

討論の部

形井秀一（以下、形井）：今回、津嘉山（洋）先生のテーマである「鍼灸のアイデンティティーをどのように確立できるか」を全体のテーマにしたいと思います。実際にシンポジストの先生方に話していただいた内容は、大きな意味ではその方向に持っていくことは可能だと思いますが、それなりの個別性も持ちながら話をしていただきましたので、話を4つにくぎって約20分ずつ討論できればと思います。

1. 鍼灸にしかできないこととは

形井：最初の小野先生のテーマは「鍼灸はどのような役割を果たせるか」という話を中心でした。制度の問題、鍼灸研究の手法の問題もありました。要するに臨床研究や、現代医学に認めてもらえるような研究の方向性だけではなく、もっと広い視野で研究を進めていく必要があるのではないかといい、かなりグローバルな視点を持ってやるべきであるという話が出てきているわけです。鍼灸の果たせる役割としてどのように研究的な裏付けを持っていくのか。

特に経済学の話もありましたし、RCTの研究に対していろいろな問題も指摘してもらいました。そういうところから話を進めたいと思います。

小野先生の話では、経済学的な視点からはあまり明るい結論ではなかったような気がしました。果たして鍼灸は、本当に今の時代の中でそれなりの役割を果たせるのか。むしろ大きな疑問符が付いていた気がします。いかがでしょうか。

小野直哉（以下、小野）：私が慎重な言い方をしているのは、学術的な立場所とということでご理解いただければと思います。しかし、このような鍼灸の医療経済学的研究をしています。心情的には、非常に観念的なところがあります。鍼灸が現代社会の我々に幸福を与えてくれることを期待はしているのです。しかし、研究をすればするほど細かい話が出てきてしまう。そうするとなかなか先に進まない状況があります。

ただ、鍼灸に期待しているところは、お金の話は、どうなるかは本当に分からないところです。例えば実際に鍼灸に効果があった場合、それがどのくらいの利益や効用に値するのか、社会に貢献するのか。今の鍼灸の治療費は3000円、5000円、6000円といった相場があります。それが妥当か、あるいは相場が変わってくる可能性が非常に高いでしょう。

また、実は鍼灸だけではなく、医師の収入は科学的な根拠があって決まっているわけではなく、どちらかというと習慣的なもので決まっています。UCRという略語が医療経済学の中で用いられますが、UはUsual、CはCustomary、RはReasonableです。そうすると、医師の収入には科学的根拠がないのではないかという疑問が湧いてきます。

鍼灸の医療経済学的な側面はまだ明確ではありません。ただ、はっきり言えるのは、特に伊藤（和真）さんがやっている研究は鍼灸や代替医療が期待されているところに関係しています。代替医療でなかなか補えないところを鍼灸でどう補えるか、補っているものは何かをもっと明確にできれば、それに対する鍼灸の費用的な評価が出てくるのではないかと。そこが鍼灸の存在意義であり、またはそれが、鍼灸の

発展に寄与できるのではないか。その「何か」が明確になっていないのが現状だと思います。

形井：鍼灸が特徴的だから、鍼灸でなければいけないだろうとか、鍼灸が担える部分が明確ではない、ということですね。

小野：鍼灸を細かく分けるとします。例えば先ほど形井先生から伊藤さんに質問があったように、宗教などのカウンセリングで代替できるのではないかとか、もしかしたら鍼灸ではない施術でも代替できるのではないかとか、西洋医学でもできるのではないかといった具合に、鍼灸自体を分解していくと、他のものでも代替できる可能性が出てきます。そうすると、鍼灸自体の存在がほとんどなくなっていく可能性が非常にあるわけですね。

形井：それなら、例えばなぜ看護が見直されなければいけないのか。医療を統合したいと考えている専門医は、何が足りないから何を足して統合したいと言っているのか。現実的に自分達にたくさん許容がある仕事分野に、何が足りないと思っているのか。

小野：統合したいというのも立場によると思います。ちょっと危険な話をしているので、心で笑ってもらえればありがたいですが、例えば、西洋医学の医師が統合医療という言葉を使っているのは、代替医療はあくまでも自分達の医療を助けるための手段として用いようとしているからです。あくまでも自分達の職域を侵さないというのが前提にあるわけですね。西洋医学が足りない部分は、時代と共に変わってきている可能性があります。例えばQOLなどは、昔はさほど問題にはならなかったけれども、今の社会においては問題になってきている。それはまた、先進国と発展途上国とでは、医療を取り巻く環境の相違など、社会環境の条件が違います。状況、立場、または国によって医療に対する考え方の違いがあると思います。

2. 日本鍼灸のオリジナリティーとは

形井：日本または先進国の、実際の患者のニーズを考えてみます。私がよく例に出すのは肩こりですが、20～30年前までは医者に「肩こりです」と言うと、「それは当たり前でしょう、生きているんだから肩はこるでしょう」と、私にそんなくだらない診察を求めなさんというふうな雰囲気、ないわけではなかった。でも1990年代後半から2000年以降は、肩こりの特集が医師のジャーナルでも取り上げられる時代になってきている。今まで目を向けていなかったのに、患者さんが求めてきているものに答えないと、西洋医学的に困ることが出てきている。あるいは、医学的なものではなくて、西洋医が今の社会に存在するために困ることが出てきている。それは、今まで無視してきたものにただ矢を向け始めて取り込もうとしているだけなのか。そうすると、鍼灸が特別に優れているものを持っていたからという、必ずしもそうではないのかもしれない。そのへんはどうですか。

小野：その話はどちらかというとも医療社会学の分野になると思います。『医道の日本』で、鍼灸ジャーナリストの松田博公さんが医療社会学者の佐藤純一さんと対談をしています。詳しくはそちらを参照していただきたいのですが、佐藤さんの言説によれば、今、社会は全体的に医療化が進んでいる。今まで問題になっていなかったようなことも、病名を付けてもらうことによって、個人に受容されるとか、今こういう病気だから悩んでいる、苦勞しているということをカテゴライズしてもらい、医療機関で診てもらって安心する。または自分なりに自分の状況を解決することになるわけです。そこでは、西洋医学の共犯者として、鍼灸も代替医療も一緒に社会の医療化を推し進めていると佐藤さんは分析しています。

たしかにそういった事実もあると思います。そうすると、鍼灸のオリジナリティーは何か、特に日本の鍼灸とは何かを考えていくと、例えば中国の鍼のやり方と、日本の鍼灸のやり方は表層的な違いはありますが、もっと掘り下げた次元での日本の鍼灸のオリジナリティーを考え、実践している人はいないような気がします。これはちょっと難しいことなのかもしれないのですが。

形井：その点をここで論じていきます。伊藤先生、そのへんについて何か考えはありますか。

伊藤和真（以下、伊藤）：先ほど形井先生からお話をいただいたように、鍼灸をどんどん分解していくと何が残るのか。それを私の場合は癌の患者さんを対象にさせていただきます。自分もまだ考えている最中ということでお聞き願います。

患者さんとかかわっていく中で、医療技術は今後どんどん進んでいくだろうと。例えばそれは、現在も遺伝子解析に始まる最新医療があつて、そういう中でも、お金があるからやる、お金がないから後回しするとして、もしも、みんなが先端医療を受けられることを大前提としたときに、鍼灸は何が残るんだろうか。僕がいろんな先生方にインタビューで聞いて、考えられている共通のものの一つは、やはり患者と触れることに大事な何かがある。もう一つは、鍼灸というか、伝統鍼灸を成り立たせている考えや技術の中には、近代西洋医学、医療の中にはない、いろんな発想や物の見方がある。大きく分けてこの二つがオリジナリティーを持っているのではないかなと。それが、現代西洋医学が進んでもそれを選ばない、鍼灸の味というか強み、独自性になるのかなと思っております。

形井：そうすると、伊藤先生のおっしゃる鍼灸における「触れる」こと、患者さんが1時間治療院にいたときの「触れる」ことがどの部分かという問題があるかと思えます。例えば触診は確かに触れますね。鍼灸の特徴かもしれません。しかし、例えばツボを探るのに、日本的なツボの探り方は世界的にはあまり行われていないわけです。骨度法で場所が決まればそこに鍼をするわけです。そうすると、伊藤先生がおっしゃった「触れる」とは、つまり鍼灸の特徴である「触れる」とはどういうことなのか、ですね。患者の心に触れるといった部分もありますが、どうですか。

伊藤：一つは物理的な触診があると思います。もちろん東洋医学の切診はもう少し幅広い内容を含むと思いますが。それからもう一つは、鍼をするという行為で触れることももちろん含んでいるのかなと思います。患者さんの心に触れることは、よく言われる会話の中で患者さんの心に触れることもあると思います。しかし、鍼灸治療では言葉だけでなく、言葉がない場合でも、切診とはりきゅうを施すことで患者さんの心に触れることもあると思います。これは私の思い込みかもしれませんがね。

形井：体表に鍼を刺すことがすでに触れるという意味になっている、と。ただ口から薬を入れるとか、そういうことではないわけですね。タッチしないと治療としては成立しない。

伊藤：鍼灸治療の特徴ということでは、それは非常に大きいかなと思います。

小野：学術的な視点からは、例えば鍼灸のオリジナリティー、特に中国、韓国、ベトナム、日本のそれぞれのオリジナリティーは、まだ言えないと思います。それよりもどちらかという標準的というか、鍼治療に関する共通的な効果または効用を評価していこうというのが今の段階だと思います。

先ほど津嘉山先生がお話しされていた治療やツボの選定を、学術では考慮しない研究が行われているということは、ある意味如実にそれらを表しているのではないかと思います。結局、オリジナリティー

を意識していない、または意識したくても意識できないのが鍼灸の臨床研究の現状だと思います。ですから今は、世界共通の鍼の効果を探しているのが学術全体の状況なのではないでしょうか。その後中国の鍼とは何か、韓国の鍼とは何か、ベトナムの鍼とは何か、日本の鍼とは何かなどが学術の研究対象に入ってくる感じだと思います。

形井：津嘉山先生、どうですか。

津嘉山洋（以下、津嘉山）：標準化するという事は、それぞれ個性あるプロセスがあって、それをどう満足させるかではないですね。

小野：個性を満足させるという最小公倍数的なものではなく、各個性の共通要素を求める最大公約数的なものです。最大公約数的なものは、逆にそれぞれ独自の個性を切り捨てる可能性もありますね。

津嘉山：現在、鍼の治療法の記述標準化が行われています。ストリプタという様式ですが、どういう鍼をしたかが分かるようにといった意味合いで標準化する様式です。行う鍼が適切であるとか、害がないとか、そんなことを保障するためではないという段階です。そして、ジャーナルによっては鍼の記述が長すぎるので記述が切り捨てられるということも起きていて、それ以外はあまり波及していないというポイントがあります。回答には全くなっていないですけれども。

3. 政策と各国の伝統医療

形井：今のお話もそうですが、私達は鍼灸がみんなに受け入れてもらいたいとか、あるいは世界に広がるとか、ある意味そういうことを夢見ているわけですね。その場合、例えばツボの標準化でもそうですけれども、いろんな国がそれぞれ違うことを表現しているから、受け入れ側としてはある程度標準的なものとして見せてくれないと受け入れようがない。医療経済であればまさにその通りだと思います。個性を持った鍼灸師が、それぞれやっついでいいとか悪いとかいう話にしかならないから、標準化するものがないと計算のしようがない、見通しが立たないということだと思います。しかし、まだそこまでいっていない。

要するに、国の医療政策に乗せるまでの数値がまだ整理されていない状況です。研究面からいうと津嘉山先生がおっしゃられた研究的なものになるし。小野さんが言ったことは、その裏付けになるということですかね。

小野：そうです。ただし、国の政策に乗っている国もあります。例えば中国やインド等は、各国の伝統医学が国の政策に乗っている。伝統医学や代替医療が国の政策に乗っているか否かは、学術うんぬんとは関係ない次元での要素が含まれている話だと思います。昨年、厚労省の研究の関係で、例えば韓国なら韓医師制度、中国なら中医医師制度、インドであればそれぞれの伝統医学の制度というように、すでに国の医療政策あるいは医療制度に位置づけられている各国の伝統医学に関する制度の訪問調査をしました。それぞれの国の伝統医学の担当の官僚や研究者はもちろん、各国の医療全般の制度もおさえた調査をしているため、各国の西洋医学や公衆衛生担当の官僚や研究者にもヒアリングをしています。私は彼らに最後に必ず聞いた質問があります。「伝統医学のエビデンスはあんまり出ていませんが、なぜあなたの国は、伝統医学を自国の医療政策に採用しているのですか」と。もう一つは「あなた方の国は発展途上国のため、経済的に貧しく、WHOが言うように、あくまでも近代西洋医学の代用として伝統医学を自国の医療政策に採用せざるを得ないのが実情なのですか」と、非常にシニカルで意地の悪い質問

をしました。それぞれの立場もちろんあるでしょうが、それぞれの国の担当者は「伝統医学は近代西洋医学とは違う。伝統医学は我が国の文化であり、伝統医学は国民に好まれているから我が国の医療政策に採用している」と異口同音に答えていました。中国やインド等は発展途上国の負け惜しみととらえられなくもないと思って聞いていましたが、発展途上国とは経済状態のレベルが違う韓国の担当者も同じようなことを言っているのです。それ以来、「発展途上国があくまでも近代西洋医学の代用として伝統医学を用いている」というのは当てはまらないのではないかとの実感を、去年の調査から得ました。この件につきましては、更に考察を加えていく必要があると考えています。

これらの国は自国の伝統医学に関する法律や制度が既に存在し、政策があつて、それに後付けとしての伝統医学に関する安全性や有効性、経済性のデータが作られていく状況です。日本の場合は、伝統医学の成果や成績を裏打ちするそれらのデータが先に必要で、発展途上国とは順番が少し違います。

形井：韓国は他の国とは意味合いが違うと思いますが、どちらも1947年にGHQが、東洋医学、鍼灸は止めなさいと言ったわけですね。もちろん韓国には日本で実施していた制度を持っていったわけですから、どういう意味で止めろと言ったかは別として、1910年代から行っていた鍼灸あん摩の制度を一度止めかけたわけですね。それで日本は鍼灸あん摩を医療の外に置いてしまった。韓国はちゃんと韓医学を確立した。同じ時期にGHQが止めろと言ひ、その後が違っただけなんですね。それで今に至っている。

その違いは何なのかもっと分析しなければいけないし、逆に言うともう何も無いことで、たまたま当時のこっちの国の政府関係者は選り、こっちの国は選りなかつたくらいの話。最初はちょっとした違いしかなかったけれども、50年経ったらすごい差が出てきてしまったくらいのことかもしれない。先ほどから小野さんが言われているように、学術的にいくら研究したって実際には違う。結果的にはそれと同じようなことなのかもしれません。

小野：私が言いたいことは、決して学術的に研究したことが無駄になっているということではないのです。学術的に研究をすることは絶対に必要です。ただ、それだけで鍼灸が社会的に認知されるというのは甘いのではないかと、楽観的すぎるというのが私の考えです。

形井：GHQが表立って言ったかどうかは難しいところですが、日本政府はGHQに言われたことを後ろ盾として、鍼灸は野蛮である、科学的でないという話に、少なくともあの時点ではなっていたわけですね。だから戦後の日本の鍼灸は科学化することが大命題だったわけですね。これは古典的な立場であろうと、現代的な立場であろうと関係なく、いかに科学化するか、要するに現代化が大きな命題でした。ですから、いまだに科学化されていないから鍼灸は認められていないんだという言い方が通りやすい歴史なんですね。

例えば明治鍼灸短期大学は、短大を作ることは設置審が一応認めたけれども、最後のところに「当面の間は大学院は作ってはいけない」と書いてあるんです。なぜかという、鍼灸はまだ学問ではない、学術的なものでないから、大学はだめだ、大学院はもっとだめだという話だと思ひます。実際には10年後くらいには大学になるんですが、歴史的にはそういう時代だった。だからやはり表向きは鍼灸は学術的でない、科学的でないというのが国の側としてはあつた。あり続けているのではないのかな。今はどうか分からないが。

小野：学術的にどうかは関係ないわけですね。それよりも、学術的かどうかは一人歩きするとか、使われるとか、何か隠れ蓑として使っている可能性があるわけですね。例えば実際に鍼灸を学術的に進めたくないか、またはそういうもの自体を研究するのは世俗的だとか、そういう考えを持った学者さん

達がいる世界とか。日本の大学の研究者が自分自身のことをいつも客観的に見つめて自身の生活をしているかということ、ぜんぜん違いますよね。とんでもないような日常生活をしている方もいる。科学者のやっていることは客観的かもしれないけど、科学者は自分の日常生活のすべてを自分の仕事のように客観視しているわけではないと思います。

ですから、学術なんてある意味そういうものであって、そこをわきまえて学術を評価し、学術をやるかどうかということです。ある意味、自分の仕事以外での自分の立場や言動も客観視しないとイケない。

形井：先ほど膝のことを言われましたが、一昨年、なぜ全日本鍼灸学会は国際シンポジウムのかたちで膝OAをやらなければいけなかったかということ、日本鍼灸師会の大きな目標の一つが7番目の疾患として膝OAを保険に入れようというものです。膝は少しは大目みしてくれている。でも正式には認められていない。3年前か4年前に厚労省が膝の研究班をつくって、委員会に委託した研究で、鍼灸は膝に効かないという報告書を出したわけです。やはりそれは、鍼灸はだめという一つの大きな理由になるわけですよね。それをひっくり返すのはものすごく大変なことです。国際シンポジウムを開催し、本を出し、それでもまだまだ認められない。もう一押し二押ししないと、膝について鍼灸が認められる、あるいは保険に入るところまでいかないだろうと思います。学術的、科学的といわれるものが求められているのが現実ではあります。

小野：例えばアメリカの代替医療が注目された裏には、アイゼンバーグらによる、半数近くのアメリカ人が代替医療を使っているという論文が出たのもきっかけでもありました。が、それ以前から、その裏では、アメリカのサプリメント企業等がアメリカの国会議員達に盛んにロビー活動をしていたり、そういう話もあるわけです。実際ある意味では、日本の業団の先生方がかかわっているかもしれませんが、そういうところも必要なかもしれないと。鍼灸を保険適用にするために学術的なデータ、説得するためのデータを方便として使うわけです。それは鍼灸を何とかしたいという思惑があるわけです。思惑があるから、学術のデータが使われ、有権者が欲しい政治家を使う。しかし学術は、鍼灸を保険適用したいといった思惑とは全く関係ないところにあります。ただし、鍼灸に未来があると考えたら、学術という手段を何に使うかが一番大切であって、そこを抜きにして学術による成果が社会的にプラスになることはあり得ないと私は考えます。学術はあくまでも手段です。学術に、その成果を実社会に用いるか否かの意思決定や価値判断は存在しません。

形井：分かりました。他の先生方はよろしいですか。

津嘉山：学術的でなくても、学術的に研究を進めていくとか、あるいはその研究にお金を投入しているとか、そういったことでも十分なことがあるわけです。例えば今の代替医療の出来上がるプロセスなのかでは、学術はあまり関係がない。ある議員が医学研究にお金を回すことにおいて、たまたまその人が、自分が動かせるお金があり、代替医療に投与したという話です。その後、10年くらい経ってNCCAMは、鍼は何か効くとか効かないとか、結論を出すことができていないわけです。そこにもっと研究が必要だということで、またお金が投与される。で、NCCAMは、事実としてみると、大きな予算を受けることになっていて、それで研究に対する助成がなされていて、それにはそれなりの結論が出てくるけれども、決定的な証拠はない。

アイゼンバーグのレポートに関して、悪くいえば89年から96年のフレームアップなわけです。94年は代替サプリメントに対する教育法ができ、サプリメントに効能表示が許されてFDAが認めなくてもOKだということになりました。それでメガビタミンや代替サプリメントが非常に伸びたわけです。そ

の伸びを彼はうまく利用して、CAM全体がすごい比率で伸びているというような表現をしてきたわけですね。

形井：話を総合すると、学術的なところはそこそこでいいけど、別の要因のほうが大きく関係しているという話になりそうです。あまりそういう結論に持っていきたくないですが、そういう要素があるし、そういう側面も、物事が動く時には相当働いているんだろうというのが一応の見方です。

4. 足もとからの普及啓発

形井：少し話を先に進めます。今日一日の話について少し時間をとって話をしてみたいと思います。質問等ありましたらどうぞ出してください。

フロア：私の口から言うのもへんですが、先生方は常に鍼灸に接しているわけですが、世間一般から見るとほとんど知らないことが多いというのがたぶん現実なのではないかと思います。私も鍼灸の教育にかかわる20年前までは頭によぎりもしなかったわけですね。この会は非常に面白くてよいと思いますが、鍼灸師以外の人を入れてディスカッションしてはどうでしょうか。先生方にとって鍼灸は本当に身近なものなのですが、一般の日本人からすると全くそれは当てはまらないというのが、一つあるかと思います。

鍼灸を広める、あるいは認知させるためにどうしたらよいのかというのはもちろんあるんですが、鍼灸を知らない日本人が増えています。おそらく昔は、おじいちゃんやおばあちゃんが鍼をしたり灸をしたりして、子供も「鍼はよく効くんだ」と知っていた。ですからエビデンスとかそういったものはおそらく要らなかったんだと思います。しかし今はその子供が大人になっているわけで、鍼がどういったものかを知らない。だからエビデンスが必要だということになるかと思います。

話の腰を折ってしまいますが、子供に広めるためには子供に体験させ実感させると、その子供が大人になった時に自分の子供に教えることができる。そういう循環を作っていくのが今の鍼灸界に必要なかと思います。

形井：非常に面白い指摘をしていただきました。少しそういう話題で話していきますか。小野先生、どうでしょうか。

小野：今の話はコミュニティーですね。昔から鍼灸を用いるコミュニティーがあったから、鍼灸が用いられてきた。それを今は薬が取って代わっている。それを再構築しなければいけないという話ですね。鍼以外にも、コミュニティーの分野では社会的損失が起きているといわれていますが、鍼灸を用いるコミュニティーに再構築する場合、どう再構築するかを考えないといけないと思います。

その再構築の方法論が今、活発に議論されている中で、現実的なものにはどのようなものがあるか。例えば小学校で鍼灸の体験学習をするとか。私の経験をお話ししますと、以前、東京都板橋区の小学校で鍼灸の体験学習を行いました。たまたまその小学校の先生が知り合いで、体験学習を毎年やっているとネタ切れになってしまい、次のネタを探すのが大変で、何かネタはないかと相談されました。勢いで「鍼灸の概要を子供たちに教えてみようか」という話になってしまったのです。その小学校の子供達には大変申し訳ないと思っていますが、2年生と3年生に試験的に鍼灸の体験学習をやってみたくて。子供たちがどういうふうに関心を持つかをフィードバックしてもらうために、鍼灸の体験学習の感想文を書ってもらいました。小学生を対象とした鍼灸の体験学習を行うのは初めてでしたので、至らないところも多々あったのですが、お灸の艾を配って観察してもらったり、鍼を渡して触れてもらい、日本の鍼灸の鍼は柔らかいことを知ってもらったり、ツボについての簡単な説明やいわれを話したりしました。

約1カ月後、この鍼灸の体験学習に参加した子供達を書いた感想文が私のもとに送られてきました。面白かったのは、多くの子供達は家に帰ってお父さんやお母さん、兄弟姉妹、祖父母、その他の家族に鍼灸の話をしているのですね。ある子はお父さんやお母さんの肩を叩いたり、おじいちゃんやおばあちゃんの腰を揉み始めたり、体験学習中にこっそりとお灸の艾を食べていたり、ちょっと予想外のものまでありました。試しにやってみた小学生への鍼灸の体験学習は、予想外に結構子供達の反応があって、子供達の家族やお家で、何かしらの影響をもたらしていることが分かりました。

そういう意味では、小学生の時期に体験学習で子供達が鍼灸に触れるのはそれなりに子供達や子供達の家庭に影響があるなど実感しました。今後、鍼灸の体験学習を系統立て実施し、数年後、鍼灸の体験学習に参加した小学生が中学生や高校生になった時、昔の鍼灸の体験学習を覚えているという子供達がいるかどうか、その時どのように感じていたか等、追跡調査ができれば面白いと思います。そういう事例は、まだなかったと思います。

形井：小野さんがご自分の発表のときに、もっとグローバルな視点でいかなければいけない、鍼灸の分野だけで考えていたらダメなのではないかと言いました。そういったことにつながる、フロアの先生のお話だったと思います。そういう試みを、例えば愛媛県立中央病院の東洋医学研究所は、子供対象ではないけれども、昔のお灸の普及の心みみたいなものを地域でやるとか、あるいは親と子の小児鍼のプロジェクトみたいなものを今西のほうからずっと広げてきていますよね。

例えば今、看護師たちが積極的に働いて、ベビーマッサージのようなものがお母さんたちに広まっています。ああいうのは、本当は鍼灸あん摩マッサージ関係の人がもっと早くやっていたらよかったことだとは思いますが。そういう発想がないことと、組織、関係性がない。看護師さんたちはお母さんや妊婦にかかわっていて、その子供にベビーマッサージをするという流れができていますが、鍼灸師の分野の場合はそのへんが切れているわけです。小児の鍼、あるいは月見の灸とか、昔は子供たちが毎年9月にお灸を年に1回は受ける文化のようなものも消えてしまっているの、さきほどの再構築という話が出てくるのだと思います。

今日は研究の話もしています。学術的な話も確かに大事ですが、一方で今の時代において鍼灸をいかに理解してもらえるかの努力をどうやってしていくかですね。電通に頼んで済むのか、博報堂に頼めばいいのかという問題でもないのかと思うわけです。アイデアがまだ出にくい分野というか、そこまで余裕のない分野なのかもしれない。

小野：すみません、私ばかり話して申し訳ないです。ここに関係者の方がいらしたら申し訳ないですが、鍼灸の啓発を広告代理店に頼んだだけでは、こちらが期待する成果は得られないのではないかと思います。というのは、私の専門分野と研究対象の性質上、広告代理店やシンクタンク等の広告や宣伝、マーケティングを専門とされている職種の方や研究者から意見を求められたり、仕事をご一緒することもあり、これらの職種の方々とはいろいろと付き合いがあるので彼らの手の内を知っています。鍼灸の啓発に対し、広告代理店に支払う金額にもよりますが、何をやったにしても鍼灸がどの程度、それにより啓発・認知されたのかを明らかにするベンチマークを行うところまでには至らず、その成果は曖昧なままに終わってしまうのではという気がしています。

以前、京都大学の学園祭で、伊藤さんと5年ほど一緒に鍼灸の啓発活動をやっていた時期がありました。スタートは10年ほど前ですが、いろいろな事情があって5年くらい継続しました。最近知り合った京都大学の近所の人に「実は以前、京大の学園祭で鍼灸の啓発活動をやっていたのですよ」と言うと、「あれがそうだったの」と今頃になって言われます。また「あれが楽しみで毎年京大の学園祭へ行ってたんだよ」と、地域住民の方や社会人になってから知り合った人に「私も京大の学園祭で鍼灸を受けていま

した」と言われることが結構あります。このような地道な活動が10年後、20年後に思わぬところで帰ってくるのではないかというのが実感としてはあります。

鍼灸の啓発は構えてやるものではないのではないかと。気張らず、もっと楽しく地道にやれるようにしなければ、鍼灸の啓発活動は長続きしないと思うし、そういう仕掛けが作れば、継続的な鍼灸の啓蒙活動ができるのではないかと私は思っています。

伊藤：啓発活動は以前、小野さんと一緒に私もさせていただいてことができました。他に行っている先生に教えてもらったのですが、小児鍼ですと、個人単位のボランティアで、保育園や幼稚園に行っている先生方が何人かいらっしやると聞いています。それなりの手ごたえはあったりするんですが、継続して行って親御さんに理解してもらわなければ、やっていくのが難しいという問題があります。

もう一つは、いくらボランティアといっても、いろんな反応が体に出るわけですよね。小児鍼をやることで子供がいい反応になることもあるし、よくいわれる瞑眩かもしれません、一時的に悪くなってその後良くなることもあるかもしれない。ですが現在は、鍼灸だけでなく、いろいろなところで世間の伝達自体が切れています。例えば小児鍼を受けて一時的に悪くなくても、昔であればおじいちゃんやおばあちゃんが「次の日良くなるから大丈夫」と言ってくれる。そういうことがあればいいですが、悪くなったところを親がとらえて、「ボランティアで鍼灸をやってもらっているが体調が悪くなった」と保育園や幼稚園に言って、それが鍼灸の先生に伝わるわけです。そうやって断られてしまうことが結構あるそうなんです。そうすると、各個人がやるよりも、例えば鍼灸の学術団体や地方での鍼灸師のコミュニティのようなものがかわっていかないと、すごく難しい時代かなと非常に思います。

5. 技術を身につける場所

形井：少し話題を変えて次の話にいきたいと思います。伊藤先生が話された中で、患者の満足度、癌の患者という狭い話になりますが、小野先生が言われたように、もう少し広く、一般の患者でも関連してくる視点を持つとしたら、やはり患者の満足度をどのように治療側が受け止められるか、あるいは満たしていきけるかといったことになると思います。どうですか、先生がお話しされた中で、先ほど私が質問したのは触れる部分のことでしたが、鍼灸師として他の医療分野の人たちとは違う考え方とか、違う見方で患者さんの満足度に迫れるような、たまたまメインではない外から来ている人として患者さんが鍼灸師に安心してしゃべってしまうという、逆の意味の可能性があるとは思っています。そういうマイナス的な言い方ではなくとも、鍼灸治療院に患者さんがみえた時に、患者さんが求めているものに鍼灸がどうこたえてあげられるか考えていくと、今の鍼灸の現状として、抜けている部分や足りない部分、どういったところをもっと育てていかななくてはならないかとか、そのへんはどのようにお考えですか。

箕輪：今のところと関連しますが、津嘉山先生が、施術者の身体、施術者のスキルについておっしゃっていましたが、伊藤先生の研究はどちらかというと癌患者に対してスキルのある方を選んでいるんですよね。そのスキルは、経験年数、それから症例数ですよね。もしかしたら、患者さんの満足度は施術者のスキルに関係していきんですけども。

施術者のスキルを測る要素の議論がもうすでに外国から見られていて、それに影響されているんだなと、先ほどの津嘉山先生の研究発表から気づきました。伊藤先生の癌の研究も、スキルのある施術者がスピリチュアルペインを受け入れやすいのかな、と。気の問題も最後に言っていましたが、そうになると、施術者のスキルが関係してくるのかな、と。

ただ、日本の鍼灸界では、スキルをどうやって測るかはまだ誰も研究していません。どうも、ある程度技術を踏まないと測れないんですが、ある程度スキルを踏まないとある程度のところまでいかないと

いうことは、薄々分かってきていると思うんです。そこから、結局スキルのある人は患者が満足度を得やすいし患者を引き付けやすい、というふうに考えているんですね。日本はそこを最後は誰かがやっておかないと、また海外のほうからそのところを指摘されてしまうのではないかなと思ったのですが。

形井：津嘉山先生が言われたところの身体や技術は、今箕輪先生が言われたところも入っている。もう少し手前というか単純なところではない。

津嘉山：一つは、スキルとして取り込めるような技術の身体性がありますよね。それからおそらくネットワークがどこかで出来上がっているといったこともありますけれども、ある個性としての身体性もあるわけで、どう分けていったらよいかなかなか分からないのですが。

形井：箕輪先生が言っている技術とは何ですか。具体的に鍼の深さとか刺激の与え方ですか。

箕輪：それも踏まえて、このところ、鍼灸院のレポートに行った時に、石の上にも3年じゃないですが、3年スキルが必要だというのがキーワードで出てきます。癌患者との研究を題材にコミュニケーションをとれる人材も、そういった中で育っていくのかなと思ったのですが、そういうことが、もちろん教育や卒後研修でもまだできていない。話が戻りますが、フロアの先生がいいことをおっしゃってくれました。そういう教育ができていない鍼灸師が啓発活動をしたら、いったいどうなってしまうのかと、そういう不安はありました。

伊藤：まず、ここで話されているスキルとは技術習得とか技術アップととらえてよろしいでしょうか。

私は13人に話を聞かせていただいて、インタビューの中で、癌の患者さんと今以上によりよいコミュニケーションをとるには何が必要ですかとお聞きしたのですが、12人の方が技術アップだと答えられました。その先生方皆さん、非常に高い技術を持っていますが、「より高い技術が必要である」と。そうすると、学問は置いておいて、何が大事か。

まず、鍼灸師の立場としては、先ほどもありましたスピリチュアルペインとか、残された命をどう生きるかのお話は、患者さんと深い関係性ができたずっと後に出てくる話です。それまではやはり、関西の言葉で言いますと「治してなんぼやろ」というところが一番多いし、患者さんもそれを求めてきている。そこをまずアップしておかないと全然話にならないよ、と言われたことがあって、私も考えたことがあるんです。昨年の本研究会でしたでしょうか、教育の話題のところで、学校でどういうことができるんだ、という話が出ていたと思うんですが、そういった意味では、やはり技術をどう高めていくかが大事かなと。13人の方は、実はスピリチュアルペインにも対応をされていました。なかには意識的にスピリチュアルペインに対応されている先生もいらっしゃいます。しかし、よくよく聞いてみると、13人の方の中には患者さんの深い悩みなどへの意識は、はじめは全く持っていなかったという先生もいらっしゃいました。その方は、何度も何度も患者さんと話をしていくうちに、どうも患者さんがそういう話をされていくので何らかの対応をしなければならない、そこで必要に迫られて考えたり、本を読んだりということもあるみたいです。

ですから、すごく話を縮めてエッセンスを考えると、やはり鍼灸師としてまず患者さんという関係を持つためには、高い技術という部分が外せないのかなとは思いますが。ただ、それにプラスアルファとして、例えば今、医学部でもやられている医療面接のやり方とか、先ほどもありましたように患者さんの心理的な問題にどう対応するかということも必要だと思います。しかし、それは医療全体でもうやられていることであって、別に鍼灸だから、代替医療だから特殊なことでは全くないと思います。

形井：鍼灸師の教育の問題まではあんまり深入りしたくないのですが、ただおっしゃるように、鍼灸師を育てる今の制度自体がまだ不十分なところにあると思います。

個人でクリニックを開業されているドクターはかなりいらっしゃいますけど、例えば資金的な問題とか、技術的な問題も自分で考えたら、おそらく30歳前には開業できないんじゃないでしょうか。というか、一番若くて24歳で卒業したとしても、ドクターには必ず受け皿があるんですね。ナースにもあります。うちみたいな小さい診療所はいきなり卒業したてのナースが入ってくることがあるかもしれませんが、普通は医療関係は3年なり5年なり10年なり教育期間がある。一人の患者をいろんな立場から総合的に受け止められるような組織があって、複数の人がその一員として仕事をしていて、大体全部のことが分かった年齢になるときに開業するというスタイルが普通だと思います。

しかし今の鍼灸界は制度上、卒業したらすぐに開業できることになっていますし、実際に5年以内に開業している人が15%か20%くらい。鍼灸関係のところでアンケート調査をやるとそれぐらいの人が開業しているわけです。そういう意味では、学校教育のなかで足りない部分をもう少し意識的に考えておかなければいけないだろうとは思うんですね。もう少し話をしたいのは、技術を身につけられている鍼灸の先生方はどこで身につけたのか。しかるべきところがあって身につけているのでしょうか。それとも自分で身につけているのか。どうなんでしょう。

伊藤：ほとんどの方が各自で勉強会や講習会に行ったりされていると思います。ただ、富山県の市立砺波総合病院には学校を卒業した人たちを研修という形で指導されていて、緩和ケア治療を中心にされている。他にそういう研修施設があるところは、旧・明治鍼灸大学（現・明治国際医療大学）ですね。今は大学院生が中心だと聞いていますが、以前は研修鍼灸師から卒業研修生制度がありました。内容的には、自分で勉強して、分からないことを先生に聞いたりカンファレンスを行ったりして、指導を受けたり先生の経験を教えてもらって自分で身につけることがほとんどだと思います。

そういう意味では今回のインタビューは、きつともとも意識の高い人で、自分でスキルアップができた先生を選ばさせていただいたというのが実際のところですね。ただ今後はもう少し、みんなが受けられる教育というか、そういったことが必要だと思います。

6. 鍼灸学校の役割

箕輪：スキルと、それから最初の小野先生の話の年収のところをつけ加えたいんですけども、小野先生はあまり言及されませんでしたけど、600万～700万円を高い年収だとおっしゃってましたよね。『医道の日本』が掲載した矢野（忠）先生のレポートには、確か300万とか400万円という年収が出ていたはずなんです。年収の分布をもう少し考えてみると、もしかすると300万、400万、まあ高くて600万、700万円。ただ、皆さんもご存じのように、流行っている鍼灸院はあるようなので、そういうところは1千万円が山になるのではないかと思います。

結局、今の鍼灸師は300万とか400万円までいかないのか、厳しい数字だとおっしゃってましたよね。その方たちは結局、スキルをどうしていけばよいのか分からないとか、やっても駄目なのかというところが非常に気になっています。

そこのところをみるために、まさに社会学的鍼灸が切り込んでいったほうがいいし、私も薄々感じてはいますが、3年修行したり、ある程度個人で修行した方たちはある程度スキルアップができています。きっとその山の少ない（人数が少ない）ところの人たちだと思うんですよ。それで、山の上のほうの人たち（人数が多い）に、鍼灸に対してアイデンティティーをもう感じていないかもしれない人たちが多かったとしたら、やはり先行きはあまり明るくないなと思いますが、やっぱりスキルは身につけられる

んだとは思っています。

伊藤：感想という形になりますが、私は現在、専門学校の教員養成学科で指導させていただいているのと、別の専門学校に行かせていただいています。そこで気づいたことですが、一つは学生さんが、勉強会へ行きたいけれどもどこへ行ったらよいか分からないという話がものすごく多いです。私の授業の中でいろんな話をさせてもらっていて、その中で「まず雑誌を見ましょう」と言います。「『医道の日本』と『中医臨床』と『鍼灸OSAKA』あたりは押さえておくといい」と。以前私は、実はインターネットでの検索はあんまり好きでなかったのですが、『あはきワールド』は良いです。「それらを見ておくと、自分がどこの勉強会に行きたいのか分かるよ」と学生に話すと、かなり反響がいいです。一点はそういった情報を学生は知らない。

もう一つは、これは私の思い込みかもしれませんが、私が大学生だった頃は鍼灸学校は27校くらいだったと思います。その頃は学校が少なく、鍼灸学校には変わり者が多いですが、結構意識が高い人が多かった気がするんです。ですが、今90校になってくるといろんな方が入ってきて、鍼灸学校にとりあえず来たけれども、やってみたら難しいし辞めようかなというような、はじめからモチベーションが低い方が結構多いかなという気がするんです。このあたりは私の心が入っていて、どうかなという気もしますが、そういう人にどこまで教育、指導していく必要があるのかなと思ったりもします。

一般の人たちに啓発するより前に、やはり鍼灸師を啓発する必要があると思います。例えば一般の人が鍼灸が良いと知って、近くの鍼灸院に行ってみたら、症状がよりひどくなった、めちゃうちゃされた、となるのは非常にまずいなということはありません。

話が大きくなりすぎて、あまり触らないほうがいいかなとも思っていました。ただ感触としてはそういうことを思ったりもします。なので、もしも学校教育の中ではじめに何をやるかといえば、情報ですね。勉強会の情報や学術的な情報、質のいい情報はどんどん教員が学生に伝えていくことをやる必要があるのではないかと思います。

フロア：東京からまいりました。治療院を開業しております。今、伊藤先生のお話の中で、モチベーションの低い学生さんが増えてきて、そういう人たちが卒業して、質の高い治療ができるように教育する必要があるのだろうかというお話があったと思います。今学校が増えて、結果的にそういった人たちも卒業して、免許を取っているのが実情だと思います。その人たちを野放しにしておくと、結果的に伊藤先生がおっしゃられたように、「あそこ行ったらえらいことをされてしまった」ということが広がりかねないのではないかと思います。卒業していった人たちを野放しにしないように、というか、底上げをしてある一定以上の鍼灸施術をどこへ行っても受けられるように、むしろこちら側からの介入も必要なのではないかと感じております。

伊藤：ありがとうございます。おっしゃる通りだと思います。ただ、一つだけ思うのは、その方が卒業してしまうと、「底上げしましょう」といっても、結局は個人で勉強会に行くとか行かないということになると思います。なので、まず在学中に、より質のいい、技術の高い先生方、それは実際に臨床されている先生方でもいいと思います。いい技術なり、患者さんとのいいかわりを若いうちに見ておく。すぐにはできないかもしれないけれども、例えば、卒業してからも勉強会があるということは伝えていく必要があります。

私は別にできない人を切るとかそういうことを言いたい、やりたいのでは全くありません。例えばもしも、鍼灸や医療に対して今はまだ意識があまり高くない学生でも、何度も何度も伝えているうちに、気づく人がいらっしやるんです。教育者としては一回言って分かなければ「はい、駄目です」ではなく

て、時間をかけて何度も何度も伝えていく必要もあるとは思っています。

形井：鍼灸の学校の先生方何人か見えています、今の話の中で感想とか何かありませんか。

フロア：感想に近いかもしれませんが、たぶんこの中で鍼灸師でないのは私だけだと思います。鍼灸の学校に通っていらっしゃる1年生に「鍼を受けたことがある人」と聞くよりも、大学で聞くほうが手を挙げる率は高いです。なぜかという、スポーツにかかわっている学生が必ずといっていいほど手を挙げます。例えば私立のスポーツに力を入れている学校ですと、かなり手を挙げます。解決策になるかと思うのですが、そういう催し物があった時に、それこそスキルが高い方の部隊を送り込むことができればいいと思います。

同様に、都内のとある私立大学なんです、「二度と雇いたくない」と言う学生がいました。私にぶつけてもしょうがないと思うのですが、ぶつけられました。そういうことを随分言われました。ある委員会でもそうだったと思いますが、その個人と家族に負担がかかることはよくあることだと思います。そこを頑張ってください、スキルの高い方によって普及率はおそらく高くなると私は思っています。

クライマンという人が、医療の目的は疾患の過程のコントロールと患者の経験のケアであると言っているんです。経験は現在進行形でかまいません。その二つだと、疾患のコントロールに関して鍼灸がどれだけのことができるかが示せていないので、どうしてもケアのほうに移ってしまうところがあるだろうと思います。そっちのほうがおそらく実行も上がるのではないかと。その裏返しでおそらく追いかけってくるのが、何年後か分かりませんが、鍼灸も医療倫理を問われることになるかと思うんです。

実際に、昨年末、仙台にある某国立大学で技術師の大学院生、学生たちに科学倫理、科学思想の話をしたところ、そういう話になりました。鍼灸師といえども、やはり患者の側からすれば医療人である。その方々が白衣を着て何をしてくれるのかに関して、ある程度の信頼感を持ちたいと。

それから診断をされるにしても、それが実際に必要な情報なのかどうか分かるんだったら、影響する医療倫理は、おそらく経験のケアがあるのであれば、その裏返しとして問われることができると思います。専門学校と大学を持っている大阪のとある学校に聞いてみたところ、大学には医療倫理あります、専門学校ではそこまで手が回りませんという答えでした。鍼灸師といえども、白衣を着て患者さんの治療にあたることになりますと、教育のところを何とかしていただきたいというのが、鍼灸師ではない、外側から感想です。

形井：ありがとうございます。気がついたら5時を回っておりまして、全体討論を一時間半もやったんですね。プログラムのめどは5時となっています。できればもう少し話をしたかったんですが。

今の鍼灸がもう少し視野を広げなければならないのではないかと。医学的に認めてもらう、あるいは研究分野で、今まで行われてきた分野でしっかりと四方を固めていく。これは非常に大事なことです。今、何人かの先生がおっしゃったことも含めて、もう少し視野を広げて、社会を意識しながら鍼灸の存在を確立していかないと、人数だけ増えてかえって問題が大きくなっていくのではないかなという懸念がないわけではないと思います。もう少し時間があれば、そのへんを突っ込んで話していきたくったです。特に技術的なものが今の教育の中でどの程度確立できるのか、OSCEだけやっていたら技術が確立できるのかという、そういうものでもないと思います。

それから、ターミナルケアなどに鍼灸が求められるようになるのであれば、心理学的な、鍼灸心理学のようなものをきちんと作り上げなければいけないわけだし、社会学的な視点で作り上げないといけない分野、鍼灸がまだ十分に目を向けられていない分野があるだろうと思います。ですから、これからはそこらへんをもう少し膨らませる作業を続けていかなければならないだろうなと思います。