

リハビリテーション・鍼灸・QOL

丹沢 章八

明治鍼灸大学大学院 鍼灸臨床医学

第4回明治東洋医学院学術集談会の特別講演の演者にご指名をいただき深く感謝の意を表す。

今回は肩のこらない臨床的な話柄が好ましいということなので、三題話のような標題を揚げ、数字を連ねたデータはできるだけその揭示を控え、専ら臨床の場から感じ取った鍼灸医学に対する私の感慨を述べさせていただく。したがって私の鍼灸臨床歴の叙述 - 内面的に西洋医学と東洋医学とがどのように融合したかの経過 - と、多少の理念的な話とが錯綜することがあることをあらかじめお断りして置く。

* 鍼灸をリハビリテーション医療（片麻痺に対する）に導入したわけ

私が脳卒中後遺症のリハビリテーション専門病院（神奈川県総合リハビリテーションセンター、七沢リハビリテーション病院・脳血管センター）の外来のブースの片隅で、ほぼそと片麻痺の患者さんを対象として鍼灸治療を始めたのは1974年、いまから21年前のことである。

鍼灸治療を片麻痺のリハビリテーション医療（リハ医療と略）の現場に導入しようとした目的は二つあった。

一つは痙性 spasticity - 自覚的には筋肉のツッパリ、こわ張りや動作のぎこちなさ - の抑制対策として、もう一つは運動器の痛み - 運動麻痺にみられる主として不動性関節炎に起因する痛み - の軽減対策として、鍼灸がどの程度活用できるかどうかということであり、物理療法として位置づけられる鍼灸治療という経皮的なアプローチが、薬物療法では求めることが不可能に近い局所的な

効果を望めないだろうかという実は大きな期待を込めたものであった。

過度の痙性も運動器の痛みも、ともにリハ医療を進める上で重大な阻害因子であることは衆知のことである。その中でも特に痙性については、片麻痺の回復段階に合わせていかにこれを効果的にコントロールすることができるかどうかということが、片麻痺の運動機能 - 実際にはADL全般を含む - のリハビリテーション予後の良否を分ける key point であるため、効果的な抑制対策がみつければ片麻痺のリハ医療にとって大きなメリットとなる。

* 導入の目的は達成されたか

そこでまず、この二つの目的が達成できたかどうかの結論を述べよう。そしてその後にそのために行った方法論の大略に触れる。

第一の目的である痙性の抑制については、中等度以下の痙性に限ってやや満足できる臨床成果が得られた。

方法は、試行錯誤の結果、上肢（主として上腕）では、痙性筋に対する拮抗筋（実地臨床では上腕三頭筋が圧倒的に多い）に、持続的収縮を断続的に起こさせる低周波鍼通電刺激を10分程度与える方法 - この刺激のモードは脊髄における相反性抑制機構 reciprocal innervation を賦活することになる - が効果的であることを確認した（図1）。この方法によって上腕二頭筋の痙性がコントロールされた状態を、上腕二頭筋に一定の負荷をかけ、その負荷を急速に除いた時の筋電図で示す（図2）。また歩行中に、患側の上腕二頭筋の緊張亢進によ

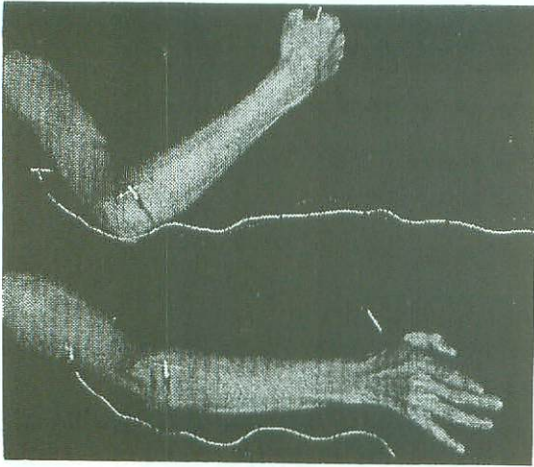


図1 患側上肢の痙性筋（上腕二頭筋）に対する拮抗筋（上腕三頭筋）に低周波鍼断続通電刺激を与える。

鍼は上腕三頭筋と長掌筋の motorpoint に刺鍼する。上段は通電前、下段は通電中の状態で、通電刺激により肘関節は伸展、手関節とMP関節は背屈することを確認する。通電10秒、休止5秒の断続通電刺激を10分与える。

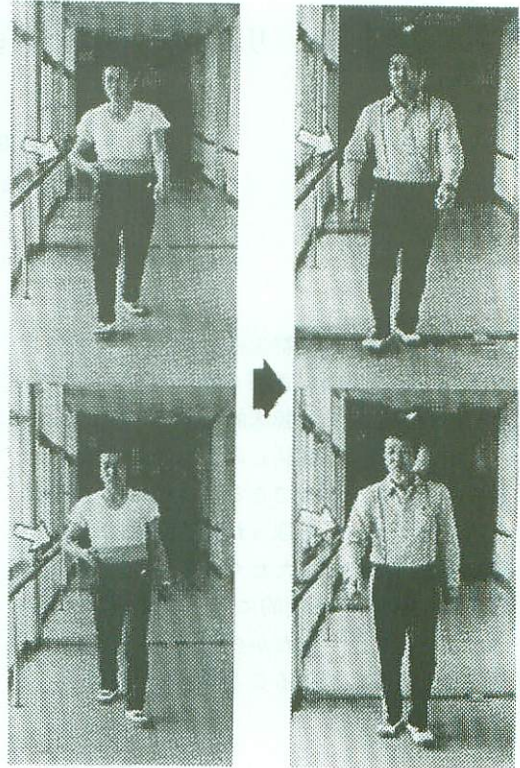


図3 歩行に伴って患側上肢屈筋群の痙性が増強し、肘関節屈曲の程度が強まるが（左側）、治療によってその程度が明らかに抑えられている（右）。

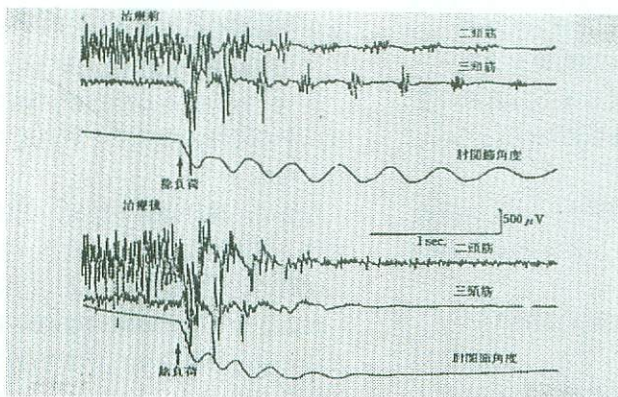


図2 治療前後における患側上腕二頭筋の除負荷時のEMG

患側の手関節に重垂をつるした紐を結び付け、その紐を鉗みで切断して急激に負荷を除く。図はその時の上腕二頭筋と上腕三頭筋のEMGと、肘関節に装着した関節角度計の動きを同調して書かせたものである。

上段は治療前、下段は治療後で、クローヌス様に現れる交代性の筋放電と関節の動揺が治療後に減少し、痙性が減弱したことを示している。

て起こる上肢の屈曲 (Wernicke-Mann 肢位の強調) が治療後に抑制され、歩行時の容姿が改善している状況を代表例の写真をもって供覧する (図3)。

下肢 (主として大腿) では、痙性筋 (内転筋群) 自身に 3 Hz 程度の低周波鍼通電刺激を与える方法が効果的であることを経験しているが、上肢と下肢とでは刺激部位や方法が異なることの理論的根拠は不明である。一下肢内転筋と外転筋の間には上肢にみられるような神経機構が存在しないという説がある。

第二の目的である運動器の痛み (主として患側肩関節痛) に対しては、温熱・薬物治療で寛解をみなかった例でも改善した例を数多く経験し、ほぼ期待どおりの臨床成果が得られた。したがってこの種の疼痛対策としては first choice の手段として推奨できるものと考えている。というのはこの方法は運動時痛を軽減すると同時に関節可動域拡大効果をも兼ねたものだからである。

方法は、肩関節部の圧痛点と (一上腕骨骨頭付近の上腕二頭筋の長頭・短頭腱部に多い)、肩背部では天宗穴、秉風穴、あるいは肩貞穴とに置鍼したまま肩関節の他動的 ROM-Ex. を行うもので、運動鍼療法と称している¹⁻⁶⁾。

* 片麻痺の患者さんの究極の要望は麻痺の改善にある

上述のように、リハ医療に鍼灸を導入した動機は、当初は治療供給側に立った私のいわば主観的目的意識が優先した。

しかし、片麻痺患者さんの側からすれば、いかなる治療法であっても期待する効果はただ一点に収束される。すなわち、麻痺そのものの改善という究極の願望である。そしてその願望は鍼灸治療の受診動機にもそっくり置き換えられる。

私が鍼灸治療をリハ医療の現場に導入し初めた頃は、中国から片麻痺の特効的治療として頭針療法なるものがはなばなしい成果を携えて我が国に喧伝され、それを肯定する西洋医学側からの追討成績? が日刊紙に大々的に取り上げられるとい

う時期でもあった。

患者さんの要望に応じて、1975年からは院内に専用の鍼灸治療室を設け、患者さんの期待を一身に担いながら、頭針療法を含めて私の手中にあるすべての手段を尽くして麻痺改善の目標に立ち向かってみた。しかし残念ながら思わしい臨床成果は得られなかった。

1976年、WHOの事業として日本の医師のために初めて開講される現代中国鍼灸講座に受講するよう、私の勤務先を主管する神奈川県から命ぜられ、上海中医学院に約4ヶ月留学する機会を得た。わずか3時間半のフライトで行ける隣国でありながら、全く次元の異なる空間 other planet に遊んだような印象深い4ヶ月であった⁷⁾。我々のために用意された研修カリキュラムの中には、人民公社での農作業の体験実習や、現地で“^{はたし}素足の医者”と患家を訪れ、その場で指導教官から弁証のテストを受けるといった実践的な内容も組み入れられており、それらを一通りこなしてめでたく終了証書を手にしたことは、貴重な人生体験として忘れることのない思い出として残っている。この歳は文化大革命最後の歳でもあったわけで、批林、批孔の延長線上で激しく鄧小平氏が批判されている時でもあった。

* 中枢性麻痺に対する改善効果には限界がある

話を元に戻す。留学中に、「貴君のやりかたでは刺激量が少なすぎる」と指摘された頭針療法を、帰国してからは患者さんが耐えうる最大刺激量にして再度臨床応用に励んだが、残念ながら私も患者さんともに満足できる臨床成果は得られなかった。

当時集計した臨床成績を示す (表1の左)。治療効果はBrunnstrom's recovery stageを指標として評価したが、有効率はたかだか10%で、いかに晶屑目に見ても临床上の有用性は高いとはいえない難いものであった。中国が報ずる片麻痺に対する鍼灸治療の90%代の有効率 (一頭針療法に限らず) とは遠くかけ離れた数値となった。ところで大変興味深いのは表1の右のグラフである。こ

表1 中枢性運動麻痺に対する鍼灸治療の効果

有効 : Brunnstrom's recovery stage が2段階以上改善

治療方法	有効	無効	計
低周波鍼通電	3	18	21
体鍼		5	5
頭針療法		10	10
低周波鍼通電 体鍼 頭針療法	1	3	4
計	4 10%	36 90%	40 100%
平均治療回数			16.8

TANZAWA, 1978

	Effective	Not effective	Cases
Omarthralgia	15	12	27
Disturbance of urination	6	8	14
Aphasia	4	9	13
Numbness		10	10
Headache	3	1	4
Trigeminal neuralgia	2	1	3
Pain in the paralyzed limb	1		1
Hemiplegia	6 13%	40 87%	46 100%

Wang Qi-Zhen, 1986

表2 片麻痺（入院）対象例に行った鍼灸治療方法

n = 639

治療方法	対象例	実施率	治療方法	対象例	実施率
体鍼療法	633	99.0	直接灸	13	2.0
低周波鍼通電療法	511	79.9	耳鍼療法	12	1.8
灸頭鍼療法	340	53.2	吸い玉（拔罐）	7	1.0
間接灸	263	41.1	レーザー治療	7	1.0
経皮的低周波通電療法	112	17.5	寒冷灸	3	0.4
拮抗筋鍼通電刺激	110	17.2	イオンバンピング	2	0.3
頭針療法	58	9.0	刺絡療法	1	0.1
遠赤外線照射	58	9.0	その他	64	10.0
痙性筋鍼通電刺激	52	8.1			

これは某中医師が日本の某大学のリハビリテーション関連施設で片麻痺に対し鍼灸治療を行った臨床成績である。その大学が主催した日中脳卒中シンポジウムで私の次に発表されたものであるが、評価基準がほぼ同様なためか私のデータと大変近似したものであった⁸⁾。

臨床の現場で直接肌に感ずる有効性はせいぜいこの程度であり、しかもこの数値がすべて鍼灸治療によって齎された成果とはいいい難く、結論的に鍼灸治療は片麻痺の麻痺（中枢性運動麻痺）それ自身に対する直接的効果は期待できないという見解に達した。

当時、この臨床経験を踏まえながら、鍼灸療—頭鍼療法を含む—に片麻痺の麻痺改善効果を過大に期待し、また期待させてはならないことを機会あるごとに鍼灸界に警告したが、「医者やる鍼は冷たい」と、冷やかな視線を浴びたことを記憶している。

* 鍼灸はリハ医療を円滑に進めるための有力な補助手段

前述のとおり、リハ医療に鍼灸治療を導入した結果、疼痛対策を主とした局所的効果についてはほぼ満足できる程度の成果が得られたものの⁹⁻¹⁰⁾、一方では患者さんの最大の願望である運動麻痺（中枢性）に対する臨床効果については、鍼灸の治療的限界を切実に感じていた頃でもあった。

そこで視点を変えて、鍼灸治療を受療している患者さんを入院患者さん全体の中に戻し入れ、対象に向けるまなざしをすべての患者さんの院内生活の平均的レベルに合わせて観察していると、鍼灸治療を受けている患者さんは、しばしば訓練中に発生する関節痛で訓練を休む率が少ないこと、筋肉のこわ張り—肩凝りを含む—を訴える人が少ないこと、さらには快眠、快便、食欲増進といった、一口で言えば体調が整い、訓練に対する順応力・耐久力が高まる人が多い事実に気がついた。中には、到達可能なりハビリテーション・ゴールは車椅子移動が精一杯と考えられていたのが、根気よく鍼灸治療を重ねた結果、持久力がつきリハ

ビリテーションプログラムをきっちり消化して杖独歩レベルに達して堂々と退院した症例もあり、予期せぬ身体機能（主として運動機能）の改善が認められる症例を経験するようになった。

では、その改善を齎した要因は何かということになる。そこであらためてその症例の麻痺の程度、すなわち機能障害 impairment を評価してみると、ほとんど麻痺の改善兆候は見いだせない。つまり、この症例がより高い目標に向かって設けられたリハビリテーションプログラムを着実に消化できたことは、機能障害の改善に負うのではなく、健側が強化されたことを含めて個体丸ごとの能力、すなわち能力障害 disability が改善し、ADL全般にわたってそれなりの巧緻性を獲得したことが最大の要因であるということになる。

つまり健側の強化を含め、個体全体の能力を向上させるようなアプローチが、患者さんの「自由意志が行動に及ぶ空間」を拡大することにいかに貢献したかということを示す結果でもあった。

鍼灸治療とリハビリテーション医療との連携治療を行っている立場からみると、上述の結果は、鍼灸治療がリハビリテーション医療を円滑に進めるための有力な支援対策・補助手段として応分の役割を果たしたことの証左であり、そのことはすなわち、リハ医療の現場における鍼灸治療導入の有用性を立証したものと解釈できるものと考えた。

* 鍼灸を導入した意義とは

そこで、あらためてリハ医療の中で鍼灸治療の果たした役割を、鍼灸治療の内容を再検討する作業の中から検証してみる。

表2に示すとおり、対象者に行った治療方法は、いわゆるオーソドックスな治療法である体鍼法が広く行われ、麻痺改善を謳う治療法の単独治療の適用は少ない事がわかる。つまり健側の経穴を使った本格的な治療が基礎治療として行われている上に、特定の症候をターゲットとした標的的な治療が付け加えられる治療法が普遍的な治療パターンであることになる。そしてこの治療パターンこそが、鍼灸治療をリハ医療の場に導入する意義その

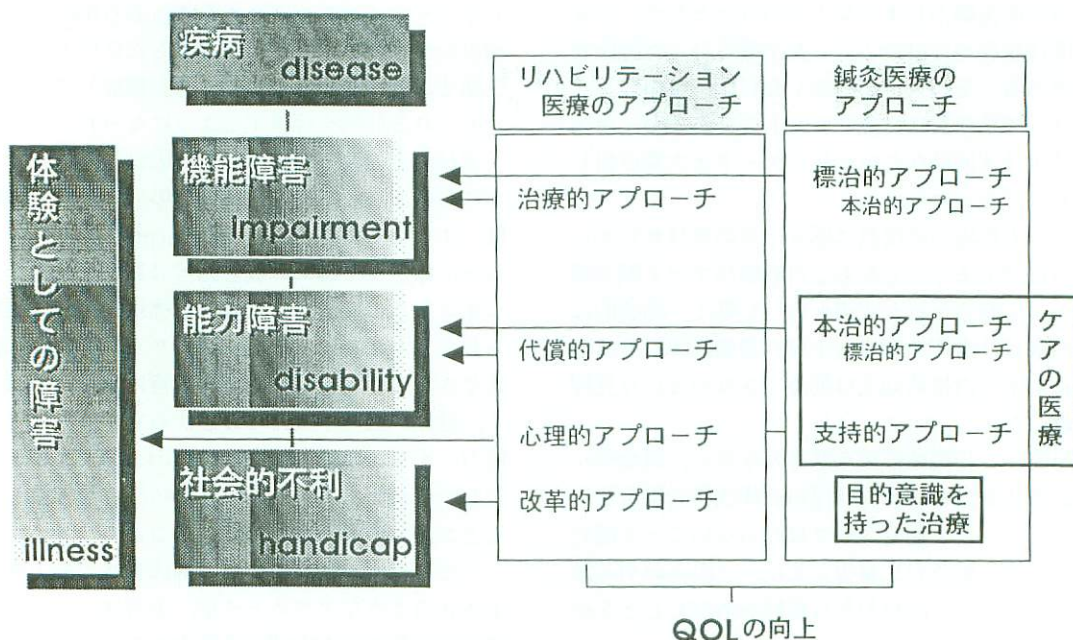


図4 障害の階層性に対するリハビリテーション的対策と、鍼灸医療的アプローチの考え方

ものを物語っていることに気がついたのである。

ご承知のようにリハビリテーションは障害を重層的に捉え、各層に対するアプローチは連携を密にしながら、障害者のQOL向上を最終の目的として同時平行的に進められる(図4)。各層のアプローチの当面の目標は、次段階のアプローチを円滑に進めるために必要にしてかつ良好な素地を作ることに置かれる。いいかえると各層のアプローチは障害者のQOLの向上という大きな目標を内包しつつ、それぞれが分担すべき個々の目標を明確に意識して実施されるわけである。

* 鍼灸の活用方法の王道を知る

さきに、リハ医療の現場で行われていた鍼灸治療の治療パターンが、鍼灸治療をリハ医療の場に導入する意義そのものを物語っているということ述べた。その意味するところは、この治療パターンこそは個体の生理・調節機構全体に働きかけるいわば鍼灸治療の「本来の面目」ともいえるべき治療法であって、とりもなおさず能力障害の改善と

いう目的指向性を持っていることになり、リハ治療の目的内容と全く同義であるという意味である。つまり、「全人間の復興」を目標に掲げる鍼灸医学(東洋医学)とリハビリテーション医学とは、近似性というよりはむしろ合一性に近い医の理念を持っており、したがってその理念の展開のある臨床では、両医学が接点医療として協調でき得る背景が巧まずして形作られているものと考えた。

この時点で、リハ医療に鍼灸を導入するに当たっては、鍼灸の局所的な臨床効果を期待する以上に鍼灸が持つ全身的な効果に着目し、そこに導入の意義を置くということが鍼灸活用の王道であることを知ったわけである。このことは私の内面において西洋医学と東洋医学とが完全に融合したことを意味するものでもあった¹¹⁻¹²⁾。

1988年、たまたま、アジアで初めて第16回リハビリテーション世界会議が我が国で開催され、特別企画として東洋医学のセッションが設けられその座長を仰せ付かった。短い基調講演ではあった

生活の満足度 (%)

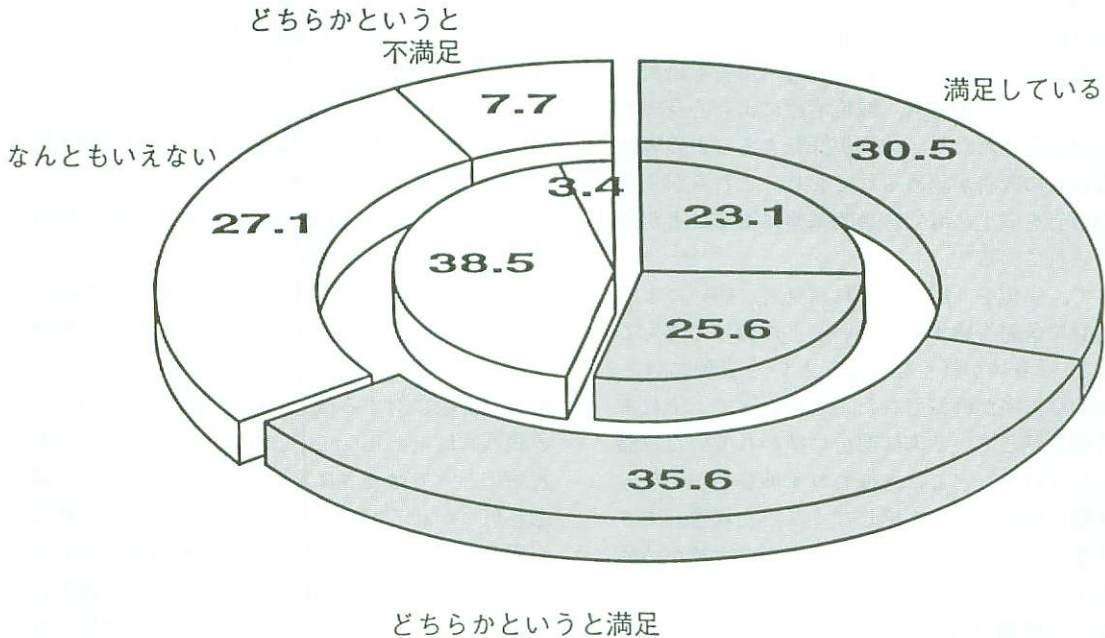


図5 生活の満足度(主観的QOL)調査

北海道地区のスモン患者を対象とした鍼灸治療実体調査の一部-1992.
 n=98 外輪は鍼灸治療継続群 n=59 内輪は鍼灸治療中断群 n=39

が、その中で、リハ医学と東洋医学とはそれぞれが持つ「医の倫理」は近似しており、がゆえに両医学が接点医療として協調できる背景があること、その実践がリハ医療に大きなメリットを齎らすことを確信をもって強調したところである¹³⁾。

* 自己の臨床に思想を持つこと

このころから、私は目的指向という言葉で「思想」という言葉にいいかえて、「思想を持った治療」の実践を提唱するようになる。具体的にいえば、対象とする患者さんはいまどのような人生の局面(疾病であれば病期)に立っているかを理解し、この人にどのような「可能性が創造できるか」という目標を意識した治療を行うということである。その目標の延長線上にはQOLの向上という医療の究極の目標があることはいままでの

(図4)。

1993年、京都で開催された第3回世界鍼灸学会学術大会の特別講演でもこの考えかたを基調として論旨を組み立てた¹⁴⁾。この考えかたを傍証する具体的な例として、北海道地区のスモン患者さんを対象として行った主観的QOLに関する調査結果を示す(図5)。質問紙法によって鍼灸治療を受けている人(鍼灸継続治療群)と受けていない人(主として治療中断群)とに、現在の生活についての満足度を聞いた結果、現在の生活に満足している人の率は、明らかに鍼灸継続治療群に多い結果が得られた¹⁵⁾。

* 癒すことと鍼灸

そこでこの結果が生まれる背景にあるものを、同時に記載を求めた治療効果の記述から探ってみ

る。そうすると、治療後の感想・評価について、治療後に「身体が軽くなった」という記述が過半数の調査票から特徴的に抽出された。また1990年から（財）東洋療法研修試験財団が主催して行っているシルバー鍼灸等調査研究班（筆者も班員の一人）の調査結果でも、鍼灸治療により心身症的傾向が是正されたり、体調が好転するなどの客観的QOLの改善が認められており、これらが主観的QOLを向上に導く背景的基盤にあることが確かめられている¹⁵⁾。

さて、病気を「病^{やま}い」それ自身と、病いによって心身に苦痛を感じず「患^{わづら}い」とに分けて考えてみると、「身体が軽くなった」という表現には、肉体的な苦痛が軽減されたことによって、それまで苦痛を感じている肉体部分に捕われていた意識が開放されて、どこにも捕われず伸びやかになった状態、肉体の重さを感じなくなった状態、まさに「患^{やま}い」感が癒されたという素直な実感が込められている。

ここで標題のQOLを「人生の質」と捉えてみると、QOL＝「生きがい^{やま}が自分で意識できる」ということと同義になる。そして生きがいを生活の満足度と広義に解釈すれば、鍼灸治療は「患^{やま}い感」からの開放という臨床効果を介してQOLの向上を手助けしていることになる。

*私の考える鍼灸医療の概念
ところで「患^{やま}い感」は治療－
キューア－という医療技術だけで
払拭できるものだろうか、
それぞれが医療機関に受診した
体験を振り返って即座に肯定的
な返答ができない人が多いので
はなからうか。

「患^{やま}い感」を癒すには、共感
と思いやりを携えたケアの手が
必要である。「人間は手を触れる
ことによって、自然の五感を
越えたレベルでの共感を得るこ

とができる」といわれている。鍼灸の臨床を重ねれば重ねるほど、鍼灸は個々にはキューアの要素を含んではいるものの、最終的には共感と手を媒体として自然治癒力を援助しながらケアに統合されていく医療形態であるという感慨を強く持つようになる。そしてその感慨が私の中で概念として次第に整理され、その概念が鍼灸治療を鍼灸医療という呼称に変えてゆくきっかけとなった。

その概念とは、「鍼灸医療は対象や病態の物理的・病理的制約の枠を越えて適応できる独自のジャンルを持つケアの医療である」ということである。

いま超高齢者社会に向かって、いままでの健康の概念に代えて、「病と共に生きる健康」という新しい健康に対する概念の提唱が提唱されている。多臓器病理（multiple patholosis）を持つ高齢者層にとってはまさに必要な概念である。この概念を息づかせるものは、病とともに生きるために必要なキューアと、ケアの要素を備えしかもアクセスし易い医療の不断の供給であろう。鍼灸はその医療の有力候補の一つであるといつて憚らない。なぜならば鍼灸医療は、生体の物理的、病理的な枠を越えて、癒すことと体調を維持すること（未病治）との両面に働き掛けることができる医

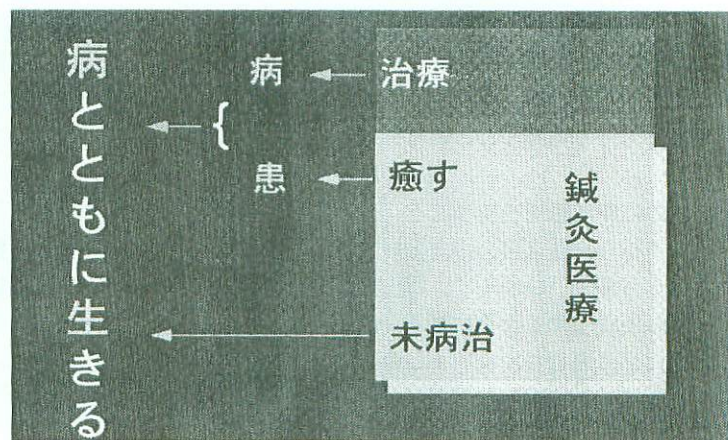


図6

療形態という上述の概念そのものが適合するからである。そしてこの概念は、医療というフィールドの中で、鍼灸医療の占める場を明確に位置づける指標にもなると考えている(図6)。

蛇足ながら、このような考えをもって臨床を実践していると、鍼灸医療はいわゆる西欧近代医学とはジャンルを異にする独特の医療形態であることを実感するようになる。そしてその実感は、具体的なアプローチの仕方にしても、臨床効果の面にしても、ことごとく西欧医療と比肩して、それだけを論ずることの重要さと意味性とを減じさせた。

鍼灸に代替医療 *altinative medicine* という名称を冠することの誤りをことあるごとに指摘し、かつ積極的にそれを排除すべきとする私の言動の原点もそこにある¹⁵⁾。

*** スモンに対する鍼灸医療から知ったこと**

話しの内容がやや理念に傾き過ぎた。再度リハビリテーション医療と鍼灸医療との協調医療の実践的な問題に戻し、スモン-SMON (*subacute myelo-optico-neuropathy*) 患者さんに対するリハ医療と鍼灸医療との協調医療(接点の医療)について概説する¹⁶⁾。

1973年から、スモン患者さんの激烈な下肢の異常知覚をターゲットとした鍼灸治療の臨床応用研究が、精力的に芹沢、森らによって開始され、西洋医学側からの参加もあって大々的にプロジェクト研究として展開された。結果は薬物と同等もしくはそれ以上の臨床効果があるという評価であった。この評価に基づき、国はスモンに行われる鍼灸治療費用の公費負担制度を交付し、現在でも約30%の患者さんがこの制度を利用しながら闘病生活を続けている。しかし一時期、この制度のフォロー不足から鍼灸治療の受療状況が低迷する時期を迎える。この時期に総評が中国の針治療を現地で受けることを目的とした訪中団を結成し、スモン患者さんを北京に送り込む。治療を受けた患者さんの内の何人かが、万里の長城を杖なしで昇ることができたという奇跡的な報道をきっかけに、

スモン研究班の中の東洋医学プロジェクトが改組され、その時期に私も参加を求められて中国針を用いた治療研究が再開されることになる。

中国針法を主体として治療した代表治験例を提示する¹⁷⁾。

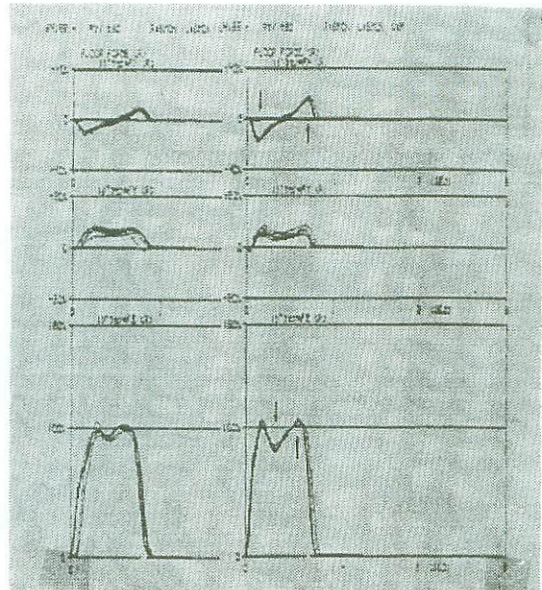
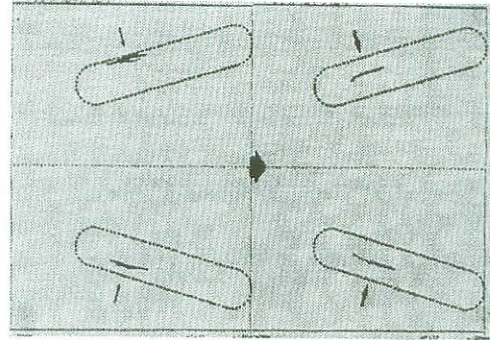


図7 スモン症例の直立バランス時の重心動揺(上段)と、床反力でみた歩行分析(下段)

上段：治療前(左)は重心が足底の外側後方にあり動揺も激しいが、治療後(右)は足底中央部のやや前方に移動し、正常パターンに近づいている。

下段：治療前(左)に比し、治療後は推進力、制動力を示す波形がはっきりみえるようになり(右)、正常パターンに近づいている。

症例はスモン罹病歴21年の50歳の主婦で、両下肢の non segmental な表在・深部覚の低下と軽度の筋力減退があり、歩行は階段昇降は手すりを要し、耐久性は1 km内外、大腿中央部から足尖にかけてスモン特有の異常知覚があり、心理テストは高度な不安傾向が認められた。この症例の特徴は、立位バランスが著しく不良で後方に対する不安定さが目立ち、それが自覚的に歩行時にふらつきを助長していることである。

リハビリテーション医療と鍼灸医療との関係したアプローチを2ヶ月間行い、治療前後の直立バランス時の足底でみた重心動揺を比較したものを示す(図7の上)。治療後には重心点は足底の外側後方から中央部に移動し、正常化と安定化を示す結果が得られた。歩行時の床反力波形も治療後は制動力・推進力がともに強くなり、正常歩行の波形に近づいた(図7の下)。この症例の歩行能力の変化を治療前後で比較すると、①10メートル

スピードは10秒から6秒に短縮、②階段昇降は手すりが不要となり、③歩行時のふらつきが減少し、④歩行耐久性は1 km 以上増えた。その結果、歩行を伴う行動範囲は拡大し、歩行能力を尺度としてみた障害像は大幅に改善したことになる。

この症例について、第3者の立場で経過を観察した神経内科医のコメントを紹介する。

「少なくとも中等症以下のスモン症例の歩行を中心とする生活機能が、錯知覚の程度と範囲に最も大きな影響を受けていることが示唆された。下肢の不快感錯知覚が、過度に抑制された生活パターンを強い、これに心因や年齢の影響も加わって、多様な2次的障害を齎らすものと思われる。リハ訓練と東洋医学的治療は相乗的に錯知覚の軽減に働いたと思われ、陳旧例の対策に手掛かりをあたえたものと思う。今回の治療が直接神経機構を賦活改善したと考えるには効果発現までの日数があまりにも短いので、おそらくまず患者の患肢の循

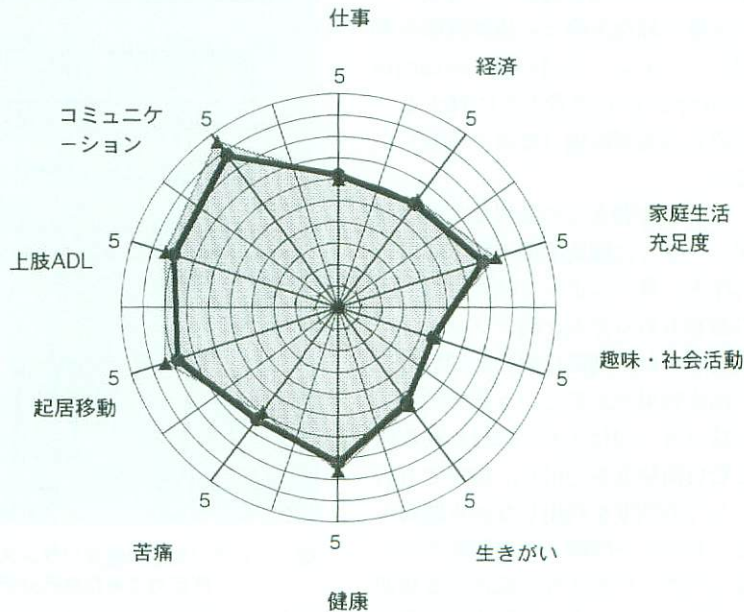


図8 スモン患者のQOL調査
総合的QOL調査票による得点のレーダーグラム

網かけ部分は現在のQOL得点で囲まれた領域で、実線は将来予測の得点を示す。両者はほとんど相似形で重ね合わさる。すなわち現在のQOLが将来予測のQOLに色濃く反映していることがはっきり解かる。

環動態に何らかの好ましい変化が生じて、症状の
 好転を initiate したものとする。」

*** QOLと鍼灸医療**

上述のように、この患者さんの生活パターンを過度に抑制している主な原因は、錯知覚による歩行障害であり、錯知覚の軽減によって自由意志の及ぶ範囲が大きく拡大したわけで、主として知覚系の改善に関わったと思われる鍼灸医療と、運動系の改善に関わったと思われるリハビリテーション医療との連係医療の成果がQOL向上に大きく貢献したことになる。

スモン研究班のQOLプロジェクトでは、スモン患者さんを対象としたQOL調査表を作成し調査を行っているが、われわれが1995年度に調査(対象スモン患者28名-男性5, 女性23-, 平均年齢61.8歳, Barthel Index 80点以上)したものである。その結果を供覧する¹⁰⁾。

この調査票はスモン患者さん専用で作られたもので、生物レベル2(健康・生命, 苦痛), 個人レベル3(起居移動, 上肢ADL, コミュニケーション), 社会レベル4(仕事, 経済, 家庭生活充足度, 趣味・社会活動), 主観レベル1(生きがい)の合計10のアイテムに設けられた設問に対して解答(聞き取り調査もある)を求め、その解答に評価基準に従って重～軽へ1～5点の得点を与え、病前, 発症時最悪期, 現在, 将来予測の4時点におけるQOLを評価するものである。ここではそれぞれのアイテムの現在の得点と将来予測の得点をレーダーグラムに移したものを示す(図8)。図で見るとおり、現在の得点で囲まれる領域がほとんどそのままに将来予測の領域に重ね合わせ、当然推測できることとはいえ、現時点におけるQOL各側面の認識が、将来のQOLの予測に非常に強い影響を与えていることが確かめられた。

この結果は、現時点のQOLを、その個人が持つ可能性に応じて最大限に高める事が、将来のQOLを望むに当たっていかに大切であるかということを示唆している。

*** 臨床の現場で常に意識すること**

今日ただいまの臨床がその人のQOLを支配するといったやや大仰な言い方に過ぎようが、しかし鍼灸をケアの医療と位置づけている私の臨床は、常にこのことを意識してきたし、今後もより強く意識し続けたいと考えている¹⁰⁾。

振り返ると私の鍼灸臨床は、その20年の前半はリハビリテーション医療の中で鍼灸のケアの側面を主として活用し、後半は、鍼灸のケアの面を臨床実践の柱として、鍼灸が持つ Wholism の中にリハビリテーション医療を溶け込ませ、対象の可能性を創造しその実現を援助するという理念の具現化に努めてきた。

以上、日々の臨床の現場を通して体得した鍼灸に対する感慨をもとに、標題にそって私が抱く鍼灸医療の概念とその実践の断片とを叙述した。

この叙述が読み手の諸氏それぞれに何分かの問題(共感・反発)を提起し、鍼灸医療の発展のための論議の輪が広がるとすれば、まさに望外の喜びとするところである。

参考文献

- 1) 丹沢章八：片麻痺のリハビリテーションにおける針治療. 総合リハビリテーション, 6 : 823-829, 1978.
- 2) 丹沢章八：片麻痺の鍼治療. 自律神経雑誌, 26 : 128-135, 1980.
- 3) 丹沢章八：リハビリテーション. 東洋医学を学ぶ人のために(山下九三夫, 鈴木太ほか編), 医学書院, 484-489, 1984.
- 4) 丹沢章八：東洋医学的アプローチ. リハビリテーション医学全書14脳卒中その他の片麻痺(福井園彦編), 医歯薬出版, 210-219, 1995.
- 5) 丹沢章八：鍼灸の科学化とリハビリテーション医学への応用. 全日本鍼灸学会雑誌 35 : 173-181, 1985.
- 6) 丹沢章八：リハビリテーション. 臨床老年医学体系(山下九三夫ほか編), 情報開発研究所, 231-241, 1983.
- 7) 丹沢章八：中国針に思う. 理療 7 : 103-106, 150-153, 216-220, 8 : 19-24, 1977-1978.

- 8) Shohachi Tanzawa : Acupuncture therapy in hemiplegic patients. Proceedings of The Joint Japan-China Stroke Conference held in October of 1986 in Hirosaki (Japan) and, Tokyo, 137-153, 1986.
- 9) 丹沢章八：肩の痛みとその対策は。脳卒中最前線－急性期の診断からリハビリテーションまで（福井 圀彦ほか編），医歯薬出版，354-358，1995.
- 10) 丹沢章八：各種疼痛症状に対する鍼灸治療の実際 1～5。脊椎脊髄ジャーナル 3：547-552, 625-630, 715-720, 795-800, 967-974, 1990.
- 11) 丹沢章八：リハビリテーションと鍼灸。日本経絡学会誌 19：1-11, 1992.
- 12) 丹沢章八：シンポジウム東洋医学と西洋医学の接点－鍼灸とリハビリテーション。日温気物医誌 57：46-47, 1993.
- 13) 丹沢章八：東洋医学とリハビリテーション，第16回リハビリテーション世界会議報告書，199-200, 1988.
- 14) 丹沢章八著編：高齢者ケアのための鍼灸医療。医道の日本社，1995.
- 15) 丹沢章八，田代邦雄ら：スモン患者の医療における鍼灸治療等の役割について－北海道地区の鍼灸治療等の受療者調査結果から考える－。厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成4年度研究業績集，311-318, 1992.
- 16) 丹沢章八，八瀬善郎ら：スモン患者の東洋医学的治療の手引き。厚生省特定疾患スモン調査研究班治療分科会東洋医学プロジェクト刊行，1991.
- 17) 丹沢章八，根本宏三ら：スモン後遺症に対する鍼灸治療とリハビリテーション治療の併用効果について。厚生省特定疾患スモン調査研究班・昭和60年度研究業績集，392-397, 1985.
- 18) 丹沢章八，上田 敏ら：スモン患者のQOL調査－第2報－。厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成7年度研究業績集投稿中
- 19) 丹沢章八：漢方医学の新知識－リハビリテーションと鍼灸。からだの科学増刊，157-162, 1995.