

社会鍼灸学会
研究



社会鍼灸学研究 2018

第13号

社会鍼灸学研究会

序 日本鍼灸のガバナンス

筑波技術大学名誉教授、社会鍼灸学研究会代表
形井秀一

ガバナンス (governance) とは統治、管理、制御を意味する。それを実施する組織の最たるものが国家や政府 (government) であり、また近年、企業の倫理観が問われ、「コーポレートガバナンス」(企業統治) という言葉も用いられる。だがそれとは反対に、「組織や社会を構成するメンバーが主体的に関与する、意志決定、合意形成のシステム」(ウェブサイト「コトバンク」より) を意味する「パブリックガバナンス (public governance)」も重要であることも認識されている。消費者、市民、受益者の意識の高まりと権利の擁護が進むと共に、日本においても、近世から続く御上 (おかみ) の統治、お役所へのお任せ、大企業の年功序列などの意識から、消費者や市民ファースト、行政と受益者の「協働」という、パブリックガバナンス意識が向上してきている。このような現今だからこそ、日本鍼灸のガバナンスをその両方の意味から検討したい。

国民の保健衛生 (医療) は社会保障問題の重要事項であるので、各種の法律に則り、国家 (厚労省) がガバナンスしている。例えば、医療従事者数調整や国家試験の合格率・水準の維持などはその証左であろう。その施策や方向性に関しては、厚労省と医師や看護師などの代表が意志決定している。さらに、そのガバナンスに関しては、患者の権利であるインフォームドコンセント・チョイスを大切にするという時流も少なからず影響しているのである。

さて、日本鍼灸界には「ガバナンス」はどの様に存在するのであろうか。

合格率が年々低下傾向のはり師、きゅう師国家試験は、2018 年春実施された第 26 回で、合格率は 50% 台まで低下し、過去最低を更新した。この合格率の低下傾向は、福岡判決後の鍼灸学校の急増が少なからず影響していると考えられるが、鍼灸市場の低迷も鍼灸学校の乱立による資質低下が要因とも言われている。

その福岡裁判は、柔道整復専門学校設置規制に対して、一学校法人が反旗を翻したことであり、規制緩和の流れもあり障壁が撤廃された。その結果、市場経済競争原理の影響が鍼灸界にも及んだ。それまでの国の規制という暗黙のガバナンスから解放された結果と考えられるが、現在議論がなされている「療養費」問題、マッサージ学科新設要求とその裁判などに関しても、すべて、あはき界のガバナンス力不足がもたらした混迷と言えよう。しかし、反対の見方をすると、日本鍼灸の手法や流派の特徴である「多様性」が伝統となり、互いの存在を認め合い、緩やかな結束力で、医療の端くれとして生き残ってきたと考えれば、パブリックガバナンスが長年機能しているという見方も成り立つ。

鍼灸界の国際的な関係の中に日本鍼灸があることを強く意識させられる昨今であるが、国内の諸問題に関して、鍼灸のガバナンスが問われている。日本鍼灸のガバナンスに関する実情の検証には、パブリックガバナンスの一つであるメディアも検討するに値する。ガバナンスの存在の有無、必要性、その質、あり方も含め、学術的に、冷静に、鍼灸界のガバナンスについて議論することが望まれる。

(第 13 回社会鍼灸学研究会発表呼びかけ文を改編)

社会鍼灸学研究 2018
(通巻 13 号)

目次

序 日本鍼灸のガバナンス

形井秀一：筑波技術大学名誉教授、社会鍼灸学研究会代表・・・・・・・・・・ i

第 13 回社会鍼灸学研究会講演特集

テーマ：日本鍼灸のガバナンスを考える

1. 鍼灸とガバナンス

形井秀一：筑波技術大学名誉教授、洞峰パーク鍼灸院院長・・・・・・・・・・ 1

2. 「日本鍼灸のガバナンスを考える」ために

ー日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか？ー

小野直哉：公益財団法人未来工学研究・・・・・・・・・・ 8

3. 鍼灸のガバナンス～日本の鍼灸制度史から考える～

箕輪政博：社会鍼灸学研究会副代表・・・・・・・・・・ 20

4. シンポジウム（全体討論）・・・・・・・・・・ 26

原著論文

戦後日本のあはき業界について～小林勝馬議員提出の質問主意書から考察する～

森 一也：京都仏眼鍼灸理療専門学校、中央大学法学部・・・・・・・・・・ 35

報告論文

公益社団法人大阪府鍼灸師会における定点調査結果をもとにした実態調査報告

竹藤裕子：公益社団法人 大阪府鍼灸師会・・・・・・・・・・ 42

あとがき

箕輪政博：社会鍼灸学研究会 副代表・・・・・・・・・・ 59

鍼灸とガバナンス

形井秀一

筑波技術大学名誉教授、洞峰パーク鍼灸院院長

【要旨】

「ガバナンス, Governance」という語は、「組織における意思決定、執行、監督にかかわる機構」という意味で使われている。

日本に、鍼灸ガバナンスが存在するか否かはさておくとして、鍼灸ガバナンスが機能するためには、鍼灸の制度、監督、指導の三つの要素を監視していくことが必要である。

鍼灸のガバナンスを今考える必要があるのは、日本での鍼灸の社会的地位が低い状況がある一方で、そのような日本の現状にお構いなく、世界に鍼灸が普及し、鍼灸の国際標準化が進みつつあるからである。

鍼灸界における意思決定、執行、監督に関わる機構が、日本鍼灸のガバナンスであるが、鍼灸の健全な臨床行為の監視・管理、非効率・不健全な行為をする治療者への制裁、鍼灸の社会的責任を果たす方策の確立等に関して機能する必要がある。日本鍼灸界におけるそのような組織について、過去と現在を踏まえ、考えてみたい。

キーワード：ガバナンス、鍼灸、国際標準化、意思決定、監督

I. はじめに

「ガバナンス, Governance」という語は、近年、マスコミでも話題となっているが、一般的に「組織における意思決定、執行、監督にかかわる機構」という意味で使われている。これに近い「ガバメント, Government」という語は、「政府や政府の機関、行政」という意味である。

また、コーポレート・ガバナンス、パブリック・ガバナンスなどの言葉もあるが、コーポレート・ガバナンスとは、「企業の効率的かつ健全な活動を可能にするシステム」という意味で使われる言葉で、具体的には、おおよそ三つの意味合いがある。

一つは企業の経営を監視するために必要な経営管理機構で、健全な経営であるように監視するという意味。二つ目に非効率・不健全な行為をする経営者に課す制裁；企業として効率的な仕事をやらなければいけないのに、怠った場合の制裁。三つ目は、企業の社会的責任を果たすためのディスクロージャー制度の確立；閉鎖的な経営や閉鎖的な企業ではなく、社会に開いた企業として活動することを掲げ、そのようなシステムを作ったうえで会社経営を行うことを意味する。

そこで、コーポレート・ガバナンスをひとつのヒントにして、鍼灸ガバナンスを考えたい。

II. 鍼灸のガバナンス

1. 鍼灸が成り立つ要素

「ガバナンスと鍼灸」を考えるために、鍼灸がどのような要素で成り立っているかを再確認す

る。

鍼灸は、①針とモグサを使う治療法であり、それを学ぶための②学校教育がある。この教育の結果、学生の能力が一定水準に達していることを国が保証するのが、③鍼灸師の国家資格である。

そして、①については、鍼灸の臨床には、理論や技術があり、患者に安全で質の高い臨床を提供する。②教育はその質を保証する場であり、一定の質を保証する教育が行われることになる。

資格は、国家資格であるが、資格制度が設立した最初から国家試験があったわけではなく、制度自体が、「取り締まり方」から「取り締まり規則」、「営業法」、「～師法」と変遷し、都道府県知事資格から国家資格に変化してきた。どのような変遷があるにせよ、一定水準の質は求められ、それを認め、保証するものが資格である。

そして、それらの構成要素が機能するためには、制度、監督、指導の三つの要素が機能しているかどうかを監視していくことが必要であり、それがガバナンスである。

2. 何故、今、鍼灸のガバナンスを考えるのか

では、なぜ、今回、社会鍼灸学研究会で鍼灸のガバナンスを取り上げたのか、その背景となる事柄を最初に考えてみたい。それは、日本における鍼灸の存在、あり方そのものが、様々な問題を抱えているからである。

(1) 鍼灸の社会的地位の低さ

まず最初に、鍼灸は、社会的地位が不安定で、認知度が低い事が挙げられる。

明治以来、鍼灸の免許制度があるにも関わらず、鍼灸の存在、地位は、不安定である。あるいは鍼灸関係者の中では、鍼灸の社会的地位の低さに対する不安が長年続いている状況がある。この現実が、2018年度の社会鍼灸学研究会で、何人かの先生の研究発表の中にあつたように、どうやったら鍼灸の認知度が上がるかを研究しようとする意識に繋がっている。この状況が明治以来の長年の未解決の宿題だと言える。

実は、筆者が鍼灸の分野に関わり始めた時も同じように感じた。鍼灸は社会的な認知度の低い分野で、そのような状況が続くことは望ましいことではないというのが最初の思いであった。どの様な方法で一般の方々に知ってもらえるか、それを明らかにし、実践していこうというのが、四十年前に関わり始めた時に抱いた気持ちであった。本年度の社会鍼灸学研究会1日目に研究発表された方々の言葉はよく分かる。だが、40年前の筆者と同じ意識を今の若手が持つ状況が続いているとしたら、自分自身、大いに反省しなければいけないと思っている。当時、解決したいと思っていた課題がまだ解決出来ておらず、皆さんにその課題をバトンタッチしてしまっているのだから。

ともかく、一般の認知度の低さが、歴史的、社会的、制度的、文化的な状況の中で、変わらず続いていること。これが、ガバナンスというテーマを取り上げた理由である。

(2) 鍼灸の国際的な標準化

もう一つの要因としては、1860年代くらいから始まっていた鍼灸の世界への広がり動きが、1970年代以降、さらに大きなものとなり、特に、2000年代後半からそれは顕著になってきた。鍼灸の世界的な普及と交流が起こっており、各国それぞれの利害がぶつかり合う中で、その利害をどう解決していくか模索しなければならぬ状況になってきていることが挙げられる。

これは非常に大きな問題で、ISO、ICD、ICHIといった舞台での国際的な動きから分かるように、鍼灸が世界へ急激に拡大する状況にあり、鍼灸を含む東洋医学が、WHOやICDなど、健康分野で国際的な事柄を決定する場で議論されていることである。

2018年の6月にWHOからICD-11が発表されたが、西洋医学の疾病分類であるICDの中に東洋医学の証分類等が入る。この事は、2000年の

長きに亘る東洋医学の歴史を考えると驚くべき事と言えるが、日本国内ではそのような受けとめられ方をしていない。例えば、朝日新聞は、ICDが発表されたことを伝える2018年5月の記事の中で、ICD-11の中に、スマホなどへの依存症の問題が入ったという事を大きく取り上げた。東洋医学も入ったことは、記事の終わりの方で数行書いてある程度の取り扱いであった。おそらく、ほとんどの人が、その記事には気づいていないだろう。朝日新聞の関東版には掲載されていたが、関西版ではその「東洋医学」の数行さえ削られていたらしい。

だが既に述べたように、現時点では取り扱いは低い。これは、東洋医学に関わる我々にとって、大きな出来事である。そしてそれ以上に、世界の医学、医療にとっては、非常に大きな出来事だと言える。西洋医学の疾病観で成立しているICDに、全く異なる東洋医学的な疾病分類・証分類が入ることになるからである。日本の歴史上の鍼灸の存在と、現在の世界の動きの中の日本鍼灸の在り様を、今、考えることが求められる所以である。

3. 日本鍼灸の地位の変遷

(1) 日本鍼灸の略史

日本において鍼灸の地位が、どのように変遷してきたかを簡単な略史で示す(図1)。

- ・奈良時代→国の医学、中国からの理論・技術の輸入
- ・江戸時代→国の医学、日本化。湯液と競う、蘭方と競う
- ・明治時代→国の医学から外れる、西医の指導の下に。
鍼灸が国の医学化となることを目指す。
- ・大正時代 } →「営業規則」の成立、学校設立可
~昭和(戦前) } ・鍼灸の独自性堅持、西洋医学と対抗
- ・昭和時代(戦後)→あはき法の制定、学校教育法(専修学校)
・科学的鍼灸を追求 ・西洋医学への対抗意識
- ・平成時代→西洋医学との統合、または、独自路線を模索
・中韓、欧米などの鍼灸との違いの明確化必要
・各国間で、鍼灸の有り様が異なる

図1 日本鍼灸の地位の略史

奈良時代に鍼灸を含む東洋医学は国の医学になり、中国から理論や技術を輸入し、それらを学ぶ時代が続いた。しかし江戸時代に入って、江戸幕府はゆるやかな鎖国政策をとったので、中国からの影響は小さくなり、結果的にそれまで海外から取り入れていた文化や文物を日本的なものに変えていく時代となった。それに加え、江戸時代には、蘭方も入ってきており、西洋医学、西洋文化も意識されていた。

そして、1868年、明治時代になると、西洋医学に基づいた医師法が制定され、鍼灸は(西洋)医師の指導の下に行うことが定められた。そして、制度的には、1874年に鍼術灸術営業取締方、1911年に鍼術灸術営業取締規則が作られ、鍼灸師の誕生と鍼灸学校の建設が認められ、戦後1947年には、「あん摩、はり、きゅう、柔道整復等営業法」が制定され、専修学校を設置することも可能となり、現行制度につながる戦後の鍼灸が始まった。

そして、平成時代になると、中国や韓国など他の国々の鍼灸との関係、対比を意識せざるを得ない状況になってきた。特に、この十年ぐらひは、中医鍼灸、韓医鍼灸に続いて、「欧米鍼灸」も意識しなければならない状況になってきた。つまり、戦前から戦後にあった西洋医学と競い合う鍼灸を追求しようとする視点から、アジアを始め、欧米各国の鍼灸、つまり世界の鍼灸との関係に問題がシフトしてきており、日本鍼灸が各国の鍼灸と今後どの様に向き合っていくかという課題を解決する必要がある。

(2) 戦後の日本鍼灸の立場

以上のように、日本鍼灸の社会的位置を大まかにみてきたが、戦後の日本鍼灸を少し詳しく見ていきたい。

第二次世界大戦後(以下、戦後)、明治以来行われてきた国の近代化がさらに発展する時期であるが、この時期の鍼灸界は、国の方向性と軌を一にして鍼灸の近代化を推進する必要があるとする①現代科学的な鍼灸を目指すグループと②(経絡治療を中心とした)古典の理論や技術に立脚する鍼灸を目指すグループ、そして、③1970年代以降に日本に直接入ってくる近代中国鍼灸理論を重視するグループ、の大きく3つの流れがあった。

①を目指す鍼灸の立場では、鍼灸の有効性を西洋医学、西洋科学的な実証で明らかにすることが求められた。しかし、②の鍼灸は、現代科学や医学の問題点を指摘し、相対的に、鍼灸の存在の優位性を主張する立場であった。この両者は対極にあって、相容れないように考えられるが、現在の鍼灸治療院を訪れる患者のほとんどが、西洋医学も受療し、また、現代科学を離れた生活はあり得ない状況であれば、いずれの立場でも、現代西洋医学を抜きに医学・医療を語れないであろう。そして、もう一つ加味しておかなければならないのは、上記3グループの割合を調査すると、3つグ

ループにそれぞれの割合の順位はあるものの、結局は、①+②、①+③というように、両者を患者の病態に応じて使い分ける④折衷的な立場のグループが最も割合が高いと云う事である¹⁾。

このように見ていくと、「西洋医学との統合と融合の模索」をするか「独自の方向性を模索」をするかという鍼灸に対する問いは、現実的な社会状況からは、余り明確な答えを導きにくいかも知れない。だが、その一方で、1990年代以降、CAM(Complementary and Alternative Medicine、補完代替医療)を目指した動きがあったが、現在では統合医療(Integrative Medicine)を模索する動きの方が目立つ。日本鍼灸はどの様なあり方が求められるのか、鍼灸の存在、地位の有様をどの様に考えるのか、もう少し、議論と試行の時間が必要である。

現在の鍼灸の存在の仕方は、単純にガバナンスの力で決めていくような話ではないであろう。鍼灸界を構成している人たちがどういう鍼灸界にしていきたいかを打ち出す必要がある。

(3) 鍼灸の存在価値

日本国民のほぼ100パーセントが、西洋医学を受療している状況であることを前提として鍼灸を考える必要がある。西洋医学と鍼灸が対抗する構図にあるのではなく、並列していけるか、あるいはそれぞれが役割を分担していけるか否かということに、少しずつ明確なものを見出すことが大事であると考え。それには、どのような動きがあるかを見ておきたい。

1) 東洋医学の世界遺産登録

さて、鍼灸は、古い歴史があるので価値がある、とよく言われる。つまり、2000年前に誕生し、現代まで続き、現代においても意味があるものなので価値があるということになる。

その例として、例えば韓国では2011年に『東医宝鑑』をユネスコの世界遺産に申請・登録し、中国は『本草綱目』と『黄帝内経』を2011年に登録し、さらに、「中医鍼灸」も京劇と一緒に、すでに登録している。ユネスコの無形文化遺産に登録されるということは、東洋医学が、単に、過去の古い医学なのではなく、現在にその考え方が活かされる、意味がある医学と考えられていることを示していると言えよう。

鍼灸については、中華民族の知恵と創造力が生み出した優れた文化のひとつであり、現在も実践

的医療として脈々と受け継がれている点や、完成された知識体系、また健康への寄与も少なからぬものがあり、重要な文化的遺産であると意義づけ、無形文化遺産としてユネスコはリスト入りさせた。しかし、日本の鍼灸や漢方の関係では、残念ながら、まだ1件も登録されているものはない。

2) 有効な臨床効果をあげる

もちろん、鍼灸臨床家が日々努力しているように、優れた治療効果を出して、患者さんに鍼灸を認めてもらうということも大事である。患者さんが治って、評価することに意味を見いだす考え方であり、そのための講習会や勉強会がたくさん存在することも、そのことを表している。

3) 鍼灸の有効性の立証

さらに、有効性を科学的に証明するために、鍼灸師は、全日本鍼灸学会、温泉気候物理療法学会、日本生理学会などに所属し、有効性の研究を進めてきた。鍼灸の安全性についても、安全性ガイドラインなどを作りながら努力をしてきた。

このような努力は、地位の不安定さを解消して、しっかりしたものにしていこうという強い思いがその基本にあったであろうし、パブリック・ガバナンスであるとも言える積み重ねであったと言えることができるであろう。

4. 鍼灸の世界への普及

現在、鍼灸が非常な勢いで世界に広がっているが、このことはガバナンスの構築とどの様な関係にあるのであろうか。

(1) 15～19世紀;ヨーロッパの文化・文明が世界へ伝播、西洋医学が国学へ

13～15世紀は、モンゴルの1国世界支配であったが、15～17世紀には、モンゴルが衰退し、オスマントルコが地中海を中心に覇権を握った。さらに、ポルトガル、スペインなどが興隆し、世界の新航路を開拓しようとした。それらの国々に、イギリス、フランス、オランダなども加わり、ヨーロッパの国々はアフリカ、アジア、アメリカの国々を開拓し、世界を植民地化した。そして、世界の富が欧州に集まると言われるような状況となった。

そして、18～19世紀には、アメリカ合衆国を含む欧米から、アフリカ、アジア、アメリカへ文化・文明が伝播した。もちろん、欧米の文化文明の一分野であった西欧医学も世界へ広がった。

日本は19世紀半ばまで半鎖国状態であったと

既に述べたが、アジア侵略の一つとして日本にも欧米の国々が開国を迫った。明治維新は1868年であるが、明治7年(1874年)には、日本にはプロシア医学(ドイツ医学)を基本にした医制ができる。東洋医学を捨て、西洋医学を国の医療行政の中心に据えるということになった。

(2) 20世紀;アジアの民族医学の復権

このように、19世紀には、西洋医学がアジアの国々の医学となったが、20世紀の半ばからアジアの国々の復権の気運が高まり、多くの国がヨーロッパからの支配から独立した。各民族が固有に有していた民族医学の見直しが盛んになり、東洋医学にも再び注目が集まるようになった。

1972年、中国は日本および米国と国交正常化するが、中国は資本主義圏と国交を正常化する際の戦略の一つとして、鍼麻酔を前面に押し出し、古い歴史と最先端の医学が融合した国として、中華人民共和国を世界に認識させようとした。そして、その後の40～50年の間に、鍼灸は世界へ着実に普及してきた。

欧米が鍼に驚き、興味を抱き始めた時代は、70～80年代であり、学校教育を行い、各国で制度を確立する動きが明確になったのが90年代～2000年代であった。その流れは現在も止まらず進んでいる。各国が東洋医学を受け入れる時期に、CAM(Complementary and Alternative medicine)や統合医療の考え方が欧米から生まれ、鍼灸は、ヨーロッパでは12か国で制度化される状況まできている。そのような世界の潮流を見据えながら、中国はISOで鍼灸・漢方薬を標準化し、WHOのICD-11(国際疾病分類)の中に東洋医学の証を入れるなど、世界規模で中医学を普及させようとしている。

それは、2000年代以降、中医学の世界戦略をデザインしてきた中国の李振吉²⁾が、2009年に、中医薬国際標準化が持つ重要な意味について、次のように述べていることでも分かるであろう。

「その設立(ISO/TC249の設置)は、中医薬国際標準化のあらゆるルート(ISO、WHO、およびWFCMSや世界鍼灸学会連合会・WFASといった中医薬国際組織)が開通したことを意味する」と。中医学を世界標準化していくことを国家戦略として進める道筋をつけたことを明らかにした分けである。

このような中国の中医学に関する国家戦略(ガ

バランス)を見ると、日本の東洋医学分野、鍼灸分野のガバナンスは、非常に脆弱に見える。ISOやICDの会議において、世界的な鍼灸の動向を見極め、日本鍼灸の行く末を模索することの意義を日本鍼灸界はまだ余り高くは評価していないのかも知れない。これも日本鍼灸のガバナンスの現実の一側面ということであろう。

III. 日本鍼灸のガバナンス

では、日本鍼灸のガバナンスとは、どのようなものと考えられるであろうか。

鍼灸界における意思決定、執行、監督に関わる機構が日本鍼灸のガバナンスであり、鍼灸の効率的かつ健全な活動を可能にするシステムということである。具体的には、鍼灸の健全な臨床行為を監視する管理機構、非効率・不健全な行為をする治療者への制裁、鍼灸の社会的責任を果たすべく方策の確立ということになる。しかし、そのような組織が日本鍼灸界に存在しているであろうか。

1. 鍼灸監視の管理機構

鍼灸の健全な臨床行為の監視をする管理機構は、厚生労働省の免許交付、専門学校の教育、保健所への開業届け出、などを通して管理することになる。つまり、東洋療法研修支援財団が国家試験を実施して、厚労省の肩代わりをすることで、臨床の一定の水準を保とうとし、文部科学省が、設立を申請してきた大学に鍼灸を教える適切な場として認可を出すか出さないか、また資格支援学校、盲学校はすべて文科省が管轄しているわけで、管理運営は一定程度行われている。これが日本鍼灸に対するガバナンスの現状であると言える。

あるいは、非効率・不健全な行為をする治療者への制裁のために、医道審議会があり、免許取り消し等を行っている。また、鍼灸の社会的責任を果たすための方策の確立についても、東洋療法学校協会が教育の質を担保している。さらに平成30年度からは、国家試験受験資格の単位数を100単位まで増やしている。それに、学術団体が、鍼灸の有効性・安全性の研究をし、師会・業団が講習会・啓蒙活動等を行っている(図2)。それらが総合的にガバナンスの要素であると言えるであろう。

- 鍼灸の健全な臨床行為の監視のための管理機構
 - ⇨厚生労働省:免許交付、専門学校管轄
 - ⇨保健所:開業届出、
 - ⇨東洋療法研修試験財団:国家試験
 - ⇨文部科学省:大学認可、視覚支援学校管轄
- 非効率・不健全な行為をする治療者への制裁
 - ⇨医道審議会(2):免許取り消し等
- 鍼灸の社会的責任を果たすための方策の確立(4)
 - ⇨東洋療法学校協会:教育の質の担保
 - ⇨学術団体(3):鍼灸の有効性・安全性の研究
 - ⇨師会・業団:講習会・啓蒙活動

図2 日本鍼灸のガバナンス

2. 医道審議会

医道審議会は、厚生労働省の審議会の一つで、日本医師会会長、日本歯科医師会会長、学識経験者の中から、専門委員は、該当する専門事項の学識経験者の中から、厚生労働大臣が任命した30名ほどで構成され、二年の任期で仕事をしている。そしてその中に分科会があり、医道分科会、医師分科会、歯科医師分科会、保健師助産師看護師分科会、理学療法士作業療法士分科会、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師分科会、薬剤師分科会、死体解剖資格審査分科会があり、ここで免許取消・停止などの行政処分とその手続を行っている(下線、筆者)。また、各種国家試験の内容・合格基準作成、等に関する諮問に対して、答申も行っている(図3)。

- 分野別に分科会を置く。
- 分科会: 医道分科会、医師分科会、歯科医師分科会、保健師助産師看護師分科会、理学療法士作業療法士分科会、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師分科会、薬剤師分科会、死体解剖資格審査分科会
- 権限: 医師、歯科医師、理学療法士・作業療法士などの免許取消・停止などの行政処分とその手続を行う。
看護師等の人材確保に関する指針作成、死体解剖保存法に基づく死体解剖資格の認定、各種国家試験の内容・合格基準作成、等に関する諮問に対して、答申することなどが定められている。

図3 医道審議会の役割

3. 鍼灸学術団体

その他に、全日本鍼灸学会、日本伝統鍼灸学会、日本東洋医学系物理療法学会、また、研究会、講習会など鍼灸学術団体も少なからずある。これら

は、パブリック・ガバナンスの一形態と言えるのではないであろうか。2016年に日本(つくば/東京)で世界鍼灸学会連合会(World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, WFAS)が開催されたときの参加鍼灸団体を図4に示す(図4)。

- ・全日本鍼灸学会、・日本伝統鍼灸学会、
- ・日本東洋医学系物理療法学会、
- ・日本良導絡自律神経学会、
- ・経絡治療学会、・東洋はり医学会、・積聚会、
- ・日本中医学会、・日本臨床鍼灸懇話会、
- ・古典鍼灸研究会(付録学会)、・(一社)北辰会、
- ・新医協鍼灸部会 東京支部、・東方会、・和ら会、
- ・鍼灸経絡研究総鍼会、・長野式臨床研究会、
- ・日本小児はり学会、・東京九鍼研究会、等

図4 日本鍼灸学術団体 (WFAS2016副会頭)

4. あはき等法推進協議会

あはき等法推進協議会という機関がある(図5)。

- ・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
- ・社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会
- ・社会福祉法人日本盲人会連合
- ・社団法人全国病院理学療法協会
(医療機関に勤務するマッサージ師の団体)
- ・社団法人東洋療法学校協会
- ・日本理療科教員連盟

図5 あはき等法推進協議会

ご存じのように、1988年に鍼灸、あん摩の法改正が実現した。その内容は、修業年限を中卒5年課程から高卒3年課程に改め、資格試験が都道府県知事の資格から厚生大臣の発行する国家資格になり、学校・養成施設への入学資格が大学入学資格に引き上げられた。また厚生大臣の指定を受けられる用件を備えた機関(財団)を設立する必要があり、東洋療法研修試験財団が設立された。そのため、それまでバラバラに動いていた鍼灸の7団体が団結して法律改正を実現させようと努力し、それを実現させた。そして、その後も協力して、あはき界の問題について意見交換をして、あはき界の発展を推進してきた。これが、「あはき等法推進協議会」である。

平成29年に鍼灸治療が長胸神経麻痺を起こした

という報道がなされたが、それに対し、株式会社読売巨人軍代表取締役社長に対し、学術・教育・業団(公益社団法人 全日本鍼灸学会、日本伝統鍼灸学会、公益社団法人 日本鍼灸師会、公益社団法人 全日本鍼灸マッサージ師会、公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会、公益社団法人 全国病院理学療法協会、社会福祉法人 日本盲人会連合、公益社団法人 東洋療法学校協会、日本理療科教員連盟)などの主要な鍼灸団体が、公開質問状を出した。これを中心となって進めたのが、あはき等法推進協議会であるが、このように鍼灸のパブリック・ガバナンスと言える動きを進めてきた協議会である。

5. JLOM 鍼灸関係4団体代表者会議

それから、JLOM 鍼灸4団体代表者会議がある。この会議はJLOM(注1)の関連する団体として作られた。JLOMというのは、鍼灸の国際的な動きが盛んになってきたので、対外的な動きに対して鍼灸関係の団体間で意思をまとめながら活動するべきあるという事で、漢方や、漢方の製薬会社や、鍼灸関係団体、それに、厚労省や経産省などもオブザーバーとして参加する会議を行っている。日本の東洋医学の方向性を話し合い、主に国際的な問題に対応していこうという団体である。その団体の中に、全日本鍼灸学会、日本伝統鍼灸学会、日本鍼灸師会、東洋療法学校協会の4団体が入っている。そこで、日本の鍼灸団体を代表する4団体が、横の連絡をとりながら対外的な動きに対する活動を後押すために設立したのが標記の会である。まだ新しい会であるが、これも鍼灸の対外的な動きに関するガバナンスを担う会に発展する可能性はある。

注1: JLOM とは、Japan Liaison of Oriental Medicine の略で、日本東洋医学サミット会議である。鍼灸界では日本東洋医学会、全日本鍼灸学会、日本鍼灸師会、東洋療法学校協会が加盟している。

6. 鍼灸のパブリック・ガバナンス;メディア

鍼灸のガバナンスについて述べてきたが、一つ忘れてはならないのが、パブリック・ガバナンスである。それは具体的には、日本の鍼灸界では、雑誌が果たしてきたと言えるのではないであろうか。これも、組織的な動きをするものではないが、日本の鍼灸界の声を代弁し、また、考え方や方向性に影響を与えてきたものであると言える。

1) 鍼灸関係商業雑誌

日本の鍼灸の雑誌としては、『医道の日本』が最も長く続いている。戦後の日本の鍼灸界を牽引してきたと言っても過言ではないであろう。その他には、『鍼灸 OSAKA』、『中医臨床』、『週刊・あはきワールド』などがある。

2) 学会関係雑誌

学会、準学会、講習会、研究会、大学などが発行する雑誌には、一部は既に述べたが、他には、『全日本鍼灸学会雑誌』、『伝統鍼灸』、『経絡治療』、『日本良導絡自律神経学会雑誌』、『日本東洋医学系物理療法学会誌』、『東方医学』、『臨床針灸』、『日本東洋医学会雑誌』、『日本鍼灸史学会論文集』、『東洋医学とペインクリニック, Oriental Medicine and the Pain Clinic』、『経絡鍼療』、『季刊 内経』、『砭石』、『東洋療法学校協会 学会誌』、『明治国際医療大学誌』、『関西医療大学紀要』等がある。それぞれのグループにおいては、それらの雑誌は、その組織の考え方の発表の場であり、意見交換や学術的な交流の場として機能してきた

7. まとめ

このように、鍼灸に関わる国、行政、学校、鍼灸の学術、業団体等が、鍼灸について、一定の方向性を見いだすための活動をそれぞれ行っている。

これらが、日本鍼灸のガバナンスと言えるものであろう。

IV. 終わりに

日本鍼灸におけるガバナンスについて述べた。これまで述べたように、日本の鍼灸の過去や現状に、ガバナンスが存在していないわけではない。国の立場のガバナンスはもちろんのこと、パブリック・ガバナンスと考えられる民間の立場での学会、業団、マスメディアなどが存在することで、ガバナンスが発揮されてきたと言えるのではないであろうか。

しかし、それは、鍼灸師がその存在の意義を認め、またガバナンスが、鍼灸師の社会的地位や鍼灸の評価を高める役割を担うものであることが必要である。これまで日本鍼灸のガバナンスについては余り語られてこなかったが、もっと積極的に、ガバナンスの議論が行われてしかるべきであろう。

V. 文献

- 1) 小川卓良,形井秀一,箕輪政博,「第5回鍼灸業態アンケート集計結果」,医道の日本誌,2011;70(12):201-44.
- 2) 李辰吉,中国中医薬報,2013.3.27.

「日本鍼灸のガバナンスを考える」ために —日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか?—

小野直哉

公益財団法人 未来工学研究所

キーワード：国内外対応、資源、災害支援、半制度化、多様性、利害関係

【要旨】

【はじめに】『日本鍼灸のガバナンスを考える』ために、『日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか?』を検討する上で、日本鍼灸界の各個人が認識しておくべき事柄として、日本鍼灸にガバナンスが求められる「背景」と日本鍼灸のガバナンスの「課題」を概観し、そこから認識すべき事柄を提示する。【背景】日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」のⅠ. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状では、自国の伝統医療を自国の資源（医療資源、文化資源、知的資源）と捉えていない日本では、日本伝統医療界は、「国外対応」のための「国内対応」を明確にする作業まで手が回らず、鍼灸を含む「日本伝統医療の国際化」の抜本的国内外対応には至っていない。Ⅱ. 自国の伝統医療を有する諸外国の状況では、自国の伝統医療を自国の資源（医療資源、文化資源、知的資源）と捉えている国では、国家が自国の伝統医療に積極的に関与し、自国の伝統医療を国益と国民の福祉に積極的に利活用している。Ⅲ. 鍼灸による災害支援窓口一本化の要請では、DMAT 関係者などから、災害時の多職種連携において、日本の鍼灸界の窓口一本化が要請されている。【課題】日本鍼灸のガバナンスの3つの「課題」のⅠ. 日本鍼灸の半制度化の現状では、日本鍼灸は、「あはき法」で、曖昧に、医療（または「医業類似行為」）として規定（制度化）され、制度的医療（近代西洋医療）の枠外で、近代西洋医療（医師）の専門職支配に抵触しない範囲でのみ行える、限定された医療として規定（半制度化）されている。Ⅱ. 日本鍼灸の多様性では、日本鍼灸の特徴である3つの多様性（①機能的多様性、②施術体系的多様性、③施術者の多様性）が、曖昧に、医療として「半制度化」された日本鍼灸に内在する“グレーゾーンの自由（曖昧な灰色の自由）”において存在している。Ⅲ. 日本の医療関連職種の状況では、日本鍼灸のガバナンスが有益な社会実装となるには、日本における他の医療関連職種との利害関係も考慮し、政治的側面も検討する必要がある。【まとめ】日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」は顕在化し、日本の鍼灸界は対応が迫られている。日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」と日本鍼灸のガバナンスの3つの「課題」は、密接に関係している。「日本鍼灸は、ガバナンスにより何を失うのか?」、「日本鍼灸は、ガバナンスにより何を失うのか?」を明確にし、『日本鍼灸のガバナンスを考える』ために、『日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか?』を検討する必要がある。但し、『日本鍼灸のガバナンス』は手段であり、目的ではない。「日本鍼灸のガバナンスの目的は何か?」を最初に明確にする必要がある。目的と手段は、等価ではなく、失敗の本質は歴史的に何時でも、目的と手段を履き違えることに在る。

【はじめに】

日本における鍼灸を生業とする者(鍼灸師)を養成する機関の教育では、はり師・きゅう師の国家資格取得を目的に、日本鍼灸の哲学や思想、歴史などの人文科学や日本鍼灸に係る法制度や経済、社会的役割や位置付けなどの社会科学の教育と比べ、近代西洋医療及び日本鍼灸に係る自然科学を中心とした知識と技術の習得が中心である。

それは日本鍼灸が、臨床を通して、近代西洋医療同様、生活者である患者の疾病を治療し(Cure)、看護同様、生活者である患者を癒し(Care)、その結果として生活者である患者のQOL(生活の質)を高める、“Cure”と“Care”の二面性を有する日本鍼灸の特徴により、人々への鍼灸による効用を社会実装するための手段である「実学」だからである。

しかし、『日本鍼灸のガバナンスを考えるために』は、「実学」としての日本鍼灸に求められる知識と技術に係る自然科学を中心とした知見だけでは不十分である。むしろ、日本鍼灸の哲学や思想、歴史などの人文科学や日本鍼灸に係る法制度や経済、社会的役割や位置付け、運営管理や戦略を含む組織論などの社会科学の知見が重要であり、『日本鍼灸のガバナンスを考えるために』は、それらの知見は必要不可欠である。

本稿では、『日本鍼灸のガバナンスを考える』のために、『日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか?』を検討する上で、日本鍼灸界の各個人が認識しておくべき事柄として、日本鍼灸にガバナンスが求められる「背景」と日本鍼灸のガバナンスの「課題」を概観し、そこから認識すべき事柄を提示する。

【背景】

日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」(Ⅰ. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状、Ⅱ. 自国の伝統医療を有する諸外国の状況、Ⅲ. 鍼灸による災害支援窓口一本化の要請)。

Ⅰ. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状

これまで各国の伝統医療の診断や処方に用いられてきた手技や生薬の効果・効能を裏打ちする伝統的知識は、公知で、誰もが自由に、無料で利用できるものと考えられてきた。しかし、現在、世界の医療・健康産業の側面から、鍼灸を含む日本伝統医療を取り巻く国外環境は、従来の我々の認識を超え、急激に変化している。

伝統医療に係る「遺伝資源」や「伝統的知識」に

関する事柄は、国連教育科学文化機関(UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)や国際標準化機構(ISO: International Organization for Standardization)、世界保健機関(WHO: World Health Organization)、生物多様性条約(CBD: Convention on Biological Diversity)、世界貿易機関/知的所有権の貿易関連の側面に関する協定(WTO / TRIP: World Trade Organization / Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)、環太平洋パートナーシップに関する包括的及び先進的な協定(CPTPP: Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership)、世界知的所有権機関(WIPO: World Intellectual Property Organization)、国連食糧農業機関(FAO: Food and Agriculture Organization)など、文化・産業・医療・環境・貿易・知的財産・農業など多岐に亘る国際機関や条約で、同時多発的に、個別かつ専門的に議論されており、資源国(主に開発途上国)と利用国(主に先進工業国)、各国の駆け引きや攻防が随所で展開され、南北問題の一端にもなっている¹⁾。

伝統医療に係る「遺伝資源」と共にそれを裏打ちする「伝統的知識」が富を生み出す時代となった今日、鍼灸を含む日本伝統医療界は、否応なしに、これら多岐に亘る国際機関や条約での伝統医療に係る「遺伝資源」や「伝統的知識」の議論を包括的かつ有機的に捉え、俯瞰的な視点で、ISOをはじめとした個々の国際機関や条約での日本伝統医療に係る問題解決に当らなければならない時期に来ている。しかし、日本伝統医療界は、未だISOにおける伝統医療の標準化の対応にのみ、終始追われている。

日本伝統医療を取り巻く国外環境の変化に持続的に対応するには、表1に示す通り、「国外対応」のための「国内対応」(五項目)が必要である。五項目とは、①意識[「日本伝統医療は日本の資源(医療資源、文化資源、知的資源)」であると捉える意識を日本の国民や国家、伝統医療界に啓発し、一人でも多くの日本の国民に日本伝統医療の支援者になってもらうこと]、②法律[日本伝統医療へ国家が積極的に関われる環境を作り、日本伝統医療に対する公的支援を強化するために、日本伝統医療を推進するための基本となる法律の制定を議員立

法などで検討すること]、③データベース [日本伝統医療の特徴と独自性を明確にし、日本伝統医療が日本固有のものであり、日本に帰属することを立証するための、日本伝統医療に係る人文科学・社会科学・自然科学分野の知見を有機的に統合したデータベースを構築すること]、④呼称 [日本の伝統医療の出所と帰属性を自ずと明示する“Medicine, Japanese Traditional”(日本伝統医療)を日本の伝統医療を正式な呼称として明確に定義し、提唱すること]、⑤概念 [「日本伝統医療とは何か?」、その特徴と独自性を示す「日本伝統医療の概念」を整理し、明確に定義し、提示すること]である¹⁾。

「国外対応は国内対応」でもある。「国外対応」とは「日本伝統医療を取り巻く国外環境の“変化”への善処」であり、「国内対応」とは「日本伝統医療を取り巻く国内環境の“不備”への善処」である。「国内環境(人的環境、資金的環境、法制度的環境、学術的環境)の“不備”への善処」は、「国外環境の“変化”への善処」を援護し、支える。つまり、「国外対応」には「国内対応」による支援が必要不可欠であり、「国外対応」と「国内対応」は表裏一体である。まずは「国外対応」のための「国内対応」とは何かを明確にし、それらを国内で確実に実行することが求められる。謂わば、鍼灸を含む「日本伝統医療の国際化」とは、『国外対応』のための『国内対応』の整備であり、その具体的国内対応が先の五項目である。それにより、日本伝統医療を取り巻く国内環境 [国外対応のための人的環境の未整備(人員不足と人材育成の欠如)、資金的環境の未整備(不安定な財源調達と確保)]の改善が期待される。

しかし、自国の伝統医療を自国の資源(医療資源、文化資源、知的資源)と捉えていない日本では、自国の伝統医療に係る基本法及び推進関連法などは存在せず、近代西洋医療と同様に、自国の伝統医療を正統医療とする、自国の伝統医療の「制度化」²⁾は行われていない。故に、国家が自国の伝統医療に積極的に関与し、自国の伝統医療を国益と国民の福祉に積極的に活用することはない。このような国内環境下においては、鍼灸を含む日本伝統医療界は、「国外対応」のための「国内対応」を明確

にする作業まで手が回らず、「日本伝統医療の国際化」に対する鍼灸を含む日本伝統医療界の抜本的国内外対応には至っていないのが現状である。

表 1. 「国外対応」のための「国内対応」(五項目)

項目	目的
意識	「日本伝統医療は日本の資源(医療資源、文化資源、知的資源)」であると捉える意識を日本の国民や政府、伝統医療界に啓発し、一人でも多くの日本の国民に日本伝統医療の支援者になってもらうこと。
法律	日本伝統医療へ政府が積極的に関われる環境を作り、日本伝統医療に対する公的支援を強化するために、日本伝統医療を推進するための基本となる法律の制定を議員立法などで検討すること。
データベース	日本伝統医療の特徴と独自性を明確にし、日本伝統医療が日本固有のものであり、日本に帰属することを立証するための、日本伝統医療に係る人文科学・社会科学・自然科学分野の知見を有機的に統合したデータベースを構築すること。
呼称	日本の伝統医療の出所と帰属性を自ずと明示する“Medicine, Japanese Traditional”(日本伝統医療)を日本の伝統医療を正式な呼称として明確に定義し、提唱すること。
概念	「日本伝統医療とは何か?」、その特徴と独自性を示す「日本伝統医療の概念」を整理し、明確に定義し、提示すること。

© 小野直哉(Naoya ONO)

出典: 参考文献 1 より一部改編。

II. 自国の伝統医療を有する諸外国の状況

図 1 に示す文明と医学・医療の系譜から、歴史的経緯により、国民や国家、伝統医療界が、自国の伝統医療を自国の資源(医療資源、文化資源、知的資源)と捉えている韓国や中国、インドでは、表 2 に示す通り、韓国の韓医薬育成法(2003年)や中国の中医薬法(2016年)、専利法(改正2016年)、インドの“The Central Council for Indian Medicine, New Delhi. The Indian Medicine Central Council Act 1970. The Drugs and Cosmetics Act 1940.”のような、自国の伝統医療に係る基本法及び推進関連法などを整備し、近代西洋医療と同様に、自国の伝統医療を正統医療とする、自国の伝統医療の「制度化」²⁾が行われている。

また、韓国や中国、インドでは、人的にも、資金的にも、法制度的にも、学術的にも、自国の伝統医療を取り巻く国内環境に対する国内の公的支援は充足しており、足元が安定した状況で、自国の伝統医療を取り巻く国外環境の変化に対応している¹⁾。

韓国では韓国伝統的知識ポータル(KTKP: Korea Traditional Knowledge Portal)³⁾や中国では中国伝統医学特許データベース(CTCMPD: China TCM Patent Database)^{4) 5)}、インドでは伝統的知識デジタルライブラリー(TKDL: Traditional Knowledge Digital Library)⁶⁾のような、自国の伝統医療の特徴と独自性を明確にし、自国の伝統医療が自国固有のものであり、自国に帰属することを立証するための、自国の伝統医療に係る人文科学・社会科学・自然科学分野の知見を有機的に統合したデータベースを構築し、UNESCOやISO、WHO、CBD、WTO

/ TRIPS、CPTPP、WIPO、FAO など、文化・産業・医療・環境・貿易・知的財産・農業など多岐に亘る国際機関や条約で、自国の伝統医療の議論を積極的に展開している¹⁾。

韓国や中国、インドでは、国家が自国の伝統医療に積極的に関与し、自国の伝統医療を国益と国民の福祉に積極的に活用している¹⁾。

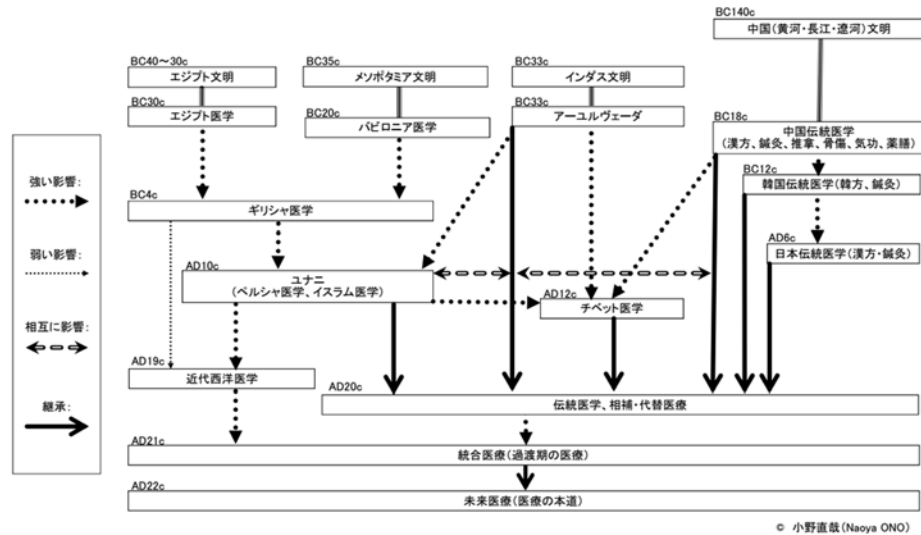


図 1. 文明と医学・医療の系譜

出典: 参考文献 7 より.

表 2. 各国の伝統医療の状況

国	日本	韓国	中国	インド
基本法及び推進関連法(施行・改正年)	無	韓医業育成法(2003年)	中医学法(2016年) 専利法(改正2016年)	The Central Council for Indian Medicine, New Delhi. The Indian Medicine Central Council Act 1970. The Drugs and Cosmetics Act 1940.
制度化状況	半制度化 (制度化)	制度化	制度化	制度化
担当省庁	厚生労働省	保健福祉省	国家衛生と計画生育委員会	AYUSH省 (Ayurveda, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy)
担当部署	医政局(総務課統合医療企画調整室)	医療政策局韓医学部	国家中医学管理局	AYUSHIに係る各伝統医療局
資格	鍼灸師 医師	韓医師	中醫師	AYUSHIに係る各伝統医療医師
育機関(修業年限)	大学(4年) 専門学校(3年) 特別支援学校(3年)	大学(6年) 鍼灸専門学校(卒後4年)	大学(5年)	大学(5.5年)
国立研究機関	無	国立東洋医学研究所	中国中医科学院	AYUSHIに係る各伝統医療研究中央評議会 AYUSHIに係る各伝統医療医師会
業団	日本鍼灸師会 全日本鍼灸マッサージ師会 日本臨床漢方医会	大韓韓医師協会	不明	AYUSHIに係る各伝統医療研究中央評議会 AYUSHIに係る各伝統医療医師会
学会	全日本鍼灸学会 日本伝統鍼灸学会 日本東洋医学会	大韓韓医学会 大韓鍼灸学会 大韓業鍼学会 大韓経絡経穴学会	中医学会 中医学薬学会 中国針灸学会 中西結合医学会	AYUSHIに係る各伝統医療学会

出典: 参考文献 7 - 25, 40, 42, 43, 48 より作成.

III. 鍼灸による災害支援窓口一本化の要請

2011年3月の東日本大震災以降、鍼灸関連団体及び個人レベルでの災害時の鍼灸による支援活動が活発になっている。災害時の医療支援において、被災地である自治体や災害派遣医療チーム(DMAT: Disaster Medical Assistance Team、医師、看護師、救急救命士やその他のコメディカル・事務員などで構成され、地域の救急医療体制では対応出来ない大規模災害や事故などの現場に急行する医療チーム)をはじめとした多職種連携が必須となっている。しかし、有事及び平時を問わず、多職種連携においては、各医療職種に対し、公平かつ公正な立場での指揮命令系統の窓口一本化が求められる。それを満たさなければ、各医療職種は他の医療職

種多や自治体、DMATをはじめとした多職種との連携は困難となる。日本鍼灸師会と全日本鍼灸マッサージ師会は、災害医療センターが協力し、国際医療技術財団(JIMTEF: Japan International Medical Technology Foundation)が主催する多職種連携による災害医療研修に参加してきた。そこで、DMAT関係者などから、日本の鍼灸界に対し、災害

支援窓口の一本化の要請がされてきた。

そのため、2018年6月の全日本鍼灸学会大阪大会会期中に大阪市内で、これまで災害時の鍼灸による支援活動を行ってきた鍼灸関連団体により、災害時の情報共有と連絡の場として「日本災害鍼灸マッサージ連絡協議会(JLCDAM: Japan Liaison Council for Disaster Acupuncture and Massage)」設立の会合が持たれた。2018年7月の「平成30年7月豪雨(西日本豪雨)」を切っ掛けに、JLCDAMのメーリングリストが立ち上がり、日本鍼灸師会、全日本鍼灸マッサージ師会、災害鍼灸マッサージプロジェクト(災プロ)、鍼灸地域支援ネット、はり灸レンジャー、東京路上鍼灸チーム(TRAST)、アム

ダ (AMDA) がメンバーとなり、全日本鍼灸学会、日本伝統鍼灸学会がオブザーバーとなっている。

また、2018年12月には、日本鍼灸師会と全日本鍼灸マッサージ師会が「災害支援鍼灸マッサージ合同委員会 (DSAM: Disaster Support Acupuncture Masseur Joint Committee)」を設立し、日本鍼灸師会と全日本鍼灸マッサージ師会は、個別にAMDAと災害時の協定を締結するに至っている。

DSAMの設立や災害時の協定締結により、日本鍼灸師会と全日本鍼灸マッサージ師会、AMDAは、災害支援の窓口一本化の方向に進んでいる。今後は、これら3団体と他の鍼灸関連団体(災プロや鍼灸地域支援ネット、はり灸レンジャー、TRASTなど)及び個人レベルでの鍼灸による支援活動が、有機的に連携できる枠組みを構築し、真の災害支援の窓口一本化へ向けて進んでいけるか否かが、日本の鍼灸界に求められている。

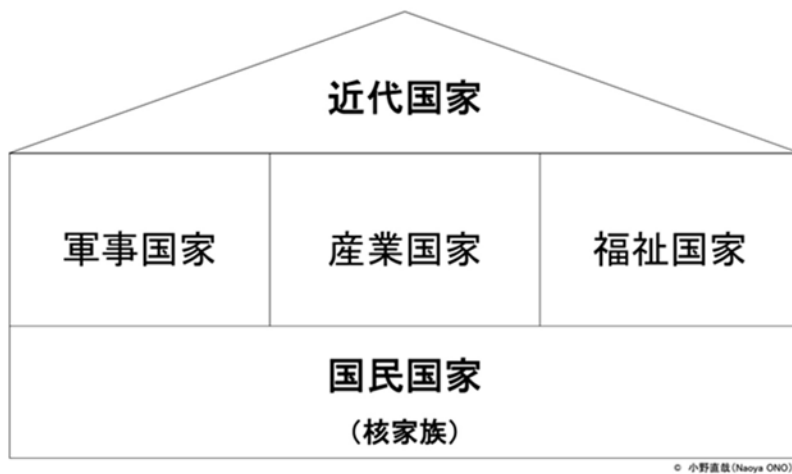


図2 近代国家を構成する三要素(軍事国家・産業国家・福祉国家):国民国家(核家族)が基盤
出典:参考文献7より。

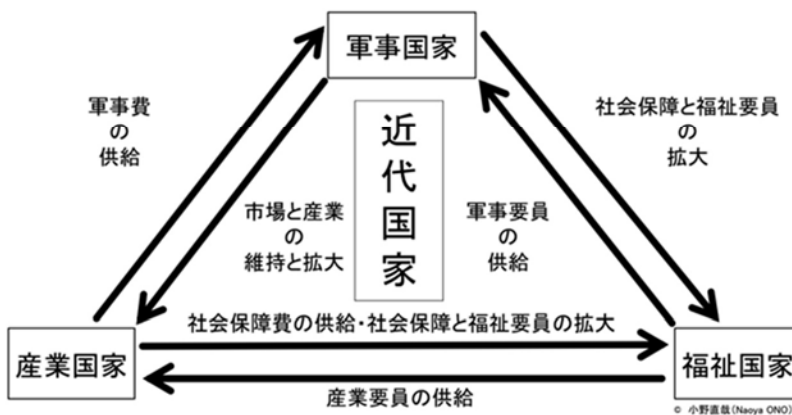


図3 近代国家の構成三要素の補完関係と機能
出典:参考文献7より。

【課題】

日本鍼灸のガバナンスの3つの「課題」(I. 日本鍼灸の半制度化の現状、II. 日本鍼灸の多様性、III. 日本の医療関連職種の状況)。

I. 日本鍼灸の半制度化の現状

医療の「制度化」とは、近代国家(国民国家)の成立に伴い、18世紀後半の欧州の近代社会で医療者資格・医療行為・医療施設・医療内容が国家によって法的に規制されていく過程のことである²⁾。近代国家による医療の「制度化」には、医療を社会統制システムとして国家に従属させる意図がある²⁾。

従って、図2と図3が示す通り、近代国家において、「制度化」された医療(近代西洋医療や伝統医療)は、国民国家である近代国家(軍事国家・産業国家・福祉国家)の構成員である国民(軍事要員・産業要員・福祉要員)の健康を合理的かつ効率的に管理する制度的医療の範疇(枠組)に在る⁷⁾。

日本における医療の「制度化」は、明治政府の「医制」(1874年)から始まる医療

制度の新設である²⁾。「医制」による医療の「制度化」は、欧州からの近代西洋医療の導入(移植)ではなく、近代西洋医療の存在しなかった日本に、まず制度的医療という枠(制度)を作り、その制度の下に新たに近代西洋医療を制度的医療として構築していった²⁾。

現在、日本鍼灸の法的規定は、所謂「あはき法」で、曖昧に、医療(または「医業類似行為」として規定(制度化)されている²⁾。それは、制度的医療(近代西洋医療)の枠外で、かつ近代西洋医療(医師)の専門職支配に抵触しない範囲でのみ行える、限定された医療としての規定である。正に日本鍼灸は、「半制度化」された医療といえる²⁾。そして、「半制度化」された日本鍼灸には、曖昧に、医療として規定されたが故の“グレーゾーンの自由(曖昧な灰色の自由)”が内在することになった。

II. 日本鍼灸の多様性

日本鍼灸には、3つの多様性(①機能的多様性、②施術体系的多様性、③施術者の多様性)が存在する。

①機能的多様性とは、鍼灸は「医療」として疾病の治療に用いられ、鍼灸は「慰安」(癒し)としてストレス管理に用いられてきたことである。世界的にも保健医療福祉サービス利用者のQOL(生活の質)の向上が、21世紀の医学的臨床研究上の最終的エンドポイントとなり、医療経済学的側面からも、20世紀までの治療(Cure)を中心とした保健医療福祉政策以上に、疾病予防や健康増進(Care)を中心とした保健医療福祉政策が重視、注目されている21世紀の今日において、保健医療福祉の学術用語を用いれば、「慰安」(癒し)とは「ストレス管理における日常介入」と言い換えられる。「慰安」(癒し) = 「ストレス管理における日常介入」を公正に捉え、学術的に評価し、「慰安」(癒し) = 「ストレス管理における日常介入」を疾病予防や健康増進の手段として、積極的に利活用していくことが、保健医療福祉分野の世界的課題となっている。これら時代の趨勢を鑑みれば、鍼灸の独自性は、「医療」でもあり、「慰安」(癒し)でもあることであり、鍼灸の付加価値は、“Cure”から“Care”まで対応できることである。

②施術体系的多様性とは、表3に示す通り、大区分(現代西洋医学的鍼灸治療派、東洋医学的鍼灸治療派、気の認知的鍼灸治療派、その他)に大別され、その下に中区分[現代西洋医学(正統的医学)派、電気抵抗を指標にする派、現代古典派、古典文献派、現代古典派と古典文献派の理論統一または折衷派、鍼灸治療派、身体現象を通じて気の状態を診察診断する派、直接気の状態を感じて診察・診断する派、]

表3. 日本の鍼灸の施術体系的多様性

大区分	中区分	小区分	団休例
現代西洋医学的 鍼灸治療派	現代西洋医学(正統的医学)派		日本臨床懇話会、現代医療鍼灸研究会等
	電気抵抗を指標にする派		日本良導絡自律神経学会、AMI臨床研究会等
東洋医学的 鍼灸治療派	現代古典派	経絡治療	経絡治療学会、東洋はり医学会、 東方医学鍼灸臨床研究会(東方会)等
		中医学	命門会、三旗塾、中医学ネットワーク、中医学研修セミナー等
		韓医学	日本高麗手指鍼協会等
		その他	積聚会、奇経医学研究会等 「杉山真伝流」勉強会等
	古典文献派		北辰会等
気の認知的 鍼灸治療派	身体現象を通じて気の状態を 診察診断する派	直接気の状態を感じて 診察・診断する派	東京入江FT塾、針灸気診研究会等
		個人が学んだ内容を 体系化したもの	いやしの道協会、柿田塾等
その他	全身治療を中心としたもの 反応点を中心としたもの 診察技術や治療技術の伝達を 目的としたもの		長野式研究会、筋診断協会等
			臨床針灸医学研究会等
			反応点治療研究会等
			明鍼会、東京九鍼研究会、大師流小児はりの会、 日本刺絡学会、灸灸臨床研究会等

出典:参考文献26より作成。

個人が学んだ内容を体系化したもの、全身治療を中心としたもの、反応点を中心としたもの、診察技術や治療技術の伝達を目的としたもの]が在り、さらに下位区分の小区分が在り、それらの区分を代表する団体が複数存在する²⁶⁾。つまり、日本鍼灸の施術体系は、多様性に富んでいるのが特徴なのである。

③施術者の多様性とは、日本鍼灸のサービス供給者である日本の鍼灸師の身体機能的特徴として、健常者(晴眼者)と障害者(視覚障害)が存在することである。基本的に健常者は医療サービス供給者であり、障害者は医療サービス需要者である、近代西洋医療従事者の身体機能的特徴と比べ、日本の鍼灸師の身体機能的特徴は、多様性に富んでいる。但し、例外として、特別支援学校の理学療法士学校(筑波大学附属視覚特別支援学校高など部専攻科理学療法科、大阪府立視覚支援学校高など部専攻科理学療法科など)により養成される視覚障害者の理学療法士と、特別支援学校の歯科技工士学校(筑波大学附属聴覚特別支援学校高など部専攻科歯科技工科など)により養成される聴覚障害者の歯科技工士が存在する。本来、健常者(晴眼者)も障害者(視覚障害)も、医療サービス供給者でもあり、需要者でもあるべきだが、合理性と効率性を追求する近代西洋医療と日本伝統医療である日本鍼灸では、その担い手の身体機能的特徴に違いがある。

但し、日本鍼灸の多様性(①機能的多様性、②施術体系的多様性、③施術者の多様性)は、近代国家である日本の「あはき法」により、曖昧に、医療(または「医業類似行為」として規定(制度化)され、制度的医療(近代西洋医療)の枠外で、かつ近代西洋医療(医師)の専門職支配に抵触しない範囲でのみ行える、限定された医療として規定(半制度化)された医療としての日本鍼灸において存在が可能となっている。つまり、「半制度化」された日本鍼灸には、曖昧に、医療として規定されたが故の“グレーゾーン”の自由(曖昧な灰色の自由)が内在し、それにより、日本鍼灸の多様性は存在しているのである。

III. 日本の医療関連職種の状況

日本における医療関連職種の就業医療従事者数は、近代西洋医学系は、看護師1,149,397人(平成28年)²⁷⁾、栄養士1,060,000人(平成28年:但し、累計免許交付数)²⁸⁾、医師319,480人(平成28年)²⁹⁾、薬剤師301,323人(平成28年)²⁹⁾、管理栄養士210,000人(平成28年:但し、累計免許交付数)²⁸⁾、理学療法士105,136人(平成26年:但し、医療施設、介護サービス施設・事業所の合計常勤換算従事者数)³⁰⁾、歯科医師104,533人(平成28年)²⁹⁾、作業療法士57,652人(平成26年:但し、医療施設、介護サービス施設・事業所の合計常勤換算従事者数)³⁰⁾である。日本伝統医療系は、あん摩マッサージ指圧師116,280人(平成28年)²⁷⁾、はり師116,007人(平成28年)²⁷⁾、きゅう師114,048人(平成28年)²⁷⁾、柔道整復師68,120人(平成28年)²⁷⁾である。

日本における医療関連職種の就業医療従事者数の人数順位は、図4に示す通り、1位:看護師、2位:栄養士、3位:医師、4位:薬剤師、5位:管理栄養士、6位:あん摩マッサージ指圧師、7位:はり師、8位:きゅう師、9位:理学療法士、10位:

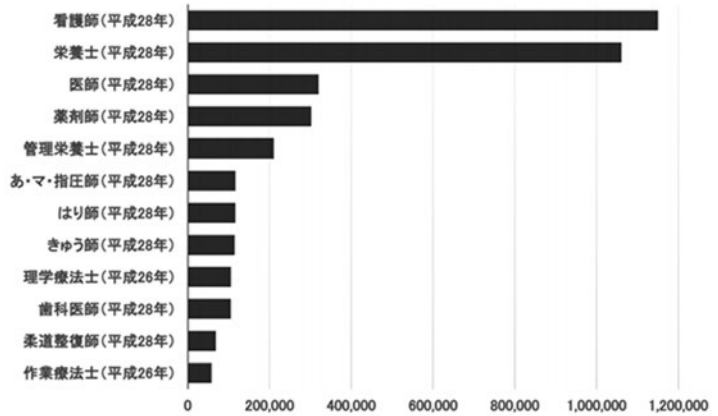


図4. 日本における医療関連職種の就業医療従事者数

出典:参考文献27-30より作成

* 栄養士と管理栄養士に付いては、平成28年の累計免許交付数

* 理学療法士及び作業療法士に付いては、平成26年の医療施設、介護サービス施設・事業所の合計常勤換算従事者数

歯科医師、11位:柔道整復師、12位:作業療法士の順である。

日本における医療関連職種の状況は、表4に示す通り、「半制度化」された日本伝統医療系は複合的資格取得者も多く、主な業団は、「日本鍼灸師会」や「全日本鍼灸マッサージ師会」、「日本あん摩マッサージ指圧師会」、「日本柔道整復師会」、「全国柔道整復師連合会」など、其々複数存在するが、「制度化」された近代西洋医療系の職種の業団は基本的には単独である。また、日本伝統医療系にも近代西洋医療系の職種同様、議員連盟として「鍼灸マッサ

表4. 日本における医療関連職種の状況

資格	鍼灸師	あん摩・ マッサージ 師・指圧師	柔道整復師	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士	栄養士
法制度	あはき法		柔道整復師法	医師法	歯科医師法	保健師助産師看護師法	薬剤師法	理学療法士及び作業療法士法		栄養士法
制度化状況	半制度化			制度化						
担当省庁	厚生労働省									
担当部局	医政局								健康局	
教育機関 (修業年限)	大学(4年) 専門学校 (3年) 特別支援学校 (3年)	専門学校 (3年)	大学(4年) 専門学校 (3年)	大学(6年)	大学(6年)	大学(4年) 短大(3年) 専門学校 (2・3年) 一貫養成校 (5年)	大学(6年)	大学(4年) 短大(3年) 専門学校 (3・4年) 特別支援学校 (3年)	大学(4年) 短大(2年) 専門学校 (2・3・4年)	
主な業団	日本鍼灸師会 全日本鍼灸 マッサージ師会	日本あん摩 マッサージ 指圧師会	日本柔道 整復師会 全国柔道整 復師連合会	日本医師会 (日本臨床漢方医会)	日本歯科 医師会	日本看護 協会	日本薬剤 師会	日本理 学療法 士協会	日本 作業 療法 士協会	日本 栄養 士会
主な政治 団体	日本鍼灸師 連盟 全日本鍼灸 マッサージ師 連盟	不明	日本柔道 整復師連盟	日本医師連盟	日本歯科 医師連盟	日本看護 連盟	日本薬剤 師連盟	日本理学 療法士連盟	日本作業 療法士連盟	日本栄養 士連盟
主な議員 連盟	鍼灸マッサージを 考える国会議員の会		柔道整復師 の業務を 考える 議員連盟	国民医療を守る 議員の会 適切な医療を実現する 医師国会議員連盟 (日本の誇れる漢方を 推進する議員連盟)	国民歯科問 題議員連盟	看護問題 対策 議員連盟	薬剤師問題 議員懇談会	リハビリテーション を考える議員連盟		栄養士 議員連盟

© 小野直哉 (Naoya ONO)

出典:参考文献32-64より作成.

ージを考える国会議員の会」や「柔道整復師の業務を考える議員連盟」が在り、政治団体として「日本鍼灸師連盟」や「全日本鍼灸マッサージ師連盟」、「日本柔道整復師連盟」が在る。

なお、日本の医師においては、業団は「日本医師会」の単独ではあが、医師の専門科が細分化していることから、各医師が所属する「医療系の各専門科の学会」が業団の性質を担っているのが現実であり、医療系の各専門科に関連する企業群は、「医療系の各専門科の学会」の賛助会員などとして、「医療系の各専門科の学会」及びそこに所属する医師を支援しているのが現状である。因みに、漢方を専門に扱う医師に関しては「日本東洋医学会」が主な業団の性質を担っているが、漢方を専門に扱う医師の業団の性質を帯びた「日本臨床漢方医会」も存在する。また、日本の漢方に係る議員連盟としては、「日本の誇れる漢方を推進する議員連盟」が在る。

また、図4が示す通り、看護師と栄養士の人数は、他の職種と比べ、圧倒的に多く、表4から、これらの職種の業団である「日本看護協会」と「日本栄養士会」、それらの政治団体である「日本看護連盟」と「日本栄養士連盟」は、有権者数から、圧力団体として政治的に強い影響力があると考えられる。

日本鍼灸のガバナンスが有益な社会実装となるには、日本における他の医療関連職種との利害関係も考慮し、政治的側面も検討する必要がある。

【まとめ】

自国の伝統医療を自国の資源（医療資源、文化資源、知的資源）と捉えていない日本では、自国の伝統医療に係る基本法及び推進関連法などは存在せず、近代西洋医療と同様に、自国の伝統医療を正統医療とする、自国の伝統医療の「制度化」は行われていない。そのため、日本伝統医療界は、人的にも、資金的にも、法制度的にも、学術的にも、日本伝統医療を取り巻く国内環境に対する国内の公的支援は脆弱であり、足元が不安定な状況で、日本伝統医療を取り巻く国外環境の変化に対応せざるを得ない状況に置かれている。それは、日本伝統医療に係るISO対策費が、毎年確保できるか否か不確実な、国の競争的研究資金で賄われていることが物語っている。日本伝統医療界が、伝統医療に係る国際会議の場において、自国の伝統医療を自国の資源（医療資源、文化資源、知的資源）と捉えている国々と同じレベルで議論し、日本伝統医療を取り巻く国

外環境の変化に持続的に対応するには、現状ではその持続性は望めないのである。従って、鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状では、国家が自国の伝統医療に積極的に関与し、自国の伝統医療を国益と国民の福祉に積極的に利活用することはないのである。

一方、自国の伝統医療を自国の資源（医療資源、文化資源、知的資源）と捉えている韓国や中国、インドでは、自国の伝統医療に係る基本法及び推進関連法などを整備し、近代西洋医療と同様に、自国の伝統医療を正統医療とする、自国の伝統医療の「制度化」が行われている。これらの国々では、人的にも、資金的にも、法制度的にも、学術的にも、自国の伝統医療を取り巻く国内環境に対する国内の公的支援は充足しており、足元が安定した状況で、自国の伝統医療を取り巻く国外環境の変化に対応し、国家が自国の伝統医療に積極的に関与し、自国の伝統医療を国益と国民の福祉に積極的に利活用している。

また、2011年3月の東日本大震災以降、鍼灸関連団体及び個人レベルで災害時の鍼灸支援活動が活発になっている。災害医療支援では、DMATをはじめとした、多職種連携が必須となっている。数年前から、日本の鍼灸界に対し、DMAT関係者などから、災害支援窓口の一本化の要請がされてきた。

日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」（Ⅰ. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状、Ⅱ. 自国の伝統医療を有する諸外国の状況、Ⅲ. 鍼灸による災害支援窓口一本化の要請）は顕在化しており、日本の鍼灸界は対応が迫られている。

日本鍼灸のガバナンスを検討するには、近代国家における医療の「制度化」に伴う、「制度化による国家への魂の売却と従属」³¹⁾を議論する必要がある。「制度化」は、「制度化」された職種の身分は保障され、社会的地位は向上するかも知れないが、代わりにアイデンティティを国家に委ね、現存のシステムへ埋没する“トレードオフ”と表裏一体である。近代国家では、医療のガバナンスは、国家が主体となり管理している。国家統治の観点から、医療は、国民の健康で文化的な最低限度の生活の保障に重要であり、人口の質と量の変動による国力の弱体化を防ぐために、国家によりガバナンスされる。しかし、国家によるガバナンスを受け入れる側には“不自由”となることもある。

仮に、日本鍼灸の法的規定が、医療として規定

(制度化)され、近代西洋医療のように制度的医療の枠内でのみ行える医療として規定されるのなら、日本鍼灸の社会的地位は向上するかも知れないが、アイデンティティを委ねた国家により、合理的かつ効率的に管理するために日本鍼灸は標準化される。必然的に、「半制度化」された医療としての日本鍼灸において存在が可能となっている、日本鍼灸の多様性(①機能的多様性、②施術体系的多様性、③施術者の多様性)は制約、ないしは制限され、現存のシステムに埋没することになる。つまり、「半制度化」された日本鍼灸には、曖昧に、医療として規定されたが故の“グレーゾーンの自由(曖昧な灰色の自由)”が内在し、そこに存在する日本鍼灸の多様性は、日本鍼灸の「制度化」に伴い、失われる可能性は否めないのである。近代国家における医療の「制度化」において、何かを得るためには、それと同等の代価が必要となる。“トレードオフ”による“不自由”を忌諱し、利己的に都合の良い「制度化」によるガバナンスは存在しない。その現実を日本鍼灸界の各個人は十分に認識した上で、日本鍼灸のガバナンスを検討する必要がある。

また、日本鍼灸にガバナンスが求められる「背景」の「I. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状」で示した、日本伝統医療を取り巻く国外環境の変化に持続的に対応するための「国外対応」のための「国内対応」(五項目:①意識、②法律、③データベース、④呼称、⑤概念)を整備し、社会実装するためには、日本における他の医療関連職種との利害関係も考慮しながら、政治的側面も踏まえ、検討することが必要不可欠である。

日本鍼灸にガバナンスが求められる3つの「背景」(I. 鍼灸を含む日本伝統医療界の国内外対応の現状、II. 自国の伝統医療を有する諸外国の状況、III. 鍼灸による災害支援窓口一本化の要請)と日本鍼灸のガバナンスの3つの「課題」(I. 日本鍼灸の半制度化の現状、II. 日本鍼灸の多様性、III. 日本の医療関連職種の状況)は、密接に関係している。

さらに、日本鍼灸のガバナンスを検討する際、その対象が「行為」としての鍼灸なのか、「業者」としての鍼灸師なのかを区別する必要がある。何故なら、医療職種は、概して「行為」と「業者」が分離し難い職種であり、議論や検討の対象が「行為」なのか「業者」なのか、医療においては総じて曖昧になることが多々あるからである。

洋の東西を問わず、生きとし生けるものよう

に日々変わりゆく医療の力動の多くは、近代西洋医療でも伝統医療でも、その医療の提供者と利用者の力動によるものである。今後、「曖昧な灰色の自由」を享受できる極度の『半制度化』された日本鍼灸で在り続けるか否かは、その力動次第である。本稿では取り上げられなかったが、日本鍼灸のガバナンスが有益な社会実装となるには、これまで提示した何よりも、『日本鍼灸の利用者の利害関係の検討』が最も重要であることは言うまでもない。しかし、紙面の制約上、その議論は別の稿に譲る。

何れにせよ、「日本鍼灸は、ガバナンスにより何を得るのか?」、「日本鍼灸は、ガバナンスにより何を失うのか?」を明確にし、『日本鍼灸のガバナンスを考える』ために、『日本鍼灸には、ガバナンスが必要なのか?』を検討する必要がある。但し、『日本鍼灸のガバナンス』は手段であり、目的ではない。「日本鍼灸のガバナンスの目的は何か?」を最初に明確にする必要がある。決して手段が目的になることがあってはならない。何故なら、目的と手段は、等価ではなく、失敗の本質は歴史的に何時でも、目的と手段を履き違えることに在るからである。

謝辞:

本稿執筆に当たり、表4作成にご協力頂きました坂部昌明氏と竹藤裕子氏に、この場を借りて御礼申し上げます。

参考文献:

1. 小野直哉。「日本伝統医療」の特徴と存在意義—国内外における日本伝統医療の戦略的共通課題—, 社会鍼灸学研究 2017, 通巻12号, 2018年.
2. 佐藤純一。「医療の制度化」に関してのメモ—鍼灸医療の「(半)制度化」を考えるために, II. ア・ラ・カルト, 【特集】鍼灸の法制度を考える, 鍼灸 OSAKA, Vol. 27-4, pp. 33-40, (通巻104号), 森ノ宮医療学園出版部, 2012年3月8日.
3. 韓国伝統的知識ポータル: Korea Traditional Knowledge Portal (KTKP) <http://www.koreantk.com/ktkp2014/> (2019年7月14日検索).
4. Yanhuai Liu, Yanling Sun. China traditional Chinese Medicine (TCM) Patent Database. World Patent Information, Volume 26, Issue 1, March 2004, Pages 91-96.

5. SONG Jiangxiu. China Traditional Chinese Medicine Patent Database. The Pharmaceutical and Biotechnological Invention Examination Department of SIPO (State Intellectual Property Office), Dec. 16 and 17, 2009 Bangkok, Thailand. http://www.wipo.int/edocs/mdocs/tk/en/wipo_ipktk_bkk_09/wipo_ipktk_bkk_09_topic5_2.pdf (2019年7月14日検索) .
6. 伝統的知識デジタルライブラリー : Traditional Knowledge Digital Library (TKDL) <http://www.tkdil.res.in/tkdil/langdefault/common/Home.asp?GL=Eng> (2019年7月14日検索) .
7. 小野直哉. 第1部 総論Ⅲ. 世界の統合医療の現状－Integrative Medicine & Health Careの国際比較と今後の動向－, 医学・看護・福祉原論－いのちに基づいた医療 & 健康－, ビンゴ・ネット・プレス, pp. 44-64, 2019年5月26日.
8. 小野直哉. 世界の統合医療の現状①－アジア諸国とキューバ, 【特集】鍼灸の法制度を考える, 鍼灸OSAKA, Vol. 27-4, pp. 49-66, (通巻104号), 森ノ宮医療学園出版部, 2012年3月8日.
9. 高 鵬飛, 宗形佳織, 魯 睿, 今津嘉宏, 松浦恵子, 相磯貞和, 渡辺賢治. 日中の伝統医学教育システムの相違, 日東医誌 Kampo Med Vol. 63 No. 2 131-137, 2012.
10. 渥美和彦, 仁田新一, 小野直哉. 「インド(インド共和国)及び韓国(大韓民国)における統合医療の調査研究」, 『統合医療の情報発信等の在り方に関する調査研究』, 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)平成22年度総括・分担研究報告書, Page 106-120, 平成23(2011)年3月.
11. 坂巻弘之, 広井良典, 小野直哉, 吳 銀煥. 「韓国(大韓民国)における統合医療の現状調査研究」, 分担研究報告書1, 『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』, 厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業), 平成19年度総括・分担研究報告書, Page 48-77, 平成20(2008)年3月.
12. 坂巻弘之, 小野直哉. 「インド(インド共和国)における統合医療の現状調査研究」, 分担研究報告書2, 『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』, 厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業), 平成19年度総括・分担研究報告書, Page 78-109, 平成20(2008)年3月.
13. 広井良典, 小野直哉, 王 財源, 後藤修司, 兵頭 明, 安井廣迪. 「中国(中華人民共和国)における統合医療の現状調査研究」, 分担研究報告書3, 『統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究』, 厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業), 平成19年度総括・分担研究報告書, Page 110-141, 平成20(2008)年3月.
14. 郝 曉卿. 中西医結合医学の歴史と現状を顧みて, 福岡県立大学人間社会学部紀要, Vol. 17, No. 1, 13-27, 2008.
15. 曹 基湖, 徐 廷徹, 李 源哲, 金 甲成. 韓国韓医学会の現状と鍼灸分野における近代韓日交流史－鍼灸学を中心に－, 全日本鍼灸学会雑誌, 第52巻5号, 601-609, 2002年.
16. 韓国保健福祉省医療政策局韓医学部 http://www.mohw.go.kr/eng/am/am0104.jsp?PAR_MENU_ID=1001&MENU_ID=100118 (2019年7月14日検索) .
17. 中国(中華人民共和国)国家衛生計画生育委員会 国家中醫藥管理局 <http://www.satcm.gov.cn/> (2019年7月14日検索) .
18. Ministry of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH) , Government of India. <http://ayush.gov.in/> (2019年7月14日検索) .
19. 大韓民国国立東洋医学研究所 https://www.kiom.re.kr/contents/siteMain.do?srch_mu_site=WEB&srch_mu_lang=ENG (2019年7月14日検索) .
20. 中国中医科学院 <http://www.catcm.ac.cn/> (2019年7月14日検索) .
21. 全日本鍼灸学会 <https://ssl.jsam.jp/> (2019年7月14日検索) .
22. 日本伝統鍼灸学会 <http://jtams.com/> (2019年7月14日検索) .
23. 日本東洋医学会 <http://www.jsom.or.jp/index.html> (2019年

- 7月14日検索)。
24. 中国針灸学会 <http://www.caam.cn/> (2019年7月14日検索)。
 25. 中国中西医结合学会 <http://www.caim.org.cn/> (2019年7月14日検索)。
 26. 伊藤和真, 嶺聡一郎. 日本の鍼灸諸派の現状, 日本鍼灸の現在を探る, 社会鍼灸学研究 2011, 通巻6号, 2012年.
 27. 厚生労働省. 平成28年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況結果の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/> (2019年7月14日検索)。
 28. 厚生労働省. 管理栄養士・栄養士を取り巻く状況と管理栄養士国家試験出題基準(ガイドライン)改定の歩み, 資料3, 管理栄養士国家試験出題基準(ガイドライン)改定検討会, 平成30年9月20日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000358651.pdf> (2019年7月14日検索)。
 29. 厚生労働省. 平成28年(2016年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況: 結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/index.html> (2019年7月14日検索)。
 30. 厚生労働省. 理学療法士・作業療法士の需給に関する基礎資料(第1回理学療法士・作業療法士需給分科会でのご指摘を踏まえたもの), 医療従事者の需給に関する検討会, 第2回理学療法士・作業療法士需給分科会, 参考資料, 平成28年8月5日. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000122252_3.pdf (2019年7月14日検索)。
 31. 小野直哉, 坂部昌明. なぜ日本の鍼灸に学際領域の視点が必要なのか?, II. ア・ラ・カルト, 【特集】社会鍼灸学と鍼灸社会学, 鍼灸 OSAKA, Vol. 31-2, pp. 81-86, (通巻118号), 森ノ宮医療学園出版部, 2015年9月11日.
 32. 昭和二十二年法律第二百十七号 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000217 (2019年7月14日検索)。
 33. 昭和四十五年法律第十九号 柔道整復師法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=345AC1000000019 (2019年7月14日検索)。
 34. 昭和二十三年法律第二百一号 医師法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000201 (2019年7月14日検索)。
 35. 昭和二十三年法律第二百二号 歯科医師法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000202 (2019年7月14日検索)。
 36. 昭和二十三年法律第二百三号 保健師助産師看護師法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC0000000203 (2019年7月14日検索)。
 37. 昭和三十五年法律第四百四十六号 薬剤師法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=335AC0000000146 (2019年7月14日検索)。
 38. 昭和四十年法律第三百三十七号 理学療法士及び作業療法士法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=340AC0000000137 (2019年7月14日検索)。
 39. 昭和二十二年法律第二百四十五号 栄養士法 https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=322AC0000000245 (2019年7月14日検索)。
 40. 厚生労働省医政局 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingiother_127238.html (2019年7月14日検索)。
 41. 厚生労働省健康局 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingiother_128504.html (2019年7月14日検索)。
 42. 公益財団法人 日本鍼灸師会

- <https://www.harikyuu.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
43. 公益社団法人 全日本鍼灸マッサージ師会 <https://www.zensin.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
44. 公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会 <http://nichimakai.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
45. 公益社団法人 日本柔道整復師会 <https://www.shadan-nissei.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
46. 一般社団法人 全国柔道整復師連合会 <http://www.jusei-rengo.com/> (2019年7月14日検索) .
47. 公益社団法人 日本医師会 <http://www.med.or.jp/index.html> (2019年7月14日検索) .
48. 日本臨床漢方医会 <http://kampo-ikai.jp/> (2019年7月14日検索) .
49. 公益社団法人 日本歯科医師会 <http://www.jda.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
50. 公益社団法人 日本看護協会 <https://www.nurse.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
51. 公益社団法人 日本薬剤師会 <https://www.nichiyaku.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
52. 公益社団法人 日本理学療法士協会 <http://www.japanpt.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
53. 一般社団法人 日本作業療法士協会 <http://www.jaot.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
54. 公益社団法人 日本栄養士会 <https://www.dietitian.or.jp/> (2019年7月14日検索) .
55. 日本鍼灸師連盟 <http://nichishinren.jp/> (2019年7月14日検索) .
56. 日本柔道整復師連盟 <http://www.juseiren.jp/> (2019年7月14日検索) .
57. 日本医師連盟 <http://www.nichiiren.jp/> (2019年7月14日検索) .
58. 日本歯科医師連盟 <http://www.jdpf.jp/> (2019年7月14日検索) .
59. 日本看護連盟 <https://kango-renmei.gr.jp/> (2019年7月14日検索) .
60. 日本薬剤師連盟 <http://yakuren.jp/> (2019年7月14日検索) .
61. 日本理学療法士連盟 <https://pt-renmei.jp/> (2019年7月14日検索) .
62. 日本作業療法士連盟 <http://www.ot-renmei.jp/> (2019年7月14日検索) .
63. 日本栄養士連盟 <http://www.eiyoudenmei.jp/> (2019年7月14日検索) .
64. 総務省. その他の政治団体一覧 (2920 団体) http://www.soumu.go.jp/main_content/000068055.pdf (2019年7月14日検索) .

鍼灸のガバナンス ～日本の鍼灸制度史から考える～

箕輪政博

社会鍼灸学研究会副代表

1. 緒言

(1) 背景

ガバナンス (governance) とは統治、管理、制御を意味し、一般的には「組織や社会に参与するメンバーが主体的に参与する、意志決定、合意形成のシステム」といわれていて、その組織の最たるものが国家や政府 (government) である。近年、企業の倫理観が問われ、「コーポレートガバナンス」(企業統治) という言葉が用いられるようになり、株主総会を核にして、取締役、会計監査といった管理・監視部門および各部署やグループ会社などの位置付けや関係を銘記したその統治機構の意識改革が進んでいる。

消費者、市民、受益者の意識の高まりと権利の擁護が進むと共に、日本においても近世・近代からの御上の統治、お役所のお任せ、大企業の序列という考え方から、消費者や市民ファースト、行政と受益者の「協働」という、一種のガバナンス意識が向上してきている。このような動向を「コーポレートガバナンス」と対比して「パブリックガバナンス」(公共統治) といい、政府・地方公共団体などの公的機関が適正に運営されるよう、受益者である国民が受託者である公的機関の意思決定を規律付け、また、その仕組みや財務の適正化、効率性・透明性の向上、説明責任の徹底などが求められている。

(2) 医療とガバナンス

国民の保健衛生 (医療) は社会保障問題の重要事項であるので、各種の法律に則り、国家 (ガバメント=厚労省) がガバナンスしている。例えば、医療従事者数調整や国家試験の合格率水準の維持などはその証左であろう。その施策や方向性に関して、厚労省と医師や看護師などの代表が意志決定しているわけだが、そのガバナンスに関して国民の代表である議員や業団、学会のディスカッションが有機的に連動していて、さらに、そのサービスに関して、患者の権利であるインフォームドコンセント・チョイスという時流も常に影響しているのである。

医療とガバナンスに関してはすでに、「医療ガバナンス学会」や「医療ガバナンス研究所 (NPO)」などが成立し、医療現場のみならず医療と社会、経済、メディアなどといった多角的な研究も進んでいる。また、厚生労働省のウェブサイトでは「医療法人のガバナンスについて」という論文も報告されており、「ガバナンスの定義と目的」でコーポレート・ガバナンスを引用し、医療法人におけるガバナンスについて研究報告されている。このように、現代の医療問題に関しては、ガバナンスに関して学術的な検証が不可欠であることがわかる。

(3) 鍼灸とガバナンス

合格率が年々低下傾向のはり師、きゅう師国家試験は第26回 (2018年実施)、過去最低を更新し50%台まで低下した。この傾向は、福岡判決後の鍼灸学校の急増に依っていることは誰も否定できない。また、鍼灸市場の低迷も鍼灸学校の乱立による資質低下が要因していると言われている。よって、国家試験の敷居を高くすることで資質を向上させ、有資格者の輩出の自主規制することが、解決策というようにも映る。しかし、国家試験の難易度を上げる意味と目的について議論がなされ、教育界や業団体のコンセンサスに基づいているという印象は低い。また、これが本当に国民のニーズであるとしたら、そのニーズを誰がどの様に分析し、戦略をたてているのかという疑問も湧いてくる。つまり、あはきを取り巻く事象に関するガバナンスが気がかりである。

抑も、福岡判決の引き金は柔道整復専門学校の設置規制に関して、一学校法人が反旗を翻し、規制緩和の流れを受け障壁が撤廃されたのである。その結果、市場経済競争原理の影響が鍼灸界にも及んだ。それまでの国の規制という暗黙のガバナンスから解放されたことが誘因であり、現在の議論が成されている「療養費」問題 (『社会鍼灸学研究 2018』)、マッサージ学科新設裁判などに関しても、すべて、あはき界のガバナンス形成不足がもたらした混迷ではないかと考えるのである。しかし、少し乱暴な見方をすると、日本鍼灸の手法や

流派の特徴である「多様性」が伝統を生み、認め合いによる緩やかな結束力により、医療の端くれとして生き残ってきたと考えれば、ガバナンス不要論も成り立つのである。

国際的にも苦境を強いられている日本鍼灸、国内の諸問題に関して、今、そのガバナンスが問われている。いったい、誰が何処で鍼灸、鍼灸界を操り、ステークホルダー（受益者である国民、制度主体である国、制度を支える企業や斯界全体といった利害関係者）への説明責任を果たしているのかという、これまで、議論されたことはない日本鍼灸のガバナンスについて、その変遷をたどり、社会的な実情を検証することが必要である。

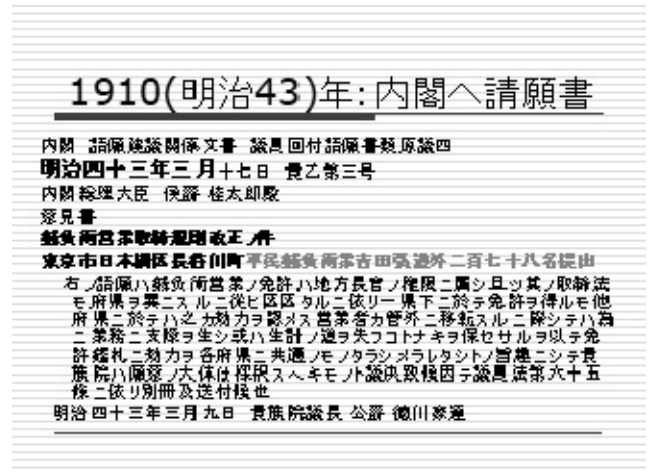
2. 鍼灸制度史から考えるガバナンス

(1) 明治時代

明治維新は立憲君主制の始まりであって、御上の統治＝ガバメントが常識であり、上意下達が民意を表していた。1874(明治7)年、文部省はその後の日本の医療制度の方向性を示す「医制」を達し(東京京都大阪三府へ達)、鍼灸に関しては事実上、医療管理下以外での施術を禁止した。しかし、実情は野放し常態であって、1885(明治18)年、内務省は「鍼灸術営業差許方」(内務省達甲第十号)を達し、修業履歴の届出を義務づけ、鍼灸施術を許可制とし、実質の管理制度をスタートさせた。明治期前半は、明治政府のガバナンスによる西洋式の医療制度の推進が国家命題であって、鍼灸は、その狭間のガバナンスにより生き延びてきたといえるだろう。検証できるだけの資料を見出すことはできないが、江戸時代から脈々と続いてきた鍼灸が視覚障害者の業であったり、庶民に親しまれてきた民間医療であったりしたことが、明治政府の鍼灸へのガバナンスに影響したことは否めない。

明治中期、「温知社」などによる明治政府に対する漢方存続運動に鍼灸師(吉田弘道)が関わって来たことも、後押ししただろう。明治後半になると、平民の誕生とともに、民意という意識が目覚め、もの申す民(平民)が結集し意志を表出するようになる。1902(明治35)年、「日本鍼灸医会」による『日本鍼灸雑誌』や1910(同43)年「東京鍼灸学会」による『鍼灸学講義』(のちの『東京鍼灸雑誌』)の創刊などはその現れであろう。民意ガバナンス意識はさらに高まり、それまで地方毎に免許鑑札が必要だった制度に対して、その改正について明治政府への請願書となり、1911(明治44)年の

全国統一的な初法令「鍼術灸術営業取締規則」(取締規則)の制定に繋がった。



(2) 大正時代～戦前

大正デモクラシーとともに、民意の意識はさらに向上し、鍼灸制度に対する独自のガバナンスの動きが出てくる。1925(昭和元)年～1935(昭和10)年頃にかけて、大阪が活動拠点であった山崎良斎らの鍼灸師団体「大日本鍼灸医会」は、鍼灸師の地位向上を目指し「鍼灸医師法」の成立へむけて画策した。一方、『東邦医学』を主催していた医師の駒井一雄は、1938(昭和13)年の「国民健康保険法」成立に合わせ、鍼灸を健康保険に包括させることが先決であると考え孤軍奮闘していた。残念なことに両者は、その方向性について「激論」を交わし、真っ向から対立していた。しかし、当時(近代)の鍼灸のガバナンスについて、当事者自らが議論できる場が、時代ともに成り立っていったという見方ができるだろう。

また、1939(昭和14)年には、駒井が主催し、厚生省衛生局の医務課長、野間正秋氏を囲んで、山崎直史、保寶弥一郎、柳谷素霊、坂本貢、代田文誌、竹山晋民などといった当時の日本斯界を代表する鍼灸師が座談会を行った。野間課長から、鍼灸術に対する考えや、(実現は見なかった)規則改正の根本方針を訊き出し、野間は、「国民の健康保持が重要な課題になってきて、医療の制度改善が急務である。しかし、国としては鍼灸の実状を調査把握していない。鍼灸行為が営業というのは矛盾があるようにも思われるが、実質的向上があつて立法が伴うものである。医師法並みの鍼灸師法の制定は無理であろう。復興気運は理解している。この機会にこそ謹慎と研究が特別に必要である」と述べた(『東邦医学』第六巻十号昭和14年9月)。

鍼灸に対する自らのガバナンス意識がさらに高まり、近代日本の鍼灸の地位向上をめざし、ガバメントを動かそうという気運が手に取るように感じられる。しかし、実際にそこまでは叶わなかった。

その後、日本近代のガバメントは暴走し、敗戦により日本国家のガバナンスは破綻した。

(3) GHQ 旋風への抵抗と成果

GHQ による鍼灸禁止の動きに対する反対運動は、晴眼者と視覚障害者の統一的なガバナンスの黎明であり、当時のガバメントである GHQ のガバナンスに影響をもたらした。日本国憲法制定からいち早く、1947(昭和 22)年 12 月「あん摩、はり、きゅう、柔道整復等営業法」(法律第 217 号)の制定に至ったのである。結果的にライセンスのレベルは向上し、戦前の流れからみれば、近代の斯界の望みが叶えられた成果であり、それは、近代ガバナンスの動向が不可欠であったことに他ならない。

奥津によれば、「それぞれ立場は違うが、お互い「鍼灸存続」を合い言葉にし、時には協力し合いながら運動を展開した。後世、「業界が一致団結したのは、後にも先にも GHQ 旋風だけである」と語り継がれるほど、この時の業界はまとまりが強かった」と報告している。『社会鍼灸学研究 2016(第 11 号)』

(4) 戦後、民主主義の台頭と 7 者懇への道のり

戦後、規制という暗黙のガバナンス下、東洋医学が鍼麻酔ブームなどによる需要喚起があり、1970 年代に鍼灸専門学校の新設という小さな嵐が起きたが、1998 年のいわゆる規制緩和の流れを受ける福岡裁判まで約 50 年は「昭和の安定期」といえるだろう。この間、あはき(柔道整復)業界は、学校数が限られていたために入学者は一定の倍率を保ち、そのために学生の質もある程度担保することができ、輩出有資格者数も激増することはなかった。パイは小さいながらも少数安定を維持し、高度経済成長やバブル経済などに需要を後押しされていた。また、「療養費」という健康保険のニッチな給付も受けていたために、ガバメント(ガバナンス)に疑問を呈するものは少なかったようだ。

しかし、社会的地位の格上げや医療への位置付けは、近代から続く斯界の念願であった。その動きの一部が、身分法として 217 号制定時の法律名から「営業」という文字を削除することであった。その願いは 1951(昭和 26)年の改正で実現する

のだが、法律内容が抜本的に改正されたわけではなく、実質的な身分の格上げや社会的な地位向上は実現していない。医療への位置付けは「資質の向上」が不可欠である。そのためには、積極的要件の引き上げや国家試験の実施が求められる。この希求が、斯界の統一された動き、後述する通称 7 者懇の成立であり、そのガバナンスが 1988(昭和 63)年の大改正として結実したのだった。

3. 7 者懇(後の推進協)の成立とそのガバナンス (1) その道のり

7 者懇とは、全日本鍼灸マッサージ師会(全鍼)、日本鍼灸師会(日鍼会)、日本あん摩マッサージ指圧師会(日マ会)、全国病院理学療法協会(全病理)、日本盲人連合会(盲人会)、東洋療法学校協会(学校協会)、日本理療科教員連盟(理教連)(順不同)の集まりを指す。

その始まりは、1950(昭和 30)年代、全鍼、盲人会、理教連が、あはき等法改正について連絡協議していたことと考えられ、その動きは 1971(昭和 46)年、PTOT 法や療術対策の事務局レベルの情報交換を目的に「3 者懇」として成立した。その後、全病理と日マ会といった視覚障害者系 5 団体が集結し「5 者懇」となった。

1980 年代後半、主に晴眼者系の団体である日鍼会では、木下晴都会長が中心になり、鍼灸師の養成過程改革や法律改正の議論が進んでいた。1986(昭和 61)年後半、柔道整復師法改正の動きが起こる。その翌年 2 月、厚生労働省から当時の全鍼の関野光雄会長へ「あはきも同様の必要性はあるか、改正案の用意はあるか」という問いかけがあり、視覚障害関係「5 者懇」と日鍼会、学校協会が協議を重ね、1987(昭和 62)12 月、「7 者懇＝はりきゅうマッサージ関係団体協議会」が成立し、合意文書と覚書を交わした。7 者懇はロビー活動を展開し、1988(昭和 63)年、議員立法として改正あはき法が国会へ提出され、5 月 31 日付けで法律第 71 号として公布された。同年 6 月 6 日、7 者懇の発展的解散と同時に「新法(あはき等法)推進協議会」(推進協)を結成し覚書が交わされた。さらに同年、「東洋療法研修試験財団」(財団)設立準備委員会が発足され、1990(平成 2)年 3 月に同財団は認可され、4 月から改正法が施行され現在に至るのであった。財団のウェブサイトの「本財団設立の趣旨」や「沿革」には、その経緯が明示されている。



(2) そのガバナンスは如何に

2003(平成 15)年 12 月、推進協として「無資格マッサージ等取締関係資料」を發布する。推進協は新あはき法の推進に関する協議会であり、そのミッションに則した活動といえるだろう。また、インターネットで「あはき等法推進協議会」を検索するとこの関係資料の他に、最近の推進協の会議報告を見出すことができる。これらのデータから、東京四谷の全鍼師会館内に「あはき等法推進協議会」名義の住所は存在し、現在も 7 者が年に数回の協議会を持ち回りで維持していることがわかる。推進協自体のウェブサイトはなく、なぜか、盲人会のサイトでその報告がなされているようで、最新の報告を引用する。

日盲連(盲人会) 最近の活動のページにおいて、2018 年 10 月 30 日付け、「平成 30 年度 第 5 回あはき等法推進協議会開催」というタイトルで「平成 30 年度第 5 回あはき等法推進協議会(代表・伊藤久夫全日本鍼灸マッサージ師会会長)が 10 月 18 日、東京・四谷の全鍼師会館で開催されました。日本盲人会連合からは竹下義樹会長、小川幹雄副会長、須藤平八郎理事が参加した。

主な協議内容は前回 9 月 20 日に開催された第 4 回協議会に引き続きあはき療養費に関する施術管理者研修のあり方とあはきについての広告のあり方検討会への対応でした。あはきの療養費の受領委任払い制度への移行に伴う施術管理者の研修について、平成 32 年度から実施することになっているが、その研修の実施主体、研修時間、実務経験の年数等に関して話し合われました。今後、東洋療法研修試験財団と協議しながら内容を検討することになります。なお、療養費の医師の同意書の適正なあり方について日本医師会との話し合

いを持つことになりました。あはきの広告のあり方については広告の緩和、無免許者の規制、指導体制のあり方等の検討が行われています。施術者側と保険者、自治体の主張を踏まえ、今後ガイドラインの原案が示されることになっているが施術者側の主張を反映させることについて話し合われました。なお、このほか、前回の協議会、東洋療法研修試験財団のあはき国家試験のあり方検討会では 11 月にあん摩マッサージ指圧師、12 月にはり師きゅう師の試行試験を行い検討に反映させること、標準産業分類の改訂に合わせてあはきの適正化を求める作業を進めることなどが話し合われました」と報告されていた。

この報告からは斯界のリアルタイムな課題、「療養費の受領委任払い」や「国家試験のあり方」、「広告」問題などまさに「あはき等法」に関わる議論がなされ、ガバナンス機能が働いているようにも読みとれる。



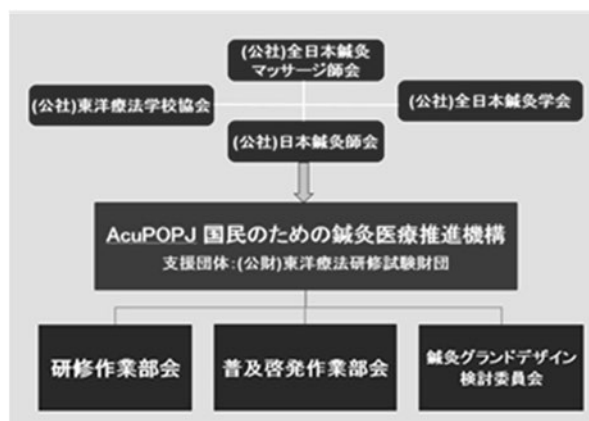
1988(昭和 63)年の大改正で財団が法条文に位置づけられ、財団は厚生労働大臣の職務を代行する組織であり、財団を厚生労働省(ガバメント)と読み替えることができる。財団の大本は 7 者懇であるから、現在の財団は推進協の実像ということにもなる。よって、日本のあはきは推進協のガバナンスの上に成りたっているとも換言できる。

しかし、現代の多くの、特に若いあはき師で財団設立の経過を知るものは少ないし、ましてや推進協(7 者懇)の存在すら聞いたことがないものもいる。それは、推進協の発する情報が限定的かつ五月雨式であり、現状では公にその活動実態がわかりにくいことが誘因していると考えられる。また、臨床に直接関係することではないので、免許者＝

従事者の関心が低いともいえる。

「昭和の安定期」以降、斯界に降り注ぐ様々な問題の多くは、規制緩和や新規参入学校法人といった社会情勢や外圧に因るものであり、その後の対応も全て後手に回っている印象がある。あくまで、「推進協」は、あはき等法に関する7者による財団(ガバメント)と相互の連絡調整機能がメインであり、「障害」の有無(福祉)と「医療と営業行為」という永遠の課題を有する各者の利害が異なるのは仕方がない。しかし、「昭和の安定期」に斯界のコンセンサスに基づく長期的なビジョンやストラテジをもち、さらにはガバナンスの強化を図っていたら、異なる環境の現状を迎えていただろう。

(3) 新たなガバナンスの形成か



福岡判決後の新設校の急増による施術者の資質の低下やリーマンショックなどに要因する、あはき市場の低迷策として、主に晴眼者を中心にした4団体は、2012(平成24)年、厚生省の医事課長や参議院議員として「鍼灸マッサージを考える国会議員の会」事務局長などを歴任した阿部正俊を委員長に担ぎ出し「国民のための鍼灸医療推進機構(AcuPOPJ)」(機構)を立ち上げた。啓発推進のために鍼灸に関する情報を発信する「鍼灸Net」というウェブサイトも立ち上げ、ページトップには「現代日本鍼灸界をリードする4団体が運営する鍼灸のポータルサイト」とアピールしている。支援団体として「財団」も明記されているので、新たなガバナンスの形成を思わせる。その活動は現在進行形なのだが、具体的な成果などはあまり明確に見えてこない。

阿部委員長以下各組織の要職者が列席した2018(平成30)年度の第1回運営委員会で、学校協会代表の坂本歩氏は「本機構は山積する業界問題

に対して協調して動ける場、考える場としての役割を担えるのではないかと改めて提起し、日鍼会代表の小川卓良氏は「活動に閉塞感がある」と言及している(医道の日本2018年8月報告)。

4. 日本の鍼灸は医療か否か、という積年の課題

我々の「業」とは、心ある人間の体(ヒト)へ、合法的に「鍼を刺す」ことである。これは、「日本国憲法」下で「制定・施行」された「法律217号=あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律」により、普通の人が行えば「刑法」の「傷害罪」になりかねない「鍼を刺す」という危険な行為を、「国家」により免じて許された=「免許」されているという重みがある。そんな「重み」は、歴史や制度のアヤで等閑にされてしまったようにも思える。

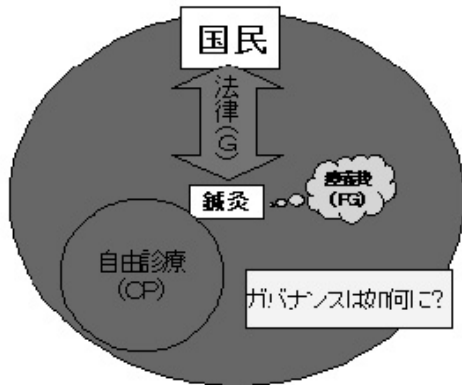
これまでの研究でわかった日本の鍼灸の社会的位置を以下に提示する。

- ・かつて今も、東洋「医学」の一分野である。
- ・近代のスタートは「そもそも医術の一部であるもの」を特例的に認めた「営業行為」であった。
- ・「限定的な医業の一部」であって、決して「医業類似行為」ではない。
- ・健康保険では「療養の給付」ではなく、あくまで原則外の、保険者が権限を持つ「療養費」扱いである。
- ・「医療的営業行為」であって、「制度的医療」に正当に組み入れられている訳ではない。

これらを総合的に考えれば、「鍼灸は医学であり医業であるが、日本の制度的医療ではない。しかし、限定的に認められた医療的営業行為である」という実像が見えてくる。医療社会学者 佐藤純一のいう、鍼灸は恣意的に「半制度化」された非近代医療、という表現はとても的を得ている。

半制度化の側面を具体的に考える。制度としての、あはきは法律によりガバメントから監視・管理されている。また、医療保険制度に包括される療養費施術については、その財源が保険金や税金という公的な徴収金であり、ガバメントの監視とともに、保険者や行政から監視=パブリックガバナンスという一面も併せ持っている。自由診療については、市場競争経済の影響をまともに受けるのだから、現代社会においては、コンプライアンスやアカウンタビリティは不可欠である。よって、自由診療における生き残りや持続的発展を望むならば、コーポレートガバナンスという概念も念頭

に置かねばならない。



5. 結語

OECD (経済協力開発機構) はパブリックガバナンスについて、「健全で効果的なパブリックガバナンスは、民主主義と人権の強化、経済的繁栄や社会的結束の促進、貧困削減、環境保護と天然資源の持続可能な使用の促進、政府や行政への信

頼向上に役立ちます」と謳っている。内容の一部は、鍼灸臨床に直結するものではないが、日本の鍼灸の置かれた社会的状況や我々に課されたストラテジに置き換えられる。

日本の鍼灸の特徴は「多様性」であるといわれる。この多様性とは臨床技術だけではなく、日本社会における鍼灸の置かれた位置を歴史的にも表現できそうだ。これまで培ってきた、あるいは耐えてきた、この「多様性」を強みにストラテジを練れば、これからの社会のガバナンスで益々求められるキーワード、「ダイバーシティー」にも合致していけるだろう。日本の鍼灸のガバナンスが有効機能すれば市民 (患者) にとって分かり易い医療選択肢と成り得るし、国家や行政施策に対するよりよいアピールに繋がるはずだ。

社会保障問題が国家の行く末に暗い影を落とし、その中心的な課題である国民医療費への関心が年々高まる今、鍼灸のガバナンスは一鍼灸師の問題ではない。今後はステークホルダーへの意識喚起を常に念頭に置かねばならない。

第13回社会鍼灸学研究会 全体討論

本稿は、第13回社会鍼灸学研究会の形井秀一・小野直哉・箕輪政博・横山浩之四氏の発表後に行われたシンポジウム・全体討論のテープお越し記録である。編集部の責任でテープ起こしをした。

午前の部

小野：総合討論を始めたいと思います。まずは形井先生のご発表に関して、ご質問のある方は挙手の上、お名前と所属を述べた上でご質問ください。発表された内容の確認でも結構です。

松浦：どういった国の鍼灸師が、西洋、他の国がイギリスを通過するというようなスライドがあったのですが、そのときの鍼灸師のレベル、ドクターみたいな人が鍼灸をやっているのか、我々みたいな高卒レベルの人が、どのくらいの方がそういう研究等をやっているのか。

形井：それは、国によって大分違います。

勿論、医療関係の方が最初に中国医学に関連する医学として考え易い、情報が得やすいということがありますので、医療関係者は勿論研究しています。それから、医療関係じゃなくても鍼灸に興味を持って、勉強した人もいます。医師を以外やコメディカルの人で、特に看護系の人は研究するということがあります。ですから、国によって違います。

例えば、アメリカは、医師の鍼灸学会・学術団体があります。それ以外に、医療系とは独立した形で独自に鍼灸制度を作って、鍼灸を大学院レベルで教育し、その上に博士課程もあります。

そのような人が鍼灸を研究するというのもあるし、ドライニードリングみたいな事を新たに出すような、コメディカル分野の人たちがやっているというのもあり、国によって違います。また研究レベルでは簡単には言えませんが、そういう意味では様々です。逆に言うと、中国の論文は、中国は2000年の歴史があるからハイレベルかという疑問も出てくる訳。どういう手法を使って、どのような研究を行って結果を出して考察できているかというようなことを客観的にみると、それぞれの国の状況で、あるいは立場で、様々です。

松浦：わかりました、有り難うございました。

小野：他にございますか

小川：おがわ鍼灸整骨の小川と申します。形井先生、勉強になりました、ありがとうございます。私からの質問です。中国が、中国医学を伝統医療として商品化、価値付けをすることに成功している、同じように日本鍼灸も何らかの形でそういった方法を模索をしていると思います。中国が成功した一つの理由は、中国医学が、そもそも中国文化だったので、自国の文化であると堂々と唄えると思うのです。一方、日本の鍼灸は、日本鍼灸と言いつつも発祥は中国であるために、日本固有と言うことが非常に難しいと思います。しかし、日本独特の発見が加わったと思っています。例えば日本人の国民性であったり、西洋医学との融合等言われていますが、こういったところは唄えるのではないのでしょうか。そこがあればお伺いしたいと思います。

形井：国民性の問題とは必ずしも言い切れないとも思います。例えば、車は、今2番目くらいに落ちてきていますが、トヨタはこの前世界1位になりました。分野によっては後続の分野でも、一番であるということもあるかと思います。いつも日本は2番ですという事にはないと思いますが、国民性だけでは片付けられなくなるわけです。それで、日本がこれから、世界の鍼灸の中にどのように生きるかということは、考えていけないといけないと思いますし、みんなの宿題だと思います。

私の個人的な考えでは、1つは、科学的な視点で研究を続けてきたというのが日本の鍼灸の歴史の特徴だろうと思っています。しなしながら、医療(科学的医学)の中に完全に入っていないところがあって、例えば臨床研究をする場合に、鍼灸臨床研究をするための場がない。医療ではないところ(施術所)で行っているので研究のバイアスがかかる。そうすると、純粋に日本から出る、鍼灸師が出すデータが医療の中で評価できるデータなのかという事が根本的

にまず上がってくる。なかなか難しいが、日本鍼灸を科学的に立証していく、それは戦後ずっと続けてきたし、戦前も行っていた。戦後は、特に鍼灸師ががんばって行ってきたものが増えたので、それらを整理していき、自信をもって世界に打ち出していくのは一つの方法だと私は思います。

小川：先生、そのところですね。私の研究につながるのですが、先生のおっしゃる科学的な追求の歴史が日本鍼灸の特徴であるとおっしゃいましたが、東京宣言でRCTは、ポジティブな結果が今得られていないので、RCTだけでは日本鍼灸の良さを表現することはなかなか難しいと言われて、新しい研究デザインも必要だということが、明文化されているが、それについてはどうお考えですか。

形井：2重の問題があって、基礎といたら変に聞こえるかもしれないけど、臨床基礎的な、有効性のメカニズムの領域の研究などは、日本鍼灸がまとめてきた部分があるので、それは中国の教科書なんかにも、(どれだけ日本が評価しているかは別として)、取り入れられている部分はあるわけです。今、おっしゃってるのは、臨床的な研究をする際にRCTが難しいのかということ、それはその通りです。勿論RCTはどうやって評価できるかの研究はやっているわけですが、それは日本だけじゃなくて世界的に難しい状況がある。先程私が言った、日本の難しさ、それプラス日本の鍼灸師の置かれている立場が、医療とちょっと違うところに置かれている、あるいは、医療に少しひっかかっているところにしか置かれていないので、臨床研究するとき、まず鍼灸治療にきました、ということ自体バイアスがかかっている訳です。何が言いたいかということ、例えば、整形外科に行って、疾患で振り分けて、整形外科的な疾患についてどのような効果がありました、という研究をしようする時に、鍼灸治療院に来たということは、そういう整形外科的な評価をしていないということだし、できないということです。そうすると、医師と提携して研究をやらざるを得ないです。その、医師と提携しようっていうのはものすごく大変な事で、そんな簡単には一緒にやりましょうという分けにはいかない。もしやれるとしたら、妥協点を見い出して一緒にやりま

しょうということになりがちで、研究の質が落ちやすい。低いところで妥協してやるのだったら数は集まります。しかし、質を上げようとして厳しくすればするほど症例数が減ってってしまうというのが、日本鍼灸のおかれている臨床研究としてRCTのもう一つの難しさの側面でもある。それは今、なかなか解決出来ない状況です。

でも、その一方で、大学病院や総合病院の中に鍼灸師がかなり入って来ていますから、そういう中からすぐれた研究が出てくる可能性があるんで、ぜひそういうところに居る先生方に頑張ってもらいたい。

しかし、開業鍼灸師が医療現場の人と一緒にやろうというのは、それはものすごく大変な訳です。それは、難しいところがあるけど努力して欲しい。私が最初に言いたかったのは、戦後ずっとやってきている鍼灸臨床の基礎的な研究があるので、そういうところを整理した上で発信していく必要がある。でも今、少し途絶えつつある。大学でそういう研究を、途絶えさせないで、鍼灸の基礎や臨床の基礎等の研究を絶やさないで続けてもらいたい。

それに、臨床研究はRCTだけでは勿論ありません。日本の鍼灸師も独自の臨床の立場があるから、それを活かした形の新しい研究がもし出来るならばそれはおもしろい研究が、世界のどこにもない研究を出せる可能性があります。

鍼灸大学の先生方のレベルも世界の中ではかなり上の方だと私は思っていますが、そういう先生方がしっかり誰か他の分野の人と手を組みながらやっていくことで、特徴的な日本の鍼灸治療を報告していくことができると思います。そのような研究が医療と違う視点で提示できる。

私はスマホの使い方がよく分かっていなくて、この前すごく頑張って電話番号の登録ができた。でも、私のような人にでも、スマホを使ったら毎日の患者のデータを登録できて、1年集積したら何万人という患者のデータ集まる。日本中の開業鍼灸師のデータがすごいので集積しようというのであれば、私も一生懸命スマホを勉強します。そういうあらゆる可能性をそれぞれが自分の得意なところでやろうっていうのであれば面白いなと思います。

小川：有り難うございました。

小野：次に箕輪先生の演題の方についてご質問はありますか。

横山：森ノ宮の横山と申します。話の中で、特に国家試験の合格率が低迷していて、国家試験の合格率は誰が決めているのだ、と言う疑問が出ていたと思うのですが、医療系の国家試験の合格率は厚労省が決めているというか、誘導しているのではないのでしょうか。医師国家試験の合格率や看護、あはき柔整はどうでしょう。

箕輪：PTはちょっと分かりませんが、医師、看護師については厚労省の毎年実態調査のニーズもあるでしょう。特に医師の場合は政策で、医学部が新たに2つできました。鍼灸師に関しては財団法人の方で実態調査なんて行っていませんし。それで、実態が分からない中で誰も将来的な見通しを立ててない。国家試験の合格率をどこに聞いたら分かるのか。逆に皆さんに知っていたら教えて欲しい。そこで誰がというのは、一応財団の中に、カリキュラムや国家試験を検討するところとかがあるのは事実です。だから、あそこはやっているといえるかもしれない訳です。だから、鍼灸師がこんなに今多くなって質を高めるために国家試験を見直しますというような、ガバナンス的な事がされていないのではないかというのが私の意見です。

横山：有り難うございます。もう一点、その合格率がどうかというのが、国家試験の合格率と教育の質の関係ということに関して、国家試験に合格できないというのは、教育の質が低い、で、卒業させてはいけないはずの人たちを卒業させているのではないかと。で、要は、学校は卒業生に対して責任を果たしていないのではないかという視点は成り立ち得るのでしょうか。

箕輪：それは、それ自体が来年のテーマになる位なんじゃないでしょうか。つまり、僕は盲学校の教員ですから、各専門学校でプレ国家試験の結果でその人を受けさせる、受けさせないと考えるとちょっと微妙な問題になると思います。つまり、学校国家試験のレベルをあげるから学内のプレ国家試験のレベルを高くする、だけどあんまり高くしたら落ちこぼれる者が出る訳だから、この研究会で私が1回やったのですが、入学者の数と卒業者の数を調べると分かるんです。ということは、それを見れば、この学校はいっぱい退学者が出るな、ということになって

きます。それは、合格率は良いが、国家試験受験のハードルをすごく高くしている。これは学校方針の問題になります。それから、入学試験で、レベルを下げればいっぱい入ってくるけど、それは当然、ギリギリの人をいっぱい入れて、それをどうやって磨いていくかということだと思います。勿論そこが教育の質になるのではないかな。

意外に知られていないのが盲学校の実態で、実は盲学校も今、生徒難で困っているところなんです。で、かなりギリギリの人もいっぱい居ます。だけど、やっぱり議論になるわけです。国家試験に受かるのか、受からないのか。ギリギリで入れて、盲学校の先生は生徒少ないですからマンツーマンに近い教育をしていて、補修もやって、うちの学校は模擬試験を4回やっています。それで、受からせているっていう実績が結構あります。盲学校の合格率は国家試験の合格率をみれば分かります。今の横山先生の質問に関しては、教育の質と国家試験のレベルの問題は一概には議論できない問題だと思いますし、今のテーマは非常に良いテーマなんじゃないかなと思います。以上です。

横山：ありがとうございました。

小野：他はいらっしゃいますか

川越：和ら会の川越でございます。よろしくお願ひします。近現代史の所は非常に勉強になりました。殆ど同意できる内容ばかりですが、一点だけ私の発表した内容と矛盾している、ちょっと認識が違ふところがあったので、お話をさせていただきます。七者懇の話がされた時に、鍼灸師でしたら七者懇の団体のどこかに所属しているとおっしゃったのですが、私は、行団や団体に対する構成率の低さこそ問題だという話を昨日させて頂いた立場で、何か私の周りだけが不真面目なのかというような想いもあって、先生のところは特別、真面目なのかな、とか色々考えたのですが、そのあたり、どうでしょうか。皆さんの意見も本当は聞きたいのですが、とりあえず質問でお願いします。

箕輪：私は少し口が滑って、皆がどちらかの組織に入っているのではないかと、と言いましたが、これは単なる私の個人的な感触です。それで、その組織率の低さの問題の方が実はこの我々の社会鍼灸学研究会のテーマとしてふさわしいの

です。つまりもっと言ったら、七者懇はたまたまその代表を出して恐らく法人格を持っているのが中心ですが、その実態がまず分かってない。小さいものも含めてどれだけあるかを調べて、その参加者と、鍼灸師の全体の母数を見て、その団体に入会率を求めてそれを考察するっていうのが本当は必要です。それがされていない。ですから、一概に低いとも言えないし一概に高いとも言えないというのが事実です。たまたま私の関心がどちらか、例えば、教諭が多かったら東洋療法学校協会に入っているだろうし、みなさん業団に入っているのかな、と単なる私の一人の推測です。それはデータを出して、他の業界、団体と比べれば、我々は低いといえるのではないかと思います。

川越：ありがとうございます。

古屋：呉竹学園の古屋と申します。大変貴重なお話をありがとうございました。先ほどの横山先生のご質問に対して、少し補足をします。今、医師、歯科医師、薬剤師は、文科省から、真の合格率、先ほど箕輪先生からお話いただいたように、入学年度ごと6年間で卒業した人達の合格率を出して、各大学の質を検証する動きがございます。これを真の合格率といいます。実際にもう文科省のホームページを見れば真の合格率に関係する数字が出てきております。

箕輪：ごめんなさい、真のっていうのはどういうことでしょうか。

古屋：シンの、まことの。要は、入学してから6年間で卒業して国家試験に合格した人は何人ですかという事です。それが、入学定員に対して、例えば100人入りました、そのうちの90人が卒業しました、それで、この人たちの合格率は何%ですかという、そういう見方をしてくれております。はりきゅうの世界は、先ほど福岡裁判の後に学校が増えて質の低下が色々叫ばれている訳ですが、そういう真の合格率までは出ていない状況です。学校協会は一部それに近い事を始めているようです。今後の課題ですが、質をどう上げるかというのは、そういう数値を見る事によって確認が出来ると思います。以上です。

箕輪：私も記憶が定かではないのですが、私がこの研究会で、福岡裁判があったのを検証した時に、確かまだ今ぐらいになる前の入学者の数から、国家試験の受験者数を差し引いたという

のをやったことがあります。ただそれと合格率とは全部はリンクしていませんけど。実際に、それをやるのは勿論研究ですけれども、それは明らかにするっていうのは本当にしていいのというのはありますよね。勿論、研究として事実として提示するという事はあります。合格率は出ています。おっしゃったように本当は真の合格率は私はやるべきだと思っています。でも、同時に不安もあります。

古屋：引き続きよろしいでしょうか。今、私が発言させて頂いたのは、実は国がやっている事です。国が絶対数を必要としている部分と、それから各大学に質を求めているという2点があります。これはすなわち、国が、大学に対する、もしくは今後の医療人を育てる、ガバナンスになっていると思います。ですので、はりきゅうの業界というか、はりきゅうの国家試験かは、はっきり分かりませんが、今ははまだそういうことが求められていない訳です。ある意味、ここが、今回のテーマのように、ガバナンスという事であれば、国がまだそれを出していないのです。では、国が我々に対して求めているガバナンスと、我々が国に対して順守するガバナンスのバランスに立って、今私たちは動いているので、その関係性というのは今後非常に重要になってくるような気がしてなりません。有り難うございました。

箕輪：ありがとうございます。まさに先生のおっしゃる通り。だから、医療ガバナンスが働いて、ガバナンスがガバナンスを必要としているのです。我々は、我々のガバナンスはどこにあるのか分からないから実態さえも分からない。各学校財団が合格率を出しています。あれは合格率だけを出していますけど、あれだけでガバナンスというのは分からないです。だからそこが問題じゃないかって思ったところが今回のテーマですし、ですから今、古屋先生がまとめていただいて、ありがとうございました。

小野：他にありますか。

友岡：貴重な発表有り難うございます。順天堂大学の友岡と申します。とても勉強になりました。二人の先生に2点お伺いします。まず、近代の民主主義の時流という背景と、それからICDやISOの問題からガバナンスの必要性というのを挙げているという話であったと思いますが、ガ

バランスといっても色んな分野です。事もたくさんあるで、形井先生が最初のスライドで、鍼灸のガバナンスを考えた場合ということで臨床と教育、資格制度の3つに分けていたのですが、先生方がその3つの分野が出てきた場合には、まずどこに関するガバナンスが出てきて、何をしたら良いか、お考えがあればお伺いしたい。次に、ガバナンスや何かを発信していく場合は、団結力みたいな組織力があると思うのですが、私も鍼灸師ですが大企業で働くというよりは一匹狼でやっていくというかそういう資質があるような集団の特性だとは思いますが、そういった面が特徴の集団は何が大事になってくるのかというのをお伺いしたい。

形井：前半の話ですが、今おっしゃった通りで、鍼灸師の数さえコントロールしようとしません。ちょっと変な言い方かもしれませんが、でも、コントロールしようっていう事は、それだけ大事だからです。病気の人がこれくらいいて、それに対して治療家がこれくらい必要だからコントロールしよう、それで、当然のことながらそれをやらないと、内閣・政府が医療政策をちゃんとしていないからという批判を受ける。その準備・努力もやって、保険も保証して、というところにさえ私たちは到達できていない。この分野で40年間以上ずっと見ていますが、全然政府が縛りを作ってこない。ただ、法律改正がありましたから、それは見方によってはそういうことはその一つだって言っても良いのですが、でも、やっぱりそういう意味では日本の医療政策に乗っかっていない分野である。寂しいけども。そういう現実をまず踏まえることをしないとイケないです。

だからガバメントのガバナンスは期待できないので、パブリック・ガバナンス、つまり鍼灸師サイドがガバナンスを踏まえて、自分たちで一定の方向性を、こういう鍼灸があって、全体の数がどれくらいいて、こういうことが我々にはできるのだから国は、保険をこの程度認めるべきである、6疾患ではなく、30疾患は認めるべきである等と主張する。そこまでやるには、日本の健康政策に対して、費用対効果も出していくことまでやらないとイケないでしょう。要するに、ガバメントは、国費で、医師を始めとして、医療分野に対して、必要なことは全部や

っているわけです。鍼灸分野にはお金も微々たるもので、何をやれとも言わないし、放ったらかされている。

でも、主張は出し続けるしかないのです。そして、どこかで気づいてもらわなければならない。長く言い続けても、最初はほとんど反応はないでしょう。でもやっぱりやり続けなければいけないと思います。それは、戦後、臨床研究を忙しい臨床の合間をみて地道に頑張ってきた人たちが居たから今につながってきたので、だからもうちょっと続けていかなければ仕方がない。特効薬とか、特効薬はないのですが、そんな事を積み重ねていくしかないかな、研究自体はその一つとやっております。

箕輪：的確な答えであるかどうかは分からないが、我々の免許というのは国家免許です。国家免許の意味っていうのは、本来なら鍼を人に刺すと傷害罪になりかねないものを、鍼灸師に国が、免じて許したわけです。それだけ重要な訳ですよ。だから社会保障の一部は療養費も関わられるし、社会保証の介護保険の中の機能訓練指導員にもなれる。ところが、近代を見てみると、国家の免許でありながら、どうしてこんなに管理はされないし、都合が悪いときになるとちょっと縛ることはされて、後は、単に自由にやっていいよという割には、よく分からないようにされちゃったっていう思いが私はあります。だから、ここはみなさん紳士な方たちが多い研究会だから私も安心して話しが出来るのですが、臨床家のすごい人が来て、「何を言っているのだ、技術だろ、鍼灸は。ガバナンスなんかいらんよ。」と言うぐらいの意見が出て面白いかもしれないですけど。

だからガバナンス意識を働かせて、我々がこれだけ自分たちでガバナンスしていますよというところを、さっきおっしゃった教育もそうだし、臨床もそうだしということで、連携しながらやっていった方がいいのかなということ。ここは何度も言うように、運動団体じゃないので、そういう方向性もあるのかなと。それで、実際は、社会はこうで、我々ではでもこういうことがガバナンスの問題じゃないかという風に提示することにとどまって、ここの研究会では出来ない。だからそこで今あったようなディスカッションして行きながらっていうレベルじゃな

いかなと思っています。具体的に、どこにガバナンスするかというのではなくて、逆に、世話人会でもあったのですが、ガバナンスはいるの、いないの？あるの？ないの？ということも、まだ、初めて提示した段階じゃないかなと思うのですが。ただ私たちは意識してそこを考えるべきです。恐らくみなさんもです。今回も、このわかりにくいテーマで参加して下さい有り難うございます。以上で終わります。

友岡：有り難うございます。

阿部：鍼灸院の阿部です。貴重なお話有り難うございました。僕は臨床家です。毎日鍼をたくさん患者さんに打っていますけども、多様な治療法を僕ら治療家として持ち合わせているのです。僕も治療に対する自分の考え方があって、そうしているのですが、ガバナンスを、整理することによって、多様な形で対応できるという側面が失われてしまうんじゃないかという危惧を感じてしまった。そのガバナンスが必要な側面もあると思うんですが、今持っている日本鍼灸の良さも失われてしまうのではないかと、そういった側面はいかがですか。

形井：ものすごく難しい問題ですね。鍼灸が普及していく、広がっていくというのは、確かに多様性を生み出す可能性がありますが、その多様性の中で、最低限の共通の枠を作っていくのが標準化です。

多様に広がっていると、その多様性の一方で、安全性や有効性を担保することが求められ、そのために、最低限ここまでは、標準的にみんなができる、というところを明確にする必要が出てきます。その2つの内のどちらが強くなるかは、時代々々で代わることを繰り返してきているのだらうと思います。

そこで、今質問されたことが、現在の世界でどのように問題になっているかということ、ご存じのように、中国が、中医学を世界の標準にしようとしている状況で、日本の鍼灸は消えていきそうなので、多様性の1つである日本鍼灸は残したいという意識と、中国がブルドーザーみたいに鍼灸を世界に広めて行くことで、鍼灸が世界に普及し、定着して、その結果、日本鍼灸にもリターンしてくるメリットがあると考え意識とあるわけです。

一面だけで言えないと思うのですが、先生の

おっしゃる、多様な鍼灸というのがどの様な面を指してらっしゃるのか、ここでは時間がないので細かくは言えないですけども、例えば、色んな種類の道具や色んな技術を使う多様性を残したいのか、多様な鍼灸理論を認めて欲しいということなのか、様々な多様性とその標準化があると思います。

また、あるところまでは標準化しても別に多様性は失わない、むしろそこで統一してもらって広まるのならそれで良い、その上で多様性を認めてくれるのならいいよ、という議論が出てくる可能性もある。そこはもう少し細かい議論をしていかなければ行けないと思います。おっしゃる事は十分理解出来ますし、いずれそういう議論はしたいなと思います。

阿部：ありがとうございました。

箕輪：ありがとうございます。臨床を毎日やっている方に来て頂いて、発言して頂くのはとてもありがたいですし、小川先生にもお話していただいたように、臨床をやっている方が社会的な研究をするぐらいに進歩していただければと思います。多様性というのは、一言で言うと簡単です。今、ダイバーシティ、ダイバーシティと言われていますが、多様性も逆に言うと、とても危険で、多様性は曖昧であるから、余計に多様性という風に、昨日も厳しく言わせてもらったのですが、多様性で片付けちゃうと、逆に突っ込まれた時に答えようがない。もっと言うと、今までの日本鍼灸は多様性の中の小さいガバナンスと対立してきて、マイナスになってきているのではないかなと言う風に僕は考えてきております。だから、多様性の実態を今よりもっと我々の社会鍼灸学研究会も実態をちゃんと研究しようというずっと隠れたテーマがあるのです。流派の実態を一回あらい出して。例えばその流派の実態をあらい出して、その先の臨床で頑張るのであれば、流派の代表が出て、治療成績を競うのはナンセンスですが、その流派の代表者が出た臨床研究所を作って、臨床家を育てるのも良いと、僕は思っている位です。ただ多様性自体が明確にできていない。それから、多様性によってガバナンスが対立するという事も起こりうるだらうと考えています。ただ、逆に多様性を説明するのは誰が説明するか、といったときに、それぞれの立場で多様性を説明し

たら、誰も説得力はないです。多様性全体をガバナンスというシステムが勧めるというような考えになります。

形井：先ほど小川先生の質問を頂いて、科学的な研究をしてきたということについてそれはその通りだと自分もそう思っていますが、それだけではありません。もう一つ、古典的なというのに必ずしも正しくはないのですが、日本鍼灸の患者と治療家がコンタクトする、手でコンタクトする事もあるし言葉でコンタクトすることもあるし、治療の中で密着型の治療を行っていくということの特徴があると思いますよね。だからそこは、日本鍼灸の一つの到達点としてみんながしっかり認識した上でそれをどういう風に世界の鍼灸に提示できるか、という一つの宿題もある。

小川：というのは、日本鍼灸が世界の別の地域の鍼灸よりも優位に、そのコンタクトが分厚いというか、深いというか。

形井：まだ優位かどうかは分かりません。特徴的にそうだと思います。例えば中国に行ってみれば分かりますけども、1日に一病院で何百人という患者をこなす、日本は一人1時間かかります、全く違う世界があるわけです。中国の鍼灸は世界で行っている中で、その多くの国々がそういう方向しか鍼灸を受け入れないとしたら、やっぱりちょっと違う部分の鍼灸が抜け落ちてしまう、と私は思っています。でも、コンタクト型の鍼灸も鍼灸の一つの分野として日本が今持っているのだと、これが昨日の質疑の話題も含めてでもあるのですけども、そういうことももう一つ大事なものとして確立していければと思います。補足です。

小川：有り難うございました。

小野：二人の先生方のご発表の中に共通していたものがあつたと思いますが、それは、個別色々な組織がガバナンスだろうと思われてやっている事自体が多様化しているところがあるのではないかと思います。だから、ガバナンス自体の多様化といいますか、一つになっていない状況が日本鍼灸の状況かということにもなるかと思ひます。

午後の部

古屋：呉竹学園の古屋と申します。有り難うご

ざいました。本日のお話では、ガバナンス、もしくは制度化というところに焦点を当てていますが、実はこの業界に対して国が何かを言おうとしたときに、業界か、もしくは鍼灸に対してかもしれませんが、そのときに必ず言われることは、窓口を一本化してくれという事です。東京オリ・パラに向けて選手村で活動したいと組織委員会に4団体でお願いに行つたのですが、その時も、あなた方は鍼灸関連の代表ですか、という問いかけがありました。代表とは言えないが、一応主要なメンバーが集まって、エビデンスベースでの提供は出来ますよ、と言うことで話しは進んでいったのです。そういう現実が一つあるということ。

もう一つは、法改正の時に、厚労省から4年生、修行年限4年というのを提示されています。どういういきさつかは分かりませんが、鍼灸では、受け入れなかったと聞いています。先ほど、得るものと、失うものと両方あるという話がありましたが、そういう歴史がある中で、現在3年で国家試験の受験資格が得られる。当時は厚生省ですけども、医療従事者の教育は修業年限を4年にしたいというのが国の提示だった。ということを考えてみると、今鍼灸は反制度化という話になりますが、そういう過去を踏まえて先生のお考えの中で、制度化した時にガバナンスを作つた時、もしくはそれが無い時に得るものと、失うものについて、どの辺の所をお考えかを、一つ教えて頂ければありがたいです。

小野：先ずガバナンスを得たときの話をします。ガバナンスを得ることによって、すべての鍼灸に係る意思決定において効率性が上がるということです。合理性が上がるともいえます。すべての鍼灸に係る意思決定、先程、先生のオリ・パラの話や災害の話でも、すべてにおいて合理性と効率性が上がるというのが一番のメリットです。例えば鍼灸が既存の医療制度の中に入る、後は色々助成金を受けやすくなるかです。ここに話を持って行けば、すべて解決するというのが窓口一本化です。それがまず一番のメリットだと思います。それ以外にも個別様々なメリットがあると思ひます。デメリットがあったら、日本の鍼灸

に内在する多様性が認められなくなる可能性がある。すべてではないが、既存に存在するすべてを認める訳にはいかないということになります。そこでどう折り合いが鍼灸界の中でつけられるかという問題がまず出てくると思います。

いずれにしても、多様性は必ず制限されます。これは覚悟しなければならぬことかと思えます。但し、窓口を一本化したとしても経済的なインセンティブを鍼灸界が得られるか、それは分らないです。というのは、先ほどもスライドで示しましたように、鍼灸がいくら良いものであったとしても、鍼灸の効果をいくら証明したとしても、それを採択するかしないかは意思決定をする人たちの話です。意思決定する人たちは誰かという、国民から選ばれた自治体や国の議員です。鍼灸が彼らにどれだけ訴求力があるかが重要になってきます。ですから、ときの政治状況や、オリ・パラなどの歴史的なイベントがあると、色々鍼灸もその影響を受けるので、その影響次第で状況が変わっていくという事です。

古屋：ありがとうございます。ということは、まだクラウドの中。本当に、ここから先、どうしたら良いのかというのは、先ほどのお二人の先生のところから国は我々に何も求めてきてないとお話がありましたが、実は私たちが提供出来る物は何もないのかもしれない。極端な言い方もませんが、要するに私たちはこういう者ですよ、と言ったとしても、それは今社会に受け入れられていないので、それが認められていないのか、国の政策の中に我々が提示したものを、国がそれを拾い上げるだけの何かを我々は提示できていないのかもしれない、という環境にあるのかなと思っています。今、先生のお話でも多様性は必ず制限されますと。

例えば、歯科医療の中で、保健医療と自由診療がある訳です。これはどちらを選択しますかという患者の選択になる訳です。鍼灸においてもなにかそういう枠組みみたいなことがだんだん作られてきて、それで鍼灸という一つの制度ができてくる。可能性はあるのかなと思いますが、では、我々は何を提供出来るのでしょうか。何か、先生、示唆があれ

ば頂ければと思います。

小野：一つお話をしないといけない前提があります。近代国家といわれる国の政策は、全て人口動態を基本としています。それ故、近代国家には人口問題を研究する研究機関があります。日本では国立人口問題研究所がそれに当たります。今日の日本では、人口動態が大きく変化しています。海外に例を見ない、非常に先進的状況です。これまで、日本は絶えず、海外にモデルを求めてきました。それが明治維新以降の日本の常套手段でした。しかし、それは人口動態の変化と共に通用しなくなってきました。一方で、海外からは、様々な分野で、日本にモデルを求めようようになってきました。例えば、日本の介護保険制度が良い例です。海外には介護保険制度は無く、スウェーデンなどは日本の介護保険制度を参考にしています。2005年に、統合医療の調査研究でスウェーデンを訪問し、スウェーデン政府の政策担当者とお話した際、「我々は日本の介護保険制度の動きに注視している」と言われ、日本は既に海外のモデルとして見られていることに気付きました。しかし、日本の多くの方々は、日本はモデルとして海外から見られていることに気付いていないのが現状です。

日本は明治維新以降、海外の様々な社会制度をキャッチアップしてきました。それは、産業にしても、医療にしても、農業にしても、海外、特に近代国家として先行していた欧米の先進国の優れた社会制度を探しては、キャッチアップしてきました。日本は、そのキャッチアップ体質から抜け出せない限りは、日本の新たな政策展開は難しいと思います。但し、現在の医療政策は、これまでの医療政策を継承してきた上に在ります。前のシステム、前の考え方を全て断ち切る事はできません。これまでのシステムを継承しながらも、如何に新たな社会モデルを展開していくかが、今まさに問われている状況だと思えます。

そうすると、今までの成功体験を元にしてある考え方ではない、新たなモデルなり、考え方なりを提示しないとイケませんが、それが鍼灸師や鍼灸界にできるか。例えば、鍼灸師が目指すべきは、医師であるというこれま

でのモデルを、鍼灸界は考え直さなければならなくなります。違う言い方をすると、医師や薬剤師のような、これまでの日本の社会で成功してきたモデルに、今後も鍼灸師が追随して行くのは、時代錯誤ともいえます。なぜなら、日本の社会はこれまでの人口動態とは違うものに変化してしまったからです。

古屋：わかります。

小野：そうすると、モデルうんぬんよりも、実は近代西洋医療の方たち以上に、鍼灸を含めた伝統医療の方たちは、未来志向であるか否かが重要となります。例えば、日本未来学会のような、未来社会を考察し、志向する未来学の集団と一緒に、伝統医療や鍼灸が、日本の未来を創って行くのに、どのように関わられるかを模索していくような、これまでに前例のないようなことなどを行わない限りは、多分難しいと思います。日本において、近代

国家の価値観や近代国家の構成要素は、既に崩れています。日本は、超少子高齢・人口減少社会です。現在の日本の外国人労働者政策も、近代国家を維持するために、超少子高齢・人口減少社会を補うためのものです。

近代国家としてアメリカが上手く行っているのは、移民を入れることにより、絶えず多子若齢・人口増大社会を前提とした近代国家の人口動態を維持しようとして来たからです。日本は、超少子高齢・人口減少社会です。鍼灸や伝統医療が、超少子高齢・人口減少社会に如何に応えられるかを模索しない限りは、日本における鍼灸や伝統医療の新たな展開は難しいと思います。

古屋：有り難うございました、大変参考になるお話いただきました。今後も勉強させていただきますのでどうぞよろしくお願いします。

原著論文

戦後日本のあはき業界について
～小林勝馬議員提出の質問主意書から考察する～

森 一也¹⁾²⁾、舟木 宏直¹⁾³⁾、松尾 卓¹⁾、小林 靖弘¹⁾

1) 京都仏眼鍼灸理療専門学校、2) 中央大学法学部、3) 佛教大学大学院文学研究科 歴史学専攻

【要旨】

【目的】国会法で規定された、文書により疑義を質する「質問主意書」の答弁は、内閣の公式見解である。また、提出されたその内容を知ることは、日本社会のあん摩マッサージ指圧・はり・きゅう（以下あはき）を取り巻く疑義や問題点の存在を浮き彫りにし、当時の情勢を知ることができる。しかし、これまでにあはきに関連する質問主意書数を総括的に捉えた報告はない。そこで、質問主意書のうち、あはきに関連する質問主意書数や内容を探ることで、当時のあはき業界を取り巻く環境について検討することとした。

【方法】質問主意書のデータベースを利用し、昭和22年度開催の第1回国会から平成29年度までの開催国会（衆議院：第196回、参議院：第193回）中に提出された質問主意書及びその答弁内のあはきに関連する記載のあるものを1件とカウントした。

【結果・考察】これまでに提出された質問主意書18、089件のうち、あはき関連の記載があったものは、16人の議員により提出された23件（衆議院：11件、参議院：12件）であった。戦後すぐに6件提出した鍼灸師でもある小林勝馬議員の質問主意書の内容について検討したところ、①あはき師の食糧事情に関する事、②あはき業界の高等教育事情に関する事、③あはき師特に失明者あはき師に関する金銭的事務や施設事情に関する事の3つに分類された。何れも小林勝馬議員が鍼灸師であるからこそ、業界団体からの意見を統合し、質問主意書の提出に至ったと考えられた。また、小林勝馬議員はあはき業界の実情や今後の行く末を思案し、あはき業界の代表者となって国家に質問したことが推測された。

【結論】今後は今回検討した以降の年代に質問主意書が提出された時代背景や、提出した国会議員とあはきとの関連性を調査する必要がある、さらに質問主意書提出の結果、あはき業界の社会的・政策的な変化があったのかどうも併せて調査を行う必要性に迫られた。

キーワード：あん摩マッサージ指圧、鍼灸、質問主意書、国会、小林勝馬

About the anma, massage, shiatsu, acupuncture and moxibustion industry in Japan
after the world war II
～ Consider from the memorandum on question inquiries submitted
by Kobayashi Katsuma Member
of the Diet ~

<Purpose> “memorandum on questions” which gives doubts based on the documents prescribed in the law of the Diet is the official opinion of the Cabinet. We can know about surroundings issues that the Anma massage Shiatsu, acupuncture and moxibustion (herein after called “Ahaki”) in the Japanese society at the time to study it. However, there has been no report that comprehensively captures the number of memorandum on questions related Ahaki. Therefore, we decided to examine the environment surrounding Ahaki industry by searching the number of memorandum on questions related Ahaki and the contents of it.

<Method> Using the database of memorandum on question, it was submitted during the Diet

(House of Representatives: The 196th, House of Councilors: The 193rd) held from the 1st Diet held in 1947. We counted one, the related Ahaki in memorandum on questions and the answer.

<Results and Discussion> Of the 18,089 memorandum on questions submitted to this date, those with Ahaki-related descriptions were 23 cases by 16 members (the House of Representatives: 11 cases, the House of Councilors: 12 cases). We examined the six memorandum on questions written immediately after the world war II by Kobayashi Katsuma, who is an acupuncturist. They were classified in three things. The 1st, about the food situation of the Ahaki industry. The 2nd, thing about higher education circumstances of the Ahaki industry. The 3rd, things about financial circumstances and facility circumstances about Ahaki, especially the blind person acupuncturist. In any case, it was thought that Kobayashi Katsuma, who is an acupuncturist, has integrated the opinions of industry groups and has led to the submission of a memorandum on questions. Also, it was found out that Kobayashi Katsuma thinks about the actual circumstances and future prospects of the Ahaki industry and is questioning the nation as a representative person of the Ahaki industry.

<Conclusion> In the future, it is necessary to investigate the background of the times when the memorandum on question was submitted in the period, and the relationship between the submitted diet member and the Ahaki.

As a result of the submission, it was necessary to investigate whether there were any social and policy changes in the industry of Ahaki.

Keywords: Anma—massage—shiatsu, acupuncture and moxibustion, memorandum on questions, diet, Katsuma Kobayashi

【目的】

我が国における最高法規である日本国憲法の前文において、「そもそも国政は、国民の厳粛な信託によるものであつて、その権威は国民に由来し、その権力は国民の代表者がこれを行使し、その福利は国民がこれを享受する。」と規定されている¹⁾。従って、主権者である国民は、常に自ら直接的に国政を決定するわけではなく、最高裁判所裁判官の国民審査、地方自治特別法の住民の同意および憲法改正の国民による承認を除き、間接民主制(代表民主制)の形態を支持している。故に、憲法では直接民主制および間接民主制の両制度を通して、国民の意思をできるだけ多様な形で国政に反映させようとしている²⁾。

そのうち、間接民主制を通して、国民の意思を国政に反映させる方法には以下の2点がある。

第1に、憲法第41条では、「国会は国権の最高機関であつて、国の唯一の立法機関である」と定め、国会中心立法の原則型を支持している。国会における本会議や各種委員会の議事手続において、討論や評決に入る前に当該事項について、議員が口頭にて提案者に対し、説明や所見を求め疑

義を質する「質疑」が存在する。これらの質疑について、内閣は議会の信任を基盤としているものであるからこそ、議会側では常に内閣の行動を監視し、信任にもとる行為がないかどうか確認しておく手段の一つであると解釈される³⁾。

第2に、国会法第74条1項・2項および第75条において定められた「質問主意書」が存在する。前述の質疑とは異なり、文書による疑義を質する質問主意書は、議長に提出され承認を受けたのち、内閣に送られる。その後、内閣は7日以内に文書による内閣総理大臣名義で答弁書を作成しなければならない。それらの答弁は閣議決定を経て行われるため、内閣の公式見解として捉えることができるものであり、質問主意書は利用の仕方によっては、政府の見解をただす手段として有効であるものと解釈されている⁴⁾。さらに、質問主意書の大きな役割としては、①国政に関して行政機構の見解を求める役割、②国政に関する情報提供を政府に求める役割、③議員の意見・情報を政府に伝える役割、④政府の政策に影響を与える役割、⑤本会議・委員会における質疑を補う役割の5つがあるとされている⁵⁾。

従って、質問主意書提出数の動向やその内容を知ることは、上記に示す質問主意書の役割から考えると、質問主意書提出当時の日本社会におけるあん摩マッサージ指圧・はり・きゅう（以下あはき）を取り巻く問題点について知ることができる。

しかしながら、これまでにあはきに関する国会における質疑の研究は存在しない。また、質問主意書について、あはきに関連する質問主意書の数を総括的に捉えた報告はない。

一方、質問主意書について、箕輪は、参議院小林勝馬議員が、任期中に27本の質問主意書を提出していると報告している⁶⁾。小林勝馬議員は東京都鍼灸按摩マッサージ師会理事長、日本鍼灸按摩マッサージ師会副会長および全国鍼灸按摩マッサージ医法制定実行委員会書記長を務めており、業界推薦のうえ当選した業界初の国会議員である⁷⁾。さらにそれら27本のうち、あはき関連の質問主意書を6本提出したことを報告している⁶⁾。しかしながら、箕輪の報告では、各質問主意書の質問内容については、十分に検討されてはいない。

そこで我々はまず、これまでに提出された質問主意書のうち、あはきに関連するものの質問主意書数や、それら質問がどのような内容であったのかを探る目的で本調査を行うこととした。さらに、小林勝馬議員がどのような内容の質問主意書の提出を行っていたのかを検討することで、当時のあはきを取り巻く環境がどのようなものであったのかについて併せて検討することとした。

【方法】

衆議院及び参議院のホームページ上に掲載される質問主意書のデータベースを利用した⁸⁾。調査時期範囲を、日本国憲法施行後初めての昭和22年度に開かれた第1回国会から平成29年度までに開催された国会とし、衆議院については第196回、参議院については第193回までとした。それらの質問主意書及びその答弁内に、内容如何に関わらず、あはきに関連する記載のあったものを1件とカウントした。なお、同質問主意書や同答弁書内に複数回あはき関連の記載があった場合でも、1件とカウントした。

【結果と考察】

1：質問主意書提出数と提出年

これまでに提出された質問主意書の総数は、18、089件であり、うち衆議院12、143件、参議院5、946件であった。その中で、あはき

関連の記載があった質問主意書総数は23件であり、うち衆議院では11件、参議院では12件であった。(表1)

しかしながら、衆議院11件のうち、質問主意書提出後に衆議院の総辞職が発生したため、答弁がなされていないものが1件、さらに質問主意書提出後に撤回したものが1件存在した。答弁が発生しなかった2件については、それぞれ平成15年および平成24年のものである。また、質問主意書が提出された年度も、昭和22年から昭和23年に提出された小林勝馬議員のものを除き、いずれかの時期に偏りがあるわけではなかった。

質問主意書の総数における、あはき関連の質問主意書が占める割合はおおよそ0.1%である。この割合については、例えば看護師等の他医療職種における同様の割合等の報告の研究が存在しないため、数値の大小について論じることはできない。

しかしながら、本結果より、いずれの時代にもあはき業界を取り巻く諸問題があり、少なくとも、内閣に疑義を質する必要性のある問題があったことは推察される。

表1 衆議院および参議院における年度別質問主意書提出数

	参議院 (件)	衆議院 (件)	総数 (件)
昭和22年	2	0	2
昭和23年	4	0	4
昭和33年	0	1	1
昭和46年	0	1	1
昭和49年	0	1	1
平成3年	1	0	1
平成6年	0	1	1
平成11年	0	1	1
平成15年	1	2	3
平成17年	1	1	2
平成18年	0	1	1
平成21年	1	0	1
平成24年	0	1	1
平成25年	1	0	1
平成27年	1	0	1
平成29年	0	1	1

2：質問主意書の提出議員、提出年度およびその質問題目

質問主意書を提出した議員、提出年度およびその質問の題目については表2のとおりとなつて

表2 質問主意書の提出議員名、提出年及び質問主意書質疑題目

提出議員名	提出年	質問主意書質疑題目
小林 勝馬	昭和22年	失明鍼・灸・按・マッサージ業者に対し所得及び営業税全免に関する質問主意書
	昭和22年	鍼・灸・按・マッサージ業者に対する大学専門教育機関設置に関する質問主意書
	昭和23年	あんま師鍼師等に改築資材特配の件に関する質問主意書
	昭和23年	あんま師に対し主食増配に冠する質問主意書
	昭和23年	はり、きう、研究所設置に関する質問主意書
	昭和23年	あんま、はり灸師に加配米配給に関する質問主意書
福田 昌子	昭和33年	医業類似行為に関する質問主意書
松本 善明	昭和46年	視力障害者の更生と福祉に関する質問主意書
小沢 貞孝	昭和49年	はり、きゅう、あん摩、マッサージに関する質問主意書
堀 利和	平成4年	カイロプラクティック取扱いに関する質問主意書
青山 丘	平成6年	鍼灸治療に関する質問主意書
平田 米男	平成11年	東洋医学(漢方医学ならびに鍼灸医学等)の重要性に関する質問主意書
平野 貞夫	平成15年	鍼灸マッサージ医療に関する質問主意書
斉藤 鉄夫	平成15年	鍼・灸・マッサージと同療養費に関する質問主意書
	平成15年	鍼・灸・マッサージ施術・柔道整復施術と同療養費に関する質問主意書
高橋 千鶴子	平成17年	無資格マッサージ等の対策と視覚障害者の雇用確保に関する質問主意書
谷 博之	平成17年	鍼術における刺絡鍼法に関する質問主意書
	平成21年	鍼灸専門学校設立と教育の質の確保に関する質問主意書
内山 晃	平成18年	柔道整復師及びあん摩マッサージ指圧師などによる運動機能回復訓練指導に関する質問主意書
田中 康夫	平成24年	医業類似行為の広告に関する質問主意書
大久保 勉	平成27年	あはき師の労災保険取扱いに係る労働局との協定に関する質問主意書
山内 康一	平成29年	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師等の広告規制に関する質問主意書

いる。箕輪や新田が報告した以外の議員からも提出があったことが明らかとなった。

あはきに関連する質問主意書を提出した議員数は16名存在し、うち3名については複数件の提出が認められた。

複数件提出した議員は3名であり、箕輪が示す小林勝馬議員の6件が最多となっている。次いで、谷博之議員と斉藤鉄夫議員の質問主意書提出数が各2件と続いた。また、斉藤鉄夫議員と田中康夫議員については、質問主意書を提出したが答弁に至らなかった件の該当者であった。

箕輪は小林勝馬議員が提出した6件の質問主意書のうち1件については、鍼・灸・按マ業者に対して大学専門教育設置についての内容は報告しているが、他5件の内容報告がなされていない。そこで、今回昭和22年から23年に提出された

小林勝馬議員の質問主意書の内容について検討を行うこととした。

小林勝馬議員の質問主意書は、①あはき師の食糧事情に関すること、②あはき業界の高等教育事情に関すること、③あはき師特に失明者あはき師に関する金銭的事情や施設事情に関することの3つに分類することができる。従って、次項の①では、あはき師の食糧事情に関すること。事項の②では、あはきの高等教育事情に関すること。さらに事項③では、あはき師特に失明者あはき師に関する金銭的事情や施設事情に関することについての検討を行うこととした。

3:小林勝馬議員提出の質問主意書内容

①あはき師の食糧加配及び増配に関すること

本項に該当する質問主意書は、「あんま、はり灸師に加配米配給に関する質

問主意書」と「あんま師に対し主食増配に関する質問主意書」である。

前者の加配米配給に関する主意書内容を要約すると、日本の国力の推進に寄与する炭鉱労働者や重点産業の労務者達は加配米を受けているが、彼らの健康を支えているあはき師は加配米がない。あはき師の空腹は彼らの健康の損失に繋がり、ひいては国力の衰退に繋がるとして加配米を求めたものである。後者の主食増配に関する主意書内容を要約すると、あんま師は一種の肉体労働者であることから基本の配給米のみでは量が不足する。また長時間の勤務のため他に食糧を得る術がないため、増配を求めたものである。当時の日本の食糧事態を鑑みた結果、加配対象とされている医療業種は、徹夜勤務を行う医師や看護師に限定しており、その根拠として、その仕事の重要性

や必要熱量を考慮して決定されている。仮にあはき師に食糧を加配するとした場合、他との平衡がとれなくなるため加配は不可能であるという否定的な答弁結果になっている。

戦後の日本は、米不足に伴い、食糧管理法により米価や米流通は政府の直接統轄下におかれていた。さらに、それら需給調整は供出割当制度によって食料庁が農家から米を買い入れ、配給制度により消費者へ配分する統制経済的手法で行われていた¹⁰⁾。

その制度の枠組みだけでは、あはき師の生活が立ち行かなくなり、あるいはその危険性が想定されることから、あはき師の生活環境特に食生活に関しての政策転換に繋がることを期待して提出された質問主意書であると推測できる。

また、あはき師に関連しないものとしても、昭和25年には衆議院横田甚太郎議員が配給米の増配についての質問主意書を提出していることから、社会全体として配給米の問題が存在していたと考えられる。

そのような世情の中で、あはき師のみに対する配給米優遇の質問については、小林勝馬議員が鍼灸師であったからこそ業界団体から寄せられる意見を統合することができ、質問主意書の提出に至ったのであろうと考えることは自然な流れである。

②あはきの高等教育事情に関すること

本項に該当する質問主意書は、「鍼・灸・按・マッサージ業者に対する大学専門教育機関設置に関する質問主意書」及び「はり、きう、研究所設置に関する質問主意書」である。

前者の大学専門教育機関設置に関する主意書内容を要約すると、あはき医術に対して科学性と学問的体系を構築し、今後現代医学の一翼としていくため、研究機関である大学専門教育機関の設置を求めたものである。後者の研究所設置に関する主意書内容を要約すると、日本国民にとって、あはきは健康保持法の一つとなっているが、科学的根拠が少ないという理由で排斥される可能性もある。従って、科学的究明を行う官立研究所の設置を求めたものである。これらはいずれも、国家としてその必要性を感じているということにしながら、設立については見送るという結果となっている。

1947年(昭和22年)9月23日、日本を

占領統治した連合軍最高司令官総司令部 (General Headquarters: GHQ) は、厚生省に対して、日本の鍼灸の問題点を指摘し、改革を勧告した鍼灸禁止令の発布、所謂GHQ旋風が起こっている。

奥津は、GHQの日本鍼灸に対する指摘内容として、①視覚障害者による治療が行われていること、②人体に鍼を刺す、火のついた灸を据える治療は野蛮であること、③消毒の概念が定着しておらず、不衛生なこと、④医療としての教育制度が整備されていないこと、⑤治療効果の科学的根拠が証明されていないことの5点としている¹¹⁾。それらの指摘を受け、鍼灸の存続を目指し運動を展開したグループがいくつか存在した。

その1つは、鍼灸マッサージ師会連盟であり、小林勝馬議員が所属する事が認められる。まさに、小林勝馬議員は、GHQの指摘する④医療としての教育制度が整備されていないことと⑤治療効果の科学的根拠が証明されていないことについての整備を国家として行えないかどうかと思案し、質問主意書の提出に至ったと推測できる。

先の大学専門教育機関設置の質問主意書は、昭和22年9月12日に提出されたものであるが、これらはまさに前述のGHQ旋風が起こる11日前のことである。おそらく、小林勝馬議員らはGHQと交渉の窓口であった厚生省を通じて、ある程度情報を掴んでおり、それらに対する回答を準備するために、9月23日に先んじて、国家に見解を問うていたのかもしれない。実際に、民主党で厚生委員長代理の立場にあった小林勝馬議員は厚生省と鍼灸医法の制定に向けて厚生省を続けている最中にも、GHQに足しげく通い、鍼灸存続の必要性を訴え続けたとされる。その結果、全国各地での晴・盲が一体となった全国各地での反対運動の後押しもあり、GHQ側の態度が軟化し、「あん摩、はり、きゆう、柔道整復等営業法」(法律第217号)の制定にも繋がったとされた⁶⁾ことから小林勝馬議員は鍼灸師という立場を守るため、あるいは存続させるために東奔西走していたことが分かる。

さらに、研究所設置の件の質問主意書は、昭和23年3月15日に提出されたものである。本提出日では既に、医療としての鍼灸の位置づけを高くし、GHQからの指摘事項をも凌駕する内容が組み込まれた、あん摩・はり、きゆう、柔道整復

等営業法も制定され、一連のGHQ旋風も一段落しているところである。しかし、GHQからの指摘事項でもあった鍼灸の科学的根拠について必要性を再認識し、今後の鍼灸の発展・継続には鍼灸の科学化は不可欠であると想定し、国立の研究所等の設置を要望・要求したものであると考えられる。結果として、国家としての設立は見送られることとなったが、日本鍼灸マッサージ師会連盟が、財団法人東方治療研究所を設立している。その設立趣旨として、科学的根拠を証明するための研究が等閑にされていたことへの反省を生かし、今後は鍼灸治療の科学的根拠を証明するための研究を行い、併せて鍼灸師の教育・資質向上に努めたいと記されている¹²⁾。従って、業界として研究所の設立を懇願していたことが分かる。

これらのことより、小林勝馬議員はあはき業界の実情や今後の行く末を思案し、まさにあはき業界の代表者となって国家に質問していることが分かる。

③あはき師特に失明者あはき師に関する金銭的事情や施設事情に関すること

本項に該当する質問主意書は、「あんま師鍼師等に改築資材特配の件に関する質問主意書」及び「失明鍼・灸・按摩・マッサージ業者に対し所得及び営業税全免に関する質問主意書」である。

前者の改築資材特配に関する主意書内容を要約すると、新しく制定された法律により治療所の設備を規定しているが、業者には困窮者、盲者等特殊事情者が多く、その大部分が都市居住者であることから戦災の被害も多く、物資不足や高物価により入手が困難であるからこそ、資材の特配を求めたものである。後者の所得及び営業税全免に関する主意書内容を要約すると、失明者のあはき師は晴眼のあはき師において、その業務を補佐する人物が必要であり、それらの雇用費が嵩むことなどを理由として所得税や営業税の全部免除を求めたものである。いずれも、世情を鑑みて困難であるとの回答を得ている。

GHQ内で医療制度の改革を担当した部署は公衆衛生福祉局であるが、その局長であるクロフォード・F・サムスも、GHQ旋風の結果として、鍼灸の存続を認めた1つの理由に、視覚障害者による激しい存続運動があったことを挙げている¹¹⁾。さらに、昭和23年にはGHQ総司令官マッカーサーの主賓として、ヘレン・ケラー女史が来

日するが、それらも存続運動を加速させる1つの原因になっているのかもしれない¹³⁾。

昭和24年に身体障害者福祉法が制定されるが、これ以前においては、昭和4年に救護法が制定され、貧困者に対して公的な救済制度が制度化された、その対象に身体障害者を特定する規定はなく、障害者に対する福祉制度が十分であったとはいえない¹⁴⁾。したがって、視覚障害者をあはき業界から締め出すことは、彼らの生活の糧を失うことに直結する。江戸時代より脈々と受け繋がれてきた、あはき業界における視覚障害者の存在を締め出すことにより、本業界に新たな混乱を引き起こす可能性も考えられる。福祉政策がままならない時代において、ある一定の業界における保護制度について国家に対して疑義の質問主意書を提出したことは、前述した身体障害者福祉法制定への1つの材料になった可能性が考えられる。

以上のように、今回検討を行った提出された質問主意書の結果として、速やかに制度の変革等がなされたわけではなかった。しかし、質問主意書の提出によって必要な施策を実施する契機となった例や、政策転換に繋がった例もあることから³⁾、その答弁書の内容如何は別としても、その提出により内閣の回答をもらえる事の意味するところは大きい。仮に、政策転換に繋がらなかったとしても、今後の業界の展望を考えるうえで、それら答弁書内容を議論のテーブルの俎上に載せ、内閣もとい国家の意見を土台にして議論することは重要である。

現場で生じた問題や制度運用の方法論などの解決方法として、各省庁は制度の円滑的な運用を目指す目的として、省令・施行規則・通知・Q&A等を示している。しかしながら、それらによって、その分野を取り巻く諸問題等の疑義が解決するものではない。よって、それら解決できないような類の問題の解決方法としては、国会や各種委員会において国務大臣に対して質疑を行うことや、質問主意書を通じて、内閣の回答を得ることである。それらを実現する方法としては、あはきの業界団体が国会議員に対して陳情することも重要ではあるが、あはき業界の人間が政界に進出する等によって、いつでも質問主意書を提出行動に移す事ができるような環境を整備する事が必要であると考えられる。まさにこの代表的人物ともいべき者が小林勝馬議員である。小林勝馬議

員のような国会での発言権を有する者の存在は、あはき業界の将来を見据えた際に必要不可欠な存在であると考えられる。

今後は今回検討した以降の年代に質問主意書が提出されることになった時代背景や、提出した国会議員とあはきとの関連性を調査する必要がある、さらに質問主意書提出の結果、あはき業界の社会的・政策的な変化があったのかも併せて調査を行う必要性に迫られる。

【結語】

昭和22年度開催第1回国会から平成29年度開催の国会(衆議院第196回、参議院第193回)を調査したところ、あはきに関連する質問主意書は16名の国会議員により、延べ23件提出があったことが示された。特に終戦直後は、GHQや視覚障害者の職域保護の観点から鍼灸師の立場である小林勝馬議員が集中して提出していた。次に、昭和22年・23年に小林勝馬議員が提出した質問主意書について検討した。質問主意書提出に至った背景や経緯は様々であろうが、いずれの質問主意書もその時代において、あはき業界が抱える問題に対して内閣の真意を問う質問であることが分かる。

<参考文献>

- 1) 日本国憲法.1946.11.3.
- 2) 工藤達朗,畑尻剛,橋本基弘.憲法.第3版.東京.不磨書房.2004; 43.
- 3) 田中信一郎.国会の質問制度をいかに評価すべきか—現行制度の役割と潜在力の検証—.明治大学政治学研究論集.2009; 29: 43-62.
- 4) 大山礼子.国会学入門.第2版.東京.三省堂.2003; 175-176.
- 5) 田中信一郎.質問主意書の答弁書作成過程.明治大学政治学研究論集.2008; 28: 39-58.
- 6) 歴史に残る斯界の人々.医道の日本.2004; 63(10): 8-9.
- 7) 箕輪政博.日本の鍼灸100年,何が変わったのか?なぜ故,変わらないのか?.社会鍼灸学研究.2016; 11:1-6.
- 8) 衆議院.衆議院質問主意書一覧.
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/menu_m.htm
- 9) 参議院.参議院質問主意書一覧.
<http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/193/syuisyo.htm>
- 10) 加古敏之.日本における食糧管理制度の展開と米流通.世界におけるコメの消費拡大・普及戦略研究会.2006.
- 11) 奥津貴子.戦後のGHQ旋風と日本鍼灸の再出発.社会鍼灸学研究.2016; 11: 34-43.
- 12) 厚生省医務局医務課.東方治療研究所設立許可の件(東京).国立公文書館所蔵.1948.9.20.
- 13) 時代を読む4-身体障害者福祉法とヘレン・ケラー女史.ノーマライゼーション障害者の福祉.2010; 30: 343.
- 14) 柏倉秀克.視覚障害者問題の特質と支援上の諸問題.桜花学園大学人文学部研究紀要.2008; 10: 19-35.

報告論文

公益社団法人大阪府鍼灸師会における定点調査結果をもとにした実態調査報告

竹藤裕子¹⁾、奥本憲司¹⁾、南 治成¹⁾、宮本 豊¹⁾、若杉昌司¹⁾、得本 誠¹⁾

1) 公益社団法人 大阪府鍼灸師会

【要旨】

【目的】厚生労働省の平均所得の定点と比較した鍼灸師の経営状態、事業形態、雇用状況など経済的側面に絞って報告し、鍼灸師という職業を考えるうえで参考となるデータを蓄積する。

【方法】調査は、調査時(公社)大阪府鍼灸師会に所属する全会員を対象とし、質問紙法による郵送調査にて実施した。調査票は経済的側面と関わりのある項目を独自に作成した。回答は無記名とし未開封の状態(一社)中央調査社大阪支社へ発送し、単純集計とクロス集計による統計処理を委託した。

【結果】調査対象795人中232名から回答があり、有効回答数232人で回答率は29.2%であった。回答者の就業形態は、経営者190人(81.9%)、勤務者38人(16.4%)、鍼灸関連をしていない者4人(1.7%)であった。経営者190人中「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」は108人(56.8%)、「鍼灸治療のみの施術所経営」は82人(43.2%)であった。勤務者では「鍼灸以外の治療を含む施術所勤務(掛け持ち仕事なし)」が18人(47.4%)という結果を得た。事業内容は経営者のみから回答を得た。「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営者」と「鍼灸治療のみの施術所経営者」では、施術に使用するベッド数、1日の患者数、鍼灸師資格有する従業員数、鍼灸師資格の無い従業員数全てにおいて、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」が「鍼灸治療のみの施術所経営」を上回る結果となった。鍼灸施術をしている228名の平成23年度の年収は、300万~400万円未満が最も多く34人(14.9%)であった。「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、108名中1,000万円以上が14人(13.0%)、「鍼灸治療のみの施術所経営」では、82人中100万~200万円未満19人(23.2%)という結果であった。

【結語】本結果から、定点における鍼灸師の実態を経済的側面から調査した結果、「鍼灸治療のみ施術所経営者」よりも「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営者」が多く、年収も多いことが示された。

キーワード: 会員調査、就業形態、鍼灸以外の事業内容、治療費、年収

【緒言】

2011年の小川ら¹⁾による報告では、鍼灸師の業務形態は自営の比率が勤務よりも高く、自営勤務と自分の将来の見通しについて、「不安である」が「明るい」を上回っていることが明らかになっている。不安の原因が複数あると思われるが、その一つに生活や経営を維持するために必要な経済的不安があると考えられ、その経済的不安が自己研鑽のための講習会参加、学会や業団への所属を制限する要因となる可能性もあるのではと考える。そこで鍼灸師の経済的状況を把握するために、

2012年10月時点における大阪府内の一鍼灸専門団体である(公社)大阪府鍼灸師会(以下、大鍼会と略す)会員の実態調査を実施した。その調査結果を厚生労働省の平均所得の定点と比較した鍼灸師の経営状態、事業形態、雇用状況など経済的側面に絞って報告し、鍼灸師という職業を考えるうえで参考となるデータを蓄積することを目的とした。

【方法】

1. 対象

調査時、(公社)大阪府鍼灸師会に所属する全会

員 795 人 (男性 601 人、女性 194 人)

2. 調査方法と調査期間

(1) 調査方法

質問紙法による郵送調査。全会員に調査趣意書、調査票、返信用封筒を毎月発行する会報 Fresh 2012 年 9 月号に同封、郵送し、返送された無記名による回答は、未開封の状態中央調査社へ発送した。

(2) 調査期間

2012 年 9 月 5 日から同年 10 月 1 日。

3. 調査内容

調査項目は、設問 1 年代、設問 2 性別、設問 3 就業形態、設問 4 鍼灸以外の事業内容、設問 5 施術に使用するベッド数、設問 6 施術所従業員数、設問 7 一日あたりの鍼灸施術患者数、設問 8 治療費の設定、設問 9 年収 (資料 1)。

4. 統計処理

調査内容の作成及び回収データの集計は、信頼性を高めるために (一社) 中央調査社大阪支社 (以下、中央調査社と略す) へ委託し、単純集計とクロス集計とした。

【結果】

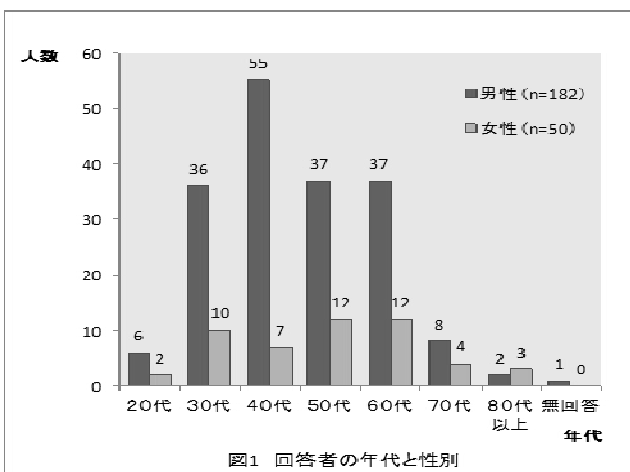
1. 回収状況および回答者の属性

(1) 回収状況

調査対象 795 人のうち 232 人から回答を得た。有効回答数 232、回答率は 29.2%であった。

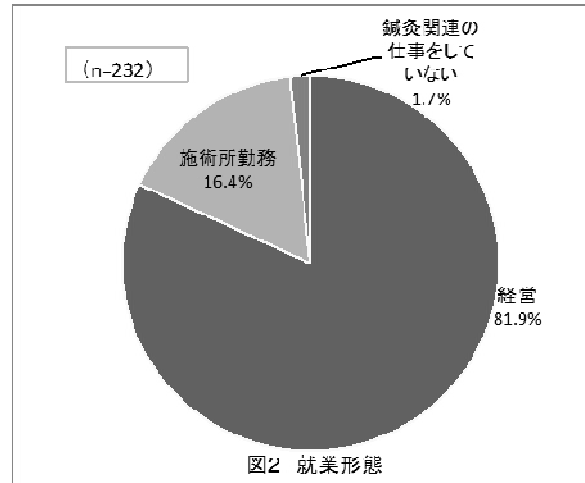
(2) 回答者の年代・性別

回答者 232 人のうち年代別では「40代」62 人 (26.7%) が最も多く、ついで「50代」と「60代」がどちらも 49 人 (21.1%)、30代 46 人 (19.8%) と続いた。性別では、男性 182 人 (78.4%)、女性 50 人 (21.6%) だった (図 1)。

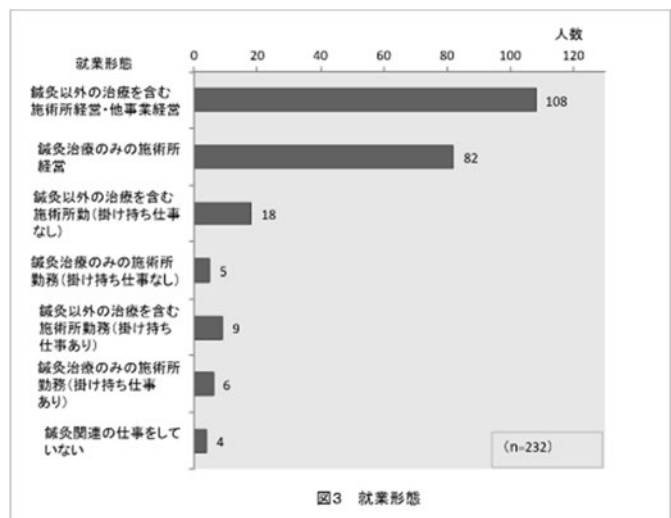


2. 回答者の就業形態

回答者 232 人のうち「経営」が 190 人 (81.9%)、「勤務」が 38 人 (16.4%)、「鍼灸関連の仕事をしていない」4 人 (1.7%) であった (図 2)。「経営」190 人のうち、「鍼灸以外の治療を含む施術所経



営・他事業経営」108 人 (56.8%)、「鍼灸治療のみの施術所 経営」82 人 (43.2%) という結果を得た (図 3)。「勤務」38 人は、「鍼灸以外の治療を



含む施術所勤務 (掛け 持ち仕事なし)」18 人 (47.4%)、「鍼灸以外の治療を含む施術所 勤務 (掛け持ち仕事あり)」9 人 (23.7%)、「鍼灸治療のみの施術所勤務 (掛け持ち仕事あり)」6 人 (15.8%)、「鍼灸治療のみの施術所勤務 (掛け持ち仕事なし)」5 人 (13.2%) という結果を得た (図 4)。「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108 人と「鍼灸以外の治療を含む施術所勤務」27 人に、鍼灸以外の事業内容を複数回答で求めたところ、柔道整復が 69 人 (44.5%) と最も多く、ついであん摩マッサージ指圧 25 人 (16.1%)、整

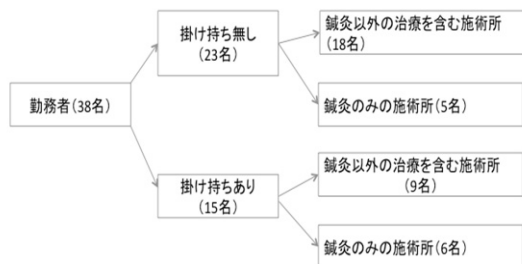


図4 勤務者の就業形態

体またはカイロプラクティック 22 人 (14.2%)、居宅介護支援、居宅サービス事業 14 (9.0%)、薬局、薬店、薬種 2 人 (1.3%)、その他 21 人 (13.5%)、無回答 2 人 (1.3%) だった (図 5)。その他 21

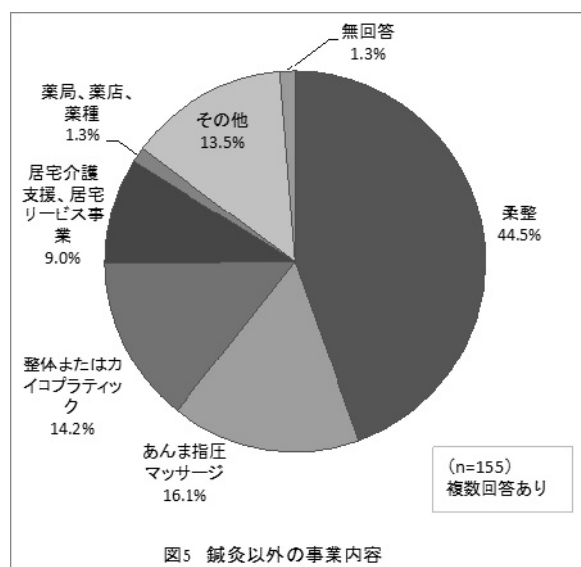


図5 鍼灸以外の事業内容

人について、事業内容を自由記載で求めたところ、美容関係、スポーツ・武道関係、有料老人ホームやデイサービスなど居宅を含まない介護関係という結果を得た (表 1)。

表1 その他の事業内容 (自由記載)

スポーツトレーナー、武道関係、ストレッチ
グループホーム、有料老人ホーム、デイサービス、介護タクシー
心理療法、エステ、エステサロン、ダイエットサロン、アロマトリートメント
貸しビル業、不動産、不動産賃貸業

3. 施術に使用するベッド数

就業形態で「経営」と回答した 190 人に、施術

に使用するベッド数について尋ねた。2 台が最も多く 58 人 (30.5%)、ついで 4 台 34 (17.9%)、5 台 26 人 (13.7%) だった。このうち「鍼灸以外の治療を含む施術所・他事業経営」108 人では、6 台以上が 24 人 (22.2%) と最も多く、ついで 5 台が 23 人 (21.3%)、4 台が 22 (20.4%) 2 台 19 人 (17.6%) だった。また「鍼灸治療のみの施術所経営」82 人では、2 台が 39 (47.6%) と最も多くついで 3 台が 15 人 (18.3%)、4 台と 1 台が 12 人 (14.6%) という結果を得た。ベッド数 0 台の往診専門は 4 人 (1.2%)、無回答 3 人 (1.6%) であった (図 6)。

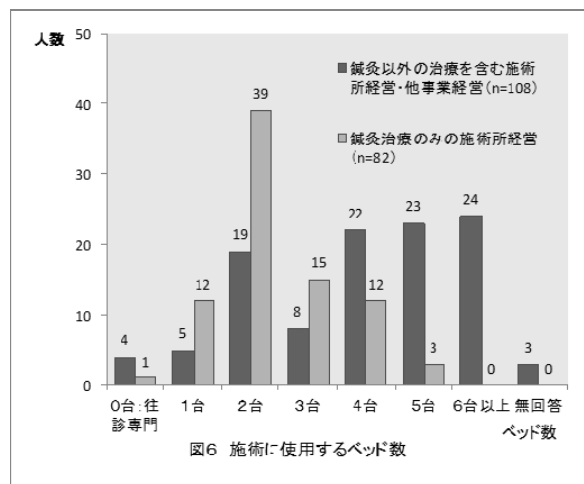


図6 施術に使用するベッド数

4. 施術所従業員数

就業形態で「経営」と回答した 190 人に「鍼灸師資格有する従業員」と「鍼灸師資格を持たない従業員」の人数を尋ねた (資料 1 問 6)

(1) 「鍼灸師資格を有する従業員」

「鍼灸師資格有する従業員」を雇用している経営者は 77 人 (40.7%) で、雇用していない (従業員 0 人、本人のみ) 経営者は 85 人 (44.7%) という結果を得た。無回答は 28 人 (14.7%) だった (図 7)。「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108 人では、「鍼灸師資格有する従業員」を雇用している経営者は 50 人 (46.3%)、雇用していない (従業員 0 人、本人のみ) 経営者は 43 人 (39.8%)、無回答は 15 人 (13.9%) だった。そして雇用している従業員数は、「1 人」が最も多く 24 人 (22.2%)、ついで「2 人」が 16 人 (14.8%)、「3 人」が 4 人 (3.7%) だった。「鍼灸治療のみ施術所経営」82 人では、「鍼灸師資格有する従業員」を雇用している経営者は 27 人 (32.9%)、雇用していない (従業員 0 人、本人のみ) 経営者は

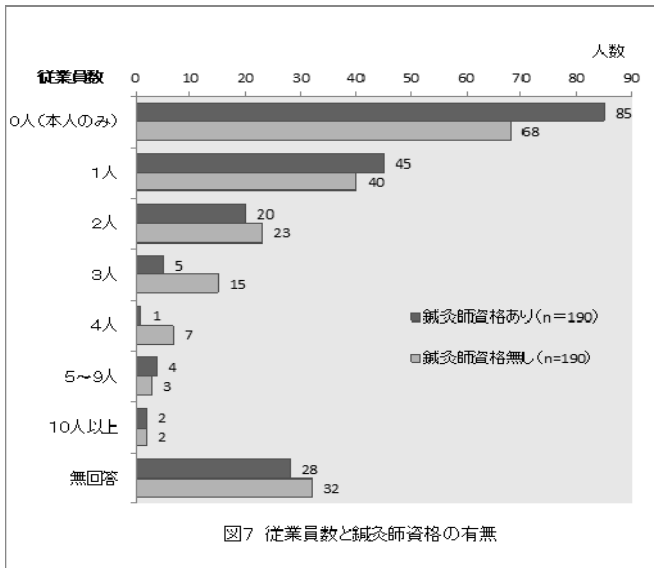


図7 従業員数と鍼灸師資格の有無

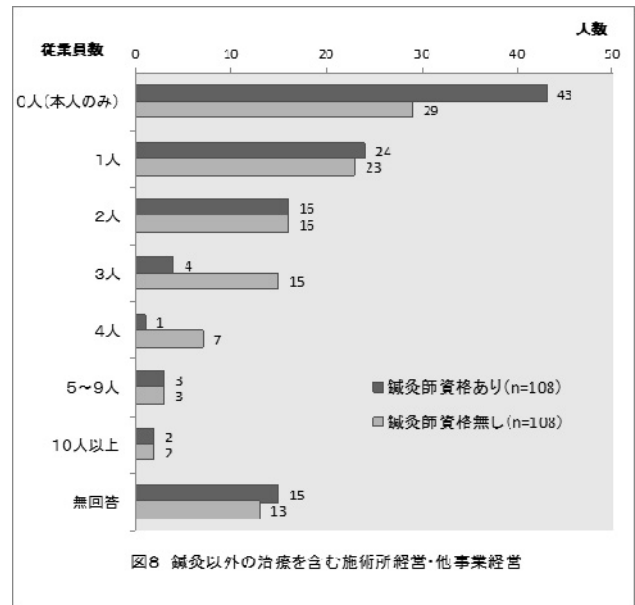


図8 鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営

42人(51.1%)、無回答は13人(15.9%)だった。雇用している従業員数は、「1人」が最も多く21人(25.%)、ついで「2人」が4人(4.9%)だった。

(2) 「鍼灸師資格の無い従業員」

「鍼灸師資格の無い従業員」を雇用している経営者は90人(47.4%)で、雇用していない(従業員0人、本人のみ)経営者は68人(35.8%)という結果を得た。無回答は32人(16.8%)だった。

「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108人では、「鍼灸師資格の無い従業員」を雇用している経営者は66人(61.1%)、雇用していない(従業員0人、本人のみ)経営者は29人(26.9%)、無回答13人(12.0%)だった。雇用している従業員数は、「1人」が最も多く23人(21.3%)、ついで「2人」が16人(14.8%)、「3人」が15人(13.9%)だった。「鍼灸治療のみ施術所経営」82人では、「鍼灸師資格の無い従業員」を雇用している経営者は24人(29.3%)、雇用していない(従業員0人、本人のみ)経営者は39人(47.6%)、無回答は19人(23.2%)だった。雇用している従業員数は「1人」が最も多く17人(20.7%)、ついで2人が7人(8.5%)、従業員「3人」以上は0人だった(図8、図9)。

5. 1日あたりの鍼灸施術患者数

就業形態で「経営」と回答した190人のみに、1年間の施術状況から1日あたりの鍼灸施術患者数について記述にて回答を得た。複数の施術所を経営している場合は、1施術所あたりの平均鍼灸施術患者数を回答してもらった。その結果、患者

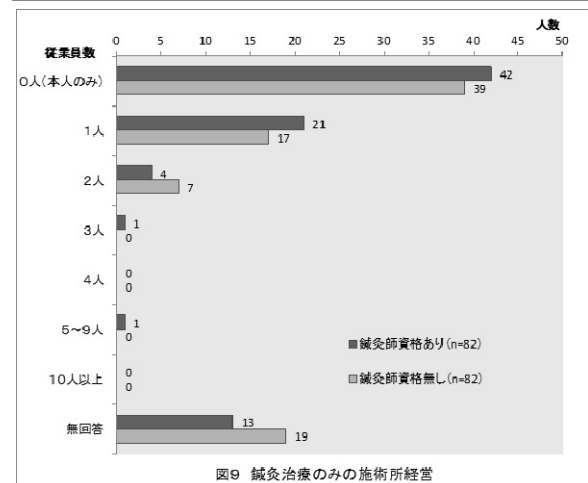


図9 鍼灸治療のみの施術所経営

数は「5人」が26人(14.1%)と最も多く、ついで「10~14人」24人(13.0%)、「1人」19人(10.3%)、「30人以上」18人(9.7%)であった。このうち「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では「10~14人」17人(15.7%)が最も多く、「30人以上」16人(14.8%)、「3人」(11.1%)と続いた。「鍼灸治療のみの施術所経営」では「5人」が15人(19.5%)と最も多く、ついで「6人」10人(13.0%)、「1人」が9人(11.7%)だった(図10)。

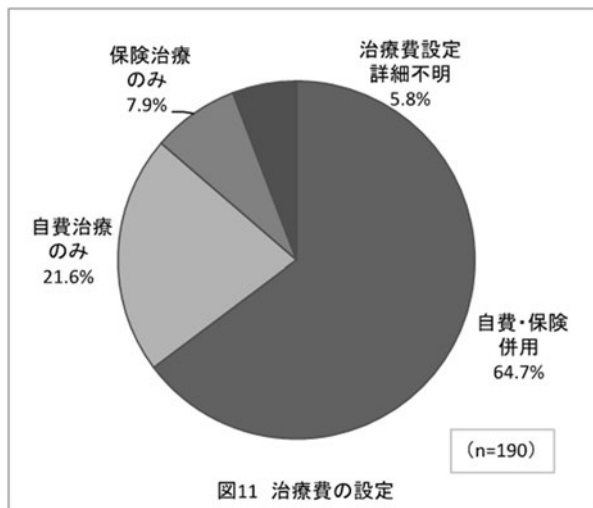
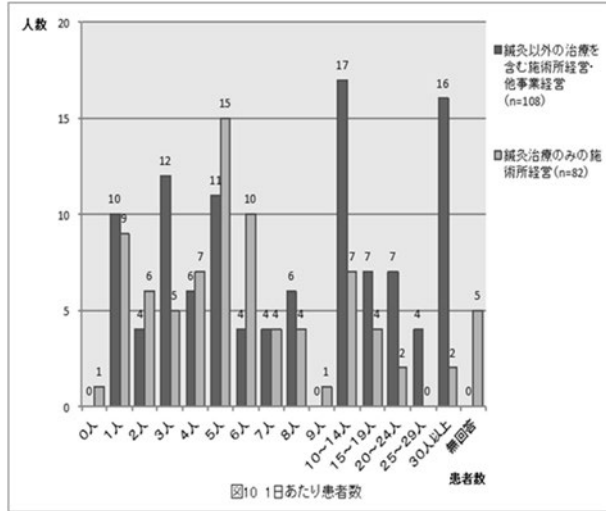
6. 治療費

就業形態で「経営」と回答した190人に、治療費の設定方法を質問した(資料1問8)。

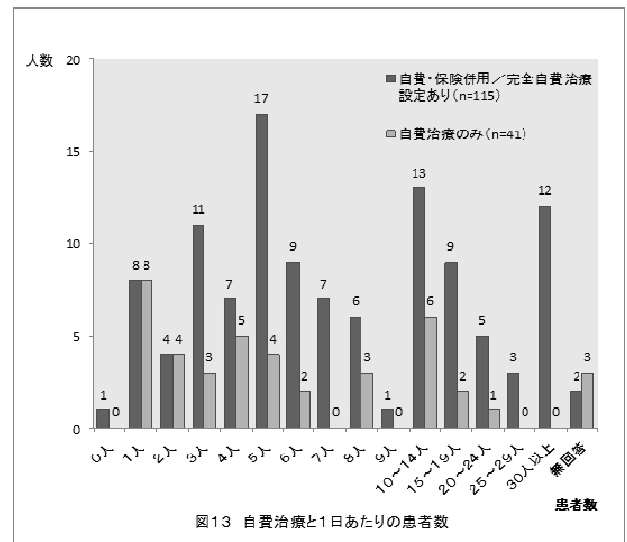
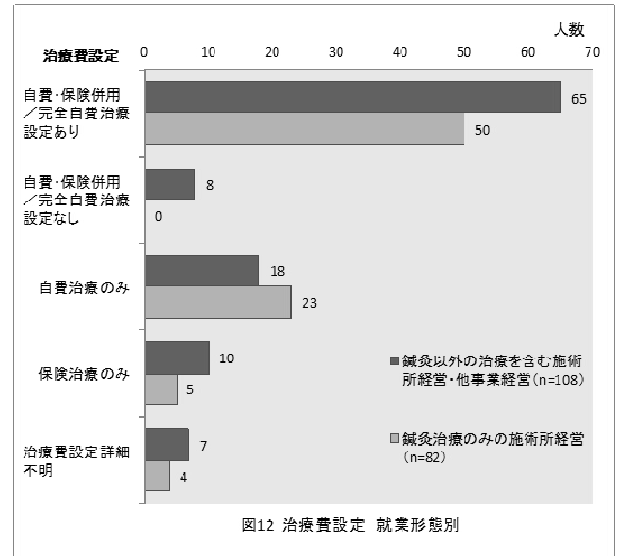
(1) 治療費の設定

まず「1 自費治療と保険治療を併用」、「2 自費治療のみ」、「3 保険治療のみ」の3つの中から1つを選択してもらい、「1 自費治療と保険治療を併用」を選択した回答者に、「完全自費治療の料金設定の

有無」について質問した。回答者 190 人のうち「自費治療と保険治療を併用」123 人 (64.7%) が最も多く、ついで「自費治療のみ」41 人 (21.6%)、「保険治療のみ」15 人 (7.9%)、治療費設定詳細不明 11 人 (5.8%) だった (図 11)。



「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108 人と「鍼灸治療のみ施術所経営」82 人では、どちらも「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」が「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」65 人 (60.2%)、「鍼灸治療のみ施術所経営」50 人 (61.0%) と最も多く、ついで「自費治療のみ」が「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」18 人 (16.7%)、「鍼灸治療のみ施術所経営」23 人 (28.0%) と続いた (図 12)。1 日あたりの鍼灸施術患者数を治療費料金設定の多い「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」、「自費治療のみ」から見た図示する (図 13)。

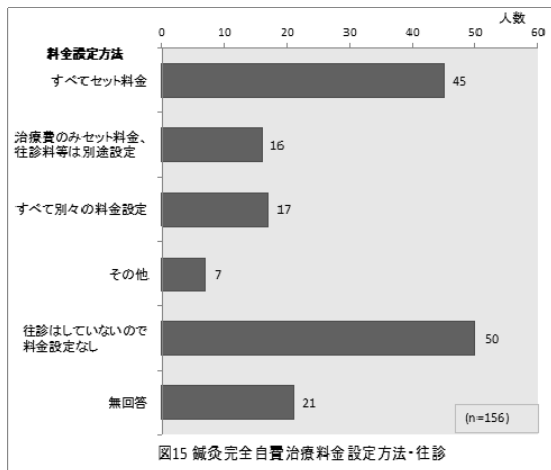
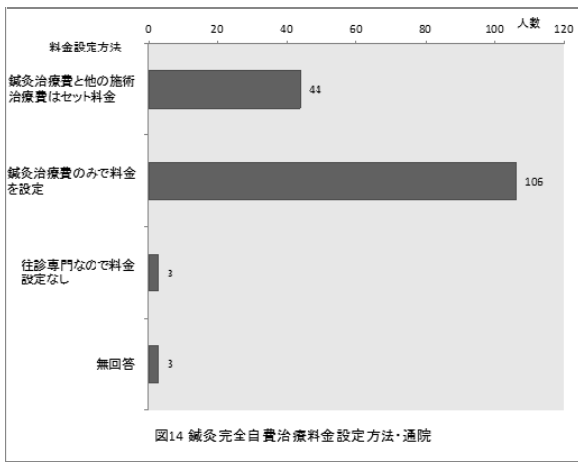


(2) 完全自費治療の料金設定

「1 自費治療と保険治療を併用し、かつ完全自費治療の料金設定がある」、「2 自費治療のみ」の回答者に、①「鍼灸治療に関する完全自費治療の料金の設定方法」を(a)通院の場合と (b) 往診の場合に分けて質問した。

(a) 通院の場合では、「1 鍼灸治療費と他の施術治療費はセット料金」44 人 (28.2%)、「2 鍼灸治療費のみで料金を設定」106 人 (67.9%)、「3 往診専門なので料金設定なし」3 人 (1.9%)、無回答 3 人 (1.9%) であった。(b) 往診の場合では、「1 鍼灸治療費、他の施術治療費、往診料、交通費などは、すべてセット料金」45 人 (28.8%)、「2 治療費のみセット料金 (鍼灸+他の施術) で、往診料や交通費などは別途設定」16 人 (10.3%)、「3 鍼灸治療費、他の施術治療費、往診料、交通費などは、すべて別々の料金設定」17 人 (10.9%)、

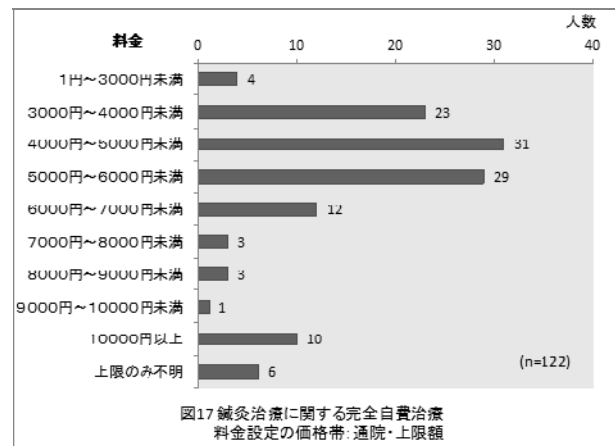
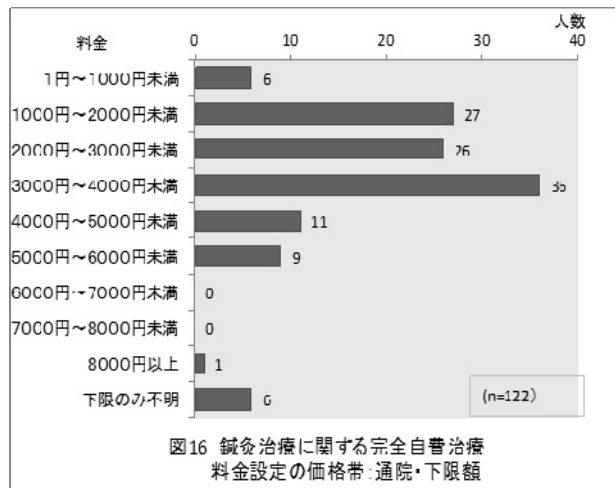
「4 その他」7人(4.5%)、「5 往診はしていないので料金設定なし」50人(32.1%)、無回答21人(13.5%)であった(図14、図15)。



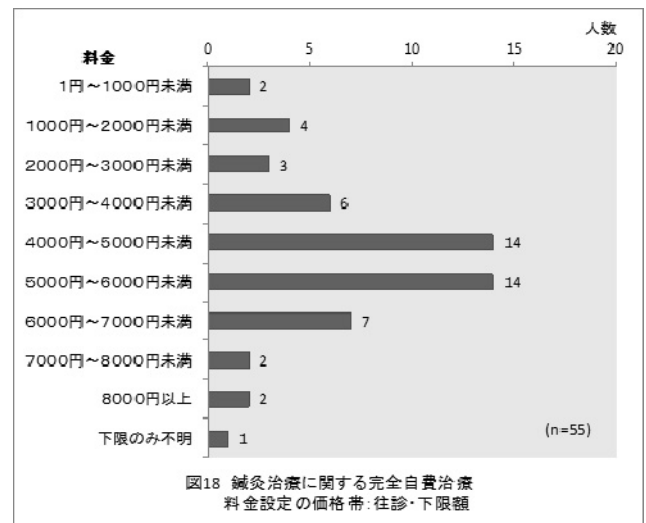
「鍼灸完全自費治療費が単一価格か単一でない(上限と下限判明)」については、(a) 通院の場合は、「単一価格である」が23人(14.7%)、「単一価格でない(上限・下限判明)」が110人(70.5%)であった。(b) 往診の場合は、「単一価格である」が16人(10.3%)、「単一価格でない(上限・下限判明)」が48人(30.8%)という結果を得た。

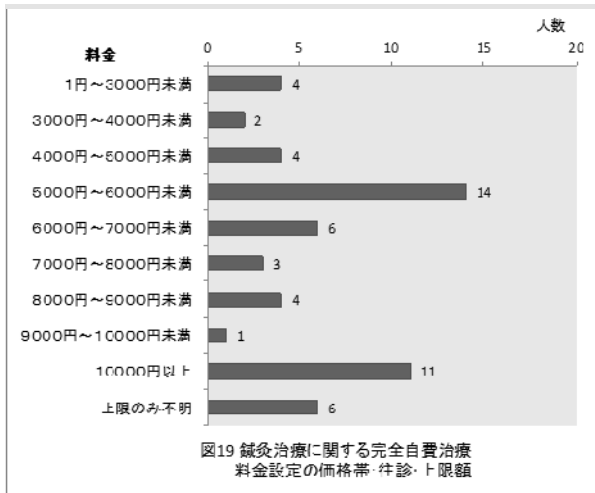
①「単一価格でない(上限・下限判明)」から見た鍼灸治療に関する完全自費治療の料金設定の価格帯

(a) 通院の場合「単一価格でない(上限・下限判明)」では、下限額は、3,000円～4,000円未満が36人(31.3%)と最も多く、1,000円～2,000円未満が27人(23.5%)と続いた(図16)。上限額は、4,000円～5,000円未満が31人(25.4%)と最も多く、5,000円～6,000円未満が29人(23.8%)という結果を得た。上限額10,000円以上は10人(8.2%)だった(図17)。



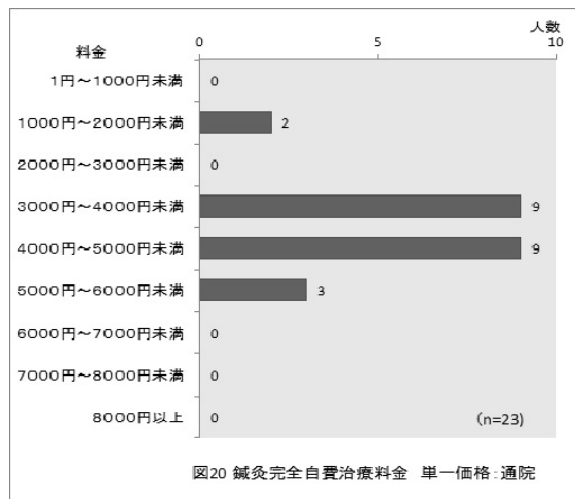
(b) 往診の場合下限額は、4,000円～5,000円未満と5,000円～6,000円未満が14人(25.5%)と最も多く、ついで6,000円～7,000円未満が7人(12.7%)だった(図18)。上限額は、5,000円～6,000円未満が14人(25.5%)と最も多く、10,000円以上が11人(20.0%)、6,000円～7,000円未満が6人(10.9%)と続いた(図19)。



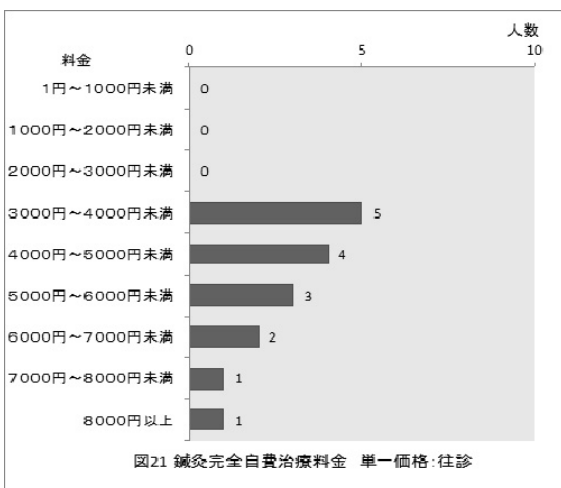


②「単一価格」から見た鍼灸治療に関する完全自費治療の料金設定の価格帯

(a) 通院 23 人では、3,000 円~4,000 円未満と 4,000 円~5,000 円未満がそれぞれ 9 人 (39.1%)、5,000 円~6,000 円未満が 3 人 (13.%) だった (図 20)。



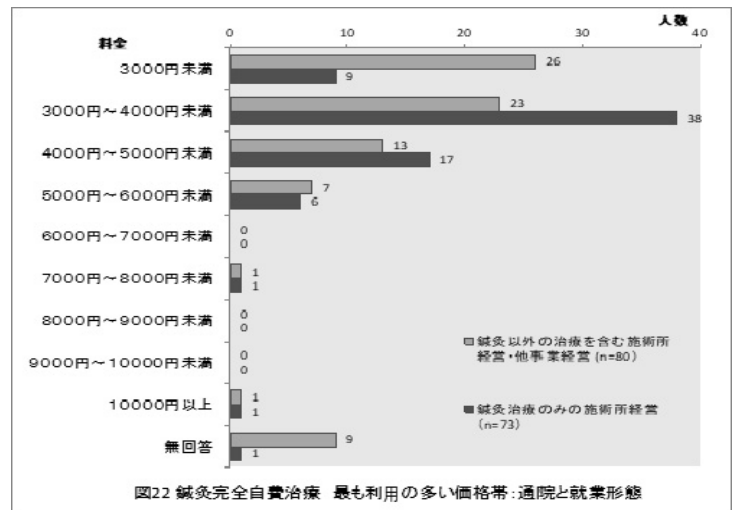
(b) 往診 16 人では、3,000 円~4,000 円未満 5 人 (31.3%) が最も多く 4,000 円~5,000 円未満 4 人 (25.0%) という結果を得た (図 21)。



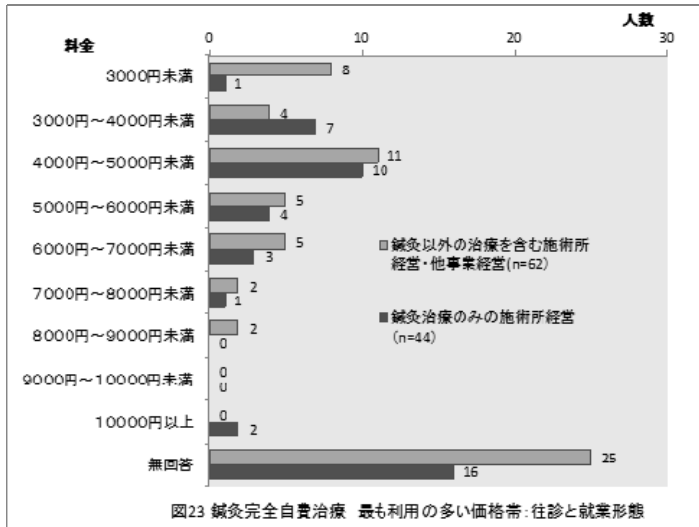
3) 完全自費治療費の最も多い価格帯

「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」と「鍼灸治療のみの施術所経営」別にみると、

(a) 通院の場合、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」83 人のうち往診専門 3 人を除く 80 人では、3,000 円未満が 26 人 (32.5%) と最も多く、ついで 3,000 円~4,000 円未満 23 人 (28.8%)、4,000 円~5,000 円未満 13 人 (16.3%) だった。「鍼灸治療のみの施術所経営」73 人では、3,000 円~4,000 円未満 38 人 (52.1%) 最も多く、ついで 4,000 円~5,000 円未満 17 人 (23.3%)、3,000 円未満 9 人 (12.3%)、5,000 円~6,000 円未満 6 人 (8.2%) であった (図 22)。往診専門は 0 人だった。



(b) 往診の場合では、4,000 円~5,000 円未満、3,000 円~4,000 円未満、3,000 円未満と 5,000 円~6,000 円未満の順に多かった。就業形態別では、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」は 83 人のうち往診をしていない 21 人を除く 62 人では、4,000 円~5,000 円未満が最も多く 11 人 (17.7%)、ついで 3,000 円未満 8 人 (12.9%)、5,000 円~6,000 円未満と 6,000 円~7,000 円未満がそれぞれ 5 人 (8.1%) だった。「鍼灸治療のみの施術所経営」73 人のうち往診をしていない 29 人を除く 44 人では、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、4,000 円~5,000 円未満が 10 人 (22.7%)、3,000 円~4,000 円未満が 7 人 (15.9%)、5,000 円~6,000 円未満が 4 人 (9.1%) という結果を得た (図 23)。

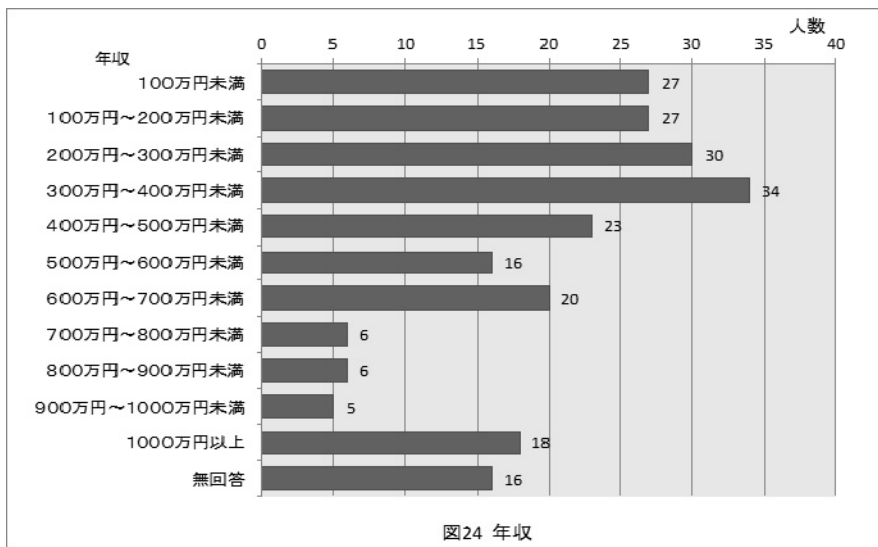


(15.2%) だった。「40代」62人では、300万~400万円未満と400万~500万円未満がともに8人(12.9%)と最も多く、ついで600万~700万円未満と1000万円以上がそれぞれ7人(11.3%)、100万~200万円未満と200万~300万円未満がそれぞれ5人(8.1%)だった。「50代」48人では、100万~200万円未満が最も多く8人(16.7%)、ついで500万~600万円未満6人(12.5%)、200万~300万円未満と400万~500万円未満、600万~700万円未満がそれぞれ5人(10.4%)だった。「60代」48人では、200万~300万円未満が最も多

7. 年収

回答者232人のうち、鍼灸関連を仕事していない4人を除く(図3)全員に「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」、「鍼灸治療のみの施術所経営」の経営者190人には平成23年度に確定申告した年収を、施術所勤務者38人には、平成23年度の税込年収を、掛け持ち仕事がある場合は含めた年収を選択してもらった。結果は300万~400万円未満が最も多く34人(14.9%)、ついで200万~300万円未満30人(13.2%)、100万円未満と100万~200万円未満が27人(11.8%)であった(図24)。

く7人(14.6%)、ついで100万~200万円未満と400万~500万円未満、1000万円以上がそれぞれ6人(12.5%)、100万円未満と500万~600万円未満、600万~700万円未満が5人(10.4%)だった。「70代」10人では、100万円未満と200万~300万円未満が3人(30.0%)と最も多く、300万~400万円未満2人(20.0%)、100万~200万円未満と900万~1000万円未満が1人(10.0%)と続いた。最後に「80代以上」5人では100万円未満と100万~200万円未満がともに2人(40.0%)、無回答1人という結果だった(図25)。



(2) 年収と就業形態

経営者のうち「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、108名中1,000万円以上が14人(13.0%)と最も多く、次いで300万~400万円未満と400万~500万円未満が13人(12.0%)、600万~700万円未満が12人(11.1%)、100万円未満と200万~300万円未満が11人(10.2%)と続いた。「鍼灸治療のみの施術所経営」では、82人中100

(1) 年収と年代

「20代」8人では、300万~400万円未満と200万~300万円未満がそれぞれ3人(37.5%)と最も多く、「30代」46人では300万~400万円未満が最も多く14人(30.4%)、ついで100万円未満が8人(17.4%)、200万~300万円未満が7人

万~200万円未満が19人(23.2%)、ついで100万円未満が13人(15.9%)、200万~300万円未満が12人(14.6%)、500万~600万円未満が9人(11.0%)と続いた。掛け持ち勤務をしていない「鍼灸以外の治療を含む施術所勤務者」18人では、300万~400万円未満が8人(44.4%)と最も多

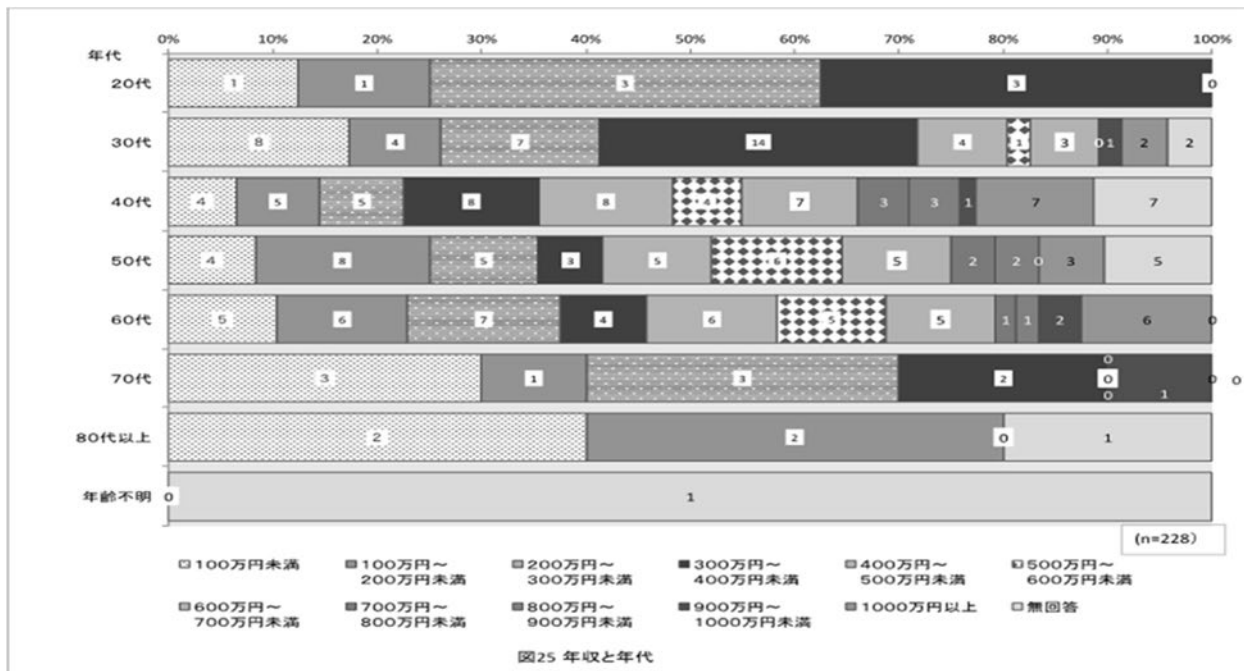


図25 年収と年代

く、200万～300万円未満が5人(27.8%)、400万～500万円未満が2人(11.1%)続いた。「鍼灸治療のみの施術所勤務」5人では、300万～400万円未満と100万円未満が2人(40.0%)、600万～700万円未満が1人(20.0%)という結果を得た(図26)。鍼灸以外の事業内容(図5・表1)からみた年収を図27に示す。

(3) 年収と治療費の設定

「自費・保険併用/完全自費治療設定あり」115人では、100万円未満と100万～200万円未満がそれぞれ14人(12.2%)と最も多く、ついで300万～400万円未満と400万～500万円未満、600万～700万円未満がそれぞれ13人(11.3%)、200万～300万円未満が12人(10.4%)だった。「自費・保険併用/完全自費治療設定なし」8人では、1,000万円以上が3人(37.5%)、200万～300万円未満2人(25.0%)、400万～500万円未満と600万～700万円未満1人(12.5%)だった。「自費治療のみ」41人では、100万～200万円未満が8人(19.5%)と最も多く、200万～300万円未満7人(17.1%)、100万円未満6人(14.6%)、300万～400万円未満が4人(9.8%)と続いた。「保険治療のみ」15人では、100万円未満、100万～

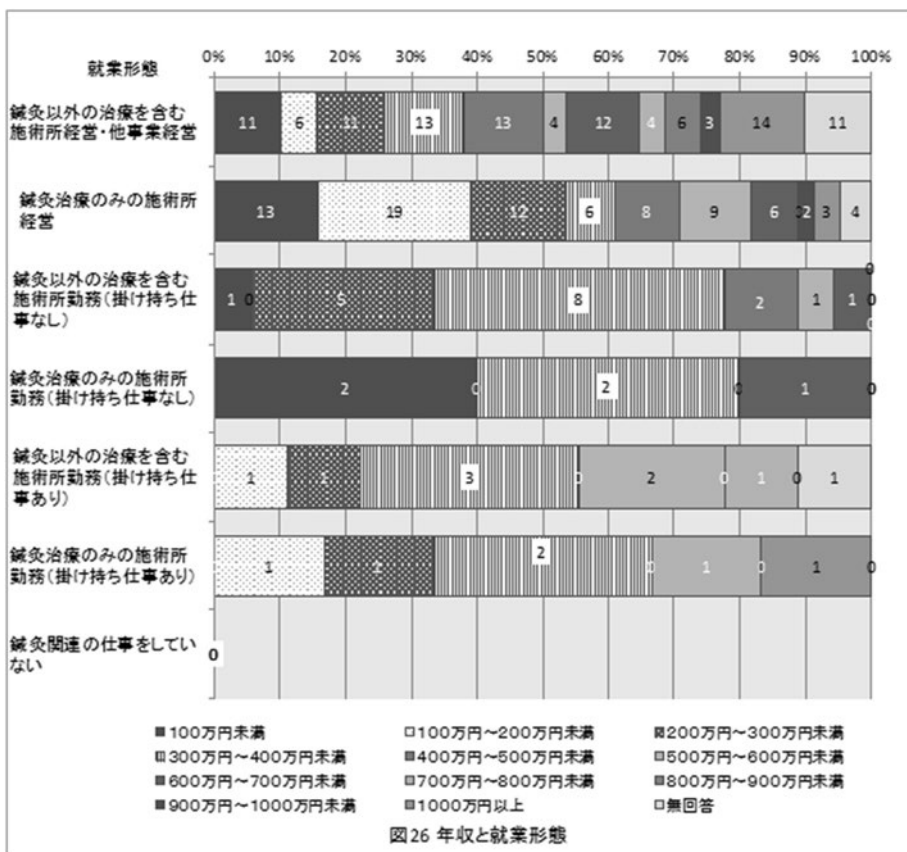


図26 年収と就業形態

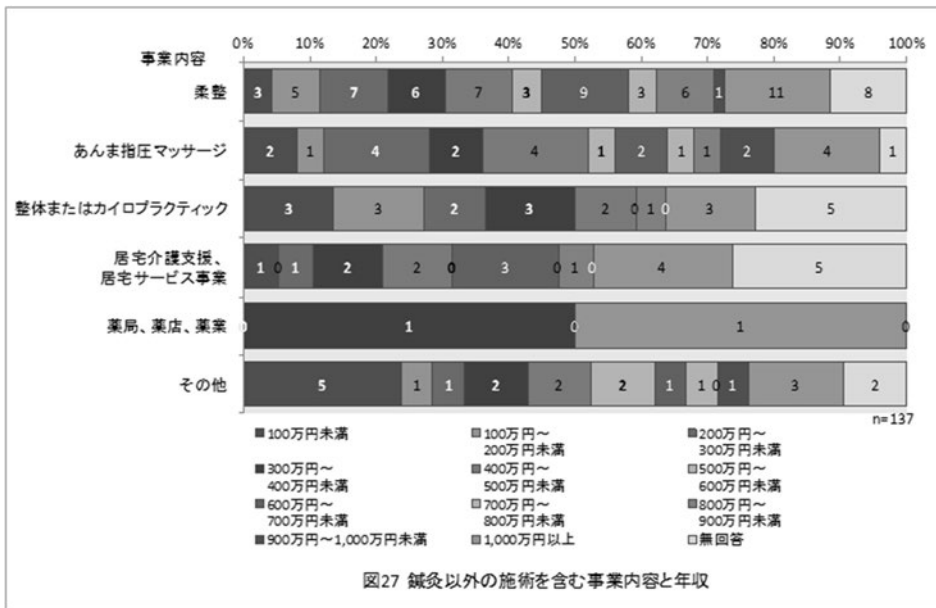


図27 鍼灸以外の施術を含む事業内容と年収

200万円未満、300万～400万円未満、500万～600万円未満、600万～700万円未満がそれぞれ2人(13.7%)であった(図28)。

【考察】

大阪府内の一鍼灸専門団体における会員の経営状態、事業形態、雇用状況などを調査した。今回の調査では定点の状態を優先し、資格取得時の年齢や取得後の年数、開業後の年数といった回答者の背景を除外し質問した。

就業形態の結果から回答者232人中190人(81.9%)が経営者であり、「鍼灸治療のみの施術所経営」より「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」が多いことがわかった。そして「鍼灸以外の事業内容」155人(複数回答)では、柔道整復、あん摩マッサージ指圧、整体またはカイロ

プラクティックの順に多く、鍼灸以外の事業は116人(74.8%)を占めた。「その他の事業内容」にも、エステ、アロマトリートメントなど施術を行うと考えられる回答があったことから、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、鍼灸以外の施術を含む経営者が多いと推察する。また居宅介護支援、居宅サービス事業が14人(9.0%)で、その他事業内容には居宅以外の介護関係事業が含まれることから、他事業として介護関連事業が多いと考える。

施術に使用するベッド数は、2台が多かった。使用するベッド数の多い上位3台の台数についてみると、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108人では、使用ベッド数は4台から6台以上が多く69人(63.9%)であったのに対し、「鍼灸治療のみの施術所経営」82人では1台から3台が66人(80.5%)で「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」よりもベッド数が少ないと考えられる。

施術所の従業員数は、従業員の有無を鍼灸師資格の有無から見た場合、「鍼灸師資格を有する従業員」のいる経営者は77人(40.7%)、従業員のいない経営者が85人(44.7%)という結果から、ほぼ同じ割合と考える。また「鍼灸師資格の無い従業員」を雇用している経営者は90人(47.4%)、雇用していない経営者は68人(35.8%)という結果から、従業員の有無では「鍼灸師資格の無い従業員」を雇用し

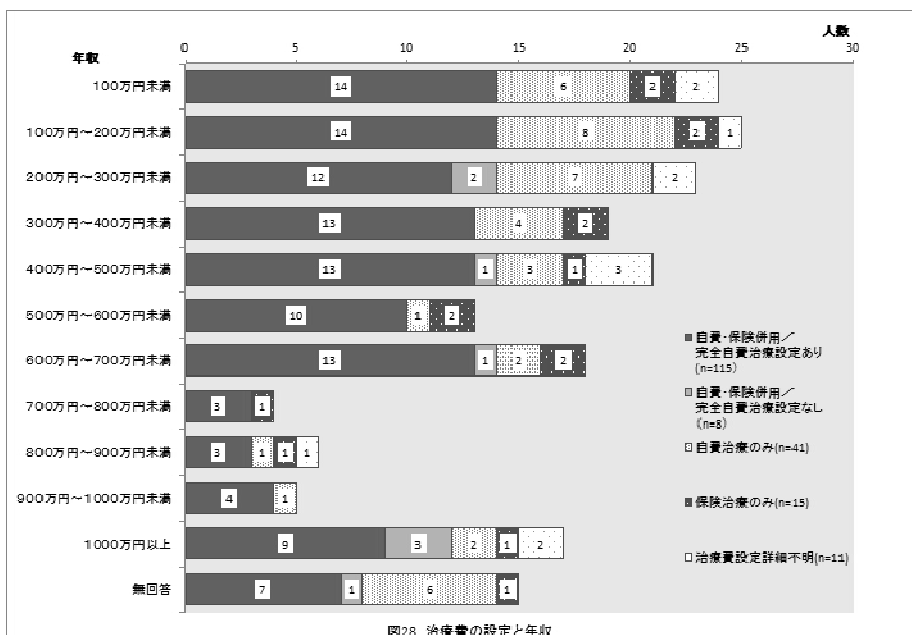


図28 治療費の設定と年収

ている経営者が多いことがわかった。

従業員数は、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」と「鍼灸治療のみ施術所経営」どちらも鍼灸資格の有無に関わらず1人が最も多く、図8より「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、「鍼灸師資格有する従業員数」は「3人」で4人(3.7%)となり、「3人」以上の従業員数では10%未満に減少するものの、従業員数「3人」以上雇用している経営者は、108人中10人(9.3%)いることがわかった。図9より「鍼灸治療のみ施術所経営」82人では、「鍼灸師資格有する従業員数」は「2人」で4人(4.9%)となり、従業員数「3人」以上では2人(2.4%)という結果を得た。このことから、一施術における「鍼灸師資格有する従業員」の雇用状況は、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の方が多いと考える。図8より「鍼灸師資格の無い従業員数」では、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」108人は、従業員数「4人」で7人(6.5%)と10%未満に減少したが、従業員数「4人」以上雇用している経営者は、12人(11.1%)であった。図9より「鍼灸治療のみ施術所経営」82人では、従業員数「2人」で7人(8.5%)と10%未満になり、従業員数「3人」以上は0人という結果を得た。一施術における「鍼灸師資格の無い従業員」の雇用状況は、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の方が多いと考える。以上のことから、鍼灸資格の有無に関わらず、一施術において「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の方が「鍼灸治療のみ施術所経営」よりも多くの従業員を雇用していると考えられる。鍼灸師資格のない従業員には、鍼灸治療以外の事業内容より柔道整復師やあん摩マッサージ指圧師など国家資格を有する従業員と、国家資格を有しない従業員が含まれると考える。これには施術所の規模や事業内容、人件費と関係があると推察する。

治療費の設定は、「自費治療と保険治療を併用」、「自費治療のみ」、「保険治療のみ」の順に多く、「自費治療と保険治療を併用」が190人中123人(64.7%)で、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」、「鍼灸治療のみ施術所経営」の結果から、「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」という治療費設定をしている経営者がどちらも半数以上であることがわかった。矢野ら²⁾によると1回あたりの治療費の支払い

方法では、「全額自費」、「一部保険」「全額保険」の順に多く、「一部保険」と「全額保険」で半数を占めていたと述べられている。調査の治療設定方法「自費治療のみ」が「全額自費」、「自費治療と保険治療を併用」が「一部保険」、「保険治療のみ」が「全額保険」に該当すると考えて、「鍼灸治療のみ施術所経営」の設定方法と比較すると「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」、「自費治療のみ」、「保険治療のみ」の順に多いことから、全国調査の結果と異なる結果となった。大鍼会は自費治療と保険治療を併用している施術所が多いといえるが、自費治療については、「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」と「保険治療のみ」が82人中55人(67.0%)、「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」と「自費治療のみ」が82人中73人(89.0%)であることから、自費治療の割合も高いと推察する。自費治療の割合が高いのは、矢野らも述べているように^{2) 3)} 鍼灸治療の一部が保険取り扱いであることや、保険治療を行うにあたり医師の同意書を必要とすることなど種々の制約があることが要因となっていると考えられる。

図13に示した1日あたりの鍼灸施術患者数と治療費の設定(「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」「自費治療のみ」)では、患者数1~2人では自費治療のみと「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」では1日あたりの患者数は同じであったが、3人以上になると「自費治療と保険治療を併用しかつ完全自費治療設定あり」の患者数が、「自費治療のみ」を上回った。また鍼灸治療に関する完全自費治療の料金設定の結果から、鍼灸治療費と他の治療費をセット料金として設定している場合と鍼灸治療のみで費用を設定している場合があること、治療費を「単一価格設定ではない」が単一価格設定より多いことから、施術内容が複数あると考えられる。このような自費治療と保険治療の併用や、価格の異なる施術内容を作ること、自費治療の与える割高感を減少させることにつながると推察し、矢野らが受療経験者の受療意向で述べている受療しやすい環境を整えることにつながると考える^{2) 4) 6)}。

完全自費治療費の1回あたりの治療費について、治療費の単一価格と最も多い価格設定から3,000

円～4,000円未満、4,000円～5,000円未満の価格設定が多いことがわかった。就業形態では「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の通院では、3,000円未満が最も多い結果を得た。矢野ら³⁾によると、2004年度調査では保険適用者1,000円以下、非保険適用では3,001円～4,000円が最も多く、標準的な治療費として3,001円～5,000円の範囲と述べており、2014年²⁾には、1,000円から2,000円未満が最も多く、ついで3,000円～4,000円未満で7,000円以上はなかったとある。大鍼会の料金設定は、調査前後に行われた矢野らの調査結果と大きな違いはなかったと考える。料金の設定には保険取り扱いに加え、鍼灸治療以外の施術費用と関係があるのではないかと考える。

また往診の価格帯は、3,000円～4,000円未満、4,000円～5,000円未満の価格設定が多いが、通院の場合と比べ5,000円以上の価格設定もあった。通院と同等か高い価格設定をしている経営者が多いと考える。問8については、無回答が該当者156人中41人(21.9%)あり、設問方法に課題が残った。

年収の結果から、「300～400万円未満」、「200～300万円未満」、「100～200万円未満」と「100万円未満」の順に多いことがわかった。調査では年収の詳細は不明であるが、矢野ら⁴⁾が、鍼灸師の平均的な年収225万～350万と推定し年収の範囲に該当するものが多いと考える。

職業としての鍼灸師を年収から考察するために厚生労働省の平均国民所得の定点と比較した。「厚生労働省による平成24年国民生活基礎調査の概況、Ⅱ各種世帯の所得等の状況、2所得の分布状況」⁷⁾によると、所得の分布状況が「300～400万円未満」13.4%、「100～200万円未満」13.0%の順に多く、今回の調査では類似した結果を得たことがわかった。また、「1世帯あたりの国民平均所得(以下、国民平均所得と略す)は548万2千円」を参考に、国民平均所得以上を500万円以上として年収の結果を見ると、500万円以上は228人中71人(31.1%)、500万未満は141人(61.8%)となり、国民平均所得以下が半数以上を占めた。

次に「厚生労働省による平成24年国民生活基礎調査の概況、Ⅱ各種世帯の所得等の状況、3世帯主の年齢階級別の所得の状況、表9世帯主の年齢階級別に見た1世帯あたり一世帯人員1人あた

り平均所得金額(以下年齢階級別平均所得)」⁸⁾では、29歳以下は314.6万円、30～39歳では547.8万円、40～49歳では669.0万円、50～59歳では764.3万円、60～69歳では541.0万円、70歳以上403.8万円」とある。この数字を参考に年代別に年収をみると、「20代」8人では、300万～400万円未満と200万～300万円未満が3人(37.5%)と最も多く、年齢階級別平均所得を含む300万円以上は3人(37.5%)だった。「30代」46人では、300万～400万円未満が最も多く14人(30.4%)、年齢階級別平均所得を含む500万円以上は7人(15.2%)だった。「40代」62人では、300万～400万円未満と400万～500万円未満がともに8人(12.9%)と最も多く、年齢階級別平均所得を含む600万円以上は21人(33.8%)だった。「50代」48人では、100万～200万円未満が最も多く8人(16.7%)、年齢階級別平均所得を含む700万円以上は7人(14.7%)だった。「60代」48人では、200万～300万円未満が最も多く7人(14.6%)、年齢階級別平均所得を含む500万円以上は20人(41.7%)であった。「70代」10人では、100万円未満と200万～300万円未満が最も多く、それぞれ3人(30.0%)、「80代以上」5人では100万円未満と100万～200万円未満がともに2人(40.0%)、無回答1人という結果だった。年齢階級別平均所得(70歳以上)を含む400万円以上は0人という結果を得た。以上より70代以上を除き、各年代とも年齢階級別平均所得以上が10.0%以上存在するが、50.0%以上が年齢階級別平均所得未満であることもわかった。全体としては年収が高いとは言い難く、各年代においても格差が生じていると考える。

就業形態別に年収を見ると、国民平均所得以上(500万円以上)の割合は、経営者では190人中63人(33.2%)、勤務者では33人中8人(21.1%)だった。また国民平均所得以上(500万円以上)の経営者のうち「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では43人(39.8%)、「鍼灸治療のみの施術所経営」は20人(24.4%)で、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の方が、国民平均所得以上の年収を得ているものが多いと言える。勤務者8人では、「鍼灸以外の治療を含む施術所勤務者(掛け持ちあり)」が3人(37.5%)と最も多く、ついで「鍼灸以外の治療を含む施術所勤務者(掛け持ちなし)」と「鍼灸治療のみの施術

所勤務(掛け持ちあり)」が2人(25.0%)、「鍼灸治療のみの施術所勤務(掛け持ちなし)」が1人(12.5%)と続き、「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」の勤務者で、掛け持ちをする方が国民平均所得以上を得られると考える。

国民平均所得以上(500万円以上)の割合を他事業内容でみると、柔道整復では61人中33人(54.1%)、あんま・マッサージ・指圧は24人中11人(45.8%)、整体またはカイロプラクティックは17人中4人(23.5%)、居宅介護支援・居宅サービスは14人中8人(57.1%)、薬局・薬店・薬業は2人中1人(50.0%)、その他19人中8人(42.1%)であった。このことから「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営」では、柔道整復、居宅介護支援・居宅サービス・薬局・薬店・薬業の半数以上が国民平均所得以上の年収を得ていることがわかった。

調査時点において、年収を国民平均所得以上にしていくには、鍼灸のみでは難しく治療費において自費治療と保険治療の併用し、事業内容に柔道整復やあんま・マッサージ・指圧など鍼灸治療以外の施術を取り入れたり、介護関連ビジネスなど異なる事業収入を得ることが必要になるのではないかと考える。今後の動向を見ていきたい。

【結語】

定点における鍼灸師の実態を、年代別に就業形態・事業形態(ベッド・1日の患者数・従業員数・治療費)・年収という経済的側面から調査した結果、「鍼灸治療のみ施術所経営者よりも」「鍼灸以外の治療を含む施術所経営・他事業経営者」が多く、年収も多いことがわかった。

【謝辞】

最後に調査の実施に協力いただいた(一社)中央調査社大阪市社、並びに公益社団法人大阪府鍼灸師会会員の皆様に心より感謝申し上げます。

【文献】

- 1) 小川卓良, 形井秀一, 箕輪政博. 第5回現代鍼灸業態アンケート集計結果【詳報】. 医道の日本. 2011;70(12): 202-44.
- 2) 矢野忠, 安野富美子, 藤井亮輔, 鍋田智之, 石崎直人. 我が国における鍼灸療法の受療状況について 主として年間受療率, 一施術所当たり月間受療者数, 認知状況, 知る機会・媒体について. 医道の日本. 2014;73(9): 131-42.
- 3) 矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司, 丹澤章八. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今, 鍼灸界は何をしなければならないのか-鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察-その7 治療費について. 医道の日本. 2006;752: 114-9.
- 4) 矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司, 丹澤章八. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今, 鍼灸界は何をしなければならないのか-鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察-その1 鍼灸医療の利用率と鍼灸医療の市場規模について. 医道の日本. 2005;743: 138-46.
- 5) 矢野忠, 石崎直人, 川喜田健司, 丹澤章八. 国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今, 鍼灸界は何をしなければならないのか-鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察-その3 鍼灸医療に関する受療と非受療の理由. 医道の日本. 2005;746: 125-30.
- 6) 矢野忠, 安野富美子, 藤井亮輔, 鍋田智之, 石崎直人. 我が国における鍼灸療法の受療状況について 10年間で受療状況は好転したのか?. 医道の日本. 2013;72(11): 202-13.
- 7) 厚生労働省. 平成24年国民生活基礎調査の概況, II 各種世帯の所得等の状況, 2 所得の分布状況. 2012; 13.
- 8) 厚生労働省. 平成24年国民生活基礎調査の概況, II 各種世帯の所得等の状況, 3 世帯主の年齢階級別の所得の状況, 表9 世帯主の年齢階級別に見た1世帯あたり一世帯人員1人あたり平均所得金額(以下年齢階級別平均所得). 2012; 14.

資料1

大阪府鍼灸師会 定点調査

平成24年9月

◇回答は、あてはまる選択肢の番号(1, 2, …)に“○”を囲むものと、数字を記入するものがありますので、指示に従ってお答え下さい。

◇お答えいただいたこの調査票は、同封の返信封筒に入れて、10月1日(月)までにご返送下さい。
(なお、お送りいただいた封筒は当会では開封せず、委託調査機関にて開封いたします)

問1. あなたの年齢は。 (9872)
(4)

- | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70代 | 80代以上 |

問2. あなたの性別は。 (6)

- 1 男性 2 女性

問3. あなたの現在の就業形態についてお答え下さい。(○は1つ) (6)

- 1 鍼灸以外の治療を含む施術所や、他の事業を経営している → 2ページ問4へ
 - 2 鍼灸治療のみの施術所を経営している → 2ページ問5へ
 - 3 鍼灸以外の治療を含む施術所に勤務していて、他の仕事は掛け持ちしていない
 - 4 鍼灸治療のみの施術所に勤務していて、他の仕事は掛け持ちしていない
 - 5 鍼灸以外の治療を含む施術所に勤務していて、他の仕事も掛け持ちしている
 - 6 鍼灸治療のみの施術所に勤務していて、他の仕事も掛け持ちしている
 - 7 鍼灸関連の仕事はしていない → 質問は以上です。このままご返送下さい。
- 4ページ
問9へ

【問3で「1」と答えた方に】

問4. 鍼灸以外の事業内容を教えて下さい。(〇はいくつでも)

(7)

- 1 柔 整
- 2 あんま指圧マッサージ
- 3 整体またはカイロプラクティック
- 4 居宅介護支援、居宅サービス事業
- 5 薬局、薬店、薬種
- 6 その他 ()

問5以降も引き続きお答え下さい

【問3で「1」か「2」と答えた方に】

問5. 施術に使用するベッド数は何台ですか。

- ・分院など複数の施術所をお持ちの方は、1 施術所あたりの平均台数を教えてください。
- ・マットや布団などを使用している方は、それをベッドとみなしてお答え下さい。
- ・往診専門の方のみ、「0」台と記入して下さい。

--	--

台

(8) (9) (10)

問6. 鍼灸治療をしている施術所の従業員数について、以下の区分でお答え下さい。

- ・パート・アルバイトなどの非常勤、家族手伝いも含めてお答え下さい。
- ・あなた自身は含めません。

①鍼灸師……………

--	--

人

(11) (12)

②鍼灸師資格を
持たないスタッフ

--	--

人

(13) (14)

(受付や施術補助の他、鍼灸以外の他資格保持者や鍼灸師資格取得勉強中の人も含む)

問7. 1日あたりの鍼灸施術患者数はおよそ何人ですか。この1年の施術状況から、1日あたりの鍼灸施術患者数をお答え下さい。

- ・分院など複数の施術所をお持ちの方は、1 施術所あたりの平均鍼灸施術患者数を教えてください。

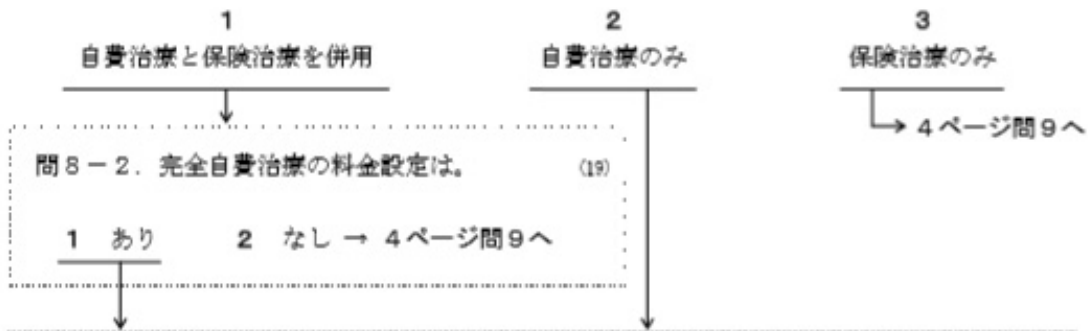
--	--

人

(15) (16) (17)

問 8 - 1. 治療費の設定についてお答え下さい。(○は1つ)

(18)



問 8 - 3. 鍼灸治療に関する完全自費治療の料金の設定方法について、(a)通院の場合、(b)往診の場合に分けてお答え下さい。

(a) 通院の場合 (○は1つ)

(20)

- 1 鍼灸治療費と他の施術治療費はセット料金
- 2 鍼灸治療費のみで料金を設定
- 3 往診専門なので料金設定なし

(b) 往診の場合 (往診専門も含む) (○は1つ)

(21)

- 1 鍼灸治療費、他の施術治療費、往診料、交通費などは、すべてセット料金
- 2 治療費のみセット料金 (鍼灸+他の施術) で、往診料や交通費などは別途設定
- 3 鍼灸治療費、他の施術治療費、往診料、交通費などは、すべて別々の料金設定
- 4 その他 ()
- 5 往診はしていないので料金設定なし

問 8 - 4. 鍼灸治療に関する完全自費治療の料金を、(a)通院の場合、(b)往診の場合に分けて、以下の指示に従ってお答え下さい。

- ・料金設定が他の施術料などとセット料金で、鍼灸治療費のみの算出が難しい場合も、セット料金中における鍼灸治療費がどれくらいを占めているか、想定して金額をお答え下さい。
- ・鍼灸治療費のみの料金設定があれば、そのままその金額をお答え下さい。

(a) 通院の場合

①完全自費治療の料金設定の価格帯

万 千 百 十 一		万 千 百 十 一		(22)-(31)
~		円		

(注) 単一の価格設定の方は両欄に同一金額を記入、往診専門の方は両欄に「0」と記入

裏面もありますのでお忘れなく

②最も利用の多い価格帯 (○は1つ)

(32)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1 往診専門である | 6 6,000円～7,000円未満 |
| 2 3,000円未満 | 7 7,000円～8,000円未満 |
| 3 3,000円～4,000円未満 | 8 8,000円～9,000円未満 |
| 4 4,000円～5,000円未満 | 9 9,000円～10,000円未満 |
| 5 5,000円～6,000円未満 | 10 10,000円以上 |

(b) 往診の場合

①完全自費治療の料金設定の価格帯

万 千 百 十 一		万 千 百 十 一	
□ □ □ □ □	～	□ □ □ □ □	円

(33)～(42)

(注)単一の価格設定の方は両欄に同一金額を記入、往診をしていない方は両欄に「0」と記入

②最も利用の多い価格帯 (○は1つ)

(43)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1 往診はしていない | 6 6,000円～7,000円未満 |
| 2 3,000円未満 | 7 7,000円～8,000円未満 |
| 3 3,000円～4,000円未満 | 8 8,000円～9,000円未満 |
| 4 4,000円～5,000円未満 | 9 9,000円～10,000円未満 |
| 5 5,000円～6,000円未満 | 10 10,000円以上 |

問9も引き続きお答え下さい

【問3で「1」～「6」と答えた方に】

問9. 経営者の方(問3で「1」か「2」と答えた方)は平成23年度の申告年収をお答え下さい。(○は1つ)

施術所勤務の方(問3で「3」～「6」と答えた方)は、平成23年度の税込年収をお答え下さい。掛け持ちの仕事がある方はその収入も含めます。(○は1つ)

(44) (45)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1 100万円未満 | 7 600万円～700万円未満 |
| 2 100万円～200万円未満 | 8 700万円～800万円未満 |
| 3 200万円～300万円未満 | 9 800万円～900万円未満 |
| 4 300万円～400万円未満 | 10 900万円～1,000万円未満 |
| 5 400万円～500万円未満 | 11 1,000万円以上 |
| 6 500万円～600万円未満 | |

————— ご協力ありがとうございました。 —————

あとがき

第13回の研究会、まず、会場探しに手こずった。弱小放浪研究会の割には、全国から参集頂いていることもあり、アクセスや環境、肝腎の予算など、すべてが問題になる。世話人が知恵やコネをだしあい各方面に打診したが、なかなか折り合う会場がなかった。ぎりぎりになり、東京医療福祉専門学校の協力を仰ぐことができた(御礼申し上げます)。会場のアクセスは良かったが、肝腎の「ガバナンス」というメインテーマが「鍼灸」とあまり馴染みがなく、とてもコア(レア)で分かりにくくなった感がある。

しかし、である。

現代日本の直面する重要課題、「社会保障問題」はガバメントのガバナンス問題であり、その如何が将来に大きく影響する。社会保障問題は国民悉皆事項であり、我々鍼灸師は医療や社会保険の当事者でもある。2025年問題を踏まえた超高齢化施策「地域包括ケアシステム」に、あはきがどのように関わっていくのか。現状を鑑みると、高齢者を中心にした医療、福祉及び介護などが行政の調整の下、縦横に連携していく方向性に、あはきは蚊帳の外に置かれている印象がある。この実状はまさに、本邦における、あはきの社会的位置が投影されているようではない。この投影象が日本の鍼灸の実像の一部であることは、本研究会の実績をみれば明らかである。だから、過去の検証や未来を含め、我々のガバナンスをテーマにしたいと考えた。

テーマや主題の選択、講演や演題の方式、ディスカッションの在り方も毎年、議論になる。答えを探すことが目的はなく、鍼灸の社会的「事実・事象・研究」を「考察・検証」することを趣旨に立ち上げた研究会である。学会のように講演やパネルディスカッションを一方的に聞くのではなく、主体的で双方向に議論して考えることを目的に、今年は研究テーマに沿ってラウンドテーブル式にディスカッションすることをメインに考えた。その成果はいかがだったか? 存在、継続することに意義があるとはいえ、コペルニクスの転換やレジュームの変化、大論争が興るわけでもなく、ただ、淡々にディスカッションし論文を書くことに、一体、意味はあるのかと虚しさに見舞われることもある。

気を取り直して

特に今年、第一日目の若手研究者による報告は質も高く、メインテーマの「ガバナンス」問題に直結する内容が功を奏していた。若手研究者らはこれまで、全日本鍼灸学会などでも発表してきたが、やはり何か物足りなさを感じ、本研究での発表やディスカッションに手応えを感じているようだった。本研究会がこれまでの積み上げてきた実績や存在意義が少し感じられた次第であった。

東洋鍼灸専門学校の菊池貴子氏が世話人の仲間入りをした。また、世話人会からの呼びかけに対して、次世代はりきゅうレボリューションズの白石哲也氏、京都仏眼理療鍼灸専門学校の舟木宏直氏が名乗りを上げてくれた。若手の白石氏によれば、社会学的な話題や研究に興味を示す若い鍼灸師が少なからずいると、意外な情報を得ることもできた。世話人会の小さな発展が一番の収穫だったかも知れない。

平成最後の師走、茜色の夕日に 箕輪政博

社会鍼灸学研究 2018 (通卷 13 号)
発行日 2019年7月30日
編集・発行 社会鍼灸学研究会
〒214-0035 神奈川県川崎市多摩区栗谷 4-10-10-101
ISSN : 2186-9227
e-mail : fssam@outlook.jp
URL: <http://www.doho-acu-moxa.com/fssam/>
