

社会鍼灸学会  
研究



社会鍼灸学研究 2014

第9号

社会鍼灸学研究会

## 序

形井秀一  
筑波技術大学

上海の夏は、日本と同じように、暑さと湿度が厳しい。沖縄と変わらない緯度なので、さもありなんとは言えるが、古い街路樹の木陰の下を散策しても、涼しさと蒸し暑さが混在して、両者が一緒くたに皮膚にまとわりついてくる。

上海で行われた中国鍼灸学会(2015年8月14日~16日)の間に、今回の学会を主管した上海中医薬大学の楊華元教授と話をすることがあった。中国鍼灸学会は中国で最も大きい鍼灸学会で、約1万人の会員がいると聞いているが、1500名が今回の学会に参加しているということであった。

楊教授は話の中で、今後の鍼灸に必要なこととして、鍼灸の有効性の証明、臨床設備の充実、ISOによる標準化の3点をあげた。特に、鍼灸の科学化の重要性を説かれ、日本の科学技術を活かした最先端の研究をするために、日本側が中国医学の発展に協力してくれることを願っていた。

確かに、鍼灸分野の日本の科学技術は、他の国に比べたら、一日の長があると言えよう。明治時代以降、特に、第二次世界大戦以降は、鍼灸界は、鍼灸の科学的な有効性を日本国民、中でも、西洋医学関係者に理解してもらうことに腐心してきて、科学的な研究とそのための技術的方法も発達させてきたからである。

しかし、それらは、必ずしも成功したとは言えない。基礎分野、臨床基礎分野、臨床分野、等々で、科学研究のための多くの工夫がなされたが、結果を生み出せなかった分野は多く、研究の途上で挫折を余儀なくされた研究も少なくない。もちろん、研究は多くの失敗の上に成り立つものであるから、仕方ないことであるが・・・。

私は、中国鍼灸学会の開会式で行った **Keynote speech** の最後を、日中が協力して、同じ志の各国と歩調を合わせて、鍼灸の世界的な発展を目指そう、と締めくくったが、それが実現することを願って止まない。

さて、『社会鍼灸学研究・第9号』を発刊することができた。

本号は、2014年9月の第9回研究会で発表頂いた内容を論文化したものである。第9回のテーマは「セルフケア」であった。

人間が健康であることをいつの頃から望むようになったのかは、難しい問いである。痛みや苦痛から逃れたいとする気持ちは人間の本能的な欲望の1つであろうが、健康という概念やそれを求める意識は、その本能的欲望を大きくモディファイする必要があるだろう。

「健康」という言葉は、その概念がまだ一般的ではなかった明治時代に、福沢諭吉が使用し、広めたと言われている。そうだとすると、明治以降の時代背景が「健康概念」の成長と完成には必要であったであろう。それは、明治以降の日本の発展のために、必要であったとも言える。つまり、資本主義経済を土台とした国のあり方として、「健康」が重要なキーワードになるということである。裏を返せば、健康な人間を資本主義の国は求めるということであり、健康な人間の労働の上に、資本主義が成立しているということである。もちろん、個々人が、健康であることを望んだかどうかは明確ではないが、少なくとも、健康であることが、社会的美德や目標の一つとなっていくのではないかと考えられる。文明開化ではなく、富国強兵、殖産興業、・・・・、は日本国民がそれを担う基本単位である。その国民が、少なくとも健全な肉体を有することは、国が富むための最低条件と考えられる。必ずしも、国民が富むこととイコールではないが。

ところで、セルフケアも健康願望を前提としていると言える。特に、1960年代以降、ノルウェー、ドイツ、日本など、先進国でセルフケア運動が、国策として推進された。セルフケアは、「セルフ=自分、自己」の「ケア=健康管理」であるから、国から言われて実践するのでは、何となく本末転倒しているように思うが、経済発展を望む国のベースになる国民の健康が国の維持のための土台として最も基本的な要素であると考えれば、存外、矛盾なく得心できるようにも感じられる。

一方、「養生概念」は、中国民族が黄河流域のモンスーン地域で生活する間に見いだした考え方である。秦を建国して国を統一し、中国という国の発展を目指したわけであるが、現代以上に、当時の国は、人民の力が国の土台であり、人民の健康を維持することが、国の発展の維持の基本であったろう。人々の健康を維持するためには医術・医学が必要であり、それを担う医学として誕生したのが東洋医学であった。そして、東洋医学の基本となる考え方は、「養生」である。養生は、ものごとの考え方、感情のありよう、食事の内容、等々、日々の生活すべての基礎となる生活のあり方そのものである。その日々の生活のあり方が、人民の健康に関わることを見抜き、その健康の土台となる生活を自然の摂理に合わせるようにすべきであると考えたわけである。東洋医学を作り、秦（あるいは、漢）の人民の健康を維持していこうとする際に、「養生」を基本としたことは、慧眼であったと言えよう。

このように考えてくると、現代の「セルフケア」と2000年前の「養生」には、国の建設と発展のために、国を構成する人民や国民の健康を如何に維持し、それを守るかという命題が共通であることに気づかされる。

そして、セルフケアと養生の関係をどのように検討できるかということは、現代における健康と東洋医学の役割を考える際に、避けて通れないポイントであるとも言える。

東洋医学の「健康」のベースは「養生」である。であるならば、現代における養生を考えることは、生活習慣病等、生活のあり方が国民の健康の大きな問題となっている現在、鍼灸・あん摩の分野が取り組む課題の一つと言える。そして、また、セルフケアが、今後、鍼灸の分野でどのように形成されていくかも、重要であろう。

# 社会鍼灸学研究 2014 (通巻9号)

## 目次

- ・序  
形井秀一：筑波技術大学保健科学部 . . . . . i
- ・FIF ワールドカップブラジル大会レフェリーへのトレーナー活動  
妻木充法：東京メディカルスポーツ専門学校ジェフユナイテッド市原千葉 . . . . . 1
- ・世界のトレーナーワールドカップとJリーグ  
妻木充法：東京メディカルスポーツ専門学校ジェフユナイテッド市原千葉 . . . . . 5
- ・日本の養生の歴史とそのこころ  
鈴木一義：国立科学博物館 産業技術史 . . . . . 11
- ・「21 世紀の養生」と鍼灸  
小野直哉：公益財団法人 未来工学研究所 明治国際医療大学 . . . . . 23
- ・シンポジウム . . . . . 39
- ・東日本大震災と鍼灸-4年目の被災地の現状-  
嶺 聡一：社会鍼灸学研究会 専門学校首都医校 . . . . . 53
- ・薬物依存症者回復過程における鍼灸の可能性  
八尋優子：学校法人京都仏眼教育学園 京都仏眼鍼灸理療専門学校 . . . . . 61
- ・薬物依存症リハビリ施設における「お灸教室」でのストレス値変化  
～唾液アミラーゼモニターと KOKORO メーターを用いて～  
八尋優子：学校法人京都仏眼教育学園 京都仏眼鍼灸理療専門学校 . . . . . 65
- ・あとがき  
前田尚子：あゆみ鍼灸院 歩海助産院 筑波技術大学保健科学部客員研究員 . . . . . 72



## FIFA ワールドカップブラジル大会レフェリーへのトレーナー活動

妻木充法

東京メディカルスポーツ専門学校  
ジェフユナイテッド市原千葉

### 1. はじめに

2014年サッカーワールドカップは、ブラジルの各地で6月12日より7月13日までの1ヶ月間、32か国の代表チームが熱戦を繰り広げた。大会期間中、ワールドカップレフェリーのトレーナー活動(メディカルサポート)を行ったので、報告する。国際サッカー連盟(FIFA)は、世界最大のスポーツイベントであるワールドカップで、レフェリーを非常に重要な存在と考えている。たとえば、開幕戦の判定がその大会を通じての判定の基準となり、開幕戦と決勝戦の判定は、極めて重要である。また、アシスタントレフェリーの判断で得点を取り消されることがある。そのため、勝敗が換わることもありうる。さらに、ファウルの判定でケガが増えたり減ったりする。それゆえ、優勝したチームの表彰の前にレフェリーチーム5名が表彰台に昇り、メダルを授与される。しかし、選手や監督、観客から納得されるレフェリーイングをすることは、なかなか難しいことである。

そのため、レフェリーチームは、大会10日前から現地で専門的なトレーニングをして大会に備えている。(図1)

### 2. レフェリー、アシスタントレフェリーの特徴

レフェリーおよびアシスタントレフェリーは、90名(25トリオ+アシスタントデュオ)で42カ国(6大陸連盟)から招聘された(表1)。全レフェリーがクオリティの高いレフェリーイングを要求されるため、リオデジャネイロにキャンプ地を設け、大会終了まで、トレーニングを行った。指名されたレフェリーチームは、試合の2日前に現地に移動した。

レフェリー(主審)は、90分で10~14kmを移動し、方向転換を1250回ほど行っている。さらに、ホイッスルとカード以外に多くの装備を身につけている。それらは、ハートレートモニター、ヘッドフォンセット、フラッグビーブセット、バニシングスプレー、ゴールラインテクノロジー(GLT)である。アシスタ



図1 42カ国、90名のレフェリーたち。2014年サッカーワールドカップ

表1 42カ国からきたレフェリーたち

地域	国名	人数
アジア (AFC)	ウズベキスタン、カザフスタン、日本、バーレーン、イラン、オーストラリア	14名
アフリカ (CAF)	コートジボワール、ブルンジ、ガンビア、カメルーン、アルジェリア、モロッコ、セネガル、南アフリカ、ケニア	13名
中北米、カリブ (CONCACAF)	エルサルバドル、USA、カナダ、メキシコ、パナマ、ガテマラ、コスタリカ	13名
南米 (CONMEBOL)	チリ、アルゼンチン、コロンビア、ブラジル、エクアドル、ペルー、パラグアイ	17名
オセアニア (OFC)	ニュージーランド、タヒチ	4名
ヨーロッパ (UEFA)	ドイツ、トルコ、スウェーデン、ポルトガル、セルビア、イタリア、オランダ、スペイン、イギリス、ノルウェー	29名

ントレフェリー(副審)は、移動距離は、6～8km、方向転換950回程度だが、オフサイドなど厳密な判断が求められる。レフェリーは、選手と異なり、交代ができないうえ、平均年齢は、39.0歳と選手より15歳ほど歳が上である。試合を指名されるのは、試合開始48時間前なので、常にベストコンディションを維持しなければならない。それゆえ、メディカルサポートは、極めて重要なのである。

### 3. レフェリーのサポート体制とメディカルチーム

レフェリーへのサポートは、3つのパートに分かれる(図2)。第1は、テクニカルパートでレフェリーイング技術の向上で、7名のテクニカルインストラクターが行った。第2は、フィジカルコンデ

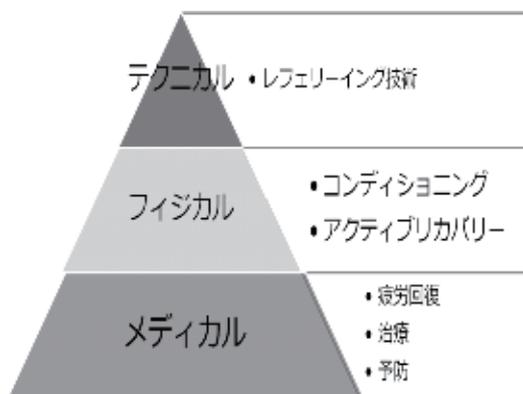


図2 FIFAのサポート体制

ィションで、4名のフィットネスインストラクターがこれに当たった。そして、第3が、メディカルサポートで、8名のトレーナー(フィジオと呼ぶ)が世界5カ国から招聘された。



図3 8名のフィジオ

### 4. トレーナー活動

メディカルチームの目的は、①外傷や障害をなくすこと、②いい健康状態を保つことである。実際の業務は、練習時(ピッチ)とホテル(オフザピッチ)の業務があった。練習は、ジーコフットボールセンターで毎日1回、午前か夕方、2時間程度行った。練習時のトレーナー業務は、①水や氷の準備、②練習やピッチ及び選手のモニターリング、③外傷の応急処置、④リハビリやアスリハ、⑤傷害予防プログラムのサポート等がある。実際は、ロッカールームにミネラルウォーターとコーヒーが用意され、確認することどまった。また、レフェリーは、接触プレーがないため、外傷は、基本的に少ない。むしろ、試合のシミュレーションでゲームをするプレーヤーに外傷(脱臼、骨折、捻挫など)が目立った。リハビリを行うレフェリーは、本大会では、ほとんどいなかった。ホテルでの業務は、①疲労回復のマッサージ、②外傷、障害の治療、③サプリメントや薬品の管理、④毎週1回の体重測定、⑤スケジューリ

ングやコンディションの報告等があった。

マッサージは、マリオ氏と筆者以外の6名のトレーナーが担当した。開幕前に90名全員3回行うように計画した。加えて、希望者は、空いている時間に追加して、実施した。大会期間中は、試合を指名されたレフェリーは、すべて行うことにした。そのため、スケジューリングが煩雑を極めた。チーフのマリオ氏と筆者の二人は、別の部屋でケガや痛みの治療を行った。鍼治療と物理療法(低周波)が中心の治療だった。サプリメントは、2種あり、クレマグ(クレアチン、マグネシウム)と芍薬甘草湯を用いた。予選リーグが始まると、ピッチに帯同するトレーナーチームとホテルに残って、マッサージなどを行う2つのチームに分かれて行い、1週間ごとに交代した。

### 5. メディカルサポートの成果

本大会期間中の外傷は、下腿肉離れ(Ⅱ度)が1件あった。2010南アフリカ大会では、4件(下腿肉離れ1件、足関節捻挫3件)だったので、本大会は、外傷が少なかった。また、障害の件数は、表2のようであった。外傷、障害ともに鍼治療を行った。

マッサージの件数は、本大会は、1032件と南アフリカ大会の489件に比べて、格段に多かった。6名でマッサージを行

ったので、一人当たりでは、172件となった。鍼治療は、193件で、前大会では、120件と増加した。しかも、マッサージの一人当たりの件数より多かった。そして、レフェリーのみならず、FIFA及びLOCのスタッフも鍼治療を希望して、19名(24件)の治療を行った。鍼治療は、円皮鍼を用いて、Mテストで評価して、刺激する経穴は、バイデジタルリングテストで決定した。安全で、疼痛もなく、効果の高い日本の鍼治療は、極めて好評であった(表3)。

### 6. まとめ

FIFAレフェリー90名のメディカルサポートを8名のトレーナー(フィジオ)で行った。ピッチとホテル内のトレーナー活動があった。マッサージと鍼治療を分担して行い、ケガの減少効果を認めた。日本の鍼治療が好評であった。

表2 障害の件数

	主審	副審	合計
ハムストリング	7	7	14
腰痛(LBP)	3	5	8
大腿四頭筋	3	3	6
大臀筋、中臀筋	3	2	5
下腿三頭筋	3	1	4



## 世界のトレーナー ワールドカップとJリーグ

妻木充法

東京メディカルスポーツ専門学校  
ジェフユナイテッド市原千葉

### 1. はじめに

近年、スポーツにいわゆるトレーナーがかかせない存在となっている。アスリートを少しでもいいコンディションにする、またケガから早くスポーツに復帰するため、トレーナーは、さまざまな治療や運動指導を行う。しかし、国によって、トレーナーの名称、資格、業務などは、異なるようである。筆者は、1979年から日本代表サッカーチーム、ドイツブンデスリーガ、Jリーグ(図1)などでトレーナー活動をしてきた。そこで、JリーグやFIFAでのトレーナー活動そして、海外のサッカーチーム視察を踏まえ、世界の12カ国のトレーナーについて概観してみたい。

### 2. 日本 Jリーグ

日本では、1993年にJリーグが開幕したが、それ以前は、アマチュアのリーグ(JSL日本サッカーリーグ)だった。

当時のトレーナーの業務は、シンプルで、疲労回復のマッサージ、鍼治療、テーピング、簡単なリハビリ程度だった。しかし、プロのJリーグができた時に、大きくトレーナーの仕事が変わった。Jリーグ規約で、チーム医療のさまざまなことが規定された。たとえば、専属の日本の医師免許を持つ医師がいることや健康管理の責任がその医師にあることが明言され、ドーピングコントロールも始まった。トレーナーは、人数も1名から3名程度に増員された。Jリーグ



図1 ジェフユナイテッド市原千葉

1993年Jリーグ開幕

の過密日程のためか、疲労の蓄積、傷害の増加、夏場のパフォーマンスの低下などの多くの問題が発生した。そこで、トレーナーにマッサージや治療のほか、傷害の予防対策や体力測定、食事のコントロールやサプリメントの検討なども求められるようになった。

2010年には、Jリーグのトレーナー数は、180名だった。保有資格は、鍼灸師がもっとも多く、111名(62%)で、ついであん摩マッサージ指圧師が78名(43%)、日本体育協会公認アスレティックトレーナーが61名(34%)だった。ついで、柔道整復師31名(17%)、理学療法士(PT)が27名(15%)である。なお、上記のアスレティックトレーナーは、医療資格ではない。日本体育協会公認ということで、業務は、①予防と応急処置、②アスレティックリハビリテーション、③コンディショニング、④体力測定と評価、⑤健康管理と組織運営、⑥教育的指導と規定され、トレーナーは、日体協ATと医療資格と両方持っている者が多い。

結局、Jリーグのトレーナーに関しては、日体協アスレティックトレーナー資格も保有すべきであろうが、人数は、圧倒的に鍼灸師が多いといえる。

### Jリーグトレーナーの保有資格2010年

J1, J2 合計180名中\*

\* 常勤 144名、非常勤36名

資格	人数	%
鍼灸師	111名	62%
あんまマッサージ指圧師	78名	43%
日本体育協会公認アスレティックトレーナー	61名	34%
柔道整復師	31名	17%
理学療法士	27名	15%

Jリーグトレーナー会長 和田氏より

図2 Jリーグトレーナーの保有資格2010年

### 3. アジア 韓国

韓国は、アジアで初めてプロリーグを始めた国である。2006年にソウル近郊の5つのKリーグクラブを見学した(ソウルFCや富川FCなど)。テーピング、マッサージ、リハビリなどを行っていた。クラブには、それぞれトレーナーが2名いた。呼称は、トレーナーあるいは、PT(理学療法士)で、所有資格名で呼ぶ。韓国代表チームのトレーナーによると(彼は、理学療法士)、トレーナーの資格は、KATA(韓国アスレティックトレーナー協会)が3分の2ほど、PT(理学療法士)が3分の1位という。民間資格は、いろいろあるが不明とのことである。鍼治療は、トレーナーが行っているチームもあるが、韓医師の資格ではないようだ。

### 4. 中東アラブ首長国連邦

中東のアラブ首長国連邦は、2009年、2010年とクラブW杯で現地のトレーナーとFIFAレフェリーのメディカルサポートをした。この国は、イスラム教で、油田があるためきわめて裕福な国である。2名のトレーナーの資格は、理学療法士なので、フィジオ(PT)と呼んだ。ところが彼らは、スーダンとトルコからの出稼ぎで、U.A.E.のクリニックで働いていた。業務は、鍼治療をしないことを除けば、ほぼ日本と同じであった。なお、サッカーチームにも他国からのトレーナー(PT)が行っていると聞いた。

### 5. ヨーロッパ ドイツ

1988年筆者は、ドイツのベルダーブレーメンと言うブンデスリーガのチームにいたことがあった。このチームには、トレーナーが1名で、マッサージ、テーピング、応

急処置、簡単なリハビリを行っていた。筆者は、彼のアシスタントを行った。資格は、マッサージ師なので、マッサージと呼ばれた。ドイツでは、監督をトレーナーと呼ぶ。

2014年筆者は、ブレーメンに視察に行った。2年前より、日本人の鍼灸師がトレーナーとして在籍していたからである。トレーナーは、5名に増えていた。トレーナー業務は、多岐に渡っていた。マッサージ、テーピング、応急処置は、当然であるが、傷害の管理やスケジューリング、専門的なリハビリ、鍼治療などを業務としていた。資格は、3名が理学療法士(スポーツPT)、マッサージ師が1名、そして、鍼灸師1名である。ブレーメン以外でも鍼治療は、医師が行っているチームと日本人鍼灸師がいるチームがあるという。

スポーツPTとは、理学療法士がスポーツフィジオセラピーの講習を受け認定された名称である。いわば、日体協アスレティックトレーナーや、USAのATC(Athletic Trainer Certified)のようなものである。目的は、①傷害の予防、②応急処置、③リハビリ、④パフォーマンスの向上、⑤選手教育とされている。世界組織IFSPT(International Federation of Sports Physio Therapy)があり、アスレティックトレーナーの世界組織WFATT(World

Federation of Athletic Training and Therapy)と類似している。ただ、スポーツPTは、基本的に各国の理学療法士協会の下部組織である。

## 6. ヨーロッパ イギリス

1999年のアンケート調査によると、イギリスプレミアリーグ20クラブのうち、13チームから回答があり、そのうち7クラブが鍼治療を行っていた。施術者は、チームの理学療法士、医師、外部の鍼灸師であった。

2012年ロンドンオリンピックでのFIFAレフェリーへのトレーナー活動で、イギリス人のトレーナー5名と仕事をした。そのうち、3名が理学療法士(PT)で、鍼認定資格を持っていた。1名がスポーツマッサージ師、残る1名がフィジカルインストラクターだった。多くの理学療法士が鍼治療の認定を受けている。理由は、理学療法士は、180時間の講習で鍼認定資格が授与される、つまりほぼ3カ月の受講でOKだからである。アフリカの項で述べるが、南アフリカはさらに簡単である。業務は、日本とほぼ同様である。

2014年プレミア2部のワットフォードクラブを視察した。このチームのトレーナー(フィジオと呼ぶ)は、5名で、資格は、チーフがオステオパス、理学療法士(PT)3名うち、スポーツPT1名、そして鍼灸師(日本)1名だった。鍼灸師は、筆者の学校の卒業生なので、視察が可能だった。業務内容は、日本と同様であるが、手技療法が多いという印象だった。

イギリスは、ほぼ理学療法士がトレーナー活動を行い、鍼治療(ドライニードリング)も行っている。

### 世界組織 IFSPT とWFATT

- ▶ **IFSPT** :スポーツ理学療法士(SPT)  
*International Federation of Sports Physical Therapy*  
2000年に設立 ヨーロッパ中心 20カ国  
WCPTの下部組織  
World Confederation for Physical Therapy
- ▶ **WFATT**: アスレティックトレーナー(AT)  
*World Federation of Athletic Training and Therapy*  
アメリカとカナダ中心 2000年末に設立  
9カ国19団体

図3 IFSPT と WFATT について



図4 治療するイギリスのフィジオ (理学療法士)

## 7. ヨーロッパ フランス

フランスもリーグアンというプロサッカーリーグが盛んである。2007年パリにあるパリサンジェルマン PSV クラブを視察した。トレーナーは、4名で3名が理学療法士 (PT) で、1名がオステオパスであった。フランスでは、トレーナーをキネと呼ぶ。鍼治療は、外部から週1回オステオパスがきて施術するという。フランスの法律では、鍼治療は、医師と助産婦のみに資格が与えられるが、厳密には、違法だが7000名ほど行っているようだ。

## 8. 北米 U.S.A.

トレーナーは、(厳密には、アスレティックトレーナー)アメリカが発祥の地である。日本からもトレーナーにあこがれてアメリカの大学に入学すると聞く。実際、スポーツ現場 (特に大学や高校) では、公認アスレティックトレーナー(ATC)が働いている。もちろん、プロチームもそうだ。理学療法士(PT)は、病院、クリニックに所属している。ちなみに学歴、年収では、ATCとPTでは、かなり開きがある。インターネットの occupational outlook handbook によると、ATCは、大学卒程度で年収が41600ドル前後、PTは、大学院博士程度で、年

収が76310ドル前後となる。現在、ボイシ州立大学の研究員の泉氏によると、メジャーリーグサッカー (MLS) では、各チームでトレーナーは、ATCが2名プラスインターン1名という構成という。そして、業務も日本とは若干異なり、傷害予防プログラム、応急処置からリハビリ、チーム医療保険の事務処理などが主な業務である。鍼治療は、行わず、外部の鍼灸やカイロの治療院を紹介するという。

## 9. 南米 コロンビア

2013年U-20ワールドカップがボゴダで開催され、筆者もコロンビアのトレーナーと共に、レフェリーへのトレーナー活動を行った。4名のトレーナーは、理学療法士が2名 (クリニック勤務)、マッサージ師1名 (開業)、キネシオロジスト1名 (ユースチーム所属) であった。コストの関係で理学療法士がサッカーチームにまだあまりいないようであった。鍼治療は、行っていない気配はなかった。

## 10. 南米 ブラジル

2013年コンフェデ杯、2014年ワールドカップと2回に渡って、ブラジルのトレーナー (フィジオあるいはマッサージと呼ぶ) 4名とFIFAレフェリーのトレーナー活動を行った。われわれは、理学療法士だけだったが、サッカークラブには、理学療法士とマッサージ師がいるという。疲労回復のマッサージは、マッサージ師が担当し、ケガの治療、リハビリは、理学療法士が行うようである。鍼治療は、ブラジルでは、盛んだが、筆者の知るトレーナー (フィジオ) は、行っていなかった。業務は、鍼治療を除けば、日本と同様である。

## 11. 南アフリカ、エジプト、ナイジェリア

南アフリカでは、2009年コンフェデ杯、2010年ワールド杯とFIFAレフェリーのメディカルサポートを行った。南アフリカは、スポーツ医学が盛んな国である。レフェリーのトレーナーを共に行ったのは、すべて、理学療法士(PT)3名で、1名がスポーツPTであった。マッサージ師もいるはずだが、仕事をする機会はなかった。業務は、やはり日本と同様であるが、理学療法士が鍼治療を行うのは、簡単である。なぜなら、わずか1日の講習で理学療法士は、鍼の認定資格が得られるそうである。トリガーポイントに鍼で刺激を加えるのである。物理療法の一つという認識だろう。

エジプトは、2009年にカイロでU-20ワールド杯、ナイジェリアは、同年ボゴダでU-17ワールド杯が開催され、レフェリーへのトレーナー活動を現地のトレーナーと行った。エジプトで携わったトレーナーは、自称 理学療法士と言ったが、資格は、最後まで不明だった。ナイジェリアのトレーナーも資格は不明だった。業務は、マッサージとケガの応急処置を行っていた。サッカークラブに関しては、不明である。

## 12. 終りに

現在、スポーツ医学の注目は、治療から予防に移っている。プロサッカークラブの

トレーナーは、医師と共に高度のレベルの医療を行うため、ヨーロッパのサッカーリーグの規約では、練習、試合に理学療法士の帯同が義務付けられている。日本及びアジア各国にもアジアサッカー連盟から通達が出され、理学療法士がクラブに義務づけられた。しかし、日本では、鍼灸師、柔道整復師など理学療法士以外の伝統ある医療資格が優勢であるため、Jリーグ規約には、理学療法士、鍼灸師、あ指マッサージ師、柔道整復師、日本体育協会公認アスレティックトレーナーと書かれている(図5)。

結局、トレーナーの資格に関して、日本の多様な資格とU.S.A.の公認アスレティックトレーナー(ATC)は、理学療法士が優位の世界のサッカーからは、特殊な状況と言える。

リーグの規約では、PTが義務化されている

ドイツ イギリス	理学療法士(フィジオ) 試合1名 義務
フランス	理学療法士(キネ) 練習、試合2名 義務
アメリカ	NATA (ATC) アスレティックトレーナー 練習、試合 1名 義務
日本	理学療法士 クラブ勤務 義務 (理学療法士、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、日体協アスレティックトレーナー)

図5 各国の理学療法士の義務化状況



## 日本の養生の歴史とそのころ

鈴木一義

国立科学博物館 産業技術史資料情報センター長

### 1. はじめに

私は、医療は専門ではなく、博物館で日本の科学や技術の歴史、日本のものづくりの特徴等について研究をしています。現在の日本のモノづくりは、高性能で品質の高い製品を作ることが評価されていますが、なぜそのようなモノづくりが日本で行われているのでしょうか？欧米のモノマネと言われたこともありました。モノマネだけでそのようなモノづくりが成り立つはずありません。私は、その源流は明治以前の江戸時代にあると考えています。この源流、歴史を知る事で、日本のモノづくりがモノマネで無いことをきちんと説明できます。現在あることの歴史、理由を知ることは、自分達の自信になります。先人達の努力や、苦勞を知ることが自信になるし、他者や他国に対しきちんと伝え、分かってもらえる事ができます。それは、相手の信頼を受けることに繋がるわけです。自分に自信がなければ、誰も私達を信頼してくれません。話題になっているTPPで医療や制度をどうするかというのも、単に経済や他国の制度が良いという事では無く、まさに日本がどのような歴史の中で現在の医療、医療制度になったかを知らなければ、安易に変えることはできないはず。本日は、国立科学博物館が所蔵している医学コレクションを元に2013年に行った医学展を中心に、その日本の医の源流、歴史についてお話したいと思っております。

国立科学博物館の医学コレクションは、かつて東青梅にあった医学文化館という日本最大の医学コレクションがベースになっています。医学文化館が諸事情で閉鎖されたため、2000年に国立科学博物館がその資料を預

かることになりました。約10年かけて目録を作りましたが、約3万点ありました。その過程で、京都にあった和田医学史料館の医学史料も引き受けることになり、現在、科学博物館には約4万点弱の医学コレクションがあります。医学展は、その医学コレクションを使って日本の医の源流、歴史を多くの方々に知っていただき、現在の医療や制度、今後の医について考えてほしいという願いで企画、実施したものです。医学展のタイトルは「医は仁術」としました。後で詳しくお話ししたいと思いますが、本日のテーマである「養生」というのも、実は「仁」ということから生まれたものだと考えています。「仁」は、儒教の中で孔子が一番重要視した、最も重要な教えです。最近、「おもてなし」という言葉が有名になりましたが、日本は古くから和をもって貴しの国で、相手の立場を考えることを教えてきました。相手の立場、他を想うというのは、まさに「仁」のことです。もちろん、他の国に「仁」が無いわけではありません。しかしその「仁」は、トップに立つ人達がもつべきものであり、一般の人々に求められるものではありません。ところが日本の場合、それが一般の人々にも浸透している。東日本大震災の時に自分の身が危険であるにも関わらず、多くの人々が助け合った姿に、世界が感動し、また驚いたのです。それは日本という国が育んできた「仁」の在り方だと思えます。医の世界においても、日本独特の「仁」があります。それが「養生」だと思っています。「養生」は、セルフケアですが、他人に迷惑をかけない、自分の身は自分で守る、という意味で「仁」ではないでしょうか。人に迷惑をかけないように自分の身を守るとい

うのは、「仁」に繋がっていると思います。そのような「養生」がなぜ現在に至るまで行われているのかも、展示で紹介しましたので、お話ししたいと思います。

## 2. 日本の医の始まり

展示の一番最初のコーナーは、まだ医術が未発達で祈るしか無かった時代の資料を展示しています。絵馬や疱瘡絵などには、医の神様である神農や源為朝、ウサギなどが描かれ、祈ることで心の安心を得ようとしたことが分かります。ただしよく見てみると、絵の回りにいろいろな文字が書かれています。単なる祈りの歌もあるのですが、食べて良い物と悪い物、やって良いことと悪いことなど、養生のことが書かれている疱瘡絵はたくさんあります。やみくもに祈るためのものではなく、そこに少しでも治るような客観性のある医療行為を付加した疱瘡絵が売れるのです。それを張って、祈ると同時に養生を行う。それは心の安定と身体の健康を行うということです。現代医学は、病気を治すことを中心に発達してきましたが、どんなに医学が発達しても、心の安心が無ければ実は医学として十分でないことは、最近とみに言われるようになりました。その事をまず最初に展示致しました。

さてその時代から、戦国時代から江戸時代にかけて、西や東からあらたな進んだ医術が入ってくるようになりました。進んだ医術というのは、例えば西洋においては中世まで病気は神からの恵みであり、医療は神への冒瀆とされ、理容師らによるまじない的な治療や外科手術が行われていました。しかしご存じのように、14世紀以降のルネッサンス運動によって、ギリシャやローマ時代の百家争鳴の議論や実証的な見地に立ち返れという、あらたな医術、医学の発展が始まりました。中国でも同じように、本来、病に応じて薬を処方されるべきが、『和剂局方』のような伝統的

な医薬書にある薬に合わせた治療が行われるといった教条化し、形式化した医術が長く続きましたが、12世紀から14世紀にかけて金元医学がおこり、実証的な医術が芽生えました。日本に伝来した東西の医術は、この東西で始まりつつあったあらたな医術でした。平戸の殿様松浦静山が集めた医書籍が残されていますが、漢蘭いりみだれた書籍となっています。蘭癖大名として有名な松浦静山ですが、別に蘭学だけやっていたわけではなく、良いと思われる医学知識は漢蘭などの区別無く全て受け入れるのは、考えてみれば当たり前のことです。

具体的に東の国、中国で始まった金元医学は、病を診断して病症を分類(弁証)して治療を行うという「察証弁知」を重視した実証的な医学でした。この金元医学(李朱医学)を日本に伝えたのが田代三喜と言われています。田代三喜の弟子、曲直瀬道三はその医術を京に開いた啓迪院で教え、多くの弟子を育てます。その学則の第一条には「慈仁」とあります。もともと合理的で実証性を好む日本で、慈仁の精神を第一に曲直瀬道三らが広めた李朱医学は、漢方という日本独自の医学として発展を遂げることとなります。その過程を2代目の曲直瀬玄朔が残した『医学天正記』に見ることができます。『医学天正記』は、彼が行った治療の記録で、風邪を引いた太閤秀吉への処方などを細かに記述した医療カルテなのです。また後の吉益東洞が著した『薬徴』などを見れば、貴重な輸入品である漢方薬を、中国の処方そのままに使うのではなく、効能や処方方などを自分たちで確かめて使っていることも分かります。貴重で高価な中国渡来の漢方薬を、中国書の通り使っているのは、圧倒的に量が不足します。日本では「医者さじ加減」という言葉がありますが、それはごく少量でも効果が出るように確かめた上で、各流派で漢方薬を調合した結果の言葉で、日本独自の薬の調合術から生まれ

たものなのです。さらに名古屋玄医や後藤良山、先の吉益東洞らは、金元医学（後世派）さえも空理空論的であると、後漢末の張仲景の『傷寒論』のような原点に立ち返って実証的に医を進めるという「古方派」を創出しました。古方派は、「親試実験」、自らの目で確かめることを主張した漢方の流派で、後に出てきますが山脇東洋をして日本最初の解剖に繋がりました。『黄帝内経』、『傷寒論』（図1）、『神農本草経』など多くの中国の古典医学書が輸入され、また日本で翻刻され、日本独自の漢方を進めるために研究されたのです。これらの本には見てわかる通り真っ赤になるほど書き込みがあります。書かれたことを盲目的に信じるのではなく、所見を書き込んでいるのです。鍼術で、杉山和一が目の見えない人の職業として、学校を作り、鍼術を教えたというの、日本の漢方に大きな影響を与えたと思います。制度としても素晴らしいと思いますけれども、医療という形で目の見えない人たちが鍼術やあん摩等を行うというのは、他国に例がないことかと思えます。『腹症奇覽』という古方派の本がありますが、これは漢方において重要な腹診について書かれたものです。中国伝統医学における診断には望診（表情や外観）、聞診（音や臭い）、問診（状況を聞く）、切診（触診）がありますが、お腹を触るという診断法は日本独自と言って良いかと思えます。この腹診は、まさに目の見えない人たちが治療を行う必要から発展した診断法です。これらのことから、日本で実証的な治療が行われ、その経験や知識がそれぞれの流派に受け継がれ、日本独自の漢方として発展したことが分かるかと思えます。

西洋から入ってきた医学はどうだったのでしょうか。ここに当時、西洋医術を学んだ原三信という黒田藩の御典医が貰った「西洋医術免許状」があります。おそらく、殿様に西洋医術を修得したことを証明するために、オ

ランダ人医師の署名と、当時まだ通詞以外にはオランダ語を話せませんので、通詞らの署名のある免許状が必要だったのでしょうか。この他にも当時の免許状がいくつか残されていますが、ほぼ同じ形式です。また和蘭商館医テンレイネが日本に持ち込んだドイツ人レメリン著の『小世界・人体解剖図譜』は、通詞の本木了意が『和蘭全軀内外分合図』として天和2（1682）年ごろに翻訳しますが、この翻訳が出版されるのは明和9（1772）年のことで、山脇東洋らの日本初の解剖（観臓）が行われて以後のことです。本木了意らの時代には、西洋医学は鎖国もあり、漢方のように中国医学書などの導入はほとんど行われず、一子相伝的にしか伝えることができなかったのです。西洋医術、蘭学が日本で本格的に開始されるのは、1774年の『解体新書』出版以後とされますが、それは通詞以外の医師たちがオランダ語を翻訳し、辞書が作られるようになってからことで、西洋から伝来した医術はまだ殿様らの一部の人のみのものでしたのです。

### 3. 「仁」による医と「養生」

日本に古くからあった医術、東から西から入ってきた医術。それらの知識は、欧米でも近代になるまで一部のの人々に独占されるものだったかと思えます。鉄砲のように、優れた知識や技術を独占する者が、力を得ることにつながっていました。当時の世界では、知識というのは、一部の人が独占する時代だったです。ところが日本は、他の国よりも1～2世紀早く平和な時代を迎えています。江戸時代は、頂点に徳川幕府があって、各藩に権限をあたえられて自主的に統治させました。戦国時代と違い、各藩の殿様は、知識や技術を独占しては、人々を豊かにし、地域の繁栄を得ることができません。逆に、知識や技術を広く社会に行うことが使命になります。例えば、洪水や干ばつを防ぐために土木を行い、農地

を開墾するなど、人々の為に知識や技術を使うことが殿様の手腕、いわゆる徳となるのです。まさに仁が最も重要な徳となり、その意味では、江戸時代の殿様はお互いの仁を競い合っていたわけです。

医の世界でも、当然、殿様の仁が発揮されています。徳川家康が薬マニアだったのは有名です。中国の『和剂局方』から自身で作った薬が水戸徳川家に残っています。またその孫、水戸光圀も薬に詳しく言われています。この光圀が御典医徳積甫庵に命じてまとめさせたのが、『救民妙薬』(図2)という本です。「大君、予に命じて、山野貧賤の地には、医もなく薬もなく云々」と書いてあります。貧乏人であったり、山奥に住んでいる人たちは薬も飲めないし、医者にもかかれない。そういう人たちが病気になった時、誰もが採取できる野草などで作れる薬の本を作って無料で配布しろと命じたのです。出版されたのは元禄6年、1693年のことです。この本は民間薬処方書として、大正ぐらいまで使われていました。私たちが昔から、今でもドクダミが腫れ物に効くとか言うのは、この本によって一般に普及したのです。自分の身は自分で守るという「養生」は、殿様の「仁」によって、正しい医の知識が人々に広がることで行われることができたのです。「養生」は、正しい知識がなければできないんですね。やみくもにその辺の葉っぱ、トリカブトとか食べたら死にますからね。ちゃんとみわけするための知識、本があったから、日本では広く「養生」が行われたと言って良いと思います。また日本では「読み書きそろばんは世渡りの三芸」といわれるほど、識字率が高かったことが言われます。なぜ識字率が高かったか？貧乏人も子どもたちを寺子屋に通わせたのはなぜか？今、発展途上国では、学校を作っても子どもたちはなかなか来てくれません。昼食を出すなどして、ようやく来るようになります。しかし当時の日本で、すでに信じら

れないくらい多くの子どもたちが学校に行っていたわけです。この理由が、知識、本だと思います。飢饉の時に助かることが書いてある本、病気になった時に助かる事が書いてある本など、読めば役に立つ本がたくさんあったのです。それらの本を読むために、親は子供を学校に通わせたのです。「仁」で本を出した殿様も、当然ですが本を読むために学校行くことを奨励したはずで、このような欧米にもない高い教育水準を持った社会が、江戸時代にできていたことは、明治以降にあつという間に近代科学技術の導入に成功したことの理由かとも思います。

そしてもう一つ理由があります。この本は貝原益軒の著した『大和本草』(図3)です。この本は、日本の動植物に関して、自分で調査し『本草綱目』などと比較したものをまとめた、当時最新の研究書です。益軒が実際に調べられなかったカブトガニの図は、子供の絵のようですが、それは益軒が自分で調べたものをきちんと書いているという自負なのかと思います。さてこの益軒が書いた『養生訓』という本は、江戸時代に「養生」を普及させた書として有名ですが、そのために誰もが読めるように平素な日本語で書かれています。そして実は研究書であるこの『大和本草』も同様に誰もが読める日本語で書いてあるのです。当時、欧米で学者の使用言語は、ギリシャ時代のラテン語でした。読む方も書く方もラテン語で行われました。したがってそれらの知識は一般の人々には読むこともできず、まったく関係のないものでした。中国も基本的に同じ状況です。日本では漢文でしょうか。しかし日本では、殿様や学者の「仁」により、知識が漢文だけでなく、誰もが読める日本語で書かれ、本となったのです。貝原益軒だけではありません。岡本一抱の著した『和語本草綱目』は、中国で作られた当時世界で最も体系化された医薬本草書と言われた『本草綱目』を、日本語に直したものです。

岡本一抱は、考証派という漢方流派の医者で、多くの中国古典医学書を日本語に翻訳、出版しています。ちなみに岡本一抱の兄は近松門左衛門でした。岡本一抱は、兄の近松門左衛門から、お前が翻訳本を出したために、漢文の原典に当たり一生懸命に勉強する学者がいなくなったと非難され、翻訳を止めてしまったという逸話が残っています。しかし知識は確実に社会に行き渡ったわけです。徳川吉宗が編纂させた『普及類方』は、光圀の『救民妙薬』を増補し、分かりやすい図入りにした医薬処方集ですが、吉宗は他にも、輸入品で医薬効用の高い朝鮮人参が高価で、一般には使えなかったため、栽培を行わせて成功した種を全国に配布して栽培させるなど、人々の為に尽力しました。また町医小川笙船が目安箱に投書した小石川養生所の設置を行うなど、貧民救済も行っています。今でいえば、無料の国立医療施設と言ったところでしょうか。このような「仁」による知識の普及や制度、施設の充実、そして積極的に展開された人々の「養生」。当時として、世界的にも優れた医療の体制が日本にあったとすることができるとおもいます。そしてそうした社会の歴史や意識が繋がっているからこそ、現在の国民皆保険のような制度があるのだと思います。日本社会に必要なこれからの日本の医は、医を行う側だけでなく、「養生」のような人々の側の医をもっと充実させることが重要で、相応しいのではないのでしょうか。

#### 4. 日本独自の漢蘭融合の医

さてこれは『解体新書』(図4)です。『解体新書』は蘭学の始まりとなった本として有名ですが、最初に述べたように蘭書の翻訳が『解体新書』以前に行われなかったわけではありません。それが一般の人々や社会に広まったというのが、『解体新書』以後におこり、蘭学の始まりと言われたのです。『解体新書』以前は、通詞らがお役所の仕事として、守秘

義務がありますから、その翻訳は一部にしか伝わりません。しかし徳川吉宗による洋書の解禁により、医書関係の洋書が流通するようになり、また通詞以外にも蘭語を学ぶ学者が増えたのです。そうすると必然的に、有用な蘭書を理解した学者は、中国書と同じように、それを翻訳し多くの人々に伝えようとします。『解体新書』の出版は、江戸時代の翻訳文化を持った社会にとっては当たり前の事だったと言えます。通詞の翻訳と杉田玄白ら以後の翻訳での大きな違いは、辞書の整備かと思えます。通詞は一子相伝で訳語を伝えませんが、辞書の整備によって誰もが直接的に蘭書に当たることができるようになったのです。また翻訳が行われることで、あらたな訳語がたくさんできますが、それは辞書で説明されます。神経や動脈など、今でも医学で使われている用語は、この解体新書のときに作られましたが、誰もが日本語で最新の西洋医学を読むことができ、その意味や内容を理解したのです。原本の『ターヘル・アナトミヤ』では、この広がりはありません。『解体新書』以後、多くの日本人は進んだ西洋の医学知識を知ります。シーボルトが来日した際に、優れた弟子たちが多く集まったのも、日本語での知識普及がなければあり得なかったでしょう。この江戸時代以来の翻訳文化は、明治を経て現在も続いています。私の先生が「フューエルセル」という用語を「燃料電池」と翻訳して、日本では一般的に使われています。欧米以外の国では、そのまま翻訳せずに使われていますが、フューエルセルでは何のことも分かりません。でも燃料電池ならば子供でも何となく理解できるかと思えます。欧米以外で、高等教育いわゆる大学を含めた最先端の教育を、知識を母国語で受けられるのは欧米以外で日本だけでしょう。よく欧米以外の国で、なぜ日本だけノーベル賞が多いのかと言われますが、それは母国語で最新の科学知識や技術を共有できる国であることが大き

な理由かと思えます。翻訳文化により、母国語で最新の科学技術を誰もが理解できる。例えば、翻訳によって欧米に対する関心が高まり、ついには『ロビンソンクルーソー』のような物語まで幕末に翻訳されているのです。明治以前に文学のレベルにまで及んで、日本社会が欧米を理解しようとしていたとも言えるわけです。日本社会では江戸時代から当たり前前のことが、実は他の国ではあり得ないことなのです。ただし岡本一抱と同じように、英語などが必要ないため、語学力の低下などの問題がありますが、全体的な知識水準の高さやノーベル賞などを考えれば、翻訳文化は利の方が多様な気がします。

ところで『解体新書』は蘭学の始まりとされていますが、杉田玄白も含めて翻訳に関わった人々は当然、もともと漢方医です。杉田玄白は腑分けに立ち会うことで、西洋医学の正確さを知る事になったわけですが、実は杉田玄白より前に漢方の人体知識に疑問を持った漢方医がいました。それが日本最初の観臓(腑分け見学)を行った山脇東洋です。当時、京の所司代だった小浜藩主酒井忠用に願い出て許可されたのですが、この小浜藩のお抱え医師が杉田玄白でした。いきなり『解体新書』があったわけではなく、いろいろな事象があって初めて大きな流れになるのだと思います。さてこの山脇東洋は、親試実験を旨とした漢方の古方派の人で、洋書の解禁後に多少なりとも入ってくる西洋医学知識を知り、五臓六腑に疑問を持ち、観臓を願い出ました。観臓の際には、ヨハン・ヴェスリングの解剖書を携えていたと言います。当時、死体を切り刻むことや、直接は治療に関係の無い人体の構造について知る事は、社会的にも医師らからも多くの批判がありました。それでも山脇東洋は、親試実験の精神で、人体の正しい構造を確かめずにはおれなかったのです。実は解体新書にも言えるのですが、山脇東洋が社会などから批判を受けたのは、

死体解剖や身体の構造、それ自体が医療行為ではなく、現代で言うところの「基礎医学」で、従来の臨床を中心とした医学、漢方では重視されないものだったために、当時それを理解することが難しかったということです。しかし、山脇東洋が解剖結果をまとめた『蔵志』、さらに『解体新書』などによって、近代医学につながる基礎医学の認識と重要性を、かなり早い段階で漢方医も含めた医師や日本社会が受け入れることのできたことは、山脇東洋の観臓に大きな功績があると言って良いでしょう。『寛政婦人解剖図』(図5)には、世界初と言われる腎臓の生理的機能の実験が描かれています。腎臓に墨汁を注入し、尿道から濾されて薄くなって出てくる図です。また女性の卵巣を解剖するのに、卵が割れると観察できないと言うことで、ゆで卵のように煮た後に、解剖した図も描かれています。闇雲に解剖を行っていたのではなく、すでに西洋と同様のレベルで解剖が行われていたのです。さらに海上随鴟という医師が行った解剖の下図が残されていますが、この図中には人間だけでなく、魚や動物の解剖図も含まれていました。医者は人間を診るのが仕事ですから、これは驚くべき事で、当時の医師らが医学を超えて、科学、サイエンスの領域まで理解を始めていたことの証です。ヨーロッパにおいても19世紀までは、薬の名前は東洋医学と同様に草の名前です。それが化学分析の発展によって、成分の名前が変わり、現代につながる急速な発展を遂げるのは、19世以降のことになります。したがって、19世前後はまだ欧米でも従来医学と現代医学の間でしたから、日本の状況は欧米と比べて劣っていなかった、いや進んでいたと言えるかも知れません。華岡清洲が、漢方による麻酔薬の調合と、西洋医学による外科手術を駆使して、世界初の全身麻酔手術に成功したのは、当時の東西伝統医学の集大成的な偉業と言って良いと思います。漢方医とか蘭方医と

かに区別されるのではなく、実際の所、日本の医は人を治すということにおいて、漢蘭無く優れた医術を受け入れていたのです。その状況は、当時の漢方の整骨医らが作った「木骨」(図6)にも見ることができます。正しい骨格の知識が解剖によって社会的に明らかになり、漢方医も無視できなくなります。解剖に立ち会う漢方医も多くいました。彼らが、その蘭学的知識を加えて、漢方の技を進めるために作ったのが木骨です。今、星野良悦という人が作った木骨が広島大学に、東京大学に各務文献が作ったものが、名古屋市博物館と国立科学博物館に奥田万里が作った木骨が残っています。江戸時代には9体ほど、作られたと言います。これらの木骨は、幕府医学館や尾張藩の医学館に献上され、漢方医や蘭方医らの勉強に使用されたのです。『解体発蒙』という本は、漢方の視点から解剖所見をまとめたものですが、このようなことから当時の日本の医師らが肯定的にも批判的にも漢蘭医学を進めていた事が分かります。

またシーボルトも感心したという漢方医術に産術があります。賀川玄悦の『産論』には、世界で最も早い胎児の正常胎位の記述があります。実は杉田玄白も『解体新書』で、西洋の最新知識として正常胎位を知り、賀川玄悦の産術を疑っていたことを恥じるとの記述があります。日本の産術は、産婆制度もあって、民間でも行われた医術です。そのために誰もが理解できる胎児模型や、分かりやすい産術書が多く出版されています。鍼灸も日本独自に発達した漢方医術です。最初にお話ししたように、目の見えない医師による施術は、独特の管鍼法や腹診を発展させました。灸も中国や韓国から伝来し、日本ではつい最近まで誰もが普通に行う民間療法の一つでした。日本の気候風土は、灸に使うモグサの原料であるヨモギの生育に適し、良いモグサができます。モグサは、ヨモギの葉の裏にある細かい毛を集めたもので、この毛は燃焼温

度が60度ほどで、火傷しないギリギリの温度なので、直接灸が行えます。中国産などのモグサは毛が短く、葉っぱなどの不純物が混ざるため、燃焼温度が80度くらいになってしまい、間接灸になってしまいます。形井先生に、医学展のために日本の鍼灸について書いていただいたのですが、日本の鍼灸は東洋医学として中国や韓国などと比べても、きわめて体系的に発展したものなのに、現在進められているISOの世界基準作りではなかなか認めてもらえないとのことでした。それは大変残念な事で、医学展に来られた議員や医学関係者の方々にはお話ししましたが、もっと自信を持って日本の鍼灸を世界に伝えていくために、官民挙げて協力する体制を作っていくべきだと思います。

## 5. 近代医学への歩み

先に述べたように、欧米の医学は19世紀以降、近代医学として急速に発展していきます。日本も伝統的な漢蘭を取り込んだ医学から近代医学へと見事に歩を進めていきます。シーボルトの後、来日したポンペは近代学につながる医学教育を長崎で行いました。それは基礎医学と臨床医学を体系的に学ぶものでした。その弟子たちが、明治以降の近代医学推進の中心的役割を果たします。明治政府は、それまでの漢方に替わり、西洋医学を医学の中心にすることを定め、大学東校を設立します。その時にポンペの弟子だった佐藤尚中は、西南戦争などで功績のあった医師ウィリスらのイギリスやフランスの医学ではなく、ドイツ医学をこれからの日本の医学として選びます。英仏の医学は臨床を中心とした医学でしたが、ドイツ医学は基礎医学を中心とした医学でした。病院中心か大学中心かとも言えますし、人を見るか見ないか、医者か研究者かとも言えます。例えばドイツ医学ではコッホのような顕微鏡を覗いて病原菌を発見し、それを退治することで病気を治す、当時

最新の新しい医学を行っており、コッホ自身は人を診ないわけですから医者ではありません。日本は、江戸時代からそのような基礎医学、新しい医学についてすでに十分、知識を持っており、ポンペの弟子だった佐藤尚中をしてドイツ医学を選んだのです。時を置かずして高峰譲吉や北里柴三郎、野口英世ら、優れた細菌学者が輩出できたのも、最新の医学を受け入れる社会的体制ができていたからでしょう。特に野口英世は帝国大学の出身ではありません。手の不自由だった野口英世が、医者ではなく研究者として医学を行う事ができたのは、ドイツ医学を日本が行っていたからということが出来ます。現在でも、iPS細胞を発見した山中先生が、外科医師から研究者へ転身されたことが知られていますが、当時からそのような選択が可能だったので。X線を使う放射線医学も、研究中心の医学だったからこそ、真っ先に導入されています。

しかしこれでは実際に病気で苦しんでいる人を治す医師が足りません。佐藤尚中は、早急に臨床医を作るために東大を離れ、私学の順天堂病院を開き、ドイツへの国費留学から帰国した佐藤進とともに臨床医学教育を行い、できるだけ多くの患者の救済にあたったのです。佐藤進が欧米で学んだ最新の臨床

医学は、江戸時代と同様に日本語に翻訳され『順天堂医事雑誌』として医学生に知識を伝えました。さらに佐藤尚中の弟子長谷川泰は短期養成の医学校済生学舎を開設し、多くの医師を育てています。この状況を見れば、臨床と研究の両方の現代医学に必要な医学体制ができていたと思います。中心から外された漢方も、浅田正伯らの活動があり、明治以後も医として社会的に続き、現在、現代医学の中に漢方は正式に含まれています。このような現代医学と伝統医学が両立しているのは日本だけの特徴です。最後に、桑田立斎という漢方医が幕末に著した『愛育茶譚』(図7)という本を紹介したいと思います。この本の表紙見返しの図には、西洋のヒポクラテス、漢方の神農、日本の小彦名命と大国主命が描かれています。子供を救うためには、医の東西など関係ない、すべての知識を持って子供を救うのが医師の役目だとの表れです。その精神は今も変わらないと思います。最初に述べた心の問題も含めて、現代医学だけではまかないきれない部分も多くあります。漢方のような伝統的な医学には、現代医学にない可能性があるかと思います。そうしたあらたな医を、日本が受け継がれている「仁」で進めていくべきだと、医学展を通じて心から思っています。



図1 『傷寒論辨正』

『傷寒論辨正』

『傷寒論』は、後漢末の張仲景による、腸チフスのような熱を伴う病気（傷寒）の症状や治療法についての医学書で、煎じ薬療方の始まりと言われる。漢方に大きな影響を与え、多くの復刻や解釈本が出版された。

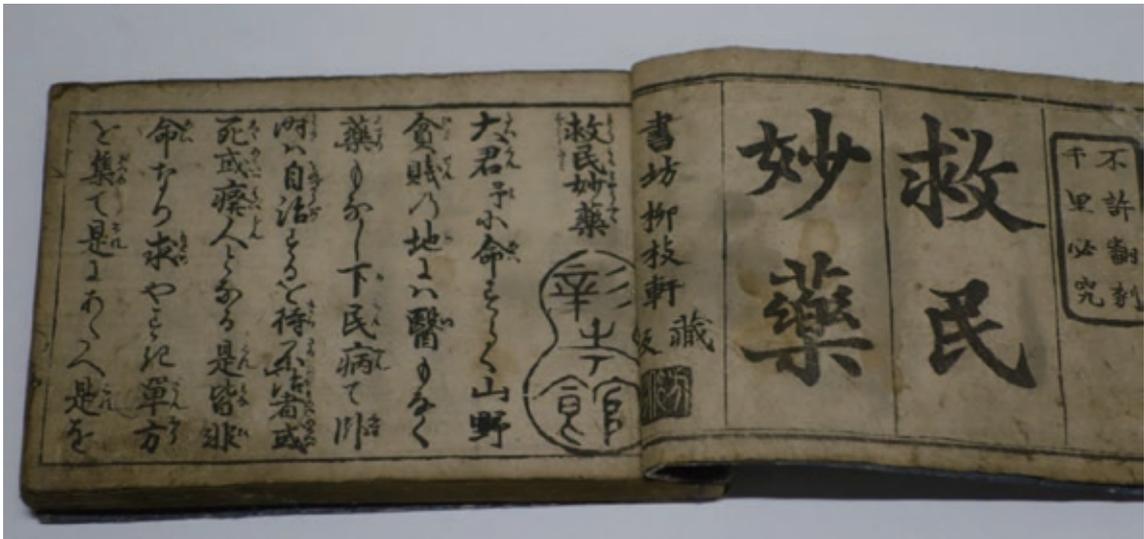


図2 『救民妙薬』

『救民妙薬』元禄6(1693)年

水戸徳川家二代藩主徳光圀が、藩医穂積甫庵に命じて編さん・出版させた。一般民衆の病気救済と養生のために、野草など入手しやすい薬物を用い、病気毎に処方が分かり易く記述されている。当時、人々に医や健康への関心を促し、大正時代まで使用された画期的な書である。



図3 『大和本草』

『大和本草』宝永7(1709)年

貝原益軒が編さんした本草書。益軒は1362種類の品目について自身で採取、確認し、和名と中国名、地方名、来歴、形状、効用などを詳述し、300点あまりの図も掲載した。中国の『本草綱目』を基本としながらも、日本の本草学の始まりとなった画期的な書である。



図4 『解体新書』

『解体新書』安永3(1774)年

杉田玄白・中川淳庵・石川玄常・桂川甫周訳。明和8(1771)年3月に前野良沢、杉田玄白らが腑分けに立ち会い、蘭書『ターヘル・アナトミア』の正確さに翻訳を志し、三年半の苦勞の末に完成させた通詞らによらない翻訳書で、蘭学の始まりとなった。

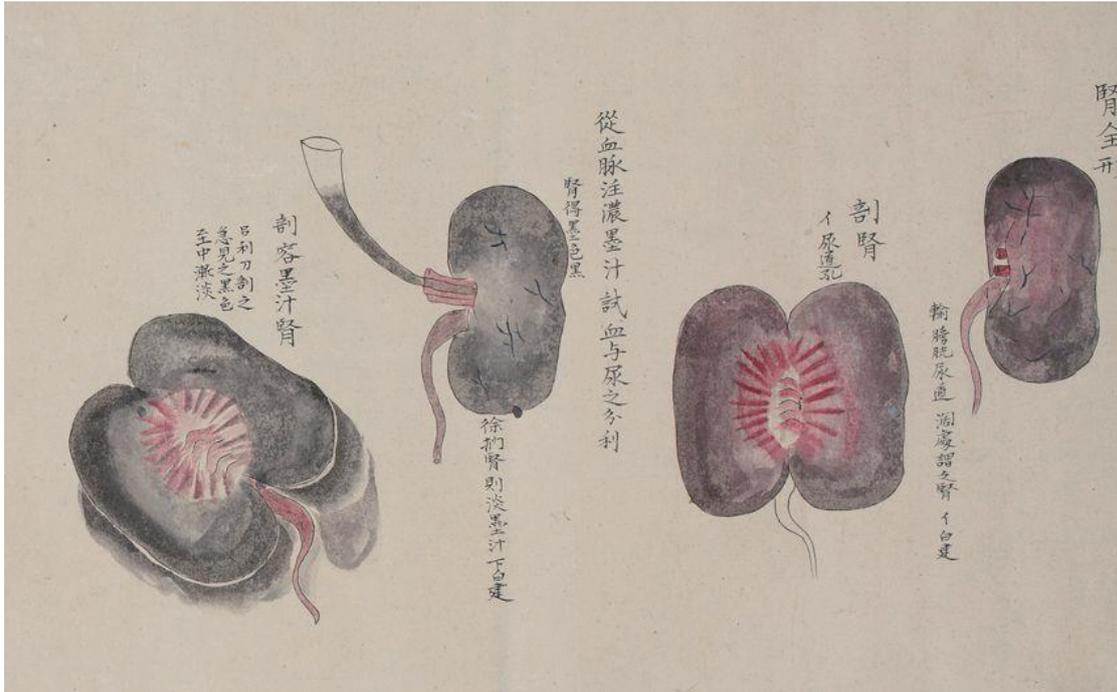


図5 寛政婦人解剖図 (部分)  
『寛政婦人解剖図 (部分)』

寛政 12(1800)年 4 月に、伏屋素狄、大矢尚斎、各務文献らが摂津葭島で行った女体解剖の図。腎臓に墨汁を注入し、血と尿を分ける実験なども描かれ、単なる解剖から臓器の生理的機能へと、驚くほどの進展が見られる。



図6 奥田木骨  
「奥田木骨」

文政 3(1820)年に大坂の医師奥田万里が池内某に製作させ尾張藩に献納したもの。木骨は安芸町医星野良悦が寛政 4(1792)年に初めて製作し、杉田玄白らに供覧し「身幹儀」(広島大学医学部蔵)と称された。その後、大坂の整骨医各務文献も整骨術教材として製作し、一体が幕府医学館(東大医学部蔵)に献上された。



図7 『愛育茶譚』

『愛育茶譚』 嘉永 6(1853)年

桑田立齋による小児養育書。序文に、本書は小児養育の真理を万人が理解するためのもので、近年は牛痘が行われて大厄を免れるようになったが、親の子育ての間違いから種々の病気になったり、早死にするのは嘆かわしい。本書を熟読して溺愛したり、子孫を害さないようにと書かれている。

## 「21世紀の養生」と鍼灸

小野直哉

公益財団法人 未来工学研究所

明治国際医療大学

### 要旨

医療機関を中心とした医療システムは、若齢者中心の人口構成に伴う、若い患者の病気が治る時代の、19世紀を引き摺った20世紀型の専門特化と細分化した医療による、治療者中心の時代に導入され、作られた、20世紀の時代の産物であり、20世紀は「病院の世紀」であった。21世紀に入り、日本は、前人未到の世界最先端の子どもが少なく、高齢者が多く、人口が減少している社会を日々刻々と更新し、高齢者中心の人口構成に伴う、年老いた患者の病気が治らない時代の、ポスト「病院の世紀」の「人口減少社会」を歩んでいる。もはや模倣すべき社会モデルは海外に求められず、残されたのは、自ら課題解決の挑戦を否が応でもしなければならぬ「研究実験国家日本」の道のみとなった。

21世紀のポスト「病院の世紀」の「人口減少社会」である「研究実験国家日本」は、いわば「超少子高齢・人口減少社会」でもある。この社会の社会保障制度の中心は、「地域包括ケアシステム」である。そこでは生活者（患者）の希望する機能と現実の機能にはギャップが在り、それを少しでも減少させるためにケアによる改善（医療と福祉）が施される。ここでは、医療と福祉の目的が同化し、連携ではなく、医療と福祉の統合が必要となる。医療も「治す医療」から「寄り添う医療」へと変貌し、医療現場は、介護、社会医学、災害医学、慰安との連携に重点を移行せざるを得なくなった。この日本社会の現状こそが、「21世紀の養生」の要件である。

21世紀の「超少子高齢・人口減少社会」を、20世紀までの既存の概念（「多子若齢・人口増大社会」）では評価できず、対応が後手、後手になっているのも日本の現状である。未来は何時でも既存の概念では評価出来ない事柄に満ちている。それを評価するために、新しい概念を作る必要がある。「国民強靱化計画」や「21世紀の養生」等の新たな概念も然り。そのためには、今後100年先を見据えた未来から、現在の姿を想像し、今なすべき事を検討するバックキャスト（Back Casting）の思考法が必要である。

日本の鍼灸の趨勢は、過去、現在、未来の時間軸上に存在し、絶えずその時代と共にあった。21世紀の新たな日本の鍼灸を展望するためには、日本の鍼灸師各自が、各時代の本質を見極め、今日の「半制度化された非近代医療」としての日本の鍼灸が抱える問題や課題、現状の閉塞感の原因等を分析し、それらを解決・打開するために、少なくとも21世紀の鍼灸が求めるべき5つの領域（五領域）と鍼灸師に求められる9つの技能（九技能）を獲得するための行動（自己変革・自己革命）を起こす必要がある。

## 【日本の現状】

日本は、江戸幕府による幕藩体制<sup>注1)</sup>の封建国家<sup>注2)</sup>から、19世紀後半の明治維新(1867年)以降、近代国家<sup>注3)</sup>の構築を目指した。昭和初期の第2次世界大戦(太平洋戦争)敗戦(1945年)以降は、企業内での人間関係が地域コミュニティでの人間関係を代替する擬似コミュニティとして機能し、日本的経営の特徴であった終身雇用や年功序列と共に、日本型の福祉国家<sup>注4)</sup>を構築してきた。福祉国家が整備する医療や介護福祉、雇用保険等の社会保障制度<sup>注5)</sup>は、何れの国においても各国の人口動態とそれを背景とした経済状況に密接に関連している。現代の日本人にとって常識と思われている医療機関を中心とした医療システム(病院や診療所での治療等の価値、機能、制度、教育)も、これまでの日本の人口動態とそれを背景とした経済状況を基盤としている。それらは、20世紀までの子どもが多く若齢者が多い社会、多子若齢社会と、それを背景とした、明治維新以来の拡大路線の経済成長である。具体的には、明治維新から1950年代までの、先進工業国への過程で生じる若年性人口ボーナス<sup>注6)</sup>期に、明治維新から昭和初期の第2次世界大戦敗戦時にかけて、欧米列強へ「追い付け、追い越せ」、「産めよ、増やせよ」に象徴される富国強兵・殖産興業政策等、近代化と帝国主義によるアジア諸国への武力による経済市場の拡大と獲得が行われた。第2次世界大戦敗戦後、日本の経済状況は一時期どん底まで後退するが、朝鮮戦争特需の恩恵に与り、その後、神武景気、岩戸景気、所得倍増計画、オリンピック景気、いざなぎ景気、列島改造ブーム等、矢継ぎ早に起こった好景気や政策は、偶然にも日本の人口ボーナス<sup>注7)</sup>期と重なり、1960年代から1970年代のモノ作りを中心とした高度経済成長により、奇跡的な戦後復興と経済発展をもたらした。その後のマ

ナーゲームに代表される金融投機による1980年代のバブル経済等、日本は明治維新以降、歴史的に拡大成長路線を直走る経済政策を展開してきた。つまり、日本の社会保障制度の一部であるこれまでの医療機関を中心とした医療システムは、これまでの日本の人口動態とそれを背景とした日本の経済状況により、日本が経済成長すればするほど、医療や介護等の社会保障費用に回す財源も増えた時代の上に成立していたのである。また、医療機関を中心とした医療システムは、若齢者中心の人口構成に伴う、若い患者の病気は治る時代の、19世紀を引き摺った20世紀の専門特化と細分化した医療による、治療者中心の時代に導入され、作られた、20世紀の時代の産物であり、20世紀は「病院の世紀」<sup>1)</sup>であった。

21世紀に入り、日本は、「失われた10年」と言われた1990年代から続く経済成長の伸び悩みを、世紀を跨いで持ち越し、更に「失われた20年」と言われながらも、19世紀の明治維新の富国強兵・殖産興業政策から20世紀のバブル経済に至る拡大成長路線と基本的には変わらない経済政策を展開している。一方、日本の人口動態は、老年性人口ボーナス<sup>注8)</sup>期へと向かい、前人未到の世界最先端の子どもが少なく、高齢者が多く、人口が減少している社会を日々刻々と更新し、高齢者中心の人口構成に伴う、年老いた患者の病気は治らない時代の、ポスト「病院の世紀」の「人口減少社会」<sup>2)</sup>を歩んでいる。これは、歴史的にも他の先進工業国や開発途上国の何れにも先例がない非常に特異な状況である。そのため、日本は前例のない多くの問題を抱える課題先進国となり、これまで欧米や北欧に医療あるいは介護福祉の先行事例としての社会モデルを求めてきたが、もはや模倣すべき社会モデルは海外に求められず、残されたのは、自ら課題解決の挑戦を否が応で

もしなければならない「研究実験国家日本」<sup>3)</sup>の道のみとなった。

ポスト「病院の世紀」の「人口減少社会」である「研究実験国家日本」は、いわば「超少子高齢・人口減少社会」でもある。この時代の流れは、近代科学との理論的整合性として、Rudolf Virchowの「細胞病理学」<sup>4)</sup>により、機械論的身体論<sup>注9)</sup>や還元主義的疾病論<sup>注10)</sup>を取り入れ、特定病因論<sup>注11)</sup>を基に、19世紀の若い患者の病気が治る時代の治療医学として、「病気に打ち勝つ」ために発展した近代西洋医学が、多元的病因論<sup>注12)</sup>が基となる、21世紀の年老いた患者の病気が治らない時代に入り、十分に対応できなくなった事を物語っている。ここでは、生活者(患者)の希望する機能と生活者(患者)の現実の機能にはギャップが在り、それを少しでも減少させるためにケアによる改善(医療と福祉)が施され、医療と福祉の目的が同化し、連携ではなく、医療と福祉の統合が必要となる。医療自身の目的も、「治す医療」(病気との闘い方を指示する)から、「寄り添う医療」(病気との付き合い方の相談に乗る)へ移行しなければならなくなった。つまり、21世紀の日本では、日本の現行医療の基盤である治療医学としての近代西洋医学は、時代の要請により、19世紀を引き摺った20世紀の医療の価値観からすれば、本来の目的(「病気に打ち勝つ」)を失った「敗北の医学」と言っても過言ではない時代となってしまったのである。また、21世紀の「超少子高齢・人口減少社会」は、悲観すべき事態ではなく、むしろ希望ある転換点、真に豊かで幸せを感じられる社会への格好の入り口と捉えること<sup>2)</sup>に、日本の多くの人々が困惑し、多くの分野で混迷による行き詰まりが生じているのも事実である。その最たるものが、近代西洋医学による20世紀までの「病院の世紀」の「治す医療」の価値観で医療システムを構

築してきた、日本の医学界である。

一方、日本政府にとって、「超少子高齢・人口減少社会」への対応は、産業や雇用をはじめとした経済活動や医療や福祉をはじめとした社会保障等、其々の分野を担当する行政そのものの在り方にも影響を与える事柄であり、各省庁を横断する最重要課題となっており、各省庁において様々な施策が行われている。また、「超少子高齢・人口減少社会」では、医療費用も介護費用も鰻登りに増大し、その一方で高齢者の80%前後を占める「ソコソコ元気な高齢者」を、どの様に地域で支え、彼らの健康寿命を延ばしていくかが課題となっている。そのため、現在、日本政府は、今後の医療や介護福祉等の社会保障サービスの主流と成る「地域包括ケアシステム」<sup>5)</sup><sup>注13)</sup>を掲げ、各都道府県、市町村等の地方自治体に対し、地域のケアシステムの構築を求めている。「地域包括ケアシステム」では、自助<sup>注14)</sup>、互助<sup>注15)</sup>、共助<sup>注16)</sup>、公助<sup>注17)</sup>を基盤に、地域の社会関係資本(Social capital)<sup>注18)</sup>を活用し、地域の実情に合った、乳幼児から高齢者、障害者をも網羅した、地域のケアシステムが求められ、疾病治療だけでなく、罹患や要介護にならないための健康の維持と増進が重視され、治療以外の日常介入も公正に評価し、活用する「21世紀の養生」が必要となる。「地域包括ケアシステム」の具体的且つ効果的なサービスを実践するためには、人の一生で免れられない4つのライフイベントである、「出生」、「老化」、「罹病」、「死亡」、即ち「生・老・病・死」を踏まえた地域住民各自のケア・サイクル<sup>3)</sup><sup>注19)</sup>を考慮した、医療従事者及び介護従事者、生活支援サービス提供者等の各職域の信念対立<sup>6)</sup><sup>7)</sup>を超えた多職種連携が必須である。また、洋の東西を問わず、これまでの医学や医療は、「超少子高齢・人口減少社会」を想定しておらず、既に現状の需要(ニーズ)と



物語っている。

図3. アジア各国における生産年齢人口比率の推移

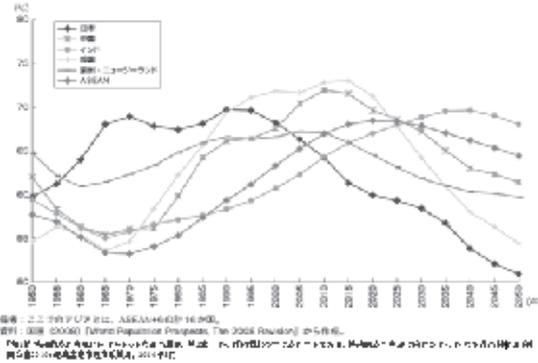
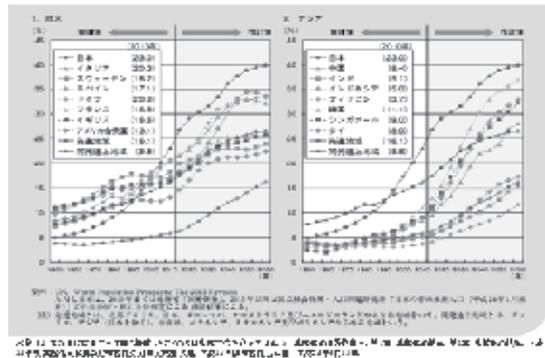


図3では、日本は1990年頃に生産年齢人口比率のピークを迎え、その後減少に転じている。中国は2010年頃に生産年齢人口比率のピークを迎え、その後、日本と同様のカーブを描きながら減少に転じている。韓国においては、2015年頃に生産年齢人口比率のピークを迎え、その後、日本や中国よりも急激なカーブを描きながら減少に転じている。ASEANにおいても、2020年頃に生産年齢人口比率のピークを迎え、その後、減少に転じ、インドでさえも、2040年頃に生産年齢人口比率のピークを迎え、その後、減少に転じている。ここから、中国は日本に遅れる事、約20年のタイムラグで、日本と同様の速度で高齢化している事が伺える。また、中国の人口ボリュームや1人っ子政策から、高齢者介護施設や高齢者を支えるマンパワーの不足等、日本以上に深刻な高齢化問題が、今後、噴出して来る可能性がある。更に、韓国は、今後、日本以上に深刻な高齢化問題が、短期間に噴出して来る可能性がある。何れにせよ、日本以外の他のアジア諸国、中国や韓国、ASEANやインドでさえも、数年から数十年以内に、日本と同じ高齢化の問題に直面して行く事は確実である。

また、図4が示す通り、他のアジア諸国との高齢化速度の違いによる時間差はあるも

図4. 世界の高齢化率の推移



の、他のアジア諸国と同様に、全体として欧米先進諸国においても、今後、高齢化の波が押し寄せて来る事は明らかである。それに伴い、洋の東西問わず、医療や介護、福祉を含む経済活動においても、「超少子高齢・人口減少社会」が主要市場となり、それは国内外共に今後拡大して行く事は確実である。何れにせよ、この現状に合致した医療や介護、福祉等の社会保障サービスの需要と供給に如何に答えられるかが、世界共通の課題となっている。

【寿命・健康・尊厳・ライフステージ】

日本の医学界では余り語られないが、人間の平均寿命が伸びたのは、近代西洋医学の進歩に伴う、医療における治療技術の革新よりも、農業や工学の進歩に伴う、農業や工業における生産技術の革新により、生産効率が向上し、食糧や物資の大量生産が可能となり、経済が成長・発展したからである。これにより、多くの人々が近代栄養学的に十分な栄養素を摂取出来るようになり、社会保障費用に回せる税収が確保され、上下水道等、日常生活における環境衛生の整備が進む等、経済の成長・発展に伴う、政府や自治体の農業や工業、公衆衛生学的施策が、人間の平均寿命の延伸に最も寄与した事は明らかであると言われている。これは、1970年代に、英国の医学歴史家であり、社会医学（公衆衛生学）

の提唱者である Thomas McKeown<sup>11)</sup> が、既に指摘していた健康の社会的決定要因 (Social determinants of health)<sup>注20)</sup> であり、人類史上の事実として、海外の医学界では常識となっている。日本においても、これまでの日本の経済成長と共に日本人の平均寿命は延伸し、今日の「超少子高齢・人口減少社会」の日本に至っている。ここでは、日本人の QOL の向上はもとより、今後の日本の医療や介護福祉等の社会保障サービスの需要と供給、財源等の問題からも、単に日本人が長生きするのではなく、如何に「健康」で長寿を全うするかが重要となっている。そのためには、「平均寿命」と「健康寿命」の差を如何に縮めるかが課題となっており、21 世紀の日本では、「健康寿命」の「健康」とは何か、これまで以上に問われる時代となっている。

WHO では、「健康」の定義として、Physical (肉体的)、Mental (精神的)、Social (社会的) としての「健康」を謳っている。更に、Spiritual (霊性的) も「健康」の定義に入れるべきであると、イスラム教文化圏諸国から WHO に提案されたが、WHO の議論場では、欧米や日本等の先進工業国の代表者を中心に否定的な意見が述べられ、未だ WHO の最終的な「健康」の定義に Spiritual (霊性的) が入るまでには至っておらず、本件に関しては棚上げの状態となっている。

一方、「人間の尊厳」を考察する視点に立てば、人間には Physical (肉体的；Biological；生物学的尊厳)、Mental (精神的；心的環境の整備を伴う尊厳)、Social (社会的；社会生物的尊厳)、Spiritual (霊性的；自然への畏敬の念等を含む尊厳) の「4つの尊厳」が在ると考えられる。これら「4つの尊厳」を保障する1つの要素として「健康」は存在している。しかし、所謂「科学」(自然科学) に基づく近代西洋医学を基盤とし、

治療を目的とする現代医療においては、Physical な尊厳への対応が中心となり、精神科学や公衆衛生学領域において、Mental な尊厳や Social な尊厳にもある程度の対応はして来たが、Spiritual な尊厳が介在する領域に至っては、既に「科学」(自然科学) の Belief system (信念体系) による学術的特性の範疇を超えており、国内外を問わず、十分に対応できていない事は周知の事実であり、世界の現状である。

英国の歴史学者である Peter Laslett<sup>12, 13)</sup> によれば、人間の一生は3段階の人生(ライフステージ)に分けられる。第1ステージは、社会に出るための準備段階、例えば学校で勉強し、社会の構成員としての教育を受ける20歳頃までの、学び育つ第1の人生の期間。第2ステージは、就職して社会で働きながら、結婚し、家庭を持ち、次世代を担う子供を産み、育て、社会を支える20~40代の、第2の人生の期間。第3ステージは、子供が巣立ち、退職して、育児や仕事、労働を一通り終えた50代以降から天寿を全うするまでを模索する、第3の人生の期間である。20世紀までは、第2の人生が中心で、第1の人生は第2の人生の準備期間であり、第3の人生は第2の人生の余りの期間、余生とされていた。20世紀中頃までは、乳幼児の死亡率が高く、第2の人生の主要活動である生殖及び生産に従事する人数には制限があり、次世代の家庭や仕事、社会を維持するためにも出産数が多くなければならなかった。第3の人生は、20世紀以前にも存在し、日本では隠居、インドでは林住期とも呼ばれてきた人生の期間である。20世紀中頃までは、第3の人生の段階に達する人口割合は多くはなく、第3の人生の期間も長くはなかった。人間の平均寿命が50歳以上になったのは、欧州では約100年前であり、日本では約60年前である。いわば日本人の平均寿命が40代を超

えたのは、実は20世紀半ば以降の第2次世界大戦敗戦後の事である。40代までしか生きられなかった時代は、「社会で成功を収めた」、「子供を育て上げた」という事で人生が充足し、人生が終わっていたので、第3の人生を考える必要はなかった。しかし、人生80年時代を迎えた21世紀の日本では、定年退職後の余生が20年、30年と見込まれ、人生の目標を見失ったまま、ただ漫然と生きるのでは、辛い余生を過ごさなければならず、最後に不毛な人生が待っていると言う事になりかねないのである。

21世紀は、日本人に長い余生を如何に生きるかを真摯に受け止める事を突き付けている。「何の為に生きるのか?」、「人生とは何か?」、「生きるとは何か?」、これは正に、21世紀を生きる日本人にとって、人間としてのアイデンティティの模索であり、Spiritual (霊性的) な問題である。日本では、生きる意味を求めなければ辛い人生を過ごさなければならない時代が到来したと言っても過言ではない。それ故に、21世紀を生きる日本人には、Spiritual (霊性的) な問題を共に模索するSpiritual (霊性的) なコミュニティが必要となる。そのコミュニティを構築するには、世代を越えた地域コミュニティの絆 (繋がりと支え合い) が重要となる。その具体的行為として、「地域包括ケアシステム」でも言われている自助、互助が、21世紀の日本社会において、今後、益々重要になって来ると考えられるのである。

### 【健康・養生・鍼灸】

「健康」という言葉は、一般的に日本国内において、昔から長い間使われて来た言葉と認識されている。しかし、実は近代以降に日本に持ち込まれた言葉であり、18世紀末にオランダ語の訳語として、中国の古典である易経の「健康心」から造語された言葉であ

る。緒方洪庵らによって江戸末期の医学界で使われるようになり、明治時代に入り、緒方洪庵の弟子である福沢諭吉らによって広められた。「健康」という言葉は、富国強兵・殖産興業の名の下に、近代国家を目指した明治維新後の日本政府の欧化政策と共に、日本の軍における壮健で屈強な兵士の大量要請とも相まって、初等教育や体操の普及、軍事教練を通じ、日本国民に普及して行った。「健康」という言葉が日本に持ち込まれる以前は、「お達者」、「元気」、「健やか」、「丈夫」、「養生」等が「健康」を表す言葉として使われていた。

特に「養生」は、江戸時代の儒学者であり、本草学者である貝原益軒 (1630年12月17日生～1714年10月5日没) が、齢83 (1712年) の時、自らの実体験を基に著した「養生訓」<sup>14)</sup> で有名である。「養生訓」では、「養生の要は、自ら欺く事を戒めて、よく忍にあり」とし、人生で「道を行い、善を積む事を楽しむ」、「病にかかる事の無い健康な生活を快く楽しむ」、「長寿を楽しむ」の「三楽」を楽しむ事を奨励し、長寿を全うするための身体の養生のみならず、心の養生も説いた。更に、自らの内にある4つの欲 (食欲、色欲、睡眠欲、自己顕示欲) を我慢し、自らの外にある季節ごとの気温や湿度等の変化に合わせた体調管理をする事で、初めて健康な身体での長寿が得られ、長寿を全うする事ができると説いた。貝原益軒の語録には、「60歳までに種を蒔く。そして60歳を過ぎたら、人生の収穫期に入りなさい」と在るが、貝原益軒の妻もこれらの養生を実践し、晩年は夫婦で福岡から京都等へ物見遊山の旅に出かける等、仲睦まじく長生きしたと言われている。

ところで、「養生訓」では、図5に示す通り、鍼灸に関する記載が多く、特に鍼よりも灸に関する記述が多い。これは、今日の疾病予防や健康増進を目的としたプライマリ

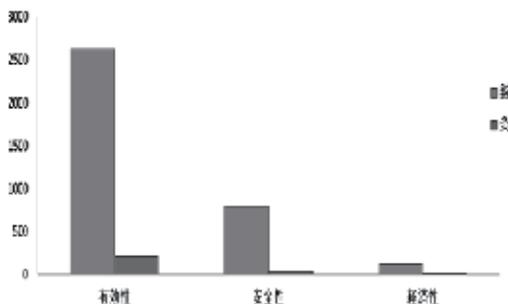
図5. 養生訓と鍼灸

養生訓 巻第六 養生	養生訓 巻第六 養生
<ul style="list-style-type: none"> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> </ul>
養生訓 巻第六 養生	養生訓 巻第六 養生
<ul style="list-style-type: none"> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> <li>「中」に養生訓、灸</li> </ul>

一・ヘルス・ケアやヘルス・プロモーションにおけるセルフ・メディケーションやセルフ・ヘルス・ケアに用いられる日常介入として、灸を用いる事が歴史的にも有効である可能性を示唆する、江戸時代の先行事例とも言える。

しかし、図6が示す通り、鍼と灸では、安全性、有効性、経済性に代表される今日の医療・健康政策立案に必要な、EBM (Evidence-based Medicine: 根拠に基づく医療) に照らし合わせると、科学的根拠の蓄積に開きがある。灸は、鍼と比べ、科学的根拠に関する研究の蓄積が乏しいのが現状である。また、鍼においても、その簡便性から、擦過鍼が「21世紀の養生」で用いられる日常介入として考えられるが、灸と同様に、科学的根拠に関する研究の蓄積が乏しいのが現状である。何れにせよ、「21世紀の養生」で用いられる日常介入として、多くの人々か

図6. 鍼灸に関する2013年までの安全性、有効性、経済性の英語文献数 (in PubMed) 2014年8月11日検索



ら鍼灸が認知されるためには、日常介入としての鍼灸の科学的根拠の蓄積は必要不可欠である。

本来、WHO が提唱しているプライマリー・ヘルス・ケアやヘルス・プロモーションは、各国の各地域住民の伝統文化や価値観において、住民が自立し、主体的な自己決定により、受け入れ可能な介入を用いて、地域の自然環境と調和した健康的な生き方や生活を目指すものである。それらが、地域の伝統的・文化的・自然環境的健康資本を活用した、全人的健康を志向する事は、至極自然であり、「地域包括ケアシステム」で求められる「21世紀の養生」においても同様である。貝原益軒が「養生訓」で説いた「養生」は、今日のプライマリー・ヘルス・ケアや「地域包括ケアシステム」にも通じ、「21世紀の養生」の模索と鍼灸の活用を考える際にも多くの示唆を我々に与えてくれるのである。

【ネクスト・クライシスと鍼灸】

東日本大震災では、広域に亘る人的及び物的被害をもたらし、交通網の寸断や断水、停電等、広範囲のインフラ機能が停止し、日本の様々な分野の現行システムの無力さと問題点が大きくクローズアップされた。岩手や宮城、福島等の3県では、被災地域の約8割弱の病院が被災し、津波の被害を受けた沿岸部の殆どの医療機関では、インフラの寸断、医療機関の被災により、全ての機能、又は一部の機能を喪失し、救命救急医療は困難を極め、通常医療は中断し、既存の医療システムの機能喪失と脆弱さが明確に露呈した。更に、長期化する避難所生活や先行き不透明な原発問題等によりストレスが被災地で増加する中、阪神淡路大震災でも問題になった、被災者の「震災関連死」や自衛隊員や警察官、消防士、自治体職員、医療従事者等の支援者の「惨事ストレス」による PTSD 等、心身の疲

弊も懸念された。被災者及び支援者の心身両面の長期的ケアが新たな社会的課題となり、被災者及び支援者への「全人的ケアサポート」と「セルフケア・メディケーション」の啓発と教育が必要とされた。

また、今後、数十年以内に高い確率で発生が予測されている未曾有のネクスト・クライシス（東海・東南海・南海連動型地震及び南関東直下地震：首都直下型地震等）では、東日本大震災の被害規模の数十倍を超える甚大な被害（死者47万人超<sup>8, 9)</sup>、経済損失520兆円超<sup>8, 10)</sup>が予測されている。それはネクスト・クライシスが、日本の経済産業活動の大動脈である、太平洋ベルト地帯を直撃するからである。太平洋ベルト地帯は、関東から九州に至る、国内で最も企業や工場、人口が密集している地域である。太平洋ベルト地帯以外の地域は、「超少子高齢・人口減少社会」の影響が色濃い地域であり、医療資源も乏しく、自治体崩壊等も叫ばれる、自分の地域だけで手が一杯の「余力の無い地域」である。故に、ネクスト・クライシスが発生した際には、太平洋ベルト地帯以外の地域から、政府や地自体レベルの公助や共助としての十分な応援や援助を望む事は不可能である。何れの自治体や地域も、ネクスト・クライシス発生の際には、自助努力で生き抜かねばならないのが現実である。

オーストリア出身の哲学者で、社会評論家や文明批評家としても現代産業社会批判で知られている Ivan Illich<sup>15, 16)</sup>は、学校、交通、医療等の社会的サービスの根幹に、道具的権力、専門家権力を垣間見、過剰な効率性を追い求めるが故に、人間の自立や自律を喪失させる現代文明を批判し、地に足の着いた生き方を模索した。彼は、医療制度は「専門家依存」をもたらし、人間個々人の能力を奪い、不能化する事を広義の医原病（社会的医原病、文化的医原病）と批判した。この批

判は、日本のネクスト・クライシスへの備えに際しても重要な示唆を与えてくれる。ネクスト・クライシス発生時には、近代西洋医学に基づく既存の医療システムの限られた医療資源だけを最適配分しても、持続可能な医療の展開は困難であり、専門家による近代西洋医学を併用しながらも、電気や燃料、医療機器・部材に依存しない伝統医学や相補・代替医療を被災者自らが活用し、ネクスト・クライシスを生き抜くための方策が必要である。つまり、日本赤十字社やDMAT (Disaster Medical Assistance Team) に代表される、医療専門家による政府や自治体の公助や共助としての急性期の救命救急を中心とした既存の災害医療支援の考え方だけではなく、平時からの有事の際の備えとして、一般の地域住民自らの自助や互助としての自助努力で、災害を生き抜くための Survival Medicine (発災の救命救急医療が主眼) や Survival Healthcare (日常の予防や健康増進を充実させる事で、災害に備える) 等の新たな災害医療支援の考え方が必要である。いわば「災害を生き抜くためには、人間個々人の能力を取り戻し、可能化する事が必要」なのである。これは、建物や道路等の耐震性や耐津波性等のハード面の対策を行う「国土強靱化計画」と対を成す新たな災害対策概念として、国民が災害を生き抜くためのソフト面の対策を担う「国民強靱化計画」とも言えるのである。

東日本大震災の際には、多くの鍼灸師が被災地へ入り、活躍した事は周知の事実であり、今後の災害の際にも、鍼灸が有効である可能性を示唆した。現在、日本の鍼灸界では、複数の業団及び学会、災害支援の経験ある個人の鍼灸師も含め、ネクスト・クライシスに備えた鍼灸師の系統的災害支援体制の整備へ向けた準備が進められている。ここでは、鍼灸師が他の医療従事者と共に被災地へ入り、

如何に鍼灸を以って、被災者や支援者への支援が出来るかが中心の議論となっている。しかし、ネクスト・クライシスの想定被害を踏まえれば、災害の際の被災地での鍼灸師による支援を検討するだけでは片手落ちであり、平時からの有事の際の備えとして、地域住民自らの自助努力で、災害を生き抜くための新たな災害対策概念である「国民強靱化計画」(Survival Medicine や Survival Healthcare 等)において、鍼灸が持つ知識と技術を一般の地域住民が活用し、平時から被災者と支援者を如何に支援できるかを検討する事も、今後の日本の鍼灸界には必要であると考えられる。

**【求めるべき領域と求められる技能】**

21 世紀の「超少子高齢・人口減少社会」での医療や介護福祉等の社会保障サービスを含めた社会形態が、急激且つ劇的に変化している日本の現状において、ネクスト・クライシスへの備えも課題となっている中、針と艾といったシンプルな道具しか用いない鍼灸の介入形態は、その最大の特徴として、歴史的に治療から慰安まで、治療 (cure)、手当 (care)、慰安 (consolation) に網羅的に対応してきた。それは、鍼灸独自の知識と技術により、鍼灸に内在している「鍼灸の機能的多様性」である。この「鍼灸の機能的多様性」は、治療を目的として発展してきた近代西洋医学による手術や投薬等、他の介入には見られない、鍼灸独自の特徴である。今後の活用次第では、「地域包括ケアシステム」で求められる「21 世紀の養生」において、鍼灸が他の介入には代え難い、比較優位性としての競争力としても、鍼灸が持つ付加価値と成り得る可能性を秘めている。

これら 21 世紀の日本の現状と鍼灸の特徴を踏まえるならば、鍼灸が求めるべき領域として、表 2 に示す通り、少なくとも以下の 5

**表2. 鍼灸が求めるべき領域(五領域)**

領域	目的
臨床医療	治療(病状、診療所、鍼灸院)
介護	予防、認知症周辺症状の軽減等
社会医療	公衆衛生(疾病予防、健康増進)
災害医療	サバイバル・ヘルスケア等
慰安	ストレス管理、リラクゼーション、癒し等

つの領域(五領域)が考えられる。これまで、日本の鍼灸界においては、①臨床医学に最も重点が置かれてきた。しかし、21 世紀に入り、日本が「超少子高齢・人口減少社会」へと移行した今、①臨床医療のみならず、②介護、③社会医療、④災害医療、⑤慰安にも鍼灸の重点を移行して行かざるを得ないのは明らかである。特に⑤慰安は、これまで治療や医療を目指してきた多くの鍼灸師が忌み嫌ってきた言葉であり、領域である。しかし、疾病治療だけでなく、人々が罹患や要介護にならないための健康の維持と増進が重要となる 21 世紀と言う時代においては、今後、病気ではない状態における、治療目的ではない、日常介入である「慰安」に内在する「ストレス管理、リラクゼーション、癒し」という側面を公正に捉え直し、積極的に評価、活用していく事が必要不可欠となる。その際、「鍼灸の機能的多様性」がこれらの課題に、如何に答えられるかが、「21 世紀の養生」において、鍼灸は他には代え難い介入として、21 世紀という時代に評価及び認識される事に繋がると考えられる。

**表3. 鍼灸師に求められる技能(九技能)**

技能	目的
鍼灸学知識	鍼灸師同士の対話言語
鍼灸学技術	鍼灸師同士の対話言語
臨床医学知識	中国臨床医学史等の対話言語
介護知識	介護従事者との対話言語
社会医学知識	社会医療従事者との対話言語
災害医学知識	災害医療従事者との対話言語
コミュニケーション能力	得意経路及び得意種との関係
迅速対応能力	得意経路及び得意種との関係
批判的・丁寧な思考	批判的思考や問題解決能力、創発力等

また、鍼灸が求めるべき5つの領域(五領域)に、今後、鍼灸師が円滑に参入して行くためには、鍼灸師に求められる技能として、表3に示す通り、少なくとも次の9つの技能(九技能)が考えられる。これまで、日本の鍼灸師は、①鍼灸学知識、②鍼灸学技術、③臨床医学知識に重点を置き、2000年の介護保険導入に伴う、医療・介護福祉費用の報酬体系の変容に伴い、④介護知識にも注目する様になった。しかし今後は、急激且つ劇的な21世紀の日本の社会形態の変化に伴う、「地域包括ケアシステム」の導入等、医療・介護福祉、それら自身の形態の変容から、⑤社会医学知識、⑥災害医学知識、⑦コミュニケーション能力、⑧信念対立解明力<sup>5, 6)</sup>、⑨リベラル・アーツ：教養も、21世紀を生きる鍼灸師の基礎的素養とし、鍼灸師は修得に努めなければならない。何故なら、⑤社会医学知識は、地域包括ケアシステムに鍼灸師が参入する際、都道府県や市町村の地方自治体で地域の医療福祉行政担当者(医師や保健師等)に鍼灸や鍼灸師を評価及び認識してもらう必要がある。また、⑥災害医学知識は、地域住民による任意の防災組織である「自主防災組織」や「地域包括ケアシステム」における災害対応は今後必須であり、ネクスト・クライシスを生き抜くためには、一般の地域住民自らの自助努力に鍼灸の知識や技術が活用できる事や鍼灸師が貢献できる事を評価及び認識してもらう必要がある。更に、⑦コミュニケーション能力、⑧信念対立解明力、⑨リベラル・アーツ：教養は、「地域包括ケアシステム」に鍼灸師が参入する際、必須となる多職種との連携のために必要不可欠な技能であるからである。⑦コミュニケーション能力は、物事を円滑に運ぶために必要不可欠な技能であるが、⑧信念対立解明力は、何故、多職種間の対立が起るのかを自他共に心情的な側面をも含めた各職種の信念とそれに

伴う各職種間の対立を分析、解明し、円滑に業務や任務、目的を遂行するための技能である。⑨リベラル・アーツ：教養は、多職種間の信念対立も含めた「地域包括ケアシステム」に鍼灸師が参入する際、起こり得る諸問題を解決するための批判的思考やインホメーション・リテラシー(情報を読み解く能力)、イノベーション(革新性)、クリエイティビティー(創造性)等の視点や知識、考え方や解決方法を獲得するためには、必要不可欠な技能なのである。

### 【「21世紀の養生」と鍼灸】

21世紀に入り、日本は、「超少子高齢・人口減少社会」へと移行した。この社会の社会保障制度の中心は、「地域包括ケアシステム」である。そこでは生活者(患者)の希望する機能と生活者(患者)の現実の機能にはギャップが在り、それを少しでも減少させるためにケアによる改善(医療と福祉)が施される。ここでは、医療と福祉の目的が同化し、連携ではなく、医療と福祉の統合が必要となり、医療も「治す医療」から「寄り添う医療」へと変貌し、医療現場は、臨床医療のみならず、介護、社会医療、災害医療、慰安へ、重点を移行せざるを得なくなった。この日本社会の現状こそが、「21世紀の養生」の要件である。また、これまでの文脈から、「21世紀の養生」で用いられる介入には、①治療にも、QOLの向上にも使える、②寿命延伸ではなく、健康余命延伸が目的、③医療機関だけではなく、日常生活の場で行える、④EBMとNBM(Narrative-based Medicine：物語と対話に基づく医療)を重視している、⑤簡便で、誰でも遣り易い(素人でもできる)、⑥単独(自分)でも行えるが、複数(相互)でも行える、⑦費用が安い(用いられる部材が安価で、少ない)、⑧災害時(極限環境下)でも行える等、少なくとも8つの条件が求められる。こ

れら 8 つの条件を必要十分に満たす介入こそが、21 世紀の「超少子高齢・人口減少社会」の日本の「地域包括ケアシステム」で求められる「21 世紀の養生」において、最も活用される可能性が高いのである。

日本の鍼灸界は、明治維新による近代西洋医学を日本の正統医学とする医制発布や戦後の GHQ による鍼灸禁止令等から、受難の道を歩まざるを得なかった。鍼灸師は幾度となく正統医学や世間から、正当な事柄ならまだしも、理不尽な辛酸や苦汁を嘗めなければならない憂き目に会いながらも、日本の鍼灸を今日まで継承して来た。そのため、劣等感やルサンチマン等が入り交った複雑な感情から、鍼灸の自然科学化や治療や医療としての鍼灸に邁進し、科学的根拠の名の下に、何時かは近代西洋医学と同様に正統な医療として認めてもらいたい鍼灸、何時かは医師と同様に正統な医療従事者の仲間に入れてもらいたい鍼灸師になってしまったと言っても過言ではない。鍼灸の自然科学化や治療としての鍼灸は、明治維新から第 2 次世界大戦敗戦後の 20 世紀に至るまで、必要であり、今後も日本の鍼灸界に必要不可欠とされる事柄の 1 つである事は紛れもない事実である。しかし、時代は急激に変化しており、そのような前世紀の鍼灸師のメンタリティーと、どう折り合いをつけていくかが、21 世紀の日本を生きる鍼灸師の課題でもある。「21 世紀の養生」の要件として、正に日本の鍼灸師に求められているのは、鍼灸師各自の意識改革による前世紀のメンタリティー（劣等感とルサンチマン）の呪縛から己を開放すること（自己変革・自己革命）である。

ところで、我々人には、生物学的存在としてのヒト（自然科学的に説明できる側面）と社会的存在としての人間（人文科学及び社会科学に説明できる側面）の二面性を持っている。主に鍼灸の自然科学化や治療や医療と

しての鍼灸で扱ってきた人はヒトであり、「鍼灸の機能的多様性」の治療 (cure) の部分であった。一方、「鍼灸の機能的多様性」の手当 (care) や慰安 (consolation) の部分は、鍼灸の自然科学化や治療や医療としての鍼灸の名の下に、これまで切り捨てて来たのである。しかし、治療や医療としての鍼灸を目指して来た多くの鍼灸師が忌み嫌ってきた「鍼灸の機能的多様性」の慰安的側面（病気ではない状態での日常介入である慰安）を、鍼灸師自らが如何に公正に捉え、積極的に評価していくことができるか。それこそが、治療や医療だけではなく、予防や健康増進を含む「21 世紀の養生」に寄与できる理と訳が、「鍼灸の機能的多様性」にこそ存在することを、鍼灸師自らが保証することになるのである。「ヒトに理あり、人間に訳あり」。EBM は生物学的存在としてのヒトの理を説明し、NBM は社会的存在としての人間の訳を語る。EBM と NBM はカードの裏表であり、「21 世紀の養生」の要件と介入の条件には、何れも必要不可欠なのである。

日本が「超少子高齢・人口減少社会」になる事は、1980 年代には既に予想されていた事である。現在の「地域包括ケアシステム」での対応は、遅すぎるとも言われている。これは、21 世紀の「超少子高齢・人口減少社会」が、20 世紀までの既存の概念（「多子若齢・人口増大社会」）では評価できず、対応が後手、後手になっている現状への批判でもある。未来は何時でも既存の概念では評価出来ない事柄に満ちている。それを評価するためには、新しい概念を作る必要がある。「21 世紀の養生」も「国民強靱化計画」も然り。そのためには、今後 100 年先を見据えた未来から、現在の姿を想像し、今なすべき事を検討するバックキャストイング (Back casting)<sup>注 21)</sup> の思考法が必要である。それが、「超少子高齢・人口減少社会」の日本における「地

域包括ケアシステム」で求められる「21世紀の養生」の創出と、そこでの日本の鍼灸の在り方に繋がるのである。日本の鍼灸界にもバックキャストイング (Back casting) の思考法が必要である。

日本の鍼灸の趨勢は、過去、現在、未来の時間軸上に存在し、絶えずその時代と共にあった。21世紀の新たな日本の鍼灸を展望するためには、日本の鍼灸師各自が、各時代の本質を見極め、今日の「半制度化された非近代医療」としての日本の鍼灸<sup>17)</sup>が抱える問題や課題、現状の閉塞感の原因等を分析し、それらを解決・打開するために、少なくとも21世紀の鍼灸が求めるべき5つの領域(五領域)と鍼灸師に求められる9つの技能(九技能)を獲得するための行動(自己変革・自己革命)を起こす事である。それが、「21世紀の養生」の創出に繋がり、延いては、高齢化社会の先駆的社会モデルとして、老いるアジア及び欧米諸国への国際貢献にも繋がると考えられる。その先駆けとして、日本の鍼灸や鍼灸師が、大いに貢献出来る可能性を、21世紀という時代は秘めているのである。

「ある日の真実が、永遠の真実ではない」(Ernesto Rafael Guevara de la Serna), 「見たいと思う世界の変化に、貴方自身がなりなさい」(Mohandas Karamchand Gandhi) は、何れも時代を切り開き、人々に未来の展望を示した先達の言葉である。「国破れて、山河在り」の様に、「鍼灸師破れて、鍼灸在り」(鍼灸師は消滅したが、鍼灸は消滅せずに残った)と言う未来が訪れないためにも、これまでの文脈から、21世紀を生きる日本の鍼灸界(鍼灸と鍼灸師)には、これらの言葉が当て嵌まるであろう。

## 注釈

1) 幕藩体制：近世日本の社会体制のあり方を、幕府(将軍)と藩(大名)という封

建的主従関係を基点にとらえた歴史学上の概念。

- 2) 封建国家：封建的主従関係の下で組織された国家。近代国家との主な相違点は、明確な領土の観念を持たず、契約に基づく個人の人的結合から成立していた事である。
- 3) 近代国家：中世封建国家や近世の絶対主義国家の崩壊後に成立した国家。国民の代表機関である議会制度(立法)、統一的に組織された行政制度(行政)、合理的法体系に基づく司法制度(司法)、国民的基盤に立つ常備軍制度等が整備され、中央集権的統治機構をもつ国家。
- 4) 福祉国家：国家の機能を安全保障や治安維持等に限定する夜警国家ではなく、社会保障制度の整備を通じて国民の生活の安定を図る国家。
- 5) 社会保障制度：個人的リスクである、病気・怪我・出産・障害・死亡・老化・失業等の生活上の問題について貧困を予防し、貧困者を救い、生活を安定させるために国家または社会が所得移転によって所得を保障し、医療や介護等の社会的サービスを給付する制度。社会保障という言葉は社会福祉と同義で使われる事も多いが、公的には、社会福祉の他に公衆衛生をも含む、より広い概念。
- 6) 若年性人口オーナス：子供が増え続ける時期は働かない人口が増え続ける時期であり、被扶養人口の増加期であるため、経済成長は停滞する。
- 7) 人口ボーナス：少子化が始まる事により働く人口の割合が増加し、被扶養人口の減少し、労働人口は増加期であるため、経済は成長する。
- 8) 老年性人口オーナス：高齢化が進む事により、働かない人口が再び増加する時期となり、被扶養人口の増加と人口減少に

- より経済が衰退し、社会は長寿傾向となる。
- 9) 機械論的身体論：人間の身体は、複雑で精巧な自動機械であると見なし、その身体が、人間にとって如何なる意味や価値を持つのかを論じる事。
  - 10) 還元主義的の疾病論：複雑な物事でも、それを構成する要素に分解し、それらの個別（一部）の要素だけを理解すれば、元の複雑な物事全体の性質や振る舞いも全て理解できると想定する考え方で、病気を捉え、論じる事。
  - 11) 特定病因論：単一病因論とも言われ、病気（例；インフルエンザ）には、其々特定の根本原因（単一原因）（例；インフルエンザウイルス）があるとする疾病概念で、近代西洋医学の中心的概念。
  - 12) 多元的病因論：病気には、個体因子・環境因子・接触性病原因子（病原体）の三因子が関係し、特定の病原体だけでは、必ずしも病気になるとは限らないとする疾病概念。
  - 13) 地域包括ケアシステム：自助、互助、共助、公助を基盤に、その地に暮らす生活者としての地域住民（乳幼児から高齢者、障害者も含む、ケアを必要とする者）全体へ、住居を中心に、より包括的な医療、介護、社会福祉サービスを連携し、日常の暮らしや住いをも包含して支援して行こうとする考え方。1970年代に広島県の地方都市の医師により初めて提起された、日本発のヘルス・ケア概念。
  - 14) 自助：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持。
  - 15) 互助：インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
  - 16) 共助：社会保険のような制度化された相互扶助。
  - 17) 公助：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。
  - 18) 社会関係資本 (Social capital)：人々の協調行動が活発化することにより社会の効率性を高めることができるという考え方の下で、社会の信頼関係、規範、ネットワークといった社会組織の重要性を説く概念。基本的な定義としては、人々が持つ信頼関係や人間関係（社会的ネットワーク）のこと。上下関係の厳しい垂直的人間関係でなく、平等主義的な、水平的人間関係を意味することが多い。人間関係資本、社交資本、市民社会資本とも言われる。主に社会学、政治学、経済学、経営学などで用いられており、近年、社会医学でも用いられるようになった。
  - 19) ケア・サイクル：ある病気が発生する。日常の生活動作 (ADL) が低下する。病院（急性期）に入院して、回復する。自宅で在宅ケアや福祉支援を受ける。また容態が変化する。治療を受けて、回復すれば自宅に戻る・福祉施設に入所する。このサイクルを繰り返しながら、最後は死を迎える。1人の生活者（患者）が受ける連続したケア。様々な社会資産（保健資産・医療資産・福祉資産）から、その時点の状況に応じたケアを受け、連続的に社会資産を乗継いで行くケアのサイクルの事。
  - 20) 健康の社会的決定要因 (Social determinants of health)：人々の健康状態を規定する経済的、社会的条件の事である。20世紀後半以来、人びとの健康や病気が、社会的、経済的、政治的、環境的な条件に影響を受ける事が広く認められるようになった。健康の社会(的)規定因子や、健康の社会的決定因子とも

呼ばれる。

- 21) バックキャスティング (Back casting) : 未来を予測する際、目標となる状態を想定し、それを起点に現在を振り返り、今何をすべきかを考える、未来からの発想法。温暖化防止や持続可能な社会の実現等、これまでのやり方や考え方では答えが見つからない問題を議論し、解決策を見つけるために用いられる事が多い。1997年にスウェーデン環境保護省が“Sustainable Sweden 2021 (2021年の持続可能性目標)”の報告書作成の際に使用し、知られるようになった。日本の国土交通省や環境省等の長期ビジョン策定にも活用されている。

#### 参考文献

- 1) 猪飼周平. 病院の世紀の理論, 有斐閣, 2010.
- 2) 広井良典. 人口減少社会という希望 コミュニティ経済の生成と地球倫理, 朝日新聞出版, 2013.
- 3) 長谷川敏彦. 変わる人生・社会・ケア - 研究実験国家日本の挑戦 ; 鎌田東二企画・編:講座スピリチュアル学 第2巻 スピリチュアリティと医療・健康, ビイングネットプレス, 2014.
- 4) ルドルフ・ウィルヒョウ (著), 梶田 昭 (翻訳). ウィルヒョウ - 細胞病理学 (科学の名著), 朝日出版社, 1988.
- 5) 高橋紘士 (編集). 地域包括ケアシステム, オーム社, 2012.
- 6) 京極 真. 医療関係者のための信念対立解明アプローチ: コミュニケーション・スキル入門, 誠信書房, 2011.
- 7) 京極 真. 医療関係者のためのトラブル対応術: 信念対立解明アプローチ, 誠信書房, 2014.
- 8) 【別添資料2】南海トラフ巨大地震対策について (最終報告) ~南海トラフ巨大地震で想定される被害~, 南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ, 防災対策推進検討会議, 中央防災会議, 内閣府, 平成25年5月.
- 9) 【別添資料1】首都直下地震の被害想定と対策について (最終報告) ~人的・物的被害 (定量的な被害)~, 首都直下地震対策検討ワーキンググループ, 中央防災会議, 内閣府, 平成25年12月.
- 10) 【別添資料3】首都直下地震の被害想定と対策について (最終報告) ~経済的な被害の様相~, 首都直下地震対策検討ワーキンググループ, 中央防災会議, 内閣府, 平成25年12月.
- 11) Thomas McKeown. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? (Princeton Legacy Library), Princeton Univ. Pr., 2014.
- 12) Peter Laslett. The Emergence of the Third Age, Ageing and Society, Volume 7, Issue 02, pp 133 - 160, Jun 1987.
- 13) Peter Laslett. A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age, Palgrave Macmillan; 2nd Revised Edition, 1996.
- 14) 貝原益軒 (著), 石川謙 (編纂). 養生訓・和俗童子訓, 岩波書店, 1961.
- 15) イヴァン・イリイチ (著), 金子嗣郎 (翻訳). 脱病院化社会 - 医療の限界 (晶文社クラシックス), 晶文社, 1998.
- 16) Ivan Illich. Limits to Medicine: Medical Nemenis, the Expropriation of Health, Marion Boyars; Reprint Edition, 1999.
- 17) 佐藤純一. 「医療の制度化」に関してのメモ - 鍼灸医療の「(半) 制度化」を考えるために, IIア・ラ・カルト, 【特集】鍼灸の法制度を考える, 鍼灸 OSAKA, Vol. 27 No. 4, 通巻第104号, Page 33 - 40, 2011.



## シンポジウム

本稿は、第9回社会鍼灸学研究会に行われた鈴木一義・小野直哉・形井秀一三氏のシンポジウムのテープ起こし記録である。

形井：それでは最後のセッションです。

21世紀型の養生について、午後にお話を頂きました三人のシンポジストと共に、話を進めていきます。まず、養生についてですが、私はこれからの鍼灸は、今の時代の中で、社会全体の中で鍼灸が、どのような存在で、健康というものにどのような関わっていくのかを考えると、単に、鍼をするとか、お灸をすえるという事だけに集中するのではなく、社会全体や、世界全体をみる視点が必要だと思っています。

小野先生は、そういう関係性の中で、養生が一つのキーワードになるのではないかという思いでおられるわけです。実は、小野先生とは、昨年の秋か冬の秋葉原駅のプラットフォームの電車の轟音の中で、これからの日本の医療の未来を、語り合いました。その時に、今年の世界鍼灸学研究会のテーマの話をしました。その時にはすでに、養生という方向性が見えていました。

勿論、その頃は、養生展、「医は仁術」があることを知りませんでした。展覧会は、春に始まりました。展覧会には、最後の6月初旬、展覧会が終わる一週間位前に、本学の学生と一緒に、行きました。その際に、鈴木一義さんが展覧会の入口から出るまで、各コーナーで解説をして下さいました。お忙しい方ですので、見学の便宜を図って頂くだけで十分だったのでのですが、また、熱心にお話して頂けると思っていなかったもので、ずーっとご案内と解説をして頂いて、私が一番

前で聞いてたような感じで、非常に勉強になりました。その時のお話は、今日お話し頂いた、養生が、「医の仁術」の仁の根底に、あるという事をそのまま、学生に分かるようにお話して下さいました。それはもう素晴らしいお話で、是非、社会鍼灸学研究会にお招きして、お話し頂けませんかとお願ひして、快くお引き受け頂きました。

その後6月下旬に、小野先生と再会した時に、小野先生が、「これからは養生です。21世紀型養生です。」と、こう言うわけですね。去年、秋葉原で話したことが前提にありましたが、養生で今年の世界鍼灸学研究会のテーマを出すしかない、もう逃げられないような状況の話をするわけですね。しかも、「それを私は、医は仁術展に行って私は確信しました。」って言うわけですね。そこで小野先生、

小野：はい…。

形井：どこでそのように確信をしたのかということから、シンポジウムを始めたいと思います。

小野：私が確信したのは、ちょうど、「医は仁術」展を見たのは、あれ何月だったかな。

形井：展覧会は、3～6月の初旬頃まででした。

小野：はい、私は、展覧会が終わる一週間前に行ったんです。

形井先生に、3月頃にお会いした時、展覧会のことを紹介され、なかなか行けなくて、ギリギリに行きました。それで、その医は仁術展を3時間かけてみました。

いや、4時間位かかったかな…

形井：元は十分とったわけですね。

小野：はい、全部をなめるように見たんです。

一緒に行った人達は、先に帰っちゃいましたけれども。半日かけて勉強させてもらいました。「医は仁術」展をみていた時に、日本の医学の歴史の流れが、どのようにして、近代西洋医学に繋がっていくのかがわかったんです。実は、私はこっそりずっと、医療福祉がどのようにして、高齢化社会に対応すべきかという事を調査研究しています。特に、地域包括ケアが代表的ですが、そういうものをどのように具体的に形にしてくかが、今、各市町村レベルで問題になっています。しかし、ほとんど白紙状態。地域包括ケアセンターを作ることが重要で、それをまず作る。それで、地方自治体が、具体的なサービスとして、地域包括会議等の、他職種連携の会議をやり始めています。

それで、これからどのように具体的な内容を考えていくか。すでにやっているものもありますが、行っているものは、既存の介護保険制度や、医療保険のお支払い体系にあるものを行っているわけです。しかし、これからは医療と介護の連携が必要で、おそらく医療と介護の境は無くなっていくのだろうなという感覚があります。去年も一昨年も、ある意味では高齢化社会では、例えば日常介護を私は慰安も含むという話もしているわけです。日常介入には、慰安です、慰安。

形井：日常介入とは？

小野：日常介入というのは、介護に、色々な日常の健康増進とか維持のためには、慰安も重要で、鍼灸も貢献できるという事を言っていました。鍼灸は治療ばかりでは、だめじゃないかという事をここ数

年私は提言しています。それを、「医は仁術」展で確信したわけです。

形井：そういうことを考えていたところに、「医は仁術」展を見て、どういうところで確信できたんですか。

小野：結局、日本の医学の歴史の流れは、根底には、治療もあるんですが、その下、中には、自分でどう健康になるかっていう“養生”、養生の思想が医学の介入以前から、強く根底にあるという事を、展覧会で私は確証を得ました。結局その養生がベースにあった上で治療をする事によって、初めて効果があるなと思います。養生無くして治療をしても、意味が無いだろうと。日本の医学の大きな歴史の流れというものを体感しました。

形井：「医は仁術」展でね。

小野：ええ。

形井：4時間。

小野：4時間かけて。

形井：うーん。

小野：それと一つは、今後の日本の社会を考えたときに、結局19世紀以降、病気は、特に西洋医学が発展すればするほど専門化して行って、治療する人と受ける側というのが、専門化して、分かれていったわけです。さらに、その専門家も細かく看護師、医師、歯科医師と、さらに細かく分かれていった。専門化する事によって、結局は、病気は他人事。自分になっているが、他人事みたいな感じです。日本では、自分の健康を自分だと言いながらも、「先生お願いします」というような状況になってきている。そこをなんとかどこかで取り戻していかないと、今後の社会は成り立っていかないと。さらにもう一つ、高齢化社会で重要なのは、いつかは死ぬという事を前提に、治らない病気を抱えたままどう生きていく

かが重要です。病気は治らないんです。死ぬまで。治ればラッキーですが、治るような要素還元的な治療方法っていうのは若い世代の人たちだったら良かったんですけども。そういう事ですね。

形井：病気も自分の一部だと、

小野：はい。

形井：分かりました。その、確信を持ったところとはよく分かりました。そこで、

鈴木先生。

鈴木：はい。

形井：今のお話について、いかがでしょうか。

鈴木：我が意を得たりというか、それをぜひ知らせたかったのです。江戸時代の医療というのは医者だけの行為ではなく、多くの人々にとって自分で医療の知識を持って養生を行うことだった。この医師の仁と、人々の養生が江戸時代の医だと思えます。小野先生がおっしゃったように、明治以後、戦後と、医術や医学の発展によって、医が医師だけの専門領域化していき、今は、医療すべてが医者任せです。江戸時代は医療体制が今に比べればはるかに遅れていたこともあり、病気になるように自分で養生する必要がある。そのためには知識を得なければなりません。簡単な医学書や養生書を読まなければなりません。今でも勉強するのは楽しいものではありません。江戸時代においても、文字を習って読み書きをやるという事は、すごく苦痛だったと思いますし、親にとっても働いてもらった方が良いわけです。それを親も子供に積極的に学ばせて、読み書きを覚えさせるわけです。殿様や医者が出してくれた養生書もたくさんありました。それを読んで、自分で養生したのです。この養

生というのは、日本人の生き方として基本のひとつだと思うんです。他人に迷惑をかけないということですね。私は、この精神を現代でももっと活かすべきだと思います。

国では第4期の科学技術基本計画が行われています。このなかにライフイノベーションがあります。「日本発の革新的な医薬品・医療機器等の創出により、健康長寿社会を実現する」というようなものですが、ここでいうイノベーションとは、従来の概念を変える革新を行おうということを意味しています。すなわち医療やそれに関する生活、社会制度をどう変えるか、もしくはこれまでの医療に関する認識や価値観をどう変えるか、特に、東日本大震災後に作られた第4期計画は、その辺りをもっと重視しなければならないと思うのです。私は先生方が仰ったように、自分で行う養生、そのための医療体制をもう一回考えるべきだと思います。養生と言ってしまうと簡単なんですけども、制度として自分で行う医療体制をどう構築していくかは、これからの社会に重要だと思っています。

特に災害時の医療は、まさに自分で自分の身を守ることです。2011年3月11日に東日本大震災がありました。この年の4月に東京で第28回の医学会総会が開かれる予定でした。実はこの医学会総会のプレ展示として科学博物館で2月から「医学教育展」を開催しており、地震はその展示の途中で起こったのですが、この展示では地震時の医療についても展示をしておりました。私の職場は上野にあります。上野は関東大震災で被災した方が集められて、多くの方が亡くなられた場所でもあるんです。今私たちが考えている医療や医療制度は、平常時のもので

す。それに対して地震や戦争のような非常時の医療などについて、日本ではほとんど議論されることがないように思います。この展示では、自衛隊から医療兵ではなくて看護兵の資料を借りて展示しました。看護兵は、医者ではありません。非常時の場合は包帯を巻くだけで助かる確率が高くなる。そういう非常時の地域医療、医者でなくても医療行為をある程度行うような社会体制が必要ではないかと思えます。広義の意味での養生ですね。明治時代は医者が基本的には不足していましたから、養生は大切な日本の医のひとつでした。しかし実は今も医者はまだ不足していて、色んな問題があるように思えます。現代的な養生の必要性は失われていないのではないのでしょうか。特に非常時、例えば小学校に包帯すら備蓄されてない。病院でなくても、とりあえず近くに、何か起こった時にそこに行けば薬があるという体制が出来てない。しかし、非常時はそういう事を考えなきゃいけない。3.11で分かったわけですから。本来日本が持っていた養生的発想、自分の身は自分で、地域のことは地域でのような、そういう体制作りを一步一步進めていくべきだと思っています。

例えばロボットの活用を今、日本で一生懸命行っています。手術支援ロボットのダヴィンチなんかまさにそうですが、あれは遠隔手術を目的に開発が進んだ軍事技術でもあるわけです。そうしたロボットは日本ではなかなか開発が難しい面もあります。しかし介護ロボットのように、日本的養生と結びつけたような開発ができればおもしろいのではないかと思います。

また先ほど先生が日本の人口の一億二千万がどんどん減ってくるとおっしゃ

られました。皆さん日本の人口は世界で何番目か知ってますか？国連加盟国は確か195カ国くらいと思いますが、人口は195カ国中、10位なんです。中国、インド、アメリカ、インドネシアと続き、9位がロシアで一億四千万人。日本はこんな小さな国で世界10位の人口を持つ国なのです。さっき医療制度に関してスウェーデンの話をしましたけど、スウェーデンの国土面積は日本と同じくらいです。約32万㎡、北欧三国。国土の7割は緑で、日本とほとんど同じです。人口はいくらだと思いますか。500万とか1000万とかです。これはもう国として全く違う体制、形です。その医療制度を真似してもどうしようもないんです。小さな国土、巨大な人口、高い科学技術力などなど、日本と同じような国は他にありません。

日本の医療は日本人が自ら考えなければならぬと思います。これまでも、なんだかんだあっても、世界から素晴らしいと言われる国民皆保険を作ってきた。欧米の影響を受け、参考にしたものはありますが、結局その制度は日本独自のものになっています。これからの時代の21世紀型養生社会を小野先生が確信とおっしゃっておられるのは、歴史的に見ても必然であり、可能なものであると、私も大賛成ですし、そうなるべきだと思っています。

形井：ありがとうございます。

そうしますと、次の問題が出てきます。小野先生は地域包括医療は、今白紙状態で、みんなが悩んでいるということです。行政は、箱ものやシステムを作ること、一生懸命考えていると思うんです、鈴木先生が言われているような江戸時代に医の心みたいのもそうですし、教育制度、教育レベルしかり、一般の人が学ぶ一定

の知識があって、それを自分の生活に活かすようなところが、小野先生が言われる、自分で考えて自分でやっていく、健康のアプローチの仕方や健康を創造していくことがかなり忘れ去られつつある。現実的には、医者まかせだったり薬まかせだったりというようなことになりつつあるか、あるいはなってしまうというところから抜け出せないという状況があるのではないかと思います。そこらへんはどうなのでしょう。

小野：日本の人は健康意識は高いと思います。ただ、それはいびつな形。例えばTVで、健康を考えると、健康にいいから、本当に効くのかなと思うような、あれ？これ何かのドキュメンタリーやってるのかと思って見ていたら、コマーシャルだったというのがありますよ。なんか見て損した、みたいな。そういうような、商品を買う中高年の方が多いわけです。

一般の方が読む、健康雑誌が色々ありますよね。最近ですが、そのうちの、ある雑誌の編集者の方とお話をしました。あなた方のやっている内容っていうのはどこも同じだと申しました。結局どの雑誌も同じ事をやっているわけです。同じような内容があって、それでよく差別化できますね。それよりも、あなた方が出している雑誌には実は可能性があるという事を申しました。それは、一般の方は専門書を読まないで、それよりも病院とか診療所とか鍼灸院とかに置いて健康雑誌を読む。だったらそういう本に、21世紀のこれからの養生方法を説いたらどうか。そういう意味では、あなた方の雑誌は非常に影響があると、そういうのを考えたらいかがでしょうか。と言ったら、非常に喜んでいました。

形井：喜んだ？

小野：喜んでいたというよりも、彼らも実は記事がマンネリ化しているの、他社と比較して、競合ですからそういう意味では非常に商売のネタになるヒントを得たのではないかとおっしゃってました。でも、そういうのはやはり専門書ではなくて一般書が必要なんじゃないかと。それは江戸時代だったら、例えば貝原先生の『養生訓』だったりとかです。現代版のそういう物を作っていくかといけないと。単なるコマーシャルリズムに乗って、煽られるだけで、健康志向を実は自分でやっているつもりなんだけども踊らされているのではないかと思います。

形井：発想が難しいですね。健康が商品化されていると思います。健康産業が儲かる手段にある。

小野：儲かってもいいんです。

形井：儲かってもいいんですか。

小野：儲かってもいいんですよ。問題は、それを見極める目だと思います。見極める目っていうのは、主体性があることですから。

形井：それは、どうやったら育つのでしょうか。

小野：それはもうリテラシーでしょうね。

形井：リテラシー。

小野：情報リテラシーであり、健康リテラシーだと思いますね。先ほどの鈴木先生のお話で、知識を得るということはある意味、益があった、利益が。だから、江戸時代の庶民でも、模型を作った、本を自分で読むとか、したって言う、情報を得るのに非常に不自由な時代にそのようなことをやっていたと。だけど、今は情報を得るのは非常に簡単です。逆に、情報が氾濫しすぎているので、簡単に情報を得られるけども、逆にそれをどう見極めていくかっていうことのほうが重要で、

そういうトレーニングはされないです。

形井：それは、かなり難しい。そういう視点で、教育されないとなかなかそういう風に育っていかない。例えば、ある健康に良いというものを飲んだり食べたりすればこうなるって言われていたのに、逆のことになっちゃって、何か、すごい失敗をした、というような学習をしたら、それは多少違ってくると思います。それは、別の例で言うと、日本の公害の歴史でもあるし、色々な災害の歴史を経て学んできたということでもあるが、そういう人たちばかりじゃない。どうやって学んでいけるのかっていうことが問題ですよ。

小野：そういう一般の人が、実は正常な状態はどのようなものかを知らない。病気するとき、例えば専門家は、病気の病態等について大学や学校等で習いますが、健康な状態は、どういう生理状態なのかという視点で教育ってされていないんです。ということは、一般の方は健康な状態ってどのような生理状態であるのかを知らないわけです。だから、その状態を自分たちも、専門家も、我々は、ある程度共有しておく必要があるのかなと思います。正常な状態から逸脱した場合がある意味では病気っていう話になりますから、また不健康っていう状態です。その基準になるものが、今のところないわけです。

形井：一応ね。生理的で正常範囲っていうのが示されていますよね？

小野：生理的に正常範囲というのは、専門家が言う話です。正常って何ですか？って、一般の人が尋ねた場合に、それは数値的に示すとか。

形井：しかし、それは患者さんが、医者に、それは正常ですよって言われて、そ

れで、正常だと思うわけです。

小野：そうすると、これはある意味言語ゲームになりますが、正常だと言われてた患者さんが認識している正常と、専門家が言う正常の言葉が表しているもののギャップがあるわけです。

形井：あるでしょうね。

鈴木：この間まで85cmがメタボの指標でした。

形井：そうですね。うん。WHOで示されている血圧も、今、数字が変わってきました。いや、だから、患者さん自身というか、個人が自分で体感している、正常と思うわけではないが、むしろ何も感じないで普通に生きていることが正常であるっていう認識を持ってないということでしょうか。もしかしたら小さい時からちょっと風邪ですごく不安になった時、大丈夫よもうすぐ治るから。というようなことをちゃんと学習する過程があって、十代の後半になったらこういう時はこれで健康な状態に戻る、こういう時はこうやればいいんだって、自然に身についているようであれば、そんなに不安は無いのかもしれないけども。

小野：ただ、例えば、子供が熱をだしたとき、すぐ病院に行ったりとか、すぐに抗生質を飲んじゃったり。昔だったら、風邪引いたら卵酒飲んでとかね。

形井：そうだよ。

小野：簡単に言うと、あとは、寝とけば治る。

形井：そうそう。寝とけば治るね。

小野：あとは、たくさん布団をかけら、汗をかけば治る。

形井：あ〜、そう言われましたね。

小野：それで、2、3日して治らなければ病院に行こうみたいなわけじゃないですか。そのような社会だったわけです。だ

けど、逆に、病院や医療機関が整備されて誰でも簡単に行けるようになった、いつでも行けるような状況になった。その代わり、自分自身で何かしらの対応をすることがどうも少なくなってきた。そうすると、そのような中で育つ子供達は、そういう経験が無いので、ますます自分で何か対応する、自分の体の変調に対して初期対応っていうものをしてなくなってくる。習慣がなくなることになる。

形井：健康を考える第一歩として、かなり重要な問題だと思います。ただ、そのようになったさらに前のことを知らない。戦前はそのような時にどうしたかとかね。ただ、医療体制が整っていなかったから病院に行けなかっただけだろうと言うこともかもしれないけれども、むしろそうじゃないのではないかと思われませんか。むしろ、親が自分の経験を踏まえながら、ここまでは大丈夫だというようなことをちゃんと見極められる目というか、落ち着きというか、そういうものが本当の意味で育てないのかもしれないですね。

小野：あとは昔、家庭の医学みたいな本が、一家に一冊置いてあったりした。そういうものをあまり見ない。逆にネットで閲覧できるから、ネットで調べる。でも、ネットって保証が無い。情報の。担保はされていないので、それを鵜呑みにした場合はちょっと危険な場合がある。

形井：鈴木先生どうですか？そのへんの感覚。

鈴木：情報ということについて、福沢諭吉が『文明論之概略』で「智徳」ということを述べています。智については、物の理を究めてこれに応ずるの働きを私智、人事の軽重大小を分別し、軽小を後にして重大を先にし、その時節と場所とを察

するの働きを公智という、としています。私智は小智で、公智が聡明の大智であるとしているのですが、それは知識や情報を知るだけで無く、時や場所に応じて正しく使うことが重要であり、それが聡明叡智なのだと言っています。

情報や知識が限られていた江戸時代にあつてさえ、たとえば長野で解体新書を元に農民が作った解体人形は、その知識を正しく理解する人がいて、お金を出す人がいて、地域の人々に伝わり、そのような最新の知識を学ぶために地域が優秀な子供を京に留学させる。留学した子供は、学んだことを地域に戻って活かす。そういう智を循環させる、正しく広める体制が、日本各地にあつたわけです。パソコンのデータっていうのは情報でしかありません。単なる〇か×かの情報、知識ですから、それを知恵として叡智として、時や場所に応じて、どう活かすかということは、人に任されているわけです。情報や知識を集めることが重要なのでは無く、それをどう使うか、活かすかのために、人を育てることが今も昔も変わらず重要なのだと思います。

いわゆる養生については、もっと日本各地の地域性だとかを活かすべきだと思います。養生で重要な食などが、地域の習慣や嗜好と結びついているからです。自分たちがやってきたことや、その地域でやれるようなことを、もっと積極的に能動的に現代の情報や知識も活かして、それを地域の知恵として活かす体制作りを行うべきかと思います。

小野：先ほど、私の話の中で、今関わっている高島平の話をしました。そこで色々検討して、最終的に出てきたのは、独立するしか無いという結果です。高島平団地独立宣言をして、国には頼らない、

俺たちは俺たちでやるんだと。気概を持って、先ほどの鈴木先生の話と同じで、自分たちでどうなりたいん、人間として生まれて、これから先を考えた時に、誰かにやってもらうんじゃないかと、自分達で、それぞれに考えたら、団地が独立するしかないんじゃないかと。高島平独立という形で、そのぐらいの気概を持ってやらないかぎり、悲惨な未来が待っているだろうという結論になったんです。

形井：主体的に自分たちがどう考えるかという1つの言い回しが独立するということだと思います。

話を我々の分野に戻しますが。では、鍼灸師が、鍼灸界というものを一応持っているわけです。鍼灸の世界に関係するわれわれの世界があり、12万人が免許を持っていて、開業している人達の数ははっきりしないが、その人達が臨床の最前線にいるわけです。地方にいるわけですよ。その鍼灸師集団は、養生というキーワードからすると、今日出てきた話は鍼灸師集団しかできない。医師は、鍼灸師とは違った形の養生を、今の病院、診療所、医療体制の中で出来るかもしれないけれども、独立開業して地域の中にいる、鍼灸師がやる形とはやっぱり違うと思います。では、鍼灸師が鍼灸師独自の形で、今出てきたような話を具体化するにはどうしたらいいのか。あるいは具体化できるのか、いやできないのかっていう話題に移ります。養生を含む2千年の歴史がある東洋医学の最前線にいる私達が、今日この会場に集まった鍼灸師が知恵を寄せ合うとしたら、その東洋医学の心、基本的な考え方を、21世紀型の養生はどのような形になるのか、どういうことができるのか。ここで、フロアも含めて、ご意見頂ければと思います。

宮島：犬山鍼灸治療所の宮島と申します。

今、形井先生が仰った、鍼灸師が養生学に関わっていくというところで強く思うのは、どうしても小野先生のご発表にもありました、地域包括ケアの中に、好むと好まざるとも入っていかないと、鍼灸師の知恵を使う機会もなくなると思います。地域包括ケアシステムのあの大きなPDFの資料の一番下にはり師きゅう師が入っています。私も、他職種連携会議を市が音頭をとってやるようになり、犬山市の資料が厚労省からきて、焦りました。

数ヶ月単位で始まったが、市の人口は7万5千です。120人の医療・介護関係者の集まりに私も参加しましたが、鍼灸師は0人。市の呼びかけに、みんなで垣根を越えて集まりましょうと集まったけど、鍼灸師は0だった。残念だなあと、何だろうと、思ったら、どうぞ皆さんお気楽にお越しくださいとの案内は鍼灸院には来ていない。病院、歯科医院、薬局、柔整、介護保険施設や地域医療包括支援センター、社会福祉協議会等にFAX送信されているんですが、残念ながら鍼灸院にはFAXが来ていなかったのです。鍼灸師に知らせないところで、他職種連携会議が始まっている。せっかく我々が持っている、養生に生かせる知識や経験が、どうしてもスタートから出遅れているところがある。鍼灸による現代養生学というのをやろうとすれば、そういうシステムの中にこっちから名乗りを上げて、仲間に入れて頂戴というアクションを早く起こさないと、また知らないところで、現代養生学というのが構築されていってしまうのではないかなと思ったということがあります。

形井：なぜ、FAXが来ないのかっていうの

はちょっとわからないのですが、結局これまでのシステムの中に入りきれてないということなんでしょうね。介護保険の時の状況がそれに近いところがあったが、やっぱりあのシステムにしても、もうひとつ埒外に置かれているっているか、別のシステムでは存在してるんだが、そういう全体が加わるようなシステムのところには十分入りきれてないことが続いているということなんですかね。そこは、ここで今議論するのは制度的な問題ですから別の問題になります。

他にどうでしょうか。何かこういう努力で入っていけるんじゃないかとか、アイデアはありますか。

鈴木：現代医療は、欧米の医療制度を範に取り、専門医による対処療法医学を中心に進んできたかと思えます。それに対して、伝統的な漢方は予防医療的な側面があり、特に広く庶民の間で行われた鍼灸などと結びついて、自己治療や施術も行う、日本独自の養生を発展させたと思えます。このような自己治療や施術の体系は、漢方、鍼灸が持つある意味、素晴らしい実績、特徴かと思えます。しかし近現代の医療体制の中で、そのような養生、たとえば産婆制度なども資格制へと移行するなど、近代に対応するか、徐々に姿を消すことになってしまいました。これは現代的に考えて、もったいないと思えますぜひ、正しい情報、知識を活かした知恵として復活させるべきだと思います。予防医療としての養生、自己医療を経験的に持っている漢方、鍼灸は、これからの日本の医療に大きなアドバンテージを持っていると思います。それをどう活用するかは国側も考えないといけないですが、皆さんにも考えていただいて、もっと積極的にその地域、包括医療みたいな

物の中に加わっていくという声を、内外に対して宣言されはいかがでしょうか。

第4期科学技術基本計画にあるグリーンイノベーションは、まさに新たな時代の生き方や生活、医療に関して研究開発や施策を進めると言うことです。上手くグリーンイノベーションのひとつの目玉にもできるのではないのでしょうか。グリーンイノベーション、ライフイノベーションは、これまでの社会制度の変革、価値観の変革を伴っています。もっと積極的に、皆さんが、鍼灸の持っている先進性を前面に出されてもいいんじゃないか、もっと積極的に各地域でコミットしていくことをやられた方がいいと思いますが、いかがでしょうか。

織田：森之宮医療学園の織田と申します。

皆さんにお聞きしたいことがあります。地域ケア会議というものに出席された方いらっしゃいますか。

形井：お一人だけ。

織田：さらに、災害のときに医療過疎地に行ったというお話がありましたが、では、医療過疎地の人達は、そもそも自分で養生されているのかということ。例えば、そういうところに医療者として入っていく方法と、セルフケアのサポーターとして入っていくことと、二通りの方法があると思いますが、その点についてはいかがでしょうか。

形井：今、2つの分け方は、鍼灸師だ、どのように分かれるんですか。

織田：医療者としての鍼灸師ともう一つは養生教室をする。お教えします。あるいはヒントを差し上げますというような。鍼灸を一つの切り口とした、もう少し広い意味での養生を提案する。

形井：多分、前者は、皆すぐその機会を作れば、自分がやってることの延長でやれ

ると思いますが。私が、この場で取り上げたいと思うのは、後者の方をやらうとした場合に、結局、鍼を刺すとか、お灸をしてしまうことしか今の鍼灸師はできないというか。では、指導するとして、力不足だと思います。鍼灸以外の広い意味で、生活のあり方や食事、色々全部含めた場合に、そのどういうあり方がいいのか。各人が、自身で自分の生き様を考えていくときのヒントになると思います。そういうものを、どこまで今の鍼灸界が持っているか。個々で、考えている先生はいらっしゃると思います。しかし、鍼灸界として、あるのかという問題があると思います。ただ、そこは、ケア会議に入っていくことも一つ、そのシステムにいかにか認められて入っていけるかの努力という側面と、何を提供できるかという問題があると考えます。参加者が、知恵を提供できますでは、どうしようもないと思うのです。もっと色々な幅をもった知識を学んだ上で、それをどう活かせるか、鍼灸師の立場でどう活かせるかということも含めて、そういう会議に出てもある程度戦略的なものを持ってないと、役に立たないと思います。だからこそ、もう少し深めて考えておかななくてはならないと思います。

戸ヶ崎：焦点が絞れないですが。今の話ですが、僕の経験で一つ、今年ダメだった考案がありまして。4・5年位前、カリキュラムを作った時があります。そのときに、どうしてで養生学がないのかと思い、作りました。却下されましたが。

形井：カリキュラムの中に入れ込んだんでね。

戸ヶ崎：入れ込んだのです。太極拳や食生等、いくつか入れて具体化して行こうと思ったら、要するに自由といっても、厚労

省から、カリキュラムの内容が決まっているわけです。特に、西洋医学的の授業内容が多く、東洋医学的な内容より多いわけです。そのような中で、座学が多く、実際実技を取り入れる時間はあるので、実技を取り入れる位がせいぜいでした。養生まで手が回らないのが現実です。社会的な意味で考えるときは、そのことをどうするかを考えないと難しいかと思っています。個人的には別の意味で、すごく興味深い話なので、質問があるのですが、学校教育の中で、まず取り入れられていないことが一番大きな問題だと思います。だから、個人でやらざるを得ないということが現状かと思うのですが。

形井：わかりました。今の、ご指摘は、学校教育の中に、非常に組み込みづらいことを考慮すると、やはり、卒後教育が大事になるということでしょうか。

嶺：タイムキーパーですが、発言よろしいですか。

戸ヶ崎先生が仰ったように、確かに、厚労省との関係では、養生学を入れ込めるスペースがないんです。確かに。これは、たまたまですが、私が勤めている学校の、ある地域の新聞社が主催する大きなイベントに巻き込まれまして、何かやれと言われたわけです。その私たちの学校の校舎を使って色んな業者さんが入って健康フェアみたいなのをやることになりました。そこで、鍼灸学科にも何かやれと言われ、学生は有資格者ではないので何もできません。そこで考えたのが、日本にはせんねん灸という素晴らしいものがあるではないかと。それで、形井先生に相談させていただいて、「一般の方にやっちゃったらアウトだからね。でも、参加者が自分でやる分にはOKだよ。」とアドバイスをいただきました。予診表

を患者さんに書いてもらい、それで簡単なものですが自動的に証が立つようにして選穴され、学生がそれを見て患者さんに、今日の状態はこうなので、ここにお灸を据えてくださいと説明します。正にセルフメディケーションというテーマで、学生が患者さんを指導する。

先週の土・日曜日に、施術指導をするというイベントをやりました。2日間で200人弱の方が来られました。1時間位待ってる方もおられたんですよ。セルフメディケーションというニーズはやっぱりあると思います。イベントを行ってみて、学校としてできることは、そういう形で一般の方たちに、学生の内から鍼や灸を知ってもらおうというのではなくて、鍼や灸を使ってどう患者さんにご自分で健康になってもらうのかというような取り組みやイベントがあってもいいのかなと思いました。

先程、織田さんが仰った被災地でのセルフメディケーションについてですが。例えば、漁村部の方達は、道路が埋まって孤立しても、自分たちの力でそこを警戒して、自治体や自衛隊に頼ることなく物流などを確保していました。そういう方達は、やっぱりセルフメディケーションという意識の高い方が多い。実際に自分たちが被災地に行って、鍼をしても、次いつ来れるか分からない。そうすると、日本が世界に誇るせんねん灸を使って、こういう時はここにお灸をしてください。とアドバイスを、各鍼灸師がしていると思います。

それからもう一つは行政との関係です。先程の地域包括化システムの会議、他職種連携会議に鍼灸師が呼ばれないという状況の中で、草の根ではなく、どのようなにして、システムの中にアピール

していくか。私ははっきり前者の方ができる。システムの中にアピールしていくことも勿論やらなければいけないのですが、今すぐできることは、患者さん達に伝えていく部分なのかなと思います。

質問者：そのベースが教育だとすれば、何をどうするかというのが先決じゃないかなと思います。要するに個人で、自分の能力に合わせて勉強していると思うんですけど、これは個人のレベルだと思います。僕なんかは20代からずっと関わってきて、自分の健康は自分で守るっていう勉強会をした時期もあります。最近では、残念なことに個人のレベルではやってるかもしれないが、鍼灸師、鍼灸界全体でどうするかということ、体制作りの方が重要な内容、課題と考えます。

形井：それでは、今、事例集めをします。こういうことをやって多くの方が集まりましたとか、小さい自分の治療室で教室をやりました、あるいは自分の学校で、学園祭の時に学生と一緒に、一般の人向けのイベントをやりました。そういう試みをやったことのある方はどのくらいいらっしゃるでしょうか？

ちょっと数えます。13人。でも1/4くらいの方はありますね。全員手が挙がる位になると良いですね。でも、多分、ここに来られている先生方はかなり意識の高い先生方なので、1/4の先生方だと実際、一般的にはどれくらいかわかりませんが、1/4いらっしゃるということですね。

絶対にこれはみんなにきかせたい、報告しておきたいという、ちょっと鼻が高くなるようなお話があれば、小野先生どうぞ。

小野：私の経験です。私は大学に在学時に、私は明治鍼灸大学卒業ですが、そのあとは京都大学にいきましたので、京都大学

時代、全然鍼灸に関係ない時代なわけですが、その時に定期的に学園祭で青空鍼灸というのをやっていたんです。最初はテント一軒もないところで始めてたんです。明治鍼灸の後輩と京大の医学部の学生と一緒にやりました。初めは半日だけ、どうせ人来ないだろうと思ってやってたら、結構来たんです。で、翌年は規模拡大して、テント一張りだけでやって、それでやったらまた集まりました。翌々年は更に拡大とやっていたら、2~3年のうちに自前でテント2張り用意して、4日間の学園祭で、トータル2~3000人来るようになっちゃったんです。

形井：え？

小野：トータル2、3000人。

形井：2、3000人？

小野：はい。トータル2、3000人処理するという。だから、一日500人とかそれ以上来る。結局、そこに関わっていたスタッフは、明治の学生さん、関西鍼灸大学、京大医学部、府立医大、あと、医療に関係ない方でも興味がある、鍼灸とか東洋医学に興味のある学生を中心に総勢スタッフ約60人でやりました。

形井：おーすごいですね。

小野：で、京大の学園祭は11月の末頃ですが、近くに吉田神社というところがありますので京都観光の方が結構多く、観光ついでに来る方がいらっしゃいました。結構全国的にアピールになったと思います。

形井：確かに報告したくなりますね。他にありますか。

野口：神奈川県で鍼灸院を開業しています野口と申します。

私はまだ、経験は先生方のようにはないのですが、今、お灸教室などを産婦人科の医療機関でしております。その中で、

実際にお伝えする中で、結構悩んでいることがあります。セルフケアも大事ですが、鍼灸治療を受けていただく時にすみわけを考えています。養生は、医療にかかる前の段階は、3つステップがあると思っています。私たちの施術による鍼灸治療を受けていただく段階と、ご自分でお灸をしていただくセルフケアのお灸。あともう一つ、生活の仕方や、日常生活の中でできることを、鍼やお灸も使わずに、つぼもお伝えするわけでもなく、伝えられる事がすごく大事になるんじゃないかなと感じています。

それから、現在、模索していることがあります。話をお伺いして日本に養生が昔から発展してきたのは気候の変化が激しいころもあると思います。気温や湿度、気圧等、日本は特に変わりやすいので、それとの適応、自律神経の調節だと思えますが、それとの適応のコツというのが養生の形に知恵として使われてきているとしたら、そういったことを、昔からある伝統的な養生の方法をお伝えるのが良いのか、今なりのことをお伝えるのが良いのか、そういったことを模索中です。鍼灸師の中で学び合う機会があったらいいなと思っています。

今の話はちょっと高齢者向けでしたが、それとは別に、私は小さい子供がいる母親なので、小児医療に関する活動をしていて、児童小児医療を守る子供たちという会のスタッフとして活動しているんです。小児医療はすでにかなり崩壊しています。忙しすぎる状況の母親たちが病気を知ってもらうことで、コンビニ受診と言われることを避けたり、情報を得ることで、予防接種の不安を減らせる。そういうことで、患者として、良いタイミングで適切な医療を受けるとか、医療

費を無駄に使わないとかそういうことにつながります。そこで提供している内容は、私たちが鍼灸学校で習った公衆衛生であったり、一般的な感染症等です。そのような情報を、普通にご提供するだけで役立つと思っています。

形井：はい。ありがとうございます。小児の話も出ましたし、いろいろ試みられている話も出ました。おそらく私も私もと手が挙がり始めるんじゃないかとは思いますが、実はそろそろ時間です。鈴木先生と小野先生とお招きして、これまでの養生、これからの養生の話をしてきました。養生は、東洋医学の中に伝えられてきている養生ということだけではなく、その精神を活かしつつ、現代にどういう形で、それが実現できるのかという新しい形の養生も生み出していかないとはいけません。昔はこうやっていたのが養生だというような。たとえば、貝原益軒の評価もいろいろありますが、貝原益軒は養生は我慢だというような思想なんじゃないかという批判を受けるわけです。あれをやっちゃいけない。これをやっちゃいけない。これを我慢する事で養生が実現できると。いう風なそういう批判をしている人も居る訳です。もしそうだとしたら、そういう形だけでは今の時代にはなかなか養生というのは理解してもらい難いだろうと思います。でも、わかるという意味では、その状況を理解しながら自分はどういうことをやるのかということを理解してもらえようような伝え方を当然しなければいけないと思います。

ですから、古来からの養生の思想は活かしつつ、現代版の新しい養生というものを生み出していくような思考で、鍼灸師が患者さんに接し、あるいは社会にア

プローチしていくような姿勢を持っていかないと鍼灸は後ろ向きで、さっきのように、FAXも来ないということがいつまでも続くのではないかと思います。そういう意味では、今日ご参加いただいた先生方が、是非自分の周りで始められることから、取り組んでいただければと思います。まだまだ養生の問題は始まったばかり、語り始めたばかりだと思っていますので、またいろいろなアイデアを集めて制度的な問題や、個々の鍼灸師のアプローチの方法を含めて、検討していければと思います。是非またよろしく願います。

それから、最後に鈴木先生、これから「医は仁術」展の新しい展開というか、今後、日本を周るという話のところをしていただけますか。

鈴木：はい、今後の開催場所です。12月から長崎歴史博物館、長崎大学と一緒に開催します。その後、3月末に、東北歴史館、東北仙台です。その後に金沢の21世紀美術館、秋に北九州市のいのちの旅博物館に巡回します。その後、山梨と沖縄へ巡回する話が進んでいます。お蔭様で、引き合いが多い、それだけ日本の医療についていろいろな人が関心を持っているし、地域やテレビ局等の主催者が入ってくれます。地域も関心が高いという事だと思います。

形井：ありがとうございます。小野先生一言ありますか。

小野：先ほどの捕捉なのですが、地域包括ケアというのは決して高齢者だけではないんで。実はその地域に住んでいる健常者の方、また、障害のある方、更に小児の方を含めた包括ケアなんです。ただ、今の時代は多分高齢者がクローズアップされているだけであって、決してそれは

高齢者だけではないということは是非誤解のないように認識していただければと思います。あともう一つ、地域包括ケアに入っていくときに重要なことは、まず、自分がその地域の住民であると。鍼灸師であるとか医療関係者であるとかの前に、その地域の住民であるという事がまず大前提なんです。その上で、わたし特技は鍼灸ということを入れて行くような世界なんです。それがない限りは地域包括ケアで、鍼灸なんて有り得ない話なんです。やっぱり地域住民として自分がまずあるんだということが、大前提ということなんです。それが、災害とかに繋がって行くわけです。あと、先ほど鈴木先生も最後おっしゃっていましたが、皆さんは知ってしまったんです。知っちゃったんです。余計な事を。知っちゃっ

たら、養生訓の中で貝原先生も言っています、行わなかったらそれはやらないのと同じだと。是非やっていただきたいと思います。やらなかったら、ここに来ていなかったということですので宜しくお願ひしたいと思います。

形井：最後に厳しいことを言ってらっしゃいましたが、皆さんと一緒に過ごしてきましたが、これでシンポジウムを終わりにしたいと思います。来年の予定はまだ立てていませんが、10回目になりますので、今のところ9月にやりたいと思っています。また、1年間の間にいろんな場所でお会いすることになるかと思いますが、その時は、またどうぞよろしくお願ひします。

どうもありがとうございました。

## 東日本大震災と鍼灸 -4年目の被災地の現状-

嶺 聡一郎<sup>1)2)</sup>

1) 社会鍼灸学研究会 2) 専門学校 首都医校

### 【はじめに】

東日本大震災の発災より、4年が経過する。被災地のみならず日本全体にとって、甚大な被害に見舞われた地域社会や暮らしの「復興」が現在の最大のテーマであることは言を俟たない。しかしながら、未だ仮設住宅や避難先での暮らし、仮設店舗での営業を余儀なくされている人々が多いことは周知の通りである。「復興」は道半ばといえる。

一方で、被災自治体の集計などを見ると、被災地へのボランティアによる支援は漸減していると考えられる。

筆者は2011年から2012年にかけて、東日本大震災の被災地への、鍼灸による医療支援の実態について報告した<sup>1)</sup>。その際、被災現場で鍼灸を用いて被災者支援を行うグループ、団体は合計16を数えたが、この時点の調査では知り得なかった団体、個人の活動も複数あり、報告で捉え得たのは支援活動の一部である。多様な形態で鍼灸による多くの被災地支援が行われたと考えられるが、2014年現在どのような支援が行われているかをうかがえる資料は少ない。

また、鍼灸による支援が行われた後、被災地で鍼灸治療を受療できる環境についての現状を示す調査も見受けられない。

今回、特に被害が甚大であった岩手県、宮城県、福島県(以下、3県と表記)において続いている鍼灸による被災地支援の現状を調査し、鍼灸を通じて行える継続的な被災地支援の可能性と課題を明らかにすることを試みた。

同時に、既存の資料から鍼灸施術が可能

な施術所数を、鍼灸受療環境を示す指標として調査し、震災前後の比較することで3県での鍼灸受療環境の復興状況を考察する基礎資料を得ることを試みた。

### 1. 3県での鍼灸による被災地支援の現状と課題

#### 【目的】

3県での鍼灸による被災地支援の現状と継続的支援の背景、課題を明らかにする。

#### 【方法】

2014年に鍼灸による3県への継続的支援を行っている団体を調査対象として抽出し、各団体にアンケートを送付した。

対象の抽出は以下の方法によった。

1)2012年1月から2014年6月までに発刊された鍼灸関連雑誌(『医道の日本』、『中医臨床』、『鍼灸OSAKA』、『鍼灸ジャーナル』)の記事から、被災地で鍼灸による継続的支援活動を行っている団体とその活動地を検索する。

2)検索から明らかになった団体のうち、2014年に活動を継続している、あるいは継続予定である団体を抽出する。

送付したアンケートの質問項目を以下に示す。回答は選択式だが、「その他」を選んだ場合に自由回答を出来るための記述欄を付した。

アンケート質問項目

Q1.支援活動を行っている地域をお書きください

(「地域名や仮設住宅名/市町村名」の形で)

Q2.現在、被災地支援を続けているのはなぜですか。(複数回答可)

1. 支援先現地に鍼灸へのニーズがあるため
2. 支援先現地の医療環境が回復していないため。
3. 仮設住宅等の活性化活動のため。
4. 鍼灸以外の現地支援活動との協力関係があるため。
5. 現地との関係性ができたため。
6. その他

Q3.現在の活動のペースはどのくらいですか。

1. 月に4回以上
2. 月に2~3回
3. 月に1回
4. 2ヵ月に1回
5. 3ヵ月に1回
6. 4ヵ月以上の間隔に1回
7. その他

Q4.鍼灸による継続的な被災地支援活動を行う上で、困難な点は何ですか。(複数回答可)

1. 資金の確保
2. 人材の確保
3. 資材の確保
4. 活動場所の確保
5. 支援先との連携構築
6. 支援現地の医療機関との連携構築
7. 支援現地の鍼灸師との連携構築
8. 支援先でのコーディネーターの確保
9. 鍼灸師の治療能力水準の維持
10. その他

Q5.現在の支援活動をいつまで継続されますか。(複数回答可)

1. 支援先現地の鍼灸受療環境が回復するまで。

2. 支援先現地の鍼灸以外の医療環境が回復するまで。
3. 支援先現地の仮設住宅が撤去されるまで。
4. 連携している鍼灸以外の支援団体が活動を終了するまで。
5. 現時点では未定。
6. 支援活動終了の予定はない。
7. その他

### 【結果】

対象として抽出された団体は4つあり、アンケートは全ての団体から返送された。活動の組織化と強化のため母体を発展的に改変した団体が1つあるが、4団体全てが、前回の筆者の報告に照らして、2011年より継続的に行っていることが判明した。

活動地域は3県の4市4町に及んだ(表.1)。

表.1 団体名と活動地域

団体名	活動地
特定非営利活動法人ANKA	岩手県大槌町 宮城県石巻市
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
特定非営利活動機関 鍼灸地域支援ネット	福島県川俣町 宮城県石巻市

それぞれの地域内での具体的な活動場所としては、仮設住宅、集会所、他の支援団体が開設したコミュニティスペース、障がい者施設、高齢者施設、団体自らが運営する開設した支援拠点が挙げられた。

活動継続の理由として、「支援先現地に鍼灸へのニーズがあるため」、「鍼灸以外の現地支援活動との協力関係があるため」、「現地との関係性ができたため」の3つの選択肢が4団体全てに共通して選ばれた(表.2)。一方で、活動頻度にはばらつきがあり、複数の活動地をもつ団体では場所により頻度が異なるケースがあった。そのため、複数回答可の質問ではないが、回答総数が対象総数を上回っている(表.3)。

表2 活動継続の理由

選択肢	回答数
支援先現地に鍼灸へのニーズがあるため	4
支援先現地の医療環境が回復していないため	2
仮設住宅等の活性化活動のため	3
鍼灸以外の現地支援活動との協力関係があるため	4
現地との関係性ができたため	4

表3 活動頻度

選択肢	回答数
月に4回以上	1
2ヵ月に1回	1
3ヵ月に1回	1
4ヵ月以上の間隔に1回	1
その他	1

「その他」として「年に2~3回。仮設住宅で暮らす人達の自立の道を阻害しないようにしている」という回答があった。

活動継続上の困難な点としては全ての選択肢が選ばれているが、3団体が「資金の確保」を共通して挙げている。1団体は「その他」として、「特にない」と回答している。また、同じく「その他」を選択した別の団体は「困難かどうかは団体の特性によって違うが、(選択肢の)すべてが(支援活動において)必要」と回答している(表.4)。

表.4 活動継続上の困難

選択肢	回答数
資金の確保	3
人材の確保	2
資材の確保	2
活動場所の確保	2
支援先との連携構築	1
支援先地の医療機関との連携構築	2
支援先地の鍼灸師との連携構築	2
支援先でのコーディネーターの確保	1
鍼灸師の治療能力水準の維持	2
その他	2

支援活動をいつまで継続するかという質問に対しては、活動頻度と同様に、複数の活動地をもつ団体はそれぞれの地域状況により異なった回答が寄せられた。「その他」と回答した団体は今後も活動を継続するとしており、現時点で活動終了予定は無いと考え

られる(表.5)。

表.5 活動終了予定

選択肢	回答数
支援先現地の仮設住宅が撤去されるまで	1
現時点では未定	2
支援活動終了の予定はない	1
その他	1

**【考察】**

今回の調査では対象数が少ないため災害時鍼灸医療についての一般的傾向を描出すことは難しく、具体事例に沿った現状の考察となる。

1)支援継続の背景

全体状況としては医療の基盤となる様々な社会資源の「復興」全体の立ち遅れが背景にあるといえるが、各団体が支援を継続する具体的な理由として、「現地の鍼灸ニーズ」、「他の支援活動との関係性」、「現地との関係性」の3つの要因が共通している。この事に鑑みると、鍼灸による継続的被災地支援の背景には、

- ①現地の鍼灸へのニーズ
- ②現地や他の支援団体との関係性の2つ要因が存在している。

①については支援活動の前提であり必須であるが、今回調査対象となったいずれの団体も発災の年である2011年から活動していることを考えると、長期に渡る支援活動を通じて培ってきた現地の患者や自治会などとの関係性、他の支援団体との連携や協働が、継続的支援活動の背景にあると考えられる。見方を変えるならば、この2つの要因は継続的支援活動を実現可能にする基礎的要因であると同時に、支援する側にとっては活動継続の動機となり、結果として支援活動が長期に渡るという構造が考えられる(図.1)。

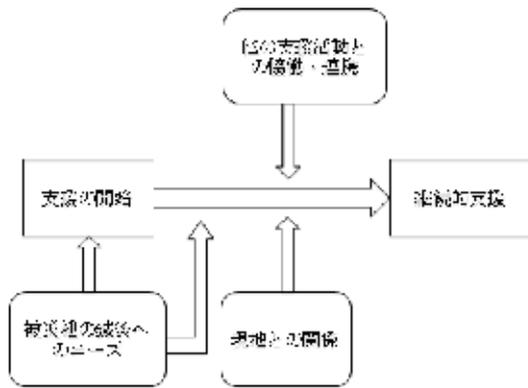


図.1 継続的支援の構造

### 2) 継続的支援活動の課題

継続的支援活動における困難については全ての選択肢が回答として選ばれているが、3つの団体は資金の確保をあげている。

DMATや日赤救護班に代表される災害時派遣の医療チームは、組織力と資金力を有していることで安定的活動が担保されている。

一方、災害時の鍼灸による医療支援は組織力も資金力も無い中での活動となるのが現状である。各種助成金により交通・宿泊などの必要経費を確保できる場合もあるが、助成金はボランティア活動を対象としたものが殆どであり、人件費は計上できないことが多い。したがって、施術所を休院して被災地に赴くことになる鍼灸師に対して逸失利益を補償することは難しく、助成金の獲得が出来ない場合、活動経費も全て自己負担となる。

継続的活動を行っている団体であっても資金の確保が困難であるとしていることは、活動の継続を企図していたとしても経済的事由から撤収した団体が存在する可能性を示唆している。

### 3) 活動の頻度、活動終了予定があらわすこと

一方で活動頻度、活動における困難、活動終了予定についての回答は団体によって、あるいは同じ団体でも活動する地域によって、ばらつきが見られる。これは支援先や活動の状況、特性が一様ではないことに起因すると

考えられる。

活動終了予定についての質問(Q5)へ自由記述回答を寄せた団体2つと、「仮設住宅が撤去されるまで」と回答しているが、活動頻度についての質問(Q3)の自由記述回答へ活動終了に関係する内容を寄せた団体1つについて、それぞれの回答要因を以下に示す(表.6)。

団体Aの活動地には子供に対する長期的被災影響が懸念される地域が含まれており、「子供への影響や鍼灸の効果などを考え、あと5年ほど継続する予定」と回答しているが、現時点では5年という活動期間予定はあくまで目処であり、正確な活動終了時期は未定である。

団体A、Bの活動地には医療過疎地が含まれるため、恒常的活動へのニーズが存在する。そのような地域事情を背景に、団体Aは鍼灸接骨院の設立を計画し、団体Bは既に多職種・多事業協働による恒常的施設の実現していることから、活動終了は予定されていない。

一方で団体Cは、仮設住宅の存在が活動の背景となっている。仮設住宅入居者の自立＝仮設住宅の撤去を活動終了の目処としている。このことから、団体Cの活動は恒常性を前提としていないことがうかがえる。

表.6 活動終了予定とその要因

団体	Q5への回答	回答要因
A	現時点では未定。 「支援活動終了の予定はない」	・子供への被災影響の長期化の恐れ ・支援地域の医療過疎 ・被災地医療の設立を計画
B	「支援活動終了の予定はない」	・鍼灸を含む恒常的施設の設立を実現 ・多職種・多事業で被災地を支援 ・支援地域の医療過疎一部回復を望む
C	「支援先地域の仮設住宅が撤去されるまで」	・仮設住宅の自立を阻害しないため活動期間が長期的

活動終了に対する回答とその回答要因から、被災地に対する継続的支援の有り様は、支援先の特性や団体の活動の方向性によって異なってくると考えられる。

**【結論】**

3県への鍼灸による継続的支援の背景には、現地の鍼灸へのニーズ、支援先や他の支援団体との関係性の2つの要因が存在する。

継続的支援の課題は多岐に渡るが、資金の確保が大きな困難となっている。

活動ペース、活動終了予定は、支援先の状況や特性、各団体の方向性により異なったものとなっていると考えられる。

**2. 3県における鍼灸受療環境復興の現状**

**【目的】**

3県での被災前後の開業鍼灸施術所数を把握し、鍼灸受療環境の復興を考察するための基礎資料を得る。

**【方法】**

- 厚生労働省『衛生行政報告例』から震災前後の「あん摩・マッサージ及び指圧、はり並びにきゅうを行う施術所」、「はり並びにきゅうを行う施術所」を合計し、比較する。
- NTT東日本が発行する職業別電話帳(『タウンページ』)から「あん摩・指圧・マッサージ、はり、きゅう」および「はり、きゅう」の欄に掲載されている施術所を合計し、比較する。

なお、両欄に重複掲載されている施術所については、1施術所として計数した。使用した既存資料は以下のものである。

①『衛生行政報告例』(厚生労働省)

平成20年版 平成22年版 平成24年版

②『タウンページ』(NTT東日本)

岩手県 中央版 県北版 県南版 沿岸版 (2011年1月発行/2014年1月発行)宮城県 仙台市北版 仙台市南版 県北版 県南版 県東版

(2010年9月発行/2013年9月発行)

福島県 会津版 中通り北版 中通り南版 浜通り版 (2011年1月発行/2014年1月発行)

『タウンページ』のデータは岩手県、福島県については発行前年10月末、宮城県については発行同年の6月末のものとなる。以下、本稿では発行年ではなくデータ集計時点の年を表記する。

**【結果】**

『衛生行政報告例』による施術所数集計は、平成22年版で宮城県が震災により計数不明となっているため、震災前の施術所数については平成20年版も含めた比較となる(図.2)。

平成20年と平成24年を比較した場合、3県いずれにおいても施術所数は増加している。増加率は岩手県において17.5%、宮城県において20.7%、福島県において5.5%となっている。岩手県と福島県に関して平成22年と平成24年の施術所数を比較した場合、岩手県では増加し、福島県では減少している。岩手県での増加率は40.8%、福島県での減少率は7.7%であった。

『タウンページ』による施術所数集計では震災前の平成22年と震災後の平成25年で比較すると、岩手県と福島県で施術所数が減少しており、宮城県では変化が無い。減少率は岩手県で10.0%、福島県で8.3%であった(図.3)。

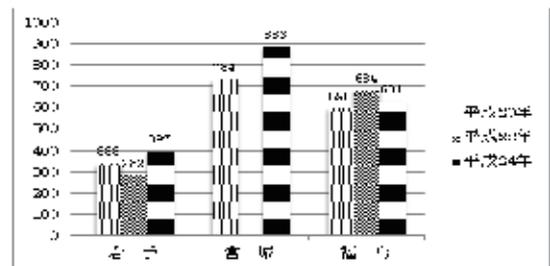


図.2 『衛生行政報告例』にみる施術所数の増減

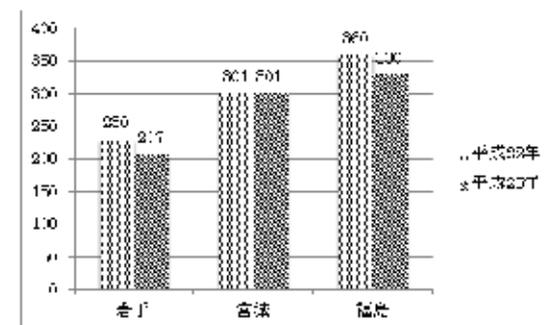


図.3 『タウンページ』にみる施術所数の増減

## 【考察】

『衛生行政報告例』に基づいた施術所数の変化を見る限り、平成20年と平成24年の比較から、施術所数を指標とするならば震災前以上の鍼灸受療環境が存在するといえる。岩手県は平成22年に施術所数の落ち込みがあるが、平成24年には平成20年以上の施術所数となっている。

一方、『タウンページ』に基づいた施術所数の変化からは、岩手と福島では鍼灸受療環境は悪化し、宮城では変化が無いことが読み取れる。

両資料間の数値の乖離は、『タウンページ』の掲載数とその性質上、全数とにならないことに起因すると考えられる。

藤井らの研究<sup>3)</sup>から、『衛生行政報告例』の数値には下方修正の必要性があることが示唆されている。現在、医療行政上の公式の施術所数は本報告に依るしかないが、営業実態の無い施術所がどの程度反映されているかは不明であり、実質的な鍼灸受療環境をここから推測することには限界がある。

『タウンページ』をデータベースとして計数した施術所数は、事業所動態調査に電話帳データを使用するためのパイロットスタディー<sup>4)</sup>から考えると、営業実態のある施術所の把握には一定の有効性があると判断できる。しかし、申請をしなければ掲載されない電話帳の性質上、全数を網羅したデータとはなり得ず、また、「掲載取り下げ」の申し出が無い限りデータは掲載され続けるため、『衛生行政報告例』と同様に営業実態の無い施術所が計数される可能性はある。

これらのことから、現時点では既存資料から正確な施術所数を把握し、鍼灸受療環境を調査することは困難と考えられる。3県の鍼灸受療環境を正確に把握のためには、現地での実査が必要となるであろう。

## 【結論】

『衛生行政報告例』を用いた施術所数の計数からは、3県の鍼灸受療環境は震災前より改善しているといえる。一方、『タウンページ』を用いた施術所数の計数からは、3県の鍼灸受療環境は悪化しているか、変化が無いことが読み取れる。

しかしながら、いずれの資料も正確な施術所数の把握には問題点があり、実際の鍼灸受療環境を、施術所数を指標として評価する場合、現地での実査を要する。

## 【おわりに】

被災地では未だ土地の嵩上げ等の工事が続く地域もあり、仮設住宅や仮設店舗も多くが解消の目処が立っていない。東日本大震災の被害は、未だに続いている。それに伴い、数は減っても現地での鍼灸による被災地支援は継続している。

しかし、被災地の鍼灸医療を担う現地の施術所がどのくらい開院しているのか、現時点でその正確な数を知る術がない。鍼灸受療環境の「復興」がどの程度進んでいるのか、それを計るための基礎資料が欠落した状態で、いわば手探りの支援が続いているといえる。

発災後、現地支援に入った鍼灸師が被災者や被災支援者の治療にあたった。そのことは、被災した人々の身体と心の苦しみを和らげることに幾許かは役に立ったかもしれない。もしもそうであるならば、被災地に暮らす人々が鍼灸治療を受けたい時に受けられる環境の確立を支援することが、我々日本の鍼灸師が負っている責任であるだろう。

## 謝辞

ご多忙の中、本調査にご協力頂いた団体、個人の皆様に感謝申し上げます。

また、東日本大震災で犠牲になられた15,891人の方々とご家族にお悔やみを申し

上げると共に、未だ行方の分からない2,579人の方々、不自由な避難生活を送っておられる219,618人の方々に一刻も早く安らかな生活が訪れることをお祈り申し上げます。

#### 文献

- 1) 嶺聡一郎. 東日本大震災における日本の災害時鍼灸医療の実態. 社会鍼灸学研究2011 特集号 災害と鍼灸. 2012. 2-6
- 2) 嶺聡一郎. 東日本大震災1年間の鍼灸ボランティア活動のまとめ. 社会鍼灸学研究第7

号. 2013. 1-12

- 3) 藤井亮輔, 山下仁, 岩本光弘. あん摩業、はり業、きゅう業に係る施術所数ならびに就業者数の実態に関する調査研究-平成14年衛生行政報告例隔年第63表及び第64表の検証-. 全日本鍼灸学会誌. 2005. 55(4). 566-573
- 4) 森博美, 坂本憲昭. タウンページ情報を用いた事業所の自然・社会動態の把握. 法政大学日本統計研究所オケージョナルペーパー No34. 2012



## 薬物依存症者回復過程における鍼灸の可能性

八尋優子

学校法人京都仏眼教育学園 京都仏眼鍼灸理療専門学校

### 【 要旨 】

薬物依存症の病態は多様であり、家族ですらそれを理解して支援することは難しい。地域支援においても、彼らを受容することには消極的である。このことが、薬物依存症からの回復を困難にしている。医療においては、対症療法として向精神薬等の投与が行われるが、本来の意味での回復に向けた治療とは言い難い。加えて、薬物依存の治療に薬物が投与されることについては、医療従事者のみならず当事者にも違和感がある。これに対して、非薬物治療である鍼灸を用いることで、薬物依存症者の回復の妨げとなる離脱症状や心身の不定愁訴を緩和し、自然で円滑な回復を助ける可能性がある。症状と治療のみではなく、それらを取り巻く複雑な環境に配慮をしながら、関わり方や治療方針に工夫を重ねることが必要であると考えた。

### 1 はじめに

覚せい剤などの薬物を使用すると依存が形成され、離脱症状に苦しむことはよく知られている。病気治療に必要とされる処方薬でも、誤った使い方を続けていると、同様の状態になることがある<sup>1)3)</sup>。

薬物依存症になった脳は半永久的に戻ることはなく、薬物依存症を解消する特効薬はないと言われる。しかし、薬物を使わない生活を継続することで、社会人としての生活を送ることができ、それを医療的意味の「治癒」ではなく「回復」と呼ぶ。

しかし、法的措置の対象となるため家族の理解や支援を受けられないことが多いなど、本人の力のみでの社会復帰は困難が伴う。医療施設や相談所に通い続けたり、DARC(ダルク)(Drug Addiction Rehabilitation Center)やNA(Narcotic Anonymous)などの自助グループの活動に参加する場合もある<sup>4)</sup>。

現代医学的観点からは、認知行動療法などの心理療法に併せて、対症療法として向精神薬等の投与が行われている<sup>5)</sup>。

### 2 薬物依存症に対する耳鍼治療

薬物依存症に対する耳鍼治療の実践は欧米で活発である。1991年より、NIH(米国国立衛生研究所)の下部組織であるNIDA(米国薬物依存研究所:National Institute on Drug Abuse)によって研究支援を受けることとなり、1993年にはNADA(米国薬物依存症回復支援耳鍼協会)の耳鍼が依存症から生じる渴望の軽減に有効であり、副作用もなく安全で、安価であるとの調査報告が発表された。この発表を受けてNADAの耳鍼は全米の刑務所や回復施設で採用されることとなり、英国の刑務所や社会福祉施設で取り入れられることとなった。現在では、欧米においてNADAの耳鍼が医療体系の一部に組み込まれている<sup>6)</sup>。

日本においても鍼灸師の活躍の可能性は十分に考えられる。しかし、欧米とは薬物政策が異なり、同様の形での鍼灸治療は行われていない。

### 3 欧米と日本の薬物政策

米国の薬物政策である、ドラッグ・コート

(Drug Court) について紹介する。

ドラッグ・コートは1989年より行われている。薬物関連犯罪で逮捕され、裁判になった際、本人が有罪であることを認め、さらに社会復帰プログラムへの参加希望を表明したら、実刑を延期し、その後社会復帰プログラムを完了すれば処罰を免除されるというものである。裁判官が、司法および福祉の関係者や民間のプロバイダーと協力して、処罰ではなく根本原因の除去や治療を第一目標に据えている<sup>4)</sup>。

また、近年では欧州を中心に、マリファナ合法化を含めた改革を行い、健康被害の可及的縮減を目標に据えたハーム・リダクション(Harm Reduction)の動きが見られる<sup>5)</sup>。

2006年～2011年の違法薬物生涯経験率調査結果を見ると、大麻についてはドイツ25.6%・フランス32.1%・イタリア32.0%・イギリス30.2%・アメリカ41.9%であるのに対し、日本は1.2%である。覚せい剤については、ドイツ3.7%・フランス1.7%・イタリア3.2%・イギリス11.9%・アメリカ5.1%であるのに対し、日本は0.4%である。この結果から、諸外国と比較すると、日本における薬物事犯の初犯件数は少数である。しかし、平成24年の日本における覚せい剤事犯検挙者に含まれる再犯者率は60%を超えている。平成15年53.4%、平成20年55.9%、平成24年61.6%と過去15年間で最高を更新した。この結果を受けて関係省庁(警察庁、文部科学省、厚生労働省、法務省など)では、再乱用防止対策の強化が喫緊の課題であるとしている。また、刑事施設と社会とを有機的に連携させ、再犯防止を図るための対策として、平成25年6月に刑の一部の執行猶予制度を制定した。この制度の施行(平成28年6月)を見据えて、効果的な治療回復プログラムの開発・普及を推進している段階である<sup>7),8)</sup>。

#### 4 薬物依存症の理解を深める

前述の通り、諸外国と比較して日本の薬物事犯者は少数である。日常生活で薬物使用者に遭遇する機会は少なく、多くの人にとっては縁遠い話題である。青少年を対象とした啓蒙活動やマスメディアによって、異常行動や変貌の様子を知らされているため、薬物事犯者への恐怖心、抵抗感、偏見がある<sup>5)</sup>。乱用期間が短く離脱症状が軽度である者も、偏見が、社会復帰を困難にさせる。医療の対象となる事で「犯罪者」から「患者」へと肩書きを変え、社会での受け入れを容易にする一面を含みつつも、混合診療の禁止から、西洋医学的治療に偏りがちな日本では、治療のために服用する向精神薬等の依存症も懸念される<sup>8)</sup>。また、「患者」という肩書きや離脱症状への対症療法の繰り返しは、当事者の抱える「生き辛さ」という根本原因を見えにくく、且つ遠ざけてしまう事も考えられる。再使用のきっかけには、依存症の離脱症状のみではなく、使用前から抱える不安やこだわり、執行猶予中や出所後に感じる偏見をきっかけとする情緒不安定が関与している「依存症」未満の再乱用もある。非薬物治療であり、痛み・食欲・睡眠・二便などの不定愁訴を解消し、本人の力を引き出すことで心身の回復を目的とする鍼灸施術が薬物乱用者にとっては有用であると思われる。

現在、薬物依存症にかかわりを持ちたいと希望する鍼灸師は数えるほどしか知らない<sup>6),9)</sup>。しかし、日本の薬物政策も転換の時期を迎え、効果的な治療回復プログラムの開発・普及を推進している。我々、日本の鍼灸師も医療従事者として、薬物乱用者・依存症者の病態について心身および社会の面から学び、知っておく必要がある。また、回復支援者としての関わりについて検討していく必要がある。

## 5 日本の薬物依存症リハビリ施設

公立のリハビリ施設は日本に存在しない。1985年に近藤恒夫氏によって設立されたNPO法人ダルクが最も有名である。ダルクは東京で起こり、現在は北海道から沖縄まで、日本各地に約70箇所開設されている。共同生活を行う入所型の施設が多く、施設内では朝食作り、朝のミーティング、食料品の買い物、昼食作り、レクリエーション(登山・園芸・ヨガ等)、夕食作り、夜のNAミーティング参加などが行われている。ミーティングでは各人の経験談を話し、お互いの話を評価・批判する形ではなく受容と傾聴(彼らの言葉では「話しっぱなし・聞きっぱなし」)を繰り返す。回復の過程は“12ステップ”にそって行われるべきであるとされ、“平安の祈り”や“今日だけ”というスローガンなどが重要な意味を持っている<sup>4), 5), 10), 11)</sup>。

12ステップは、1953年にアメリカで始まったNAというアルコール依存症や薬物依存症者の自助グループで作成されたものである。平安の祈りはアメリカの神学者ラインホルド・ニーバーが作者であるとされ、「ニーバーの祈り」や「平静の祈り」などとも呼ばれ、12ステップと共に、世界中のNAや日本のダルクでも多用されている。“今日だけ”というスローガンには、「今日だけ気楽に仲間と過ごす一日の繰り返しが、結果として回復した暮らしになる。」という意味が含まれている<sup>11)</sup>。

ダルク内ではミーティングや共同生活を通して、12ステップの初期が本人の中に芽生え、しっかりと根付くことを重視している。その後は、後輩の面倒を見る先輩入所者や通所者として中期以降のステップに進んでいく。

通所可能なダルクやNAなど、参加しやすい自助グループが存在することは、回復過程において大きな意味を持つ。社会的生活に少

しずつ戻りながら、各グループの中でも「先輩」「後輩」「仲間」としての役割を得る事でクリーンな暮らし(薬物を使わない生き方)が可能となる<sup>4), 5), 10)</sup>。

違法薬物の経験者は反社会的勢力とみなされる事が多く、地域支援や医療支援の対象外とされてきた。加えて、「支援をうける者」となる事への抵抗感も各地のダルクの活動を活発にさせ、仲間同士のピアサポート・セルフヘルプ・エンパワメントを生かした「自助グループ」としての具体的な構造形成を後押ししてきたと言われている<sup>5)</sup>。

## 6 おわりに

鍼灸治療は、薬物依存症者の回復の妨げとなる離脱症状、心身の不定愁訴を緩和し、自然で円滑な回復を助ける可能性がある。

しかし、現在は鍼灸師から積極的にダルクなどでボランティアを行わなければ実践を積むことができない。また、ダルクと関わって実践するには、30年の歴史で形成された概念と、発展途上である柔軟さを尊重していくことが必須要件であり、鍼灸治療が有用であるとしても、一方が援助者でもう一方が被援助者となる固定的な関係では、ダルクには馴染みにくい<sup>5)</sup>。

治療対象者とそれを取り巻く複雑な環境に配慮をしながら、関わり方や治療方針に工夫を重ねることが東洋医学の「隨機制宜」や「治病求本」を守ることであり、本来の回復の助けになると考える。

### 【引用文献】

- 1) 井上洋一・大和谷厚・米原典史薬物(剤)依存・薬物嗜癖. 最新医学大辞典. 医歯薬出版株式会社, 2008, 第3版, ページ:1841-1842.
- 2) 依存・嗜癖における強迫性・衝動性と薬物療法(特集 強迫スペクトラム障害の可能

- 性と治療 DSM-5 の動向と薬物療法を中心に). 松本俊彦, 2011年, 精神神経学雑誌, 第113巻, ページ:999-1007.
- 3) ICD10 (WHO作成の国際疾病分類第10版) T36-T50 薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒, (引用日: 2015年5月20日.)  
<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp>.
- 4) 石塚伸一薬物依存からの回復. 日本版ドラッグ・コート~処罰から治療へ. 日本評論社, 2007, ページ:56-58, 168-172, 80-98,
- 5) 石塚伸一薬物政策への新たな挑戦~日本版ドラッグ・コートを超えて. 日本評論社, 2013, ページ:83-85, 266-268, 214-215, 27-28, 33-36
- 6) PTSDと鍼灸. Michael. O. Smith, 2012年, 社会鍼灸学研究特別号 (災害と鍼灸), ページ:41-45.
- 7) 厚生労働省 医薬食品局監視指導・麻薬対策課薬物乱用の現状と対策 2014. (引用日: 2015年5月20日)  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iyakuhin/yakubuturanyou/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iyakuhin/yakubuturanyou/).
- 8) 内閣府第四次薬物乱用防止五か年戦略 2014,  
(引用日: 2015年5月20日)  
<http://www8.cao.go.jp/souki/drug/>
- 9) イギリスにおける耳介療法の紹介 (NADA-UKによる薬物依存症の治療の実際). 西川昭寛, 2010年, 平成22年度(社)全日本鍼灸学会第30回近畿支部学術集会開催概要, ページ:18.
- 10) NPO法人アパリ・木津川ダルクのご案内. 加藤武士, 木津川ダルク, 2014年.
- 11) ナルコティックス・アノニマスNAについて  
広報用パンフレット(引用日:2015年5月20日)<http://najapan.org/>.

---

本稿は、2014年9月13日、第9回社会鍼灸学研究会(筑波技術大学)における発表「薬物依存症リハビリ施設における鍼灸師の活動について」の内容を基に、加筆したものである。

## 薬物依存症リハビリ施設における「お灸教室」でのストレス値変化 ～唾液アミラーゼモニターと KOKORO メーターを用いて～

八尋優子

学校法人京都仏眼教育学園 京都仏眼鍼灸理療専門学校

### 【 要旨 】

【目的】 欧米における薬物政策のなかでは耳鍼治療実践が盛んである。しかし、日本の薬物政策は欧米とは異なり、鍼の実践は行われていない。また、日本には公立のリハビリ施設がなく、当事者が運営する自助グループが独自の発展を経てその役割を担っている。今回、自助グループのエンパワメント理念に合うように「お灸教室」というレッスン形式でのレクリエーションを実施し、参加者のストレスが緩和されるのかを調査した。

【方法】 薬物依存症リハビリ施設「木津川ダルク」の了解を得て、2014年7月および8月の2か月、毎月2回の「お灸教室」を実施した。対象者は、同施設の入所者7名・通所者1名・スタッフ2名の合計10名である。お灸教室の前後、客観的評価として唾液アミラーゼモニターによるストレス値を測定し、主観的評価としてKOKOROスケールでのストレス値を測定した。

【結果】 唾液アミラーゼモニターによるストレス値は、1回目9例中8例、2回目5例中0例、3回目7例中2例、4回目6例中5例が改善のデータを得た。ウィルコクソン符号付順位和検定において、1回目の結果のみ、有意差を示した ( $p$  値: 0.01)。KOKOROスケールでのストレス値測定によって、「不安感」1回目10例中8例、2回目6例中4例、3回目5例中4例、4回目6例中6例が改善のデータを得た。ウィルコクソン符号付順位和検定において、1回目の結果のみ、有意差を示した ( $p$  値: 0.02)。また、「イライラ感」1回目10例中5例、2回目6例中4例、3回目6例中1例、4回目6例中5例の改善のデータを得た。ウィルコクソン符号付順位和検定において、全4回とも有意差は示されなかった。参加者からは、「楽しかった」「また来て欲しい」などの好評な感想を聞くことができ、その後、10名中3名がセルフ灸を継続している。

【考察】 1回目は唾液アミラーゼおよびKOKOROスケールX軸(不安感)の改善数において、統計的有意差が示された。しかし、それ以降の結果における有意差は認められなかった。また、全4回の結果を集積した延べ数では、唾液アミラーゼは、27例中15例(56%)、KOKOROスケールでの不安感は27例中22例(59%)、イライラ感は28例中15例(53%)に改善が見られたが、半数程度の改善であり、際立った改善を認める事は出来なかった。1回目の結果は、お灸教室が初めてである開始前の緊張と、終了後のホッとした気持ちが反映された数値であると考えられる。

【結語】 リハビリ施設プログラムの理念を尊重し、既存のレクリエーション・プログラムのひとつとして「お灸教室」を実施したことで、施設の理念と鍼灸の哲学との親和性が確保できたと考える。薬物依存症からの回復支援に取り組むには、薬物依存症の病態や生きる困難を十分に理解する必要がある。また固定的な「医療者—患者」の関係モデルではなく、不安感のなく落ち着いた心地よい生き方を提案して、施術者と患者が共に歩いていく関係を築く必要があると思われる。今後も、症例数を増やし、詳細に検討していく予定である。

キーワード: 薬物依存症、お灸教室、ダルク (DARC)、自助グループ

## 1 背景

薬物依存症への鍼灸治療の応用は、米国での耳鍼調査報告が有名であるが、日本での実践はわずかである。米国の公的機関で耳鍼が取り入れられるまでには、ボランティア鍼灸師が治療活動を行ってきた実績があり、現在日本においても薬物依存症者へ耳鍼治療を実践するボランティア鍼灸師がいる。しかし、ごく少数であり、長期継続が可能なシステムとはなっていない<sup>1),2)</sup>。

欧米の薬物政策からは遅れを取っているものの、平成25年6月に刑の一部の執行猶予制度を制定するなど、日本の薬物政策も転換の時期を迎え、効果的な治療回復プログラムの開発・普及を推進している段階である<sup>3),4)</sup>。

日本の鍼灸師も医療従事者として、薬物乱用者・依存症者の病態について心身および社会の面から学び、回復支援者としての関わりについて検討をしていく必要がある。

## 2 目的

日本には公立のリハビリ施設がなく、当事者が運営し、30年をかけて独自の発展を遂げている「ダルク」がある。欧米においては耳鍼治療の実践が盛んであるが、一方が援助者でもう一方が被援助者となる固定的な関係では、エンパワメントな回復を重視するダルクには馴染みにくいと考えられる<sup>5-8)</sup>。

鍼灸が自助グループ内でのピアサポートやセルフヘルプの一手段として役立つように、今回「お灸教室」というレッスン形式でのレクリエーションを実験的に実施し、「お灸教室」によって参加者のストレスが緩和されるのか、また灸療法がその後の自助に取り込まれ、養生法の選択肢となり得るのか、施設の基本理念と「お灸教室」の親和性を検討した。

## 3 方法

京都府木津川市にある薬物依存症リハビリ施設「木津川ダルク」(NPO法人アパリ)において、2014年7月8日・7月22日・8月5日・8月26日の計4回、入所者7名・通所者1名・スタッフ2名の計10名を対象に、平日午後のレクリエーションの一環として1回60分のお灸教室を実施した。実施にあたっては同施設の了解を得ている。

### 【1回目 (7月8日)】

筆者自作の小冊子『お灸入門』を配布し、初めの20分間は灸療法の簡単な歴史や、蓬から艾が製造される工程の解説、灸療法で改善が期待される症状の紹介、棒灸、隔物灸、透熱灸、知熱灸など、代表的な灸の種類を紹介を行った。次に15分間、良質艾を用いて、米粒大8分灸を行う練習を実施した。コルク製のコースター2枚の間に艾を置き、上に重ねた1枚を前後に数回往復させ、艾を細長い紙縊り状に成形してから、米粒大につまみとるよう指導した。いきなり人体では行わず、艾炷をキッチンペーパーの上に並べるようにした。大きさや形などを指導して回り、5分ほどキッチンペーパーの上での練習をした。その後、指導担当鍼灸師自身の体への八分灸の手本を見せ、各々の合谷穴に灸を行うように指導した。灸点には、水で消せるメディカルペンで印をつけ、その上に、スティックタイプのリップクリームを塗り艾炷が転がり落ちないように、準備をして灸した。

### 【2回目 (7月22日)】

前回の実施後、軽度の火傷を訴える者が居り、初心者には八分灸は危険であったと考えたため、2回目以降は「せんねん灸」(セネファ株式会社)の中でも緩和な温熱刺激である「せんねん灸オフ・ソフトきゅう・竹生島」を用いてお灸教室を実施した。

せんねん灸を実施する際、水を張った灰皿を用意しておくこと、熱さを感じたら我慢せずに取り外すこと、一旦手指腹にせんねん灸を貼り、火をつけてから目的の経穴に置くこと、一度に2穴までにすることを注意した。まず、片方の手三里穴で練習し、その後は前回配布した『お灸入門』に沿って、各人の症状を聞きながら、個別に経穴の見つけ方を指導して回った。

指導者不在の状態を実施する場合の注意点として、必ず共有のスペースで他の人と一緒に居る時に行うこと、使用後の灸は水に浸し、火の始末を徹底することを、『お灸入門』の注意点記載ページ紹介に併せ、口頭で伝えた。

【3回目 (8月5日)】

2人組になり、使用経穴を指定してのペア灸を行った。前回の注意事項に加えて、相手の羞恥心に配慮をすること、相手の手の届かない箇所に灸をするため、傍を離れず、熱さを訴えたらすぐに取り去ることを話した。指定経穴は養生目的として【伏臥位】肝兪・腎兪・湧泉【仰臥位】関元・足三里の5穴、左右合計9箇所とした。一方が終了したら、ペア内で役割を交代して同様に実施した。

【4回目 (8月26日)】

前回同様のペア灸を行った。指定経穴は風邪予防として【伏臥位】大椎・肺兪【仰臥位】合谷・足三里の4穴、左右合計8箇所とした。ペア灸の後、希望者5名にのみ耳鍼を行った。耳鍼についてはセラピリオン(京都府京都市)主催の西川昭寛氏(NADA-UK認定鍼灸師)の指導を受けた後、NADAで行われている5箇所<sup>1),2),9)</sup>に、ステンレス製ディスプレイ毫鍼(セイリン社製J<sup>15</sup>タイプ02番15mm)を2mm刺入、10分間置鍼した。

4 測定内容

主にお灸を用いたセルフケア教室の実施であるため、その後のセルフケアの実施・継続・体調の変化についての情報が必要である。その結果から方法が適していたのかを検討するべきである。引き続き教室を継続して、長期の情報を集積した上でセルフケア教室の効果報告をすることを、今後の課題とした。

今回は、お灸教室が参加者にとって楽しめるものであったか、継続可能であるのかを検討するため、レクリエーションの実施前・実施後の計2回、第1に唾液アミラーゼモニター・第2にKOKOROスケールを用いてのストレス値の測定を行った。

4-1) 唾液アミラーゼモニター

唾液アミラーゼモニター(図1)は、使用方法が簡便であり、且つ数値でのストレス指標となるため<sup>10)</sup>、今回の実験に採用した。

測定の10分前に口を水でゆすぎ、測定までの間は飲食・喫煙を行わないようにした。測定結果がエラーとなった場合は60秒ほど時間を空けて、再度唾液の採取からやり直した。

唾液アミラーゼモニター  
(旧)ココロメーター



唾液アミラーゼ測定結果	ストレス度合いの目安
0~30 KU/L	ない
31~45 KU/L	ややある
46~60 KU/L	ある
61~ KU/L	だいぶある

(測定チップを60秒舌下にくわえ唾液摂取)

図1 唾液アミラーゼモニター (ニプロ社)

4-2) KOKORO スケール

KOKOROスケール(図2)は、安心感と不安感、ワクワク感とイライラ感などの気分尺度を横軸および縦軸にした4象限マトリクスで、それぞれの軸には中心点を0として-100から100までの目盛りが振られている。

被験者は、そのときの気分を示す位置に点を書いたり、さらに点と点の間的气分変化を直線または曲線で表現でできる。回答に選択肢や記述など言語を使用せず、直観的な感覚を「KOKORO スケール」上に表現するため、微妙な感覚の差を簡単に数値化できる。印刷用紙に書き込む方法のほか、タッチパネルでもデータ入力が可能である<sup>11)</sup>。

本実験では、印刷用紙に書き込む方法を実施した。測定時は、用紙を提示して「上がワクワク・下がイライラ・右が安心・左が不安、今の気分を1点で表すとどこになりますか? ペンで1点だけ印を付けてください。」と説明した。レクリエーション後は新しい白紙の物を用いて、レクリエーション前の点が本人には分からないように配慮した。記入後、X軸(-100~100)およびY軸(-100~100)それぞれの座標を定規にて測定し、記録した。

検定処理は測定4-1)・4-2)ともに、ウィルコクソン符号付順位和検定を行った。

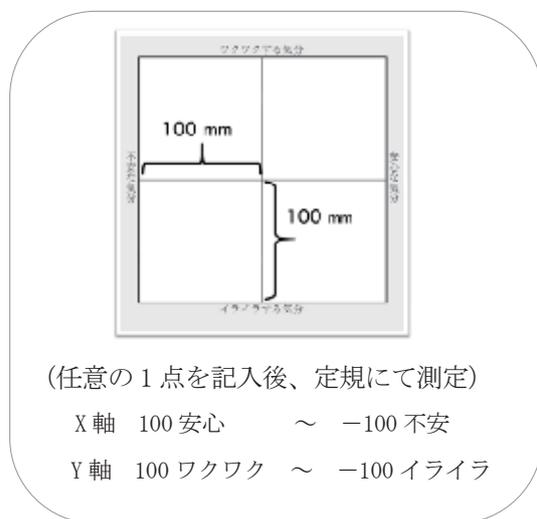


図2 KOKORO スケール (理化学研究所)

## 5 結果

### 5-1) 唾液アミラーゼモニター

唾液アミラーゼモニターでのストレス値の改善数は、1回目:9例中8例、2回目:5例中0例、3回目:7例中2例、4回目:6例

中5例であった(図3)。

ウィルコクソン符号付順位和検定において、1回目の結果のみ、有意差を示した(p値:0.01)。

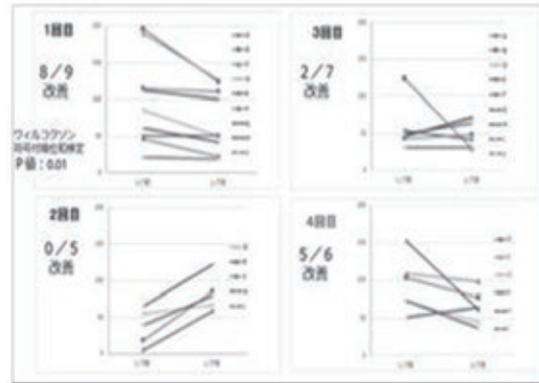


図3 唾液アミラーゼ測定結果

### 5-2) KOKORO スケール

#### 5-2)-(1) X軸-不安感

KOKORO スケールでのストレス値の改善数、X軸(不安感)の項目は、1回目:10例中8例、2回目:6例中4例、3回目:5例中4例、4回目:6例中6例であった(図4)。

ウィルコクソン符号付順位和検定において、1回目の結果のみ、有意差を示した(p値:0.02)。

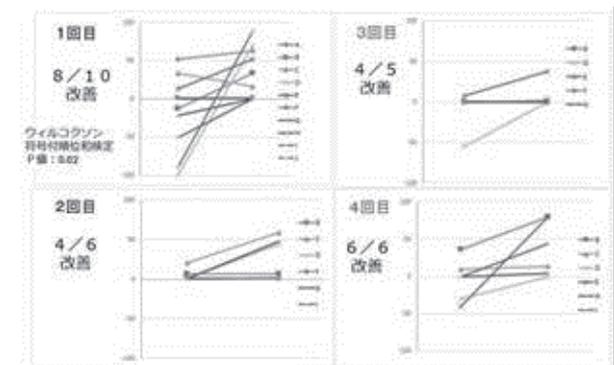


図4 KOKORO スケールX軸 不安感

#### 5-2)-(2) Y軸-イライラ感

KOKORO スケールでのストレス値の改善数、Y軸(イライラ感)の項目は、1回目:10例中5例、2回目:6例中4例、3回目:6例中1例、4回目:6例中5例であった(図5)。

ウィルコクソン符号付順位和検定において、全4回とも有意差は示されなかった。

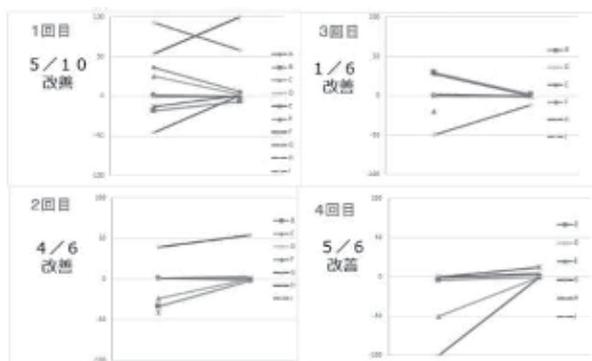


図5 KOKORO スケールY軸 イライラ感

### 5-3) 測定結果について

参加者が10名であったのに対して、測定結果数が5～9例の回がある。これは、レクリエーション中に飲食・喫煙をした者、レクリエーション後に昼寝をした者が居り、測定不可能となった為である。また、測定後に、「さっき煙草を吸った」と申告をする者も居た。申告していないが飲食・喫煙をしていた者も含まれていると考えられる。(木津川ダルクでは飲酒を禁じているが、口寂しさなどを抑えるための間食や喫煙は認めている。)

### 5-4) 参加者の感想・その後

参加者の感想には、「楽しかった」「また来て欲しい」などがあつた。その後のセルフ灸を継続中の者は10名中3名である。紹介した養生穴の他、印堂穴への灸が気に入つたと教えてくれた。もぐさや乾燥ヨモギを紹介した際には「大麻に似ている」などの言葉が聞かれた。また、耳に鍼をするという提案を行った際は「覚せい剤を注射で使っていたので、鍼を刺される事でフラッシュバックが起こりそうで怖い」との意見があつた。耳の交感神経点への置鍼中は「覚せい剤を使っているときの気持ちよさに似ている」との感想が聞かれた。

## 6 考察

ダルクでは、仲間同士のピアサポート・セルフヘルプ・エンパワメントを生かした自助グループ活動であることを重視しているため、自助の選択肢となる「お灸教室」を提案したこと、また、木津川ダルクは開設から1年目で、プログラムに余裕があつたこと、既にヨガ教室を取り入れるなどレクリエーションの受け入れに柔軟であつたことが実施許可を容易にしたと考えられる。

1回目は唾液アミラーゼおよびKOKOROスケールX軸(不安感)の改善数において、統計的有意差が示された。しかし、それ以降の結果における有意差は認められなかった。また、全4回の結果を集積した延べ数では、唾液アミラーゼは、27例中15例(56%)、KOKOROスケールでの不安感は27例中22例(59%)、イライラ感は28例中15例(53%)に改善が見られたが、半数程度の改善であり、際立った改善を認める事は出来なかった。これらのことから、1回目の結果は、お灸教室が初めてである開始前の緊張と、終了後のホッとした気持ちが反映された数値であるとも考えることが出来る。

木津川ダルクでは喫煙・間食を認めているため、喫煙・飲食により変化する唾液アミラーゼの測定は、レクリエーションや治療効果の評価手段としては工夫が必要であると考えられた。また、レクリエーションや、その効果測定の実施が回復の妨げになる事は、本意ではないため、実験計画にはさらなる検討が必要である。

参加者からは、「楽しかった」「また来て欲しい」などの好評な感想を聞くことができ、その後のセルフ灸を継続中の者は10名中3名である。今後も、症例数を増やし、詳細に検討していきたい。

## 7 結語

- 1) 自助グループでの鍼灸の実施には、グループ理念を尊重する必要がある。
- 2) ダルクのレクリエーションにおいて、お灸教室が実施可能であった。
- 3) 効果の測定には、薬物依存症者の回復過程に配慮した工夫が必要である。
- 4) 参加者からは好評な感想を聞くことができた。症例数を増やし詳細に検討するために、今後も継続して活動する予定である。

## 8 おわりに

薬物使用者は、生きづらい自分を助ける自己治療の手段として薬物を必要とし続ける。そして、自分の心身のみならず、それまで大切にしてきた関係をも自らの手で破壊する進行をたどる。犯罪へ移行したときに初めてその存在を認知される場合も少なくない。

「生きづらさ」の実感から、「間違った自己治療」で犯罪者になり、社会的にも孤立して、生きづらさはさらに増強される。回復を目指すことは、離脱症状と闘うだけではなく、薬物にたよってごまかしてきた自身の課題と向き合うことをも意味する。

回復支援に携わるには、薬物依存症者特有の病態や生きる困難を理解する必要がある。その上で心地よい生き方を提案し、共に歩ける存在でなくてはならない。

鍼灸は、ストレス緩和効果が知られており、生活習慣病の予防や、向精神薬等の減薬効果が期待できる<sup>12), 13)</sup>。今回のようなレクリエーションとしての介入や短時間で行う耳鍼だけではなく、一般に日本の鍼灸師が行う全身治療も、日本の薬物事犯者の病理解消に寄与し、回復の一助となるはずである。また、海外で盛んな耳鍼治療が、日本の薬物政策や文化に馴染み、同様の効果が発揮されるのかをも検討していく必要がある。今後も継続して活動するためには、他の鍼灸師の理解を得

て協力者を増やすことが課題となる。

## 謝 辞

本研究にあたり、ご協力をいただいた木津川ダルクのみなさん、施設との調整をして頂いた龍谷大学法務研究科の石塚伸一教授、耳鍼指導をして頂いたセラピヨンの西川昭寛氏・洋子氏、カルデモンメ劇団のみなさん、レクリエーションを手伝ってくれた鍼灸師の仲間に、心から感謝いたします。

## 【引用文献】

- 1) PTSD と鍼灸 Michael. O. Smith, 2012 年, 社会鍼灸学研究特別号 (災害と鍼灸), ページ:41-45.
- 2) イギリスにおける耳介療法の紹 NADA-UK による薬物依存症の治療の実際 西川昭寛, 2010 年, 平成 22 年度 (社) 全日本鍼灸学会第 30 回近畿支部学術集会開催概要, ページ:18.
- 3) 厚生労働省 医薬食品局監視指導・麻薬対策課薬物乱用の現状と対策 2014. (引用日: 2015 年 5 月 20 日)  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku\\_nitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku_nitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakubuturanyou/).
- 4) 内閣府第四次薬物乱用防止五か年戦略 2014, (引用日: 2015 年 5 月 20 日)  
<http://www8.cao.go.jp/souki/drug/>
- 5) 石塚伸一薬物依存からの回復. 日本版ドラッグ・コート〜処罰から治療へ. 日本評論社, 2007,
- 6) 石塚伸一薬物政策への新たなる挑戦〜日本版ドラッグ・コートを超えて. 日本評論社, 2013, 7) NPO 法人アパリ・木津川ダルクのご案内加藤武士, 木津川ダルク, 2014 年.
- 8) ナルコティックス・アノニマス NA について広報用パンフレット, (引用日: 2015 年

- 5月20日)http://najapan.org/.
- 9) National Acupuncture Detoxification Association (NADA) THE NADA PROTOCOL(引用日: 2015年5月20日)http://acudetox.org.za/acudetox-for-addictions/
- 10) アミラーゼ活性に基づく簡易ストレス測定器を用いたストレス測定と主観的ストレス反応測定との関連性の検討辻弘美・川上正浩, 2007年, 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要6, ページ:63-73.
- 11) 気分の動きをみる新しい技術 KOKORO スケール片岡洋祐・武坂寿夫, 2012年, 自動車技術66(12), ページ:86-90.
- 12) 心身医学的な病態に対する鍼灸治療の効果と脳報酬系に及ぼす影響矢野忠, 2008年, 心身医学48(1), ページ:17-28.
- 13) ストレスからの解放そして鍼灸-中枢神経機能からみた鍼灸のストレス緩和の効果について. 矢野忠・森和・行待寿紀, 1993年, 全日本鍼灸学会雑誌43(4), ページ:143-153.

---

本稿は、2014年9月13日、第9回社会鍼灸学研究会（筑波技術大学）における発表「薬物依存症リハビリ施設における鍼灸師の活動について」の内容を基に、加筆したものである。

## あとがき

昭和40年に、病院で出産する数と自宅で出産する数がほぼ同じになった。その後、ほとんどが病院で出産するようになっていく。今からちょうど50年ほど前の話である。女性は、お産は、棺桶に片足を突っ込んでするものと覚悟をもって臨んだ。今のようにほとんどの赤ちゃんが無事に産まれてくる時代ではなかった。人には寿命があり、無事に生まれなかったのは寿命なのだと諦めた。現代は、病院に行けば安全に出産ができると思いこんでいる節が感じられる。しかし、現代の女性は、自然に出産ができることが減少していると報告がある。生活が便利になって、身体を動かすことが減り、スーパーには栄養価の少ない食品が並び、ストレスと睡眠不足で、自ずと体力がなくなっている。これでは、自然な出産ができないのも納得がいく。さらに、出産後にも支障をきたしている。

一方、死ぬこともまた、病院の中のことになってしまっている。昔は、自宅でおじいちゃん、おばあちゃんは少しずつ衰弱していった。だんだん食べれなくなり、いわゆる骨と皮になっていった。しかし、病院の中では、高齢になっても手術が勧められる。延命措置が行われ、食べられなくなったら血管から、高カロリーの点滴が入れられる。自分で身動きができなくなり、時間で看護者による体位交換が行われる。体位交換のために身体の下に入れられた手の形がくつきりと残る。骨と皮どころではない。

生まれてくるのも死んで行くのも、病院の中でいいのだろうか。身近に生と死があって、先に生まれたものの死に様をみた。それを見て、後に生まれたものは学習をし、「養生」をしなければと思ったに違いない。現代では、臨床で健康のためにと希望した患者に、お灸のセルフケアを説明しても、こちらの説明力不足なのか、それとも忙しいからか、自ら希望したにも関わらず、なかなか継続して行く患者は少ない。

1年前に各講師の先生の話の伺い、今回、再度編集の際に、原稿を拝読させていただいた。編集しながら思ったことは、世界や政治、大きなことまでは思いは及ばないが、せめて自分の身体は自分で守ろうと思うことが養生の第一歩ではないかと思った。病院嫌いな私は病院に行きたくないのに、病気になったらどうするのかその時でないかと答えがでない。しかし、自然(寿命)に任せて人生を、死を受け入れていく覚悟をしたいと思った。死に方は生き方だと言われる。自分らしいと思える最後にしたいと思う。

(前田 尚子)



第9回 社会鍼灸学研究会 集合写真 (2014年9月14日)

---

社会鍼灸学研究会 2014 (通巻9号)

発行日 2015年9月12日

編集・発行 社会鍼灸学研究会

〒305-8531 茨城県つくば市春日 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 掘紀子 (瑞雪)

---