

はり師・きゅう師養成施設の医療倫理教育における規範的医療者像の問題⁽¹⁾

——「援助者」の理念に着目して——

太田匡洋

1. はじめに ——近年の鍼灸医療と医療倫理教育の位置づけ

本稿の目的は、はり師・きゅう師養成施設（以下、鍼灸師養成施設）における医療倫理教育における「援助者」という理念の位置づけを明らかにすることによって、現行の鍼灸師養成における医療倫理教育に認められる特殊な性格へと光を当てることである⁽²⁾。

鍼灸は、あん摩マッサージ指圧とともに、「あはき」の名称で知られる医療分野の一つであり、日本において最もメジャーな補完代替医療の一つとして知られている。また医療制度の上では、いわゆる医行為ではなく「医業類似行為」に分類されており、そのなかでも業務独占資格として、はり師・きゅう師の国家資格を必要とする⁽³⁾。このように鍼灸は、医療の中でも独特な位置づけを与えられており、一方では補完代替医療に属するとされる半面、特定の疾患に対しては医師の同意のもとで保険適用の治療も認められており、民間資格による補完代替医療とは異なる様相を呈している（『医療概論』, 77 頁; 『東概』, 160 頁; 『学医概』, 163 頁）⁽⁴⁾。このような状況のもと、近年では鍼灸師をチーム医療の一員として捉える動きも活発化しつつあり、とくに終末期医療をはじめとした医療行為のプロセスの中で、他の医療分野と連携しつつ、一定の役割を担うことが期待されるようになっていく⁽⁵⁾。

しかし、このような現状にもかかわらず、医師や看護師などの医行為に携わる医療従事者と、医業類似行為に携わる鍼灸師のあいだには、医療に関する中心的な考え方をめぐって、一定の断絶が存在している。両者の間の相違には、医療上の職種や適応となる疾患の相違など、様々なものが存在するが、本稿ではとりわけ、医療倫理に関する標準的な通念の相違を取り上げる。鍼灸師養成における医療倫理教育は、一般に「医療概論」という科目の一部として設定されており⁽⁶⁾、この医療概論の内容は、医療倫理に関するものも含めて、国家試験にも出題される⁽⁷⁾。それゆえ、鍼灸師養成に際しては、医療倫理に関しても、東洋医療学校協会の編集による『医療概論』が標準的な教科書とされており、鍼灸の施術者としての医療倫理に関する標準的な考え方については、おおむねこの本の記述がベース

となる。しかし、その内容のうちには、おもに医師等によって担われる医行為を対象とした医療倫理の一般的な考え方とは、異なる点が認められる。

そこで本稿では、おもに『医療概論』の教科書の記述を中心的な手引きとしつつ、鍼灸師養成における医療倫理言説に認められる特徴と、その背景にある鍼灸治療に特有の性質を確認することを目指す⁽⁸⁾。本稿ではまず、鍼灸師養成における医療倫理教育の特徴として、インフォームド・コンセントの重視とパターナリズムの端的な否定という態度が認められることを確認し（本稿 2.2.1）、その背景には鍼灸治療における緊急事態や小児治療の不在が挙げられることを指摘する（本稿 2.2.2）。次に本稿では、前述のような医療者像が、鍼灸師養成においては、「援助者としての医療者」という特有の概念に接続されていることを確認したうえで、この「援助者」という理念のうちに含まれるパターナリスティックな契機が存在を指摘する（本稿 3）。そのうえで本稿では、鍼灸医療の場におけるインフォームド・コンセントの徹底を阻みうる要因として、診断方法の特殊性（本稿 4.1.1）、「根拠に基づく医療（Evidence-based medicine, EBM）」の理念の薄弱さ（本稿 4.1.2）、有害反応の少なさの通念（本稿 4.2）、といった鍼灸医療に特有の性質を確認する。そして最後に、鍼灸治療におけるこれらの性質に基づく施術者のパターナリスティックな態度が、「援助者」という医療者像によって正当化されていることを確認したうえで、そのことの問題点を指摘する（本稿 5）。これらのインフォームド・コンセントやパターナリズムといった医療倫理の諸概念が鍼灸医療において有する位置づけは、従来の研究においては扱われてこなかった論点であり、その位置づけを解明することが、本稿の狙いである。

なお、本稿で扱う鍼灸は、医療の中でも、あん摩マッサージ指圧や漢方などと並んで、一般に「東洋医療」に分類されており、近代医学とは異なる独自の理論をベースとした診断基準に即して施術が行われるのが一般的である。そして、この東洋医療の観点からは、現代医学に基づき医師・看護師によって行われる医行為は、一般に「西洋医療」と総称されている（『東概』, 30 頁）。以下では必要に応じて、医師・看護師によって担われる医行為のことは、「西洋医療」と呼ぶこととする。

2. 鍼灸師養成における医療倫理教育の特徴

——インフォームド・コンセントの強調とパターナリズムの否定

2.1 鍼灸師養成における医療倫理の位置づけ

前述のように、鍼灸師養成における医療倫理教育においては、基本的には『医療概論』が対応する教科書として用いられている。本書においては、鍼灸師も広義の「医療従事者」（『医療概論』, 93 頁）ないし「医療者」（『医療概論』, 102 頁）の一員として位置づけ

られつつも、鍼灸師をはじめとした医業類似行為の担い手は「施術者」（『医療概論』, 102 頁）と呼び変えられている。そして、古代ギリシャ以来の歴史を有する医療倫理の宣誓文である「ヒポクラテスの誓い」を出発点としつつ、医療倫理の諸概念が概略的に整理されている。

2.2 鍼灸師養成における医療倫理の特徴

2.2.1 インフォームド・コンセントの強調とパターナリズムの否定

さて、前述のように、鍼灸師養成における医療倫理の言説には、おもに看護学校などにおける医療倫理教育の内容と比較して、一定の相違点が認められる。そのなかでも顕著なものが、「パターナリズム」に対する端的な否定の姿勢である。

パターナリズムとは一般に、「ある人の利益のために、本人の意思に反した介入を行うこと」（水野, 2017, 67 頁）を意味する。一般的な医行為の場合においては、パターナリスティックな介入は、必ずしも端的に斥けられうるものではないとされており（水野, 2017, 67 頁; 竹中, 1998, 79 頁）、看護師養成等における医療倫理教育に際しても、一方ではパターナリズムを旧時代的な医療者のあり方として位置づけつつも、パターナリズムの否定に関しては慎重な態度がとられる傾向にある（『看護と倫理』, 14 頁）。

これに対して鍼灸（およびあん摩マッサージ指圧）を業とする施術者の場合には、パターナリズムというキーワードは、端的に否定されるべき態度を示すものとして位置づけられている。この傾向は「あはき」一般に認められるものであり、それを象徴しているのが、2014 年の第 22 回あん摩マッサージ指圧師国家試験問題に出題された午前問題の問 1 である⁹⁾。この問題においては、「施術者の行為として適切でないのはどれか」という設問のもとで、「パターナリズム」を選ばせる問題が出題されている。この点については『医療概論』の記述も軌を一にしており、「「患者を知らしむべからず、依らしむべし」とした近代医学の古典的医師像」（『医療概論』, 103 頁）が否定されたうえで、「「患者の自己決定」を前提とした」医療者のあり方が、「現在から未来に向けて求められる医療者」として提示されている。このような態度は、「インフォームド・コンセント」の無条件的な強調と表裏一体となって成立しており、「「インフォームド・コンセント」と「患者の自己決定権」はどのような医療関係においても確保されなければならない」（『医療概論』, 102 頁）という点が、繰り返し強調されている¹⁰⁾。

以上のように、鍼灸師養成における医療倫理教育においては、パターナリズムの端的な否定と、それにとまなうインフォームド・コンセントの無条件的な重視という特徴が認められる。そして、このような特徴によって、医師・看護師における医療倫理教育とのあい

だに、一定の相違がもたらされていると考えられる。

2.2.2 鍼灸治療における医療的介入の限定性 ——緊急事態と小児治療の不在

以上のような相違は、医師・看護師と鍼灸師のあいだの医療上の役割の相違に基づいていると考えられる。というのも、医師や看護師が治療を行う場合には、インフォームド・コンセントの要件が満たされず、免除されるケースが想定されているためである。そのための条件としては、①緊急時など、治療の必要があるが、患者本人の意思の確認ができず、事前指示なども認められない場合、②患者がインフォームド・コンセントなしで医療行為をすることを認めた場合、③強制措置の場合、④治療上の特権に基づく場合、が一般に挙げられている（前田, 2017, 165 頁以下）。加えて、患者本人に十分な同意能力が認められない場合には、代諾者による代理同意を要するとされており、その典型として挙げられるのが、患者が小児の場合である（前田, 2017, 158 頁以下）。

しかし、鍼灸治療において行われる医療行為が、上記の条件に該当することは、②の条件を除けば、原則としてない。第一に、鍼灸医療は、その性質上、緊急事態における介入を要することがない。したがって、患者本人の意思を確認せずに介入を要する機会は、原則として想定されないため、①および③は成立しない。また、後に見るように、鍼灸の診断において、がんのような重大な病名等の告知を必要とする局面も、基本的には認められないため、④の条件も成立しない。

これに加えて鍼灸治療においては、代理同意が重要となる局面もほとんど認められない。というのも、おおよそ 12 歳以下の小児に鍼灸治療を行う場合には、「小児鍼」という切皮をともなわない治療方法が用いられており、小児を対象とした鍼治療は侵襲性が極めて低いものとなっている（『社あ』, 61 頁以下）。したがって鍼灸治療においては、少なくとも建前上は、常にインフォームド・コンセントを遵守することが可能である⁽¹¹⁾。

3. 「援助者としての医療者」の理念の役割

しかし他方で、上記のようにしてインフォームド・コンセントを重視する姿勢が、鍼灸師養成において、そのまま通用しているわけではない。実際には、上記のようなインフォームド・コンセントの重視は、鍼灸師養成に特有の理念へと接続されることとなる。それが、「援助者としての医療者」という概念である。

鍼灸師養成においては、医療者一般および施術者に求められるべき医療者像として、「患者の自己決定」を前提とした「援助者としての医療者」（『医療概論』, 103 頁以下）という理念が前面に押し出されている⁽¹²⁾。この「援助者」という概念は、一方では、パター

ナリズムに対する否定を含むものとして提示されており、『医療概論』においても、「医療者はどのような医学的知識と治療能力があろうとも、けっして患者の支配者や指導者ではなく、援助者であるべきである」（『医療概論』, 98 頁以下）というかたちで、「援助者」というキーワードが用いられている。一般的な医行為（西洋医療）の場合には、看護師にアドボケートとしての役割が期待されることとなるが（『看護と倫理』, 14 頁以下; 堂園, 2017, 89 頁以下）、これに相当する契機が、鍼灸の施術者においては、「援助者」というキーワードによって代えられているとも考えられる。

しかし他方で、この「援助者」という医療者像のうちには、インフォームド・コンセントの遵守へと一元的に還元できない、特殊な性格が担わされている。それを象徴しているのが、2012 年の第 20 回はり師・きゅう師国家試験に出題された午前問題の問 2 である。この問題は、「医療従事者の立場として適切でないのはどれか」という設問のもとで、「患者の要求を優先する」と「援助者としての立場をとる」の二択を含む選択肢が設定されたうえで、「患者の要求を優先する」を適切でない態度として選択させる問題となっている。なお、この「患者の要求を優先する」という点については、2009 年の第 17 回はり師・きゅう師国家試験・午前問題・問 2 においても、「施術者の倫理について誤っているのはどれか」という設問のもとで、「患者の要求の優先」を正答とする問題が出題されており、一種の定型表現として成立している。

このように、「援助者としての医療者」というキーワードのうちには、「「患者の自己決定」を前提とした」（『医療概論』, 103 頁, 強調は引用者による）性格が指摘されつつも、他方でこのキーワードを通じて、医療者の裁量を最低限に確保することが、倫理的な要請として位置づけられている⁽¹³⁾。

もともと、「患者の要求の優先」の無秩序な容認は、医行為（西洋医療）を中心とした通説的な医療倫理の考え方においても否定されている。その場合の主な理由として挙げられるのは、その要求が「患者の自己決定権の圏域を超えている場合」、具体的には、「他者を危害にさらす可能性が高い場合」（黒崎・金澤, 2014, 25 頁）や「社会に与える影響が大きいような場合」（黒崎 et al., 2014, 25 頁）である。しかし、鍼灸治療における「患者の要求の優先」の否定は、必ずしも患者の自己決定権の制約という観点から語られているわけではない。その限りでは、この「援助者」という曖昧な概念は、一方ではパターンナリズムを端的に否定してインフォームド・コンセントの重要性を主張しつつ、他方では医療従事者の裁量を確保することで、パターンナリズムにも通ずる契機を許容するような、両義的な態度を含むものになっていると考えられる⁽¹⁴⁾。

実際、いわゆる西洋医療に比べると、鍼灸治療においては、インフォームド・コンセン

トに構造的な困難がつきまとう。その背景として指摘されうるのが、鍼灸治療に特有の、診断基準の曖昧さの問題である。以下では、インフォームド・コンセントの徹底を阻む要因となっている、鍼灸医療に特有の問題点について、おもにその診断方法の問題を中心に概観する。

4. インフォームド・コンセントの徹底を阻む鍼灸医療の諸特性

4.1 鍼灸医療における診断の問題

4.1.1 鍼灸医療における診断基準の特殊性

本節では、鍼灸治療における診断方法を概観し、一般的な医行為、いわゆる西洋医療の場合との相違を確認する。

西洋医療の診断に際しては、問診や視診などの診察に加えて、検体検査や生体検査をはじめとした諸々の検査が行われる（『学医概』, 165 頁）。そして、それらのデータに基づいて、臨床疫学研究などの研究蓄積を参照することで、診断が下され、治療方針が検討される。これに対して、鍼灸治療の場合には、基本的には診察を中心として診断が行われる。

鍼灸治療の診断方法には、現代鍼灸と伝統的鍼灸の二つのパターンが存在する。現代鍼灸は、解剖学や生理学の所見を重視するのが特徴であり、必要に応じて整形外科等による検査データを考慮に入れることによって、鍼灸という治療手段の及ぶ範囲で治療を行おうとする。もっとも、現代鍼灸による治療を行う場合も、一般的な鍼灸院で検体検査などを行うことは難しく、実際には診察に重点が置かれる傾向が指摘されている。

他方で伝統的鍼灸の場合は、原則として診察のみによって診断が行われ、その診察方法は「四診」という概念のもとで体系化されている。「四診」は「望診」「聞診」「問診」「切診」の四つからなり、「望診」とは全身状態や局所状態などを目視によって把握する方法、「聞診」は音声や言語、呼吸、咳嗽などを聴覚によって把握する方法、「問診」とは身体状況、生活習慣、既往歴などについて問診を行う方法、そして「切診」は脈や体表に触れることで、触覚を頼りに身体状態を把握する方法を指す（『東概』, 201 頁以下）。

上記の手続きを経て得られた所見に対して、いわゆる東洋医療の知見からの検討がなされることで、治療方法の決定がなされる（『東概』, 269 頁）。東洋医療においては、陰陽学説や五行学説をはじめとした、西洋医療とは根本的に異なる原理にしたがった理論構築がなされており（『東概』, 14 頁）、治療方法の決定に際しても、「気」「血」をはじめとした特有の原理に基づく人体理解がなされている（『東概』, 270 頁以下）。それゆえ、鍼灸治療における診断に際しては、西洋医療の病理学的所見にも同時に注意は払われるものの（『東臨』, 2 頁以下）、少なくとも鍼灸を手段とする治療の方針を決定するに関しては、

いわゆる西洋医療とは異なる原理に立脚することとなる。なお、現代鍼灸と伝統的鍼灸は、原理の上では区別されるが、必ずしも鍼灸師に応じた厳密な棲み分けがなされているわけではない。

上記のように、おもに各種検査に基づいて、病気の生物医学モデルに立脚したアプローチを旨とする西洋医療の場合とは異なり、鍼灸治療の場合には、東洋医療に特有の理論を前提として、おもに診察を中心とした診断が行われる。このような事情のために、患者に対して十分な情報開示を行うこと自体に、一定の障壁がともなう。その結果、鍼灸治療の場においては、施術者の立場が強くなりがちであり、施術者の方針によって治療方法が決定される傾向が強いことが、おもに現場の鍼灸師らによって指摘されている。

4.1.2 鍼灸医療における EBM の理念の薄弱さ

もっとも、診断における医学的な諸理論の専門性の高さや、それにとまなう患者にとっての理解のハードルの高さに関しては、西洋医療の場合にも、大きな相違はない。それにもかかわらず、鍼灸治療におけるインフォームド・コンセントに困難をもたらしているさらなる問題が、鍼灸医療における臨床評価研究の遅れと、鍼灸治療における「根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine, 以下 EBM)」の理念の薄弱さである。

EBM とは、「個々の患者のケアの決定のために、良心的に、明確に、分別を持って、最新かつ最良の医療知見 (evidence) を用いること」(Sackett & Rosenberg & Gray & Haynes & Richardson, 1996, p. 71) であり、より具体的には、「臨床試験で効果の確認された治療法や薬の知識、結果として生じた副作用などの有意の統計および報告 (学術論文など) の比較・総合評価などに基づいて診療行為を行うこと」(黒崎 et al., 2014, 35 頁) を指す。

一般に、西洋医療においては、EBM の理念に基づいた臨床評価研究の蓄積が、診断を行う際の一つのベースとなっている。これに対して鍼灸治療は、「長い年月に及ぶ多数の臨床観察から得た結果を帰納的に集約した理論体系を持っている」(『東医概』, 31 頁) と自認している反面⁽¹⁵⁾、現代医学的な臨床研究の方法論を踏まえた臨床データの蓄積が必ずしも十分ではない⁽¹⁶⁾。このような事情の結果として、とりわけ日本の鍼灸界においては、EBM の理念は必ずしも十分に受け入れられてはおらず、鍼灸治療における治療方針の決定に際しては、まだ個人の経験に依存する傾向が指摘されている(川喜田・津谷・七堂・横山・井上, 2008, 10 頁)⁽¹⁷⁾。

4.2 鍼灸治療における有害作用の少なさという通念

前節では、日本の鍼灸界における EBM の理念の薄弱さを指摘した。しかし、西洋医療

が総じて EBM の理念に立脚している現在においてなお、なぜ鍼灸医療は EBM の理念の受容を免れることが許されるのであろうか。その背景に存する要因の一つが、鍼灸治療は有害作用が少なく、医療過誤にともなうリスクも比較的小さいという通念であると考えられる。

一般に、鍼灸治療にともなう有害反応として認知されているものとしては、治療中の気絶や眩暈（吉備, 1999, 14 頁; Rampes & Peuker, 1999, p. 130）、脳貧血（吉備, 1999, 14 頁; 『社あ』, 123 頁）、痛みの増悪（吉備, 1999, 14 頁）、治療後の眠気（Rampes et al., 1999, p. 130）、血管損傷（Rampes et al., 1999, p. 138）などが指摘されている⁽¹⁸⁾。また、医療過誤に関しては、もっとも多いのが気胸（吉備, 1999, 14 頁; Rampes et al., 1999, p. 136; 『社あ』, 123 頁）と折鍼（吉備, 1999, 14 頁; Rampes et al., 1999, p. 143; 『社あ』, 123 頁）であり、重大な結果をとともなう医療過誤は比較的小さいとされる⁽¹⁹⁾。

一般にインフォームド・コンセントの対象となるのは、「ある程度の危険を伴う医療行為や、当初の予定を超える医療行為」（前田, 2017, 157 頁）であるとされる。しかし、鍼灸治療においては、血管損傷による内出血が社会生活上の不利益となる美容鍼のようなケースを除けば、有害作用や医療過誤にともなうリスクは比較的小さいと考えられている⁽²⁰⁾。このような鍼灸医療の通念もまた、インフォームド・コンセントを行うインセンティブを低下させる一因であると考えられる⁽²¹⁾。

5. 「援助者としての施術者」という医療者像の問題点

ここまで、鍼灸における医療倫理言説に認められる特徴と、その背景にある鍼灸治療に独特の性格を確認した。第一に、鍼灸師養成における医療倫理教育の特徴として、インフォームド・コンセントの強調とパターナリズムの端的な否定が認められることを確認し（本稿 2.2.1）、その背景として鍼灸治療における緊急事態や小児治療の不在が挙げられることを指摘したうえで（本稿 2.2.2）、このようにして鍼灸治療において規範とされる医療者像が、「援助者としての医療者」という特有の概念に接続されており、この概念のもとにインフォームド・コンセントの重視とパターナリスティックな契機の双方が暗に包摂されていると考えられうることを指摘した（本稿 3）。さらに本稿では、このようなパターナリスティックな契機が鍼灸治療において残存しうる理由として、診断方法の特殊性（本稿 4.1.1）、EBM の理念の薄弱さ（本稿 4.1.2）、有害反応の小ささ（本稿 4.2）、といった鍼灸医療に特有の性質が、鍼灸医療の場におけるインフォームド・コンセントの徹底を阻む要因となりうることを確認した。

このように、鍼灸医療においては、一方では、インフォームド・コンセントを十分に可

能とする条件が整っており、また鍼灸師養成においてもインフォームド・コンセントの尊重が謳われている反面、その診断にともなう独自性や、治療リスクの低さという通念などによって、患者に対する十分な説明と、それに基づいた同意の取得が、阻まれがちな状況にある⁽²²⁾。本稿 2.2.2 において、インフォームド・コンセントが免除される条件を確認したが、鍼灸治療におけるインフォームド・コンセントの実態としては、「②患者がインフォームド・コンセントなしで医療行為をすることを認めた場合」に近い状態となっているといえるであろう。この限りにおいて、患者が医療者のパターナリスティックな介入にまかせて医療者に治療方針の決定を委ねる、いわゆる「おまかせ医療」（『看護と倫理』, 14 頁; 江口, 1998, 40 頁）に通ずる医療者－患者間の関係を温存するような体制が、鍼灸治療のうちには存しているといえる。

上記のような現状と連動するかたちで、鍼灸師養成における医療倫理教育においても、一方ではインフォームド・コンセントの理念が尊重されつつも、他方で患者のアドボカシーを重視しつつ患者の自己決定権の限界を策定することの必要性が十分に認識されているわけではなく、あくまでも「患者の要求を優先するわけではない」という曖昧な表現が繰り返されるに留まっている。このような曖昧さを受け止めているのが、鍼灸師養成において原理とされる「援助者」という医療者像であり、その結果として、この「援助者」という医療者像そのもののうちに、上記のような「おまかせ医療」を正当化する契機が内在しているように思われる。

従来の鍼灸治療は、あくまでも補完代替医療に属するものとして、西洋医療とのあいだの相補的な関係を旨としており（『東概』, 31 頁; 『医療概論』, 81 頁）、その限りにおいて、西洋医療と鍼灸医療のあいだの医療者像の齟齬には、注意が払われてこなかった。しかし、鍼灸師に対してチーム医療の一員としての活動が期待されつつある現代においては、医療倫理教育の枠組みの相違、ひいては規範となる医療者像の齟齬は、分野間の連携に際して、今までなかったような問題をもたらさう。ましてや、このような齟齬が、「インフォームド・コンセント」という医療の根幹にかかわる中心概念をめぐる認識のズレのうちに成立しているという事実は、この概念が医療訴訟の中心に置かれ続けてきたことに鑑みるならば、今後の医療全体に対して無視しえない障害をもたらさうのものである。

本稿では、従来の研究においては扱われてこなかった、鍼灸医療におけるインフォームド・コンセントやパターナリズムといった医療倫理の諸概念の位置づけと問題点を明らかにした。採血等におけるインフォームド・コンセントとの類比で考えると、鍼灸におけるインフォームド・コンセントもまた、口頭によるものが主となると考えられるが、鍼灸の施術に際しては、患者が治療の趣旨に納得するように、少なくとも口頭で十分な説明を行

い、施術の趣旨やデメリットについて患者の同意を得たうえで治療を行うことが、必要となるであろう。そして、チーム医療のよりよい実現を後押しするような医療倫理教育の可能性を模索するためには、西洋医療と鍼灸医療のあいだの共通理解となりうる規範的医療者像を、両者の断絶を超えて問い直す必要があろう。

註

- (1) 本発表の構想に際しては、中嶋邦統氏および石本和也氏（石本はりきゅう整骨院）より、おもに鍼灸治療の現場という観点から助言をいただきました。この場を借りて感謝申し上げます。しかし、本発表に含まれる欠陥は、すべて筆者の責任によるものです。
- (2) 日本における伝統的な鍼灸医療は視覚障害者によって担われてきたが、今日では晴眼者の占める割合が八割以上に及んでいる。本稿では、あくまでも晴眼者を対象とした鍼灸師養成を扱うこととする。
- (3) 晴眼者が鍼灸師になる場合には、いわゆる鍼灸学校で3年間の教育課程を経るか、鍼灸師養成課程を有する大学等で所定の教育課程を経たのち、「はり師国家試験」および「きゅう師国家試験」に合格する必要がある。
- (4) 鍼灸治療に対する世界的な注目ぶりを象徴するものの一つとして、WHOによって出された鍼灸の適応とされる49疾患のリストを上げることができる。
- (5) 医療全体におけるこのような動向を反映したのものとして、一般的な医療概論の教科書の一つである医学書院の『学生のための医療概論』の改版にともなう記述の変化があげられるであろう。2012年に発行された第3版増補版においては、医業関係業種の一覧としては「医師、看護師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査意志、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、精神保健福祉士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士」（『学医概：旧版』、3頁）の名称が列挙されたうえで、「あん摩、マッサージまたは指圧、はり、きゅう、柔道整復については「医業類似行為」と呼んで「医業」とは区別して」（『学医概：旧版』、4頁）いるという点が強調されていた。しかし、2020年に発行された第4版においては、医業関係業種の一覧に、「薬剤師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、公認心理師」が追加され（『学医概』、42頁）、上記の医業類似行為についても、「医療機関で行われるリハビリテーションなどのチーム医療においてスタッフの一員として働くこともあります」（『学医概』、207頁）という記述が加えられている。なお、このような動向についての鍼灸の世界における認識については、『社あ』（99頁）を参照。
- (6) なお、鍼灸師養成施設で使用する教科書については、基礎科目のように科目に対応する教科書のない分野を別にすると、東洋療法学校協会の編集によるものが採用されている。この点は、看護師養成施設の教科書が医学書院から発行されているのと同様である。
- (7) なお、医療倫理を含む「医療概論」は、鍼灸師養成における授業科目の分類のうえでは、専門科目に相当する。鍼灸師養成施設において専門科目および専門基礎科目を教授するためには、医師免許、あるいは、はり師・きゅう師養成施設教員資格が必要になる。後者の資格は、はり師・きゅう師の免許を持つ者が教員養成課程で二年間学修をなすことによって、得られるものである。したがって、鍼灸師ではない人間（たとえば倫理学の専門家）が、専門科目としての医療倫理の教育に関わることは不可能な制度的構造になっている。その点では、医師や看護師の資格が無くとも医療倫理の教育に携わりうる看護師養成の場合とは、事情が大きく異なる。ただし、基礎科目の教授には鍼灸師の免許は不要であり、その枠内で倫理教育に関わることは可能である。
- (8) 鍼灸における医療倫理については、日本鍼灸師会において倫理綱領が定められている。この倫理綱領では、「私は常に患者の健康の回復と保持増進を第一に考える」「私は患者の信頼に応えて秘密を厳守する」「私は良心と誠意をもって治療に専念する」など、医療の倫理原則における「善行の原則」に相当する条件が述べられている反面、患者の自己決定権に関する文言は登場しない。この傾向は一見すると、インフォームド・コンセントを重視した『医療概論』の教科書の記述とは相反するようにも見えるが、後に見る「援助者」の理念に隠されたパターンリスティックな傾向とはむしろ親和的であるといえる。

（公益財団法人日本鍼灸師会 <https://www.harikyuu.or.jp/association/rule/> 2022年7月11日閲覧）

(9) 本稿では、鍼灸師養成における医療倫理教育の実態を明らかにするための資料の一つとして、過去の国家試験の問題をあわせて参照する。『医療概論』の教科書における医療倫理の記述に関しては、全 103 頁のうち 10 頁しかなく、看護師養成のように、別冊による教科書が存在するわけでもない。それゆえ、現体制下の鍼灸師養成における医療倫理教育が暗に狙いとしているものを、現行の教科書の記述のみから確定するのは困難である。しかし、国家試験における医療概論分野の問題は、医療倫理の分野も含めて、原則としてこの『医療概論』の当該箇所の記述をベースとして出題されており、いわば『医療概論』の記述に込められた教育上の狙いが、過去の国家試験問題によって補足的に明らかにされていると考えられる。

(10) 『医療概論』における「インフォームド・コンセント」の説明としては、「すべての医療行為において、医師が患者に対して、受ける知慮内容の方法、意味、効果、危険性、その後の予想（予後）、費用などを、患者が理解できるように十分にかつわかりやすく説明し、そのうえで患者の自由な選択としての同意を得なければならないこと」（『医療概論』, 98 頁）という説明がなされている。前田（2017）においては、インフォームド・コンセントという言葉はもともと「民法上の要件を指す」（前田, 2017, 152 頁）ものの、「今日では、医療従事者・患者間のコミュニケーションの問題との関係など、法との関係以外でも使用されるようになっていく」（前田, 2017, 152 頁）と指摘されている。『医療概論』における本概念の定義は、後者に近いと考えられる。このことの背景として、これまでの鍼灸治療においては、インフォームド・コンセントの不備を理由とした医療訴訟があまり存在しないことが指摘される。

(11) 実際、鍼灸師養成施設の医療倫理教育においては、「インフォームド・アセント」という概念は登場しない。なお、同じ医業類似行為の場合でも、柔道整復師の養成に際しては、「インフォームド・アセント」の概念は国家試験にも出題される。その一例としては、2018 年の第 26 回柔道整復師国家試験問題・午後問題・問 9 があげられる。

(12) なお『医療概論』, 98 頁でもほぼ同じ表現が用いられている。

(13) もっとも、看護師の場合にも、近い実態が指摘される場合がある。たとえば、小林（2016）においては、とりわけ在宅ケアの場において訪問看護師が体験する、「自律尊重」（小林, 2016, 33 頁）という規範と「専門職としての立場」（同上）のあいだのジレンマが取り上げられている。

(14) このような医療者像は、鍼灸師養成において教授されている「プライマリケアの担い手」という鍼灸師の社会的役割とも親和的であろう（『社あ』, 22 頁）。

(15) なお、このような鍼灸師養成施設における教科書の記述については、山下・津嘉山（2001）においても、「自己賞賛的な教科書の多い日本の鍼灸界」（山下・津嘉山, 2001, 6 頁）と批判的に指摘されている。

(16) 山下（2008）は、日本の鍼灸界における臨床研究は症例集積に偏っており、対照群との比較をとまなう研究が乏しいことを指摘している。このことの一因として指摘されているのが、鍼灸治療においてランダム化比較実験（以下、RCT）を行うことの困難である（鍋田智之・鍋田理恵・金田, 2008, 49 頁）。この RCT にとまなう困難は、諸外国における鍼灸治療の推進に際しても、問題点の一つとして指摘されている（Kottow, 2009, p. 132）。

(17) 実際、鍼灸治療においては、治療そのものの効果に加えて、医療者の間におけるコミュニケーションの役割の大きさが指摘されている（鍋田 et al., 2008, 48 頁; Ernst & White, 1999, p. 154）。

(18) この点について吉備は、「鍼師は急性の比較的軽い有害作用としての発生が多く、医師は後になって生ずる有害作用の発生が多い傾向が認められる」（吉備, 1999, 14 頁）と指摘している。

(19) 重大な事故としては、脊椎損傷（Rampes et al., 1999, p. 139; 『社あ』, 123 頁）、両肺炎胸（『社あ』, 123 頁）などの事例が指摘されている。

(20) この点は、鍼灸治療における同意書の位置づけにもかかわってくる。鍼灸治療をとりまく社会的な諸制度については専門科目の「社会あはき学」で中心的に扱われるが、本科目の教科書の記述においては、療養費が支給される場合に医師の同意書が必要とされることが説明されるにとどまり（『社あ』, 12 頁）、施術に先立って同意書を取ることを想定した説明はなされていない。

(21) インフォームド・コンセントと治療の侵襲性の関係については、「特別な医療行為ではなく、しかも危険を伴う行為ではないものについては、その実施に対して、患者が黙示に同意を与えていると考える」（前田, 2017, 157 頁）と指摘されている。ただし、鍼灸治療における刺鍼という行為が、「特別な医療行為ではなく、しかも危険を伴う行為ではない」ものに相当するかどうかについては、前述の有害反応を考慮しつつ検討に付す必要がある。

(22) 実際、鍼灸治療の場においては、施術者の裁量によって治療が進められる傾向の強さが、現場の鍼灸

師などによって指摘されている。

文献

鍼灸師養成施設で教科書として用いられている文献

- 東洋療法学校協会 (1991). 『医療概論』, 医歯薬出版株式会社. (略号:『医療概論』).
東洋療法学校協会 (1993). 『東洋医学臨床論〈はりきゅう編〉』, 医道の日本社 (略号:『東臨』).
東洋療法学校協会 (2013). 『社会あはき学』, 第2版, 医道の日本社. (略号:『社あ』).
東洋療法学校協会 (2015). 『新版 東洋医学概論』, 医道の日本社. (略号:『東概』).

その他の文献

- 千代豪昭・黒田研二 (2012). 『学生のための医療概論 第3版増補版』, 医学書院 (略号:『学医概:旧版』).
堂園俊彦 (2017). 「その他の倫理理論」, 赤林朗編, 『入門・医療倫理 I (第1版改訂版)』 (73-96 頁), 勁草書房.
江口聡 (1998). 「インフォームド・コンセント ——概念の説明——」, 加藤尚武・加茂直樹編, 『生命倫理学を学ぶ人のために』 (30-40 頁), 世界思想社.
Ernst, E. & White, A. (1999). 'Conclusion', in E. Ernst & A. White (Eds.), *Acupuncture: A Scientific Appraisal* (pp. 153-157), Oxford: Butterworth-Heinemann. (2001, 山下仁・津嘉山洋訳, 「結論」, 『鍼灸治療の科学的根拠 ——欧米の EBM 研究者による臨床評価——』 (pp.221-228), 医道の日本社.)
川喜田健司・津谷喜一郎・七堂利幸・横山浩之・井上悦子 (2008). 「EBM と日本の鍼灸」, 『鍼灸 OSAKA』 第24 巻第2 号, 10-46 頁.
吉備登 (1999). 「鍼灸治療における過誤・副作用の予防と対処について」, 『日本良導絡自律神経学会雑誌』, 第45 巻第1 号, 14-26 頁.
小橋元・近藤克則・黒田研二・千代豪昭 (2020). 『学生のための医療概論 第4版』, 医学書院 (略号:『学医概』).
小林亜津子 (2016). 「『自律の尊重』というカモフラージュ ——在宅ケアにおける看護師と患者のパワーバランス——」, 『北里大学一般教育紀要』 第21 巻, 27-38 頁.
Kottow, M. (2009). 'Could bioethics recommend acupuncture for public health programmes?', *Acupuncture in Medicine*, 27(3), 130-132.
黒崎剛・金澤秀嗣 (2014). 「患者の権利と「インフォームド・コンセント」」, 黒崎剛・野村俊明編, 『生命倫理の教科書 ——何が問題なのか』 (11-40 頁), ミネルヴァ書房.
鍋田智之・鍋田理恵・金田太吾 (2008). 「日本における鍼灸 RCT デザインを考える」, 『鍼灸 OSAKA』 第24 巻第2 号, 47-54 頁.
前田正一 (2017). 「インフォームド・コンセント」, 赤林朗編, 『入門・医療倫理 I (第1版改訂版)』 (151-168 頁), 勁草書房.
水野雅俊 (2017). 「医療倫理の四原則」, 赤林朗編, 『入門・医療倫理 I (第1版改訂版)』 (57-72 頁), 勁草書房.
校條由紀 (2008). 「開業鍼灸医と EBM」, 『鍼灸 OSAKA』 第24 巻第2 号, 71-76 頁.
長田久雄 (2018). 『新看護学4 専門基礎4 看護と倫理 患者の心理』, 医学書院 (略号:『看護と倫理』).
Rampes, H. & Peuker, E. (1999). 'Adverse Effects of Acupuncture', in E. Ernst & A. White (Eds.), *Acupuncture: A Scientific Appraisal* (pp. 153-157), Oxford: Butterworth-Heinemann. (2001, 山下仁・津嘉山洋訳, 「鍼の有害作用」, 『鍼灸治療の科学的根拠 ——欧米の EBM 研究者による臨床評価——』 (pp.187-220), 医道の日本社.)
Sackett, D. L. & Rosenberg, W. M. & Gray, J. A. & Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). 'Evidence based medicine: what it is and what it isn't', in: *BMJ*, 312, 71-72.
佐藤雅美・矢野俊介・佐藤公俊 (2019). 「新時代の鍼灸師の医療連携による統合的アプローチ」, 『脊椎外科』 第33 巻第1 号, 91-93 頁.
竹中勲 (1998). 「医療におけるパターンナリズムの憲法学・倫理学」, 加藤尚武・加茂直樹編, 『生命倫理学を学ぶ人のために』 (65-75 頁), 世界思想社.
植西憲達・熊田知浩・高橋剛士・生駒晃彦・青柳信寿・濱洲晋哉・野元進 (1996). 「鍼灸医療におけるイ

- ンフォームド・コンセント」,『全日本鍼灸学会雑誌』第46巻第4号,355-360頁.
- 山下仁 (2008).「日本鍼灸に黒船 EBM がやってきた」,『鍼灸 OSAKA』第24巻第2号,63-70頁.
- 山下仁・津嘉山洋 (2001).「訳者まえがき」,Edzard Ernst & Adrian White 編著,山下仁・津嘉山洋訳『鍼治療の科学的根拠 ——欧米の EBM 研究者による臨床評価——』(5-6頁),医道の日本社.

[沼津工業高等専門学校助教 / 株式会社 AaaS Bridge シニアリサーチフェロー]