

放送大学審査学位論文（博士）

柔道整復臨床における運動器疼痛症状の慢性化予防
～心理的側面からの検討と対策～

放送大学大学院文化科学研究科文化科学専攻
博士後期課程生活健康科学プログラム
2017年度入学

小川 進

2021年3月 授与

目次

序章

1. わが国における「痛み」の現状・・・・・・・・・・・・・5
2. 柔道整復師という資格とその歴史・・・・・・・・・・・・・9
3. 問題意識と目的・・・・・・・・・・・・・13
4. 本論文の構成・・・・・・・・・・・・・16

第1章 柔道整復師と運動器の疼痛・・・・・・・・・・・・・17

- 1-1. 痛みの種類と伝導路・・・・・・・・・・・・・17
- 1-2. 慢性疼痛とそのメカニズム・・・・・・・・・・・・・20
- 1-3. 柔道整復と疼痛の長期化・・・・・・・・・・・・・21
- 1-4. 慢性疼痛と心理社会的要因・・・・・・・・・・・・・27
- 1-5. 研究課題・・・・・・・・・・・・・34
- 1-6. 研究の方法・・・・・・・・・・・・・36
- 1-7. 倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・37
- 1-8. 利益相反・・・・・・・・・・・・・37

第2章 課題の検討～患者理解のために～・・・・・・・・・・・・・38

- 2-1. 疼痛とパーソナリティ・・・・・・・・・・・・・38
 - 緒言・・・・・・・・・・・・・38
 - 方法 ～エゴグラムテスト～・・・・・・・・・・・・・41
 - 方法 調査(1)～健康セミナーにおいての調査～・・・・・・・・・・・・・43
 - 方法 調査(2)～疼痛患者の調査～・・・・・・・・・・・・・43
 - 方法 ～統計解析～・・・・・・・・・・・・・44
 - 結果 調査(1)の結果・・・・・・・・・・・・・45
 - 結果 調査(2)の結果・・・・・・・・・・・・・47
 - 考察・・・・・・・・・・・・・49
- 2-2. 精神医学的問題の有無（BS-POPを用いて）・・・・・・・・・・・・・54
 - 緒言・・・・・・・・・・・・・54
 - 方法 ～BS-POP～・・・・・・・・・・・・・57
 - 方法 ～対象および方法～・・・・・・・・・・・・・59
 - 方法 ～統計解析～・・・・・・・・・・・・・60
 - 結果・・・・・・・・・・・・・60
 - 考察・・・・・・・・・・・・・64

2-3.	運動愛好家のストレス対処方略と動機付け	67
	緒言	67
	方法 ～研究デザイン～	70
	方法 調査(1) ～CISSによる調査～	70
	方法 調査(2) ～アンケートによる調査～	72
	方法 調査(3) ～インタビューによる調査～	73
	結果 調査(1)の結果	73
	結果 調査(2)の結果	75
	結果 調査(3)の結果	78
	考察 調査(1)	80
	考察 調査(2)	82
	考察 調査(3)	83
	総合的考察	86
第3章	柔道整復師用問診メソッド (IMJT) の作成と評価	89
	～柔道整復師の対応として～	
3-1.	IMJT 第一段階	89
	緒言	89
	方法	92
	結果	100
	考察 1	111
	考察 2	112
3-2.	IMJT 第二段階	116
	目的と方法	116
	結果	122
	考察	131
3-3.	IMJT 第三段階	135
	方法	135
	結果	145
	考察	146
最終章	～総合考察～	149
	1. リサーチクエスションの検証結果	149
	2. 結果の整理とまとめ	154
	3. 総括と課題	156

文献 · · · · · 161

謝 辞 · · · · · 170

序章

1. わが国における「痛み」の現状

「痛み」はいつの時代にも、人間にとって大きな悩みの種であった。痛み・疼痛（pain）は物理的あるいは化学的刺激のもたらす質的あるいは量的に異常な負荷に対して、痛覚神経系が反応することによって生じる不快な感覚である。痛みは、そのような負荷の存在に個体の意識を向けさせる警告信号であり、その意味で個体の生存のためになくてはならない重要な生理過程でもある。痛みを感じると、個体はこの不快な感覚を取り除こうとして、自身の状態を吟味し痛みの原因を探索する。そのような対処行動によって、個体は内外からもたらされるさまざまな危険から身を守ることができるのである。

痛みという警告信号がなければ、個体が安全に生き延びることはきわめて困難であろう。そのことは、たとえばハンセン病の患者が知覚神経を選択的に侵される結果、煮え湯やストーブの熱さに気づかず、ひどい熱傷を繰り返しがちである事実などからもよく分かる。

このように「痛み」という現象は、個体の生存のために不可欠の役割を果たしているものの、それ自体が不快な知覚体験であることは言うまでもない。このため、とりわけ痛みが慢性化しこれを取り除く方法がない場合には、警告信号の意味を離れて単なる苦悩の源になる。「歯痛に耐えられる哲学者はいない」（シェイクスピア『空騒ぎ』）という古人の言葉を引くまでもなく、誰もが経験的に知っていることである。

事実、人が身体不調の際に訴える自覚症状として、人体各所の疼痛は最も頻度が高いものであることが知られている。図1のデータはこのことを端的に示すものであるが、とりわけ腰・手足など運動器の傷みが上位を占めていることが注目される。「肩こり」もまた首・肩の痛みと関

連の深い症状であり、さらに筋緊張性頭痛と呼ばれるタイプの頭痛の背景ともなっている。

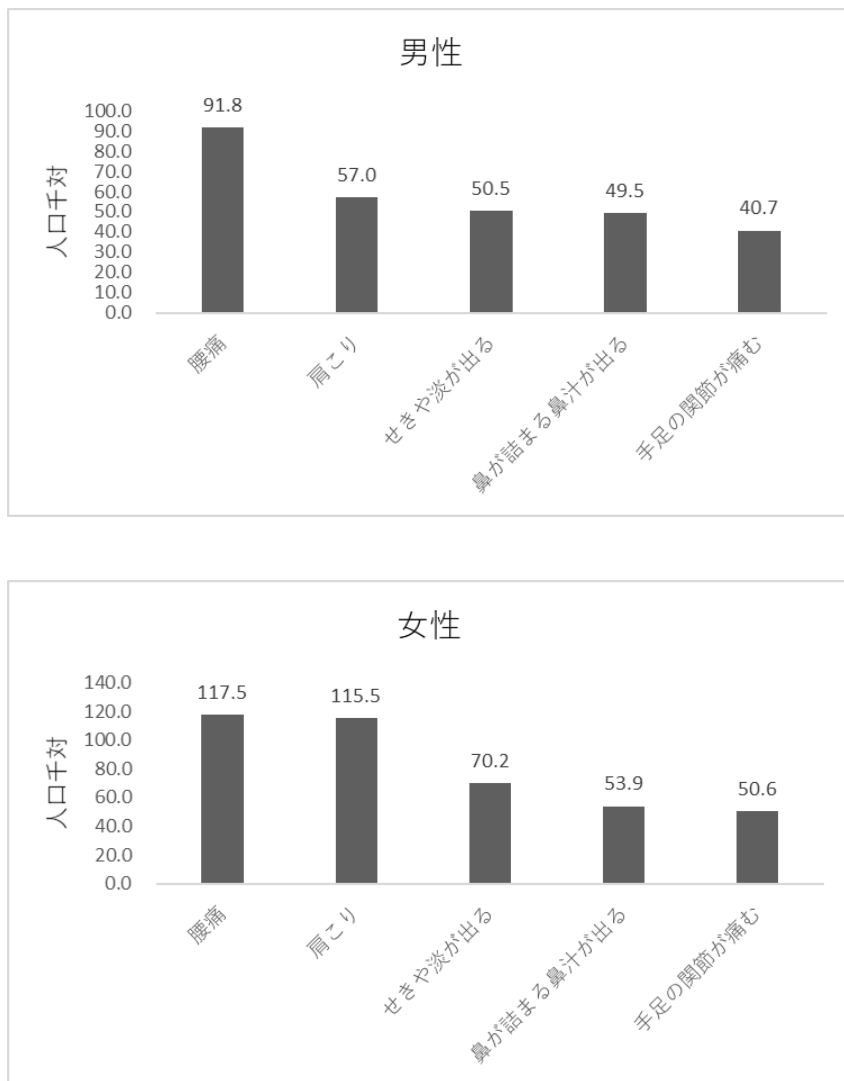


図 1 性別にみた有訴者率の上位 5 症状

国民生活基礎調査 (2016)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/04.pdf>

こうした傾向を、医療費の側面から詳しく見てみよう。厚生労働省による国民医療費の状況・疾病分類別医科診療医療費の調査 (平成 27 年

度)においては、総数で「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2兆3,261億円(構成割合7.7%)と、1位の「循環器系の疾患」5兆9,818億円(19.9%)、2位の「新生物」4兆1,257億円(13.5%)に続き3位となっている¹⁾。中でも腰痛、肩こり、関節痛が男女ともに上位を占め、前年度より414億円の増額と、国民医療費における運動器疾患患者の占める割合は高いものであり、患者数の増加と症状の遷延化による医療費の増大が、昨今社会問題となっている。

「日本における慢性疼痛保有者の実態調査：Pain in Japan 2010」における、我が国の慢性疼痛の有病率と、慢性疼痛の治療実態(1次調査)および患者ニーズの把握(2次調査)を目的として実施した矢吹らの調査(インターネットリサーチ)によれば²⁾、国内で慢性疼痛を有する推定患者数は2,315万人と日本の全成人の22.5%にのぼり、そのほとんどが先に記した腰痛、肩こり、四・五十肩など運動器の疼痛疾患であることが明らかとなっている。内臓の痛みは何らかの疾患が背景にあることが通常であり、疾患の治療が成功すれば痛みも改善することが期待される。一方、進行する悪性疾患の場合には不帰の転帰をとることになるため、いずれにせよ痛みだけが長期的に持続することはさほど多くない。これに対して運動器の疼痛は、慢性関節リウマチのような重篤な疾患の症状として表れることもあるものの、加齢を背景とする変形性関節症や脊椎症、椎間板ヘルニア、四十肩・五十肩、さらには医学的診断に至らない加齢性変化など、加齢随伴現象の結果であることが多い。

それゆえ、図1に見るような疼痛症状の蔓延は、人類史上空前の超高齢社会に入ったわが国が必然的に直面せざるを得ない、宿命的な課題ともいえる。我々は今、このような歴史的課題への対応を迫られているのであるが、果たしてその対策には十分な努力が投入されているだろうか。

運動器の疼痛対策に関して、医学の諸領域の中で中心的な役割を担うことが期待されるのは整形外科である。（ここでは、リハビリテーションの諸技法を含む広い意味で「整形外科」という言葉を用いておく。）しかしながら現実には、運動器の疼痛疾患の治療のため整形外科を受診した患者の80%以上において、治療に対する満足度が低いとの報告がある²⁾。

その要因に関しては不明の部分も多いが、運動器の疼痛は前述の通り加齢随伴現象の側面が強く、整形外科を受診によって改善する余地が乏しいことが背景にあるだろう（疼痛の背景に関する要因）。

これに加え、一般に医師は回復可能な疾患の治療には熱心であるが、治療への反応が期待しにくい病態や症状の管理には消極的であるという傾向も指摘される（治療者側の姿勢に関わる要因）。

つまり、「治りにくい」こととは「医師が丁寧に診てくれない」と言い換えてもよい。これについては後述する（31頁、ヘルスケアシステム因子）。

前述の「Pain in Japan 2010」においては、疼痛緩和のため病院・医院を受診している患者を対象とした、「患者が思う医師の理解度」の調査が実施されている。その中で、患者の痛み（腰の痛み、関節の痛み、その他の痛み）を医師は十分に理解していると思うか、という質問に対し、「そう思う」「ややそう思う」と答えたものは「腰の痛み」（n=1,312）で50.2%、「関節の痛み」（n=565）では54.5%、「その他の痛み」（n=882）では53.9%にとどまっている。他の症状についての同様の調査結果が得られないので厳密な比較はできないが、厚生労働省による、平成26年度「受療行動調査の概況」では、「外来患者の医師との対話の満足度」が、「満足」55.8%、「普通」31.4%、「不満」6.7%（以下その他、無

回答) という結果であったことを鑑みると⁹⁹⁾、素朴に考えて前述した数字は、決して満足すべき高さとはいえないであろう。

近年、こうした運動器の慢性疼痛症状の背景をなす要因として、患者本人の自我状態や性格傾向、精神医学的問題の有無、日常生活や職場などに起因するストレス、医療従事者とのコミュニケーションの良否などといった、「心理社会的要因」が深く関与していることが明らかになってきた³⁻⁸⁾。日本整形外科学会および日本腰痛学会による「腰痛診療ガイドライン(2012)」においても、腰痛のおよそ85%は非特異的腰痛であり、病理解剖学的な診断を正確に行うことが困難であると同時に、腰痛の発症と遷延に心理社会的要因が関与していることが指摘されている⁹⁾。

これら慢性疼痛患者への対処として、医科においては認知行動療法、運動療法が特に推奨されており、その効果に関しては多くの報告がなされている^{10,11)}。これらは、心理社会的要因を考慮した慢性疼痛治療アプローチの典型的なものである。また同じく医科においては、医療従事者のコミュニケーションスキルを向上させる取り組みとして、医療系大学の学生に対する医療面接講義などが実施されており、臨床現場でのコミュニケーショントラブルや、慢性疼痛の医原性要因への対処が図られている¹²⁻¹⁴⁾。

2. 柔道整復師という資格とその歴史

このような慢性疼痛患者に対する心理社会的要因の関与が明らかになっている中で、柔道整復師はその要因についてどのように考えていたか。以下、柔道整復師という職業について、簡単に説明する。

肩こり、腰痛をはじめとする運動器の疼痛症状では、患者は整形外科を始めとする医科を受診するばかりでなく、柔道整復や按摩・マッサージ

ジ・指圧，鍼灸，整体，カイロプラクティック，などいわゆる代替医療と呼ばれる「施術所」を利用することも多い。厚生労働省による平成 28 年度国民生活基礎調査では，有訴者の施術所利用率が肩こりでは 19%，腰痛では 16%，手足の関節の痛みでは 10%と報告されている¹⁵⁾。

柔道整復という言葉は多くの人にとって耳慣れないものであろうが，「整骨・接骨院」と言い換えるとその認知度は一躍高くなるであろう。とはいえ，医療従事者としての免許が数多く存在する中で，「医師」「看護師」「放射線技師」などのように，その名を聞いてすぐにどのような業務内容なのか思いつくほどの認知度は，残念ながら「柔道整復師」にはない。

柔道整復師法の定めるところによれば，柔道整復師とは，「ほねつぎ」「接骨師」として広く知られ，現在は高校卒業後，都道府県知事が指定した専門の養成施設（三年間以上修学）か文部科学省が指定した四年制大学で基礎系医学と柔道整復理論，柔道整復実技，関係法規などの臨床系専門科目を履修，国家試験を受け合格し，厚生労働大臣免許を取得した者のことである¹⁶⁾。資格取得後は，実務経験と研修の受講により受領委任の取扱いが行える「接骨院」や「整骨院」という施術所を開業できる。また，勤務柔道整復師として病院や接骨院などでの仕事を選択する者もいる。

現在，各都市，町村に点在する整骨院，接骨院はすべて柔道整復師が管理者として登録され，所在地を管轄している保健所から認可を受けている。

柔道整復の施術所では「骨折」「脱臼」「捻挫」「打撲等筋腱等軟部組織損傷」といった運動器の外傷性疾患に対し，柔道整復独自の技術により，医科における治療行為と同義の「施術」を行う。柔道整復施術所に

において施術を行う施術者は、「柔道整復師」という名称の国家資格を所持しており、柔道整復師法によって、当該疾患を抱える患者への施術が医業類似行為として認められている。

平成10年の就業柔道整復師数はおよそ2万9千人あまりで、施術所数は2万3千程度であった¹⁵⁾。ところが平成26年には就業柔道整復師数がおよそ6万4千人、施術所数は4万5千以上と、それぞれ顕著に増加している（図2）。

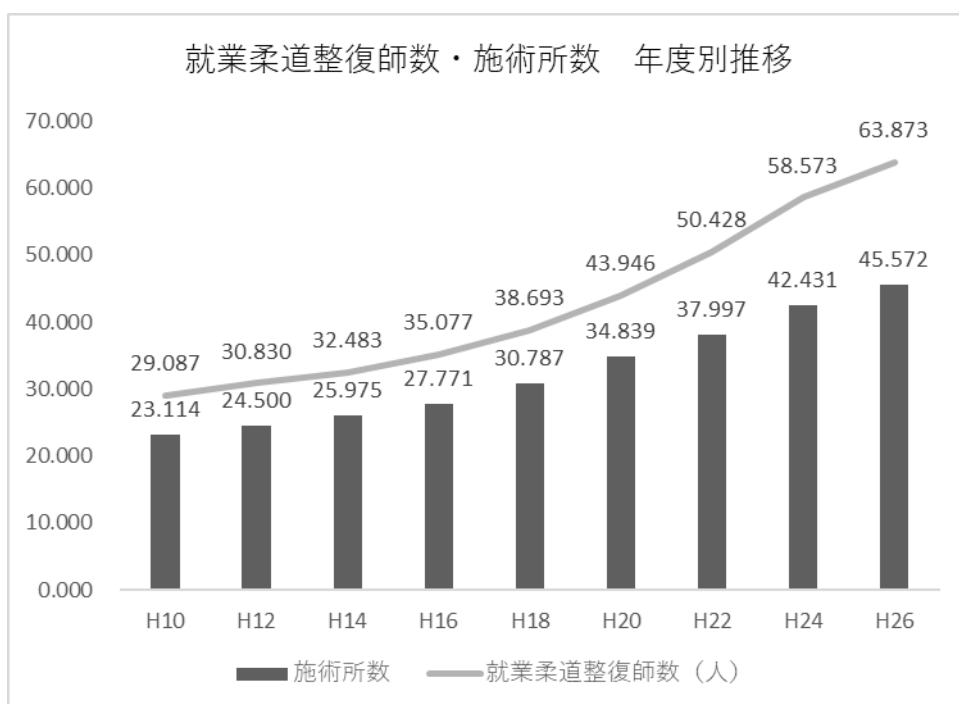


図2 就業柔道整復師数・施術者数の年度別推移

現在は都市周辺部であれば全国いたるところに整骨・接骨の看板があり、ひと駅歩けば相当な数の施術所を目にすることができる。これほどまでに増加した柔道整復師であるが、「柔道整復師」という名称を得るまでにはいくつもの困難があり、資格消滅の危機にすら何度も晒されてきた。

柔道整復師は、その名の通り柔道と深い関連がある。そもそもこの柔道という武術は、古来より現在と同様の「柔道」として存在していたわけではなかった。柔道の起源は以下に述べるように「柔術」にあり、柔道整復術の起源もまた柔術に遡る。

柔術は、平安時代に中国より日本へと伝えられた「揚州拳」という武術から発展を遂げた¹⁷⁾。この揚州拳が、12世紀から14世紀の鎌倉時代に密教の影響を受けつつ柔術へと変化を遂げていく。「揚心流」と名付けられたその武術においては、当て身の急所となる身体箇所が秘伝・奥義とされていた。こうした知識が蓄積され継承された末、江戸時代中期の1700年代に「活法」として記録に登場する。この「活法」が柔道整復術の礎となったのであった¹⁷⁾。

江戸時代には、フランスの王室外科医であったアンブローズ・パレ (Ambroise Paré, 1510-90) の執筆にかかる西洋医学書「パレ全集」が本朝に紹介され、接骨に大きな影響を与えている。また、同じく江戸時代には名倉知文による「整骨説略」や各務文献による「整骨新書」、二宮彦可による「整骨範」など多くの柔道整復に関する書物が執筆されている¹⁷⁾。遅くともこの時期には整骨・接骨は地域住民とともにあり、「医」を担う職業として日々活躍していたことが、こうした出版事情からも窺われる。

明治に入り、政府は西洋医術を公式採用する方向へと舵を切った。当時接骨業を営む者のほとんどは柔術家であり、副業として一般市民に対する施術を行っていた。明治30年頃には1日300人～400人もの来院者を数える施術所も存在したことが確認でき(名倉謙蔵、竹岡宇三郎など)、地域住民の健康の一端を担っていた接骨業であったが、法的な裏づけは与えられていなかった。明治期の接骨業は、そのほとんどが既得

権を頼みとして開業していた者であり，記録では各県につき 1～2 名程度が知られている．

やがて国家は接骨業の規制に取り組み，医制への組み込みを進めることとなる¹⁷⁾．大正 9 年（1920 年）の内務省令の改正により，接骨業は「柔道整復」と名称を変更し，「按摩術営業取締規則」にもとづいて公認されることとなった．ここにおいて，はじめて「柔道整復師」の身分が法的に裏づけられたものとなった．

第二次世界大戦後の昭和 22 年 12 月，「あんま，はり，きゅう，柔道整復等営業法」が改めて制定公布され，昭和 28 年には社団法人全日本柔道整復師会が設立，認可された．昭和 42 年には単行法請願運動が開始され，昭和 45 年 3 月に「柔道整復法」が可決成立し，現在の「柔道整復」が確立されたのである¹⁷⁻¹⁹⁾．

日本に初めて整形外科学講座が誕生したのは明治 39 年，東京帝国大学医学部においてである．昭和初期になってもその数は，全国的に見て決して多くはない．このことと比較しても，柔道整復が近代日本のかなり早い時期から，医療の一端を担うものとして活躍していたことがわかるであろう．

柔道整復の臨床で取り扱う外傷の詳細については，後述する（21 頁 1－3．柔道整復と疼痛の長期化）．

3. 問題意識と目的

柔道整復の臨床は，その理念の中で患者の早期回復による早期社会復帰を掲げてきた³¹⁾．「骨接ぎ」という言葉はこれを端的に示すもので，外傷に対して迅速に対応するとともに，適切な養生を指導することによって，傷んだ骨をすみやかに「接ぐ」ことが柔道整復師の本領とされる

時代が長く続いたのである。

しかしながら近年、柔道整復師をめぐる医療状況は大きく変化した。とりわけ外傷に対する急性期の手当よりも、慢性的な症状や愁訴への対応が主たる業務を占めるようになるにつれ、施術期間の長期化が深刻な問題となってきた。

外傷を起因とした身体各部の運動器疼痛症状により、患者は、整形外科などの医科を受診することと同様に柔道整復を受診するものであるが、外傷の生理学的修復期間を超えてなお、症状が継続遷延する症例が増加している。当然ながらこうした症例では施術回数が増え、柔道整復療養費が増大する。このことが柔道整復師の間で問題視されているのである。

医科においては、疼痛が長期化したものは「慢性疼痛」として特別の注意を与えられ、心理社会的要因の関与を踏まえ、治療内容を含めた対処法が検討され効果を上げている。柔道整復臨床においては疼痛症状が長期化して「慢性疼痛」へと移行しつつあるケースに対しても、心理社会的要因を考慮した全人的 holistic な関与は希にしか行われていないのが実情である。そこには、急性期症状に対する迅速な手当を本領とする「骨接ぎ」の歴史的なイメージが、なお影響を及ぼしているであろう。この影響を最も強く受けているのは、利用者や一般住民ではなく柔道整復師自身に他ならない。

今後、施術療養費の抑制のためばかりでなく、柔道整復師が他の医療業種から信頼できる医療従事者として認知されるため、そして何よりも柔道整復の施術所へ通院する患者の利益のために、柔道整復の施療イメージを一新し、慢性疼痛をかかえる患者への全人的な対処を行っていくことが必要である。

こうした問題意識にのっとなって、本研究では柔道整復臨床において疼痛症状の長期化に関与しているものと考えられる、心理社会的要因の存在を明らかにするとともに、具体的な対処方法を検討し考案することを試みる。

対処方法を検討するにあたっては、とりわけ重要なポイントとして施術者と患者とのコミュニケーションに注目したい。前述の通り、医科においては認知行動療法をはじめとした心理的なアプローチが導入され、心理社会的要因への対処に効果を上げている。しかし、柔道整復師は「運動器の外傷性疾患に対し、非観血的な施術を施すこと」をもっぱら身上としており、その専門教育においても心理療法を実施するために必要となる基本的な訓練が行われていない。こうした心理学的素養の欠如は、「骨接ぎ」としての柔道整復師の盲点であり、地域で施術所を運営する柔道整復師らが自ら痛感する最大の弱点でもある。

それゆえ、柔道整復師に今日の現状に即したあり方への脱皮を促すためには、まず以下のような手順を踏んで、柔道整復臨床の質を順次高めていく必要がある。

① 慢性疼痛の症状と経過に心理社会的要因が関与するという事実を知って理解すること。

② 心理社会的要因が症状と経過に影響することを前提として施術を行うこと。

③ 患者と良好なコミュニケーションを図ることにより、施術の効果を高めるとともに、施術者自身が医原性のストレス要因とならないよう心がけること。

以上はあまりにも基本的な臨床心得であるが、従来の柔道整復の施術の中で十分考慮されてきたとは言いがたい。また、こうした視点から柔

道整復臨床について検討した報告は、現時点で存在しない。

本研究においては、こうした心得を柔道整復のコミュニケーション場面に浸透させる一助として、問診の内容をマニュアル化し、臨床現場で簡便に使用可能な問診メソッドを作成することを目標の一つとする。

4. 本論文の構成

第1章では「痛み」について解説するとともに、柔道整復領域における慢性疼痛をめぐる現状について検討し、1-5においてリサーチクエスチョンの抽出を行う。第2章では、抽出されたリサーチクエスチョンから、「患者理解」を中心とした1)~3)までの検討を行う。第3章では、「柔道整復師の対応」として、臨床現場で使用可能な問診メソッドを作成し、その内容について評価・検討する。最終章では、各リサーチクエスチョンに対応した研究結果を報告し、今後の課題を整理する。

第 1 章 柔道整復師と運動器の疼痛

1-1. 痛みの種類と伝導路

国際疼痛学会 (IASP: International Association for the Study of Pain) によれば、「痛み」とは、「実際に何らかの組織損傷が起こったとき、または組織損傷を起こす可能性があるとき、あるいはそのような損傷の際に表現される、不快な感覚や不快な情動体験」と定義されている (1979)。

ここでは「慢性疼痛の理解と医療連携⁴⁾」をもとに、人間の感じる痛みを「神経障害性疼痛」「心因性疼痛」「侵害受容性疼痛」の 3 つに大別し、それぞれの概要を解説した後、慢性疼痛の定義および運動器の疼痛症状が慢性化する機序、さらに慢性疼痛と心理社会的要因の関連について先行研究を交え記述する。

① 神経障害性疼痛

神経障害性疼痛とは、体性感覚系に対する損傷や疾患によって、直接的に引き起こされる疼痛のことであり²⁰⁾、組織障害や侵害刺激がなくても体性感覚伝導路に障害が起きた際に知覚される疼痛のことである。運動器における神経障害性疼痛は、末梢神経障害性疼痛と中枢神経障害性疼痛に分けられ、末梢神経障害性疼痛には手根管症候群などの絞扼性末梢神経痛、幻肢痛、腫瘍による神経圧迫または浸潤による神経障害、神経根障害などが含まれる。中枢神経障害性疼痛には、外傷による脊髄損傷後疼痛、脊柱管狭窄による圧迫性脊髄症、虚血後脊髄症などが含まれる。

神経障害性疼痛は上記のような末梢神経系や中枢神経系の損傷または機能障害が、痛覚過敏やアロディニアといった、通常は痛みを感じない程度の軽微な刺激でも、脊髄神経内の可塑性により痛みを誘発する症

状を呈するものとされている²¹⁾。

② 心因性疼痛

心因性疼痛とは、身体に明らかな器質的異常による原因がみられず、その発生に心理社会的因子が関与していると考えられる痛みのこととされている²²⁾。

精神医学の領域で世界標準とされている『精神疾患の診断・統計マニュアル』(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)は、DSM-IVでは「疼痛性障害」という診断類型をもって心因性疼痛を記載していたが、最新版であるDSM-5においてはこれを廃して「身体症状症」の亜型に含めることとした。特に線維筋痛症や慢性腰痛など機能障害を伴うものは、「機能性身体症状症」に分類されている。

痛みの背景に心理社会的要因があるということは、心にも原因があるということではなく、生物学的要因とともに心理的要因・社会的要因・行動要因などが複雑に関与する可能性があることを指している²³⁾。実際には、組織損傷や侵害刺激による侵害受容性疼痛や、神経の損傷や機能障害による神経障害性疼痛など、生物学的な基盤に由来する痛み心理社会的な要因が加わることにより、疼痛が持続することが多いであろう。

「プラセボ投与が有効であれば心因性疼痛」また「注意や先入観によって疼痛が軽減されるならば心因性疼痛」といった皮相な誤解は臨床場面でもよく見られるものであるが、現実はそのように単純なものではなく、様々な要因が複雑に絡み合った病態であるものと考えられる⁶⁾。

③ 侵害受容性疼痛

侵害受容性疼痛とは、組織損傷や組織を傷害しうる侵害刺激により発生する痛みのことである⁷⁾。侵害受容性疼痛は皮膚、骨、関節、筋肉、結合組織などの体性組織から発生する体性痛と、食道、胃、小腸、大腸などの管腔臓器、肝臓、また腎臓などの被膜をもつ固形臓器から発生する内臓痛に分けられる^{8,24)}。本研究において対象となる痛みは、柔道整復の臨床という性質上、外傷に起因する侵害受容性疼痛であり、中でも骨、関節、筋肉、結合組織といった運動器に由来する体性痛である。

侵害受容性疼痛は、感覚受容器の一種である侵害受容器に対し、上述した侵害刺激が加わることにより発生する。侵害受容性疼痛（体性痛）は、その機序から急性痛と慢性痛に分けられる。急性痛は、侵害受容器のうちの高閾値機械受容器が、主に組織の損傷や組織を障害する可能性のある侵害刺激により発生したインパルスをもつ、A δ 線維という神経線維を介して中枢へと伝達することによって生じる。一方、慢性痛は侵害受容器のうちポリモーダル受容器が、機械的刺激や熱による刺激、またヒスタミン・ブラジキニン・プロスタグランジンといった発痛物質により反応し、そこで発生したインパルスをC線維という神経線維が中枢へと伝達することにより生じるものとされている^(6-8,24)。

A δ 線維およびC線維は侵害受容線維と呼ばれる神経線維であり、侵害受容器から脊髄後角を経て前外側索、視床、大脳皮質体性感覚野へとつながる神経走行に沿って、痛みのインパルスを脳に伝達する。A δ 線維は伝達速度が早く、針で刺された時のような局在明瞭な痛みを伝える線維であり、C線維は伝達速度が遅く、局在のはっきりとしない鈍い痛みを伝える線維である^(6-8,24)。

上行するインパルスは脳幹において外側系と内側系に分かれ、急性痛

(A δ 線維)は外側系を通り大脳皮質体性感覚野へと伝えられ、慢性痛(C線維)は内側系から視床髄板内核を通り、一部が視床下部から大脳辺縁系(帯状回)へと伝わる。大脳辺縁系は情動に関与する部位であるため、C線維により伝わるインパルスは、不安・恐怖・怒り・不快感といった情動を痛みとともに引き起こすものとされている(6-8,24)。

1-2. 慢性疼痛とそのメカニズム

慢性疼痛とは、3カ月間を超えて持続もしくは再発する疼痛、または急性組織損傷の回復後1カ月を超えて持続する疼痛、または治癒に至らない病変に随伴する疼痛のこととされている²⁵⁾。原因としては、がんや糖尿病、関節炎などの慢性疾患などの他、外傷による身体組織の損傷、また先述した神経障害性疼痛や線維筋痛症、慢性頭痛といった多くの原発性疼痛疾患などがあげられる。慢性疼痛は、長期間持続して侵害受容刺激をもたらし続けるこうした疾患の存在により、完全に説明できる場合がある一方で、組織損傷によって神経系に長期間持続する変化(感作)が引き起こされ、それにより侵害刺激がなくなっても持続する疼痛が発生する場合もある。

さらに心理的因子によっても、持続性の疼痛が増幅されることがあり、このような心理的因子が、痛みの原因なのか結果なのか区別することはしばしば困難である。絶え間のない定常的な疼痛は、抑うつや不安を引き起こし、日常生活におけるほぼ全ての活動を妨げる可能性がある。そのため患者は不活動や引きこもりに陥ったり、健康状態が気になって物事が手につかなくなったりすることがある。心理的および社会的障害が重度であるために、社会的な機能をほぼ失ってしまうことも稀ではない。

このように慢性疼痛は、同定可能な身体的現象としばしば不釣り合い

な程度で出現するものである。疼痛の原因は、急性外傷のように明らかな場合もあれば、思いがけない病態が原因であったり、慢性頭痛や非定型顔面痛のように原因が認識しづらかったりする場合もある²⁶⁾。

慢性疼痛では先述した器質的・機能的な疼痛、交感神経系の活性化に伴う局所の血液循環低下の他、下行性疼痛抑制系の機能低下に伴う痛覚過敏、社会的痛みに伴う脳内での不快情動成分増大といった、複数のメカニズムが存在する⁵⁾。痛みの脳画像においては、急性痛の場合一次・二次性体性感覚野（S I， S II），前帯状回（ACC），島皮質（IC）の血流が増加するのに対し、慢性痛の場合は ACC および IC での血流増加が著しい²⁵⁾。ACC は痛みや情動に伴う行動の選択に関与しており²⁷⁾，前頭前野（PFC）や補足運動野（SMA）などの運動系の領域ともつながりが深い。ACC の興奮は、吻側延髄腹内側部（RVM）を介して痛みを増強させることが明らかとなっている²⁸⁾。IC は体内感覚の情報を統合し、適切な情動反応を結びつける機能を担っている。ストレスは ACC・IC を活性化させ、これら上位脳の興奮は下行性疼痛調節に深く関与しており、中脳中心灰白質（PAG）や RVM を介し、疼痛を増強する方にも働く。また心の痛み（社会的疎外感・自己否定感）によっても ACC・IC などが活性化し、Gamma-aminobutyric acid（GABA）系の減弱とともに慢性痛が増強すると考えられている²⁹⁾。

1-3. 柔道整復と疼痛の長期化

柔道整復師が施術の対象とするのは、基本的に運動器の「外傷性が明らかな損傷」である。外傷性とは関節等の可動域を超えた捻じれや、外力・自力によって身体の組織が損傷を受けた状態を示すものである。柔道整復師の業務においては、いずれの負傷も身体の組織損傷の状態が慢

性に至っていないものとされている³⁰⁾。

柔道整復師法に明記されている業務範囲は、「骨折，脱臼，捻挫，打撲等筋腱等軟部組織の損傷」とされており，業務内容は前述した傷病に対し，「施術」として「整復，固定，後療」の医業類似行為を行うものとなっている。中でも，柔道整復臨床において最も扱うことの多く，また施術期間の長期化しやすい「筋・腱等軟部組織損傷」について，その病態生理を概説する。

筋は骨格と共同し身体の支持および動作をつかさどっており，人体においては体重の40～50%を占める。筋には骨格筋，平滑筋，心筋があるが，柔道整復師の施術において対象となる筋は骨格筋のみである。骨格筋はその形状により紡錘状筋，羽状筋，半羽状筋，二頭・多頭筋，二・多腹筋，鋸筋等に分かれており，それぞれその筋の作用に最も都合よい形状となっている。骨格筋組織は多数の筋線維が平行に並んでおり，数本から数十本ずつ束になる形で筋束を形成し筋外膜により覆われている。筋線維は直径1～2 μm ほどの多数の筋原線維が平行に並んでおり，筋内膜に覆われている。筋原線維はさらに微細なミオシンフィラメント，およびアクチンフィラメントといった筋細線維の規則正しい配列からなっており，筋の収縮は2つのフィラメントが相互に重なり合うように滑り込み起こるものとされている。これら二種類の筋細線維には暗帯（A帯）と明帯（I帯）とが交互に横紋をつくっている。I帯の中央にはZ膜と呼ばれるものがあり，このZ膜から隣接するZまでを筋節（サルコメア）と呼ぶ²⁴⁾。

筋節が筋の構造上および収縮においての最小単位となる。筋の収縮は中枢神経からの活動電位が神経線維を通過して筋線維内にある筋小胞体に伝えられ起こるものとされており，筋線維の収縮を支配する神経を α

運動ニューロンと呼び、1つの α 運動ニューロンとそれに支配される筋線維の全体をまとめて「運動単位」と呼ぶ。 α 運動ニューロンにより支配される筋線維の数はその機能によって大きく異なり、大臀筋や大腿四頭筋といった比較的大まかな運動の筋では1つの α 運動ニューロンに対し支配される筋線維は数百本にも上るが、精妙な動きを必要とする筋では支配比が低く1つの α 運動ニューロンに対し1本の筋線維ということもある。

筋線維はその性質により遅筋線維と速筋線維に分けられ、速筋線維はさらに速筋a型と速筋b型とにタイプ分けされている²⁴⁾。骨格筋の多くはその末端が腱となっている。腱は膠原繊維が密に集合した強靱な結合組織であり、一方で筋腱移行部と呼ばれる筋と腱とが密接に連結した境界部分を持ち、他方で骨の基質の膠原繊維と連結して骨に固定されている。関節部分等で腱が方向を変える場所には滑車の役目をする腱鞘があり、腱を覆う滑膜層と外側の線維層、内部の滑液から構成されている。この構造により筋の収縮力が骨へと伝えられ滑らかな関節運動と身体動作を可能にしている。

靭帯はコラーゲン線維が長軸方向に規則的に配列している強靱な結合組織で、関節内外に存在し、骨と骨の結合、骨と関節との支持性の保持により運動のガイド的役割、また身体動作を安定させる役割を担っている。

筋損傷（肉離れ）は外力または自力によって筋束の一部、または全部が断裂するものであり、場合によって筋膜や腱の損傷・断裂を伴うものである。多くは筋の急激かつ強力な収縮により引き起こされ、激痛により当該筋の使用が不能となる。筋の断裂や欠損は隣接する筋線維からの再生により治癒するものであるが、状態により損傷部から障害部位まで

結合織性癒痕に変わることがあり，筋線維の萎縮および周囲筋・筋膜・腱等との癒着を引き起こし疼痛や運動障害を助長する結果となる場合がある，また筋の急激な収縮だけではなく打撲等の直達外力や介達外力による筋への牽引力により損傷する場合もある³¹⁾。

筋痙攣は一過性におこるもので，筋の強い収縮による運動制限と患部の疼痛を主症状とする．多くは運動中に発症するが，就寝中や安静時などにもおこるものであり，中枢および末梢神経の疲労によるものの他，水分摂取不足・ビタミン B1 不足・局所の循環障害等，原因は様々とされている．また筋強直は持続的に筋が痙攣をおこすものであり，長時間の不自然な姿勢などが原因となって引き起こされ，強い筋収縮と疼痛による運動制限や，ひどい場合は運動不能をきたす．筋痙攣・筋強直ともに筋損傷を伴う場合があり，状態により回復に長期を要することがある³¹⁾。

打撲は強力な直達外力による筋線維の強打や圧迫により発生する皮下損傷であり，筋・筋膜等の軟部組織損傷とともに，時に骨をも損傷する場合がある．皮下出血を伴うものが多く，多量の場合には皮下血腫をきたすことがある．打撲により引き起こされる筋の断裂や筋線維の乱れは，筋損傷と同様の治癒機転をたどるとされている³¹⁾。

腱の損傷の多くは急激な筋収縮に伴い腱の末端で生ずるものであり，筋と異なり再生能力が弱いため，治癒までに相当な期間を必要とするものとされている．また，反復する負荷が腱や腱鞘に加わることにより引き起こされるものに腱炎・腱鞘炎がある³¹⁾。

柔道整復臨床において，腰痛をはじめとする運動器の疼痛症状の長期化は，おもに筋・筋膜の損傷がその原因である．前述のような強力な筋損傷を負った後の結合織性癒痕による運動障害やそれに伴う疼痛，また

腱の損傷や腱炎・腱鞘炎などによる疼痛の他，筋に対する負荷がごく軽度の動作であっても，何度も反復されることにより筋に微細な損傷をきたすことがある．長時間にわたり力学的ストレスのかかる姿勢を保持した場合も同様に，筋に微細な損傷をきたす原因となるものとされている^{3,32)}．筋の微細な損傷とは，筋の細胞膜が裂けて筋線維内の筋小胞体が破壊されるものであり，それにより損傷部位周辺に Ca^{2+} が放出された結果， Ca^{2+} が筋フィラメント間に連続的な相互作用を起こさせ，異常な筋収縮が継続する．筋は最大時の 30～50% 収縮すると代謝に必要な毛細血管も収縮し循環障害に陥ることが解っており³³⁾，筋損傷後の筋局所は阻血状態に陥るものとされている．このような異常な筋収縮からの回復には，筋小胞体が周辺の余分な Ca^{2+} を吸収することが必要となるが，循環障害による局所周辺のエネルギー不足のため筋小胞体が Ca^{2+} を回収できず，筋中への Ca^{2+} の流出が増加し，筋の連続的な収縮が継続するといった悪循環が生じる結果となる³³⁾．これにより局所の侵害受容器が感作され，侵害受容性の疼痛が発生し持続するものとされている．

筋の微細な損傷による疼痛には，その発症機序から運動後の筋痛（いわゆる筋肉痛）も含まれるものである．近年まで労働やスポーツなどの動作後に起こる筋痛は，疲労物質とされている「乳酸」が筋内に蓄積することにより起こるものとされてきた³⁴⁾．しかしながら血液中の乳酸濃度は運動後 1 時間ほどで正常値まで下がることが明らかとなっており，運動後数日にわたり継続する筋痛の原因とは考えにくい．八田によると筋痛の原因は筋線維の微細な損傷によるものであり³⁴⁾，乳酸は運動の強度に呼応して糖分解が亢進することによりその産生も高まるものであって，少ない反応段階でエネルギーを産み出すことが可能なエネ

ルギー源であるとされている。筋痛後の筋線維は疼痛箇所に硬結を触れるようになる場合が多く見られることから、筋線維は微細な損傷を起こしていると考えることができる。これらの情報から労働・日常生活動作・スポーツと、どの生活場面においても筋・腱等の軟部組織損傷は起こりうるものであり、患者への問診の際には疼痛が長期化する生理学的な要因の1つとして、日々の生活の中での具体的な活動状況を理解しておくことが必要である。

このように柔道整復臨床における運動器の長期に持続する痛みは、いずれもポリモーダル受容器から C 線維を介し大脳皮質体性感覚野、大脳辺縁系へと伝えられる痛みが中心となっている。柔道整復という限定された科目診療の特性上、痛みの原因となるのは運動器の外傷であって、受傷時には必ず運動器（筋肉・腱・結合組織等）に直接の損傷または組織障害が発生している。それらの侵害刺激が加わったことにより起こったインパルスが、高閾値機械受容器から A δ 線維を介し大脳皮質体性感覚野へと伝わった痛みであるから、まず訴えられるのは急性痛である。しかしながら組織の生理的修復期間を過ぎても残存する疼痛は、高閾値機械受容器から A δ 線維を介したものだけではなく、ポリモーダル受容器から C 線維を介して伝えられる痛みが強いものであると考えられる。

柔道整復臨床において、これまで疼痛症状が長期化する要因として考えられてきたのは「外傷の重症度」や、「職業・運動習慣・姿勢」であった。これらは確かに器質的要因として明らかとなっている。

しかし医科と同様、今後は「心理社会的要因」も考慮する必要がある。それは、A δ 線維から伝えられるインパルスの一部が脊髄内の側角で交感神経ニューロンを興奮させること。また運動器の修復過程において発

生するブラジキニン・ヒスタミン・プロスタグランジンといった発痛物質がポリモーダル受容器と結びつき、発生したインパルスがC線維を介し大脳皮質体性感覚野へと伝達される過程で、一部が視床下部から大脳辺縁系へと伝わった結果「不安、不快感、恐怖、怒り」などの情動を痛みとともに引き起こし、それら不快な情動が自律神経中枢に到達し交感神経を興奮させる、という事実があるからである。

このような痛みストレスによる交感神経の興奮は、血管を収縮させ、損傷・障害局所の虚血をもたらす。その結果局所は酸素欠乏、栄養不足状態に陥り、回復が遅れるものとされている。回復の遅れや局所の虚血は、更に発痛物質の生成を促し、発生した発痛物質がポリモーダル受容器からC線維へ、という具合に「痛みの悪循環」に陥るものとされている^{8,24)}。また痛みでADLのレベルが下がることや、患者が抱える他の心理社会的要因によるストレスも交感神経を興奮させうるものであり^(27,28)、更に「痛みの悪循環」が強化されるものとされている。

1-4. 慢性疼痛と心理社会的要因

慢性疼痛と心理社会的要因との関連については、今日まで数多くの報告がなされている。慢性疼痛患者は不安や抑うつ状態および睡眠障害などを合併していることが多く、精神心理的な影響を受けやすい疾患とされている。また社会的要素により痛みが悪化したり改善したりすることもあるため、治療においては患者の心理社会的側面を評価し適切にアプローチしていくことが必要となる³⁵⁾。

長井（2010）は、「6か月以上持続する慢性疼痛」を主訴として、鹿児島大学病院心身医療科を受診した185名（男性76人、女性109人、平均年齢44.8歳）の患者を対象に、初診時の診断を「慢性疼痛」「うつ

(気分障害)」「その他」の3群に分け、問診により心理社会的因子を調査した。その結果「慢性疼痛」群で8割弱に心理社会的因子が明らかになったとともに、そのうち52%にうつ病の合併が見られたと報告している³⁶⁾。

慢性疼痛患者のMMPI profileでは第1尺度(心気症)、第2尺度(抑うつ)、第3尺度(ヒステリー)の上昇が知られており、そのうちの転換Vとも呼ばれるConversion V pattern(第1, 3尺度が第2尺度よりも高い)は慢性疼痛患者に特徴的とされている³⁷⁾。

運動器の慢性疼痛症状と患者のパーソナリティについて磯尾らは、慢性疼痛の診療における東大式エゴグラム(TEGII)の有用性を検討した結果、CPおよびNPが高く要求水準が高い傾向が示されたと報告している³⁸⁾。

木島らは、治療方略を事前可能とするエゴグラムによる自我分析で、痛み刺激を用いてTEGスコアとの関連を調査し、女性でVASとNPおよびCPに正の相関が確認されている³⁹⁾。

長谷川らは、MMPIと痛みの強さとの関連性についての検討で、6ヶ月以上の慢性疼痛の痛みの強さと性格傾向の関連をMMPIで検討し、結果から痛みの強さと性格傾向の関連性は低いことが予測されている⁴⁰⁾。

和氣らは、慢性疼痛と性格傾向の関連を矢田部・ギルフォード検査により検討し、谷田部・ギルフォードによる性格特性分類では性格特性と痛みの関連性は低く、非疼痛患者との比較においても有意差はみられなかった⁶⁾。

後藤らは、MPI法による慢性疼痛患者の心理的側面解析の試みで、慢性疼痛患者の性格傾向を、MPIを用いて分類し、特に神経症的傾向の把

握と内向性-外向性傾向に関しては、多面的な検討が必要としている⁴¹⁾。

長谷川らは MMPI と MPQ を用いて慢性疼痛と性格傾向の関連を検討し、性格傾向は痛みの質には関連があるが、痛みの強さには関連は無いこと、また性格傾向による症状・疾患の予想はできないことを報告している⁴²⁾。

笠井らはモーズレイ性格テストを使用して、運動器疾患の患者および疼痛を有する患者の性格特性を検討し、運動器疾患患者のうち 10 人に 1 人は性格偏奇者であり、慢性疼痛を有する患者は内向的で神経症的傾向があることを報告している⁴³⁾。

小林らは慢性疼痛患者の原因疾患別にみた心理的評価として、GHQ と HRSD による調査を実施し、慢性痛患者の精神的健康度は低く、抑うつ状態にあり、その心理状態には原因となる疾患により特徴があることを報告している⁴⁴⁾。

川居らによるペインクリニック外来における疼痛患者の不安、抑うつ傾向に関する調査研究では、様々な種類の疼痛を主訴にペインクリニックを受診された患者に対し、初診時に HADS を施行し、HADS-D、HADS-A の合計点から 11 点をカットオフポイントとして評価を行なった結果、何らかの疼痛を主訴としている患者 308 名中 20.7% で抑うつ傾向が、23.4% で不安が確認されている⁴⁵⁾。

また川居による慢性腰痛における抑うつと疼痛感覚との関連に関する探索的研究では、抑うつが痛みを誘発するだけでなく、痛みの感じ方にも深く関与し、疼痛感覚を変容させることが示唆されている⁴⁶⁾。

松岡らによる、慢性疼痛症候群治療に際しての患者の自己愛的性格傾向についての研究では、慢性疼痛患者には一般人と比較して自己愛性人格障害の診断基準をみたすものが多いという結果が報告されている⁴⁷⁾。

このように、慢性疼痛における心理社会的要因として個人のパーソナリティや精神医学的問題があげられ、多数の研究結果から関連があることが示唆されている。しかしながら柔道整復領域においては、患者の抱える心理社会的要因として、個人のパーソナリティや精神医学的問題に着目した研究はみられない。これらの心理社会的要因は、医科のみに存在するものではなく、柔道整復領域においても存在することが当然ながら予想される。また、柔道整復領域における運動器の疼痛長期化に精神医学的問題が関与していた場合、その存在を考慮せずに施術を行うことは、患者の利益を損なうことにつながる可能性がある。柔道整復師は精神医学・心理学の専門家ではないので、状況に応じて専門科へリファーすることも視野に入れなければならないであろう。ゆえに柔道整復臨床においても、疼痛が長期化している患者に精神医学的問題が存在するのかを調査する必要があるものと考えられる。

慢性疼痛における心理社会的要因と身体活動量との関連では、特に疼痛の持続による破局的思考が痛みの程度や日常生活の動作（ADL）、また生活の質（QOL）に強く影響を与えることが知られている⁴⁸⁾。疼痛の持続による破局的思考とは、痛みの経験がストレスとなり、不安、抑うつ、怒り、焦燥などの精神症状が現れ、物事をネガティブに捉えやすい状態に陥るものである⁴⁸⁾。痛みを破局的に認知することで運動・動作への恐怖が生じ身体活動量が減少する（破局的思考による運動恐怖-回避メカニズム）。その結果、不活動による筋の萎縮が起こり、なおかつ循環器系・呼吸器系の機能低下をも引き起こす⁴⁹⁾。このようなメカニズムにより、さらに痛みや生活障害が悪化するため、慢性疼痛患者には認知行動療法・運動療法が治療法として推奨されているのである⁵⁰⁾。

慢性的な痛みを伴う生活が長い患者へは、上記のように二次的な感情

に対する心身医学的な対応が必要な状況が数多く存在する。原因がはっきりしない痛みの多くは、患者にしか感じられない主観的な体験であり、様々な心理社会的ストレスや、治療環境などによる心的不安定状態が身体の痛みという症状として表現されていると考えられる。

痛みに対する認知行動療法による心理教育的介入は、主に「セルフモニタリング」や「ホームワーク」を中心とした認知行動療法の技法を用いることによって、患者から得られた情報に基づき、患者個人に応じて適切な教育・指導・心理的支援につなげるのが基本である⁵¹⁾。

このような運動器疼痛に対する心身医学的アプローチは心療内科・精神科ばかりではなく、整形外科等多くの一般身体診療科に必要な方法である。もちろん柔道整復臨床も例外ではない。しかしながら一般身体診療科を受診する患者は、器質的疾患を確信し、身体的治療を期待して受診することが多い。そのため、身体症状以外のことを自ら積極的に話すことは少なく、職業や家庭環境などについて過度に質問されると、医療従事者に対して警戒心や不快感を抱き、信頼関係の構築が妨げられることすらある⁵²⁾。

慢性疼痛を治療する上では、医療従事者側と患者との信頼関係を含む人間関係が、治療効果や患者の満足度に影響する⁵³⁾。福永らによれば、機能的身体障害（FSS）の発症要因は多因子的であり、時間次元による要因分析では「疾患感受性」という特異的および非特異的な心理社会的要因が患者の中に存在し、「疾患発症の引き金」となる身体的および心理的ストレスが脳の疼痛過敏性を惹起させ、「疼痛の持続・増悪要因」として社会的・経済的因子の他、「ヘルスケアシステム（医原性）因子」が存在する⁵⁴⁾。ヘルスケアシステム因子とは、医師が器質的な説明のみに終始してそれ以外の説明をしないことが、患者の病気不安や疾病行

動を医原的に増幅する要因となる， というものである。

また，慢性疼痛を抱える患者では「検査結果を解釈する」という大脳の働きが低下していることを理解する必要がある。患者が痛みにより不安で困惑している状態であるということを，まず医療従事者が受け止め，そのあとに疼痛発生機序などの客観的情報を理解しやすく解説し，ならびに医療従事者からの助言による不安の除去，そして疼痛への対処法や社会的支援を含む，職場や生活改善の指導といった，患者への情報提供およびインフォームドコンセントの実施による患者の意思・意欲を支える形でのアプローチ， および患者教育が必須となる⁵³⁾。

このような医療従事者と患者とのコミュニケーションは， 今日では「医療面接（医療コミュニケーション）」と呼ばれる。面接において従来は問診が重視され，医師が患者から情報を収集することに焦点があった。医療従事者が主導する「一方向性の聞き取り」ともいえる。一方，「医療面接」はこれとは異なり，患者の声に耳を傾け，良好な関係の構築を目指す「双方向性の対話」を意味する⁵⁵⁾。患者の語る言葉から医学的に必要な情報を入手し，信頼関係の構築，意思決定の共有や患者の情緒面への対応，疾患・治療に関する行動の支援など相互に理解を深めつつ，治療の上でのパートナーシップを短時間のうちに築き上げていくことを目的としている。1990年代以降「医療面接」は，医療系の学生が臨床実習に入る前のコミュニケーショントレーニングとして取り入れられており，全国の医学部，歯学部，薬学部6年制課程，獣医学部では客観的臨床能力試験（OSCE：Objective Structured Clinical Examination）も実施されている。

医療系の大学・専門学校で行われる医療コミュニケーション教育は，一般教育目標として，診療における問題解決力，臨床的技能，臨床的態

度を身に着けること。行動目標として、医療面接において聞き出すべき情報を収集する、患者の気持ちを考慮してコミュニケーションをとる、情報に基づき問題点を抽出し適切な助言をする、などが設定される。学生同士によるロールプレイや、模擬患者とのセッションなどを通じ、対応技術の習得や、患者理解と自己理解の促進などの対人関係スキルの育成、コミュニケーションにおける人間性や倫理的側面も含めた教育、クリティカルシンキングの訓練、健康教育などの目的で用いられるものである。

デンマークでは慢性疼痛患者とのコミュニケーションに特化したプログラムが存在する。こちらは学生ではなく一般開業医向けに設定されたトレーニングプログラムである。TERM model (The Extended Reattribution and Management Model) と呼ばれるこのプログラムは、デンマーク Aarhus 大学の Fink らによって開発されたものである。疼痛の長期化は患者のみではなく医療従事者にもストレスとなるものであり、TERM では医療従事者と患者双方の負担を軽減することが目的の一つとなる。TERM において重視されているのは患者との十分な対話であり、それにより信頼関係の構築や患者の症状に対する誤った解釈などを正すのが容易となるとされている^{56, 57)}。

では柔道整復臨床において、患者とのコミュニケーションに焦点を当てた学生の教育、または一般開業柔道整復師への教育プログラムが存在するのか。答えは否である。昨今、柔道整復師養成校においては、実習期間前に「問診」のトレーニングを実施している施設も少なくはないが、その内容は未だ「どこをケガしたのか」「それはいつ」「どこで」「どのように」「現在の症状は」といった、いわゆる「問診」であり、柔道整復師が主導となる「一方向性の聞き取り」である。そのため「医療面接」

と呼ぶにはほど遠い内容といえる。明治期に1日300人～400人もの来院患者を施術していた名倉直賢は、一般庶民が安心して頼れる医者が少なかったこともあり、一部の人のための医療ではなく、庶民の医者として受け入れられていた。そして疼痛治療において名倉の技法は特別なものではなく、「患者の要望に応える」といった当たり前のことであり、確実に治すための努力をしていたとされている。庶民の中に溶け込み、愛されていたということが、庶民文化である川柳等に名が残されていることから容易に想像がつく¹。それは名倉が患者との信頼関係を重視し、良好なコミュニケーションを図ることが出来ていた証左に他ならない⁵⁸⁾。

先述したように今後の柔道整復業界、ならびに施術所を訪れる患者の利益、療養費の拡大抑制、これらすべてを良い方向へと導くためには、その手段の一つとして臨床でのコミュニケーションを見直す必要があるものと考えられる。

1-5. 研究課題

これまでの記述内容を踏まえ、この節では本研究における課題を抽出・記述する。

本研究で焦点を当てるのは柔道整復臨床である。特に柔道整復臨床において、来院する患者の施術期間が長期化しないよう（疼痛症状が慢性化しないよう）、これまで本領域にて注目されていなかった患者の心理社会的背景に着目し、施術者側が長期化要因の一つとなることのないよう患者理解を深めつつ、施術者－患者間での良好なコミュニケーションを図る、ということが課題全てに共通した中核となるものである。

¹ 「此の松を名倉にやれと雪の朝」など。（接骨医学史・千住名倉家について・鳥居良夫著）

この目的を達するため、本研究では以下の四つの課題（リサーチクエストション）を設定する。

1) 柔道整復臨床において、来院する患者の慢性疼痛とパーソナリティーに何らかの関連が見られるか否かを調査する。疼痛が長期化しやすいパーソナリティー傾向が存在するのであれば、その情報を臨床に立つ柔道整復師が心得ていることにより、患者への応対に施術者自身のストレスが軽減されることが考えられる。

2) 柔道整復臨床に来院する患者に、精神医学的問題の関与が疑われる事例がどの程度存在するのかを調査する。先行研究から、柔道整復臨床においても精神医学的問題の関与が疑われる事例が存在することは想像に難くない。この点を明確にすることは、現場の施術者にとって、また来院する患者にとって重要である。状況に応じて他科（精神科・心療内科など）へリファーすることにより、患者の利益と施術者のストレス軽減を図ることができるであろう。

3) 運動器に疼痛症状を抱えながら運動を続ける人は、どのような動機で運動を継続しようとするのかを明らかにする。これは前の2つの仮説が全体的な患者を対象としているのに対して、一部の患者のみを扱っている。しかし、このような特徴的な患者群の心理特徴を検討することにより、慢性疼痛の心理的要因を明らかにすることも重要だと思い、研究課題に加えた。整骨院を訪れる外傷患者には、運動中にケガをしたものが多く含まれる。治療的観点からはいったん運動を中止することが当然と思われるのに、現実には患者が運動継続に固執して止めようとせず、

施術の長期化や難治化を来す例が少なくない。このことは、本研究が注目する疼痛の慢性化の要因として、かなり重要なものであるように思われる。

痛みの治療に逆行するこのような行動の背景に、どのような動機が潜んでいるのか。それを明らかにすることによって、慢性疼痛についての理解をいっそう深めるとともに、臨床における対応の方法を検討する。

4) 実際の患者とのやりとりである「問診」の内容をメソッド化し、臨床に立つ柔道整復師の誰もが、患者から必要な情報を得、回復のための助言をし、良好なコミュニケーションを図れるツールを作成する。また作成したツールについて、臨床柔道整復師および養成校の学生より評価と課題を得る。医科における慢性疼痛への対処としては認知行動療法・運動療法が効果を上げているが^{59,60)}、柔道整復臨床においての運用は困難である。この課題は、柔道整復臨床における現実的な対処としての一つの具体的試みとして、慢性疼痛の心理社会的要因の一つである「医療従事者とのコミュニケーション」に着目したものである。

上記四つの項目を本研究の課題とし、調査・検討していく。

1-6. 研究の方法

以上の課題を達成するため、いくつかの調査を行って必要な情報を収集した。調査対象は以下の通りである。

- 1) 筆者の運営する施術所へ来院する患者。
- 2) 筆者が主催する健康セミナーへの参加者。
- 3) 全道各地域で開業している柔道整復師とその施術所へ来院する患者。

対象となる地域は、筆者が施術所を運営している北海道十勝地方、あ

るいは北海道全域であり，北海道内に限定されている．この点については，方法論上の他の問題とあわせて後に検討する．

これらの対象に対してアンケート調査またはインタビュー調査を行い，得られたデータを量的手法または質的手法によって分析した．その具体的な手順については，それぞれの項目で報告する．

また，リサーチクエスション 4) に対応する試みとして，1) ～3) によって得られた考察を踏まえ，柔道整復師が臨床において簡便に使用できる問診メソッドを作成して実用に供し，一次評価を求めて課題を探索することとした．

最後にすべての内容を踏まえ，本研究全体を通じた総合的な考察を最終章において加える．

1-7. 倫理的配慮

本研究の実施に当たっては，放送大学研究倫理委員会の承認を得た．
(平成 29 年 6 月 22 日，通知番号 9)

1-8. 利益相反

本研究の実施に当たり，対象参加者のうち，筆者が運営している施術所に来院される患者，および筆者の主催する健康セミナーの参加者からは，施術料金・セミナー受講料を受領している．

第2章 課題の検討～患者理解のために～

1章において、下記四項目のリサーチクエスチョンが抽出された。

1) 柔道整復臨床において、来院する患者の慢性疼痛とパーソナリティーに何らかの関連が見られるか検討する。

2) 柔道整復臨床に来院する患者に、精神医学的問題の関与が疑われる事例がどの程度存在するのか検討する。

3) 疼痛症状を抱えながら運動を続ける人は、どのような動機で運動を継続しようとするのか検討する。

4) 実際の患者とのやりとりである「問診」の内容をメソッド化し、臨床に立つ柔道整復師の誰もが、患者から必要な情報を得、回復のための助言をし、良好なコミュニケーションを図れるツールを作成する。また作成したツールについて、臨床柔道整復師および養成校の学生より評価と課題を得る。

本章ではこれらのうち 1) ～3) の課題を個別に検証していくとともに、結果からそれぞれのリサーチクエスチョンに対する答えを考察していくことで、柔道整復臨床に来院する患者への理解を、心理社会的要因を中心に深めることを目的とする。

データ収集法や手法の描写といった研究方法の詳細については、それぞれの課題検証の項にて記述する。

2-1. 疼痛とパーソナリティー（リサーチクエスチョン1の検討）

緒言。

前項まで、柔道整復臨床における、来院患者の心理社会的要因へ着目し、対処することの重要性について記述してきた。本項では、本研究のリサーチクエスチョンのひとつである 1) 柔道整復臨床において、来院

する患者の慢性疼痛とパーソナリティーに何らかの関連が見られるか。について、筆者が修士課程にて実施した調査内容を記述する。

慢性疼痛とパーソナリティーの関連については、「慢性疼痛と心理学的要因の関連」の項にて記述した。先行研究で明らかになっていることを以下に再記する。

慢性疼痛患者の MMPI profile では第 1 尺度（心気症）、第 2 尺度（抑うつ）、第 3 尺度（ヒステリー）の上昇が知られており、そのうちの転換 V とも呼ばれる Conversion V pattern（第 1, 3 尺度が第 2 尺度よりも高い）は慢性疼痛患者に特徴的である³⁷⁾。

運動器の慢性疼痛症状と患者のパーソナリティーについて磯尾らは、慢性疼痛の診療における東大式エゴグラム（TEG II）の有用性を検討した結果、CP および NP が高く要求水準が高い傾向が示されている³⁸⁾。

治療方略の事前検討を目的とする、エゴグラムによる自我分析で、痛み刺激を用いて TEG スコアとの関連を調査した結果、女性で VAS と NP および CP に正の相関が確認されている³⁹⁾。

MMPI と痛みの強さとの関連性についての検討で、6 ヶ月以上の慢性疼痛の痛みの強さと性格傾向の関連性は低いと予測されている⁴⁰⁾。

谷田部・ギルフォードによる性格特性分類では性格特性と痛みの関連性は低く、非疼痛患者との比較においても有意差はみられなかった⁶⁾。

MPI 法による慢性疼痛患者の心理的側面解析から、当該患者について、特に神経症的傾向の把握と、内向性-外向性傾向に関する多面的な検討が必要である⁴¹⁾。

MMPI と MPQ を用いて慢性疼痛と性格傾向の関連を検討した結果、性格傾向は痛みの質には関連があるが、痛みの強さには関連は無いこと、また性格傾向による症状・疾患の予想はできない⁴²⁾。

モーズレイ性格テストを使用して、運動器疾患の患者および疼痛を有する患者の性格特性を検討した結果、運動器疾患患者のうち 10 人に 1 人は性格偏奇者であり、慢性疼痛を有する患者は内向的で神経症的傾向がある⁴³⁾。

これらのことが既報によって明らかになっている。

では、心理社会的要因の一つとして考えられている「本人のパーソナリティー」は、柔道整復領域における慢性疼痛と関連があるのであろうか。修士課程にて研究に取り組んでいた当時、筆者は治療に直接的な効果を求めていた時期でもある。それは言い換えると、研究結果から何らかの方向性が見いだせれば、治療の際に患者へ施す直接的な手段の一つ（方法・技術）として役立てられる、そう考えていたのである。しかしながら研究を進めていく道程で、それが私個人の視座からの患者理解であり、心理的なアプローチ方法の探索であることに気が付いた。臨床柔道整復師全体という視座で考えると、直接的な治療手段の一つとしての心理的な介入は、心理学的知識が乏しくカウンセリングの訓練も受けていない臨床柔道整復師には、およそ不可能と考えられるものであり、ではどのような方法が問題解決の糸口となるのか、と考えた場合に、現実的な方法としてのコミュニケーションの重要性に気付き、後の研究へとつながったのである。

本項では、本研究のリサーチクエスションの一つである「柔道整復臨床に来院する患者の慢性疼痛と、パーソナリティーに何らかの関連が見られるか」に対し、患者への理解を深める一手段として、患者本人のパーソナリティーに注目し、慢性疼痛との関連の有無やそのメカニズムについて、心理テストの一種である「エゴグラム性格診断検査」（以下エゴグラムテスト）を用いて調査・検討したものを報告する。

上述した数々の先行研究の中で使用されている心理テストは、質問項目が多数のものが多く（MMPIでは500問以上）。そのため、柔道整復師が臨床現場において使用することは、実際にはきわめて困難である。これに対し本研究で使用するエゴグラムテストは、質問項目が50問と、他のテストと比較して少なく回答しやすい⁶¹⁾。またエゴグラムテストを使用してパーソナリティーと疼痛との関連を調査した報告からは^{38,39)}、それぞれエゴグラムのパターンと疼痛の関連、またエゴグラムテストの有用性等が述べられているものの、疼痛とパターンの比較、また施術による影響を検討したものは報告されていない。

以上の理由から本研究ではエゴグラムテストを使用し、持続する疼痛の有無とエゴグラムの各項目の変化や特徴的なパターン、持続する疼痛の強度と各項目の変化を検討する。また運動器の疼痛長期化を主訴とする患者に1ヶ月の施術期間を設定し、施術期間前後でのエゴグラムパターンと各項目の変化、及び疼痛強度の変化を合わせて調査するものである。得られた結果から疼痛の長期化とエゴグラムとの関連、施術が与える影響などを総合的に検討することを目的とする。

方法． ～エゴグラムテスト～

本研究で使用したエゴグラムテストは、心理療法である交流分析（E・バーン）で使用される心理テストであり、バーンの直弟子であるJ・デュセイにより考案されたものである^{61,62)}。エゴグラムとは、言語、声、表情、ジェスチュア、姿勢、いわゆる行動、といったすべての観察可能な行動を5つの自我状態に分類し、またそれらを棒グラフにして表したもので、「個人のパーソナリティーの俯瞰図」とされている⁶³⁾。エゴグラムにおける自我状態とは「CP」、「NP」、「A」、「FC」、「AC」の5

つであり、これら 5つの項目から得られる自我状態のバランスから、エゴグラムが形成される。(CP)は「批判的な親 critical parent」を、(NP)は「保護的な親 nurturing parent」を、(A)は「大人である自分 adult」を、(FC)は「自由な子供 free child」を、(AC)は「順応する子供 adapted child」を、それぞれその時の自我状態として表している。

本項では結果を、交流分析において4つの基本的構えとされる「自他肯定」、「自己否定・他者肯定」(N型)、「自己肯定・他者否定」(逆N型)、「自他否定」(U型)に、うつ病タイプである(W型)を加えた5パターンに振り分け、それらに当てはまらないものを「それら以外のパターン」として解析を実施した⁶¹⁾。また、これらのうち「自他肯定」型を健全なパターンとした(図1)。

調査において使用したエゴグラムテストは、桂戴作他著「交流分析入門」34頁-35頁「エゴグラムチェックリスト」を引用した⁶²⁾。

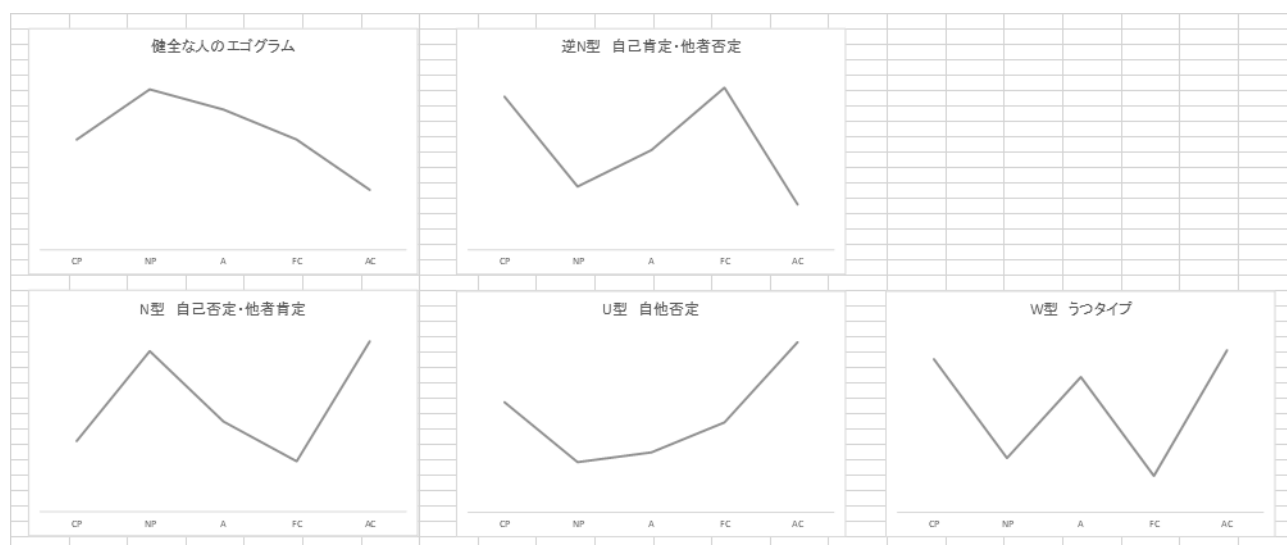


図 1 本研究で振り分けたエゴグラムパターン (新里里春ら：交流分析とエゴグラム，第二版，チーム医療，2013. より転載)

方法 調査(1). ～健康セミナーにおける調査～

2013年10月より2015年1月まで3ヶ月ごとに、地域住民を対象とした、健康科学知識を広めるためのセミナーを主催した。参加者に対し、質問紙とエゴグラムテストによる調査を合わせて実施、結果を回収した。質問紙は年代、性別、2ヶ月以上続く疼痛の有無、疼痛の強度等それぞれの該当項目にチェックを入れるものとした。疼痛の持続に関しては、捻挫・打撲・軟部組織損傷等の生理学的修復期間を考慮し、2ヶ月以上の持続する疼痛とした。疼痛の強度はNRS (Numerical Rating Scale) を使用し、疼痛なしの0を抜き、疼痛あり1-10の10段階とした。

方法 調査(2). ～疼痛患者の調査～

2014年4月より2015年3月まで筆者の施術所を訪れる新規来院患者のうち、外傷に起因し、4週間以上持続する運動器の疼痛症状を主訴とする患者15名に研究への協力を依頼した。そのうち同意書により承諾を得られた患者14名に1ヶ月の施術期間を設定し、初検時及び施術期間終了時にNRSによる疼痛強度の調査と、調査(1)と同様にエゴグラムテストを実施した。また、初検問診時、患者の訴えを傾聴するとともに、疼痛が持続するメカニズムについて心理社会的要因も含めた説明をするといった対話的アプローチも合わせて実施した。施術期間終了時には「施術期間を通じて患者が感じたこと」をテーマに設定し、自由に語って貰う形式での半構造化面接を実施した。なお、本研究は医療上の必要ならびに倫理的な要請から施術内容の統制は不可能であるため、患者個々に合わせた施術を実施することとした。

方法． ～統計解析～

調査(1) ～健康セミナーにおける調査～

調査項目

健康セミナーでの調査において観察された、持続する疼痛の有無とエゴグラムについては、各項目の平均と標準偏差を算出し、両群各項目の平均値の差を、対応のない t 検定にて有意水準 5%として解析した。また、持続する疼痛の有無とエゴグラムの関連についてはロジスティック回帰分析により、有意水準は 5%として解析した。持続する疼痛の強度とエゴグラム各項目との関連については重回帰分析により、有意水準は 5%として解析した。疼痛の有無とエゴグラムパターンの関連については、健全とされるエゴグラムパターンとそれ以外のパターンに分け、カイ二乗検定により有意水準は 5%として解析した。

調査(2) ～疼痛患者の調査～

調査項目

疼痛患者の調査では、施術期間前後とエゴグラム各項目の平均および標準偏差を算出し、その関連を対応のある t 検定により、有意水準 5%として解析した。施術期間前後の疼痛強度は、対応のある t 検定により、有意水準 5%として解析した。施術期間前後とエゴグラムパターンの関連については、健全とされるエゴグラムパターンとそれ以外のパターンに分け、カイ二乗検定により有意水準は 5%として解析した。

結果(1) 調査(1)の結果 ～健康セミナーでの調査から～

健康セミナー参加者 75 名のうち 72 名の協力を得られた。質問紙による調査の結果、「2 ヶ月以上持続する疼痛あり」は 72 名中 48 名（20 代～80 代，男 2 名，女 44 名，NRS = 1～10），「疼痛なし」は 24 名（20 代～70 代，男 2 名，女 22 名，NRS = 0）であった。疼痛の有無とエゴグラム各項目の平均および標準偏差は表 1 の通りであり，エゴグラム両群各項目の比較では，疼痛ありで CP が有意に高いという結果であった（t 値：3.08， $p < 0.01$ ）。

表 1 疼痛の有無とエゴグラム各項目の平均（SD）

n = 72	CP	NP	A	FC	AC
疼痛なし	9.58(3.62)	12.88(5.24)	12.17(3.00)	11.42(2.52)	9.50(4.70)
疼痛あり	12.33(3.61)	12.81(4.06)	11.33(3.38)	10.02(3.59)	10.83(4.27)

疼痛の有無とエゴグラム各項目との関連を，ロジスティック回帰分析にて解析を行った。その結果 CP（オッズ比：1.366，95%信頼区間：1.115-1.674）と，FC（オッズ比：0.774，95%信頼区間：0.626-0.957）が有意な変数として選択された（表 2）。また，判別的中率は 69.4%であった。

表 2 セミナー参加者の疼痛の有無とエゴグラムに関する解析結果

因子	回帰係数	標準誤差	Wald-square	p 値	オッズ比	95%信頼区間
CP	0.312	0.104	9.058	0.003[**]	1.366	1.115-1.674
NP	-0.088	0.082	1.164	0.281	0.916	0.780-1.075
A	0.036	0.103	0.123	0.726	1.037	0.847-1.269
FC	-0.257	0.109	5.588	0.018[*]	0.774	0.626-0.957
AC	0.104	0.072	2.094	0.148	1.109	0.964-1.276

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

疼痛の強度とエゴグラム各項目との関連について重回帰分析にて解析を行った。疼痛の強度とエゴグラム各項目の相関係数を表 3 に示す。疼痛の強度とエゴグラム各項目の相関係数では、疼痛強度と AC に弱い正の相関が確認され、それ以外の CP, NP, A, FC では、ほとんど相関がないという結果であり、有意差検定を行ったが、すべて有意な関連があるとは言えなかった。

表 3 疼痛の強度とエゴグラム各項目の相関係数

	疼痛強度
CP	0.088675
NP	0.159351
A	0.152133
FC	0.107479
AC	0.241846

重回帰分析の結果導き出された重回帰式は、疼痛強度 = CP × (0.02) + NP × (0.052) + A × (0.075) + FC × (-0.032) + AC × (0.119) + 1.450 である (表 4)。また、自由度調整済み決定係数は -0.022 と、予測式としては精度が低い結果であった (表 5)。

表 4 セミナー参加者の疼痛強度とエゴグラムに関する解析結果

	係数	t	P-値
切片	1.45	0.853	0.398
CP	0.021	0.216	0.830
NP	0.052	0.574	0.569
A	0.075	0.671	0.506
FC	-0.032	-0.301	0.765
AC	0.119	1.480	0.146

表 5 上記解析結果の回帰統計

回帰統計	
重相関 R	0.294
重決定 R2	0.087
補正 R2	-0.022
標準誤差	2.214
観測数	48

疼痛の有無とエゴグラムパターンの関連については、「疼痛あり」群（n = 48）のうち健全なパターン 4 例，それ以外のパターン 44 例，「疼痛なし」群（n = 24）のうち健全なパターン 10 例，それ以外のパターン 14 例であった（表 6）. 実測されたこれらの数値から，カイ二乗検定により解析した結果 $\chi^2 = 9.321$, $p = 0.002$ という結果が得られた. また $\phi = 0.359$ と効果量の目安は medium であった.

表 6 疼痛の有無とエゴグラムパターン

	疼痛あり	疼痛なし	合計
健全	4	10	14
それ以外	44	14	58
合計	48	24	72

結果(2) 調査(2)の結果 ～疼痛患者の調査から～

協力を得られた来院患者は 14 名であった（女 14 名，20 代～60 代）. NRS による施術期間前後での疼痛強度の変化を表 7 に，施術期間前後のエゴグラム各項目平均を表 8 に記す. 施術期間前後の疼痛強度を対応のある t 検定にて解析を行った. その結果，施術後の疼痛強度平均が有意に低い値であった（t 値：9.440, $p < 0.01$ ）.

表 7 施術前後 NRS 変化

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	平均 (SD)
施術前	10	8	10	9	9	10	10	4	8	7	9	9	7	10	8.57(1.70)
施術後	2	4	3	2	6	1	1	1	4	4	5	2	2	2	2.78(1.58)

表 8 施術前後のエゴグラム各項目平均と標準偏差

	CP	NP	A	FC	AC
施術前	13.50(2.77)	14.36(2.41)	11.36(2.68)	8.36(3.20)	10.43(3.27)
施術後	11.93(2.53)	13.71(2.95)	12.21(2.29)	9.07(3.17)	9.71(3.75)

施術期間前後とエゴグラム各項目との関連について、対応のある t 検定にて解析を行った。その結果 CP において施術後の数値が有意に低い値であった (t 値 : 2.70, $p < 0.05$)。

施術期間前後でのエゴグラムパターンの変化を見ると、施術期間前には健全なパターン 0 例、それ以外のパターン 14 例、施術期間後には健全なパターン 3 例、それ以外のパターン 11 例であった (n = 14) (表 9)。施術期間前後とエゴグラムパターンを、カイ二乗検定にて解析した結果、 $\chi^2 = 1.493$, $p = 0.222$ という結果が得られた。また $\phi = 0.326$ と効果量の目安は medium であった。エゴグラムパターンで、それ以外として扱った 11 例は、各項目において若干数値の変化はあったものの、いずれも施術前後でパターンの変化はみられなかった。

半構造化面接においては様々な内容の語りが聴かれたが、「施術前に抱いていた痛みによる不安や恐怖が軽減・解消された」という言葉が共通して語られたことが特徴的であった。

表 9 施術期間前後のエゴグラムパターンの変化

	健全	健全以外	合計
施術前	0	14	14
施術後	3	11	14
合計	3	25	28

考察.

健康セミナーでの調査では、72名の協力を得られた。質問紙による調査の結果、「2ヶ月以上持続する疼痛あり」は72名中48名であり、疼痛の有無とエゴグラム各項目との関連を、ロジスティック回帰分析にて解析を行った結果、CP(オッズ比:1.366, 95%信頼区間:1.115-1.674)と、FC(オッズ比:0.774, 95%信頼区間:0.626-0.957)が有意な変数として選択された。疼痛の有無とエゴグラム各項目の平均値では、「疼痛あり」のCPは、「疼痛なし」に比して高値であり、FCは逆に低値である。この結果から、エゴグラムのCPが高値であることと、FCが低値であることが、持続する疼痛の有無に関連がある、という可能性が考えられる。

CPが高値であることは、慢性疼痛の診療における東大式エゴグラム(TEG II)の有用性を検討した磯尾らの報告や、痛み刺激を用いてTEGスコアとの関連を調査した木島らの報告と一致している^{38,39)}。木島らの結果では、NPが高値であることも報告されているが、今回の調査においては、NPは有意な変数として選択されなかった。しかしながらFCが有意な変数として選択されたことは、新たな発見といえる。

エゴグラムにおいてCPは「批判的な親 critical parent」を表し、「自分の価値観や考え方をゆずろうとせず、他人を批判したり非難したりする。良心や理想と深く関連しており、CPが強すぎる場合尊大で支配的

な態度、命令的な口調が目立つようになる」といった自我状態が特色とされている⁶⁴⁾。磯尾らの報告においても、その自我状態として「要求水準が高い傾向」であることが示唆されている。本調査においても CP の高値については同様であることから、柔道整復臨床を訪れる、運動器の疼痛症状が長期化傾向にある患者は、その自我状態として「要求水準が高い」傾向があることが推測される。

一方 FC は「自分の欲求のままに振る舞い、自然の感情をそのまま表す、何ものにも縛られない自由な子供の心」といった自我状態が特色とされている⁶⁴⁾。一般的に高値が望ましいとされているが、高値になると「明るくて無邪気な反面、わがままで自分勝手となり、依存的で他人への配慮に欠ける」傾向となる⁶⁴⁾。今回の調査では、疼痛なしに比して疼痛ありの FC 平均値が低値となる傾向であったため、FC の特色とされる「自分の欲求のままに振る舞う・自分の感情をそのまま表す」といった、いきいきとした自然の感情表現が、持続する疼痛のない人に比べ乏しい、という自我状態であることが推測される。

しかしながら今回、持続する疼痛の有無とエゴグラム各項目との関連について、ロジスティック回帰分析による解析結果では、CP および FC が有意な変数として選択されたものの、対応のない t 検定の解析結果においては、FC は有意な変数ではなかったことから、FC の関連については、更なる検討が必要となるものと考えられる。

重回帰分析による調査では、エゴグラムで確認できる自我状態と、疼痛強度との関連についての予測式としては、精度が低い結果であった。

疼痛の有無とエゴグラムパターンの関連については、「疼痛なし」群で健全なパターンが有意に多いという結果であり ($\chi^2 = 9.321$, $p = 0.002$), また $\phi = 0.359$ から、持続する疼痛の有るものは、good 以

外のエゴグラムパターンの比率が高い傾向があった。

施術期間前後の疼痛強度平均値の比較では、施術前の疼痛強度が 8.57 (±1.70)、施術期間後の疼痛強度が 2.78 (±1.58) と、施術期間後の疼痛強度が有意に低値を示している (t 値: 9.440, $p < 0.01$)。加えて施術期間前後とエゴグラム各項目との関連を、対応のある t 検定にて解析を行った結果、CP が有意に高値という結果であった。これは本調査における新たな発見であり、施術期間後の CP の平均値を比較すると、施術前に比して施術期間後の値が低値を示していることから、疼痛強度の減少と施術期間後の CP が低値であるということに関連があることが考えられる。

この結果は、木島らによる、治療方略を事前可能とするエゴグラムによる自我分析で、女性において VAS と NP および CP に正の相関が確認されているという報告と一致しているが、今回の調査では NP の有意な関連は確認されなかった。

施術期間前後でのエゴグラムパターンの変化を見ると、施術期間前には健全なパターン 0 例、それ以外のパターン 14 例だったものが、施術期間後には健全なパターン 3 例、それ以外のパターン 11 例となった。施術期間前後とエゴグラムパターンを、カイ二乗検定にて解析した結果、 $\chi^2 = 1.493$, $p = 0.222$ であり、今回の標本数からは有意とはいえない結果であった。しかしながら慢性疼痛患者は不安や抑うつ状態および睡眠障害などを合併していることが多く、精神心理的な影響を受けやすい疾患とされている⁶⁵⁾。施術期間前後の調査においても、抑うつ状態になりやすいタイプのエゴグラムとされる w 型は、施術前で 14 例中 3 例に確認された。先述したように、施術期間後には疼痛強度平均値は減少しており、w 型だった 3 例は、健全なエゴグラムパターンへと変化してい

るという事実から、施術においてはこの情報を記憶にとどめておく必要があるであろう。

本来エゴグラムは、T・P・O・P（時・場所・状況・人）に応じて変化する自我状態を表すものであるため、様々な交絡因子が存在し、今回の調査対象となった、疼痛の有無や施術期間について、その影響を決定づけるには至らない。社会生活での精神的苦痛が身体的疼痛に影響を与える事実から⁶⁶⁾、日常生活での出来事が影響した可能性も無視はできない。また、施術期間前後の比較においては、対照群を設定しての検討が行われていないため、施術をしなくともテストを繰り返し実施しただけで得点の変化が生じる、という可能性も否定できない。

ただ今回の調査にて明らかとなった、CPの高値傾向およびFCの低値傾向は、自我状態として陰性感情を抱きやすく、いわゆる痛みの悪循環^{8,24)}に陥りやすい可能性があるものと考えられる。

半構造化面接で得られた内容では、すべての患者において共通していたのが「施術による不安の軽減または解消」であった。疼痛が慢性化する原因として報告されている恐怖回避モデル（fear-avoidance model）（図2）においても、正しい情報の提供や施術者の共感的な態度が、患者の不安・恐怖といった情動を解消・軽減し、症状の軽快や回復のために必要とされている。

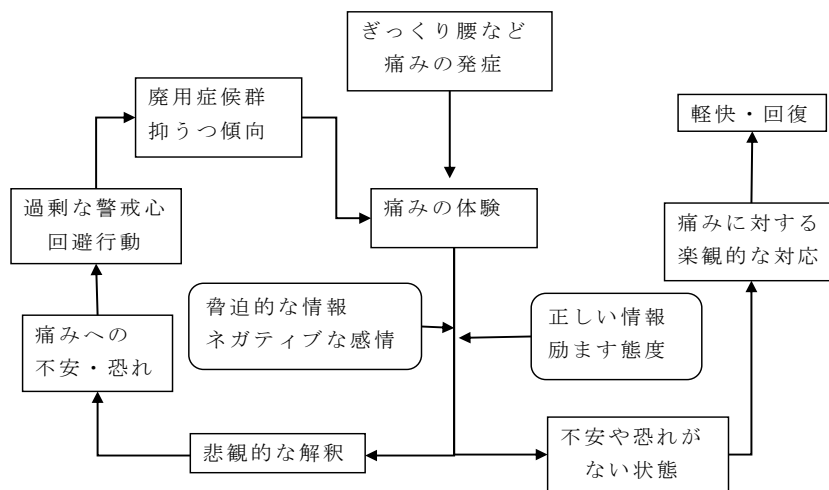


図 2 痛みの恐怖回避モデル（荒木秀明：非特異的腰痛の運動療法，第 1 版，医学書院，2014，41. より引用）

今回の調査結果を，施術者が患者とのコミュニケーションにおいて応用するならば，臨床現場でのやり取りで患者の CP を下げ，FC を上げるような働きかけをすることが理想的といえるだろう。

しかしながら，心理学，特に交流分析やエゴグラム，カウンセリングなどの知識や技術に乏しい柔道整復師が，専門的な技術を用いるということには無理があるばかりか，患者との信頼関係を崩壊させる危険性や，患者の心を傷つけてしまうことも考えられる。現実的な対処方法として考えられるのは，今回の調査結果を，「疼痛が長期化する要因の，情報の一つ」として扱い，施術の際に必要なに応じて患者に伝えることである。

これまでの柔道整復臨床において，柔道整復師が対象としてきたのは，運動器の外傷を器質的な要因とする侵害受容性疼痛⁴⁾のみである。今回の調査では，患者の心理社会的要因に注目し検討を行った。その結果施術においては，やはり器質的な要因のみではなく，心理社会的要因に対しても適切な対処をする必要があり，各種施術における技術はもちろ

んのこと、患者の不安・恐怖などの情動を和らげるためのコミュニケーションスキルの習得も重要になるものと考える。疼痛が長期化する以前に対処することは、慢性疼痛を防ぐための二次予防としても、柔道整復師が担う役割は重要と考える。

2-2. 精神医学的問題の有無（BS-POP を用いて）

緒言。

長期にわたる運動器の疼痛症状と精神医学的問題との関連については、これまで多数の報告がなされていることは、先述したとおりである^{44-47,67,68}。しかしながら柔道整復臨床において、心理社会的要因としての精神医学的問題の関与について報告された例はみられない。柔道整復領域における、運動器の疼痛症状と心理社会的要因との関連についての調査は、渉猟し得た限り筆者の報告のみであるが⁶⁸、精神医学的問題との関連を検討したものではない。医科においては、医学的に説明が困難な慢性腰痛に併存する精神科鑑別診断として、身体表現性障害（身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症）、不安障害、気分障害、精神病性障害、虚偽性障害などが明らかとなっており、難治な症例の多くが身体表現性障害に該当するものとされている⁶⁹。

では「急性期から慢性期に移行するまで」の外傷を取り扱う柔道整復領域においても、医科と同様に心理社会的要因として、精神医学的問題の関与が疑われるものが存在するであろうか。先述した先行研究の内容から、柔道整復臨床においても精神医学的問題の関与が疑われる事例が存在することは想像に難くない。しかしながら、現場の施術者にとって、また来院する患者にとっても、精神医学的問題の関与が疑われる事例が

あることを明確にすることは重要である。その存在の有無を明らかにすることは、現在の心身医学の流れと同様に、今後の柔道整復の臨床において必要不可欠となるものと考えられる。なぜならば、柔道整復臨床では外傷を中心に、運動器に対してのみ施術が行われるものであり、精神医学的問題への対処は、その業務範囲に含まれていないからである。もしも柔道整復臨床を訪れる患者に、運動器の疼痛症状長期化の心理社会的要因として、精神医学的問題の関与が疑われるものが存在するのであれば、患者利益のため、また施術者自身のストレスの軽減のためにも、精神科・心療内科などといった専門科へのリファーを積極的に行うべきであろう。よって本項では、柔道整復臨床に来院する患者に、精神医学的問題の関与が疑われる事例が存在するのかを調査する。

本調査では、心理社会的要因としての精神医学的問題の存在を検討するため、BS-POP (Brief Scale of Evaluation of Psychiatric Problems in Orthopedic Patients) を使用することとした。心理テストを使用した、運動器の疼痛と心理面との関連についての研究では、MMPI (ミネソタ多面人格目録) を使用したもの⁷⁾、矢田部・ギルフォード検査を使用したもの⁴⁰⁾、MPI (モーズレイ性格検査) を使用したものなどがあげられるが⁴¹⁾、いずれも質問項目が多く、解釈に専門的な知識が必要などの理由から、柔道整復師が臨床で使用することは困難である。その他質問紙法による検査法で、精神医学的症状把握、評価および発見に有効なスクリーニング・テストとしては、GHQ, SDS, K6, K10 など多数存在するが、中には、柔道整復師には入手が困難であったり、費用がかかったりするものもあること、BS-POP に関しては、すでに整形外科領域において専用ツールとして使用されており、運動器の外傷を扱うという点で柔道整復臨床と同様であるうえ入手が容易である、などの理由により決

定した。

BS-POP は福島医科大学整形外科にて， Failed back syndrome(FBS；腰椎術後疼痛症候群)の予防手段の一つとして，同学神経精神科と共同で開発されたものである。FBS とは椎間板ヘルニアや脊椎症，分離症，分離すべり症等の退行性腰仙椎部疾患への手術療法後に，種々の障害を呈している状態のことである。BS-POP の使用により，手術前に精神・心因上の問題の存在を知ることが出来れば，手術を回避することで FBS の発生を未然に防ぐことが可能となる， というものである⁷⁰⁾。

BS-POP は患者用・治療者用の 2 種類からなり，治療者用が 8 項目で最低 8 点から最高 24 点であり，患者用は 10 項目で，最低 10 点から最高 30 点である。治療者用・患者用 BS-POP は，両者とも，年齢，性，および疼痛の程度には影響されない。

BS-POP 治療者用は，MMPI のヒステリー尺度と最も相関が高く ($r = 0.49$)，次いで，心気症尺度 ($r = 0.43$) と有意に高い相関を認められていることから ($p < 0.0001$)，BS-POP 治療者用はヒステリーと心気症の有無を評価することに妥当性を有するものである。一方，BS-POP 患者用の，MMPI との相関をみると，ヒステリー尺度と最も相関が高く ($r = 0.49$)，次いで心気症尺度 ($r = 0.43$)，抑うつ尺度 ($r = 0.4$) と有意に高い相関が認められている ($p < 0.0001$)。すなわち BS-POP は精神医学的背景を持って作成された MMPI のパーソナリティプロフィールの一部と関連があることが示されている⁷²⁾。

理学療法士を対象に BS-POP の信頼性について検討した石田らの調査では，治療者用・患者用のいずれも高い検者内・検者間信頼性を示した。また，質問項目別の検討においても，治療者用 BS-POP の検者間信頼性における 2 項目を除き，中等度以上の信頼性を示していることか

ら，BS-POP が臨床使用に関して有用であることが示されている⁷³⁾。
その他 BS-POP はすでに信頼性，構成概念妥当性，基準関連妥当性，再現性，および反応性が計量心理学的に検証されている⁷⁵⁾。

以上の理由から本調査では BS-POP を使用し，柔道整復臨床の場において精神医学的問題を抱える可能性のある患者の存在を調査するとともに，BS-POP の柔道整復臨床における有用性を評価することを目的とする。

方法．～BS-POP～

本調査は横断研究であり，柔道整復師施術所に来院した患者に対し実施した BS-POP の点数をもとに，年齢，性別などの患者データとの関連を検討した量的研究として実施したものである。

本調査で使用した BS-POP テストは，「大日本住友製薬－医療情報サイト」よりフリーダウンロードとなっている，「BS-POP チェッカー・腰痛における精神医学的問題を見つけるための簡易質問票」をダウンロードし，使用した（表 1）⁷⁶⁾。なお，本研究での使用と学術論文への引用に関しては大日本住友製薬に許可を得ている。

表 1 BS-POP チェッカー（大日本住友製薬 HP よりフリーダウンロード）

医師に対する質問項目

質問項目	回答と点数		
	1. そんなことはない	2. 時々	3. ほとんどいつも
① 痛みのとぎれることはない	1. そんなことはない	2. 時々とぎれる	3. ほとんどいつも痛む
② 患部の示し方に特徴がある	1. そんなことはない	2. 患部をさする	3. 指示がないのに衣服を脱ぎ始めて患部を見せる
③ 患肢全体が痛む	1. そんなことはない	2. 時々	3. ほとんどいつも
④ 検査や治療をすすめられたとき、不機嫌、易怒的、または理屈っぽくなる	1. そんなことはない	2. 少し拒否的	3. おおいに拒否的
⑤ 知覚検査で刺激すると過剰に反応する	1. そんなことはない	2. 少し過剰	3. おおいに過剰
⑥ 病状や手術について繰り返し質問する	1. そんなことはない	2. 時々	3. ほとんどいつも
⑦ 治療スタッフに対して、人を見て態度を変えたり	1. そんなことはない	2. 少し	3. 著しい
⑧ ちょっとした症状に、これさえなければとこだわる	1. そんなことはない	2. 少しこだわる	3. おおいにこだわる

患者さんに対する質問項目

質問項目	回答と点数		
	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
① 泣きたくなったり、泣いたりすることがありますか	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
② いつもみじめで気持ちが浮かないですか	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
③ いつも緊張して、イライラしていますか	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
④ ちょっとしたことが癪（しゃく）にさわって腹が立ちます	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
⑤ 食欲は普通ですか	3. いいえ	2. 時々なくなる	1. ふつう
⑥ 1日の中では、朝方がいちばん気分がよいですか	3. いいえ	2. 時々	1. ほとんどいつも
⑦ 何となく疲れますか	1. いいえ	2. 時々	3. ほとんどいつも
⑧ いつもとかわりなく仕事ができますか	3. いいえ	2. 時々やれなくなる	1. やれる
⑨ 睡眠に満足できますか	3. いいえ	2. 時々満足できない	1. 満足できる
⑩ 痛み以外の理由で寝つきが悪いですか	1. いいえ	2. 時々寝つきが悪い	3. ほとんどいつも

先述したとおり BS-POP は治療者用・患者用の 2 種類からなり、治療者用は 8 項目、患者用は 10 項目で構成されている。それぞれ 1 項目につき段階的に 1 から 3 で評価し、最終的に総合した得点が高いほど

精神医学的関与の疑いありと判定される。判定に関しては治療者用 11 点以上もしくは治療者用 10 点以上かつ患者用 15 点以上がカットオフ値として設定されている。

治療者用 BS-POP は、診療上の問題点(過剰な訴え, イライラ感)や, 強迫性・率直性など患者のパーソナリティー障害に関する 8 項目の質問から構成されており, 患者用 BS-POP は患者自身の自己評価を目的としたもので, 抑うつ, イライラ感, 睡眠障害に関する 10 項目の質問から構成されている。臨床的には治療者用と患者用の両方を使用し, 総合的に判断することが推奨されている。

方法. ～対象および方法～

2017 年 7 月 1 日より 8 月 26 日までの期間, 北海道各地域(札幌市, 函館市, 旭川市, 小樽市, 帯広市, 釧路市, 岩見沢市, 室蘭市, 名寄市, 白老町, 羽幌町, 置戸町)で個人開業している柔道整復師 12 名に協力を要請し, 各施術所においての BS-POP スクリーニングを実施した。

対象は 20 歳以上の男女で新規来院患者とし, 問診の際 BS-POP を合わせて実施する形とした。部位の違いによる結果の差異も確認しなかったことから, 本研究においては特定の部位に症状を訴える患者のみを限定対象とすることはしなかった。施術開始 2 週間後に, 各施術者には当該患者のパーソナルデータを, 質問紙により回答してもらうこととした。質問紙の内容は患者の年齢, 性別, 傷病部位, これまで受診した医療施設の軒数等を該当箇所へのチェック式にし, 患者の印象についてのみ自由記載での記入とした。調査期間終了後, BS-POP と質問紙を対にして回収し, データの入力および解析作業を行った。

方法． ～統計解析～

統計解析は基本統計量を算出した後， BS-POP 治療者用点数と年齢， および BS-POP 患者用点数と年齢それぞれの相関係数を算出した． 精神医学的関与の疑いの有無と性別との関連はカイ二乗検定により， 有意水準 5%として解析を行った． BS-POP 陽性者男女間での治療者用・患者用それぞれの平均値を， 対応のない t 検定により有意水準 5%として解析を行った． 発症からの期間と BS-POP 治療者用点数および BS-POP 患者用の点数については相関係数を算出した．

結果．

BS-POP 実施対象となった患者は， 男性 55 名 (23～87 歳：平均 61.81, ± 16.89)， 女性 112 名 (24～90 歳：平均 64.81, ± 16.48)， 合計 167 名， 平均 63.82 歳 ± 16.61 であった． 疾患数を部位別にみると腰部に症状を訴えた患者は 126 名であり， 本研究における全対象患者の 75.4%を占めた． 次いで頸部の 16 名， 膝部 12 名， 背部 11 名， 大腿部 8 名， 肩部 5 名， 前腕部 4 名， 股関節・手関節および手指が 2 名， 胸部・肘関節・足関節がそれぞれ 1 名であった． ただし部位については 1 名で 2 部位など重複しているものも存在した． BS-POP 点数平均値は， 男性の治療者用が 10.54 ± 2.27 ， 患者用が 13.74 ± 2.50 であり， 女性の治療者用が 10.52 ± 2.44 ， 患者用が 14.85 ± 3.11 ， 全体の平均値は治療者用が 10.53 ± 2.38 ， 患者用が 14.49 ± 2.96 という結果であった． パーソナルデータ各項目の平均値および標準偏差を表 1 に記す．

表 1 各項目平均値 (SD)

	年齢	治療者用点数	患者用点数	受診軒数
男性平均値	61.81 (16.89)	10.54 (2.27)	13.74 (2.50)	1.23 (0.60)
女性平均値	64.81 (16.48)	10.52 (2.44)	14.85 (3.11)	1.29 (0.53)
全体平均値	63.82 (16.61)	10.53 (2.38)	14.49 (2.96)	1.27 (0.55)

167名のうち、BS-POPにて精神医学的関与が疑われる得点となったのは男性25名、女性49名、合計74名で、実施対象患者の44.3%に精神医学的関与の疑いありという結果となった。男女比で見ると、実施対象患者の男女比がおよそ1:2であるのに対し、精神医学的関与が疑われる患者の男女比も、ほぼ同様の1:2というものであった。精神医学的関与の疑いありの患者を部位別期間別にフローチャート化したものを(図1)に記す。

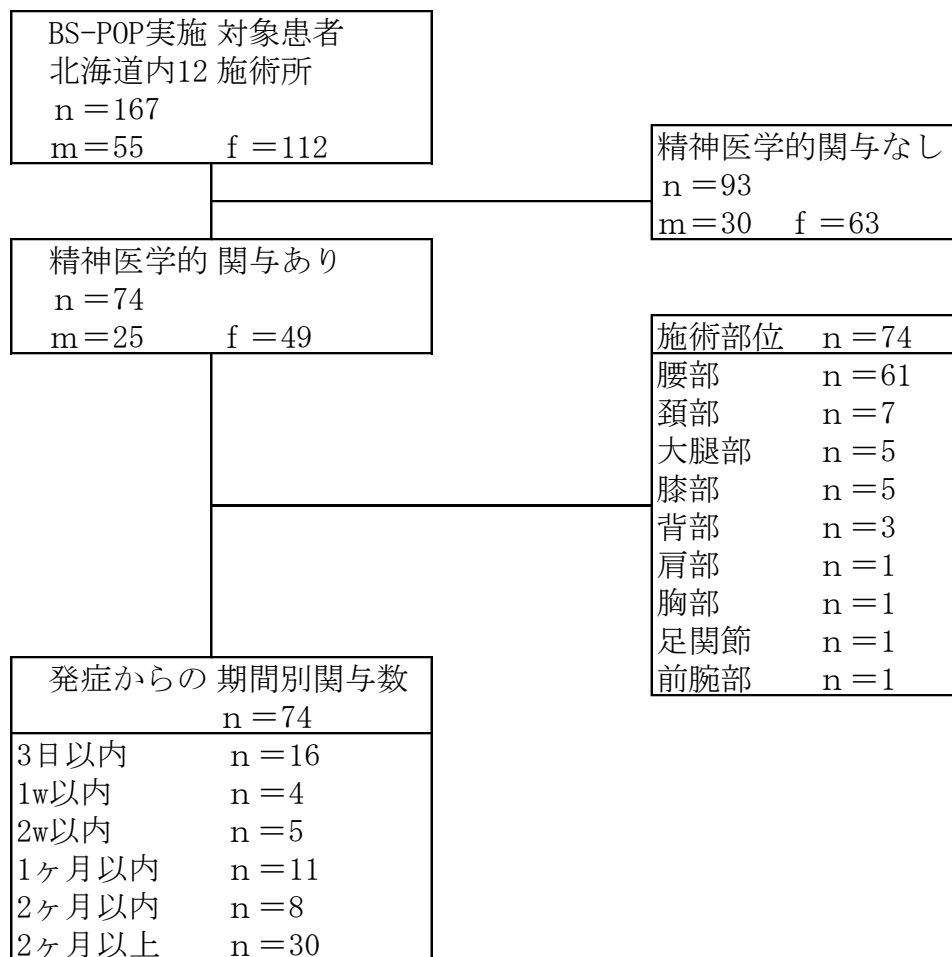


図 1 精神医学的関与フローチャート

部位別では腰部 126 名中, 精神医学的関与の疑いがあるものは 61 名, 頸部 16 名中 7 名, 膝部 12 名中 5 名, 背部 11 名中 3 名, 大腿部 8 名中 5 名, 肩部 5 名中 1 名, 前腕部 4 名中 1 名, 胸部 1 名中 1 名, 股関節部 2 名中 0 名, 手関節および手指はそれぞれ 2 名中 0 名であった。また, 問診時に精神科または心療内科に通院している旨の訴えのあった患者は 7 名で, 7 名全員が BS-POP にて精神医学的関与が疑われる結果となった。

期間別では発症より 1 週以内および 2 週以内の関与あり群が, 関与なし群の半数以下という結果であり, 3 日以内, 1 ヶ月以内, 2 ヶ月以

内、2ヶ月以上の期間においてはおよそ関与あり群と関与なし群の数は同程度となっている（図2）。年代別での精神医学的関与数は、70代で患者数が突出しているが全年代を通して患者数とほぼ同様に精神医学的関与数も推移している（図2）。

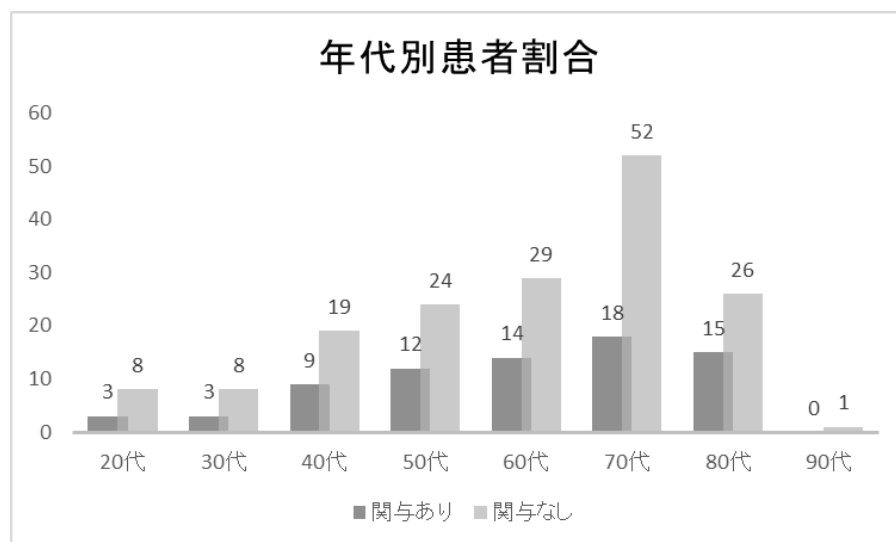
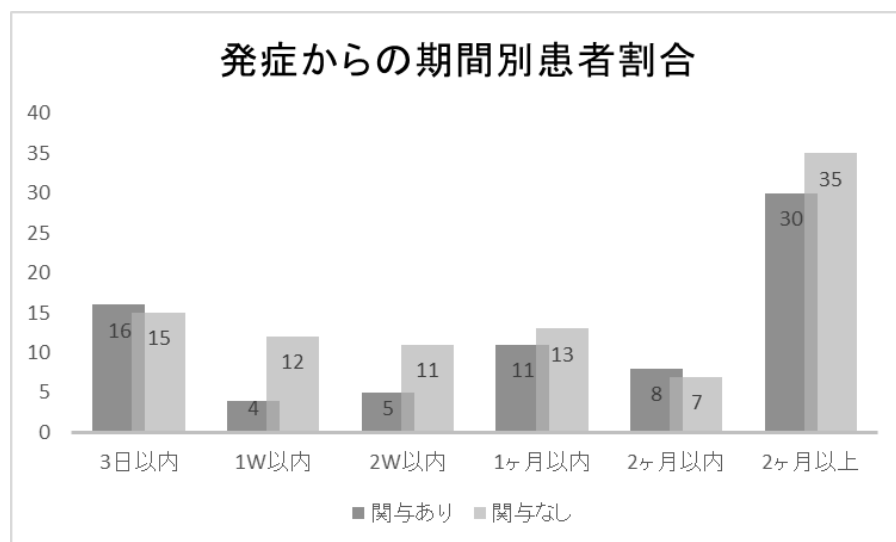


図2 発症からの期間別および年代別の患者割合

年齢と治療者用 BS-POP 点数の相関係数は 0.078 で、ほとんど相関がみられず、年齢と患者用 BS-POP 点数の相関係数は -0.197 と、こちらもほとんど相関がみられないという結果であった。精神医学的関与の

疑いの有無と性別との関連について、クロス表（表 2）よりカイ二乗検定を行った結果， $\chi^2 = 0.043$ ， p 値 = 0.835 という結果が得られた。また， $\phi = 0.016$ と，効果量の目安は small であった。

表 2 男女別精神医学的関与

	男性	女性	計
精神医学的関与あり	25 (15%)	49 (29%)	74 (44%)
精神医学的関与なし	30 (18%)	63 (38%)	93 (56%)
計	55	112	167

小数点以下四捨五入

BS-POP 陽性者男女間での治療者用・患者用それぞれの平均値を，対応のない t 検定にて解析を行った結果，治療者用は t 値が -0.324 であり，有意差は認められなかった。一方，患者用は t 値が 2.940 ($p < 0.01$) と，患者用で男性が女性に比して有意に低値であった。

発症からの期間と BS-POP 治療者用・患者用の点数を，男女それぞれで相関係数を算出した結果，男性の治療者用で相関係数は 0.033，患者用で -0.037 でありほとんど相関がみられなかった。女性治療者用は相関係数が 0.125，患者用が -0.105 であり，こちらもほとんど相関がみられなかった。

考察.

本結果から，実施対象患者となる 167 名のうち 74 名（44.3%）の患者に精神医学的関与の疑いありという事実が明らかとなった。また部位の重複はあるものの，このうち腰部疾患が 61 名を占めており，全腰部

疾患 126 名のうち 48.4%がスクリーニング陽性であった。二階堂らの報告では、2006 年から 2015 年までに、整形外科にて慢性腰痛を主訴とする患者 115 例に BS-POP を実施した結果、109 例（94.8%）で陽性という結果が出ている⁷⁶⁾。

年齢と治療者用 BS-POP 点数の相関係数を算出した結果、相関係数は 0.078 で、ほとんど相関がみられなかった。年齢と患者用 BS-POP 点数の相関係数は -0.197 と、こちらもほとんど相関がみられないという結果であった。精神医学的問題の疑いの有無と性別との関連をカイ二乗検定により解析した結果、男女間での有意差は確認されなかった。

BS-POP 陽性者男女間での治療者用点数平均の比較、および患者用 BS-POP 点数平均の比較では、治療者用は t 値が -0.324 ($p>0.05$) であり、患者用は t 値が -2.940 ($p<0.01$) と、患者用 BS-POP の点数で男性が女性に比して有意に低値であった。治療者用 BS-POP の点数を付けた治療者は、今回すべて男性の施術者である。患者用 BS-POP については、直接患者が点数をつけるものであり、当然のことながら男性のデータは男性が、女性のデータは女性が付けている。今回の結果はその性差による影響が可能性として考えられる。

発症からの期間別に患者数をみると、2 ヶ月以上の期間がそれ以外の期間に比して、患者数が多いことがわかる。これは柔道整復の施術所を訪れている患者にも、疼痛症状の長期化が多いということが現れている結果であろう。発症からの期間と BS-POP 治療者用点数および BS-POP 患者用の点数について解析を行った結果、男性の治療者用で相関係数は 0.033、患者用で -0.037 であり、女性治療者用は 0.125、患者用が -0.105 と、どちらもほとんど相関がみられないという結果であった。

BS-POP は、治療に対する患者の満足度も予測できることから、BS-

POP が開発された福島県立医科大学では、慢性腰痛に対するリエゾンアプローチの一手段として、BS-POP の特に治療者用点数を重視し、高値であったものは、精神科への紹介を実施している⁷⁶⁾。

柔道整復の施術所は外傷を扱う施設であるため、今日までほとんどの施術者は、患者に精神医学的問題が併存し、かつ症状に影響を及ぼすことがあるという可能性を考慮していない。今回の調査では 48.4% が陽性と判断できる結果であり、柔道整復師であっても今後は施術に際し、患者に精神医学的問題が併存しているという可能性を考慮する必要があるだろう。

専門領域の従事者には、「その領域の疾患を診断・区別することは可能と考えるが、他の専門領域はわからない」という、思い込みの「ブラックボックス」が存在している⁷⁷⁾。慢性疼痛疾患の治療においては、身体的疾患、精神的疾患、社会的環境因子および心理的因子を含む個人として、多面的な評価が必要であり⁵³⁾、柔道整復領域においても、今後は器質的要因のみではなく、症状の発症から持続に関連する要因を明らかにしたうえで、施術に際しては多面的アプローチが必要となるであろう。その際には本調査で使用した BS-POP 等を活用し、患者へ説明することが必要となる。しかしながら谷川は、「心理的要因を持つ患者ほど身体治療を熱望しているため、過度に心理的アプローチにシフトすることなく、あくまで基本的なスタンスは身体治療であることが重要」と、臨床での注意を促している⁷⁷⁾。柔道整復の施術所を訪れる患者は、身体的な治療を望み来院するものであり、自身の症状に心理社会的因子が関与する可能性がある、ということなど想像もしていない場合が多い。BS-POP の使用も含め、患者への「心理社会的要因という情報」の取り扱いには十分な注意が必要となるであろう。

また、BS-POPは精神医学的疾患について「確定診断」するためのツールではない。あくまで精神医学的問題について「スクリーニング」を行うためのツールであり、結果は対象者の精神症状の程度を表す、というものであるに過ぎない。そのため柔道整復の臨床にてツールを使用する場合には、「BS-POP 陽性イコール精神医学的疾患」という早まった思い込みをしないよう注意が必要となる。

昨今の慢性疼痛研究では、その持続要因の一つとして「ヘルスケアシステムの相互因子」があげられている⁵⁶⁾。これは、患者と医療従事者との関係性において、医療を提供する側そのものが疼痛の持続要因となり得るというものである。説明の不足や不誠実な対応、画像診断結果など器質的要因にのみフォーカスした治療計画など、患者の満足度を下げる要因が、疼痛の長期化に関与する心理社会的要因となり得る。特に柔道整復の臨床では、先述したように外傷に対する身体治療が中心となることから、「心理社会的要因という情報」を患者と共有する際には、施術者自身が患者の心理社会的要因のひとつとならないよう細心の注意を払い、患者との信頼関係を構築するとともに、精神医学的問題の関与が疑われる患者に関しては、精神科・心療内科などの医科へ高診を依頼するといった、新たな医接連携が必要となるものと考える。

2-3. 運動愛好家のストレス対処方略と動機付け

緒言。

慢性疼痛における、心理社会的要因と身体活動量との関連では、特に疼痛の持続による破局的思考が、痛みの程度や日常生活の動作(ADL)、また生活の質(QOL)に強く影響を与える。疼痛の持続による破局的思考(catastrophizing)とは、痛みの経験がストレスターとなり、不安、

抑うつ、怒り、焦燥などの精神症状が現れ、物事をネガティブに捉えやすい状態に陥るものである⁴⁸⁾。痛みを破局的に認知することで運動・動作への恐怖が生じ身体活動量が減少する(破局的思考による運動恐怖-回避メカニズム)。その結果、不活動による筋の萎縮が起こり、なおかつ循環器系・呼吸器系の機能低下をも引き起こす⁴⁹⁾。このようなメカニズムにより、さらに痛みや生活障害が悪化するため、慢性疼痛患者には認知行動療法・運動療法が治療法として推奨されている⁵⁰⁾。

近年、柔道整復師の臨床においても、運動器の疼痛症状の改善が遅れ、施術期間が長期化する例が増加していることは先述したとおりである。また筆者のこれまでの調査・検討により、現在、柔道整復領域においても、心理社会的要因の関与が疑われる患者が数多く存在することが示されると同時に、そのような患者への対応として、施術者には心理学的な知識や技術を利用したアプローチや、患者との良好なコミュニケーションを取るための方法を模索することが必要となるであろうことも明らかとなっている⁷⁸⁾。このような背景から、柔道整復臨床においても、破局的思考に陥る患者が存在するという事は想像に難くない。

しかしながら柔道整復の臨床場面において、破局的思考により不活動傾向になる患者が存在する一方で、運動器に疼痛症状を抱えたまま運動を休止できない患者も存在する。そのような患者の多くは疼痛の原因が運動器の外傷、特に継続している各種スポーツサークルの活動やフィットネスクラブなどでのトレーニング、またスタジオレッスンにあることが多い。スポーツ庁の発表によると、週1回以上何らかのスポーツを実施しているものの推移は、全体で平成9年に34.8%だったものが、平成29年には51.5%と増加傾向にある⁷⁹⁾。健康の維持に運動は必要なものであるが、運動器の疼痛を伴う筋骨格系疾患においては、昨今その

疼痛症状の長期化が問題視されているのは先に述べたとおりである²⁾。

通常、柔道整復の臨床では施術に際し、運動により引き起こされた外傷であるならその運動は一定期間休む、または運動強度を下げるという方法を取ることが定石とされる。しかしながらこのような患者の傾向として、「どの運動ならやっても良いのか」、「運動はやめるわけにはいかない」、「少しなら良いと思って動いてしまう」などの訴えを耳にすることが多い。自身の身体症状に対し選択する行動が「安静・休養」ではなく、運動を継続したままでの「薬物の使用」や「医療処置を求める」といったものであり、「健康的で適応的な行動」とは言い難い。

運動器の疼痛は痛みそのものもストレスとなり、疼痛が慢性化する悪循環に陥る要因の一つとなる⁴⁾。運動することで痛みというストレスを感じているのであるなら、このような状態の人はストレスに対しどのような対処方略を持っているのか。また、運動することにより痛みという不利益を被ることがわかっているにも関わらず、運動を継続するのはどのような動機によるものか。施術者にはどのような対応が必要とされるのか。柔道整復領域においてこれらの点に言及した報告はなく、未だ明確になっていない。柔道整復臨床において患者の早期改善、早期社会復帰のため、このような患者への理解を深めることは急務である。これは本研究全体の調査課題の一つである、「運動器に疼痛症状を抱えながら運動を続ける人は、どのような動機で運動を継続しようとするのか。」の検討となる。

以上から本項では、運動器に疼痛症状を抱えつつも運動習慣のある成人が、どのようなストレス対処方略を持っているのかを、ストレス状況対処行動尺度（Coping Inventory for Stressful Situations: CISS）⁸⁰⁾を使用し、調査することとした。これは当該患者に特徴的となるストレス

対処方略が存在するのではないか，という仮説に基づくものである．また，どのような動機により運動を継続しているのかを，アンケートおよびインタビューにより調査した．こちらは一般的といえる「健康のため」「美容のため」などの動機以外に，明らかとなっていない何らかの動機が存在するのではないか，という仮説に基づくものである．本調査の結果から，柔道整復臨床において，疼痛を抱えながらも運動をやめられない患者への理解を深めること，また当該患者への対応方法も合わせて検討することを目的とした．

方法． ～研究デザイン～

調査 1)として，柔道整復施術所に来院した患者に対し，実施した CISS の点数から，対象となる患者のストレス対処方略を検討した．調査 2)として，健康セミナーへの参加者に対しアンケート調査を実施し，その結果から運動の動機を検討した．調査 3)として，当該症状を抱える患者へ実施したインタビューの内容から，運動の動機を検討した．加えて施術所を運営する柔道整復師にアンケートインタビューを実施し，結果を解析，検討した．最後に 1)，2)，3)それぞれの調査結果から総合的な考察を実施した．

本調査は横断研究であり，量的研究と質的研究を統合させた形での，ミックスメソッドを用いて実施したものである．

方法 調査(1)． ～CISSによる調査～

Selye(1956/1976)によれば，ストレスとは「生体に外部から様々な刺激が持続的に加わったとき，それに対応してその生態に生じる非特異的な反応ないし歪んだ状況」のことであり，この場合の刺激のことを「ス

トレッサー」と呼んでいる。ストレス状況対処行動尺度（Coping Inventory for Stressful Situations: CISS）とは Endler と Parker により開発された多次元的な対処行動評価尺度であり、本調査では日本語版 CISS（横山和仁・監訳）を使用した⁸⁰⁾。CISS ではストレスフルな状況での対処行動を、課題優先対処、情動優先対処、回避優先対処の 3 尺度に分類し、それぞれを点数として表すことで、記入者のストレス対処行動を評価するものである。スコアが高いほどその対処行動が優先される傾向となるもので、質問は 48 項目から構成されており、所要時間は 10 分程度と仕様が簡便な自己評価式のツールである。課題優先対処は問題の解決や、状況を変化させようとする課題志向の取り組みのことであり、直接的にストレスフルな状況进行处理しようとするものである。情動優先対処は出来事に関連した感情的反応であり、ストレスの軽減を目的として人に向けられる反応のことである。回避優先対処は、ストレスフルな状況の回避を目的とした行動であり、別の状況や課題に注意を向けたり、対人的な気晴らしをしたりするなど、状況から逃避する行動である。CISS を使用した先行研究には精神医学領域、心理学領域のものが多く、当該領域、また本調査に関連した内容の先行研究は見当たらない。

疼痛に関連するストレスへの対処を調査する方法としては、痛み対処質問紙（SOPA）や、慢性疼痛対処質問紙（CPCI）などがあげられるが、本調査では、疼痛という限定されたストレスへの対処方略を明らかにすることではなく、運動器に疼痛症状を抱えながらも運動を継続する人物に、あらゆるストレスフルな状況における対処方略として、CISS 3 尺度の分類中に何らかの傾向が見出せるか、ということが目的であるため、CISS を選択した。

2017 年 9 月 1 日より 10 月 31 日までの期間、北海道各地域（札幌市、

函館市，旭川市，小樽市，帯広市，釧路市，岩見沢市，室蘭市，名寄市，白老町，羽幌町，置戸町）で個人開業している柔道整復師 12 名に協力を要請し，各施術所において CISS を実施した。

対象は 20 歳以上の男女で新規来院患者とし，問診の際主訴となる症状に「身体に疼痛症状を訴えつつも運動を続けている」という条件を含む患者に対して本調査の趣旨を説明し，同意を得られたものに CISS を実施した。なお，大学のサークルで運動をしているもの，またスポーツインストラクターなど運動が業務となっているものは対象外とした。調査期間終了後，記入済み CISS を回収し解析を行った。基本統計量を算出した後，CISS 各スコアの日本人平均値との比較を対応のない t 検定により，有意水準 5% として解析を実施した。年齢と CISS 各項目結果との相関係数を算出した。解析結果から，対象者に特徴的な対処方略が存在するのかを検討した。

方法 調査(2). ～アンケートによる調査～

2017 年 2 月 12 日，5 月 20 日，8 月 19 日，11 月 25 日の計 4 回，地域住民を対象とした健康セミナーを開催し，その中で参加者へのアンケート調査という形で質問紙を配布した。アンケート回答の提出をもって同意が得られたものと解釈し，結果を分析した。アンケートの質問項目は性別，年代，運動習慣の有無，運動頻度，運動の目的，身体の疼痛の有無，疼痛の強度，疼痛の継続期間，自覚できるストレスの有無，であり，それぞれの質問に対し該当となる箇所にチェックを付ける形式とした。回収したすべての記入済みアンケートから結果を集計し解析を行った。痛みの強さと痛みの継続期間について相関係数を算出した。ストレスの有無と痛みの有無との関連を，カイ二乗検定により有意水準 5% と

して解析を実施した。運動習慣の有無と痛みの有無との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5%として解析を実施した。運動習慣の有無とストレスの有無との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5%として解析を実施した。ストレスの有無と痛みの継続期間との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5%として解析を実施した。

方法 調査(3). ～インタビューによる調査～

2017年7月3日より2017年11月30日の間、筆者の施術所へ来院した患者で、「身体に疼痛症状がありながらも運動を継続する患者」に対して協力を依頼し、同意を得られた協力者に対し「身体に痛みがありながら運動する理由」についてインタビューを実施した。実施時間は手技による施術時間中であり、10分～15分程度である。インタビューの中で語られた内容から、運動の動機に関連する言葉を抽出し、アンケート回答項目以外の動機に着目しつつ内容を整理した。

また CISS 回収後、対象となった各施術所の施術者に、アンケート調査として「調査を通じ今回対象となった患者に対し感じた率直な感想」を自由記述方式にて回答してもらい、結果を回収した。回収した結果は、User Local AI テキストマイニング⁸¹⁾により内容の分析を実施した。

結果 調査(1). ～CISSによる調査から～

CISSの実施対象となった患者は、男性28名、平均48.21歳±18.24、女性12名、平均47.91歳±14.80、合計40名、平均48.12歳±16.88であった。CISS各尺度の平均得点は、男性の課題優先対処が49.57±9.67(T得点40)、女性が47.25±15.50(T得点40)、全体の平均が48.88±11.77であった。情動優先対処は男性の平均が37.32±12.90(T

得点 47), 女性が 34.42 ± 11.70 (T 得点 40), 全体の平均が 36.45 ± 12.58 であった. 回避優先対処は男性の平均が 38.14 ± 10.40 (T 得点 47), 女性が 41.75 ± 12.48 (T 得点 45), 全体の平均が 39.23 ± 11.19 であった (表 1).

表 1 CISS 各尺度の得点平均値と日本人平均値

	全体 (SD)	男性 (SD)	女性 (SD)
課題優先対処	48.88 (11.77)	49.57 (9.67)	47.25 (15.50)
日本人平均	56.89(9.23)	57.48(9.27)	56.02(9.11)
情動優先対処	36.45 (12.58)	37.32 (12.90)	34.42 (11.70)
日本人平均	41.88(10.41)	40.91(10.51)	43.31(10.11)
回避優先対処	39.23 (11.19)	38.14 (10.40)	41.75 (12.48)
日本人平均	43.30(10.09)	41.34(9.66)	46.15(10.02)

CISS の尺度作成時の調査結果 (男性 757 名, 女性 515 名, 合計 1268 名) による日本人の CISS 平均値は, 男性の課題優先対処が 57.48 ± 9.27 , 女性が 56.02 ± 9.11 , 全体で 56.89 ± 9.23 . 情動優先対処では男性が 40.91 ± 10.51 , 女性が 43.31 ± 10.11 , 全体で 41.88 ± 10.41 . 回避優先対処は男性が 41.34 ± 9.66 , 女性が 46.15 ± 10.02 , 全体で 43.30 ± 10.09 となっている. それぞれの平均値を対応のない t 検定により解析を行った結果, 課題優先対処は, 男性では $t=4.42(p<0.001)$, 女性では $t=3.23(p<0.01)$, 全体では $t=5.35(p<0.001)$ といずれも調査群が有意に低い値を示した. 情動優先対処は, 男性では $t=1.76(n.s.)$ と有意ではなかったが, 女性では $t=3.00(p<0.01)$, 全体では $t=3.22(p<0.01)$ と, 女性と全体で有意に低い値を示した. 回避優先対処は, 男性では $t=1.71(n.s.)$, 女性では $t=1.49(n.s.)$ と有意ではなかったが, 全体では $t=2.50(p<0.01)$ と有意に

低い値を示した（図 3）。

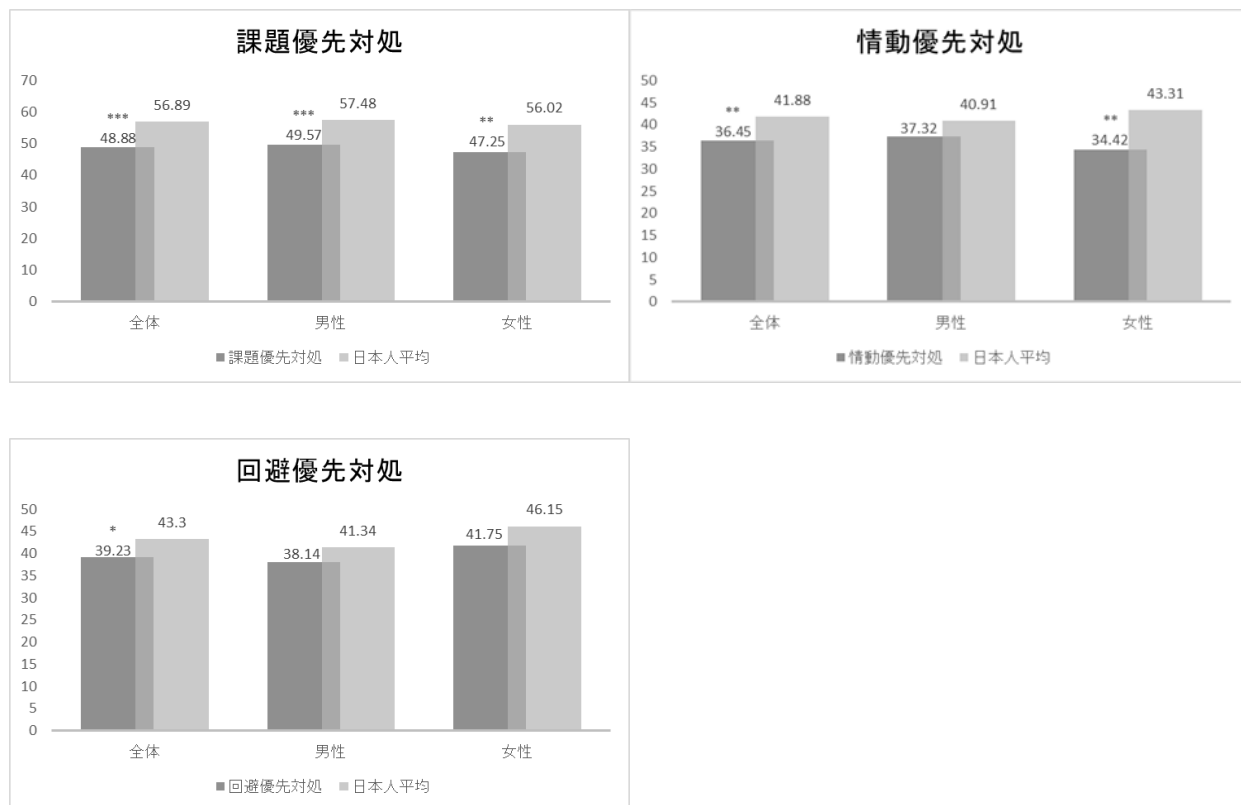


図 1 CISS 各平均値比較 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

年齢と CISS 各項目結果との相関係数を算出した結果，年齢と課題優先対処の相関係数は-0.175 とほとんど相関は見られなかった．年齢と情動優先対処の相関係数は-0.062 と，こちらもほとんど相関は見られなかった．年齢と回避優先対処では，-0.342 と弱い負の相関が認められた．

結果 調査(2). ～アンケートによる調査から～

アンケート回答者は男性 16 名，女性 40 名，合計 56 名で，アンケートの回収率は 100%であった．年代は全体で 20～29 歳 3 名，30～39 歳 7 名，40～49 歳 13 名，50～59 歳 11 名，60～69 歳 17 名，70～79 歳 5

名であった。運動習慣の有無は、「ある」が 56 名中 46 名で、「ない」が 10 名であった。運動の頻度は「毎日」が 16 名、「週 2～3 回」が 27 名、「週 1 回程度」が 3 名であった。

現在、身体のどこかに痛みがあるか、では、全体で「ある」が 34 名、「ない」が 22 名であった。痛みの強さと痛みの継続期間について相関係数を算出したところ、相関係数は 0.386 と弱い正の相関が認められた（図 2）。現在自覚できるストレスはあるか、では、全体で「ある」が 27 名、「ない」が 29 名であった。

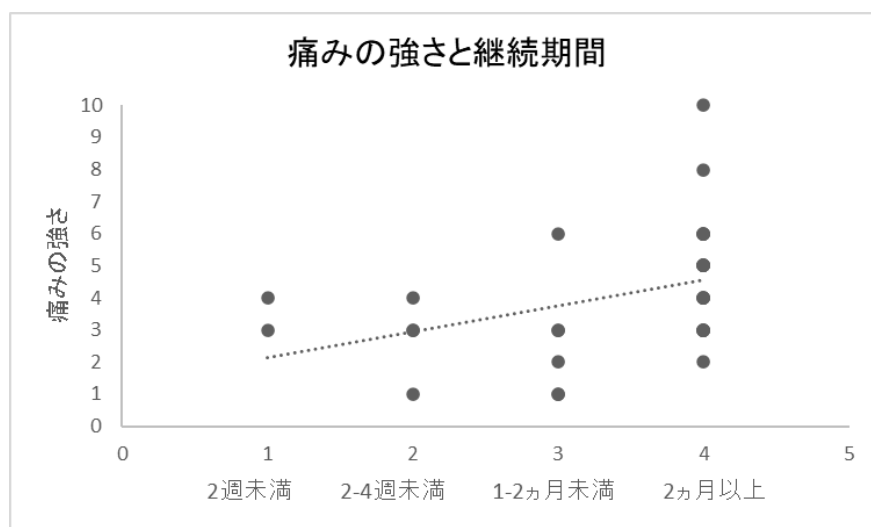


図 2 痛みの強さと痛みの継続期間の関連

ストレスの有無と痛みの有無との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5% として解析を行った結果、 $\chi^2 = 2.755$, $p = 0.097$ という結果が得られた。また $\phi = 0.221$ と効果量の目安は small であった（表 3）。

表 3 痛みの有無とストレスの有無クロス表

	痛みあり	痛みなし	合計
ストレスあり	19	8	27
ストレスなし	13	16	29
合計	32	24	56

運動習慣の有無とストレスの有無との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5%として解析を行った結果、 $\chi^2 = 0.225$, $p = 0.636$ という結果が得られた。また $\phi = 0.063$ と効果量の目安は smallであった(表 4)。

表 4 運動習慣の有無とストレスの有無クロス表

	運動習慣あり	運動習慣なし	合計
ストレスあり	21	6	27
ストレスなし	25	4	29
合計	46	10	56

運動習慣の有無と痛みの有無との関連を、カイ二乗検定により有意水準 5%として解析を行った結果、 $\chi^2 = 0.000$, $p = 1.000$ という結果が得られた。また $\phi = 0.026$ と効果量の目安は smallであった(表 5)。

表 5 運動習慣の有無と痛みの有無クロス表

	運動習慣あり	運動習慣なし	合計
痛みあり	26	6	32
痛みなし	20	4	24
合計	46	10	56

身体に痛みありながら運動を継続している者は 26 名で、痛みの継続期間は「2 週以内」が 2 名、「2~4 週以内」が 4 名、「1~2 ヶ月以内」

が 5 名, 「2 ヶ月以上」が 15 名であった。26 名の運動の目的は, 「健康維持」が 24 名と最も多く, 次いで「ストレス解消」が 11 名, 「身体を鍛える」が 10 名, 「ダイエット」が 8 名, 「その他」が 2 名という結果であった。運動の目的については重複回答のものもある。

一方運動習慣のない者は 10 名, うち 6 名が身体に痛みがあり, 6 名全員が自覚できるストレスありであった。運動習慣がなく身体に痛みのない者は, 自覚できるストレスもなしであった。痛みの継続期間は「2 週以内」が 0 名, 「2~4 週以内」が 0 名, 「1~2 ヶ月以内」が 1 名, 「2 ヶ月以上」が 5 名であった。

ストレスの有無と痛みの継続期間との関連を, カイ二乗検定により, 有意水準 5%として解析を行った結果, $\chi^2 = 12.515$, $p < 0.01$ という結果であり, $\phi = 0.625$ と効果量の目安は large であった (表 6)。また, 残差分析では 2-4 週以内が -2.585, $p < 0.01$, 2 ヶ月以上が 3.067, $p < 0.01$ という結果が得られた。

表 6 ストレスの有無と痛みの継続期間クロス表

	2週以内	2-4週以内	1-2ヵ月以内	2ヵ月以上	合計
ストレスあり	0	0	3	16	19
ストレスなし	2	4	3	4	13
合計	2	4	6	20	32

結果 調査(3). ~インタビューによる調査から~

インタビューへの協力者は男性 1 名 (37 歳), 女性 3 名 (58 歳, 66 歳, 67 歳) の合計 4 名であった。全員がスポーツクラブでのスタジオレッスンや運動サークルなど, 集団の中での運動に参加していた。イン

インタビュー内容から、4名それぞれの運動の動機となる言葉を抽出した結果、「健康維持のため」「身体を鍛えるため」「ストレス解消のため」といったアンケート調査の項目にもある動機を語る一方で、クラブやサークル内での「コミュニティ」に関連する動機が、4名に共通して語られていたことが特徴的であった。

「みんな運動しに行っているから行かないと」、「私が途中でやめると迷惑がかかる」、「インストラクターとの関係が悪くなる」、これらの言葉が「コミュニティ」に関連する言葉として4名から語られていたが、これらは自己の身体とは直接関係のない内容であり、この結果から対象となる4名は、「運動と直接的な関係のない動機により、痛みを抱えながら運動を継続していた」、と捉えることができる。また、「休むと体力が落ちて運動できなくなる」、「休むと走れなくなっていく」、「運動しないとまた太る」など自身の能力が低下することや体型の変化に対する「恐れ」と理解できる言葉なども語られていた。

西・岩井による、健康・スポーツ施設などに通う、準臨床的な一次性運動依存と評価された運動実施者5名を対象とした調査では、半構造化面接により、運動の理由として「走れない日は寝つきが悪く、なかなか眠れない」「運動が出来ないと、タバコや酒が飲めない時のような感じで、すごくイライラしてしまう」「運動をしないと自分がダメになってしまうような気がする」「常に運動に追われているようで、なんだか気持ち減入ってしまう」「水泳が出来なくなったら、過去の自分、悲観的な自信のない自分に戻ってしまうような気がする」「泳いだ後はすごく幸せな気持ちになり、次回が楽しみになる」「ストレスの解消法で運動にかなうものはないと思います、唯一無二のものです」などが語られている⁸²⁾。

各施術所へのアンケートインタビューは、11カ所の施術所より回答を得た。得られた自由記述内容を分析テキストとし、テキストマイニングにより解析を実施した。単語の出現頻度を解析した結果、上位に出現していたのは「痛み」「運動」「ストレス」「患者」「できる」「身体」「説明」「理解」であった（表7）。共起回数では「痛み - 運動」が8回、「できる - 運動」「ストレス - 運動」「ストレス - 痛み」がそれぞれ4回となっている。

表7 出現頻度上位の単語

品詞	単語	出現回数
名詞	痛み	11
名詞	運動	11
名詞	ストレス	7
名詞	患者	4
動詞	できる	4
名詞	身体	3
名詞	説明	3
名詞	理解	3

文章に含まれるポジティブな感情とネガティブな感情の存在比は、ネガティブが61.9%、中立が23.8%、ポジティブが14.3%であった（図3）。

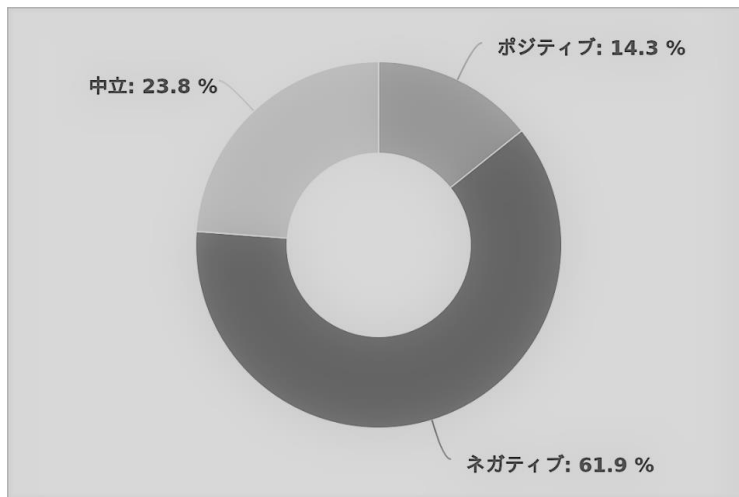


図 3 ネガポジ感情の存在比

考察 調査(1). ～CISSによる調査から～

身体に疼痛を抱えながら運動を継続している人の、CISS各尺度の平均値を、日本人のCISS平均値と対応のないt検定により解析を行った結果、課題優先対処では男女、全体いずれも有意に低値を示した。情動優先対処では男性では有意ではなかったが、女性と全体で有意に低値を示した。回避優先対処では全体で有意に低値を示した。

市原によるCISSを用いた抑うつと職業性ストレスおよびストレス対処との関連の検討では、「情動優先対処」と抑うつ症状との間に正の関連が見出されている⁸³⁾。今回の調査結果からは、日本人平均と比べて、調査群のCISS得点はすべての対処において少ない可能性が示唆された。このような結果が得られた可能性としては、対象となる群間での就業状況や生活状況の違いが考えられる。具体的には、仕事や育児など、何かしらの対処を必要とする社会的役割がない場合は対処傾向が全体的に低くなる可能性がある。ただし、今回の調査群については就業状況などについて詳しい調査を行っていないため、これ以上のことについて推察することはできない。また、全体的には調査群の対処傾向は低いも

のの、調査群の中にストレスフルなライフイベントなど対処を必要とする者が含まれている可能性もあり、安易に一般化することはできないであろう。

また、CISSによって示される対処パターンについても明確な傾向は見いだされなかった。今回は調査群が少なかつたため、調査群を増やして対処傾向を類型化することによって、その特徴を明らかにすることも課題である。

本調査では、身体に痛みを抱えながら運動を継続している人に特徴的なストレス対処方略が存在する、という仮説のもと調査を実施したが、身体に痛みを抱えながら運動を継続している人に、特徴的なストレス対処方略は確認できなかった。では身体に痛みを抱えながら運動を継続している人は、運動に対しどのように動機づけられているのであろうか。

考察 調査(2). ～アンケートによる調査から～

アンケートに記述された運動の動機は、「健康維持」が最も多く「ストレス解消」、「身体を鍛える」、「ダイエット」と続いている。一見すると、ごく一般的な運動の動機ではあるが、身体に自覚できる痛みや障害を抱えているという点で、健常な場合の動機とは異なる。痛みを抱えながらの「健康維持」「身体を鍛える」「ダイエット」といった目的での運動行動は、その特徴から西らの、一次性運動依存の「一般的な運動効果の獲得」と一致するところがある⁸⁴⁾。西らは、「一般的な運動効果の獲得」が、運動を本質的に自我親和的な行為たらしめているものであり、繰り返される運動が、強迫的な要因のみによって推し進められているわけではないことを示唆している⁸⁴⁾。

本調査対象者における、身体に痛みを抱えながらの「健康維持」「身

体を鍛える」「ダイエット」といった動機による運動継続は、運動により一時的な満足感・快感情を得られることが強化子となり、運動依存の状態になっている可能性を示唆するものと考えられる。

また、ストレスの有無と痛みの有無との関連、運動習慣の有無と痛みの有無との関連、運動習慣の有無とストレスの有無との関連を、それぞれカイ二乗検定により解析を行った結果、今回の標本数で検出できる差は認められなかった。

考察 調査(3). ～インタビューによる調査から～

インタビュー調査において語られた内容を分類すると、運動の表面的動機としては「健康維持」「ストレス解消」「身体を鍛える」「ダイエット」が語られており、このような表面的動機がありながらも「それに・・・」という付け加えて「コミュニティ」に分類される言葉が語られていた。「みんな運動しに行っているから行かないと」「私が途中でやめると迷惑がかかる」「インストラクターとの関係が悪くなる」など、運動とは直接的に関係のない動機ではあるが、これらは社会関係の維持のため、人付き合いが途絶えるために運動が止めにくいものと考えられる。

西らによる調査では、運動の理由として「走れない日は寝つきが悪く、なかなか眠れない」「運動が出来ないと、タバコや酒が飲めない時のような感じで、すごくイライラしてしまう」「運動をしないと自分がダメになってしまうような気がする」「常に運動に追われているようで、なんだか気持ちが滅入ってしまう」「水泳が出来なくなったら、過去の自分、悲観的な自信のない自分に戻ってしまうような気がする」「泳いだ後はすごく幸せな気持ちになり、次回が楽しみになる」「ストレスの解消法で運動にかなうものはないと思います、唯一無二のものです」など

が語られている。これらは一次性運動依存の各カテゴリである「依存」「強迫」「葛藤回避」「肯定的な自己概念の維持」「一般的な運動効果の獲得」「乏しいストレス対処」「運動水準の標準的な高まり」に属するものであるが、今回の調査において語られた内容は、運動が二次的な動機となっている点で、上述した一次性運動依存とはカテゴリの異なるものである⁸⁴⁾。

民間フィットネスクラブにおける、運動継続の要因を検討した向山らの報告によると、運動継続の要因は男女で異なる傾向にあり、男性は「施設・設備」などの環境要因に重点を置き、女性では「仲間との交流」や「毎回参加するプログラムがある」などの人的要因に重点を置く傾向が指摘されている⁸⁵⁾。本調査におけるインタビュー結果は、協力者全員がスポーツクラブやサークルに属していることもあり、向山らの報告と一致するところがみられた。身体に痛みを抱えている状態での運動という、少なくとも健康の維持に効果的とはいえない行動の継続であることから考えると、このような「コミュニティ」に関連する動機も、依存の強化子の一つとなっている可能性が示唆されるものである。

インタビューでは、「恐れ」と捉えられる言葉も語られていた。「休むと体力が落ちて運動できなくなる」「休むと走れなくなっていく」「運動しないとまた太る」などである。これら自身の能力が低下することや、体型の変化に対する「恐れ」は、西らの挙げる一次性運動依存の「強迫」と一致するものと考えられる。これは自己の無力さ、不確実感、頼り無さから安全保障感を取り戻すための、一つの心理的防衛機制としての運動と捉えられている。また「恐れ」に分類される言葉の数々は、運動休止による運動能力低下や、自己の醜形に対する強迫的な恐れ、とも捉えられ、場合によっては精神医学的問題が存在する可能性も指摘されてい

る⁸⁴⁾。

本調査により明らかとなった動機は、一般的といえる「健康のため」「美容のため」などの動機以外に、明らかとなっていない何らかの動機が存在するのではないかと、という仮説を裏付けるものである。

各施術所へのアンケート結果では、「痛み」「運動」「ストレス」「患者」「できる」が、出現回数が多く、共起回数では「痛み - 運動」が8回、「できる - 運動」「ストレス - 運動」「ストレス - 痛み」がそれぞれ4回となっている。本アンケートのテーマは「調査を通じ、今回対象となった患者に対し感じた率直な感想」であり、痛みを抱えながらの運動に対し、患者が運動することの可否や、運動 - ストレス - 痛み、といった施術するうえでの三つの課題の関連について、施術者が考慮していたことが窺われる。また、文章からはネガティブな感情の存在が61.9%とおおよそ3割を占めており、当該患者に対して、施術者にはネガティブな感情が常に存在しつつ、施術を実行していることが考えられる。

文章を要約すると、患者に対し抱いた感想として、「現在の身体の状態を説明されても理解して対応できてない。」「運動したことによる達成感を得ることを目的として、運動を中止しない。」「軽度もしくは中等度でも運動することで、ストレスを解消できる。」「強い痛みで動作が困難だと、運動ができないことでストレスを感じている。」「痛みには個人差があるが、メンタルに影響されている。」「痛みを抱えながら運動しているのでストレスも大きい。」などが抽出されている。また、施術者が自身に対し抱いた感想としては、「運動を控えるように言ったのになぜ、とストレスを感じていた。」「いくら丁寧に説明しても、理解してもらえない。」「今は患者に選択肢を提示する方法で、ストレスは減った。」などが抽出されていた。

これらの感想は、そのほとんどがネガティブと捉えられるものであり、施術における当該患者との良好なコミュニケーションに苦渋し、施術者自身も精神的な負担を感じていることが伺える。また、その中において考え得る施術内容の選択を、患者にゆだねることで施術者自身のストレスを軽減している、ということが示唆されている。

総合的考察。

「破局化」という痛みの認知と、「恐怖、不安、抑うつ」といった痛みの情動、それに続く「運動恐怖による不活動」での機能障害、これらの要因の悪循環は「恐怖回避モデル」と呼ばれ、こうした悪循環が下行性疼痛抑制系の機能を妨げ、疼痛を遷延化させるものと考えられている⁴⁹⁾。

これに対し細井は、慢性疼痛難治症例における過活動のメカニズムとしてスクリーンセイバー仮説を提唱している⁸⁶⁾。過活動の慢性疼痛症例では、それまで抑圧してきた様々なトラウマの画像や気分が安静下に噴出し、安静を続けるほど気分が悪化するため、安静を回避して過活動を持続しようとするというものである。柔道整復臨床を訪れる運動をやめられない患者も過活動であることに変わりはないが、常に運動に動機づけられ、運動を中心に自身の仕事以外の時間を組み立てているという点で、スクリーンセイバー仮説とは違いがあるものと考えられる。

Vealeによると運動依存（exercise dependence）の概念は、運動の精神的、肉体的効果への強いとらわれ、および運動停止状況における離脱症状のため、自分の意志による運動の適切なコントロールができなくなることで、健康や社会生活を損なう精神医学的病態、として捉えられている⁸⁷⁾。本調査の結果、それぞれの項目ごとの検討から、身体に痛み

を抱えながらも運動を継続しているといった運動をやめられない人は、運動に依存的、また強迫的でありながらも肉体的および精神的効果を得ていることが推測される。

また、本アンケート調査では、ストレスのある者 19 名中 16 名に、2 ヶ月以上継続する痛みが多い傾向がみられるという結果であり、特に運動習慣・ストレスともにありで痛みの継続期間が 2 ヶ月以上の者は、16 名中 11 名という結果であった。運動習慣がなくストレスのない者は、全員が痛みを抱えていなかったという結果からも、ストレスは痛みの長期化と関連があることが示唆されるものであり、疼痛の継続に心理社会的要因が関与するというところを、裏付ける結果であるといえる。さらに、痛みの継続期間の長期化と痛みの強度には、弱い正の相関が認められていることから（図 1）、運動習慣のある人が、外傷などにより身体の疼痛を訴えて来院した際は、当然ながらできるだけ早期の症状軽減および回復が望まれる。その場合施術に際しては本研究で示唆された「運動継続の動機」に留意し、痛みを抱えながら運動を続けることで、いたずらに症状を遷延・悪化させないような働きかけが必要と考える。

現在の柔道整復臨床において必要とされるのは、単に器質的な障害への対処だけではなく、本調査により示された、患者の背景や動機を理解し、患者との良好なコミュニケーションの中で、心理教育を含めた施術を進めることであろう。そうすることで症状の長期化や、ドクターショッピングなどの予防にも寄与できるものと推測する。

患者 - 施術者間での良好なコミュニケーションが築けないということは、施術者が患者に対しネガティブな感情を抱き、やがてそのストレスから施術方法の選択を、患者のみにゆだねてしまう危険があることも、本調査の結果が示唆するところである。良好なコミュニケーションは、

患者のためだけではなく、施術者自身の健康のためにも必要なことである。

そのためには臨床柔道整復師にも、心理学的知識およびコミュニケーションスキルの習得が望まれるものであり、「実際の臨床現場においてどのように患者とのコミュニケーションを図るべきか」が今後の重要な課題となるものと考えられる。これらの課題に対する調査・研究に関しては、次章より記述する。

第3章 柔道整復師用問診メソッド（IMJT）の作成と評価

～柔道整復師の対応として～

3-1. IMJT 第一段階

緒言.

柔道整復臨床において施術期間が長期化するという事は、外傷に伴う疼痛をはじめとした機能的身体症状が、長期にわたり解消されない状態と言える。このような長期にわたる機能的障害を伴う痛みを、福永らは FSS (Functional Somatic Syndromes)⁵⁴⁾と表現している。FSS の発症要因は多因子的であり、生物学的因子、心理学的因子、文化的因子、ヘルスケアシステムとの相互作用があげられる。

筆者はこれまで柔道整復領域における疼痛症状長期化の要因として、心理社会的要因に着目し、その存在について調査・報告を行ってきた^{68,78)}。本研究全体を通してここまでは、疼痛が長期化している患者の心理的背景、また疼痛症状がありつつも運動を止められない人といった、柔道整復の臨床を訪れる「患者の理解」を主な目的としている。本項ではこれまで得た結果をもとに、「ヘルスケアシステムとの相互作用」に着目し、「施術者が医原性の心理社会的要因とならないよう、患者と良好なコミュニケーションを図ること」を目的とした「柔道整復師の対応」を検討するものである。

ヘルスケアシステム因子とは、患者と医療従事者間において作用する因子のことであるが、特に「医師は器質的な事柄に関することの説明のみで、それ以外の説明をしない」といった、医療従事者側から患者側への一方向的な関係を表すものであり、患者の病気不安や疾病行動を、医原的に増幅するものとされている⁵⁴⁾。治療においては心理的アプロー

チが有効であり、医療を提供する側には、心理学的知識およびカウンセリング技術の習得が望まれる。そのため医科においては、専門の多職種が連携するなどの、リエゾンアプローチが実践されている⁷⁶⁾。

医科における医療従事者と患者とのコミュニケーションは「医療面接」と呼ばれ、患者から情報を収集することにのみ焦点を当てた「問診」とは異なり、患者の声に耳を傾け、良好な関係の構築を目指す「双方向性の対話」のことを意味していることは先に述べた⁵⁵⁾。

しかしながら、柔道整復の臨床において、施術として実践するに足る心理学的知識とカウンセリング技術が、容易に習得可能とは考えにくく、相当の時間と労力を要することは想像に難くない。柔道整復師養成校における心理学講義は、学問としての心理学を学習する内容に終始しているものがほとんどであり、臨床場面で応用可能となる心理学的知識や、カウンセリング技術などの習得には至らない。患者とのコミュニケーションという意味では、初検で必須となる「いつ」「どこで」「身体のどこを」「どのようにして負傷したのか」を聴取するといった、いわゆる「問診」の内容を、実習前に学習するのみである。

医療面接は、患者の語る言葉から医学的に必要な情報を入手するだけでなく、信頼関係の構築や意思決定の共有、患者の情緒面への対応、さらには疾患・治療に関する行動の支援などといった治療上のパートナーシップを、相互に理解を深めつつ短時間のうちに築き上げていくことを目的としている⁵⁵⁾。それらの内容に焦点をおいた教育は、現在のところ臨床に立つ柔道整復師や、養成校の学生へは実践されていない。

デンマークでは一般開業医向けに開発された「機能性身体障害患者」への対応方法取得のためのトレーニングプログラムが存在する^{56,57)}。TERM (The Extended Reattribution and Management Model) と呼ば

れるトレーニングプログラムであるが、日本では岡田により一般医師への患者対応トレーニングプログラムとして紹介され、調査・研究などを含め国内における取り組みの必要性が訴えられている⁸⁸⁾。

TERMプログラムの目的は、1. 機能的障害の病因、疫学、診断、治療法を知ること、2. 医師の熟練として問診技術、治療原則を学ぶこと、3. プログラム習得による医師の態度変容、に大別される。TERM教育プログラムの全体的な構造は、二日間の宿泊コース（16時間）に続く3-4日間の夜間コース（2時間）、1週間のインターバルを挟み2時間のブースターミーティングをその後3ヶ月、そして最後にファシリテーターが医師のもとを訪れて1時間半のミーティングを6ヶ月間といった、本来は長期にわたるものである。しかしながら Fink らは、プログラムの中で重要となるのはマイクロスキルのトレーニングであり、それは極めて単純な技術であることを主張している。またそのようなスキルを習得することは、患者への態度を変容するきっかけとなり、ヘルスケアシステム因子を予防・改善へと導くものであることも述べられている⁵⁶⁾。

Gask らによる TERM を利用した研究の文献レビューでは、13 の研究論文および 25 の出版物からデータを抽出し、検討を行った結果、TERM モデルのスキルはトレーニングによって習得できるものであり、実践者の患者への態度も向上し得ることが報告されている⁸⁹⁾。また、Toft らによる、FSS 患者に対する TERM トレーニングプログラムの効果の検討では、38 人の一般開業医（GP）を TERM トレーニング群とコントロール群に割り付け、701 名の患者を両群に割り振り医療面接を行ったところ、トレーニング GP 群において、有意に身体症状の改善がみられたと報告されている（ $p=0.004$ ）⁹⁰⁾。

本項では「柔道整復師の対応」として、Fink らによる報告⁵⁶⁾ならび

に岡田の報告⁸⁸⁾をもとに、実際の患者とのやりとりである「問診」の内容をメソッド化し、臨床に立つ柔道整復師の誰もが、患者から必要な情報を得、回復のための助言をし、良好なコミュニケーションを図れるツールを作成する。また作成したツールについて、第一段階では臨床柔道整復師から、第二段階では第一段階で得られた課題を基に修正を加え、養成校の学生から、第三段階では第二段階までで得られた課題を基に更なる修正を加え臨床柔道整復師より、それぞれ評価と課題を得る。

方法.

柔道整復師用問診メソッド (Interview Methods for Judo Therapist 以下 IMJT) の作成第一段階は、Finkらによる Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice の内容を参考とし実行した。TERM はデンマークの Aarhus 大学で Finkらにより開発され、デンマークの Aarhus, Vejle 地域では 2011 年までにその地域のおよそ 20% にあたる一般開業医がプログラムで研修を受けている⁵⁶⁾。

本項においては、Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice 本文に記述されている内容から、Table7 の TERM model 全項目(表 1)、および Table7 の各項目を和訳した岡田の「MUS, FSS, 身体表現性障害, そして心身症」⁸⁸⁾から、一部引用する形で患者対応のマイクロスキルとして抽出し、柔道整復師が理解、利用しやすいよう文章を構成、「初検時に実施すべき 7 つのメソッド」と「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」に分け、臨床場面における患者対応の時系列に沿った形で順序を決定し IMJT を作成した。

TERM のマイクロスキルは「Understanding」と「Negotiating further treatment」の 2 つに分けられ、それぞれ更に複数の項目により構成さ

れている。患者からの聴取内容は、ほぼ心理社会的要因を中心に構成されており、柔道整復臨床において原文のままでの使用は困難であると判断した。なぜなら、柔道整復の施術所を訪れる患者は身体治療を第一に望んでおり、自身の症状に心理社会的要因が影響しているとは考えていない場合が多いからである。身体治療を望む患者への強引な方向転換は、相互の信頼関係を構築することに悪影響が生ずる危険がある⁷⁷⁾。ゆえに、抽出したマイクロスキルの選択条件としては、Fink らが重要とする、TERM 本文で紹介されている Table7 の TERM model であること、プログラムにおいて重視されている「患者との十分な対話」⁵⁶⁾を反映していること、医療面接の目的である「医学的に必要な情報の入手」、「信頼関係の構築」、「意思決定の共有」、「患者の情緒面への対応」、「治療に関する行動の支援」⁵⁵⁾、などが反映された内容であること、更に柔道整復臨床において必要となる、「整形外科領域の外傷を初検から扱う」という条件も満たしていること、である。以上の条件を満たす項目で TERM マイクロスキルの中から抽出されたのは、1) 詳細な症候歴を得る、2) 情緒的な問題を詳細に知る、3) 不安や抑うつ症状について尋ねる、4) 緊張、ストレス、その他の外的要因(社会、職業および家庭)を明らかにする、5) 身体、社会および役割上の機能障害レベルについて尋ねる、6) 患者が診断や治療について期待していることを明らかにする、7) 医学的検査の結果についてのフィードバック、8) 患者の訴える症状がリアルであることを承認する、9) 患者がどのように疾病を理解しているか明らかにする、10) 患者の疾患理解を明らかにして修正する、11) 患者の訴えに応じた(焦点を定めた)診察を行う、である。抽出されたマイクロスキルから、柔道整復臨床での条件を満たすよう、文章そのものとそれぞれの項目の解説、またそれらを初検から長期に至るまでの

時系列に沿って内容を再構成し，第一段階での IMJT を作成した。

表 1 TERM model

TABLE 7. TERM model	
1. Understanding	<p>Take a full symptom history (seek clarification, identify accompanying symptoms, describe a typical symptom day)</p> <p>Explore emotional clues</p> <p>Inquire directly about symptoms of anxiety and depression</p> <p>Explore life events, stress, and other external factors (social, work-related, and family)</p> <p>Explore functional level (physical, social, and family)</p> <p>Explore the patient's health beliefs</p> <p>Explore the patient's expectations to treatment and examinations</p> <p>Make a brief, focused physical examination and, if indicated, non-clinical examination</p>
2. The physician's expertise and acknowledgement of illness	<p>Provide feedback on the results of the physical examination</p> <p>Acknowledge the reality of the symptoms</p> <p>Make clear that there is no (or that there is indeed) indication for further examination or nonpsychiatric treatment.</p>
3. Negotiating a new model of understanding (Reframing)	<p>Negotiate with the patient a new model of understanding of his or her illness</p> <p>Simple explanations</p> <p>Physical symptoms are common reactions to, for example, stress and strain/nervousness</p> <p>Depression lowers the threshold of pain ("you are more sensitive when depressed")</p> <p>Muscular tension in anxiety and nervousness causes pain</p> <p>Demonstrations</p> <p>Practical (hyperventilation, muscular tension)</p> <p>Establish the association between physical discomfort, emotional reactions, and life events.</p> <p>"Here and now" (nervous about consulting the physician)</p> <p>Severe cases</p> <p>Known phenomenon with a name; somatization</p> <p>Basically the cause is unknown, but nothing indicates a hidden physical disease.</p> <p>Biological explanation: some are bodily more sensitive than others, which explains their more intense symptoms</p> <p>Individual symptom coping and reactions determine one's future well-being</p>
4. Negotiating further treatment	<p>Sum up agreements made during the consultation</p> <p>Agree on specific objectives, contents and form of the future course.</p> <p>Acute cases: no further appointments</p> <p>Subacute cases: therapy sessions, regular scheduled appointments.</p> <p>Chronic: consider status consultation, regular scheduled appointments (see practical advice)</p> <p>Consider referral to psychiatrist, psychologist, or specialist service</p>

これらのマイクロスキルは特に柔道整復臨床に合わせ作成されたものではないが、精神医学の専門家ではない一般医療者を対象として考案されている。柔道整復臨床における患者は FSS と同様の症状を呈することが多いことや、疼痛長期化に心理社会的要因が関連していることを示す筆者の研究結果に照らしても、本マイクロスキルは柔道整復臨床において有効であるものと考えられる。

IMJT の作成後、北海道柔道整復師会に所属する全正会員 835 名を対象として、作成したメソッドおよび評価用質問紙を送付し、一次評価を得た。IMJT の使用方法に関しては、使用方法を記述した説明文を添付した。説明文には、これまでの調査内容を踏まえ、1) 施術期間の長期化に心理社会的要因が関連していること。2) 要因の一つとしてヘルスケア因子が存在すること。3) ヘルスケア因子への対策として使用できる、メソッドを作成していること。4) 新患問診時に文書 1 のメソッドに従い問診を実施すること。5) 症状が長期化傾向の患者には文書 2 のメソッドを使用し問診を進めること。などの内容を記載し、合わせて評価期間および回収方法を記載した。なお、問診の具体的手続きに関して、場面構成や語句の使い方、非言語的な表現に関する内容など、統制が不可能と考えられるものについては詳細な指示はしていない。説明文を表 2 に記す。

表 2 説明文

現在、臨床における「柔道整復師-患者」間の良好なコミュニケーションと信頼関係の構築を焦点にした「柔道整復師のための問診メソッド」の開発研究を遂行しております。患者の人間そのものを対象としたメソッドであり、施術期間の長期化に影響を与える「心理社会的要因」
--

への対応方法も含まれるものです。また、本メソッドは学生や新人柔道整復師のための問診トレーニングツールとしての使用も視野に入れております。この度メソッドの開発にあたり、会員の皆様から内容のご評価を賜りたくお願い申し上げる次第です。

つきましては新規来院患者の初検時に、添付文書 1 枚目の「初検時に実施すべき 7 つのメソッド」に従い問診をお願いいたします。症状が長期化しつつある患者に対しては、添付文書 2 枚目の「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」を、必要と状況に合わせ実施をお願いいたします。症例数は何例でも（1 例でも）結構です。また、メソッドを使用していただいた全症例を通しての率直なご感想を、添付文書 3 枚目の「IMJT 評価アンケート用紙」にご記入頂きまして、アンケート用紙のみ 9 月分レセプトに同封のうえ、事務局へご返送いただきますようお願い申し上げます。

尚、本研究への協力は皆様の自由意思にお任せ致します。従いまして「IMJT 評価アンケート用紙」へご回答・ご返送していただくことにより、研究の趣旨をご理解いただき参加承諾を頂戴したものとさせていただきます。

評価期間は、平成 30 年 8 月 25 日から 9 月 30 日のおよそ 1 ヶ月間を設定し、新患を含めた患者対応の際、メソッドに従い問診およびコミュニケーションを実施、評価期間終了後、評価用紙各項目に記入する形式とした。その後評価用紙は、北海道柔道整復師会へ郵送にて回収し、内容を集計した。評価用紙を表 3 に記す。

評価用紙は、開業柔道整復師の業務等への負担となることを考慮し、「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」、「必要度」、「実用化への期待度」、「コミュニケーション能力の自己評価」の項目を、選択的回答方式とし、開業後の年数および免許取得後の年数は直接記述するものとした。

評価用紙の項目で「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」は、「悪い」(1)から「良い」(5)までの5段階で評価した。「本メソッドの実用化への期待度」は「特に期待しない」、「やや期待する」、「実用化を期待する」の3段階で評価した。「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」は、「必要ない」を(0)とし最大値「必要」を(10)とする11段階での評価とし、「コミュニケーション能力の自己評価」は、「低い」を(0)とし最大値「高い」を(10)とする11段階での評価とした。

解析は開業後年数、免許取得後年数、「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」、「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」、「コミュニケーション能力の自己評価」それぞれの平均値、および標準偏差を算出した。「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」、「本メソッドの実用化への期待度」の項目について、全体の回答者数からそれぞれの選択肢の占める割合(%)を算出した。開業後年数および免許取得後年数と、「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」、「コミュニケーション能力の自己評価」の相関係数を算出した。

また、複数名の臨床柔道整復師に協力を依頼し、同意を得られた協力者へ「本メソッドを使用した率直な感想」についてインタビューを実施した。インタビュー実施の目的は、IMJTを修正するうえでの課題を抽

出することである。対象となる臨床柔道整復師の選定は理論的サンプリングとし、30代から60代までの各年代からと、別個に専門学校の教員へ、インタビューへの協力を依頼した。実施時間は10分～15分程度である。インタビューの中で語られた内容を記録し、KJ法⁹⁰⁾により解析を実施、結果は本調査考察の補完的参考とした。

KJ法は、文化人類学者である川喜田二郎により考案された手法であり、一か所に集められた多くの情報を効率よく整理し、問題の解決やアイデアの創出を図るための技法として広く用いられているものである⁹¹⁾。本調査ではインタビューの記録から、調査テーマに関するデータを「ラベル」として作成し、関連があると思われるもの同士を小グループとしてまとめ、「表札」を付けたうえで、さらにそれぞれの小グループを、関連があると思われるもの同士でグループとしてまとめ、グループの概念となるシンボルを付け、出来上がった概念図を俯瞰して、そこからさらにラベルを並べ替え、同様の作業を数回繰り返した。最終的にまとめた概念図に対し、全体を俯瞰して文章化する、といった作業を行い、インタビューで語られた内容と合わせて検討した。

結果。

初検時に実施すべき7つのメソッドは、患者の理解と情報・認識の共有を目的とし、1)来院に至った患者の症候歴を出来る限り詳細に聴取する、2)身体的・社会的な機能障害のレベルを聴取する、3)患者が自分の症状をどう捉えているか聴取する、4)施術にどのような期待を持っているか聴取する、5)訴える症状に焦点を当てた検査を行う、6)身体的な検査の結果をフィードバックする、7)患者の感じている症状が本物であることを承認する、の7つの項目で構成した。

症状が長期化傾向の時に実施すべき5つのメソッドは、新たな理解について患者と話をすることを目的とし、1)症状に伴う感情を聴きとり、お互いに把握する、2)不安感や抑うつ症状がないか確認する、3)他の心理的要因について聴取する、4)症状に対する患者の理解との差を説明し、患者理解を修正する、5)疾病の名称は既に知られているものであり、患者本人にだけ起こっている特別な疾患ではないことを説明する、の5つの項目で構成した。作成したIMJTのメソッドそれぞれの選択目的・理由を以下に記述するとともに、表4として作成したメソッドを記す。

「初検時に実施すべき7つのメソッド」は患者の理解と情報・認識の共有を目的としている。

メソッド 1)：全身の身体症状を把握することで、患者も自分自身の症状を認識でき、症状への恐怖を和らげる効果も期待できる。

メソッド 2)：訴える症状がどの程度日常生活に支障をきたしているか聴取するためのものである。

メソッド 3)：患者がどのように症状を認知し、どのように疾病を把握しているか理解することで、患者がどのように症状と向き合っているかを知る手がかりとなる。

メソッド 4)：患者が受診した理由を知ることが出来る、実現不可能な施術効果を期待しているかもしれないので、その修正に役立つ。

メソッド 5)：患者が「自分の話をしっかり理解し、丁寧に診てくれている」と感じられる、と同時に「いい加減な診察だから良くなる」という考えを予防できる。

メソッド 6)：特に患者が自身を特定の疾患と信じている場合、検査

結果がその疾患と違っていても、「どのような異常がなかったのか」専門性を持って患者に説明するものである。これは患者が持つ誤った病識を修正するために必要である。

メソッド 7)：患者の感じている症状の否定や疑義は、「病人として扱われていない」という意識を生むきっかけとなり、ひいてはドクターショッピングの要因にもなるので信頼関係を損なわないためにも必要な項目である。

「症状が長期化傾向の時に実施すべき5つのメソッド」は、心理社会的要因の影響がより強いと考えられる患者に対し、症状の新たな理解について話をすることを目的としている。

メソッド 1)：心理的要因が症状に影響を与えるというメッセージの役割をしている。

メソッド 2)：症状の訴えがあれば患者に理解を得た上で BS-POP テストを実施し、陽性であれば施術と並行して専門科の受診も勧めることが必要と考えられるためである。

メソッド 3)：仕事や人間関係・家族関係など、他にストレスとなる要因を探るためである。これらは最も重要な要因であるが、信頼関係を崩さぬよう言葉に気をつける必要がある。

メソッド 4)：身体の症状は身体が原因、という一般的な理解に加え、ストレスや神経過敏などもその反応として身体に症状を表すことが珍しくないこと、気分の落ち込みは痛みの閾値を下げることなどを説明し、共通の認識とするためである。

メソッド 5)：症状が未知のもので、自分だけに起こっている特別な疾患ではないか、という不安を軽減・解消するための説明である。

表 4 柔道整復師のための問診メソッド (IMJT)

柔道整復師のための問診メソッド

Inquiry Methods for Judo Therapist (IMJT)

★初検時に実施すべき 7つのメソッド、内容の理解

1. 患者の理解と情報・認識の相互共有

① 来院に至った患者の症候歴を出来る限り詳細に聴取する

全身の身体症状を把握することで、患者も自分自身の症状を認識できる。

症状への恐怖を和らげる効果もある。

② 身体的・社会的な機能障害のレベルを聴取する

訴える症状がどの程度日常生活に支障をきたしているか聴取する。

③ 患者が自分の症状をどう捉えているか聴取する

どのように症状を認知し、どのように疾病を把握しているか理解する。

患者がどのように症状と向き合っているかの手がかりとなる。

「現在の症状でどのような疾患を想像しましたか？」など

④ 施術にどのような期待を持っているか聴取する

患者が受診した理由を知ることが出来る。

実現不可能な施術効果を期待しているかもしれないので、修正に役立つ。

⑤ 訴える症状に焦点を当てた検査を行う

患者が「自分の話をしっかり理解し、丁寧に診てくれている」と感じる。

同時に「いい加減な診察だから良くなる」という考えを予防できる。

2. 専門性を持った説明と疾病の承認

⑥ 身体的な検査の結果をフィードバックする

症候歴の聴取、身体的検査が終了したら、結果を患者にフィードバックする。

特に患者が自身を特定の疾患と信じている場合、検査結果がその疾患と違っていても、「どのような異常がなかったのか」専門性を持って、患者に説明する。

⑦ 患者の感じている症状が本物であることを承認する

症状の否定や疑義は、「病人として扱われていない」という意識を生む。信頼関係が崩れ、Drショッピングの要因にもなるので注意。

★症状が長期化傾向の時に実施すべき5つのメソッド

3. 新たな理解について話をする

(より心理社会的要因の影響が強いと考えられる患者)

(状況と必要に応じ、相互の負担にならないよう少しずつ実施していく)

① 症状に伴う感情を聴きとり、お互いに把握する

心理的要因が症状に影響を与えるというメッセージの役割にもなる。

② 不安感や抑うつ症状がないか確認する

症状の訴えがあればBS-POPテストを実施。

陽性であれば施術と並行して専門科の受診も勧める。

③ 他の心理的要因について聴取する

仕事や人間関係・家族関係など他にストレスとなる要因を探る。最も重要な要因であるが、信頼関係を崩さぬよう言葉に気をつける。

④ 症状に対する患者の理解との差を説明し、患者理解を修正する

身体の症状は身体が原因、という一般的な理解に加え、ストレスや神経過敏などもその反応として身体に症状を表すことが珍しくないこと、気分の落ち込みは痛みの閾値を下げることも説明し、解釈を患者と共有する。

⑤ 疾病の名称は既に知られているものであり、患者本人にだけ起こっている特別な疾患ではないことを説明する

症状が未知のもので、自分だけに起こっている特別な疾患ではないか、という不安を軽減・解消するための説明。

IMJT の評価用紙は北海道柔道整復師会全正会員 835 名に送付し、うち 192 名より回収した。回収率は 23%であった。回収した評価用紙はすべてが有効回答であった。基本統計量は、開業後年数の平均値が 19.38 ± 10.71 、免許取得後年数の平均値が 27.34 ± 11.31 、「利便性」の平均値が 3.53 ± 0.97 、「有効性」の平均値が 3.80 ± 0.82 、「患者との信頼関係構築」の平均値が 3.83 ± 0.86 、「新人への必要度」の平均値が 7.68 ± 2.06 、「コミュニケーション能力自己評価」の平均値が 6.55 ± 1.92 という結果であった（表 5）。

表 5 アンケート結果基本統計量

	点数平均値	(SD)
開業後年数	19.38	(10.71)
免許取得後年数	27.34	(11.31)
利便性	3.53	(0.97)
有効性	3.80	(0.82)
患者との信頼関係構築	3.83	(0.86)
新人への必要度	7.68	(2.06)
コミュニケーション能力自己評価	6.55	(1.92)

「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」、「本メソッドの実用化への期待度」の項目について、集計の結果「利便性」は「やや良い」が 33.3%、「良い」が 17.7%となった。「やや良い」、「良い」の肯定的な結果の合計が 51 パーセント余りと全体の 5 割を占めており、次いで「変わらない」が 34.4%であった。「有効性」は「やや良い」が 42.2%、「良い」が 20.8%と肯定的な項目の合計が全体の 6 割を超えていた。

「患者との信頼関係構築」は「やや良い」が 33.3%、「良い」が 26.6%と、こちらも肯定的な項目の合計が全体のおよそ 6 割を占めていた。

「本メソッドの実用化への期待度」の結果は「やや期待する」が 100 名の 52.1%、「実用化を期待する」が 68 名の 35.4%であり、メソッドの実用化に対して概ね肯定的な結果であった。

開業後年数および免許取得後年数と「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」、「コミュニケーション能力の自己評価」それぞれの相関係数を算出した結果、開業後年数と「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」では、相関係数が -0.037

であった。開業後年数と「コミュニケーション能力の自己評価」では、相関係数が-0.078であった。免許取得後年数と「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」では、相関係数が0.022であった。免許取得後年数と「コミュニケーション能力の自己評価」では、相関係数が-0.073であった。算出されたそれぞれの相関係数から、いずれもほとんど相関がみられないという結果であった。

インタビューの協力者は30代が1名、40代が1名、50代が1名、60代が1名、別個に柔道整復師養成校の教員から50代2名の合計6名で、いずれも男性であった。柔道整復師は圧倒的に男性が多く、それは日本国内どの地域であっても変わりはない。ゆえに本インタビューにおいても、協力者が男性のみとなっているのは、サンプリングの偏りではないことを付記しておく。柔道整復師養成校の教員は、自身で施術所も開業している者である。本調査ではインタビューの内容を、KJ法により検討した。インタビューの内容から抽出された語りをラベル化し、グループ分けしたものを関連のあるもの同士さらにグループ化し、後に図解としたものを図1に、グループ化したものそれぞれに表札・シンボルを付けたものを表7に記す。

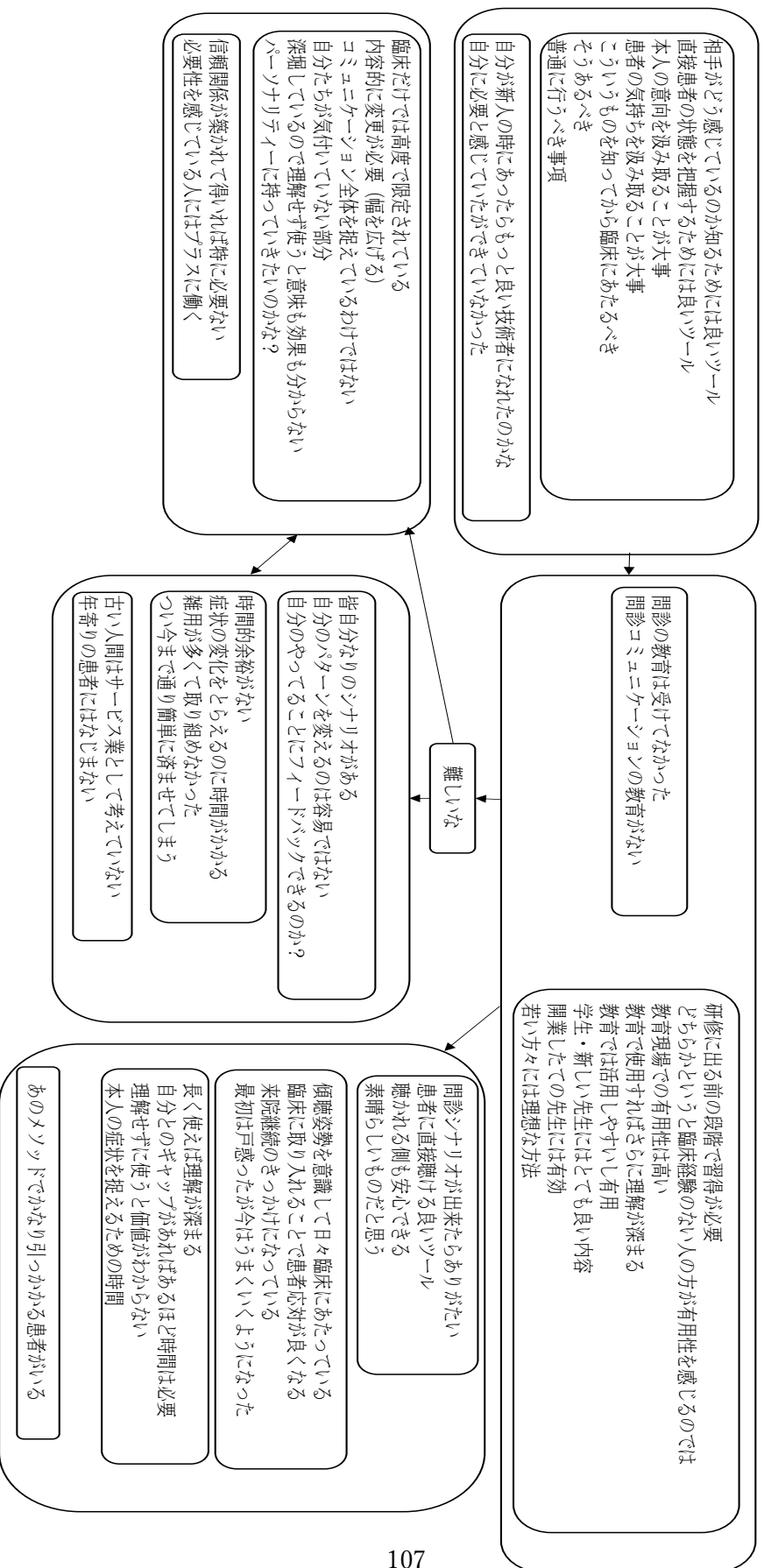


図1 インタビュー内容図解

表 7 インタビュー結果のグループ化

シンボル	表札	語り		
肯定的評価	医療従事者としての姿勢	相手がどう感じているのか知るためには良いツール		
		直接患者の状態を把握するためには良いツール		
		本人の意向を汲み取ることが大事		
		患者の気持ちを汲み取るためにも重要		
		こういうものを知ってから臨床にあたるべき		
		普通に行うべき事項		
		そうあるべき		
教育	現在の自分を内省している	自分が新人の時にあったらもっと良い技術者になれたのかな 自分に必要と感じていたができていなかった		
	施術者教育の欠陥	問診コミュニケーションの教育がない 問診の教育は受けてなかった		
課題	学生や未熟者へその必要性	研修に出る前の段階で習得が必要 どちらかという臨床経験のない人の方が有用性を感じるのでは 教育で使用すればさらに理解が深まる 学生・新しい先生にはとても良い内容 若い方々には理想な方法		
	内容に対する疑問と意見	臨床だけでは高度で限定されている 内容的に変更が必要（幅を広げる） コミュニケーション全体を捉えているわけではない 自分たちが気付いていない部分 深掘りしているので理解せず使うと意味も効果も分からない パーソナリティを持っていききたいのかな？		
		臨床での必要性はどうか	信頼関係が築かれて得れば特に必要ない 必要性を感じている人にはプラスに働く	
		変化の困難さ	出来上がっているパターン	皆自分なりのシナリオがある 自分のパターンを変えるのは容易ではない 自分のやっтерることにフィードバックできるのか？
			時間的な制限での否定	時間的余裕がない 症状の変化をとらえるのに時間がかかる 雑用が多くて取り組めなかった つい今まで通り簡単に済ませてしまう
高齢層は必要ない	古い人間はサービス業として考えていない 年寄りの患者にはなじまない			
困惑	単純な感想として	難しいな		
未来	今後とツールへの期待	問診シナリオが出来たらありがたい 患者に直接聴ける良いツール 聴かれる側も安心できる 素晴らしいものだと思う		
		使用したことによる変化	傾聴姿勢を意識して日々臨床にあたっている 臨床に取り入れることで患者応対が良くなる 来院継続のきっかけになっている 最初は戸惑ったが今はうまくいくようになった	
			臨床での気付き	あのメソッドでかなり引っかかる患者がいる

ラベルの並べ替えによるグループ分けでは、「医療従事者としての姿勢」、「現在の自分を内省している」、「施術者教育の欠陥」、「学生や未熟者へこそその期待」、「内容に対する疑問と意見」、「臨床での必要性はどうか」、「出来上がっているパターン」、「時間的な制限での否定」、「高年齢層は必要ない」、「単純な感想として」、「今後とツールへの期待」、「使用したことによる変化」、「臨床での気づき」の、13の表札が付く小グループに分けられた。これらの小グループから、さらに関連のあると思われるもの同士をまとめグループ化すると、「肯定的評価」、「教育」、「課題」、「変化の困難さ」、「困惑」、「未来」と、6つのシンボルのつくグループにまとめられた。

それぞれのシンボルから特徴的となるインタビュー内容を以下に記述する。

1) 肯定的評価・内省 30代

「最初の時点で、自分が新人だった時に、そういうものがあつたとしたら、すごく、結果としていい人材になれた、もっとなれたのかな、とかかっていう風に思います。それがあつたとしたら、自分の時にはなかつたので、自分の時にそのメソッドがあつたとしたら、もっと自分がまた、今以上に良かったのかもなあって思ってます。ホント、こういうメソッドですよ、はい。」

2) 教育・学生や未熟者へこそその必要性 50代・教員

「学生への指導の中で、研修に出る前段階として、認識、習得させるべきものであるなつていう風に思う。そういう心構えで、そういう接し方で、そういう対応であたるべきものであるつていう認識の項目ですよ、それはやっぱり事前に、把握してるべきものであるだろうなつていうところも多々あつたと思います。僕らが二十数年前に学んでた時と、そも

そも患者さんと、日々の施術の中でハードルが高くなる。施術に対する目っていうのかな、昔よりは、患者さんが少なくなってることも踏まえて厳しくはなってるなど。ただ、やはり何か特別なことで集客をするっていうよりは、今回の、メソッドっていうのかな、そういうスタンスで接していくしかないだろうと。それで地域の信頼を得ながら、生活を継続していくしかないのかなって思う。」

3) 課題・内容に対する疑問と意見 40代

「より深く聴いていくってことは、あのスタイルはとていいことなんだけども、実際臨床場面の問診って色んなことを聴いているじゃないですか、だからあれだけをやっているってわけではないから、それをもう少しその、実際に使えるって形にするのであれば、あの部分を減らさなきゃならないし、別の部分を持ってこなきゃならないし、って、本当にその、先生方にこれいいよって勧めるとしたら、もうちょっと別の部分も必要になるだろうなって。そういう面からみると、あれはすごく深堀になってるものだから、その意味では条件が付いたものの聴き方だかっていう風に思いました。」

4) 変化の困難さ・高年齢層は必要ない 60代

「本当はああいうことをきちんと実践していかなきゃいけないんだけど、すいません、トシで…やっぱり時間的に、あそこまでやる余裕、うん、時間が取れないかな。僕ら古い人間って、サービス業としてあんまり考えてないんだよね、だからこんなこと言ったら怒られるかもしれないけど、患者さん来たら挨拶もしないですぐ治療しちゃうっていう、でもそれがダメなことは重々わかってる。だから、若い先生方が、ああいう形をきちんととってやっていくことが、僕は理想だと思ってる。ただ、自分ではもう長年線引きしてるもんだから、ついついそういう形でいっ

てしまうんだよね。」

5) 困惑・単純な感想として

「難しいな」

6) 未来・使用したことによる変化 50代

「問診に対して、そういう言葉かけていうのは、教育を受けてなかったんですよ、今まで。で、やはり、あらたまってこう、そういうような事を聴きなさいとか、例えば、一番共感したのはやっぱり、患者さんに対しての傾聴、訴えに対しての傾聴という部分が、すごく自分に対して…必要ではあったけども、出来てなかったことだと。で、それをやはり、今回勉強してからは、普段の臨床でやっぱりその、患者さんに対して、傾聴する姿勢を持とうと決めまして、日々臨床にあたっています。」

考察 1.

IMJTの項目それぞれは、臨床における「柔道整復師-患者」間の良好なコミュニケーションと、信頼関係の構築を目的とし、そのために患者の抱える症状とその対応について相互に理解、認識するためのものである。作成にあたっては、問診の際患者が受ける印象に留意し、問診項目を時系列で分けた。これは、症状の長期化には心理社会的要因の関与が疑われる例が少なくないことは先に述べたとおりであるが、患者は自身に心理社会的な問題があると認識して医療施設を訪れるわけではないからである⁷⁷⁾。初回問診時には、患者理解と身体症状の把握を中心に問診を実施することで、施術に必要な情報を得つつ、患者との良好な信頼関係を構築し、症状が長期化傾向にある患者に対しては、心理社会的要因を中心とした症状への新たな理解を得、次なる施術の選択肢を提示するというステップを踏むためのものである。故にメソッドの実施にあ

たっては、問診の際に機械的で冷たい言葉の発し方をしないこと、また患者の言葉だけを聴くのではなく、表情やしぐさなど非言語的な表現にも注意をはらうこと、などが注意点としてあげられ、これらはより良好な信頼関係構築のために必要となる要素であるが、本研究では説明文で言及していないため、今後の課題とする。

考察 2. ～評価用紙およびインタビューから得られた課題～

今回の調査では、北海道柔道整復師会全正会員 835 名中、回答者 192 名、回収率が 23%と決して高い数字とはいえず、現在の柔道整復臨床における本領域への感心の低さが窺われる。開業後年数の平均値は 19.38 年±10.71、免許取得後年数の平均値も 27.34 年±11.31 と、協力の得られた施術者はベテランが多い傾向であった。

本調査の目的は、メソッドに関する感想を一次評価として得ること。また得られた調査結果より、メソッド内容の改善点、メソッドの使用領域、メソッドの内容及び使用に関する評価方法、などを検討するための課題を得ることである。調査結果から、「利便性」、「有効性」、「患者との信頼関係構築」の項目について解析を行った結果、いずれの項目も「やや良い」、「良い」の合計が評価者の半数を超えており、メソッドについて肯定的な傾向がうかがえた。しかしながら「変わらない」が全体の 3 割以上を占め、臨床においてより簡便に理解・使用できるような内容の修正が必要と考えられた。実用化への期待度についても「やや期待する」「期待する」を合わせると評価者全体の 87%を超えており、実用化への肯定的な傾向がうかがえる。

開業後年数および免許取得後年数と「今後、資格を取得する柔道整復師に向けて本メソッドの必要度」、「コミュニケーション能力の自己評価」

それぞれの相関係数を算出した結果、いずれもがほとんど相関がみられないという結果であった。

インタビュー結果からの評価を以下に考察する。

1) 肯定的評価・内省 30代

肯定的評価のグループでは、「患者の感じていること」、「本人の意向を汲み取る」、「こういうものを知ってから臨床にあたるべき」など、患者へ相対する医療従事者の姿勢という、医療の基本としてのIMJTのありようの評価。また上記事例からは、「施術者として取り戻したい時間の存在」を感じ、自己を内省するきっかけの一つとして、ツールを肯定的に捉えていることが伺える。

2) 教育・学生や未熟者へこそその必要性 50代・教員

教育のグループでは、自分たちが学んでいた頃の柔道整復師を取り巻く状況と、現在の状況が様変わりしており、施術所の経営が容易ではなくなっている中での教育の難しさが語られている。その現状において、改めて医療の基本となる「認識」を教育するためのツールとして、IMJTが有効であると捉えられている。

3) 課題・内容に対する疑問と意見 40代

課題のグループでは、IMJTの基本となるスタイルは良いものではあっても、実際の臨床においては患者に対応するには内容の幅が足りない、ということが語られている。様々なシチュエーションすべてに対応する内容とは言い難く、「心理」というものを切り取った形での限定した内容であり、その意味では「まだまだ足りない部分が多い、現場はもっと複雑である」と評価されている。

4) 変化の困難さ・高年齢層は必要ない 60代

変化の困難さのグループでは、語られているのはその「理由」である

ことが特徴的といえる。「自分なりのやり方が出来上がっている」、「時間がかかる」、「年寄りにはなじまない」など、本調査の参加者は、ベテランが多いと考えられる開業年数、および免許取得後年数の平均値であったことを考えあわせると、このような感覚の施術者が多かった可能性は否定できない。特にインタビュー内容からは、「自分には積み上げたものがあるし、変えることは大変だから、でも理想ではあるから若い世代で変えていってくれ」といったメッセージ的性質の評価が伺える。

5) 困惑・単純な感想として

困惑は、一つのラベルで一つのグループとした。「難しいな」という一言が、「課題」と「変化の困難さ」へつながっている。それは、メソッドの手続きや内容の難しさによる一言であり、また、実践すべき内容と理解はしても、これまでのやり方を変えることの難しさによる一言でもある。

6) 未来・使用したことによる変化 50代

未来のグループは、小グループで「ツールへの期待」や、「使用したことによる変化」、「臨床での気づき」などにまとめられたものを、柔道整復の臨床の今後に大きく影響を与えるグループとして、さらに一つにまとめ、そのシンボルとした。インタビューではこれまでの教育での欠陥も同時に語られている。IMJTを使用することによって、「傾聴」というものを実感し、日々の臨床に生かしているということであり、ツールの使用によって、患者との関係性における自身の認識の変化が起きた、ということが伺える内容である。

これらのインタビュー調査より得られた考察から、「IMJTの内容は、患者の気持ちを汲み取り、状態を把握する、など医療従事者として当たり前の姿勢であり、本来は臨床に出る前に備えているべきものであるが、

自分が学生・新人の頃にはなかった。その頃にあったなら、今の自分は今よりもっと良い技術者だったかもしれない。既に臨床に出ている施術者にとっては、IMJTは難しい。内容は心理に限定されている印象で、実際にはもっと幅広い項目が必要だろう。皆、自分なりのパターンやシナリオを持っているし、時間に余裕もないし。信頼関係が築けていれば、必要のないものである。特に古い人間にはなじまないものかもしれない。ただ、使い慣れることで理解が進み、患者応対が良くなったり、来院のきっかけになったり、これまで気づかなかった患者の心理社会的背景に気付くようになったりと、患者側も安心できる良いツールであると思うので、完成したらありがたい。」と、全体を通して文章化できる。

今後IMJTを修正するにあたり考慮すべき課題としては、評価用紙およびインタビューの結果から、使用者が理解しやすくかつ使用しやすい、簡便な形への修正が必要となることである。そのための具体的な内容の改善点として、説明文により構成されているメソッドの各項目を実際使用する口語表現に置き換える、といった手続きなどが必要となるであろう。このような修正は評価用紙の回収率を改善することにもつながるものと考えられる。

本メソッドは新規資格取得者、および学生への問診トレーニングツールとしてもその必要性が語られていた。このことから本メソッドの使用領域を、臨床柔道整復師のみに限定するのではなく、柔道整復師養成校でのコミュニケーション実技などで使用することも視野に入れ、作成を進める必要性があるものとする。

本調査全体の課題としては、配布した資料の説明不足により、IMJTメソッドの使用状況の把握などといった手続きが実施されていない。また施術者の個性があるため、使用手続きの標準化が困難であることがあ

げられる。そして今回の調査が北海道柔道整復師会に所属する開業柔道整復師に限定されていることであり、評価結果は飽くまで北海道内限定の個人的主観に基づく感想、というものとどまるということである。さらに本調査内容では、疼痛の長期化に関連する心理社会的要因について、臨床に携わる柔道整復師がどの程度認知しているのかが明らかとなっていないことなどがあげられる。これらは本調査の結果を検討するうえで不足している情報であり、本調査における限界ともいえる。今後は、評価項目を改善することや、施術者同士でロールプレイを行い、患者側の視点にも立つことで、両者の関係を分析することも重要であろう。また、IMJTを改善し新たな調査を実行する際には、本研究の第2章までで明らかとなっている、柔道整復の臨床における「心理社会的要因の存在とその理解」について、メソッドの一部として内容に加え、作成することが必要となるものと考えられる。

3-2. IMJT 第二段階

目的と方法。

IMJT作成の第一段階において抽出された課題を分類すると、1)IMJTそのものの内容に関する課題、2)IMJTの評価方法に関する課題、3)IMJT使用領域に関する課題、の3項目に分類することができる。

1)IMJTそのものの内容に関する課題としては、「時間的余裕がない」、「内容は素晴らしいが現場では時間がかかる」、「症状の変化をとらえるのに時間がかかる」、「雑用が多くて取り組めない」、「皆自分なりのシナリオがある」、「自分のパターンを変えるのは簡単ではない」、「難しい」「パーソナリティーに誘導している」、「内容的に変更が必要(幅を広げるなど)」などのインタビュー結果から、使用者が理解しやすくかつ使

用しやすい形への修正が必要とされる。

2)IMJT の評価方法に関する課題としては、評価用紙の回収率の改善、資料の説明不足、評価用紙の信頼性と妥当性の検討、調査地域の拡大、などがあげられる。

3) IMJT 使用領域に関する課題としては、臨床に携わる柔道整復師だけではなく、新規資格取得者および学生への問診トレーニングツールとして使用領域を拡大し、その有用性を検討することが必要とされる。本項では上記の課題に対応し IMJT の修正および教育領域での試用を目的としている。今回、筆者の出身校である北海道柔道整復専門学校に協力を得られたことから、IMJT 使用領域を柔道整復師養成校へ通う学生へと拡大し、学生の間診トレーニングツールとして修正を加え、その有用性を検討することとした。

方法は、2019年10月24日、北海道柔道整復専門学校にて90分の「医療コミュニケーション」特別講義を、昼間部および夜間部の1年生を対象にそれぞれ実施した。内容は、口頭にて柔道整復臨床における心理社会的要因について、筆者がこれまでに行ってきた研究の内容を30分程度講義し、疼痛の長期化と心理社会的要因の関連について、理解を深めてうえで実習にうつった。実習内容は、最初に現在の通常カリキュラムで受講する問診内容に沿って、3人1組で問診のロールプレイを実施した。問診内容は「身体のどの部分を」、「いつ」、「どこで」、「どのように負傷し」、「現在はどのような症状か」を聴取した後施術にうつる、というところまでである。

学生には、実際にケガをしたことを仮定とする旨を伝え、あらかじめ自身の受傷内容を決めてもらい、それが「いつ」、「どこで」、「どのように」負傷したもので、「現在の症状」、「来院に至る経緯」、「症状が日常

生活にきたしている支障内容」,「症状から想像した疾患」までを考え,「模擬患者」としてロールプレイに参加できるように,準備を整えてもらった.

1994年,川崎医科大学で模擬患者を用いた実習スタイルのコミュニケーション教育と評価が始まった.以降,現在では全国の医学部で模擬患者を用いたコミュニケーション教育と,客観的臨床能力試験(objective structured clinical examination: OSCE)が実施されている⁵⁵⁾.医学部における実習での模擬患者は,より現実的に患者を演じられるよう教育を受け,専門の団体に所属し活躍している⁹²⁾.今回,3人1組でのロールプレイは,「施術者」,「患者」,「観察者」に役割を分けた.患者役は模擬患者として,患者の目線からの評価をするだけでなく,傷病の学習という意味も含めてのものである.観察者を設けた理由は,施術者と患者のやり取りを客観的に捉えることで,異なる視点でのコミュニケーションを感じてもらう目的である.ロールプレイにかかる1回の時間は特に限定せず,問診が終了した時点で役割を交代し,すべての学生がそれぞれの役割を終えるまでとした.

初回のロールプレイでそれぞれがすべての役割を終えた後,2回目としてIMJTメソッドに従い,再度問診ロールプレイを実施した.組み分けは前回と同様のメンバーによる3人1組であり,役割も同様に3人で交代し順次実施した.すべての学生のロールプレイが終了した後,全員に本研究の趣旨を説明し,承諾を得られた学生に対し講義内容に関するアンケート調査を実施した.アンケートの質問項目は「施術者として,メソッド使用前と使用時を比較し,どのような違いを感じましたか」と,「患者または観察者として,メソッド使用前と使用時を比較しどのような違いを感じましたか」の2項目であり,いずれも自由記述による回答

方式とした。

使用した IMJT は第 1 段階で抽出された課題を踏まえ、修正を加えたものである。修正内容としては、初検時に実施すべきメソッドを 7 項目から 5 項目へと減らし、1 から 4 までのそれぞれの項目を、具体的な口語表現に置き換えることで簡便化を図った。項目から完全に削除したのは「施術にどのような期待を持っているか聴取する」である。その理由としては、柔道整復臨床を訪れるすべての初検の患者に、当てはまる内容の質問ではないというものである。「患者の感じている症状が本物であることを承認する」については、問診項目からは削除したものの「全体を通して常に注意すべきこと」としてメソッドに記載している。

また今回の講義内容は、初検時の問診を想定したロールプレイの実施であり、時間的都合も相まって「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」については実施を見送っている。以下に修正後 IMJT の内容およびその概説を以下に記述する。

★初検時に実施すべき 5 つのメソッド，内容の理解

1. 患者の理解と情報・認識の相互共有

1) 「本日はどうされましたか？」(いつ・どこで・身体のどの部分を・
どのようにして)

「今はどのような症状を感じていますか？」

「今回のケガでどちらかの病院・整骨院にかかられましたか？」

(何と言われ、何をしたか)

来院に至った患者の症候歴を出来る限り詳細に聴取する

全身の身体症状を把握することで、患者も自分自身の症状を認識できる。症状への恐怖を和らげる効果もある。

2) 「今の症状は、日常生活にどのような支障をきたしていますか？」

身体的・社会的な機能障害のレベルを聴取する

訴える症状がどの程度日常生活に支障をきたしているか聴取する。

3) 「今の症状で、何らかの疾患を想像しましたか？」

患者が自分の症状をどう捉えているか聴取する

どのように症状を認知し、どのように疾病を把握しているか理解する。
患者がどのように症状と向き合っているかの手がかりとなる。

4) 「それではこれから症状のある所を中心に検査いたします」

訴える症状に焦点を当てた検査を行う

患者が「自分の話をしっかり理解し、丁寧に診てくれている」と感じる。と同時に「いい加減な診察だから良くなる」という考えを予防できる。

2. 専門性を持った説明と疾病の承認

検査結果を詳細にフィードバックする

(身体のどの部分がどうなっていて、現在の症状に結びついているのか)

(施術方法はどのようなものであるのか)

(施術によりどのような回復過程を辿ると考えられるのか)

(患者が特定の疾患を想像していて見立てが違う場合、どのように食い違うのか、どのような異常がなかったのか、専門性を持って説明する)

⑤ 身体的な検査の結果をフィードバックする

症候歴の聴取、身体的検査が終了したら結果を患者にフィードバック

クする。特に患者が自身を特定の疾患と信じている場合，検査結果がその疾患と違っていても，「どのような異常がなかったのか」専門性を持って患者に説明する。

☆全体を通して常に注意すべきこと

患者の感じている症状は常にリアルであることを忘れない

☆患者の感じている症状が本物であることを承認する

症状の否定や疑義は，「病人として扱われていない」という意識を生む。信頼関係が崩れ，ドクターショッピングの要因にもなるので注意。

上述した内容は，第一段階で作成した IMJT の初検時に実施すべき 7 つのメソッドに，抽出された課題から修正を加えたものである。「時間的余裕がない」，「症状の変化をとらえるのに時間がかかる」といった時間的課題と，「皆自分なりのシナリオがある」，「自分のパターンを変えるのは簡単ではない」といった，施術者自身の内面的な理由によるメソッドへの否定的な意見，そして「難しいな」，「内容的に変更が必要（幅を広げるなど）」，「年寄りにはなじまないだろう」といったメソッドの項目に関する意見を参考に，新たに口語表現のオリジナルとして改訂した。

自由記述方式で得られたアンケートの結果は，テキストマイニングにより抽出語出現回数，性別と抽出語の対応分析，共起ネットワーク解析を実施した⁹³⁾。テキストマイニング解析には，フリーソフトである KH Coder-3 を使用した。

結果.

講義に出席した学生は，昼間部・男性 8 名，女性 7 名，夜間部・男性 9 名，女性 3 名，全合計 27 名，平均値 21.96 ± 6.14 であった．講義内容に関しては，すべての学生が概ね理解したように見受けられた．問診ロールプレイは，全員が 1 年生ということもあり全員が初体験であった．しかしながら全学生から，真剣かつ積極的に取り組む姿勢が見られたことが印象的である．アンケートへの記述では，全学生からの承諾を得られた．

アンケート結果をテキストマイニングにより解析した結果，施術者としての自由記述から，総抽出語数は 557 語で，出現回数は「使用」が最多で 17 回，以下「患者」12 回，「情報」10 回，「聞く」9 回，「聞ける」8 回，が上位 5 語であった．出現回数 2 回以上の抽出語をグラフ化し，図 2 に記す

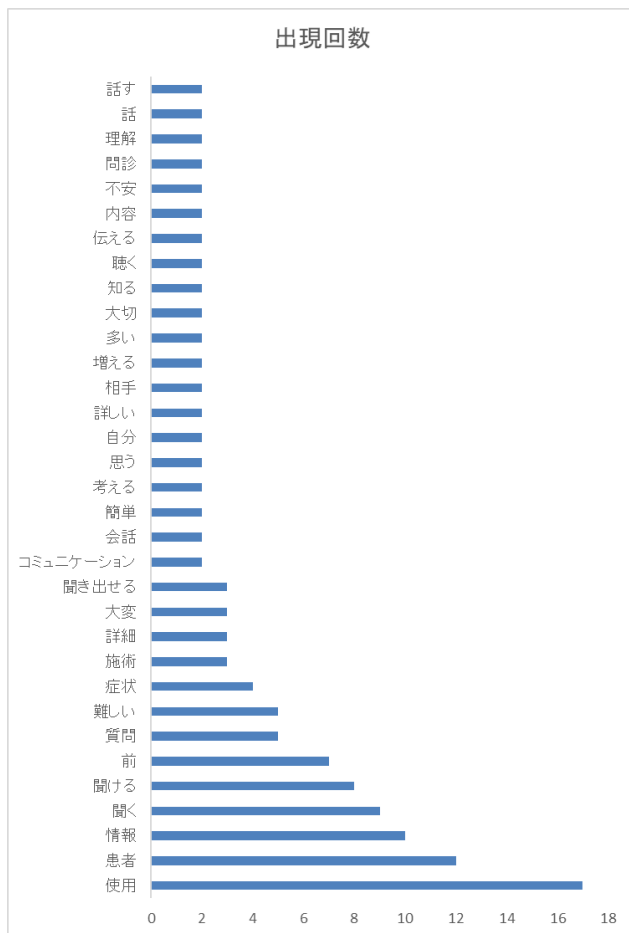


図 2 出現回数 2 回以上の抽出語リスト（施術者）

抽出語と性別との対応分析では、「使用」、「聞く」、「聞ける」、「患者」「難しい」などが比較的性別による偏りがみられなかったが、「質問」「コミュニケーション」、「不安」、「伝える」、「理解」などの語は女性に近く配置されており、「情報」、「多い」、「問診」、「簡単」、「施術」などの語は男性に近く配置され、性別による偏りが見られる結果となっている。（図 3）

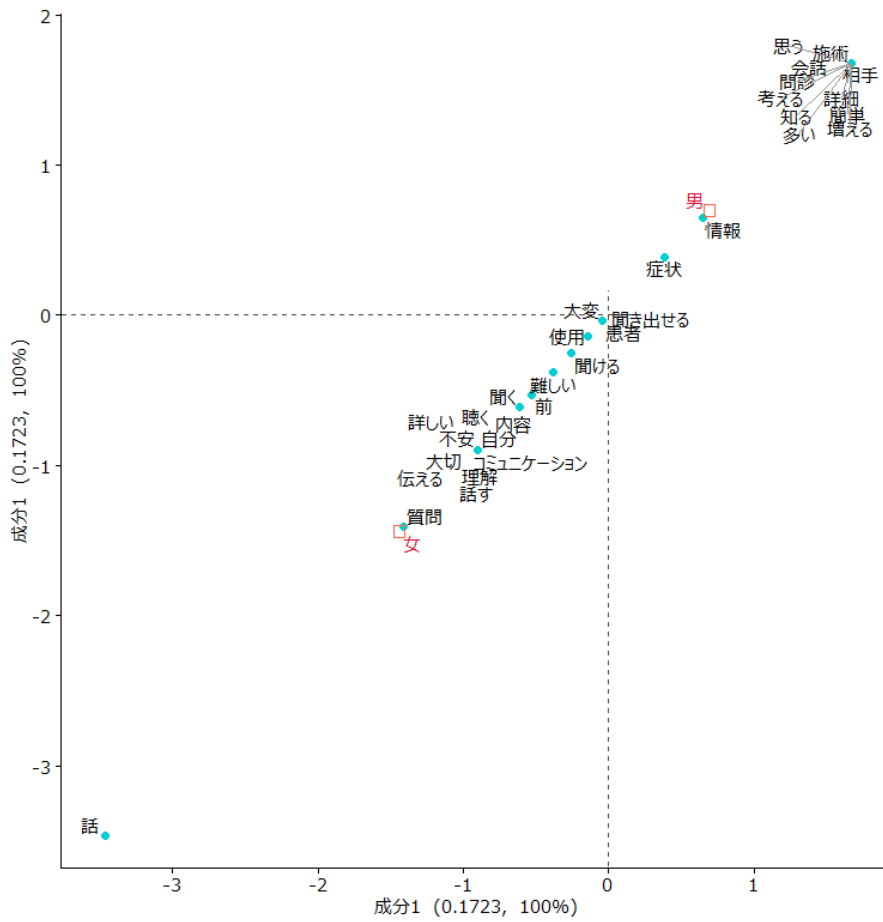


図 3 性別からみた語の対応分析（施術者）

共起ネットワークによる分析は語の最小出現数を 3 とし、解析を実施した。その結果「使用 - 前」、「患者 - 聞く」、「症状 - 質問」などの繋がりが強く、「施術 - 大変 - 難しい」は相互に繋がりが見られた。（図 4）

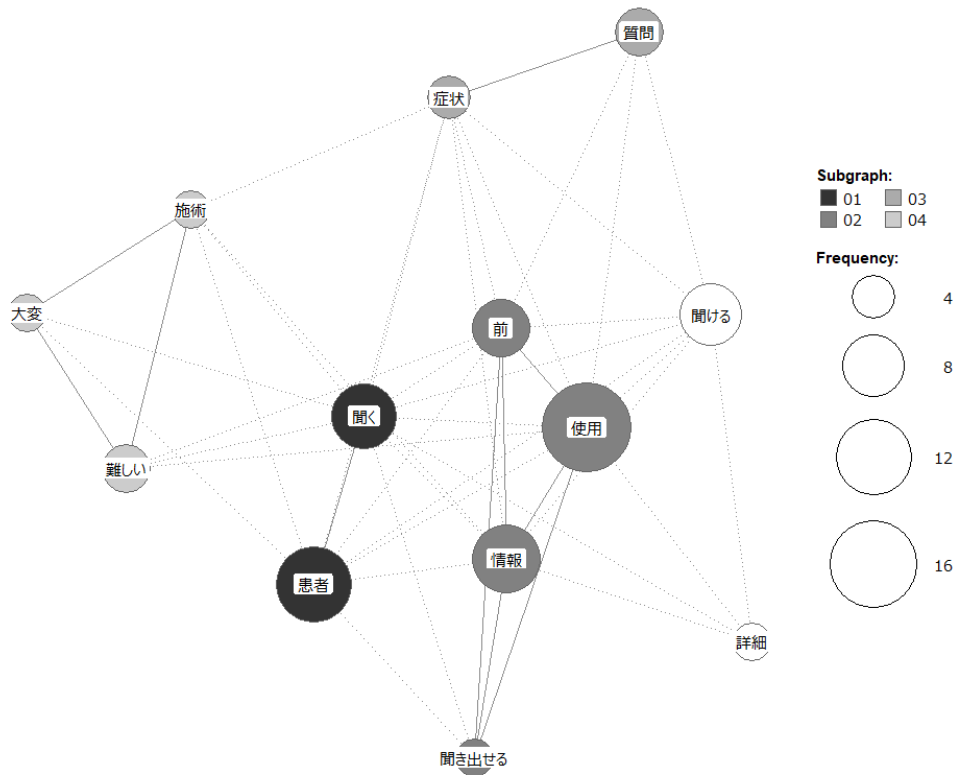


図 4 共起ネットワーク（施術者）

階層的クラスター分析は，共起ネットワークと同様に最小出現回数を 3 回とし，分析を行った．その結果，4つのクラスターに分類された．各クラスターは，「施術の困難さ」，「症状の聴取」，「使用前よりも聞ける」，「患者の情報を詳細に聞き出せる」の 4つであった．クラスター1は，大変，施術，難しい，という構成要素によって表されるものであることから，「施術の困難さ」と名付けた．クラスター2は，症状，質問，という構成要素によって表されるものであることから，「症状の聴取」と名付けた．クラスター3は，聞ける，使用，前，という構成要素によって表されることから，「使用前よりも聞ける」と名付けた．クラスター4は，詳細，患者，聞く，情報，聞き出せる，という構成要素によって表されるものであることから，「患者の情報を詳細に聞き出せる」と名付けた．

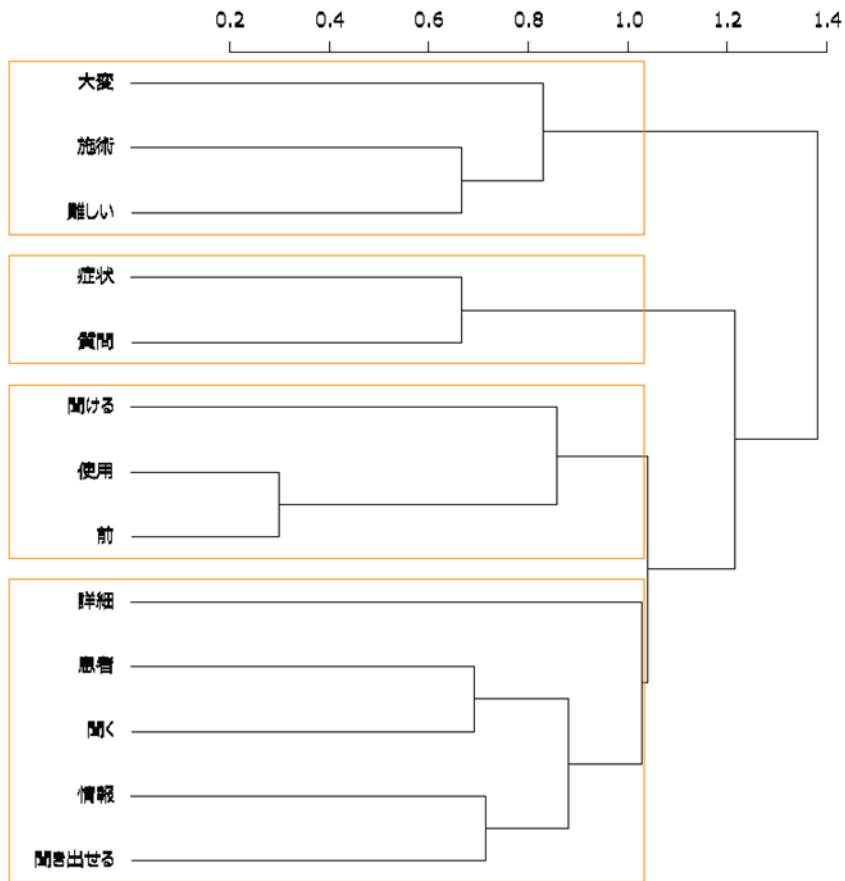


図 5 階層的クラスター分析結果（施術者）

患者および観察者としての自由記述からは，総抽出語数が 480 語であり，出現回数は「使用」が最多で 16 回，以下「聞く」12 回，「患者」5 回，「前」5 回，「不安」4 回，が上位 5 語であった．出現回数 2 回以上の抽出語をグラフ化し，図 6 に記す

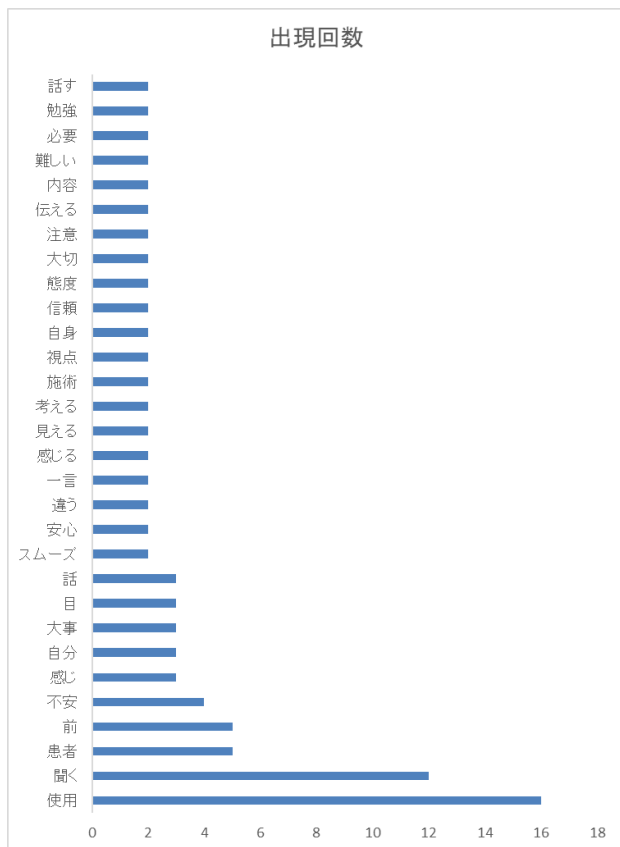


図 6 出現回数 2 回以上の抽出語リスト（患者・観察者）

抽出語と性別との対応分析では、「自分」、「聞く」、「話」、「目」、「前」などが比較的性別による偏りがみられなかったが、「話す」、「態度」、「安心」、「伝える」、「スムーズ」などの語は女性に近く配置されており、「信頼」、「感じ」、「注意」、「難しい」、「見える」などの語は男性に近く配置され、性別による偏りが見られる結果となっている。（図 7）

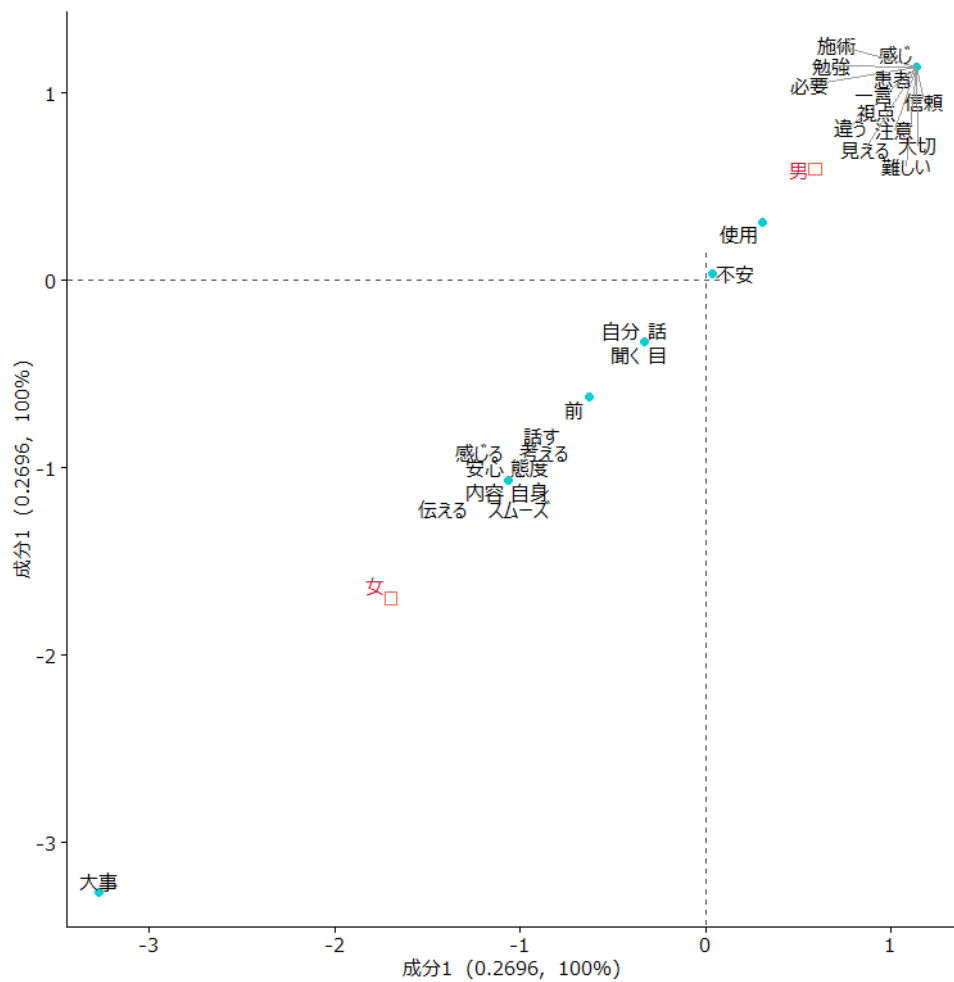


図 7 性別からみた語の対応分析（患者・観察者）

共起ネットワークによる分析は語の最小出現数を 2 とし、解析を実施した。その結果「不安」と「使用」「聞く」、「患者」と「見える」「視点」「勉強」、「感じる - 信頼」、「必要」と「態度」「注意」「一言」「施術」などの繋がりが強くみられた。（図 8）

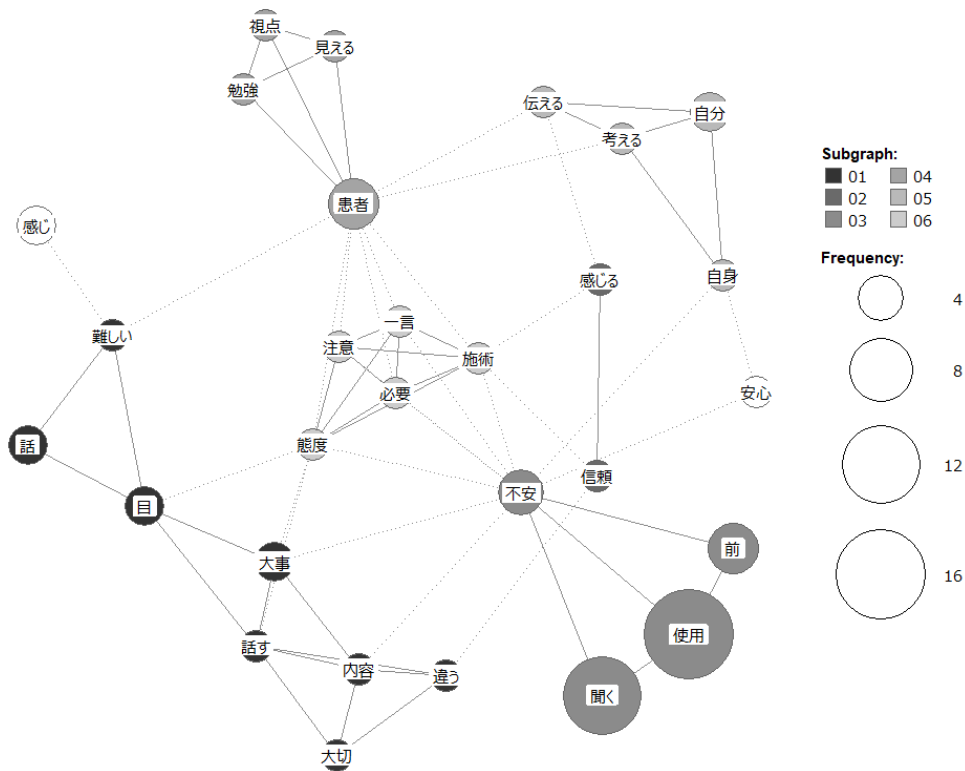


図 8 共起ネットワーク（患者・観察者）

階層的クラスター分析は、共起ネットワークと同様に最小出現回数を2回とし、分析を行った。その結果、5つのクラスターに分類された（図9）。各クラスターは、「施術者の態度」、「視点の違い」、「話す内容の重要性」、「伝えるために考える」、「使用による信頼関係構築」の5つであった。クラスター1は、施術、態度、必要、一言、注意、という構成要素によって表されるもので、初めてのロールプレイで、患者・観察者として施術者を見た時、施術者としての態度がいかに重要であるか、ということが理解でき、感想として表されたことから「施術者の態度」と名付けた。クラスター2は、見える、視点、勉強、という施術者と患者・観察者での視座の違いによって表されるものであることから、「視点の違い」と名付けた。クラスター3は、話す、違う、内容、大切、という

話題に関する構成要素によって表されることから、「話す内容の重要性」と名付けた。クラスター4は、伝える、自分、考える、という構成要素によって表されるものであることから、「伝えるために考える」と名付けた。クラスター5は、目、話、難しい、信頼、感じる、自身、安心、患者、感じ、スムーズ、大事、使用、前、不安、聞く、といった、患者・観察者から見た、IMJTを使用した施術者との関係性について、ポジティブな印象が表されていることから、「使用による信頼関係構築」と名付けた。

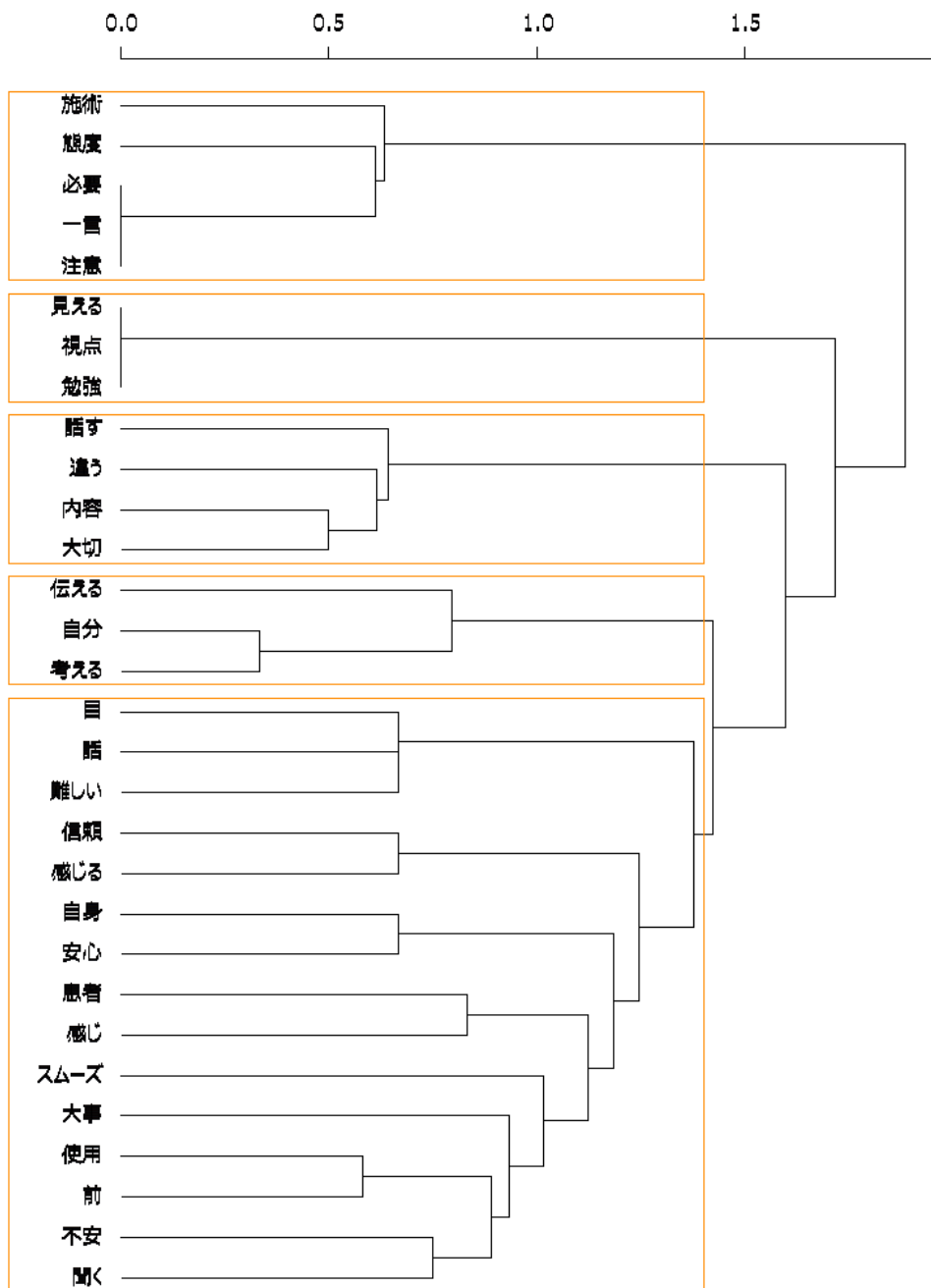


図 9 階層的クラスター分析の結果（患者・観察者）

考察.

IMJT を第一段階で抽出された課題に対応する形で修正し，柔道整復師養成校にて，医療コミュニケーション講義の問診トレーニングとして活用し，学生からの自由記述による評価を得た。

修正後の IMJT は口語表現にすることで、全くの初心者でもすぐに使用することが出来、それぞれの表現に説明を添付しているので理解もしやすい。そのため、初検時に実施すべき 5 つのメソッドに関しては、学生や新規資格取得者の問診トレーニングのツールとして適しているものと考えられる。

今回調査を行った、柔道整復師養成校における医療コミュニケーション講義としての問診トレーニングでは、「施術者」、「患者」、「観察者」の、それぞれの役柄をロールプレイにより実施した。自由記述による施術者としての感想をテキストマイニングにより解析した結果、出現回数 3 回以上の動詞に着目すると「聞く」、「聞ける」、「聞き出せる」という、いずれも患者の話聞く行動に繋がる語が抽出された。共起ネットワーク分析により「使用」、「情報」、「患者」などとの結びつきが抽出され、また「情報 - 詳細」、「症状 - 質問」の共起関係も抽出されていることから、メソッド使用に関して IMJT を使用することにより、患者の情報をより詳細に聞く、聞き出すことが出来るのではないかと考えられる。

対応分析では男女間に差があり、「質問」、「コミュニケーション」、「不安」、「伝える」、「理解」などの語は女性に近く配置されており、感情的な側面を評価としてとらえていることがわかる。IMJT の使用が、質問したり伝えたりといった、コミュニケーションにおける不安を軽減するものと考えられる。対照的に男性は「情報」、「問診」、「簡単」、「施術」などが近く配置され、感情的側面よりも実行内容に関連し、IMJT の使用が施術時の問診に際し、情報をより簡単に取得することが可能、と評価していることが推測される。

患者および観察者としての自由記述結果からは、「聞く」という動詞のみが出現回数 3 回以上の抽出語の中に抽出されている。対応分析では

施術者と同様こちらにも男女差があり、「話す」、「態度」、「安心」、「伝える」、「スムーズ」など、患者とのコミュニケーションから能動的な働きかけを評価する傾向が女性に多くみられ、男性は「信頼」、「感じ」、「注意」、「難しい」、「見える」など印象による評価傾向が多くみられた。

共起ネットワーク分析では、「不安」と「使用」「聞く」、「患者」と「見える」「視点」「勉強」、「感じる - 信頼」、「必要」と「態度」「注意」「一言」「施術」などの繋がりが強くみられた。問診トレーニングのロールプレイを通じ、患者や観察者の役柄を体験することにより、異なる視点から見えるものがあり勉強になること、IMJTの内容は施術時に必要な注意や態度を習得することが可能であり、施術者 - 患者間の信頼を感じられるようになること、また「不安 - 安心」の共起関係から、IMJTの使用は患者の不安を和らげるものであること、などが今回の評価として考えられる。

階層的クラスター分析では、施術者で「施術の困難さ」、「症状の聴取」「使用前よりも聞ける」、「患者の情報を詳細に聞き出せる」というクラスターが分類され、患者・観察者では「施術者の態度」、「視点の違い」、「話す内容の重要性」、「伝えるために考える」、「使用による信頼関係構築」といったクラスターが分類されている。初めてのロールプレイで、施術者として、また患者・観察者として施術者-患者の関係性を見ることにより、施術者としての態度がいかに重要であるか、患者・観察者での視座の違いなどを体感できたようである。

宮城・伊佐による先行研究では、「信頼できる医師の条件」に関する記述統計で、1位：医師が治療の選択についての十分な情報を与えること、2位：治療に関して医師の腕が優れていること、3位：医師がわかりやすく説明すること、4位：医師が治療に関するいろいろなアドバイ

スをしてくれること，5位：医師は治療方針を説明した後に，説明した内容がわかったかどうか確認してくれること，6位：医師が一人の人間として，私のことを尊重してくれること．7位：医師が必要なら他の専門病院を紹介してくれること，8位：医師は私の病名や症状などの医学情報を無断で他の人に漏らさないこと，9位：医師は私の質問に良く応えてくれる，10位：医師が専門家であることに自信を持っていること，が上位10項目となっている⁹⁴⁾．2位の治療に関して医師の腕が優れていること，は患者からして望むべくもない項目であるが，1位から10位に至るまで，言語・非言語による医師のコミュニケーションの有り様というものが，患者の満足度や治療成績に大きく影響を及ぼすものであることがわかる．また，同調査の因子分析では「医師と患者とのコミュニケーションに関する態度」，「医者の外見」，「患者尊重的な態度」の3つの因子が抽出されている．信頼できる医師に影響する第一因子としての「医師と患者とのコミュニケーションに関する態度」は，意思疎通の容易性とも表すことが出来る．受容，共感，傾聴，といったカウンセリングマインドや患者の決断を待つこと，患者の変化に気づくことなどのことであり，医師の人間的な側面とされている．第三因子である「患者尊重的な態度」は，患者を診療する専門的な態度や技術のことである．この結果は，今回の調査で抽出されたクラスターの概念と同義のものであり，IMJTの内容が，より施術者と患者の関係性を重視していることを表している．

近年，医療系大学などでOSCEをはじめとする，医療コミュニケーションスキル習得のための教育プログラムが増加しつつある⁹⁵⁻⁹⁷⁾．問診や患者対応のトレーニングを実施し，ACIRやLUCASといった医師・患者間コミュニケーションスキル評価尺度を用いて評価する，というも

のである。しかしながら問診の項目そのものを口語表現とし、メソッド化したツールの使用は報告されていない。本研究で作成した IMJT は、臨床において柔道整復師が即使用でき、かつ簡便であるという、コミュニケーションツールの可能性を秘めているものと考え。残念ながら現段階で柔道整復師養成校においての問診トレーニングは、医科に比べ大幅に後れを取っていると言わざるを得ない。医師と比べ患者との距離が近い柔道整復師にとって、その教育場面における IMJT の活用は、今後の柔道整復業界への一助となり得るものであると考える。

今後の課題としては、改訂後 IMJT の臨床場面での有用性を調査すること。前回抽出された課題をもとに「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」を修正し、臨床で使用しやすい形へ改訂すること。改訂後のメソッドを臨床場面で調査すること。評価方法の再考などがあげられる。また、本調査では対応分析の結果に性差がみられたことについて、詳細な考察がなされていない。こちらについては今後の追加調査により更なるデータを得、あらためてその内容について考察を深める必要があるものと考え。

3-3. IMJT 第三段階

新たに記述

方法. IMJT および評価用紙

第一段階および第二段階で得られた課題を基に、IMJT の「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」を修正した。修正内容は、課題を踏まえ 5 つの項目すべてを具体的な口語表現へ置き換え、簡便化を図った。修正後の IMJT を以下に記す。

★症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド

3. 新たな理解についての話し合い

症状が長期化し，より心理社会的要因の影響を受けていることが疑われる患者には，相互の負担にならないよう，様子をみながら少しずつ以下のメソッドを実施する．

1)「痛みが長期間取れない場合，ストレスなどが影響していることが多くあります．痛みがある時，どのような感情を感じているか教えていただけますか？」

心理的要因が症状に影響を与えるというメッセージの役割にもなる．

2)「常に不安を感じていたり，抑うつ気分，やる気が出ない，眠れない，起きられない，集中力がない，といった症状を最近自覚することはありますか？」

症状の訴えがある場合，患者様へご説明のうえ BS-POP テストを実施，陽性であれば専門科への受診も勧める．

3)「現在，仕事や人間関係・家族関係など，ストレスとして感じるようなことはありますか？」

最も重要な項目であるが，最も注意が必要でもある．信頼関係を崩さぬよう，言葉遣いや表現に注意して患者様の話を傾聴する．

4)「身体の痛みとストレスの関連について，少しお話させていただきます．」

「身体の症状は身体が原因」という一般的な理解に加え，「ストレスや

神経過敏」などもその反応として、身体に症状を表すことが珍しくないこと、気分の落ち込みは「痛みの閾値」を下げることも説明し、解釈を患者様と共有する。

5)「この症状は〇〇様だけに起こっている特別な疾患というわけではありません。」

患者様の不安を軽減・解消するため、疾病の名称は既知のものであり、特別なものではないということを丁寧に説明する。

修正した IMJT は「初検時に実施すべき 5 つのメソッド」および、これまでのリサーチによって得られた情報とともに一冊の小冊子として作成し（図 1）、北海道内で施術所を開業している柔道整復師 835 名を対象に研究への協力を呼びかけ、本研究の趣旨を理解し賛同を得られた施術者へ評価用紙とともに送付した。期間は 2020 年 8 月中旬より 9 月中旬までの 1 か月間とし、評価終了後は同封した返信用封筒にて筆者へ返信を求めた。

柔道整復師のための問診 (コミュニケーション) ハンドブック



作成者：小川 進

作成者まえがき

運動器の疼痛長期化と心理的要因の関係について

生理学的修復期間を超えて痛みの症状が続く場合には、ご存じの通りいくつかの要因が考えられます。それらは大きく分けて「ケガの重症度」や「職業・姿勢・運動を含めた生活習慣」などの他、近年とても重要視されているのが「**心理的要因**」です。はっきりと目に見えるような、わかりやすいモノではありません。しかし確実に存在し、患者様の回復と私達の行う施術にとり様々な妨げになるということは、多数の研究報告からも確かな事実です。

この小冊子には、柔道整復の臨床において考慮すべき「心理的要因」について、その概要をまとめるとともに、現場で可能となる対処法としての「問診メソッド」を記述してあります。「**初検時に実施すべき5つのメソッド**」と「**症状が長期化傾向の時に実施すべき5つのメソッド**」の二つです。メソッドの基本的な目的は「患者様の理解」「必要な情報の収集」「良好な信頼関係の構築」「適切な助言と教育」です。

今回は、前回ご協力いただいた際に皆様から頂戴したご意見を踏まえ、メソッドをより簡便化し、すべてを実際の口語表現に変えました。日頃、患者様とのコミュニケーションについて、悩まれている先生方、また、施術期間が延び、何となく「心理的要因」を感じながらも、その対処方法に苦慮されていた先生方へ、患者様への表現方法とその説明をセットにした簡便なメソッドとなっております。

先生方それぞれの施術スタイルに合わせ、参考にしていただければ幸いです。

また今回は、心理的要因の中でも特に精神医学的疾患が疑われる可能性のある症例について、その有無をスクリーニングするための、BS-POPというテストも添付いたします。患者様を診る先生方の状況判断に合わせ、どうぞご活用ください。

この小冊子が、現場でご活躍されている柔道整復師の皆様にも、僅かながらでも助力となるツールであること、通院される患者様との良好な信頼関係構築、そして症状の改善に役立つことを、こころより祈念いたしております。

作成者：小川 進



報告されています。BS-POPは、整形外科領域にて「腰痛における精神医学的問題を見つけるための簡易質問票」として使用されているアセスメントツールです。筆者が柔道整復臨床にて調査を行った結果、来院患者の44.3%が陽性でした。精神医学的疾患は柔道整復師の専門外であるため、今後場合によっては柔道整復臨床においても、**精神科・心療内科ヘリファアサー**という新たな「**医接連携**」が必要となるでしょう。

③ 痛みの症状があるのに運動がやめられない患者様について

痛みが長期化すると、そのストレスから不安・抑うつ・焦燥などの精神症状が現れ、身体活動量が低下し、ADLやQOLに悪影響を及ぼすことが少なくありません。「破局的思考」と呼ばれる症状ですが、これとは逆に「**趣味の運動**」をやめられない患者様が存在します。なぜ運動をやめられないのか？ それは運動そのものが「快感」となり、その快感を求めため運動をやめられないという「**運動依存**」の状態だからです。また、ジムやサークルでの人間関係が、運動をやめられない要因になっている場合もあり、それらは複雑に絡み合っているのです。こうした患者様には、その背景となる動機に理解を示したうえで、信頼関係を損なわぬよう説得することが必要となります。

④ 医療従事者の対応について

疼痛症状が長期化する心理的要因の一つに、私達「**医療従事者の対応**」があります。これは、患者様に対する医療従事者の態度や言動そのものが、痛みの持続に影響を与えるというものです。医療従

柔道整復臨床における心理的要因について

心理的要因が疼痛長期化に影響を及ぼしている場合、どのような特徴があるのでしょうか？ ここでは、そういった患者様への理解を深める意味も含め、柔道整復臨床に来院される患者様の「心理的要因」について概説いたします。

運動器の疼痛長期化に関連する「心理的要因」

① 本人の自我状態

慢性疼痛と性格傾向の関連については多数の調査がなされており、特に「内向的で神経症的傾向がある」「一般人と比較して自己愛性の傾向がみられる」「要求水準が高い傾向がある」などの結果が報告されています。筆者が調査した、「**柔道整復臨床における疼痛長期化と自我状態の関連**」においては、「**自他への要求水準が高い**」という傾向が確認されました。疼痛が長期化している患者様は、このように「**こころの余裕が少なくなっている状態**」であることを、どうかご理解ください。

② 精神医学的疾患の有無について

慢性疼痛を患っている患者様の中には、精神医学的疾患として「**不安**」や「**抑うつ**」、「**失感情症**」などの合併が、しばしばみられることが明らかとなっています。とある研究では、整形外科に来院される慢性腰痛患者をBS-POPというテストでスクリーニングしたところ、「**80%以上に精神医学的疾患の可能性あり**」という結果であったと

事者とのコミュニケーションが上手くいかなければ、私達施術者が医原性のストレス者となってしまい、患者様は不信任を抱き緊張が解けません。その結果、患者様は安心して施術を受けることが出来ませんし、痛みの症状も緩和されにくくなってしまいます。患者様とのコミュニケーションが上手く取れなければ、当然のことながら信頼関係の構築は難しいでしょうし、悪くすればSNSなどでのトラブルに繋がってしまうことも大いに考えられるでしょう。施術の効果を向上させるため、またコミュニケーショントラブルを回避するためにも、日々の対応に気を配ることが必要となります。特に本メソッドでは、患者様への口頭による表現を主体にしておりますが、人間の印象は**非言語的コミュニケーション**(表情・しぐさ・態度など)によるものが大きいのです。本メソッドを使用したコミュニケーションに加え、このような非言語的な部分にも、配慮していただけたらさらに効果的でしょう。

医療コミュニケーションの今

他の医療系の大学・専門学校(医師・薬剤師・看護士など)では、すでにこういった「**医療コミュニケーション**」に対応したカリキュラムが生まれ、学生の教育が進んでいます。しかし柔道整復領域では出遅れているのが現状です。この小冊子は、これまで柔道整復領域で注目されていなかった、「**医療コミュニケーション**」に焦点を当てたものであり、先生方がこれまで培われてきた貴重な技術に加え、「**より患者様への理解を深めるためのきっかけとなるツール**」とご理解いただけましたら幸いです。

患者様とのコミュニケーションにおいて 全体を通して常に注意すべきこと

患者様の感じている症状は
常にリアルであることを忘れない

患者様の感じている症状が本物であることを承認する

「心理的要因の関与」や「精神医学的疾患の有無の可能性」は、施術者が患者様に先入観を持ちレッテルを張るための情報ではありません。また、症状の否定や疑義は、「病人として扱われていない」という意識を生み出す。信頼関係が崩れ、Drショッピングの要因にもなるので注意が必要です。



専門性を持った説明と疾病の承認

⑤ 検査結果を詳細にフィードバックする

- 身体の中の部分がどうなっていて、現在の症状に結びついているのか？
- 施術方法はどのようなものであるのか？
- 施術によりどのような回復過程を辿ると考えられるのか？
- 患者が特定の疾患を想像して見立てが違う場合、どのように違うのか？
- どのような異常がなかったのか？

これらを、専門性を持ちつつ、わかりやすい言葉で説明する。

→特に患者様が自身を特定の疾患と信じている場合、検査結果がその疾患と違っても、「どのような異常がなかったのか」専門性を持って説明することで、患者様が持つ「疾病に対する誤った認知」を修正するきっかけとなります。

柔道整復師のための問診メソッド

Interview Methods for Judo Therapist (IMJT)

★初検時に実施すべき5つのメソッド★

患者の理解と情報・認識の相互共有

- ①「本日はどうされましたか？」
(いつ・どこで・身体の中の部分を・どのようにして)
「今はどのような症状を感じていますか？」
「今回のケガでどちらかの病院・整骨院にかかられましたか？」
(何と言われ、何をされたか)
→全身の身体症状を把握することで、患者様も自分自身の症状を認識できます。症状への恐怖を和らげる効果もあります。
- ②「今の症状は日常生活にどのような支障をきたしていますか？」
→訴える症状がどの程度日常生活に支障をきたしているか聴取します。
- ③「今の症状で、何らかの疾患を想像しましたか？」
→どのように症状を認知し、どのように疾病を把握しているか理解することで、患者様がどのように症状と向き合っているかの手がかりとなります。
- ④「それではこれから症状のある所を中心に検査いたします」
→訴える症状に焦点を当てた検査を行うことで、患者様が「自分の話をしっかり理解し、丁寧に診てくれている」と感じます。と同時に「いい加減な診療だから良くならない」という考えを予防することにもなります。

★症状が長期化傾向の時に実施すべき5つのメソッド★

新たな理解についての話し合い

症状が長期化し、より心理社会的要因の影響を受けていることが疑われる患者には、相互の負担にならないよう、様子をみながら少しずつ以下のメソッドを実施する。

- ①「痛みが長期間取れない場合、ストレスなどが影響していることが多くあります。痛みがある時、どのような感情を感じているか教えていただけますか？」
→心理的要因が症状に影響を与えるというメッセージの役割にもなります。
- ②「常に不安を感じていたり、抑うつ気分、やる気が出ない、眠れない・起きられない、集中力が低い、といった症状を、最近自覚することはありますか？」
→症状の訴えがある場合、患者様へご説明のうえBS-POPテストを実施、陽性であれば専門科への受診も勧めましょう。
- ③「現在、仕事や人間関係・家族関係など、ストレスとして感じるようなことはありますか？」
→最も重要な項目ですが、最も注意が必要でもあります。信頼関係を築くため、言葉遣いや表現に注意して患者様の話を傾聴してください。

4 「身体の痛みとストレスの関連について、少しお話をさせていただきます。」

→「身体の症状は身体が原因」、という一般的な理解に加え、「ストレスや神経過敏」などもその反応として身体に症状を表すことが珍しくないこと、気分落ち込みは「痛みの関連」を下げることも説明し、解釈を患者様と共有します。

6 「この症状は〇〇様だけに起こっている特別な疾患というわけではありません。」

→患者様の不安を軽減・解消するため、疾病の名称は既知のものであり、特別なものではないということを丁寧に説明します。



BS-POPとは

brief scale of evaluation of psychiatric problems in orthopedic patients

BS-POPは、現在整形外科領域において、主に腰部疾患患者に対し心理社会的因子としての精神医学的疾患の関与を評価するためのツールとして使用されており、治療前にあらかじめ治療に対する満足度を予測できる可能性も示唆されているものです。

BS-POPは患者用・医師用の2種類からなり、患者用は10項目、医師用は8項目で構成されています。それぞれ1項目につき段階的に1点から3点で評価し、最終的に総合した得点が高いほど精神医学的関与の疑いありと判定されます。

判定は・・・

医師用が10点以上+患者用15点以上なら陽性
または、医師用のみ11点以上でも陽性 となります。

陽性→何らかの精神医学的疾患が関与している疑いあり
陰性→何らかの精神医学的疾患が関与している疑いなし

患者様は、自分に「精神医学的疾患が関与している」とは思ってもいない場合がほとんどです。ですのでBS-POPを使用する際には、患者様との信頼関係を崩さぬよう、「痛みとこころ」の関連をしっかりとご説明頂いたうえで、納得を得られた患者様に実施してください。

■医師に対する質問項目

質問項目	回答と点数		
①痛みのとざれることはない	1.そんなことはない	2.時々とざれる	3.ほとんどいつも痛む
②患部の示し方に特徴がある	1.そんなことはない	2.患部をさする	3.指示がないのに衣服を脱ぎ始め患部を見せる
③患部全体が痛む	1.そんなことはない	2.時々	3.ほとんどいつも
④検査や治療をすすめられたとき、不機嫌、怒怒的、または理屈っぽくなる	1.そんなことはない	2.少し拒否的	3.おおいに拒否的
⑤知覚検査で刺激すると過剰に反応する	1.そんなことはない	2.少し過剰	3.おおいに過剰
⑥病状や手術について繰り返し質問する	1.そんなことはない	2.時々	3.ほとんどいつも
⑦治療スタッフに対して、人を見て態度を変える	1.そんなことはない	2.少し	3.著しい
⑧ちょっとした症状に、これさえなければとこだわる	1.そんなことはない	2.少しこだわる	3.おおいにこだわる



■患者さんに対する質問項目

質問項目	回答と点数		
①泣きたくなったり、泣いたりすることはありますか	1.いいえ	2.時々	3.ほとんどいつも
②いつもみじめで気持ちが浮かないですか	1.いいえ	2.時々	3.ほとんどいつも
③いつも緊張して、イライラしていますか	1.いいえ	2.時々	3.ほとんどいつも
④ちょっとしたことが腹(しゃく)にこたわって腹がたちますか	1.いいえ	2.時々	3.ほとんどいつも
⑤食欲は普通ですか	3.いいえ	2.時々なくなる	1.ぶつう
⑥1日の中では、朝方がいちばん気分がよいですか	3.いいえ	2.時々	1.ほとんどいつも
⑦料となく寝れますか	1.いいえ	2.時々	3.ほとんどいつも
⑧いつもと変わりなく仕事ができますか	3.いいえ	2.時々やれなくなる	1.やれる
⑨睡眠に満足できますか	3.いいえ	2.時々満足できない	1.満足できる
⑩痛み以外の理由で寝つきが悪いですか	1.いいえ	2.時々寝つきが悪い	3.ほとんどいつも

添付したBS-POPテストは、「大日本住友製薬-医療情報サイト」よりフリーダウンロードとなっている「BS-POPチェックシート-腰痛における精神医学的問題を見つけるための簡易質問票」をダウンロードし、使用しています。使用に関しましては、大日本住友製薬様より許可を頂いております。

作成者あとがき

この小冊子では、身体の痛みと心との関連についてと、私達柔道整復師が臨床においてどのような点に注意すべきか、また実際その対処として、どのように患者様とコミュニケーションを取っていくと、「患者様の理解」「必要な情報の収集」「良好な信頼関係の構築」「適切な助言と教育」へとつながり、双方の負担が軽減なるのか、について記述しました。

内容につきましては、現在先行研究で明らかとなっている調査結果と、それらをもとに私が新たに調査した結果を踏まえ、「科学的根拠」のあるものとして作成しております。

この小冊子が僅かでも臨床に立つ先生方のお役に立ち、今後の柔道整復業界が、より明るく、より患者さまから望まれる団体へと発展いたしますことを心から祈念しております。

作成者：小川 進



図 1 作成した小冊子

修正後の IMJT および評価用紙は、あらかじめ本研究の趣旨を理解し賛同の得られた開業柔道整復師 11 名，柔道整復師養成校教諭 1 名へ送付し，2020 年 7 月 1 日より 7 月 31 日までの 1 か月間，内容についての検討を依頼した．その結果 IMJT，評価用紙ともに内容的妥当性を確認している．また，評価用紙の内的整合性はクロンバックの α 係数を用いて検証した．その結果，合計点は検者間で高い信頼性を認めた ($\alpha = 0.94$)．評価項目を表 1 に記す．

統計解析は，返信された評価用紙から，属性およびそれぞれの質問項目について，平均値および標準偏差を求め，質問項目 2 および 3，4 および 5，6 および 7，8 および 9 については，それぞれを対応のある t 検定により，有意水準 5% として解析を行った．

表 1 IMJT 作成に関する評価用質問紙

IMJT 作成に関する評価用質問紙

年齢 才 性別 男・女 免許取得後 年 開業後 年

以下の質問に対し、該当する回答へを入れお答えください

1. 運動器の疼痛症状長期化に、心理的要因が関連することを知っていましたか？

知っていた ・ 知らなかった

2. IMJT 使用前の、ご自身のコミュニケーション能力を、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 低い まあまあ低い どちらでもない まあまあ高い 高い

3. IMJT 使用後の、ご自身のコミュニケーション能力を、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 低い まあまあ低い どちらでもない まあまあ高い 高い

4. IMJT 使用前の、患者様との信頼関係構築度合いを、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 低い まあまあ低い どちらでもない まあまあ高い 高い

5. IMJT 使用後の、患者様との信頼関係構築度合いを、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 低い まあまあ低い どちらでもない まあまあ高い 高い

6. IMJT 使用前の、患者様からの情報取得について、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 取得できていない どちらともいえない 取得できている

7. IMJT 使用後の、患者様からの情報取得について、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
 取得できていない どちらともいえない 取得できている

8. IMJT 使用前、患者様をどの程度理解できていたと感じるか、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
理解できていない どちらともいえない 理解できている

9. IMJT 使用后、患者様をどの程度理解できていると感じるか、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
理解できていない どちらともいえない 理解できている

10. IMJT を臨床で使用してみて、感じられた利便性を、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
不便 まあまあ不便 どちらでもない まあまあ便利 便利

11. IMJT を臨床で使用してみて、感じられた有用性を、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
不用 まあまあ不用 どちらでもない まあまあ有用 有用

12. IMJT が臨床で使用するツールとして、適しているか否か、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
適していない どちらともいえない 適している

13. IMJT が柔道整復師の教育に、教材として適しているか否か、0~10 の段階でご評価ください

0□ 1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□
適していない どちらともいえない 適している

14. ご意見・ご感想等、ご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました、ご質問等ございましたら下記へどうぞ

こころ整骨院・小川進 TEL : 0155-26-2125

結果.

調査協力の承諾が得られた柔道整復師は 112 名であり，そのうち評価用紙の返信があったものは 73 名（男性 71 名・女性 2 名）で，評価用紙の回収率は 65.1%であった．平均年齢は 51.79 歳±9.24，免許取得後平均年数は 28.36 年±11.66，開業後平均年数は 20.57 年±10.35 という結果であった．「運動器の疼痛症状長期化に，心理的要因が関連することを知っていましたか？」では，「知っていた」が 66 名，「知らなかった」が 6 名であった．IMJT 使用前と使用後を比較した，質問項目 2 から 9 までの平均値と標準偏差を，表 4 に記す．

表 4 質問項目 2～9 の平均および標準偏差

質問	2	3	4	5	6	7	8	9
平均	5.96	7.21	6.63	7.47	6.49	7.63	6.38	7.60
SD	1.60	1.41	1.38	1.36	1.45	1.39	1.32	1.22

「自身のコミュニケーション能力」に関する使用前後の自己評価について質問項目 2（使用前）と 3（使用後）で対応のある t 検定にて算出した結果，t 値は -7.73 ($p < 0.01$) であった．「患者との信頼関係構築度合い」に関する使用前後の自己評価を示す質問項目 4（使用前）および 5（使用後）で対応のある t 検定にて算出した結果，t 値は -5.59 ($p < 0.01$) であった．「患者からの情報取得」に関する使用前後の自己評価について質問項目 6（使用前）および 7（使用後）で対応のある t 検定にて算出した結果，t 値は -6.16 ($p < 0.01$) であった．「患者の理解」に関する使用前後の自己評価について質問項目 8（使用前）および 9（使用後）で対応のある t 検定にて算出した結果，t 値は -7.89 ($p < 0.01$) であった．本調査ではそれぞれの解析において，IMJT 使用後の値が有意に高

値であった。

「IMJT を臨床で使用してみて感じられた利便性」では、平均が 7.69 ± 1.40 であり、IMJT を臨床で使用してみて感じられた有用性では、平均が 7.85 ± 1.55 であった。また、IMJT が臨床で使用するツールとして適しているか否か、という質問では、平均が 8.21 ± 1.48 であり、IMJT が柔道整復師の教育に教材として適しているか否か、という質問では、平均が 8.58 ± 1.40 であった。

考察。

今回の調査結果から、質問項目 2 および 3 の「自身のコミュニケーション能力」を IMJT 使用前後に解析した結果は、使用後に自己評価が有意に高値となった。この質問は臨床でのコミュニケーション能力の自己評価を前提としているものであるが、IMJT の使用は使用者のコミュニケーション能力を向上させたと実感させ得るものである、と考えられる。

質問 4 および 5 の「患者との信頼関係構築度合い」を IMJT 使用前後に解析した結果、こちらも使用後に自己評価が有意に高値であった。問診に代表される「医療面接」の目的のひとつには、もちろん「信頼関係の構築」も含まれるものであり、施術場面における患者満足度に影響を与えることは想像に難くない。今回の調査結果は、IMJT を使用することで、臨床柔道整復師が「患者との信頼関係の構築度が高い」と実感しているものであることが推測できる。

質問 6 および 7 の「患者からの情報取得」について IMJT 使用前後に解析した結果、使用後に自己評価が有意に高値となった。こちらも「医療面接」の目的として必須となる項目である。患者からより多くの情報を取得できるということは、より多くの選択肢から施術方法を選択でき

ることにも繋がるものであり、診断の正確性も増すものと考えられる。

質問 8 および 9 の「患者の理解」では、IMJT の使用前後を解析した結果、使用後で有意に高値であった。「患者の理解」とは抽象的であいまいな表現ではあるものの、「相互に理解を深めつつ、治療上のパートナーシップを短時間のうちに築き上げていく」という、医療面接の目的において中核となる部分である。本調査では自己評価において、IMJT の使用が患者を理解することに役立つと感じられたということと推察する。

IMJT 使用前後での数値を、対応のある t 検定にて解析し、得られた本調査の結果は、いずれも IMJT 使用後で有意に高値となるものであり、質問 10 の「臨床での利便性」および 11 の「臨床での有用性」、そして 12 の「臨床使用に適しているか」について、それぞれ平均 7.69 ± 1.40 (質問 10)、 7.85 ± 1.55 (質問 11)、 8.21 ± 1.48 (質問 12) という高い数値を、結果として表しているものと考える。

医療提供者の患者に対する情報提供や、コミュニケーション量（時間や言葉の数）の増加は、有意に患者満足度を上昇することが明らかとなっている⁹⁴⁾。今回の調査では IMJT の使用が、患者の施術における満足度を上昇させ得るものか、という内容までは明らかとなっていない。患者側の視点に立った IMJT というツールの評価は、今後の課題の一つであろう。本調査では質問 13 の「柔道整復師の教材として適しているか否か」で、平均が 8.58 ± 1.40 と高値となる結果であった。IMJT 作成の第二段階と同様に、柔道整復師養成場面でのツールの有用性について高評価を得られたことは、今後の柔道整復領域にとって IMJT が、教育の一方法として適していることを再確認できたものと考える。

今後の課題として、これまでの調査はメソッドを使用する柔道整復師

を中心に実施していたものであるため、患者からの評価が行われていない。今後は患者へのインタビュー調査や、模擬患者を設定しての調査などを実施し、評価を得る必要があるものと考える。また、上述したとおり、教育場面における IMJT の有用性を更に評価する、といった調査も必要であろう。IMJT 小冊子作成上の重要課題としては、今回作成した小冊子には、作成当時に心理社会的要因の一つとして「精神医学的疾患」という文言を使用していたため、全文にわたり「精神医学的疾患」という文言が随所に現れる。しかしながら「精神医学的疾患」という文言は、一般には「精神的な疾患・病気」を連想させるものであり、患者 - 施術者間において不用意な態度や偏見を抱くことにも繋がりにかねない。よって小冊子に記述する、「精神医学的疾患」をはじめとした精神医学に関する専門用語、また BS-POP 陽性者の解釈については、今一度すべてを洗い直し、その取り扱いや表現には細心の注意を図り記述する必要があるものと考える。

最終章. ～総合考察～

本章では、本論文におけるこれまでの記述内容を整理し、総括を行うとともに今後の課題について検討する。

1. リサーチクエスチョンの検証結果

課題 1) は、筆者が放送大学大学院修士課程在籍中に実施した研究である。疼痛は不快な情動体験であるため、感じ方も人それぞれである。であるならば、その人個人の性格傾向（パーソナリティ）は柔道整復臨床における慢性疼痛と関連があるのか、という疑問についてエゴグラムを用い明らかにするための調査であり、結果として慢性疼痛とエゴグラムは関連があることが示唆された。

特にエゴグラムの CP が高値であることと、FC が低値であることと、持続する疼痛の有無に関連がある可能性が示唆されたものである。疼痛とエゴグラムとの関連については、木島らによる、治療方略を事前可能とするエゴグラムによる自我分析で、女性において VAS と NP および CP に正の相関が確認されているが³⁹⁾、今回の調査では NP の有意な関連は確認されなかった。しかしながら施術期間後のエゴグラムにおいて、CP が低値となる傾向は、本調査における新たな発見といえる。

エゴグラムの変化に関しては、様々な交絡因子が存在し、社会生活での精神的苦痛が身体的疼痛に影響を与える事実からも、日常生活での出来事が影響した可能性も無視はできない。ゆえに今回の調査対象となった、疼痛の有無や施術期間について、その影響を決定づけるには至らない。しかしながら本調査にて明らかとなった情報は、柔道整復の臨床においても、疼痛の長期化傾向である患者を施術者が理解するうえで、必要となるものと考えられる。

課題 2) となる、柔道整復臨床に来院する患者に、精神医学的問題の

関与が疑われる事例が存在するのか，では，BS-POPを用いて，柔道整復臨床における運動器疼痛患者の，精神医学的問題の可能性の有無を調査した．BS-POPは整形外科領域にて使用されているツールであり，こちらも比較的簡便に調査を実施することが可能である．本ツールを用いた理由は，手続きが簡便だからというだけではなく，整形外科と柔道整復領域は，その業務範囲の一部において重複しているためであり，必然的に柔道整復臨床においても，運動器の疼痛を抱える患者に精神医学的問題関与の可能性がある者が疑われるため，患者利益のため，臨床柔道整復師のためにも，その存在を調査することを目的とした．

慢性疼痛の心理社会的要因の一つとして精神医学的問題があげられる．整形外科における調査で，慢性腰痛を主訴とする患者115例にBS-POP実施した結果，109例（94.8%）で陽性という結果が出ている事実から，柔道整復臨床を訪れる患者の中にも，精神医学的問題の関与が疑われる症例が存在することは，想像に難くない³⁶⁾．もし柔道整復臨床を訪れる患者にも存在するのであれば，患者利益のためにも，然るべき専門医療機関へのリファーも考えなければならない．

結果は実施対象患者の，44.3パーセントに関与の疑いのあることが明らかとなった．これまでの柔道整復臨床では，医接連携として整形外科・外科との連携を重視してきた歴史がある．それは，骨折や脱臼の施術が応急手当のみ可能で，継続しての施術には医師の同意が必要となるからであり，その医師は整形外科または外科と診療科が限定されているためである．しかしながら今後は，運動器の疼痛症状に潜む心理社会的要因も考慮し，精神科・心療内科などとの新たな医接連携も視野に入れる必要があるということが示唆されたことは，本調査結果による新たな発見といえる．

課題 3) の，運動器に疼痛症状を抱えながら運動を続ける人は，どのような動機で運動を継続しようとするのか，の検討は，柔道整復臨床に来院する，「運動器に疼痛症状を抱えながらも運動を継続する患者」の，自らの回復を妨げる行動に疑問を抱き，実施した調査である。

柔道整復の臨床において，運動を継続したまま症状を改善するというのは，困難を極める施術である。開業している柔道整復師であれば，およそ誰もが経験している施術上のジレンマであろう。疼痛は，そのものがストレスともなりうるものである。であるならば，疼痛というストレスを抱えながら，疼痛の要因となる運動を継続する人には，特徴的な対処方略が存在するのか，そしてどのような動機で運動を継続しているのか。これらを明らかにするため，今回 CISS を使用した調査，アンケートによる調査，そしてインタビューによる調査を行った。その結果 CISS による調査では，日本人平均値と比較し複数の尺度において有意に低値を示した。この結果から，調査対象となった方々に，ストレスへ対処しなければならぬような，何かしらの義務や義務を伴う社会的役割というものが少なかった可能性が考えられる。今回の調査においては，CISS によって示される対処パターンについて，明確な傾向は見いだされなかったものの，今後は調査対象を増やし対処傾向を類型化するなど，その特徴を明らかにすることが課題となる。アンケートによる調査の結果では，身体に疼痛症状を訴えつつ運動を継続している人は，運動依存である可能性が示唆された。それとともにインタビューによる調査の結果から，運動依存に類する表面的な動機の外，運動の場におけるコミュニティの存在が，運動継続の動機として共存している可能性が示唆された。これは，本調査による新たな発見といえる。また本検討内容から，柔道整復臨床において，当該患者を迎え施術を継続する施術者には，当該患

者に対しネガティブな感情を抱きやすい傾向にあることも明らかとなっている。

当該患者の施術に際しては、本調査の結果を踏まえ、患者とのコミュニケーションの中で教育的なアプローチが必要であり、加えて、施術者自身のストレスマネジメントも必要となるであろう。

課題 4) では、これまでの調査に対するひとつの解として、「柔道整復師の対応」を目的とした、柔道整復師が臨床で使用できる患者対応マニュアルを作成し提案した。その一連のプロセスを振り返ると、このメソッドの第一段階は、デンマークの一般開業医向けの患者対応トレーニングプログラムである TERM、および岡田らの和訳されたマイクロスキルを参考（一部引用）に作成したものである。作成に際しては患者の心理社会的要因を中心として捉え、外傷（整形外科的傷病）で来院した患者へ、初検から対応するという前提のもと症状の時系列に沿って内容を整理した。中野らは医療面接の目的を、患者の語る言葉から医学的に必要な情報を入手し、信頼関係の構築、意思決定の共有や患者の情緒面への対応、疾患・治療に関する行動の支援など相互に理解を深めつつ、治療の上でのパートナーシップを短時間のうちに築き上げていくこと、としている⁵⁵⁾。作成した IMJT は、その目的という意味で一致しているものと考えられる。

第一段階は作成とともに、北海道内の開業柔道整復師を対象として、メソッドの内容について一次評価を聴取しまとめたものと、理論的サンプリングにより抽出した開業柔道整復師に対するインタビューを評価の補完的材料として使用し検討した。結果は概ね高評価ではあったものの、完成には多くの課題が浮き彫りとなった。しかしながら、メソッドが臨床柔道整復師用としてだけでなく、教育や新人研修の現場におい

て有用となる可能性を示せたことは、今後の方向性を考えるうえで大いに参考となった。

第二段階では、第一段階で抽出された課題をもとに IMJT を修正し、項目数を減らすとともに口語表現に置き換え、メソッド使用時の簡便化とメソッドのオリジナル化を図った。作成したメソッドは、今後必要となるであろう教育領域においての有用性を検討するべく、柔道整復師養成校にて「医療コミュニケーション特別講義」として実習を行った。その結果、学生が体験した「施術者」の意見として IMJT の使用は、患者の情報をより詳細に聞き出すことが出来、問診における不安も軽減する、ということが示唆された。また学生が体験した「患者・観察者」の意見としては、IMJT の内容が施術に必要な注意や態度を習得可能とするものであり、信頼関係の構築に役立つもの、であることが示唆された。

第三段階では第一、第二段階で抽出された課題をもとに IMJT の「症状が長期化傾向の時に実施すべき 5 つのメソッド」を修正し、同時にこれまでの調査で得られた情報を一つにまとめた小冊子を作成した。

作成した小冊子は北海道内の臨床柔道整復師へ協力を依頼し、内容について評価を得た。また、IMJT の項目それぞれと評価用紙については、その内容的妥当性をあらかじめ確認し、評価用紙の内的整合性はクロンバックの α 係数を用いて検証、合計点は検者間で高い信頼性を認めた。

評価結果は使用前後を比較する質問項目すべてにおいて、使用後の評価が有意に高値となる結果であったとともに、IMJT の臨床現場および教育場面においての有用性をあらためて確認することが出来た。

IMJT 作成の一連のプロセスを図解化したものを以下に記す（図 1）。

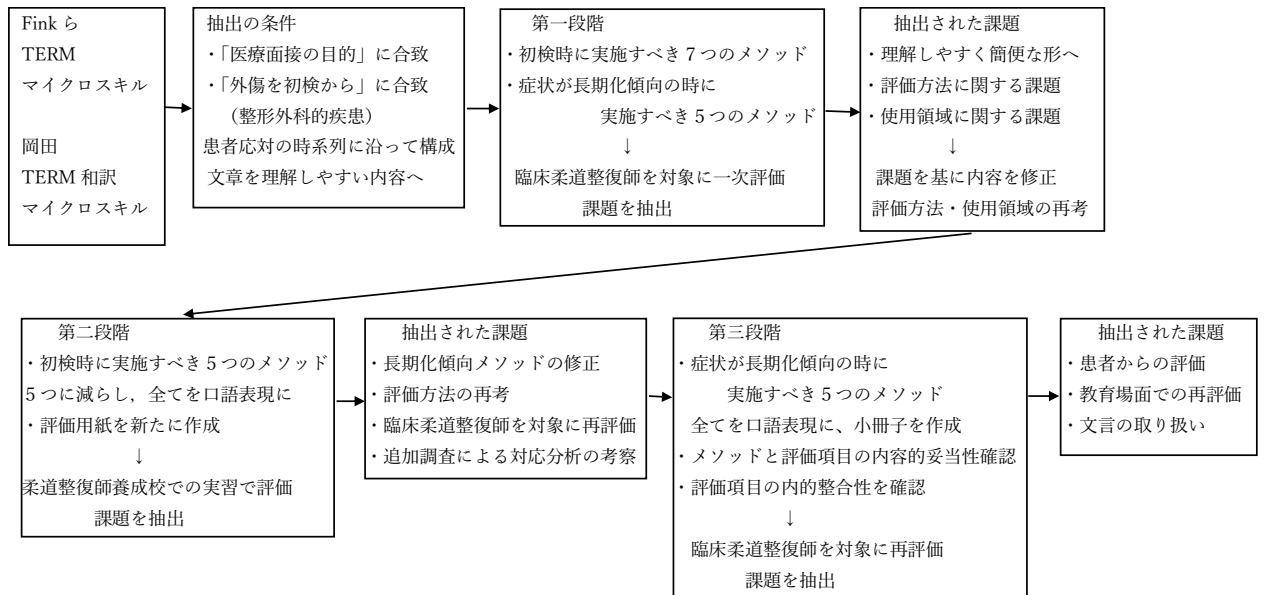


図 1 IMJT 作成プロセス図

2. 結果の整理とまとめ

序章では、本研究の背景となる慢性疼痛の概況と、関連する心理社会的要因の存在について論じた。加えて柔道整復師という業種の概説と、運動器の疾患を取り扱う柔道整復臨床においても、昨今、疼痛の長期化への対応は課題となっており、そこには心理社会的要因が存在することが推測される、ということについて記述した。本研究では柔道整復臨床領域において、未だ明らかとなっていない、運動器の疼痛長期化と心理社会的要因の関連を、いくつかの調査を実施することで明らかとし、柔道整復臨床において可能となる、現実的な対処法を検討することを目的としている。

第 1 章では「痛みの理解」について解説した。運動器の疼痛について、神経障害性疼痛、心因性疼痛、侵害受容性疼痛をそれぞれ解説し、慢性疼痛について、心理的因子の影響および脳の機能的側面から記述した。加えて、柔道整復臨床における疼痛長期化の要因を、その業務範囲の中

で疼痛症状の長期化が最も多い，筋・腱等軟部組織損傷から解説し，心理社会的要因との関連について記述した．また，第1章では「慢性疼痛と心理社会的要因」について先行研究を中心に解説し，医療従事者と患者とのコミュニケーションの重要性を記述した．また，それまでの記述から本研究での課題を抽出した．

抽出された課題は下記の4項目である．

- 1) 柔道整復臨床において，来院する患者の慢性疼痛とパーソナリティに何らかの関連が見られるかを調査する．
- 2) 柔道整復臨床に来院する患者に，精神医学的問題の関与が疑われる事例が存在するのかを調査する．
- 3) 運動器に疼痛症状を抱えながら運動を続ける人は，どのような動機で運動を継続しようとするのかを調査する．
- 4) 実際の患者とのやりとりである「問診」の内容をメソッド化し，臨床に立つ柔道整復師の誰もが，患者から必要な情報を得，回復のための助言をし，良好なコミュニケーションを図れるツールを作成する．また作成したツールについて，臨床柔道整復師および養成校の学生より評価と課題を得る．

抽出された課題の1)～3)は，柔道整復臨床において，疼痛が長期化傾向にある患者に，心理社会的要因が関与していることを明らかとし，患者への理解を深めるためのものであり，課題の4)は，柔道整復臨床において可能となる，現実的な対処法を検討したものである．

外傷に由来する侵害受容性疼痛を主に取り扱う柔道整復臨床において，疼痛長期化に伴い交錯する侵害受容性疼痛以外の疼痛メカニズムを理解し，日々の臨床における疑問点を抽出することは社会的に意義のあることと考える．疑問点を整理し，その一つ一つに解をもたらすことは，

臨床で活躍する柔道整復師への情報として役立つであろうし、患者も不利益を被ることがないよう、予防策として役立つであろう。

第2章および第3章では、抽出された課題の1)～4)について実際の検討を行った。リサーチクエスチョンの検証結果については先述したとおりである。

3. 総括と課題

本論文は、昨今医科における慢性疼痛治療にて注目されている心理社会的要因について、柔道整復臨床という現場における存在とその対応を検討したものである。整骨院・接骨院が日本の医療の歴史において、施術を望む市民のために活躍してきたのは歴然たる事実である。

現在、整骨院・接骨院の開業件数は増加の一途を辿っており、平成10年に2万3千件程度だったものが、平成26年には4万5千件以上となっている¹⁵⁾。しかしながら柔道整復施術療養費は、国民医療費が増加し続けている中においても減少傾向である⁹⁸⁾。このような経済的側面から、施術所を閉院しなければならない柔道整復師も増加しつつある中において、柔道整復師が存在する社会的意義を模索していかねばならない。二律背反的な現状ではあるが、患者の利益を第一に考え、また施術者自身のストレスを僅かでも軽減しながら、医療の担い手の一職種として社会に貢献する。そのために今後は器質的な要因ばかりではなく、心理社会的要因にも目を向けることが必要であり、また柔道整復領域においてもパラダイムシフトが必要となるであろう。

これまでの柔道整復領域は、患者の器質的要因のみに着目し、施術を行ってきた。しかしながら現在の日本国民には、心理社会的要因が中心となる運動器の疼痛慢性化が増加している。それは痛みの器質的なシス

テムばかりではなく、痛みが心理現象であるがゆえの生理学的システムに目を向ける必要があるということである。日本の医療の中心概念がキユーアからケアへとパラダイムシフトして久しいが、痛みの心理的システムともいえる本領域について、未だ柔道整復臨床はその対応が立ち遅れていると言わざるを得ない。

柔道整復師の先人たちは、器質的な要因に対応するべく研鑽を重ね、今日の業界の立場を確立してきた。しかし図らずもその過程において、柔道整復師の市民に対するアドバンテージとなっていたのは、施術者 - 患者の距離感である。患者が我々柔道整復師の施術所を訪れる理由には、技術はもちろん「手をかけてくれるから」、「気軽に相談できるから」、「通いやすいから」といった、患者との厚い信頼関係が構築されているからに他ならない。柔道整復師は身体を使ったコミュニケーションで患者を癒し、同時に柔道整復師は、言葉を使ったコミュニケーションでも患者を癒すことが可能なのである。図2は患者との信頼関係を象徴する結果であり、2019年8月から9月にかけて、IMJT評価の協力を得られた施術所にて、患者171名から得られたものである。柔道整復師を取り巻く社会的な現状は厳しさを増しつつある。しかしながらその中において、そのアドバンテージを自ら手放すわけにはいかないのである。

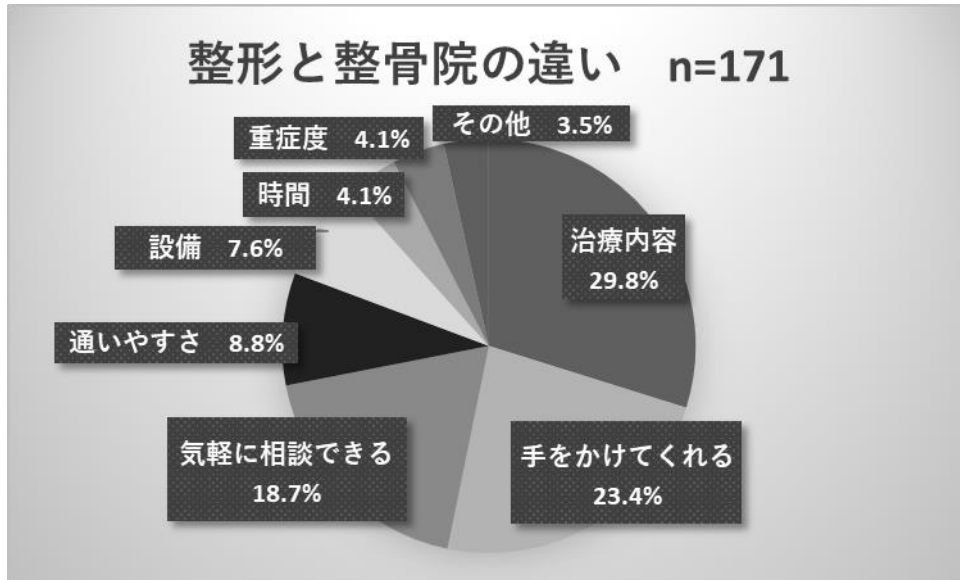


図 2 整形外科と整骨院の違い（2019）

侵害受容性疼痛へ技術的に対応してはきたものの、慢性疼痛には他の要因が複雑に絡み合い、防ぐこと、改善することが容易ではなくなった昨今、柔道整復臨床においても患者の心理社会的要因に着目し、我々施術者自身が要因の一つとならないよう患者とのコミュニケーションに注意し、より一層強固な信頼関係を築く必要がある。そのために本研究を通じ作成した IMJT が、一つの方法として柔道整復領域に役立つことがあれば幸いである。柔道整復はその基本理念として、古くからキュアとともにケアの精神をも持ち臨床へ向かっていた。今一度その精神の重要性に着目し、知識と技術として患者との距離をコントロールすることにより、患者の疼痛症状が慢性化することを予防できる可能性があるものと考え（図 3）。

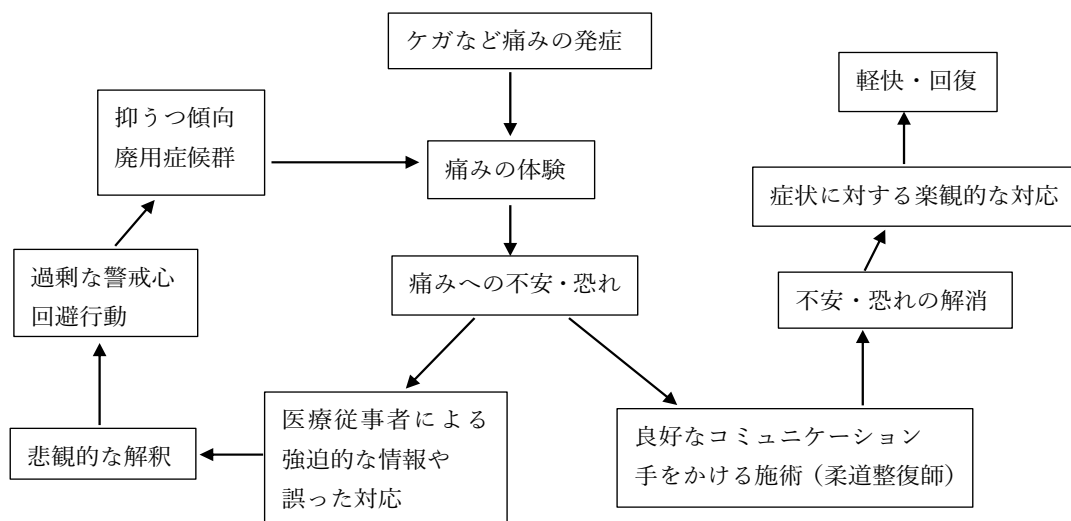


図 3 IMJT 活用による疼痛施術モデル

特に教育の場においては、近年「医療コミュニケーション」の重要性が囁かれており、医療コミュニケーション教育を実施している医療系の大学・専門学校が増加している。国内の医療系大学においては、2000年以降から本格的にコミュニケーションスキル教育が実施されている⁹⁵⁻⁹⁷⁾。医療系の大学・専門学校で行われる医療コミュニケーション教育は、一般教育目標として、診療における問題解決力、臨床的技能、臨床的態度を身に着けること。行動目標として、医療面接において聞き出すべき情報を収集する、患者の気持ちを考慮してコミュニケーションをとる、情報に基づき問題点を抽出し適切な助言をする、などが設定される。学生同士によるロールプレイや、模擬患者とのセッションなどを通じ、対応技術の習得や、患者理解と自己理解の促進などの対人関係スキルの育成、コミュニケーションにおける人間性や倫理的側面も含めた教育、クリティカルシンキングの訓練、健康教育などの目的で実施されているも

のである。

この点について柔道整復師養成校では、未だ遅れているというのが現状と言わざるを得ない。本研究の結果および先に述べた柔道整復師の今後の方向性を鑑みると、IMJTは教育の場におけるコミュニケーション教育ツールのひとつとして、より有用性が高くなるものと考えられる。

今後の検討課題としては、FSSおよび疼痛の長期化に関連する心理社会的要因について、臨床に携わる柔道整復師の更なる認知状況の把握と情報提供。第2章におけるそれぞれの調査で明らかとなっていない項目の追加調査。IMJTメソッドの使用手続きおよび内容の修正（特に小冊子で使用している用語の取り扱いについては今一度精査し、使用者の偏見などを招かぬよう慎重に記述する必要がある）。患者からの視点などIMJT評価方法の検討。また、本研究全体を通して対象地域が北海道内に限定されているため、今後は対象地域・サンプル数を拡大しての検討が必要となる。

昨今の施術療養費年次推移⁹⁸⁾、慢性疼痛治療の満足度²⁾など本研究で検討された内容から今後の慢性疼痛治療を一考すると、柔道整復師が慢性疼痛を施術可能とする法的整備が必要かもしれない。そのためにも柔道整復師は、疼痛の心理社会的要因にも目を向け、準備を整える必要があるものと考えられる。であるならば当然、臨床でのコミュニケーションは、今後資格を取得し臨床へと巣立っていく施術者への、教育の一科目として習得することも望まれるであろう。柔道整復臨床において、また柔道整復師の養成場面におけるIMJTの活用に向けて、調査・検討を継続していくことを今後の目標とし、本論文を締めくくりたい。

文献

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/04.pdf>
〔accessed 2019-05-02〕
- 2) 矢吹省司, 牛田享宏, 竹下克志ら: 日本における慢性疼痛保有者の実態調査 - Pain in Japan 2010 より. 臨床整形外科. 2012, 47, 127-134.
- 3) Travell JG/Simons DG/Simons LS: Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual Upper Half of Body: Baltimore MD Williams&Willkins, 1999.
- 4) 花岡一雄, 有田英子, 井出康雄ら: 侵害受容性慢性疼痛疾患. 慢性疼痛の理解と医療連携: 第一版, 真興交易(株)医書出版部, 2-4, 2008.
- 5) 細井昌子: 慢性痛の心身医学-心理社会的因子の同定と自律神経失調に伴う苦悩の理解-. 心身医学. 2015, 55, 1208.
- 6) 和氣晃司, 松本勉, 奥田泰久ら: 矢田部-ギルフォード性格検査からみた慢性疼痛と性格特性について. PAIN RESEARCH. 1996, 11 (3), 248-248.
- 7) Rene Caimniet, 荻島秀男: 痛み-そのメカニズムとマネジメント, 第二版, 医歯薬出版株式会社, 2002.
- 8) 下地恒毅: 痛みをやわらげる科学, 初版, ソフトバンククリエイティブ, 2011.
- 9) 日本整形外科学会, 日本腰痛学会: 腰痛診療ガイドライン 2012: 第一刷, 南江堂, 2012.
- 10) Evidence and future view of cognitive behavioral therapy for chronic pain
Atsuo Yoshino, Yasumasa Okamoto, Ran Jinnin, Asako Mori, and Shigeto Yamawaki PAIN RESEARCH. 2017, 32, 260-266.
- 11) 木村慎二 細井昌子 松原貴子ら: 運動器慢性疼痛に対する認知行動療法理論に基づいた運動促進法. Jpn J Rehabil Med. 2018, 55, 206-214.

- 12) 町田いづみ, 中山健夫, 高津茂樹ら. 臨床と教育の対話について考える. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌. 2012, 2 (1), 68-78.
- 13) 大野直子, 菱木清, 関玲子ら. 帝京大学医療系全学部の初年次におけるコミュニケーション教育. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌. 2015, 6(1), 68-78.
- 14) 常住亜衣子, 石川ひろの, 木内貴弘: 医療面接における医師・患者間コミュニケーションスキル 評価尺度: 文献レビューと尺度構成項目の分析医学教育. 2013, 44 (5), 335-344.
- 15) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/04.pdf> [accessed 2019-05-02]
- 16) <https://www.shadan-nissei.or.jp/judo/index.html> [accessed 2019-04-18]
- 17) 湯浅有希子: 柔道整復師 接骨術の西洋医学化と国家資格への歩み: 初版第1刷, 早稲田大学出版部, 2016.
- 18) <http://teikokugikai-i.ndl.go.jp/> [accessed 2018-06-05]
- 19) <http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/index.htm> [accessed 2018-06-07]
- 20) 住谷昌彦, 柴田政彦, 山田芳嗣ら: 神経障害性疼痛における医療連携. 慢性疼痛の理解と医療連携: 第一版, 真興交易(株)医書出版部, 14-17, 2008.
- 21) 石丸圭荘: 鍼治療 - 神経障害性疼痛と鍼治療. 慢性疼痛の理解と医療連携: 第一版, 真興交易(株)医書出版部, 238-238, 2008.
- 22) 宮崎東洋, 木村信康: 身体的, 精神的原因による疼痛疾患. 慢性疼痛の理解と医療連携: 第一版, 真興交易(株)医書出版部, 22-22, 2008.
- 23) 中井吉英, 阿倍哲也, 水野泰行: 心身症としての慢性疼痛の病態. 慢性疼痛の理解と医療連携: 第一版, 真興交易(株)医書出版部, 35-44, 2008.
- 24) 高田治実: マイオチューニングアプローチ入門, 第3刷, 協同医書出版社, 2011.

- 25) <https://www.msmanuals.com/ja-jp/> [accessed 2019-05-04]
- 26) Hsieh JC, Belfrage M, Stone-Elander S, et al : Central representation of Chronic ongoing neuropathic pain studied by posi-tron emission tomography. Pain. 1995, 63, 225-236.
- 27) 仙波恵美子：島皮質と神経障害性疼痛. Clinical Neuroscience. 2010, 28, 437-440.
- 28) 仙波恵美子：線維筋痛症の痛みはどのようにして起こるのか. 心身医学. 2016, 56, 419-426.
- 29) 後藤寛, 武谷敬之, 矢島通夫ら：102. MPI法による慢性疼痛患者の心理的側面解析の試み. 麻酔. 1978, 27 (増), 1241-1242.
- 30) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-IseikyokuSoumuka/0000106913.pdf> [accessed 2019-05-02]
- 31) 全国柔整学校協会：柔道整復理論：南江堂，第2刷，1989.
- 32) Dimitrios Kostopoulos/konstantine Rizopoulos, 川喜田健司：トリガーポイントと筋筋膜療法マニュアル：医道の日本社，第1刷，2002.
- 33) 森谷敏夫, 根本勇：スポーツ生理学：朝倉書店，第1刷，1997.
- 34) 八田秀雄：乳酸をどう活かすか. 杏林書院，第1刷，2008.
- 35) 伊達久, 滝口乃規子, 千葉知史ら：慢性疼痛の治療の実際. 日臨麻会誌 2011, 31 (4), 613-619.
- 36) 長井信篤：慢性疼痛と心理社会的因子. Japanese Society of Psychosomatic Medicine. 2010, 50, 1139-1144.
- 37) Kato F, Abe T, Kanbara K, et al : Biopsychosoc Med. 2017, 13, 962.
- 38) 磯尾綾子, 田口寿子, 谷口真：慢性疼痛の診療における東大式エゴグラム (TEG II) の有用性. 日本運動器疼痛学会誌. 2012, 4 (2), 99.
- 39) 木島隆, 伊藤貴史：治療法略を事前可能とするエゴグラムによる自我分析.

理学療法学． 2007， 34 (suppl-2.1)， 42-42.

40) 長谷川守， 猿木裕信， 石崎恵二ら： MMPI と痛みの強さとの関連性についての検討． 日本ペインクリニック学会誌． 1996， 3 (3)， 227-227.

41) 後藤寛， 武谷敬之， 矢島通夫ら： 102. MPI 法による慢性疼痛患者の心理的側面解析の試み． 麻酔． 1978， 27 (増)， 1241-1242.

42) 長谷川守， 服部卓， 石崎恵二： 痛みの強さと性格傾向の関連性についての検討 - MPQ, MMPI を用いて - . 日本ペインクリニック学会誌． 1997， 4 (1)， 5-10.

43) 笠井裕一， 榊原紀彦： 運動器疾患の患者および疼痛を有する患者の性格特性． 日本運動器疼痛学会誌． 2013， 5， 38-42.

44) 小林如乃， 米良仁志， 野村忍： 慢性疼痛患者の原因疾患別にみた心理的評価． 心身医学． 2013， 53， 343-353.

45) 川居利有， 松永美佳子： ペインクリニック外来における疼痛患者の不安， 抑うつ傾向に関する調査研究． 日本運動器疼痛学会誌． 2011， 3 (2)， 52.

46) 川居利有： 慢性腰痛における抑うつと疼痛感覚との関連に関する探索的研究． 日本運動器疼痛学会誌． 2013， 5 (3)， 5025-5025.

47) 松岡弘道， 水野泰行， 阿部哲也， 永岡三穂， 小山敦子， 福永幹彦， 中井吉英： 慢性疼痛症候群治療に際しての患者の自己愛的性格傾向について． 心身医学． 2008， 48 (6)， 585-585.

48) 高橋直人， 笠原諭， 矢吹省司． 痛みの客観的評価と QOL. Jpn J Rehabil Med. 2016， 53， 596-603.

49) Vlaeyen JW1,; Linton SJ,; .Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. A state of art. Pain. 2000,85,317-332.

50) Rossy LA,; Buckelew SP,; Dorr N,; et al. A metaanalysis of fibromyalgia treatment interventions. Ann Behav Med.1999,21,180-191.

- 51) 金外淑, 松野俊夫, 村上正人: 大人の“困った痛み”の心理学的検討. Japanese Society of Psychosomatic Medicine. 2014, 54, 407-413.
- 52) 谷川浩隆: 運動器疼痛に対する心身医学的アプローチ. 心身医学. 2010, 50 (3), 237-344.
- 53) 関口美穂, 紺野慎一: 疼痛評価における心理的因子の評価の重要性. 日臨麻会誌. 2013, 33 (5), 770-774.
- 54) 福永幹彦, 中井吉英: FSS の歴史, 概念の解説. 日本臨床. 2009, 67, 1647-1651.
- 55) 中野重行: 医療コミュニケーションの学習と模擬患者 (SP). 薬理と治療, 2010, 38 (12), 1077-1088.
- 56) Fink P,; Rosendal M,; Toft T,; .Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model-an advanced education program for nonpsychiatric doctors. Psychosomatics. 2002, 43, 93-131.
- 57) Creed P,; Henningsen P,; .Medically Unexplained Symptoms, Somatization and Bodily Distress Developing Better Clinical Services. Cambridge University Press, New York. 2011.
- 58) 鏡雅之: 名倉直賢について. 日本柔道整復接骨医学会誌. 1996, 4 (4): 242-245.
- 59) 木村慎二 細井昌子: 運動器慢性疼痛に対する認知行動療法理論に基づいた運動促進法. Jpn J Rehabil Med. 2018, 55, 206-214.
- 60) 吉野 敦雄, 岡本泰昌, 神人蘭ら: 慢性疼痛に対する認知行動療法のエビデンスと将来への展望について. PAIN RESEARCH .2017, 32, 260-266.
- 61) 新里里春, 水野正憲, 桂戴作ら: 交流分析とエゴグラム, 第二版, チーム医療, 2013, 8-77.

- 62) 桂戴作,杉田峰康, 白井幸子: 交流分析入門, 第二版, チーム医療, 2011, 34-35.
- 63) 新里里春, 水野正憲, 桂戴作ら: 交流分析とエゴグラム, 第二版, チーム医療, 2013, 8.
- 64) 新里里春, 水野正憲, 桂戴作ら: 交流分析とエゴグラム, 第二版, チーム医療, 2013, 26.
- 65) 伊達久, 滝口乃規子, 千葉知史ら: 慢性疼痛の治療の実際. 日臨麻会誌. 2011, 31 (4), 613-619.
- 66) Naomi I, Matthew D, Kipling D: Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. SCIENCE.2003, 302:290-292.
- 67) 笠原諭, 住谷昌彦, 佐藤加奈子, 井上怜央, 小暮孝道ら: 慢性疼痛外来における, BS-POP と MMPI を融合させたテストバッテリーの考案. 日本運動器疼痛学会誌. 2013, 51: W2-4.
- 68) 小川進: 運動器における疼痛の長期化とパーソナリティーの関連について. 日本柔道整復接骨医学会誌. 2015, 24 (2), 77-83.
- 69) 笠原諭: 慢性腰痛の心身医学的マネジメント. 心身医学. 2010, 50, 1165-1170.
- 70) 大谷晃司: Failed back syndrome の病態-エンドラスコピーによる評価と限界-. 日本ペインクリニック学会誌. 2005, 12, (2), 59-68.
- 71) 紺野慎一: 脳内機序に基づく慢性痛の治療. 日臨麻会誌. 2013, 33 (5), 703-708.
- 72) 渡辺和之, 菊池臣一, 紺野慎一ら: 整形外科患者に対する精神医学的評価のための簡易質問表(BS-POP) - 妥当性の検討 -. 日本脊椎脊髄病学会雑誌. 2004, 15 (1), 158.
- 73) 石田和弘, 対馬栄輝, 梅野恭代ら: BS-POP における検者内・検者間信頼

性の検討. 理学療法学. 2011, 26 (6), 731-737.

74) Yoshida K, Sekiguchi M, Otani K, et al.: A validation study of Brief Scale for Psychiatric problems in Orthopedic Patients(BS-POP)for patients with chronic low back pain(verification of reliability, validity, and reproducibility). J Orthop Sci .2011,16:7-13.

75) 大日本住友製薬－医療情報サイト（福島県立医科大学外科学講座・紺野眞一監修）<https://ds-pharma.jp/product/prorenal/knowledge/bs-pop/bspop.pdf>〔accessed 2017-06-30〕

76)二階堂琢也，矢吹省司，大谷晃司ら：生物心理社会モデルに基づいた痛みに対する科学的アプローチ：慢性腰痛に対するリエゾンアプローチ．日本運動器疼痛学会誌．2016，8，192-198.

77) 谷川浩隆：運動器疼痛に対する心身医学的アプローチ．心身医学．2010，50 (3)，237-344.

78) 小川 進：柔道整復臨床における BS-POP の有用性について．日本柔道整復接骨医学会誌．2018，26，133-139.

79) http://www.mext.go.jp/sports/b_menu/shingi/001_index/bunkabukai002/attach/_icsFiles/afieldfile/2018/03/02/1401662_1_2.pdf〔accessed 2019-05-30〕

80) Endler NS,; Parker JDA.; 横山 和仁（監訳）. Coping Inventory for Stressful Situations: CISS. 金子書房，2012.

81) <https://textmining.userlocal.jp/>〔accessed 2019-09-30〕

82) 西泰信，岩井圭司：準臨床的な一次性運動依存における心理的要因．体育学研究．2012，57，483-499.

83) 市原久一郎：公務員における職業性ストレスおよびストレス対処方法と抑うつ症状との関係．大阪市医学会雑誌．2007，56，1-8.

- 84) 西泰伸, 岩井桂司: 準臨床的な一次性運動依存における心理的要因.
体育学研究. 2012, 57, 483-499.
- 85) 向山晶貴, 中村恭子: 民間フィットネスクラブ会員における運動習慣継続要因の検討. 順天堂スポーツ健康科学研究. 2012, 3 (3), 176-183.
- 86) 細井 昌子: 慢性疼痛難治症例における可活動のメカニズム, 忍耐反応と可活動のスクリーンセイバー仮説の観点から. ペインクリニック. 2017, 38, 633-639.
- 87) Coverley Veale DM: Exercise dependence. British Journal of Addiction banner. 1987, 82, 7, 735-740.
- 88) 岡田宏基: MUS, FSS, 身体表現性障害, そして心身症. 日本心身医学会誌. 2014, 54, 991-1000.
- 89) Linda G, Christopher D, Peter S, et al: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. Journal of Psychosomatic Research. 2011, 71, 325-334.
- 90) Toft T, Rosendal M, Ørnbøl E, et al: Training General Practitioners in the Treatment of Functional Somatic Symptoms: Effects on Patient Health in a Cluster-Randomised Controlled Trial (the Functional Illness in Primary Care Study). Psychotherapy and Psychosomatics. 2010, 79, 227-237.
- 91) 川喜田二郎: 続・発想法 KJ法の展開と応用. 第62版, 東京, 中公新書, 2017 .
- 92) 吉田登志子, 板谷千穂, 下野勉: ロールプレイと模擬患者を利用した歯学教育におけるコミュニケーション実習の導入. 医学教育. 1999, 30 (6) 433-440.
- 93) 牛澤賢二: やってみようテキストマイニング. 第4刷, 東京, 朝倉書店, 2019.

- 94) 宮城 恵子, 伊佐 雅子: 患者の視点からみた医療不信とコミュニケーション. 日本コミュニケーション学会九州支部. 2012, 10, 14-36.
- 95) 常住 亜衣子, 石川 ひろの, 木内 貴弘: 医療面接における医師・患者間コミュニケーションスキル 評価尺度: 文献レビューと尺度構成項目の分析. 医学教育. 2013, 44 (5), 335~344.
- 96) 町田 いづみ, 中山 健夫, 高津 茂樹ら: 臨床と教育の対話について考える. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌. 2012, 2 (1) 68-78.
- 97) 大野 直子, 菱木 清, 関 玲子ら: 帝京大学医療系全学部の初年次におけるコミュニケーション教育. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌. 2015, 6(1), 68-78.
- 98) https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken13/dl/111116_01.pdf [accessed 2018-05-10]
- 99) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/dl/kekka-gaiyo.pdf> [accessed 2020-10-15]

謝辞

本論文の執筆に際し、修士課程より長期間に渡りご指導を賜りました石丸昌彦教授に、こころより感謝申し上げます。また、本研究の副研究指導教員としてご指導を頂きました奈良由美子教授、坂井素思教授、副査としてご指導を頂きました山内豊明教授、学外副査としてご指導を頂きました、桜美林大学リベラルアーツ学群教授、種市康太郎先生に深く感謝いたします。

実際の調査においては、北海道柔道整復師会および同会学術部の諸先生に多大なるご協力を賜りました。また健康セミナー参加者、患者様など調査にご協力いただきましたすべての皆様に、こころより感謝申し上げます。

そして修士課程から博士後期課程を通し、石丸ゼミ・石丸塾に所属する皆様にはたくさんのアドバイスやアイデアを頂くとともに、いつも良い刺激を受け、背中を押していただいている感覚でした、ありがとうございました。

最後に、修士課程から本論文の執筆を終えるまで、私を支え続けてくれた人たちへこころからの感謝を、長い間本当にありがとう。