

研究報告

岡田式浄化療法の効果に関する国際調査

鈴木 清志^{1,2} 内田 誠也¹ 木村 友昭¹ 田中 英明¹ 片村 宏^{1,3}

抄録

目的：生体エネルギー療法の一種である岡田式浄化療法（浄化療法）の効果と安全性の国際比較を行い、結果に関連する因子を明らかにすること。

方法：14か国において、16歳以上の参加者を対象に、ボランティアの療法士が30分以上の浄化療法を施術した際の症状の変化を解析した。参加者は全般的な症状の変化とともに、体の痛み、不安・抑うつ、めまい・動悸の3つの具体的な症状の変化を自己申告した。参加者の半数以上は自身が浄化療法の施術資格を有し（MOA会員）、半数以上が（一社）MOAインターナショナル（MOA）の関連施設やワークショップで施術を受けた。

結果：参加者11,303名のうち、77.5%、75.6%、78.4%、73.8%はそれぞれ、全般的な症状、体の痛み、不安・抑うつ、めまい・動悸が改善したと報告した。スペイン語圏とポルトガルからの参加者は、すべての症状の改善率が常に高く、日本はどの症状の改善率も常に低かった。また、施術を長時間受けた人は、改善率が有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。参加者の性別、参加理由、施術を受けた経験、施術を受けた場所なども、いくつかの症状の改善率と関連した。一方、症状の悪化率はそれぞれ2.8%、2.5%、0.8%、1.7%だった。施術後に症状が悪化したと答えた人のうち、71.6%は数時間で回復し、救急治療を必要とした人はいなかった。

結語：浄化療法を肯定的に受け止める人が多い集団では、浄化療法は民族・文化の違いを超えてさまざまな症状を改善することが多く、安全だった。参加者の居住国と施術時間は、それぞれ症状の改善率と常に関連した。

キーワード

岡田式浄化療法、生体エネルギー療法、国際調査、有効性、安全性

1. 緒言

生体エネルギー療法（biofield therapyまたはenergy healing）について、ジェーンらは、「被施術者の治癒反応を刺激するために、施術者を介して施術者と被施

術者の両者の生体エネルギーに働きかける非侵襲的な療法」と説明している¹⁾。生体エネルギー療法には、ヒーリングタッチ、レイキ、セラピューティックタッチ、外気功などがある¹⁾。生体エネルギー療法の科学的な作用機序はまだ解明されていない¹⁻⁵⁾が、臨床的には、さまざまな病気による痛み^{1, 6-12)}や不安・うつなどの精神症状^{3, 8, 10-14)}を改善することが報告されている。また、急性冠症候群後の自律神経活動に影響を与えたとの報告¹⁵⁾や、肯定的な感情や幸福度を高めた^{3, 11, 15, 16)}との報告がある。ジェーンらの定義¹⁾によれば、1930年代半ばに岡田茂吉（1882-1955）が提唱した岡田式浄化療法（浄化療法）^{17, 18)}は、生体エネルギー療法の一種と考えられる。

浄化療法は80年以上にわたって、主として家庭に

¹一般財団法人MOA健康科学センター

〒108-0074 東京都港区高輪4-8-10 東京療院本館2F

²医療法人財団玉川会 エム・オー・エー高輪クリニック
〒108-0074 東京都港区高輪4-8-10

³医療法人財団玉川会 エム・オー・エー新高輪クリニック
〒108-0074 東京都港区高輪4-9-16

連絡先：

鈴木清志. TEL: 03-5421-7030, FAX: 03-6450-2430,
E-mail: k.suzuki@mhs.or.jp

受付日：2020年10月31日、受理日：2020年12月15日。

において、さまざまな症状の改善を目的に実践されてきた。根底にある理論は、岡田氏が提唱した以下の考えに基づいている^{17, 18)}。すべての物質や生物は、現界の「肉体」と霊界に属する「霊体」が表裏一体の関係にあって、相互に作用している。体内で代謝された物質や老廃物は毒素となって、それが肉体的にはさまざまな病気や不幸の原因となり、霊体にとっては「曇り」となる。一方、悪い行いや考え方は霊体の曇りとなり、肉体にとっては毒素となる。体内の毒素の除去、すなわち霊の曇りの除去は、あらゆる種類の病気の根本的な解決と真の幸福につながる。

浄化療法の資格講座では、浄化療法の理論や毒素を体外に排出する方法などを学ぶ。体の熱やコリは毒素が蓄積されている場所であり、施術をする際の重要な箇所（急所）となる。被施術者の許可のもとに、施術者は被施術者の頭、首、肩、背中、腰に手のひらを当て、体の表面にある熱やコリを探查する。施術者は、宇宙に遍満している「自然力」と呼ばれるエネルギーを活用し、被施術者の症状の改善と幸せを願って、左右どちらかの手のひらを向ける。施術者は、そのエネルギーが被施術者の身体を透過することをイメージしつつ、手のひらからエネルギーを急所に向けて放射する。施術者は、余計な力が入らないように、左右の手を適宜交換して施術を行う。施術者の手のひらと被施術者の体の距離は通常30~60センチで、施術時間は通常30~60分である。岡田氏によれば、浄化療法の体内の毒素を除去して自己治癒力を活性化させ、施術者と被施術者双方の身体的・精神的な健康を促進する^{17, 18)}。

一般社団法人MOAインターナショナル（MOA）は、2000年より浄化療法の資格認定を行っている¹⁷⁾。基礎研修を受ければ、誰でも認定施術者として浄化療法を行うことができる（MOA会員）。さらに上級コースを受講し、MOAが認めた試験に合格すれば、療法士の資格を得ることができる。2020年9月時点で、国内の約80万人のMOA会員のうち5万人以上、海外では約20万人のMOA会員のうち2万人以上が、療法士の資格を認定されている。

我々はこれまでに、本人が浄化療法を受けているかどうかわからない状況で施術をしても、脳波上の α 波が増加し^{19, 20)}、心電図からみた自律神経機能が変化

したことを報告している^{19, 21, 22)}。日本で行った別の横断的研究では、参加者の約70%は1回の施術で症状が改善したが、改善率は性別、施術場所、施術時間、施術を受けた理由によって異なった^{23, 24)}。浄化療法の長期的な効果としては、更年期症状²⁵⁾、鎌状赤血球症患者の貧血と生存率²⁶⁾、線維筋痛症の疼痛²⁷⁾に改善を認めた。

MOAは、心身の健康を促進するために、浄化療法に食事法と芸術療法の要素を組み合わせた健康プログラム（岡田式健康法）を推奨している¹⁷⁾。我々は、岡田式健康法を定期的実践すると、高血圧患者の約8割が正常血圧になり、約3割で薬の減量・中止ができたことを報告した²⁸⁾。さらに、浄化療法、食事法、芸術療法の3つを同時に実践すると、生活の質（QOL）が改善する可能性は高くなった²⁹⁾。

生体エネルギー療法にはホリスティックでスピリチュアルな意味が含まれることが多く、そのためか、民族や文化によってエネルギー療法の利用^{30, 31)} やスピリチュアルな実践^{32, 33)} の頻度が異なることが報告されている。生体エネルギー療法の効果は、被施術者の民族性、文化的背景、施術への期待度、治療を受ける状況、施術者との関係などに影響されると考えられる³⁴⁻³⁷⁾。また移民にとっては、新たな居住国での滞在期間やその文化への馴化の程度も、エネルギー療法に対する考え方に影響すると思われる³⁸⁾。ギアスディンらは、ハワイでヒーリングタッチを受けた小児がん患者の両親へのインタビュー結果では、施術に対して基本的にハワイの伝統的な文化的価値観に基づく態度や信念を示したが、若い世代ほど伝統的な価値観にとらわれなかったことを報告している³⁹⁾。我々の知る限りでは、被施術者の民族・文化的背景が生体エネルギー療法の効果に影響を与えるかどうかは、今まで報告されていない。そこで本研究は、(1) 浄化療法の有効性と安全性が、民族・文化の違いや施術を受ける状況によって異なるかどうかを検討すること、(2) 通常行われている施術の効果に関連する要因を解析することを目的とした。

2. 方法

本研究は、できるだけ多くの参加者を対象に、通常行われている方法での施術を受けた結果を解析することを目指した。人為的に対照群を割り当てた場合、通常と異なる施術を受けることで、実情と異なる結果となる危険性がある。そこで我々は、対照群を作成せずに、便宜的なサンプリング法で参加者を募集する方法を選択した。本研究は、1975年のヘルシンキ宣言（2013年改訂）に基づき、一般財団法人MOA健康科学センターの治験審査委員会および倫理委員会の承認を得て実施した。

2-1 調査員

筆頭著者は、国内約100名、海外約25名の浄化療法インストラクターを対象に、研究の目的を説明するとともに、質問票と記録用紙の記入方法について説明した。この様子をビデオに録画し、参加したインストラクターたちは、この説明会のビデオを用いて、調査員の候補となる岡田式浄化療法の療法士に対して説明会を開催した。説明会は国内222箇所それぞれ数回、海外15箇所合計30回実施し、研究の目的とともに、参加者の募集方法、施術の実施方法、記録用紙の記入方法などを説明した。また調査員として本研究に協力し、浄化療法の施術を行っても、金銭等の特別な報酬はないことも伝えた。療法士の資格を持たないMOA会員は、本研究に参加者としては参加できるが、調査員としては参加できないこととした。浄化療法は、MOAが定めた方法^{17, 18)}（上記浄化療法の説明参照）に従って施術した。

2-2 参加者

我々はまず説明文書と質問票、記録用紙の日本語版を作成し、それをMOAの各地域本部が、英語、スペイン語、フランス語、ポルトガル語、タイ語、中国語、韓国語に翻訳した。日本、韓国、タイ、台湾、アメリカ、アルゼンチン、チリ、ブラジル、ペルー、メキシコ、スペイン、ベルギー、フランス、ポルトガルの14か国において、2008年1月から2010年9月まで参加者を募集し、調査員は説明文書をもとに口頭で研究の目

的と方法を説明した。参加者は、MOAの関連施設やMOAが主催するワークショップ、調査員宅、または参加者の自宅で、調査員から浄化療法を1回受けた。以下の条件をすべて満たす人が本研究に参加した。

(1) 調査員から30分以上の浄化療法を受けることに同意し、(2) 症状の変化をありのまま自己申告でき、(3) 記録用紙に自分の意志で回答できる、(4) 16歳以上の人。これらの条件を満たせば、それ以外の除外基準は特に設けなかった。また、本研究に参加することによる報酬等はないことにも同意を得た。療法士は、上記の基準を満たしていれば、調査員と参加者の両方で参加することができることとした。

2-3 質問票と記録用紙

参加者は施術の前に、個人情報に関する簡単な質問票に回答した。そして施術の前後に、体の痛み、不安・うつ（精神症状）、めまい・動悸（自律神経症状）のそれぞれの具体的な症状について、5段階のライカート式尺度を用いて、症状の重症度を自己評価した。さらに施術の後で、全般的な症状の変化（改善、変化なし、悪化）を自己申告した（図1）。症状が悪化したと答えた人には、症状からの回復のために何をしたのか、いつ症状が改善したのかについて、調査員が後日確認した。

参加者のQOLを評価するために、10項目のQOL質問票（MQL-10）⁴⁰⁾を使用した。MQL-10の値は0～40点の範囲で、高い値ほどQOLが良いことを示し、WHOQOL-26、SF-36（メンタルヘルス領域）との相関係数は、それぞれ0.81、0.64だった⁴⁰⁾。参加者は、浄化療法の施術に先立ってMQL-10質問票に回答した。

2-4 統計学的解析

それぞれの具体的な症状の変化については、施術前後の症状レベルを比較することで、「改善」「変化なし」「悪化」に分類した。本研究では、施術前の症状レベルが1～3だった参加者のデータを使用した（図1）。この条件を用いたのは、施術前に症状のなかった（レベル0）参加者の「変化なし」の回答は、施術前に症状があった参加者の「変化なし」の回答とは異

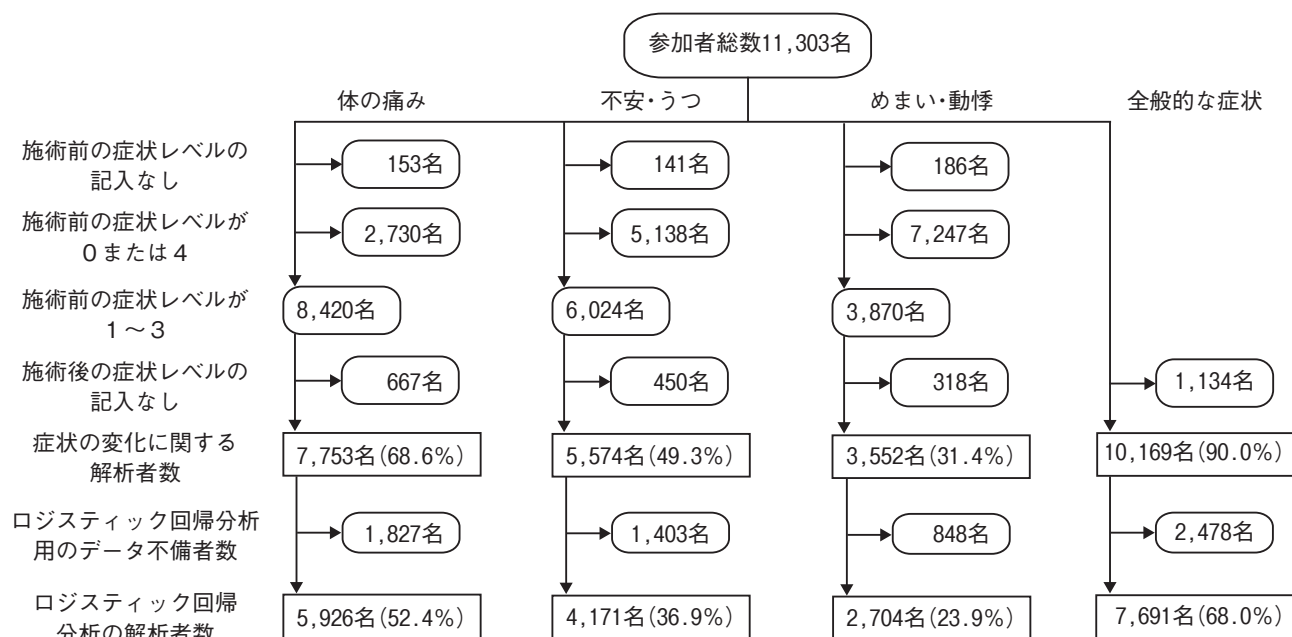


図1 各症状における解析者数

表1a 参加者の背景 (11,303名)

参加者の居住国 (11,303名)		
日本	7,187名	(63.6%)
米国	1,276名	(11.3%)
タイ	1,176名	(10.4%)
チリ・ペルー	1,068名	(9.5%)
ポルトガル	136名	(1.2%)
スペイン	116名	(1.0%)
アルゼンチン	106名	(0.9%)
メキシコ	83名	(0.7%)
ブラジル	56名	(0.5%)
韓国	44名	(0.4%)
台湾	29名	(0.3%)
ベルギー・フランス	26名	(0.2%)
年齢 (11,191名)		
16~49歳	3,304名	(29.5%)
50~69歳	4,557名	(40.7%)
70歳以上	3,330名	(29.8%)
性別 (11,041名)		
男性	2,492名	(22.6%)
女性	8,549名	(77.4%)
病気の有無 (10,498名)		
なし	5,237名	(49.9%)
あり	5,261名	(50.1%)
参加理由 (10,575名)		
健康増進	3,769名	(35.6%)
症状の改善	2,327名	(22.0%)
人に勧められて	4,479名	(42.4%)
MQL-10値 (10,626名)		
低い (25点以下)	3,489名	(32.8%)
中間 (26~30点)	4,007名	(37.7%)
高い (31点以上)	3,130名	(29.5%)

なる意味を持つからである。同様に、施術前にレベル4の症状を訴えていた参加者は、レベル4が一番強い症状を示すため、施術後に症状が悪化した場合でもレベル4と報告するしかなく、その結果、症状の悪化を評価できないからである。

データの解析には、日本語版SPSS第25版 (IBM SPSS Statistics、東京都) を使用した。解析の際に、チリのデータの一部がペルーのデータとして記載された可能性があったため、この2か国のデータをチリ・ペルー群にまとめた。またベルギーとフランスは、参加者が少なかったため、ベルギー・フランス群にまとめた。日本、米国、タイ、チリ・ペルーからはそれぞれ1000名以上、その他の9か国からは26~136名が、本研究の参加条件を満たした (表1a)。参加者の人数が国ごとに大きく異なったため、以下に述べる統計学的解析は、日本、米国、タイ、チリ・ペルーの4か国間で行った。4か国間の順序変数を比較する時はクラスカル・ワリス検定を用い、統計学的有意差 ($p < 0.05$) があった場合は、さらに2か国間でマン・ホイットニー検定を行った。その際は、ボンフェローニ補正を行い、 $p < 0.0083$ で統計学的有意差があると判断した。

それぞれの症状の改善に関連する要因の解析には、「症状の悪化または変化なし」を基準にロジスティック回帰分析を行った (図1)。解析を行う前に、以下

表1b 岡田式浄化療法に関わる参加者の背景(11,303名)

MOA会員 (11,114名)		
いいえ	5,507名	(49.6%)
はい	5,607名	(50.4%)
過去に施術を受けた経験 (11,023名)		
なし・ほとんどなし	4,849名	(44.0%)
時おり・定期的	6,174名	(56.0%)
施術を受けた場所 (10,846名)		
参加者の自宅	3,071名	(28.3%)
MOA施設・ワークショップ	5,480名	(50.5%)
調査員宅	2,295名	(21.2%)
施術時間 (11,303名)		
30分	4,737名	(41.9%)
31~50分	3,244名	(28.7%)
51分以上	3,322名	(29.4%)

に述べる順序変数は、あらかじめ3つのサブグループを作成し、それぞれがほぼ同人数となるように分割した。その結果、参加者の年齢は16~49歳、50~69歳、70歳以上の3群、施術時間は30分、31~50分、51分以上の3群、MQL-10値については25点以下、26~30点、31点以上の3群に分けた。p<0.05で統計学的有意差があると判断した。

3. 結果

14か国から合計11,303名が、本研究の参加条件を満たした。日本の参加者は7,187 / 11,303名 (63.6%)、50歳以上の高齢者は7,887 / 11,191名 (70.5%)、女性は8,549 / 11,041名 (77.4%)、病気があると答えた人は5,261 / 10,498名 (50.1%)、人に勧められて

参加したのは4,479 / 10,575名 (42.4%) だった (表1a)。浄化療法に関連した背景としては、MOA会員が5,607 / 11,114名 (50.4%)、今まで施術を受けたことがない・ほとんどない人が4,849 / 11,023名 (44.0%)、MOA施設やワークショップで施術を受けた人が5,480 / 10,846名 (50.5%)、施術時間がちょうど30分間だった人が4,737 / 11,303名 (41.9%) だった (表1b)。

各国とも女性が65%以上を占めたが、50歳以上の参加者が占める割合は、最小34.5% (台湾) から最大81.8% (韓国) まで差があった。MOA会員の割合は最小6.8% (ポルトガル) から最大65.9% (韓国)、今まで施術を受けたことがない・ほとんどない人の割合は最小9.1% (韓国) から最大82.2% (タイ) だった。MOA施設やワークショップで施術を受けた人の割合は、日本 (27.0%) を除くすべての国で65%を超えた (表1c)。

3-1 全般的な症状の変化

解析の条件を満たした10,169名のうち、7,885名 (77.5%) は症状が改善したと答え、1,999名 (19.7%) は変化なし、残りの285名 (2.8%) が症状は悪化したと回答した。チリ・ペルーの参加者は、日本、米国、タイの参加者に比べて症状が改善したと答えた人が多かった (p<0.0083)。日本の参加者は、症状の改善を報告した人の割合が最も低かった (p<0.0083)。スペイン語圏の国々とポルトガルは、いずれも高い改善率を示した (図2)。ロジスティック回帰分析では、

表1c 参加者の主な背景の国ごとの比較

	女性	50歳以上	MOA会員	施術経験なし・ほとんどなし	MOA施設・ワークショップでの施術
日本	5,506/7,083名 (77.7%)	5,468/7,158名 (76.4%)	4,587/7,131名 (64.3%)	2,170/7,045名 (30.8%)	1,869/6,910名 (27.0%)
米国	888/1,194名 (74.4%)	880/1,253名 (70.2%)	496/1,226名 (40.5%)	699/1,244名 (56.2%)	1,108/1,207名 (91.8%)
タイ	905/1,164名 (77.7%)	587/1,173名 (50.0%)	215/1,171名 (18.4%)	963/1,171名 (82.2%)	1,057/1,123名 (94.1%)
チリ・ペルー	816/1,030名 (79.2%)	624/1,032名 (60.5%)	120/1,018名 (11.8%)	711/994名 (71.5%)	967/1,024名 (94.4%)
ポルトガル	94/132名 (71.2%)	77/134名 (57.5%)	9/132名 (6.8%)	105/130名 (80.8%)	87/131名 (66.4%)
スペイン	83/105名 (79.0%)	54/110名 (49.1%)	18/106名 (17.0%)	88/109名 (80.7%)	109/113名 (96.5%)
アルゼンチン	85/104名 (81.7%)	57/102名 (55.9%)	50/104名 (48.1%)	37/104名 (35.6%)	75/105名 (71.4%)
メキシコ	61/79名 (77.2%)	44/79名 (55.7%)	30/77名 (39.0%)	31/76名 (40.8%)	80/81名 (98.8%)
ブラジル	42/52名 (80.8%)	40/52名 (57.7%)	25/51名 (49.0%)	23/53名 (43.4%)	48/56名 (85.7%)
韓国	29/44名 (65.9%)	36/44名 (81.8%)	29/44名 (65.9%)	4/44名 (9.1%)	40/44名 (90.9%)
台湾	19/29名 (65.5%)	10/29名 (34.5%)	16/29名 (55.2%)	11/28名 (39.3%)	23/28名 (82.1%)
ベルギー・フランス	21/25名 (84.0%)	20/25名 (80.0%)	12/25名 (48.0%)	7/25名 (28.0%)	17/24名 (70.8%)

灰色で示した数値は、それぞれの背景における最小値と最大値を示す。

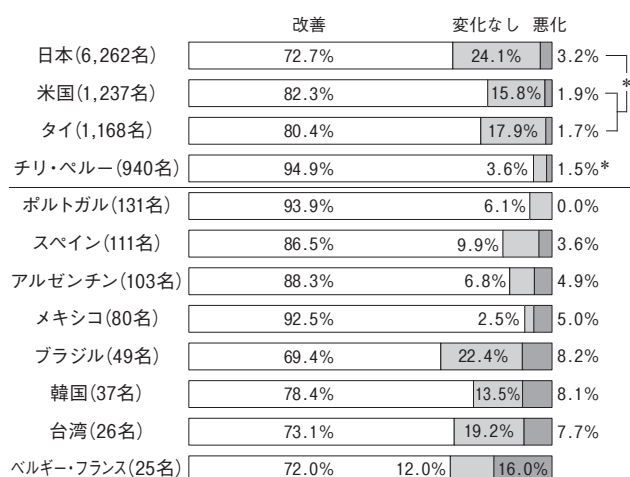


図2 浄化療法施術後の全般的な症状の変化

*: 日本、米国、タイ、チリ・ペルーのうちの2か国間におけるマン・ホイットニー検定のp値が0.0083以下

参加者の居住国、性別、参加理由、MQL-10値、MOA会員かどうか、過去の施術経験、施術場所、施術時間が、それぞれ症状の改善と関連していた(表2)。

3-2 体の痛みの変化

解析の条件を満たした7,753名のうち、5,865名(75.6%)は症状が改善したと答え、1,696名(21.9%)は症状のレベルに変化なく、192名(2.5%)は症状が悪化したと答えた。チリ・ペルーの参加者は、日本、米国、タイの参加者に比べて症状が改善したと答えた人が多かった($p < 0.0083$)。スペイン語圏の国々とポルトガルは、いずれも高い改善率を示した(図3)。ロジスティック回帰分析では、参加者の居住国、性別、過去の施術経験、施術時間が、それぞれ症状の改善と関連していた(表3)。

3-3 不安・うつ症状の変化

解析の条件を満たした5,574名のうち、4,368名(78.4%)は症状が改善したと回答し、1,159名(20.8%)は変化なし、残りの47名(0.8%)は症状が悪化したと答えた。チリ・ペルーの参加者は、日本、米国、タイの参加者に比べて症状が改善したと答えた人が多く($p < 0.0083$)、さらにタイの参加者は、日本と米国の参加者に比べて改善したと答えた人が多かった($p < 0.0083$)。スペイン語圏の国々とポルトガルは、いずれも高い改善率を示した(図4)。ロ

表2 全般的な症状の改善に関連する要因のロジスティック回帰分析(7,691名)

	改善率	p値	オッズ比(95%信頼区間)
参加者の居住地			
日本	72.3%		1
米国	81.5%	<0.001	2.01(1.60-2.54)
タイ	79.9%	<0.001	2.32(1.87-2.90)
チリ・ペルー	95.0%	<0.001	8.31(5.33-13.0)
年齢			
		0.051	
性別			
男性	66.6%		1
女性	78.3%	<0.001	1.66(1.47-1.88)
病気の有無			
		0.25	
参加理由			
健康増進	82.4%		1
症状の改善	83.9%	0.039	1.21(1.01-1.44)
人に勧められて	66.5%	<0.001	0.64(0.54-0.75)
MQL-10 値			
低い(25点以下)	76.0%		1
中間(26~30点)	77.2%	0.50	
高い(31点以上)	72.9%	0.049	0.87(0.75-0.99)
MOA会員			
いいえ	70.0%		1
はい	80.7%	<0.001	1.37(1.17-1.61)
過去に施術を受けた経験			
なし・ほとんどなし	69.4%		1
時おり・定期的	80.3%	0.001	1.32(1.12-1.55)
施術を受けた場所			
参加者の自宅	67.9%		1
MOA施設・ワークショップ	82.5%	<0.001	1.57(1.33-1.84)
調査員宅	72.6%	0.033	1.17(1.01-1.35)
施術時間			
30分	72.1%		1
31~50分	72.9%	0.002	1.23(1.08-1.41)
51分以上	83.2%	<0.001	1.78(1.53-2.07)

[症状の悪化・変化なし]を参照カテゴリーとして解析。

ロジスティック回帰分析では、参加者の居住国、施術場所、施術時間の3つが、それぞれ症状の改善と関連していた(表4)。

3-4 めまい・動悸症状の変化

解析の条件を満たした3,552名のうち、2,622名(73.8%)は症状が改善し、869名(24.5%)は変化なし、残りの61名(1.7%)は症状が悪化した。チリ・ペルーの参加者は、日本、米国、タイの参加者に比べて症状が改善したと答えた人が多かった($p <$

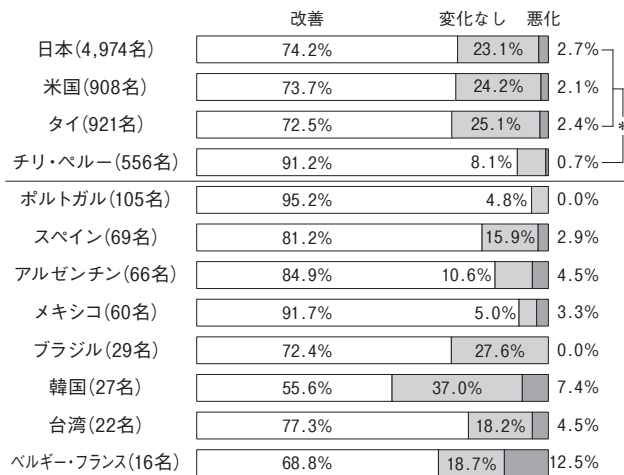


図3 浄化療法施術後の体の痛みの変化

*: 日本、米国、タイ、チリ・ペルーのうちの2か国間におけるマン・ホイットニー検定のp値が0.0083以下

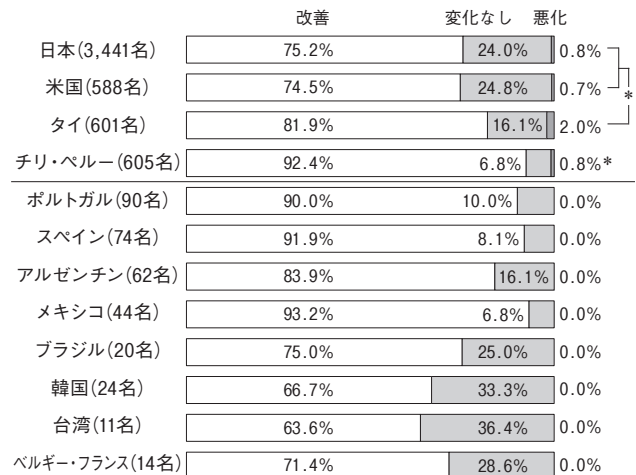


図4 浄化療法施術後の不安・うつ症状の変化

*: 日本、米国、タイ、チリ・ペルーのうちの2か国間におけるマン・ホイットニー検定のp値が0.0083以下

表3 体の痛みの改善に関連する要因のロジスティック回帰分析(5,926名)

	改善率	p値	オッズ比(95%信頼区間)
参加者の居住地			
日本	73.8%		1
米国	73.9%	0.11	
タイ	72.0%	0.016	1.31(1.05-1.64)
チリ・ペルー	89.4%	<0.001	3.78(2.50-5.71)
年齢		0.15	
性別			
男性	71.5%		1
女性	75.1%	0.028	1.18(1.02-1.36)
病気の有無		0.40	
参加理由		0.051	
MQL-10値		0.10	
MOA会員		0.58	
過去に施術を受けた経験			
なし・ほとんどなし	71.1%		1
時おり・定期的	76.5%	0.021	1.24(1.03-1.49)
施術を受けた場所		0.76	
施術時間			
30分	70.8%		1
31~50分	74.1%	0.011	1.21(1.05-1.41)
51分以上	78.8%	<0.001	1.51(1.29-1.77)

「症状の悪化・変化なし」を参照カテゴリーとして解析。

表4 不安・うつ症状の改善に関連する要因のロジスティック回帰分析(4,171名)

	改善率	p値	オッズ比(95%信頼区間)
参加者の居住地			
日本	75.4%		1
米国	75.3%	0.59	
タイ	81.9%	<0.001	1.73(1.28-2.33)
チリ・ペルー	91.2%	<0.001	3.73(2.40-5.79)
年齢		0.40	
性別		0.066	
病気の有無		0.77	
参加理由		0.080	
MQL-10値		0.59	
MOA会員		0.71	
過去に施術を受けた経験		0.55	
施術を受けた場所			
参加者の自宅	72.2%		1
MOA施設・ワークショップ	80.3%	0.098	
調査員宅	78.7%	0.007	1.32(1.08-1.61)
施術時間			
30分	75.7%		1
31~50分	75.5%	0.038	1.22(1.01-1.46)
51分以上	81.5%	<0.001	1.74(1.42-2.12)

「症状の悪化・変化なし」を参照カテゴリーとして解析。

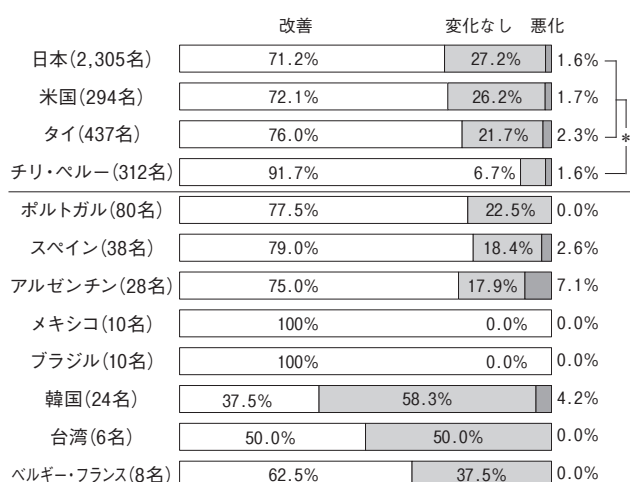


図5 浄化療法施術後のめまい・動悸症状の変化

*: 日本、米国、タイ、チリ・ペルーのうちの2か国間におけるマン・ホイットニー検定のp値が0.0083以下

0.0083)。スペイン語圏の国々とポルトガル、ブラジルは、いずれも高い改善率を示した(図5)。ロジスティック回帰分析では、参加者の居住国、施術場所、施術時間の3つが、それぞれ症状の改善と関連していた(表5)。

3-5 浄化療法施術後の症状の悪化

施術後に症状が悪化したと答えた人で、その後どのような処置をしたのかを追跡できたのは228名で、そのうちの178名(78.1%)は自然に回復し、46名(20.1%)はさらに施術を追加して良くなり、2名(0.9%)は薬を服用し、残りの2名(0.9%)は医師に相談したと答えた。症状がいつ回復したのかを追跡できた169名のうち、121名(71.6%)は数時間で回復し、19名(11.2%)は24時間以内、残りの29名(17.2%)は回復に24時間以上を要した。医療機関に緊急で受診した人はいなかった。

4. 考察

本研究では便宜的なサンプリング法を採用したため、必然的にMOA会員や浄化療法に共感を示す参加者が多かった。また、MOA施設やMOAが主催するワークショップで施術を受けた人が多かった。さらに、国によって参加者の年齢、性別、MOA会員の割合、施術経験、施術場所などに大きな違いがあった。

表5 めまい・動悸症状の改善に関連する要因のロジスティック回帰分析(2,704名)

	改善率	p値	オッズ比(95%信頼区間)
参加者の居住地			
日本	71.8%		1
米国	71.4%	0.42	
タイ	77.0%	0.001	1.79(1.29-2.51)
チリ・ペルー	90.6%	<0.001	4.29(2.44-7.57)
年齢		0.98	
性別		0.26	
病気の有無		0.87	
参加理由		0.32	
MQL-10値		0.66	
MOA会員		0.43	
過去に施術を受けた経験		0.11	
施術を受けた場所			
参加者の自宅	67.7%		1
MOA施設・ワークショップ	75.3%	0.34	
調査員宅	78.3%	<0.001	1.68(1.32-2.15)
施術時間			
30分	72.4%		1
31~50分	71.3%	0.55	
51分以上	77.2%	0.002	1.44(1.14-1.82)

「症状の悪化・変化なし」を参照カテゴリーとして解析。

これらの欠点はあるものの、本研究は民族・文化の違いが生体エネルギー療法の効果に及ぼす影響を調べた、初めての国際調査と思われる。

4-1 民族・文化による施術効果の差

今までの研究結果によれば、生体エネルギー療法を受けるかどうかは、民族、性別、社会経済状況、健康状態などに影響されることが報告されている^{10, 11, 30-33, 38, 39)}。施術の効果に関連する因子については、日本人を対象にした我々の研究によれば、性別、施術を受ける理由、施術場所、施術時間が、それぞれ施術後の症状の変化と関連していた²⁴⁾。性別に関しては、生体エネルギー療法は男性よりも女性のほうが改善率が高いことを述べたクリストファーセンらの論文¹⁰⁾と一致している。今回の研究では、チリ・ペルーの参加者は、日本、米国、タイの参加者に比べて、全般的な症状、体の痛み、不安・抑うつ、めまい・動悸のい

ずれも、改善率が有意に高かった。一方で、日本の参加者は、それぞれの症状の改善率が一貫して最も低かった。他のさまざまな因子を調整した後でも、参加者の居住国が症状の変化に関連する最も重要な因子であることに変わりはない。

興味深いことに、スペイン語圏とポルトガルの参加者は、他の国と比較してさまざまな症状の改善率が常に高かった。ハークらによれば、中南米地域は健康に対して文化的に多様な考え方を有する地域である⁴¹⁾。具体的には、中南米の人々は伝統的・文化的にホリスティックでスピリチュアルな考え方をするので、病気や災害などの時には、その心理的、社会的、感情的、そしてスピリチュアルな面にも関心を持つ傾向がある^{37, 41, 42)}。

これに対して日本人は、病気の際には西洋医学に頼るのが一般的で、しかも保険で支払われるので費用も安い。いわゆる「手かざし療法」は、日本の伝統的な治療法でも一般的な宗教的儀式でもないため、浄化療法に違和感をもち、その効果に懐疑的な参加者が多かった可能性がある。

一方で、米国は多民族国家で、たとえばアフリカ系アメリカ人は、他の人種のアメリカ人よりもスピリチュアルな考え方を有する傾向がある⁴³⁾。ベアらは、白人系や中国系のアメリカ人女性が精神的な症状に悩まされた時には、種々のスピリチュアル・セラピーを利用することが多いのに対して、日系アメリカ人女性は利用することが少なかったと報告している⁴⁴⁾。

民族的・伝統的な意識の強い参加者やスピリチュアルな考え方を有する参加者は、浄化療法の施術中に自分の民族的・伝統的な療法を思い出して、親しみを感じたかもしれない。またそれぞれの国の日系人は、日本の文化に根差した浄化療法を、肯定的にも否定的にも受け止めた可能性がある。

以上述べたような種々の要因が、それぞれの国の人々にさまざまな形で影響を及ぼす結果として、国による浄化療法の効果の違いが拡大したと考えられる。

4-2 症状の感じ方の差

民族によって、症状の感じ方が異なることも考えられる。実際に、ヒスパニック系およびアフリカ系の

人々は、非ヒスパニック系の白人に比べて、体の痛みに苦しむ頻度が多く^{45, 46)}、痛みを感じやすく⁴⁶⁾、出産前は抑うつ状態になりやすい^{47, 48)}との報告がある。オーフィエロらは、ラテン系アメリカ人のほうが白人系アメリカ人よりも、そして女性のほうが男性よりも、実験的に標準化された痛み刺激に対して、より強い痛みを感じたと報告している⁴⁹⁾。強い症状に悩まされている人は、軽い症状の人よりも、施術後の症状の改善を感じやすかった可能性がある。

4-3 プラセボ効果の差

プラセボ効果が民族や文化によって異なることも考えられる。ワラックとジョナスはプラセボ反応を、患者の状況に対する「治療の意味」の効果と定義した³⁴⁾。彼らが述べる「治療の意味」は、その人の外部環境と内部の状況、その人の歴史、社会状況、その人の好みや期待などとの相互作用から生じると説明している³⁴⁾。本研究では、浄化療法の施術場所、施術時間、参加理由などは、プラセボ反応と密接に関連したと考えられる。さまざまな療法において、施術者と被施術者との関係にも民族差があると報告されている^{35, 36)}。本研究でも、調査員と参加者間の信頼関係などが民族によって異なる結果、国による施術の効果の差が拡大した可能性がある。

4-4 先行研究との比較

我々の日本における先行研究²⁴⁾と、本研究での日本の参加者との比較では、体の痛み、不安・うつ、めまい・動悸の改善率は、それぞれ74.2%対69.7%、75.2%対71.2%、71.2%対67.5%と、一貫して本研究のほうが先行研究よりも改善率は高かった。両研究とも、施術時間が長くなると改善率は常に高くなった。この理由として、調査員は参加者の症状が改善するまで施術を続けたのかもしれない。あるいは、長時間施術を受けたことによって心理的に満足し、症状が改善したと報告した可能性もある²⁴⁾。

4-5 浄化療法の安全性

施術後の症状の悪化率は、先の研究では0.7%-2.5%だったが²⁴⁾、本研究では日本の参加者の0.8-2.8%が

症状の悪化を報告した。両研究とも救急医療を必要とする人はいなかったため、浄化療法の健康増進を願う人、さまざまな病気・症状の回復を望む人など、どんな状況の人にとっても安全で有用な補完医療だと言える。

4-6 本研究の限界

今回の研究デザインには、以下に述べるいくつかの限界がある。第一に、本研究は適切な対照群や比較群を用いずに便宜的なサンプルを用いたため、高齢者や女性の参加者が多く、MOA会員も多数含まれており、施術はしばしばMOA施設やワークショップで行われた。参加者のこうした偏りが、結果に影響したと考えられる。今回の結果は、一般集団における浄化療法の有効性や、一般的な生体エネルギー療法の有効性を示しているのではない。

第二に、参加者は施術をしてくれた調査員に対して、その効果を正直に伝えることが難しかった可能性がある。調査員は参加者に対して、意識的にせよ無意識にせよ、より良い結果を自己申告させた可能性がある。

第三に、質問票と記録用紙がそれぞれの言語に適切に翻訳されていなかった可能性がある。また、不安、めまい、動悸などは、言語によって意味が異なる場合があり、それが国による施術効果の差を拡大した可能性がある。

第四に、本研究で調査した項目は、施術の効果に影響すると考えられる要因をすべて網羅したとは言えず、今回の調査に含まれなかった要因が結果に影響した可能性がある。

浄化療法の有効性を明らかにするためには、厳密な研究デザインで追加研究を行う必要があると考える。

4-7 結論

岡田式浄化療法を肯定的に受け止める人が多い集団に対して、ボランティアによる30分以上の施術を行った場合は、民族・文化の違いを超えて効果的で安全だった。スペイン語圏とポルトガルの参加者は、さまざまな症状の改善率が常に高く、日本の参加者は改善率が常に低かった。より長時間の施術を受けた参加者

も改善率が高かった。また参加者の性別、参加理由、過去の施術経験、施術場所なども、いくつかの症状の改善と関連していた。施術後に症状の悪化を訴えた参加者のほとんどは数時間で回復し、救急医療を必要とした人はいなかった。

謝 辞

一般財団法人MOA健康科学センターからは、本研究の質問票や記録用紙の開発とデータ解析などに対する支援を頂いた。一般社団法人MOAインターナショナルからは、文書の多言語への翻訳、浄化療法インストラクターへの支援、調査員への講義費用、施術のための施設使用などに対する支援を頂いた。本研究にご協力いただいた参加者の皆様、浄化療法インストラクターと認定療法士の皆様、MOAインターナショナルとMOA健康科学センターのスタッフの皆様のご協力に、深く感謝致します。

[参考文献]

- 1) Jain S, Hammerschlag R, Mills P, et al. Clinical studies of biofield therapies: Summary, methodological challenges, and recommendations. *Glob Adv Health Med.* 4(Suppl), 58-66. 2015. doi:10.7453/gahmj.2015.034.suppl.
- 2) Guarneri E, King RP. Challenges and opportunities faced by biofield practitioners in global health and medicine: A white paper. *Glob Adv Health Med.* 4(Suppl), 89-96. 2015. doi:10.7453/gahmj.2015.024.suppl.
- 3) Carneiro EM, Barbosa LP, Marson JM, et al. Effectiveness of Spiritist “passe” (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 30, 73-78. 2017. doi: 10.1016/j.ctim.2016.11.008.
- 4) Baldwin AL, Rand WL, Schwartz GE. Practicing Reiki does not appear to routinely produce high-intensity electromagnetic fields from the heart or hands of Reiki practitioners. *J Altern Complement Med.* 19,

- 518–526. 2013. doi:10.1089/acm.2012.0136.
- 5) Baldwin AL, Trent NL. An integrative review of scientific evidence for reconnection healing. *J Altern Complement Med.* 23, 590-598. 2017. doi:10.1089/acm.2015.0218.
 - 6) Aghabati N, Mohammadi E, Esmail ZP. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med.* 7, 375-381. 2010. doi:10.1093/ecam/nen006.
 - 7) Sagkal Midilli T, Ciray Gunduzoglu N. Effects of Reiki on pain and vital signs when applied to the incision area of the body after cesarean section surgery: A single-blinded, randomized, double-controlled study. *Holist Nurs Pract.* 30, 368-378. 2016. doi:10.1097/HNP.0000000000000172.
 - 8) Baldwin AL, Vitale A, Brownell E, et al. Effects of Reiki on pain, anxiety, and blood pressure in patients undergoing knee replacement: A Pilot Study. *Holist Nurs Pract.* 31, 80-89. 2017. doi:10.1097/HNP.0000000000000195.
 - 9) Jahantigh F, Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, et al. Effects of Reiki versus physiotherapy on relieving lower back pain and improving activities daily living of patients with intervertebral disc hernia. *J Evid Based Integr Med.* 23, 1-5. 2018. doi:10.1177/2515690X18762745.
 - 10) Kristoffersen AE, Stub T, Knudsen-Baas O, et al. Self-reported effects of energy healing: A prospective observational study with pre–post design. *Explore.* 15, 115-125. 2019. doi:10.1016/j.explore.2018.06.009.
 - 11) Rahtz E, Child S, Knight S, et al. Clients of UK healers: A mixed methods survey of their demography, health problems, and experiences of healing. *Complement Ther Clin Pract.* 35, 72-77. 2019. doi:10.1016/j.ctcp.2019.01.012.
 - 12) Billot M, Daycard M, Wood C, et al. Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Support Palliat Care.* Apr 04. PMID:30948444. 2019. doi:10.1136/bmjspcare-2019-001775.
 - 13) Rosada RM, Rubik B, Mainguy B, et al. Reiki reduces burnout among community mental health clinicians. *J Altern Complement Med.* 21, 489-495. 2015. doi:10.1089/acm.2014.0403.
 - 14) Carneiro EM, Moraes GV, Terra GA. Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the psychophysiological parameters in hospitalized patients. *Adv Mind Body Med.* 30, 4-10. 2016. doi:10.1016/j.ctim.2016.11.008.
 - 15) Friedman RSC, Burg MM, Miles P, et al. Effects of Reiki on autonomic activity early after acute coronary syndrome. *J Am Coll Cardiol.* 56, 995-996. 2010. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.082.
 - 16) Reece K, Schwartz GE, Brooks AJ, et al. Positive well-being changes associated with giving and receiving Johrei healing. *J Altern Complement Med.* 11, 455-457. 2005. doi:10.1089/acm.2005.11.455.
 - 17) MOAインターナショナル. <https://moainternational.or.jp/>, (accessed 2020-10-15).
 - 18) MOAインターナショナル. 岡田式浄化療法の実際. MOAインターナショナル. 静岡. 3-63. 2004
 - 19) Uchida S, Ueno M, Sugano H, et al. Effect of external Qi, a Chinese alternative medicine, on an electroencephalogram and the autonomic nervous system: Difference between suggestion effect and external Qi effect. *J Intl Soc Life Info Sci.* 20, 453-454. 2002. doi:10.18936/islis.20.2_453.
 - 20) Uchida S, Iha T, Yamaoka K, et al. Effect of biofield therapy in the human brain. *J Altern Complement Med.* 18, 875-879. 2012. doi:10.1089/acm.2011.0428.
 - 21) Uchida S, Ueno M, Sugano H, et al. Effect of external Qi on the autonomic nervous system: Difference of effect in expertise of healers. *J Intl Soc Life Info Sci.* 21, 115-117. 2003. doi:10.18936/islis.21.1_115.
 - 22) Uchida S, Yamaoka K, Sugano H, et al. Effect of external Qi (MOA purifying therapy) on heart rate variability in climacteric women. *J Intl Soc Life Info Sci.* 22, 561-562. 2004. doi:10.18936/islis.22.2_561.
 - 23) 鈴木清志, 内田誠也, 木村友昭ほか. 生体エネルギー療法の全国調査：有効性・安全性とその関連

- 因子. 日本統合医療学会誌. 2, 37-43. 2009
- 24) Suzuki K, Uchida S, Kimura T, et al. A large cross-sectional, descriptive study of self-reports after biofield therapy in Japan: Demography, symptomology, and circumstances of treatment administration. *Altern Ther Health Med*. 18, 38-50. 2012
- 25) 畑山道子, 鈴木清志, 石田アサエほか. 更年期障害に対する岡田式浄化療法 (生体エネルギー療法) の長期効果. *MOA健科報*. 12, 13-19. 2009
- 26) Mikobi Minga T, Kure Koto FK, Egboki H, et al. Effectiveness of biofield therapy for individuals with sickle cell disease in Africa. *Altern Ther Health Med*. 20, 20-26. 2014
- 27) Sarmiento F, Tanaka H, Cordeiro E, et al. Effectiveness of biofield therapy for patients diagnosed with fibromyalgia. *Altern Ther Health Med*. 23, e7. 2017
- 28) 鈴木清志, 片村宏. 高血圧患者に対する統合医療の効果. 日本統合医療学会誌. 10, 186-195. 2017
- 29) Suzuki K, Kimura T, Uchida S, et al. The influence of a multimodal health program with diet, art, and biofield therapy on the quality of life of people in Japan. *J Altern Complement Med*. 25, 336-345. 2019. doi:10.1089/acm.2018.0291.
- 30) Arcury TA, Suerken CK, MS, Grzywacz JG, et al. Complementary and alternative medicine use among older adults: Ethnic variation. *Ethn Dis*. 16, 723-731. 2006
- 31) Rhee TG, Evans RL, McAlpine DD, et al. Racial/ethnic differences in the use of complementary and alternative medicine in US adults with moderate mental distress: Results from the 2012 national health interview survey. *J prim care community health*. 8, 43-54. 2017. doi:10.1177/2150131916671229.
- 32) Gillum F, Griffith DM. Prayer and spiritual practices for health reasons among American adults: The role of race and ethnicity. *J Relig Health*. 49, 283-295. 2010. doi:10.1007/s10943-009-9249-7.
- 33) Levin J, Taylor RJ, Chatters LM. Prevalence and sociodemographic correlates of spiritual healer use: Findings from the national survey of American life. *Complement Ther Med*, 19, 63–70. 2011. doi:10.1016/j.ctim.2011.02.001.
- 34) Walach H, Jonas WB. Placebo research: The evidence base for harnessing self-healing capacities. *J Altern Complement Med*. 10, S103-S112. 2004. doi:10.1089/1075553042245773.
- 35) Bhugra D, Ventriglio A. Do cultures influence placebo response? *Acta Psychiatr Scand*. 132, 227–230. 2015. doi:10.1111/acps.12422.
- 36) Friesen P, Blease C. Placebo effects and racial and ethnic health disparities: An unjust and underexplored connection. *J Med Ethics*. 44, 774-781. 2018. doi:10.1136/medethics-2018-104811.
- 37) Bedi RP. Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Arch Sci Psychol*. 6, 96–104. 2018. doi:10.1037/arc0000047.
- 38) Rhodes PJ, Small N, Ismail H, et al. The use of biomedicine, complementary and alternative medicine, and ethnomedicine for the treatment of epilepsy among people of South Asian origin in the UK. *BMC Complement Altern Med*. 8, 7. 2008. doi:10.1186/1472-6882-8-7.
- 39) Ghiasuddin A, Wong J, Siu AM. Ethnicity, traditional healing practices, and attitudes towards complementary medicine of a pediatric oncology population receiving healing touch in Hawaii. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2, 227-231. 2015. doi:10.4103/2347-5625.158015.
- 40) 木村友昭, 鈴木清志, 森岡尚夫ほか. 大規模調査のためのQOL尺度開発とその妥当性の検証. *MOA健科報*. 13, 73-84. 2009
- 41) Haack SL, Mazar I, Carter EM, et al. Cultural sensitivity and global pharmacy engagement in Latin America: Argentina, Brazil, Ecuador, Guatemala, and Mexico. *Am J Pharm Educ*. 83, 682-698. 2019. doi:10.5688/ajpe7218.
- 42) Gureje O, Nortje G, Makanjuola V, et al. The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders.

- Lancet Psychiatry. 2, 168-177. 2015. doi:10.1016/S2215-0366(15)00013-9.
- 43) Conner AL, Boles DZ, Markus HR, et al. Americans' health mindsets: Content, cultural patterning, and associations with physical and mental health. *Ann Behav Med.* 53, 321–332. 2019. doi:10.1093/abm/kay041.
- 44) Bair YA, Gold EB, Greendale GA, et al. Ethnic differences in use of complementary and alternative medicine at midlife: Longitudinal results from SWAN participants. *Am J Public Health.* 92, 1832-1840. 2002. doi:10.2105/ajph.92.11.1832.
- 45) Dobscha SK, Soleck GD, Dickinson KC, et al. Associations between race and ethnicity and treatment for chronic pain in the VA. *J Pain.* 10, 1078-1087. 2009. doi:10.1016/j.jpain.2009.04.018.
- 46) Lavin R, Park J. A characterization of pain in racially and ethnically diverse older adults: A review of the literature. *J Appl Gerontol.* 33, 258-290. 2014. doi:10.1177/0733464812459372.
- 47) Walmer R, Huynh J, Wenger J, et al. Mental health disorders subsequent to gestational diabetes mellitus differ by race/ethnicity. *Depress Anxiety.* 32, 774-782. 2015. doi:10.1002/da.22388.
- 48) Mukherjee S, Trepka MJ, Pierre-Victor D, et al. Racial/ethnic disparities in antenatal depression in the United States: A systematic review. *Matern Child Health J.* 20, 1780-1797. 2016. doi:10.1007/s10995-016-1989-x.
- 49) Aufiero M, Stankewicz H, Quazi S, et al. Pain perception in Latino vs. Caucasian and male vs. female patients: Is there really a difference? *West J Emerg Med.* 18, 737-742. 2017. doi:10.5811/westjem.2017.1.32723.

この内容は、下記の英語論文に若干の修正を加えて、一般財団法人MOA健康科学センター研究報告集用に報告書としてまとめたものである。

Suzuki K, et al. International cross-sectional study on the effectiveness of Okada Purifying Therapy, a biofield therapy, for the relief of various symptoms. *J Altern Complement Med.* 26, 708–720. 2020. doi:10.1089/acm.2019.0264.