

海外での継続したはり・きゅうボランティア活動の 現状と展望

～南インドの事例を振り返って～

箕口けい子

倉敷芸術科学大学生命科学部健康医療学科

(2013年10月1日 受理)

I はじめに

本稿の目的は、海外での継続するはり・きゅうボランティア活動の一端を紹介することにある。具体的には南インド・Andhra Pradesh 州 Adilabad および Karnataka 州 Bijapur 他で、2007年から2013年の過去7年間に実施されたはり・きゅうボランティア活動の概要を報告する。

筆者はこの活動に7回参加しているが、日本で鍼灸施術を行っているだけでは気が付かない多くのことを経験することができた。文化環境により愁訴の重みが違うことや、宗教的な知識が必要であること、痛みの原因に対する文化的要因などである¹⁾。また、継続して参加することで改善すべき点も見えてきた。これから同種の活動の実施を考えているはり師・きゅう師にとって、筆者の経験やこの活動が抱える問題点及び、展望を紹介することは貴重な情報となり得ると考える。

本稿で対象とするのは、南インド・Andhra Pradesh 州 Adilabad および Karnataka 州 Bijapur 他で実施されたはりきゅうのボランティア活動である(箕口・足立・香曾我部 他 2011・Adachi 2010)。この活動は2013年で11回目となるが、以下では筆者が活動に参加した過去7年間の活動の内容を概観したのち、今後この活動を継続するために必要な事項について考察する。

II 活動の概要

1. 活動場所と期間および1日の患者数

これまでの活動場所は全部で4か所である。通常は1か所で数日活動を実施するが、2009年に関しては3か所を巡回して実施した。なお、2010年からは同一地域で実施している²⁾。

患施術期間は実施年と場所によって異なり、1か所につき1日半から、4日であった。7年間の活動において、1日の平均患者数は十数人から60人以上であり、平均すると約22.16名であった(表1)。

表1 現地でのはりきゅう活動の期間と受診者数の推移

年	場所	期間	日数 ^{※1}	受診者総数 ^{※2}	一日の平均受診者数
2007	Karnataka州Bijapur	8/9午後～14午前	5日	100名	20名
2008	Karnataka州Bijapur	8/9午後～14午前	5日	99名	19.8名
2009	Karnataka州Bidar	8/8～13	6日	113名	18.8名
	Gulbarga Bijapur				
2010	Andhra Pradesh州Adilabad	8/10午後～14午前	4日	130名	32.5名
2011	Andhra Pradesh州Adilabad	8/11～14	4日	69名	17.25名
2012	Andhra Pradesh州Adilabad	8/11午後～14	3日半	87名	24.8名
2013	Andhra Pradesh州Adilabad	8/12～15午前	3日半	77名	22名
合計平均					22.16名

※1 日数は半日単位で計算した

※2 受診者総数は筆者が担当した人数である。

2. 活動の参加者

7年間の活動の参加者は延べ30名である(表2)。複数回参加した者が筆者を含め4名であった。参加者の資格としては、はり師、きゅう師の資格取得者が大半で、通訳兼施術補助として資格を持たない者の参加が1名あった。また、資格取得後の年数については、5年以下の参加者が10名であった。

表2 参加はり師・きゅう師の人数

年	人数
2007	5
2008	3
2009	3
2010	8
2011	5
2012	3
2013	3
合計	30.00

3. 遭遇しやすい症例

インドで出会う症例は腰痛・頸肩部痛・膝痛といった運動器疾患が主であり(表3)、日本のはりきゅう受診者の主訴とほぼ同様である³⁾。日本との相違点は症状の進行具合である。施術希望者の多くは膝の痛みを訴えるが、その状態はさまざままで、目視では腫れや変形が確認できない症例から、かなり進行した高齢者の変形性膝関節症が疑われる症例まで存在する(図1)。膝以外には手足の指の変形も著しい。リウマチが疑われる患者の手指では、尺側偏位やスワンネック変形⁴⁾が見られる(図2、3)。足の指では、拇指が過度に内転している状態を見ることが出来る(図4)。このような症例は日本で遭遇することは少なく、インドで見られる理由としては、現地の生活様式やインドの医療の多様性などの影響があると考えられるが、その点については稿を改めたい。

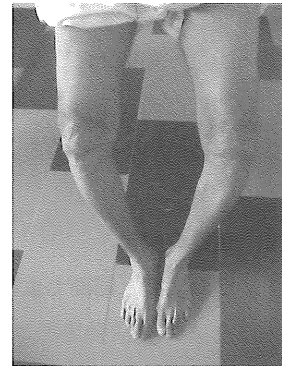


図1 極度のO脚で左右の膝がつかない。

4. 施術に関する事項

この活動では、問診、病態把握、施術部位の決定、刺鍼、抜鍼までの一連の流れを基本

表3 受診者の愁訴部位

	Total		2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
頭部・頸	126	10%	30	7%	23	9%	32	12%	41	15%
肩・肩甲帯	120	10%	47	11%	18	7%	25	9%	30	11%
肘関節	72	6%	34	8%	14	5%	15	5%	9	3%
前腕	61	5%	25	6%	14	5%	14	5%	8	3%
手関節	63	5%	21	5%	22	8%	9	3%	11	4%
指・手部	19	2%	3	1%	11	4%	5	2%	0	0%
胸部	20	2%	11	3%	2	1%	3	1%	4	1%
腹部	34	3%	10	2%	1	0%	13	5%	10	4%
背腰部	201	16%	68	16%	30	12%	50	18%	53	19%
股関節	12	1%	5	1%	3	1%	4	1%	0	0%
臀部	22	2%	8	2%	8	3%	2	1%	4	1%
大腿部	75	6%	32	7%	15	6%	17	6%	11	4%
膝関節	196	16%	66	15%	44	17%	38	14%	48	18%
下腿	97	8%	34	8%	19	7%	20	7%	24	9%
足関節	69	6%	27	6%	10	4%	16	6%	16	6%
足部・足指	30	2%	6	1%	12	5%	7	3%	5	2%
その他(全身)	4	0%	0	0%	3	1%	1	0%	0	0%
その他(マヒ)	21	2%	7	2%	11	4%	2	1%	1	0%

[箕口・足立 「反応点と経穴の対応関係～南インドでの鍼灸ボランティアにおける受診歴の検討から～」『倉敷芸術科学大学紀要』18：181より抜粋し、2013年のデータを追加]



図2 左手に尺側偏位が見られる。



図3 両手にスワンネック変形が見られる。



図4 足指の内転変形

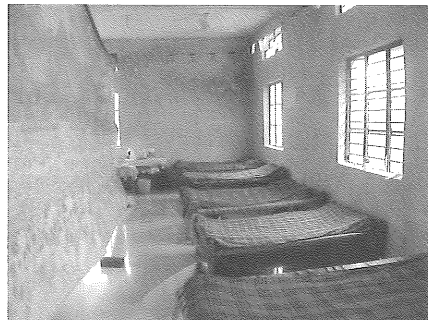


図5 仮施設術所

ベッドは奥から3台を1人の施術者が担当する。今年度は(2013年)は仏教寺院の本堂にて実施された。

的に1人で行う。施術時間は1日約7時間、1時間に3名の患者を担当することを目安としている⁵⁾。多くの人々が鍼灸施術を受けたいと集まっている状態では、できる限り効率よく行う必要がある。さらに、海外での活動であるため言語の壁が存在する。インドには多くの言語があり、患者との会話は現地ボランティアの通訳を介して行うことが通常である。次に詳しい状況を項目に分けて述べる。

(1) 場所や道具の準備

通常、施術者1人に3台のベッドが用意されている(図5)。患者は3名同時に施術室に入室し、終了した者から順に出ていくが、最後の1人が出ていくまで次の3名は入室しない。まず自分の使うベッドを確認し、次に施術室に用意されている机の上に3人分の施術道具を配置する。整理整頓しておくことは日常診療においても当たり前であるが、仮設の現場であっても同様である。さらに、患者1人に使用する鍼の本数を決める⁶⁾。どのような場合であっても段取りを整えることはその後の活動に大きく影響するため、自分の行動をイメージし動きやすい動線を考えておく。

(2) 基本穴の準備

先に述べたように、インドで遭遇する疾患は日本と同様に運動器疾患が多く、日本での臨床経験をそのまま用いることが可能である。ただし短時間での施術が要求されるため、遭遇しやすい疾患に対する治療穴を基本穴として事前に準備しておくことよい。場合によっては基本穴以外の経穴を使用することもあるが、基本穴を準備することで、選穴及び取穴にかかる時間の削減が可能である。また、患者が持参する人体図に施術箇所を記録する際にも、特別に使用した経穴のみ記載されていれば、愁訴の部位の基本穴と合わせて全ての経穴の確認ができる。

(3) 言語に頼らない施術方法

インドには多くの言語があり、患者によっては英語が通じない場合もある。通常は現地ボランティアが通訳に入るのだが、言葉の通じない患者と1対1となることもある。このような場合は患者が持参する人体図が頼りになる。人体図に記載されている情報は、名前、年齢、施術を望む部位であり、それ以外に得られる情報は、触診および視診、時には身振り手振りからとなる。そのため、施術者は次第に言葉以外から得られる情報を重視するようになる。脈や顔色、表情の変化、ちょっとした体動や動作、皮膚に触れたときの触感や皮下の凝りなどから得られた情報と人体図の情報を合わせて施術を行う。中でも表情から得られる情報は多い。刺鍼時にも施術終了時にも、患者の顔から目を離さないようになる。刺鍼時に痛みが生じる場合や圧痛がある場合は、頬やひたいに力が入りしわができた、目を閉じたりする。痛みがなければ表情の変化はないか、もしくはリラックスしている状態となる。終了時に笑顔を見ることができた場合、ある程度効果があったと推測することができる。

Ⅲ これからの活動へ向けて

今後この活動を継続するためにはいくつかの問題がある。それらの内の3点を抽出し、それぞれに対する問題解決へ向けての考えを述べる。

1. 時間と言語の問題～通訳の導入

インドでのはり・きゅうボランティア活動では、施術にかかる時間を短縮することに重きを置く傾向があり、その次に施術効果が求められる。その為、問診や病態把握の時間は短くなり、すぐに刺鍼を開始し、終了後の症状改善の確認についても曖昧になることがある。今年度、初めて通訳兼助手として鍼灸師の免許を持たない日本人男性の参加があった。男性の通訳により、患者の主訴の把握や術者から患者への指示が的確となり、施術効果が上がっていると感じた。今後は施術者の語学力を向上させることはもちろんであるが、問診や病態把握において、通訳としての経験を積みたいと考える学生等の参画も考慮に入れたい。また、効果の有無を施術者が実感できることは両者にとって有用であり、時間の制約がある中でも施術効果の確認ができる方法を通訳以外の形でも模索する必要がある⁷⁾。

2. 参加者への負担～費用の面に関して

ボランティアに参加するにおいて、各自が費用を負担し、活動に必要な物資は持参するものであるというのが筆者の考えであるが、できる限り各自の負担が軽い方が望ましい。筆者が参加しているこの活動においては、現地での食事や宿泊、移動にかかる費用については現地の受け入れ側が準備し負担してくれるが、インドへの渡航費用については参加者個人の負担となる。例年差はあるが約20万円が必要であり、場合によっては現地での施術に必要な物品の購入も参加者に依頼することがある。これまでこの活動への参加を希望した鍼灸師の中には、参加に必要な約20万円の工面ができずに諦めた者もいる。特に2度目の参加を希望している者にその傾向がみられる。

この活動を継続するには、幅広い年代の多くの人々の協力が必要だと筆者は考える。それにはまず、個人の負担する費用の軽減方法を考えなければならない。具体的には、この活動を団体としての活動へ全面的に移行し、賛同してくれる会員の募集及び、インド以外の活動を実施することで資金を集め、参加費用の一部を負担することである。団体としての活動については4年前に発足したものの、滞っているのが現状であるため活動を再開させ、将来的にはNPOの設立なども視野に入れる必要があると考える。

3. 現地住民の健康維持

近年同一箇所で活動を行うことになり、鍼灸施術の経験がある現地住民が現れ始めている⁸⁾。複数回受診する理由を数名に尋ねたところ、症状が改善したからという回答を得ることもできた。現在の施術希望者は主に運動器疾患であるが、鍼灸施術は運動器疾患以外

にも効果がある。3年ほど前から、少しずつ消化器等の疾患での受診者が存在する。この現象は、鍼灸施術を受けることにより消化器症状の改善が見られたことを推測することができるであろう。現地住民に運動器疾患以外での鍼灸の効果を実感してもらえたならば、現地の低所得者層の健康維持の一端を担うことが可能であると考え⁹⁾。そのためには現在のような年一回の短期間での活動だけではなく、現地に常設の鍼灸院を設立することも考慮に入れたい。

IV まとめ

以上、海外での継続したはり・きゅうボランティア活動の概要報告と問題点を踏まえ、この活動を継続するには(1)意思疎通のための通訳の導入、(2)言語に頼らない施術効果の確認方法の模索、(3)活動資金の確保の面からみた団体としての活動の再開、(4)現地住民の健康維持のための常設鍼灸院の設立の4つについて提案した。

本文では述べなかったが、現地ボランティアの中には、鍼灸を学びたいと考える若者も存在する。本当の意味での国際貢献は、現地住民が自分たちで自分たちにとってより良い社会を作り上げることの手助けをすることだと筆者は考える。日本の鍼灸が現地住民に受け入れられるならば、鍼灸を学ぶための施設を設立し、現地でのはり師・きゅう師の育成も必要であろう。将来、インドと日本のはり・きゅう師が互いに交流し、鍼灸を通して人々の健康に役立つ活動ができたらと考えている。

謝辞

この活動の継続は、現地ボランティアのスタッフおよび日本国内における活動への賛同者からの支援によって実現している。記して感謝したい。

注

- 1) これまでの活動については、足立・箕口・山地 [2009]、足立 [2010] [2011]、Adachi [2011]、箕口・足立・香曾我部他 [2011] の論考がある。
- 2) 2007年、2008年はBijapurの仏教寺院内にて実施し、2009年は村の集会所、テントを張り屋外で実施された。2010年から2012年までは、Adilabadにある綿花工場のゲストハウスで実施されたが、2013年は同じAdilabadでも綿花工場近隣の村に建立した仏教寺院にて実施した。
- 3) 日本における鍼灸受療については、矢野忠他 [2006]、高野道代他 [2002] が詳しい。
- 4) 尺側偏位やスワンネック変形はどちらも関節リウマチの際に見られる手指の変形である。
- 5) 1時間に担当する患者数は、2回目に参加した施術者と現地の受け入れ側との間で決められた。
- 6) 鍼は日本からディスプレイホルダーの鍼を持参するが、余裕を持って持参しているため現在は鍼数に制約はない。しかし、活動期間中の受診者数を概算し鍼が足りなくならないよう配慮した。筆者は、今年度1人20本として施術を実施した。
- 7) 今年度、筆者はペインスケールの導入を試みたがうまく機能させることはできなかった。
- 8) 今年度、筆者が担当した患者に対してはり・きゅうの治療経験の有無を聞いたところ、77名のうち32名が経験者であった。

9) インド国民の健康に関しては、宮原 [2010] の論考がある。

参考文献

足立賢二, 箕口けい子, 山地貴子

2009 「南インド・カルナータカ州でのはり・きゅう巡回ボランティア」『鍼灸 OSAKA』25 (3) : 103-107.

足立賢二

2010 「国境を越えた民間医療」研究上の諸問題：南インド・Karnataka 州 Bijapur でのはり・きゅうボランティアの分析から」『日本文化人類学会 第44回研究大会プログラム／研究発表要旨』154.

足立賢二

2011 「南インドでのはり・きゅう治療と「改宗仏教徒」～無料医療奉仕活動 Free medical camp の分析から」龍谷大学アジア仏教文化研究センター『平等を求めて－南アジアのマイノリティとマジョリティー』43-58.

ADACHI Kenji

2011 Acupuncture and Moxibustion at an Indian Village: with Special Reference to Free Medical Camps Conducted by Local Buddhists. In WAKAHARA Yusho, NAGASAKI Nobuko, SHIGA Miwako (eds.), *Voices for Equity: Minority and Majority in South Asia, RINDAS the first international symposium proceedings*. Kyoto: Ryukoku University, 45-55.

矢野忠他

2006 「国民に広く鍼灸医療を利用してもらうためには今、鍼灸界は何をしなければならないのか－鍼灸医療に関するアンケート調査からの一考察－その5」『医道の日本』750 : 149-158.

高野道代・福田文彦・石崎直人他

2002 「鍼灸通院患者の鍼灸医療に対する満足度に関する横断研究」『全日本鍼灸学会雑誌』52 (5) : 562-574.

宮原辰夫

2010 「10億人の健康－将来、インドは国民の健康をどう再構築するのか－」『文教大学国際学部紀要』20 : 83-97.

奈良信雄

2013 『臨床医学総論 第2版』東京, 医歯薬出版株式会社.

Current State and Future Prospects of Continued Acupuncture and Moxibustion Volunteer Work Overseas: Reflecting on the case of South India

Keiko MINOGUCHI

*College of Life Science, Kurashiki University of Science and the Arts
2640 Nishinoura, Tsurajima-cho, Kurashiki-shi, Okayama 712-8505, Japan*

(Received October 1, 2013)

Abstract

This paper provides a summary report on acupuncture and moxibustion volunteer activities that were performed in South Indian regions, including Adilabad, Andhra Pradesh and Bijapur, Karnataka, during the seven years between 2007 and 2013.

The volunteer work was performed at four locations, with several days typically spent in one locale. The average number of patients treated per day was 22.16 per practitioner. A total of 30 practitioners participated in the activity, of which four individuals participated thrice or more.

The most common disorders encountered in India were motor system disorders, as is the case in Japan. In addition, several patients spoke in a local dialect, and there were situations in which English was not understood. In such cases, the patient and practitioner communicated either through pictures or with the help of local volunteer staff acting as interpreters.

Between 2010 and 2013, these activities were performed in the same locations. As a result, there was an increase in the number of returning patients coming for checkups. We intend to continue our work, possibly establishing a permanent acupuncture and moxibustion clinic, but issues such as language barrier and cost will need to be addressed.