

### Ⅲ カイロプラクティック／整体

ニックを特徴とする」とされています。一方、整体に関しては既に述べたとおり、統一された明確な定義がありません。

#### ③ 教育の現状と問題点

カイロプラクティックと整体の学校教育の現状に関しては、整体についてはわが国の現状を説明すれば十分ですが、カイロプラクティックについては欧米における教育水準や内容にも言及し、わが国での教育の現状と比較する必要があります。

##### 1) 学校教育

学校教育に関してカイロプラクティックと整体に共通しているのは、わが国においては修学期間や教育内容に公的な基準がないため、各学校によって教育システムと内容が様々であるということです。手技療法年鑑（2008年度版）<sup>21</sup>に掲載されている情報を参考にして教育の現状を調べると、修学期間は1～2年の学校が圧倒的に多く、学校によっては夜間教育や通信教育、短いものでは合宿による10日間のコースや3ヶ月の短期集中コースすら行われています。このような状況ですから、カイロプラクティックも整体も教育内容がテクニックに偏重し、基礎医学や臨床医学に関する教育が手薄になっています。施術を受けたことで症状が悪化したり新たな症状が出現した、などといった苦情とともにカイロプラクティックや整体が医学や社会から批判されることがありますが、こうした教育の現状が大きく関わっていると思われる。

手技療法の専門家とはいえ医療の一翼を担う重要な責任を伴いますから、施術者には基礎医学や臨床医学などに関する最低限必要な知識が備わっていなければならない、と考えるのが自然でしょう。

##### 2) 大学で行われているカイロプラクティック教育

カイロプラクティックは世界30カ国以上で法制化され、12カ国で大学教育が行われています。特にカイロプラクティックの発祥地である米国では17校もの専門大学が存在しています。それぞれの大学で行われている教育内容と質は、米連邦政府教育省から公認された第三者評価機関であるカイロプラクティック教育審議会（Council on Chiropractic Education：CCE）によって保証されています。教育内容に関しては基準が全くなく、それを管理する第三者評価機関もないわが国とは対照的です。

2005年にはWHOからカイロプラクティックの教育や業務の安全な実施に関するガイドライン<sup>11</sup>が作成され、各国の政府に勧告されました。この事実は、カイロプラクティックがヘルスケアを担う医療であるということを世界の公的機関が認めたことを示しています。ガイドラインでは、授業時間数として約4400時間が求められていますが、そのうち約2,000時間は基礎医学と臨床医学にあてられており、適切なリスクマネジメントができるカイロプラクティック従事者（カイロプラクター）を育成するために医学教育が重視されていることがうかがえます。このような教育背景のある米国では、カイロプラクターはプライマリ・コンタクト・ヘルスケアとしてレントゲン撮影を行ったり、医学的診断を行うことが認められています。

わが国でも、こうした世界的な基準に沿ったカイロプラクティック教育の普及が待望されます。

### 3) わが国におけるカイロプラクターの教育背景

わが国のカイロプラクターの教育背景は様々です。最も明確に分けるのなら、カイロプラクティックの大学教育を履修した者とそれ以外です。前者はさらに、欧米でカイロプラクティックの大学教育を受けて帰国した者と、わが国で行われている欧米の大学教育水準を満たした内容を提供している学校で教育を受けた者、の2つに分けることができます。欧米の大学教育水準の教育プログラムをすべて履修した者は、大学から学位称号や学士号が授与されます。一方、「それ以外」の教育を受けた者の場合は、教育を提供した個人や団体、あるいは学校といったプライベートなレベルでの修了証が授与されるにとどまります。

残念ながらカイロプラクティックの大学教育を履修したカイロプラクターの数は少なく、街中でみかける「カイロプラクティック」の大多数は「それ以外」のカイロプラクターである、といっても過言ではないでしょう。そういう意味で、カイロプラクティック治療院の選択に際しては注意が必要です。

### 4) 欧米の大学教育基準を満たしたわが国のカイロプラクティック教育機関

米国で発祥したカイロプラクティックは今や世界的に広まり、一医療として、またヘルスケアとして重要な役割を果たしています。わが国でも、カイロプラクティックと名乗るからには世界と同等の教育水準をクリアしていることが求められます。そうした視点に立てば、わが国の医療が法的にも歴史的にも欧米とは異なるとはいえ、カイロプラクティックの教育水準を下げる理由はありません。

しかし残念ながら、わが国で前述のCCEによる認定を受け欧米と同等のカイロプラクティック教育を行い、すでにカイロプラクターを世に輩出している学校は豪州RMIT大学日本校\*の1校しかありません(2009年3月時点)。もちろんそれは、わが国における正式な大学教育として認められているわけではありませんが、卒業時には豪州RMIT大学より学士号が授与されています。

\* RMIT大学日本校(2012年3月まで開校。2009年4月入学生以降、東京カレッジ・オブ・カイロプラクティックに変更)

## ④ 治療院の現状と問題点

カイロプラクティックや整体は人の健康に関わる業務ですから、本来は法律によって規制された上で質の向上を図り、国民の利益に貢献するような体制が整えられなければなりません。事実、カイロプラクティックに関して欧米の多くの国ではそのような体制作りが行われています。一方、日本ではカイロプラクティックや整体などの医業類似行為に関して、1960年の最高裁判所の判決で「業として施術を行ったという事実を認定するだけでは処罰の対象にならず禁止できない」ことになり、それ以降は名称の使用や治療内容、教育の内容は一切問われないことになりました。治療院の看板やパンフレット、ホームページで主な治療内容としてカイロプラクティックや整体がその他の代替療法と列記されている光景を目にすることがありますが、それは上記のような法的な背景があるからです。しかしそれをいいことに、短期間のテクニック・セミナーを受けただけでも「カイロプラクティック」を名乗ることができてしまうのが現実です。このように、治療内容にカイロプラクティックや整体が掲

### Ⅲ カイロプラクティック／整体

げられていることと、どこでどのような教育をどのくらい受けたのかといった治療者の教育の背景とは全く無関係です。

一般的な傾向としては、少なくとも大学レベルのカイロプラクティック教育を受けた者は、治療内容として整体を併記することはないようです。

#### ⑤ 有効性・安全性・危険性について

カイロプラクティック治療の有効性、安全性、危険性に関する研究は欧米を中心に行われています。それはカイロプラクティックで主に治療手段として用いている脊椎マニピュレーションの有効性、安全性、危険性と言い換えることができます。一方、わが国ではカイロプラクティックや整体に関する研究論文は個々の業界や団体レベルにおいては報告されているようですが、研究の質は低いのが現状です。急性腰痛と慢性腰痛に対するカイロプラクティック治療の有効性を示した論文<sup>34)</sup>が国内医学雑誌や医学系の学会誌に掲載されたという点においては、カイロプラクティックの有効性がようやく医学におけるエビデンスとして認められ始めたと言えるでしょう。

カイロプラクティックと整体の有効性、安全性、および危険性に関しては、臨床レベルでリスクマネージメントが行われた上であることが大前提となります。そういう意味で、医学的な教育に乏しい整体はエビデンスを検討する組上には載りません。またそれは、わが国のカイロプラクティックの一部、すなわち大学教育水準を満たしていないカイロプラクティックについても同様です。そこでこの項では、現時点で渉猟し得た欧米での研究報告をもとに、欧米におけるカイロプラクティックの有効性、安全性、危険性についてのみ紹介します。その前に、まずはカイロプラクティックの適応症について述べます。

#### 1) 適応症

冒頭でも述べたように、カイロプラクティックは脊椎を中心に骨格を操作することによって身体の健康と正常な機能を回復させるという考え方に基づいて施術が行われています。その根底には、高度に発達した神経系は全身すべての系に影響を及ぼしており、そのつながりは健康や疾患の発症に深く関与していること、そしてカイロプラクティック治療は神経系を介して全身すべての系に作用し、ホメオスタシスを維持したり自然治癒力を賦活化できる、という考え方があります。

こうした考え方をもとに、カイロプラクティックでは触診を中心としたカイロプラクティック特有の検査法から得られた身体所見に対して治療が行われ、その結果として症状が軽減すると考えられています。すなわち、カイロプラクティックは症状に対する直接的な治療法ではない、と言えます。そのような意味から、カイロプラクティック治療の適応症や適応疾患を挙げること自体が適切とは言えません。しかし、臨床現場では実際に様々な症状が治療対象とされているのが事実ですので、あえて適応症を挙げるとすれば腰痛や頸部痛、頭痛、むち打ち症、肩こり、背部痛などでしょう。もちろん、これらの症状の原因によってはカイロプラクティック治療を適応すべきでない場合もあり、それを判断できる資質が施術者に備わっていなければなりません。

## 2) 有効性

カイロプラクティックの臨床で治療の対象となる最も頻度の高い症状は腰痛と頸部痛・肩こりでしょう。そして、カイロプラクティックで用いる脊椎マニピュレーションの有効性が検討され始めている症状が、まさに腰痛と頸部痛と言えます。症状という点では、実際には適応症で挙げた症状以外にも様々な症状が治療の対象となっており、個々の臨床レベルにおいては有効性が確認されていますが、残念ながらエビデンスとしてはまだ明らかにはされていません。ただしそれは、有効性がないということではなく、まだ研究が行われていない段階である、ということに注意が必要です。

ここでは、比較的多くの研究報告がなされている腰痛と頸部痛に関する有効性について紹介します。

### ・腰痛に対する脊椎マニピュレーションの有効性

腰痛には様々な原因が考えられていますが、日常臨床レベルでは腰痛の80%~90%は診断がつかないといわれています<sup>5)</sup>。神経症状や重篤な疾患がない中で、腰痛と関連のある明らかな原因を見つけ出すことができないような腰痛は非特異的腰痛と呼ばれ、こうした腰痛はカイロプラクティック治療のよい適応となります。以下で述べる腰痛とは、この非特異的腰痛を指すものとしします。

腰痛は、症状を有する期間により急性腰痛と慢性腰痛に分けられます。一般的に急性腰痛は3ヶ月以内、慢性腰痛は3ヶ月以上続く腰痛、とされています。これまで脊椎マニピュレーションの有効性に関しては主に急性腰痛についての研究が行われ、ガイドラインとしても複数の報告が出されています<sup>6-10)</sup>(表1)。近年報告された米国内科医師会と米国疼痛学会による「腰痛の診断と治療」合同臨床診療ガイドラインでは、4週間以内の急性腰痛と4週以上続く亜急性腰痛と慢性腰痛に対して、消炎鎮痛薬とともに脊椎マニピュレーションが推奨されています<sup>10)</sup>。

一方、慢性腰痛に対する脊椎マニピュレーションの有効性については、2006年になってようやく慢性非特異的腰痛管理ヨーロッパガイドライン<sup>11)</sup>で報告され、そこでは脊椎マニピュレーションは鎮痛薬と同程度に有効という強力なエビデンスがあることが示されています。

### ・頸部痛に対する脊椎マニピュレーションの有効性

頸部痛も腰痛と同様に直接的な原因がはっきり分からない、いわゆる非特異的な頸部痛が多くを占めます。このような頸部痛に関する脊椎マニピュレーションの有効性を報告した文献<sup>12-15)</sup>がある一方

表1 腰痛に対する脊椎マニピュレーションの有効性が明らかにされた研究報告

1991年	アメリカ：ランド研究所 腰椎に対する脊椎マニピュレーションの適応性 <sup>6)</sup>
1993年	カナダ、オンタリオ州厚生省：腰痛に対するカイロプラクティック・マネージメントの有効性、費用対効果 <sup>7)</sup>
1994年	アメリカ：米国医療政策研究局による成人の急性腰痛臨床業務ガイドライン <sup>8)</sup>
1999年	イギリス：急性腰痛管理に関する英国クリニカルガイドライン <sup>9)</sup>
2006年	ヨーロッパ：慢性非特異的腰痛管理ヨーロッパガイドライン <sup>11)</sup>
2007年	アメリカ：米国内科医師会と米国疼痛学会による「腰痛の診断と治療」合同臨床診療ガイドライン <sup>10)</sup>

### Ⅲ カイロプラクティック／整体

で、WHOによる運動器の10年 Task Force が報告した文献調査研究の結果では、頸部痛に対する脊椎マニピュレーションの有効性は明言されていません<sup>36</sup>。これは、有効性を報告した研究の質がエビデンスとしては不十分であることを意味します。カイロプラクターは個々の臨床レベルでは有効性を感じていることは事実であり、今後、より質の高い研究によって頸部痛に関する脊椎マニピュレーションの有効性が検討される必要があります。

#### 3) 安全性

カイロプラクティックでは脊椎マニピュレーションが行われます。これは、広義にはアジャストメントやモビリゼーションなどが含まれています。アジャストメントはカイロプラクティックにおいて最も重要な治療手技で、コントロールされた力、てこの作用、方向、振幅、および速度によって特定の関節および隣接する組織に力学的な力を直接的に働きかけます。その際には高速低振幅の力を一定方向に作用させる「スラスト」が行われます。一方、モビリゼーションはスラストを加えずに関節を正常な生理的可動域の範囲内で動かす手技で、アジャストメントと併用することで臨床的に効果を高めています。

カイロプラクティックの安全性という点でしばしば問題視されるのは、アジャストメントが関節の解剖学的な構造や機能を障害する可能性についてです。しかし、アジャストメントは関節の可動域を他動的可動域から傍生理的可動域まで動かす手技であり、関節の解剖学的な限界を越えるような力学的刺激は加えません（図1）。

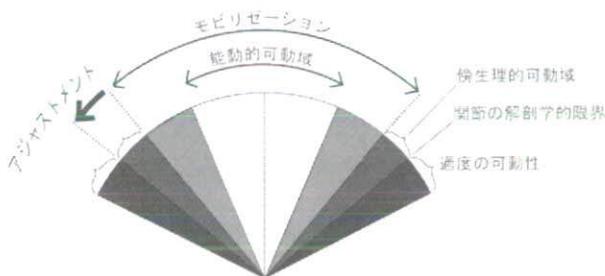


図1 中間位から始まる関節運動

よるアジャストメントであれば、手技自体の安全性は高いと言えます。側臥位での腰椎と骨盤に対するマニピュレーション時に加わる力学的負荷は、手荷物を肩に担いだときの負荷と同程度であるという報告もあり<sup>37</sup>、絶対的禁忌症などが除外され、適切な手技が行われれば解剖学的な構造を傷める可能性は非常に少ないのです。

#### 4) カイロプラクティック治療の安全性と危険性の相互関係

上記のように、カイロプラクティックは一般論として安全で危険性の非常に少ない治療法であると言えます。しかし、手技の使い方と適応を誤れば、当然それは諸刃の剣ともなりえます。安全な治療法を安全に用いたとしても適応を誤って実施されれば、安全性は確保されません。また、安全な治療法を安全に用いたとしても臨床的に問題が生じることもあります。前者は禁忌症の問題、後者は合併症の問題、と換言できるでしょう（図2）。

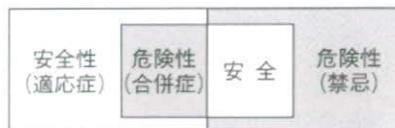


図2 カイロプラクティック治療の安全性と危険性の相互関係

カイロプラクティック治療においては、安全性と危険性を完全に切り離して考えることはできません。以下に、禁忌症と合併症を含めた危険性について紹介します。

## 5) 危険性

カイロプラクティック治療の危険性に関しては、禁忌症と脊椎マニピュレーションに伴う合併症についての理解が重要です。

頸部痛に対する脊椎マニピュレーションに関しては、すでに述べたようにその有効性を示した報告がある一方で、症状の悪化や合併症の出現などの報告も散見されます。こうした問題に関連して、平成2年度に厚生省（現厚生労働省）科学研究班によってまとめられた「脊椎原性疾患の施術に関する医学的研究<sup>18)</sup>」では、「カイロプラクティックの手技には様々なものがあり、中には危険な手技が含まれている。とりわけ頸椎に対する急激な回旋伸展操作を加えるスラスト法は、患者の身体に損傷を加える危険が大きいので行うべきではない」との見解が示されました。しかし近年になって、後述するように、そうした見解には再検討の余地があることを示唆する研究結果が海外で報告されています。

カイロプラクティック治療の危険性についてしばしば批判の対象となるのは頸椎や腰椎に対するマニピュレーション治療です。ここではその2点について過去の文献を参考に述べることにします。

### ・禁忌症

カイロプラクティック治療の禁忌症は、治療を行うことによって患者さんに害が及ぶ可能性のある疾患や病態です。WHO ガイドライン<sup>11)</sup>では、急性骨折や脊髄腫瘍をはじめとする脊柱手技療法の禁忌症の疾患や病態が数多く挙げられています。正規のカイロプラクティックの大学教育を修めた者であれば、こうした禁忌症に関する最低限の医学的知識を備えています。したがって患者さんの既往歴として禁忌症に関する情報がなかったとしても、問診や検査所見からも禁忌症が存在する可能性の有無を鑑別し、治療に伴う危険の発生を回避することができます。

禁忌症とされている病態や疾患であったとしても、施術が禁忌となる局所に対して安全性を配慮した上で手技を工夫して施術したり、他の関節部位に対して施術することで臨床的な効果を上げられることもあります。そういう意味では、絶対禁忌は相対禁忌症と言える場合もあります。

### ・合併症

禁忌症が除外された上で安全な治療法を安全に用いて治療しても問題が生じる場合があります。これが合併症の発生の問題です。カイロプラクティックのアジャストメントに伴う合併症は、大きく分けて一般的反応と有害反応の2つが知られています<sup>19)</sup>。一般的反応とは、アジャストメントが奏功した患者においてもある程度の頻度で軽度な不快症状を発生することです。これに対して有害反応は、発生頻度は少ないながらも、より顕著な不快症状や一時的または永久的な障害をもたらす反応を意味します。

一般的反応に関しては、脊椎マニピュレーションに伴って局所の不快感、頭痛、疲労感などの症状が生じると報告されています<sup>20)</sup>。しかし、それらの症状は大部分が発症後24時間以内に消失し、日常

### Ⅲ カイロプラクティック／整体

生活に高度の支障をきたす程のものではない、とされています。

有害反応としては、頸椎マニピュレーションによる脳血管障害の発生がその代表例です。その発生頻度の報告にはばらつきがありますが、頸椎マニピュレーション40～50万回に1回<sup>21)</sup>、385万回に1回<sup>22)</sup>などと報告されています。また米国RAND研究所の報告でも、頸椎脳底部の合併症は100万回に1.46回とされています<sup>23)</sup>。最近では、椎骨脳底動脈に関連する脳卒中の発生は、カイロプラクティック治療によってその危険性が増すというエビデンスはない、という報告<sup>24)</sup>も見られます。これらの臨床データは、適切な病態評価をもとに頸椎マニピュレーションの適否の判断を行い、適切な治療を行えば、重篤な合併症の危険性はわずかであることを示しています。

腰椎マニピュレーションによる重篤な合併症の発生も報告されています。代表例は骨粗鬆症に伴う骨折、馬尾の圧迫などの椎間板に関連した病態、血栓に由来する血管性の病態などですが<sup>25)</sup>、その発生率はきわめて少ないのです。米国RAND研究所のShekelleらは、1967年から1992年の間に米国で行われたと推測される腰椎マニピュレーションの回数と、マニピュレーション後に馬尾症候群が発症したと報告された症例数を検討していますが、それによると腰椎マニピュレーション後の馬尾障害の発生率は1億回に1回と報告されています<sup>26)</sup>。これは、およそ16,000人のカイロプラクターが腰椎に計2カ所のマニピュレーション治療を1日20人、年間300日、約60年間にわたって診療を行って1例発生する程度のわずかな頻度です。

#### 6) カイロプラクターに求められる資質

以上を踏まえると、カイロプラクターに求められる資質には2つあります。1つ目は、施術することによって患者さんに害の及ぶ可能性の有無をあらかじめ評価して施術を回避することができる能力です。脊柱手技療法の絶対禁忌の存在の可能性を疑うことができるだけの知識が施術者に求められます。2つ目は、安全性に最大限の配慮をして手技を行うことができる能力です。これらの資質を身につけたカイロプラクターは、欧米の大学教育レベルの教育を受けた者のみです。したがって、カイロプラクティック治療を受ける側の立場に立てば、安全で、危険性が少なく、有効な治療を提供しているカイロプラクテクター、あるいはカイロプラクティック治療院を受診することが推奨されます。

#### ⑥ 欧米におけるカイロプラクティックのエビデンスのわが国への適用限界

ここで留意すべきは、これまで提示してきたデータは正規のカイロプラクティックの大学教育を修めたカイロプラクターによる治療上の有効性、安全性、危険性であるということです。すでに述べたように、わが国で行われているカイロプラクティック教育の大半が欧米で行われている教育水準に比べて著しく低いのが現状であり、欧米でのカイロプラクティックのエビデンスがわが国でそのまま当てはまるわけではありません。

米国でカイロプラクティックを学び帰国したカイロプラクターと欧米の大学教育と同等のカイロプラクティック教育をわが国で修めたカイロプラクターは、合わせて全国に約600人いると言われています。したがって、欧米でのエビデンスをわが国で適用しうるのは、少なくとも彼らが提供するカイロプラクティックのみと言えます。

## ⑦ カイロプラクティック治療院・カイロプラクターを選ぶ手引き

カイロプラクティックや整体の知名度が上がり、国民の多くがその治療を求めている現状を考えると、誰でも容易に「正規な施術者」を選べる体制が必要になります。本来、その役割を果たすのは法律による国家試験と資格制度ですが、カイロプラクティックや整体に関する法律がない現状では国民は施術者の選択に大きな迷いを生じます。

ここでは、有効であり、安全性が高く、危険性が少ないカイロプラクティック治療を提供する治療院あるいはカイロプラクターを選択する上で重要な判断材料を2つ紹介します。1つは、欧米の大学が交付した学位称号や学士号を持ったカイロプラクターであるということです。そのようなカイロプラクターは、治療院のホームページやパンフレットに必ず学歴や資格として記載しています。代表的な学位称号や学士号は、D. C.、B. C. Sc.、B. App. Sc. などです。

逆に、少なくとも安全性や危険性という点で保証ができないカイロプラクティック治療院としては、上記のような学位称号や学士号の明示がない、看板に様々な治療法とともにカイロプラクティックが併記されている、高額な商品を売りつける、などが挙げられます。

2つ目は、カイロプラクターの所属する組織です。国際社会にはWHO加盟の世界カイロプラクティック連合(WFC)という組織があり、1988年以降、カイロプラクティックに関する業界、法制化、教育、研究、情報の推進といった重要な役割を担っています。わが国でWFCに認められた団体は一般社団法人日本カイロプラクターズ協会(JAC)で、わが国でただ1つです。その理由は、JACが世界各国の常識である国際基準のカイロプラクティック教育を受けたカイロプラクターのみで構成され、会員の倫理規定を有しているからです。JACに所属しているカイロプラクターはJACのホームページ(<http://www.jac-chiro.org/index.htm>)上で公開されています。

治療を受ける側の立場からは、治療に伴う危険性に関しては自らの身は自らで守らなければなりません。そのためには、信頼できるカイロプラクターを選ぶ必要があります。上記の2点は、治療院、治療者を選択する上で参考になると思います。

### Ⅲ カイロプラクティック／整体

#### 参考文献

1. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. World Health Organization, Geneva, 2005
2. 丁宗鑑：手技療法年鑑2008年度版。たにぐち書店、東京、2008
3. 竹谷内宏明：カイロプラクティックの現状とカイロプラクティックの急性腰痛に対する治療。東日本整災会15：631-636.2003
4. 竹谷内宏明、竹谷内克彰：カイロプラクティックの慢性腰痛に対する治療－Prospective Study－。日本腰痛学会雑誌 12：107-114.2006
5. 菊地臣一：腰痛。医学書院、東京、第1版、2003
6. Shekelle PG, et al. : The Appropriateness of Spinal Manipulation for Low-Back Pain : Project Overview and Literature Review. Santa Monica, RAND Corporation, 1991
7. Manga P, et al. : The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Chiropractic Management of Low-Back Pain. Canada, Manga and Associates, 1993
8. Bigos S, et al. : Acute Low Back Problems in Adults. Clinical Practice Guideline No.14, Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, 1994
9. Waddell G, et al. : Low Back Pain Evidence Review London : Royal College of General Practitioners, 1999
10. Chou R, et al. : Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians : American College of Physicians : American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain : a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 147 : 478-491. 2007
11. Airaksinen O, et al. : COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 15 : S192-300, 2006
12. Vernon HT, Humphreys BK, Hagino CA. A systematic review of conservative treatments for acute neck pain not due to whiplash J Manipulative Physiol Ther 28 : 443-448, 2005
13. Evans R, et al. : Two-year follow-up of a randomized clinical trial of spinal manipulation and two types of exercise for patients with chronic neck pain. Spine 27 : 2383-9, 2002
14. Howe DH, Newcombe RG, Wade MT. Manipulation of the cervical spine : a pilot study. J R Coll Gen Pract 33 : 574-579, 1983
15. Pikula JR. The effect of spinal manipulative therapy (SMT) on pain reduction and range of motion in patients with acute unilateral neck pain : a pilot study. J Can Chiropr Assoc 43 : 111-119, 1999
16. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G. Treatment of neck pain : noninvasive interventions : results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine 33 : S123-52, 2008
17. Triano J, Schultz AB : Loads transmitted during lumbosacral spinal manipulative therapy. Spine 22 : 1955-64, 1997
18. 三浦幸雄：脊椎原性疾患の施術に関する医学的研究。厚生省平成2年度厚生科学研究。
19. Kleynhans AM : Complications of and contraindications to spinal manipulative therapy. In Haldeman S, ed : Modern developments in the principles and practice of chiropractic. East Norwalk, Conn, 1980, Appleton-Century-Crofts.

20. Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C. Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy. *Spine* 22 : 435-40, 1997
21. Dvorak J, Orelli F. How dangerous is manipulation to the cervical spine? Case report and results of a surgery. *Manual Med* 2 : 1-4, 1985
22. Carey P. A report on the occurrence of cerebral vascular accidents in chiropractic practice. *J Can Chiropract Assoc* 37 : 104-6, 1993
23. Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH, et al. The Appropriateness of Manipulation and Mobilization of the Cervical Spine. Santa Monica, CA : Rand, 1996.
24. Cassidy JD, Boyle E, Cote P, et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care : results of a population-based case-control and case-crossover study. *Spine* 33 : S176-83, 2008
25. Terrett AGJ, Kleynhans AM : Complications from manipulation of the low back. *ChiroJ Aust* 4 : 129, 1992
26. Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, et al. Spinal manipulation for low-back pain. *Ann Intern Med* 117 : 590-598, 1992

(文責：東京カレッジ・オブ・カイロプラクティック 竹谷内克彰)

## IV. 鍼灸治療

### ① 鍼灸とは

鍼灸は中国で発祥して東アジアの国々に伝わり、それぞれの国で独自のスタイルに発展してきた東洋の伝統的物理療法です。身体を循環しているとされる「気」のルート（「経絡」と呼ぶ）に沿った「経穴」（いわゆるツボ）に刺鍼したり施灸したりすることによって、痛覚抑制系や恒常性維持機能を賦活させることを目的としています。近年では経絡理論ではなく現代医学的解釈（神経の分布など）にもとづいて鍼灸刺激を行って治療効果を挙げている臨床家も少なくありません。鍼灸はすでに欧米諸国においてもかなり普及しています（特に鍼治療）。

### ② 鍼灸（特に鍼治療）の科学的根拠

鍼治療は、Evidence-Based Medicine (EBM) の概念が医療界全体に広がってから、EBM の考え方に沿った臨床研究方法によって生成された科学的根拠が提示されるようになりました。2009年3月現在、医学文献データベース PubMed で検索できる鍼 (acupuncture) のランダム化比較試験 (RCT) 論文は800編を超えています。研究の質を吟味する必要があるものの、RCT 論文が増加しているという事実は、より信頼性・妥当性の高い研究方法によって現代のヘルスケアに応用できる鍼灸の適応症について、先進諸国が盛んに検証を進めていることを示しています。

### ③ 有効性

複数の RCT 論文のデータを統合するメタアナリシスという手法によって鍼治療の臨床応用可能性が示唆されている疾患・症状には、表のようなものがあります。研究が進むにしたがって適応とされる疾患・症状は増えつつあります。ただし、多くのメタアナリシス論文は鍼灸の RCT 論文の質が高くないことを指摘しているため、今後もっと大規模で質の高い臨床研究が行われることによって、結論が覆される場合もあり得ます。また、治療時の心理作用（プラセボ効果）によって効果が水増しされている側面もあることが指摘されています。

### ④ 安全性

鍼灸の深刻な有害作用として多く報告されているのは気胸や感染などです。しかしこれらは鍼灸を扱う鍼灸師や医師の知識や技能が不十分であるために発生したものや、因果関係がないものを含んでいます。したがって、施術者が鍼灸領域特有の知識（安全刺鍼深度など）と技能（刺鍼技術など）を修得している必要があります。この条件が満たされている場合、鍼の有害事象の報告は非常にまれであることが複数の大規模な調査によって証明され、権威ある医学学術雑誌に掲載されています。

#### 筋骨格系

慢性腰痛  
頸部痛  
変形性膝関節症、膝蓋大腿関節の疼痛  
上腕骨外側上顆炎（テニス肘）  
手根管症候群  
腱板炎  
高齢者の持続性の筋骨格系疼痛  
肩峰下（インピンジメント）痛

#### 外科・口腔外科系

手術後の疼痛  
手術後の嘔気・嘔吐（予防も）  
顎関節症  
急性の歯痛

#### 産婦人科系

機能性月経困難症

陣痛、分娩時痛  
不妊（体外受精の成功率）  
骨盤位妊娠（灸）  
採卵時の鎮痛剤減少

#### 内科系・その他

特発性頭痛、反復性頭痛  
化学療法による嘔気・嘔吐  
終末期の慢性閉塞性肺疾患  
小児の夜尿症  
線維筋痛症の疼痛  
胃・食道の内視鏡検査（疼痛・耐性など）  
帯状疱疹  
不眠  
うつ症状  
潰瘍性大腸炎  
脳卒中後の能力障害

一方、標準的な鍼治療によって生じる副作用としては、治療後の疲労・倦怠感、眠気、皮下出血、気分不良などがありますが、いずれも一過性で軽い症状です。

## ⑤ 利用上の注意

鍼灸治療は、治療者と患者との交流時間が長く、鍼灸施術中のリラックス感や施術後の爽快感を伴うため、単なる物理的効果を超えた精神的満足感が得られることが指摘されています。また、スポーツ選手や妊婦など薬物の服用を避けたい患者からの受療希望もしばしばあります。したがって、臨床試験によって示された効果（鍼灸に特異的な）に上乘せされる様々な効果が期待されています。しかし、薬物療法と違って、施術者の資質によって得られる効果に差が生じるため、上述のような鍼灸の一般的な有効性と安全性の情報に加えて、技術、知識、経験、倫理観などにおいて信頼のおける施術者を選ぶ必要があります。

鍼灸および鍼灸施術者に関する信頼できる情報を得るには、以下のサイトが有用です。

1. 鍼灸ネット <http://www.shinkyu-net.jp/>
2. 社団法人 日本鍼灸師会 <http://www.harikyu.or.jp/>
3. 社団法人 全日本鍼灸学会 <http://www.jsam.jp/>

#### IV 鍼灸治療

##### 文献

- Yamashita H, Tsukayama H, Tanno Y, et al. Adverse events related to acupuncture. JAMA 1998 ; 280 : 1563-1564.
- White A, Hayhoe S, Hart A, et al. Adverse events following acupuncture : prospective survey of 32,000 consultations with doctors and physiotherapists. BMJ 2001 ; 323 : 485-486.
- MacPherson H, Thomas K, Walters S, et al. The York acupuncture safety study : prospective survey of 34,000 treatments by traditional acupuncturists. BMJ 2001 ; 323 : 486-487.
- Melchart D, Weidenhammer W, Streng A, et al. Prospective Investigation of Adverse Effects of Acupuncture in 97 733 Patients. Arch Intern Med 2004 ; 164 : 104-105.
- Yamashita H, Tsukayama H, Hori N, et al. Incidence of adverse reactions associated with acupuncture. J Altern Complement Med 2000 ; 6 : 345-350.
- Paterson C, Dieppe P. Characteristics and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. BMJ 2005 ; 330 : 1202-1205.
- Yamashita H, Tsukayama H. Safety of acupuncture practice in Japan : patient reactions, therapist negligence and error reduction strategies. Evid-Based Complement Altern Med 2007 ; doi : 10.1093/ecam/nem086 : 1-8.

(文責：森ノ宮医療大学 山下 仁)

## V. ホメオパシー診療ガイドライン

### ① ホメオパシーの概要

「Homeopathy」という用語はギリシャ語の「類似」を意味する「homeos」と「苦しみ」を意味する「pathos」という言葉に由来します。この療法で使われる物質は後述する「類似の法則」にしたがって選択されます。

19世紀初頭のドイツの医師 Samuel Hahnemann はキナの皮からとったキナー（キニーネ）を食することによって発熱、悪寒、下痢とマラリアと同じ症状が誘発されることをみだしました。さらにマラリアの患者にこれを食べさせたところ症状がでなくなることを発見したのです。こうして彼は「症状を起こすものは症状をとる」という仮定のもとに自分の体で人体実験しながら症状を起こさせる物質とその量を確定して、それによる療法（ホメオパシー）を確立し、250の病気を治したといわれます。

近代西洋医学では発熱時解熱薬を投与します。体温を上げることで免疫細胞が活性化され、細菌やウイルスに対する抵抗力が増すことは周知の事実です。とすれば感冒時の発熱は健康を回復するための重要な生体防御反応ということになり、解熱薬の投与はこの生体防御反応を妨害していることになるわけです。これに対しホメオパシーでは病気の症状を、病気を克服しようとする身体努力の現れであると考え、同様の症状を誘発する物質（レメディ）により病気と同じ波動を注ぎこみ、もっとひどい症状を起こさせます。それにより生体は「病気である」ということに気づき、自然治癒力を発揮すると説明されるのです。「類似の法則」といわれます。

ホメオパシーにはもうひとつ「無限小」という法則があります。レメディは水で薄められて調合されますが、この薄め方が $10^{60}$ 倍とか $10^{100}$ 倍とか（アボガドロの法則をご存知ならお判りかと思います）元の物質の分子が検出できないレベルまで薄めるのです。そして薄められたものほど効き目が強力であるといいます。これまでの科学常識では考えられません。1988年、Benvenisteらは有効な分子がまったく存在しないはずの液体が免疫反応を起こすことを科学雑誌 nature に発表しました<sup>1)</sup>。もちろん世界的に反論が起こったことはいまでもありませんが、ホメオパシーを有効とする論文も後を絶たないことも事実です。

### ② ホメオパシーのエビデンス

幸いにして、ホメオパシーは、現代の科学的な手法を用いて高いレベルのエビデンスが得られるものです。ホメオパシーに関する近年の最近の臨床試験については表にお示しします<sup>3-10)</sup>。さらに最近のプラセボ対照試験119例のメタ分析では、出版された否定的な研究1件につき、平均2.45件の研究がホメオパシーの効力を示していました<sup>11)</sup>。

## V ホメオパシー診療ガイドライン

表 ホメオパシーの臨床試験

Citation	Description	Findings
Vickers and Smith, 2002	7つの試験は（3つの予防、4つの治療）のうち完全なデータの抽出が可能な情報を有する2つの試験	oscillococinum というホメオパシーのレメディは、安全かつインフルエンザの期間を減少させることに効果的であるが、予防には無効である。
Oberbaum et al., 2001	32人の子供を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	Traumeel S というホメオパシーのスキングリームは、骨髄移植で化学療法を受けた子供の口腔内の疼痛や炎症の程度を有意に減少させる可能性がある。
Taylor et al., 2000	17歳以上の51人を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	ホメオパシーは、プラセボ群と比較して有意に通年性のアレルギー性鼻炎における鼻の気流を増加させた。
Jacobs et al., 2000	126人の子供を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	個別のホメオパシー治療は、急性の小児下痢症を持つ子供の消化器系の問題を改善する。
Weiser et al., 1999	146人を対象とした無作為二重盲検試験	ホメオパシーの点鼻は花粉症において従来の治療と同等の効果がある。
Rastogi et al., 1999	18～50歳の100人（男性71%）を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	ホメオパシーは症候を有する HIV 陽性者に対し CD4 陽性細胞数を増加させたが、対照群でその効果は認められなかった。
Weiser et al., 1998	105人を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	同毒療法の処置 Vertigoheel というホメオパシーのレメディは、めまい発作の程度を betahistine 治療と同程度に抑制する。
Ludtke et al., 1997	752人を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	Galphimia Glauca というレメディ花粉症における目と鼻の症状に有効である。
Reilly al., 1994	158人を対象とした無作為二重盲検対照比較試験	ホメオパシー（アイソパシー）は、有意に喘息の症状を抑制した。

### ③ ホメオパシーの国際的な位置づけ

#### 1. 各国におけるホメオパシーの位置づけ

##### a. イギリス

イギリスでは、1948年にホメオパシーは国民保険制度（NHS）に取り入れられました。1950年から Faculty of Homeopathy はホメオパシーの研究と教育を目的とした機関として活動しています。Faculty of Homeopathy には、王立ロンドン、グラスゴー、ブリストール、タンブリッジ・ウエルズなどのホメオパシー病院が属しています。Faculty of Homeopathy の認定するホメオパシー専門医（FFHom, MFHom）は約500名、メンバー（LFHom）は1,500名以上です。

##### b. フランス

2002年の国民のホメオパシー利用率は40%で医師の約50%が処方しており、医療従事者のみが

処方可とされています。

c. ドイツ

ドイツ薬局方に定められています。5つの公的なホメオパシー教育機関があり、3,500人のホメオパシー専門医（1928年に資格の認定）と10,000人の Heilpraktiker（治療士）が処方を担当しています。

d. その他

ハンガリー、ルーマニア、ロシア、オーストリア、イタリアなどでも医師のみが処方可。各国で医薬品扱いとなっています。

アメリカ合衆国では1938年に薬品として認可し、1988年から FDA（Food and Drug Administration）の管理下に置かれています。

南米、インド、スリランカなどでも医療行為として広く認められています。

## 2. わが国におけるホメオパシーの問題点

a. わが国のホメオパシー

わが国における最も大きな問題は、無資格ホメオパス（医学的知識を持たない人）が、代金をとってレメディを処方していることです。また、レメディは日本で薬剤と認められていないため、インターネットなどで簡単に売買されていることも危険です。「ホメオパシーのレメディは安全で副作用はないし、医療行為ではない」という人がいますが、好転反応（治る過程で起こる一時的な症状の悪化のことでホメオパシーでは aggravation という）の問題は常につきまとい、他の病気と正しく区別することが重要になります。また、レメディと称してただの砂糖玉などを売りつける悪質なケースもみられるので、注意が必要です。

b. 無資格ホメオパスのありがちな対応と実際に起こった事件

無資格のホメオパスは、薬をやめろ、ワクチンはうつなということが多々あります。薬をやめなければレメディは処方しないとまで言うホメオパスもいます。急に中止をしたら危険な薬剤（たとえばステロイドホルモンを多量に服用している患者に中止をさせると副腎不全で死に至ることもある）であったらどうするのでしょうか。ワクチンは致命的な病気から人類を救ってきました。もちろん副作用がないとは言いませんが、人類がワクチン接種をやめたら大変なことになります。すべてのウイルス性の疾患がホメオパシーで100%治療できるのでしょうか。それこそ驕りであり、邪教とも言える危険な発想です。たとえば、無資格のホメオパスの勧めでワクチン接種をしなかった女性患者が風疹に罹患したとします。風疹はホメオパシーで治りましたが、その患者が妊娠していることが判明し、結果的に奇形児が生まれてしまいました。ホメオパシーで風疹は治せるかもしれませんが、100%の感染の予防は可能なはずがありません。こういった場合、誰が責任を取るのでしょうか。薬剤の減量や中止は患者の希望に応じて注意深く行わねばならない医療行為で

## V ホメオパシー診療ガイドライン

あり、ワクチン接種をするのもしないのも患者の権利です。薬剤やワクチンの利点や欠点を正確に知らない無資格ホメオパスに薬やワクチンをやめさせる権利はありません。

皮膚病の患者が、薬をやめるように言われレメディ投与後に悪化したとき、それを無資格のホメオパスから、好転反応であると判断され、化膿までして手に負えなくなり病院を受診するというケースは少なくありません。皮膚病は命に危険が及ぶことは少ないかもしれませんが、もっと問題のある実話があるので以下に紹介しましょう。

数年前、乳癌の患者があるホメオパスにレメディを処方され、その後、病巣近傍の皮膚から出血しました。そのホメオパスに相談したところ、「それは毒が外に出ているのだから心配は要らない。私が治すから医者に行く必要はない。このままレメディを続けなさい。」と言われたそうです。数ヵ月後、出血が多量となり、止血のため仕方なく病院を受診したところ、病巣は広がり、転移までしていたのです。

もし、病気をよく知る医師であれば、これは aggravation などではなく、原疾患の悪化であると判断し、レメディの変更あるいは他の医療を考えたに違いありません。

### c. わが国におけるホメオパシーの問題点に対する対策

わが国の患者がホメオパシーを選択するのは、西洋医学を最初から嫌っている場合を除けば、西洋医学的に万策尽きた場合を含み西洋医学以上の効果が期待できる場合、あるいは西洋医学と併用したときに相加ないし相乗効果が期待できる場合でしょう。とはいえ、ホメオパシーを希望する患者のほとんどは西洋医学的診断による疾患の治癒を望んでいます。つまり、患者を中心に考えるならば、西洋医学的に万策尽きているかどうか判断することが絶対に必要です。もし優れた西洋医学的アプローチがある場合にはその情報を患者に提供し、その上で、ホメオパシーを選択するか否かは患者が決定すべきです。そのためには西洋医学の良さと限界を知っていることが必須です。したがってホメオパシーを実践するものは一流の医師、歯科医師、獣医師でなければなりません。西洋医学的に一流であれば、自分の専門領域にホメオパシーを用いても患者に不利益を与えることがなく、他の医師、歯科医師、獣医師から批判されることは極めて少ないと考えられます。

## ④ ホメオパシー診療ガイド

わが国で信頼できるホメオパシーの団体は日本ホメオパシー医学会のみです。なぜなら日本ホメオパシー医学会は、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師のみによって構成されているわが国唯一の団体だからです。もちろん Faculty of Homeopathy の認定団体です。教育や認定制度も確立しています。紛らわしい名称の団体もありますから、お間違えのないようご注意ください。

したがって、治療としてホメオパシーを希望される方は、日本ホメオパシー医学会の専門医あるいは認定医の受診をお勧めします。以下に手順を示します。

1. 日本ホメオパシー医学会に連絡します。

日本ホメオパシー医学会

<http://www.jpsh.org/>

E-mail : [info@jpsh.jp](mailto:info@jpsh.jp)

FAX : 03-6280-8859

2. 日本ホメオパシー医学会の専門医あるいは認定医の情報を得ます。
3. 希望する専門医あるいは認定医の連絡先を尋ねます。
4. 専門医あるいは認定医に連絡し、受診方法、代金（非常に重要）などについて質問します。
5. 自分の希望と条件が一致すれば予約して受診します。
6. ホメオパシーの問診は以下のように行われますので受診者（患者）も準備をしていくことが必要です。
  - ① 個別的な、奇妙で、まれな、特有の症状はあるのか。
  - ② 症状全体を精神的症状、全身的症状、局所症状の3つのレベルに分ける。全身的症状として、体温、気候への反応、症状の悪化する時間や体位、発汗、睡眠、月経、食欲、食べ物の好みなど、主に生理的な状態について質問する。特に病気になってから変化したことが重要となる。また精神的症状では、感情や性格的な側面のほかに、意志、理解力、記憶などの認知に関する症状について聞く。
  - ③ 鍵となる主訴に対しては、感染や外傷、精神的な原因、罹患部位、その感覚、症状の悪化や改善をもたらす要因であるモダリティについて詳細に尋ねていく。
  - ④ これらをもとに、いくつかの症状を選び出し、分析する。分析は、レパトリーというホメオパシーの症状に関する辞書や、コンピュータを使って行い、その過程がレパトリーゼーションと呼ばれている。それと同時に、マテリア・メディカ（ホメオパシーのレメディに関する辞書）を参考に、選んだレメディのパターンが、病気の人のパターンに最も適しているかどうかを確認する。このようなプロセスを経て、その人に合った最類似のレメディを決定し、個別的な処方を行う。

## ⑤ おわりに

ホメオパシーは、病気そのものというより病気の人を理解する医療です。患者を、身体症状のみならず、心理的、社会的な面を含め、ホリスティックに理解していきます。そして、その理解の中で、現在のその人にとって、何が一番重要なのか、どの症状に対して治療を行うのかを考え、多様なストラテジー（戦略）を用いて、最も適した（最類似の）レメディを決定します。そのメカニズムの証明は現代科学で困難ですが、高いレベルのエビデンスが存在する医療です。正しく受診して被害にあわないように注意しましょう。

## V ホメオパシー診療ガイドライン

### 参考文献

- 1) Davenas E, Beauvais F, Amara J, Oberbaum M, Robinzon B, Moadonna A, Tedeschi A, Pomeranz B, Fortner P, Belon P, Sainte-Laudy J, Poitevin B, Benveniste J : Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature* 333 : 816-818, 1988
- 2) Vickers AJ, Smith C : Homoeopathic Oscillocoquinum for Preventing and Treating Influenza and Influenza-Like Syndromes." *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD 1957, 2002
- 3) Oberbaum M, Yaniv I, Ben-Gal Y, Stein J, Ben-Zvi N, Freedman LS, Branski D : A Randomized, Controlled Clinical Trial of the Homeopathic Medication Traumeel S in the Treatment of Chemotherapy-Induced Stomatitis in Children Undergoing Stem Cell Transplantation. *Cancer* 92 : 684-690, 2001
- 4) Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH, McSharry C, Aitchison TC : Randomised Controlled Trial of Homoeopathy versus Placebo in Perennial Allergic Rhinitis with Overview of Four Trial Series. *British Medical Journal* 321 : 471-476, 2000
- 5) Jacobs J, Jimenez LM, Malthouse S, Chapman E, Crothers D, Masuk M, Jonas WB : Homeopathic Treatment of Acute Childhood Diarrhea : Results from a Clinical Trial in Nepal. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 6 : 131-139, 2000
- 6) Weiser M, Gegenheimer LH, Klein P : A Randomized Equivalence Trial Comparing the Efficacy and Safety of Luffa comp-Heel Nasal Spray with Cromolyn Sodium Spray in the Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis." *Forschende Komplementärmedizin* 6 : 142-148, 1999
- 7) Rastogi DP, Singh VP, Singh V, Dey SK, Rao K : Homeopathy in HIV Infection : A Trial Report of Double-Blind Placebo Controlled Study. *British Homeopathic Journal* 88 : 49-57, 1999
- 8) Weiser M, Strosser W, Klein P : Homeopathic vs Conventional Treatment of Vertigo : A Randomized Double-Blind Controlled Clinical Study. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 124 : 879-885, 1998
- 9) Ludtke R, Wiesenauer M : A meta-analysis of homeopathic treatment of pollinosis with Galphimia glauca. *Wien Med Wochenschr* : 147 : 323-327, 1997
- 10) Reilly D, Taylor M, Beattie NGM, Campbell JH, McSharry C, Aitchison TC, Carter R, Stevenson RD : Is evidence for homeopathy reproducible? *Lancet* 344 : 1601-1606, 1994
- 11) Lange A : Homeopathy. In : *Textbook of Natural Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed, edited by Pizzorno Jr JE & Murray MT, pp 335-343. Churchill Livingstone, London, 1999

(文責：東京女子医科大学附属青山女性・自然医療研究所自然医療部門 川嶋 朗)

## VI. エビデンスをどのように探すか？

### ① EBM とは

1990年代より「科学的根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine：以下 EBM）」という言葉が世界の医療界で広く使われるようになりました。EBM とは、医師が「この治療は効くのか？」「安全なのか？」などの疑問を感じた時に、世界中の医学論文を漏れなく検索し、数多の情報から信頼できる論文を選び出し、それを吟味し、診療に利用できるかどうか判断していくスキルです。それまでの医療が根拠に基づいていなかったということではありません。最新の医学論文をリアルタイムにきめ細かく検索して、その結論を日常診療に活用することは、つい最近まで簡単なことではなかったのです。

EBM は「臨床疫学」という学問を基礎に発展してきました。試験管をふる実験や動物を使った実験ではなく、ヒトを対象とした「臨床試験」を根拠としています。モルモットに効いたからヒトにも同じように効くと判断するのは無理がある、という訳です。ヒトを対象とした臨床試験にはいくつかの方法があり、方法によって得られた結果の「確からしさ」が決まってきます。最も「確からしい」方法がランダム化比較試験（randomized controlled trial：RCT）です。RCT は患者を無作為（ランダム）に何群かに分け、各群で異なる治療を行い、その効果を比較するという方法です。医師が個人的に診療の中で感じ得た結論よりも、RCT で得られた結論の方が、誤りが少なく、広く利用できることがわかってきました。つまり EBM は、質の高い RCT を探し、患者に利用できるか判断する一連の行動なのです。

統合医療を考える上では、補完代替医療（complementary and alternative medicine：CAM）のエビデンスを知ることが重要となってきます。EBM がうまれた当初、CAM の RCT を探すことは極めて難しかったのですが、CAM の世界的なブームがあり、CAM も RCT で評価する試みが始まりました。10年以上の時が経ち、CAM のエビデンスが少しずつ蓄積され、CAM の情報収集法も劇的に変化しています。ここでは、EBM の手法でどのように CAM のエビデンスを探していくか、データベース、2次情報誌、クリニカル・エビデンス集、安全性情報、教科書などを紹介しながら解説します。

### ② データベース

#### (1) Pubmed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

米国立医学図書館（National Library of Medicine）が作成し提供する医学文献データベース MEDLINE のインターネット版。世界70カ国、4600誌以上の文献を無料で検索できます。検索しやすいように、見出し語（Medical Subheadings：MeSH）があり、調べたい治療の検索タームを