

討論の部

1. 教員の質について

形井秀一（以下形井）：量から質へと、量が増えている現状が、質に果たして質に転化していくのだろうかということですが、箕輪先生、どうですか。一番今回で、量から質のところを箕輪先生に整理してもらったのですが、この辺りが一番不安材料だというのはまず何ですか。

箕輪政博（以下箕輪）：教員を養成する施設が増え、データの的にも入学者が増えているということで、教員の質がきっと少し向上していくことによって生徒も夢を持てるという期待を持ったのですが、本日いらした教員養成にかかわる先生方が教員の質が下がっていると言われて、この先どうなっていくのか非常に不安になりました。それと、やはり需要と供給の関係と質の問題で、鍼灸師の質はもちろんわれわれがみずから決めていくのかもしれないのですが、その議論を一体誰がどう切り出していくのかということが、こういう機会ですから、きっとどこかで議論をもし立てていかなければいけないかと思いました。

形井：それは医学関係であれば何らかの審議会のようなものがあってコントロールしているという意味合いで、鍼灸にもそういうものが必要だということですか。

箕輪：去年からのお話もそうですけれども、やはり鍼灸の入学の母数がわからないということは、一つ、かなり大きな要因であって、母数はわからないわけですから、この先の将来の見通し、ビジョンが立てられないというのがありながら学校は増えていると。ですから、この場合は運動団体ではないので運動を起こすとかいうわけではないですが、そのところをもう少し皆さんで冷静に見つめる必要は、鍼灸界全体にあると思います。

医師・看護師等はやはり高い合格率を求められていて、さらにその合格した人たちはほとんど職に困る要素はないということになっていますので、こういうのがどんどん明らかになれば、やはり鍼灸師の卵たちにもまたいい将来像が示せないですね。

フロアから（以下F）：教員に関して優秀な人が減ってきたと申しあげましたけれども、多分、大学院の影響が大きいと思います。優秀な人はそちらに行って学位を取ったほうがいいですから。ですから、将来的に教員養成がいらなくなる。優秀な人が入ってこない。もちろん定員数が増えたというのがあります。

形井：つまり大学、鍼灸関係の修士を取れば、出れば専門学校へ就職できるという、その線を選ぶのだからと、優秀な人は。そういう意味ですか。

F：大学が増えるということは当然のことです。教員用の免許を持っていて教授になれないのですから。それなら大学院を出て、大学は多分どんどん増えていきますから。その教員になるには、教員養成は意味がない。意味がなくはないけれども教授にはなれない。

東郷俊宏（以下東郷）：僕もほかの大学を知らないのですが、うちの大学の場合ですと、教員の平均年

年齢がすごく若いのです。日本人の教員の中で学部長、学科長を除くと私が最年長です。私は41です。平均年齢が多分34～35です。1970年以降に生まれた人。ほとんどの方が学位を取ったりしているわけですが、必ずしも臨床が好きだった人ではないわけです。臨床をやりたくないから大学院に行ったという人も多いです。ですから、70年代以降に生まれたからというだけで、プラス、臨床がもともと好きではないという人が大学院に行っている。そういう人がこれから増えてくる大学の教員になるというのは、もしその傾向がこのまま続くとすれば、日本の鍼灸というのはかなり危険な状態になるという危機感を持っています。

形井：どうしてもやはりそこに話が行くようなので、そこを少し話しましょう。質の問題は当然かわってきますから、前のセッションのところで話をされたことでポイントになることは、生まれた年代の日本の社会状況がどの程度影響しているかというのはもう少し分析する必要がありますけれども、そういう変化が成長過程で世代に影響を与えて、例えば東洋医学というか、はり・きゅうといったもののつかまえ方というか、受け止め方というか、あるいは入り込み方というか、そういうところに影響を与えるのではないかと。その影響はいい方向の影響ではなくて、むしろ数十年の間の、60年代とか70年代以降の場合には、むしろ入りにくくしているとか、鍼灸のことをわかりにくくしているとか、もっと口はばったくいくと、愛しにくくなっているとか、そういう状況になっているのではないかと。いうことを言っているわけです、東郷先生は。

東郷：それと、受験生と面接などで話をしている、はり・きゅうで身近な人が治ったとか、そういったことを動機で挙げる人というのが、昔を僕は知っているわけではないのでわからないのですが、全体の中ですごく少ないと思います。ですから、はり・きゅうで何が治るのかということに関してすごくイメージが希薄な人が増えていることも確かではないかと。残念ながら、そういう明確なデータがあるわけではないのですが。

箕輪：専門学校で教員養成に私の同級生が確か1人、行ったのですけれども、その同級生に聞くと、臨床をやりたくて教員養成に入って、教員にならないで開業するものが多いということでした。最近のたくさん入ってきた教員養成指導の方たちは、先ほど小川先生、どんなやつかわからないやつが入ってくると言っていましたけれども、印象的には教員養成を希望してくる人たちはどうですか。

F：当校も臨床教育専攻科と付けているぐらいで、5年間の一貫教育をして、その5年間の中で臨床科として一人前に育てようと。それを第一目的として、それだけでは来ないから、教員免許を与えるというのが設立目的でした。ただ、残念なことに、臨床実習とか、それこそ患者さんがあまり集まらなくて、十分な臨床教育できないというのが実態です。ですから、最初のころは開業しながら少しお小遣い稼ぎに講師をやりたいという希望者が多かったです。今はほぼ100%専任教員です、この数年。もちろん開業した人もいます。開業しながら。だけれども、最初は専任でやっていてある程度お金をためてから、将来的には開業して講師をやりたい、そういう人で、まず教員志望がほぼ100%。

箕輪：教員志望というのは、教育をやりたいという、そうではないですよね。きっとお給料が少し施術所よりいいかもしれないという意味でしょうか。河井先生のところはいかがでしょう。

河井正隆（以下河井）：私の発言は学校を代表するものではありません。すいません。個人的な発言と

ということで。本校の教員養成の学生、現状はほぼ100%専任教育志望ということで、近年の卒業生もすべて教員になっている、非常勤も含めますけれども。何らかの学校に勤めているという形になっています。ただ、いろいろな学校から派遣という形で、要するに、A校から派遣されて教員養成科を出てA校の専任教員としてというスタイルが多いので、入学時にすでに就職先が決まっているという形も多いのでほぼ100%という形になっているのが現状です。

それと、少し違うところで、思うのは、先ほど、大学院という話がありましたけれども、意外なのは、大学院を出て教員になっている、教員も明治の専門学校が多いのですけれども、意外と教育学部の勉強をせずそのままぽつと教員になるということで、教養学的な素養がないような、それぞれの研究をされていますから、そのまま専門分野の教育は十分いけるのですけれども、それ以外の、もう少し教育学的な素養を身につけるということで、では大学院の中にそういう科目があるのか、今は知らないですけれども。その辺りを思いますので、大学院を出て教員になる先生も何らかの形で通過していくような教員になるほうがと今は思っています。

形井：つまり、普通、例えば高校で教えるような教員免許を取得するためには大学で教職科目というのを別に取りないと免許をもらえないわけですがけれども、大学院を出てそのまま専門性があることによつて教員になれるとしたら、要するに、教育のノウハウを学ばない人が専門性だけで教員になっているのではないかという危ぐをおっしゃっているわけですね。結果的にはそういうことになっているのですかね。ただ、大学の教員は教職科目を勉強しないで教員になっている。

形井：ということは、大学の場合は、あまり教育を考えないで教員になっているのですね。ですから、おかしい学生が育っていく（笑）。

整理しますと、多分、大学の場合は、例えば助手から入って、最初は、今は助教授になりましたけれども、教育は教授の補助みたいな形でやって、そういう期間がある程度あって、そして、少しずつ教授の肩代わりをしながら講師とか、助教授になればもう、准教授になれば教えられるという形の段階を経るように大学としてはやってあるわけだけども、専門学校の場合には、そういうことをやらないで、ほかの教員養成課程を2年間勉強した人と同じように、大学院に出てもほんとに教員として専門学校で教えられると、そういう問題に多分なると思います。確かにそれはあります。ですから、僕は大学院を出た人たちがたくさん教えるようになることはいいことだと思うのですけれども、その時に、大学でステップを踏むのと同じようなことを少し考えていかなければいけないかもしれないですね。実際に独立して教えられる前に半年ぐらひは研修期間的なものを設けて教職の勉強などもさせるとか、そういうことを専門学校自体が講じていかなければいけないかもしれないですね。それを抜きにしてやってしまうと、確かに問題が起きてくる可能性はあるとは思っています。

それで、話をまた戻しますけれども、東郷先生。なぜ戻すかという、箕輪先生の発表と重なるところがあるからです。というのは、箕輪先生の発表は、例えば学校の数が増えるときの学校の数の増えた学校のオーナーというのが50年代に鍼灸学校がたくさん設立されて26校に形ができあがった時の校長などの、鍼灸師あがりの校長のような学校体制でした。要するに、鍼灸の分野の中でその人たちが学校経営をしていくというスタイルで来ていた時代と、今の学校が増えているというのは、オーナー自体がすでに鍼灸とは関係ないところから来ている人たちがたくさん入ってきていると。何人かはもちろんいます。医療系もいるのだけれども、鍼灸の医療系ではない。ほかの分野の医療系が鍼灸も始めた。そういう形で来ているわけですから、先ほどの健康観の違いが今の学生たちに何か影響を与えている。要するに、鍼灸を学ぶときの問題につながるような影響を与えてきているのではない

かという指摘と、既設校と新設校の学校の経営者側自体の質の違いが出てきているということは、それがいっしょに重なってしまったときにどういう鍼灸師が育っていくのかという。経営側もあまり鍼灸のことを思い入れていないとは言わないけれども、教育のほうはすごくスペシャリストが多い分野の人が入ってきているかもしれない。鍼灸自体にはあまり情熱があったわけではない。学生自体もその健康観が違ってきているというのがいっしょになった教育現場から育ってくる鍼灸師の質の問題も今後考えなければいけないと思ってまた戻しますという話をしました。その辺りはどう考えますか。

2. 鍼灸師の健康観、疾病観

東郷：僕は似たようなことばかり言っているので何ですが、このフロアのほかの皆さんがどう考えているのかをお尋ねしてみたいのですが。

F：僕は東郷さんのお話、先ほどから非常に共感を持って聞いているのです。僕は3年前に、鍼灸学校の私なりの独断と偏見に満ちた、予断と偏見かな、論文を出したことがあります。その時のタイトルは「鍼灸師の体をいかに作るか」でした。正に東郷さんのおっしゃったこととまったく同じです。それは単に学生だけの問題ではなくて、私たち自身、あるいは私自身の体が、私は昭和20年生まれで、先ほどの基準からいくと、1960年代、15年も古いです。それでも医療に対する依存の度合いは、僕の父の世代から言うと、それはすごいものがあります。戦後、やはり医療は、とにかく君たちは素人なんだ、医療なんか何もわからない、だから病院に行きなさいと。かぜをひいても、とんでもない病気になるかもしれないから、とにかく専門家の検査を受けて治療を受けなければだめだという教育をどんどんやってきたわけです。河井先生が、先ほどのスライドで正に戦後のあの変遷を、写真などを入れながら、ミニスカートとか懐かしい。あれを見せていただいて、正にあの過程をとって人々の体も体に対する感覚も健康観も医療に対する依存もどんどん深まってきたわけです。僕ら自身がそうです。つまり、社会が人々をそのように洗脳してきて、正に鍼灸師の体というものをもし僕らが理想と考えるとすれば、それからどんどん遠ざかってきたのだから、結局、鍼灸学校がやることは、僕は逆洗脳だと思っています。つまり社会から洗脳されてきた自分自身、教員も学生も含めて、逆洗脳をいかに鍼灸学校でできるか、逆洗脳して鍼灸師の心と体を持った人材をどう社会に提供できるかということだろうと思います。

そこで古典の問題も全部かかわってくると思うのです。体自身を正に五感の感覚を研ぎ澄まして患者さんに対応できるような体になろうとすることの中に古典的な感覚も同時に含まれてくるわけで、あらゆるものが重なり合う形である種の理想のカリキュラムというものが、体を作り出すということに基づいて整理しうるはずだと思います。そういう原理的な討論をどこからやらないといけないか。それがないと、いつも文科省なり、それは学校協会でもいいのだけれども、どこかが大枠に決めたカリキュラムの枠の中で、それを15並べのようにあっちへ動かしたり、こっちへ動かしたり。15並べというのは、15のあの枠の中からは出られないわけだから、確かにその限界はあるのだけれども、その限界の中でコアカリキュラムを議論したとしても、その限界は突破できないはずだと。それは、でも、僕らの持っている限界だからすぐには突破できないけれども、それを突破するためには、その前提として、どこかのグループというか、人々というか、先ほど箕輪先生がおっしゃった、誰かが声をあげないといけないということを言われたのと同様のように、どこかが、ある種の鍼灸学校なり、鍼灸大学でもいい、理想の大学、あるいは理想の専門学校のカリキュラムを形成しなければいけないと思うのです。それが何年前かに石田先生がおっしゃった、伝統鍼灸大学構想、あるいは浦山きささんが言っている反カリキュラム構想。反鍼灸学のカリキュラムということにつながる議論だろうと思

います。

少し長くなってしまうので、ここで。

形井：文脈がよくわかるのですけれども、それを少し考えてみるのに、ではいつの時代の鍼灸というのが、今、言われたような、今のカリキュラムの反カリキュラムの手本になるのか、見本になるのかということをおぼえてみたわけですね。横山さんの報告したように、明治期は8割西洋医学だと言っているわけですね。今は5割です。今5割なのに、もう明治から8割だと。では江戸なのか。確かに江戸だろうけれども、でも、単純に江戸かという話にはまだだいぶステップがありそうだということで、言われたような反カリキュラムかどうかは別として、鍼灸というものを追求していったときに、わかりやすく言うと、今は鍼灸師増だけども、その鍼灸師がどういう患者さんをどういう健康を目指すのかということをおぼえてきたときの理想の人間の存在のしかたとか、生活のあり方とか、そういうものを私たちがどう描けるのかということをおぼえて、どうしていけば近づいていけるのかという議論なわけですね。

ですから、教育の側面から見てみると、100年間ぐらいいさかのおぼえても、どうもあまりいいのがなさそうですね。一度、アンチ鍼灸というのを出したのが、確かに経絡治療は出したわけですね。でも、戦後の日本の鍼灸の流れをおぼえてみると、やはり経絡治療も一つの分野であるわけですね、そのほかにも幾つかの分野もあって、それが今、来ているわけですね、まだ分析しないといけない側面が幾つかあると思うんですね。ですので、おっしゃりたいことは非常に私もよくわかって、それでこのテーマをもう少し話しましょうと言っているのですけれども、さて、どういうふうにおぼえていくのか。

F：アプローチのところは難しいのだけれども、東郷先生のおもしろいとおぼえて、具体的な僕の過去の経験で言いますと、ある学会のシンポジウムがありまして、私の教え子でもあるのですけれども、若手の教員が、例えばかぜをひいてかぜ薬を飲むのはなぜ悪いのだと、私はそういうことも教えますと。ところが、うちの教員養成では、きちんと病態生理と薬理を教えているわけですね。それなのに、そういう発言をした。とたんに、司会にいたS君が一切彼に指さなかったのです。もう頭に来たという。これが鍼灸師を教えているのかという。東郷先生が正におっしゃった、確かにそうですね。僕らも親が鍼灸師だったから鍼灸以外の治療をほとんど受けたことがなく、歯医者だけです。そういう世代と違うというのは確かに思いました。それを解決するには、今、健康とは何かということがまず定義されていない段階においてそれは難しいとおぼえます。ですから、現代医学は何ができてどういうことをやっているかを明確に知らないと、まずそれはいけないのです。すべてを否定してしまうというのは全然いけないと思うので、それを100年前、200年前にさかのぼるといのは、そこがよかったからというは、もう時代も違うからナンセンスで、そこをきちんとしっかりとらえていかなければいけないとおぼえます。要は、経験の問題が大きいですが、染みついてしまっている。

F：ここは100年前に戻れとか、そういう議論をしているわけではもちろんないですね。F先生がずっとおっしゃってこられた病態生理学の判別の問題、あれは非常に重要だから、それこそコアカリキュラムの一つですね。そういうものを含めて、ある種の理想コアカリキュラムを立てるのはそんなに難しくはないはずですね。今、F先生が7者協議会でやっているいろいろな制度改革の中にもそういう基礎は入っているわけですね。でも、理想的なものがどこからも出てこないというか、それがあれば現状を変える一つのステップになっていくので、それはすぐ実現などとてもできないけれども、でも、それをやること自体そんなに難しいかなとおぼえているわけですね。7割方もうできているのではないで

しょうか、構想みたいなものが、いろいろな人の中に。

箕輪：健康観という話で、何年か前から医療概論の科目を持っているのですが、医療概論の中に当然健康の WHO の定義を教えるわけです。疾病もそれから逸脱したと教えるのです。東洋医学概論を持っていったときに、われわれ東洋医学、鍼灸の健康観は、実はどこにも書いていないのです。つまり経絡が健康である、つぼも健康である。東洋医学的な健康観ということもほんとうは議論する必要がありますと感じました。そこを踏まえて鍼灸を考えるのであればということも感じたのですが。その健康観を今、調べていたら、健康観自体を研究している人がたくさんいて、健康観と近代医学の流れというのを研究している分野がありまして、それを見ていると、いわゆる今の日本の健康観というのは、明治時代以降、国がある程度施策的に健康観を推してきたと。その極端な例がナチスという流れできているというのを読んで、さらにそういう中でたくさんの療術師が実は出てくるわけです、健康観と共に。その療術師たちもいまだに残って存在していて、鍼灸に残ってきたのは、実はその健康観ともどこか関連しているかと僕は思っています、その辺りも検証していく必要がある。というのは、今、こんなに健康観と叫ばれているのではないですか。正に鍼灸師がかぜ薬飲めよと言ったのではアウトですね。東洋医学的な健康観で鍼灸ならこういうふうにするんだよということを言える教育をしなければいけないし。もう今、時代的にも健康観というのがこうなっているのは、もしかすると、今、国の施策でやっているかもしれないですね。メタボリックシンドロームなどというのは正に国の施策でつけた病気で国が作った病気ですから。去年まではなかった病気です。ですから、そういうことも鍼灸師たちはもう少し踏まえなければいけないし。かつての例で、療術師が盛んだったころ、3万人ぐらいいたというデータを今、見ていて、そのころはもちろん国民の健康観が非常に高まって、さらには戦争前ですから、医療機関にまだまともに行けない人もいた中でそういう療術業も盛んになって、それに鍼灸もある意味、乗ってきて生き残ってきたのかということも少し考えています。ですから、そうなる、今のこの、また健康観が盛んになっている中で、鍼灸がどうやってそこをアピールしていくか、生き残っていくかということも大事ではないかと考えていますが、いかがでしょう。

F：私はまだ現在、修士課程におります大学院生ですが、私は京都府立医科大学にいて法律を今勉強しています。今の議論の中で、医学部に私はおまして、私自身鍼灸師で、医学部の抱えている大きな課題というのもあるって、医学部というのは非常に賢い人間が集まっていると思われがちですが、確かに勉強はできるのです。ただ、彼らに唯一欠落していると私は感じるのは、誰を対象にして今の勉強は成しているのかということが、はっきり言って患者が相手ではないというのがあります。

今の皆さんのされていた議論も、例えば、古典が大切であるとか、経絡治療がというのも、そういう話は今のところはたくさん聞くのですが、いまだに私は、例えばこの年代にどういった病気がはやって、どういった患者さんが一番来て、どういった治療が一番好まれたかというようなことを一切聞いたことがない。西洋医学が8割だったという明治時代ですが、私は、当然明治は研究の中で必要だったので調べたのですが、あれは、要するに、戦争によって手足を失って、それは漢方の医療ではどうしようもなかった。だから西洋医学に頼らざるを得ない。だから、鍼灸をどうするかと言われれば、戦争に対してどう利用できるかということを主体に考えなければ医療価値がなかったという側面も当然あると思うのです。現在健康が叫ばれているというのは、健康ではあるかないかというのは当然国もわかっていないし、一体どんな病気が今はやっている、例えばがんが3割が死ぬ、2人に1人が死ぬとか、3人に1人が死ぬとか言われてもよくわからない。なぜ死ぬところまでいかない

とわからない。だけれども、そうではなくて、日常的にどんな病気にかかるのか、日常的にどんな疾患がくるのかということのほうが、当然、鍼灸師が病院行く前に鍼灸受けてみとか言うのであれば必要かと。病院でだめだったから鍼灸に行きますという例を多く聞くこと、私の同級生なども、結局、医学部と同じような感じで、患者に視線を置くのではなく、自分が興味のあるネタを一生懸命研究して、結果的にそれは教えられるのだけれども、ではかぜがきたらどうしますか、筋肉痛がきたらどうします、肉離れはどうしますかと言われたときに、ふと何も出てこないということが多いのかなという気がしますので、そこもやはり少し議論の中に入ってくるべきではないかという思いがあるのです。

形井：ありがとうございます。回答になるかどうかかわからないのですが、多分おっしゃりたいことの視点の一つに重なると思うのですけれども、戦後ずっと昔の厚生省は疾病構造という形で国民の健康についてずっと調査して報告してきています。1986年に有訴という概念を入れてきて、それまでの疾病構造分類だけではなく、日常生活はしているのだけれども、多少無理しても働いているし、だけれども頭が痛いとか、目が少しかすんできたとか、腰が重いとか、痛いとか、そういう症状分類で新たに国民の健康を分類した統計を出してき始めたのです。なぜそうなってきたかという話までしている時間はありませんが、それは非常に私たちの分野にかかわりの深い分類を国が始めてくれたわけです。そのことによって、例えば20代は5人に1人とか、2人ぐらいしかそういう対象者がいないのに、65歳以上になると5割以上いるとか、そういうことがわかってきたわけです。そういう人たちがどこに治療に行っているか、何をしているか。薬を飲んでいるのか、はり・きゅう治療に行っているのか、そういうこともきちんと統計上わかるようになってきている。というようなを見ていくと、ある程度のものは分類から見えてくる。もちろんそれはすべてではないです。今のお話の中にそれは具体的に出てきていないから、もっと持ち込みなさいという話を話題にしたほうがいいということをおっしゃっているのかもしれませんが、そういうことはある程度踏まえながら話している部分もあるということです。

F：いわゆる性格的なのとか、症状としてのというのはよくわかるのですけれども、今言われた伝統的なのという表現でおっしゃるのが、例えばどんな証の人が多いのかというのは少ないと思うのです。そこなのです。症状は統計で出ていますのでよくわかるのですけれども。

形井：それはおっしゃるとおりです。それは、そこまでおっしゃるのであればそのとおりだと言うしかなないのでけれども、それが確かにないのです。ないのは鍼灸サイドの力が弱いという側面と、そういう分類自体を国としてやろうとしない。証で分類しようなどという発想がないというか、やらないわけです。ただ、その症状分類をもっと踏まえて証まで鍼灸サイドで持っていけるようなところまで行けばいいけれども、今のところ、そこはやっていない。それから、今、WHOなどでやっているICTに東洋医学を入れ込もうということを目指して、バージョン11に入れ込めればということで準備を進めているのですけれども、そういう形でもし東洋医学がICTの中に入り込めば、これは相当たいへんだと思います。入れ方は難しいと思いますけれども、今、おっしゃったように、これは、例えば中国などでは証が1,000ぐらい並んでいますから、それは確かに入ってくるということになりますので、そういう可能性は出てきているわけです。ただ、日本国内でそういうアプローチがどこまでできているかという話になると、まだ指摘のとおり、少し弱いところがあって、むしろそういうところはもう少し…、今の話全部関連性があるのですけれども、鍼灸サイドからわれわれの視点で疾病分類をし、われわれの視点で健康観を語り、示し、そして、こういうアプローチをすればそれが変化していける

のだというのをきちんと出せるようなところまでいかなければいけないということを指摘されていると思うのですけれども、そのとおりだと思います。フロアの先生が何か話があると思うのですが。その辺りはこれまでもある程度やってきているのですけれども、まだ弱い部分であることはそのとおりです。

F：ですから、東洋医学の最大の欠点は、みずからが研鑽しなければならない、学んただけで自分のものにならないというのがまずあると思うのですけれども、客観性が非常に乏しいので、証にすると、まずことばの意味がみんな違う、用語の意味がみんな違う、ましてや証のことなんてわからない。東洋医学は、一見科学的分析でいいけれども、立てた証を正しいかどうか、誰が判定するの。誰もできない。脈診はある種の間中なので、ほかの人が見ることはできます。その点のプラスはありますけれども、ただ、それは脈診でやれるものというのは証に限られているわけですから。そうなる段階でそんなことをやっても意味がない。むしろ、その前に用語の統一と概念の統一をしっかりとやらないと。

形井：今の文脈でもう少し意見がありますか。ではフロアから。

F：今のお話を伺っていて、今回の第2回社会鍼灸学と書いてあるように、実はわれわれは今、鍼灸について非常に議論を深めているわけですが、これは鍼灸という世界の中にいる人たちだけの議論であって、それこそ一般の方々にはり・きゅうがどのぐらい必要とされているのか。これはわれわれのはり・きゅう治療院に来る患者さまに対しての調査も必要であろうし、もう一方では、医療機関にかかっているの方々にとって、はり・きゅうってどのぐらい必要だと思っていますか、今の症状であれば、はり・きゅうに何を期待しますかというクライアントのニーズというものが今、われわれの議論の中には非常に欠落しているような気がするのです。ということは、われわれが今、何をしなくてはいけないかというのは、そういうニーズの把握は絶対的に必要なことであるわけで、それについては今、鍼灸医療推進研究会というところで少し取っかかりを作っていこうという動きはしております。

そういうニーズがわかった時点で、では、はり・きゅうで何ができるかということ、基本的に医者が治せなかった病気はおれが治してやるのだと豪語される先生方が結構いらっしゃるわけで、われわれの周りにもたくさんいらっしゃるのですが、そういう考え方はやめましょうと。はり・きゅうははり・きゅうだけでは存在できないわけで、今の医療という大きな枠組みの中ではり・きゅうのポジションがどういうところにあるのだろうかということも考えなくてはいけないわけで、そのときに東洋医学のことばだけで物事を言っているのは、お医者さんから見れば、はり・きゅうをやっているやつが言っていることは何もわからないという答えがすぐ返ってきくのです。ですから、われわれとしては、やはりお医者さんにもわれわれがやっているはり・きゅうをよく理解していただいて、われわれはこういうことはできますよという提示をしていく必要もあると思うのです。そのためには、例えば先ほど、かぜをひいたときにお薬を飲むとか、飲まないとかという話が出てきましたけれども、われわれにとってもインフォームドコンセントということはとても大事なことで、今ある症状に対して、それをできる限り客観的に評価して、こういう治療方法があります、こういうのもあります、われわれはり・きゅうではこういうこともできますよということで、患者さんが、なるほど、それだったらはり・きゅうを選択しようという流れがない限り、これは押しつけでしかないわけです。もっと言うならば、われわれはり・きゅうでそれを治せるよと言っているけれども、それは自己満足でしかない

ということになってしまいます。ですから、やはり社会のニーズがどういうところにあるかということは、われわれはもっと社会鍼灸学という立場でいけば、その辺りを議論、もしくは調査することが必要ではないかと思います。

F：今のお話で少し引っ掛かったことがあって、お医者さんに説明をする必要がなぜあるのか、われわれが理解するために西洋医学を利用するのは、それは十分というか、絶対的に必要な部分はあると思いますけれども、お医者さんが鍼灸や東洋医学に興味を持つなら、その言語で、その方々が独自に勉強すればいい話で、それをわれわれがわざわざほかの言語体系に、別の文化のところにもわざわざ教えに行く必要はまったくないと思います。われわれのやっていることがどれだけの能力があるかということをお医者さんに説明するための手段としてはあってもいいと思いますけれども、そこまでお医者さんに親切にする必要はないと思う。

それから、また別の話で、先ほど古典の話が少し出たのですけれども、証というのは、今、われわれが考えているイメージというか、そういう証の概念が出てきているのは、おそらく金元医学以降です。それ以前に六経現象が、要するに熱病です。外寒温熱と対する六経現象という概念は存在したかもしれませんが、それ以外に、われわれのイメージする証概念にあたるものは恐らくなかったのだと思います。各自の証の元になった病名ですとか、いろいろな枠組みに対することばはそれぞれあったと思います。要するに、時代によって病気の名前も概念も治療方法も、診断の概念、哲学や治療手段も、全部それぞれで違ってきますから、そこにことばの使い分けというのはあるわけで、その辺りの歴史をきちんと踏まえていかないと、結局、誤解をしていくことだと。そのためには歴史が必要だし、古典が必要だし。古典というのは、別に金科玉条でも何でもなくて、どのように変遷しているかという歴史を学ぶのではなくて、歴史に学ばなければいけないのです。その情報が絶対的にこの業界に不足しているので、それをまず理解できるための前提の言語教育が必要だと言っているわけです。

形井：ということは、結局、先ほどの流れから、鍼灸サイドから独自にきちんとカリキュラムなり、鍼灸師像なり、健康観なりを示していくというベースになるものの一つとして古典というのがあるだろうと。歴史を踏まえなければいけないということをおっしゃっているわけですね。

F：先ほどのお話の中で、何もこちらからいねいに行く必要はないという話だと思うので、それでよろしいですか。

私の中では、はり・きゅうというのは、やはり今、われわれは国民階保険でほとんどの方々は現代西洋医学の恩恵で、ある意味では、こういう健康が保たれている部分があるのです。そういう中に、いわゆるクリティカルパスとしてははり・きゅうをどうやって組み込んでいくか、要するに、一つの病気になったときに、それを治療させるための一つの方法論としてははり・きゅうというのはどういうところにポジションがあるのかと思うわけです。そのときに、われわれのことばだけで、要するに、大きな西洋医学という枠組みの中に、いきなりあなたは虚していますねと言ったときに、一体それをどなたが受け入れてくれるのか。極端なことを言うと、患者さまも受け入れてくれないケースだってありえるわけです。ですから、患者さまは、ある意味では診断を受けてきているわけですから、そういうものに対して、ではわれわれは、それを東洋医学としてはこういう表現を使いますと、もしくはドクターともお話をするとき、われわれとしてはこういうふうにしてお話をします。そういうコミュニケーションツールとして西洋医学のことばというのは、恐らく多くの方々は理解まではいかないけれども、聞いたことがあると思うのです。ですから、そういう意味で、われわれはもっと自分た

ちの世界にいるのではなくて、相手のところに飛び込んでいって話をしてこない、これは広がっていかないだろうという根底に立っています。

F：今の話、虚しているとかどうのこうのという専門用語を患者さんに対して言う必要はまったくなくて、その病態像をありのままに、把握したように日常会話の用語で言えばいいので、伝統医学用語を患者にわざわざ言う必要はないのです。それは同じように、お医者さんに対して、こちらが知ってほしいものをやるのは、われわれだって西洋医学を基本的に学んでいますので、必要な部分はそれで話ができるでしょう。それが、鍼灸がすべて100%西洋医学のことばで語られることができるのだったら、それは可能です。そうではない独自のものがあるからわれわれの存在意義があるので、もしそれが全部お医者さんの用語で、全部それで結果が出るのだったら、鍼灸師なんていりません、お医者さんが全部やればいいのですから。鍼灸やりたかったら医者になればいいのです。

F：そういう議論ではなく、お互いの立場を尊重し合って仕事ができ、それが患者さまのためになるというのがとても大切なことではないかと思うのです。

F：今の議論は、多分、同じところに行くのだと思います。今、働いている人たちの勤務の割合がどんどん増えている。需要が増えている。その半分が病院です。鍼灸というものの価値、地位を高めるという意味では、例えば今の病院の勤務もそうですが、地域医療の中でもそうです。また、法制化したり、制度化したり、保険に入れていくうんぬん、そういうようなときには現代医学的な表現でやっていかないと無理なわけで、それはやっていかなければいけない。だけれども、それをやっている人は専門性を持たなければいけない。これは当然だと思います。専門性を持ちながら、なおかつ現代医学的なものをきちんと表現できるようにしていかなないとだめなのではないかという。そうでしょう。

F：私は別に東洋医学の考え方を否定しているわけでも何でもなくて、この良さをもっとみんなに知ってほしいと思っているのです。それがもし医療の中に組み込むことができたならこんなにすばらしいことはないだろうと思っています。それはだって患者さまのためになるのですもの。方法論はどうであってもいいのです。東洋医学的なアプローチであれ、西洋医学的なアプローチであれ、どうであってもいいのですけれども、最終的に患者さまのためになる。それが国民の健康にうんぬんと。あまり大それたことは言いませんけれども。そういうことができるような鍼灸師を育てていかななくてはいけないだろうし、そういう鍼灸師を育てることができる教員にならなくてはいけないだろうと。ですから、その部分では、ジェネラリストよりも、むしろスペシャリストがほしいと思うわけです。

F：私は7年ぐらい病院に勤めていまして、その間、一日200人ぐらいの患者をスタッフ3人ぐらいでずっとやっていたのですけれども、そこでのお医者さんとのコミュニケーションというのは、基本的に東洋医学用語は使っていません。ただし、治療分野が限られてきていますので、実際にそれが治るか、治らないかという判断は、結局、なかったです。つまり、お医者さんといっしょに治療をすることが多いわけで、何が治っていて何が効いているのかさっぱりわかりません。

今、私は開業して10年になりますけれども、その時点で患者さんと治療で向き合っていて、ほんとうに治っているのか、治っていないかという客観的な確証もないわけです。治療するときには自分が神様にでもなったようなつもりでやるわけですが、いざ終わってしまうと、治る、治らないというのはまったく検証が不可能です。ですから、それが現状だと思うので、治る、治らないという話は

もう一回ちゃんとやる必要があると。

形井：この問題、フロアの先生が言うように、同じところに収斂するのかもしれないですけども、どこか、いつか、もう一回きちんとやらなければいけないと思います。というのは、この時代の中に鍼灸、あんまは生きているわけですから、当然、鍼灸、あんまが今の時代と無関係に存在ができないのだけれども、まったく鍼灸、あんまの独自性がなくなってしまうような状況は避けたいという意識があると。同化しようとするのだけれども独立性を保ちたいという、ある意味では背反しているものだと思います。でも、それはどこかで妥協して存在し続けてきていると思うし、きょう、とにかく、江戸時代から明治時代からずっと見てきても、比率は変わるにせよ、両方を鍼灸としては、西洋医学的な視点も東洋医学的な視点もずっと持ち続けてきているということに、多分、結論的には言っていると思います。そうきているのですけれども、なおかつ今、それぞれが立場の違いでどういう鍼灸をイメージしているか、どういう場の中での鍼灸をイメージするかというのは違うわけです。その違いは存在するときにそれほど大きい違いにならないと思うので、そこは少し議論をしっかりやっければ大体落ち着くとは思いますが、今のここで、これ以上議論しているよりも次のテーマへ。一言だけ、横山先生。

横山浩之（以下横山）：東洋医学という概念に関して、フロアの意見で割と今の時点で東洋医学という世界なり、考え方というのは、ある程度完成されているものなのだという印象を持って、その前提でお話をされているのかというような勝手な印象を持ったのです。私などは、東洋医学という概念はまだ形成途上にあるというか、完成度が低いと個人的に考えています。東洋医学というものの現時点での完成度に対する各人のとらえ方というのも東洋医学観の違いみたいなものが議論の背景にあって混乱の原因になっている気がします。一例を挙げますと、東洋医学で証という概念があるとされていますけれども、証という概念の完成度が高ければ、東洋医学の証という概念を利用して治ったというのは、どういう証がどういう東洋医学的な何になったら治ったという意味になるのか。病気の重症度とか、体質的なものとか、重症とか体質とか、反健康、反病人とか、未病とかいろいろとありますけれども、全部東洋医学の世界の中でグレード分けするとか、治療すると東洋医学の世界の中でどう変わっていくというのを、そのグラデーションを表現するような語も形成されていないですし、まだ完成度というのはなくて、東洋医学固有の概念というのももっと形成していく必要があると個人的には思っています。このぐらいで止めておきます。

東郷：先ほど私、あえて身体感ということばを使って、健康観ということばを使わなかったのは、健康という概念が近代に入ってから輸入された概念だということと、私も先ほど、東洋医学的な健康観と西洋医学、現代医学的な健康観を対比させてお話ししたいと思ったのではなくて、例えば思い切り汗をかいて熱が下がるとか、下痢をしてめまいが止まるとか、そういった、ある意味、プリミティブな身体経験というのを、今、われわれが知る機会というのは非常に減ってきて、それは現代医学を勉強しようとする人にとっても東洋医学を勉強しようとする人にとっても不幸なことではないかという考え方に立っているわけです。ですから、それは、そういう考え方に立てば、古屋先生のおっしゃったこととも浦山先生のおっしゃったこととも実は矛盾しないのではないかと。

例えば、陰虚という病態があったとして、五肢に担熱があって手足がほてるとか、あるいは不眠があるとかという現象というのは確かにあるわけです、高齢者などでも。でも、そのことを説明するときに、陰虚ということばを使う必要はなくて、手足がほてりますねとか、夜、眠れませんねとか、胸

がむかむかしますねとか、そういう普通のことばでしゃべる。ただ、僕が言いたいのは、今の学生と話をしている、例えばほてるってどういうことですかと聞いてくる学生がいるわけです。中年のおっさんなんかで、よく会議のときに靴を脱ぎたがるおっさんがいるじゃない、僕も今脱いでいますけれども。そういうときにほてりがあるかどうかと聞けばいいんだよとか言ったりするわけです。患者さんも自分の症状を全部自分のことばで表現できるわけではないですし、僕らの病態を語ることばが貧乏しければ、それだけ現代医学的にも東洋医学的にも医療者としては貧しくなっていくので、まず東洋医学と現代医学という枠を取っ払った状態で自分の体のことを表現できることばを多く付けたほうがいいのではないかと、そういう意味でもう少し身体を語ることばを持ったほうがいいのではないかとということが言いたかったわけです。決して東洋医学的な健康観とか、現代医学的な健康観とか、それを対比させようと思ったわけではないので、そのことだけ。

3. コンプライアンスの問題

形井：わかりました。ではこの話はここで収斂させましょう。それで、話題を変えたいと思います。

正面切って語りすぎるかもしれませんが、今回のテーマの、量が今、増えていることが質の転換につながるか、あるいは、そうするにはどういうことを考えればいいのかということ正面から話をしてみたいと思います。今まで少しは出てきている教育の問題とか、学生の質の問題とか、話は出てきているし、鍼灸界自体がきちんとした、鍼灸サイドから見た健康観なり、治療観なりを示す必要があるのではないかという話も出てきているわけですが、そういう話ともう少し違う視点からどうでしょう。量、学生が今、増えてきている、学校が増えてきているということと。

F：先ほどの話からすると、まったく話を変えてしまうようで恐縮ですが、私個人的にきょうのお話を聞かせていただきまして、ちょうど私の研究のテーマは法律ですけれども、法令遵守に対する活動というのは、大学側、専門学校側は、話を聞いている限りではどこまであるのかという思いが実はありまして。それは何かといいますと、特に専門学校生とお話をするとよく聞くのですけれども、学校が終わったら柔道整復の施術所、もしくは場所で働く、バイトをするというのをよく聞くのです。教員の側もそれを推奨しているようなことを言う方もあります。ところが、これ実は、例えば、免許を差し出すぐらいだったら別にいいでしょうけれども、はりや打てる人間もいる、あんまをしている人間もいる、ひどい例になると、鍼灸師の免許を例えば取ったとしても、あんまをやっている人間がいる。そうなるのと、それ自体がいわゆる違法行為なのです。それ自体を推奨しているはずはないのですが、どこまで学生に対してそういった概念を持たせられるか。それはなぜかということ、医療機関に勤めている人間の数が増えている。それは医療機関というのは今、医療訴訟でもめていることです。その中で、彼らが、いわゆる弁護士に裁判問題を任せてしまったがために自分たちが思いも寄らなかった負担をものすごく負わされている。それに対してもうあっぷあっぷになってしまって、現実の治療そのものもおぼつかない。

鍼灸の場合も実は同じ現象が起き始めている気がします。それは何かというと、各施術所などで、死亡例は少ないにしろ、誤例が出てき始めている。その一番身近なものとして、けがではなくて、患者との間の接触です。例えば脱がされたから訴えてしまいますとかいう話も多い。これはインフォームドコンセントも当然肝心ですけれども、それ以前に法令というものがあって、ルールがあって、それを守るのだということ、そして、法令にはどういうものがあって、しかも過去に振り返るのではなくて、未来進行形として法律が変化していくものを法律というものとしてとらえていけるという概念は、恐らく私は大学では学びませんでしたし、それは聞いたこともないのです。ですから、その辺り

の視点というのはどうなのかと伺いたい。

F：最初の話、学生たちが資格がない状態で施術を自主的にするということですが、考えてみれば、看護師が注射するのだって医者の監督下であれば合法ですけれども、そうではなければ違法ですね。勝手にやっちゃいけないはずですね。そういうことで、要するに、有資格者の指導・監督の下でそういうことをするのは基本的に許されているはずなんです。詳しいことはあまりわかりませんが、恐らくそうなっていると思います。それが、例えば資格を持っていないのに出張に行くとか、そういうことであればまた問題だと思えますけれども、きちんと目の届くところで診療のもとにやっていると分には施術者の責任になると思いますので、あまりそういうところは問題ではないのではないかな。もちろん法令遵守というのは当然ですけれども。

それから、医療過誤やそういうトラブルも、結局は患者さんの意志をどうくみ取ってどうコミュニケーションをとるかということばの問題、ことばだけではないでしょうけれども、主にことばの問題がきちんとコミュニケーションができていけば誤解が生じないで、その時にそういうミスがあったとしても、誤解が解ければそういう問題にまで発展しないと思うので、結局、そういうのはことばの問題だと思えます。そういうところをもう少しきちんとやっていたら、学校でもその辺りの教育をすれば問題ではないと思います。

F：今のフロアの最初の話ですが、これはだめです。これはある先生に聞きましたけれども、指導者がいて、例えば免許を持っていないのにきゅうをやるとか、ここにはりを指し、抜きなさいとか、一切だめ。だけれども、では学内で臨床実習はどうかののだという、それはいいのです。それはおかしいではないか。それは厚生省の通達だからいいと。こういう話ですが、一般の治療院ではそれは認められない。だけれども、彼が言ったコンプライアンスの問題は、もっと例えば柔整のところへ行って、はり・きゅうを持っていないのにやるとか、鍼灸師の鍼灸、整体と言ってマッサージをやっている、こういう話でしょう。これはたいへんな問題で、だけれども、今、全鍼師会では、無資格の対策をやるのに、自分たちの会員が無資格者を雇っているわけです。それで、それを摘発するということは自分たちの首を絞めることになる。でもやると言っています。ですから、これは少なくともマッサージに関しては多分やっていくのではないかと思います。

F：すいません。今の追加のような話になって申し訳ないのですが、最近、スポーツ施設の中でははり・きゅう、柔整の施術書が増えています。大手のスポーツジム、そういうところに併設されている鍼灸、マッサージ施術所では無資格者は一切締め出しになっています。これは各都道府県からの警察も含めた指導がかなり強く入ってしまっていて、極端なことを言うと、大手のコナミさんとかでも、今まで無資格者がものすごくやっていたのが、それを全部排除すると実際の施術所の治療そのものが成り立たないというぐらいのところまで来ているのも事実です。ただし、小さいところに関してはあまり法の網がかかっていないというのが現実のようです。

箕輪：追加で言いますと、臨床の問題だけをとりあえず法的に考えますと、いわゆる臨床実習のカリキュラムの流れが変わってきていますから、あとは、盲学校は結構コンプライアンスがその点しっかりしているというか、視覚障害者は自分たちで実習に行けませんので、盲学校の歴史を見ると、臨床実習、比較的どころか、明治、大正から臨床実習を取り入れてしまっていて、学校内で臨床実習というのをやってきています。ところが、晴眼学校はあはき法の大改正以降に臨床施設を置くということが認

定規則で決まってきたので、やっと臨床施設、ハード面は整ったと。今、学校差があります。ところが、恐らく今までも臨床施設はあったのだけれども、見学実習だけが臨床実習という単位で、学生たちはもちろんそれ以前は臨床実習を晴眼学校はやっていませんでした。自分たちは出て行って外でやってしまうということを、これは晴眼の教育の先生方もよかれとは思っていませんでしたが、致し方ないということになってきたのです。後藤先生は今でも学外の臨床実習も法的に認めてことにしとずっとおっしゃっていて、そういう流れがあったので、教員がみずから無免許でやれというデータはもちろん、そんなことは公には言っていないということになっていますし、公にはとにかく無免許はいけないと。特に盲学校などはもっと厳しい、そういうことの流れだとご理解していただければ。

F：ありがとうございました。なぜこんな話をさせていただいたのかと言いますと、今、皆さんがおっしゃられたことは私も重々承知しております。その現状も十分承知しているのですけれども、いわゆる学生の質をあげていくということで考えていきますと、将来的に、今おっしゃったとおり、法令を変えなければいけない側面もたくさんあつたりするのですが、去年の討論集などを見せていただいても、過去のほうばかり向いて非常に話をされているという印象を受けました。これが必要な部分ではあるのですが、これにプラスして、今度は未来創造的に話をしていけないと、例えば前回いらっしゃった弁護士さんは、独占禁止法によって柔道整復の学校を作れないのはおかしいということを書いてらっしゃいますが、本質的に、これはやはり健康は基本的人権のものになってくると思うのです。そうすると、基本的人権の問題になってくるようなものが、今の時点でやはり法令としておかしいという声をあげるためには、私たちが法令を守っていない状況ではなかなか難しい。要するに、そういうことをしてしまえば摘発するぞということになってくると、ちょっと待ってくださいと及び腰になってしまっはしようがない。そういう意味で、学校にいる人間がよかれと思って練習しにしているという実情は非常に苦しいというのはよくわかって、そこを変えていく意味でも、いわゆる現状を打開するかどうかという以前に法令を守ること、さらにその法令は今から変えていかなければいけないのだということまでしっかり教育の中でやっていくことで、足並みをそろえて、そういったものをとらえていけないのかなということがありまして。

形井：少し整理します。二つの話をします。一つは、実は鍼灸の歴史の中で、例えば免許を与えるときに、一定期間の実務経験がある人に与えるという時代があるわけです。要するに、先にやっている。それは今の社会福祉士などもそうです。実務経験があつたら国家試験を受けることができることと同じように。ですから、鍼灸師もあんま師も、実務を先にやっている人が、3年実務をやっていたら試験を受けるとか、あるいは試験を受けなくてもいい、許されるとか。学校に行く人は、ある時代においては、実務経験がないから学校に行って免許をとりあえず取らないと。勉強して免許を取らざるを得ない。そういう時代もあつたわけです。その流れは比較的長く続いていて、1988年前は、どちらかという実践的な勉強という雰囲気が鍼灸界やあんま界の中になかつたわけではない。学生であつてまだ免許を取っていない時代の学生だつたと。そういう雰囲気がなかつたわけではないし、教育を割に緩くしていた可能性も高い。しかし、法令が改正されて以降、それから、現在では、当然関係法規という法律を教える授業もきちんと単位として指定されていますし、その中では、当然守っていかなければいけない法律として教育していますから、それをきちんと守らせることが、最低限の国家試験を93単位取って受けるということの流れとしてはあたりまえのことであるわけです。ただ、現実としてそれがうまくいっていないのだということであれば、それはまたいろいろな意味でもっと鍼灸界なりがどうやっていかなければいけないかという問題に発展すると思うのですけれども。

もう一つ違う視点で言っておきたいのは、むしろ、今の時代の中で、例えばあんまなどの免許を取得していない人があんまの学校に入っている、いないに関係なく、むしろ何万人もいろいろな名前を付けた、カイロも含めて、柔道整復も含めて、そういう人たちが無免許でやっているという実情のほうがむしろ問題としては大きいのだらうと思います。そういう取り締まりをしようとしていない、積極でない厚労省、国の側が鍼灸の小さい問題と言ってしまうと怒られるかもしれませんが、そういうところをつつくというのも少しどうかと。事あるごと。ただ、それは、だからいいと言っているわけではないけれども、それは守っていかないといけないということと、もう一つ、今、指摘された問題で大きいと思うのは、事故の問題、過誤の問題、それからハラスメントを含めた問題を、学生の質というか、臨床科の質を上げていくためにきちんと学校教育がなされているかという指摘です。そこは非常に大きい問題で、学会などももう10年以上前からそれに取り組んでいますけれども、それから、日鍼会なども患者さんに対する対応のしかたなども重視して、指導をしたり勉強会をやったりしています。それは鍼灸界だけではなくて、他の人とコンタクトをとらなければいけない業種の中ではどこも問題になっていると思います。鍼灸界、あんま界もそれは例外ではないので、そこをどうしていくかという問題は非常に大きい問題、質の問題として。それが、量が増えたことによってその辺りがおろそかになるとしたら、これは非常に大きい問題だと思えます。そこを何とかしなければいけないのだけれども、問題は、指摘されているように、きちんとコントロールをするような、要するに、この機関がちゃんとやっていますよというのを私たちは持っていないわけです。学校教育でやられているでしょう、もうちゃんと単位もあるんだから習っているはずですが、今、私は言えていないわけで、実は個々にこういう機関があって、そこで全体を見てコントロールしていますというところをはっきり言えるようなものを持っていない、鍼灸界として。弁護士に委ねているわけではないし。昨年の報告集で出てきている方は弁護士でも何でもなくて、大学の学者で法律を研究している人で、その方が福岡裁判の意味をただ言ってくれているだけです。ですから、鍼灸サイドに立っている人でも何でもなくて、鍼灸なんて初めて呼ばれて知ったぐらいに、大げさに言うとそういう人ですから、それは別の問題です。

F：法改正の話が出てきたので少し申し上げたいのですけれども、法律は一度改正すると大体20年ぐらいただめだと。来年です。実はきのう飛び込んできたニュースですけれども、栃木県の代議士が議員立法で鍼灸の法改正をやると。何だ、それはと言うと、今は国家試験ではないのです。大臣免許で国家試験がない。それを国家試験にしてあげるという電話が日鍼会に入っただけ。ものすごく困るので。今の未来志向ではないけれども、一条要項を絶対に入れないと意味がないわけで、鍼灸師が社会に何の役割を果たしているかどこにも書いていない。この一条要項を入れる法改正をしなければいけないのに、そんなことでどうでもいい話、僕に言わせると。形としては大臣免許ですから、それを改正しただけで、議員立法で参議院対策なのかよくわかりませんが、これは是非反対してほしい。一条要項を変えてやってもらいたいけれども。

形井：もう少しわかりやすく言ってください。何を变えると言っているの。

F：今、国家試験ではないのだそうです、正確に言うと、はり・きゅうの免許は。大臣免許だけれども、国家試験ではないのだそうです。それを国家試験に変える。国家試験ではないはり・きゅうとか言っていました。それで、それをやってあげるといってお話だったのですけれども、これをやられてしまうと、次に一条要項ができませんから、もしそういう機会があれば是非反対していただいて、一条

要項を入れるようにしないとたいへんなことになる。

栃木の衆議院議員です。だから、彼だと思えます。僕もそう思います。それは想像です。

F：今の国家試験は厚生労働大臣の諮問を受けてだったか、東洋療法研修試験財団が実施しているということです。実施しているところはそこですけれども、一応免許としては厚労大臣の名前で来ますので、国家試験委員会という名称は付いております。あはきの国家試験委員会です。ですので、実施している機関が異なっているというところが多分争点だろうと思います。

F：栃木の代議士はどこまで法律の話をご存じなのか存じ上げないですけれども、大臣が所管するものを、法律の中に必ず委任ということばが出てくると思うのですけれども、要するに、法律によって委任してそれを財団でやらせているということは、それは大臣がやっているのと同じなので、それが国家資格でないというのであれば、それは一体どんなものなのだという話になってしまうわけです。その代議士の動きは、確実にこれは止めないといけないと思います。一体どんな根拠でそういうことをおっしゃっているのか、これはしっかり確認したほうがいいと思います。医師免とその辺りは同じ表現をしているので、それがもし異なるというのであれば、医師免許も国家試験になるということになりますから。委任ということばがあってもほかの機関がやっているというのは、それは直接的に国がやっていることと同一と見なすというのが法律のたてまえですから、それをほうっておくというのは私には想像が付きかねます。

4. 教員養成課程の基準について～終わりに

形井：この話はこれで終わらしましょう。

もうあまり時間がありません。肉薄できなかつた部分もあるのですけれども、鍼灸師のこれからの質の問題はなかなか難しいところがあると思います。教育内容、教育する側の質、それから、教育体制を作っている学校教育体制なり、国としての制度の問題も含めて、まずそれが問われる問題だと思いますけれども。同時に、鍼灸界に入ってくる学生自体の質の問題、あるいは学生を含めた今の時代が私たちにどういう視点というか、健康観を与えているかという問題も提起されました。さらに今後、質の問題を考えていくときに、実際の臨床の現場における質の問題、それはもちろん技術的な質もあるし、知識の質もあるのでしょうかけれども、患者に対するよりよい医療を提供する、よりよい鍼灸を提供しているかどうかという、それはマイナスの過誤も含めた問題を含んだ、どれぐらいの質を提供できるかということが問題なのだという、いろいろな話題が出ました。これはまだ具体的にこういうことが変わっていけばいいという話は出てこないし、この場ではそういうことを出してアピールしていくとかということではやっていないことではありますので、それぞれの考えを提出していただきながら論議していくということを現在のところはやっていますので、そういう意味での研究会という名前を付けて行っています。

まとめもなかなか難しいところがあるのですが、今、お話ししたような形で話の流れが大体進んできたと思います。これだけはどうしても最後に言っておきたいとか、提言として来年につなげてほしいということがありましたら、4～5分ありますので。どうぞ。

F：一つ教えていただきたいのですが、教員養成科の教員基準という明確なものはあるのでしょうか。

F：ひと言で言えば大学の教授クラスですけれども、ただ、校長がそれと同等と認めたらと1項入っ

ていますので、誰でもできる。

箕輪：それを教えていただきたいのですけれども、どこに明文化されているのですか。明文化されているのですか。

F：されています。学校協会がそれを作って。厚生省に出すその基準があるので、よりハードルが高いので学校ができなかったわけです。実はこれは裏話ですけれども、学校を作りたいという人には、後藤さんのところへ来ると、最後の同等と認めたというのは一切出さないで上のやつだけやっていくととてもできないです。大学の医学部の教授クラスでないといけないから。ですから最後にそれを書いたのです。それは設置規定、教員規定がきちんとあります。

F：恐らく同等と見なすのところの運用をうまくやらないと、いくらでも学校ができてしまって、学校協会にもかかわらずにどんどん鍼灸師を自分の銭勘定で増やしていくことができるのです。ですから、ここは今、学校協会の方とかその辺りの教員養成科を作るところには何とか輪を掛けるとかということをしていかないと、まったく私たちの知らないところでどんどん免許が生産されていくということは、このままだと多分避けられないと思います。ですから、これは非常に心配しているところで、設置するのに、例えば鍼灸の教育に5年以上設置した5年教員が何人とか、新しい学校をつくる時には現実的な網のかけ方というのが恐らくあると思うので。そうでなければ、書類だけそろえていって医者だけ集めれば学校ができってしまうということになってしまう。

形井：今、専門学校教員養成課程の話ですね。専門学校の教員養成課程は、手本にしたのは筑波大学の理療科教員養成施設です。筑波大の理療科教員養成施設の設置、要するに、教員養成課程設置の基準というのは、実を言うとなかったのです。なかったものを手本にして作ったわけですから、多分、先ほど言った自主規制ではないですけれども、そういうことに結果的になってしまうのです。けれども、実はことしの4月にできました。厚労省はびっくりしたのです。今、教員養成課程のことをずっとやってきていたら、一つだけ何も決まっていなかったのがあったとわかって、それが理療科教員養成課程だったというのがわかって慌てて、ことし4月1日付けでできました。ですから、それを手本にしてもらえると、何もなかったときに手本にしていたと同じように、今度できたものを手本にしていたら、単位数もきちんと作り直しましたし、これは文科省における大学の教員養成課程の教員の資質、7名専任が必要になるという結果で、4名が医療の専門家、3名が、本学は障害関係ですから、障害のことに理解している3名です。通常は教職課程の専任が何名という形で決まると思います。そういう基準が一応できましたので、それを参考にするといいと思います。それ以前のもはその辺りが不明りょうなところがあって、それを専門学校の教員養成課程はあいまいなのをそのまま受け継いでいると思うので。どうですか、そんなにシビアに決まっていなかった部分もあるのではないですか。

河井：きっちり文章化されています。また、資料を持ってこなかったのですけれども、きちんと掲載がある。それと、専門学校の場合に、教員養成課程は単位制ではなくて時間制だったと思います。恐らく単位制にしようとした話もあったような気がするのですけれども、その辺りはよくわかりません。ただ、時間数の中で、ある一定の基準をしっかりと明確にしながら、専門学校のほうの教員養成学科はされているということが…。

F：思います。ですから、大学を出てくる連中は、例えば医学英語とか、そんなのは全部もう受けなくていいというのは何年か前からなっている。

河井：そうなのですか。それと、一言最後に、今後、恐らく量的拡大から質的な充実へという流れの中で、恐らく今、大学教育もそうだと思いますけれども、チェック機構が第三者として外から、外圧などはわかりませんが、出てきそうな気がしますし、また恐らく個々の学校などではいろいろなことを含めて実施されているかと思えますけれども、それがこういうふう大きく学校協会なり、専門学校の大学の中で質のチェックをいかにしていくかという議論も今後出てくるのではないかと。ただ、これはどうやっていくか等々はまだこれからだと思いますけれども、すでにあるところでは検討されているかもしれません。大事な問題になるかという気がします。

形井：ありがとうございました。時間を過ぎましたので。もうよろしいでしょうか。

では、あまりまとめとしてきちんとした形がとれませんでしたけれども、先ほどお話ししましたように、今回、量から質への討論をまとめさせていただきました。第3回、来年、是非またやりたいと思っておりますので、どうぞご参加いただければと思います。

それから、今回準備する過程で、去年はなかったのですが、自分はこういうことを研究しているのだけれども話すチャンスがないだろうかという声も幾つかありました。今までのスタイルは、どちらかと言えば、私どもの研究室でいろいろと話し合っただけでこういうテーマにしようということを進めておりますけれども、もし是非こういう話をしたいとかありましたら、冊子の最後に連絡先も書いてありますから、いろいろな声をいただければと思っております。

それではきょうは長い間、ありがとうございました。これで終わりにしたいと思います。

前で、もしよろしければ、皆さんいっしょに写真を撮りたいと思いますので、お集まりいただければと思います。

(全体討論終わり)



集合写真



討論風景