

(2) 進化医学の知見

次に進化医学 Evolutionary Medicine の知見であるが、これは「そもそも病気とは何か」という基本理解に関わるものである。

進化医学は、1990年代時代から活発になつた医学研究の一つのパラダイムであり、人間にとつての病気というものの意味を原点に立ち返つて掘り下げる研究領域とも呼べるものである。その基本的な理解は“病気とは、環境に対する個体の適応の失敗あるいはその「ズレ」から生まれる”というものであるが、進化医学は、このことを人類が地球上に存在するようになって以降の大きな時間の流れでとらえる。すなわち現代人の祖先である「新人」(ホモ・サピエンス)が地球上に登場したのは今から5~10万年前頃であるが、当時から現在まで人間の生物学的な組成はほとんど変化していない。一方、当時の人類の生活は、食糧が概して不足がちである中で狩猟・採集を行うか、農耕生活を営む程度であった。つまり人間の身体はそうした生活ないし環境に適応する形で「できている」が、しかし人間を取り巻く環境は大きく変化し、当時の状況とはおよそ異なるものとなった。

たとえば、当時は食糧が欠乏しがちだったので人間の体には「飢餓に強い血糖維持機構」が備わっているが、“飽食の時代”である現在ではこれが逆に糖尿病等の原因となつてゐる。また、狩猟・採集生活の時代はよく怪我をしていたので「止血系」が大きく発達しているが、これが現在ではかえって血栓や動脈硬化の要因となつてゐる。さらに花粉症や各種アレルギーなどは環境の変化に人間の体が追いついていなければ生じるものであり、またこれだけスピードが速くなった時代において、様々なストレスが生じるのはごく自然のことである(以上につき Nesse and Williams(1994), Stephen C. Stearns (ed)(1999), 井村(2000)等)。

これは、病気に関する“エコロジカル・モデル”とも呼びうる枠組みであり、また、病気を「環境に対する個体の適応(対応)の失敗ないし

不備」としてとらえる点において、中国医学等と共にした認識枠組みをもつ。こうした進化医学の考え方も、統合医療の理念に大きく親和的なものといえるだろう。

(3) 精神神経免疫学の展開

一方、特に人間の心理的・精神的な側面の健康・病気との関わりについて、やはり近年展開しつつある研究領域として「精神神経免疫学」(ないし精神免疫学)と呼ばれる領域がある。

以前から、たとえば「ストレスと免疫」の関連等についての研究は様々な形で行われていた。つまり“心理”的なストレスが、それ自体は“身体”的な現象である免疫機構に大きな影響を及ぼすといった点に関する知見の蓄積であるが、免疫が関わる疾患は、がん、膠原病(慢性関節リウマチ等)などの自己免疫疾患、各種感染症、アレルギー等々きわめて多岐にわたる。こうした中で、脳一神経系、免疫系、内分泌系の相関関係についての注目がなされるようになり、上記の「精神神経免疫」学というパラダイムが形成されていったのである。これは“病は気から”と言われてきた現象と重なつておらず、ある意味で「現代科学は古人の知恵に還る」という侧面を持っているともいえる。

具体的には、大きなストレスないし心理的な痛手(配偶者をがんで失った者など)を受けた者の免疫機能が大幅に低下している(免疫において重要な役割をはたすT細胞などの数の減少)ことや、乳がん患者に対して心理的な支援のケアを行つた場合とそうでない場合で生存率に有意な差が見られる等といった研究が蓄積されてきている(川村(1998), 神庭(1999))。

そして、こうした心理的要因と病気との深い関わり(ないし心身相関、心身の全体性)という視点は、文字通り中国医学ないし東洋医学のパラダイムと共にするものである。

(3) 脳研究の発展

脳に関する研究が現在の生命科学の先端の一つをなすことは言うまでもないが、現在、今後の脳研究のあり方について、文部科学省・学術審議会における「脳科学委員会」の検討が進行中であり、筆者(広井)も委員の一人として参加している。

その中で審議された「脳科学に係る研究開発ロードマップ(たたき台)」には、脳研究の今後のある方に関する以下のような興味深い記述が見られる。

「急速な高齢化社会の進行に伴い、QOL(生活の質)を損ない、介護を要する神経疾患が大きな社会問題となりつつある。同時に、精神疾患を背景とした、交通事故死の3倍を上回る自殺率の高まりなど、現代人の心身の荒廃は著しい。また、脳は自律神経系、内分泌系の最高中枢として、免疫系との相互作用等により、生活習慣病などの発症にも大きな影響を及ぼしている。」

「脳の活動は、個体としての認識・思考・行動を司るに留まらず、異なる個体間や生物種・生態系との間に相互作用を生み出し、社会集団を形成する上でも決定的な役割を果たしている。このようなコミュニケーションや社会行動など、個体を超えたレベルで、脳がどう作動するかについての研究は、いまだ端緒についたばかりである。」

「従来、こうした人間と社会や教育にかかわる問題に対するアプローチは、人文・社会科学的なものに限定されがちであったが、今後、自然科学の一学問領域としての脳科学の壁を打破し、人文・社会科学と融合した新しいアプローチが求められている。」

以上のように、脳というものを媒介とした、「個体」を超えたモデルや人間理解への展開が示されており、言い換えれば、人間あるいは病気にとっての、心理面はもちろん、コミュニティや環境・自然との関わりの重要性が指摘されている。

こうした中で、たとえばリハビリにおいても、物理的・身体的側面にのみに着目した「訓練」ではなく、庭いじりや植物の栽培が好きな人にとってはそうした活動を行うこと自体が最大の「リハビリ」になるといった認識や、人々との社会的な関わりが心身の機能の維持や健康にとって不可欠であるということが、明らかにされていくことになるだろう。

これは、先ほどの社会疫学やソーシャル・キャピタル的な視点を、脳研究といいつわばマイクロレベルからの積み上げとして提示するものとも言いうるし、こうした人間の全体性(含心身相関)についての注目や人間理解は、もともと中国医学ないし東洋医学等が有していたものである。

(4) 心理的ケアへのニーズの高まり

近年、医療における心理的なケアへのニーズが大きく高まっている。これについて筆者は以前、医療消費者団体(COML)会員へのアンケート調査を行った(2000~01年実施、1400の調査票配布に対して515の回答。回答をいただいた方々の内訳は「患者・一般41.2%、医療従事者46.0%、その他(学者・メディア等)8.3%」という内容。調査の詳細については広井(2003)参照)。

この中で、「わが国の病院の現状において、患者に対する心理的・社会的な面でのサポートは十分に行われているとお考えですか」との問い合わせに対しては、①十分に行われている(0%)、②まずまず行われている(1.4%)、③あまり十分には行われていない(38.1%)、④きわめて不十分である(58.3%)、⑤どちらともいえない(61.2%)、⑥その他(0.8%)という結果であり、「あまり十分には行われていない」と「きわめて不十分である」を合わせると96%を超えるという高率であった。

また、「患者に対する心理的・社会的な面でのサポートに関して、わが国の病院において今後特に充実が図られるべきと思われるものを

以下から3つまでお選びください」との問い合わせに対しては、①患者の心理的な不安などに関するサポート(79.4%)、②家族に対するサポート(47.4%)、③医師などへの要望や苦情を間に立って聞いてくれる者の存在(63.3%)、④社会福祉サービスなどの紹介や活用に関する助言(29.9%)、⑤退院のことや社会復帰に関するサポート(39.0%)、⑥医療費など経済面に関する相談や助言(22.9%)、⑦その他(14.8%)、という結果となり、「患者の心理的な不安などに関するサポート」「医師などへの要望や苦情を間に立って聞いてくれる者の存在」「家族に対するサポート」が上位を占めた。

さらに、自由回答欄では次のような意見が寄せられていた。

「診療報酬というと、医者の診療行為に主体がありすぎて、看護、介護、カウンセリングなどの心理的サポートへの報酬対象としての評価が低いと思う。患者への診療をこうしたことも含めた主体としてとらえるべきではないか。」

(患者・一般)

「心理的サポートについては、何よりも必要であるにもかかわらず、日本ではほとんど手つかずの状態であるように感じます。報酬や人的問題についても、議論、検討をすすめた上で、インフラ整備の充実を図ることが望まれると思います。」(患者・一般)

「20年以上大学病院に通院(10回以上入院)しているが、どうしてこうも心理的サポートがないのか不思議です。昨年も4ヶ月入院した際、「カウンセリングを受けたい」と希望しましたが、そういうものはないとのことでした。どんなに元気に見えていても、不安のない患者はいません。その不安がどこから来るのか、説明不足か、情報不足か、病院に対する不満、家族のこと、将来のこと…。病状にも大きく影響すると思うのですが、精神的なことがほとんど無視されているのは残念です。」(患者・一般)

このように、アンケート調査結果から、心理

的・社会的サポートへのニーズが非常に大きいにもかかわらず、現在の日本の医療システムにおいて十分な対応がなされていない状況が浮かび上がった。これは、診療報酬や人員配置など制度上の問題も大きいと同時に、現在の西欧近代医学のパラダイムでは、Biomedical model ないし本稿で述べてきた特定病因論的な見方が中心であり、「心理的サポート」といったことが、せいぜい医療の“周辺的なサービス”としてしか認識されていないという、基本的なパラダイム(病気観、人間理解のあり方)に原因があるのではないかと思われる。こうしたニーズに応えるためにも、また、ニーズに応えるというにとどまらず、心理的・社会的サポートということが、決して医療の周辺部分としてあるのではなく、疾病の発生や治癒の過程そのものに深く関わりそれを左右するものであるという、新たな医学・医療のパラダイムを構築していくためにも、統合医療の考え方が重要となると考えられる。

(5) 終末期ケアやスピリチュアリティへの関心の高まり

終末期ケア等への関心が大きく高まっていることは言うまでもないが、それに加えて、現在は高齢化の進展もあって「死亡急増時代」を迎えており、年間の死者数は、90年代から着実に増加しているが、現在の108万人(2005年)から、さらに170万人(2038年推計)にまで増加するものと予測されている(国立社会保障・人口問題研究所)。

また、興味深いことに、日本における死亡場所の内訳を見ると、(図4)に示されるように戦後は一貫して病院死の割合が増え続けてきたが、その割合は2006年に前年から初めて減少に転じた(79.8→79.7%)、一方、老人ホームが徐々に増加しつつある(2.1→2.3%)。ヨーロッパ諸国においては日本よりも病院死の割合が小さく自宅や福祉施設での死亡割合が多いことを考慮すると、死亡場所について今後病院

から在宅、福祉施設等へのシフトが徐々に進んでいくことが予想される。こうした中で、従来から多くの議論がなされてきているように、延命のみを目的とした医療からより幅広い視点に立った終末期ケアのあり方が追求されていく必要があるが、こうした流れにおいて、人間や医療のあり方を、文化や死生観等を含んだより全人的な視点から見ようとする統合医療が、重要な意味を持っていくと考えられる（死生観を含むこうした話題について広井（2001）参照）。

（7）予防への関心と New Public Health

公衆衛生分野においていわゆる New Public Health と呼ばれる流れがあり、そこではやや象徴的に言えば、治療より予防等を医療の中心に据えるということがひとつの理念をなしている（西村（1998）参照）。これは、先の（図1）での「中心と周辺」の逆転とも呼べる発想の転換である。

実際、近年の各国の医療改革を見ると、たとえばドイツの 2007 年医療改革では、予防と医療保険を連動する仕組みが新たに導入され、具体的には、若年層（35 歳以下の女性と 45 歳以下の男性）について、定期的な予防措置や健診を受けた場合は、医療保険の自己負担分の上限が軽減されるというシステムが採られた。

言うまでもなく、予防の視点は、中国医学や東洋医学が本来的に重視しているものであり、こうした意味でも統合医療の考え方は以上のような予防や New Public Health の潮流と呼応するものといえる。

（8）エコロジー的視点への関心の高まり

免疫学の分野で 1960 年にノーベル生理学・医学賞を受賞したマクファーレン・バーネットは、その著書『遺伝子、夢、現実』の中で以下のような議論を行っていた。すなわち、感染症や栄養不良、外傷など、原因が「外部」にある病気については医学・生命科学は多大な貢

献を行ってきたが、内因性の病気（生活習慣病）については、分子生物学あるいは遺伝子研究の予想される展開を視野に入れた上でなお、こうした研究が病気の治療や予防に貢献することはほとんどないだろうとし、今後はむしろ病気を引き起こす環境についての生態学的な（エコロジカルな）研究や社会的な研究が重要な意味をもつことになるだろう、という議論である（バーネット（1973））。

バーネットの以上のような議論は、やや事柄のある側面を強調しそうしている面もあるが、こうした見方は、先ほど挙げた進化医学の考え方とも重なるものであり、また先ほどの予防及び New Public Health の理念とも呼応する。そして近年では、環境問題への関心の大きな高まり等も踏まえて、病気に関する「エコロジカル・モデル」あるいは「環境と医療の統合」といった視点が浮上している（Chesworth（ed）（1996）、Honari and Boleyn（eds）（1999）。また『病院』67巻 11 号参照）。また個別のケアの試みとしても、「自然との関わりを通じたケア」（園芸療法、森林療法等）への関心が大になっている（浅野・高江洲（2008），上原編著（2005），広井（2005））。

ちなみに、本調査研究におけるスウェーデンでの訪問調査でも、同国の場合、統合医療に関連するような動きが、むしろエコロジー や環境関連の流れの中で展開しているという傾向が見られて興味深かった。

こうして、現代そして今後の医療が「環境」あるいは「エコロジカル・モデル」という視点を強めていくことと、統合医療の考え方方が大きくクロスしていくと考えられるのである。

（9）医療政策における患者・消費者の視点の重視

最後に、医療政策における患者・消費者の視点の重視という点であるが、このこと自体についてあらためて指摘するまでもないと考えられる。

ここでさらに追加しておくべき論点は、こうした流れが、医学・医療に限らず、現代の科学のあり方全般に共通するという点であり、このことをよく示す議論として、イギリスの科学論（ないし科学技術政策）の研究者であるマイケル・ギボンズらが唱えている「モード2・サイエンス」と呼ばれる考え方がある。

簡潔に述べると、これまでの科学や学問の一般的なパターンであった「モード1・サイエンス」では、知識は個々のディシプリン（学問分野）の文脈の中で生み出され、また実質的にはそれは、特定の科学者コミュニティ（共同体）において、主として学術的な関心が支配する世界の中で問題が設定され解決される。研究成果の価値は、その学問分野の知識体系の発展にいかに貢献しているかによって決まり、そして研究の成果は、学術雑誌、学会などの制度化されたメディアを通じて普及する。

これに対し、「モード2・サイエンス」の知識は、より広いコンテクスト、つまり個別の学問分野を超えた、「社会的文脈」の中で生み出され、またそうしたいわば応用的な文脈の中で問題が設定され解決される。そこでは、個別の学問分野を超えた問題解決の枠組みが用意され、独自の理論構造、研究方法、研究様式が構築される。そして参加者の範囲は広く、大学研究者のみならず、市民、産業界、政府なども必要に応じて参加するし、また参加する必然性がある（以上をまとめたのが（表3））。

医療政策における患者・消費者の視点の重視という方向は、こうした近代科学のあり方全体の変容というテーマと重なっていると考えられるし、また、患者の様態の全体性に注目し、患者の主観的な認識そのものを診断の構成要素として重視する統合医療の理念と呼応すると考えられる。

4. 暫定的なまとめと統合医療の意義

以上、「現代の医学・医療の展開が示す新たな視点」を9つに分けて概観し、それら

と統合医療との関係についてふれてきた。この全体を、（図2）として示した4つのケア・モデルの中で（やや単純化して）位置づけると（図5）のように総括することができる。

以上に示されるように、現代の医学・医療の新たな展開が示すのは、

- 1) 病気に関する心理的側面の重視や、心身相関ないし心身の全体性という認識
- 2) 予防ないし“半健康”に関する対応の重視（健康—病気の連続性）
- 3) 個体をとりまく生活全体（含労働のあり方）やコミュニティ、社会との関わりへの注目

といった方向であるが、これらはいずれも東洋医学等の基本的な認識・パラダイムと深く関連するものであり、また統合医療がその中心的な柱として重視してきたものである。また、こうした認識・パラダイムを踏まえた様々な療法や経験知・理論を蓄積してきた東洋医学等から学ぶものは大きいとも言える。加えて患者・市民のニーズも大きく、また、疾病構造が2で述べたように慢性疾患、高齢者、精神関連中心となっていくこれらの時代においては、自ずと西欧近代医学と東洋医学等はクロス・オーバーしていくことが展望される。

本稿の以上の議論で明らかにしようとしたのは、3の冒頭でも言及したように、現代の（西欧近代科学の流れをくむ）医学・医療の展開において生じている新たな潮流や考え方が、実は統合医療の考え方と大きくクロス・オーバーしつつあり、こうした意味において、統合医療の考え方を重視していくことは、いわば近代医学の側からも、ある意味で自然の流れといえる方向であるという点であった。その意味では統合医療は、現代の医学・医療とは全く別個独立に存在するものではなく、むしろその展開の

延長線上に存在していると言うことができる。言い換えれば、それは二つの全く異質なものを「統合」するというものではなく、西欧近代科学が発展し、また疾病構造の変化に対応する中で変容を遂げていく中で、半ば必然的に生じる「統合」ともいえるのではないだろうか。こうした新たな視点で統合医療の意義を考えいく必要があると考えられる。

(付論) 統合医療と制度・政策

統合医療に関しては、医学ないし科学的な諸研究と並んで、「政策」や「制度」、あるいはその経済面等に関する研究や提言が並行して進められる必要がある。この中にはもちろん、医療保険制度における統合医療の位置づけや、統合医療における種々の療法の費用対効果とその(西洋医学との)比較といったテーマが含まれる。

具体的には、統合医療に対する人々の関心が急速に高まっている中で、日本においても、こうした動きを個人レベルのみにゆだねるのではなく、適切な形で統合医療が実施され、またそれらに対する人々のニーズが実現されていくよう、医療政策あるいは制度面での対応を検討していくべき時期にきている。すなわち、「統合医療政策」という視点とその確立が求められているのである。ここでは、こうした対応にあたっての基本的な視点とすべく、主にヨーロッパにおける統合医療に関する政策的・制度的な対応について簡潔に概観してみたい。

統合医療に関する医療制度という時、特に重要なポイントとなるのは次の2点である。すなわち、

(1) 統合医療を実施することへの免許(ないし資格)制度のあり方

(2) 統合医療についての医療保険(医療保障)上の位置づけ

(1)は統合医療を行う者(あるいはそうした医療の実施それ自体)が、いわゆるオーソドックスな通常医学——実質的に西洋近代医学——を行う医師との関係でどのように位置づけられているかという点に関するものであり、統合医療をめぐる医療制度の基礎をなすものである。一方、(2)は、経済的な側面ないし統合医療を受けた場合の医療費について、それが(公的な)医療保険制度においてどのように位置づけられるかという点に関するものであり、現実的なレベルにおいて非常に大きな意味をもつものである。

まず、(1)の側面に関してヨーロッパの国々を分類すると、(表4)のようになっている(参考として一部アジアの国を含む)。

(表4)の分類を概観してみると、統合医療に対して厳格あるいは排他的な対応を行っている「独占型システム」には、(ある意味では意外かもしれないが)イタリアなど南ヨーロッパの国ないしカトリック系の国が多いことがわかる。

逆に、イギリスなどは統合医療に寛容な「寛容型システム」であり、これは一つの背景として、イギリスのコモン・ローの伝統により、「市民は自らの選ぶ治療法を(自らの責任において)選択することができる」という、自由主義的ないし個人主義的な考え方方がベースにあるとも考えられる。なおドイツが同じく「寛容型システム」に入っているのは、Heilpraktikerと呼ばれる医療職など、一定の伝統的医療の体系を比較的厚くもつ国であることと関係しているかもしれない。

さらに、北欧ないしプロテスタント系(ドイツも北部など一部入りうる)の国々は主に「混合型システム」に属しており、イギリスなどと、南ヨーロッパ・カトリック圏のいわば中間に位置している。

以上のように、統合医療を医療システム全体の中でどのような形で位置づけ認めるかは、その国の文化や社会的伝統とも密接に関連し

ているという点がまず興味深い。また、以上の点に関連して言えば、「個人主義・自由主義」的な方向をもつ国のはうが非正統的医療に対して“寛容型”になりやすく、いわば「多元的な医療システム」ということに対して柔軟である、という点が指摘できるかもしれない。

ちなみに、この表の中で中国や韓国などが「統合型システム」に位置づけられている点も興味深い点である。日本との重要な相違であるが、中国や韓国では伝統医学(東洋医学)の医師が(西洋医学の医師と)ほぼ対等な形で医療制度上位置づけられている(中国における中医師、韓国における韓医師の存在)。これに対し日本の場合は、明治以降の急速な「近代化=西欧化」の中で、東洋医学的な伝統を、よくも悪くも捨象する形で医療政策が展開してきた。

今あらためてこうした対応のあり方が問いかれされ、アジアやヨーロッパ、アメリカを含めた大きな視野の中で、いわば「比較医療システム(または医療制度)」ともいるべきテーマ(=非西欧を含む様々な国・地域の医療制度を、その風土的環境、疾病構造、社会構造、医学・科学の基本的パラダイム、医療システム、政策展開等の多面的な視点から比較分析する作業)について掘り下げていくべき時期になっているのではないだろうか。

(統合医療に関する医療保険上の対応及び個別的な政策展開)

次に先に指摘した(2)医療保険(ないし医療保障)上の位置づけに関してであるが、これについて同様の分類を行っているのが(表5)である。

(表5)を概観すると、基本的に2(公的システム)か4(重複型システム)に集中している。2に入るものは、統合医療に限らず医療全般について公的に(かつ税で)医療保障を行っている国である。全体をながめると、統合医療(また

は補完・代替医療)が公的医療保険によって全くカバーされていないという国は非常に少なく、何らかの形で公的医療保険(または税)によって対応がなされていることがわかる。しかしその中身は国によって多様である。

以上が基本的な概観であるが、いくつか個別的な政策対応で興味深いものを挙げてみたい。イギリスの上院議会は、2000年11月に補完・代替医療に関する精緻な報告書をまとめ公表した(House of Lords :Select Committee on Science and Technology (2000))。

本報告書は、補完・代替医療の特定のものを国民医療サービス(NHS)に導入するという表現はとっていない一方、補完・代替医療が(NHSで)公的に償還されるには、確立されたエビデンスのみならず、法的に規制されているかボランタリーな自己規制の強固な仕組みがあることが必要とした。補完・代替医療の公的保険導入に関する一般的な考え方、ルールを示したといえようか。

スウェーデンでは、補完・代替医療への関心が高まる中で、1989年に議会の委託による「代替医療に関する委員会(Commission on Alternative Medicine(CAM))」の報告書が出され、「誰でもその必要とする形態・方法の治療を選ぶ自由がある」ことを強調されるとともに、代替医療に関する現状調査や評価などが示され、また「患者の自由の拡大と医師による独占の緩和が患者及び科学の今後の発展の双方にとって恩恵をもたらす」とされた。さらに1996年には別の委員会(Swedish Commission on Competence)の報告書が出され、「1年以上の訓練期間をもつ補完医療従事者のグループの創設と、それらが国家医療福祉委員会に登録されること」が提言された。これらの動きを受けつつ、補完・代替医療の位置づけや政策のあり方について模索が行われている状況にある。

また、アメリカでは代替医療に関する大統領委員会(White House Commission on CAM)

が 2002 年 3 月に報告書をまとめ公表している。本大統領委員会は、クリントン政権時代に発足したものだが、同報告書は代替医療に関する医療保険の給付と償還のあり方について、民間保険によるカバーが増加していること(カイロ、鍼灸、マッサージ等)、またその場合、通常は補足給付(supplemental benefit)として位置づけられていること等、最近の動向について整理を行っている。その上で、政府が安全性・有効性等の研究を行い、それを見ながらまず民間保険が補完・代替医療を導入していくという方向を示し、また州政府は規制メカニズムを確立し、それにより民間保険導入も促進されるという姿を示している。さらに、いったん補完・代替医療が保険給付の対象となった場合、アメリカ厚生省(DHHS)は関係者と協力しつつ、保険における代替医療の使用についての基準を策定していくべきものとしている。また大統領、厚生省または議会は、連邦政府の補完・代替医療に関する活動の調整のための室を厚生省に創設すべきであり、それは十分なスタッフと予算を伴うべきものと提唱している。

以上のように、ヨーロッパやアメリカにおいては人々のニーズの高まりや多様化に対応して統合医療に関する様々な政策的対応がなされつつあり、また、もともと東洋医学(中医学)的な伝統が“正統”医療をなしてきた中国・韓国においてはこれらを踏まえた独自の制度的対応がなされてきている。

(日本における統合医療政策の課題)

日本に目を向けると、現在の日本の医療制度においては、その財政面(医療保険制度、診療報酬など)及び供給面(医療専門職の養成、医療サービスの提供システムなど)いずれにおいても、統合医療あるいは東洋医学等に対して十分な位置づけが行われておらず、またこれらに関する政策展開もほぼ全く行われていない。しかしながら、様々な「現代の病い」への対応において、統合医療に対する患者あ

るいは市民のニーズが非常に大きなものになってきていることや、医療費という面から見た場合、統合医療が様々なケースにおいて「費用対効果」の高い医療を実現する蓋然性をもつていていることからも、医療システムの中で統合医療を正当に位置づけ、積極的な政策展開を図っていくことが大きな時代の要請となっている。

こうした問題意識から、さしあたり重要なと思われる政策課題をいくつか指摘しておこう。

第一は、鍼灸などについての公的医療保険上の位置づけの再吟味である。現在の医療保険制度では、鍼灸やあんま・マッサージ、柔道整復等は、「療養費」という(通常の診療報酬とは異なる)副次的ないし周辺的な形で位置づけられ、柔道整復を除き患者がいったん費用をサービス提供者に支払い、その後に保険者に償還額を請求するという形がとられている上、償還される療養費の額もきわめて低額のものにとどまっている。鍼灸師等が行う療法についての医療保険上の位置づけについて、通常の医療保険と同様の償還方法の改善、診療報酬そのものへの導入など、広い観点からの見直しがなされる必要がある。

第二は、医師が行う鍼灸など東洋医学的診療についての診療報酬上の評価である。鍼灸などの療法を医師自らが行った場合、現行の診療報酬(保険点数)においてこれらの療法は評価されていないため、医師は無報酬でこれらの療法を行うことになる。医学教育における代替医療に関する教育の整備と並行して、こうした場合における診療報酬上の評価のあり方を検討していくべきである。

第三は、鍼灸師等の養成・資格制度の見直しである。たとえば中国・韓国においては、先にもふれたように東洋医学(その国の伝統医学)を行う専門職がそれぞれ中医師、韓医師といった形で制度化され、(西洋医学の)医師と同等の教育年限での養成が行われているが、日本においてはこれらに比べ様々な面で補助的あるいは変則的な位置づけにとどまっている。

る。最終的に中国・韓国のような一種の二元的システムをとるか、一元的なシステムとするか等については様々な議論がありうるが、いずれにしても、医師と同等の教育年限をもつ統合医療ないし東洋医学の専門職の養成に関する検討が進められる必要がある。

最後に、以上の全体に関して重要な点であるが、統合医療の費用対効果や政策対応等に関する調査研究への公的支援(公的研究機関の創設を含む)である。統合医療が費用対効果の面で西洋医学的な治療法に対しすぐれた側面をもちうることは、アメリカなどでの調査研究からも示されつつある。こうした点を実証的に明らかにし、また統合医療に関する制度面での対応や医療政策のあり方を吟味していくためにも、統合医療についての政策研究への公的支援や、こうした調査研究を専門的に行う公的研究機関ないし部門が求められている(ちなみに中国や韓国においてはこうした研究支援システムや機関が存在している)。

これはそもそも日本という国が自らの伝統といいうものをどう評価し位置づけるかという基本論に関わるものと思われるが、長所・短所を含めて日本の医療ないし医療制度の独自の成果を世界に対して積極的に発信していく意味でも、こうした研究支援や研究組織が強く求められているのではないだろうか。

E. 謝辞

なし

F. 文献

- 1) 浅野房世・高江洲義英(2008)『生きられる癒しの風景——園芸療法からミリューセラピーへ』人文書院。
- 2) 渥美和彦(2006)「統合医療の理念」、日本統合医療学会編『統合医療——基礎と臨床』、ロータス企画。
- 3) 井村裕夫(2000)『人はなぜ病気になるのか——進化医学の視点』、岩波書店。
- 4) 上原巖編著(2005)『事例に学ぶ森林療法のすすめ方』、全国林業改良普及協会。
- 5) 神庭重信(1997)『こころと体の対話』、文春新書。
- 6) 川村則行(1998)『自己治癒力を高める』、講談社ブルーバックス。
- 7) M. ギボンズ編著(小林監訳)(1997)『現代社会と知の創造』丸善ライブラリー。
- 8) 近藤克則(2005)『健康格差社会』、医学書院。
- 9) ルネ・デュボス(田多井訳)(1977)『健康という幻想』、紀伊国屋書店。
- 10) 西村周三(1997)『医療と福祉の経済システム』、ちくま新書。
- 11) 西村淳(1998)「医療制度改革の中での健康増進とケア(上)(下)」「週刊社会保障』、No.1990, 1991.
- 12) 日本統合医療学会編(2005)『統合医療基礎と臨床』、ロータス企画。
- 13) マクファーレン・バーネット(野島・深田訳)(1973)『遺伝子、夢、現実』、蒼樹書房。
- 14) 長谷川敏彦(1993)「日本の健康転換のこれから」、武藤正樹編『健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究』、ファイザーヘルスリサーチ財団。
- 15) H. バターフィールド(渡辺訳)(1978)『近代科学の誕生(上)(下)』、講談社学術文庫。ロバート・パットナム(2006)『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房。
- 16) 広井良典(1994)『医療の経済学』、日本経済新聞社。
- 17) 同(2000)『ケア学』、医学書院。
- 18) 同(2001)『死生観を問い合わせなおす』、ちくま新書。
- 19) 同(2003)『生命の政治学——福祉国家・エコロジー・生命倫理』、岩波書店。
- 20) 同(2006)『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』、

岩波書店.

- 21) 『病院』「環境の時代」と病院, 67巻11号(2008年11月).
- 22) Jennifer Chesworth (ed) (1996), *The Ecology of Health*, Sage.
- 23) Morteza Honari and Thomas Boleyn (eds) (1999), *Health Ecology*, Routledge.
- 24) Ichiro Kawachi et al (eds) (2007) *Social Capital and Health*, Springer.
- 25) Randolph M. Nesse and George C. Williams (1994), *Why We Get Sick*, Vintage.
- 26) Stephen C. Stearns (ed) (1999) ,*Evolution in Health and Disease*, Oxford UP.
- 27) Lewis Thomas (1974), "Technology of Medicine," *The Lives of A Cell*, Viking Press.
- 28) Wenda R. Trevathan et al (eds) (1999), *Evolutionary Medicine*, Oxford UP.
- 29) House of Lords: Select Committee on Science and Technology (2000), *Complementary and Alternative Medicine*,
- the Stationery Office.
- 30) Maddalena, Stefano (1999), *The Legal Status of Complementary Medicine in Europe*, Staempfli Publisher Ltd.

G. 健康危険情報

なし

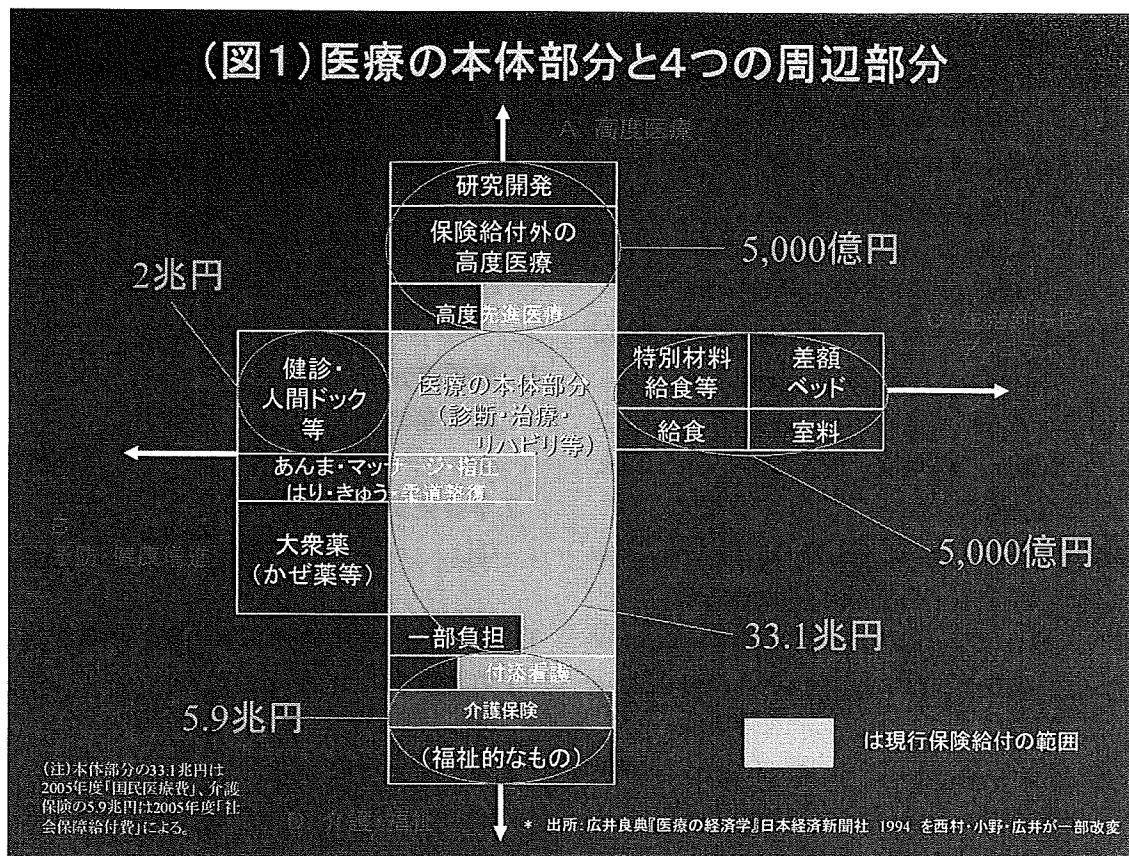
H. 研究発表

- 1.論文発表
なし
- 2.学会発表
なし

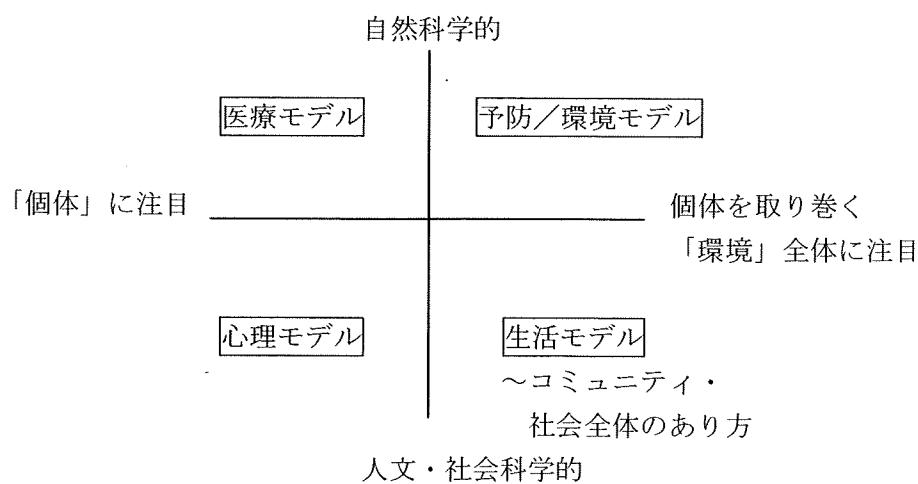
I. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

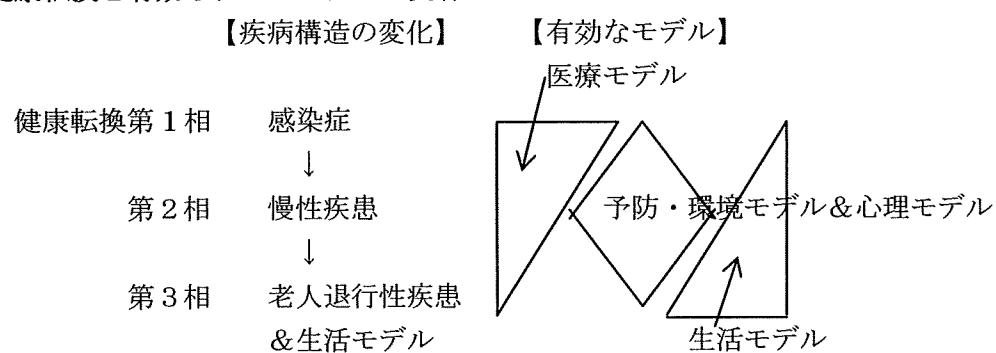
(図1) 医療の本体部分と4つの周辺部分



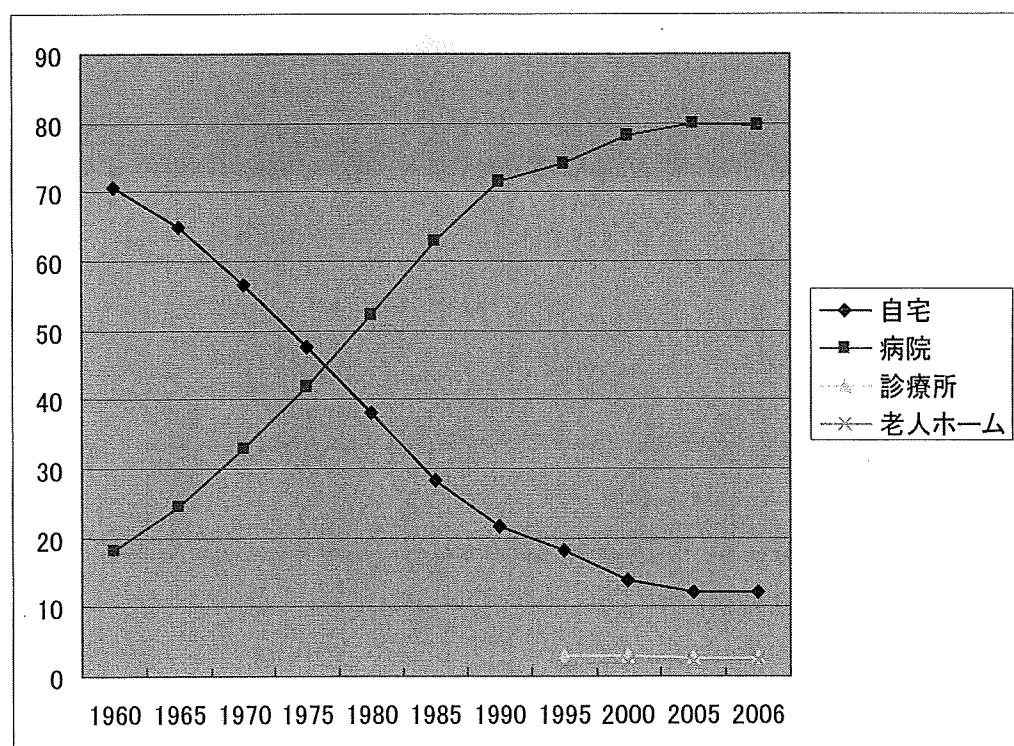
(図2) 医療技術ないしケアの4つのモデル



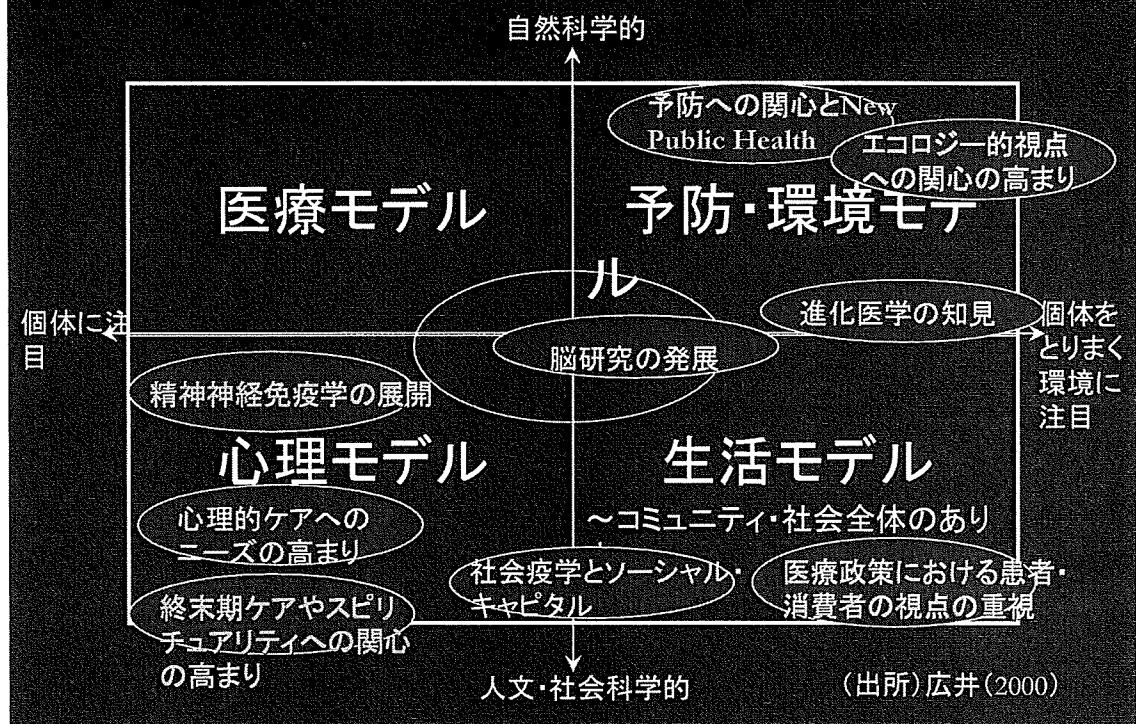
(図3) 健康転換と有効なケア・モデルの変容



(図4) 日本における死亡場所の年次推移 (%)



(図5) 新たな視点とケア・モデルとの関係



(表1) 15-44歳の病気の負担(burden of disease (in DALYs))の主要要因(先進国, 1990年)

	男性		女性	
1) アルコール摂取	12.7		1) うつ病	19.8
2) 道路交通事故	11.3		2) 統合失調症	5.9
3) うつ病		7.2	3) 道路交通事故	4.6
4) 自傷行為	5.6		4) 双極性障害	4.5
5) 統合失調症	4.3		5) 強迫障害	3.8

(出所) 世界銀行 (2002), Murray and Lopez(1996)

(表2) 医療モデルと生活モデルの対比

	医療モデル	生活モデル
目的	疾病の治癒, 救命	生活の質(QOL)の向上
目標	健康	自立
主たるターゲット	疾患 (生理的正常状態の維持)	障害 (日常生活動作能力 [ADL] の維持)
主たる場所	病院 (施設)	在宅, 地域
チーム	医療従事者 (命令)	異職種 (医療, 福祉等) (協力)

(出所) 長谷川(1993)を一部改変.

(表3) モード1・サイエンスとモード2・サイエンスの比較

	モード1・サイエンス	モード2・サイエンス
知識の創造	個々のディシプリン (学問分野) の文脈の中で	個別の学問分野を超えた社会的・経済的文脈の中で
問題の設定と解決	特定の科学者コミュニティにおいて	研究者 (科学者) のみならず市民, N P O, 産業界, 政府などが広く参加
研究成果の公表	学術雑誌, 学会など制度化された媒体	幅広い媒体
研究組織	階層的 その形態を維持しようとする傾向	非階層的
品質管理の方法	科学者内部	社会的な説明責任

(出所) ギボンス (1997) の内容を要約

(表4) ヨーロッパ等における統合医療（または補完・代替医療）の制度的位置づけ（1）

—免許制度

分類	内容	国の例
1. 独占型システム monopolistic system	・医療専門家による科学的医療のみが合法的とされ、他のあらゆる形態は除外されるか制裁を受ける	オーストリア、ベルギー、フランス、イタリア、ルクセンブルク、ポーランド、ポルトガル、スペイン等
2. 寛容型システム tolerant system	・科学的医療のみが認知されるものの、少なくとも一定程度は、様々な形態の補完的医療が法的に認められている	ドイツ、イギリス、ハンガリー、アイルランド *ドイツは2'ともされる *スイスは州により1か2
2' 混合型システム mixed system *De Bijl らの追加カテゴリー（2との区分は連続的）	・医療専門家のみが一定の医療行為を行うことができこの独占を侵害することは違法であるが、他の医療的行為については医師以外の者も行うことができる	デンマーク、フィンランド、オランダ、ノルウェイ、スウェーデン
3. 包括型システム inclusive system	・科学的医療及び代替医療の双方が医療システムの要素として認められている	いくつかのアジア諸国
4. 統合型システム integrated system	・2つまたはそれ以上のシステムの統合が公的に推進されている。ないし医療従事者の統合的教育が公的政策となっている	中国、ネパール、韓国

(出所) (Maddalena (1999))

(表5) ヨーロッパ等における統合医療（または補完・代替医療）の制度的位置づけ（2）
——医療保険（医療保障）上の位置づけ

分類	内 容	国の一例
1. 排他型システム exclusive system	・補完的医療が公的医療保険・民間医療保険いずれによってもカバーされない	ウクライナ
2. 公的システム public system	・補完的医療が公的医療保険によってのみカバーされる	デンマーク、アイルランド、ルクセンブルク、スウェーデン等
3. 私的システム private system	・補完的医療が民間医療保険によってのみカバーされる	スペイン等
4. 重複型システム double system	・補完的医療が公的医療保険・民間医療保険いずれによってもカバーされる	オーストリア、ベルギー、フィンランド、フランス、ドイツ、イギリス、イタリア、オランダ、ノルウェー、スイス

(出所) 表4と同.

資料2. 平成20年度研究報告書

II. 分担研究報告書 2.

厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)
統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究
分担研究報告書

日本における相補・代替医療の利用実態

研究代表者 西村 周三 (京都大学大学院経済学研究科 教授)

研究協力者 小野 直哉 (同志社大学感情ストレス健康研究センター)

研究要旨

国内の既存データから、国民に認知されている相補・代替医療の利用状況及を分析し、その実態を把握する。また相補・代替医療が、国民の健康投資及び医療費へ影響を与えるかを考察し、国外の現状把握を踏まえ、日本の医療システムにおける現代西洋医療と相補・代替医療による統合医療の在り方について検討する。本研究では、70万人以上に達するサンプルを対象とする「国民生活基礎調査」に基づいて、「あんま、はり、きゅう、柔道整復師による医療」(以下あんま等と略称する)と「その他の医療(一般医療以外のもの)」という二つの粗い分類にとどまるものの、これらに関する詳細な利用実態を明らかにすることができた。調査年は平成7年度、平成10年度、平成13年度、平成16年度という4年年度分のデータで、「あんま等」の利用者はこの間、微増を続けていた。全体としては、95年時点で全体の2.4%であったのが、2004年には全体の3.3%となった。年齢階層別では、年齢が上昇するにつれて利用率が上がっていた。「あんま等」が特に高齢者のみに集中して利用されていることはないということである。なお、いずれの年度においても、40歳代において、利用率が高まることが特徴的である。一般医療は50歳代以降で急増するのと比べての特徴である。本研究では、「あんま、はり、きゅう、柔道整復師による医療」と「その他の医療(一般医療以外のもの)」という二つの粗い分類にとどまるものの、4年年度分のデータを用いているため、日本の全国値を推計するための精度としては高いものと思われる。

A. 研究目的

国内の既存データから、国民に認知されている相補・代替医療の利用状況及を分析し、その実態を把握する。また相補・代替医療が、国民の健康投資及び医療費へ影響を与えるかを考察し、国外の現状把握を踏まえ、日本の医療システムにおける現代西洋医療と相補・代替医療による統合医療の在り方について検討する。

B. 研究方法

日本での相補・代替医療関連支出のデータを収集し、相補・代替医療の市場規模及び医療費への影響、公的保険での支出割合の推計を既存研究調査及び民生活基礎調査を用いて行う。

平成7年度、平成10年度、平成13年度、平成16年度の各年度の国民生活基礎調査個票データを用いた。データセットは、各年度の世帯票、健康票、所得・貯蓄票を県・地区・単位区・世帯番号、生年月日、性によって突合し

たデータであり、平成 7 年度 103,049 件、平成 10 年度 90,059 件、平成 13 年度 89,325 件、平成 16 年度 72,487 件である。本データを SPSS Statistics 17.0 に変換したものを解析に供した。

解析は、平成 7 年度、平成 10 年度、平成 13 年度、平成 16 年度の各年度の調査を基本として、健康票の自覚症状の「主症状の治療状況」から、通院及び治療の治療の状況を平成 7 年度では、健康票の質問項目に従い「病院・診療所に通っている（往診・訪問治療を含む）」、「歯科診療所、病院の歯科に通っている」、「あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」の組み合わせと「通っていない」、「無回答」、「非該当」とし、平成 10 年度、平成 13 年度、平成 16 年度では、各年度の健康票の質問項目に従い「病院・診療所に通っている（往診・訪問治療を含む）」、「売薬をのんだり、つけたりしている」、「あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」、「それ以外の治療をしている」の組み合わせと「治療をしていない」、「無回答」、「非該当」とし、以下の様な群に分類し、各保健医療サービスの通院や利用状況の違いを検討した。

平成 7 年度

1. 一般医療利用のみ

1-1「1 病院・診療所・老人保健施設に通っている」のみ

1-2「2 歯科診療所、病院の歯科に通っている」のみ

1-3「1 と 2 の両方」:

「1 病院・診療所・老人保健施設に通っている」と「2 歯科診療所、病院の歯科に通っている」

2. 代替医療利用のみ

2-1「3 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」のみ

3. 両方の医療を利用して

3-1「1 と 3 の両方」:

「1 病院・診療所・老人保健施設に通っている」と「3 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

3-2「2 と 3 の両方」:

「2 歯科診療所、病院の歯科に通っている」と「3 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

3-3「1 と 2 と 3 の両方」:

「1 病院・診療所・老人保健施設に通っている」と「2 歯科診療所、病院の歯科に通っている」と「3 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

4. 通っていない

5. 無回答

6. 非該当

平成 10 年度、平成 13 年度、平成 16 年度

1. 一般医療利用のみ

1-1「1 病院・診療所に通っている」のみ

1-2「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」のみ

1-3「1 と 3 の両方」:

「1 病院・診療所に通っている」と「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」

2. 代替医療利用のみ

2-1「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」のみ

2-2「4 それ以外の治療をしている」のみ

2-3「2 と 4 の両方」:

「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」と「4 それ以外の治療をしている」

3. 両方の医療を利用して

3-1「1 と 2 の両方」:

「1 病院・診療所に通っている」と「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

3-2「1 と 4 の両方」:

「1 病院・診療所に通っている」と「4 それ以外の治療をしている」

3-3「3と2の両方」:

「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」と「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

3-4「3と4の両方」:

「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」と「4 それ以外の治療をしている」

3-5「1と3と2」:

「1 病院・診療所に通っている」と「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」と「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」

3-6「1と3と4」:

「1 病院・診療所に通っている」と「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」と「4 それ以外の治療をしている」

3-7「2と4と1」:

「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」と「4 それ以外の治療をしている」と「1 病院・診療所に通っている」

3-8「2と4と3」:

「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」と「4 それ以外の治療をしている」と「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」

3-9「1と3と2と4」:

「1 病院・診療所に通っている」と「3 売薬を飲んだり、つけたりしている」と「2 あんま・はり・きゅう・柔道整復師にかかっている」と「4 それ以外の治療をしている」

4. 治療をしていない

5. 無回答

6. 非該当

また、解析対象年齢は全ての年齢とし、年齢を以下のように7つに層別化して解析を行った。

① 0~19才(未成年)

② 20~29才(20代)

③ 30~39才(30代)

④ 40~49才(40代)

⑤ 50~59才(50代)

⑥ 60~69才(60代)

⑦ 70才以上

なお、以下に示すように、医療機関(病院・診療所)の受診については、各年度に以下のように分類の違いがある。平成7年度については、老人保健施設を除き、病院と診療所のどちらかあるいは両方に通っているものを医療機関受診とした。平成10年は、老人保健施設が含まれ、平成16年については、往診も含まれるなど、年度間比較は参考にとどまるなどを留意する必要がある。

また、本研究は、匿名化された個票データの使用のために、事前に目的外使用の審査を受けている。

(倫理面への配慮)

本研究は平成18~20年度の3ヵ年の研究計画における平成20年度の分担研究であり、本3ヵ年の研究計画で行われる何れのアンケート調査の実施に際しては、個別の回答から個人が特定されることがないようにするなど、個人情報の保護等に十分配慮した。また、収集したデータの管理においても、データの漏洩がないよう十分に配慮した。国民生活基礎調査のような二次的データについても同様に十分に配慮し、疫学研究に関する倫理指針に基づき、これを遵守し、匿名化された個票データの使用のために、事前に目的外使用の審査を厚生労働省及び総務省より受けている。他は文献調査を基本としており、倫理面への配慮は必要ない。