

【解説】

統合医療の現状とこれから

山本竜隆

日本医療・環境オゾン研究会会報, Vol.12, No.4, 67-71. (2005)

「統合医療の現状とこれから」

統合医療ビレッジグループ総院長

中伊豆温泉病院内科医長 山本 竜隆

はじめに

近年、健康観の多様化や健康意識の向上に伴い、現代西洋医学以外の食品や治療方法を導入する国民の割合が増えている。発展途上国が現代西洋医学の導入に力を入れているのに対し、先進国ではそれと同時に、伝統医学や自然療法の再認識・再評価が進んでいる。

ここでは、現代西洋医学や様々な伝統医学、自然療法を融合して、個々のケースに最適な医療を提供する「統合医療」(Integrative Medicine : IM)について整理したい。

この統合医療に関しては、本邦でも言葉が頻用されるようになってきた。しかし統合医療とは単に西洋医学と相補・代替医療(Complementary and Alternative Medicine : CAM)を併せたものではなく、根底にあるものの見方(哲学)や、患者と医療従事者との関係性構築などがより重要な要素となっている。たとえ結果的に治療が西洋医学的手段のみであっても、そのプロセスによっては単なる西洋医学でもあるし、統合医療となる場合もある。一方で、様々な医療体系を組み合わせても“単なる寄せ集め”では統合医療にはならない。ここに統合医療の理解しなければならないポイントや、実践における難しさが存在する。

1. 統合医療総論

1. 代替医療とは

統合医療を説明する前に、まず代替医療について触れなければならない。代替医療とは現代西洋医学領域外の医学・医療体系の総称であり、東洋医学(漢方、鍼灸、気功など)全般のほか、食養生、アーユルヴェーダ、ユナニ医学、ホメオパシー、アロマセラピー、バイオフィードバック、催眠瞑想術、色彩療法、温泉療法、呼吸法、太極拳、波動医学、カイロプラクティック、オステオパシー、マッサージ、各種サプリメント、エネルギーワーク、宗教的治癒、その他のニューサイエンス、ニューエイジと呼ばれているさまざまな民間療法や、医療としてはまだ認知されていない現代科学的最先端医学など、幅広い医療分野や手技を含むものである。

米国の国立衛生局の相補・代替医療センター(National Center of Complementary and Alternative Medicine)ではこれらの代替医療を次のように分類し研究を進めている。

- ① 代替医療システム(Alternative medical system) : アーユルヴェーダ、中医学、ホメオパシーなど
- ② 精神・身体相互介入による医療(Mind-body intervention) : 催眠療法、音楽療法、瞑想、ダンス療法など
- ③ 生物学的療法(Biologically based therapies) : 食事療法、ハーブ、ビタミン・ミネラルなど
- ④ 手技および身体を介する療法(Manipulative and body-based methods) : カイロプラクティック、マッサージ、リフレクソロジーなど
- ⑤ エネルギー療法(Energy therapies) : 気功、磁気治療など

ここで統合医療分野の用語とその歴史を簡単にまとめると、前述した代替医療とは90年代に米国でよく用いられていた言葉であり、以前は欧州でも用いられていた。しかし、現代西洋医学に対抗するという意味が強く、結果的に西洋医学との溝を深めてしまったという経緯があり、欧州ではその後、相補医療もしくは補完医療という言い方が一般的になっているようである。また相補・代替医療という言い方も一般的になっている。世界保健機構(WHO)ではこれら代替医療の多くが世界各国の伝統的な医療や自然療法であることから、まとめて伝統医療として扱っている。

代替医療のみならず現代西洋医学をも含めた医療の提供として、統合医療があるが、全人的な医療という意味でホリスティック医学という言葉も用いられている。重要なのは、統合医療とホリスティック医学には現代西洋医学が含まれるという点である。

2. 統合医療

最近では統合医療という言葉が頻りに用いられるようになってきたが、代替医療と統合医療が混同されて用いられていることが少なくない。前述のように統合医療は単に西洋医学と相補・代替医療(CAM)を併せた

ものではなく、根底にあるものの見方(哲学)や、患者と医療従事者との関係性構築などが重要な要素となっている。たとえ治療が西洋医学的手段のみであっても、そのプロセスによっては、単なる西洋医学でもあるし、統合医療となる場合もあるのである。また単に現代西洋医学に相補・代替医療を併用したものが統合医療になるのではない。相補・代替医療と統合医療は似て否なるものなのである。

このように統合医療とは、患者や健康生活者の積極的な関与のもとで、現代西洋医学にこれらの代替医療を個々のケースに合わせて最適にコーディネートする医療である。ただし、現代西洋医学と代替医療を合わせて考慮・実践するだけではなく、治療医学と予防医学、糖尿病や高血圧、目眩などの病名や症状などに基づく集団(Mass)を対象にした医療と、それらを有する個(個人)を対象にした医療の融合、客観的データに基づく医療と満足度を重視する医療、本邦の場合は制度上の点で保険診療と自由診療、この他、精神的対応と肉体的対応、受動的医療と能動的医療、対症療法と根治療法、短期的対応と長期的対応、個人的対応と社会的対応など、幅広く多角的な観察や検討が必要な医療なのである。

3. 統合医療は新しい概念か？

統合医療とは様々な知識や技術を融合して最適な健康指導や医療を行うことであり、情報においても理念においても現代西洋医学を超えた、これからの医療であることは言うまでもない。しかし一方で、この概念は、より根本的、根源的な医療であると言えるのではないか。

太古の医療やシャーマンの癒しのような医療の原点ともいえる現場では、現在、代替医療と呼ばれている各医療体系や手技、現代西洋医学をも含めた医療の原点が、そこで共存している。それらが発展し、体系化されたものが今日の各医療システムであり、発展の後に科学的に検証されたものが現代西洋医学と言えよう。統合医療とは、それぞれに発展し体系化もしくはグループ化した医療を、再度、個々のケースにあわせて融合する医療であり、新しい医療であると同時に、より基本的な医療であると考えている。

4. 相補・代替医療と統合医療 - この似て非なるもの、そして特に関係性

相補・代替医療といっても、その対象分野は幅広く、玉石混交であり、その有効性や評価は一概に言えないのが現状である。それぞれの医療体系が独自の原点を持ち、異なる哲学や思想を持つ(無いものもある)。個々の医療手技や、ハーブやホメオパシーなどの治療法に関しては、疫学的評価も可能である。また知識や技術を高める教育機関や、教材、その分野の権威者もそれぞれ存在する。一方、統合医療においては、知識や技術も重要であるが、患者との関係性をより重視する傾向があり、人間性や感性なども大きな要因となる。また個々の満足度なども大きな評価対象となる。このように多角的な評価が求められ、①臨床面では、症状、所見、検査データ、合併症・副作用の有無、②患者満足度の側面では、入手性、利便性、品質、情報、費用、また③QOLの側面としては身体面、心理面、社会面などからの評価、④経済的側面として入院・治療期間、また⑤継続可能であるかという点では労働量、収益性などについても、考慮が必要なのである。

このようにそれぞれのケースを個別に、かつ多面的に考えるために、これまでのような疾患別のプロトコールや集団を対象としたシステムが構築しにくい点を十分に理解する必要がある。

統合医療においてより重要なのは基本理念や哲学、そして患者と医療従事者との関係性構築であり、ここに個々のCAMやそれらの単なる寄せ集めとの大きな違いがある。

5. 代替医療・統合医療の利用状況

本邦での代替医療の利用率は高く2000年から2001年にかけて聖マリアンナ医科大学病院入院患者約300人に行った代替医療利用状況調査では72.4%が代替医療を利用し、しかもそのうちの64.9%が満足しているという結果であった。また筑波医療短期大学の山下らが行った2001年の電話調査でも76%の日本人が過去1年間に何らかのCAMを利用し、その傾向はCAMの種類にもよるが高学歴・高収入者に高いという結果となっている。これらのことは、欧米と比べても本邦における民間でのCAM利用が普及していることを意味している。

2003年に開設した統合医療施設、統合医療ビレッジにおける受診者の動向・目的についての調査結果では、来院者の女性の割合が70%以上と大きな性差が認められ、年齢層では30代が23%の割合と最多であるものの、20代から60代がほぼ同等の分布で、幅広い年代層の来院が認められた。受診形態は保険診療のみを希望するものは僅か8%と少なく、保険診療と自由診療の併用を希望された患者が最多で50%以上であった。受診目的は固有の療法ではなく、検査や治療方法などを幅広く要望できる統合医療的診療の希望の割合が最多であり、この結果からは「統合医療」という概念や認識を有していることが予想され、米国における調査と同様に、現代医学も含めた幅広い医療への期待があることが示唆された。また従来の予想に反して自由診療

も含めた多角的な医療を希望される割合が高く、このような傾向は、都市部と農村部で同様ではないものの、欧米のように有識者、高所得層を中心に統合医療への理解が進んでいるという理由があるようであった。

II. 統合医療の実際

1. 本邦における統合医療モデル

前述のように、医療として本邦で合法的かつスムーズに統合医療を行うには、まず法制度やハードの側面で保険医療機関と自由医療機関を併設することが求められる。よって開設者(医師)も各医療機関で1名、カルテや会計などすべてがそれぞれ必要となる。

実際の医療ビルとの違いは

- 1) 経営が一本化されている。
- 2) 各医療機関内でのカンファレンスがある。
- 3) 情報がカルテ上で共有されている。
- 4) 看護師はもちろん代替療法家から非医療従事者までが参加するカンファレンスが存在する。
- 5) 医療機関内、スタッフ間で理念やミッションを共有化している。 などである。

この場合は医療機関であるために、統合医療施設内の責任は、すべて施設長である医師が受け持つことになる。その上でも、統合医療の理念の基、信頼できる人材確保やスタッフの教育が重要なポイントとなるのである。新たに本邦で統合医療を実践するにあたっての準備としては、ハード面の施設構築も大切であるが、それ以上に重要なのが“人材”である。

プライマリーケア学会において複数の医科大学による質的研究によって“総合的な医療従事者の理想的な人物像”を表すのは“バランス感覚のある誠実さ”であった。アリゾナ大学統合医療プログラムの中でも“A wise man never knows all, only fools know everything”という言葉が使われていたが、一人ですべての専門化にはなれず、統合医療従事者は、個々のケースに対してそれぞれがチームのまとめ役である。その点で、各分野の高いレベルのスペシャリストが単に集まるよりも、理念やミッションを共有化した協調性のある各分野の中堅スペシャリストが集まった方が、総合力で有益であると考えられている。重要なのはどれだけチームが“一枚岩”であるか、であり、統合医療の実践にはこの土台作りが優先されるべきなのである。また開設にあたっては意思疎通をはかるミーティングを繰り返し行うことを勧める。

2. 実践から学ぶ問題点・課題と対応策

① この分野に懐疑的な同僚に対する理論武装—特にEBMに関して—

現代西洋医学ではEvidence-Based Medicine (EBM) という言葉が頻用され、このEBMに基づいた医療が進められている。EBMは“個々の患者の問題点に対し医学的に最善の evidence を適応しようという医療”ではあるが、統合医療の評価を行う際に、この疫学的手法は次に挙げるいくつかの問題点がある。

- 1) 一対一対応の評価(ある疾患に対する、ある治療方法)では、複合的・統合的な医療の評価が困難。
- 2) 疫学的手法は集団(mass)を対象にしているが、本来の目的は個々の患者さんへの最適な医療提供である。
- 3) 評価基準は客観的データが優先され、患者満足度の優先順位が低い。

このようなEBMとテーラーメイド医療との矛盾を指摘する声も少なくないために、CAMの領域、CAMの視点でのEBM構築が望まれている。その中でも、N of 1 trial や Best case series (BCS) が評価されている。クロス・オーバー・トライアルは2群を入れ替えるために、対象者数が多くなる問題があるが、N of 1 trial では、単一のケースでも対応できるうえ、各医療機関から集められる一つ一つのデータがEBM構築に必要な貴重な資料にもなる。BCSは極めて良く効いた症例を詳しく分析する(できれば5~10症例)ものである。

また科学的重要性やこの分野に懐疑的な同僚に対しては、EBMのような科学的・疫学的评价基準を適応する以前に、哲学的考慮が十分にされるべきであるという理論的対応を行うとよい。このような医療哲学や科学哲学は統合医療運営において大変重要な項目であり、以下の疑問や視点を常に持って診療を行って欲しい。

- ・現代科学ないし近代科学は1つのバージョンにすぎない。
- ・科学の答え以外はすべてバツなのか?
- ・日常生活は厳密に科学的か?
- ・数学科は日本では理学部、欧州では哲学科。したがってまず、その対象に「計算技術(科学的理論)」を適応してよいか、どうかを議論する必要がある。

② 指導の仕方のポイント

患者指導は重要な診療行為であると同時に、個々の受け止め方や、知識・能力、価値観などが大きく関わる大変に身近であるが難しい技術である。有識者に対して、運動不足は身体に良くないと一方的に説明する研修医に、「私がおんなじ様なことも知らない人間だと思っただけ接しているんですね」と言っただけ不快をあらわにしたケースもある。相手に合わせた指導は統合医療の基本的行為である。次に代表的な4つの指導手段を提示した。

- ・ Mastery experiences：自分の成功体験 ("I've done something like this, or even harder, before.")
- ・ Social modeling：同じ境遇の人の成功例 ("Wow, someone just like me can do this.")
- ・ Mentorship：信頼できる専門家からの意見・指導 ("Hey, someone with expertise thinks I can do it.")
- ・ Physiological data：生理学的データ・科学的な情報 ("My body isn't as anxious as I thought it would be, I bet I can do this.")

上記の4パターンを適時適応して対応する。

③ 表面的な関係性

“患者のための医療”をスローガンにしている医療機関は少なくない。以前にこのような医療機関の代表者に具体的な“患者さんのために”を聞いたところ「患者さんを患者様と呼ぶようにした」「駐車場を広くし屋根を付けた」などの答が返ってきた。確かに、これらも患者サービスであることに間違いはないが、統合医療において重要かつ根本的なことは、前述したように、医療に対する多角的で柔軟な考え方、すなわち“哲学や基本原理の共有”と“患者との関係性構築”であると考えている。そして、ここでの関係性とは、良い関係の構築というよりは一体感のようなものである。Sympathyは「同情」とか「共感」などと訳されるが、これはある事柄を、他人事とせず、自分自身その人の身になってみることで、すなわち、その人になり切って内から実感することがSympathyである。これは医療従事者が目標とする関係性の基本的なスタンスであるように思う。これらの土台の上に各医療体系の知識や技術が加わり、はじめて統合医療が構築され得るのである。

④ 混合診療について

利用者のみならず医療機関に勤務する者の中にも、「海外では病院でハーブやアロマ、ビタミンのアドバイスをしたり、処方してくれるのに、日本の医者はやってくれない」と話す方がいる。確かに医師の勉強不足もあるが、それ以上に制度上の根本的な問題も存在しているのである。

本邦では1961年に国民皆保険が確立され、それ以降は大部分の国民が等しくその恩恵を受けることができるようになった。しかし統合医療の実践という側面では、1984年の健康保険法改正に伴う「混合診療」の禁止が大きな障害になっている。混合診療とは「一疾患に対する一連の診療行為において保険診療と自由診療を併用すること」であり、この制度内においては十分な統合医療が実践できない状況がある。

さらに統合医療では治療方針に関する患者自身の積極的関与や自立を尊重しているが、各患者の診療差別化防止を目的とする混合診療禁止によって、国民の医療に対する受動的・画一化の意識が定着している。統合医療では患者それぞれの健康観や経済的背景に基づく積極的な医療手段選択への関与やセルフケアの意識が求められるため、今後は国民の意識改革や教育活動も重要な課題となるであろう。

⑤ 医療哲学

現在、日本の医療や看護教育の中では、科学的根拠を基盤とする現代西洋医学を中心に教育が行われている。文部科学省は医学教育モデル・コア・カリキュラムの中の教育内容ガイドラインに「和漢薬教育」を掲載、到達目標として「和漢薬を概説できる」が公表され、平成16年度からは漢方医学卒前教育が80のすべての医学部において実施されている。このように和漢を中心とした東洋医学に関しては、教育が広がる傾向がある。しかし知識や技術のみの教育では統合医療は成立しない。フランスで世界的な人材を輩出している教育機関、グランド・ゼコールでは哲学教育を重視している。理系・文系ともに「意識とは何か」「自然とは何か」「生命とは何か」などの基本的概念を分析し、一つ一つの概念を厳密に定義し、同時にものごとを分析した上でどのように論理を展開するのか、その方法を徹底的に教育している。できるだけ論理的、客観的、多角的にものごとを表現しようとする態度、これを教育の場で徹底しているのは、基本的に個人主義であるフランス人の考え方にも関係するが、人間は多様なものであり、考え方も感じ方も異なる、そうした個人個人がコミュニケーションをとるにはこのような理論的な尺度がなくてはならないという共通認識に他ならない。これは教育の問題であると同時に、前述の患者との関係性構築、さらに医療従事者間においても重

要な考え方である。

Ⅲ. 今後の統合医療

1. 本邦における統合医療の発展の3段階

本邦での統合医療は次の3段階で構築・普及されていくと考えている。

- ① 統合医療の基本的理念を共有する各医療分野から集まった医療従事者と実践現場とネットワークの確保。
- ② 本邦にふさわしい統合医療のノウハウ、教材や教育システムの構築。
- ③ 確立されたノウハウの普及と人材の輩出。

本邦では、まさに第1段階から第2段階への移行が始まったところであると考えられる。

また将来の統合医療機関としては少なくとも二通りのスタイルが考えられる。一つは癌やアレルギーなどの専門性の高い統合医療機関、もう一つは家庭医・プライマリ医の統合医療施設である。そして、これらが同じミッションでネットワークを組むことが望ましいように思う。このネットワークは、医療分野の水平統合と垂直統合の両者を含み、すでに米国で始まっている Integrated Healthcare Network (IHN) 広域医療介護圏ネットワークがその一つの例と言える。IHNは従来の家庭医から病院へ紹介がある病診連携ではなく、多数の異種医療サービス供給機関が共通の経営理念や戦略の下で行動するものである。IHNの最優先すべきミッションは健康生活者・患者の健康維持、向上であり、家庭医部門は採算性の面で厳しい状況であるが、ここがミッションを達成するための重要なインフラであり、IHNの中で家庭医のネットワーク放棄を考えているところは一つもないと言われている。

いずれにしても今後は後述する問題を乗り越えて、統合医療の構築を進めて行かなければならない。

Ⅳ. 最後に

本邦は東洋の文化、独自の文化や歴史を有する一方で、現代西洋医学もある一定レベルに達している。これら両者が存在する環境にあって、さらに日本人は「3人寄れば文珠の知恵」と言うように“衆知を集める”能力に長けている民族であると思う。その環境さえ与えられれば、世界に誇る高いレベルの統合医療構築が可能であると考えている。

参考文献・書籍

- 1) 山本竜隆 (2004) 統合医療の現状報告—国内情勢、統合医学学会誌、1 (1)。
- 2) Thomas S. Kuhn (1996) *The Structure of Scientific Revolutions*, The Univ. of Chicago Press .
- 3) 寺本義也、中西晶編著 (2001) 知識社会構築と理念革新、日科技連。
- 4) 山本竜隆、吉田勝美 (1999) 代替医療・統合医学・ホリスティック医学分野の最近の動向、聖マリアンナ医科大学雑誌、27、555-567。
- 5) 山本竜隆 (2004) 統合医療のすすめ、東京堂出版。
- 6) 澤瀉久敬 (1996) 哲学と科学、NHKブックス。
- 7) 柏倉康夫 (1999) エリートをつくり方、グランド・ゼコールの社会学、ちくま書店。
- 8) 野田正彰 (2004) 共感する力、みすず書房。
- 9) 中川米造 (1998) 医療の原点、岩波書店。
- 10) Victoria Maizes, Craig Schneider et al. (2002) Integrative Medical Education: Development and Implementation of a Comprehensive Curriculum at the University of Arizona, *Academic Medicine*, 77 (9), 851-860 .
- 11) Iris R.B., Opher Caspi et al. (2002) Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research, *Arch Intern Med*, 162, 133-140 .
- 12) 山本竜隆 (2004) 統合医療運営マニュアル、現代企画、東京。
- 13) 山本竜隆 (2004) 相補・代替医療の活用事例、病院 (医学書院)、63 (5)、397-399 .
- 14) 山下仁、津嘉山洋 (2003) 日本における相補代替医療の普及状況、医道の日本、710、151-157。