

令和4年度

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター

研究紀要

目次

発刊にあたって.....	1
令和4年度 事業報告.....	3
I 研修事業	
II 研究事業	
III 相談・支援事業	
IV 理解・啓発事業	
令和4年度 研究・症例報告	
中国古典における経絡経穴に関する一考察 吉田 勝豊.....	14
全盲施術者が行う安全性を考慮した鍼施術に関する一考察 舟崎 隆.....	19
奇経治療の概要と症例報告 中谷 薫.....	26
男性更年期に対する理療治療の検討 鷺頭 弘康.....	38
理療研修センターにおけるインシデント発生状況 及びその予防策について 古川 直樹.....	45

発刊にあたって

所長 佐古 勝利

我が国において、令和2年初頭より新型コロナウイルスが変異を繰り返しながら感染拡大を招いてきましたが、この原稿を執筆している本年3月下旬には、感染者数の下げ止まりが続き、同月13日よりマスク着用が個人の判断に任せられました。さらに、本年5月より新型コロナ感染症は、5類感染症へと感染症法上の位置付けが変更されます。徐々にコロナ禍前の生活に戻りつつありますが、新型コロナウイルスが無くなることはありませんので、私たちは、周囲の方に感染を広げないために、自分自身を感染から守るために、一人一人が「よく考え、判断し、行動する」といった資質・能力が一層求められることになります。

こうした資質・能力は、他人に言われたとおりに学ぶ（仕事をする）だけでは、身に付けることが非常に困難です。さらに、社会の変化が加速度を増し、複雑で予測困難な時代となっている中、私たち一人一人、そして社会全体が、答えのない問いにどう立ち向かうのかが問われています。目の前の事象から解決すべき課題を見だし、主体的に考え、多様な立場の者が協働的に議論し、納得解を生み出す活動を通して培われていくものと考えます。

そこで、本校では幼稚部から高等部専攻科までに在籍する幼児児童生徒に対して、少人数教育のメリットを生かし「個別最適な学び」を一層充実させるとともに、他者を意識した「協働的な学び」を自校の生徒間はもとより、ICT活用による他校との交流授業などの取組を進め、様々な他者との関わりや活動を積極的に推進しております。

このことは、学校教育にとどまらず、視覚障がいのある理療従事者の生涯教育を担う当センターの研修講座や相談・支援等においても同様に捉えており、指導員一人一人が利用者の皆様に対し、「個別最適な学び」と「協働的な学び」を提供できるよう、引き続き創意工夫に努めてまいり所存です。

そのため、当センターでは、利用者ニーズの一層の把握に努め、幅広い世代の皆様からの利用拡充や研修支援の充実に資するためにどうしたらよいか、指導員一人一人が最適解を探すべく「よく考え、判断し、行動する」を意識しながら日々の研鑽にも努めております。

その取組の一つとして、研究紀要の発刊があります。この度の研究紀要では、令和4年度に当センターで取り組んだ研修講座の実施状況を整理し、振り返るとと

もに、臨床に関する症例研究の成果と課題を取りまとめました。特に、各指導員が担当する研修講座に関連する臨床をできるだけ受け持つなどして、理論と実践との一体化を図った研究・症例報告となるよう努めました。皆様には、本研究紀要をご高覧いただき、是非、ご意見、ご要望等をお寄せいただきますよう、お願い申し上げます。

今後とも、皆様のニーズに応じた研修講座の充実や臨床に関する研究等に取り組んでまいりますので、当センターの各種事業へのご理解、ご支援の程よろしくお願いいたします。

令和 4 年度 事業報告

I 研修事業

理療科教員・理療従事者を対象に、理療に関する専門的な知識・技術を習得するための研修を計画的・継続的に行っている。

昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から受講者数の定員を制限したため、受講者数の増減に関わる考察は行わない。令和5年度に関しては、新型コロナウイルス感染症の終息が見込まれるため原則従来の定員数で開催する。

Ⅰ 研修講座

1. 基礎講座（3回）

外部講師を招いて「タクティールケアの理論と実践」、センター指導員が「リフレクソロジーの実際」、「頭痛に対するアプローチ～緊張型頭痛を中心に」をテーマとして講座を実施した。受講者は26名であった。

2. 臨床講座（5回）

外部講師を招いて「脳循環改善及び不眠に対する鍼を中心とした複合療法」、「手軽にできる灸治療の臨床応用&セルフケア」、センター指導員が「筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢」、「スポーツマッサージの実際」、「スポーツ障害に対するテーピングの基礎」をテーマとして講座を実施した。受講者は45名であった。

第2回臨床講座は、後日開催する地域研修講座と同テーマであるため、講座内容を精査するとともに定期的に指導員間で技術研修を実施し、診察、ストレッチの実技力向上に努めた。

3. 東洋医学講座（3回）

外部講師を招いて「はじめてのかんたん脈診&経絡治療」、「三稜鍼を用いた治療の実際」、「中医学鍼灸の実際～基礎から臨床応用（高血圧）」、センター指導員が「奇経治療の基礎と臨床」をテーマとして講座を実施した。受講者は28名であった。

4. 地域研修講座（4回 ※釧根三療研修会を含む）

「筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢」、「骨盤を整える」をテーマとして、道内3カ所（札幌市・釧路市・函館市）で講座を実施した。旭川市は受講申込が1名であったため、中止とした。受講者は26名であった。

5. 理療専門講座（2回）

外部講師を招いて「トリガーポイントの基礎と臨床応用～慢性疼痛へのアプローチ」、「ディープティッシュマッサージの理論とテクニック」をテーマとして講座を実施した。受講者は26名であった。

6. 医学研修講座（2回）

外部講師を招いて「アールヴェーダと養生」、「医療コミュニケーションの実際」、「依存症のいま」をテーマとして講座を実施した。受講者は33名であった。

第2回医学研修講座は、実技を伴わない講義のみの内容であったため、オンライン配信も同時に行った。

今年度は、19講座（地域研修講座4回を含む）を開催し、のべ184名（1講座平均9.7名）が受講した。定員を制限したため、受講者数は減ったものの、視覚に障がいのある受講者に対して手厚い指導と配慮ができた。

講座実施時に行っているアンケート調査では、「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると100%（回答率78.3%）であり、全体的に良い評価が得られているといえる。また、センター指導員が講師を務めた講座については、「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると100%（回答率68.0%）であり、全体的に良い評価が得られているといえる。

次年度も引き続き、時代に合致したテーマ・受講者が興味関心のあるテーマを設定するとともに、講義のみの講座では積極的にオンライン講座を実施する。

センター指導員が担当する講座については、センターの機能を生かし、綿密な事前準備から受講者満足度の高い講座運営に努める。

研修講座の案内に関しては、関係機関への郵送やホームページ、メール配信などを活用して、受講者のさらなる増加を目指していく。

2 臨床研究講座（自主研修）

理療従事者が、一定期間、臨床実習における技術の習得や機器の使用法、新たな症例についての検討など、指導員の指導のもと、個別のテーマに基づく研究・研修を実施する臨床研究講座を計画しているが、今年度は受講希望者がいないため実施していない。

資料Ⅰ－Ⅰ 講座別受講者数及び定員充足率

※下段(%)は定員充足率を示している。

	定 員	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
基礎講座	各30	130 108.3%	70 58.3%	35 29.2%	33 36.7%	26 28.9%
臨床講座Ⅰ	各30	86 95.6%	99 110.0%	37 41.1%	34 37.8%	R4年度から 「臨床講座」 として統合 45
臨床講座Ⅱ	各30	29 48.3%	41 68.3%	28 46.7%	18 60.0%	
東洋医学講座	各30	114 76.0%	135 90.0%	64 42.7%	18 30.0%	28 23.3%
理療研修講座	各100	57 28.5%	92 46.0%	44 22.0%	16 16.0%	26 13.0%
医学研修講座	各100	117 58.5%	84 42.0%	50 25.0%	38 19.0%	33 16.5%
地域研修講座	各30	57 47.5%	79 52.7%	38 25.3%	34 22.7%	26 28.9%
計		590	600	296	191	184
視覚に障害がある受講者		342	297	210	123	129

※地域研修講座は、隔年行われる十勝三療研修会（R1・3年度）を含めている。

R2年度より隔年で釧根三療研修会を実施している。

※第2回医学研修講座はZoom開催。

※R4年度から東洋医学講座は5回から3回に回数を変更。

※R4年度から『理療研修講座』を『理療専門講座』に名称を変更。

資料Ⅰ－２ 令和４年度 研修講座実施状況

月	日	曜日	講座名	テーマ	講師名	受講者数	定員	充足率
5	22	日	第1回 基礎講座	タクティールケアの理論と実践	社会医療法人禎心会 介護老人保健施設 ら・ぱーす 療養長 笹田 洋子 先生	9	30	30.0%
6	19	日	第1回 臨床講座	脳循環改善及び 不眠に対する鍼を中心とした複合療法	吉川はり物療院 院長 元筑波大学理療科教員養成 施設長 吉川 恵士 先生	14	30	46.7%
7	10	日	第1回 医学研修講座	アーユルヴェーダと養生	NPO日本7-14ゲージ協会理事長、73' 虎ノ門整形 外科病院高嶺の森の診療所副院長 上馬場 和夫 先生 国際ホリスティック・ヘルスケア協会理事 鈴木 陽子 先生	18	100	18.0%
	31	日	第1回 東洋医学講座	はじめてのかんたん脈診&経絡治療	神宮前鍼療所 院長 岡田 明三 先生	12	30	40.0%
8	20・21	土日	第2回 臨床講座	筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢	センター指導員	6	30	20.0%
	28	日	第3回 臨床講座	スポーツマッサージの実際	センター指導員	14	30	46.7%
9	4	日	第1回 理療専門講座	トリガーポイントの基礎と臨床応用 ～慢性疼痛へのアプローチ	明治国際医療大学鍼灸学部 学部長 伊藤 和憲 先生	13	100	13.0%
	11	日	第2回 東洋医学講座	三稜鍼を用いた治療の実際	枝元治療院 院長 枝元 直正 先生	6	30	20.0%
10	1・2	土日	第2回 基礎講座	ソフレクソロジーの実際	センター指導員	9	30	30.0%
	16	日	地域研修講座 (旭川市) (中止)	筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢	センター指導員			
	23	日	地域研修講座 (札幌市)	筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢	センター指導員	3	30	10.0%
	30	日	地域研修講座 (函館市)	筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢	センター指導員	8	30	26.7%
	29・30	土日	第4回 臨床講座	スポーツ障害に対するテーピングの基礎	センター指導員	5	30	16.7%
11	5・6	土日	釧根三療研修会 地域研(釧路市)	骨盤を整える 筋の触察と評価・運動療法～下部体幹・下肢	センター指導員	15	30	50.0%
	13	日	第2回 理療専門講座	ディープティシューマッサージの理論と テクニック	ワキ鍼灸マッサージ整骨院 副院長 広橋 憲子 先生	13	100	13.0%
	19・20	土日	第3回 基礎講座	頭痛に対するアプローチ ～緊張型頭痛を中心に	センター指導員	8	30	26.7%
12	10・11	土日	第3回 東洋医学講座	奇経治療の基礎と臨床	センター指導員	4	30	13.3%
1	22	日	第5回 臨床講座	手軽にできる灸治療の臨床応用& セルフケア	お灸・はり治療室 灸PLUS 副院長 八木 麻子 先生	6	30	20.0%
2	5	日	第2回 医学研修講座	(午前)医療コミュニケーションの実際 (午後)依存症のいま	札幌医科大学医療人材センター 教育開発研究部門 医学部 杉村 政樹 先生 医療法人北仁会 旭山病院 依存症センター長 橋本 省吾 先生	15	100	15.0%
	12	日	第2回 東洋医学講座 ※9月11日延期分	中医学鍼灸の実際 ～基礎から臨床応用(高血圧)	華梨堂 院長 松山 優 先生	6	30	20.0%

Ⅱ 研究事業

理療に関する実践的な研究に取り組み、理療教育の発展、充実および臨床技術等の向上、普及に努める。

Ⅰ 臨床研修（資料Ⅱ－Ⅰ参照）

センター指導員は、臨床研修において実際に患者を施術することで、理療に関する実践的な知識および技術の習得を図った。

Ⅰ．実施の状況

今年度は新型コロナウイルス感染拡大防止を目的とした臨床研修の休業はなく、年間を通して行うことができた。また、10時からの臨床研修を行わず、その時間を臨床室等のアルコール消毒や換気などに充てることで、感染拡大防止に努めた。これまで、臨床研修での新型コロナウイルス感染は報告されていないため、消毒や換気などの措置は一定の成果があったと考える。

Ⅱ．年度別患者概況

今年度の臨床日数は225日、患者数は2,175名、初診の患者数は67名であり、10時からのコマを行ってはいないが、令和元年度以前の水準に近くなった。

また、今年度の来所した患者の平均年齢は、67.0歳と過去5年間で最も高い年齢であった。臨床研修での技能をさらに高めるには、高齢者の患者だけでなく、幅広い年齢層を担当することも重要な要素と考えられる。そのための取組を模索していきたい。

Ⅲ．年度別来所理由（初診時の主訴）

今年度の初診の患者は67名で、そのうち多かった上位の5主訴を別表に掲載した。上位の2主訴は、頸肩部のこり（25名）、腰殿部の痛み（20名）と例年と同様の結果となった。全体的に退行性変化による中高齢者の症状が多くなっているため、幅広い世代の諸症状を治療できることが望ましいと考える。

Ⅱ 症例検討会

適切な施術が行えるよう指導員が互いに指導助言を行う症例検討会を毎月1回程度実施した。主に初診や再診の情報共有や意見交換、インシデントの予防策をはじめ、臨床研修に関して気付いた点や課題などについて協議した。

今年度は計15回実施した。初診等の情報共有の機会としては適切な回数であったと考える。

3 研究・研修成果の普及

症例報告および研究報告や臨床研修などの成果を研究紀要として編集、発行した。今年度のテーマは下記の通りである。

吉田勝豊：「中国古典における経絡経穴に関する一考察」

舟崎 隆：「全盲施術者が行う安全性を考慮した鍼施術に関する一考察」

中谷 薫：「奇経治療の概要と症例報告」

鷲頭弘康：「男性更年期に対する理療治療の検討」

古川直樹：「理療研修センターにおけるインシデント発生状況及びその予防策について」

4 理療に関するリスクマネジメント（資料Ⅱ－2 参照）

臨床研修等で発生したインシデントは、速やかに報告するとともに、再発防止に向けて適切な処置を講じた。

今年度のインシデント発生件数は計9件で、その内訳は、刺鍼時（抜鍼時・鍼の落下）が8件、施灸時が1件であった。刺鍼時のうち、鍼の落下は例年数件起こっており、今年度は近年に比べ多く発生している。その場面としては、視覚に障がいのある指導員が鍼を操作する際や抜鍼時が多い。これまでの予防策を改めて見直すこと、また、予防策の周知徹底に努めることにより、鍼の落下防止に一層取り組む必要がある。

今年度は予約時のインシデントが発生しなかった。以前多かった受診券への転記ミスによるインシデントは、今年度より転記を廃止し、基本的に患者自身にメモしてもらう形に変更したことから発生が防げたのではないかと考える。

資料Ⅱ－1 臨床統計

患者概況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
臨床日数	19	19	22	19	18	18	18	17	19	18	19	19	225
総患者数	147	168	184	186	174	202	183	175	189	168	193	206	2175
初診	1	5	5	7	7	7	7	7	7	5	5	4	67
再診	33	5	12	10	6	5	3	3	3	3	2	4	89
日平均	8	9	8	10	10	11	10	10	10	9	10	11	10
平均年齢	69	67	67	66	67	68	68	68	67	67	66	66	67
男性数	47	53	59	56	61	69	64	57	65	54	70	67	722
女性数	100	115	125	130	113	133	119	118	124	114	123	139	1453
女性割合	68	68	68	70	65	66	65	67	66	68	64	67	67

年度別患者概況

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
臨床日数	227	208	182	114	225
総患者数	2568	2434	1614	1085	2175
初診	66	72	47	36	67
再診	59	64	55	23	89
日平均	11.3	11.7	8.9	9.5	9.7
平均年齢	62.6	64.2	63.3	66.3	67.0
男性	602	689	475	324	722
女性	1966	1745	1139	761	1453

年度別初診時の主訴（名）

順位	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
1位	頸肩部のこり(29)	腰殿部の痛み(22)	頸肩部のこり(23)	頸肩部のこり(10)	頸肩部のこり(25)
2位	腰殿部の痛み(16)	頸肩部のこり(16)	腰殿部の痛み(10)	腰殿部の痛み(10)	腰殿部の痛み(20)
3位	下肢の痛み(5)	下肢の痛み(8)	肩関節の痛み(6)	膝関節の痛み(4)	その他(6)
4位	その他(4)	背部のこり・痛み(5)	股関節の痛み(3)	肩関節の痛み(3)	下肢の痛み(4)
5位	上肢の痛み(3)	肩関節の痛み(5)	上肢の痛み(1)	股関節の痛み(2)	肩関節の痛み(2)

※痛みにしびれ・重だるさを含む。

資料Ⅱ－２ 年度別インシデント発生件数

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
臨床の予約時		3		1	
臨床の受付時					
患者の移動時（治療前）					
刺鍼時（抜鍼時・鍼の落下）	7	9	1	2	8
施灸時					1
手技時					
体位変換・起き上がり					
患者の移動時（治療後）			1		
その他（臨床中）		1	1		
その他（臨床外）	1	3		1	
計	8	16	3	4	9

Ⅲ 相談・支援事業

理療従事者を対象として、理療に関する技術指導および相談・情報提供を行っている。

Ⅰ 臨床技術指導

今年度の研修者は4名であった。就職や職場復帰、職場での課題解決に向けたあん摩や鍼灸の実技力向上、各疾患に対する運動療法の習得などを目的に行った。

〈短期（3ヶ月未満）研修〉

研修者A（治療院勤務）：研修回数8回、研修終了

研修者B（治療院勤務）：研修回数11回、研修終了

研修者C（治療院勤務）：研修回数12回、研修終了

〈長期（3ヶ月以上）研修〉

研修者D（治療院勤務）：研修回数18回、研修終了

2 来所および電話相談

来所及び電話による相談は11件。相談内容としては、臨床技術に関するものが3件、資料室利用が8件であった。

3 巡回相談

地域研修講座に併せて理療に関する相談を実施しており、今年度の相談件数は4件であった。

4 機関誌等の発行、資料提供

1. 令和4年度後期講座案内及び機関誌「ひびき57号」の発行・発送

発行月日 令和4年9月24日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 833カ所

2. 令和5年度前期講座案内及び機関誌「ひびき58号」の発行・発送

発行月日 令和5年3月23日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 807カ所

3. 月別講座案内

北海道鍼灸柔整マッサージ師会、札幌市視覚障害者福祉協会、視聴覚障がい者情報センター、函館視力障害センターなどに送付する。また、希望者にはメールでの配信を行った。

IV 理解・啓発事業

地域住民を対象として、健康に関する公開講座を開催するとともに、理療に関する情報提供及び札幌視覚支援学校の案内を行い、理療や学校の理解・啓発を図っている。

1 公開講座

今年度は『不調改善！ ツボ押し体操』というテーマで、札幌視覚支援学校、北区民センター、西区民センター、白石区民センター、旭川市障害者福祉センター、苫小牧市福祉ふれあいセンター、帯広市市民活動交流センターの4市7会場で開催した。

コロナ感染予防の観点から、各会場の定員を10名とした。

広報活動は、開催各市の名義後援を得て、各会場にポスター、ちらしの掲示・配布を依頼した。その他、理療研修センターのホームページや町内会回覧等を活用した。また、希望者には講座開催の案内はがき、メールを送付した。

受講者数は札幌北区（7月27日）8名、札幌視覚支援学校（8月6日）8名、札幌西区（8月18日）4名、旭川（8月31日）8名、苫小牧（9月8日）5名、帯広（9月16日）10名、札幌白石区（9月27日）7名の計50名。健康に関する相談は計14件であった。

2 理療研修センターだより『げんき通信』の発行

健康に関する話題の提供や、理療の理解・啓発を目的として、今年度は3回発行した。

第28号（6月）では、「かっぱとキュウリは女性の味方」、「アロママッサージ」、第29号（10月）では、「イワシは海のニンジン」、「手の指と内臓」、第30号（令和5年2月）では、「牛になっても食後の一服」、「足裏のツボでセルフケア」について、それぞれ取り上げた。

PTA や近隣町内会に配布するとともに、理療研修センターホームページにもPDF版とテキスト版を掲載し、より多くの人に見てもらえるように工夫した。

3 PTA 研修会

保護者を対象に研修会を行い、あん摩・鍼・灸の体験等を通して、理療研修センター及び理療の理解・啓発を図った。

コロナ感染予防の観点から定員を9名とし、参加者は5名であった。

4 ホームページ

研修講座や臨床休業日の案内、センターニュース等、迅速な更新作業に努めた。アクセス数は今年度6,385件（昨年度5,379件）であった。

令和 4 年度 研究・症例報告

中国古典における経絡経穴に関する一考察

指導員 吉田 勝豊

I はじめに

1973年、中国湖南省長沙の馬王堆前漢墓（3号墓）から帛書（絹で織られた布に書かれた書物）や、木簡などに書かれた大量の古医書が発掘された。これらの書物は、紀元前3世紀から2世紀頃の中国における医療が、いかなるものであったかを詳しく伝える貴重な資料といえる。

その中に、『足臂十一脈灸経』と『陰陽十一脈灸経』の2種類の灸法書がある。いずれも発掘後につけられた書名だが、その名の通り、11の経脈について、その走行と関連する疾病などが記述されている。しかしながら、診断、治療、その他、書かれている内容は経脈に関することのみで、経穴に関する記述は全くみられなかった。

このことは、経絡と経穴の成り立ちについて、「点」である経穴の概念が経絡よりも先に存在し、後に経穴が繋がって、「線」である経絡へと整理統合されていったという、従来の考え方に一石を投じることとなった。この点について、中国最古の歴史書である『史記』と、同じく最古の医学書である『黄帝内経』の2書を読み解くことで、改めて考えてみることにする。

II 『史記』における経絡経穴

『史記』は前漢時代の司馬遷（紀元前145～86）によって書かれた歴史書である。

『史記』において、経脈に関する記述が最初にみられるのは、『扁鵲伝』であるが、陰陽論が単なる物理的概念ではなく、医学的概念として最初に記述されるのも、『扁鵲伝』においてである。そこには、

「それ陰陽中にいるをもって経にあたり、絡をまとい、分かれて三焦、膀胱に下がる。これをもって陽脈下遂し、陰脈上争し」

と記述されている。

『扁鵲伝』においては、経脈を陰陽という大きな概念としてとらえており、三陰（太陰、少陰、厥陰）、三陽（陽明、太陽、少陽）といった概念はまだ成立しておらず、経穴に関する記述もみられない。

しかし、『扁鵲伝』よりも時代が下った『倉公伝』になると、初めて三陰三陽に関する記述がみられるようになる。そこには、

「その脈を切するとき、少陽初め灸し」

「その色をみるに、太陽の色乾き」

「その足の少陽の脈に灸せよ」

「その足の厥陰の脈、左右各一所に灸せよ」

「その足の少陽を刺せ」

「足の陽明脈、左右各三所を刺せ」

などと記述されており、診断や鍼灸治療の対象として、三陰三陽の経脈が用いられるようになっている。しかしながら、『倉公伝』においても経穴に関する記述はみられない。

Ⅲ 『黄帝内经』における経絡経穴

『黄帝内经』という書名が最初にみられるのは、後漢時代（紀元後 25～220）に編纂された、『漢書芸文志』においてである。これに「黄帝内经十八卷」の記述があるが、現存していない。『芸文志』にみられる『黄帝内经』は、後の『素問』と『靈枢』のこととされているが、両者が同一のものは分かっていない。

作者も一人ではなく、編纂者も、成立年代も不明である。春秋戦国時代以来の伝聞を集め、前漢末から後漢の始めまでに編纂されたと思われるが、諸説があり、いまだ明らかではない。

しかし、どの説においても、その中核となる陰陽五行論に関する部分は、前漢の時代（紀元前 206～紀元後 8）に編纂されたという点では共通している。

現在伝えられている『素問』は、1062 年に出版されたもので、これは唐の時代、762 年に王冰が改訂したものを伝えているとされる。『靈枢』は、朝鮮から中国に伝わった写本を基に、1093 年に出版されたものが現在に伝わっている。

『素問』、『靈枢』いずれも、現在に伝わっているものは、原本の『黄帝内经』の内容とはかなり異なっているとされるが、再編された年代がより古い『素問』を基に、経絡と経穴について考えてみたい。

『素問刺熱論篇』には、

「肝の熱病なるものは・・・足の厥陰、少陽を刺せ」

「心の熱病なるものは・・・手の少陰、太陽を刺せ」

などの記述があり、五臓それぞれの熱に対する治療法が述べられているが、治療対象は経脈のみで、経穴の記載はみられない。

また、同じく『素問刺熱論篇』の中で、

「熱病のまず胸脇痛み、手足騒ぐは足の少陽を刺し、足の太陰を補う」

「熱病の頭首に始まるものは項の太陽を刺して、汗出づれば止む」

などの記述があり、具体的な症状に対する補瀉治療について述べられている。現在はもちろん、『難経』においても、主に経穴を対象に行われている補瀉治療が、ここでは経脈を対象に行われ、経穴に関する記述はみられない。

更に、『素問刺腰痛篇』には、

「少陽、人をして腰痛せしむれば・・・少陽の成骨（脛骨）の端を刺して血を出だせ」

「少陰、人をして腰痛せしむれば・・・少陰を内踝上刺すこと二瘡（二回）」

などの記述がある。これらの記述から、経脈を治療対象としてだけではなく、病気の原因や診断対象として重要視していたことが分かる。

また、経穴に関するものとしては、『素問繆刺論篇』に、

「邪、手の少陽の絡に客すれば、喉痺、舌卷、口乾、心煩せしめ、臂（うで）の外廉痛み、手頭に及ばざらしむ。手の中指（小指の誤り）の次指の爪甲上、端を去ること、韭葉（にらの葉）の如きを刺す」

「邪、臂掌（厥陰の絡）に客すれば、屈することを得べからざらしむ。その踝後を刺し、まず指をもってこれを按じ痛めば、すなわちこれを刺す」

「邪、足の太陽の絡に客すれば、人をして頭項肩痛せしむ。足の小指の爪甲上、肉と交わる所を刺す・・・癒えざれば外踝の下を刺す」

などの記述があるが、これらは圧痛点や反応点を表しており、経穴の名称や具体的な部位は示されていない。

IV おわりに

東洋医学における、最も重要な基礎理論を構成する陰陽と五行は、本来それぞれ独立した概念であり、別々に発生、発展したものである。

陰陽に関する最初の記述は古く、『詩経』にみられるが、この場合の陰陽は「ひかげ」や「ひなた」など、単なる物理的な概念でしかない。

同じく五行についても、『書経』に「五材」として、木、火、土、金、水の記述がみられるが、これも医学的な概念ではなく、日常生活に不可欠な物を表した物質的な概念でしかない。

その後、陰陽五行は、「気」や「三陰三陽」、「相生相剋」など、思想的意義をも

った陰陽論、五行論へとそれぞれ発展していくのである。やがてその思想は、哲学的なものから医学的な概念へと展開しながら、「陰陽五行論」として統一される。

このことは、前述の馬王堆前漢墓（3号墓）から発掘された古医書に記述されている経脈の数が、現在の「十二」ではなく、「十一」であったことから明らかである。この「十一」という数は、陰陽論と五行論が統合されていく過程を如実に表している。

陰陽論の三陰三陽と、五行論の臓腑を統合する過程において、三陰三陽から導き出される「十二」に合わせるために、最初は五臓五腑の十に、「名のみありて形なし」と呼ばれる三焦を無理に付け足して「十一」とし、更に心包を加えて「十二」としたのである。

したがって、馬王堆前漢墓から発掘された2種の古医書は、本来それぞれ独立した概念であった陰陽論と五行論が、長い時間をかけて、徐々に統合されていったことを示している。

経絡と経穴においても、陰陽五行と同じように、最初は独立した別々の概念であったものが、様々な臨床経験を経ながら、反応点や圧痛点の観察を積み重ねていく中で、次第に整理統合され、一つの医学的思想として確立されたのではないだろうか。

最後に余談ながら、前述の馬王堆前漢墓（1号墓）からは、古医書の発掘に先んじて、1972年に女性の遺体（ミイラ）が発掘されている。

この婦人は、一緒に埋葬されていた遺品に刻まれた文字から、前漢時代、紀元前193年に長沙の王侯となった利蒼という人の妻で、紀元前168年頃に死亡したことが分かっている。

この婦人は発掘されたとき、手に漢方薬を握っており、別の箱からも漢方薬が見つまっている。これらの漢方薬は生前の治療薬とみられ、婦人が手に握っていた絹の袋の中には、ケイヒ、コウリョウコウ、キョウ、ゴウホン、トコウ、ボウコウ、カショウ、シンイ、ハイランの9種の生薬が収められていた。

つまり、陰陽五行論に基づく古医書と、薬物療法に用いられる生薬とが、同じ墳墓に埋葬されていたことになる。

このことは、黄河流域を中心に発展した陰陽五行論を基礎とする北方系医学と、長江流域を中心に発展した薬物療法を基礎とする南方系医学が、少なくとも紀元前3世紀頃には、中国国内において広く併用されていたことを示している。

中国最古の医書とされる『黄帝内経』の成立年代から考えると、古代中国における医学や文化の交流は、21世紀を生きる私達が思っている以上に、スピーディーで、ダイナミックなものだったのではないだろうか。

今後も、古代中国の歴史や医学に関する研究を進め、学部での授業などに活かしていきたい。

《引用・参考文献》

- 1) 根本幸夫：陰陽五行説 その発生と展開 薬業時報社 1991
- 2) 小曾戸洋：漢方の歴史 大修館書店 1999
- 3) 石田秀実：現代語訳 黄帝内経素問 東洋学術出版社 1991
- 4) 小曾戸丈夫、浜田善利：意訳黄帝内経 築地書館 1971

全盲施術者が行う 安全性を考慮した鍼施術に関する一考察

指導員 舟崎 隆

I はじめに

当センターは、平成6年4月に北海道高等盲学校の附属機関として開所した。その後、平成27年4月からは、北海道高等盲学校と北海道札幌盲学校との合併に伴い、校名を北海道札幌視覚支援学校に改め、移転・開校した。これに合わせて当センターも北海道札幌視覚支援学校の附属機関として新たな歩みを始めた。

開所以来の設置目的は、「北海道札幌視覚支援学校における理療教育の充実を図るため、理療教育に関する研修、研究等の事業を行うとともに、知事との協議により、視覚障がいのある理療業従事者の資質の向上と、理療の普及啓発のために必要な事業を行い、もって本道における理療教育の充実に資することを目的とする。」とされている。この目的を達成するために、「研修事業」、「研究事業」、「相談・支援事業」、「理解・啓発事業」の4事業を実施している。

今回は、4事業の中から、指導員（理療科教員）が個々に実施する「研究事業」を取り上げることとした。この事業の内容は、「臨床研修を通して、指導員個々の研究・症例報告を行い、研究の成果を普及させる。」であり、具体的には「臨床研修」、「調査・研究」、「研究成果の普及」が含まれる。この具体的な三つの中から、日々継続的に実施している「臨床研修」について考察することとした。

具体的には、筆者（全盲理療科教員）が令和4年4月から令和5年3月までに実施した臨床研修（施術）を取り上げ、筆者が関わったインシデントを振り返りつつ、全盲施術者が行う安全性を考慮した鍼施術について考えてみたい。

II 臨床研修状況

I 研修方法

当センターでは、北海道札幌視覚支援学校に勤務する理療科教員5名が、年間を通じてセンターの事業に専任している。また、3名の指導助手が専属で勤務しており、主に患者の受付、環境整備、臨床研修の準備と後片付け、物品管理と整頓などを行っている。

臨床研修は、基本的に平日の日中に実施しており、一人の指導員が1日最大3名

にあん摩・マッサージ・指圧、鍼、灸（以下、理療）施術を施している。施術時間は一人の患者に対して概ね1時間から1時間30分程度である。また、担当者は治療効果やその累積効果を検討しやすくするため固定としており、患者は事前の予約制としている。

治療方法は理療であるが、その具体的なやり方や、どの種類の方法を用いるかなどは各指導員に委ねられている。また、これに加えてホットパックによる温熱療法を併用することが多い。理療施術には三つの内容が含まれているが、あん摩・マッサージ・指圧（以下、手技）を行わないことはほとんどない。

2 施術環境

専用の臨床室内に6ブースの施術スペースを設置しており、指導員が使用するブースは指導員ごとに固定している。そのため、基本的なブースの広さや使用物品のほとんどは共通しているが、各指導員がそれぞれの施術に合わせて、使用物品や配置を工夫することができるようにしている。また、ブースごとに調光が可能であり、患者の体調や症状に応じて明るさを調整している。

施術ブースの広さや使用物品は次の通りである。（写真1）

1. ブースの広さ

縦360cm、横245cm

2. 電動ベッド

縦192cm、横72cm

床面からの高さ45cm～85cm

3. ワゴン（詳細は後述）

高さ81.5cm

お盆の縦26cm、横38cm、深さ3.7cm

4. その他

丸椅子、脱衣かご、枕、バストマット、足枕、フェイス枕



写真1

3 ワゴンについて

ステンレス製のキャスター付きで3段のワゴンを使用している。（大きさは前述）ワゴン上には、基本的に次のような物品を備えている。

1 段目：手指消毒薬（ポンプ式）、アルコール用ハンドラップ、排綿入れ（ステンレス製、円形）、ゴミ入れ（プラスチック製、楕円形）

2 段目：低周波鍼装置

3 段目：血圧計、打鍵槌、聴診器、知覚検査機器

筆者は、安全で効率的な施術を行う上で、ワゴンの取り扱いと整頓は大変重要なことと考えている。特に全盲施術者にとっては個別の工夫を要するものと捉えている。（写真2）



写真 2

4 ワゴンの取り扱いと整頓方法

1. ワゴン内の物品の配置

上段は鍼灸に必要な最小限のものを配置するようにし、できる限り清潔に保つことを心がけている。施術前に物品を全て除いてから、アルコール綿花で清拭を行っている。自ら使用する物品は、施術者自身が使いやすいように配置している。その際筆者は、手指消毒薬のような背の高い物品は奥に配置し、排鍼入れは手前に置くようにしている。また、各物品は直線上に設置するようにし、これらの物品が容易にイメージできるようにしている。

2. ワゴンの位置と移動

ワゴンは、施術者の利き手側に位置するようにしている。これはワゴン上の鍼を取ったり、鍼を捨てるのに容易な位置であるためである。また、ベッドに直角に接触するように配置し、鍼施術の際はベッドの高さをワゴンの上段とほぼ同じ高さになるように調節している。これは、鍼を取り扱う際に、ある一定の空間を利き手で鍼を把持し操作することが多く、同レベルの高さにおける水平上の移動の方が容易であるためである。移動については、ベッドと平行にワゴンを移動するようにしている。これは、移動の際にワゴンをベッドに衝突させることを避けるためである。さらにベッドの上下操作や患者の体位変換時などは、ワゴンへの衝突を避けるため、壁側に移動させるように心がけている。

Ⅲ 臨床研修（施術）の流れと工夫点

1 患者

来所・受付 → 待合室で待機 → 受診 → 会計・次回の予約 → 退所

2 指導助手

患者受付 → 担当指導員に連絡 → 会計、予約事務 → 施術ブースの整頓と確認 → 洗濯、滅菌等

3 指導員

タオル類、ホットパック、鍼灸用具準備、ワゴンの整頓・清拭、手指洗浄と消毒 → 患者を施術ブースへ誘導 → 施術 → 患者見送り → 使用済みリネン類の交換、使用済み鍼灸用具の後片付け、使用済み物品の消毒 → 各種記録

ここでは指導員が施術前後に行う準備と後片付けについて筆者の工夫点や心がけていることを述べる。特に最近、注目を集めている安全対策や衛生管理について考えてみたい。

1. 施設内の移動について

最も気をつけていることは、他者との衝突や接触をしないことである。特に患者への衝突は絶対あってはならないことと考えている。他者との衝突や接触を避けるために、基本的に急いで歩行しないように心がけている。工夫点としては、早期に指導員と指導助手の靴音や歩き方を覚えることである。物理的には臨床室の中央に足で位置が確認できるようにラインを貼り付けてもらっている。

患者との衝突が最も起きやすい場面は、患者が臨床室や施術ブースへ出入りする際である。特に患者を待合室から施術ブースへ案内する時は、患者との横並びを避け、施術者が先を歩くように工夫している。また、複数の患者が入室する際は、混雑を避けるために、他の患者が臨床室に入る前に担当の患者を待合室に呼びに行くようにしている。

この1年の間に、患者を施術ブースに案内する際に、横並びとなり、患者とは接触は避けられたが、2度ほどブースのパーティションに衝突した経験がある。

2. リネン類の交換について

リネン類の取り扱いにおいては、危険を伴うことはほとんどあり得ないが、ここでは、仕上がりの美しさと置き忘れを防ぐことや運搬の際の落下防止が求められる。運搬時の落下防止としては、運搬の回数を最小限にするため、朝の臨床室内が静かな時間にその日に使用する、各種タオルやカバー類を予め、所定の位置からブース内の棚に運んでいる。使用済みのリネン類は、置き忘れを防止するために、シーツに敷いていたバスタオルで使用した各種カバー類やタオルを丸めるようにしている。使用後の枕類は、酒精綿で消毒し、新たなものをかけるようにするが、この際カバー類が曲がったり、しわができないように何度も触れて確認している。こ

の完成度は、ある程度の反復により、高まっていると思われる。

3. 鍼の取り扱いについて

鍼施術では、清潔の保持と鍼の紛失予防が最も重要と考えている。特に全盲施術者の場合、落下させた鍼の自力探索はかなり難しい。したがって、いかに清潔を保ちつつ鍼を紛失させないかという工夫が求められる。

ここでは、鍼の紛失を予防するための効率的な工夫について考えてみたい。

一般的に、使用前の鍼は、必要な本数を包装紙から出し、鍼皿に用意し、刺鍼時に鍼皿から取り出して使用するのが通常の形である。しかし全盲施術者の場合、比較的浅い鍼皿から必要な鍼を取り出す際、誤って鍼皿から鍼を落とす場合や複数本ある鍼から必要なものを探す困難さなどが生じやすい。

そこで、筆者の工夫として、使用直前に必要な鍼を包装紙から出すようにしている。したがって、鍼皿は使用せず1本ずつ取り出し、刺鍼している。この際の手指の消毒は、鍼を包装紙から取り出す直前に実施している。また鍼の包装紙（ゴミ）は、白衣のポケットに入れるようにし、ゴミ箱は使用していない。

廃鍼入れは、深さ 44mm、縦 110mm、横 70mm の蓋つきタッパーを使用している。これは、廃鍼をこぼしたり、全体の集積場所に運ぶ際に落とす可能性を低くするためである。また、鍼施術終了後はすぐにタッパーの蓋をするようにしている。

鍼を包装紙から取り出す際の工夫として、ワゴン上で作業するようにしている。これは、時に鍼管からストッパーが外れていて、開けたときに落下させることがあり、それがベッド上であれば患者を傷つける可能性があることと、ベッド上はタオルや服などにより落下させた鍼を探すのが難しいためである。筆者は今年度このことによる鍼の落下を2度ほど経験しており、インシデントとして取り扱った。

鍼施術中は鍼管や使用鍼を廃鍼タッパーに入れることになるが、この際、廃鍼タッパーの位置はいつでも同じ場所とし、利き手で鍼を保持した手は、手の甲から、ワゴンの縁を探るようにしている。また、使用鍼の確認は、施術終了後にワゴン上で使用した鍼管と鍼を数えるようにしている。

IV 臨床研修（施術）数（表1）とインシデント

今年度筆者は、延べ51名の患者に472回の施術を行った。治療内容は、手技・鍼・灸を行ったのが2名、手技と鍼が32名（うち低周波鍼通電を実施したのは11名）、手技のみが17名であった。したがって、51名中34名に鍼施術を施しており、鍼施術の実施率は66.7%であった。

当センターにおいてインシデントとは、「センター業務において、事故の一步

手前の重大な結果に繋がりがねない出来事や状況、危機」と定義し、「定められた様式および手順でインシデントを報告することにより、事故に繋がる潜在的なリスクを分析し、リスクマネジメントを図ること」を目的にインシデントレポート実施要項を定めている。

今年度、5名の指導員と学部所属の2名の理療科教員で延べ

2,175回の施術を行った。インシデント発生件数は9件であり、発生率は0.41%であった。このうち筆者が4件に関わっている。4件のインシデントは全て刺鍼時の発生であった。

1. 鍼の包装紙を開けた際に、鍼のストッパーが外れており、鍼をベッド上に落下させたインシデントが2件であった。鍼を包装紙から取り出す際の工夫で述べたように、鍼の包装紙はワゴン上で行えばこのようなインシデントにはならなかったが、時間がなく急いでいたため、このような事例が発生させてしまった。
2. 後頭下筋群の低周波鍼通電に並行して、肩井穴に浅刺の置鍼を行った。通電終了後に右肩井の鍼を抜鍼しようとしたとき上手に竜頭をつまむことができず、落下させた。抜鍼しようとした部位は、パルスジェネレーターのコードやバスタオルなど、混み合っている状態であったため、スムーズに竜頭を把持することができず落下させてしまった。低周波鍼通電部位に近接する部位への鍼の取り扱いとして、先に置鍼している鍼を抜鍼してから、鰐口クリップをはずすことと、コードをある程度まとめて絆創膏で固定することでこのようなインシデントは防げられると思われる。作業の順番を十分考慮して施術を行うことがインシデント発生予防には大変重要である。また、低周波鍼通電では、意図的に筋を収縮させるため、刺鍼した鍼が浅くなったり、クリップやコードの重みにより、鍼が抜けやすくなることがある。そのため、コードを予め絆創膏で固定したり、通電中、鍼の深さを確認することがインシデント発生予防となると思われる。
3. 患者伏臥位にて、腰部起立筋パルスと並行して殿点に置鍼し、患者が寒くないようにバスタオルを上からかけていた。通電終了後に抜鍼しようとバスタオルをはがした時に左殿点の鍼1本が無いことに気づいた。基本的に刺鍼部は十分露出することが原則であることは認識していたが、施術当日は冬期の1月30日であったため、保温の目的でバスタオルをかけた。患者に対する配慮の結果、イ

表1 月別施術数

月	施術日数	施術数	男性数	女性数	初診	再診
4	19	32	16	16	0	16
5	19	31	18	13	2	1
6	22	37	20	17	1	6
7	19	41	19	22	1	4
8	18	39	16	23	4	1
9	18	48	19	29	0	1
10	18	40	19	21	2	0
11	17	35	16	19	0	1
12	19	45	25	20	2	0
1	18	38	23	15	3	0
2	19	43	25	18	0	1
3	19	43	25	18	1	2
合計	225	472	241	231	16	33

ンシデントを発生させてしまった。原則に従い刺鍼部はしっかり露出させておくべきであった。

以上、筆者が関わった4件のインシデントを振り返ってみたが、全て防ぎようのあるインシデントであった。特に、鍼を包装紙から取り出す際の落下については、ワゴン上で行えば、防げるものであった。また、刺鍼部へのタオルは原則通りかけないでおけば、発生させることがなかった。低周波鍼通電に関わる刺鍼についても刺鍼や抜鍼の順番を考慮すれば防ぎようのあるものである。

このように基礎基本に立ち返りつつ、慌てることなく、施術に当たることが最も重要であることを再認識することとなった。安全性の確保と衛生管理を第1に優先し、効果的、効率的な施術を目指していきたい。

V おわりに

全盲施術者が鍼施術を行うにあたり、視覚的ハンデを補うために、様々な創意工夫が求められる。しかし、その工夫は各個人に委ねられていることが多く、共通的な方法をまとめたものがほとんど見受けられない。

今回は、筆者がこの1年の間に様々な施術環境や方法を工夫し、効率的で安全性が高いと思われる鍼施術について、振り返りまとめた。

あくまでも筆者の個人的な工夫に過ぎず、基礎基本的で当たり前と思われることも多くあると思うが、基礎基本的なことや個人内での工夫内容を可視化し、共通の工夫点にすることは大変重要なことと考えている。さらに視覚特別支援学校における鍼実技指導において、共通的な工夫点とはどのようなものであるかを考える材料として活用いただくとともに、多くのアイデアを積み上げ、鍼施術における指導のための参考資料のようなものができれば良いと考えている。そのことにより、鍼施術におけるインシデントの発生を0に近づけることができるものと思われる。

奇経治療の概要と症例報告

指導員 中谷 薫

I はじめに

奇経八脈は正経十二経とは異なり、直接臓腑とは連絡せず、正経脈間を貫いて正経の気血の調整をしている。すなわち気血が正経脈に満ち溢れている場合は奇経脈に備蓄し、正経脈で不足している場合は奇経脈から補充されている。古くから「十二経脈は江河の如く、奇経八脈は湖沢の如し」と形容されてきた。

奇経治療は、生殖器・産科・婦人科疾患に最も有効であると広く理解されている。加えて、精神と身体の潜在能力を引き出す働き、運動能力やADLの向上にも寄与している。脳の働きは腎に基づいているが、正経では直接アプローチできない反面、発育期・成長期の発達や高齢者の認知機能の改善については奇経治療が得意としているところである。したがって、少数穴で広範囲の症状に対応可能な特長を持つ奇経治療は、様々な症状に対応が可能である。

本稿では、奇経治療の概要とこれを用いた症例について報告する。

II 奇経八脈の概要

I 奇経八脈の主な流注・働き・所属経穴

1. 督脈

主な流注：胞宮（女性の卵巣・子宮、男性の精巣に相当）より起こり、体幹後面正中を上行し、項部・頭頂部・前額部・鼻部・上唇正中を通り、上唇小帯に至る。途中脳に絡する。手足の三陽経と交会することから「陽脈の海」と呼ばれる。また、支流は脊髓と脳に至る。

主な働き：身体の発育・成長、中枢神経の発育。

所属経穴：長強、腰俞、陽関、命門、懸枢、脊中、中樞、筋縮、至陽、靈台、神道、身柱、陶道、大椎、瘰癧門、風府、腦戸、強間、後頂、百会、前頂、顙会、上星、神庭、素髖、水溝、兌端、齟交

2. 任脈

主な流注：胞宮から起こる。胸腹部前面正中線を上行する。下顎に至り、眼窩の下部に至る。手足の三陰経・陰維脈と交会しており、「陰脈の海」と呼ばれる。6

つの募穴が所属している。

主な働き：妊娠と最も関係が深い。胞宮の活動を実施する。

所属経穴：会陰、曲骨、中極、関元、石門、氣海、陰交、神闕、水分、下脘、建里、中脘、上脘、巨闕、鳩尾、中庭、膻中、玉堂、紫宮、華蓋、璇璣、天突、廉泉、承漿

3. 衝脈

主な流注：胞宮から起こる。体表では氣衝から腎經に並行して上行し胸中から喉に至り、眼窩の下部で終わる。十二經の氣血を調整する要衝であり「十二經の海または血海」と呼ばれる。

主な働き：胞宮に氣血を供給し、胞宮の活動（月經や妊娠）を支える。

所属経穴：氣衝、横骨、大赫、氣穴、四滿、中注、肓俞、商曲、石関、陰都、腹通谷、幽門

4. 帶脈

主な流注：季肋部より起こり、五枢・維道に至り身体を帯のように一周している。腰腹部を横走し、全身を縦走する經脈を束ねる役割があることから、諸經を総束する經脈とされる。腎の營氣は左右別々に半周ずつ回り、任脈に終わる。

主な働き：腎の營氣は胞宮の生育の源となる。督脈と任脈を繋ぐことから、督脈に入った腎の營氣を任脈に供給する。營氣の固攝作用によって腰回りの諸脈が総束される。腎の蒸騰氣化作用をサポートする。

所属経穴：帶脈、五枢、維道

5. 陰維脈

主な流注：築賓から起こり下肢内側を上行し腹部に至り、脾經と同行し、脇部では肝經に合し、咽喉に至り任脈と合する。体幹部では陰蹻脈の外側を上行する。

主な働き：肝腎に属する。身体内部の氣血の調整。特に肝の疏泄作用との関連が深い。唾液の分泌や舌の運動。咽喉における呼吸と発声。蠕動運動の調節。胞宮に氣血を供給し月經を発現させる。寒証に用いられる。

所属経穴：築賓、衝門、府舍、大横、腹哀、期門、天突、廉泉、

6. 陽維脈

主な流注：金門より起こり、胆經に並行し体幹後部外側から腋窩・肩に至り、頸部・頰部・側頭部・項部を経て督脈と合する。体幹部では陽蹻脈の外側を上行する。

主な働き：皮膚の栄養・湿潤・保温。外邪に対する防御作用。身体の熱の調整。陽蹻脈と維絡することから、頭・頸・肩からの熱の放散に関与。頭の毛根部への栄養供給や脳の活動にも関与が推定される。外寒証の初期に用いられる。発熱症状に用いる。

所属経穴：金門、陽綱、臑兪、天髎、肩井、本神、陽白、頭臨泣、目窓、正營、承靈、腦空、風池、風府、瘡門

7. 陰蹻脈

主な流注：照海から起こり、下肢の内側後方を上行し、前陰部・腹部に沿って上行し胸内に入る。鼻の傍らから内眼角に至り、膀胱経と陽蹻脈に合する。体幹部では任脈の外側を上行する。腎経の別脈。

主な働き：経筋はインナーマッスルに相当し、作業や運動時の体幹軸の安定性、目の開閉と睡眠に関与する。陰蹻脈から脳に送られる情報はパートナー選択に活用される。身体運動、目の栄養、眼瞼の開閉、睡眠に関与する。腎精は陰蹻脈によって黒目に供給される。

所属経穴：照海、交信、睛明

8. 陽蹻脈

主な流注：申脈に起こり、下肢外側を上行し腹部を経て胸部後外側・肩部・頸部外側を経て内眼角に至る。手足の太陽経・陰蹻脈と合する。最終的に胆経の風池と合する。体幹部では督脈の外側を上行する。膀胱経の別脈。

主な働き：アウターマッスルの運動に関与。嗜眠の治療、脳の機能を活性化できる。特に下肢の運動機能に関与する。

所属経穴：申脈、僕参、跗陽、居髎、臑兪、巨骨、肩髃、地倉、巨髎、承泣、睛明、風池

Ⅲ 八脈交会穴（八総穴）

Ⅰ 各経穴の部位、取穴

1. 公孫（足の太陰脾経）

部位：太白穴の後方1寸、赤白肉の間。

取穴：母指外転筋の筋腹上の圧痛を目当てに取る。

2. 内関（手の厥陰心包経）

部位：大陵穴の上方2寸。

取穴：前腕掌面中央の下橈尺関節の上縁で圧痛を目当てに取る。

3. 外関（手の少陽三焦経）

部位：陽池穴の上方2寸。

取穴：前腕背面の下橈尺関節上縁にコリッとした腱が触れ圧痛を目当てに取る。

4. 足臨泣（足の少陽胆経）

部位：侠溪穴の後方2寸、第4・5中足骨の間。

取穴：第4・5中足骨の間を指先の方からなで上げていき、指の止まる所で圧痛

を目当てに取る。

5. 後溪（手の太陽小腸経）

部位：第5中手指節関節上の尺側、赤白肉の間。

取穴：軽く手を握り、第5中手骨と基節骨の関節尺側の割れ目を爪先で押すと痛むところ取る。

6. 申脈（足の太陽膀胱経）

部位：外果の下方5分、やや後方。

取穴：外果の下方やや後方に長腓骨筋腱を触れる。腱を指で少し前方に引くようにすると圧痛がある。これを目当てに取る。

7. 列欠（手の太陰肺経）

部位：経渠穴の上方6分、橈骨動脈上。

取穴：橈骨の尺側縁を押し下げてくると、茎状突起の少し上方で圧痛を目当てに取る。

8. 照海（足の少陰腎経）

部位：内果の下方1寸。

取穴：内果の下方1寸やや後方にコリコリとした腱を触れる。これを指で前方に引くようにすると圧痛がある。これを目当てに取る。

2 八脈交会穴の組合せと主な適応症

主穴	従穴	対応経絡	適応症
後溪	申脈	督脈	脊柱上の症状、頭痛、めまい、健忘、腰背部痛、遺尿、インポテンツ
申脈	後溪	陽蹻脈	運動器疾患（腰痛、五十肩、顔面痙攣）、片麻痺における下肢症状（外反尖足）、嗜眠、視力低下
列欠	照海	任脈	月経異常、生殖器の発育不全
照海	列欠	陰蹻脈	運動器疾患（腰痛）、片麻痺における下肢症状（内反尖足）、不眠、視力低下
公孫	内関	衝脈	月経異常、生殖器の発育不全
内関	公孫	陰維脈	自律神経失調症（動悸、咳、吐き気、嘔気、ヒステリー球、過敏性腸症候群）、体温調節異常（寒熱症状）
足臨泣	外関	帶脈	帯下病、内臓下垂
外関	足臨泣	陽維脈	表証（感染症の初期、皮膚疾患）、頭痛、体温調節異常（寒熱証状）

3 ハ脈交会穴の上下配穴について

ハ脈交会穴治療は陰陽論、三陰三陽論、五行論、子午理論等に基づいて構成されている。

1. 陽経治療システム

督脈：後溪（太陽経）－陽蹻脈：申脈（太陽経）

→手足の同名経治療となっている。

→督脈の疎通を図るシステム。

陽維脈：外関（少陽経）－帯脈：足臨泣（少陽経）

→手足の同名経治療となっている

2. 陰経治療システム

任脈：列欠（金）－陰蹻脈：照海（水）

→手足の五行相生関係であり、手から足の疎通を図る。

→任脈の疎通を図るシステム。

陰維脈：内関（火）－衝脈：公孫（土）

→手足の五行相生関係であり、手から足の疎通を図るシステム。

IV 診断

1 総合診察診断

奇経診断は、後述の方法によって気血等の状態を巧みに捉えることが必要である。また、適切な診断により、最小の刺激量で最大限の効果が得られる治療が可能となる。

奇経は腎に属することから、尺中部の異常・舌根部の病変・小腹部の病（臍下不仁・小腹拘急）が著明である場合は奇経八脈への治療が望ましい。

基本的に以下の手順で行う。

1. 主訴部の流注は何経かを知る
2. 奇経病証では、どの奇経に入るのか
3. 予め、奇経が考えられたのであれば・・・
4. 奇経腹診の反応を調べる
5. これを確認し、テスターを主穴・従穴に貼付する
6. その際、脈状は良く診ておき、テスターを貼付したときの変化を診る
7. 奇経腹診の反応が消失し、主訴の軽減・消失を確認し、この奇経証が正しいという診断を下す

2 奇経の圧診点

奇経	頭頸部・肩・上肢	胸腹部・腰部	下 肢
督 脈	百会、印堂、鬚交、 大椎、身柱、後溪	命門、陽関	なし
陽蹻脈	巨骨、肩髃、附分、風池、 肩外兪、肩中兪、天宗	膏肓、京門、 居髎	裏陽陵泉、承山、跗陽、 僕参、申脈
陽維脈	陽池、肩井、天髎、臂臑、 外関、中渚、風府	居髎	陽陵泉、陽交、外丘、風市
帶 脈	なし	章門、帶脈、 五枢、維道	臨泣
任 脈	承漿、列欠	膻中、中脘、氣 海、関元、中極	胃経上の変動を現してい るものもある
陰蹻脈	人迎、欠盆	天枢	交信、然谷、照海
陰維脈	廉泉、天突、内関	期門、腹哀、大 横、府舎	築賓、陰廉、五里
衝 脈	氣舎	肓兪、氣衝	三陰交。公孫

3 テスターによる診察診断

圧診点や奇経腹診、脈診による診察もテスターを使用することによって、より正確な奇経証を決定することができる。

予め立てた奇経証に従って主穴に+テスター、従穴に-テスターを貼付する。

奇経証が正しい場合は圧診点・奇経腹診の反応等が消失・軽減する。脈状も改善し、主訴や愁訴が消失する。

奇経証が誤っている場合は圧診点・奇経腹診も軽減することなく、腹部全体が張り、主訴も悪化、脈状も悪い方向に変化する。患者によっては誤治反応を示す場合もある。この場合はテスターを外せば元に戻るなので心配はない。

1. 磁気テスター

スティックの両端が磁石になっており、溝のある方が+である。

2本1組で使用する。片側を他者に保持してもらう必要があるという欠点がある。

2. エレキバン

円形の凸面が+、反対面が-となっている。磁気テスターとは異なり、1人で行え、2種類以上の奇経グループにも応用できる。

3. 八脈交会穴の左右について

八脈交会穴は左右存在するが、六部定位脈診の脈位を参考に以下を基本とする。

右側で診るもの：列欠、外関、公孫

左側で診るもの：後溪、内関、照海、臨泣、申脈

V 治療の基本

八脈交会穴は、奇経治療の基本穴として用いるのと同時に、経脈上の経穴を同時に用いるのが望ましい。

1 MP 鍼

主穴にP鍼（＋、銅）、従穴にM鍼（－、亜鉛）を用いる。主穴にP鍼を皮内鍼の要領で1～2mm刺入（絆創膏で固定する）。次に従穴にM鍼を同様に固定する。5分程度置鍼し、診察点や患部の痛みの軽減具合や脈状を診る。敏感な患者は抜鍼する。慢性病の場合は10分程度置鍼しておく。鍼はM鍼、P鍼の順に抜く。

2 金鍼・銀鍼

主穴に金鍼、従穴に銀鍼を用いる。手順はMP鍼に準ずる。

3 MP 円皮鍼

主穴に丸いP円皮鍼（＋、銅）、従穴に四角いM円皮鍼（－、亜鉛）を用いる。

4 奇経灸

ごま粒大・菜種粒大のように艾炷は小さい方が良い。主穴に5壮、従穴に3壮や主穴に3壮、従穴に2壮等数を変えて行う。これを3～5回繰り返す。痛み等症状が残っている場合は、消失するまで行う。

5 金粒・銀粒

症状が再発しやすい、慢性化している場合に用いられる。主穴に金粒、従穴に銀粒を貼付する。刺激に敏感な人や小児には便利である。通常、3時間程度、過敏な患者では1、2時間とする。長時間の使用で症状が悪化する場合があるので注意する。

VI 症例報告

1 プロフィール

1. 基本情報

47歳、女性、会社員

2. 主訴

腰部から下肢にかけての関節の痛み

3. 現病歴

10 年ほど前から複数の関節の痛み等を自覚するようになり様々な病院を受診した。また、数年間は鍼施術を中心とした理療施術も受けていた。約 2 年前に自己炎症による病態と診断され服薬治療中。

4. 自覚症状

主訴は、主に左側が強く腰椎、股関節、膝関節、肩関節の自発痛として現れる。

主訴に加え踵の自発痛と腫れが周期的に出現する。月経と一致することが多く、強い吐き気や腹痛を伴う。

発作は 2、3 日前後、長いときは 1 週間持続する場合がある。

発作が強い時は、仕事を休まなければならず、月経が近くなると不安も大きくなる。

日中に痛みがなくても、夜間に疼痛が出現し、中途覚醒することが頻繁にある。腹痛は発作時に加え、消化しにくい物や油っぽい物を食べたときにも発症し、食事の内容にも常に気を付けている。

主訴のほか、足部の冷え、頸肩背腰部のこり。

5. 他覚症状

脊柱アライメント：腰椎前弯増

筋緊張：頭半棘筋、板状筋、僧帽筋、肩甲挙筋、脊柱起立筋、腰方形筋

圧痛：天柱、肩井、肝兪、脾兪、腎兪、大腸兪、三陰交、太衝

6. 東洋医学的診察

脈診：沈・やや数・虚

腹診：やや虚

候背診：兪穴に反応

上熱下寒（頭部から蒸気・手の火照り・足部冷え）

7. 測定値

身長：158cm、体重：62kg

血圧：120/83mmHg（臥位・左）、脈拍：90 回／分

8. 既往歴

20 歳代：薬剤性肝障害

30 歳代：前庭神経炎、脊椎関節炎

40 歳代：急性腸炎、肝線維症、腎結石

2 病態の考察

患者は背腰部の痛みを 10 数年自覚しており、発症当初は脊椎性関節炎と診断されていた。当時から CRP 値が常に高く、様々な医療機関を受診し約 2 年前に自己炎症が原因と診断された。

関節痛の発作が月経と一致して起こることが多いこと、月経周期が不規則であること等から、基盤として女性ホルモンの作用が症状と深く関わっているものと考えられる。また、近年は月経周期等も不規則となっており年代的にも更年期障害を疑う要素は少なくない。加えて、コロナ禍によって仕事がテレワークとなり、外出の機会も減り、筋力や体力が低下傾向にあったことも症状悪化に繋がったと思われる。

更に肝臓、腎臓、消化器疾患の既往が多く、CRP の高値が続いており、何らかの刺激により発作性に症状悪化が起こりやすい状態が定着しているものと考えられる。

医療機関では具体的な診断には至っておらず、対症療法としての薬物治療が継続されている。遺伝子検査等も試みられているが根本的な治療の見通しはまだ立っていない。

3 治療方針

炎症症状の悪化を避けるため刺激は極力弱刺激とした。また、本症例は過去に鍼治療を中心とした理療施術の経験があった。今回は刺入鍼以外での治療を希望したため、灸治療を軸に継続的な治療を進めることとした。

4 問題リスト

1. 腰部から下肢にかけての関節・踵部の痛みとこれによる夜間中途覚醒。
2. 吐き気と腹痛
3. 足部の冷え
4. 頸肩背腰部のこり

5 治療法

症状が広範囲かつ多岐に渡ることから東洋医学的なアプローチによって治療を進めることとした。

1. ～ 3. については、気血の調整や臓腑の機能改善を目的に灸施術と接触鍼を行った。

4. については、愁訴部を中心とした筋緊張緩和を目的に手技療法を行った。

6 経過

令和4年9月2日より、概ね月2回の頻度で治療を継続している。

毎回、以下の治療法に加えて頸肩背腰部へのホットパックと全身へのあん摩施術を行っている。

1. 1回目～5回目（令和4年9月2日～10月20日）

（1）自覚症状・他覚所見

各回、直後効果は認められたが、次回来所時には症状はほぼ戻っていた。

（2）治療法

ローラー鍼：反応の現れている経絡の陰陽バランスの是正を目的に、前腕部の肺経と大腸経や下腿部の脾経と胃経など経脈に沿って各3分程度行った。

せんねん灸：冷え症改善を目的に三陰交と太衝にソフトを各1壮ずつ行った。

（3）直後効果

全体的に直後効果は現れたが、足部の冷えは殆ど変化しなかった。

2. 6回目～14回目（令和4年10月31日～令和5年3月7日）

（1）自覚症状

踵の痛みは自発痛から体重をかけたときの痛みへ変化した。関節の痛みも軽減していき睡眠が妨げられることが少なくなってきた。強い吐き気と腹痛が現れることがなくなった。

（2）他覚所見

筋緊張や圧痛については、部位には大きな変化がなかったものの、治療を重ねる毎に程度が緩和していった。

脈状については、当初触知が困難なほどの沈脈であったが、毎回治療前であっても触知が容易にできるようになった。遅数と虚実については、大きな変化はなかった。

テスターによる診察診断：申脈＋・後溪－、または足臨泣＋・外関－、照海＋・列欠－のいずれかを示していた。

（3）治療法

せんねん灸：三陰交と太衝に加え、奇経灸の方式を取り入れた。主穴にレギュラーを、従穴にソフトを使用した。また、基本的に左側は2壮とした。

ローラー鍼：当初の治療を継続した。

（4）直後効果

全体的に症状が緩和した。また、足部の冷えについては、施灸直後から改善が認められ、身体全体が温かくなったと話していた。加えてその効果は、2、3日持続するとのことであった。毎回、視界が明るくなったとも言っていた。

7 評価と考察、今後の課題

腰部から下肢にかけての関節・踵部の痛みについては、治療開始当初から直後効果的に症状の改善が見られた。また、これにより患者が当初から気にかけていた運動不足を解消するためにウォーキング等、積極的に外出するようになったことも症状改善に結びついたと考えられる。関節の強い痛みによる中途覚醒の頻度も減少し、睡眠の質が良くなったと本人も実感している。

吐き気と腹痛については、継続治療以前はほぼ35日周期で自覚していたとのことであったが、治療開始以降はほぼ1カ月周期となった。吐き気と腹痛から完全に解放するまでには至らなかったが、体質をある程度正常方向に転換することはできたものとする。

足部の冷えについては、主にせんねん灸で対応したが、一般的な選穴ではほとんど効果が得られなかった。6回目以降、奇経灸の方式を取り入れて全身の気血の状態へアプローチしたことが、症状改善に繋がったと考える。

頸肩背腰部のこり感については、愁訴部の諸筋を中心に全身あん摩によって改善を目指した。治療の回を追う毎に治療前の状態が改善していった。

鍼灸治療は5回目までは経絡や経穴を用いた標治法的方法で行ったが、ある程度の直後効果は見られたものの、あまり大きな効果はなかった。

6回目以降、婦人科系の症状が多いこと、督脈の流注上に症状があること、六部定位脈診で尺中が特に弱いことなどから奇経治療を導入することとした。

結果としては、自覚的にも他覚的にも足部の冷えが治療直後から明らかに改善し、その効果は2、3日持続するとのことであった。また、治療継続前半と比べ、関節痛の程度や頻度が減少し、吐き気や腹痛も軽減していることなどから、ADLが全体的に向上した。

今後は、奇経へのアプローチが症状改善の要となっていることから、自宅でもできるような治療、八脈交会穴などへのマグレイン貼付などを検討したい。また本人も食事や運動に対して課題を感じており、適切なアドバイスを行うことも不可欠と考える。

VII おわりに

内科的・精神的な諸症状を訴える患者に遭遇した場合、少なからず治療に戸惑う理療師は少なくないと思われる。様々なケースに対して患者を愁訴から解放するためには、東洋医学的な視点は不可欠であることもよく理解されている。

正経治療は、診察での脈診や治療での補寫など、複雑な技術習得が必要である。これに対して奇経治療は導入が比較的容易であることに加え、確かな効果が得ら

れるのが特長である。

今後、これを契機として更に東洋医学的な診察・治療スキルを向上させ、より多くのケースに対して効果的な治療を進めていきたい。

《引用・参考図書等》

- 1) 高野耕造：臨床に役立つ奇経八脈の使い方 東洋学術出版社 2020
- 2) 宮脇和登：よくわかる奇経治療第2版 たにぐち書店 2010
- 3) 入江 正：経別・経筋・奇経療法 医道の日本社 1982
- 4) 岡田 勝：経筋・経別・奇経診療 厚生社 1989

男性更年期障害に対する理療治療の検討

指導員 鷺頭 弘康

I はじめに

「更年期障害」と聞いたとき、たいていの人は“女性の”更年期障害を考えるのではないだろうか。

以前は、筋肉の衰え、肥満、疲労などの身体症状、不安感やいらいらなどの精神症状、そして性欲低下や勃起障害などの性機能障害は、加齢や自律神経失調症、あるいはうつ病などの原因で生じると考えられていたが、実は男性も加齢に伴い男性ホルモンが低下し、女性の更年期障害と同様の様々な症状が引き起こされることがわかってきている。

泌尿器科のホームページを閲覧すると、多くのところで男性更年期障害について掲載している。日本では約 600 万人が男性更年期障害で悩んでいるとの推計や、コロナ禍によって社会との関わりや体を動かす機会が減少したことで、男性更年期障害の症状を訴える人が増加しているという報告もある。

しかしながら、世間一般的に男性更年期障害については、まだ認知度が低いのではないだろうか。実際、私自身の治療経験においても男性更年期障害ではと訴えた患者はこれまでにない。

調べていくと、日頃治療している一般的な症状が、男性ホルモンの分泌減少に起因し、発症している可能性もあることがわかった。そこで今回は男性更年期障害について整理し、治療法について検討してみることとした。

II 男性更年期障害

I 男性更年期とは

40 歳代から 60 歳代の中老年男性において、加齢性の男性ホルモン（テストステロン）分泌低下を背景に、女性の更年期障害に類似した症状が出現し、多くの場合、性機能障害を合併する。分泌低下が始まる 40 歳代以降は、どの年代でも発症する可能性がある。

また、ストレスや社会との関わり、生活習慣なども男性ホルモン分泌低下の原因となることがわかっている。この時期は人間関係の変化や、仕事上の環境や役割の

変化が大きく、それによりストレスの影響を受けやすく、結果として男性ホルモン分泌低下が起こることがある。

また、趣味も無く、家と職場を往復する生活であったり、定年退職により家にこもりがち、あるいは人と会わないという人も男性ホルモン分泌が低下しやすいといわれている。

2 女性の更年期との違い

女性では閉経前後に卵巣機能が急激に低下する。これに伴い女性ホルモンであるエストロゲンの分泌量が急速に減少し、心身にさまざまな不調が現れるようになる。閉経を挟んだ50歳代の約10年程度が女性の更年期である。

これに対し、男性では女性の閉経のような明確なものではなく、男性ホルモンであるテストステロンの分泌低下も緩やかであり、女性では誰もが経験する更年期障害と異なり、起こる時期や症状の出る、出ないの個人差が大きいとされる。

3 LOH 症候群

日本では「男性更年期障害」、欧米では PADAM (Partial Androgen of the Aging Male: 加齢に伴う男性ホルモンの部分的欠乏症) と呼称していたが、男性の更年期障害とよばれる症状は疲れや気分的なものではなく、男性ホルモンであるテストステロンの分泌低下が招く病気であると考えられるようになり、現在は性腺機能低下症を強調した「加齢男性性腺機能低下症候群: late onset hypogonadism: LOH 症候群」と呼称されるようになってきている。LOH 症候群は「加齢によるアンドロゲンの緩徐な低下に伴う症状を呈する状態」と定義される。

Ⅲ テストステロン

1 テストステロンの働き

テストステロンは男性では主に精巣で分泌される。分泌量は思春期に急激に増え、平均すると20歳代でピークに達し、加齢とともに徐々に低下していくが、環境やストレスなどが大きく関わり、40歳代で急減する人もいれば、高齢になっても維持している人もおり、個人差が大きい。

分泌には加齢よりも社会との関わりや生活習慣が密接に関係していることから「社会性ホルモン」ともよばれる。そのため、社会的な役割があったり、趣味などを楽しみながら生活している人は、テストステロンの分泌が低下しにくいとされる。

テストステロンの全身への作用は、骨格筋量・筋力への作用、骨密度への影響、

気力ややる気といった精神面への影響、判断力や理解力などの認知機能を高める、性機能の維持など、様々な働きを持つ。加齢によるテストステロンの分泌低下はこれらの作用を低下させ、様々な男性更年期障害を引き起こすようになる。

2 テストステロンの分泌低下で発症しやすくなる病気

1. 生活習慣病

中性脂肪やコレステロールの代謝が低下したり、内臓脂肪や皮下脂肪が増えやすくなるため、生活習慣病（メタボリックシンドロームや糖尿病、脂質異常症、高血圧など）の発症リスクが高まり、動脈硬化の原因となる。また、血流をよくする働きもあるため、分泌低下によって動脈硬化が進行し、循環器疾患（狭心症や心筋梗塞）や脳血管障害を発症するリスクが高まる。

2. 認知機能の低下

テストステロンには記憶を司る海馬を活性化させる働きがあるため、分泌低下によって認知機能が低下し、認知症の発症につながる可能性がある。

3. 不眠症

テストステロンには日内リズムの統合にも関わっているため、分泌低下によって朝と夜の区別がつきにくくなり、不眠症になることがある。

4. 骨粗鬆症

男性には卵巣が無いため、テストステロンが転換され女性ホルモンであるエストロゲンが産生される。テストステロンの分泌が低下するとエストロゲンも減少し、骨粗鬆症のリスクが高まる。

IV 症状

男性の場合、女性に比べ症状の多少、程度は個人差が大きい。

1 症状

1. 精神症状

うつ症状、落胆、いらだち、不安感、集中力低下、パニック、疲労感、興味や意欲の喪失、不眠、記憶力低下など。

2. 身体症状・自律神経失調症状

筋肉や骨・関節症状（筋力低下、関節痛、筋肉痛）、ほてり、異常発汗、動悸、頭痛、めまい、耳鳴り、肥満、頻尿など。

3. 性機能関連症状

性欲低下、勃起障害、射精障害など。

2 うつ病との関連

男性更年期障害で起こる精神症状には、うつ病と共通するものがある。うつ病の疫学調査でも 40 歳代がピークを示しており、以降 50 歳代、60 歳代がそれに続いており、男性更年期障害が起こる年代と重なる。したがって、精神症状が強い場合はうつ病を疑う必要がある。

V 診察・評価

男性更年期障害が疑われる場合は、まず泌尿器科を受診することとなる。最近では男性更年期外来、メンズヘルス外来などの専門外来を設けている医療機関も多い。

I AMS 質問票 (Aging Male Symptom score)

「精神」に対する質問 5 項目、「身体」に関する 7 項目、「性機能」に関する 5 項目の合計 17 項目。1 点 (なし) ～ 5 点 (非常に重い) の 5 段階で自己評価を行う。

1. 総合的に調子が思わしくない
2. 関節や筋肉の痛み
3. ひどい発汗
4. 睡眠の悩み
5. よく眠くなる、しばしば疲れを感じる
6. いらいらする
7. 神経質になった
8. 不安感
9. からだの疲労や行動力の減退
10. 筋力の低下
11. 憂うつな気分
12. 「絶頂期は過ぎた」と感じる
13. 力尽きた、どん底にいると感じる
14. ひげの伸びが遅くなった
15. 性的能力の衰え
16. 早朝勃起の回数の減少
17. 性欲の低下

合計点数が 26 点以下は正常、27 点以上は軽度の異常、37 点以上は医療機関の受診が必要な中等度以上の異常を示唆する。50 点以上の場合は重症で、早急に治療を受ける必要があるとされている。

2 SDS うつ性自己評価尺度

テストステロンの分泌低下により起こっているうつの症状と、うつ病とを見極めるため、うつ病の調査票を用いることがある。理療臨床において、うつ状態が強い場合は、適切な医療機関を受診しているかどうかを確認する。

3 血中テストステロン測定

血液中の遊離型テストステロン（フリーテストステロン：蛋白質に結合していないホルモンでテストステロン全体の約2%）を測定する。総テストステロンは加齢による減少が軽度であるが、遊離型テストステロンは20歳代を境に加齢とともに減少する。遊離型テストステロンの値が基準に達しておらず、心や体の症状が強い場合はLOH症候群と診断される。

VI 一般的な治療法

1 テストステロン補充療法

テストステロンの値が基準値より低く、精神症状、身体症状を伴う場合は、テストステロン製剤を2～4週間に1回、筋肉注射するテストステロン補充療法が行われる。長期間補充すると多血症、皮疹、かゆみ、むくみ、肝機能障害、男性不妊などの副作用が現れることがある。

効果がみられない場合は、うつ病、下垂体や甲状腺の異常など他の病気を疑う。

2 薬物療法

抗うつ薬、抗不安薬、ED治療薬、骨粗鬆症治療薬など、症状にあった薬が処方される。

3 漢方薬

東洋医学では生命・生殖活動の低下を指す「腎虚」という概念があり、それを補う漢方薬が処方される。

①柴胡加竜骨牡蠣湯：うつの改善、勃起力改善

②補中益気湯：だるい、気力が無い、疲れやすいなどの活気の無い症状に対して

③加味帰脾湯：不眠、ほてりに対して

VII 理療治療

1 考え方

基本的には、患者の訴えるそれぞれの症状に応じた治療と、全身状態の改善を図

る治療を組み合わせで行う。女性の更年期障害の症状と重なるものが多いことから、その治療法も参考となる。

東洋医学では男性更年期障害は生殖機能が低下した腎虚の状態であると考えられる。腎虚とは腎に蓄えられている精（腎精）が不足した状態を指す。このことから、腎虚を考慮し選穴することも重要である。

緩徐ではあるもののテストステロンの分泌低下が続く限り、症状の軽快が期待どおりにならないことも考えられるので、少しでも分泌低下を抑制するための生活指導を行うことも必要である。

2 治療穴

症状が多岐に渡るため、一部の症状についてのみ取り上げる。

1. 女性の更年期障害に対する主な治療穴

中脘、関元、太溪、太白、脾俞、腎俞、血海、足三里、陰陵泉、三陰交など。

2. 精神症状に対して

うつ：神門、内関、百会、天柱、身柱、命門、足三里、太衝など。

不眠：百会、天柱、膻中、身柱、内関、神門、合谷、太衝など。

3. 身体症状に対して

めまい：中脘、関元、太溪、太白、脾俞、腎俞など。

耳鳴り：耳門、聴宮、聴会、翳風など。

頻尿：中極、膀胱俞、太溪、腎俞、氣海、関元など。

4. 性機能関連症状に対して

勃起障害：次髎、中髎、中極、太溪、腎俞、関元、氣海、陰部神経刺激など。

3 予防・生活指導

筋肉を動かすことによりテストステロンの分泌が促進されるため、運動の習慣をつけること、また、テストステロンは睡眠中に多く分泌されることから、適切な睡眠時間を確保するよう指導する。

過度のストレスが続くとテストステロンの分泌が低下するため、ストレスを上手に解消すること、テストステロンは社会性ホルモンとも呼ばれていることから、スポーツで競い合うことや新しいことへの挑戦も大切であるとされている。

VIII おわりに

今回、男性更年期障害について多くのことを学ぶよい機会となったが、患者対応においては特にうつ病との関連に留意する必要があることがわかった。

今後は 40～60 歳代の男性に限らず、男性患者を対応する際、その症状が男性更年期障害である可能性を念頭に置きながら、また患者にわかりやすく説明しながら診察、治療等の対応にあたり、患者の QOL 向上に寄与していきたい。

《引用・参考文献》

- 1) 奥山明彦：男の更年期 昭和堂 2006
- 2) 医道の日本 第 78 巻 第 5 号 医道の日本社 2019
- 3) 堀江重郎：テストステロンの健康力 栄養書庫 2022
- 4) 白井將文：男性更年期障害－その関連領域も含めたアプローチ 新興医学出版社 2008
- 5) オリエンス研究会：臨床理療学 社会福祉法人岡山ライトハウス 2020
- 6) NHK テキストきょうの健康 2022 年 7 月号 NHK 出版
- 7) NHK テキストきょうの健康 2020 年 8 月号 NHK 出版
- 8) NHK テキストきょうの健康 2018 年 10 月号 NHK 出版

理療研修センターにおける インシデント発生状況及びその予防策について

指導員 古川 直樹

I はじめに

当センターは平成 27 年 4 月に開所し、これまで 8 年間に渡り、地域の方を対象にあん摩マッサージ指圧、鍼、灸施術を行ってきた。

施術を行う以上、ヒヤリ・ハット事例が発生する可能性が少なからずあると考えられる。そのため、当センターでも多くの他施設と同様に、インシデントレポートによる報告システムを取り入れ、スタッフ内で情報共有及び予防策の検討を行っている。

本稿では、これまでに発生したインシデントの集計結果及び、それを踏まえて検討された予防策について報告する。

II 実施要項

1 インシデントレポートについて

当センターでは、インシデントを「センター業務において、事故の一手手前の重大な結果に繋がりがねない出来事や状況、危機を指す」と定義し、そのような状況が発生、発見した際に、インシデントレポートを作成している。なお、ここでの事故とは患者が不利益を被る可能性のあるものも含めて捉えている。

この報告システムについては、前身の北海道高等盲学校附属理療研修センターで実施されていた内容を引き継ぎ、他施設（病院、治療院、大学等）の取組や報告、参考文献を基に、必要に応じて修正しながら運用している。

2 報告の流れ

1. インシデントの当事者または報告者（最初に発見した者）は、速やかにセンター副所長及び臨床研究係に報告する。緊急を要する場合は、センター副所長の指示により速やかに対応する。
2. 報告を受けた臨床研究係は、直近の打ち合わせにてインシデントの内容を全体に周知する。
3. 当事者または報告者は、様式に従い、インシデントレポートを作成し、臨床研

究係に提出する。

4. 臨床研究係は、過去の同じ場面で発生したインシデントを確認し、どのような予防策を講じているか確認する。

5. インシデントレポートを受け、直近の症例検討会にて、その予防策について協議する。協議後、インシデントレポートに協議事項を追記し、所定の部署に回覧するとともに直近の打ち合わせにて予防策を全体に周知する。

※ インシデントの内容が指導助手の業務に関わる場合は、指導助手と臨床研究係で協議を行う。

3 インシデントレポートの記載について

レポートは Excel で作成する。入力シートと印刷シートに分かれており、入力シートはスクリーンリーダーを使用しても記入しやすいシンプルな形式となっている。作成したレポートは紙面及びデータで保管し、係を経由して管理職が内容を確認する。記載する項目は以下のとおりである。

1. 作成日・発生日
2. 報告者氏名・当事者氏名
3. 患者氏名・年齢・カルテナンバー
4. 発生場面
5. 発生状況
6. 考えられる原因
7. 今後の予防策
8. 協議後の追記

Ⅲ 臨床室の環境

施術ブース内の状況及びワゴンの基本的な使用法については、前述（p20）にあるとおりであり、ここでの詳細説明は省略する。施術者によって、ブース内及びワゴン上のものの配置は様々であり、各々が使いやすく、またインシデントの予防に繋がるように工夫したものとなっている。

また、臨床室と隣接する受付スペースには、基本的に指導助手が1名は常駐している。そのため、困った事象が発生したり、依頼したいことがある際には、速やかに声がけができるような体制となっている。

Ⅳ これまでの発生状況

開所以来の各年度における延べ患者数及びインシデント発生数、内訳は表１のとおりであった。

表１ 年度別インシデント発生件数及びその内訳

年度	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	計	発生率
臨床の予約時	3	2	14		3		1		23	0.14
臨床の受付時			2						2	0.01
患者の移動時（治療前）			1						1	0.01
刺鍼時（抜鍼時、鍼の落下を含む）	2	10	8	7	9	1	2	8	47	0.29
施灸時	2	3	1					1	7	0.04
手技時									0	0.00
体位変換・起き上がり									0	0.00
患者の移動時（治療後）						1			1	0.01
その他（臨床中）	1		1		1	1			4	0.02
その他（臨床外）	1	1		1	3		1		7	0.04
計	9	16	27	8	16	3	4	9	92	
延べ患者数	1878	2299	2345	2568	2434	1614	1031	2175	16344	
インシデント発生率（％）	0.48	0.70	1.15	0.31	0.66	0.19	0.39	0.41	0.56	

開所以来８年間の延べ患者数は 16,344 名、その中で発生したインシデントは 92 件、発生率は 0.56％であった。また、その内訳は、刺鍼時が最も多く 47 件（0.29％）、次いで臨床の予約時が 23 件（0.14％）であった。

さらに、表に掲載していないが、刺鍼時のインシデント 47 件の内訳を見ると、鍼の落下が最も多く 30 件（63.8％）であり、今年度は 8 件であった。その他、鍼の抜き忘れや症状の悪化・疼痛、出血等の発生は少数であった。

また、次に多い予約時のインシデントに関しては、予約簿の記入漏れや記入ミスによるものが中心であったが、ここ数年ではほとんど発生していない。

Ⅴ 考察

上記の結果を踏まえ、当センターにおけるインシデントレポートの運用状況及び、その発生内容、予防策についてみてみると、次の３点の課題が挙げられる。

- １．インシデント発生率は年度ごとにばらつきがあり、本来の目的である発生率の減少が見られていないこと。
- ２．刺鍼時のインシデントが最も多く、さらにその多くが鍼の落下であり、毎年発生していること。
- ３．今年度に関しては、インシデントの発生から報告までに１週間程度かかった事例が数件みられたこと。

それぞれの課題について、その要因及び対応策について考察する。

1 年度ごとのばらつきについて

インシデントの発生率については、年度ごとにある程度のばらつきは起こりうると考えられるが、当センターではそのばらつきが大きい現状がみられる。その要因として、当センタースタッフの所属状況が関係していると考えられる。

当センターで施術を行っているのは、指導員（専属の専攻科教員）が5名と、月数回来所する専攻科教員1～2名である。また、臨床の補助として3名の指導助手が在籍している。これらのスタッフが毎年数名ずつ異動し交代していくため、施術やインシデント予防に関する知識や経験、意識等に違いが出てくると考えられる。また、インシデントの報告の有無については、最終的には個人の判断によるところとなる。これらのことから、インシデントの発生や、その報告の有無に年度ごとの差が生じ、ばらつきに繋がっているのではないかと考えられる。このばらつきを減らし、全体として発生率を減少させていくことが最も重要となるが、現状はその傾向が見られていない。

そこで今年度から、年度の初めにこれまでのインシデント予防策をあらためて全体で共有する機会を設けた他、月に1回、指導員5名で行っている症例検討会の中で、インシデントレポートを作成するほどではないが、発生した事例や、予防に繋がりそうな工夫等について、口頭で話し合う機会を設けている。さらに「インシデントが発生した際には報告することが評価される」という雰囲気を作成することも重要と考えているが、実現に向けての具体的な取組は実施できていないため、今後の課題である。

2 鍼の落下について

当センターでは、インシデントの多くが鍼の落下であった。これまでの発生状況を集約してみると、次の4つの状況で起こることが多かった。

1. ディスポ鍼を包装紙から出した際、時々ロックが外れているものがある。そのことに気付かずに発生した、刺鍼前の段階での落下。
2. 刺鍼・抜鍼時の操作ミスや、手の乾燥により鍼が滑ったことによる、手元からの落下。
3. タオルケットやパルスのコードを移動させる際に鍼を引っかけたり、患者の体動等による、置鍼中の落下。
4. 抜鍼した鍼を鍼皿に戻す際や、廃鍼入れに廃棄する際に、誤ってこぼしてしまうことによる落下。

これらの状況について、当センターの施術者は、ほとんどが視覚に障害がある者

である。そのため、鍼のロックが外れていることや、タオルケット・コードの移動時、廃鍼時等に、鍼の状態や位置について、把握しきれない部分があるためではないかと考えられる。これまで実際に発生した事例を踏まえた予防策として、次のように取り組んでいる。視力に頼れない部分については、施術環境や動作、刺鍼方法などを工夫することで予防に繋がるよう努めている。

1. 刺鍼前の段階での落下予防

- (1) 鍼を包装紙から取り出す際は、ワゴンの上で竜頭を上に向け、竜頭と鍼管を同時に押さえて行う。
- (2) 余った鍼を返却する際等にパッケージ内の鍼のロックが外れてしまう可能性を考慮し、丁寧に扱う。

2. 手元からの落下予防

- (1) 使い慣れない鍼や短い、または細い鍼は落としやすいので注意する。
- (2) 近い部への複数本の置鍼はなるべく避け、鍼管に鍼を引っかけたり鍼管で鍼をはじいたりしないように留意する。
- (3) 抜鍼時も母指腹と示指腹でしっかり鍼柄をつまむ。
- (4) 鍼が手から滑り落ちにくくするため、指サックの使用やアルコールで指をしめらせる等必要に応じて行う。また、日頃からハンドクリームにより乾燥を防ぐ。

3. 置鍼中の落下予防

- (1) ベッドに鍼皿を置かない。
- (2) 刺鍼部位は十分に露出し、服の襟、袖、裾等が鍼にかからないよう注意する。
- (3) 浅刺の置鍼の場合は落下しやすいので特に気をつける。場合によっては、置鍼ではなく単刺で行う、水平刺、あん摩への変更等工夫する。
- (4) パルス治療における通電中は動きの出る部位に置鍼をしない。または、置鍼時にはその部位が動くような他の治療を行わない。
- (5) コードを持ちながら、鍼とクリップをそれぞれ持ち、鍼が抜けないようにクリップをはずす。ただし、クリップが外れないときは、抜鍼を優先する。
- (6) 置鍼時の患者の急な体動は予測できない部分もあるが、置鍼の際にはその部位を伝え、動かないように注意喚起を行うように留意する。特に上肢の置鍼時には、必要のない限り患者に話しかけない。また、体を動かした際には、痛み等の確認を行い、速やかに抜鍼する。
- (7) 患者が寝てしまったとき、一定時間が経過した場合は抜鍼する。念を押す声かけを行う。

4. こぼしてしまうことによる落下予防

- (1) 抜鍼後の鍼を視覚と触覚で確実にシャーレに戻す。
- (2) 深めのシャーレを用いて、鍼に触れてもシャーレから落下しないようにする。
- (3) 鍼を捨てるときは、廃鍼入れの縁にシャーレを沿わせるようにする。酒精綿で拭き最終確認する。ワゴン上も同様に最終確認する。
- (4) 必要に応じてワゴンに廃鍼入れを設置し、「抜鍼→廃鍼」を簡略化する。

5. 落下時の対応

万一鍼が落下した際には、次のように対応している。

- (1) 落下した鍼は慌てずに拾い、鍼刺し事故に十分注意する。
- (2) 鍼を拾うのが困難な場合、また、鍼を床に落とした場合は速やかに指導助手にピンセットで処理してもらう。
- (3) 鍼が見当たらない場合、落下したという先入観を持たず、パルスのクリップ等もしっかり確認する。
- (4) 治療終了後は治療ブースを毎回目視して、ベッドや床に鍼が落ちていないか確認する。または指導助手に確認してもらう。

これらの内容を実践することが重要と考えられる。刺鍼前においては、鍼のロックが外れている可能性を考慮し、鍼の取り出し方やワゴン上で行うこととしている。刺鍼中では、あらかじめ鍼の深度の変化が起こらないような施術としたり、鍼皿やタオルケット、クリップ等の扱いを工夫するようにしている。また、抜鍼後には確実に鍼を廃棄したり、指導助手によるサポートも取り入れるなど、あらゆる場面で視覚障害を踏まえつつ、鍼の落下予防に取り組んでいる。

3 インシデント報告の遅れについて

インシデントが発生した・発見した場合には、速やかに報告することが原則となっているが、今年度、数日後に報告された事例があった。その理由としては、インシデント報告の流れについて、理解が不十分であったことや、並行して行っている他の業務等があり、報告が漏れてしまったことが挙げられるのではないかと考えている。

報告の流れについては、年度が変わるごとに施術者・指導助手が異動することから、年度当初の段階で確実に理解が得られるよう取り組むことが重要である。また、他の業務等でレポートの作成が遅れる場合でも、口頭での報告が速やかに行えるよう働きかけていきたい。

VI おわりに

本稿では、開所以来のインシデント発生の状況から課題を挙げ、その改善に向けた取組を考察した。

年度ごとのばらつきを減らし、発生数を継続的に低い水準に保つこと、特に鍼の落下予防を目指すため、様々な場面での予防策を周知すること、発生した際に速やかに報告がなされるように働きかけることの3点が実現できるよう、引き続き取り組んでいきたい。

また、レポートの様式や報告の流れが繁雑になっていないかの検討や、予防法が膨大となり、全て把握するのが困難となっているという課題も感じている。これらについても、検討、見直しを図っていきたい。これらの取組は、専攻科の臨床における指導においても活かすことができると考える。生徒個々のスキルアップとともに、生徒自身を守ることに繋がると考えられる。

最後に、次項より挙げる予防策は、鍼の落下以外について、これまで蓄積された報告を基に検討されたものである。これらの内容が他施設でのよりよい予防策を検討する一助となれば幸いである。

VII 参考資料 インシデント予防策一覧

Ⅰ 臨床の予約、受付、治療全般

1. 予約簿はこまめにチェックし、変更があればわかり次第反映させる。
2. 治療前には必ずカルテ、経過表を確認し、施術部位や内容、既往歴、配慮事項等の確認を徹底する。同姓同名や、似ている名前の場合は特に注意する。
3. カルテ等の内容が他の患者に見えないよう取り扱いに注意する。印刷した場合、放置したままにしない。
4. 水滴等に留意し、床面・足下への注意を払い、転倒予防に努める。
5. 患者が歩行に不安のある場合は移動中横に付き添う。
6. 初診や再診の際、ブースに入った患者に氏名を再確認する。
7. 施術内容や部位、副作用等について事前に丁寧に説明し、同意を得る。
8. 治療中、患者の様子や部位の確認、声かけを適宜行い、集中を切らさない。
9. 患者の着替えやワゴンの移動によって椅子が移動する可能性があることに留意し、ベッドを下げる際には、周囲に椅子等はさむものがないか確認する。
10. トイレ等で一旦ブースから出て戻ってきた際、他のブースに入らないよう施術者が中まで誘導する。
11. 患者対応が必要な際には、そのことに専念し、他の業務は他の施術者、指導助手に委ねる。

2 刺鍼時

1. 鍼の抜き忘れ

- (1) 広い部位の施術は、できる限り各部位ごとに行い、記憶する。
- (2) 刺鍼の際に「今、○本鍼が刺さっています」と患者に声をかける。
- (3) 抜鍼時の本数確認を習慣づける。また、抜鍼後にはエリア毎に触診して抜き忘れないか確認する。特に頭部は毛髪に隠れていないか入念に行う。
- (4) 体位変換前には、鍼に限らず、異常等がないか体幹や四肢を確認する。
- (5) 鍼治療終了時・廃鍼時の鍼と鍼管の数の照合を徹底する。その際、鍼と鍼管を別々の容器に入れる等、数え間違えのないよう工夫する。また、必要に応じて指導助手に確認してもらう。

2. 著明な痛み、出血

- (1) 施術内容や刺激量をよく検討し、丁寧な鍼操作や使用鍼の選択に配慮する。通電や灸頭鍼の際にはより出血しやすいので注意する。
- (2) 施術部位の周囲を広く開け、患者の衣服や施術着をクリップで留める等、血液が付着しないよう工夫する。
- (3) 切皮の際の力加減、刺鍼の角度や深さ、抜鍼方向に留意する。
- (4) 抜鍼の際には綿花を添える。出血した際には圧迫止血する。また、血腫がみられた場合は、その部を軽く圧迫する。

3. 鍼通電関連

- (1) 機器使用前にコードの絡みがないか、ゼロポジションかの安全確認をする。
- (2) コードを部位にわけて束ねておく。その際、束ねる場所を事前に決めておく。
- (3) 複数箇所に行う場合、色違いのコードの使用や差し込む位置を工夫する。
- (4) コードが鍼を引っ張らないよう、コードに余裕をもたせるとともに、コードを足に引っかけないように注意する。
- (5) ボリュームの急な上昇や、どの部位に対応したものを上げているかに十分注意する。

3 施灸時

1. 患者には事前に熱いときには我慢しないように伝える。また、熱さを訴えていなくても、皮膚感覚が鈍い患者の場合には細心の注意を払う。
2. 患者に施灸内容、部位を伝え、動かないよう注意喚起する。施灸部位の下に防炎マットを敷いておく。
3. 施灸部位の周囲を広く開け、クリップで服の裾を留める等工夫する。または治療着に着替えてもらう。毛髪の近くの場合は、手ぬぐいを使用する。

4. 施灸前、灰皿に少量の水を入れておく。施灸時には片手に灰皿を持つ、または灰皿をベッドに置く等、極力手元で作業できるように位置取りを工夫する。
5. 手への施灸時には、ハンカチ等を持たないように指示する。
6. 台座灸が途中で落下しないよう、台座の底面を施灸点に密着させる。落下した際には、湿らせた綿花で取り去る。灸が見当たらない場合は、すぐに指導助手に探索を依頼する。
7. 台座灸を取り除く際には、熱くなっていることに留意し、母指腹と示指腹でしっかり台座をつまみ、慎重に捻りながら取り除く（灰の落下防止）。
8. 複数箇所施灸する場合等に、施灸部位に指等が触れないように留意する。または、部位を分けて行う。
9. 棒灸を行う際、皮膚と棒灸の間に手をかざして温度を調節する。特に新しい棒灸は長いので、距離感や衣服等への接触に注意する。
10. 灰が患者の皮膚に落下した場合は部位を確認する。必要に応じて指導助手に見てもらい、灰に火がついていた場合は必ず冷やす（酒精綿でこすらない）。

4 その他

1. 体調の変化

- (1) 高齢や基礎疾患等により配慮が必要な患者を事前に確認し、朝の打合せで周知する。
- (2) 声かけと体調チェックを怠らない。特に鍼に慣れていない患者は注意する。
- (3) 治療前の血圧測定時に普段の血圧及びその状態について尋ね、高血圧や血圧不安定等がある場合は、施術前後の患者の状態に十分留意する。
- (4) 症状や既往等を念頭におき、治療中の姿勢については十分配慮する。特に伏臥位の可否については慎重に判断する。
- (5) 伏臥位を続けるのがつらい場合は、側臥位で治療を行う等の工夫をする。
- (6) 施術中に意図しない痛み等の異変があった場合は、施術者が様子を確認し、状態を把握して必要な処置をする。
- (7) 治療終了後も集中力を切らさず、患者の歩行や姿勢に留意し、目を離さないようにする。

2. ベッドからの転落

- (1) 高齢や基礎疾患のある患者の場合、体位変換時の転落に特に気を付ける。
- (2) 電動ベッドが高くなっていたり、上下させる際には、必ず患者に声をかける。
- (3) 施術者がベッドから離れる際や、治療終了後は必ず電動ベッドを一番低い位置まで下げる。

- (4) 患者が鼻をかむ、携帯を見る等、動くことが予想される場合には、電動ベッドを下ろすまで待つよう声をかける。必要に応じて動かないよう体に手を添える。
- (5) 患者が会話に夢中になると思わず体を動かしてしまうこともあるため、適度な会話に留める。

3. 施術者自身の傷害

- (1) 鍼の使用本数が多い場合は、舟型シャーレではなく、丸型シャーレの蓋等を使用済みの鍼を入れる。
- (2) 台座灸に点火する場合、専用の点火器があればそれを使用する。

4. 物療機器

- (1) 使用前に動作確認を行い、ゼロポジションを確認する。また、定期的に保守点検を行う。
- (2) 出力、刺激時間に注意する。
- (3) 床にあるコードを踏まないよう、コードをひっかけるか手に持ち、注意して移動させる。

《引用・参考文献》

- 1) 鍼灸の安全対策サイト：<https://safety.jsam.jp/index2.html>
- 2) 全日本鍼灸学会研究部安全性委員会編集：臨床で知っておきたい鍼灸安全の知識 医道の日本社 2009
- 3) 山下仁 著：マンガ鍼灸臨床インシデント増補改訂版 医道の日本社 2017
- 4) 坂本歩 監修：鍼灸安全対策ガイドライン 2020 年版 Ver.1.1.1 全日本鍼灸学会臨床情報部安全性委員会 2021
- 5) 山下仁 他著：より安全な鍼灸臨床のためのアイデア（1） 全日本鍼灸学会雑誌 第57巻1号,2-15 2007
- 6) 菅原正秋 他著：東京有明医療大学附属鍼灸センターにおけるインシデントレポートの集計と考察 東京有明医療大学雑誌 Vol.6 21-23 2014
- 7) 福島正也 他著：東西医学統合医療センター鍼灸外来における 2015 年度インシデント・アクシデント事象調査 筑波技術大学テクノレポート Vol.25(1) 64-68 2017

令和4年度

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター 研究紀要

発行 令和5年5月

編集発行 北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター
〒064-8629

北海道札幌市中央区南14条西12丁目1番1号

電話・FAX 011-533-3253

Eメール ahaki@popmail.hokkaido-c.ed.jp