特別講演

予防医学における鍼灸の地位

青木 国雄

I はじめに

医療行為の目標は、疾病・傷害・異常（以下疾病と略す）の早期発見、早期治療と後遺症を最少にする治療に重点がおかれているが、疾病の予防、健康の保持・増進がより重要であることも古くから言われている。そして医療行為の目標は人々の寿命をより長くすることであったが、今日その最終目標は寿命の延長のみでなく、生きるに値する質の高い人生の確保（Good quality of life）に変わってきた¹⁾。この最終目標を達成するのは、西洋医学中心の現代の医学（以下現代医学と略す）のみでは難しく、現在わが国民に利用されているあらゆる治療法、健康法を組み入れた新しい医療体系が確立される必要がとらえられるようになった。

本講演では、現代医学における予防医学体系を紹介しつつ、予防医学における鍼灸療法の占める地位、その potentiality、および問題点について考察したい。

II 予防医学と鍼灸療法

図1は病の自然史を模式化して示したものである。健康と言われる人々にも諸段階あり、全く症状も徴候もないもの、いろいろな症状はあるが、医学的検査で何の所見も認められないもの、病が医学的に確認される者にも早期のものや、進展して中等症、重症を示す者がある。病は時間と共に矢印の方向に沿って進行するが、治癒に向う者、死亡する者もある。無徴候で症状のみを示す群は間もなく症状がなくなる者が多いが、悪化し発病する者もあるので適切な処置が肝要である。いわ

ゆる健康時の対策を **第一次予防** とよび、軽症で早期発見・治療が重視される段階の対策を **第二次予防**、進展した場合の重症化や合併症を防ぐための対策を **第三次予防** と区分している²⁾。リハビリテーションは第三次予防に入るが、別に **第四次予防** と区分して考えた方が適切かもしれない。各段階における現代医学的な予防対策を表1に示した。

現代医学は一応病を中心にして展開されているが、現実には存在するのは、「病める人」である。病める人は病の座に基因する身体的、精神心理的苦痛や障害により各個人特有の病んだ状態を持ち、それは各個人の持つ職業、社会的立場、家庭事情、経済条件によりいろいろ修飾されて一つの病格を持つものである(図2)。つまり臓器組織的な病は同一でも、患者の示す病格はいろいろであり、医療ニーズも異なる。従って、対策、処置も極めて個性的でなければ、質の高い人生は確保できないわけである。健康の水準でも一様でなく、その保持、増進は単純な対策ではうまくいかない。

わが国固有の医学・医療(以下和漢医学と呼ぶ)は、こうした人の特性をとらえ、個人医療を中心として発達、病は多要因で発生するとしながらも人の側の条件、内因や精神身体的思想を重視してきた^{3~6)}。その原理は哲学的、小宇宙的で難解ではあったが、当時としては極めて高い水準にあった。しかし、人体解剖が顧みられなくなり、中世以降、新しい医学や自然科学の発達を取り入れることができず、学理や疾病の認識にかなりの遅れを生じた。それは環境の変化と共に人間自身の病への感受性が変化し、疾病の頻度分布が著しく変化していったことも一因である。

わが国では、西洋医学との接触は伝染病という単一病因が極めて大きな寄与をした時期であり、細菌学など急激に発展した西洋医学と比べ、千年もの間あまり変化がなかった和漢医学が世の要請

Kunio AOKI 名古屋大学医学部予防医学

Key Words : 鍼灸医療, 予防医学, Quality of Life(QOL), 患者教育

図1 病の自然史

図2 病める人

漢医学に再興の息吹がみられるようになった。

鍼灸療法の特性から考え、第一次予防でも第二次予防でも第三次予防でもいずれの段階にも有用であることは本学会での成果からも伺われることである^{7,8)}(表2)。

この中で、最も重要なのは、第一次予防であることは人々の願いでもあり、また理想の医療でもある。また、表3に示すように、現代の病は、多要因によって生ずるので、どれかの病因を除いたり、遠ざけたり、避けたりすることにより発症をさげうるので、多面的な効用をもつ鍼灸療法の得意とする領域であり、今後の活用が期待されるわけである。

III わが国民の健康の実態⁹⁾

わが国の平均寿命は昭和22年、男50.06歳、女53.96歳から昭和56年には73.79歳と79.13歳となり、34年間に男23歳、女25歳と延長した。しかし国民全体が高年齢まで全くの健康で過しているわけではない。昭和55年全国有病率をみると、全国国民の11.04%が病を持ち、45歳から急増して、65歳から30%を越える。一方、受療率は、全体で6.86%であり、中高年では、有病者の1/2くらいが、医療を受けているのみである。つまり、半数近くは、

に比べられず片隅におしやられたのも一趨勢であった。しかし、伝染病死亡の激減と慢性病の増加は、現代医学で解決しえない多くの問題をもたらした。特に治療による重大な副反応の増加は、他の治療法への希求となって現れてきた。時期を同じくして、中国で針麻酔の新しい成果と新しい理論の展開があり、長い下積みの研究も世に現れてきて、今日のごとく実際医療面でも、研究面でも和

表 1 疾病予防の各段階

第一次予防		第二次予防	第三次予防	
健康保持・増進	特異的予防	早期発見・早期治療	後遺症予防	リハビリテーション
衛生教育 発育期対策 （栄養・習慣・人格） 運動鍛錬と休養 労働条件 嗜好・習慣 精神衛生	定期健康診断 予防接種 生活様式対策 職業環境対策 医療システムの充実 流行病の実態のPRと 疑わしき原因の除去 一般生活環境対策 （空気・水・食品など）	早期発見 集団検診 ハイリスク グループの検出 患者管理・指導 （医療システムと スタッフの養成）	合併症の予防 後遺症を最小 にする対策 死の予防 （施設の充実 スタッフの 養成）	再発予防と社会復帰 の治療と トレーニング 社会医学教育 雇用の確保 （職業訓練） 一般人の教育 （技術者の養成）

無自覚か、軽症か、放置か、現代の診療に不満足か、その他いろいろの理由が考えられる。受療者の治療方法は87.5%が医師へ、買薬8.8%,和漢医療は1.4%,その他の治療1.1%,治療しない 1.3%である。和漢医療は筋骨格系および結合組織の疾患は8.2%, 損傷など4.8%に利用されているが、循環器系は0.3%, 消化器系疾患は0.4%にすぎない。鍼灸の適応を狭くとってもなお小さすぎる頻度であり、十分活用されていないわけである。

第三次予防であるリハビリテーションは施設の計画数399に比べ、既設は165であり、今後しばらくのリハビリテーションは施設外での治療がなければ成立しないことを示している。

一般的な健康の指標としての自覚症状出現率をみると表 4 のように約80%が訴えを持ち、一人当たり2.8件（男2.6, 女3.1件）である。その大部分の症状が和漢医療の対象になるものであるのも注目される。これらの頻度は労働時間の長い人々はより頻度が高く、わが国の産業形態、労働条件の変化と共に、さらに症状の種類と頻度が変化し、将来とも変貌することが予想される。

一般的自覚症状に対する健康維持法としては75.7%の人が食事や運動、保健薬等精神療法を試みており、さらに有効な処方が求められている。

名古屋市内某鍼灸施設の利用状況を見ると¹⁰⁾, 30～59歳が大部分であり、内容は病の治療、74.5%, 自律神経失調6.3%, 無徴候有症状18.8%で約1/4が第一次予防的な治療であった。別の報告でも、表 4 に示す自覚症状を示すものが鍼灸療法の受診理

表 2 予防医学からみた鍼灸療法

第一次予防	機能失調の回復 機能低下の予防
第二次予防	早期治療
第三次予防	重症化の防止 リハビリテーション

表 3 多要因発病説

由の主要部分を占めていた。

わが国の中老年齢層は年々増加を示し、昭和55年には、40～59歳が2900万、65歳以上が1041万人あり、20年後にはそれぞれ3500万と1873万人に増加し、文字通り高齢化社会を迎える。高齢者の有病率を疾病区分別にみると45歳を越すと急増し、

表4 性別にみた自覚症状出現率

(単位：％)		昭和55年(1980)		
(重複回答)		総数	男	女
総	数	100.0	100.0	100.0
な	し	20.4	23.3	17.7
あ	り	79.6	76.7	82.3
食欲がない		8.6	8.2	8.9
よく眠れない		11.5	9.4	13.4
疲れたと感ずることが多い		45.2	42.7	47.5
こまかいことが気になる		42.9	38.3	47.0
急に体重が増えたり減ったりした		8.6	7.7	9.5
顔や手足がむくむことがある		11.5	6.6	15.9
階段や坂を登るとどうきや息切れすることがよくある		33.1	26.0	39.6
たんが出たりせきをすることがよくある		20.0	25.9	14.6
下痢や腹痛、吐き気をよくおこす		13.9	15.8	12.2
耳鳴、めまい、立ちくらみをおこすことがよくある		27.8	18.8	35.9
からだの中で痛むところがある		35.1	31.9	38.1
皮膚に発疹ができることやかゆいことがある		24.7	24.4	24.9
1人あたり平均自覚症状個数		2.8	2.6	3.1

資料 厚生省「保健衛生基礎調査」

45～64歳では1000人当り、164.7、65歳以上では、369.6となる(昭和55年)。頻度の高いのは循環器系の疾患であり、ついで筋骨格系、結合組織疾患、消化器系が多い。

著者らの名古屋市郊外の地域で65歳以上の住民検診では、高度の異常所見あり25.9%、その他健康障害ありは47.9%である。その中で手足の痛みやしびれは20%前後、頭痛、耳鳴りは10%前後にあり¹¹⁾、これらのかかなりの部分が和漢医療の適応になりうるものと考えられる。

従って、和漢医療への潜在的需要はかなり大きいものがあり、もしその効用が十分認識されるならば、わが国の医療に占める地位は誠に大となるものと思われる。それはわが国の医療経済にとっても有利と考えられる。

IV 新しい医療体系と鍼灸医学

質の高い人生を長く確保するための医療ニードは非常に大きい。しかし現代医療のみでは充足されていないかなりの部分があることも事実であり、今こそわが国にあるすべての医療を総括して新しい医療体系を確立する時期と思われる。その前段

表5 業務分担と協力態勢

医 師	鍼灸理論と技術の開発 診断、治療方針の担当
鍼灸師	技術的医療面の担当 新しい技術、理論の開発 適応症の拡大
患 者	新しい医療体系への理解と協力

階として各医療体系の理論の相互理解や機能の分担わりつけが必要である。現時点において現代医学と鍼灸医療の関係について示すと、表5のようである。つまり医師は理論と技術の開発、医療方針を担当する。鍼灸師は技術的医療を担当するが、一部の指導的な人々は自らの実践の経験を通して新しい技術を開発し、それを基礎理論の充実、改善に向けることになる。これは当然適応症の拡大にもつながるわけである。

重要なことは患者の役割である。患者がこの新しい医療体系を理解し協力することが重要である。それは医療は医療と受療側の理解と信頼関係で成

表6 鍼灸療法

如何なる作用機序をもつか
特 異 的
非特異的
どのような病症に対応できるか
適応症は体系化されているか
技術の均質性は得られているか
治療効果の指標は何を用いるのか
併用療法の要否と性格
現代医療にどのような地位をもつか

立するものであり、効率を高めるからである。

新しい理論や技術の開発には、他の学問領域での新しい考え方、技術の導入や協同研究が必要である。とりあえず、既存の治療法との併用効果の検討が急がれよう。

患者の接遇の方法論の近代化も重要であり、患者の教育方法も確立しなければならない。これらは今まであまり関心をはらわれてなかった領域であるが不可欠のことであるからである。

漢方や鍼灸学の基礎理論は独創的であり、尊重されねばならないが、変更を要する部分は早急に改める必要があり、またできるかぎり近代的な用語を用いるとか、解説をつけるとかして、現代医学と共通用語による討論がくり返されねばならない。これには現代医学の側も努力が必要である。考え方、概念は可及的、定性的、定量的な測定が可能で変換ができるものとする様努力することの一つの道であろう。

今後とも問題になる治療効果の判定については、まず、患者の診断と病状の分類法を明確に示し、比較性のある患者について、同じ均質な治療法を同一水準の技術で実施する。効果の判定基準は、形態的、機能的、生物学的、あるいは患者の症状、生活能力などについて、客観性のある方法により、実施者とは異なる者により判定される必要がある。同質の対照患者は必ず用意せねばならない。できれば、Randomized controlled clinical trial (ランダム化対照臨床試験)¹²⁾が望ましい。これは均質な患者をランダムに治療群と対照群に分けて観察するもので、群別や治療方針は治療者とは別のコ

ントローラーが指示するものである。計画を綿密に練って実施すれば、結果の有効性について異議をはさむ余地が少ないからである。

治療研究については、同時に患者と医療の両者にわたり、調査 bias¹²⁾を検討しておかねばならない。それは患者の知識、能力、協力度、発病からの期間、家族の関心度や医療側の診療能力、情報収集の差によりかなり結果に影響を与えるからである。

治療効果をみる場合、忘れてならないのは治療目標の設定であり、目的達成度の測定である。それはすべての医療効果には限界があるので、不可能な目標を持っても意味がないからである。

V おわりに

鍼灸医療の予防医学における地位、役割について述べたが、明確にしておきたいのは、第一次予防では適応や、効果の持続性の判定の問題、第二次予防では priority としての適応と補助療法としての位置を明らかにする、第三次予防では、患者の全ての治療法とその結果を見通している鍼灸医療の地位を見定めることである。今後はリハビリテーションにおける役割と限界について明らかにすることも重要であろう。

最後に、理解者として、協力者としての患者に表6に示すような本治療のもつ特性を可及的明らかにすることである。これにより医療需要も増し、また患者の積極的協力は、より新しい技術や考え方の誘導や示唆をもたらす可能性があるからである。それは医療というものはどんな医療でも、常に患者から教わる部分が少なくないからである。

引用文献

- 1) Aoki, K.: Cancer statistics in developing countries, Identification of data requirements for cancer control programme and methods for their collection and utilization in evaluation planning and programming process, WHO DSI/CAN/80.3. (1981)
- 2) Leavell, H. R. and Clark, E. G.: Preventive Medicine for the Doctor in his community, McGraw-Hill Book co. NY/Toronto/London. (1958)

- 3) 富士川游：日本医学史，日新書院，(1941)
- 4) 藤原知，小野太朗：鍼灸医学概論，医歯薬出版，東京(1976)
- 5) 酒井シヅ：日本の医療史，東京書籍，東京(1982)
- 6) 小川鼎三：医学の歴史，中公新書，東京(1964)
- 7) 全日本鍼灸学会雑誌，30巻，31巻，(1981，1982)
- 8) 祖父江逸郎，間中喜雄，山下九三夫編：鍼灸に関する基礎的・臨床的研究，業績報告論文集，(昭和55・56年度)
- 9) 厚生統計協会編：国民衛生の動向，厚生省の指標臨時増刊，28巻9号，(1982)
- 10) 黒野保三ほか：無徴候，有訴群に対する鍼治療の治験，全日本鍼灸学会雑誌 31(4);328～334，(1982)
- 11) 青木国雄ほか：高齢者の健康水準，生活能力とその背景要因，大和ヘルス財団の助成による研究業績集 (5);135～147，(1981)
- 12) 重松逸造編著：疫学 臨床家のための方法論，講談社サイエンティフィック，東京(1978)
(〒466 名古屋市昭和区鶴舞町65
名古屋大学医学部予防医学教室)