

令和7年度 老人保健健康増進等事業

実績報告書

事業名： フレイル予防における鍼灸師と連携した
通いの場の効果的な利活用の調査研究事業

2026年（令和8年）3月
公益社団法人 日本鍼灸師会

目次

第1章 事業の背景・目的	
1-1 事業の背景	3
1-2 介護予防、フレイル、老年症候群 - 三者の関係	5
1-3 鍼灸治療の意義	7
1-4 社会実装の意義	9
1-5 事業の目的	10
1-6 調査研究事業の位置づけ	12
1-7 鍼灸介入の必要性	14
第2章 事業の実施体制	
2 検討委員会構成および役割	17
第3章 研究方法	
3-1 研究デザイン	20
3-2 対象地域と対象者	23
3-3 調査項目	30
3-4 介入内容・期間	36
3-5 データ収集・解析方法	40
第4章 介入結果	
4-1 参加施設・参加人数・対象者属性	41
4-2 調査結果、分析、成果のまとめ	45
4-3 各県における通いの場別実施結果	49
第5章 課題と改善点	
5-1 実装上の課題(運営・人材・時間)	51
5-2 通いの場運営者からのコメント	54
5-3 参加者からのコメント	55
5-4 鍼灸治療者からのコメント	57
5-5 今後の検討事項	59
第6章 提言・今後の展望	
6-1 自治体実装に向けた提言	61
6-2 鍼灸師研修体制の構築案	64
第7章 付録資料	
7-1 検討委員会議事録(第1~4回)	66
7-2 10月4日シンポジウム開催概要	72

第1章 事業の背景・目的

1-1 事業の背景

本邦の高齢化は世界に類を見ない速度で進行している。2007年に高齢化率が21%を超えて超高齢社会となり、わずか10年あまり後の2018年には高齢化率が28.1%にまで上昇した〔1〕。その後も高齢化率は高まり続け、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年には高齢者人口は3,619万人に達し、高齢化率は約30%にまで上昇した。〔2〕。このように、我が国は世界一の長寿国として超高齢社会を突き進み、平均寿命は男性で81.09歳、女性で87.13歳に達した〔3〕。一方で、健康寿命は男性で72.57年、女性で75.45年と短く〔4〕、この平均寿命との差は要介護者数の増加やそれに伴う社会保障費の増大等社会問題の要因となっている。このような背景から、健康寿命を延伸し、要介護認定を後ろ倒しにすることは本邦において極めて重要な課題である。

このように、健康寿命の延伸等を実現するために介護予防の重要性が高まっているが、厚生労働省は介護予防について「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義している〔5〕。

要介護状態となる要因は、第1位が認知症、第2位が脳血管疾患、そして第3位が高齢による衰弱となっている。また、要支援状態となる原因については、第1位が関節疾患、第2位が高齢による衰弱、そして第3位が転倒・骨折となっている〔6〕。つまり、要介護・要支援ともにフレイル、認知症、転倒・骨折といったいわゆる老年症候群（加齢に伴う心身機能の衰えによって現れる諸症状）が大きな要因となっている。そこで、ボランティアによる通いの場（サロン）が開設されるようになり、運動や手芸等、様々な活動を行うことで介護予防につなげる取り組みが推奨されている。特に、老年症候群の予防あるいは改善に対して、運動を含む介入が有効であることは様々な報告によって示されている〔7,8〕。しかし、高齢者の中には基礎疾患を有する者も多く、とりわけ慢性的な疼痛のために運動を十分に実施できない事例が少なくない。疼痛は運動参加を直接的に制限する主要な阻害要因であり、結果として介護予防を目的とした運動を含む介入の継続を困難にしている。高齢者の社会的な理由（交通手段や家族状況等の問題）により通いの場への通いを中断せざるを得ない場合もあるが、まずは運動実施そのものを妨げる疼痛への対応が重要である。介入効果を十分に得るためには継続が不可欠であることから、継続率の向

上が求められる。しかし、その具体的方略は十分に確立されておらず、疼痛という阻害要因に着目した新たな方策の開発・提案が必要である。

[1] 内閣府. 平成 30 年版高齢社会白書(全体版). (http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html)

[2] 統計トピックス No.146 統計からみた我が国の高齢者（総務省統計局統計からみた我が国の高齢者－「敬老の日」にちなんで－）

https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topi146_01.pdf

[3] 厚生労働省. 令和 6 年簡易生命表の概況

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life24/dl/life24-02.pdf>)

[4] 厚生労働省健康・生活衛生局健康課 第 4 回 健康日本 21（第三次）推進専門委員会 健康寿命の令和 4 年値について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001363069.pdf>

[5] 厚生労働省 エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会

介護予防マニュアル 第 4 版

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238550.pdf>

介護予防マニュアル 第 4 版概要版

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238521.pdf>

[6] 2022（令和 4）年 国民生活基礎調査の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html>

[7] de Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Geriatr. 2015; 15: 154.

[8] Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, Kukull W. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. Ann Intern Med. 2006; 144(2): 73-81.

1-2 介護予防、フレイル、老年症候群 - 三者の関係

介護予防とは、「高齢期の生活機能の低下を予防または維持・改善すること」と言い換えることができる。新開ら[1]は、群馬県草津町に在住する高齢者約2,700人を10年間追跡し、この間一人あたり平均4~5回生活機能の自立度を測定した(のべ10,609ポイント)。この大規模データを用いて高齢期の生活機能の縦断的变化が分析された。全体では65歳以降75歳までは生活機能の自立度は維持されるが、75歳以降徐々に低下し平均82歳でフレイルレベルに達し、その約10年後(90歳以降)に要介護レベルに達する。生活機能の加齢変化には個人差が大きい。Taniguchiら[2]はGroup-based semiparametric mixture modelを適用して、その個人差を4つのメジャーなパターン(A、B、C、D群)に分類できることを明らかにした。A群は、高齢期を通して生活機能が保たれ90歳になってもフレイルにならない、いわゆる「サクセスエイジング」であり、これには高齢者の36.3%が該当した。B群は70歳代後半から徐々に生活機能が低下し始め、85歳を過ぎてフレイルになるパターン(最も多い40.1%の高齢者が該当)、C群は65歳時点では生活機能は高いが、以後急速に低下して75歳頃にフレイルになるパターン(17.4%の高齢者が該当)、そしてD群は65歳時点ですでにフレイルになっているパターン(6.1%の高齢者が該当)であった。その後の分析で、A群との比較によるB~D群の主な医学的、身体・精神的原因がわかってきた[3]。B群は主に加齢による心身機能の低下とその主な原因である老年症候群が、C群とD群の生活機能の変化には主に生活習慣病の重症化が、それぞれ大きく関与していた。こうした研究からフレイル予防の主なターゲットは、前期高齢期では高血圧や糖尿病等に起因する合併症(脳卒中や心疾患、慢性腎症等)の重症化であり、後期高齢期においては運動器症候群や認知機能低下を含む老年症候群であるといえる。今日、医療や介護のニーズが後期高齢期に大きくシフトしてきていることから、老年症候群対策は介護予防において極めて重要な課題といえる。

[1] 新開省二, 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀, 深谷太郎, 李相命, 渡辺直紀, 渡辺修一郎, 熊谷修, 西真理子, 村山洋史, 谷口優, 小宇佐陽子, 大場宏美, 清水由美子, 野藤悠, 岡部たづる, 干川なつみ, 土屋由美子. 群馬県草津町における介護予防10年間の歩みと成果. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60(9): 596-605.

[2] Taniguchi Y, Kitamura A, Nofuji Y, Ishizaki T, Seino S, Yokoyama Y, Shinozaki T, Murayama H, Mitsutake S, Amano H, Nishi M, Matsuyama Y, Fujiwara Y, Shinkai S. Association of Trajectories of

Higher-Level Functional Capacity with Mortality and Medical and Long-Term Care Costs Among Community-Dwelling Older Japanese. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019 Jan 16;74(2):211-218.

[3]東京都介護予防・フレイル予防ポータル. 東京都福祉局.
https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/kaigo_frailty_yobo/ (2026.2.28 アクセス可)

1-3 鍼灸治療の意義

日本の鍼灸は飛鳥時代に伝来した漢方医学であるが、長い年月をかけて自国の医療化を成し遂げている。鍼灸は古来より様々な症状や疾病に対して用いられており、近年、疼痛疾患に対する効果とメカニズムの解明が進んでいる。

特に関節疾患を含む慢性疼痛に対する有効性が示されており [1]、頭痛、筋性疼痛、関節痛を有する 13,641 人を対象に通常ケアと鍼治療を実施した結果を比較すると、標準化平均差 0.51(95%CI: 0.42-0.60)と中程度の効果が認められた。その他にも Vickers らは 20,827 人の慢性疼痛患者を対象に通常ケアと鍼治療を比べた結果、疼痛 Visual analogue scale (VAS) で-30mm の改善が得られており [2]、疼痛 VAS の臨床的最小効果 (MCID) は-20mm と報告されているため [3]、MCID にも到達していることを示している。本邦では、慢性疼痛診療ガイドラインにおいて慢性疼痛に対する鍼灸治療が推奨されている [4]。また、Huang らは、台湾の保険データを利用して、変形性関節症患者への鍼治療介入が骨折リスクを 43%減少させることを報告しており、さらに同研究では服用薬剤を 41%減量できるとしている [5]。

加えて、鍼灸治療には高齢者の有する症状の多くをカバーできる可能性が指摘されており、副作用も軽微であることから、高齢者には有効な治療法と考えられる [6]。Moritz らが発表したエビデンスレポートでは、確実性が高い効果を有する疾患・症状は 10 種類、効果が期待できる疾患・症状は 82 種類あるとされている [6]。確実性が高い効果を有する疾患・症状の中には、慢性疼痛も含まれている。

したがって、本研究では通いの場に通う高齢者に対して鍼灸治療を併用することで疼痛を含めた症状を軽減させ、高齢者の QOL (Quality of Life。生活の質。以下「QOL」) 向上や介護度の進展を抑制することが可能ではないかと考える。本邦においてこのような研究を実施したケースは見当たらない。本研究の実施により鍼灸治療を用いた介護予防を促進できる可能性があり、その意義は大きいと考えられる。

[1] Vickers AJ, Linde K. Acupuncture for chronic pain. JAMA. 2014 Mar 5;311(9):955-6.

[2] Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, Irnich D, Witt CM, Linde K; Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. J Pain. 2018;19(5):455-474.

[3] Ö Hägg, P Fritzell, A Nordwall, Swedish Lumbar Spine Study Group. The clinical importance of changes in outcome scores after treatment for chronic low back pain. Eur Spine J. 2003;12(1):12-20

- [4] 慢性疼痛ガイドライン作成ワーキンググループ. 慢性疼痛診療ガイドライン. 真興交易 (株) 医書出版部. 2021 p142.
- [5] Huang CY, Wu MY, Huang MC, Zimmerman G, Yang LY, Lin CL, Tou SI, Yen HR. The Association Between Acupuncture Therapies and Reduced Fracture Risk in Patients with Osteoarthritis: A Nationwide Retrospective Matched Cohort Study. *J Integr Complement Med.* 2022 ;28(5):418-426.
- [6] Moritz H, Josef H. The state of evidence in acupuncture: A review of metaanalyses and systematic reviews of acupuncture evidence (update 2017-2022). *Complement Ther Med.* 2025 May;89:103149. doi: 10.1016/j.ctim.2025.103149. Epub 2025 Feb 26.

1-4 社会実装の意義

実装（Implementation）とは、一般にエビデンスに基づいた臨床的な治療や実践、あるいは組織的・管理的介入を日常の実践の中に体系的に取り入れるプロセスを指す。このプロセスを促進する方法を研究する学問が実装科学

（Implementation Science）である。実装科学の主な焦点は、介入の臨床的効果そのものではなく、エビデンスに基づいた介入（Evidence-based Intervention）を現場に導入・定着させるための「意図的かつ目的を持った行動の効果」にある。具体的には、以下の3点を探究する：

1. 実装の成功に影響を与えるシステム、行動、実践の理解
2. 特定のコンテキスト（文脈）における阻害要因と促進要因に対応する戦略の評価

3. 「何が、いつ、なぜ、どのように」実装されるのかというプロセスの解明
ヘルスケア分野において、ある研究によって介入の有効性が確立されたとしても、その知見が実際の現場で採用され、住民の利益につながるまでには大きな隔たりがあることが知られている。これを「エビデンス・プラクティス・ギャップ（エビデンスと実践の乖離）」と呼ぶ。多くの重要な知見が学術的な文献の中に埋もれたまま日常の実践に反映されていない現状が、実装科学という新しい学問を生んだ背景にある。実装科学は、このギャップを埋めるための「理論と実践の橋渡し」を担う学問である。理想的な統制環境下での「効能（Efficacy）」を確認する従来の臨床研究の枠組みを超え、多様な人々や環境が入り混じる現実の場で「実際に機能するかどうか」という「効果

（Effectiveness）」を重視し、評価する点に特徴がある。実装の成否は、地域の特性、組織文化、人的資源といった動的で相互作用的な「コンテキスト（文脈）」に左右される。そのため、地域資源としての鍼灸を介護予防施策の中に持続可能な形で定着させるには、現場のコンテキストに適合した再現性の高い実装戦略を構築し、理論を実践へと橋渡しすることで、実社会において広く持続的に活用される「社会実装」を実現することが強く求められる。

高橋由光, 石見拓（監修・監訳）. 実践！実装科学. 東京: インターメディカ. 2025.

1-5 事業の目的

本事業は、我が国の介護予防施策における重要な課題であるフレイル対策を背景に、地域の「通いの場」に鍼灸師が関与することの有効性と社会実装の可能性を検証し、自治体等が再現性をもって運用できるモデルとして機能することを目的とする [2-4]。健康寿命の延伸に向け、地域における社会参加の場として通いの場の整備が進む一方で、疼痛や慢性的な不調を抱える高齢者には、参加継続が難しくなることも少なくない [6]。通いの場の継続参加は身体活動の確保のみならず、交流や役割づくりを通じた社会参加の維持にも寄与する [3,4]。そのため、参加継続を阻害する要因を軽減し、「健康寿命の延伸」を支える支援の導入は、介護予防の実効性を高める上で重要である [1,2]。

介護予防では運動の継続が重要である [2]。疼痛が強い場合は運動や活動そのものが困難となり、十分な効果を得られないばかりか、不参加・中断に至ることもある [6]。鍼灸は疼痛緩和が慢性疼痛領域で一定の根拠を有し

[7]、高齢者の慢性腰痛を対象とした無作為化比較試験においても有効性・安全性が検討されている [8]。また、血液循環（微小循環）への影響や自律神経機能（HRV 等）への影響が検討された系統的レビューも報告されている [9,10]。老年症候群の背景となる「痛み」「不眠」「不安」「抑うつ傾向」等、活動の妨げとなる要因へのアプローチとしても期待されている

[7,11,12]。本事業では、鍼灸師が通いの場に出向き、鍼灸治療に加えてセルフケア指導も行い、鍼灸が通いの場における健康支援の選択肢として機能し得るかを検討する [3,4]。特に、単発の鍼灸治療効果にとどまらず、参加者が日常生活の中で継続できる簡便なセルフケア（経穴刺激等）を指導し、健康状態の維持向上を後押しすることに重点を置いている [3,4]。

具体的には、通いの場における鍼灸介入が高齢者の QOL に与える影響を主要アウトカムとして評価し、併せて疼痛、抑うつ傾向、生活機能、睡眠の質等の指標を用いて多面的に変化を把握する。また、QOL 評価には SF-8 を用い、その日本語版の測定特性に関する知見を踏まえて運用する [13]。さらに、地域での社会実装を見据え、実施手順・安全管理・会場運営・個人情報保護・同意取得・評価の実施方法といった運用面のマニュアルを作成し、自治体・地域包括支援センター・通いの場運営者・鍼灸師の役割分担や連絡体制を含めた

「社会実装の要点」を明確にし、持続可能な形で組み込むための課題を抽出する [3,4]。

本事業は、地域に既に存在する鍼灸院・鍼灸師という資源を、介護予防の枠組みで社会実装していく足掛かりとなることを目指す。通いの場は自治体の介護予防施策として広く展開されている一方で、専門職の関与の形は地域により多様であり、標準化された運用モデルや評価枠組みが十分に整理されていない [3,4]。そこで本事業では、複数自治体・複数通いの場での実施を通じ現場での運用モデルを検証し、再現性の高い手順と評価方法を提示することで、自治体が自地域の状況に応じて導入判断できる材料を提供する [3,4]。以上により、通いの場の価値向上、参加継続の支援、ひいてはフレイル進行の抑制と健康寿命延伸に資する可能性を示し、鍼灸を地域の介護予防に活用するための根拠と実装指針を整備することを、本事業の目的とする [1-4,7,8]。

[1] 厚生労働省 e-ヘルスネット。平均寿命と健康寿命。

<https://kennet.mhlw.go.jp/information/information/hale/h-01-002.html>

[2] 厚生労働省。介護予防。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

[3] 厚生労働省。通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1。2024。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>

[4] 厚生労働省。自立支援・介護予防に向けた 戦略的な通いの場の展開のヒント。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001512899.pdf>

[5] BMJ Open. Barriers to and facilitators of physical activity among community-dwelling older adults: systematic literature review.

<https://bmjopen.bmj.com/content/15/8/e095260>

[6] Vickers AJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-analysis. *The Journal of Pain*. 2018;19(5):455–474. doi:10.1016/j.jpain.2017.11.005

[7] Vickers AJ, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012;172(19):1444–1453. doi:10.1001/archinternmed.2012.3654

[8] DeBar LL, et al. Acupuncture for Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2025;8(9):e2531348. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.31348

[9] Kim S-Y, et al. Changes of Local Blood Flow in Response to Acupuncture Stimulation: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016:9874207. doi:10.1155/2016/9874207

[10] Chung JWY, et al. Effect of acupuncture on heart rate variability: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014;2014:819871. doi:10.1155/2014/819871

[11] Lu G, et al. Acupuncture for senile insomnia: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024;127:105586. doi:10.1016/j.archger.2024.105586

[12] Armour M, et al. Acupuncture for Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(8):1140. doi:10.3390/jcm8081140

1-6 調査研究事業の位置づけ

本事業は、厚生労働省老健局が実施する「老人保健健康増進等事業」に位置づく調査研究として、公募・評価を経て実施されるものである。老人保健健康増進等事業は、各年度の公募テーマに沿って、今後の高齢者施策・介護予防施策等に反映可能な効果や知見を得ることが重視されており、実施要綱・協議要領に基づいて事業内容の妥当性、政策への波及可能性、成果物の整理可能性等が求められる [1]。本事業も単なる学術的検証にとどまらず、自治体が事業として導入・展開する際の実務に資する成果（運用手順・課題整理・評価の枠組み等）を提示することを目的として企画・実施する点に特徴がある [1]。

政策背景として、我が国では平均寿命と健康寿命の差が依然として存在し、健康上の問題により日常生活が制限される期間の短縮が重要課題とされている。ここで健康寿命とは、集団の健康状態を表す健康指標の一つであり、従来より広く用いられてきた平均寿命に対して、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」を勘案することが重要であるとの認識の高まりを背景に、死亡データだけでなく生存中の健康状態のデータも組み合わせた「健康統合指標」として注目されるようになった。我が国では、WHO が 2000 年に発表した世界の健康寿命ランキングで日本が世界一になったのを契機に国民の関心を呼び、同年に策定された健康日本 21（第一次）においても「健康寿命の延伸」を最大の目標とすることが掲げられた。こうした経緯を踏まえ、平均寿命の延伸のみならず、日常生活の制限期間を短縮し、生活の質を保ちながら暮らせる期間をいかに伸ばすかが、介護予防を含む高齢者施策の中心的な課題となっている [2]。

介護予防の推進においては、生活機能低下の予防と社会参加の維持が重要であり、市町村による介護予防の取組強化・推進の枠組みの中で、「通いの場」での活動の支援・充実が進められている [3,8]。一方で、通いの場の普及展開や再設計（リ・デザイン）を進めるためには、参加者の多様な健康課題に対応し、より多くの高齢者が継続的に参加できる環境づくりが課題とされている [4,5,9]。

こうした状況を踏まえ、本事業は「通いの場」を介護予防の主要な基盤と捉え、現場でしばしば観察される疼痛や慢性的な不調といった“参加継続を阻害し得る要因”に対し、鍼灸師が関与することの有効性と社会実装の可能性を検討する調査研究として位置づけられる。通いの場における支援は、運動・社会

参加等の多面的視点が求められるが、自治体現場では、地域資源の組み合わせ方や専門職関与の設計・運営負担・安全管理・評価実施の具体化が課題となりやすい [4,5,9]。そこで本事業では、鍼灸治療およびセルフケア指導を組み込んだ介入モデルを、複数自治体・複数通いの場で運用し、効果の把握とともに、現場で「滞りなく運営できる」実装条件（手順・体制・役割分担・連絡系統・留意点）を明確化することを狙いとした [4,5,9]。

成果物としては、（1）実施状況と結果を整理した実績報告書、（2）自治体・地域包括支援センター・通いの場運営者・鍼灸師が活用できる運用マニュアル等、自治体が自地域の実情に応じて活用できる材料を提示することを重視した。老人保健健康増進等事業では採択事業や実績報告書が一覧化され、成果が公開・共有される枠組みも整備されていることから [6,7]、本事業の成果も、他地域での展開可能性を意識して再現性の高い形式で整理する。以上のとおり、本事業は「介護予防の現場課題（通いの場への参加継続）」に対し、「地域資源としての鍼灸師の活用」を社会実装の観点で検証し、政策・実務に接続する知見と手順を提供する調査研究として位置づけられる [1,3-9]。

[1] 厚生労働省 老健局. 令和7年度 老人保健健康増進等事業国庫補助協議要領.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_59493.html

[2] 厚生労働省 e-ヘルスネット. 平均寿命と健康寿命.

<https://kenet.mhlw.go.jp/information/information/hale/h-01-002.html>

[3] 厚生労働省. 介護予防.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

[4] 厚生労働省. 通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1. 2024.

<https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>

[5] 厚生労働省. 自立支援・介護予防に向けた 戦略的な通いの場の展開のヒント.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001512899.pdf>

[6] 厚生労働省. 令和6年度 老人保健健康増進等事業について.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40719.html

[7] 厚生労働省. 令和4年度 老人保健健康増進等事業について.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26122.html

[8] 田近敦子, ほか. 「通いの場」への参加は要支援・要介護リスクの悪化を抑制するか:

JAGES2013-2016 縦断研究. *日本公衆衛生雑誌*. 2022; 69(2): 136-145. doi:10.11236/jph.21-011

[9] 清野諭, ほか. 通いの場の取組をPDCAサイクルに沿って推進・評価するためのフレームワーク (ACT-RECIPE). *日本公衆衛生雑誌*. 2024; 71(8): 418-429. doi:10.11236/jph.23-093

1-7 鍼灸介入の必要性

通いの場は、住民主体の社会参加を基盤として、介護予防・フレイル予防に資する活動の場として全国的に拡充が進められている。フレイルは身体的要因だけでなく心理・社会的要因を含む可逆的な状態として捉えられ、早期介入と社会参加の維持が重要である [1,2]。

介護予防の中核である運動・身体活動の継続は、疼痛や慢性的な不調によって阻害されやすい。そのため、通いの場の参加継続と活動量確保を実現するには、運動プログラムそのものの提供に加えて、「痛み等により参加・運動が難しい利用者」を支える支援を組み込み、参加継続を促進する必要がある [1,3]。

鍼灸は、疼痛管理における非薬物療法の一選択肢として国際的に研究蓄積があり、慢性疼痛に対する個票データメタ解析 (IPD メタ解析) では、腰痛・変形性関節症・頭痛・肩痛等の慢性疼痛に対して、効果が一定期間持続することが報告されている [4]。さらに、高齢者の慢性腰痛に特化した大規模ランダム化比較試験では、鍼治療が痛みに伴う生活障害 (pain-related disability) の改善に寄与し、安全性も含めて「高齢者における有効な選択肢」となる可能性が示されている [5]。これらは、通いの場の現場で頻繁に遭遇する「痛みによる活動制限」に対し、鍼灸介入を組み込む合理性 (=参加継続を下支えする入口介入) を裏づける根拠となる [3-5]。

また、鍼灸は疼痛だけでなく、活動の妨げになりやすい随伴症状 (睡眠不良・気分の落ち込み・不安・ストレス反応等) へのアプローチとしても検討されている。高齢者の不眠に関するシステマティックレビューでは、鍼灸が不眠治療として用いられる研究が整理され、臨床での活用が拡大していることが示されている [6]。抑うつに対するシステマティックレビュー/メタ解析でも、鍼灸が抑うつ症状の軽減に関連する可能性が報告されており、疼痛と心理面が絡み合う高齢者の生活課題に対して、多面的に介入できる余地がある

[7]。さらに、自律神経機能との関連では、心拍変動 (HRV) を指標としたシステマティックレビューで、鍼刺激が HRV 指標に影響し得ることが検討されており、ストレス反応や睡眠・気分と関連する生理学的側面を含めた研究蓄積が進んでいる [8]。

生理学的機序の観点では、局所循環 (微小循環) に関するシステマティックレビューにおいて、鍼刺激後の局所血流指標の変化が報告されており、疼痛や

こわばり等の訴えに対する一つの説明枠組みとなり得る [9]。もちろん、機序は単一ではなく、神経系・内因性鎮痛系・心理社会的要因等複合的であるが、少なくとも「痛み→活動低下→社会参加低下→フレイル進行」という負の連鎖の入口に位置する“痛み”を緩和し、活動参加のハードルを下げる介入として、鍼灸を通いの場に組み込む意義は大きい [2-5]。

加えて、通いの場での鍼灸介入は「鍼灸治療」だけで完結させず、参加者が日常生活で継続できるセルフケア（経穴刺激・温熱）を併設することで、支援効果の持続性と再現性を高められる可能性がある。これは、通いの場の機能強化（多様な健康課題への対応、継続参加の促進）という政策的要請とも整合する [1]。安全面についても、前向き研究を対象としたシステマティックレビュー／メタ解析において、鍼治療に伴う有害事象は多くが軽微で、重篤事象は稀であることが報告されており、適切な安全管理体制（禁忌・注意事項、感染対策、転倒予防、緊急時対応等）を前提に、地域における実施現場で運用し得る介入として位置づけられる [10]。

以上より、鍼灸介入は、通いの場における参加継続の阻害要因（特に疼痛）を軽減し、身体活動と社会参加を下支えすることで、フレイル対策の実効性を高める可能性がある。したがって本事業では、鍼灸師が通いの場に関与するモデルを、効果（QOL 向上・疼痛緩和等）と実装可能性を併せて評価し、自治体が再現性をもって導入判断できる材料として整理することが重要である [1-5,10]。

[1] 厚生労働省. 通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1 (令和5年度 介護予防活動普及展開事業) .

<https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>

[2] 一般社団法人 日本老年医学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント (2014) .

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf

[3] 厚生労働省. 自立支援・介護予防に向けた 戦略的な通いの場の展開のヒント .

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001512899.pdf>

[4] Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *The Journal of Pain*. 2018;19(5):455-474. doi:10.1016/j.jpain.2017.11.005
URL : <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.005>

[5] DeBar LL, Wellman RD, Morgan TR, et al. Acupuncture for Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2025;8(9):e2531348.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.31348

URL : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.31348>

[6] Lu G, Chen F, Guo C, Wu J. Acupuncture for senile insomnia: A systematic review of acupuncture point. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024;127:105586. doi:10.1016/j.archger.2024.105586

URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494324002620>

[7] Armour M, Smith CA, Wang L-Q, et al. Acupuncture for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(8):1140. doi:10.3390/jcm8081140

URL : <https://doi.org/10.3390/jcm8081140>

[8] Chung JWY, Yan VCW, Zhang H. Effect of Acupuncture on Heart Rate Variability: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2014;2014:819871.

doi:10.1155/2014/819871

鍼治療が心拍変動に与える影響: システマティックレビュー - Chung - 2014年 - Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine - Wiley Online Library

[9] Kim SY, Min S, Lee H, Cheon S, Zhang X. Changes of Local Blood Flow in Response to Acupuncture Stimulation: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016:9874207. doi:10.1155/2016/9874207

鍼刺激に対する局所血流の変化: システマティックレビュー - Kim - 2016年 - エビデンスに基づく補完代替医療 - Wiley オンラインライブラリ

[10] Bäumlér PI, et al. Acupuncture-related adverse events: systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. *BMJ Open*. 2021. doi:10.1136/bmjopen-2020-045961

鍼治療関連の有害事象: 前向き臨床試験のシステマティックレビューおよびメタアナリシス - PMC

第2章 事業の実施体制

2 検討委員会構成および役割

本事業の実施にあたり、介護予防および社会実装、研究計画・解析に関する専門的知見を有する学識経験者、ならびに事業実施主体である公益社団法人日本鍼灸師会関係者等により、検討委員会を構成した。検討委員会は、研究計画の妥当性確認、事業進捗の確認、現場実装に伴う課題抽出、結果の解釈および今後の展開に関する助言を担った。

(注) 検討委員会には厚生労働省担当者も参加し、事業の進行確認および情報共有を行った。

学識経験者は、研究計画の妥当性確認、評価指標の選定、実施方法の助言、解析手法の検討、結果の解釈、社会実装に向けた提言等を担い、科学的・実務的両面から本事業を支援した。特に、介護予防の観点、社会実装の観点、疫学・統計解析の観点を統合し、実施現場で運用可能な研究設計・手順となるよう助言を行った。

検討委員会 委員名簿

表 2-1

区分	氏名	所属・役職	役割・責任
研究責任者 (研究代表者)	児山 俊浩	公益社団法人 日本鍼灸師会	当該研究における全てを統括
研究分担者	新開 省二	女子栄養大学地域保健・老年学研究室教授	介護予防に関する研究内容の精査と監督
研究分担者	高橋 由光	京都大学大学院医学研究科パブリックヘルス実装学講座特定教授	社会実装に関する内容精査と提言
研究分担者	小林 潤一郎	公益社団法人 日本鍼灸師会	自治体との調整と資金管理
研究分担者	中村 聡	公益社団法人 日本鍼灸師会	静岡県での実施責任者、鍼灸治療およびデータ収集
研究分担者	安田 政寛	公益社団法人 日本鍼灸師会	長野県での実施責任者、鍼灸治療およびデータ収集
研究分担者	菅野 幸治	公益社団法人 日本鍼灸師会	東京都での実施責任者、鍼灸治療およびデータ収集
研究分担者	藤森 文茂	公益社団法人 日本鍼灸師会	山梨県での実施責任者、鍼灸治療およびデータ収集
研究分担者	鈴木 雅雄	福島県立医科大学会津医療センター附属研究所漢方医学研究室教授	福島県での実施責任者、研究計画の立案・データ収集・データ解析・論文の執筆

区分	氏名	所属・役職	役割・責任
研究分担者	加用 拓己	福島県立医科大学 会津医療センター 附属研究所 漢方医学研究室 助教	福島県での実施責任 者、鍼灸治療およびデ ータ収集・データ解析

第3章 研究方法

3-1 研究デザイン

【準無作為化比較試験（Quasi-Randomized Controlled Trial（Quasi-RCT））】

各県（自治体および有志）で実施している通いの場をランダム化した。

通いの場を1つのクラスターとして割付を行うが、その際に通いの場の特性を加味して、通いの場系統を運動系・作業系の2つに分類した。また、各県での通いの場数が異なるため、分類する際に県および通いの場系統を加味して割付を実施する。割付は層別化ランダム化割付を実施した。

通いの場系統は以下に示す。

- ・運動系通いの場：運動療法・体操・散歩・グラウンドゴルフ 等
- ・作業系通いの場：料理・手芸・絵画・茶話会 等

本研究では、全対象者をランダム化することが交絡調整としては最適であるが、自治体で実施している通いの場の場合は、公金を使用する事での公平性の観点から対象者ごとで介入をする／しない、に割付けることができないため、通いの場ごとで割付を実施した。



図 3-1 長野会場 運動系通いの場



図 3-2 東京会場 作業系通いの場

【登録・割付】

登録と割付は福島県立医科大学津医療センター内に設置した登録・割付センターにおいて実施した。

(1) 登録

各通いの場を担当する鍼灸師は当該通いの場に通っている対象者を把握して、参加基準と除外基準を参考に登録を行っていく。鍼灸師は通いの場に参加する住民に対して、選択基準および除外基準に基づいた適合条件に合致している者から、個別もしくは集団で研究面接を行い、被験者の自由意思に基づく文書同意を得る。その後、各県の主任研究者は、被験者識別コード・被験者名・登録番号・同意取得年月日等を記載した症例登録一覧表を作成する。研究開始にあたって同意が得られた時点より記載を始め、そのうち、研究に組み込まれた研究対象者については、研究の終了又は中止についても記載する。

(2) 割付

割付方法は通いの場を運動系および作業系に層別を行い、ブロック法を用いて通いの場を割付していく。ブロックは5つ用意してAおよびBの組み合わせを作り、乱数を使って割付を行う。乱数作成には STATA-19/MP (StataCorp LLC) を用いた。

【サンプルサイズ】

申請者らが実施した先行調査を元にサンプルサイズの計算を行った (unpublish data)。主要評価項目である SF-8 の身体的サマリースコアにおいて鍼灸治療の前後で 10.5 (標準偏差±3.5) ポイントの差が検出されたが、本調査では観測地がそれぞれ異なるため、厳しく見積もる必要がある。したがって、有意水準 0.05、検出力 0.8、標準偏差 10、検出する差 5 として計算すると両群で 128 例と計算される。対象者の 10%が脱落と考慮して 140 例 (1 群 70 例) を調査数とする。サンプルサイズの設計には STATA-19/MP (StataCorp LLC) を用いた。

本研究は、研究倫理を公益社団法人全日本鍼灸学会研究倫理委員会の審査を受けて実施した。(研究倫理審査承認番号 JSAM25-1)

3-2 対象地域と対象者

本事業における対象地域は、福島県（柳津町）、東京都（八王子市）、山梨県（北杜市）、長野県（長野市・須坂市・松本市・上田市・駒ヶ根市）、静岡県（静岡市・浜松市）となる。

対象地域の選定にあたっては、本事業「フレイル予防における鍼灸師と連携した通いの場の効果的な利活用の調査研究事業」を検証するため、自治体・通いの場運営者との調整および実施体制の構築を、研究期間内に確実に進められる地域であることを重視した。具体的には、①実施担当者が当該地域の自治体・関係機関・通いの場と、現場調整を円滑に進められること、②自治体・運営者側に協力体制を構築でき、研究としての手続（説明・同意取得、個人情報保護、調査票実施）が通常の通いの場運営を大きく阻害しない範囲で運用できること、③複数地域で実施することにより、都市部・郊外・地方・過疎地域等地域特性の違いを含めた汎用性を検討できること、④鍼灸師の確保、会場条件、移動・物品管理等の点で実施可能性が担保できること、を選定基準とした。これらの基準に基づき、本事業では福島県、東京都、山梨県、長野県、静岡県の1都4県を対象地域とし、地域特性の異なる複数の通いの場で介入モデルを運用することで、効果（QOL・疼痛軽減等）と実装条件（運営負担・安全管理・手順の再現性）を併せて検証することとした。さらに、得られた知見をもとに、自治体・地域包括支援センター・通いの場運営者・鍼灸師が共通理解のもとで導入判断および運用を行えるよう、実施手順・安全管理・会場運営・同意取得・個人情報保護・評価実施の要点を整理し、他地域でも活用可能な形で成果物（実績報告書・自治体向けマニュアル等）としてとりまとめることを目的としている。

3-2-1 対象地域：個別の選定方法

福島県では、柳津町を対象地域として選定した。柳津町は、これまでに鍼灸を利用した介護予防を実施している地区である。さらに、柳津町は福島県でも高齢化率が約50%と過疎化が進んでいる地域であるため、今後の日本を推計する中で高齢化かつ過疎化が進む地域の参考となるモデルケースとして協力を要請した。また、今回の事業ではこれまでの実施形態と異なるため、通いの場を運営する担当者と綿密な打ち合わせを繰り返すことで、事業の意義と鍼灸を理解してもらい実施することに同意が得られた。

東京都では、八王子市を対象地域として選定した。八王子市は東京都内にありながら、都市部と山間部を併せ持ち、地域によって交通手段や生活圏、生活課題が多様であるという特徴がある。高齢者人口の増加に伴い、地域の通いの場における介護予防・社会参加の機会確保が重要となる一方、慢性的な疼痛や不調を抱える高齢者では外出や活動参加が難しくなり、通いの場の継続参加が阻害されやすい。こうした背景から、都市近郊型で多様な生活圏を持つ地域において、鍼灸介入が通いの場の参加継続と健康維持の選択肢として機能し得るかを検証するモデルケースとして、通いの場のある地域を管轄する保健福祉センターや包括支援センターの理解と協力を得て、通いの場運営者（管理者）を紹介していただき、運営者との打ち合わせを繰り返すことで同意を得ることができた。

山梨県では北杜市を対象地域として選定した。北杜市は山梨県内で人口6位の都市であるが、過疎地域も抱える。人口に対して面積が極めて広く、人口密度が極めて低い地域という特色がある。専業農家が特に多いわけでもなく、そうかといって地方都市と言えるほど発展していない。高齢化率は山梨県全体の30%に対し40%と高いが、まだ完全な過疎とは言えない「中途半端な田舎」と表現するのがしっくりする地域である。そのため、そこに住む人々も多様であり、多種多様な身体症状が見られると考えられる。

今回の選定にあたっては、北杜市で日頃から介護予防講師として活動している鍼灸師の実績が大きく影響している。北杜市では地域包括ケアシステムが実施された頃より、市主導のもと鍼灸師が介護予防教室の講師として活動してきた経緯があり、市の担当者はもとより、市内各所の通いの場等の集まりの場との交流関係も築いていた。そのため、対象となりうる集まりと交渉することは比較的容易であった。

ただし、地域コミュニティの結びつきが強い山梨県という地域柄、新しい取り組みや外部の人に対しては慎重な姿勢を持つ一面もある。しかし今回スムーズに選定できたのは、既存の信頼関係があったからこそと言えるだろう。

長野県では、県内の地域特性の違いを踏まえ、長野市・須坂市・松本市・上田市・駒ヶ根市の5市を対象地域として選定した。

長野県は全国的に見ても平均寿命が高い「長寿県」として知られている一方、県内各地で高齢化の進行や人口減少が進んでおり、地域によって生活環境や健康課題に大きな差が見られるという特徴を持つ。そのため、単一地域では

なく、都市部から地方中小都市まで複数地域を対象とすることで、多様な生活圏における鍼灸介入の可能性を検証することを目的とした。

長野市は県庁所在地であり、行政機能や医療資源が比較的集積した都市部である。一方で、市街地の周辺には中山間地域も抱えており、地域によって交通手段や生活様式に違いがある。高齢者人口の増加に伴い、地域の通いの場における介護予防活動の重要性が高まっているが、慢性的な疼痛や運動機能低下を抱える高齢者では、継続的な参加が難しくなるケースも見られる。都市機能と中山間地域を併せ持つ長野市は、都市近郊型モデルとして検証する意義があると判断した。

須坂市は長野県北信地域に位置し、長野市に隣接する地方都市である。市街地と農業地域が混在し、果樹栽培をはじめとする農業が盛んな地域である一方、近年は人口減少と高齢化の進行が課題となっている。長野市の生活圏に含まれる側面を持ちながらも、地域コミュニティは比較的密接であり、住民同士のつながりが維持されている点が特徴である。

松本市は中信地域の中核都市であり、観光資源や文化施設が充実する一方、周辺部には農村地域も広がっている。医療機関へのアクセスは比較的良好であるが、地域コミュニティのつながりは地区単位で差が見られる。比較的活動的な高齢者が多い地域ではあるが、加齢に伴う慢性疼痛や運動器症状を抱える層も一定数存在しており、健康寿命の延伸という観点から、予防的介入のモデル地域として選定した。

上田市は東信地域の中心都市であり、城下町として発展してきた歴史を持つ。市街地と農村部が混在し、生活圏の多様性が見られる地域である。公共交通の利便性は都市部ほど高くなく、自家用車依存度が高いことから、移動制約が生じやすい高齢者にとっては通いの場への参加が負担となる可能性がある。そのため、身体不調の軽減が外出継続や社会参加維持につながるかを検証する上で適した地域と判断した。

駒ケ根市は南信地域に位置する比較的小規模な都市で、自然環境に恵まれた地域であるが、人口減少と高齢化が進行している。地域コミュニティの結びつきは比較的強い一方で、医療・介護資源へのアクセスや移動手段に課題を抱える地区も存在する。慢性的な疼痛や身体機能低下が社会参加の妨げとなるリスクが高い地域であり、地方小都市型モデルとして検証する意義があると考えられる。

今回の対象地域選定にあたっては、各市において介護予防活動や地域健康活動に継続的に関わってきた鍼灸師の実績や、地域包括支援センター・通いの場運営者との既存の関係性が重要な要素となった。それぞれの地域で事業趣旨の説明と打ち合わせを重ねることで、鍼灸の意義や安全性について理解を得ることができ、協力体制を構築するに至った。

長野県内で規模や地域特性の異なる5市を対象とすることにより、都市型・地方中核都市型・中小都市型それぞれにおける介護予防ニーズと鍼灸介入の有効性を比較検討することが可能となる。この多地域横断的な検証は、今後他県へ展開する際の基礎資料としても重要な意義を持つものである。

静岡県では、静岡市を対象地域として選定した。静岡市は政令指定都市であり、都市機能が集積した市街地を有する一方で、戦後から高度経済成長期にかけて整備された団地が点在している。本調査では、そのような市街地に立地する団地内の公民館を調査拠点とした。

対象とした団地は、かつては子育て世代を中心に形成された地域であるが、近年は住民の高齢化が進行しており、同一地域内で独居高齢者、夫婦のみ世帯、就労世代が混在するという特徴を持つ。都市部に位置しながらも、住民同士のつながりは団地単位で比較的維持されており、公民館は地域活動や集まりの場として重要な役割を果たしている。

高齢化率は市全体としては県平均と大きな差はないものの、団地単位で見ると高齢者の割合が高く、加齢に伴う慢性的な身体不調や運動機能低下、社会的孤立といった課題が重なっている。一方で、公共交通や医療機関へのアクセスは比較的良好であり、地方部とは異なる都市型の介護予防・健康課題が存在すると考えられる。

今回の対象地域選定にあたっては、静岡市内で地域活動や介護予防分野に継続的に関わってきた鍼灸師の実績が大きく影響した。団地内の公民館では、これまでに健康講座や地域活動を実施しており、管理者や参加者との一定の信頼関係が構築されていた。そのため、調査の趣旨説明や協力依頼についても比較的円滑に進めることが可能であった。

都市部の団地という性質上、新たな取り組みに対して慎重な姿勢が見られる側面もあるが、既存の活動実績と公民館という「安心できる場」を活用することで、住民が参加しやすい環境を整えることができた点は、本調査における重要な要因であると言える。

浜松市は政令指定都市であり、工業都市として発展してきた市街地を有する一方、北部には広大な中山間地域を抱えている。都市部と山間部が同一行政区内に併存しており、生活環境や地域課題に大きな差が見られることが特徴である。本調査では、こうした地域特性を踏まえ、市街地および山間部の2拠点を調査対象とした。

市街地においては人口密度が高く、就労世代から高齢者まで幅広い世代が居住している。医療機関や交通インフラへのアクセスは比較的良好である一方、生活習慣病や慢性的な身体不調、運動不足といった都市型の健康課題が見られる。また、地域内の人間関係は流動的で、継続的な健康支援への参加が課題となる場合もある。

一方、山間部では人口減少と高齢化が顕著であり、移動手段の制約や医療・介護資源へのアクセスの難しさが日常生活に大きく影響している。住民同士の結びつきは比較的強く、集まりの場も限られているため一度形成された関係性は継続しやすいが、その反面、新たな取り組みに対しては慎重な姿勢が取られることも少なくない。身体症状としては、加齢に伴う運動機能低下や慢性疼痛等が目立つ傾向にあると考えられる。

今回の対象地域選定にあたっては、浜松市内で介護予防や地域健康活動に継続的に関わってきた鍼灸師の実績が重要な判断材料となった。市街地・山間部の双方において、地域包括支援センターや住民主体の集まりとの連携実績があり、それぞれの地域特性に応じた関係構築が行われてきたことから、2拠点での調査実施が可能となった。

浜松市において2拠点を設定したことにより、都市部と山間部という異なる生活環境下での身体症状や介護予防ニーズを比較・検討することが可能となる。これは、他地域への展開を見据える上でも重要な視点であり、本調査の特徴の一つであると言える。

3-2-2 以下の条件を満たす者が、本研究への参加対象となる。

- (1) 65歳以上の者
- (2) 通いの場に通える者
- (3) 性別は不問とする

また、以下の項目に該当する者は研究参加の除外対象となる。

- (1) 要支援・要介護認定を受けている者

- (2) 精神障害または精神症状を合併し意思の疎通が困難と判断される者
- (3) コントロール不良な担癌状態の者
- (4) 研究参加登録時点で既に鍼灸治療や整骨院・マッサージ院での治療を受けている者

3-2-3 参加者への配慮（個人情報・有害事象・金銭面・調査終了後の対応）

1) 個人情報

本調査では個人情報保護の観点から、全てのデータは個人が特定されないように研究者 ID に置き換えられる。対応表は作成せず、ID と解読が困難な 8～9 桁の数字とアルファベットが混在する ID をランダムに振り分けている。

2) 有害事象

本調査における鍼灸治療で発生した有害事象は全て専用カルテに記載し保存される。医学的処置が必要なレベルでの有害事象が発生した場合は、適切な医学的処置を行い、必要に応じて実施鍼灸師が加入する損害賠償保険により賄われる。

3) 金銭面

本調査で行う鍼灸治療は、既定の治療期間内で実施された場合は全て無料となる。また、本調査においてアンケート調査に 10～20 分程度の拘束を要するため、謝礼として調査 1 回につき 500 円の現金カードを提供した。

4) 調査終了後の対応

本調査の終了後に鍼灸治療を希望される場合は、担当鍼灸師と相談して指定の鍼灸院に通院をしてもらう。また、コントロール群の参加者は鍼灸治療の機会を保証し、2 回までの鍼灸治療を無料で受けられるようにしている。

記載日 年 月 日	女・男
ID: 氏名	
様	歳
住所	
<p>対象者の方もしくは担当者は以下の項目をチェックしてください。</p> <p>➤ 現在、医療機関(病院・診療所・歯科)にかかっていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>➤ 現在、持っている慢性の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>➤ 持っている病気はどれになりますか？ 当てはまる<input type="checkbox"/>、全てに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください <input type="checkbox"/>眼・耳・鼻・喉 <input type="checkbox"/>歯 <input type="checkbox"/>胃腸 <input type="checkbox"/>肺 <input type="checkbox"/>心臓 <input type="checkbox"/>泌尿器 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>腎臓 <input type="checkbox"/>肝臓 <input type="checkbox"/>筋肉・骨 <input type="checkbox"/>精神 <input type="checkbox"/>神経 <input type="checkbox"/>血液の病気 生活習慣病：<input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>その他(自由記載)_____</p> <p>➤ 病院からの薬(くすり)は何種類、使用していますか？ (湿布も含めて、常用薬のみチェックしてください。) 当てはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>、または数を○で囲んでください。 <input type="checkbox"/>飲んでいない → 0 種類 <input type="checkbox"/>飲んでいる → 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10種類以上 <input type="checkbox"/>わからない</p> <p>➤ 過去1年間で転倒をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>➤ 過去1年間で転倒による骨折をしたことがありますか？ 1 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	

図 3-3 基本調査票

3-3 調査項目

介護予防の要因は、身体面（運動・食事・疼痛）、心理面（意欲・幸福感・不安、抑うつ）、社会面（交流・役割・生きがい）、環境面（経済状況・住みやすさ）等多岐にわたり、それらが複合的に影響している。その測定には QOL を用いることが一般的であるため、本研究でも対象者の QOL 評価を主要評価として実施した。

本研究では以下の評価項目を実施した。

【主要評価項目】

QOL は SF-8 (MOS 8-item short form) [1] を用いて評価を行い、取得された値から身体的サマリースコア (PCS) および精神的サマリースコア (MCS) の 2 つの項目を主要評価項目とした。

SF-8 は、8 つの健康概念を測定するための複数の質問項目から成り立っている。

8 つの概念とは、(1) 身体機能 (2) 日常役割機能 (身体) (3) 体の痛み (4) 全体的健康感 (5) 活力 (6) 社会生活機能 (7) 日常役割機能 (精神) (8) 心の健康である。さらに 8 つの得られた値から、2 つのサマリースコア (身体的サマリースコア・精神的サマリースコア) を算出することが可能である。

【副次的評価項目】

① QOL 評価 (QDIS-1 : the QOL Disease Impact Scale) [2,3] : 睡眠に関する評価を実施

QDIS は疾患名や症状以外は全く同じ共通質問項目で構成されており、測定の標準化と疾患間の比較が可能になる。本研究では Multimodal mobility を有する高齢者を対象としているため、QDIS を用いて睡眠の質を評価した。

② 対象者の愁訴 (最も辛い症状) を VAS (Visual Analogue Scale) を用いて評価を行った。

VAS は 100mm の横棒のスケールであり、左端を 0mm (辛さなし)、右端 100mm を (想像できる最大の辛さ) として、対象者に評価を行った。

視覚的評価スケール：VAS

最も辛い症状を括弧の中に入れてください
()

「0」 を「辛さ無し」の状態

「100」 を「想像できる最大の辛さ」の状態

今の症状の辛さが100mmの直線上のどの位置にあるか、
“たて線”を入れて示してください。



図 3-4 VAS 質問票

③基本チェックリスト

基本チェックリストとは、65歳以上の高齢者が自分の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかをチェックするためのリストである。全25項目の質問で構成されており、各項目において下位尺度が規定されている。

・各評価

1～20までの20項目のうち10項目以上に該当(複数の項目に支障あり)

6～10までの5項目のうち3項目以上に該当(運動機能の低下)

11.12の2項目のいずれにも該当(低栄養状態)

13～15までの3項目のうち2項目以上に該当(口腔機能の低下)

16.17 の 2 項目のうち No.16 に該当（閉じこもり）

18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当（認知機能の低下）

21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当（うつ病の可能性）

基本チェックリスト				
フリガナ			生年月日	年 月 日(歳)
本人氏名	様			
NO.	質問項目			回答(いずれかに○を付けてください)
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい 0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか			1. はい 0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg (BMI=) (注1)
次に続く				

図 3-5 基本チェックリスト質問票①

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ				
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ				
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ				
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ				
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ				
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	0. いいえ				
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ				
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ				
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ				
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ				
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ				
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ				
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ				
		運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業		/5	/2	/3	/2	/3	/5
(注1)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする							

図 3-6 基本チェックリスト質問表②

④うつ状態評価 (PHQ-9) [5,6]

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) は、過去 2 週間における 9 つのうつ症状の頻度を自己評価する簡便なスクリーニングツールで、「全くない」から「ほとんど毎日」の 4 段階で点数 (0~3 点) を付け、合計点でうつ状態の重症度 (軽微~重度) を評価する。

9 つの質問: 抑うつ気分、興味の喪失、不眠・過眠、疲労感、食欲の変化、集中困難、無価値感、動作・言動の変化、自殺念慮 (死にたい気持ち) 等、DSM-5 の診断基準に基づいた項目が含まれる。自己記入式で対象者自身が過去 2 週間 (または 1 週間) の状況を振り返り回答する。

点数化: 各質問に 0~3 点で回答し、合計点が最大 27 点となる。

重症度評価：

0-4 点：軽微

5-9 点：軽度

10-14 点：中等度

15-19 点：中等度～重度

20-27 点：重度

⑤その他の項目

鍼灸治療およびセルフケアの実施における安全性について有害事象発生の有無

基本情報として以下の項目を取得する。

・基礎項目（年齢・性別・基礎疾患・骨折歴・転倒歴・通院歴・入院歴・服薬数・服薬内容）

評価のタイミングはベースライン評価を0週目として、鍼灸介入開始を1週目とした場合、介入3週間目（中間評価）、8週間目（最終評価）の合計3回実施する。



図 3-7 東京会場 調査票記入風景



図 3-8 静岡会場 調査票記入風景

参考文献

- [1] 福原俊一, 鈴嶋よしみ. 健康関連 QOL 尺度 - SF-8 と SF-36. 医学の歩み 2005; 213:133-6.
- [2] Fukuhara S, Green J, Wakita T, Yamamoto Y, Yamazaki H, Ware J. QDIS-7: using one scale to measure the disease-specific quality-of-life impact of different medical conditions. Sci Rep 15, 21756 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-05963-5>
- [3] Fukuhara S, Yamazaki H, Wakita T, Ware JE Jr, Wang J, Onishi Y, Yajima T, Sada K, Yamamoto Y, Shibagaki Y. Validation of a new instrument for measuring disease-specific quality of life: A pilot study among patients with chronic kidney disease and hyperkalemia. Annals of Clinical Epidemiology. 2023, Volume 5, Issue 1, 13-19
- [4] 総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html>
- [5] Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 52: 64-69, 2018.
- [6] 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 第 7 号, p35-39, 2014

3-4 介入内容・期間

3-4-1 介入内容

本研究は通いの場で行っているレクリエーションに追加して鍼灸治療を行う介入試験となるため、介入にはレクリエーションと鍼灸治療がある。また、鍼灸治療群には自宅で行ってもらうセルフケアとしての施灸も含まれるため、介入内容を以下に記載する。

コントロール群：通いの場ごとで実施されているレクリエーションのみを受けてもらう群である。レクリエーションは運動系レクリエーションと作業系レクリエーションがあり、運動系では散歩・体操・トレーニング・グラウンドゴルフ等、主に体を動かすことを目的としており、作業系では絵画・料理・手芸・茶話会等作業を目的としたレクリエーションである。

鍼灸治療群：通いの場で実施しているレクリエーションに鍼灸治療を加えて、東洋医学的なセルフケアを対象者に指導する。

鍼灸治療は、対象者が訴える主訴に対して局所への鍼灸治療をベースに一般的な方法で行う。鍼はセイリン株式会社製 JSP、太さ 0.14~0.25mm、長さ 30~60mm を使用する。また、対象者の疼痛が強い場合や筋硬結が顕著なときは、担当鍼灸師の判断で鍼通電を併用する場合も想定される。貼付鍼を利用する場合はセイリン株式会社製パイネックスゼロ 0.3mm（テープ付接触器 [非侵襲式家庭向け鍼用器具] セイリン株式会社製）のものを使用する。その他、毫鍼を行えない場合や附属治療として鍳鍼・圓鍼・ローラー鍼等も対象者に合わせて使用する。

灸は原則として台座灸（山正 長正灸など）を利用する。

糖尿病を罹患している者やステロイド剤等の免疫抑制剤を使用している者に対しては、灸の使用は慎重に行う。

東洋医学的なセルフケアについては、日本鍼灸師会が発行しているツボセルフケアハンドブックを利用して、対象者に指導を行う。対象者のセルフケアに使用するは、パイネックスゼロおよび台座灸（せんねん灸レインボー（株式会社せんねん灸）等）とする。

鍼灸治療ならびにセルフケア指導を行う者は、日本のはり師・きゅう師の免許を取得しており、免許取得から5年以上経過し、日本鍼灸師会会員または全日本鍼灸学会会員とする。

3-4-2 介入期間

通いの場の多くは2週ごとに開催されているため、鍼灸治療も2週に1回のペースで実施する。また、対象者には鍼灸治療ごとの間にセルフケアを実施してもらう。

評価項目	初期評価	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	最終評価
SF-8	○			○					○
症状VAS	○			○					○
QDIS-1	○			○					○
PHQ-9	○			○					○
基本チェックリスト	○			○					○
レクリエーション		○		○		○		○	
鍼灸治療		○		○		○		○	

図 3-9 介入・評価期間

(1) 併用禁止療法

本研究実施期間中、対象者には担当はり師・きゅう師（鍼灸師）以外による鍼灸治療は禁止する。また、あん摩マッサージ指圧師および柔道整復師が提供する施術の併用も禁止する。

(2) 併用制限薬（療法）

対象者が通常治療として研究開始前から継続している薬物治療等については、研究対象者保護の観点から併用禁止は困難であるため、研究期間中に実施した場合は担当者や鍼灸師に報告を行ってもらう。また、薬物治療については、変更や新規開始を認めた場合は専用記録紙に記載を行う。



図 3-10 静岡会場 鍼灸治療風景



図 3-11 東京会場 鍼灸治療風景



図 3-12 東京会場 鍼灸治療風景



図 3-13 東京会場 鍼灸治療スペース

3-5 データ収集・解析方法

【データ収集方法】

データ収集は、ベースラインおよび各評価時点で調査票により収集した。調査票は原則対象者が自己記入を行い、評価者は本研究に直接関係のない者（通いの場運営側）が行った。

データ収集に当たり拘束時間や回答に伴う精神的負担を考慮して、当該研究対象者へは評価を行うことへの謝礼として、評価1回あたり500円の金券を提供した。

【解析方法】

全ての評価項目は記述統計を行う。解析対象は Intention-to-Treat に則り解析を実施する。主要評価項目である SF-8 は PCS および MCS に分割されるため、2項目について解析を実施する。

主解析としては、脱落とクラスター（県・通いの場内容）を考慮して、多階層線形混合効果モデル（Multilevel Linear Mixed Model）を用いて解析を行う。固定効果には各評価項目を設定して、ランダム効果には県・通いの場・個人とした。交互作用項には群と時間とした。共変量にはベースライン値の評価項目、年齢・性別・ポリファーマシー・通いの場の系統（運動／作業）、多併存疾患の有無・転倒・骨折とした。

副次的項目についても主解析と同様の解析を行った。

数値の表記は、連続変数では平均と標準偏差（Standard deviation; SD）、カウントデータは頻度と割合（%）とした。

【データ入力】

全てのデータは本研究に関与しない独立した第三者に委託した。そのため、データは固定された状態で解析者へ提出された。

第4章 介入結果

4-1 参加施設・参加人数・対象者属性

参加施設・参加人数

本調査は2025年10月から2026年2月の間で以下の参加施設からデータが取得された。参加施設は福島県2施設、東京都7施設、山梨県2施設、長野県7施設、静岡県4施設の合計22施設であった。

調査対象集団として5県で371名であり、そのうち187名(50.4%)が当該調査の参加基準を満たしていた。うち、同意取得が可能であった173(46.6%)名が調査に参加した。図4-1

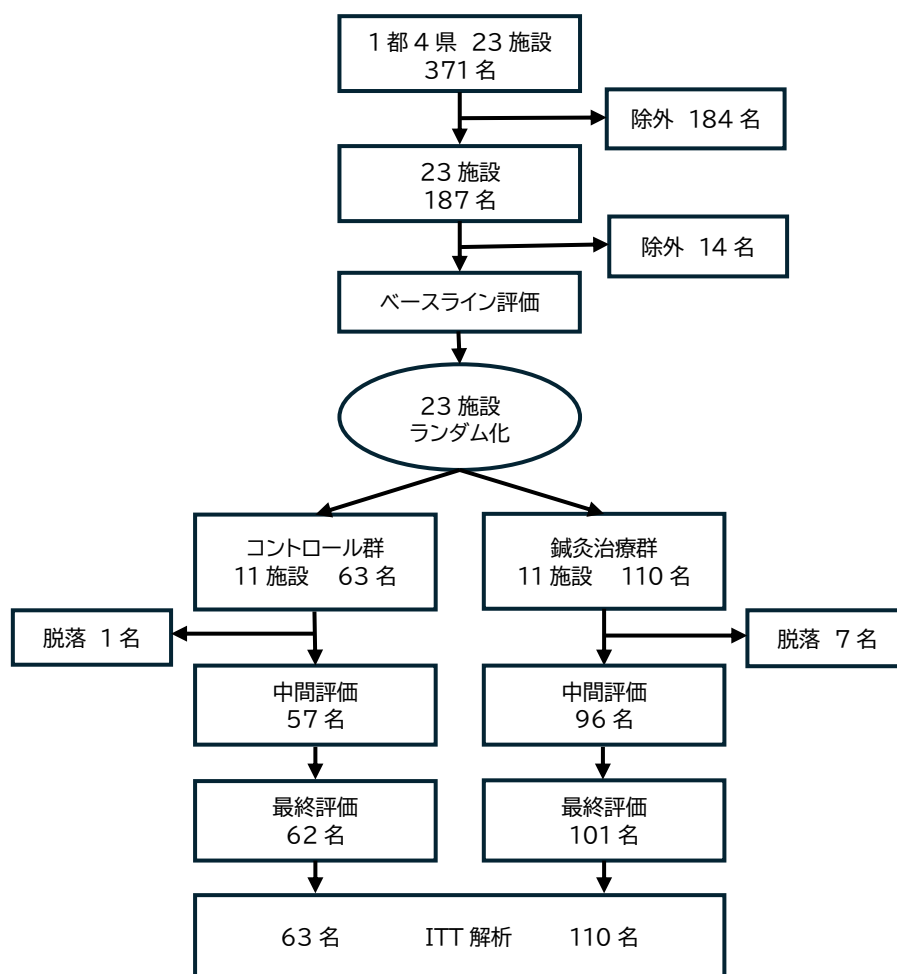


図4-1 調査のフロー

対象者の属性

割付結果はコントロール群では 63 名、鍼灸治療群は 110 名であった。年齢はコントロール群では平均 80.8 (SD : 6.7) 歳、鍼灸治療群では平均 81.9 (SD : 6.7) 歳であった。

性別はコントロール群では男性 19 名 (30.2%)、女性 44 名 (69.8%)、鍼灸治療群では男性 20 名 (18.2%)、女性 90 名 (81.8%) であった。最も辛い症状の VAS はコントロール群では平均 27.5(SD : 23.9)mm、鍼灸治療群では平均 55.1 (SD : 24.0) mm であった。

QOL (SF-8) の身体的サマリースコアはコントロール群では平均 45.9 (SD : 7.1) unit、鍼灸治療群では平均 41.4 (SD : 7.7) unit であった。精神的サマリースコアはコントロール群では平均 53.2 (SD : 5.3) unit、鍼灸治療群では平均 52.1 (SD : 6.4) unit であった。その他の評価項目は表 4-1 を参照。

対象者の最も辛い主訴は 23 症状あり上位 5 症状は以下の通りである (表 4-2)。

腰痛 (56 名、33.1%)、膝痛 (21 名、12.4%)、肩痛 (20 名、11.8%)、下肢痛 (14 名、8.3%)、肩こり (14 名、6.5%)

全ての症状のうちで疼痛を訴えていたのは 131 名 (83.4%) であり、通いの場に通う高齢者の多くが疼痛症状を有していた。

また、参加者のうち、症状が「なし」と答えた者は 12 名 (7.1%) いた。

対象者の割付は各通いの場をクラスターとしてランダムに割付けを行ったため個人に割付けをしていない。したがって、各群の割付人数に偏りが発生していた。

また、調査期間中に新たな治療が追加された報告は無かった。

表 4-1 対象者の属性

評価項目	コントロール群 通いの場群 N=63	標準偏差	介入群 通いの場+鍼灸治療 N=110	標準偏差
年齢 (歳)	80.8	6.7	81.9	6.7
性別				
男性(%)	19	30.2	20	18.2
女性(%)	44	69.8	90	81.8
服薬数	2.9	2.5	3.5	2.5
VAS (主訴) (mm)	27.5	23.9	55.1	24.0
SF-8				
身体機能	48.2	5.7	44.9	6.7
日常役割機能 (身体)	48.1	6.9	44.7	7.8
身体の痛み	47.3	8.1	41.1	9.6
全体的健康感	51.4	6.9	48	7.4
活力	52.6	4.5	49	5.8
社会機能生活	50.6	6	49.8	7.2
日常役割機能 (精神)	50.9	5.7	49.3	6.5
心の健康	53.1	4.6	50.0	6.0
身体的サマリースコア	45.9	7.1	41.4	7.7
精神的サマリースコア	53.2	5.3	52.1	6.4
睡眠の質 (QOL)	44.9	5	48.2	7.3
PHQ-9	2.5	3	5.3	4.8
健康チェックリスト	5	2.8	6.6	3.9
現在の医療機関受診	人数	%	人数	%
なし	7	11.3	12	10.9
あり	55	88.7	98	89.1
通いの場	人数	%	人数	%
運動系	22	34.9	31	28.8
作業系	41	65.1	79	71.8
多併存疾患	人数	%	人数	%
なし	7	11.1	18	16.4
あり	56	88.9	92	83.6
ポリファーマシー				
なし	48	76.2	74	67.3
あり	15	23.8	36	32.7
過去1年以内の転倒歴				
なし	50	80.6	85	77.3
あり	12	19.4	25	22.7
過去1年以内の骨折歴				
なし	62	100	104	94.5
あり	0	0	6	5.5

表 4-2 対象者の最も辛い主訴

症状	人数	%
腰痛	56	33.1
膝痛	21	12.4
肩痛	20	11.8
下肢痛	14	8.3
肩こり	11	6.5
頸部痛	7	4.1
上肢痛	6	3.6
痺れ	4	2.4
冷え症	3	1.8
全身痛	2	1.2
ふらつき	1	0.6
ドライアイ	1	0.6
下肢の攣り	1	0.6
咳嗽	1	0.6
帯状疱疹後神経痛	1	0.6
歯痛	1	0.6
疲労感	1	0.6
耳鳴	1	0.6
股関節痛	1	0.6
胃痛	1	0.6
腹痛	1	0.6
頸部運動障害	1	0.6
麻痺	1	0.6
なし	12	7.1

4-2 調査結果、分析、成果のまとめ

各評価指標の推移について、記述統計を中心に整理した。主要評価項目である SF-8 の推移および副次評価項目（VAS、QDIS、PHQ-9 等）の推移を示す。

本調査における脱落は 8 名（コントロール群 1 名、鍼灸治療群 7 名）であった。また、初期評価時点では 173 名の対象者であったが、中間評価では脱落を含めて 20 名が評価日に来ておらず欠損データとなっている。最終評価では 10 名（脱落を含む）が来ておらず欠損データとなっている。

主要評価項目（表 4-3）

・身体的サマリースコア（PCS）の推移は、初期評価、3 週後、8 週後では、コントロール群 45.9（SD 7.1）点、45.0（SD 6.2）点、45.4（SD 6.7）点であった。一方、鍼灸治療群は 41.4（SD 7.7）点、46.1（SD 6.0）点、47.3（SD 5.4）点であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、5.8 点（95%CI 3.6, 8.0）、6.5 点（95%CI 4.4, 8.6）であり、3 週後、8 週後ともにコントロール群と比較して、鍼灸治療群は有意な改善を認めた。

・精神的サマリースコア（MCS）の推移は、初期評価、3 週後、8 週後では、コントロール群 53.2（SD 5.3）点、53.0（SD 6.3）点、52.9（SD 5.0）点であった。一方、鍼灸治療群は 52.1（SD 6.4）点、52.1（SD 5.4）点、52.6（SD 5.5）点であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、0.2 点（95%CI -1.9, 2.2）、0.7 点（95%CI -1.3, 2.7）であり、3 週後、8 週後ともに両群で有意な差は認められなかった。

副次的評価項目（表 4-3）

・症状 VAS は初期評価、3 週後、8 週後ではコントロール群 27.5（SD 23.9）mm、29.0（SD 27.2）mm、33.2（SD 25.2）mm であった。一方、鍼灸治療群は 55.1（SD 24.0）mm、34.8（SD 23.0）mm、23.6（SD 20.4）mm であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、-21.7 mm（95%CI -28.7, -14.7）、-37.0 mm（95%CI -43.8, -30.1）であり、3 週後、8 週後ともにコントロール群と比較して、鍼灸治療群は有意な改善を認めた。

・睡眠の質 (QDIS)は初期評価、3 週後、8 週後ではコントロール群 44.9 (SD 5.0) 点、45.0 (SD 5.2) 点、44.8 (SD 5.8) 点であった。一方、鍼灸治療群は 48.2 (SD 7.3) 点、45.8 (SD 5.9) 点、44.6 (SD 5.1) 点であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、-2.7 点 (95%CI -4.7, -0.8)、-3.8 点 (95% -5.7, -1.8)であり、3 週後、8 週後ともにコントロール群と比較して、鍼灸治療群は有意な改善を認めていた。

・PHQ-9(うつ病評価)は初期評価、3 週後、8 週後ではコントロール群 2.5 (SD 3.0) 点、2.9 (SD 3.2) 点、2.3 (SD 3.1) 点であった。一方、鍼灸治療群は 5.3 (SD 4.8) 点、3.9 (SD 3.6) 点、2.9 (SD 3.3) 点であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、-1.8 点 (95%CI -2.9, -0.7)、-2.1 点 (95%CI -3.2, -1.0)であり、3 週後、8 週後ともにコントロール群と比較して、鍼灸治療群は有意な改善を認めていた。

・基本チェックリストは初期評価、3 週後、8 週後では、コントロール群 5.0 (SD 2.8) 点、4.9 (SD 2.8) 点、4.6 (SD 2.4) 点であった。一方、鍼灸治療群は 6.6 (SD 3.8) 点、6.1 (SD 4.0) 点、6.2 (SD 3.9) 点であった。初期評価から 3 週後、8 週後の 2 群間の回帰係数はそれぞれ、-0.5 点 (95%CI -1.2, 0.2)、0.0 点 (95%CI -0.7, 0.7)であり、3 週後、8 週後ともに両群で有意な差は認められなかった。

鍼灸治療による有害事象 (表 4-4)

本調査における鍼灸治療で発生した有害事象は 5 症状であり、最も発生頻度が高かったのは「鍼灸治療後の倦怠感」が 4 件であった。ついで、「刺鍼部からの点状出血」と「刺鍼部の疼痛」が 3 件であった。また、「鍼灸治療後の眩暈」と「貼付鍼の疼痛」が 2 件確認された。

有害事象の頻度が高かった鍼灸治療は初回で 6 件発生していた。全ての有害事象は軽微であり、医学的処置が必要な事象は確認されていない。

表 4-3 主要評価項目、副次的評価項目

VAS ; Visual Analogue Scale、QDIS ; the QOL Disease Impact Scale、PHQ-9; Patient Health Questionnaire-9、95%CI ; 95% confidence interval

評価項目	初期評価	3週後	回帰係数 (95% CI)	8週後	回帰係数 (95% CI)
身体的サマリースコア					
コントロール群	45.9(7.1)	45.0(6.2)	5.8 (3.6, 8.0)	45.4(6.7)	6.5 (4.4, 8.6)
鍼灸治療群	41.4(7.7)	46.1(6.0)		47.3(5.4)	
精神的サマリースコア					
コントロール群	53.2(5.3)	53.0(6.3)	0.2 (-1.9, 2.2)	52.9(5.0)	0.7 (-1.3, 2.7)
鍼灸治療群	52.1(6.4)	52.1(5.4)		52.6(5.5)	
症状VAS					
コントロール群	27.5(23.9)	29.0(27.2)	-21.7 (-28.7, -14.7)	33.2 (25.2)	-37.0 (-43.8, -30.1)
鍼灸治療群	55.1(24.0)	34.8(23.0)		23.6 (20.4)	
睡眠の質 (QDIS)					
コントロール群	44.9(5.0)	45.0(5.2)	-2.7 (-4.7, -0.8)	44.8(5.8)	-3.8 (-5.7, -1.8)
鍼灸治療群	48.2(7.3)	45.8(5.9)		44.6(5.1)	
PHQ-9					
コントロール群	2.5(3.0)	2.9(3.2)	-1.8 (-2.9, -0.7)	2.3(3.1)	-2.1 (-3.2, -1.0)
鍼灸治療群	5.3(4.8)	3.9(3.6)		2.9(3.3)	
基本チェックリスト					
コントロール群	5.0(2.8)	4.9(2.8)	-0.5 (-1.2, 0.2)	4.6(2.4)	0.0 (-0.7, 0.7)
鍼灸治療群	6.6(3.8)	6.1(4.0)		6.2(3.9)	

表 4-4 鍼灸治療による有害事象

有害事象	1回目	2回目	3回目	4回目	合計
鍼灸治療の倦怠感	2	2	—	—	4
鍼灸治療後の眩暈	2	—	—	—	2
刺鍼部からの点状出血	1	—	2	—	3
刺鍼部の疼痛	1	1	1	—	3
貼付鍼の疼痛	—	1	1	—	2
合計	6	4	4	0	14

4-3-1 分析

主要評価項目である PCS は初期評価の時点で 2 群間において差を認めており、コントロールと比較して鍼灸治療群では身体的 QOL が低い対象者が集まっていたと考えられる。一方、鍼灸治療とセルフケアを 8 週間継続することで、身体的な QOL の有意な改善が認められた。一方、MCS は両群とも初期評価の時点では国民標準値を超えており、鍼灸治療の介入は天井効果を認めていたと考えられる。

SF-8 の MCID (Minimal Clinically Important Difference) は約 3~5 点のため、本調査においては MCID を 3 週後で既に超えているため、「通いの場」の高齢者にレクリエーションに加えて鍼灸治療を提供することで、身体的な QOL の改善に寄与すると考えられる。

副次的評価項目においては、症状 VAS では PCS 同様に初期評価の時点でコントロール群と比較して鍼灸治療群では症状が強い対象者が多くいたと考えられる。一方、鍼灸治療の介入により 3 週後、8 週後ともに鍼灸治療群で有意な症状の改善を認めた。特に症状では疼痛が全体の 8 割程度認められていたため、鍼灸治療の効果が発揮されやすかった可能性がある。さらに、睡眠の QOL、うつ症状についても鍼灸治療群で有意な改善が認められており、疼痛のみならず、睡眠やうつ等の気分障害にも効果があったと推察できる。

4-3-2 成果のまとめ

通いの場と鍼灸を組み合わせることにより、既存の地域資源に新たな価値を付加し、通いの場に通う高齢者の QOL 向上に寄与する可能性が示唆された。特に、疼痛等により運動・活動参加が阻害される層に対し、鍼灸介入が「活動への参加を支える前提条件」を整える支援となり得る。

今後は、自治体施策として展開する際の運用手順（調整・安全管理・個人情報管理等）を整理し、持続可能な実装モデルとして磨き上げる必要がある。

4-3 各県における通いの場別実施結果

各県での実施状況（付録：通いの場実施報告一覧）参照。

参加者は福島県 53 名、東京都 35 名、山梨県 9 名、長野県 34 名、静岡県 42 名であった。年齢は他県と比べ福島県で高い傾向が見られた。性別は福島県（女性 50 名・男性 3 名）、東京都（女性 21 名・男性 14 名）、山梨県（女性 7 名・男性 2 名）、長野県（女性 28 名・男性 6 名）、静岡県（女性 28 名・男性 14 名）であった。その他の項目は補足資料を参照。

表 4-5 各県ベースライン値

		人 数	年 齢	性 別		受現在の医療機関を 診しているか		多併存疾患を有し ているか		多 剤 併 用		倒過去1年以内の転		倒過去1年以内の転	
				女 性	男 性	は い	い え	は い	い え	は い	い え	は い	い え	は い	い え
福島県	コントロール群	24	85.4(4.8)	23	1	21	3	22	2	11	13	10	14	0	24
	鍼灸治療群	29	87.1(3.7)	27	2	29	0	27	2	13	16	6	23	1	28
東京都	コントロール群	10	77.6(5.7)	5	5	8	2	7	3	0	10	0	10	0	10
	鍼灸治療群	25	79.4(6.9)	16	9	21	4	22	3	10	15	6	19	1	24
山梨県	コントロール群	4	79.2(4.8)	2	2	3	1	4	0	0	4	0	4	0	4
	鍼灸治療群	5	80.2(4.5)	5	0	5	0	5	0	2	3	2	3	1	4
長野県	コントロール群	18	77.8(7.6)	14	4	17	1	17	1	3	15	2	16	0	18
	鍼灸治療群	16	76.2(7.8)	14	2	14	2	14	2	1	15	5	11	1	15
静岡県	コントロール群	7	77.7(2.4)	0	7	6	1	6	1	1	6	0	7	0	7
	鍼灸治療群	35	82.2(5.2)	28	7	29	6	24	11	10	25	6	29	2	33

表 4-6 各県での結果

(1/2)

		身体的サマリスコア			精神的サマリスコア			症状のVAS		
		ベースライン値	中間評価	最終評価	ベースライン値	中間評価	最終評価	ベースライン値	中間評価	最終評価
福島県	コントロール群	44.7(9.7)	43.2(7.5)	43.6(8.9)	53.2(5.8)	53.4(5.7)	52.5(5.0)	28.2(28.0)	27.3(30.6)	29.2(28.7)
	鍼灸治療	34.6(6.4)	49.1(5.1)	49.2(4.3)	55.5(5.7)	53.8(3.9)	54.1(3.5)	68.7(14.2)	18.0(18.4)	13.3(10.9)
東京都	コントロール群	48.2(4.0)	46.0(5.0)	46.9(4.1)	50.9(3.4)	51.0(5.2)	50.7(4.6)	26.1(11.2)	27.0(11.4)	39.7(19.7)
	鍼灸治療	43.7(6.7)	44.8(5.4)	45.8(6.8)	51.3(5.7)	50.1(6.6)	51.2(5.7)	58.5(22.9)	41.2(19.5)	32.8(25.3)
山梨県	コントロール群	45.0(7.6)	47.7(3.4)	46.8(1.3)	50.6(5.0)	47.9(8.0)	47.1(5.8)	30.2(30.3)	19.2(38.5)	32.2(28.3)
	鍼灸治療	40.3(5.5)	43.6(6.5)	46.3(6.0)	48.3(7.9)	50.8(6.0)	49.2(12.8)	49.0(22.3)	42.8(28.7)	38.0(20.8)
長野県	コントロール群	45.2(4.5)	44.4(5.6)	45.4(4.9)	55.2(5.3)	55.0(6.1)	55.1(4.0)	28.5(19.3)	34.5(26.5)	35.6(22.9)
	鍼灸治療	44.1(4.5)	48.3(4.8)	48.6(4.5)	53.6(5.3)	53.2(4.6)	53.3(6.2)	40.9(30.2)	32.8(29.9)	15.9(20.2)
静岡県	コントロール群	49.1(4.6)	49.5(4.3)	49.2(5.0)	52.6(5.8)	52.6(8.1)	55.0(4.1)	22.7(33.8)	27.5(34.0)	31.8(28.9)
	鍼灸治療	44.2(6.9)	44.2(6.7)	46.4(5.2)	50.0(6.9)	52.3(5.1)	52.6(5.5)	48.6(23.3)	41.3(18.4)	27.5(17.6)

(2/2)

		睡眠のQOL(QDIS)			うつ病スクリーニング(PHQ-9)			基本チェックリスト		
		ベースライン値	中間評価	最終評価	ベースライン値	中間評価	最終評価	ベースライン値	中間評価	最終評価
福島県	コントロール群	43.8(4.7)	43.7(5.5)	44.9(7.3)	2.7(3.9)	2.4(2.9)	2.7(4.5)	5.8(2.4)	5.8(2.2)	5.2(2.7)
	鍼灸治療	51.7(8.7)	43.2(4.7)	42.8(4.5)	7.7(4.7)	3.0(2.7)	2.1(1.9)	7.2(3.4)	6.8(3.2)	8.4(3.8)
東京都	コントロール群	47.1(5.4)	47.1(5.4)	47.3(4.3)	2.1(2.0)	3.1(2.5)	2.9(2.1)	4.2(1.9)	4.5(2.1)	4.7(1.6)
	鍼灸治療	48.2(5.8)	47.9(4.9)	45.2(5.0)	5.5(4.9)	4.5(3.1)	3.9(4.7)	6.5(3.9)	5.9(4.1)	5.9(4.2)
山梨県	コントロール群	49.0(7.9)	46.3(4.2)	47.8(5.9)	7.2(2.6)	6.0(1.8)	3.2(1.0)	5.8(5.6)	7.0(5.9)	4.2(3.3)
	鍼灸治療	46.2(6.2)	46.3(4.2)	40.0(0.0)	7.0(7.5)	7.0(7.9)	1.3(2.3)	10.0(5.4)	10.2(5.6)	7.7(3.1)
長野県	コントロール群	44.2(4.3)	44.7(4.3)	42.8(4.1)	1.7(1.6)	2.9(4.1)	1.4(1.1)	4.1(2.1)	3.7(2.2)	3.8(2.0)
	鍼灸治療	45.8(7.4)	43.9(5.5)	43.2(5.9)	2.8(2.5)	2.9(3.2)	1.9(2.3)	4.2(3.0)	4.1(3.2)	3.2(2.0)
静岡県	コントロール群	44.8(4.5)	46.2(7.1)	44.2(4.6)	1.9(1.6)	1.8(1.7)	1.5(1.4)	5.4(4.1)	4.7(3.6)	4.7(2.4)
	鍼灸治療	46.7(6.3)	46.8(7.0)	46.7(4.8)	4.0(4.3)	4.0(3.8)	3.5(3.3)	6.8(3.8)	6.2(4.1)	6.2(3.7)

第5章 課題と改善点

5-1 実装上の課題(運営・人材・時間)

5-1-1 現場運用における具体的な課題の抽出

現場運用では、鍼灸師の確保、実施日程の調整、会場スペース確保、当日の設営・撤収等の運営負担が課題となった。また、転倒防止等の安全管理を確実にを行うため、動線設計や見守り体制の工夫が必要である。加えて、関係者（自治体、地域包括支援センター）への理解促進と役割分担の明確化が求められた。

5-1-2 実装科学のフレームワークに基づく考察

本事業における地域の「通いの場」への鍼灸介入を、単なる一過性の試行に終わらせず、自治体施策として持続可能なものとするためには、現場で生じた課題を実装科学の視点から体系的に考察する必要がある。本事業の公衆衛生的インパクトを評価する指標として、到達度・有効性・採用度・実施度・維持度の5つの次元からなるRE-AIMフレームワークも挙げられるが、より具体的な実装上の阻害要因と促進要因を検討するために、CFIRおよび8つの実装アウトカムを用いて考察する。

1. 実装評価の枠組み：CFIRと実装アウトカム

CFIR（Consolidated Framework for Implementation Research）：介入の特性・外的セッティング・内的セッティング・個人特性・プロセスの5つのドメイン（領域）から、実装の成否に影響を与える要因を包括的に特定する枠組みである。

実装アウトカム：臨床的な治療効果（臨床アウトカム）とは異なる、介入を現場に導入・定着させるための「意図的かつ目的を持った行動の効果」を測る指標である。

表 5-1 実装アウトカム

指標	定義・説明
受容性	参加者や提供者が介入を好ましいと感じるか
採用性	介入を開始しようとする意図や実際の初期行動

適合性	特定の現場や課題に対する介入の適正さ
実現可能性	人的・時間的・資源的に無理なく遂行できるか
忠実度	計画通り正確に実施されたか
実装コスト	導入・維持にかかる費用や資源
浸透度	対象組織や集団の内部へ広がっている程度
持続可能性	現場に定着し安定して継続されるか

2. フレームワークに基づく現場課題の分類

(1) 実現可能性と外的セッティングの制約

現場運用において、鍼灸師の確保や日程調整、会場設営の負担が大きな課題となった。これは実装アウトカムにおける「実現可能性」（人的・時間的・資源的に無理なく遂行できるか）に直結している。CFIRの「外的セッティング」の観点から見ると、地域ごとの鍼灸師会の組織力や人的資源のばらつきが、全国的なスケールアップにおける阻害となっている可能性がある。持続可能な実装を実現するためには、県師会等の内情に左右されず、鍼灸治療者1名でも成立する「最小モデル」のパッケージ化や、自治体の既存リソースとの連携強化も検討することが重要であろう。

(2) 適合性（Appropriateness）と内的セッティングの影響

通いの場の物理的環境（面積）やプログラム特性（麻雀やカラオケ等の中断しにくい活動）により、鍼灸治療が「忙しいもの」になり、プライバシー確保が困難になる場面があった。これは、介入が特定の現場に適しているかという「適合性」の課題である。CFIRの「内的セッティング」である会場の物理的環境、組織文化は実装の成否を分ける可変的な要因である。麻雀等の中座しにくい活動が行われる通いの場では、実施タイミングを活動前後へずらす、あるいは別室を確保するといった「適応」の設計を事前アセスメントに基づき柔軟に行うことが、実装の質を高める鍵となるであろう。

(3) 忠実度とプロセスの標準化

高齢参加者の理解度差による調査票の記入負担や、鍼灸治療内容に対する個別要望への対応は、介入の「忠実度」（計画通り正確に実施されたか）を左右

する要因となった。CFIRの「プロセス」において、役割分担の明確化や手順の標準化が不十分な場合、政策的意図が現場に反映されない「実装の欠損」が生じやすい。どの地域でも一定の質を担保するためには、簡易マニュアルの活用や、通いの場運営スタッフ・サポーターによる記入補助体制の整備等、現場の実情に合わせた「プロセスの簡素化」が重要な戦略となるであろう。

(4) 受容性と個人特性

初めて鍼灸を受ける参加者の不安や、鍼灸に対する期待への違いは、初期の「受容性」（介入を好ましいと感じるか）に関連していると考えられる。CFIRの「関与者の特性」において、既存の信頼関係が「促進要因」として機能する一方で、説明不足による不安は「阻害要因」となる。初期の受容性を高め、その後の継続（持続可能性）につなげるためには、緊急時対応フローの提示や禁忌事項の共有といった安心材料の「見える化」を標準手順に組み込む運営設計が求められるであろう。

(5) まとめ

本事業の社会実装上の主な課題として、リソースの限界による「実現可能性」の確保と、現場ごとの「内的セッティング」に応じた「適応」の設計があげられるであろう。今後の社会実装においては、これらの決定要因をあらかじめ特定した上で、現場のコンテキストに適合した実装戦略を構築することが重要である。

高橋由光, 石見拓 (監修・監訳). 実践! 実装科学. 東京: インターメディカ. 2025.

5-2 通いの場運営者からのコメント

本事業の実施にあたり、通いの場の運営者から以下のようなコメントが寄せられた。内容は主に「安全性の確認」「行政的根拠の明示」「実施難易度の認識」に整理された。

実施前の不安・確認事項

- ・事故発生時の対応体制について明示してほしい。
- ・厚生労働省とのやり取りに関する資料を提示してほしい。
- ・実施内容については、比較的容易であると想定していた。
- ・特に違和感がなく実施できた。ただ、いつもの実施体系と異なるため、個別の対応が必要であった。参加者の通いの場に行くモチベーションに貢献していると思う。

全体傾向として、安全管理体制と事業の制度的位置付けに関する確認ニーズの強いことが示された。

今後の課題：

- ・事故対応マニュアルの明確化
- ・行政との関係性の可視化
- ・実施に伴う人的・時間的負担の事前共有

事業実装にあたっては、安全管理体制と制度的根拠を事前に明示することが信頼確保の前提となる。

5-3 参加者からのコメント

本事業の実施にあたり、参加者から以下のようなコメントが寄せられた。内容は「調査票記入の負担」「鍼灸治療理解」「体感評価」「継続意向」「環境面」に大別された。

(1) 調査票・記入負担

- ・文字が小さく読みづらい。
- ・記入項目が多く負担が大きい。
- ・沢山の調査項目を書くのが大変だった。
- ・質問内容が理解しにくい。
- ・筆圧低下により記入が困難。
- ・自宅で記入したい。
- ・（非介入群の参加者より）記入したくない。

傾向として、高齢者にとって調査票は身体的・認知的な負担が大きいことが示された。

今後の課題：

- ・文字サイズの拡大
- ・設問数の精査
- ・参加者へのこまめな声掛け

(2) 鍼灸治療内容の理解と可視化

- ・鍼灸治療部位や目的を説明してほしい。
- ・改善回数を目安を知りたい。
- ・他部位にも鍼灸治療をしてほしい。

傾向として、今回の研究を単発介入ではなく、継続治療としての理解していた参加者が複数いた。

今後の課題

- ・研究目的の役割整理と適切な説明が重要。

(3) 鍼灸治療後変化

- ・温感・身体の軽さ・眠気などを感じた。
 - ・翌日、筋肉痛症状があった。
 - ・一時的改善にとどまった。
 - ・通いの場でわいわい話をしながら、みんなと一緒に鍼灸をしてもらえるのはとても楽しい。
 - ・鍼灸をしていると症状が楽になったので、もっと早く鍼灸を導入してほしい。
- 短時間介入でも一定の即時効果は確認されたが、持続性の説明が必要であることが示唆された。

(4) 継続意向

- ・通いの場での鍼灸治療を継続してほしい。（同意見多数あり）
- ・治療院の受診につながった。
- ・鍼灸への不安が軽減した。

通いの場での介入は、鍼灸への心理的障壁を下げる有効な導線となる可能性が示唆された。

5-4 鍼灸治療者からのコメント

本事業の実施にあたり、鍼灸治療者から以下のようなコメントが寄せられた。内容は「運営の制約」「参加者への対応」「継続の希望」「体制上の課題」に整理された。

(1) 時間・人数・空間制約

- ・短時間多人数対応となり鍼灸治療が慌ただしくなった。
- ・既存プログラムとの調整が困難であった。

今後の課題

- ・鍼灸治療時間の調整・設定
- ・必要人員数の調整

(2) 参加者への対応

- ・改善後の追加鍼灸治療希望への対応が難しかった。
- ・今後、通いの場で鍼灸施術を行う際は、「一度試してもらって体験的な位置づけ」なのか、「その場で治療を完結させる本格的な施術」なのか、方針を明確にしておく必要があると思われる。
- ・対応する人数が多かったため、対象者を待たせてしまうことがあった。
- ・研究終了後、追加の鍼灸治療を希望されたが、対応が難しかった。

研究介入と臨床実践の位置付けを明確化する必要性が示唆された。

(3) 継続希望

- ・鍼灸治療の継続希望や通院につながった事例があった。
- ・鍼灸を知らなかった人に効果を実感してもらうことができ、継続を希望していただけた。
- ・対象者から「このまま通いの場でずっと鍼灸をやって欲しい」という意見が多かった。

地域包括ケアの入口として鍼灸が機能する可能性が示唆された。

(4) 体制上の課題

- ・ 人員確保や費用設定が今後の課題である。
- ・ 鍼灸治療者 1 名でも継続可能な枠組みの必要性が指摘された。

本事業においては（5-2～5-4 を踏まえて）、

・ 制度的信頼確保：事業の安全性・法的根拠・責任体制を明確にし、関係者が安心して受け入れられる状態をつくる。

・ 高齢者に配慮した調査設計：高齢者の身体的状態・理解力や記憶力の状態を踏まえ、読みやすく・答えやすい調査方法に設計すること。

・ 鍼灸治療内容の可視化と参加者への対応：鍼灸治療の目的・範囲・限界をわかりやすく説明し、過度な期待や誤解を防ぐこと。

・ 持続可能な実施体制の構築：人員・時間・費用を含め、各地域で無理なく継続できる枠組みを整えること。

などが、今後の実装課題として整理された。

5-5 今後の検討事項

1) 参加者の受療意欲の差への対応（非参加者を含む場づくり）

通いの場では受療意欲の異なる参加者が混在するため、介入への参加を強制しない方針を明確化し、非参加者への声かけ・見学導線・待機スペース等を含め、場全体の雰囲気や納得感を損なわない運営設計や配慮が必要である。運営側と役割分担や進行を事前に調整する必要がある。

2) 説明・同意・調査票の「わかりやすさ」向上

参加者の理解度差により、研究説明や調査票（調査票の質問の意味・書き方等）が伝わりにくいという課題があった。説明手順の標準化（短い定型文・記入例・見本提示・説明順）と、運営スタッフや鍼灸治療サポーターによる記入補助体制を整備する。調査票は文字サイズ・記入欄の簡素化等、負担軽減策を検討する。

3) 実施条件（時間・人数・スペース）の調整

通いの場の稼働時間や会場面積により、鍼灸治療が慌ただしくなる場面があった。鍼灸治療者人数・鍼灸治療件数・鍼灸治療時間を、各通いの場に合わせ調整する必要がある。

4) 介入の目的・範囲の明確化

「別の部位も」「もっと長く」「何回で良くなるか」等の要望に対し、研究としての介入範囲の説明負担が大きかった。初回に目的・回数・時間・対応範囲を明確に伝え、個別要望への対応ルール（対応できる／できない、優先順位、次回対応の可否）が理解しやすいよう検討する必要がある。

5) セルフケア資材の使われ方を踏まえた内容改良

セルフケアではパッチ鍼の使用が多い一方、温灸の使用は少ない傾向がみられた。資材ごとのメリット・注意点・適用場面の説明を改善し、温灸は体感の個人差や使い方の難しさを踏まえて、デモ時間の確保、代替手段（押す・温める等）の提示、独居等で実施が難しいケースへの対応策を検討する。

6) 通いの場タイプ別の適性評価と介入方式の選択

「中断しにくい活動」は介入に不向きな場合があると報告があった。通いの場の活動形態に応じた設計が必要である。事前アセスメント（活動内容・集中度・時間割・参加者層）に基づき、実施タイミング（前後に実施／別室／予約制）を選択する。

7) 参加継続・脱落への対応（高齢特性を前提にした設計）

高齢者では全回参加が難しく、欠席・脱落が一定数生じることが確認された。欠席時のフォロー（次回予約調整・連絡方法）や、参加負担を下げる工夫（記入補助等）を組み込み、継続参加しやすい設計とする。

8) 安全管理と事前確認事項の見える化

運営側から「事故時の対応」「厚労省とのやり取り書類の確認」等の要望があり、事前の安心材料提示が重要である。緊急時対応フロー、禁忌・注意事項、連絡体制、個人情報保護・同意の手順等を、運営者が事前に確認できるチェックリストとして整備する。

9) 実施体制（人員・県師会事情）の現実解：単独でも回る標準モデル

地域差（人材・財源・会場条件）を前提に、鍼灸治療者1名でも成立する最小モデルと、複数名で回す拡張モデルの両方を整備する。鍼灸治療件数・記録・セルフケア指導・緊急対応をパッケージ化し、地域事情に応じて選択できる形で提示する。

10) 費用設定（無料→有料）と持続可能性の検討

無料であることが好反応の要因となった可能性もあるため、今後の実装時の自己負担金の有無・金額・財源（委託／補助／参加費）を検討する。段階的導入（試行は無料、定着は一部負担等）や、提供内容（鍼灸治療時間・回数）とのバランスも検討が必要。

11) 現場コミュニケーションの標準手順化

通いの場では安心感の担保が参加継続に直結するため、開始・終了時の挨拶、簡潔な説明、見守りの姿勢といった基本動作を標準手順に組み込む。鍼灸治療者が共通の対応を取れるよう、簡易マニュアル化を進める。

第6章 提言・今後の展望

6-1 自治体実装に向けた提言

自治体における介護予防施策の実効性を高めるためには、運動・交流を中心とした既存の「通いの場」を基盤としつつ、参加継続を阻害する要因に対する専門的支援を組み込むことが重要である。通いの場は、高齢者を中心とした地域住民が、他者とのつながりの中で主体的に取り組む介護予防・フレイル予防の活動の場であり、地域づくりを通じた介護予防の推進に資する重要な枠組みとして整理されている [3,4]。一方で、通いの場の普及展開や機能強化を進める上では、参加者の多様な健康課題に対応し、より多くの高齢者が「通い続けられる」環境を整えることが課題として指摘されている [1,4]。

特に、慢性的な膝痛・腰痛・肩痛等の疼痛や、身体のこわばり・不眠・倦怠感といった日常的な不調は、高齢者が通いの場への参加を中断する主因の一つとなり得る。運動や体操が介護予防に有効であることは広く共有されているが、痛みが強い状況では運動そのものが難しく、参加頻度の低下や不参加につながりやすい。結果として社会的接点が減り、身体活動量の低下と孤立が重なり、フレイル進行のリスクが高まる懸念がある。平均寿命と健康寿命の差が存在し、健康上の問題で日常生活が制限される期間の短縮が重要課題であることを踏まえると、参加継続を阻害する要因を軽減し、通いの場を継続的に利用できる環境を整えることは、介護予防施策の実効性を高める上で重要である [5,6]。

そこで、通いの場への鍼灸師派遣を自治体の介護予防施策の選択肢として位置づけ、疼痛等の課題を抱える参加者が無理なく活動を継続できる環境を整備することを提言する。通いの場の機能強化を検討する際には、地域の実情や住民ニーズに応じて、支援の組み合わせを工夫することが重要であるとされており、課題解決のための具体的ポイントや事例も整理されている [1,4]。この観点から、鍼灸師の専門性を通いの場に導入することは、運動・交流支援に加えて「参加し続けられる身体づくり」を支える選択肢となり得る。

また、自治体が新たな仕組みを一から構築するのではなく、地域に既に存在する鍼灸院・鍼灸師を「身近な健康資源」として活用し、通いの場と連携した継続的な健康支援体制をつくるのが現実的である。介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村が地域の実情に応じて多様なサービス・活動を組み合わせる枠組みとして整理されており、住民の社会参加や支え合い体制づくりと介護

予防の推進を一体的に進めることが示されている [2]。通いの場と地域資源を結び付ける設計は、この総合事業の理念とも親和性が高い。

具体的には、第一に、通いの場における定期的な健康相談・疼痛評価を行い、参加者の困りごとを早期に把握する。第二に、自宅でも実践可能なセルフケア（ツボ刺激、生活上の工夫等）を普及させ、日常生活の中で無理なく健康維持に取り組めるよう支援する。第三に、フレイル兆候を早期に見つけ、必要に応じて医療機関・地域包括支援センター・介護サービス等へ橋渡しする。第四に、通いの場では対応が難しい個別支援が必要な参加者については、本人同意と個人情報保護を前提に地域の鍼灸院等との連携紹介を行い、場の外も含めた支援導線を整備する。これにより、通いの場を単発的なイベント型支援から「地域に根ざした継続的健康支援拠点」へと発展させることが可能となる [1,3,4]。

実装にあたっては、運営負担が過大にならないよう、手順と役割分担の明確化が要点となる。通いの場の普及展開に係る課題と解決のためのポイントは厚労省資料でも整理されており、自治体・運営主体・支援者等が直面しやすい課題に対して、事前準備や運用上の工夫を組み合わせ対応する視点が重要である [1]。具体的には、運営者は「日程調整・参加者への周知」を担い、鍼灸師は「健康相談・評価・セルフケア指導・必要時の助言」を担うなど、役割を明確にする。加えて、同意取得・記録・緊急時対応（転倒・体調急変等）・会場安全（導線・待機場所・室温等）を含むチェックリストを整備し、運営者と鍼灸師が共通理解で動ける形に標準化することが望ましい [1,4]。

評価の観点では、参加継続（出席率・中断率）の変化、疼痛や生活機能の変化、セルフケア実施状況、本人満足度等を、現場で過度な負担とならない形で把握する仕組みが必要である [4]。

費用・制度面について、本提言は新たな制度創設を求めるものではなく、既存の地域資源の活用と専門職連携の強化により実現可能な現実的施策である。「通いの場」の枠組みの中で、自治体が地域の実情に応じて支援の組み合わせ、持続可能な形での実装が期待できる [2,4]。

以上より、通いの場への鍼灸師派遣と地域鍼灸院の活用を組み合わせることにより、疼痛等の課題を抱える住民が活動を継続しやすい環境を整備し、通いの場の価値を高めることが期待される。これは住民が「自ら健康を維持できる

環境」を地域の中につくる取り組みであり、フレイル進行の抑制、ひいては健康寿命延伸に資する可能性を持つ [5,6]。

参考文献

[1] 厚生労働省. 通いの場の課題解決に向けたマニュアル Ver.1 (令和5年度 介護予防活動普及展開事業) .

<https://www.mhlw.go.jp/content/001244024.pdf>

[2] 厚生労働省. 介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン (概要) . (最終改正: 老発 0717 第6号 令和7年7月17日 令和7年7月17日)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001285188.pdf>

[3] 厚生労働省 (老健局) . 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き (ダイジェスト版) .

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166414.pdf>

[4] 厚生労働省. 自立支援・介護予防に向けた 戦略的な通いの場の展開のヒント. (令和6年度 介護予防活動普及展開事業)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001512899.pdf>

[5] 厚生労働省 (e-ヘルスネット) . 平均寿命と健康寿命.

<https://kenet.mhlw.go.jp/information/information/hale/h-01-002.html>

[6] 厚生労働省. 健康寿命の令和4年値について.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001363069.pdf>

6-2 鍼灸師研修体制の構築案

地域包括ケアシステムの中で、鍼灸師が「身近な健康相談役」として適切に機能するためには、介護予防に資する専門性に加え、安全管理・個人情報保護・評価指標の理解ならびに自治体・地域包括支援センター・通いの場等との連携に関する実践的能力を体系的に習得できる研修体制の整備が不可欠である。このため、既存の研修資源を基盤としつつ通いの場実装を見据えた「標準的な運用手順」と「体系的研修プログラム」を一体的に整備し、再現性および汎用性の高いモデルとして全国展開を可能とする体制の構築を提案する。

まず、本会ではすでに医療連携に関する研修を継続的に実施している。具体的には、慢性疼痛疾患等に対する医療連携のあり方について、鑑別診断の考え方を踏まえ必要時には医療機関へ適切に紹介する判断力の涵養を図っている。加えて、近年増加する高齢者の慢性疼痛（腰痛・膝痛・肩関節周囲炎等）に関する最新知見を医師等から再習得するとともに、鍼灸治療における刺鍼法およびその留意点について実技供覧を含めた研修を実施している。

また、安全性確保の観点からリスクマネジメント研修も実施している。本研修では、鍼灸安全対策ガイドライン改訂版に準拠し、有害事象の防止策や刺鍼に伴うリスクの理解を深めるとともに感染対策として新型コロナウイルス感染症やインフルエンザ等を踏まえた換気方法、施術部位の消毒手順等の再確認を行っている。さらに、国内外の医療事故症例の共有を通じて安全刺鍼の遵守および適切なカルテ記載の重要性を周知し、加えて医療機器等の安全管理に関する具体策を提示することで臨床における安全性向上を図っている。

さらに、本会ではNELS（Eラーニング研修制度）を基盤とし、臨床基礎研修制度（CFS：Clinical Foundation System）、専門領域研修制度（PDS：Professional Discipline System）、生涯研修制度（LES：Lifelong Education System）からなる体系的な研修システムを既に構築している。臨床基礎研修制度は、会員は無料で受講が可能である。専門領域研修制度においては、保険取扱・地域包括ケア・スポーツ鍼灸・医療連携・災害鍼灸・婦人科疾患（不妊治療）等、多岐にわたる講座を提供している。特に、地域包括ケアおよび医療連携に関する講座は、本事業との関連性が高い内容となっている。

今後は、これら既存の研修資源を体系的に整理・標準化し、通いの場における導入・運用を前提とした「標準的研修パッケージ」として再編する必要がある。具体的には、研修内容と現場実装を接続する運用手順（導入フロー・役割

分担・連携プロトコル・評価方法等)を明確化し、研修修了者が地域の通いの場で即時に実践可能となる仕組みを構築する。

以上のように、本提案は既存の実績ある研修体制を基盤としつつ、それを通いの場の実装可能な形へと整備・標準化することで、鍼灸師が地域包括ケアシステムにおいて持続的かつ安全に貢献できる体制の確立を目指すものである。

第7章 付録資料

7-1 検討委員会議事録(第1~4回)

回	日時	場所	主な課題
第1回	2025年9月22日 (月) 13:00~14:30	Zoom (Web会議)	(1) 研究計画の確認 (2) 研究デザインの整理 (3) サンプル確保の方針
第2回	2025年10月22日 (水) 14:00~15:30	Zoom (Web会議)	(1) シンポジウム報告 (2) 成果物(報告書・マニュアル)の方針確認 (3) 課題整理(運営・安全・個人情報等)
第3回	2025年12月4日 (木) 17:30~18:30	Zoom (Web会議)	(1) 通いの場稼働状況の共有 (2) 成果物作成の進捗と分担確認 (3) スケジュールの確認
第4回	2026年2月16日 (月) 16:00~17:30	日本鍼灸師会 会議室 (ハイブリッド検討)	(1) 成果物の進捗状況と内容確認 (2) スケジュール調整 (3) 解析手法・データ整理

公益社団法人日本鍼灸師会 厚生労働省老人保健健康増進等事業 第1回検討会議 議事要旨

1. 会議概要

【日時】令和7年9月22日（月） 13:00～14:30

【開催形式】Zoom（オンライン参加）

2. 主な議題

- (1) 研究事業の概要説明
- (2) 研究デザインおよび社会実装の方向性
- (3) 今後の進め方

3. 主な説明内容

本事業は、1都4県の通いの場を対象として、鍼灸介入の有無によるQOLへの影響を検証することを目的とし、通いの場単位での割付による準無作為比較試験（Quasi-RCT）として実施することが説明された。

また、本事業は厚生労働省の助言により社会実装を重視した研究として位置づけられ、自治体施策への反映および全国展開を視野に入れていることが共有された。

4. 主な意見・討議内容

研究デザインについて、クラスターRCTに準じた方法であることが確認され、現場実装を踏まえた実践的研究として進める必要性が示された。

また、通いの場は介護予防施策としてすでに地域で稼働しており、鍼灸師の地域介入の場として有効であること、研究の妥当性確保のためには十分なサンプルサイズ確保が重要であることが指摘された。

さらに、通いの場と鍼灸を組み合わせた介入は社会実装の観点から実現可能性が高く、住民への普及効果も期待されるとの意見が示された。

5. 決定事項・今後の対応

今後、研究計画に基づき通いの場での研究を実施するとともに、検討委員会において進捗管理および研究内容の検討を継続することとした。

公益社団法人日本鍼灸師会 厚生労働省老人保健健康増進等事業 第2回検討会議 議事要旨

1. 会議概要

【日時】令和7年10月22日(水) 14:00~15:30

【開催形式】Zoom(オンライン参加)

2. 主な議題

- (1) 老健事業シンポジウムの実施報告
- (2) 成果物(実績報告書・マニュアル等)の作成方針
- (3) 今後のスケジュール

3. 主な説明内容

老健事業シンポジウムの開催結果について報告があり、鍼灸のフレイル予防への有効性および通いの場での導入に対する関心の高さが確認された。

また、本事業の成果物として、実績報告書および自治体向けマニュアルを作成する方針が示された。

4. 主な意見・討議内容

実績報告書には、事業目的・調査手法・結果および社会実装に関する提案を含めることが重要であるとの助言があった。

また、自治体向けマニュアルについては、実務で活用可能な内容とする必要があることが確認された。

研究評価においては、SF-8を用いた生活機能評価により、介護予防効果を中長期的に検証する重要性が示された。

5. 決定事項・今後の対応

実績報告書および自治体向けマニュアルの作成を進めるとともに、2026年3月頃までに報告書の初稿を作成することとした。

公益社団法人日本鍼灸師会

厚生労働省老人保健健康増進等事業

第3回検討会議 議事録

1. 会議概要

【日時】令和7年12月4日（木）17：30～18：30

【開催形式】Zoom（オンライン参加）

2. 主な議題

- (1) 通いの場の実施状況の報告
- (2) 成果物作成の進捗および執筆体制
- (3) 今後のスケジュール

3. 主な説明内容

通いの場の実施状況について報告があり、19か所の通いの場で研究が実施されていることが確認された。

また、実績報告書および自治体向けマニュアルを本事業の主要成果物として作成する方針が示された。

4. 主な意見・討議内容

実績報告書は、背景・目的・方法・結果・考察および社会実装に向けた提言を含む構成とすることが確認された。

また、自治体向けマニュアルは、自治体が本事業を導入する際の実務の手引きとして作成することが示された。

報告書作成にあたっては、研究結果の解析と並行して、準備経過や事業体制等の記述を進めることが重要であるとされた。

5. 決定事項・今後の対応

報告書およびマニュアルの作成を進め、2026年4月の提出期限に向けて原稿作成および編集作業を行うこととした。

公益社団法人日本鍼灸師会 厚生労働省老人保健健康増進等事業 第4回検討会議 議事録

1. 会議概要

【日時】令和8年2月16日（月）16：00～17：30

【会場】日本鍼灸師会 会議室（リアル参加）＋ Zoom（オンライン参加）

【開催形式】ハイブリッド開催

2. 主な議題

- (1) 成果物の進捗確認
- (2) 研究結果の解析状況
- (3) 社会実装に関する記載内容の検討

3. 主な説明内容

実績報告書および自治体向けマニュアルの作成状況について報告があり、報告書の構成および記載内容の確認が行われた。

また、研究解析の途中経過として、登録者数は目標を上回る169名となり、鍼灸介入群において身体的QOLおよび症状の改善傾向が認められたことが報告された。

4. 主な意見・討議内容

介護予防・社会実装に関する内容については、報告書の章構成において明確に記載する方針が確認された。

また、研究参加者の脱落および欠損データの取り扱いについて協議が行われ、取得済みデータを活用した適切な解析を進める必要性が示された。

5. 決定事項・今後の対応

報告書の完成に向けて追加解析および原稿作成を進め、2026年3月10日を目途に内部完成とすることとした。

また、自治体向けマニュアルについても報告書内容を踏まえ作成を進めることとした。

7-2 10月4日シンポジウム開催概要

表 7-2 シンポジウム開催概要

会議名	シンポジウム「介護予防に鍼灸を活用しよう ― 社会実装に向けた研究の紹介」
会場	つくば国際会議場 中ホール 200
日時	2025年10月4日（土） 13：00～14：30
テーマ	フレイル予防における鍼灸師と連携した通いの場の効果的な利活用の調査研究事業
会場	つくば国際会議場 中ホール 200
司会・座長	鈴木雅雄（福島県立医科大学教授）、安田政寛（日本鍼灸師会副会長）
登壇者	新開省二（女子栄養大学教授）※ビデオ登壇、高橋由光（京都大学大学院パブリックヘルス実装学講座教授）※ビデオ登壇、児山俊博（日本鍼灸師会副会長・名古屋大学大学院）、中村聡（日本鍼灸師会会長）
参加人数	70名
対象者	一般・医療関係者・介護関係者・鍼灸師
主催	公益社団法人 日本鍼灸師会



図 7-1 シンポジウム会場の様子

開会挨拶・趣旨説明（司会：鈴木雅雄教授）

鈴木雅雄教授より開会の挨拶があり、本シンポジウムのテーマが「介護予防に鍼灸を活用しよう ― 社会実装に向けた研究の紹介」であることが改めて説明された。

医療・介護を取り巻く環境が厳しさを増す中で、「今日は明るい未来の話をしに来た」と述べた。介護領域において鍼灸をどのように活かすか、かつ社会実装に向けた具体的な動きをどのように提言できるかを、本日のシンポジウム・ディスカッションを通じて考えたいと述べた。

続いて安田政寛副会長が自己紹介を行い、司会・座長として本シンポジウムを共に進行することが告げられた。

背景説明：日本が直面する社会構造の変化（安田政寛副会長）

安田政寛副会長より、本シンポジウムの背景となる社会的文脈として、いわゆる「年問題」の解説が行われた。会場の参加者に対し、内容の認知度を確認しながら進められた。

2025 年問題

団塊の世代（1947～1949 年生まれ）が全員 75 歳以上の後期高齢者となる年。総人口の 17.8%が後期高齢者に該当するようになり、医療・介護需要が一斉に高まる社会現象として顕在化する。

2030 年問題

生産年齢人口の比率が 60%を下回り、労働力不足が約 650 万人規模に達すると試算されている。全産業にわたる人手不足が経済の縮小につながるリスクがある。

2035 年問題

団塊世代が 85 歳以上となり、高齢社会の急激な進行と現役世代の減少が重なる。特に介護業界では深刻な人材不足に陥るとの予測が示された。

2040 年問題

現時点で最も注目度の高い問題として位置づけられた。65 歳以上の高齢者が全人口の 34.8%に達する。これはかつて地方が先行して経験してきた超高齢化を、日本全体として迎えることを意味する。医療・介護・年金をはじめとする社会保障インフラが機能困難に陥り、労働力不足からの経済縮小も懸念されると述べられた。

鍼灸師会の活動の経緯

このような社会変化を見据え、日本鍼灸師会は 2000 年代初頭から行政への提案活動を続けてきた経緯が紹介された。郵政改革・医療改革の流れの中で地方の過疎化が進み、医療を受けられない高齢者が増加した。大学医学部の研修制度変更により地方の中核病院から医師が引き上げられ、地域医療がさらに疲弊していったことが背景として説明された。

長野県を中心に、中山間地への鍼灸師の派遣や、ドクター不在の診療所を活用した鍼灸師設置の取り組みが地道に進められてきた。当初は行政からの支援が得られにくく「県でやらないことはできない」という返事が多かったが、2025 年問題等が社会問題として認知されるにつれ、中央への働きかけが実を結ぶようになってきたとされた。

高齢者に対して医療・介護に進む時間を遅らせ、健康寿命を延ばすことに鍼灸は長く貢献してきた。これは過疎地において行われてきた取り組みであり、現在の日本の状況にマッチした鍼灸のあり方であると強調された。

こうした社会的背景とこれまでの取り組みを踏まえ、超高齢社会を迎える中で新たな展開として、フレイル予防や介護予防の分野における鍼灸の可能性についての講演が続いた。

まず「老年症候群対策と鍼灸」と題し、介護予防の専門家の立場から女子栄養大学地域保健・老年学研究室の新開省二教授によるビデオ講演が行われた。老年症候群（フレイル・ロコモ・認知機能低下・栄養不良・閉じこもり・うつ等）の対策の重要性が解説されるとともに、鍼灸が血流改善や疼痛緩和・自律神経調整等に寄与し得る可能性が示された。（別件資料）

続いて、京都大学大学院医学研究科パブリックヘルス実装学講座の高橋由光教授より、「鍼灸×サロン：社会実装の取り組み」と題したビデオ講演が行われた。「通いの場（サロン）」と「鍼灸」はいずれも既に社会に存在する資源であり、それらを組み合わせることの意義と重要性について言及がなされた。（別件資料）

さらに、公益社団法人日本鍼灸師会の児山俊浩副会長より、福島・東京・山梨・長野・静岡における「通いの場」を対象とした、鍼灸介入群と非介入群を比較する準無作為化比較試験の概要が説明された。研究成果として、自治体や鍼灸師が今後活用可能なマニュアルの作成を予定していることが示された。（別件資料）

これらの講演を受け、鍼灸の可能性を「研究」と「社会実装」の両面からどのように具体化していくかについて、登壇者によるディスカッションへと移った。

本事業がいよいよ実証段階に入る中で、これまでの準備の積み重ねを踏まえつつ、今後の展開や社会への広がりについて、より実践的な視点からディスカッションが行われた。

ディスカッション

司会：安田副会長

登壇者：中村会長、鈴木教授、児山副会長

背景・概要

日本鍼灸師会が約2年間準備を進めてきた研究プロジェクトが、いよいよ実験フェーズに入る段階を迎えた。5都県の通いの場を対象に介入・非介入の比較実験を行うことを踏まえてコメントをもらう。

各登壇者の主な発言内容

中村会長： 鍼灸師の社会貢献の場を広げることが公益法人としての使命であり、「未病治」の考え方をエビデンスで裏付けることに大きな意義があると強調。介護分野での実績を足がかりに、医科大学など医療現場への展開も視野に入れている。

鈴木教授： 「鍼灸」と「通いの場・居場所づくり」はそれぞれ社会実装されているが、両者を組み合わせた取り組みはこれまでなかった点を高く評価。腰痛とメタボリックシンドロームの関連データ（福島県）を示しながら、運動器疾患や生活習慣病の予防への応用可能性に期待を示した。

児山副会長： 「明るい未来の話」をビジョンに掲げ約2年間、様々な困難を乗り越えながら準備を進めてきたと振り返った。日本鍼灸師会として初めての取り組みであることを強調しつつ、メンバー全員で協力してエビデンスを残すことの重要性を訴えた。そのエビデンスをもとに社会実装を進め、鍼灸を身近な存在として広めていくことが目標だと述べた。

質疑応答

会場質問者：福島県・泉崎村（人口約6,000人）の鍼灸師から、「鍼灸が当たり前の村・日本一の健康村」を目指したいという夢が語られ、協力できることを尋ねる質問があった。

中村会長： まず鍼灸師会への入会・会員拡大が政治・行政への発信力につながると説明。今回の取り組みが整うことで、地域の介護や医療機関との連携が生まれ、鍼灸師が社会・地域に貢献できる場が広がると述べた。

安田副会長：福島県が社会実装の先進地となりうると述べ、行政・住民・通いの場が一体となった活動が実現すれば、2040年問題の解決策の一つになり得ると期待を示した。成果が出た際には各県での協力を呼びかけた。

閉会

本シンポジウムを通じて、鍼灸師が通いの場でどのように活かされ、未来の地域医療にどのように寄与できるかを共有し、次の一步を考える契機となったことへの謝辞が述べられた。

調査事業の継続と、今後の報告会・成果発表の場を広げていきたいとの意向が示された。登壇者・参加者へのご指導・ご支援に感謝が述べられ、閉会となった。

本シンポジウムは、医療・介護関係者のみならず、地域で暮らす一般市民やその家族も対象としており、会場での学びを通じて、日常の健康づくりや生活に役立てる機会となった。

以上

表 7-3 老健シンポジウム アンケート 集計結果

①所属	
日本鍼灸師会鍼灸師	29
会員外、鍼灸師	3
医療関係者	3
学生	1
一般その他	2
②鍼灸についてどの程度知っていますか？	
よく知っている	28
ある程度知っている	8
名前は知っている	1
③鍼灸に対しての印象（複数回答あり）	
健康維持・予防に役立つ	37
痛みに効果がある	35
高齢者向けの印象	4

料金が不明	9
安全性が心配	5
科学的根拠が不明	8
④あなた自身は鍼灸を受けたことがありますか？	
日常的に受けている	27
過去には受けたことがある	10
ない	1
⑤（鍼灸を受けたことがない方）鍼灸を受ける際に感じている不安やためらい、または障壁になっていることはありますか？ どのような情報（例：効果・安全性・料金など）があれば、鍼灸を受けてみたいと思われませんか？	
・なんとなく怖い	
・専門性、どの程度の回数で症状緩和がもたらされるか、一体何に効くのか、施術時間、消毒など安全性、痛いという発言があった場合打ち方を変えたりやめたりしてもらえるか、過去の取り扱い疾患個別の症例数と患者さん満足度の表示	
・ありません	
⑥本日のシンポジウムを通じて、「通いの場（サロン）」で鍼灸を受けてみたいですか？	
とてもそう思う	19
そう思う	9
どちらでもない	8
あまり思わない	2
まったく思わない	0
⑦本日のシンポジウムを通じて、「通いの場（サロン）」に鍼灸を取り入れてみたいですか？	
とてもそう思う	23
そう思う	6
どちらでもない	4
あまり思わない	0
まったく思わない	1
⑧「通いの場」で鍼灸師が活躍する際、どのような課題があると思いますか？	

<ul style="list-style-type: none"> ・リスク管理 ・お給料
<ul style="list-style-type: none"> ・費用負担
<ul style="list-style-type: none"> ・鍼灸を含めた東洋医学の認知を広めていくことで、医療としての鍼灸の敷居を下げる
<ul style="list-style-type: none"> ・日常的に鍼灸治療を受ける人を増やしていく。鍼灸を受けた方の割合を上げていき、身近なものにしていく
<ul style="list-style-type: none"> ・治療院のスタッフが少ないため手が回るか？
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション能力の向上が必須
<ul style="list-style-type: none"> ・個別の健康相談をしてくる人がいると思われるので不公平にならないよう配慮が必要と思われる
<ul style="list-style-type: none"> ・鍼灸の効果の実証が大事だと思います
<ul style="list-style-type: none"> ・行政との折衝
<ul style="list-style-type: none"> ・鍼灸師の个体差
<ul style="list-style-type: none"> ・施術スペース、個人情報保護
<ul style="list-style-type: none"> ・なぜその場で鍼灸施術が必要かということを経験した鍼灸師が共通見解をもって話せるコミュニケーション能力、患者さん対応力、個々の鍼灸師の信用信頼性
<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワーの不足(鍼灸師の多様化)、料金設定、利用者のプライベートの保持など
<ul style="list-style-type: none"> ・思いやりの心構え
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネの理解不足 介護保険事業に理解不足を感じている
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション能力の向上が必須
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション能力、給与体系
<p>⑨印象に残ったシンポジウムの内容や理由があれば教えてください。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・兎山先生の研究デザインの発表

<p>・地域に根ざした鍼灸は大事だと思います。</p>
<p>・社会実装について、大きな学びになりました。 日本鍼灸師会の初めての取り組み、素晴らしい社会実装研究に胸が熱くなりました。</p>
<p>・予防医療への貢献</p>
<p>・恥ずかしながら実装科学という分野を初めて知りました。鍼灸のこれからの方向性に結びつくことが興味深く、拝聴いたしました。</p>
<p>・社会実装という言葉、鍼灸×サロン</p>
<p>・老年症候群と鍼灸</p>
<p>・新開省二先生の、老年症候群の的確な対策、医療がない。鍼灸のアプローチが大いに期待できること。高橋由光先生の、タッチポイントとサロンの普及。サロン×鍼灸は、社会実装の絶好のフィールド。</p>
<p>・予防医療への貢献</p>
<p>⑩その他、本日のシンポジウムの内容や鍼灸、通いの場に関してご意見・アイデア・ご感想をお聞かせください。</p>
<p>・具体的な治療事例があればもっとよかった。</p>
<p>・通いの場として、自身の治療院でも何かできることがないか考えるキッカケとなりました。既に良いモデルがございましたらご教示いただけましたら幸いです。</p>
<p>・フレイル予防は高齢者の医療で重要な事だと思います。これからもよろしくお願い致します。</p>
<p>・通いの場ですが、高齢者は自宅から近くないと出かけにくいという問題があるので、全国にたくさんサロンができると良いと思います。また持続定着を考えた時、若年層向け、もしくはファミリー参加型、全世代型など、曜日で分けたり、鍼灸だけでなく子ども食堂など全世代の利用できるような場の設定など、工夫することも将来的にはあって良いかと考えます。</p>

・各都道府県鍼灸師会で、サロン×鍼灸施術の場を交通の便利の良い行きやすい場に作り、そこで日替わりで健康、医療、食事、運動など養生や未病予防に関する講演や実演をし、その後鍼灸施術を行う。鍼灸が一番嫌がられる理由は鍼を刺されることへの恐怖なので、初めての人には刺さない鍼で対応する（恐怖心を取り除くまでは、いきなり鍼をしない）という共通見解を会として持つ。よく聞く話で、一回目に鍼灸を受けて痛かったし怖かったからもう二度と受けないという人が多いし、そういう人が「鍼は痛いよ、怖いよ」と喧伝するので逆口コミで鍼灸が避けられることにつながっている。鍼灸は、心地よいからスタートすべきだと思います。こういうことは会の方針として出さないと、鍼灸師は治したいという気持ちが強いので。

・フレイル予防は高齢者の医療で重要な事だと思います。これからもよろしくお願い致します。

・現場(自治会)は鍼灸施術を欲していますが、はり師きゅう師に自治会との関わりがないと、急に接触をしても難しいでしょう。

日頃から、地元自治会事業と活動を共にして、人としての信頼関係を構築していくことが必須ではないかと、感じています。

また、これから、実証実験が進み、厚労省、行政からトップダウンが始動することになれば自治会へ入りやすいかと思いますが、実証実験そのものは、各行政へ我々が直接行っても、日頃からの繋がりが無いと、けんもほろろになる可能性が高いと思います。

利用者は、鍼灸院より自治会館の方が敷居が低く、足を運びやすいかと思えます。これからもこの事業を推進してください。

臨床
&
研究

シンポジウム

厚生労働省老健局 関連事業

介護予防に鍼灸を活用しよう！

～社会実装に向けた研究の紹介～

2025年 **10月4日** **土**
13:00～14:30

場所：つくば国際会議場 中ホール200

お申し込み
フォーム



伝えたいこと

- 鍼灸師と介護予防の親和性
- 鍼灸師と地域サロンを合わせた治療院像
- 鍼灸師ができる、介護予防から未病治へのアプローチ法
- 多彩な知性が語る、鍼灸師という文化のポテンシャル
- 質疑応答：鍼灸師がその場で悩みを解決

ダブルMC



新聞省二先生
女子栄養大学教授
地域保健・
老年学研究室
医学博士



高橋由光先生
京都大学
大学院医学研究科、
パブリックヘルス
実践学講座、特定教授



児山俊浩先生
日本鍼灸師会副会長
名古屋大学大学院
医学系研究科
総合診療医学 博士課程

安田政寛先生
日本鍼灸師会副会長
研修事業（学術・研修）
会員相互扶助事業
担当（他1：総務・青年）

鈴木雅雄先生
福島県立医科大学
会津医療センター
漢方医学研究室 教授/
漢方医学講座 教授



録画出演

シンポジスト

市民公開講座

どなたでも無料で参加できます

全国大会inいばらきTsukuba 同時開催



公益社団法人 日本鍼灸師会
Japan Acupuncture & Moxibustion Association

図 7-2 シンポジウム告知ポスター