

2011.2.9.010.B

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化に関する研究

(H 22－医療－一般－012)

平成 22 年度～平成 23 年度 総合研究報告書

研究代表者 新井 信

平成 24 (2012) 年 5 月

目 次

I. 総合研究報告

1. 「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に関する研究 新井 信 (別冊 1) 日本伝統医学テキスト 漢方編 (日本語版) (別冊 2) 日本伝統医学テキスト 鍼灸編 (日本語版) (別冊 3) 日本伝統医学テキスト 漢方編 (英語版) (別冊 4) 日本伝統医学テキスト 鍼灸編 (英語版) (資料 1) 統合医療セミナー	5
2. (研究 1) 日本伝統医学テキスト作成における鍼灸の標準化の実態に関する調査研究 – モグサ製造に関する、国内外の観察とアンケート調査による実態調査 – (研究 2) 医学部における鍼灸教育に関する研究 – アンケート調査 – 形井秀一	41
3. 日本漢方の多様性と日本化に関する医史的考察に関する研究 小曾戸 洋	49
4. 鍼灸領域における標準テキスト作成の意義 東郷俊宏	57
5. 日本漢方における腹診のエビデンスに関する研究 – 近代の文献における腹診所見の集積 – 並木隆雄 (別冊 5) 日本漢方における腹診のエビデンスに関する研究	63
6. 漢方の基本概念と病態把握に関する研究 花輪壽彦	67
7. アジアにおける伝統医学（伝統医療）の比較に関する研究 日置智津子	105
8. 地域医療における漢方と鍼灸の現状調査に関する研究 村松慎一	119
9. 日本伝統医学テキスト作成（漢方編・薬学）に関する研究 吉川雅之, 日置智津子	123

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

125

III. 研究成果の刊行物・別刷

127

I . 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総合研究報告書

「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に関する研究

研究代表者 新井 信 東海大学医学部東洋医学講座 准教授

研究要旨

日本伝統医学は中医学や韓医学などとは異なる優れた医療技術や学問体系を備えている。東アジア伝統医学の国際化が急速に展開する現状において、日本伝統医学の独自性と有用性を世界に向けて主張するためには、その考え方の多様性を担保しつつも、一定の標準化が望まれる。さらに国内においても、地域医療に携わる医師の大半が漢方薬を使用しているのが現状である。このような国内外の状況をふまえ、本研究班では日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤整備を目的に、平成22・23年度の2年間、日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤作りのための研究を行った。

漢方、薬学、鍼灸の3領域について、標準化に向けた基礎研究（各論的研究）として、日本漢方の医史学的研究、東アジア伝統医学の国際比較研究、地域医療における現状調査、腹診の標準化、医学部における卒前教育の現状調査などの研究を行った。さらに、基盤整備（総論的研究）として、これら基礎研究の成果を『日本伝統医学テキスト（漢方編・鍼灸編）』に反映させ、日本伝統医学全体の標準化への基盤を整備した。

日本伝統医学の標準化は、漢方、薬学、鍼灸の各領域における広範囲かつ膨大な基礎的部分を標準化する作業の上に成り立つ。したがって、本研究成果を今後も繰り返して修正し、さらに各論的研究を充実させ、全体の標準化をいっそう進める必要がある。

研究分担者

形井秀一※	筑波技術大学保健科学部教授
小曾戸洋※	北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部 部長
東郷俊宏	東京有明医療大学保健医療学部鍼灸学科 准教授
並木隆雄※	千葉大学大学院医学研究院准教授
花輪壽彦※	北里大学東洋医学総合研究所所長
日置智津子	東海大学医学部東洋医学講座講師
村松慎一	自治医科大学地域医療学センター教授
吉川雅之	京都薬科大学教授
※平成23年度のみ研究分担者	

国際社会では近年、中国を中心に中医学の国際標準化をめざす動きが活発化し、韓国や日本を巻き込んだ議論が盛んに行われるようになった。急速に展開する国際情勢の中で、日本伝統医学がその独自性と有用性を世界に向けて主張するためには、その特徴である多様性を担保しつつも、国際社会にアピールできる日本の標準を早急に提示することが望まれる。

一方、国内においては、本研究でも明らかにしたように、地域医療に携わる医師の大半が漢方薬を使用しているにもかかわらず、日本伝統医学のスタンダードがない。そのため、医学部の卒前卒後教育において、統一された伝統医学教育が行われていないのが現状である。

こうした国内外の状況をふまえると、早急に日本伝統医学の国際的立場を確立するとともに、国民の医療福祉のさらなる向上のために日本型統合医療を推進することが重要である。そのために、本研究では日本漢方が持つ特徴を他の東アジア伝統医学との比較研究や医史学的研究、さらにその大きな特徴の一つである腹診に関する文献研究などをを行うことなどで、多様な発展を遂げた日本伝統医学を標準化するための学問的基盤整備をすすめる

A. 研究目的

日本伝統医学である漢方と鍼灸は、中国発生の医学がわが国において特有の発展を遂げたもので、腹診の重視や方証対応の考え方など、中医学や韓医学などの他の東アジア伝統医学とは異なる独自の優れた医療技術、学問体系を備えている。

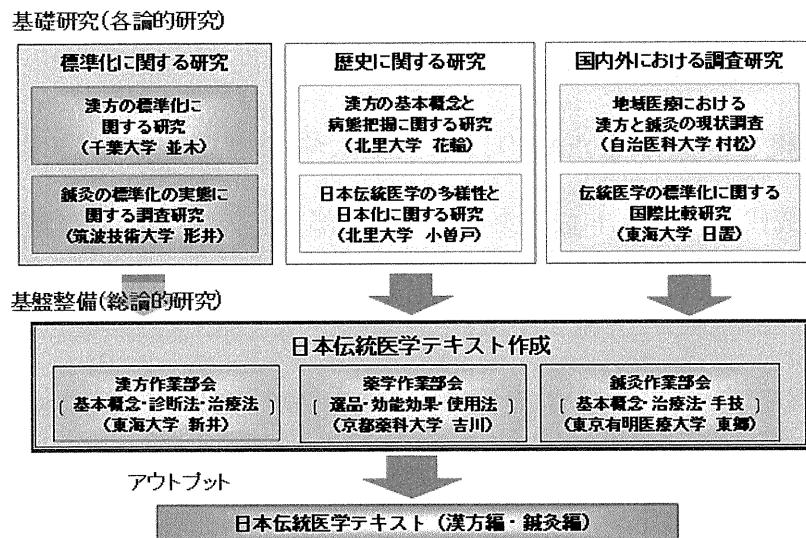


図 本研究の流れ(各論的研究と総論的研究)

必要がある。これが本研究の目的である。

B. 研究方法

日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤作りのために、本研究では基礎研究（各論的研究）および基盤整備（総論的研究）を行った。それぞれの基礎研究について、その成果をまとめるとともに、本研究の総論的なアウトプットとしての『日本伝統医学テキスト（漢方編・鍼灸編）』に反映させた。本研究の流れを図に示す。

(1) 基礎研究（各論的研究）

伝統医学の標準化に関する国際比較研究では、中国、韓国、台湾を訪問して伝統医療の現状調査を行った。さらに、アメリカにおける統合医療の現状調査として、NCCAMへの訪問調査、アリゾナ州立大学で統合医療を学んだ日本人医師による統合医療セミナーを開催した。これらの調査研究から得られた他の東アジア伝統医学とは異なる日本漢方の特徴を、テキストの基本的な編集方針に組み込むとともに、「漢方編 第2章 日本漢方の特徴」などにも反映させた。

歴史に関する研究については、平成23年度に単年度で実施した。紀元5～6世紀に日本に伝来した古代中国医学が日本で多様に発展していく過程を医史学的に明らかにするとともに、日本漢方を特徴づける診察法についても文献的に考証した。

地域医療における漢方と鍼灸の現状調査に関しては、

自治医科大学地域医療学センターと連携して地域医療における漢方と鍼灸の現状を調査し、地域のプライマリケアを担う総合医と鍼灸師に必要な伝統医学の標準的な知識、処方、技術などを明らかにした。さらにこの調査研究結果を論文として投稿するとともに、これらから示される頻用処方を重点的に教育すべき処方としてテキスト「漢方編 第5章 処方解説」に反映させた。

腹診の標準化研究については、明治期以降の主要な文献および『傷寒論』『金匱要略』など、35文献を参照し、各漢方処方に現れる標準的な腹診として整理した。腹診は日本漢方の大きな特徴の一つであり、これらの文献から得られた漢方処方ごとの腹診をテキストの「漢方編 第5章 処方解説」に記載した各処方の腹診部分に反映させた。

臨床で有用な質の高いエビデンスに関しても、日本伝統医学を特徴付けるものとして「漢方編 第6章 漢方薬学」や「鍼灸編」に反映させた。

本研究の重要なアウトプットとしての『日本伝統医学テキスト』を教育現場で有効活用するために、全国80大学医学部における漢方と鍼灸に関する伝統医学教育の現状調査を行った。方法は郵送によるアンケート調査で、必要に応じて電話での聞き取り調査を追加し、80大学すべてから情報を得た。

(2) 基盤整備（総論的研究）

基礎研究で得た結果を踏まえ、総論的研究として『日本伝統医学テキスト』を編集した。テキスト編集に際し

では、多様性のある日本漢方を標準化することを念頭に行つた。具体的には、漢方・薬学・鍼灸の3つの作業部会を設置し、中医学を除くさまざまな立場の医師・薬剤師・鍼灸師を研究協力者として加えて意見を反映させた。編集方針としては、多様な伝統医学の流派を併記するのではなく、中医学や韓医学との相違など本研究で明らかとした日本伝統医学の特徴を明記した形でまとめる立場を取った。また、標準化への足がかりとして、内容は多くの教育施設でも基本テキストとして使用できるように系統的なものとした。

専門用語の英訳については、(社)日本東洋医学会用語委員会などの関連学会で定める用語やテキスト、国際標準化された用語や経穴名を採用した。最終的には国際交渉のツールとするために重要部分をWHOが定める伝統医学国際標準用語集(WHO-IST: WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region)などに準拠した。さらに国際的な伝統医学用語について、現時点では(社)日本東洋医学会が中心となってWHOと協議中であるため、英訳が未決定の用語に関しては(社)日本東洋医学会用語委員会と十分に協議し、合意を得たものを暫定的に使用した。

なお、『日本伝統医学テキスト』漢方編、第2章「日本漢方の特徴」は『日本東洋医学雑誌』第63巻3号から、第5章「処方解説」の「構成」、「体力のしづり」、「適応」については、『改訂一般用漢方処方の手引き』およびその対応追補版(じほう)から、「日本古典」については『古医書における漢方の使い方』(日本医師会雑誌)、『臨床応用漢方処方解説』(創元社)、『漢方診療医典』『症候による漢方治療の実際』『漢方処方応用の実際』(以上、南山堂)、『漢方一貫堂医学』(医道の日本社)から、それぞれの出版社等から文書による許諾を得て、転載した。

倫理面への配慮

地域医療における漢方と鍼灸の現状アンケート調査は文書による説明と同意を行い、情報は疫学調査に関する倫理指針にしたがって厳格に管理した。

全国大学医学部に対する漢方医学と鍼灸の教育に関するアンケート調査は、その趣旨を文書で説明し、情報は厳格に管理した。これらの調査内容には個人情報は一切含まれていない。

C. 研究結果

1. 日本伝統医学テキスト

本研究における基盤整備のアウトプットとして『日本

伝統医学テキスト』(日本語版、英語版)を作成した。本研究班で行った基礎研究の成果は、各研究分担者が報告するとともに、研究方法の項で述べたように、本テキストの内容に反映させた。

『日本伝統医学テキスト』は日本語版および英語版を本報告書とは別に添付する。

- (別冊1) 日本伝統医学テキスト 漢方編 (日本語版)
- (別冊2) 日本伝統医学テキスト 鍼灸編 (日本語版)
- (別冊3) 日本伝統医学テキスト 漢方編 (英語版)
- (別冊4) 日本伝統医学テキスト 鍼灸編 (英語版)

2. 統合医療セミナー

平成22年10月2~3日に「統合医療セミナー」を開催した。その報告を(資料1)に示す。

(資料1) 統合医療セミナー報告書

3. 日本の医学部における漢方医学教育の現状(全国80大学医学部に対するアンケート調査)

(1) 緒言

標準化した漢方医学教育を実現するためには、大学における漢方医学教育の正確な現状調査を行う必要がある。この基礎研究の目的は、全国の大学医学部における漢方教育の現状調査を行い、解決すべき課題を明らかにすることである。

(2) 方法

全国80大学医学部に対し、2011年7月に郵送によるアンケート調査を実施した。回答がない大学や回答内容が不十分な大学に対しては、同年12月までに電話と手紙で追加調査を行った。

(3) 結果

有効回答数は80(100%)で日本国内すべての大学医学部から回答を得た。

卒業までの6年間における必修の漢方医学授業回数は、1回以上は98%、4回以上は84%、8回以上は44%であった。必修授業回数の学年別分布は4年が最も多く、57%であった。実習を必修授業に取り入れている大学は15%であった。漢方医学教育のための専任教員がいる大学は29%、テキストを使用している大学は24%、FDを実施している大学は33%であった。漢方医学教育の現場で早急に解決すべき課題として選択した項目は、漢方医学教育を担う指導者の養成が65%、カリキュラムの標準化が63%、わかりやすいテキストの作成が51%であった。

(4) 考察

2001年度に医学教育モデル・コア・カリキュラムに

漢方（和漢薬）が明記されて以来、国内にある80大学医学部において、漢方を卒前教育に組み込む大学が急速に増加した。しかし、近年の医学部卒前教育における漢方医学教育を正確に調査した報告はない。そのため、日本の漢方医学教育の現状が十分に把握されておらず、標準化された教育も未だに確立されていない。今回の調査で、98%の医学部が卒前教育に伝統医学を組み込んでいるものの、その取り組みは大学によって大きな差があることが明らかとなった。

今回のアンケート調査によれば、FDの実施やテキストの使用など、漢方医学の教育環境が整備されている大学は全体のわずか1/3~1/4にすぎなかった。これに対し、ほとんどの医学生は漢方医学に興味を持ち、卒業後も漢方医学を学ぶ機会が必要だと感じている。また、本研究班の村松らの報告によれば、実際に地域医療に携わるほとんどの医師が漢方薬を使用しているが、彼らのほとんどは漢方医学を独学で学び、正規の教育を受けていないことも明らかとなっている。さらに、多くの報告で日本では漢方治療を利用する人がとても多いことが示されている。わが国の漢方医学教育は、医学生や医療現場のニーズや地域医療の現状を十分に反映していないと考えられる。

解決すべき課題として、漢方医学教育を担う指導者の養成、カリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成が過半数を占めた。本研究班の研究成果は、東アジア伝統医学の国際化交渉へのツールとなるだけでなく、国内においては、漢方医学教育におけるカリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成という重要な課題解決に寄与できると考えられる。

(5) 結論

今後、大学で漢方医学教育を確立するためには、漢方医学教育を担う指導者の養成、カリキュラムの標準化、わかりやすいテキストの作成が必要である。

D. 考察

日本伝統医学全体の標準化をすすめるには、まずその主要な3領域である漢方、薬学、鍼灸それぞれについて、標準化への課題を明確にし、それらを各論的に検討していく必要がある。これら3領域における標準化に向けた学問的基盤を有機的に統合することで、日本伝統医学全体の標準化を成し遂げることができると考えている。しかも、標準化への基本方針として、東アジア伝統医学における日本の立場を考慮し、日本伝統医学の特徴を強調することが必要だろう。今回の研究では、広範かつ膨大

な各論的課題に対し、重要と思われる部分について検討し、かつ総論的なアウトプットとして『日本伝統医学テキスト』を編集した。

漢方領域の課題として、多様な流派（後世派、古方派、折衷派、EBMに基づくもの）が混在する現状において、その基礎となる日本漢方の概念、腹診などの診察法や治療法、専門用語やその英訳などに統一した合意がなった。そこで、本年度の研究では、昨年度の成果に加えて腹診の標準化に関する文献的研究を行うとともに、歴史に関しては漢方の基本概念と病態把握に関する研究や日本伝統医学の多様性と日本化に関する研究を行い、日本に軸足を置いた標準化に関する基礎研究を充実させた。

薬学領域の大きな課題は、漢方や鍼灸とは立場が異なり、従来は生薬学的観点に立った薬学漢方が主流であった。そこで、臨床的観点から、その作用機序や臨床エビデンスなど、多くの質の高い研究を慎重に検討した。日本において漢方薬は西洋医学的な考え方に基づいて運用される機会が多いためである。伝統医学と西洋医学とが統合できるのは、両医学において医師免許が一本化されて保険医療制度の中に組み込まれている日本だけがなし得る伝統医学の方向性であり、本研究が目指す日本型統合医療の推進に合致するものである。

鍼灸領域では、すでに鍼灸師国家試験が実施されて教科書が広く普及している現状をふまえ、最新の知見を論文ベースで検討し、鍼灸治療にかかる多様な手技（診断・刺鍼・施灸）について網羅的に記述した。

以上の各論的研究をベースに、日本伝統医学の多様性を担保しつつ、国際社会にアピールできる1つの基準として『日本伝統医学テキスト』を編集した。本テキストでは中医学や韓医学とは違う日本漢方の独自性を強調するとともに、質の高いエビデンスを多く組み込み、臨床で有用な実践的内容とすることを編集方針とした。

本研究の全般的な課題と限界として、現状は漢方、薬学、鍼灸の3領域ではそれぞれが持つ背景や課題が異なり、それらは広範囲かつ膨大な内容であるということである。日本伝統医学全体の標準化に向けて、各領域における基盤整備を進める必要があることは言うまでもない。各領域の何をもって標準とするのかは議論が多いところではあるが、いずれにしても、3つの領域の合意の上に、各領域を統合した伝統医学を構築しなければならない。本研究では、そのための課題を示し、そのアウトプットとして『日本伝統医学テキスト』を編集し提示した。したがって、これで日本伝統医学の標準化が成し遂げられたわけではない。

今後の展望として、本テキストを叩き台に、基礎的各

論的な部分での標準化をすすめ、日本伝統医学の標準テキストを確立させるために、繰り返し全体を修正していく必要があるだろう。さらに、標準化を推進する中で、多様性をいかに担保していくかも重要な課題である。

E. 結論

- ①日本伝統医学の標準化に向けた学問的基盤整備を目的に、基礎研究として種々の調査研究や腹診の標準化研究を行った。
- ②基礎研究の成果をふまえ、標準化へ向けた基盤整備として、漢方、薬学、鍼灸領域が協力し、『日本伝統医学テキスト（漢方編・鍼灸編）』を作成した。
- ③日本漢方の独自性と有用性を世界に向けて主張するためには、その考え方の多様性を担保しつつも、一定の標準化が望まれる。
- ④日本伝統医学の標準化は、広範囲かつ膨大な基礎的部分の標準化の上に成り立つため、今後も本研究成果を繰り返して検討修正し、全体の標準化をいっそう進める必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

- 新井信：日本漢方の多様性と標準化、日本漢方の標準化へ向けて、第62回日本東洋医学会学術総会 厚労科研シンポジウム、2011.06.11. 札幌
- 新井信：日本伝統医学の標準化への取り組み、厚労科研シンポジウム アジアにおける伝統医学の展望 研究総括者講演、2011.07.18. 京都
- 新井信：日本漢方の現状と医療薬学の方向性、日本生薬学会第58回年会シンポジウム 生薬学の伝統と革新－医療人教育の中の生薬－、2011.09.24. 東京

G. 知的所有権の取得状況

なし。

参考：各ワーキンググループ研究協力者

【漢方】

- 及川哲郎（北里大学東洋医学総合研究所臨床研究部・部長）
- 嶋田豊（富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座・教授）
- 西田慎二（日本赤十字社和歌山医療センター心療内科・部長）
- 矢久保修嗣（日本大学医学部内科学系統合和漢医薬学分野・准教授）
- 渡辺賢治（慶應義塾大学医学部漢方医学センター・准教授）

【薬学】

- 油田正樹（武藏野大学薬学部・教授／薬学キャリア教育研究センター長）
- 木内文之（慶應義塾大学薬学部天然医薬資源学講座・教授）
- 杉山清（星薬科大学薬動力学教室・教授）
- 田代真一（病態科学研究所・所長）
- 堀江俊治（城西国際大学薬学部薬理学研究室・教授）
- 松田久司（京都薬科大学生薬学分野・准教授）

【鍼灸】

- 小林詔司（関東鍼灸専門学校・名誉講師）
- 坂口俊二（関西医療大学保健医療学部・准教授）
- 篠原昭二（明治国際医療大学鍼灸学部・教授）
- 高士将典（東海大学医学部付属大磯病院鍼灸治療室）
- 野口栄太郎（筑波技術大学大学院技術科学研究科・教授）
- 宮川浩也（北里大学東洋医学総合研究所医史学研究部・客員研究員）
- 山下仁（森ノ宮医療大学大学院保険医療学研究科・研究科長／教授）

【補足】

『日本伝統医学テキスト』鍼灸編に、『もぐさのはなし』（森の宮医療学園出版部）から、写真データの一部を出版社の文書による許諾を得て転載した。

資料 1

統合医療セミナー報告書

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発研究事業

「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」研究班

目次

●概要 ······ ······ ······ ······ ······	新井 信	8
●統合医療の理念・北米における統合医療の紹介 ······ ······ ······	織田 聰	11
●統合医療構築へのプロセス ······ ······ ······ ······	山本竜隆	22
●群馬大学医学部における統合医療概論の紹介 ······ ······ ······	小池弘人	24
●統合医療がわが国の医療に貢献できること ······ ······ ······	服部かおる	26
●有床診療所における統合医療の現状と問題点 ······ ······ ······	原田美佳子	31
●無床診療所における統合医療現状と私の経験 ······ ······ ······	堀田由浩	34

執筆者

新井 信	研究代表者・東海大学医学部東洋医学講座
織田 聰	富山大学医学部和漢診療学講座
山本竜隆	朝霧高原診療所
小池弘人	小池統合医療クリニック
服部かおる	フラワーロード服部内科
原田美佳子	財団法人 メディポリス医学研究財団付属病院
堀田由浩	希望クリニック

統合医療セミナー

日 時：平成 22 年 10 月 2 日（土）～ 3 日（日）

会 場：ホテルアジュール竹芝（東京都港区海岸 1-11-2）

主 催：平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発研究事業

「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」研究班

参加者

研究代表者：新井 信（東海大学医学部東洋医学講座）

研究協力者：寺澤捷年（千葉中央メディカルセンター・日本東洋医学会長）

秋葉哲生（あきば伝統医学クリニック・日本東洋医学会副会長）

三瀬忠道（麻生飯塚病院・日本東洋医学会常務理事）

崎山武志（八丁堀石川クリニック・聖マリアンナ医科大学客員教授）

鳥居塚和生（昭和大学薬学部・教授）

招待演者：織田 聰（富山大学医学部和漢診療学講座）

山本竜隆（朝霧高原診療所）

小池弘人（小池統合医療クリニック）

服部かおる（フワーロード服部内科）

原田美佳子（メディポリス医学研究財団附属医院）

堀田由浩（希望クリニック）

厚生労働省：鶴田真也（厚生労働省医政局総務課・課長補佐）

以上 13 名（敬称略）

■背景と目的

近年、中国や韓国などの東アジア諸国は自国の伝統医学の保護と国際化に国家戦略として積極的に取り組んでいる。一方、日本では西洋医学体系の中に漢方薬を取り込んだ世界に類のない日本型の統合医療が急速に広がってはいるが、漢方の国際化は必ずしも進んでいるわけではない。今後、国際社会において日本伝統医学を普及させるには、その多様性を担保しつつも、一定の標準化を進める必要があり、本研究班はそのため必要な学問的基盤作りを目的に研究を行っている。そこで、世界各国における伝統医学と西洋医学との統合医療の現状を正しく把握しておくことが重要だと考え、今回の統合医療セミナーを開催した。

米国アリゾナ大学のアンドルー・ワイル博士は、統合医療の先駆者の一人として知られている。今回の統合医療セミナーの目的は、ワイル博士が理事長を務めるアリゾナ大学統合医療プログラムを修了した日本人医師 6 名を招聘し、日本で行われているアリゾナ大学型の統合医療の現状を把握することで、現在の国際情勢に適った日本伝統医学の標準化への方向性を検討することである。

■方法

下記プログラムにしたがって、統合医療セミナーを実施した。

● 10 月 2 日（土）18:00～20:00 発表と質疑

- 1) 「統合医療の概念・北米における統合医療の紹介」 織田 聰（富山大学医学部和漢診療学講座）
- 2) 「統合医療構築へのプロセス」 山本竜隆（医療法人社団 紫苑会 朝霧高原診療所 院長）
- 3) 「群馬大学医学部における統合医療概論の講義」 小池弘人（小池統合医療クリニック 院長、群馬大学医学部非常勤講師）
- 4) 「統合医療がわが国の医療に貢献できること」 服部かおる（フワーロード服部内科 院長）

- 5) 「有床診療所における統合医療の現状と問題点」
原田美佳子（財団法人 メディポリス医学研究財団附属医院 院長、鹿児島大学心身医学科臨床教授）
- 6) 「診療所としての統合医療の実践」
堀田由浩（希望クリニック 院長、株式会社 堀田予防医学・統合医療研究所 代表取締役）

● 10月3日（日）9:00～12:00 討議（フリーディスカッション）

■結果

統合医療 Integrative medicine (IM) とは、西洋医学 Conventional medicine (CM) と補完代替医療 Complimentary and Alternative medicine (CAM) との management である。そのような視点に立ち、日本における統合医療の方向性について、教育、臨床、研究の面から討論した。

(1) 教育

要素還元論的で専門分化しすぎた現代医学に対する疑問として、人間存在を見直す、総合的にとらえるという観点にたった統合医療が求められている。医学生には漢方医学も要素に含む統合医療が持つ psychological mind を教育する必要がある。具体的には両医学のパラダイムの違いを明確にすることが最も重要である。

(2) 臨床

統合医療を実践普及するためには、その組織構築が重要である。現在は統合医が CM と CAM を同時に実践する Practitioner だと考えられているが、統合医とは患者と CAM 専門家の間を management する Round Table Experts という立場をとるべきである。

(3) 研究

未病をも治療対象とする統合医療が、医療経済的に費用対効果で優れていることを証明する必要があり、のために統合医療を実践する組織作りが重要である。さらに、その推進のためには科学研究費などの公的助成金を受けて臨床および基礎研究を進めるべきである。

■考察

(1) 統合医療の定義の明確化

アリゾナ大学統合医療プログラムにおける統合医療と日本統合医療学会が定義する統合医療の理念にギャップがあるなど、統合医療の定義は曖昧である。統合医療を推進するにおいては、この点を明確にしておく必要がある。

(2) 個々の CAM についての科学的検証の必要性

今回の統合医療セミナーでは、統合医療の有用性が主張されたものの、個々の CAM についての科学的検証の必要性はほとんど議論されなかった。しかし、統合医療を正当なものとして論ずるには、ホメオパシーの事例でわかるように、玉石混淆の CAM を一つ一つ科学的に検証していく必要がある。これを実践しない限り、西洋医学を主体とする日本の現代医療の中で、統合医療は広く認知されない。漢方においても、さらに科学的な検証が求められる。

(3) 臨床評価システムの必要性

アリゾナ大学統合医療プログラムの特徴の1つは、CAM の結果を評価して患者へフィードバックするシステムである。日本型統合医療の実践においては、漢方薬を単に薬物として西洋医学体系の中に取り込むのではなく、西洋医学も含めた統合医療全体の臨床評価システムを考える必要があるだろう。

(4) 今後の方向性と戦略

今回のセミナーでは、漢方と西洋医学のパラダイムの違いを明確にすることが主張されたが、西洋医学が基本である現状を考えると、漢方を正しく普及させるためには、むしろ両医学の共通性や親和性を示していく必要があると思われる。

(5) ワイル博士の評価

今回の統合医療セミナーは、アリゾナ大学統合医療プログラムを修了した日本人医師の立場からの発表であった。プログラムを統括するワイル博士は、アメリカ全体の医療、あるいはアメリカの統合医療においてどのような立場なのか、アメリカ統合医療における代表性を担保しているのか、などを正しく評価しておく必要がある。

■結語

アリゾナ大学における統合医療の実践は、背景が大きく異なる日本の現状とはかなりの距離がある。今後、日本伝統医学を国際社会において普及させ、漢方薬を組み込んだ統合医療を構築するためには、同様なプログラムも含め現状を十分把握する必要がある。

統合医療の理念・北米における統合医療の紹介

織田 聰（富山大学医学部 和漢診療学講座）

■ 統合医療の概念

最近になって、日本においても「統合医療」という単語はよく知られる言葉になりつつある。今年（平成 22 年）には厚労省に統合医療プロジェクトチームが発足し、世界の潮流に遅れていた日本もようやく国として統合医療を日本の医療システムにどのように取り入れるか検討に入った。

「統合医療」というのは言葉通り、既存の「西洋医学」と、西洋医学以外の医療である「補完代替医療」を統合した「医療」の事を指すのだが、その定義は曖昧である。ここに日本統合医療学会の定義と、アメリカの統合医療の学術連合である CAHCIM (Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine) の定義、そしてアリゾナ大学統合医療センターの定義を示した（図 1）。

これらの定義を比較してみると、いくつかの共通の要素を取り上げることができる（表 1）。すなわち、1) 統合、2) 患者中心、3) 全人的、4) 治療＆予防、5) 一生を包括する、6) 西洋医学である。しかし、2)～5)においては西洋医学においてでも当然の事柄であり、統合医療に特異な要素ではない。実際、平成 22 年 5 月の日本医師会の統合医療推進に反対する提言では『統合医療でなければ「患者中心の医療」でないかのような整理をしている点は問題

統合医療とは（日本統合医療学会）

近代西洋医学を中心として、伝統医学、相補・代替医療を統合し、患者中心の医療を推進しながらクライアントの疾病予防に努め、健康増進に寄与しようとするもの

1. 患者さん中心の医療
 2. 身体、精神のみならず、人間を包括的に診る全人的な医療
 3. 治療だけでなく、疾病的予防や健康増進に寄与する医学
 4. 生まれて死ぬまでの一生をケアする包括的な医療
- を目指すもの

統合医療とは（Arizona Center for Integrative Medicine）

The Center defines integrative medicine (IM) as healing-oriented medicine that takes account of the whole person (body, mind, and spirit), including all aspects of lifestyle. It emphasizes the therapeutic relationship and makes use of all appropriate therapies, both conventional and alternative.

統合医療とは、生活様式のあらゆる側面から人間全体（身体、心、靈性）を考慮した、癒しを目的とした医療である。治療上の人間関係を重視し、西洋医学と代替医療の双方からあらゆる適切な治療を用いる。

統合医療とは（CAHCIM）

Integrative Medicine is the practice of medicine that reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing.

統合医療とは、医師（施術者）－患者間の関係の重要性を再確認し、全人的な視点から、エビデンスに基づいて、あらゆる適切な治療手段や専門家を駆使して、最善の健康状態や治癒を目指す医療活動。

CAHCIM(Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine)

図 1 統合医療の定義の比較

が大きい。』といっている。

統合医療に最も特異的な要素は「統合」であるのは間違いないが、「統合」とはどのような状態を指すのであろうか。おそらく、現在の日本政府や統合医療に関わる団体は「西洋医学」と「補完代替医療」の“併用”という認識にとどまっていると思われる。補完代替医療を利用できる医療機関が統合医療の実践を謳っているが、その多くは「補完代替医療の“併用”」

であり、統合しているとは言えない。

たとえば、筆者は日頃、和漢診療に携わっているが、西洋医学に漢方薬を“併用”している。あるいは、ある医療機関には、西洋医学に漢方と鍼灸を“併用”しているかもしれない。また、他の医療機関では、西洋医学にマッサージとアロマテラピーと気功を“併用”しているかもしれない（図 2）。このような医療機関の多くは、患

者が各々の医療機関を受診した時点でおむねどの補完代替医療が選択されるかが決まってしまう。

このように、それぞれ特定の補完代替医療を“併用”している医療機関が乱立していても統合医療の実現とは言えないものである（図3）。では、「統合」とはどのような状態を指すのか。これを示す前に、補完代替医療の問題点に触れておかねばならない。

■補完代替医療の問題点

補完代替医療の問題点を（図4）に示した。

1) ニセ医学・詐欺・カルト集団の存在

補完代替医療はいわばピンキリで、漢方や鍼灸の様な学術的にある程度認められているものから、小グループで草の根的な活動をしているものまで様々である。残念ながら、その規模とは無関係にニセ医学・詐欺・カルト集団は存在する。ニセ医学とはエビデンスの

有無のことを言っている訳ではない。ここで問題なのは、「悪意」をもって、患者の薬をもぐる気持ちを利用してお金儲けをしようとする集団を指す。

2) 宗教的問題

医療と宗教は常に隣り合わせに存在し、分離する事は不可能と思われる。

この宗教的な問題は今後も議論検討すべき課題ではあるが、おそらく解決はしないであろう。例えば宗教的な理由による診療拒否であったり、宗教団体による医療と儀式の混同である。世界的に知られる補完代替医療の中には宗教団体発祥のものも存在する。医療は患者の意向・価値観を最優先すべきであるが、宗教と倫理と医療のバランスをとっていくことが肝要と思われる。

3) 広告活動や布教活動による情報操作

医療情報は正しく提供されるべきであるが、薬事法違反ぎりぎりの手法を使って、現在でも補完代替医療に関わる商品の広告が医療情報の混乱を招いている。広告に関して筆者は、薬事法による管理だけでなく、いわゆる現在グレーゾーンに存在する補完代替医療に関わる商品の広告の法的整理が必要だと感じている。

表1 統合医療の定義の要素

	日本統合医療学会	CAHCIM
1) 統合	近代西洋医学を中心として、伝統医学、相補・代替医療を統合	あらゆる適切な治療手段や専門家を駆使
2) 患者中心	患者さん中心の医療	医師（施術者）－患者間の関係の重要性を再確認
3) 全人的	全人的な医療	全人的な視点から
4) 治療 & 予防	治療だけでなく、疾病の予防や健康増進に寄与する	最善の健康状態や治癒を目指す
5) 一生を包括	生れて死ぬまでの一生をケア	－
6) 西洋医学	近代医学を中心	エビデンスに基づいて

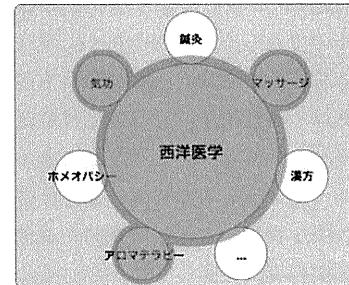
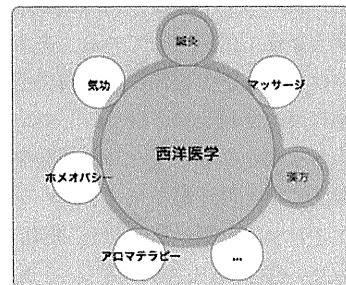
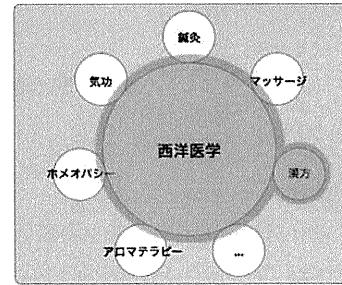
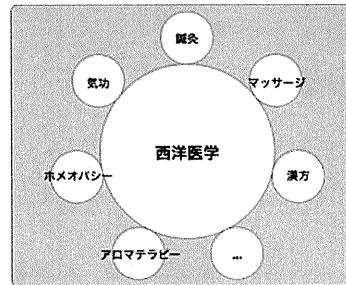


図2 補完代替医療の併用

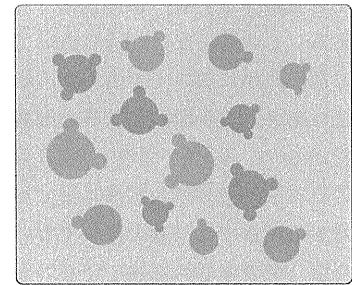


図3 統合医療とはいえない

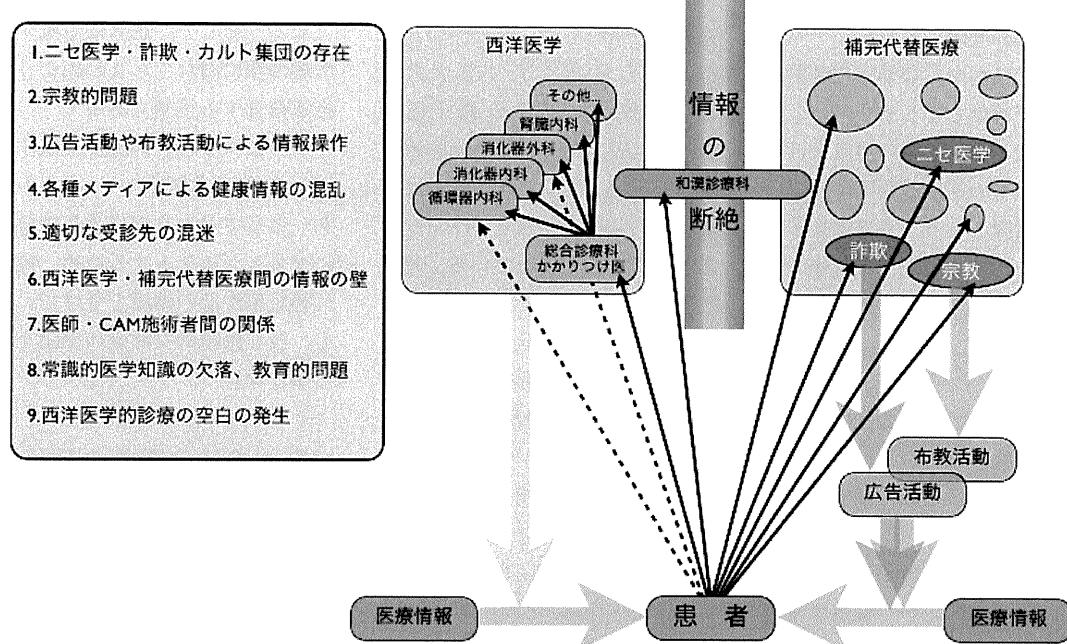


図4 補完代替医療の問題点

4) 各種メディアによる健康情報の混乱

広告だけでなく、TV・雑誌などは誤ったり混乱を招くような健康情報を提供している。これらのメディアは患者の啓蒙となるよう重要な有用な情報の提供手段となる側面をもっているが、同時に混乱を招いているのは間違いない。

5) 適切な受診先の混迷

はじめに何処を受診すれば良いのか分からない患者さんがいる。中には西洋医学と補完代替医療の治療院との区別さえつかない人もいる。実際、整体と鍼灸とあんまマッサージ、カイロプラクティックと接骨医院と整形外科を正確に区別をつけられる人は少ない。結果として西洋医学的な診療が必要な患者が運悪く補完代替医療のニセ医学・詐欺を働くような治療院をはじめに受診てしまい、西洋医学的診療の機会を逃してしまいます。

不幸な転帰を招いてしまうことがある。一方、補完代替医療を受診したいが、どこに相談したら良いのか分からぬ人も多く、結局各種メディアの不正確な情報に頼る他ない現状である。

6) 西洋医学・補完代替医療間の情報の壁

一般的に補完代替医療の従事者は西洋医学を否定しがちである。西洋医学の医師は補完代替医療を否定しがちである。双方がそれぞれ患者の有用な医療情報を得ていても、それが共有される事はほとんどない。鍼灸や接骨院など一部では医療機関との診療情報提供書のやりとりがあるが、他の補完代替医療の場合にはほぼ皆無である。

7) 医師・補完代替医療(CAM)施術者間の関係

西洋医学と補完代替医療間の情報提供がなされないのは、双方の関係が良好でないためである。補

完代替医療の中には西洋医学を否定することによって自己の療法の有用性を唱える集団もある。たとえば「抗がん剤は毒である。飲まずにこの療法を受けていれば良くなる。薬は捨てなさい。」などと西洋医学的診療を拒否する様に患者に指導する集団が存在する。このような集団はごく一部であるが、一般的に補完代替医療の施術者は西洋医学の問題点ばかりをよく口にする。

一方、西洋医学の医師の多くは補完代替医療をよく思わない。投薬中の治療薬との相互作用をする健康食品やサプリメントは問題であり、西洋医学的治療以外の介入が入ると、治療評価も難しくなる。また、基本的に医師は個々の補完代替医療について教育を受けておらず、患者から受けたい補完代替医療の相談を受けてうまく指導できない。

8) 常識的医学知識の欠落、教育的問題

明らかにおかしな補完代替医療を患者が盲信してしまうのは、宗教的背景や医療情報の混乱だけでなく、患者の基本的な医学知識の欠落が原因となっている場合がある。この知識は補完代替医療の知識でなく西洋医学的な知識である。

9) 西洋医学的診療の空白の発生

補完代替医療の一番の問題点はここにある。はじめに補完代替医療を受診してしまったがために、本来ならば西洋医学ですぐ解決していたような疾患が、軽快すること無く長びいたり、命を落とすような最悪の転帰を招く結果となる場合がある。補完代替医療が西洋医学的診療の機会を奪うことは決してあってはならない。

統合医療はこれらの問題点を解決するように展開されるべきである。

■ JPIMAA の考える統合医療

筆者ら日本人アリゾナ大学統合医療プログラム修了医師(JPIMAA)が考える統合医療を図5に示した。JPIMAAでは統合医療の「統合」は「マネージメント」であると考えている。補完代替医療だけでなく西洋医学にも精通していないと双方をマネージメントできないため統合医療を実践できるのは西洋医学に精通した「医師」となる。補完代替医療と西洋医学双方に精通した医師が「統合医療医」として、患者と補完代替医療と西洋医学の橋渡しを行うこととなる。

統合医療医は補完代替医療の問題点を解決すべくいくつかの役割を持つ。統合医療医はいわばコーディネーターである。ひとりの患者として西洋医学と補完代替医療間の情報の壁を超えて診療情報を共有させる役割を担う。どこを受診したら良いのか分からない患者には西洋医学・補完代替医療の枠組みを超えた窓口にもなる。悪意のあるニセ医学や詐欺まがいの療

法を評価検討する役割も担うことになる。そして、患者が氾濫する医療情報に溺れてしまわぬように指導教育する役割もある。

このような統合医療が実現すれば、統合医療医がコーディネーターとしてひとりの患者を継続的にマネージメントするため、補完代替医療中心の診療を受けていても、西洋医学的な診療の空白を作ることがない。

■ 日本の統合医療の現状と課題

日本でもようやく統合医療が推進されるようになってきたが、現状は筆者ら JPIMAA の考える統合医療とは少し様相が違う。まずは統合医療の概念の混乱が課題だ。

統合医療を補完代替医療と混同している事が非常に多い。単に西洋医学に併用させているだけの医療を統合医療というのもおかしい。そこにはマネージメントが必要なのである。さらに混乱を助長しているのは統合医療を謳う団体の乱立である。インターネットの検索サイトで「統合医療」を検索すると数多くの「統合医療」という冠をつけた団体を見つける事ができる。しかしほんどのは統合医療とは関係なく、最近の流行りに便乗して名付けられたものだと推察されるものが多い。中には特定の健康食品の販促団体であったり特定の補完代替医療の学校であったりする。改めて確認するが、統合医療とは「”医師”による患者のマネージメントモデル」を指している。これらの多くは「統合医療」でなく「補完代替医療」なのである。

日本の統合医療を推進するための課題を表2に示した。

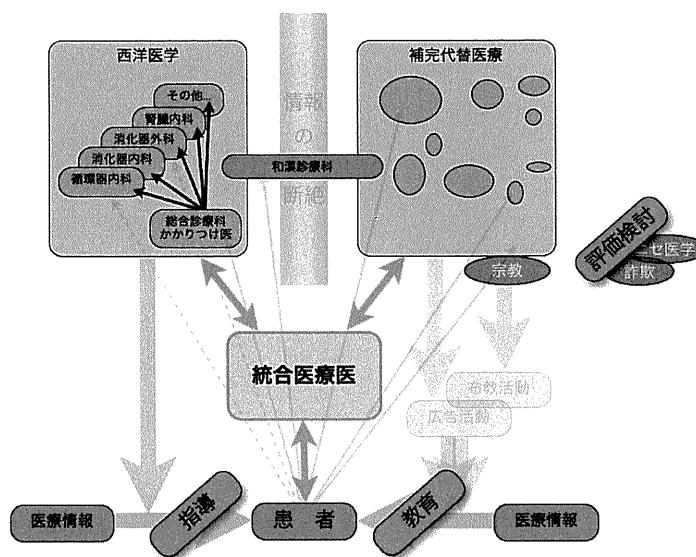


図5 JPIMAA の考える統合医療

1) 臨床

統合医療の概念が混乱していると同時に、その理念もはっきりしていない。筆者ら JPIMAA の呈示する理念を本稿の最後に呈示するが、統合医療関連団体に共通する理念が必要である。また実際に臨床で統合医療を実践するには問題が多い。法律の問題や健康保険に関わる問題だ。筆者は混合診療の解禁を良しとは考えていないが、現在の保険制度ではドクター・フィー、つまり医師による「マネジメント」には保険点数は多くはつかず、経営のためには自由診療とせざるを得ない。自由診療は患者負担が大きくなる他に、原則「なにでもあり」となるため均一な医療提供の観点から問題もある。法整備に加え適正なビジネスモデルの呈示が必要である。

2) 教育

統合医療を医学教育への導入を進める事が必要である。米国ではすでに CAHCIM という学術連合に 45 の大学医学部や病院が加入しており、定められたカリキュラムに準じて均一な統合医療教育が始まっている。日本においては日本統合医療学会が認定医制度を開始している他、少數の統合医療講座が存在しているが、理念の観点からも十分ではないと筆者は考えている。

統合医療は医師を中心となりマネジメントする必要があるが、その他の医療従事者の役割も大きい。看護師や薬剤師、栄養士などへの教育も必要である。

さらには、患者教育も必要である。雑誌や TV、インターネットで簡単に医療情報にアクセスできるようになった現在は、医療情報リテラシーは情報収集よりも得た情報をどのように評価判断できる

表2 統合医療の現状と課題

・臨床	統合医療クリニックの理念の提示が必要 ビジネスモデルの提示が必要 法律の整備 健康保険がらみの取り決め
・教育	統合医療の医学教育への導入 統合医療の理念を各医療界への応用 患者教育・医療情報リテラシー
・研究	エビデンスの蓄積・データベースの構築 補完代替医療の標準的評価法の構築 医療経済学的、医療社会学的評価検討 基盤施設の設立

かの能力を指していると筆者は考える。正しく評価判断するための教育と情報源への指導が必要である。

3) 研究

おそらく、研究に関しては既に厚労省プロジェクトチームでも推進が決められているようであるが、エビデンスの構築・データベース構築、補完代替医療の標準的評価法の構築は必要であろう。その他にも、医療経済学的、医療社会学的評価も必要である。すでに統合医療センターという基盤施設の設立が決まっているようであるが、統合医療の教育が不十分で概念や理念のコンセンサスが得られないまま、このような箱ものを優先して作ることに筆者は不安を覚える。

エビデンスは患者マネジメントに確かに重要であるが、統合医療とはエビデンスは必須ではない。重要視すべきは他にある。

■統合医療と EBM

EBM は 5 つの STEP が存在し

STEP 1 疑問の定式化

STEP 2 情報収集

STEP 3 情報の批判的吟味

STEP 4 情報の患者への適応

STEP 5 STEP 1 ~ 4 のフィードバック

という過程をすすめる診療戦略である(図6)。

この過程を進める中でエビデンスは確かに重要であるが EBM はエビデンスだけではない。EBM には 4 つの要素があると言われている。(図7) つまり、1) エビデンス、2) 患者の意向・価値観、3) 医療者の経験、4) 理論である。(やさしいエビデンスの読み方・使い方:能登洋、南江堂)

EBM も大きく誤解されている事がある。以下に The SPELL で取りあげられた誤解点を列記する。

・誤解 1: 「EBM に基づいた医療」なる医療がある

・誤解 2: 研究結果に統計学的有意差があれば、治療効果はあり、患者にその治療をすべきである

・誤解 3: EBM を実践すること、エビデンスを患者に当てはめることは同じことである

・誤解 4: EBM とは、エビデンスを偏重する行動様式であり、医療者の臨床経験を否定するものである

・誤解 5: 最強のエビデンスは RCT である (RCT がなければエビデンスはない)

・誤解 6: エビデンスがなけれ

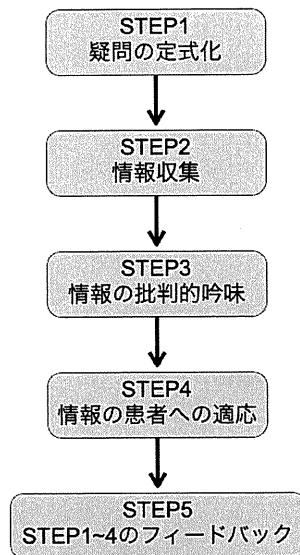


図 6 EBM の 5つのステップ

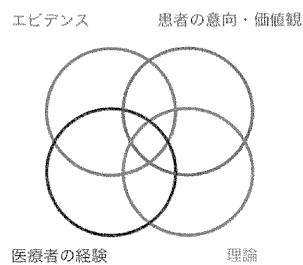


図 7 EBM の 4つの要素

ば、EBM は実践できない (The SPELL : <http://spell.umin.jp>) エビデンス収集は EBM には重要であるが、目の前の患者にそのエビデンスをどのように適応するかという STEP 4 が一番肝要な部分である。

『やさしいエビデンスの読み方・使い方』より抜粋するが、

各患者の持つ問題を全人の立場からマネージするのが EBM です。EBM 実践の原動力は、変化を受け入れる柔軟な心構え・熱意・謙遜・発想の転換です。エビデンスが不適・不要な分野もありますし、エビデンスさえ

あれば答えが出るわけでもありませんが、何がわかつていて何が不明かが見えてくるようになります。

個々の患者への適用に関しては、その患者の予後・意向・価値観なども十分に検討し、ヒューマン・ファクターを加算しなければなりません。EBM では標準を設定する事で個別性・独自性が見えてきます。患者が求める適切な医療は、患者によって一人ひとり異なり、同じ患者でもそのときごとに異なります。臨床研究の結果が統計学的に有意であっても、臨床上意味があるとは限りません。また、的確な臨床判断を下すためには臨床診断学とコミュニケーション能力が必要不可欠で、その基盤となる臨床経験なしには EBM を実践することはできません。

『やさしいエビデンスの読み方・使い方』
能登 洋著』

現在の補完代替医療は効かなければ患者は去っていくだけである。もしかすると有害事象が発生していても軽微ならば患者は訴える事もないであろう。そして補完代替医療側では効果のあった患者ばかりの情報が入るのである。統合医療では、EBM の STEP 5 も重要である。統合医療医が一貫して患者をマネージメントし、再診時に紹介した補完代替医療を評価する事ができる。もちろんその情報は補完代替医療側にも提供されるため、補完代替医療側の自己評価を可能とし、エビデンスの構築にもつながる。

現在の統合医療促進の流れは、エビデンスの構築や患者の経済的背景を勘案しないような部分に力が入りすぎている。統合医療は本来ならば、最先端医療などの高額な医療は必要ないのである。米国では患者の月間に使える医療費を勘案した上でどのように治療を選択しマネージメントするかという教育も行われている。既存の西洋医学や補完代替医療の中からどのように患者の治療を選択するかという理念こそが統合医療の核心なのである。

■統合医療における治療法選択

治療法の選択には、患者の意向（価値観、生死観）や患者の様々な背景（生活環境、社会的背景、文化的背景、経済的背景、宗教的背景）に配慮しつつ、医療者の経験とエビデンスを勘案しながら、どの治療法を選択するかというのが統合医療である。西洋医学的な EBM と異なるのは、治療法の選択肢が西洋医学の枠組みを超えて、さまざまな補完代替医療が含まれてくる点である。統合医療では補完代替医療だけでなく普段の生活指導を重視すると言われるが、これは西洋医学でも同様である（図 8）。

コンコーダンスとは、元タイギリスで患者がなぜ薬を医師の指示通りに内服できないかという研究の過程から出てきた概念である