

社会鍼灸学会
研究

社会鍼灸学研究 2008

第3号

社会鍼灸学研究会

鍼灸は21世紀の世界の人々の健康に貢献できるか

形井 秀一

ISO (International Organization for Standardization : 国際標準化機構) は “物資及びサービスの国際交換を容易にし、知的、科学的、技術的及び経済的活動分野の協力を助長させるための世界的な標準化及びその関連活動の発展開発を図ること” を目的に、発足した(1947年2月)¹⁾。日本でいえばJIS (Japan Industrial Standards : 日本工業規格) に相当する。このISOにはTMB (Technical Management Board : 技術管理評議会) の下に多くのTC (Technical Committee : 専門委員会 or 技術委員会、187委員会) があり、そこで、生産者や消費者、政府等からの申請を専門委員会として検討する。

韓国がこのISOに鍼の国際標準規格の申請を出したのが昨年(2007年)の秋のことであったが、それは、既存の委員会では検討できないといったん差し戻された。その後、中国がISOにTraditional Chinese Medicine (TCM : 中医学) の審議の申請を出した。この申請はTC215 Health informaticsで審議され、中医学ではなく、East Asian Medicine (東アジア医学) という名前となることで落ちつきつつあったが、中国サイド及び中国に同調する国々から中医学という名前にするという巻き返しがあり、最終的には、Traditional Medicine (伝統医学) で決着がつくと思われた。Traditional Medicineという言葉は2008年11月の北京におけるWHOの伝統医学会議で出された北京宣言そのものであり、北京宣言は、伝統医学が世界の人々の健康に貢献すべく、国や市民団体が積極的に力を注ぐことが求められたものである。もし、Traditional Medicineの名称であれば、世界の多くの国々が賛同したに違いない。

しかし、中国は中医学でないと納得できなかったものと思われた。それは、その一方で、Traditional Chinese Medicine (TCM) という新しいTCを立ち上げるための申請をISOに別途に提出したことに如実に表れている。その申請の中身は、治療用具や薬剤、診察、診断、臨床など中医学全般(漢方・鍼灸)にわたるものであった。新しいTCを立ち上げる目的は、TCMは現代医学(Conventional Medicine)とは明確に異なる体系であるので、TCMの索引・検索用語を世界標準化することであり、それは医師のみならず患者もその恩恵に浴するものであるとの主張であった。

この申請を受け入れるか否か、会員各国に賛否の投票をするよう要請があった。

ISOの新委員会設置条件は、投票した国の2/3以上の賛成があることが最低条件であるが、必要賛成数まで達しなかった。その結果、TMBは中国に対して、関係する組織(特に、日本-JISCや韓国-KATSの規格作成関係機関、また、TC215 Health informatics)と協議することを求め、中国が関係機関と協議した結果が報告されるまでは新委員会設置については延期されることが決まった。

上記のような中国の動きに対して、覇権主義的であると批判することは簡単だ。事実、この申請の仕方を見ると、中国は伝統医学を見直そうとする視点、すなわち、民族固有の歴史と文化に根ざした医学を大事にしていこうとする姿勢を示せていない。一見中国の伝統医学(東洋医学)を大事にし、見直しをしているように見えるが、もはや東洋医学が中国一国の医学ではなくなっていることに思いが至っていない。そのため、あたかも自国の医学、中医学のみを世界医学にしようとする偏狭な目論見を持っているようにしか見えなくなっている。

過去2千年間に中医学はアジアの国々に伝播し、様々な影響を与えたが、同時に、伝播先でその国の文化の影響を受け独自の変化を遂げた。もちろん、変化はしてもそれは中国に発祥した医学であることを各国は十分に認識している。そして、今、中国が、西洋医学一辺倒の世界の医学界にアジア発祥の東洋医学を位置づけようとしている。その動き自体に対しては、東洋医学を継承してきた歴史を持つ国々は歓迎するであろう。20世紀末から21世紀にかけて、CAM (Complimentary and Alternative Medicine: 補完代替医療) が台頭し、世界が統合医療 (Integrative Medicine) を志向するこの時期は、欧米諸国に東洋医学を正しく認識させ、欧米の医療の中に東洋医学が位置づけられる絶好のチャンスであることは間違いない。しかし、もし、20世紀後半に中国が発展させた現代版東洋医学、すなわち中医学のみを東洋医学として中国が主張するとしたら、それは多くの国々にとって組みし難い考え方であり、そのような他の国々の実情を無視したような中国の姿勢に対する失望は大きいであろう。

中医学のみが東洋医学ではなく、Kampo (Japanese Oriental Medicine)、Acupuncture in Japan、Korean Oriental Medicine、Mongolian Oriental Medicine、Vietnam Oriental Medicine など、中国発祥の東洋医学に影響を受け、各国で独自に変化を遂げた多くの医学も東洋医学の一類である。それらは、各国で2000年間にその国の変遷に影響を与え、また影響を受け、内容を発展させてきたものである。理論の重点の置き方や診察の仕方、治療技術の用い方、東洋医学の受け入れられている度合い、等々どれも異なっている。それは、現代中国でまとめられた中医学が、現代中医学誕生以前まで中国が継承してきた東洋医学をより発展させたものであり、それ以前の中国の医学と異なっていることと同様である。中国は、現代中医学は、2000年間の東洋医学を継承していると主張するであろう。それはその通りである。そして、他の国々の継承してきた東洋医学もやはり東洋医学なのである。中国は、中医学を生み、継承してきた国として、アジア並びに他の諸国が継承してきた東洋医学のどれもがそれぞれに東洋医学であることを認識し、それを包括できるような用語や概念を構築する先導役を担うべきであろう。そうすることが、2000年前に中国に生まれた偉大な医学が現代に生きる方法であると考えられる。

医学は人類が生んだ叡智の結晶である。誰もがその恩恵にあずかれるはずである。一国や一団体が自分たちの利益のためのみにそれを利用すべきではない。東洋医学のすばらしさは、生活に根差した医学であることだ。いふならば、個人を大事にした生活養生医学である。それは、誰もが自分の生活に役立て得る内容を持っていることを意味する。東洋医学が有するそのすばらしさを活かす方法を見いだすことこそ今求められていることである。

1) 日本規格協会、ISO企画の基礎知識、東京、(財)日本規格協会、2005。

社会鍼灸学研究 2008 (通巻3号)

目次

序	形井 秀一 …… i
目次	
鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか? —医療経済の側面を踏まえて— …… 1	小野 直哉 (京都大学大学院医学研究科)
鍼灸師の鍼灸実践と患者への眼差し —がん患者を中心に— …… 13	伊藤 和真 (京都大学大学院人間・環境学研究科共生人間学専攻 名古屋医専 鍼灸・あん摩マッサージ教員養成学科)
鍼灸学校教育の歴史に見る鍼灸の変遷と現況 …… 33	形井 秀一 (筑波技術大学保健科学部)、箕輪 政博 (千葉県立千葉盲学校)
鍼灸研究に関する一考察 —鍼灸師で博士学位取得者の実状を中心に— …… 37	箕輪 政博 (筑波技術大学 千葉県立千葉盲学校 首都大学東京大学院都市環境科学研究科) 形井 秀一 (筑波技術大学)
医療システムにおける鍼灸師—医師を対象としたインターネット調査— …… 45	津嘉山 洋 ¹⁾ 、増山 祥子 ²⁾ 、倉澤 智子 ^{1,3)} 、山下 仁 ²⁾ ¹⁾ 東西医学統合医療センター、筑波技術大学保健科学部附属 ²⁾ 森ノ宮医療大学保健医療学部鍼灸学科 ³⁾ 筑波大学大学院 人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻 保健医療政策学分野
討論の部 …… 49	
特別寄稿 日本鍼灸学への視座 <伝統医療>に還れ 松田 博公 (鍼灸ジャーナリスト) …… 62	
特別寄稿 経絡治療の学術的意義並びに普及運動の眞の意味 …… 73	戸ヶ崎 正男 (蓬治療所所長・東洋鍼灸専門学校講師)
あとがき	箕輪 政博 …… 87

鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？

—医療経済の側面を踏まえて—

京都大学大学院医学研究科

小野 直哉

はじめに

2007年の日本の人口は約1.3億人、日本の国民医療費は約33兆4,000億円、国民1人当たり約25万6,923円。2006年のOECD (Organization for Economic Co-operation and Development: 経済協力開発機構) データによる日本の国民医療費は対GDP比で8.2%と、主要先進工業国中、最も低い。しかし、厚生労働省発表による2007年の日本の出生率は、1.34と前年度に比べやや回復したが、出生数そのものは減少しており、今後も減少傾向にあると予想され、長期的にも日本の少子化は、全国的に歯止めがかからない状況である。65歳以上の日本の人口は2025年に約3,500万人と、2000年に比較し6割近く増える。つまり、2025年に4人に1人が65歳以上になり、2050年には3人に1人となる。急速な超高齢化社会の進展に伴う高齢者医療費の急増と、少子化に伴う今後の就労人口納税人口の減少を背景に、日本の医療財源が逼迫していくのは必至である。

試算の妥当性に問題はあるが、2005年10月の厚生労働省試算では、現状の医療サービスを継続すると、国民医療費は2025年に約56兆円となり、対国民所得比10.5%、対GDP比で7.7%の規模になると予測されている。いずれにしても、現在の20代や30代、40代が老人医療の恩恵を受ける頃には、日本の国民医療費が国家財政を脅かすまでに膨れ上がり、国の運営自体が困難になる可能性を示唆している。少子・高齢化の加速は、年金や医療など社会保障制度全体の再構築や労働力の問題ばかりではなく、単なるモノ作りから、健康関連商品やサービスなど、健康をキーワードとした高付加価値の産業分野へ産業構造そのものの転換を日本に迫っている。

一方、欧米では、1990年代初頭から鍼灸を含む相補・代替医療への関心が高まっている。特に米国ではそれが顕著である。米国は、対GDP比で約15%の費用を医療全般にかけており、世界でも最も医療にお金をかけている国である。しかし、米国は医療に対する公的保障が非常に少なく、2003年の米国国勢調査庁による調査では、健康・医療保険に加入していない無保険者が米国民の7人に1人と報告されている。医療費が極めて高い国でもある。そのため中産階級を中心に、医療費負担が深刻な問題となっており、経済的な理由からも相補・代替医療への関心を引き起こしている。また、産業的にも米国の成人人口の7人に1人が何らかの医療産業に従事しており、米国経済に占める医療産業及び健康サービス産業の割合は高く、特に米国政府は、知的財産の観点から、21世紀最大の世界市場である健康サービス産業分野で世界に先んじるために、近代西洋医学による現行の医療分野に比べ学問的に未開である相補・代替医療分野にいち早く参入し、バイオテクノロジー等の最新の科学技術を駆使して、相補・代替医療の分野から有益な知的財産を見出し、世界に先駆けて特許を取得していく戦略を展開している。

このような世界の医療財政や産業状況を背景に、相補・代替医療は有益な疾病治療・予防手段、さらには将来有望な産業分野として、世界から期待、注目されている。

本稿では、近代西洋医学を根本とする現行医療と共に、統合医療を構成する相補・代替医療の中でも、

特に日本の鍼灸に対する医療経済学的アプローチの現状とその背景、さらに医療経済を踏まえた鍼灸の今後の課題について述べる。

日本の鍼灸の現状

図1は、1996年から2006年までの日本の医療関係者数の年次推移を示している。図2は日本の医療関係者の中でも、西洋医学系の医療関係者の年次推移を示したものである。鍼灸師との比較のために西洋医学系の医療関係者の年次推移状況を見てみると、2008年現在、医師の数が足りないと社会では叫ばれているが、1996年から2006年までは、医師及び薬剤師も徐々に増加している。特に他の西洋医学系の医療関係者に比べ、看護師の急激な増加は顕著である。

図3は、1996年から2006年までの就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師数の年次推移を示している。はり師・きゅう師も、徐々に増加しているのが分かる。また、図4は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師免許登録者数の年次推移を示している。こちらでも図3同様、はり師・きゅう師の免許登録者数は、徐々に増加している。

図5は、あん摩マッサージ及び指圧・はり・きゅう並びに柔道整復の施術所数の年次推移を示している。はり師・きゅう師の数同様、はり・きゅう関連の施術所の数も徐々に増加している。

図6は、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数の年次推移を示している。あん摩マッサージ指圧師と比較して、2001年を境に、2002年から、はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数は急激に増加している。

また、はり師・きゅう師養成機関（大学・短大・専門学校）の数は、1999年当時、全国に25校であった。しかし、2008年現在では、90校となり、9年間で65校が増設された。今後も、はり師・きゅう師養成機関は増加する傾向にあると言われている。

このような現状の中、鍼灸師が抱える問題として、少なくとも以下の5つが考えられる。①鍼灸師の急激な増加（10年間で12,130人増）、②鍼灸利用者は国民の6～7%¹⁻³⁾、③鍼灸師の捌け口がない、④捌け口があっても鍼灸が行えない、⑤鍼灸師の質の低下の懸念等である。

これらに対し、鍼灸界では以下のような対策を始めている。2006年6月、「鍼灸の需要を喚起すること」を目的に、鍼灸医療推進研究会が発会された。構成メンバーは、社団法人東洋療法学校協会、社団法人全日本鍼灸学会、社団法人全日本鍼灸マッサージ師会、社団法人日本鍼灸師会の鍼灸関連4団体である。鍼灸医療推進研究会では3つの作業部会が設立され、活動を行っている。各作業部会の名称と活動内容は以下の通りである。研修作業部会（活動内容：鍼灸師の質の向上）、研究作業部会（活動内容：鍼灸のEBMづくり）、普及啓発作業部会（活動内容：鍼灸の広報活動）。普及啓発作業部会では、まずは手始めに、鍼灸の啓発パンフレットを作成し、報道機関等のメディアへ、それらのパンフレットを配布している。

日本の鍼灸師の年収と鍼灸の市場規模

日本鍼灸師会の会員へのアンケート調査の結果を基に日本鍼灸師会が試算した鍼灸師の年収は、約600万円である。試算の仮定は次の通りである。試算：4000（円/患者）×5（患者/日）×300（日）＝600万（円）。但し、この試算で用いられた仮定は、過去に「医道の日本」誌でも報告された日本鍼灸師会会員の開業鍼灸師の実態調査から1日平均患者数と1回平均治療費のデータを基にしており、この調査で特に年収や治療費など金額に関わる回答率が低かったことや日本鍼灸師会に所属していない鍼灸師も多く存在し、また柔道整復師の資格も有し、鍼灸と柔道整復の施術を複合的に行うなど、鍼灸師の施術内容や就業形態も様々で、明確に開業鍼灸師の実態を反映しているとは言い難い。開業現場での感覚を考慮すると、実際の鍼灸師の年収は上記の金額の半分ぐらいになるのではないとも言われている。

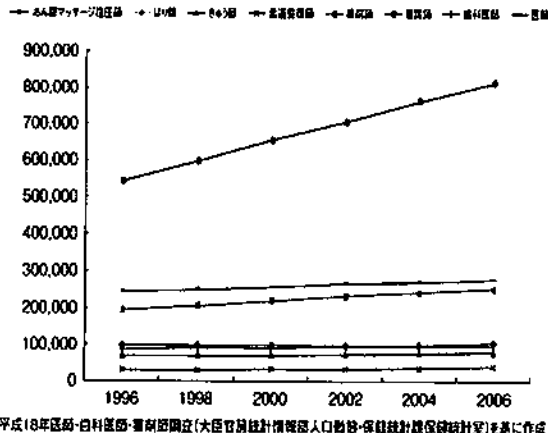


図1 医療関係者数の年次推移

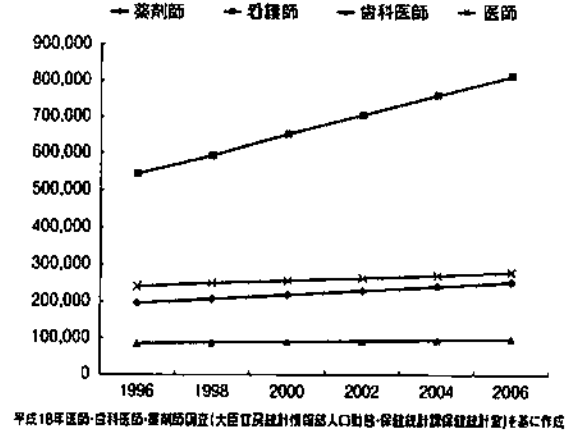


図2 西洋医学系医療関係者数の年次推移

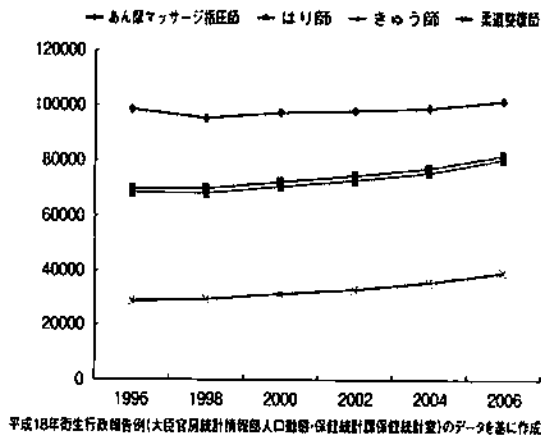


図3 就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の年次推移

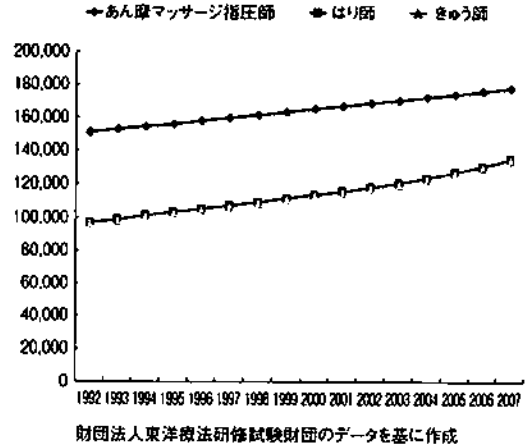


図4 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師免許登録者数の年次推移

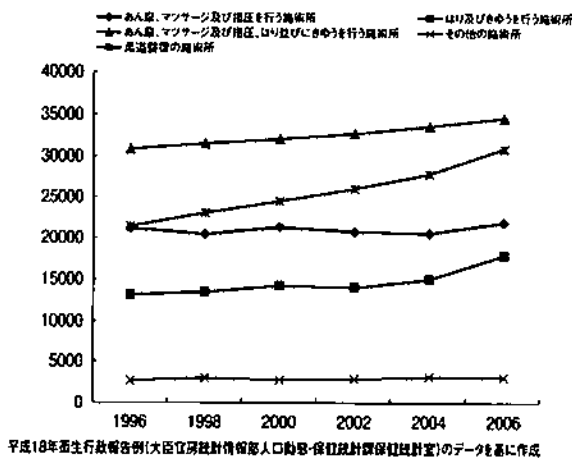


図5 あん摩マッサージ及び指圧・はり・きゅう並びに柔道整復の施術所数の年次推移

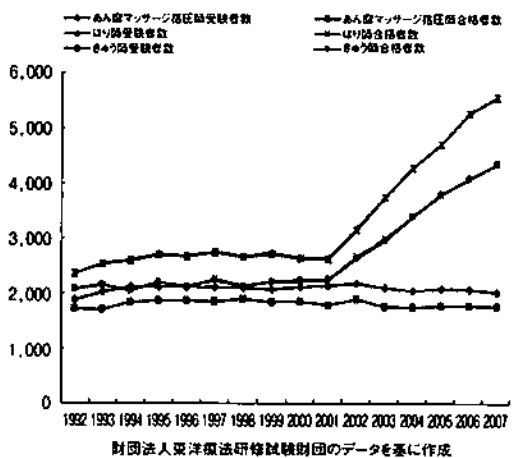


図6 あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師試験受験者及び合格者数の年次推移

荒い試算ではあるが、参考までに上記の鍼灸師の年収を前提にすると、鍼灸の市場規模は約4,800億円となる。試算の仮定は次の通りである。試算：600万（円）×8万（鍼灸師の数）=4,800億（円）。更に、これも上記の年収同様に考えると、上記の金額の半分ぐらいの2,400億円か、それ以下になると推測される。また、他の推計⁴⁾では、鍼灸の市場規模は900～1,400億円とも報告されている。日本の鍼灸師の年収や鍼灸の市場規模に関する試算を行う際、それらを推計するための信頼性の高い基礎データが日本では欠如しているのが現状であり、試算の仕方、仮定もいくつかある。今後はそれらの基礎データを整備していくことが必要である。

図7、図8は、1991年から2000年までのあん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払い（所謂、マッサージ・はりきゅう・柔道整復の保険適用払い）の年次推移を示している。療養費のほとんどは柔道整復に支払われており、鍼灸とマッサージへの支払いはわずかであることが分かる。ちなみに、社団法人日本鍼灸師会の報告によれば、2004年の療養費は3,690億円で、うち柔道整復への支払いが2,999億円、マッサージへの支払いが212億円、はりきゅうへの支払いが152億円であった⁴⁾。

鍼灸の経済学的研究の現状

鍼灸を含む相補・代替医療の経済性に関する研究状況

相補・代替医療の有効性に関する研究は、近代西洋医学のようにはいえないまでも、先達の努力により国内外を問わず数多くの蓄積がなされてきた。図9は日本でもよく耳にする一部の相補・代替医療の2008年7月17日の時点での、2007年までの安全性と有効性、経済性それぞれに関するMEDLINE（医学に関する英語文献データベース）上の文献数とそれぞれの相補・代替医療別の文献の総数を、多い順に示したものである。

安全性と有効性、経済性は、提供される医療サービスの採択や優先順位を決めるために最低限必要な決定要因であり、EBM（evidence based medicine）の根幹を成す3つの根拠である。

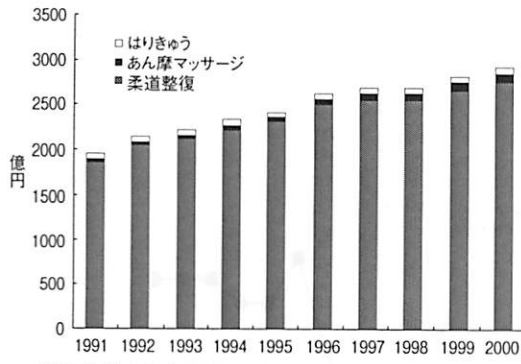
PubMed（MEDLINEのWeb上の検索サイト）におけるMeSH〔Medical Subject Headings：医学用語を統一するためのPubMed用語集（シソーラス）〕を参考に、安全性をadverse effects、有効性をRCT（randomized controlled trial）、経済性をeconomicsとし、相補・代替医療としては鍼治療（acupuncture therapy）、指圧（acupressure）、漢方薬（medicine, kampo）、中国医学（medicine, Chinese traditional）、カイロプラクティック（manipulation, Chiropractic）、サプリメント（dietary Supplements）、マッサージ（massage）、アロマセラピー（aromatherapy）、ホメオパシー（homeopathy）、音楽療法（music therapy）、灸（moxibustion）とした。

図9から、安全性と有効性では、サプリメントと鍼治療、マッサージの順に文献数が多く、経済性では、サプリメントと鍼治療、ホメオパシーの順に文献数が多い。また、文献全体では、サプリメントと中国医学、鍼治療の順に文献数が多く、これらの相補・代替医療で研究が盛んなことがわかる。また、相補・代替医療の経済性に関する文献数は安全性や有効性に関する文献数よりもけたが小さく、安全性と有効性、経済性の三つの根拠の中では最も研究の蓄積が少ないことがうかがえる。

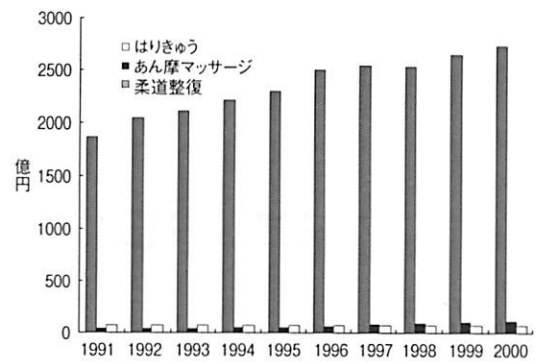
図10は、上記の相補・代替医療の、2008年7月17日の時点での、2007年までの経済性に関するMEDLINE上の文献数の年次推移を示したものである。相補・代替医療の経済性に関する文献は、全体的に1990年代後半から増加している。

また、日本国内における相補・代替医療の経済性の研究状況を調べるために、医学中央雑誌（医学に関する日本語文献データベース）を用いて同様の検索を試みたが、当確する文献は2008年7月17日の時点では見当たらなかった。

表1は2008年7月17日の時点における、英国のNHS（national health service：貧富の差なく誰でも医療を受けられることを目標とした英国の公的医療保険制度）によって整備されているEED（economic



社)日本鍼灸師協会保険部、厚生労働省調べのデータを基に作成



社)日本鍼灸師協会保険部、厚生労働省調べのデータを基に作成

図7 あん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払いの年次推移1

図8 あん摩マッサージ・はりきゅう・柔道整復の療養費払いの年次推移2

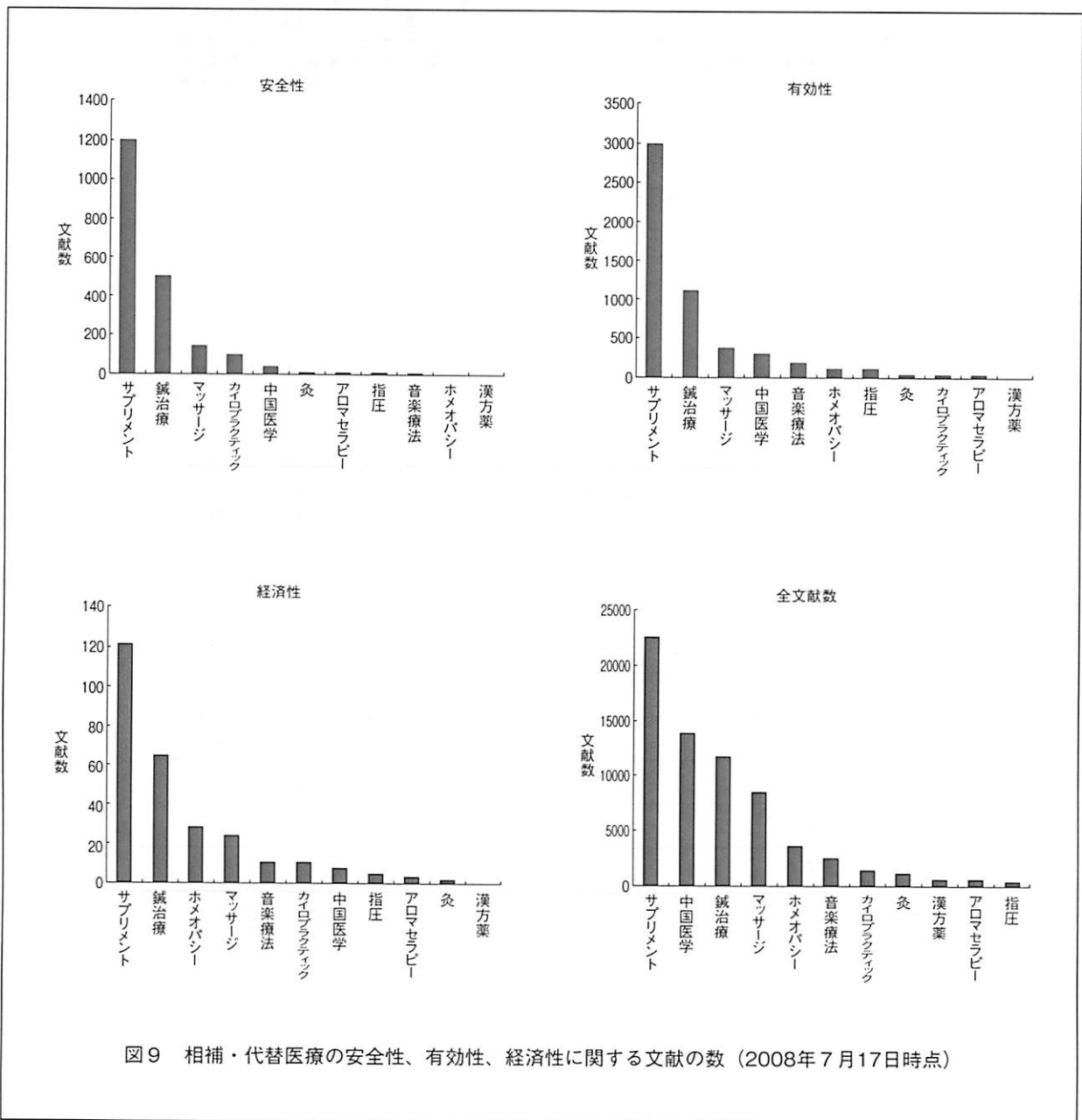


図9 相補・代替医療の安全性、有効性、経済性に関する文献の数 (2008年7月17日時点)

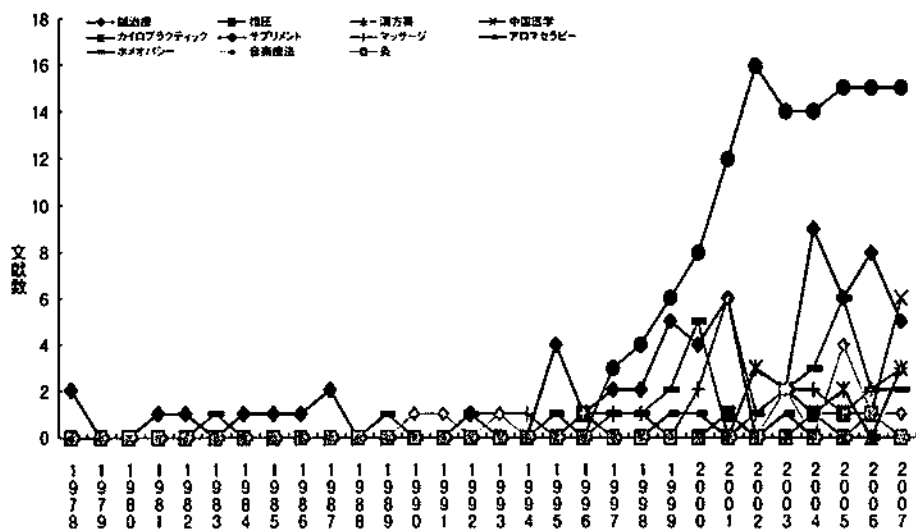


図10 経済性に関する文献の年次推移 (2008年7月17日時点)

表1 EEDによる文献のレビュー状況 (2008年7月17日時点)

	経済専門家により レビューをされた文献数	経済効果や費用分析を行っている とレビューされた文献数
サプリメント	40	25
カイロプラクティック	26	13
鍼	23	13
マッサージ	12	9
ホメオパシー	11	4
中国医学	6	4
音楽療法	4	4
指圧	3	2

*漢方薬、アロマセラピー、灸については、2008年7月17日の時点でレビューされた文献はなかった。

evaluation database：経済専門家によりレビューされた質の高い医療の経済効果、費用分析をしている文献の2次資料データベース）に記載されている前述の相補・代替医療の経済性に関する文献数の状況である。これらの相補・代替医療の中には、経済効果や費用分析を行っているレビューされた文献の数が十数件あるものもあるが、レビューの内容を見ると、ほとんどの文献に対し「経済効果や費用分析を明確にするにはさらなる研究が引き続き必要である」とのコメントが付け加えられている。

それぞれの相補・代替医療の経済性に関する文献はMEDLINE上では1990年代後半から増加している。また、2003年以降には、数は少ないが、いくつかの相補・代替医療の有効性に関するシステマティックレビュー（ある目的とする医学介入について根拠を明らかにするために世界中からランダム化比較試験を網羅的に収集し、批判的評価を加え、要約し、公表したもの）やメタアナリシス（複数の臨床試験データを統合する統計学的手法）を用いたレビュー文献も見られるようになってきた。しかし、近代西洋医学と比べ、相補・代替医療においては、経済性を評価するシステマティックレビューやメタアナリシスができるほど、経済性に関する質の高い研究の蓄積が、十分なされていないのが事実であり、多くの相補・代替医療の経済性に関してはいまだ明確にされていないのが現状である。

表2は表1の鍼において「経済効果や費用分析を行っているレビューされた文献数」の13件の論文の内容を示したものである。対象疾病と論文数は、腰痛4件、狭心症3件、頭痛2件、疼痛管理2件、頸部痛1件、消化不良1件の順であった。国別の論文数としては、英国5件、デンマーク4件、ドイツ3件、米国1件であった。論文中で用いている経済評価法としては、費用効果分析6件、費用効用分析3件、不明4件であった。論文の発表年代は、1990年代が2件、2000年代が11件であった。

これらのことから、2008年7月17日の時点において、鍼の経済効果の研究は、疼痛に関するものが多く、英国で実施された研究が多く、2000年以降の近年に論文発表されている研究が多いことがわかる。

表2 NHS EEDによる鍼論文の批判的吟味状況 2008. 7.17

対象	文献	国/発行年	経済評価法	数
腰痛	Eisenberg D M, et al: Addition of choice of complementary therapies to usual care for acute low back pain: a randomized controlled trial. <i>Spine</i> , 32(2), 151-158, 2007.	米国/ 2007	費用効果分析	4
	Witt C M, et al.: Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. <i>American Journal of Epidemiology</i> , 164(5), 487-496, 2006.	ドイツ/ 2006	費用効用分析	
	Ratcliffe J, et al: A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis. <i>BMJ</i> , 333, 626-628, 2006.	英国/ 2006	費用効用分析	
	Thomas K J, et al: Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. <i>Health Technology Assessment</i> , 9(32), ii-iv, ix-x, 1-109, 2005.	英国/ 2005	—	
狭心症	Soren Ballegaard, et al: Long term effects of integrated rehabilitation in patients with advanced angina pectoris: a nonrandomized comparative study. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 10(5), 777-783, 2004.	デンマーク/ 2004	費用効果分析	3
	Soren Ballegaard, et al: Addition of Acupuncture and Self-Care Education in the Treatment of Patients with Severe Angina Pectoris May be Cost Beneficial: An Open, Prospective Study. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 5(5), 405-413, 1999	デンマーク/ 1999	費用効果分析	
	Soren Ballegaard, et al: Cost-Benefit Combined Use of Acupuncture, Shiatsu and Lifestyle Adjustment for Treatment of Patients with Sever Angina Pectoris. <i>Acupuncture and Electro-Therapeutics Res</i> , 21, 187-197, 1996	デンマーク/ 1996	費用効果分析	
頭痛	Wonderling D, et al: Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. <i>BMJ</i> , 2004;328:747-749.	英国/ 2004	—	2
	Vickers A J, et al: Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. <i>Health Technology Assessment</i> , 8(48), iii, 1-35, 2004.	英国/ 2004	費用効用分析	
疼痛管理	Witt C M, et al: Efficacy, effectiveness, safety and costs of acupuncture for chronic pain: results of a large research initiative. <i>Acupuncture in Medicine</i> , 24(Supplement), S33-S39, 2006.	ドイツ/ 2006	—	2
	Humaidan P, et al: Pain relief during oocyte retrieval with a new short duration electro-acupuncture technique: an alternative to conventional analgesic methods. <i>Human Reproduction</i> , 19(6), 1367-1373, 2002.	デンマーク/ 2002	—	
頸部痛	Willich S N, et al: Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. <i>Pain</i> , 125(1-2), 107-113, 2006.	ドイツ/ 2006	費用効果分析	1
消化不良	Paterson C, et al: Treating dyspepsia with acupuncture and homeopathy: reflections on a pilot study by researchers, practitioners and participants. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> , 11(2):78-84, 2003.	英国/ 2003	費用効果分析	1

日本における鍼灸による医療費削減の報告

2008年7月17日時点の日本において、相補・代替医療の経済性を評価する本格的な疫学調査はない。しかし、いくつかの端緒となる研究や報告がなされている。鍼治療の経済評価に関しては、沢崎ら⁵⁾の研究がある。これによれば、肉体労働主体の一事業所の勤労者で頸肩部痛、腰痛、膝痛などを訴える117名に対し鍼治療を行い、各痺痛が半減した者は約8～9割。治療開始前後のPOMS（profile of mood states：気分プロフィール検査）では、「緊張」、「抑うつ」、「怒り」、「疲労」、「情緒混乱」のスコアが有意に減少し、「活動性」は変化しなかった。鍼治療期間中、運動器疾患による医療機関受診の延べ人数と日数は半減し、健康保険医療費は約3分の1となったと報告している。

また、松山市にある愛媛県立中央病院では、市民や地域住民を対象に、慢性疾患の予防や健康増進の目的で、家庭でお灸を据え合うことを奨励し、お灸ボランティア支援教室を開催している。現在では、市民や地域住民の慢性疾患の予防や健康増進に効果を上げ、医療費の削減や地域医療と地域コミュニティの再構築に貢献しているといわれている。

いずれも、鍼灸の経済性を十分に証明しているとはいえない。しかし、先行研究としては大変興味深く、今後さらなる質の高い調査研究が望まれる。

鍼灸の応用領域

図11は、日本における相補・代替医療の今後考えられる応用領域を示したものである。日本における相補・代替医療の将来の応用領域としては、医療の本体の周辺部分の4つの領域(A.高度医療、B.予防・健康増進、C.生活サービス・アメニティ、D.介護・福祉)が考えられる。その周辺部分の2007年度までの既存の市場規模は少なくとも約9兆円（A.高度医療：5,000億円、B.予防・健康増進：健診・人間ドックのみで2兆円、C.生活サービス・アメニティ：5,000億円、D.介護・福祉：6兆円）と考えられる。これらの相補・代替医療の応用領域に鍼灸の応用領域も含まれる。

しかし、相補・代替医療の種類は各国ごとに特徴があり、範囲も異なる。現在のところ世界共通の明確な相補・代替医療の範囲規定がない現状である。日本においても相補・代替医療の明確な範囲規定はない。そのため、何をどこまで相補・代替医療に含めるかにより、日本における相補・代替医療の応用領域及び市場規模は変わってくる。

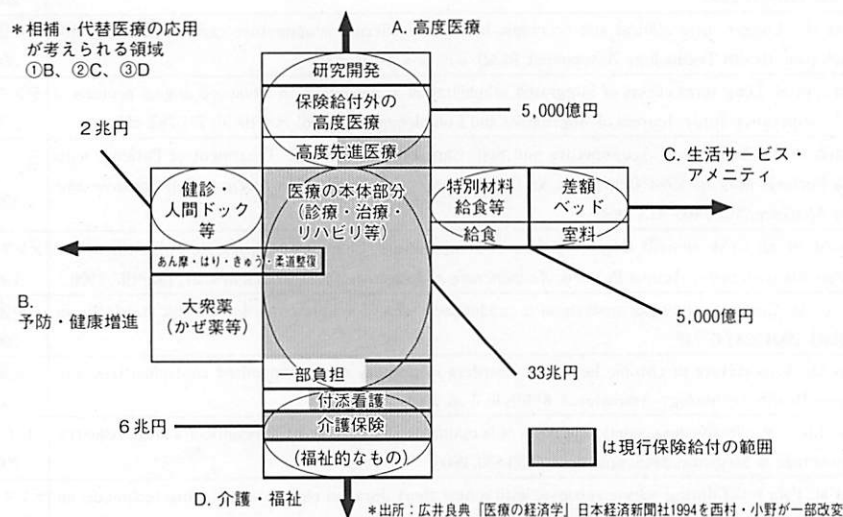


図11 医療の本体部分と4つの周辺部分の市場規模

新たな評価軸の必要性

治療と予防を考える際、いくつかの問題に直面する。一つは「命に関わるものは平等に行うが、治療の何処までを平等に行うべきか?」、二つ目は「治療と予防の区別は出来るのか?」、三つ目は「公的予防と個人（私）的予防の区別は出来るのか?」、そして「医療の質（技術）をどのように評価するのか?」である。統合医療を模索する際、相補・代替医療の効果をどのように評価すべきか、という問題がある。それはまさに「医療の質（技術）をどのように評価するのか?」であり、それは鍼灸も同じことである。

現在、臨床現場では、EBMの側面だけではなく、NBM（narrative based medicine）の側面から人間を捉えることの重要性が重視されてきている。つまり、人間は、EBM（生物物理化学的存在であるヒト〈ヒトに理在り〉）とNBM（社会心理学的関係性を有する人〈人に訳有り〉）とが表裏一体（ヒトに理在り、人に訳有り）を成し、それを如何に捉えるかが今日では重要である。

従来から医薬品の臨床試験で用いられてきた効果検証の方法論であるRCTを用いた効果検証のための研究デザインでの主な評価項目の基本は、生物統計学による有意差であり、信頼性である。つまり、RCTによる研究デザインでの結果を「生物統計学的エビデンス」のレベルが高いか、低いかで、その治療法や医薬品の有効性を判断しているのである。「生物統計学的エビデンス」は自然科学の基本であり、観察研究及び介入研究においては非常に重要である。相補・代替医療では、この評価すら行われていないものが多い。日本の医療が統合医療を指向する際、相補・代替医療においては、まずは「生物統計学的エビデンス」を用いたEBMの観点から更なる相補・代替医療が有効とされる症例報告の整理と蓄積をし、それらを基に科学的根拠を実証するための研究の蓄積が今後も必要である。そして、「生物統計学的エビデンス」だけでは捉え切れない、生活の質については、現在各種疾病別のQOL評価尺度やSF36等、QOLの評価尺度は多様に存在するため、研究目的に沿ったQOL評価尺度を用いて相補・代替医療の研究の蓄積を行う必要がある。

RCTは相補・代替医療の中でもサプリメントや健康食品等、物質による人体に対する物理化学的刺激の効果の検証には有効であるが、マッサージや鍼灸等の徒手療法や気功等、人が介在する多くの相補・代替医療では、施術者からの影響を被験者が受けるため、RCTを用いた効果の検証のための研究デザインだけでは、それらの相補・代替医療の真の効果を評価するには困難であるとの議論が交わされている。

鍼灸を用いた際、例えば「何となく体や心が軽くなった」、「スッキリした」等の曖昧な言葉でしか表現出来ないような症状の改善や体調の変化を明確に評価する尺度は、現在のところ未だない。しかし、これら微妙な症状の改善や体調の変化の継続的蓄積が、鍼灸の効果を形成する要因とも考えられる。この曖昧な感覚や表現は、心身を含めた総体としての人間から発せられる身体感覚であり、表現であると考えられる。心身を含めた総体としての人間への鍼灸や相補・代替医療の効果を一元的に評価するための評価方法が今後は必要であり、それを仮称「ホリスティック・エビデンス」と呼ぶなら、その評価軸と評価方法の開発が今後は必要になると考えられる。

また、「ホリスティック・エビデンス」の評価軸を検討する際に留意しなければならないと考えられるいくつかの事柄の一部を以下に挙げる。

- 患者の曖昧な申告に基づき、患者を診断しなければならないのが医療現場の現状である。その曖昧な環境において、相補・代替医療の中でも各国の伝統医学では、短時間で患者のトータルな生活を把握し、診断する方法が発達した可能性がある。
- 伝統医学の診断方法の中に、患者のトータルな生活を把握するホリスティックな視点が含まれているとするなら、その視点自体を評価することが必要であり、どのように評価するかが重要である。
- 何をもち「ホリスティック」と評価するのか、患者のトータルな生活の把握が「ホリスティック」と言えるのか、その範囲の検討。

以上のことに留意し、「ホリスティック・エビデンス」の新たな評価軸が開発できるなら、「生物統計学的エビデンス」では捉えきれない、相補・代替医療の有用性を評価できるようになると考えられる。まさに、統合医療を実践する際に、統合医療の評価法において、「ホリスティック・エビデンス」で「生物統計学的エビデンス」を補完できるようになるのである。

図12は、「生物統計学的エビデンス」と「ホリスティック・エビデンス」の評価軸を用いて、個別の相補・代替医療を評価し、グラフ上に個別の相補・代替医療をプロットした際のイメージ図である。図はあくまでも例としてのイメージ図であり、グラフ上に示した個別の相補・代替医療の位置は仮のものである。

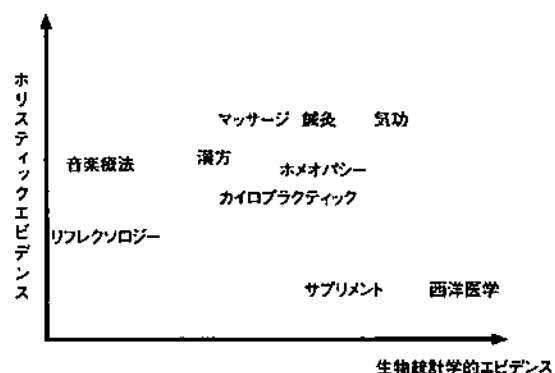


図12 新たな評価軸の必要性

このグラフのイメージ図で大切なのは、「生物統計学的エビデンス」と「ホリスティック・エビデンス」の評価軸、其々のエビデンス（根拠）において、どの位置に個別の相補・代替医療が将来位置しているかということである。「生物統計学的エビデンス」が高く、「ホリスティック・エビデンス」が低いものもあれば、逆に「生物統計学的エビデンス」が低く、「ホリスティック・エビデンス」が高いものもあるだろう。それらは研究の蓄積や社会状況により変化すると考えられるため、これらのエビデンス状況に関し、経時的に、定期的な定点観測をすることが、今後必要になってくると考えられる。

また、民主主義国家において、各国政府が、より良い医療サービスを合理的に国民に提供するために、限られた医療資源の最適配分をする政策（EBP：evidence based policy）を行う必要があるのなら、そこには提供される医療サービスの採択や優先順位決定のための合理的根拠が必要とされる。提供される医療サービスの合理的根拠の要素としては少なくとも、EBM（安全性、有効性、経済性）が考えられる。EBMは、医療サービスを受益する医療消費者である患者を守るものでもあり、患者が自ら医療サービスを選択する上での重要な指針となる。今後はEBMに加えNBMの考えもEBPには必要になると考えられるが、どこまで個別性を考慮、対応できるかが課題である。しかし、それらの課題を解決するためには「新たな評価軸」の必要性は今後益々高まっていくであろう。

鍼灸と医療経済の課題

鍼灸に興味がある者ならば、その「経済性」や「費用対効果」に誰しも関心がある。しかし、それらは漠然としており、本格的には着手されていない。それは鍼灸が医療や社会における最近のトピックスという理由や安全性や有効性に関する科学的根拠が少ないという理由だけではない。特に日本では、鍼灸の医療経済学的アプローチに着手し難い環境が存在し、乗り越えなければならない課題が多い。表3は日本における相補・代替医療と医療経済の課題を学術が担当すべきものと行政が担当すべきものとに区別し、その内容を示したものである。これは鍼灸にもそのまま当てはまる事柄である。

現在のところ「鍼灸の経済性」、「鍼灸の費用対効果」は未知数である。しかし、これらは今後の研究成果により明らかにされていく事柄である。玉石混濁の相補・代替医療の中では、鍼灸は比較的安全性と有効性の研究がなされており、方法論の問題はあるが、他の相補・代替医療の治療法と比較すると、その経済性の研究はしやすい部類に入る。そのため、玉石混濁の相補・代替医療の中でも、鍼灸が真に有益な医療サービスになり得るのかを明確にし、真に有益な医療サービスとして社会的に認知されていくことが重要である。そのためには表2に示した課題を一つずつ地道に解決していくことが必要である。

また、表3の課題以外に、鍼灸と医療経済を考えるうえで、十分考慮していかなければならないこと

表3 日本における相補・代替医療と医療経済の課題

担 当	内 容
学術・行政	・相補・代替医療の定義、分類の整備
	・経済評価すべき相補・代替医療の優先順位の検討
	・相補・代替医療の経済評価の目的と運用
	・関係所轄省庁と医療従事者養成機関の相補・代替医療に対する偏見と無関心、無知の解消
学術	・相補・代替医療に関する研究の蓄積
	・相補・代替医療に関する研究の質の確保
行政	・相補・代替医療の安全性や有効性、経済性の評価の日本における統括場所の明確化と統一化

がある。それは鍼灸が有効な疾病治療や予防手段として、予防医学や健康増進において期待されていることである。鍼灸が欧米において興味を持たれている要因の一つには、臨床予防医学や健康増進においても、鍼灸が秘めている経済的可能性があげられる。しかし、ここには次のような問題が内在している。「鍼灸は日常なのか、非日常なのか」、つまり「健康増進のための鍼灸は慰安（日常）なのか、治療（非日常）なのか」といった問題である。

例えば、「サプリメントは食品（日常）なのか、薬（非日常）なのか」。これは近代西洋医学における「肥満は病気ではないのか、病気なのか」、「肥満は食事（日常）で管理するものなのか、薬（非日常）で治すものなのか」といった問題と全く同じである。これがなぜ問題かという点、「抗肥満薬に対し誰が費用を支払うのか」、「肥満の食事管理に対し誰が費用を支払うのか」といった、費用にかかわる問題が生じるからである。

予防や健康増進に関する効果の検証は、治療に関する効果の検証と比べて困難を伴う。しかし、適切で公正な公的費用負担と私的費用負担の分担の問題を考えることは必要不可欠である。

日本国内では、国民皆保険制度のもと、国民の医療に対するコスト意識は米国よりも低いと考えられる。また、医療は国民にとって非日常のため、医療に対するコスト意識は希薄である。一方、食品は国民にとって日常であるため、食品に対する強いコスト意識が存在する。非日常には日本の行政の財政的支援が得られるが、日常には財政的支援は得られない。

鍼灸は、予防医学や健康増進といった日常としての介入も対象としている。またそこに期待が寄せられているのも事実である。コスト意識が希薄な日本の医学界と国民、そしてコスト意識のある行政との間では、予防医学や健康増進といった日常としての介入、その際にかかる費用をいったい誰が支払うのだろうか。いまだ答えはないが、今後、鍼灸の認知や利用が広まれば広まるほど、この問題は重い頭をもたげてくることになるであろう。

おわりに

鍼灸の医療経済学的研究も含め、鍼灸に関する学術的根拠は、鍼灸の臨床同様、未来の鍼灸の発展に必要な不可欠である。しかし、ある政策が策定され、その政策を施行する意思決定がなされるためには、その政策が扱う対象の学術的根拠（自然科学や社会科学、人文科学による科学的根拠）だけでは必要条件ではあるが十分条件にはならない。そこには、ステークホルダー（利害関係者）の利益や感情、思惑が絡み合い、それらに左右されることが多い。所謂、「政治的決着」が良い例であり、制度・政策の意

思決定は学術的根拠だけでは決まらないのが現実である。学術的根拠（定性的・定量的知見）は事象を説明する道具であり、客観的な視座である。そこには、意思決定の根幹を成す価値観は介在しない。学術の客観的立場は、事象や現象、事実の説明をすることが本分である。学術による科学的根拠を政策や制度、我々の日常生活に採用するか否かの意思決定は、政府の価値観、個人の価値観である政府の思想、個人の思想が担っているのである。つまり、制度・政策の意思決定には思想が必要であり、学術と思想が相成った時、初めて制度・政策の意思決定のための必要十分条件が満たされるのである。また、学術には、学理（理論）と技術（技）の意味合いもあり、鍼灸においては、その治療の理論と技ともいえる。

本稿のタイトルは「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？」であるが、これは本稿の下地となった社会鍼灸学研究会での著者への発表依頼演題であった。しかし、著者はこのタイトルに対し、社会鍼灸学研究会での発表と本稿の執筆を通して違和感を覚えるようになった。それは、「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たせるか？」ではなく、むしろ「鍼灸は、現代の医療の中で、どのような役割を果たして行くか？」ではないかと。つまり、前者には「制限された現状の環境の中で、鍼灸が受動的に出来ること」といったニュアンスが含まれており、鍼灸の閉塞的展開を示している。後者には「制限された現状の環境の中で、鍼灸が能動的に出来ること」といったニュアンスが含まれており、鍼灸の開放的展開を示している。現在の日本の鍼灸界には、この能動的で開放的な鍼灸の展開が必要なのではないだろうか。

今後、鍼灸を能動的で開放的に展開するためには、「日本の鍼灸をどのようにしたいのか？世界の鍼灸をどのようにしたいのか？鍼灸の未来をどのようにしたいのか？」といった「鍼灸の未来像を思い描くこと」、「鍼灸の Vision Quest（ヴィジョン・クエスト）」（鍼灸の未来展望の探求）を行うことが必要である。但し、そのヴィジョン・展望は、日本が直面している前人未踏の少子超高齢化社会や医療制度を含む持続可能な社会保障システム、医療以外の健康関連分野との連携も考慮し、未来の日本及び世界の医療保険制度と医療供給体制に答えられるものでなければならないことはいうまでもない。

鍼灸を志す士は、万物は流転・循環し、絶妙な中腑というバランスの下に存在するという気の医学の奥儀に則し、己の主体的変革を信じ、自他共に変化することを恐れず、臨床と研究、文系と理系を問わず、学術に磨きをかけ、思想を鍛えながら、「鍼灸の Vision Quest」への第一歩を踏み出すことである。

「行動無き思想は、夢想であり、思想ではない」、これは古の哲学者の言葉である。今後の己も含め、21世紀の日本の鍼灸界に、この古の哲学者の言葉に答える行動を期待したい。

文 献

- 1) Yamashita H. et al: Popularity of complementary of alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complementary Ther Med* 10(2):84 - 93, 2002.
- 2) 山下 仁, 他: 日本における補完代替医療の普及状況. *パブル, 玉石混濁, 医道の日本* 62(1):151 - 157, 2003.
- 3) 矢野忠 他: 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今, 鍼灸界は何をしなければならないのか—鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察—総集編. *受療意向について, 医道の日本, Vol. 66 No. 8, 169-175, 2007.*
- 4) 津谷喜一郎: 日本の相補代替医療のコストは3.5兆円. *生存研「代替医療と国民医療費研究会」平成14年～16年度研究から・〔その5〕, 医道の日本, Vol. 66 No. 5, 164-174, 2007.*
- 5) 沢崎雄太, 他: 企業内労働者における運動器症状への鍼治療の効果と医療費との関連性に関する検討. *全日本鍼灸学会雑誌* 51(4):492 - 499, 2001.

鍼灸師の鍼灸実践と患者への眼差し

—がん患者を中心に—

京都大学大学院人間・環境学研究科共生人間学専攻
名古屋医専 鍼灸・あん摩マッサージ教員養成学科

伊藤 和真

I. はじめに

A. 背景

がんは我々に大きな影響を及ぼす病である。がん罹患することが恐れられる理由として、不治の病であるというイメージと亡くなるまでに多くの症状が出現するためといわれている¹。またがん性疼痛を初めとする症状は、我々を肉体的に苦しめるだけでなく、精神的にも非常に大きな負担をもたらす。

同時にがんは我々日本人にとって身近な存在となっている。2005年（平成17年）、日本においてがん死亡者数は32万5941人であった。これは総死亡者数に占める割合は30.1%であり、最も多かった²。将来、がん罹患率とがん死亡者数は増加していくと予想されている³。それはがんという病が今以上に我々の身近な出来事になると示している。

現在、がん治療の中で患者のQOLを高めるために補完・代替医療が注目され、実際に施されている。その中でも鍼灸治療は東アジアを中心に長い歴史を持ち、症例報告や基礎医学的研究が進んでいる分野である。その広がりには東アジアだけでなく、欧米にも及んでいる。

このように、鍼灸治療の自然科学的研究は進みつつある。しかし、大部分の医療現場では鍼灸治療や鍼灸師は身近な存在ではなく、鍼灸師は何をする者か、何ができるのかも知られていないのが現状である。先行研究でも鍼灸師の実践や意識の研究など人文社会学的研究はほとんどなされていないのが現状である⁴。

そこで今回、現代日本でがん患者に鍼灸治療を施している鍼灸師を対象に、その実践や意識を知るための調査を行った。本稿の流れとして、最初に研究目的などを示す。Ⅱ章では研究方法を述べる。Ⅲ章の結果では鍼灸臨床の具体的内容と鍼灸師はがん患者をどのように捉えているかを質的研究の方法を用いて分析した。Ⅳ章では以上のことを踏まえた上で、鍼灸治療の特徴と問題点について考察した。

B. 問題の所在

鍼灸治療は現代医学的治療では難儀するがんの諸症状にも効果的であるとされている。また鍼灸治療を受けたがん患者は治療効果だけでなく気持ちよさも感じている。一方、日本でのがん患者の鍼灸利用率は高くないのが現状である。その理由として医療者や患者自身への鍼灸治療に関する情報提供不足が考えられる⁵。

C. 研究目的

鍼灸治療効果の先行研究はいくつも存在する。しかし、鍼灸治療の実践を調査したものは非常に少ない。特になん患者への鍼灸治療や治療を施す鍼灸師の調査は皆無である。本研究の目的はがん患者に携わる鍼灸師の実践と患者への眼差し、つまりがん患者への鍼灸治療を、鍼灸師がどのように捉えているかを知ることである。

D. 定義と限定

鍼灸治療や鍼灸師に関する情報の内容は鍼灸治療の効果、鍼灸治療の治療費、鍼灸治療の実際の三種類と定義する。本稿では鍼灸治療の実際を二種類に分類した。第一は鍼灸師の実践で、診療時間や鍼灸治療が行われる病期とし、鍼灸治療の流派や具体的な治療法などは含まないものとする。第二は鍼灸師の意識で、鍼灸の診療方法を含めたコミュニケーションと鍼灸師の患者理解とする。本稿は鍼灸治療の実際を扱う。鍼灸治療の効果と鍼灸治療の費用は扱わないものとする。

II. 研究方法

A. 研究対象者の範囲と属性

本研究対象者の範囲は以下の要件をすべて満たす鍼灸師とした。

- ① 5年以上、がん患者の治療に関与していること。また5年未満の経験年数であっても治療経験が十分にあり、本研究の対象と成り得ると判断した者。
- ② 10名以上のがん患者への治療経験があること。
- ③ 学会発表、又は論文投稿、又は書籍を著していること。又は鍼灸関連雑誌社から推薦を受けること。

つまり本研究対象者は、がん患者への鍼灸治療の経験が豊富で患者への心理的配慮もあると推測する鍼灸師とした。ほとんど知られていない鍼灸師を研究する上で、まず規範となるモデルを調査する必要があると考えたためである。

今回の調査の研究対象者は13名となった。対象鍼灸師は病院に勤務している鍼灸師（以下、病院鍼灸師）と開業をしている鍼灸師（以下、開業鍼灸師）に分類された。また病院鍼灸師は病院の種類により「大学病院」「がん専門病院」「緩和ケア病棟」「ホリスティック医学病院」に分類された（表1）。

B. 方法論

1. 質的研究の内容

本研究は①対象者の主観的視点を知ること、②具体的なプロセスと理論・概念を知る研究であること、③対象者の語りから、その内容を調査するものである。そのため本研究では質的内容分析⁶を参考にし、分析を行った。

本研究の分析順序は以下の通りである。

- ① 鍼灸師の実践を知るための質問項目を設定し、調査者にインタビューを行った。
- ② 文章化した後、文脈に番号をつけデータ化した。
- ③ データから鍼灸師の実践と意識に関する特徴的な文章を抽出した。
- ④ 抽出した文章内容から具体的内容であるサブカテゴリーを作成した。
- ⑤ さらにサブカテゴリーから共通する概念を抽出し、カテゴリーを分類した。

2. 研究方法

a. 面接法と質問内容

面接法は対象者と調査者が一対一で行う半構造化面接法を用いた。但し二例は対象者の希望により他の参加者同席のもとで行った。

質問内容は対象者の治療時間や治療を行う病期など鍼灸治療の実践に関する内容と治療中の患者の様子や会話内容など患者の状態に関する内容、がん患者やがん患者への治療に対する対象者の意識に関わる質問、患者との関係性に関する質問などであった。

b. 調査の時期・場所・時間

調査の時期は2006（平成18）年8月9日から同年10月4日であった。面接回数は一人につき一回であった。調査場所は各対象者の希望場所とした。ほとんどが対象者の鍼灸治療院、もしくは勤務病院内の鍼灸治療室であった。面接時間は90分から120分間であった。

c. データ収集法とデータの種類

インタビューを行う対象者に許可を得て、テープレコーダーとICレコーダーにて録音を行った。インタビュー後に録音を文字変換し、文書化した。

d. 倫理的内容

聞き取り調査を行うにあたり、倫理的配慮として以下の内容を文章と口頭で説明し、対象者に口頭で許可を得た。

- ①インタビューの途中で質問を拒否したり、インタビューをいつでも終わらせることが可能であること。
- ②インタビュー時にテープレコーダーなどにより録音を行ってよいかの確認。
- ③インタビューは研究目的で行い、その目的においてのみ使用すること。
- ④研究報告にてインタビュー内容を提示する場合、匿名で記載すること。
- ⑤テープ起こしをした原稿を対象者に一度送り、そこで原稿に加筆・修正・変更・削除をしてもらってよいこと。
- ⑥不明な点があればいつでも質問に応じること。

e. データの扱い方

データは他者の目に触れない所に保管し、対象者の個人情報外部に流出しないよう配慮した。

表1 対象者の属性

	性別	年齢	勤務	鍼灸年数	がん治療年数	診療内容 ⁷
A	男性	30歳代	大学病院	6年	5年	中医学
B	女性	30歳代	がん専門病院	9年	7年	経絡治療
C	男性	30歳代	大学病院	9年	8年	中医学
D	男性	30歳代	大学病院	8年	5年	中医学
E	男性	40歳代	大学病院	18年	15年	中医学と現代医学
F	男性	40歳代	大学病院	22年	14年	中医学
G	女性	60歳代	がん専門病院	18年	15年	経絡治療
H	男性	20歳代	総合病院*	3年	2年	経絡治療
I	男性	40歳代	ホリスティック医学病院	11年	10年	中医学
J	男性	50歳代	開業	23年	18年	古代中国医学
K	男性	50歳代	開業	30年	27年	中国伝統医学
L	男性	50歳代	開業	36年	36年	経絡治療
M	男性	60歳代	開業	31年	15年以上	中医学

*H氏は総合病院勤務であるが、主に緩和ケア病棟と外来で鍼灸治療を行っている。

III. 結果

A. 鍼灸師の実践

ここで述べる鍼灸師の実践とは、鍼灸治療時間と鍼灸治療が行われる病期とする。

分析の焦点は、対象鍼灸師の主観的視点である。対象鍼灸師のインタビューから得られた内容を、カテゴリとサブカテゴリに分類した。カテゴリは【 】、サブカテゴリは〈 〉で示した。

対象鍼灸師の属性から、病院内で治療を行う病院鍼灸師（以下「病院」と略）と個人の治療院で治療を行う開業鍼灸師（以下「開業」と略）に分類した。「病院」には大学病院、がん専門病院、緩和ケア病棟、ホリスティック医学病院があったが、今回はまとめて「病院」とした。

I. 治療時間

治療時間とは鍼灸臨床の診察⁸と治療と患者との会話を含めた時間とする。鍼灸治療時間は病院鍼灸師で30分から40分間で、5分から60分間の幅がみられた。開業鍼灸師は40分から60分間で10分から90分間の幅がみられた。

治療時間を決定するカテゴリーとして、【患者】【現代医学】【鍼灸師】が抽出された（表2）。

【患者】とは、鍼灸師が患者の身体的・精神的異常を感じた場合、それにより治療時間を決定することである。サブカテゴリーは〈患者の状態〉であった。

【現代医学】とは、病院があらかじめ鍼灸治療時間を決めてある場合である。

サブカテゴリーは〈病院の規格〉であった。

【鍼灸師】とは、鍼灸師が患者と言語コミュニケーションをとるための時間や治療刺激の程度、初診時と再診時によって時間を決定することである。サブカテゴリーは〈コミュニケーション〉〈治療の刺激〉〈治療回数〉であった。

2. 鍼灸治療が行われる病期

ここでは鍼灸治療はどのがん病期まで治療が施されているかについて述べる。

がん病期の分類は山口ら⁹の診療過程を参考にして初期、中期、末期に分類した。初期は手術療法から化学療法や放射線療法を行うまでの期間とした。中期は化学療法や放射線療法など延命を目指す治療を行う時期とした。末期は延命を目指す治療により効果を得ることが困難となった時期とした。また末期は柏木¹⁰が提示している分類を利用した。これは余命6ヶ月から数ヶ月を末期前期、余命数週間を末期中期、余命数日を末期後期、余命数時間を死亡直前期と分類している（図1）。

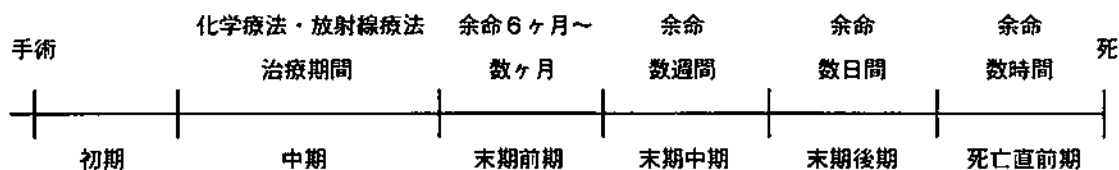


図1 がんの病期

鍼灸治療が行われる病期として、病院鍼灸師は中期から末期患者が多く、開業鍼灸師では中期患者が多いことが明らかとなった。さらに病院鍼灸師は病院の種類により傾向があった。大学病院・がん専門病院では中期患者の割合が高く、ホリスティック医学病院では中期と末期患者はほぼ同じ割合、緩和ケア病棟では末期患者の割合が高いことが明らかとなった。

鍼灸治療病期を決定する因子として【現代医学】【患者】【鍼灸師】が抽出された（表3）。

【現代医学】のサブカテゴリーは〈医師や看護師〉〈治療の限界〉であった。〈医師や看護師〉とは、医師や看護師が鍼灸治療を決定することである。〈治療の限界〉とは現代医学的治療を行うことができない場合、以後、鍼灸治療を中心に行うことで治療病期が決定されることである。これらに関する特徴的な発言として、

（治療時期の）幅は医者が決めるんで。医者次第なんですよ。お医者さん、主治医がいや、まだやって下さい。最後までやって下さい」というときは亡くなる数時間前。（C9）

とっても多いです。はい。終末期になると（現代医学的な）治療がなくなるので、かえって。鍼灸で。（G13）

があった。

表2 治療時間

カテゴリー	サブカテゴリー	病院	開業
患者	患者の状態	○	
現代医学	規格	○	
鍼灸師	コミュニケーション	○	
	治療の刺激	○	
	治療回数		○

表3 治療が行われる時期

カテゴリー	サブカテゴリー	病院	開業
現代医学	医師や看護師	○	
	治療の限界	○	
患者	患者の希望	○	○
鍼灸師	施設の限界		○

【患者】のサブカテゴリーは〈患者の希望〉であった。〈患者の希望〉とは、患者の希望により、鍼灸治療病期を決定することである。これに関する特徴的な発言として、

でも患者さんの中には「やっぱり、ここで最後まで」という方も、もちろんいらっしゃるの。いらっしゃるよ。うん、いらっしゃるよ。(B15)

があった。

【鍼灸師】のサブカテゴリーは〈施設の限界〉であった。これは治療所という施設の限界により鍼灸治療病期を決定することである。

鍼灸師の実践のまとめとして、鍼灸治療時間は医師や看護師と比べて長時間であると考えられる。また治療病期は施設により異なるが、中期から末期まで幅広い。治療時間や治療病期は患者と鍼灸師の関係性だけで決定されず、医師や看護師などの医療者との関係性や各病院の特徴、そして鍼灸治療所の施設により規定される。

B. 鍼灸師の意識

ここで述べる鍼灸師の意識とは、鍼灸師はどのように患者と関係を持つのか、そしてそこから鍼灸師は患者をどのように理解しているのか、その一端を理解したい。そこでがん患者－鍼灸師のコミュニケーションと鍼灸師の患者理解について述べる。分析の焦点とインタビューから得られた内容の記載方法はA. 鍼灸師の実践と同様である。

1. コミュニケーションの取り方

医療行為は患者と医療者の双方が存在して、初めて成立する行為である。医療行為の基本は患者理解である。これにより初めて効果的な医療行為が提供できる。この患者理解にはコミュニケーションが必要となる¹¹。そこで本所ではまず患者が鍼灸師にどのような内容の会話を行っているかを述べる。次に鍼灸師が行うコミュニケーションの種類と内容について記載する。

結果を述べる前に少しコミュニケーションについて説明を加えたい。

コミュニケーションの分類にはコミュニケーションの定義により多く存在する。ここでは実際に行われているコミュニケーションの種類を捉えることを中心とするため言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの分類を用いる。(図2)

本稿では言語コミュニケーションを「言葉を媒介とするコミュニケーション」もしくは「言語を主たる伝達手段としたコミュニケーション」と定義する¹²。言語コミュニケーションは人間固有のコミュニケーション手段であり、人間社会の中で発展してきた社会的産物である¹³。コミュニケーションの多くは言語を用いて行われるが、必ずしも言語だけで行われるものではない。送り手は身振りや視線、表情など非言語的要素を受け手に送る。受け手は送り手の非言語的要素により何らかの意図を感じる。そのため非言語的要素もコミュニケーションの一部と見なすことができる。このように行われるコミュニケーションを非言語コミュニケーションと呼び、「言語以外の手段によって行われるコミュニケーション」と定義する。コミュニケーションは他者へ何かを伝えるという特徴からメッセージともいわれる。

言語コミュニケーション(言語メッセージ)は言語音声メッセージと言語非音声メッセージに分類される。内容として言語音声メッセージは話し言葉であり、言語非音声メッセージは書き言葉と手話がある。非言語コミュニケーション(非言語メッセージ)は非言語音声メッセージと非言語非音声メッセージに分類される。非言語音声メッセージは韻律素性・周辺言語がある。これは声の質量や高低、速度、抑揚、間などである。非言語非音声メッセージはコミュニケーションは当事者そのものに関わるものと、コミュニケーションの当事者が置かれている物理的環境に関わるものがある。コミュニケーションの当事者そのものに関わるものとして、次の四つがある。第一は体つきや髪、肌の色、アクセサリーなどの付加物による外見的特徴である。第二は本能的接触や儀礼的接触などの身体的接触である。第三は顔の表情や身振り、姿勢、まなざしなどを含む身体動作である。第四は体臭や香水、デオドラントなどのおい

香りである。コミュニケーションの当事者が置かれている物理的環境に関わるものとしては、次の二つがある。第一は対人距離や対人角度、空間作用などを含む空間である。第二は時間をどのように管理するかという時間の観念や時間の志向などの時間である。この多種類からなる非言語コミュニケーションは、対人コミュニケーションの中で重要な働きをしている¹⁴。

コミュニケーションについて、すべての対象鍼灸師は「よいコミュニケーションをとることは大切である」という認識を持っていた。また対象鍼灸師は言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの双方を行っていた。

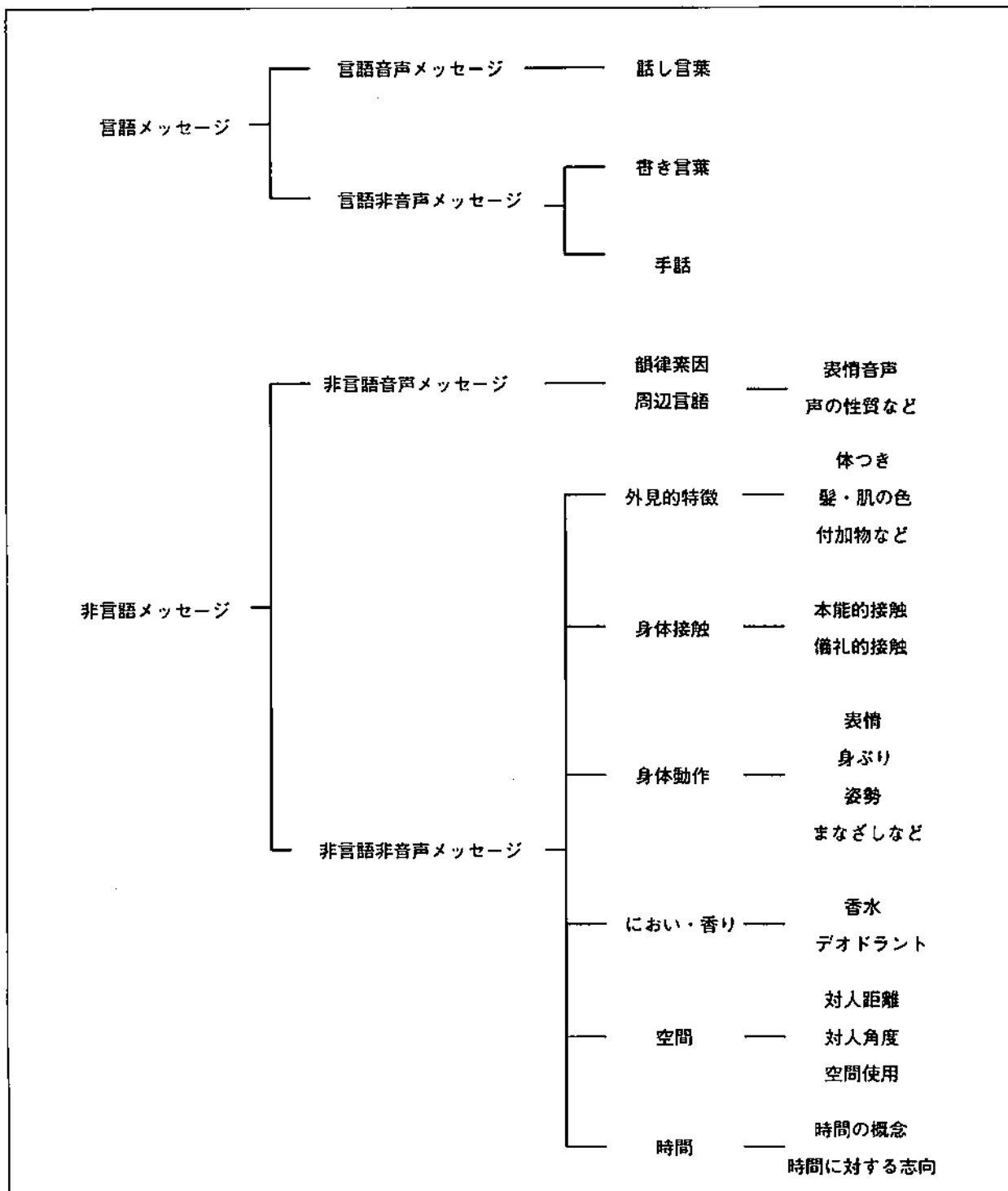


図2 コミュニケーションの要素

言語コミュニケーションにおいて患者が発する会話内容と鍼灸師が行う会話内容について述べる。患者が発する会話内容は【患者に関する内容】と【医療に関する内容】があった（表4）。各内容は非常に幅広いものであった。【患者に関する内容】には〈患者自身の内容〉と〈患者家族の内容〉が含まれ、【医療に関する内容】には〈現代医学の内容〉と〈鍼灸の内容〉が含まれていた。患者自身の内容には残された時間の生き方・過ごし方やスピリチュアルペインのような患者の深い内面をあらわす内容も話されていた。

表4 患者の会話内容

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
患者に関する内容	患者自身の内容	自分の病気や健康
		精神的苦痛
		社会的苦痛
		スピリチュアルペイン
		日常生活
		過去の経験
		残された時間の生き方・過ごし方
	患者家族の内容	プライベート
		日常生活
		家族関係
医療に関する内容	現代医学の内容	精神的苦痛
		現代医学的治療
	鍼灸の内容	医療者
		鍼灸治療
		鍼灸師

鍼灸師が行う会話は【言語音声メッセージ】で、種類としては〈一般的会話〉〈共感的会話〉〈現代医療的会話〉〈鍼灸の適応と限界〉〈可能性の会話〉〈身体反応的会話〉〈指導的会話〉〈意識改革的会話〉があった（表5）。これらは先の患者が発する会話内容に答えるものや鍼灸師が感じたことを患者に伝えるものであり、患者や鍼灸師自身の状況に応じて会話の種類を変えていた。この中で〈身体反応的会話〉とは、患者の痛みや対象鍼灸師が患者に触れて得られた皮膚状態など身体の状態をもとにして行う会話である。

表5 言語コミュニケーション 鍼灸師の会話の種類

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
言語音声メッセージ	一般的会話	患者が発する会話内容に答える内容や鍼灸師が感じたことを患者に伝える内容がある。
	共感的会話	
	現代医療的会話	
	鍼灸の適応と限界、可能性の会話	
	身体反応的会話	
	指導的会話	
	意識改革的会話	

「昨日よりもここ、腫れひいてるね」「あっ、触ったら温かいのがちょっとマシやん」とかね。「あっ、ここのツボの反応は、昨日よりも良くなっているよ」「今日はツボの反応が悪いの」。いわゆる体の身体反応を利用したコミュニケーションができるというのが、鍼灸の強みかなあ。（E116）

鍼灸師は切診や治療など患者の体に触れることが多い。看護師も清拭やマッサージなど患者の体に触れることはある。しかし、鍼灸師の方がよりこまやかに体に触れていると考えられる。また〈身体反応的会話〉は非コミュニケーションの〈身体接触〉と密接な関係を持つ。言語・非言語コミュニケーションが同時に行われることは、鍼灸治療の特徴の一つと考えられる。

〈意識改革的会話〉とは、患者が持つ今までの意識を変えようところみる会話である。〈指導的会話〉に近い。しかし、本稿の〈指導的会話〉は疾病や健康に関する知識を患者へ教える内容とし、〈意識改革的会話〉は患者の死への不安やスピリチュアルペインに関する会話とした。これらに関する特徴的な発言として、

例えば、そうですね。「死んだらどうなるんだろうか?」という話は。例えばその、瀬戸内寂聴さんが言ってますよね。「死んだらみんなあっちで、以前に亡くなった家族が待っていて、歓迎の大パーティーだ」って。そんなふうに魂で会えるんじゃないですか、って。(G285)

やっぱり言わなくちゃいけないわけですよ。「人間ねえ、誰だって。それは主治医が早く死ぬかもしれないし、私の方があなたより早く死ぬかもわかんないですよ」って。人間、いつ死ぬかわかんないし。じゃあ、「子供が3歳だから死ねない」いや、「人間、いつかは死ぬわけだから。じゃあ、あなたが死んだら子供が確実に不幸になるっていう保証はありますか?」とか。(I171)

まあ死ぬのは、生老病死でしゃあないから、受け入れやなしゃあないなー」言う。何があっても。(J103) (司会：うーん)

「次の世があるのと違うか」言うて。「現世が行場(ぎょうば)」とか。(J104)

があった。

鍼灸師が行う非言語コミュニケーションは【非言語音声メッセージ】【非言語非音声メッセージ】であった(表6)。**【非言語音声メッセージ】**は〈韻律素性・周辺言語〉であった。**【非言語非音声メッセージ】**は〈身体動作〉〈身体接触〉〈空間〉〈時間〉であった。〈韻律素性・周辺言語〉の内容は声の大きさ、声の高低であった。〈身体動作〉は傾聴であり、〈身体接触〉は切診、鍼灸治療、切診・治療以外の接触であった。〈空間〉には患者との距離、患者との位置があり、〈時間〉は一回の治療時間、治療回数であった。特徴的なものは〈身体動作〉の傾聴と〈身体接触〉で患者に触れることであった。〈身体動作〉と〈身体接触〉は対象者全員が「意識している」と述べていた。

表6 非言語コミュニケーション 鍼灸師が行う種類

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
非言語音声メッセージ	韻律素性・周辺言語	声の大きさ、声の高低
	身体動作	傾聴
非言語非音声メッセージ	身体接触	切診(患者の触れる診察法)
		鍼灸治療
		切診、治療以外の接触
	空間	患者との距離
		患者との位置
	時間	一回の治療時間
	治療回数	

2. 鍼灸師の患者理解

本節では鍼灸師の患者理解を対象鍼灸師の主観的視点で捉えていく。ここでの患者理解には二つの視点をおく。第一は患者が初めて鍼灸治療を受けるときに求めるものを述べる。第二は患者が鍼灸治療を受けることにより、患者はどのような心になるのか、を述べる。

a. 患者が鍼灸治療に求めるもの

ここでは患者が鍼灸治療に求めるものについて述べる。求める時期は患者が初めて鍼灸治療を受けるときである。これは対象鍼灸師との信頼関係がまだ形成されていない時期と考えられる。

患者の求めるものは【要望】であった(表7)。サブカテゴリーは

表7 患者が鍼灸に求めるもの

カテゴリー	サブカテゴリー
要望	治療
	症状緩和
	体調管理

鍼灸治療にがんの根治である〈治療〉や〈症状緩和〉、そして〈体調管理〉であった。

b. 鍼灸治療による心の変化

鍼灸治療を受けた患者の心の変化を述べる。対象鍼灸師は患者の心の変化を【要望】【安心】【希望】と捉えている（表8）。

表8 鍼灸治療による心の変化

カテゴリー	サブカテゴリー
要望	治療
	症状緩和
	会話相手
	精神的サポート
	触れられること
	心地良さ
	癒し
安心	会話による安心
	鍼灸治療による安心
希望	回復・延命・緩和への希望
	人との交流への希望
	生き方への希望

【要望】は先の〈治療〉〈症状緩和〉に加え、〈会話相手〉〈精神的サポート〉〈触れられること〉〈心地良さ〉〈癒し〉であった。

〈触れられること〉とは、患者が対象鍼灸師に体を触れてもらうことである。

これに関する特徴的な発言として

（患者さんの肌は敏感）のような気がします、っていうか、なんか触れてもらうのを求めているような。がんの患者さんの肌ってそういう気がします。（B137）

（司会：はい。）

なんか人肌を求めているような。（B138）

であった。

〈心地良さ〉とは、患者が鍼灸治療によって感じる気持ち良さである。

そういう状態の人（：重症度が高い患者）ほど「ああ、楽になりました。先生の治療が一番、気持ちいいです」とかね。こう「快」っていう心地良さに対しての「飢え」みたいなものがあるんですね。（I85）

鍼の治療って面白いんだけどもね。気持ち良さを求めてくるんですよ。目的がね。患者の目的がね。（L56）

鍼灸治療は患者にリラクゼーションをもたらす。それにより体を楽にさせたりスッキリさせる効果がある。これは症状改善がある場合でもない場合にも起こる反応である。中期がん患者は化学療法や放射線療法など体に負担がかかる治療が中心である。また末期がん患者は痛みなどの症状だけでなく、体はつらい状態ばかりで、気持ち良さを感じることは非常に少ないのである。そのため、鍼灸治療に心地良さを求めると考えられる。

〈癒し〉とは、鍼灸治療によって患者が癒しを感じることである。

そういう意味で「この空間そのものが、癒しの場になってるのかなー」って思います。（B172）

B氏は鍼灸治療室自体が患者にとっての癒しの場であると述べている。鍼灸治療室にある水銀灯の暖かい光やお灸の香り、お灸ですすけた壁などから醸し出される雰囲気、日常生活から隔離された入院患者の心を解放するとB氏は考えている。

【安心】とは、患者の心の安らぎを与える内容である。【安心】のサブカテゴリーは〈会話による安心〉

〈鍼灸治療による安心〉であった。

〈会話による安心〉とは、患者と対象鍼灸師の会話により、患者が安心することである。

だから少なくとも、こう「関わっている鍼灸師の先生っていうのは、そんなふうに命を捉えているんだなあ」っていうことが分かったと、何となくね、真剣さが、度合いが、「同じ舞台にのったかなあ」って感じになって、（患者さんは）安心するんですよ。（I173）

それをがんの患者が「今を大事にしてください」っていうことが、すごく救いになるんですよ。（L198）

特に死に関わる質問に対しては、患者と対象鍼灸師が話し合うことで、患者に安心をもたらす場合がある。もちろん、話し合いによって、患者は必ず安心するとは限らない。しかし、以下のような言及があった。

「先生がもし、がんで、今、死ぬかもしれないって言われたら、どういうふうに考えられますか？」みたいな人は、こっちがしゃべってあげて「ああだ。こうだ」っていつてる間に、患者さんは自分で溜めていたものがこっちに出せたということ。で、相手がそれについてまた答えた、っていうことで、患者さんの情緒的な、なんていうんですかねえ。不安定感だとか厳しい表情っていうのは、ほぐれてきたりするのですね。（I149）

患者が発する死に関する話に対して、治療者の考えを話すことは難しい場合が多い。それは治療者の発言が、患者に思わぬ影響を与える可能性を持つためである。しかし、I氏の言及は答えをみつける内容でなくても、患者との会話から患者は何かを感じ、何らかの安心を持つ場合もあることを示唆する。

〈鍼灸治療による安心〉とは、鍼灸治療を受けることで患者が安心を得ることである。

なんかこう気持ちがいいっていうこと。体がほぐれる。（G42）（司会：はい。）

それで何かこう、安心して、治療の安心が、体がほぐれて。で、「何かこう気持ちがいいなあ。気持ちがいい」って皆さんおっしゃるんです。（G43）

あとは感じれることは、余命の命を安心して生きれる。いろんな孤独感とか苦痛とか恐れとか、持ちますでしょう。そういう患者を治療しながら、分かち合うことによって（患者は）安心できる。（K193）

鍼灸治療を受けることは患者に安心をもたらす、と考えられる。ただしこの場合の鍼灸治療には治療行為だけでなく、患者との会話も含まれるであろう。インタビュー内容からは区別できなかったため、ここでは鍼灸治療とまとめた。

【希望】¹⁵のサブカテゴリーは〈回復・延命・緩和への希望〉〈人との交流への希望〉〈生き方への希望〉であった。

〈回復・延命・緩和への希望〉とはがんが治って回復すること、がんが治らなくても延命できること、症状が緩和すること、への希望である。

「ただ、今の体の倦怠感とか、ご飯が美味しくないとか、体がだるいというような症状をとることは可能だ」と。（E131）（司会：ふんふん。）

と、言ったときに「やめます」と言った人は誰もいないから。（E132）

何か希望っていうか、こう心が落ち着く。（G42）

そうすると患者は「あっ、病気で死ぬんじゃないんだ」って思うから、すごく楽になる。（L99）（司会：なるほど。はい。）

「ああ、私はまだ寿命まで生きていないね」ってなるんですよ。（L100）

（司会：うーん）

ね。だから「もうちょっとあるかもしれない」「もう少し生きられるかもしれない」って思うんですよ。（L101）

この希望は、B. 1の〈鍼灸の適応と限界、可能性的会話〉や〈意識改革的会話〉のときに生じやす

いと考えられる。この希望はすべての対象鍼灸師で存在した。

〈人との交流への希望〉とは、患者が他者との交流を持つことの希望である。

それで、話を聞いてくれて、話をしてくれるっていう。そういうのって鍼灸、関係なく嬉しいじゃないかなあ、って思います。(H166)

「誰かいてくれるときだけ、不安を忘れられる」っていうふうに言ってくれた人もいるくらい。(H167)

H氏は緩和ケア病棟で鍼灸治療を行っていた。小泉ら¹⁶や木村ら¹⁷の研究は、緩和ケア病棟入院患者は「家族・他者との交流」を望んでいると報告している。本インタビューでも、先行研究と同様の結果であった。

〈生き方への希望〉とは、日々をよりよく過ごしたいことへの希望である。

でもそこから皆さん、考え方が変わっていった。「どうか、よりよい一日を最後まで」っていうふうに来たときに、東洋医学の本当に力が発揮されるんじゃないかなあ、というふうに思っています。(H159)

先行研究¹⁸でも、緩和ケア入院患者の希望の一つに「よりよく生きること」がある。H氏の言及は先行研究と同じ内容をあらわす。〈人との交流への希望〉と〈生き方への希望〉は緩和ケア経験者のH氏だけが言及した。病院での鍼灸治療を考える場合、病院の種類により治療目的や指針が異なることが示唆された。

Kübler-Rossの死にゆく過程の5段階によると、患者は最後の瞬間まで、何らかの形で希望を持ち続けていた¹⁹。上野ら²⁰や木村ら²¹の研究でも、末期患者はたとえわずかでも、最後まで希望を持っていたと報告している。本調査結果も、先行研究と同じ結果が得られたと考えられる。

まとめとして鍼灸師の意識では、最初に対象鍼灸師のコミュニケーション実践を分析し、次にがん患者が鍼灸治療に求めていることを分析した。

コミュニケーションの取り方は、言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの両方であった。言語コミュニケーションは会話が行われていた。会話は、日常的なことから死に関することまで幅広い内容であった。特徴的内容はがんに対する鍼灸治療の効果をたずねる内容と対象者の疾病観や死生観、来世観を患者に話すことで、患者の不安を取り除いたり、意識を変えることを目的とした会話であった。

非言語コミュニケーションでは、身体動作と身体接触が主に用いられていた。身体動作は対象者全員が傾聴を行っていた。また身体接触は直接、患者に触れることであり、全員が行っていた。この二つが特徴的であった。

患者が鍼灸治療に求めていることとして、治療の受け始め時期はがん根治や症状緩和など、病の改善に関する内容であった。しかし、治療を受けるにつれて、話を聞いて欲しいことや触れて欲しいこと、治療の気持ち良さを求めることなど幅広い要望や安心、希望を感じるようになる、と対象鍼灸師は捉えていることが明らかになった。

IV. 考察

考察では結果より得られた内容を基に、鍼灸治療の特徴と問題点を浮き彫りにしていく(図3)。

まず鍼灸治療の特徴について述べる。

双方の関係、診療時において鍼灸師は患者の語りを傾聴する。また患者と会話を行う。診察が進むと問診だけでなく、患者の体を触れる切診を含む身体接触が行われる。これらは比較的長い時間と患者の距離が徐々に縮まっていくという独特の空間活用の中で行われる。つまり豊かな言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの両方が行われていく。このような中で患者は問診内容に答えることを

含めた自己開示²²を行う。そして患者のそれに呼応するように鍼灸師は自己開示の返報性²³を行う場合がある。それは患者と鍼灸師が相互理解する場ともなる。

鍼灸師が患者に治療を施す。そこで患者が症状改善やリラクゼーションを認知した場合、つまり「はりきゅうが効いた」と感じることも、もしくは患者が治療を施す鍼灸師に技術・知識的、人間的信頼感を感じた場合に、患者は鍼灸師に信頼感を持つようになる。そこへ治療効果の再体験や鍼灸師への信頼感が深まると、患者は鍼灸治療に要望や安心、希望を求めるようになると考えられる。またこの頃になると、患者は鍼灸師に自分ががんになった理由や若くして死ななければならない理由を問う実存的問題など深い自己開示をする場面がある。鍼灸師は大きく二つの対応をとると考えられる。第一は患者に何も話さない。第二は鍼灸師が持つ知識・思考・信念・信仰など何らかの自己開示の返報性を行うことである。

ここに問題が発生すると考える。患者に何も話さない場合、その理由の一つとして鍼灸師と医師や看護師など病院の医療者や病院での治療との関係がある。例えば化学療法を受けている患者が、その治療法を拒みたいと話した場合、鍼灸師自身は化学療法についてどのような考えを持っていても、鍼灸師の独断だけで化学療法を否定することはチーム医療の一員として問題がある。そこで患者に何も話さないが、これは患者の心を置き去りにしてしまう結果をまねかねない。もう一つは患者の深い自己開示を受けて、鍼灸師自身が患者に対して何をどのように話していいかわからない場合である。つまり「話せない」状況である。特にまだ鍼灸師になって日が浅く、経験が少ない方がこの状況に到りやすいと推測する。これらの状況が継続すると鍼灸師の心的ストレスが増大し、バーンアウト（燃え尽き）まで至ることも考えられる。

鍼灸師が何かの自己開示の返報性を行う場合にも問題を含む。自己開示の返報性にも二種類あると考える。第一は鍼灸師が患者へ一方的に話す場合、第二は患者と鍼灸師がお互いに話し合う場合である。一方的に話す場合、鍼灸師の話し方は適切かが問題となる。話し方が患者に負担を与えることもある。また話す内容として鍼灸師が持つ疾病観、死生観、来世観がどのようなものかなど内容の問題もある。これらの問題以前として患者へ話すことは果たして良いことかどうか問われるべき点である。これはお互いに話し合う場面の中で鍼灸師が話しをする場合も同様である。その他、両方に関する倫理的問題として守秘義務の問題がある。これはチーム医療の中で患者から知り得た個人情報をごくまで医療者間で共有するかである。死生学的問題として実存的問題を含むスピリチュアルペインにどうかかわり対応していくかがある。患者の心理状態を考えると今後、大きな問題となろう。

このように多くの問題を抱えるが、最も大きな問題は、多くの鍼灸師は問題に無自覚なことである。これが知らず知らずの間に鍼灸師自身や患者への負担を大きくしていく。

この問題解決には今後、鍼灸業界が学校教育と一緒に一定水準の教育を行うことやバーンアウトに対するセーフティーネット構築が必要と考える。

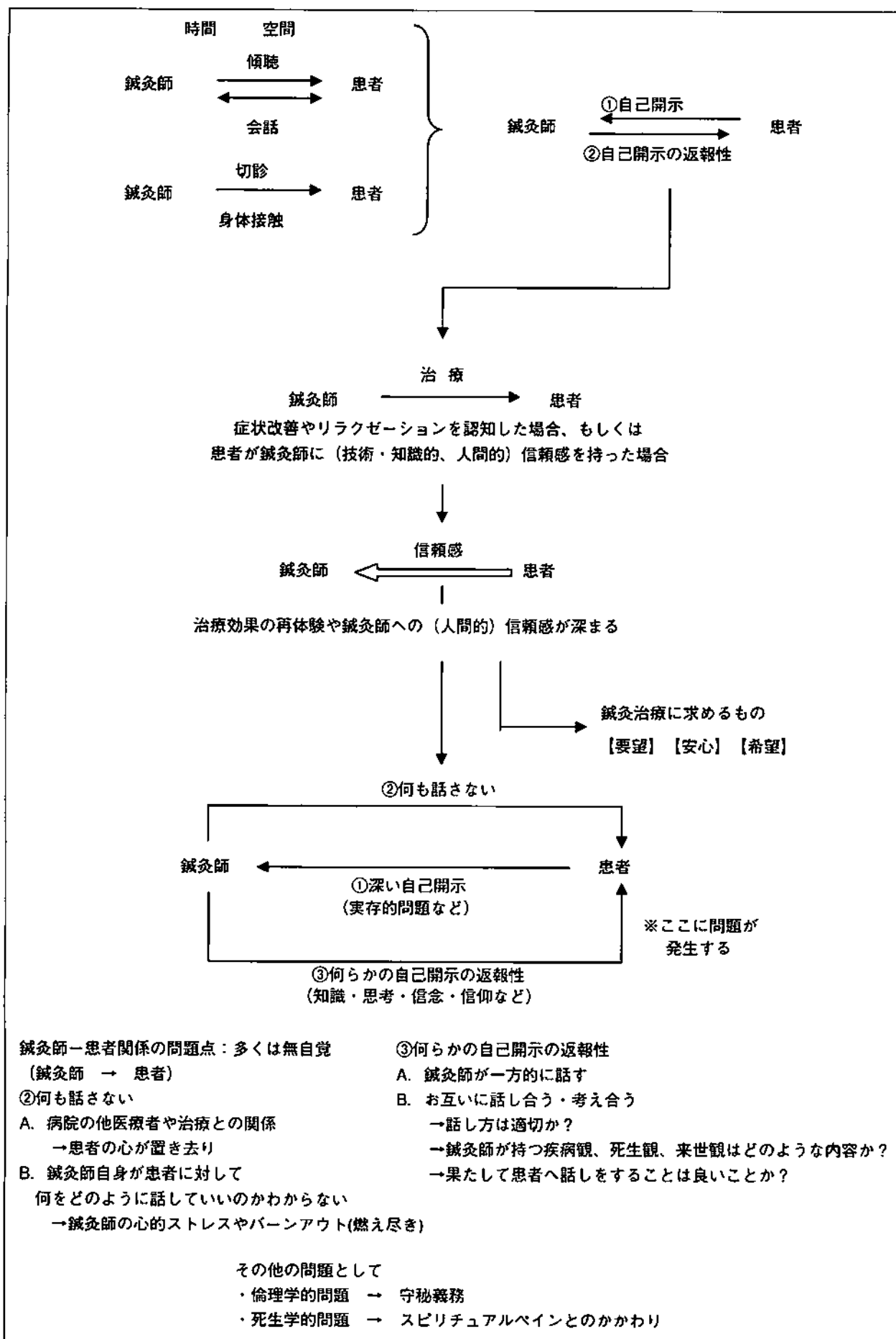


図3 鍼灸治療の特徴と問題点

V. 結語

本稿は現代日本においてがん患者に携わる鍼灸師の実践と鍼灸師の視点からがん患者をどのように認識しているかについて調べることを目的とした。調査方法はがん治療に対して一定条件を満たした鍼灸師を対象として半構造化面接を行い、質的研究を用いて分析し解釈する手順を用いた。

調査結果から対象鍼灸師の実践は医師や看護師よりも患者と接する時間が長いこと、また終末期のがん患者にも鍼灸治療を施していることが明らかとなった。鍼灸治療中の患者は治療者と幅広い内容の会話が行われていることが明らかとなった。鍼灸師の意識では治療中は言語コミュニケーション、非言語コミュニケーションの両方を用いていた。がん患者の鍼灸治療や鍼灸師の要望はがんの治療や症状改善であった。治療が何度も行われた患者の意識は変化し、多種の要望と安心、希望を持つと対象鍼灸師は理解していた。

考察として鍼灸師は傾聴や身体接触が多く、患者の心が開きやすい。そこに症状改善などが加わると鍼灸師の意識とは関係なく、患者は鍼灸師に深い信頼関係を持ちやすくなる。深い信頼感を持った患者は、鍼灸師に深い自己開示を行う可能性がある。この関係になると難解な問題が含まれるが、多くの鍼灸師は無自覚である。この問題解決には今後、鍼灸業界として一定水準の教育やサーフティーネット構築が必要と考える。

●文注

1. 河野博臣, “癌と心,” ベッカー, カール, 柏木哲夫, デーケン, アルフォンス, 他著, 深く死ぬために(臨死学)入門, 東京: 春秋社, 1995年, pp. 138-177.
福島智子, “末期医療へのあらたなる視座,” ベッカー, カール編著, 生と死のケアを考える, 京都: 法蔵館, 2000年, pp. 207-229.
2. 死亡原因の第2位は心疾患で16.0%、第3位は脳血管障害で12.3%であった。がんによる死亡者数が多いことが理解できる。
厚生労働省, “第5表 性別にみた死因順位(第10位まで)別死亡数・構成割合,” 平成17年人口動態統計(確定数)の概況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo5.html>, 2006年10月25日.
3. 厚生統計協会, “国民の福祉の動向,” 厚生指摺臨時増刊, 48巻, 12号(2001年), p. 24.
4. 日本の鍼灸治療の実際の先行研究にはロックの調査がある。しかし調査時期が1973年から1974年と古く、対象は京都市の一般鍼灸師や鍼灸治療を行う医師であった。治療時間や治療者の意識も詳細に記録されていない。ほかには、鍼灸ではないが、台湾の中国医を対象としたクライマンの報告がある。しかし調査時期は1975年であるため、現在の状況と異なる可能性が高い。
クライマン, アーサー著, 大橋英寿, 遠山宣哉, 作道信介, 他訳, 臨床人類学—文化のなかの病者と治療者, 東京: 弘文堂, 1992年.
ロック, マーガレット著, 中川米造訳, “鍼灸治療所,” 都市文化と東洋医学, 京都: 思文閣出版, 1990年, pp. 169-191.
5. 福田早苗, 渡邊映理, 小野直哉, 他, “現代西洋医学以外の伝統的医療・治療の使用と健康問題に関する実態調査,” 日本公衆衛生学雑誌, 53巻, 4号(2006), pp. 293-300.
6. フリック・ウヴェ, 著, 小田博志, 山本剛子, 春日常, 他訳, 質的研究入門—(人間の科学)のための方法論, 東京: 春秋社, 2002年, pp. 237-241.
7. 診療内容の説明
中医学とは、1956年頃に中国において体系化されたものである。診療の原則は、1. 四診を用い、弁証を行い、病の表裏・寒熱・虚実・陰陽、気血津液、臟腑経絡のアンバランス(病因)や病の推移(病機)を明確にする、2. 1に基づいて治則を立て、治療を行う、ことである。体系化された時期や内容から、現代中医学とも称されている。中医学の内容は中国伝統医学を参考にしながら、かなりヨーロッパ医学の影響が混合している。また日本で発展した鍼灸医学の影響も強く受けている。
経絡治療とは、1941年頃に日本でできた治療体系である。診療の原則は、経絡の虚実を見極め、鍼灸の補瀉によって経絡の虚実を調整することである。それにより諸症状や各疾病を改善する。特徴として診察法は脈診を重視し、治療理論は中国医学の古典文献である「難経」の理論を重要視していることである。
現代医学とは、現代医学的鍼灸治療のことである。日本では明治44年(1911年)に内務省当局から「鍼術、灸術、取締規則」が制定、公布された前後が淵源とされ、現在の鍼灸診療法で最も多く用いられている。診療原則は現代医学的学問により障害部位を明確にし、病態把握・治療適応の判断・予後の推測を行い、施術することである。
古代中国医学とは、中国伝統医学の基礎古典文献である「素問」「靈樞」以前の医学を中心として構築されつつある診療体系である。特徴は生命エネルギーを“正気”として捉え、正気を増す治療を行うことにより、諸症状や各疾病を改善することである。
中国伝統医学とは、「素問」「靈樞」を基とし、それより発展した中国の伝統医学の全体もしくは一部からなる診療体系である。中医学と中国伝統医学の違いとして、中医学は中国伝統医学のエッセンスを現代に体系化したものといえるが、中国伝統医学は中医学が取り込めなかった概念や理論、治療法も包含していることがあげられる。
日本での中医学、古代中国医学、中国伝統医学は現代日本人に合うようにアレンジされている。
8. 東洋医学的な鍼灸治療は四診と呼ばれる診察法を用いる。四診は望診・問診・聞診・切診から構成されている。望診とは患者の体全体や各部位をみる診察法である。望診が現代医学の視診と異なるのは、目に見える体の状態だけを捉えるのではなく、患者の生命力というべきものを「神」という概念で捉え、それを重要視する点である。問診とは患者の声の状態をきくことと大便などの排泄物の臭いを嗅ぐ診察法である。問診とは患者の症状や既往歴、日常生活など現病だけでなく患者全体の状態を尋ねる診察法である。切診とは治療者が患者の一定部位を触ったり、撫でたり、按压したりすることで、病状を知る診察法である。漢和大辞典(藤堂 1978)によると「切」には「きる」とい

う意味だけではなく、「刃物をじかに当てるように、びったりとくっつけて膚にこたえるさま」という意味もある。つまり現代医学の触診とは異なり、切診には治療者の手掌や手指を患者の体にびったりとくっつけて、体の状態をみていくというニュアンスが含まれている。切診の種類として脈診、腹診、背候診、経絡診、経穴診などがある。

岡部素道, 鍼灸経絡治療, 東京: 積文堂, 1974年, pp. 19-72.

首藤傳明, 経絡治療のすすめ, 神奈川: 医道の日本社, 1983年, pp. 19-113.

天津中医学院, 学校法人後藤学園, 針灸学「基礎編」, 千葉: 東洋学術出版社, 1991年, pp. 173-240.

藤堂明保編, 学研 漢和太極典, 東京: 学習研究社, 1978年, pp. 135-136.

山田光胤, 代田文彦, 回説 東洋医学〈基礎編〉, 東京: 学習研究社, 1979年, pp. 155-204.

9. 山口建, 他, “がん患者の不安と悩み,” 治療, 87巻, 4号 (2005), pp. 1469-1475.
10. 柏木哲夫, 藤原明子編, 系統看護学講座 別巻 10 ターミナルケア, 東京: 医学書院, 1985年, p. 6.
11. また患者もコミュニケーションによって、医療者のことを知ることができる。
12. 末田清子, 福田浩子, コミュニケーション学 その展望と視点, 東京: 松柏社, 2003年, p. 75.
13. 原岡一馬編, 人間とコミュニケーション, 京都: ナカニシヤ出版, 1990年, p. 13.
言語コミュニケーションの特徴をTrenholmとJensenが挙げている。この特徴は四つある。第一に言語はいわばデジタルであり、数字のようにそれぞれ分断できる要素からなっていることである。あるまとまりを持って意味を示すアナログな非言語とは対照的である。言語は分断できる要素から成り立っているため、人は非言語よりも言語を恣意的に使用し、操作することが可能なのである。第二に言語は、新しい社会現実を創ることができることである。第三は私たちが抽象思考をするのに、言語は重要な働きをすることである。第四に言語は内省的であり、それ自体で私たちがどのようにコミュニケーションを取っているかを示すことができることである。このような特徴を持つ言語コミュニケーションは対人コミュニケーションにおいて、いかに非言語要素の重要性が強調されても、計り知れない有用性を持つのである。具体的には過去や未来のことを考え、表現できるのが言語であり、自分の思考や感情など他者に理解できないことを理解可能にするのが言語なのである。
14. 人がコミュニケーションを行うとき、内容の65～93%は非言語コミュニケーションによって受け手に伝わっているとの報告がある。
大田信男, 新井久爾夫, 大山茂夫, 他, コミュニケーション学入門, 東京: 大修館書房, 1994年, p. 40.
15. 希望の概念の先行研究には、希望と期待を同義として捉えて定義したものと、希望と期待を区別して定義したものがある。本稿では後者の立場を選択した。つまり期待とは未来を志向するものであり、目標となるものが明確なものとして設定されていること、である。希望とは来るべき未来の状況に明るさがある、という感知に伴う快調をおびた感情で、特定の目標の現実や特定の目標への到達を目指すものではないが、人生の特定されない価値や意義が実現される視界または境域としての未来が信頼できる、という明るい感情とする。
大橋明, “希望とその関連要因に関する研究—希望の概念と先行研究の検討—,” 人間科学研究, 4号 (2002), pp. 15-27.
16. 小泉美佐子, 伊藤まゆみ, 宮本美佐, “青年期の看護学生と高齢者の希望の比較に関する研究,” 群馬保健学紀要, 20号 (1999), 103-112.
17. 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27巻, 1号 (2004), pp. 94-99.
18. 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27巻, 1号 (2004), pp. 94-99.
19. キューブラー=ロス, エリザベス著, 川口正吉訳, 死ぬ臨床, 東京: 誠実新聞社, 1971年, pp. 171-189.
20. 上野郁子, “末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究,” 精神神経学雑誌, 86号 (1984), pp. 787-812.
21. 木村清美, 小泉美佐子, (2004) 前掲論文.
22. 自己開示とは、未知・既知を問わず、特定の他者に対して意図的に自己に関する率直な情報を言語的に伝達する行為の概念である。これに対して未知・既知を問わず、特定の他者に対して意図的に自己修飾した情報を言語的・非言語的に伝達する行為の概念を、自己呈示とよぶ。
原岡一馬編, 人間とコミュニケーション, 京都: ナカニシヤ出版, 1990年, pp. 42-50.
23. 自己開示の返報性とは、自己開示の受け手が同程度の内容を持った自己開示情報を送り手に返す現象である。自己開示の返報性が起こる原因として、次の二点が挙げられる。第一は、患者から自己開示を受けたとき、それは相手の自分に対する信頼感や好意の表れとみなされるためである。その結果、相手に対しても信頼感や好意が増し、それに伴って同じ程度の自己開示を返報する傾向が強まるのである。第二は我々の社会には、相手から受けた恩恵や親愛の情に対して、それと同等の価値を持ったものを「お返し」すべきであるという返報性の規範が存在するためである。この規範が自己開示を受けたり、行ったりするときにも適応されるのである。
原岡一馬編 (1990) 前掲書, pp. 50-51.

【参考文献】

(和文)

- 1) 青木幸昌, 他, 緩和医療のすすめ—がんと共に生きる—, 東京: 最新医学社, 1998年, pp. 38-39.
- 2) 青柳弓矢, 鳥居芽, “ターミナル期における身体症状への基本的ケア,” 臨床看護, 21巻, 1号 (1995年), pp. 69-74.
- 3) 秋月伸哉, 内富剛介, “がん患者の精神症状とその早期発見,” 医学のあゆみ, 205巻, 12号 (2003年), pp. 898-902.
- 4) 秋葉直志, 山下誠, 佐藤修二, 他, “インターネットのセカンドオピニオン請求の質問にみる腫瘍患者および家族の訴え,” 腫瘍, 42巻, 6号 (2002), pp. 589-593.
- 5) 明智龍男, 中野智仁, 松岡豊, 他, “がん疼痛に対する心理的アプローチ,” 痛みと臨床, 1巻, 3号 (2001), pp. 323-328.
- 6) 明智龍男, 奥山徹, 中野智仁, 他, “終末期がん患者における希死念慮—その頻度および身体的・心理社会的関連要因—,” 総合病院精神医学, 13巻, 2号 (2001), pp. 153-158.
- 7) 明智龍男, “がん患者の精神症状の診断と治療,” がん看護, 7巻, 6号 (2002), pp. 475-481.
- 8) 明智龍男, がんとこころのケア, NHKブックス [975], 東京: 日本放送出版協会, 2003年.
- 9) 浅野茂隆, 谷登三郎, 大木根代, がん患者ケアのための心理学—実践的サイコoncロジー— (第3版), 東京: 真興交易医学書出版部, 2000年.
- 10) 醒美和彦総監修, 国際「統合医療」元年—第1回 国際統合医療専門家会議公式記録集2004—, 東京: 日本医療企画, 2004年.
- 11) 安保徹, 未来免疫学, 東京: インターメディカル, 2002年.
- 12) 安保徹, “からだを守る白血球の自律神経支配—鍼灸医学の病気を治すメカニズム,” 全日本鍼灸学会雑誌, 52巻, 5号 (2002), pp. 486-500.
- 13) 雨貝孝, 他, “免疫の観点からみた鍼灸医学研究の総括,” 全日本鍼灸学会雑誌, 53巻, 2号 (2003), pp. 152-158.
- 14) 安藤満代, “終末期がん患者の苦痛,” 臨床心理学, 5巻, 4号 (2005), pp. 495-503.
- 15) 池田和久, “鍼通電刺激がラット胃運動に及ぼす影響について—自律神経と末梢求心路に関する検討—,” 明治鍼灸医学, 27号 (2000), pp. 15-26.
- 16) 石垣裕子, “心のケア—患者の自由度の拡大への挑戦—,” ターミナルケア, 9巻, 2号 (1999), pp. 106-109.

- 17) 石崎直人, 岩昌弘, 矢野忠, 他. “我が国における鍼灸の利用状況等に関する全国調査その1 鍼灸治療の利用状況について.” 全日本鍼灸学会雑誌, 55巻, 5号(2005), pp. 697-705.
- 18) 石崎直人, 小野直哉, 矢野忠, 他. “我が国における鍼灸治療の利用状況及び利用目的に関する調査 - 2005年全国調査の結果から -.” 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 3号(2006), p. 503.
- 19) 石田秀実. 気・流れる身体. 東京: 平川出版社, 1987年.
- 20) 石田秀実. 東洋医学思想史 もう一つの医学. 東京: 東京大学出版社, 1992年.
- 21) 石田秀実. こころとからだ - 中国古代における身体の思想 -. 福岡: 中国書店, 1995年.
- 22) 石原克己. “ホリスティックな視点からみたうつ症状(うつ病)における鍼灸治療の現状, 可能性と限界.” 鍼灸 OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 279-285.
- 23) “医師への気兼ねが患者の行動を制約 医師や医療機関の対応に8割超が不満 第一生命経済研究所の調査.” 厚生福祉, 5275号(2005), pp. 2-6.
- 24) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(1).” 週, 25巻(2004), pp. 2-5.
- 25) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(2).” 週, 26巻(2004), pp. 11-13.
- 26) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(3).” 週, 27巻(2004), pp. 6-8.
- 27) 伊藤和真. “終末期を含むがん患者と鍼灸治療について(4).” 週, 28巻(2004), pp. 24-27.
- 28) 稲葉裕. “スピリチュアルの邦訳についての考察.” ターミナルケア, 10巻, 2号(2000), pp. 94-100.
- 29) 井上聡, 千原明. “ターミナル期に多くみられる症状.” 臨床看護, 21巻, 1号(1995), pp. 49-53.
- 30) 今井賢司, 他. “鍼刺激が引き起こすヒトの胃電図, 瞬時心拍数および交感神経皮膚反応の変化とその機序に関する研究.” 明治鍼灸医学, 19号(1996), pp. 45-55.
- 31) 今井昭雄. “住民の求める医療機関, 医師は - 県医師会主催「健康セミナー」アンケート調査より.” 新潟県医師会報, 644号(2003), pp. 9-13.
- 32) 今西二郎編. 代替医療のいま 別冊・医学のあゆみ. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2000年.
- 33) 今西二郎編. 医療従事者のための補完・代替医療. 京都: 金芳堂, 2003年.
- 34) 今村由香, 河正子, 笠間真美, 他. “終末期がん患者のスピリチュアルケア概念構造の検討.” ターミナルケア, 12巻, 5号(2002), pp. 425-434.
- 35) 岩崎祥一. “ガン患者への心理的アプローチ.” 岡堂哲雄編. 健康心理学 - 健康の回復・維持・増進を目指して -. 東京: 誠信書房, 1991年.
- 36) 岩崎尚子, 他. “がん患者の心理的ケアに関する研究.” 長野県看護大学紀要, 8号(2002), pp. 85-93.
- 37) 岩田敬子. “ターミナル期における患者の心理・精神的問題に対する対応.” 臨床看護, 21巻, 1号(1995), pp. 75-78.
- 38) 岩昌宏. “腸管運動に対する鍼灸刺激の影響に関する実験的研究.” 明治鍼灸医学, 24号(1999), pp. 33-43.
- 39) 岩原奈央, 渡辺晶子. “看護師のストレスとその効果的なコーピング.” 東京医科大学病院看護研究集録, 24号(2004), pp. 5-9.
- 40) ウィリッグ, C著. 上淵寿, 大家まゆみ, 小松孝至訳. 心理学のための質的研究法入門【創造的な探究に向けて】. 東京: 培風館, 2003年.
- 41) 上田至宏, 櫻葉均, 錦織綾彦. “鍼灸痛と反射活動.” 西条一止, 熊澤孝朗監修. 鍼灸臨床の科学. 東京: 医師薬出版株式会社, 2000年, pp. 483-502.
- 42) 上西洋子, 松本和子, 吉本千鶴, 他. “大学病院一般病棟の看護師のスピリチュアルケアに関する意識と実態.” 総合消化器ケア, 8巻, 1号(2003), pp. 80-87.
- 43) 上野郁子. “末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究.” 精神神経学雑誌, 86巻, 10号(1984), pp. 787-812.
- 44) 植松佑介, 他. “カンファレンスルームBからの症例報告10 肺癌の化学療法による副作用症状の症例.” 医道の日本, 701号(2002), pp. 26-31.
- 45) 上村晶子, 他. “ターミナルケアにおける看護婦のストレス - 意識調査から.” 心身医学, 34巻, 4号(1994), pp. 291-298.
- 46) 内田さえ, 他. “子宮の神経調節と鍼灸.” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 4号(1999), pp. 555-566.
- 47) 内布敦子. “終末期がん患者の看護援助について - Peaceful Deathを導く看護援助について -.” がん看護, 1巻, 2号(1996), pp. 160-164.
- 48) 内布敦子. “患者が死にゆくことを言語化することを支える「看護師の構え」.” がん看護, 7巻, 6号(2002), pp. 521-528.
- 49) 宇都宮由美子. “マウス移植腫瘍の増殖, 転移および免疫能に及ぼす鍼灸刺激の影響についての研究.” 明治鍼灸医学, 16号(1995), pp. 27-38.
- 50) 大田信男, 新井久爾夫, 大山茂夫, 他. コミュニケーション学入門. 東京: 大修館書店, 1994年.
- 51) 大西奈保子. “一般病棟でのターミナルケアにかかわる看護師の経験.” 民医速医療, 387号(2004), pp. 37-39.
- 52) 大西秀樹. “がん患者における不安と抑うつ.” 治療, 87巻, 3号(2005), pp. 483-488.
- 53) 大野ゆう子, 中村隆, 他. “日本のがん罹患率の将来推計 - ベイズ型ポワソン・コウホートモデルによる解析に基づく2020年までの予測.” 大島明, 他編. がん・統計日書 - 罹患率・予後 - 2004. 東京: 鎌原出版社, 2004年, pp. 201-217.
- 54) 大橋明. “希望とその関連要因に関する研究 - 希望の概念と先行研究の検討.” 人間科学研究, 4号(2002), 15-27.
- 55) 岡堂哲雄, 上野隆, 志賀令明. 病氣と痛みの心理学 現代のエスプリ別冊. 東京: 至文堂, 2000年.
- 56) 岡部素道. 鍼灸経絡治療. 東京: 續文堂, 1974年.
- 57) 岡村仁, 岡本泰昌, 高見浩, 他. “癌患者とその患者への心理・社会的サポート Psycho-oncologyの視点から.” 癌治療と宿主, 7巻(1995), pp. 38-46.
- 58) 奥田いさよ. 村人援助のカウンセリング. 東京: 川島書店, 1991年.
- 59) 奥村裕一, 堀内秀訓, 安藤仁. “うつ症状と鍼灸治療 鍼灸治療により症状が緩解した3症例.” 鍼灸 OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 267-277.
- 60) 小野直哉, 岡貞充, 田口太郎. “学園祭における鍼灸及び代替医療に関する意識調査.” 全日本鍼灸学会雑誌, 52巻, 3号(2002), p. 306.
- 61) 小野直哉, 西村周三. “統合医療と医療経済 - 統合医療における相補・代替医療と医療経済 -.” 日本統合医療学会報. 統合医療 基礎と臨床. 東京: 日本統合医療学会, 2005年, pp. 43-50.
- 62) 帯津良一. ガンを治す大辞典. 東京: 二見書房, 1991年.
- 63) 帯津良一. “統合医学21年の経験から - 統合とは主客非分離 -.” 湿美和彦総監修. 国際「統合医療」元年 - 第1回 国際統合医療専門学会議公式記録集2004 -. 東京: 日本医療企画, 2004年, pp. 50-58.
- 64) 梶田昭. 医学の歴史. 東京: 講談社, 2003年.
- 65) 柏木哲夫. 死にゆく患者と家族への援助 ホスピスケアの実際. 東京: 医学書院, 1988年.

- 66) 柏木哲夫, “痛:ターミナルケア.” 内科, 70巻, 1号(1992), p. 147.
- 67) 柏木哲夫, 藤原明子編, 系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア, 東京:医学書院, 1985年, p. 6.
- 68) 柏木哲夫編, 系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア, 東京:医学書院, 1992年.
- 69) 柏木哲夫, 死にゆく患者の心に聴くー末期医療と患者理解, 東京:中山書店, 1996年.
- 70) 柏木哲夫, “トータルペインとは,” がん患者と対症療法, 13巻, 2号(2002), pp. 6-10.
- 71) 片平好重, “がん医療におけるエリソン精神看護専門看護師の役割,” がん看護, 7巻, 6号(2002), pp. 467-470.
- 72) 桂川恵美, 安江友美, 梅間るみ, “患者“不”満足度調査,” 患者満足, 4巻, 3号(2000), pp. 111-118.
- 73) 菅原聖可, “健康診断受診者における代替医療の認知度・利用状況および病院受診時の自己申告率,” 瀧美和彦総監修, 国際統合医療元年ー第1回 国際統合医療専門家会議公式記録集2004ー, 東京:日本医療企画, pp. 314-315.
- 74) 上地栄, 昭和鍼灸の歲月ー経絡治療への道ー, 東京:経文堂, 1985年.
- 75) 河西宏祐, インタビュー調査への招待, 京都:世界思想社, 2006年.
- 76) 河野博臣, ガンの人間学, 東京:弘文堂, 1984年.
- 77) 河野博臣, “サイコオンコロジーの基礎づくりから現在そして将来,” がん看護, 7巻, 6号(2002), pp. 450-454.
- 78) ガービッチ, キャロル著, 上田礼子他訳, 保健医療職のための質的研究入門, 東京:医学書院, 2003年.
- 79) 河正子, “スピリチュアリティ, スピリチュアルペインの探究からスピリチュアルケアへ,” 緩和ケア, 15巻, 5号(2005), pp. 368-374.
- 80) 河正子, 末水和之, 田村久行, “座談会 医療現場でスピリチュアルケアはどこまでできるのか,” 緩和ケア, 15巻, 5号(2005), pp. 506-513.
- 81) 貴邑富久美子, 根来英雄, シンプル生理学, 東京:南江堂, 1988年.
- 82) 菊池博, “緩和ケア,” 治療, 87巻, 4号(2005), pp. 1566-1570.
- 83) 木下由美子, 福田幸子, 真中久子, 他, “末期がん患者ケアにおけるナースのジレンマ,” 看護展望, 8巻, 12号(1983), pp. 25-34.
- 84) 木村清美, 小泉美佐子, “緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究,” 死の臨床, 27巻, 1号(2004), pp. 94-99.
- 85) 木村登紀子, “「心」をどう理解するかー心理学からのアプローチ,” ターミナルケア, 9巻, 2号(1999), pp. 92-96.
- 86) キューブラー・ロス, エリザベス著, 川口正吉訳, 死ぬ瞬間, 東京:説光新聞社, 1971年. 窪寺俊之, スピリチュアルケア序説, 東京:三輪書店, 2004年.
- 87) クラインマン, アーサー著, 大橋英寿, 遠山宣哉, 作道信介, 他訳, 臨床人類学 文化のなかの病者と治療者, 東京:弘文堂, 1992年.
- 88) 栗原幸江, “がん患者のこころのケア 心理療法士の立場から,” 治療, 87巻, 4号(2005), pp. 1556-1560.
- 89) 黒田浩一郎編, 医療社会学のフロンティアー現代医療と社会ー, 京都:世界思想社, 2001年. 経絡治療学会編, 日本鍼灸医学(経絡治療・臨床編), 東京:経絡治療学会, 2001年.
- 90) 小泉美佐子, 伊藤まゆみ, 宮本美佐, “青年期の看護学生と高齢者の希望の比較に関する研究,” 群馬保健学紀要, 20号(1999), 103-112.
- 91) “心をつかむ「3分診療」,” 日経メディカル, 33巻, 10号(2004), pp. 46-57.
- 92) 小島操子, “がん看護専門看護師の現状と展望,” ターミナルケア, 9巻, 6号(1999), pp. 405-411.
- 93) 小曾戸洋, 中国医学古典と日本ー奇談と伝承ー, 東京:協書房, 1996年.
- 94) 小松浩子, 小島操子, “ターミナルケアに携わる看護師と医師のストレス,” 看護学雑誌, 52巻, 11号(1988), pp. 1077-1083.
- 95) 小柳仁監修, 標準外科学 第10版, 東京:医学書院, 2004年.
- 96) コール, A. S & パード, J 著, 飯島克己, 佐々木将人訳, メディカルインタビュー 三つの機能モデルによるアプローチ(第2版), 東京:メディカルサイエンス・インターナショナル, 2003年.
- 97) 近藤まゆみ, “総合相談部における専門看護師のはたらき,” ターミナルケア, 9巻, 6号(1999), pp. 416-419.
- 98) 酒井シヅ, 日本の医療史, 東京:東京書店, 1980年.
- 99) 桜井厚, インタビューの社会学ーライフストーリーの聞き方, 東京:せりか書房, 2005年.
- 100) 笹原明代, 梅原美保子, 白井由紀, 他, “東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査ー医師と看護師の死および緩和ケアに関する態度,” 緩和ケア, 15巻, 6号(2005), pp. 669-674.
- 101) 笹原寿美, 藤田淳子, 岡山寧子, 他, “一般病棟看護師の終末期ケアとストレスの関連ーホスピス・緩和ケア病棟看護師との比較からー,” 日本がん看護雑誌, 18号(2004), p. 100.
- 102) “座談会 鍼灸とターミナルケア,” 医道の日本, 701号(2002), pp. 7-22.
- 103) 佐藤純一編, 文化現象としての癒しー民間医療の現在, 大阪:メディカ出版, 2000年.
- 104) 佐藤純一, 100問100答医療の不思議, 東京:河出書房新社, 2001年.
- 105) 志賀弘朗, “医師・患者関係の築き方,” 治療, 79巻, 1号(1997), pp. 13-18.
- 106) 篠原昭二, 他, “灸刺激によるマウス移植腫瘍の増殖およびリンパ節転移の抑制効果について,” 明治鍼灸医学, 5号(1989), pp. 113-119.
- 107) 篠原昭二, 他, “鍼灸院におけるがん患者に対する鍼灸治療の実態調査,” 全日本鍼灸学会雑誌, 52巻, 3号(2002), p. 126.
- 108) 篠原昭二, 渡邊勝之, “緩和医療における鍼灸,” 緩和医療学, 5巻, 3号(2003), pp. 235-241.
- 109) 終末期医療に関する調査等検討会編, 今後の終末期医療のあり方, 東京:中央法規出版株式会社, 2005年.
- 110) 首藤傳明, 経絡治療のすすめ, 神奈川:医道の日本社, 1983年.
- 111) 首藤傳明, “うつ病の鍼灸治療,” 鍼灸OSAKA, 21巻, 3号(2005), pp. 239-244.
- 112) 進藤雄三, 黒田浩一郎編, 医療社会学を学ぶ人のために, 京都:世界思想社, 2005年.
- 113) 杉万俊夫編, コミュニティのグループダイナミックス, 京都:京都大学出版会, 2006年.
- 114) 鈴木信, “10年来の抑うつ気分が改善した1例,” 臨床針灸, 19巻, 2号(2004), pp. 32-42.
- 115) 鈴木信孝, “補完代替医療学的发展,” 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 5号(2006), pp. 693-701.
- 116) 鈴木雅雄, 他, “鍼灸治療により全身倦怠感と食欲不振の改善が得られた末期胃癌患者の一例,” 第3回日本緩和医療学会総会(1998), p. 118.
- 117) 世界保健機関(WHO)編, 武田文和訳, がんの痛みからの解放 WHO方式疼痛治療法, 東京:金原出版, 1987年.
- 118) 世界保健機関(WHO)編, 武田文和訳, がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア, 東京:金原出版, 1993年.
- 119) 関恵子, 他, “鍼灸治療により疼痛の軽減が得られた胃癌患者の1症例,” 全日本鍼灸学会雑誌, 50巻, 2号(2000), p. 338.
- 120) 芹沢勝助, 鍼灸の科学 理論編, 東京:医師薬出版株式会社, 1959年.
- 121) 滝田弥生, “歯科領域におけるハリ麻酔の臨床生理学的研究,” 奈良医学誌, 36巻, 2号(1985), pp. 328-352.
- 122) 高士将典, “緩和ケアにおける, 東洋医学に基づいた温熱療法の試み,” 全日本鍼灸学会雑誌, 55巻, 4号(2005), pp. 574-583.

- 123) 高橋都, 甲斐一郎, 赤林朗, 他. “乳癌患者への心理・社会的支援に関する外科医の意識 - 第1報 - 問題の種類と対応すべき職種・支援者 -,” 乳癌の臨床, 14巻, 4号 (1999), pp. 495-502.
- 124) 高橋都, 赤林朗, 甲斐一郎, 他. “乳癌患者の心理社会的支援に関する外科医の意識 - 第2報: 外科医から精神科医/心療内科医/心理専門家への患者紹介行動 -,” 総合病院精神医学, 13巻, 1号 (2001), pp. 38-46.
- 125) 高宮有介. “ギアチェンジの動向と問題点,” ターミナルケア, 11巻, 3号 (2001), pp. 173-176.
- 126) 竹田太郎, 他. “カンファレンスルームBからの症例報告15 精神的サポートとして鍼灸治療が有用だった末期直腸癌の1症例,” 医道の日本, 706号 (2002), pp. 64-70.
- 127) 竹山晋一郎著, 藤井美保子編. 漢方医術復興の理論 改訂版, 東京: 綴文堂, 1971年.
- 128) 田代姫代. “腫瘍に対する鍼灸治療の臨床例,” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 1号 (1999), p. 232.
- 129) 田中克佳. “がん患者の緩和ケア-緩和医療をトータルに考える,” 治療, 87巻, 4号 (2005), pp. 1549-1555.
- 130) 田中英夫, 淡田修久, 和歌恵美子, 他. “がん(成人病)専門診療施設における病棟別に見た入院患者満足度-2年間の変化とその要因-,” 全日本自治体病院協議会雑誌, 44巻, 7号 (2005), pp. 974-984.
- 131) 田村恵子. “病院全体に関わる専門看護師のはたらき,” ターミナルケア, 9巻, 6号 (1999), pp. 412-415.
- 132) 田村恵子. “がん患者のスピリチュアルペインとその対応としてのケア,” 緩和ケア, 15巻, 5号 (2005), pp. 396-401.
- 133) 塚田弥生, 川嶋明, 山下仁. “代替医療としての鍼灸治療-国際比較とプライマリケア医が知っておくべき鍼灸の適応とその現状, 安全性について-,” 治療, 84巻, 1号 (2002), pp. 85-91.
- 134) 辻本好子. “最後まで「私らしさ」が尊重されるために,” 死の臨床, 19巻, 1号 (1996), pp. 13-14.
- 135) 辻本好子. “患者の不満はどこからきて、どこに行くのか,” 日本歯科医療管理学会雑誌, 37巻, 1号 (2002), p. 31.
- 136) 鶴田正敏他. “コミュニケーション不足が招く患者・家族の不満に対応する,” 看護学雑誌, 67巻, 6号 (2003), pp. 543-549.
- 137) 鶴若麻理, 岡安大仁. “末期がん患者のスピリチュアルニーズについて,” 生命倫理, 11巻, 1号 (2000), pp. 58-63.
- 138) 俣田光洋. 皮膚は考える 岩波科学ライブラリー112, 東京: 岩波書店, 2005年.
- 139) 天津中医学学院+学校法人後藤学園編. 針灸学 [基礎編], 千葉: 東洋学術出版社, 1991年.
- 140) 藤堂明保編. 学研 漢和大辞典, 東京: 学習研究社, 1978年.
- 141) “特集 患者1500人インターネット調査-私たちはここが不満で通院先を変えました,” 日経ヘルスケア, 124号 (2000), pp. 10-27.
- 142) 東原正明, 近藤まゆみ編. 緩和ケア, 東京: 医学書院, 2000年.
- 143) 恒藤暁. 最新緩和医学, 大阪: 最新医学社, 1999年.
- 144) 所昭宏, 川原正明, 中井吉英. “がん医療現場でのストレスとその対応,” 緩和ケア, 15巻, 6号 (2005), pp. 609-613.
- 145) 長尾榮一教授退官記念論文集刊行会編. 鍼灸按摩史論考, 東京: 桜雲会, 1996年.
- 146) 中川米造, 藤崎和彦編. 良い医者育てる 21世紀の医療を担う 現代のエスプリ313, 東京: 至文堂, 1993年.
- 147) 永田勝太郎, 他. 日本のターミナルケア, 東京: 誠信書房, 1985年.
- 148) 永田勝太郎, 長谷川拓也, 岡野寛, 他. “がんの自然退縮に関する研究-実存的転換の条件,” 心身医学, 44巻, 7号 (2004), pp. 480-486.
- 149) 長野仁解説, 野尻佳与子編. 鍼のひびき灸のぬくもり-癒しの歴史-, 岐阜: 内藤記念くすり博物館, 2002年.
- 150) 中野峰子, 久保ひろみ, 森本裕子, 他. “患者満足度調査の分析と患者満足度向上への取り組み,” 看護管理 日本看護学会論文集, 34号 (2003), pp. 118-120.
- 151) 中村一徳. “精神疾患に対する鍼灸治療(うつを中心として),” 鍼灸OSAKA, 21巻, 3号 (2005), pp. 261-265.
- 152) 中村宏孝, 他. “骨髄腫脳脊髄で骨転移した患者の鍼灸治療,” 全日本鍼灸学会雑誌, 49巻, 1号 (1999), p. 253.
- 153) 中村智代子, 丸口ミサエ. “精神的動揺の強い進行がん患者の看護,” がん看護, 7巻, 6号 (2002), pp. 482-487.
- 154) 西川順子, 真鍋照美. “患者家族とのコミュニケーション 不満を表出できなかった終末期患者の家族から学んだ基本的スキル,” 看護実践の科学, 28巻, 13号 (2003), pp. 15-19.
- 155) 西条一止, 熊澤孝朗監修. 鍼灸臨床の科学, 東京: 医歯薬出版社, 2000年.
- 156) 西野弘員, 佐藤美幸, 田中愛子, 他. “精神的ケアに対する一般看護師の感情とケアへの不安-精神科経験による差異-,” 精神看護 日本看護学会論文集, 第36回 (2005), pp. 234-236.
- 157) 日本死の臨床研究会・教育研修委員会編. 死の臨床とコミュニケーション, 大阪: 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2003年.
- 158) 日本統合医療学会編. 統合医療 基礎と臨床, 東京: 日本統合医療学会, 2005年.
- 159) 野末聖香. “ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策,” ターミナルケア, 15巻, 6号 (1995), pp. 440-444.
- 160) 野村拓, 藤崎和彦. わかりやすい医療社会学, 東京: 看護の科学社, 1997年.
- 161) パーソングズ, タルコット著, 佐藤勉訳. “社会構造と受動的過程-近代医療の事例,” 社会体系論 現代社会学大系 第14巻, 東京: 齊木書店, 1974年, pp. 424-475.
- 162) 濱口恵子. “緩和ケアにおけるがん看護専門看護師の役割,” 死の臨床, 24巻, 1号 (2001), pp. 16-18.
- 163) 原岡一馬編. 人間とコミュニケーション, 京都: ナカニシヤ出版, 1990年.
- 164) 原田朋代, 神津朋子, 小田式子, 他. “緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルケアに関する研究-入院経過に伴う希望の変化についての質的分析-,” 上武大学看護学部紀要, 2巻, 2号 (2005), pp. 9-17.
- 165) 日野原直明監修, 岡安大仁, 柏木哲夫編. ターミナルケア医学, 東京: 医学書院, 1989年.
- 166) 兵藤正義, 亀井順二. “悪性腫瘍前線の鍼灸治療,” Pharma Medica, 10巻, 3号 (1992), pp. 65-70.
- 167) 平井啓. “末期がん患者の心理適応に関する研究,” 人間科学研究, 4号 (2002), pp. 29-43.
- 168) 平賀一陽, 他. “日本におけるがん疼痛治療の現状と問題点,” ターミナルケア, 4巻 (1994), pp. 190-194.
- 169) 廣政基, 他. “サーモグラフィ法-法の疼痛部位および鍼灸治療効果の客観的評価法としての有用性について,” 明治鍼灸医学, 8号 (1991), pp. 43-51.
- 170) 廣瀬寛子. “看護カウンセリングの実際,” ターミナルケア, 9巻, 2号 (1999), pp. 97-101.
- 171) 廣瀬寛子, 田上美千佳. “生と死のスピリチュアルティ-がん患者と遺された家族への関わりからみえてきたもの-,” 人間性心理学研究, 21巻, 2号 (2003), pp. 205-219.
- 172) 福井次矢監修. メディカル・インタビューマニュアル 医師の本領を活かすコミュニケーション技法 (第3版), 東京: インターメディアカ, 2002年.
- 173) 福田早苗, 渡邊映理, 小野直哉, 他. “現代西洋医学以外の伝統的医療・治療の使用と健康問題に関する実態調査,” 日本公衆衛生雑誌, 53巻, 4号 (2006), pp. 293-300.

- 174) 福田文彦, 他. "カンファレンスルーム日からの症例報告4 膵臓癌による背部痛の症例." 医道の日本, 693号 (2001), pp. 15-21.
- 175) 福田文彦, 矢野忠. "現代医学からみた東洋医学 鍼灸による抗ストレス作用." 医学のあゆみ, 203巻, 6号 (2002), pp. 459-464.
- 176) 福田文彦, 矢野忠, 鈴木雅雄, 他. "緩和ケアにおける鍼灸治療." がん患者と対症療法, 13巻, 2号 (2002), pp. 51-57.
- 177) 福田文彦, 久保存子, 矢野忠. "軽度のうつ状態に対する鍼灸治療." 医道の日本, 66巻, 4号 (2006), pp. 78-82.
- 178) 福本美鈴, 近藤亜希子, 三上真理子, 他. "病棟に勤務する看護師のストレス場面に対する調査." 精神看護 日本看護協会論文集, 36回 (2005), pp. 226-227.
- 179) 藤本俊郎. 素問医学の世界-古代中国医学の展開-. 東京: 積文堂, 1976年.
- 180) 藤本俊郎. 鍼灸医学源流考-素問医学の世界II-. 東京: 積文堂, 1979年.
- 181) 藤原明子. 看護学生のためのターミナルケア入門. 東京: メヂカルフレンド社, 1995年.
- 182) 藤本遼風. "刺絡が奏功した癌の一症例-大腿腫瘍の治療例-" 日本刺絡学会誌, 9巻, 1号 (2001), pp. 7-16.
- 183) フリック, ウグエ, 著. 小田博志, 山本則子, 春日常, 他訳. 質的研究入門-(人間の科学)のための方法論. 東京: 春秋社, 2002年.
- 184) ブルーマ, ハーバート著. 後藤将之訳. シンボリック相互作用論. 東京: 朋草書房, 1991年.
- 185) ベッカー, カール, 柏木哲夫, デーケン, アルフォンス, 他著. 深く死ぬために(臨死学)入門. 東京: 春秋社, 1995年.
- 186) ベッカー, カール編著. 生と死のケアを考える. 京都: 法蔵館, 2000年.
- 187) ホープ, キャサリン&ニコラス, メイズ編. 大滝純司監訳. 質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために. 東京: 医学書院, 2001年.
- 188) 堀毛裕子. "ILLNESSの意味-SD法による疾患のイメージ分析." 日本健康心理学会第7会大発表論文集, 1994年, pp. 142-143.
- 189) 前野宏. "医師に対するスピリチュアルケアのアンケート結果とスピリチュアルケアにおける仮定と原則." ターミナルケア, 10巻, 2号 (2000), pp. 97-102.
- 190) 町田いづみ. "医療コミュニケーション・面接技術・ラポール形成." 診断と治療, 91巻, 8号 (2003), pp. 1301-1310.
- 191) 町野朝, 丸山雅夫, 西村秀二, 他. 安楽死・尊厳死・末期医療 資料-生命倫理と法II. 東京: 信山社出版株式会社, 1997年.
- 192) 末田清子, 福田浩子. コミュニケーション学 その展望と視点. 東京: 松柏社, 2003年.
- 193) 松本勲, 他. "鍼刺激によるひと下腿筋血流の改善." 明治鍼灸医学, 6号 (1990), pp. 83-87.
- 194) 松本日出男, 池田聡子, 森満. "同一医療機関の医師・看護職における精神的健康度と職場のストレス要因の検討." 北海道公衆衛生学雑誌, 15巻, 2号 (2002), pp. 155-165.
- 195) 松森裕司. "鍼灸 鬱状態に対する鍼灸治療." 日本東洋医学雑誌, 54巻, 1号 (2003), pp. 161-168.
- 196) 真柳誠. "現代中医鍼灸学の形成に与えた日本の貢献." 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 4号 (2006), pp. 605-615.
- 197) 水島裕福. 今日の治療薬 2001年版. 東京: 南江堂, 2001年.
- 198) 南利雄. "ストレス疾患への伝統医学治療." 鍼灸 OSAKA, 21巻, 3号 (2005), pp. 251-254.
- 199) 向野義人. "Systematic Review からみたうつ病に対する鍼の有効性." 鍼灸 OSAKA, 21巻, 3号 (2005), pp. 245-250.
- 200) 村上園男. ターミナルケア・ガイド. 大阪: 関西看護出版, 2005年, pp. 99-158.
- 201) 村田久行. "スピリチュアルケアとは何か." ターミナルケア, 12巻, 4号 (2002), pp. 324-327.
- 202) 村田久行. "終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア-現象学的アプローチによる解明-" 緩和ケア, 15巻, 5号 (2005), pp. 385-390.
- 203) 森珠美, 上村章博, 福田文彦, 他. "末期癌患者に対する鍼灸治療の試み-ターミナルケアとしての鍼灸治療の有用性について-" 明治鍼灸医学, 13号 (1993), pp. 45-54.
- 204) 森田達也, 井上聡, 千原明. "終末期がん患者の危死念慮と身体的苦痛・実存的苦痛." ターミナルケア, 10号 (2000), pp. 177-178.
- 205) 森田達也, 井上聡, 千原明, 他. "終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア:統計的レビューにもとづく統合化." 緩和医療学, 3巻, 4号 (2001), pp. 444-456.
- 206) 森田雅之, 松本慎之. 鎮痛剤によるがん疼痛治療法 別冊 2001年改訂版. 東京: テクノコミュニケーションズ, 2001年, p. 17.
- 207) 森田幸代, 下田和幸. "がん患者の精神症状に対する薬物治療法." 医学のあゆみ, 205巻, 12号 (2003), pp. 907-910.
- 208) 柳沢みどり, 黒岩礼子. "患者・看護士における満足度の相違と分析 相方の満足・不満足傾向の要素を探る." 季刊東京精神病院協会雑誌別冊, 別冊20号 (2005), pp. 64-68.
- 209) 矢野忠, 丸山彰貞, 田中淳子, 他. "鍼通電, TENSによるEEGトポグラムの変化." 明治鍼灸医学, 創刊号 (1985), pp. 55-64.
- 210) 矢野忠, 森和, 行待寿紀. "ストレスからの開放そして鍼灸 -中樞神経機能からみた鍼灸のストレス緩和の効果について-" 全日本鍼灸学会雑誌, 43巻, 4号 (1993), pp. 143-153.
- 211) 矢野忠, 他. "ターミナルケアと東洋医学-鍼灸医学の立場から-" 東方医学, 9巻, 4号 (1993), pp. 9-19.
- 212) 矢野忠, 福田文彦, 加藤茂, 他. "現代のストレスと東洋医学 ストレスと鍼灸医学." 日本東洋医学雑誌, 55巻, 1号 (2004), pp. 78-85.
- 213) 山口建, 他. がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 概要版 がんと向き合った7,885人の声. 静岡: 「がんの社会学」に関する合同研究班, 2004年.
- 214) 山口建, 石川睦弓, 堀内智子. "がん患者の不安と悩み." 治療, 87巻, 4号 (2005), pp. 1469-1475.
- 215) 山崎喜比古編. 健康と医療の社会学. 東京: 東京大学出版会, 2001年.
- 216) 山崎章郎. "人間存在の構造からみたスピリチュアルペイン." 緩和ケア, 15巻, 5号 (2005), pp. 376-379.
- 217) 山下仁, 津嘉山洋, 丹野添夫, 他. "鍼灸の副作用." 医学のあゆみ, 196巻, 10号 (2001), pp. 765-767.
- 218) 山下仁, 津嘉山洋. "日本における相補・代替医療の利用の現状と課題." 病院, 63号 (2004), pp. 379-383.
- 219) 山下仁. "日本におけるCAMと統合医療の普及状況." 滝美和彦監修. 国際統合医療元年-第1回 国際統合医療専門家会議公式記録集 2004-. 東京: 日本医療企画, pp. 120-126.
- 220) 山下仁, 津嘉山洋. "日本の成人鍼灸受療者に関する全国規模電話調査2005." 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 3号 (2006), p. 503.
- 221) 山下仁. "欧米におけるAcupuncture事情と日本鍼灸の課題." 全日本鍼灸学会雑誌, 56巻, 6号 (2006), pp. 703-712.
- 222) 山田慶兒. 中国医学の思想的風土. 東京: 潮出版社, 1995年.
- 223) 山田光胤, 代田文彦. 図説 東洋医学(基礎編). 東京: 学習研究社, 1979年.
- 224) 山田祐司. "緩和ケア病棟での代替医療の光と闇." ターミナルケア, 10巻, 5号 (2000), pp. 343-345.
- 225) 山脇成人, 萬谷智之. "がん医療における精神科医の役割." がん看護, 7巻, 6号 (2002), pp. 461-466.
- 226) 山室誠. "終末期医療に携わる医師のあり方 -ペインクリニック医の立場から-" 治療, 79巻, 1号 (1997), pp. 45-48.
- 227) 横川陽子, 平賀一陽. "鍼灸治療とがん患者の気分の変化." 死の臨床, 14巻, 1号 (1991), pp. 88-93.
- 228) 横川陽子, 他. "癌疼痛の補助療法としての鍼灸治療." 癌患者と対症療法, 3巻, 1号 (1991), pp. 679-685.

- 229) 横川陽子, 他. “がん病院における鍼灸治療の経過と現状.” 死の臨床, 16 巻, 1 号 (1993), pp. 70-74.
- 230) 横川陽子, 他. “浮腫への鍼灸.” IJM, 3 巻, 12 号 (1993), pp. 1134-1136.
- 231) 横川陽子, 他. “がん患者に対する鍼灸治療.” 鍼灸 OSAKA, 13 巻, 3 号 (1997), pp. 27-31.
- 232) 横川陽子, 他. “担当がん患者への鍼灸治療の経験.” ペインクリニック, 9 巻, 6 号 (1998), pp. 797-802.
- 233) 吉田智美. “専門看護師とコンサルテーション.” ターミナルケア, 9 巻, 6 号 (1999), pp. 420-422.
- 234) 吉田扶美子. “ホスピス・緩和ケア病棟で働く看護師のストレスとその対処.” がん患者と対症療法, 15 巻, 1 号 (2004), pp. 58-61.
- 235) 淀川キリスト教病院ホスピス編. 柏木哲夫監修. 緩和ケアマニュアル ターミナルケアマニュアル改訂第4版. 大阪: 最新医学社, 1992 年. 2001 年.
- 236) 楽学舎編. 看護のために人間科学を求めて. 京都: ナカニシヤ出版, 2000 年.
- 237) ロック, マーガレット著. 中川米造訳. 都市文化と東洋医学. 京都: 思文閣出版, 1990 年.
- 238) 和田美香. “緩和ケア病棟に勤務する看護師のストレスとその対処法.” 緩和ケア, 15 巻, 6 号 (2005), pp. 625-626.

〈英文〉

- 1) Akechi, T. et al. “Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer hospitals.” Journal of Clinical Oncology, 31 (2001), pp. 188-194.
- 2) Cooley, C. H. Social organization. New York: Schocken Books, 1909.
- 3) Derogatis, L. R., et al. “The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients.” JAMA, 249 (1983), pp. 751-757.
- 4) Eisenberg, D. M., et al. “Trends in Alternative Medicine Uses in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.” JAMA, 280 (1998), pp. 1569-1575.
- 5) Hall, E. T. The hidden dimension. New York: Doubleday, 1966.
- 6) Hori, Y., Takita, Y., et al. “The mechanism of acupuncture analgesia by electrophysiological study - With special reference to dental clinic.” 関西鍼灸大学年報, 9 号 (1993), pp. 4-11.
- 7) Hovland, C. I. et al. Communication and persuasion. New Haven: Yale University Press, 1953.
- 8) Matsumoto, D. Culture and psychology (2ed.). Belmont, CA: Wadsworth, 2000.
- 9) Passik, S. D., et al. “Oncologists’ recognition of depression in their patients with cancer.” Journal of Clinical Oncology, 16 (1998), pp. 1594-1600.
- 10) Rounds, I. B., Zevon, M. “Cancer stereotypes: A multidimensional scaling analysis.” Journal of Behavioral Medicine, 16, 1993, pp. 485-496.
- 11) Schramm, W. The process and effects of mass communication. Illinois: University of Illinois Press, 1954.
- 12) Szasz, T. S., and Hollender, M. H. “A Contribution to the philosophy of medicine.” Archives Internal Medicine, 97 (1956), pp. 585-592.
- 13) Trenholm, S., Jensen, A. Interpersonal communication. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 2000.
- 14) Veatch, R. M. “The Patient-physician Relation: The Patient as Partner,” part 2. Indiana University press, 1991.
- 15) Wood, J. T. Gendered lives: Communication, gender and culture. Belmont, CA: Wadsworth, 1994.

〈ホームページ〉

- 1) 厚生労働省. “第 5 表 性別にみた死因順位 (第 10 位まで) 別死亡数・構成割合.” 平成 17 年人口動態統計 (確定数) の概況. <http://mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo5.html> 2006 年 10 月 25 日
- 2) 日本補完代替医療学会ホームページ <http://www.icam-net.jp/info/what.html> 2006 年 11 月 1 日.
- 3) 野村和弘, 他編. がんの統計 '05 がんの治療法 (国立がんセンター中央病院, 初発症例: 昭和 50 年度・平成 16 年の比較). <http://www.ncc.go.jp/ip/statistics/2005/preface.pdf> 2006 年 10 月 25 日.
- 4) 野村和弘, 他編. がんの統計 '05 序 <http://www.ncc.go.jp/ip/statistics/2005/preface.pdf> 2006 年 10 月 25 日.

鍼灸学校教育の歴史に見る鍼灸の変遷と現況

筑波技術大学保健科学部

形井 秀一

千葉県立千葉盲学校

箕輪 政博

1. はじめに

2000年以降の鍼灸学校新設や定員増、大学設置の動きは、鍼灸界に量的変化のみならず質的变化を引き起こす可能性を秘めている。現時点ではそれらは必ずしも顕在化しているとは言い難いが、学生数の急増や、鍼灸師の増加により、日本の鍼灸界はもちろんのこと、医療あるいは健康の状況に対する影響が少なからず生じてくるはずである。もちろん、その前提となっているのは、東洋医学的な視点が現代の医療状況に意味のある影響を及ぼすものと確信してのことであるが。

そのような、ここ10年くらいにおける諸現象は、それだけで検討に値するが、ここでは、特に学校教育がどのような影響を受けるかを考えるにあたり、鍼灸学校教育の変遷を俯瞰し、その変遷をどのように考えるかに焦点を絞って論じてみたい。明治から現在に至るまでの鍼灸分野における学校教育の変遷を4期に分けて、それぞれの特徴を述べ、若干のコメントを加える。

2. 鍼灸学校教育の変遷

(1) 第1期 (1870年代～1940年代)

明治維新後のこの期は、視覚障害者のための鍼灸あん摩の教育が確立していく時期である。明治期から東洋医学は国の医学ではなくなったが、視覚障害のある子弟のために鍼灸あん摩を学ばせようとする親たちが中心となって、各地に盲学校の前身である私塾が作られた。江戸期がそうであったように、鍼灸あん摩による職業自立を目指したのである。

その後、1923年（大正12年）に出された「盲学校及聾啞学校令」（大正12年勅令第375号）により、道府県に1校以上の盲学校設置義務が示され、盲学校の公立移管が実施された。その結果、50年代に入ると、それまで80校以上あったとされる視覚障害者のための私立盲学校のほとんどが公立化され、各都道府県に1校以上設置される現在の盲学校教育の原形ができあがった。

このようにこの時期、日本で、鍼灸、あん摩の教育が最も整った形で行われていたのは盲学校であり、同時に、盲学校が公立化され、公教育の中で鍼灸あん摩が教育されるようになったということは、鍼灸あん摩の存続に、大きな力となった。また、その教育内容は、現在の鍼灸あん摩教育が、国の方針の下に多くの時間を割いて西洋医学を取り入れているように、当時も西洋医学を大幅に取り入れており、日本の鍼灸あん摩の教育が100年以上にわたって、西洋医学と同化し続けてきたことが理解される。東洋医学は日本において、現代西洋医学と融合する努力が100年以上続けられてきたことは、東洋医学とは何か、あるいは、東洋医学は如何にあるべきか、現代において東洋医学がどのような役割を担えるかを考える時に重要である。

以降、学生数が減少するなどの問題はありますが、現代に至るまで盲学校数に大きな変化はない（図1）。

（2）第2期（1910年代～1950年代）：専門学校第1設立期

① 専門学校

第2期は、第1期と重なる期間もあるが、晴眼者を主体とした鍼灸専門学校が創設された時期である。現在まで存続する専門学校のうち、最も早く創立されたのが1912年（明治45年）、鹿児島県知事から認可を受けた鹿児島鍼灸専門学校であった。その後、数は明確ではないが専門学校が設立されることになるが、40年代までに設立された専門学校で現在まで存続しているのは7校である。

そして、戦後、1947年に学校教育法が制定され、専修学校規定ができた。また、同年12月「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法」が制定され、それまでの営業免許から身分免許となり、警察が与える鑑札から都道府県知事が実施する試験に合格した者に与えられる免許となった。それまで4年間の臨床修業年限の上に試験を受けて与えられる難しい試験であったものが、認定校卒業後の試験を合格して与えられる免許となったのである。その結果、1950年代までに、鍼灸あん摩の専門学校22校が設立され、1990年代まで続く専門学校の大半がこの時点までに設立されたことになる。この期を第1設立期としたのは、第2設立期となるべき現象が、2000年代の今、起こっているからである（図2）。

② 専門学校教員養成課程

また、専門学校生教育のための教員養成課程が、80年代に2校、90年代に1校設立された。2000年代になって、さらに4校設立され、今後も増えることが予想されるが、80年代は、第1期専門学校設立期に設立された学校で教鞭を執るための教員の養成課程が整備された時期であった（図2）。

このように、専門学校が50年代までに22校設立され、50年代以降は盲学校教育と専門学校教育が、車の両輪のように続く体制が鍼灸、あん摩教育界にできたわけである。

（3）第3期（1970年代～現在）：大学設立期

日本の鍼灸界に最初に大学（短大）が設立されたのは、1977年の明治鍼灸短大で、以降80年代までに3短期大学が設立される。そして、それらの短期大学は、

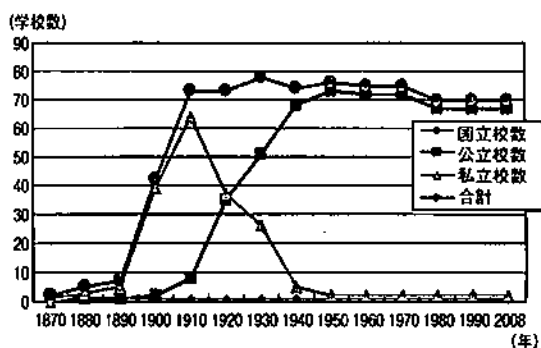


図1 盲学校数の推移

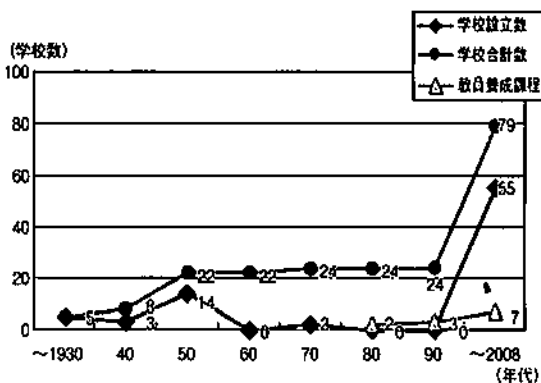


図2 鍼灸専門学校の設立年代と数

- 〈1900年：東京教育大学（現筑波大学）に教員養成課程を創設〉
- 77年：明治鍼灸短大
- 83年：関西鍼灸短大、明治鍼灸大学
- 87年：筑波技術短大、明治鍼灸大学大学院
- 03年：関西鍼灸大学
- 04年：鈴鹿医療科学大学、帝京平成大学
- 06年：筑波技術大学
- 07年：森ノ宮医療大学、関西医療大学、同大大学院、日本伝統医療科学大学院大学
- 08年：明治国際医療大学
- 09年：東京有明医療大学

図3 鍼灸の大学の設立時期

その後、4年制大学に昇格し、さらに2大学では大学院を創設するに至る（残る1大学も2010年には大学院を開設予定）。これらの大学のうち、明治鍼灸大学と関西鍼灸大学は、設立当初は、「鍼灸」短大と鍼灸を名に冠していたが、2007年に関西鍼灸大学が関西医療大学に、2008年に明治鍼灸大学が明治国際医療大学へと改称し、鍼灸を大学名に冠した大学は日本からはなくなった。それは、関西医療大学が鍼灸学科以外

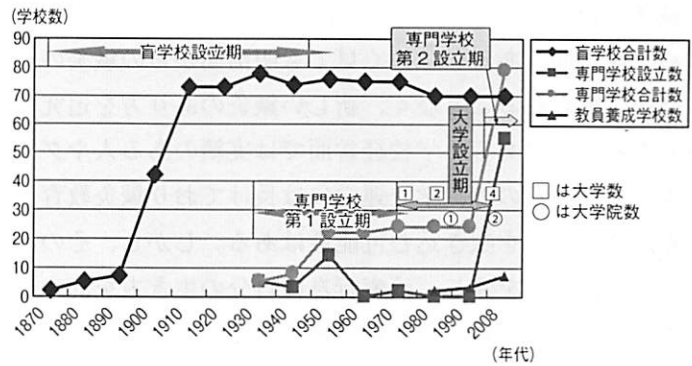


図4 明治以降の鍼灸の学校教育の変遷

に理学療法学科や柔道整復学科、保健看護学科なども併設し、また、明治医療大学が鍼灸学科に柔道整復学科、看護学科を併設するなど、多学科併設の大学になったことによる。これは、2004年に設立された鈴鹿医療科学大学や帝京平成大学、また2009年に設立された東京有明医療大学がいずれも鍼灸学科単独ではなく、柔整や看護、その他の学科を併設したり、もともと他の学科があるところに増設された鍼灸学科であることと無関係ではない（図3）。2000年代には、もはや、鍼灸単独の学科では大学経営が成立し得ない状況であったということである。それは、経営上、また、経済的に多学科を抱えたほうが、収益性が高いことを意味している。しかし、同時に、鍼灸が孤立した形で存在するのではなく、CAMの筆頭として世界的に認められつつあるように、日本の社会環境が鍼灸を他の医療分野と同時に存在・教育する方向を少なからず認めつつあるということの意味していると考えられる。もちろん、現場ではまだまだ無条件に鍼灸が受け入れられてはいない現実であるが、少なくとも一つの大学の中に鍼灸と他の医療関係学科が併存するようになった意義は大きいものと考えられる。

このように、1980年代以降、鍼灸の学校教育の側面から見ると、盲学校、専門学校に、数は少ないがその影響力が大きい大学グループが台頭し、3つのグループが、日本の鍼灸を担っていくことになった。

(4) 第4期（2000年代～現在）：専門学校第2設立期

2000年以降、専門学校の設立が相次いだ。これは、『社会鍼灸学研究会2007』で報告したように、1998年のいわゆる福岡裁判判決の結果、鍼灸学校の新設や定員増が可能になったことによる¹⁾。2000年代になって55校以上増え、2008年4月現在で、81専門学校となった。

この鍼灸学校増設・定員増は、しかし、単に鍼灸学校や生徒の数が増えたということではなく、時代背景や他の要因が関係して、第1設立期とは幾つかの特徴的な違いがある。

まず、経済、教育、文化、世相などの日本の社会的状況が、その設立のあり様に大きく影響している。例えば、日本の経済状況は、戦後の1950年代以前と2000年代では大きく異なるように、専門学校の教育制度上の位置づけは変わらないが、社会的な役割や実質的な意味は50年代当時と現在では大きく異なる。また、明治末から大正、昭和の初期と日本文化が顧みられ、国粹主義的な気運が強くなるが、東洋医学に復古の気運が見られた時期でもあった。このような第1設立期に対して、2000年代の第2設立期は、別の意味で東洋医学の見直しが見直されている時期である。それは、西洋医学の行き詰まりをきっかけに、CAMや統合医療の視点が生まれて、鍼灸や東洋医学が見直され、その役割が大きくなってきているという意味である。

また、第1期の鍼灸専門学校のオーナーはほとんどが鍼灸師やその関係者、つまり、鍼灸の専門分野を良く理解する人であったが、第2期のオーナーは、他分野の専門学校経営者であったり、学校経営のプロであったりして、多くが鍼灸分野の専門家ではない。つまり、鍼灸を職業としたり、鍼灸の分野に関わってきた人々ではなく、学校経営の専門家やリハビリテーションなどの医療分野の経営者が、オーナーであるケースが多い¹⁾（図5）。これは、鍼灸学校のあり方に大きな影響を与えるものと考えられる。

鍼灸に対して良くも悪くも距離のある立場にあるため、江戸期、あるいは短く見ても明治期からの鍼灸の歴史に縛られることなく、新しい鍼灸のあり方を追究できる立場にある。学校経営面では実績のある人やグループであるので、学校運営には長けており鍼灸教育界に新しい風を吹き込む可能性はある。しかし、その一方で、鍼灸を愛し、治療行為に自分の生き方を託すような、のめり込み型の経営者は少ない。あくまでも専門学校経営のプロであるので、鍼灸に対する取り組みの姿勢が第1設立期の学校群とは異なっている。それらの違いが顕在化するの、今後の社会情勢の変化が顕著になった時であろう。

3. おわりに

以上、明治以降の鍼灸教育の変遷を主に学校の設立の面から見てきた。今後の鍼灸界は、視覚障害者が学ぶ学校群、専門学校群、大学群の3つのグループによる教育を基本とする。特に、専門学校群や大学群はさらに増える可能性がある。そして、先に述べたように、それらの数の増加を鍼灸界の質の向上につなげられるか否かが今後問われることになる。世界的に鍼灸界の動きは大きく加速している。その動きに応じて日本鍼灸界が学術面で優れた結果を残し、また、世界の鍼灸界全体の動きにイニシアティブを取れるかが今後の課題である。

文献

- 1) 箕輪政博、形井秀一、福岡裁判が鍼灸教育の質へ及ぼした影響—学生や教員の質に着目して—社会鍼灸学研究2007;(2)19-24.

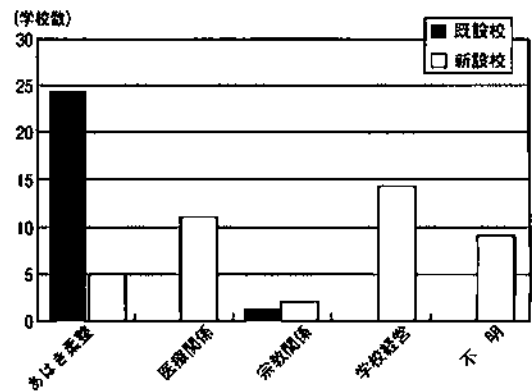


図5 学校創立者又は創立母体による分類 n=66

鍼灸研究に関する一考察

—鍼灸師で博士学位取得者の実状を中心に—

筑波技術大学 千葉県立千葉盲学校 首都大学東京大学院都市環境科学研究科

箕輪 政博

筑波技術大学

形井 秀一

I 緒言

1912年（明治45年）、『三交』（東京鍼灸雑誌）は、学位制定（1898年〈明治31〉勅令344号）以来博士の取得者は777名で、うち医学博士は232名であったと当時の日本の状況を報じている。短い記事であって、鍼灸教育との関連や影響まで論じられてはいない。むしろ、当時鍼灸に関する高等教育機関は存在せず、鍼灸に関する専門学校の設立が斯界の切実な願いであったことは、当時の鍼灸雑誌からも伺い知ることができる。

一方、文部科学省のデータによると、現代日本（2007年）で研究に従事する博士の総数は14万6千人余りで、そのうち、自然科学者は約10万人になっており、ポストドクター（ポスドク）の就職難問題は社会的な関心でもある¹⁾。

鍼灸研究を俯瞰してみると、戦前の鍼灸研究は帝国大学における医学者たちの研究が中心であり、それが鍼灸の地位の確保や向上に寄与していたといえよう。戦後になり、鍼灸師にも医学博士を取得する者が現れ始め、芹沢勝助、木下晴都らが鍼灸教育や研究の牽引者であった。

1990年代になり、明治鍼灸大学（現明治国際医療大学）が博士課程を設置し、1997年には「医疾令以来」といわれた鍼灸学博士が誕生したことはまだ記憶に新しい。現在、鍼灸師を教育する大学が6校、2007年には鍼灸の大学院大学も誕生し、今後、鍼灸界も後期高等教育の進展が予想される。

ここでは、鍼灸研究の変遷を追い、その質の変化や現状と課題について、博士学位取得者の実状に焦点をあてて報告する。

II 研究方法

1. 日本の研究者の概要について

文部科学省、厚生労働省、総務省統計局の統計データを利用した。

2. 鍼灸師で医学博士を取得した者について

1992年の「医道の日本」の「医学博士を取得した鍼灸師」として掲載された、芹沢以降28名（92年まで）を基礎データとした。それ以外の者についてはWeb上にて明治国際医療大学、関西医療大学、筑波技術大学、森ノ宮医療大学、伝統医療大学院大学等のHPおよび検索エンジンから可能な限り抽出した。学位取得年や授与大学および研究内容などについて、大学HPや国立国会図書館の検索システムNDL-OPACを用いて特定した。

3. 鍼灸学博士について

北出らの報告に基づき、2007年までの明治国際医療大学大学院の博士課程修了者および論文博士を抽出し、Web上で明治国際医療大学同窓会報（たには会報）によって学位取得年と研究内容を特定した。

Ⅲ 結果と考察

1. 日本の博士の実状

文部科学省の学校基本調査によると、2007年の博士課程在籍者数は約7万人であり、そのうち後期課程修了者は11720人、さらにそのうち保健医療分野は808人であった²⁾。旧文部省による施策で大学院の定員が増えた結果、博士号取得者が増加し、その延長でポストク数も増加したが、増加に見合うだけの安定した雇用の場が確保できていないのが現状である。文部科学省は、ポストクの雇用支援形態は多様化しており、特に21世紀COEプログラムを中心にした競争的資金で雇用され身分上不安定な者が多数を占めると、現状を分析している³⁾。

また、2007年、政府の規制改革会議、教育・研究タスクフォースは「教育と研究の質の向上に向けた大学・大学院改革に関する基本的考え方」で、グローバル化・自由競争の現代に、人材力の強化は必須であり、競争環境の整備をして、大学・大学院の教育と研究の質を高め、産・官・法曹等の実社会から高い評価を得る人材を輩出することが不可欠であるとしている。これらに見合った資金配分の必要性についても言及しており³⁾、国としてはポストク数を減らすことよりも競争原理を働かせ、教育研究の質のさらなる向上を目論んでいるようだ。

2. 近代から戦後にかけての鍼灸研究の流れ

近代から戦後、昭和中期に至る主要な鍼灸の科学的研究の概要について、芹澤の『鍼灸の科学理論篇』⁴⁾ および広瀬の『鍼灸の歴史』⁵⁾ を参考に表1のようにまとめた。

(1) 大正から昭和初期の医師たちの鍼灸科学研究の概観

戦前の研究は官立大学の医学者の医科学研究が中心であった。近代の代表的な鍼灸に関する雑誌『日本鍼灸雑誌』『東洋鍼灸雑誌』『三交』ではこれらの研究についてたびたび報告され、研究者自らが研究の意義について言及している記述もある。よって、これらの研究は当時の鍼灸の地位の確保や向上に寄与していたといえるだろう。研究内容は、総じて血液含有物質に対する鍼灸の影響の研究が中心で、鍼灸の生体への作用機序の解明が命題であったようだ。また、灸に関する研究が比較的多い理由は分からないが、現代の灸療法の理論的根拠の大本になっていることに間違いはない。芹澤は「大正時代から昭和初期に至る年代は、鍼灸に関心を持つ医学界や、施術者の啓蒙時代ともいべき時代である」と表現しているように⁴⁾、この時代の研究成果は、明治時代に一度途絶えかけた日本の鍼灸の復活を歴史上裏付ける事実とも言えるだろう。

そのなかでも、駒井一雄は生家が特に灸療法で有名だったこともあってか、鍼灸研究のみならず、東邦医学社を興し鍼灸研究雑誌『東邦医学』を創刊して、啓発目的の講習会を主催し、鍼灸の復興に多大な貢献をしたことは特筆すべきであろう。また、『東邦医学』の編集者として竹山晋一郎を見だし、竹山の活動と東邦医学講習会が後の「経絡治療」の誕生へつながったので、戦後の日本鍼灸への礎を成したという意味でも大きな意義がある。現在、斯界のみならず鍼灸教育界では駒井の名を聞く機会が比較的少ないと感じる。駒井の功績を検証して後世に語り継ぐことを鍼灸研究の一課題として取り組むべきであると考えらる。

(2) 戦後～昭和の後半にかけての研究について

長浜善夫と丸山昌郎の経絡経穴の研究や石川太刀雄の皮電点などは現代の鍼灸教科書でも引用説明されているし、中谷義雄の名は知らなくても「良導絡」を一度は耳にした者は多いだろう。また、間中善

表1 近代から昭和までの大学における鍼灸に関する主な科学研究

年代	研究者	大学	研究名
1904	三浦謹之助	東京大学	鍼治法に就て
1912	石川日出鶴丸	京都大学	自律神経と鍼灸に関する研究～門下生論文多数輩出
1912	樫田十次郎・原田重雄	東京大学	灸治に就て
1914	後藤道雄	京都大学	ヘッド氏帯と我が国古来の鍼灸術に就て
1918	越智真逸	京都医大	灸治が腎臓の機能、殊に利尿に及ぼす影響について
1926	青地正	京都大学	灸の血球、並びに血清に及ぼす影響、灸の本態について
1926	時枝薫	京都大学	灸の実験的研究
1927	原志免太郎	九州大学	灸の血色素量並びに赤血球に及ぼす影響他数編
1930	藤井秀二	大阪大学	小児鍼の実験的研究
1930	瀧野憲照	京都大学	灸の血液内カリウムおよびカルシウム含有量に及ぼす影響について
1930	駒井一雄	京都府医大学	灸の血液内心臓収縮性物質並びに血管収縮性物質の増減に及ぼす影響他
1932	長門谷丈一	大阪大学	灸の局所温度に及ぼす影響他数編
1932	山下清吉	金沢医大	白血球機能並びに核型に及ぼす灸の影響
1932	水野重元	大阪大学	鍼術の生物学的研究
1936	駒井一雄	京都府医大学	経穴の人体実験
.....
以下戦後			
1949	長浜善夫・丸山昌郎	千葉大・昭和大	経絡経穴の研究
1950	中谷義雄	京都大学	良導絡の研究
1952	寺田文治郎	日本大学	鍼の薬理
1955	南外弘	金沢大学	人迎施鍼の血圧並びに末梢血液像に及ぼす影響
1956	藤田六朗	金沢大学	経絡の研究－筋運動主因説、圧診点と丘診点の研究他
不明	杉靖三郎・多田井吉之介	東京教育大学	ストレス学説より見た鍼灸・一連の研究
不明	高岡松雄	東京医大	皮内置鍼についての研究
1957	間中善雄	京都大学	内臓体表反射、体表内蔵反射の臨床研究
1959	石川太刀雄	金沢医大	内臓体表反射の研究、皮電点の発見

注) 年代は代表的な研究の年代で前後のずれはある

雄の研究や功績は分からなくても、『医道の日本』誌の「間中賞」は聞き慣れているはずである。この時代の研究者は最近の鍼灸学校の学生にとっては歴史上の人物に映っているかも知れないが、臨床経験30年以上のベテラン鍼灸師にとっては同時代性があり、かつて講演などで警咳に接した可能性もあるだろうし、研究成果が日々の臨床へ応用されている場合もある。その他の研究については、教育現場で教員が言及しない限り、実際に見聞きする機会は乏しくなっている。しかし、現代の日本の鍼灸の理論面はこれらの研究成果の土台があって成り立っていることを鍼灸師は知っておいたほうがいだろう。

芹澤は戦後の研究について以下のように表現している⁴⁾。

「総じて戦後の新しい医学の動向が、分析から総合へ、病名診断から病証の把握へ、形態病理学から病態生理学へと進み、東洋医学の思想と一致するストレス学説、レイリー現象、精神身体医学等の新しい医学が登場し、病源の明らかな病気がつぎつぎに新薬で治癒していくのに、慢性内因説の病気が一向に後をたたない現状から、これらの病気に効果のある古い施術としての東洋医術、特に鍼、灸術が新しい脚光をあびて、クローズアップされてきたともいえるのである」

3. 戦後から2007年までに博士号を取得した鍼灸師の実状

(1) 推定数

基礎データである『医道の日本』の「医学博士を取得した鍼灸師」に掲載された28名の根拠は特に提示されていない⁶⁾。今回は、

表2 戦後から2007年までに博士号を取得した推定鍼灸師数

博士号	医学博士	鍼灸学博士	その他の博士	合計
博士数	49	54	7	110

2007年時点までの博士について、Web上の大学等のHPや検索エンジン、NDL-OPACなどを駆使して可能な限り抽出したが、一定の抽出方法があるとも言いがたい。鍼灸師の資格を有することを前提にして、博士論文名では鍼灸の語句が用いられているが、鍼灸師の資格の有無を特定できない者は除外した。今回の方法で特定できなかった者や、Web上では検索不可能な者もいる可能性は否定できないので、「戦後から2007年までに博士号を取得した鍼灸師数は110人以上いると考えられる」というのが正確であろう。

(2) 戦後から2007年までに医学博士号を取得した鍼灸師について (表3)

1915年(大正4年)、東京杉並に生まれた芹澤勝助は、国立東京盲学校師範部を卒業後、日本大学で文学士を取得、1951～1961年(昭和26～36年)に東京教育大学の杉靖三郎教授や東京大学医学部の大島良雄教授、講師高橋暁正博士の下で生理学や臨床医学研究に従事して、1961年(昭和36年)昭和大学から「経絡経穴の医学的研究」副論文8編で、日本で初めて鍼灸師として医学博士号を授与されたと考えられる。芹澤を追うように東京教育大(現筑波大学理療科教員養成施設)系列から年代順に森和氏、西條一止氏、長尾栄一氏と続き、この系列からは脈々と日本の鍼灸研究を担う医学博士が輩出されている。

1980年代になるとこの系列以外にも医学博士を取得する者が現れ始め、その先駆けとして後に日本鍼灸師会会長や日本鍼灸治療学会会長などを歴任する木下晴都が、昭和大学において鍼の沈痛機序を研究して1982年に(なんと67歳にして!)学位を取得する。昭和大学では、当時の第一生理学教室において、鍼麻酔と鍼鎮痛発現機序について研究を行っていた武重千冬教授がこの後も続く鍼灸師の医科学研究に門戸を開いていたと考えられる。また関西では、大阪医大で兵藤正義教授の下で鍼麻酔の臨床研究に従事した北出利勝氏が1987年に学位を授与され、1988年には、木下の後昭和大学から古屋英治氏、松山陽太郎氏、會澤重勝氏が続く。

90年代幕開けの年には過去最高の6人が学位を取得し、授与大学も京都大学をはじめ国公私立すべて異なっていることも80年代以降の流れや研究の広がり象徴しているといえよう。90年代後半からは明治鍼灸大学の修士課程を経由してほかの医大や医学部で研究して医学博士号を取得する者(甲田久士氏ら)も出てくる。

年代別では、60年代1人、70年代3人、80年代14人、90年代23人、2000～05までで6人(不明3人)と2000年代に入って取得者数の勢いは落ちているが、これは97年以降の明治鍼灸大学における鍼灸学博士の誕生が影響していると考えられる。

研究内容に関しては、80年代以前は経絡・経穴を基礎医学的に研究する手法が中心であり、80年代からは鍼灸作用機序を生理学的・生化学的に研究する手法が主流になり、特に70年代の中国の鍼麻酔の影響から鍼の鎮痛効果に関する研究がウエイトを占めるようになる。また、小曾戸洋氏や古屋英治氏、真柳誠氏などのように薬剤師とダブルライセンスで研究に従事し学位を取得する者が散発的に現れ始める。90年代になっても研究手法は80年代を踏襲しているようだが、臨床研究や社会医学的な研究が徐々に見受けられるようになることが特徴といえよう。当時も今も、鍼灸の科学的なメカニズムは確立されてはいない。よって、これらの研究は、当初は戦前戦後の鍼灸の研究者の延長上に、その後は、鍼灸に理解や興味のある研究者の受け入れがあって初めてなされたのであろう。まだ大学院の門戸自体も広くはなく、鍼灸の研究などという医学から見れば疑問視されがちな研究を大学院で行う苦勞は察するに余りある。

いずれにしても、鍼灸師としての医学博士の誕生とその数や範囲の広がりには日本の鍼灸史上重要な事実であり、これらの研究者が現在も日本の鍼灸をリードしているのである。

(3) 鍼灸学博士について

現在、明治国際医療大学に博士後期課程(鍼灸学博士)が唯一設置され、同大大学院鍼灸研究科は5つの専攻分野(統合医療学・伝統鍼灸学・鍼灸基礎医学・鍼灸臨床医学・総合臨床鍼灸学)がある。研

究者として豊かな学識を有し、鍼灸医学に関する専門的な知識や高度な学術を修得して、文化の進展に寄与する人材育成を目的にしている⁷⁾。

北出らの報告によると、2007年までの明治国際医療大学大学院の修了者は、修士課程が128名、博士課程が42名おり、さらに論文博士が12名であった。修士課程修了者のうち10名8名が京都大学など他の大学院へ進学していた。さらに、修士課程修了者のうち6割が博士課程へ、博士課程修了者のうち9割が教員になったと報告されている⁸⁾。

表3 戦後から2007年までに医学博士号を取得した鍼灸師（推定数）

NO	年	氏名	授与大学	論文名	分野
1	1961	芹沢勝助	昭和大学	経絡・経穴の医学的研究	東洋医学
2	1970	森和	東京大学	東洋医学診断体系の臨床的研究	東洋医学
3	1977	西條一止	東京大学	皮膚温分布と経絡、経穴現象	東洋医学
4	1979	長尾栄一	東京大学	皮下血行動態と経絡、経穴現象	東洋医学
5	1980	石井健之助	日本大学	静脈の緊張性反応と置鍼との関係	臨床医学
6	1982	木下磯都	昭和大学	鍼の局所鎮痛に関する臨床とその作用機序	臨床医学
7	1983	西谷郁子	帝京大学	灸の過酸化脂質の低下作用(1)(2)	基礎医学
8	1985	小曾戸洋	日本大学	EFFECTS OF WU-LING-SAN (五苓散) ON ETHANOL METABOLISM IN MICE (マウスにおける五苓散のアルコール代謝に及ぼす影響について)	基礎医学
9	1986	矢澤一博	北里大学	麻酔動物における鍼(はり)および皮膚の侵害性刺激によって誘発される心臓および膀胱の反射性反応の神経生理学的機序	基礎医学
10	1987	矢野忠	帝京大学	犬の液性調節系特に脳下垂体-副腎皮質系に及ぼす鍼通電の効果に関する研究	基礎医学
11	1987	田山文隆	久留米医科大学	ハリ通電刺激の効果に関する臨床生理学的研究	基礎医学
12	1987	北出利勝	大阪医科大学	D-フェニルアラニンによる鍼鎮痛及び鍼麻酔の増強効果に関する研究-痛覚閾値に及ぼす影響とナロキソンによる拮抗作用	基礎医学
13	1987	森山朝正	埼玉医科大学	鍼刺激によってヒトの筋交感神経活動が初期に EXCITATION、刺激中に INHIBITION を起こす現象の微小神経電図法による検討	基礎医学
14	1988	古屋英治	昭和大学	薬物性肝障害における網内系機能	基礎医学
15	1988	松山陽太郎	昭和大学	ラットの血圧及びほかの生理値に及ぼす長期的灸刺激の影響	基礎医学
16	1988	香澤重勝	昭和大学	薬理灸に関する基礎的研究-施灸部位の血管透過性の変化	基礎医学
17	1989	松本勲	京都医大	容量プレステモグラムによる下肢血液分布変化の解析	基礎医学
18	1989	豊田勝良	名古屋市立大学	上肢及びその周辺の位置する経絡・経穴と人体構成要素との関連について肉眼解剖的研究	東洋医学
19	1990	尾崎昭弘	京都大学	ヒトの外受容性振動誘発指屈曲反射に対する鍼灸刺激の抑制機序	基礎医学
20	1990	久住武	昭和大学	鼻症状に対する片手鍼通電刺激の影響	臨床医学
21	1990	小田博久	鳥取大学	鍼鎮痛効果を高めるための同心状電極	基礎医学
22	1990	吉備昇	大阪市大	歯冠計測値からみた古代近畿・中国地方人の特性	その他
23	1990	黄志良	神戸大学	体温の昼夜のリズムと日常生活特に運動習慣との関係	その他
24	1990	仲野弥和	三重大学	モルモット実験喘息の遅延性反応に及ぼす SO ₂ または NO ₂ の影響	基礎医学
25	1991	野口栄太郎	埼玉医科大学	ラット胃酸分泌に及ぼす鍼刺激の効果	基礎医学
26	1991	窪登稔	東北大学	鍼刺激に伴う「ひびき」感覚の電気生理学的研究	基礎医学
27	1992	関野光雄	東邦大学	鍼刺激による深部体温の変化	臨床医学
28	1992	二本柳賢司	名古屋大学	銀イオンによる骨格筋収縮に及ぼす金イオンの効果	基礎医学
29	1992	後藤修司	昭和大学	老人医療費に影響与える要因分析	社会医学
30	1992	形井秀一	順天堂大学	慢性前立腺炎に対する鍼通電療法	臨床医学
31	1992	真柳誠	昭和大学	ラット肝の薬物代謝酵素と脂質過酸化の及ぼすセリ科和漢薬の影響	その他
32	1992	秋元恵実	吉林大学	鍼刺激に対する末梢循環応答の定量的評価	基礎
33	1992	東冢一雄	和歌山県医	食虫目スルクス口蓋扁桃の免疫組織学的性状に関する研究	その他
34	1995	山口智	埼玉医科大学	鍼治療が瞳孔反応に及ぼす影響	基礎医学
35	1995	榎田高士	近畿大学	成人T細胞白血病由来因子(ATL-derived factor: ADF)の心筋虚血再灌流不整脈におよぼす影響についての実験的検討	基礎医学
36	1996	甲田久士	名古屋大学	取り出し標本におけるイヌ内臓ポリモーダル受容器のヒスタミンによる興奮と熱反応促進効果はH1受容体を介している	基礎医学
37	1996	山田篤照	名古屋大学	ラット皮膚におけるリンパ管とCGPR並びにSP含有神経線維との密接な関係についての考察	基礎医学

(表 3 つづき)

38	1997	篠原正明	鳥取大学	スペクトル解析からみた刺鍼による心拍数の減少と動脈波伝播時間の短縮	基礎医学
39	1997	林知也	岐阜大学	ベクトル電子常磁性共鳴法によるウシ血清アルブミン溶液およびゲル状態における SH 基微環境の解析	基礎医学
40	1999	白島庸	東邦大学	鍼治療による血行動態の変化	基礎医学
41	1999	大島稔	大阪大学	仔ネコ視神経の慢性電気刺激による一次視覚野ニューロン眼球優位性の変化	その他
42	2000	大沢秀雄	昭和大学	麻酔ラットにおける鍼通電刺激によって誘発される瞳孔散大の神経性機序	基礎医学
43	2001	鈴木由起子	昭和大学	高フルクトース食飼育ラットの脂質変化に対する鍼刺激の影響	基礎医学
44	2002	木村研一	和歌山県医	微小神経電図法による反射性皮膚交感神経活動のバースト波形の性質と habituation について	基礎医学
45	2004	木村友昭	昭和大学	ヒト示指刺激による体性感覚皮質初期脳磁場 (N20m) 信号源は内側から外側方向に移動する	基礎医学
46	2004	森英俊	新潟大学	ヒトへの鍼通電による免疫調節は自律神経系の刺激による可能性がある	基礎医学
47	2005	緒方昭広	愛知医科大学	低頻度と高頻度の鍼刺激は異なった機序により精神性ストレスによる発汗を抑制する	基礎医学
48	不明	小俣浩	埼玉医科大学	不明	不明
49	不明	山本博司	不明	不明	不明

ここで、研究内容について、医学博士49名と鍼灸学博士54名の論文名をもとに基礎医学、臨床医学、東洋医学、その他に分類してみる(図1)。医学博士の研究が基礎研究にウエイトが置かれていたのに対し、鍼灸学博士の研究は臨床医学が半数を占めている。医学博士の研究はそれまでの研究者の流れもあろうし、臨床研究を望んでも叶う環境が整っていなかったと予測される。しかし、明治鍼灸短期大学の設置以降、鍼灸に理解のある医師や科学者が参集するようになり、大学院においては臨床研究が実践できる環境が整備され比較的容易に研究できるようになったと考えられる。

博士号を授与された者ならば、当然、研究職で生計を立てることを望むが、すべての博士が鍼灸大学の教官になれるわけではない。よって、近年の鍼灸専門学校の急増は、鍼灸学博士の受け皿という意味ではプラスに働いたと言えるだろう。医疾令以来の鍼灸学博士は、日本鍼灸の推進のみならず、世界に誇れる日本医療文化としての発信者としての期待も大きい。今後も博士は増えていくはずであるが、その真価が問われる日は近い。

(4) その他の博士について(表4)

佐々木和郎氏の研究は、我々鍼灸師が日々感じている筋肉の硬さと鍼灸の関係を工学的研究し、山下仁氏の研究は安全性という医学に対する時代の要請を反映したものである。また、和久田哲治氏の研究は、これまで多くの鍼灸師が鍼灸古典や鍼灸医学史研究に従事するなかで、学術的な研究として文学博

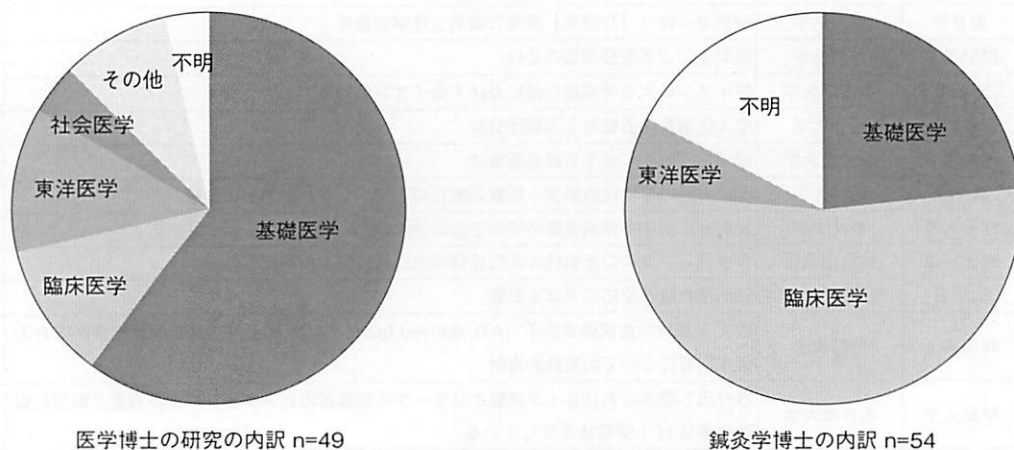


図1 医学博士と鍼灸学博士の研究内容の比較

表4 その他の博士号について

NO	年	氏名	学位	授与大学	論文名
1	1985	戸田静男	薬学博士	静岡薬科大学	生薬から天然酸化防止剤の検索および関連物質の抗酸化性の検討
2	1993	吉川忍士	学術博士	筑波大学	本態性高血圧症の循環動態と低周波鍼通電療法の効果
3	1994	河村廣定	歯学博士	朝日大学	針通電による鎮痛に関与する末梢神経線維群
4	1997	佐々木和郎	工学博士	東北大学	鍼灸医学における筋肉の硬さ計測に関する研究
5	2002	山下仁	保健学博士	東京大学	鍼治療の安全性情報確立のための臨床研究：有害事象の前向き調査
6	2002	志村まゆら	理学博士	お茶の水女子大学	麻酔ラットの体性感覚刺激による眼底血流及び瞳孔の反応
7	2006	和久田哲治	文学博士	佛教大学	鍼灸、手技療法史に関する研究

士号を授与されたことは初めてではないかと考えられる。これらの研究は、鍼灸研究の幅の広がりや今後の研究の質の方向性を示唆しているし、学際的な研究は鍼灸の啓発にもつながるだろう。

(5) 修士について

明治国際医療大学大学院の修士課程修了者である128名について、本稿では研究内容まで調査できなかった。また、これ以外の大学院修士課程における鍼灸研究については調査方法に限界があり、実状は不明である。ここでは、鍼灸師で修士号を取得している者は推定で150～200名いるとしか表現できない。第3回社会鍼灸学研究会の発表者のように、修士課程において医療経済学的、社会的あるいは人類学的な鍼灸研究をしている者も多数いることが予想され、いずれ博士号を授与されれば鍼灸研究の土台の強化につながるはずである。

IV 乗り遅れてしまった鍼灸界とその影響

戦後の優秀な臨床家として、いわゆる古典派（経絡治療を主とする派）には柳谷素霊、岡部素道、井上恵理、西沢道允など、現代派として（現代反射療点を施術や盲学校関係者）佐藤熊太郎、杉浦四郎、平方達雄などがいると芹澤が評しているように⁴⁾、いわゆる研究者ではないが日本の鍼灸臨床を築き上げてきた先陣が道を開き、この弟子たちが次の世代を構成し現代日本鍼灸臨床の底辺をなしているのである。また、これらの臨床家たちの中には、古典研究を中心にした在野の研究家が多く含まれており、学位とは関係なく鍼灸研究の一面を表していることも事実であろう。これら研究家の一部は北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部で学術的に鍼灸医学史を研究する者もいるし、百分科会以上ある日本医学会の第一分科会である日本医史学会で精力的に活動している者もいる。

しかし、大学における研究という面から考えると、戦後の昭和時代に導入された理学療法士（PT）は、従事者数では鍼灸師より少ないが、大学数、大学院数ともに鍼灸より先行しており、大学院に関しては国立大に10校設置されている（表5）。当然、これまでも見合った研究者を輩出しているので、鍼灸師の資質や研究分野において、斯界の基礎体力が不足していることが如実に分かる。研究者が少ないということは、鍼灸に関心をもつ医療関係医者のみならず、鍼灸に関して信頼できる情報を求める者の要求に、広く応じられていないと言える。

また、日本の医師には鍼灸を前向きに理解する者が相当数いるが、医師達が口をそろえて言うことは、患者にとって良い鍼灸をもっと国民に啓発して、研究に関しても広く世の中に知ってもらおう努力が必要であるという助言である。これらは一医師達の個人的な意見であって、鍼灸には関心すら持たない医師

が大多数であることが予測されるが、医師や研究者とともに活動し、鍼灸を何とかしたいと思っている鍼灸研究者達の忸怩たる思いは今もかつてもおなじであろう。

V 結語

本研究はWeb上で検索エンジンや検索システムを使用して、いわゆる孫引きに近い方法を繰り返し抽出・特定した。抽出方法の限界という課題が残るが、日本の鍼灸研究の変遷を概観し、鍼灸研究者の一側面を報告したことには一定の意義があると考えられる。さらに、これらの研究成果が斯界のみならず日本の社会に如何なる影響を及ぼしたのかを考察することは今後の研究課題である。

2008年、前年に修士課程として統合医療研究科に臨床鍼灸学専攻を設置したばかりの日本伝統医療科学大学院大学が11月21日付けで諸般の事情により学生の募集停止したことは非常にショッキングであり、今後の鍼灸後期高等教育に暗い影を落とすとともに、鍼灸専門学校急増に伴う斯界の不安をより一層現実近づけたともいえよう。

2007年（第2回）の本研究会では、鍼灸専門学校が急増するなか、教育の質が向上しているという事実は見あたらないと結論したが、斯界を俯瞰し将来展望を語るには多角的な面からの検証が必要である。鍼灸を医学に位置づけるには研究土台を強化して良質な研究者を数多く育成しなければならない。良質な研究者による学際的な成果をもふまえた鍼灸研究が社会に還元できるようになればいいし、社会から求められる鍼灸研究やプロジェクトが注目を集める時代が待ち遠しい。

しかし残念ながら、まだ鍼灸界は競争原理による研究者の質の向上が図られるほどの土壌はなく、見合った国の予算が配分される期待も薄いといわざるを得ない。いみじくも形井が「鍼灸界では研究を推進する人材の育成が課題」と学会誌で発言してから既に7年も経っている⁹⁾。

文献

- 1) 文部科学省、平成19年度学校基本調査。第1表 研究主体、組織別研究関係従事者（企業等、非営利団体・公的機関、大学等）。
- 2) 文部科学省、平成19年度学校基本調査。87 博士課程の専攻分野別入学年度別卒業生数（2-1）
- 3) 文部科学省科学技術・学術政策局基盤政策課、ポストドクターをめぐる現状について。大学・公的研究機関等におけるポストドクター等の雇用状況調査結果のポイント。2005。
- 4) 芹沢勝助、鍼灸の科学 理論篇。第2版20刷（1959年初版）。医歯薬出版。1983:45-50。
- 5) 広瀬日出治、鍼灸の歴史 復刻版。大阪府立歯学校同窓会。1984：247-282。
- 6) 医道の日本、医学博士を取得した鍼灸師。医道の日本1992；(580)：176-7。
- 7) 中村辰三、大学・大学院の教育における臨床力養成の方策。第48回全日本鍼灸学会学術大会パネルディスカッション 鍼灸教育への期待。全日本鍼灸学会雑誌2000；(50) 1：19-2。
- 8) 北出利勝他、鍼灸高等教育機関・大学院博士課程修了後の動向調査（その4）第57回全日本鍼灸学会学術大会会議録。全日本鍼灸学会雑誌。2008；(58) 3：236。
- 9) 形井秀一、鍼灸界の基礎体力の強化を。全日本鍼灸学会雑誌。2002；(52) 2：巻頭言。

謝辞

石丸圭荘教授（了徳寺大学）および的場大祐氏（医道の日本）の研究協力を感謝申し上げます。

表5 2008年の鍼師と理学療法士の実状

	従事者数	専門学校数	4年制大学数	大学院数
鍼師	135405	85	5	3
理学療法士	65571	158	70	33

厚生労働省資料、東洋療法研修試験財団資料および理学療法士協会HPより作成、視覚障害者学校を除く。

医療システムにおける鍼灸師

— 医師を対象としたインターネット調査 —

津嘉山 洋¹⁾、増山 祥子²⁾、倉澤 智子^{1,3)}、山下 仁²⁾

¹⁾東西医学統合医療センター、筑波技術大学保健科学部附属

²⁾森ノ宮医療大学保健医療学部鍼灸学科

³⁾筑波大学大学院 人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻 保健医療政策学分野

【背景】

「現代日本において医療システムに鍼灸師はどのような形で関わっているのか」といった比較的単純なことが、データを基に明確に描出されているテキストを残念ながら私は知らない。もちろん回答は既に存在し誰にでも開かれているが単なる怠慢故に見えないのだろう。われわれの全国規模の電話調査によれば、おおよそ7%の国民が過去一年の間に鍼灸治療を受療しているらしいが、その数字を多いと見るか少ないと見るかはその受療状況と切り離しては評価できないし、医療システム、殊に医師との関係についての情報は含まれていない。

イメージとしては、医師を中心とした医療専門職の作るドメイン以外に鍼灸師や補完代替医療がかかるドメインがあり、制度的制約のもとで、微妙に重なりつつ・離れつつ関係していると予想される。それを、まずは医師に対して、鍼灸師とどの程度かわかりを持ったことがあるかというところを切り口にしてみようというのがこの調査である。

【目的】

「医療システムにおける鍼灸師」と題しているが、インターネット調査によって医師を対象とした調査を行った。目的は、鍼灸師と医師との連携の現状を医師側から調査し、将来に向けての課題を浮き彫りにすること。

【方法】

方法は、インターネットを利用し電子メールによって調査への協力を依頼するアンケート調査である。1万人とか2万人というような、医師の登録モニターという集団を持っている調査会社に依頼し、その登録モニターに対してランダムにメールを送付し、目標回答数（今回は200人）の値に回答が達するまで電子メールを送り続けるという方法を用いた。対象は、登録モニターから無作為抽出された医師であり、年齢を層別化因子として用いた。

質問内容は、①社会人口統計学的事項（年齢、性別など）、②医師としての経験や専門性、に加えて③鍼灸師との職務上の関係、に関する18の項目で構成した。調査の実行は調査会社ブラメドに依頼した。

【結果】

1000名の医師に対して電子メールを送付して、256名から有効回答が得られた。（回答率25.6%）

①社会人口統計学的事項。性別は男性89.5%、女性10.5%、平均年齢40.7±7.8歳であり、30代、40代が全体の79%を占めた。

- ② 医師としての経験等については、勤務形態で一番多いのは大学病院勤務、次いで（国公立）病院勤務、私立病院といった形で病院勤務医が多く、診療所の経営が16%、病院経営が2名しかいない。
- ③ 鍼灸師との職務上の関係、診療業務上で鍼灸師と接点を持ったことがあるかないかという最初の質問に対して、あるとの回答が28.1%である。さらに、接触経験を有する医師に以下の質問に対する回答を求めた。「鍼灸師との接触頻度」は、数年に一回以下が33%、半年に一回以下が20.8%、年に一回は18.1%。週に一回以上が9.7%であった。

「鍼灸師との職務上の接触内容」（複数回答）で一番多いのが、61%の「（鍼灸師から）鍼灸の保険適用に必要な同意書などの発行依頼がくる」である。逆方向のものとして鍼灸師への施術依頼をするというのが38%ある。それから15%鍼灸師からの診断依頼、あるいは治療依頼がある。そして総体としてみると、その方向性としては鍼灸師から医師に何らかの依頼があるということが多い。3割くらいの医師が鍼灸師と接点をもっていて、そのうちの6割が同意書を発行して下さいと言われていた。

「鍼灸師と接触した際にコミュニケーションに困難を感じたことがありますか」という質問に対して、接点を持ったことがあるという医師の中で、「あまりない」という回答が一番多い。「ときにある」あるいは「よくある」というのが、2割前後の回答である。

「どういう点で困難を感じるのか」という設問に対して一番多い回答が、「医学知識が不十分」、次いで「医師との接触の仕方がよく分からない」らしい、「専門用語に違いがある」、それから「同意書の問題」といったように抽出されていくが、専門知識に加えて医療コミュニケーションにおける約束事のようなものの理解がキーポイントになる可能性がある。

【考察及び結語】

医師に対するアンケート調査を行った結果、一般に医師と鍼灸師との間の接触は限られた範囲である事が確認された。医師の多くは鍼灸師と接点を持ったことがなく知識や用語についても別のドメインを構成している。そういう状況の中で、統合医療なり連携を進めていく課題の一つに、鍼灸師と医師の相互理解の促進ということを考える必要があることがわかった。

【方法】

- ・ デザイン
 - インターネットを利用したアンケート調査
 - 電子メールによって調査への協力を依頼した
- ・ 対象:
 - 登録モニターから無作為抽出された医師
 - (年齢を層別化因子として用いた。)
- ・ 目標回答者数: 200名
 - (この値に達するまで、依頼人数を増加させる)

質問内容

1. 社会人口統計学的項目、
 2. 医師としての経験や専門性、
 3. 鍼灸師との職務上の関係、
- に関する18の項目で構成した。
- ・ 調査の実行は調査会社(株式会社(株)プラメド)に依頼した。

【結果】

- ・ 回答: 1,000名の医師に対して電子メールを送付し256名の回答が得られた。
- ・ 性別: 男性89.5%、女性10.5%、
- ・ 年齢: 平均40.7±標準偏差7.8歳
 - 30代・40代が全体の79%を占めた。

勤務形態

	人	%
病院経営	2	1%
大学病院勤務	63	25%
病院勤務(国公立病院)	40	16%
病院勤務(公的病院)	30	12%
病院勤務(私立病院)	53	21%
診療所経営	41	16%
診療所勤務	23	9%
その他 具体的に	4	2%

鍼灸師との接触経験

- ・ 診療業務で鍼灸師と接点を持ったことが
 - あると回答したのは72名(28.1%)
 - ないと回答したのは184名(71.9%)
- ・ 接触頻度は、
 - 数年に1回以下 33.3%
 - 半年に1回 20.8%
 - 年に1回 18.1%
 - 週に1回以上 9.7%

鍼灸師との職務上の接触内容 (複数回答)

	人	%
鍼灸師から鍼灸の保険適用に必要な同意書などの発行依頼	44	61%
鍼灸師への施術依頼	27	38%
鍼灸師からの診断依頼	11	15%
鍼灸師からの治療依頼	11	15%
鍼灸師への施術内容・施術計画などに関する問い合わせ	6	8%
鍼灸によって生じたと思われる有害事象についての問い合わせ	5	7%
その他	4	6%
	108	

- ・ 鍼灸師からの保険適用に必要な同意書などの発行依頼が72名のうちの61.1%で最も多く、
- ・ 次に鍼灸師への施術依頼が37.5%、
- ・ 他に鍼灸師からの診断依頼、治療依頼等であった。

鍼灸師と接触した際にコミュニケーションに困難を感じたことがありますか

	人	%
よくある	12	17%
時にある	16	22%
あまりない	35	49%
まったくない	9	13%

鍼灸師とのコミュニケーションに困難を感じたこと(複数回答)

	人	%
同意書の問題	4	14%
医学知識が不十分	11	39%
医師との接触の方法が分からない	6	21%
専門用語の違い	4	14%
鍼灸に対して疑問がある	2	7%
お互いに相手のことを知らない	1	4%
無回答	0	0%

【考察および結語】

- ・ 一般に医師と鍼灸師との間の接触は限られた範囲でしか行われていず、医師の多くは接点を持ったことがないことが明らかとなった。
- ・ その事から鍼灸師－医師間の相互理解の促進が課題のひとつであることが明らかとなった。

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ます。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って、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。僕がいろいろ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います。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、それぞれやっけて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び、こっちの国は選ばなかったくらいの話。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。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。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います。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った。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。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。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、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、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。膝は少しは大目にみている。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のかもしれない。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、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んです。子供たちがどういうふうに鍼灸を受け止めた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んでもらいました。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が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、追跡調査ができたら面白いと思います。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ゃると思っています。それなりの手ごたえはあつたりするんですが、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。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。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ず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「治してなんぼやる」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のいい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いましたよね。『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いましたよね。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、私も薄々感じています。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、専門学校で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が、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。そこを頑張っていただいて、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て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。

日本鍼灸学への視座 〈伝統医療〉に還れ

鍼灸ジャーナリスト
松田 博公

日本の鍼灸医療が、研究や臨床面、さらに普及面で突き当たっている壁をひと言で突破できる、魔法の呪文について、風呂敷を広げてみようと思う。そんなものあるわけがない、そんなオールマイティなおまじないがあれば苦労しないと、だれもが言うだろう。それはあるのではないかとわたしは考えている。その言葉は、アカデミックで機能的な思考に慣れた最近の鍼灸人には、古めかしくてほこりをかぶり、みすばらしくさえ思えるので、目に入らなくなってしまっただけなのである。

その呪文は、〈伝統医療〉という短い熟語である。お好みならもう少し長くして、〈鍼灸は、アジアの伝統医療である〉と唱えてもよい。そうすれば、われわれが遠着している研究面、臨床面、そして普及、定着面での諸々の課題は、霧がはれたように解決の展望を得ることができるだろう。この呪文の助けを借りないで、制度や教育、啓蒙作戦をどう組み替えたところで、目先の矛盾の辻褄合わせにしかならない。社会鍼灸学研究会で語られる新しい観点や意欲的な提言が相互にかみ合い高い次元で実を結ぶためにも、〈伝統医療〉観が共通の孵卵器として踏まえらるべきだと、語りたいのである。

この10年、鍼灸の世界的な潮流は、もっぱら代替医療の動向が牽引してきた。そこで強調されたのは、鍼灸の技術的効果や経済効率の側面である。けれど、真に必要なのは、代替医療よりも、〈伝統医療〉について考えることであり、その可能性を賦活することではないか。鍼灸は代替医療であるという位置づけからは、せいぜい現代医療の破綻の補完という展望しか出てこないが、〈鍼灸は伝統医療である〉と捉えるなら、射程は、人間の幸福のかたちにまで届くからである。

日本は伝統主義でも合理主義でもない

日本について考えるとき、日本は変な国だということを忘れないほうがよい。鍼灸についても、そうである。アジアで科学的エビデンスがなければ鍼灸は社会に認知されないと考える人々が発言力を持ち、研究費など資源の配分がそちらに傾いている国は、日本だけである。中国にも、韓国にも、ベトナムにも、台湾にもそう考える人々はあるが、それらの国や地域で鍼灸が認知されているのは、エビデンス論議とは関係がない。〈伝統医療〉だから支持されているのである。タイやカンボジア、ミャンマー、モンゴル、チベット、インドでも同様である。それらの国々では、土着の〈伝統医療〉が保護、尊重されていて、その延長に鍼灸も受け入れられている。

アジアは、〈伝統医療〉を、民族、国家の文化的アイデンティティから認知する伝統主義である。欧米は、エビデンスがあれば、その医療を認知する合理主義である。日本は奇妙なことに、伝統主義でも合理主義でもない。〈伝統医療〉を保護育成する政策はないし、エビデンスがあれば正統医療に組み込むという政策もない。医薬品産業と結びついた官僚制と医師業団による防壁は厚く、エビデンスと政治的決定との間の溝は極めて深い。この国でエビデンスを積み重ね、政策的認知を獲得しようとする欧米的方法是、ほとんど時間とエネルギーの浪費だが、鍼灸業界、学会の努力はその方向に偏っている。〈伝

統医療としての鍼灸)を、民族、国家の文化の核心として保護育成させ、海外に発信させようとする気構えは乏しい。これが変な国の鍼灸業界、学会の変な現状である。

〈鍼灸は伝統医療〉という認識の希薄さ

〈伝統医療としての鍼灸〉という視点の希薄さは、日本の鍼灸術の思想とわざの伝承システムに大きな影を落としている。中国や韓国においては、〈鍼灸は祖国の伝統医療〉なので、中医薬大学や韓医大学では、鍼灸医療を生み出し育ててきた古代の文化、哲学、科学、歴史を基礎に据え、その上に技術的なものや現代医学的なものを学ぶ教育課程になっている。導引按蹻や気功、食養生などについて学ぶのも、宗教的修行を含めさまざまな癒しのわざが融合する〈伝統医療〉の性格が理解されているからである。

日本の鍼灸大学や専門学校の学習内容の欠陥を指摘されると、文科省の規制や学生の質が弁明として語られるが、問題はそれだけだろうか。〈鍼灸は伝統医療〉という認識があれば、中国古代鍼灸の形成史、日本に輸入したあとの鍼灸学術史、さらに日本鍼灸の背景となる民俗論、宗教論、日本文化論などは、必須の学習対象になる。文科省の無理解や学生のレベルが、それらの講座の設置を阻むなら、関係者は深刻に悩み、なんとかして実現したいと願うだろう。しかし、深く悩んでいる人が多いようには見えない。

いや、われわれは山田慶児氏らがつとに指摘してきたように、理論嫌悪で実利主義の民族だから、そんな鍼灸思想の歴史なんてどうでもいい、現在ただ今効くわざが大事だ、と言うひともいるかもしれない。確かに、鍼灸のわざは、日本列島において成熟を遂げてきた。鍼は細くなり、灸の温熱は繊細になった。打鍼が生まれ、管鍼法も開発された。大浦慈観氏が研究している杉山真伝流の鍼術のような多彩な手技も発達した。そして、小児鍼や灸頭鍼も生まれた。鍼も灸も、刺せばよい、燃やせばよいというレベルを超えた、繊細な技術の世界を繰り広げてきた。だとすれば、柳谷素霊の口まねをして、それら日本鍼灸の豊かな達成は、いまどこに保存され継承されているか、今後はどうかと問わなければならない。

ディスプレイ鍼がもたらしたもの

いま、大学や専門学校における鍼灸のわざのレベルは、どうだろうか。鍼は刺せば効くという誤った観念や灸は患者が好まないからしないという姿勢を学生に植えつける教育が行われてはいないか。戦後の科学的鍼灸や電気鍼の導入が、その技術的成果は別に、手技や気の操作抜きに鍼灸観を定着させるのに役立ち、さらに、ディスプレイ鍼の普及が追い打ちをかけている。

15年ぐらい前までは、鍼といえば銀鍼だった。この曲がりやすく刺入しにくい手作りの鍼を通して、日本の鍼灸師は〈伝統医療としての鍼灸〉につながっていた。鍼灸界に足を踏み入れた学生は、最初に鍼灸師以外に鍼師という手作り職人がいることを知る。神戸源蔵は、鍼灸名人と並ぶもうひとりの名人として尊敬を集め、神戸の鍼を手にするとき、遠く江戸期を遡る鍼灸の職人の系譜に自らが繋がっているという自覚を持っていたのである。

ぬか袋から始まる銀鍼の修練は、堅物通し、浮き物通し、生き物通しへと至る。やがて人体に刺すがおいそれとは入らない。それを念じて、やっと入ったら、つかえてしまう。このようにして鍼はどうして皮膚に入るか、入った鍼はどう進むか、硬結に遭遇したら鍼はどうなるか、どうすれば硬結は緩むか、次々に想念が巡り、工夫が始まる。そうした経過をたどりつつ気感が高まり、気至るの感覚を知り、手技に応じて患者さんのからだに変化することが分かってくる。鍼は刺せば効くものではない。患者さんの病態や硬結の状態などに合わせて的確な手技を施し、意念も含めて患者さんと交流できたとき、鍼は効くのだと実感できてくる。初心者でも、少し大胆さがあり数時間練習すれば、容易に刺入できるディスプレイ鍼の登場は、鍼の手作り職人の文化とともに、鍼修業のこの過程を消滅させてしまった。

ディスプレイ鍼にどんな利点があろうとも、そのことは忘れるべきではない。

生命の思想と絶滅の思想

ディスプレイ鍼の開発は、暴力思想によって支えられている。こう言うと、意外な感じがするかもしれない。それが、〈伝統医療〉の生命観とは対極的な思想の産物であることを強調したくて、あえてそう言おう。〈伝統医療〉の典型的な故郷は、無数の生命が織りなす、昼なお暗い森林のじめじめした環境である。天地、日月、風雨、星の運行、火、水、鉱物、虫、カビ、細菌、酵母、植物、動物、死者、生者などが絡み合う濃密な生命の宇宙が、薬となり、魂を賦活し、自ずからなる治療力を与え、わたしたちを生かしてくれる。この生命宇宙の法則は、諸々の生命、非生命の混沌とした共生とバランスであり、細菌にもウイルスにも存在価値があり、悪も排除しない。老いて死期がくれば、ウジ虫や細菌やウイルスに食べられることを許すのが、〈伝統医療〉の死生観である。鍼灸はなぜ効くのか、まだ未解明の理由のひとつは、鍼灸が皮膚に働きかけるとき、そこに存在する細菌やウイルスが免疫作用や抗原抗体反応を引き出しているからかもしれない。

対するディスプレイ鍼の根柢は、煎じ詰めれば滅菌の思想である。一切の細菌やウイルスの存在を許さない絶滅の思想である。このような近代的感覚がもたらした清潔志向が生体の生態系や心身のバランスを破壊し、アレルギーやうつやさまざまな文明病の原因になっていることは、周知の事実である。WHO官僚など、西洋医学畑の人々が、世界鍼灸の覇権を狙う中医学官僚と手を結んで、鍼灸無菌化作戦を推進するのは、分からないではない。それは、彼らの思想だから。けれど、湿潤な照葉樹林帯に暮らし、味噌、醤油、酒、乾物などの発酵食品を発達させ、カビや細菌と共生し、アニミズムや神仏混淆などの自然信仰の遺産を引き継ぐわが国で鍼灸医療に従事するひとたちが、易々と〈伝統医療〉の生命感覚を忘却し、衛生・消毒思想のマジックに引っかかってしまうのはなぜなのか。それが、日本鍼灸のわざの消滅につながるとなれば、単なる現代医療への迎合や事大主義、無国籍化と、笑って済ますわけにはいかない。

グローバルスタンダードに従う前に

確かに、かつての伝統鍼灸の時代には、消毒観念の欠如から鍼の使い回しも行われ、鍼施術が肝炎などの感染症を媒介したことがあっただろう。そのような事例は、20年前までも見られたかもしれない。避けられる危害が避けられねばならないのは当然だ。けれど、社会がある技術を受容するとき、そのリスクをどこまで負担すべきかは、一義的に決定されているわけではない。その時々、社会的合意と政治的決定にもとづくのである。100パーセント安全な技術など存在しない。例えば、交通手段として自動車を選択した日本社会は、年間、数万人の死傷者を容認している。死傷者が出るから自動車をやめようと、運転しないわたしは言いたい、運転する皆さんは言わないだろう。毎年、3万人以上の自殺者を生み出す現在の日本の社会システムは、間違っているが、それは社会システム自体をなくすことでは解決しない。

何よりも現代医療がそうである。医療事故や医原病で、全世界で毎年、数百万人の犠牲者が出ている。現代医療に対する怒りは高まり、それが代替医療、〈伝統医療〉シフトを促進させているが、だからといって、現代医療そのものをやめようと主張するひとはまれだろう。数百万人の犠牲者を我慢してでも、現代医療の恩恵を享受したいという社会的合意があるとみなす政治的決定がなされている。鍼灸においても、そういう手続きは可能ではないか。

全世界で年間に若干の感染症の患者が出るかもしれないが、衛生・消毒を厳格にし過ぎると、わざに支障をきたし、効果に悪影響をもたらすので、一律的なジェノサイド（民族絶滅政策）的消毒法は押しつけない。消毒法は、各国、地域の鍼灸手技と深く絡むので、それぞれの事情に従って決めればよい、と。

われわれは根柢のあいまいな衛生・消毒法に強迫神経症のように従うのではなく、臨床の事実と〈伝統医療の生命観〉に合致した消毒法を選択する、と。鍼灸においてもグローバリゼーションは問題を孕んでいる。鍼灸はローカルな風土の医療であり、その意味からも〈伝統医療〉である。わたしたちは、リスク管理のグローバルスタンダードに唯々諾々と従う前に、〈伝統医療〉の側からの反論を試みるべきだろう。

(注) 外国人鍼灸師は、われわれより衛生志向が強いという先入観を壊してくれるのが、『鍼灸ジャーナル』No.5 (2008年11月号) の座談会「なぜ時速80kmでも安全な所で、40kmを強制するのか」である。彼らも、衛生法の押しつけは民主的ではないと感じている。

一時代の消毒法が数千年のわざを変える

WHO推奨の衛生・消毒法は、ディスポーザブル鍼にとどまらず、指サックやグローブの着用に及び、それを実施する教育施設が次第に増えている。からだの冷え切った患者さんの皮膚をアルコール綿で一拭きした場合、どんな影響があるか、日本の伝統派の鍼灸家が行ってきた衛生・消毒法は果たしてどれだけ危険なのかなど、基礎的調査さえなく、西洋医学の帝国主義的衛生法が驕進している。考慮されているのは、鍼灸治療の全体ではなく、消毒のことだけだ。想定されている鍼灸術は、押手も刺手も患者さんのからだや鍼体に触れることなく施術できる現代中医鍼灸である。それによって、日本鍼灸のわざがどんな影響を被るかは、WHO官僚や中医学官僚の関心の外にある。

言うまでもなく、日本鍼灸は流派を超えて、患者さんのからだに丹念に触れて経脈やツボを探ることを特色にしている。手を通した親密な診断、対話こそが、日本鍼灸に宿る〈伝統医療〉の要素である。診断と施術とは同一の過程であり、すみやかに連続していなければならない。裸の手指でツボを確認し、そのあとに手指を消毒し、グローブやサックをはめて刺鍼するなどというまるでこしい手順は、本来の日本鍼灸にはあり得ない。いや、ことは日本鍼灸だけにとどまらない。グローブやサックをはめれば、手技をしつつ「気至る」を確認することはできないし、気を送ることもできない。それができないということは、『素問』『靈樞』以降の中国の古典的手技ができないということでもある。このことから、中医鍼灸(TCM)が、現代中国の特殊な社会・政治状況の産物であり、伝統的鍼灸とは異なる鍼灸の現代的変容であることが分かる。

たくさんの方のことを議論しないまま、それがグローバルスタンダードだ、WHO消毒法を受け入れなければ、日本は世界の孤児になってしまう、とパニックになっている人々は、鍼灸術とは何か、その起源や歴史の重要性について考えたことがないのだろうか。それだけでなく、細菌やウイルスに関する知識は、いま進展している「進化医学(ダーウィン医学)」などの成果によって変わるかもしれない。細菌やウイルスが人間の健康や治療にとって果たす役割が、もっと分かれば、現代医療の消毒観も、手術など特別な場合は除いて、柔軟になり、場合に応じて使い分けられるようになる可能性は大きい。だとすれば、過渡的な、一時代の衛生・消毒法が、数千年の鍼灸術のわざの蓄積、伝統を解体してしまっているのか。〈伝統文化としての鍼灸〉を保護しなくていいのか。何よりも、鍼灸のわざが変質したとき、鍼灸の効果は維持できるのか。いま、グローブや指サックを推進している人々は、そのような真摯で深刻なおののきを感じるべきだろう。

日本鍼灸のわざは、鍼灸グローバル化の渦中において、WHO=中医学の衛生・消毒法に飲み込まれ、消滅する運命なのだろうか。衛生法の網の目をなし崩しに、曖昧にかいくぐることは次第に難しくなっている。鍼灸大学や専門学校では、どんどんWHO=中医学の衛生観念が浸透している。それは、上に述べたように、混沌とした生命の共生感覚が成り立たせる〈伝統医療の一翼としての鍼灸医療〉とは無縁な思想である。そのようなジェノサイド的衛生思想のもとでは、そのような無機的、非生命的鍼灸しかできない。患者さんは大事にしよう、けれど細菌やウイルスは絶滅させよう。この言い方が、どれほ

どブラック・ユーモアなのか理解できないほど、わたしたちは傲慢になっている。

〈伝統医療としての鍼灸〉に還れという呪文は、ここでも効果があると思うのである。

〔注〕指サックを使用している鍼灸師の意見は、『医道の日本』2009年4月号の座談会「『指サック押手』を考える」(司会・山下仁)を参照。

〈開放系の医療〉と〈閉鎖系の医療〉

〈伝統医療〉は、〈開放系の医療〉と言い換えることができる。対概念は、〈閉鎖系の医療〉である。〈閉鎖系の医療〉においては、個人は皮膚に閉じ込められた孤立した袋であり、そのように把握した生物学的身体に向けて技術的な医療を施す。〈開放系の医療〉においては、個人は他者や地域、共同体、自然、宇宙に開かれ、希求し交流し感応するスピリチュアルで関係的な存在である。健康も病も、そして癒しも、相互依存的な関係の場のドラマとして訪れる。患者が生きる生命の場の、網目のような諸関係を調整し、生きる意欲や魂のレベルを引き上げて自ずからなる癒しが訪れるように配慮するのが、〈開放系の医療としての伝統医療〉である。

技術の有効性にとらわれている〈閉鎖系の医療〉の治療法は、エビデンスによって限定され、産業的利害が絡んで排他的になる傾向がある。自然治癒力の賦活を根幹に置く〈開放系の医療〉では、治療法は無限にある。心身のバランスを回復し、健康を増進させる働きかけは、心、魂、宇宙意識、そして骨格、神経、筋肉、皮膚、さらに家族、共同体、自然の、どの位層からでも行うことができる。道具や手段も無数である。季節の気に満ちた食べ物はもちろん薬だし、釈迦が言ったように、笑顔や優しい言葉がけが、最高の治療になり得ると考えるのが、〈伝統医療〉のあり方である。〈開放系の医療〉を標榜する鍼灸師が、もし治療法に限界や行き詰まりを感じるとしたら、自らの医療が、〈閉鎖系の医療〉の発想に浸食されているからかもしれない。その場合においても、〈伝統医療〉に還れという呪文は、効くはずである。

天人相応思想が鍼灸を生んだ

〈伝統医療としての古代鍼灸〉は、〈開放系の医療〉の一つのかたちである。それは、天地宇宙と人は、同一の生命構造を持つという、新石器時代にまでたどれる認識が、春秋戦国時代を経て秦・漢代に至り、天人相応思想という国家哲学にまで高まったときに、軌を一にして体系化された。天地と我と一体という天人感応、天人合一の信仰や天人相応という古代科学観がなければ、中国古代鍼灸はあり得なかった。中国の古代に、なぜ数千年後の今日に命脈を保つ鍼灸医療が生まれたか。それを千古の謎のようというひともあるが、解答はさほど困難ではないとわたしは考えている。

あん摩、マッサージや反応点を押す、温めるなどの自然発生的な医療は、世界中に分布している。しかし、それらの地域から鍼灸医療は誕生しなかった。唯一、中国がそれを生み出した理由は、ただ中国だけが、そうした素朴な経験を観察し、分類し、体系化する方法を持っていたからである。それは、一切の存在は気でできているという思想であり、だから相互に感応するという信仰であり、やがて天人相応観として図式化される世界観であり、気思想を気の科学にした陰陽論、五行論であった。それらは、学術、文化を貫くパラダイムとして、中国古代のあらゆる思考や技術の枠を決めたのである。

臓腑も経脈も経穴も、実験の結果や観察による裸の事実というよりも、天人相応思想の眼鏡を通して把握された哲学的事実であった。正経十二脈は、一年の月の数に合うものとして選ばれ、奇経八脈は、八紘(世界)になぞらえて設定され、経穴も一年の日数から360ないし365と称された。古代鍼灸のシステムは、人体の構造と機能、天地の構造と機能を、数術をもって合致させる壮大な宇宙論的図式によって成り立っていた。それは単なる治療技術の体系ではなく、ぎりぎりまで理性化された信仰的な体系でもあったのである。中華民国の医師、惲鉄樵(うんでっしょう)は、その著書『群経見智録』において、『内経』全書は、皆天を言う」と言い切っている。『内経』という書物は全篇にわたって、天地人は一体で、

相互に感応していると語る。天地人が一体で相互に感応し、人間の心身に精気が満ち、滞りなく流れていけば、健康を維持できる。病は精気の滞りによるものであり、その滞りを取り除く天人感応のわざが鍼灸だと『内経』は語る、というのである。

この理解の正しさを証拠づける文章は、『内経』すなわち『素問』『靈樞』の至る所にある。そこから、一つだけ挙げてみよう。「人の天道に合するや、内に五藏有り、以って五音五色五時五味五位に応じるなり。外に六府有り、以って六律に応じ、陰陽諸経を建て、十二月、十二辰、十二節、十二経水、十二時に応ず。十二経脈は、此れ五藏六府の天道に応じるゆえなり」（『靈樞』経別篇）

（天六地五とって、天の数は六であり、地の数は五である。蔵は地の陰に合致して五であり、地を統括する五行の色体表の分類すべてに対応している。府は天の陽に合致して六であり、それは天の音楽の六旋律に対応し、陰陽それぞれの六経脈に対応する。二つを合わせた12経脈は、1年12ヶ月をはじめとする天の時間、地の空間に対応している。このように五藏六府は天の道に対応している。）

ひとのからだを、宇宙的時空に相応じる小宇宙と構想する古代鍼灸は、〈伝統医療〉の要素をたっぷりと含んでいる。天地宇宙の気が、からだの隅々まで円環しつつながれていること、一年の四季折々の気の流れに応じた養生の仕方、それぞれの季節にしてよいこととよくないこと、恬淡虚無の生き方など精神の健康の大切さ、運動や呼吸法の指示、気を養い神を守ること、死生観として理解できる誕生から死に至るプロセスの認識、季節や日月の運行に応じた刺法…などなどである。

チャングム：〈アジア型伝統医療〉の理念型

李氏朝鮮の宮廷女官の波瀾万丈の人生を描き日本でも人気を博した韓国大河ドラマ『チャングムの誓い』のシナリオには、中国で生まれたこの〈アジア型伝統医療〉の思想が、詳細に盛り込まれている。医療の現状に憤る映像作家が、約500年前の時代に仮託して描いた理想の医師や医療の姿には、あるべき〈伝統医療〉の理念型が浮き彫りにされている。『チャングムの誓い』シナリオブック全3巻（キネマ旬報社）から、目についたセリフを抜き出してみよう。

母の復讐のために女医になって宮廷に帰ろうとするチャングムに、流刑の地・済州島の医師チョン・ウンベクは言う。「医術は人を助けるものだ！ そんな怒りの心で医術を修めてはならん！ 怒りに満ちた者が鍼を持ってはならん！ 今すぐやめろ！ すぐにだ」（第30話）

再び宮廷に帰り医術修業を始めたチャングムに、指導教官シン・イクビルは語る。「医者に無知と失敗は許されない。自分だけが知っているという傲慢はそれ以上に許されるものではない。傲慢は断定を生み、医者への断定には人の命がかかっている。名医などいない。病に対して謙虚であり病の全てを知ろうとする医者…。人に対し謙虚であり人の全てを知ろうとする医者…。自然に対し謙虚であり自然の全てを知ろうとする医者…。謙虚あるのみだ」（第34話）

同じくシン・イクビルの言葉。「思い知ったと錯覚するな。人間、そう簡単には変わるものではない。聡明な者ほどなおさらそうなのだ。医者は聡明な人間ではなく、深みのある人間がやるべきだ。深みを持って」（第34話）

「天象列次分野地図だ！ これは太祖大王時代に作られた星座地図である。なぜこれを学習するのか。星の動きを知ることで季節が分かり、その年は寒気が強いのか、湿度が高いのか、暑いのが分かるからだ。また、人間は自然界の一部であるゆえ、病もまた自然界の中でとらえなければならないからである！」（第33話）

天において風と名付けられる気は、ひとにおいては呼吸である。いずれも生命の源であり、風が農耕の実りを保証するように、呼吸も人体の生命力を保証する。呼吸を整えるのが、養生の最も基本だという考え方は、天人相応思想から導かれる。やはりシン・イクビル教官。「息を吐きながら十歩以上歩き、息を吸いながら五歩以上歩くのだ。医者は自身を養生する術を知り、養生法を発展させ人々に広めねば

ならない。胸で呼吸すると肺が動かないと言ったはずだ。丹田で呼吸してこそ体内の邪気が抜け出すのだ」(第33話)

女医採用の口頭試問において、試験官は「孟子が魏国の恵王に拝謁した時の言葉を言いなさい」と問う。チャングムは答える。「恵王が『先生は千里の道をはるばるお越し下さった。わが国に利益を与えて下さるのか』と言いますと、孟子は『陛下、どうしてそう利益、利益と口にされるのですか。大事なものはただ仁義だけです』と答えました」(第34話)

ドラマも完結に近く、映像作家は、〈伝統医療〉の本質について視聴者に自覚をうながすメッセージを発している。猖獗を極める痘瘡の流行を前にして、なすすべもなかったチャングムも、身を挺して患者の病状の観察を続けるうちに、熱、発疹、水腫れ、膿、かさぶたという過程を、きちんとたどった子どもが完治したことに気付く。「じゃあ、痘瘡はそのまま病を辿ったほうが治るってこと？」こうしてチャングムたちは、膿を押さえるのではなく、出し切る薬方の開発に成功する。

チャングムの述懐である。「これまでの痘瘡の治療法は、熱を下げたり、発疹が現れたら発疹を抑え、水膨れが出てきたらそれも抑えることでした。私は逆に熱がでたらその熱で発汗をうながし、発疹が現れたらどんどん出るようにし、水疱も膿もそうしただけです」(第51話)

気の思想に貫かれた一貫性、統合性

【チャングムの誓い】のセリフの意味を振り返ってみよう。まず、医師の人格の理想像として語られている、「慈愛の心を持ち、すべてに謙虚で、深みのある人間」だが、これ自体は今では空疎で偽善的なお題目に過ぎないのかもしれない。しかし、その意味は、望診や脈診のわざと関連させるとはっきりする。五行の色体表に従った望診や二十四脈の脈状を察知する脈診は、何をしているかという、気を読み取っているのである。気の最も精微なる段階は精と名付けられているが、この微細なる精気の状態を、言葉以前の素速さで読み取るには、どんな人格が求められているか。読み取るのは、技術によってというよりも、技術を入れる肉体の人格によってである。

あるかの如き、なきかの如き、微細に流動する精気の現れを察知するには、知識に偏せず、感情に流れず、決断する勇気とともに固定観念を排する謙虚さと、生命の不可知性への愛と畏れを抱く、深い人格がふさわしい。つまり、「慈愛の心を持ち、すべてに謙虚で、深みのある人間」は、道徳律というよりも、鍼灸という気の医療において、よりよい医師、鍼灸師となるための技術的要請と読み取れるのである。

鍼灸が気の医療であることは、シン・イクビル医師が教えるカリキュラムが、いっそう浮き彫りにしている。星座を学び、星の動きから季節を知り、その年の寒暖を予知し、自然界の変転と病、健康の関係を理解する。それができるのは、天地も宇宙も人間も、同じく気によって構成され、すべてが一気の運動の中にあるからだ。呼吸法も、季節ごとの食べ物に配慮することも、同じく気を取り入れる養生法である。

そして、中国古代の思想書【孟子】から、「ひとはどう生きるべきか」の命題に対する答えを学ぶのも、気の思想とリンクしている。孟子は、人のからだに発し宇宙全体に広がる「浩然の気」という気宇壮大なイメージを描き、それを養いながら愛と正義を貫いて生きよと唱えた気の思想家だった。気を操作する鍼灸師が、孟子の思想をよりどころにするのは、的外れではない。

つまり、チャングムが修業した〈中国発の伝統医療〉としての韓医学は、診断・治療技術から運動・呼吸・食べ物の養生論、精神的な修養から患者、鍼灸師としての生き方まで、すべてがそろっていて、気の思想によってひとつならに貫かれた一貫性、統合性の下にある。それが、原理的な〈アジア型伝統医療〉のあり方であり、伝統鍼灸の姿である。世界のすべては気で成り立っているから気の思想はすべてを包含し、すべてを包含するから気の思想である。産むこと・生まれること、呼吸の仕方、食べ物の取り方、四季の過ごし方、生殖も老化も死も、気の医療としての鍼灸の対象である。〈伝統医療とし

ての鍼灸)の治療家は、人生の生老病死のあらゆる段階に対応できるわざと知恵を携えたホリスティックな医師なのである。

古代鍼灸を原型として確定する意味

このような理想の〈伝統医療〉は、もはやそのままの形では存在しない。近代の社会変容は、あらゆる前近代の価値を解体したが、〈伝統医療〉についても同様である。基盤としての生活共同体は消滅し、個人主義が基調となり、人々をつなぐ絆が産業のネットワークとなれば、医療も変わらざるを得ない。それに加え、鍼灸医療固有の動因もある。〈伝統医療としての古代鍼灸〉が秦・漢代に成立したそのときから、すでに〈閉鎖系の医療〉に向かう要素を内在させていたとわたしは考えている。述べてきたように、古代鍼灸は、天人相応観という強力な宇宙論的世界図式と経験的技術の婚姻から生まれた嫡子である。やがて治療効果を求めて技術的要素が自立を始め、宇宙論的図式の囲みを破って離床するのが、この結婚の運命だった。そこには、「治しているのはわたしだ」という医師集団の技術至上主義の精神が働いていただろう。より本質的には、〈伝統医療〉の素朴さに眠り続けるには、鍼灸医療は、あまりにも高度な中国文明の達成だったからである。

鍼灸医療が、〈伝統医療〉としての性格を変えていくこの過程を理解するには、天人相応のパラダイムが産んだ〈伝統医療としての古代鍼灸〉を、原型として確定しておくことが必要である。原型が確定できると、その後の段階的、歴史的変化が理解できる。そして、「原型論」「段階論」との比較によって、現状の鍼灸がなぜこうなのか、その意味と価値、限界を照らし出すことができる。現在の古典研究には、この原型としての古代鍼灸という発想が乏しいために、鍼灸医療形成時に作用した天人相応思想の決定的な哲学的価値を過小評価しているとわたしには思える。そのために、現状の鍼灸臨床に役立てるための技術的側面に焦点を当てた研究になる傾向があり、〈古代鍼灸に宿る総合的でホリスティックな伝統医療の思想〉に還ることを通して現代鍼灸の部分性を超え、鍼灸医療を未来医学として羽ばたかせる創造的な作業が少ないという気がする。古典研究にも、〈伝統医療〉回帰が必要だと思うのである。

いま鍼灸医療が技術論的に特化して、やせ細ってきたという直感は、多くの鍼灸師が感じているのではないか。古代の原型としての鍼灸は、宇宙意識にまで開かれた〈開放系の医療〉であったし、そうであるしかなかった。時代が経るとともに宇宙論的世界図式と技術的要素が離婚し、技術が独自に展開しはじめ、やがて現代では、現代医療をモデルとして、肌の内側にのみ意識を向けた〈閉鎖系の医療〉に縮小つつある。それを修正すべく、新たな〈開放系の医療としての鍼灸〉を求めるさまざまな動きが存在している。社会鍼灸学研究会の活動も、そう位置づけることができるとわたしは考えている。

世界の再魔術化という課題

歴史の時間軸を逆にたどる学問動向が見られるのは、鍼灸学だけではない。文化人類学は、近代社会の価値観を未開社会の論理によって相対化しようとしてきたし、社会学においても、80年代以降、世界の再魔術化という視点が語られるようになった。西欧の近代学問は、中世の魔術的世界のまどろみから人々を覚醒させ、近代社会を牽引する役割を果たしてきた。しかし、マックス・ウェーバー言うところの「合理化」が社会的絆をずたずたに分断するに及んで、宗教や慣習、伝統などの非合理性の中に合理性を見いだす世界の再魔術化という課題が認識されるようになった。わたしが、日本鍼灸学にとって何が必要かを提案するこの評論で、〈伝統医療〉という呪文を唱えようと思き出したのも、合理化の波にさらされている現代鍼灸を、再魔術化したいからである。

では、現代医療を補完する技術の一つにまで零落しつつある鍼灸が、再びトータルな〈開放系の医療〉に還るためには、どうすべきか。そぎ落としてきたさまざまな〈伝統医療〉の要素を、心理学、カウンセリング、医療面接、人類学、歴史学、古典学、気思想と、現代の諸学問のなかに見つけ、やせ細っ

た自己の身体を飾る衣装のように付け足せば、それで擬似的にであれ〈開放系の医療〉や〈開放系の鍼灸〉になれるのだろうか。それは学際的研究という方法とも関係している。

諸々の学問がパラダイムの垣根を越えて交流し新たな成果を生み出そうとする学際的方法は、第二次大戦後の欧米のノマド（遊牧民）的感覚の学者たちによって提唱され、成果を生み出してきた。日本でも、80年代には学問の行き詰まりを打開する切り札のように語られたが、定住農耕民的な縄張り意識が旺盛なわが国の学問風土では、有効に機能してきたとは言えない。真に諸学の対話が成り立たつためには、ジャンル横断的な感性とともに、共通の基盤と目的意識がなければならない。学際的な研究は、構造的な研究を前提にする必要がある。鍼灸の場合、あらゆる研究が基礎に置き、他の研究との共通の土台にすべきものは、〈鍼灸は伝統医療である〉という認識だと言いたいのである。古典や古代思想、文献研究や学術、技術、臨床、基礎医学、先端科学的研究など、すべての学問の基盤には、〈伝統医療としての鍼灸学〉がなくてはならない。重要なのは、諸学をバラバラに並列することではなく、体系の核やベースを何にするかという鍼灸学の重層的、構造的把握である。

（注）これまでに公表された鍼灸学のあるべき構造についての提言には、九州国際大学教授、石田秀実氏による「伝統鍼灸大学構想」（2002年の日本伝統鍼灸学会第30回学術大会特別講演「気思想と科学とはどのような関係にあるか」）と北里大学東洋医学総合研究所客員研究員、浦山きか氏による「〈汎・鍼灸学〉構想」（2005年2月刊の『経絡治療誌』160号）がある。

近代学校教育はいかに成立したか

教育学と鍼灸学との関連を取り上げて、具体的に説明を続けよう。ここでも、日本は変な国だということから始めなければならない。どこの国でも、子どもにどうやって勉強させるか、教室での教え方、導き方など、ハウツーの教育学は盛んである。だが、ほとんどそれしかなくて、人間にとって教育とは何か、なぜ教育はうまくいかないか、教育は成立可能なのか、といったよりメタなテーマについて追究する哲学的、社会学的、歴史学的な教育学が不人気なのは、日本だけである。欧米では、教育社会学というと、まず批判的社会学である。子どもは本来、好奇心にあふれ、遊び、学ぶことを好む存在である。その子どもが、学校に行くことによって勉強嫌いになり、遊びから離脱し、社会的に落ちこぼれるのはなぜなのか。そういう問題意識に立った批判的社会学は、学校教育の成立史を前近代の社会までたどり直すことで、さまざまな研究成果をもたらしてきた。

前近代においては、専門的な学者、宗教者になるコースを除き、教育のほとんどは生活の中に埋め込まれていた。生活に必要な知恵や技術は、父母や他の大人、親方などから、生活の場、労働の場において伝授された。生活も学ぶことも遊ぶことも労働も一体で、知恵や技術は教える者の人格を通し、生活の必要と楽しみのために、人生の一コマとして伝えられた。いっぽう、近代の学校教育は、富国強兵を企図する国家による人為的な強制的政策である。明治期の反乱を描いたアメリカ映画「ラストサムライ」で、日本近代史の裏面に通じる監督は、国家官僚にひと言、「学校を作れ」と叫ばせる印象的な場面を挿入している。

近代の産業革命期に、子どもたちは、共同体から引きはがされて決まった場所に集められ、個別に国家資格を有する専門家の管理にゆだねられる。そこで与えられる知識は、国語、算数、理科、歴史、道徳、音楽、体操…と相互に脈絡のない分断された教科であり、競争を通じて勤勉で従順な労働者、兵士、主婦…に特化された能力が形成される。近代学校は、人間の能力を国家と社会の必要に見合った形で部分化し一面的に養成し、各階層に分配する装置である。

そのような管理的な本質を持つ学校で、子どもたちが失敗し、脱落し、反抗し、無気力になるのは当たり前である。教育は、人間の可能性を全面的に開花させ、個人と共同体の幸福を実現すると宣言しているが、そのような教育は、近代学校において原理的に成立不能だと教育社会学は分析する。この近代

学校の性格を宗教界は誤解していたようだ。宗教は人間の神や仏と交流し融合する能力を高め、現世の価値観を超越して他者の救済を願う共同的、統合的人格の陶冶を目指すものである。共同体から引きはがされた個人の、知的、合理的な能力を競争を通して磨き上げ、国家への忠誠を誓わせる近代学校システムとは、根本的に矛盾している。明治以降、キリスト教に倣って仏教諸派も、ことごとく教団立学校を設立した。幼稚園から大学まで一貫する教育体制を整えた諸々の教団が、それによって信仰の内実を豊かにし、悟りを得た人物を次々に輩出したという話は聞いたことがない。

鍼灸学校に絶望した後で

宗教界の勘違いに言及したのは、それと同じことが、鍼灸教育についても言えると思うからである。何度ものべてきたように、〈伝統医療としての鍼灸〉の本質は、総合的、ホリスティックなことである。だが、現在の鍼灸教育は、個別分断主義の近代学校の形式を無批判に踏襲している。この状況は、受け入れるしかない近代の運命だが、そこで、最初に問われるべきは、いかに教育すべきか、よりよい教育をどうするかという技術主義的な乗り越えではないだろう。それは、熱心で良心的な金八先生を、燃え尽き症候群に追いやる道である。

鍼灸教育の無残な現状には、歴史的な理由がある。欧米の教育社会学が、近代教育とは何かを知るために、前近代の生活が育てていた生活と密着した伝承の形を回顧したように、わたしたちも、鍼灸学校に絶望した後何ができるかを知るために、前近代の〈伝統医療としての鍼灸〉の思想とわざの伝承の仕方を回顧すべきだと思う。徒弟制の意味と価値、その欠陥、そこで伝えられたもの、そこでは育めなかったもの。それらを知ろうとしなければ、わたしたちは鍼灸を愛している、鍼灸の伝統、歴史の恩恵に感謝しているなどは、とても言えない。

〈伝統医療としての鍼灸〉の伝承という視覚から、鍼灸学校、大学のカリキュラムを捉え直してみると、無数の足りないもの、よけいなもの、ちぐはぐなものが露呈してくる。鍼灸学校の中でも伝えることが可能なもの、絶対にできないもの、学校の外でしたほうがよいもの、自主的な研究・修業集団の在り方、なども見えてくる。文科省に〈鍼灸は伝統医療である〉という発想が皆無であり、その保存や伝承などまったく考えていないこと、恐らく50年後に反省したときには、もはや取り返しがつかないだろうことも分かってくるし、国家試験の内容のおかしさも具体的に指摘できるようになるだろう。そんなことを知ったからといって、苦しさが増すばかりで、現状は変えようがないという意見もあるかもしれない。しかし、〈伝統医療〉の伝承者としての誇りを抱くことによって、おかしいことはおかしいと語る勇氣は湧いてくるだろう。〈伝統医療〉回帰は、鍼灸教育を少しづつでも変える道筋になると思うのである。

(注) 鍼灸学校のカリキュラムをからだ作りをベースに組み替えるべきだという議論は、拙論「天と地が交わり、人が生まれる 鍼灸師のからだをいかに作るか」(『医道の日本』2004年3月号)を参照。

鍼灸師の人格の分裂を防ぐために

古代鍼灸は天地と一体になる医療だった。天の気と地の気とひとの気を、鍼と灸を媒介に繋ぐ医療だった。そういう意味の〈気の伝統医療〉だった。鍼灸師は行き詰ったときには、原型としての古代鍼灸に還ればいいとわたしは思う。そして古典から、中国医学の歴史から、中国医学を継承した日本鍼灸のわざと思想から、新たな活力を得て前に進めばいい。いま鍼灸医療という領域は、中心軸を喪失してばらばらに散乱しているかのようである。職種は、開業鍼灸師、出張専門鍼灸師、柔道整骨院勤務、整形外科勤務、病院勤務、ホスピスケアなどなどに広がっている。スポーツ鍼灸、美容鍼灸など各科鍼灸も目立つようになった。現代医療との接点が増すことは、学ばなければならない技能、求められる知識が増えることを意味している。生態病理学や緊急性の鑑別法、心理療法やスピリチュアルな療法などが必要だという声も聞こえてくる。かつては、技術上の流派、会派の違いが鍼灸師の交流の阻害要因だった

が、それに加えて職種や治療対象および関連する知識の違いが、鍼灸師コミュニティを複雑に分断している。

しかし、個々の鍼灸師が、〈伝統医療としての鍼灸医療〉の内側にしっかりと足場を持っていれば、コミュニティの分裂状況は回避できるだろう。そこは、わたしたちが鍼灸師として、人間として生きるために必要な技術と思想が原理的に整っている場所である。それが鍼灸の中になので、医療面接、スピリチュアルケア、死生学、心理療法などを外から、(ということは西洋医学からということになるが)学ぶという学び方では、わたしたちの鍼灸師としての人格は分裂してしまう。生活と医療とスピリチュアルな希求を切り離さない〈伝統医療としての鍼灸〉には、原初的な萌芽であったとしても、それらの要素は含まれているのである。先人たちの知恵と洞察の素晴らしさに感動しつつ、それを現代的な知識で深めていくのが、伝統を継承する実り多い方法だといえるだろう。鍼灸師が思想の根拠地を持たず、精神が東と西に、過去に現在にと、バラバラに分裂し、統合性を失調してしまえば、患者さんを癒すところではない。〈伝統医療〉を貫く気思想の一貫性がわたしたちの精神の分裂を防ぎ、統合性を支えてくれる。(その「気思想」がどのように日本的な変容をとげたかは、考えるべきテーマである)

気によって統合されたこの宇宙を分断し合理化するテクノロジー文明は、鍼灸界にもどんどん浸透している。わたしたちが、鍼灸も食べ方も心身の養生も天地宇宙とともに生きる生き方も、すべてを一体として統合する、ホリスティックな鍼灸師たらんとするとき、唱えるべきは、〈鍼灸は、アジアの伝統医療である〉という呪文だと思うのである。(2009.4.4)

経絡治療の学術的意義並びに 普及運動の真の意味

蓬治療所所長 東洋鍼灸専門学校講師

戸ヶ崎 正男

はじめに

1940年代、経絡的治療は誕生した。「術には長けているが、学に劣る」という鍼灸を古典理論に基いて、診断から治療まで一貫したシステムを作りあげたのである。それが経絡的治療である。竹山晋一郎、井上恵理、岡部素道の三氏（以下敬称略）が代表となり、その普及運動を展開した。全国各地で講演会を開催し、さらにはその内容を東邦医学誌に掲載して、全国の鍼灸師や東洋医学に興味のある医学関係者を先導した。こうして瞬く間に、経絡的治療は全国に普及していったのである。

第二次世界大戦後、アメリカのGHQによる、鍼灸の廃止要求に対し、鍼灸界は大道団結してこの難局を無事に乗り切ったが、これを期に鍼灸の科学化を唱える一派が経絡治療を表面きって批判するようになる。科学派と古典派の対立の始まりである。1952年前後の数年間は、両者間で激論が戦わされた。その後、1967年頃に古典派から分かれた人たちから批判が起こった。この頃になると折衷派なるものも登場し、中医学も入ってきて、鍼灸界は複雑な様相を呈するに至る。

その後、古典派の中からも経絡治療再考の声が上がり、1989年から5年間、熱い議論が起こった。経絡治療の生命線である証決定上の脈診の意義、本治法と標治法との関係、難経69難の選穴の意義等、重要な概念の見直しがなされた。

最近では、科学派も古典派も折衷派等も、お互いに干渉せず、我関せずを決め込んでいるかのようである。また、古典派による経絡治療の自己改革もその後、なりを潜めて、何も無かったかのように旧来の経絡治療を続けている流派も多いと聞く。日本の鍼灸界は「住み分け」ならぬ、「蛸壺化」の様相を呈しているようである。

かつて、日本の鍼灸は最もすぐれた技術によって、中国、韓国をはじめ、ヨーロッパ諸国を先導した。しかし、今の鍼灸界はどうであろうか。少なくとも他国の模範にはなり得るのであろうか。低迷している鍼灸界の現状を打開するすべはあるだろうか。

このような鍼灸界の状況を作った大元は、経絡治療が普及したことに始まる。従って、原点に帰り、経絡治療の学術的意義とその普及運動の真の意味を捉え直すことによって、現状打開の鍵を探って行こうと思う。

今回は第1回目として経絡治療の学術的意義について述べてみたい。

1. 経絡治療の学術的意義

何故、経絡的治療は誕生したか

経絡的治療は何故誕生したのであろうか。この辺の事情を推進者の一人である竹山の書いた「漢方医学復興の理論」の中から引用してみよう。

竹山は、かつて自分が病気をしたとき、漢方鍼灸によって救われたことがきっかけとなって東洋医学

の道に入った。先ず最初に彼がおこなったことは、漢方が何故明治時代に撲滅されてしまったのか、ということの究明であった。

「漢方は本質的に個人的な『臨床的医術』であったために、明治の社会が要求した『社会医学』たりえず、衰亡せざるをえなかったのである。また『臨床的』であったから、『経験』を通じて、『術』として会得され、『学』として体系的でなかったために、いわゆる科学的批判には対抗しがたかったのである」（『漢方医術復興の理論』P86、以下同じ）

その当時の社会は、予防医学として、法医学として、軍陣医学として役だつものを必要としていたため、個人的な臨床的医術である漢方が撲滅されたのは歴史的必然であると結論づける。

「しかるに洋方では、個人の病気がなかなか治らないために、たまたま漢方にかかった人たちが、理屈はどうしても治るので、経験的に漢方を信用してきたのである。（中略）臨床的に個人の病気を治す、その点では洋方にまざっている、ということが、まず患者の側において、大正から昭和にかけて、経験的に（学問的にはない）理解され、次に、洋方に治療的行きづまりを感じた医者によって漢方研究が開始され、かくて満州事変から日支事変と復古思想の台頭に乗じて漢方復興の気運が盛んになってきたのである（P86）」

最初、竹山は一人でも多くの患者を救うために漢方（鍼灸）を復興させなければならないと考えていたようであるが、しかし、この問題を調べているうちに、「漢方復興問題は、たんにそれを昔ながらに復活させれば終わるのではない。復活させつつ近代洋医学における臨床医術の革新を行なわなければならないのである（P29）」、また、「その使命を果たすことによって新医学を創造するのである（P30）」とも言っているように、漢方を復興することは近代洋医学を革新する歴史的一大使命を荷っている、と考えたのである。

鍼灸は何故、漢方とは対称的に撲滅を免れたのであろうか。

「鍼灸医術の存続された理由については、社会史的にみてほかの理由がある。漢方が撲滅されようとしたとき、鍼灸がその巻き添えから免れた最大の理由は、当時、鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が支配的でなく、微弱であったこと、云々（P207）」、また、「しかし、実は、鍼灸医術は、盲学校の職業教育とされたために、そして、わが国の医学教育の方針が洋方医学に準拠することになったために、盲学校の鍼灸の教育方針は、洋方医学を取り入れて、診断は西洋流に、そして病名により穴（ツボ）を選ぶという木に竹を継ぐようなことにしてしまっ、『随証療法』としての一大体系を破壊し、とうとう臨床には役に立たぬものとしてしまったのである（P208）」第一に、鍼灸家の社会的地位が漢方家よりも低く、医療界における勢力が弱かったこと、第二に、治療的価値が低かったことにより、盲学校の教育として存続した、と結論づけた。さらに、鍼灸の治療効果がさらに低下したのは、近代医学の診断で病名を決め、治療するというちぐはぐな方法であるからであると考えた。

またこうも書いている。「近代医学の基礎医学のある学説を借用した刺激を目的としての刺鍼、施灸。圧痛点や過敏点のみを目当てとした統一のない施術。炎症部位への局所的皮膚鍼による炎症の解消。局部的皮内鍼等々の施術は、ただ、それだけではまだ治療術とはいえない。対症療法ということさえできない。

それらはすべて治療以前のものである。形式だけ残された名灸や家伝灸の類も同断である（P211）」

以上のように、自ら漢方（鍼灸を含めた）によって一命を救われた竹山は漢方の復興を目指したのであるが、漢方が内科臨床医術としてすぐれているのは随証療法にあると考えたのである。全国の漢方家、鍼灸家がこの方法で多くの患者を治し、彼らと一般大衆を味方につけることが復興の基礎であると考えたのである。ところが、先にも上げたように当時の鍼灸は、近代医学の学説を借りて局所治療に終始していたため、治療効果が一向に上がらず低迷していたのである。

「漢方に欠けているのは、経験の医術としては臨床的に『病人』を治癒させうる方法論と手段とをも

っていないが、それは、一個人の内に一種の「術」として会得されているものであって、科学としての普遍化と、概念的理論構成を欠いている点である（P134）」というように、漢方、鍼灸は技術としては優れていても理論展開が不完全であると捉えていた。

一方、このような現状の中でも、明治時代に撲滅された漢方を復興しようと日々貧しさに耐えて臨床にはげんでいた医師等もいた。素問、靈樞、難経等の古典や日本の伝統に根ざした鍼灸の復興を目指す人も数少ないながらもいた。その一派の代表の一人が柳谷素盞であるが、竹山はそこに所属し、柳谷の指導のもとで、井上、岡部等と漢方の随証療法を生かした理論を作り上げたのである。鍼灸の長所である技術を生かし、なおかつ欠点を解消する理論を持ったもの、それが経絡治療だったのである。これを全国に普及することにより、鍼灸家の診断治療技術の向上を図ったのである。全ては漢方医術の復興のためであった。

経絡的治療とは何か

「漢方医は、その『個人的全科医』たる性格のゆえにこそ、『病』を診ずに『病人』を診ることが可能とされているのである。また、この性格のゆえにこそ、疾病を『病人』において全機的に把握しようのである。この全機的に『病人』を把握する方法＝物の見方、考え方こそ、漢方の方法論的に洋方にまさるところであって、現代的漢方は『漢方的内科臨床医術』として、この方法＝物の見方、考え方を正しく生かさねばならぬのである（P130）」

漢方は病気だけを診るのではなく病人を診るのであると彼は言っているが、鍼灸においてもこの考え方を基本としなければならないと考えている。

「人間を、近代医学のように、たんに生物的存在としてのみ見ず、同時に社会的風土的存在として理解し、また人体を部分部分においてとらえず、全体として、全機的（全体、具体的、過程的）に、生きているものとして理解し、『体質と疾病』の関係を knowing、そのうえで『証』によって『方』を立てるのである（P118）」と。病人を全体的に捉えるとは、病気だけでなく体質を捉えることであると彼は考える。

「森道伯は、体質を遺伝において把握せず、後天的条件＝環境において現象的に把握した。森道伯における体質は、遺伝学における先天的体質ではなく、生活条件＝環境によって組成させられた後天的体質であり、しかもそれは可変性体質である。生活条件によって、瘀血、食毒、水毒等の保持者となり、一種の『体症』を現わすに至った状態にある者について、これを三大型に分類、範疇化し、その分類に応ずべき治療ならびに予防方針が同時に確立されているのである。（中略）この『体症療法』こそ、漢方における『随証療法』を方法論的に現代的漢方として発展させたものである（P141）」

漢方の随証療法は病人の体質までも考慮して治療することのできる優れた治療法であるが、森道伯がそれをさらに一歩進めて漢方による体質改善をはかる方法を開発したことを大変評価している。これにより竹山が考える随証療法の本質が窺えるのである。

先にも上げたが、明治時代に漢方が撲滅されてしまった理由は、いかに技術が卓越していても学的体系がなければ社会的（主として医学界）に認められないからであると考えた彼は、漢方の随証療法を手本に鍼灸の随証療法を数人の古典派の人と作り上げたのである。

「治療体系のないものは治療術ではない。治療術という以上、それは、必ず、診断から治療に至るまでの一貫した治療体系がなければならない。それは、基礎的な生理、解剖、病因、病証等の理論体系と、臨床実践のための技術体系とが統一されて理論化され、臨床医学として臨床実践に役立つものでなければならない（P211）」と。さらに彼は言う。

「漢方における随証療法は、洋方の病源療法に対して現象的療法である。病的現象として病人に現われた症候群（現象）を診断の対象とし、同時に治療の対象としているのであるが、しかも、現象の内に、その疾病において本質的なものと非本質的なものとを差別し、本質的なものに迫っていくのである。

『証』を把握する場合、鍼灸術では「症」の各相（いろいろの姿、形、状況）と経絡の変動との関係が臨床的に明らかにされており、『証』を経絡と五臓の虚実として抽象し、概念化する。そして、それにしたがって治療する」と。

“診断から治療までの一貫した治療体系”とは、陰陽五行論、経絡経穴理論に基いて、診察（四診）し、診断（証の決定）し、治療（補瀉）をすることであり、それが鍼灸の随証療法、即ち、経絡治療法であると彼は言うのである。

経絡的治疗を彼は『東邦医学』（第11巻第1号）の紙上で以下のように定義する。

「“経絡治療は”、経絡の変動を察候して、鍼または灸によって、その変動を調整することにより、人体の疾病に対する自然的治癒能力を助けて、その違和を取り除く治療術であります。経絡の変動は“虚実”としてとらえます。変動を整えるとは、虚実を調整して平衡ならしめることであり、その手段は“補瀉”の手法によるのであります。（P12）」

岡部は東邦医学（同上）の中で、「経絡治療に於てはあくまでも脈診が根本となって他の症状（診察法の誤り）は末葉となるのである（P6）」と言うように、診察は四診法によるが、切診の中でも脈診を最も重視し、証を捉える際、決定的要素となる。脈診は六部定位による脈差診が主体になる。

竹山は『漢方医術復興の理論』の中で、「経絡の変動は経穴の異変として現われるものであり、十四経三百六十有余の経穴は、心身の違和の生じた折、その変動した経絡上に顕現するものであって、平常の場合は潜在しているものであります（P284）」

さらに、「これらの要穴は、心身の違和を生じ、経絡に変動を起すと、先ず反応点として著明に顕現する経穴であります。したがって、これらの要穴は何経の変動かを脈診に従って切経する場合の重要な診断の場所となるのであり、同時に、治療の場所ともなるのであります。（中略）勿論、要穴以外でも、経絡の変動により、反応点として著明に顕現する経穴がありますから、それも見逃してはならぬのであります（P285）」東洋医学。経絡に変動が起るとその上の経穴（要穴）に反応が現れ、正常であれば潜在していると言うのである。

竹山は『東邦医学』（同上）の中で、「本治法とは、診断の結果『主証』として決定された病証に従って四肢の要穴を運用して、経絡の変動を調整し、標治法とは同時に症候群に向って経絡との関連に於て、その変動のある反応点即ち経穴に対して直接的に攻守（補瀉）の手段を取ることであります。本治法だけで、一応症候群も解消することもあります。その場合は勿論標治法は不必要となりますが、多くの場合両者は同時的に同価値的に必要とされます」というように治療法を大きく二つに分けているのである。

以上のことを整理すると以下ようになる。

1. 経絡治療（随証療法）は、病人（病気だけでなく体質も）を診て治療をおこなう方法である。
2. この治療の本質は自然治癒力の発現を阻害する条件を取り除くことである。
3. 主として陰陽五行論と経絡経穴理論を基礎理論とする。
4. 診察は四診法により、診断（証の決定）は四診によって得られた情報を総合するが、脈診による情報が最も重要となる。
5. 治療は、証の決定に基いて経絡の変動を捉え、鍼灸の補瀉法により気血の調整をおこない、自然治癒力の発現を促す。それは本治法と標治法の二つの治療法によって行われる。
6. 本治法は、四肢の要穴、難経 69 難、75 難の選穴と兪募穴とを切経（探穴）して反応を捉え、鍼により補瀉をすることである。当初はこのように言っていたが、後に主として難経 69 難による選穴だけになり、また、反応の有無を問わなくなる。
7. 標治法は、個々の症状と関連した部位の反応を捉え、直接、または、間接（その部位と関連のある離れた部位）的に鍼灸によって補瀉をおこなう方法であるが、原則は特にない。

今回初期の経絡治療の内容を改めて調べて分かったことがある。それは、初期の内容と私の理解して

いた経絡治療との間に大分開きがあったことである。先ずは、術には長けているが学には劣る鍼灸（漢方）医術を古典理論に基いて理論構築してできたのが経絡治療であり、経絡治療は技術面が重視された治療システムであるということである。例えば、標治法ばかりでなく本治法も切経（探穴）し異常反応を捉えて、適切な手技（補瀉）をおこなうということである。次に、経絡治療は単に病気だけを治すのではなく、病人の体質をも考慮した治療であり、この治療の本質は自然治癒力の発現を阻害する条件を取り除くことにあるということである。

ここまで技術面を重視し、さらに病人の体質を考慮しなおかつ自然治癒力を基礎においた治療方式であるとは思わなかったからである。

2. 経絡治療への批判

第1回経絡治療批判

GHQの鍼灸の廃止に際して、鍼灸を守ったのは、鍼灸業界の団結もさることながら、二人の医学者の功績が大きい。その一人が石川日出鶴丸博士（以下敬称略）である。当時の鍼灸界を代表する代田文誌氏（以下敬称略）は、彼の自律神経学説によって鍼灸の科学化を進めることが、鍼灸界の発展につながると考え、鍼灸関係誌にこれに関することを書いたり、また講演等で訴えた。当時の鍼灸界は古典に基く経絡治療をおこなうものが多く、これが鍼灸の科学化を推し進めるために最大の障害になると代田と志を同じくする人々は考えていた。その一人である米山博久氏（以下敬称略）は1952年、医道の日本誌に“経絡否定論”を発表した。

この論文がきっかけとなって、日本の鍼灸界は、“経絡治療”否定派と肯定派に二分され、1年間以上、誌上で激論が戦わされた。

米山は経絡説と治療法について否定論を唱えた。

「仮説と云うものは既知の諸事実に基いて構成された科学的概念である、それは相対的な真理であることは勿論であるが何ら確認されない主観性の色濃い事柄に依存している経絡説とは類を異にするものである。経絡説は云うべくば仮説ではなく空説である。経絡が機能的なものであるから、その面から是を考究すべしと云うことには異論はないが物質的基礎なくして是を研究すると云うのはおかしな論である。形而上学ならいざ知らず科学に於いて機能とは客観的な物の変化を指標として確認し得るものに限られているのである。物質的变化として記載出来ないものは少なくとも科学としては成立しないものである」（『医道の日本』1952年2月号P5）と。

また、「私の見るところでは本治法の観念的なのに反して標治法は一応現代医学的な所見に基くところの対症的な治療で十分に具体性がある、然りとすれば所謂経絡治療のデータはその標治法に負うものであると云わねばならない」（『医道の日本』1952年2月号P4）

彼の文章を読むと、感情が先走って、論理性を欠いている文章が目立つ。例えば、経絡批判では、臨床の中で経絡現象を経験している治療家（本人も含めて）や患者が多いにもかかわらず“何ら確認されない主観性の色濃い事柄に依存している経絡説”という表現をとる。また、彼が経絡治療を実際に行った上で、本治法、標治法の評価をすべきであるのに、考え方だけからの批判であるため、説得力に欠けるばかりか、経絡治療推進派の竹山やそれを擁護する龍野一雄、間中善雄両医学博士（以下敬称略）に、その矛盾を衝かれ、簡単に論駁されている。

代田も同じ立場で米山を弁護しているが、米山とは違って、巧妙な理論展開をしている。経絡に関してはこうである。

「経絡説を否定する私とても、経絡的事実の存在は否定していない。これもあの論争に於て主張したことである。私が古人のいう経絡説の中に伏在する科学性というのはそれである」（『医道の日本』1952年8月号P9）

またこうも言う。

「米山氏の指摘しているように、必ずしも両氏の研究業績と一致しない、部分的には一致することはあっても、全体としては一致しない場合の方が多い。それを原穴の刺鍼に限定しても、異なった方向への鍼響があらわれることは、余りにも多い事実であって、米山氏のいうように、普遍的法則にはならないように思う。(中略)それは原穴刺鍼に限られた感覚圏であって、他の穴ではそれが原穴でやるようにハッキリとは現われぬと長浜氏も断っている。原穴以外の穴の刺鍼では異なった感覚圏が現れるとすると、経絡が無数に生じることになる」(『医道の日本』1952年8月号P9)とゆうように長浜の経絡の研究を逆手にとって、経絡の否定を行っている。

また、「経絡治療家の主張する本治法及び標治法は、臓腑の愈穴と募穴と手足の要穴によるものを本治法とし、これを除いた他の穴に施す治療(局所的な散鍼なども含めて)を標治法というものと私は理解するが、本治法だけで果してあらゆる鍼灸治療が最も有効的に可能であろうか。もとより本治法に於いて用うる穴には重要なものもあるが、必ずしも重要なものばかりでなく、われわれの日常の治療では殆んど使用しないものが随分ある。(中略)米山氏のいうように、経絡治療は思いこみであって、実際には対症治療が奏効しているのではないか。標治法として用いた穴の方が、真に奏効している場合がありはしないか」(『医道の日本』1952年8月号P7)と。

これに対して、先ほどの3人が主として反論をしているのであるが、その中で龍野の考えを挙げてこの論争を締めくくろう。

「否定には非と反との外に未がある筈だ。非と反が現在的同時的な否定なのに対して、未とは現在ではまだ批判されておらぬもの、批判してもまだ結論が出せないものである。然し肯定されぬ限りそれは疎外しなければならぬものである。(中略)実証できる範囲のものが肯定されるというのは固より正しい態度だが、実証できぬものが否だというのは誤りを含んでいる。何となれば否定するには否定のための立証を要するからである。且つ実際に実証するための方法が現在に於て未だ発見されていなことが甚だ多い。常識的に認定される、されぬというだけでは極めて限られた怪しげなものに終わってしまう、立証できぬものは素直に解決を将来に俟つこととして自分の都合で否定してしまうような行過ぎに陥らぬようにしたい」(『医道の日本』1952年12月号P5)

経絡治療の中にある経絡説や治療方式をその当時の科学で証明できないからといって簡単に否定してはいけない。何故なら“実証するための方法が現在に於て未だ発見されていなことが甚だ多い”からだと龍野は言う。

「但し代田氏には自律神経が直接に刺激されるのか、血管壁の刺激によって自律神経が二次的に刺激されるのかの考えの分離が出来ていない。私の所謂自律神経派の人達の多くがただ自律神経が刺激されるとだけで、恰も自律神経が直接一時的に刺激されるかのように思込んでいる。私は計画的に自律神経に狙いをつけて鍼を打込める妙技にはほとほと感嘆之久しうする。顕微鏡でやっと思えるような神経線維を手触りか鍼触りか知らないが皮膚の上から刺当てるというから大したもの、その技たる妙、その考えたるや珍というより外はない」(『医道の日本』1953年2月号P9)と。代田、米山らの主張する自律神経学説による鍼灸の科学化に就ての問題点を突いている。

科学派はその当時の医学、科学理論によって、鍼灸の治効は十分証明できると考える立場をとる一方、古典派はその一部は証明できるかもしれないが、その大半は無理で、将来のさらに発展した科学による実証に待つしかないと考えた立場をとっているのである。どちらも科学化をしなければならないと考えていることは同じであるが、いつにするか、何を科学化するのか、という点に違いがあることが明確になり、数年間にわたる論争の幕は下ろされた。

この論争以降、鍼灸界は科学派と古典派に二分され、それぞれの立場に従って、鍼灸の学術の発展に寄与することになる。科学派は鍼灸の科学化に向かって、古典派は治療技術のさらなる向上を目指して、

お互い対立しながらも切磋琢磨（対抗意識を燃や）しながら、邁進したのである。

第2回経絡治療批判

その後10数年間は両者は対立しながらも表立った議論もなく過ぎたが、1967年頃になって再び論争が起こった。古典派に属していた木下晴都氏（以下敬称略）が科学派に走ったことがきっかけである。彼が医道の日本誌に書いた「信仰的観念の脱皮」（『医道の日本』1967年2月号）を読んだ竹山が「目的意識の有無に就て」（『経絡治療』1967年10号）と題して木下を批判するところから始まる。その後は木下と彼の懐刀である出端昭男氏（以下敬称略）とで論陣を張り、竹山及びその他の経絡治療家と誌上で議論を戦わした。

今回は経絡治療を勉強し実践していたものからの批判であることが前回の論争とは大きく違うところである。

木下は、「信仰的観念の脱皮」のまとめでこう述べている。

「私は古典医学を学ぶために経絡治療の門をくぐり、それを信じて実践せよという教えに従って、10年、20年と継続してきた。しかし、年数を経るにしたがって疑問点が増加するばかりで、学問としてこれでよいのかと心から反省するようになった。経絡治療の考えで治療しても、また、そんなことを考慮に入れないで治療しても、治る病人は治っていくのである。ただ治ったという現象のみをみて、鍼灸治療の効果と結び付けることは、一定の研究方法に従って証明しない限り危険である。（中略）信仰的な観念から脱皮して、自然科学的な客観的真理を求める努力が、鍼灸を医学として発展させる方法である（P9）」と。20年近く経絡治療を実践してきた経験が言わせている言葉である。この経験から鍼灸の医学化を目指すには科学的に鍼灸の臨床を見直す必要があると彼は考えたのである。そして経絡治療を推計学的に見直すことを提案し、また、一部「あゆみ会」で臨床実験をしたのである。

「今六部定位の脈診を実験する方法を述べると、ある病人の脈が肝が虚していると仮定するならば、多くの人の診断によって肝の脈が虚していることを危険率5%以下（全体の数学的5%とは意味が違う）の一致で検定できれば客観性のあることが立証される。次に肝虚、腎虚、肺虚等の病人を集めておき、診者が何回か反復しておこない、それ等の診断結果が危険率5%以下で検定できれば再現性が認められる。この方法によって客観性と再現性が確立すれば脈診そのものの基礎がつけられる（P6）」木下が同じ論文の中で言うとそれに対して竹山は、「目的意識の有無に就て」の中でこう反論している。

「推計学的実験検証法の適用だけで、直ちに東洋医学的脈診の基礎をつくるのが出来ると考えるのは、木下君の思い上りで、東洋古典医学の本質を正しく理解していないために、出来ない相談を出来るように思い込むのである。東洋医学の随証療法としての診断の過程は、望聞問切の四診が有機的に統一的一丸となって運営されているのである。脈診が「証」決定の定手（きめて）としての役割を果すと言っても脈診だけで診断するのではない。現象である症候群から本質である「証」を決定するまでの過程では凡ての診断の方法が（機械的にバラバラに運営されるのではなく）一丸となって統一的に働いているのである。有機的に相互連関して統一的に働いている四診という診断法の中から、脈診の実際と称して、それだけを切り離して推計学的検証をおこなったとしても、それは人間の感覚の生理学研究には役立つかも知れないが、東洋医学の診断法の科学化のためにやろうとするなら、無用どころか、かえって弊害を生ずることになる。東洋医学的診断法の本質を誤解せしむることになるからである。

東洋医学に於ける診断法も治療法も、修得によって熟練を要する術なのである（P34）」と。

木下が言うように、診断上最も重要な脈診の客観性、再現性を検証することは意味のあることである。しかし、竹山が言うように、東洋医学的診断、治療には熟練を要する術だから、検者を誰にするかによって、即ち、経験年数1年、5年、10年のどこの人を選ぶかで検出結果が大分変わってくるであろう。

それを受けて出端も竹山に対して論争を挑んだのである。彼は竹山の唯物弁証法の理解そのものに対して批判したことが木下との違いである。

「鍼灸の古典に記載されている治療体系は仮説の体系である。なんとなれば、現在までただの一度も「実証」という手続きを踏まえて語られたことがないからである。事実によって証明されない知識は、いかに伝統的であっても、それは真偽不明な仮説としてとどめておかなければならないであろう。伝統や権威の保証が必ずしも真実でないことは、アリストテレスの運動論が、2千年間に一人の反対者にも行き合わなかったことを考えれば容易に察しがつくであろう」（『医道の日本』—鍼灸の科学について〈竹山氏論文をよんで〉1967年6月号P3）と。

古典に記載されている治療体系は未だに実証されていないから、仮説として扱い、臨床実験により証明されなければならないと主張するのである。

「竹山氏が『治療体系の正否を実践によって確かめる』というとき、その治療体系における有効性の確認が、どのような実践によってなし得られるかが問題となるであろう。（中略）いまかりに一人の患者について治ったという事実を確認したとしよう。しかし、それは治療効果の証明にはならない。なぜならば、自然治癒が無数に存在するからである。自然の経過より、少しでも早く、少しでも確実に治ったことをつきとめない限り、有効性の断定は保証の限りではない。しかし、効果の確認は、疾病の経過から自然治癒を分離させるだけでは十分とはいえない。次には心理効果の影響を考慮しなければならないからである。その方面の専門家によって、ある種の病気は偽薬によってでも30%から50%は効果があると報告されている。（中略）個体差を考慮に入れるとき、どうして他の患者にもそれが適応されると主張することができるのであろうか。私がここにあげた3つの要因、すなわち自然治癒、心理効果、個体差は、われわれの直観をいちじるしく攪乱する重大な因子である。医学会の権威たちが、この攪乱因子にまどわされて、臨床医学の歴史に大きな汚点を残してきた（同上P4）」

治療効果を判定するとき“自然治癒”、“心理効果”、“個体差”を排除する必要があると言うのである。これに関しても、経験年数のどのくらいの人が検者になるかで検出結果が大分変わってくるであろう。条件設定する人がどのような立場にいるかによって評価に違いが出る可能性が高い。即ち、経絡治療を肯定的に見ている人とその反対の人のどちらが条件設定をするかによって評価が変わってしまう可能性が十分に考えられるからである。推計学的に臨床試験をおこなうことは意義のあることであるが、主観をどこまで排除できるかが課題である。

自然治癒、心理効果、個体差は病気が治ることの本質的な内容であり、東洋医学だけでなく古代の医学に共通した最も重要な考え方である。近代医学はこの考えを否定したところから出発し、発展してきた医学である。その結果、外科手術の発達と急性感染性疾患の対処の充実を促すことができた。しかし、慢性化疾患においてはお手上げの状態である。液体病理学説、生氣論を排して、細胞病理学説、細菌学説をよりどころにして発展してきた結果である。古代医学を前提に臨床試験をおこなおうとすれば、自然治癒、心理効果、個体差の3つの要因を排除するのではなく、試験対象の治療法が、自然治癒力の発現にいかにか働いているのか、心理効果にどのくらい貢献しているのか、個体差にどのくらい対処できているのか、ということの評価しなければならない。木下、出端は経絡治療の本質をとうとう理解できなかったと竹山が言っており（『目的意識の有無に就て』『経絡治療』1967年10号）、その反論の意味するところが判然としなかったが、多分このことをさしているのではないと思われる。

この他では、本治法、標治法に対する問題提起がある。標治法、本治法のどちらで効いたのか評価をする必要があるということ。また、標治法には治療法則がなく、本治法と標治法を統一させる原理もないと「和田氏の反論をよんで」（『医道の日本』1967年11月号P15）の中で出端が語っている。第1回の経絡治療批判のとき問題にされたところである。

2回にわたる経絡治療批判は、経絡説や陰陽五行説等の理論が空理空論であるから信用できないということであり、臨床実験をして科学（推計学）的に実証されなければ信用できないということであった。これを一笑に付すことができるか、と言うとそんなことはない。過去にもあったことである。

江戸時代には、菅沼周桂の『鍼灸則』に代表されるように、経絡説は観念的であるからそれを否定し経穴のみを採用した考え方をしている医師も多くいた。また、陰陽五行説の陰陽説はともかく五行説はやはり思弁的であるからそれを否定する流派も出た。どちらも江戸時代主流をなした古方派の考え方である。また、古方派は親試実験を重視して実際に試して効果判定をして、古典の見直しをすでに行っていたのである。従って、古典に書かれていることが全て正しいとは限らないと言う科学派の主張は大変重要な指摘なのである。

古典派内部からの見直し

最後に、古典派の内部から起った経絡治療の見直しについてみてみよう。1989年から5年間かけて討議を重ねた結果が経絡治療学会誌に掲載された。そのシンポジウムのテーマは、「証について」、「証を立てる上での問題点」、「診断から治療へ」、「証を立てる上での脈診の位置付け」、「鍼灸における“証”について—診断編—」、「鍼灸における“証”について—治療編—」であった。

「証を立てる上での問題点」を司会した小川卓良氏（以下敬称略）は最近の経絡治療学会の変化についてこう語っている。

「本学会では六部定位脈診と難経 69 難について異議を唱えることはタブーでありました。このことは学問の発展を阻害し経絡治療の硬直化を招き、学問を学ぶ徒にとっても、より有効な治療法を求める臨床家にとっても魅力のないものに成りつつありました。（中略）経絡治療においても近年硬直化した学問に飽き足らず、内部から批判が続出するようになると同時に、学会もそれらの批判を受け入れる機運が出てきて、学問としての、そして学会としての大きな転換期を迎えようとしています。（中略）大家や会長の学説・意見と異なった考えを述べる事が出来ない学会は学会ではありません。単なる私塾です（P19）」このような機運によって、経絡治療の見直しが可能になったことを説明している。

科学派の経絡治療に対する批判の一つに、理論的根拠である陰陽五行説や経絡説等の基礎理論に対してであるが、経絡治療関係者はどのように考えているのであろうか。これに関して、「鍼灸における“証”について—治療編—」で井上雅文氏（以下敬称略）が重大な発言をしている。

「岡部・竹山・井上の諸氏に代表される『経絡治療』の先輩達が、『経絡的治療』を標榜して、臨床実践のかたわら古典主義的鍼灸術の啓蒙活動を開始した時、第一の信号を無視して出発してしまった。その信号は彼らの師である柳谷素靈先生から出されていたのである。先生は『原典考証（テキスト・クリティク）なしにやっぴいのか』ということであった。かくして『見切り発車』は信号無視でなされた。しかし、『原典考証』などという調査・作業・研究は柳谷素靈先生にさえ歴史的にも能力的にも不可能であった。後世に託された課題のその一である」また、「医古文読解のための恒久的な講座が必要である。それなしには、「経絡治療」の古典主義を守ることも、又継続的な古典と臨床の齟齬を解決できないであろう（P52）」

古文献に書かれている理論を考証学的に見直し、内容の前後関係や真偽を正し、それを継続することが大事であると言っている。この発言は経絡治療が用いている古典に書かれた理論及びその他の理論も含めて、全て正しいとはいえないということの表明であり、それを文献学的に整理することの重要性を説いているのである。

六部定位脈診は診察診断上最も重視されているのであるが、これに関しても井上は同じシンポジウムで大変衝撃的なことを言っている。

「六部定位脈診法の全体がなんらかの古医学の記述に依拠しているとは決して言うことは出来ないし、又『難経』にその根拠を求めることも、今年の岩井佑泉氏の発表によれば否定されているとあって良い。六部定位脈診法が唯一古典的だと言えるのは、脈診部として寸関尺の部位を使っているというに過ぎない。脈診法として虚実という要素だけで比較する診方は、中国の脈診史上存在していない。六部定位脈診で診断される肝虚、腎虚、肺虚等は虚損という病名の病態（病証）として文献の上に記述され

ているがそれらとは全く違う意味内容をもっているわけである (P53)」

経絡治療において最も重要な診察手段である六部定位脈診法の否定とも取れる発現である。ここまで大胆な意見は、当然他のパネラーにはなく、むしろ六部定位脈診による比較脈診の有用性を異口同音に説いている。そればかりではなく「証を立てるうえでの脈診の位置付け」ではパネラー4人のうち3人までがほぼ100%診断(証の決定)の根拠としているということである。しかし、井上以外では篠原昭二氏(以下敬称略)が、六部定位脈診部と身体に対応関係は歴史的に観るといろいろ変遷しているから、経絡との対応のみが正しいという根拠は文献学的にも証明されていない、という指摘があった。今後とも臨床的にも文献学的にも検証しなければならない課題である。脈診が「証」を決める上で最も重要であることは共通項となっている。

証の決定(診断)は六部定位脈診だけに頼るのではなく四診を総合しておこなうべきであるという提言が、島田隆司氏(以下敬称略)、篠原からあった。脈診だけではもはや限界であるとの表明である。以下は島田の見解(「鍼灸における“証”について—診断編—)である。

「診断は(中略)①病の本質(病因・病理)を探ること、②病の軽重を判定すること、③鍼灸の適応を鑑別すること、④適切な治療法を選択(創造)すること、⑤予後を判定すること等を包含しているものでなければならないと考える(P30)」と。

次に、これも科学派から批判が出る治療原則、本治法、標治法に関してはどうであろうか。島田は同じシンポジウムの中で大変重要な発言をしている。

「標本の定義は、やはり『素問』標本病伝論での「凡そ刺の方は、必ず陰陽に別つべし。前後は相応じ、逆従は施を得て、標本は相い移すなり。…標本を知る者は萬挙して萬当なり」と言えよう。本・標とは陰陽論的にみて、ある患者のある時点における主要な矛盾と副次的な矛盾と言っても良い。

手足の五行要穴を五行の相生・相克法則によって補瀉することのみが本治法で、その他はすべて標治法であると位置付けることは穴の性質を著しく歪め、したがって多くの穴の運用方法を不適切にしている。例えば、いまの分類では標治法に追いやられている「関元穴」が何で正しい意味で「本を治す」「本治法」にならないのか。「関元穴」一穴だけでこの病人の全体を覆すような最も基本的な矛盾の解決が可能になる場合がある。あるいは「百会穴」、「身柱穴」、「腎腧穴」など、また背部俞穴や募穴など、「五俞穴」以外でも「本治法」として陰陽的に主要な矛盾の解決を任せ切ることの出来る穴は非常に多い。

手足の五行要穴を五行の相生相克的に運用することだけが本治法である、とすることがその他の重要な穴を全部標治法という位置付けにしまい、病気の本質を正しく捉えることを困難にし、治療が不適切となり、患者の要求に応えられない結果を招いている嫌いがある(P47)」

病の本と標とは、ある患者のある時点における主要な矛盾と副次的な矛盾であると解釈している。このように考えると、ある病気の治療の中で、最も大きくその病状を変えることができる方法が本治法であると言えるのである。そうであれば、手足の五行要穴だけが本治における治療穴とは限らないということでもある。

また、彼は「診断から治療へ」の中でこうも言う。

「足関節の捻挫で数年来の運動不能があり、歩行も絶えず制限を受けている場合、それが便秘の遠因となり、頭重を引き起こし、人生に悲観的な傾向を生み、肺気不宣、心悸昂進と発展して行く場合は十分に考えられる。このような場合、捻挫した足関節を完治する方法(例えば、刺絡治療)は、これに起因する臓腑疾患までも回復させる意義があり、“本治”法とすることができる(P30)」

これも病の先後という意味で標本を捉えれば当然のことである。私もある時から臨床実践の中で、過去の怪我、事故、手術及び大病後の不完全治癒部の治療は本治ではないかと考えるようになった。

また、「本治とは、陰陽気の失調を調整することであり、また五臓を健全な状態に復させることでもある。そのために五行穴が主役を担うこともあり、また俞募穴が主となることもある。さらに任督脈の

活用なしには疾病を転換することができない場合もある。(P30)」と。

陰陽気の失調を調整が気質、体質をも含めて考えているとすれば、本治法における重要な指摘である。また、任脈、督脈上のツボを活用することによって本治法が完結するという重大な発言もしている。

「鍼灸における“証”について一診断編」の中で、小川は本治法だけでなく標治法に関しても議論の対象にする必要を訴えている。

「本治・標治の二本建て治療をおこなって、標治の部分は議論せず、本治のみで議論しようというのでは全く片手落ちであったことをどう考えるか。臨床研究では患者に対する治療全てを対象にして研究・討論しなければ何の価値もない。経絡治療批判の多くは、この二本建て治療に向けられていることを知らなければならない (P33)」と。

では標治法とは何か。経絡治療では症状に対して反応を捉えて治療することであるが、私は本標概念で捉えたほうがよいと考えている。そうすると標治法とは、病気の出発点(本)から広がった症状(標)に対する治療法であると定義できる。

また、標治法は対症療法であると、科学派にも古典派にも考えられている。しかし、果たしてそうであろうか。否である。対症療法とは、ある症状を抑える目的で作られた一群の薬を用いて治療をおこなう方法であるが、鍼灸の治療はそうではない。本治法も、標治法も、気血の流れの不調和を体表の異常な場(ツボ)として捉えて、それに鍼灸をおこない、気血の流れを順調に復せしめる治療法である。従って、治療をすると、時に症状が消失し、時に症状が一時的に強く現われることもあるのである。

このように標治法を考えれば、出端の治療原則が明確でないと言う批判に対する答えになるであろう。

本治法は主として「難経」の69難による選穴法を用いているが、これについても見直しの意見が出ている。村田溪子氏(以下敬称略)は、「証を立てる上での問題点」で興味深い発言をしている。

「実際問題としては虚の変化が出ている所に刺せば良いが、69難ではその場所を示していないが、虚の変化が出易いところという意味のガイドラインを示しているようであると指摘し、最後の決め手は指先の感覚であり、この指先の感覚こそ重要であると総括した(P22)」と。

変動経絡上で虚の反応が出ているツボを用いれば良いというのである。ツボの本質を考えれば、本治法であろうが、標治法であろうが、虚、実の反応の出ているツボに適切な治療をしてはじめて効果が現れるからである。これは竹山等が当初に決めた考えに戻すもので意義深い。

また井上は、「難経69難の母子関係の虚実補瀉は臨床的にも極めて有用であり、経絡治療の治療面での優れた側面の一つです。只、要穴の選択に関しては五行の性質にとられる必要はないと思います。腎虚に関していえば、合水穴と経金穴だけを選ぶのではなく、腎経と肺経の全要穴を病証に従って選ぶという理論や臨床面での研究が必要だと思われます(P26)」と、「診断から治療へ」の中で言っている。即ち、本治法における選穴は五行穴にとられる必要はないという大胆な発言である。

小川は「証を立てる上での問題点」のまとめとして、「治療方法としてはいかにも限定されており難経69難だけで全ての病変に対応できるとは4氏共に考えてなく、対応できる部分は一部であると考えている。(中略)今後の課題であるが、本シンポジウムでは六部定位脈診と難経69難の限界と効用をはっきりさせ治療法までも視野にいれた診断-治療体系を構築させる必要があるという結論がでたように私は思う(P25)」と語っている。

八木素萌氏(以後敬称略)は「診断から治療へ」のまとめの中で、鍼灸の教育上重要な発言をしている。

「鍼灸治療は湯液の投薬治療と違って、『気の変動』と患者の個性的な病態反応に適時的に即応する施術を要する、故に「証」を精緻かつ煩瑣に記述して、あらかじめ用穴を固定的に指定するのは無理がある。治療の加減・施術の手加減の問題は、治療家のキャリアと学術水準と鍼運用の技術水準とに、かなり大きく依存している。従って『手を作り』『眼を養う』『刺鍼技術を錬磨する』問題は非常に重要であ

る。そのような『術の錬磨』の訓練の方式と体制とは、大きな課題である (P24)』

鍼灸は漢方と違って理論でできる範囲より技術の範囲が大きいのであるから、教育において技能訓練がなにより重要であると語っている。

1989年から5年間、経絡治療の証問題に関する討議の結果、多くの問題提起がなされたが、その中で特に重要であると思える内容を以上のように載せたのであるが、整理の意味でその内容に私見を加えて書いてみよう。

経絡治療の理論面に関しては、原典考証を続けて古典理論の真偽を文献学的に見直す必要がある、と井上が指摘したが、例えば『素問』、『靈樞』等の古典理論を経験的事実に基いた理論か否かの検証や理論の発生からその発展過程を文献学的に研究した丸山、藤木、島田等の研究成果を基に整理していくこと、さらには彼らの研究を継承していくことが重要な課題であると考えている。

診断(証の決定)に関しては、脈診偏重を改め四診総合によっておこない、経絡の変動だけでなく、病の重症度、鍼灸治療の適否、病気の原因、予後等を捉える必要があるという島田、篠原等の発言は重要な検討課題である。

当初の経絡治療の本治法では、選穴も幅広く、さらには切経探穴をして反応を捉えて補瀉をしていたが、後に本治法は主として難経69難による選穴だけになり、反応の有無も問わなくなった。その結果、本治法で治せる範囲は限定され、形式化してしまったのである。しかし、井上、村田等が選穴の範囲を広げること、変動経絡の切経(探穴)をして反応を捉えて用いる提案がなされたことでその形骸化は免れた。

本治法、標治法を本来の本標概念で考えることにより、本治法の治療の幅が広がる道を島田は拓いた。病気の出発点(本)である症状(疾患)や過去の怪我、事故、手術後、大病後の後遺症に関係した反応のあるツボ(経穴)に対する治療は本治法であり、また、任脈、督脈上のツボを用いることで本治が完結するという重要な指摘も島田はしている。このように考えると要穴以外の重要な一般穴も本治のツボとして用いることができるのである。

また、本標概念等で標治法を捉えれば、標治法は病気の出発点(本)から広がった症状(標)に対する治療法であり、本治法も、標治法も、気血の流れの不調和を体表の異常な場(ツボ)として捉えて、それに鍼灸をおこなうことによって気血の流れを順調に復せしめる治療法である、と定義すると、この法則化を一步進めたことになる。

3. 経絡治療に内在する真の意義

いうまでもなく経絡治療は古代の医学理論に基いて理論構築されているのであるが、それは必ずしも陰陽五行説、経絡説等の理論だけではない。もっとベーシックな考え方が内在しているのである。それは東洋医学(素問・靈樞等)を含めた古代医学の中にある病氣観、治療観である。その内容を要約すると以下ようになる。

- ・病氣とは、正氣(生命力)が一定程度不足することによって邪氣が侵入し、正氣と邪氣の闘争の結果、心身に不調和(陰陽の失調・気血の流れの不良)が生じて起るという考え方である。心身の不調和は、精神(気質)の不安定(七情の乱れ等)、体質不良(飲食不節・不良姿勢と動作・房事過度等)によって起こり、最終的には病氣となる。

- ・病氣を捉えて治療をするときに最も重要なことは、病の出発点(本)を捉えることである。病氣は時間の経過に従って広がっていくことが多いが、広がった症状(標)の中で命にかかわる症状がなければ、その本を正せば病氣は治るという考え方である。

- ・治るとは、生命力の現われである自然治癒力(真氣)が十分に発揮された結果である。

- ・治療とは、自然治癒力が十分に発揮できるように、何らかの手段(鍼灸等)によって病人に働き

かける行為である（補瀉）。

- ・ 病気にならない、病気になり難い、あるいは病気になっても治りやすい条件は何か。これは、精神の安定（恬憺虚無・気質改善）をはかることであり、身体の良い状態（体質改善）を保つこと（治未病・養生）である。

これこそが古代医学の病気観、治療観の特徴であるが、経絡治療はこれらの考え方を前提にして作られているのである。“経絡的治療とは何か”のところでも述べたように、随証療法は、病気だけでなく病人の体質を診て治療をして自然治癒力を手助けすることであるという内容がまさにそれである。竹山は強調していなかったのであるが、病人を診ると言ったときに最も重要なことは病人の心即ち精神（気質）状態である。気質、体質、病気を診ることが古代医学の基本である。従って、診断（証の決定）上、病人の気質、体質を捉えることが重要となる。

経絡治療では、心身が不調和になると気血の流れに変調が起り、経絡（経穴）の変動をきたし、体表に異常反応をもたらすと考えている。心身の不調和は、先にも述べたように、その人の精神の不安定（気質の異常）、体質の不良によって起こり、さらには病気の原因になるということであるから、心身の不調和である経絡の変動を調整するということは病人を治すことに他ならない。従って、病人を治すとは、気質を改善して精神の安定をはかり、体質を改善して身体を良好な状態にすることであり、病気に対処することにより、自然治癒の発現を十分に引き出すことである。

本治法は以上の考え方の上に病気の出発点である症状(疾患)即ち本を正すことである。“本治法とは、気質を改善し、体質を改善し、病気の本を正すことによって、自然治癒力の発現を十分に引き出す治療法である。”と定義し直すことができるのである。

竹山が抽象的に表現した証の事、随証療法のことの本質がこれによって明確になるのである。気質（精神）の状態、体質の状態、病気の性質を四診によって捉え、証を決め、それに随って治療をおこなうことが、即ち、経絡治療であるということである。これが経絡治療に内在する学術的意義の第一である。これにより経絡治療は予防医学への道がさらに明確に開けるのである。

“古典派の見直し”の中で島田が指摘した本治に対する考え方は、私の考えとほとんど一致する。本治法は、手足の五要穴にこだわらないで、『素問』標本病伝篇に先病後病という考え方に基いて、過去の怪我、事故、手術後、大病後の後遺症、現症では、最初に出現した症状に関係したツボ（経穴）の反応を捉えて治療をおこなうということ、また、任脈、督脈上のツボを使わないと本治が完結しないということが…。私は10年前ころから任脈、督脈上のツボを用いた本治法を考案して実践しているが、効果的であることを実感している。

以上のように、治療においては標本病伝篇の考え方に基いて病気を捉えて治療することが最も重要なことであり、これが経絡治療（本治法）に内在する学術的意義の第二である。これにより経絡治療は根本治療と言えるのである。

治療原則である補瀉についても科学派はその主観的方法のゆえに否定をしている。しかし、治療法も含めて経絡治療は、竹山の言を借りれば、そもそも“術には長けているが、学には疎い漢方鍼灸”を存続するために構築されたものである。言ってみれば、経絡治療の実質は技術（医術）にあって、学的体系（医学面）は仮の姿（カモフラージュ）であるともとれるような発言である。いずれにしても経絡治療の実質は技術であるといっても過言ではないと思う。学については見切り発車をしたといえよう。

従って、補瀉法は特に技術を要するのである。補瀉は、刺激理論（アルントシュルツの刺激理論等）のように刺激の強さと時間の積、即ち刺激量だけで規定されているのとは違って、刺激の質と量を考慮した方法である。温熱による治療は補法に適し、鍼による治療は多くの場合、瀉法に適していると言われている。また、補瀉法による適切な刺激、施灸は、しばしば心地良さを引き出すことができるので、身体面だけでなく精神（気質）面に対しても一定の影響を与え、不安の解消にもなる。その結果、生命

力の消耗や自然治癒力の発現が円滑になり病気が治りやすくなるのである。

以上のように、診断も含めて治療は技術であり、一定の技術熟練をして体得するものである。これが経絡治療に内在する学術的意義の第三である。

診断（証の決定）においては病人の気質、体質を捉え、病気の本標を分かつことであり、治療においては本治・標治をおこない、気質を改善し、体質を改善し、病気を治療して、自然治癒力の発現を十分に引き出すことである。また、治療は技術であり、本標ともにツボの反応を捉えて適切な手技（補瀉）をおこなってはじめて効果が現われるというものである。これが経絡治療に内在した最も重要な学術的意義である。

今後の課題は、気質、体質、病の本標に関する文献学的、臨床的研究をおこない、それぞれを学問化して気質学、体質学を確立することであり、その治療法の開発を臨床の場で構築することである。即ち、気質の改善、体質の改善、病気の本を内容とした本治法の開発でありさらには、本治法、標治法の治療学の確立である。また、技術面では鍼灸手技における補瀉法の見直しをして、補瀉法の技の整理をおこない、補瀉法の学問化を目指す。

これらの課題が達成されたとき、経絡治療の学術は、予防医療となり、根本療法となって古代医学を体現できたと言えるのである。

未完

引用文献・参考文献

【漢方医術復興の理論】 竹山晋一郎著 續文堂 1971年

【東邦医学】第11巻第1号

【医道の日本】1952年2月号・8月号・12月号、1953年2月号、1967年2月号・6月号・10月号・11月号、1969年5月号

【経絡治療】1967年（10号）

【日本経絡治療学会誌】「証について」15巻16号（1989年）、「証を立てる上での問題点」17号（1990年）、「診断から治療へ」18号（1991年）、「証を立てる上での脈診の位置付け」19号（1992年）、「鍼灸における“証”について—診断編—」19号（1992年）、「鍼灸における“証”について—治療編—」21号（1993年）

あとがき

今年も、2008年7月に開催された第3回社会鍼灸学研究会の論文集をここに上梓することができた。本号からは、発表者の論文を加え、松田博公氏と戸ヶ崎正男氏に気迫のこもった論文（まさに玉稿）を寄稿いただき、非常に濃い内容で質の高い論文集になった。また、第3回の「討論の部」では、形井氏の進行のもと、小野氏を中心にした発表者のディスカッションが活発で、活字として残すのにふさわしい内容になっている。

伊藤氏の研究は斬新で鍼灸研究の質的研究の一つの方向性を示唆しており、小野氏は京大における鍼灸経済学的な奥深い研究を元に発表され、控えめではあるが斯界への提言が多く盛り込まれていると同時に、鍼灸の制度や本質所以の限界を暗示している。津嘉山氏の鍼灸を見つめるスタイルはいつも独特で、そのまなざしに魅了されているものもある。

しかし、我々の活発なディスカッションとは裏腹に、鍼灸を取り巻く社会状況は百年に一度の恐慌でさらに厳しく、鍼灸市場の先行きにも明るさは見えてこない。また、鍼灸の新設専門学校や新設大学の活気もころなしか低調で、08年の大学院大学の閉鎖とともに暗い影をしのばせている。松田氏の論文は刺激的で挑発的でもあるが、〈伝統医療〉は「魔法の呪文」なので、息詰まった斯界の解決方法はもうマジックしか期待できないのかもしれない。否、もしや日本鍼灸が近代から呪文をかけられたのではあるまいか。

一方、現代の「現場」取材してみると、鍼灸の良さを体感もしくは実感したうえで、鍼灸を大切にしている鍼灸師が、優れたヴィジョンを持って活動していることもわかる。今後、様々な観点で現場レポートをかさね、斯界に還元することに加え社会鍼灸学研究に活かしていきたい。

鍼灸という不思議な社会現象を探るのに手の届きそうな範囲から紐解き、現代日本の鍼灸と未来の日本鍼灸を語るには近代の検証が欠かせないと考えてきた。まだまだ研究途上であるが、近代以降の日本鍼灸の変遷をマクロにみると、「制度の有無」が大きな障壁になっていることが分かるのだが、近代の斯界の念願であった「専門学校の設立」は戦後になってやっと叶い、現代になって鍼灸大学、大学院へ昇華したことは「進展」ともいえる。

本拙論の研究途上で駒井一雄の『東邦医学』にたどり着くことができ、近代後期の斯界に対する駒井の多大な功績を初めて目の当たりにした。臨床や研究のみならず制度に関する涉外、人材（竹山晋一郎）の発掘といった幅広い駒井の活動は、日本鍼灸を語るうえで素通りすることはできない。適切な場での一定の検証が必要であると考え。この時期、特に昭和初期の鍼灸の社会学的な側面を記述している文献は少なく、上地栄の『昭和鍼灸の歳月』が当時の様子を比較的よくレポートしていると考え、戸ヶ崎氏の論文は上地文献の再検証としても大変興味深く、今後の言及が楽しみである。

この論文集が皆さんのお手元に届く頃には、第4回の実施要綱も固まっているはずであるし、記念すべき第5回への方向性も見えつつある。

今回も、研究会を陰で支えてくれた筑波技術大学附属東西医学統合医療センターのスタッフの皆さん、本当にありがとうございました。

大型連休から日本中が振り回された新型インフルエンザの報道が鳴りを潜めつつある新緑皐月。



第3回社会鍼灸学研究会 2008 参加者一覧

シンポジスト

小野 直哉	京都大学大学院医学研究科
伊藤 和真	京都大学大学院人間環境学研究所、名古屋医専鍼灸あま指圧教員養成科
津嘉山 洋	筑波技術大学東西統合医療センター
形井 秀一	筑波技術大学保健科学部
箕輪 政博	千葉県立千葉盲学校、首都大学東京大学院都市環境科学研究科

参加者

市川 篤	東洋鍼灸専門学校教務課
浦山 久嗣	赤門鍼灸柔整専門学校東洋療法教育専攻科
浦山 きか	北里東医研医史研
菊地 貴子	東洋鍼灸専門学校教務課
坂部 昌明	京都府立大学 法医
島田 力	東洋鍼灸専門学校教務課
高澤 直美	高澤鍼灸治療院
平野 篤	栃木県立盲学校
町田 しのぶ	東京医療専門学校
松田 博公	(鍼灸ジャーナリスト)
嶺 総一郎	名古屋医専鍼灸学科
由井 和美	医道の日本社
吉田 和裕	順天堂大学大学院
若山 育郎	関西医療大学
堀 紀子	筑波技術大学統合医療センター
星 慎一郎	筑波技術大学統合医療センター
櫻田 恵里	筑波技術大学統合医療センター
佐々木 奈央	筑波技術大学統合医療センター
刑部 香里	筑波技術大学統合医療センター
鈴木 陽子	筑波技術大学統合医療センター

社会鍼灸学研究 2008 (通巻3号)

発行日 2008年8月2日
編集・発行 社会鍼灸学研究会
〒305-8521 つくば市春日 4-12-7
筑波技術大学保健科学部
形井研究室
Tel&Fax. 029-858-9533
e-mail : katai@k.tsukuba-tech.ac.jp
表紙・題字 堀 紀子 (瑞雪)
筑波技術大学東西 医学統合医療センター
