

iARMS**Special Review
article**

Ryodoraku Medicine and Stimulus Therapy is an International, peer-reviewed scientific journal that publishes original article in experimental and clinical medicine for Ryodoraku Medicine

良導絡とリハビリテーション Ryodoraku and Rehabilitation

中根 敏得

Toshie NAKANE MD PhD

国際良導絡医学会 / 会長

Chairman of the Board General Corporate Judicial Person
International Association of Ryodoraku Medical Science (IARMS)

Official Journal of International
Association of Ryodoraku
Medical Science
(社) 国際良導絡医学会雑誌

抄録

Abstract

The technical fields that support rehabilitation medicine in Japan are broadly divided into physical therapy, occupational therapy, prosthetic limbs / equipment, and speech therapy. The therapeutic purpose of rehabilitation is the maximum recovery of physical function. It also includes various functional measurement tests. The Ryodoraku autonomic nerve measurement method, which is a basic test of Ryodoraku medicine, is also included in the test. In rehabilitation medicine, both compassion for patients, humanity with a kind heart that promotes independence, and scientificity for therapeutic procedures are required. Therefore, it is important to learn the spirit and technology of Ryodoraku medicine for rehabilitation medicine, which requires the scientific nature of all-human medicine and technology. This paper describes the relationship between Ryodoraku medicine and rehabilitation medicine.

I. 理学療法 Physical Therapy

日本国におけるリハビリテーション医学を支えている技術分野は、大きく分けると、理学療法、作業療法、義肢・装具術、言語療法である。

理学療法は作業療法とともに身体障害者リハビリテーションの最も大きな技術的支柱である。世界保健機関(WHO)の定義によると、「理学療法とは、治療的運動(運動療法)熱・低温・光・水・マッサージ・電気などを用いる身体的治療の科

学及び技術であって、治療目的は、鎮痛・循環促進・障害の防止と矯正・筋力・可動性・共同性などの最大限の回復である。神経障害の程度や筋力を測定するための電気的あるいは従来のテスト、各種機能測定テスト・関節可動域テスト、肺活量測定なども理学療法に含まれる」としている。

つまり、良導絡医学の基本的検査であるところの良導絡自律神経測定法が、「電気的あるいは各種機能測定テスト」に含まれる。また、一次

障害・二次障害の「防止」と治療目的である「鎮痛」「循環促進」にも良導絡療法は有効であり筋力・可動性の最大限の回復をはかる事ができる。

すなわち、理学療法は、運動療法と物理療法に大別されるが、世界理学療法連盟(WCPT)の定義に述べられているように、理学療法の対象は、1)身体に障害のある者に限定していない。2)目的として障害の予防がある。つまり理学療法の対象は、「病気のあとに来る障害」ばかりでなく、「病気と共存する障害」たとえば筋ジストロフィーや関節リウマチ、または内臓(心臓や肺など)の病気などもあり、病気と障害の両面を同時にもっていて、病気が良いほうに、または悪いほうに動けばそれにつれて障害も一進一退する固定的でないものまでも対象としている。そのために運動療法や物理的手段による刺激によって起こる生体への反応が病気や障害の治療促進ならびに、障害の予防につながるような治療手技でなければならない。

日常おこなっている運動療法は、ややもすると、患者に苦痛をあたえることがないとはいえない。また現在までおこなわれてきた物理的・電気的手技は危険を伴い、患者の恐怖心を起こさせることも否めない。

理学療法士は、患者に対する思いやりと、自立を促す優しい心を持つ人間性と、治療手技に対する科学性の両面を要求される。

すなわち全人間的医療と技術の科学性を求められる理学療法士にとって良導絡の精神と技術を学ぶ事は大切である。

① 運動療法 Exercise Therapy

まずリハビリテーションに求めるのは、麻痺したり使わなかったために萎縮して動かなくなった筋肉を、訓練して動くようにすることである。その為にはいろいろの形の、そして適当な強さの運動を課し、それを段階的に強めていかなければならないが、これが運動療法である。リハビリテーションが一次的に目指すのは普通の人間の日常生活なのだから私達が無造作に習慣的におこなっている身体の動きの域を出ない筈で、単に手足を伸ばしたり縮めたりして大して高級な医療であるという感じを与えないかも知れない。しかし一定の専門教育を受けた者しか行なうことのできないのは、麻痺した四肢をやたらに動かす訓練やマッサージを行えば目的を達するというものではないから、神経や筋肉や関節の動きに関する生理学的知識を前提として厳

密な医学的法則、つまり運動学の上に立っておこなわなければならない。

ことに大切なのは、訓練がつねに色々な検査、評価に裏打ちされながら、障害の回復過程を追うところに科学性を保証され、近代医学としての骨格を備えているのである。

良導絡自律神経測定法は、特に、病気と共存する障害の運動療法のための評価に、その科学性を発揮できる。

運動障害の大きな部分を占める脳卒中や脳性麻痺の場合は、障害の源は末梢の手足の筋肉にあるのではなく、それを支配する脳の中に存在するのだから、神経生理学的方法、技術が広く用いられるようになった。ブルンストローム、ボパス、ポイタなど人名を冠したいくつかの体系があって、片麻痺や脳性麻痺の場合に盛んに用いられているが、この場合も良導絡療法は、ポイタ法に勝るとも劣らないといわれている。また関節が拘縮していると正常な運動ができないので関節そのものの訓練をおこなうが可動域を広げるためには、良導絡療法は、筋肉の血行を促がし鎮痛効果があるので併用することが一層のぞましい。脳卒中の場合は、まだ意識を失って寝たままの状態の時期から、将来の正しい運動が可能のように体の姿勢と手足の位置に気を配ることから始め、床ずれや関節の拘縮を防ぐためになるべく頻りに他動的に体を動かし尖足なども防がなくてはならない。この場合も、自律神経の中枢に作用して、自然良能により血行を促し、溢血吸収を促進する良導絡療法は倒れた直後から有効な方法であり、その知識を持っていれば、家族に指導して家族もおこなえるものである。

私は以前から現役の看護師を対象にして、良導絡療法の講習会をおこなっているが、なかなか治り難かった床ずれに対して良導絡理論に基づいて刺激療法を行った結果、きれいに治ったという研究発表を聞いて感動したことがある。

次いで坐る訓練、立ち上りと立ち続ける訓練などまた、よく利用されるのは平行棒の中での歩行練習、独り歩きの訓練と進む。場合によっては、各種の装具などを、体重を支えたり異常歩行を矯正するために用いる。平地の歩行ができるようになればさらに斜面や階段の歩行、溝や敷居をまたぐ練習をおこなって次第に日常生活、社会生活に入っていく。どうしても足で歩行ができない時は、車椅子に頼らざるを得ない。片麻痺の場合など下肢

に比し、上肢の回復訓練の成果は、はかばかしくないことが多いので、健康な側の手で代用(利き手交換)しなくてはならないことが多いが麻痺した手の訓練にもできるだけ務める。

また運動療法は、腰痛や五十肩などの治療にも用いられ、腰痛体操もまた運動療法の範疇に入っている。この場合も良導絡理論に基づいておこなう電気刺激治療器は、広く各医療機関に導入されていて理学療法士が行える物理療法であり、運動療法と併用することにより一層効果的である。心筋梗塞や狭心症の発作のあと、いつまでも大事をとって寝かせておくのではなく、早期に運動を始めるが、稀に起こるかも知れないリスクの予見制御のために、心電図その他のモニタリングシステムを整備しながら運動療法をおこなう。この場合も、検査法の一つとして、良導絡自律神経測定は最も簡単であり、有効な方法として大いに活用できる。

② 水治療法 Hydrotherapy

水治療の記録は中国の「黄帝内経」やエジプトの記録などにも求められるが、昔は水治療法というより温泉治療が重大視された。現在では科学的な効能を求めなくなった。しかし、アルキメデスの原理で水の中に入ると、浮力を受けて体が軽くなり、手足が動き易くなるので運動療法の補助的な意味で利用される。室内プールやハーバード・タンクがある。良導絡においても、温泉水に関する治療効果は認めていない。

③ 温熱療法 Hyperthermia

痛みの治療や関節の可動域の運動訓練などに、ホットパッタ、パラフィン浴など用いられる。

④ 電気・光線療法 Electric / Phototherapy

1600年ごろから電気の医療への応用が考えられ、電気生理学およびその応用として電気治療が進歩した。

低周波やジアテルミーや超音波・赤外線・レーザー光線は、筋肉の萎縮を防ぐためと鎮痛の目的で用いる。

その医療機器については例をあげると、「経皮つば電気刺激器」は、日本大学・鈴木太教授(前良導絡自律神経学会会長)の提唱する治療器であり「SSP治療器」は、大阪医科大学・

兵頭正義教授(元日本良導絡自律神経学会会長)の創案によるもので、広く理学療法士に用いられている。

その他欧米の理学療法士で広く用いられている「経皮神経電気刺激治療器」や低出力の「レーザー照射器」等々は、良導絡基礎理論に基づいておこなっていて高い治療効果をあげている。

⑤ マッサージ Massage

マッサージというのは本来フランス語であるが、東洋でも「あんま」が長い歴史をもっており、記録をさかのぼると「素問」に至るといえる。西洋医学の元祖、ギリシャのピポクラテスもこれを重視した。

ヨーロッパでも物理医学が温泉と結びついて発達したし、日本国では昔はポリオのため下半身が動かなくなったり、脳卒中のため片麻痺になると、手足をせせせとマッサージしていたものであるが、理学療法というのは動き難い足を歯を食いしばっても自発的に動かす努力であるから、温泉とマッサージは慰安にはなるが機能回復にはあまり役立たないことが明らかになった。

良導絡医学においても、マッサージはその物理的的刺激効果としてあまり重視していない。

⑥ 日常生活動作訓練 Activities of Daily Living Training

運動療法は、日常生活を誰の助けも借りず自主的にできるようになるためにその準備としておこなうのが目的である。

車椅子を必要とする障害者の場合は、まずベッドから車椅子への乗り移りの訓練がおこなわれる。近頃では手廻しの椅子や電気椅子なども用いられるようになった。次に車椅子から便器への乗り移りができなくてはならない。そのためには高い西洋式の便器や手すりが必要である。次に衣服の着脱の動作訓練であるが、病気の種類・程度によって工夫がされなくてはならないし、衣服そのものを改良することも大切である。

その他、日常生活に欠かせないもろもろの動作すなわち、洗面・歯みがき・食事などのための工夫、訓練が必要になる。

II. 作業療法 Occupational Therapy

世界保健機関(WHO)の説明によると、「有効な機能の回復を促進するために専門職としての資格を持った作業療法士によって計画、適用される建設的な諸活動を用いて医学的指導下におこなわれる、身体と精神またはそのいずれかの障害者の治療」と定義づけられている。

作業療法はリハビリテーション技術の重要な一分野であって、理学療法と異なり、古くから精神病や肺結核の領域で盛んに用いられていたが、後に身体障害者にもおこなわれるようになったのである。精神病や結核の場合は、それだけが独立し、それぞれの病気の治療そのものと密接に結びついているわけだが、身体障害の場合は、社会への適応能力を増す目標で理学療法との関わりの中でおこなわれる。

作業療法の現場では、陶器を作る窯があるかと思えば、銅細工・革細工・竹細工・織物機・編物や人形作りなど趣味的活動があったり、昔から精神病院や結核病院では、園芸・農耕・畜産の見られるところもある。また絵を描いたり、音楽演奏や芝居など芸術活動・スポーツもおこなわれる。

知的発達障害施設や、片麻痺で知的レベルの低下した者に対して、手先を動かして発達を促す目的でモンテッソーリ教具・教材が用いられているところも多い。精神障害者の場合は作業療法即人間としての自由の表現であったから、もともと全人間的療法の色合いをもっていたのが作業療法である。

精神科医のマリア・モンテッソーリ女史(1870—1952)が知的発達障害児のために医学的・科学的に確立したモンテッソーリ教育メソッドは、世界中に大きな影響を与えた。子どもが自分で発達するのに必要な援助をするために、M・モンテッソーリは、子ども達自身の世界の中で、科学的な研究と実験を重ねて考え抜かれた環境を発見した。

用意された環境の一部の教材・教具は今日、幼稚園や保育園や障害児施設にも取り入れられているが、子ども達から見て心を惹かれるものであり、すべて個人が、うまく使いこなせて独立した活動ができるように、手先や腕や全身の筋肉を使うことにより身体的・精神的発達を促し、子どもの全人格に呼びかけているものでなければならぬと、モンテッソーリは考えていたのである。

わかき幼稚園も障害児を受け入れ、統合的な保育、モンテッソーリ自由教育を導入したのは、中根敏得が園長となった昭和63年からであるが、すでにこの教育の成果を確認している。

心身障害児のリハビリテーションの場合では、教師が極めて重大な役割を演じ、主役の一人であるというべきである。

III. 良導絡の発見 Discovery of Ryodoraku

中谷義雄博士は、医学生時代に稀にみる病気を治すよりも日常診療に数多く遭遇する感冒の専門医になりたいと考え、沢山の医学書を調べたが、感冒に関する専門書がほとんどなかった。この時、漢方の傷寒論という本に出会い、これには熱病について詳しく書かれていたことがきっかけとなり、漢方を研究する事に決めた。終戦直後は漢方薬はいくらでもあったので当初は患者に大変喜ばれたが、それにも限界を感じていた時、灸をすえている患者に「効きますか」と尋ねたところ、大部分の人が良く効くと言うわけで、この灸療法を科学的に研究してゆけば、皮膚刺激療法としてまた、物理療法として医学の中に取り入れられるのではないかと考え、これを一生の仕事に決めたのである。

1950年の春、腎臓病の患者の皮膚の電気抵抗の測定をしたところ、東洋医学の腎経絡と相似的な形態の電気の通り易い路(みち)を発見した。

その後、京都大学医学部生理学教室において研究を重ね、内臓に病気があると、皮膚(体表)に特定の電気の通り易い点が現れ、この点を結んでみると、各内臓疾患によって特定の系統12種類が現れることを確認したので、良く電気の導かれる点を連絡した系統という意味で「良導絡」と名づけたのである。また良く電気の通る点を「良導点」と名づけた。

IV. 良導絡の沿革 History of Ryodoraku

1950年、中谷義雄博士は、良導絡を発見し、京都大学医学部生理学・笠川久吾教授のもとで研究を重ね、自律神経測定器・治療器としてのノイロメーターや電気針を発明した。「電気針」という命名も中谷博士によるものである。

また、良導絡自律神経学会を創始した。

1955年、中華人民共和国より医療視察団の一行が来日し、中谷良導絡の研究に注目して良導絡診療を見学され、その理論と秀れた効果を目の当りに見て中国の日刊紙に報道されたり、その後中国医学雑誌に良導絡の追試研究・応用がおこなわれ、1957年上海中医学院の針灸図書には、全良導絡測定及び電気針療法・反応良導点などについて記述されていた。また、中国より中谷博士を国賓として迎えたいとの強い要請も

度々あったがそれを辞退したまま、ニクソン大統領、田中角栄総理の訪中後の国交回復までの間に、良導絡を近代医学の中で、ハリ麻酔にまで発展させて日本に再登場した。

現在、諸外国において良導絡は普及され教育ならびに研究活動が活発におこなわれている。財団法人・北米良導絡研究所・メキシコ州立良導絡研究所・ポルトガル良導絡研究所があり、ブラジルやイタリアにおいては良導絡支部が結成され、ローマ大学医学部や、サンパウロ大学医学部においては良導絡医学のカリキュラムが導入されているし、リハビリテーション講座の臨床に理学療法士が、物理的療法として活用している。

1973年には全世界ペイン・シンポジウムで中谷博士は、良導絡治療についての理論と実際を発表した結果、ニクソン大統領の希望などもあって、米国の医師会の要請や、各大学での研究のために幾度となく渡米した。

1973年から3年間に亘り、日本全国から医師30名が集り、国立第一病院において麻酔科医長・山下九三夫博士のご協力のもとに、中谷義雄博士によるアカデミックな講習会ならびにあらゆる疾患における実技指導も含めて毎月1回日曜日を利用しておこなわれたが、北海道からは中根敏得がこれに参加した。

1975年には日本国内で約一万人の医師が学会員として活躍していたし、針灸師を初めとするコ・メディカルの方々の研究会も盛会におこなわれていた。

中谷義雄博士は、良導絡の学校設立の志を半ばにして1978年4月3日他界された。その後も、学会活動ならびに研究会は、日本国内外でおこなわれているが、現在では諸外国の医師ならびに医療従事者の間に普及・発展を見ることができ、日本国内においてはむしろ飽和状態にある。

V. 日本国における東洋医学の沿革 History of Oriental Medicine in Japan

漢方医学が佛教の伝来と同時に日本に伝わって(1400年前)、日本の正統の医学となり明治時代へと続いたが、江戸時代の末期になってオランダ医学が入り、山脇東洋は、西洋解剖書を参考にして京都において死刑者の解剖を試み「臍志」という本を出版した。続いて杉田玄白や中川淳庵は解剖に立ちあい、オランダ解剖書の正しいことを認めた。そして中国伝来の医学に疑問が持たれ始め、経絡は見えないので存在しな

いと考えたようで、東洋医学に批判の目がむけられるようになり明治時代に入った。

明治政府は最初、イギリス医学を採用しようとしたがドイツ医学が最も進んでいることを知りドイツ医学を国定医学として決定した。明治8年2月、医師学術試験規則が発令され、新たに医術を開業しようとする者は、西洋医学の7科(理科・化学・解剖学・生理学・薬理学・内科学・外科学)の試験に合格しなければならなくなった。

勿論、反対闘争もおこなわれた。これらの事は東洋医学の善し悪しでなく明治の流れは「文明」を要求しており、軍隊医学として集団的医学が必要であったわけである。個人の体質や病状によって治療方針が異なる漢方医学は、個人医学であり集団医療には向かないからであった。

その後、東洋医学の中の物理療法である針灸だけが政府から公認され、医業類似行為として残され、針灸専門学校や現在は針灸大学もできて、針灸師の養成がなされている。

VI. 東洋医学の概念 Concept of Oriental Medicine

東洋で発達した医学を東洋医学というが、中国の漢の時代に体系づけられた医学でもあるので別名漢方医学ともいう。

漢方医学の脈診は驚くほど進んでおり、西洋医学における、脈診とは比べものにならない。脈を診るだけで病人の症状から治療方針からあたえる刺激の強さまでわかる。ただ、脈診は主観的であり名人芸である。

東洋医学は経験医学であり永い歴史と「効く」という事実をもっている。ただし基礎的な解剖学・生理学・病理学などの学問が誤っていたり程度が低かったために、理論的には、形式主義に流れ、当時の人々を納得させる事ができても、現代人にはなかなか理解し難い。しかし「効く」という事実があるからには、どうして効果があるのか科学的な説明は、その研究によって可能である。

VII. 東洋医学と西洋医学の考え方の相違 Differences in Thinking between Oriental Medicine and Western Medicine

東洋医学は過去の対立であって現代では、すべてそれらの長所が包含されて近代医学となるべきであるが、まだまだ東洋医学の長所が生かされていない現状にある。それは東西医学のもの

の考え方に根本的に異なるものがあるので、その二つとも理解されてこそ完全な医学ができあがるといえる。

例をあげると、熱病の場合(熱性疾患・伝染性疾患)西洋医学では病名を求めるために種々の検査をおこない、他の熱性疾患との違いを鑑別して病名をつけた後、治療方針を決定する。

東洋医学では、数ある熱病の中から特定の共通の症候群を求めて、それを「証」と名づけて、その症候群に対して漢方薬をあたえる。すなわち病名にあたえるのではなく、病気と身体の抵抗力、体質などとかけあわせて現われた症候群によって証が決められていて、その証は、漢方薬の処方された漢方に名称がつけられている。つまり、これこれの症候群があれば、葛根湯の証であるとか、小柴胡湯の証であるというように処方された薬名が直接病名のように使用されていて病名とは関係がな

すなわち、特異な症状を求める西洋医学と、同一の症状を求めようとする東洋医学との正反対の考え方である。また、細菌性疾患の場合は、西洋医学では、抗生物質を用いて細菌を攻撃することにより組織までも弱らせる。東洋医学は、細菌の侵入している部位の組織の抵抗力を強めることに作用する。これは自律神経の機能を調整して血液循環が良くなり、新陳代謝が旺盛になる結果である。細菌性疾患にかかる原因には二つあり、素因・素質と呼ばれる組織の抵抗力と、細菌の侵入とがある。内因と外因とであるが、西洋医学は外因に強く東洋医学は内因に強い。抵抗力が弱ったままでは、いくら細菌を殺したとしても、再感染する可能性が多くこれを再発という。東洋医学で治療した場合は、再発が起り難いので東西医学の併用により、急性・慢性疾患をより早く安全に治癒させることができる。

また、急性大腸炎で下痢した場合は、近代医学では細菌性のものには主として抗生物質が用いられ下痢止めも使用する。東洋医学では脈診や腹診の結果によっては下剤をあたえることが多い。下痢をするから止めようとする考えと、下痢をするのだから下痢を助けてやろうとする全く異った考え方がここに存在する。

以上、これらのどちらが誤っているというのではなく、両方に真理があるので、病状やその時の状態に応じて有利な方を選ぶべきである。そのためには、その理論を確立しておかなければならない。

VIII. 良導絡と全良導絡測定 Ryodoraku and all Ryodoraku Measurement

良導絡は、内臓に病気があると内臓・体表交感神経反射によって起こることが、皮膚通電抵抗の基礎的研究により解明した。

一つづつの電気の通り易い点は、良導点と名づけ経穴と一致することが多い。

これら良導絡の異常は、手首と足首にある代表測定点において電流量を測定し、良導絡専用カルテに記入し、グラフ化することによって解るので治療の方針を決めることができる。これを全良導絡測定(良導絡自律神経測定法)という。

たとえば、F₂の良導絡の電流量が高いと不眠症が起こったり腰痛が起こる。F₄良導絡の電流量が低いと後頸部がこったり背中が苦しい足腰がだるいというような症状を知る事ができる。

F₆の良導絡の場合は、胃に関係が深く、こめかみを通っており、この系統を刺激することにより唾液や胃液や膵液が分泌されることが解っている。つまり、良導絡は、内臓・体表交感神経反射によって起こる異常反応の系統であり、治療の系統でもある。胃の悪い人は口角炎を起こす。またF₆は乳頭上を走っているので母乳を与えている母親は、食べ過ぎても胃が悪くならないのはF₆の良導絡を刺激するからだと考えられる。また、お乳を吸う事による刺激が乳腺発育ホルモンや、子宮収縮ホルモンが脳下垂体より分泌される。産後、母乳を出したり、子宮を収縮させることがお乳を吸う事によって自然におこなわれているのである。

IX. 良導絡療法 Ryodoraku Therapy

良導絡療法(治療)とは、皮膚の通電抵抗を介して皮膚の交感神経の興奮性を知り、その興奮性を健康人の興奮性に近づけようとする治療法であり、結論的には、自律神経の機能の異常を調整する治療法である。

良導絡の異常は、内臓・体表交感神経反射によって起こる異常反応の系統でもあり、治療の系統でもある。

この異常な良導絡上の特に反応する点(特に体表の電気抵抗の弱い点)を「反応良導点」といい、この部位に刺激(薬物・電流・針・灸・光線・銀粒その他)を加えることにより異常を起こしている良導絡が調整され、反応を起こさせている内臓の自律神経機能が調整されて症状が改善されることが解っている。すなわち、全良導絡測定値が正常値に近づく。

また、現代医学的な諸検査で全く異常が認められない場合でも、体表の違和感として、肩が凝る、腰がだるい、等々の症状は、内臓諸器官の自律神経機能の異常反射による体表の反応であると考えられるから、早期に全良導絡測定値に異常を認めて、良導絡治療を行なうことによって疾病の予防ができる。

現代医学の中で、すべての臓器、器官に分布している自律神経の機能が解明されている現在、その機能に作用して、人間の自然治癒能力を高める良導絡療法の意義は極めて大きい。

X. 自律神経の作用 Action of autonomic nerves

1. 内臓・諸器官(目・鼻・耳・口)の働きの一さいを支配
2. 消化液を分泌させたり吸収・排世作用
3. 内分泌腺を直接または間接に支配
4. 血液循環を支配
5. 新陳代謝の支配(三大栄養素・ミネラル・ビタミン)
6. 血液像に影響・交感神経が興奮すると白血球が増加し、食菌作用が盛んになり、副交感神経が緊張すると赤血球が増加する。
血小板は交感神経が関与している。
血圧にも関係する。血管が分布している交感神経の緊張による精神が異常に緊張(感情の昂り)すると血圧が上がる
7. 筋のトーン(緊張)
筋肉はいつも一定の緊張、すなわち弱い収縮状態にある。凝りは筋疲労による収縮残遺であると考えられるので、筋緊張ではない。内臓に異常があれば、体の前後面において腹筋や背筋などに度々強度の緊張がみられる。が、これらも運動神経というより交感神経反射による緊張増加と考えたほうが適当である。このように高緊張により、そこを通る神経・血管が圧迫されて、その原因の臓器の状態が悪くなり、悪くなるから反射が強おきて筋緊張がまた強くなるという悪循環を繰り返す。
8. 恒常性を維持するための反射
体温・血液の・血圧・呼吸・恒常性の作用は、自然良能作用と考える。
9. 組織の細菌及び内外からの障害に対する防御作用(抵抗力を含む)
冷たい風が皮膚にあると反射によって(意識を介しないで直に反応することを反射という)皮膚の血管が収縮する。これは体

温を奪わないように防衛をおこなっているわけで、この作用が自律神経が関与しているがこれらは、脳下垂体や副腎のホルモンと共同作用がある。しかし脳下垂体中枢より自律神経中枢の方が高次に存在するので、自律神経の調整ということを最も重視しなければならない。

自律神経の末梢からは、ノルアドレナリンやアセチン・コリンといった局所ホルモンが分泌される。

自律神経は、ホルモンを分泌させるために興奮を伝える線維である。

XI. 良導絡医学と東洋医学の相違点 Differences between Ryodoraku Medicine and Oriental Medicine

良導絡の創始者中谷義雄博士は、針灸療法を科学的に研究して、皮膚刺激療法としてまた、物理療法として現代医学の中に取り入れようと発想し、東洋医学を基礎として、それらの正しかった事実を確かめ、科学的な方法で良導絡を発見した。

人体に刺激をあたえると、なぜ効くのか、どんな作用があるかを追求し、刺激の強弱や感受性の問題なども、季節別・性別・年齢別、その他あらゆる角度から理論的に研究を重ねたのである。

経絡の大半は良導絡によって説明づけられるが、経絡、すなわち良導絡ではない。何故ならば経絡には「気」というわけのわからないもの(エネルギーと解釈してもよい)が流れでなければならぬからであり、その気を証明できないからである。

すなわち、良導絡の研究は、針灸療法をそのまま科学的に証明したものでなく、異った面から研究していったものが結論的に同じところに到達したのである。その結果、経絡は科学的に証明できないということが証明されたといえよう。しかし、良導絡の研究を除いては、経穴・経絡の基本的なものは、ほとんど解明されていない現状にある。

良導絡は、体表の通電抵抗の研究によって体表の交感神経の機能を観察して良導絡を発見し、東洋医学は、経験臨床的に脈診の研究によって、体表の交感神経の機能を観察して経絡を発見したわけで、同一のものを異った立場から研究したことになるので、よく似た現象が現われるこ

とは当然であるがまた、ある程度異った結果の
でる事も当然である。

良導絡の祖先は経絡でなく、体表の交感神経
の機能ということになる。それは人間の祖先が
猿ではないということと同じであり、人間の祖
先と猿の祖先が同じということである。

現代医学は、平均寿命を延長することには寄
与したが、精神と肉体の老化を防ぐことにはま
だあまり成功していない。高齢者に最後まで生
産活動への参加を保証できるほど現代医学は強
くないし、多くの“恍惚の人”の出現も覚悟し
なくてはならない。科学は限りなく進歩すると
しても、技術には常に限界があり、哲学的な、
医師の良心・論理をわきまえていなければ、功
を急いで病人をモルモット化するような行動に
なりかねない。

すべての病気の軽快、治癒の基盤にあるもの
は自然治癒を促進することにある。永年の歴史
と経験をもった針灸医学の精神を科学的な立場
から検討を加え、理論づけた良導絡は、近代医
学の中で融合し新しい理学療法として、予防医
学・治療医学・障害の医学・自然の健康増進の
医学の中で、より発展させるべきである。患者
は、それを希望しているのです。

XII. 良導絡とリハビリテーションの流れと 融合 Fusion with the flow of Ryodoraku and rehabilitation

アフター・ケアという言葉がある。病気が治
った場合、すぐ浮世の荒い波風にあてると病気
がぶり返すかもしれないし、ほかの病気を併発
しないとも限らないから大事をとるという意味
である。日本国では結核が多かった時に盛んに
用いられた言葉であり、後に保護施設が設けら
れ、ここでは作業療法がおこなわれていた。病
気のたけなわな時期には病気の治療に重点が置
かれるのは当然であるが、障害の問題は、病気
が一応鎮まってからということになりがちであ
ったので、リハビリテーションという存在が、
アフター・ケアとほぼ同じ意味で使われていた
過去もある。

しかし、脳卒中の場合手足を全く使わないで
過ごすとも筋力が完全に萎えてしまったり、関節が
テコでも動かないように固まってしまったり、手足
が異常な位置に釘づけにされてしまう。世界保
健機関(WHO)の定義がとくに強調しているよ
うに、リハビリテーションはできるだけ早期か
ら始めなくてはならないのである。つまり、リ

ハビリテーションは後治療(アフター・ケア)では
決してないし、あつてはならないのである。

これは、良導絡医学や東洋医学も同じこと
であつて脳卒中の場合も、早期に自律神経の機能
の調整によって血液循環に作用したり、筋力の
回復を促進する事は古くから臨床的にわかっ
ていたので針灸がおこなわれていたが現代医学
の中では、なかなか理解されていないため、医
師との連携や同意が得られ難いので、針灸師と
しては早期治療をおこなうことが少なくなった。

しかし、良導絡医学では、科学的に証明でき
るので医療の現場で運動療法と併用しておこな
われ、その治療効果についても、一部では研究
が進められている。

一般病院に脳卒中の患者が入院したとすれば、
そこには医師もいれば看護師もいるし、家族も
いる。初歩的なリハビリテーション医療や、良
導絡療法ができない筈がない。

ところが実際には、最新式の診断機械を備え
たり複雑な手術をおこなっている大病院でさえ
も必ずしもリハビリテーションがおこなわれて
いないし、良導絡療法はさらに少ない。

これらの医学の発展の妨げにはいろいろな理
由があると思われる。

第1には、世界的に見ても、リハビリテーシ
ョン医学が確立し、医学教育の課程にとり組み
られたのは第二次大戦後のことであり、日本国
では現在でも医学教育の中に取り入れてその、根
本的な教育が十分おこなわれている大学が少な
いので、無関心な医師が多いことである。

良導絡医療については1950年以降であるか
らさらに若いし、東洋医学を基盤として研究さ
れたので、明治時代に日本国の正統の医学から
外された東洋医学すなわち、針灸療法を異端視
する医師が非常に多い。それに加え、技術の一
部門である針灸師が、東洋医学を冒瀆する亜流
であるなどの感情から妨害をすることもあった。
現在では関西・関東の針灸良導絡医学会は大き
な組織となつて、医師の良導絡自律神経学会と
連携をとりながら学術大会や研修会をおこな
うようになったが、北海道においてはまだまだ反
対感情が根強い。

また、中谷義雄博士のご健在であつた時期に
は、大阪医科大学医学部麻酔科・兵頭正義教授
の要請により、大阪医大の教育課程の中に良導
絡医学が取り入れられ、非常勤講師として中谷
博士の良導絡講義がおこなわれていたが、現在
は全くない。

第2に、技術者に関すること。

リハビリテーション医学が、アメリカから移入され、理学療法士、作業療法士という専門技術者の資格法が制定され、それらの養成校が厚生省に認定されたのは、1965年であるから、最近でも極端に技術者が不足していることによる。

良導絡においては、厚生省が認定する養成校は、未だにできていない。東洋医学の針灸師養成校は、古くから厚生省が認定していて、現在は短大ならびに四年制の大学もできている。その針灸師の資格は開業権を与えているが、医業類似行為として現代医学から外されているために、健康保険の点数化がなされていないため、現代医療の現場ではなかなか働く事ができない。

この針灸養成学校においては、早くから関西針灸柔整専門学校や、東京において中谷義雄博士・大磯泰啓医師の講師によって良導絡医学が導入されて現在に至って入る。

北海道針灸専門学校においても、1983年から5年間に亘って筆者(中根敏得)が良導絡医学概論について講義を担当していたが現在はおこなわれていない。

第3に、社会保険診療報酬点数に関する事。

理学療法・作業療法・言語療法は、点数化が決められてはいたが、最近まで日本国の保険制度は、技術料を軽視し、薬偏重の診療報酬体系であったので、著しい低点数であったことによる。

良導絡療法は、全く点数化されていないために、消炎鎮痛の目的だけで良導絡療法を行なった場合に限って低点数で請求できるが、その点数は、再診料よりも低く、再診料と電気治療と同時に請求できないこともあり結局サービスとなる。皆保険下の日本国では、不採算医療はとうてい発展し得ないのである。

1971年頃、医師ならびに社会のニーズによって厚生省から良導絡療法の点数化の検討を要請されたことがあった。しかしその報酬点数の折り合いがつかなかったこともあるが、もし合意ができたとした場合には、良導絡を勉強した医師も、勉強しない医師も同じ点数ではそれを乱用することにより、正しく良導絡が評価されない結果を生むことにもなりかねないので時期尚早であるとの見解で、良導絡学会の理事会において不採用となった。1983年頃には、良導絡学会会長ならびに理事も若返り、点数化のために、全良導絡測定だけでも採用されたいと、学問的な研究を進める傍ら日本医師会や、厚生省に働きかけたが、針灸団体との関係など複雑な問題もあり、未だに認められていない。

一方、漢方薬は、古くから薬科大学において研究され、薬学生の教育課程に取り入れていた。しかし、医学教育の中では取り入れられていなかったのであるが、1978年頃より健保適用となり、東洋医学会に入会する医師が非常に増加し、学会や研究会が盛んにおこなわれ、その薬効も、認められるようになった。

しかし、そのために、東洋医学の考え方を無視して臨床に用いる医師も増え、副作用の問題や、効果の現われない問題もでたり、やたらに合方するために国の健保財政を圧迫するためか厚生省では、健保適用から外そうとする動きも見られる。

第4に、漢方薬や針、灸が「効く」という事実があるからこそ、東洋医学が連めんと何千年も続いているのであるからそれを利用する患者もかなりある筈であるが、ほとんどの患者は、かかりつけの医師にその事実を伝えていない現状にあることも発展の妨げである。

以上のことから、リハビリテーション医学の発展は、現代医学の中で著しい発展をみたものであることがわかる。

リハビリテーションの思想が全人的医療をめざすものであり、東洋医学もまた哲学的思想の上に立って形成された医学ではあるが、科学的でなければ将来の発展は望めない。

しかし、リハビリテーション医学の技術的支柱である物理的医学の、日本国における発展の課程は、明治維新以前から日本国を支配していた東洋の針・灸・あんまなどの物理的治療が背景にあったことは事実であり、アメリカ・その他の国々の歴史を振り返ってみても、その国の物理医学的手法と結びついて医学的リハビリテーションを形成したことがうかがえる。

つまり針灸そのものを発展させるのではなく、科学化した良導絡を医学として現代医学の中で融合し発展させることに意義がある。

このことから、現代医学の中の医療技術者として日本国の物理的医学の背景のもとに発達した理学療法士の教育課程に良導絡を導入して、東西医学の精神や医術の融合をはかる手掛かりとして、私は北海道千歳リハビリテーション学院を設立することを決意したのであった。

XIII. 健康 Health

病気も障害も「健康」に対する反対概念であり、「健康」を定義するのは難しい。世界保健機関 (WHO) の定義では、「健康とは身体的、精神的、社会的にうまくいっていることで、単に病

気や虚弱でないということではない」となっている。

健康には、自然のものと人為的なものの二つの種類があることは皆知っている。医学が、人間に人工的な健康と、ほとんどの伝染病に対する保護を与えてくれている。

しかし、人間は病気ではないということだけでは満足せず、特別な食餌療法・化学療法・ホルモン剤・ビタミン剤・定期的健康診断・医師や看護師等による手当に頼っている。伝染病と退行変質性の病気に対する抵抗力と、安定した神経組織に基づく自然な健康こそが欲しいのである。

医学は、肉体と精神が病気・疲労・不安を自然に免れる方法を発見し、肉体と精神がすべて健全に活動することから生ずる自由と幸福を人間が享受できるように努力しなければならない。

この自然の健康という構想は、習慣的な考え方を攪乱するものであるから強い反対が予想される。(アレキシス・カレル)

XIV. 病気と障害 Illness and disability

交通外傷で手足を失ったり、一進一退する慢性の腎臓病をもっていると、一人前に働けないことで精神的・身体的活動の制約を受け収入が減って経済的苦境に陥るし、毎日が苦しくて「死ぬよりつらい」事になる。

このような状態が「障害」である。

急性の病気の場合は、発熱や痛みが大変著しい上、生きるか死ぬかハラハラさせられるけれども、病気が治ればあとに問題が残らない場合が多いが、急性疾患でもポリオのような場合は、病気そのものは嵐の如く過ぎ去っても、あとに手足の麻痺を残す。慢性の病気の場合は、病気が一進一退するし、再発の恐れがその後の生活と労働の幅を多かれ少なかれ制約することを免れない。脳性麻痺や精神薄弱の場合は、生後間もなくの重要な時期に身体的、精神的発達が阻害されるし、その基盤となっている病気は薬物を主軸とする現代医学の治療法には極めて反応し難いから、「障害」そのものに対する医学的、教育的努力が必要になる。

従来臨床医学は各種の細菌学・生化学・生理学的手法を駆使して病気の原因と、それによって引き起こされた生体の物理的・化学的变化を詳細に跡づけ、もし可能ならば病因を排除・克服し、それが可能でない場合は、病態生理的变化をできるだけ修復することに専心する。そのために身体機能の一部を失ってもやむを得な

いと考えがちであった。肺結核の原因である結核菌を追いつめるためには、肺の呼吸機能の一部を失うことを覚悟しなくてはならないし、胃癌を切除して生命を救うためには、あとに消化機能の障害を残しても我慢しなくてはならない。

脳に重大な損傷を受けた人も、手術の技術や呼吸・循環管理などの長足の進歩によって生命を失うことを免れるようになったが、それは必ずしも精神機能の完全な回復を意味しないし、植物状態またはそれに近い多くの人々を作りがちである。

重度身体障害児も行き届いた世話のおかげでかつてのように幼児期に死亡することはなくなったが、身体機能そのものは著しく回復することなしに青年期・成年期を迎えることもある。

このようにして、命を救うためにブルドーザーの如くそして華やかに遇進した現代医学が、あとに多くの困難な重要な「障害問題」を残したが、命が助かったからこそ、障害からも救い出されたいと願うのが人情である。

障害と病気の関係の大ざっぱに整理すると、

- (1) 独立した障害——たとえばサリドマイド
- (2) 病気のあとに来る障害
- (3) 病気と共存する障害——たとえば筋ジストロフィー症などの筋・神経の病気や、関節リウマチなどの関節の病気または慢性の内臓の病気である。

以前は(1)と(2)の障害、主として筋肉や骨の形態あるいは機能の障害として整形外科の領分の固定したものを障害と考えられていた。

ところが(3)は慢性病の場合などで、病気と障害の二つの面を同時にもっていて、基盤を成している病気が良いほうに、または悪いほうに動けばそれにつれて障害も一進一退することになる固定的でないものまでも取り上げなければならない医学上の重要な概念として障害も考えられるようになった。

そこで臨床医学上、「疾病の医学」と「障害の医学」の二つの分野に分れることになる。医療を今までのように「病気」の面からだけ見るのではなく「障害」の面から見直すことが大変必要になって来たのである。

XV. 障害の医学 Disability medicine

これをリハビリテーションの医学といってもいいが、予防医学・治療医学について、第三の医学ともいわれているし、健康増進の医学をこれに加えた場合は、第4の医学と呼ばれること

もある。この第4の医学こそ、良導絡医学である。

予防医学の場合も病気の予防ということのほかには障害の予防ということが極めて重要だし、治療医学の場合でも、できるだけ障害を残さないように治すことが望ましい。したがって、これからの医学全体が障害の医学、リハビリテーション医学の性格を持たざるを得ないし、いつも障害を念頭においた医療でなくてはならないし、予防において、良導絡医学や漢方医学が期待される所以である。

XVI. リハビリテーションという言葉は、 The word rehabilitation is

英語であるが、もともとは、Habilis (適した) というラテン語から出た Habilitare という動詞に re (ふたたび) という接頭辞がくっついてでき上った言葉であって医学用語ではなかった。人間であることの特権・尊厳が何かの理由で否定され、人間社会からはじき出されたものが復権するのがリハビリテーションである。

レオニド・メーヨーは、リハビリテーションは第1に哲学であり、第2に目標であり、第3に技術であるといったが、つまり人権、社会復帰、リハビリテーション技術という三位一体が一般に理解されているリハビリテーションだといっている。

XVII. リハビリテーションの定義 Definition of rehabilitation

リハビリテーションには色々な定義が与えられているが、代表的なのはアメリカにおける「障害者が身体的・心理的・社会的・職業的・経済的有効性を最大限に回復すること」という定義である。

現代リハビリテーションは主としてヨーロッパの世界に生れた理念であるが、ことに第二次大戦後のアメリカで推進されたので、アメリカ流には簡単明瞭に納税者になるすなわち、少額であっても納税者側にまわること、まわすことがリハビリテーションだともいわれている。

そこでリハビリテーションの全領域を、

職業的リハビリテーション、

社会的リハビリテーション、

医学的リハビリテーション、

の三つに分けている。そのほかに、

心理的リハビリテーション、

教育的リハビリテーション、

という言葉もある。

XVIII. 医学的リハビリテーション Medical rehabilitation

運動機能の障害のほか精神病・結核・その他の呼吸器病、癌、心臓病などの慢性病や、視覚障害や聴覚障害などあらゆる種類の障害に関係する。

病気の進行を止めるだけでは十分でない、自分で生活ができ社会復帰ができるところまでいかななくては医療の目的を達したと言えないという立場に立つわけだから、医学的リハビリテーションは原則的にはすべての分野の病気、あるいは患者を対象としておこなわれるべきもので、眼科医も耳鼻科医も精神科医も内科医もそれぞれの専門分野の中で、医学的リハビリテーションをおこなうことになる。

XIX. リハビリテーション医学 Rehabilitation medicine

一方、第二次大戦を契機として特に注目され発達した運動機能障害(整形外科的ないし神経内科的障害)に対するリハビリテーション技術が、一つの専門領域を形成するに至るまでに成長し、特殊技術として体系づけたのがリハビリテーション医学である。

すなわち、運動機能障害者のリハビリテーションに関わる臨床医学の限定された1部門(1診療科)であって、それを専門にしている医師の事をリハビリテーション専門医というのである。したがって、リハビリテーション医学、リハビリテーション専門医にとっては、精神病や心臓病や聴覚障害は守備範囲外ということになる。実際に、一人のリハビリテーション専門医がすべての病気の患者に責任を持つことは不可能なことである。

しかし、リハビリテーション医療はチーム医療であり、医療側だけでも障害者側だけでも成立せず、一人の障害者に対して医療側は色々な専門家の関わり合いで成立する。いずれにしても、医師はチームリーダーであり、リハビリテーション医療の要であるから、その責にこたえるだけの知識と経験をもち、リハビリテーションチームの他の専門家を指導するだけの實力を持たなければならない。

XX. 日本国における展開 Development in Japan

ここでリハビリテーション医学の技術的支柱である物理的医学の、日本国での発達を簡単に跡づけておく必要がある。明治維新以前に日本の医学を支配していたのは、中国医学であった。そこでは湯液(漢方薬)が大きな役割を演じていたが、針・灸・あんまなどの物理的療法も有力な治療技術として広く利用されていた。“大国主命”が「いなばの白兔を蝦蟇(ガマ)の穂を以って治療した」という神話に、物理的医学の端緒を見ることもできる。

歴史的な事実としては大宝律令(701年)に、医博士はまじない、医薬と並んで針、あんまに通じるべきものとされていた。その後、古方派、後世派など、当時の医学思想に影響されながら技術上の工夫をかさねて江戸時代に入るのだが、明治維新後(1874年)に医制が發布され、東洋医学は弾圧によって医学の支流からそれ、現在まで、針・灸・あんまは、医業類似行為として位置づけられている。

漢方撲滅運動の先頭に立ったのは、衛生局長の長興専斎、軍医総監の石黒忠真と長谷川泰の三人であった。

明治政府は相良知安らの献策によってドイツ医学を固定医学として採用したのだが、ドイツ医学の中には物理的医学の伝統が強く流れていた。日本国の温泉医学の開拓者でもあったエルウィン・ベルツは物理的医学に関心が深く、その弟子によって1926年、東京大学に物療内科教室を開いた。マッサージ、水治療、電気療法などが主な内容であった。

日本といわず欧米といわず、現代的な医学的リハビリテーションの体系が整ったのは、第二次大戦を契機として欧米、特にアメリカが、日本国に数歩先んじたのであるが1955年、九州労災病院が、トロント郊外の労働災害者リハビリテーション・センターになった施設を開いたのは、日本国における現代的な身体障害者リハビリテーションの出発点とみなすことができる。

日本国においては、多くの当時の医師は、大学在学中にリハビリテーション医学についての教育を受けていないし、最近まで国立大学医学部には正式のリハビリテーション医学講座がなかったので無関心な医師が多く、リハビリテーションを第一線医療の場から始めなくてはならないという認識が医療関係者の間に十分浸透していない。それに加えて地方自治体が堂々たる

リハビリテーション・センターを温泉地などに建てたため、一般市民だけでなく、医師さえもリハビリテーションは、その堂々たる建物の中に始まり、且つその中で完結するものであるかのような錯覚を抱いていたようであった。

リハビリテーションの理念を広く医学教育の中に浸透させる系統的な教育を受けさせることが大切であるが、文部省だけでなく、厚生省もリハビリテーションを標榜科目とする事をなかなか認めず1996年によく標榜科目として認めた現状である。

このようにして、第二次大戦後(1946年)、進歩した機能回復の技術に支えられて、リハビリテーション医学が一つの新しい専門分野として日本国に移入され、理学療法士、作業療法士という専門技術の資格法が1965年に制定され、厚生省に認定された学校で一定の課程を履修した後に国家試験に合格しなくてはならないということになった。

かつてこの法が執行される段階において、経過措置として「国家試験受験資格の特例」をおき、それまで、病人や障害者と関わってきたところの保健師・看護師・准看護師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師に一定の講習会を受けた後に国家試験の受験資格が与えられたがこの特例は、1974年3月31日迄認められていた。

このことは、医業類似行為としか認められていなかった人々に医療従事者として門戸を開放し、且つ医療技術者として認めたことを意味するものである。

すなわち物理療法の分野に、東洋医学の持つ物理的要素を認めたことにはほかならない。

私達は、この事実を高く評価し、第二次大戦後、移入されてきた理学療法の優れた面と、日本の伝統医学の優れた面つまり東西医学の結合と展開を期待し、その架け橋としての良導絡医学を導入した理学療法の発展を希い、障害者のためのよりよい医療を目指すべきであると考える。

日本国において理学療法、作業療法の専門技術者の資格法が1965年に制定されたが、それらを養成する高校卒三年制の学校が最初に設立されたのは、清瀬村の国立の結核療養所においてであり、私が北海道にその養成校を建てようとして決意した1980年には、日本国内には理学療法士養成校は22校・作業療法士養成校は13校で、北海道には1校もなかった。その後、北海道においては、1982年、1983年と、北海道大学、札幌医科大学にその養成短大として設立さ

れたが、高齢化社会にむけての絶対数は大変不足していた。

1989年には、厚生省において、ゴールドプランが策定され需給計画が見直され、1993年から4年間に養成定員の増加に積極的に取り組むことの通達が出され、北海道においても1995年、1996年と、北海道千歳リハビリテーション学院を含めて一気に4校の開校を実現した。

XXI. 障害者と医療者の役割 Roles of persons with disabilities and medical staff

障害の場合もそうだが、一般にすべての病気の軽快、治癒の基盤にあるものは自然治癒の課程である。薬や手術は、いかにも病気を力づくでねじふせているように見えるけれども、実際は自然の治癒傾向を促進し、それを妨げている因子を除去するに過ぎない。医療の本質は「援助」することであり、障害の場合は特にそうである。

乳幼児の場合や、脳卒中で昏睡状態に陥ったり、急性病などで衰弱して判断力に乏しい場合は別として、慢性病の場合、は意識もはっきりしているし、長い間の病気だから、本人に治療の必要を理解し、進んでそれに協力する気持ちがなければ回復の成功は望めない。障害は、考え方によっては、病気よりは勿論、死よりも苦しい試練であるかも知れない。

医療者は、障害者に対し障害の現実を受容することを援助し、自ら再起する決意を奮い起こさせなくてはならない。そして可能性の限度内で最大の能率を上げるようなポイントまで訓練を進めゴールを設定する。

失った価値にいたずらにこだわるのではなく、新しい種類の価値を見出すように務め、また他人と比較することによって自分を評価するのではなく、自分自身に独自の価値を認め、さらに身体的なものを超えた価値を発見する努力と主体性こそが障害者にとって大切なことである。

XXII. リハビリテーション・チーム Rehabilitation Team

理学療法士、作業療法士、言語療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護師、介護福祉士、ホームヘルパ、ケア・マネージャー他、教師、家族、医師

近年、医療そのものも個人的医療からチーム医療に移行する傾向にはなってきたが、医師自

身、内科、外科というような大まかな分け方でなく、内科の中が神経内科・呼吸器科・心臓循環器科・消化器科・腎臓科・血液科等と分れ、さらに、アレルギー、リウマチ、膠原病・癌などいろいろな専門家が出現し、その間の連絡は必ずしもうまくいっていない。

医師間の専門分野だけではなく、X線技師、薬剤師、看護師などコ・メディカル関係の職種もまたそれぞれの王国を築き、たとえば、臨床検査部門に大学の理学部・工学部出身者が入り複雑な測定がおこなわれるようになると、医師には検査成績の数値だけは読むことができても、それまでのプロセスが理解し難くなる。そこで医療関係者の活動を統合した、いわゆるチーム医療という形を取らざるを得ないが、一つの病院内でも必ずしも円滑にはいっていないのである。

その結果、一人の患者をコマ切れにして扱う結果にもなり、病気を見て病人を診ない医療となり易いことも事実である。

ところがリハビリテーション医療の領域では、必要に迫られてのことではあるが、チーム医療が他のどのような領域よりも効率的におこなわれている。

もともとリハビリテーションというのは、手や足をコマ切れにして扱うのではなく、まるごとの人間として扱わなければならない。つまり全人間的な医学であるから、医師も理学療法士もソーシャル・ワーカーも互いに連絡して一つの焦点すなわち、一人の人間として自立的な生活や社会復帰を目ざすことを目的とした医療を行わなくてはならない。実際、リハビリテーション医学の場では、総合評価と方針決定のために会議が頻繁におこなわれ、それぞれの専門家が忌憚なく情報と意見を出し合っている。

もちろんこの場合、調整者としての医師が中心になるであろうが、理学療法士や作業療法士・言語療法士はそれぞれの領域での評価と訓練の状況を報告するし、昼夜病室での観察を続けている看護師はその立場からの情報を提供する。心理士は専門家としての見解を、ソーシャル・ワーカーは家族の事情や職場の条件について説明するだけでなく、必要な場合は患者の自宅を訪問したり、雇用主と話合った結果を報告する。

リハビリテーションは、チーム医療の典型であり、この場合医師は、関係する各職種間のすぐれた調整者であるとともに、重大な瞬間に際しては意志決定者としての役割を果たすことが求められる。

医療は本来、機械の部品修理のようなものであってはならないのであるから、人間の医学としてのリハビリテーション医学であり、良導絡医学もまた、同じ理念の上に立ち、人間が自然の健康に回帰するための旗印であることを忘れてはならない。

後記 Postscript

1978年4月3日、恩師である良導絡創始者・中谷義雄博士が他界された後、1980年・日本良導絡自律神経学会(会長野津謙医博)の認定校として、私費を投じて北海道良導絡学院を設立し、良導絡医学ならびに東洋医学の系統的な研修講座を開講した。約100名の道内外の医師と若干名の針灸師・看護師・理学療法士・薬剤師が受講した。

講師陣は、主として厚生省特別科学研究班“針灸に関する基礎的・臨床的研究班”の方々で主宰は高木健太郎名古屋大学名誉教授・参議員と山下九三夫東海大学教授であった。

講師陣(アイウエオ順)

1. 相川 貞男：北里大学医学部教授
2. 池園 悦太郎：東京医科歯科大学教授
3. 大磯 泰啓：日本良導絡自律神経学会常任理事・大磯クリニック院長
4. 大塚 恭男：北里大学東洋医学総合研究所
5. 緒方 博丸：独協大学医学部教授
6. 熊沢 孝明：名古屋大学医学部教授
7. 倉林 譲：岡山大学医学部麻酔科
8. 小長谷 九一郎：愛知学院大歯学部教授
9. 佐藤 昭夫：東京都老人総合研究所生理学部長
10. 佐藤 暢：鳥取大学医学部教授
11. 佐藤 豊彦：愛知学院大・歯学部教授
12. 下地 恒毅：新潟大医学部教授
13. 代田 文彦：日産玉川病院内科部長
14. 鈴木 太：日本医科大学教授
15. 高木 健太郎：名古屋大学・名古屋市立大学名誉教授・日本針灸学会会長
16. 武重 千冬：昭和大学学長生理学教授
17. 円沢 章八：神奈川県総合リハビリテーション・七沢病院東洋医学部長
18. 寺師 睦宗：玄和堂診療所院長
19. 鳥山 稔：国立病院医療センター耳鼻科部長
20. 兵頭 正義：大阪医科大学教授
21. 藤平 健：藤平漢方研究所
22. 間中 喜雄：北里大学東洋医学総合研究所
23. 山村 秀夫：東京大学名誉教授
24. 矢数 道明：温知堂・矢数医院院長
25. 矢数 圭堂：温知堂・矢数医院副院長
26. 山下 九三夫：東海大学医学部教授
27. 渡 仲三：名古屋大学医学部教授

1975年から6年の間、札幌医科大学・小児科の恩師である南浦邦夫名誉教授のご依頼をうけて、先生ご自身のパーキンソン様症状の治療に、良導絡はり治療と漢方薬を差し上げていたがその折に、一人の患者として、また医学者としての先生から私は、数々の教えを頂いた。

1980年、上記講師陣の一人であった神奈川総合リハビリテーション七沢病院の円沢章八先生を訪問し、広大な施設の見学と、病院における脳卒中患者のリハビリテーション医療の現状ならびに針治療の実際を見学させて頂き、良導絡を導入した理学療法士養成校の設立を決意した。

その後、恩師である国立療養所・札幌南病院院長・近藤角五郎先生の紹介状を戴いて、国立(結核)療養所東京(清瀬)病院院長・砂原茂一先生を訪問し、リハビリテーションに関する御指導を頂いた。北海道大学名誉教授・高橋義夫先生とも親友の間柄であった事もわかり、数回に亘って訪問し御交誼を頂き、著書も戴いた。

また、当時の日本理学療法士会会長・松村秩先生とは十余年に亘ってご交誼・ご指導を頂いた。1983年から数年に亘っては私と同窓のリハビリテーション専門医・三島博信先生のご指導を頂いた。

現在は、日本リハビリテーション学会理事長、慈恵会医科大学病院院長・米本恭三先生と北海道大学教授・リハビリテーション講座・真野行生先生ならびに、札幌医大小児科教室の教授はじめ諸先生のご指導を頂いている。

1987年から現在まで、日本モンテッソーリ協会理事・京都モンテッソーリ教師養成コース委員長・友好学園深草こどもの家園長・篠原恵子(赤羽)先生のご指導のもとに、札幌わかくさ幼稚園においては統合保育を実施している。

1996年1月

中根敏得 医博 1930年1月生
わかくさ小児科医院院長
中根敏得リハビリテーション内科小児科医院院長
札幌良導絡医学研究所代表
学校法人・淳心学園副理事長
札幌わかくさ幼稚園園長
日本良導絡自律神経学会常任理事
日本良導絡自律神経学会北海道支部会長
国際良導絡医学会会長