と各国の医療制度】(表1)

鍼灸がある国で行われていることと、それがどのようにその国で制度化されているかは、関連はあるが、別々の問題である。

表1

鍼灸と医療制度の種類	
1. 西医師、東医師の2制度	中国、韓国、USA
2. 西医師であれば鍼灸施術可	欧米、ブラジル、日本、...
3. 西医師、および、鍼灸師	日本、USA、ドイツ、豪州、ニュージーランド、...
4. 制度が明確では無い(無資格者)	欧米、アフリカなど、多くの国々

東医師:鍼灸、漢方、手技等が認められた免許
鍼灸師:鍼灸のみ、漢方(または手技も)ができない
無資格者:免許制度がない国で行う鍼灸施術者

東洋医学の医師(東医師、ここでは、東洋医学を行うことが認められている者を言う)が何を業務内容としているか、またそれが、制度としてどのように保証させているかが明確になっている必要がある。また、日本のように、医師とは別の免許を有する鍼灸師を位置づけている国もあるので、東医師以外に鍼灸師(また、按摩師=マッサージ師も存在する)という名称もあり、その区別もはっきりさせるべきであろう。

西医師と東医師がそれぞれの医の特徴の違いで、医療制度上同等に位置づけられているのは、中国と韓国で、世界的には希な例である。また、1991年にカリフォルニア州(USA)において、漢

方と鍼の両方ができる”Acupuncturist”の免許が制度化されている。カリフォルニア州のように、漢方と鍼灸の両方が行える免許は望ましいが、今後、余り世界的には増えないのではないかと予測される。

また、西医師の免許があれば、鍼灸を行えるという国が、欧米のほとんどの国であるが、日本の医師免許もこれに属するので、日本も一応挙げておく。また、2010年頃に法制度化され、それまで鍼灸師の存在も容認されていたのであるが、医師でなければ鍼灸も行えない制度になった例としてブラジルを挙げておく。ブラジルのように、制度化されていく中で、それまで容認されていた鍼灸を行う者の存在を認めないで、医師免許の中に組み込んでいく国が今後増えることが予測される。

また、西洋医以外に鍼灸の免許が存在する国は、もちろん日本がそうであるが、他には、USAの多くの州や欧米の国々がある。ドイツはハイルプラクティカという制度²⁾がある。自然療法師と訳されているが、植物療法、アロマセラピー、ホメオパシー、心理療法などを行う。もちろん痛みの緩和のための鍼も認められている。その他、ヨーロッパには、鍼灸が制度上認められている国が12カ国あり(表2)、医療関係機関が認めれば良い制度がある国が3カ国ある³⁾。この形の鍼灸師制度は今後増えていくことを期待したいがどのような状況になるかは、現在のところ検討がつかない。

表2

National Regulation of acupuncture in Europe	
・法律で定められている国(12カ国):	ラトビア、デンマーク、ドイツ、ベルギー、チェコ、オーストリア、ハンガリー、スロベニア、ブルガリア、ギリシア、スペイン、ポルトガル
・医療関係組織の承認が必要な国(3カ国):	フランス、スイス、イタリア

出典: <http://www.camdoc.eu/>

れるようになったが、その科目は試験科目に準ずることで内容が理解される。試験科目は、解剖学、生理学、消毒法、経穴・禁穴、鍼治・灸治の実習であった。これに、「鍼灸学」を加えたものが、当時の教科書であったが、「鍼灸学」は、明治時代の西洋医学的な鍼灸研究成果(例えば、後藤道雄、藤井秀二、駒井一雄などの鍼灸の研究成果)であった。

その後、柳谷素霊や坂本貢などが古典の説明も加えた「教科書」を作成するようになるが、それは、1940年代ことであった。

さて、さらに、鍼灸の西洋医学化の例と言える俗に「改正孔穴」があった。この報告は、文部科学省が経穴調査委員会に経穴の西洋医学的な解釈、位置づけについて検討させ、答申させたものである。

その答申内容は、ツボは通常使用されている3分の1の120穴で十分で、経穴という表現は止めて、『医心方』に則って「孔穴」とし、現代解剖学的な表現をする、という骨子であった。

このように、現代医学的な立場の鍼灸は、欧米化という政府の大方針に沿って、鍼灸を捉え直し、現代医学的に鍼灸を再検討しようとしてきた。その結果、鍼灸の現代医学的な研究を多数生み出し、現代の鍼灸教育の基礎を作り上げ、それを現行鍼灸制度に盛り込む形で日本独自の鍼灸を発展させた。

現在の日本の教科書・教育を見てみると、解剖・生理、病理、衛生学等、現代医学の鍼灸教育の科目のカリキュラムを合計すると、大体50%を超えており、しっかりと明治時代の方針が現代の教育にも生きていることになる。

また、この科学的思考方法は、EBMの考え方にも不可欠であり、現在、鍼灸を導入している、あるいは導入しようとしている欧米諸国は、EBMがしっかりしていない医学は導入しないという姿勢を持っているので、科学的鍼灸の分野を柱の一つに持った鍼灸が、今後、これまで以上に世界に広がっていくことになるであろう。

2. 古典的な考え方の鍼灸、

上に述べたように、明治政府は西洋化を推し進めてきたが、政府の方針に従って、鍼灸の教

科書は、西洋医学の解剖・生理・病理、あるいは消毒法を基本とし、それに、経穴を加え、鍼灸の実習が入って成り立っていた。現在の鍼灸教育には入っている経絡や東洋医学概論、東洋医学臨床論などは含まれていなかった(表5)。

表5 鍼術灸術営業取締規則

- 1911(明治44年)に制定
- 全国に発令、実施された初の「鍼灸の規則」
- 許可書取得法
 - ①4年以上の実務経験 試験、②指定学校教育の終了

試験科目	1.人体ノ構造及主要器官ノ機能並ニ筋ト神経脈管ノ関係 2.身体各部ノ刺鍼法又灸点法並経穴及禁穴 3.消毒法大意 4.鍼術又ハ灸術ノ実地 <解剖学、生理学、消毒法、経穴・禁穴、鍼治・灸治の実習>
------	--

このように、西洋医学的な内容が多く含まれた試験が実施され、鍼灸教育も西洋医学を基礎医学とし、西洋医学的な裏付けのある鍼にしようとする流れが大きくあったが、そのような流れに対して、古典的な発想を復活させるべきであるという流れが1930年代の後半に出てきた。これが経絡(的)治療である。

経絡治療に関係する会は、40年には「古典鍼灸研究会」「経絡治療学会」が設立され、43年には馬場白光先生の「日本経穴研究会」が設立され、ほぼ70年前に、現在古典的な立場と考えられている鍼灸分野が成立した(表6)。

つまり、近現代の中で、現代的、科学的な鍼灸を目指した期間の方が古典的な鍼灸を目指した期間より倍くらい長かった。古典的立場の鍼灸の基礎理論は、『素問』『靈枢』『難経』『十四経發揮』『鍼灸重宝記』等の古典の考え方であった。ただその当時は大正デモクラシーの時代であるし、その後の昭和初期を含む時代であった。大正デモクラシーと古典的な鍼灸が共存した時代であったが、国粹主義的な発想も日本の中であるし、その後の昭和初期を含む時代であった。大正デモクラシーと古典的な鍼灸が共存した時代であったが、国粹主義的な発想も日本の中では濃くなり、第二次世界大戦へ突入していく時代であった。そのような流れの中で、古典的鍼

表6 古典的立場の鍼灸

- 1939年3月:「新入弥生会」の中心メンバー、竹山晋一郎、岡部素道、井上経理、本間祥白らが主導。41年まで体系化。
- 40年:「日本経絡治療学会」設立;柳谷素霊、岡部素道、井上恵理など
- 40年:「古典鍼灸研究会」設立;井上恵理、本間祥白など
- 43年には「日本経穴研究会」設立;馬場白光
- 『素問』、『靈枢』、『難経』、『十四経発揮』、『鍼灸重宝記』などに示されている理論を基礎とし、触診を重視する。
- 時代背景:大正デモクラシーとその後の時代、日本的なもの希求、日本の優れた面を前面に押し出す。第二次世界大戦へ突入しようとした時期。

表7 中医学的鍼灸

- 1949年:中華人民共和国成立。
- 1951年:毛沢東宣言に基づき、中医学を検討し直して構築された「現代中医学」。
- ・中医科学院や北京中医薬大学、上海中医薬大学、西安中医薬大学、広州中医薬大学などが力になる。
- 先駆的な影響;上海の承淡安と羅兆琚(穴性学)。
- ・承淡安は1934年~35年に日本訪問。日本が古典的研究と現代医学的な研究を進めていたことを知り、それらを中国に持ち帰った。→中国の東洋医学復活の大きな力になった。
- その後、現代中医鍼灸は、湯液の理論の影響も受けた経穴学を作るなど、国家の政策として独自の発展を遂げている。
- 1972年:日中国交回復、米中国交回復。

灸が生まれたことも、知っておかなければいけない。このように、西洋医学的・科学的な立場の鍼灸と古典的な立場の鍼灸が、戦後の日本鍼灸の発展を支え、現在に至ったといえる。

3. 中医学的鍼灸(表7)

中医学的鍼灸は、1972年日中国交回復以降、中国から日本に直接入って来るようになった鍼灸を意味する。49年に中華人民共和国が成立して、毛沢東が「毛沢東宣言」を出したが、その宣言を踏まえ、中国伝統の医学を検討し直し、西洋医学と東洋医学を同等の地位にして、中西医合作の医学を国民に提供するという流れができた。中医学は、2000年来の中国の医学をベースにしているが、現代的にまとめ直した「現代」中医学であると認識するべきである。北京、上海、西安、広州、などの大学で、宣言以降(56年ごろ)、現代に繋がる中医科学的な研究が始まった。大学の設立時期から見ても日本はだいぶ遅れている(明治鍼灸短大設立が1978年、表8)。

ただ、日本の大学設置が遅れたと言ったが、実は、上海の承淡安が34~35年に呉竹鍼灸専門学校に来て、当時の日本ではすでに現代的な研究が行われていることを中国に持って帰り、日本の影響を受けた鍼灸の方向性が生まれていたという考え方も出来る。ただ、承淡安の友人の羅兆琚が穴性を提案し、湯液理論を踏まえた鍼灸理論を作り上げていますから、日本の鍼灸とちょっと違う内容も含んだ概念となっていることも知っておく必要があるものと思います。

表8 日本の鍼灸教育高等機関

- 明治鍼灸短大(現、明治国際医療大学)1978年設置、
 - 関西鍼灸短大(現、関西医療大学)85年、
 - 筑波技術短大(現、筑波技術大学)87年、
 - 鈴鹿医療科学大学04年、
 - 帝京平成大学04年、
 - 森ノ宮医療大学07年、
 - 九州看護福祉大学09年、
 - 東京有明医療大学09年、
 - 浜松大学10年、
 - 倉敷芸術科学大学11年、
 - 宝塚医療大学11年、
- 明治国際医療大学大学院(博士課程も)91年、
 関西医療大学大学院07年、
 鈴鹿医療科学大学大学院09年、
 筑波技術大学大学院10年、
 森ノ宮医療大学大学院

4. 折衷的鍼灸

それから折衷的鍼灸というジャンルも考えられる(表9)。

表9 折衷的鍼灸

- 2011年、医道の日本:読者対象実態調査。
- 1000名中有効回答383名(38.3%)。
- 西洋医学的治療:19.3%、古典的治療:17.3%、中医学的治療:3.1%、西洋医学と東洋医学の折衷(東西医学折衷):43.3%、経絡治療と中医学の折衷:7.0%、折衷治療合計:50.3%。
- 江戸でも折衷。後世派と古方派の折衷。漢方と蘭方の折衷(漢蘭折衷派)→東西医学折衷。
- 現代日本鍼灸教育の折衷:必修88単位のうち、
- 一般教育等:約15%、西洋医学的専門:約50%、古典的鍼灸学:約35%が一般的。
- 日本の鍼灸教育は、折衷的鍼灸師を養成している

現代の日本で行われている鍼灸の治療法⁵⁾は、西洋医学的治療が19.3%、古典的治療が17.3%、中医学的治療が3.1%であるが、一方で、西洋医学と東洋医学の折衷が43.3%、経絡治療と中医学の折衷が7%と、50%以上が実は2つ以上の考え方や方法を取り入れて折衷的

な治療をしている。これが日本鍼灸の現状で、これまで西洋医学的な治療、古典的な治療、中医学的な治療と分類して述べて来たが、そのように分けられる人の方が少ないという現実を踏まえて、分類を再考する必要がある。

だが実は、この折衷の流れは昔から日本に存在した。例えば、江戸時代には、前期は後世派、中期以降は古方派が主流であったが、江戸末期にはその両者の折衷派が生まれた。また、漢方と蘭方(オランダ医学)の折衷で、漢蘭折衷派が誕生した。このように、二つの流派の考え方を踏まえた理論が構築され、或いは折衷的治療体系が作られることは過去にも見られた。

また、現代日本の鍼灸の教育の必修 86 単位の内訳は、一般教育 15%、西洋医学の専門的な部分が 50%、古典的鍼灸の部分が 35%くらいで、東西医学が折衷的に教育されていることが分かる。つまり、折衷鍼灸師を、現代の鍼灸教育では育てていることになる。

5. 鍼灸の総合化と専門化(表 10)

その他、総合的な考え方や専門的な考え方の鍼灸が存在する。「ホリスティックな考え方」は、全体的な考え方、あるいは養生に繋がるような発想は、あらゆる分野の鍼灸に必要であるという考え方は日本鍼灸の中で容認されるであろう。

また、鍼灸の専門化の一つとして、美容鍼灸が盛んであるが、エステ(審美)鍼灸という名前で、エステが興隆してきた 30 年前頃に一度ブームがあった。スポーツ鍼灸、レディース鍼灸、小児鍼などの専門分野での鍼灸も以前から部門として鍼灸には存在していた。また、鍼灸分野には、部門や症候別の分野も存在しており現代医学の科と同じように、分科していた⁶⁾。

このように、現代の鍼灸分野が分科していくこと自体は鍼灸の歴史上目新しいことではないが、現代は西洋医学という専門分化したお手本があるので、鍼灸も今後益々専門分化していく可能性があるし、専門分化して鍼灸治療の質を上げ、効果を高める努力も必要であろう。

【終わりに】

以上の様に、日本鍼灸とは何かを述べて来たが、「日本鍼灸」が明らかにならないと、実は、

現在の国際情勢の中では、日本の鍼灸の立ち位置は難しい。また、同時に、国と国の力の差を国際会議の場で思い知らされる。

このことを鍼灸大学設立年からみると、中国が 1956 年、韓国が 1965 年に高等教育機関を作っている。中国は高卒 5 年課程、韓国は高卒 6 年課程で高等教育を行っているが、日本は 1978 年になってやっと短大が出来た。大学が出来たか否かですべてを計れる訳ではないが、その分野に対する国の力の入れ具合や研究のあり方などは、やはり、大学教育や国の研究期間の存在が最も反映しているから、その意味では、日本の鍼灸がおかれている状況は楽観的な状況ではないことは言えるであろう。

表10 鍼灸の総合化や専門化

- ①ホリスティックな考え方:東洋医学の「養生」に通じる。
- 民族医学(1960年代)、プライマリーケア医学(1978年、アルマ・アタ宣言)、90年代以降:補完代替医療(CAM)、統合医療などに通じる。
- ②鍼灸の専門化
- 美容鍼灸(審美鍼灸)、スポーツ鍼灸、レディース鍼灸、小児鍼など
- 鍼灸は、部門や症候別の分野も合わせ持つ医学。『諸病源候論』(婦人雑病、婦人妊娠、小児雑病などを多数の諸候に分け、また、脾胃病、鼻病、目病、耳病、牙齒病などの分類)
- 15~16世紀(室町時代):外科が(発達(金創医)、婦人科専門医出現(安芸守貞)

文献

- 1) 形井秀一.日本における伝統鍼灸の立ち位置.日本伝統鍼灸学誌.013;39(3):209-230.
- 2) アロマテラピーワールドマガジンー日本アロマ環境協会.ドイツ編
<http://www.aromakankyo.or.jp/basics/world/world/>
- 3) Acupuncture in Europe:
<http://www.camdoc.eu/>
- 4) World Federation of Acupuncture Societies : <http://www.wfas.org.cn/en/>
- 5) 小川卓良.形井秀一.箕輪政博.第5回現代鍼灸業態アンケート集計結果【詳報】.医道の日本.2011 ; 70(12):2001-244.
- 6) 巢元方.『諸病源候論』.610年.

原著

アンケート調査からみた鍼灸経験者と非経験者における鍼灸への印象の違い

矢島幹弘^{1) 3)}, 三輪考司^{2) 3)}

- 1) 株式会社あいち統合医療 犬山鍼灸治療所 2) 学校法人モード学園 名古屋医専
3) 愛知県三市(犬山市・春日井市・小牧市) 合同鍼灸師会

Differences in impression on Acupuncture and moxibustion between acupuncture experience group and non-experience group judging from questionnaire survey.

○Mikihiro YAJIMA^{1) 3)} Takashi MIWA^{2) 3)}

- 1) Inuyama acupuncture and moxibustion clinic 2) Nagoya Isen, Mode Gakuen
3) Association of acupuncturist in Inuyama, Kasugai, Komaki cities (Aichi, Japan)

【要旨】

【はじめに】鍼灸に対する印象が鍼灸治療経験の有無によって異なるのかを確認することを目的として、鍼灸経験者と非経験者に対して同一のアンケートを行い、回答分布の差を検討した。

【対象と方法】

【結果】鍼灸の安全性や鍼灸で予防できる病気があると思うか、こりや痛み以外にも有用と思うかとの問いに対して、経験群は非経験群に比して肯定的な回答分布を示した。逆に、鍼灸治療は痛みや熱さを伴う治療と思うかとの問いには、経験群は否定的な回答分布を示した。

【考察】

【結論】鍼灸への印象は、その経験の有無によって異なることが示された。

キーワード: 鍼灸、アンケート調査、印象調査

Key Words : acupuncture and moxibustion, questionnaire survey, impression survey,

【はじめに】

平成22年に厚生労働省に「統合医療プロジェクトチーム」が設置¹⁾され、鍼灸についての議論も行われるなど、鍼灸に期待される役割は大きくなっていると思われる。しかし、鍼灸師として鍼灸を直接扱う立場になると、一般の方への鍼灸の認識の広がりや印象がどのようなものかを客観的に知ることは意外に困難である。

鍼灸施術所利用者への満足度調査²⁾や鍼灸体験者への意識調査³⁾などの報告はみられるが、鍼灸経験者・非経験者間で同一のアンケートを行い、その結果を比較検討したものは、著者の調べた範囲ではみあたらない。今回、鍼灸経験者と非経験者に対して同一のアンケート調査を行い、得られた回答分布の差異から、鍼灸の認

識の広がりや鍼灸経験がもたらす印象の変化について考察したので報告する。

【方法】

1) アンケート調査の依頼対象

アンケート調査は2つの群に行った。一方は『患者調査群』とし、愛知県三市(犬山市・春日井市・小牧市) 合同鍼灸師会(以下、会)の会員施術所(15カ所)を訪れた患者200名を対象とした。他方は『一般調査群』とし、医療に関係しないセミナーに参加した一般者105名を対象とした。

なお、一般調査群は鍼灸非経験者を意味するものではなく、同一時点に集合した成人の集団であって、鍼灸経験者を含んでいる。また医療機関等に受診中の者も含まれていることが推測

されるが、その確認は行っていない。

2) アンケート調査方法と比較対象群の設定

両群に対して同一のアンケート調査を行った。アンケートは無記名で行い、両群とも会員が直接配布し、記入後に即時回収した。患者調査群におけるアンケートの依頼は、会が無作為に指定した調査日に施術所を訪れた患者1例目から連続した10例または20例までを対象とした(重複はしない)。一般調査群では、セミナー参加者全員へ同時に配布した。

得られた回答を図1に示した流れで「経験あり群(n=169)」と「経験なし群(n=63)」に分けたうえで以降の比較検討に用いた。

3) アンケート内容

年齢・性別、鍼灸受療経験の有無(ない・過去にあり・継続利用中、三者択一)を確認した。その後、鍼灸への印象について表1に示す全10問に対し「全く思わない1点・あまり思わない2点・どちらともいえない3点・そう思う4点・強く思う5点」の5段階で回答を得た。

4) 解析方法と差の解釈

回答に1ヶ所でも記入欠損があるアンケートは解析に採用しなかった。図表中の平均年齢は平均±標準偏差、Medianは中央値、Modeは最頻値、IQRは四分位範囲(Inter Quartile Range)を示し、P-valueは経験あり群と経験なし群の回答にノンパラメトリック検定(Mann-

Whitney's U-test)を行った際の危険率を示す。

統計上の有意水準は0.05以下とし、性別割合の比較にはchi-square test、平均年齢の比較にはnon paired t-testを用いた。

印象調査のスコアは順序尺度として扱った。2群間の回答分布を比較し、① Median又はModeに2ポイント以上の差がある、② IQRが異なる、③ P-valueが有意水準を下回る、以上①-③の条件を全て満たすものを『明らかな差がある』と解釈し、2つ満たすものを『差がある』と解釈した。

得られた結果は個人ならびに鍼灸施術所の特定されない形で、本研究の統計処理にのみ用いた。

【結果】

解析対象となったアンケートは、患者調査群200名中154名(77.0%)、一般調査群105名中78名(76.1%)と両群ともほぼ同率に得られた。

表1: 印象調査の設問

設問	
〈問1〉	鍼灸で予防できる病気があると思いますか?
〈問2〉	病医院のように健康保険が使えるれば、もっと鍼灸を活用したいと思いますか?
〈問3〉	鍼灸治療によって病院や医院を受診する回数が減ると思いますか?
〈問4〉	鍼灸治療は痛みや熱さを伴う治療だと思いませんか?
〈問5〉	鍼灸は安全な医療だと思いませんか?
〈問6〉	整体やカイロプラクティックも鍼灸と同じ医療の一つだと思いますか?
〈問7〉	鍼灸治療は「こり」や「痛み」の改善に有用だと思いますか?
〈問8〉	鍼灸治療は「こり」や「痛み」の治療以外にも有用だと思いますか?
〈問9〉	鍼灸治療を受けて健康になったと感じますか? (未経験の方:健康になれると思いますか?)
〈問10〉	「統合医療」という言葉を聞いて、鍼灸も含まれると思いますか?

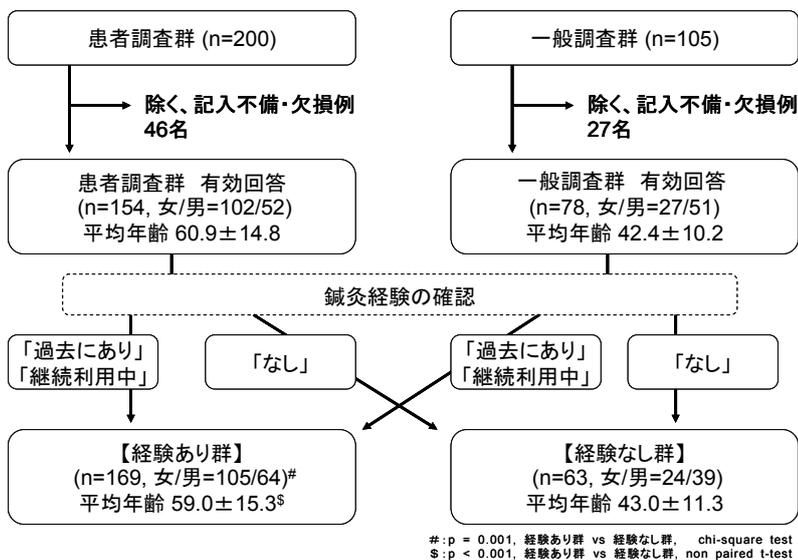


図1: 調査対象の成り立ち

比較対象群となる「経験あり群」と「経験なし群」の性別構成と平均年齢を図1に示した。いずれも2群間で差がみられた。

各問の回答分布とMedian・Mode・IQRならびにP-valueを表2に示した。

問1・問2・問5・問8・問9では回答分布に明らかな差がみられた。問4・問6・問7・問10では回答分布に差がみられたが、問3では差はみられなかった。

差がみられた設問のうち、問1・問2・問5・問7・問8・問9では経験あり群が経験なし群に比して肯定的な分布を示したが、問4・問6は経験あり群が経験なし群に比して否定的な分布を示した。

【考察】

1) アンケート調査方法について

本研究は無記名アンケートによって行った。印象調査には5段階評定法を用いた。印象調査の回答方法はvisual analogue scaleや自由記

述法なども検討したが、患者調査においては高齢者への調査が増えることが予想され、記入方法について依頼した鍼灸師が説明を加えることや近くで見守ることは回答内容へ影響を及ぼす懸念が強かったため、回答に説明を要しないことを優先し、できるだけ簡易な方法を選択した。

また、アンケートの依頼においては依頼対象者が偏らない配慮が重要であるが、本研究では患者調査においては会が指定する日時を厳守の上、1例目からの連続10例または20例の調査とすること、ならびに一般調査においては医療と関係しないセミナー参加者全員への一斉配布と回収によって無作為性を保った調査を目指した。

鍼灸院通院患者を対象とした患者調査は大規模なものも含め多く報告されているが、2002年に高野らが行った通院患者2,000名超を対象とした調査²⁾では、調査の曜日や時間帯を各鍼灸院の鍼灸師に委ねており、その結果、調査対象

表2：印象調査の回答分布

設問	回答	1	2	3	4	5	Median	Mode	IQR	P-value
〈問1〉	経験あり	4	2	30	58	75	4	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	0	6	24	21	12	4	3	3 - 4	
〈問2〉	経験あり	3	5	15	29	117	5	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	2	6	19	18	18	4	3	3 - 5	
〈問3〉	経験あり	18	10	45	54	42	4	4	3 - 4	N.S
	経験なし	5	7	27	13	11	3	3	3 - 4	
〈問4〉	経験あり	49	46	34	26	14	2	1	1 - 3	N.S
	経験なし	11	17	18	8	9	3	3	2 - 4	
〈問5〉	経験あり	4	5	28	51	81	4	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	3	6	32	17	5	3	3	3 - 4	
〈問6〉	経験あり	49	26	50	27	17	3	3	1 - 4	P<0.01
	経験なし	6	9	22	23	3	3	4	3 - 4	
〈問7〉	経験あり	1	1	11	43	113	5	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	0	1	14	33	15	4	4	4 - 4	
〈問8〉	経験あり	2	4	24	50	89	5	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	1	2	28	21	11	4	3	3 - 4	
〈問9〉	経験あり	1	3	21	54	90	5	5	4 - 5	P<0.001
	経験なし	2	2	32	18	9	3	3	3 - 4	
〈問10〉	経験あり	16	6	65	36	46	3	3	3 - 5	P<0.05
	経験なし	2	8	29	20	4	3	3	3 - 4	

経験あり：鍼灸経験あり群 (n=169)、経験なし：鍼灸経験なし群(n=63)、IQR：Inter Quartile Range、N.S：not significant、灰色はIQRを示している

の内訳が初診患者 1.4%、1年以上継続通院している患者が 68.4%と大きな偏りがみられ、「アンケートの依頼のしやすさ」というバイアスが懸念された。また、校條らが行った意識調査³⁾のように、健康フェスティバルの鍼灸体験コーナーなどでアンケート調査を行った報告も散見されるが、やはり鍼灸への関心度やアンケートの依頼のしやすさなどにおいて、一般対象とみなすには偏りが否めない。本調査研究は小規模ではあるが、アンケート依頼対象の設定に一定の無作為性が担保されていると考えている。

2) 回答分布の差の解釈について

今回の印象調査の回答は5段階評定法であり、回答を正規分布とみなすことは適切ではないため、2群間の回答分布の比較には、対応のない2群間におけるノンパラメトリック検定(Mann-Whitney's U-test)を用いた。得られた危険率は偶然性の基準とはなるものの、医療論文に関する統計解析のガイドライン⁴⁾では、「統計的有意差がない」と「(群間に)差がない」ことは同意ではないこと、ならびに、特に探索的なデータ解析においてはP値に固執せずに、P値の大きさに応じた解釈を加えることが望ましいことを指摘している。本研究は探索的であることと、対象者を鍼灸の経験の程度や疾病の有無などで層別化できる例数にはなく、2群間の性別構成や平均年齢が一致していないことから、危険率と有意水準の関係だけをもって回答の差を論ずるのは不適切であると考えた。そのため、方法4)に示した基準を設け差の解釈の定義とするとともに、設問内容が適切であるか再検討しながら考察を加えた。

3) 印象調査

本研究では同一のアンケート調査を行った対象を、鍼灸経験あり・なしの2群に分け、回答分布を比較することから鍼灸経験の有無による印象の違いを考察した。

〈問1〉では鍼灸で予防できる病気があると思うかの印象を確認している。2群間の回答分布に明らかな差がみられた。最頻値とIQRからも経験あり群では経験なし群よりも回答が肯定的であると考えられた。鍼灸利用目的を確認した

調査⁵⁾では鍼灸を「健康維持・増進または予防」のために用いているとの回答は12.8%のみと報告されている。鍼灸受療のきっかけは予防目的ではなく治療であったが、鍼灸を経験した結果、鍼灸が病気の予防にも役立つと感じた可能性がある。

〈問2〉では鍼灸の健康保険適応を仮定した場合、もっと鍼灸を活用したいかを確認している。経験あり群では中央値・最頻値とも5と強く肯定されている一方で、経験なし群では最頻値は3、否定的(1点・2点)な回答も8例(12.7%)あり、回答に明らかな差がみられた。設問中の「もっと鍼灸を活用したい」との表現に関しては、鍼灸経験のない方において捉え方に相違がでた懸念があり、不適切な設問文であった可能性がある。そのため、経験なし群の回答の解釈は難しいが、矢野らがまとめた全国調査の報告⁶⁾において「鍼灸に公的保険が適用されても受けない」という回答が37%に達しており、経験なし群の3点以下の割合(42.9%)と概ね一致している。経験なし群において肯定的(4点・5点)に回答した6割程度の方は、健康保険の適応によって鍼灸利用が拡大する可能性が高いと推測されるが、残り4割の方は保険適応以外の点で、鍼灸に対して有している印象などを基に利用の判断をされるのではないかと考えられた。

〈問3〉は鍼灸治療によって病医院の受診回数が減ると思うかを確認している。問1・問2の結果から、経験あり群では経験なし群に比して、鍼灸治療で予防できる病気があると思っており、健康保険が使えるればもっと活用したいとの印象を有している結果であったが、この設問では2群間の回答に差はみられなかった。

経験なし群では27例(42%)の方が「どちらともいえない」と回答した。設問において、鍼灸の予防的な効果としての受診減少と疾病治療による受診減少とを規定していないこともあり、特に経験なし群では鍼灸の利用と受診回数減少のイメージが連想されなかった結果と思われる。

また、経験あり群においてもIQRは3-4であり、問1・問2に比してさほど肯定的とはいえない分布である。石崎らの調査⁷⁾では1,420名

中、1年以内に鍼灸の経験を有する者が7.5%であったのに対し、病院・医院・歯科医院の受診率は75.6%と10倍の差がみられた。また、同じ調査において、鍼灸治療を選んだ理由を確認すると「病院に行くほどの症状ではない」との理由は15.9%にとどまっており、16.8%の方は「病院の治療や検査で不十分」との理由で鍼灸治療を選択していた。これらの結果からも、鍼灸治療が患者にとって満足のいく結果が得られたとしても、直接的に病医院の受診回数減少に結びつく例は限られるのかもしれない。また、本研究の経験あり群の中には、原則3カ月ごとに医師の同意が必要となる療養費扱いの患者も含まれており、結果にも影響していると推測された。しかし、本調査では療養費扱い患者の特定は行っておらず、これ以上の解析は困難であった。

〈問4〉は鍼灸治療が痛みや熱さを伴う治療だと思うかを確認した。統計的有意差はないが、経験あり群では最頻値1、IQRは1-3と否定的であり、経験なし群の回答分布と差がみられた。このことから、鍼灸治療の経験によって、痛みや熱さを伴う治療との印象は減る傾向にあると思われた。しかし、経験あり群においても40例(23.7%)は「痛みや熱さを伴う治療」との印象を有しており、鍼灸師・施術所の手技の違いによって、経験者においても様々な印象が持たれていることが確認された。経験あり群の回答が割れたことで、統計上の有意差が示されなかった可能性がある。

〈問5〉では鍼灸の安全性に関する印象を確認している。2群間で回答分布に明らかな差がみられ、経験あり群では最頻値5、IQR4-5と経験なし群に比して肯定的な印象を有していた。経験なし群では32例(50.8%)が「どちらともいえない」の回答であり、安全性への印象は定まっていなかったことが確認された。鍼灸治療の受療意向に関する調査⁸⁾では、「清潔・安全とわからなくても(鍼灸を)受けたい」とするものは2.2%だけであり、「清潔・安全であれば受けたい」とするものが29.1%であった。本調査では回答に「わからない」を設けていないために、わからない場合に3点の「どちらでもない」の回答

が増えることが予想される。経験なし群の最頻値が3となったことから、鍼灸の利用拡大にあたっては、経験のない方への鍼灸の安全性の啓蒙が必須であると思われた。

〈問6〉では整体・カイロプラクティックと鍼灸が同じ医療の一つと認識しているかを確認している。2群間の回答に差がみられ、経験あり群では最頻値1(49例、28.9%)と強く否定しているように思われるが、一方でIQRは1-4と回答に幅がみられた設問となった。今回は論じていないが、同時に会が行った鍼灸やその他療法の利用状況調査では、鍼灸の経験者は非経験者よりも高率に整体・カイロプラクティックを経験していることを確認している(第7回社会鍼灸学研究会(茨城), 2012)。経験あり群の結果から、鍼灸を経験することで整体・カイロプラクティックとの違いを感じ、否定的な回答が増加した可能性があると思われる。しかし、設問文に対し「鍼灸と整体・カイロプラクティック」を同じと思うか、または「(どちらも)医療の一つ」と捉えるかで回答の真意がわかれてしまった懸念があり、経験あり群の回答のばらつきや、2群間で明らかな差がみられない原因となっている可能性がある。

〈問7〉〈問8〉では鍼灸の「こり」や「痛み」への有用性、ならびに、それ以外の治療への有用性に対する印象を確認した関連する設問となっている。

問7では2群間に差がみられたが、いずれも肯定的な分布であった。しかし、問8では、経験あり群の中央値・最頻値・IQRは問7と同一であるが、経験なし群においては、最頻値3、IQR3-4と回答分布が変化し、2群間に明らかな差がみられた。鍼灸の「こりや痛み」に対する有用性の印象は、鍼灸経験に関わらず有されているようだが、経験なし群では、それ以外の治療に対する有用性に関して印象が定まりにくく、最頻値が3となったと思われる。石崎らの利用状況調査⁷⁾において、鍼灸経験者375名の鍼灸治療目的は81.6%が運動器系であった。運動器系の愁訴の多くが「こりや痛み」であることを考えると、本調査の「経験あり群」もこりや痛

みをきっかけとした受療が多かったと推測されるが、その経験によって「こりや痛み」以外にも有用との印象が139例(82.2%)に達しているのは興味深い。鍼灸治療が局所にとどまらず全身の施術となることも多いことから、幅広い作用を実感した経験が、回答の差をもたらしていると推測された。

〈問9〉は経験あり群に対し、鍼灸治療によって健康になったと感じるかを確認し、経験なし群においては、鍼灸治療で健康になれると思うかを確認している。

経験あり群では、最頻値・中央値ともに5、IQR4-5と強く肯定されている。医療において患者本人が健康になったと感じることは、検査値や他覚所見の改善と同等もしくはそれ以上に重要と考えられるが、自覚症状の変化を重要視する東洋医学の良さが示されている結果と思われる。経験なし群においては、中央値・最頻値・IQRからも判断がつきにくい設問であったことが推測される。

問9は両群において設問の意味が異なるので、回答の群間比較については注意する必要があるが、中央値・最頻値ともに2ポイントの差がみられた唯一の問となった。鍼灸の経験者において鍼灸の健康増進に関する効果を実感していることが明瞭であるが、非経験者ではその効果を想像することは難しく、鍼灸の効果は経験してもらわないと理解されにくいことが確認された。問5の結果を踏まえると、安全性を適切に説明したうえで、鍼灸を経験いただくことが鍼灸の利用拡大に欠かせない筋道と思われた。

〈問10〉は統合医療に鍼灸が含まれると思うかを確認している。2群間の回答に差がみられたが、両群の中央値・最頻値のいずれも3となった唯一の設問となった。この結果の意味は「統合医療を理解しているか否か」によって異なってくると思われるが、2012年の厚生労働省による統合医療のあり方に関する検討会資料⁵⁾では、「一般の人々が統合医療を知る機会は少ないと考えられた」としている。医療関係者において徐々に認識の広まりつつある統合医療に関して、医療関係者以外への浸透はまだ緒に就いた

ばかりと思われ、問10の結果は、鍼灸が統合医療に包括されると思うかの印象が示されたわけではなく、統合医療という言葉に関して定まった印象がない現状を示していると思われた。今後、一般の方へ統合医療の概念が浸透する際には、当然ながら鍼灸をも包括した概念であるとの認識を持っていただけるような活動が重要であると思われた。

なお、本研究は無作為性に配慮したとはいえ、一地域での限定的な調査であること、経験あり群と経験なし群に平均年齢や性別の差がみられること、ならびに、鍼灸経験あり群において経験の程度による層別化を行い難い調査例数であることなど、解析上の留意点が存在している。

【結語】

- 1) 鍼灸の印象に関するアンケート調査を鍼灸経験者と未経験者に対して行い、回答分布の違いから鍼灸経験による印象の違いを比較検討した。
- 2) 鍼灸に対する印象は、その経験の有無によって異なることが確認された。
- 3) 経験者は鍼灸に対して「予防できる病気があると思う」「健康保険が使えるばもっと活用したい」「安全な医療だと思う」「こりや痛みの治療以外にも有用」「治療によって健康になったと感じる」などで、非経験者よりも肯定的な印象を有していた。逆に、「痛みや熱さを伴う治療」には非経験者よりも否定的な印象であった。

【謝辞】

本研究にあたり、患者調査に幅広いご協力を賜りました愛知県三市(犬山市・春日井市・小牧市)合同鍼灸師会の皆様に深謝いたします。

また、本研究のまとめにあたり御指導を賜りました学校法人モード学園名古屋医専教官 嶺聡一郎先生に感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省医政局. 統合医療に対する厚生労働省の取り組みについて(統合医療プロジェクトチーム第1回会合).
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/>

dl/s0205-17a.pdf

- 2) 高野道代, 福田文彦, 石崎直人, 矢野忠. 鍼灸院通院患者の鍼灸医療に対する満足度に関する横断研究. 全日鍼灸会誌. 2002; 52(5) : 562-74.
- 3) 校條由紀, 村田守宏, 稲田英己. 市民健康フェスティバルにおける鍼灸あんまマッサージ指圧への意識調査. 全日鍼灸会誌. 2005; 55(2) : 159-64.
- 4) Haruhiko Fukuda, Yasuo Ohashi: A guideline for reporting results of statistical analysis in Japanese Journal of Clinical Oncology. Jpn J Clin Oncol 1997; 27(3): 121-127.
- 5) 厚生労働省. 第2回「統合医療」のあり方に関する検討会資料 資料2.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000295bh.html>
- 6) 矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには 今、鍼灸会は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察 - 総集編 2・総括: 鍼灸医療に対して国民の声が示したこと. 医道の日. 2007; 66(9) : 168-74.
- 7) 石崎直人, 岩昌宏, 矢野忠, 小野直哉, 西村周三, 川喜田健司, 丹沢章八. 我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査 その1 鍼灸治療の利用状況について. 全日鍼灸会誌. 2005; 55(5) : 697-705.
- 8) 矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには 今、鍼灸会は何をしなければならないのか - 鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察 - 総集編 1・受療意向について. 医道の日. 2007; 66(8) : 169-75.

表1: 印象調査のスコア分布

設問	回答	1	2	3	4	5	Median	Mode	Average (95%CI)	P-value
〈問1〉 鍼灸で予防できる病気があると思いますか？	経験あり	4	2	30	58	75	4	5	4.3(4.1-4.4)	P<0.001
	経験なし	0	6	24	21	12	4	3	3.6(3.4-3.8)	
〈問2〉 病医院のように健康保険が使えれば、もっと鍼灸を活用したいと思いませんか？	経験あり	3	5	15	29	117	5	5	4.5(4.4-4.6)	P<0.001
	経験なし	2	6	19	18	18	4	3	3.7(3.4-3.9)	
〈問3〉 鍼灸治療によって病院や医院を受診する回数が減ると思いませんか？	経験あり	18	10	45	54	42	4	4	3.5(3.4-3.7)	n.s
	経験なし	5	7	27	13	11	3	3	3.3(3.0-3.6)	
〈問4〉 鍼灸治療は痛みや熱さを伴う治療だと思いますか？	経験あり	49	46	34	26	14	2	1	2.5(2.3-2.7)	n.s
	経験なし	11	17	18	8	9	3	3	2.8(2.5-3.1)	
〈問5〉 鍼灸は安全な医療だと思いますか？	経験あり	4	5	28	51	81	4	5	4.2(4.0-4.3)	P<0.001
	経験なし	3	6	32	17	5	3	3	3.3(3.0-3.5)	
〈問6〉 整体やカイロプラクティックも鍼灸と同じ医療の一つだと思いますか？	経験あり	49	26	50	27	17	3	3	2.6(2.4-2.8)	P<0.01
	経験なし	6	9	22	23	3	3	4	3.1(2.9-3.4)	
〈問7〉 鍼灸治療は「こり」や「痛み」の改善に有用だと思いますか？	経験あり	1	1	11	43	113	5	5	4.6(4.5-4.7)	P<0.001
	経験なし	0	1	14	33	15	4	4	4.0(3.8-4.2)	
〈問8〉 鍼灸治療は「こり」や「痛み」の治療以外にも有用だと思いますか？	経験あり	2	4	24	50	89	5	5	4.3(4.2-4.4)	P<0.001
	経験なし	1	2	28	21	11	4	3	3.6(3.4-3.8)	
〈問9〉 鍼灸治療を受けて健康になったと感じますか？ (未経験の方：健康になれると思いますか？)	経験あり	1	3	21	54	90	5	5	4.4(4.2-4.5)	P<0.001
	経験なし	2	2	32	18	9	3	3	3.5(3.3-3.7)	
〈問10〉 「統合医療」という言葉を聞いて、鍼灸も含まれると思いますか？	経験あり	16	6	65	36	46	3	3	3.5(3.4-3.7)	P<0.05
	経験なし	2	8	29	20	4	3	3	3.3(3.0-3.5)	

経験あり；鍼灸経験を有する群 (n = 169), 経験なし；鍼灸経験のない群 (n = 63), 95%CI ; 95%Confidence interval, n.s ; not significant

原著

はり師きゅう師が関与したわいせつ行為に関する新聞記事の分析

飯村佳織¹⁾ 宮崎彰吾¹⁻³⁾ * 坂部昌明⁴⁾ 萩原明人⁵⁾

- 1) 帝京平成大学大学院健康科学研究科はり灸学専攻 2) 帝京平成大学ヒューマンケア学部
はり灸学科 3) 帝京平成大学東洋医学研究所 4) 明治国際医療大学鍼灸学部鍼灸学科
5) 九州大学大学院医学研究院医療経営管理学

An analysis of newspaper articles on acupuncture-and-moxibustion therapists
involved in forcible indecency

IIMURA Kaori¹⁾, MIYAZAKI Shogo¹⁻³⁾ *, SAKABE Masaaki⁴⁾, HAGIHARA Akihito⁵⁾

- 1) Graduate School of Health Science, Teikyo Heisei University, Major of Acupuncture and Moxibustion.
2) Teikyo Heisei University, Faculty of Health Care, Department of Acupuncture and Moxibustion.
3) Teikyo Heisei University, Research Institute of Oriental Medicine.
4) Meiji University of Integrative Medicine, School of Acupuncture and Moxibustion.
5) Kyushu University Graduate School of Medical Sciences, Department of Health Care Administration and
Management.

*Corresponding author; Teikyo Heisei University, Faculty of Health Care, Department of Acupuncture and
Moxibustion, 2-51-4 Higashiikebukuro, Toshima-ku, Tokyo, Japan. / Email addresses: s.miyazaki@thu.ac.jp

【要旨】

【はじめに】2002年から公表されている鍼灸師の行政処分の理由で特に目立つのは「わいせつ行為」であると報道されたにもかかわらず、これまで鍼灸師が関与したわいせつ行為に関する調査は行われていない。そこで、本研究では関連する新聞報道記事を調査し、基礎的な資料を得ることを目的とした。

【方法】新聞記事データベースを使用し、1945年12月20日から2011年3月31日までの期間に全国紙5紙に報道された関連新聞記事を抽出した。

【結果】鍼灸師が関与したわいせつ行為に関する事件は、2000年4月以降から年平均1.6件（最小0件—最大5件）の頻度で発生し、年平均3.8件（0—9件）の頻度で報道されていた。加害者（被疑者を含む）は全て男性で50歳代及び60歳代が6割以上を占めた。被害届を提出した24名は全て女性で30歳代が最も多かった（29.2%）。全18件の事件のうち、12件（66.7%）において報道内容が逮捕または起訴までに留まっており、判決まで報道された事件は5件（27.8%）、行政処分まで報道された事件は1件（5.6%）のみであった。

【考察】鍼灸師が関与したわいせつ行為に関する事件は2000年4月以降から一定の頻度で報道されているにもかかわらず、鍼灸師の品位を保つために予防策を講じるには不十分な情報しか公表されていないことが判明した。女性患者が安心して鍼灸を受療できるように、鍼灸師が直ちに実施できる対策としては、(1)年齢にかかわらず男性鍼灸師と女性患者とが2人きりになる環境をつくらない、(2)胸や下半身を触る際には患者に十分な説明を行い同意を得た上で施術を行う、(3)学会や業団体内に相談・苦情窓口を

設置し、連絡先を記載したポスターを院内に掲載する、などが考えられる。

【結論】患者が安心して鍼灸を受療できるように正確な情報開示をマスコミや厚生労働省に要求することに加え、学会や業界としても対策を講じるための詳しい調査を行うことが望ましい状況であることが判明した。

キーワード：医療倫理、行政処分、新聞記事、わいせつ行為、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律

Key words: Ethics, Administrative sanction, Newspaper article, Forcible Indecency, Act on Practitioners of Massage-Finger Pressure-Acupuncture and Moxibustion-etc.

【はじめに】

はり師、きゅう師の品位を保ち、間接的に公衆衛生上の水準を維持しようとする趣旨により昭和22(1945)年に公布された「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律(以下、あはき師法)」の第3条のうち、第三号「罰金以上の刑に処された者」または第四号「あん摩、マッサージ、指圧、はり又はきゅうの業務に関し、犯罪又は不正行為があつた者」に該当する者に対して、あはき師法第9条により厚生労働大臣は期間を定めてその業務を停止し、またはその免許を取り消す(行政処分)ことができる¹⁾。

行政処分は、あはき師法が公布されて以来、各都道府県衛生主管部により行われていたが、平成4(2002)年10月1日から国が対応することとなり、各都道府県衛生主管部は部内で生じたあはき師法第3条各号に該当すると思慮される新聞情報等を厚生労働省まで報告することになった⁴⁾。また、同年より国民からの情報公開請求^{2,3)}を受けてその内容が公表されることとなり、はり師、きゅう師に対する行政処分において、特に目立つ理由は「わいせつ行為」であると報道^{5,6)}された。

こうした報道を受けて、鍼灸業界は直ちに事件の再発を防止するための対策を講じ、その取り組みを社会に発信することが望ましいと思われるが、業界内で問題になることも少なく、はり師、きゅう師が関与したわいせつ行為や行政処分に関する調査は全く行われていないため、事件数やその処分内容、報道件数などは不明である。さらに、マスメディアによって公表された報道は、国民の意識(社会意識)に大きく影響し⁷⁾、患者を不安に

させたり、不信を招いて鍼灸の受療機会を奪う誘因となる可能性も考えられる。実際に、鍼治療による死亡事故の報道後は患者数が減っている印象がある⁸⁾、との報告もある。

そこで本研究では、はり師、きゅう師が関与したわいせつ行為に関する新聞報道記事を調査し、基礎的な資料を得ることを目的とした。

【方法】

新聞記事データベース⁹⁾を使用し、1945年12月20日から2011年3月31日までの期間に全国紙5紙(朝日新聞、産経新聞、日経新聞、毎日新聞、読売新聞)に報道された新聞記事を対象に、(しんきゅう OR 鍼 OR 針 OR 灸 OR はり師 OR きゅう師) AND (猥褻 OR わい褻 OR 猥せつ OR わいせつ OR みだら)の式で検索し、167件の記事を抽出した。

また、同様に、(鍼 OR 灸 OR 針師 OR はり師 OR きゅう師) AND (行政処分)の式でも検索し、11件の記事を抽出した。

【結果】

新聞記事データベース⁹⁾により抽出された167件の新聞記事を、6人の評価者によって、はり師またはきゅう師が関与したわいせつ行為に関する報道に該当するか評価した。その結果、167件中39件が該当し、加えて、わいせつ行為が発生した場所の名称に「はり」または「きゅう」が含まれた報道が2件、「はり」または「きゅう」施術中にわいせつ行為が発生した報道が1件該当した。以上を合わせた42件の報道、18件の事件の年次推移を図1に示す。2000年3月以前には全く報道されていなかったが、2000年4月以降は年平均3.82

件(最小0件-最大9件)の頻度で関連記事が報道されており、実際の事件は年平均1.64件(最小0件-最大5件)の頻度で発生していると報道されていた。

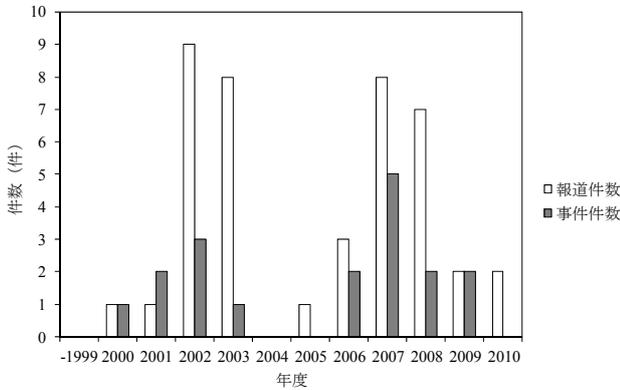


図1 はり師・きゅう師が関与したわいせつ行為に関する報道件数および事件件数の年次推移

各事件の詳細について表1*に示す¹⁰⁻⁵¹)。事件内容は刑法178条の準強制わいせつ及び準強姦罪(疑いを含む)が15件で、刑法176条の強制わいせつ罪(疑いを含む)が2件、強制わいせつ致傷罪で起訴された事件が1件であった。発生場所に鍼(はり)または灸(きゅう)が含まれる事件は8件(44.4%)のみであった。加害者(被疑者を含む)は全て男性で、事件発生時の年齢が30歳代が3名、40歳代が3名、50歳代が7名、60歳代が4名、70歳代が1名で、平均年齢は52.56±10.84(平均±標準偏差)歳であった。被害者(被害届を提出した者)は計24名で20歳未満(小児を含む)が4名、20歳代が5名、30歳代が7名、40歳代が2名、年齢不明が6名であった。

表1に新聞報道記事の要約を示す。18件の事件の経緯をまとめると、全事件について報道されていた事件発生日から初回報道日までは163.44±264.06日(最短5日-最長1,176日)で、このうち13件(72.2%)は逮捕翌日までに報道されていた。判決が報道された5件について、事件発生日から判決までは449.20±430.05(最短85-最長1,278)日であった。行政処分が報道された1件について、事件発生から行政処分執行日までは1,247日であった(表2)。

*の表1と表4は論文の最後に掲載。

10件(55.6%)については被疑者が容疑を否認していると報道されたまま結末が不明であった(事件番号2, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18.)。

表2 事件発生日からの経緯

事件経過	記事に掲載された事件件数 (%)	事件発生日からの平均日数(最短日数-最長日数)
逮捕まで	14 (77.8%)	165.2 (4-1,175)
起訴まで	2 (11.1%)	169.0 (64-274)
初公判まで	3 (16.7%)	105.0 (73-124)
一審判決まで	5 (27.8%)	449.2 (85-1,278)
控訴審判決まで	1 (5.6%)	551.0
行政処分まで	1 (5.6%)	1247.0

表3に判決が報道された5件(27.8%)の事件番号、判決などを示す。この5件について行政処分の内容が判断できる報道は1件もなかった。

表3 判決が報道された5件について

事件番号	判決	備考
3	準強制わいせつ罪	懲役2年6月、執行猶予3年
5	準強制わいせつ罪	懲役3年 県鍼灸マッサージ師会会長
6	強制わいせつ罪と詐欺罪	懲役8年 被害者6名
9	準強制わいせつ罪	懲役3年 被害者2名
14	準強制わいせつ罪	懲役3年、保護観察付き執行猶予5年

行政処分に関して抽出された11件の新聞記事のうち、はり師またはきゅう師に対する行政処分に関する報道は3件⁵²⁻⁵⁴)のみであった。そのため一般紙(42紙)にも検索範囲を広げたところ、更に13件の記事が抽出された。合計24件のうち、はり師またはきゅう師に対する行政処分に関する新聞記事は7件^{5,6,55,56})であった(表4)*。

わいせつ行為にて行政処分の対象となったはり師またはきゅう師に関する報道は、準強制わいせつ罪で免許取り消し⁵²⁾、準強制わいせつの疑いで逮捕された事件番号4が業務停止1年の全2件であった⁵⁾。

【考察】

当然ながら新聞報道件数は実際の事件数を正確に反映しているものではなく、さらに本研究では主に全国紙を対象に調査したため、得られた結果は氷山の一角を示しているに過ぎない。また、性犯罪は被害者からの告訴がなければ公訴を提起することができない親告罪(刑法180条)であり、その申告率は13.3%程度⁵⁷⁾であることから、実際には約8倍以上発生している可能性が示唆された。

本研究で判明した年平均1.64件という新聞で報道された事件発生頻度は、最も代表的かつ深刻な有害事象である気胸に関する新聞記事が全国紙で同期間に報道される年平均0.36件((鍼 OR 針 OR はり) AND (気胸 OR 息苦)の式で検索)という頻度を大きく上回ることから、気胸やその他の有害事象と同様に予防策を講じるため、より詳細な調査を行う必要があることに議論の余地はないと考えられる。

しかし、今回の調査から情報が断片的にしか得られない現状であることが判明した。例えば、半数以上の事件はわいせつ行為を受けたとする患者が被害届を警察に提出して被害を申告し、警察による捜査が開始され、警察官が被疑者であるはり師、きゅう師を逮捕した、という経緯までしか報道されておらず、判決や処分については報道されていない。さらに、被疑者が容疑を認めていないと報道されているため、実際の事件の処分がどのようになったのか不明のままであり、仮に、一般施術行為であったのに患者が勘違いしていたり、あるいは狂言⁵⁸⁾であった場合には、多くの鍼灸師が同じ状況に遭遇する可能性が示唆される。また、「女性患者の腰を治療中、下半身を触った(事件番号14⁴⁴⁾」や、「冷え症の治療に来た女性の下半身を触った(事件番号11^{38,39)}」という記事内容では、教科書⁵⁹⁾に掲載されている腰痛の治療経穴

である環跳(GB30)、陽陵泉(GB34)などや、冷え症の治療経穴である次髎(BL32)、三陰交(SP6)なども「下半身」にあるため、わいせつ行為を行っていないはり師、きゅう師が患者から誤解を受ける可能性が考えられる。そこで、例えば事件番号14⁴³⁾のように「患者の女性の陰部を腰の治療中にさわった」といったように正確に記事を記載することや、判決時に経緯を報道する、あるいは逮捕時の記事には朝日新聞¹⁷⁾の「A容疑者」のように被疑者を特定できる記載を避けることなどをマスメディアに要求する必要があると考えられる。

加えて、はり師、きゅう師に対する行政処分に関する報道内容は、表4に示す通り2002年11月の初公表時には処分内容、資格、氏名、年齢、所属機関の所在地、所属機関名、罪名が記載されたにもかかわらず、2006年からは氏名、所属機関名、罪名(一部)が削除され、2011年には所属機関の所在地を含めた個別の処分内容が全く記載されなくなった。また、厚生労働省のホームページ⁶⁰⁾では、医師及び歯科医師に対する行政処分は2001年5月30日から2011年9月29日までに25回の医道分科会の議事要旨が公表され(2012年3月14日現在)、2004年7月12日から2012年1月25日までに10回の保健師助産師看護師分科会看護倫理部会の議事要旨が公表され、理学療法士作業療法士倫理部会では2010年3月18日及び2011年4月21日の2回の理学療法士作業療法士倫理部会の議事要旨が公表されているが、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師分科会は2005年10月3日及び2009年8月28日の2回開催されたものの行政処分についての答申がされたとの記載はない。これらの現状は、はり師、きゅう師の品位を保つとする行政処分の趣旨にそぐわないため、情報の透明性を高めることを厚生労働省に要求したい。公平で正確な情報が得られた後、一般的な性犯罪や他の医療関係者との比較を行うことにより、はり師きゅう師における特異性についても検討が可能になると思われる。

また、学会や業界としても、こうした事件を未然に防ぐとともに患者に不安を与えないように、

事件の発生状況を詳細に調査して対策を講じ、業界全体で取り組むことが望まれる。

例えば、わいせつ行為により行政処分となった医師や歯科医師では30歳代以下が最多であった⁶¹⁾のに対して、はり師、きゅう師では50歳代が最も多いことが本研究により明らかになった。また、はり師、きゅう師の約8割以上が男性で、鍼灸療法を受けることのできる施術所のうち約半数において治療従事者が1人⁶²⁾である現状から、直ちに実施できる対策としては、(1) 年齢にかかわらず男性施術者と女性患者が2人きりになる環境をつくらないことや、(2) 胸や下半身を触る際には患者に十分な説明を行い同意を得た上で施術を行う(インフォームドコンセント)、(3) 既に企業等で取り組まれているセクシュアルハラスメント防止対策⁶³⁾に準じて、学会や業団体内に相談・苦情窓口を設置し、連絡先を記載したポスターを院内に掲載する、などが考えられる。

さらに、鍼灸師は他の患者と同じように身体に接触したつもりでも、患者によっては全く異なる印象を受ける場合があると考えられる。例えば、心身症の患者に広くみられるアレキシシミアの患者は触診に対して過敏に反応したり⁶⁴⁾、他者からの身体接触に対して幼少期に両親から受けた身体接触量が多いと答えた大学生は「親しみ」や「励まし」という肯定的な印象を抱いたのに対して、少ないと答えた大学生は「緊張した」といった否定的印象を抱いた、といった事例が報告されている⁶⁵⁾ため、より慎重な医療面接を行う必要がある。さらには、患者と医療従事者間には同一語に対する意味の理解にずれがあると指摘されている⁶⁶⁾ため、はり師、きゅう師が検査や治療の際に患者の身体に触れる前に言葉だけでなく視覚的な情報(図示やジェスチャーなど)も患者に与えてインフォームドコンセントを得ることにより、より良いコミュニケーションが築けると考えられる。

【結論】

本研究では、はり師、きゅう師に対する行政処分分で特に目立つ理由は「わいせつ行為」であると報道されたことを受けて、事件の再発防止対策を

講じるための基礎的な資料を得ることを目的として新聞記事データベースを使用し、1945年12月20日から2011年3月31日までに全国紙5紙に報道された新聞記事を対象に、はり師またはきゅう師が関与したわいせつ行為に関する報道を抽出した。その結果、年平均1.64件(最小0件-最大5件)の頻度で事件が発生していると報道されており、直ちに対策を講じる必要があることが判明した。また、その内容は限定的で患者に誤解を与える可能性があることから、患者が安心して鍼灸を受療できるように正確な情報開示をマスコミや厚生労働省に要求することに加え、学会や業界としても対策を講じるための詳しい調査を実施することが望ましい状況であることが判明した。

【謝辞】

本研究に際してご助力いただいた大口貴弘氏、宅見拳氏、中久佳駿氏、新津良考氏に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 社団法人東洋療法学校協会,医歯薬出版株式会社(編).前田和彦(監).関係法規(第6版).医歯薬出版.2008:29.
- 2) 樋口範雄.医療の周りの法律について.日本放射線技術学会雑誌.2008;64(1):105-7.
- 3) 東京新聞夕刊.柔整師から不正請求経験契機に「情報公開を」.2002年10月22日.11面.
- 4) 医療法制研究会(編).医療六法(平成21年版).東京.中央法規.2009:1931.
- 5) 熊本日日新聞朝刊.はり師ら23人、厚労省が処分 わいせつ行為など.2006年2月9日.28.
- 6) 下野新聞.マッサージ師ら21人を行政処分/わいせつ行為目立つ.2011年2月2日.4.
- 7) Gerbner G, Gross L. Living with television: The Violence Profile. J Commun. 1976 ;26(2): 173-99.
- 8) 小川卓良.卒後教育と免許更新制で全体のレベルアップを図る.医道の日.2010;69(5): 30-1.
- 9) 日本経済新聞デジタルメディア.日経テレコン21. <http://t21.nikkei.co.jp/>
- 10) 田上昇.毎日新聞(地方版).横須賀・しんきゅ

- う院強制わいせつ 起訴事実を否認.2000年9月9日.27.
- 11) 毎日新聞(地方版).治療中にわいせつ行為をした容疑でマッサージ師を逮捕.2002年2月6日.21.
- 12) 東京読売新聞.朝刊.秋田のわいせつマッサージ師を起訴.2002年6月4日.30.
- 13) 東京読売新聞.朝刊.治療客にわいせつ、針きゅう師に有罪.2002年7月16日.32.
- 14) 西部読売新聞.朝刊.針きゅう師を逮捕 準強制わいせつの疑い.2002年11月7日.30.
- 15) 東京読売新聞.朝刊.県針きゅうマッサージ師会長、準強制わいせつ容疑.2003年1月9日.26.
- 16) 毎日新聞(地方版).準強制わいせつの疑い、容疑者を逮捕.2003年1月9日.
- 17) 朝日新聞.朝刊.鍼灸指圧師が準強制わいせつ容疑.2003年1月9日.27.
- 18) 毎日新聞(地方版).女性にみだらな行為 県鍼灸マッサージ師会長起訴.2003年1月29日.19.
- 19) 東京読売新聞.朝刊.準強制わいせつ罪で起訴の元会長を除名 県針きゅうマッサージ師会.2003年3月11日.32.
- 20) 毎日新聞(地方版).わいせつ行為の前会長、除名処分.2003年3月11日.23.
- 21) 東京読売新聞.朝刊.準強制わいせつ事件 被害女性が民事訴訟 針きゅう指圧師相手に賠償請求.2003年4月19日.28.
- 22) 東京読売新聞.朝刊.元針きゅう会長に実刑地裁判決、患者にわいせつ「悪質」.2003年5月1日.
- 23) 大阪読売新聞.朝刊.強制わいせつ容疑の被告 女兒にも同様行為 きょうにも再逮捕.2003年4月17日.
- 24) 大阪読売新聞.朝刊.強制わいせつ容疑で針きゅう師再逮捕.2003年4月18日.
- 25) 大阪読売新聞.朝刊.わいせつ事件の針きゅう師 療養費水増し請求も 容疑で再逮捕.2003年10月26日.35.
- 26) 大阪読売新聞.朝刊.療養費詐取針きゅう師 38人分 160万円も不正受給 容疑で追送検へ.2003年12月8日.
- 27) 大阪読売新聞.朝刊.針きゅう師療養費詐取被害全額返還請求へ.2003年12月9日.37.
- 28) 大阪読売新聞.朝刊.療養費詐取ほぼ認める.2004年1月23日.31.
- 29) 大阪読売新聞.朝刊.治療名目でわいせつ 針きゅう師に懲役8年 地裁判決.2005年12月15日.35.
- 30) 朝日新聞.夕刊.治療装い、わいせつ容疑 全国展開の整体院代表、大阪府警逮捕へ.2006年9月4日.15.
- 31) 産経新聞(大阪).朝刊.治療と称してわいせつ行為 しんきゅう師逮捕.2006年9月5日.29.
- 32) 東京読売新聞.朝刊.患者にわいせつ行為の針きゅう師を逮捕.2006年11月14日.35.
- 33) 毎日新聞(地方版).由利本荘のしんきゅう師わいせつ:被告、全面的に否認一初公判.2007年4月19日.23.
- 34) 毎日新聞(地方版).由利本荘のしんきゅう師わいせつ:被告に懲役5年を求刑.2007年12月6日.23.
- 35) 毎日新聞(地方版).由利本荘のしんきゅう師わいせつ:接骨院経営者に実刑一地裁判決.2008年1月31日.23.
- 36) 毎日新聞(地方版).由利本荘のしんきゅう師わいせつ:懲役3年支持し、被告の控訴棄却.2008年6月19日.21.
- 37) 東京読売新聞.朝刊.準強制わいせつ容疑で針きゅう師逮捕.2007年5月17日.
- 38) 朝日新聞.朝刊.女性患者を触った疑い 左京区のはり・きゅう師逮捕.2007年8月22日.
- 39) 大阪読売新聞.朝刊.わいせつ容疑で整骨院長を逮捕 府警など.2007年8月22日.33.
- 40) 毎日新聞(地方版).わいせつ:治療の女性へ容疑で鍼灸師逮捕.2007年10月23日.23.
- 41) 大阪読売新聞.朝刊.患者にわいせつ行為 鍼灸院経営者を逮捕.2007年10月23日.31.
- 42) 毎日新聞(地方版).準強制わいせつ:佐倉の婦人科医と大網白里のしんきゅう師、容疑で

- 逮捕.1月31日.23.
- 43) 東京読売新聞.朝刊.準強制わいせつ 針きゅう師に3年求刑 地裁初公判.5月29日.35.
- 44) 東京読売新聞.朝刊.準強制わいせつ 針きゅう師、有罪.2008年6月10日.35.
- 45) 東京読売新聞.朝刊.札幌の整復師、わいせつ行為で逮捕.2008年7月30日.31.
- 46) 朝日新聞.朝刊.治療装いわいせつ容疑.札幌南署が柔道整復師を逮捕.2008年7月30日.30.
- 47) 朝日新聞.朝刊.準強制わいせつ容疑で鍼灸師を逮捕 延岡.2008年9月9日.27.
- 48) 朝日新聞.朝刊.準強制わいせつ容疑で鍼灸師の男を逮捕.2010年1月20日.29.
- 49) 毎日新聞(地方版).わいせつ行為:診療と称し下着姿に…容疑の鍼灸師逮捕.2010年1月20日.21.
- 50) 産経新聞(東京).朝刊.マッサージ治療中、下半身触った疑い 65歳鍼灸師を逮捕.2011年1月27日.23.
- 51) 毎日新聞(地方版).準強制わいせつ:マッサージ店経営者を逮捕 治療と称し客の下半身触った疑い.2011年1月27日.25.
- 52) 朝日新聞.朝刊.はり・きゅう、指圧師の行政処分を初公表 厚生労働省.2002年11月14日.37.
- 53) 毎日新聞.朝刊.柔道整復師ら処分を初公表療養費の不正請求など—厚生労働省.2002年11月14日.26.
- 54) 毎日新聞(大阪).朝刊.療養費を不正受給、柔道整復師らの処分を初めて公表—厚生労働省.2002年11月14日.2.
- 55) 北海道新聞.朝刊.マッサージ師ら23人を行政処分.2006年2月9日.32.
- 56) 中国新聞.朝刊.広島放射線技師ら処分.2006年2月9日.28.
- 57) 法務省.平成20年版犯罪白書/第5編/第1章/第2節/2 第3回調査の結果/(3)被害態様別犯罪被害の経年比較/5-1-2-4表 被害態様別被害率・被害申告率(過去5年間)の経年比較.
<http://hakusyol.moj.go.jp/jp/55/image/image/h005001002004h.jpg>.2012年3月30日検索.
- 58) 鈴木亜英.痴漢事件—沖田事件.刑事弁護.2003;35:67-71.
- 59) 教科書執筆小委員会.東洋医学臨床論<はりきゅう編>.初版.東京.医道の日本社.1993:111-3.
- 60) 厚生労働省.厚生労働省関係審議会議事録等 医道審議会.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f8x.html>.2012年3月30日検索.
- 61) 高橋登世子,小室歳信,野上宏明,堤博文,向山レイ,網干博文.医師、歯科医師に対する行政処分の分析(第4報).犯罪学雑誌.2007;73(4):91-107.
- 62) 小川卓良,形井秀一,箕輪政博,社団法人全日本鍼灸学会.第5回現代鍼灸業態アンケート集計結果【速報】.医道の日.2011;70(8):191-224.
- 63) 厚生労働省.職場におけるセクシュアルハラスメントの実効ある防止対策の徹底について.
[.http://www.mhlw.go.jp/topics/0102/tp0226-4.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/0102/tp0226-4.html).2013年4月17日検索.
- 64) Sivic T. Alexithymia and hypersensitivity to touch and palpation. Integrative Physiological and Behavioral Science.1993;28(2):130-6.
- 65) 山口創.子供の「脳」は肌にある.初版.東京.光文社新書.2004:71-4.
- 66) 梅津和子,萩原明人,信友浩一.医療コミュニケーションを妨げる曖昧な言語表現について:用語の理解に関する調査.医療と社会.2003;13(3):103-19.

表1 新聞報道記事の要約

事件番号	犯罪類型 (疑いを含む)	発生場所	加害者 (被疑者を含む)	被害者	記事内容	事件経過
1 ¹⁰⁾	強制わいせつ致傷	しんきゅう 院	60歳男性	33歳 女性	わいせつな行為をしたうえ全治約2週間のけがを負わせた。	2000年5月13日事件発生 2000年9月8日初公判(「治療は行ったが、わいせつな行為はしていない」と起訴事実を全面的に否認した。)
2 ¹¹⁾	強制わいせつ容疑	マッサージ 治療院	マッサージ師 54歳男性	45歳 女性	全身に治療針約20本を打って動けなくした上で、下半身を触るなどした疑い。	2002年2月1日事件発生 2002年2月5日逮捕
3 ^{12,13)}	準強制わいせつ罪	治療院	針灸マッサージ師 37歳男性	25歳 女性	腰痛の治療で治療院を訪れた女性にわいせつな行為をした。	2001年9月2日事件発生 2002年6月3日起訴 2002年7月15日判決[懲役2年6月、執行猶予3年(求刑・懲役2年6月)]
4 ¹⁴⁾	準強制わいせつ の疑いで逮捕	不明	針きゅう師 60歳男性	18歳 女性	治療していた際、胸を触った疑い。	2002年9月24日事件発生 2002年11月6日逮捕 2006年2月9日行政処分(業務停止1年)
5 ¹⁵⁻²²⁾	準強制わいせつ罪	針きゅう治 療院	針きゅう指圧師(県 針きゅうマッサージ 師会会長) 44歳男性	32歳 女性	マッサージを施すように装ってみだらな行為をした。同様の行為を数回繰り返し返していたと見られる。	2002年11月25日ごろ事件発生 2003年1月8日逮捕 2003年1月28日地裁に起訴

						2003年2月23日鍼灸師会除名 2003年4月18日損害賠償請求 (慰謝料6,290万円) 2003年4月30日判決 [懲役3年 (求刑・懲役4年)]
6 ²³⁻²⁹⁾	強制わいせつ罪	整骨院	柔道整復・ 針きゅう師 30歳男性	女児(当 時小学3 年)や高 校生、大 学生ら	治療名目で女性6人にわいせつ行為 月下旬にかけて事件発生 2003年4月17日再逮捕 2003年10月25日(詐欺容疑 で再逮捕) 2004年1月22日初公判 2005年12月14日判決 [強制 わいせつと詐欺などの罪で懲 役8年 (求刑・懲役12年)]	2002年6月頃から2003年3 月下旬にかけて事件発生 2003年4月17日再逮捕 2003年10月25日(詐欺容疑 で再逮捕) 2004年1月22日初公判 2005年12月14日判決 [強制 わいせつと詐欺などの罪で懲 役8年 (求刑・懲役12年)]
7 ^{30,31)}	準強制わいせつ と医師法違反 (無資格医業)		しんきゅう師 (整体院代表) 58歳男性	22歳 女性	「尾骨が曲がっている。今、治さないと、とん でもないことになる」などと言い、下着を脱が せて下半身を触るなど、医師の資格がないのに 医療行為をした疑い。	2006年7月1日および10日事 件発生 2006年9月4日逮捕(容疑を 否認している)
8 ³²⁾	準強制わいせつ容 疑 で逮捕	針きゅう等 マッサージ 室内	針きゅう師 47歳男性	19歳 女性	施術中に下半身を触るなど、わいせつな行為を した疑い。	2003年8月26日と28日事件 発生 2006年11月13日逮捕(「施術 の一つ」として容疑を否認して いる)

9 ^{33,36)}	準強制わいせつ	接骨院	しんきゅう師 55歳	2人の 女性	肩やふくらはぎの痛みを訴えた2人の女性の施術中、下半身に指で触るなどわいせつな行為をした。 2007年4月18日初公判	2006年12月および2007年1月事件発生
10 ³⁷⁾	準強制わいせつ の疑いで逮捕	診療所	針きゅう師 70歳男性	22歳 女性	ふくらはぎの痛みを訴える女性の施術中、女性のスカートをめくり上げてわいせつな行為をしたほか、肩の痛みを訴える別の女性の施術中、「肩が痛い人は股関節も痛い」などと言って2回にわたりわいせつな行為をした。 2007年5月2日事件発生	2008年1月30日判決 [懲役3年(求刑・懲役5年)] 2008年6月18日 控訴審判決 [懲役3年(一審判決を支持)]
11 ^{38,39)}	準強制わいせつ容 疑 で逮捕	鍼灸整骨院	はり・きゅう師 男性34歳	34歳 女性	足を治療する名目で、女性の下腹部を触るなどわいせつな行為をした疑い。容疑者は「ここを触ると痛みの原因が分かる」と説明したという。 2007年6月7日事件発生	2007年5月16日逮捕(容疑を認めている) 2007年7月告訴 2007年8月21日逮捕
12 ^{40,41)}	準強制わいせつ容 疑 で逮捕	鍼灸院	鍼灸師48歳 男性	33歳 女性	上半身や下半身を触るなど、わいせつな行為をした疑い。 2007年9月19日事件発生	2007年10月22日逮捕(「上半身は治療のため触った」と一部否認)
13 ⁴²⁾	準強制わいせつ容 疑 で逮捕	不明	しんきゅう師 男性69歳	31歳 女性	治療と称して下半身を触るなどのわいせつ行為をした疑い。 2008年1月30日逮捕	2008年1月11日事件発生
14 ^{43,44)}	準強制わいせつ罪	整骨院	針きゅう師 男性54歳	47歳 女性	陰部を腰の治療中さわったなど。 2008年5月28日初公判	2008年3月16日事件発生

		2008年6月9日判決		懲役3年、保護観察付き執行猶予5年(求刑・懲役3年)	
15	45, 46)	準強制わいせつの疑いで逮捕	鍼灸整骨院 整復師 54歳男性	35歳 女性	治療と偽り、胸をもむなどのわいせつ行為をし た疑い。
16	47)	準強制わいせつの疑いで逮捕	針きゅう院 針きゅう師 51歳男性	30歳代 女性	胸を触るなどのわいせつ行為をした疑い。
17	48, 49)	準強制わいせつ容疑	鍼灸院 鍼灸師 男性56歳	29歳 女性	診療と称して下着姿にさせ、わいせつな行為をしたとして いる(日本不妊カウンセリング学会から不妊カウンセラーの認定を得ている)。 脱がせたのは事実だが、治療行為の一環」と容疑を否認している)
18	50, 51)	準強制わいせつの疑いで逮捕	指圧・マッサージ店 サージ店 65歳男性	20代 女性	治療中に、下着を脱がせて、下半身を触るなどのわいせつ行為。 2010年3月13日事件発生 2010年10月警察に被害届を提出 2011年1月26日逮捕(「治療行為だ」と容疑を否認している)

表4 はり師またはきゅう師に対する行政処分に関する新聞記事

公表日	被処分者	処分内容	記事内容 (具体例)
2002年 11月13日 52-54)	はり・きゅう、指圧師 の行政処分を初公表	犯罪や不正行為をしたはり・きゅう師、あんまマッサージ指圧師ら3人を免許取り消し、柔道整復師や救急救命士、歯科技工士ら20人を5年から1カ月の業務停止	処分内容、資格、氏名、年齢、所属機関の所在地、所属機関名、罪名 (あんまマッサージ指圧師、はり・きゅう師〇〇〇〇(49)=東京都清瀬市、〇〇治療院、準強制わいせつ罪)
2006年 2月8日 5.55,56)	有罪判決が確定したり、療養費を不正に請求したりしたマッサージ師や、はり師ら23人。	処分は2006年2月22日付で免許取り消し4人、業務停止17人、名称使用停止2人。 患者の女性らへのわいせつ行為が7人と目立つ。	処分内容、資格、年齢、所属機関の所在地、罪名 (一部) (〇〇市〇〇区の接骨院のはり師(36)は免許取り消し。治療に来た女子高生にわいせつな行為を行った〇〇市〇〇町のはりきゅう師(64)も業務停止1年の処分を受けた。)
2011年 2月1日 ⁶⁾	患者へのわいせつ行為で有罪判決が確定するなどしたマッサージ師ら21人 処分者の大半はマッサージ師、はり師、柔道整復師ら。	処分は2011年2月15日付で、免許取り消し8人、業務停止12人、名称使用停止1人。 患者へのわいせつ行為が7人と目立ち、いずれも免許取り消し処分になった。	処分内容、資格、年齢、罪名 (はり師又はきゅう師の具体例はなし)

一部、個人名を特定できる内容は修正した。

報告

**痛みを表現する言葉の理解に関する調査
～医療系専門学校在学中の学生における男女比較～**

泉 恵理子^{1,2)}、智原 栄一³⁾

1) 平成医療学園専門学校 鍼灸師科 2) 明治国際医療大学 大学院 修士課程

3) 朝日大学歯学部 麻酔学教室

**Investigation on vocabulary of medical care students about pain symptoms
～the comparison between men and women in the student of medical vocational school～**

IZUMI Eriko^{1) 2)}、CHIHARA Eiichi³⁾

1) Department of a practitioner of acupuncture and moxibustion , Heisei college of medical technology

2) Graduate School of acupuncture and moxibustion, Meiji University of Integrative Medicine

3) Department of Anesthesiology ,Asahi University School of dentistry

【要旨】

【目的】

痛みは主観的なものであり、自分が経験したことの無い痛みを想像することは第三者にとって難しく、年代、性別、経験などで差異を持つことが考えられる。また、女性にとって“月経”に関連した痛みは日常的であり、男性治療者も臨床を行う上で理解する必要があると思われる。医療系の専門学校に在学中の学生を対象に、生理痛を含めた痛みの性質の表現や部位などに対する理解について調査し検討した。

【方法】

医療系の専門学校在学中の1年生と3年生で、本調査に同意した674名を対象にアンケートを行った。質問紙は、無記名で直接配布して回答を得た。質問内容は、痛みの言葉の理解、5つの有痛症状をイメージする言葉と部位の理解について行った。痛みを表現する言葉は『簡易型 McGill 痛みの質問表 (SF-MPQ)』の表現を用いた。結果はクロス集計を行い、各質問回答の内容を男性と女性で比較した。

【結果】

“生理痛”は「重苦しい痛み」男性 11.8%、女性 26.2%、「その他」の割合が他の疾患より少し多く、全体的に回答のバラつきが認められた。部位は、「下腹部」(男性:52.8%、女性:81.7%)、「腰部」(男性:7.6%、女性:9.5%)と男女で大きな差異はなかったが、男性の「無回答」が35.8%と多かった。“腹痛”について、男性「しめつけるような痛み」19.8%、女性「突き刺されるような痛み」20.6%、部位は、女性「上腹部」(53.2%)、男性「下腹部」(52.5%)の割合が多かった。“腰痛”は「ギクッと走るような痛み」男性 41.8%、女性 37.3%であったが、女性は男性と比べて、「重苦しい痛み」の割合が多かった。イメージが難しい言葉は、「恐ろしくなるような痛み」の割合が最も多く(男性 31.9%、女性 31.3%)、次いで「耐え難い、身のおきどころのない痛み」であった。

【考察及び結語】

痛みを表現する言葉の理解は『簡易型 McGill 痛みの質問表』を用いたが、これらでも理解できないという回答がみられたことから、学生の痛みを表現するボキャブラリーが少ないこと

が考えられた。また、特に男性は経験したことの無い“生理痛”をあまり進んで理解しようとし
ない傾向がみられ、これらが他の有痛症状に対しても誤診を招く可能性があることが示唆され
た。これらを考慮した臨床教育を行っていくことは、今後の課題であると思われる。

キーワード：痛み、理解、簡易型 McGill 痛みの質問表、性差、生理痛

【はじめに】

痛みは患者が治療院を訪れる動機のうち最も主要なものである¹⁾。

医療に従事するものが臨床において、痛みの種類や部位、経過などから、その緊急度や治療の対象とならないような重篤な疾患を鑑別することは最も重要だと思われる。しかし、それらを鑑別したうえで痛みの治療で重要となるのが、痛みの共感と理解であると思われる。痛みは主観的かつ複雑なものであり、自分が経験したことのない痛みを想像することは第三者にとって難しい。患者の表情や動作、痛みの表現から痛みの程度を推測することは可能であるが、痛みの表現に使用される言葉が年代、性別、経験などで差異を持つことも考えられる。

それらがどの程度で、どのような傾向があるかの現状を知り、教育に取り入れることは医療教育に重要であると思われる。

今回、医療系の専門学校に在学中の学生を対象に、痛みの性質の表現や部位などに対する理解について調査し、男性と女性で比較検討した。

【方法】

1. 対象と調査

医療系の専門学校（柔道整復師科・鍼灸師科）に在学中の学生で、本調査に同意した 674 名を対象に、同校の倫理審査を得てアンケートを行った。2010 年 2～3 月に同様の調査で、痛みの理解が学校教育の過程でどの程度影響を与えるか、学生の臨床経験（実技授業の修得や治療所での就労経験など）が、痛みの理解にどの程度影響を与えるかを比較するために、1 年生と 3 年生の学生を対象とした。よって、今回も同様に 1 年生と 3 年生の学生を対象とした。

* 図表は、論文の最後に掲載。

2010 年 2 月～5 月に各クラスの教室で、無記名による質問紙を直接配布し、約 15 分で回答させその場で回収した。

アンケートは『簡易型 McGill 痛みの質問表 (SF-MPQ)』を元に、アンケートおよび部位選択用紙を独自に作成した (図 1)*。質問内容は、回答者プロフィール (所属学科・学年・クラス・性別・年齢・最終学歴) と、痛みの理解 (言葉の理解・5 つの有痛症状の経験の有無と、それらの症状に対する痛みのイメージ) で行った。

有痛症状は、平成 22 年の国民生活基礎調査²⁾による有訴者の自覚症状が多いことから、臨床で遭遇する可能性が高いと思われる「腰痛」「肩こり」、経験の有無による差異を調査するために、男性が経験することのできない痛みとして「生理痛」、生理痛の症状と比較できるものとして「腹痛」、体幹部以外で自覚症状が多いと思われる「頭痛」の 5 つとした。

『簡易型 McGill 痛みの質問表 (SF-MPQ)』は、痛みの強さを 0～3 の 4 段階で回答するものであるが^{3) 4)}、今回の調査では痛みを表現する言葉の状態をイメージ (想像・理解) できるかについて質問しているため、学生が回答しやすいように「できる」「なんとなくできる」「あまりできない」「できない」で回答させた。

5 つの有痛症状は、症状の経験の有無を「ある」「ない」「経験はないが症状のある人 (患者以外) と身近によく接している」の 3 件法で、イメージされる痛みの表現・部位については順位法を組み合わせた限定回答法を用いた。“頭痛”は痛みを表現する言葉のみの回答とし、イメージされる言葉の表現については経験の有無に関わらず回答するように説明した。痛みを表現する言葉は『簡易型 McGill 痛みの質問表 (SF-MPQ)』の表現を用いた。

結果はクロス集計を行い、各質問回答の内容を男性と女性で比較した。

【結果】

674名のうち、最後の質問まで回答していたものは663名(男性524名、女性126名、不明13名、平均年齢 28.3 ± 7.5 歳)であった。男性と女性の2群で比較したため、663名のうち性別が未記入であった13名を除外すると、有効回答率は96.4%(650/674名)であった。

1. 痛みを表現する言葉の理解

痛みを表現する言葉の理解について調査した結果を、表1に示す。男女共に特に「できる」の割合が多かった言葉は、「ズキンズキンと脈打つ痛み」(男性76.3%、女性81.0%)、「さわると痛い」(男性80.9%、女性79.4%)であった。

「できない」の割合が最も多かった言葉は、「恐ろしくなるような痛み」(男性31.7%、女性22.2%)で、「あまりできない」と回答した割合を合わせると、男性:72.9%、女性:61.1%であった。次に多かったのは「耐え難い、身のおきどころのない痛み」(男性24.4%、女性17.5%)であった。

感情を表す言葉の「できる」と「なんとなくできる」を合計した割合は、「心身ともにうんざりするような痛み」(男性49.4%、女性65.9%)、「気分が悪くなるような痛み」(男性72.7%、女性80.1%)、「恐ろしくなるような痛み」(男性27.1%、女性38.9%)、「耐え難い、身のおきどころのない痛み」(男性46.2%、女性55.5%)であった。

2. 有痛症状に対する痛みのイメージについて

各症状に関する経験の有無についての結果を、表2に示す。

(1) 肩こり

イメージする表現の言葉についての結果を図2に、部位を図3に示す。イメージされる言葉で最も多かったのは男女共に「重苦しい痛み」(男性:46.8%、女性:52.4%)であった。部位は「後頸部」(男性:52.6%、女性:54.0%)が最も多く、次いで「肩甲間部」の割合が多く、男女で大きな差異はなかった。

また“生理痛”を除き、他の症状より男性の「経験なし」の割合が17.9%と多かったが、「無回答」の割合が言葉3.2%、部位3.1%と「経験なし」と回答した割合より少なかった。

(2) 頭痛

イメージする表現の言葉についての結果を図4に示す。男女共にイメージされる言葉は「ズキンズキン脈打つ痛み」(男性:70.0%、女性:79.3%)が最も多く、他の症状と比べて他の言葉を選択する割合は非常に少なく、ほとんどバラつきは認められなかった。

(3) 生理痛

イメージする表現の言葉についての結果を図5に、部位を図6に示す。生理痛をイメージする言葉として女性は「重苦しい痛み」(26.2%)が最も多く、次いで「しめつけるような」、「うずくような」で、これらを併せると61.1%であった。部位は「下腹部」が81.7%であった。女性と比較すると、男性はイメージする言葉に多様性が示されたが、部位は女性と同じく「下腹部」が52.8%と最も多かった。また、「無回答」の割合が、言葉の表現では35.8%、部位は34.7%であった。

(4) 腹痛

イメージする表現の言葉についての結果を図7に、部位を図8に示す。割合が多かった言葉は、男性は「しめつけるような痛み」(19.8%)、女性は「突き刺されるような痛み」(20.6%)であった。部位は女性では「上腹部」(53.2%)、男性は「下腹部」(52.5%)の割合が多かった。

(5) 腰痛

イメージする表現の言葉についての結果を図9に、部位を図10に示す。最も割合が多かった言葉は、「ギクッと走るような痛み」(男性:41.8%、女性:37.3%)であった。また、女性は男性と比べて、「重苦しい痛み」の割合が多く、「重苦しい痛み」(33.2%)と「ギクッと走るような痛み」(37.3%)との割合に大きな差が認められなかった。部位は男女ともに、「腰部」(男性:84.4%、女性:88.9%)が最も多く、次いで「臀部」、「大腿後面」がほとんどを占めていた。

3. イメージ(想像・理解)しにくい痛みの表現について

結果を図 11 に示す。

【考察】

McGill 痛みの質問表 (McGill Pain Questionnaire : MPQ) は、1975年にマクギル大学の Melzack により発表された痛みの質問表である。^{3) 4)}

平川は⁵⁾、「痛みは複雑な体験であり、痛みの強度だけでは、その内容を十分に表現することは困難であり、MPQ は痛みの評価に心理的な影響を考慮して作成されたものである。MPQ は質的、量的な多様性を持った痛みの評価法として有用であり、臨床で広く使用されているが、分科や言語の違いにより、表現法も異なることが問題となる。本邦でも日本語版が作成されて普及している⁶⁾。しかしながら、選択肢が多く、実施に時間がかかるため、一般臨床よりもむしろ臨床研究に使用されることが多い。MPQ の信頼性、妥当性については、多くの研究が行われ、評価されている。MPQ の実施には時間を要するため、実際の臨床の場では使用できないこともあり、Melzack 自身により改良されたのが、簡易型 McGill 痛みの質問表 (Short-Form McGill Pain Questionnaire : SF-MPQ) である⁷⁾」と述べている。

簡易型 McGill 痛みの質問表 (SF-MPQ) は、痛みを表す言葉 15 (1. ズキンズキンと脈打つ痛み (throbbing)、2. ギクツと走るような痛み (shooting)、3. 突き刺されるような痛み (stabbing)、4. 鋭い痛み (sharp)、5. しめつけるような痛み (cramping) 6. 食い込むような痛み (gnawing)、7. 焼け付くような痛み (hot-burning)、8. うずくような痛み (aching)、9. 重苦しい痛み (heavy)、10. さわると痛い (tender)、11. 割れるような痛み (splitting)、12. 心身ともにうんざりするような痛み (tiring-exhausting)、13. 気分が悪くなるような痛み (sicking)、14. 恐ろしくなるような痛み (fearful)、15. 耐え難い、身のおきどころのない痛み (punishing-cruel)) について痛みの強さを 0~3 の 4つの段階で回答するものである。ま

た平川は⁵⁾「痛みを表す言葉のうち 1~11 は感覚を表しており、12~15 は感情を表す言葉である。SF-MPQ は質問に答えるのに 2~5分程度で簡単であるが、通常の MPQ との相関係数は高く、Visual Analogue Scale(VAS) よりも多くの情報を得ることが可能である。」とも述べている。MPQ および SF-MPQ に関しては日本語版が広く使用されている^{4) 8)}。慢性痛患者での研究で、日本語版 SF-MPQ の信頼性が評価されており、痛みの評価法として有用であると考えられている。^{9) 10)}

痛みの評価に関する論文は MPQ を用いたものも含め多数みられるが、特定の疾患や症状の評価に関するものが多く、痛みを表現する言葉の理解に関するものはほとんどみられない。言葉の意味や理解は、誰もが同じではなく、社会的・文化的な影響を受け変化する。それらの現状を認識することは、臨床においても重要であると思われる。また有痛症状では、月経痛を評価したものが、柳堀らの¹¹⁾ アンケート調査による報告などで散見されるが、基本的に女性を対象としたものであり、男性が月経痛についてどの様に考え、理解しているのかを調査したものはみられない。月経痛は、月経困難症や子宮内膜症などの基礎疾患に伴う症状である場合を除き、疾患ではなく女性の日常生活の症状の1つであることから、鍼灸治療などの代替医療の対象となりやすい。これらの治療にあたる者には、男性も多くみられることから、男性はこれらの症状についてどの様にとらえているのか、また女性はどうのようにとらえているのか、それらの差異はどの様なものなのかを知ることが必要であると思われる。

我々は 2010年 2~3月にこの質問紙を用いた同様の調査を行い、医療系の専門学校に在学する 1年生と 3年生を比較検討したが、すべての結果において大きな差異は認められなかった。このことから、学生時の臨床経験は、痛みの理解には大きく影響を与えないことが考えられた。

痛みを表現する言葉の理解について、『簡易型 McGill 痛みの質問表』の 15語を用いて回答を得た。これらは臨床で痛みを表現する言

葉としては少ないボキャブラリーであると思われるが、それでも「理解できない」と回答した表現がみられたことから、学生が痛みを表現する言葉のボキャブラリーは、非常に少ないことが考えられた。特にこの傾向は、女性より男性に、感覚より感情を表す表現にみられた。ボキャブラリーが少ないということは、その症状を大雑把にしか捉えていないということである。これらをどのように克服し、ボキャブラリーを増やしていくかは、今後の教育の課題の1つである。

症状別に検討した結果からも、理解できない痛みの症状があることが明らかになった。経験したことのない(できない)痛みを理解する方法を模索することが今回の調査の目的の1つである。“生理痛”は男性が絶対に経験できない痛みであり、この典型的な例である。今回の調査では、症状の経験の有無に関わらず回答する方法を用いたが、“生理痛”の項目では男性の「無回答」の割合が他の症状と比べて明らかに多く、「経験のしたことのないものはわからない」「回答できない」と、理解することをあきらめてしまう傾向があることを示しているのではないと思われる。これは、他の経験のない症状でも、同じように理解することをあきらめてしまう可能性があるということをも示唆するものである。誰でも経験したことのない痛みがあるのは当然であるが、経験がないから無理なのだといって理解することをあきらめてしまうことは、医療者として臨床において望ましくないことであると思われる。

経験があることは、痛みの理解と共感において最も重要な要素であると思われる。しかし今回の調査では、“肩こり”は“生理痛”を除き、他の症状より男性の「経験なし」の割合が17.9%と多かったが、痛みのイメージ(言葉と部位)で「無回答」の割合が「経験なし」の割合より少なく、これは他の症状では認められない結果であったことから、“肩こり”は経験の有無に関わらず理解できる、理解しようとしている症状であると思われる。これらより、経験の有無は重要であるかもしれないが、単に経験の有無だけが痛みの理解と強く

関連しているわけではない事が考えられた。武谷は¹²⁾、「生理現象の中で月経ほど男女間での理解がかけ離れているものはない。」「人類社会において月経ほどタブー視されてきたものはない。」と述べている。“肩こり”のように、臨床でよく遭遇する疾患であれば、医療者として経験の有無にかかわらず理解しようとするが、“月経”というような日常的に性を意識させるような症状は、医療者であっても異性があまり深く関与してはいけない、すべきでないという意識があるのかもしれない。男性で“生理痛”について回答した者は、経験することができない痛みであっても、「理解しようとした人」であると考えられる。これらの回答を男性と女性とで比較すると、内容やその割合に大きな差はみられず、男女でそれほど大きく理解がかけ離れていることはないと思われた。これらのことより、自分が経験していない痛みでも、表現や部位はなんとなく理解できる、正しい推測を持つことが可能であると思われる。

だが、詳細に比較検討してみると、言葉や部位について“腰痛”と“腹痛”で少し差異がみられた。“腰痛”を表現する言葉のイメージは、男性・女性ともに「ギクッと走るような痛み」の割合が最も多かった。しかし、女性では「重だるい痛み」という表現の割合も多く、「ギクッと走るような痛み」と「重だるい痛み」の2つの言葉の割合にはあまり差が認められなかった。「重だるい痛み」は、今回の結果から、“生理痛”をイメージする言葉でもあった。女性は男性と比べて“腰痛”に対するイメージが多様であり、“生理痛”を“腰痛”の症状として表現する人がいることがうかがわれた。“腹痛”に関して、男性は「しめつけるような痛み」「突き刺されるような痛み」と「下腹部」、女性は「突き刺されるような痛み」「しめつけるような痛み」と「上腹部」の割合が最も多かった。“腹痛”の出現部位に関して、男性は“生理痛”と“腹痛”は同じ「下腹部」であるのに対し、女性では“生理痛”と“腹痛”で異なり、“生理痛”は「下腹部」、「腹痛」は「上腹部」に症状が出現するイメージであるという結果であり、男女で理解の違いが認められた。

これらは、男性（治療者）は、臨床において女性の“腰痛”を扱うときに、“生理痛”の可能性を見落とす可能性が高いことを示唆している。つまり、“月経”や“生理痛”の理解を敬遠していることが、“腰痛”の診断能力を低下させる可能性につながることを考えられる。“生理痛”は男性にとって理解することをあきらめてしまいがちな症状の1つであるかもしれないが、このことがそれらと関連のある他の症状に対しても誤った捉え方をすることが考えられた。また、女性（治療者）は、自分の経験から“下腹部痛”を“月経”と結びつける傾向が強いことが考えられた。経験があると、その経験に判断が影響を受けてしまう可能性がある。経験がない場合でも、知識を得る（理解する）努力が必要であり、また経験があるからといって決めつけすぎてもいけないことが考えられた。これらの点を医療教育の段階で学習者に認識させることが、今後の重要な課題であると考えられた。

【結語】

痛みは患者が治療院を訪れる動機のうち最も主要なものであり、痛みの種類や部位、経過などから、その緊急度や治療の対象とならないような重篤な疾患を鑑別した上で、痛みを理解し共感できることは臨床にとって必要不可欠なスキルであると思われる。

医療系の専門学校在学中の学生といったまだ臨床経験が浅く若い医療者は、『簡易型 McGill 痛みの質問表』の15語ですら理解できない表現があり、痛みの表現のボキャブラリー（語彙）が少ないことが明らかになった。

また、男性が経験することのできない“生理痛”に関する無回答の割合が多い（理解しようとしていない）ということが明らかになったが、この傾向は他の有痛症状の理解に影響することが示唆された。

文 献

- 1) 角倉弘行. 麻酔科医が知っておくべき痛みの評価の基礎知識. 日臨麻会誌. 2010 ; 30(3) : 430-437.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 平成 22 年国民

生活基礎調査の概要 (1 自覚症状の状況)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/3-1.html>

- 3) Merzack R, The McGill pain questionnaire, Major properties and scoring methods, Pain 3 ; 1975 : 277-299
- 4) Merzack R・Katz R, Pain measurement in persons in pain. In Textbook of Pain (4th Edition), Churchill Livingstone Edinburg ; 1999 : pp.409-426.
- 5) 平川奈緒美. 痛みの評価スケール. Anesthesia 21 Century. 2011 ; 13(2-40) : 4-10.
- 6) 熊沢孝朗, 波多野敬. 痛みを表現する言葉. 日本疼痛学界・日本ペインクリニック学界編. 標準痛みの用語集. 南江堂. 東京. 1999:250-261.
- 7) Merzack R. The short-form McGill pain questionnaire. Pain. 1987 ; 30 : 191-197.
- 8) 青山宏, 山口真人, 熊野宏昭, 他. SF-MPQ からみた慢性疼痛の鑑別診断. 慢性疼痛. 1998 ; 17 : 72-75.
- 9) 横田直正, 時村文秋, 田中純一, 他. 慢性疼痛患者に対する簡易型マッギル疼痛質問票の信頼性. 整・災外. 2005 ; 48 : 773-777.
- 10) 圓尾知之, 中江文, 前田倫, 他. 痛みの評価尺度・日本語 Short-Form McGill Pain Questionnaire2(SF-MPQ-2)の作成とその信頼性と妥当性の検討. PAIN RESEARCH. 2013 ; 28 : 43-53.
- 11) 柳堀厚, 伊藤元博, 山上英臣. 月経痛の評価法—Visual Analogue Scale を用いた検討—. 産科と婦人科. 1997 ; 64(4) : 561-568.
- 12) 武谷雄二. 月経のはなし 歴史・行動・メカニズム. 中央公論新社. 2012.

表1. 痛みを表現する言葉の理解

		できる		なんとなくできる		あまりできない		できない		無回答	
ズキンズキンと	男性	400	(76.3%)	109	(20.8%)	9	(1.7%)	5	(1.0%)	1	(0.2%)
脈打つ痛み	女性	102	(81.0%)	22	(17.5%)	2	(1.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
ギクッと走るよ	男性	285	(54.4%)	162	(30.9%)	59	(11.3%)	17	(3.2%)	1	(0.2%)
うな痛み	女性	74	(58.7%)	31	(24.6%)	16	(12.7%)	5	(4.0%)	0	(0.0%)
突き刺されるよ	男性	298	(56.8%)	168	(32.1%)	49	(9.4%)	7	(1.3%)	2	(0.4%)
うな痛み	女性	73	(58.0%)	41	(32.5%)	11	(8.7%)	1	(0.8%)	0	(0.0%)
鋭い痛み	男性	318	(60.6%)	157	(30.0%)	38	(7.3%)	8	(1.5%)	3	(0.6%)
	女性	62	(49.2%)	49	(38.9%)	14	(11.1%)	1	(0.8%)	0	(0.0%)
しめつけるよう	男性	289	(55.1%)	166	(31.7%)	59	(11.3%)	8	(1.5%)	2	(0.4%)
な痛み	女性	84	(66.7%)	35	(27.8%)	7	(5.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
食い込むような	男性	134	(25.6%)	159	(30.3%)	182	(34.7%)	47	(9.0%)	2	(0.4%)
	女性	40	(31.7%)	28	(38.1%)	32	(25.4%)	5	(4.0%)	1	(0.8%)
焼けつくような	男性	188	(35.9%)	145	(27.7%)	142	(27.1%)	45	(8.6%)	4	(0.8%)
	女性	43	(34.1%)	36	(28.6%)	41	(32.5%)	5	(4.0%)	1	(0.8%)
うずくような痛	男性	353	(67.4%)	137	(26.1%)	26	(5.0%)	6	(1.1%)	2	(0.4%)
	女性	86	(68.3%)	32	(25.4%)	7	(5.6%)	1	(0.8%)	0	(0.0%)
重苦しい痛み	男性	237	(45.2%)	174	(33.2%)	98	(18.7%)	15	(2.9%)	0	(0.0%)
	女性	66	(52.3%)	38	(30.2%)	18	(14.3%)	3	(2.4%)	1	(0.8%)
さわると痛い	男性	424	(80.9%)	80	(15.3%)	13	(2.5%)	7	(1.3%)	0	(0.0%)
	女性	100	(79.4%)	18	(14.2%)	4	(3.2%)	4	(3.2%)	0	(0.0%)
割れるような痛	男性	174	(33.2%)	149	(28.4%)	141	(26.9%)	56	(10.7%)	4	(0.8%)
	女性	46	(36.5%)	46	(36.5%)	25	(19.8%)	7	(5.6%)	2	(1.6%)
心身ともうん	男性	103	(19.7%)	156	(29.7%)	175	(33.4%)	88	(16.8%)	2	(0.4%)
	女性	39	(31.0%)	44	(34.9%)	34	(27.0%)	8	(6.3%)	1	(0.8%)
気分が悪くなる	男性	186	(35.5%)	195	(37.2%)	102	(19.5%)	39	(7.4%)	2	(0.4%)
	女性	56	(44.4%)	45	(35.7%)	21	(16.7%)	4	(3.2%)	0	(0.0%)
恐ろしくなるよ	男性	52	(9.9%)	90	(17.2%)	216	(41.2%)	166	(31.7%)	0	(0.0%)
	女性	12	(9.5%)	37	(29.4%)	49	(38.9%)	28	(22.2%)	0	(0.0%)
耐え難い、身のお	男性	108	(20.6%)	134	(25.6%)	151	(28.8%)	128	(24.4%)	3	(0.6%)
	女性	36	(28.5%)	34	(27.0%)	33	(26.2%)	22	(17.5%)	1	(0.8%)

表 2. 5つの有痛症状に関する経験の有無

「ある」「ない」「経験はないが症状のある人(患者以外)と身近によく接している」の3択で回答。

	男 性 (n=524)			女 性 (n=126)			経験のある人とよく接する
	ある	ない	経験のある人とよく接する	ある	ない	経験のある人とよく接する	
肩こり	403 (76.9%)	94 (17.9%)	23 (4.4%)	115 (91.3%)	8 (6.3%)	2 (1.6%)	
頭 痛	486 (92.7%)	31 (5.9%)	4 (0.8%)	122 (96.8%)	4 (3.2%)	0 (0.0%)	
生理痛	0 (0.0%)	443 (84.5%)	47 (9.0%)	116 (92.1%)	7 (5.6%)	1 (0.8%)	
腹 痛	488 (92.8%)	27 (5.1%)	1 (0.1%)	113 (89.7%)	8 (6.3%)	0 (0.0%)	
腰 痛	469 (89.5%)	36 (6.9%)	3 (0.5%)	116 (92.1%)	9 (7.1%)	0 (0.0%)	

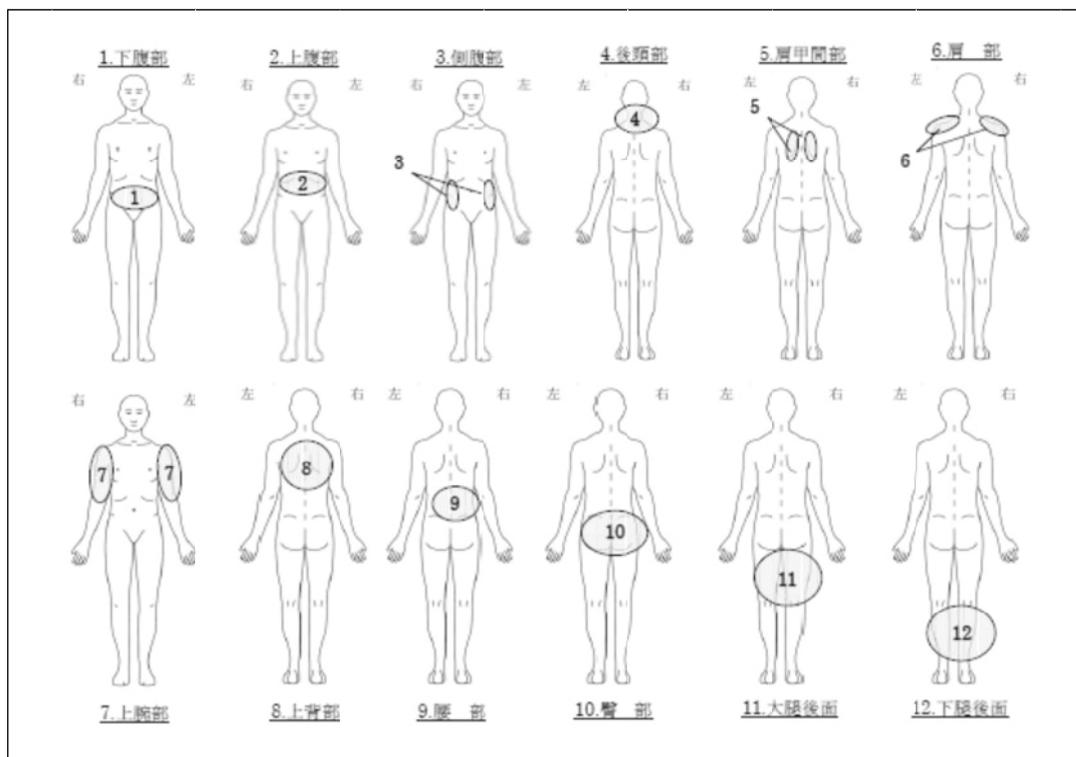


図 1. 質問紙

部位選択のための別紙。腹痛の診察において内科診断学では腹部を9区分もしくは4区分に、東洋医学では五行の関連から5部位に分けて、それぞれ内臓疾患や機能異常の診察に役立てている。しかし、今回はそれとは関係なく、単純におおまかな部位を選択できるものにし

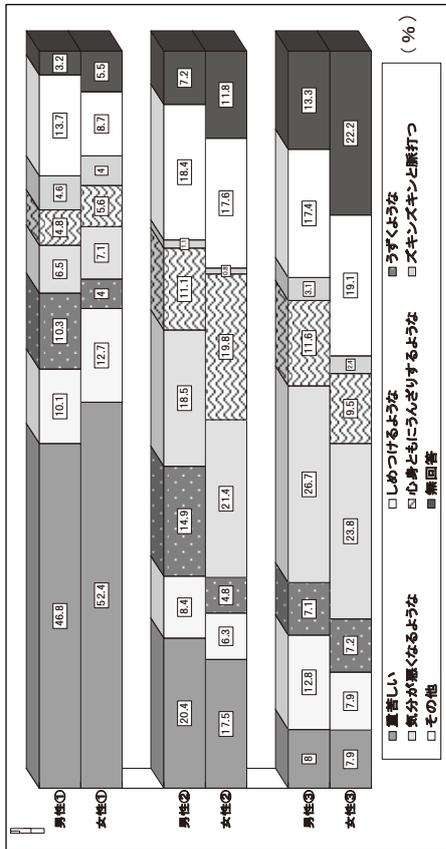


図2. “肩こり”をイメージする言葉の表現

- ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

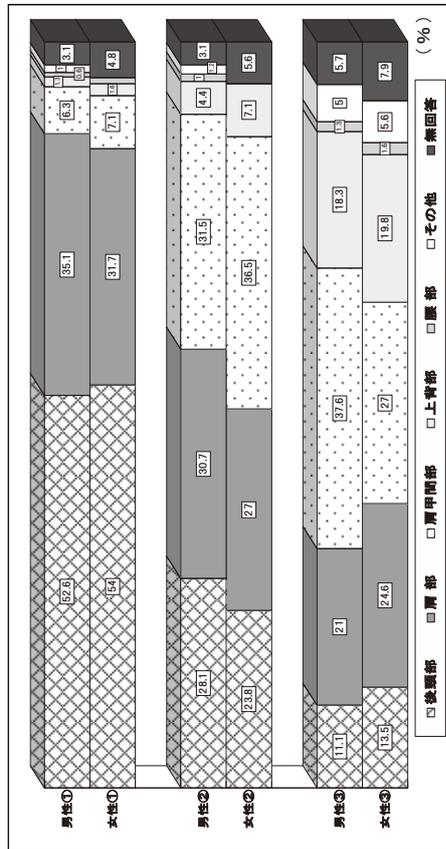


図3. “肩こり”をイメージする部位

- ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

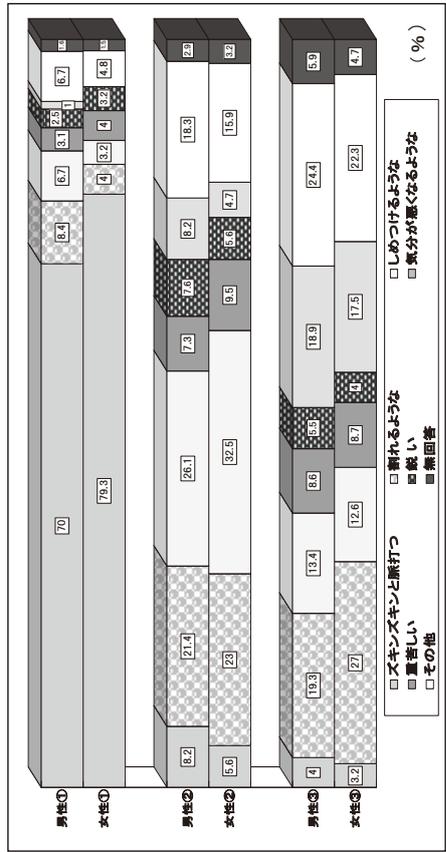


図4. “頭痛”をイメージする言葉の表現

- ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

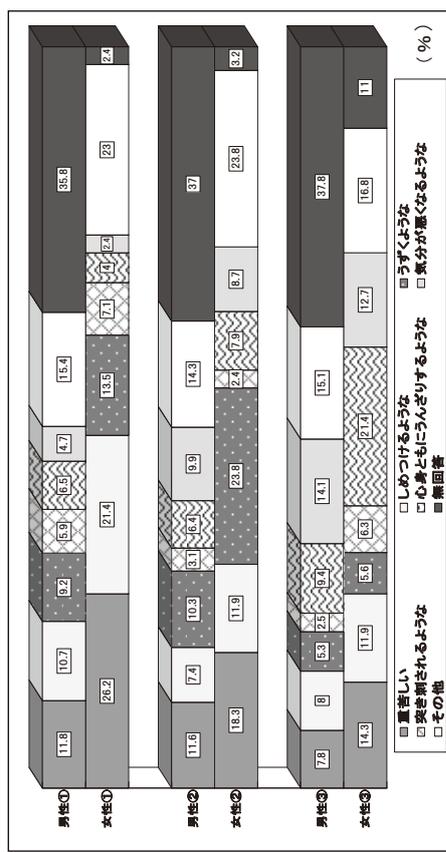


図5. “生理痛”をイメージする言葉の表現

- ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

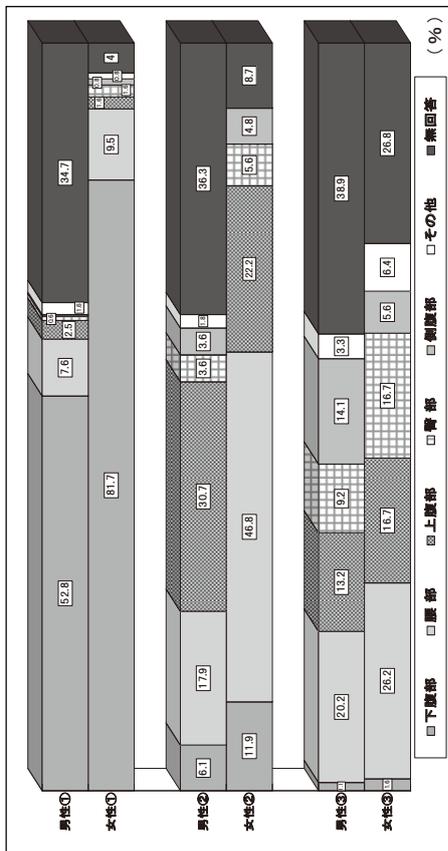


図 6. “生理痛”をイメージする部位
 ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

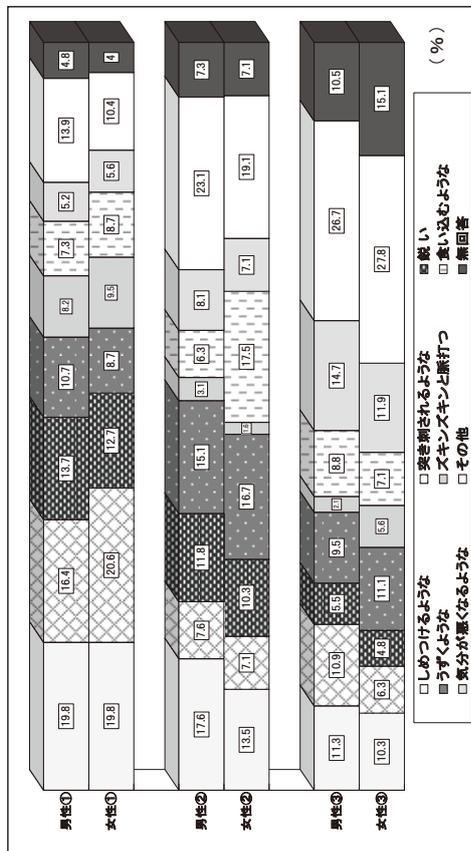


図 7. “腹痛”をイメージする言葉の表現
 ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

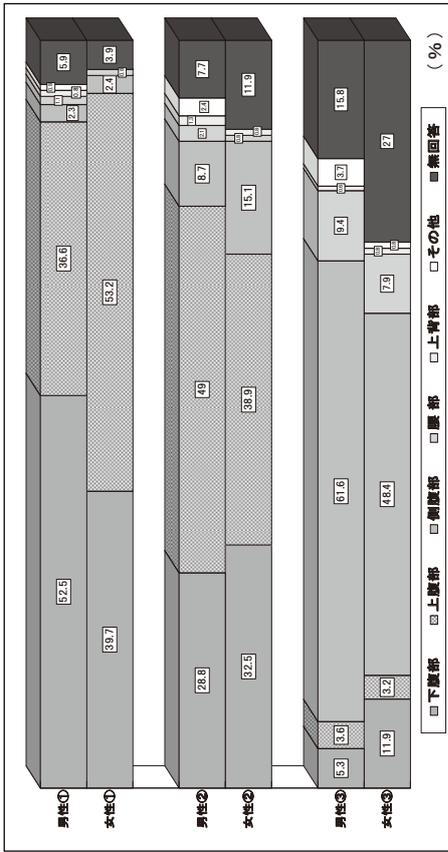


図 8. “腹痛”をイメージする部位
 ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

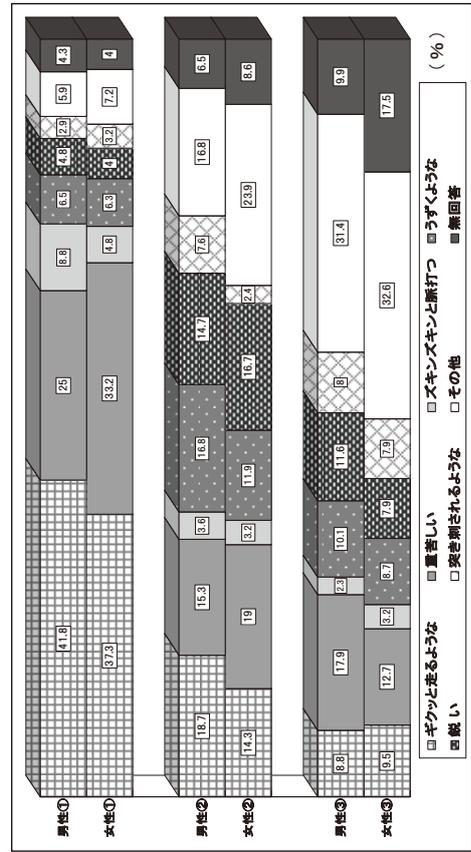


図 9. “腰痛”をイメージする言葉の表現
 ① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

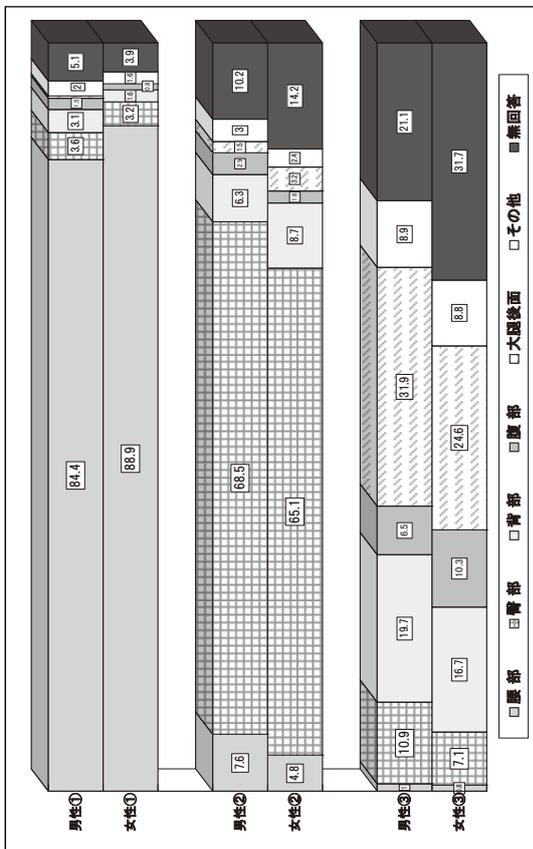


図 10. “腰痛” をイメージする部位

① : 1 番目に選択された回答 ② : 2 番目に選択された回答
 ③ : 3 番目に選択された回答

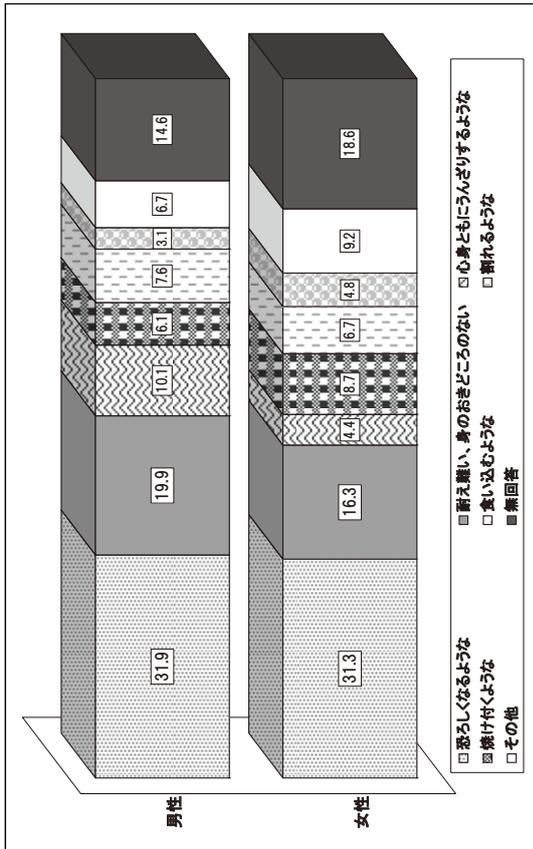


図 11. イメージ (想像) しにくい痛みの表現について
 学生の回答に質問の前半と後半で差異が無いか調査するために、
 表 1 と同様の内容について調査した。
 結果は、表 1 と同様であった。

報告

骨盤位矯正治療中に破水した一症例

山田 文¹⁾、山田 竹弘¹⁾、形井 秀一²⁾

1) 田山鍼灸院

2) 筑波技術大学保健科学部 保健学科鍼灸学専攻

A case of amniorrhexis during treatment for breech presentation
by acupuncture and moxibustion

Aya Yamada¹⁾, Takehiro Yamada¹⁾, Shuichi Katai²⁾

1) TAYAMA Acupuncture and Moxibustion Clinic

2) Faculty of Health Sciences, Tsukuba University of Technology

【要旨】

【はじめに】骨盤位（逆子）の鍼灸治療は一般的に開業鍼灸治療院で行われるが、治療の最中に破水した症例を報告する。

【症例】34歳 女性 初診：X年7月30日、主訴：骨盤位（35週2日）、初産、予定日9月1日。様子を見て1週後に帝王切開の予定を決めるとのこと。現病歴：7月初め出血があったため安静にするようにと言われていた。既往歴：便通が悪い。

【治療】鍼治療は三陰交、至陰に浅刺置鍼しその間棒灸で10分間温める。その後半米粒大八分灸を行った。

【経過および結果】初診の治療後、体が温まって気持ちが良いとのことだった。翌日2回目の治療時、鍼治療を終え、至陰への施灸の最中に破水した。

【結論】破水と鍼灸治療の直接的な因果関係は明確ではないが、微量出血のある妊婦への骨盤位矯正鍼灸治療には、安全性の面での治療の適応、不適応を含めた検討が必要である。

キーワード： 逆子、鍼灸治療、破水、出血、至陰

【はじめに】

逆子の鍼灸治療に際して発生する有害事象については、重篤な問題を報告した論文はみられないが、軽度の有害事象の可能性を示す論文は存在する¹⁾²⁾³⁾。もちろん妊娠中に慎重な治療が求められるのは言うまでもないことである⁴⁾。本症例は筆者が逆子治療をしてきた中で初めて遭遇した例であり、今後、安全に逆子の鍼灸治療を行う上での注意事例として上げられ、更なる研究が進むことを期待して報告する。

【症例】

患者：34歳、女性、骨盤位（35週2日）、
既往歴：便秘傾向
現病歴：7月3日に出血があったため安静にするように指導を受けていた。ウテメリン（子宮収縮抑制剤）を7月3日より服用している。
鍼灸治療：両側の三陰交、至陰へ切皮程度の浅刺をし、10分間置鍼している間に棒灸で下腿を温める。その後三陰交、至陰へ半米粒大の八分灸を各5壮行った。

【経過】

1回目の治療の時、右の至陰の抜鍼時に、鍼孔より微量に出血有り。治療後「体が温まって気持ちが良い。」と言われた。1回目の治療後、産婦人科を受診し、骨盤位が横位（頭が右で膝を曲げている状態）になっていたとの報告を受ける。翌日2回目の治療時、「便通も良くなったし、温めるのがよいのかなと思い、昨晚はヘルストロンの上で横になって眠った。今日はおりにものに血が少し混じっている。」と言われたが、1回目と同じ通常の治療を行った。治療中に胎動はあった。

鍼の治療を終え、三陰交の灸の後、左の至陰の灸5壮目で、「あっ」と声を出し、「濡らした。もしかしたら尿かも知らないけど、破水したかも知れない。」と言われたので、すぐにシーツを確認するとかなりの量の水分で濡れていた。アンモニア臭はなかったので、破水に間違いないであろうと思い、患者のかかりつけの産婦人科に電話し、看護師に状況を伝えると、すぐに来院するように指導された。たまたま患者のご両親が付き添いで来院中だったので、バスタオルをお渡ししすぐに産婦人科に向かってもらった。

翌々日に本人と電話で話したところ、「あのあと産婦人科には院長先生が不在で、代わりに先生しかいらっしゃらず、直ぐに救急S病院に行くよう手続きされていたので、救急車でS病院にいったところ、すでに子宮口が10cm開いていたのでこのまま分娩に入ると言われた。しかし、帝王切開ではなく、自然分娩も可能だといわれたので、自然分娩をお願いし、無事出産した。」との報告を受けた。最終胎位は単臀位であった。

【考察】

破水とは卵膜が破れて羊水の流出とともに胎児が出産することである。通常子宮頸管が全開するころに自然破水する（適時破水）が、分娩が開始する前（陣痛発来前）に破水することを前期破水（premature rupture of the membranes: PROM）という。前期破水のうち妊娠37週未満に破水してしまうものは、産科管理上の問題点があることが指摘され⁵⁾、preterm-PROMと

して区別している。前期破水の原因は①卵膜の異常（炎症や感染、卵膜の薄さなど）、②急激な腹圧の亢進（重いものの挙上、墜落、激しい咳など）があるとされる⁶⁾。

本症例の破水は preterm-PROM であるが、その原因が何であったかは不明である。

後日改めて患者に確認したところ、「実は7月3日から2週間ほどおりものに血が混じっており、主治医からは自宅安静で出歩いてはいけないとの指導があったにもかかわらず、30km離れた自宅に戻り、家事を済ませて実家まで移動したりしていた。7月30日の検診日にはおりものに混じる程度の出血があり、7月3日からあった出血とはすこし違っていて、排尿後ふき取るペーパーに血液が付いていて、見てわかる程度のものであった。検診時、あと1週間待っても骨盤位のままであれば帝王切開の日程を決めると言われて、気持ちに焦りが生まれ、陣痛を経験することもなくはじめての出産を迎えたくないという気持ちが強く、なんとか自然分娩で出産したい思いで来院した。」と言われた。また「骨盤位でおなか張るために張り止めの薬（ウテメリン）を服用していたが7月30日はちょうどそのくすりの効果が切れるころだった。」との報告を受けた。

本症例の破水の原因については、産科医は鍼灸が原因ではないと患者に説明していたが、鍼灸治療中の破水であることを踏まえて、患者の状況を整理すると、①7月初めに出血があったために安静にするように指導されていた。②第1回目の治療時、右至陰抜鍼時に鍼孔より微量出血があった。③2回目の治療当日の朝から少し出血があった。④お腹の張り止めの薬の効果が切れるころと重なった。⑤破水前日の就寝中にヘルストロン（白寿高圧交流電界保健装置；プラスとマイナスが一秒間に50回または60回入れ替わる交流電気を使い、電極と電極の間に通電することで形成された4000~9000Vの高圧電界に体を置く仕組みの器具）にかかっていた。以上の5項目から考えて破水しやすい状態にあったものと推察される。

5項目の中、病態を検討するにあたっては、

①、③の出血と④のウテメリンを服用していたことからお腹が張っていた可能性があったことの3項目をどう考えるかが大事な点であると思われる。①の出血はおそらく粘帯下に血液が混じる程度のものだったと予測される。③の出血は詳しく確認がとれなかったが、あきらかに血液とわかる色の出血で、①のような出血とは異なる性質のものであったと思われる。妊娠中の出血は、膣鏡診で頸管ポリープ(脱落膜ポリープを含む)や子宮膣部びらん面からの出血であることが明らかな場合は、緊急を要することはない。性交による機能出血が考えられる場合は、性交を控えるように指導する。いずれも経過観察で構わないが、出血の量が増える場合や子宮収縮を伴う場合は、受診するよう指導する。妊娠中期以降の性器出血ならば、出血の時期及び性状から、頸管無力症の進行した状態(胎胞膨隆)が強く疑われる。また少量でも鮮紅色の出血は、前置胎盤の予告出血の可能性もある。妊娠後期以降であれば常位胎盤早期剥離のサインの可能性もある⁷⁾。

妊娠期間は、妊娠中期を妊娠14~27週、妊娠後期を妊娠28~36週としているので本症例は妊娠後期にあたる。妊娠22~36週までの出産は早産にあたるので本症例も早産に入る。早産の前兆としては、少量の非鮮血性出血を伴うことが多い。粘稠性帯下に血液が混じるとの訴えが比較的多い。妊娠中期以降、特に妊娠後期に発症することが多い常位胎盤早期剥離については非凝固性のサラサラした性器出血が特徴である。剥離の部位や程度によって、出血量は異なる。

このように微量であれ、妊娠中に出血を認める場合は、術者がまず出血のあり・なし、また出血の性状を詳しく確認する必要がある。

また、至陰の灸療法は切迫早産の早産予防にも応用される治療法である。森らは症例レベルであるが、ウテメリン(塩酸リトドリン、交感神経 β_2 受容体刺激剤)で腹部の張り感がまったく軽減しなかった切迫早産の症例に三陰交(半米粒大3壮)と至陰(半米粒大5壮)の透熱灸を行ったところ、施灸直後から軽減し、早産することなく、正期産まで誘導できたとし、

施灸によって切迫早産患者の早産予防の管理が維持できたのではないかと報告した⁷⁾。また、釜付らは、灸療法により子宮筋の緊張が緩和され、胎動が増加し、臍帯動脈、子宮動脈の血管抵抗が低下することがわかり、灸療法における切迫早産治療に効果が認められたと報告した⁸⁾。このように灸療法が切迫早産患者の腹部の緊張を改善するとの報告もある。

以上のように、切迫早産に対する鍼灸治療については、現時点では、治療方法や治療を行うか否かも含めて、明確な指針がない。

そこで、本症例を検討すると、1か月近く前からの微量出血傾向と治療2回目の朝、出血があったこと、また、④から、お腹の張り止めの薬(ウテメリン)がちょうど切れるところで、腹部の緊張がそれ以前よりは増強していたことも考えられ、切迫早産であったことが推察されるので、切迫早産を考慮しつつ治療を行う必要があったものと考えられる。またさらに、妊娠中の鍼灸治療をより安全なものとするために、今後は患者の妊娠の時期や病態に対応した経穴、およびその作用などについても検討が必要であると考えられる。

②の抜鍼時の鍼孔からの微量出血については、ほとんど問題はないと考えるが、わずかながらでも補瀉の瀉の要素が関係した可能性もあると考え、あえて5項目の中に含めた。

⑤についてはどのように作用したのかは不明確であるが、2診治療日の朝のおりものに血が混じていた一因、あるいは、今回の破水の一因として排除できないと考え、有害事象の原因の一つとして上げた。

また、5項目には含まれていないが、治療時の体勢についても検討が必要と思われる。逆子の妊婦の診察の際は仰臥位で、立て膝をして膝の下に三角枕を入れ、さらに足の裏に丸めたタオルの枕を入れ、足関節を軽く背屈させた状態で行う。この姿勢であれば、診察・治療中に具合が悪くなったり気分が悪くなったりすることはほとんど無い⁴⁾との文献もあり、仰臥位の姿勢で治療した。しかし、初診時は側臥位での治療だったが、2診目の仰臥位の姿勢であったこ

とが破水を誘発した一因である可能性も考えられる。長池らは骨盤位の鍼灸治療中における適切な姿勢については、血管迷走神経反射の予防として端座位よりも長座位(背もたれ 80° 程度)が神経反射のリスクを軽減するのではないかと示唆している¹¹⁾。

妊娠中期以降になると大きくなった子宮の影響で仰臥位になると急激な血圧低下を引き起こすことがあり、これを仰臥位低血圧症候群 (supine hypotensive syndrome, SHS) という。ちょうど背骨の前右側を走行する下大静脈が子宮の重みで圧迫され、静脈環流量が減少し、低血圧を示すことである。その他にも動脈の圧迫による迷走神経反射の影響も一因にあると考えられている。SHS は、通常仰臥位をとってから約 3~10 分後に起こりやすいとされている。その症状はさまざまであり、悪心、嘔吐、冷汗、顔面蒼白、チアノーゼ、多呼吸などが上げあげられる。また胎盤血流量の低下による胎児の心拍異常にも注意を払う必要がある。その場合は解剖学的に動脈より右に位置している下大静脈の圧迫を解除するため、左側臥位・シムスの体位をとってもらうことも含め対応が必要である¹¹⁾。

より安全な逆子の鍼灸治療を考えるのであれば、セミファーラー位の導入なども含め、治療時の体位についても、今後の検討が必要であると考えられる。

逆子の鍼灸治療については、患者の出血のあり・なしについて、またある場合には、いつから、どのような性状であるかを詳しく問診した上でを行い、治療中及び治療後の出血についても、細心の注意が必要である。さらに鍼灸治療による影響の検討も必要であると考えられる。

【結語】

鍼灸治療中に破水した症例の報告をした。本症例の破水と鍼灸治療の直接的な因果関係は明確ではないとされているが、微量出血のある妊婦への骨盤位矯正のための鍼灸治療には、安全性の面での治療の適応、不適応を含めた検討が必要である。

文献

- 1) 奥定由香子.三陰交・至陰の灸で、切迫早産を誘発した逆子の例.鍼灸臨床生情報.医道の日本社.横須賀.1999:377.
- 2) 向田宏.三陰交の灸で出血量が増加してしまった切迫早産の例.鍼灸臨床生情報.医道の日本社.横須賀.1999:77.
- 3) 奥定由香子.三陰交・至陰の灸で、切迫早産を引き起こした例.鍼灸臨床生情報.医道の日本社.横須賀.1999:378
- 4) 形井秀一編著.イラストと写真で学ぶ 逆子の鍼灸治療.医歯薬出版株式会社.東京.2009:25-27.
- 5) 坂元正一.水野正彦監修.プリンシプル産科婦人科学.産科編.メジカルビュー社.東京.2002:597.
- 6) 日本産婦人科学会編.産婦人科用語集・用語解説集.金原出版.東京.2003.
- 7) 平野秀人.出血(妊娠中期以降).ペリネイタルケア.2012 ; 31(1):22-28.
- 8) 矢野忠編著.レディース鍼灸 ライフサイクルに応じた女性のヘルスケア.医歯薬出版株式会社.東京.2006.
- 9) 釜付弘志ほか.切迫早産患者に対する灸療法の有効性について.日本東洋医学雑誌.1995;45(4):849-858.
- 11) 長池綾香ほか.骨盤位の鍼灸治療中における適切な姿勢とは—血管迷走神経反射の予防策—第 61 回(社)全日本鍼灸学会学術大会三重大会抄録集.2012:234.
- 12) 潮田まり子ほか.仰臥位低血圧症候群はなぜ起こるのか?ペリネイタルケア, 2007; 26(11); 26-28.

あとがき

東日本大震災から2年と5ヵ月が経過し、被災地からの情報も少なくなってきましたが、2011年の第6回社会鍼灸学研究会で、可能な限り東日本大震災への鍼灸の関わりを追って行きたいと述べた様に、第7回社会鍼灸学研究会(2012年8月)において、東日本大震災の被災地でボランティア活動をする3氏から、その後の報告をして頂き、その発表内容を本号に寄稿して頂きました。

また、初めての試みですが、本号には、査読を経た原著論文と報告論文を掲載しました。

査読を行って頂いた先生方は日本鍼灸界で重要な活動をなさっている先生方であり、査読の内容も非常に厳しいものがありましたが、昨年、若手研究者の発表会で発表された先生方はその査読結果を踏まえて適切な書き直しを行い、優れた内容の論文にして投稿して頂きました。

原著論文の一つは、一般の方へ鍼灸の印象についてアンケート調査を行ったもので、他の一つは、鍼灸師のわいせつ行為に関するこれまでの新聞記事を分析したものです。

また、報告論文として、一つは、痛みの表現に関する論文です。鍼灸分野で最も多い愁訴でありながら、それを客観的に評価するのが難しいのが痛みです。また、もう一件は、妊婦の治療中に破水した症例の投稿です。これまでに、妊娠中の破水の報告は日本ではありませんし、世界的にもないと思われる非常に貴重な報告です。鍼灸の有害事象については、社会鍼灸学研究会では、これまで取り上げたことはありませんでしたが、今後、この分野の投稿も、期待します。

原著と報告の研究者には、今後、社会鍼灸学の研究をこれまで以上に進められることを願っております。

雑誌『社会鍼灸学研究』は、ISSN(国際標準逐次刊行物番号)を取得し、国会図書館に所蔵され、医学中央雑誌にも所載されております。今後、社会鍼灸学に関係する様々な論文が、本誌に投稿され、多くの方々がこの分野に関心を持って頂けることを期待しております。

(形井秀一)

社会鍼灸学研究 2012 (通巻7号)

発行日 2013年8月1日

編集・発行 社会鍼灸学研究会

〒305-8521 つくば市春日4-12-7

筑波技術大学保健科学部

形井研究室

Tel&Fax. 029-858-9533

e-mail : katai@k.tsukuba-tech.ac.jp

表紙・題字 堀紀子(瑞雪)

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

フロンティア医科学専攻 疫学分野
