

自己負担額が各ランディングで設定されている。ランディングによっては、20歳未満の医療費は無料とされているところもある。外来診療では、地区診療所で100～140クローナ、病院の専門医で120～250クローナの1回診療あたり自己負担額が定められている。外来診療の12ヶ月上限は900クローナで、それ以上は高額医療費として患者の負担は免除されている。

医師の処方によって薬局で購入される薬剤については、最初に薬剤を購入してから12ヶ月の総額のうち、900クローナ未満の部分については、全額患者負担、901から1,700クローナについては50%患者負担、1,701から3,300クローナについて25%、3,301～4,300クローナについては10%，それ以上については無料と設定されている。患者の薬剤負担は、12ヶ月で1,800クローナとなっている。

病院のほとんどがランディング管轄下にある公立病院であるが、1990年代前半からの医療制度改革では、ランディングのもつ保健医療サービス購入者としての機能と供給側としての機能を分離することで、医療機関同士の間で市場原理に基づいて競争が働くような仕組みも導入された。

制度の詳細はランディングによって異なるが、ここでは、例としてストックホルムランディングの制度（ストックホルムモデル）を紹介する。ストックホルムランディングでは、県内を9つの地区にわけ、地区ごとに地区委員会が設置されている。ストックホルム全体の医療サービスに責任をもつ保健医療サービス局が各地区委員会に地区の人口規模にもとづいて予算を配分する。地区委員会は、各医療機関と医療サービスの範囲・価格・質について交渉し、契約する。この消費者代表としての地区委員会と供給者としての医療機関が交渉し契約を結ぶ

という過程で、競争が生じることが期待されている。また、患者は、居住地区以外の診療所も含めて、病院や民間開業医を選択できるので、この点での医療機関の間に競争原理が働くことになる。

また、疾病や育児休業で労働収入を欠くときに現金給付を行うスウェーデンの社会保険は、国で運営されている。社会保険には、疾病保険、両親（育児休業）保険、労働災害保険、障害保険がある。疾病保険は、疾病による休業手当、一時的障害年金、近親者見取り手当、リハビリ所得保障金、介護手当、介護休業手当をまかなうものであり、治療費をまかなうものではない。しかし、以前は、ランディングでかかる保健医療サービスコストの一部を保険で負担したり、患者の一定以上の負担を保険で負担したりしていたが、現在は、保健医療サービスはランディングに一元化するようになっており、保険による保健医療サービスの給付は歯科にのみ限られてきている。

マンパワー

医師の多くは、ランディングで雇われている地方公務員である。看護師には地区看護師と看護師があり、地区看護師はプライマリケアと学校保健に従事する資格を得た外来保健医療の現職教育を受けた看護師で、地区診療所の医師が少ない地域では日常的な診療業務を行うこともある。エーデル改革で高齢者ケアを担当する看護師はコミュニーンの職員になった。歯科医師は、公立歯科医療機関で働く医師はすべてランディングの職員だが、基本的に20歳以上の患者は民間歯科医療機関を受診することになっており、そこでは社会保険でカバーされている。

医師数は26,400名（2000年）、うち国家公

務員セクターが 74 名, プライマリーコミューンセクターが 272 名, ランスティング・コミニーン・セクターが 21,225 名, 民間を含めるその他のセクターが 4,829 名と発表されている。また, 看護師数が 75,382 名(2000 年), うち国家公務員セクターが 14 名, プライマリーコミニーンセクターが 5,035 名, ランスティング・コミニーン・セクターが 60,220 名, 民間を含めるその他のセクターが 10,113 名と発表されている。

また, 医師, 看護師, 歯科医師以外で治療に関わる専門職種としては, 理学療法士, 作業療法士, 言語療法士, 助産師, 眼鏡検査師, 臨床心理療法士, 心理療法士, 歯科衛生士などが公式の資格として定められている。

更に, 別のデータソースで Nordic Statistical Yearbook2004 では, 人口 10 万人あたりに換算すると, 医師が 316 名, 歯科医師が 82 名, 看護師が 995 名, 看護助手が 1,382 名, 助産師が 69 名, 理学療法士が 165 名(2002 年)と発表されている。

健康政策・保健計画

健康増進, 疾病予防については国立公衆衛生研究所など, 感染症対策等については, 保健福祉庁, 国立感染症予防研究所等の中央行政庁等が, 国レベルの公衆衛生の増進に努めているほか, 地域住民の健康水準に関する全般的な責任を持つランスティング等が, 地区保健センター, 児童保健センター等を通じ, 健康リスクの調査, 保健指導等を行っている。その中で, 近年は, 保健医療サービスの財源がすべてランスティングに一元化されるに従って, 医療費抑制という観点もあり, 預防・保健は大きな課題となってきた。

歴史的に見ると, 早くから高齢化が進んだスウェーデンでは, 1970 年には疾病や外傷の治

療に重きが置かれていたが, 1980 年台中ごろからは, 預防・保健に力が入れられ, 生活習慣等予防の教育啓発に力が入れられてきたといわれる。近年の動きとしては, 2003 年に, 11 の領域に関連する 31 の公共政策領域からなる新しい公衆衛生政策が発表された。

また, スウェーデンの公衆衛生政策で世界的に有名なもの一つは, アルコール政策である。スウェーデンでは, 伝統的には長い冬を過ごすために日常生活で度数の高い多量のアルコールを飲むという習慣があり, アルコール中毒が国家的な問題であった。これに対して, 極めて厳しい制限政策をとってきた歴史がある。

① The New Swedish Public Health Policy

スウェーデンの新しい公衆衛生政策は, 大目標として「国民全体に対し, 平等な条件で, 良好的な健康を確実なものとしていくような社会的条件をつくりあげていくこと」をおいている。これを実現するために, 具体的には 11 の目標領域を設定している。

- ① 社会における参加と影響力
- ② 経済と社会保障
- ③ 幼児期, 青年期を通じた安全で好ましい状態
- ④ より健康的な労働生活
- ⑤ 健康的で安全な環境や製品
- ⑥ より活発に良好な健康を増進する保健医療
- ⑦ 感染症に対する効果的な予防
- ⑧ 安全な性行為と良好なリプロダクティブヘルス
- ⑨ 身体活動の増加
- ⑩ 良好的な食生活と安全な食事

- ⑪ タバコやアルコールへ減らし、違法な薬物やドーピングのない社会をつくり、ギャンブルのしすぎによる有害な影響を減らす

特にこの中でも、健康サービス産業に直接関係しやすい分野として、上記 9, 10 に関連してスウェーデン政府が発表した計画を次に紹介する。

② Action plan for healthy eating habits and increased physical activity(健康な食生活と身体活動の増加のための行動計画)

生活習慣病予防のための 2 大領域である健康的な食生活と身体活動の増加のために、the National Food Administration (NFA, 国家食品安全局) と the National Institute of Public Health (IPH, 国立公衆衛生研究所)は、2005 年に、「Action plan for healthy eating habits and increased physical activity(健康な食生活と身体活動の増加のための行動計画)」を発表した。

健康的な食生活に関する分野

- フルーツと野菜の消費量を増やす
- キーホール印のついた食品の消費量を増やす
- ソフトドリンクやお菓子、チップス、ケーキ、ビスケット、アイスクリーム、アルコール飲料などの消費量を減らす

身体活動の分野

- 成人のうち、少なくとも 1 日に 30 分もしくは 1 週間に 3.5 時間の身体活動をする健康的な成人の割合を増やす
- 未成年者の中で、少なくとも 1 日に 60 分もしくは 1 週間に 7 時間の身体活動をする健

康的な未成年者の割合を増やす

- 体をあまり動かさない生活スタイルの人口を成人、未成年ともに減らす

体重に関する目標

- 成人において、標準体重から太りすぎに移項するのを防ぐ
- 子どもにおいては、標準的な体重増加を促進する

といったことをターゲットとしてあげている。それを達成するための戦略として、具体的な対策が 79 の対策としてまとめられている。79 の対策の大きな方向性として、それらの対策は、

- 社会のレベル/個人のレベルの両方に取り組むものでなくてはならない
- 長期的視野に立ったものでなくてはならない
- 実行可能でなくてはならない
- 国レベルから県や地区といった様々なレベルにおいて実行されコーディネートされなければならない
- 公的セクター/民間セクター/NPO セクター間のパートナーシップを確立しなければならない
- 国レベルの対策は人々の食習慣と身体活動に最も大きな影響を与える政策領域に組み込まれたものでなくてはならない
- 評価とモニタリングはそのプロセスに継続的に統合されていなければならない

とされており、実際、79 の対策を見ると、食品や健康の政策領域だけでなく、交通、環境、税、教育などの政策領域に及んだもので、かつ、様々な分野の国の機関、地方自治体など

多様なレベルによる牽引が期待された内容になっている。このような幅広い分野を含んで予算が投入され、推進される。

民間保険

公的保険制度が充実し、医療機関受診の個人負担分の極めて少ないスウェーデンでは、医療機関の受診費用をサポートするような民間の医療保険はほとんど普及していない。スウェーデンに存在する民間保険のうち主なものは、疾病時に所得が保証される公的な社会保険制度「疾病(休業)手当」を補足するタイプの保険である。

スウェーデンでは、公的社会保険制度の「疾病(休業)手当」は、病気になったときに所得の80%を保障することになっているが、これには支給額の上限があり、上限を超えてしまうと必ずしも80%満額で保障が受けられるわけではない。そこで、労使交渉に基づく協約制度によって高額所得者でも80%までの保障を受けられるようにしたり、さらに上乗せして90%まで保障されるようにしたりするという制度もある。ただし、この労使協約による上乗せ保障制度は、実際には企業単位や産業単位では厳しいので、民間保険会社に委託したり再保険したりすることが多い。また、それ以外に、労働者個人が、個人契約として民間保険会社と契約を結ぶことも行われている。主な民間保険会社としては、Skandia, Trygg-Hansaなどがある。

ここ数年間、民間保険の加入者は増加傾向にあるものの、まだまだ普及率はきわめて低い(1995年/1996年の民間健康保険加入者は団体加入を含めて47,000人とのこと)。

3. スウェーデンの統合医療及び相補・代替医療の現状

相補・代替医療の利用状況

1989年の調査では、成人の20%が相補・代替医療を利用していた。患者は相補・代替医療を利用している患者の40%は、政府の国民健康サービスに満足できないため、相補・代替医療を選択したと述べている。相補・代替医療を利用している患者の70%は、相補・代替医療を通じて健康が増進され病気が治癒したと述べたが、1%は健康が悪化したと述べた。

カイロプラクティックはスウェーデンで最も一般的に受診される相補・代替医療である。人口の13%が少なくとも1回、130人いるカイロプラクティックの施術者を受診している。次に相補・代替医療で最も人気があるのはホメオパシーで、相補・代替医療の受診の4%を占め、鍼治療、ナチュロパシー(自然療法)、生薬の順であった。

また、2005年に発表された、スカンジナビア半島諸国(ノルウェー、デンマーク、スウェーデンの首都ストックホルム)の相補・代替医療の利用状況の調査では、スカンジナビア半島諸国を横断した電話調査の結果から、ノルウェーでの相補・代替医療利用率が34%、デンマークで45%であったのに対し、スウェーデンの首都ストックホルムでは49%の人が相補・代替医療を利用していると報告されている。

相補・代替医療の中でも、ストックホルムで最も人々が活用しているのはマッサージ(57%)、次いで自然治療薬(42%)、カイロプラクティック(30%)、鍼治療(26%)、ナプラパシー(21%)、リフレクソロジー(9%)、ホメオパシー(7%)、ヒーリング(4%)、人智医学(3%)、ローゼン・セラピー(2%)、キネシオロジー(2%)、クリスタル・セラピー(1%)の順であつ

た。

ノルウェーではホメオパシー(13%)、カイロプラクティック(11%)、鍼治療(11%)、リフレクソロジー(7%)、ヒーリング(3%)、ナチュラル・セラピー(3%)、キネシオロジー(1%)、その他(3%)の順であった。

デンマークではリフレクソロジー(21%)、マッサージ(15%)、ホメオパシー(13%)、鍼治療(11%)、リラクゼーション・テクニック(5%)、ニュートラル・アドバイス(4%)、ヒーリング(4%)、磁気療法(2%)、スピリチュアル・ヒーリング(2%)、催眠療法(1%)、その他(5%)の順であった。

ストックホルムでは、ノルウェーやデンマークと比較して、鍼治療の利用率が 2 倍以上であった。

過去一年以内の相補・代替医療の利用について、デンマーク(21%)、ストックホルム(20%)、ノルウェー(12%)であった。

ノルウェーとデンマークでは、男性よりも女性が相補・代替医療を利用しており、ストックホルムでは男女の差は少なかった。

ノルウェー、デンマーク、ストックホルムの何れにおいても、相補・代替医療を最も利用している年齢層は 30 歳～59 歳で、教育レベルの高い人々であった。

スウェーデンには 103 の承認された自然治療薬がありますが、どれも国家の必須医薬品リストに含まれていません。1980 年に、副作用のモニタリングを含んでいる市販後調査システムが、初めて自然療法に適用された。

スウェーデンでは、自然治療薬は卸売業証明書をもっていれば誰でも販売することができるが、それらは薬局だけで販売されているのではなく、スーパーマーケットや通信販売などでも販売されている。1999 年の自然治療薬の年

間売上高は、9 億 8000 万スウェーデンクローナ(1 億 2700 万 US ドル)で、2000 年と 2001 年には、11 億クローナ(1 億 4300 万 US ドル)で、2002 年と 2003 年には、およそ 10 億クローナ(1 億 3000 万 US ドル)であった。

規制の状況

スウェーデンでは、国立保健福祉委員会が公衆衛生と医療従事者の登録を行っている。健康管理や医療従事者の医療実務者の一覧(近代西洋医学の医師、歯科医師、看護師、助産師、及び理学療法士のみを含む)に含まれていない実務者は、登録されていない。したがって、公式に認められた医療実務家のみが公的監視下にある。

医業を営むための要件は、1984 年の権限に関する法律 542 と 1996 年の医療法 786 に含まれている。登録されていない者が患者を治療した場合、特定の医療行為は近代西洋医学の医師に限定されている。近代西洋医学の医師による特定の治療法は、いんちき療法に関する法律(1982 年に変更された、1960 年の法律 409)で概説されている。医師のみが医学における医師としての行為を許されている。例えば、一般または局所麻酔による治療、放射線療法による治療の提供、巡回治療、特定伝染病の治療、癌、糖尿病、癲癇、または病理学的条件に関連付けられた妊娠や出産の治療、8 歳より幼い子供の治療、医師個人では診察できない患者の処置のために書かれる紹介状や指示書の発行、鍼療法の提供、そして、コンタクトレンズの検査や処方等である。これらの制限の違反は犯罪であり、起訴されることになる。

不適切な治療法を使用し、人の健康を害する近代西洋医学以外の施術者は、健康に対し

危険を犯す詐欺師として告発するだろう。これで課せられる有罪が認められた施術者は、刑罰法規の下で罰することができ、健康管理分野で働くことを禁止されることになる。

1989年に、スウェーデンは、カイロプラクティック教育審議会の基準を満たしているカイロプラクターの認証を認めた。政府案 1988/89:96では、カイロプラクティックの医師として勉強を終えているカイロプラクターは、免許を取得し、国民健康保険の下に登録される権利を持っている。しかし、どんなスウェーデンのトレーニングプログラムも今までのところ、適切な基準を満たしているとして、公認されているものはない。現在、登録されたている全ての施術者は、海外で訓練してきている。ストックホルムのスカンジナビアカイロプラクティック大学で訓練されたカイロプラクターは、公認された施術者に含まれた形で働いている。

ホメオパシー治療薬は合法的であり、優良製造規範に従って、製造されている。

1994年に、自然療法士が公認された。権限に関するスウェーデン委員会では、そのために認可の法律を改正することはなかった。整骨療法士は公認されないまま残っているが、権限に関するスウェーデン委員会では、整骨療法に関し何も提案していない。

権限に関するスウェーデン委員会は、許認可と権限を統治する原則の包括的な見直しを委任された。この見直しの知見において、提案が案じてることを進めるために、例えば、いんちき療法に関する法律を含め、医療専門職のさまざまな分類に対する許認可と権限を統治する原則の包括的な見直しを委任された。

スウェーデン議会は、スウェーデン社会で相補・代替医療の位置付けを検討し、問題を調査するための代替医療委員会を設置した。代

替医療委員会の提案(1989年)と権限に関するスウェーデン委員会の提言(1996年)は以下の通りにまとめられる。

- 少なくとも1年間のトレーニングを経た近代西洋医学以外の施術者の協会と国立保健福祉委員会による登録名簿の創設
- 各試験に合格した全ての近代西洋医学以外の施術者の州の登録名簿の創設
- 専門職資格の創設
- 近代西洋医学の医師による特定の医療行為を確保するための法律の制定
- 一定の条件を満たせば、国民健康保険(NHS)に、相補・代替医療のいくつかの種類を導入し、国民健康保険(NHS)に相補・代替医療の施術者を組み込む
- 自然治療薬の広告の厳密な管理
- 相補・代替医療に関する科学的研究計画策定

また、スウェーデンの保健医療に関する法律としては、「Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 1999」があるが、解釈上、相補・代替医療に関する箇所は、その第4章である。

その第4章の1によれば、スウェーデンでは、医師や看護師等、国家資格による保健医療専門職は、原則的に患者に相補・代替医療を行ってはならない、とされている。例外的に、医師が患者に相補・代替医療を行って良いのは、全ての他の治療法が失敗に終わり患者が末期の状態にあるときである。他の全ての近代西洋医学の療法が試され、患者がその相補・代替療法を希望しており、その相補・代替療法が承認された研究プロジェクトの一環であるときなどである。

逆に、医師や看護師等、国家資格による保健医療専門職以外であれば誰でも相補・代替医療を施術してよいとも規定してある。その場合、その相補・代替医療を行う人がしてはいけないことが、第4章第2節に規定されている。具体的には、相補・代替医療施術者は、感染症、がん、他の腫瘍のうち深刻なもの、糖尿病、てんかん、妊娠合併症、出産は扱ってはいけない、注射や催眠による全身麻酔や部分麻酔下での検査や治療してはならない、8歳以下の子供も検査や治療をしてはいけない、コンタクトレンズ等を提供してはならない、といったことが定められている。

この法律を、文字通り受け取れば、スウェーデンにおいては、相補・代替医療のセラピストは一切の教育を受けずに相補・代替医療を施術してもよいということになる。それに対し、相補・代替医療を行う施術者は業界ごとに独自に団体を作り、教育制度や倫理綱領を設けて質の管理を行っている。

スウェーデンで最初の生薬の規則は1978年に導入された。1993年には、新法がスウェーデンで施行された。この規則の一部に、製品群「自然治療薬」を定義している。そこには、活性成分が細菌培養や鉱物、塩、食塩水から成る生薬製品と医薬品を含んでいる。また、法の下で、医療用製品の代理店は、化学薬品の安全性や有効性効の記載を評価し、製品の承認や拒否を決定する必要がある。化学調剤の記載のための要求事項は従来の医薬品と一部同様であり、薬草材料の特別な特性を当然考慮している。

安全性と有効性に関して、書誌の記載を含むアプリケーションについては、従来の医薬品よりも自然治療薬と共通している。自然治療薬は自己投薬のための市販薬のように規制され

ており、特定の認められた医学的適応にのみ規制されている。

法律では、生薬は適応症のみが認められる医学的表示と共に販売されている。伝統的な生薬製品に関する新しい法令(2004/24/EC)では、スウェーデンの法律と欧州連合の残り法律の部分を2005年に改訂している。

国家薬局方は存在するが、ヨーロッパ薬局方に含まれたモノグラフは、法的拘束力があり、国家のモノグラフより優先される。ヨーロッパ薬局方にモノグラフが全くなれば、国家薬局方が適用され、厳守される。

生薬の製造のための法的な要求事項は、ヨーロッパ薬局方に情報が厳守かつ適切に含まれており、従来の製薬品に使用されるものと同じGMPに規則している。これらの要求事項の実行は、十分な医学の権威による製造サイトの検査を通して確実に行われる。安全要求事項は、活性成分や完成製品に関するもので、有害な効果を伴わない伝統的な使用や科学的研究を記載した参考文献の特別な要件を含んでいる。これらの要求事項の実行は、従来の医学の医薬品の副作用システムの一部として確実に行われる。この点において、販売された製品で定義された毎日の用量数は考慮に入れられている。

教育と訓練

今日、スウェーデンで働いているホメオパシーの施術の数は増加しており、その大部分は民間の団体で教育されている。この教育は、様々な側面で、近代西洋医学の医師の教育に対応している。ホメオパシーのトレーニングを提供している3つの私立学校がある。また、ウプサラ大学では教授によって教授される4年制の基礎医学コースがある。

カイロプラクターは、スウェーデンに 21 ある医療専門職の 21 番目として公認されているが、どんなスウェーデンのカイロプラクティックの訓練プログラムも公式には認められていない。そのため、現在、登録されたている全てのカイロプラクターは、海外の養成機関で訓練している。但し、ストックホルムのスカンジナビアカイロプラクティック大学で訓練されたカイロプラクターは、公認された施術者に含まれた形で施術を行っている。

保険の範囲

近代西洋医学以外の施術者がスウェーデンで患者を治療する際、それらの治療に対する医療システムからの償還はない。近代西洋医学の医師によって提供された鍼治療だけが、社会保険によって、部分的に償還される。相補・代替医療に関する委員会は、相補・代替医療の施術者による治療に対する償還を提案しなかった。

相補・代替医療に対する政府の対応

スウェーデン政府には、現在のところ相補・代替医療に関する国策や法、規則、国家計画はない。また、それらを確立する計画も今のところはない。現在、相補・代替医療に対応する非国営の事務局や専門委員会、国立の研究所がある。

しかし、相補・代替医療への関心が高まる中、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相補・代替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、相補・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。

相補・代替医療の研究機関

スウェーデンで統合医療や相補・代替医療を学術的に研究している機関の一つに、カロリンスカ研究所のオッシャー統合医療センター(OCIM)がある。

オッシャーセンターは、アメリカのオッシャー財団の寄付により設立された。オッシャーセンターは世界に三ヶ所在り、他の 2 つはアメリカのカリフォルニア大学サンフランシスコ校(医学校)とハーバード大学(医学校)にある。何れも相補・代替医療や統合医療を科学的に研究する目的で、アメリカのオッシャー財団から資金援助を受け、運営されている。

カロリンスカ研究所のオッシャー統合医療センターでは、「統合医療は、さまざまな分野と確立された医療を補完する伝統医学から根拠に基づく知識の開発や確立を通して、健康増進と疾病の駆逐を目的としている」としている。統合医療では、高い水準の科学的証拠と評価が伴えば、従来の医療は相補・代替医療の治療法や知識と組み合わせができると考えている。

そこでは、厳密な科学的方法を、相補・代替医療のメカニズムや治療効果、効率、社会における利用を評価するために用いられ、研究

されている。特に心理学的視点を肉体的で精神的な幸福の決定因を精査するために用いている。偽薬のメカニズムや疼痛経験、自己健観に重点をおいた基礎科学の研究を中心に行っており、主に疼痛として拡散する疾病的症状に焦点を当てた治療に関する応用研究も行っている。

オッシャー統合医療センターでは、主に「心身医療」に関連するもの、例えば疼痛や不眠などの心理的な治療法などを扱っている。その治療法は他に主要な治療が確立していない領域に関連するものである。全ての患者の治療は、研究計画で行われ、オッシャー統合医療センター独自の臨床は行っていない。

具体的に、現在行われている研究には、「ライフスタイルと風邪」(Lifestyle factors and susceptibility to upper respiratory tract infections)と「電気鍼治療」(ランダム化比較試験による、多嚢胞性卵巣症候群における代謝や免疫、内分泌、心理的機能に関する電気鍼治療と物理的運動療法の評価: Evaluation of electro-acupuncture and physical exercise on metabolic, immunological, endocrine and psychological function in polycystic ovary syndrome, a randomized controlled trial)などがある。

また、オッシャー統合医療センター以外のカロリンスカ研究所内の他の部署でも統合医療や相補・代替医療の研究が行われている。特に Torkel Falkenberg 教授が統括する看護学部の統合医療研究部門(Unit for Studies of Integrative Health Care)では、年間 200 万クローネの研究費が付き、10 人が統合医療及び相補・代替医療の研究に従事している。

看護学部の統合医療研究部門では、オッシャー統合医療センターのような心身医療に関わる基礎研究ではなく、主に統合医療や相補・代替医療の臨床応用研究や社会医学的研究を行っている。現在、スウェーデンでも統合医療や相補・代替医療の費用対効果が注目されており、統合医療や相補・代替医療の医療経済学的研究を含めた研究計画を進めている。

また、ルンド大学やスウェーデン農業大学などの大学や研究機関でも相補・代替医療の研究が行われている。

スウェーデンの相補・代替医療

スウェーデンマッサージ

スウェーデンには、スウェーデンマッサージという伝統もある。これは、19世紀の初期にスウェーデン体操の創始者でもあるリング(Per Henrik Ling)が、医療とマッサージからなるシステムを発展させ、基礎を作った。スウェーデンマッサージは、主に富裕層を対象とした贅沢とみなされてきたが、ここ数十年には、医療面やスポーツ領域、美容面で普及した。現在はアメリカなどでも「マッサージ」手技の主流の一つとなっている。従来のヨーロッパでの古典的マッサージに比べ、より深部の筋などの組織にアプローチするもので、少量のオイルやクリームを使う。日本の指圧に比べると、よりソフトなタッチによるものである。その手技を教育する民間教育機関が日本にも存在する。

また、日帰りスパ、ホテルスパも多く存在する。そこでは、旧来のスウェーデンマッサージだけでなく、海草マッサージ、アーユルヴェーダなど、多様なメニューが提供されており、この点はアメリカ等、他国のトレンドと大きな差はない。

タクティールマッサージ

スウェーデンで開発されたマッサージの一つとしてタクティールマッサージという皮膚を丁寧にならべる様に行うソフトなマッサージがある。タクティールマッサージは、認知症へのケアを中心に、スウェーデンの医療・福祉現場で近年積極的に取り入れられ、効果をあげているものである。

タクティールとは、「タクティリス(Taktilis)=触れる」という言葉から来ているが、指圧等の押すようなマッサージではなく、触れるようなやさしい刺激によるコミュニケーションに重点をおいた施術である。皮膚の接触受容体を活性化し、それが痛覚受容体よりも早く脳に信号が送られることにより痛みが抑制される。また、体全体に沈静化の作用をもたらし安心感をもたらすオキシトシンの分泌を促す効果があり、不安等にも大きな効果がある。

特に認知症の患者のケアに高い効果をあげており、具体的には、認知症の周辺症状の緩和、認知症患者に自分の体を認識させる、結果的にQOLを向上させるという効果をもつ。静かな環境で会話も控え、皮膚と皮膚のコミュニケーションを大切にして行われる。

認知症以外にも、緩和ケア、糖尿病、乳がん、認知障害児、ADHD(注意欠陥/多動性障害)患者のケアにも利用されている。また、医療機関、高齢者福祉施設のみならず、保育所などでも活用されており、子どもたちの間に信頼感をもたらすことが期待されている。

現在、そのエビデンスが集められており、効果が科学的にも証明されはじめている。現在、270のコムューン(市)のうち168箇所で認定タクティールケア師がケアを行っている。

高齢者とくに痴呆のある高齢者の不穏行動

への対処は、高齢者ケアにおける大きな課題であり、以前はひもでしばって行動制限をするという抑制を行ったり、あるいは現在でも薬を使って落ち着かせるという方法がとられたり、あるいはケアワーカーの人手をかけて管理するという方法がとられてきたが、ティクタイルマッサージを導入することで、高齢者の精神状態が改善し不穏行動も少なくなることで、高齢者へのケアの質としても好ましく、ケアワーカーの負担も減ったという。

これらタクティールに関する研究は、オッシャー統合医療センターが設立される以前からカロリンスカ研究所でも行われて来た。

園芸療法

スウェーデン南東部、デンマークのコペンハーゲンとの国境に位置するスウェーデン第三の都市、マルメ市郊外にあるスウェーデン農業大学では、園芸療法の研究と実践を行っている。

スウェーデン農業大学で園芸療法の研究と実践を行っている Patrik Grahn 教授は、元々都市計画の研究者であった。都市計画の研究の一環として造園にも携わり、ポスト・ドクトルとして都市計画の研究でアメリカのミシガンとテキサスに留学中に園芸療法と出会い、これを学び、スウェーデンに帰国した。

スウェーデン農業大学では、Patrik Grahn 教授を中心に、園芸療法を医師や作業療法士、心理療法士と造園や都市計画専門の農学研究者たちが協力して学術研究に取り組んでいる。研究の一部には、園芸療法の人に与える影響を評価するために fMRI を用いた脳機能画像解析による研究も行われている。これらの研究成果から、2009年3月現在、マルメ市とマルメ市内の公園を用いた園芸療法を実施す

る計画を進めている。園芸療法の対象者は、鬱病などのストレス性疾患で休職している労働者で、目的は、彼らの就労及び社会復帰を支援し、社会保障費用に占める休職者への生活保障費用の負担軽減である。

Patrik Grahn 教授たちは、今後、子供の集中力の向上や老人の記憶力の向上、寝付きの改善、多動性学習障害の改善、心的外傷後ストレス障害の改善等に対する園芸療法の研究を計画している。

日本では、医療現場のみで用いられるサービスとして相補・代替医療が捉えられ、医療現場でどの様な貢献が出来るかと認識されているが、スウェーデンでは園芸療法を、日本のように狭義の相補・代替医療とは捉えておらず、社会福祉や社会保障全体の中でどのように相補・代替医療の 1 つである園芸療法が社会的貢献できるのかをいった認識の下に研究活動と実践がなされている。

鍼治療

スウェーデンでは、相補・代替医療の医療現場での臨床応用として、理学療法士と看護師による疼痛管理や緩和医療での鍼治療の使用が公的保険で認められている。但し、医師は法律上、鍼治療を行えるが、現実の臨床現場で鍼治療を行っていない。何故なら、医師が行う鍼治療は、スウェーデンの国民健康保険の適応となっておらず、また、医療システム上、日本の様にスウェーデンには自由診療や混合診療が存在しないからである。

スウェーデンの医療体系は近代西洋医学を中心ではある。スウェーデンの医療システムにおいては“school medicine”と呼ばれる、所謂従来の近代西洋医学が主流であり、近代西洋医学の医師は、大学で近代西洋医学のみ教

育される。医師は養成段階で公的に教育されなかった近代西洋医学以外の治療法を日常の臨床に用いてはならないことになっており、また、スウェーデンの国民健康保険にかかる医療制度上、スウェーデンの殆どの病院が県と契約している公的医療機関であり、スウェーデンの殆どの医師はそれらの機関に所属しているため、公務員でもある。そのため、大学の公的医学教育で教授されない鍼治療を含めた相補・代替医療のような公的に認められていない治療法を公的医療機関で行うことは違法となる。

スウェーデンの医師の職能集団では、医療行為の公正性を互いに監視しており、仮に、“school medicine”で教えられていない治療行為を日常の臨床で行う医師がいれば、その医師は医師仲間から摘発される。

相補・代替医療の業界団体

スウェーデンにおける相補・代替医療の専門施術者を代表する大きな連盟としては、The Committee for Alternative Medicine, Sweden (KAM) がある。ここは、各施術の業界団体をさらに連携・統合する団体で、保険適応されない各種相補・代替医療施術全般について扱っている。

KAM は、独自の相補・代替医療とボディセラピストの質の保障に関する認定システムをもち、この認定システムは 2000 年に The National Board of Health and Social Affairs によって認められた。KAM で認定を受けるためには、KAM によって設定された水準にそった医学教育を置ける必要がある。このコースは、およそ大学での 20 から 40 単位分に相当する。

また、KAM によるセラピストの質の保証につ

いては、毎年の審査で一定の基準を満たしている療法家、セラピストはオーソライズドセラピストとしての認定と登録番号を与えられ、現在約350人が認定されている。オーソライズドセラピストは、KAMからの認定を受けていること、専門家損害賠償保険に入っていること、法律、所属する業界の規定、KAMの倫理綱領に沿っていること、KAMが認める専門分野ごとの学会のメンバーであること等の条件を満たしていく必要がある。

KAMが認める専門分野ごとの団体には下記のようなものがある。

- Svenska Fotzonterapi-Reflexologi Forbundet
<http://www.zonterapi.nu/>
- Svenska Naturmedicinska Sällskapet
<http://www.sns.nu/>
- Naringsmedicinska Terapeutförbundet
<http://www.nmtf.se/>
- Kaniosakrala Terapeutförbundet
<http://www.kstf.se/>
- Svenska Akupunkturförbundet-TCM
<http://www.akupunkturförbundet.se/>
- Svenska Medicinsk Qigong Riksförbundet
<http://www.qigong.se/>
- Svenska Naturlakareförbundet
<http://www.snlf.se/>
- ASG, Alternativmedicinska Skolgruppen
no website e-mail:reijo7@telia.com

D. 考察

スウェーデンでは、ケインズの公共事業の拡大を中心とした不況や失業の対策を行う以前から、ケインズと同様の政策を取っていた。スウェーデンは「ケインズ以前のケインズ政策」と呼

ばれることもある。また、1936年の『中道を行くスウェーデン（Sweden : the Middle Way, 1936）』により、M.チャイルドは、資本主義とも社会主義とも異なる第三の中道の経済体制をとる国として、スウェーデンを世界に紹介し、国際的な注目を集めた。スウェーデンは、第二次世界大戦前から政府主導の経済社会政策をとり、また、第二次世界大戦に参加せず中立を守り通したことで築いた経済的豊かさを生かし、戦後は先駆的な社会保障を行い、世界の福祉先進国としての地位を築いてきた。

スウェーデンの福祉サービスのあり方は日本を初め、世界の多くの国々から関心を集めてきた。しかし同時に、その特殊な社会政策への傾向性から、公的な政策のあり方として関心が持たれ、特に高齢者の介護福祉や従来の医療に関する情報のみが日本に入って来て、日常の疾病予防や健康増進のための運動や栄養、休養以外のことについては、皆無と言って良いほど、日本には情報が入って来なかつた。

スウェーデン政府には、現在のところ相補・代替医療に関する国策や法、規則、国家計画はない。また、それらを確立する計画も今のところはない。しかし、相補・代替医療への関心が高まる中、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

訓練期間をもつ相補・代替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。2004年にも同様の動きがあり、登録制度の事前の作業として、実際にスウェーデン国内に存在する相補・代替医療の種類を把握するための調査が行われ、約200種類もの相補・代替医療がスウェーデン国内には存在し、政府報告書として提出されたと言われている。

ところで、スウェーデンの相補・代替医療の特徴の1つとして、相補・代替医療を医療現場のみでの介入手段の応用とは捉えておらず、労働環境改善や支援などの社会保障全体の中で、相補・代替医療による介入を捉える視点である。

例えば、スウェーデン農業大学での園芸療法の取り組みは、医師や作業療法士、心理療法士と造園や都市計画専門の農学研究者たちが協力して学術研究及び実践を行っている。その研究成果から、近郊の自治体と組んで、自治体内の公園を用いた園芸療法により、鬱病などで休職している労働者の就労及び社会復帰を支援し、社会保障費用に占める休職者への生活保障費用の負担軽減への試みを行っている。日本では、医療現場のみで用いられるサービスとして相補・代替医療が捉えられがちで、医療現場でどの様な貢献が出来るかと認識されることが多いが、スウェーデンでは園芸療法を、日本のように医療現場のみの狭義の相補・代替医療とは捉えておらず、社会福祉や社会保障全体の中でどのように相補・代替医療の1つである園芸療法が社会的貢献できるのかをいった認識の下に研究活動と実践を行っている。このような事例は、医療を含めた福祉や日本の社会保障全体という、大きな視点の中で、統合医療や相補・代替医療

が如何に貢献し、役割を担えるかを、その意義や応用を検討する際に大いに参考になるものと考えられる。

また、スウェーデン発祥のマッサージであるタクティールマッサージによる認知症高齢者のケアや保育所などでも活用されており、子どもたちの間に信頼感をもたらすことが期待されている。不穏行動や不安のある認知症等の高齢者のケアは、高齢化社会の大きな課題の一つであったが、それに対してなでるようなやさしいマッサージをすることでそれらの症状が軽減する。非侵襲的で効果の高い方法として高齢者のQOLを上げ、ケアワーカーの負担も軽減するケア方法として注目に値する。これも園芸療法同様、医療現場のみの狭義の相補・代替医療とは捉えておらず、社会福祉や社会保障全体の中でどのように相補・代替医療が社会的貢献できるのかをいった例である。

スウェーデンの医療体系は近代西洋医学を中心ではある。そのため、医科大学や医学部近代西洋医学を修めている医師は、近代西洋医学の以外の治療法を国民健康保険の中で用いることが出来ない。スウェーデンでは、相補・代替医療の医療現場での臨床応用としては、理学療法士と看護師による疼痛管理や緩和医療での鍼灸の使用が公的保険で認められているぐらいである。これは、スウェーデンの医療体系は近代西洋医学が中心のため、鍼灸のように相補代替医療でも科学的根拠の妥当性が比較的揃っているものが限定的に医療現場で利用されていると考えられる。また、2005年のストックホルムの調査から、49%の人が相補・代替医療を利用していることから、実際の日常生活においては、多くの相補・代替医療関連のサービスや商品が存在し、多く

のスウェーデンの国民が相補・代替医療を利用しているのが現状である。スウェーデン農業大学の園芸療法の取り組みのように、医療現場以外の社会福祉の現場において、相補・代替医療がどの様に貢献できるのか、社会保障全体の中で、相補・代替医療の意義を考えていく必要がある。スウェーデンの相補・代替医療の現状から、今後の日本の相補・代替医療や統合医療の在り方を考えていく上で、参考となる、新たな視点と示唆であると考えられる。

E. 結果

スウェーデンの医療体系は近代西洋医学を中心ではある。また、スウェーデンの医療保険制度の関係上、医師は、近代西洋医学の以外の治療法を臨床で用いることが出来ない。スウェーデンでの相補・代替医療の医療現場での臨床応用として、理学療法士と看護師による疼痛管理や緩和医療での鍼灸の使用が認められているだけである。これは、スウェーデンの医療体系は近代西洋医学が中心のため、鍼灸のように相補代替医療でも科学的根拠の妥当性が比較的揃っているものが限定的に医療現場で利用されているのである。しかし、実際の日常生活においては、多くの相補・代替医療関連のサービスや商品が存在し、多くのスウェーデンの国民が利用している。園芸療法を用いた自治体での取り組みのように、医療現場以外の社会福祉の分野において、相補・代替医療を用いた就労者の社会復帰の支援や生活保障費用の削減に、相補・代替医療が貢献できるのか、社会保障全体の中で、相補・代替医療の

価値と意義を評価研究する試みは、今後の日本の相補・代替医療や統合医療の在り方を検討する上で、参考となる新たな視点と示唆である。

F. 謝辞

本調査に当たり、インタビューに快くご協力頂きました、スウェーデン社会保健庁の Claes Tollin 氏、カロリンスカ研究所の Torkel Falkenberg 教授、ルンド大学医学部看護学科の Elisabeth Hansson 先生及び Gull-Britt Dahlman 先生、スウェーデン農業大学の Patrik Grahn 教授、そして情報収集のご協力を頂いた在スウェーデン日本国大使館の岡部史哉一等書記官には大変お世話になりました。謹んで感謝いたします。ありがとうございました。

G. 文献

- 1) 日本国政府外務省海外ホームページ各國・地域情勢(スウェーデン王国・基礎データ)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/sweden/index.html>
- 2) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.
- 3) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine. A Worldwide Review. World Health Organization, 2001.
- 4) WHO traditional medicine strategy 2002–2005. World Health Organization, 2002.
- 5) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional,

- Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 6) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 7) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. Who Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 8) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 9) スウェーデンの保健医療制度, 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 10) スウェーデン統計局 (Statistiska Centralbyran)<http://www.scb.se/>
- 11) ナショナルエンスイークロペディーン (Nationalencyklopedin)
- 12) 岡沢憲美・宮沢太郎編『スウェーデンハンドブック』早稲田大学出版部 1997.
- 13) 岡沢憲美・宮沢太郎編『スウェーデンハンドブック第 2 版』早稲田大学出版部 2004.
- 14) 岡沢憲美・奥島孝康編『スウェーデンの政治』早稲田大学出版部 1994.
- 15) 岡沢憲美・奥島孝康編『スウェーデンの経済』早稲田大学出版部 1994.
- 16) 岡沢憲美・奥島孝康編『スウェーデンの社会』早稲田大学出版部 1994.
- 17) 岡沢憲美『スウェーデンの挑戦』岩波新書 1991.
- 18) オロフ・ペタション著, 岡沢憲美・斎藤弥生・木下淑恵訳『北欧の政治』早稲田大学出版部, 1998.
- 19) 武田龍夫著『北欧の外交』東海大学出版会 1998.
- 20) 武田龍夫著『北欧』中央公論社 1995.
- 21) 武田龍夫著『物語 北欧の歴史』中公新書 1993.
- 22) 百瀬宏・志摩園子・大島美穂著『環バルト海』岩波新書 1995.
- 23) 百瀬宏・熊野聰・村井誠人編『北欧史』山川出版社 1998.
- 24) 伊藤和良著『スウェーデンの分権社会』新評論 2000.
- 25) 河本佳子著『スウェーデンの作業療法士』新評論 2000.
- 26) ヤン・カールソン著, 堤猶二訳『真実の瞬間』ダイヤモンド社 1990.
- 27) スウェーデン医療保障制度に関する研究会編:スウェーデン医療関連データ集 2004 年版, 財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構, 2005.3.
- 28) Demographics of Sweden, Wikipedia http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Sweden
- 29) 丸尾直美, 塩野谷祐一:スウェーデン—先進諸国の社会保障⑤, 東京大学出版会, 1999 年

- 30) 2000 年 海外情勢報告, 編集者・監修者
厚生労働大臣官房国際課
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpyi200001/b0151.html>
- 31) National Institute of Public Health: Sweden's new public health policy national public health objectives for Sweden, 2003.
- 32) National Food Administration, National Institute of Public Health : The Background Material to The Action Plan for Healthy Dietary Habits and Increased Physical Activities, Uppsala and Stockholm, Sweden, July 2005.
- 33) 丸尾直美, 塩野谷祐一:スウェーデン—先進諸国の社会保障⑤, 東京大学出版会, 1999 年
- 34) IHRSA:The IHRSA European Market Report 2005, 2005, Boston:IHRSA Ibid.
- 35) Hanssen B, Grimsgaard S, Launso L, Fonnebo V, Falkenberg T, Rasmussen NK.: Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. Scand J Prim Health Care. 2005 Mar;23(1):57-62.
- 36) タクティールケア スウェーデン福祉研究所 2006.
- 37) Komitee om Alternative Medicine SFS 1998:513 kap.4 2006.
- 38) Komitee om Alternative Medicine The legal situation of homeopathy in Sweden 2006.
- 39) Komitee om Alternative Medicine 提供資料 Adresslista Pa forbund tillhorande KAM 2006.
- 40) アメリカ商務省 National Trade Data Bank <http://www.stat-usa.gov/tradtest.nsf>
- 41) Ministry of Health and Social Affairs, Swedish Association of Local Authorities and Regions, National Board of Health and Welfare, Medical Product Agency, National Corporation of Swedish Pharmacies(Apoteket AB), CarelinkNational: Strategy for eHealth Sweden, 2006.
- 42) スウェーデン医療保障制度に関する研究会編:スウェーデン医療関連データ集 2004 年版, 財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構, 2005.
- 43) Carlson Pia, Falkenberg Torkel. Integrativ vard – med konventionella, alternativa och komplementara metoder. 2007.
- 44) Eklof M & Tegern G (2001) Stockholmare och den komplementara medicinen. Befolkningsstudie angaende installning till och användning av komplementar medicin genomförd under år 2000 i Stockholms lans landsting. HSN rapport 12. Stockholm: Stockholms lans landsting.

H. 健康危険情報

なし

I. 研究発表

- 1.論文発表
なし
- 2.学会発表
なし

J. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得	
なし	Gull-Britt Dahlman
2.実用新案登録	Lunds universitet, Vårdvetenskapens hus, Baravägen 3, Lund
なし	(ルンド大学医学部看護学科)
3.その他	
なし	
 訪問調査先	
Claes Tollin, M. D.	Professor Patrik Grahn, Ph. D.
Socialstyrelsen	Sveriges lantbruksuniversitet
Rålambsvägen 3, Stockholm	Liselott Lindfors
(スウェーデン社会保健庁)	Pomonavägen 10, Alnarp (スウェーデン農業大学)
 情報収集協力者	
Torkel Falkenberg, M. D., Ph. D.	在スウェーデン日本国大使館
Academic Leader, Associate Professor (Health care research)	一等書記官
Department of Neurobiology, Care Sciences and Society	岡部史哉
Division of Nursing, Unit for Studies of Integrative Health Care	
Karolinska Institutet (Huddinge)	
Alfred Nobels Allé 23 (Sektionen för omvårdnad, Plan D2)	
(カロリンスカ研究所)	
 Elisabeth Hansson	
Lunds universitet, Vårdvetenskapens hus, Baravägen 3, Lund	
(ルンド大学医学部看護学科)	

表1. スウェーデンの主要な経済指標

1. 主要産業	機械工業(含:自動車), 化学工業, 林業, IT
2. GDP	3,849 億ドル(2006 年, 世銀)
3. 一人当たり GDP	43,580 ドル(2006 年, 世銀)
4. 経済成長率	4.4% (2006 年, 中央統計局)
5. 物価上昇率	1.4% (2006 年, 中央統計局)
6. 失業率	5.4% (2006 年, 中央統計局)
7. 総貿易額	(1) 輸出: 1,474 億ドル(2006 年, WTO) (2) 輸入: 1,267 億ドル(2006 年, WTO)
8. 主要貿易品目	(1) 輸出: 機械(含:自動車), 通信機器, 木材製品, 医薬品 (2) 輸入: 機械(含:自動車), 電気機器, 化学品
9. 主要貿易相手国	(1) 輸出: EU(25 カ国) (59.3%), 米国 (9.3%), ノルウェー (9.1%) (2) 輸入: EU(25 カ国) (70.3%), ノルウェー (8.5%), 米国 (3.4%) (2006 年, WTO)
10. 通貨	クローナ(1 クローナ=約 17.55 円(2008 年 4 月現在))

(出典: 日本国政府外務省海外ホームページ 各国・地域情勢(スウェーデン王国・基礎データ)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/sweden/index.html> より作成)

資料1. カロリンスカ研究オッシャー統合医療センター(Osher Center for Integrative Medicine, Karolinska Institutet)

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&d=17226>. The page is titled "Osher Center for Integrative Medicine". The left sidebar has a dropdown menu for "Osher Center for Integrative Medicine" with options like "Medicine OCIM", "Reference group", "Director", "Co-worker", "Contact", "Research", "Publications", and "Activities". The main content area discusses integrative medicine's aims and methods, mentioning placebo mechanisms and pain research. It also notes the center's focus on "Mind-Body Medicine". A sidebar on the right includes a search bar, a "Related" section with a thumbnail image of a person in a medical setting, and a "Länkar" (Links) section with links to other Osher centers and foundations.

(出典:Osher Center for Integrative Medicine Karolinska Institutet
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&d=17226>)

資料2. 平成20年度研究報告書

II. 分担研究報告書 8.