

# 日本における多元的医療の重要性

——療術業の制度化の歴史から——

山 村 萌\*

## I はじめに

高齢化の進む日本社会において、医療は欠かせないものである。私たち日本人が医療と言われてまず思い浮かべるのは、医師であったり病院であったりするものが一般的である。例えば支出面で見ると、年間約40兆円にも及ぶ政府の医療支出のほとんどが、病院や診療所で発生している診療費である。また、学術的にも、日本の医療について書かれた文献は「医療＝病院医療」として議論するのが通例になっている。しかし、日本における医療の歴史をさかのぼれば、上記のような病院文化が根付いたのはごく最近であることがわかる。

本稿の主題は、多元的医療の重要性である。これを明らかにするため、病院の外にある医療・療術業の分析を行う。療術業は病院医療が依拠する医学と対照的な考え方を基礎に置いている。現在、療術業は病院医療をはじめとする医療業に分類される業種の中でも“不思議”な産業であり、その業態把握も他と比べて異質である。しかしながら、その歴史は古く、現在療術業に含まれる療法が日本の医療の中心的役割を担っていた期間も長い。いかにして療術業が日本の医療の主流から外れていったのかを分析することで、日本の医療制度はどのように今の形をつくってきたのか、「医」とはどうあるべきなのかを明らかにしていく。

第Ⅱ節では、まず「医療行為とは何か」を検討する。そこでは、病院医療に限定されない、広義の医療、すなわち多元的医療の定義を確認するとともに、本稿の立場である療術にも医療行為性を見ることの妥当性を明らかにする。第Ⅲ節では、療術業の現在の制度的位置づけや、療術の具体的な療法について説明する。療術業の検討にあたり、療術の「療法」と「業」の特性を別々に議論することで、療術業の制度的な位置づけと、実際の行為に乖離が見られる場合があることを強調する。

第Ⅳ節では、日本の医療の制度化の歴史を把握することで、療術業がいかにして周縁化されていくかを見る。この考察において、現行の医療制度が病院医療に親和的であること、「医」という概念が制度的に定義づけられていること、「代替医療」という概念が病院医療の中心性を前提として用いられていることを明らかにしていく。これらは、制度的要因のみならず、病院医療と療術業の療法的特性の違いという要因を考慮することではじめて説明できると考える。

第Ⅴ節では本稿の結論として、「なぜ日本の医療において療術業は主流にならなかったのか」という問いに向き合う。明治以後、病院医療は圧倒的な信頼を得るとともに、実際の制度設計も病院医療の中心化へとひた走ってきた。そして、病院医療や医師制度を前提とした「医」の概念に乗りかかったまま、療術業はこの制度の中での権益獲得・拡大のために動き、その結果として医療の主

---

\* 京都大学経済学部 4回生

流から外れたものとしての扱いを受けている。このことを踏まえつつ、もともと多元的な医療を持つ日本において、本来医療制度に期待されていることは一体何なのかを指摘していく。

なお、本稿では病院医療と療術を対比しつつ議論を進めるが、いずれかに一方的に肩入れするような考察を可能な限り行わないことに努めたい。なぜなら、医療の多元性は利害関係によって阻害されてきた歴史があり、また、医療にとって最も大切な「人々を救う」という普遍的目的の実現には、偏った見方は支障をきたす可能性があるからである。

## II 医療行為とは何か

### 1 医についての様々な議論

本稿において、療術業について説明する前に、そもそも療術は医療行為であるのかどうかを検討しておかねばならない。そしてそのためには、そもそも医療行為とは何なのか、ひいては「医」とは何なのかという議論を要する。

医療行為とは一体何なのかについては、多くの議論がなされてきた。例えば、ロイ・ポーターは著作『健康売ります』で近代イギリスにおける「ニセ医者」の実態を明らかにしている。ポーターは「ニセ医者」とわざわざ括弧付きで、「医学界の権力者が定義した、本物で正当で正規の『よい』医療というものからはみ出してしまった」多種多様な治療を行う者であると強調している<sup>1)</sup>。つまり、彼のこういった問題設定が意味を持つ理由は、いったい何が本物の医療なのか、そして何が偽物の医療なのかは、時代と場所によっても変わってしまう余地があるという不思議な側面があるためである。

これに関連して、「医」という語源についての興味深い議論がある<sup>2)</sup>。14世紀の書物には医者の意味で「doctour of physik」が使用されている。doctor はラテン語で「教える人」という意味であり、「身体的な」という意味の「physical」の語源となったこの「physik」こそが「医」の意味に近かったとされている。また「医療」の意味になる medicine も薬に由来することから、ヨーロッパでは身体と薬が「医」の起源とみなされている。これに対して、漢字の「医」はもともと「醫」と書き、酒による治癒という意味が含まれる。すなわち日本語で同じ「医」という言葉で現在使用されていても、それぞれの言葉の起源が違うということは、当然それを用いる人々の持つ考え方が同じではないことを推測できる。したがって西洋的な physik の観点をとる人から見れば、「酒で治療するなんてことは野蛮だ」となるかもしれないし、反対に酒の医療観を持つ人が西洋的な医療観に触れたとき、「酒を楽しむように、心のゆとりや身体のリラックス状態をつくることも病気治療には必要だ」と言うかもしれない。もちろんだからといって、どちらが一義的に正しいのかというと、東西の医療観の違いを見れば、唯一の答えが存在するとは言えない。

また、施術者の資質に医療行為性を見る考え方もある。それは、同じ行為にであっても、その施術者が能力を客観的に認証されている医師免許を持つ者（医師）なのか、あるいは同等・同様の技術・能力はあっても資格としては客観的に認証されていない者であるのかで、その行為の医療行為性が変わるのかという古くからの問いである。例えば、ルーヴル美術館にヘリット・ファン・ホン

1) ポーター [1993] iv ページ。

2) この段落は、新谷 [2009] 103 ページによる。

トホルストの『抜歯屋』（1627年）という絵がある。当時のヨーロッパでは歯が悪くなっていよいよ抜歯となれば方法が二つあった。一つは外科医師に仕事場で歯を抜いてもらうこと、もう一つはニセ医者に露店で歯を抜いてもらうことである。露店のニセ医者の中には見世物として抜歯を行い、その際に観客から盗みを働く輩もいたが、そうしたものも含めて露店のニセ医者たちが商売を継続できたことは、正当な医者だけが“よい”医療を行っているのではないと民衆が認識しているとも読み取ることができる<sup>3)</sup>。すなわち医師による診断は近代の科学信仰を象徴し、詐欺師かもしれない治療師に体を預けることは民衆的知識への慣習的な信仰を象徴している。この相反する二つの信仰は当時の人の関心事項であり、時代を特徴づけるテーマであった。

以上のように、ある行為の医療行為性を考える際には、その行為自体の検討はもちろん、「医」に向き合う多元的な見方を踏まえた上で、その行為の主体者（施術者）が誰なのかなど様々な事項が考慮されなければならなかった。

## 2 辞書による定義

辞書による定義を見ることで、医療行為とは何かについて考える上でのポイントを重ねて明確にしていこう。多くの国語辞典では、医療行為という言葉はある程度自明視されており、詳しい記述がない<sup>4)</sup>中で、『デジタル大辞泉』では、やや詳細に記述されている。これによると「いりょう—こうい〔イレウカウキ〕【医療行為】」とは、次のように定義される。

医師法により、医師および医師の指示を受けた看護師・助産師などの医療従事者のみ行うことが認められている治療や処置などのこと。医学的な技術・判断がなければ人体に危害を及ぼす危険がある行為の総称。

〔補説〕医療行為の定義は必ずしも明確ではなく、血圧測定・経管栄養注入・たんの吸引などを医療行為とみなすかどうか意見が分かれている。経管栄養注入などの日常の医療的ケアは、現在では家族も行うことが認められている。気管挿入は、かつては医師しか行えなかったが、現在は救急救命士も行うことが認められている<sup>5)</sup>。

上記の記述から読み取れるのは、医療行為とは「医療従事者が行うもの」という行為主体の明確な限定をしながら、補説によってその定義の限界を示していること、そして、その行為の医学的な専門性についての言及である。

しかしながら、この説明には補説でも言及されない大きな問題が残されている。それは、ここでいう「医学的な」の「医学」とはそもそもいったい何を指すのであろうかという問題である。

---

3) 国立新美術館他主催「ルーヴル美術館展 日常を描く—風俗画にみるヨーロッパ絵画の真髄（2015年6月16日-9月27日 京都市美術館）」における同絵画の説明を参考に要約・記述したものである。これ以外にも、ヘリット・ダウによる『歯を抜く男』（1630-35年頃）では、治療師は詐欺師を象徴するものとして描かれ（レッシング [2011] 349 ページ、国立西洋美術館他編 [2009] 160-161 ページ）、ジャンドメニコ・ティエポロの『「大道商人」または『抜歯屋』』（1754年頃）には、この職業に対する大衆的関心の高さが描かれている（レッシング [2011] 201 ページ）。

4) 新村出編 [2008] 『広辞苑第6版』207 ページでは「【医療】 医術で病気を治すこと。」

5) 松村明監修『デジタル大辞泉』。

### 3 医学大辞典による定義

それでは、より専門的な辞典で医療行為がどのように定義されているのであろうか。『医学大辞典第2版』によると、「いりょうこうい【医療行為】」は、以下のように記述されている。

医療行為としては、①医師が行う診察、歯科医師が行う歯科診察、②保健師、助産師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などの診療・歯科診療への補助行為や参加行為、③あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師の施術行為（固定した方法）、④医業類似行為（③以外の方法で施術行為以外の方法）がある。医療行為の過程で医療過誤が疑われる場合には刑事責任、民事責任、行政責任の有無が問題となる<sup>6)</sup>。

以上の認識では、医業類似行為も広義の医療行為として扱われるという含意を読み取ることができる。別言すれば、一般的な辞書の定義よりも医療行為をより広く見ているということである。これは、基本的に医療行為性の認定を行為主体の資質や資格によって行うべきだが、それだけでは不十分な場合があることを医学的な立場では認めていると読み取ることができる。

### 4 法律による定義

別の方向から先ほどの問題を考える上で、医師法を検討してみる必要がある。

医師法<sup>7)</sup>（昭和23年法律第201号）

第一条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

第二条 医師になろうとする者は、医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

第十七条 医師でなければ、医業をなしてはならない。

医師は国家試験合格者と定義されているのみで、医師そのものがどのような存在であるかという究極の規定にはなっていないことを第二条から読み取ることができる。また、第十七条に関しては、以下のように解説されている。

医師法第17条に規定する「医業」とは、当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（「医行為」）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している<sup>8)</sup>。

医師法においても、結局のところ、一体何が医療行為なのかという具体的な線引きは、医師という

6) 伊藤正男他編 [2009] 168 ページ。

7) 法令データ提供システム e-Gov 「医師法」。

8) 厚生労働省「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」の通知（2005年）。

存在と紐づけて考えることしかできないし、その行為の主体である医師というのも医療行為というものをを行うために資格要件を満たした者であって、医師が医業を規定し医業が医師を規定しているという、同義反復状態を示している。すなわち、ここに本稿が取り上げる病院医療的医療観の定着する端緒が垣間見える。

## 5 本稿における定義

本稿では「I はじめに」で述べたように、様々なバックグラウンドを有する「医」の概念一つ一つに対して、どれが正統でどれがそうではないのかという議論をするつもりは全くない。ましてや、正統な医療とは何か、ということ述べるつもりもない。むしろ本稿では、医療行為を医療行為たらしめる理論や概念的にばらつきのある行為主体による定義をするのではなく、「体系的・専門的な知識や技術に基づいた心身の治療を目的とした行為」とみなしたい<sup>9)</sup>。したがって、知識・技術は体系的・専門的なものとして形成されていれば、どのような考えに依拠していたとしても医療行為たりうると考える。そして、こうした「医療行為」を業とするのが「医業」である。

この定義に基づけば、病院等での医師本人による行為や看護師等によって医師の指示で行われる行為は間違いなく「医療行為」であることは言うまでもない。本稿においては、こうした医療のことを「病院医療」と呼んでいる。医師を行為主体（判断主体）として病院あるいは診療所を中心に行われる医療のことである。この病院医療では近代西洋医学の知識体系に基づいて治療を行っている場合がほとんどであり、少なくとも担い手である医師の資格をとるためには近代西洋医学が要求されている。

本稿での医療行為の定義に従えば、日本社会には多くの医療の形を認めることができる。一つの社会の中に複数の医療の体系がある状態を、大貫は「多元的医療体系」と称する<sup>10)</sup>。本稿ではこの指摘を念頭に、治療を目的とした行為であれば、薬物投与や直接的な肉体へのアプローチに限定することなく、もっと広いものとして医療を見るという立場をとる。この場合の医療には、食餌療法や呪術的療法も包摂されることになる。このような性格に基づいて、日本では医療体系の一つ一つが社会、文化の中にはめ込まれ、欠くことのできない一部分になっており、日本は伝統的に多元的医療体系がよく根付いた国であると評されている。そういった、正解を一つに求めない医療すなわち多元的な医療のあり方を根底に、筆を進めていきたい。

## Ⅲ 療術業とは

療術業は、病院医療とは担い手、その基盤となる考え方、そして施術の場所も基本的には異なる。しかし、前節の医療行為の定義、すなわち「体系的・専門的な知識や技術に基づいた心身の治療を目的とした行為」を用いれば、療術も医療行為であると言える。

療術業においては、療術師が多種多様な療法のそれぞれの考え方に従って治療をする。施術場所も、もちろん病院の場合もあるが、使用する設備が病院医療ほど多くないため比較的小規模な施設

9) ここでいう治療とは、すでに良好な心身の状態を維持するものを含む。また検査や診察などの治療のための行為も含む。

10) 大貫 [1985] 8ページ。本書全体でキーワードとして使用されている。

で行われることが多い。療術業では、主に鍼（はり）などの道具や手技療法<sup>11)</sup>によって物理的に肉体に刺激を与える方法で、怪我や疾病の治癒や健康増進を目的とした施術を行っている。したがって、その目的の主眼をリラクゼーションに置くアロマセラピーなどのリラクゼーション業や、美しくなることに置くエステなどの美容業についてはここでは対象としない。また治療目的に行われている業であっても、因果関係の再現性がない点で加持祈祷などの宗教的呪術は療術業には含まれない。

## 1 狭義の療術業と広義の療術業

療術業については施術者の保有資格によって、「狭義の療術業」と「その他の療術業」とを本稿では区別し、この二者を合わせて「(広義の)療術業」とする。

まず、狭義の療術業について説明すると、その従事者となるにはそれぞれの療法に関して専門的な教育を修了し国家試験に合格するか、あるいは医師でなければならない。医師について、個々の療法の資格がなくても従事できるとする法的根拠は「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」第一条、及び「柔道整復師法」第二条・第十五条である。狭義の療術業の扱う療法は、あん摩マッサージ指圧・はり・きゆう・柔道整復術である。狭義の療術業の各療法はいずれも自然治癒力の促進を目標として個々人に合わせたアプローチを、身体のメカニズムを理解した上で行っていく。ここに専門性が認められ、国家が試験管理をする理由がある<sup>12)</sup>。有資格者については独立開業が可能で、柔道整復師であれば「〇〇整骨院」、はり師・きゆう師であれば「〇〇鍼灸院」などの看板を掲げることができる。

次に、その他の療術業とは、狭義の療術業で扱われる以外の療術すべてを含む分類で、その療法は多様である。太陽光線療法、温泉療法、催眠療法（ヒプノセラピー）、視力回復センター、カイロプラクティック、タラソセラピー、リフレクソロジーなどが例示される<sup>13)</sup>。もちろんその他の療術業で施されている療法はこれ以外にも存在する。狭義の療術業の療法に比べて、身体構造に精通していなくとも施術の際の危険性が低いとされるため、対応する国家資格が存在しない。ただし、施術者が民間資格を保有する場合もある。そして、その他の療術業従事者もまた個人で営業を行うことができるが、狭義の療術業と誤解されるような表示・広告は禁止されている<sup>14)</sup>。

## 2 医師免許の汎用性

狭義の療術業に携わるには、その療法ごとの専門的国家資格が必要である。例えば、はり業とするならばはり師の資格を取得しなければならない。しかし、あはき法などの規定によれば、医師であれば狭義の療術業に従事することが可能である。医師は、確かに身体構造を学術的に理解しているが、療術についてよく理解しているとは限らない。それぞれが専門性の高い療法であるからこそ、狭義の療術業は療法別の資格制度をとっているのにもかかわらず、医師が追加的な資格の取得

11) 手技療法とは、道具などを用いず施術者の手で症状を改善させる手法。

12) 各療法の詳しい紹介は、卒業論文3-2で行っている。

13) 各療法については、卒業論文3-3の脚注にて記述している。

14) 狭義の療術業とその他の療術業について、本稿と同様に、日本標準産業分類においても分類が行われている。分類番号8351が狭義の療術業にあたり、これにその他の療術業である分類番号8359を加えて、(広義の)療術業とされている。

表1 日本標準産業分類

(平成25年10月改定) (平成26年4月1日施行)

大分類	P 医療、福祉
中分類	83 医療業
830	管理、補助的経済活動を行う事業所 (83 医療業)
831	病院
832	一般診療所
833	歯科診療所
834	助産・看護業
835	療術業
>8351	あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の施術所
	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がその業務を行う事業所をいう。これらの者が出張のみによってその業務を行う場合も含む。
	○あん摩業；マッサージ業；指圧業；はり業；きゅう業；柔道整復業
>8359	その他の療術業
	温熱療法、光熱療法、電気療法、刺激療法などの医業類似行為を業とする者がその業務を行う事業所をいう。これらの者が出張のみによってその業務を行う場合も含む。
	○太陽光線療法業；温泉療法業；催眠療法業；視力回復センター；カイロプラクティック療法業；ボディケア・ハンドケア・フットケア・ヘッドセラピー・タラソセラピー（医業類似行為のもの）；リフレクソロジー
836	医療に附帯するサービス業

総務省「日本標準産業分類」

なしにこれらの療法を制度上用いることができるというのは、相応の正当化の論理が別途必要であろう。確かに医師の中にも、療術に関する専門知識に精通し、治療を行っている者もいるが、療術に関する知識を欠いた医師との区別が資格の有無という形では表現されていない。反対に、狭義の療術業に従事する者が医師のみが行える手術などの行為を行うことは、厳格に禁止されている。つまり狭義の療術業の資格を有していても医師免許の取得条件の優遇措置などはない。このように、医師免許と療術師資格には双方向性がなく、医師免許の汎用性がひととき目立つ。

別言すれば、医師免許にはあらゆる療法の医療観から治療法のみを抽出し、病院医療にそれらを組み込める汎用性が認められている。このことを制度的に正当化するならば、病院医療は教育面・資格面で厳格な規定によって他の医療と明確な線引きをしているという点が挙げられる。医師は医療の専門家として裏付けを得た特別な存在であるという認識が、病院医療中心の医療体系を支えていると考えられるのである。

### 3 療術業の就業者数

このように病院医療中心の制度設計がなされてきたのは、療術業が産業規模として甚だしく見劣りするためなのであろうか。ここでは、産業規模を把握するために就業者数や事業所数の統計を参考にする。厚生労働省調査による就業あん摩マッサージ師等数の年次推移によれば、(統計数値は狭義の療術師のみに限定されてはいるものの)、どの療術師数も増加傾向にあり、中でも柔道整復師は平成26年までの10年間で二倍近くになっている<sup>15)</sup>。これは、介護やスポーツなど様々な現場で柔道整復術が生かされるようになってきていることが背景にあると考えられる。また、療術業の場合、施術所一か所ごとの施術師の数が非常に少ない。例えば柔道整復師は、平成26年の統計によれば施術所一か所に1.40人と、ほぼ個人開業であることがわかる。

15) 厚生労働省「平成26年度衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」(平成22年は、宮城県が含まれていない。)

厚生労働省の調査<sup>16)</sup>によれば、1病院当たりの医師の数<sup>17)</sup>は平均して22.0人であるから、一施設規模については病院医療が圧倒的に大きいことがわかる。この統計資料から推測可能なのは、病院への人材・設備の集中であり、病院医療の発言力が強いことである。しかし、全体の規模で見ると、医師数は30万3268人と狭義の療術業就業者数の合計とほとんど変わらない。

また施設数を見ると、病院は療術業の施術所数よりも圧倒的に少なく、全国に8,565か所しかない。しかし、病院医療は全国に10万152か所ある一般診療所でも受けることができる。1診療所当たり規模は小さいが、ここで対処困難な患者については、規模の大きく専門性の高い病院へ紹介するなどの制度が整っている。このように、国民に対して適切な医療が提供されるよう病院ネットワークが形成され、“医療＝病院医療”の図式を定着させる助けになっていると考えられる。しかしながら、数字で見ると限りでは、狭義の療術業は、従事者・施術所数ともに、病院医療と単純な数字での規模に大きな差はないと言える。さらに、近年、就業者・施設数ともに増加傾向にあり、療術業に対する注目度の高まりが窺える<sup>18)</sup>。

ここまでの議論に加えて、数字としての補足が難しいその他の療術業についても加えて考えれば、単純な産業規模として療術業は優っているとさえ言えるかもしれない。それゆえ、この病院医療中心の医療体系は何も、多数決の原理によって生じたものではないのである。

#### 4 「業」と「療法」を混同する危険性

日本標準産業分類の各項目を改めて見るとわかるように、非常に多様で場合によっては区別の難しい療術をすべて一括して「療術業」と呼んでいる。さらに、それぞれの境界線があいまいであるため、医という観点の議論の中で、誰からも異論がない形で分類することもまた難しい。例えば、手技療法の場合、見た目では判断がつかないことも多く、その担い手による区別を行うのが妥当であろう。ただし、「柔道整復師」の資格を有する施術者が「カイロプラクティック」の手法を用いることは現実的に存在するケースであり、この場合この行為をどちらか一方の療法として分類するならば、それもまた非常に難しい別の問題を生じさせる。こうした難しさが、歴史的に様々な軋轢や衝突の原因になってきたことも否めない。

こうして議論していく中で、医療の多元性というものを正しくとらえるために注意せねばならないのは、各療術の「療法」とその「業」とは区別して考える必要があるということである。つまり、療術を行う施術者の肩書きや資格の種類などの外形的基準によって「業」というのは明確化が簡単に行える。しかし、その「療法」については、上記のような煩雑さが生じてしまうのである。多元的に医療を見る観点に立つならば、そこでいう多元的な医療体系は決して多元的な医業体系と同義ではないということもここで改めて強調しておきたい。

このように強調するのは、ある療法というのはそれに固有の理論を伴って施術されるのが本来的であるからである。もし、医師が近代西洋医学的な理論に基づいて鍼灸治療を行うならば、その鍼灸としての療法性はここに認められないと考えられる。鍼灸が病院医療の一部として吸収される場合、その療法は保持されるが基礎にある医療観は継承されない。すなわち、ある患者に対して施術

16) 厚生労働省 [2012a] 5-6 ページ、厚生労働省 [2012b] 1-5 ページ。

17) 診療所勤務の医師の数は差し引いて計算している。

18) 厚生労働省「平成 26 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」（平成 22 年は、宮城県が含まれていない。）



されている同じ治療行為でも、誰がどんな認識で行うのかによってその性質が変化してしまうという点は、療術業及び医療というものの多元性を考える上で重要な鍵を握っている。

## 5 療術業を日本の医療の中で位置づけるにあたって

前節での議論から、ある行為の医療性は実質的な行為そのものの特性もさることながら、形式的な特性、すなわち成立の経緯・法制度などによって規定されている部分も大きいことがわかった。そして本節の考察から、療術業もまた、資格や法制度といった外形的な性質と、実際に施術される理論を伴った治療法という内在的な性質の二つから特徴づけられるべきことが判明した。これらの議論を踏まえると、多元性という言葉には注意が必要であることがわかる。すなわち、医療観の多元性というものが療法の多様性に矮小化させられる側面がある。現在、病院医療中心の医療体系を疑問視する声がないのも、療法の多様性が維持されているからだろう。だからこそ、次節で行う歴史的考察は、医療観を踏まえた医の議論を行うために大いに意味を持つのではなからうか。

## IV 療術業の法制度

### 1 日本の医療政策の前身

日本では病院医療中心の制度化がなされるまで、漢方医学などの古典的医学をはじめとする様々な医療が混在しており、文字通りの多元的医療体系がつくられていた。もともと日本の原始医療というのは、天や神への祈りやまじないなどの呪術的な側面が強く、体系的な理論には依拠していなかった<sup>19)</sup>。その後、中国から伝来した漢方医学は、春秋戦国時代に普及した陰陽論や五行論、天人合一思想を考え方の根幹として、医学的な理論化がなされている。これについて注目すべきは、全身的な均衡維持がその大きな目標とされていたことである。漢方医学のみならず古典医学には、体の不調は全身のバランスの崩れが原因とみなす共通の考え方がある。それぞれの療法はその考え方をもとに、全身の均衡状態に近づけることを目標に施される。江戸時代になると、漢方医学は官学となった。医療研究の中核であった医学館を中心とした漢方医学は、中国の医学の原典に関する詳細な文献研究を経て日本化された医療として皇漢医学と呼ばれ、当時の日本の正統医学であった<sup>20)</sup>。

近代西洋医学は、16世紀にキリスト教とともに、布教の手段として日本に伝来した。そもそも近代西洋医学とは、西洋古典医学<sup>21)</sup>への懐疑に端を発した解剖などによって事象の正確な観察に基づく経験的な医学であり、臨床重視の実践的な医学研究・教育に基づくものであった。そして18～19世紀には細胞・衛生学・細菌学・麻酔法などの研究が行われ、飛躍的に発展した。近代西洋医学は、機械論的な考え方に依拠し、不調の原因を局所に見るため、治療の際にも局所集中的なアプローチを行う。古典医学が不得意とした領域で力を発揮したことで、西洋のみならず世界的に

19) この段落の記述は大貫 [1985] 第Ⅱ部、平馬 [2011] 第一章を参考にしている。

20) 福永 [2014] 91-92 ページ。

21) 西洋で誕生した古典医学のこと。中世ヨーロッパでは、古代の人体解剖の文献研究が始まり、さらにスコラ哲学によって観念的な体系化がなされた。西洋伝統医学でも、体液病理学説に基づいて、体全体の血液・粘液・胆汁液・黒胆汁の四種類の体液バランスが崩れることが疾病の原因だと考えられ、他の古典医学と考え方が類似している。(服部 [2004] 第1章)

広まった<sup>22)</sup>。

## 2 医療における主流派の交代

江戸幕府の医学は江戸城の皇漢医が牛耳っていたため、鎖国政策が始まったのち、西洋医学は一時禁止され、天然痘に対する有効な手立てであった種痘法も“西洋医学である”という理由で皇漢医の抵抗により長い間公然と行うことができなかった<sup>23)</sup>。そこで蘭方医が幕府公認の種痘所設立の嘆願書を提出した。幕府も基本的には抵抗を続けたが、外国との関係の変化により幕府が洋学の必要性を実感したこと、そして種痘法の効果が無視できなくなったことなどから、“西洋医学”を許可した。1858年のお玉ヶ池種痘所の開設により種痘法が江戸町民に広がり、1863年には、「西洋医学所」が「医学所」と改名された。ここに“医学＝西洋医学”の概念形成の端緒を見ることができる。

この歴史的な経緯は、明治期を前に“医学＝西洋医学”という概念が形成された劇的な動きである。それまで医学の主流を漢方医学に抑えられていた近代西洋医学が、わずか数年の間に冠言葉なしの「医学」を名乗れるようになったところに制度化以前の近代西洋医学の中心化の動きを読み取ることができる。

他方で、皇漢医が医療を席卷する中、有効な手立てがあるにもかかわらず正統医学でないがゆえに患者に施すことが難しかったという事情と同様のものは、本稿が問題にする、今日の病院医療と療術との関係にも看取することができるのではないだろうか。

## 3 療術業をめぐる医療政策史

### 3-1 戦前の医療政策

明治時代に、日本は西欧諸国に肩を並べる大国になるべく、政府主導のもと大規模な西洋化に着手した。医療もその例外でなく、それまでの主流であった漢方医学ではなく、江戸時代末期に新しく導入され始めた近代西洋医学（特に当時最先端であったドイツ医学）を積極的に取り入れた。

1868年（明治元年）にはさっそく医学奨励の布告が出された。近代西洋医学を奨励するものであり、この布告によって近代西洋医学の採用が正式に国の方針として明らかになり、医師の知識や技量の度合いにはじめて基準が設けられた<sup>24)</sup>。また、1875年には医制が交付された<sup>25)</sup>。この医制では、鍼灸が史上はじめて療術業としての制度的扱いを受けている。

このように、鍼灸を中心とする狭義の療術業についての制度化が進む一方で、その他の療術については、直接的な規制が設けられていなかった。1906年以降に、ようやく旧医師法に基づいて無資格医業として認定できる行為についてのみ取り締まりが行われるようになった<sup>26)</sup>。しかし、統一的な取り締まり方針は示されないまま、無資格医業として法律上該当するもの以外は黙認され続け

22) 服部 [2004] 1-23 ページ。

23) この段落の記述は、福永 [2014] 93 ページ、及び、東京大学医学部・医学部附属病院「健康と医学の博物館 常設展『近代から現代への医学の歩み 医学部と附属病院の150年』」より展示パネル「東京大学医学部のルーツ『お玉ヶ池種痘所設立』1858年」による。

24) 菅谷 [1976] 38-39 ページ。

25) 厚生省医務局編 [1976] 記述編 96 ページ。

26) この段落の記述は、厚生省医務局編 [1976] 記述編 208-209 ページによる。

た。ある行為が医療性のある無資格医業であるのか、はたまた医療性のない単なるサービス業としてとらえられるのかという医療の外枠を決める議論は、この当時から取り締まりを行う上で重要であった。ある行為の医療性・合法性が問題となる場合、1929年以降、各府県で独自に取り締まりを行うことが可能となったが、各府県が定めた取締規則にはばらつきがあり、中には取り締まりを行わないとする府県もあった。もしも、「医」の明確な基準のもと、ある行為がそれに当てはまるのか当てはまらないのかという議論をすれば、このような事態は生じなかったはずである。しかし実際には、ある行為に医療性を認定することによってさかのぼって「医」の概念が決まっていくという逆転の構図が生まれてしまっている。これは現在にもつながる大きな問題点である。

### 3-2 医療の勢力抗争

このような明治政府による近代西洋医学を中心とする医療社会の構築の動きにもかかわらず、宮中では皇漢医の比率が依然として高く、民衆も長年漢方医学に慣れ親しんでいたため、このような上からの近代化に少なからぬ人々が反発した<sup>27)</sup>。しかし、厳しい抗争の結果、皇漢医勢力の抵抗は失敗に終わっている<sup>28)</sup>。ただし、近代西洋医学よりも漢方医学が得意とした病気があったことは、当時から少なくとも医療現場においては認識されていた。

### 3-3 戦時の医療

明治、大正、そして昭和の日本はまさに激動の時代をたどる。相次ぐ戦争は近代西洋医学の有効性の証明には格好の機会となった<sup>29)</sup>。近代の戦争は兵器の高度化などにより、負傷者は重傷者が多かった。その上、医療サービスや医療品は十分に行き届かなかったため、医療では効率性が重視された。近代西洋医学に基づく治療はその局所主義と即効性という療法的特性上、重篤な傷病に対して迅速な治療が可能であるという点で、こうした場面に強かった。戦時には、時間をかけて自然治癒力に期待する選択はできなかったのも事実である。戦時中の医療現場は医師不足や施設・設備の破損により、必ずしもその医療の質が完璧なものとして提供されたわけではなかったが、近代西洋医学が人々の支持を得るには十分な功績を残したことは間違いない。それに対して、療術業への期待が増進するような機会は存在しなかった。

### 3-4 絶滅しかけた療術業

敗戦後の日本では、GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）による占領政策が行われていた。日本の伝統的な療術であった鍼、灸、あん摩治療、接骨法は、GHQの目から見ると非常に野蛮で、非科学的で、不衛生なものだった<sup>30)</sup>。これに加えて、近代西洋医学の有効性はGHQ側だけでなく、敗戦国である日本にとっても戦時に証明されていた。そこでGHQは近代西洋医学に基づく医療制度の構築を目指して、医療政策の名のもとに、上記の療術を法的に禁止しようとした。しかし、その就業者等による猛反発が起き、和解案としてできたのが、1947年の「あん摩マツサージ指圧師、

27) この段落の記述は、菅谷 [1976] 45-50 ページによる。

28) 詳しい抗争の経緯は、卒業論文 4-3-2 にて記述している。

29) この段落の記述は、福永 [2014] 344-348 ページによる。

30) 大貫 [1985] 141-143 ページ。

はり師、きゆう師、柔道整復師等に関する法律」, 通称(旧)あはき法である。特定の療術に関して免許を保有する治療師のみに施術を認めるという法律である。これにより、医師及びあん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師・柔道整復師といった有資格者は法律でその医療性を担保され、業としての存続を保障される対象となった。他方で、その他の多くの療法は民間療法として禁止の対象となったが、これらの療法を利用したいという声は根強く、これらの療術を守る団体が発足するなどして、特例的・暫定的に存続していくことになる<sup>31)</sup>。

### 3-5 戦後の医療

このように、戦争直後は戦時中の近代西洋医学の活躍とGHQの医療政策により、療術は存続を危ぶまれるほど窮地に追い込まれていた。病院医療中心の制度が社会に浸透し、療術業は大きく出遅れてしまう。しかし、戦後の貧しい時代を経て急激な経済発展を遂げるようになると事態は少しずつ変化していく。すなわち人々の暮らしが豊かになり、医療が十分に行き渡る時代になると、生死を左右する病気や怪我の治療ばかりでなく、日常的にいかにも不調なく健康に過ごせるかが医療の担う役割として大きくなって来る<sup>32)</sup>。そうした中で療術の価値が人々の間で再認識されるようになり、「代替医療」という概念が浸透し始めた。この代替医療に関しては、日本は西洋などの動きを参考に、一部のシステムや概念を輸入する形をとっている<sup>33)</sup>。

## 4 健康保険制度上の問題

### 4-1 療術業と健康保険

明治以後形成されてきた医療制度は、様々な議論を引き起こしている。まず一つ目は健康保険に関するものである。医療にかかる費用の一部又は全部を拠出する医療保険の仕組みとして、労働者を対象とした健康保険法が1922年に制定(1927年施行)された<sup>34)</sup>。現在の療術業における保険金は、健康保険の療養費という項目により拠出される。医療保険は原則的に医師による治療を受けた場合に適用されるものであるが、療養費はやむを得ず保健医療機関に代わって療術治療を受けた場合などを適用対象としている<sup>35)</sup>。保険の適用を受けるためには、まず治療の対象となる症状が限定されている上に、柔道整復に関しては緊急の場合を除き、鍼灸についてはいかなる場合においても医師の同意が必須とされている。

上記の点から言えるのは、国家財政面においてもやはり医療の中心は病院医療に置かれていることである。そもそも、「万が一病気になったとき」という保険の考え方そのものが、病院医療と保険との親和性の高さを証明している。すなわち保険は有事の時に備えて皆で蓄えたお金を、有事の起きた人に支払うものであり、果たしてその「有事」をどう定義するかについて、病名がついた瞬間とするのが非常にわかりやすいからである。療術が対象とする身体の不調は、程度の差を除けば

31) 全国療術師協会「療術の歴史」。

32) 坂本 [2013] 16 ページ。

33) 卒業論文4-7では、代替医療が制度的に認知されているドイツ・アメリカ合衆国で代替医療はどのような経緯で普及し、今日どのような業として制度的に扱われているのかを紹介し、将来への展望の指針を得ることを試みている。

34) 厚生労働省 [2007] 14 ページ。

35) 厚生労働省「柔道整復師等の施術にかかる療養費の取扱いについて」。

皆に認められるものであるため、結果として保険の対象とし難い。また一部認められている療術の保険適用も、療術の基本的理念に則った療術が対象とされたというよりも、むしろ病院医療に用いられる傷病への一つのアプローチとして療術的手法を位置づける対象になっている点を明確に読み取ることができる。保険との親和性が高い病院医療中心社会を後押ししたのものとして、1961年の国民皆保険制度がある。患者にとって医療を受ける際に発生する費用は、療法を選ぶ上で必ず検討される項目である。それゆえ、医療保険の適用される医療が選ばれやすいのは、当然のことであろう。

#### 4-2 受領委任制度

療術の保険適用に関して幾度となく議論されてきたのが、柔道整復師のみが認められた受領委任制度である。【図1】は2015年1月の協会けんぽの療養費の内訳である。一見してわかる通り、柔道整復への支給が療養費の大部分を占めている。柔道整復に対する保険給付ではそのほとんどが受領委任の形で行われている。この柔道整復の受領委任分が療養費の大部分を占めているという傾向はこの時点で一時的に認められる現象ではなく、近年統計のある全期間に対して見られるものである<sup>36)</sup>。

通常、療養費の給付は、施術所の窓口で医療費の全額を支払い、後日健康保険組合に申請することで、保険給付対象となる費用額から自己負担分の金額を除いて現金精算することで行われる。しかし、柔道整復師による治療を受けた場合、もしその柔道整復師が受領委任払い協定を結んでいれば、治療を受けた者は治療後に「療養費支給申請書」に署名し自己負担分のみを支払い、柔道整復師は健康保険組合から残りの費用額を受け取ることになる。つまり、病院医療と同じ仕組みで保険給付が行われるということである。

この制度については柔道整復師以外の療術師からの反発が絶えない。なぜなら、第一に受領委任の額が他の狭義の療術業に比べ圧倒的に多いため、第二に医師の承諾がない場合にも応急の場合には保険適用が可能であるため、第三には保険適用の条件は定められているものの正しく使われているかどうかが明確でなく、中には不正な保険適用も存在するためである。2000年には、柔道整復師の療養費請求に関する訴訟が起こされた。この裁判の事案の概要は以下のとおりである。

本件は、健康保険法に基づく保険給付について、施術者が被保険者（患者）から委任を受けて保険者に療養費を請求する受領委任払いがあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師に認められていないことについて、それが認められている柔道整復師との間で不合理な差別的取扱いがなされているなどとして、原告らが、被告国に対しては国家賠償法1条1項、4条、民法723条に基づき、損害賠償とともに名誉回復措置として謝罪広告の掲載を求め、その余の被告らに対しては民法709条、710条に基づき、損害賠償を求めた事案である<sup>37)</sup>。

この裁判に対しての2004年の地裁判決では、不法行為の構成にはあたらないとして原告らの請求

36) 全国健康保険協会「協会けんぽ月報 一般分」。

37) 事件番号：平成12(ワ)112、事件名：損害賠償等請求事件、裁判年月日：平成16年1月16日、裁判所名・部：千葉地方裁判所 民事第三部。

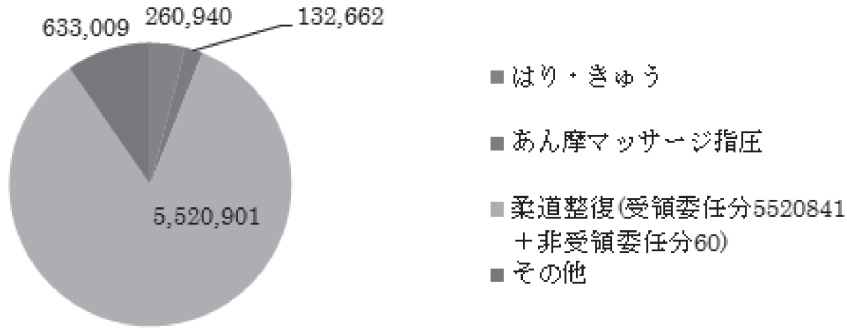


図1 2015年1月の月間療養費の内訳(単位:千円)  
協会けんぽ月報一般分(平成27年4月)「第2表(続)療養費の内訳」より作成

をいずれも棄却し、訴訟費用は原告らの負担とされた。

また、2000年11月16日、第150回国会参議院国民福祉委員会において、当時の厚生省保険局長は以下のように答弁している<sup>38)</sup>。

受領委任制度がなぜ柔道整復だけにあるのか、こういうことですが、主として慣行的といえますか、沿革的な理由であるわけですが、整形外科のお医者さんが不足した時代に治療を受ける機会の確保、こういうことで、患者の保護ということで療養給付に近い形を認めたわけですが、特に応急手当ての場合には医師の同意なくして手術ができるお医者さんの代替機能を有していた、こういうふうな事情から受領委任払い制度が認められているわけですが、これは既に制度の仕組みとして成り立っておりますので今さら廃止ということにはならぬと思います。

こういった見解については、立法・司法・行政とも一致している。すなわち1970年に「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師等に関する法律」が法的に分離し「柔道整復師法」が成立した。この時点から、あはき業と柔道整復業は別々の法律に縛られ、各業の正式な免許制が開始された<sup>39)</sup>。また保険制度も基本的にそれぞれの業で別々の適用基準を用いている。他の狭義の療術業に比べて柔道整復業は異なる扱いを受ける場合が多いのは、理論的な裏付けに漢方医学・近代西洋医学双方の影響を受けているためである<sup>40)</sup>。柔道整復術は、近代西洋医学に立脚する側面もありながら、漢方医療に近い業態として扱われたため、日本では療術業としての系譜に属しながらも、病院医療を補足する役割として優遇されている側面があると考えられる。本件においても、療術業の中での患者の取り扱いによって、保険適用による柔道整復業の優位性が批判の対象とされている。しかしながら、柔道整復術が他の狭義の療術に比べて優遇されているように見えるのも、整形外科医師の理念と親和性が高く、有事の際にはその代替的な役割を担えるという理由が大

38) 同上。

39) 同上。

40) 公益社団法人日本柔道整復師会「柔道整復術とは」、水田[2009]62ページ。

きい<sup>41)</sup>。実際の柔道整復の理論的な部分はさておき、骨折等の病院医療的病名を与えやすいものを局所的に治療していくことが可能であるという療法的な特徴もその背景にある。

## 5 医業性をめぐる問題

医療制度上の療術業に関する議論の二つ目は、その医業性をめぐる問題である。1954年にHS式無熱高周波療法という療法が、あはき法に違反して治療に用いられているという訴えのもと開かれた裁判について、仙台高等裁判所は「医業類似行為とは、疾病の治療又は保険の目的とする行為であって医師・歯科医師・あん摩師・はり師・きゅう師又は柔道整復師等の法令で正式にその資格を認められた者がその業務としてする行為でないものをいう」として、この療法が違法に患者に施術されているという判決を下した。これに対して1960年の最高裁判決では、原判決である1954年の高裁判決を破棄し、仙台高裁に差し戻す判決を下した<sup>42)</sup>。【表2】にある通り、HS式無熱高周波療法は職業選択の自由から法的に禁止されうるものではないが、医療行為でもないという認識が強くなってきている。

この1960年判決は重大な意味を持った。第一に、あらゆる療術の（危険性を伴わない）業務行為が認められたということである。第二に、療術師個人レベルで言えば、法律に定められた専門教育を受けたり国家資格を取得したりせずとも、独立開業が可能となったということである。この影響により、患者にとっては、どんな治療を受けるかという選択肢が増えたというメリットもあるものの、有害な療法を排除するにとどまり、結局のところ有益なものとしてでないものの区別はなされないという解釈もできる。その他の療術業は制度上、その存続を公式に認められたが、医業であるというよりも単なる業である側面が強くなってしまったようにも見える。

しかしながら医の境界線をめぐる問題はこれで終結しなかった<sup>43)</sup>。1974年に愛知県衛生部がその他の療術であるカイロプラクティックに対して突然の禁止勧告を行った。治療法の危険性、及びその危険な治療の施術者に専門的教育が義務付けられていない点が問題視された。厚生省は事実上この問題を保留としたが、以後、カイロプラクティック団体は、教育の充実と民間資格の整備に力を入れていく。このように、その他の療術業については、その医業性の問題はなかなか解消することが難しい。というのも、対象とする範囲が広く一定の基準をつくれなため、実際に民間の教育機関でその療法の専門教育を受けたり、弟子入りして修行をしたりした療術師もいれば、ただやり方だけをまねている治療師もいる。そうした医療的な専門性の問題と、業界間の患者獲得争いが重なり問題が複雑化し、根本的な解決が得られないまま、結局職業選択自由の権利につなげた1960年の最高裁判決に論理的に帰結してしまう。そこでその他の療術業の各団体では、法制度によって専門性を担保された狭義の療術業に匹敵する信頼性を獲得すべく、民間の教育機関の充実と資格制度の整備を徹底して行っていく方向性を見出していく。

しかもこうした各業界による統制も完全には行き届いていない。1988年にはカイロプラクティッ

---

41) 実際に2000年に柔道整復師に「機能訓練指導員資格」が与えられた。(水田 [2009] 63ページ) これは、介護現場での医療従事者不足を柔道整復師が補っていくことが期待されてのものである。

42) 事件番号：昭和29(あ)2990, 事件名：あん摩師、はり師、きゅう師及び柔道整復師法違反, 裁判年月日：昭和35年1月27日, 法廷名：最高裁判所大法廷。

43) この段落の記述は、竹谷内 [2013] 40-92ページによる。

表2 昭和35年1月27日最高裁判所大法廷判決

憲法二二条は、何人も、公共の福祉に反しない限り、職業選択の自由を有することを保障している。されば、あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法一二条が何人も同法一条に掲げるものを除く外、医業類似行為を業としてはならないと規定し、同条に違反した者を同一四条が処罰するのは、これらの医業類似行為を業とすることが公共の福祉に反するものと認めたと故にほかならない。ところで、医業類似行為を業とすることが公共の福祉に反するのは、かかる業務行為が人の健康に害を及ぼす虞があるからである。それ故前記法律が医業類似行為を業とすることを禁止処罰するのも人の健康に害を及ぼす虞のある業務行為に限局する趣旨と解しなければならぬのであって、このような禁止処罰は公共の福祉上必要であるから前記法律一二条、一四条は憲法二二条に反するものではない。しかるに、原審弁護人の本件H S式無熱高周波療法はいささかも人体に危害を与えず、また保健衛生上なら悪影響がないのであるから、これが施行を業とするのは少しも公共の福祉に反せず従つて憲法二二条によつて保障された職業選択の自由に属するとの控訴趣意に対し、原判決は被告人の業とした本件H S式無熱高周波療法が人の健康に害を及ぼす虞があるか否かの点についてはならん判示するところがなく、ただ被告人が本件H S式無熱高周波療法を業として行つた事実だけで前記法律一二条に違反したものと即断したことは、右法律の解釈を誤つた違法があるか理由不備の違法があり、右の違法は判決に影響を及ぼすものと認められるので、原判決を破棄しなければ著しく正義に反するものというべきである。…（以下略）

参照法条：あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法 12 条、あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法 14 条、憲法 22 条

事件番号：昭和 29(あ)2990、事件名：あん摩師、はり師、きゆう師及び柔道整復師法違反、裁判年月日：昭和 35 年 1 月 27 日、法廷名：最高裁判所大法廷

クの治療中の事故に対して 3500 万円の損害賠償命令が下された<sup>44)</sup>。業界団体が躍起になって人材育成をする一方で、治療法だけをまねて施術を行う自称カイロプラクターも後を絶たなかったことがこの事件の背景にある。療法そのものの危険性というよりも、業としての統制がなぜとれないのが議論されるべきであるが、そうはならなかった。1991 年の厚労省通知<sup>45)</sup>では、医業類似行為を業とする際に人体に危害を与えるおそれがある場合にのみ禁止処罰の対象となるという 1960 年判決を改めて確認するとともに、カイロプラクティック療法を業とするものすべてに対して、特定の傷病の患者の施術を控えること、一部の危険な手技を控えること、治療効果が出ない場合には患者を病院等の医療機関に受診させること、誇大広告を控えることなどを指示した。

その頃、狭義の療術業側からも、カイロプラクティック療法の取扱いについての国会陳情が行われていた。あはき業界は、あん摩マッサージ指圧とカイロプラクティックの療法は酷似しており、一手法として吸収すべきと主張した。柔道整復業界も、骨折や打撲など外傷に限られた現業範囲を拡大し、慢性的な症状に対しても治療を行いたいという目論見からカイロプラクティックの吸収を提案した<sup>46)</sup>。これらは、療術業内の患者の取り合いから生じた抗争という側面を有していた。そして、1991 年の厚労省通知については、カイロプラクティックを規制しながらも、その他の療術業の一つとして存続させたという見方もできる。

その後も、あはき業界からは「国民の立場からカイロを取り締まるべき」という陳情が続き、今日においても無資格の治療師による治療が利用者に危害を加えたケースが国民生活センターに多数

44) この段落の記述は、竹谷内 [2013] 148-152 ページによる。

45) 厚生労働省『「医業類似行為に対する取扱いについて」の通知』。

46) 竹谷内 [2013] 99-102 ページ。



報告されている<sup>47)</sup>。その件数は2011年時点で186件に及び、骨折や神経・脊髄の損傷などの重傷を負ったケースもある<sup>48)</sup>。その他の療術業の各業界が安全性・信頼性確保のために教育・資格制度を敷いても、法的な拘束力がなく、根本的な問題の解決は難しいため、この医業性をめぐる問題は今後も続くことが予想される。最大の問題点は、医業性の議論が、根本的な医療観の多元性そのものに関する議論につながっていないことである。

## 6 病院医療の歩み寄りに関する問題

療術業に関する医療制度上の議論の三つ目は、病院医療との関係性に関する問題である。病院医療は明治政府によって日本の中心的医療となって以来、長い間、近代西洋医学に基づく療法のみを用いた治療を行ってきた。しかし近年、医療に求められるあり方が変容する中で、病院医療は療術を含む様々な療法をも提供しようとしている。しかし、これは療術業が日本の医療の主流へと近づいていることを意味していない。なぜなら、病院医療と療術が根本的に異なった考え方を基盤とし、病院医療に療術が吸収される形で一つの医療体系を形成すれば、療術的な考え方の存続は事実上、不可能であるからである。

### 6-1 療法的特性の相違

ここで、療術的な考え方を明らかにするため、【表3】にこれまでの議論を整理し、それぞれの療法としての特性を挙げる。

病院医療は近代西洋医学に基づいている。近代西洋医学の考え方は、19世紀ヨーロッパで確立された局所主義を軸としている。病理現象は本質的に患者の総合的な健康状態によるものではなく、身体の中にある特定の一部分に原因があると考えられるものである。よって、診断は症状や検査などの主観的・客観的証拠から病名をつけることが最重要視される。例えば「急性心筋梗塞」という傷病名がついたならば、「突然起きて進行の早い、心臓の筋肉における血管の詰まり」が原因で心不全が起きて全身への血液循環がうまくいっていないことを指し示している。このことから、近代西洋医学における病名というのは、ある症状が起きている原因（どの個所にどんな事態が発生しているか）を明らかにしていることがわかる。そのため、医師がアプローチするのは、直接的原因箇所である場合が多い。心筋梗塞ならば詰まっている血管に直接カテーテル治療やバイパス術を施す。治療が直接的であるため、その効果は非常に即効性がある。また、内臓器官などに直接アプローチする場合であれば切開なども行うため、危険性が高く副作用も大きい。インフォームド・コンセントが切実に叫ばれるのもこの医療的な特性からである。このため、病院医療における治療の最高責任者である医師には、高度に専門的な知識や技術が求められる。しかし一方で、即効性の高い知識や技術を有していても、傷病名が定まらない場合、つまりそれを適用すべき対象が明瞭でない場合の症状の改善は不得意である。これが、病院医療が傷病名の決定を最重要課題とする理由である。

療術の基礎となる医療観の多くは、「全身の不均衡を整え、人間性来の自然治癒力を引き出す」という基本理念を持つ。このような考え方を、近代西洋医学の局所主義に対して全身主義と称する。この全身主義に基づいて治療を行うとき、症状や患部の状態に加え、患者特性が重要視される。患

47) 竹谷内 [2013] 155-171 ページ。

48) 独立行政法人国民生活センター [2012] 1-5 ページ。

表3 病院医療と療術の療法的特性

	病院医療	療術
医学体系	近代西洋医学	東洋医学など多様
根本理念	局所主義	全身主義 自然治癒力、恒常性維持機能の促進
診断方法	症状・検査から傷病名(病原個所)を特定	症状・患者特性から自然治癒を阻害する要因を特定
効果の高い病気など	急性疾患・外傷 病原・患部が明確な病気 重篤な症状の病気	慢性疾患・障害 機能退化による病気 軽微な症状の病気
治療的特徴	病原のみを取り除く 治療に伴う危険性が高い・即効性が高い・副作用が大きい	全身の不均衡の是正 治療に伴う危険性は低い・即効性が低い・副作用が小さい

者特性とは、患者の年齢・性別・生活習慣・体質などである。病名についても、例えば漢方医学に言うところの「冷え症」や「不眠症」というのは、その原因を明らかにしているわけではなく、具体的な症状を表しているに過ぎない。これに患者特性を加味して治療を行っていくことで、全身的な体質の改善を図ることが療術の得意とするところである<sup>49)</sup>。それゆえ、原因部位のはっきりしない、つまり病院医療においては病名をつけられない症状に対しても有効な治療を行える場合がある。また、療術においては全身の均衡を重要視しているため、手術などの患者の身体に重い負担を強いる治療法は用いられない。すなわち、手術行為を医師以外が行うことが制度的に禁止される以前に、手術行為は療術の根本理念と矛盾するのである。よって、基本的に治療の副作用は小さく、危険性も低い代わりに、病院医療に比べると即効性に欠ける部分がある。これらはそれぞれの療法の優劣ではなく、向き不向きの問題と見るべきであろう。

## 6-2 代替医療という考え方

近年、特に近代西洋医学において療法特性が原因となったミスマッチが意識されるようになってきた。旧来の病院医療が決して万能ではないことは、医師だけでなく患者さえも認知していることである。そこで登場した概念が「代替医療」である。日本補完代替医療学会では、それを「現代西洋医学領域において、科学的未検証および臨床未応用の医学・医療体系の総称」と定義している<sup>50)</sup>。そこでは療術も代替医療の一部と考えられている。

代替医療という言葉は alternative medicine<sup>51)</sup> の訳語であり、その概念も近代西洋医学と同様に輸入されたものである。このため、代替医療という日本語の言葉は、近代西洋医学に基づいて解決しえない症状に対して効果的な医療体系のことを指し示す限定的な使われ方をしている。もし、代替医療という言葉からこの限定を取り去れば、病院医療も療術の代替医療であるとも可能であるのに、現実にはそういった使われ方はしない。そこに、病院医療が日本の現代医療の主流であることを改めて実感させられる。

49) 大貫 [1985] 144-148 ページ。

50) 日本補完代替医療学会「代替医学・医療とは」。

51) alternative medicine は主に米国で好んで使われる言葉であり、ヨーロッパでは一般的に complementary medicine (補完医学) という言葉が用いられる。ヨーロッパの概念の方がより近代西洋医学に偏重的であることが読み取れる。(日本補完代替医療学会「代替医学・医療とは」)

### 6-3 病院医療の“歩み寄り”

代替医療概念の浸透とともに、療術業は以前よりも注目されるようになり、実際に病院医療でも療術が用いられるケースが増えてきている。その一つの理由は、医療に求められるものが変化してきていることである。すでに言及したが、戦後70年が経過し、経済的豊かさや医療の発展を背景に、医療は「生きるか死ぬか」のためだけでなく、「よりよく生きる」ためにある側面が強くなっている。療術について言えば、本節ですでに指摘した特性を踏まえると、前者には不向きであるが、後者には適している。

もう一つは、医療側の治療法の選定に関する変化によるものである。20世紀末ごろから、EBM（Evidence-Based-Medicine、科学的根拠に基づく医療）の考え方が病院医療で浸透してきた<sup>52)</sup>。EBMとは、医師が一人ひとりの患者の治療方針を決めるにあたり、現時点における最も優れた科学的根拠（臨床試験の結果など）に基づいて最善の治療法を選ぶ医療のあり方である。代替医療の治療法の中で科学的有効性が証明されたものについては、このEBMにより、病院医療への導入がなされるようになる。WHOによる論文<sup>53)</sup>は、病気や症状を列挙しつつ、そのうち91に対して鍼による治療効果が認められることを明らかにしている。未だ、鍼という経絡やツボなどのメカニズムの部分は明らかにできていないが、代替医療として臨床効果が示されれば実際に病院で用いられるようになる。

EBMによる西洋医学への鍼治療などの導入というのは、科学的根拠を認められた“対象となる病気や怪我”に対してのみ、手段として代替医療の治療法を用いるという点において、一見医療の多元性を認め病院医療以外の療法に配慮した形であるように見える。しかし、基本理念は近代西洋医学にあり、療術などはあくまで理念を伴わない治療法の一つとして病院医療体系に組み込まれるに過ぎない。それゆえ、これは周縁にある医療を、医療の中心すなわち病院医療に引き寄せ取り込む行為と評することができる。すなわち「医」の線引きはもともと不明確であるから、その中心にある病院医療が周縁のどの医療を取り込むかは、「医」とは何かという線引きに大きな影響を与えるはずであるものの、そのような問いは立てられない。その代わりに、病院を中心とする医業の体系はこうした他の療法の吸収の繰り返しによって、ますますその影響力を増していくと言える。日本の医療における療術に対する見方は、その療法の効果には認められつつも、それが依って立つ医療観は顧みられず、しかも代替医療が注目されるようになってからも業としての大きな状況の変化は見られていないというのが実情である。

こうしたEBMを背景とした“歩み寄り”の功罪をまとめると、以下のとおりである。まず、今まで未採用の「有効な」治療法（例えば鍼など）を新たに採用することによって、病院医療の治療の幅が広がるというプラスの面がある。加えて、西洋医学的な観点を入れることで、新しい鍼治療の可能性が開かれるなどの相乗効果につながる可能性もある<sup>54)</sup>。しかしながらマイナス面としては、部分的な科学的有効性が示されても、そのメカニズムに未解明な部分が残るがゆえに、積極的導入の遅れや未利用の可能性を引き起こすことが挙げられる。また、本来とは異なる理論の中に手段として導入されることで、効果を最大化することが難しい場合もある。そしてなにより、療術が

52) この段落の記述は、シン&エルンスト [2013] 第1章、第2章、第4章による。

53) World Health Organization [2002] pp. 23-26

54) 寺澤 [2015] 第2章にこれに該当する事例が紹介されている。

本来的に重視する全身の均衡維持という観点が失われることで、西洋医学では説明できない症状に対する対処が難しくなってしまうのではないかという懸念も残る。ここに、病院医療に療術の手法だけが取り込まれることの危険性と、医療の多元性の重要性とを本稿が強調する最大の理由がある。

## V 展望的結論

本稿は、まず医療行為というものの位置づけから始まり、その中でもとりわけ療術というものにスポットを当てて議論を進めてきた。現在、医療行為というものを認めるとき、その行為自体の性質というよりも行為主体や行為の場所によって、外形的に判断するのが一般的である。療術業というものを検討する上でも、こういった業としての性質がその行為の医療性というものを支えていることを明らかにした。

本稿における最大の問いは、「なぜ日本の医療において療術業は主流にならなかったのか」ということであった。療術業という産業は、医療業の中でも異彩を放っている。それは、一つの療術業のカテゴリーの中に、様々な療法が分類されていることに起因している。そして、それらの療法の中には、病院医療よりもはるかに昔から日本に存在し、人々の生活に根付いてきたものもある。

療術業の現代の形は、医療そのもののたどってきた軌跡や、20世紀以降の法制化の経緯の中でつくられた側面が大きい。日本において病院医療が積極的に定着したのは、早く見積もっても明治以後である。にもかかわらず、それは20世紀以降急速に浸透し、日本の医療の中心となった。

病院医療と療術とはもともと対照的な医療観や治療観を有しており、目的に応じた用いられ方をするのが肝要である。しかしながら現実の歴史的経緯によって、病院医療は圧倒的な信頼を得るとともに、実際の制度設計も病院医療の中心化へとひた走ってきた。療術業はこの制度の中で、医療観そのものの多様性の保存のためではなく、少しでも権益を獲得するために医療法制に関わってきた側面が大きい。その結果として、病院医療の制度的優位性が決定的となった。療術業が今日の日本の医療において中心から外れてしまっているのは、病院医療の療法的特性と時代の要請とが合致したタイミングが日本の医療の制度化の始まりとはほぼ等しかったこと、そしてそれら自身もまた病院医療や医師を前提とした「医」の概念に乗りかかったままに点にある。それゆえに、療術業は、結局のところ医療の主流から外れたものの集まりとなってしまう、医をめぐる線引きに翻弄されているのである。

本稿では、病院医療と療術を対比する形で議論を行ってきたが、そのどちらかに肩入れしてもう片方の批判を意図するわけではないことを改めて強調したい。医療において最も大切なことは、何が医療であるのかを決めることでも、どの療法が一番優れているのかを決めることでもない。どこか身体に不調のある人が、最適な解決方法により早くより楽により確実にたどり着けるよう、選択肢を用意しておくことが医療制度の担う役割であると考ええる。医療の多元性は、単なる療法の多様性ではなく、根本となる医療観の多元性によって支えられるべきであろう。病院医療が他の療法の手法を吸収していくことで、療法としての多様性は拡大されたとしても、医療観の多元性は失われてしまうだろう。したがって、医療の多元性を守り、そして人々の選択肢を増やすことこそが、今までもこれからも医療制度に期待されていることであり、「医」というもののあるべき姿なのだろうと思う。

## 参考文献等

### 辞典

- 伊藤正男・井村裕夫・高久史磨編 [2009] 『医学大辞典第2版』 医学書院。  
 新村出編 [2008] 『広辞苑第6版』 岩波書店。  
 松村明編 [2006] 『大辞林第3版』 三省堂。  
 松村明監修 『デジタル大辞泉』 小学館。

### 文献

- 青柳精一 [2011] 『近代医療のあけぼの：幕末・明治の医事制度』 思文閣出版。  
 E. H. アッカーケネヒト [1983] 『世界医療史：魔法医学から科学的医学へ』 内田老鶴圃 (井上清恒・田中満智子訳)。  
 天野宏 [1998] 『明治期における医薬分業の研究』 プレーン出版。  
 有岡二郎 [1997] 『戦後医療の五十年：医療保険制度の裏舞台』 日本醫事新報社。  
 今井力 [1993] 「良導絡とカイロプラクティック」 『日良自律』 10号, 253-265 ページ。(https://www.jstage.jst.go.jp/article/ryodoraku1986/38/10/38\_10\_253/\_pdf, 2015年11月27日アクセス)  
 今津嘉宏・金成俊・小田口浩・柳澤紘・崎山武志 [2012] 「80 大学医学部における漢方教育の現状」 『日東医誌 Kampo Med』 第63巻第2号, 121-130 ページ。(https://www.jstage.jst.go.jp/article/kampomed/63/2/63\_121/\_pdf, 2015年11月27日アクセス)  
 岩淵豊 [2013] 『日本の医療政策：成り立ちと仕組みを学ぶ』 中央法規。  
 大貫恵美子 [1985] 『日本人の病気観』 岩波書店。  
 小野寺素子・宮下宗三 [2009] 『鍼灸師・マッサージ師になるには』 ぺりかん社。  
 菊地臣一監修, 大谷晃司・五十嵐環編 [2006] 『カイロプラクティック』 金芳堂。  
 北出利勝 [2006] 『新しい鍼灸診療』 医歯薬出版。  
 木村憲洋・秋山健一 [2009] 『病院の仕事としくみ』 ナツメ社。  
 吉良枝郎 [2010] 『明治期におけるドイツ医学の需要と普及：東京大学医学部外史』 築地書館。  
 厚生省医務局編 [1976] 『医制百年史』 (記述編・資料編) ぎょうせい。  
 厚生労働省 [2007] 「我が国の保健医療をめぐる これまでの軌跡」 『平成19年版厚生労働白書 医療構造改革の目指すもの』 4-17 ページ。(http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/dl/0101.pdf, 2015年11月27日アクセス)  
 厚生労働省 [2012a] 「平成24年(2012) 医療施設(動態) 調査・病院報告の概況」 (http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/gaikyo.pdf, 2015年11月29日アクセス)  
 厚生労働省 [2012b] 「平成24年(2012) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」 (http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/dl/gaikyo.pdf, 2015年11月27日アクセス)  
 厚生労働省 [2014] 「平成26年度衛生行政報告例」 統計表「就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師, 目が見える者-目が見えない者別; 柔道整復師数及び率(人口10万対), 都道府県別」 (e-StatよりDL), (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid = 000001135697, 2015年11月29日アクセス)  
 国立西洋美術館, 京都市美術館, 日本テレビ放送網・ルーヴル美術館編 [2009] 『ルーヴル美術館展—17世紀ヨーロッパ絵画』 日本テレビ放送網。  
 坂本歩 [2013] 『知りたい! はり師, きゅう師のおしごと』 幻冬舎。  
 篠原昭二 [2007] 『補完・代替医療 鍼灸』 金芳堂。  
 白柳直子 [2014] 『身体の話』 大阪公立大学共同出版会。  
 サイモン・シン, エツァート・エルンスト [2010] 『代替医療のトリック』 新潮社, 青木薫訳。  
 サイモン・シン, エツァート・エルンスト [2013] 『代替医療解剖』 新潮社 (青木薫訳)。  
 新谷尚樹 [2009] 「医と死」 『学芸総合誌・季刊 環【歴史・環境・文明】』 2009秋号, 101-111 ページ。  
 菅谷章 [1976] 『日本医療制度史』 原書房。  
 竹谷内一愿 [2013] 『カイロプラクティック業界史』 たにぐち書店。

立岩真也 [2009] 「『反』はどこに行ったのか」『学芸総合誌・季刊 環【歴史・環境・文明】』2009 秋号, 138-142 ページ。

張仁 [2013] 『鍼灸療法 歴史と展望』たにぐち書店 (浅野周訳)。

寺澤捷年 [2015] 『和漢診療学 あたらしい漢方』岩波書店。

Donahue, J. [1986] “D. D. Palmer and Innate Intelligence: Development, Division and Derision,” *Chiropractic History*, Vol. 6, pp. 31-36. (<http://philosophyofchiropractic.com/wp-content/uploads/2012/09/Donahue-1986-Innate-Development-Derision.pdf>, 2015 年 11 月 27 日アクセス)

独立行政法人国民生活センター [2012] 「手技による医業類似行為の危害—整体, カイロプラクティック, マッサージ等で重症事例も— (平成 24 年 8 月 2 日)」。([http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20120802\\_1.pdf](http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20120802_1.pdf), 2015 年 11 月 27 日アクセス)

永井彰子 [2002] 「東北アジアにみる盲人文化」*Journal of North-east Asian Cultures*, Vol. 3, pp. 89-104

長坂健二郎 [2010] 『日本の医療制度：その病理と処方箋』東洋経済新報社。

中村直行 [2008] 「わが国の代替医療の現状とその市場規模」『社会科学論集』第 124 号, 69-91 ページ。

新村拓編 [2006] 『日本医療史』吉川弘文館。

服部伸 [2004] 『世界史リブレット 82：近代医学の光と影』山川出版社。

服部伸 [2014] 『「マニュアル」の世界史：身体・環境・技術』人文書院。

林義人 [1999] 『代替医療革命：医療ビッグバンの幕開け』廣済堂出版。

平馬直樹 [2011] 『東洋医学のすべてがわかる本』ナツメ社。

福永肇 [2014] 『日本病院史』PILAR PRESS。

ロイ・ポーター [1993] 『健康売ります：イギリスのニセ医者の話 1660-1850』三陽社 (田中京子訳)。

水田吉彦 [2009] 『図解入門業界研究 最新医療業界の動向とカラクリがよ〜わかる本』秀和システム。

美馬達哉 [2012] 『リスク化される身体』青土社。

安野富美子・藤井亮輔・石崎直人・福田文彦・川喜田健司・山下仁・矢野忠 [2011] 「医療機関内での鍼灸療法の実態調査 (上) —2010 年度調査結果より—」『医道の日本』70 (11), 医道の日本社, 167-176 ページ。([http://www.ahaki.or.jp/research/data/idou/idou\\_H23\\_11.pdf](http://www.ahaki.or.jp/research/data/idou/idou_H23_11.pdf), 2015 年 11 月 27 日アクセス)

山路克文 [2013] 『戦後日本の医療・福祉制度の変容：病院から追い出される患者たち』法律文化社。

吉田あつし [2009] 『日本の医療のなにか問題か』NTT 出版。

エリック・レッシング [2011] 『ルーヴル美術館収蔵絵画のすべて』東京ディスカヴァー・トゥエンティワン。

World Health Organization [2002] “Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials” (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42414/1/9241545437.pdf>, 2016 年 1 月 12 日アクセス)

## Web ページ

一般社団法人リラクゼーション業協会「新『日本標準産業分類』における『リラクゼーション業 (手技を用いるもの)』新設について」, [http://prw.kyodonews.jp/prwfile/release/M102281/201311066066/\\_prw\\_PR1faRC1DYOC.pdf](http://prw.kyodonews.jp/prwfile/release/M102281/201311066066/_prw_PR1faRC1DYOC.pdf), 2015 年 11 月 27 日アクセス。

医道の日本社「マッサージ, あん摩, 指圧。どう違うの?」, <http://www.idononippon.com/information/about/massage01.html>, 2015 年 11 月 29 日アクセス。

岡山大学病院三朝センター「温泉療法」, <http://www.okayama-u.ac.jp/user/misasa/spa/>, 2015 年 11 月 27 日アクセス。

公益社団法人大阪府柔道整復師会「柔道整復術の主な治療法」, <http://www.osaka-jyusei.or.jp/judotherapy/chiryohou/>, 2015 年 11 月 27 日アクセス。

公益社団法人日本柔道整復師会「柔道整復術とは」, <http://www.shadan-nissei.or.jp/judo/seifukujutu.html>, 2015 年 11 月 27 日アクセス。

厚生労働省「柔道整復師等の施術にかかる療養費の取扱いについて」, [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/jyuudou/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/jyuudou/), 2015 年 11 月 27 日アクセス。

- 厚生労働省「医業類似行為に対する取扱いについて」の通知（1991年），<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/061115-1a.html>，2015年11月27日アクセス。
- 厚生労働省「医師法第17条，歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」の通知（2005年），<http://square.umin.ac.jp/jtta/government/mhlw/iryokoui.html>，2015年11月29日アクセス。
- 厚生労働省「平成26年度衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/>，2015年11月27日アクセス。
- 国立大学法人琉球大学ヘルスツーリズム研究分野 健康医療・食と観光創造プラットフォーム「アジア沖縄海洋療法研究開発センター拠点プロジェクト」，[http://health-tourism.tm.u-ryukyu.ac.jp/thalassotherapy\\_research\\_and\\_development\\_center](http://health-tourism.tm.u-ryukyu.ac.jp/thalassotherapy_research_and_development_center)，2015年11月27日アクセス。
- 社会福祉法人日本盲人会連合「あはき業と柔整師問題」，<http://nichimou.org/employment/juseishi-problem/>，2015年11月27日アクセス。
- 全国健康保険協会「協会けんぽ月報 一般分」，<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat740/sb7200/sbb7201>，2015年11月29日アクセス。
- 全国健康保険協会 協会けんぽ月報 一般分（平成27年4月）「第2表（続）療養費の内訳（excelファイル）」<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat740/sb7200/sbb7201/2704>，2015年11月29日アクセス。
- 全国療術師協会「療術の技」，<http://ryojuetsu.or.jp/zenryoukyou.html#waza>，2015年11月27日アクセス。
- 全国療術師協会「療術の歴史」，<http://www.ryojuetsu.or.jp/ryojuetsu/history.html>，2015年11月29日アクセス。
- 総務省「日本標準産業分類（平成25年10月改定）（平成26年4月1日施行）」，[http://www.soumu.go.jp/toukei\\_toukatsu/index/seido/sangyo/02toukatsu01\\_03000022.html](http://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/seido/sangyo/02toukatsu01_03000022.html)，2015年11月29日アクセス。
- 東建 柔道チャンネル「柔道整復術を知る」，<http://www.judo-ch.jp/seifukusi/seihukujyutu/>，2015年11月27日アクセス。
- 日本カイロプラクターズ協会「カイロプラクティックの定義」，<http://www.jac-chiro.org/aboutChiro.html>，2015年11月27日アクセス。
- 日本視力訓練協会「視力回復トレーニング」，<http://www.siryoku.jp/training/training2.html>，2015年11月27日アクセス。
- 日本ヒプノセラピー協会「ヒプノセラピー（催眠療法）とは？」，<http://www.hypnopotential.com/hypno-navi/what.html>，2015年11月27日アクセス。
- 日本補完代替医療学会「代替医学・医療とは」，<http://www.jcam-net.jp/info/what.html>，2015年11月27日アクセス。
- 日本リフレクソロジスト認定機構「リフレクソロジー」，<http://www.jrec-jp.com/reflexology/>，2015年11月27日アクセス。

## 法令

- 「医師法」法令データ提供システム e-Gov，<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO201.html>，2015年11月29日アクセス。
- 「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」法令データ提供システム e-Gov，<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO217.html>，2015年11月29日アクセス。
- 「柔道整復師法」法令データ提供システム e-Gov，<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S45/S45HO019.html>，2015年11月29日アクセス。
- 「医制」厚生省医務局編 [1976]『医制百年史』（資料編）ぎょうせい，36-44 ページ。

## 裁判記録

- 事件番号：平成12（ワ）112，事件名：損害賠償等請求事件，裁判年月日：平成16年1月16日，裁判所名・部：千葉地方裁判所 民事第三部，[http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/177/006177\\_hanrei.pdf](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/177/006177_hanrei.pdf)，2015年11月27日アクセス。

事件番号：昭和 29（あ）2990，事件名：あん摩師，はり師，きゅう師及び柔道整復師法違反，裁判年月日：昭和 35 年 1 月 27 日，法廷名：最高裁判所大法廷，[http://www.courts.go.jp/app/hanrei\\_jp/detail2?id=51354](http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=51354)，2015 年 11 月 27 日アクセス。

#### 新聞記事

『朝日新聞』1960 年 1 月 27 日夕刊 5 面「高周波療法無害なら罪にならぬ」

#### 博物館

東京大学医学部・医学部附属病院「健康と医学の博物館」（常設展「近代から現代への医学の歩み 医学部と附属病院の150年」）

#### 美術展

国立新美術館，ルーヴル美術館，日本テレビ放送網，読売新聞社主催「ルーヴル美術館展 日常を描く—風俗画にみるヨーロッパ絵画の真髄」（2015 年 6 月 16 日-9 月 27 日 京都市美術館）