

序
鍼灸の世界的広がりを考える
形井秀一
筑波技術大学保健科学部

2013年の第8回社会鍼灸学研究会から1年間が経過した。

この間、日本鍼灸界では、2013年10月に第1回経絡経穴学研究会が開催され、経絡経穴研究が新たな一步を踏み出した。また、11月には、シドニーで、WFAS（世界鍼灸学会連合会）が開催され、2016年に日本でWFASの大会が開催されることが決まった。（ちなみに、2014年は、米国ヒューストン、15年はカナダのトロント、2017年は韓国と北京である）。さらに、2014年5月には、京都で第5回ISO/TC249の全体会議が開催された。

このように、短期間に、日本国内で鍼灸に関する世界的な動きが続くことは、戦後70年間でも余り多くないことだろう。これは、鍼灸が世界的な関係性の中に存在することになったことを如実に示しており、同時に、世界の鍼灸界が大きく動いていることを意味する。

1960年代には既に経穴に関する国際会議が開かれていたが、その国際会議はアジアの国々の間で行われていたもので、限定的な「国際」であった。しかし、WFASの加盟団体を見ると、現在は、世界50カ国以上が、鍼灸の学術団体を有し、鍼灸の学術活動を行っている。

これは、中国の、国を挙げての努力なくしてはなし得なかったことであり、現在の世界的な鍼灸の広がりを考えるとき、中国鍼灸がその中心となっていることも認めざるを得ない。

それでは、日本は、単に中国の後塵を拝することに甘んじるべきであるのかと言えば、もちろん、NO!である。日本と同様に中国から中医学を学んだ韓国が、今、韓医学を世界の医学にしたいと望んでいるように、日本が、日医学を世界に知ってもらい、日医学を世界の人々の健康に役立ててもらいたいと願うことは、至極、当然である。それだけ、日医学が現代の人々の抱える健康問題に役立つものであると考えるからである。

文化や文明の一分野が世界と関わり得る度合いは、その分野が属する文化や文明全体が世界と関わっている度合いと比例する。世界と関わるということは、その国の人や物がどれくらい世界と行き来しているかということである。もし比例していなければ、どこかに無理が生じ、うまく行かなくなるであろう。中医学の広がり、現在の中国の経済的な勢い、その経済の具体的な裏付けである金や物の動き、そして、その動きと同時に中国文化を世界に広めようとする堅固な意欲に、裏打ちされている。和食が世界遺産になるには、過去20～30年間、世界に渡って和食を広め、スシを握り続けた先駆者達が居たからである。

息の長い活動が必要であろうことは分かっている。

だが、世界に出かけて、日本鍼や日本灸、日本指圧、日本あん摩を伝えている人は少なからず居る。その人達の力を活かす時期に来ているのではないだろうか。その人達は、日本文化と日本鍼灸あん摩を普及し、各国に根ざした活動をしているはずである。

鍼灸の世界的な広がり、日本鍼灸の広がりでもあってもらいたい。そのためには、それ相応の努力が必要であろう。

社会鍼灸学研究 2013 (通巻 8 号)

目次

- ・ 序 形井秀一 i

- ・ **特別講演** 「国民から見た 21 世紀初頭の日本鍼灸とは
—2002 年と 2012 年度の 10 年間での変化について—
矢野忠 (明治東洋医学院専門学校教員養成科、明治国際医療大学) 1

- ・ 「鍼灸師とはり灸に係る法制度の変遷—医制成立から現在にいたるまで—」
坂部昌明 (森ノ宮医療大学) 8

- ・ 「鍼灸の世界への広がり～ISO/TC249 参加国の鍼灸についての制度調査から～」
嶺聡一郎 (名古屋医専) 19

- ・ 「鍼灸の世界的広がりが意味するもの」
形井秀一 (筑波技術大学保健科学部) 23

- ・ **原著** 「鍼灸治療院患者の鍼灸活用モデルに関する要因の構造分析
—M-G T A 法を用いた質的分析—
根岸とも子 (日本医学柔整鍼灸専門学校) 27

- ・ **原著** 「助産師からみたツボ療法に関するアンケート調査
—(社)茨城県助産師会所属の助産師へのアンケート調査より—
前田 尚子 (あゆみ鍼灸院、明治国際医療大学臨床鍼灸学講座) 37

- ・ **報告** 「日中の精製度の高いモグサの比較調査に関する考察」
高橋大希 (東京衛生学園専門学校実験部) 49

- ・ あとがき 前田尚子 59

特別講演**国民から見た 21 世紀初頭の日本鍼灸とは
- 2002 年度と 2012 年度の 10 年間での変化について -**

矢野 忠

明治東洋医学院専門学校教員養成学科 明治国際医療大学

1. はじめに

我が国における鍼灸療法の歴史は古い。医学史的には 562 年智聡が明堂図を携えて渡来したことに始まるとされているが、朝鮮との交易により鍼灸療法はそれ以前から伝えられていたと考えられている。いずれにしても鍼灸療法は、1450 年以上もの悠久の時空を絶えることなく今に伝えられている我が国の伝統医療であることには違いない。

では、日本の伝統医療である鍼灸療法は、今、国民にどのように受け止められ、利用されているのか、である。鍼灸療法は、江戸時代まで日本の正統医療として国民の保健に寄与してきた。しかし、明治初期、鍼灸療法は富国強兵の国策の下で非正統医療として存続を許されたものの、正規の医療システムの枠外に置かれた。その位置づけは、戦後を経ても変わることなく、現在に至っている。

当然ながら非正統医療である鍼灸療法は、厳しい様々な制約が強いられる。その象徴的な事象が、医療機関内での診療の禁止であり、健康保険を取扱うことができないことに見られる。すなわち医療である鍼灸療法が、医療として正当な扱いを受けていないということである。こうした状況は、国民が鍼灸療法を正しく認識し、理解する上で大きな阻害因子となっているように思われる。

そうであるならば、そのことを知るには鍼灸療法の受療状況や鍼灸療法に対する国民の認識等を把握しておくことが必要であるが、これまでにそれらについて詳細に調査されたことはなかった。では、何故、調査が行われてこなかったのか。それは、推測であるが、鍼灸療法の需給バランスが保たれていたことから、それらのデータを必要としなかったものと考えられた。それは経済的に安定していたからであろう。

しかしながら、安定的とも思われた需給バランスは、2002 年度から崩れ始めた。その原因の一端は、鍼灸師養成の専門学校の秩序なき増加によるもので、それ以降、毎年 4000 名以上の鍼灸師が輩出されるよ

うになった。

そこで 2002 年度から始めた国民を対象とした鍼灸療法に関するアンケート調査結果を元に、この 10 年間で何が変わったのか、今後、何をしなければならぬのか等について私見を交えてまとめてみた。

なお、各年度で行った調査方法は、基本的には次の方法によった。対象とした国民は、全国の満 20 歳以上の男女から無作為に抽出した 2,000 名である。抽出方法は、層化副次(二段)無作為抽出法とし、157 市区町村・地点(138 市区+19 町村・地点)を抽出し、調査地点とした。具体的には、全国を 12 ブロック(北海道、東北、関東、京浜、甲信越、北陸、東海、近畿、阪神、中国、四国、九州)に分類した上で、各ブロック内において、さらに市郡規模によって「21 大都市」「その他の市」「郡部(町村)」に分類し、層化した。次に、各ブロック・市郡規模別の層における満 20 歳以上人口の構成比に基づき、2,000 標本を比例配分した。その上で、1 調査地点当たりの標本数が 10~14 程度になるよう、調査地点数を設定した。各調査地点における対象者の抽出は、住民基本台帳により等間隔抽出法によって実施した。

2. 鍼灸療法に対する国民の認識は¹⁾

2012年度の調査対象1331名全員に①「鍼灸療法は、医療である」、②「鍼灸療法は、医療機関でも受けることができる」、③「鍼灸療法を行うには、厚生労働大臣の免許が必要である」、④「鍼灸療法は、健康保険が使える」、⑤「鍼灸療法は、日本の伝統医療である」の5つの質問を行い、回答は「そう思う」「そう思わない」「わからない」の三者択一とした。

その結果、表1に示すように、鍼灸療法は「医療である」の回答者は826名(62.1%)、「医療機関でも受けることができる」の回答者は600名(45.1%)、「厚生大臣免許が必要である」の回答者は958名(72%)、「健康保険で受けられる」の回答者は721名(54.2%)、「日本の伝統医療である」の回答者は659名(49.5%)であった。一方、「分からない」の回答が多かったの

表1 鍼灸療法に関する認識と知識

	総数	そう思う	そう思わない	わからない
鍼灸療法は、医療である	1331	826	328	177
	%	62.1	24.6	13.3
鍼灸療法は、医療機関でも受けることができる	1331	600	453	278
	%	45.1	34.0	20.9
鍼灸療法を行うには、厚生労働大臣免許が必要である	1331	958	133	240
	%	72.0	10.0	18.0
鍼灸療法は、健康保険(医療保険)で受けられる	1331	721	334	276
	%	54.2	25.1	20.7
鍼灸療法は、日本の伝統医療である	1331	659	442	230
	%	49.5	33.2	17.3

が「医療機関でも受けることができる」の278名(20.9%)、次いで「日本の伝統医療である」の230名(17.3%)であった。

以上のことから鍼灸を医療として認めている国民は62.1%、日本の伝統医療として認めている国民は49.5%であった。この結果だけでは鍼灸療法を医療として、また日本の伝統医療として認識している国民が多いのか、少ないのかの判断はできないが、鍼灸療法の歴史および鍼灸療法の業務内容からいって低率であり、極めて少ないと思われた。隣国の中国や韓国、台湾と比較すれば極めて少ないと言わざるを得ない。

また、「医療機関でも受けることができる」と思っている国民は45.1%、「健康保険で受けられる」と思っている国民は54.2%であった。これらの結果からも国民の鍼灸療法に対する理解は、曖昧であることが分かる。ただし、鍼を体に刺す治療であることから、国民の72%は厚生労働大臣免許が必要であると理解している。鍼灸治療は無免許では出来ないとの認識である。

このように国民の鍼灸療法に対する認識や知識の状況を鍼灸サイドから見れば、極めて厳しい現実と言わざるを得ない。これが21世紀初頭の国民から見た“鍼灸療法”の姿である。ちなみに2004年度の調査(有効回答者1,011名)では、鍼灸療法の周知度は表2に示すように、鍼灸療法の名前を知っていても内容まである程度知っている国民は46.6%であった。何故、これ程までに認識や理解が低いのか、である。その理由は、一つには医療システムの枠外に置かれていることによるものと考えられる。同じ日本の伝統医療である漢方を知らない国民はほとんどいないであ

表2 鍼灸療法についての知識について

聞いたことがない	2.7(%)
名前だけは知っている	45.6
どんな治療かだいたい知っている	42.0
治療を見たことがある	4.6
わからない	50.

ろう。それは、医療機関で漢方を受療できるからであり、テレビ、雑誌等の様々なメディアで常に取り上げられているからである。それに比べて鍼灸療法を知る機会は極めて限定的である。施術所での受療、家族・友人からの紹介といった個別的な機会により知ることが多く、時々雑誌等に取り上げられるもののその頻度は漢方と比べものにならないくらい少ない。しかも健康保険が適用されないことから皆保険制度下にある国民にとって自由診療主体の鍼灸療法は遠い存在として受け止められていることも大きな要因である。いずれにしても、こうした状況下での鍼灸療法に対する国民の認識は、表1に示す通り、厳しい結果になったことは当然のことなのかもしれない。

一方、欧米及び東アジア諸国における鍼灸療法の動向は、日本のそれとは大きく異なり、医療システムの中に組み込まれ、さらには統合医療を構成する重要な伝統医療として評価されつつある。研究支援においてもしかりである。特に隣国(中国、韓国、台湾)と比べると、その差は歴然としている。

3. 10年前と比べて今の受療状況はどう変化したのか

1) この10年で受療率は増えたのか

鍼灸療法の受療率について、2002年度^{3,4)}と2012年度¹⁾とを比較した(表3)。すなわち鍼灸師大量輩出時代が始まってからの10年間での変化を見ることになる。

2012年度の調査では、年間受療率は7.3%(95%信頼区間5.9-8.7%)であり、1年前以上に受けた人も含めた受療経験者は25.3%(336名)であった。一方、2002年の年間年間受療率は、7.5%であった。それか

表3 受療率の比較

	2002年度			2012年度		
	人数	%	95%信頼区間	人数	%	95%信頼区間
①現在、通院して治療を受けている	36	2.5	1.3-3.6	30	2.3	1.5-3.2
②現在は通院していないが、過去1年以内に受けたことがある	56	3.9	2.9-5.3	66	5.0	3.9-6.3
③1年以上前に受けたことがある	213	15.0	12.9-17.2	240	18	16.0-20.2
④治療を受けたことはない	1030	72.5	69.8-75.1	990	74.4	71.9-76.7
⑤わからない	15	1.1	0.5-1.8	5	0.4	0.1-0.9
⑥過去1年以内に自宅で受けた	16	1.1	0.5-1.8			
⑦1年以上前に自宅で受けた	63	4.4	3.3-5.8			
合計	1429			1331		

らから10年経ってり、多少の変動はあるものの横ばい状態か、むしろ縮小傾向にある(藤井らの調査⁴⁾では、年間受療率は9.5%)。

このように鍼灸療法の受療率は、ほぼ横ばいであったが、就労鍼灸師と鍼灸専門の施術所(鍼灸院)はこの10年間で大幅に増えた⁵⁾ことから供給過多状態に陥ることになった。表4は、これまでに行われてきた調査での受療率を一覧表にしたものである¹⁾。

表4 鍼灸療法の年間受療率の推移

調査年度	2002	2003	2004	2005	2009	2012
受療率(施術所)(自宅)	7.5% (6.4%) (1.1%)	6.1% (4.7%) (1.4%)	7.5% (6.4%) (1.1%)	8.1% (6.7%) (1.4%)	9.5% (施術所・自宅含む)	7.3% (施術所・自宅含む)
サンプル数	1420	1338	1337	1346	1362	1331
回収率	71.0%	66.9%	66.9%	67.3%	68.1%	66.6%

なお、鍼灸師の養成機関(専門学校と大学)の現在の正確な在籍者数は不明であるが、ここ5年間(2008年~2012年)の新卒者は平均で4,022名⁶⁾、仮に留年率を5%として各学年の総在籍者を推定すると大凡4,200名前後になる。この新卒者に既卒者が加わることから毎年それ以上の受験者が受験することになる。つまり鍼灸師大量輩出時代はこれからも当分は続くことになり、鍼灸療法における供給過多状態は改善されることはない。

2) 受療場所は変化したのか^{1,3)}

受療経験者が鍼灸療法を受けた場所について、2002年度と2012年度とを比較した(表5)。2012年度の調査では、鍼灸専門の治療院が141名(42%)で

最も多かった。次いで鍼灸マッサージの治療院が93名(27.7%)、鍼灸接骨院が75名(22.3%)であった。病院・医院の医療機関が11名(11.9%)で1割以上を占めた。一方、2002年度では、最も多かった場所は、鍼灸院で68.3%であった。2012年度と比較して大幅に減少したように見受けられるが、これは2002年度の調査では鍼灸マッサージ(按摩・指圧を含む)の施術所の項目が無かったために、これらの施術所も含めて回答した可能性が高い。

2012年度の鍼灸専門と鍼灸マッサージの治療院を合計すると69.6%となり、2002年度の数値と近似したことからもその可能性が高い。

このように2002年度と2012年度では、利用した施術場所はほぼ同じであったが、病院等の医療機関での鍼灸が2.8%増えたことは、補完医療や統合医療等の動向を反映したものか、あるいは病院での鍼灸療法の受療者が増えたのか、どの要因によるのかの検討は今後の調査に待ちたい。

表5 施術場所の比較(複数回答)

	2002年度			2012年度		
	人数	%	95%信頼区間	人数	%	95%信頼区間
鍼灸専門	256	68.3	62.5 - 73.5	141	42	36.7 - 47.4
鍼灸マッサージ(按摩・指圧含む)				93	27.7	23.0 - 32.8
鍼灸接骨院(ほねつぎ)	79	21.1	16.5 - 26.1	75	22.3	18.0 - 27.2
病院・医院(診療所の医療機関)	34	9.1	6.0 - 12.9	40	11.9	8.6 - 15.9
自宅(往診)	4	1.1	0.2 - 3.0	11	3.3	1.6 - 5.8
その他(自宅で鍼灸)	20	20	3.0 - 8.5	8	2.4	1.0 - 4.6
わからない				1	0.3	

問題は、受療率が変わらず、鍼灸院の利用比率もほぼ同じであるのにも拘わらず、鍼灸院の数のみが著しく増えたことである。鍼灸院数の増加に伴って受療率が増えれば問題はないが、現実はそのようではない。この現状は、まさに鍼灸院の過多状態である。

なお、施術所利用において注目される変化は、鍼灸接骨院での施術が1.2%とわずかながらでも増えたことである。鍼灸師、柔整師が共に増えている状況から推し量れば、これまで以上に鍼灸柔整院は増える可能性がある。藤井らの調査⁷⁾によれば鍼灸柔整師の収益が柔整師や鍼灸師、あるいは鍼灸マッサージ師よりも高いことから、鍼灸柔整師及び鍼灸柔整院が増える可能性は高い。そうなれば鍼灸院は鍼灸

柔整院との競争を強いられことになり、より一層経営は厳しくなることが予測される。

いずれにしても鍼灸院の経営環境は、厳しさを増す一方である。こうした現象を鍼灸業界の淘汰とみるのか、崩壊の兆しと捉えるのか、国民の目からみれば好ましい業界とは映らないであろう。

3) 受療理由は変化したのか^{1,3)}

受療経験者の受療理由について、2002年度と2010年度とを比較した(表6)。

表6に示すように最も多かったのは「筋肉、関節の痛みやこりなど」で、2002年と比較すると4.2%減少したもののその値は95%信頼区間内であり、減少とは認められなかった。健康維持・増進については3.8%増加し、2002年に比して増えた。この僅かな変化は、近年の予防や健康指向を反映したものかどうかは分からないが、未病医療を標榜する鍼灸においては、望ましい徴候である。しかしながら、予防、健康に対する健康投資に鍼灸療法を利用する国民は、まだまだ少ないのが現状である。

いずれにしても、依然として受療理由の第1が運動器症状で、全体の8割前後を占めている。何故、これ程までに運動器症状や疾患に集中しているのか、である。その主な理由として療養費払いの適用になっていることと鍼灸療法が他の療法より効果的であることが考えられる。それは、2001年度の国民生活基礎調査の「最も気になる傷病別にみた通院者医療機関別割合」及び「最も気になる症状別にみた治療の有治療状況」に示されているように肩こり、腰痛、関節痛の治療については、施術所での治療が医療機関に比して高くなっていることから推測できる。

表6 受療した理由の比較

	2002年		2012年	
	人数	%	人数	% (95%信頼区間)
筋肉、関節の痛みやこりなど	306	81.6	260	77.4 (72.5-81.7%)
疲労倦怠	26	6.9	30	8.9 (6.1-12.5%)
健康増進・リラックス	19	5.1	30	8.9 (6.1-12.5%)
頭痛	18	4.8	24	7.1 (4.6-10.4%)
眼の疲れ	12	3.2	15	4.5
胃腸が悪い	11	2.9	5	1.5
耳鳴り・難聴	7	1.9	4	1.2
麻痺	5	1.3	4	1.2
排尿障害	1	0.3	3	0.9
その他	43	11.5	44	13.1
特に理由なし	0	0	1	0.3
不明(わからない)	2	0.5	1	0.3
合計	450		336	

ちなみに「最も気になる傷病別にみた通院者医療機関別割合」の肩こりについては、施術所が59.3%を占めている(表7)。

このように受療理由が、運動器系に固定している状況が今後も続く限り、受療率の改善は難しいものと思われる。運動器系以外の症状にも鍼灸療法が効くことを知ってもらい、受療してもらおうような状況をつくっていかない限り、受療状況は変わることはないであろう。また、増加を示した「健康増進・リラックス」の分野に対して積極的な展開を図ることが望まれるところである。この点に関して、鍼灸業は鍼灸netや学会のHPなどにより運動器以外の症状や疾患にも有効であることを積極的に発信しているが、今のところその効果は見られないようである。

表7 肩こり・腰痛・関節痛の通院状況と治療状況

「最も気になる傷病別にみた通院者医療機関別割合」(2001年国民生活基礎調査より)					
	診療所	大きな病院 (大学病院等)	地域の比較的 大きな病院	その他の 病院	施術所
肩こり	20.1	2.4	14.5	7.7	59.3
腰痛	28.2	4.2	26.9	10.4	36.8
関節痛	32.1	6.1	34.9	12.1	20.6
「最も気になる症状別にみた治療の有治療状況」(2001年国民生活基礎調査より)					
	病院・診療所	あはき等	売薬を飲む	それ以外	治療していない
肩こり	20.1	19.4	25.4	4.7	33.7
腰痛	38.0	18.5	20.4	5.2	24.7
関節痛	54.8	12.2	21.3	5.2	17.6

4) 受療経験者の今後の受療意向は変化したのか^{1,3)}

受療経験者の今後の受療意向について、2002年度と2012年度を比較した(表8)。表8に示すように「受けたい」が2002年度に比して6.1%上がり、「受けたくない」が7.3%下がった。つまり継続的な受療意向が増える傾向を示した。

そこで、その理由について2002年との比較を通して検討してみた。表8に示すように2002年度により上昇した項目は、「通院しやすい」(2.6%)、「治療費が安い」(5.2%)、「治療施設が気に入った」(5.3%)であった。「治療費が安い」と「治療施設が気に入った」が有意に上がった。これらの変化は、鍼灸療法の効果というよりは、受療しやすい環境を整えることで

表8 受療経験者で今後も「受けたい」と回答した人の理由の比較 (複数回答)

	2002年度		2012年度	
	人数	% (95%信頼区間)	人数	% (95%信頼区間)
効果がある	144	76.2 (68.3-82.7)	147	77.4 (70.8-83.1)
気持ちがいい	71	37.8 (29.8-45.8)	72	37.9 (31.0-45.2)
副作用がない	41	21.7 (15.2-29.1)	40	21.1 (15.5-27.5)
手軽にできる	30	15.9 (10.3-22.6)	30	15.8 (10.9-21.8)
通院しやすい	18	9.5 (5.2-15.3)	23	12.1 (7.8-17.6)
治療者が気に入った	11	5.8 (2.5-10.7)	9	4.7 (2.2-8.8)
治療費が安い	8	4.2 (1.5-8.7)	18	9.5 (5.7-14.8)
治療施設が気に入った	4	2.1 (0.4-5.7)	9	4.7 (2.2-8.8)

患者を繋ぎとめようとする項目である。なお、「治療費が安い」が増えた理由は、実質的に治療費を下げたのか、あるいは保険(療養費払い)の積極的な利用によるのか、のいずれかであろう。ちなみに2003年度の鍼灸療法の保険(療養費)は134億、2010年度のそれは317億と増加が著しい。また、2008年度～2010年度の保険の平均伸び率は8.7%であり、毎年増えている。従って保険取扱いが増えたことで相対的に治療費が安くなった可能性は否定できない。いずれにしてもこれらの結果は、供給過多の状況下における就業鍼灸師の患者確保の厳しさの一端を示すものと捉えられる。

一方、表9に示すように「受けない」と回答した人で最も多かった理由は、「効果がないから」であった。2002年度でも「効果がないから」(42.4%)、「治療費が高いから」(20.9%)、「治療に時間や手間がかかるから」(13.7%)、「治療が不快だった」(10.8%)であり、10年経過しても「受けたくない」という理由はほぼ同じであった。特に「効果がないから」が13.6%上昇したことは、鍼灸治療の質の低下を示唆するものであり、大変憂慮される結果となった。鍼灸療法の質の低下の理由は、本調査から明らかにすることはできないが、鍼灸師大量輩出時代における鍼灸師養成の在り方(教育)が問われているように思われる。

4. 調査から見えてくる「国民が捉えている鍼灸療法」とは

1) 鍼灸業界は供給過多状態にある

我が国の国民は、鍼灸療法をどのように捉えているのか、その一端が調査からおぼろげながら見えてきた。

表9 受療経験者で今後は「受けない」と回答した人の理由 (複数回答)

	2002年度		2012年度	
	人数	% (95%信頼区間)	人数	% (95%信頼区間)
効果がない	59	42.2 (32.8-52.1)	56	56.0% (45.7-65.9)
治療費が高い	29	20.9 (13.5-29.5)	11	11.0% (5.6-18.8)
治療に時間や手間がかかる	19	13.7 (7.7-21.4)	15	15.0% (8.6-23.5)
治療が不快	15	10.8 (5.5-18.0)	8	8.0% (3.5-15.2)
通院しにくい	12	8.6 (4.0-15.3)	8	8.0% (3.5-15.2)
副作用があった	5	3.6 (0.9-8.8)	3	3.0% (0.6-8.5)
治療者の印象が悪い	2	1.4 (0.0-5.6)	1	1.0% (0.0-5.4)
治療施設がよくない	1	0.7 (0.0-4.4)	1	1.0% (0.0-5.4)

10年間における受療状況の変化を詳細にみれば、プラス面としては①健康維持・リラックスを目的に来院する率は少し増えた、②通院しやすい・治療費が安い・施設が気に入った等の理由から継続率も少し増えた、であった。一方、マイナス面としては、①療率が少し低下した、②治療効果がないから継続しない、であった。「治療効果がないから」という鍼灸医療の質の低下が懸念される中、それ以外の項目の変化は小さな範囲内に留まっていたことから言えば10年経っても受療率、受療場所、受療理由については、ほとんど変化しなかったということである。つまり10年経過してもほぼ同じであったということである。

このように鍼灸療法の受療状況が変わらない一方、就労鍼灸師と鍼灸院の数は著しく増えた。まず就業鍼灸師数をみると、2002年(平成14年)の73,967名が2012年(平成24年)では100,881名となり、10年間に26,914名、26.7%増えた。また、鍼灸の施術所においては、2002年の14,008カ所が2012年で23,145カ所となり、10年間で9,137カ所、65.2%増えた。これに対して鍼灸とあん摩マッサージ指圧を行っている施術所、いわゆる三療の施術所においては、2002年の32,722カ所が2012年で37,185カ所となり、10年間で4,463カ所、13.6%増にとどまっていた⁵⁾。

これらの公的な統計資料から云えることは、この10年間で鍼灸師と鍼灸施術所(以降、鍼灸院)が大幅に増えたということである。その原因は、2002年(平成14年)から始まった鍼灸師養成施設(専門学校)の増加による。なお、晴眼者系の鍼灸師養成施設においては、2013年4月時点で開校している専門学

校・大学数は100校(鍼灸学科、鍼灸学部を設置する大学11校、専門学校89校。医道の日本、72(3)、通巻834号より)である。これらの専門学校・大学と視覚障害系の大学及び特別支援学校からの受験者を併せると毎年5,000名前後の学生が受験し、4,000名以上が国家試験に合格し、鍼灸師として世に輩出される(最近5年間のはり師の平均受験者数は5,258名、合格者数は4,083名、きゅう師の平均受験者数は5,262名、合格者数は4,068名)。

このように鍼灸師及び鍼灸院が2002年の第1回目の調査時より著しく増加したが、受療率はほぼ横ばいであった。繰り返しになるが、一般論から言えば、医療施設が増え、アクセスし易くなれば、受療者は増える。しかし、上記したように鍼灸業界ではその定説は当てはまらず、受療率は増えなかった。当然、需給バランスは崩れ、供給過多となることは必定、まさに現在は鍼灸師、鍼灸院の供給過多状態にある。

2) 受療率を喚起するにはどうすればよいか¹⁾

では、鍼灸療法の受療率を喚起するにはどうすればよいか。それには、幾つかの方策が考えられる。その一つが、療養費払いの適用範囲(対象疾患)を広げることである。しかし、膝OAにみられるように1項目を追加するにも高いハードルを越えなければならず、そう簡単ではない。もう一つが、医療機関内での鍼灸である。すなわち、病院の中で鍼灸師が診療活動を行えるようにすることである。更に付け加えるとすれば健康保険が取り扱えるようにすることである。特に医療機関内での鍼灸療法の実施は、鍼灸療法に対する国民の認識や意識を変容させる方策として最も重要な課題である。すなわち、医療機関内で鍼灸療法を行うことによって、国民は比較的容易に鍼灸の効果や業務内容を知ることができ、その結果として鍼灸療法に対する認識、理解は広まり、それが受療喚起に繋がるということが期待できるからである。

国民の医療に対する基本的な認識は、国民皆保険制度の下で形成される。従って、正規の医療システムの枠外にある医療は、いわば補完装置のようなものとして捉えられがちである。実際、「鍼灸は医療であるか」の問いに4割近くの国民は“医療ではない”“分からない”と回答したことに現れている。しか

も「日本の伝統医療であるか」の問いに、ほぼ半数の国民は“そうでない”と認識している。1450年以上の悠久の歴史を有する我が国の伝統医学であり、日本医学のひとつでもある鍼灸療法であるが、国民にはそのようには映っていないということである。こうした現実には、国民皆保険制度の状況下では当然の結果であり、決して不自然とは言えない結果である。であれば、鍼灸療法に対する国民の認識、理解を望ましい方向に変容させ、受療率を喚起するには、まずは医療機関内での鍼灸が運用できるようにすることである。しかし、現実的にはこの方略も混合診療という高い障壁に阻まれている。

このような訳で現状の受療率を短期的に改善させる有効な方策は、残念ながら見当たらない。では、どうすればよいか。それには地道ではあるが、受療者を様々な観点から分析し、受療者のニーズを明確に捉え、それに応えられる鍼灸療法を提供していくことである。

これまでの患者調査研究は、いわば量的研究手法であった。しかし、受療者の実態を詳細に観察すると、1年以上にわたり長期に通院している患者がいかに多いかに驚かされる⁸⁾。何故、長期通院をするのか、その理由と背景を探りだすには質的研究手法による解析が必要である。その観点に立った報告⁹⁾では、鍼灸療法を長期にわたり受療する理由は、身体症状の改善だけでなく、生活者の生活基盤を支えてくれることから長年にわたり通院することが仮説として提示されている。

この指摘は大変重要で、超高齢社会における地域包括ケアの拠点に鍼灸院がなれる可能性を示唆しているからである。生活者の生活基盤を支え、支援してくれる医療こそが、今、国民が求めているニーズである。急性疾患対応の治療医学の効果は、相対的に低下しており、その意味で治療医学中心の病院の時代は終焉に向かいつつあると指摘されている¹⁰⁾。生活習慣病や心の病が中心の疾病構造の時代に更に超高齢社会がかぶさるこれからの社会においては、予防とケアを核とした生活者モデル・社会モデルの医療が必要とされる¹¹⁾。地域包括ケアは、そのことを目指すものであるが、そうした国民のニーズに応えられるようにしなければならないが、そこでは単に医療的、医学的有効性だけではなく、鍼灸療法が

持つ固有の効果、すなわち生活者の生活基盤を支えるケアとしての効果を明確にすることによって地域包括医療の中にしっかりと根付かせることが受療者を増やすことに繋がるのではなかろうか、と考えている¹²⁾。この課題を実行することもそう簡単ではないが、鍼灸界自らがこの課題に取り組むことによって着実に成果を上げることができると期待される。それには、鍼灸師の資質を向上させ、地道な実践を通して地域において医療関係者及び住民から信頼される存在になることに他ならない。

謝辞 本稿は、公益法人東洋療法研修試験財団の研究助成によって行ってきた鍼灸療法に関する調査研究の成果に基づいて作成したものである。ここに深謝申し上げます。

参考文献

- 1) 矢野忠, 安野富美子, 藤井亮輔他. 我が国における鍼灸療法の受療状況について. 医道の日本. 72(11);202-213. 2013.
- 2) 矢野 忠, 石崎直人, 川喜田健司, 丹澤章八. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界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、その 6 鍼灸治療の認知度. 医道の日本. 75(1);129-133. 2006.
- 3) 石崎直名, 岩昌宏, 矢野忠, 他. 我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査. 全日鍼灸会誌, 55(5);697-705. 2005.
- 4) Naoto I, Tadashi Y, Kenji K : Public Status and Prevalence of Acupuncture in Japan. ECAM, 7(4);493-500. 2010.
- 5) 厚生労働省:平成22年度衛生行政報告例、保健・衛生行政業務報告、就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師及び施術所. 2010.
- 6) 公益社団東洋療法研修試験財団ホームページ、国家試験の実施、過去の受験者数. 2013.
- 7) 藤井亮輔. 鍼灸按摩事業所の営業件数と市場規模に関する調査. 全日本鍼灸学会雑誌. 60(5);792-801. 2010.
- 8) 矢野忠, 高野道代, 石崎直人, 他. 健康調査と鍼灸治療に関するアンケートの報告、未病としての鍼灸治療の臨床研究. 東洋療法研修試験財団. 79-92. 2002.
- 9) 杉本晃一, 川喜田健司, 矢野忠. 患者が長期間鍼灸治療を継続する理由の質的研究法による検討. 第61回全日本鍼灸学会学術大会抄録集. 183. 2012.
- 10) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 有揖閣, 東京. 205-232. 2010.
- 11) 広井良典. 医療とは、ケアとは、ニーズとは. 医療政策入門. 東京大学医療政策人材養成講座編:医学書院. 東京. 35-53. 2009.
- 12) 矢野忠. 地域医療における鍼灸の役割 - そのコンセプトデザインとは -. 鍼灸 OSAKA. 29(2);43-51. 2013.

鍼灸師とはり灸に係る法制度の変遷-医制成立から現在にいたるまで-

坂部昌明

森ノ宮医療大学

【抄録】

本稿では、医制成立から現在に至るまでの期間における鍼灸師とはり灸に係る法制度の変遷を取り上げた。変遷の区分としては、大きく医制成立期、明治、大正、昭和（第二次世界大戦前）、昭和（戦後から現在）に分けた。また、医業類似行為に関する規制の歴史についても、はり灸と医業類似行為の関係について指摘するため取り上げている。

はり灸については、医制発布の時点で「医師の指示」を要する行為であった点の認識が確認され、それ以降も、業務としてはり灸を行うことについては、政府からの監督あるいは規制が行われている。医制発布以降、政府は、はり灸を「規制の対象となりうる行為である」と判断してきたのである。現行法規においては、はり灸を医師の行う行為とする条文がある。それにもかかわらず、現在、はり灸を医業類似行為に含まれるとする見解があるが、現行法の解釈からも過去の経緯からも、当該見解は失当といえる。

鍼灸師については、医制以降、医師を“正統”と捉える政府の考え方に応じて様々な変遷を経てきた。現在では、医行為に属する行為を行う免許（いわゆる国家資格）取得者として一定の位置づけを有している。

今後、日本では新たなフレームワークに基づいた医療が構築されていくことになると予測される。地域包括ケアなどはその端緒と言えよう。こういった新たなフレームワークにおける鍼灸師は、「時代にあった、国民に求められる医療者」を目指すべきであり、そういった視点に立って、教育等を改革することが求められるのではないだろうか。

I 序

本稿では、鍼灸師とはり灸に係る法制度の変遷を医制成立から現在に至るまでの期間について眺めながら、鍼灸師とはり灸が日本国内においてどのような対象として認識されてきたかを確認する（制度変遷の大枠については、本稿末尾の表1参照のこと）。加えて、新たな時代を担う鍼灸師について少し管見を述べたい。

II 制度的変遷

II-1 医制成立期

明治政府は、他国との紛争によって生じる銃火器等兵器に起因する傷害への対策を講じるため、国家政策としていわゆる西洋近代医学的な外科治療を施せる「医師」の創設を目指した。

明治政府は「医師」を中心とする医療制度の構築

に向け、明治6年に文部省内に医務局を設立し、ついで明治7年医制を制定することによっていわゆる西洋近代医学採用という政府方針を明示し、これまで台頭していたはり灸など（当時は生薬等の処方が可能であった）をいわゆる西洋近代医学の管理下に置こうとした。このような時代背景の中、明治7（1874）年に医制が発布される。第53条ははり灸に関して（この時はあん摩などについては何も記載がない）次のように規定している。

【原文】

「鍼灸治ヲ業トスル者ハ内外科醫ノ差圖ヲ受ケルニ非サレハ施術スヘカラス、若シ私カニ其術ヲ行ヒ或ハ方藥ヲ與フル者ハ其業を禁シ科ノ輕重ニ應シテ處分アルヘシ」

本条の示すところは、①はり灸が医師の指図を必要とするものという概念が存在していたこと、②薬

剤処方を行っている者がいたこと、③薬剤処方そのものを積極的に禁止する前提をとっていなかったこと、④鍼灸師という職業の存在はすでに(鍼灸師と呼称したかどうかは別として)認識されていたことという4点である。第53条の内容は、歴史的経緯を追っていけば、上記と異なる認識が加わることも考えられるが、文理解釈を第一に考え、上記4点をおさえておくことが必要であろう。

結局のところ医制第53条は現実に施行されること無く終わっている。その理由としては、「漢方医が医療の専門家的一方として重要視されていたこと」、「視覚障害者への措置の問題(職業を奪われるなど)」などが挙げられる。

II-2 明治期(医制成立後)

明治18(1885)年になると、内務省から「入歯齒抜口中療治接骨營業者取締方」(明治18.3.23、内達甲7)、「鍼術灸術營業差許方」(明治18.3.25、内達甲10)が出された。

「入歯齒抜口中療治接骨營業者取締方」は、柔道整復業等についての取締規則である。

「鍼術灸術營業差許方」でははり灸について次のように規定していた。

【原文】

「鍼術灸術營業者之儀ハ從來開業之者竝ニ新規開業セントスル者ハ自今出願セシメ其修業履歴を檢シ相當ト認ムルトキハ差許不苦其取締方之儀ハ便宜相設可申此旨相達候事」

本差許方を要約すると、「はり術灸術の營業者は、これまで開業していた者も新たに開業しようとする者も、今より出願をさせて修業履歴を検査し、相当と認められる場合は(業とすることを)許す。(当該業務に関する)取締は、それぞれの府県等で行うように伝える」といった内容になろう。はり灸の營業は、本差許方が出された当時、政府からの介入(あるいは監督)を受けていたことに注目する必要がある。ただし、取締については、全国统一の基準を設けていなかったようである。尚、あん摩については中央からの通達は無かった模様であるが、府県によっては、きゅうに準じて取締規則を定め、対策をとるところもあった。

明治44(1911)年、あん摩、はり、きゅうの施

術に関する全国的、統一的な法制が成立する。1つはあん摩に関する「按摩術營業取締規則」(明治44.8.14、内令10)、もう1つははり灸に関する「鍼術灸術營業取締規則」(明治44.8.14、内令11)である。両規則の要旨は次の通り。

- あん摩等の營業をなすには、地方長官の行う試験に合格するか、又は地方長官の指定する学校、若しくは講習所を卒業した後、地方長官の免許鑑札を受けるべきこと。
- 一定の欠格事由のある者には免許鑑札を交付しない。
- 營業に関する広告を一定の事項に制限したこと。
- 業務停止、免許取消などの行政処分について定めた。
- 従来交付されていた免許鑑札を両規則に基くものとみなしたこと。

上述のものに加え、「按摩術營業取締規則」に於いては視覚障害者優遇の措置がとられた。

更に、「鍼術灸術營業取締規則」に於いて、施術上の禁止事項として次のことを挙げた。

- 瀉血、切開等の外科手術の禁止
- 電気、烙鉄等の使用禁止
- 投薬の禁止

同取締規則では、はりを行う者に対してはり手術及び手術の局所の消毒を義務付ける等の施術上の内容制限及び注意喚起に関する内容も含まれていた。

II-3 大正期

大正9(1920)年、「按摩術營業取締規則」の一部改正が行われた(大正9.4.21、内令9)。その要点は次の通り。

- 医師の同意を得た場合の他、脱臼又は骨折の患者に施術してはならないこと。
- 地方長官の指定した学校若しくは講習所で「マッサージ」術を修業するか、又は「マッサージ」術の試験に合格して免許鑑札を受けた者でなければ「マッサージ」術を標榜してはならない

こと。

- 同令の附則に於いて、按摩術營業取締規則を、柔道の教授を為す者が打撲、捻挫、脱臼及び骨折に対して行う柔道整復術に準用すること。

II-4 明治、大正期に於ける医業類似行為業者の取締

明治39(1906)年以降、旧医師法にもとづき無資格医業として取り締まれる程度のものについては取り締まりが行われた。以降、あん摩、はり、きゆう、柔道整復等營業法の成立まで、はり灸に関する法令とは別に医業類似行為業者は取り締まれることになる。

明治41(1908)年以降は、「警察犯處罰令」(明治41.9.29、内令16)の「病者ニ對シ禁壓、祈禱、符術等ヲ爲シ又ハ神符、神水等ヲ與エ醫療ヲ妨ゲタル者」を科料に処する旨の規定を準用した。しかし、結局これらに該当しないものについては必ずしも明確な制度は確立しておらず、大正4年頃になると著しく増加した医業類似行為業者の取締に各府県は腐心したとされる。

その当時の状況を物語るものとしては、大正8年に徳島県知事が内務省に対し、電気療法の取締りについて照会したものの、これに対する回答は電気療法が「未ダ醫業ノ體ヲ爲サ」ないため医師法に抵触しないとした上で、「醫業類似業者ノ取締ニ關シテハ目下詮議中」というものであった(大正8.4.29、衛庶77)。

結局その後も、全国的、統一的な取締方針が政府から出されることは無かった。

II-5 昭和期①-1 (第二次世界大戦前)

第二次世界大戦に至るまでの間、日本では、国民医療法による国内医療制度の統一化が図られた。国民医療法には、はり灸を中心として扱った条項はないが、現実には戦地におけるはり灸の使用が様々な文献に残されている。例えば、視覚障害者が「産報あんま」などを掲げてあん摩やはりを提供していたことの記録が残されている²⁾。

II-6 昭和期①-2 (医業類似行為業者)

昭和4(1929)年、和歌山県知事が内務省に対し

電気療法、温熱療法の実情を挙げて、中央法令による全国的、統一的取締法令を制定する意向があるか、無い場合には県令によってこれを取り締まって良いかどうかについての照会を行った。

これに対して内務省衛生局長は「當省トハ別個ニ貴廳ニ於テ適宜御措置相成可然ト存候」(昭和5.1.30、衛医1510)回答し、ここに医業類似行為業者の取締は各府県にて行われることとなった。

この回答にもとづき、多くの府県では取締規則を定めたが、その内容は届出制、許可制などさまざまで、中には取締りを行わないところもあった。

取締規則の例としては、例えば東京府では「療術行為ニ關スル取締規則」(昭和5.11.警令43)を定めたが、ここでは療術行為(=医業類似行為業者の行う行為)を「他ノ法令ニ於テ認メラレタル資格ヲ有シ其ノ範圍内ニ於テ爲ス診療又ハ施術ヲ除クノ外、疾病ノ治療又ハ保險ノ目的ヲ以テ光・熱・器械器具其ノ他ノ物ヲ使用シ若ハ應用シ又ハ四肢ヲ運用シテ他人ニ施術を爲スヲ謂フ」と定義し、この營業を行うに当たっては以下の定めに従わなければならなかった。

- 施術の方法等を所轄の警察署に届け出なければならない
- 營業廣告の制限
- 消毒義務
- 届出行為が無効若しくは衛生上有害と認められるとき、その他業者として不適当な行為があったと認められるとき等は業務の停止又は禁止の措置をとること

II-7 昭和期② (第二次世界大戦後)

昭和21(1946)年、外地からの引揚者の救済を図るために「按摩術營業取締規則及ビ鍼術、灸術營業取締規則ノ特例ニ關スル件」(昭和21.6.19、厚令28)が制定された。本令により、外国の法令にもとづき免許を有していた日本国民に対しては、当分の間、履歴を審査し、無試験で免許が与えられるようになった。これは後に制定される「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等營業法」の第18条に引き継がれることとなる。

同年末には「柔道整復術營業取締規則」(昭和

21. 12. 29、厚令 47) が制定された、其の為前述の「按摩術営業取締規則及び鍼術、灸術営業取締規則ノ特例に關スル件」は「按摩術営業取締規則、鍼術灸術営業取締規則及び柔道整復術取締規則の特例に関する件」と改題された。

昭和 22 年に至ると「医業類似行為をなすことを業とする者の取締に関する件」(昭和 22. 4. 30、厚令 11) が公布された。同令は医業類似行為に関する各都道府県の取締規則について、中央法令による法的根拠を与えることを目的としたものであるだけで、単なる形式的な法的措置を行ったに過ぎないものであった。

また、同年はそれまで実行力を有していた従来の 3 規則 (按摩、鍼術灸術、柔道整復術取締規則) が「日本國憲法施行の際現に効力を有する命令の規定の効力等に関する法律」(昭和 22. 4. 18、法 72) により昭和 22 年末で効力を失うため、新たに「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法 (以下旧法と称する)」(昭和 22. 12. 20、法 217) が制定された。旧法制定の理由は前述の「日本國憲法施行の際現に効力を有する命令の規定の効力等に関する法律」による 3 規則の失効のためだけでなく、これらの半ば野放し状態にあった、あん摩、はり、きゆう、柔道整復術の取り扱いについて、政府が積極的に取締りを始めたことも要因のひとつである。

あん摩、はり、きゆう、柔道整復術及びその他の医業類似行為の扱いについて、医療制度審議会において、医療制度全般に関する審議の一環としてその扱いが問題となり、同審議会では次のような答申を行い、医療が医師を中心として行われるべきものとし、それ以外の業務を禁止するべきであるとの方針を示した。

「鍼、灸、按摩、マッサージ、柔道整復術、医業類似行為営業の扱いについて…これらの営業については、人体に関するものであるから、本来は全て医学上の知識の十分な医師をして取り扱わせるのが適当であると考え。しかしながら、これらの中には、医療の補助手段として効果のあると考えられるものがあり、又科学的に更に究明せらるべき余地のあるものもあるので、これらについて差し当たり左記のごとく取り扱うのが適当であると考え。

- 一 鍼灸、按摩、マッサージ、柔道整復術営業者は凡て医師の指導の下にあるのでなければ、患者に対してその施術を行わせしめないこととする。
- 二 鍼、灸営業については、盲人には原則として新規には免許を与えないものとする。
- 三 柔道整復術営業については、原則として新規には免許を与えないものとする。
- 四 いわゆる医業類似行為は凡てこれを禁止すること。」

上記答申の考え方について、「特に一及び二については視覚障害者団体の強い反対があり、一方であん摩等の施術が長い伝統をもち医療に一定の役割を果たしていることに鑑み、政府はあん摩等 4 業種に限り医療制度の外側において制度的にこれらの存在を認め、更には免許を受ける資格を相当程度引き上げることで資質の向上を図った」とある。

更に、あん摩等 4 業種の資質の向上に関しては、旧法案の提案理由に「免許は、公認の学校又は養成施設を卒業した上、都道府県知事の行う試験に合格したものでなければならないこととしております。これは苟も人体の疾病健康に関する業務は、一定の学術技能を修めた者でなければこれを行ない得ないものとするのが、保健衛生上絶対に必要であるからでありまして、従来とも同様の免許制度を採ってきたのでありますが、この際免許を受ける資格を従来よりも相当引き上げまして、これらの者の素質の向上を図ることと致したのであります。」と説明があることから、従前よりも更に厳格な資格要件を旧法に於いて定めようとの姿勢が窺える。

ところで、旧法の内容と従来の内務省令とを比較してみると以下の違いが見出される。

- ①従来よりもより厳格な免許要件が求められるようになった。
- ②公に認定された学校又は養成施設を卒業した上、更に都道府県知事の行う試験に合格しなければ免許が与えられないこと。
- ③都道府県知事は、衛生上害を生じる虞があると認めるときは、施術者に対してその業務に必要な指示を与えることが出来ることとしたこと。

- ④新たに施術所の構造、設備に関する規制を設け、また、都道府県の吏員が立入検査できる旨の規定を設けたこと。
- ⑤厚生大臣及び都道府県知事の諮問機関として、中央及び地方にあん摩、はり、きゆう、柔道整復営業諮問委員会(昭和24年5月「厚生省設置法の施行に伴う関係法令の整理に関する法律」(昭和24.5.31、法154)によりあん摩、はり、きゆう、柔道整復中央審議会、同地方審議会に改められた。)を置く事としたこと。
- ⑥医業類似行為については、これをすべて禁止することとしたこと。

尚、⑥に関しては現にその営業を行っている者については、その既得権ともいえる生活権を奪うことにならないよう、所定の届出を行った場合は、昭和30年末までの間営業が出来ることとなった。この時約14,800人が届出を行った。

旧法には多くの附則法令があるので下に列記する。

- 「あん摩、はり、きゆう、柔道整復営業諮問委員会規程」(昭和23.1.16、政14) …中央及び地方の諮問委員会に関する細則を定めたもの。
- 「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法施行規則」(昭和22.12.29、厚令37) …免許、試験課目、受験手続その他試験に関する事項、施術所の清潔保持又は規格に関して必要な事項等を定めたもの。
- 「あん摩師、はり師、きゆう師、柔道整復師学校養成施設認定規則」(昭和23.4.7、文厚令1) …学校又は養成所が備えるべき要件、認定申請の手続、教科課程等を定めたもの。

II-8 昭和期③(旧法の改正)

旧法が「按摩術営業取締規則、鍼術灸術営業取締規則及び柔道整復術取締規則の特例に関する件」などより引き継いだ、いわゆる特例期間の延期に関する規定(旧法附則第17条)は、旧法そのものの施行準備期間が短かった為に、当該規定による救済を受けられない者が相当存在した。これを受け、昭和23(1948)年7月「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法に関する特例」(昭和23.7.16、法176)が

制定され、昭和23年1月1日において、前述の特例の内容に合致する者については昭和23年末までの間、特例試験を行い、免許をあたえることが出来るとされた。

その後、昭和26(1951)年にいたり、旧法の大幅な改正が行われた(改正 昭和26.4.1、法116)。改正の主たる趣旨は『内地以外の場所で、その地の法令によって免許鑑札を得ていた者で、終戦後引き揚げた者に対する特例の期限を延長することで救済を受ける者の範囲の拡大を図ること』であった。主要な改正点は以下の通り。

- 身分法であることを明らかにするため、題名を「あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法」と改めた。
- 営業に当たって広告できる事項を具体的に列挙した。
- 内地以外の地の法令による免許取得者に対する免許附与の特例期間が「当分の間」となった。
- 諮問機関である中央審議会と地方審議会の権限、所掌事務を明確にし、かつ、その組織等について政令又は都道府県規則で定めることとした。

昭和28(1953)年には受験資格等に関する改正が行われる(改正 昭和28.1.20、法3)。

- 従来はり師、きゆう師、柔道整復師に係る学校、養成施設における修業年限を一律に4年以上としていたのを改め、高等学校卒業者については2年以上で足りることとした。
- 旧制の国民学校の卒業者又はこれと同等以上の学力があると認められる者を新制中学校の卒業者と同様に、また旧制中学の卒業者又はこれと同等以上の学力があると認められる者を新制高校の卒業者と同様に取り扱い得ることとした。

また、同年地方自治法の改正により、地方公共団体の長に事務を課する為には法律又は政令をもつてしなければならないことを受け、「地方自治法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法令の整理

に関する法律」(昭和28.8.15、法213)が定められ、あん摩師等の試験に関する事務を行わせるため都道府県知事の管理に属するあん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師試験委員を置く事を規定する等所要の改正が行われた。

II-9 昭和期④(昭和30年以降)

昭和30(1955)年8月、医業類似行為に関し、あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法の一部改正が行われた(改正 昭和30.8.12、法161)。内容は次の通り。

- 従来、医業類似行為として取り扱ってきたもののうち指圧については、これを法律上あん摩として取り扱うこととした。尚これに伴う経過措置として、届出医業類似行為業者のうち指圧を業としているものは免許を受けなくても昭和33年12月31日まで指圧を業と出来るものとした。
- 届出医業類似行為業者がその届け出た医業類似行為を業とすることができる期限を、昭和30年12月31日から昭和33年12月31日まで延期した。
- 届出医業類似行為業者(届出指圧業者を含む。)については、昭和33年12月31日までは、所定の学校又は養成所を卒業していなくてもあん摩師試験の受験資格を認め、それに合格したときはあん摩師免許を与えることとし、かつ、その試験については受験者に有利な特例を設けることが出来ることとした。

この3点の特例措置の期限については、後に先ず昭和33(1958)年の法改正(改正 昭和33.4.22、法71)により昭和36(1961)年の12月31日まで延期され、次いで昭和36年の法改正(改正 昭和36.11.16、法229)によって昭和39(1964)年12月31日まで延期された。

昭和38(1963)年12月、あん摩、はり、きゆう、柔道整復中央審議会は当時の厚生大臣に対して次の3点について答申を行った。

イ. あん摩業における視覚障害者の保護のため、あ

ん摩師を、慰安を目的とする「保健あん摩師」と医師の指示の下に疾病の治療を目的として施術を行う「医療マッサージ師」とに分け、「保健あん摩師」について、視覚障害者のみに開業を認めること。

- ロ. 医業類似行為を業とすることは、従来どおり原則的に禁止する方針を踏襲することとするが、疾病の治療を目的とする行為を厳に排除することを前提とした上、資格の無い者行っても有害とはならないものとして厚生大臣が定める電気、光線等に関する器具、器械を使用して施術することを業とすることを認めること。
- ハ. 無免許者の取締りを厳重に行うこと。

付け加えておくが、これら答申は昭和36年の法改正の際に国会に於いて行われた附帯決議に基づく厚生大臣の諮問に対して行われたものである。

この答申のうち、イについては従来より視覚障害者団体からあん摩業専門化の要望が出されていたことに鑑み、この要望に応えるひとつの方策として打ち出されたものであった。しかし、あん摩業を2つの資格に分けるに当り、両者の業務内容を明確に区別できない等の問題があり、関係者の間でも意見の一致を見なかった。ただし、もとより国として昭和34年以来の中央審議会の要望に従って、あん摩師について晴眼者が資格取得の為に必要とする学校、養成施設の新設、定員増などの抑制措置をとっていたことは注目すべきところである。

昭和35(1960)年、いわゆる「HS式無熱高周波療法」に係る最高裁判決が出された。当時、医業類似行為を業として行う者に関する制度的対応が遅れていたこと、またいくつもの新聞社が当該判決に対しての誤った見解を敷衍してしまったことなどが重なり、当該判決は、行政を含めた国民に対し「人の健康に危害を及ぼす虞の無い業務行為は法による禁止処罰の対象にならない」という誤解を生じさせることになった^{3,4,5}。のちに厚生大臣が「医学的に見て人体に少しでも危害を及ぼすおそれのある行為を業とすることは法による禁止処罰の対象となる」という通知⁶が出されたものの効果は薄く、昭和35年判決は事実上、医業類似行為を業とする者のスケープゴートとなってしまった。これが、現在に至るま

で医業類似行為を取り締りきれない原因のひとつとなっていると考えられる。結果的にはロや昭和35年判決の影響もあり、関係者に於いての意見の一致を見ることなく、審議の継続という形でこれを放置することとなっている。

このように政府の改正法案の作成が捗らないなか、昭和39年6月第46回国会に於いて議員提案の形で改正が行われた(改正 昭和39.6.30、法120)。内容は以下の通りである。

- 昭和30年改正によりあん摩師の業務内容に指圧を含むこととするとともに届出医業類似行為業者をあん摩師に転換するための特例措置を講じたが、指圧を届出による医業類似行為として行っている者は「あん摩師」という名称の下に指圧業務を行うことに強い不満を示し、あん摩師への転換が促進されず、また、あん摩師の業務の中に含まれていたマッサージ業者に於いても「あん摩師」名称に不満を持っていたことを勘案して「あん摩師」の名称を「あん摩マッサージ指圧師」と改正したこと。
- 視覚障害者保護のため、あん摩マッサージ指圧師について晴眼者と視覚障害者の比率等を考慮して、晴眼者を対象とする学校、養成所の認定、定員増の承認を行わないことができたこと。
- あん摩マッサージ指圧師の業務内容、免許について中央審議会が審議することとしたこと。
- 届出医業類似行為者について、その営業継続の期限を撤廃し、その取扱いについて中央審議会における審議を行い、その結果を参酌して厚生大臣は必要な措置を講ずるべきとしたこと。
- 医業類似行為業について、昭和23年にやむを得ない事由によって届出ができなかった者について、このたび、改めて再び届け出を行うことができることとしたこと。
- 届出医業類似行為業者は、昭和23年以降あん摩師等への転業、死亡等によってこの時点で約9,300人となっていたが、この改正により新たに約2,500人が届出を行い、営業を行うこととなった。

昭和45(1970)年、第63回国会に於いて「柔道整復師法」(昭和45.4.14、法19)が制定された。これは柔道整復師団体の強い要望によって議員提出法案として成立したものであるが、これにより「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師等に関する法律」から柔道整復師の部分が切り離され「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」となった。

その後昭和47(1972)年に至り、昭和39年に中央審議会に対して諮問が行われた医業類似行為の取扱いについて、その調査審議の結果を参酌して厚生大臣がとる措置を、昭和49年末を目処として講ずることとする「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」の一部改正が行われた(昭和47.6.24、法99)。これはこの問題に関する中央審議会における審議が、昭和45年に対立する意見を併記した報告書を提出したままなかなか関係者の意見の一致を見ないこと等の事情にあったため、その審議の進捗を図るべく、議員提出法案として改正されたものである。

II-10 近年の動き

最近、国民生活センターから「手技による医業類似行為の危害—整体、カイロプラクティック、マッサージ等で重症事例も—」(平成24.8.2)⁷⁾が報告された。本報告では、はり灸等を医業類似行為と位置付けて説明している。ところが、同報告内では、「医業類似行為とは『疾病の治療又は保健の目的を以て光熱器械、器具その他の物を使用し若しくは応用し又は四肢若しくは精神作用を利用して施術する行為であつて他の法令において認められた資格を有する者が、その範囲内でなす診療又は施術でないもの、』換言すれば『疾病の治療又は保健の目的とする行為であつて医師、歯科医師、あん摩師、はり師、きゆう師又は柔道整復師等他の法令で正式にその資格を認められた者が、その業務としてする行為でないもの』という引用を示している。この引用と報告内容との齟齬について、国民生活センターからは明確な説明がされていない。

III 行政見解にみられるはり灸および鍼灸師の変遷

III-1 はり灸

はり灸は、医制発布の時点で「医師の指示」を要する行為であった点の認識が確認され、それ以降も、業務としてははり灸を行うことについて政府からの監督あるいは規制が行われている。政府の視点において、はり灸は医制発布以降「規制の対象となりうる行為である」と判断されてきたのである。

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（以下、現行法）においても、第1条において「医師以外の者で」という言葉を置いている。これは、医師が医師免許に拠ってはり灸を行う代わりに、医師以外の者がはり灸を行うに際してはり師免許あるいはきゆう師免許を得なければならないということである。「医師が医師免許に拠らなければ行ってはならない行為」＝はり灸であることは、この第1条が示している⁸⁾。通常、医師免許に拠らなければ行えない行為は医業とされる。従って、はり灸は医業に含まれる行為ということになる。そうなること、はり灸は図1のような枠組みでとらえることができる。判例も、「医業類似行為とは『疾病の治療又は保健の目的を以て光熱器械、器具その他の物を使用し若しくは応用し又は四肢若しくは精神作用を利用して施術する行為であつて他の法令において認められた資格を有する者が、その範囲内でなす診療又は施術でないもの、』換言すれば『疾病の治療又は保健の目的とする行為であつて医師、歯科医師、あん摩師、はり師、きゆう師又は柔道整復師等他の法令で正式にその資格を認められた者が、その業務としてする行為でないもの』⁹⁾としており、同様の内容は旧法解説書¹⁰⁾にも明記されている。

尚、国民生活センターは、最近、はり灸を医業類似行為と位置付ける報告を提出したが、当該報告は現行法第1条あるいは裁判所の判示内容と食い違うことになる。日本において、立法府以外の立法は許されず、また法令に反する命令や通知・通達などは許されない。国民生活センターは、この齟齬について説明をする必要がある。

Ⅲ-2 鍼灸師

鍼灸師のあり方については、制度の移り変わりを順に追っていきたい。

まず、医制発布時は、はり灸の業者について医師の指図に服させようとしていた。この点は極めて重

要で、はり灸は医制発布時すでに、一定の知識や技術を持っているものでなければ業とするにふさわしくない行為であることが認識されていたということである（明治以前の状況から考えれば当たり前であるが、法制度として提示している点に意義がある）。医制では、そこをとらまえて「内外科醫ノ差圖ヲ受ケルニ非サレハ施術スヘカラス」と明記したのである。

明治18年の鍼術灸術営業差許方では、はり灸業者に限定した「府県による取締」の実施が求められるようになっていく。また同差許方では、取り締まりの場面において個人の能力面の考慮を求めた。業者の能力に対して府県による「検査」が加わったという点は注目に値する。

明治44年の鍼術灸術営業取締規則では、これまでに加え「修養」の義務付けや営業に関する様々な規定が設けられた。はり灸に関する現行の制度は、規則制定当時の制度枠組がそのまま利用されているものも少なくなく、たとえば、広告制限や行政処分などはこの時期に作られた枠組とほとんど変わらない。また、外科手術の禁止や投薬の禁止についても本規則で明示された。

現行法に関連して、大正9年の按摩術営業取締規則に注目すべき箇所がある。「医師の同意を得た場合の他、脱臼又は骨折の患者に施術してはならない」というのがその箇所であるが、これは現行法でも同様の記載がみられる。

第二次世界大戦中は、日本の医療が国民医療法によって一本化して扱われることになったが、ここに鍼灸師についての記載はない。

戦後、日本の法制度は大きな転換期を迎え、医師法はじめ多くの法令が新たに制定されることになった（日本帝国憲法から日本国憲法に変更されたため）。旧法制定時、鍼灸師は、医療の一端を担う者として今以上に教育水準を向上させ、質を担保するよう求められた。旧法の解説書には、「醫業とは、醫の行爲即ち人體の疾病の診察治療を業とすることであると解すれば、あん摩、はり、きゆう及び柔道整復等の行爲が、人體の疾病の治療を目的とする行爲である以上矢張醫の行爲であり、これを業とすることは醫業に属することになる。」という立法趣旨が述べられている。この立法趣旨に従えば鍼灸師は医行為に属

する行為を業とするのであって、医業類似行為業者とは完全に区別される。既出の医業類似行為に対する仙台高裁の判事内容と同様の一節は旧法解説書にも見られる。

ところが、現在のはり灸は医業類似行為とみなされている。その論に従えば、鍼灸師は医業類似行為業者ということになる。未だに、この見解に関する正式な説明を目にしたことはないが、少なくとも、医業類似行為とみる解釈は法解釈としては失当であることは本稿が示すとおりである。

IV 新たな時代を担う鍼灸師に求めること

これまでのように、保険医療機関が医療のほとんどを担っていた時代は既に終焉を迎えつつある¹¹⁾。実際、首相官邸設置の産業競争力会議医療・介護等分科会の第4回(平成25.11.12開催)において、「公的保険外のサービス産業の活性化」という論点で議論が進められているが、ここで注目されるテーマは「健康」である。

新たな時代を担う鍼灸師には、これまでの日本の医療の姿にとらわれない柔軟な姿勢が求められることは言うまでもない。しかし、その前に解決すべき課題として、現在の鍼灸師の「教育水準」の向上が挙げられよう。ただし、ここで示した「向上」の先に医師はいない。鍼灸師をミニドクター化してはならないのである。それは、最初のパラグラフで述べた通り、保険医療を担うという視点のみの「医師」では新たな時代にとって不足だからである¹¹⁾。日本の社会における、真に必要とされる「鍼灸師」とはどのような者なのか重要な論点なのである。「教育水準」の向上については、社会鍼灸学研究会で何度も述べられていたことであるが、何度も述べなければならぬほど変化していない。法令は、社会を反映する部分もある。現在の鍼灸師の質が向上しなければ、法令の改善は難しい。

今後は、ミニドクターを目標とするのではなく、社会に必要な鍼灸師像を鍼灸師の間、あるいは患者もしくは識者の中で議論し、そこで導き出された像を元にした教育水準の改善を行うべきである。

理しなおしたものを基礎として検討を加えている。特別に註や引用がひかれていない場合、『医制百年史』が参照されている。

- 2) 岸博実. 視覚障害者と戦争. 障害者問題研究. 第36号. 1984年.
- 3) 芦野純夫. 鍼灸師の地位向上を目指して①. 日本鍼灸新報503号. 2004.
- 4) 芦野純夫「鍼灸師の地位向上を目指して②」(日本鍼灸新報. 504号. 2004.
- 5) 芦野純夫. あはき施術の法的誤解をめぐって. 日本. 鍼灸新報. 503号; 6. 2004.
- 6) 「いわゆる無届医業類似行為業に関する最高裁判所の判決について」医発第二四七号の一各都道府県知事あて厚生省医務局長通知、昭和35年3月30日、あるいは「いわゆる無届医業類似行為業に関する最高裁判所の判決について」厚生省医務局長あて長崎県衛生部長照会、三五医第16号、昭和35年4月13日.
- 7) 独立行政法人国民生活センター報道発表資料「手技による医業類似行為の危害一整体、カイロプラクティック、マッサージ等で重症事例も一」、2012. PDFデータは http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20120802_1.pdf より取得可能です.
- 8) ここでは論じないが、はり灸が医行為の一部であるのであれば、場合によっては「診療の補助としてのはり灸を看護師が提供できる可能性」も検討される必要があるろう.
- 9) 「仙台高裁昭和29年6月29日第2刑事部判決」最高裁判所刑事判例集. 14(1); 33.
- 10) 鈴木信吾・芦田定蔵『あん摩はりきゅう柔道整復等営業法の解説』第一書林、1947.
- 11) 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010. など.
- 12) 坂部昌明「はり術、きゅう術とは何か一法律の視点から一」社会鍼灸学研究、2010(通巻5号).

※ お詫びと訂正

「はり術、きゅう術とは何か一法律の視点から一」(社会鍼灸学研究、2010(通巻5号))において、誤植がありました。

1) 本稿は、厚生省医務局『医制百年史』の記載を整

誤植 :『あはき法第12条について芦野は、「第1条に掲げるものを除く外」の部分挙げ、「もの」＝「物」と説明する。』

正しくは:『あはき法第12条について芦野は、「第1条に掲げるものを除く外」の部分挙げ、「もの」＝「はり灸 (=行為)」であると説明する。』

誤植理由は、単なる事務処理上の過失ではありますが、誤植による内容の違いは重大であり、この場を借りて芦野先生にお詫びを申し上げます。

誤植内容について補足しておきますと、法学上、人を表す「者」、有体物等を表す「物」、「者」や「物」には分類できない「もの」の3種類は明確に意味が異なるものと解釈します。ところが、この点は法学研究者以外では整理されずに説明されている場合が多く、芦野先生の論文中の指摘は、こういった「語の誤用」をとらえて説明をいらっしゃいます。従いまして、誤植による内容の変更が、芦野先生の指摘を誤読させてしまう虞があるという点で、重大な瑕疵であるといえます。

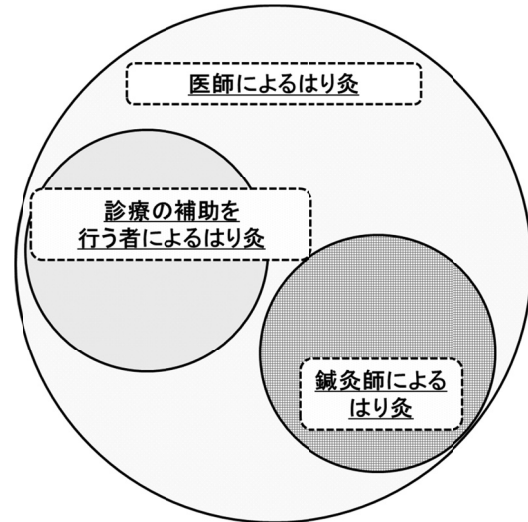


図1 図中にある「診療の補助を行う者によるはり灸」あるいは「鍼灸師によるはり灸」については、免許制度上の限界があることを示している。特に、無免許行為を論じる際に、はり灸を提供する場合、少なくとも3つの立場から提供されているという視点は必要である。

年	あん摩師	はり師	きゆう師	身分の変遷	昭和期	大正期	明治期
1964年	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法 (昭和三九)				免許		
1955~1961年	↑	↑	↑		免許		
1951年	あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法 (昭和二六)				免許		
1948年	↑	↑	↑		免許		
1947年	あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法 (昭和二二)				免許 ※条件の厳格化		
1946年	↑	↑	↑		免許		
1946年	按摩術営業取締規則及び鍼術、灸術営業取締規則ノ特例ニ關スル件 (昭和二二)				免許		
1920年	↑	↑	↑		免許	按摩術営業取締規則改正 (大正九)	
1920年						(改正無し)	
1911年	↑	↑	↑		免許	按摩術営業取締規則 (明治四四)	鍼術灸術営業取締規則 (明治四四)
1885年	↑	↑	↑				鍼術灸術営業差許方 (明治十八)
1874年	↑	↑	↑				医制 (明治七)
年	あん摩師	はり師	きゆう師	3業種とも未確定			
昭和期				各府県によって営業の認め方が異なる。			
1972年	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法 一部改正 (昭和四七)						
1947年	↑	↑	↑		免許		
1947年	あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法 (昭和二二)				免許		
1947年	↑	↑	↑		免許		
1947年	医療類似行為をなすことを業とする者の取締に関する件 (昭和二二)						
1929年	↑	↑	↑				
1929年						各府県による取締 ※中央法令無し (昭和四以降)	
1908年	↑	↑	↑				
1908年							警察犯処罰令による取締 (明治四一以降)
1906年	↑	↑	↑				
1906年							旧医師法による取締 (明治三九以降)
年	医療類似行為業者						

鍼灸の世界的広がりが意味するもの

形井秀一
筑波技術大学

1. はじめに

川が高いところから低いところへ流れるように、文明もその進歩の度合いが高いところから低いところへ流れ伝播する、と言われる。いささか違和感のある、承伏しがたい部分を含む物言いであるが、文明の持つ性質からすると、納得せざるを得ない点もある。

その論理からすると、6世紀に中国から東洋医学が日本へ伝播したのは、当時の両国の文明度の高低からすると自然なことであったと言わざるを得ないだろう。何せ、それより10世紀以上も前に漢字を発明した中国に対して、当時の日本国には独自の文字さえなかったことになっているのだから。

それでは、1970年代に中国医学が中国から欧米諸国に伝播したのは、どのような文明度の落差があったからだろうか。当時の文明度は明らかに欧米の方が高かったと考えられるから、逆に、文明度の低い国から高い国へと伝播したことになる。

そう考えてみると、これは、文明ではなく文化の伝播と言うべきことなのだろう。確かに、中国の文明度は当時、欧米と比較すると低かったが、東洋医学の文化度は、欧米よりも高かった。中国の文化の中でも、2000年以上前に発祥したとされる中国医学は、文化的には西欧に対して優位であることを示す象徴と言えるものであった。中国は、むしろその中国古代文化を今に体現する国、古き伝統のある国として、自国を欧米にアピールしたと言えよう。

さて、タイトルを「鍼灸の世界的広がり」としたが、本来、2000年前に中国からアジア諸国に伝播した中医学が、20世紀に、広く世界に広がろうとしているのは、どのようなことであるか、そのことが意味することは何であろうか。

2. 16世紀から20世紀に至るアジアにおける東洋医学と西洋医学

東洋と西洋の医学の交流は古くからあったが、16～17世紀頃には、西洋諸国がアジアの植民地化を進める中で、当時の西洋医学がアジアにもたらされる。西洋

文明が東洋に流れて来たのであるが、その一分野に西洋医学があった。ただ、西洋医学と言っても、この時代までの西洋医学はヒポクラテス以来の西洋医学であり、現代西洋医学ではない。

西洋医学のアジアへの影響は、18世～19世紀初めにかけて、それまで以上に大きくなって行った。この時代になると現代科学とそれを基礎とした現代西洋医学が既にヨーロッパでは誕生している。この時代の西洋医学は、現代西洋医学の初期段階にある。

この時代、中国では、大都會を中心に西洋医学が広がるようになった。日本は半鎖国状態にあったが、長崎(出島)へオランダが西洋医学を持ち込んだ。その影響の一端を示すのが、「腑分け」の実施や、『解体新書』の発刊である。

さらに、19世紀～20世紀には、各国で現代西洋医学が東洋医学より優勢となった。中国では、1908年に、『中西匯通医書五種』(唐宗海著)が刊行され、生理学・解剖学で中医理論を解釈する本が出現した。20世紀初頭には、中医学を否定する風潮が強くなり、1925年、医学教育に中医課程を編入することが拒否され、1929年「中医廃止案」が中央衛生委員会から提出されるなど、中医学廃止論が強くなった¹⁾。日本においても、明治維新(1868年)以降、明治政府の欧化政策により鍼灸は衰退し、1874年の「医制」制定以降、西洋医学が国の正式な医学となり、東洋医学は医療制度の外に置かれた。湯液は民間療法となり、また、鍼灸については、1911年の「鍼術灸術営業取締規則」で、医学としての位置づけではないが、西洋医学とは異なる制度を得、制度上の命脈は保つこととなる。韓国は、19世紀の前半までは東洋医学中心の医療状況であったが、19世紀後半には西洋医学が入ってくるようになり、東洋医学と西洋医学が共存するようになった。19世紀末には、「四象医学」(『東医寿世保元』李濟馬著、1894年)が現れ、東洋医学の新しい形の模索も行われたが、その後、1910年から日本による韓国統治が始まり、1913年に「医師規則」が公布されて、西洋医学の医師制度が始まる一方、日本と同様の鍼灸制度も導入され

た。

このように、日中韓はそれぞれの異なる国の事情を持つが、いずれも、西洋列強のアジア植民地化と植民地化に伴う西洋文明の流入により、西洋医学の影響を色濃く受け、20世紀の初めまでには、西洋医学を容認する制度を成立させるようになった。しかし、20世紀中葉になると、様相は逆転する。中国は、1936年に「中医条例」を公布して、中医学を合法化し、さらに、第二次世界大戦終了後の1958年には「西洋医が中医学を学ぶ」研究班を立ち上げて、中医学の理論的な検討を行うなど、現代中医学の基礎を作り始めた。韓国は、1945年に日本から独立すると、1962年に植民地時代から日本の制度に従って存続していた鍼灸士を廃止し、さらに1986年には、韓医学を確立した。また、日本は、1947年に「あん摩、はり、きゅう、柔道整復等営業法」を制定し、1911年の鍼灸の営業規則を戦後の医療制度と教育制度を踏まえたものに発展させた。

このように、20世紀の中葉、戦後には、日中韓は、国情にあった新しい形の東洋医学の再スタートを切った。

3. 20世紀後半における鍼灸の世界的広がりとその意味すること—東洋医学の再興—

ところで、20世紀の中葉から起こる東洋医学の再興には、幾つかの要素が関与していると考えられるのではないだろうか。

まず、一つは、「はじめに」でも述べたように、18世紀から続いた欧米のアジア植民地政策が、20世紀の2回の世界大戦等により終焉し、アジアが、欧米の支配から独立し、アジアの文化を欧米へ発信するようになってきたことが挙げられる。これは、アジア経済が、欧米による収奪構造から脱却し、逆に、欧米と対等な関係、さらには20世紀末～21世紀初頭にかけては、むしろ、優位な地位になってきたことと無関係ではない。経済的な関係の逆転現象が、文明の流れの変化にも繋がっているであろうし、文化の流れの方向にも影響を与えている。

二つ目に、その一方で、この数世紀間に大きな発展を遂げ、人類に外科医療や感染医療の分野で大きな貢献をしてきた西洋医学が、20世紀中葉に、成人病や生活習慣病などの人間の存在の有り方そのものに関わる分野では十分な力を発揮できず、解決策を他の伝統的

な医学にも求めざるを得なくなったことが挙げられる。

また、三つ目には、それらの背景と無関係ではないが、WHOが20世紀中葉には、各国の民族医学、伝統医学に理解、関心を示し、1960年代には、WHO西太平洋事務局(WHO/WPRO)が、中国医学に目を向け始めていたことが大きいであろう。このことは、1965年に第一次日本経穴位委員会が結成された時期に符合する。経穴の検討は、アジアにおいては、60年代から国際的なテーマとして意識され、アジア(第1回経絡経穴国際協定委員会には、日本、オーストラリア、フィリッピン、韓国が参加)で国際会議が開催されたが、この時点では、アジア諸国のみの集まりであり、まだ「国際」とは言えない状況であった。しかし、70年代に入ると、1972年の米中国交回復と日中国交回復を契機として、鍼麻醉が世界に知られるようになり、鍼が欧米へ伝播した。

さらに、1978年、WHOは、アルマ・アタ宣言を出し、「世界の人々の健康を守り、促進するために、至急のアクションをつる必要性」を強調し、その30年後の2008年には、北京宣言を出し、「伝統医薬の発展を地球規模で推し進めるよう」提唱した。20世紀は戦争の世紀と言われるが、一方で、健康、しかも、1人1人が自分の健康を大事にするという意識が芽生えた世紀である。そう考えると、21世紀は健康創造の世紀と言えるかも知れない。

このように、20世紀後半からの健康問題の焦点は、西洋医学以外の医療も含めたものであり、その中でも東洋医学に対する注目度は高い。それは、2000年間、東アジアの人々の健康を守ってきた実績があることであり、また、東洋医学を世界に広めようとする中国の世界戦略の一つでもあるということがあるからである。

4. 日本鍼灸のこれから

上記のような世界情勢の変遷は、鍼灸を世界に普及させる状況を生み出した。

一言で言うと、鍼灸はグローバル化してきた。それは、この10年間に鍼灸の国際標準化が進んだことに現れている。

2006年にWHO/WPROにより、経穴部位国際標準化が実現し、2007年には、東洋医学用語の国際標準が出来た²⁾。その後、2009年からはISO(注1)において鍼、灸、湯液の標準規格が検討され、ISD-11(注2)

に東洋医学を分類する事が検討される状況にまで来た。

これらの動きは、鍼灸界にとって望ましいことであることは言うまでもない。1960年代までは、まだ、世界は、鍼灸をほとんど知らなかったのであるから、50年間で世界標準ができるまでに至ったことは、大変な発展と言えよう。

しかし、日本鍼灸の立場からすると、これまでのところ、日本鍼灸は、鍼灸のグローバル化に追従しているのであり、その世界的な普及の動きを主体的に進めているわけではない。これは、日本鍼灸界の世界戦略が、明確ではないことが大きな理由であろう。

過去10年間鍼灸が世界的に広まって来たと言っても、その切っ掛けのほとんどは、中国や韓国が作ったのであり、日本が中心となって推進したものは残念ながら皆無であろう。日本は、中国や韓国が進めようとする世界戦略を静観しているが、だんだん静観しているだけにはいなくなり、遅れて参画するが、及び腰で協力するという事になってしまった。これは、中韓が、政府内に中医学と韓医学の部署を持ち、国家戦略として世界への普及を目指しているのに対し、日本は、日医学といったものもなく、漢方湯液と鍼灸、それに手技療法が、それぞれに民間レベルで、独自に、推進してきた歴史があるからである。現在では、確かに、JLOM(注3)内で、湯液、漢方薬製薬会社、鍼灸、生薬の各関係者が話し合いをする機会を持っているが、鍼灸は漢方界の動きに埋没してしまいそうだし、かといって、漢方界そのものは、西洋医学界に対して独自の動きができるような社会的位置にはない。

鍼灸は世界に広まるであろう。それは、日本鍼灸にとっても喜ばしいことである。しかし、日本鍼灸とは何かという明確なものを打ち出せない状況では、世界に広がった鍼灸の中で、日本鍼灸の存在は中医学の中に埋没してしまう可能性もある。

これまでの日本鍼灸界は、日本の医療制度(西洋医学中心の医療制度)の中に鍼灸を正式に医学として位置づけることを教育や斯界の活動の基本目標としてきた。明治以降のこれまでの日本鍼灸が置かれてきた立場から、それは、仕方ないことであっただろう。そのため、日本鍼灸関係者は、学術的には、西洋医学の中に如何に日本鍼灸を位置づけるかという努力を行ってきたが、西洋医学を充分身につけた上でそれを実現しなければならず、簡単なことではない³⁾。確かに、医

学博士号を取得した鍼灸師⁴⁾を戦後60名以上排出したが、そして、彼らは、鍼灸を西洋医学的に実証しようとする研究を行ったが、西洋医学を根幹から揺るがし、新たな医学を構築するような研究成果を挙げてきた分けではなかった。西洋医学の光が当たっていない分野に焦点を当てて研究結果は出してきたが、それは、鍼灸の優れた面を立証する研究成果にはなかなか結びついてはいない。西洋医学に対する鍼灸の補完的な役割を証明する結果に留まっていると言わざるを得ない。

鍼灸は、そのような状況をそろそろ卒業し、現代医療、現代健康分野における鍼灸の役割を明確にするような方向を目指すべきではなからうか。

世界に示すべきは、「日本鍼灸学」であり、日本鍼灸の存在意義であろう。日本鍼灸は明治以来の文明と文化の変遷の中で生きのびてきた。西欧化、戦争、教育の近代化、経済の浮沈、環境問題、社会構造の変化とひずみを経験し、生活習慣病にあえぎ、心身問題の噴出の解決策を見いだせないなど、この150年間に日本が経験してきた多くの問題を他の分野と伴に経験を積み重ねながら、日本鍼灸は生きのびてきた。

そしてこれからの日本鍼灸は、日本という国の健康問題を解決し、世界がこれから遭遇するであろう健康問題に警鐘をならし、その解決策を示す必要があるであろう。その役割を担うために、日本鍼灸は、これまで歩んで来た道のを総括し、それを今後の鍼灸の世界情勢の動きに活かす必要があるだろう。西洋医学との関係を明らかにし、その中で如何に独自性を発揮できるか、そして、世界の健康問題にどのような新たな視点を提供できるかが、問われている。

注1 : ISO: International Organization for Standardization (国際標準化機構)。

電気分野を除く工業分野の国際的な標準である国際規格を策定するための民間の非政府組織。本部はスイスのジュネーブにある。スイス民法による非営利法人で、公用語はフランス語、英語、ロシア語。各国1機関が参加できる。近年、知財も対象とするようになってきた。2009年、中国が「中医学をISOで承認」するよう申請。そのため、249番目の委員会であるISO/TC249が設置され、東洋医学の標準化が進められている。

注2 : ICD-11: International Statistical Classification

of Diseases and Related Health Problems (「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」)。死因や疾病の国際的な統計基準として、世界保健機関(WHO)によって公表される分類。死因や疾病の統計などの国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用される。

1900年に国際統計協会により制定され、以降10年毎に見直しが行われてきた。第7版からは疾病の分類が加えられ、医療記録の管理に使用されるようになった。2015年改訂を目指す。東洋医学を疾病分類に入れようと検討されている。

注3 : JLOM : Japan Liaison of Oriental Medicine (日本東洋医学サミット会議) :漢方や鍼灸など東洋医学の領域の国際標準化への対応、参画を目的として2005年5月に設立された。日本東洋医学会、全日本鍼灸学会、日本生薬学会、和漢薬学会、および、WHO協力センター(北里大学・富山大学)の長をメンバーとする。またAssociate MemberとしてNPO法人医学中央雑誌刊行会、(財)日本漢方研究会が参加する。

5. 文献

- 1) 傅維康. 中国医学の歴史. 東洋学術出版社. 市川市. 1997. p618. 年表(32).
- 2) 第二次日本経穴委員会. 経穴部位国際標準化への歩み<第二次日本経穴委員会活動記録集>~2003年WHO/WPRO会議から2012年解散まで~. 日本経絡経穴研究会発行. 2013.
- 3) 形井秀一. 現代における伝統鍼灸の立ち位置. 日本伝統鍼灸学会雑誌. 2013;39(3):209-230.
- 4) 箕輪政博, 形井秀一. 鍼灸研究に関する一考察—鍼灸師で博士学位取得者の現状を中心に—. 社会鍼灸学研究. 2009;(3):37-44.

原著

鍼灸治療院患者の鍼灸活用モデルに関する要因の構造分析

—M-GTA法を用いた質的分析—

根岸とも子¹⁾²⁾、星 旦二³⁾

1) 日本医学柔整鍼灸専門学校 2) モコアキュサロン

3) 首都大学東京大学院 都市環境科学研究科都市システム科学域

Structure analysis of relevant factors in an acupuncture patient's about model of use

—Qualitative analysis using M-GTA method—

Tomoko NEGISHI¹⁾²⁾, Tanji HOSHI³⁾

1) Nihon Medical College of Judo and Acupuncture Therapy 2) Moco acupuncture Salon

3) Tokyo Metropolitan University, Graduate School of Urban Environmental Sciences, Department of Urban Science,

抄録

研究目的は東京都郊外に位置する鍼灸治療院の利用者を対象にして、利用継続に関わる関連要因を明らかにすることである。研究方法は2009年5月から2010年7月の期間で、東京都内の鍼灸治療院患者8名に、属性、利用動機、現病歴、既往歴、医療利用歴、鍼灸体験、鍼灸への期待の7項目について面接調査した。質的分析の結果、3個のカテゴリーである【利用者の認識】(【 】はカテゴリー)【施術者のイメージ】【利用者の行動】と、3段階のプロセスである、窺い、困惑、活用が提示された。利用継続のプロセスは、症状改善を目的として来院した患者が、施術者への依存と不満の体験の後、鍼灸治療によって‘情緒のコントロール’(‘ ’は概念)の認識を経たのち、‘病気予防・体調維持’という来院の目的の変容を体験していた。継続活用の関連要因は、能力ある専門家との良好な関係、たいした副作用がないこと、不定愁訴軽減の体験、周りの支援、情緒的制御であった。鍼灸治療院患者は以上の関連要因によって利用を継続し、仕事と調和した生活に至ったことが明らかになった。

Abstract :

The aim of this study was to explore relevant factors in connection with continuation of use about the experience at acupuncture user. The method of research was investigated through interviews to eight acupuncture users of A salon the Tokyo suburbs in from May, 2009 to July, 2010. As a result of analyzing by the Grounded Theory Approach method, There were three categories [a user's recognition], [an operating person's image], [a user's action], three steps of processes, inquiry, embarrassment, and practical use. In the process which experiences an acupuncture about a user, the purpose changed, and it was "a condition improvement" the first stage of inquiry and was "the dependence and the dissatisfaction to the practitioner" the middle of embarrassment. Since recognition that the final stage of practical use has the feeling which controlled emotion was produced, the use purpose changed to 'sick prevention and condition maintenance'. From the result suggest, an important experience for that acupuncture user is continuing the life which balanced with work by continuation of medical treatment.

キーワード：鍼灸継続要因、調和した生活、情緒的制御、都市生活者

Key Words: continuation factor of acupuncture, work and a life balance, feeling which can control emotion, City dweller

1 はじめに

1.1 研究の背景

近年、疾病構造は急性疾患から慢性疾患へと移り変わり、われわれを取り巻く生活環境の近代化とあいまって、医療利用者の意識構造にも変化がみられるようになった。こうした動きを背景に 1990 年前後から補完代替医療 (Complementary & Alternative Medicine; CAM) という領域が注目されている¹⁾。

WHO (World Health Organization: 世界保健機関) では鍼の適応疾患 49 疾患リストがあげられている²⁾。英国では毎年国民の 1 割が CAM を利用し、医師が CAM のうち役立つと答えた療法は他の CAM を引き離して鍼灸が 76% で最も多く、おもに疼痛治療に用いられ、CAM の 45% を鍼灸が占める³⁾。イタリアでは 122 の国立慢性疼痛センターが国民健康保険を適応できる療法として鍼治療を行っており、鍼治療の対象となる疾患は主にリウマチそして筋骨格系の障害である⁴⁾。米国の健康保険組合は CAM のうちカイロプラクティックと鍼灸が給付の対象の中心である⁵⁾。ドイツでは 2001 年 7 月から 2003 年 6 月の間で慢性痛に対する鍼治療を受療した 503,397 名の患者について、9,918 名の認定された医師によって、基礎情報、治療、結果及び副作用の有無について診療費償還のために必須の 1 枚の調査票を用いて診療医自身によって記入され、鍼灸は診療費償還の対象になっていることが報告⁶⁾されている。中国および韓国における鍼灸は制度化された医療として利用されていることが知られている。

以上見てきたように諸外国では鍼灸に対する評価に関する研究が進められ、制度化された医療の一部として位置づけられつつあることがわかる。

わが国の鍼灸は 6 世紀に日本へ伝来して以来、日本特有の風土・文化・思想に合った改良を経て、8 世紀の大宝律令で、すでに鍼灸は体制化された医療として位置づけられていた⁷⁾。明治期以降は、近代科学に基づく医療である近代西洋医学が制度化された医療となったため、鍼灸の教育制度は明治期には鍼灸営業の免許鑑札制

度の交付を受けて鍼灸による治療が認められた。第 2 次世界大戦後は鍼灸禁止要望が GHQ 勧告により出されながら、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」につながる法律の制定により、鍼灸は、近代西洋科学理論を折衷した、整理しつつ多様性に富んだものになった⁸⁾。その後、福祉政策的判断から存続している鍼灸⁹⁾は、国民の疾病治療と予防に寄与する医療とは別の、制度化されない医療として現在は位置づけられている。

1.2 鍼灸利用に関する先行研究

鍼灸の利用状況に関する研究は 1980 年代から限定された地域、特定の職業について報告が散見されはじめている^{10) 11)}。東京都民の利用意向調査で、鍼灸は「鍼灸の経験があること」「保険診療での受療要望」「1 回の利用時間が長いこと」が利用促進要因であり、鍼灸が「未経験の場合は利用しにくい」と感じていたことや鍼灸の「利用価格が高い」ことが利用阻害要因であり、鍼灸医療が「病院での診療時間の短さへの不満」の受け皿になっていることが報告¹²⁾されている。

鍼灸イメージ調査¹³⁾では、回答の 1 位は「効果がある」としているものの、以下「痛い」「熱い」「ヤケドする」というマイナスイメージが大きいことが特徴である。また、鍼灸は「年寄りがかかるもの」のイメージが持たれている¹⁴⁾ため、体調不良に対して鍼灸を利用することは一般的でない¹⁵⁾ことのほかに、鍼灸の利用価格が高いイメージがあり¹³⁾、その結果として、たとえ鍼灸に効果があるとしても、利用しにくいという行動につながっていることが報告¹³⁾されている。

全国規模の調査では過去 1 年間に鍼灸を利用した日本国民の割合は 6.7%、女性が多く、利用者の 8 割は筋骨格系症状の改善目的^{16) 17)}で比較的健康状態の良い場合に利用¹⁸⁾され、それに対する治療法の研究は数多くみられる^{19) 20)}。また過去に鍼灸利用経験がある割合は 26.4%²¹⁾で、過去の鍼灸の利用経験が日本国民の 4 分の 1 強であるのにもかかわらず、過去 1 年間の鍼

灸の利用が6%強と大きく低下しており、鍼灸の継続活用という利用がなされていないといえる。利用者満足度調査²²⁾では治療効果、施術者-利用者関係、雰囲気といった要因が利用者の満足度に関わっている。別の調査で、利用者-施術者の関係は、鍼灸継続群は「施術者が気に入った」5.8%、鍼灸中断群は「施術者の印象が悪い」1.4%となっていて、鍼灸継続者と鍼灸中断者ともに、利用者-施術者の関係という要因は大きくない²³⁾と報告されている。鍼灸継続に関連する要因は、鍼灸継続群は「鍼灸は効果がある」76.2%で、鍼灸は効果があると認識して継続する一方で、鍼灸利用中断群は「鍼灸は効果がない」42.4%で、鍼灸の効果を感じられない理由で利用を中断していた²⁴⁾ことから、鍼灸継続について効果を認識したかそうでないかが要因として挙げられている。

先行研究をまとめると、鍼灸は価格、治療方法は不明というイメージがあり、体調がよくない場合、利用の不安が大きいものの通常医療にないものを期待し、鍼灸の利用を開始し、その継続の要因は、体調不良に対する効果があることであった。しかし、鍼灸治療院患者の継続的な利用は何によって促され、期待するものをどのように得るのか、施術者への信頼が何によって促されるものなのか明らかでないことがわかった。

1.3 用語の操作的定義

- 1)通常医療：Conventional Medicine 近代科学に基づく医療のことを通常医療とした。
- 2)伝統医療：Traditional Medicine 通常医療より以前に利用されていた医療を伝統医療とした。
- 3)愁訴：客観的所見の有無にかかわらず、主観的症状の訴えを主訴とし、利用者の訴える症状と症状からの苦悩・不安の全体を愁訴とした。
- 4)体調の度合い：利用者の日常生活の遂行の度合いを体調の度合いとした。

1.4 研究の目的

本研究の目的は鍼灸治療院の利用者がどのような目的で鍼灸を活用し、かつ継続するかについて利用当初の認識からその後の鍼灸のとりえ方、位置づけ、効果の評価を含む認知状況を理解する仮説モデルを示し、その仮説を立証することで、わが国の医療資源の活用を促す基礎資料を得ることである。

1.5 研究の意義

わが国の伝統医療である鍼灸は、制度化されない医療に位置するため、利用にいたる経緯、活用の仕方がわかりにくい。したがって治療院利用者の認識と行動、社会的支援の工夫を探り、その利用のプロセスを事例調査によって明確にし、構造的に提示することで仕事と調和した生活の支援方策を促す資料になることが期待できる。

2 方法

2.1 研究の仮説

鍼灸利用者による鍼灸治療院の利用継続にいたる要因について、鍼灸に対する認識、鍼灸の利用体験、鍼灸の社会的支援の3つとした。研究の仮説である「利用者の鍼灸活用モデル」を以下に示し、この仮定において調査した(図1)。

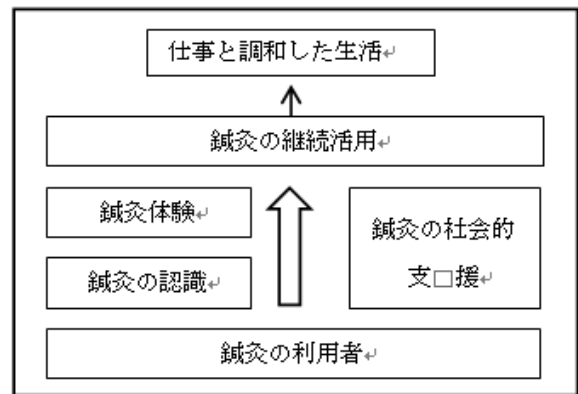


図1 利用者の鍼灸活用モデル(2009 根岸)

2.2 分析方法と手順

研究対象者は鍼灸を継続活用し、仕事と調和

した生活を遂行するために、愁訴の改善に向けて鍼灸治療院に通院する利用者である。研究対象者のうち実際に面接に応じたものを研究協力者²⁴⁾とした。分析テーマは対象者への面接調査によって得られたインタビューの内容をグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下 GTA 法)の手法を用いて鍼灸の継続活用につながるプロセスの構造を提示し、その要因の関連性を明らかにすることである。

本研究は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下 M-GTA 法)を用いた。M-GTA 法(Modified Grounded Theory Approach)は GTA 法の主要な特性である人間と人間の直接的なやりとり、すなわち社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効でヒューマン・サービスでの実践的活用に耐えうるという方法論的限定を行った上で、研究する人間の視点を重視し、論理的な一貫性がある、手順が活きてくるので概念の生成するときに類似例や対極例を検討するだけでなく、その概念と関係するであろう未完成の他の概念をも検討するもの²⁴⁾²⁵⁾である。したがって今回鍼灸利用者が鍼灸治療院を定期的に利用継続する実際のプロセスを明らかにし、どのようにして鍼灸を活用するか、利用初期の鍼灸の認識その後の鍼灸のとらえ方、位置づけ、効果の評価を含む認知状況を理解する1つのモデルを提示するための方法として最適であると考えてこの方法を採用した。

2.3 実施場所と研究対象者

実施場所は調査対象として東京都郊外に位置し、複数のスタッフを抱えて運営されている個人経営の鍼灸治療院である。研究者は2005年11月から2009年3月の期間に当治療院で鍼灸研修生として1~2回/週の頻度で受付および雑務に従事した。

研究対象者は鍼灸治療院で鍼灸治療を4回以上継続した場合とした。その理由は鍼灸治療院利用回数3回以下の利用はそれより多く利用した場合と比較して、継続・中断の理由が異なる²⁶⁾からである。研究協力者のリクルート方法は、

研究の協力を鍼灸治療院の院長に依頼し、研究実施要項と依頼状を手渡しして調査の了解を得て、協力を内諾した8名と面接した。研究協力者のリクルートの経緯を表1に示した。表1の は、・調査時期、・調査場所、・参加メンバー、・調査内容、という順で示した。

2.4 倫理的配慮

研究の意図を理解し、承諾した場合のみ研究協力者として面接を行った。面接の前に研究の目的と手順、情報の管理について説明し、研究倫理遵守誓約書に署名し、研究協力者、研究者が各1部ずつ保管する倫理的配慮を行った。

2.5 データ収集方法

面接時期は2009年5月から2010年7月に実施した。日時と場所は研究協力者の指定に従い、話しやすい環境に配慮した。面接調査の質問項目を表2に示した。面接の流れのなかで、鍼灸の治療効果と継続活用に関連すると思われる要因について面接者が質問するという半構成化面接のかたちをとった。面接は30分から180分で平均90分。基本的には各1回だったが、あとで連絡して聞き直すこともあった。面接内容は承諾を得たうえで録音したが、録音できない場合はメモの承諾を得ておこなった。研修生としての研究協力者の観察と施術担当者の連絡もデータとした。表2に示した。

2.6 分類法

面接の録音記録を文字起こしし、逐語録は研究者がすべて目を通し、1センテンスないし数センテンスごとに区切る。分析テーマに照らし、データの関連箇所に着目し、その意味を解釈する。そしてその部分を一つの具体例とする説明概念を生成する。生成した概念は、その定義、最初の具体例とともに概念表を作成して、オープンコーディングをする。

次に新たな概念生成をおこないながら、並行してつくっていった概念の有効性をチェックし、そのポイントは、バリエーション(その概念によって説明できる具体例)をデータの中から

表1 研究協力者のリクルートの経緯

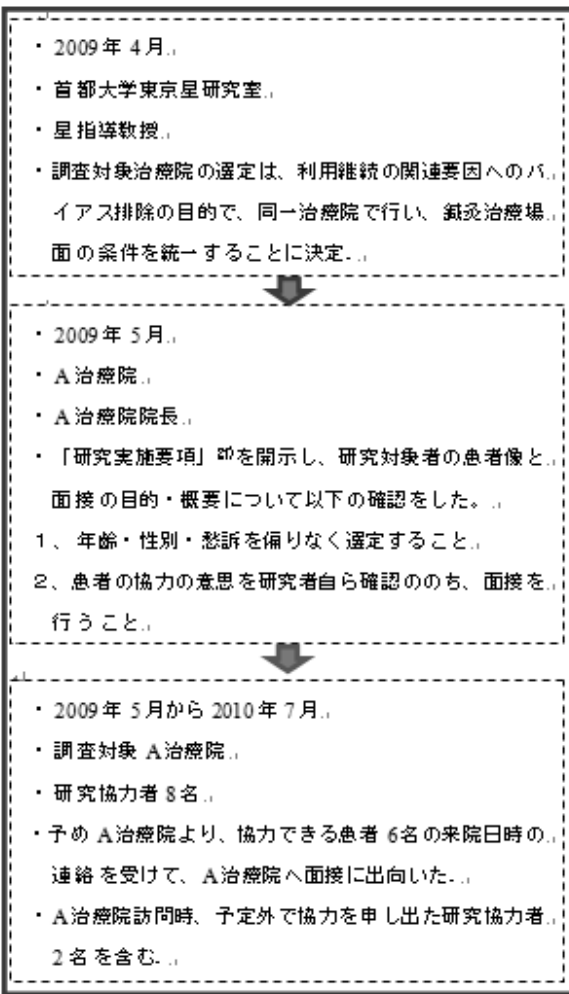


表2 面接調査の質問項目

- a) 研究協力者の属性
- b) 現病歴
- c) 鍼灸利用のきっかけ
- d) 既往歴
- e) 医療利用歴
- f) 鍼灸継続活用による愁訴への効果
- g) 鍼灸への期待

見出し、生成した概念の有効性をチェックするためにそのつど対極比較（できるだけ自分の分析、解釈と反対例を考えること）をおこない、そうした概念がデータから生成可能かどうか

を意識しながらデータを見ながら生成した概念と類似していることや関連性の高い概念は何かをデータを通して検討する理論的サンプリングを行った。データから概念生成をしつつ浮かんできたアイデアを理論的メモで書き残していくことで、概念の生成とその有効性のチェックをしつつ、概念の関係のまとまりをカテゴリーとして形成し、カテゴリーと概念によって分析対象とした現象を説明する図式を提示²⁷⁾した。

2.7 解析方法

はじめにデータを読み、大体どのような内容であるか掴んだのち、データのはじめに戻り、分析テーマに関係がありそうな部分に着目し、研究協力者にとってその部分はどうな意味があるか解釈し、定義として、その内容を短く説明して概念名とした。解釈が恣意的に進まないように、その概念で説明できることは他にどのような場合があるか考え、同じような例がその協力者のほかの箇所や他の協力者のデータに豊富にあるかみるという類似比較をおこなった。その概念で説明できるデータが少ない場合、その概念は有効でない判断した。またその概念と反対の場合には何かを考え、対極例が豊富にあるかをみる対極比較を継続して行い、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかを（grounded on data）検討し、具体例とともに分析ワークシートに記入した。この過程で別の解釈や他の概念の関連を理論的メモで書き、最初のデータ分析が終わった後、対照的な協力者のデータを概念生成しながら、先に作った概念の有効性の確認に役立てた。同時につくった概念がその一部になるかもしれないプロセスを意識して分析しながら、概念間の関係であるカテゴリーにまとめ、概念やカテゴリーの関係を深め、最終的に中心概念にまとめた²⁸⁾。「分析ワークシートの一例」を下記に示した(表3)。スーパーバイザーのもとに、研究協力者の言葉を文字起こししたローデータの見直し、概念名と内容が一致しているか、カテゴリーと概念の関係を表す図式について検討を加えた²⁹⁾。研究協力

表 3 分析ワークシートの一例

概念	触ってわかってもらえる感覚
定義	日本鍼灸は痛むところ、違和感のあるところを触診により、わかってくれた苦痛を理解してくれたと感じること
パリエーション	B:何かどこかが痛いんだと思っ診察台に上がるんですよ.先生のお弟子さんが触診するじゃないです触り方が違うんだよ、そうじゃないんだよ」と言いたくなることがありますこんな手つきおそるおそるの手真似しか関係ないところを触ってる…(中略)…背中のごこ(指さす)が凝ってるのにイライラする感じで先生は触ってみてここだと思っところを見つけてくれて、しっか触ってくれる判断してくれる P10
理論的メ	利用者は愁訴の部位を触れたり目で確かめたりできる状態の場合は 施術者に指し示すことができるが、できない場合は、施術者から触ってもらえる行為そのものによって、症状の苦痛の分かち合いを感じ、施術者の理解が得られて不安が軽減され触られるという行為は、鍼灸においては良好な利用者施術者関係構築の要因となる可能性がある。『触診という身体性 physicalityよりも textualityによる関係構築』先行研究より ...Rita Charon/NarativeMedicine:P76 西洋医学の治療上の触診と異なる意味合いが鍼灸の切診という診療行為に在る利用者から施術者に対して、愁訴の改善とともに立ち向かう支援を得られたと感じていることが継続活用になっていることが示されている概念である

者が6名に達した段階で研究の目的に照らして、新しい概念の生成はなくなったので、8名に達した段階を理論的飽和として、面接を終了した。

2.8 研究協力者の特性

研究協力者の特性を表4に示した。

研究協力者は男性4名、女性4名の計8名。愁訴は運動器系疾患が6名、他2名。年齢は20代から80代。職業は事務管理系、専門技術系が6名、他2名。鍼灸の利用歴は2年から16年と比較的長期間の利用者が多く、教育歴は高卒の1名を除き7名は大卒以上であった。

3 結果

3.1 構造図の概要

M-GTA は質的データの解釈をしながら分析を進めるため、解釈を加えつつ分析結果を報告する。これ以降の表示記号について「」内は概念、【 】内はカテゴリ、→ は時間経過、↕ は概念間の関係、「」内は研究協力者の語り、「()」は研究協力者の振る舞いを著者が補足したもの、「[]」内は著者の言述である。分析結果の概要を図2に示した。

表 4 研究協力者の特性

	愁訴	性別	年代	職業	鍼灸歴	教育歴
A	胃痛	男	40代	管理職	16年	大卒
B	顎痛	女	30代	専門技術系の勤め人	13年	大卒
C	頸痛	男	50代	管理職	3年	大卒
D	関節痛	男	60代	無職(元労務系の勤め人)	8年	高卒
E	頸椎捻挫	男	80代	無職(元専門技術系の勤め人)	6年	大学院卒
F	腰痛	女	40代	事務系の勤め人	14年	大卒
G	うつ	女	20代	営業系の勤め人	5年	大卒
F	肩痛	女	50代	事務系の勤め人	2年	大卒

【継続活用プロセスの構造図】

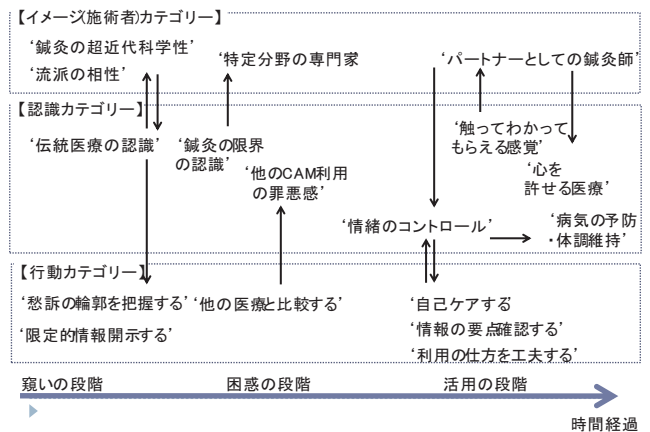


図 2 治療院利用者の継続活用プロセス

鍼灸利用の窺いの段階に「伝統医療の認識」がみられた。利用者は鍼灸未経験なのでそれぞれがもつ鍼灸のイメージをもっていることが特徴だった。鍼灸は日本の伝統医療であり、近代科学に基づく通常医療と異なり、科学的根拠

に基づくものではないという‘鍼灸の超近代科学性’イメージを持っていた。インターネットや知人の情報から、鍼灸というのは、施術の流派が異なり、治療の結果に違いをもたらすため、‘流派の相性’によって、「愁訴の軽減の度合いがことなる(利用者 D)」というイメージを持っていた。そのため利用者は自分の持つ鍼灸へのイメージに基づいて、たとえば、運動器の痛みやコリについての改善効果を期待し、愁訴の全体を施術者に対して、‘限定的情報開示する’を行い、副作用の不安や鍼灸治療によって「死ぬことはない(利用者 A)」ほどの覚悟で鍼灸がどのような医療か窺いみる ‘愁訴の輪郭を把握する’ 行動があった。すなわち、患者は、通常医療での愁訴に対する説明に納得できない場合、鍼灸における施術者の説明によって、なぜこのような症状を持つようになったか明確ではないものの、その輪郭を把握できたという感覚をもって鍼灸を受療した。

この時の鍼灸受療では症状からの苦痛とそこからの不安・苦悩に対して、「どのような医療でもよいから治れば(利用者 A)」と思いついで「すぎるような気持ち(利用者 D)」で、利用者それぞれの鍼灸に対するイメージに基づいた鍼灸の治療効果への期待があった。鍼灸未経験者の認識は「鍼灸は日本の伝統医療で、科学で解明できないが多くの日本人を治した実績があり、通常医療や他の CAM で軽減しない愁訴に効果があり、流派の相性が治療効果に関わるもので、施術内容は不明だが愁訴の改善に役立つかもしれない」である。

困惑の段階では‘鍼灸の限界の認識’がみられた。鍼灸を実際に受療して、利用者の治療を託す医療だった鍼灸に対してその効果を認知できず、‘鍼灸の限界の認識’をもち、愁訴を改善する鍼灸師について‘特定分野の専門家’とイメージし、鍼灸を‘他の医療との比較’していた。他の医療である通常医療へは持たなかったが、CAM 利用については‘他の CAM 利用への罪悪感’を施術担当鍼灸師に抱くこともあった。鍼灸治療は通常医療と異なり、ローテクニクで高度化されていない技術の特徴であ

る「痛い」「熱い」感覚を生じさせ、この感覚を好ましく受け止めることができなかった。以前の鍼灸治療中断の理由は「鍼灸への期待と体感した鍼灸はズレがあるが、施術者への遠慮の気持ちで言い出せず、体調維持のための医療の活用法に気が付かないまま通常医療や CAM を含めてその場しのぎの試みの繰り返しと模索をしていたため、鍼灸に対して疑問・焦燥感・状況の否認から十分活用できなかったことに対して困惑していた」である。また、利用していた治療院を変更した場合、患者は再び利用の窺いの段階から始めていた。

鍼灸の継続活用までの期間は、鍼灸への紹介無しで受療した場合は、窺いのプロセスの段階から鍼灸に対するイメージと、実際に利用した鍼灸とのギャップの体験による鍼灸の利用を中断することがあり、継続活用までの期間が長かった。一方治療院の施術者への紹介があった場合は鍼灸の継続活用にいたる期間が短かった。紹介の有無は良好な利用者・施術者関係の構築とかかわり、鍼灸の継続活用までの期間と関連していた。

活用の段階で、鍼灸は‘触ってわかってもらえる感覚’があったので‘心を許せる医療’だと感じ、鍼灸師に対して愁訴改善のパートナーとして位置づけて‘パートナーとしての鍼灸師’というイメージを持つようになって‘情緒のコントロール’が得られた。このような関係を築きながら、愁訴について客観的視点からの行動カテゴリーを持つことができるようになっていた。利用者は通常医療のように入院することなく、自分の生活に鍼灸を組み入れ、生きている意味付けや与えられている役割を全うするという目的を達成したいと考えていた。利用者、愁訴によって乱された生活のリズムを、鍼灸によって自分で制御できるという効力感を得ることによって、体調の度合いが高くなったと認識していたことから、コア概念は‘情緒のコントロール’とした。「鍼灸は愁訴の原因を除去しないものの、改善効果が期待できる医療で、情緒前向きになる効果の認知をして、症状軽減及び症状からの苦悩・不安が制御できるものに

なるように自己ケアしたり、施術者と相談して情報の要点確認し、鍼灸の利用の仕方を主体的に工夫して病気の予防・体調維持するための医療」として鍼灸継続活用の意思を決定した期間である。

IV 考察

本研究により、鍼灸継続活用者の目的は、仕事と調和した生活を送るための「病気の予防・体調維持」であることが示された。鍼灸治療の継続要因は「直後効果と全身効果が高くなり体調の度合いが上がる」「自己ケア」「費用対効果が高い」「大きな副作用が無い」「気分が前向きになり、情緒がコントロールできる」「周りの支援があり通院しやすい」「施術者の能力が高い」「治療室環境が心地よい」だった。鍼灸の費用対効果については我が国の医療資源の活用の面から研究が進められるべき分野である²⁾ことが示された。

治療院の利用には良好な利用者-施術者関係の構築までの期間が紹介の有無とかかわり、鍼灸の継続活用までの期間と関連していた。鍼灸の利用は、友人知人家族や医師からの紹介によって利用開始するケースが多いことが指摘されていた³⁾が、その報告を裏付ける結果だった。情緒を安定させて、鍼灸活用の段階にいたるまでに要した期間をみると、紹介無しの鍼灸治療院の来院は、コア概念'情緒のコントロール'へ至るまでの利用者-施術者関係を構築する時間を要することから、鍼灸の活用を促進する要因とはいえなかった。紹介無しにおける関係構築は、治療院での鍼灸の成功体験が促進要因だった。この成功体験には、愁訴の軽減のほか、愁訴の解釈に対する利用者と施術者の一致があったことから、鍼灸と施術者への信頼感を生成させて、鍼灸の継続利用という行動につながったと考えられる。

良好な利用者-施術者関係の構築は、利用者の愁訴に対する鍼灸の効果や限界の期待と、実際の食い違いに戸惑いを感じるにより、確立しにくくなるので、我が国の鍼灸の認知度の低さ¹⁶⁾¹⁷⁾を改善させる必要があることを示唆して

いる。

鍼灸継続の関連要因は、慢性的愁訴をもち、生得的健康度が高く、教育歴が高く、施術に前向きな利用者が、施術への姿勢が前向きで、触診技術と専門的能力をもつ施術者による、直後効果感と全身効果感が高く副作用のない鍼灸を継続活用することで、情緒のコントロールを経て、体調維持・病気の予防をしていた。

V まとめ

鍼灸治療院利用者は、周りの支援を得て、能力ある望ましい専門家と良好な利用者-施術者関係を構築することにより、副作用なく費用対効果の高い鍼灸体験を経て全身効果、直後効果からの情緒コントロールのできる効果を認知できたことが、自己ケアの行動につながり、仕事と調和した生活を継続することが明らかになった。「仕事と調和した生活を支えるモデル図」を図3に示した。

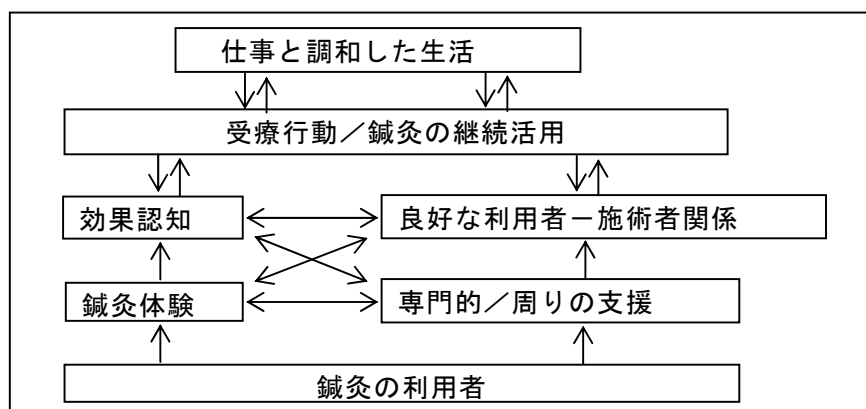


図3 仕事と調和した生活を支えるモデル図 (2012 根岸)

文献と注釈

- 1) 渥美和彦,今西二郎編. 統合医療としての代替医学/別冊 医学の歩み 代替医療のいま. 東京.医歯薬出版.2000:18-22.
- 2) 1996年WHO草案は、運動器系疾患、消化器・呼吸器系疾患、疼痛疾患、循環器系疾患、泌尿・産婦人科系疾患、その他の疾患に分類され鍼の適応49疾患リストにしている。
- 3) 今西二郎/今西二郎編. ヨーロッパ各国の代替医療/別冊 医学の歩み 代替医療のいま.東京.医歯薬出版.2000:18-22.
- 4) カサノヴァ・エマヌエラ.イタリアにおける鍼治療.全日本鍼灸学会雑誌.56(4);656-661.2006.
- 5) 鈴木信孝.補完代替医療学の展望.全日本鍼灸学会雑誌.56(5):693-702.2006.
- 6) Klaus Linde.鍼治療は安全か?ドイツのエビデンス.全日本鍼灸学会雑誌;57(2):150.2007.
- 7) 酒井シヅ.日本の医療史.東京.東京書籍.1982;37-44.
- 8) 芦野純夫.明治以降の鍼灸制度と教育の流れについて.社会鍼灸学研究.創刊号:27-32.2006.
- 9) C・F・サムス/竹前栄治訳.GHQ サムス准将の改革一戦後、日本福祉医療政策の原点.東京.桐書房.2007:218-219.
- 10) 上山茂.岩槻弘.織田ふみら.茨城県における鍼灸患者の実態.全日本鍼灸学会雑誌.37 (2);145-151.1987.
- 11) 荻原正織.タクシー労働者の健康状態と鍼灸治療.全日本鍼灸学会雑誌.31(2);185-196.1981.
- 12) 東京都衛生局.東洋医学に関する都民意識の分析調査報告書.1990.
- 13) 七堂利幸,磯部由美子.鍼灸・手技療法を一般の人はどのように見ているのかー手技療法のイメージ.医道の日本.680;144-159.2000.
- 14) 辻内敬子,鈴木志穂.鍼灸利用者に関するアンケート結果の傾向からみる「鍼灸治療院と思春期の患者の現状」.医道の日本.267(12);36-40.2008.
- 15) 大山直子,辻内敬子,岩橋すみ代,他.10代の子供たちの生活と健康状態についてのアンケート調査.医道の日本.783:41-45.2008.
- 16) Yamashita H,Tsukayama H,Sugishita C.Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. Complement Therapy Medicine. 10;84-93.2002.
- 17) 川喜多健司.筋骨格系の痛みに対する鍼治療効果の臨床研究の現状.ペインクリニック.30(2);193-200.2009.
- 18) 石崎直人,高野道代,福田文彦.鍼灸院通院患者の健康状態について-EuroQol ED-5Dを用いて-。厚生の指標.49(8);20-25.2002.
- 19) 松本淳,石崎直人,小野公裕,他.ランダム化比較試験による頸肩部痛に対する鍼治療と局所注射の検討.全日本鍼灸学会雑誌.57(4);491-500.2007.
- 20) 渡邊勝之,篠原昭二.直接灸および灸頭鍼刺激が表皮局所に及ぼす影響-酸化還元電位およ

- び水素イオン濃度を指標として.全日本鍼灸学会雑誌.58(4).654-664.2008.
- 21) 石崎直人,高野道代,福田文彦.鍼灸診療費の実態および診療費に対する患者の意識に関するアンケート調査.全日本鍼灸学会雑誌. 55(2);133-141.2005.
- 22) 高野道代,福田文彦,石崎直人,他.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.全日本鍼灸学会雑誌.52(5);562-574.2002.
- 23) 矢野忠,石崎直人,川喜多健司,丹澤章八.国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界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 鍼灸医療に対する受療と非受療の視点.東京.医道の日本.64(12);125-130.2005.
- 24) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い.東京.弘文堂.2003.
- 25) 木下康仁.ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて.東京.弘文堂.2007.
- 26) 医道の日本編集部.アンケートとインタビューでつづる患者さん 100 人に聞くー私があの鍼灸院をやめた理由 現在の鍼灸院に通い続けている理由ー.東京.医道の日本.1996.
- 27) 「研究実施要項」は、研究の目的・意義・手順と患者面接の仕方、情報の管理、倫理的配慮について記したシートを用いた。またこのシートは面接調査時の研究協力者への研究の意図を理解し、承諾した場合のみ研究協力者としてことや、情報の管理について説明するとき用いた。そののち、研究倫理遵守誓約書を交わした。
- 28) M-GTA は実践に応用しやすいかたちで研究結果をまとめ、結果を実践現場応用し、その有効性(fit and work)を検証することが研究の回路となる.木下 2003 を参照.
- 29) 作成したシートは鍼灸社会学研究会（筑波技術大.2010）で概念、定義、バリエーションへの意見をいただいたことで、ある程度の妥当性が得られたと考えた。
- 30) 矢野忠,川喜多健司,石崎直人ら. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界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.鍼灸に対する受療者の視点. 医道の日本. 2006;65(1):170-17.

原著

助産師からみたツボ療法に関するアンケート調査

—(社)茨城県助産師会所属の助産師への調査より—

前田尚子¹⁾²⁾ 田口玲奈²⁾ 北小路博司²⁾

1) あゆみ鍼灸院 2) 明治国際医療大学臨床鍼灸学講座

Questionnaire survey on acupoint therapy based on nurse-midwives
—(company) questionnaire to midwives in Ibaraki Prefecture midwives Association—

Maeda Naoko 1) 2) Taguchi Reina 2) Kitakoji Hiroshi 2)

1) Ayumi Acupuncture and moxibustion Clinic

2) Department of Clinical Acupuncture and Moxibustion, Meiji University of Integrative Medicine

要旨

【はじめに】近年、ツボ療法などの東洋医学を取り入れた健康療法が注目されている。ツボ療法は、内服薬を好まない妊産婦にとって、積極的に取り入れるべき一つの方法と考える。ツボ療法が産科医療に取り入れられるためには、助産師のツボ療法に対する正しい知識と理解が重要である。しかし、これまでに、助産師からみたツボ療法に関する調査は行われていない。

【目的】助産師からみたツボ療法に関する情報やその導入の現状を調査することとした。

【方法】(社)茨城県助産師会所属の会員 229 人を対象に郵送によるアンケート調査を行った。アンケート内容は、助産師業務に関する設問、ツボ療法に関する設問、自己の鍼灸治療の経験などに関する設問とし、独自に作成した。

【結果】アンケートの有効回収数は 113 人(49.3%)で、平均年齢は 44.1 歳であった。ツボ療法を「知っている」は、82.3%であった。業務へのツボ療法の導入は、「取り入れている」51.6%、「今後取り入れたい」0.8%で、「取り入れている・今度取り入れたい」ツボ療法は、「指圧」94.8%、「足浴」77.6%、「ホットパック」50.0%であった。産科領域の鍼灸治療効果の認識については、「効果がある」は 71.7%で、「冷え」76.5%、「陣痛緩和」69.1%、「陣痛誘発・促進」64.2%、「腰痛」60.5%で有効と考えられていた。しかし、実際に、妊産婦に鍼灸治療を紹介しているのは 20 人(17.7%)で、自己の鍼灸受療経験があるのは 43 人(38.1%)であった。アンケート項目間では、「妊産婦への鍼灸治療紹介」と「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」および「妊産婦への鍼灸治療紹介」と「自己の鍼灸受療経験」でのみ関連性がみられた。

【考察】ツボ療法は 82.3%と多くの助産師で知られており、約半数で業務に可能な「指圧」「足浴」として導入されていると考えられた。産科領域の鍼灸治療効果については、71.7%と多くで「ある」と認識されていたが、つわりや骨盤位などの効果については十分、理解されていなかった。今後、講習会などで産科領域の鍼灸治療の有効性の理解を深めることが課題である。また、助産師の理解や自己の鍼灸受療経験が妊産婦の鍼灸紹介へ繋がる可能性がある。

キーワード：鍼灸、ツボ療法、助産師、妊産婦、産科

Astract

【Objective】 An acupoint therapy is considered to one of method which should be used for the pregnant woman positively. It is important that midwife who relate to pregnant woman has the correct knowledge and understanding with an acupoint therapy. The aim of this study was to survey the recognition and learning about an acupoint therapy on midwives.

【Methods】 The survey was sent by mail to 229 midwives, which belong to the Ibaraki midwife meeting. The questions addressed the following issues : (1)attribute such as ages and midwife history, (2)recognition about an acupoint therapy, (3) learning mean of an acupuncture and moxibustion therapy, (4) introduction of the acupuncture and moxibustion therapy to pregnant women.

【Results】 The response rate was 49.3%. An average age was 44.1 years old, and average midwife history 16.2 years. 93 of 113 (82.3%) recognized an acupoint therapy, and 48 (51.6%) used acupoint therapy such as shiatsu, foot bath, and hot packs. 81 (71.7%) recognized the effect of acupuncture and moxibustion treatment for “chill” (76.5%), “induction of labor” (64.2%) and “low back pain” (60.5%). 20 (17.7%) had introduced an acupuncture and moxibustion therapy to pregnant women, 31 (27.4%) want to introduce an acupuncture and moxibustion therapy to pregnant women in the future. 43 (38.1%) experienced acupuncture and moxibustion therapy. The issue "introduction of the acupuncture and moxibustion therapy to pregnant women" correlated with that of “recognition on acupuncture and moxibustion therapy effect for pregnant women” and “own experience of acupuncture and moxibustion therapy”.

【Conclusions】 It was suggested that an acupoint therapy was recognized in many midwives and about half of these used shiatsu, foot bath, and hot packs, which could be used easily. Although many midwives recognized the effect of acupuncture and moxibustion treatment for obstetrics medical treatment, the effect of acupuncture and moxibustion treatment for nausea and breech position were not understood. In future, it is necessary to deepen an understanding of the efficacy of the acupuncture and moxibustion therapy of an obstetrics medical treatment through workshop etc. Moreover, these results suggest that recognition on an acupuncture and moxibustion therapy effect for pregnant women, own experience of acupuncture and moxibustion therapy lead introduction of an acupuncture and moxibustion therapy to pregnant women.

Key Word : Questionnaire, acupoint, midwife,,acupuncture and moxibustion, pregnant woman

【はじめに】

近年、妊娠・分娩は医学的に管理され、母体死亡率は減少してきた¹⁾。その一方で、女性の社会進出等に伴い晩婚化が進み、分娩年齢の高齢化が進んでいる²⁾。わが国では母体年齢が35歳以上の出産は高齢出産として扱われ、分娩の際にハイリスク因子となる³⁾。一方、足達⁴⁾らは母体年齢に関係なく、微弱陣痛、分娩遷延、子宮収縮不全、弛緩出血などの分娩異常を有する者が初・経産婦ともに認められ、憂慮すべきと報告している。また、分娩異常の中には骨盤位も含まれ、わが国の産婦人科診療ガイドラインでは骨盤位は主に帝王切開が推奨されている⁵⁾。さらに、帝王切開の既往があり、経膈分娩を選択した場合は、分娩中の子宮破裂のリスクから、反復帝王切開が行われることが多い。これらの要因もあり、帝王切開率は2008年に一般病院では23.3%、一般診療所では13.0%と増加している⁶⁾。

一方、近年、妊産婦は積極的に分娩に対する情報を持ち、自身の分娩にこだわりをもつなど妊産婦の分娩に対する意識の変化が起きている。異常がなければ自然分娩を希望し、産む場所や分娩のスタイルを選択する。また、分娩後の過ごし方やケア、授乳について様々なこだわりを持つようになっている⁷⁻⁸⁾。

このように、産科医療の現場では、分娩年齢の高齢化や分娩異常の増加に伴う安全性の問題と、妊産婦の分娩に対する様々な要望の両者が混在する。そのような状況の中で、助産師は、妊産婦の希望を受け入れながら、安全な出産に導くために、分娩に向けた準備としての体作りの指導を行う⁹⁾。助産師が簡便に取り入れることができる方法の1つとしてツボ療法があり、これまでに助産師ケアに生かすツボ療法¹⁰⁻¹³⁾や指圧や磁気を用いた和痛分娩¹⁴⁻¹⁶⁾、ツボ刺激による乳分泌促進¹⁷⁻¹⁸⁾などが報告されている。ツボ療法の1つである鍼灸治療については、つわりや切迫早産、和痛分娩、陣痛促進、妊娠腰痛や便秘、骨盤位などの有効性が報告されている¹⁹⁻²¹⁾。妊娠中は薬物療法に制約があるため、妊娠中の鍼灸治療は侵襲が少なく受療可能で有効と考える。しかし、妊娠中の鍼灸治療は、広く認知されているとは言い難い。

鍼灸治療を多くの妊産婦に受療してもらうためには、妊産婦と深く関わる助産師の理解と協力が不可欠だと考える。

これまでに助産師による三陰交穴へのツボ療法の効果が報告²²⁾されているが、助産師におけるツボ療法の認知や助産への導入、その学習方法、妊産婦への鍼灸治療紹介の現状などについては明らかではない。そこで、助産師を対象にツボ療法の認知や導入の現状、および産科領域の鍼灸治療効果に対する認識、妊産婦への鍼灸治療の紹介、自己の鍼灸治療受療経験について明らかにすることとした。

【方法】

1. 調査方法

無記名のアンケートを用いた郵送調査法で行った。

2. 対象

一般社団法人茨城県助産師会所属の全助産師229人とした。

3. 期間

2013年1月12日に送付し、返信期限は2013年2月15日とした。

4. 配布と回収

配布は、アンケート協力依頼文とアンケート用紙、返信用封筒を郵送し、同封した返信用封筒にて回収した。アンケートの送付および返信費用はいずれも調査側が負担した。

5. アンケートの構成

配布したアンケートは、「助産師から見たツボ療法に関するアンケート」とした(図1)。アンケートの項目は以下の内容で産科領域の鍼灸治療に関する書籍を参考¹⁹⁻²⁰⁾に独自に作成した。概ね選択方式とし、一部記述とした。調査項目は①助産業務に関すること〔年齢、助産師歴、開業歴(開業している場合)、所属している助産師会の都道府県支部、所属の部会(助産所部会、保健指導部会、勤務部会)、その他の保有資格、勤務形態〕②ツボ療法の認知③ツボ療法の助産への導入④

鍼灸治療の認知⑤産科領域の鍼灸治療の効果の認識⑥妊産婦への鍼灸治療の紹介⑦自己の鍼灸受療経験とした。なお、本調査におけるツボ療法とは、何らかの方法でツボを用いたケアを行うことを示す旨をアンケートに記載した。

6. 調査項目

年齢および助産師歴は所属部会による勤務形態別に分析した。また、アンケートの項目間でのクロス集計は、それぞれ①「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」と「妊産婦への鍼灸治療の紹介」、②「自己の鍼灸受療経験」と「妊産婦への鍼灸治療の紹介」、③「自己の鍼灸受療経験」と「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」④「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」と「ツボ療法の導入」、⑤「妊産婦への鍼灸治療の紹介」と「ツボ療法の導入」、⑥「自己の鍼灸受療経験」と「ツボ療法の導入」の項目で関連性を分析した。

7. 倫理的配慮

本研究は、明治国際医療大学研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号 24-72)。アンケート依頼文にはアンケートの趣旨やプライバシーの保護など明記し、調査は無記名とした。

8. 分析方法

データは、平均±SDあるいは回答者数と百分率(%)で表した。複数選択回答に関しては、回答したn数で比率を記した。分析には、「エクセル統計2012」を用い、アンケートの設問で、ピアソンのカイ二乗検定を行った。その際、期待度数が5以下の場合、Ystesのカイ二乗検定を用いた。

【結果】

アンケート結果は、回答が未記入のものを「不明」として表記した。

1. 回収率

アンケート回収数は114通で、有効アンケートは113通、有効回収率は49.3%(113通/229通)であった。尚、宛所なしで返送されたものが1通であった。

2. 助産師業務に関すること

(1) 勤務形態 (図2)

就労別の所属部会における助産師の比率は、助産所部会10人(8.8%)、勤務部会75人(66.4%)、保健指導部会28人(24.8%)であった。なお、助産所部会は分娩取り扱いをする助産院を開業している助産師、勤務部会は病産院等の施設に勤務する助産師、保健指導部会は分娩以外の助産業務で開業している助産師である。

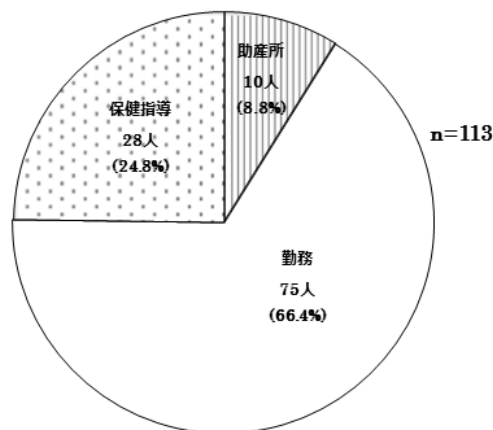


図2 所属部会による勤務形態

(2) 年齢 (表1)

全体の平均年齢は44.4±10.2歳であった。助産所部会、勤務部会、保健指導部会の平均年齢は、それぞれ50.3±12.8歳、41.9±9.0歳、48.9±10.0歳であった。

(3) 助産師歴 (表1)

全体の平均助産師歴は、16.2±10.5年であった。助産所部会、勤務部会、保健指導部会の平均助産師歴は、それぞれ25.5±12.0年、14.7±9.4年、19.2±10.9年であった。

表1 平均年齢と平均助産師歴

	全体n=113	助産所 n=10	勤務 n=75	保健指導 n=28
平均年齢	44.4±10.2	50.3±12.8	41.9±9.0	48.9±10.0
平均助産師歴	16.9±10.5	25.5±12.0	14.7±9.4	19.2±10.9

(4) その他の保有資格

助産師以外の保有している資格として、「保健師」16人、「アロマセラピー」2人、「受胎調節実施指導員」2人、「国際ラクテーションコンサルタント

ント」2人、その他として「ベビーマッサージ」、「誕生学アドバイザー」、「イトータルミール療術師」、「健康運動指導士」、「桶谷式乳房管理法」、「リフォロロジー分娩教育認定師」、「インファントマッサージ」、「妊婦に対する整体」、「看護教員」、「教員」があった。

アンケートの基本統計

(1) ツボ療法について

1) ツボ療法の認知 (図3)

全体で「知っている」は93人(82.3%)、「聞いたことがあるがよくわからない」は18人(15.9%)、「知らない」は1人(0.9%)、「不明」は1人(0.9%)であった。

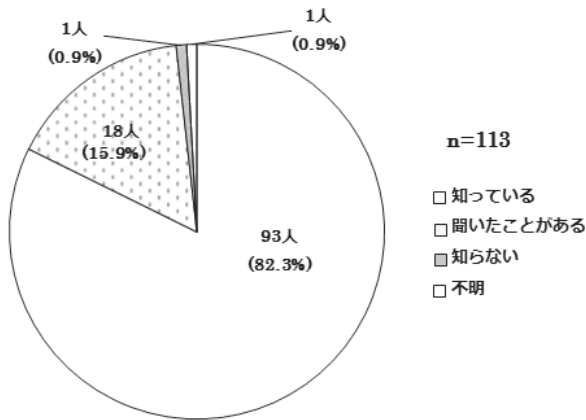


図3 ツボ療法の認知

2) 認知されている経穴 (複数回答)

ツボ療法を認知している回答者の中で、最も多く認知されていた経穴は、「三陰交」で93人(98.9%)であった。次いで、「合谷」が61人(64.9%)、「足三里」が56人(59.6%)、「至陰」が37人(39.4%)、「その他」が10人(10.6%)であった。その他としては、「百会」3人、「湧泉」2人、「手三里」、「肩井」、「天宗」、「膻中」、「太衝」、「内関」、「外関」、「丹田」でそれぞれ1人であった。

3) 助産業務へのツボ療法の導入 (図4)

助産業務へのツボ療法の導入については、「取り入れている」が48人(51.6%)、「今後取り入れたい」が10人(10.8%)、「取り入れていない」が26人(28.0%)、「不明」が9人(9.7%)であった。それ

ぞれの所属部会内での比率は、「取り入れている」のは、助産所部会では7人(70.0%)、保健指導部会は8人(28.6%)、勤務部会は33人(44.0%)であった。「取り入れていない」では、助産所部会は1人(10.0%)、保健指導部会は8人(28.6%)、勤務部会は17人(22.7%)で、所属部会内での比率に差はなかった (p=0.4114)。

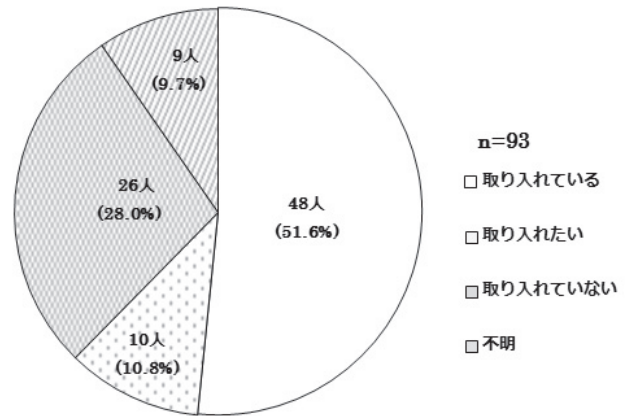


図4 ツボ療法の業務導入の割合

4) 業務へのツボ療法導入の方法 (複数回答) (図5)

「取り入れている」もしくは「今後取り入れたい」方法は、全体では「指圧」が55人(94.8%)と最も多く、次いで「足浴」が45人(77.6%)、「ホットパック」が29人(50.0%)、「お灸」が11人(19.0%)、「お灸教室」が6人(10.3%)、「その他」が3人(5.2%)であった。その他としては、吸盤、マッサージ、ツボ冊子を作って一緒に行くであった。

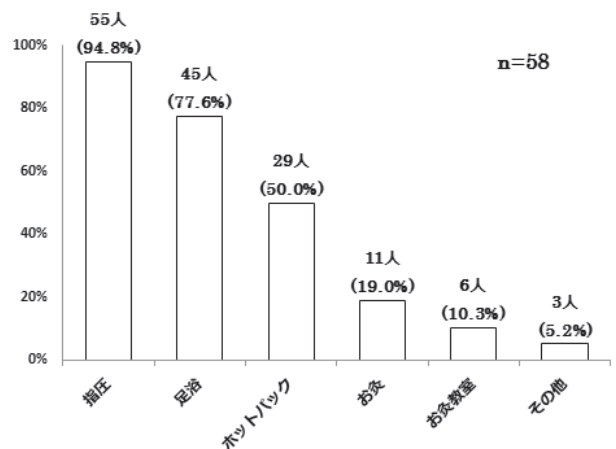


図5 業務へのツボ療法の導入方法

5) 業務に取り入れている・取り入れたい経穴 (複数回答)

「三陰交」が56人(86.1%)と最も多く、次いで「合谷」が26人(40.0%)、「足三里」が24人(36.9%)、「至陰」が21人(32.3%)、「その他」が7人(10.7%)であった。その他として、「丹田」、「肩井」、「天宗」、「膻中」、「太衝」、「次髎」、「上髎」、「膏肓」などがあつた。

6) 導入しない理由

「知識不足」が14人(50.0%)と約半数を占め、「その他」7人(25.0%)であった。その他としては、「病院という組織の中では自分一人の考えでは自由に取り入れることができない」が2人、「機会がない」3人、「なんとなく」1人であった。

(2) 鍼灸治療について

1) 鍼灸治療の認知 (図6)

全体で「知っている」が93人(82.3%)と最も多く、「聞いたことはあるがよくわからない」が14人(12.4%)、「知らない」が5人(4.4%)、「不明」が1人(0.9%)であった。

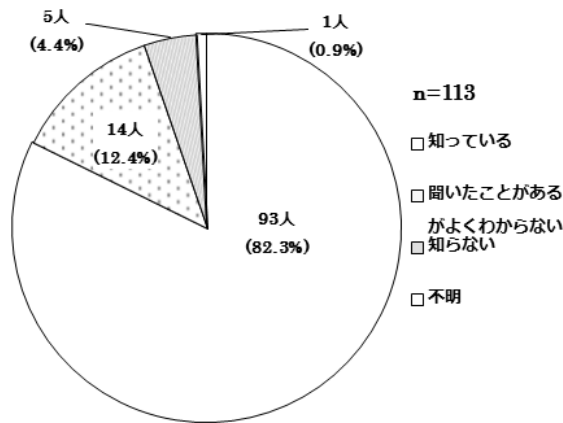


図6 鍼灸治療の認知

2) 鍼灸治療の学習方法 (複数回答) (図7)

「講習会」が最も多く53人(57.6%)、「雑誌」が24人(26.1%)、「本」が21人(22.8%)、「学校の授業」が20人(21.7%)、「メディア」が17人(18.5%)、「覚えていない」が3人(3.3%)、「その他」が20人(21.7%)であった。その他として、「知人」、「病院で施術している鍼灸師」が各2人であった。

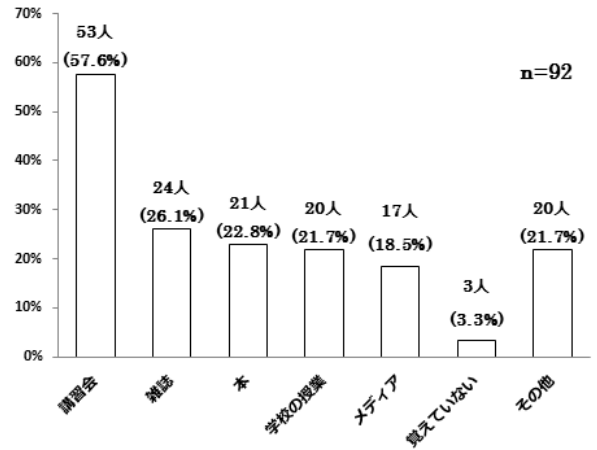


図7 鍼灸治療の学習方法

3) 講習会の主催

「助産師会」が最も多く35人(71.4%)、「鍼灸師会」が16人(10.1%)、「大学」が6人(3.8%)、「製薬会社」が2人(1.3%)、「その他」が27人(17.1%)であった。その他としては、「市民講座」、「勤めていた病院」がそれぞれ1人であった。

4) 講習会参加の動機 (図8)

「鍼灸単独の講習会で興味があつた」は35人(71.4%)、「他の講義もあつたが、鍼灸の講義が目的で受講した」が6人(12.2%)、「他の講義が目的で受講して、鍼灸の講義もあつたので同時に受講した」が5人(10.2%)、「その他」が1人(2.0%)、「不明」が2人(4.0%)であった。その他の詳細な記述はなかつた。

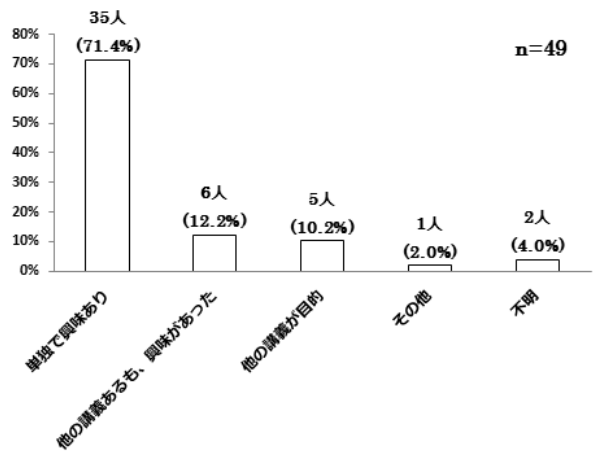


図8 講習会参加の動機

(3) 産科領域の鍼灸治療効果の認識

1) 鍼灸治療の効果 (図9)

産科領域の鍼灸治療の効果が「ある」は81人(71.7%)、「わからない」は30人(26.5%)、「ない」は0人(0%)、「不明」は2人(1.8%)であった。

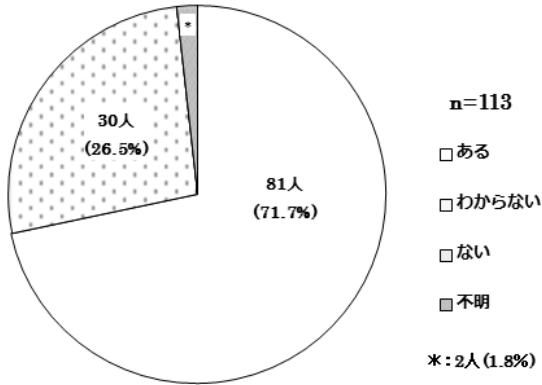


図9 産科領域に対する鍼灸治療の効果の認識

2) 鍼灸治療が有効と考える妊産婦の症状(図10)

鍼灸治療が有効と考えられてた症状や疾患を図10に示す。「冷え」が最多で62人(76.5%)で、次いで「陣痛緩和」56人(69.1%)、「陣痛誘発・誘発」52人(64.2%)。「腰痛」49人(60.5%)、便秘40人(49.4%)、骨盤位39人(48.1%)、分娩時リラックス37人(45.7%)、つわり34人(42.0%)、頻尿18人(22.2%)、その他5人(6.2%)であった。その他として、母乳分泌が3人、肩凝り・早産予防がそれぞれ1人挙げられた。

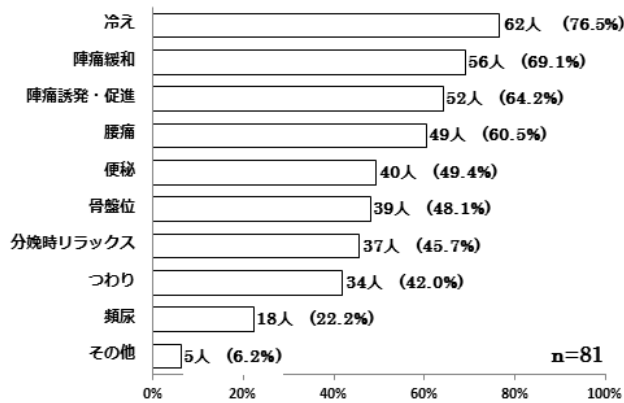


図10 鍼灸治療が有効と考える妊産婦の症状

(4) 妊産婦への鍼灸治療の紹介

1) 妊産婦への鍼灸治療の紹介 (図11)

「紹介している」が20人(17.7%)、「紹介したい」が31人(27.4%)、「どちらでもない」が48人(42.5%)、「紹介したくない」が5人(4.4%)、「不明」が9人(8.0%)であった。それぞれの所属部会内での比率は、「紹介している」「紹介したい」は、助産所部会では7人(70.0%)、保健指導部会は16人(57.1%)、勤務部会は32人(42.7%)であった。「どちらでもない」「紹介したくない」は、助産所部会では2人(20.0%)、保健指導部会は12人(42.9%)、勤務部会は42人(56.0%)であった。

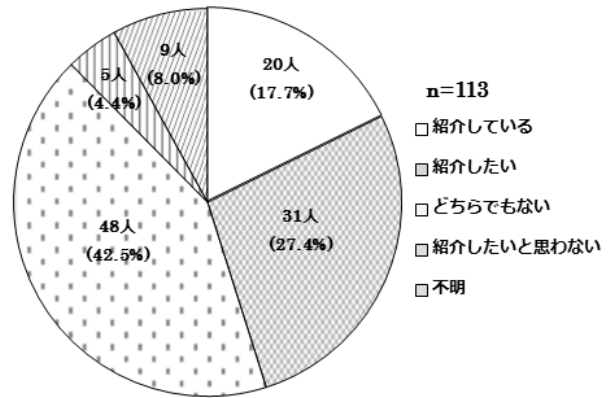


図11 妊産婦への鍼灸治療の紹介

2) 紹介したくない理由 (図12)

妊産婦に鍼灸治療を紹介したくない、もしくはどちらでもない理由として、「妊産婦、家族の受け入れが不明」が31人(55.4%)、「紹介先が不明」が30人(53.6%)、「安全性が不明」が20人(35.7%)、「効果が感じられない」が9人(16.4%)、「鍼灸以外の方法がある」が4人(7.1%)、「その他」が16人(28.6%)、「不明」が2人(3.6%)であった。その他として、「知識不足」が10人、「紹介したいが、病院や組織が行っていないため自分の考えでは紹介できない」が5人、「効果が不明確」、「紹介する機会がない」、「費用が高いと勧められない」がそれぞれ1人であった。

(5) 自己の鍼灸受療経験

自己の鍼灸受療経験について、「ある」は43人(38.1%)、「ない」は70人(61.9%)であった。鍼灸受療経験ありのもので、「治療効果があった」が30人(69.8%)、「変化がない」13人(30.2%)、「悪化

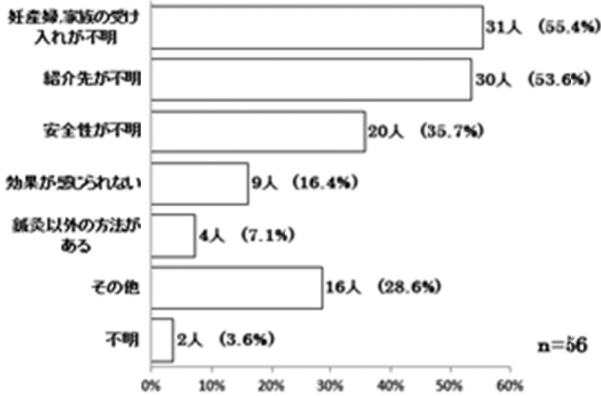


図12 妊産婦に鍼灸治療を紹介したくない理由

した」0人(0%)であった。

(6) アンケート項目間でのクロス集計

「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」と「妊産婦への鍼灸治療の紹介」については関連性が認められ(p=0.0016、表2、図13)、産科鍼灸の鍼灸治療の効果があると考えている者では、妊産婦へ鍼灸を紹介したい割合が高かった(表2)。

また、「自己の鍼灸受療経験」と「妊産婦への鍼灸治療の紹介」についても関連性がみられ

(p=0.0031、表3、図13)、「自己の鍼灸受療経験」がない者では、「どちらでもない・紹介したくない」の割合が高く、ある者では「紹介している・紹介したい」の割合が高かった。

表2 産科鍼灸の治療効果の認識と妊産婦への鍼灸治療紹介

		産科鍼灸の効果の有無			
		ある	わからない		
妊産婦への鍼灸治療の紹介	紹介している	実数	17	3	20 19.6%
		比率	16.7%	2.9%	
	調整済み標準化残差 (両側P値)		0.1150	0.1150	
	紹介したい	実数	29	2	31 30.4%
比率		28.4%	2.0%		
調整済み標準化残差 (両側P値)		0.0018	0.0018		
どちらでもない	実数	28	18	46 45.1%	
	比率	27.5%	17.6%		
調整済み標準化残差 (両側P値)		0.0021	0.0021		
紹介したくない	実数	2	3	5 4.9%	
	比率	2.0%	2.9%		
調整済み標準化残差 (両側P値)		0.0347	0.0347		
Yatesの補正 P=0.0016					

表3 自己の鍼灸受療経験と妊産婦への鍼灸治療紹介

		鍼灸の受療経験		合計	
		ある	ない		
鍼灸治療の紹介	紹介している・紹介したい	実数	30	26	56
		比率	26.5%	23.0%	
	調整済み標準化残差 (両側P値)		0.0008	0.0008	
	どちらでもない・紹介したくない	実数	13	43	56
比率		11.5%	38.1%		
調整済み標準化残差 (両側P値)		0.0013	0.0013		
不明	実数	0	1	1	
	比率	0.0%	0.9%		
調整済み標準化残差 (両側P値)		0.4311	0.4311		
合計		43	70	113	
P=0.0031					

一方、「自己の鍼灸受療経験」と「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」(Yatesの補正、p=0.7878)、「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」と「ツボ療法の導入」(p=0.1559)、「妊産婦への鍼灸治療の紹介」と「ツボ療法の導入」(p=0.9729)、「自己の鍼灸受療経験」と「ツボ療法の導入」(p=0.4347)に関連性はみられなかった(図13)。

また、「妊産婦への鍼灸治療の紹介」と「ツボ療法の導入」は、それぞれ勤務形態間で関連性はなかった(p=0.1376、p=0.2347)。



図13 アンケート項目間のクロス集計

【考察】

本研究では、勤務部会所属の助産師が66.4%と最も多く、保健指導部会所属および助産所部会所属の助産師はそれぞれ24.8%と8.8%であった。茨城県助産師会全体の所属部会人数はそれぞれ、

勤務部会 164 人 (全体の 71.6%)、保健指導部会 51 人 (全体の 22.3%)、助産所部会は 14 人 (全体の 6.1%) である。従って、今回、助産所部会でやや回収率は高かったが、本研究結果は茨城県助産師会における現状を示したものと考えられる。

ツボ療法を知っている 93 人 (82.3%) のうち、ツボ療法を取り入れているのは 48 人 (51.6%) で、約半数で導入されていることがわかった。また、ツボ療法の導入については、勤務形態別で差はなかったが、「取り入れている」のは、助産所部会で 70.0%、勤務部会では 44.0%、保健指導部会で 28.6% と、助産所部会で高い割合であった。保健指導部会で導入の割合が低かったのは、保健指導部会の業務内容が妊産婦への乳房ケア程度で、妊産婦と関わる機会が少ないためと考えられる。一方、導入方法は、「指圧」、「足浴」、「ホットパック」が多く、「お灸」や「お灸教室」は少数であった。このことから、「お灸」などの手間のかかる方法よりも、「指圧」や「足浴」のような手軽に行うことが可能な方法が選択されていると考えた。また、本研究では導入方法の選択理由は不明であるが、お灸には病院という組織の中での安全管理や他の医療従事者の理解、灸の煙や臭いなどの問題が挙げられ、容易に取り入れられ難い現状も関係しているのではないかと考える。さらに、正しくお灸を行うには専門の知識が必要で、本研究ではその他の保有資格として鍼灸師が挙げられなかったことも関係していると思われる。認知されている経穴および業務に取り入れている経穴・取り入れたい経穴として最も多かったのは「三陰交」であったが、具体的にどのような目的でそれらの経穴が選択されるのかは明らかにできなかった。今後は、使用目的と合わせた調査も必要であると考えられる。

鍼灸治療については、「知っている」は 93 人 (82.3%) で、その学習方法は、「講習会」が 53 人 (57.6%) と最も多く、次いで「雑誌」や「本」で、大半の助産師は、自ら積極的に学習していることが示唆された。また、「学校の授業」も 20 人 (21.7%) とあり、それらの助産師の助産師歴は、11 年未満が 18 人、約 90% と高い割合であった。仲道らは²²⁾ は、1990 年代から助産教育の中にツボ刺激が導入

されたと報告している。茨城県内においても、10 年以上、東洋医学が助産師教育に取り入れられており、それらが反映されていると考える。

鍼灸治療を知っている 93 人のうち、産科領域の鍼灸治療の効果を認識していたものは 81 人 (71.7%) で、また、講習会に参加したことのある 53 人では、産科領域の鍼灸治療の効果を認識しているのは 40 人 (75.5%)、わからない 13 人 (24.5%) であった。このように、直接講師の話を聞くことができる講習会という形で学習をしても、1/4 は分からないと答えていることから、講習の内容の検討が必要であると考えられる。しかし、今回のアンケートでは、どの程度知っているかまでは明確にできる設問ではなかったため、認識のレベルまでは明示できなかった。

また、鍼灸治療の効果があると考えられていた症状のうち、「冷え」が最多であった。これは、助産師関係の雑誌や論文に、鍼灸治療と冷えについての掲載が多くなされており、実際に助産師が妊産婦の冷えを意識した保健指導を行っていることが反映されているのではないかと考える^{18,23)}。次に多く認識されていたのは「陣痛緩和」、「陣痛誘発・促進」で、これらについても様々な、助産師関係の雑誌や論文に掲載されている症状である¹⁴⁻¹⁶⁾。これらは助産師の主たる業務に関わる症状であることが認識の高さにつながると考える。一方、「つわり」や「頻尿」に関しては認識が低い傾向にあると考えられた。ただ、今回のアンケートの設問では、どの程度理解しているかまで明確にできるものではなかった。そのため、「知っている」「聞いたことがある」という程度の理解であることも否めない。一方、これまでに様々な妊娠中の愁訴に対する鍼灸治療の有効性が報告されているが¹⁹⁻²⁰⁾、多数の RCT による検討がなされているのは骨盤位のみで、全体としてはエビデンスが認められるまでに至っていないのが現状である。今後、エビデンスを構築し、助産師や妊産婦に広く伝えることも必要である。

妊産婦に鍼灸治療を「紹介している」「紹介した

い」はあわせて 51 人(45.1%)であった。産科領域の鍼灸治療の効果があると考えている者では、鍼灸を「紹介したい」と考えている割合が高かった($p=0.0016$ 、表 2、図 13)。このことから、助産師が正しい知識をもち、鍼灸治療の理解を深めることは、妊産婦への鍼灸の紹介につながると示唆された。また、「自己の鍼灸受療経験」がない者では、「どちらでもない・紹介したくない」の割合が高く、ある者では「紹介している・紹介したい」の割合が高く、関連性がみられた($p=0.0031$ 、表 3、図 13)。このことは、「自己の鍼灸受療経験」の有無が妊産婦への鍼灸治療の紹介に深く関わることを示している。一方、「ツボ療法の導入」はそれぞれ「産科領域の鍼灸治療の効果の認識」、「妊産婦への鍼灸治療の紹介」、「妊産婦への鍼灸治療の紹介」と関連性はなかった。さらに「産科領域の鍼灸治療の効果」と「自己の鍼灸受療経験」に関連性はなかった。これらのことから、産科領域の鍼灸治療効果の認識を持っていたり、自己の鍼灸受療経験がある助産師は、妊産婦に鍼灸治療を紹介するが、ツボ療法の導入には直接、つながらないと示唆された。さらに、「妊産婦への鍼灸治療の紹介」と「ツボ療法の導入」は、勤務形態で関連性はなかったが、アンケートの自由記載に勤務助産師では、妊産婦への鍼灸治療紹介やツボ療法の導入に制約があったことから、今後は、その妨げの原因を明らかにすることも重要である。

一方、鍼灸治療を妊産婦に紹介したくない理由としては、「妊産婦、家族の受け入れが不明」、「紹介先が不明」、「安全性が不明」が主な理由に挙げられた。今後、紹介先については、講習会などを通じ交流を深めるなど、地域で鍼灸師と助産師が連携をとることが重要だと考える。また、妊産婦に鍼灸治療の有効性を認知してもらえるような活動も必要と考える。産科領域の鍼灸治療の安全性に関しては、妊婦の鍼灸治療には禁忌とされる妊娠週数がある²⁴⁾が、これまでに大きな有害事象は報告されていない²⁵⁻²⁷⁾。しかし、産科領域の鍼灸治療の安全性や治療効果の解明は未だ不十分である。従って、今後は、妊産婦への安全性を含めた基礎研究や臨床研究による検討を行うことも必要である。

【結語】

1. ツボ療法は多くの助産師で認知されており、指圧や足浴などの可能な手法で取り入れられていた。
2. 鍼灸治療は多くの助産師に認知されており、その学習方法の多くは講習会であった。
3. 産科領域の鍼灸治療の効果は助産師の約 7 割に認知されていた。
4. 産科領域の鍼灸治療効果を認識しているものは、妊産婦への鍼灸治療の紹介割合が高かった。
5. 自己の鍼灸受療経験が妊産婦への鍼灸治療の紹介に深く関わる。

参考文献

- 1) 財団法人厚生統計協会:国民衛生の動向・厚生指標増刊第 57(9):59,2010.
- 2) 財団法人厚生統計協会:国民衛生の動向・厚生指標増刊第 57(9):43-47,2010.
- 3) 丸尾猛,岡井崇.標準産婦人科学.医学書院. 2008:426-428.
- 4) 足達 淑子,小竹 久美子,田中 みのり,雪野 清,佐々木 静子,佐藤 千史,他:一産科病院における平成 20 年から 22 年にかけての微弱陣痛・弛緩出血等分娩異常. 社会保険旬報,8:10-15, 2012.
- 5) 日本産婦人科医会.産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011—:166-169.
- 6) 厚生労働省:統計調査結果 平成 22 年我が国の保健統計:35.
- 7) 進 純郎:分娩介助学.医学書院,:3-19,2005.
- 8) 吉田麻以,白石さおり,山本紀子,小泉香織.産んだ立場からの本当の気持ち.助産雑誌. 57(7): 18-25,2003.
- 9) 山本詩子,宮下美代子.保健指導・分娩介助・おっぱいケア:ベテラン助産師から学ぶ! 3 大助産業務のコツを技(ペリネイタルケア 2013 年夏季増刊).メディカ出版.2013.
- 10) 乃一洋美.東洋医学を助産婦ケアに活かす第 4 回・安産とその準備:三陰交のツボ刺激.助産婦.55(1):74-76, 2001.
- 11) 乃一洋美.東洋医学を助産婦ケアに活かす第 3 回・東洋医学からみた妊娠期のケア②—助産婦:54(4),62-64,2000.

- 12) 乃一洋美.東洋医学を助産婦ケアに活かす第2回・東洋医学からみた妊娠期のケア①ー.助産婦:54(2),57-60,2000.
- 13) 乃一洋美.東洋医学を助産婦ケアに活かす第1回 東洋医学の基礎理論.助産婦:53(4):62-65,1999.
- 14) 高橋律子.分娩第I期における産痛範囲のつぼ圧迫と和痛効果の研究.日本助産学会誌: 9(1):31-37,1995.
- 15) 下島亜紀子.妊婦の三陰交への磁気治療器貼付分娩誘発減少を期待した試み.日本看護学会論文集:母性看護(35).99-101,2004.
- 16) 伊藤友子.産婦への三陰交指圧による和痛・分娩促進効果 指圧群と腰部マッサージ群を比較して.日本看護学会集録.28回(母性看護): 185-187,1997.
- 17) 立浪たか子,石村朱美,島内敦子.乳汁分泌促進のためのツボ療法.助産婦雑誌:50(7):84-87, 1996.
- 18) 佐久間早苗.助産院におけるツボ刺激療法.助産婦.47(2):20-16,1993.
- 19) 矢野 忠編.レディス鍼灸 .医歯薬出版.2006.
- 20) 形井 秀一.イラストと写真で学ぶ逆子の鍼灸治療.医歯薬出版.2009.
- 21) 石野 信安:妊娠及び分娩に対する三陰交施灸の効果.日本東洋医学誌,6(1):22-24,1955.
- 22) 中道美言,西村明子,大橋一友.妊産褥婦に対する三陰交ツボ刺激の効果に関する助産師の認識.母性衛生.47(2): 313-319,2006.
- 23) たつのゆりこ.妊産婦のリラクゼーションとマッサージ.ペリネイタルケア.25(7):94-101,2006.
- 24) 川喜多健司,中村行雄,石崎直人,尾崎明弘.鍼治療の基礎教育と安全性に関するガイドライン.全日本鍼灸学会雑誌:50(3) ; 519-520,2000.
- 25) 前田 尚子.骨盤位の鍼灸治療中の胎児心拍数と母体の血圧測定.全日本鍼灸学会学術大会収録集,61:235, 2012.
- 26) 山田 文,山田 竹弘,形井 秀一.骨盤位(逆子)治療中に破水した症例.社会鍼灸学研究 2012,7:74-77,2013.
- 27) 林田和郎.鍼灸による胎位矯正法.全日本鍼灸学会雑誌:38(4):335-339,1988.

図1 アンケート

「助産師からみたツボ療法」に関するアンケート

I. 助産師に関することをお尋ねします。
 1. あなたの年齢、所属する助産師会の支部と三節会、助産歴、開業されている方は開業歴、その他の保有資格についてお尋ねします。それぞれご記入、または○をつけてください。
 年齢： _____ 歳、所属している助産師会の支部： _____ 県支部、
 三節会（助産所部会、保健指導部会、勤務部会）、助産師歴 _____ 年、開業歴 _____ 年、
 その他の保有資格： _____
 2. どのような業務形態ですか。（複数ある場合は、主なものを選択して○をつけてください）
 ① 大学病院 ② 総合病院の産婦人科 ③ 産婦人科医院 ④ 分娩取扱い開業 ⑤ 助産院勤務
 ⑥ 保健指導開業 ⑦ その他 ()

II. ツボに関することについてお尋ねします。該当するものに○、または直接記入してください。
 *本アンケートにおける「ツボ療法」とは、何らかの方法でツボを用いたケアを行うことをさします。
 1. ツボ療法を知っていますか。
 ① 知っている ② 聞いたことはあるがよくわからない ③ 知らない

① 知っている ② 聞いたことはあるがよくわからない ③ 知らない

・よくわからない理由を教えてください(複数回答あり)。
 ① 知識不足 ② 興味が無い ③ その他 ()
 2へお進みください。

・どのようなツボを知っていますか(複数回答あり)。
 ① 三陰交 ② 至陰 ③ 合谷 ④ 足三里 ⑤ その他 ()

・本アンケートにおいて、ツボ療法を取り入れていますか。該当するものに○、または直接記入してください。
 ① 取り入れている
 ② 今後取り入れたい
 ③ 取り入れていない

・どのような方法のツボのケアを取り入れていますか、もしくは取り入れたいですか(複数回答あり)。
 ① お灸 ② お灸教室 ③ 指圧 ④ 足浴 ⑤ ホットパック
 ()
 ・業務に取り入れている、もしくは今後取り入れてみたいツボを教えてください(複数回答あり)
 ① 三陰交 ② 至陰 ③ 合谷 ④ 足三里
 ⑤ その他 ()

・取り入れたい理由を教えてください(複数回答あり)。
 ① 忙しいから。
 ② ツボ療法に関する知識が不十分だから。
 ③ ツボ療法の効果が感じられないから。
 ④ その他 ()
 2へお進みください。

2. ツボ療法の一つとして鍼灸治療があることを知っていますか。
 ① 知っている ② 聞いたことはあるがよくわからない ③ 知らない ④ 知らない ⑤ 知らない ⑥ 知らない ⑦ 知らない ⑧ 知らない ⑨ 知らない ⑩ 知らない ⑪ 知らない ⑫ 知らない ⑬ 知らない ⑭ 知らない ⑮ 知らない ⑯ 知らない ⑰ 知らない ⑱ 知らない ⑲ 知らない ⑳ 知らない ㉑ 知らない ㉒ 知らない ㉓ 知らない ㉔ 知らない ㉕ 知らない ㉖ 知らない ㉗ 知らない ㉘ 知らない ㉙ 知らない ㉚ 知らない ㉛ 知らない ㉜ 知らない ㉝ 知らない ㉞ 知らない ㉟ 知らない ㊱ 知らない ㊲ 知らない ㊳ 知らない ㊴ 知らない ㊵ 知らない ㊶ 知らない ㊷ 知らない ㊸ 知らない ㊹ 知らない ㊺ 知らない ㊻ 知らない ㊼ 知らない ㊽ 知らない ㊾ 知らない ㊿ 知らない

・鍼灸治療をどのようにして知りましたか(複数回答あり)。
 ① 講習会 ② テレビなどのメディア ③ 本 ④ 看護・助産系雑誌 ()
 ⑤ 学校の授業 ⑥ 覚えていない ⑦ その他 ()

・鍼灸に関する講習会に参加された方にお尋ねします。
 講習会の主催はどこでしたか(複数回答あり)。
 ① 助産師会 ② 鍼灸師会 ③ 大学 ④ 製薬会社 ⑤ その他 ()
 ・鍼灸に関する講習会に参加したきっかけは何でしたか。
 ① 鍼灸単体の講習会で、興味があった。
 ② 他の講義もあつたが、鍼灸の講義が目的で受講した。
 ③ 他の講義が目的で受講して、鍼灸の講義もあつたので同時に受講した。
 ④ その他 ()
 3へお進みください。

3. 鍼灸治療が産科領域(妊娠・分娩・産後)において効果があると思えますか。
 ① ある ② わからない ③ ない
 ・下記の中で、鍼灸の効果があると思うものに○をつけてください(複数回答あり)。
 ① 口わり ② 頻尿 ③ 腰痛 ④ 冷え ⑤ 便秘 ⑥ 骨盤位
 ⑦ 陣痛誘発・促進 ⑧ 産痛緩和 ⑨ 分娩時のリラクゼーション
 ⑩ その他 ()

4. 妊産婦さんに鍼灸治療を紹介したいと思いますか。該当するものに○、または直接記入してください。
 ① 紹介している ② 紹介したい ③ どちらでもない ④ 紹介したいと思わない
 ・あてはまるものを選んでください(複数回答あり)。
 ① 妊産婦さんへ鍼灸治療を紹介している。
 ② 過去に妊産婦さんへ鍼灸治療を紹介したことがある。
 ③ 紹介したいがどこを紹介すればいいかわからない。
 ④ 今後紹介したいと思っている。
 ⑤ その他 ()

・その理由を教えてください(複数回答あり)。
 ① 鍼灸治療の効果が感じられないから。
 ② 鍼灸治療の安全性がわからないから。
 ③ 鍼灸治療以外の有効な方法を取り入れているから。
 ④ 妊産婦さんやその家族が受け入れられるか不明。
 ⑤ どここの鍼灸院を紹介したらいいかわからないから。
 ⑥ その他 ()

III. あなた自身の鍼灸治療の経験についてお尋ねします。該当するものに○、または直接記入してください。
 1. 今までに、鍼灸治療を受けたことがありますか。それは、どのような目的でしたか。
 ① ある(目的: _____) ② ない
 ・効果はありましたか ① 効果があった ② 変化がなかった ③ 悪化した

報告**日中の精製度の高いモグサの比較調査に関する考察**

高橋大希

東京衛生学園専門学校実験部

【要旨】**【はじめに】**

現在中国で製造されているモグサは、近年の技術の進歩もあって、石臼を使用せずに製造されているが、見た目が、精製度の高い日本のモグサに非常に近いものが存在する。そこで、日本で製造した精製度の高いモグサ（日本製）と、中国で製造した精製度の高いモグサ（中国製）の違いについて、本校の学生の協力を得て比較をした。

【対象と方法】

2012年2月～3月に東京衛生学園専門学校の学生165名を対象に、2種類のモグサ（日本のA社が製造した最高級モグサと中国のB社が製造した最高級モグサを比較してもらった。比較はクラスごとに行い、学生には2種類のモグサの比較とだけ告知した。その後、「匂い・見た目について」「艾炷の作成について」「艾炷の点火について」「その他・感想」に関する全11問の質問用紙に回答してもらい、回収、集計・分析した。

【結果】

日本製を選んだ割合が多かった質問としては、「色が綺麗（淡黄白色）なのはどちらですか」65%（108人）、「夾雑物が入っていないのはどちらですか」85%（141人）、「途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか」69%（111人）であった。

【考察】

モグサの2種類の違いを学生の約7割がわかっていると思われる。しかし、モグサの色、夾雑物の有無、香り、繊維の細かさ、手触りといった比較において、はりきゅう理論の教科書で言われている良質艾と粗悪艾の比較が、共に精製度の高いモグサの場合に、基準が存在していないことに気が付いた。今後のモグサの研究調査においては、精製度の違いを比較するための基準が必要となるだろう。

【結語】

精製度が高いモグサ同士でも、比較した場合に、その内容によって差が生じることは、今後、継続的にモグサの精製度を比較調査する上での資料となりうるだろう。

【はじめに】

お灸と聞くと、熱い、痕がつくといったマイナスイメージが先行しているが、美容分野での手段の一つに鍼灸が用いられていることもあり、灸治療が普及し始めている。書店では、自分自身でお灸をする為の、所謂セルフ灸の書籍も目に留まる。また、艾製造メーカーでもその為の商品を多く製造している。鍼灸の啓蒙・普及を考えると非常に喜ばしいことではあるが、ここで用いられるお灸とは、間接灸と呼ばれる艾が皮膚には直接接触しないタイプである。間接灸であることから、熱くない、痕がつかないことが、一般の方々を受け入れられている理由であることは理解できるが、臨床現場では、当然、直接灸の必要とされる場面も多く、きゅう師にとって、直接灸に用いられる艾の重要性が高いことは言うまでもない。

東京衛生学園専門学校では、直接灸である透熱灸の技術習得を目的に、入学当初から、技量の向上に努めている。散り艾を直径3mm程度の太さの紙縋り状にし(長さは散り艾の量による)、米粒大程度の円錐形の艾炷を、利き手(鍼を持つ手)とは反対の手の母指と示指で捻り出し、利き手の母指と示指で、紙縋り状の散り艾の円錐状になった先端(艾炷)を千切り、目的の場所に置く。その後、利き手の示指と中指の間に挟んだ火のついた線香で、艾炷の先端に点火する。ここまでの基本的な動作に費やす時間は、1年生約30名に対して教員が2名の体制で指導が行われ、90分の授業2回で終わることができる。その後は、3年間の実技授業や、定期的に行われる試験内容に応じて、技量を上げていくことを目的とする。基本的な練習は、市販のペーパータオルを適当なサイズにカットしたものに、縦線20本と、交叉するように横線5本を引くことで出来る交点100箇所(箇所)に施灸することとなる。ペーパータオルへの施灸なので、艾炷の硬さや大きさにより、焼け跡や穴ができてしまうが、学年が上がるごとにそれらは少なくなり、3年生では穴も作らず7分程度で施灸を完了する学生もいる。現在のカリキュラムでは、このペーパータオルによる施灸は、入学後、基本的な動作を覚える為の90分授業2回を終えた後から開

始され、同時に1週間に2枚(計200枚)の提出が宿題となる。また、夏、冬、春の長期休みでは20枚から30枚以上が宿題として提示されることもあり、宿題として提出する為に施灸した枚数だけでも、1年間で15000枚を超える。

このように、3年間で数万枚という艾炷を捻る本校において、散り艾の選別は重要であり、国産の良質透熱灸用艾を用いている。艾の製造工程には、蓬の採取、天日乾燥、加熱乾燥、裁断、石臼、篩、精製などの作業工程がある。この中でも、石臼による工程は重要で、乾燥ヨモギを必要部分と不要部分に分離するために行われる。この工程に掛かる時間と、石臼の種類(目の違い)で、艾に蓬の茎や葉の混入などが影響し、間接灸に用いられる艾から、混合物の無い精製の高い艾までが製造されることになる。しかし、近年中国で製造されている艾に、一見、精製の高い日本の艾に似ているものが存在し、しかし、それらは石臼を使用せずに製造されていることがわかっている。

そこで、日本で製造した精製の高いモグサ(以下日本製)と、中国で製造した精製の高いモグサ(以下中国製)の違いについて、本校の学生の協力を得て比較を行い、双方の艾の違いを学生がどの程度見分けがつくのかを調査した。

【対象】

2012年2月～3月に東京衛生学園専門学校東洋医療総合学科の学生165名(1年生昼部26名、夜部30名、2年生昼部29名、夜部26名、3年生昼部29名、夜部25名、19～60歳、平均29.9歳)を対象とした。

対象時の学年は、1週間に2枚提出が求められた現在のカリキュラムと厳密に同じではないが、夏、冬、春の長期休みに各30枚以上、また授業の進行における定期的な宿題の提出があり、授業中の練習や、宿題の基準に満たないものを合わせると、3年間での枚数は、最低でも1年間に1万枚は練習している計算になる。つまり、調査時の1年生(昼部、夜部共に)で1万枚、2年生(昼部、夜部共に)で2万枚、3年生(昼部、夜部共に)で3万枚の施灸経験を有していることになる。

【方法】

2種類のモグサ（日本のA社の最高級モグサと中国のB社の最高級モグサで製造されたもの）を入れた紙コップ（柄ありと白）を比較しながら、アンケートの質問に二者択一で答えたものを回収し、集計・分析を行った。また、その他として自由記載によるコメントも頂いた。

比較方法は、東京衛生学園専門学校実習室においてクラスごとに行い、1つのベッドを机として利用し、2人着席し、一人に1セット（それぞれの艾を入れた紙コップを1つずつ。色の違う2種類〈柄ありと白〉を使用）。艾は紙コップの底辺が見えなくなる程度の量を入れた。実習室はベッドが縦に5台ずつ3列に並んでおり（合計6列）、列ごとに紙コップの色と艾の種類を入れ替えて、隣同士が比較できないような工夫をした。また、比較中の会話は禁止とし、学生には『授業で使っているモグサと中国製のモグサの比較』とだけ告知した。

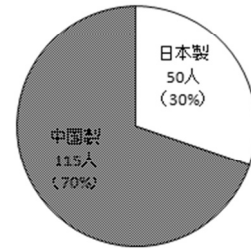
※アンケート用紙参照

【結果】

165名全員回答で、日本製を選んだ割合が多かった質問としては、「2.色が綺麗（淡黄白色）なのはどちらですか」108人（65%）（以下、示す順番は実数（%））「3.夾雑物が入っていないのはどちらですか」141人（85%）、「9.途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか」111人（69%）、「自分で購入して使用したいのはどちらですか」86人（52%）、「値段が高いのはどちらだと思いますか」99人（60%）の5つであり、中国製を選んだ割合が多かった質問としては、「1.良い香り（芳香）のする方はどちらですか」115人（70%）、「4.繊維が細かく見える艾は、どちらですか」126人（76%）、「5.手触りが良いのはどちらですか」114人（69%）、「6.紙縫りが作成しやすいのはどちらですか」103人（62%）、「7.艾炷を作りやすいのはどちらですか」97人（59%）、「8.点火しやすいのはどちらで作成した艾炷ですか」99人（60%）の6つとなった。

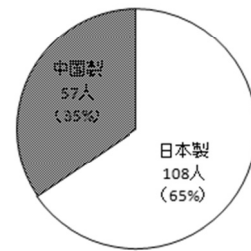
※一部の質問に対して無回答があった為、総数が異なっているものがある。

問1. 良い香りの艾



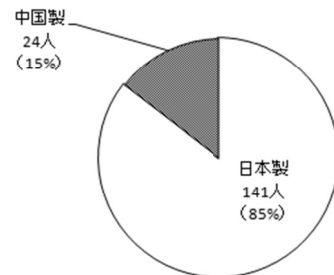
N=165

問2. 色が綺麗(淡黄白色)な艾



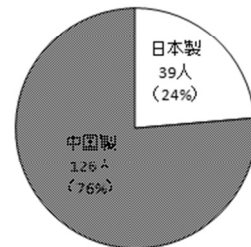
N=165

問3. 夾雑物が入っていない艾



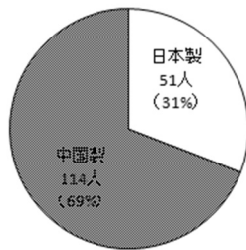
N=165

問4. 繊維の細く見える艾



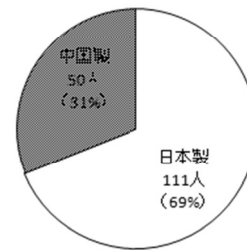
N=165

問5. 手触りが良い艾



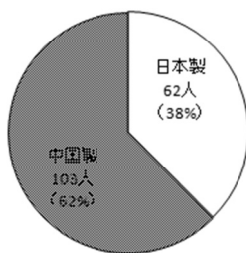
N=165

問9. 途中消えやすい艾



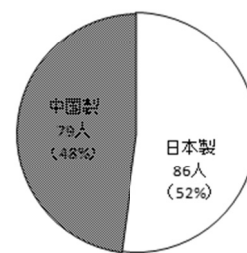
N=161

問6. 紙縫りが作成しやすい艾



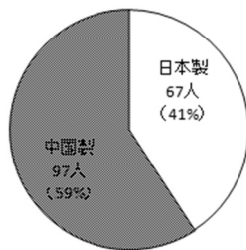
N=165

問10. 自分で購入したい艾



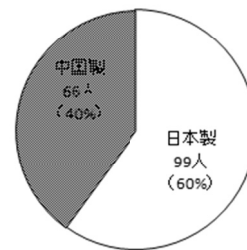
N=165

問7. 艾柱を作りやすい艾



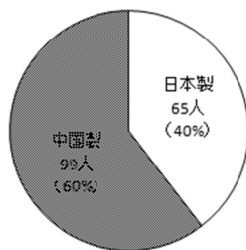
N=164

問11. 値段が高い艾



N=165

問8. 点火のしやすい艾



N=164

【考察】

質問1の『良い香り(芳香)』について、中国製を115人(70%)が良い香りとして選択した。日本製を選択したのは、それに対して半分以下の50人(30%)であった。『はりきゅう理論¹⁾』では、臭いについて、良質モグサは芳香、粗悪モグサは青臭さと区別している。粗悪モグサとは、精製度が低いモグサのことを言っており、蓬の葉や茎などが混入されている為に青臭さが際立つ。しかし、今回のような精製度の高く、『はりきゅう理論¹⁾』

でいう良い質モグサ) 酷似したモグサの比較においては、芳香という表現での区別が付きにくい可能性がある。本アンケートについて自由記載してくれた学生が、165名中67名(41%)いたが、その内24名が香りについての記載があり、その中でも『香りが強い』、もしくは『きつい』との表現を6名がしており、その中でも1名は『好みの香り』と記載してあった。そして、学年別の比較を見てみると、昼夜共に1年生と他の学年との差が大きい。授業において良質モグサと粗悪モグサを実際に手にして比較することは、本校の3年間の授業の1年生の実技授業においてのみであり、それ以外は別々に扱われる。座学においては3年生の国家試験受験前に再確認するだけであることから、実際の臭いにおける印象や記憶が強いのは1年生だけである。これらのことを考慮しても、精製度の高いモグサ同士でこのような結果になったことは、臭いにおいて明確な差が生じる要素があると考えられる。質問2の『色が綺麗(淡黄白色)なのはどちらですか?』については、108人(65%)が日本製を選択した。質問1の『芳香』の表現同様に、こちらの質問も『はりきゅう理論¹⁾』から引用して、良質、つまり精製度の高いモグサを『淡黄白色』とする表現を用いた。この良質モグサの淡黄白色は、粗悪モグサの黒褐色と比較されている。3年間の授業において精製度の違うモグサによる灸術を紹介しているが、その際で用いられているモグサの色の違いは一目瞭然である。よって、今回のような精製度の高いモグサ同士の比較は、質問1同様に難しかったのではないかと思われたが、全体結果では、日本製を選択した人数は、中国製を選択した57人(35%)の倍近い108人(65%)となり、双方における比較の要素が明確であったことが考えられる。クラス比較では、夜2年だけが中国製のほうが日本製を上回る結果となっている。当初、調査上の間違いも考えたが、他の質問項目での双方の比較を見てみると目立った差がないことからそれは考えにくい。また、このクラスだけが他の5クラスとモグサの色を区別する基準がずれているとも考えにくい。今回使用した双方のモグサは、袋に入った状態から無作為に一握り抽出し、それを紙コップに小分

けている。日本におけるモグサの製造過程を考えると、商品としてのモグサの一部に精製過程の低いものが混入されることは考えられないが、中国製を選んだ人数が、日本製を選んだ8人(28%)より倍以上多い21人(72%)からも、使用したモグサの製造及び商品になるまでの過程に何等かの原因があるのではないかと考えられる。

次の質問3の『夾雑物が入っていないのはどちらですか?』は141人(85%)が日本製を選択した。質問項目全11の中で、日本製と中国製の差が最もはっきりしたのが、この質問3である。この結果から、見た目での夾雑物の有無が明確であることがわかるが、これにもも製造過程の問題が大きく関係していると考えられる。『はりきゅう理論¹⁾』での比較の表現では、不純物が多いか少ないかで比較している。これは、粗悪モグサには蓬の茎などの混入があることが想像つくが、今回のような精製度の高いモグサの比較においては茎などの不純物の混入はほとんどない。しかし、このような結果になったことは、モグサに含まれていた“ゴマ”の有無が関係していると思われる。ゴマとは、モグサ業界の用語で、モグサの精製過程において葉が裁断されて粒状態になったものを言う。精製度の高いモグサの中に含まれると、淡黄白色のモグサの中に、その名の通り黒いゴマのように見えることから呼ばれている。このゴマは、モグサの精製過程における唐箕の精製度合いに関係していると言われている。唐箕の精製度合いには、その前段階において蓬をモグサ(毛茸と腺毛)と葉に分離させることが重要であり、そこには石臼の使用(臼挽き)が影響してくること想像できる。実は今回使用した日本製と中国製の大きな違いの1つに臼挽きの有無がある。中国製は製造工程において石臼を使用せずに製造されており、日本製は石臼を使用して製造されている。この製造方法の違いが、モグサの見た目に大きな差を生んでいると考えることができるだろう。

質問4『繊維が細かく見える艾は、どちらですか?』では、全体で中国製126人(76%)、質問5の『手触りが良いのはどちらですか?』でも全体で中国製114人(69%)の結果になり、全体及びクラスごとの比較においてすべて中国製のほうが

多い結果となった。これらも製造過程が直接結果に結びついていると思われる。個人でモグサを作る際に、石臼の代わりにミキサーなどで蓬の細断を代用することが見受けられる。この場合、モグサの繊維はバラバラに細断される。つまり、石臼を用いたものよりも繊維の形状をなしておらず、細かくなってしまふので、単純な手触りだけなら見た目と比例するような結果になることが考えられる。よって、質問4『繊維が細かく見える艾は、どちらですか?』が全体結果において、日本製に比べて倍以上の人が中国製のほうが、繊維が細く見えると選択しているのも当然と考えられる。しかし、質問5の『手触りが良いのはどちらですか?』では、全体結果では中国製を選択しているものの、その差はあまり大きくない。双方のモグサを肉眼で比較した結果、圧倒的に中国製のほうが繊維が細く見えているのに、手触りという感覚で比較した場合には大きな差になっていないことは、視覚に比べ触覚のほうが個人差は大きいことの説明にもなり、昼夜の学年、クラスによっても差にバラつきがあるのも感覚的なもの(触覚)の結果ではないだろうか。

質問6の『紙縫りが作成しやすいのはどちらですか?』では、103人(62%)と中国製を選択したほうが多く、質問7の『艾炷を作りやすいのはどちらですか?』では、97人(59%)とこちらも中国製を選択したほうが多い結果になった。クラスによる比較でも、質問6では6クラス中5クラスが中国製のほうが紙縫りを作成しやすいと答えている。全体結果からは中国製のほうが、紙縫りも艾炷も作成しやすいということがわかる。本校における施灸技術の習得は、市販のペーパータオルを施灸練習用の竹の上に乗せ、ペーパータオルに施灸していく。点火した際に、ペーパータオルに艾炷の燃焼による穴が開かないことが、施灸技術向上の条件の1つになっており、その為には、散り艾をできるだけ圧縮せずに、紙縫りと艾炷を作成する技術が求められる。これらの技術は、学年が上がるほどに向上していくことが、指導経験上わかっている。質問6の『紙縫りが作成しやすいのはどちらですか?』を学年ごとに見てみると、夜3年生以外は学年が上がることに中国製と

日本製の比較が明確になっている傾向があるように思えるが、質問7の『艾炷を作りやすいのはどちらですか?』に至っては、クラスことにまったくバラバラの結果となっている。施灸の指導方法は基本的に学年毎に変わっていないことから、紙縫り及び艾炷の作製ということだけ特化すると、中国製と日本製では本校の学生の技術では、明確な差がないのではないかと考えられる。

質問8の『点火しやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』では、全体結果では中国製99人(60%)、6クラス中5クラスが中国製を選んでおり、質問9の『途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』では、111人(69%)が日本製を選ぶという結果になった。双方の結果から、よく燃えるのは中国製と考えられる。具体的には、中国製は点火しやすく途中消えないとも言え、日本製は点火しにくく途中消えしやすいとも言える。

最後に、質問10『自分で購入して使用したいのはどちらですか?』、質問11『値段が高いのはどちらだと思いますか?』だが、これは普段の施灸練習において使用しているモグサが、日本産の精製度の高いモグサであることを知っている学生が、それにどの程度の魅力を感じているのかも期待しての項目となっている。質問10『自分で購入して使用したいのはどちらですか?』は全体結果として、日本製86人(52%)、中国製79人(48%)とほぼ半分にわかれる結果となった。クラス別の結果を見ても、バラバラとなっている。質問11『値段が高いのはどちらだと思いますか?』においても、全体結果として日本製99人(60%)、中国製66人(40%)と若干日本製を選んだ学生が多いが、大差はない。これらから、本校の学生にとって日本製と中国製の双方に、決定的な差は無いと感じていると考えられる。

本アンケートは、精製度の高い日本製と中国製のモグサの違いを学生が比較した結果であるが、アンケートを実施してみて、多くの問題点が浮き彫りになった。

その中心が比較内容の問題である。

『はりきゅう理論』には、モグサの品質として、「モグサの品質は産地、製造方法によって異なる

が、芳香の良い、熱刺激の緩和なものが良質である。しかし、間接灸用モグサなどには熱刺激の強い粗悪なものがよく用いられるので、用途に合わせて選ぶとよい。」として、おおまかな鑑別の要点として以下のような表による記載がある。

良 質	粗 悪
芳 香	青臭い
手触りが良く柔らかい	手触りが悪く固い
淡黄白色	黒褐色
繊維が細かい	繊維が粗い
不純物が少ない	不純物が多い
燃焼時、煙と灰が少ない	燃焼時、煙と灰が多い
燃焼時の熱感が緩和	燃焼時の熱感が強い

上記の表は艾の鑑別であり、良質艾と粗悪艾の比較とある。また、良質モグサと粗悪モグサは、直接灸用モグサと間接灸用モグサとして使いわけることが説明されている。このアンケートを作成する際にも上記の艾の鑑別を参考にしたことは先に述べた。

直接灸に用いられる良質艾と間接灸などに用いられることの多い粗悪艾では、その精製過程の差から各項目が反対の内容になっている。また、中国では現在、直接灸による施灸は少ないと言われており、棒灸や灸頭鍼に用いられているモグサは粗悪なものが多い。この2点が日本におけるモグサにの常識となっていると思われることから、今回のアンケート内容も、反対の結果を想定した質問項目として設定した。しかし、使用したモグサは日本で製造した精製度の高いモグサと、中国で製造した精製度の高いモグサの爲、それを踏まえての質問項目にする必要があった。日本におけるモグサの常識が指導者側の常識にもなっている為、回答者である学生もこの影響を全く受けていないとは言いきれない。これらのことから、明らかに精製度の違うモグサ同士を比較することはできても、精製度の高いモグサ同士を比較する際の明確な基準が存在していないことに気づく。

つまり、質問1の『良い香り (芳香)』、つまり嗅覚による比較にはその明確な基準が存在しない。

これらのことに気づいたのは、アンケート実施後である。今回のアンケート調査には、学校内の実習室を利用したが、本校の実習室は2教室あるが、1つは鍼灸専用の実技室、もう一つはマッサージ専用の実技室である。今回のアンケートはこの双方の教室を使用した。ここで問題となるのが、鍼灸専用の実技室には長年の施灸練習の結果、室内には灸の臭いが染みついている、マッサージの実技室にはマッサージオイルやパウダーの臭いが染み付いている。比較対象にばかり気を使い環境への配慮が不十分であった。これらが質問1の『良い香り (芳香)』に全く影響していないとは言い切れない。とくに、今回のような精製度の高い艾 (上質艾) においては、芳香と表現されているように、その臭いは強くなく、少量での比較は困難を要する。その割に、一度使用した紙コップには艾の臭いが染み付く爲に再利用が出来ない。今回は安価な紙コップだった爲に、クラスごとに新品を使用した。これらの工夫も当然必要となる。自由記載において、臭いに関するコメントがいくつかあったが、注目すべきものとして、点火時の煙の臭いについて4名の感想があった。3年間で5万壮近い施灸を実施する本校において、施灸時に感じる臭いは、艾の芳香ではなく、煙 (艾と線香の燃焼時に発する) の臭いである。考えてみれば、コーヒー豆にしても茶葉にしても、見た目での見分けは難しいと思われる。使用した時の香りを楽しむことや比較できることから、精製度の高いモグサにおいては燃焼時 (施灸時) の煙の臭いでの鑑別や比較の可能性も今後参考にすることができるとはならないだろうか。

次の質問2の『色が綺麗 (淡黄白色) なのはどちらですか?』、質問3の『夾雑物が入っていないのはどちらですか?』、質問4『繊維が細かく見える艾は、どちらですか?』の視覚による比較においても明確な比較基準がない。今回の比較に使用したモグサの量は、紙コップの底辺が見えなくなる程度の量 (目分量) であり、何等かの基準を設ける必要があった。コップの底であること (距離間)、実習室での蛍光灯による光の加減も考慮する必要があった。実際、舌診の比較実験などには、これらの条件を合わせることで視覚的に比較でき

ることも示されている。

質問5の『手触りが良いのはどちらですか?』、質問6の『紙縫りが作成しやすいのはどちらですか?』、質問7の『艾炷を作りやすいのはどちらですか?』、質問8の『点火しやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』、質問9の『途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』においては、特に比較基準の重要性を感じる。なぜなら、今回のアンケート調査から得られた結果が、臨床での施灸における治療効果との関係性を証明するものが何も無いからである。質問8の『点火しやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』、質問9の『途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか?』結果から、よく燃えるのは中国製であり、具体的には、中国製は点火しやすく途中消えない、日本製は点火しにくく途中消えしやすいと考察したが、先行研究として松本・形井の報告³⁾では、実際に施灸した感想として、「熱の通りがよい」では、日本産を選んだ方が多く、「熱が強い」では外国製(中国製)のほうが多く、「心地よかった」を選んだのも日本製の多かったと報告がある。これらから考えられるのは、点火のしやすさと、途中消えの有無が、実際の臨床において本当に理想的なモグサであるのかは別問題ではないかということである。治療効果が認められ2000年以上も使用されてきたモグサだが、歴史的にも艾炷のサイズはどんどん小さくなってきており、効果はあるが点火しにくいからこそ技術を磨いて対応してきたと考えてみると、施灸に適したモグサとはどのようなものなのかといった基準が、ここでも確立されていないことに気づく。国内でモグサの製造を行っている亀屋佐京商店では、日本産ヨモギと中国産ヨモギでモグサを製造した場合、日本産のヨモギのほうキレがあると教えて頂いた。キレとは、艾から艾炷を作成する際の作りやすさのことを言う。また、山内らの石臼とミキサーによるモグサの粉碎工程の違いによる報告²⁾によると、学生へのアンケート結果で90%以上の学生が双方の違いを認め、艾炷のひねりやすさにおいても石臼を使用して製造したモグサのほうが良いと回答した割合が多いと報告がある。今回使用しているモグサは、日本産のヨモギを使用した日本製の

モグサと、中国産のヨモギを使用した中国製との比較であるが、ヨモギの生産地によって製造されるモグサに差が生じ、製造工程の違いによっても製造されたモグサに違いがあるとすれば、今後は紙縫りや艾炷の作製を比較する際には、これらのことも考慮した比較が重要となるだろう。

以上、全ての質問項目から、現在モグサの種類を比較する際の明確な基準が無いことに気がついた。

今回の比較に際して参考とした『はりきゅう理論』¹⁾で用いられている良質艾と粗悪艾という表現だが、どのような目的で使用されたか調べる術はない。『はりきゅう理論』¹⁾は2002年に初版が発行された教科書だが、その前に使用されていた『鍼灸理論』⁴⁾は1985年に初版が発行されており、この中でも、モグサの品質と良否鑑別として、良質艾と粗悪艾と記されている。鍼灸理論の参考文献がいくつか挙げられているが、1982年発行の『鍼灸理論(オリエンズ研究会編)』⁵⁾では、良質艾と悪質艾は、1959年に初版発行の『鍼灸の科学』⁶⁾も参考文献に挙げられ、今回確認できた1979年発行の第2版では艾の良否の鑑別として、良、否と分類されている。1976年に初版発行の『鍼灸学原論』⁷⁾、今回確認できたのは1977年の第2版だが、こちらでは、モグサの種類を大別して精選艾と温灸艾と分けている。モグサや艾葉は、漢方薬としても使用されており、灸治療のみに使用されているものではない。しかし、灸治療に用いられているものと、その他で使用されているものを比較した際には、良質艾と粗悪艾と表現され、香りや手触りなどの見た目のわかりやすいところで分類されたのだろうが、もともと、モグサの製造販売をしているところでは、商品に『粗悪』の文字を使用することも考えにくい。モグサは精製度の違いによって多くの種類があり、灸療法の種類も数多く存在し、目的に応じて使い分けされている。しかし、現在の臨床現場では、教科書の影響もあつてか、良質艾と粗悪艾の単語で使用されているものも耳にする。今後は、精製度の違いに基準をおくことで、まずは名称から見直していくことが、モグサに関わる研究において重要となると思われる。本調査内容を多くの方の今後の研究の

参考資料として生かして頂くことを心から望む。

【結語】

日本製と中国製の共に精製度の高いモグサを比較・調査したことで、その差を明確にする為の基準となるものが存在していないことに気づいた。しかし、それでも日本製と中国製とで差が見られることは、今後の研究や調査において、アンケート内容として意義のあるものと考ええる。

【謝辞】

本調査を実施するにあたり、中国製モグサの提供、調査内容に関して、筑波技術大学の形井秀一先生には多くのアドバイスを頂きました。また、調査及びこのような形で報告できるにあたり、ご協力頂きました東京衛生学園専門学校の多くの方々に、心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 教科書執筆小委員会編. はりきゅう理論. 医道の日本社. 2002:22.
- 2) 山内晶子、他 神奈川衛生学園専門学校. 艾用石臼の試作と粉碎工程の違いによる艾の比較検討. 全日本鍼灸学会学術大会抄録集. 2013:159.
- 3) 松本毅、形井秀一. 国内産と外国産モグサの違いに関するアンケート調査—艾しゅの作製と点火後の感想—. 全日本鍼灸学会学術大会抄録集. 2013:159.
- 4) 教科書執筆小委員会編. 鍼灸理論. 医道の日本社. 1985:16.
- 5) オリエンス研究会編. 鍼灸理論. 岡山ライトハウス. 1982:60 - 61.
- 6) 芹澤勝助. 鍼灸の科学 理論篇. 医歯薬出版株式会社. 1979:16.
- 7) 木下晴都. 鍼灸学原論 第二版. 医道の日本社. 1977:240.

艾の品質に関するアンケート

(1 ・ 2 ・ 3)年 (男 ・ 女) 年齢()歳

紙コップに入った2種類の艾(紙コップ柄あり・白)について、以下の質問にお答え下さい。
尚、このアンケートが皆さんの成績に影響することは一切ありません。

匂い・見た目について

1. 良い香り(芳香)のする方はどちらですか？
柄あり ・ 白
2. 色が綺麗(淡黄白色)なのはどちらですか？
柄あり ・ 白
3. 夾雑物が入っていないのはどちらですか？
柄あり ・ 白
4. 繊維が細かく見える艾は、どちらですか？
柄あり ・ 白

艾炷の作成について

5. 手触りが良いのはどちらですか？
柄あり ・ 白
6. 紙縊りが作成しやすいのはどちらですか？
柄あり ・ 白
7. 艾炷を作りやすいのはどちらですか？
柄あり ・ 白

艾炷の点火について

8. 点火しやすいのはどちらで作成した艾炷ですか？
柄あり ・ 白
9. 途中消えやすいのはどちらで作成した艾炷ですか？
柄あり ・ 白

その他・感想

10. 自分で購入して使用したいのはどちらですか？
柄あり ・ 白
11. 値段が高いのはどちらだと思いますか？
柄あり ・ 白

※2種類の艾(紙コップ柄あり・白)を使用して気付いたことや、感想がありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

あとがき

2020年に2度目の東京オリンピックが開催される。1964年の東京オリンピックの頃、2ヶ月の赤ちゃんだった私は、50歳になった。残念ながら、東京オリンピックの記憶はなく、成長してTVでその映像を見ることになる。その後、大きくなり、高校卒業後は医療に関わり、30年以上が過ぎた。この私の年齢でも、人として、医療者として見てきたものは、数十年間で、随分と変化したとを感じる。

社会の変化に伴い、時間の流れの速さを感じる。情報は溢れ、何かわからないことがあれば、PC等で検索すればすぐ答えてくれる。以前は辞書を引き、図書館に出向き調べるというように、手間も時間もかかった。学習にしても、レポートは手書きで作成していた。書いては消し、消しては書きした下書きを、間違えないようにボールペンを使って清書した。それが、今ではPCでコピー、ペーストしてあつという間に出来上がる。

また、三種の神器と言われた、冷蔵庫・洗濯機・テレビは、今やどこの家庭にもある。掃除は勝手に掃除してくれるロボット掃除機まで現れた。家電の普及に伴い体力を使わなくてすむようになった分、筋力を使わないので、現代人の筋力は衰えていると思う。

さらに、子どもの遊びも変化した。放課後は習い事や塾があり、校庭も防犯対策で開放していないため、子どもの姿をみるのがなくなった。遊びは、もっぱらゲームをしている。数人で集まって遊んでいるのかと思えば、それぞれがゲームをしている。そのように変化した遊びの結果、手先を使わなくなり、体力や筋力がつかないまま大人になっていく。

女性のライフスタイルも変化した。女性は、結婚、妊娠、出産をきっかけに仕事を辞め、家庭に入っていたが、仕事を続けるようになった。しかし、いくら家電が発達・普及し、男女平等だと言われても、家庭で女性が担うものは、少なくない。そのような状況でも女性は、結婚、妊娠、分娩、育児を切れ目なく行っていく。臨床でみる育児中の女性の心身は疲弊している。

では、変化する社会に健康であるために、どうあるべきか。自分のおかれている立場と役割で貢献できることがあると考える。まず、人々は1人1人が健康や心身に対して意識的になるべきであり、自分のできる健康法を実行することが大事であろう。その中にはセルフケアも含まれる。鍼灸師としては、鍼灸治療は言わずもがな、社会に鍼灸の認知をアピールする等個々に実行できることをするべきである。

戦後、高度成長を遂げてきたと言われるが、何を成長と捉えるのか。大事なものは、成長することなのか、成熟することなのか、各人が考える時代にきていると思う。

(前田尚子)